

兵庫県たつの市 認知症地域支援推進員の活動



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

認知症地域支援推進員

太中 聖佳

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
- 在宅介護支援センター 5か所



龍野城



聚遠亭



瀬戸内海と新舞子での潮干狩り

播磨の小京都

- 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。

○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

本日の内容

- たつの市の認知症施策
- たつの市における認知症地域支援推進員の役割
- 認知症地域支援推進員の活動
- 認知症初期集中支援チームの活動
- 認知症初期集中支援チームでの認知症地域支援推進員の効果

たつの市の認知症施策

たつの市における 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

認知症地域支援推進員の活動

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



たつの市認知症ケアパス 「認知症生活べんり帳」普及活動

認知症の予防段階から認知症の状態に合わせて利用できる相談先や制度・サービスをまとめたもの

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。

たつの市認知症カフェ



カフェの名称	日時・場所・問合せ先	カフェの名称	日時・場所・問合せ先
①おれんじ倶楽部 (本人の会) ②認知症ゼミナール (学習と情報交換)	①開催日不定期(要問合せ) NPO播磨オレンジパートナー (龍野町本町47番地)など	ほっとカフェ 輪(りん)りん	第2・4金曜日 9時30分~12時 新宮ふれあい福祉会館(新宮町平野111-1) ☎0791-77-0460(こやすの家 服部)
	②第2土曜日 10時~11時半 ガレリア アーツ&ティー (龍野町富永1439) ☎090-7285-3867 (NPO法人播磨オレンジパートナー・丸尾)	さくらカフェ 縁(えん) (現在休止中)	毎月最終土曜日(日曜日に変更あり) 9時~10時30分 古民家喫茶 縁(揖西町竹原176) ☎0791-66-0722(山口)
愛ランド相談カフェ	毎週金曜日 11時~15時 愛ランド(新宮町中野庄80) ☎0791-76-2686(愛ランド)	ゆいカフェ	第2水曜日 10時~12時 サルビア園(揖保川町黍田430-59) ☎079-322-3268(岡本)
ほっこりカフェ あっとほ~む	火曜日・土曜日 10時~16時 要問合せ ㈱グリーンファーム揖西(揖西町北山480) ☎090-5166-0313(岡本)		第3水曜日 14時~16時 ちづちゃんの花園(新宮町上笹1189) ☎079-322-3268(岡本)
きりかぶカフェ (若年性認知症交流会)	第4木曜日 13時30分~15時 日山ごはん(龍野町富永1005-35) ☎0791-64-3197(たつの市地域包括支援課)		第4土曜日 10時~12時 御津やすらぎ福祉会館(御津町朝臣38-1) ☎079-322-3268(岡本)

ようこそ！

きりかぶカフェ
(若年性認知症交流会)

毎月第4木曜日に
開催しています！



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の活動の下支え

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

たつの市認知症初期集中支援 チームの活動

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
⇒ 結局、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、とりあえず施設へとになってしまう
- 認知症の人へのアセスメントと視点が不十分
⇒ 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になっていた

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。

平成29年度 たつの市認知症初期集中支援チーム員の構成

- 設置場所 たつの市地域包括支援課(直営1カ所)
 - チーム員 認知症サポート医 1名、看護師 5名
作業療法士 3名、理学療法士 1名、社会福祉士 2名
精神保健福祉士・介護福祉士 1名
(認知症地域支援推進員6名、主任ケアマネ2名も含む)
西播磨認知症疾患医療センターより、認知症認定看護師 1名
社会福祉士 1名 チーム員会議に協力参加あり
 - 所 属 西播磨認知症疾患医療センター
たつの市地域包括支援課(所属職員以外は非常勤臨時職員)
- ☆チーム員は要件を満たす専門職で、所定のチーム員研修を受けている
保健師・看護師と、作業療法士・社会福祉士・精神保健福祉士等が
2人1組で訪問、対象者の状況によっては3人で訪問

平成28年度 たつの市認知症初期集中支援チーム活動実績

訪問人数

	26年度	27年度	28年度
新規	51	65	103
継続	0	36	26
計	51	101	129

訪問回数

	26年度	27年度	28年度
初回	51	65	103
モニタリング	0	16	76
終了	23	40	46
対象外	0	0	5
計	74	121	230

「初期」「集中支援」とは

たつの市認知症初期集中支援事業の対象者

初期

①認知症の病気の早期段階

➡ ②認知症の人への関わりの初期
(ファーストタッチ)

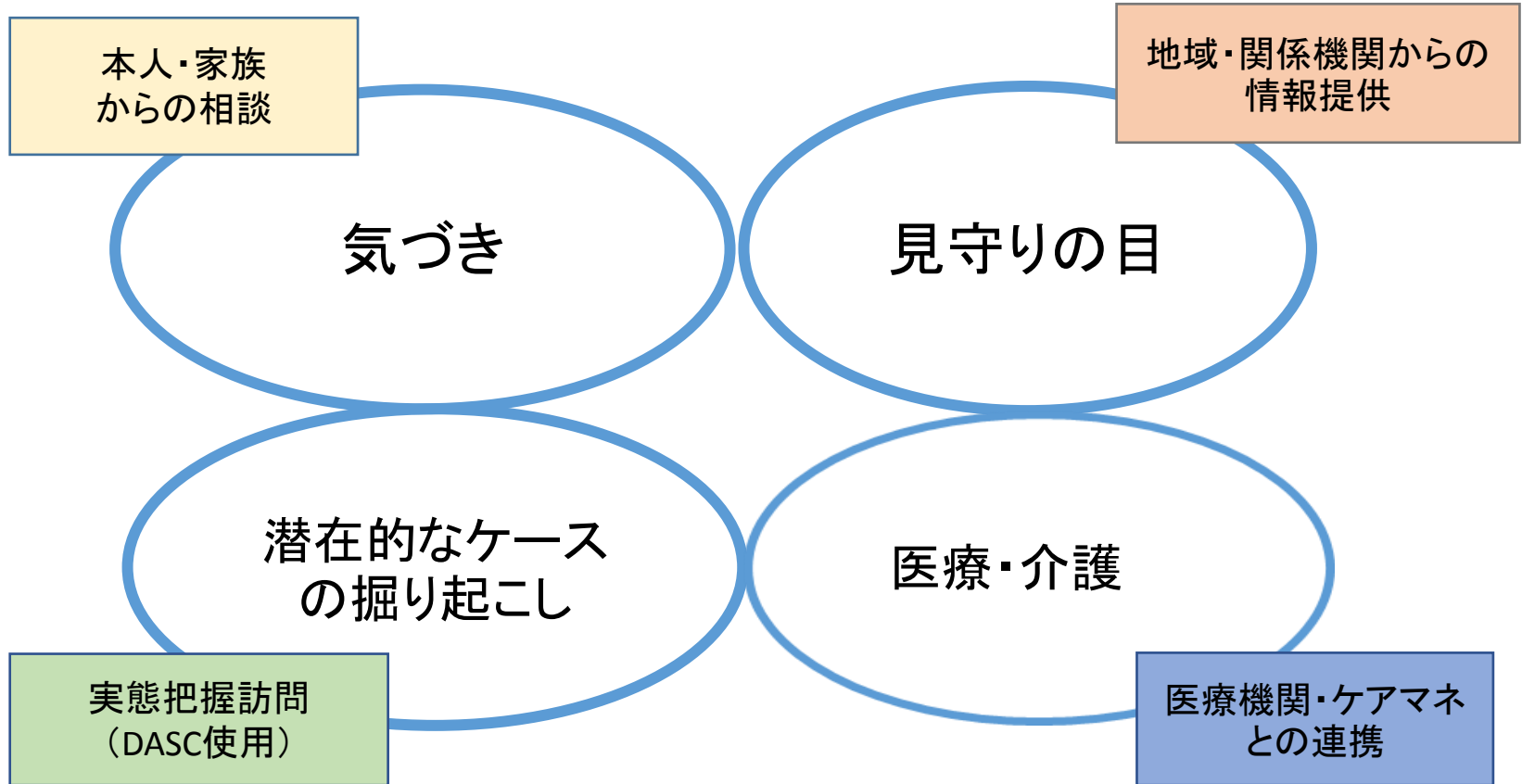
認知症初期とは限らず、中期であっても医療や介護との
接触がなかった人も対象とする。

* 医療・介護サービス利用が中断している者も対象

集中

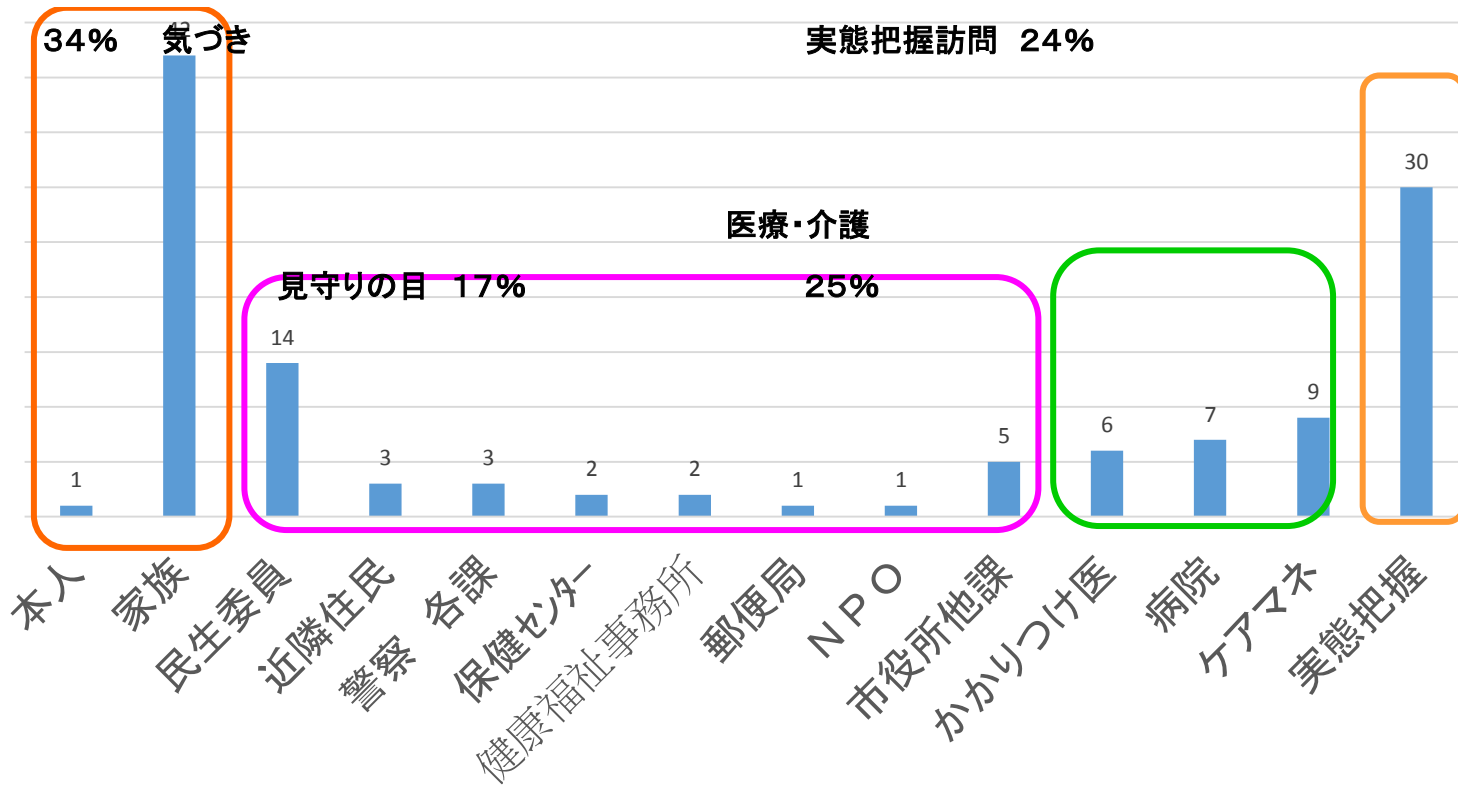
➡ 概ね6か月を目安に本格的な介護チームや
医療につなげていく。

たつの市認知症初期集中支援事業対象者の把握ルート



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挙げる、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%

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月1回、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、総合判定

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

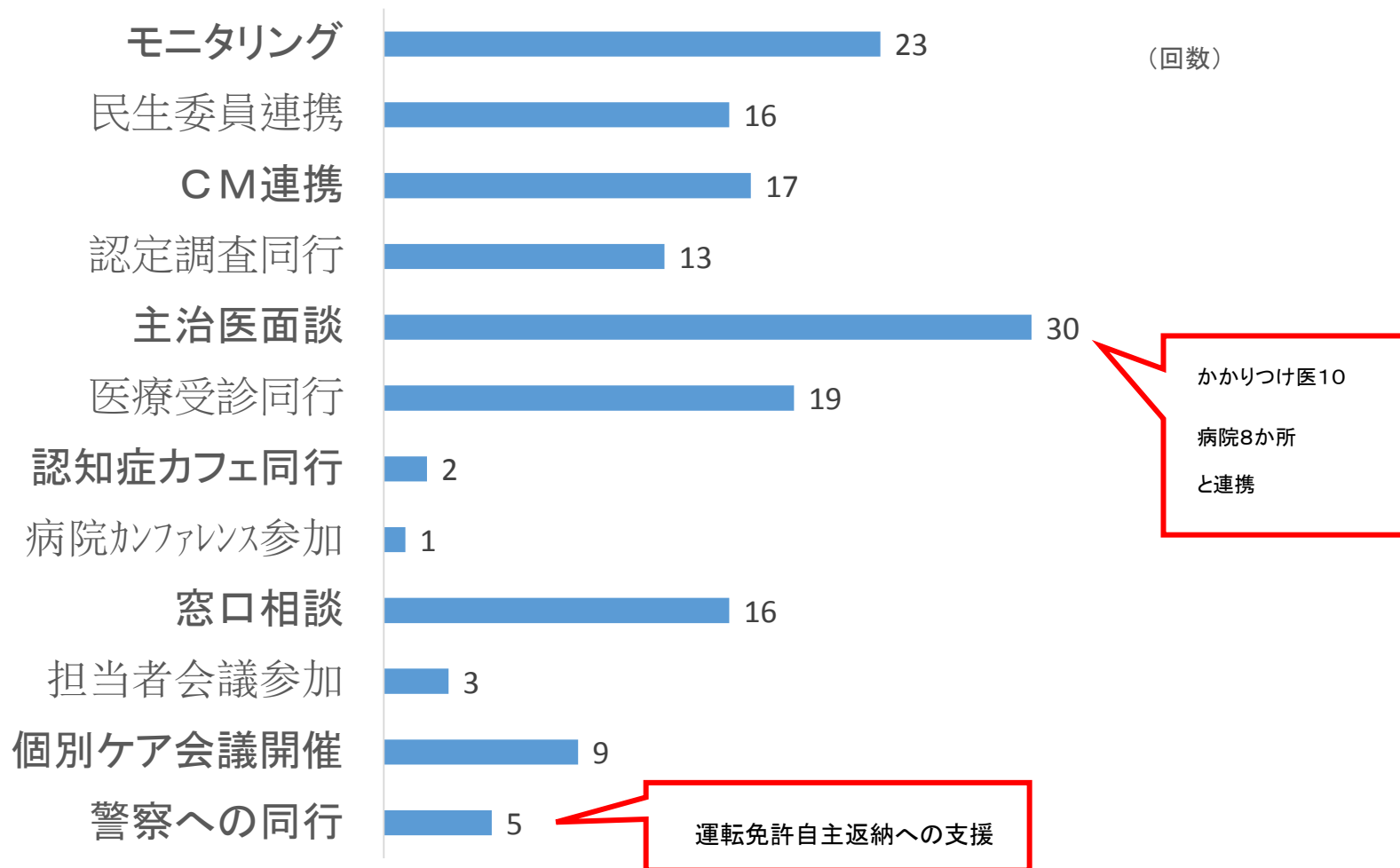
- ・地域とのつながり

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)

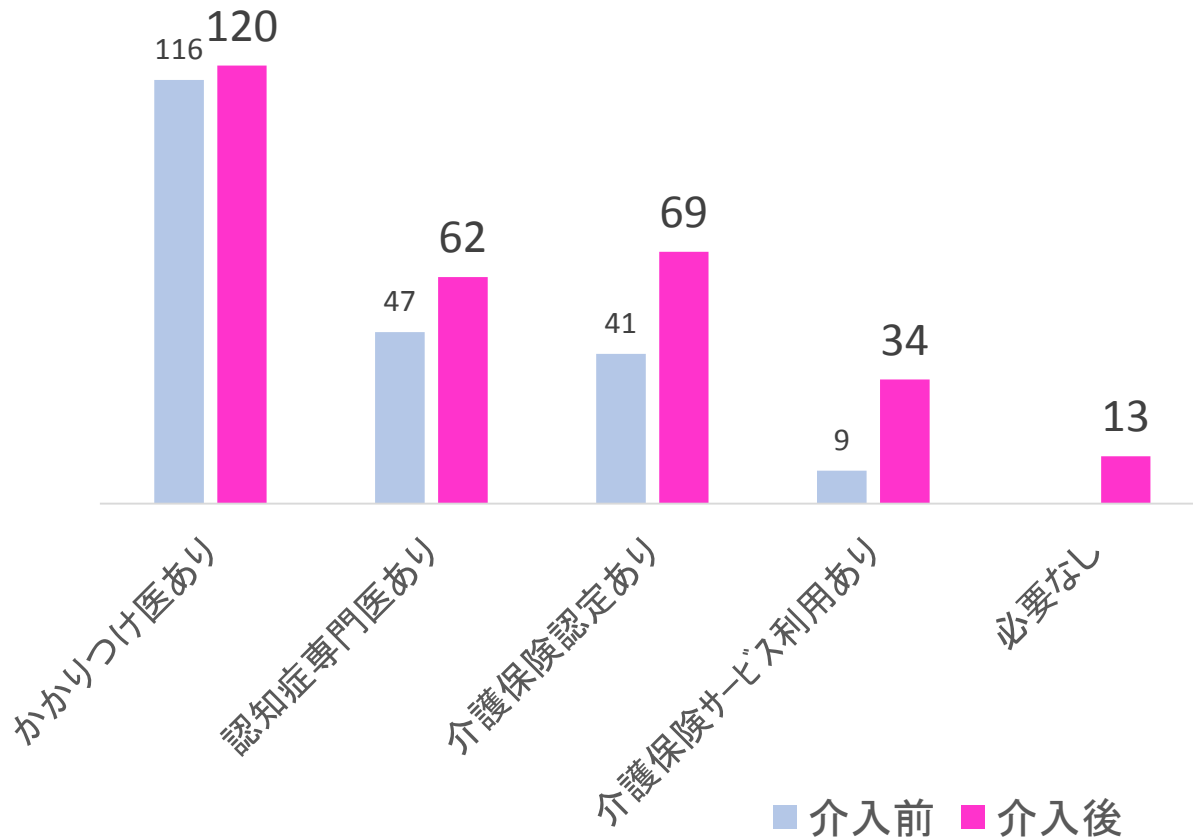
集中支援の内容 本人・家族への寄り添い支援

(平成29年度上半期実績より)

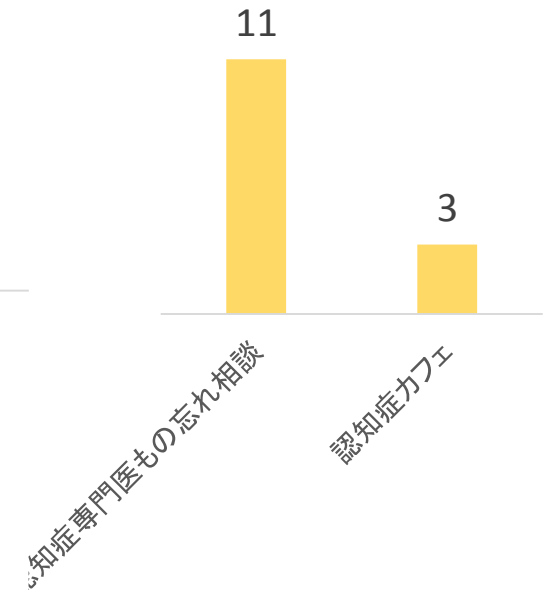


平成28年度たつの市認知症初期集中支援チームの介入効果

医療・介護へ チーム介入前後比較 (人)



インフォーマルサービスへ (人)



■ 介入前 ■ 介入後

本人・家族への寄り添い支援 事例) 認知症の診断あるが、自動車運転を続けている

本人: 76歳 女性 夫は入院中で独居

家族: 長女(他県に在住)

DASC=33点 認知症ランク I
アルツハイマー型認知症の診断あり
近隣との交流あり、何とか一人暮らし
できている
市外の夫の病院まで運転、車は傷多い

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

車がないと生活できない
長年運転している、大丈夫よ!

頻回には帰れない
どうしたらいい?

本人・家族への寄り添い支援 事例) 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・用途など、思いを聞く
- ②家族の意向確認: 返納へ意向の強さ、家族・身近な人より不安情報等
- 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、助言をもらい
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、具体的に提案
自主返納の特典紹介、近隣の見守る人とのネットワークづくり
免許返納時は、遠方の長女に代わり警察へ同行、又、制度の利用支援

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

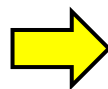
3、医師との連携 本人への助言・指導

4、警察交通課と連携

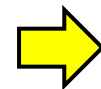
5、本人にとって影響力のある方との連携

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・関係機関の連携へ発展

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」