

## 令和5年度 認知症初期集中支援チーム 活動報告

(R5年12月末日現在)

|               | No. | 性別 | 年齢 | 初回相談者 | 相談経路                       | 支援開始      | 支援終了       | 診断名             | 対応結果                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------|-----|----|----|-------|----------------------------|-----------|------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和5年度<br>新規事例 | 1   | 女  | 83 | 家族    | 地域<br>包括<br>支援<br>セン<br>ター | R5年<br>6月 | R5年<br>11月 | 認知症             | もの忘れや物盗られ妄想があり、近隣に住む長男の妻へ昼夜問わず頻繁に連絡するため、本人および家族の心身両面での負担が懸念されていた。<br>チームの介入後は、本人との信頼関係を築きながら、医師や遠方に住む家族とも連携し、オンライン診療を調整。その後、介護保険認定申請を行うことができ、グループホーム入所を前向きに検討中。当初の目的であった認知症状を主訴とした医療受診は達成したため、チームでの支援は終了。                                     |
|               | 2   | 男  | 91 | 病院    | 病院                         | R5年<br>6月 | R5年<br>8月  | アルツハイマー型<br>認知症 | 糖尿病の治療中だが内服ができず、たびたび低血糖発作を起こし救急搬送され入院となるが、認知機能やせん妄、また本人の強い希望もあり退院となった。本人の生活状況の確認と環境を整えることを目的に支援開始。<br>通院が困難な状況であることから往診の調整や訪問看護の導入および介護認定申請まで支援を行った。その後、訪問看護の利用が継続してできているため、チームでの支援は終了。                                                       |
|               | 3   | 女  | 88 | 家族    | 地域<br>包括<br>支援<br>セン<br>ター | R5年<br>6月 | R5年<br>9月  | アルツハイマー型<br>認知症 | 介護認定はあるがサービス未利用。短期記憶や見当識の低下、希死念慮あり。精神科への受診調整を行うとともに、同居の娘の心身面の負担軽減もできるよう支援開始。<br>かかりつけ医と連携し、老年内科での受診を調整した結果、アルツハイマー型認知症と診断される。娘に対しては本人への声掛けの仕方等について助言し、デイサービスの継続的な利用に繋がったため、チームでの支援は終了。                                                        |
|               | 4   | 男  | 86 | 病院    | 地域<br>包括<br>支援<br>セン<br>ター | R5年<br>7月 | R5年<br>10月 | アルツハイマー型<br>認知症 | 独居で近隣に頼れる親族なし。毎日のようにかかりつけの病院を受診していたが、予約日に受診しないことが徐々に増えた。介護認定はあるが、本人に困り感がなくサービス利用には拒否的であったため、サービス利用を目標に支援開始。<br>本人との信頼関係を築くなかで、自宅内の各居室の様子を確認でき、その様子をかかりつけの病院とも共有したことで、病院がケアマネジャーの調整を行う等、訪問介護の利用に向けて連携しながら支援を行った。ケアマネジャーに支援を依頼できたため、チームでの支援は終了。 |
|               | 5   | 女  | 86 | 家族    | 地域<br>包括<br>支援<br>セン<br>ター | R5年<br>8月 | —          | アルツハイマー型<br>認知症 | 介護認定はあるが本人の拒否が強く、サービス未利用。被害妄想や他者への暴言や徘徊等みられるが、定期的な医療受診なし。同居の長男や近隣に住む長女は、精神科への受診を希望。まずは医療受診を目標に、介護保険サービスの利用まで見据えて支援中。                                                                                                                          |

|               | No. | 性別 | 年齢 | 初回相談者                  | 相談経路                   | 支援開始       | 支援終了       | 診断名             | 対応結果                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-----|----|----|------------------------|------------------------|------------|------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和5年度<br>新規事例 | 6   | 女  | 87 | 地域<br>包括<br>支援<br>センター | 地域<br>包括<br>支援<br>センター | R5年<br>9月  | —          | —               | 長男・長女とともに3人暮らし。長女は統合失調症および知的障害があり、本人と共依存の関係。日常生活は全般的に長男が行っている。本人は認知機能の低下がみられるが、認知症の診断は受けていない。また、要介護2の介護認定はあるが、サービス利用については、長女の世話を理由に拒否的。適切な医療受診および介護保険サービスの利用につなげることを目標に支援中。                                                                                                                        |
|               | 7   | 女  | 73 | 地域<br>包括<br>支援<br>センター | 地域<br>包括<br>支援<br>センター | R5年<br>10月 | R5年<br>11月 | アルツハイマー型<br>認知症 | 長年、関東で独居生活であったが、時折来訪する姪が様子の変化に気づき、本人の兄夫婦の住む伊丹へ転入。アルツハイマー型認知症の診断がなされるも、進行の度合いが大きく、内服薬の処方なし。要介護1の介護認定はあるが、本人がサービス利用の必要性を感じておらず拒否的。信頼関係を築きながら、介護保険サービス利用を目標に支援開始。家族のサポートにより、生活面での状況が整ったほか、近隣住民と交流する機会も増え、少しずつ馴染んできた。また、デイサービスで他の利用者の健康相談に乗る等、かつて看護師として長年働いてきた経験を活かしながら、役割を持って継続利用ができているため、チームでの支援は終了。 |
|               | 8   | 女  | 74 | 地域<br>包括<br>支援<br>センター | 地域<br>包括<br>支援<br>センター | R5年<br>11月 | —          | —               | 玄関先に腐った野菜が大量にあり、また居室内にも物が多く、生活環境が不衛生な状態。要支援1の認定はあるが、サービス未利用。また、申請時より認知機能の低下が進んでいる様子がみられる。同居の次男や別居の長女とも連携しながら、介護認定の変更申請や、デイサービス等の利用に向けて支援中。                                                                                                                                                         |

《定例のチーム員会議について》

- ・各ケースの情報共有および今後の方針決定を行うもの。
- ・月に1回、定例で開催。
- ・メンバーは、認知症サポート医(伊丹市医師会)1名、公認心理士(市立伊丹病院認知症疾患医療センター)1名、精神科医1名(市立伊丹病院認知症疾患医療センター)、認知症地域支援推進員、チーム員、介護保険課職員で実施。
- ※精神科医は令和5年度からの参加