

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のよい環境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（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回のチーム員会議の中で具体的な支援策を検討し、実施する。

<富士見市の支援チームの構成>

支援チームは、市高齢者福祉課の非常勤保健師又は看護師1名、非常勤介護福祉士又は社会福祉士1名、各高齢者あんしん相談センター地区担当の専門職2名以上及び専門医1名で構成され、平成28年度から活動している。

※ 初期集中支援後の高齢者あんしん相談センター（以下「包括」という。）による支援がスムーズに行えるよう、支援対象者の包括地区担当と市の非常勤職員（看護師又は介護福祉士）の2名が、チーム専門医に相談しながら支援を行い、支援終了後はそのまま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、市非常勤職員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歳以上の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3年度に支援チームで対応したケースは4人、うち令和4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（8月末現在）である。

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3年度	令和4年度 (8月末現在)
チーム支援人数	実人数 4人 (うち継続0人)	実人数 5人 (うち継続1人)
チーム員会議	13回	4回
会議での延べ検討ケース数	21件	11件

市高齢者福祉課の支援チーム員（非常勤職員）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3年度実績398人、令和4年8月末で190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】 84歳、独居。

○過去に（令和元年）脱水症状で入院。介護保険の新規申請をし、要介護1となる。ケアマネと契約しサービス利用を勧めたが、本人の拒否が強くサービスにつながらなかった。包括と相談し、市の認知症高齢者見守り訪問事業を利用し、見守り訪問を継続していた方。

- ・息子がいるようだが、10年以上交流がない。近隣とは適当に交流はある。
- ・ADLは自立しているが、生活を送るうえで心配な状況にある方。エアコンを使用せず、食事も極端な偏りがあり、理解力が十分でないため、見守りが欠かせない状況。受診や服薬もせず、セルフケア不足で危機感がない。

〈経過1〉

- ・令和3年4月、金銭面の管理ができない、介入がなかなかできず安否確認のみ。認知症の心配もあるが、まったく医療につながっていない状況が、定期的な見守り訪問でわかる。
- ・見守り訪問の際に受診の促し等してきたが、十分に介入できない状況が続いたため、関係構築と医療・介護支援体制を支援チームで整えていくこととした。
- ・支援チームとして定期的に自宅訪問を重ね、安否確認と生活状況と、近隣から情報提供していただき、本人の様子を把握に努めた。また息子への連絡先も確認作業を行っていた。
- ・令和3年7月、医療につなげようとしたが、本人の警戒心・拒否が強くこれ以上の介入困難と判断。関係性の悪化が考えられるため、包括と見守り訪問に戻し、支援チームでの支援は一旦終了した。
- ・見守り訪問を継続的に行い、本人との関係性構築や安心感を与えるよう努め、支援チームとも情報共有していた。

〈チームとしての対応〉

○支援チームでの支援の再開の開始時期の見極めをしながら、即対応できるよう見守り訪問と情報共有し、支援体制を整えておいた。

〈経過2〉

- ・令和4年4月中旬、見守り訪問した際、本人のやせが目立ち、異臭がし、セルフケア能力の低下が見られた。「大丈夫だから」を繰り返し、自活できると言い張るが、明らかな食事の摂取量の低下あり。コロナ禍であるにもかかわらず、本人はマスク着用など社会にあわせた行動がとれなく、買い物も十分にできなくなって

いった。横になっている時間の増加、食事の調達困難、十分な摂取ができていない事を確認できたため、食事がとれるように自費での配食サービスの手続きを支援するとともに、フードバンクを利用できるよう緊急対応をした。

- ・同年4月下旬、本人が体力低下、力が出ないと自覚される。定期的な配食サービスに切り替え利用を開始。同時に見守り訪問を終了し、支援チームでの再支援となった。
- ・身体面、認知面が低下し状態が悪化したことにより通院は難しく、見守り訪問を挟んだことで本人の警戒心は解け、関わりを持てるようになっていたため、チーム医往診による受診。その後、病院での検査にもつながり入院が適当と診断されたが、本人は強く拒否。
- ・同年5月、受診ができたことにより、認定期間が終了していた介護保険を再度申請。訪問調査の際に、本人の状態悪化が見られたため、緊急対応を行い、病院に入院となった。
- ・入院中の認知症スクリーニング検査(23点以下で認知症疑い)が7/30点であり、支援チームとして、在宅生活は困難であり、施設入所が妥当と判断。
- ・要介護5の認定結果を受け、本人の同意を得て入所先を検討開始。支援チームとしては、介護老人保健施設(老健)や介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などが妥当とし、施設入所に向けて支援をはじめめる。
- ・身元保証人を決めるため、息子及び親族の戸籍調査を開始するも、連絡が取れず、自立生活サポートセンターみらい事業を依頼。
- ・同年7月、みらい事業と金銭管理・保証人等契約内容の確認を行い、方向性を検討。退院後の施設入所に向けて支援体制を整えたが、本人に新たな疾患が見つかり、退院が延期となる。現在も入院中である。
- ・戸籍調査により息子の所在が分かり、手紙にて連絡。
- ・同年8月、息子氏から受電。息子氏の返事は金銭的な支援は困難、みらい事業が支援しているならば、保証人や緊急連絡先、手続き、自宅マンションの引き払い等、任せたいとの返事あり。本人の施設入所や死亡時等の際に、親族の支援が必要な際の協力はできると、息子から同意を得た。
- ・退院後、施設入所ができるまでの間は、ショートステイ利用を検討中。

○医療及び今後の見通しがついたため、令和4年8月にチームでの支援は終結となった。

(支援期間中、チーム員会議8回、チーム員訪問14回、関係者との電話相談8回、ケース会議1回の対応を実施)