

みんなで見守る認知症 —多職種連携について—

**橋医院
橋 良哉**

福井県が目指す高齢者支援の対策

○基本方針
医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療と介護が連携し、在宅医療・ケアを推進していくことが重要

I 高齢者の健康づくり、生きがいづくり

- 健康づくり、介護予防の推進
- アクティブ・シニアの活動支援

II 住み慣れた地域で暮らし続けるための介護サービス

- 医療との連携による在宅ケアの推進**
- 介護施設の整備
- 認知症支援策の充実

III 安心して暮らせる環境の整備

- 高齢者にふさわしい住まいの整備
- 地域で支え合う体制づくり

認知症患者と家族を支援する地域医療システム

	発症	軽症	中等症	重症	末期
①早期診断と早期介入	②適切なフォローアップ		③緩和ケア		
診療所	高齢者ケア外来		主治医機能（医師）		訪問診療
	患者・家族				
	ケースマネジメント機能（看護師、ケースワーカーなど）				
家族会	訪問介護 短期入所 デイサービス、認知症専門デイ				
ボランティア	訪問看護 介護 グループホーム、小規模多機能型施設、入所施設				

ゆっくりと確実に変化する認知症の介護内容

- 変化する介護の要望に応じたケアチームを構成する必要がある
- それぞれのステージで、ケアチームで目標を共有し、本人と家族を継続的に支援していくことが重要

ケアチームで総合的に評価を行い、薬剤投与など医療的アプローチだけでなく → 家族の教育的支援、適切なサービス体制の整備など 多面的サポートが必要！

多職種によるケアチームでの患者さん支援

多職種が対等に、それぞれの専門性を活かして関わる

ケースワーカーというのは

病院や地域包括支援センターなどで、社会生活の中で困難や問題をかかえ、専門的な援助を必要としている人に対して、社会福祉の立場から、経済、職業、家庭生活などの問題を調整、解決するために社会保障、社会福祉サービスなどの社会資源を紹介・活用して患者・家族が自立できるように援助するのが役割です。

簡単に言えば、介護に関する社会制度やお金の相談業務をしてくれる人のことです。

ケアマネージャーとは

居宅介護支援事業所や介護サービス提供事業者、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設などに所属し、

1. 要介護者の課題分析とサービスとニーズの把握

今までどのような生活をしてきたのか
 どうして介護が必要状態になったのか
 これからどのように暮らしていきたいのか
 家族はどのように関わることができるのか
 近所付き合いはどうだったのか
 家族との関係はどうだったのか

2. ケアプラン（介護サービス計画）の作成

3. サービス担当者会議の運営

4. ケアプランの継続的な管理と再評価

5. 介護支援サービスの記録



ホームヘルパーとは

老若や心身の障害等の理由により日常生活を営むのに支障のある高齢者や障害者の家庭を訪ね、身体の介護や家事サービスを提供する人です。
 市区町村などの地方自治体や、自治体が運営している福祉団体、民間団体として介護サービス会社やボランティア団体など所属しています。

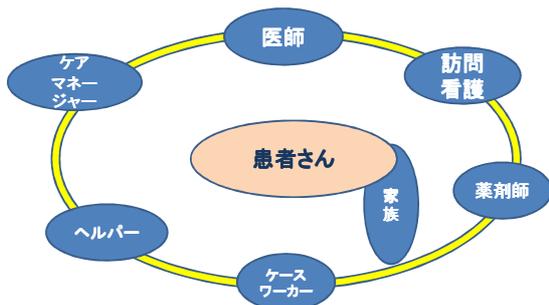
1. 身体の介護に関すること 食事、排せつ、衣服着脱、入浴、 身体の清拭・洗髪、通院等の介護

2. 家事に関すること 調理、衣類の洗濯・補修、 住居等の掃除・整理整頓、 生活必需品の買い物、関係 機関との連絡、その他の家事

3. 相談・助言



多職種によるチームでの患者さん支援



多職種が対等に、それぞれの専門性を活かして関わる

多職種チームによる患者さん宅での支援会議



症例検討会



在宅医療に必要な多職種連携を実践教育



