

生駒市認知症初期集中支援推進事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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で暮らし続けることができる社会の実現を図るため、介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45第2項第6号に規定する事業として、認知症の人やその家族に早期に関わる生駒市認知症初期集中支援チーム(以下「支援チーム」という。)を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は生駒市(以下「市」という。)とする。ただし、市は、この事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができる。

(支援チームの役割)

第3条 支援チームは、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人(以下「訪問支援対象者」という。)及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。

2 支援チームは、地域包括支援センター職員や市保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、認知症地域支援推進員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保するものとする。

(認知症初期集中支援チーム員の構成)

第4条 認知症初期集中支援チーム員(以下「チーム員」という。)は、第1号を満たす専門職2名以上及び第2号を満たす専門医1名の計3名以上の専門職で編成する。

(1) 次に掲げる要件をすべて満たす者

ア 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、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者

イ 認知症ケア又は在宅ケアの実務・相談業務等の実務経験を3年以上有する者

ウ 国が別に定め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・技能を修得した者。ただし、やむを得ない場合は、当該研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

(2) 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のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師

(チーム員の役割)

第5条 前条第1項第1号の要件を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

2 前条第1項第2号の要件を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

3 訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上の計2名以上で訪問する。

(認知症初期集中支援チーム検討委員会)

第6条 市は、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会開催要綱（平成28年4月1日施行）第7条第1項の規定に基づき設置する認知症対策部会（以下「部会」という。）において、地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発0609001号）別記5の3(1)ウ(ア)dに規定する認知症初期集中支援チーム検討委員会が実施すべき事項を行うものとする。

2 部会は、関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意を図るとともに、支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや医師会との事前協議や主治医（かかりつけ医）に対する連絡票など情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図るものとする。

3 部会は、支援チームの設置及び活動状況について検討する。

(訪問支援対象者)

第7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次に掲げる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

(事業の実施内容)

第8条 事業内容は次に掲げる事項とする。

(1) 支援チームに関する普及啓発

地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

(2) 認知症初期集中支援の実施

ア 訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握については、支援チームが物忘れ相談事業、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮することとし、チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図るものとする。

イ 情報収集及び観察・評価

支援チームは、本人のほか家族等あらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集するとともに、別に定める様式を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うものとする。

ウ 初回訪問時の支援

支援チームは、初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、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等を行う。

エ 専門医を含めたチーム員会議の開催

支援チームは、初回訪問後、訪問支援対象者ごとに、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。なお、必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員等の参加も依頼するものとする。

オ 初期集中支援の実施

支援チームは、医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。なお、支援期間は、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ヶ月とする。

カ 引き継ぎ後のモニタリング

支援チームは、初期集中支援の終了をチーム員会議で判断したときは、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこととする。また、チーム員会議において、引き継ぎの2か月後に、サービスの利用状況などを評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うものとする。

キ 記録等の保管

支援チームは、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類を5年間保管しなければならない。

(個人情報保護)

第9条 チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年6月1日から施行する。

生駒市認知症初期集中支援事業

実施の手引き

平成28年6月

生駒市 福祉健康部 高齢施策課
地域包括ケア推進室

もくじ

1. 認知症初期集中支援とは	
(1) 定義	1
(2) 事業概要	2
2. 事業実施にあたってのしくみづくり	
(1) 事業実施方針	3
(2) 認知症初期集中支援チームの設置と運営	4
(3) チーム員会議・検討委員会	5
(4) 関係機関との連携のしくみづくり	6
(5) 市民への広報周知活動	7
(6) 支援対象者の把握	8
3. 認知症初期集中支援の流れ	
(1) 認知症初期集中支援のフローチャート	9
(2) 相談の受付	10
(3) 情報収集	11、12
・個人情報取り扱い	
・支援拒否ケースの取り扱いについて	
(4) 初回訪問	13～15
・アセスメント	
(5) 支援方針の決定	16、17
(6) 初期集中支援の実施	18～20
・医療機関への受療支援	
(7) 支援の終了	21、22
(8) モニタリング	23
(9) 検証・分析	24、25
5. 関係書式	26

参考資料

平成 27 年度「認知症初期集中支援チーム」テキスト

<http://vexon-intnl.com/dasc/h25text.pdf>

認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チーム員の質の確保等に向けた調査研究事業

(平成 26 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

1. 認知症初期集中支援とは

(1) 定義

① 認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。また、地域包括支援センター職員や市保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、認知症地域支援推進員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保することを役割とする。

② 訪問支援対象者

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、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア 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

- (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

イ 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

(2) 事業概要

①「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

「認知症初期集中支援チーム検討委員会」は、支援チームの設置及び活動状況等について検討する場であり、本市においては、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会における「認知症対策部会」の「初期集中支援チームに関する事項」の項目において検討することで対応するものとする。

②普及啓発推進事業

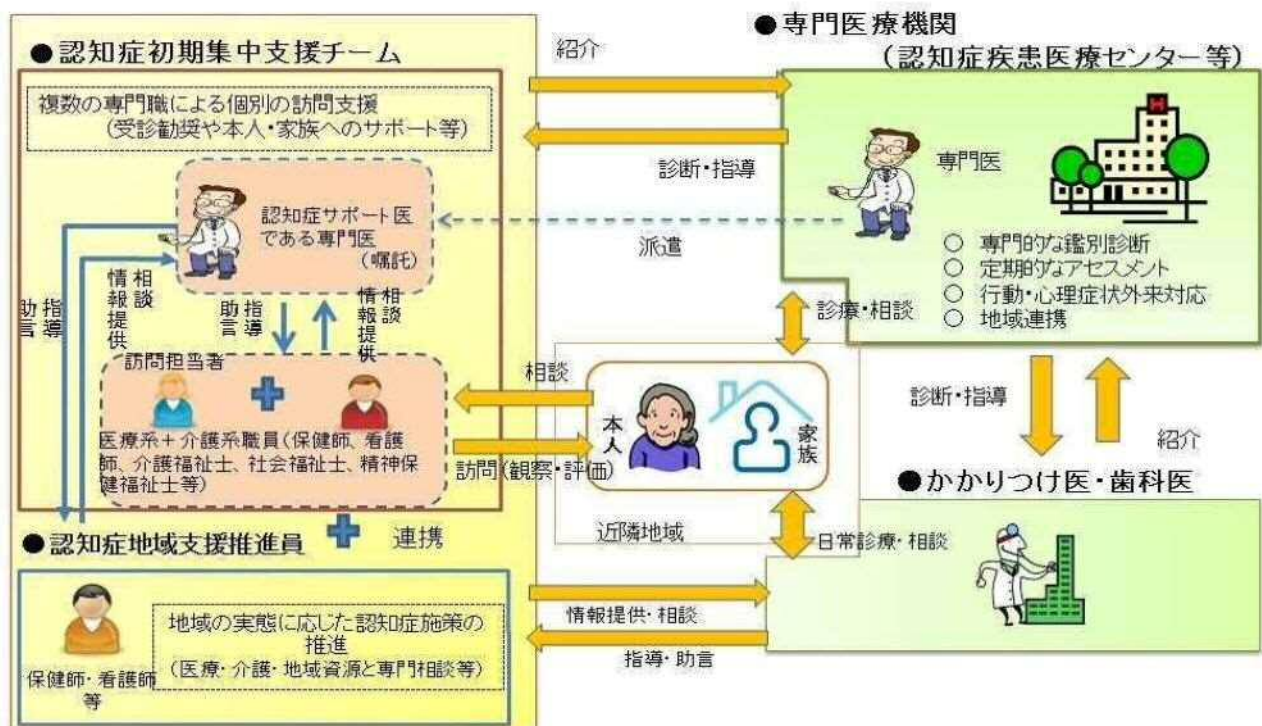
地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行う。

③認知症初期集中支援の実施

「認知症初期集中支援チーム」を配置し、次のことを行う。

- ア 訪問支援対象者の把握 イ 情報収集 ウ アセスメント
- エ 初回家庭訪問の実施 オ チーム員会議の開催 カ 初期集中支援の実施
- キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携
- ク 初期集中支援の終了とその後のモニタリング
- ケ 初期集中支援に関する記録

認知症初期集中支援チームの概念図



2. 事業実施にあたってのしくみづくり

(1) 事業実施方針

生駒市では、本事業を実施するにあたり次のような方針を定める。

【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設置し、これまでに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初期の方を適切な支援機関に結び付ける。

この取り組みをもって、認知症の方の早期発見・早期診断・早期支援機能が自律的に機能し、認知症の方を支援する地域のネットワーク体制を構築することを目的とする。

(2) 認知症初期集中支援チームの設置と運営

①認知症初期集中支援チームの設置

- ・ 認知症初期集中支援チーム（以下「チーム」という。）は生駒市全域を活動の範囲とする。
- ・ 開設時間は月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く） 午前9時～午後5時とする。
- ・ 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。
- ・ チームの名称は「生駒市オレンジチーム」とする。
- ・ 本事業に関する個人情報の取り扱いについては最大限の配慮を行うこと。

②認知症初期集中支援チームの構成

- ・ チーム員の配置人数と職種

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の（ア）を満たす専門職2名以上、（イ）を満たす専門医1名の計3名以上の専門職にて編成する。

（ア）以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・ 「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、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- ・ 認知症ケア又は在宅ケアの実務・相談業務等の実務経験を3年以上有する者。また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

※（ア）の要件を満たす専門職の職種は、医療系職員（保健師又は看護師）と介護系職員をどちらも配置すること。

（イ）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のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師(嘱託可) 1名とする。

③チーム員の役割

- ・ 専門職のチーム員は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。
- ・ 医師は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言・指導等を行う。

(3) チーム員会議と検討委員会

初期集中支援事業に関係する会議体として、チーム員会議・検討委員会がある。

①チーム員会議

チーム員と専門医が、訪問支援対象者毎に、アセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度等を検討するために実施する会議。

なお、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医、地域の認知症サポート医、介護支援専門員、包括職員、本市関係職員等の参加を依頼するものとする。参加者に対しては守秘義務を徹底すること。

初回訪問後は必ず開催し、支援方針の検討、支援終了の決定についてもチーム員会議で行う。

その他にも支援方針の確認や見直し検討を行う等、必要に応じて適宜開催する。

必ず検討内容や決定の経過などがわかるように記録をしておく。

○様式「チーム員会議録」

初回訪問後	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、本人及び介護者に対し初期集中支援が必要かどうかを判断する。
支援方針の検討	アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、どのような医療や介護サービスが必要かなど具体的な支援策を専門医を含めたチーム員会議の場で検討し、個別の支援方針=いわば『初期集中支援計画』についてチーム内で立案を行っていく。
支援終了方針の決定	一定程度の目的が達せられたことなどから認知症初期集中支援の終了をチーム員会議で判断する。

②検討委員会

検討委員会は、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会における認知症対策部会の中に置き、その部会の中で支援チームの設置及び活動状況についての検討や、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や、関係団体と一体的に事業を推進していくための合意形成が得られる場となるように努める。

(4) 関係機関との連携のしくみづくり

事業実施方針にもあるように、本事業の実施においては、これまでに構築してきた認知症の方を支援するネットワークを、活動の基盤として活用することが肝要であるため、関係機関との連携が不可欠である。

相談の受付が本格的に始まる前に、既存の認知症支援ネットワークへの参画を図るとともに、関係機関に対し、個別に「事業説明」「協力依頼」を行うことで、関係構築を図る。また、定期的に関係機関の会合等に参加し、状況報告を行うことなどにより、チームの役割や本事業の意義をより理解いただき、支障なく連携できる関係となるよう努める。

関係機関名称	協力・連携する内容		
	対象者把握	初期集中支援	支援終了後
医師会	かかりつけ医・認知症サポート医への協力要請 医療資源情報の提供	かかりつけ医不在ケースにおけるかかりつけ医の紹介	
認知症サポート医	支援対象者のつなぎ	認知症対策部会への参加 (検討委員会)	
かかりつけ医	支援対象者のつなぎ	支援への協力	医療の継続
日本老年精神医学会の定める専門医	支援対象者のつなぎ	チーム員会議への参加 実務者連絡会への参加	
認知症疾患医療センター等	医療専門知識の助言	鑑別診断	
地域包括支援センター	支援対象者同意・情報の提供 地区診断による地域特性情報の提供	地域ケア会議の開催	ケース引き継ぎ先
認知症地域支援推進員	支援対象者の情報の提供 普及啓発 支援対象者のつなぎ 物忘れ相談事業からのつなぎ	チーム員会議への参加 支援への協力 実務者連絡会への参加	
介護保険事業所 介護支援専門員	支援対象者のつなぎ チラシの配架	支援への協力	ケース引き継ぎ先
社会福祉協議会	周知	支援への協力	
地域住民組織 (自治会・民生委員児童委員など)	支援対象者のつなぎ 支援対象者情報 チラシの配布・周知	支援への協力	地域での見守り

この他にも認知症高齢者を支援するための協力組織となりうる地域資源は様々存在している。各相談窓口において医療や介護に結びついていないケースについて、速やかにチームに繋ぎ、アウトリーチを行うことが出来るしくみをつくる必要がある。

そのような地域資源に対して、機会あるごとに事業趣旨の説明や協力依頼を行うだけでなく、様々な状況の個別ケースに対応し、実践を積み重ねていくことで、本事業の効果が認められ、本チームが一つの有効な資源として地域の関係機関に認知されることが連携において重要である。

(5) 市民への広報周知活動

できる限り早期の段階から、訪問支援対象者となる見込みの者をチームに繋げるためには、広報周知活動は極めて重要であり、チームの役割や機能についてあらゆる手段を用いて地域に周知する必要がある。

また、チームの活動に関するだけでなく、認知症そのものに関する正しい知識や初期に対応することの有効性の理解を促進することも必要である。

広報周知活動を行う際には、地域の実情などを勘案し、どのような対象者にどのような手法で周知するのが効果的かの検討を行う。特に、広報周知活動においても、既存のネットワークやしくみを活用することにより、すでに地域で認知度や信頼度が高く浸透している広報媒体等と協力することで、本事業の周知を効果的に行うことができる。

周知後の反響については、次回以降の参考とするため、分析を行うこと。また、広報周知活動等の普及啓発に関しては、本市の広報活動とあわせて十分協議した上で行うこと。

広報周知活動の対象となる個人・団体・関係機関の例

本人、家族、医師会（歯科医師会、薬剤師会含む）、医療機関、地域包括支援センター、相談支援センター（障がい者部門）、介護保険事業所、介護支援専門員、家族の会、民生委員・児童委員、地域住民（高齢者支援ボランティア等） など

広報周知の手法の例

チラシの作成・配布	わかりやすいチラシの作成 高齢者世帯の多い地域を対象を絞り、個別ポスティングの実施 商店や薬局、介護保険事業所へのチラシの配架依頼
既存の広報媒体の活用	広報いこまち等の媒体の活用 地域の会報や広報誌の活用 自治会の回覧板の活用
地域の高齢者の集まる場での周知	食事会や老人会、老人クラブの活動などでの周知 地域イベントでの周知
説明会やセミナー、講演会の開催	他事業との共同による事業説明会の実施 認知症フォーラム等の開催にて周知
その他	認知症サポーターやキャラバンメイトとの協力 インターネットホームページ

(6) 支援対象者の把握

チームがかかわる訪問支援対象者を的確に把握することは極めて重要であるが、そのための手段、方法はさまざまである。

特に地域包括支援センター（以下「包括」という。）との関係性は重要であり、チームが包括経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるよう調整を行うこと。

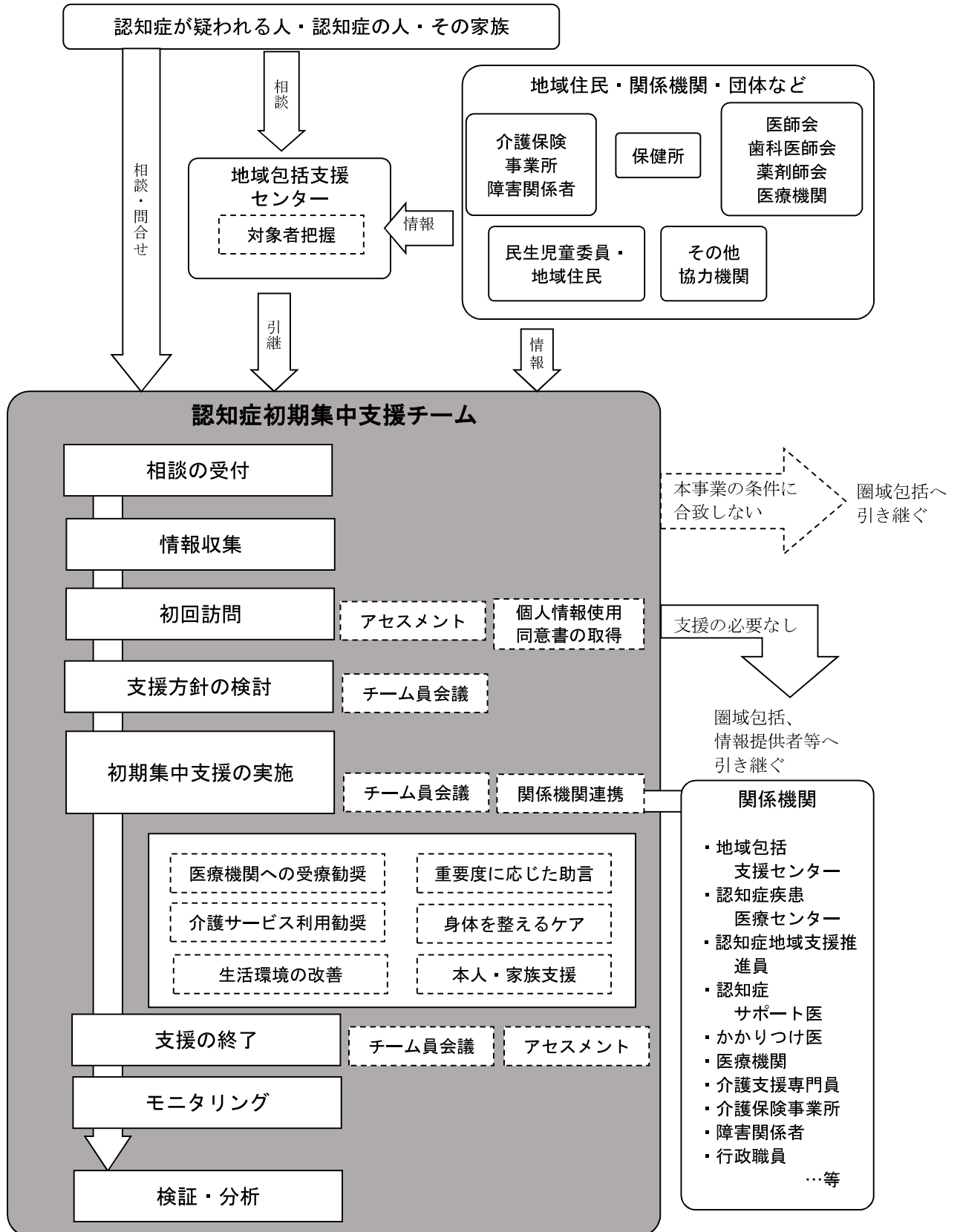
なお、訪問支援対象者の把握において、チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても同意を得て、包括と情報共有を図ること。事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する包括に情報を提供する等の連携を図る。

支援対象者把握において個人情報情報は慎重に取り扱う必要がある。本人同意なく他機関に個人情報を提供するようなことは行わないこと。

受動的把握	チームへの直接相談	本人、家族からの相談 近隣住民、民生委員等からの相談 介護支援専門員、包括からの相談 医療機関等からの相談 介護保険事業所からの相談 障がい部局からの相談
	包括等の既存相談機関からのつなぎ	包括、市のもの忘れ相談等で新規に受け付けた相談の中で、認知症の疑いがあり、主たる支援機関が定まっていないケース（ファーストタッチ）であると判断し、本事業に情報提供があった場合の把握 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>包括をはじめとした関係機関に対し、様式「対象者把握チェック票」を配付し、支援対象者条件に該当する方の情報のうち、チームにつなぐことに同意が得られたケースについては情報提供をもらうこと。</p> <p>○ 様式「対象者把握チェック票」</p> </div>
	相談会の開催	地域での相談会の開催による把握
能動的把握 (アウトリーチ)	地域からの情報による個別訪問	近隣住民、民生委員等から情報を得たが認知症の疑い等が不確実であり、個別訪問による把握
	全戸訪問	地域特性から、一定エリアの高齢者宅に対し全戸訪問をすることによる把握
	各種リスト等からの選定	要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者のリストや他事業で得たリストにより、認知症の疑いのある人を選定することによる把握。ただし、個人情報の目的外利用となるため、目的外利用同意の取得を行うなど、慎重な取り扱いが必要となる。

3. 認知症初期集中支援の流れ

(1) 認知症初期集中支援のフローチャート



(2) 相談の受付

相談は電話や来所面談等による対象者把握に引き続くかたちで、受け付けることができる。
相談受け付けの際には、本事業における支援対象者条件※に合っているかの確認を行う。

※「1. 認知症初期集中支援とは(1)②」参照 (P. 1)

いずれの場合においても、相談者の話を傾聴しながら、必要事項を確認し、その内容を書きとめること。のちに、様式「相談受付票（利用者基本情報）」に記録し、後日得た情報などと合わせ管理すること。

○ 様式 「相談受付票（利用者基本情報）」

※ 相談については次の点に注意すること。

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（嫁を含む）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。
- ・民生委員児童委員の場合：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。

※本事業の支援対象者ではない場合も、丁寧な対応を心がけ、相談者の困りごとに応じて適切な機関を紹介するなどの対応を行う。

本事業の支援対象者であることが確認できた場合は、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、相談受付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、来所または訪問によって相談者と面接し、アセスメントを行えるように調整する。

相談受付時、直ちにはアセスメントを行えない状況の例

- ・初回では、まずは、関係づくりが優先される
- ・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である
- ・同居していない家族からの相談で、情報が不足している

(3) 情報収集

相談受付時に得た情報に加え、情報収集を行うことで、事前に対象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。

相談受付時の情報源が近隣、民生委員児童委員、主治医、介護支援専門員などの場合は、相談内容について圏域を担当する包括に確認するための同意を取ったうえで、包括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。場合によっては、改めて情報源に対し、より詳細な情報の提供を求めることも必要。

情報源が本人、家族の場合も包括の関与の有無について尋ね、同様の扱いとする。その際に、**様式⑧「認知症初期集中支援における個人情報使用同意説明書」**に基づき、チームが支援する際の個人情報の使用について同意を得る。

包括からのつながりによる支援対象の場合は、包括と十分に情報の共有を行う。

【個人情報の取り扱い】

チーム員は、個人情報保護法の規定及び生駒市個人情報保護条例等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センターやかかりつけ医等に情報を提供する等の連携を図る場合においても、情報提供について同意を得た上で行うこと。

○様式⑧「認知症初期集中支援における個人情報使用同意説明書」

○様式⑨「認知症初期集中支援における個人情報使用同意書」

【支援拒否ケースの取り扱いについて】

本人や家族が支援拒否し、初回訪問の段階まで至らない場合は、まず、支援拒否の理由やその背景にあるものを正しく確認・理解し、行動していくことが大事である。

そのためには、支援の開始を急ぐより、信頼関係を築くことが優先される。

①支援拒否の要因を探る。

家族や関係者から十分な情報収集を行い、「誰が」「なぜ」支援を拒否しているのかを探る。中には、認知症そのものがその要因となっている場合も考えられる。そうした中で、関与につながる糸口を見つけ出す。

②効果的なアプローチを行う。

支援拒否の要因に応じた効果的なアプローチを模索し、実行する。

キーパーソンとの同行訪問や行政機関との連携なども手段の一つと考えられる。

また、定期訪問により、安否確認を行うと同時にチームが動いていることをアピールすることで、すぐには支援につながらなくても、次の機会にはつながるようにするなど一度の訪問での拒否により、ただちに行動を中断するのではなく、粘り強くさまざまな手法を試すことが求められる。

③地域ケア会議の依頼

さまざまなアプローチを行ったうえで、一定期間経っても事態が進展しない場合は、チーム員会議に包括に入ってもらいなどし、支援拒否ケースへの対応の経過をしっかりと情報共有したうえで、包括に地域ケア会議の開催を依頼する。地域ケア会議の主催は包括であり、包括が地域ケア会議を開催するに至る十分な情報について引き継ぎを行う。

地域ケア会議では、「直ちに認知症初期集中支援を行うのではなく、本人・家族が困ったときにスムーズに支援につながるような協力体制」について、関係者間で協議を行う。この地域ケア会議は、守秘義務を持った専門職のみで開催されることが望ましい。

地域ケア会議を経て、関係者間で課題共有した段階で、初期集中支援は終了し、適切な支援機関へつなぐこととする。

※介入の判断

家族が支援拒否をする場合は虐待が疑われる可能性がある。

本人の判断能力の低下により、支援拒否の認識がなく衰弱している場合などは生命の危機である場合も考えられる。

そのような場合は「虐待」「セルフネグレクト」として、介入の判断となることもあるので、早い段階で行政機関や包括と一緒に活動を行うことも必要となる。

(4) 初回訪問

初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、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、アセスメントなどを行う。

家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築である。

初回訪問においては、チーム員の医療職1名、介護職1名の計2名以上で実施する。

相談受付後、すみやかに調整を行い、訪問を実施すること。

①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、次のことがあげられる。

- ・ 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
- ・ 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が、本人、家族にとってメリットのあることについて説明
- ・ 訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

②訪問の流れ

初回の訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とし、訪問支援対象者本人、家族の了解があれば、2時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮し、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。

○訪問の準備

- ・ 相談者（家族など）、本人が信頼している人、本人の生活状況をよく知っている人に訪問の同行の依頼をする。
- ・ 本人から訪問の了解がまだ得られていない場合には、訪問了解を得るための本人への説明の仕方を検討しておく。
- ・ 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。
- ・ 市保健師、包括職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有のできる仕組みを確保する。
- ・ 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も包括と情報共有のうえ訪問する。
- ・ 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、行政（保健師等）や包括の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るといった対応方法について各関係機関と協力の上、支援を図る。

○訪問の実施

- ・ 複数での訪問を原則とする。
- ・ 本人や家族に安心感をもってもらえるように配慮する。
- ・ 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

- ・自己紹介をし、訪問目的を伝える。
- ・家族の同席の確保を図る。
- ・本人と家族の話を傾聴する。
- ・本人との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を確認する（本人が大事にしていること、得意なことなど）。
- ・家族の介護への意向を確認する（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。

【アセスメント】

○アセスメント

認知症に関するアセスメントシートを活用して、認知症の総合アセスメントを行い、本人の心身の状態や生活状況に関する情報を収集する。

チームは鑑別診断をするための情報収集をするわけではないので、できるだけ会話などからの情報収集を心がけ、アセスメントを実施すること。

初回のアセスメントでは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。

・アセスメントを行うタイミング

(1) 初回訪問～支援方針決定までの間

チーム員会議での支援方針決定のために必要なアセスメントを行う。(必須)

(2) 終了方針決定前後

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。

※アセスメントは複数で行い、アセスメントシートの記入は医療職が行うこと。

①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

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、簡便にチェックすることができる。これにより、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。

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)。

② 認知症行動障害尺度

BPSD が認められる場合には、認知症行動障害尺 : DBD-13 を用いて、BPSD 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と情報収集がスムーズにできる。

例 : アパシー (自発性低下)、睡眠障害、易刺激性、被害念慮、抑うつ、誤認、幻覚、徘徊、上機嫌、焦燥、不安、作話、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的逸脱行動など。

③ Zarit 介護負担尺度日本語版のうち 8 項目

社会的困難状況が認められる場合に具体的内容を記述するが、あらかじめ以下のような項目をリストアップし、チェックできるようにしておくことと効率的に面接をすすめることができる。

例 : 独居、高齢世帯、身寄りなし、介護負担が大きい、介護者の健康問題あり、受診拒否、サービスの利用に消極的、不衛生 (身体、住環境)、近隣とのトラブル、経済被害、虐待、その他

④ 身体の様子チェック票

身体症状及び状態は、現在治療中の疾患について、どのような疾患に、いつ頃から罹患しており、現在どこの医療機関で治療しているか、服用している薬剤があれば薬剤名と処方量、最近気づいたことがあるかについて記録する。さらに簡単な身体チェック (気がついた点をチェック) とバイタルチェックを行い、かかりつけ医を確認する。

- ・国が示す標準のアセスメントシートは①～④までであるが、かかりつけ医等医師へのつなぎを円滑に行うため、認知症のタイプをスクリーニングするためのアセスメントシートとして⑤「**認知症タイプ分類質問票**」を追加した。

○ 様式「アセスメントシート」

- ① 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 (DementiaAssessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC)
- ② 認知症行動障害尺度 (Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD 13)
- ③ Zarit 介護負担尺度日本語版のうち 8 項目 (Zarit Burden Interview : J-ZBI_8)
- ④ 身体の様子チェック票
- ⑤ 認知症タイプ分類質問票 (山口研究室)

①から⑤に加えて、以下の事も考慮し、聞き取りを行う。

○ 本人の生活状況について

生活歴、職歴、最近の生活状況や趣味・楽しみ・特技・友人・地域との関係、本人の思い・希望、家族の思い・希望などについても考慮する。

家族状況については、ZBI-8を用いて、介護負担度を評価するとともに、家族の受け止め方、家族の対応力、家族の主訴などについても把握し、記述する。

※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。

(5) 支援方針の決定

認知症総合アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、チーム員会議の中で、具体的な支援策を決定していく。

① 会議の準備

・メンバーの招集

当面、市が事務局となりメンバーの招集を行い、チーム員会議を開催する

・日程調整

日程に関しては、特に医師が不在とならないよう、参加が可能な日時についてあらかじめ調整を行い、2、3ヵ月先までの予定を組んでおくようにする。

・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。

- ・名前、年齢、性別
- ・相談ルート、相談の目的
- ・訪問日、本人面会の有無、DASCの有無、本人・家の様子
- ・家族の有無、家族との関係性
- ・かかりつけ医の有無、介護保険の利用状況
- ・特記事項 など

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。
- ・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などは本事業の支援対象者としない。)
- ・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、連携方法の確認等）を確認する。
- ・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必要性について検討を行う。
- ・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。
- ・初期集中支援計画およびチームの関与に対しての本人・家族の同意の確認をする。
(同意書を用意し、医療機関等への個人情報の提供に関する同意を得ることを基本とする。)

③ チーム員会議録（様式⑥）の作成

利用者氏名、開催日、開催場所、開催時間、開催回数、記録者と会議出席者について記載し、会議の開催目的についてチェックを入れる。

次に検討した項目についてチェックを入れ、主な検討内容について、それぞれの立場からの意見や助言を記載する。

結果、どのような方向性が示されたか、残された課題は何か、について記載し、次回の会議の開催時期をあらかじめ調整し、予定を立てておく。

(6) 初期集中支援の実施

①初期集中支援の概要

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境などの改善などの支援を行う。

どの程度の頻度でどのような支援が必要かは訪問支援対象者の状況によって異なるため、個別事例に応じた支援頻度を設定し、内容をチーム員会議で確認する必要がある。チーム員会議で決定された支援方針等に基づき、チーム員により役割分担をし、必要に応じて、関係機関と連携して支援を展開する。

支援期間は、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か月とする。

チームは、包括職員、市保健師やかかりつけ医、認知症サポート医、介護保険事業者等との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保する。なお、情報共有にあたっては、必要に応じて本人の同意を得る。

業務の遂行にあたっては、地域の保健・福祉・医療・介護の専門職やボランティアなどのほか、様々な関係者及び関係団体等と連携するとともに、介護サービス、福祉サービス、医療サービス、ボランティア活動、近隣住民同士の助け合いなどフォーマル・インフォーマルサービスの積極的な活用を図り、事業の円滑な実施に努める。

○ 様式⑦「支援経過記録票」

様式⑧「認知症初期集中支援における個人情報使用同意説明書」

様式⑨「認知症初期集中支援における個人情報使用同意書」

支援経過の中で、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

支援拒否ケース等、初期集中支援につながらないケースについては、圏域の包括と調整し、地域ケア会議を開催し、地域の関係機関と支援方針を検討する。

②初期集中支援の内容

一般的に初期集中支援の内容は、次のとおり。

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けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。 ・鑑別診断の勧奨
介護保険サービスの利用に関する支援	訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。
自立支援医療の適合性の判断	症状性を含む器質性精神障害（F0） →認知症や高次脳機能障害等においては、自立支援医療の対象となる場合がある為、必要に応じて申請等の手続きの案内を行う。
認知症の重症度に応じた助言	認知機能障害やBPSDへの対応に関する支援 →家族に主症状に対する対応方法の助言等、水分不足や便秘などの体調不良がないかなどの気づきについても助言するなど
身体を整えるケア	身体状況のチェックから、水分摂取、食事摂取、排泄、運動(活動)、睡眠などについて確認し、身体の状態を整えるための必要な支援を行う。 ・服薬管理 ・栄養管理 ・水分摂取の調整 ・排せつのコントロール ・不眠に対する対応 ・低活動、過活動への助言
生活環境の改善	生活環境のチェックから、建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓等について助言し、必要な支援を行う。 ・金銭管理 ・移動の支援（通院の支援） ・住宅改修や照明の工夫への助言 ・調理器具等への助言

ほかに必要となる支援は次のとおり

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 ・認知症カフェや介護者（家族）の会などの紹介 ・認知症が病気であることへの理解を促進
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
権利擁護に向けた調整	特に、独居の場合など、成年後見制度等、権利擁護のための支援が必要な場合にはその調整を行う。
緊急対応	緊急対応を要する課題がないかを確認する(独居の場合は特に注意する) 緊急対応を要する課題については、チーム員で迅速に支援策を検討し、関係機関に協力を求め、速やかに対応する。 ・食事が確保できているか。 ・現金があるか。 ・ライフラインが止められていないか。 ・重篤な健康問題がないか。 ・虐待の可能性はないか。 ・家族介護者に重篤な健康問題はないか

【医療機関への受療支援】

認知症は、原因となる疾患によって、治療法、支援のあり方、生活上の注意についても違いがあることから、医療機関を受診し、認知症疾患の診断（鑑別診断）や医学的評価を受けることは重要である。

①医療機関への受診勧奨

本人や家族に認知症疾患についての基本情報を提供し、医療機関を受診し、診断を受けることの大切さを伝える（パンフレットなどを使用したわかりやすい説明を心がける）。その際には、以下の点に留意しながら、具体的に診断につなげていくためのプロセスを検討する。

- ・本人および家族が受診の必要性を感じているか。
- ・本人は一人で受診できるか。
- ・受診の必要性を理解し、受診に協力してくれる家族がいるか。
- ・主治医（かかりつけ医）がいるか。
- ・今までに受診行動を試みたことはあるか。

有 → なぜ中断しているのか

無 → なぜ至らなかったのか

支援対象者本人や家族に単に情報を提供するだけでなく、スムーズな受診につながるよう必要に応じて、次のことも行う。

- ・主治医に対する情報提供依頼、紹介状作成依頼
- ・認知症疾患医療センターの鑑別診断受診予約、情報の提供

医師から書面による情報提供を求める際には責任所在を明確にするため、「診療情報提供書」を使用する。

情報の提供については、本人同意を得る必要がある。

主治医やかかりつけ医がいる場合は断りなく勝手に医療機関の紹介を行わないような配慮が必要。生駒市が実施主体の事業であることから、医療機関の紹介においても公正・中立に努めること。

【医療機関への協力依頼について】

生駒市では、医療機関への協力依頼について、次の様式を使用する。

○ 様式⑩「医療機関代表者あて協力依頼」 （生駒市福祉健康部→医療機関）

様式⑪「主治医あて診療情報提供依頼文」 （生駒市福祉健康部→主治医）

②医療を継続するために確認すべきこと

必要な医療が安全に継続されるためには、次のような生活背景を確認し、医療を継続していくための支援体制を組んでいくことが大切である。

- ・通院に同行できる人がいるか。
- ・在宅医療の体制を整えることができるか。
- ・受診できる費用はあるか。
- ・服薬管理が自身でできるか。できない場合は協力者がいるか。
- ・日常における心身の状態の変化を観察できる人がいるか。 等

(7) 支援の終了

チームによる支援は、認知症支援の導入期に行われるものであり、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、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をもって、チーム員会議の場において支援終了の方針を決定する。

支援終了の方針を決定するにあたっては、様式「初期集中支援終了時チェック票」を作成する。

○様式⑬「初期集中支援終了時チェック票」

①支援終了方針決定の判断基準

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。

ただし、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い者、または中断している者」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を持ち続ける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包括に地域ケア会議の開催を依頼し、地域ケア会議において主担当（主に包括）を決定し、ケースの引き継ぎを行う。

②ケースの引き継ぎ

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、包括や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継ぎを行う。

- ・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や包括職員の参加
- ・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、引継ぎ内容は、基本情報、アセスメント内容、支援目標・内容、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、様式「ケース引継連絡票」を使用する。

○様式⑭「ケース引継連絡票」

「ケース引継連絡票」の取り扱い

- ・対象者の支援に携わったフォーマルな機関に渡す。インフォーマルな機関には口頭で終了の旨を報告する。もし、文書を求められた場合は、別途書類を作成し渡す（「ケース引継連絡票」は渡さない）。
- ・対象者が在住する圏域の包括には必ず渡す。
- ・いつ誰に支援終了を伝えたか、「初期集中支援終了時チェック票」に記録する。

- ・ 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。
 - ※ 支援終了をチーム員会議で決定したことは、支援に携わった関係者には電話等で連絡し、別途ケース引継連絡票を持参する旨の連絡をする

【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。

○様式⑫「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、様式⑬「初期集中支援終了時チェック票」、様式⑦「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、決定したまでであり、支援終了ではない。

③その他

何らかの支援機関に引き継ぎ、支援終了と判断したケースについては、対象者の状況の変化があっても、原則として、再びチームの支援対象者とはせず、ケースに対する直接関与は行わないように留意する。

例外として、他機関に引き継いだ後も鑑別診断や医療につながらない場合や、過去に関わった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”旨の申し出が直接あった場合は、引き継いだ関係者とも充分協議を行った上で、やむを得ず、関係性の構築ができていたチーム員が関与することはあり得るが、直接的な支援者との主従関係が損なわれないよう配慮が必要である。

(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、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。

ただし、あくまでも従前に関与していたチーム員からの報告・助言であって、直接的な支援者に対する責めと受け取られないよう、申し送る伝え方については配慮が必要である。

○様式⑭「モニタリング記録票」

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。

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がる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、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（包括、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

- ・モニタリングの期間は、支援終了となった時点から、原則最長2か月後までとする。それ以上のモニタリングが必要な場合は、支援困難ケースとして、市の高齢施策課地域包括ケア推進室包括ケア推進係に引き継ぐものとする。
- ・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) 検証・分析

認知症初期集中支援事業は非常に新しい試みであり、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「ネットワークの早期発見・早期診断・早期支援機能が自律的に機能し、認知症の方を支援する地域の体制を構築されること」に対し、効果的に作用するよう改善する必要がある。

①記録

対象者の台帳等を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため、記録の保管方法は鍵のかかるところに保管する。また訪問支援対象者についての個人のデータは、市のサーバーに保管する。

チームの活動については様式「業務報告書（相談実績・初期集中支援活動実績・活動実績）」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。

○様式「業務報告書（相談実績・初期集中支援活動実績・活動実績）」

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。

- ・ 認知症に関する地域での普及啓発の取組実績
- ・ 相談件数
- ・ 支援対象者の年齢、性別、世帯状況、居住地域、要介護認定、認知症自立度など
- ・ 相談にまで至ったルート、経過
- ・ アセスメント実施件数
- ・ 「把握」～「初回訪問」までの経過日数
- ・ 支援開始時の医療利用状況（かかりつけ医の有無）、介護サービス利用状況
- ・ チーム員会議一回あたりの所要時間、取扱件数
- ・ 「初回訪問」～「終了」までの経過日数
- ・ 一事例あたりの訪問回数
- ・ 認知症鑑別診断を行った事例数
- ・ 医療機関受診・医療利用につながった事例数
- ・ 介護保険サービスや他の福祉医療サービスへの利用につながった事例数
- ・ 支援拒否の要因

③検証・分析すべき内容

実績データの詳細な積み上げをもとに事業の進め方について常に検証・分析を行う。

- ・ 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
- ・ 支援チームの実践能力の向上に向けた取り組み
など