

【団体ごとの会議】

	課題	専門職として出来ること	初期集中支援チームに期待すること
地域保健	<p>心身の機能低下の促進が懸念される高齢夫婦の閉鎖的状況</p> <p>唯一の親族（息子）の訪問拒否と積極的なSOS発信をしない。</p> <p>拒否 以前はつきあいのあったCさんはじめ地域との関わり</p> <p>専門職支援者の介入拒否</p> <p>医療：主治医？大腸がんの入院治療先？退院後は近医？</p> <p>介護：サービス（デイ、ヘルパー）とCM</p> <p>現在の体調不良の原因が不明。</p>	<p>地域での関係者（直接 当事者を知り、関わりのある専門職や民生委員や自治会長）で地域カンファレンス。</p> <p>今回は、心身の安全確保ができない状況から優先して対応策を具体的に確認し、期間を決めて対応し（必要に応じて 継続カンファも検討）情報集約して、危機等状況変化時の対応に備えるようにする。</p> <p>あらゆる機関の拒否がある場合、地域保健担当で過去に関わり経過があれば、そこを元に関わり開始も探れるかも。</p>	
ケアマネ協会	<p>サービス利用を拒否されたら、ケアマネとしては手詰まりとなる…。</p> <p>まずは「会える人」「話ができる人」「キーパーソン」を探す必要あり。（自治会OBや元職場の人、権力のある人なら懐柔できるかも…）</p> <p>受診が途絶えた理由や拒否をしているのは夫婦のいずれが思う気持ちか確認する必要あり。</p> <p>双眼鏡で見る行為は自分達の防御行為なのではないか？</p>	<p>少し間をおいて、かかわる。まずは医療面・健康面の心配から…話しかける。</p> <p>夫婦それぞれで話を聞く必要あり、地域に夫の活動状況聞き取り、<u>夫が外出している間に、それぞれの困りごとを聞きだす</u>という方法も有効かも。</p> <p>息子に生活歴を聞きだし、夫婦が興味を示しそうなことから話をすすめる。</p> <p>息子さんに直接行動してもらうのではなく、間接的なかわりを依頼。息子さんと一緒に訪問し、橋渡しをいってもらう役割で息子さんの負担軽減を図る。</p> <p>我慢比べになって、ぎりぎりのところで医療につなぐというケースもある。</p> <p>CMとして様々なアプローチをして駄目だった方法も情報を積み重ねておく、何もしないのではなく、いろんな方法を試す。</p>	<p>とにかく玄関を開けるところから。頻回な訪問による関係構築。</p> <p>介護保険と言うとシャットダウンしている人も「65歳以上の方への健康調査で市が順番に回っています」と言えば戸を開けてくれる可能性あり</p> <p>まずは医療に繋いでほしい</p> <p><u>健康面の心配を中心に看護師などの医療職がアプローチ</u></p> <p>CMとして集めた情報はできうる限り提供する。</p>
医師会	<p>夫も認知症である可能性がある。</p> <p>夫婦で生活されているため、認知症であることの受け入れがより困難になっている。</p> <p>家庭内の状況を把握する必要がある。</p> <p>現状、ケアマネ等が介入するのも困難な状況のため夫婦に心を開いてもらうきっかけが必要である。</p> <p>根気強くアプローチする等、多職種の協力が必要である。</p> <p>警察との情報共有し、協力することが望ましい。</p> <p>息子に、両親の現状を理解してもらい、協力してもらう必要がある。</p>	<p>妻は不整脈を理由に、夫は大腸癌を理由に、それぞれがかかりつけ医に繋がるようにしたい（ 支援のキーパーソンの協力が必要）。</p> <p>「認知症」という表現はNGワードとし、かかりつけ医が夫婦との関係づくりを行う。</p> <p>夫婦それぞれのかかりつけ医が連携を取り合う。</p> <p>それぞれのかかりつけ医が別々で対応を行うのではなく、認知症への対応をメインに行う医師を明確にし、一環した認知症への対応を行う。</p> <p>信頼関係の構築をしつつ、支援への道筋を見出す。</p>	<p>家庭に入るきっかけが必要な状況であるが、ケアマネ等の拒絶されており、困難な状況が続くことが想定される。そのため、今回のケースについては、認知症初期集中支援チームには、夫婦との新しい関係づくり(「新しい人」としてのアプローチ)の役割を担ってほしい。</p>
民生委員	<p>山ほどある。「具体的にこれ」という意見は挙がらず、次項目の議論へ、</p>	<p>地域の相談窓口の第一歩として、地域住民等から事例のようなケースの相談があった場合に適切な機関に繋ぐパイプ役として機能する。</p> <p>「地域の細部の繋がり」を活かして、見守りの目を見つける・増やす。（専門職が知らない対象者の地域との関係性を把握しているのは民生委員！）社協の見守りあんしん事業を通して、地域毎に工夫した見守り支援を展開する。</p> <p>対象者に異変があった場合に地域包括支援センターに連絡する体制を構築。</p> <p>異変時の早期発見&対応。</p>	<p>生活課題を抱え、在宅生活されている高齢者のアウトリーチ機能を有していてほしい。（受け身じゃなく、支援対象者をどんどん発掘していくような）</p> <p>困った時に駆け込める「駆け込み寺」的な存在であってほしい。</p>
薬剤師会	<p>夫婦ともに病院・服薬・ヘルパー等、全てやめている。訪問にも反応がない。</p> <p>大腸ガン ストーマのケアが危ない（ストーマ無しかもしれない）。</p> <p>DVの恐れはないか。妻があぶない。</p>	<p>家に入れるのは息子 息子へのアプローチ。息子がキーパーソン。</p> <p>妻、夫の兄弟、職場の友人の情報を息子から入手できないか。 介入の糸口に。</p> <p>2週間応答がなければ警察介入。</p> <p>2人でデイサービスを利用出来れば良い。</p> <p>買い物先の店員に話を聞けないか。民生委員やCさんに買い物内容を把握してもらう食生活が見えてくる。</p> <p>院外処方であれば「薬を飲んでいないけど大丈夫？」声掛けする。</p> <p>ドクターに声掛けもできる。</p> <p>（他の職種経由で）息子へ「薬がないのでは」ということをきっかけに動いてもらう。</p>	<p>チームが息子を説得して一緒に動いてもらう（誰がしっかりした第3者の介入が必要）</p>

包括センター	<p>夫の認知症の確定診断がついていない。 大腸がんの術後の受診もできていない。痩せてきている。 医療の介入をどうするか。 妻が利用していたデイサービスも中断している。階段の昇降もできなくなり、最近はお外で見る事もなくなった。 必要な介護の介入ができないか。 夫がすべてを妨げている。物盗られ妄想のある夫へのかかわりをどうするか。 近所の人々は夫婦を助けたいが、泥棒扱いされることに對して迷惑を感じているため関わりが希薄になってきている。 近所の人々の理解を得、近所の人々の力を活用できる方法はないか。 息子を拒否している。家族の力を活用できる方法はないか。</p>	<p>アウトリーチ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体を見に来た、健診のお誘い、配食サービスの案内など関係性を築き困った時に相談できる体制作りに努める。 ・本人たちが警察に通報した時に連絡をもらい、関わる糸口とする。 <p><u>認知症サポーター養成講座</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・近隣の人に認知症の理解や対応を深める <p>情報収集と情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・息子、警察、近隣、医療機関から情報を収集する。 ・ケア会議を頻回に行い、支援の方向性 緊急時の対応を共有していく。 <p>ケアマネ支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ支援がしやすい関係づくりを行う。 	<p><u>包括支援センターが相談窓口となるため、対象者把握を行い、情報提供ができる。</u></p> <p>初期集中支援チームと協働して支援ができる。 強力な介入、円滑な通常支援への移行 他職種への繋ぎや連携体制の強化</p>
社協	<p>医療に繋がっていないこと 家事ができなくなっていること キーパーソン不在 夫と地域との関係が見えない。 地域と繋がっているが悪化している。 妻の意向を確認できていない。</p>	<p>老人給食の声かけ。 地域の認知症理解の場づくり(サポーターも) Cさんの不安。 妻の強み(外が好き・音楽が好き) 地域にアプローチし、助言指導する。(間接支援)</p>	<p>まずは医療を受けさせてほしい。</p>
リハビリ	<p>夫婦ともにBPSD(物盗られ妄想)で他者とのかかわりが作れない。 不整脈や大腸癌術後フォロー。 栄養状態低下、廃用性の進行 活動に常ゲルことが課題。 栄養士に繋がりたい。 認知症ケアができていない。 周りの人が認知症を怖がっている。</p>	<p>妄想の原因を探りたい。 息子のみに負担をかけないよう関わり息子の理解を深め、息子に関われるようにしたい。</p> <p><u>認知症への関わり方：特徴をアセスしてポイントを掴んでいく。双眼鏡で見ている目的を知りたい。</u></p> <p>妻の興味あることを引き出し活動に繋げる。 医療面から介入し、生活へ繋いでいく。 <u>リハ職は、医療と生活の両面から評価して、出来ること・することの順番を整理していく。</u></p> <p>食支援として料理を訓練に取り入れたい。</p>	<p><u>夫に家の中での役割を提案。今のサポートの中で恵切ることを見つめる。</u></p> <p>「妻の病気にはサポートが必要」と夫に役割を持たせる。 <u>周囲の人の認知症の人への関わり方への指導。</u></p>
居宅連	<p>自宅訪問で関係を持てる人がいない。 服薬が出来ていない。医療の介入をどうするか。 食事、洗濯も出来ていないのでは。 妻の希望が不明であるため、確認が必要では。</p>	<p>ケアマネは拒否されても、訪問を続ける。それも難しい場合は、ケアマネを変更する。</p> <p><u>夫が外に出たタイミングで接触する よく行くお店の店員に声掛けをしてもらう。</u></p> <p>近隣住民に認知症の理解を深めてもらい、本人たちへのアプローチを続けてもらう。 <u>受診させる際、言い方を考える。</u></p> <p>医療機関を変更する(近医のDrに協力を求められないか)。</p>	<p><u>通常のチームと違い、サポート医がいるため、そこに期待したい。</u></p> <p><u>劇的に改善を期待したい。</u></p>