

ケアマネジャーの立場から

認知症初期集中支援チームに期待すること

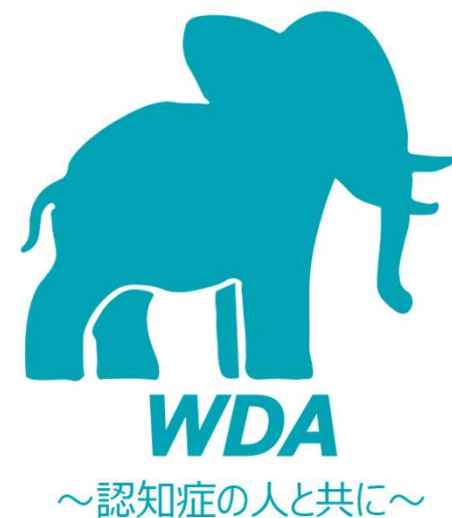
一般社団法人認知症の人が住みやすい世界をつくる

大嶋康代



大嶋康代

O s h i m a Y a s u y o



資格

- ✓ 愛知県認知症介護指導者
- ✓ キャラバン・メイト
- ✓ 主任介護支援専門員

経歴

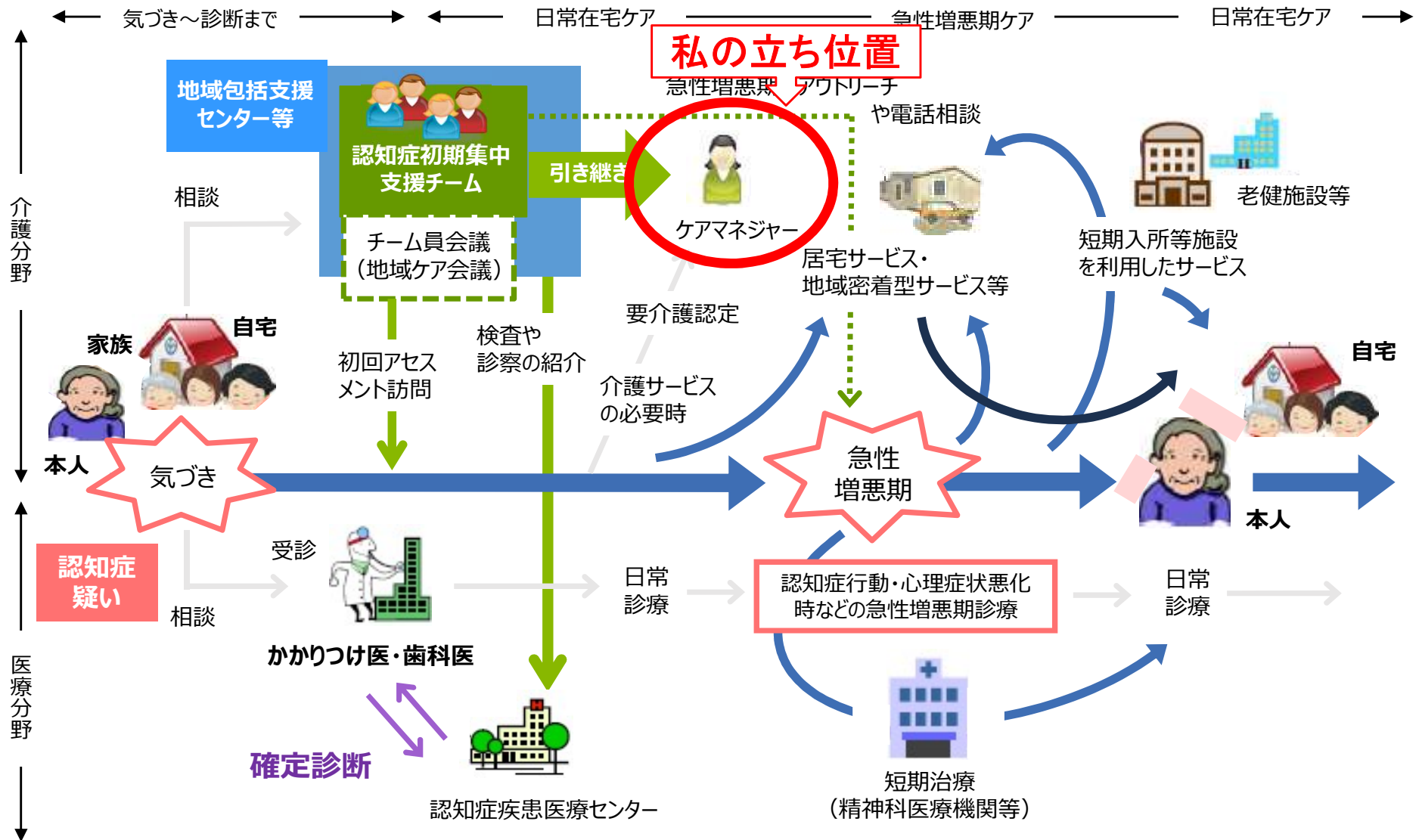
学校卒業後、名古屋市、一宮市で幼稚園教諭として働く
一宮市に嫁いだ後、内科医院で受付から請求、相談支援業務、調剤まで多岐にわたる業務を経験する。

介護事業では、特別養護老人ホーム、訪問介護、グループホームの現場職員から管理者、統括業務まで経験する。

主任ケアマネ・指導者や認知症介護指導者の道を歩んでいる。
一般社団法人認知症の人が住みやすい世界をつくるの代表理事。
居宅でケアマネ業務と認知症クリニック業務をしている。

認知症ケアパス

認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ



認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、
いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか 理解できる

初期集中支援チームからバトンを渡された 事例①

<事例概要> Aさん 男性 84歳 独居

民生委員から包括に連絡 家に閉じこもり

このひと月、外に出ていない 額や腕に内出血

人とのかかわりを拒否 訪問すると「来るなー」と怒り出す

かなりやせてきたため、食べていないのではと連絡を受ける

- ・当初、介入に拒否 自宅内ゴミ屋敷状態
- ・筋力低下歩行ふらつきあり 入浴していない
- ・お金がどこにあるかわからず、買い物に行っていない

初期集中支援チームの支援経過

- ・何度か訪問を重ね、Aさんとの関係性が構築された
(以前の仕事から電車の話には興味を示す)
- ・金銭管理が出来ず日常生活自立支援事業の利用へ
- ・食事が食べれず専門医の往診につなげ認知症の
診断・治療へ
- ・介護認定を申請し、ケアマネへ



居宅介護支援事業所の支援経過

- ・ 初期集中支援チームから包括を通じて連絡を受ける
⇒ 訪問に同行し引継ぎ
- ・ 介護保険で訪問介護とデイサービスを提案（頑なに拒否）
↓
- ・ 暫定で訪問介護1日2回（服薬確認 朝夕食事作りと掃除等）
手すり（玄関）とのベッドの貸与 配食サービスの利用
寝る前の薬は目覚まし時計を20時鳴るようにし、自分で服薬へ
（情報提供から）
- ・ 医療で精神科訪問看護の利用は継続
- ・ 一ヶ月後 介護2の認定 デイサービス週2回の利用追加

引継ぎ時の配慮

- 引継ぎに自宅まで一緒に行ってくれたので、Aさんが拒否せずケアマネを受け入れてくれた。
- 情報シートやDASC・DBD13等でAさんの今の状況が理解でき、今後の進行過程もわかり支援にいかすことが出来た。
- 情報を書面だけではなく、事前の電話でAさんの不安要素や安心されること等、関わり方の「こつ」等も教えてもらい本人の事がより理解できた。

考察

- ・初期集中支援チームが週2～3回と集中して訪問を重ねたことと、本人の視点に立った声掛けを行うことで信頼関係が作られ、それがこの先の支援介入の受け入れにつながったと思われる。
- ・初期集中支援チームが早期に社会資源（日常生活自立支援事業など）につなげてくれたことで金銭的な困りごとが解消でき、早期に支援者も増やすことができたと思われる。

初期集中支援チームからバトンを渡された 事例②

＜事例概要＞Bさん 78歳 女性 長男(52歳)と二人暮らし

自宅に帰ってこれないことが2回あり

となりから声が聞こえる 見えないものが見える

歩行小刻み Bさんはもともとのお出かけ好きで従っている

- ・長男が経済的理由で受診・介護サービスを拒否
- ・長男が精神疾患の可能性あり(大声で長男がBさんを怒っている事を何度も近隣は聞いている)
- ・当初、包括支援センターで総合相談として受けるも、その後、初期集中チームでかかわることとなる

初期集中支援チームの支援経過

- ・2回目の訪問時に、認知症についての話や治療方法を伝え長男が受け入れ受診へ（認知症の診断の確定）
- ・ケアマネにつなげ、長男に負担がかからない程度の金額での支援と説明
- ・長男を精神科の受診につなげ、障害者相談支援センターが、就労支援、障害年金のサポート

居宅介護支援事業所の支援経過

- ・ 初期集中支援チームから包括を通じて連絡を受ける⇒引継ぎ
- ・ 初回訪問の際、Bさんとは関係が作れたが、長男は頑なに拒否

※長男の支援は、関係が出来ている初期集中支援チームと包括で行った。その後、障害者相談支援センターへつないだ。

- ・ Bさんは要介護2 認知症対応型デイサービス週4回利用へ
(DLBの確定診断により症状へのアプローチが出来た)
- ・ 金銭的な問題もあり、自立支援医療(精神通院)の申請
- ・ 半年後、Bさんが精神障害者保健福祉手帳2級の取得。



考察

- 長男が初期中や包括が支援してくれたことで、Bさんの支援が口を出さなくなり、Bさんの意向に沿った支援がスムーズにできるようになった。
- Bさんが社会資源（自立支援医療 精神障害者保健福祉手帳）を適切に利用することで、長男やBさんの気持ちが安定したものと思われる。

初期集中支援チームの皆さんへ
こうしてくれるとケアマネジャーはありがたい...

かかわっている時のアセスメントと支援を知りたい



本人・家族の混乱期、多職種で集中的に支援することや
DASC・DBD13・Zarit8等の様々なアセスメントツールを使用
することでアセスメントに漏れがない。

制度を利用するための道筋をつけてほしい



診断や介護認定がない人の支援は、ケアマネでは難しい。
診断や介護認定につなげてくれると、ケアマネとしてそ
の後の暮らしを支えていくことに力を注げる。

ケアマネジャーとして

- ・認知症の理解が乏しいケアマネが多いのが現状
〈引継ぎを受けた後〉
- ・担当している方が急に認知症で混乱し、支援に困ったとき
 - ①状況により再度、関わってほしい
 - ②見立てやかかわり方の相談・アドバイスがほしい

そのために支援の経過を報告したいと思います



おわりに

初期集中支援チームの「方」ではなく

初期集中支援チームの〇〇さんと、顔の見える関係になり、支援の報告もしたいと思います。

今いる地域の初期集中支援チームから支援を任されるよう信頼を重ね、引継ぎ後も連携を図って、認知症の人を支えることが出来ればと思います。

ご清聴ありがとうございました。

