

さいたま市認知症初期集中 支援チーム活動事例集



さいたま市保健福祉局長寿応援部いきいき長寿推進課

さいたま市認知症初期集中支援チーム拠点

令和3年12月作成

目 次

はじめに	2
事例	4
1. 夫婦2人世帯のケース.....	4
2. 子世帯と同居しているケース.....	8
3. 単身世帯のケース.....	11
4. その他の世帯構成のケース.....	19
おわりに	20

はじめに

認知症初期集中支援チームは、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ることができるよう、認知症の人やその家族に早期に関わり、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して全国的に整備が進められている取組です。

具体的には医師を含めた複数の専門職が、認知症の人や認知症が疑われる人、その家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行います。本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い自立支援生活のサポートを行う仕組みとなっており、本市では、平成27年度にモデル事業として市内の一部の区域を対象とした認知症初期集中支援チームを2チーム設置し、その後、平成28年度から全区で5チームによる活動を行っているところです。

市内全区でチームの活動が開始して5年以上が経過し、この間、初期集中支援に関するチーム内のノウハウや問題解決のスキルが向上したほか、チームの認知度が向上し、実際に多数のケースが支援につながるなどの成果があったものと考えています。

他方で、周囲の関係者から、「チームで取り扱ってもらえるのかわからない」、「相談せずに自分のところで対応したほうがうまくいくのではないか」「チームの活動について広く周知することで、より利用しやすくなるのではないか」というご意見もいただいています。

そこで、この度、これまでの各チームの活動について、チーム同士、そして関係者の皆様の間で活動内容などを共有するとともに、市民の皆様に広くチームについて知っていただくことを目的としてチームに関する活動事例集を作成することとしました。今回はシニアサポートセンター（地域包括支援センター）をはじめとする地域の関係者が様々な支援を行ってきた中で、認知症初期集中支援チームが介入することにより、必要な医療や介護サービスに繋がった事例を中心に作成しています。介入困難なケースはもとより、生活環境の改善や家族等の負担軽減、地域の方との繋がりなどを含め、認知症初期集中支援チームが介入することでどのような改善があったかをお伝えすることで、関係者の皆様の支援やつながりの一助になればと考えております。

今回作成した事例集は、世帯構成に着目して大きく、①夫婦2人世帯、②子世帯と同居、③単身世帯、④その他、の4つに分類していますが、この分類は便宜上のものです。どのケースであっても、どのような医療や介護サービスに繋がったか、また繋ぐことにより得られた生活の改善等の効果を記載してありますので、ご覧いただく際には、その効果に着目していただき、日々の業務に活用いただければ幸いです。

医療・介護の関係者の皆様が認知症の方や認知症の疑いがある方への関わりやサポートを行う上で、ぜひ「認知症初期集中支援チーム」の存在に思いを致していただき、活用についてご検討いただきたいと考えています。

なお、今回紹介する事例は、実際に支援を行ったケースをもとにしていますが、個別具体の特定を避けるため、一部に複数の事例や架空の事例を取り入れておりますので、この点をお含み置きいただければ幸いです。

事例紹介では、スペースの都合で以下のように略してあります。

チーム・・・認知症初期集中支援チーム

チーム員・・・認知症初期集中支援チーム員（※）で拠点病院に所属している者

※チームには認知症サポート医やシニアサポートセンター職員等もチーム員として参加しておりますが、この事例集では、誰の活動が分かりやすくするため、拠点病院勤務の方を指しています。

サポート医・・・認知症サポート医

包括・・・シニアサポートセンター（地域包括支援センター）

区担当者・・・区役所高齢介護課職員もしくは区役所福祉課職員等

社協・・・社会福祉協議会

事例

1. 夫婦2人世帯のケース

夫婦2人暮らしの場合、通常は配偶者からの相談で認知症が発覚することが多いようです。しかし、中には配偶者が一人で抱え込んでしまい、助けを求められず悪化してしまうことや、夫婦2人とも認知機能の低下が疑われることもあります。そのようなケースの場合、近所の方や、別居している子どもなどが気付くこともあります。気付くのが遅くなり、サポートが難しい状況になってしまっていることもありますので注意が必要です。

①配偶者の負担が重くなり、耐えられなくなっていたケース

ケースの概要	80代男性。70代の妻との2人世帯。慢性疾患があり、遠くの病院に一人で行っていたが、「どこも悪く無い」と通院しなくなった。 自転車で転倒するなど怪我を繰り返し、介護負担から妻の精神状態が悪化。別居の子が主介護者の母親の健康状態を危惧している。
相談者	別居の子から包括に相談
支援内容	包括職員とチーム員で訪問。本人から病院に通わなくなった経緯や家庭での生活状況を聞き取り、医療を受ける必要性を説明し、検査を受けると承諾。認知症診断の他、前に通院していた病院から近所のクリニック宛に紹介状を受領。精神状態が悪化している妻は対応できないため、チーム員が本人を連れて受診、慢性疾患の相談、認知症の検査・診断を受けた。
支援結果	近隣の病院に変更したことで、定期的に通院でき、慢性疾患の病状確認と、認知症治療を継続。介護保険でデイサービスをスタート。 <u>休まず利用するようになり、妻の負担が軽減された。</u>

（一言メモ）このケースでは、家族の負担軽減だけでなく、本人から状況を聞き取ることによって、何が負担になっているかが分かり、スムーズな医療受診に繋がりました。

②夫婦で暮らししていたものの、配偶者が入院してしまったケース

ケースの概要	70代女性。夫婦2人暮らしであったが、夫が入院し、本人は認知機能が低下しているため、掃除が出来ておらず、自宅はゴミ屋敷状態。認知症の検査には拒絶を示している。
相談者	包括から連絡
支援内容	区担当者、包括職員立ち合いの下、チーム員が訪問。受診の必要性を話した。入浴を目的として介護サービス利用につなげ、子に今後の意向を確認。
支援結果	認知症診断を受け、介護サービスの導入も出来た為、在宅生活の継続が可能となった。 家族同行による受診継続、居宅介護による清掃・ゴミ出し支援等の清潔維

	持、訪問看護による服薬指導での内服継続が可能となった <u>チーム員が繰り返し訪問し支援することで訪問看護への引き継ぎも十分に行うことができ、その後の安定した在宅生活につながった。</u>
--	--

（一言メモ）このケースでは、2人暮らしをしていたものの配偶者の入院がきっかけで、生活が立ち行かなくなっていて支援が必要となりました。ゴミ屋敷化したことで周囲の目に留まったことで、介入が始まり、拒否反応がありながらも、安定した在宅生活を取り戻すことができた事例です。

③車の運転に危険を感じて、相談があったケース

ケースの概要	70代女性。夫婦2人世帯。知人の名前を思い出せない、同じことを何度も聞く、車で道に迷ったりスピード違反をしたりする等、認知機能低下が散見される中、車の運転を続けている。また、頻回に元職場に出向いてしまう。家族が受診を促すも本人は拒絶し、医療・介護には繋がっていない。
相談者	家族から包括に相談
支援内容	夫との初回面談後、早急にチーム員会議を開催し、介入の優先順位を検討。危険リスクが最も高い車の運転については、家族が早急に車を処分し、運転免許センターと連携し免許返納手続きを行った。 医療介入については、チーム員が訪問を繰り返して受診勧奨を行い、受診当日もチーム員が同行した。元職場へ出向く行為はデイサービスへの通所に移行していくことを目標に、包括、ケアマネと連携。まずデイサービスの週1日利用を開始した。
支援結果	<u>早急に車の処分及び免許返納手続きを行うことで運転する機会は無くなり、危険が減った。</u> 認知症の診断後、医療については内服管理を家族が行い、大きな拒否もなく通院を継続している。デイサービス通所は当初こそ不穏になることもあったが、時間をかけて参加日数を増やすことで、安定して参加できるようになり、比例して元職場へ出向くことも減少していった。

（一言メモ）医療・介護サービスに繋ぐことよりも、車の運転というリスクをいかに防ぐかを優先して対応したケースです。その後、本人の思いを踏まえつつ、サービスにつなげ、対応した事例です。

④おれんじカフェ（認知症カフェ）につなげたケース

ケースの概要	70代女性。夫婦2人世帯。夫は仕事をしているため日中は一人で過ごしている。一年前に他院で軽い認知症と診断されている。薬は内服しているが、易怒性、昼夜逆転の症状あり。また、料理の途中で外出してしまうことや、夜中に自転車で出かけてしまい、家に戻れなくなることがあるなど、家族の精神的負担も増大している。
相談者	家族から包括に相談
支援内容	包括で開催しているおれんじカフェ（認知症カフェ）で夫から相談を受け、介

	護保険の申請も行う。後日、包括職員、ケアマネ、チーム員で自宅訪問実施。チーム員会議を行い、かかりつけ医から診療情報提供を受けた上で、受診勧奨と調整を行った。
支援結果	認知症の診断が行われ、内服治療も開始。 デイサービスの利用も開始となり、精神状態は安定。夫の負担も軽減している。<u>夫婦で毎月のおれんじカフェに参加するようになり、多職種でサポートすることができるようになった。認知症の治療もかかりつけ医で継続することができた。</u>

（一言メモ） おれんじカフェ（認知症カフェ）に夫婦で参加していただくことでつながりも増え、本人の不安も家族の負担も軽減できたケースです。

⑤ 飲酒により生活が成り立たなくなっているケース

ケースの概要	70代男性。夫婦2人世帯。妻が区役所に相談。区担当者から、「男性が妻へ大声をあげていることがある」と相談者について包括へ連絡があった。1年近く家に閉じこもっており、入浴できておらず、髪や爪も伸びっぱなしの状態。朝昼晩お酒を飲んでおり、大声を出すのはお酒の関係もあるのではないかと考えている。
相談者	家族から相談があり、包括がチームへ連絡
支援内容	市の健康診断という名目で包括職員・チーム員2名にて訪問。 昔の話を繰り返して話す傾向がある。妻の話では、夜中も独語が聞かれるとのこと。見当識に関しては、訪問した日の日付は分かっているものの、血圧がやや高め、毎日飲酒している事、階段昇降時に息切れがあったとの事から、病院受診を勧めた。
支援結果	自宅から近い、病院へ受診。<u>目立った脳委縮はなく、症状は飲酒の影響による可能性が高いことが判明。</u> その後、健康診断を受けて、内科の領域での問題を確認した。

（一言メモ） 結果として、認知症ではないとの診断となりましたが、医療的分野から本人の状況を判断し、受診勧奨を行うことができました。

⑥ 腰痛の影響もあり日常生活が困難になっていたケース

ケースの概要	90代女性。夫婦2人世帯。公営住宅で暮らしている。膝の痛みを訴えて、家事を一切行わず一日中座って過ごすようになる。また、入浴拒否をするようになり、他者の責任にしたり、電話で声を荒げたりするようになった。家族が病院受診を勧めても拒否している。
相談者	家族から相談があり、包括がチームへ連絡
支援内容	包括職員とチーム員2名で訪問。 左膝の腫脹が見られ、家の中でも小刻みに歩く。部屋はきれいになっているが、別居の家族からは物を腐らせたり散らかしたりと酷くなり、訪問して掃除などをするようになったが、物忘れの頻度は増えてきているとの話があり。

支援結果	<u>チーム拠点の病院で精神科を含め受診し、認知症診断以外にも膝の腫脹等も治療に繋がった。</u> 介護保険申請手続きを行い、要介護の認定を受ける。早急な介護サービス利用希望あり、包括が迅速に対応して定期的な通院及びサービス利用につなげることができた。
------	--

（一言メモ）チーム員が所属する医療機関を受診していただくことで、精神科以外の診療科とも情報連携がスムーズに進み、必要な医療サービスをスムーズに受けることができました。

⑦知人（ケアマネ）から相談があったケース

ケースの概要	70代男性。夫婦二人暮らし。子供はいるが交流はほとんどない。本人は介護保険未申請で、かかりつけ医もない。昼夜逆転の症状があるほか、入浴も着替えもできていない。妻が知人（ケアマネ）に相談をして包括に連絡した。
相談者	配偶者の知人経由で、包括へ相談
支援内容	チーム員・知人で訪問。妻へ本人への働きかけや認知症の対応について助言。妻が本人を診察に連れていき、チーム員で本人の気持ちを誘導し、入浴を行った。診察も行い、認知症の診断がついた。また、後日、本人の気持ちが前向きになっている様子も伺うことができた。
支援結果	<u>介護保険の申請にも至り、訪問看護とヘルパーの利用をして、妻の状況も含めて在宅で様子をみていたが、その後だんだん本人が外出して帰れなくなることがあり、妻の介護力低下もあり、ショートステイ利用からグループホームに入所することとなった。</u>

（一言メモ）最終的に在宅継続はできなかったのですが、配偶者が介護できなくなる前に介入しておくことで、生活が立ち行かなくなる前に次のステップにつなげられました。

2. 子世帯と同居しているケース

子世帯と同居しているケースでは、子世帯が現役世代であることも多く、本人と生活リズムがずれてしまい、同じ家に住んでいても細かな注意が払えない状態が生じることがあります。

また、本人が子の生活環境を支えている場合もあり、認知症になってしまうことでその生活が立ち行かなくなってしまうこともあります。そのような場合、本人の入所に伴い、残された子等の生活環境が変わってしまうなど、単身世帯と異なる難しさもあります。

⑧拒否反応が強く出ていたケース

ケースの概要	70代男性。妻、子の3人暮らし。本人が自動車を運転する際、道が分からなくなることがある。一日中ベッドで横になり、体重増加がみられる。包括が訪問したが、「誰にも会わない、帰れ」と叫んでドアを閉めてしまい拒否。
相談者	妻から包括に相談あり
支援内容	包括職員と一緒にチーム員が訪問。食事のタイミングに合わせて、食卓で会話。昔のことを聞くと饒舌になった。 病院の予約を取り、「先生が待っているから」と、妻と子が本人を連れて受診することになった。
支援結果	<u>運転免許の返納と、妻の介護負担軽減のため介護保険の申請を行う。</u> チーム員が情報提供して認知症サポート医に予約し、妻と子が本人を連れて受診。認知症の検査・診断。 <u>訪問看護を試みるも拒否されるため、デイサービスによる定期的な迎えを行い、追いつかなくても継続するうち、往路だけ妻と一緒に通うようになった。</u> 車も運転に自信が無くなり廃車。

（一言メモ）拒否反応が強く見られるケースですが、辛抱強くかかわり続けることで、少しずつ解消されました。車についても、最終的に本人が納得の上で廃車することができました。

⑨同居家族の心配が絶えないケース

ケースの概要	90代女性。配偶者は死別、子ども夫婦と同居。他人が自宅に侵入していると幻視の訴えがある。ものを盗まれた、ゴミを置かれた等、被害を訴えるようになり、家族に対しても疑いに向け、暴言、暴力をふるうようになった。幻視の訴えから警察を呼ぶこともある。 かかりつけ医はいるものの、認知症の検査歴や介護保険の利用はない。
相談者	本人から包括に不安を訴える相談あり
支援内容	自宅訪問を行い、受診勧奨、受診同行を実施。レビー小体型認知症と診断され、介護保険を申請し、通所介護を導入した。

支援結果	<u>通所介護を導入し、在宅生活を継続。薬物療法に対し、一時本人が拒絶を示したが、繰り返しの説明により内服継続に至る。幻視の訴えは継続したものの、警察を呼ぶ頻度は減少し、家族の精神的負担が軽減された。</u>
------	--

（一言メモ）認知症は進行性があるため、すべてを解決することは難しい場合も多々あります。ただ、多少なりとも家族の負担軽減にもつながるように、チーム員もその都度模索しています。

⑩チーム拠点の病院で覚知したケース

ケースの概要	80 代男性。チーム拠点病院に通院されている方。3 年前に妻が亡くなり、娘と同居している。昔から鍵や電気の消し忘れ等の確認を繰り返すなどの行動がみられていたが、加齢に伴い近似記憶障害と思われる認知機能の低下も認められ、同居する家族の介護負担が増大している。
相談者	家族から病院（チーム拠点）へ相談があり、包括へ連絡
支援内容	外来にて認知機能の低下を疑われ、家族の受診同行日に面談を実施。その後、チーム員 2 名で初回訪問を行い、認知症精査のための受診を調整。娘は認知機能低下を感じてはいるものの、他の原因も疑っていた。包括の介入により介護保険を申請し、ケアマネを選定した。
支援結果	精神科を受診し、各種心理検査も実施した。認知症の診断はついたが、薬物治療は希望されず、在宅でデイサービスとショートステイの利用を開始した。 <u>施錠等の確認を繰り返す行動は持続しているが、サービスの導入や周囲のサポートにより同居する家族の介護負担は軽減している。</u>

（一言メモ）配偶者の方が亡くなられているため、同居している子にほぼ全て負担がのしかかっているケースです。四六時中一緒にいることは難しいため、介護サービス導入により、心理的な不安も軽減されました。

⑪かかりつけ医がおらず、各種治療が必要となったケース

ケースの概要	80 代女性。本人夫婦、娘夫婦と孫の 5 人暮らし。数年前から物忘れがあり徐々に進行。元々病院嫌いがかかりつけ医もない。夫のストレスも溜まり本人を叱りつける事もあり、対応に困り包括に相談あり。
相談者	娘夫婦から包括へ相談があり、チームへ連絡。
支援内容	包括から娘へ連絡し、包括、チーム員 2 名で訪問。訪問時バイタルサイン測定で血圧が高い等不安な点があったため、早急に病院受診をすすめた。アセスメントの時点で、認知機能の低下も見られる為、介護認定の申請も勧めた。
支援結果	認知症専門医を受診。年相応の萎縮は認められるも、まず内科的治療が優先と判断。同日、内科受診し、 <u>脳梗塞の診断を受け治療開始。継続的な受診につながり、介護認定の申請につなげた。</u>

（一言メモ） どうしたらよいか分からないという家族の不安に対し、医療的な立場から優先順位を検討し、早期対応を行ったケースです。定期的な受診がないと、チーム相談時に複数の病状を抱えていることがあります。

⑫ 自宅で過ごす時間が増えて、症状が進行したケース

ケースの概要	70 代女性。夫とは死別、最近、子夫婦・孫と同居を始めた。同時期にパートを退職、外出をほとんどしなくなり、自宅内で過ごすようになる。孫に対し、被害・物取られ妄想が激しく、区役所に相談したり、警察沙汰となったりすることもあり。包括が関り、介護保険申請についての了解は得られるも、病院の受診やデイサービスの利用には拒否あり。
相談者	区担当者から包括へ相談があり、チームへ連絡。
支援内容	チーム員 2 名、包括で訪問。血圧などの測定と共に、運動機能や MMSE 等の検査、生活状況を確認。本人から記憶低下の自覚があり、水道を出しっぱなしで外出したり、道に迷ったりした等のエピソードを伺う。MCI や早期受診の重要性等の説明を行い、病院受診の合意形成を行う。それ以降も、受診協力や介護サービスの紹介等の支援を行う。
支援結果	精神科病院を受診。初期のアルツハイマー型認知症の診断、薬物療法を開始。介護保険も申請した。 <u>デイサービスに対しては拒否を示すが、MCI から認知症へ移行しない為にも薬物療法の継続とあわせて、生活習慣の重要性を伝達。本人や家族の想いも確認しつつ、サービス利用の合意形成を行う。家族の協力のもと通院・内服の継続が可能となり、デイサービスへも繋げることができた。</u>

（一言メモ） 本人がサービス利用に抵抗感があったものの、本人や家族の意向を確認しながら調整を続け、最終的にサービス利用につながったものです。

3. 単身世帯のケース

単身世帯の場合、別居している親族からの相談により気づくケースもありますが、近隣の方や民生委員、ボランティア等地域の方からの相談により明らかになることがあります。「普段と違う」など小さなきっかけで気付けることも多々ありますので、小さな情報提供に耳を傾けていくことが大切です。

単身世帯の場合、親族とすぐに連絡がとれなかったり、身寄りがなかったりと、意思決定の中心となるキーパーソンの設定が難しいこともあります。

⑬本人が不安を覚えるも、受診につながっていなかったケース

ケースの概要	80代女性。独居。子どもとは疎遠。 活動的な性格だが記憶障害があり、近隣住民や大家さんに対して妄想的となり、1年以上家賃の未払いが続いていた。介護保険サービスの利用は拒否、通院の必要性も感じていない。区担当者と包括が繰り返し受診を勧めていたが、承諾を得られなかった。
相談者	本人から包括に不安を訴える相談あり
支援内容	区担当者と包括とともにチーム員が訪問。受診の必要性を説明。まずは入浴を目的として介護サービス利用につなげることにした。
支援結果	・入浴サービスを利用するために受診が必要と説明し、認知症診断・治療、介護保険サービスを導入。訪問ヘルパーによる服薬確認、デイサービス利用での入浴をスタートし、在宅生活での見守りが始まった。 ・その後、金銭管理のため成年後見の手続きを進めたが、独居の不安感が増し被害妄想が強くなったため、グループホームへの入所となった。既に <u>介護認定を受けていたため、入所の準備が順調に進んだ。</u>

（一言メモ）このケースでは、区担当者や包括が本人と接触していたが、受診や介護サービスに繋がっていませんでしたが、チームが介入し本人に医療関係者の立場から受診を勧めることで、適切なサービスに繋がることができました。

⑭成年後見により生活を取り戻したケース

ケースの概要	70代女性。子どもとは疎遠。庭を荒らされたなど被害を訴え、防犯カメラを導入したり、警察を呼んだりするようになった。区担当者が生活保護やコロナ特別給付金の申請を支援するも、言動が妄想的なことに加え、電話番号や名前を書けない状態であった。尿失禁があり、尿で汚染されたズボンを上手く洗濯することができず、異臭がする状態。
相談者	区担当者、包括からチームへ連絡
支援内容	自宅訪問を行い、受診勧奨、受診同行を実施。アルツハイマー型認知症と診断され、介護保険を申請し、通所介護、居宅介護につなげた。通所介護、居

	宅介護で在宅生活続けながら成年後見制度の申し立てを行い、成年後見人がついたタイミングで高齢者施設への入所調整を行なった。
支援結果	認知症診断を受け、介護保険サービスで在宅生活を支えつつ、 <u>成年後見制度を活用し金銭管理をクリアにしたことで、住む場所に困ることなく、在宅からスムーズに施設入所に移行が出来た。</u>

（一言メモ）金銭管理ができず、住環境も崩れていたケースです。そのような状況下でも、成年後見制度や適切なサービス利用により、本人の状況に合わせた支援につないでいくことができました。

⑮本人の生活ルーティンを尊重して支援を行ったケース

ケースの概要	80 代男性。人を拒絶し、興奮を示す。生活リズムがルーティン化されており、とにかくルーティンを最優先にする。昔勤めていた会社に何度も足を運んでしまう。ゴミを片付けることは出来ているが、自宅内は物が散乱している。高血圧の症状もあるが、内服は不規則である。
相談者	包括からチームへ連絡
支援内容	自宅訪問を行い、受診勧奨、受診同行を実施。 服薬カレンダーと内服時間にアラームをセッティングし、繰り返しの訪問で服薬管理の支援を行った。アラームは本人が扱いやすいシンプルなものをいくつか検討した。 デイサービスの試験参加へ同行したが、本人の拒絶が強く利用は断念し、訪問系のサービスで生活を支えることとした。 チーム員による服薬管理の支援が軌道に乗ったタイミングで、訪問看護へ移行させた。移行の際は複数回チーム員が訪問看護に同席し、スムーズに支援内容の引き継ぎを行なうことができた。
支援結果	認知症診断を受け、 <u>訪問系サービスを導入することにより、本人の生活ルーティンを守りながら、在宅生活の継続が出来た。</u> チームの支援終了後、自宅内で転倒して骨折してしまい、独居継続が困難となったが、 <u>通院やサービスを利用していたことで、スムーズに施設入所へ移行ができた。</u>

（一言メモ）認知症の方の支援には、本人の意思を尊重していくことが大切です。結果として施設入所となりましたが、できる限り本人の意向にそって対応していただいたケースです。

⑩ ライフラインが止まっていたケース

ケースの概要	70 代女性。単身で生活し、生活保護を受給中。光熱費の支払いが滞っており、電気、ガス、水道が不通となっている。水道が止まっているにも関わらず、トイレに排便をしてしまうため、トイレに便が詰まっている。歩行障害があり、独歩可能であるが歩行スピードはかなりゆっくりで、転倒をすることもある。お金をうまく下ろすことが出来ておらず、初回訪問時の所持金は 1,000 円程度。
相談者	包括からチームへ連絡
支援内容	依頼が来た当日に包括職員、区担当者、拠点病院で早急にケア会議を実施した。ケア会議終了直後に自宅訪問を実施し、銀行への同行、ライフラインの復旧、食料調達を行った。 後日宅配弁当、デイサービスの利用を導入した。金銭管理に関しては、あんしんサポート担当者と複数回面談の場をセッティングし、利用方向で調整をした。
支援結果	必要なサービスの導入を行いながら、本人が望む在宅生活を試みたが、自宅前の階段で転倒し足を骨折し、在宅生活の継続が困難となってしまった。その後、ショートステイを利用し、施設入所となった。 <u>結果的には在宅生活は継続できなかったが、サービス導入をしていたことにより、本人の状況の変化にいち早く気づくことができ、スムーズにショートステイ、施設入所へ移行することが出来た。</u>

（一言メモ）このケースに関し、もし介入ができていなかったら、どのような状況になっていたのでしょうか。本人が在宅生活を希望していても、認知症以外の要因で突然これまで通りの生活が難しくなる場合もあります。

⑪ 訪問を重ねて信頼関係を築くことで、落ち着いたケース

ケースの概要	60 代男性。既に認知症と診断されており、薬の処方はあるものの、内服管理が行えていない。物盗られ妄想、被害妄想が強く、本人と係わりがある者(区担当者やケアマネなど)に大きな声で怒鳴るなどの行動がみられた。介護保険は申請しており、ヘルパーが買い物や掃除を行っているほか、配食サービスを利用している。
相談者	ケアマネから相談があり、包括からチームへ連絡
支援内容	チーム員が区担当者とともに訪問を重ね、内服管理を開始。信頼関係を築けたところで訪問看護を導入した。頼れる身寄りがないこともあり、かかりつけ医、薬局、区担当者、包括、ケアマネと多職種カンファレンスを行いながら、服薬管理の方法や金銭管理を含む支援方法を検討した。
支援結果	<u>安定した内服が可能となり、信頼関係を築けたことで、関係機関へ出向くことは減少した。</u> また、ヘルパーや訪問看護による見守りの環境を整え、地域での暮らしが継続できた。通帳を紛失し、郵便局を訪れることも増えたため、成年後見の申し立てを行い現在は後見人がサポートしている。

（一言メモ）繰り返しの訪問により、本人との信頼を築くことができたケースです。見守り環境を構築することで、その後の状況の変化にも対応ができました。

⑩配偶者が亡くなり、日常生活が困難になってしまったケース

ケースの概要	70 代女性。3 か月ほど前に夫が入院中に亡くなってしまい、一人での生活が困難になっていた。高血圧や糖尿病の薬を内服していたようだが、薬の管理、食事の管理もできず全身状態の悪化が危惧された。介護保険の申請はなし。
相談者	別居の子どもから、区へ相談
支援内容	緊急性があると判断し、相談翌日にチーム員が包括職員と自宅訪問実施。認知機能低下、不安の訴えが強く、誰かの見守りがなければ生活ができない状態。一人では食事の準備もできず、全身状態の管理、在宅調整を行う目的でまず、地域包括ケア病棟への入院調整を行った。また、退院後の生活も見据え、介護保険の申請も行った。
支援結果	入院中に全身状態の精査を行い、認知症の診断も行った。 <u>子どもも交え、多職種でカンファレンスを行い、ご本人が希望する在宅生活に向けて退院調整を行った。</u> 退院後は、ヘルパー、デイサービス、ショートステイを利用開始。現在は後見人のサポートも受けながら在宅生活を継続している。

（一言メモ）配偶者が亡くなってしまい、これまでの生活を送れなくなった状況でしたが、一度入院して、退院後の生活環境を本人の希望を聞きながら構築したケースです。

⑪手話通訳ボランティアが気づいたケース

ケースの概要	80 代男性、独身。成人した頃から聴覚障害があるが、身体的には自立。肺疾患等の治療のため定期的に手話通訳ボランティアを社協に依頼し、近くの医院に通院している。ボランティアとの約束や内服を忘れることが多く、訪問薬剤師と手話通訳ボランティアが2人で相談して包括に連絡があった。
相談者	手話通訳ボランティアから包括に相談あり。
支援内容	チーム員のほか、包括職員、手話通訳、訪問薬剤師で訪問。認知症専門医へ受診勧奨し受診同行を実施。MCI の診断を受けるが、聴覚障害による情報の収集や伝達不足の影響が大きいものの、支援があれば在宅での生活は可能との診断あり。今後は通院ではなく訪問診療を依頼することになる。
支援結果	<u>毎月、自宅で訪問診察を受けている。服薬は訪問薬剤師が週1回訪問することで管理している。</u> 今後、認知症が進行し独居が困難となった場合には施設入所などを検討していく。

（一言メモ）聴覚の障害も要因となり、意思疎通がうまくいっていなかったケースです。通院が難しいため、往診医や訪問薬剤師の協力を得ながら、在宅生活を続けることができました。

②0 たびたび警察に被害を訴えていたケース

ケースの概要	70 代女性。独身で、兄弟は他界しているため親族は誰もいない。数年前から近隣住民による嫌がらせを受けていると訴えあり。また、最近、近隣かかりつけ医から、処方した数週間分の薬を数日で飲み切ってしまったようだとの連絡が区担当者に入った。また近隣住民から嫌がらせをされているとの被害をたびたび管轄の警察署に訴えており、その件でも包括に連絡あり。
相談者	区担当者、管轄の警察署から包括に相談あり。
支援内容	チーム員 2 名、包括職員 2 名で訪問。受け入れ良好で見当識は保たれており、一人での生活は何とかできている。訪問時も「庭を汚される」「隣の人に薬も盗られてしまう」との訴えあり。今後は近隣かかりつけ医と連携の上、認知症の専門医への受診を勧めることとした。
支援結果	認知症専門医受診の調整を行っている間に、転倒し整形外科に入院。 <u>退院後、自宅での生活困難となり、介護保険の申請、後見人制度の申請を行い、現在は施設のデイサービスを利用している。</u> チームとしては認知症専門医への受診に至らなかったが、介護サービスに繋がったため終了となる。

（一言メモ）転倒により状況が変わってしまったため、認知症診断までチームがかかわることはできませんでしたが、必要な介護サービスや成年後見人申請を行うことができました。

②1 親族との同居を勧めたケース

ケースの概要	70 代女性、独居。別居している子どもが何人かいるが、長女以外とは疎遠。時々車を運転しては事故を起こすこともある。家の中の掃除ができておらず、ゴミや食器が散乱している。風呂も入っていない様子。医療機関の受診もしていないため、認知症かどうかの診断をしてほしいと相談あり。
相談者	民生委員から包括に相談があり、チームへ連絡。
支援内容	長女と連絡をとり、包括職員とチーム員 2 名で訪問。生活状況をアセスメントする中で食事や入浴等を 1 人では行うことは困難と判断。子どもとの同居を促す。足の痛みを訴えていたため、早急に病院受診を勧めた。
支援結果	医療機関の受診につなげ、認知症と診断。介護保険を同時に申請。足を骨折していたためしばらく入院。その間、在宅サービスを調整し、自宅退院。 <u>その後、長女との同居を始めたため、支援終了。</u>

（一言メモ）家族からではなく第三者として同居を勧めることで、生活を取り戻すことができたケースです。車の運転もしていましたが、大きな事故になる前に食い止めることができました。

②知人の方が日常生活のサポートを行っていたケース

ケースの概要	70 代女性。市営住宅に独居。夫とは死別。足腰が弱まり、自宅にこもるようになった。包括を通じて介護保険申請を行うも認定調査を拒否。糖尿病のため通院していたクリニックへも未受診の状況が続く。
相談者	近所の方から包括へ相談があり、チームへ連絡。
支援内容	緊急でチーム員 2 名と包括職員で訪問。 訪問時、バイタルサイン測定と共に、身体状況や環境面、生活状況を確認。栄養失調や脱水症状の他、フットケア不足等による転倒高リスクがみられる。 また、猫の糞やエサが散乱しており、不衛生。話を伺う中で、月に 1 回程、知人（ヘルパー職）が買い物など協力していることを確認。包括がその知人や家族と連絡。以降、知人の協力も得ながら、必要なケアを紹介、合意形成の取れたサービスから導入。
支援結果	糖尿病は訪問診療を導入。介護保険の申請を行い、買い物、掃除等の生活支援を知人が務める介護支援事業所に依頼。支援時の注意点について（部屋の清掃状況や、病気での注意事項等） <u>引き継ぎを行い、サービス移行後になるべく悪化しないようにした。</u>

（一言メモ）このケースでは、知人が善意で手助けをすることで生活が成り立っていたと考えられる一方、介入がなければ、知人への依存性が増え、過大な負担が生じていた可能性があります。

③近所の方が覚知したケース

ケースの概要	90 代女性。夫とは死別。子どもは全員他県在住。外出時、帰路が分からず包括が迎えに行ったこともあり、地域住民から民生委員に相談あり。長男からは介護保険を申請してサービスを利用して欲しいとの意向あり。
相談者	民生委員から包括に相談があり、チームへ連絡。
支援内容	チーム員 2 名と包括職員で訪問。他者を居宅内に入れることを拒んでいたが繰り返し訪問し、信頼関係を築く。物が山積み、頭髮・衣類の汚れが目立つ。布団は敷いたままになっており転倒のリスクも高い。保険証再発行後、病院受診を勧め、社会資源の利用を検討。
支援結果	受診後、アルツハイマー型認知症の診断あり。 <u>介護保険申請後、ケアマネ決定。デイサービス・ヘルパー利用開始し、在宅での生活支援が開始される。</u> その後、転倒により骨折し、 <u>急遽ショートステイ利用。独居生活に戻るのは難しく、ロングショートからの入所待ちとなる。</u>

（一言メモ）他事例と同様に、転倒により在宅生活が難しくなることが多々あります。訪問サービス等の利用で、関係者による見守りの環境を構築していたため、早急な対応ができました。

②④入院時に包括が把握したケース

ケースの概要	80 代男性。妻とは離婚。年の離れた妹が他県に在住。戸建てに居住。庭木の手入れや雑草の処理ができず転倒し、腰部打撲。経過観察で入院時、認知症の疑いがあり、包括に連絡あり。介護保険の申請書の作成はできたが、本人の拒否がありサービス利用できず。熱中症や屋内のゴミによる火災のリスクなどの問題あり。認知機能低下が進行しているとの状況。
相談者	包括からチームに相談あり
支援内容	チーム員2名と包括職員で訪問。ゴミ捨てができておらず、コンロ周辺にもゴミが散乱している。高血圧の既往あるが治療に至らず。病院受診に繋げ血圧コントロールが必要と判断。介護保険の申請も行う。
支援結果	地域支援個別会議に区担当者が参加し、コンロ周辺のゴミ撤去から始め、順次清掃を行う。医療機関を受診し認知症と診断。 <u>サービス開始し服薬管理ができるようになってから高血圧の治療をスタートしている。小規模多機能型施設の訪看、ヘルパーの訪問を導入し、在宅生活を継続することができた。</u>

（一言メモ）打撲による入院時に認知機能低下の疑いがあり、退院後に問題が表面化したケースです。順次課題を解決することで在宅生活を取り戻すことができました。

②⑤拒否感が強いため、見守りを継続していたケース

ケースの概要	90 代女性。独居。近所に親戚がいる。以前から入浴はせず不衛生な状態で生活していた。行方不明により警察の保護もあった。関わりについて本人の強い拒否がある。家の中はペットの糞尿やゴミでひどい状態になっていた。
相談者	民生委員や近所の方から包括に相談があり、チームへ連絡。
支援内容	チーム員が訪問したが、本人の強い拒否があり、なかなか家の中にも入れてもらえなかった。家の中に入っても体を触られることに強い拒否感を示し、暴力暴言もある状態。以前から介入していた包括や区担当者とも相談したが近所の見守りを継続していくしかなかった。その後、家族とチーム員で面談を行い、今後の対応を相談。認知症サポート医と自宅訪問した。
支援結果	<u>救急要請時の受け入れができるよう、事前にカルテ作成と救急要請時の対応方法を確認。</u> 病院受診は本人の拒否で難しいため、医師と訪問し、自宅で診察・診断した。介護保険を申請し、主治医意見書、後見人診断書を医師に作成してもらった。失禁がひどかったため、小規模多機能サービス導入を検討している最中に、本人の病状が悪化し、緊急入院となった。

（一言メモ）本人の受け入れが難しいため、直接の介入はなかなかできませんでしたが、緊急時に動けるよう、準備を進めていたケースです。

②⑥親族が週1回訪問していたケース

ケースの概要	80代女性。独居。義妹が週1回様子を見に行っていたが、部屋が汚れ、食べ物も姪が持っていた物ぐらいしかなく、食事をとっていない様子。本人にはその自覚がなく、受診も本人の拒否があって、連れ出せない状況であった。
相談者	義妹と民生委員から包括に相談あり
支援内容	独居高齢者の家に訪問しているということで、民生委員と義妹と一緒に訪問。生活状況を確認の上、配食の手配と受診の調整を行い、受診同行。認知症診断と介護保険の主治医意見書などの作成を進める。高血圧の症状や、一人暮らしに関する心配もあり、地域包括ケア病棟への入院調整を行い、入院中の状況把握、介護認定、介護サービスの調整を行った。
支援結果	認知症の診断が行われ、入院により、 <u>一人暮らしではわからなかった生活状況や認知状況が把握でき、その後の介護サービスにつながった。</u> 自宅で小規模多機能サービスの導入を行い、 <u>一人暮らしができるようになった。</u> 後見人申請もでき、後見人がついた。

（一言メモ）親族が週1回訪問していましたが、訪問時以外の生活がうまくいっているようには見えず相談につながったケースです。いったん入院し、状況確認やサービス利用状況の調整を行うことで、その後に在宅生活を送れるようになりました。

4. その他の世帯構成のケース

これまでに挙げた世帯構成に当てはまらないケースです。ただ、独居ではないため子世帯と同居しているケースと状況は似ておりますが、同居者の協力がどこまで得られるかはケースによって変わってきます。

⑦主介護者が亡くなってしまったケース

ケースの概要	80代男性。同居していた息子が急死し、20代の孫との2人暮らしになった。主介護者が亡くなった状況で、本人の予期せぬ行動が見られたため、近所の住民や民生委員から包括支援センターに相談があった。本人とは会話が成立せず、状況把握も困難。同居の孫との連絡もつかなかった。
相談者	近所の方と民生委員から包括に相談あり
支援内容	包括職員とチーム員で訪問。会話が成立しないため、近所の方に聞き取り。連絡のため孫宛に手紙を投函したほか、受診していたと思われる病院に問い合わせた。孫と連絡が繋がり、状況や既往歴を確認できた。食べようとしないため痩せてきていることや、同居の孫が介護できないため、施設入所を検討。
支援結果	孫とともに説得を行い、認知症診断のための受診。検査中に肝臓の疾患がみられ緊急入院。 認知症初期集中支援チームから病院の医療相談室に相談。脳の検査結果、アルツハイマー型認知症と診断。 <u>せん妄が出たため、早急に退院し、有料老人ホームに入所。入所に伴い支援は終了となったが、チーム員医師から「入所先の近くで精神科を探して受診し治療を続けるように」と助言を行った。</u>

（一言メモ）主介護者が亡くなってしまい、生活が立ち行かなくなってしまうケースです。キーパーソンが不在となったため、介入時に状況の把握が難しくなっていました。

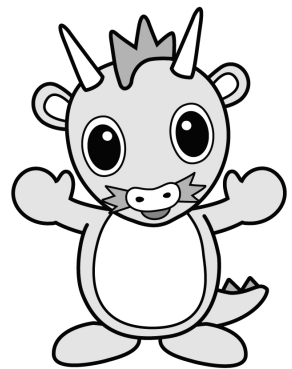
おわりに

本事例集の作成にあたり、多忙な中、事例の選定や内容の執筆に多大なご尽力いただいた認知症初期集中支援チーム拠点の担当の皆様には感謝を申し上げます。令和元年度末頃から、新型コロナウイルス感染症の影響によりチーム活動にも様々な影響が生じており、訪問を試みるも新型コロナウイルス感染症を理由に拒否されるなど、思い通りの活動ができないこともあるかと思います。こうした環境の変化の中にあって、この事例集が今後のチーム活動に資することを願っています。

また、常日頃から認知症の疑いのある方やその家族の方々からの相談支援に対応いただいている地域包括支援センターの職員の皆様には、初期集中支援に繋ぐ架け橋の役目を担っていただいていることかと思えます。年々増加している認知症の方々が、早期に適切な医療や介護サービスに結びつくことにより、認知症の方本人やその家族の方が暮らしやすい地域づくりを進めていく上で、この事例集が初期集中支援チームへ相談する際の一助になれば幸いです。

そして、この事例集が、医療・介護の関係者、民生委員をはじめとする地域の様々な支援者、認知症の方とご家族、そして、広く市民の皆様、1人でも多くの方に、初期集中支援チームの活動について知っていただき、理解を深めていただくきっかけとなれば、望外の喜びです。

さいたま市保健福祉局長寿応援部
いきいき長寿推進課



この冊子は 600 部作成し、1 部あたりの印刷経費は 46.16 円です。