

【報告2】

「地域共生社会」の実現に向けて たつの市の取組み ～横断的に対応する組織へ～



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

健康福祉部参事兼地域包括支援課長 森下美佳

認知症地域支援推進員 糺 裕子

たつの市の概要

(H30.3.31現在)

- ・人口 77,276人
- ・高齢者数 22,753人
- ・高齢化率 29.4%
- ・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 7名

- 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。



瀬戸内海と新舞子での潮干狩り



- 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



龍野城



聚遠亭



播磨の小京都



本日の内容

- 新オレンジプランと「ニッポン一億総活躍プラン」
「地域共生社会」の実現について
- 「地域包括ケアシステム」と「地域共生社会」の実現
に向けた包括的支援体制との関係
- たつの市福祉施策の方向
- たつの市地域包括支援課の組織づくり
- 認知症地域支援推進員の活動
 - ① 認知症初期集中支援チームの活動
 - ② ふくし総合相談窓口での活動

新オレンジプランの基本的な考え方

認知症の人が単に支えられる側と考えるのではなく
認知症の人が認知症とともにによりよく生きていく
ことができる環境整備が必要

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた
地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることが
できる社会の実現を目指す

地域のつながり、地域のもつ力が基盤
地域包括ケアシステムの「土台」地域力強化を

ニッポン一億総活躍プラン 「地域共生社会」の実現

子供・高齢者・障害者など全ての人々が、地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う事ができる「地域共生社会」を実現する。(平成28年6月閣議決定)

支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できる地域共生社会を育成し、公的なサービスと協働し助け合う仕組みを構築する。

新オレンジプランの考え方と通じる

「地域包括ケアシステム」と「地域共生社会の実現」に向けた包括的支援体制との関係

主な対象者：地域包括ケアシステムは、高齢者
地域共生社会は、すべての住民

「地域共生社会の実現」は、
地域包括ケアシステムを包有する概念

地域包括ケアシステムを参考に
地域共生社会の実現に向けた
「包括的支援体制」構築へ

たつの市福祉施策の方向

～地域包括ケアシステムの動向を踏まえた
地域福祉ビジョンづくり～

高齢者に向けての
地域包括ケアシステムの構築



高齢者、認知症の人も含む、
社会的孤立や複合的な課題を抱える
世帯への対応が求められている



新たな時代に対応した地域福祉

たつの市地域包括支援課の組織づくり

○地域包括支援センターから

地域包括支援課へ（H28年4月創設）

○地域包括支援課内に3係を設置

▪ 地域包括支援課係（H28年4月設置）

地域支援事業を担当

▪ 総合相談支援係（H29年4月設置）

「ふくし総合相談窓口」全世代・全対象型

▪ 認知症支援係（H30年4月設置）

認知症施策を強化

たつの市地域包括支援課の組織づくり

✿ 仕掛け①

「地域共生社会」の実現を念頭に置いた、地域包括ケアシステムの構築をめざし、包括内に3つの係をおき、それぞれの役割強化

✿ 仕掛け②

課内3係、共通の課題に対し、係を超え、横断的に編成されるプロジェクトチームを組み、定期的に検討会をもつ

課内3係を超えたプロジェクトチーム

- ・チームA: 地域づくり、社会資源開発
- ・チームB: ケアマネ育成
- ・チームC: 認知症対策
- ・チームD: 産官学協定

たつの市地域包括支援課の組織づくり

✿ 仕掛け③

総合相談支援係「ふくし総合相談窓口」に
認知症相談センターを置き、認知症相談の
入り口として、認知症地域支援推進員を配置

✿ 仕掛け④

H29年度より厚労省のモデル事業「多機関の協働に
よる包括的支援体制構築事業」を展開

「地域共生社会」の実現を念頭においた認知症施策を
はじめ様々な施策に**横断的に対応する組織へ**

認知症地域支援推進員の活動

① 認知症初期集中支援チームの活動

認知症ケアパスも含む地域包括ケアシステム ～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・・・」

「行き場所がない・・・」

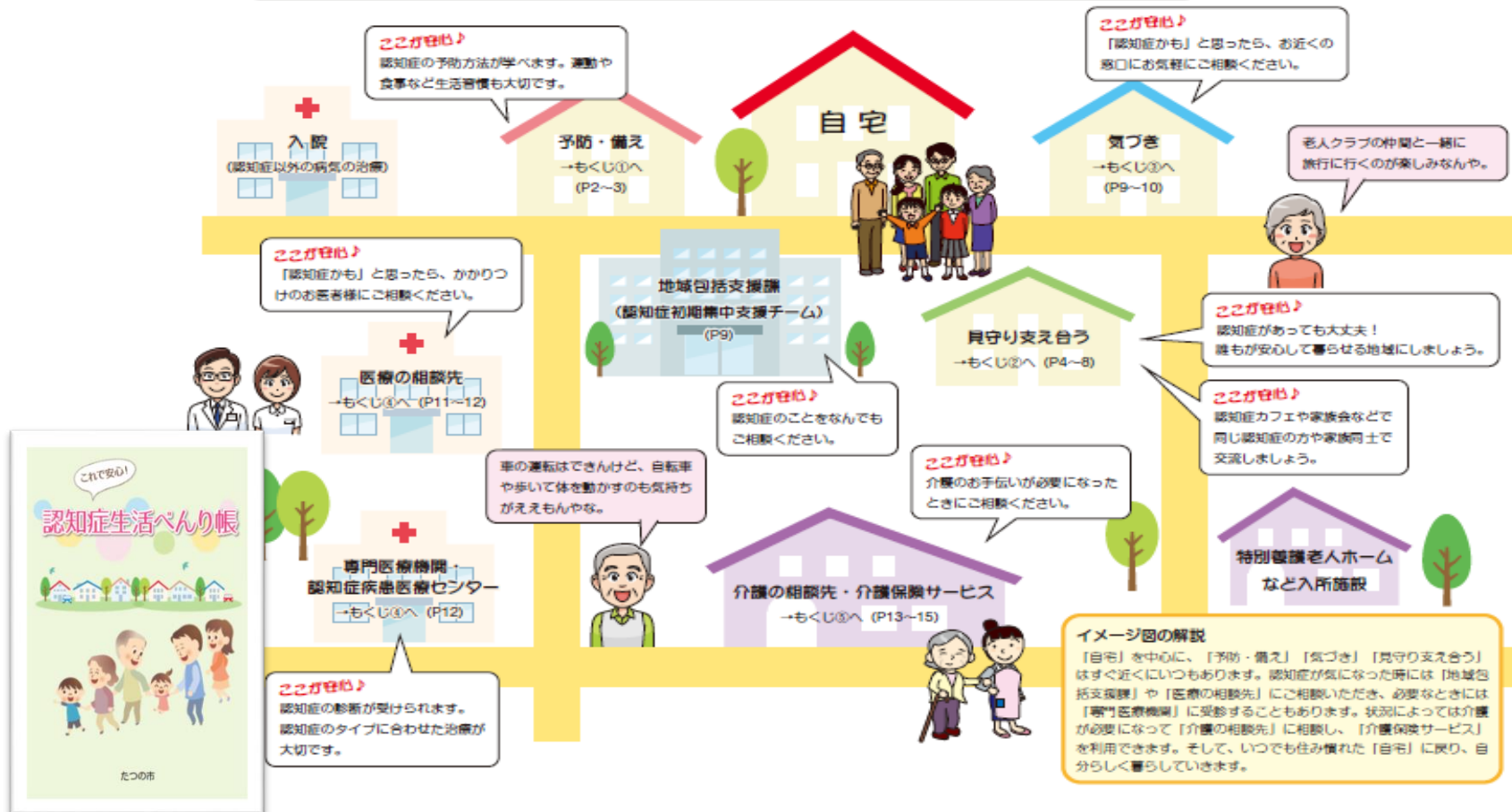


認知症初期集中支援チームが介入しアウトリーチをする
集中支援で本人・家族に寄り添い
標準的なたつの市版ケアパスにつなぐ
適切なケアへ、その人にあった個人ケアパスができていく

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

たつの市版ケアパス 「認知症生活べんり帳」

認知症になっても安心して自分らしく暮らせる「たつの市」のイメージ図



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

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。

平成29年度

認知症の人の自動車運転免許返納にむけ、チームの関わりのポイントをマニュアル化

認知症初期集中支援チーム活動の流れ ～対象者選定、チーム員会議の細分化などの工夫～

- ① 訪問対象者の把握: 受動的・能動的よって対象者把握
- ② チーム員会議A 対象者選定: チーム員と推進員で1～2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: 訪問後、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: 終了モニタリング後、チーム介入の評価検討

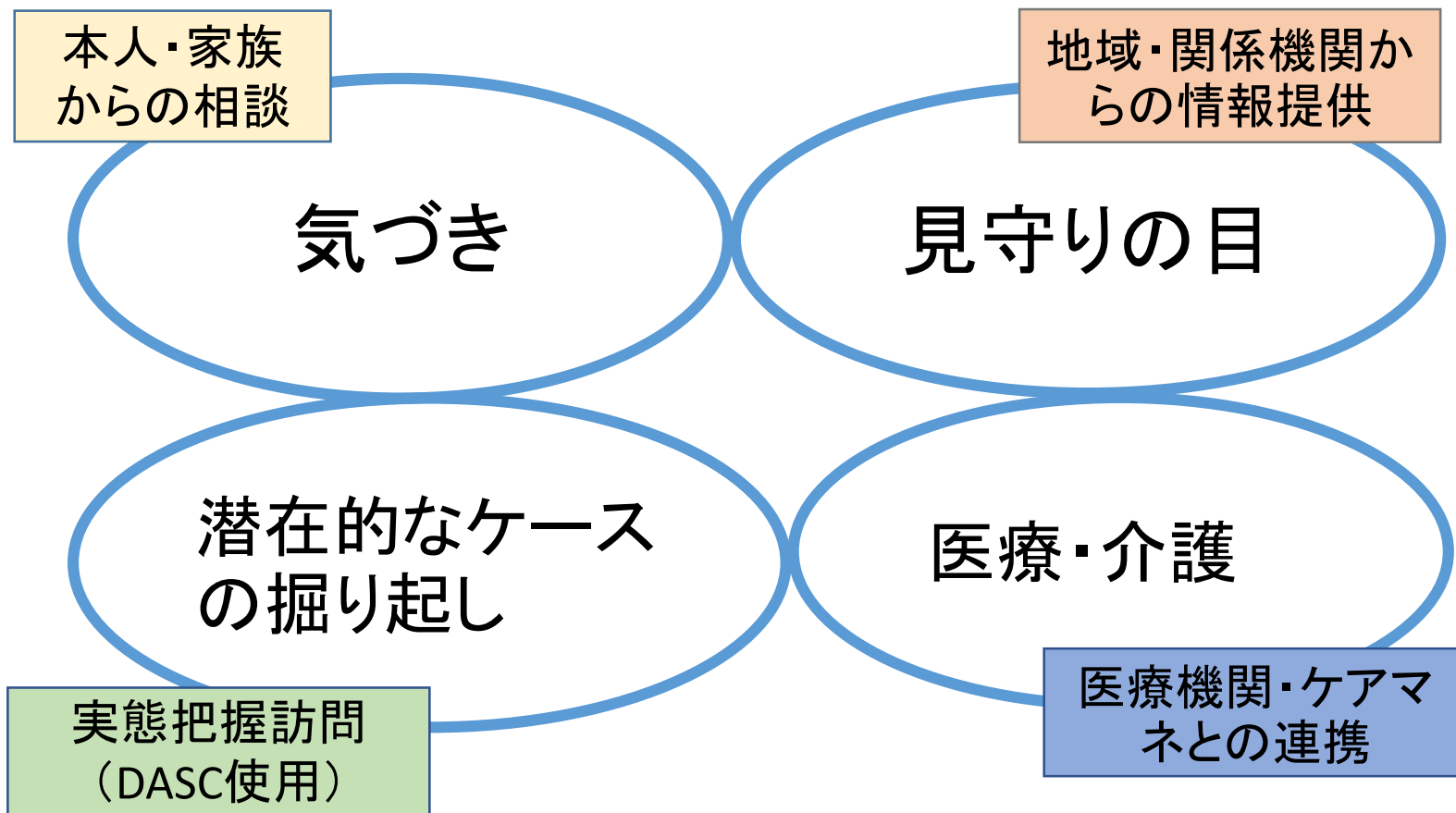
何にもつながらなかったケース⇒ **ふくし総合相談窓口** **個別ケア会議** へ

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対象者の把握ルート ～受動的、能動的に把握～



認知症初期集中支援の内容

～医療・介護・地域（3つの柱）へつなぐ～

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

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

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）



認知症初期集中支援チーム活動実績

訪問人数 ・ 回数

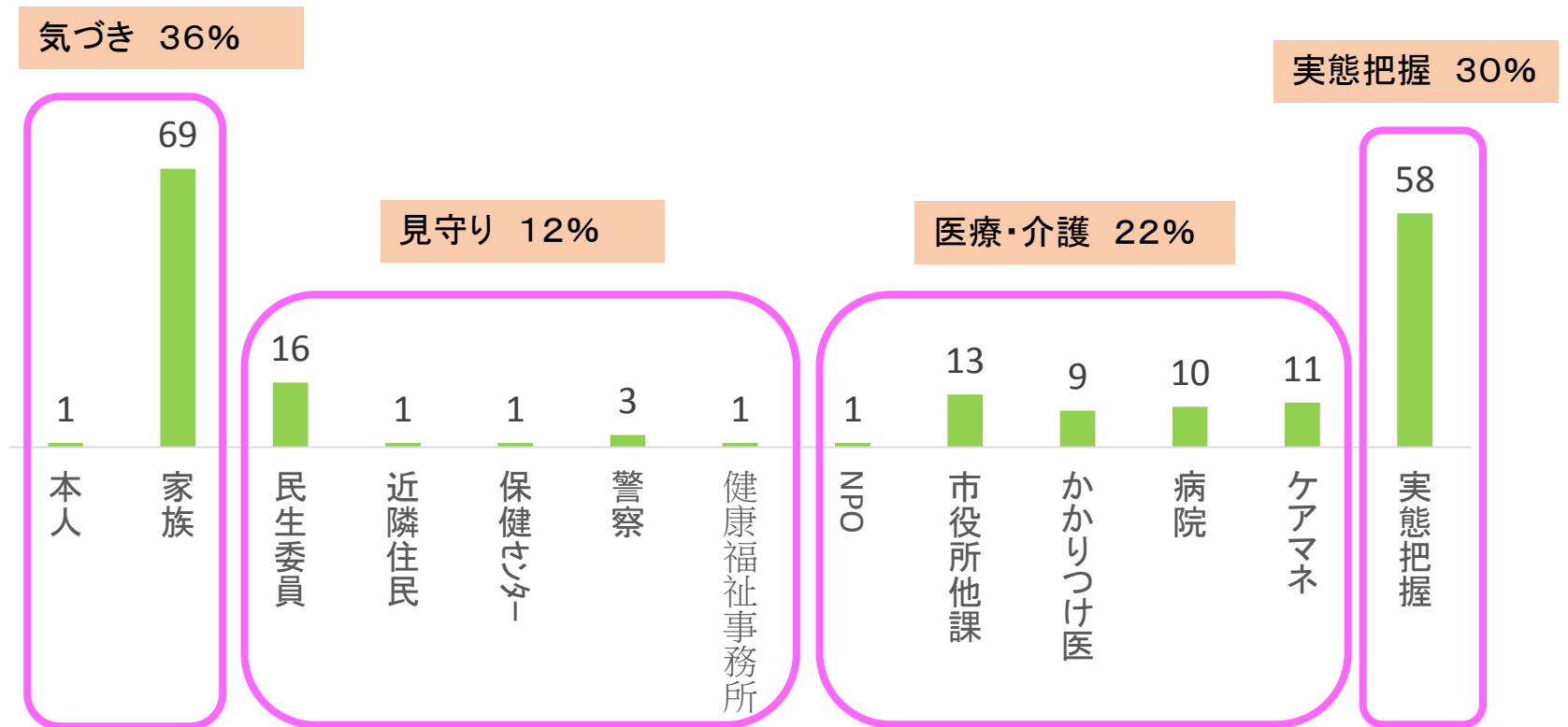
	26年度	27年度	28年度	29年度
新規	51	65	103	109
継続	0	36	26	85
訪問人数	51	101	129	194
訪問回数	74	121	230	394

認知症「初期」への介入

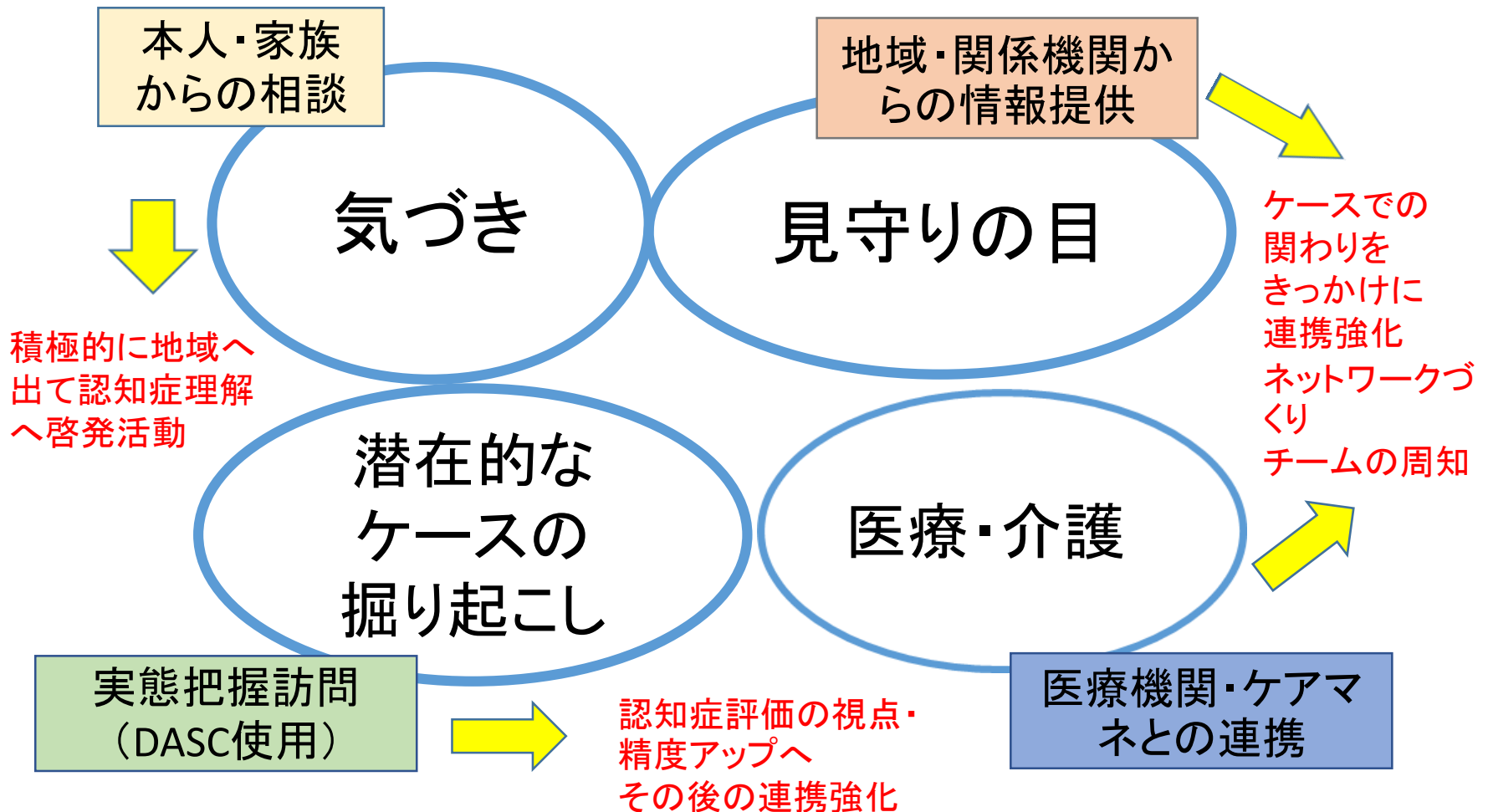
	27年度	28年度	29年度
認知症高齢者等の 日常生活自立度ランク I まで	44人	49人	48人
	43%	38%	25%

認知症初期集中支援チーム活動実績

平成29年度 活動実績より（把握ルート別）



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～



認知症初期集中支援チーム活動の下支え 「気づき」「見守りの目」を育て根ざす



市民出前講座で普及・啓発



認知症サポーター養成講座

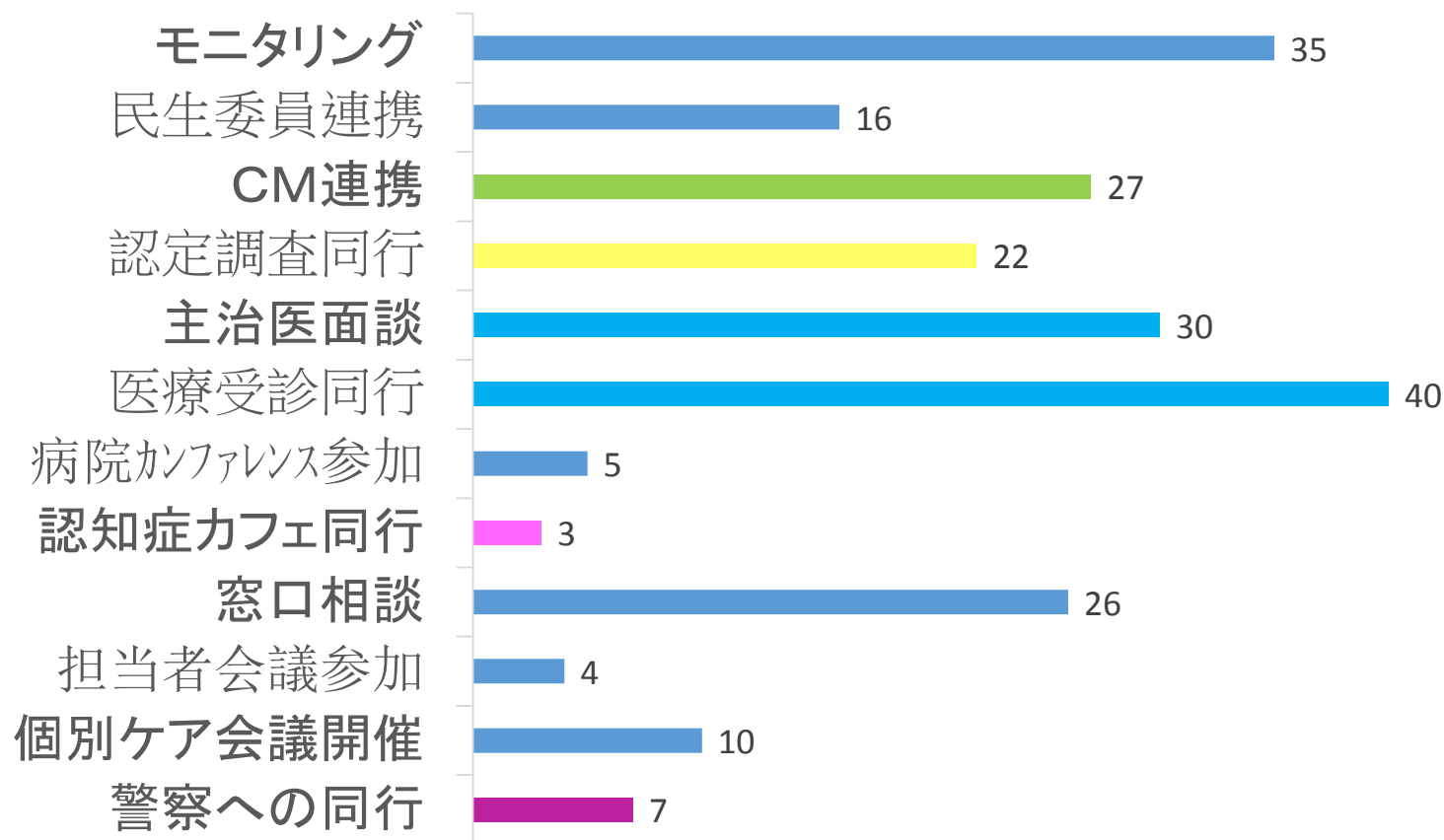
地域包括支援課とたつの市キャラバン・メイト連絡会で協働

- 学校** 小学校、中学校、高校
- 職域** 郵便局、警察、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

✿ その他認知症関連出前講座も多数実施

認知症初期集中支援の内容

～本人・家族に寄り添う集中支援～



認知症初期集中支援チーム活動の評価

✿ 評価の仕方

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

✿ 評価の視点

- 認知症「初期」への介入はできているか
- 「集中支援」はできているか
- 集中支援の内容、どれ位本人・家族に寄り添っているか
- チームの介入効果はどうか
 - 「医療・介護・地域とのつながり」はできたか
- 実態把握調査の効果はどうか

認知症初期集中支援チーム活動

～認知症の方の運転免許返納への関わり～

✿ 運転免許自主返納へ働きかけのポイント

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

認知症地域支援推進員の活動

- ②「地域共生社会」の実現に向けて
「ふくし総合相談窓口」の活動

ここで一つ事例を紹介します

相談：70歳代本人（認知症疑いあり）40歳代娘（知的障害あり）
親子2人暮らし。地域より孤立、近隣への迷惑行為で困っている、本人に支援の拒否もあり支援が進まないと相談あり

住環境は、トイレ・浴室も壊れ、洗濯機もなく不衛生な生活
金銭管理がうまくできず、税金滞納、生活も困窮していた
娘には相談支援専門員（介護保険でいうケアマネ）後見人もつき
障害福祉サービス利用中、本人には何の支援も入っていない状態
本人は娘の後見人とも上手くいっていない（後見人よりは無駄遣いの母と捉えられている）



高齢者、認知症、障害への対応、住居の問題、生活困窮
地域より孤立、多職種の支援者同士の連携
複合・多重課題、関係者も多岐

ふくし総合相談窓口で「丸ごと」受け止め、 多機関と連携して支援していきました

- ・まず自宅訪問し、拒否が強い本人と信頼関係作りから始める
住環境や生活ぶりを観察・情報収集してアセスメント
- ・本人：事業対象者としてケアマネとのつながり作り、本人支援開始
- ・娘：相談支援専門員と連携深め、関わりの仕方を共有
- ・世帯全体の支援として「個別ケア会議」をもち、後見人にも現状を知らせ、
支援者間を顔の見える関係にし、連携密にしていた
- ・地域への関わりとして、本人、娘の行きつけのカラオケ屋さんや養護学校の恩師等
理解のある人とのネットワークづくりからはじめ、本人、娘の持つ力の評価
地域の理解者を増やし、地域とのつながりが継続できるよう支援



- ・家計支援がすすみ、滞納税金を少しずつ返納したり、住環境も徐々に改善しつつある
- ・NPOの食材提供がある所との連携で、食材援助も受けた
- ・本人の言動に、支援者間でも対応に苦慮していた、今後の後見制度利用も視野にいれ
認知症専門医受診し知的障害と判明、診断をもとに支援者の対応の仕方の検討を重ねた

市役所の「縦割り」の対応から
包括から横断的「丸ごと」受け止める体制へ

ふくし総合相談窓口（平成29年4月）

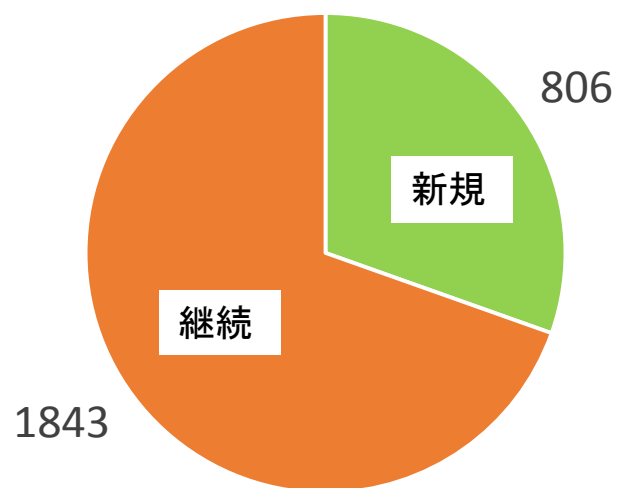
- ・認知症相談センター（認知症地域支援推進員配置）
- ・基幹相談支援センター（相談支援包括化推進員配置）
相談者支援の機能も有している

目指すところは

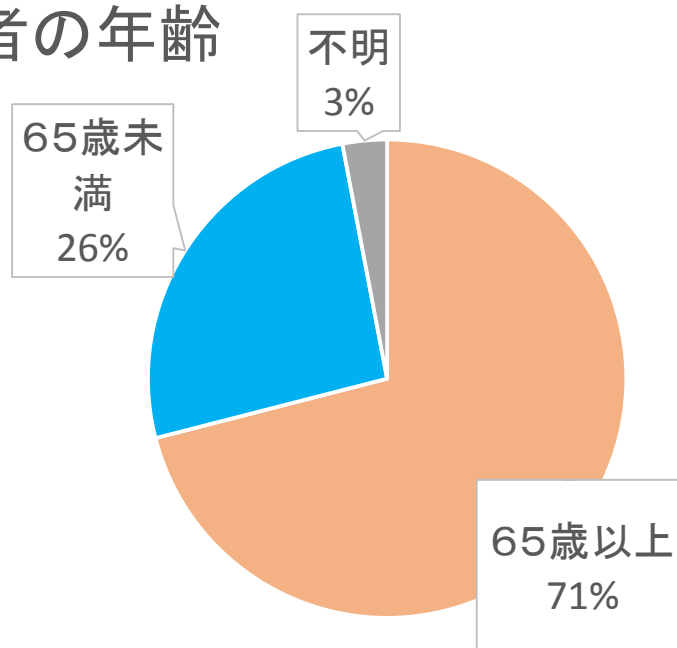
- ①全世代・全対象のあらゆる相談を「丸ごと」
受け止める
- ②多機関の協働による包括的支援体制構築

ふくし総合相談窓口の活動

相談者数(人)

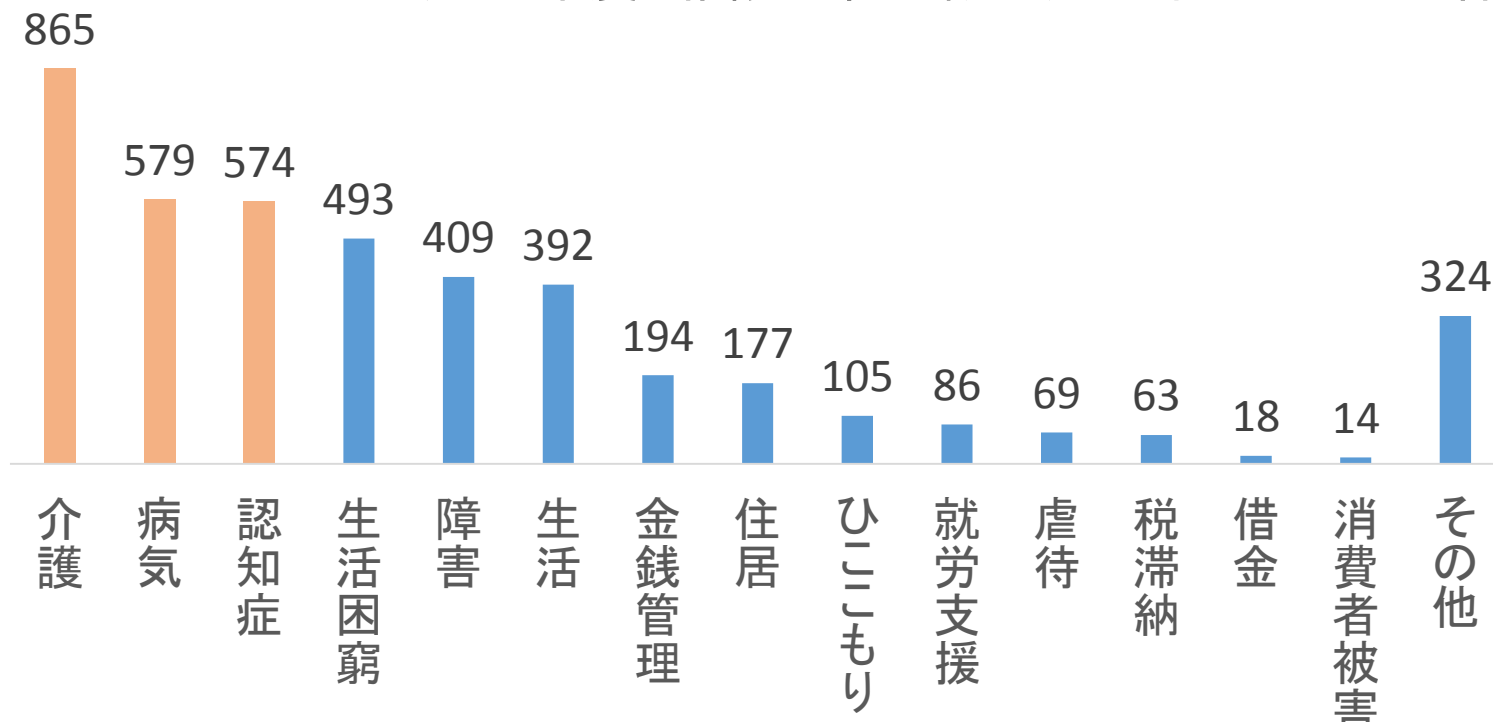


相談者の年齢



ふくし総合相談窓口の活動

平成29年度 相談内容内訳 (延べ合計 4362件)



結果、相談内容は多岐で、1人につき2.3件の複合課題を含む相談を受けた

ふくし総合相談窓口の活動

これだけの相談件数、相談内容の拡がり・・・
どう対応していこう??

1つ1つの相談を自分たちでアセスメントし
関連するそれぞれの専門の人とつながり
支援の輪にまきこまれてもらおう

✿仕掛け① まず市役所内の庁内連携をすすめる

平成29年度は庁内22課と連携

福祉関連8課だけでなく、下水道課・建設課・農林水産課
学校教育課等、生活や教育に関連する課と連携した

ふくし総合相談窓口の活動

✿仕掛け② 庁内・外の連携をすすめる

普段、顔を合わすことが中々ない専門職同士が、それぞれの役割を知り、顔の見える関係になる機会を持つ
「相談支援包括化推進会議」年4回開催

＜参加職種＞

職業安定所、障害者就業・生活支援センター、法テラス、保健所
若者サポートセンター、成年後見支援センター、司法書士
障害年金相談センター、病院（市内5カ所）、居宅介護支援事業所
（5圏域より各1人）、相談支援事業所（市内6カ所）、社協
市役所（11カ所）

☞ 平成30年度は、昨年度見えてきた課題「生活困窮」
「ひきこもり」について検討していく予定

認知症初期集中支援チーム活動 ふくし総合相談窓口の活動を通して

- ・認知症の早期発見・早期対応と同じで、できるだけ早い段階から「生活困窮」など抱える世帯の存在を把握し、課題が更に複雑化しないように支援ネットワークづくりを
- ・支援者として認知症・障害などへ、疾患の理解や対応の仕方などから深める「外側からの理解」と、その人の言葉に耳を傾け、意思を尊重する「内側からの理解」の両方を大事にしていく
- ・解決に至らなくても、からみあった複合課題をほぐし共に考える伴走型の支援をしていく
- ・支援者同士のチームワークを大事に！ よく笑いあう

課長の組織づくり（再掲）

「地域共生社会」の実現を念頭においた
認知症施策をはじめ様々な施策に
横断的に対応する組織へ

たつの市地域包括支援課の中に「推進員」が多いが、
推進員に求められるコーディネーターとして
役割を活かし
横断的な対応へ！
コーディネーター同士が連携すると
さらに強みになる！



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」