

行田市認知症初期集中支援チーム 活動マニュアル

行田市健康福祉部高齢福祉課

平成28年10月

【目次】

1	認知症初期集中支援とは	P 2
①	定義	
②	事業概要	
2	認知症初期集中支援事業実施について	P 2
①	事業実施方針	
②	初期集中支援チームの設置と運営	
③	チームの設置	
④	チーム活動のエリア	
3	認知症初期集中支援の流れ	P 4
4	認知症初期集中支援の具体的活動	P 5
①	対象者把握、情報収集、事前アセスメント	P 5
②	初回訪問	P 8
③	アセスメントの実施	P 9
④	個人情報の使用に関する説明と同意について	P 11
⑤	アセスメントの結果とそれに基づく初期支援	P 11
⑥	チーム員会議～支援方針の検討・決定～	P 13
⑦	初期集中支援の実施	P 14
⑧	モニタリング	P 16
⑨	支援の終了、引継ぎ	P 17
5	検証・分析・報告	P 19
①	記録	
②	実績の積み上げ	
③	検証・分析	
	様式・報告書	P 20

1. 認知症初期集中支援とは

① 定義

医療・介護・福祉の専門職と専門医で構成されるチームによる、認知症の発症後のステージとしての初期段階への集中対応をいう。

また、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人への対応も含まれるものとする。

集中支援の意味は概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

<介護保険法（抄）>

第百十五条の四十五（地域支援事業）

2 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～五 省略

六 保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業

② 事業概要

事業については、行田市認知症総合支援事業実施要綱に基づいて行なう。ここでは、事業項目のみ掲載する。

- ① 支援チームに関する普及啓発
- ② 認知症初期集中支援の実施
- ③ 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

2. 認知症初期集中支援事業実施について

① 事業実施方針

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよりよい環境で暮らし続けられるために、認知症初期集中支援チームを機能強化型地域包括支援センターに設置する。

その活動は、いままでにも構築してきた認知症の方を支援するネットワークを活用し、本事業の広報・普及啓発及び初期集中支援業務等を実施することによって、認知症の方やその家族を速やかに適切な医療や介護等の支援に結び付けるものである。

事業実施方針は、業務委託を行う際の委託方針とする。

【補足】

- ・本事業の広報・普及啓発や初期集中支援業務等を実施することを通じて、未だ支援に結び付いていない認知症の方を発見し、適切な支援機関に結び付ける。
- ・市内の関係機関等との連携を通じて、初期集中支援チームの対応例が、地域における認知症に関する医療と介護の連携対応モデルとなり、長期的には、地域での自律的な認知症対応の輪が広がっていくことが理想である。

② 初期集中支援チームの設置と運営

国の地域支援事業実施要綱を踏まえ、本市の「行田市認知症総合支援事業実施要綱」では、認知症初期集中支援チーム員の構成について、以下のとおり規定している。

（認知症初期集中支援チーム員の構成）

第4条 市長は、認知症の人及びその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを設置するものとし、その構成員を市長が委嘱する。

2 認知症初期集中支援チームの構成員は、専門職2人以上及び専門医1人をもって組織する。

3 専門職は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

(1) 保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士又は医療、保健若しくは福祉に関する国家資格を有する者

(2) 認知症ケア又は在宅ケアの実務経験を3年以上有する者

(3) 国が実施する認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、必要な知識及び技能を習得した者

4 専門医は、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医（嘱託可）であって、日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師とする。

③ チームの設置

本市では、機能強化型地域包括支援センターに設置する。

また、他の業務との兼務は妨げない。

チームの稼働は、原則週5日、午前8時30分から午後5時15分までとし、時間外や休日についても、緊急時に連絡が取れるような体制を整備する。

④ チームの活動エリア

認知症初期集中支援チームの活動エリアは、市内全域とする。

3 認知症初期集中支援の流れ

認知症初期集中支援は以下のフローで実施する



4 認知症初期集中支援の具体的活動

① 対象者把握、情報収集、事前アセスメント

(1) 訪問支援対象者の把握【市高齢者福祉課、地域包括支援センター（機能強化型含む）】

認知症に関する相談窓口となる市高齢者福祉課、地域包括支援センターは、その相談業務等において把握した認知症の人又は認知症が疑われる人の中から、訪問支援対象者要件に該当する方についてチームに情報提供する。

【必要書類】

認知症初期集中支援依頼票

(地域包括支援センター、高齢者福祉課→認知症初期集中支援チーム)

相談の受付、訪問支援対象か否かの判断(参考: 対象者把握チェック表)

(訪問支援対象者)

第6条 訪問支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、次のいずれかの基準に該当する者とする。

(1) 医療サービス、介護サービスを受けていない者、又は中断している者で以下のいずれかに該当する者

ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者

イ 継続的な医療サービスを受けていない者

ウ 適切な介護サービスに結び付いていない者

エ 介護サービスが中断している者

(2) 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

なお、訪問支援対象者要件に該当するか否かの判断に迷う場合は、「対象者把握チェック票」を用いる。この段階では、チェック項目について一項目ずつ質問する必要はなく、相談業務で聞き取った内容から、該当すると思われる項目にチェックを入れればよい。

※地域包括支援センターによる単独の対応で効率的に支援に結び付けられるような場合は、対象案件とはしない。

(2) 情報提供【地域包括支援センター（機能強化型含む）、市高齢者福祉課】

相談窓口は、認知症初期集中支援依頼票を出す際に、「(1) 訪問支援対象者の把握」において収集した情報を、チーム員に対して情報提供をする。情報提供は、「対象者基本情報」で行う。

また、初期集中支援の対象者が迷う場合は、「対象者把握チェック票」を用いてアセスメントを行う。

【方法】

直接、郵送、セキュリティー管理のある電子データ（パスワード設定）

※機能強化型地域包括支援センターへの情報提供に際しては、対象者本人からの相談の場合は本人から、本人以外の相談者からの相談の場合は相談者から、口頭で構わないので、同意を得ておくこと。

※なお、情報提供したケースがすべて認知症初期集中支援の対象となるわけではないことに注意。次の「(3) 情報収集」時や、「(4) 初回訪問」の後に、初期集中支援対象外と判断する場合もあることに留意すること。

チームは、地域包括支援センター以外の相談窓口から情報提供があった場合、地域包括支援センターと情報共有を図り、連携体制を構築するよう努めること。

(3) 情報収集【初期集中支援チーム員】

チーム員は相談受付時に得た情報に加え、関係者等へ情報収集を行うことで、事前に対象者の状況を確認することができ、初回訪問およびアセスメントを効率的に実施することができる。

チーム員は、地域包括支援センターや市高齢者福祉課と連携し、相談窓口からの情報を参考にしながら、更に情報収集が必要な場合は関係者からの情報収集を行う。場合によっては、改めて相談者に対し、より詳細な情報の提供を求めることも必要。

ただし、現段階では、本人以外から個人情報収集することについて対象者本人からの同意が得られていないため、情報収集の範囲に注意を要する。

同意を得る前の情報収集先は、原則として、本人、相談者、市高齢者福祉課、各地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、民生委員までとする。

【相談者から再度情報を収集する場合の留意点】

以下の点に留意しながら情報収集を行う。

① 相談者の特徴に合わせて相談を受ける。

- ・相談者が本人の場合：不安が強い場合が多いので、安心感を与えながら質問するように配慮する。
- ・子（義理の子を含む）や配偶者の場合：同居の場合は、認知症の人がすでに重症化しており、相談者が精神的・身体的に疲弊している場合がある。まずは介護の負担などについての訴えを受け止め、ねぎらうようにする。
- ・民生委員の場合：地域とのトラブルが発端になって相談に至っている場合がある。地域の中でさらなる情報収集が必要になる可能性が高い。

② 誰が困っているのかを整理する。

③ 対応が必要なことに優先順位をつける。

なお、同じ質問を何度も繰り返して聞かれることは、大きな苦痛であるばかりでなく、時間の損失も大きいことから、情報提供元の相談窓口とよく連携を図るよう努める。

【関係機関からの情報収集】

情報収集は、原則として本人や家族からの情報を基本とする。

地域包括支援センターが関与している事例については、把握済みの情報について、あらかじめ地域包括支援センターと共有しておく。

相談窓口が認知症疾患医療センター、認知症相談であった場合は、圏域を担当する地域包括支援センターに対して、すでに関与しているケースかどうかを確認し、必要な情報の収集および共有を行う。

既に要介護認定を受けている事例の情報収集

既に要介護認定を受けているにもかかわらず、適切な医療・介護サービスに結びついておらず、行動・心理症状の増悪等により認知症初期集中チームの介入を必要とする方について、要介護認定事務の情報をチーム員が利用することで、より効率的、効果的な被保険者の支援を実施することが可能となる場合がある。

要介護認定事務及び認知症初期集中支援推進事業に係る事務は、同じ介護保険法に規定されるものであり、要介護状態となった方が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うという介護保険法の理念に基づいている。

このことから、同意を得る前の情報収集の段階においても、要介護認定事務の目的の範囲内とみなし、チーム員は要介護認定事務の情報を利用することができる。

(4) 訪問支援対象か否かの判断

収集した情報をもとに、「対象者把握チェック票」を用いて再度、訪問支援対象者に該当するか否かを判断する。

情報収集の結果、訪問支援対象者に該当しないこともあり得る。

(5) 認知症初期集中支援・相談個人票（個別ファイル）の作成

収集した情報を、認知症初期集中支援・相談個人票（個別ファイル）を作成し、初回訪問に向けて情報の整理を行う。

【使用する様式】 利用者基本情報

(6) アセスメントの実施

訪問支援対象者であることが確認できた場合は、初回訪問前に、引き続きアセスメントを開始してもかまわない。

しかし、次のような状況のために、情報収集時にはアセスメントが行えない場合も多い。その場合は、改めて初回訪問時にアセスメントを行う。

《相談受付時、直ちにはアセスメントを行えない状況の例》

- ・初回訪問時に、第1優先に関係づくりが必要と思われるケース
- ・電話での相談のため細かな質問はできない
- ・面談時間が限られている
- ・近隣住民からの相談で情報が不明確なため
- ・同居していない家族からの相談で、情報が不足している

② 初回訪問

【初期集中支援チーム員、地域包括支援センター、認知症サポート医、市役所高齢者福祉課】

【使用する様式】

DASC、DASC添付別紙、身体の様子の子チェックについて、訪問・相談（モニタリング）記録様式、利用者基本情報の下欄（同意書）又は認知症初期集中支援における個人情報使用同意書

訪問支援対象者を把握したら、初回訪問をできるだけ速やかに行う。初回訪問時に、支援チームの役割の説明、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言を行う。

初回訪問は、次のステップへの入り口となるため、まず信頼関係を構築することを基本姿勢とする。

（1）初回訪問の実施体制

チーム員体制（以下1名ずつ2名以上）

- ・医療系職員（保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士等）
- ・福祉介護系職員（社会福祉士、介護福祉士等）

また、初回訪問時に訪問対象者とその家族が安心できる関係者（例：民生委員、地域包括支援センター職員、担当介護支援専門員）が仲介した方が、その後の支援に良い影響があると考えられる場合は、必要な関係者が同行することも可能。

（2）実施内容

初回家庭訪問の実施においてチーム員が行うべき内容については、次のことが挙げられる。

- ・支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
- ・必要に応じて基本的な認知症に関する正しい情報の提供
- ・専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明
- ・訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言

- ・アセスメント 等

(3) 訪問の流れ

イ 初回訪問の準備

- ・日程調整
- ・同行者調整
- ・事前の専門医の助言（必要時）

※チーム員医師の同行は必須ではないが、医師の同行の必要がある場合は、拠点チーム員から同行を求めるとともに、訪問日時の調整を行う。

【留意事項】

本人から訪問の了解がまだ得られていない場合や、警戒心や拒否が強い場合は、本人の状況に合わせて訪問の仕方を検討する。

チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応としては、市役所高齢者福祉課、地区担当の地域包括支援センターと協力しながら、支援の糸口を探る。

ロ 初回訪問、当日について

初回の訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とする。

訪問対象者や家族の疲労度を考慮し、また短時間で複数回の訪問により関係を築くことが効果的であることも考慮することが必要である。

相談の内容を予測して、適切な関係者や支援者の協力を得ながら効率よくアセスメントを行う。

【訪問時における留意点】

- ・家族の同席の確保を図る。
- ・本人と家族の話を傾聴し、信頼関係の構築を図る。
- ・本人のこれからの生活に対する意向や家族の介護の意向を確認する（家族間で意見が違う場合があるので注意）。
- ・キーパーソンとなる人を見つける（独居の場合は特に重要）。
- ・本人の心身の状態や生活状況を観察し、家族や訪問した関係者との間で情報が共有できるようにする。

③ アセスメントの実施

アセスメントツールとして、できるだけ簡易で、短時間で情報が収集でき、すでに有用性が比較的検証されている以下の評価尺度を用いる。

初回のアセスメントではこれらの項目すべてについて十分な情報が収集できない場合もある。その場合には、まずは、「認知症が疑われるか否か」、「緊急対応を要する課題はないか」について評価し、総

合アセスメントの全体は複数回の訪問を通して完成させるようにする。また、必要に応じて、関係者からも情報収集を行い、地域の状況（地域力）についても把握する。

初回訪問～支援方針決定までの間にアセスメントができない場合は、アセスメントできない理由について、チーム員会議などで情報を共有し、どうすればアセスメントにつながるかの検討を行う。

【評価項目アセスメントシート名】

必須	認知機能障害と生活機能障害の評価『地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート』(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC)
必要に応じ	身体の様子チェック『身体の様子チェック票』

【シートの特徴】

DASC-21、DASC 添付別紙（併用）

認知症によくみられる認知機能障害や生活機能障害は、「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）」を活用して、簡単にチェックすることができる。DASC-21 を活用することによって、以下のような認知機能障害と生活機能障害の有無を評価することができる。

DSAC 添付別紙は、より詳しい状況の特記する。

認知機能障害：近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、道順障害（視空間認知）、問題解決能力の障害、社会的判断力の障害

生活機能障害（IADL：金銭管理、交通機関の利用、買物、服薬管理、食事の準備、電話の使用、BADL：着脱衣、入浴、排泄、食事、移動、整容）

身体の様子チェック票

本人の身体状況を、全体的にチェックしでき、DASC-21 との関連について評価できる。

チェック内容は、全身状態（身体状態、コミュニケーション能力、衛生状態、栄養状態、摂食状態、排泄状態、睡眠状態、精神状態）と基礎データ（バイタル）である。

【参考：その他のアセスメントシート】

必要に応じ活用する。（認知症初期集中支援チーム員研修テキスト参照）

• DBD-13

BPSD（認知症の行動・心理症状）の程度をおおまかに評価することができる。認知症によくみられる BPSD として、以下のような症状をチェックできるようにリストアップしておくこともできる。

• J-Zarit_8（介護負担尺度日本語版の短縮版）

介護負担度（身体的負担、心理的負担、経済的負担）を評価するとともに、家族の受け止め方、家族の対応力、家族の主訴などを把握することができる。

④ 個人情報の使用に関する説明と同意について

個人情報の収集、提供にあたっては、本人の同意があることが大原則となる。初回訪問後、チーム員会議や初期集中支援時に個人情報を関係者と情報共有することになるので、初回訪問時に、今後支援を実施するために個人情報を使用する必要があることについて説明し、そのうえで同意を得る。

なお、初回訪問時に同意を得るまでの関係を築けないようなケースにおいては、無理に署名を求めず、日をあらためて同意を得るよう努める。

個人情報を使用することに関する説明及びその同意については、介護予防ケアマネジメントに類する「利用者基本情報」の同意欄又は、「個人情報使用同意書」を使用する。

使用する様式

個人情報使用同意書

【使用あたりの流れ】

(1) 書面による本人同意が原則

帳票⑥「個人情報使用同意書」の「利用者氏名」欄に、本人の署名による同意を得ることを原則とする。押印が得られない場合は省略可。

(2) 書面同意が得られない場合：口頭による本人同意

筆記困難など、書面による本人同意が得られない場合は、口頭による本人同意を得ること。この場合、複数名で口頭同意を確認し、利用者基本情報の同意欄、又は、帳票「個人情報使用同意書」の余白（「利用者氏名」欄の横あたり）に、「口頭で説明し、了解済み」と記入する。

(3) 口頭による本人同意も得られない場合：書面による家族同意

口頭による本人同意も得られない場合は、帳票「個人情報使用同意書」の「家族氏名」欄に、家族の署名による同意を得る。押印が得られない場合は省略可。

なお、「①書面による本人同意」又は「②口頭による本人同意」が得られた場合においても、書面による家族同意も得るよう努める。

※同意が得られなかった場合

本人同意や家族同意を得るよう努めたにもかかわらず、書面でも口頭でも同意を得られなかった場合は、やむを得ず「行田市個人情報保護条例」第7条の第3号および第4号の規定を適用し、本人以外からの個人情報の収集を行うことができる。

⑤ アセスメントの結果とそれに基づく初期支援

初回訪問のアセスメント結果について、以下の視点で整理し、サービス担当者会議の要点をまとめ、チーム会議へつなげる。

各アセスメント項目の詳細は、認知症初期集中支援チーム研修テキストを参照すること。

【使用する様式】

チーム会議の要点

＜会議検討項目の例＞

- ・ 情報の提供と受療支援
- ・ 身体を整えるケア
- ・ 生活環境の改善
- ・ 服薬管理
- ・ 介護保険サービスが必要な場合の調整
- ・ 介護保険サービス以外の社会資源の活用
- ・ 権利擁護に向けた調整
- ・ 緊急対応

＜緊急度を把握する具体的な内容＞

生活状態

- ・ 栄養失調になっている
- ・ 食中毒を起こす危険がある
- ・ 火事を起こす危険がある

身体状況

- ・ 重篤な身体症状がある 例) 意識障害、痛み、発熱、脱水
- ・ 誤薬による状態悪化がある

認知症の状態

- ・ 急激な認知症症状の出現・悪化
- ・ 暴力的行動・行方不明・異食など

本人や家族の気持ち・意向

- ・ 虐待を受けている
- ・ パニック
- ・ 家族の介護限界、家族の重篤な健康問題

補足：チーム専門医が同行した場合～医療行為か相談か～

初回訪問に限らず、チーム専門医の対象者訪問は必須ではないが、ケースによっては医師の訪問が必要となる場合が想定される。その場合の医師による行為は、原則として保険診療（往診）とはみなさないこととする。

医療行為は、原則として「患者本人の承諾があること」がその一つの要件となるが、本事業において、専門医が訪問しなければならないようなケースでは、医療行為に関して本人同意を得ることは困難だと

考えられるためである。

したがって、本事業において専門医が同行訪問した場合は、事業に基づく相談行為とし、必要となる経費は市の予算から支出することとする（相談手数料）。

⑥ チーム員会議～支援方針の検討・決定～

【チーム員、初期集中支援チーム専門医、市役所高齢者福祉課】

初回家庭訪問後には、必ずチーム員会議を開催することが必要となる。

初回のチーム員会議では、まず初回家庭訪問を通じて得られたアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者及び介護者に対してどのように医療や介護サービスが必要かを、専門医を含めたチーム員会議の場で検討し、『サービス担当者会議の要点』の支援方針についてチーム内で立案を行っていくことが必要となる。

なお、チーム員会議には、チーム専門医のほかにも、必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医や、担当地域包括支援センター、訪問支援担当者を担当する介護支援専門員、市役所高齢者福祉課職員を招集する。

チーム員会議については、初回家庭訪問後の開催だけでなく、実際に初期集中支援を実施開始後においても、適宜、必要に応じて開催（＝チーム員が集まって支援方針の確認や見直し検討を行う等）することになるが、例えば、初期集中支援の終了要件でもある介護保険サービスへの引継ぎ前には、必要に応じて開催することが必要である。

本市では、原則として、1ケースにつき初回訪問後（初期集中支援計画の作成）は必ず対象者のアセスメント書類等を持参し、顔を合わせて会議を行う。

初期集中支援中（支援計画の実施状況確認、見直し）、支援の終了時（初期集中支援の終結判断）等必要な場合は、顔を合わせての会議のほか、情報共有システム（MCS）での会議も可能とする。

【使用する様式】

チーム員会議の要点

～チーム員会議の流れ～

(1) 会議の準備

・メンバーの招集

チーム員がチーム員会議のコーディネーターとなり、メンバーを招集し、チーム員会議を開催する。

・日程調整

日程に関しては、事前にある程度先まで予定を組んでおくことが望ましい。特に医師が不在とならないように、参加が可能な日時や場所を選定する。

・場所

個人情報扱うため、情報が漏れないように配慮された場所とする。

・会議資料作成

チーム員は、事前に会議に必要な資料を準備すること。次の項目について、簡潔にまとめ、医師に伝える準備をすること。

【必要書類】利用者基本情報、DASC-21、DASC 添付資料、身体の様子チェック表

(2) 会議の内容

- ・支援の対象が誰であるか（本人か、家族か）を確認する。アセスメント内容の報告を行う。
- ・初回訪問の結果を踏まえ、再度、当該ケースが本事業による初期集中支援が必要かどうかを判断する。

＊明らかに認知症ではなく精神疾患であるケース、身体疾患が症状の主要因とみられるケースなどは本事業の支援対象者としな

- ・支援にかかわる多職種で初期集中支援計画を作成し、決定する。メンバーの役割と支援の内容（支援の方針、内容、頻度、期間、連携方法等）を確認する。
- ・個々のケースについて、チーム員会議後の初期集中支援計画のコーディネーターを明確にする。
- ・支援開始後の状況の変化や緊急時の連絡体制の確認を行う。
- ・認知症の方が住む地域の民生委員や地域住民への情報提供の検討を行う。
- ・認知症初期集中支援を終了する要件を定める。
- ・次回会議（モニタリング）の時期を決める。

チーム員会議における個人情報保護について

チーム員会議では、多くの個人情報を扱うことになるため、秘密の漏えいについて注意する必要がある。特に、チーム員以外の者をチーム員会議に招集した場合は、守秘義務について厳守することを説明する。

⑦ 認知症初期集中支援の実施

チーム員会議で決定された初期集中支援計画に基づき、チーム員で役割分担をして、支援を展開する。支援の開始時には、初期集中支援計画に基づき、今後、チームが計画的に関与することを、本人、家族及び介護者に説明する。

認知症初期集中支援の期間は、訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月までとする。

【使用する様式】経過記録

(1) 一般的な初期集中支援の内容

医療機関への受療支援医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の

専門受診に向けた動機付を行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。

- ・医療機関の受療支援（鑑別診断、再受診等）
- ・家族介護者への支援
- ・介護保険サービスの利用に関する支援
- ・単身者の場合には生活支援（服薬管理、金銭管理、通院の支援）
- ・成年後見制度の利用に関する支援
- ・生活環境の改善支援（建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓等の助言）

※より具体的な支援内容については『初期集中支援チーム員研修テキスト』を参照

（２） その他、対象者に応じて必要となる支援

家族介護者への支援家族介護者のニーズや不安を理解し、一人ひとりのニーズに応じて、介護負担の軽減と健康保持に関する支援を行う。必要に応じて、地域包括支援センターの開催する介護者サロンや認知症カフェを紹介する。

- ・介護保険サービス以外の社会資源の活用

介護保険サービス以外の社会資源の活用が必要とされる場合は、行田市「認知症あんしんガイドブック」（認知症ケアパス）等を参照しながら活用できるサービスを検討し、利用に向けて支援を行う。

- ・社会参加の支援

※より具体的な支援内容については『初期集中支援チーム員研修テキスト』を参照

（３） かかりつけ医との連携について

かかりつけ医からの情報提供が必要な場合は、電話や面談により情報提供してもらう。

また、未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得た上で、チーム員がかかりつけ医等に主治医意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行うことも想定される。かかりつけ医への情報提供にあたっては、今後、在宅医療・介護連携推進事業で実施予定の「市情報共有パス等」も検討する。

【参考様式】認知症初期集中支援チーム情報提供書、貴院患者様診療情報の提供について（依頼）

（４） 認知症に関する理解促進

初期集中支援実施時には、本人、家族や介護者に対し、認知症初期集中支援チームの役割をよく理解していただくとともに、認知症についての理解促進を図る必要がある。

理解促進にあたっては、行田市「認知症あんしんガイドブック」（認知症ケアパス）や各種パンフレットを用い、例えば次のような項目について説明する。

<基本的な情報>

- ・認知症について
- ・認知症の行動・心理症状について
- ・治療について
- ・家族の対応について

<地域の特性に合わせた社会資源情報>

- ・医療情報、医療資源
- ・介護サービス資源
- ・インフォーマルなサービス など

(5) 支援経過の記録及び初期集中支援計画の見直し

支援実施日、支援内容等の支援経過については、「経過記録」に記録する。

また、支援経過を踏まえ、定期的にチーム員会議を開催し、次のポイントを継続的に確認しながら、情報を共有し、課題に応じた初期集中支援計画の修正を行う。

支援全体の実施状況

- ・関係機関におけるサービスの提供状況
- ・本人の心身の状態と生活状況
- ・家族の状況
- ・初期集中支援計画の妥当性

【使用する様式】

経過記録、訪問・相談（モニタリング）記録様式

(6) 困難事例への対応

支援拒否、セルフネグレクト、虐待、介護者にも支援が必要なケース、家族間で意見の相違があるケースなど、初期集中支援につながらない対応困難な事例については、認知症初期集中支援チームだけで対応、解決することはできない。

また、本市では、認知症初期集中支援チームの活動を通じて、地域における認知症に関する医療と介護の連携対応モデルを構築することを事業実施方針の一つとしており、限られたチーム活動のリソースを対応困難な一つのケースに多く割いてしまうことは好ましくない。

そのため、初期集中支援につながらない対応困難な事例は、早期に市役所高齢者福祉課及び地域包括支援センターとの連携・調整を図り、地域ケア個別会議において地域の関係機関と支援方針を検討する。

⑧ モニタリング

チームの役割は、医療・介護サービス等へ引き継いだことで終了するわけではなく、その後モニタリングする必要がある。

初期集中支援を終了した後、引き継いだ対象者が医療・介護サービスを継続できているかモニタリングし、認知症にかかる支援・対応について課題が生じていないかを確認する。

引継ぎ後の状況に課題が生じているとチーム員会議で判断された場合は、チームの専門医とともに検討し認知症にかかる専門的見地から引き継ぎ先に対して報告・助言を行う。

なお、モニタリングを実施した場合は、「訪問・相談（モニタリング）記録様式」に記録すること。

【使用する様式】

訪問・相談（モニタリング）記録様式

(1) 実施時期

モニタリングの実施時期及び間隔については、チーム員会議で検討し設定するが、目安としては、引き継ぎの2ヶ月後に行うこととする。

※モニタリング実施時期の設定にあたり、特に注意が必要なケースの例

- ・本来、介入・支援が必要であるが、何らかの理由で対象者のおかれる状況を改善できず、認知症鑑別診断をはじめ、適切な医療・介護サービス等に結びつけることができないまま、やむを得ず他の機関へ引き継いだケース
- ・何らかの理由で一時的に入院（1～2週間程度で退院の見込み）し、支援機関に引き継ぐ初期集中支援としては終了となるが、退院後何らかの支援が必要であると予測される場合

(2) 内容・視点

- ・アセスメントに基づく課題とケアプラン内容の妥当性
- ・家族の負担度の変化等
- ・認知症に関する本人の状態像の変化、改善の可能性
- ・本人ができる機能を十分発揮できているかどうか
- ・関係機関との情報共有状況
- ・初期集中支援の結果、適切な支援機関につなぐことができていたかどうか
- ・チームでの支援終了後も適切なサービスが継続されているかどうか

(3) 方法

モニタリングの方法は、個々のケースに応じ、チーム員が適切と考える方法により実施する。

(例) 引き継ぎ先（地域包括支援センター、介護支援専門員等）や関係機関への聞き取り等、モニタリング段階に入った時点は、次の主たる支援機関が定まった状態であることから、チームが訪問支援対象者を支援する中心的な存在ではない。そのため、基本的にチームから訪問支援対象者本人に対する直接的な関与は行わない。

(4) モニタリング終了時期

モニタリング結果について検討し、安定した状況が維持・継続できていることがチーム員会議で確認することができれば終了とする。

⑨ 支援の終了、引き継ぎ

初期集中支援の終了については、訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、認知症初期集中支援チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなど

がチーム員会議の場において判断された場合に、終了することとなる。

【使用する様式】

ケース引継連絡書

(必要時、利用者基本情報、訪問・相談モニタリング記録様式、経過記録等の写し)

(1) 終結の基準

認知症初期集中支援の実施期間は、概ね最長で6か月とする。

終了方針決定前後に必要な応じてアセスメントを行い、支援開始当初の状況からの変化を確認する。

次の場合はチーム員会議で支援終了の方針を決定してよい。

- ・「医療サービス、介護サービスを受けていなかった者」について、何らかの適切な支援機関とつながり、医療サービス及び介護サービスの導入が達成でき、安定的な支援に移行した場合
- ・「認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者」について、BPSDが軽快し、対応上の困難性が軽減した場合

※支援拒否ケースにおいて、初期集中支援チームでケースの支援をおこなうことは不適切であると判断した場合、対象者の圏域を担当する地域包括支援センターに地域ケア会議（個別会議）の開催を依頼し、ケースの引き継ぎを行う。

(2) 引き継ぎ

チーム員会議で認知症初期集中支援終了の方針を決定した場合は、担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に進むよう引き継ぎを行う。

【引継ぎの例】

- ・対象者の自宅への同行訪問
- ・チーム員会議への担当介護支援専門員の参加
- ・チーム員によるケアプラン作成時への支援
- ・チーム員がサービス担当者会議へ参加する等

また、引き継ぎ内容は、基本情報、アセスメント内容、支援目標、これまでの関わりの経過等であるが、これらの情報を引き継ぐため、帳票⑬「ケース引継連絡票」を使用する。

※「ケース引継連絡票」の取り扱い

市高齢者福祉課や地域包括支援センター、守秘義務のある職種の人（医師、介護支援専門員等）には、事業の目的の範囲内として、帳票⑬「ケース引継連絡票」を提供することができる。

守秘義務がない人には、口頭で終了の旨を報告する。（「ケース引継連絡票」は渡さない）。

対象者が在住する圏域の地域包括支援センターには必ず渡す。

いつ誰に支援終了を伝えたか記録する。

支援終了の方針をチーム員会議で決定後、できるだけ早急に作成、受け渡しを行う。

※支援の終了の基準

支援に携わった主たる関係者及び引き継ぎ先が、チームによる初期集中支援を終了することを確認、同意した時点をもって終了とする。

帳票⑨「ケース引継連絡票」を作成し、主たる関係機関及び引き継ぎ先に受け渡し、

帳票⑩「支援経過記録票」への記載完了をもって手続きは終了。チーム員会議で支援終了の方針を決定することは、支援終了ではないので注意すること。

※その他

何らかの支援機関に引き継ぎをおこない支援終了と判断したケースについては、対象者の状況に変化があっても、原則として再び初期集中支援チームの支援対象者とはせず、チームがケースに対する直接関与は行わない。

例外として、引き継いだ後も鑑別診断や医療につながらない場合や、訪問支援対象者から「医療にかかりたいので支援をしてほしい」旨の申し出があった場合は、チームから直接対象者に関与することはあり得る。

5 検証・分析・報告

認知症初期集中支援チームによる活動がどの程度有効なのか、活動の内容やチームの介入後の効果などについて検証・分析を常に行い、本事業の目的である「認知症の早期診断、早期対応が自律的に機能する地域の支援体制の構築」に対し、効果的に作用するよう改善していく。

① 記録

チームは、対象者ごとに、初期集中支援において使用した帳票類をまとめた台帳を作成する。高度の個人情報であるため、記録の保管方法は慎重に取り扱い、保管方法についても慎重に考慮する。

チームの活動については、帳票「業務報告書（年報）」等の作成により、関係者全員で活動の振り返りが行えるようにする。

事業に関する記録の保管期間は5年とする。

② 実績の積み上げ

事業効果の検証・分析を正しく行うには、実績データの詳細な積み上げが必要となる。チーム拠点は、対象者ごとの台帳をもとに、帳票「実践事例報告（一覧表）」に、初期集中支援の実績を集約していく。

③ 検証・分析

市及びチームは、実績データの詳細な積み上げをもとに、以下の点に留意しながら事業の進め方について常に検証・分析を行う。

【検証・分析内容】

- ・ 地域ごとの特色をつかむための地区診断
- ・ 地域との良好な関係を築くための方策
- ・ 必要な人に情報が届くような広報周知の方法
- ・ 支援対象者の掘り起こしにつながる手法の検討
- ・ 認知症を正しく理解してもらうための説明の流れ
- ・ 支援拒否ケース・支援困難ケースに対する対応
- ・ 相手の立場に立った効率的なアセスメントの進め方
- ・ 初期集中支援内容の振り返り
- ・ スムーズな支援機関への引き継ぎ方
- ・ 有効なモニタリング手法 等

④ 報告

市への事業実施報告については、「認知症初期集中支援報告書」の提出をもって充てる。

【認知症初期集中支援報告書】

年度当初から報告時点までに、訪問支援対象者としたケースすべてを記載。9月末、3月末時点の年2回にて、翌月10日までに市高齢者福祉課に提出する。

様式・報告書

認知症初期集中支援依頼票

機能強化型地域包括支援センター 緑風苑 様

担当包括 行田市地域包括支援センター
(ケース担当)

【対象者】 *氏名は部分的にマスキング 例) 行田花子→行●●子。住所は町名、大字まで記入。

・氏 名 (男 ・ 女) 才
・住 所

対象者は40歳以上で在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる方又は認知症の方で以下に該当する方です。(該当部分には()に○)

- 1 () 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
 - () ① 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - () ② 継続的な医療サービスを受けていない者
 - () ③ 適切な介護サービスに結び付いていない者
 - () ④ 介護サービスが中断している者
- 2 () 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

【ケース概要】

【認知症初期集中支援に依頼する具体的内容】

【緊急性】 有 ・ 無

対象者把握チェック票

大項目	項目	チェック	細目	
1 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で、項目(1)から(5)の基準に該当する者	(1)認知症患者の臨床診断を受けていない者	①	認知症について専門医療機関を受診したことがない。	
		②	認知症であると考え、薬物治療を受けている。	
	(2)継続的な医療サービスを受けていない者	③		主治医から受診を勧められているが専門医療機関受診につながっていない。
		④		以前は定期的に通院していたが、最近通院が途絶えている。(概ね3ヶ月以上)
		⑤		時々健康診断や予防注射などを受けに行く以外医療機関を受診していない。
		⑥		本人の受診拒否が強い。(例：家族だけが薬をもらいに行っている)
		⑦		家族に関心が無い。
		⑧		本人・家族が介護サービスの必要性を感じていない、拒否している。
	(3)適切な介護保険サービスに結びついていない者	⑨		経済的な問題がある。
		⑩		ケアマネジメントが不十分・あるいはケアマネジメントが困難である。
		⑪		サービスの受け方がわからない。
		⑫		適切な介護保険サービスが見つからない。(若年性認知症など)
		⑬		本人・家族が介護サービスの必要性を感じていない、拒否している。
	(4)介護サービスが中断している者	⑭		経済的な問題がある。
		⑮		BPSD等の症状のため、サービス提供が困難である。
		⑯		ケアマネジメントが不十分・あるいはケアマネジメントが困難である。
		⑰		適切な介護保険サービスが見つからない。(若年性認知症など)
		⑱		介護保険サービス適応外である。(40～65歳未満で特定疾病以外)
2 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している	⑲			

・各相談機関において、認知症初期集中支援チームに情報提供したい場合は、上記チェックリストにチェックをし、チーム拠点にお送りください。(該当する項目すべてにチェックする)

・相談業務で聞き取った内容から、該当すると思われる項目にチェックを入れてください。全ての項目について、相談者に対して一つ一つ確認する必要はありません。

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (DASC) 認知症初期集中支援チーム版

ID	記入日 平成 年 月 日						
ご本人の氏名:	生年月日: 大正・昭和 年 月 日 (歳)	男・女					
同居	同居						
回答者の氏名:	所属・職種:						
本人との続柄:							
認知機能障害・生活機能障害	1点	2点	3点	4点	記憶	近時記憶	備考欄
1 財布や鍵など物を置いた場所がわからなくなることがありますか	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ			
2 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶	遠隔記憶	
3 自分の生年月日がかかわらなくなることがありますか	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		時間	
4 今日が何月何日かわかなくなることがありますか	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見等識	場所	
5 自分のいる場所がどこかわかなくなることがありますか	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		道順	
6 道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ			
7 電気やガスや水道が止まってしまった時に、自分で適切に対処できますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決	問題解決	
8 一日の計画を自分で立てることができですか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	判断力	社会的判断力	
9 季節や状況にあった服を自分で選ぶことができですか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない			
10 一人で買い物はできますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭外のIADL	買い物	
11 バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		交通機関	
12 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	金銭管理	金銭管理	
13 電話をかけることができますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		電話	
14 自分で食事の準備はできますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	食事の準備	
15 自分で薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		服薬管理	□本人 □家族 □その他()
16 入浴は一人でできますか	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL	入浴	
17 着替えは一人でできますか	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	ADL	着替え	
18 トイレは一人でできますか	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	①	排泄	
19 身だしなみを整えることは一人でできますか	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL	整容	
20 食事は一人でできますか	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	ADL	食事	
21 家の中での移動は一人でできますか	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	②	移動	
DASC18項目の合計点				DASC21項目の合計点			
点				点			

精神症状・行動症状等

いつ頃から、どのような症状があるのか(具体的に)

【精神症状】例)妄想(物を盗られた等)、幻覚、抑うつ、不安、焦燥、睡眠障害等

【行動症状】例)暴力、暴言、徘徊、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的問題行動等

その他、気がついた症状があれば記載して下さい

身体的症状

現病歴(現治療中の疾患)

※現在内服している薬と処方先の病院
(市販薬や漢方薬も含め可能な限り全て記入)

例)葛根湯…○△×内科クリニック

疾患名	いつ頃から	医療機関名

既往歴(過去に治療した疾患：風邪など単発的なものは除く)

疾患名	いつ頃(何年、又は何歳)

最近、身体症状で気がついたことがあれば記載して下さい。

社会的困難

例：独居、消費者被害、近隣とのトラブル・地域からの排除、介護負担、介護者の健康問題、虐待、老々介護、認々介護、経済的困窮等

— 身体の様子をチェックについて —

① コミュニケーションのための基本的能力

- 訪問者との意思疎通が可能か はい いいえ 不明
- 目が見えにくいかな はい いいえ 不明
- 耳が聞こえづらいかな はい いいえ 不明

② 衛生状態

- 身体は清潔かな はい いいえ 不明
- 衣服は清潔かな はい いいえ 不明
- 家屋、室内は清潔かな はい いいえ 不明

③ 栄養状態

- 極度にやせているか肥満しているかな はい いいえ 不明
- むくみがあるかな はい いいえ 不明

④ 摂食状態

- 食事を拒否したり、食べないことがあるかな はい いいえ 不明
- 食べ過ぎることがあるかな はい いいえ 不明
- 食物を嘔めるかな はい いいえ 不明
- 食物をのみこめるかな はい いいえ 不明

(上記4項目のいずれかがはいの場合は 食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1回の食事に要する時間を確認)

⑤ 排泄状態

- 尿失禁があるかな はい いいえ 不明
はいの場合は (回数、量)
- 便失禁があるかな はい いいえ 不明
はいの場合は (回数、性状)
- 便秘があるかな はい いいえ 不明

⑥ 睡眠状態

- 睡眠は良好かな はい いいえ 不明
はいの場合もいいえの場合も起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間を確認する
- 寝ていて大声を出したり起き上がったたりすることがあるかな はい いいえ 不明

⑦ その他 その他身体の状況で気がついたことがあれば記録に記載して下さい。

訪問・相談(モニタリング)記録様式 (初回・再 回目)

訪問チーム員		専門医訪問・相談 時サイン(自著)	
対象者氏名		訪問日・時間	平成 年 月 日 () : ~ :
対象者住所	行田市		
地域担当包括 (担当者)	緑風苑 ()	まきば園 ()	壮幸会 ふあみいゆ () ()
面接対象者	・本人 ・家族 () ・その他()		
経過及び現状			
結果	1 在宅継続 2 入院 3 入所 4 その他		
課題及び対応	1 課題なし 2 課題あり (1)医療に関すること 受診 服薬 症状及び状態の悪化 (2)介護に関すること () (3)家族・介護者に関すること (4)その他 []		
<input type="checkbox"/> 次回計画	平成 年 月 日(モニタリング方法:)		
<input type="checkbox"/> 終了	平成 年 月 日 【終了後の方針】		
備考			

利用者基本情報

作成担当者： _____

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住所	行田市	TEL	()
		FAX	()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無)		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
依頼経路	所属 (続柄)	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)	
住所			
連絡先			
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

《DASC》

初回訪問時 DASK	初期集中支援終了時 DASK
点	点
特記事項	特記事項

認知症初期集中支援における個人情報使用同意書

私（利用者）および家族の個人情報については、本業務実施の際に、次に記載するとおり、必要最小限の範囲内で行うこと、関係する者に情報提供を行うこと、または関係する者から情報提供を受けることに同意します。

記

1 使用する目的

利用者の生活支援に関して、介護サービスや医療サービス等につなげるため、チーム員会議及びサービス担当者会議並びに、関係機関で検討や情報の共有が必要な場合。

2 個人情報を共有する関係者の範囲

利用者の支援を行っている関係機関

3 使用に当たっての条件

個人情報を提供する場合、共有する関係者間の個人情報の使用は、目的の範囲内とし、共有にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。

事業者は、利用者の個人情報を使用した会議を開催した場合は、その出席者氏名、議事内容等を必ず記録する。

4 その他

主治医（かかりつけ医）のある方につきましては、身体や治療の状況について、「診療情報提供書」を求める場合があります。

尚、その場合、一部負担金（1,000円程度）を医療機関にお支払いただくこととなります。

*「個人情報」とは、利用者本人及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

行田市認知症初期集中支援チーム 宛て
(行田市健康福祉部高齢者福祉課扱い)

平成 年 月 日

利用者住所 行田市 _____

利用者氏名（自著） _____

利用者本人の著名が難しい場合（ご家族等）

氏 名 _____（続柄 _____）

経過記録

対象者氏名 _____

日付	内容	担当

チーム会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 作成者（担当者）氏名

開催日		開催場所			開催回数		
年	月	日	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
会議出席者		所属（職種）		所属（職種）		所属（職種）	
検討項目							
検討内容							
結論							
残された課題 (次の開催時期)							

専門医同席・了承確認（サイン）

第 号
平成 年 月 日

医療法人

医師 様

行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑
行田市認知症初期集中支援チーム
管理者 栗原 幸江

貴院患者様診療情報の提供について（依頼）

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は、当センターに格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、私どもの「認知症初期集中支援チーム」は、行田市からの受託業務として、平成28年度から認知症の早期診断・初期対応を目的として、認知症の方又は認知症が疑われる方の支援に取り組んでおります。

この度、貴院が担当されている患者様の 様の支援を行うことになりました。

つきましては、御多忙の中誠に恐縮に存じますが、次の情報をご提供いただければ幸甚に存じます。

記

1 対象患者様

氏名： 生年月日
住所：

2 ご提供いただきたい情報

現病名、既往歴、診療経過、処方内容等

※その他、本チームが関わる際に留意すべき点があればご教示下さい。

3 その他

個人情報提供同意書（写）を添付しますので、御査収下さい。

御連絡いただければ直接いただきに上がります。

（連絡先）行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑
担当：
TEL：048-557-3611

認知症初期集中支援チーム 情報提供書

平成 年 月 日

病院（医院）

医師 様

行田市認知症初期集中支援チーム

担当者：

電 話：048-557-3611

認知症初期集中支援を実施している以下の対象者様について、ご連絡いたします。引き続き、御高診のほどお願い申し上げます。

基本情報	対象者氏名		生年月日	年 月 日 ()
	住所	埼玉県行田市		
	要介護認定	申請なし ・ 要支援 () ・ 要介護 ()		
	家族構成			
	既往歴			
チーム介入経緯				
アセスメント 結果	DASC:	点 (29点以上で認知症の疑い)		
	認知機能面:			
	身体機能面			
	生活状況:			
	家族状況: 住環境: その他:			
	チーム専門医の意見:			
まとめ・今後の支援の方向性				
備考				

以上、簡単ではございますが、ご報告とさせていただきます。ご不明な点については、上記担当までお問い合わせ下さい。

ケース引継連絡書

平成 年 月 日

(事業所名)

(担当者名)

様

行田市認知症初期集中支援チーム

担当者：

電話：048-557-3611

認知症初期集中支援を実施しておりました下記の方について、支援が終了となりましたので、ご連絡いたします。

基本情報	対象者氏名 (年齢)	()	支援 期間	初回訪問日 H . .	最終訪問日 H . .	
	住所	行田市				
	要介護認定	申請なし ・ 要支援 () ・ 要介護 ()				
	【身体状況・精神状況】					
支援終了理由	<input type="checkbox"/> 医療サービス及び介護サービスの導入が達成					
	<input type="checkbox"/> BPSD が軽快し、対応上の困難が軽減した					
	<input type="checkbox"/> その他					
	【チームの認知症専門医の助言・意見】					
家族・介護者の状況、意向						
今後の支援の方向性	【担当圏域包括との連携】					
関係機関等	キーパーソン	氏名			続柄	
		住所			TEL	
	主となる医療機関	医療機関名			医師名	
		診療科目			TEL	
	居宅介護支援事業所	事業所名 (TEL)	()	氏名		
利用中サービス						
その他						

認知症初期集中支援報告書 (平成 年度)

No.	相談日	初回訪問日	年齢	性別	世帯状況	紹介元	開与開始時の状態	DASC	開与開始時の主治医の有無	介入時の介護認定	介入時の介護サービス利用状況の有無	介入時の利用サービスの内容(具体的に)	訪問延べ回数	チーム員会議の開催回数	チーム員の出席回数	専門医への相談回数(会議は除く)	初期集中支援の事由	終了の事由	その他の場合の事由記載	最終訪問日	引継日	引継機関	鑑別診断の経業	終了時の状態		
													回数	回数	回数	回数	回数	回数							回数	回数

【注意事項】
 本報告書は年度毎に累積入力とする。
 本報告書は、半年毎(9月末及び3月末)に市高齢者福祉課に提出(紙又はセキュリティーのある電子データ)すること。

行田市認知症初期集中支援チーム活動マニュアル

発行／行田市 発行日／平成28年10月

編集／行田市高齢者福祉課・行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑

〒361-8601 埼玉県行田市本丸2番地5号

TEL048-556-1111 FAX048-564-3770

