

# 白井市認知症初期集中支援チーム活動マニュアル

Ver.1.0

白井市健康福祉部高齢者福祉課

目次

I 認知症初期集中支援チームの事業概要

P 1～2

- 1 事業実施方針
- 2 認知症初期集中支援事業の概要
  - (1) 認知症初期集中支援チームの定義
  - (2) 訪問支援対象者の定義
  - (3) チームの設置及び認知症初期集中支援チーム員の構成
  - (4) 訪問支援対象者の把握
  - (5) 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

II 認知症初期集中支援の流れ

P 3

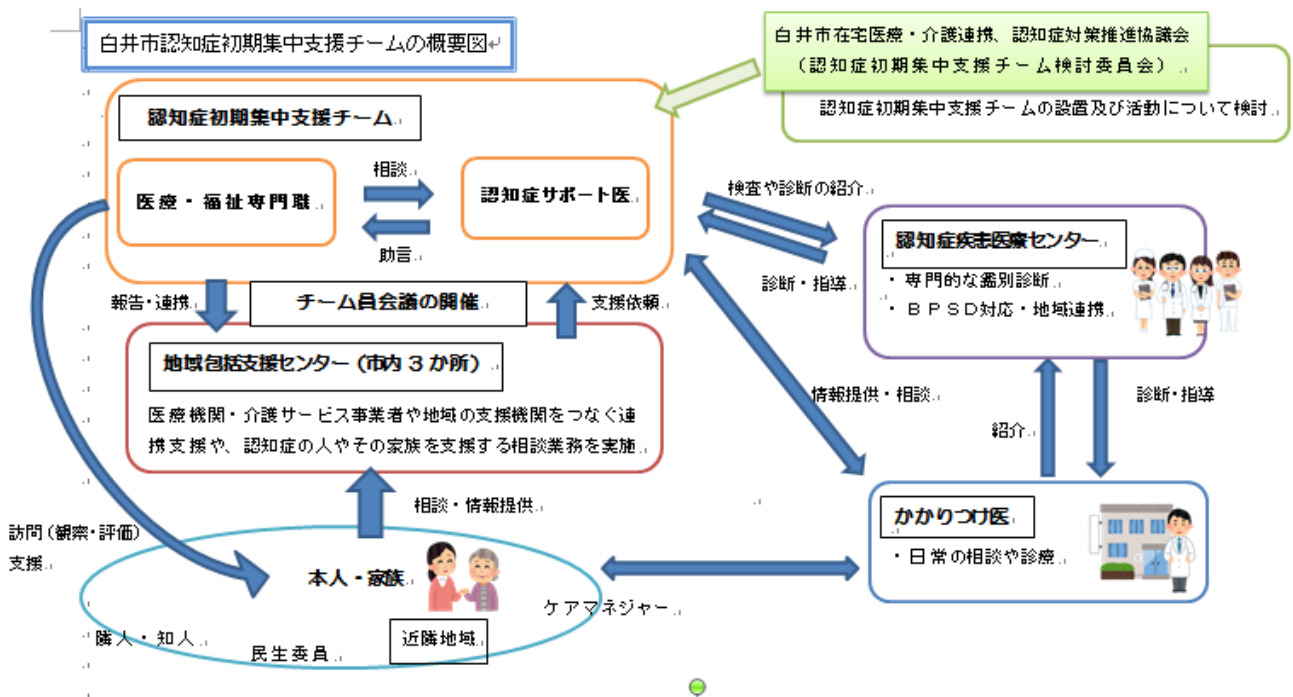
III 認知症初期集中支援の具体的活動

P 4～9

- (1) 相談受付
- (2) 情報収集
- (3) 初回訪問
- (4) 支援方針の決定
- (5) 初期集中支援の実施
- (6) 支援終了
- (7) モニタリング
- (8) 検証・分析
- (9) 評価

IV 関係書式

P 10



## I 認知症初期集中支援チームの事業概要

### 1 事業実施方針

認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築し、認知症になってもその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ようにすること等を目的として、認知症初期集中支援推進事業を実施し、白井市地域包括支援センター内に、認知症の人やその家族に早期に関わる白井市認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）を設置する。

### 2 認知症初期集中支援事業の概要

#### (1) 認知症初期集中支援チームの定義

支援チームとは、認知症初期集中支援の実施のため、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、アセスメント及び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、市担当課や地域包括支援センター職員、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症専門医、認知症疾患医療センター職員、介護事業者など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) 訪問支援対象者の定義

##### (支援対象者)

第2条 この事業の支援対象者（以下「支援対象者」という。）は、市内に在住し、かつ、在宅で生活をしている40歳以上の認知症が疑われる者又は認知症の者であって、次のいずれかに該当する者とする。

(1) 医療サービス若しくは介護サービスを受けていない者又は中断している者で、次のいずれかに該当する者とする。

- 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ついていない者
- エ 診断されたが介護サービスが中断している者

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

#### (3) 支援チームの設置及び認知症初期集中支援チーム員の構成

国の地域支援事業実施要綱を踏まえ、「白井市認知症初期集中支援推進事業実施要綱」では、支援チームの構成について、次のとおり規定している。

支援チームは、白井市地域包括支援センター内に設置し、市内全域を対応する。なお、チーム員は、以下の要件を満たすことが必須となる。

(実施体制)

第3条 支援チームは、白井市地域包括支援センターに配置する。

2 支援チームの構成員（以下「チーム員」という。）は第1号の専門職2名以上及び第2号の認知症初期集中支援チームサポート医をもって組織し、市長が委嘱し、又は任命する。

(1) 専門職 次の要件をすべて満たすものをいう。

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、介護福祉士その他の医療保険福祉に関するいずれかの国家資格を有する者

イ 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者

ウ 国が定める認知症初期集中支援チーム員研修（以下この号において「研修」という。）を受講し、試験に合格した者。ただし、当分の間、研修を受講した者が、受講内容を支援チーム内で共有することを条件として、研修を受講していない者も認めるものとする。

(2) 認知症初期集中支援チームサポート医 日本老年精神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をいう。ただし当分の間、次の要件のいずれかに該当する医師も認めるものとする。

ア 日本老年精神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であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のある者

イ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断及び治療に5年以上従事した経験を有する者（認知症専門医療機関の専門医と連携を図っている場合に限る。）

3 認知症初期集中支援チームサポート医の任期は、2年以内とし、再任を妨げない。

(4) 訪問支援対象者の把握

認知症初期集中支援の訪問支援対象者の把握については、地域包括支援センターが、その相談業務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（後掲）に該当する方について支援チームに情報提供することとする。

一方、原則として、支援チームは、市民からの直接の相談窓口とはしない。これは、市民の認知症に関する相談窓口を既存の窓口を集約させるためである。

(5) 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

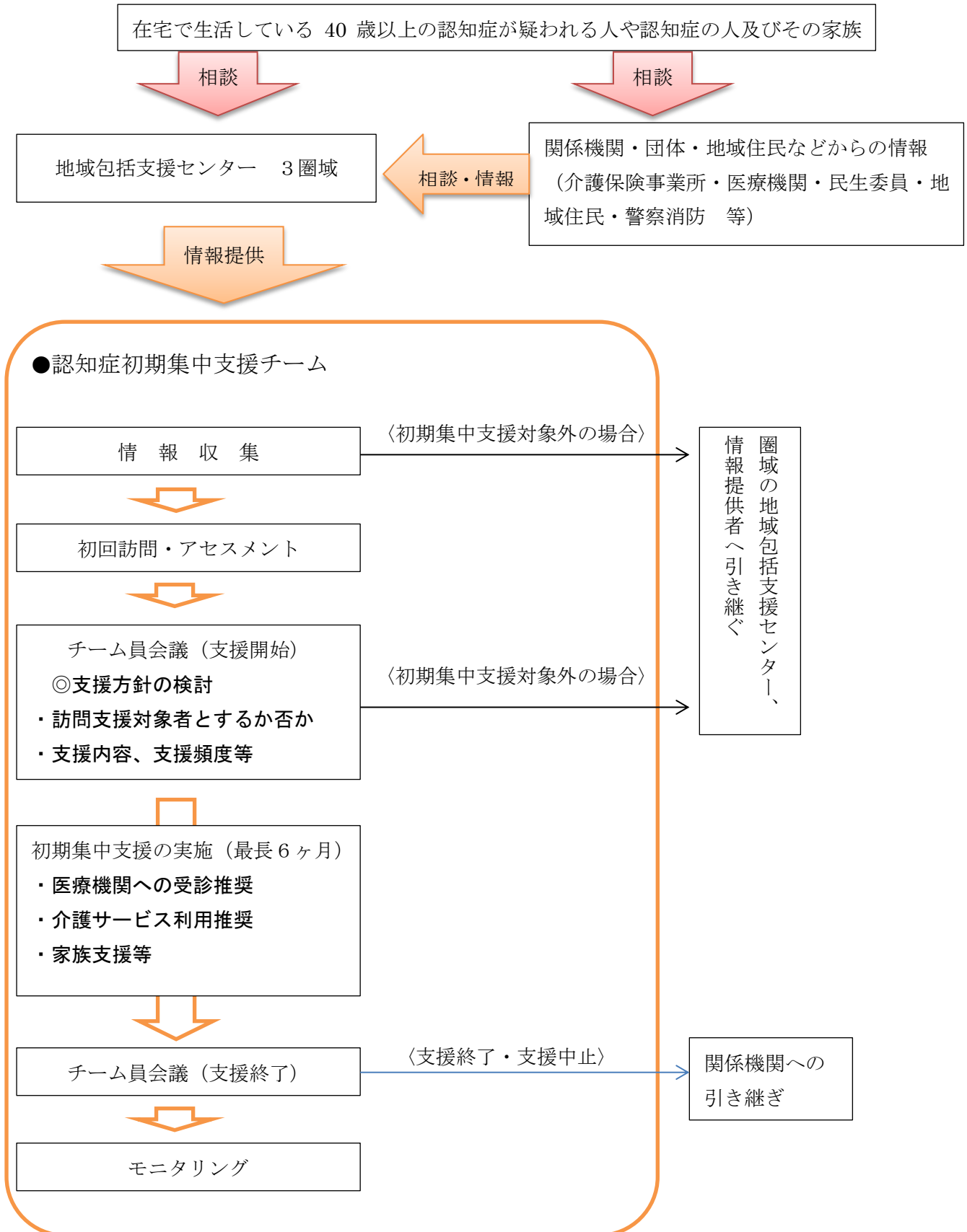
市は、関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための検討を行う場として、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置する。

検討委員会は、支援チームの活動状況及び関係機関の協力体制、地域における認知症の早期診断、早期対応に向けて何が課題になっているのか等について検討し、その検討内容を支援チームの活動に反映させていくものとする。

検討委員会の委員は、白井市在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会要綱（平成29年4月7日市長決裁）第3条の規定により委嘱または任命された委員をもって充て、会議の運営に関しても同要綱に基づき行うものとする。

## II 認知症初期集中支援の流れ

初期集中支援のフローチャート



### Ⅲ 認知症初期集中支援の具体的活動

支援チームは、以下に示す認知症初期集中支援の全ての過程において、帳票①「初期集中支援チェック票」を用いて、ケースごとの進捗管理を行う。特に複数のケースを同時に支援対象として抱える場合、対応状況の混乱をきたす可能性があるため、帳票①「初期集中チェック票」によって対応の漏れがないよう管理する。

#### (1) 相談の受付

##### 使用帳票…②相談受付票（対象者基本情報）及び対象者把握チェック票

相談は、電話や来所面談及びアウトリーチによる対象者把握に引き継ぐかたちで、受け付けることができる。

相談受付の際には、様式「②相談受付票（対象者基本情報）及び対象者把握チェック票」を用いながら、本事業における訪問支援対象者条件に合っているかの確認を行う。

#### (2) 情報収集

##### 使用帳票…②相談受付票（対象者基本情報）及び対象者把握チェック票

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、初回訪問及びアセスメントの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職員と連携し、相談窓口からの情報を参考にしながら、さら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になる。

#### (3) 初回訪問

##### 使用する帳票…③アセスメントシート ④個人情報使用説明書 ⑤個人情報使用同意書

初回訪問時に、認知症のアセスメント、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。

初回訪問は、チーム員の医療系専門職、介護・福祉系専門職の計2人以上で実施する。必要に応じて、キーパーソン等の同行を依頼する。

家庭訪問における基本姿勢は、まず「信頼関係の構築」である。一方で、チーム員としては、訪問支援対象者への関わりは初期集中支援業務の最長6か月間であることを考慮しながら向き合うことが必要となる。

##### 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。

- ・ 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の説明
- ・ 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概ね2時間以内とし、訪問支援対象者本人、家族の理解があれば、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等も考慮することが必要である。

## 【アセスメント】

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。

支援チームは、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、できるだけ会話等からの情報収集を心がけ、アセスメントを実施する。

また、初回のアセスメントでは、すべての項目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) 初期集中支援終了方針決定前後

支援終了方針決定前後にできる限りアセスメントを行い、支援開始の状況からの変化を確認する。

### ③-1 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 (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC)

以下のような認知症によくみられる認知症機能障害や生活機能障害の有無を簡便に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、道順障害（視空間認知）、問題解決機能の障害、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、買い物、服薬管理、食事の準備、電話の使用、(BADL) 着脱衣、入浴、排せつ、食事、移動、整容

### ③-2 「認知症行動障害尺度 (Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD13)」

BPSD が認められる場合には、これらを具体的に記述する。

### ③-3 「Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (The Short Japanese version of The Zarit Burden Interview:J-ZBI\_8)」

家族の状況について、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、家族の主訴などを記述する。

### ③-4 身体の様子チェック票

※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のかの検討を行う。

(4) 支援方針の決定（初回訪問後のチーム員会議の開催）

使用帳票…②相談受付票（対象者基本情報）及び対象者把握チェック票 ⑥チーム員会議出席依頼  
⑦個人情報保護に関する同意書 ⑧チーム員会議録

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、個別の支援方針＝「初期集中支援計画」について支援チーム内で立案を行っていくことが必要となる。

なお、チーム員会議には必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医や、担当する介護支援専門員などの収集をすることも考慮する。

(5) 初期集中支援の実施

使用帳票…⑧チーム員会議録 ⑨支援経過記録票 ⑩協力依頼書

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。

①初期集中支援の概要

医療機関への受診が必要な場合、訪問支援対象者への受診の動機づ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などの勧奨、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り異なるため、個別に頻度を設定し、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。支援機関は、訪問支援対象者が医療サービスや介護サービス等による安定的な支援に抗するまでの間とし、おおむね最長6か月間とする。

支援チームは、地域包括支援センター、かかりつけ医、認知症サポート医、介護事業者など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。

業務の遂行に当たっては、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、さまざまな関係者及び関係団体など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。

②初期集中支援の内容

一般的な初期集中支援業務の内容は、次のとおりである。

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づけを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。
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



	用の推奨・誘導を行う。
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
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、運動などについて助言し、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
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、整理整頓などについて助言し、必要な支援を行う。 ・金銭管理 ・移動の支援（通院の支援）

※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

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。
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。
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など、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。 ・食事が確保されているか。 ・現金があるか。 ・ライフラインがとめられていないか。 ・重篤な健康問題がないか。 ・虐待の可能性がないか。 ・家族介護者に重篤な健康問題はないか。

※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

## (6) 支援終了

**使用する帳票…③アセスメントシート ⑧チーム員会議録 ⑩ケース引継ぎ連絡票**

支援チームによる支援は、認知症の人への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。

### 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、おおむね最長で6か月とする。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する。

・「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

・「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」について、行動・心理症状が軽快し、対応上の困難性が軽減した場合

また、終了方針決定前後にできる限り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。

### ②ケースの引き継ぎ

訪問支援対象者に今後の「主たる支援機関」を明確に伝えること、また「主たる支援機関」が今後の支援の中心を担うことを理解されるように進めることは不可欠である。

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、訪問支援対象者の主たる支援機関となる地域包括支援センターや担当ケアマネージャー等と同行訪問を行うなどの方法で、必要な支援やサービス導入が円滑に進むよう、丁寧な引き継ぎを行う。

### ③その他

何らかの支援機関に引き継ぎを行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、原則として再びチームの訪問支援対象者とはせず、チームが再び訪問支援対象者に対する直接関与は行わない。

## (7) モニタリング

### 使用する帳票…⑫モニタリング記録票

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。引き継ぎ後の状況に課題が生じている場合は、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。モニタリングの記録は、支援経過記録票に記載する。

#### ①実施時期と方法

モニタリングの実施時期と間隔及び実施方法については、チーム員会議で検討し設定する。

#### ②内容・視点

- ・チーム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。
- ・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。

#### ③モニタリングの終了時期

- ・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か月までとする。

## (8) 検証・分析

### 使用帳票…⑬業務報告書（月報）

支援チームによる活動がどの程度有効なのか、活動の内容や訪問支援対象者にかかる支援チーム介

入後の変化や効果をはじめ、地域ごとの訪問支援対象者の把握状況や情報提供の経路などについて、検証・分析を常に行い、改善していく。

#### ①記録

- ・訪問支援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、記録の保管は慎重に取り扱う。
- ・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、実績データの詳細に積み上げが必要となる。

対象者の台帳をもとに、「初期集中支援実績報告用プログラム」に初期集中支援の実績を入力し、集約していく。

また、チームの活動については業務報告書（月報）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。

#### ③検証・分析すべき内容

実績データの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。

### (9) 評価

本事業の評価については、白井市認知症初期集中支援チーム検討委員会（白井市在宅医療・介護連携、認知症対策推進協議会）にて報告し、意見を求め、その結果を生かしてより良い活動に向けた取り組みを推進する。

使用帳票

帳票番号	帳票名	使用する場面
①	初期集中支援チェック票	・ 初期集中支援の全過程
②	相談受付票（対象者基本情報）及び対象者把握チェック票	・ 訪問支援対象者の把握 ・ 情報収集 ・ チーム員会議
③-1	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	・ 初回訪問 ・ 支援の終了、引き継ぎ
③-2	認知症行動障害尺度	
③-3	Zarit 介護負担尺度日本語版のうち 8 項目	
③-4	身体の様子チェック票	
④	個人情報使用説明書	・ 初回訪問
⑤	個人情報使用同意書	
⑥	チーム員会議出席依頼	・ チーム員会議
⑦	個人情報保護に関する同意書	
⑧	チーム員会議録	・ チーム員会議 ・ 初期集中支援の実施 ・ 支援の終了、引き継ぎ
⑨	支援経過記録票	
⑩	協力依頼書	
⑪	ケース引継ぎ連絡票	・ 支援の終了、引き継ぎ
⑫	モニタリング記録票	・ モニタリング
⑬	業務報告書（月報）	・ 検証、分析