

認知症初期集中支援チーム 活動報告

(R7年12月4日現在)

1 認知症初期集中支援チームとは

認知症の人やその家族に早期に関わる支援チームを配置し、初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行うことによって、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チームのこと。

【認知症初期集中支援チームのメンバー】

- ◆医療と介護の専門職(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士など)
- ◆認知症サポート医である医師

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア)認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ)継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ)適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ)診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆医療・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

2 チーム員会議

支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医を含めたチーム員会議を行うもの。

- (1) 開催回数
令和7年度 8回
- (2) 出席者
認知症サポート医(伊丹市医師会)、チーム員(地域包括職員)、認知症地域支援推進員、介護保険課、認知症疾患医療センター精神科リエゾンチーム 公認心理士(R3～)・精神科医(R5～)

3 対応事例

(1) 支援を終了している事例 ※前回の本協議会后に終了となったもの

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
1	女	74	家族	地域包括支援センター	R7.4	R7.10	認知症	R6頃からもの忘れが出現。病院受診は何十年もできておらず、健康診断も受けていない。日常生活は自立している。家族から受診を促しても怒って拒否するため、病院受診し介護認定を受けサービス利用につなげる目標で支援する。 チーム員が介入し往診を調整、拒否がなくながらも受診でき、介護認定申請につながった。娘の来訪が増えたおかげか、本人の暴言などは少し落ち着いてきた。しかしその後もチーム員来訪への拒否は強く、しばらく家族からの聞き取りを継続した後、チームとしての介入は終了。
2	女	59	家族	地域包括支援センター	R7.5	R7.8	—	夫の死去後、気分の落ち込みや不眠があり、心療内科を受診。意欲の低下やもの忘れもあり、医師より認知症専門医を受診するよう助言を受けた。サービス利用につなげる目標で支援する。 チーム員が同行し、認知症専門医を受診。若年性認知症よりもパーキンソン病を疑われたが、その後の精密検査の結果、上記疾患は否定されビタミンB1不足との診断であった。心療内科の処方薬を変更後は症状落ち着き、今後は障害手帳を取得してサービス利用していく方針となった。チーム員の介入は終了。

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
3	男	68	くらし・相談サポートセンター	地域包括支援センター	R7.3	R7.7	アルツハイマー型認知症	<p>本人が「電気ガスを支払えていない」とくらすポへ相談。多少話が食い違うことがあり、後日来所の約束をしたが来所されなかったため、くらすポ職員と包括職員が訪問した。施設に入所する母(92歳)の年金を本人が管理しているが、施設先より11月から施設料が支払えていないことがわかった。警察からの認知症にかかる情報提供あり、店舗で支払いができない高齢者がいると通報があった。</p> <p>チーム員が受診につなげ介護認定申請につなげることができた。金銭管理については、成年後見制度を申し立て、利用支援が進んだためチームとしての介入は終了。</p>
4	女	75	家族	地域包括支援センター	R7.7	R7.9	アルツハイマー型認知症	<p>R2～R3チーム介入歴あり。本人の受診拒否と、適切なサービスに繋がれていないことが課題。また、夫婦間の関係も悪く、虐待ケースになっている。病院受診とサービス利用につなげることを目標に支援する。</p> <p>チーム員が介入し精神科の往診と訪問看護を調整した。本人の認知症が進んだことで逆に穏やかになったことや、同時に夫も介護認定を受けデイサービス利用開始したことで、夫の不満も減少し、ケアマネジャーの支援がスムーズになった。チームとしての介入は終了となる。</p>
5	女	93	地域包括支援センター	地域包括支援センター	R7.9	R7.9	—	<p>R5に民生委員より一人暮らしが心配と報告があったが、本人・家族がサービス拒否で、包括が定期的に見守りをしていた。以前よりADLが大幅に低下してきたため、介護認定を代行申請したが、「お金がかかるから」とサービス利用につながらず。長男の協力も得られなかった。サービス利用につなげる目標で支援する。</p> <p>家族も介護保険の必要性は感じていた。チーム員が介入し、長男夫婦にとってネックだった金銭面の問題が、チーム員の助言によりクリアになり、本人と家族の関わりが持てるようになった。家族の支援を期待できるようになったため、チーム支援は終了。</p>

(2) 支援中の事例

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	事例概要
1	女	96	LSA(生活支援員)	地域包括支援センター	R7.7	—	アルツハイマー型認知症	シルバー住宅対応。R6.9月頃からLSA(生活支援員)より、もの忘れとゴミ屋敷の相談が続いていた。本人は身体的には元気であり、片づけやサービス利用に拒否感があるが、ボヤを起こしたこともあり、環境整備が必要な状況。チーム員が同行し医療受診、介護認定申請を行った。ヘルパー利用につなげることを目標に支援継続する。
2	女	87	消費者相談センター	地域包括支援センター	R7.8	—	認知症	短期記憶乏しく、消費者相談センターや郵便局、病院等で、目的不明で何度も来所し会話が成り立たない事が多々あり。要介護1の認定はあるがサービス利用につなげていない。チーム員が同行しデイサービスの送迎を試みるも完全拒否だが、来訪への抵抗はない方で、訪問介護の介入はできた。サロンへも同行して行くことができた。徒歩であればデイサービス利用もできる可能性あり、次回同行予定で支援継続する。
3	男	69	郵便局、銀行	地域包括支援センター	R7.10	—	—	独居。郵便局や銀行より、出金ができず頻繁に支援を要したり、通帳の再発行を繰り返す、と包括に連絡あり。書類の管理もできず溜まっており、電気代は包括と払いに行っている。 チーム員が受診同行の約束をするが覚えておらず、当日不在などなかなかつながらない状況が続いたが、拒否はないため連絡がつくと同行して医療受診ができた。サービス利用につなげる目的で支援継続する。