

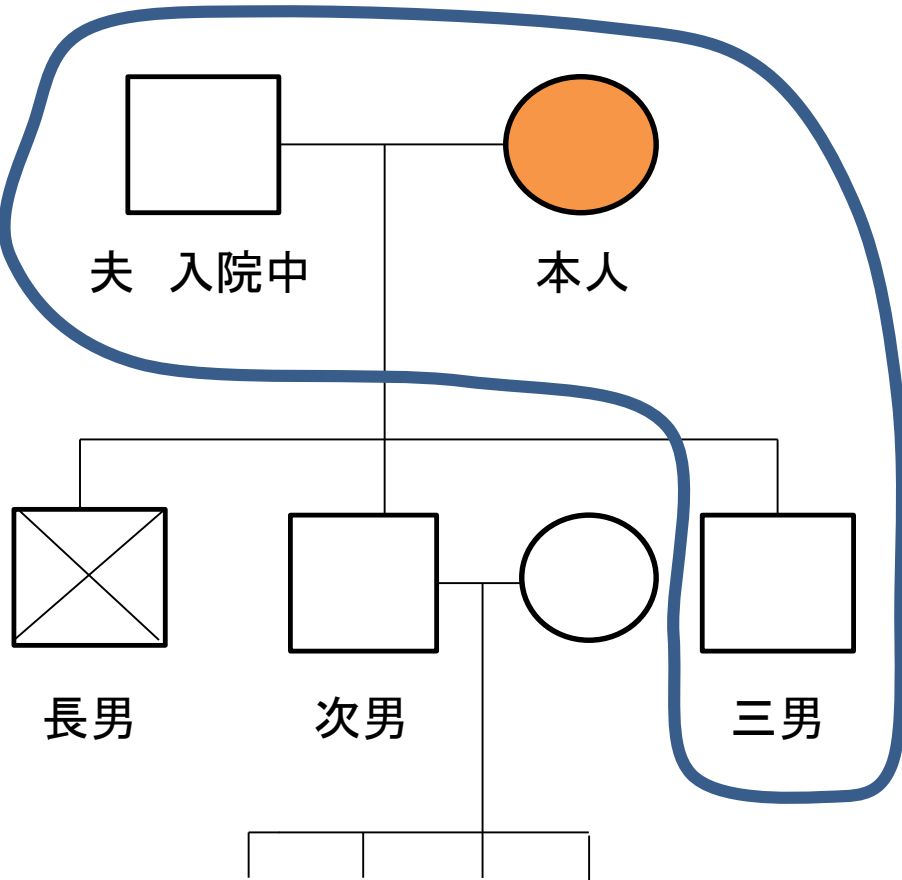
はこだてオレンジケアチームの 具体的な支援活動について ～事例を通して～

保健福祉部高齢福祉課
介護予防・認知症担当

はこだてオレンジケアチームの 具体的な流れ

- 1 相談の受付
 - 2 情報収集
 - 3 対象者の判断, 初回訪問準備
 - 4 初回家庭訪問
 - 5 チーム員会議の開催
 - 6 初期集中支援の実施
 - 7 初期集中支援の終了
 - 8 引き継ぎ
 - 9 モニタリングの実施
- } 対象者の把握

事例の概要



- 本人：80代女性

- 家族構成

 - 夫：80代 5～6年前に
脳梗塞

 - 長男：4年前に死亡

 - 次男：東京在住 会社員

 - 三男：引きこもり後、現在は
就労中

事例の概要

- 生育歴：函館市生れ
結婚後は夫の転勤に伴い道外居住
を経て約30年前に函館に転入
- 医療状況：糖尿病，高血圧，脂質異常症など
市内内科に通院中
- 介護保険未申請 → チーム介入後「要介護1」

相談の受付

次男（東京在住）から地域包括支援センターへ電話相談あり

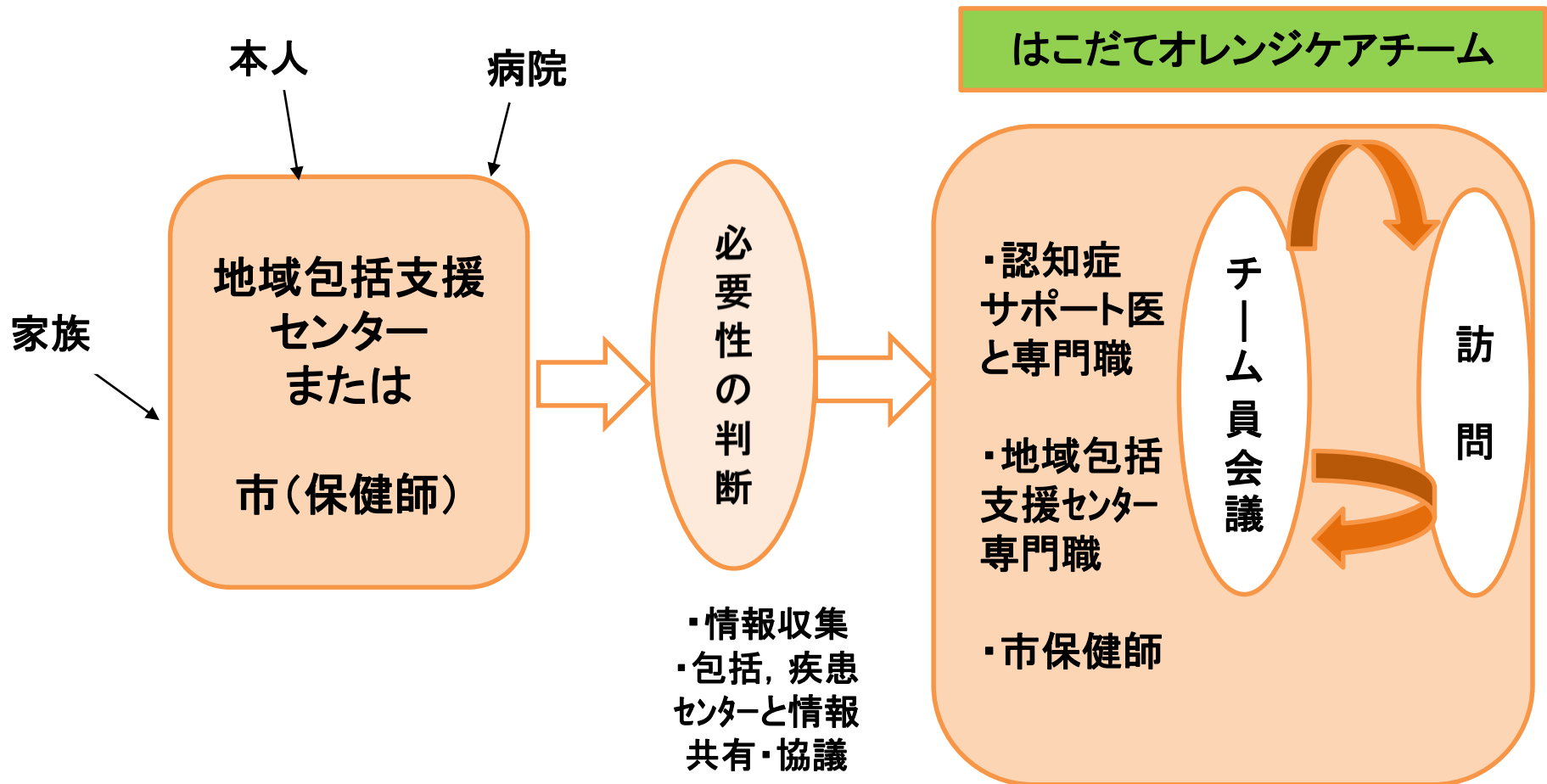


地域包括支援センターから市に相談あり

【相談内容】

- ・物の忘れが多くなった
- ・判断力が低下した
- ・薬の飲み忘れあり
- ・不動産あり。夫の入院中、勝手に新たに契約してしまいう危険性がある など

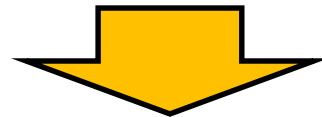
相談受付から訪問までの流れ



対象者の把握

※情報を収集し、はこだてオレンジケアチームの対象か否かの判断を行う

- ・本人の年齢は80代
- ・現在は三男と2人で在宅生活(夫は入院中)
- ・認知症が疑われる。糖尿病ほか内科に通院しているが、認知症の臨床診断は受けていない



- ①医療サービス, 介護サービスを受けていない, または中断している
- ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者

はこだてオレンジケアチームの対象者と判断

初回家庭訪問

- ・地域包括支援センター，認知症疾患医療センターで訪問
(目的：信頼関係の構築，状況把握，チームや同意書の説明など)
- ・訪問への反応：誰でも受け入れる傾向
- ・認知機能：2日前の訪問の記憶なし
日にち，曜日がわからない
もの忘れの自覚あり
- ・身体状況：特に問題なし
- ・生活状況：簡単な調理・買い物可
同じ服を何日も着ている

初回訪問の情報分析→支援計画書作成

【分析・判断】

- ・日にち, 曜日の感覚なし
- ・新しいことを憶えられない
- ・病識に乏しい, 判断力の低下
- ・三男の介護力が低い

【支援計画】

(本人)

- ・服薬管理ができる
- ・専門医の受診
- ・不動産の適切な管理

(介護者)

- ・三男の意向を確認
- ・次男の不安の軽減

チーム員会議

【検討事項】

- 1 服薬管理ができない
- 2 認知機能低下への対応→専門医の受診
- 3 不動産の管理

【話し合われたこと】

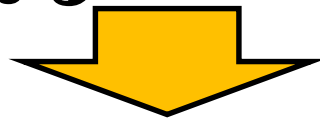
- 1 適正な服薬ができず、不定期な受診なので
かかりつけ医の連絡が必要
- 2 服薬管理体制が整った後、専門医の受診を
再度検討
- 3 成年後見制度の手続きのすすめ

初期集中支援の実施

- ・介護保険の申請(地域包括支援センター)
- ・かかりつけ医の連絡(地域包括支援センター, 市)
- ・継続訪問(地域包括支援センター)

【支援の状況】

- ・服薬管理の支援を目的として包括は継続訪問
(週1回の頻度で)
- ・本人が飲みやすい方法を工夫, 確実な服薬を
目指し, 支援を重ねる



服薬体制が整った段階で専門医の受診へ

初期集中支援の実施 チーム員会議

【チーム員会議の開催】

- ・複数の開催により，服薬管理，専門医の受診
不動産の管理について検討

【支援の状況】

- ・三男からのサポートは難しいので，介護サービス導入
まではチームでサポート
- ・専門医の受診調整および同行
 - ※診断名 混合型認知症 長谷川式：16点（中等度）
- ・次男へ随時情報提供，報告

初期集中支援の終了

チーム員会議(6回目)で目標達成について確認

【サポート医】

- ・三男は服薬管理のサポートができています
- ・専門医の受診継続ができています

【疾患センター専門職】

- ・チームの介入により三男の関心が高まり、サポートへつながった。次男も協力姿勢あり。兄弟間で介護に協力
- ・訪問看護師の導入による服薬管理と脳トレ実施

【包括専門職】

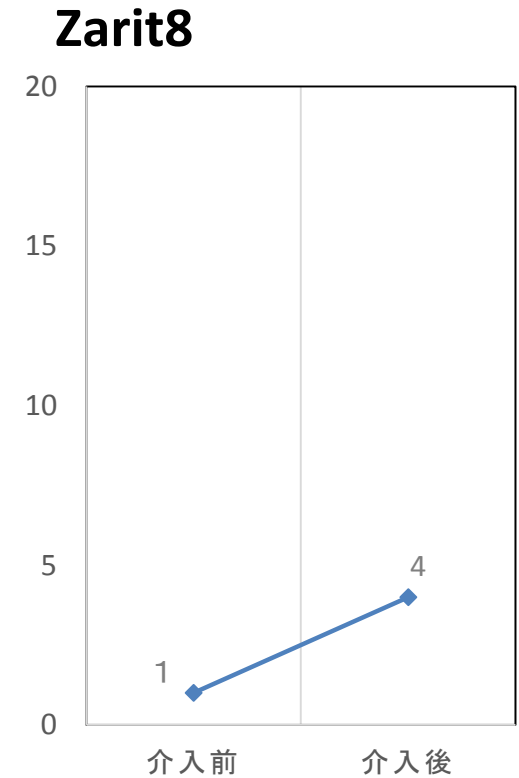
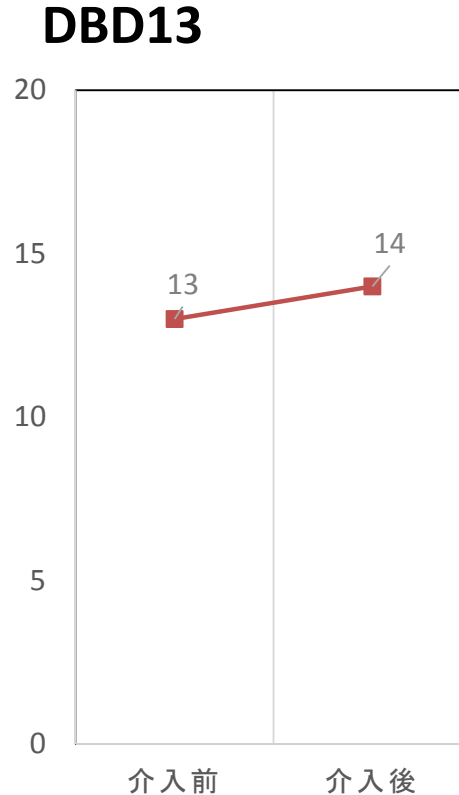
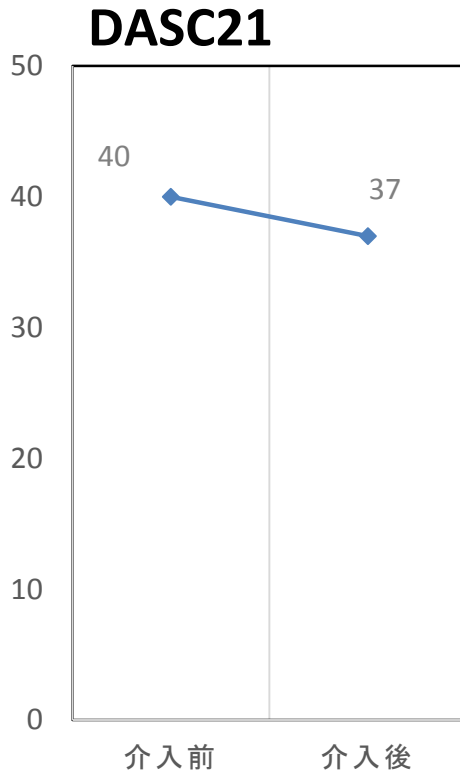
- ・認知機能は変化なし 糖尿病のコントロール状況は良好



※今後は三男の就労に伴いサービス継続の支援体制がポイント

初回訪問から支援終了のチーム員会議まで:4か月+5日

各スケールの変化



- DASC21: 認知機能障害と生活機能障害の評価スケール。31点以上で「認知症の可能性あり」と判定。
- DBD13: 認知症に伴う行動障害の評価を行う。高いほど障害が大きい。
- Zarit8: 介護者の介護負担の判定を行う。高いほど負担が大きい。

引き継ぎ

※**専門医の助言**:三男の就労に伴い、サービスが継続されるような支援体制がポイント

【チームの支援内容】

- ・専門医の受診につながった
- ・介護サービス利用により服薬体制が整い、定期的な受診が可能になった
- ・三男への介護サポート、次男は随時報告することより不安の軽減につながった



以上を担当ケアマネジャーに引き継ぐ

モニタリングの実施

【担当ケアマネジャーからの聞き取り】

- ・本人は特に変わりなく在宅生活を継続
- ・ヘルパーによる通院介助, 訪問看護による服薬管理の介護サービスを継続
- ・三男は受診前の準備などサポートを継続



【チーム員会議で報告】

- ・病状, 身体状況は安定
- ・介護サービスの利用により通院・服薬がなされている



チームの一連の関わりによる目標達成が**維持**
また本人の状況も**維持**



モニタリング終了