



白井市における認知症初期集中支援 チームの設置について

～活動内容等の検討～

初期集中支援チームの目標

○認知症施策における2025年に目指す姿

～認知症になっても安心して暮らせるまち白井～

認知症になっても住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会が実現されている。

⇒早期診断、早期対応に向けた支援をし、認知症に関する正しい情報提供、認知症の進行や介護に関する心理的負担の軽減、医療や介護サービスの円滑な導入が必要。

⇒平成30年度の目標

まずは周知(チームの存在を知ってもらわないとケースは上がってこない)。

かかりつけ医との連携体制を図る



- 認知症初期集中支援チーム設置に向けて、検討やご意見をいただきたい事項

- (1) 初期集中支援チームの活動内容について

- ① 対象者把握
- ② チーム員会議
- ③ 終結条件
- ④ モニタリング

- (2) 医療機関との情報共有について

- (3) 普及啓発について



(1) 初期集中支援チームの活動について

①対象者把握

○ どの人たちを対象とするのか

【実施要綱より抜粋】

40歳以上で在宅で生活している認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかに該当する人

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、又は中断している人で以下のいずれかに該当する人

(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない

(イ) 継続的な医療サービスを受けていない

(ウ) 適切な介護保険サービスに結びついていない

(エ) 診断されたが介護サービスを中断している

◆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。



①対象者把握

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、該当(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	認知症であろうと考えて、薬物治療を受けている
		③	主治医から受診を進められているが専門医療機関受診につながっていない。
	(2)継続的な医療サービスを受けていない者	④	以前は定期的に通院していたが、最近受診が途絶えている。(概ね3か月以上)
		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	家族に関心がない
	(3)適切な介護保険サービスに結びついていない者	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。
		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)
	(4)介護サービスが中断している者	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。
		⑭	経済的な問題がある。
		⑮	BPSD等の症状の為、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)
	(5)その他	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、支援チームに提出してください。(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。すべての項目について、相談者に対して一つ一つ確認する必要はありません。

①対象者把握

○情報を待つのか、情報を取りに行くのか

- ・市役所、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターなどから上がってくる相談を待つ。

⇒受動的把握

- ・実態調査・介護予防事業などから吸い上げを行っていく。
- ・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選定。

⇒能動的把握



②チーム員会議

会議の頻度や内容は？

【実施要綱より抜粋】

初回訪問の後、支援対象者ごとに観察及び評価の内容を総合的に確認し、初期集中支援の方針、内容、支援頻度などを検討するため、チームサポート医を含めたチーム員会議を行う

⇒原則月1回

⇒状況の共有

課題に対する目標設定(計画作成)

チーム員及び関係者、関係機関の役割分担



③終結条件

どのような状況になったら支援を終了するか？

【実施要綱から抜粋】

- ・支援チームは、支援対象者が医療サービスまたは介護サービスによる安定的な支援を受けるまでの最長で概ね6箇月までの間、初期集中支援を実施する。
- ・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する。

⇒訪問支援対象者のそれぞれの支援方針に基づいた一定程度の目的が達成された場合に終了。



○ 支援終了の判断基準

<p>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</p>	<p>何らかの適切な支援機関とつながり、医療サービス又は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</p>
<p>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</p>	<p>行動・心理症状が軽快し、対応上の困難性が軽減した場合</p>



④モニタリングの仕組み

モニタリングでいつまでケースを追跡するか？

【実施要綱より抜粋】

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、円滑に引き継ぎを行う。引き継ぎ後に、サービスの利用状況等を評価し、支援の必要性を判断の上、随時モニタリングを行う。

⇒もともとサービスにつながりにくかった人が対象であり、漏れ落ちがないようにモニタリングが最低でも1回は必要。

⇒概ね2か月後に1回評価



(2) 医療機関等との情報共有について

・認知症初期集中支援チームの対象者にかかりつけ医が存在する場合

⇒連絡票(案)で情報提供及び共有を行う。

_____ クリニック
_____ 先生 御侍史

白井市認知症初期集中支援チーム
認知症サポート医

白井市の地域医療連携では常々大変お世話になっております。
白井市認知症初期集中支援チームでサポート医をしております _____ と申します。

先日チーム員から貴院通院中の _____ さん _____ 歳 _____ 年ころ
から貴院通院開始
について以下のような相談がありましたのでご報告申し上げます。

現在の問題点

-
-
-
-

今後またいろいろ相談することがあるかと思えます。
今後もなにとぞよろしくお願い申し上げます。

問題点やアセスメント内容を記載



・専門医などへの受診が必要な場合

⇒千葉県オレンジ連携シートの活用

【取扱注意】

発信者 () から受信者 () 様へ **表面**

千葉県オレンジ連携シート

千葉県オレンジ連携センター

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。御協力のほど、よろしくお願いたします。

御本人のお名前(フリガナ) 生年月日 □M □T □S 住所(市町村・字名まで)

様 □男 □女 年 月 日 歳

1 発信者記入欄

記入日 : () 年 () 月 () 日 発信者 所属 氏名

添付資料 : () 枚 電話

返信 : □要 □不要

①何について
初期対応 行動・心理症状 身体症状 運動機能障害 在宅生活支援
退院支援 介護負担 その他 ()

目的
 ②どうしてほしい
診断依頼 治療依頼 介護への助言 情報共有 入院先医療機関等の紹介依頼
入所施設等の紹介依頼 情報提供の依頼 その他 ()

認知症の症状
 症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細

伝達・相談・依頼事項

任意記入項目(裏面)→ なし 基本情報 生活の状況 介護保険サービスの利用状況 医療の状況

返信内容の発信者以外への提供
なし あり → 提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記
 提供先: 医療機関 ケアマネ 介護事業所・施設 行政・地域包括 その他 ()

2 受信者(返信者)記入欄

記入日 : () 年 () 月 () 日 返信者 所属 氏名

添付資料 : () 枚 電話

伝達・回答事項

このシートは、県内全域において多職種が連携・協働する際にお役立ていただくため、千葉県が作成したものです。利用方法については千葉県ホームページを御覧ください(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です)。

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。
 ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
 ・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

裏面

〇基本情報

同居家族: なし 配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他 ()

主介護者の続柄: () 同居 別居 キーパーソンの続柄: () 同居 別居

本人の病識: 有 無 不明 告知の有無: 有 無 不明

告知の内容・本人の受け止め方:
 本人の要望や意向:
 家族の病氣に対する理解度・受け止め方:
 家族の要望や意向:

〇生活の状況

[IADL] ア 一人で問題なくできる **イ** だいたいできる **ウ** あまりできない **エ** 全くできない **オ** もともとやらない/必要ない

買物: ア イ ウ エ オ (特記事項:)
 公共交通機関を使った外出: ア イ ウ エ オ (特記事項:)
 車の運転: ア イ ウ エ オ (特記事項:)
 (頻度、過去の事故・危険行動等:)
 日常金銭管理: ア イ ウ エ オ (特記事項:)
 家事: ア イ ウ エ オ (特記事項:)
 服薬(薬剤管理): ア イ ウ エ オ (特記事項:)

[ADL] ① 一人で問題なくできる **②** 見守りや声かけを要する **③** 一部介助を要する **④** 全介助を要する

入浴: ① ② ③ ④ 着替え: ① ② ③ ④ 排泄: ① ② ③ ④
 身だしなみ(整容): ① ② ③ ④ 食事: ① ② ③ ④ 家の中での移動: ① ② ③ ④
 歩行: ① ② ③ ④ 受信者に伝えたいこと()
 その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など)

利用している(していた)生活支援サービス(例: 配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)

〇介護保険サービスの利用状況等

介護認定: 無 申請中(予定) 有 → 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認定期間: 平成()年()月()日 ~ 平成()年()月()日

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

日常生活自立度(寝たきり度)判定基準: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明

現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可
訪問介護 () 訪問看護 ()
訪問リハ () 通所介護(デイサービス) ()
通所リハ(デイケア) () ショートステイ ()
その他 () 利用なし

過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

〇医療の状況

現病歴
 受診機関
 治療経過等

現在の処方
 ※処方箋など資料添付でも可

既往歴



(3) チームの周知について

- 民生児童委員、医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業者、家族会、社会福祉協議会、認知症疾患医療センター、地域住民

⇒H30.1月から順次周知

- ⇒・説明及びチラシ配布、ホームページの掲載、回覧板
- ・認知症ケアパスのケアの流れの中に明確に位置づけを行う。

