

令和 6 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 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）、町社会福祉士 1 名
- 3 支援の流れ 相談（包括や町）→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 5 年度の支援経過 2 名（当初支援計画は 4 名）
 (1) 1 事例目（支援期間：令和 5 年 6 月 19 日から継続中）

性別	男性	年齢	80 代後半	世帯構成	独居
支援開始理由	支援者となる親族がおらず、平成 29 年を最後に受診していない。書類の手続きは困難で放置している。金銭の話になると警戒心が強くなり、興奮して一方的に話し続ける。定期訪問を実施しても、介護保険や成年後見制度利用、受診につなげられない現状があるため、今後の介入方法検討を目的に、認知症初期集中支援事業の介入を依頼した。				
支援目標	# 1. 本人との関係性を構築し、受診につなげる。				
訪問回数	2 回				
会議	初回チーム員会議実施				
支援内容	専門医への受診勧奨、サービス利用の勧奨、支援方法の再検討				
支援結果	<p>検診や受診等を勧めるが、「健康だから」「お金がかかる」と理解が得られない。身寄りがおらず、成年後見制度の利用を勧めるが、入院時等の困った時の状況がイメージできず、利用を拒否する。</p> <p>訪問結果をもとに、初回会議内で対応を検討。本人の状況が認知症の症状によるものか、生まれつきの障がいによるものであるかは、訪問結果だけでは見極められず、受診が必要。往診して介護保険の診断書を作成することはできるが、成年後見制度の診断書作成には検査のため受診が必要となる。今後も受診につなげるため、本人との関係性構築を目的に対応していくこととなった。</p> <p>その後、訪問を実施。体調確認に応じるが、受診状況の質問に対し、その場をしのぐため「最近内科を受診した」と本人嘘をつく。地域との交流、体調確認のため、オレンジカフェ（認知症カフェ）への参加を呼び掛けた。その後、カフェの日程を事前に伝える支援があれば、本人カフェへの参加につながっている状況であり、対応について認知症初期集中支援チームの大江室長、看護師と共有しながら対応している。今後も定期的な関わりを通して、受診を目指す。</p>				

モニタリング	令和6年度実施	引継ぎ者	なし
--------	---------	------	----

(2) 2事例目（支援期間：令和6年3月5日から継続中）

性別	女性	年齢	80代前半	世帯構成	夫婦世帯
支援開始理由	令和4年大江病院受診時に認知症の診断を受け、要介護1の認定がつくが、介護保険サービス未利用で認定有効期間が切れてしまう。病院受診も眼科以外は途切れており、夫と2人自宅で過ごすことが多い。感情の起伏が激しくなっており、夫にあたる、物を投げる、蹴つ飛ばすなどの行為がみられ、夫の介護負担が増えている。長男夫婦、二男夫婦が支援しているが、本人が介護保険サービスや受診への拒否が強く、利用につながらないため、認知症初期集中支援事業の介入を依頼した。				
支援目標	令和6年度検討				
訪問回数	令和6年度実施				
会議	令和6年度実施				
支援内容	令和6年度実施				
支援結果	地域包括支援センター、家族からの依頼を受け、令和6年3月に初期集中支援事業の介入を依頼している。 実際に事業として訪問等を行ったのは、令和6年4月からであり、令和6年度に継続して対応する。				
モニタリング	令和6年度実施	引継ぎ者	なし		

5 令和5年度の評価と次年度の計画

支援計画数4件に対し、新規2件となっています。家族等からの相談を受けたケースだけでなく、現在支援しているケースの対応を再検討するため、初期集中支援事業を利用しています。令和5年度対応のケース2件は、いずれも介護保険サービスや受診の拒否が強いものでした。令和6年度も継続して対応を行います。

今後も、事業を活用いただけ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6年度も計画数を4件としています。