

キーワード

認知症高齢者の支援、人材育成、チーム体制、地域づくり

認知症になっても安心して暮らせる市民協働によるネットワークづくり

福岡県 大牟田市

【この事例の特徴】

- 認知症の行動・心理症状が見られた場合でも、在宅生活を継続できている
- 地域住民にも、自主的に見守りを実施するなど、認知症に対する意識の変化が見られている
- 認知症ケアのための人づくり・チームづくり・地域づくりが、長期的視点で段階的に展開されている



《検討WGからの推薦メッセージ》

認知症への取り組みを大きな旗印としつつ、住民相互の助け合いや、安心・安全や地域づくりにつなげている事例です。

地域概要

総人口:	123,109 人	要介護要支援認定者数:	7,531 人(19.6%)
65歳以上人口:	38,341 人(31.1%)	第5期介護保険料:	5,480 円
75歳以上人口:	21,383 人(17.4%)		

実施主体

- ・大牟田市長寿社会推進課
- ・大牟田市介護サービス事業者協議会

取り組みの背景・課題認識

- ・ 介護保険制度開始当初は、認知症の人へのケアがまだ手探り状態であったため、介護サービス事業者が認知症ケアを体系的に学ぶ機会としての勉強会をスタート。制度運用に当たっては、行政のみの努力では限界があり、行政と事業者、専門職とが協働により進めなくてはならないと考えていた**市の担当者が勉強会に参加**。「認知症になっても安心して生活できる環境整備」を市全体で進める必要性を認識し、**事業者と市で課題認識を共有**。
- ・ 平成 13 年に事業者協議会の中に「認知症ケア研究会」(現:認知症ライフサポート研究会)が発足、認知症ケアの質向上に向けて実践的な活動を開始。

取り組み内容



大牟田市では、左のような全体構想に基づき、認知症ケアを推進している。

詳細は、以下で紹介する。

【地域づくりを推進する人材の養成 ~認知症コーディネーター養成講座】

- 大牟田市と認知症ライフサポート研究会が連携し、認知症ケアに関わる人材育成を開始。「**パーソン・センタード・ケアの理解と理念の醸成**」「**権利擁護の徹底理解と日々のアドボケート**」「**課題分析と適切な医療とケア・生活支援**」「**協働のまちづくりの推進**」が到達目標。
- 2年間 386 時間のカリキュラムで、10 人程度の少人数制。2013 年 6 月時点で、85 名の専門職が修了。上記研修で養成した修了生のうち、**認知症の人や家族を支援するうえでスーパーバイズ**ができる者を「**認知症コーディネーター**」と位置付けている。



【予算】 認知症コーディネーター養成研修等 3,358 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【チームで支える体制整備 ~地域認知症サポートチーム】

- 認知症ケアに関わる医療と介護の専門職が、個別事例に対し**チームとして対応**することが必要だと考え、認知症専門医と認知症コーディネーターが主体となり地域認知症サポートチームを結成。地域包括支援センターとも連携しながら、取り組みを進めている。
- サポートチームに相談が入ると、まずは**認知症コーディネーターが地域の支援者と協力しながら、本人や家族に関する情報収集**を行い、**緊急的な医療やケアの調整・支援等**を行う。また、必要に応じて**チームの医師に相談し、ケアマネジャーや地域包括支援センター等と連絡調整**を図る。
- 行政内に認知症連携担当者を 1 名配置し、チームの運用面を担当している。

大牟田市地域認知症サポートチーム

メンバー構成
 ・専門医(精神科・老年内科:4名)
 ・認知症医療センター医師(神経内科:2名)
 ・介護・看護職(認知症コーディネーター:6名)
 ・認知症連携担当(長寿社会推進課:1名)

役割
 ・いわゆる困難事例へのスーパーバイズ
 ・FTD、若年性、高値BPSD、要診拒否、自動車運転
 ・かかりつけ医との医療連携
 ・認知症何でも相談窓口(週一回、於大牟田市保健所)
 ・介護サービス事業者へのアドバイス・指導、連携
 ・事例検討会(月一回)
 ・もの忘れ相談検診・予防教室の結果分析
 ・予防教室・参加者のフォローアップ
 ・本人交流会、家族交流会のコーディネート
 ・啓発活動、予防教室の活動立案、資料作り

【専門職による情報連携とケアの質向上の場づくり ～地域認知症サポート定例カンファレンス】

- ・ 地域認知症サポートチームをはじめ、地域包括支援センターやその他の専門職のケアの質向上と情報連携を目的に、毎月 1 回、認知症の事例に関する定例のカンファレンスを開催。多角的な視点での検討による課題の整理や参加者同士の連携促進を目指している。
- ・ 事例検討後、継続的にフォローが必要と判断された場合は、担当コーディネーターを選定、継続的な支援を行う。



【予算】 地域認知症サポートチーム、定例カンファレンス等 5,632 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【地域住民主体で見守り・支える取り組み ～徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練】

- ・ 当時 24 あった小学校区の中の駛馬南校区において、住民自身が主体となって、認知症の人を地域で支えるために必要なことを話し合う「日曜茶話会」から、徘徊模擬訓練が開催。
- ・ 訓練では、認知症の人が道に迷い、自宅に帰れなくなった(徘徊)という想定で、地域住民や郵便局、タクシー会社、バス会社等の関係機関に情報を伝達し、捜索、保護までの流れを実際に行う。
- ・ 1 小学校区で始まった取り組みが、現在では全 21 校区にまで拡大。各校区にて実行委員会を立ち上げ、それぞれの校区の実情に応じた訓練や情報伝達網の構築を行っており、地域コミュニティ再構築の機運醸成にも寄与している。



取り組みの経緯

平成 12 年

- ・介護保険制度の導入を機に、「介護サービス事業者協議会」「介護支援専門員連絡協議会」を設立

平成 13 年

- ・介護サービス事業者協議会のなかに「認知症ケア研究会」が組織され、認知症ケアに対する取り組みが開始



行政が事業者に働きかけ、協議会の事務局を担うなどバックアップ体制を整えた

平成 14 年

- ・「痴呆ケア実践塾 in 2001」を実施、その翌年から、「認知症コーディネーター養成講座」が開始



国・県等の補助金・助成金を申請・活用、人材養成を起点にした行政による仕掛けを行った

平成 16 年

- ・住民が主体となって「はやめ南人情ネットワーク」発足。「ほっと・安心(徘徊)ネットワーク模擬体験ウォーク」をきっかけに第1回徘徊模擬訓練を開催。

活動の基盤をつくった時期
(平成 12～13 年度)

人材育成と地域づくりの端緒が見られた時期
(平成 14～17 年度)

平成 18 年

地域密着型サービスが市町村指定となったことを受け、指定の要件として、認知症コーディネーター養成講座修了者の配置と、介護予防・地域交流施設の併設を義務化



市として、地域密着型サービスの充実を積極的に働きかけるとともに、その中心を担う人材配置や地域とのつながりづくりといった活用方針を明確化した

平成 19 年

・認知症コーディネーターの活用に向けて、ワークショップ形式で「認知症ケアサポートチーム」のあり方検討を実施(市から認知症ケア研究会に委託)



認知症ケア研究会にあり方検討を委託、専門職による課題の整理を支援した

・1 校区で実施した模擬訓練が市内全域に拡大



校区の町内公民館連絡協議会、民生委員児童委員協議会、社会福祉協議会など、関係団体への丁寧な説明を実施した

平成 21 年

より継続的・包括的な支援のため、「地域認知症サポートチーム」試行事業を実施、翌年新たなサポートチームの運用を開始

チームの運用開始にあわせて、行政内に認知症連携担当者を 1 名配置



事業の PDCA サイクルの実行にあわせて、自治体内部での職員の役割を明確化した

平成 22 年

俳諧模擬訓練を全ての校区で実施

平成 24 年

徘徊 SOS ネットワークの広域化

平成 25 年

認知症コーディネーター養成講座、地域認知症サポートチーム、徘徊模擬訓練を市の地域支援事業として介護保険特別会計に明確に位置づけた



事業として定着が見られた

人材育成が
チームづくりへ
つながるととも
に、地域づくりが
本格化する時期
(平成 18~20
年度)

PDCA の実行と
さらなる事業
拡大の時期
(平成 21~25
年度)

取り組みの成果

◆ 地域に見られた変化

- ・ 認知症高齢者の徘徊行動による行方不明をきっかけとした地域住民による徘徊模擬訓練が、現在では全校区で開催されるなど、認知症の人と家族の地域で見守り支える意識づくりが確実に進んでいる
- ・ 地域住民とケアマネジャー、地域密着型サービスの連携により、認知症の症状を持ちながら在宅生活が続けられる事例が増えている
- ・ 認知症をきっかけとして、市民レベルでのコミュニケーションが向上し、地域コミュニティの再構築の機運が醸成している

◆ 取り組みが活かされた個別支援

≪認知症コーディネーターを中心に地域での見守りで、認知症であっても在宅継続できている事例≫

「軽い物忘れ」はあるものの、日常生活は特に問題なく妻と二人で暮らしていた A 氏であったが、実姉の葬儀の際に突然暴れ出し、家族はこの時、本人の認知症を確信した。その後、妻が夫を介護するかたちで生活を送っていたが、妻の介護負担が過重になったために、長女が 30 年務めた会社を辞めることとなった。また、本人が長女を「妻の隠し子」と疑い、娘を家から追い出すなど、妄想や拒否的な行動が目立つようになったため、家族から地域包括支援センターに相談が行われた。

その後、もの忘れ予防・相談検診をきっかけに認知症専門医につながり、「レビー小体型認知症」と診断され、地域認知症サポートチームによる支援が入ることとなった。サポートチームに所属する認知症コーディネーターが担当制で介護保険サービスが開始されるまでの空白期間をカバーするために初期対応を行うとともに、特に不安を抱える家族に対して、家族向けの学習会や集いを活用しながら認知症の正しい理解を伝えたり、抱え込まない介護方法を教えるなどの家族支援を行った。現在は、認知症コーディネーターを中心に、定例カンファレンスで情報の共有を行いながら、さらに警察署を中心に構成している徘徊 SOS ネットワークによる見守りとも連携を取り、支援の仕組みを整えている。

A 氏は現在、認知症専門医の医学的管理のもと、介護保険サービスを利用中であり、認知症コーディネーターや近隣者との協働支援によって、妻・長女と一緒に穏やかに在宅で過ごしている。

この事例のポイント(工夫や成功要因など)

1. 地域

- ・ 介護サービス事業者協議会や介護支援専門員連絡協議会などにより、勉強会が継続的に実施されており、顔の見える関係性ができ上がっていた。
- ・ 認知症ケアについて諸外国の取り組みに精通している事業者や専門職がおり、法人の枠を超えた講演会を開催するなど、事業所間のネットワークにより互いに切磋琢磨していこうという機運があった。
- ・ 大牟田医師会会長が介護サービス事業者協議会の会長を兼ねるなど、医療と介護の連携がとりやすい環境があった。
- ・ 徘徊模擬訓練や小中学校絵本教室など、最初から全市的な取り組みを行うのではなく、比較的意識の高い地域や学校からスタートし、それを徐々に広げていった。

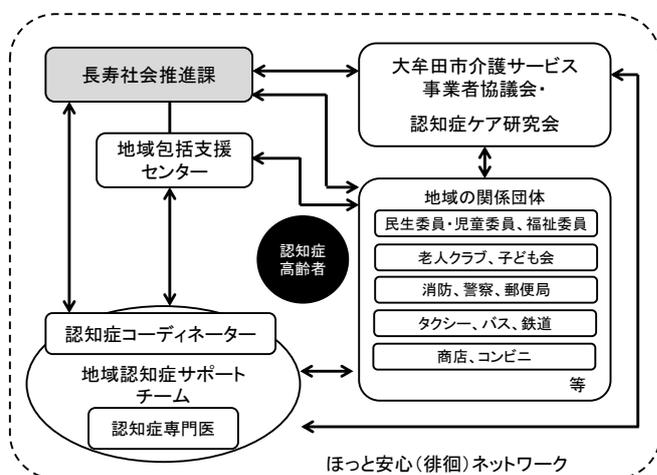
2. 自治体

- 行政から事業者へ積極的な働きかけにより、協議会を設置した。
- 市が事務局を担当し、事前準備や資料作成など円滑な会議運営を進めるとともに、研修会やイベントの開催にあたっては丸手となって活動した。
- 市として、「介護保険推進全国サミット」や「地域密着型福祉全国セミナー」といった全国規模の大会を開催するとともに、全国に先駆けて「認知症の人とともに暮らすまちづくり宣言」を出すなど、進むべき方向性を明示した。
- 国・県などの補助事業やモデル事業を活用し、事業者や地域自らの発意による活動を積極的に支援した。市から事業者側に委託する場合も、事業者側との綿密なやり取りを実施し、方向性の擦り合わせを行った。
- 保険者として、市が持つ権限を最大限有効活用して、向かうべき方向性に政策誘導を行った。

これから取り組む皆さまへ ～まず始めてみるために、この事例から得られる示唆

- ✓ 行政と医療・介護の事業者団体や専門職が交流する場をつくり、個々のケースの課題を共有しましょう
- ✓ 市と事業者が参加する定期的な勉強会や意見交換会を開催するとともに、行政が事務局を行うなど、行政と事業者が一体となって活動を継続していく体制を整えましょう
- ✓ 取り組みには人材育成が欠かせないため、地域にどのような人材が必要かを明確にしましょう

【参考】事業推進体制・職員体制



【地域包括支援センター】

地域包括支援センター数	6カ所
直営	0カ所
委託	6カ所
ランチ数	10カ所
サブセンター数	10カ所
地域包括支援センター 職員数	70人
保健師	10人
社会福祉士	23人
主任介護支援専門員	9人
その他の専門職員	28人
その他の事務職員	0人

【所管課】

長寿社会推進課 職員数	63人
-------------	-----

【参考】URL、連絡先

- 大牟田市 長寿社会推進課 0944-41-2672
http://www.city.omuta.lg.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=5&class_set_id=1&class_id=130