

認知症初期集中支援チーム 活動事例集

概要版

～地域の社会資源等との連携に着目した優良事例集～

この事例集概要版について

国立長寿医療研究センターでは、令和3年度の老人保健健康増進等事業「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」で全国の認知症初期集中支援チームの活動の参考になるような優良事例を収集し公表を行いました（令和3年3月）。<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R3-4CaseStudies.pdf>

これは認知症大綱の認知症初期集中支援チームのKPIとしても求められていたものです。

その中でさらにそのエッセンスを概要版の形で作成してほしいとの要望があり、作成したのがこの事例集概要版です。個々の事例の詳細は本編をご覧くださいと思いますが、なぜこの事例を選んだのかを含めポイント欄に各事例の特徴と参考にすべき点をまとめてみました。

各事例には複数の重要なポイントがあり、焦点をしぼるために、とりあげていないポイントもあり、見落としているポイントもあるかと思いますが、責任は編者にあります。

コロナ禍で大変な時期に、貴重な事例を提供していただいたチームとチーム員の皆様にここから感謝申し上げるとともに、認知症の人や家族を支える貴重な資源としてさらに活躍されることを祈念いたします。

令和4年 5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 鷺見 幸彦

	No	事例のタイトル（特徴）	頁
A チームの役割を發揮	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	5
	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	6
	140	ご本人のこれまでの生活を活かした支援の事例	7
	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	8
	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	9
B 地域の力を活かした	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	11
	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	12
	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	13
	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	14
	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に、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した事例	15
C モニタリングでの成功	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	17
D 他県と連携	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	19
E 対象者のニーズ把握	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	21
F 介護者に課題	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	23
	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	24
	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	25
G 行動・心理症状	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	27
	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	28
	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	29
	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	30
H 認知症ではない	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	32
I 身体合併症がまず問題	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	34
J 若年性認知症	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	36
	173	家族が在宅生活継続はもう無理だと思っていた事例	37
	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	38
K 地域になじまない	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	40
	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	41
L 行政間の連携	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	43
M COVID-19 感染症	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	45

A. 認知症初期集中支援チームの役割を果たすことによって
良い結果がえられた典型事例

239 かかりつけ医の協力により専門医へつながった事例、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（事例集 P8）

基本情報と問題点

70代前半 女性 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。

どのように対応したか

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。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。チーム員から信頼しているかかりつけ医に情報提供し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。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た。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。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情報を共有。小学校でも認知症サポーター養成講座を実施した。

ポイント

- ①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点
- ②地域ケア個別会議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点。これによって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、他の事例についても対応が行いやすくなった点

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（事例集 P10）

基本情報と問題点

80代前半 男性 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あり。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。

どのように対応したか

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。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継続できている。

ポイント

- ① 認知症者の発見経路は様々である。本事例のように行政活動に対して反応がない場合、ことに小規模自治体では認知症者の発見につながることもある。
- ② 本人は親族の存在を否定していたが、継続して調査することによって親族がみつき、成年後見制度が利用できた点。
- ③ 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点。その結果、本人の権利擁護にもつながった。

140 ご本人のこれまでの生活を生かした支援が有効であった事例（事例集 P12）

基本情報と問題点

70代後半 女性 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ていたり、料理の手順がわからなくなったりしている。

どのように対応したか

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した。具体的には、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行い、ご本人のもともとの生活を生かして支援を行う。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。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った。

ポイント

- ①認知症の人は新しい役割を獲得することは難しいことが多いが、これまでできていたことは支援によって継続できることがある。それは本人の自信につながり、精神的な安定をもたらすことが期待できる。
- ②家族の負担 ことに心理的な負担の軽減のための窓口の開設、認知症介護の教育が重要である。
- ③本事例ではチームの広報活動として医療機関・商店等へチラシを配布し、初期集中支援事業を周知させている。また地域包括や地域支援推進員との連携が取れている点も迅速な対応につながっている。

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（事例集 P14）

基本情報と問題点

80代前半 男性 妻との二人暮らし 認知機能の低下があり、必要な医療や介護サービス等に結びついていない。地域包括支援センター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。

どのように対応したか

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。また「地域包括支援センター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」ことを設定、実施した。

ポイント

- ①認知症者の多くは高齢者でもあり、複数の疾患に罹患している可能性が高い。また身体疾患のコントロール不良が認知機能に悪影響をあたえることも少なくない。リハビリテーションも含めた身体管理にも目を向ける必要がある。
- ②本事例ではチーム員外の地域リハビリテーション活動支援事業の活用がよい結果につながった。施設以外に地域にどのような人材がいるかも把握する必要がある。

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（事例集 P16）

基本情報と問題点

70代後半 女性 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、数回あった（受診できておらず、原因不明）金銭管理ができておらず、家賃や公共料金等の滞納が生じていた（本人は無自覚）

どのように対応したか

・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、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」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。具体的には・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）、訪問看護師、ヘルパー等につなぐ際には、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。

ポイント

- ①難しい性格で他人とのかかわりが難しい対象者に対して本人の気持ちを尊重しながらきめ細かく対応した点
- ②対応の要点を周囲にも広げ周辺の人からの協力も得ている点

B. 地域のがうまく活かさせた 5 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（事例集 P18）

基本情報と問題点

80代後半 男性 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。以前も自宅から数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。

どのように対応したか

・月1回程度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。訪問時に自宅の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（建築連合組合）と連携。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、医療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、認知症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無理に受診を勧めないことも選択肢の1つ、②チーム員への受入良好でありチーム員が自宅訪問時に認知機能の評価をすると参考になると助言あり。在宅生活が可能な状況と思われたため、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。

ポイント

- ①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）との連携が深まった点。
- ②関係機関の窓口(担当者)が年1回でも（できれば1～2ヶ月毎に）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。
- ③認知症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、支援方針の決定に有用。

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支援（事例集 P20）

基本情報と問題点

70代前半 男性 携帯電話、ストーブ等が使用できない。お金を口座からおろせる時とおろせない時があり、買い物では同じものを購入してくる。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。これらの症状がみられるが受診拒否。

どのように対応したか

本人が通うコンビニエンスストアでは、認知症当事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など、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いた。地域で本人への見守り体制が地域包括支援センターを中心として構築されていた。初期集中支援チームが中心となり介入するのではなく、あくまで包括への協力（医療へのつながりを重点とした）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をした。義兄からの受診勧奨は拒否を示すも包括やチーム員からの勧めには応じる姿勢を見せ始めたことから、もの忘れ外来受診で調整。1度目は拒否が強く来院できず。2度目はサポート医が駐車場まで出てきて本人へ声掛け。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がなされた。

ポイント

- ①インフォーマルな資源が存在し上手に連携できた。→インフォーマルな資源を地域に育てるための努力が必要
- ②地域包括支援センターと役割分担しながら、対応し良い結果につながった点。

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（事例集 P22）

基本情報と問題点

70代前半 女性 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、「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。

どのように対応したか

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、かかりつけ医へ受診同行し、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いだ。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た。免許返還までのサポートを仲介役として行い、併せて要介護認定の代行申請、認定調査員へ情報提供し、認定がおり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。地域の交番との連携、近隣住民との情報共有を実施した。

ポイント

- ①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たことや、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。近隣住民や、警察も認知症の人を支える貴重な資源となりうる。
- ②医療機関に上手につなぐことはやはり重要なポイント。

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成功事例（事例集 P24）

基本情報と問題点

70代後半 女性 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所に訪問している可能性がある高齢者がいると包括に相談が入った。夫からの情報では 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。

どのように対応したか

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。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。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にボランティアとして参加しないかお誘いした。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だくことで、デイサービスに繋げることが出来た。

ポイント

- ①自尊心からサービスを拒否する事例は多いが、本人のストレンク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。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。
- ②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点

184 母親の被害妄想への対応に悩む娘からの相談。周辺資源と連携し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（事例集 P26）

基本情報と問題点

70代後半 女性 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でき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、拒否が強くその後中断している と娘から連絡

どのように対応したか

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拒否。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。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。民生委員が娘に連絡をくれたため、地域での見守りを依頼。デイサービス導入に際しては、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。

ポイント

- ① 本人家族を安心させることによって、行動・心理症状の減少、受診や社会資源の利用につながった点。
- ② 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点。

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（事例集 P28）

基本情報と問題点

80代前半 女性。独居で頼れる家族・親族がない。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、本人の自覚なし。身体面でも長期間未受診。

どのように対応したか

訪問や電話を繰り返すが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。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 か月を経過。モニタリング継続5 か月目に、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。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。介護保険の申請にもつながった。権利擁護事業の導入を早期に実施し消費者被害等にあう前に介入できた。

ポイント

- ① 早期に介入困難事例でもモニタリング（この事例では継続観察）を続けることによって介入可能になった点。
あきらめず関わり続ける事で解決の糸口が見つかる事を実感できた事例
- ② モニタリング期間中に継続して認知症疾患医療センターの医師や看護師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点。

D. 他県と連携した事例

125 認知症になっても仕事の継続を希望し支援した事例（事例集 P30）

基本情報と問題点

80代前半 男性 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る。

どのように対応したか

チームは本人の「仕事を続けたい」という思いを尊重し、本人が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、介護サービスの利用（訪問看護）の導入を検討。また、仕事を安全に継続できるための支援も検討。家族に対しては他県で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、医療受診の同行等を依頼。長女自身が対応力が低く、包括やチームがサポートをしていくこととなった。他県での生活が可能な限り安全に過ごすことができる環境づくりとして、他県の地域包括支援センターや、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、見守り体制の構築。医療受診について、家族の同伴が難しい等の状況があり、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。

ポイント

- ①可能な限り本人のこれまでの生活が維持できる方向でチーム活動が進められた点
- ②他の自治体にまたがるような活動を積極的にすすめて成功した点

E. 対象者のニーズをしっかりとらえることによって成功した事例

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（事例集 P23）

基本情報と問題点

80代後半 男性 2年前から同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。もの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、同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。

どのように対応したか

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などが語られた。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、地域包括支援センター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。

ポイント

- ①これまでの本人の活動歴からフォークダンスサークル活動をみだし外へ出るきっかけを作った点
 - ②なじみの職員のいる地域包括のカフェを上手に利用した点
- ①②に共通しているのは生活歴から活動性を高めるヒントを上手に得ている点である。

F. 家族をふくむ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（事例集 P34）

基本情報と問題点

70代後半の女性。アルツハイマー型認知症。

息子は、母親が認知症であることは理解しているが、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。

どのように対応したか

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、認知症初期集中支援の申請をしてもらう。長男は発達障害、精神疾患等の可能性があり、医療機関に相談。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。

ポイント

①認知症の人本人もさることながら、介護者に問題が存在する事例は少なくない。本人の問題とともに介護者の問題点に対応することで両者の状況が好転することがある。

本事例は長男の知的障害その結果としての金銭管理、社会資源利用ができていなかった点に対応することによって状況が好転した事例である。

②認知症だけでなく、障害、認知症以外の精神疾患などの特徴を理解することも重要。

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（事例集 P36）

基本情報と問題点

80代前半の女性 警察が夫の急死のため介入。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依頼。地域包括支援センターが状況把握のため訪問し、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。

どのように対応したか

本人の生活実態の詳細が不明だったが訪問していく中で、地元の電気屋さん、ヤクルト、牛乳配達店などが関わりがあることが判明。通帳管理、介護保険の申請、受診は親族の支援で行った。受診により認知症以外に甲状腺機能亢進症、糖尿病などがあることがわかった。

ポイント

- ①近隣の親族や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点。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。社会資源が切れないうにしておくことも必要

基本情報と問題点

80代前半 男性 金融機関や地域、不動産会社から金銭管理ができていないことで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。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が問題となった。

どのように対応したか

初回訪問では、本人夫婦が日常生活や金銭管理に不安を感じており、チーム員の受入れがよい面はあったが、意向に一貫性なし。支援方針として頻回に自宅訪問し夫婦との信頼関係を築きながら夫婦の生活の実態を把握し生活環境を整備することとした。運転については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。家賃未納の課題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。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。これに対しては受診同行し支援を行った。

ポイント

- ①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が安定。
- ②チーム員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点。
- ③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が本人の安心や在宅生活支援につながった点。

G. 行動・心理症状に積極的にとりくみ解決を図った 4 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若年性認知症の事例（事例集 P40）

基本情報と問題点

50代 男性 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。

どのように対応したか

本人の常同行動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。しかし、チーム員だけでは限界があるため、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ぎしりをしていたが、徐々に他者がいることに慣れてきた。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、支援者の介入で身だしなみにも気を遣うようになった。また、妻の話を傾聴し、日常生活上で困ったことがあるときはアドバイスできる環境にした。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。

ポイント

- ①疾患の特性に合わせた対応ができた点
- ②介護者の安定が本人の安定につながった点

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事例 （事例集 P42）

基本情報と問題点

80代前半 男性 ケアマネ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、認知症の症状と認知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。

どのように対応したか

初回訪問時に、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。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。本人の自尊心を傷つけずにDLB に適した対応法を関係者に情報提供。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。DLB に対する対応法の共有と病状変化に伴う連携体制の構築を行った。

ポイント

- ①初期集中支援チームの強みである多職種機能をいかし様々な角度から評価を行い共有したこと
- ②さらにこの情報を本人、妻に関係する人たちとも共有したこと。

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（事例集 P44）

基本情報と問題点

80代後半の女性。夜間の徘徊や、長期間（2年以上）の入浴拒否。夫は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る。別居の家族も気になりながらも支援できない状態。かかりつけ医もなく、医療ベースに乗っていない。地域包括を通してチームに依頼あり。

どのように対応したか

- ①受け入れ拒否：初回訪問時の受け入れは良好。頻回に訪問し関係の構築を行った。体の汚れは気にしているようなので、チーム員による自宅での入浴介助を実施。併せて足浴も実施
- ②訪問時、血圧が高いことを本人に伝え、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、介護申請に繋がれた。
- ③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。

ポイント

- ① 受け入れ拒否には頻回の訪問と本人の希望すること、本人にとって気持ちの良いことを見出して対応した点
- ② 認知症で受診が難しくても、身体合併症で受診ができる場合がある。まず身体合併症で医療とつなぎそこから認知症の診断をすすめる方法もある。
- ③ 家族への教育は重要。それによって家族に介護上の役割が担えるようになることもある。

166 前頭側頭型認知症と診断されてお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（事例集 P46）

基本情報と問題点

70代前半 女性 ADL 自立だが同じものを何度も買う、直前のできごとを忘れる。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。

どのように対応したか

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。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。市にボランティア登録をしている認知症サポーターの方をパートナーとして選び、当初は拒否もあったが本人を本人ミーティングに誘うことができた。また本人が趣味としておこなっていた、パッチワーク教室への参加継続が可能になった。パートナーや夫が参加し地域ケア会議を開催。支援体制が作られてきたことで、夫の負担感も減少。

ポイント

①本事例では別の支援対象者の方数名を含めた支援のなかで、認知症の本人・サポーターが中心となって活動をする支援団体が形成され、初期支援の繋ぎ先のひとつとなったことが特記される。初期集中支援チームの活動が地域の活性化につながった事例である。

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（事例集 P48）

基本情報と問題点

70代前半 女性 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。

どのように対応したか

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。そのため、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。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。

ポイント

- ①関係づくりについては、本人だけでなく、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た点が症状改善につながった。
- ②病院受診による服薬開始も精神的な安定につながった点。

I. 身体合併症がまず問題になった事例

225 介入に拒否的な対象者に対して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（事例集 P50）

基本情報と問題点

80代前半 男性 受診先の看護師より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。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。受診先以外の他者の支援を一切拒否。また、自動車を運転し受診しているとの情報。

どのように対応したか

主治医を信頼しており、受診は欠かさずできている。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、徐々に信頼関係を築くことができ、少しずつ、玄関を開けてくださる角度が広がっていった。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。A1c高値のため、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 CM 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。糖尿病のコントロールについては、訪問看護で週 1 回のインスリン注射を行っていくこととなった。運転免許証については、チーム員である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。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。また自動車について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。

ポイント

- ①クリニックとの連携が有用。身体疾患から受診につなげる方法が成功している点。
- ②運転の中止と免許返納は家族からのアプローチでは困難なことが多くチームと警察の連携が有効であった点。

J. 若年性認知症の3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対応した事例（事例集 P52）

基本情報と問題点

64歳以下 男性 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ため、介護者の精神的な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、自らできることも少しずつ少なくなっている。

どのように対応したか

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。訪問を行っていくうちに、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できないか（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、行政から相談し、検討を開始。認知症カフェを開催することになった。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

ポイント

- ①若年性認知症では高齢者向けの資源が使いにくいことがある。本事例は若年性認知症の人を支える手段のヒントとなる。
- ②本人や家族が行っていること（本事例ではカフェの運営）と施策がうまく結びついたことで、本人・家族の支援につながった点

173 家族が在宅生活継続をあきらめようとしていたが介入で継続できた事例（事例集 P54）

基本情報と問題点

64 歳以下 女性 キーパーソン姉二人。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。

どのように対応したか

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。チーム医からの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。易怒的な態度も見られ、キーパーソンは入所希望。認知症地域支援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、小規模多機能居宅介護の利用決定。

ポイント

- ①若年性認知症であり、高齢者対象の施設は抵抗があったためできる限り自宅の生活継続をめざした。
- ②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。
- ③チーム員も地域の資源についての情報をしっかりもつことが重要。本例では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、柔軟な対応ができることを知り今後活かせる経験になった。

237 若年性認知症を発症した单身男性への、本人の意思決定までと意思実現にむけた支援事例（事例集 P56）

基本情報と問題点

64歳以下 男性 若年性アルツハイマー型認知症の診断がついたが、受診が継続できず病院から地域包括支援センターへ相談あり。本人は受診の必要性を感じず、拒否。单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。

どのように対応したか

地域ケア会議内で、「本人に仕事がなく、お金がなく生活ができない」ことが本人に介入する際のキーワードであることを確認。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支援センターからの情報で確認。失業保険が切れてしまうことを説明し、「病院で診察してもらおうとお金をもらうことができる（障害年金の請求）」と説明し受診を促すことができた。医師からの説明後、本人からはショックを受けていると同時にお金がつき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。・実家の家族との調整、本人の BPSD（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・障害年金等の手続きに向けて医師との連携等。チームとしてはカレンダーを利用し今後の予定の見通しがたてられるよう支援、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をおこなった。

ポイント

- ①若年性認知症は高齢者の認知症とは違い、本人のできることに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点

K. 地域になじまないうちに認知症を発症した2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認知症女性の事例（事例集 P58）

基本情報と問題点

60代後半 女性 長男家族と同居し始めたが土地勘もなく出掛けられず、交流する機会もなく、閉じこもり状態。体は元気で料理好きな人だったが今は十分にできず、長男の妻の負担が大きく、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。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。さらに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。

どのように対応したか

介護サービスを利用する事で距離をとり、本人の楽しみや役割を持た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できるところを探してみようと本人と相談したところ、「やってみたい！」と乗り気になる。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等を行い、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図っている。

ポイント

- ①若年性認知症では高齢者向けサービスが利用しにくくこともあり、役割をもたせることできれば就労が良い効果を示す。
- ②認知症発症後の住み慣れた土地を離れての同居は問題を生じやすい、事前に十分検討する必要がある。

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（事例集 P60）

基本情報と問題点

70代前半 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。

どのように対応したか

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開始。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。信頼するかかりつけ医の勧めで介護保険を申請、ケアマネジャーを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。親族が住む地域での施設入所に至った。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、しばらく関係を継続

ポイント

- ①住民も巻き込んだ体制づくりができた点
- ②この事例をきっかけに地域住民に対する啓発活動を行った点

L. 行政間の連携が重要であった事例

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できるよう支援した事例（事例集 P62）

基本情報と問題点

70代前半 男性 万引きを繰り返し、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。

どのように対応したか

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。後、初期集中支援チームへの介入依頼。拘留終了日に併せて自宅訪問を行えるように、地域包括支援センターと警察署、チーム員で日程調整を行い、自宅訪問。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、早急に生活の支援体制を組む必要があると考えられた。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。市役所、法テラスの先生、地域包括支援センター、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、年金支給日に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支援センターへ連絡してもらうこととなった。金銭面が安定することによって万引き行動は消失した。

ポイント

- ①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せず、本人の意向を尊重した支援が実現できた点
- ②初期集中支援チームが介入しているケースであると、地域で関わっている方も安心材料となり、協力してもらえた点

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の事例（事例集 P64）

基本情報と問題点

80代後半男性 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。日頃はシルバー勤務しており日中の本人の生活状況が全く分からなかった。

どのように対応したか

町内に住む唯一の親族（嫁の母）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。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模索。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。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した。支援拒否は続いたが親族の説得もあり、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った。サービス利用拒否、入浴拒否にはできていない状態が、近所の友人が通所系・訪問系サービスを利用している情報を得て、同事業所を利用する方向で提案し本人も納得した。

ポイント

- ①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点。
- ②安否確認を優先して体制をしっかりと構築できた点。