

資料 1 - 2

令和4年度 安城市初期集中支援チーム活動状況 [令和4年4月～令和4年11月末]

安城市認知症初期集中支援チーム

川畑 信也 (医師)

横山 朋恵 (看護師) 熊崎 知帆 (看護師)

村瀬 清美 (看護師) 森 良樹 (社会福祉士)

神田 太一 (社会福祉士・作業療法士)

竹村 真 (臨床心理師)

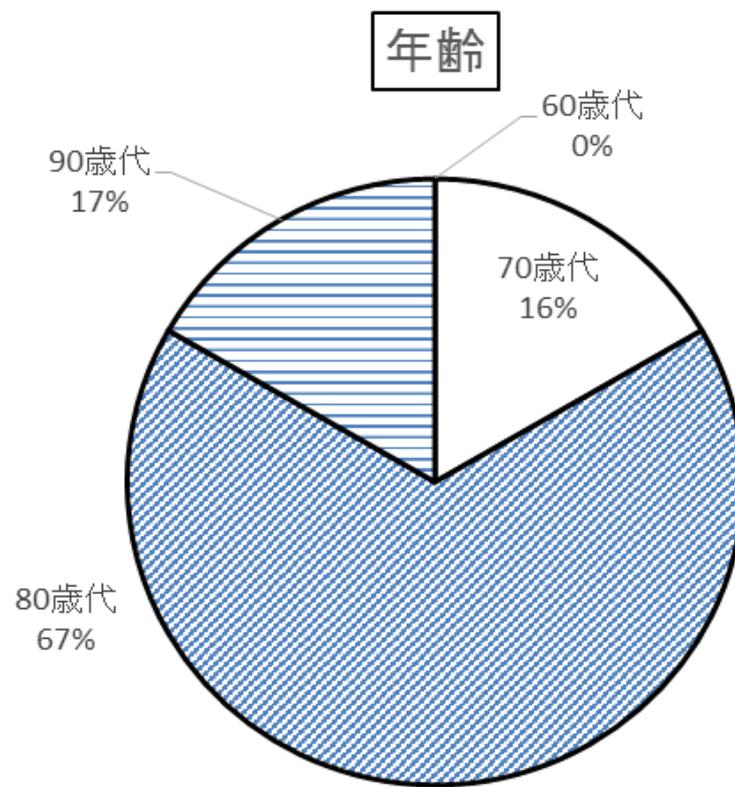
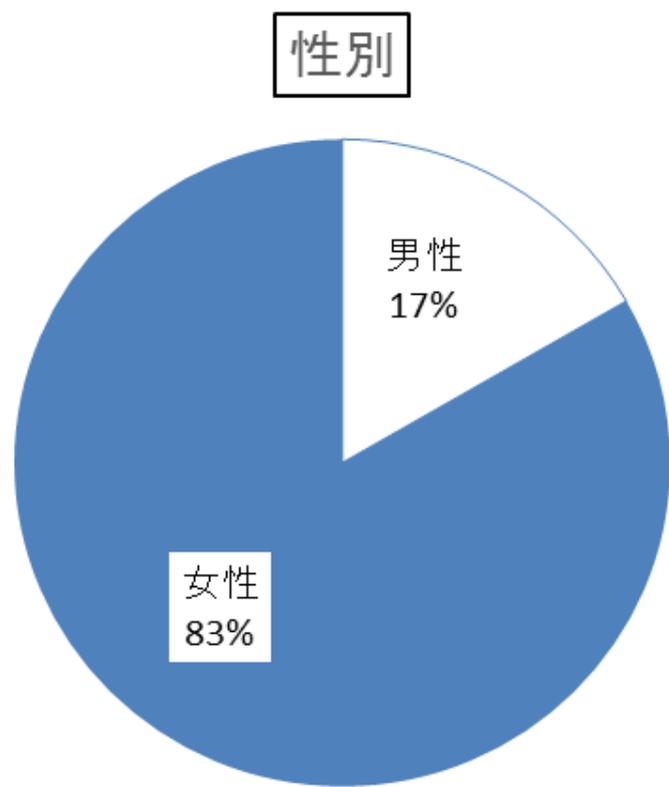


令和4年度 安城市初期集中支援チーム実績

[令和4年4月～令和4年11月末]		前年度(11月末)
支援開始ケース数	6件	(10件)
前年度からの引継ぎ	6件	(12件)
支援終結ケース数	4件	(16件)
訪問回数	27回	(47回)
電話相談	245回	(383回)
会議出席	6件	(15件)
研修会参加・開催	5件	(4件)
地域活動等参加	7件	(2件)

安城市認知症初期集中支援事業実施結果

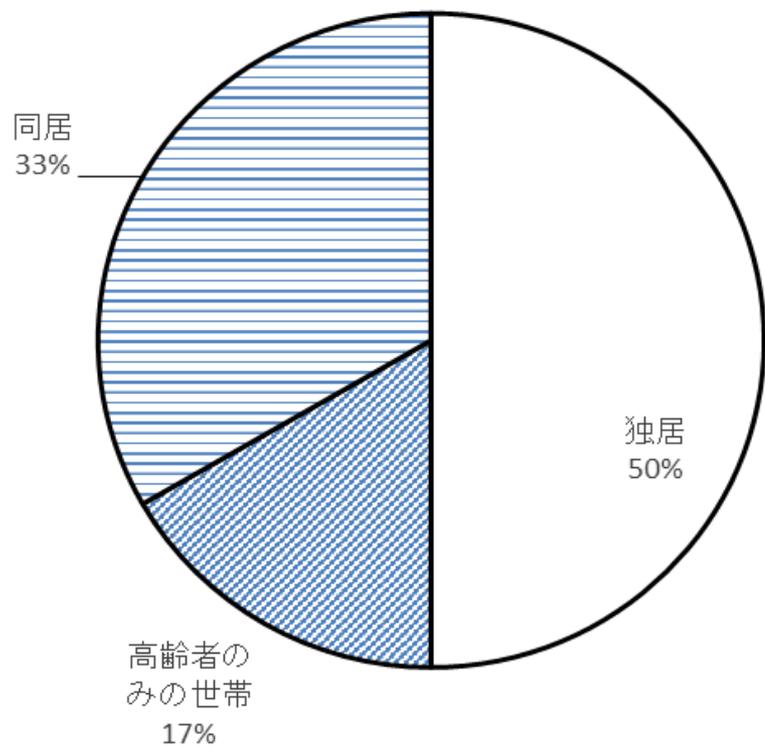
支援開始ケースについて



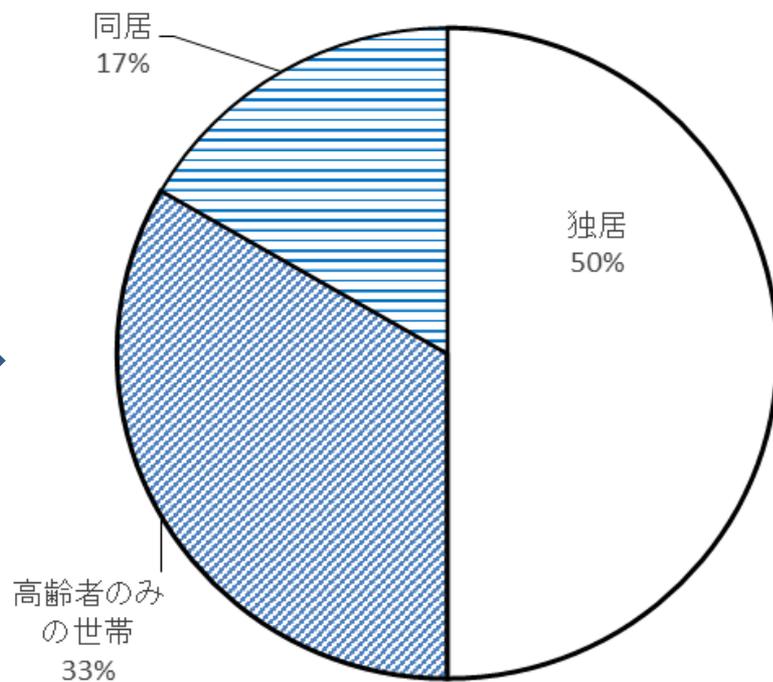
安城市認知症初期集中支援事業実施結果

支援開始ケースについて

世帯構成



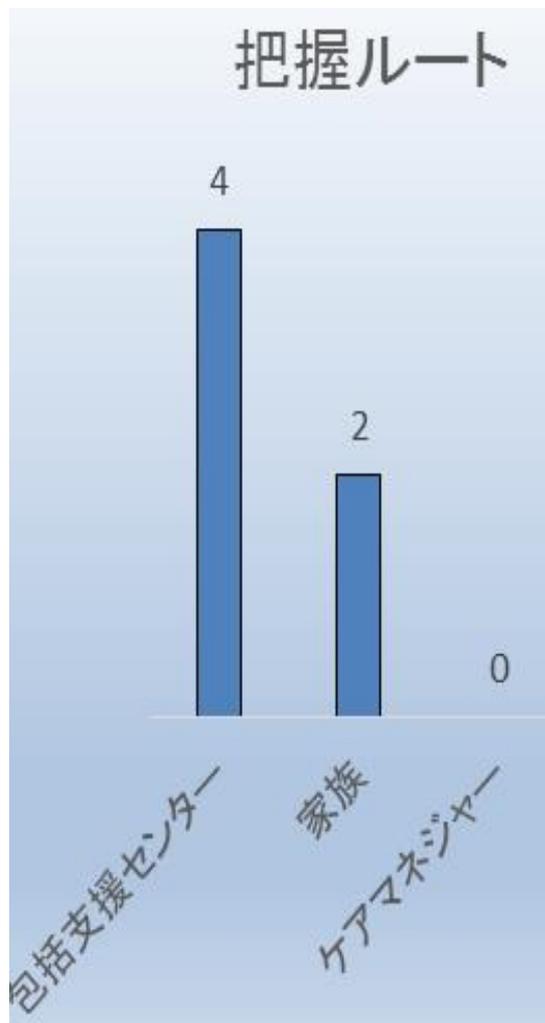
日中の世帯構成



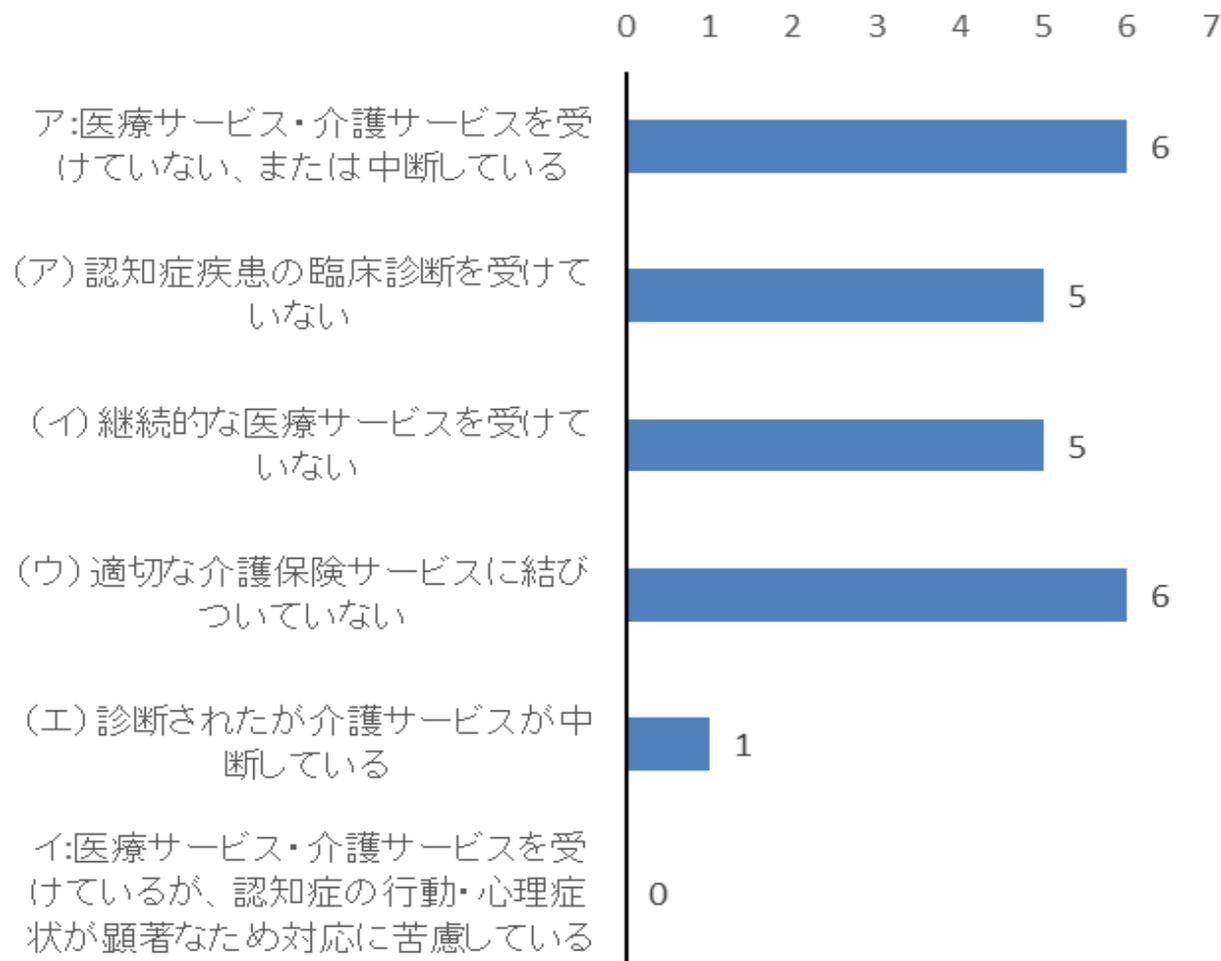
安城市認知症初期集中支援事業実施結果

支援開始ケースについて

把握ルート



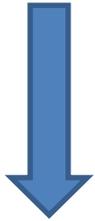
相談内訳



相談のみで支援につながったケース

(令和4年4月～11月末)

- 新規相談件数 15件  支援開始ケース(介入件数) 6件



- 相談のみで支援につながったケース 9件
 - 包括支援センター、ケアマネージャーとの相談・情報交換といった連携のみで、より良い支援につながった。
 - 家族への介護指導や家族との来院に向けた打ち合わせを行うことで、認知症疾患医療センターの受診につながった。

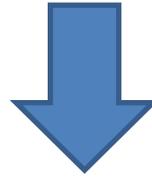
会議・研修・地域活動等

- 地域ケア個別会議、サービス担当者会議の参加
- 自立支援サポート会議、認知症地域支援部会への参加
- 認知症地域支援推進員を交えたチーム員会議の開催
- 初期集中支援チーム・包括支援センター交流会
- 地域ケア地区会議(作野、ひがしばた)、認知症サポーター養成ステップアップ講座
- 商業施設での認知症普及啓発イベント

事例検討

チーム間での話し合い①

- 患者の元の性格・認知症の症状により支援を受け入れられない。長男が患者の間違いを訂正や指摘することで怒らせ、一緒に生活をすることでお互いにストレスがたまり長男は患者に、患者は妻に攻撃的になることがある。



- 患者の性格から患者をどうこうできない。息子がいったん出ていくなど分離を図ることが必要
- 関係機関からは精神科への受診や分離の為に糖尿病の管理入院をとの提案があったが、患者の状態からは更なる症状悪化や混乱をきたす可能性がある

チーム間での話し合い②

- 現在、長男の病識も不十分で第2ステップの混乱・怒り・拒絶の時期と考えられる。来院時には介護指導をメインに行っていたが長男の想いを吐き出す場として訴えを聴いていく必要がある
- 運転免許に関しては認知機能検査の結果を待ち、警察が関わることで免許の返納について考えるきっかけを持つ

実際の支援①

- 定期的に関係機関で集まり地域ケア個別会議や担当者会議を実施し情報共有
- サルビー見守りネットを活用し訪問時や診察時の情報を適宜情報共有
- 妻を分離し攻撃対象にならないよう安全の確保、長男の精神的負担を軽減できるよう分離を提案

実際の支援②

- 本人の今まで送ってきた人生や生活を踏まえコミュニケーションを図り関係を継続していく
- 本人の意思が強い為、無理強いすることはせず周囲の環境を整え見守りを行う
- 同居家族(主に長男)に対し介護指導、訴えの傾聴
- 愛知県警運転免許課と情報共有

患者の様子①

- 受診拒否はなく定期的に通院できている
- 訪問看護の介入拒否がみられることもあるが継続した支援を受けることが出来ている
- 糖尿病のコントロールが困難(内服管理、食生活)
- 妻がショートステイを利用すると嫉妬妄想が出現し頻繁に施設に連絡をする
- 認知機能検査の結果については「知らない」「合格した」などと話し確認できず、自動車転は継続している

患者の様子②

- 以前に比べ易怒性は落ち着き家族に対しての妄想や攻撃性は減った
- 診察の際に「忘れることが多い」などといった発言が聞かれ不安そうな様子が見られるようになった
- 受診時にスムーズにできていた会計や薬の受け取りの際に混乱する事があり、息子を頼るようになってきた

問題点

- ① 認知症の診断があるも運転を継続している
認知機能検査の結果は未確認
- ② 内服管理など本人の意志が強く専門職や同居家族が支援に入れない
- ③ 内服管理が行えないため精神症状のコントロールが不良で家族の精神的負担が大きい
- ④ 同居家族の病識が十分になく本人を怒らせてしまっている可能性がある

支援の振り返り

- サルビー見守りネットを活用し患者のリアルタイムの情報が収集でき、関係機関での役割分担ができた
- 患者の性格や疾患による易怒性などにより積極的な支援が行えず家族の精神的負担が大きかった
- 症状の進行に伴い、家族や支援者を頼らざるを得なくなり周囲との関わりが増えた