

令和3年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

認知症初期集中支援チーム活動における
地域の社会資源等との連携に着目した

事例集

2022年3月

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

まえがき

認知症初期集中支援チームの設立が事業として立ち上げられてから 10 年が経過しました。平成 24 年（2012 年）にチームの設立に向かって検討が開始され、その後 3 年間のモデル事業、さらに 3 年をかけて全国にチームが立ち上がりました。専門職の多職種チームがこちらから認知症の人の家庭に訪問するという仕組みはこれまでになく、重要な試みとして、認知症施策推進大綱（令和元年（2019 年）6 月 18 日）にも取り上げられているところです。この中で 3 つの主要達成目標がかかげられ、そのうちのひとつが、認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集を作成することでした。そこで今年度の事業で、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐチームの活動事例を収集し全国のチームに有用な事例集を作成することを目標に、事例集を作成することになりました。

全国から 239 の事例が提供され、いずれも素晴らしい事例でしたが、そのなかから最終的に 29 事例を選びました。認知症初期集中支援チームが各市町に設置されていることから、設置されている自治体の規模、高齢者人口、設置場所、チームの経験年数、認知症に関連する地域資源等が多様なことは事実ですが、どのチームにも参考になる典型的な事例、また様々な連携の成功例、事例として頻度は高くないかもしれませんが、知っておくとよいと思われる事例を選びました。

最後に、コロナ感染症対応のさなか、貴重な事例を提供いただいた自治体、チーム員の皆様に改めて厚くお礼申し上げます。この事例集が皆様の活動の一助になれば委員全員の大きな喜びです。

2022 年 3 月

令和 3 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症初期集中支援チームのあり方と効果的な活動に関する調査研究事業

委員会委員長 鷲見 幸彦

1 事例収集の概要

(1)事例収集目的

チーム活動における“地域の社会資源等との連携”に着目し、有効・優良な連携を整理し、認知症初期集中支援チームと地域の社会資源等との連携のあり方、また、地域の中のチームの役割等について、全国の自治体やチームで共有すべき事例を収集することを目的として、事例収集を行いました。

(2)調査対象

全国の市町村（設置された認知症初期集中支援チーム）

(3)調査方法

MS エクセル記入シートを格納した CD 郵送配布（回答はメール添付による）

(4)調査期間

2021 年 11 月下旬 ～ 2021 年 12 月 20 日（回答期日）

(5)主な記入項目

A 基本情報	・市町村の情報（認知症高齢者人口、チーム設置数 など） ・チームの情報（設置場所、チーム員構成、支援対象者数 など）
B 事例	B1 事例の概要（ポイント、事例の概要） B2 支援の経過（1)概要、(2)具体的な経過、(3)社会資源等との連携の効果 B3 本人や家族の状況（チーム介入による本人・家族の反応や評価など） B4 モニタリングや引継ぎ後の状況
C 連携に関する 取り組み	(1)スムーズな連携を行うための準備や関係づくりについて (2)チーム外の機関や他の認知症施策等との連携についての課題や意見

(6)回答状況

239 自治体（具体的な事例提供は 189 事例）

(7)事例選定の経過

- ①提供された 189 事例について、収集目的（「複数の専門職により構成されるチームの強みを活かした活動」、「地域の社会資源や他の施策(事業)との優良な連携・取り組み」の観点）から絞り込みを行いました。
- ②さらに、委員会委員の分担作業（下記の基準・目安）によって、25～30 事例に絞り込みを行いました。

【事例選定の際の目安となる分類（参照）】

◆チームとしての目安（基準）

- ① チームとしての役割を全うした例（役割を果たして上手くいった典型例）
- ② 社会資源等との連携が上手くいった例

◆事例としての目安（基準）

- ③ 家族を含む介護者に課題のあった例
- ④ 行動・心理症状が問題になった例
- ⑤ 認知症ではないが対象として問題になった例

- ③上記によって選定した 29 事例について、委員会において全体確認・協議を行い、事例集として収載する事例を整理しました。

2 具体的な事例

(1)全体像（目次）

選定した 29 の事例を事例集として収載するにあたって、支援の内容や対象の特徴等から、いくつかに分類し、読みやすさ・参照順の目安に資するよう整理しました。

A それではまず、チームとしての役割を果たしてうまくいった典型例を 5 事例紹介します。

№	事例のタイトル（特徴）	ページ
239	かかりつけ医の協力により専門医へつながった、また地域ケア個別会議の開催により地域での見守り体制が構築され、本人と家族が安心して生活できる環境づくりが行えた事例	8
31	庁内特別定額給付金担当課からの連絡により、認知症初期集中支援事業につながった事例	10
140	ご本人のこれまでの生活を活かした支援の事例	12
158	地域リハビリテーション活動支援事業との連動（携）によって、対象者やその家族の介護負担の軽減、必要な介護サービスの利用等に繋がった事例	14
172	本人の思いを尊重しながら支援体制を構築し、在宅生活の継続を実現させた事例	16

B 同じように連携がうまくいった事例ですが、ここでは特に**地域の力がうまく活かした** 5 事例を取り上げたいと思います。

№	事例のタイトル（特徴）	ページ
10	個別の支援事例から地域全体の高齢者等見守り支援の連携・強化と家族支援のあり方を考える機会となった事例	18
25	専門職・公的機関・地域のインフォーマルな資源が連携し、地域の見守り体制を構築した事例	20
82	地域住民、地域の交番等と連携を図りながら、住み慣れた地域で安心して生活が続けられる体制づくりをした事例	22
167	もともとボランティア活動をやっていた方に対する社会資源導入の事例	24
184	母親の被害妄想による行動への対応に悩む娘からの相談。民生委員、近隣住民とも連携し、通所介護導入後サービス利用定着までチームが伴走。拒否なく利用が定着し、娘の本人への感情も安定していった事例	26

C 次にチームの役割として重要な**モニタリングでの成功例**を取り上げます。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
161	モニタリング期間があった事により、医療、権利擁護事業に結びついた事例	28

D 次に取り上げる事例は**他県と連携した事例**です。このような連携もありうるということで紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
125	認知症になっても理髪店を続けたい、との本人の思いを支援する事例	30

E 認知症初期集中支援チームの役割は多様ですが**対象者のニーズをしっかりとらえることも重要**です。そのような事例を紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
206	徐々に認知症が進行しているが、馴染みの場所での認知症カフェ参加をきっかけに活動性が向上した事例	32

ここからは各事例に特徴のあった例を示したいと思います。

F 対象にかかわるとご本人が問題を抱えている以上に家族をふくむ**介護者に課題を有する例**に遭遇することもあるかと思えます。そのような事例を3事例紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
146	息子の経済的依存により介護サービス導入が困難だった事例	34
138	夫の急な死により、急に独居となった本人の生活が立ち行かなくなってしまう事例	36
124	夫婦ともに短期記憶障害が著しく、他の職種や地域の協力を得ながら支援した事例	38

G 行動・心理症状は介護負担を増大させ、チーム員活動にも大きな影響を与えます。ここでは**行動・心理症状に積極的にとりくみ解決を図った4事例**を紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
27	認知症状による常同行動が見られ、サービス介入への糸口が見つからない55歳男性の事例	40

92	レビー小体型認知症の男性、妻もアルツハイマー型認知症（軽度）、日内変動、幻視が顕著で在宅での入浴援助についての支援の事例	42
95	長期にわたり保清が行えずに自信を喪失し、引きこもり状態であった高齢女性に対し、地域関係者ととも適切な支援につなげることで自信を取り戻すことができた事例	44
166	前頭側頭型認知症の診断あり、反社会的な行動はないが夫が受容できておらず精神的な負担感が強い事例	46

H 認知症を疑われ介入したところ、認知症以外の疾患や認知症以外の精神疾患である例が少なくないことがこれまでの調査で分かっています（8-9%）。**認知症ではないが対象とした事例**を紹介します。

№	事例のタイトル（特徴）	ページ
36	長年、早朝から大声を出し歩き回る高齢女性の対応に悩まされ続けてきたが、地域住民やご兄妹と連携しながら対応した結果、地域で落ち着いて生活できるようになった事例	48

I 介入したところ認知機能障害もさることながら、**身体合併症がまず問題になる事例**も存在します。そのような事例を紹介します。

№	事例のタイトル（特徴）	ページ
225	拒否的な対象者への継続的な支援につながり、普通自動車運転免許証の返納にもつながった事例	50

J 若年性認知症は頻度は高くないものの、医療介護につながりにくく、経済問題、就労問題意思決定支援など独自の問題も多く多職種チームのはたす役割は大きいと思います。

若年性認知症の事例を3例紹介します。

№	事例のタイトル（特徴）	ページ
52	若年性認知症当事者の社会参加の機会と介護者の介護負担の軽減についての事例	52
173	家族が在宅生活継続はもう無理だと思っていた事例	54
237	若年性認知症を発症した単身男性への、本人の意思決定までと意思実現にむけた支援の事例	56

K 認知症になった親を遠方の子供が引き取る、あるいは老後をこれまでと違う土地で過ごそうとしてまだその地域になじまないうちに認知症を発症するという事例がみられます。そのような事例を2例紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
222	他県から新築長男宅で初めて家族と同居する事になった本人の支援の事例	58
90	県外から移住し地域活動に積極的に参加しながら自立して生活していた高齢者が、認知症状の急激な進行により独居が困難になった事例	60

L やや特殊な例ではありますが、対象者が犯罪をおこしてしまうという例も存在します。警察をふくめた行政間の連携が重要になりますがそのような事例を紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
233	何度も万引きを繰り返す独居の高齢者が地域で安心して生活するための支援の事例	62

M 最後に、2020年以降現在まで国民の生活、チーム員活動に影響を与えたCOVID-19感染症に関連した事例を紹介します。

Nº	事例のタイトル（特徴）	ページ
230	コロナ禍で家族の支援が減少した、体調不良の認知症独居高齢者への支援の事例	64

事例を選ばせていただいた市町（50音順）

旭川市、綾部市、安城市、石垣市、春日部市、加東市、清瀬市、釧路町、神戸市、駒ヶ根市、杉並区、世田谷区、瀬戸市、千歳市、知立市、鳥羽市、豊橋市、七戸町、浪江町、沼田市、鳩山町、日の出町、舞鶴市、町田市、松戸市、まんのう町、盛岡市、焼津市、四街道市

(2)具体的な事例

項目の補足説明

事例にある各項目は、事例収集のためのアンケート調査の回答（選択肢を含む）から記載されています。以下、主な項目について補足説明します。

高齢者人口	小：1万人以下、中：1万人超10万人未満、大：10万人以上
チーム設置場所	選択肢：地域包括支援センター／認知症疾患医療センター／医療機関 ／行政／その他
支援対象者数	2020年4月～2021年3月に支援のあった対象者数
設置期間	選択肢：1年未満／1～2年未満／2～3年未満／3年以上
チームの主な役割	選択肢：早期発見・早期対応を重点的に／困難事例の対応を重点的に ／日常生活の支援を重点的に／特に重点的な役割は決めていない／その他
介入時診断	選択肢：診断なし／診断済／不明
病型	選択肢：アルツハイマー型／血管性／レビー小体型／前頭側頭型／ 混合型／病型不詳／その他
認知症の受診	選択肢：受診なし／受診あり／不明
サービスの利用	選択肢：利用なし／利用あり／不明
把握経路	選択肢：本人／家族／民生委員／近隣住民／ケアマネジャー／ 医療機関／地域包括支援センター／行政／その他
支援期間	初回訪問日～引継日までの日数
訪問回数	支援期間中の延べ回数
チーム員会議回数	支援期間中の延べ回数

A：役割を果たしてうまくいった典型例

239 かかりつけ医の協力により専門医へつながった、また地域ケア個別会議の開催により地域での見守り体制が構築され、本人と家族が安心して生活できる環境づくりが行えた事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	大	チーム設置数	4チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	15人	チームの主な役割	その他
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	不明
	介入時診断	診断なし	病型	—
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	近隣の小売店店主より相談があり、状況確認を行った。本人は趣味をしなくなる、男児・男性に抱き着く行動や物忘れの症状が出現。家族が受診を促すが自覚なく、拒否あり。気分の変動が激しく、車の手放し運転等もあり、夫より専門職の協力が欲しいとの希望あり、介入開始となる。		
	支援のゴール等	専門医受診、サービス導入と継続利用		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	近隣住民	支援期間	186日間
	訪問回数	3回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	近隣住民から本人が笑いながら男児を追いかけ手をつかんだり、女兒に石を投げている、本人の車も傷だらけであるとの相談有り。同様の相談が近隣の駐在所にも入っており、小学校でも児童や父母含め対応に苦慮している状況が判明。まずは、本人の長男、小学校、警察官、児童の保護者らと地域ケア個別会議を実施。情報共有と地域での理解や見守りを支援した。本人に病識がないため、もの忘れ相談事業(専門医につながらない認知症の方に医師が助言や指導を行う事業)を導入するが、担当医師を突き飛ばし、担当医師より初期集中支援チームの導入を推奨された。次に地域包括支援センター職員が何度も自宅を訪問し、本人との信頼関係を築いた。その後チーム員医療機関職員とともに自宅を訪問。その際は激しい感情変動と張り手等の言動有り。		
	②支援期間中	<p>【医療機関受診支援】地域包括支援センターの看護師がかかりつけ医に対し、情報提供と持病の影響について今後の指示を仰ぐための手紙を作成し、受診の際に夫より渡していただいた。その結果チーム員医師によって紹介状が作成された。信頼しているかかりつけ医に紹介して頂いたことにより本人だけでなく夫も理解して動くようになり専門医受診につながった。前頭側頭葉型認知症と診断され服薬治療が開始となった。</p> <p>【介護保険申請・サービス導入支援】外来受診の際に主治医意見書を作成し、地域包括支援センターの職員が介護保険申請の手続き支援を行う。初期集中支援チームに理解のあるケアマネジャーを導入。内服忘れに対してはかかりつけ医の協力により訪問看護の導入に至った。</p>		

	③支援結果・転帰	治療や服薬の効果、家族のかかわり方の変化や地域住民や周囲関連機関の理解により感情の激しい変動及び張り手等の言動が穏やかになり、専門医の定期受診も継続できている。また地域包括支援センターにも夫の運転により来所し関係性も継続している。本人に対する地域、関係機関からのクレームは激減した。介護保険サービスの通所は自立度の高さなどから抵抗が強いため、現在地域の認知症カフェへの参加を進めている。また小学校や警察、児童の保護者などが参加する地域ケア個別会議を再度開催し、現在の状況や認知症の診断がついたことを共有。各参加者からは協力して見守っていく必要性や夫を支える支援の必要性などの協力的発言があった。小学校でも認知症サポーター養成講座を実施し、教師や児童の保護者も見守りに協力している。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	かかりつけ医の協力により安心して専門医受診や訪問看護の導入が行えたこと。また本人の行動により夫は地域に住みづらさを感じていたが、地域ケア個別介護を行うことによって、地域での理解や見守り体制が構築されたこと。さらに長男や次男が定期的に帰省し家族会議を行うようになったため、夫のみで抱えることなく、親族での協力体制が整えられたこと。
	②チーム活動にとってメリットになった点	個人を医療やサービスにつなげるだけでなく、地域を巻き込んで高齢者を支えることができたため、地域の認知症への理解が深まり、他に事例についても対応が行いやすくなったと思われる点。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	本人は感情の激しい変動などが落ち着き、笑顔も増え穏やかに生活されている。夫からは地域ケア個別会議の際に医療介護や地域への感謝の言葉があった。また地域包括支援センター職員に対しては「転居は行わず、住み慣れた家にいられる」との感謝の言葉もあった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	専門医の定期受診は継続できている。また訪問看護のサービスも継続して利用できている。
	②本人・家族の生活の状況	治療や介護の効果がみられ、周囲の環境整備や理解、家族と専門職の支援もあり、穏やかに在宅での生活を継続できている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	日ごろからチーム員同士での関係性作りや情報共有を行うこと。またチーム員が地域の団体と顔の見える関係性を構築しておくこと。
	連携に関する課題や意見	初期集中支援チーム事業についての周知

31 庁内特別定額給付金担当課からの連絡により、認知症初期集中支援事業につながった事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	23人	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	不明
	介入時診断	診断なし	病型	アルツハイマー型
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	X年6月、10万円の特別定額給付金の申請書が完了していない独居高齢者が、数名おり、状況の確認や申請支援をお願いしたいと連絡があった。訪問したところ、自宅内がごみ屋敷状態になっているなど、なんらかの認知症が疑われた。		
	支援のゴール等	専門医の受診、成年後見制度の利用支援、施設入所		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	行政	支援期間	187日間
	訪問回数	6回	チーム員会議回数	6回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	特別定額給付金の申請が完了していない、一人暮らし高齢者が数名おり、担当課より連絡が入る。地域包括職員にて、特別定額給付金の申請支援を行うため訪問すると、日常的な金銭管理を、親族がおらず、本人が行っている様子ではあったが、室内に紙幣や小銭が無造作に置いてあり、通帳や保険証書、印鑑等の貴重品が、室内のごみの山の中から見つかった。役場や銀行からの通知も、ほぼ開封していない状態であった。ゴミの出し方で、近所の方とトラブルになり、民生委員が介入するなどしていた。認知症の疑いがあり、医療機関への通院もしていなかったため、初期集中支援チームで訪問する。		
	②支援期間中	当初、介入に拒否的で「用はない」「帰れ」等の発言がみられていたが、何度か訪問を続け、信頼関係の構築を試みた。金銭管理ができていないが、多額の預貯金を所持していることが分かった。成年後見制度の利用を視野に入れ、精神科訪問診療につなげるとともに、親族調査を進めた。		
	③支援結果・転帰	その後、親族が判明し、親族が成年後見制度申し立てを実施。成年後見制度の診断書については、精神科訪問診療で介入した医師が記入。現在は、成年後見人が選任され、介護保険サービスを受けながら、在宅での一人暮らしを続けている。		
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	金銭管理を行う親族がおらず、多額の現金を手元に置いているため、消費者被害等に遭う可能性があった。 初期集中支援チームに精神科医が入っていることで、スムーズに精神科訪問診療につなげることができた。		
	②チーム活動にとってメリットになった点	初期集中支援チームで訪問し、精神科医療につなぐことができた。 定期的に訪問することで、信頼関係の構築に努めた。 成年後見制度の利用が必要なケースで、医療機関につながっていない方は、診断書作成を依頼できる医師探しが必要になるが、早期に精神科医療につなぐことができた。結果、本人の権利擁護にもつながった。		

B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	本人は、「子どもはいない」と話していたが、親族調査を行ったところ、前夫がいることが判明し、前夫との間に子供がいることも分かった。幼少期に事情があり別れ50年以上経過しているが、子どもの中には、「産みの親に会いたい」と希望する方もおり、成年後見人が、定期的に本人の生活の様子を報告するなどして、対面の機会を検討している。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	精神科訪問診療、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、成年後見制度
	②本人・家族の 生活の状況	毎日ヘルパーが介入することで、満足な食事をとることができるようになった。また、自宅内がごみ屋敷状態になることは避けられている。医療、福祉サービスの導入により、日常的に本人を見守る体制ができている。当初、独居生活の継続は難しいかもしれないという判断があったが、現在も他者の支援を受けながら在宅生活を続けている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	初期集中支援チームを地域包括支援センターに設置している。 他課、民生委員や事業所に対し、「認知症に関する相談は包括支援センターへ」と広報しているため、地域の気になる高齢者についての相談が、地域包括支援センターに集約されている。
	連携に関する 課題や意見	・チームについての広報啓発活動 ・かかりつけ医との連携。地域での継続した支援体制の確保が難しい。

140 ご本人のこれまでの生活を活かした支援の事例

A 基本情報

自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	10人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない

B 1 事例の概要

対象者 情報	年齢階級	75-79歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断済	病型	病型不詳
	受診	受診あり	サービス利用	利用あり
介入時 の状況	介入時の課題	家人より怒りっぽくなり困っていると相談あり。保険証等をなくして探したり、料理の手順がわからなくなったりしている。		
	支援のゴール等	現在の生活の中での役割が継続でき、安心して生活できる。		

B 2 支援の経過

支援の 概要	把握経路	家族	支援期間	200日間
	訪問回数	6回	チーム員会議回数	7回
具体的 な支援 の経過	①初動期・方針	<p>家人より連絡後、3日後に初回訪問。</p> <p>ご本人はボランティア等行っており活動的であるため、現在の活動を継続しながら、支援を開始できるよう調整。家人の負担感大きいため、家人の相談先を確保し、負担の軽減を図る方針とする。</p>		
	②支援期間中	<p>現在の生活活動（カフェの手伝い）を継続するため、カフェでともに働いている家人への関わり方のアドバイスをを行い、ご本人のももとの生活を生かして支援を行う。</p> <p>生活活動を継続しながら、介護サービスを導入し、専門職が継続的に関わることができるよう調整。</p> <p>ケアマネジャー、デイサービス職員等専門職へ相談できる体制を整え、家人の負担感の軽減を図る。</p>		
	③支援結果・転帰	<p>ケアマネジャーへ引継ぎ、デイサービス導入となる。</p> <p>カフェの手伝いやボランティア活動が継続できた。</p> <p>家人の負担感が軽減した。（介護負担尺度 介入前 60点 介入後 47点）</p>		
連携の 効果	①本人・家族にとって良かった点	<p>早期に介護保険申請を行い、サービス導入に結び付けることができた。</p> <p>本人の性格からご家族はサービス導入は困難と判断していたが、チーム員から本人の適性を見極め、アドバイスしたことによりサービス導入につながった。</p>		
	②チーム活動にとってメリットになった点	<p>ケースを通じ、本人に日常的に関わる商店や地域住民とチーム員が接触することで、本人が地域の中で置かれている状況がわかるとともに、チーム員と地域がつながるきっかけとなった。</p>		

B 3 本人や家族の状況

介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<p>本人は、ご家族からのアプローチはやや抵抗感があるが、専門職からのアドバイスの受け入れはよかった。</p> <p>安心して相談ができる窓口ができ、本人・家族が安心できている。</p>
----------------------	---

B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	デイサービス 2 か所を継続利用できている。
	②本人・家族の生活の状況	<p>デイサービス利用によりご本人に新たな居場所ができた。本人は行くことに抵抗はなく、楽しんで帰ってきている。</p> <p>家族も本人の様子を見て楽しんでデイサービスに行けることを喜んではいが、自宅でちぐはぐな行動をする本人を見て負担に感じることもある。</p>
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<p>医療機関・商店等へチラシを配布し、初期集中支援事業を周知している。</p> <p>例として、銀行職員が個別ケースの対応に苦慮している場合に包括へ連絡をもらい、すぐに包括職員が現場に訪問。その後、チーム員と認知症地域支援推進員が市の認知症事業の説明に銀行を訪問した。訪問後、銀行から包括へ連絡をもらうことができるようになり、連携して対応するための関係づくりができた。</p>
	連携に関する課題や意見	<p>個別ケースを通じて吸い上げた地域課題を新たな地域資源の体制づくりに繋がられていない。</p> <p>コロナ禍の影響があり、予定していた認知症疾患医療センターとの定期勉強会が開催できていない。</p> <p>疾患医療センター職員との連携が不十分で、広域地域での地域づくりや各職種のスキルアップができていない。</p>

158 地域リハビリテーション活動支援事業との連動(携)によって、対象者やその家族の介護負担の軽減、必要な介護サービスの利用等に繋がった事例

A 基本情報				
自治体	高齢者人口	大	チーム設置数	2チーム
チーム	チーム設置場所	行政	設置期間	3年以上
	支援対象者数	10人	チームの主な役割	日常生活の支援(調整)を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	I
	介入時診断	診断なし	病型	—
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	対象者の妻は、対象者の認知機能及びADLの低下にともない、介護量が増えたため、地域包括支援センターに活用できるサービス等を相談したところ、地域包括職員が自宅を訪問して実態把握することになった。対象者は、認知機能の低下があり、必要な医療及び介護サービス等に結びついていなく、地域包括職員及び介護支援専門員等が対応に苦慮していたため、初期集中支援チームによる支援を行うことになった。		
	支援のゴール等	必要な医療及び介護サービスの導入等ができた場合 対応上の困難性が軽減できた場合		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	家族	支援期間	29日間
	訪問回数	4回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	対象者の妻から地域包括支援センターに相談後、地域包括職員が自宅へ訪問して実態把握を行い、初期集中支援チームによる支援の有効と判断した。初回訪問は、医療職(保健師)1名、福祉職(精神保健福祉士)1名の計2名で訪問し、アセスメントを行い、本人の心身の状態や生活状況に関する情報等を収集した。初回アセスメントでは、十分な情報が収集できない場合もある。その場合には、まず「緊急対応を要する課題はないか」について評価した。		
	②支援期間中	初回訪問後にチーム員会議を行い、アセスメント内容の共有、対象者や介護者に必要な生活支援及び医療・介護サービスの検討、目標の設定や支援計画の立案を行った。1回目のチーム員会議では、今後の支援の目標として、「医療機関の受診を促し糖尿病等の管理を行う」、「安全な移動を行い転倒のリスクや妻の介護負担を軽減させる」、「家族での役割分担を明確にし、緊急時の支援体制を構築する」ことを設定した。また、支援計画・役割分担等については、「地域包括職員が主治医に対象者の現状等の情報提供を行うことや受診介助手段等の検討を行い循環器科への受診に向けた働きかけを行う」、「地域リハビリテーション活動支援事業の活用により、リハビリテーション専門職が移動能力と環境面の評価を行い移動の改善に向けた動作方法や環境調整等のアドバイスを行う」、「長男も含めて家族の役割分担を明確に行うことができるよう地域包括が働きかけを行う」こととした。2回目のチーム員会議では、チーム員会議で立案した支援計画の通りに役割分担して支援を展開していることを確認し、必要な医療や地域リハビリテーション活動支援事業を活用したことにより、必要な介護サービスの利用等に繋がり、チーム員による支援を終了している。		

	③支援結果・ 転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員等への引継ぎは、2回目のチーム員会議の前に行っている。 ・地域リハビリテーション活動支援事業のリハビリテーション専門職による訪問支援を行い、移動の改善に向けた動作方法や環境調整等のアドバイスを行ったことで、福祉用具貸与（手すり、ベッド）や住宅改修（居間の段差解消）の利用に繋がり、移動能力の向上が認められた。また、移動能力の向上等により医療機関の受診に繋がった。 ・必要な検査や経過観察等が正確に行うことにより、新たなる疾患の治療、医療機関の変更や訪問看護の利用等に繋がった。 ・主介護者の妻の負担が軽減できるよう、長男の役割、連携方法、緊急時の連絡方法や相談先等の具体的内容を整理し、家族や関係者の共有に繋がった。
連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器科への受診に向けた働きかけを優先したことによって、必要な検査や経過観察等が正確にでき、必要な医療（新たなる疾患の治療）に繋がった。 ・地域リハビリテーション活動支援事業を活用したことによって、対象者やその家族の介護負担の軽減、必要な医療や介護サービスの利用等に繋がった。
	②チーム活動に とってメリットに なった点	<p>社会資源を活用することによって、地域包括支援センター等の関係機関との協働、医療職との連携という役割を関係者間で支え、強化に繋がり、対象者やその家族の負担軽減に繋がった。</p>
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の反応 や評価等	<p>長男の役割、連携方法、緊急時の連絡方法や相談先等の具体的な内容を整理し、家族や関係者で共有した事によって、主介護者である妻の不安や介護量の軽減に繋がった。</p>
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	<p>対象者が必要な医療や介護サービス等を継続しているかをモニタリング、認知症に係る支援や対応に問題が生じていないこと、チーム員による支援終了後も緊急時の連絡体制や支援者の役割等を具体的に共有していること、本人の病状や生活状況について、適宜、長男や関係者等と共有していることを確認している。</p>
	②本人・家族の 生活の状況	<p>対象者は、チーム員会議の開催前と同様に夫婦2人で生活をしている。医療および介護サービスはチーム員会議の終了時と同様の内容で継続している。</p>
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	<p>初回訪問に向けた準備として、相談受付時に得た情報に加え、関係者等へ情報収集を行い、事前に対象者の状況等を確認している。</p> <p>本市は複数地域に地域包括支援センターを設置し、配置している専門職（精神保健福祉士：認知症地域支援推進員）による職種別会議を開催し、必要な情報等を共有している。</p>
	連携に関する 課題や意見	<p>支援に対する理解が得られずに介入に難渋することが多く、多角的なアプローチが必要となる場合も多いため、他の事業との連携を図ることの重要性を感じている。</p> <p>まずは、支援困難発生要因を知識として備え、リスクマネジメントの視点を持って早い段階で予防的な対策を講じながら PDCA サイクルを基に支援展開すること、多職種や他機関によるチームアプローチが欠かせないため、チーム員会議で立案した支援計画に従って、チーム員の役割分担をして支援を展開し、必要に応じて、事務局から他の事業担当者やチーム員（医師、薬剤師、作業療法士）から医療機関への調整等を実施している。</p>

172 本人の思いを尊重しながら支援体制を構築し、在宅生活の継続を実現させた事例

A 基本情報

自治体	高齢者人口	大	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	その他（財団）	設置期間	3年以上
	支援対象者数	258人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない

B 1 事例の概要

対象者情報	年齢階級	75-79歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断なし	病型	—
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	被害妄想(給付金や財布・通帳・健康保険証等、「大事なものは全部、盗られる」と言う)、意識消失して倒れたことが数回あり(受診できておらず原因不明)、金銭管理が出来ず、家賃・公共料金の滞納が生じていた(本人は無自覚)		
	支援のゴール等	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能検査・精密検診の受診を勧め、医療機関受診のきっかけを作る ・必要な支援について、関係機関で連携し検討する 		

B 2 支援の経過

支援の概要	把握経路	地域包括支援センター	支援期間	280日間
	訪問回数	86回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	X年9月末に、本人から警察に「泥棒が入った」と連絡が入り、地域包括支援センターから連絡を入れると「自分はボケているかも知れない」と言っていた。その時点では特に介入に至らず。X+1年3月に、路上に座り込んでいるところを警察に保護された。警察から身内に連絡を入れたが、関わりは拒否された。7月末に金融機関から地域包括に連絡が入った。本人が、10万円の定額給付金を「誰かに引き出された」と苦情を言いに来て、説明しても納得しなかったため、警察を呼ばれ、本人は交番に移送された。8月3日に、「今後の支援について一緒に考えてほしい」と、地域包括からチームに相談が入った。8月14日に初回訪問を行う。訪問に対する拒否はなく、「給付金を銀行に盗られた。警察もグルになっている」と、何回も訴える。「突然、意識がなくなるので、頭がおかしいのか心配になる」とも言われていた。		
	②支援期間中	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅訪問を重ね本人との関係性の構築に努めた（訪問時間が初回は5分だったが、徐々に延び、最終的には毎回1時間以上訪問できるようになった） ・本人の被害妄想を傾聴し、「盗られて困っている」思いを受けとめた ・本人の思いに添いながら、必要な支援を検討し、つないでいくように心がけた 「アタマがフーツとなる」→「アタマの検診を受けませんか」（認知症精密検診に同行→自立支援医療につなぐ）「お金を盗られる」→「盗られないように守ってもらいませんか」（金銭管理サービスにつなぐ）「食べるものがない」「電気が止まった」→「一緒に買い物や支払いに行きませんか」（介護保険サービスの利用につなぐ） ・地域の交番や金融機関、商店（パン屋・タバコ屋）等にも、本人と一緒に出向くことで、チームが関わっている（支援者がいる）ことがわかり、協力が得られやすくなっていった 		
	③支援結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援医療での訪問看護（健康管理を含めた本人の状況確認） 介護保険サービスでのヘルパー訪問（買い物支援等の生活環境の整備） 金銭管理サービス（家賃・公共料金等の支払い） 緊急時対応（社会福祉協議会による緊急小口貸付やフードバンクの利用等） 		

連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	本人の話される内容や起きている事実等から、必要な支援について関係機関で連携し、つないでいくことが出来た。受診の結果、『MCI』『アルコール依存症』との診断が出た。意識消失は、「おそらくアルコールが原因」との見解で、脳梗塞等が否定され、安心感につながった。
	②チーム活動にとってメリットになった点	自立支援医療や介護保険サービス等の既存の支援だけでなく、地域の交番・金融機関・商店等ともつながることが出来、支援の輪を広げることが出来た。本人がお金がなく、食べるものにも事欠いていた時に、「次の年金で払ってくれたらいいよ」と、毎日のようにツケで購入させてくれるパン屋があり、わずかではあるが、本人が地域との関係性を構築できていたこともわかった。地域の協力（インフォーマルサービス）が得られたことで、本人の在宅生活の継続を支えることにつながった。チームとしても、今後の支援に活かせる関係性を、今回のケースを通して得ることが出来た。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	本人は、仕事を転々とし、お酒のトラブルも多く、喧嘩っ早い為、周囲から誤解されやすく、人間関係を構築することも難しく、孤独に生きてきた背景があるのではないかと、言動から予想された。チーム員の訪問時には、「普段、人と話していないから」と受け入れもよく、訪問を重ねていく中で、チーム員は本人にとって、“話を聴いてくれる人”になり得たと思われる。しかし、チーム員のことを「自分に舞い降りてきてくれた天女だ。これからもよろしく頼みます」と感謝していたかと思えば、自由に使えるお金が減り（家賃等を適正に支払ったからであるが）、「あいつらが来るようになってから、酒が飲めなくなった」と、記憶力や理解力の低下に伴う困難さもあった。ケアマネジャーや訪問看護師、ヘルパーにつながり際には、必ずチーム員が同行し、「新しい仲間」と紹介した。本人が不安なく次の支援に移行していけるよう、心がけた。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	・訪問看護(自立支援医療で週3)・ヘルパー(介護保険で週1)・金銭管理サービス(週1で本人口座に入金してくれ、ヘルパー同行で出金し買い物に行く)
	②本人・家族の生活の状況	・上記のサービスは、すべて継続利用できている・新たに、自立支援医療で精神科医の往診が開始された(月1)。本人が「アタマがすっきりする薬がほしい」と希望され、アリセプトの服薬が開始された。訪問看護師・ヘルパーで服薬支援を行っている
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	チーム員が、訪問を重ねる中で把握した本人の人となり等を伝え、本人に対してスムーズに支援に入ってもらえるよう心がけた。気をつけてもらいたい言動や、本人と接する中で大事にしていること等を伝えていった。関係機関で情報を共有し、本人に不安感や不信感等を与えないよう気をつけた。新しく支援に加わってもらう際には、事前に電話等でやりとりし、本人への関り方について統一性を持てるようにした。
	連携に関する課題や意見	担当者やチーム自体が、どれだけ他の関係機関や認知症施策等を知っているか。適切な連携先等を知らなければ、本人に必要な支援につなぐことも出来ないため、常にチームとしての研鑽や情報収集等が大事であることを改めて感じた。認知症診断助成制度があったため、受診につなげやすい状況であった。また事故救済制度の説明をすることで、認知症診断を受けることをメリットと捉えてもらえる場合もあった。

B：地域の力がうまく活かした事例

10 個別の支援事例から地域全体の高齢者等見守り支援の連携・強化と家族支援のあり方を考える機会となった事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	2人	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	II b
	介入時診断	不明	病型	病型不詳
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	自宅から犬の散歩をして片道 10Km 以上離れた場所で帰宅困難となった。以前も数 Km 離れた場所で警察に保護された経緯あり。本人は何も困っていないというが、独居で身近な支援者が不在のため、生活状況が心配され介入に至る。		
	支援のゴール等	かかりつけ医への通院を再開して、専門医を受診して診断・治療につながり、介護保険サービス利用や地域の見守り支援を受けて、自宅での生活を続けられる。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	民生委員	支援期間	316 日間
	訪問回数	8 回	チーム員会議回数	5 回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	・対象者を発見した民生委員は担当地区外の民生委員であり、普段は見かけない高齢者であったことと自宅住所を告げられない状況から異変に気づき、社会福祉協議会へ連絡があった。社会福祉協議会で帰宅困難場所から自宅へ本人を送迎し、同日、地域包括に情報提供があった。支援履歴から過去にも警察署から連絡があり、地域包括で見守り支援をしたが中断となっていた。今回は専門医受診が必要と考え、把握同日に初回訪問した。対象者は、訪問の受入良好だが、困りごとの訴えがなく、かかりつけ医の定期通院も中断している状況であった。チーム員会議で認知症サポート医から助言あり、家族背景や生活状況を把握しながらチーム員が月 1 回程度の訪問を継続して、医療と介護につながるよう支援していく方針となった。		
	②支援期間中	月 1 回のチーム員による自宅訪問を継続し、家族の連絡先を把握できた。訪問時に風除室ドアが破損しており、社会福祉協議会を通して家屋修繕ボランティアと連携できた。本人・家族へ受診勧奨を継続するも、本人・家族ともに受診を希望せず、あくまで本人の好きにさせてほしいとの意向で、かかりつけ医・専門医につながらなかった。本人に生活状況をたずねても正確な情報が得られず、サポート医に相談して、①帰宅困難が繰り返されていないため今は受診を希望しないことも選択肢の 1 つ、②チーム員の受入良好であり自宅訪問時に HDS-R を実施できれば今後の見通しを立てる参考になる、と助言をうけた。HDS-R を実施し在宅生活が可能状況と判断し、徘徊高齢者等事前登録事業や一人暮らし台帳登録、担当地区民生委員の見守り等につなげ、見守り支援体制を整えた。		
	③支援結果・転帰	新型コロナワクチン予防接種のため送迎・同行で、他県より長女が帰省した際、初めてチーム員で面談できたが、再度の受診勧奨に対しても希望されず、医療・介護サービスにはつながらなかった。見守り支援体制を整え、支援終了となった。・チーム員活動により、疎遠で一方向であった長女とも連絡がとりやすい関係とな		

		り、帰宅困難となった際や今後の見守り訪問等を通して必要時は長女へ処遇相談していくこととした。地域包括に引継ぎを行い、平時の見守り訪問や必要時は家族からの相談支援や介護保険代行申請等をサポートすることとした。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	民生委員や社会福祉協議会、地域包括等の関係機関による見守り支援が行われるようになった。もし、本人から困りごとの訴えがあれば、家族へ伝えたり、支援したりすることが可能となった。帰宅困難となった際、警察署や消防署とも情報共有できているため、早期の支援対応が可能となった。・他県に住む長女に心配事がある際、必要時は家族から地域包括に連絡・相談することが可能となった。
	②チーム活動にとってメリットになった点	認知症関連ケースの対象者と把握・初動、事後引継について、地域包括支援センター業務とチーム員活動の整理をすることができた。事例の支援を通して、高齢者の見守り支援等を行う機関（民生委員協議会、社会福祉協議会）との連携が深まり、地域のボランティア事業の知識を広げることができた。認知症サポート医の提案で、専門病院の臨床心理士を講師に、チーム員と地域包括職員を対象にHDS-RとMMSEの講習会を開催でき、相談支援スキルアップにつながった。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	・当初はチーム員から長女への一方向の連絡であり、一時、固定電話が通話不可となった(止められた)が、支援継続する中で長女の携帯電話番号や居住先を把握できた。新型コロナワクチン予防接種等の問合せや犬の狂犬病予防接種など長女から地域包括へ電話連絡をくれるようになり双方のやりとりに発展しつつある。本人も長女も「今はまだ一人で大丈夫」と考えているが、長女から「もし、母のために必要なことがあったら知らせてほしい」との言葉が聞かれるようになってきた。 ・本人は訪問の受入良好であるが、来訪者の顔・氏名は記憶できないため、信頼関係を築くことは難しい。しかし、様子を見に来てくれることには毎回「ありがたい」と感謝の言葉を話している。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	地域包括支援センターでは、2~3ヶ月毎に自宅訪問して見守り支援している。体調を確認しながら受診勧奨も継続しているが、まだ受診には至っていない。
	②本人・家族の生活の状況	初回把握時と同様の独居生活を継続しているが、帰宅困難になり関係者から連絡が入ることはない。長女が仕事の休みを利用して他県より度々帰省して様子を見ている。対象者の弟や妹から地域包括に相談の連絡が来るようになった。今後、医療や介護サービスにつながるよう地域包括支で支援継続していくが、処遇困難時はチーム員も一緒に支援していきたい。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	関係機関の窓口(担当者)が年1回でも顔を合わせて、お互いの活動・課題を共有する場を設けることで、必要時の連携が取りやすくなる。個々の支援事例から必要なネットワークを構築していくことで、地域全体の認知症への対応力を向上していけるので、まずは地道に個々の事例の支援に取り組むことが重要である。チーム員会議でサポート医に相談できる体制があることで、より専門的な助言が得られ、支援方針を決定していく上で参考になり安心できる。相談しやすい関係が構築できれば平時の電話相談もスムーズにつながれるようになる。
	連携に関する課題や意見	当町は、認知症に対するネガティブなイメージが根強くあり、「認知症であることを知られたくない」「認知症になったら施設で暮らさなければならない」と考えている一般住民もおり、まだまだ認知症に対する正しい理解の促進が重要と考える。チーム外の関係機関やさまざまな認知症施策を通して引き続き啓発活動に力を入れていきたい。

25 専門職・公的機関・地域のインフォーマルな資源が連携し、地域の見守り体制を構築した事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	認知症疾患医療センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	14人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	IIa
	介入時診断	診断なし	病型	—
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	携帯電話、ストーブが使用できない。お金を口座からおろせない時がある。買い物で同じものを購入する。道に迷って警察に保護されたエピソードあり。忘れたことに対して「聞いていない」と興奮を示すことがある。これら様相見られるも受診拒否。		
	支援のゴール等	専門医療機関（もの忘れ外来）へつなげる。介護サービスの導入。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	地域包括支援センター	支援期間	246日間
	訪問回数	4回	チーム員会議回数	9回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	本人が毎日通うコンビニエンスストアと長年通っている理髪店から、本人の認知機能低下を疑う情報が地域包括支援センターへ寄せられていた。また義兄からも「受診をさせたいが本人が拒否をする」との相談があり、支援依頼へと至っている。家族からの受診勧奨に対し拒否が強いことから、家族希望により一度支援保留となるも、ストーブが使用できないことから、冬期間であることも考慮し支援介入となる。初回訪問時には DASC21 により中等度の認知症が疑われるも病識なし。軽度ではあるが、身体的な不調について口にする事あり、病院自体への受診には拒否が見られなかった（精神科へは拒否）ことから、内科受診⇒もの忘れ外来へとつなげていく方向でチームと包括で調整が行われた。		
	②支援期間中	本人が通うコンビニでは、認知症者への対応について認知症サポーター養成講座を受ける等、積極的な取り組みが行われており、本人についても店員間で情報共有が行われていた。また理髪店では長年通っていた経緯から、自宅まで送迎するなど営業外での対応も行っており、地域で本人の見守り体制が地域包括を中心として構築された。また水道料金と電気料金の滞納には、当係と水道局で連携を図るとともに、支払い方法等について地域ケア会議を開催、各関係機関で情報を共有することとした。これらの情報は、地域包括で集約されており、初期集中支援チームが中心で介入するのではなく、地域包括の医療へのつながりを重点とする協力機関の1つとして支援にあたった。そのため状況を見ながら一緒に訪問、または包括とチームが交代で訪問に行くなどの工夫がなされた。		
	③支援結果・転帰	本人は義兄からの受診勧奨は拒否を示すも包括やチームからの勧めには応じる姿勢を見せ始めたことから、内科受診を調整せずにももの忘れ外来受診で調整。初回は拒否が強く来院出来ず。2度目は病院駐車場で拒否を示すもサポート医が駐車場まで出て本人へ声掛け。本人が応じたため受診へとつながる。結果は前頭側頭型認知症の診断。 その後、介護サービスも含めた支援体制構築を進めるとともに滞納金の支払い調		

		<p>整を行うため、初期集中支援チームはバックアップを中心に介入を行った。その後、身体合併症による入院を契機にも忘れ外来受診、入院が長期化することが確定した時点で支援が終了となった。</p>
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	<p>高齢の姉夫婦は経済的な支援や本人宅への継続した訪問は難しい状況であった。結果として入院となったが、医療・福祉・地域の連携した見守り体制の構築は、家族の負担軽減につながったと考える。チーム員や包括職員が何度か外を歩く本人を目撃したことがあったが、本人なりの生活スタイルがあったとの情報あり、本人の望む生活に寄り添った関わりを地域が協力して取り組めていたと思われる。</p>
	②チーム活動にとってメリットになった点	<p>専門職・行政のみならず地域のインフォーマルな社会資源を活かした支援体制の構築を図る方法が、その後のケースにも活かされている。認知症サポーター養成講座等による認知症者への対応方法の周知についても効果を得られていると考える。また本事例のようにチーム員が中心となって支援介入を行うだけでなく、相談者が地域包括支援センターやケアマネジャーである場合、チーム員がバックアップとして活動することで、相談者の対応力向上へつながることがある。</p>
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<p>高齢である姉夫婦は経済的な支援や本人宅への継続した訪問は難しい状況であった。結果として入院となったが、医療・福祉・地域の連携した見守り体制の構築については、家族の負担軽減につながったと考える。支援終了時には薬剤調整中であったこともあり、本人からは直接聞くことは出来なかったが、本人の望む生活に寄り添った関わりを地域と協力して取り組めていたのではないかとと思われる。</p>
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<p>入院後、本人の状況から成年後見申請。財産整理の後、施設入所への方向で進められていたが、他科疾患の発症により現在は他院へ転院になった。</p>
	②本人・家族の生活の状況	<p>本人は入院直後、薬剤調整により過鎮静したこともあったが、調整後は安定した入院生活を送られていた。入院中に排泄に関わる出来事から、自身の認知症について自覚をされたとの情報あり。姉夫婦が成年後見制度を申請。後見人が滞納金等財産整理を行い、施設入所の方向で調整を勧めていた。姉夫婦も入院後も諸手続き等、可能な限りの協力をされている。</p>
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<p>チーム員として活動している PSW が、認知症疾患医療センターおよび認知症地域支援推進員を兼務していた関係で、外勤の折に各包括（または事業所）へ定期的に顔を出すことを続けていた。またセンターの受診相談対応や推進員としての普及啓発活動を同時に行うことで、初期集中支援に拘らず『当市の認知症に関する相談窓口』としての機能を有するようになった。現在では若年性認知症支援コーディネーターも兼務しているため、更に幅広い対応を期待している。当市の初期集中支援は、まずは話を聞いて原則依頼を断らないこととしている。「支援が上手く行くか保障は出来ないが、一緒に考え、悩むことは出来る」ことをチーム員から伝え、初期集中支援に関わらず円滑な関係構築を図ることとしている。</p>
	連携に関する課題や意見	<p>市には NPO 法人の介護・医療連携の会があり、チーム発足前から医療と介護の「顔の見える関係」の構築を図っている土壌があり、疾患医療センターや初期集中支援チームもその連携の1つとして活動している。そのため市内の他科医療機関や介護事業所等とは円滑な連携を図れている。疾患医療センターが緊急対応を行っていないため即時対応が必要な際、調整が困難な場合がある。</p>

82 地域住民、地域の交番等と連携を図りながら、住み慣れた地域で安心して生活が続けられる体制づくりをした事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	社会福祉法人	設置期間	3年以上
	支援対象者数	11人	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	不明
	介入時診断	診断なし	病型	病型不詳
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	知人や近隣住民より、本人の妄想的な言動とそれに関わる迷惑行為について地域包括支援センターへ相談が入り、認知症初期集中支援チームが介入することとなった。		
	支援のゴール等	医療や介護に繋がる中で、見守りを受けながら地域で生活できること。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	近隣住民	支援期間	373日間
	訪問回数	26回	チーム員会議回数	10回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	<p>X年8月、近隣住民から地域包括支援センターに相談あり。以前は挨拶したり多様な話をして良好な関係であったが、X-1年11月頃から「カメラで撮影されている」等の妄想的言動が目立つようになり、敷地内に「入った、入らない」の議論で警察の介入もあった。警察から勧められ、地域包括支援センターへの相談に至り、認知症初期集中支援チームへ依頼となる。チームへの依頼後も知人や警察からの情報提供が地域包括支援センターに寄せられている。</p> <p>初回訪問はX年11月、看護師、介護福祉士の構成で訪問。対象者の情報把握により、生活面で課題はないものの医療機関の受診が不定期であることから健康が損なわれている可能性を危惧し、かかりつけ医への受診勧奨を経て、認知症専門医へ繋ぐことを目標とする。</p>		
	②支援期間中	<p>月1回程度の訪問により関係性の構築と受診状況の把握、受診勧奨を行っていくが、経済状況を理由に受診には至らず。X+1年6月にかかりつけ医へ受診同行。かかりつけ医へ今までの支援経過を情報提供し、専門医に繋がる。専門医へ繋ぐ間、経済的理由で受診を拒んでいたが、姪の経済的支援を受けられるようになったため、訪問診療に切り替える。専門医よりMRI検査の指示あり、検査同行実施。チーム員会議を経て、専門医がかかりつけ医となることに了承を得て、定期的な訪問診療に繋ぐ。その間、対象者の迷惑行為について、何度か近隣住民より警察へ通報あり。警察による運転免許の取り消しを進める動きがあり、情報共有する。その後、免許返還までのサポートを仲介役として行う。併せて、要介護認定の代行申請、認定調査員へ情報提供し、認定が付いた後は居宅介護支援事業所、薬局、訪問看護へ繋ぎ、医療と介護の両面のサポート体制を構築。姪には都度状況を報告し、キーパーソンとしての役割を依頼。他、地域の交番との連携、近隣住民との情報共有を実施。</p>		

	③支援結果・ 転帰	<p>居宅介護支援事業所へ引継ぎ、介護支援専門員と専門医、訪問看護、薬局による医療・介護面でのサポートや困りごとがあった場合の相談体制を構築している。</p> <p>近隣住民とは支援を通して、認知症や妄想等の精神症状に対して一定の理解を得る他、地域の交番との連携によって共存していく道筋を作っている。</p> <p>経済面に関しては姪の協力を得ているが、経済面での自立を図るため、今後は成年後見人の介入も必要と考える。</p>
連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	<p>本人～定期的に医療を受けられ、健康維持がなされること。近隣住民から奇異の目で見られることなく、一定の理解を得た中で住み慣れた地域で生活できる可能性があること。</p> <p>家族～医療、介護のサポートがある中で安心できる。</p>
	②チーム活動に とってメリットに なった点	<p>地域の交番が介入する場面では、近隣住民からの通報によって出動した際、対象者に対して頭ごなしに注意するのではなく、認知症という病気を理解したうえで関わってくれたことが良かった点である。状況によってはパトロールを強化したり、対象者に声掛けしたりと様々な協力があり、近隣住民の安心に繋がることで対象者がその地域で暮らし続ける可能性に繋がった。また、幻覚や幻聴、妄想等があるという理由で運転免許を取り消す行政処分に関与される可能性があることを知るきっかけとなった。</p>
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変 化、 本人・家族の 反応や評価等	<p>本人～最初は戸惑った表情もあったが、様々な人が関わる様になり、安心した表情が見られるようになった。</p> <p>家族～家族が関わりたくても関われな状況になり、代わってチーム員が度々訪問して様子を伝えることにとても満足してくれている。受診同行や訪問診療の依頼、要介護認定の申請、サービスの調整等で環境が整備され安心してきている。</p>
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	訪問診療、訪問看護師の利用は継続中。まだ、始まって間もなく変化については特になし。
	②本人・家族の 生活の状況	<p>金銭管理が大きな課題として挙げられている。特に水道光熱費の支払いの有無が生命に直接関わるため、対象者に対してどのようにアプローチをし、理解を得て、支払いを了承してもらうかが課題。電話料金や灯油の料金未払いもあり、灯油配達への依頼ができない、どのように支払っていくか等、成年後見人の活用も含め検討課題となっている。</p>
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	<p>地域の社会資源をスムーズに活用するためには、社会資源の情報をもち、的確に助言や指導が行える地域包括支援センターとの密接な連携が最も重要である。目標到達のため、医療機関との具体的な調整方法や社会資源等の情報とその導入方法について助言や指導を求める他、地域からの様々な情報が集中する場所でもあり、支援に必要な情報を得やすいと思われる。</p>
	連携に関する 課題や意見	特になし。

167 もともとボランティア活動をやっていた方に対する社会資源導入の事例

A 基本情報

自治体	高齢者人口	大	チーム設置数	15 チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	2～3年未満
	支援対象者数	4人	チームの主な役割	日常生活の支援(調整)を重点的に

B 1 事例の概要

対象者 情報	年齢階級	75-79 歳	認知症自立度	II b
	介入時診断	診断済	病型	その他
	受診	受診あり	サービス利用	
介入時 の状況	介入時の課題	退職したことを忘れ、元の職場に頻回に連絡したり、職員と名乗って自宅訪問してしまっている可能性があるため元職場より相談が入る。その後警察保護等もあるが、本人は忘れてしまっている。		
	支援のゴール等	もともと民生委員をしていたり、地域のボランティアをしたりと活動的な人であった。その強みを生かしてサービスや社会資源に繋げたい。		

B 2 支援の経過

支援の 概要	把握経路	その他	支援期間	83 日間
	訪問回数	4 回	チーム員会議回数	3 回
具体的 な支援 の経過	①初動期・方針	元職場より、退職したことを忘れて頻回に連絡が来たり、職員と言ってお客様のところに訪問している可能性がある高齢者がいると地域包括に相談が入った。自宅連絡にて夫より神経内科受診にて MCI と診断されており、物忘れはあるが家事等の困りごとはないとのこと。その後、来所相談の予定日に警察保護され、自宅訪問することとなった。		
	②支援期間中	夫や子と相談しながら、サービス導入を進めた。本人は介護申請を拒否したが、信頼している医師（チーム員の医師）から介護申請を進めてもらうこととした。その後介護申請を行うことができたが、デイサービス等にも拒否が見られた。夫・子からの情報で、もともと民生委員をしていたり地域のボランティアに参加したりされていたことや、本人からボランティアなら参加したいとの話が聞けたことから、デイサービスで役割をもってもらうことでのサービス導入を検討した。		
	③支援結果・ 転帰	地域包括支援センターの職員や地域の人やボランティアと地域の見守り活動を行う「オレンジパトワーク」にボランティアとして参加しないかとお誘いした。受診が重なり参加が出来なかったが、本人もボランティアとしてなら参加したいとの意向があった。また、これを契機としてデイサービスの参加も「ボランティアとして来てほしい」とお伝えし、デイサービス事業所にも調理など本人の出来る範囲での役割を作っていたことで、デイサービスに繋げることが出来た。		
連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	自尊心からサービスを拒否する事例は多いが、本人のストレングスを利用して社会参加やサービスにつながったことが良かった点と認識している。		
	②チーム活動に とってメリットに なった点	オレンジパトワークは市内全 15 地域包括支援センターで行っており、本人のニーズとマッチするのであれば認知症の本人も参加が出来る社会参加資源になると感じた。サービスの導入だけでなく、早期からインフォーマルな資源も検討できたことが好事例と感じる。		

B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	子は、「ボランティアとして参加できるように考えてもらったことがありがたい」と話した。本人はデイサービスで職員の声掛け等があれば調理等が出来ており、笑顔でデイサービスに参加されている。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	サービスを継続できている
	②本人・家族の 生活の状況	デイサービスの継続はできているが、元の仕事とも混同があるよう。出来ることを家でも続け、自宅で生活できるようにと家族は考えている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	医療・介護の専門職や、認知症介護者等 10 名の委員で構成される認知症研究会を設置している。研究会では、市の認知症施策のあり方やネットワークづくりについて話合われている。 また当県には認知症コーディネーターという県で養成しているコーディネーターがおり、市でも認知症コーディネーターを初期集中支援チームの一員とするなど、多職種協働・連携を進めている。
	連携に関する 課題や意見	認知症施策は幅広く実施しているが、周知が足りない・方法が効果的でなく、ケアマネジャー等の専門職であっても知られていないことが多い。施策を必要な人に知っていただくための戦略的な普及啓発が必要と考える。

184 母親の被害妄想による行動への対応に悩む娘からの相談。民生委員、近隣住民とも連携し、通所介護導入後サービス利用定着までチームが伴走。拒否なく利用が定着し、娘の本人への感情も安定していった事例

A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	行政	設置期間	3年以上
	支援対象者数	66人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	75-79歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断済	病型	アルツハイマー型
	受診	受診あり	サービス利用	利用あり
介入時の状況	介入時の課題	本人の被害妄想や認知症状に悩んだ娘からの相談。		
	支援のゴール等	医療機関を受診し、介護保険サービスを導入することにより、本人・娘の心身の安定や安定的な在宅生活の維持を図る。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	家族	支援期間	164日間
	訪問回数	38回	チーム員会議回数	7回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	市内に住む長女から地域包括支援センターに相談あり。「独居の母がもの忘れや被害妄想を訴え、日中でもカーテンを閉め切って暗い部屋で過ごし、電話は座布団でくるんで音が聞こえないようにしている、風呂の沸かし方を忘れて入浴出来ないなど日常生活に支障を来している。認知症専門医を一度受診させたが、拒否が強くてその後中断している」との内容で、地域包括からチームに対応依頼があった。適切な医療・介護に繋ぐ必要があると判断し、チームが対応することとした。依頼から1週間後、地域の高齢者宅を訪問していると説明し、チーム員2名で本人宅に立ち寄り訪問を行った。		
	②支援期間中	初回訪問時は受け入れ良好であったが、病院受診の話題になると「何処も悪くないから受診は必要ない。あの先生の薬は強くて嫌だ。調子が悪ければ自分で病院を受診する。」と拒否的。まずは信頼関係を築くため、週1回の訪問を継続する中で、本人が自立して生活できている部分を認め、褒め、本人との距離を縮めていった。娘が本人を思っかかりつけ医を持って欲しいと考えていることや、かかりつけ医を持つことのメリットも少しずつ伝えていった。本人は、何か体調不良を感じると信頼する近医を受診していたことから、娘の了解を得て近医に対し本人の状況を伝え見守りを依頼した。また、本人の様子を心配した民生委員が娘に連絡をくださったため、地域での見守りをお願いするとともに、本人が頼りにする近隣住民の存在も把握することができた。デイサービス導入に際しては、慣れ親しんだチーム員にはサービス利用を了解したが、初めて会う支援者には「必要ない」と拒否する様子が見られたため、サービス利用前日の電話や当日の同席を複数回実施した。		
	③支援結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス導入後もチーム員が複数回同席し、新たな支援者との関係構築を支援したことにより安定的な利用につながった。現在は週2回に回数を増やし、身体の清潔を保ち、体調管理することが出来ている。 ・長女の本人に対する感情が安定し、長女の同行で認知症専門へ受診できた。近医にも情報提供し見守りを依頼している。 		

		<ul style="list-style-type: none"> ・本人の独居生活を、民生委員や近隣住民、地域包括支援センターで見守ることが出来ている。 ・本人・長女が困った時はケアマネジャーに相談できている。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は定期的な外出機会を得て生活リズムが整い、被害妄想による行動が減少した。 ・専門医につながり、地域の見守り体制が整ったことで、本人はもとより長女の感情が安定した。
	②チーム活動にとってメリットになった点	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員や近隣住民との連携の中で、本人の生活状況や背景等、細やかに情報収集することができ、アプローチの選択肢を広げることができた。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は、時にはチームの関りに対し警戒心や負担感を見せることもあり、訪問に応じないこともあったが、デイサービス利用が定着し、生活リズムが整い、張り合いを持って独居生活を継続出来ている。 ・長女は、チームが関りを開始した当初は、本人の行動に立腹したり、苛立ちを口にする事もあったが、徐々に病気に対する理解を深め、母親の行動に理解を示し、対応にも良い変化が見られた。介護保険サービス導入により、家事や育児、自己研鑽など自分の時間も確保できている。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスは週1回から2回に増やし、継続出来ている。 ・本人は、何かあれば近医を受診したいという思いが強く、認知症専門医への受診は中断している。
	②本人・家族の生活の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は介護保険サービス利用と地域の見守りの中で独居生活を継続。 ・長女は、認知症専門医への受診が再び中断したことに懸念はあるが、必要時ケアマネジャーに相談でき、将来的な不安や孤独感の解消が出来ている他、本人が定期的にデイサービスを利用することで安心して自分の時間を持つことにもなっている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・チラシ配布やホームページ・広報もりおかへの掲載等による認知症初期集中支援チーム活動の周知。 ・日頃からの地域包括支援センターや関係機関との良好な関係づくり。 ・認知症ネットワーク会議や認知症地域支援推進員の会議でチームの活動を報告。
	連携に関する課題や意見	<ul style="list-style-type: none"> ・引継ぎのタイミングや方法については関係機関ごとに微妙に異なり、調整に難しさを感じている。 ・他機関がチームに求める役割とチームが出来ることとのすり合わせや、対応方針・目標設定の相違などがあった場合の調整も毎回慎重に行っている。 ・BPSD が顕著な方や急性期の方など、精神科の受診が必要と思われる状態の方がなかなか医療に結び付かない。精神科病院の予約は数か月待ちで、精神科救急情報センターに相談してもなかなか受け付けてくれる病院に行きつかない実情がある。基幹型認知症疾患医療センターはセンター側からの情報発信があまりなく、連携した際の印象としても敷居が高いと感じている。医療に関しては広域の課題として都道府県が積極的に取り組んで欲しい。

C：モニタリングでの成功例

161 モニタリング期間があった事により、医療、権利擁護事業に結びついた事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	4人	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	不明
	介入時診断	診断なし	病型	病型不詳
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	近隣住民より、様子がおかしいと相談あり。訪問したが困っていないと介入できない状況が続いていた。公営住宅の減免申請書類等も記入できなくなり、IADLの低下がみられるが、本人には自覚なし。身体面でも長期間未受診であった。		
	支援のゴール等	認知機能低下の原因の精査および健康状態の把握を行い、実施できていない部分を見極め、必要時は権利擁護事業につなげる。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	近隣住民	支援期間	182日間
	訪問回数	6回	チーム員会議回数	6回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	近隣住民より、様子がおかしいと相談あり。その後警察から道に迷っている高齢者を保護していると市役所に通報あり。パトカーで自宅まで送り届けた直後に担当包括が訪問。衣類は黄ばみ、不快な体臭あり。認知症が疑われるが、自力で生活していた様子。独居で頼れる家族・親族がいない状況であることがわかった。同時期市役所にご本人が来所され、公営住宅公社からの収入申告書への収入証明する添付書類の不足あり。市役所から令和2年度の課税（非課税）証明書を取り寄せ、公営住宅事務所まで提出する必要があった。申請書への氏名・住所が書けずペンを持ったまま一向に書く様子がない。「手が震えて書けない」「家で書いてきます」「後日手続きしに来ます」と言い、職員の代筆を拒否し帰宅した。担当包括に連絡し、市職員も同行訪問を調整した。事前に電話すると忙しい等と断られる為、訪問の30分程前に電話してから訪問するようにした。		
	②支援期間中	訪問や電話を繰り返すが「来てもらってもお役に立てない」「かかりつけの先生のところに行っている（実際は5年以上未受診）から大丈夫」コロナワクチンの話しても理解が難しく介入の糸口がないまま経過していた。訪問しても玄関のみで入室する事は全くできず、室内の様子が把握できずにいた。他県に甥が居る事がわかり、連絡も取れたが、コロナ感染症蔓延のため、訪問しての協力は得られずに居た。		
	③支援結果・転帰	訪問やチーム員会議を重ねても膠着状態が続き、進展がないまま6か月を迎えてしまった。しかしモニタリングに入ってから5か月目になり、事態が急展開した。ご本人から近隣の駐在所に「自宅に泥棒が入った」という訴えがあり、警察官とともに包括職員初の入室が実現する。		

		入室時に市の健診案内を包括職員が発見し、「今日なら一緒に行ける」と提案し、そのまま認知症疾患医療センターに受診同行し、受診する事ができた。同日介護保険申請も本人同意で実施し、要介護1の認定となった。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	包括職員が自宅に訪問できるようになり、確認すると未払いの案件が次々に確認され、権利擁護事業の導入を早期に実施することとなった。幸いに消費者被害等に合う前に介入する事ができた。
	②チーム活動にとってメリットになった点	あきらめず関わり続ける事で解決の糸口が見つかる事が実感できる事例となった。また初期集中支援チームならではの「モニタリング」期間があり、この期間にも継続して認知症疾患医療センターの医師や看護師等に助言を受けられた事で担当包括の意欲を維持する事にもつながった。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	訪問当初は職員の顔は何となく覚えていても、自宅に入室させる事はなかった。現在では訪問すると普通に入室させてくださるようになり、信頼関係が構築できている。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	引継ぎ後は担当包括で総合相談として支援を継続し、権利擁護事業につなぐ準備を進めている。
	②本人・家族の生活の状況	市役所に週に何度か来て、様々な訴えをされていたが、担当包括の関わりが進んでからはそうした事もなくなり落ち着いて生活されている。滞納されていた電気代等の引き落とし手続き等の支援も進んだ。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	公営住宅等の場合、自治会長や民生委員との良好な関係がある事で、早期に相談が入る場合がある。認知症疾患医療センターとも初期集中支援チームのチーム員会議以外でも、普段から相談しやすい関係がある事で、気になる事例等を早期に相談する事ができる。
	連携に関する課題や意見	交番や市役所他部署にも事前に連絡しておき、ご本人が来所された際速やかに担当包括に連絡が行くようにしていた。

D：他県と連携した事例

125 認知症になっても理髪店を続けたい、という本人の思いを支援する事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	行政	設置期間	3年以上
	支援対象者数	2人	チームの主な役割	日常生活の支援(調整)を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	II b
	介入時診断	診断済	病型	アルツハイマー型
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	10代から理髪店を営んでおり、週末は市内、平日は他県で過ごす生活を長年続けていた。認知症以外に、糖尿病や高血圧症があるが、自由な生活を続けている。認知症が進行しているが、仕事を続けたい本人の思いと、今の生活状況や健康状態を心配する家族の思いがあった。		
	支援のゴール等	本人の健康状態の維持管理、本人の仕事を安全に継続するための支援、家族の精神的負担軽減		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	地域包括支援センター	支援期間	159日間
	訪問回数	4回	チーム員会議回数	7回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	長女から地域包括支援センターへ、地域包括からチームへ相談依頼があった。家族は本人の健康状態、認知症の症状から、市内の自宅での生活を希望、仕事を辞めることで認知症が進行するのではないかと不安を抱えていた。また他県では一人で生活しており、何かあっても対応できない心配もあった。本人はルーチンの作業はできるが、突発的な出来事に対応できない。チームは本人の「仕事を続けたい」という思いを尊重し、他県でも安全に生活ができるよう、他県での生活状況の把握及び、訪問看護の導入を検討。また、仕事を安全に継続するための支援も検討。家族に対しては安全に生活をするための準備として、ケアマネジャーへの相談や、医療受診の同行を依頼。長女自身の対応力が低いため、包括やチームが支援していくこととなった。		
	②支援期間中	他県での生活を可能な限り安全に過ごせる環境づくりとして、以下の支援を実施。他県の地域包括や、居宅介護支援事業所、サービス事業所、医院等と連携。現地の民生委員や、本人が乗車されるタクシー会社、近所の交番にも情報共有を実施し、見守り体制を構築。・行方不明対策として、SOS ネットワーク事前登録を実施。GPS の貸し出しは、充電ができず利用できず。内服管理や食事管理ができていない状況があったため、訪問看護や訪問介護の利用を検討し、支援へ。医療受診について、家族の同伴が難しく、お店の近くの医療機関への受診が可能か調整。支援の中で妻の認知機能低下や精神面での不調あり。医療受診に繋ぎ、MCI の診断となる。長女の不安や混乱について、チーム員や包括がサポート。傾聴し、現状や内容について整理。		
	③支援結果・転帰	本人の生活基盤となっている他県の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当し、訪問看護の利用が開始。本人は「自分でできる」と最初は拒否的であったが、徐々に受け入れた。内服管理ができず、高血圧等健康状態も悪化傾向であ		

		ることが判明したが、訪問看護利用後は服薬管理が確実となった。医療受診については生活基盤の他県への転院を勧めたが、本人希望により、市内医療機関の受診を継続。内服処方、他県の薬局へ。・本人が介護サービスの利用を受け入れたことで、家族の不安感が軽減。長女は物事を決定することができにくいタイプであり、思い込みも強いいため、長女の相談窓口は関係性のできている市内包括が担い、他県のケアマネジャーと連携して対応していく方針となった。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	本人：生活の拠点である他県の支援者と繋がり、支援を受けることで、市内・他県の両方で現状よりも安全に生活することが可能になった。 家族：キーパーソンである長女自身も自らの生活難で気持ちの余裕がなく、多くのことを処理することが難しかった。本人の支援者が増えることで、本人の生活は安定していくが、長女は誰に何を相談すべきか分からなくなり混乱することがあった。長女に関しては以前から担当している地域包括の職員を窓口として一本化し、そこから関係機関に連絡・調整し連携を図るという対応にすることで、本人支援を継続しつつ、長女の不安や負担の軽減に繋がった。また、チーム員が妻の状態について受診を勧め、MCIの診断を受け認知機能低下の早期発見に繋がった。
	②チーム活動にとってメリットになった点	本例は、市内にとどまらず他県へ跨っての支援となったため、より多くの関係機関と初めての連携をすることが多かった。本人の住んでいる場所の土地柄や、どのように過ごしているのかが家族や市内の支援者では把握ができなかったが、その地域の包括等と連携する中で本人の生活実態が見え、改めてその人のいる地域を知り、その人に関わる人と連携することの重要性を感じた。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	本人は今までと同じように市内と他県を行き来しながら、自分の役割である仕事を継続することができている。健康状態に関しても、訪問看護の介入により内服管理等ができている。 家族は、妻に関してはチーム員が介入。週の殆どを一人で過ごしており、幻視・幻聴・歩行状態不安定等の症状や、脱水で倒れることもあり、訪問介護のサービス利用を提案。妻に自覚症状はなく、訪問サービスについては拒否があったが、通所サービス利用へ繋がった。引き続き包括が妻及び長女への支援、対応を継続。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	訪問看護については、事業所の規定に沿った対応を長女がすることが困難であったため、サービス打ち切りとなった。その後服薬管理について、訪問介護での支援へ変更。医療機関については、本人希望で市内の医療機関への受診に戻り、通院している。内服処方は他県の薬局が行い、訪問介護が内服支援をしている。
	②本人・家族の生活の状況	本人の支援については、他県のケアマネジャーが中心に支援。市内と他県を行き来する生活を継続している。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	・チームへの依頼ケースが少ないため、地域包括や居宅介護支援事業所に対して事業の周知を図り、本人や家族の同意が取れないケースは、事例相談として個人情報分からない形でチーム員に支援の相談ができる体制を作っている。事例相談をする中で、チームについて支援者に知ってもらい、またチーム員は地域にどのような認知症の方が生活しているのかを知る機会となる。
	連携に関する課題や意見	認知症初期集中支援事業と、他の認知症事業との連携できていないことによって、認知症者や家族がより良い支援を受けられなかったり、取りこぼされることのないよう事業同士の連携を図る。チームへのケース依頼が少ない状況がある。より一層の事業の意味、活用法の周知をしていく必要がある。

E：対象者のニーズをしっかりとらえた事例

206 徐々に認知症が進行しているが、馴染みの場所での認知症カフェ参加をきっかけに活動性が向上した事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	大	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	その他	設置期間	3年以上
	支援対象者数	134人	チームの主な役割	日常生活の支援(調整)を重点的に
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	85-89歳	認知症自立度	IIb
	介入時診断	診断済	病型	その他
	受診	受診あり	サービス利用	利用あり
介入時の状況	介入時の課題	地域包括支援センターの窓口に住居家族(長女)が来所し、本人の様子について相談した。2年前から住居家族に対して暴言や易怒性が見られたり、同じ話の繰り返しや目的地にたどり着けないこと、約束を忘れてしまうことなどがあった。地域包括で行っている「もの忘れチェック相談会」に参加し、専門医受診を勧められたため、物忘れ外来を受診し認知症の初期段階であると診断を受けた。その後も多弁傾向や話の辻褄が合わないことが続き、住居家族が本人への対応に苦慮していたため、サービスの導入や家族への心理教育を目的に介入に至った。		
	支援のゴール等	本人の生きがいであるフォークダンスを続けられるよう支援する。住居家族(長女)の精神的サポート体制の構築および対応方法の獲得を目指す。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	家族	支援期間	256日間
	訪問回数	6回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	初回訪問に向け、地域包括支援センター担当者と、本人の性格や他者の受け入れが可能か否か、初回訪問の人数や訪問目的の説明など電話で打合せを行った。初回訪問時、本人の負担が少なくなるように家族の同席を依頼し、地域包括担当者とチーム員2名の合計3名で訪問した。訪問の日程調整は、地域包括担当者が行き、候補日を提示した中から家族が同席可能な日を選んでもらうようにした。訪問当日は長女不在、本人からの情報収集のみ実施した。訪問後、別の日に家族面談を実施、DASC21やDBD13などの生活状況把握に努めた。		
	②支援期間中	初回訪問時に、本人が長年通っていたフォークダンスサークルがコロナ禍のため休止中であること、外出頻度が減少したため体力の低下を実感していることが語られた。チーム員会議で、作業療法士や看護師、チーム員医師から本人の体力の維持や社会的交流の機会を維持することが必要であること、家族への攻撃性の有無を確認し、家族の対応力を高める必要性について検討した。社会的交流の機会として、サークル活動再開が見込めない状況であったため、地域包括で主催している認知症カフェへの参加を促し、家族とともに参加することができた。併存疾患である高血圧の治療について、内服薬が処方されていたが飲み忘れが多く、チーム員会議でも服薬管理ができていないことが課題として挙げた。かかりつけ医へ情報提供し、薬の飲み方について助言を仰ぎ、飲みやすい方法を選択して良いことを共有した。		
	③支援結果・転帰	フォークダンスサークルが活動再開したが、目的地までの移動に不安感を抱いていたこともあり、デイサービスの見学なども実施した。しかし、サークルとの関係性を途		

		切れさせたくないという意向もあり、支援期間中は介護保険サービスの導入には至っていない。支援期間中に配偶者が逝去されたこともあり、サービスの導入には時間をかけることも必要と判断したため、積極的なサービス利用を行わなかった。在宅生活は継続しており、介護保険の申請および認定のみ受けた。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	もともと社会的だったが、認知機能低下やコロナ禍のために社会参加の機会が著しく減少していた。それがきっかけでイライラしたり家族に強く当たり、家族の負担感を増している状況だった。顔なじみの地域包括職員が開催している認知症カフェに参加し、自由な発言や他者と交流する機会を得たことが本人にとって大きな分岐点であり、そこをきっかけに表情が変化し外出しようという意欲が再燃した。チームだけでなく、地域にある資源を横断的に把握しておくことは、本人や家族、関係が途切れた地域の人との繋がりが再開する契機になると感じた。
	②チーム活動にとってメリットになった点	今回、本人が参加した認知症カフェは、当該地域包括で開催し始めたばかりであり、本ケースとの関わりを通して開催の決断に至ったほど、本人が社会的交流の機会を渴望していた。コロナ禍で活動が制限される中、地域資源の一つとして認知症カフェが有効活用された。また、長女は支援期間後に別の区主催事業である「家族介護者のためのストレスケア講座」を受講しており、区内の初期集中以外の事業を活用することでストレスケアや家族としての対応力向上に至った。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	支援を開始した当初、外出に対して準備すら億劫に感じていたが、訪問時に本人と社会的交流の機会について話を重ね、本人も「これから第三の人生として、新しいコミュニティに飛び出していかなきゃ。第三の人生の船出を迎えられるようお願いしたい。」という前向きな発言へ変化した。デイサービスの見学だけでなく、元々参加していたフォークダンスサークルにも通うことができた。家族は本人の言動に対して、対応に困ることもあると話す、本人の状況を見守ることもできるようになった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	②本人・家族の生活の状況	在宅生活を継続しており、生きがいを持って生活できている。フォークダンスサークルは、道に迷ってたどり着けないことが複数回あったが、他の参加者から案内があれば行くことができています。配偶者が逝去され、長女と二人暮らしになったが、それぞれのペースで生活を継続できている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	チームが地域包括以外に設置されており、日頃から地域包括だけではなく関係各所と連携しておくことが必要と感じている。また、事例を通して新たな関係づくりや地域資源の発掘に至ることも大いにある。そのため、チームが地域の資源を知る・活用するだけでなく、地域資源としての認知症在宅生活サポートセンターの存在や、当センターが行っている事業を知ってもらえるような広報を工夫していくことも必要である。その一環として、当センターの機関誌にチームの特集記事を掲載した。
	連携に関する課題や意見	「認知症とともに生きる希望計画」の挙げられている“認知症観の転換を図ること”や“認知症に「そなえる」こと”などに向け、担当所管や当センター、地域包括支援センターだけが取り組むのではなく、官民一体で推進していくことが重要と考える。官民のそれぞれの立場もあるので、一筋縄では行かない部分もあるが、横断的に地域をまとめるのは行政の役割である。行政の担当所管と当センター、当センターと地域包括の動きが重なり合う部分が多いので、業務の統合や効率化を図ることも今後検討が必要である。また、他機関の業務を知ること、重なり合う輪について関係機関が連絡し合うことで、よりスムーズな連携ができると良いと思う。

F：介護者に課題を有する事例

146 息子の経済的依存により介護サービス導入が困難だった事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	認知症疾患医療センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	8人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	75-79歳	認知症自立度	IV
	介入時診断	診断済	病型	アルツハイマー型
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	息子は、母親が認知症で有ることは理解されているが、経済的な不安を理由に介護サービスを拒否。介護による疲労も見られる。		
	支援のゴール等	長男の経済的不安を解消し、対象者のサービス利用を促進する。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	近隣住民	支援期間	250日間
	訪問回数	2回	チーム員会議回数	—
具体的な支援の経過	①初動期・方針	地域包括支援センター、在宅介護支援センター職員が訪問し、金銭の負担のない市の紙おむつ給付や初期集中支援チームの申請をしてもらう。長男は発達障害、精神疾患当の可能性があり、医療機関に相談。		
	②支援期間中	認知症専門医に受診（内服コントロール）。ケアマネジャーと契約し、生活に負担にならない程度の金額内で長男に説明しつつデイサービス開始。長男は、精神科を受診。知的障害のため、年金申請のサポート、就労支援のため、発達障害者支援センター、社会福祉課につなげる。市内にいる長女と連絡を取り母親や、長男の契約の手続きに立ち会ってもらう。		
	③支援結果・転帰	本人はケアマネジャーを選定し介護保険サービス（デイサービス）を利用。長男は障害者年金を申請。（知的障害）		
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	介護者である長男の障害特性を把握し、結果として、本人、長男両者の支援を並行して行うことができた。		
	②チーム活動にとってメリットになった点	認知症だけでなく、障害、疾患などの特徴を理解することで、本人に関わる関係者の問題を把握し結果として認知症の本人の支援につながった。		
B3 本人や家族の状況				
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	本人：会話は成立しないが、デイサービスではスタッフの手伝いをするなど積極的にすごされる。 長男：母がデイに行く間は休むことができる。（以前は徘徊が頻回で歩行速度も速く家事もしており、休む暇が無かった）		

B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	医療は認知症疾患センター、介護保険サービスとしてデイサービスを継続利用。
	②本人・家族の生活の状況	本人は腰痛を発症したため、以前に比べ歩行速度が低下し、介護者が徘徊に気付いて、追いつける。（以前は走ることができた）一方失禁が増え、リハビリパンツの交換を拒否されるため、下半身裸のまま外出しようとされ介護負担は大きい。家事等は引き続き長男が行う。ケアマネが金銭的に負担となら無い範囲で、長男に説明しつつ母親の介護サービスを利用している。今後長男が障害者年金が受給できるようになったら、母親の入所をして行く方向で調整。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	—
	連携に関する課題や意見	8050 等、介護者の問題が、認知症の人の受診やサービス利用に影響を起こしている場面が多いと感じる。中高年の精神疾患や非就労者の支援機関との連携を密にする必要がある。

138 夫の急な死により、急に独居となった本人の生活が立ち行かなくなってしまった事例

A 基本情報

自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	2チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	20人	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に

B1 事例の概要

対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断なし	病型	その他
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	夫の急死により警察が介入したが、妻である本人が警察からの受け答えができない為、認知症ではないかと連絡が入った。		
	支援のゴール等	①医療・介護サービスの導入②食事・内服の确实投与③生活リズムを整える		

B2 支援の経過

支援の概要	把握経路	その他	支援期間	100日間
	訪問回数	6回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	警察より、夫の急死のため介入したが、妻の様子や受け答えが要領を得ないため、認知症ではないかと地域包括支援センターへ見守りの依頼が入った。地域包括支援センターより状況把握の為訪問し、短期記憶の低下を認めたため、認知症初期集中支援チームの訪問へとつながった。		
	②支援期間中	近隣や他市に在住する親類から、独居となった為、法事など手伝っているが、継続的に関わるわけにいかないと相談が入った。本人の生活実態の詳細がわからなかった為訪問していく中で、地元の電気屋さん、ヤクルト販売員、牛乳配達店などに関わりがあることがわかった。通帳管理は親族が支援していたが、社会福祉協議会への委託を希望している。介護保険の申請も、親族の支援で行った。受診も親族の支援ででき、認知症状の他に甲状腺機能亢進症、糖尿病などがあることがわかった。鑑別診断まではおこなわれなかった。		
	③支援結果・転帰	一度ケアマネジャーに引き継ぐが、本人がサービスについての理解が出来ず拒否を繰り返し、導入に時間を要する。親族も一緒に本人がサービスに慣れていく様子を確認しながら、ケアマネジャーと一緒にヘルパーや看護師の訪問開始を確認した。サービス適応を確認しケアマネジャーに引き継ぐ。		
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	本人からの情報収集が困難だったが、地元の店など本人を取り巻く環境を知ること、社会資源として生かすことができた。		
	②チーム活動にとってメリットになった点	ケースに要する時間があまりとれないこともあり、本人の背景まで詳しく調べることが少ない。困難ケースや独居の対象者については、関わりの期間が長くなっても社会性や本人を取り巻く環境について調べることが有益だと思われる。		

B3 本人や家族の状況

	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	生活環境の急な変化に伴い混乱していたが、必要なサービスの導入の為に必要な手続き等の確認が親族、取引のあったお店、関係機関等でできた。
--	----------------------	--

B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	介護保険の認定結果が出て、ケアマネジャーの引継ぎにも至ったが、利用の必要性を本人が理解することができず、何度か親族も含めて話し合い調整した。
	②本人・家族の生活の状況	何度か関わることで、離れて行こうとしていた親族も、落ち着くまで関わってもらえ、サービスの導入ができ、初めあったサービス拒否が無くなった。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	本人をとりまく環境を知ること、必ずしも介護保険サービスの導入だけで終結するわけではないと感じた。社会資源が切れないようにしておくことも必要だと思う。
	連携に関する課題や意見	本人をとりまく環境を知ること、必ずしも介護保険サービスの導入だけで終結するわけではないと感じた。社会資源が切れないようにしておくことも必要だと思う。

124 夫婦ともに短期記憶障害が著しく、他の職種や地域の協力を得ながら支援した事例

A 基本情報

自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	14人	チームの主な役割	日常生活の支援(調整)を重点的に

B 1 事例の概要

対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断なし	病型	病型不詳
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	・銀行、警察、近隣住民より包括支援センターに相談が相次ぐ状況。 ・運転を継続している。		
	支援のゴール等	・生活環境の整備を行っていく。		

B 2 支援の経過

支援の概要	把握経路	その他	支援期間	246日間
	訪問回数	31回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	金融機関や地域、不動産会社から地域包括支援センターに情報提供があり、認知症の高齢者夫婦の把握に至る。地域包括の職員が訪問し、夫婦で認知症のために金銭管理ができていないこと、医療受診ができていないこと、自動車運転を継続していること、日常生活に支障がでていることなどの課題を把握し、他機関との連携や集中的な関わりが必要だと判断。初期集中支援チームに対象者として依頼があった。初回訪問で、本人夫婦が日常生活や金銭管理に不安を感じており、チーム員の受入れは良好であったが、意向に一貫性がなかった。頻回に自宅訪問し夫婦との信頼関係を築きながら生活の実態を把握し生活環境を整備することとした。具体的には、介護保険制度、日常生活自立支援事業、成年後見制度の導入を図り、地域住民や金融機関、不動産会社、自動車修理工場と課題を共有し、認知症の理解を深めることとした。		
	②支援期間中	関係各所、近隣住民より地域包括に相談が相次ぐ状況。まずは情報収集を行いながら危険の回避を支援した。運転を継続していたため、駐車場所を忘れていたり、道に迷うことがあった。これに対し地域の自動車修理工場に協力を求め車を廃車にする準備をした。近隣住民からは公共料金を支払えないことで電気が止められていると相談があった。また、不動産屋からの情報提供で家賃未納の課題が上がった。これに対しては成年後見人制度を視野に、日常生活自立支援事業利用を調整し金銭管理を支援した。また、内服ができていないことから高血糖が持続し危険な状態であった。これに対して受診同行し支援を行った。危険回避後、安心した生活の支援のため介護保険サービスの導入を行った。経済的問題があったが後見候補人と相談をして支援した。生活支援・治療・経済管理には本人の介護拒否や精神的な葛藤があったが頻回の訪問や連携により関係構築し支援を行ったことで支援チームが構築された。		
	③支援結果・転帰	介護保険サービス事業所による支援、医療受診と治療の継続、成年後見人制度による財産管理、地域住民の理解による支援が整うことで本人の精神状態に安定がみられた。引継ぎ前には各担当者がオンラインによるケースカンファレンスを行い、本人夫婦の今後の居場所について方針決定を行った。一貫した意思決定は難しいものの「この施設に入所したい」との言葉があり、安定した精神状態で入所できるようにショートステイを行いながら入所の時期を検討する方針を決定した。		

連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・初期集中支援チームが本人とラポールを形成し、関係機関を調整したことで在宅で本人を支えるチームが構成できたこと。 ・地域の不動産屋、自動車修理工場、隣人等を訪問し認知症について理解求め協力を仰いだことで本人の安心した在宅生活支援につながったこと。 ・支援終了時には本人のこれまでの人生をチームが共有し、今後の支援方針を決定できたこと。
	②チーム活動にとってメリットになった点	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関に初期集中支援チームの役割の実際をご理解いただいたこと。 ・医療、介護、経済的な支援の関係機関と顔の見える関係づくりができたこと。 ・本人が介護保険のデイサービスで安心して楽しめる時間が作れたこと ・本人と今後の希望を話し合えるようになったこと。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<ul style="list-style-type: none"> ・高血糖、高血圧、夏季に電気が使えない等の生命の危険を回避できた。 ・食事や入浴、金銭管理の支援を調整することで表情が柔らかくなり、身なりも清潔になり、何より情緒的に安定した。 ・今後の希望について本人と支援チームとが話し合いを行えるようになり、一貫性はないがこれからのことについて本人自ら意思表示できるようになった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーへのモニタリングで何度かのショートステイを経て希望であった施設入所された。・後見人からのモニタリングで入所後の生活が安定したら家屋の引き払いを行うと情報収集した。ケアマネの支援で近隣のクリニックを受診継続していたが、入所後は施設の関連病院による支援に変更となる
	②本人・家族の生活の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活自立支援事業については後見人に引継ぎ支援終了となった。 ・介護保険サービスは在宅では継続し、ショートステイが計画実施された。その後施設に慣れたところで夫婦で入所となった。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<p>①チームの普及啓発が前提となる。②本市においては包括に1チーム設置され運用しているが、包括の役割である認知症総合支援、市の認知症施策と一体的な計画実施があると有効であると感じた。③個別相談支援のニーズを大切に、個の支援を地域の課題としていかに対応を検討することができるのか、また課題解決を支援チームとして対応する部門との関係づくりを重ねることが必要。④認知症についての医療と介護の双方の対応。⑤役割分担の明確化が必要。⑥各チームがガバナンスを明確にすることで支援が円滑にすすむのではないかと感じるが、それをどのように行っていったらよいか難しさも同時に感じる。</p>
	連携に関する課題や意見	<p>①認知症診断された方の運転問題は急務の課題。この問題は個別相談のみでは早急な対応が困難で国として検討し対策する必要性を感じる。②認知症診断時の支援体制の脆弱性を痛感する。これについては医療と介護の連携した関わりが必要で、医療介護従事者にとって当たり前のことである認知症は一般住民にとっては決して当たり前のことではないことを支援者自身が理解し相談をうけるシステムが必要である。悪性腫瘍のホスピスケアのように生活面、精神面、社会面に対し総合的に支援する専門診療科の創設など仕組みが必要ではないか。③対応困難事例は障害や精神疾患を抱えるご家族が多くいらっしゃると感じている。今後、障害・認知症分野での課題の明確化や対応の検討も必要であると感じている。</p>

G：行動・心理症状に積極的にとりくみ解決を図った事例

27 常同行動が見られ、サービス介入への糸口が見つからない 55 歳男性の事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1 チーム
チーム	チーム設置場所	医療機関	設置期間	3 年以上
	支援対象者数	21 人	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者 情報	年齢階級	40-64 歳	認知症自立度	IV
	介入時診断	診断済	病型	前頭側頭型
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時 の状況	介入時の課題	言語による疎通はほぼ不可能な状態で、常同行動として自動車販売店に毎日出入りし、他の客の車を触ってしまうこともあった。介護抵抗も著しく入浴もさせられない。これまで 3 人の訪問看護師が関わったが、本人が逃げてしまい有効な介入には至っていない。		
	支援のゴール等	介護サービスを利用し、適応的（迷惑にならず安全）な常同行動にシフトさせる。また、入所・入院を検討してもおかしくないレベルの時期に見えるが、妻は気丈に本人を見守っており、できる限り在宅でケアしていきたいと希望している。チームの介入で妻の受容ステップになることも期待している。		
B 2 支援の経過				
支援の 概要	把握経路	ケアマネジャー	支援期間	102 日間
	訪問回数	21 回	チーム員会議回数	5 回
具体的 な支援 の経過	①初動期・方針	チームが介入するにあたり、かかりつけ医に活動への協力及び、情報提供をお願いした。妻に対して、気分転換に家族会などで他者との交流の機会を増やせるとよい。		
	②支援期間中	本人のルーティンに入っていけるようにするために、毎日決まった時間に訪問した。しかし、チーム員だけでは限界がある為、スケジュールを調整し、ケアマネ、訪問看護職員、包括、保健所職員等の関係者の協力を得て、4 週に渡り週 3 回訪問を続けた。その結果、はじめは他者へのストレスから歯ざしりをしていたが、徐々に他者がいることに慣れてきて歯ざしりの頻度が減ってきた。元々好きだった音楽・楽器を提供し、鼻歌を歌う場面を認めた。その後、訪問リハビリを導入し認知機能訓練をして認知機能維持を図った。また、妻の話に傾聴し、日常生活上で困ったことがあるときはアドバイスを出来る環境にした。本人の常同行動のルートである自動車展示店や喫茶店には、妻・チーム員・保健所職員から事情を説明し、何かあった時の連絡先を伝えるなどして、見守り体制を整えた。		
	③支援結果・ 転帰	訪問リハビリを週 2 回導入し、好きな音楽を通して、場の共有も出来、本人に刺激が入る様子があった。また、支援者の介入で身だしなみにも気を遣うようになった。 サービス導入し今後の見通しが立ったため、ケアマネ・包括・訪問リハビリに引継ぎチームの支援を終了した。		

連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	支援者が増えることによって妻のメンタルフォローが出来た。
	②チーム活動に とってメリットに なった点	様々な関係機関と密に情報共有をしたことで、本人・家族だけでなく支援者同士の意志の統一化が出来た。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	介入時、妻は本人の保清を希望していた。直接的なアプローチではないが、チームの介入で髪や爪等の身だしなみを気にするようになったため妻は喜んでいた。チームの訪問で楽しい場の共有が出来、妻の気分転換にもなった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	訪問リハビリ週 2 回（継続） 訪問看護（中止しており、他の事業所検討）
	②本人・家族の 生活の状況	常同行動の変化
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	・地域ケア会議への参加をし、顔の見える関係づくり
	連携に関する 課題や意見	・関係者間で意見のすれ違いが起こった時に最終的な方向性の決定が難しいときがある。

92 レビー小体型認知症の男性、妻もアルツハイマー型認知症(軽度)、日内変動、幻視が顕著で在宅での入浴援助についての支援の事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	医療機関	設置期間	3年以上
	支援対象者数	13人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	80-84歳	認知症自立度	IIIa
	介入時診断	診断済	病型	レビー小体型
	受診	受診あり	サービス利用	利用あり
介入時の状況	介入時の課題	ケアマネジャーより本人の意向を尊重し自宅での入浴を継続していきたいが、認知症の症状と認認介護であることからどのような工夫をすれば継続ができるのか相談したいとの意向。また、関係者で DLB の対応を統一したいためその助言と支援を希望。		
	支援のゴール等	在宅での入浴か、サービスを利用しての入浴が適切かの決定。 関係機関との情報共有。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	ケアマネジャー	支援期間	99日間
	訪問回数	5回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	居宅より情報を聞き取り、自宅訪問にあたっての留意点、訪問時実施する検査事項などを共有する。		
	②支援期間中	初回訪問を行った際に、家屋、認知機能の評価、生活状況の確認を実施。その後入浴についてのアセスメントのため作業療法士同伴で訪問し身体機能の確認を行う。自宅での入浴にはリスクが高いと判断されたため、本人の自尊心を傷つげずに DLB に適した対応法を関係者に情報提供していくことになる。 妻の認知機能の評価も並行して実施。繰り返しご本人に対する対応法を伝えていけば習慣化できる可能性が高いと判断できたためそれも併せて関係者での対応を共有していくことになる。		
	③支援結果・転帰	関係者であるかかりつけ医（専門医）、往診担当 Ns、訪問看護、地域包括、デイサービススタッフとケースカンファレンスを調整し DLB に対する対応法の教授と病状変化に伴う連携体制の構築を行う。		
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	本人の能力を評価した上でのサービス調整により、必要なケアが分かった。		
	②チーム活動にとってメリットになった点	ご本人を取り巻く関係者と情報共有を行えたことで認知症への適切な対応と今後進行してきた際の連携がうまくいった。		

B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	妻に対して直接かかわる関係者から叱責しないこと、急がさないことを繰り返し伝えることで穏やかに対応していただけるようになる。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	デイサービスでの入浴開始。日内変動があるため本人の表情や動きを見ながら対応できた。
	②本人・家族の 生活の状況	状態変わらず。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	チーム員それぞれの役割分担を行い必要な関係機関と連携を図ること。
	連携に関する 課題や意見	保健所に連携会議でオブザーバーとして介入いただいているため連携しやすい。

95 長期にわたり保清が行えずに自信を喪失し、引きこもり状態であった高齢女性に対し、地域関係者ととともに適切な支援につなげることで自信を取り戻すことができた事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	認知症疾患医療センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	—	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	85-89歳	認知症自立度	不明
	介入時診断	診断なし	病型	その他
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	地域包括より夜間の徘徊や、長期間（2年以上）の入浴拒否により悪臭がする等の困りごと、家族への介入について。本人家族の意向を尊重しつつ、地域包括が定期的に訪問し、経過をみていたケース。		
	支援のゴール等	医療ベースに乗り、保清を行い、外へ出られるようになる。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	地域包括支援センター	支援期間	70日間
	訪問回数	5回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	地域包括より夜間の徘徊や、長期間（2年以上）の入浴拒否により悪臭がする等の困りごとへの支援に関する相談。夫も支援者が入ることに前向きになれず、長期にわたり経過をみていた。別居の家族も気になりながらも支援できない状態だった。 かかりつけ医もなく、医療ベースに乗っていないとのことで支援依頼あり。相談から9日目に初回訪問。		
	②支援期間中	<ul style="list-style-type: none"> ・他者の受け入れに拒否的とのことだったが、初回訪問時の受け入れは良好。「（身体が）汚れているから」と入浴していないことを気にしている言動が本人からあったため、頻回に訪問し関係の構築を行いつつ、チーム員による自宅での入浴介助を実施。 ・訪問時、血圧が高かったことを本人に伝え、受診を勧め了承。受診時は診察に付き添い、安心して受診できるよう声掛けを行うとともに、足浴を実施。介護申請にも繋げた。 ・役割分担として、地域包括には別居の家族への今後の方向性の共有や支援依頼、訪問や受診への同席等を担ってもらった。 		
	③支援結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定により、ケアマネジャーが担当し、訪問看護を導入（初回訪問は同行）。 ・その後デイサービスを利用できるようになった。 ・受診やサービス利用について、夫だけでなく別居の家族が支援に入ることができるようになった。 		
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・引継ぎの時点でそれまでの支援者が同席できたこと。 ・しばらくできていなかった入浴が行うことができ、医療ベースにのったこと。 ・介護サービスの導入により、夫の介護負担軽減につながったこと。 ・別居の家族も支援できる体制が整ったこと。 		

	②チーム活動にとってメリットになった点	<ul style="list-style-type: none"> ・初回受診時に本人の足浴を実施した際、巻き爪が悪化していた為、院内のフットケア外来に介入してもらったことで、関係機関以外の部署の支援を受け、チームの業務や活動を知ってもらえたこと。 ・疾患センター内にあることの利点や機動力について、包括に知ってもらうことができ、地域担当者との役割分担ができた。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴を定期的にするようになり、自分に自信が持つことができ、外出や孫に会えるようになった。 ・生活の様子を心配していた別居の家族も、支援が入ることになり安心した様子。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護（血圧、内服管理、入浴介助）週1回 ・デイサービス 週2回
	②本人・家族の生活の状況	<p>本人は楽しくデイサービスを利用できるようになり、夜間もよく眠ることができるようになっている。</p> <p>夫も他者の介入を拒否気味ではあるが、徐々に受け入れできるようになってきている。</p>
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<p>関係機関に連絡を取り、適宜情報共有を図る。</p> <p>可能であれば関係者と同行訪問を行う。なるべく本人の習慣や趣向、思いに合わせ関係を構築できるようコミュニケーションを図る。</p> <p>担当ケース以外の支援についても、関係者から要望があればチーム員から助言を行う。</p> <p>市内の専門職の代表が集まる会議内で、初期集中支援チームの検討委員会を行い、活動を周知する。</p>
	連携に関する課題や意見	<p>チームの担当ケースが医療介護の拒否や家族間や経済面など複数の課題を抱えるケースが多く、担当する地域包括と、それぞれの視点を共有し、スムーズな連携や役割分担が必要。</p> <p>疾患センターという医療面での利点は大きい。高齢者を地域に住む住民と意識しながら、今後、包括だけでなく、生活支援コーディネーターや地域住民などの地域の活動に結びつけられるよう、周知やお互いの理解を深めたい。</p>

166 前頭側頭型認知症の診断あり、反社会的な行動はないが夫が受容できておらず精神的な負担感が強い事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	3チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	4人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	I
	介入時診断	診断済	病型	前頭側頭型
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	ADL 自立だが同じものを何度も買う、直前の出来事を忘れる等症状が出ている。夫は本人の対応に強いストレスを感じており、実母の介護経験も相まって認知症に対する理解が薄く、受容が難しい。		
	支援のゴール等	地域の支援者への繋ぎ。夫の受容に向けた支援。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	医療機関	支援期間	136日間
	訪問回数	7回	チーム員会議回数	4回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	<p>・X年4月、夫より相談。主訴「買い物で同じ物を買ひこむなど症状がある。市内の病院の脳外科へ受診予定。遠方で継続受診は難しいため市内の医療機関を紹介してほしい」→受診したところアルツハイマー型認知症は否定され、正確な診断名はついていないが今後定期受診していくこととなった。</p> <p>・X年6月、市内の精神科病院のもの忘れ外来を受診、前頭側頭型認知症の疑いとの診断（後に確定）。上記の受診後は途切れていたようであった。病院からの情報を受け、夫の精神的な負担も強い状況から、初期支援で介入。</p> <p>・初回訪問。2名で訪問し、本人と夫とそれぞれ別室で話をした。本人は多弁、多幸的。認知症カフェに誘い、訪問から引き続いて参加することができた。夫は認知症に対して過度な不安を持っており、受容ができていない印象であった。</p> <p>・チーム員会議にて検討。地域の支援者への繋ぎ、本人ミーティングへの参加を促していく方針とした。</p>		
	②支援期間中	<p>・本人が元々通っていたパッチワーク教室の先生とコンタクト。これまで本人が指導者の立場であったが、役割が果たせない状況となった。パッチワーク教室の先生・生徒とも理解があり、活動継続できている。</p> <p>・パートナーとのマッチングを行う。市にボランティア登録をしている認知症サポーターでご近所の方。既知の仲であり受入れ良好。</p> <p>・パートナーと共に本人を本人ミーティングに誘う。当初は「パッチワークの展示会に向けた制作があるので」と拒否もあったが、パートナーが同行し参加することが出来た。</p> <p>・近所の支援者（パートナー）や夫が参加し地域ケア会議を開催。（パッチワーク教室の先生は都合で欠席）。支援体制が作られてきたことで、夫の負担感も少なくなっている様子。介護者の集いの提案には拒否されたが、様々な支援者と協力しながら経過を見ていこうという気持ちは見られた。</p>		
	③支援結果・転帰	<p>・支援により、パッチワーク教室への参加継続、本人ミーティング2箇所への参加ができ、継続可能な見込みが立ったため支援終了とし、モニタリングへ移行した。</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> ・夫に対し介護者の集い等への参加を提案したが拒否。今後本人の認知機能低下が進行し生活への影響が大きくなった場合、2人の生活が破綻するリスクが高い。本人への支援体制を固めていく中で夫への支援も引き続き行っていくこととした。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	<p>これまでもパッチワーク教室内で本人が役割を持てるように支援されていたが、専門職が介入し地域ケア会議など共有の場を持つことで、より本人にあったサポート体制が作られるようになった。</p>
	②チーム活動にとってメリットになった点	<p>別の初期支援対象者の方数名を含めた支援の一環として、認知症の本人・サポーターが中心となって活動をする団体ができ、初期支援の繋ぎ先のひとつとなった。また、今後この団体をチームオレンジとして登録予定。</p>
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<ul style="list-style-type: none"> ・本人：地域の支援者と繋がることで、認知症カフェや本人ミーティング等の出所に繋がることができた。参加するなかで、夫への気持ちなどを語ることも出来ている。また、パッチワーク教室でも教室参加者の協力を得ながら、指導者としての役割をもち続けることが出来ている。 ・夫：実母の介護経験から認知症に対し強い不安を抱いており、介護者の集い等で自分が他者と交わることに拒否があったが、支援が入る中で支援者に対し徐々に本音も聞かれるようになった。家事も本人と役割分担するなど、本人に対する協力が徐々に出来るようになった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的を受診出来ている。処方なし。パッチワーク教室、本人ミーティングへの参加は継続出来ている。 ・パッチワーク教室の先生、パートナー等にて地域ケア会議を再度開催。また地域の通いの場へも繋ぐことができた。周囲のサポートが得られており、それぞれの場で役割をもちながら参加出来ている。 ・社会資源の定着状況や地域ケア会議の開催を受け、令和2年8月にモニタリング終了とした。
	②本人・家族の生活の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・夫：地域ケア会議等を通じ自身の言動に反省する部分があると気付いた。困り事が生じた際はパートナーに発信することが出来ている。 ・本人：受診や通いの場等への参加は継続出来ているものの、認知機能低下が見られている。令和3年、再度初期支援として介入し、地域との繋がりを維持しながら、介護保険サービスへの引継ぎを目指し支援をしている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れ相談票（認知機能に関するチェックリスト）、もの忘れ連絡票（医療機関から包括・CM宛の情報提供書式）を活用した連携推進。 ・薬局等との連携、地域見守りネットワークへの参加、協定締結推進。 ・事例を通じた店舗等との連携（上記事例の場合、本人が買い物に行く店舗や、パッチワーク教室等）。 ・チーム員内での研修実施（令和3年度2回開催：認知症施策やチーム員活動の方向性について、地域資源について）。
	連携に関する課題や意見	<p>課題：より初期の対象者について医療機関等から情報を得ること。</p>

H：認知症ではないが対象とした事例

36 長年、早朝から大声を出し歩き回る高齢女性の対応に悩まされ続けてきたが、地域住民やご兄妹と連携しながら対応した結果、地域で落ち着いて生活できるようになった事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	5人	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	—
	介入時診断	診断済	病型	病型不詳
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	女性の言動に近隣住民が長年困らされていた		
	支援のゴール等	本人が精神科受診をすること		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	近隣住民	支援期間	234日間
	訪問回数	18回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	民生委員と町内会役員が来所相談。対象の女性が、早朝から大声で叫びながら歩いており、中には近所の女性の事を誹謗中傷する内容が含まれる。これが、長年続いてきたが、最近エスカレートしてきている。女性の夫に話をするが、「聞き流してくれ」というだけで改善しない。地域住民も不安を覚えており、今後どのように対応していけばいいかと地域包括支援センターに相談があった。		
	②支援期間中	初期集中支援チームの保健師と社会福祉士が自宅を訪問。夫と話をするが、妻が大声を出していることは認めつつも、あまり関わりたくないような感じ。その為、他市にいる女性の弟と面談。問題意識を持っていただき、精神科受診も同行いただけるとのこと。その間、地域ケア会議を開催し、地域のかたがどのように関わっていくべきかを話し合いを進める。		
	③支援結果・転帰	本人が介護サービスの利用を拒否しているものの、弟が通院や定期的な外出に連れ出してくれるようになってから、本人の状態が劇的に改善し、大声を出しながら近所を歩くということはほとんどなくなった。		
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	本人の表情も穏やかになり、近所の人も静かな生活を取り戻せたことがとても良かった。また、地域ケア会議に出席していたかたがたからも、（女性のターゲットになりにくい）男性が本人に声がけをしていくという取り組みもおこなわれ、地域の中で孤立していた女性家族が、孤立した現状が解消された。		
	②チーム活動にとってメリットになった点	—		

B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	服薬を開始したことで、本人が穏やかになった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	元々、サービスの利用には拒否的であった
	②本人・家族の 生活の状況	大声を出しながら近所を歩くことはなくなった。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	関係づくりについては、本人とはもちろん、困っている地域のかたへも何度も訪問し、諦めずに一緒に取り組むという姿勢を示し続けた。
	連携に関する 課題や意見	—

I : 身体合併症がまず問題になる事例

225 拒否的な対象者への継続的な支援、普通自動車運転免許証の返納にもつながった事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	4 チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3 年以上
	支援対象者数	7 人	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者 情報	年齢階級	80～84 歳	認知症自立度	不明
	介入時診断	診断済み	病型	アルツハイマー型認知症
	受診	受診なし	サービス利用	利用無し
介入時 の状況	介入時の課題	受診先の看護師より、認知症状がある患者のことで担当地域包括支援センターに介入依頼。独居。糖尿病で受診しているが、コントロール不良。食生活等、生活実態に不明な点が多い。受診先以外の他者の支援を一切拒んでいる。また、自動車を運転し受診しているとの情報。		
	支援のゴール等	①自動車の運転を止め、代替手段を受入れ、定着する。 ②服薬や家の様子について見守る立場の人を受入れ、健康状態を改善する。 ③日常生活の見守り等、生活に密着したサービスを受けられることを目標とする。		
B 2 支援の経過				
支援の 概要	把握経路	医療機関	支援期間	100 日間
	訪問回数	7 回	チーム員会議回数	4 回
具体的 な支援 の経過	①初動期・方針	通院先の病院から担当地域包括に連絡。本人は、話のつじつまの合わないところがある。糖尿病が悪化している。食生活や服薬状況が不明。近所とも交流なく親族の支援もない。親族は、以前に金銭トラブルがあり、本人との関係を持ちたくない様子。糖尿病の管理と合わせて、生活全般の様子についても支援が必要であることが予測される。生活の実態を把握し、周囲の支援や介護サービスにつなげる必要がある。主治医を信頼しており、受診は欠かさずできている。日にち等の数字に関連する記憶は保たれている。アルツハイマー型認知症と診断されているが、自動車運転をしている。本人は、生活に必要なので運転を続けるつもりでいる。		
	②支援期間中	最初は、インターホンを押しても居留守を使う程、拒まれていた。受診時に同行することを繰り返すうちに、信頼関係を築くことができ、少しずつ玄関を開けてくれる角度が広がっていった。初回訪問時は、玄関は開けるも、家の中に入ることは拒まれ、玄関の外での面談となった。その後、チーム員と病院 MSW が合同で訪問したり、主治医や外来看護師とケア会議を行う等、受診先と連携し、支援を継続した。少しずつ信頼関係を築くことで、本人の同意を得て要介護認定を申請。HbA1c 値が 11.0 と高いため、主治医より訪問看護ステーションの利用を急ぎたいとの指示あり、暫定で居宅ケアマネジャーや訪問看護師と共に訪問。その際、初めて自宅の中に入ることができた。家の中も本人なりに整理してある状態だった。本人なりに家事を行っていることを確認した。県営住宅の高層階に住むが、網戸がなく、暑い季節でも窓を開けないとのことで、適切な換気や室温調節ができていないのか心配された。網戸やエアコンの設置を提案するも拒まれ、時々、玄関ドアを開け、換気していることを確認。 糖尿病のコントロールは、訪問看護ステーションで週 1 回のインスリン注射を行っていくこととなった。その後、ケアマネ、訪問看護師とも良好な関係が築けている。		

		運転免許証については、チーム員の認知症サポート医の助言により、警察の交通係に対応を相談した。病院の隣が警察署のため、受診後タイミングを合わせてもらい、駐車場で本人と警察と話をし、返納を勧めてもらった。また自動車は取引先のモーターズの協力を得て、買取りの方向となった。本人の気持ちを配慮しながら、本人の同意のもと自動車を売却。売却で得た金銭を今後の交通費に充当するよう助言。親族との関係性にも着目し、兄夫妻・甥との関係を修復。今後の支援や連絡先となることへの了解を得て、チームでの支援にも協力を得ることができた。
	③支援結果・転帰	糖尿病の管理と生活実態の把握について訪問看護師、ケアマネジャーとも良好な関係を保っている。定期受診できており、インスリン投与を継続し、HbA1c 値も改善している。現在は、週 2 回、訪問看護ステーションを利用。運転免許証については警察の協力を得て、自動車運転免許証は自主返納となり、タクシー料金 1 割引きの制度を使い、通院している。買い物は歩いていくことで、生活に困ることはない。車を売却する際に甥に協力して頂いた経緯があり、売却して得た金銭の一部から兄夫妻・甥にお礼をした。兄夫妻・甥から、「困った時には、いつでも連絡して。」との言葉があり、親族との関係性の改善にもつながった。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	訪問看護が入ることで糖尿病の治療がインスリン療法にでき、コントロールが改善した。自動車の運転をやめたことで事故を起こすリスクがなくなった。ケアマネジャー、訪問看護師介入が始まり、親族との関係性も改善したことで、本人の支援体制が広がった。
	②チーム活動にとってメリットになった点	警察や民間モーターズとも連携することで、本人の QOL の向上につながった。フォーマルサービスのみで解決しようとせず、インフォーマルサービスとの連携も重要なことを再認識することができた。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	本人：週 2 回の訪問看護ステーションの利用とタクシー利用による定期受診を継続している。ケアマネジャーとも、良好な関係が築けている。家族：自身の夫や子どもはいないが、隣市在住の兄夫妻・甥との関係が再構築できた。義姉より、「困ったらいつでも連絡してね。」との言葉もあり、以前より気に掛けてくださっている。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	訪問看護の利用を継続できている。薬剤の保管方法・場所、服薬は、本人と訪問看護師、介護支援専門員が話し合い、約束事を守って実行できている。
	②本人・家族の生活の状況	本人は、「自動車の運転ができなくなり不便だ。」と繰り返し訴えている。「人に来てもらうのは好きではないから、訪問看護も週 1 回にしたい。」と言うこともあるが、その都度、根気よく本人の想いを傾聴しつつ、理解できるよう説明している。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	月に 1 回、認知症地域支援推進員と疾患医療センター、市の担当で定例会を行っており、その中で具体的取組みについて、適宜話し合い、連携・協働している。当市の場合、各地域包括の地域支援推進員が、初期集中支援チームのチーム員でもあり、チームとその他の社会資源との連携はしやすい状況にある。今回の事例のようにチームとインフォーマルサービスとの連携・協働も重要であると、認識している。
	連携に関する課題や意見	市の中で認知症施策がどのように関連づいており、地域づくりや早期の対応につなげていく流れとなっているのか、様々な組織や立場の方に知っていただき、連携を図りやすくしていくことが重要だと考える。そのために、わかりやすく伝える媒体を作成し、今後伝えていく機会を作っていく。また、連携していくためには、まずは、チームの存在や機能を広く市民や専門機関に知って頂く必要があり、チラシの作成等努力を重ね、周知活動も積極的に行っていく必要を感じている。

J：若年性認知症の事例

52 若年性認知症当事者の社会参加の機会と介護者の介護負担の軽減についての事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	1年未満
	支援対象者数	1人	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	40-64歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断済	病型	アルツハイマー型
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	自宅で妻が営むカフェを一緒に行っている。常時一緒にいる環境である為、介護者の精神的介護負担が大きくなっている。また、少しずつ認知症の進行がみられ、自ら出来ることも少しずつ少なくなっている。		
	支援のゴール等	本人：町内の友人との交流の機会を定期的に持てる機会を作る。カフェを継続し、人との交流の機会を維持する。 家族：いつでも相談できる体制、地域包括支援センターの定期訪問、認知症当事者や家族介護者の交流の場に参加する。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	家族	支援期間	117日間
	訪問回数	4回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	妻より地域包括支援センターへ相談あり。夫の認知症の進行がみられ、介護の手間も増えている。今後どのように対応していけばよいか。要介護認定申請なし。障がい者手帳取得、障害年金受給済。定期的通院 3か月に1回受診中。日常生活環境、本人の意思、家族意向確認のため訪問実施。 訪問時、本人は穏やかに生活している様子だが、本人を支える妻の介護負担が増えている。本人は、現在のカフェの手伝いを継続したい希望。妻は、介護保険申請に迷いがあり、今後の介護、生活への不安も聞かれた。認知症初期集中支援チームのケースとして、相談することを提案し、同意いただき、チーム員会議で内容を検討するに至る。		
	②支援期間中	チーム員会議にケース提出。主治医に現在の状況を共有すること、本人の生活役割を継続し、常時相談できる体制を構築すること（妻の不安の共有や掘り下げ、相談窓口の一本化）について、再訪問し確認。 主治医に、本人夫婦の状況について相談したが、現在の服薬継続、地域包括支援センターへ相談するように話しあり。今後の相談窓口を地域包括とし、ケース引き継ぎとなった。訪問を行っていくうちに、町内の認知症カフェの立ち上げを、本人夫婦が経営するカフェで出来ないか（本人の社会交流の場、役割の確保、妻の介護相談や当事者家族との交流の機会を作り、気分転換の場を作る）と、町から相談し、検討を開始。X年4月より、認知症カフェを開催することになった。		

	③支援結果・ 転帰	X年4月より、認知症カフェを、本人夫婦が経営するカフェで開催することとなった。本人夫婦も、とても協力的である。 本人夫婦が、地域の方やたくさんの方々との交流を通して、生活役割の維持や相談が気軽にできる体制が構築できれば本人の生活役割の増加、介護者の介護負担の軽減となることを期待している。現在は、認知症当事者や家族、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、NPO法人、民生委員、地域住民等が、認知症カフェに参加し、本人夫婦を支えてくれている状態。
連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	本人：自分のやりたいことを継続しながら、役割を持った生活ができる。地域のたくさんの方々との交流の機会ができた。地域へ貢献しているというモチベーションとなっている 妻：相談窓口が一本化され、気軽に相談でき、生活不安が軽減できた。たくさんの方々との交流ができ、介護負担の軽減となっている。同じ介護をしている方々と交流できることで、今後の介護の参考となっている。(介護者同士の交流の機会)
	②チーム活動に とってメリットに なった点	若年性認知症の方や家族の方々は、なかなか介護相談できない、介護サービスにつながらない現状がある。認知症初期集中支援チーム、サポート医、町、包括支援センター等が連携し、地域の社会資源の発掘や新規サービスの開拓を行い、地域での活躍の場を増やすことや、つながりを支援できたことがとても良かった。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	本人の同級生が職員にいたこともあり、気軽に相談できる体制が取れ、とても良い雰囲気での支援ができた。介護相談が気軽にできる場所ができたことで、介護不安が軽減した。認知症カフェでの、毎月の内容（企画）相談時にも希望や意見を出していただけるようになった。たくさんの方々と交流ができる場所となっている。当事者本人、家族も参加していることで、当事者同士、介護者同士の話ができる場所となっている。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	通院は、定期的に行われている。介護認定未申請。介護サービスの利用もなし。包括支援センターの訪問、認知症カフェの企画、参加。
	②本人・家族の 生活の状況	認知症カフェに参加し、本人夫婦の生活状況、介護状況を確認している。県外に就職している息子が、リモートで仕事ができるため、自宅で一緒に介護を手伝ってくれている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	医療・福祉等、関係機関と顔の見える関係づくりを行っておく。 地域の社会資源マップ等を新しいものに、バージョンアップしていく。
	連携に関する 課題や意見	東日本大震災の影響で、町外に多くの方が今でも避難している。避難先自治体によって連携や対応の仕方に違いがあり負担が大きい。

173 家族が在宅生活継続はもう無理だと思っていた事例

A 基本情報

自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	認知症疾患医療センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	—	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に

B 1 事例の概要

対象者 情報	年齢階級	40-64歳	認知症自立度	IIIa
	介入時診断	診断なし	病型	アルツハイマー型
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時 の状況	介入時の課題	3年前から物忘れ出現。買い物へ行けなくなってきた。同じ服を汚れても毎日着ている。工事業者へ請求以上の多額の金を支払う。知人へ依頼した草抜き作業へ多額の支払いなど金銭感覚に問題あり。受診を勧めても拒否。姉の支援や友人に対して易怒的な態度もあり自宅での生活を継続することは困難。これからどうすれば良いのかと相談に来庁。		
	支援のゴール等	支援者に慣れる。医療提供できる。社会資源の活用できる。リスク軽減。		

B 2 支援の経過

支援の 概要	把握経路	行政	支援期間	195日間
	訪問回数	8回	チーム員会議回数	4回
具体的 な支援 の経過	①初動期・方針	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン姉二人が役場（認知症地域支援推進員）へ相談。地域包括の地域担当と推進員同行訪問にて本人の状態把握。緊急性なしと判断し、時折包括職員が訪問することとなった。介護保険外の体操やカフェ等への参加を促したが返事のみで参加されなかった。姉や唯一の友人へ易怒的な態度が増して姉たちの焦りがみえ、施設入所を希望された。 ・しかし、年齢的にも身体的にも高齢者用の施設は適さず、本人の気持ちに沿った対応とは思えなかった。入所を考える前に在宅サービスを利用してやってみてはどうかと初期集中支援チームの介入を提案。姉同意にてチームへつないだ。 ・推進員同行にて本人へチーム員を紹介。関わっている知人を紹介。 ・チーム員会議を開催し、認知症疾患医療センター受診へつなぐ方法を検討。状況によりチーム医同行、本人了承すればそのまま受診できるよう外来医師を調整して準備した。 		
	②支援期間中	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム員2人で訪問。散歩に誘い出し、作業中の人に声掛けするなど楽しい時間を作った。その際、受診を勧めると本人了承。 ・受診日は、チーム員の迎えにより実施。その後、チーム医が主治医となった。 ・キーパーソンへ免許返納に繋ぐ対応をアドバイス。チーム医から本人へのアドバイスが効果あり廃車となった。 ・役場高齢施策による給食サービス開始。 ・姉が時折宿泊して支援してみたいという提案が聞かれた。 ・本人より「ここにいていいの」と不安の声が聴かれた。 ・介護保険申請 ・易怒的な態度も見られ、キーパーソンは入所希望。推進員よりグループホームや小規模多機能居宅介護の空き状況確認、チーム員、キーパーソンへ情報提供。 ・小規模多機能居宅介護の利用決定。 		

		<ul style="list-style-type: none"> ・後見制度利用について地域包括より時期のアドバイスあり。 ・その後、後見センターの説明調整。
	③支援結果・転帰	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護の利用継続。受診継続。姉が本人宅敷地内に別棟を新築し、転居することとなった。 ・後見センターから説明を聞き、後見申し立ては見合わせ、金銭管理については金融機関と使用代理人契約により対応することとなった。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	<ul style="list-style-type: none"> ・若年であるため認知症対応が他グループホーム等の入所が居心地の良い場所であるとは思えなかった。 ・支援があればまだ在宅での生活が可能であると思った。できるだけ在宅での生活が継続できるよう支援した。 ・医療継続、日常生活の支援がサービスと家族の支援両方から受けられること、介護者の生活が安定する、将来的に状況に合わせた支援を検討できる支援体制ができたことなどが良かったと考える。
	②チーム活動にとってメリットになった点	<ul style="list-style-type: none"> ・今回、チーム医が自宅を訪問することはなかったが、「準備の段階で訪問も含めた支援を用意する」という対応ができたこと。 ・本人との信頼関係構築の方法として「散歩に連れ出して楽しい時間を作る」ことが効果的な対応例であった。 ・チーム員が後見制度申し立てについてすぐに勧めようとしたが、時期を考えることなど地域包括からのアドバイスが適切であった。 ・小規模多機能型居宅介護の支援内容についてチーム員が把握できていなかったが、臨機応変な対応ができることなどを知り今後活かせる。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<p>本人：小規模多機能サービスの利用について「楽しい」と、表情が活き活きしてきたことが家族や支援者にも感じることができる。以前は、人が集まる場所へ行きたくないとの意向を示されたが、スタッフや他利用者との会話や将棋を楽しんでいる。</p> <p>キーパーソン（姉2人）：入所を希望していたが、入所させることに罪悪感もあった。小規模多機能を利用して本当に良かった。後見制度についても相談することができ、まだ申し立てをしないことを自分たちで決めた。将来的には考えると思う。</p>
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患医療センター法人の医療機関へ受診継続 ・総規模多機能型居宅介護継続 通所、給食、法人の床屋利用。 ・金銭管理：本人管理→キーパーソン管理
	②本人・家族の生活の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・本人：自宅での生活継続。 ・姉：弟自宅がある敷地内へ別棟を建て、転居予定となった。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・初期集中支援チームの役割やかかわり方について特にケアマネジャーの理解を得ることが重要。
	連携に関する課題や意見	<ul style="list-style-type: none"> ・上記同様

237 若年性認知症を発症した単身男性への、本人の意思決定までと意思実現にむけた支援の事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	大	チーム設置数	3チーム
チーム	チーム設置場所	医療機関	設置期間	3年以上
	支援対象者数	12人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	40-64歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断済	病型	アルツハイマー型
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	若年性アルツハイマー型認知症の診断後、受診継続できず病院から地域包括支援センターへ相談。本人は受診の必要性を感じず拒否。単身生活のため生活実態の把握が難しい。生活維持のための制度利用の提案と手続きの整理が必要。		
	支援のゴール等	実家に帰省したいという本人の意思に基づき、①実家の家族との調整、②転居支援、③転入先の自治体・病院との調整を行う。本人・家族が安心して転出入が行えるよう支援する。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	地域包括支援センター	支援期間	82日間
	訪問回数	11回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	当初は、チームとしてではなく医療機関として若年性認知症の方が必要な受診ができていないことから地域包括支援センターや若年性認知症窓口と連携して対応していた。本人への介入方法についての地域ケア会議に医療機関の認知症専門看護師として出席しており、状況を把握をしていた。地域ケア会議内で、「本人は仕事がなく、お金がなく生活ができない」ことが本人に介入する際の要点であることを確認。外食や食品の買い物はできており食事はできていること、日常生活上安全が守れない事象はないことを地域包括からの情報で確認。生活に支障が出てくる収入がなくなるタイミング＝失業保険の切れるタイミングで再受診等の働きかけなどチーム員へ依頼をする方針となった。初回訪問：本人は失業保険が切れて収入がなくなる時期をよく理解していることが分かった。室内は書類などが散乱しているものの、保険証や年金手帳の置き場所は覚えている状況。		
	②支援期間中	受診同行：失業保険が切れることを説明し、「病院で診察してもらおうとお金をもらうことができる(障害年金)」と説明し受診を促すことができた。医師の提案と本人の希望により抗認知症薬を再開。受診1週間後に訪問：一日1回の薬を3回服用、また薬を別の効果の薬と誤解していることが分かった。バイクの運転をしており、駐車違反をしていた。運転は仕事に行くために必要だと本人は感じていた。 【意思形成支援】再度、病名告知を受けたいうえで、本人の思いを聞き、意思に寄り添った支援方針を決定していく必要があると判断。主治医と調整し、再度病名の告知（口頭、文字で見せる、本人にノートに書いてもらう）をしてもらった。服薬は支援体制が整ってから再開する提案をし、一旦中止となった。【意思表示支援】受診直後、本人に医師からの話を聞いてどうかを尋ねると、本人からはショックを受けていると同時にお金がつかる前に実家に帰りたいとの意思表示あり。家族への連絡の了解もあり。後日、再度の確認時にも実家に帰りたいとの表明があったため、本人の意思と判断。【意思実現にむけて他機関連携】チーム員会議にて、地域包括支援センター、区と情報共有、役割分担を検討。実家の家族との		

		調整、本人の不安への対応。引っ越しまでの諸手続き（ライフラインの解約の手伝い、コロナ検査手配、航空券手配、荷物の分別、大量のゴミ処分等）。精神保健福祉手帳・障害年金等の手続に向けて医師との連携等について 【チームが主に担った支援】BPSD への対応（カレンダーを利用し今後の予定の見通しがたえられるよう支援、すぐに実家に帰れない不安に都度対応、要不要品を本人と一緒に分別し張り紙をして混乱を最小限にした等）
	③支援結果・転帰	実家の家族へ医師からの状況報告を依頼、チーム員からも転出までの経過を都度報告し本人への対応方法等も助言した。支援経過や引継ぎ事項を実家の自治体にて、行政を通して申し送りをした。本人の意思に基づき実家へ飛行機で帰省でき、家族の支援を受けながら復職(自営業の手伝い)、服薬再開ができた。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	主治医との連携により、本人が自身の病気についてきちんと理解することができた。そのことで、本人の意思形成ができた。区役所、地域包括との連携により転居先の自治体、地域包括、若年性認知症相談支援センターへの引継ぎがスムーズに行え、転居後の医療機関等の情報を転居前に家族へ提供することができた。また、転居後もすぐに支援者と顔合わせをすることができた。
	②チーム活動にとってメリットになった点	若年性認知症は高齢者の認知症とは違い、本人のできること、行動力が多くあるため本人の意思形成支援が非常に重要であることを学ぶ機会になった。本人の意思実現に向け、チームと地域包括や行政が密に連絡をとりあい、一緒に訪問することでよりつながりが深くなった。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	再度受診につながり、自身の病気についてきちんと理解をすることができた。病気がありながら、仕事がなく、経済的な不安を感じていたが、実家に帰る決断ができた。慣れない引越し準備やすぐに帰省できないことへの不安に都度対応することで、症状の悪化なく経過することができた。急に本人が帰省することになり、家族の心理的、物理的な受け入れ体制を整える上で、主治医からの病状説明、チーム員看護師からの丁寧な状況説明と対応方法の助言が安心につながった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	転居先の専門医療機関について、①行政を通して転居先の自治体から情報収集、②転居前の医療機関からの引継ぎを依頼。転居後も受診、服薬が継続できている。転居先の自治体、地域包括へ行政を通して申し送りをし、転居後すぐに地域包括の訪問を受けた。介護サービスは自立度が高く利用にはつながらず。
	②本人・家族の生活の状況	実家で両親と生活。親戚の自営業の手伝いとして仕事もしている。本人がなかなか応じなかったバイクの処分もできた。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	・チーム員会議には担当の地域包括と行政が出席し、課題や進捗状況を共有し、方針や役割分担の検討を一緒に行うようにしている。チーム員会議以外でも、地域包括とは都度、情報共有を行っている。 ・かかりつけ医がいる場合には、本人同意のもと、チームの支援開始前に区から連絡をとり①チームの介入について説明②必要時の連携協力依頼③診療情報の提供依頼を行っている。
	連携に関する課題や意見	当地域では、チームを3つの医療機関に委託しており、3つの医療機関では情報交換も行い、連携もできつつある。一方で、地域の認知症サポート医やかかりつけ医との連携、横のつながりという意味では、他地域と比べてまだまだ活用ができていない面がある。

K：地域になじまないうちに認知症を発症するという事例

222 他県から新築長男宅で初めて家族と同居する事になった本人の支援の事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	7チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	11人	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	65-69歳	認知症自立度	IIb
	介入時診断	診断済	病型	アルツハイマー型
	受診	受診あり	サービス利用	利用あり
介入時の状況	介入時の課題	長男家族と同居し始めたが土地勘もなく外出や交流の機会もなく、閉じこもり状態。体は元気で料理好きだったが今は十分に出来ず長男妻の負担が大きい。被害妄想で長男妻の悪口も言われ、家庭内がギクシャクしていて悩んでいる。		
	支援のゴール等	役割と自宅以外の居場所が出来、家族と仲違いが減り、楽しく暮らせる。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	家族	支援期間	8日間
	訪問回数	4回	チーム員会議回数	1回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	X年1月長男妻より電話相談。約3年前に若年性認知症と診断されていた他県から転居し本人と昨年11月から同居を始めたが、土地勘もなく、閉じこもり状態。家事が好きだったがそれも出来なくなり、さり気なく集える場所を案内して欲しいと相談。本人には内緒での相談の為、実態把握目的での訪問を打診するがなかなか本人に会えず(居留守)。30代の長男妻は仕事、家事、幼稚園児二人の育児で非常に多忙で長男も交代勤務で多忙。本人に会えないまま経過。チーム員会議でダブルケア冊子等を活用しながら訪問を試み、主治医への情報提供等での連携を図る事となる。主治医から即日情報提供があり、今後の関りで行動・心理症状の増悪も考えられ、早急な介護申請等、関りを持つ事を提案される。		
	②支援期間中	情報を得た上で再度訪問を試みようとした矢先、疎外感や被害妄想が高じ、2月下旬に本人は他県の親族宅に家出同然で出て行き、直接的な関りが出来ず。親族からの苦情で再び3月下旬から長男宅で同居を再開し、その時点から直接的に本人と面談し関わる様になる。気さくに話され、「また掃除やご飯を作ったり、何か出来る事をしたい」「ボランティアをしたい」と話される。同時に長男妻から「自分が退職せず世話をしない事への罪悪感がある。でも、面と向かって介護するのはこれまでの悪口(本人の被害妄想)を聞いてしまい大きなわだかまりになっているし、勇気がない」と気持ちを話される場面もあった。コロナ禍で幼児二人が園閉鎖で在宅、認知症の本人の在宅...と家族全員での在宅生活で本人・家族共に遠慮する気持ちと疲弊している様子とが伺える。介護サービス利用により距離をとり、本人の楽しみや役割を持ってないか模索する事を提案。得意な家事を無償・もしくは有償ボランティアで出来るところを探してみようと本人と相談したところ、「やっていたい!」と乗り気になる。小規模多機能型居宅介護サービス事業所へ家事が好きな本人の楽しみを見つける為にも、通所しつつ、別日で掃除や片づけ等のボランティア、雇用契約が出来ないか打診し、検討頂く。サービス計画と一緒に検討する事となる。		

	③支援結果・ 転帰	X年4月中旬より小規模多機能サービスの通所を週3回行くと共にボランティアで掃除や片付けを行い、手際よくやれている事から、事業所近隣の喫茶店での掃除を雇用契約の下、週1回行う事となり、小規模多機能サービスへの引継ぎで終了となる。その後、しばらくは通所メインで利用し、掃除の仕事をしていたが、家族関係の悪化で本人が泊りサービスを希望された事により、泊りサービスメインの利用となり、数か月経過した後、ご家族との話し合いで、本人への対応方法や役割の確認を行いながら泊り・通所を混ぜながら家庭内関係の修復を現在は図っている。本人の希望としては孫との触れ合いを望んでおり、それを叶えつつ家族にも認知症状の経過や予後の説明をしながら丁寧に対応している。
連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	ヤングケアラーかつダブルケアで介護知識等を得る機会がなく、又、コロナ禍で家族が全員在宅で集う機会が増え、様々な事が目に付く様になってしまい、本人の言動全てが家族にとってのストレスになっていたが、相談できるところが出来、精神的に安心した様子がある。主治医とも他県にも関わらず情報共有し、家族や本人・病院との間に入ってくれた事も楽になった様子がある。介護にまつわる心の葛藤も打ち明けられる場所ができた点も良かった。
	②チーム活動に とってメリットに なった点	出来ないという固定概念を払拭し、本人のやりたい事や出来る事に着目して方向性を定めた事がメリットとなり、新たな業務形態の提案を考える等、こちらサイドの要望をきちんと伝えた事も良い方に動けた。
B3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	本人：閉じこもり状態で全く意欲なく自室にこもっていたが、来訪者が来ると表情良く対応し、自ら発言し、出来る事ややりたい事がある事を話す等、意欲の向上が見られた。家族：家族内の役割や仕事・育児・家事のダブル・トリプルケアで混乱し、度々涙される事があったが、長男には話せない介護や家庭内の役割等への思いを吐露し、少しずつ家庭内での役割・関りを整理する事が出来、笑顔が増えた。長男は金銭管理だけしていれば...という思いがあったが、長男妻の介護へのわだかまり等を共有し、適度な距離を取りながらも孫と本人・妻との関係のバランスをとる事を意識して担当者会議やモニタリングに立ち会う姿勢の変化が見られた。
B4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	通院については他県で遠方の為、当市で連携の取れている医療機関に引継ぎし、必ず長男が受診同行する事になり、現在も継続中。一時家庭内関係の変化で泊りサービスを増やしていたが、今は徐々に関係修復され、通所と泊りを組み合わせ、家族の介護負担軽減を図りつつも本人の家庭内の居場所を確保できている。週1回の掃除の雇用契約については数か月前より本人から「無償で」との意向があり、雇用契約は解除され、現在も掃除を手伝っている。
	②本人・家族の 生活の状況	園閉鎖が解除され、孫たちは通園する様になり、一人は小学校にも進学され、長男妻もフルタイム勤務からパートに変更し、少しゆとりをもって暮らせる様になった。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	日頃より顔の見える関係を構築する事と頼み事や相談し合える関係となれるように関わる。介護の枠に捉われないアイデアを提案しつつ、常に双方の歩み寄りや妥協点を見出せる様、話し合いを重ねている。
	連携に関する 課題や意見	若年性認知症に対応したサービスや居場所の提案が出来る様、日頃から介護サービスの枠に捉われない視点でいる事が必要だと痛感。ヤングケアラー・ダブルケアに関してはさらにまだまだ情報も少なく、繋げる支援策についても限定されている為、もっとアップデートできる機会も増やしたい。コロナ禍でウェブ研修などの簡単に受講できるものも多く、支援者間の交流機会ももっと増えると良い。

90 県外から移住し地域活動に積極的に参加しながら自立して生活していた高齢者が、認知症状の急激な進行により独居が困難になった事例

A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	2人	チームの主な役割	困難事例の対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断なし	病型	—
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	地域住民からの相談だったが、地域包括支援センターへの相談に否定的な住民もいて、相談者の悩みや精神的負担が大きかった。		
	支援のゴール等	将来的に、県外にいる親族との連携し、親族が支援可能な場所へ生活拠点を移せる。それまでの間、地域住民の協力を得ながら、医療介護のサービスを活用し可能な限り在宅生活を継続する。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	近隣住民	支援期間	201日間
	訪問回数	16回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	近隣住民より「言動がおかしい」と相談。一度民生委員に相談するも「特に心配ない」とのことで介入せず。その後認知症状の進行が認められ、民生委員からも介入依頼があり訪問開始。認知症初期の症状の一つと思われる、心配してくれる近隣住民への不信感や陰性感情がご本人にあり、住民健診などで関わりがありご本人と信頼関係が築けていた地区担当の保健師との同行訪問から始めた。同時に、かかりつけ医の医療機関からも「様子がおかしい」との相談があり早期より情報共有していた。		
	②支援期間中	近隣住民や民生委員の関わりを大切にしながら、専門職や関係機関との役割分担をするため、地域の方や関係機関（かかりつけ医、民生委員、公民館長、消防、駐在、地区担当保健師、チーム員）で複数回会議を持った。その後もご本人の現状など情報共有を継続。信頼するかかりつけ医の勧めで介護保険を申請、ケアマネジャーが決定し介護保険での訪問看護が開始となる。同時に県外の親族と連絡を取り、成年後見市長申立を実施。成年後見人が決定。サービス利用については拒否的ではあったが、近隣住民の協力もあり自宅の片づけや食事の確保などが徐々に進み、何とか独居生活を維持していた。		
	③支援結果・転帰	独居でサービス拒否気味であったこともあり、認知症の治療や服薬は思うように進まず。環境調整を中心に支援を続けてきたが、介入の拒否が激しくなり自宅内で脱水で倒れており救急搬送。事前に相談をしていた精神科へ入院し、落ち着いた環境下で意思決定支援を行い、出身地である県外への施設入所を確認。親族とともに入所施設を探し、親族が住む地域での施設入所に至った。ご本人入所後も、成年後見人を通してご本人の近況を地域の方と共有したり、自宅の片づけを民生委員や地域の方に手伝ってもらったり、しばらく関係は継続した。入所後2カ月程度経過し、振り返りも兼ねて地域住民に集まってもらい認知症サポーター養成講座を開催。		

連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	もともとご本人が築いてきた地域住民との関係性があり、フォーマルサービス以外の支えが大きかった。
	②チーム活動にとってメリットになった点	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員を中心とした地域住民や地域の商店などが、ご本人の特性を理解し支援に協力的だった。 ・ご本人と信頼関係が築けていたかかりつけ医の協力があり、専門的医療への繋ぎ、介護サービスへの繋がりが比較的スムーズにできた。 ・市の中心部から遠い地域での生活だったため、地区担当保健師、消防、駐在などと連携することにより状況把握や緊急時の対応が速やかに行えた。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人は、認知症初期の不安も大きく最初は介入に対して拒否的であったが、チームとして訪問を繰り返すことで徐々に信頼関係を築くことができ、困り感や本心を語ってくれるようになった。 ・県外で状況が分からない親族には始めは戸惑っていたが、根気よく連絡し現状を伝え協力を依頼し続けたことにより、最終的なご本人の受入れや施設入所への協力を得られた。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型の有料老人ホームへ入所。 ・施設所在地での介護保険サービス利用のため、関係機関に引き継ぎを行った。 ・医療機関は、施設と連携している訪問診療可能なクリニックに、入院していた病院から情報提供を行い引き継いだ。
	②本人・家族の生活の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症状は進行し介護度も上がったが、認知症対応型の施設で落ち着いて生活を続けている。 ・親族の面会や必要時の連絡も施設側と取れている。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の特性を知り、協力を得られる方と日頃から、様々な場面を活用し関係づくりを行う。 ・医療的な介入が必須になるケースが多いため、かかりつけ医への早めの相談を心がける。 ・ご本人を支えるさまざまな関係機関と、日頃から良好な関係継続に努める。
	連携に関する課題や意見	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科専門医療機関が少ないこともあり、地域のかかりつけ医の先生方と、個別ケースを通して相談しやすい関係づくりを行うことが必要。 ・認知症に関する相談ができる専門医療機関との関係づくりも大切。 ・認知症地域支援推進員が中心となり、個別の相談事例を、地域で実施している様々な認知症施策につなげることが必要。 ・生活支援コーディネーターなど、認知症支援以外の担当者と連携し、認知症予防の活動も積極的に実施することが重要。 ・認知症に関する正しい知識の普及啓発、認知症になっても支え合える地域づくりへの理解促進に努めたい。

L：行政間の連携によって対応した事例

233 何度も万引きを繰り返す独居の高齢者が地域で安心して生活するための支援の事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	中	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	認知症疾患医療センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	9人	チームの主な役割	特に重点的な役割(担当)は決めていない
B1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	70-74歳	認知症自立度	II a
	介入時診断	診断なし	病型	—
	受診	受診なし	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	万引きを繰り返す、警察で拘留されている状態でチームへの介入依頼となった。年金支給はあるものの金銭管理ができず、紛失してしまう。そのためライフラインが止まってしまい、自宅に帰った後の生活の支援体制の構築等も含めた介入依頼となった。		
	支援のゴール等	身体機能は比較的維持されているが、金銭管理も含めた生活面での維持が自力では困難と推測された。病院受診で本人の病状の把握、介護サービスの導入のための手続きを行い、地域での生活を維持出来るようにサポート体制の構築を検討する。		
B2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	地域包括支援センター	支援期間	—
	訪問回数	2回	チーム員会議回数	3回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	拘留中の警察署で認知症の可能性を指摘されるも、医療・介護ともに介入が無く、警察から地域包括支援センターに相談。その後、地域包括から初期集中支援チームへの介入依頼となった。拘留終了日に併せて自宅訪問を行えるように、地域包括と警察署、チーム員で日程調整を行い、自宅訪問。訪問した際にはガス、電気は止まっており、衣装ケースにろうそくを立てて生活している状況であった。2ヵ月で20万強の年金を受給しているが、支給日の翌日には半分以上を紛失しており、早急に生活の支援体制を組む必要があると考えられた。チーム員会議では、サポート医からも『金銭の困窮から再度万引きに至るか、あるいはボヤ等を起こす可能性も推測される』ということで、鑑別診断も含めた受診体制を整える事とした。また、今後も地域で生活を続けていくためには金銭管理も課題となってくるため、地域包括と協力し、金銭管理の支援体制の調整も平行して行うこととした。		
	②支援期間中	病院受診し、前頭側頭型認知症の診断となった。受診当日に本人了承のもと、地域包括支援センターが介護保険を代行申請した。介護度が出るまでは、地域のスーパーや薬局が独自に行っていたコロナ困窮者への食料無償提供サービスを利用して食料を確保し、見守りなどは民生委員や行きつけの店に協力を依頼した。1ヶ月程度経過した頃に、再度万引きし、再拘留となってしまった。初期集中支援チームの介入や地域包括の見守りがあるとの事情から、起訴や措置対応は見送りとなったが、金銭的に困窮するとやはり万引きをしてしまう結果となるため、やはり金銭管理体制が喫緊の課題と考えた。そのため、市役所、法テラスの先生、地域包括、ケアマネジャー、初期集中支援チーム員で会議を行い、後見申請を行う方向で支援が決まった。		

		併せて銀行とも事情を共有し、年金支給日の際は本人の見守りを行い、不信な様子があれば銀行から地域包括へ連絡してもらうこととなった。またケアマネジャーも週に何度か訪問し金銭状況を確認する体制を組み、複数の目で見守っていくこととした。
	③支援結果・転帰	その後万引きは無く、兄弟の申請にて後見申請が無事済み、本人の金銭管理体制は整った。滞納していたものは後見人が整理し、無事にガスや電気のライフラインも開通し、地域での生活ができています。生活はケアマネジャーが主軸となり、本人の生活のリズムを崩さない程度に介護サービスの介入を行っている。認知症の診断は初診時に付いていたが、BPSD は目立っていないため内服の開始には至っていない。今後病状が進行していく中で必要があれば調整することとし、初期集中支援チームの介入を終了していく方向で調整している。
連携の効果	①本人・家族にとって良かった点	本人は金銭管理は任せたいが生活は管理されたくないという思いがあり、その本人の声をチーム員だけでなく多くの機関が大事にして、安易に施設入所方向と判断しなかった事で、本人の意向を尊重した支援が実現できたと思う。 また疎遠であった家族が後見申請を行った背景には、行政の介入があった事も大きく影響したと思う。
	②チーム活動にとってメリットになった点	銀行や地域のお店が本人の見守り体制に協力して下さった事が本事例にとって大きな成果（メリット）ではないかと考える。 また、初期集中支援チームの介入がある事や行政機関も連携していると、地域で関わっている方も安心材料となり、協力してもらえる事が分かった。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、本人・家族の反応や評価等	本人は金銭管理を第3者に任せられた点が安心となった様である。 現在も住み慣れた地域で自分らしく暮らす生活を続けられており、万引き等は行っていない。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の継続の状況	モニタリングをまだ開催していないため、引継ぎが完了していない。 今後状況確認予定。
	②本人・家族の生活の状況	モニタリングをまだ開催していないため、引継ぎが完了していない。 今後状況を確認予定。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携のための準備や関係づくり	本事例では地域包括支援センターが多くの機関と関わりを持ち、初期集中支援チームと関係機関の橋渡しをしてもらえたため、地域の見守り体制が作れた。どのような事例でも地域包括の協力は重要であり、連携は欠かせない。お互いに情報を共有するとともに、地域包括で対応できない部分を初期集中支援チームが対応する事で協力関係を維持していきたい。また、日頃から地域の要請に迅速に対応することで協力してもらえる点もある。今後も可能な限り地域の声を拾い、対応していきたい。
	連携に関する課題や意見	地域ではまだまだ認知症初期集中支援チームの認識が低いため周知を行っていききたいが、コロナ禍という事もあり、なかなか地域の方との直接的な対面の機会が減っている現状がある。 今後も認知症初期集中支援チームの啓発を市役所と相談し、認識してもらえるよう働きかけていきたい。

M：COVID-19 感染症に関連した事例

230 コロナ禍で家族の支援が減少した、体調不良の認知症独居高齢者への支援の事例				
A 基本情報				
自治体	高齢者人口	小	チーム設置数	1チーム
チーム	チーム設置場所	地域包括支援センター	設置期間	3年以上
	支援対象者数	—	チームの主な役割	早期発見・早期対応を重点的に
B 1 事例の概要				
対象者情報	年齢階級	85-89歳	認知症自立度	IIIa
	介入時診断	診断済	病型	その他
	受診	受診あり	サービス利用	利用なし
介入時の状況	介入時の課題	体調不良で数日電気もつけず自宅で過ごしているところ、近隣者が心配して県外の息子に電話連絡したことがきっかけで家庭訪問となる。コロナ禍で県外の家族の支援が全く受けられず医療中断していたが、シルバー勤務中で本人の生活状況が全く分からなかった。		
	支援のゴール等	定期的な受診の確保。服薬状況確認と確実な服薬。やりがいのあるシルバーの仕事が続けられるように、体調が回復して一人で外出できる。		
B 2 支援の経過				
支援の概要	把握経路	家族	支援期間	150日間
	訪問回数	7回	チーム員会議回数	2回
具体的な支援の経過	①初動期・方針	X年12月 自宅に居ても電話に出ず、初回訪問時は呼鈴押しても反応がないため、町内に住む唯一の親族と連絡を取り、数日に1回の安否確認と、後日の同行訪問を依頼した。X+1年1月 親族と訪問して自宅内で面談。台所や風呂場は使用形跡がなく「シルバーに毎日行っている」と全ての支援を強く拒否する。受診中断しているにもかかわらず、薬カレンダーに処方薬が2ヶ月分溜まっている状態。「ちゃんと受診している、毎日薬は飲んで」「何でもできている」と頑なに言う。県外の息子夫婦に現状を電話・手紙で数回伝え、支援策を提案するが全く反応無し。親族に県外の息子夫婦との現状を伝え、引き続き安否確認を継続していただく約束をした。チーム員会議では「親族とチーム員の同行訪問でまずは安否確認、生活状況の把握」「シルバー人材センター担当者との連携を行う」この2点でしばらくは医療の介入時期、サービスの利用時期を見極めていくこととなった。		
	②支援期間中	4月シルバー人材センター担当者より「本人の体調が悪そう。訪問してほしい」と依頼あり、親族とチーム員で訪問。動けなくなっている本人を発見。失禁・脱水状態のため水分補給・着替え介助を行い、親族が近医診療所に往診依頼する。台所、風呂場使用形跡はなく、県外の息子夫婦・親族の同意を得て、給食サービス・介護保険申請を行う。シルバー人材センターに状況報告すると「認知症であっても、本人が希望すればシルバーを利用して構わない。まずは体調管理を最優先にしてください。」と助言を頂く。地区民生委員にも現状を伝え、見守りを依頼する。宅配弁当業者、薬局薬剤師、親族と同行訪問。今後の支援策を本人交えて検討する。本人の支援拒否は続き親族の説得もあり、本人承諾。月2回の往診、1日2回宅配弁当利用して服薬確認・安否確認、薬剤師の居宅管理指導を利用となる。		

	③支援結果・ 転帰	5月県外息子帰郷に合わせて、親族と同行訪問を行う。近医診療所の往診に同席する。本人は、サービス利用拒否が強い入浴できていない状態が続いていた。近所の友人（寝泊まりするほどの仲よし）が通所系・訪問系サービスを利用している情報を得て、息子・親族から同事業所を利用する方向で提案し、本人納得する。ケアマネジャー選定して、情報提供を行う。 その後、ケアマネジャー、親族と同行訪問を行う。本人の意思確認を行い、早期にサービス利用調整を依頼する。通所サービス、訪問サービス利用を開始。通所日以外は、宅配弁当利用して、服薬確認・安否確認を継続する。1人で自転車で買い物に出かけたり、友人宅を訪問できるようにまで体調が回復する。宅配弁当の回数も1日1回（昼のみ）に減らして過ごせるようになった。
連携の 効果	①本人・家族に とって良かった点	コロナ禍で県外息子夫婦が帰郷できない中、シルバー人材センターや近隣者の気づきによって、体調不良時に早期対応することができた。本人の性格、認知症症状に合わせて、県外息子夫婦だけではなく、親族（息子嫁の母）と一緒に連絡を取りながら、医療や公的サービスに早期につなげることができた。近医診療所での継続的に医療に繋ぐことができた。体調回復後は、好きなことをしながら（外出して買物、友達宅で過ごす）在宅生活が継続できた。
	②チーム活動に とってメリットに なった点	介護保険サービス事業所だけではなく、医療・薬局など医療面との連携や、シルバー人材センター、宅配業者、民生委員等地域の身近な関係機関と情報を共有することで、本人の現状把握がしやすかった。
B 3 本人や家族の状況		
	介入による変化、 本人・家族の 反応や評価等	・親族も後期高齢者であり、支援に限界があったので、公的なサービスにつなげることができて良かった。県外家族の支援が受けられない状況下で、手紙や電話などで定期的に現状報告して支援の必要性を伝えることができた。 ・息子は介入当初、本人の勝気でハキハキ話す電話対応と、チーム員の報告（認知症症状）にギャップを感じて、受け止められずにいたが、徐々に支援の必要性を感じてコロナ禍であったが、帰郷してくださった。
B 4 モニタリングや引継後の状況		
	①医療・介護の 継続の状況	引継ぎ後は、往診ではなく月1回、親族または息子付き添いのもとで、近医診療所にて外来受診を続けた。週1回、友人と同日に通所系サービスを利用していた。訪問介護を利用して、食事の把握、洗濯ができるようになった。シルバー人材センターは、日付・時間感覚が分からず不規則な出勤は困難となり、利用中止となった。
	②本人・家族の 生活の状況	8月 県外息子夫婦の希望により、グループホーム入所とケアマネジャーより報告があった。
C 地域の社会資源との連携・他の認知症施策との連携に関する取り組み		
	スムーズな連携 のための準備や 関係づくり	日頃からの人間関係が大切であり、他業務で関わった場合も「報告・連絡・相談」はこまめに行う。他関係機関に情報共有する場合、電話だけではなく、必要があれば情報共有シートを活用する。
	連携に関する 課題や意見	・認知症初期集中支援チーム員は兼務業務であるうえ、認知症支援推進員も兼務しているので「認知症初期集中支援チーム」という事業で活動していることは周囲からは分かりにくい。 ・チーム外と連携していく場合、事業名、事業目的を伝えて、活動期間や支援策を明確に関係機関へ伝えていくことが必要。「認知症初期集中支援チーム」の周知を継続的に行っていく必要がある。

おわりに

平成 29 年度老人保健健康増進等事業で、モデル事業に参加した自治体を対象に、好事例集・困難事例集を作成して以来の事例集作成となりました。意図的に選んだわけではありませんが、高齢者人口が 1 万人以下の比較的小さな自治体から 10 万人以上という大きな自治体まで、また昨年度の対象者数が 0 人から 258 人と、背景や自治体・チームの活動状況はさまざまです。

読んでいただくと感じられることと思いますが、チームや対象者の多様性のなかで様々な工夫をこらし、認知症の人と家族のために奮闘された各チームの様子が伝わってくると思います。個人情報保護の観点から個々の事例がどの自治体からの事例かも含めて特定できないように工夫しました。今回とりあげた自治体に直接対処法を聞きたいという声もあるかと思いますが、事例を選ばせていただいた自治体を 50 音順に示すことをご容赦ください。

最後に初期集支援チームの活躍が認知症の人と家族のためにさらに強化され発展していくことを強く願っております。

2022 年 3 月

鷺見幸彦

令和3年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

認知症初期集中支援チーム活動における
地域の社会資源等との連携に着目した

事例集

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

2022年3月
禁無断転載
