

徳之島地区 認知症初期集中支援事業の取り組み

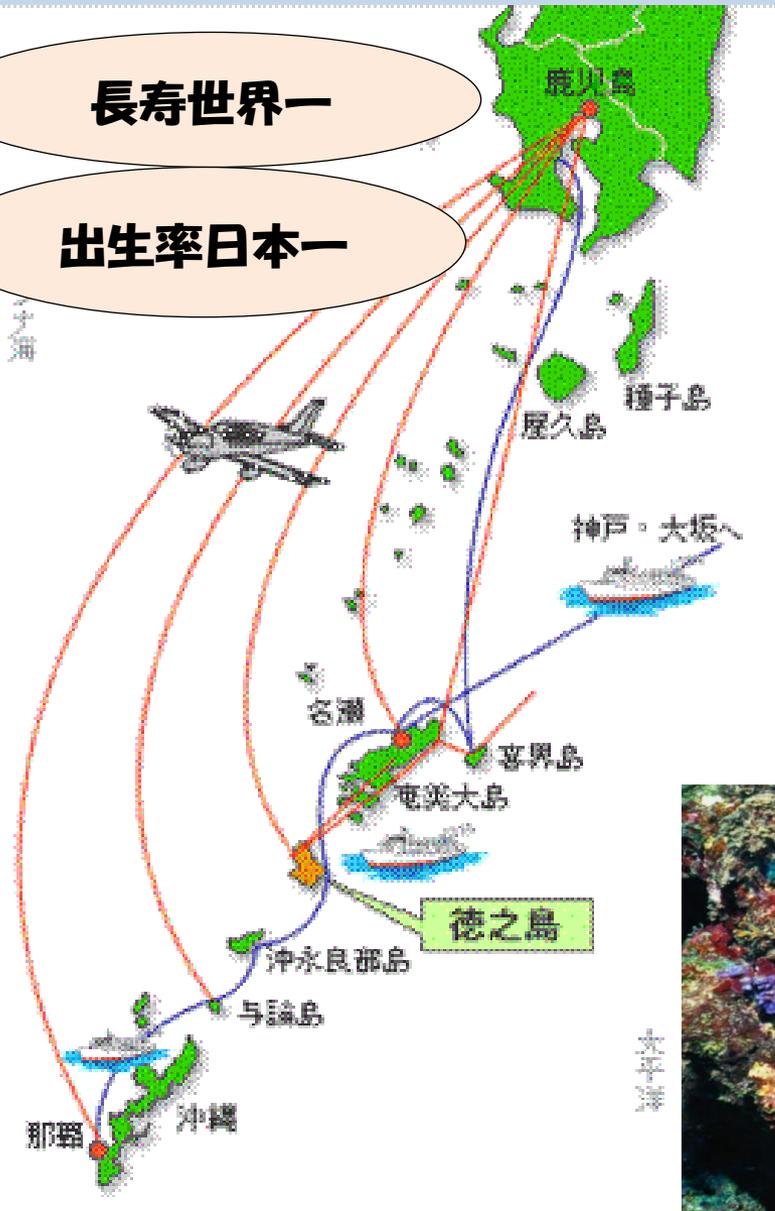
～認知症施策から地域包括ケア推進へ～

平成29年2月21日(火)
第8回 九州厚生局地域包括ケア市町村セミナー in宮崎
徳之島町地域包括支援センター

長寿 子宝 癒しの島 徳之島

長寿世界一

出生率日本一



世界自然遺産登録に推薦されました

本日の報告内容

1. 徳之島地区 事業スキームの構築
(離島でもできる！初期集中支援チーム)
2. 初期集中支援推進事業の実施状況
3. 運営の工夫や課題
4. 認知症施策から地域包括ケア推進へ



町名	人口	高齢者数	高齢化率	要介護認定率
徳之島町	11,181	3,280	28.6%	17.2%
天城町	6,216	2,076	32.5%	19.1%
伊仙町	6,940	2,380	35.3%	20.9%

直営の地域包括支援センター
各町役場内に1カ所

- 認知症専門医がいない
- 平成27年当時
認知症サポート医1名・・・
「チーム員参加は困難」

医療機関

- 病院3(内精神科1)
- 有床診療所2
- 無床診療所2

精神科専門病院 1
神経内科専門外来 2
※月1~2回の特診
認知症疾患医療センター 0
(地域型:奄美大島)

●居宅介護支援事業所 7ヶ所

認知症初期集中支援事業立ち上げに至る基盤

H18～23年

H24年～26年

H27年度～

島内3町の
連携体制

定期的な連絡会の開催

SNSでの日常的な情報共有

3町共同事業の実施

介護事業所等への研修の合同開催

ケアマネジメント検討会

地域ケア会議への再編成

3町共同による
ケアマネジメントと
ネットワーク強化

ターミナルケア検討会

在宅医療介護連携推進事業

介護予防体制・地域づくりの方向性の一致

地域ネットワーク、窓口相談機能

3町同時に介護予防・日常生活支援総合事業の開始

島外の認知症
専門医の協力
体制

認知症医療連携モデル事業

キャラバン・メイト養成
講座（島内全域）

**認知症初期集中支援事業の
共同実施**

各町が企画する専門職や住民向け講演等

目指す姿

認知症になっても、本人の想いが尊重され、住み慣れた地域で生活が続けられ、最後まで穏やかに過ごすことができる

地域包括ケアシステムの推進

初期集中支援推進事業

地域支援・ケア向上事業

医療と介護の連携
チームケアの構築

地域支援体制
家族支援

認知症ケアの
質の向上

徳之島地区
事業目標

本人の生活が安定し、穏やかに生活が続けられるための
医療・介護・地域の支援体制を作る。

< 事業目標 >

本人の生活が安定し、穏やかに生活が続けられるための

医療・介護・地域の支援体制を作る。

事業目標達成に向けた運営方法を検討

課題	検討結果
・島内に認知症専門医がない。 今後も島内での確保は難しい。	→島外から専門医を依頼する。 →将来的には、島内でチームに参加協力できるサポート医を確保する。
・認知症サポート医は1名いるが 「チーム員への参加は困難」 そもそも、医師数が少なく、そのほとんどが数年での異動。	→ 島内の医師・主治医との連携体制 の強化、協力体制をつくる。できるだけ会議への出席を依頼する。
・医療資源や専門職が少なく、委託は不可能、町単位の単独設置も困難。	→直営の地域包括支援センターに置き、島内3町で共同チームを構成する。
・限られたリソースの中で、チームとしての専門性を高めるためには。	→ 民間の医療機関等から、専門職のチーム員・会議参加を依頼し多職種での検討を行う。

徳之島地区 チーム体制図

認知症疾患医療センター(谷山病院)

専門医

平成24年度～

鹿児島県認知症サポート医活用モデル事業、キャリアバンメイト養成講座、その他各町での認知症講演会等を継続的に依頼していた。

徳之島地区 チーム員

天城町
地域包括支援センター

徳之島町
地域包括支援センター

伊仙町
地域包括支援センター

社会福祉士1(兼務)
保健師 1(兼務)
看護師1(兼務)
介護支援専門員1(兼務)

社会福祉士1(兼務)
保健師 1(兼務)
看護師2(兼務)

社会福祉士2(兼務)
保健師 1(兼務)
看護師1(兼務)
介護支援専門員1(兼務)

作業療法士

精神保健福祉士

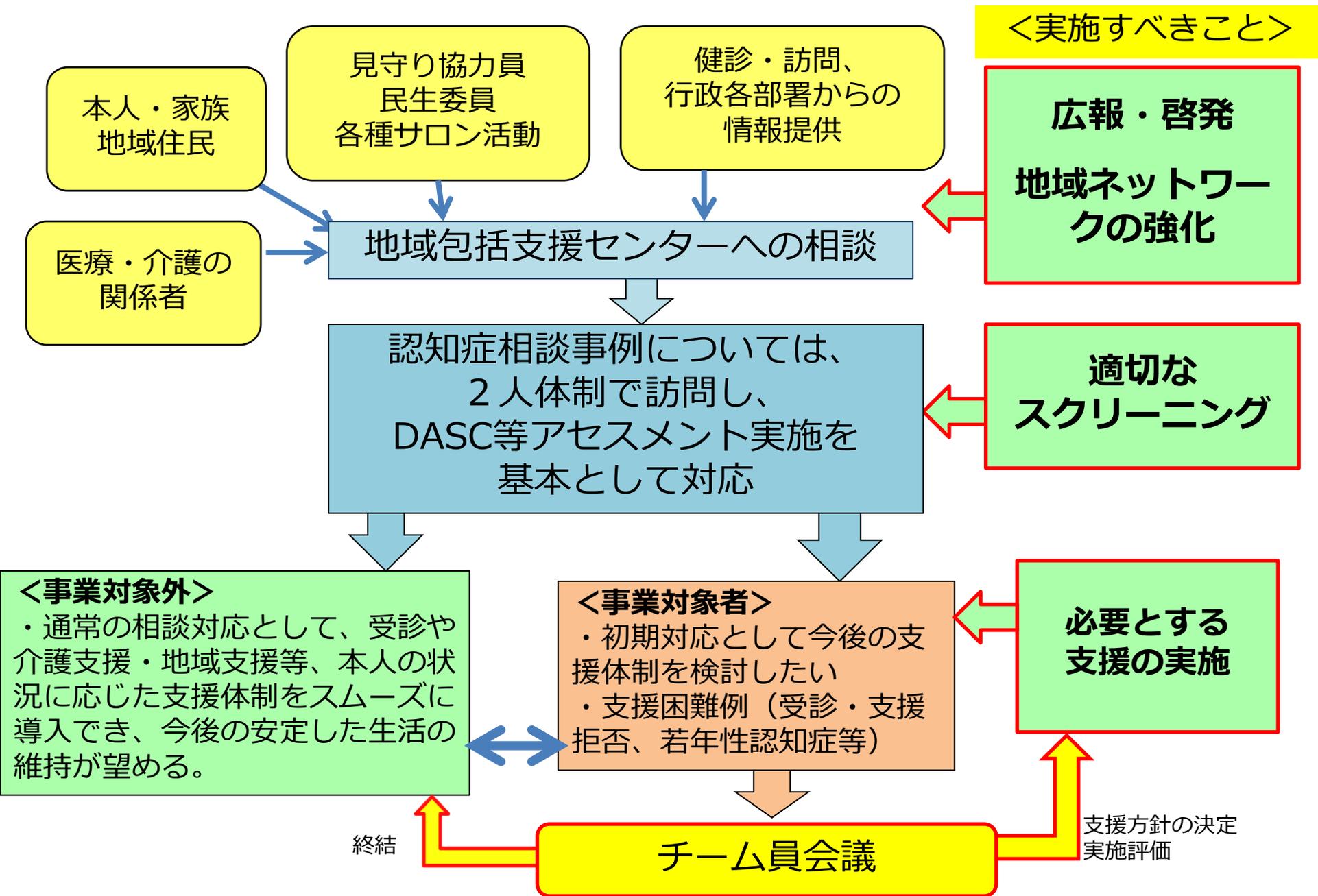
かかりつけ医
認知症サポート医

精神科専門医
神経内科医

連携

地域型認知症疾患医療センター(奄美病院)

事業対象者の把握と実施フロー



広報・啓発、地域ネットワークの強化

関係者への研修：初期集中支援事業開始に伴う研修会開催

平成27年12月19日（土）14：00～16：00

「地域包括ケアシステムと認知症初期支援」

～認知症になっても、住み慣れた地域で自分らしく暮らせる地域づくり～



認知症支援に関わる医療・介護
・地域福祉の関係者

約100名

終了後「徳之島地区 初期集中支援チーム検討委員会」を開催

医師、MSW, リハ職等20名

12月20日（日）午前中

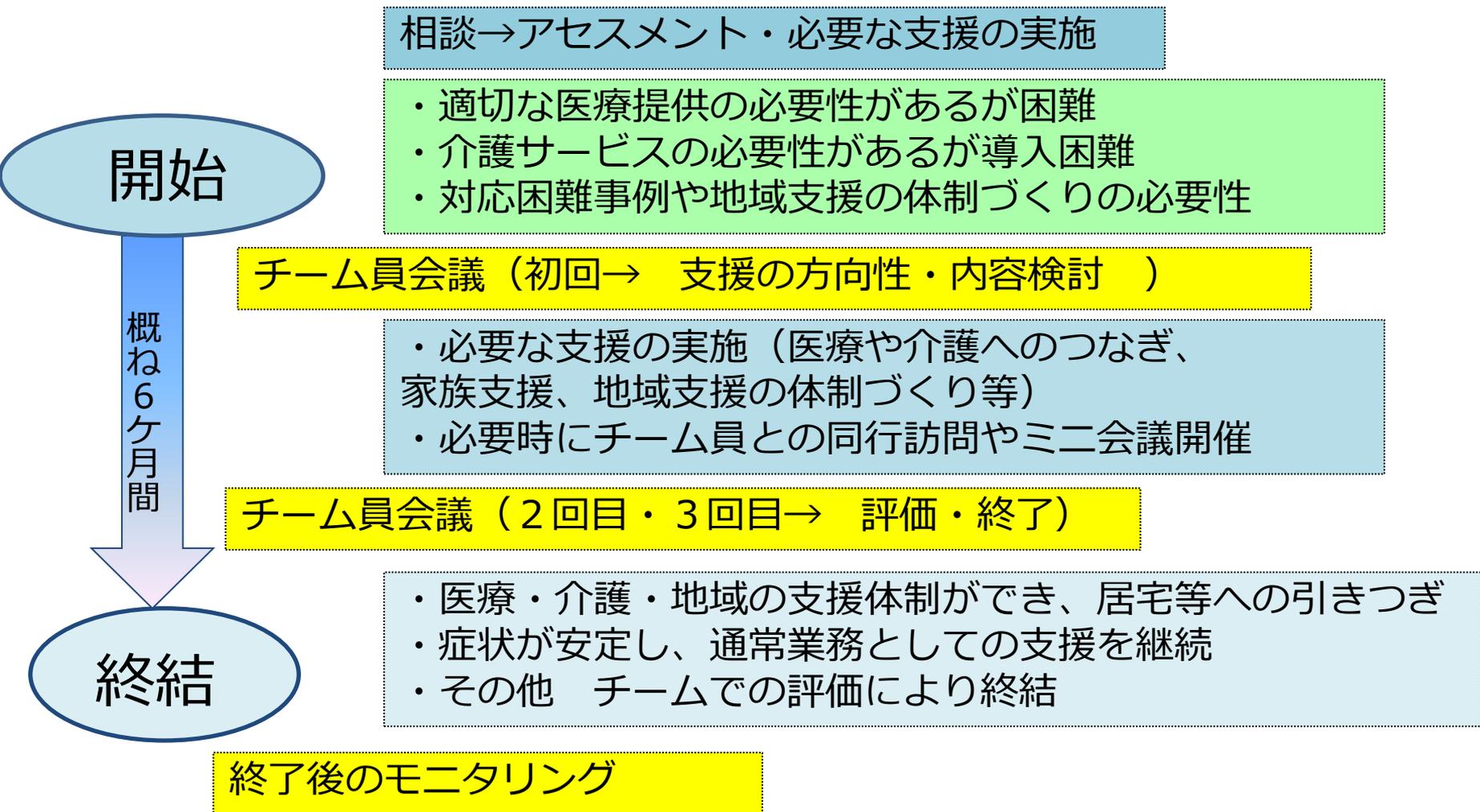
＜研修を兼ね模擬チーム会議＞

3町包括、専門医、疾患センターPSW,主任
ケアマネジャー

地域住民への広報：広報誌への掲載、町公式HP掲載
民生委員・高齢者クラブ等各団体への研修・講演等

初期集中支援チームが機能するためには、地域ネットワークの強化「情報が入る仕組み」(早期発見機能)が重要！！

初期支援の実際



- ・ 相談を受けた事例に対し、1人ひとりの生活・暮らしを支えるしくみをつくりだし、積み上げていく
- ・ 個別課題の検討からチームケア、地域支援の体制づくりに展開

チーム員会議の実際

1. 事務局町による事前準備

- ①専門医の日程調整（3ヶ月に1度来島）
- ②事例を事前に確認（クラウドで共有）
- ③参加者の調整・連絡

2. 会議の実際

項目	内容	備考
司会進行	事務局担当町の職員	件数や提出事例の内容により、時間設定を考慮 参加者全員が発言できるように配慮
事例概要 10分	各町のチーム員 事例概要、DASCアセスメント結果、検討したい事項	
協議検討 15～20分	参加者全員で協議検討 各職種の立場から検討・意見交換 支援内容・方針の決定	
結論	検討内容の確認・モニタリング時期、方法の確認	

3. 終了後のモニタリング

地域包括支援センター職員による訪問や、引き継ぎ後の介護支援専門員からの情報提供等の方法により実施

チーム員会議



第1回

T病院 MSW

専門医

主任ケアマネジャー



第2回

島内の認知症サポート医
(平成28年8月に研修を受講)



第3回

3町 地域包括支援センター職員
(保健師・社会福祉士・看護師
・介護支援専門員)

M病院 OT

認知症地域支援推進員
(看護師)

- ・各専門職種が参加することで、本人の状態を多面的にとらえ、共通の目標にそって見通しをもった支援方針を立てる。
- ・多職種協働によるチームケアのOJTとなる。

チーム員会議の実際

対象者管理表 (3町共有・一部抜粋・改変あり)

No	性別	年齢	会議 ①	会議 ②	主治 医	介護度	原因 疾患	検討内容・評価
A町-1	女	80代	H28.3	H28.7	A病院	要介護1	脳血管性	退院後独居、服薬管理困難 訪問看護導入、ボランティア支援で安定→終了
A町-2	男	90代	H28.3	H28.7	A病院	要介護3	アルツハイマー型	介護負担、徘徊 個別相談会・認知症カフェ参加、地域でサポーター養成講座実施→終了
A町-3	女	80代	H28.3	H28.7	A病院	要介護1	アルツハイマー型	独居・被害妄想 通所介護利用開始、周囲の親せき関係の支援で生活面は安定→終了
B町-1	男	80代	H28.9	—	B病院	未申請	未受診	DASC 42点 今後の支援について検討
C町-1	女	50代	H28.9	—	C病院	要介護1	若年性アルツハイマー	介護サービス未利用 家族の理解 今後の支援について検討

運営の工夫や課題

- <課題>
- (1) 町をこえた事業調整や情報共有をどのようにしていくか
 - (2) チーム員会議をタイムリーに開催できない
 - (3) 島内の認知症サポート医等の人材確保を行っていく必要がある

課題 1 : 情報共有の工夫

- ・ **運営マニュアル**の作成
- ・ 日程等の調整はSNS、メールを活用
- ・ 各種情報共有は**無料クラウドサービス (BOX)**を活用
- ・ 3町の地域包括支援センター職員は日常的にLINEグループを活用

3町・専門医が
同じフォルダを共有
パスワードにより
どこからでもアクセス可能

課題 2 : 会議以外の緊急時対応

- ・ 事例をクラウドにUPし、専門医や他町よりSNS、メール等でアドバイス、コメントをもらう。
- ・ 島内の認知症サポート医を依頼し、小チーム会議を開催する。
- ・ 町単位の地域ケア会議で対応する。

タイムリーな対応を行うこと
についても会議で評価

課題 3 : 島内の人材確保

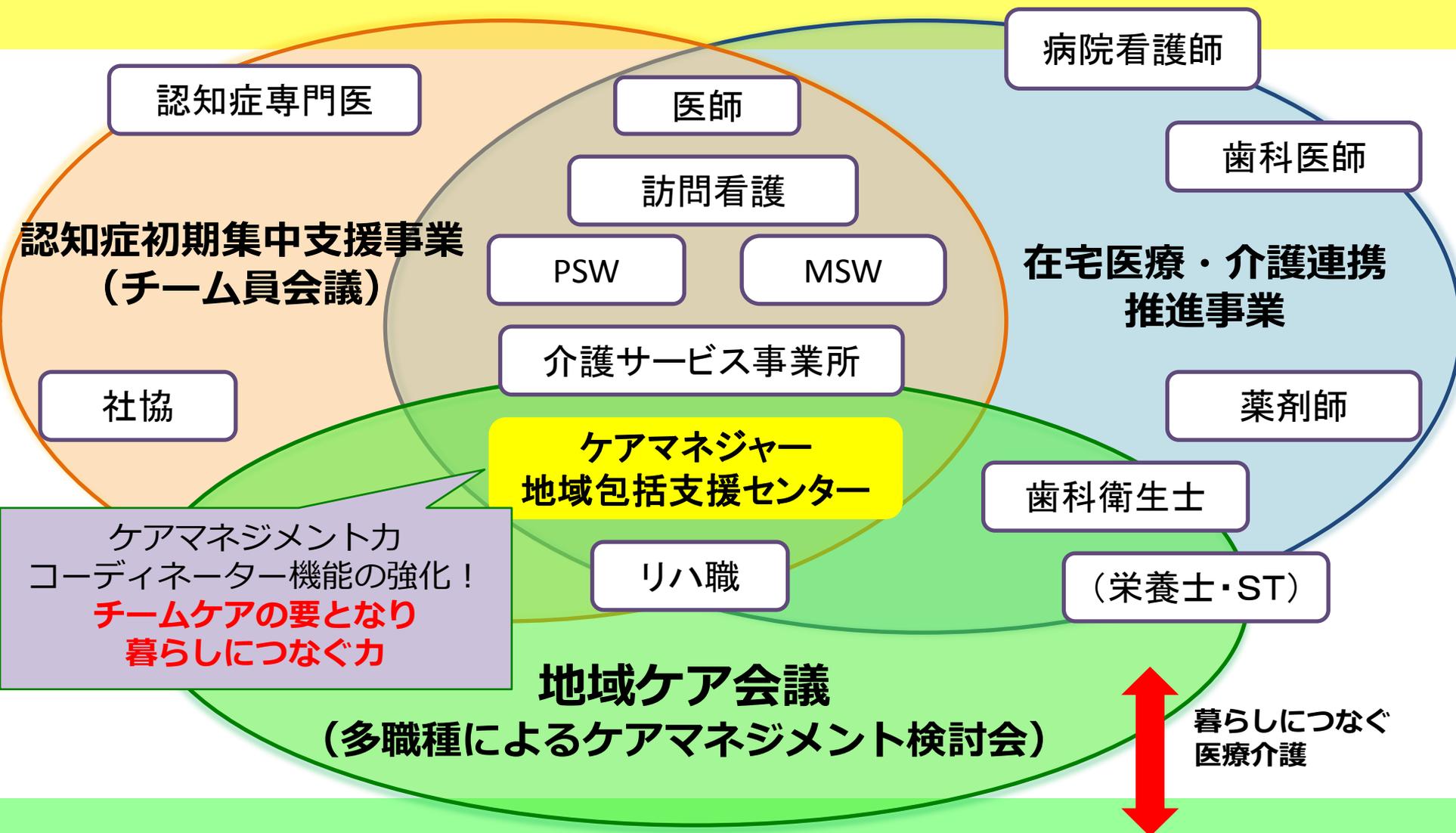
研修費用補助の他、今後も継続的に研修受講の働きかけをしていく。
(今年8月に受講した医師は今後異動の可能性あり)

徳之島地区 事業運営の工夫と事業効果

- ・広域運営により、対象人口が少なくても、**困難ケース対応について会議を通して学ぶ**ことができる。認知症支援に携わる人材のアセスメントの標準化、相談対応力の向上につながる。（**島内全体の人材育成**）
- ・島内の医師等が参加可能な時間や会場（医療機関内での開催等）の設定
- ・事業参加により関係者の**関心**が高まり、**必要性が理解**され、認知症サポート医などの人材育成ができる可能性が高まる。
- ・その他関係者に、会議（事業）に参加してもらうことで、**関係者の認知症対応力の向上とネットワーク構築**につながる。
- ・専門医を島外から招聘するメリットを活かし**地域全体の対応力の底上げ**を図る（医療介護従事者への研修、地域住民への普及啓発、介護家族の相談などを事務局町が企画・実施）

・「始める・動く」ことで**経験値を積み**、スキルがあがり、**チームの質が向上**する。（**PDCAサイクル**をまわし、評価→より良い体制を作っていく）

3町連携事業（各3ヶ月に1回）により、島内のコアメンバーがつながるネットワークの構築、チームケア体制の強化・継続的な人材育成



(各町) 介護予防・日常生活支援総合事業
つながり・支えあう、安心して暮らせる“健幸”な地域づくり

3町連携事業（各3ヶ月に1回）により、島内のコアメンバーがつながるネットワークの構築、チームケア体制の強化・継続的な人材育成

<地域ケア会議>

（多職種によるケアマネジャーの力量形成）
平成15年度から継続的に実施しており、事業所の主任介護支援専門員が育っている。
事業所の枠を超えた育ちあいの場、OJTの場
自立支援に向けたケアマネジメント機能の向上

病院看護師

歯科医師



社協

介護サービス事業所

ケア
コーディネーター
チーム



ケアマネジャー
包括支援センター

リハ職

<医療介護連携推進事業>

平成24年度から現場レベルでの意見交換会、事例検討を実施し、平成27年度の事業開始に伴い組織を拡充・移行
3ヶ月に1回の運営委員会で現場のニーズを踏まえて各種研修会や多職種の事例検討会などの企画運営を行う。
120名が参加する事例検討会

（各町）介護予防・
つながり・支えあう、安心して

<介護予防・日常生活支援総合事業>

H18年度～地域のつながりづくり、身近な場所で参加できる場づくりに取り組む。
現在は、各地区単位の地域サロンの他、空き家や空き倉庫、休止になった保育所、休業したお風呂場などを活動した多様な通いの場がある。自主的な運営により、声かけで参加者も増え、要介護の方・来れない方への送迎も行う。看護師OBが血压測定、担い手も高齢者。
元気高齢者が地域を創る！

訪問看護

在宅医療 介護連携



認知

コーディネーター
チームが
暮らし

(各町) 介護予防・日常生活支援総合事業
つながり・支えあう、安心して暮らせる“健幸”な地域づくり

地域支援の体制強化

認知症カフェ



認知症相談会

医療・介護・福祉
関係者の対応力向上

初期集中支援

家族支援

医療職・介護職への
認知症研修会

ネットワーク構築

住民向け講演会
サポーター養成

身近な通いの場
ボランティア養成
見守りネットワーク



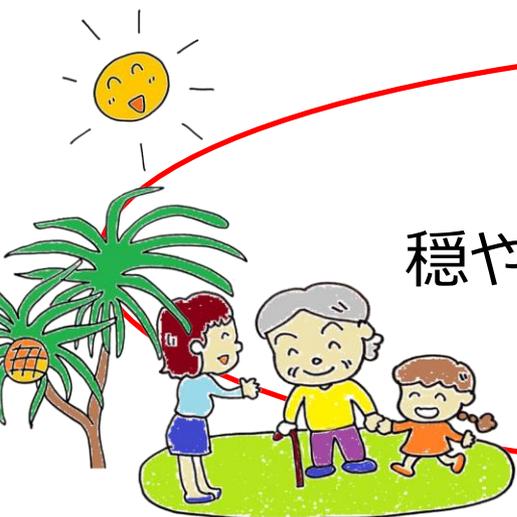
SOS訓練



地域住民の見守り、声かけ
日常的なサポートの充実

<つながりづくり・居場所づくり>

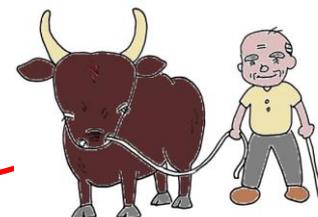
地域のつながり、居場所があることで認知症があっても“普通の暮らし”ができる！
MCI, アルツハイマー型認知症の診断がある方も、地域の集いの場で楽しく過ごすことができる。



認知症の方と家族が

穏やかに笑顔で暮らし続けられるまちを

みんなで作っていく



1. 事業実施は手段！

「何のために？」それぞれの地域性に応じた事業目標を設定・共有し、目標に向かう展開を関係者ととともに考える。

2. チーム員会議は人材育成と多職種連携チームケア構築の場
専門職が相互にエンパワーメントできるサポーターティブな議論の場づくり

3. 地域全体の対応力の底上げを図る

医療介護だけではなく、地域にある資源・住民も生活を支える重要な資源（むしろ住民こそが大事）

認知症の方とともに暮らすまちづくりをみんなで！