

## 第2回 認知症初期集中支援事業研修会の開催報告

- ・日時 令和2年2月20日（木）18:00～19:40
- ・場所 深川市立病院 2階 中会議室
- ・目的 認知症初期集中支援事業等に係る北空知の認知症サポート医をはじめ、地域包括支援センターや介護サービス事業所などの支援関係者で、認知症ケアの事例を共有検討することで、北空知地域の認知症ケアの向上を図る。
- ・内容 (1) 事例紹介「認知症初期集中支援チームの介入とその後～4つの事例から」
  - ・提供者 深川市地域包括支援センター保健師 鎌塚聡子さん(2) 事例検討（情報・意見交換）
- ・参加者 43名（部会・小部会委員等、認知症サポート医、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、市立病院、介護サービス事業所など）
- ・担当 退院調整・在宅生活支援部会 在宅生活支援検討小部会



### 認知症初期集中支援チームの支援の成果

チーム員が一致した見解で、本人と・家族への説明ができる  
チーム員でケア方針の方向性を共有できる

- ◆サポート医の助言の力  
家族への正しい知識・対応について指導  
家族の介護負担、不安を解消
- ◆早期対応  
診断・治療の早期開始  
不安の軽減  
介護負担の軽減  
介護サービスの利用



### 事例提供

### 事例1

#### 【支援】

- ・初期集中支援チームで介入し、物忘れ外来受診勧奨  
診断：アルツハイマー型認知症
- ・本人：本人の思い言動を遮らずじっくり傾聴 頻回な訪問・面接  
介護サービス利用支援
- ・妻：本人の状況を理解する支援  
介護負担の傾聴  
相談の継続に対する保証

- ・事例提供者の鎌塚さんから、昨年度、深川市で初期集中支援チームを発動した4つの事例について、その後の状況も含め紹介していただきました。

- ・1例目は、民生委員から相談があった、夫婦二人暮らしの家庭で、夫の飲酒によるDVや車の運転で接触事故が数回あり、妻は介護負担が大きい相談先が分からずにいたケース。介入後、頻回な訪問による本人、妻への傾聴を行い、運転免許の返納、デイサービスなどの利用につなげ、妻の介護負担感を和らげていった。

- ・2例目は、長男から相談があった、夫婦二人暮らしの家庭で、夫の飲酒による暴言や暴力行為があり、妻のストレス、介護負担が大きいケース。介入後、妻、家族の専門医への相談、地域リハから訪問看護、デイサービスへとつなげ、妻の安心、長男の協力が得られるようになった。



## 事例2

### 【結果】

#### 要介護1 認知症高齢者の日常生活自立度 II B

- ・医師からの助言やいつでも相談できるという安心から妻の対応に変化が表れた。
- ・家族の協力 長男の訪問支援など介入により協力が得られるようになった。
- ・医師からの指導で本人の飲酒量減少
- ・地域リハを活用 OTから体操指導やデイサービスの利用及びデイサービスでの過ごしについて助言ある。
- ・訪問看護による妻の安心(デイサービスは本人が内容など納得できず利用につながらない)→その後訪問看護の定着からデイサービスの利用継続へ
- ・担当ケアマネへ引き継ぐ
- ・近隣とのトラブルあるが、駐在所の介入もあり、落ち着きを得た。



専門医の受診 地域リハ  
家族の協力 近隣とのトラブル

## 事例3

80代 女性  
長男、長男の嫁、長男の息子と四人暮らし  
介護認定：未申請  
把握経路：長男の嫁からの相談



2～3年前から財布や保険証がないなどしまい忘れや探し物が多くなってきた。  
健康食品等を購入し高額な費用を振り込むようになったため、家族が金銭管理するようになった。

料理など日常生活への支障が徐々にではじめている。

長男の嫁が対応に苦慮し、相談にいたる。



## 事例4

### 【結果】

#### 要介護2 認知症高齢者の日常生活自立度 II B

- ・医師の継続的なかわりにより、本人および妻が安心や納得を得る。
- ・医師が本人・家族へ教育的に支援したことと繰り返しチームで説明することで妻の対応が変わる。
- ・本人は認知症の進行もあるがデイサービスの利用を開始。
- ・妻は相談先があることに安心感をもち、気持ちに余裕ができた。
- ・さらには「同じ思いを持つ人とは交流したい」と隠さず相談することのメリットを感じるようになった。
- ・デイサービスの利用継続
- ・担当ケアマネへ引き継ぐ



移動認知症カフェの必要性  
入退院を繰り返しても継続した支援  
本人視点の重視 家族支援 相談先の周知

・3例目は、長男の嫁から相談があった、長男家族と同居する女性高齢者で、しまい忘れや探し物が多くなり、高額な商品を購入するなど徐々に対応に苦慮していたケース。介入後、物忘れ外来に受診、医師の指導で嫁が認知症や対応方法を理解、介護サービスの利用、SOSネットの登録、認知症カフェの参加、また、長男の小2の息子も見守りなどで対応している。

・4例目は、保健師の訪問活動で把握した、夫婦二人暮らしの家庭で、夫の行動が心配であるが、話すと怒るため対応に困っているケース。介入後、夫婦で受診、医師が教育的に支援し妻の対応が変わり、夫は入退院繰り返すもデイサービスの利用につながり生活している。

・最後に、鎌塚さんは、初期集中支援チームの成果として、チーム員が一致した見解で本人・家族に説明し、ケア方針を共有できたことを挙げ、特にサポート医の助言が心強かったと感じており、診察に同席することで医師から患者さんへの言葉がけを後になっても伝えられ、その後の受診や介護サービス勧奨に役立てられたと振り返りました。



事例検討では、村澤さんの進行で、それぞれ事例に関わった事業所から補足説明等があり、関連事例の紹介やサポート医からの助言もいただきながら情報・意見交換を行いました。

### 【事例1】

#### ● 介護支援専門員から

- ・日中は穏やかであるが夜間になると幻視・幻聴あり「蛇が出る」等の訴えある。
- ・週1回のデイサービスでも穏やかに周囲と交流、ババばかりで面白くないというが通所を継続。
- ・外に出ると家に帰れなくなるという思いが強く、ショートステイなどの回数は増やしてあげたいが、妻と一緒にいたいという思いがあり、利用を控えるようになる。
- ・日中は寝ていることも多く筋力は低下している。
- ・お酒は妻の声掛けでふらつきあるため減らすこと聞き入れている。転倒し骨折等あった。

#### ● デイサービスから

- ・お試しでは続かなかさそうだったが、問題行動はなく、利用者と顔なじみになりつつある。
- ・回数を増やしたいと考えているが、本人はそれを望んでいなく難しい。回数を増やす方法はないか。

#### ● サポート医から

- ・免許返納について、事故を起こしたことを忘れている方もいるし、大きな事故だけ覚えている方もいるが、事故を起こしている場合は許可しないようにしている。本人には事故を理由に説明をして納得してもらう。



- ・家族から「運転しないようにしてほしい」という依頼も多いが、本人との意識がうまく擦り合わせられないこともある。都会は返納する傾向があるが、この地域は難しい。

#### ● 認知症看護認定看護師から

- ・入院中に病棟で関わっていた。奥様への愛情が非常に強い方なので、その奥様を利用してデイサービスの増回につなげてはどうか。例えば誕生日プレゼントとして考えてデイサービスへ行く回数を増やす等の案はどうか。

#### ● 地域連携室から

- ・担当をしていた鎌塚さんと本人、ご家族の関係性が良かったと感じた。妻をサポートすることで、ご本人からも信頼を得たのではないか。
- ・支援にあたり市立病院の認知症認定看護師からのアドバイスが心強かった。
- ・車の運転については、運転しなくても困らない環境を整えたのが良い結果につながった。



### 【事例2】

#### ● 訪問看護ステーションから

- ・ケアマネがデイサービスを勧めたが、男性で抵抗感があったため、地域リハビリが入って、訪問看護に依頼があり関わった。
- ・妻にはきついが他人（訪問看護の時）には暴言などをいう人ではない。同じことを繰り返すことはあっても訪問看護はスムーズにできた。
- ・本人だけでなく時には8割がた妻への支援になる。家族からの話を聞くことで家族の気持ちを落ち着かせられる。時には玄関の外で話すこともあり、家の中では本音の話がでないことも。
- ・関わって1年後、近所トラブルで家からでなくなる出来事あり、隣人から監視され引きこもる状況になる。引きこもるようになって、口数がすごく減り、病状も進行しているのではと心配。

#### ● 地域リハビリテーションから

- ・4回かかわった。記憶障害ありストーブの操作等の間違い、妻とのトラブルあり。社会的な判断能力が困難なため、妻との距離を置き、本人もクールダウンし、できる機能を広げる必要性があった。
- ・人との会話は嫌いではないようなので、集団では疲れる傾向があるため、まずは1対1からの支援を始めることにし、腰痛あったのでストレッチ紹介。運動で腰痛改善。
- ・その中で、いろいろなものを切断して捨てる様子を見て、何か作業をしたい人と考え、陶芸ができるデイサービスを紹介し、通う中で人とのかわりてきた。
- ・かかわりの中で妻が上手に対応できるようになっていった。
- ・現在は認知症が進行している。

#### ● 認知症サポート医から

- ・本人のやりたいこと、興味や関心等失われないように社会との関わりを持つことが大切になる。会話などの継続は大切。誰かが社会とのつながりを保ってあげる。
- ・引きこもりは病状を進行させる可能性はあるため、事例2のケースの場合は訪問看護師の会話の継続が大切になる。



### 【事例3】

#### ● 介護支援専門員から

- ・家族の目を離れた隙に行方不明になった。小3の孫が本人の顔が分かると、顔が分からないスタッフと一緒に探すのを手伝うなど、この家庭は孫が影のヒーローとして活躍している。
- ・キーパーソンの嫁は常に本人の状況の変化を日記にメモしている。情報を持っている家族であり、病状の進行を悩みながら支援している。その中で成年後見人の話等も聞き、心の準備ができている。
- ・小さいうちからこのような事例を目の当たりにするのは良いこと。

#### ● 司会から

- ・子供の時からの認知症に対する教育は大切ですが、4町で何か事例はありますか。



#### ● 沼田町地域包括支援センターから

- ・認知症サポーターの養成は小さなうちからという認識はあり、出来れば取り組みたいと思うが、高齢者の理解を含めた介護についての学習を小中学で取り組めないか教頭等と相談中である。

#### ● 北竜町地域包括支援センターから

- ・小学2年と4年に認知症についての授業を5～6年前から行っている。4年生は特養を訪問している。



#### 【事例4】

##### ● デイサービスから

- 施設から50メートル位のところに自宅あり、10月に転倒しデイサービス開始。転倒を繰り返していたが、現在は安定して別人のようになっている。施設内ではたばこ吸わず、塗り絵をするなど、他者ともにこやかに過ごすことができる。
- 部屋もきれい。家庭内別居されていたため、みんなまで食事できることに喜んでた。

##### ● 認知症サポート医から

- 落ち着きがでてきた。かかわりで家族の安心感がでてきた。家族がよくなれば本人も良くなる。
- 妻以外に対しては穏やかであった。妻のストレスに対する支援が家庭で生活する安心感につながる。

##### ● 地域連携室から

- 家庭では様々な問題があった。前回の転倒で施設入所を決断。最終的には離婚することになったが、結局双方の幸せにつながったのではないかと。

##### ● 深川市地域包括支援センターから

- 認知症か性格かわからなかった。夫婦の問題もあり、事実なのか思い込みなのか、どう介入するか悩むケースであった。医師の診断で認知症として方向性がつけられるまで判断が難しい。
- 経過観察にしたことや入院の経過もあり経過の中で、家族に寄り添う支援ができていた。

#### 【その他関連ケース】

##### ● 妹背牛町地域包括支援センター

- 施設入所レベルの高齢者と思われた方で、妻の強い思いから在宅生活を選択したケースがあった。精神科受診後、妻と在宅帰宅したケースに訪問するが「訪問に来なくてよい」と拒否され1年半、その後誤嚥性肺炎で退院後間もなく亡くなった。家族への支援が大切であると感じた。断られても訪問する勇気が必要。

##### ● 妹背牛町の介護支援専門員から

- 認知症が進んだケースで、生活動作を促す介助が必要で家族の介護ストレスがあり、在宅生活が長くできるようにデイサービスを週3回利用で生活していた。
- 本人は落ち着いている人だが、何も関心がない。介助しないと何もやらない。妻の介護のストレスをいかにとるかの支援であった。

##### ● 認知症サポート医から

- 本人もそうだが家族の支援が大事。頑張り過ぎている家族には、転んでも本人のしたことと安心してもらおう。責任を感じ過ぎないようにアドバイスする。安心させること。完璧を求めない。

##### ● 知症サポート医から

- 介護保険とのつながりが大事。介入の際地域で現状がわかっていることで多くスムーズに支援している。

##### ● 介護支援専門員から

- 受診が難しい方について、受診させるまでの過程でどのような方策をとっているか。

##### ● 秩父別町地域包括支援センターから

- 介護保険の更新のため診断書が必要という理由で受診してもらった。受診も混んでいない時間帯にするなど工夫しスムーズにいった。

##### ● 妹背牛町包括支援センターから

- 診療所の医師からも少しずつ受診をすすめてもらっている。

#### ● 閉会・まとめ（河野小部会長）

- 他の地域にも似た事例があると思う。深川市で初期集中支援チームを動かしていったのは、チーム員とサポート医の力である。地域包括支援センターで対応可能であっても、チームでの対応の良いところを知っていただき、是非、事例を積み重ねてほしい。他町でも事例を作っていくことが必要。
- 初期集中でかかわった後も大事。いろいろな事業所が連携することが大事である。



- 最初は進め方がわからなかったが、今後認知症は増えていくので、こうした研修を通じて高めていきたい。
- 私は専門部会の委員を退任することになるが、今後もこうした研修を通じて、5年後～10年後に向け力をつけて行っていただきたい。