

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4年度に支援チームで対応したケースは7人、うち令和5年度も継続して支援しているケースは1人。今年度の新規ケースは4人（7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4年度	令和5年度 (7月末現在)
チーム支援人数	実人数 7人 (うち継続1人)	実人数 5人 (うち継続1人)
チーム員会議	12回	4回
会議での延べ検討ケース数	36件	6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4年度実績422人、令和5年7月末で127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】 72歳 男性 独居

- ・生活保護制度利用者。兄弟等親族との関りなし。
- ・令和4年6月、三芳町藤久保の住宅街で車のドアを開けようとしている者がいると、市民から警察に通報があり保護される。本人は「紙を探している」などと話し、意思疎通が難しい状態。
- ・アパートの更新料滞納があり、状況を説明しても忘れてしまうなど、金銭管理、書類管理ができていない。
- ・話をする中で興奮し、話を聞き入れない。受診を促そうとするが興奮し、言動が荒くなるため介入が困難。このため、支援チームで対応することとなる。

<経過>

- ・訪問しても鍵も開けてくれない、興奮して話をする事ができない状態であったため、支援チーム員である包括職員、市の職員に加え、生活保護担当ケースワーカー（以下「生保担当者」という。）で、頻りに訪問して関係性を構築。
- ・関係性ができ始め、本人からの希望や要望が出るようになり、9月には本人が希望した新型コロナワクチンの予約を代行。支援チーム員である専門医のいる医療機関での接種をきっかけに、認知症関係の検査もすることができ、アルツハイマー型認知症（長谷川式検査9点）と診断され、介護認定の申請につなげた（要介護2）。
- ・金銭管理や書類の管理が困難なため、社会福祉協議会のあんしんサポートねっこの利用を検討したが、本人の拒否もあり利用には至らず。成年後見制度を利用する方向で調整。親族の調査は生保担当者が実施。
- ・11月、ケアマネジャーと契約し訪問介護、通所介護の利用を開始。
- ・令和5年1月、自宅内でボヤ騒ぎを起こし、緊急でショートステイの利用を開始。しかし、本人落ち着かず、興奮して他の利用者に手を挙げるなど不穏状態となったため、担当医と連携を図り内服薬で調整を行い、様子を見ることとした。
- ・認知面の低下が著しく、在宅生活は難しくなったため、支援チーム員会議の結果、施設入所が妥当との結論に至った。
- ・施設入所を進めるにあたって成年後見人が必要不可欠となり、親族による申立ての見込みがないことから、市長申立て手続きを行うこととなった。入所までは継続してショートステイを利用。区分変更申請も行う。（要介護2→4）

<チームとしての対応>

- ・本人、近所からの情報収集やマンションの管理費・共益費など関係者との連携、金銭、書類関係の確認やあんサポ、成年後見制度の利用に向けて支援、ケアマネジャーの後方支援、問題行動（興奮・幻覚・暴言）への対応、医療受診へのサポート支援を行った。

○施設での生活にも慣れ、今後の見通しもついたため、令和5年3月で支援チームでの支援は終結となった。

(支援チーム員会議：10回、訪問：25回、ケース会議：2回実施)