

平成30年度
認知症初期集中支援推進事業
～事例集～



はじめに

高齢化の進展に伴い、認知症の人の数はさらに増加が見込まれており、国は、平成 27 年 1 月に「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)を策定しました。平成 29 年 7 月には同プランを改訂、数値目標を見直して、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、認知症の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自分らしく暮らし続ける社会を目指しています。

本県では、平成 30 年 4 月までに、全市町村が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」を設置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築しました。

平成 30 年 10 月末時点で、チーム数は 78 あり、668 人のチーム員が活動しています。

市町村によっては、平成 30 年度に設置したばかりで、ノウハウが蓄積されていない場合もあることから、各市町村のチームの取組の中から、主な対応事例を提出していただき、事例集を作成しました。

お忙しい中、事例提供にご協力いただきました皆様に厚くお礼申し上げますとともに、実際の取組を参考にいただき、各地域での今後の更なる認知症施策の推進にご活用くださるようお願いいたします。

平成 31 年 3 月 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課

～ 目 次 ～

I. 好事例	
1 夫婦世帯	1
2 親と子世帯	3
3 単身世帯	6
4 未受診ケース	13
5 家族関係悪化ケース	16
6 被害妄想のあるケース等	18
II. 困難事例	
1 夫婦世帯	20
2 親と子世帯	22
3 単身世帯	24
4 家族の介護負担	29
5 その他	31

I 好事例

1. 夫婦世帯

1-1 <ケースの概要>

80代女性、パーキンソン病の夫と2人暮らし

被害的な言動、服装の乱れや団地の階段に泥水や猫の便が混じった砂を撒くなどの行動があり、夫は常に妻を見ており気が休まらない状況。医療受診にはつながっていない。

<相談先>

家族から相談があり、地域包括が事務局へ連絡

<支援内容>

チーム員3名（医師、包括、市）で訪問。医師の促しで医療受診をする気になり、その場で息子と受診の日を決定した。

<支援結果>

受診とデイケアの見学ができ、今後の医療の継続が課題。

1-2 <ケースの概要>

末期がんの夫、認知症状進行の妻、夫が他界後の妻の在宅生活の支援。

<相談先>

総合病院、地域医、地域包括、後見人、小規模多機能居宅介護事業所

<支援内容>

夫：本人が他界するまで、後見人の選定や医療相談、妻の今後についての相談を支援。後見人の紹介や手続き支援、介護保険申請、家族との和解等の支援。

妻：夫の病状を説明していく。

介護保険サービスの利用に慣れていただく。認知症状の把握、近隣医への連携支援、地域への理解を重ねる。

<支援結果>

支援開始より10ヶ月後、妻の後見人手続きが完了、その1ヶ月後に夫が他界。夫については受診支援・精神支援を行い、疎遠となっていた家族に連絡を重ね、夫の納骨も見届ける。

妻は最後まで夫の死が受け入れられず、小規模多機能型居宅介護サービスを利用して愛犬と過ごす独居生活を継続。後見人、近隣住民、近隣医での継続的な支援体制が整えられた。

1-3 <ケースの概要>

アルコールによる脳の萎縮と転倒を繰り返し、ひとりで抱えるには限界だと妻が地域包括に相談したケース。

<相談先>

地域包括から相談

<支援内容>

依頼先の地域包括で妻と面談。アセスメント及び受診相談。妻からの転倒時の対応を同地域包括職員からアドバイス。介護者の会の紹介、介護保険申請、担当ケアマネジャーによる本人希望のサービス（手すりの設置）などを調整。

<支援結果>

多職種が連携し、受診、薬の管理及び本人希望の住宅改修が出来た。社会資源を活用して、家族が話せる機関とチームが関わっていることによる安心感を提供できた。それにより、家族が前向きになり本人へ禁酒を促した。本人の歩行が安定したことで、散歩も出来、転倒もなくなった。

2. 親と子世帯

2-1 <ケースの概要>

60代、男性。母親と二人暮らし。母親の介護をする中、サービス利用が滞り、良かれと思っての行動ではあるが、無理やり立たせるなど母親の安全が保てない状況が認められていた。

<相談先>

母親の担当ケアマネジャー、地域包括

<支援内容>

母親への訪問と言う目的でケアマネジャー、地域包括、チーム員2名にて訪問。アセスメントする中、母親の認知症と言う現実が理解できておらず、母親は歩けるなどの誤った本人の認識から危ない状況が多々認められた。

<支援結果>

本人へも健康診断含めての認知機能検査を勧め、本人、母親を受診につなげた。その後、母親は保護的な入院を経て、施設入所を調整中。本人は、引き続き地域が中心となり様子観察を行っている。

2-2 <ケースの概要>

息子と二人暮らし、日中独居の女性（70代）。預金通帳や印鑑、玄関の鍵などを紛失したと言って金融機関へ頻回に来る、既に死亡した家族が今も家にいるかのような言動がある。親類は遠方におり、知人や近隣との交流がほとんどない状況。

<相談先>

金融機関から地域包括（本人は「息子には言わないでほしい」と言っている）

<支援内容>

① 息子へ連絡を取る方法を探り、面接 ② 専門医を入れたチーム員会議で支援方針を検討 ③ 息子との関わりを通じて医療機関受診の勧め ④ 要介護認定申請し、介護サービス利用の勧め ⑤ SOSネットワーク登録の説明 ⑥ 当面の生活上の注意点について確認

<支援結果>

医療機関につながり、検査を受け、主治医が決まり服薬治療が開始された。要介護認定を受け、介護サービスの利用を開始。SOSネットワーク登録。

2-3 <ケースの概要>

70代歳、女性。50代の統合失調症の息子と同居。

生活保護受給中、ケースワーカーより把握。物忘れ、怒りっぽさがあり、医療嫌い。金銭管理については日常生活支援事業を利用中。

<相談先>

市内生活保護担当者（生活保護受給中、ケースワーカーより相談）

<支援内容>

認知症サポート医と訪問。

短期記憶障害や繕う等のアルツハイマー症状あり。

訪問診療へつなげ、血液検査等実施。長谷川式 14点、継続治療の必要ないと判断され、介護保険サービス導入に向け、地域包括で継続支援を依頼。

<支援結果>

デイサービス利用、介護サービスにつながる。

2-4 <ケースの概要>

80代男性。息子と二人暮らし。

本人は認知症診断を受けているが継続的な治療を受けていないため、徘徊行動が頻回にある。同居の息子は仕事をしており不在であるため、在宅生活は厳しいと担当ケアマネジャーに訴えている。息子はキーパーソンとしての役割を果たせない。

<相談先>

ケアマネジャーから地域包括へ相談が入り、初期集中支援事業利用。

<支援内容>

チーム医より入院し服薬コントロールが必要と助言有り。チーム員会議後、入院対応のできる病院を地域包括支援職員が調整し相談。病院から本人受診に関して地域包括職員がアドバイスを受け、その内容を担当ケアマネジャーに助言。

<支援結果>

息子以外の家族から、対象者の支援に関する相談がケアマネジャーに入る。その家族がキーパーソンとなり、ケアマネジャーの勧めで、本人とその家族が病院受診し入院加療となる。

2-5 <ケースの概要>

80代の母と50代の兄妹（息子：引きこもり、娘：統合失調症）の3人暮らし。母の認知症が進み、これまでは娘が生活面のサポートを行っていたが、心筋梗塞で急死してしまったため、支援が必要となった。

<相談先>

市町村に警察から母に認知症の疑いありと電話で情報提供。

<支援内容>

母はこれまでかかりつけ医がなく、また、認知症により金銭面で困窮しているとの思い込みがあったため、なかなか受診につながらなかったが、認知症初期集中支援チームの一員として認知症サポート医が訪問したことにより、そのままスムーズに受診につなげることができた。

<支援結果>

訪問した医師が意見書も書いてくれたため、介護申請につながり、デイサービスが利用できるようになった。



3. 単身世帯

3-1 <ケースの概要>

独居の70代男性。認知症が進み、本人にも「ごみを捨てられない」「役所等からの手紙の内容がわからない」など生活上の困り感があったが、離婚。子どもとも疎遠なため医療機関は未受診。要介護認定も持っていなかった。

認知症の自覚がなく、車の運転をしていた。

<相談先>

アパートの管理会社から認知症と思われる方がいると地域包括に相談。

<支援内容>

受診同行。内服支援。要介護認定の申請支援。ケアマネジャー紹介。自宅内の清掃支援。成年後見市町村長申立。車の運転をさせないための関係機関との連携。

<支援結果>

チーム員が同行で受診し、処方薬は朝1回にまとめてもらい、チーム員が内服支援をした。

要介護認定（介護1）をとり、ヘルパー、デイサービス、ショートステイを利用しながら、成年後見の手続きを勧めた。

医師から、運転をしないように言われても車を運転してしまうので、車の鍵を預かり、警察と連携し運転免許取消処分となった。ディーラーにも鍵を販売しないように情報提供した。

現在は成年後見がつき、グループホームに入所している。

3-2 <ケースの概要>

独居70代女性。認知症が疑われるが、定期受診なし。家族も遠方に住み、本人との関係が良くない。要介護認定申請の支援はしていた。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

本人の生活環境の把握、受診へのつなぎ、家族の理解促進

<支援結果>

家族とともに専門機関の受診ができ、要介護認定が出た。デイサービスの利用に向けて準備中。

3-3 <ケースの概要>

70代男性。妻と2人暮らしだったが、妻は病気療養のため親戚宅で生活しており、現在は独居。

友人から最近、物忘れが目立つようになり、自宅に帰れないこともあったということで、地域包括に相談があった。

医療や介護保険サービスは受けていない。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

認知症サポート医、チーム員が訪問。自分からは病院に行こうとしないため、後期高齢者健康検査を名目に病院を受診し、認知症サポート医の協力により、認知症専門医への受診へつながった。

<支援結果>

介護申請を行い、サービス利用を検討中。

3-4 <ケースの概要>

80代の女性。飲食店を経営していたが、店を閉めた後も店で生活。深夜に、バス停でバスを待っていたことで警察に保護され、介入したケース。

介入後、親族と連絡をし、訪問を重ねながら、介護保険サービスにつながった。

<相談先>

警察、庁内高齢福祉課担当者、地域包括、民生委員

<支援内容>

チーム員訪問をする中で、本人の入浴への希望を聞き取る。地域包括の協力を得て、同法人内の入浴施設で入浴を実施。

一方、息子も週一回、店に出向き、食事などの生活支援はしていたが「本人が嫌がるから」と医療受診・介護保険サービス導入まで考えが及んでいなかった。そのため、息子に制度の説明と協力を申し出たところ、受診・介護保険申請を行うことが出来た。

<支援結果>

介護保険申請後は、地域包括が見守りを行った。要介護認定が出たため、ケアマネジャーがつき、デイサービスにつながった。診断名は、アルツハイマー型認知症。現在、配食弁当 7日/週。2回/週 デイサービスを利用しながら、在宅生活継続中。

3-5 <ケースの概要>

商店を営んでいる、単身独居の女性。民生委員より相談が入る。
衣類汚染や異臭などがみられるようになっている。
医療・介護保険サービスにつながっていない。

<相談先>

チーム員、地域ボランティア、民生委員

<支援内容>

手指の清潔支援から関係性を作っていく、定期的な訪問で信頼関係の構築。
地域で活動するボランティアの方々が商店のお客さんとして見守り。
民生委員の見守り。配食サービス導入による見守り。

<支援結果>

医療・介護保険サービスにはつながらなかったが、地域住民の見守り強化につながった。

3-6 <ケースの概要>

70代女性。独居。近隣の金融機関に連日、妄想で怒鳴り込み、金融機関からの相談あり。同時期に民生委員からも本人の行動が心配だと相談があり、チームの支援対象になった。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

同居していた息子に手紙で連絡をするも連絡とれず、民生委員経由で娘に連絡がとれ、現状の説明と同行受診を行い、介護保険申請とサービス導入の支援を行った。

<支援結果>

娘をキーパーソンとし、自費サービスによる定期受診とヘルパー導入による内服管理を行い、継続できている。体調不良の原因の内科疾患も発見できた。

3-7 <ケースの概要>

単身、姉妹死亡後に物忘れ症状進行、物盗られ妄想や通帳等の紛失が頻回になり、銀行への紛失相談も頻回になった。親族への連絡もスムーズでない。

<相談先>

民生委員から地域包括に相談

<支援内容>

受診方法及び財産管理について検討。受診の必要性から老人健康診査・がん検診を勧奨する方法で受診を促した。

経済的余裕がある。成年後見の親族申し立てに向けた支援を進めた。

<支援結果>

複数回の受診勧奨により受診につながり、介護保険申請済み。ヘルパー導入予定。受診継続支援へ。受診結果を親族に伝えてかかわりを持っていただき、通帳も整理された。

3-8 <ケースの概要>

80代女性、独居。かかりつけ医で認知症の治療を受けていたが中断。

その後、被害妄想を生じ引きこもりとなる。受診やサービス利用を勧めていたが、家族への猜疑心があり、対応に苦慮していた。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

初回はチーム員と地域包括職員が訪問し、本人・家族・生活環境について確認した。

うつ病の可能性があり、精神科受診が好ましいと判断し、受診につなげた。

介護保険サービスの利用は地域包括が勧め、サービス事業所には事前にチームから情報提供した。

<支援結果>

精神科への継続受診につながった。生活の妨げとなるような妄想は消失し、BPSDは軽減した。また認知症対応型通所介護の利用につながった。

3-9 <ケースの概要>

70代男性単身独居。他市町村在住の親族より地域包括を通じて相談。見当識障害を含む、顕著な認知機能の低下あり。

生活実態不明。主治医なし。介護サービス利用なし。

近隣に住む親族宅への頻回な電話や訪問により、親族が困惑。拒否反応につながり、支援者が不在となる。本人への支援困難を通じて親族の関係が悪化。

市内に住む息子は親族の連絡に対し応答がない。相談者の親族も遠方であることに加え、持病を抱えていることから、キーパーソンとなる支援者が不在。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

初期集中支援チームが頻回に訪問するも、本人面接拒否。親族に対しては、本人の認知機能低下とそれに伴う行動について理解を得られるよう説明。

その後、数名の親族とともに本人宅訪問実施。

本人の受け入れがよくなり、自宅内での様子確認。

栄養、金銭管理等で課題が多いことが判明。親族を通じて息子へ初期集中支援の現況報告と支援協力依頼。その後、息子と自宅訪問するが受診には至らず。後日、認知症サポート医とチーム員が自宅を訪問。体調不良もあり本人が受診承諾。アルツハイマー型認知症、栄養不良などの診断。

<支援結果>

栄養失調傾向であることから、体調回復を優先させるため、受診当日から緊急で短期入所利用。

入所中、消化器疾患のため医療機関入院。その後、短期入所から有料老人ホームへ入居。

専門医療機関受診、サービス利用につなげ本人の安全、安心の生活が確保できたことに加え、家族が主体的に支援に携わるようになり、親族全体に行動変容が見られた。

3-10 <ケースの概要>

単身男性。日時の見当識障害、記憶障害、判断能力低下している状況を地域住民から情報提供あり。

お昼過ぎまで寝ており、夕方、近所のコンビニに買い物に行き、お菓子等で食事を済ませていた。

<相談先>

住民から、地域包括へ情報提供し把握。

<支援内容>

認知症初期集中支援チームで訪問し、その後サポート医と同行訪問。家族に連絡し、介護保険申請、認知症の可能性のあることを説明し受診勧奨を行いつつ、暫定でケアマネジャーを依頼し、介護保険サービスの導入を行った。

<支援結果>

妹弟の協力を受け、通所介護を開始し、弟は時々泊まり込み、妹は週1回買い物と一緒に外出の支援をしてもらっている。

3-11 <ケースの概要>

突然一人暮らしで転入し、電車に乗っては行方不明になり、警察に保護されることを繰り返している男性。

<相談先>

担当地区地域包括及び小規模多機能型居宅介護事業所

<支援内容>

自宅でできること、また近所に出かけて買い物するルートなど一緒にチーム員が同行した。小規模多機能型居宅介護事業所が介入をスタートした。

<支援結果>

本人が安心して出かけられる小規模多機能型居宅介護事業所の場所を覚え、自ら通うようになり、他へ外出することがなくなった。

3-12 <ケースの概要>

独居女性。認知症が進行していると思われるが受診に結びつかず、家族が疲弊している。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

地域包括職員が訪問し、ツールを用いてアセスメントをとり、サポート医とともに対応検討。受診歴のある病院へ受診調整。施設入所に向け家族に情報提供及び見学を行い、介護保険申請した。

<支援結果>

介護認定を受け有料老人ホームへ入所。

本事案を通し病院への受診手続きがルール化された。



4. 未受診ケース

4-1 <ケースの概要>

娘家族と同居している80代の女性。足腰の不調を訴えて以降、寝たきりになり、認知症が疑われていたが、本人が病院受診を強く拒否していたケース。

<相談先>

同居している娘が相談した。

<支援内容>

チーム員の看護師と社会福祉士の2名が訪問し、バイタルチェックや認知機能の評価、娘の介護負担をアセスメントし、本事業の対象とすることを早急に判断した。的確なアセスメントをもって、専門医へ相談し、助言を受けた。専門医の助言を基に訪問を重ね、本人との関係性の構築、本人の不安の傾聴、家族支援などを行った。その後、チーム員から本人に、専門医の往診を提案し、医療の介入につながった。併せて、介護保険の申請につなげた。

<支援結果>

チーム員の初回訪問から約2ヶ月経過した頃に、体調不調で近隣の総合病院を受診し、頭部の画像検査を行い認知症の診断に至った。現在要介護5であるが、訪問看護によるリハビリを導入し身体レベルも徐々に上がり、意欲も増強してきた。介護サービスの拒否もなく、受容れできているため、本事業としての支援を終結とした。



4-2 <ケースの概要>

認知症が進んでいると思われるが、本人に病識が無く受診に結びつかず、家族が対応に困っている。

<相談先>

家族から市町村高齢介護課窓口へ連絡

<支援内容>

すぐに受診は難しいと思われるため、家族に対応方法について専門医から助言した。

また、認知症カフェ等で日頃の悩みやストレスを発散するよう勧め、地域包括で支援を実施した。

<支援結果>

地域包括により、認知症カフェの参加を勧めている。支援結果はまだ出ていないが、家族のストレスを和らげ、時期をみて本人の受診につなげる支援を行う機会となった。

4-3 <ケースの概要>

既往歴から認知症専門医療機関への受診は出来ていないが、他科の診断書を用いて介護保険は申請済みの方で、地域との関係を望んでいないことや、生活上に介護保険サービスを必要としていなかったことから、サービス利用などは行っていなかった。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

保健福祉センター及び地域包括の職員が、定期的に訪問や連絡を行い、本人や家族が望んでいるニーズを把握することができ、必要な福祉用具の導入の支援等を行った。

<支援結果>

上記に記載した支援等を行い、必要な福祉用具の導入が行えた。

また、専門医療機関の受診の必要性を伝え、妻が定期受診している病院への受診同行を行ったことで、専門科への受診へつながった。

4-4 <ケースの概要>

自分自身の体力低下から死への恐怖心が強く、医療関係者に対する拒否が強かったケース。チーム員を初めとした複数の専門職との関わりによって、徐々に人との関わりに慣れ、医療受診と介護支援につながった。

<相談先>

市町村の高齢介護課窓口

<支援内容>

チーム員の看護師と社会福祉士の2名が訪問し、バイタルチェックなど本人の体調管理をきっかけに訪問を繰り返した。3回目の訪問で、往診の提案を受入れてもらうことができた。訪問開始から約2ヶ月経過した頃に、偽通風で近医を受診、画像検査をその時に行い、認知症の診断に至った。

<支援結果>

認知症の診断後、介護保険を申請し要介護5の認定結果が出た。現在は、訪問看護を導入。リハビリにより、身体活動レベルも徐々に上がり、意欲も増強してきた。専門職の拒否も現状なくなり「歩きたい、元気になりたい」など前向きな発言が聞かれるようになった。



5. 家族関係悪化ケース

5-1 <ケースの概要>

多世代同居。主たる介護者の介護疲れが強くなり、他の同居家族へきつく対応するなど、不満の矛先が向き、家庭が不和となっていた。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

本人らの見立てに必要な情報について、地域包括へ助言し、再度収集した。介護者の負担の軽減のため、同居家族の協力、精神科受診を勧めた。

介護者へ認知症の理解と対応について話し寄り添う。

主治医との連携のための認知症地域連携パスの発行など行った。

本人へは、出来ることを活かした居場所の提供により、安心、満足につながるよう支援した。

<支援結果>

医療につながり、介護保険サービスを開始した。同居家族の協力が得られ、介護者のご本人の行き詰まり感が軽減したため、支援終了となる。



5-2 <ケースの概要>

他県で一人暮らしをしていたが、金銭管理等が出来なくなり兄弟が住んでいる家に転入した。

弟に殴られた、通帳を盗られたと警察を呼ぶこともあった。

あの家には住めないと1泊行方不明になったこともあった。体は元気で歩くことも問題なかった。

小規模多機能型居宅介護事業所に泊めてもらいながら次の住まいを検討した。

<相談先>

小規模多機能型居宅介護事業所・高齢者シェアハウス

<支援内容>

毎日の宿泊者がいない小規模多機能型居宅介護事業所であったが、自宅に帰ると家を出てしまうため次の住まいが決まるまで宿泊をさせてもらった。

本人が住める場所の候補を探し弟や親戚の人にも入ってもらい相談をした。本人と施設見学をし、高齢者シェアハウスへの入居を決めた。

通帳やカードを紛失していたので一緒に再発行の手続きを行った。

<支援結果>

入居後はシェアハウスで友人もでき、デイサービスを利用しながら問題なく生活できている。金銭管理等施設が行っている。



6. 被害妄想のあるケース等

6-1 <ケースの概要>

70代、女性。見当識障害、認知機能の低下あり。前夫からDVを受けていたことが影響し、本人は現在の夫から暴力を振るわれていると被害妄想あり。夫への暴言がエスカレートし、介護を拒否するようになる。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

チーム医が訪問。認知症と妄想によるBPSDのコントロールが必要との見解が示される。本人には夫との距離をおくため、一時的に病院に避難することを提案。本人も同意し、精神科に医療保護入院となる。

<支援結果>

3ヵ月間入院治療により、夫への被害妄想が軽減。退院後、介護保険サービスの利用を開始。

6-2 <ケースの概要>

妻への嫉妬妄想があり、妻を監視し、男が狙っているから自分が守らないといけな
いと言い妻が主治医に相談した。

主治医からの相談でかかわりをスタートした。

妻も一晩中眠れないと困っているため、専門医にかかりたいと希望した。

認知症サポート医と連携し専門医を受診、診断及び内服の調整を行った。

<相談先>

認知症サポート医

<支援内容>

認知症サポート医と相談し専門医を受診（すでに総合病院で物忘れ外来に受診し、画像診断予約中）総合病院と専門医と連携し「レビー小体型認知症」と診断。内服調整を行った。

<支援結果>

内服調整後、幻覚・幻聴が軽減し夜間の睡眠がとれるようになった。妻の介護負担が軽減し高齢世帯であったが在宅での生活が継続できている。

初回訪問時介護保険を申請し認定結果がでており、本人から足腰が弱ったのでデイサービスを利用したいと3ヵ月後に連絡がありサービス開始となっている。

6-3 <ケースの概要>

物盗られ妄想のあるケースへの支援

<相談先>

県保健福祉事務所の認知症相談（訪問相談）及び認知症サポート医（チーム員会議及び随時）

<支援内容>

ケースの不安軽減を理由に、県保健福祉事務所で実施の認知症相談を利用したところ、「軽度認知症の疑い」があり（本人には、このままの言葉では伝えていない）。

また、内科的な疾患の治療の必要性についてケースに説明があった。

担当した相談医（認知症サポート医）が、本人にとって好印象であったため、その後、受診について働きかけたところ、相談医が開業する医院につなげることができた。居住地から離れているため、受診継続支援をチーム員が行うとともに情報や状況の確認を行った。受診3ヵ月後（この間に介護申請を行う）、ケース一人で受診できる医療機関への紹介があり、介護認定が「要介護1」と認定されケアマネジャーも支援者に加わった。

<支援結果>

医療機関が変わったばかりなので、継続受診と服薬管理（現在は、この支援が主な内容となっている）を目的に、支援継続中である。

※認知症相談医が認知症サポート医であること、また、チーム員会議において、他の認知症サポート医からアドバイスを受けられたことで、支援の方向性も定まり、目指す支援につながったと考えている。



Ⅱ 困難事例

1. 夫婦世帯

1-1 <ケースの概要>

70代女性、夫と2人暮らし。家族が、認知症の相談で地域包括に来所した。料理の味付けがおかしい、医療機関受診時には自分がどこにいるかわからなくなってしまった等がある。

かかりつけの内科医から物忘れ外来を紹介されたが、本人は「自分は認知症でない」と受診を断固拒否しており、家族の困り感が強い。

<相談先>

家族から包括へ相談

<支援内容>

チーム員会議で、受診を拒否している人をどのように受診させたらよいか、今後の方向性についても検討した。

継続訪問を行い、再度、家族と受診させる目的の確認をし、無理強いせず受診のタイミングをはかりつつ、本人からも相談しやすい関係づくりを目指す。通いの場の提案も同時に行う。

<支援結果>

家族はすぐに受診させたかったため期待にそぐわず苛立ちや落胆。地域包括との関係性もあやうくなったため、再度関係づくりを行っていく。

1-2 <ケースの概要>

70代男性、妻と2人暮らし、近所に娘家族が住む。認知症の疑いがあるが受診につながらない。元々の性格と認知症から来ると思われる問題行動がある。

<相談先>

市内の介護保険担当者

<支援内容>

問題行動から来る危険の回避のための助言。医療機関との連携による受診支援。要介護認定申請の提案。

<支援結果>

問題行動からおこる危険回避はできたものの、本人の拒否が強く、受診に至らず。圧迫骨折を発症し、介護が必要な状態になった。介護保険サービスの利用中。

1-3 <ケースの概要>

認知症の診断があり、万引きで警察に捕まったこともある夫。
継続受診、要介護認定あり。介護サービス利用なし。妻はどうしたらよいか困り果
てていた。

<相談先>

妻から地域包括に相談あり。

<支援内容>

妻の相談の傾聴。妻は夫の万引きと、お金の心配を訴える。後日訪問するが、本人が毎日「仕事」と言って出かけていて、介護保険サービスにつながらず。その後の訪問では、「大丈夫です」と妻も介入拒否。

<支援結果>

現在積極的関りは持っていない。次に妻からの相談時に、再度介入する方針。



2. 親と子世帯

2-1 <ケースの概要>

80代女性。息子と二人暮らし。本人は爪が伸びており、歩行が困難。定期的な入浴・更衣もできず、室内は這いずり移動し、排泄はできない時もありおむつ着用。息子が仕事から帰宅時に替える。食事は息子が用意し、食事摂取はできている。

1人で外に出て、道路を這っているところを近隣者が発見し、民生委員より連絡があり、チームの支援対象となった。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

民生委員の協力のもとに同居の息子が在宅時に訪問。話を聞いたうえで当日に介護保険申請支援と認定調査を実施。

認知症サポート医に連絡のうえ、往診の段取りも行った。しかし、息子からの連絡がなくこちらからの連絡をすると折り返しの連絡はあるものの支援は進まないまま包括に支援を移行。

<支援結果>

地域包括より連絡をすると医療・介護保険サービス導入に前向きな返事はあるが、具体的な話には進まずに経過している。

2-2 <ケースの概要>

息子と2人暮らし。日中独居。徘徊が頻回で、遠方で不審者として保護される。

<相談先>

警察が息子に市町村の担当課に相談するように、指示するも息子が動かず、地域包括から働きかける。

<支援内容>

当初より本人の刺激になるので、訪問・電話等も一切断ると息子から連絡あり、地域包括も本人には1度も会えなかった。「何かあれば、こちら（家族）から連絡する。」と言ったきり、息子が支援者との関わりを拒否し、連絡が取れなくなる。

<支援結果>

チーム発動の同意が得られず、支援に至らなかった。

2-3 <ケースの概要>

病気の息子と2人世帯だが、息子が窓口となり本人を支援しているよう。しかし、外部との関わりに否定的なことから、実際の生活実態は把握できていないにもかかわらず、息子から支援への拒否が見られ介入できない。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

訪問は行っているが、息子が支援を拒否しており、介入できない。

<支援結果>

現在、訪問を行いながら、支援内容について検討中。



3. 単身世帯

3-1 <ケースの概要>

80代女性、独居。宅配業者からライフラインが止まっているとの滞納情報がきっかけで把握。地域包括職員や民生委員が訪問したが不在で、後日確認すると訪問のことを忘れていた。家族は別居の夫とのみ連絡はとれたが、滞納料金の振り込み以外の関わりは拒否された。

<相談先>

宅配業者から、担当部署行政

<支援内容>

チーム員と地域包括職員が訪問し認知機能のアセスメントとフィジカルチェックを実施。併せて生活状況を確認した。子どもとの金銭問題を抱えていたため再三コンタクトを試み、半年後に接触できた。当初、医療サービスは無料定額診療で対応できたが、介護保険サービスは支払い困難であった。その後生活保護を申請し介護保険サービス利用となったが、家賃トラブルで退居となり施設入所となった。

<支援結果>

受診と生活保護申請による介護保険サービス利用となった。

3-2 <ケースの概要>

内縁の夫が緊急搬送されたことで、認知症の女性が独居となる。キーパーソン不在のため生活を含めた支援が必要となった事例。

<相談先>

病院から地域包括への連絡で把握

<支援内容>

本人への受診勧奨や生活実態の把握、関係づくり等支援の経過で、内縁の夫が死亡。親族が夫の荷物を運び出すなどの行為が刺激となり、介入を拒否するようになった。キーパーソンも見つからず、食事や保清などが不十分であり、栄養状態の不良や事故などの発生が危惧される。成年後見制度の利用などに向けて取り組む必要が生じている。

<支援結果>

他者の介入が難しい状況で、地域包括と近所のコンビニが見守りを続けている。

3-3 <ケースの概要>

認知症独居高齢者。認知症への理解がない息子がいる。自分のことは自分で何とかしたい、年寄り扱いや心配されたくない、という理由で、支援介入を頑なに拒否。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

訪問を繰り返し、必要なタイミングを待つ。

<支援結果>

医療、介護保険サービスの導入を目的に2年以上前から認知症初期集中支援チーム稼働。

認知症治療受診につながったが、服薬や介護サービス導入には拒否が続いている。

独居高齢者ということで、徘徊など何か事件がいつ起きてもおかしくない状況。

長期支援期間を経てようやく息子の理解、関係を構築できた。しかし、本人支援がうまくつながらない。本人にとっての事件など、エピソードが発生するまで、チームとして待機をしたいという理由で終了できていない。

会議にて、関係機関と協議しているが、終了を決定できずにいる。



3-4 <ケースの概要>

70代、女性。単身。息子夫婦が相談相手。本人が自覚乏しい中、認知機能低下が生活上にも認められ、息子嫁が本人の希望にてお金を預かり管理することになったが、そのことを忘れ、返してほしいなど訴える中、十分な管理ができないとの判断で引き続き息子嫁が管理するものの、お金やその他の不安ごとなど含め1日に数十回以上の電話をされるなどの状況が認められていた。

<相談先>

地域包括、家族

<支援内容>

地域包括との関係は築けていることからチーム員が同行する形で訪問。不安や不満を傾聴すると共にアセスメントを実施。もの忘れは自ら認める言動あったことから受診を勧め、同意を得た。しかし、予定日になると本人すっかり忘れてしまっており、その日は頑なに拒否をされたことから延期。

<支援結果>

次回、訪問にて再び受診について説明等する予定の中、自宅にて転倒され緊急入院となり、支援が途中にて終了となった。

3-5 <ケースの概要>

認知症の妻が施設入所後、独居になった80代男性が、アルツハイマー型認知症となり気分に応じて妻を退所させようとして、子ども達に無理難題を押し付けることで周囲を疲弊させているケース。

<相談先>

家族から市内の高齢福祉担当課へ相談、併せて地域包括とも相談し一緒に関わった。

<支援内容>

チーム員が訪問し、本人の自宅に手すりをつけたいとの希望を聞き取り、要介護1の介護保険サービスを利用することになったが、本人の恋愛妄想により介護保険更新を中止してしまい、チーム員の訪問も拒絶するようになる。課題の整理と本人の認知症のアセスメントを実施し、家族に対し、本人との関わり方について助言を繰り返し行った。

<支援結果>

本人の生活は自立して維持できている。相談行動ができるので、見守り体制を構築した。

3-6 <ケースの概要>

70代女性、独居。認知症状あり。会社の経理を担当していたが詐欺グループに騙され、会社の金を横領、発覚し解雇。その後もお金をだまし取られる。

健康保険料等の滞納、所持金なく食べ物もなし。親族にも借金があり関係が悪く、支援が難しい。ご飯を炊くなどの生活機能も低下している。

<相談先>

地域包括

<支援内容>

認知症サポート医による訪問を実施、受診へつなげたいが金銭の支援なく継続が難しい。

市町村長申立による成年後見制度を申請と並行し、介護保険申請を行う。

便失禁など日常生活難しくなり、老人福祉法によるやむえない措置により特別養護老人ホームへ入所中。

<支援結果>

特別養護老人ホームへ入所。

3-7 <ケースの概要>

1人暮らしで兄弟も遠方で疎遠。地域の方とも交流の無い認知症疑いのある女性。猫と暮らしており室内は汚染され衛生的に問題あり。またバッグの紛失等、家の中の服が盗まれたと言い、犯人は亡き内縁夫の息子だと思い込んでいる。事実と違う事を訴える事が多く妄想もある。

<相談先>

主治医（内科）、民生委員、地域の薬局

<支援内容>

専門医の受診、介護保険サービス、成年後見制度につなげる必要があると判断。対象者からも頻繁に電話もあり訪問を続けていたが、しだいに訪問者（チーム員）に対し攻撃的になり拒否するようになった。

<支援結果>

訪問が中断となったが、関係者で見守りを行い、生活状況に変化があった場合には対応できるよう連携を取ることにした。

3-8 <ケースの概要>

単身者、近所からストーカー行為があると警察へ連絡や、近所のポストに苦情の手紙を入れる等の被害妄想があり、住民から民生委員を経て担当課に相談があった。

<相談先>

民生委員、警察、地域包括、保健所、精神科病院等

<支援内容>

地域包括に関わりの確認や情報収集を依頼。地域包括、民生委員、警察、保健所、市担当課で問題共有や、今後の取組等を検討。親族の受けとめは本人の言い分と異なり拒否。チーム員会議で受診による心身状況の確認が必要であること、また成年後見について相談。

地域住民との問題があるため、民事問題と判断され、チーム員会議対象外となった。

しかし、妄想で近所に助けを求め、あわせて頻回な徘徊があり、地域住民の困り事が悪化し、再度対象として受診勧奨を検討していた。

<支援結果>

調整中に精神科病院へ救急搬送され、市町村長同意の医療保護入院となった。今後成年後見に向けて退院先や親族等への確認などを検討。

4. 家族の介護負担

4-1 <ケースの概要>

息子夫婦と3人暮らしの女性。同居の夫婦は疲弊。暴言あり被害的意識が強い。興奮して外に飛び出し警察に保護された。

かかりつけ医あり、介護申請までつなげたが、本人拒否でサービス導入なし。

<相談先>

チーム員メンバーからの相談

<支援内容>

チーム員よりかかりつけ医へ状況確認をして、チーム員の介入の必要性や今後の支援の方向性を伝え、チーム員の介入につながる。

本人とのかかわり方を事前に打ち合わせ行い、本人と会う。

<支援結果>

訪問診療、訪問看護導入、デイサービス利用。

4-2 <ケースの概要>

夫と息子家族と同居。夫に対する不貞妄想が顕著に見られ、記憶障害も日常的にみられている。介護認定を受けているがサービスには拒否的であり、家に引きこもっている。

<相談先>

ケアマネジャーから地域包括（認知症初期集中支援チーム）に相談あり

<支援内容>

認知症初期集中支援チームで訪問し、状況確認後チーム員会議にて検討し、認知症サポート医と訪問。受診勧奨、受診同行を実施。

外的刺激の低下により不貞妄想が生じている可能性が高いため、薬物療法と、認知症カフェをすすめ、家族の協力もあり認知症カフェに参加している。

<支援結果>

認知症カフェに嫌がらずに参加し、薬物療法と外出する機会が確保できたことや、家族も認知症に対する正確な理解が出来たため、本人に適切な対応ができ、本人の不貞妄想は軽減している。

4-3 <ケースの概要>

70代男性 妻、息子と三人暮らし。本人は認知症診断を受けており、定期的に通院、服薬しているものの家族やペットへの暴言、暴力があり、家族は本人の対応に苦慮。介護認定はあるが、サービス未利用。

<相談先>

家族から特別養護老人ホームへの入所相談があり、施設のケアマネジャーが状況把握。施設ケアマネジャーからこのケース対応について地域包括へ相談が入り、初期集中支援事業利用。

<支援内容>

チーム医より主治医に服薬や受診状況について状況把握必要と助言有り。チーム員会議後、地域包括職員から主治医に状況確認。

主治医から服薬での症状コントロールは限界で、問題行動が収まらなければ精神科病院への入院検討と家族にも助言済みとの回答。

家族は入院を希望せず、デイサービス利用を望んでいるが、本人にはサービス利用意向がない。

定期的に地域包括職員が訪問し、本人へのサービス利用のための動機付けや家族への介護負担軽減のための精神的支援を行う。

<支援結果>

サービス導入に至らず初期集中期間終了。モニタリング訪問では本人にサービス利用意向がないものの、家族やペットへの暴力行為等は止まる。そのため、状況変化があれば、家族から地域包括へ連絡をもらうこととした。



5. その他

5-1 <ケースの概要>

80代男性。息子夫婦と同居。元来家族を含め他者を管理する性格、物の配置や衛生管理など極度のこだわりの強さ、高圧的な態度、男尊女卑的な考え方など対人関係に課題が多く、同居の息子家族を含む親族、近隣と関係希薄。認知症の診断を受けたことがあるが、医師に対し高圧的な態度や、手をあげようとしたことなどから継続受診が困難となる。

認知機能の低下により論理的な思考ができないにも関わらず、本人はすべての事柄に論理的な説明を求め、他者の言うことを全く聞き入れない。家族は働いており多忙を極めている。

唯一話を聞き入れる可能性がある相手はサークル仲間。だが、様々な事情により、親族はサークル仲間に支援を頼ることに抵抗が強い。医療受診の再開と介護保険サービス利用を目的に支援開始。

<相談先>

家族から地域包括へ相談。
認知症地域支援推進員がかかわる。

<支援内容>

家族やサークル仲間同席でアセスメント実施。家族が仕事により多忙で調整難しい。
チーム員のみで本人への訪問を複数回実施するが門前払い。

<支援結果>

本人が支援に対し拒否が強いことなど不測の事態もあり、同居家族から支援協力を得にくい状況となった。
家族の希望もあり、初期集中支援としては一旦支援を中断。見守り、経過観察について地域包括に引き継いでいる。



5-2 <ケースの概要>

本人が、家族から認知症だと言われたことを機に専門医への相談を希望したが、専門医が面会したところ、認知症の疑いはなく、本人は関係の良くない娘への不満を解決してほしいという主訴であった。

<相談先>

本人から、地域包括へ相談

<支援内容>

専門医との面会時には本人の訴えを傾聴した。

<支援結果>

本ケースの課題は家族関係の不和にあり、専門医の助言や地域包括では対応しきれないものである。



平成30年度
認知症初期集中支援推進事業
～事例集～

平成31年3月

編集 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部

高齢福祉課高齢福祉グループ

電話：045-210-4846

FAX：045-210-8874

