

認知症総合支援事業 ～認知症初期集中支援推進事業～

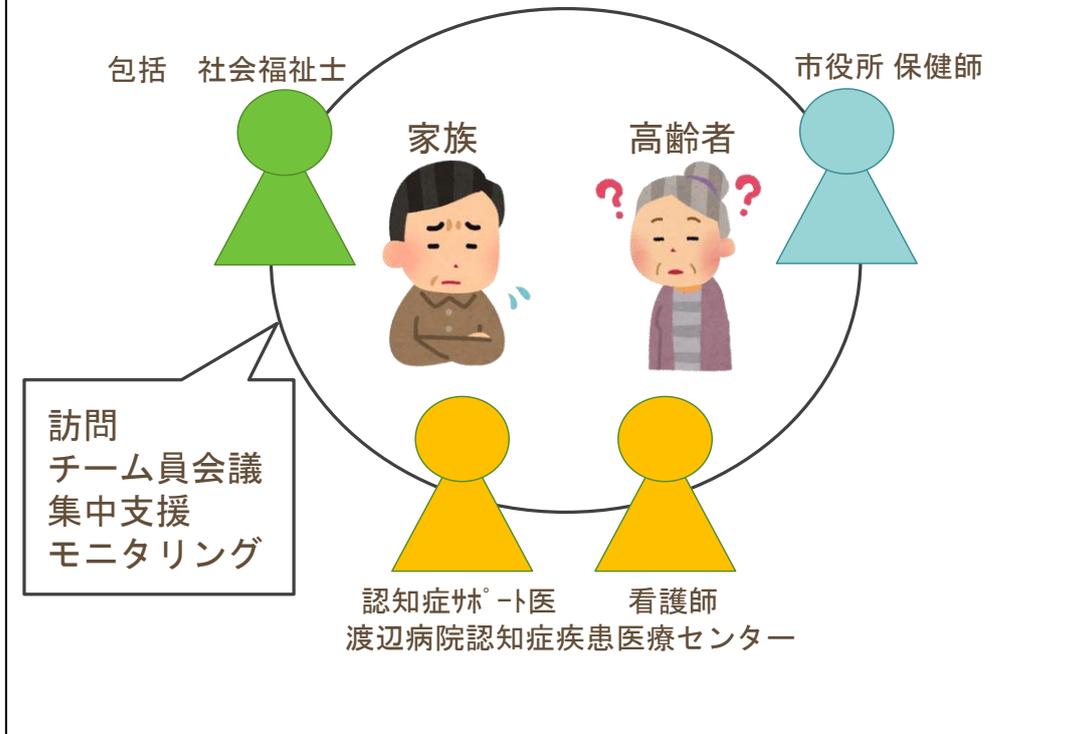
函館市地域包括支援センターたかおか
社会福祉士 小林沙貴

認知症初期集中支援事業

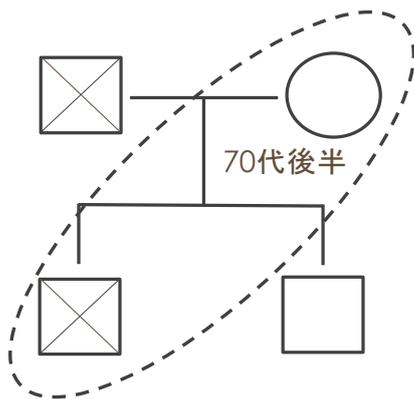
【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り
住み慣れた地域で暮らし続ける事を支援するために、
認知症の人やその家族に早期に関わる
「認知症初期集中支援チーム」を配置し、
早期診断・早期対応に向けた支援を行う事を目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】



今回報告する事例



- ・ 長男が急死し独居となる
- ・ 独居となった事で認知症が表面化
- ・ 長男が亡くなった認識が無い
- ・ 認知症により生活に支障が出てきているが自覚は無い
- ・ 身体的には自立
- ・ 次男は疎遠で関わり拒否的
- ・ 本人が次男に頻回に電話をするようになり、困った次男から包括へ相談

適切な医療に繋がり、関係機関や地域などと繋がる事により本人が希望する在宅生活をできるだけ継続できる可能性がある。

初期集中支援チームの対応

①初回訪問

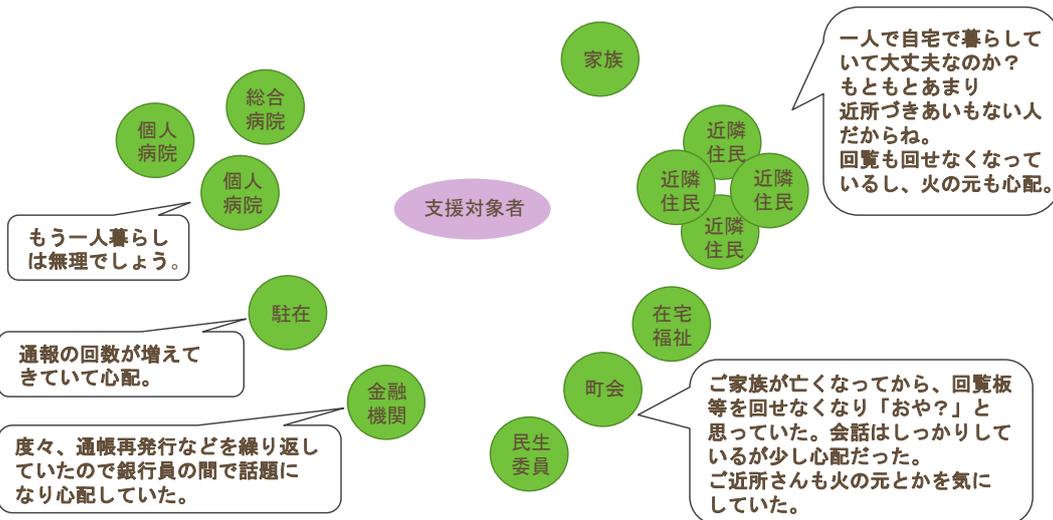
- 疾患センター看護師＋市保健師＋包括社会福祉士で訪問
- 本人の心身や認知症の状態の把握（疾患センター）
- 生活実態の把握（包括）
- 本人の意向の確認（全員）

認知症があるのは明らかで継続した支援が必要。
不明な点が多く、さらに情報収集する事が必要。



チームで役割分担して情報収集する事となる。

【明らかになった本人の生活状況と周りの困り事】

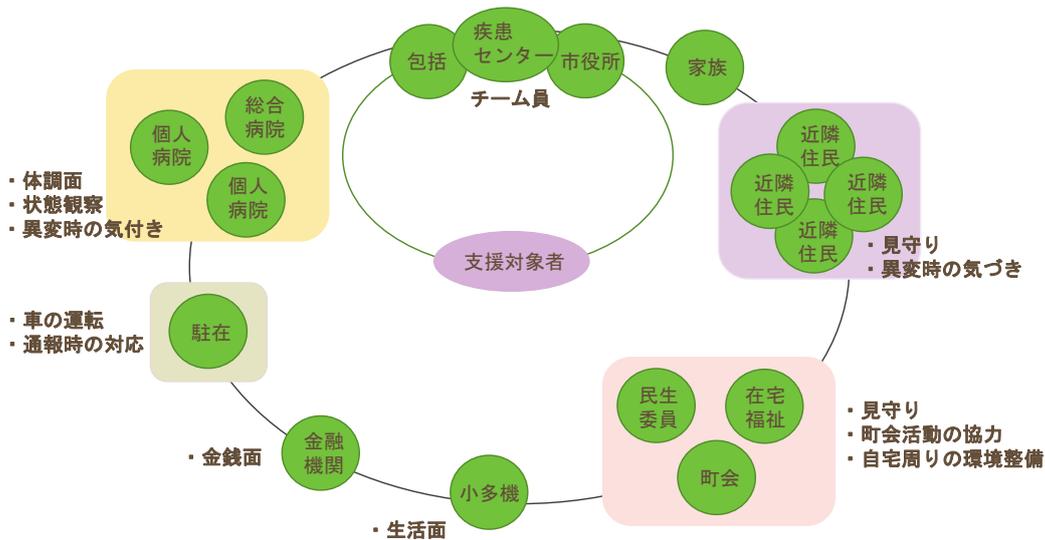


それぞれ心配して、対応に困っている事もあったが、本人にどのように対応するとよいか、どこに相談してよいか迷っていた。

②チーム員会議・支援・モニタリング

- 疾患センター医師・看護師＋市保健師＋包括（たかおか・ゆのかわ・社協）
- 支援方針の検討と役割分担
 - ・認知症疾患センター受診に向けた支援
 - 受け入れ態勢の構築（疾患センター）
 - 本人の説得と受診支援（包括＋市保健師）
 - ・本人に関わりのある機関や地域住民とのネットワーク構築（包括＋市保健師）
 - ・医療機関同士の連携体制の構築（全員）
 - ・介護保険サービス調整（包括）
 - ・成年後見制度の利用調整（全員）
 - ・家族との関係構築（包括）

【支援後の本人を取り巻く状況】



それぞれ困っていたが、チーム員として関わる事で状況把握と対応の役割分担が出来、在宅生活継続の協力者となる。

③終結・その後

- 体調面 : 適切な医療に繋がり、体調も安定
- 生活面 : 困り事は都度あるが、周りの見守りや支援で解決できる
- 金銭面 : 成年後見制度活用が見通しが立った
- 家族の協力 : 最低限（医療同意と緊急連絡）の協力体制が得られる
- 家族関係 : 次男は複雑な思いを抱えているが、再構築が出来始めている
- 支援対象者および家族の希望もあり、施設入所に向けて調整開始

初期集中支援チームとしては関わりを終了するが、包括を中心に支援を継続する。

事業を通して

【事業開始前～戸惑いと不安～】

- 今まで包括で行ってきた支援と何が違うのか
- 書類作成や拘束時間が増えるのでは
- 包括の他業務との調整

【事業実施後～効果の実感～】

- 包括内の他職種だけではなく、他機関の他職種の視点
- 医師を含む医療職と気兼ねなく意見交換が出来る
- 関係機関や近隣住民の理解や協力が得やすい
- 相談体制や役割分担、協力体制が整う
- お互いの職種や組織の対応範囲を認識した上で検討が出来る
- 他機関・他職種での検討で、より根拠のある支援計画になり、期限や目安をより意識出来る

支援の質が変わる

＝支援対象者とその家族の生活に還元される

委員の皆さまにご意見をいただきたい事

- ・ 事例を通し多機関・多職種で関わる事の効果を実感した
- ・ 多機関・多職種で関わる事で在宅生活が継続できる高齢者が地域には多くいると思われる



日頃から、多機関・多職種で連携した支援を行うために、どのようにアプローチをしたり、どのような点に気を付けて連携を図るとよいのでしょうか。