

ケアパス活用へ 認知症初期集中支援チームの活動

～チーム活動4年目、これからも広がる可能性～



たつの市イメージキャラクター
「赤とんぼくんあかねちゃん」

兵庫県たつの市健康福祉部 地域包括支援課

ただす

認知症地域支援推進員 糺 裕子

たつの市の概要

- ・人口 77,968人
- ・高齢者数 22,467人
- ・高齢化率 28.8%
- ・日常生活圏域 5か所
- ・地域包括支援課(直営) 1か所
- ・認知症地域支援推進員数 6名



龍野城



聚遠亭



瀬戸内海と新舞子での潮干狩り

- 兵庫県南西部に位置する。
- 市域の約北半分を山林が占め、南には瀬戸内海、南北に貫く1級河川の揖保川など自然環境に恵まれている。

播磨の小京都

○面積 210.93平方キロメートル
○主要産業 手延素麺「揖保の糸」 醤油醸造「ヒガシマル醤油」 皮革・かばん産業

認知症地域支援推進員の役割

認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために

医療・介護の
連携強化
支援体制作り
をする

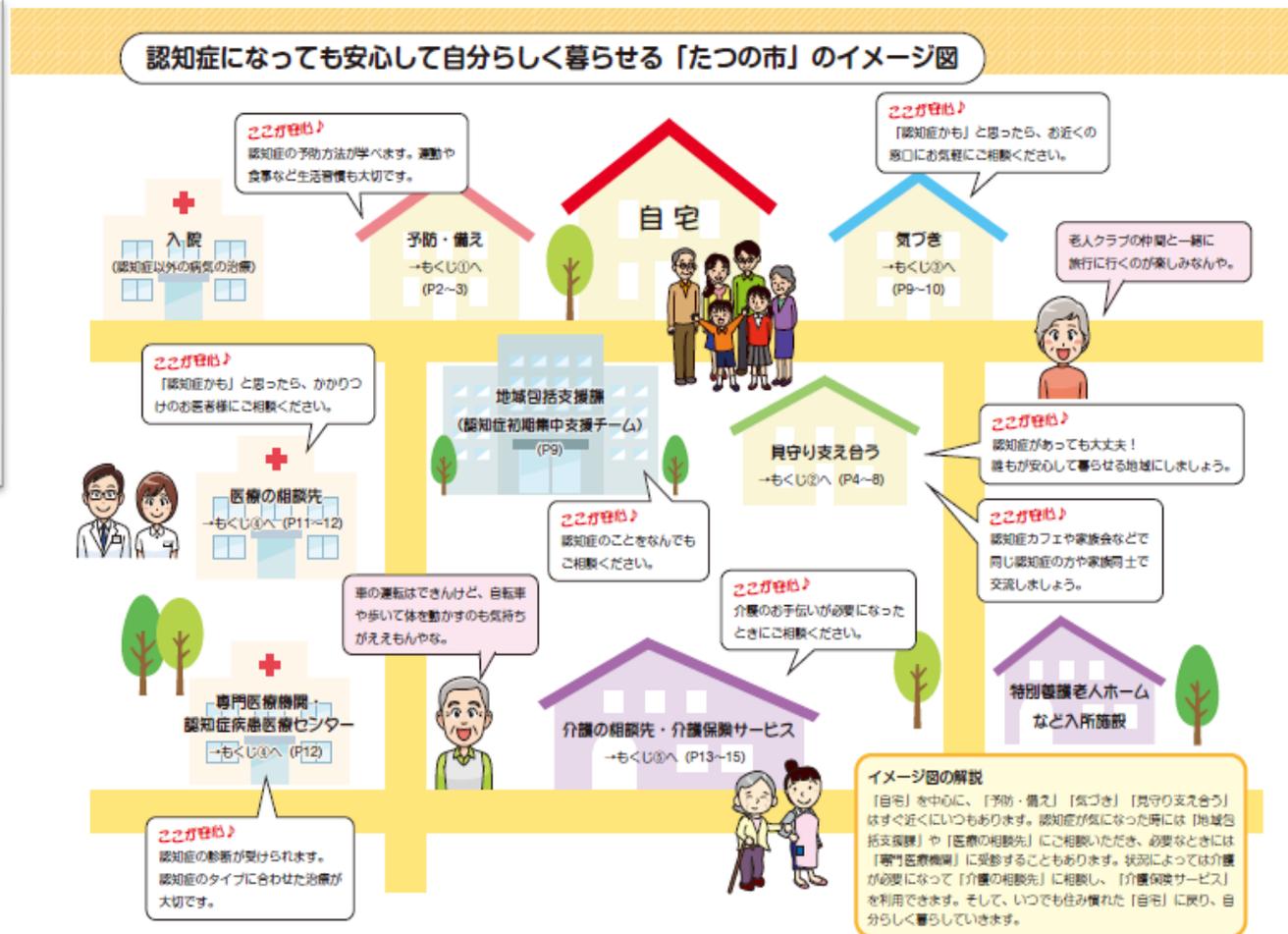
地域・関係機関
より相談を受け
支援する。
ケアパス普及

地域へ出向き
認知症の理解
を深める
認知症対応力向上

地域における
見守り支え合う
体制づくり支援
をする

認知症施策を推進し、支援機関をつなぐコーディネーター

たつの市版ケアパス 「認知症生活べんり帳」



ケアパスにおける 認知症初期集中支援チームの位置づけ

「もの忘れが気になる。どこへ相談したらいい？」
「お医者さんに相談したいけど、不安。」
「デイサービスとかまだ行く年齢ではない。」
「行き場所がない・・・」「困っている気持ちを聞いて」



認知症初期集中集支援チームが介入
集中支援で本人・家族に寄り添い
標準的なたつの市版ケアパスにつなぐ
適切なケアへ、その人にあった個人ケアパスができていく

医療・介護連携、ケアパス活用へのきっかけ作り、入り口支援
認知症初期集中支援チームが担っている

認知症初期集中支援事業に取り組むきっかけ

認知症の症状が進行し、危機が生じてからでは課題も複雑化してしまう

→ 地域の“困った人”になったり、住み慣れた家・地域で暮らせず施設へ

認知症の人へのアセスメントが不十分

→ 適切な認知症ケアが提供されず、認知症の人にとって不幸な対応

そこで！

- 1、認知症対応へ「手遅れ型」になる前に、早期から積極的な支援をする
- 2、認知症ケアパス・適切なつながりへの入り口支援・きっかけづくりをする
認知症になっても地域で暮らし続けられるよう、認知症の人や家族をできるだけ早い段階から支える、認知症初期集中支援事業展開へ

たつの市認知症初期集中支援事業の経過

平成25年度

10月～ 兵庫県西播磨認知症疾患医療センターとの協働にて、初期集中支援チーム設置に向け、
チーム員人材育成モデル事業を展開。

平成26年度

4月～ 認知症初期集中支援チームをたつの市地域包括支援センターに設置。

6月～ チーム体制づくり。「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。

8月～ **本格始動** 医師会、民生委員協議会、地域での出前講座等、あらゆる機会に周知活動実施
認知症初期集中支援チーム検討員会は、既存の地域ケア会議内で開催。

平成27年度

4月～ 平成26年度の実績分析、課題を踏まえて体制見直し。新たなチーム員を迎え現場での
“先輩チーム員”より随時、人材育成・伝達研修実施 「初期集中チーム員研修」も受講。

10月～ 認知症初期集中支援チーム検討員会を正式に設置(年3回開催)。

特にサポート医、認知症施策推進事業嘱託医のご協力によるものが大きかった。

平成28年度

4月～ 27年度の実績分析 評価の視点を整理 **実態把握調査の精度向上のツールとして**

DASC導入 委託先の在宅介護支援センター職員向け研修・アンケート実施。

これまでの課題

- ・認知症初期の対象者はどう把握するか
- ・対象者はどう選ぶか
- ・困難事例ばかりが集まってこないか
- ・チームを知ってもらうにはどうしたらいい
- ・実際に使う帳票内容はこれでいいか
- ・記録、会議準備等に時間がかかる
- ・チームの活動をどのように評価するか
- ・実態把握調査内容・精度をより上げるには
- ・検討委員会をどう設置していくか
- ・医療機関・ケアマネよりの依頼がない
- ・つなぎ先、引継先がない対象者をどうつなぐか

たつの市認知症初期集中支援事業の経過

平成25年度

10月～ 兵庫県西播磨認知症疾患医療センターとの協働にて、初期集中支援チーム設置に向け、
チーム員人材育成モデル事業を展開。

平成26年度

4月～ 認知症初期集中支援チームをたつの市地域包括支援センターに設置。

6月～ チーム体制づくり。「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。

8月～ **本格始動** 医師会、民生委員協議会、地域での出前講座等、あらゆる機会に周知活動実施
認知症初期集中支援チーム検討員会は、既存の地域ケア会議内で開催。

平成27年度

4月～ 平成26年度の実績分析、課題を踏まえて体制見直し。新たなチーム員を迎え現場での
“先輩チーム員”より随時、人材育成・伝達研修実施 「初期集中チーム員研修」も受講。

10月～ 認知症初期集中支援チーム検討員会を正式に設置(年3回開催)。

特にサポート医、認知症施策推進事業嘱託医のご協力によるものが大きかった。

平成28年度

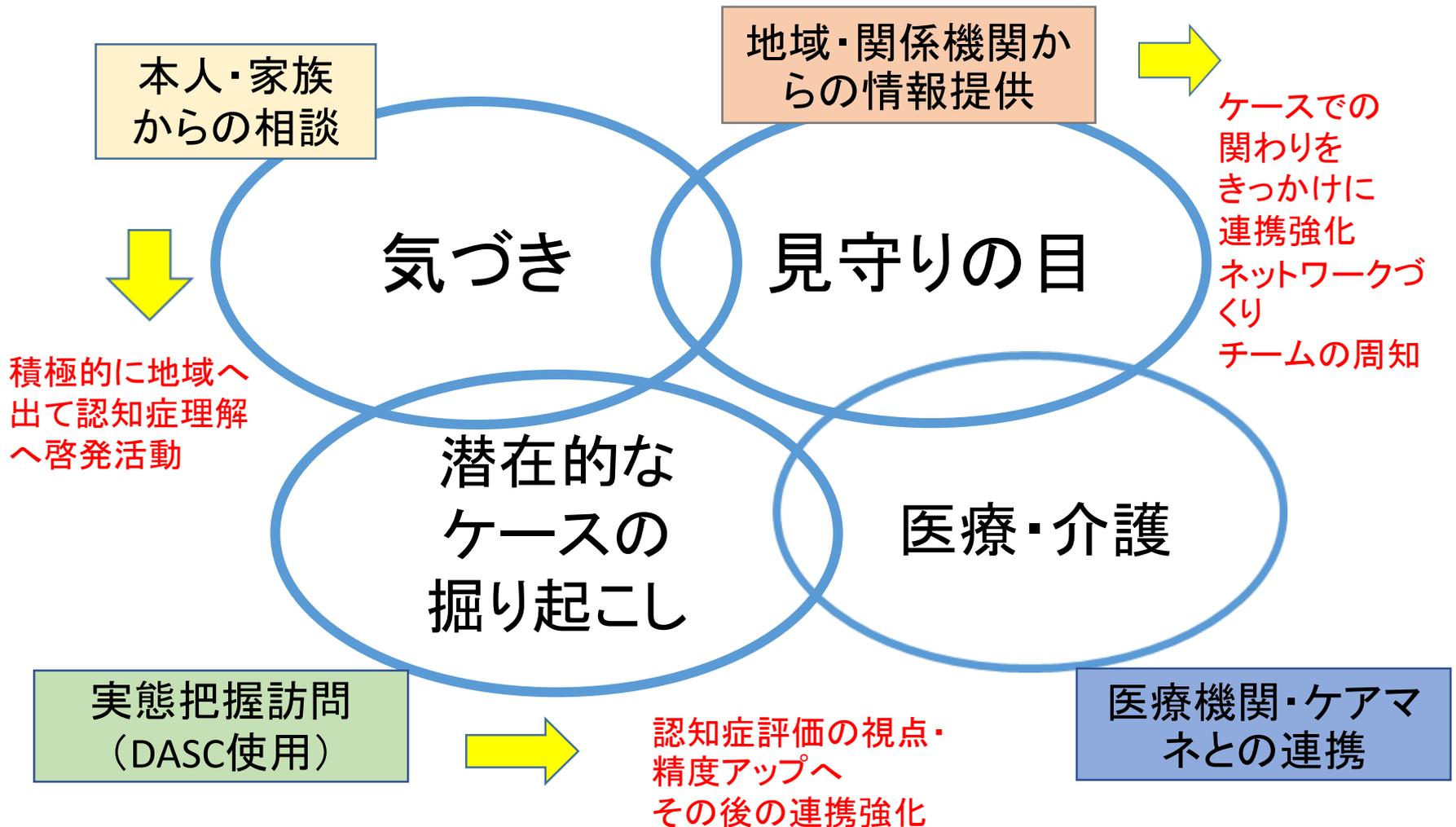
4月～ 27年度の実績分析 評価の視点を整理 **実態把握調査の精度向上のツールとして**
DASC導入 委託先の在宅介護支援センター職員向け研修・アンケート実施。

工夫してきたこと

- ◎ チームの周知活動
- ◎ 認知症初期の対象者把握
- ◎ 対象者把握ルートの維持・強化へ
認知症地域支援推進員と連動した啓発活動
- ◎ 実態把握調査の精度を上げていく工夫、DASC導入
- ◎ 対象選定・優先順位の整理にチーム員会議を細分化
- ◎ チーム活動の評価、振り返り
- ◎ チームの人材育成

・・・などなど

認知症初期集中支援対象者の把握ルート そして強化していった事



市民出前講座で普及・啓発 「気づき」「見守りの目」を育て根ざす 認知症初期集中支援チーム活動の下支え

認知症サポーター養成講座

地域包括支援課とたつの市キャラバン・メイト連絡会で協働

- 学校** 小学校、中学校、高校
- 職域** 郵便局、警察、保険業者、コープ、店舗、市役所ほか
- 地域** サロンの集まり、老人会等、民生委員連絡会ほか



平成28年度

認知症サポーター養成講座	35カ所	1,121人養成
その他認知症関連出前講座	51カ所	1,719人受講

赤とんぼ連携ノート普及活動 ～認知症に備える私のノート～

認知症になっても、本人や家族が希望する支援が受けられるように、事前に緊急連絡先、医療・介護情報、大切なことなどを記入しておくもの。

- ◆ **つながりメモ(連絡先)**
⇒ 暮らしの中で大事にしたい
「つながり先」
- ◆ **わたしの「大切なこと」メモ**
⇒ 大切にしている事、
人にわかって欲しい事

平成27年～現在まで 2, 235冊配付！



認知症生活べんり帳普及活動

認知症の予防や、困ったときの相談先について知っておくためのパンフレット。

(たつの市認知症ケアパス)

もくじ

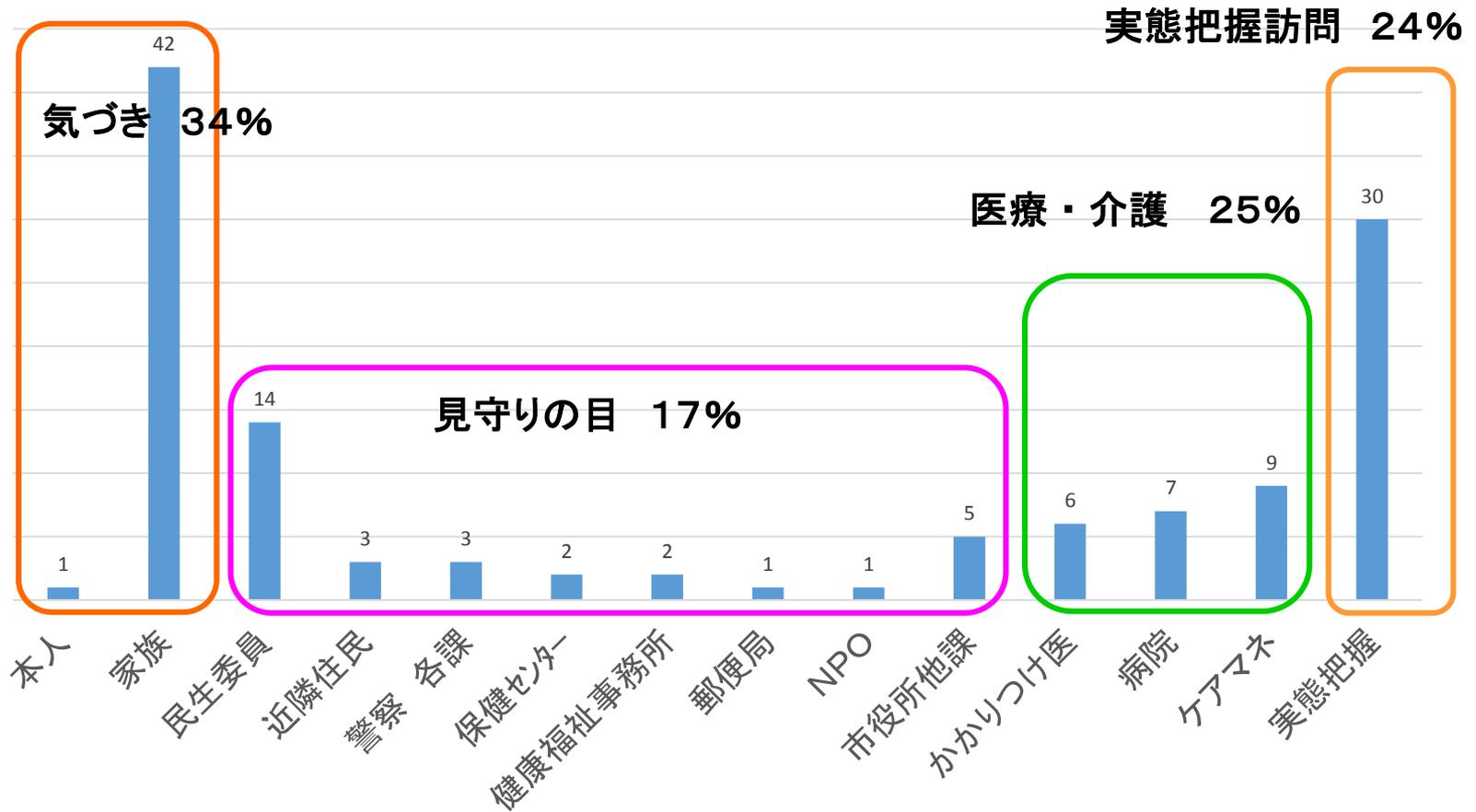
- ① 予防・備え
- ② 見守り支え合う
- ③ 気づき
- ④ 医療の相談先・認知症専門医療機関
- ⑤ 介護の相談先・介護保険サービス
- ⑥ 社会資源一覧・マップ



たつの市のホームページからダウンロードできます。

対象者の把握ルート

平成28年度 活動実績より



実態把握調査の効果

平成28年度 活動実績より

- 訪問対象者のうち、実態把握調査が占める割合が**24%**で、年々増加。
- 認知症初期の把握のみならず、進行しているケースの掘り起しにも有効。
- チームの連携先としての効果
 - 介入前後の連携が密になり、チーム活動上の大きな力となってきた。
 - たつの市にチームは1つしかないが、さらに活動が充実していく可能性あり。
- ◎ 認知症疑いの人をより把握する調査内容の精度上げる、啓発・人材育成効果
 - 実態把握調査に、DASCを導入にあたり、導入前より研修を重ねてきた。導入後約1年経過し、在介へアンケート実施。フォローアップ研修も実施。

28年度 実態把握調査実施 約3,072件中、DASC実施は2,815件

DASC31点以上(認知症疑い)の抽出率は 16.1%

課題 ⇒ 各圏域ごと差異がある

各圏域間の差異を軽減することが、市全体の認知症疑い把握の精度を上げる事につながることを、共通理解、今年度も事例を研修実施予定。

認知症初期集中支援事業の流れ

- ① 訪問対象者の把握: 受動的・能動的把握によって対象者把握
- ② チーム員会議A 対象者選定: チーム員と推進員で2～3か月毎、随時
- ③ 初回訪問事前準備: 情報収集、訪問調整、関係機関と事前の連携
- ④ 初回訪問 アセスメント
- ⑤ チーム員会議B 支援方向の仮決定: 訪問直後にチーム員と推進員で検討
- ⑥ 集中支援: 医療・介護・地域へつなぐ、本人・家族支援、関係機関連携
- ⑦ チーム員会議C: チーム員とサポート医でケース検討
- ⑧ モニタリング及び終了モニタリング訪問
- ⑨ チーム員会議C: 介入の評価

何にもつながらなかったケース⇒ **ふくし総合相談窓口** **個別ケア会議** へ

引継先なしケース⇒ 在宅介護支援センターの定期実態把握による見守り

認知症カフェ、百歳体操等の地域の集まりへ

認知症初期集中支援チーム検討委員会: チームの活動、運営評価・検討

認知症初期集中支援の内容

医療とのつながり

医療機関(かかりつけ医、専門医)への受診が
必要な場合、受診勧奨

介護とのつながり

介護サービス利用等の勧奨等

地域とのつながり

認知症カフェ等、インフォーマルサービス
の利用支援、地域活動への参加勧奨
見守り体制の構築等

医療サービスや介護サービスの安
定的な支援に移行するまでの間
(最長6か月)

チーム活動の評価

評価の仕方は2つ

- 1、チームで自己分析(半期ごとにデータを取りまとめ)
- 2、認知症初期集中支援検討委員会(年3回)

評価の視点は4つ

- 1、認知症「初期」への介入はできているか
- 2、「集中支援」はできているか
- 3、チームの介入効果「医療・介護・地域とのつながり」はできたか
- 4、実態把握調査の効果はどうか

これからの課題

- ・チーム活動の評価、内容や質についてはどう評価するか
- ・うまくいかなかった事例を分析し、早期把握と見守り活動への参考にする
- ・認知症初期の方に、どう伴走しつないでいくか
- ・自動車運転の問題をどうするか
- ・新たな社会資源発掘や、ケアパスの中身の充実へ、チームは役立てないか

チーム活動の評価

4つの視点に加え

- 5、集中支援で、どれくらい認知症の人・家族と寄り添ったか
- 6、チーム員・認知症地域支援推進員は、どのようなネットワークづくりをしたか
- 7、うまくいかなかった事例の特徴はどうか

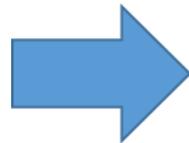
* 平成29年3月 検討委員会での意見も取り入れ追加

本人・家族への寄り添い支援（事例）

事故が多い、運転は
やめてもらいたいが嫌がる
私の言う事は聞かない

頻回には
帰れない

別居の娘さん（他県在住）
76歳 女性 独居
DASC=33点 認知症ランク I
アルツハイマー型認知症診断あり
市外までも運転、車は傷多い



車がないと生活できない
長年運転している、
大丈夫よ と本人

チーム介入時より
自動車運転返納を助言
運転できない事で、本人が
困る事、思いを十分検討
本人の生活に沿った代替え案
をたて、具体的に提案
家族の意志を見極め、
意志がぶれないよう支援

返納時、警察への付き添い
代替サービス利用手続き支援

本人・家族への寄り添い支援

自動車運転免許自主返納へチームの関わり

情報収集、初回訪問アセスメント

- ①本人の意向確認：自動車活用状況、使用範囲・用途
- ②家族の意向確認：家族・身近な人より不安情報など
- ③運転状況：事故歴・車の損傷状況等の事実確認
- ④警察の関わり状況

チーム員会議

認知機能の評価、かかりつけ医・認知症専門医の判断、助言
家族の意志の強さ、家族の持つ力を評価

集中支援

本人の生活に沿った移動手段・代替案を検討し、提案
自主返納の特典紹介、見守る人とのネットワークづくり

本人・家族への寄り添い支援 自動車運転免許自主返納へのポイント

1、本人への支援

返納を提案する際は、**代替え案をセットで提示**
自分の意志で返納を決める様とに**かく粘り強く説得**

2、家族への支援

意志を固める事、**ぶれないよう説得**
本人拒否の際の、**強硬案も示唆**
道路交通法及び罰則等を説明

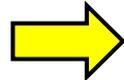
3、医師との連携 本人への助言・指導

4、警察交通課と連携

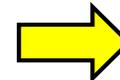
5、本人にとって影響力のある方との連携

認知症初期集中支援チーム活動に、
認知症地域支援推進員が入ると、**こんな効果がありました！**

認知症地域支援推進員は元々、様々な認知症施策で地域に出ていた



認知症初期集中支援チーム活動でさらに地域に出る機会が増えた



つながり先を模索する中で地域の人・資源を知る機会が増えた



相談しやすい関係性が出来ていったチームの活動を知ってもらう機会が増えた



事例を通してつながりを持った地域の方と“顔の見える”関係へ



関係者間のつながりをつくり、地域の小さくても身近な見守り・支援のネットワークづくり

地域からの相談が増えた

つながり先の幅が増えた

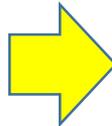
他の施策・関係機関との連携へ発展

これから

～認知症の診断を受けた、いわゆる“空白期間”の方、
その妻から頂いた言葉～

(H28年度認知症サポーターフォローアップ講座にてご夫婦で登壇して頂いた)

本人「(つながり先のカフェで
仲間と始めた)フルートを
みんなの前で弾けるように
弾けるようになりたい。そして
妻を支えていきたい。」



妻「診断受け、色々あったが、
きりかぶカフェにつながり
特に何をやるのではないけど
ほっこりして、1年経過し
今の穏やかな自分がある。」

認知症初期集中支援チームによって
さらにつながりのきっかけ
づくりをする
そして、初期で生活障害が少ない方
をどう地域につないでいくか。
認知症の早期発見をしても
それだけに終わってしまわないよう
本人・家族に早い段階から寄り添う
システムづくりをしていく

ようこそ！

たつの市地域包括
支援課が開催して
いる

認知症カフェ
きりかぶカフェ

毎月第4木曜日
開催しています！



推進員のみなさまへ

地域へ出て啓発、相談を受け行動
どんどんつながりを作って
助け、助けてもらいましょう

ご清聴ありがとうございました！



たつの市イメージキャラクター
「赤とんぼくんあかねちゃん」