

認知症初期集中支援チーム活動状況

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対し早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」(以下「支援チーム」という。)を設置し、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 事業内容

支援チームは、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う。支援にあたっては、アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、月1～2回の支援チーム員会議の中で具体的な支援策を検討し、実施につなげる。

<富士見市の支援チームの構成>

支援チームは、市高齢者福祉課職員の看護師等医療職又は社会福祉士等福祉職1名と、高齢者あんしん相談センター(以下「包括」という。)地区担当1名及び専門医1名で構成され、平成28年度から活動している。

※ 初期集中支援後の包括による支援がスムーズに行えるよう、市及び包括の支援チーム員が支援チームの専門医に相談しながら支援を行い、支援終了後は包括地区担当に引き継ぐ。ただし、初回訪問等の状況によっては、市職員2名と包括地区担当でアセスメントを行うこともある。

<訪問支援対象者>

原則40歳以上で認知症が疑われる者又は認知症の者であって在宅で生活しており、次のいずれかに該当する者。

- ①医療サービス又は介護サービスを受けていない、又は中断している者で、認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- ②継続的な医療サービスを受けていない、又は中断している者
- ③適切な介護サービスに結びついていない者
- ④介護サービスが中断している者
- ⑤医療サービス又は介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

3 活動状況

令和5年度に支援チームで対応したケースは10人、うち令和6年度も継続して支援しているケースは2人。今年度の新規ケースは5人(9月末現在)である。

支援チーム員会議は、月に1～2回開催しており、支援ケースについての検討を重ねてきた。ケース宅への訪問の他、電話相談、関係機関との連絡調整、受診同行、緊急時の対応等、活動は多岐に渡っている。

支援チーム活動状況	令和5年度	令和6年度 (9月末現在)
チーム支援人数	実人数 10人 (うち継続1人)	実人数 5人 (うち継続2人)
チーム員会議	13回	6回
会議での延べ検討ケース数	25件	12件

市高齢者福祉課の支援チーム員は、チームでの支援の他、高齢者福祉課で受理した相談の中から、認知症が疑われる方で、かつ支援が必要と思われる方の相談後の経過を確認している。

(令和5年度実績436人、令和6年9月末で229人)

具体的には、包括や関係機関に連絡し、状況を確認したうえで支援につながるよう働きかけしている。また、定期的に支援後の経過も確認し、関わりが難しいなどの支援困難ケースは、関係機関と連携して対応を検討している。

【事例】 80歳 男性 独居 自営業を営んでいた

・令和5年7月、近隣住民から高齢者福祉課に、高齢の男性が道路に座り込んでいる。以前にも同じようなことがあり、救急要請の話をしたが本人拒否している、と連絡あり。

担当地域の包括に連絡し、職員も現地に向かい、本人に状況を伺うと「買い物のため出かけたが腰が痛くなった」等話すが、ズボンに尿失禁の痕と臭気があり汚れが目立つ状況。本人をご自宅に送っていくと、自宅内はゴミや排泄等の汚染があり、不衛生な環境で生活をしていることが確認できた。

・主に包括が訪問を継続していく中で、本人は金銭、書類の管理ができていないため、社協が行っている福祉サービスの利用の援助や暮らしに必要なお金の出し入れ等を支援するあんしんサポートねっとや、問題解決と生活再建ができるよう支援する生活サポートセンターに相談をしたが、衛生面、認知面、預貯金の金額を理由に対象外であった。

・病識は欠如し、自身の生活や生きることに對してなげやり。食事は1日1食、体力が保たれるだけのエネルギーの確保ができておらず、早急に対応する必要もあり支援チームで対応することとなる。

<経過>

・10月25日より、包括と共に支援チームでの支援を開始。

様子確認、早急に対応が必要なことを説明するため訪問をくり返したが、自分で行動したいとこちらの提案は拒否。配食のお弁当を手配したが、お弁当の受け取りができずに利用に至らず。

・訪問すると血まみれなことや転倒して裂傷していることが度々あり。その後いつも行くスーパーから買い物を断られたため、後日違うスーパーに行き転倒、救急車を呼ばれたが拒否し救急車内で処置を受け帰宅。転倒による怪我のダメージが大きく、本人も生活の困難さを感じてきたため、ヘルパーを利用し買い物の支援を提案。料金を気にしていたが「相談に乗って欲しい、支援をお願いしたい」との希望あり、早急にCM(ケアマネージャー)を調整。

・11月上旬、CMと契約。まずは配食サービスを導入。CMの協力で自宅内を片付け、福祉用具で手すりを設置、その後、訪問介護、デイサービス、ふれあい収集の利用開始。預貯金の把握。サービスを利用開始し身綺麗になったことによりチーム医に受診、認知症と診断される。

・支援を継続する中で、金銭管理ができず、お金が室内に散乱し、財布も転々と置き場所が変わることも確認。督促状や弁護士からの手紙も届いている。自宅のほかに別宅もあった。金銭、書類の管理等が困難なため、成年後見制度を利用する方向で調整。

・12月中旬、訪問したCMが、自宅裏で倒れ身動き取れない所を発見し救急搬送され入院。糖尿病の治療やコロナ感染等もあり。退院後は施設での生活を勧めたが自宅での生活を切望し、令和6年1月中旬退院となる。

・CMとの信頼関係ができ、一時はヘルパーに対しての暴言や洗面所での排泄等、問題行動も見られたが、サービスの受け入れも良好で成年後見制度利用の見通しも経ったため2月で支援チームの支援は終結となった。

<チームとしての対応>

・本人、近隣からの情報集や助言や提案、関係者との連携、金銭・書類関係の確認や成年後見制度の利用に向けての支援、ケアマネジャーの後方支援の対応、医療受診へのサポート支援を行った。

(支援チーム員会議:5回、訪問:13回、ケース会議:1回実施)