

このような方への対応に
ぜひ、ご活用ください！

支援者のみなさま



©多摩市

多摩市

認知症初期集中支援チーム

認知症は疑われるけ
れど、なかなか医療受
診につながらない…



©多摩市

認知症なのか？
他の疾病なのか？
判断がつきかねる…

デイサービスやヘルパーの
導入にむけて、いろいろ
手はつくしたのだけれど…

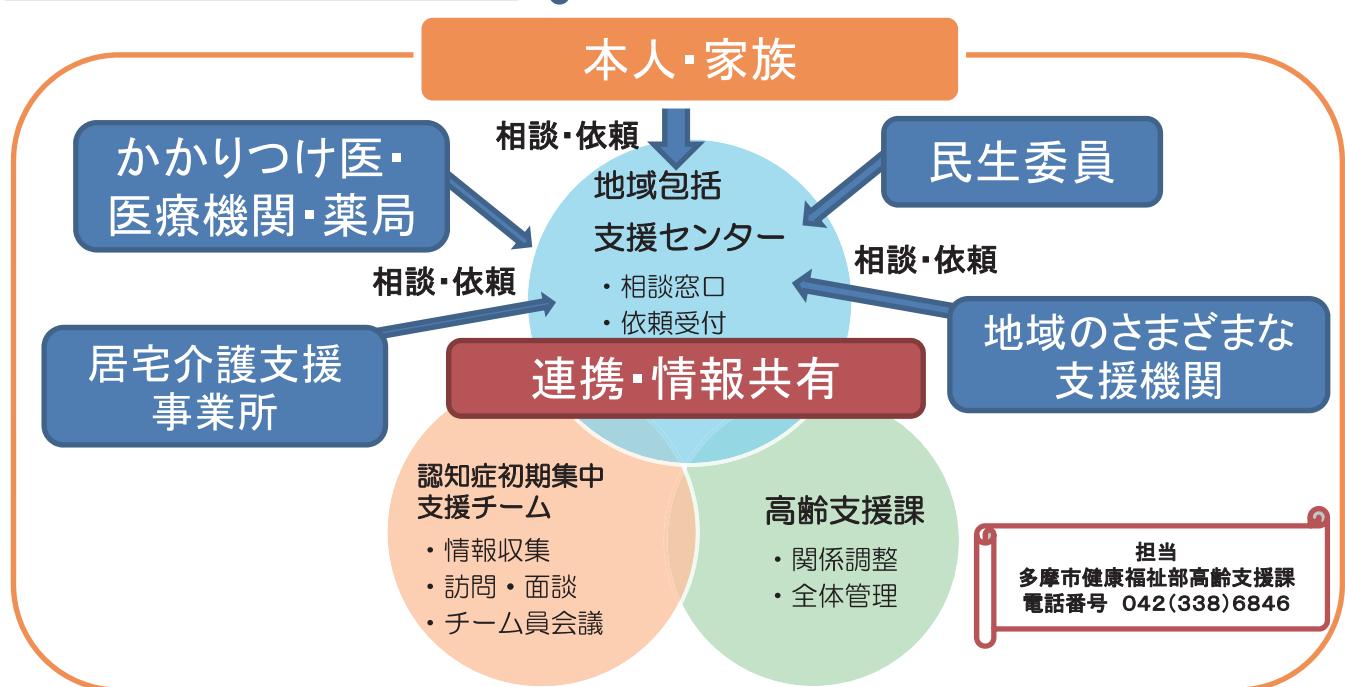
認知症の症状が強く、
介護や対応に困っている…

本人や家族の支援に
行き詰まっているので、
このあたりで違う風を
吹き込みたい！

医師・看護師・精神保健福祉士などで構成されるチーム員が、
自宅に訪問し、医療面・福祉面のアセスメントを行います。
医療機関への受診・介護保険サービスや地域のサービスなどの必要性を検討し、
地域のさまざまな関係機関と“つながること”をサポートします。
「ご家族の相談に応じることも可能」です。

チーム活動の全体図

まずは各地域包括支援センターまで



活動の流れ

①

- ☆包括→高齢支援課→チームへ依頼書が届く。
- ☆包括の担当者とチームで、初回訪問に向けた打合せを実施し、かかりつけ医療機関への情報照会等を検討する。

④

☆支援開始時からの状況変化等を確認する中で、地域のサービスや相談担当窓口へ引き継ぎを行い、終了時期を検討する。

☆課題解決が終了とは限らない。支援方針と対応の経過・結果から状況改善・不变・悪化等、一定の評価を共有し、包括とチームの協働支援を主たる支援者へ引き継ぐ。

①
事前打合せ

②
家庭訪問・面談等

③
チーム員会議・適宜介入

④
引継ぎ・修了(概ね6ヶ月程度)

⑤
モニタリング・終結

②

☆初回訪問で生活状況や心身の状況を改めて確認し、アセスメントを行うとともに、相談内容に応じた助言や提案を行う。

☆事前に同意が得られない場合、相談の上、初回訪問時に同意を得る。

☆必要に応じて初回訪問の前に、家族や主治医等を含めた支援関係者のみで事前打ち合わせを実施することがある。

③

☆初回訪問の実施後、チーム員会議を開催。情報共有後、支援方針を検討し、各支援機関の役割分担を確認する。

☆訪問時の緊急性によっては、チーム員会議を待たずに適宜介入となる。訪問及び会議は、状況に応じ、一人1~5回程度。

⑤

☆終了から2ヶ月を目途に、チーム員から関係者へ、電話での聞き取り等のモニタリングを実施。終了後も、医療や介護・地域のサービス等が継続しているか、状況を確認する。

☆必要に応じ、チーム訪問・チーム員会議を実施する。チーム介入の必要性がない場合、支援終結となる。

【H27年度受理分 参考データ】

■初回訪問から終了までの平均日数
(集計対象者12件)
144.7日 (最長227 最短94日)

*対象者把握から支援終了までのチーム介入による全体の状況等変化について、7段階で評価を実施したもの。



事例紹介 Aさん 70歳代 女性

【概要】

◇もの忘れ：外出の約束の日にちを忘れてしまう、就労をしていると認識し職場に電話をかけてしまう等

◇生活面の支障：ゴミ出しができない、鍵のかけ忘れがある、書類の紛失等

◇遠方の家族は対象者の現状の生活に限界を感じ、専門医受診やサービス導入したいと考えるが、本人は「昔から健康だから大丈夫」と話し、提案を拒否し続け、医療・介護サービスへのアクセスに苦慮。

【チーム利用の目的(担当包括より)】

医療的な状態判断と今後の生活支援(権利擁護を含む)の見極め。

※同意書は家族が記入

【支援経過】

医師・介護士・相談員が自宅訪問。簡易の「健康チェック」を実施、その客観的な評価結果を本人・家族に確認してもらいながら「もう少し詳しい検査を病院でしましょう」と提案し、受診につながる。診断後日、家族・CM同席でチーム員会議を実施し、今後の支援方針を検討。また、本人への対応の仕方を伝達することで家族の心理的サポートを図った。あわせて、具体的な支援を提案し、本人了解のもと介護保険申請を進め、サービスの導入につながる。

【終了】

受診勧奨、医学的診断を経て対象者への具体的な支援提案を実施。支援者で課題を共有しながら家族の心理的サポートも配慮。医療・介護サービスへの継続が見込まれ終了。権利擁護利用は、家族サポートを主としながら経過に応じ適宜導入見込み。

【モニタリング】

終了3か月後に、CMへ電話連絡。近隣の医療機関への定期通院・サービス(ヘルパー)利用による独居継続を確認。

DSは未利用のため、継続課題。金銭等管理は権利擁護センターを紹介し家族にて利用検討中。

チーム介入課題がないことを双方で確認し、チームの介入終結。