

令和3年度認知症初期集中支援チーム検討委員会議案

- 1 目的 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。
- 2 実施方法 平成28年10月より大江病院に委託し事業を開始。
チーム員：大江病院サポート医1名、大江病院看護師1名、精神保健福祉士1名（以上委託職員）、包括保健師1名
- 3 支援の流れ 相談（包括）→包括訪問（初期集中支援の提案）→チーム員による訪問支援→支援目標の達成→支援終了→関係機関に引き継ぎ→モニタリング
※支援方針の決定や支援終了の決定はチーム員会議にて決定する。
- 4 令和3年度の支援経過 4名（当初支援計画は4名）

(1) 1事例目（支援期間：令和2年7月10日～令和3年6月14日）

性 別	女性	年 齢	80代前半	世帯構成	夫婦世帯
支援開始理由	3年前に本人が営むお店のお客さんから「レジ打ちができない。様子がおかしい。」と連絡があり、その後、精神科や脳神経外科に受診するが、認知症の診断には至っていなかった。しかし、徐々に認知症状が目立ってきており、夫に対し被害的な発言や、レンジや電話の使い方がわからない、道に迷う等あり、専門医の受診や今後の対応について検討するため、支援を依頼した。				
支援目標	#1. 定期受診と正しい内服管理を継続することで、病状が安定する。 #2. サービス利用により生活リズムを整え、家族の介護負担が軽減する。				
訪問回数	8回				
会議	初回チーム員会議、中間会議、終結会議実施				
支援内容	専門医への受診勧奨、治療内容の再検討、サービス利用の勧奨、介護保険申請、家族の介護負担への相談対応				
支援結果	初回訪問で専門医の受診を勧め、アルツハイマー型認知症の診断を受け治療が開始された。治療により生活リズムの改善や気分の安定が見られたものの、徐々に認知機能の低下が見られ、家族が介護負担を訴える状況があった。そのため、家族との面談を実施し、内服薬の変更、関わり方の助言をすることにより、家族が本人の状況を受け止められるようになり、負担感はやや軽減された。 支援中に介護保険申請、ケアマネジャーに担当を依頼し、訪問看護の導入に至った。家族の介護負担の軽減やサービス導入に至ったことから支援を終了した。				
モニタリング	実施		引継ぎ者		ケアマネジャー

(2) 2事例目（支援期間：令和3年6月24日～令和4年3月4日）

性 別	女性	年 齢	80 代後半	世帯構成	夫と息子の3人世帯
支援開始理由	<p>平成 29 年頃に専門医療機関を受診し、中等度アルツハイマー型認知症と診断されたが、平成 31 年頃から本人の受診が途絶え、息子のみで受診し処方を受けていた。初回診断後にデイサービスの利用を勧めるが、本人の拒否があり、利用に至らず経過していた。</p> <p>令和3年6月に訪問し、数年前から入浴できていず、蜂窩織炎や爪白癬があったことから、内科受診や介護保険を申請したが、サービスの導入にあたり本人や夫に拒否があることから、今後の介入方法の検討や必要なサービスの選定目的で支援を依頼した。</p>				
支援目標	<p># 1. 必要な治療やサービスを利用し、本人の健康状態を維持できる。</p> <p># 2. 家族が治療やサービスの必要性について理解し、継続的な治療や支援につなげる。</p>				
訪問回数	1 回				
会議	初回チーム員会議、中間会議、終結会議実施				
支援内容	専門医への受診勧奨、治療内容の再検討、介護保険申請、サービス利用の勧奨、ケアマネジャーやサービス事業所への助言、家族の相談対応				
支援結果	<p>介護保険を申請して、ケアマネジャーに担当してもらい、サービス調整を一緒に行った。訪問看護やヘルパー、福祉用具の利用に至ったが、夫や本人の拒否が強く、支援に迷う際は担当者で会議を行い、支援の方向性の統一を図った。支援中、本人が蜂窩織炎や転倒を繰り返すようになり、サービスを導入しても家族の介護力不足や本人の身体機能の低下から在宅生活は難しいと判断し、今後は施設入所を目的に支援を終了した。</p>				
モニタリング	未実施		引継ぎ者		ケアマネジャー

(3) 3事例目（支援期間：令和3年8月5日～令和4年1月21日）

性 別	男性	年 齢	80 代前半	世帯構成	夫婦世帯
支援開始理由	<p>ちょっとしたことでイライラし、家族や物にあたる状況が以前より続いていたが、徐々に状況が悪化しており、家族が本人を説得して精神科病院を受診し、脳血管性認知症の診断で内服処方を受けた。</p> <p>しかし、本人は治療を拒否し、飲酒して暴れ、妻が避難する事態となり、今後の関わり方について家族は不安を抱えていた。</p> <p>本人の人格面や精神面も含めた病状を明らかにし、家族の今後の関わり方について検討していくことを目的に支援を依頼した。</p>				
支援目標	# 1. 家族が安心して過ごせる。				
訪問回数	1 回				
会議	初回チーム員会議、終結会議実施				
支援内容	専門医への受診勧奨、治療内容の再検討、介護保険申請（施設入所準備）、家族の介護負担への相談対応				
支援結果	<p>介入の直前に家族の勧めで精神科の受診に至り、脳血管性認知症の診断を受けたが、家族に対する攻撃性や突発的な行動に家族が振り回され、都度相談対応を行い、向精神薬による内服調整を行った。</p>				

	しかし、支援経過の中で本人の行動が落ち着かず、家族が疲弊している状況から、主治医の勧めで精神科の入院に至った。認知面や精神状態は落ち着いたものの、元々の人格に課題があり、家族と本人で話し合った結果、今後一緒に暮らすことは難しいと判断し、退院後は施設に入所した。		
モニタリング	実施	引継ぎ者	施設入所

(4) 4 事例目（支援期間：令和 3 年 10 月 7 日～令和 4 年 3 月 29 日）

性 別	女性	年 齢	80 代前半	世帯構成	独居
支援開始理由	買い物に支援が必要であったり、被害妄想等の認知機能の低下が見られるが、病院受診やサービスの利用に拒否があり、親族の介護負担が増大していた。今後も本人の生活が維持できるよう、適正な介護サービスにつなげることを目的に支援を依頼した。				
支援目標	# 1. 本人がサービス利用をすることで、安心して自立した生活が維持できる。 # 2. 家族が病状の理解ができ、介護負担が軽減できる。				
訪問回数	3 回				
会議	初回チーム員会議、終結会議実施				
支援内容	受診勧奨、サービス利用の勧奨、家族の介護負担への相談対応				
支援結果	町内に弟や姪・甥がいて日頃から本人の買い物等の支援していたことから訪問の際も同席を求めたが、本人が親族に対し被害的になる可能性があるとのことで、親族の希望で本人とチーム員のみで面談を実施した。本人が未受診であったため、受診勧奨やサービス利用について提案するも、必要性を感じていないことから、支援の進展が難しい状況であった。その旨を親族に伝え、日頃の関わりから困り事を聞き出す方法について提案するも、「これ以上深く関わることで負担が増える」とのことから、家族から本人へのアプローチも難しい状況であった。本人は、現時点で支援を中止しても生活が破綻する状況にないことから、一旦支援は終了とし、本人や親族に困る出来事があった際、改めて対応することとなった。				
モニタリング	未実施	引継ぎ者	なし		

5 令和 3 年度の評価と次年度の計画

支援計画数 4 件に対し、令和 3 年度新規 3 件、令和 2 年度からの継続 1 件の実績となっています。

主な相談者は認知症状で困っている家族や近隣住民となっており例年と同様の傾向です。地域包括支援センターが家族を支援したり、かかりつけ医と連携することで専門医を受診できることもあります。地域包括支援センターが支援しても、専門医を受診できない、介護保険サービスの利用拒否が続く事例の場合は、当該事業を利用しています。今後も、事業を活用いただけるよう関係機関や地域住民への周知を行っていく予定です。令和 4 年度も計画数を 4 件としています。