

チームの目指す方向性

『認知症があってもできる限り住み慣れた地域や環境で自分らしく暮らし続けることができる』

- ◆市民が認知症についての正しい知識をもち、認知症の初期症状が出始めた人が相談機関につながることで、早期から適切な医療や介護を受けることができる。
- ◆早期診断・早期対応への支援体制を構築する。
- ◆認知症の人に関わる支援者の対応力の向上を図る。

認知症の支援の現状

【認知症の支援で困難を感じるケース】

- ◆認知症と診断されることへの不安や否定したい気持ちから、本人が医療機関を受診しない。
- ◆かかりつけ医がない。
- ◆認知症のみならず、精神疾患や生活困窮など複数の課題を抱えている。
- ◆家族が医療機関への受診や介護サービスの利用の必要性を感じていない。
- ◆本人以外の家族も精神疾患や認知機能の低下、要介護状態などの問題を抱えており、キーパーソンが不在で生活実態の把握が困難。
- ◆認知症かどうかの見立てができず、医療機関への受診勧奨や必要なサービスへのつなぎなど、支援の方向性がたてられない。

チームの強み

- ◆認知機能のアセスメント(どの認知機能がどの程度低下しているのか)
- ◆全身状態のアセスメント
- ◆認知症かどうかの見立て
- ◆受診のタイミングの見立て、医療へのつなぎ
- ◆専門職の知識やノウハウ、ネットワークを活かした医療機関との連携
- ◆介護サービス導入のタイミングやサービスの種類の見立て、介護サービスへのつなぎ
- ◆公的機関としての無料の訪問(サービスの受容につながりやすい)
- ◆本人の認知機能や全身状態、生活状況のアセスメントに基づいた家族への助言
- ◆支援者への助言

チームの介入効果

- ◆本人が受け入れやすい方法で受診の動機付けを行い、あわせてチームより医療機関へ情報提供と協力依頼をすることで、医療機関への受診につながりやすい。
- ◆チームの訪問により訪問サービスの効果を体験することができ、介護サービスの利用につながりやすい。
- ◆個別ケースの関わりをきっかけに、医療機関や地域との連携強化、ネットワークづくりに

チームの活動上の課題

- ◆地域包括より「チームの活用方法がわからない」という声がある。
- ◆チームとの支援回数の少ない地域包括とは、役割分担や連携が十分とれず、ケースに状況変化があった場合に対応が遅れる。

解決に向けた取り組み案

- ◆地域包括とチームで、支援がうまくいったケースとうまくいかなかったケースの事例を共有する場をもち、地域包括とチームの動きや連携の内容を共有し、互いの支援に対する認識のズレを解消する。
- ◆チームとの支援回数の少ない地域包括とは、チーム員会議以外でも細やかな連絡調整や情報共有を行い、ある程度チーム員が主導で支援を行う。