

令和5年度八尾市認知症初期集中支援推進事業

計画書

チーム名称		八尾市認知症初期集中支援チーム			
チーム設置場所		ヤオシ テンノウジヤ (住所)八尾市天王寺屋6-59			
法人名		医療法人清心会			
従事者の体制		管理者	氏名(職種等)	専任・兼務	
チーム員	1	○	瀧尻 真実(精神保健福祉士)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	2		小林 雅美(精神保健福祉士)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	3		新堂 真理子(看護師)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	4		安田 智江(看護師)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	5		出島 聖子(看護師)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	6		宮崎 千鶴子(看護師)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	7		花輪 祐司(公認心理師)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	8		和田 良子(公認心理師)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	9		岩代 茜(社会福祉士)	専任・ <input type="checkbox"/> 兼務	
	10		( )	専任・兼務	
チーム員 医師		認知症 サポート医	氏名	勤務医院 病院名称	専門医療 分野
	1	○	柏井 洋平	八尾こころのホスピタル	精神科
	2	○	工藤 香	八尾こころのホスピタル	精神科

	令和4年度 課題	令和5年度 計画
広報・普及 啓発活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>市内で開催している認知症カフェに参加したり、地域ケアケース会議などに出席したが、参加回数は限定的であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域ケアケース会議等、市内における各種会議に出席するだけでなく、初期集中支援を実施しているケースからも各関係機関と連携をする中で普及・啓発を行うことを意識する。</li> </ul>
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回訪問でなるべく多くの情報を聞き取り、アセスメントに活かすことが求められるが、訪問者に対し猜疑心がある場合には訪問は可能であっても、生活歴などの聞き取りまでは難しく、適切なアセスメントを行うまでの情報が得られないことが多い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>公認心理師が訪問することにより、PSW やNs とは異なる視点で関わり、日常会話から認知機能の評価を行うことが可能となる。より対象者を多角的にとらえられるよう、今年度はこれまで以上に公認心理師も積極的に訪問できるよう調整する。</li> </ul>
適切な支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>初期集中支援では、対象者との関係構築だけでなく、家族との関係構築も重要な要素となる。これまでの本人と家族との歴史、認知症に対する家族の理解不足、家族自身の能力の低さなど、医療や介護サービス利用を妨げる家族側の要因も複数あり、初期集中支援としてそこにどう寄り添い、背中を押すことができるかが課題となっている。</li> <li>長らく一般科への受診ができておらず初期集中が介入する際には身体疾患の治療が優先されるような状態となっているケースが複数見られた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族に本人に対する理解を促すため、看護師や公認心理師の専門性を生かし、訪問をする中で家族に対する心理教育を実施できるよう働きかける。</li> <li>訪問の拒否が続き安否確認が難しくなることが予測できるときには、その段階から行政を交え、対応の方針について検討、共有する場を意識的に作る。</li> <li>ケースを通して内科等の訪問診療が可能な医療機関との連携について検討する。</li> </ul>
支援の終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>まさに初期集中的に介入し、数回の訪問や対応で医療導入や介護サービス導入につながるケースはスムーズな終了を図ることができるが、介護サービスの利用はできて医療にはつながらない、あるいはその逆のケースについては終了の判断がしづらい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問での見守りのみを継続しているケースについては、チーム員会議の場を活用し、次の支援策について検討する機会を作るなどいたずらに支援が長期化しないよう心掛ける。</li> <li>一旦初期集中支援としては終了としながらも、何らかの問題が起これば速やかに支援再開する前提で終了ケースの検討を行う。</li> </ul>
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療受診・介護サービス導入等により終了となったのちでも、本人への対応方法などについて、家族や支援者から問い合わせが入り、相談対応をすることがあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービスに対する支援の主体は引継ぎ先としながらも、認知症特有の対応については、ケアマネジャーなどの範疇を超えることもある。必要に応じ家族や支援者からの相談は今後も請け負うこととし、内容によっては再介入も考慮することとする。</li> </ul>
ネットワークの 構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センターに受診し、認知症の診断を受けても、必要な支援を受けないまま、また家族も適切な対応方法がわからないまま、数年後進行した状態で再受診となるケースがあると認知症疾患医療センターからの報告がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームが有機的に連携しながら対象者及び家族を見守り、必要な情報提供や心理教育の実施が必要と考えられる。こういったことから初期集中への依頼元に認知症疾患医療センターを加えることができるかどうか、ケースを通して検討する。</li> </ul>