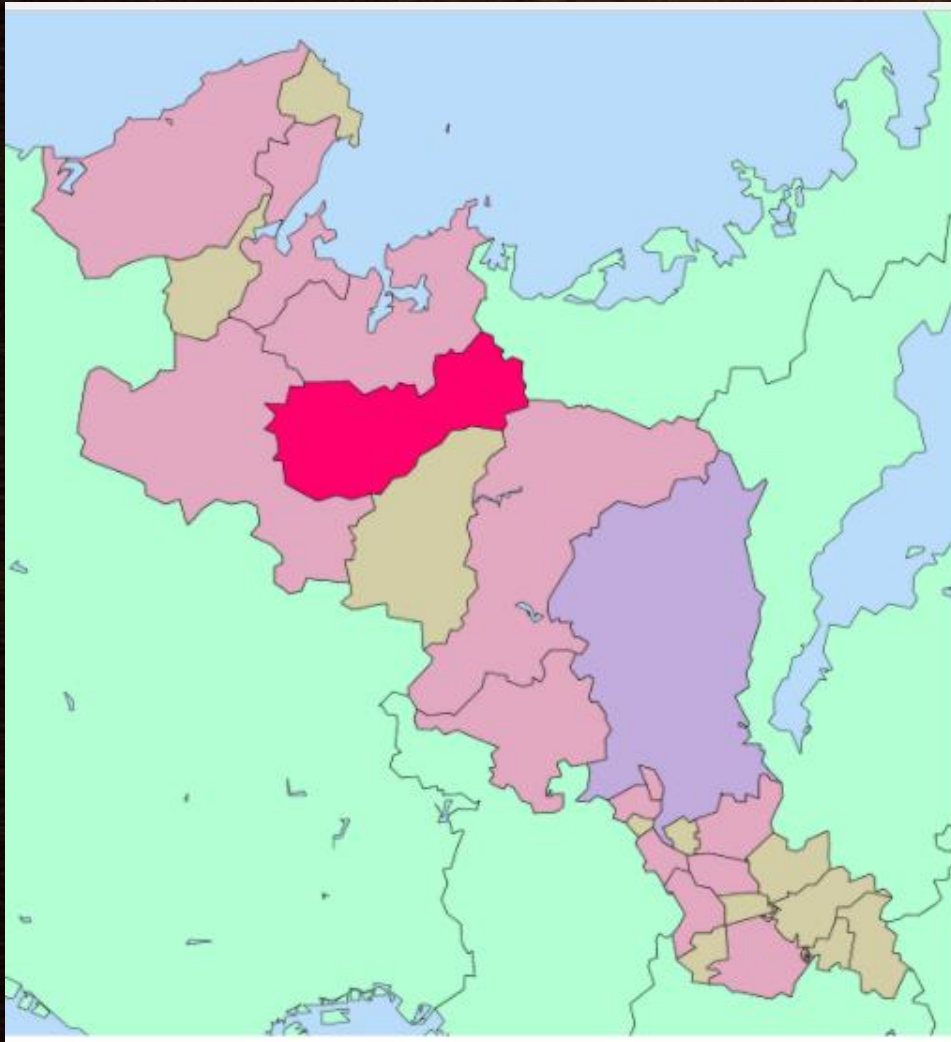




動き出した「あがり」との実際

綾部市 認知症初期集中支援チームあがりと
綾部市立病院 作業療法士 古川絵美

綾部をご存じですか？



▪人口 32,852人

▪高齢化率 38.8%

(平成30年1月1日)

全国平均 27.3%
(平成29年 内閣府)

綾部市の概要

東西約32Km

南北15Km

市域面積は347.10km²

内約77%が森林

舞鶴若狭自動車道と

京都縦貫自動車道、そ

してJR山陰本線と舞鶴

線が市域で交差する

交通の要衝地。



水源の里



郡是(ゲンゼ)
創業の地



日本初世界連邦都市宣言の町

認知症への取り組み

- 相談窓口
- 認知症カフェ(5箇所)
- サロン活動
- ボランティア活動
- 綾部高齢者SOSネットワーク
- 認知症サポーター: 1万人突破!
- RUN伴への参加



認知症サポーター
による活動



RUN伴



綾部の医療・介護スタッフの集い



認知症
CAFE

綾部市認知症初期集中支援チーム

あがりと

「あがり」とは？

- 認知症の人への関わりの初期
- ファーストタッチ



綾部市認知症初期集中支援チーム あがり構成メンバー

社会福祉法人松寿苑 グループホームうえすぎ

④

特定非営利活動法人ふきのとう
山家小規模多機能型居宅介護施設 やまぶき

京都協立病院

綾部市立病院

市・高齢者支援課

大槻医院

社会福祉法人松寿苑 グループホームたのやま



綾部市認知症初期集中支援チーム

チーム員構成

区 分	所 属 (人数)
認知症サポート医	京都協立病院 (1)
	大槻医院 (1)
認知症看護認定看護師	綾部市立病院 (1)
認知症リンクワーカー	特定非営利活動法人ふきのとう 山家小規模多機能型居宅介護施設 やまぶき (1)
	社会福祉法人松寿苑 グループホームたのやま (1)
	社会福祉法人松寿苑 グループホームうえすぎ (1)
作業療法士	綾部市立病院 (2)
	京都協立病院 (4)
事務局	市・高齢者支援課 (2)

認知症初期集中支援事業(あがりと)実績

平成28年11月～始動

区分	28年度	29年度
相談件数	3	4
支援開始	3	3
支援終了	3	3

ALL AYABE

認知症になっても安心して
暮らせるまちづくり

あやべ スタイル

「カタチ」にこだわらない

無いものは作る

あやべスタイル

その①

ICFとCOPMを参考に 独自の面接シートを作成

作業療法士の役割

障害のある人が、その人その人の状態と折り合いをつけながら、生き生きとした生活を送れるよう仕事、遊び、日常的生活などの
作業を通して、こころとからだを元気にする

【面接シート】 対象者氏名 _____ 性別 男・女 (歳) _____ 評価年月日 _____ / _____ / _____

年齢 _____ 西暦 _____ 西暦 _____

年 _____ 西暦 _____ 西暦 _____

西 _____ 西暦 _____ 西暦 _____

暦 _____ 西暦 _____ 西暦 _____

表 _____ 西暦 _____ 西暦 _____

今の生活を振り返り、「したいこと」「する必要があること」「周りからすることを期待されていること」があれば教えてください。

<p>心身の状態</p> <p>*今の身体や精神的なことでお困りのことがあれば教えてください</p> <p>【身体機能】</p> <p>・睡眠状態： (睡眠剤：有・無)</p> <p>・栄養状態：</p> <p>・身体的要因</p> <p>視覚： 聴覚： 嗅覚： 味覚： 触覚：</p> <p>【精神機能】</p>	<p>活動（起床から就寝まで）</p> <p>*身の回りのこと、コミュニケーション、対人関係、家事や仕事など日常の生活はいかがですか、お困りのこと、援助が必要なことがあれば教えてください</p> <p>【ADL】</p> <p>・食事： ・排泄： ・排便： ・更衣： ・整容： ・入浴： ・移動：（屋内 _____ 屋外 _____）</p> <p>【IADL】</p> <p>・服薬管理： ・家事（料理・洗濯・掃除）</p> <p>・電話・メールの利用： ・買い物： ・公共交通機関の利用： ・貴重品の管理： ・緊急時の対応： ・</p>	<p>1. 今、困っていること</p> <p>2. 趣味・特技</p> <p>3. 性格</p> <p>1. 今、したいこと</p> <p>2. する必要があること</p> <p>3. さしあたりの目標</p> <p>1. 相談や援助をしていただける人は主にどなたですか</p> <p>2. 交通機関や公共機関、買い物などの生活面の環境はいかがですか。</p> <p>・援助計画</p>
<p>参加</p> <p>*日々の生活や社会生活（仕事など）に対して、どのような取り組みをされていますか、また何か制限や制約になることがあれば、教えてください</p> <p>・外出： ・人との交流（知人・親族・近所）： ・地域での役割： ・仕事</p>	<p>基礎データ</p> <p>血圧： / _____</p> <p>脈拍： _____</p> <p>体温： _____</p>	

体と心の状態は？

周りの環境は？



その人らしさ

面接シート

[面接シート]	対象者氏名	性別 男・女 (歳)	評価年月日 / /	評価者
年齢				
西暦				
年表				
生活史 人生のエピソード				
今の生活を維持したいこと、改善を必要とすること、「周りからすることを期待されていること」があれば教えてください。				
心身機能 身体構造	活動	個人因子	本人の想い	
原因疾患と 脳機能の 障害	参加	環境因子	本人の目標	
何ができない かよりどうすれば できるか				
家族環境をいかに よいものにするか そのためには？				

ひととなり
どう生きて何を失ったのか

原因疾患と
脳機能の
障害

何ができない
かよりどうすれば
できるか

家族環境をいかに
よいものにするか
そのためには？

あやべスタイル

その②

開始当初の会議では…



- ・書面のみ使用
- ・論点がズれる
- ・主語が分からなくなる(誰のための支援なのか?)
- ・考えや視野の偏り
- ・多くの意見を集約するのに時間がかかる

チーム員会議での検討方法を提案！

アセスメントシート

日本作業療法士協会 生活行為向上マネジメントシートを簡略化したものを使用



生活行為アセスメントシート

アセスメント項目	心身機能・構造	活動と参加	個人因子	環境因子
生活行為を妨げている因子 (弱み)	<ul style="list-style-type: none"> 両下肢浮腫 HDS-R 21/30 糖尿病 血糖値 204 HbA1c 8.1 BUN(尿素窒素) 24.4 TP(血清総蛋白) 6.9 深く座ると立ち上がりが困難 かかりつけ医は服薬管理や食事指導が必要とのコメントあり 	<ul style="list-style-type: none"> 食事、入浴、排せつ(排便)と介入及び観察が必要 外出への興味・関心は低い 現在の自身の姿を見られたくない、他人に迷惑をかけるのでは、と思いついて外出に消極的 趣味活動への興味減少 生活リズムが乱れている 「外に出ていくのは絶対いや。」 姿勢も悪い。筋力低下。 	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自分像へのこだわり 自身の生活の再構築が行えない 気の合わない人との交流は行いたくない 自身の思いを素直に伝えることが難しい 趣味活動の狭小化 2年前から行動が変化してきた(息子談) 2年前に転倒歴あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの受け入れはよくない 家人の負担が大きい 困った時に頼るところが家人しかいない 自宅内環境の調整が必要(浴室、整理整頓など)
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 杖歩行可能 見当識、時事ネタは理解あり 下肢以外は身体面では大きな問題は見られない 両足関節底背屈運動をできるようになってから浮腫軽減 	<ul style="list-style-type: none"> 嚥下に問題はない 偏ってはいるが、食事は実施できている 排便、更衣は自身で可能 神棚へのお供えは行える 次女との外出は可能 訪問系サービスの受け入れが良くなってきた 近所に回覧板を持って行くように促している 転倒リスクは高くない。 柔軟剤だけが洗濯をして干すこともできる 洗濯ものの取り込みは忘れてしまうのか息子さんか声をかけてから。夜になる。 	<ul style="list-style-type: none"> 今まで自分が行ってきたことに関して誇りを持っておられる 言いたいことは言える 趣味活動がある 他者の迷惑にならないようにとの気遣いはあり 医療関係に興味はあり 	<ul style="list-style-type: none"> 近くに家人がおられる 家人の毎日のサポートがある 他者の自宅への受け入れは良好

プログラム

本人に対して	家族に対して
<p>優先順位</p> <p>身体合併症の予防 下肢浮腫に対しDVT(深部静脈血栓症)の可能性は？低栄養？脱水？腎・心不全は？DM(糖尿病)評価以外著しいデータ変化はない。 DMコントロールについて食事、運動療法は？間食している。スポーツドリンクなど。内服の飲み忘れあり。(昼食後)原因として時間の見当識に乱れがあることや食事が朝・昼兼用となっていることなど。 ⇒医療の受け入れは良いので受診・精査に繋げていく。 服薬管理は工夫が必要。服薬整理が可能か。電話での確認は可能？ 認知症の確定診断についても検討していく。他科受診の流れで。 フットケア外来やリンパドレナージ外来などの看護外来も検討。 ⇒受診の流れ かかりつけ医(横山医院)に初期集中支援チーム(事務局)から依頼。 医師から本人に受診を促してもらう。(9月上旬) 家族と本人に紹介状を持って綾部市立病院へ受診。(DM外来、足の困りごと外来など) 本人の受け入れについて不安要素もあるため受診にはチーム員の福井さんも同席する</p> <p>自宅の環境調整 湯船が深く入りにくい。それも本人の意欲低下につながっていないか？ ⇒本人のこだわりに配慮しつつ、ちょっとした工夫や変化を。湯船にグリップなど。 ご家族への介護指導</p> <p>費用について 「週1程度なら・・・」と本人も前向きな言動あり。 ⇒訪問系サービスを利用し活動性の向上。 再度訪問後、具体的な訪問系サービスの検討</p> <p>排泄について 失禁があるが本人はとくに気にしていない様子。忘れていて？納得して失禁？意欲低下？間に合わない？尿意はあるか？腹圧弱い？初回訪問であり深くは聞けなかった。 ⇒今後も引き続き情報収集を。</p>	<p>優先順位</p> <p>介護負担の軽減 食事、入浴を何とかしたい。息子さんも神経質で柔軟性が無い。 配食サービスは本人が拒否。 毎日同じことを繰り返し話されるためその対応に疲弊している。(娘) 本人が一番頼っているのは娘。その分負担も大きい。 ⇒本人のこだわりに配慮しつつ、ちょっとした工夫や変化を。ご家族への介護指導。 DM治療の名目で再度配食サービスを促す。かかりつけ医から勧めてもらい、本人に必要性を理解してもらえないか。</p>

提案後の会議

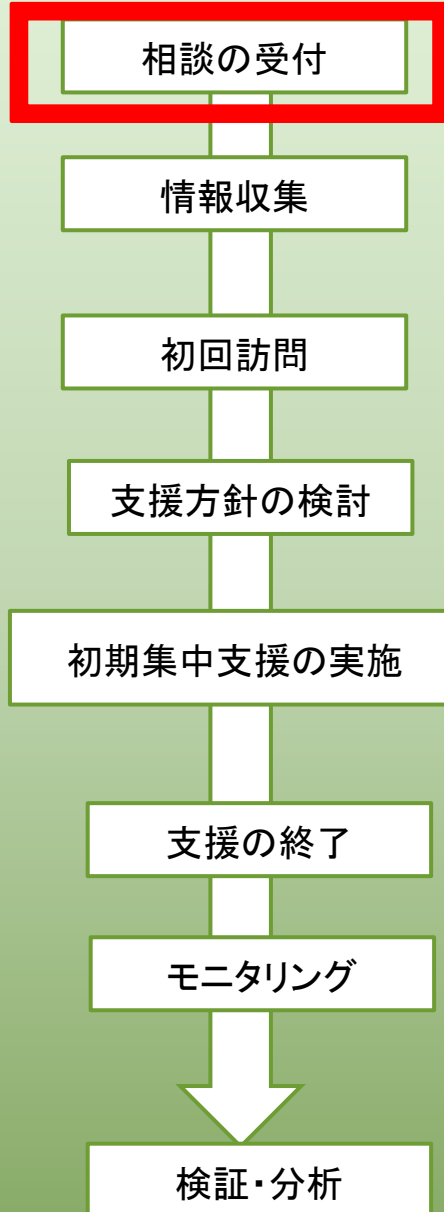
- ・パソコン,プロジェクターを使用
- ・アセスメントシートにそって話し合いを進める
- ・包括的な視野・視点の広がり
- ・支援方法や対応まで深く話し合うことができた
- ・会議の時間短縮



症例を通して



認知症初期集中支援チームの流れ



地域包括支援センターより相談

H29.6.15

息子さんからの相談



86歳 女性
独居
近所に息子・娘在住



物忘れが悪化

- ・薬の飲み忘れ
- ・冷蔵庫の管理がでない

入浴拒否

- ・次女が週2回訪問
- ・入るまで時間がかかる

歩く機会が減少

- ・右下肢の浮腫
- ・自宅前で転倒

尿失禁+

- ・トイレに行く回数が減り、パット内ですしていることが多い

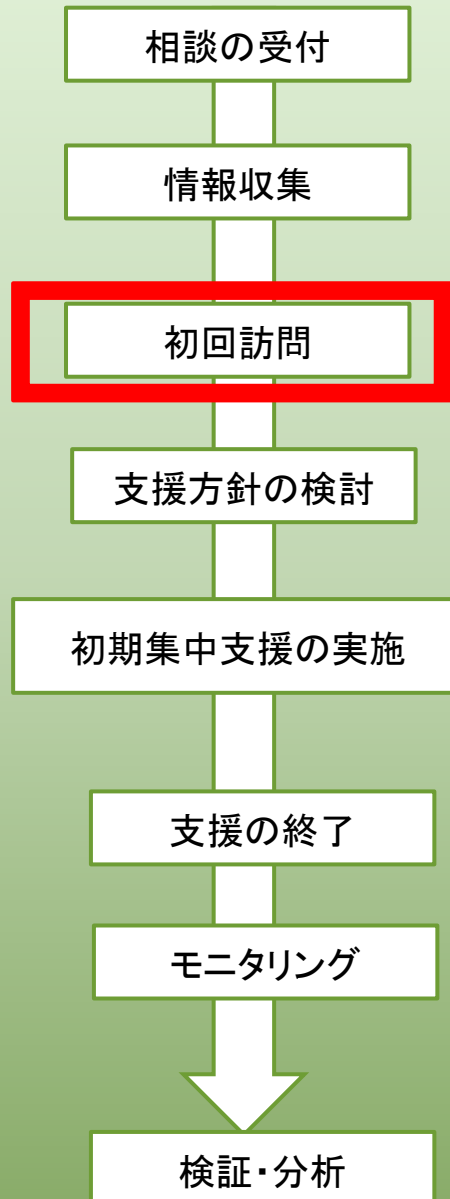
介護保険サービスの拒否

- ・「人の世話になりたくない」

息子さんの思い

- ・認知症も進行していくと思うので家族以外にも参入できるようにしてほしい。
- ・できれば生活のリズムが整い、楽しく生活をしてほしい。

認知症初期集中支援チームの流れ



初回訪問

H29.7.27

作業療法士

認知症ケアワーカー

※訪問体制

※気をつけていることや確認のポイント

初回訪問

事前情報より: 医療関係の受け入れは非常に良い



- ◆ 身体機能のチェック
- ◆ 自宅内環境での動作チェック(例: 入浴動作方法など)
- ◆ 面接をしながら本人の想いを引き出す

初回面接シート

【面接シート】 No. 2017-2 対象者氏名 U・F様 性別 女 (86歳)

年齢 〇

西暦 _____

年表 陸部市内で生まれる _____ 昭和24年～29年 市役所勤務 _____ その後、東海メテラス工場勤務 _____ 京都冷蔵の事務経理 _____ 平成16年夫が他界 _____ 定年後は茶室等出かける機会が多い _____ 平成24年姉の他界 _____ 平成27年姉の他界 _____

現在の自宅（株力）に住み移る

今の生活を振り返り、「したいこと」「する必要のあること」「周りからすることを期待されていること」があれば教えてください。

心身の状態

*今の身体や精神的なことでお困りのことがあれば教えてください

【身体機能】

- 睡眠状態：深夜2時頃までテレビを見ていることあり（睡眠剤：無）
- 栄養状態：糖尿病あり（横山医院受診）
その他血液データ大きな異常なし
- 身体的要因
視覚：眼鏡
聴覚：
嗅覚：
味覚：
触覚：

【精神機能】

- HDS-R：21/30（平成29年7月1日）

二人の姉の他界後精神的落ち込み意欲が低下、行動が鈍る生活全般リズムが乱れる始めた。

参加

*日々の生活や社会生活（仕事など）に対して、どのような取り組みをされていますか、また何か制限や制約になることがあれば、教えてください

- 外出：娘と時折
- 人との交流（知人・親族・近所）：雙姪夫婦と関係あり
- 地域での役割：ほとんど参加なし
- 仕事

活動（起床から就寝まで）

*身の回りのこと、コミュニケーション、対人関係、家事や仕事など日常生活はいかがですか、お困りのこと、援助が必要なことがあれば教えてください

【ADL】

- 食事：朝昼兼用。ごはん、漬物や納豆が多い。夕食は次女持参。午後3時に開食もしている。食べたり食べなかったり。
- 排泄：パット内失禁
- 排便：トイレ利用
- 更衣：自立
- 整容：自立
- 入浴：次女介助。週に2回程度
- 移動：（屋内：杖 屋外：杖）

【IADL】

- 服薬管理：息子管理。長男が帰宅したおり残っていることがある。
- 家事：料理は行っていると話すも、台所は使用した形跡なし。掃除は息子が毎土曜日に実施。

生活環境

1. 相談や援助をしてくれる人は主にどなたですか

- 自宅近くに長男在住。毎日夜7時頃訪問されている。ご飯、服薬などチェックされている。
- 次女：毎日夕方訪問。生活の確認やご飯を持参。

2. 交通機関や公共機関、買い物などの生活圏の環境はいかがですか

「歩けないから遠慮かけるから」と話された。

- 買い物はすべて娘に依頼していることで、本人から買い物をしたくない意欲はない。

1. 今、困っていること

- 身の回りのことは、「寝たきりではないから自分でできている」と話され、近くに息子や娘がいるからどこにも世話にならなくてもよいと思われている。

2. 趣味・特技

- 読書：現在も寝る前などに実施されている。内容についてははっきり覚えていない。家人は読んでくれるだけで、最近と同じ本がテーブルにあるもページが進んでいないように感じていた。
- 茶道・韓流ドラマ鑑賞は、「もうよい」との反応
- フィギュアスケートに興味あり、本など購入されたことあり。自宅内には写真あり。

3. 性格：長男の家ということもあり、毅然とされている。今まで、自分ですべて行ってきたことより、現在も自分のことはできていると認識しておられる。

基礎データ

血圧： /

脈拍：
体温：

1. 今、したいこと

- 家でゆっくりと自分のペースで過ごしたい

2. する必要のあること

- 特に感じておられず

3. 周りからすることを期待されていること

- 特に感じておられず
- 家族は以前のように意欲をもち行動してほしいと思っている。

あなたの目標

- 半年から1年程度の目標
〇なにかしらのサービスを利用しながらも、住み慣れた自宅での生活を継続して送れる

さしあたりの目標

- 足を動かし歩きやすいようになればよい

援助計画

- 本人が自覚して、運動をすることができる。
- 家人も関係機関もサポートとしては本人の気持ちに添って一緒にできることを探す。

1日の過ごし方

情報シート1
事例 2017-2

時間	現在の1日過ごし方		以前の過ごし方
	本人	支援者	本人
午前 5:00			
6:00			起床
7:00			朝食 仏壇お参り
8:00			ゴミだし
9:00			洗濯
10:00	起床 仏壇にお茶を入れ替える		読書やテレビをみている
11:00	朝食・昼食(インスタントみそ汁にお餅を入れて炊く程度の食事)		
12:00	寝ている時間が多い		昼食の用意と昼食事後昼寝
午後		娘訪問は毎日	
13:00		入浴支援は2回程度	姉に電話をすることが多い
14:00	おやつを食べていることが多い	月曜から金曜日	生協の注文したものの仕分を
15:00	飲み物はヤクルトが多い	まで夕食を持ち	金曜日していた。
16:00	レンジがつかえず、そばにあるグリルで温めていることがあるが食べず。冷蔵庫に残っていることがあり、夕方長男が訪問したときに本人に注意している。	来る。土日は長男。	韓流のビデオをよく見ていた。
17:00		夕方毎日服薬チェックとゴミを出す用意をしている。閲覧板を回している。	夕食も調理をしていた。
18:00		土曜日は長男が自宅の掃除をしている。	入浴後はテレビを見ている
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			就寝
23:00	夜中にテレビがついていることがある。		
24:00			

興味・関心チェックシート

氏名: U. F様 年齢: 86歳 性別(男・女): 女 記入日: H29年 7月 12日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	○			生涯学習・歴史			○
一人でお風呂に入る		○		読書	○		
自分で服を着る	○			俳句	×		
自分で食べる	○			書道・習字	×		
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙	×		
身だしなみを整える		○		パソコン・ワープロ	×		
好きなときに眠る	○			写真	×		
掃除・整理整頓	×			映画・観劇・演奏会			○
料理を作る	×			お茶・お花 茶道の師範	○		
買い物	×			歌を歌う・カラオケ			○
家や庭の手入れ・世話	×			音楽を聴く・楽器演奏		○	
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・ゲーム	×		
自転車・車の運転	×			体操・運動			○
電車・バスでの外出	×			散歩			○
孫・子供の世話		○		ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ	×		
動物の世話	×			ダンス・踊り	×		
友達とおしゃべり・遊ぶ			○	野球・相撲観戦	×		
家族・親戚との団らん		○		競馬・競輪・競艇・パチンコ	×		
デート・異性との交流	×			編み物	×		
居酒屋に行く	×			針仕事	×		
ボランティア	×			畑仕事			○
地域活動(町内会・老人クラブ)	×			賞金を伴う仕事	×		
お参り・宗教活動(仏壇)	○			旅行・温泉			○

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

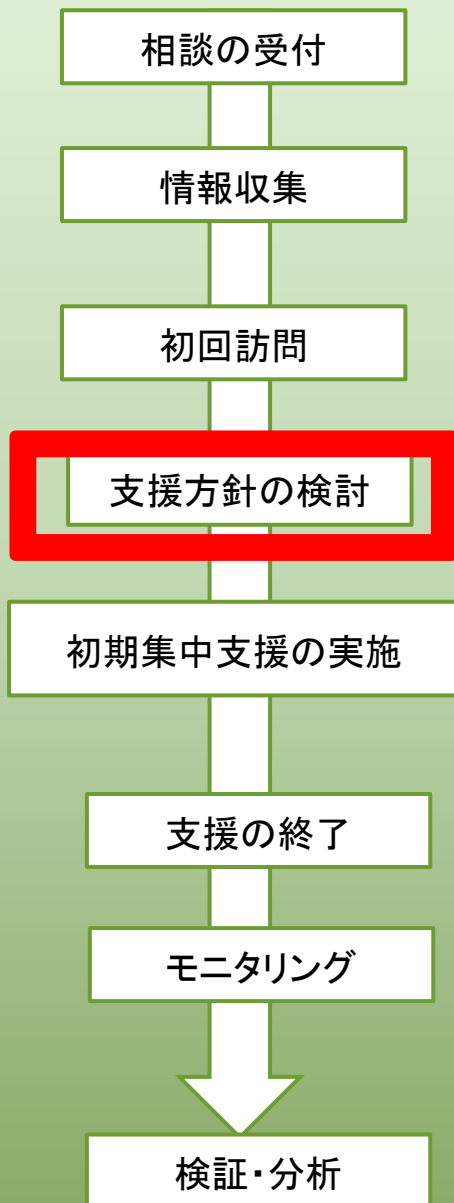
Zarit8【ご家族の方へのアンケート】
Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目 (Zarit Burden Interview : J-ZBI_8)

ID	2017-2	氏名	UF 様		生年月日		性別	女
回答者	UN 様		関係	長男	同居の有無	別居		

No	質問内容	開始時					終了時					備考欄	
		思わない	たまに	時々	よく	いつも	思わない	たまに	時々	よく	いつも		
1	本人の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。				<input checked="" type="radio"/>								食事・内服・入浴など指示してもできないことに悩んでしまう。
2	本人のそばにいと腹がたつことがありますか。				<input checked="" type="radio"/>								口論となった時
3	介護があるので家族や友人とつきあいがなくなっていると思いますか。	<input checked="" type="radio"/>											
4	本人のそばにいと、気が休まらないと思いますか。		<input checked="" type="radio"/>										食事療法や動きが少なくなることで、病気がより進み心配を常に持つ
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。		<input checked="" type="radio"/>										土日泊りででかけることができなくなった
6	本人が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか。	<input checked="" type="radio"/>											
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。			<input checked="" type="radio"/>									介護サービスが入れるようになると嬉しい
8	本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。			<input checked="" type="radio"/>									口論となり理解してくれないときなど対応に困る
合計		12点					0点						

【出典】・Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目(J-ZBI_8)認知症初期集中支援チーム版 荒井由美子 日本内科学雑誌 94:1548~1554, 2005
(本様式については世田谷区で使用するシートを参考に、大阪市で一部改変したものである)

認知症初期集中支援チームの流れ



支援方針の検討

H29.8.17



4人兄弟の末っ子
長男の嫁

・几帳面で気位が高い
・負けず嫌い

茶道の規範

読書・映画・
コンサート

自分を高める作業,自分というものをしっかり持って生きてこられた背景

13年前に夫他界,交流の多かった長女・次女の他界

うつ傾向,自宅に閉じこもりがち

2度の転倒で外出機会が減る

認知機能低下がみられる

服薬の飲み忘れ,糖尿病のコントロール不良

家族の介護負担が増え,疲弊

できない人と
みなされる
つらさ

できるはずなの
にという焦り
葛藤



自宅環境の見直し

自宅内段差や浴槽内環境



家族支援

本人の捉え方や対応などの提案

日常生活の関わり

活動においてどの工程でつまづき
援助が必要であるのか？

サービスの利用

訪問リハビリを検討



身体合併症の予防

浮腫の原因は？
DVT？低栄養？脱水？心不全？

外来受診

DM外来・足の困りごと外来・認知症外来



認知症初期集中支援チームの流れ

相談の受付

情報収集

初回訪問

支援方針の検討

初期集中支援の実施

支援の終了

モニタリング

検証・分析

初期集中支援の実施

H29.8.18

長男に電話

糖尿病の管理・生活改善目的で「足の困りごと外来」への受診の必要性を伝える。

8.22

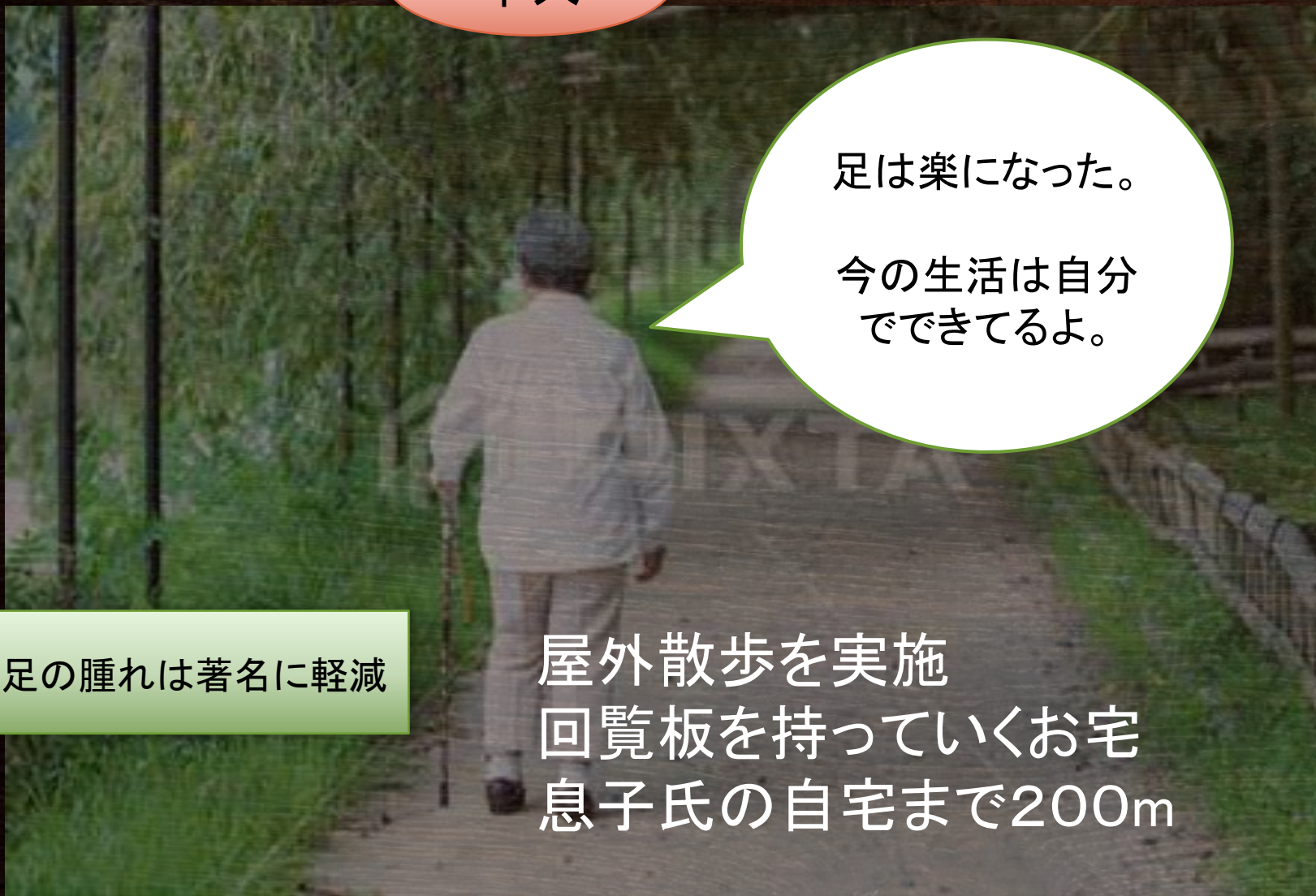
認知症ケアワーカーが自宅訪問し、かかりつけ医受診での同行。初期集中支援チームでの検討内容や今後の方向性などを医師に伝え、情報提供・紹介状など記載。

8.30

作業療法士による訪問

2回目の訪問

本人



足は楽になった。

今の生活は自分で
できてるよ。

足の腫れは著名に軽減

屋外散歩を実施
回覧板を持っていくお宅
息子氏の自宅まで200m

息子氏



・息子氏「ずっと寝てばかりいる」
本人にダメなところを指摘し、改善しよう
という思いが強い

・自身の考えの枠にはめようとされて
いる印象



できる限り本人目線
「本人が一番困っている」
考え方や接し方のコツなどを
アドバイス

経過

H29.8.31 介護保険サービス導入、訪問リハビリテーションの利用を相談

9.16 自宅訪問

訪問同行者

あがりとチーム員2人(認知症ケアワーカー・担当作業療法士)

訪問リハビリスタッフ、担当ケアマネージャー

本人・息子へ導入の意味などを説明し週1回の訪問リハを受け入れられる

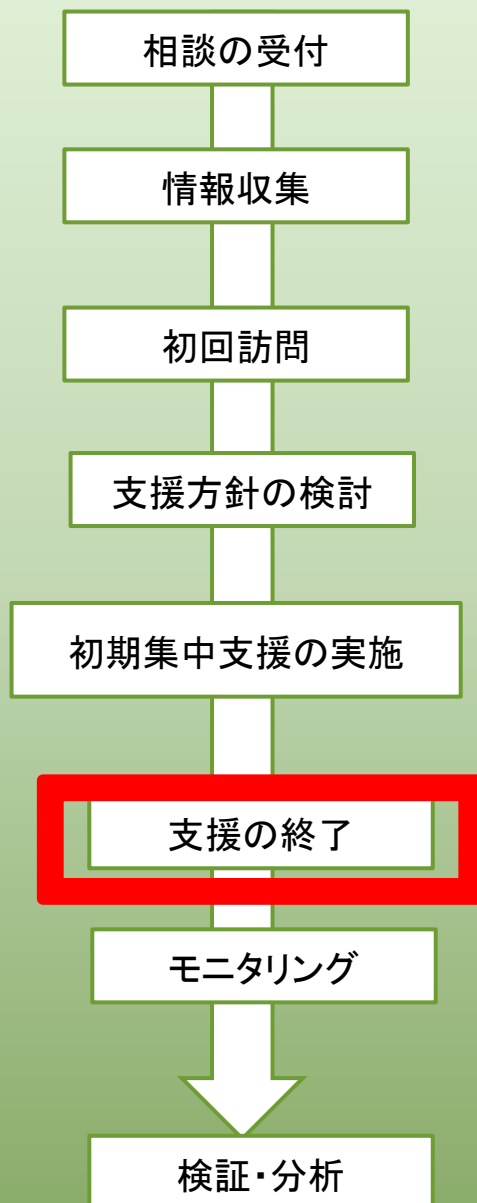


本人の生活の基盤



専門職

認知症初期集中支援チームの流れ



支援の引き継ぎ

H29.11.8～訪問リハビリ開始

- ・「今日は来てもらう日」などとリハビリの日を楽しみに待っている。
- ・担当セラピストとの関係作りも良好

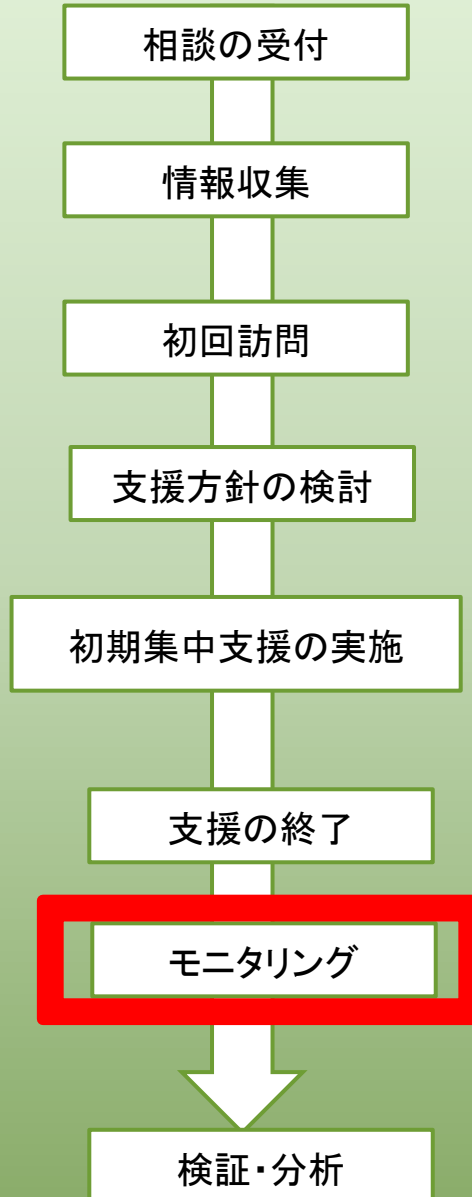
生活の変化

- ・リハビリの時間に合わせて風呂に入り、身だしなみを整えるようになった。
- ・尿臭無し
- ・息子のためにかぼちゃの煮物作りをされた
- ・庭の花の手入れをするようになった

息子の変化

- ・「僕が言い過ぎていましたね」

認知症初期集中支援チームの流れ

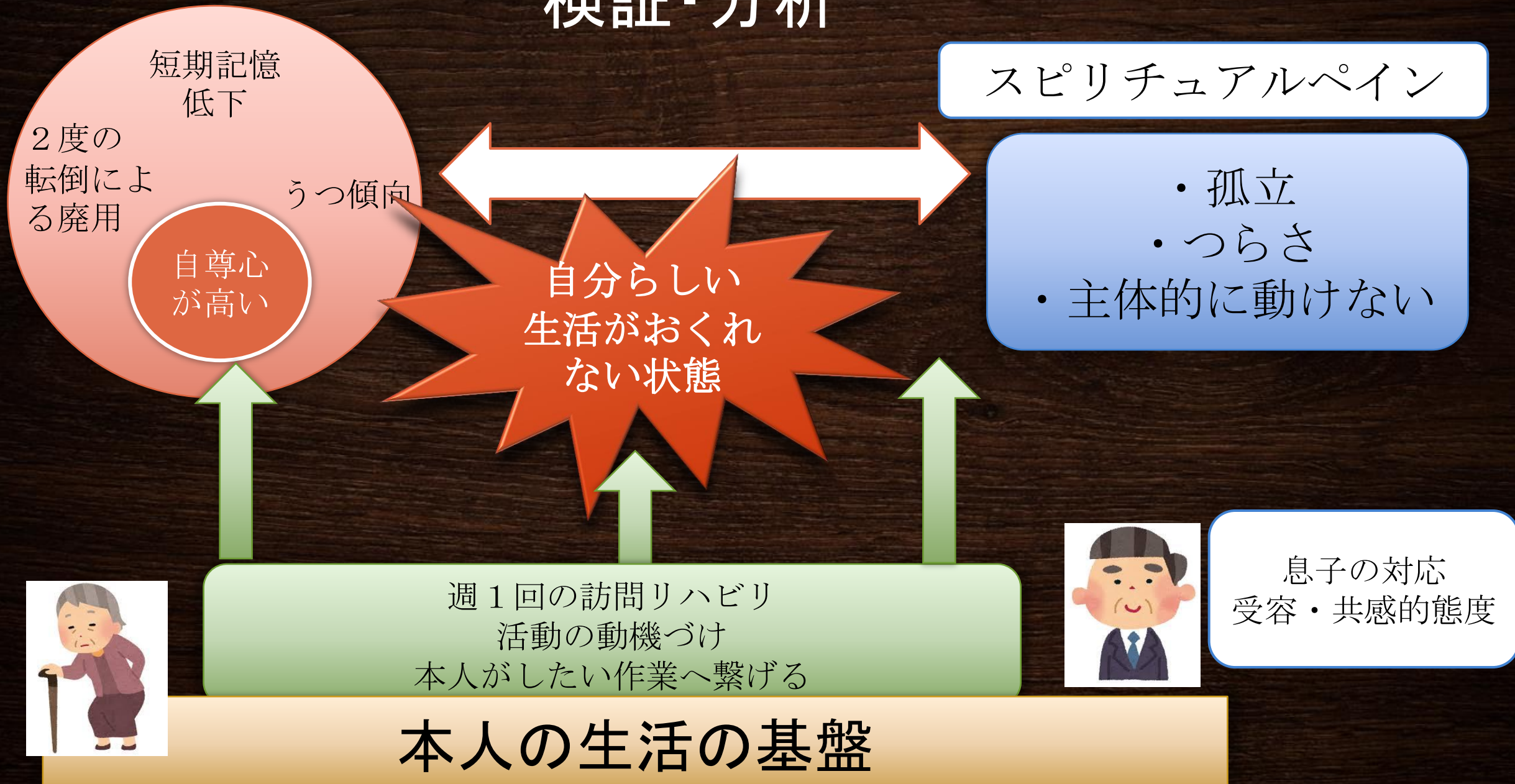


モニタリング

H30. 1. 31
あがりとチーム員2人による訪問

※ご家族と面談

検証・分析



今後の展望

専門職

ヘルパー

デイ

民選
委員

サロン

喫茶店



その人らしい生活

認知症のあるひとでもあたりまえに
暮らせるまちづくり

今後のチームの課題

- チームの周知活動
- 対象人数が増加しても対応できるように、記録類の記載時間短縮や会議の進め方の迅速化。