

# 大阪市

## 認知症初期集中支援チーム

### 事業実施の手引き

令和 7 年 4 月

大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課（認知症施策グループ）



# 目次

1	認知症初期集中支援とは .....	5
(1)	事業に至るまでの経過と位置付け .....	5
(2)	認知症施策推進大綱における事業の位置づけ.....	6
(3)	認知症初期集中支援チームの事業概要.....	7
2	事業実施にあたってのしくみづくり .....	8
(1)	認知症初期集中支援チームの活動方針.....	8
(2)	認知症初期集中支援チームの設置と運営 .....	8
(3)	関係機関との連携のしくみづくり .....	11
(4)	事業実施のための会議体と連絡会 .....	13
(5)	地域住民への広報・周知啓発活動.....	17
3	認知症初期集中支援の流れ.....	18
(1)	認知症初期集中支援の業務のプロセス.....	18
(2)	訪問支援対象者の把握 .....	19
(3)	相談の受付 .....	20
(4)	情報収集 .....	22
(5)	観察・評価（初回訪問を含む） .....	23
(6)	チーム員会議.....	27
(7)	初期集中支援の実施.....	27
(8)	支援の終了 .....	29
(9)	モニタリング.....	31
(10)	実績の集約と分析 .....	31
4	初期集中支援のポイント .....	32
(1)	医療機関への受療支援 .....	32
(2)	家族介護者への支援.....	34

(3)	住まいと生活支援 .....	36
(4)	認知症初期集中支援チーム員の役割と活動の留意点（再確認事項） .....	39
5	計画・報告・評価 .....	40
(1)	事業実施計画 .....	40
(2)	事業実施報告 .....	40
(3)	評価のしくみ .....	41
6	関係書式 .....	42

## 参考資料

2020 年度認知症初期集中支援チーム研修テキスト

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

【国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター/認知症初期集中支援チーム員研修】

<https://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/27-2.html>

# 1 認知症初期集中支援とは

医療・介護の専門職が家族等の相談等から、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や家族支援などの**初期の支援\***を集中的に行い、適切な医療・介護サービスなどの速やかにつなぐ取組を行うことである。

## (1) 事業に至るまでの経過と位置付け

全国の 65 歳以上の認知症の人は、平成 24 年度に厚生労働省が要介護認定データを基に推算した認知症高齢者数では、平成 22 (2010) 年には約 280 万人、平成 37 (2025) 年には約 470 万人となると推計されている。

一方、認知症有病率は 15%と推定され、推定有病者数は平成 22 年 (2010) 時点で既に約 439 万人、平成 24 年時点で 462 万人、軽度認知障害 (MC I) 有病者数は、平成 24 年 (2012) 時点で約 400 万人と推定されている (厚生労働省 認知症対策総合研究「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書 平成 25 年 3 月)。

高齢者の増加に伴い認知症高齢者の方がさらに増加することが見込まれていることを踏まえ、国においては、認知症施策を具体的に推進するため「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」が作成された。これまで早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状が生じてから医療機関を受診する例や、継続的なアセスメントが不十分であり適切な認知症のケアができていない例、また、認知症の人に「危機」が生じてから事後的な対応となっていたことから、今後目指すべきケアは「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、危機の発生を防ぎ「早期・事前的な対応」に基本を置くことが求められてきた。オレンジプランの柱の一つとして、この「早期支援機能」として本事業が期待され、まず平成 24 年度に全国 3 市町村でモデル事業を実施し、認知症初期集中支援の活動スキームが検討された。さらに、平成 25 年度には全国 14 市町村でモデル事業が実施され、その成果を踏まえ、平成 26 年度には地域支援事業の任意事業に、さらに平成 27 年度には地域支援事業の包括的支援事業として位置付けられ、平成 30 年度にはすべての市区町村で実施するものとして推進されてきた。このような国の動きを踏まえ、本市では平成 26 年度に医療・介護・福祉の専門職と専門医で構成する「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センターに設置し、認知症の早期発見・早期診断・早期対応に向けた支援を行うモデル事業を実施し、平成 27 年度の 3 区での先行実施を経て、平成 28 年度より市内全区で事業を実施してきている。

### \* 初期の支援

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、「①認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階」の意味でなく、「②認知症の人への関わり**の初期 (ファーストタッチ)**」という意味である。すなわち、対象となる方の認知症の状態が初期とは限らず、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も含まれる。(厚生労働省は、事業が推進されれば、「関わり**の初期**」=「認知症の早期」になるという考えを示している。)

また、「集中」の意味は、概ね 6 か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。

## (2) 認知症施策推進大綱における事業の位置づけ

2019（令和元）年6月18日に示された認知症施策推進大綱において、認知症初期集中支援チームは認知症の早期発見・早期対応の支援体制の構築にむけて、さらに役割を果たしていくことが求められている。

本大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪とした施策を推進していくことを基本的な考え方としている。なお、大綱上の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

こうした考え方のもと、施策の強化を図りつつ、新オレンジプランにおける7つの柱を再編し、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱に沿って施策を推進していくこととしている。

認知症初期集中支援チームは、本大綱の3つ目の柱「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」の早期発見・早期対応、医療体制の整備として位置付けられている。

その中で、認知症初期集中支援チームは、「複数の専門職による、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立のサポートを行う」ことや、「医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ」役割があるとしている。

### 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 事業実施にあたってのしくみづくり

### (1) 認知症初期集中支援チームの活動方針

大阪市の認知症初期集中支援チームの活動方針は、次のとおりとする。

認知症の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、これまで構築してきた認知症の人を支援するネットワークを活用し、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人を適切な支援機関に結び付けることを行う。

この取組をもって、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、認知症の人を支援する地域の体制を構築することを目的とする。

#### 【解説】

認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関との日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域包括支援センター、かかりつけ医等の地域の関係機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気付いて本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援につなげるよう努めることが重要である。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重視しながら、認知症の人とあらゆる世代や立場の人が共生していくことを基本的な考え方としている。

### (2) 認知症初期集中支援チームの設置と運営

#### ア 認知症初期集中支援チームの定義

認知症初期集中支援チーム（以下、「チーム」）とは、チーム員及びチーム員医師から構成される、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である。また、地域包括支援センター職員や区保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症専門医、認知症疾患医療センター職員、介護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ことを役割とする。



## イ 認知症初期集中支援チームの設置

- 大阪市では、チームを地域包括支援センター（以下、「包括」）に設置する。  
ただし、やむを得ない事情がある場合、包括と十分な連携を確保し、包括と同等の設備（プライバシーに配慮した相談スペースや個人情報管理できる鍵付きのロッカー等）を確保することを前提として、包括とは別の場所にチームを設置することは可能とする。
- 大阪市が適切な設置運営が可能と認める包括の受託法人に対して、業務委託を行う。
- チームは、本事業を受託する包括が設置されている区を活動の範囲とする。
- 開設時間は月曜日～土曜日（祝日・年末年始を除く）午前9時～午後5時00分とする。（ただし、チームと訪問支援対象者との調整によって、開設時間以外の訪問等は随時対応する）
- 認知症初期集中支援チーム員のうち1名（常勤換算0.7名以上の者）をチームの責任者とする。
- 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。
- 電話、FAX、パソコンを設置する。
- チームの名称に関しては認知症を受容できない本人・家族に配慮し、愛称をつける。
- 本事業に関する個人情報の取扱いについては最大限配慮を行うこと。

## ウ 認知症初期集中支援チームの構成

### (ア) 認知症初期集中支援チーム員の配置

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という）を包括に配置する。

### (イ) チーム員の条件

チーム員は、以下のAを満たす専門職2名以上、Bを満たす医師（以下、「チーム員医師」という。）1名以上の計3名以上の専門職にて編成する。

チーム員に専門職が2名以上必要としているのは、「初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護・福祉系職員それぞれ1名以上の計2名以上で訪問すること」と定められているからであり、この条件及び開設時間を満たすことができる体制であれば、専従兼務の別及び人数の常勤換算は問わない。

#### A チーム員

以下の要件をすべて満たす医療系チーム員1名以上、介護・福祉系チーム員1名以上の合計2名以上とする

- 表2-1に掲げる医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者
- 国が定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得した者とする。ただし、本市主催の研修を受講した場合、チーム員として活動することも可能とする。

※国が定める「認知症初期集中支援チーム員研修」の受講者は本市主催の研修のうち指定する研修項目を受講すること。

表 2-1 チーム員に求められる資格

医療系	介護・福祉系
医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、公認心理師	社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士、公認心理師

※公認心理師は、介護・福祉系での配置となる場合あり。

#### B チーム員医師

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)とする。ただし、上記医師の確保が困難な場合は当分の間、以下の医師も認めることとする。

- 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もの。
- 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

※チーム員医師の認定は、大阪市が行う。

#### (7) チーム員の役割

チーム員は、目的である早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築を目指し、具体的には、訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

#### (エ) チーム員医師の役割

チーム員医師はチーム員会議に出席し、他のチーム員（医療系職員、介護・福祉系職員）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。（役割の具体的内容）

個別ケース（訪問支援対象者）について、医療上の専門的な助言を行う。

- ・地域の医療事情を踏まえた助言及び指示
- ・訪問支援対象者によって、認知症疾患医療センター等の専門医による専門的観点からの診断、助言等が必要と考えられる場合の受診・相談を行うことの判断及び指示

#### 参考

専門的な医療的判断が必要なケースには、主に次のような場合が想定される。

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| ① 複合疾患を背景に持っている | ② 重度のBPSDがある |
| ③ 支援拒否ケース       | ④ 若年性認知症     |

### (3) 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、これまで各区（日常生活圏域）において包括、医師会、区役所等が中心となって構築してきた認知症の人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り、現在、区の初期集中支援推進事業関係者会議がその重要な役割を担っている。

相談の受付が本格的に始まる前に、既存の認知症の人を支援する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、状況報告を行うなどにより、チームの役割や意義についてより理解を得て、円滑に訪問支援対象者の情報提供をはじめ、潜在する認知症の人の把握のための協力や連携ができるように努める。

この他にも認知症の人を支援するための協力組織となりうる地域資源は様々に存在している。地域住民をはじめ、関係機関で発見・把握された各相談窓口において医療や介護に結びついていない訪問支援対象者となり得るケースについて、速やかにチームにつながれるしくみを地域の中でつくる必要がある。

そのため地域資源に対して、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必要に応じて連携をし、実践を積み重ねていくことで、本事業の効果が認められ、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重要である。以下に主要な関係機関について解説する。

#### ア 認知症地域支援推進員の役割

平成 28 年 4 月より、各区の認知症初期集中支援推進事業を受託する地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を配置し業務を行っている。

「認知症地域支援推進員」は、若年性認知症の診断を受けた者やその家族からの相談に応じ、認知症初期集中支援チームや関係機関等と連携し、必要な支援を行う。また、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等の支援困難症例の主たる支援機関からの相談に対し、効果的なケア手法等についての専門的な助言等の必要な支援を行う。

また、認知症支援ネットワーク構築に関する支援活動や、地域の認知症対応力向上のための勉強会・研修会・事例検討会等の企画・調整・実施、家族介護者支援や認知症カフェの後方支援、認知症の人の社会参加活動支援、認知症の人に関する社会資源の収集や認知症ケアパスなどツール作成による活用、認知症初期集中支援推進事業関係者会議をはじめとした区認知症施策推進会議の事務局等を担っている。

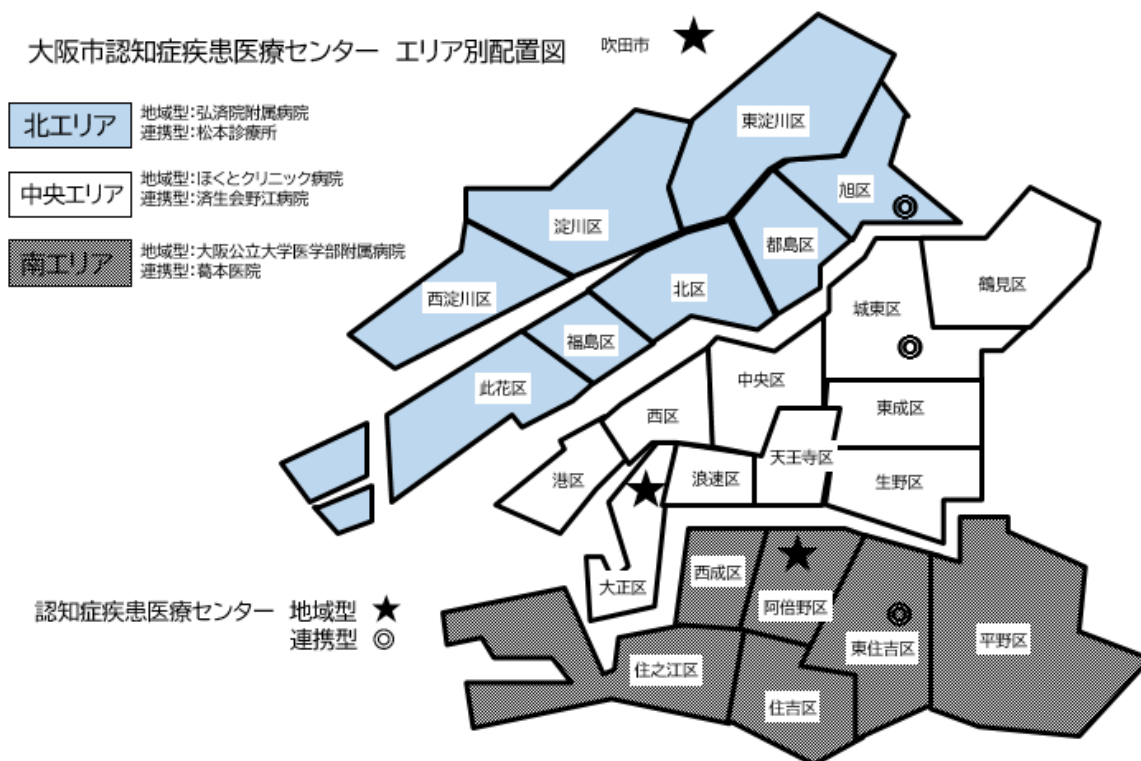
#### イ 認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センターは、認知症の速やかな鑑別診断と診断後支援や、BPSD と身体合併症に対する急性期医療や専門医療相談、診断後支援、関係機関との連携や研修会の開催などの情報発信の役割を担う機関である。

大阪市では認知症疾患医療センターを、認知症医療にかかる専門医療機関の立場からチームを後方支援するものとして位置付け、鑑別診断等の対応をはじめ、チーム員医師

からの医療上の相談に対する助言や、必要に応じてチーム員会議または実務者連絡会への参加などを行うものとしている。

現在、大阪市では6か所（地域型3か所、連携型3か所）の認知症疾患医療センターを指定しており、市内を北、中央、南のエリアに分け、それぞれに担当区を設定している。



参考：設置要件

	基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関	総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和6年12月現在）	16カ所	5カ所	388カ所	100カ所
基本的活動圏域	都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
	鑑別診断等 人員配置	・専門医又は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（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）		・専門医又は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（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）
	検査体制 （※他の医療機関との連携で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）		・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	
	医療相談室の設置	必須		－
	地域連携拠点機能	・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等		
診断後等支援機能	・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催			
アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援等機能	・認知症の人や家族からの抗アミロイドβ抗体薬に係る治療についての相談対応・支援、地域の医療機関からの相談対応、また、地域の医療機関等と連携し、当該治療の適応外である者への支援等			
事業の着実な実施に向けた取組の推進	都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

#### (4) 事業実施のための会議体と連絡会

本事業を推進するための会議体として、チーム員会議・関係者会議・実務者会議（エリア単位→市全体）、検討委員会がある。

会議体		チーム員会議	認知症初期集中支援推進事業 関係者会議
開催頻度		月1～2回程度	年2～4回程度
参加者  ○（必要） △（必要時） ×（不要）	チーム員	○	○
	チーム員医師	○	○
	認知症サポート医	△	○
	区内包括職員	△	○
	区保健福祉センター	△	○
	認知症地域支援推進員	△	○
	三師会	△	○
	認知症疾患医療センター	△	△
	区内関係機関・関係者	△	△
	スーパーバイザー	×	△
	受託法人関係者	△	△
議題・内容		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援の必要性の可否判断</li> <li>・ 支援方針の検討・見直し</li> <li>・ 支援内容や支援頻度等の検討・見直し</li> <li>・ 支援終了の判断</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症初期集中支援事業の実績報告</li> <li>・ 効果的な広報普及啓発活動の検討</li> <li>・ 支援終了時、関係機関（医療・介護）への引継ぎについて</li> <li>・ 対象者把握の方法・アプローチ方法の検討</li> <li>・ 各地域の特徴についての分析</li> <li>・ 関係機関との連携について</li> </ul>

※参加者が実務者である区内の認知症に関する他の会議の一議題として取り扱うことや、参加者が重複する他の会議と合同での開催、一部・二部制等、各区の実情に応じて効率的開催を行うことも可能とする。

## ア チーム員が実施する会議体

### (ア) チーム員会議

会議の目的	チーム員会議は、 <u>チーム員とチーム員医師が</u> 、訪問支援対象者ごとにアセスメント内容を総合的に確認し、支援の必要性の可否、支援方針の検討、支援内容や支援頻度等の検討、支援終了の判断を行うことを目的とする。参加者に対しては守秘義務を徹底する。	
会議内容	初回訪問後	初回訪問後には、 <u>必ずチーム員会議を開催</u> し、初回のチーム員会議では、まず初回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、具体的な支援策について検討し、個別の支援方針についてチーム内で検討を行っていく。
	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、初期集中支援の終了をチーム員会議で判断し、モニタリング時期や対象を決定する。
	モニタリング結果の検討	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等、チーム員がモニタリングした内容について検討する。

※検討内容や決定の経過などがわかるよう必ず記録をしておく。（帳票番号4「チーム員会議録」）



(イ) 認知症初期集中支援推進事業関係者会議

このチームの役割を、地域で理解  
を深めるために大切な会議です

会議の目的	関係者会議は、認知症初期集中支援推進事業の実績を共有するとともに、支援を行う中で浮かび上がった課題や地域の医療機関等との連携における課題、効果的な広報普及啓発及び潜在化している認知症の人の発見に結び付けるための地域性の分析方法やアプローチ方法などについて検討し、地域で情報共有し、より効果的な支援を行うことを目的とする。	
会議内容	報告事項	①相談件数・訪問支援対象者数実績とその傾向について 訪問支援対象者数実績の報告及び、訪問支援対象者に共通する課題や状況の報告等 ②広報・普及啓発活動の実施状況について 広報・普及啓発活動実績の報告及び、今後の周知広報の手法と周知広報先の報告等
	検討事項	①支援終了時の関係機関（医療・介護）への引き継ぎについて 区内（場合によって区外）関係機関（医療・介護）につなぐ時の状況と課題等 ②地域性の分析 対象者把握の方法やアプローチ方法の検討及び各地域の特徴等について分析等 ③関係機関との連携について 認知症高齢者等支援の仕組みの中でのチームの位置付けや、支援を進めるにあたって、関係機関との連携に関する手法や役割の明確化等

会議開催にあたっての基本的な流れ

1 会議参加者の選定	区内でこれまで開催されている認知症に関する会議や、各関係機関との連携推進等を勘案し、参加者を選定する。
2 日時・場所等調整	出席予定者に対して開催目的等を伝え、出席依頼及び日程調整を行う。 日時・場所等の確定後、出席者に対して開催案内と議題案、出席予定者一覧等を送付する。なお、開催案内には会場の住所や地図を付する等の配慮を行う。
3 会議開催前の事前調整	会議資料を作成する。発言を求める参加者に対しては、事前に議題等を伝え、スムーズに進行ができるように事前調整を行う。
4 会議を開催する	司会進行、記録等を分担し、会議を開催する。
5 会議終了後	議事録（概要）を作成し、会議参加者と共有する。 会議開催経費を支出する。

## イ 大阪市が実施する会議体

### (ア) 実務者会議（エリア単位→市域レベル）

会議の目的	実務者会議は大阪市が主催するものであり、認知症疾患医療センターの担当するエリア単位で開催するエリア別実務者会議と、市域レベルで開催する全体実務者会議がある。エリア内各チーム及び各エリアでの事業の進捗状況の共有や情報交換・意見交換及び課題、ノウハウ共有を行い、直面している課題に対するスーパーバイズを通じ、事業のより効果的な推進について検討を行うことを目的とする。
会議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全市の認知症初期集中支援推進事業の実績や事例の報告共有</li> <li>・事業の進捗状況の共有や情報交換・意見交換・課題共有</li> <li>・その他事業運営に関する議題の検討実務者会議（エリア単位・市全体）に係る事前アンケート及び報告書の作成</li> </ul>

### (イ) チーム員連絡会

会議の目的	連絡会は、大阪市が調整し年2回程度開催するものであり、チーム員における事務実務上の情報交換・意見交換及び課題に対する取組について検討を行うことを目的とする。
会議内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・局からのチーム員に対する、事務実務の伝達や実務に資する情報提供</li> <li>・取組の進捗状況の共有や情報交換・意見交換・課題共有</li> <li>・その他実務に必要な議題の検討</li> </ul>

### (ウ) 認知症施策部会

会議の目的	認知症施策部会は大阪市が年2回程度開催するものであり、社会福祉事業に従事する者や学識経験者から構成され、事業の実施内容や事業評価に関する事項（チームの設置及び活動状況の検討、事業の評価方法等）を共有し、事業の評価・検証を行うことを目的とする。
-------	---



## (5) 地域住民への広報・周知啓発活動

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つなげるためには、広報周知活動は極めて重要であるため、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際、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おこなう必要がある。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。

特に広報周知活動においては、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の活用や、同居・遠方の家族等が相談窓口を探す際、情報収集のためにインターネットを活用することから、ホームページ・SNS等への掲載も、有効な広報手段であり、本事業の周知を効果的に行うことができる。さらに、既存のネットワークやしくみに参画している関係機関及び各関係機関を通じた地域への周知活動は、地域に定着していくにあたって有効性が高いことから、地域住民が集まる地域のイベント等の機会をとらまえて、継続的に繰り返し周知の機会をもつことが重要である。

なお、周知後の反響や、チームへの相談に至るまでの経路については、今後の広報にあたっての参考となるため、それぞれの手法に対する効果について分析を行う。

図 2-2 広報・周知啓発活動

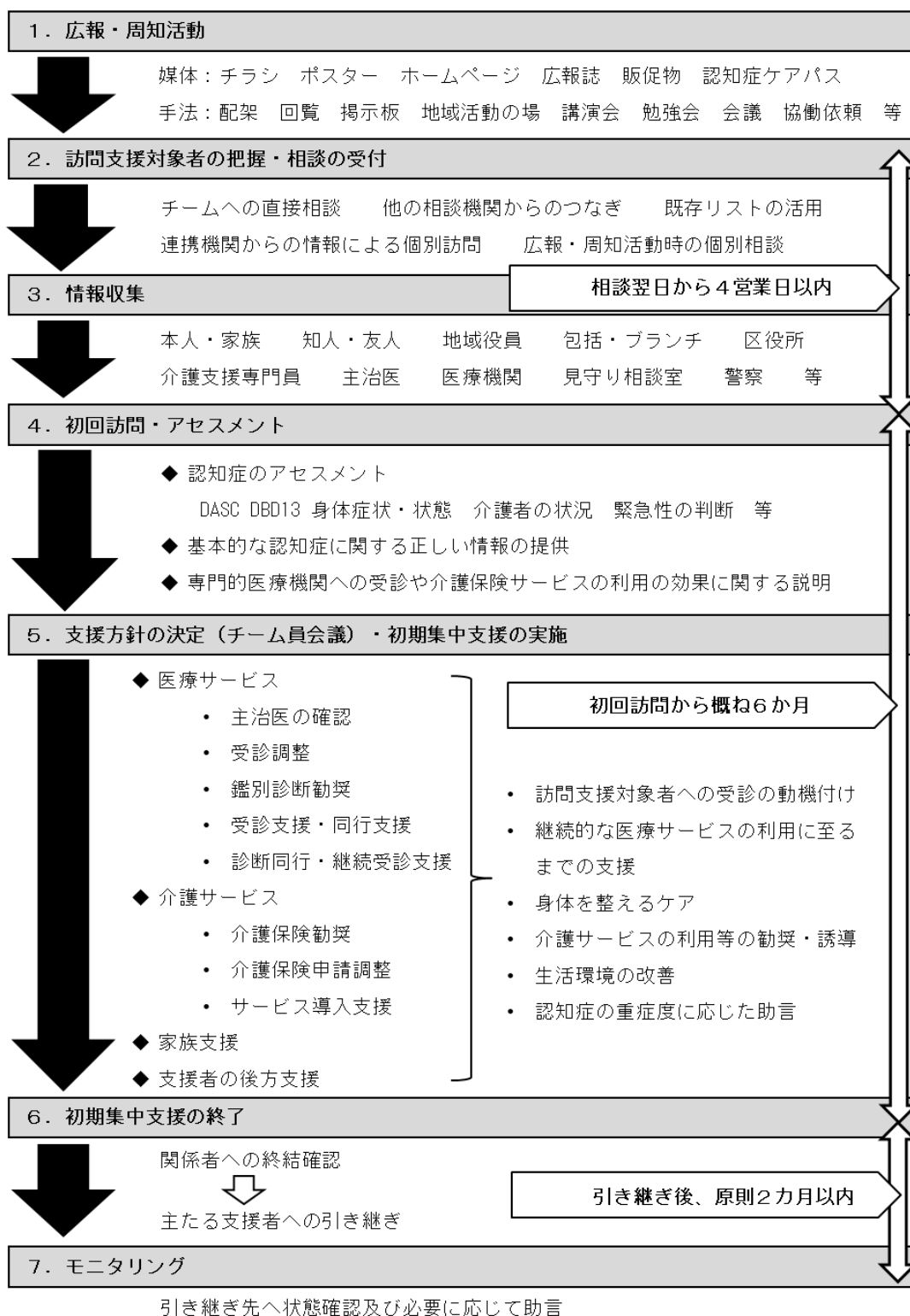


### 3 認知症初期集中支援の流れ

#### (1) 認知症初期集中支援の業務のプロセス

図 3-1 は認知症初期集中支援チームが、相談者(認知症の人や家族)を支援するための具体的な流れについて表したものである。

図3-1 大阪市 認知症初期集中支援フローチャート 概要版



## (2) 訪問支援対象者の把握

### ア 訪問支援対象者の要件

当事業の訪問支援対象者は、国の定める表 3-1 に該当するものであり、大阪市では表 3-2 の①～⑮に一つでも該当する者をいう。

なお、事業趣旨により、⑮のみ該当する者については対象外とし、必要に応じて認知症地域支援推進員による助言や後方支援を行う。

また、表 3-2 における医療サービス、介護サービスについては、認知症という視点で提供されているものを指す。

**表 3-1 認知症初期集中支援の対象者の基準**

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 1、2 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、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) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者
  - (4) 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、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

**表 3-2 対象者把握チェック票**

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) 認知症疾患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 主治医から受診を勧められているが専門医療機関受診につながない。
		(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いっている)
		(3) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者	⑦ 本人、家族に関心がない。
			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。
			⑨ 経済的な問題がある。
			⑩ 十分なケアが受けられていない、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。サービスにつながない。
			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) 診断されたが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。
		(5) その他	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者	⑲	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。

## イ 訪問支援対象者の把握経路

大阪市では相談窓口を一般に公表しており、様々な経路で対象者を把握し、相談を受け付けることとなる。表 3-3 は主な把握経路と具体例を挙げている。

表 3-3 訪問支援対象者把握経路と具体例

把握経路	具体例
チームへの直接相談	本人、家族など当事者からの電話、来所などの相談
他の相談機関からのつなぎ	包括、ランチ、ケアマネジャー、医療機関、保健師、生活保護課、区社協、認知症地域支援推進員など個別支援を行う機関からの連携依頼
広報・周知活動時の個別相談	あいさつなど広報活動時の相談、地域活動先での相談、出張相談会、啓発事業の相談コーナーなどでの個別相談
連携機関からの情報による個別相談	地域関係者や知人からの相談、警察からの情報提供、事業所・企業・団体からの対応相談や情報提供
既存リストの活用	要支援者名簿、介護保険非該当者、要援護者名簿、見守りネットワーク登録者などの活用

## (3) 相談の受付

### 参考帳票

- 帳票番号 1 対象者把握チェック票
- 帳票番号 2 フェイスシート\_訪問支援対象者基本情報
- 帳票番号 5 支援経過記録票

## ア 相談の受付と留意点

相談は電話、来所、訪問などその手段に依らず受け付けることができる。

どのような場合においても、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、「帳票番号 2 フェイスシート」「帳票番号 5 支援経過記録票」に整理し、記録する。

また、把握された対象者が「(2)-① 訪問支援対象者の要件」に合っているか確認し、「帳票番号 1 対象者把握チェック票」に記入する。

なお、本事業の訪問支援対象者ではないことが明らかな場合も、丁寧な対応を心がけ、相談者の困りごとに応じて適切な支援機関を紹介するなどの対応を行う。

相談対応においては次の点に留意する。

- 相談者の特徴に合わせて相談を受ける。
- 誰が困っているのかを整理する。
- 対応が必要なことに優先順位をつける。

次の表 3-4 は相談者の特徴と対応のポイントについてまとめたものである。

表 3-4 認知症に関する相談者の特徴と対応のポイント

相談者	特徴	ポイント
本人	不安感のピークや認知症に関する情報をきっかけに相談に至りやすい	不安の元となっている事象や情報を聞き取り、安心感を与えられるよう対応する
	自身の症状や記憶障がいの詳細を訴えるケースが多い	うつ傾向による健忘などの可能性もあり、断定的な言葉をさけ、判断に必要な情報を中心に聞き取る
別居家族	客観的な変化に気づきやすく、同居家族より比較的早期に相談に至りやすい	本人の変化にショックを受け、混乱していることも多く、症状などを掘り下げるより、相談者との信頼関係の構築を主に対応する
	本人の生活障がいの詳細を把握しにくい	同居者や家族、支援者など、詳細を知る関係者について聞き取り、連絡がとれるよう調整する
	本人や介護者に相談の同意を得ていないことがある	相談者の相談経緯や意図、本人らとの関係性を聞き取り、支援の受け入れにつながるよう情報収集を行う
同居家族	本人の変化に気づきにくく、別居家族より相談が遅れがちになる	本人が重症化していることも多く、相談者からの聞き取りが重要だが、短時間複数回に分けたり、別途場を設けるなど相談者の負担にならないよう配慮する
	訪問対応による本人の症状悪化や本人との関係悪化を恐れる	チームの役割や支援の具体、本人の心的負担に配慮した面談方法など、相談者が安心できるような情報提供を交え対応する
介護者	介護者自身の困りごとの訴えが主になりやすい	困りごとの背景にある本人の生活障がいや症状などを、介護者の心情に配慮しながら聞き取り、訪問支援につながるよう働きかける
	精神的・身体的に疲弊していることがある	介護者自身の健康被害や、虐待事例の可能性も視野に入れて聞き取りし、場合によっては介護者支援を優先し、対応する
	情報のみを求め、直接支援に消極的になりやすい	安易に情報提供を行わず、できるかぎり相談経緯の聞き取りや、支援内容について情報提供するなど直接支援につながるよう対応する
地域住民 事業所 企業・団体 など	トラブルなど各機関の困りごとの訴えが主になりやすい	相談者の心情に配慮しながら、実態や事実確認など客観的な情報を中心に聞き取り、支援機関の後方支援が中心になる場合は、認知症地域支援推進員と連携し、対応する
	本人の情報が不足していることが多い	包括など他の相談機関と十分に情報共有を行い、早期に役割分担した上で対応する

## イ 訪問支援対象者であることが確認できた場合

本事業の訪問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、以下に挙げるような理由で、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、訪問または来所等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。

### 相談受付時にはアセスメントを行えない理由

- 初回では、まずは、関係づくりが優先されるため
- 電話での相談のため細かな質問はできないため
- 面談時間が限られているため
- 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ため

## (4) 情報収集

### 参考帳票

帳票番号 6 認知症初期集中支援における個人情報使用同意説明書・同意書

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を効率的に実施することができる。

相談者が包括・ランチ以外の場合は、圏域の包括がすでに支援している可能性もあるため、本人や相談者の同意の上、または後述する大阪市の個人情報の共同利用ルールに従って圏域包括と十分な情報共有を行う。包括からの協働依頼においても同様に情報共有を行う。

## ア 個人情報の取扱い

チーム員は個人情報保護法の規定を踏まえ、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。

チーム員は訪問支援対象者及びその家族等に対し、「帳票番号 6 認知症初期集中支援における個人情報使用同意説明書・同意書」を用いてチームの個人情報の取扱いについて説明し、本人もしくは代諾者の同意を得る。説明、同意においては、安易に代諾のみを求めるのではなく、本人への意思決定支援を十分に行うこと。帳票は二通作成し、一部は支援対象者、一部はチームが保管する。なお、本帳票はチーム支援に関する個人情報使用について、支援対象者へ理解と同意を得ることが目的であり、同意書を得ることが目的とならないよう留意願いたい。

なお、相談支援機関における個人情報の共同利用については、下記本市ホームページを参照のこと。

≪ 大阪市の相談支援機関における個人情報の共同利用（大阪市ホームページ）≫

<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000337851.html>

## (5) 観察・評価（初回訪問を含む）

### 参考帳票

- 帳票番号 2 フェイスシート\_訪問支援対象者基本情報
- 帳票番号 3-① DASC21
- 帳票番号 3-② DBD13R
- 帳票番号 3-③ 認知症タイプ別分類質問票
- 帳票番号 3-④ 身体日常生活状況アセスメントシート
- 帳票番号 5 支援経過記録票

認知症アセスメントシートを用いた情報の収集を行う。初回の観察・評価は来所面談やチーム員の家庭訪問によって実施されるが、本人の住まい、暮らしの様子などを把握するために、可能な限り、自宅へ訪問して観察・評価を行うようにする。ただし、対象者本人から訪問の了解が得られていない場合には、訪問の方法について支援関係者間で十分に検討する必要がある。次に訪問に至るまでの実際の過程を示す。

### ア 訪問の準備

- 訪問同行者の調整
  - 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、同席を依頼する。
  - 本人からの訪問の了解がまだ得られていない場合には、本人への説明の仕方を検討しておく。
- 訪問の前に、家族、地域の人、関係者等から情報収集しておく。
- 訪問の約束は本人と関わりのある人が調整する。
- 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。
- 区保健師、包括や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、早期からの役割分担や情報共有を行う。

### イ 初回訪問の実施

初回訪問は原則として、訪問支援対象者の情報把握もしくは相談を受けた翌日から4営業日以内に行う。

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、同席者などの了解があれば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、短時間・複数回の訪問による関係構築など、支援対象者の状況に沿った時間配分が必要である。

### ウ 訪問体制

- 複数視点でアセスメントを行うため、医療系職員1名、介護・福祉系職員1名の原則2名以上で行う。
- 本人や家族に安心感をもってもらえるよう、時間、人数、場所などにも配慮する。

- 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、持参する情報や人員などを調整する。
- 訪問者の危険を回避できる体制を取れるようにする。

## エ 実施内容

- 事業目的とチームの役割、初期集中支援を行うことの説明と同意。
- 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勧奨や介護保険サービスの利用勧奨。
- 本人及び家族、介護者への心理的サポートや助言。 など

## オ 訪問時の留意点

- 自己紹介をし、訪問目的を伝える。
- 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。

## カ 観察・評価（アセスメント）の実施

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。

アセスメントは複数人で行い、DASC-21 の記入は医療職が行うこと。

初回のアセスメントでは、以下のようなすべての項目について十分な情報収集ができないことも多い。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、複数回の訪問や面談、情報収集によって総合アセスメントの全体をまとめる。また、必要に応じ関係者からも情報収集を行い、地域の状況についても把握する。

対象者把握からチーム員会議までの間に、訪問拒否などによりアセスメントができない場合は、チーム員会議で情報共有し、アセスメントの手段などについて検討する。

以下に各アセスメントシートの概要について説明する。

### (ア) DASC-21 (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がいや生活機能障がいに関する観察内容を評価し、支援チームで対象者の状態を共有するためのツールである。評価結果から「認知症の可能性」の有無を判断することができる。詳細な観察・評価・記入方法については、国テキスト「IV章3 アセスメントツールの使用方法」を参照のこと。

チーム支援の判断や支援方針の検討にも必要となる大切な評価であるため、聞き取  
情報収集を工夫するなど、できる限り実施すること。





## アセスメント内容

- **認知機能障がい**：近似記憶障がい、遠隔記憶障がい、時間失見当識、場所失見当識、道順障がい（視空間認知）、問題解決能力の障がい、社会的判断力の障がい
- **手段的日常生活動作-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
- **基本的日常生活動作-BADL**：着脱衣、入浴、排せつ、食事、移動、整容

### (イ) DBD13R（認知症行動障害尺度）

BPSD の程度をおおまかに評価することができる。その他、認知症によくみられる BPSD として以下のような症状が考えられる。内容は後述の「身体・日常生活状況等チェック票」や、具体や詳細については経過記録票などに記載する。

**症状例**：アパシー（自発性低下）、睡眠障がい、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、性的逸脱行為 など

### (ウ) 認知症タイプ分類質問票

認知症のタイプをスクリーニングすることができる。それぞれのタイプについて特徴的な症状があげられており、医療機関などとの円滑な連携が期待できる。

### (エ) 身体・日常生活状況等チェック票

身体・日常生活状況と外出・他者との交流等の状況についてアセスメント内容を整理することができる。区保健師が使用する様式に準じており、情報共有がしやすいよう作成されている。

#### アセスメント内容

- **身体・日常生活状況**：バイタルサイン、身体チェック、IADL、身体障がい、行動障がい、健康状態 など
- **外出・他者との交流等の状況**：外出状況や外出しにくい要因、職業、趣味、役割、交流、し好品など

### (オ) フェイスシート（訪問支援対象者 基本情報）

初期集中支援や市への報告に必要な情報を整理することができる。一部は包括が使用する基本情報の項目や「認知症の人の受診のための連携シート」の項目に準じており、情報共有しやすいよう作成されている。

なお、本人の意向をはじめとした本人情報は、家族や支援者からの情報だけでなく、十分に本人への意思決定支援を行った上で聞き取り、まとめること。

#### アセスメント内容

- **ケース全般**：相談経緯、本人・家族の意向、家族構成・関係、緊急連絡先、キーパーソン、日常生活状況、趣味・嗜好、生活歴、1日の過ごし方、家庭内の役割、地域との関係 など

- **社会的状況**：日常生活自立度、介護認定、障がい認定、健康保険、経済状況、住居、サービス利用状況、関係者情報、主治医、主支援者 など
- **受診状況**：現病・既往、病名、時期、医療機関、受診科、連絡先、医師名、受診経過（通院頻度、通院方法、服薬状況など）

(カ) **観察・評価の結果とそれに基づく初期支援**

観察・評価の結果に基づき、以下の表 3-5 のような初期支援が考えられる。

表 3-5 観察・評価の結果とそれに基づく初期支援とそのポイント

支援項目	支援内容とポイント
情報の提供と受療支援	DASC の評価結果により、認知症の可能性がある場合には、アセスメントシートを本人や家族に示しながら、どのような認知機能や生活機能に支障をきたしている可能性があるかを丁寧に、わかりやすく説明する。認知症の可能性があるが、認知症の医学的な評価がされていない場合には、主治医（かかりつけ医）の有無を確認した上で、医療機関への受診勧奨を行い診断につなぐ。また、継続的な医療サービスが得られるように支援する。
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。
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。
服薬管理	服薬管理の状況を確認し、支援が必要な場合（特に独居の場合）には、服薬管理を支援するための対策を講じる。
介護サービスが必要な場合の調整	介護サービスが必要な場合には、サービス利用に向けた調整を検討する。
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（例：生活支援や家族介護者の支援）、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確認する。（特に独居の場合は注意する） <ul style="list-style-type: none"> <li>・水分、食事が確保できているか。</li> <li>・現金があるか。</li> <li>・ライフラインが止められていないか。</li> <li>・重篤な健康問題がないか。</li> <li>・虐待の可能性はないか。</li> <li>・家族介護者に重篤な健康問題はないか。</li> </ul> 課題が確認された場合は、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。

## (6) チーム員会議

### 参考帳票

- 帳票番号 2 フェイスシート（訪問支援対象者 基本情報）
- 帳票番号 3-① DASC21
- 帳票番号 3-② DBD13R
- 帳票番号 3-③ 認知症タイプ分類質問票
- 帳票番号 3-④ 身体・日常生活状況等チェック票
- 帳票番号 4 チーム員会議録

アセスメントの結果を前述のアセスメントシートやチーム員会議録などにまとめ、チーム員会議で情報共有し、具体的な支援策を決定していく。

チーム員会議のメンバー、目的、内容については、「2章（4）事業推進のための会議体と連絡会」内のチーム員会議の項を参照のこと。

### 会議開催における留意点

- 多職種で構成されていることを活かし、複数の視点を取り入れた支援方針を策定する。
- 支援対象（本人、家族、介護者、関係者）、担当チーム員、支援方針（目標、内容、頻度、期間、連携方法、アプローチ手法など）、役割分担を明確にし、明文化する。
- 策定した目標に対して、初期集中支援の終了要件を定める。
- 次回の会議開催日を確認する。

## (7) 初期集中支援の実施

### 参考帳票

- 帳票番号 4 チーム員会議録
- 帳票番号 5 支援経過記録票
- 帳票番号 6 個人情報使用同意説明書・同意書
- 帳票番号 7 主治医あてチーム活動への協力依頼
- 帳票番号 8 主治医あて診療情報提供等依頼
- 帳票番号 9 認知症の人の受診のための連携シート

チーム員会議で策定された支援方針に沿って初期集中支援を実施する。

支援期間は初回アセスメントから最長6か月間とし、この間に支援目標の達成と、主たる支援者へ引き継ぐことが求められる。

主たる支援者とは、本人の状態を継続的に把握し、状態に応じて必要な支援につなぐ者である。初期集中支援は、支援目標から支援開始当初より引き継ぎ先となる機関を想定し、スムーズに主たる支援者に引き継ぎができるよう、必要に応じて随時情報共有や並走するなど工夫が必要である。

### 主な支援

- 医療機関への受療支援
- 家族介護者への支援
- 生活支援
- 介護保険サービスの利用に関する支援
- 成年後見制度の利用に関する支援
- BPSD への対応や予防に関する支援

上記の詳細については、「4. 初期集中支援のポイント」を参照のこと。

なお、支援経過の中で、チーム員会議にて下記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
- 将来的なケアや医療に関する本人の希望



## チームの特性を活かせるよう活動しましょう

- ① チームに医師がいる
- ② 認知症に特化している
- ③ 集中的にフットワーク良く動ける



## (8) 支援の終了

### 参考帳票

帳票番号 10 認知症初期集中支援終了連絡票

### ア 支援終了方針決定の判断基準

初期集中支援計画に基づいたチーム支援において、支援目標を達成し、次の基準を満たした場合は、チーム員会議において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、なんらかの適切な支援機関につながり、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、行動・心理症状が軽快し、対応上の困難性が軽減した場合。

ケースによっては、早期に終了するものや、長期化するものもあるが、いずれにおいても、チーム員会議において十分に情報共有を行い、対象者を必要な支援につなぐことと、期間内の終了を最優先に検討し、その経過を記録すること。

次の表 3-6 は、上記の基準以外に支援終了となるケースの類型と具体例をまとめたものである。

表 3-6 基準外の支援終了ケースの類型と具体例

類型	具体例
本人や家族などの、やむを得ない事情によるもの	死亡
	転居
	支援期間を超える長期入院
アセスメント・情報収集・支援の結果、初期集中支援は不要と判断	鑑別診断の結果が健常
	発達障がい等、認知症支援以外の支援が必要
	主たる支援者により認知症支援を十分に受けている
本人・家族などの拒否により、支援期間内に目標達成が困難	訪問拒否
	サービス拒否
アセスメントや情報が不足し、初期集中支援の必要性が判断できず支援開始できない	本人や家族と会えない
	相談者からの連絡途絶

### イ ケースの引き継ぎ

チーム員会議で決定された終了方針に沿って、主たる支援機関に引き継ぎを行う。引き継ぎは引き継ぎ方法を工夫するなど丁寧に行い、対象者の今後の支援がスムーズに行われるよう配慮する。主な引き継ぎ先と留意点については、表 3-7 を参照のこと。

引き継ぎ後「帳票番号 10 認知症初期集中支援終了連絡票」を作成し、主たる支援機関、担当圏域包括及び支援に携わった関係者に渡し、チーム支援の終了を伝え、同意を得られた時点をもってチーム支援を終了とする。なお、守秘義務のないインフォーマルな機関については、口頭での終了報告とする。

表 3-7 主な引き継ぎ先と引き継ぎ方法例及びポイント

引継ぎ先	ケース例	引き継ぎ方法例	留意点
包括・プラン ンチ	MCI などの軽度者	地域活動の案内や同行	地域支援のキーパーソン（地域役員など）とも連携する
	支援が必要なサービス未利用者（拒否やニーズ待ち）	地域ケア会議による支援方針策定、情報共有、役割分担	支援方針と各機関の役割を明確にする 必要に応じて推進員も参加する
在宅 CM	介護サービス利用者（予防含む）	認定調査、鑑別診断、サービス利用面談などキーとなる場面の同席	本人・家族の状況や意向を CM に、CM の役割を本人・家族に十分に伝えた上でセッティングする
	介護保険外施設入居者	入居までの手続き支援の中で情報提供	施設選びや入居後の支援に本人の状態や意向が反映されるよう情報提供する
施設 CM	介護保険施設入所者	面談同席など手続き支援の中で情報提供	モニタリングの時期、対象、目的を施設側に明確に伝える
医療相談員	治療入院者	入院時の情報提供やカンファレンス	退院後の支援を見込み、複数機関への引き継ぎを行う
見守り支援 相談室	見守りを要するサービス未利用者	自宅への同行訪問	支援のゴールを明確にして共有する
認知症地域 支援推進員	若年性認知症	チーム員会議での情報共有	チーム員と推進員との役割分担を行う CM や計画相談支援担当との連携を視野に入れる
	支援者の後方支援を要するケース	地域ケア会議への参加要請	推進員の後方支援としての役割を念頭に入れて引き継ぐ
計画相談支援 担当	障がいサービス利用者	利用手続き支援時の同席、同行	若年性は症状進行が速いことが多く、サービス事業所への直接引き継ぎはリスクが高い
他区・他都 市の相談機 関	転居	転居先の支援機関を確認し、その役割に沿った情報提供	生活保護、虐待など行政支援が必要なケースは、行政間での引き継ぎ状況についても共有しておく

## ウ 終了の確認

各機関への終了同意確認が完了した日をもって、初期集中支援の終了とする。チーム員会議で終了状況を確認し、モニタリングを設定する。

モニタリングは終了日から原則二か月後を目安とし、日程、モニタリング対象となる主たる支援機関、手段、モニタリングのポイント等を検討し、設定する。

## (9) モニタリング

### 参考帳票

帳票番号 11 モニタリング記録票

チーム員会議で決定した設定で、引き継いだ対象者が安定した状況が維持・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。

モニタリング後、帳票番号 11「モニタリング記録票」に記録し、モニタリング内容についてチーム員会議で検討する。引き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、チーム員医師とともに検討し、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。

### モニタリングに関する留意点

- モニタリング対象は主たる支援機関とし、本人・家族などへの直接的な関与は行わない。
- モニタリングの手段は問わないが、いずれの手段においても、支援終了後からの本人の経過と現況、サービス利用状況、家族の状況、その他チーム員会議で設定した内容が確認できるよう工夫する。
- 初期集中支援は原則終了後の再支援は行わないため、モニタリング時に確認された課題に対し、対応はあくまで助言にとどめ、支援者の後方支援が必要な際は、認知症地域支援推進員が対応する。

## (10) 実績の集約と分析

### 参考帳票

帳票番号 12 認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）実践事例報告

当事業の目的は、チーム活動を通して、地域の認知症ネットワーク支援体制の構築、強化を目指すものである。そのため、チーム活動の効果検証及び地域の認知症支援ネットワークの機能検証のため、チーム活動実績を集約し、分析結果を関係者会議や関連会議などで共有・検証していくことが重要である。

ケース支援は帳票番号 12「認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）実践事例報告」に必要事項を記入することでも集約されるが、各項目の詳細や介護者、住居、相談内容の類型など、地域課題の見込みに対応する項目の集約や、傾向によってまとめ、分析することが大切である。また、集約されたデータは、国勢調査や介護保険被保険者データ、他の支援機関の実績などを組み合わせ分析することで客観的な気づきを得ることがある。

分析データを活用するためには、表やグラフ化など「見える化」することや、部分強調、写真やコメントの挿入など、伝えるポイントを明確にした資料作成が効果的である。

## 4 初期集中支援のポイント

### (1) 医療機関への受療支援

#### 参考帳票

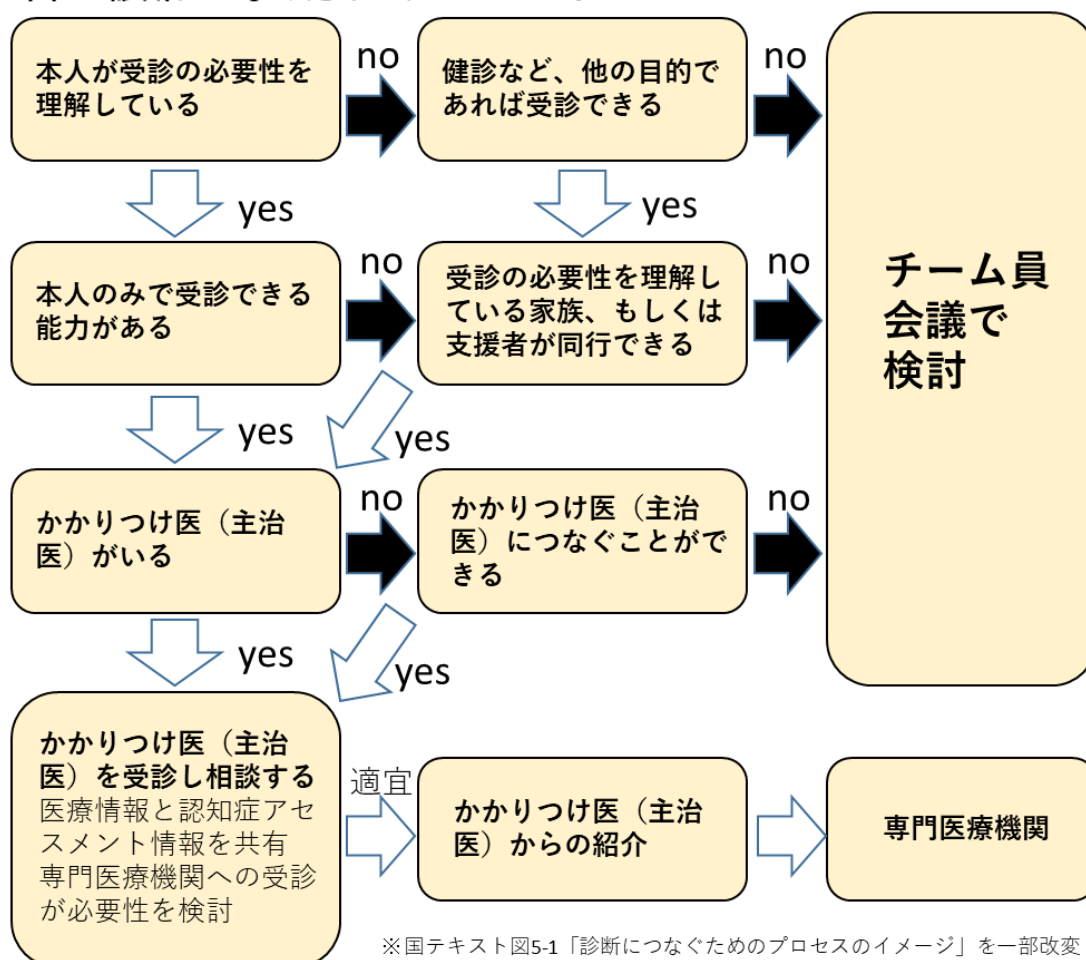
- 帳票番号 6 個人情報使用同意説明書・同意書
- 帳票番号 7 主治医あてチーム活動への協力依頼
- 帳票番号 8 主治医あて診療情報提供依頼
- 帳票番号 9 認知症の人の受診のための連携シート

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。

#### ア 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。その際には図 4-1 に示す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。

図4-1 診断につなぐためのプロセスのイメージ





## イ 医療機関との情報共有

訪問支援対象者が受診へスムーズにつながるように、主治医をはじめとした医療機関と情報共有を行う。

### (ア) かかりつけ医（主治医）

- 初期集中支援開始時、帳票番号7「主治医あてチーム活動への協力依頼」にて協力依頼を行う。
- 医療の情報提供を受ける際は、帳票番号8「主治医あて診療情報提供依頼」に帳票番号9「個人情報使用同意説明書・同意書」の同意書部分をコピー添付し依頼する。
- 依頼や相談時には、アセスメント情報やチームへの相談経緯、活動目的などを簡易にまとめた書面やチームちらしの添付、本人や家族の同席など、チーム活動の目的や依頼の意図を明確に伝える工夫が必要である。

### (イ) 認知症専門医療機関（認知症専門医、認知症疾患医療センターなど）

- 受診にあたり、予約時や受診時などに必要な情報提供を行う。
- 各アセスメント様式やそのまとめ、帳票番号9「認知症の人の受診のための連携シート」、医療機関独自の様式など、適宜必要に応じて作成し、提供する。
- 精神症状の急性増悪、認知症以外の疾患の治療を伴うもの、入院を伴うもの、後見制度や運転免許、手帳申請に関する診断書など、事前調整が必要なケースについては、スムーズに手続きが進められるよう、医療相談員などと十分に情報共有を行っておくことが大切である。

### (ウ) 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。
- 受診できるお金があるか。
- 服薬管理が自分でできるか、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。

継続医療がすでに開始されている場合でも、以下の点を確認し、定期受診時に同行者が医師に伝えられるようにしておく。

- きちんと処方された薬を内服できているか。一包化する必要性があるか。
- 処方を受けた薬による副作用はないか。
- 気になる身体状況の変化（食欲、便秘、睡眠など）
- 家族の介護の負担感、疾患に対する理解度、受容度
- 介護サービスの利用状況

## (2) 家族介護者への支援

### ア 家族介護者を支援することの重要性

認知症の人のケアで最も大切なことは、認知症の特徴をよく理解した上で、本人の思いに心を寄せながら、生活のしづらさを継続して支えていくことである。そのためには、身近な生活支援が重要となるが、現在の介護保険サービスのみでは提供が難しい。これらは家族介護者によって提供されていることが多く、家族介護者は認知症の人の日常生活を支える最も重要な担い手と考えられ、家族介護者を支援していくことは極めて重要な意味を持っている。家族介護者を支援するための基本的な枠組みは、家族介護者のニーズを把握した上で、一人ひとりのニーズに応じた情緒的、情動的、手段的なソーシャル・サポートを確保していくことである。

### イ 家族介護者のニーズの把握と支援

家族介護者を支援するための第一歩は、家族介護者自身のニーズを把握することである。「認知症の人と家族の会」の調査によれば、認知症の人を介護する家族の悩みや、つらさとして、表 4-1 のようなことが指摘されている。

表 4-1 認知症の人を介護する家族の悩みやつらさ

家族介護者の悩みやつらさ	具体例
本人との関係 (行動・心理症状などの対応)	コミュニケーションがとれない、何度も同じことを言う 被害妄想・物盗られ妄想で怒鳴られる 本人ができないことが新たに出てくる 変化していく本人を見ているのがつらい
介護自体のつらさ (身体的負担)	夜中の世話で睡眠がとれない 排泄の世話、気の休まる時がない 自分が疲れているとき、病気の時
不安や孤立感 (心理的負担)	相談できる人がいない どこまで続くかの不安 病気とわかっていながら怒ってしまい自己嫌悪
親族との関係性から生じる失望 やつらさ	親類や兄弟が理解してくれない サービス利用を反対される
差別から生じるつらさ	奇異な目で見られる 周囲の態度が変わった
専門職との関係などサービス利 用に伴うつらさ	デイサービスなどでの対応が不安 介護支援専門員に相談できない
制度や経済上の問題	仕事が続けられるのか不安 若年性認知症専門の施設がない 施設から出てほしいと言われる

多くの家族介護者は①BPSD や日々の介護に対して身体的・精神的な負担を感じており、②社会的な孤立感があり、③サービスの利用についての不安、④経済的な不安、⑤自分自身の暮らしや将来への不安を抱えていることがわかる。このような家族介護者を支援していくためには、少なくとも次のような視点が必要だと考えられる。

**(ア) 家族介護者をねぎらうこと**

まずは、認知症の人を介護する家族の負担、それに関連して生じている身体的・精神的疲弊をよく傾聴し、理解し、ねぎらうことが大切である。

**(イ) 困ったときには相談に乗ることを伝えること**

チーム員が、家族介護者本人に「困ったときには相談に乗ること」を伝えることは、介護者自身が情緒的ソーシャル・サポートを得ることにつながり、身体的・精神的に疲弊し、社会的に孤立している介護者にとっては不可欠の支援となる。

**(ウ) 介護負担や健康状態を評価し、介護負担の軽減と健康保持に関する支援を行うこと**

家族介護者の介護負担や健康状態を評価し、健康状態に支障が認められた場合には、状態を丁寧に説明し、必要に応じ医療サービスの利用を勧めるなど、健康状態の改善・保持に向けた支援を行う。

**(エ) 情報を提供すること**

総合アセスメントの結果に基づいて、「認知症に関する情報」と「利用できるサービス」に関する情報を提供する。また、その地域において、認知症のはじまりから終末期に至るまで、どのようなサービスを利用しながら生活を継続していくことができるか（認知症ケアパス）について情報提供を行うことが望まれる。

**(オ) サービス利用に消極的な家族介護者への支援について**

サービス利用に消極的な家族介護者や支援を拒む家族介護者もいる。その背景には以下のような理由が認められることがある。それぞれの理由に対し、情報提供や支援時の配慮、必要な制度につなぐなどの直接的な支援だけでなく、地域の認知症啓発など間接的な支援も重要である。

- 認知症疾患についての知識不足
- 介護を他人に任せることの罪悪感
- 他人に上がり込まれるのが嫌
- 部屋が汚いので見られたくない
- 時間を拘束されたくない
- 介護にかかるお金がない
- 自分たちでやれると感じている
- 近所に知られたくない

## (カ) 家族介護者を支援するための社会資源

長期にわたる在宅介護においては、家族介護者の孤立を解消し、自分自身が人生の主人公となって生きていくことを継続的に支援できるような社会資源を利用できるようにすることが重要である。

大阪市の社会資源の代表的なものとして、家族会、認知症カフェ、ちーむオレンジサポーターなどがあげられるが、単なる情報提供だけでなく、身近な社会資源を活用できるよう、リスト化やマップ、認知症ケアパスなどの資料作成や、不足しているのであれば場や活動の創出を認知症地域支援推進員、認知症地域支援コーディネーター、生活支援コーディネーターらと連携し、実現していくことが重要である。

## (キ) 若年性認知症の人の家族介護者への支援

成年に達した後、64歳以下で発症した認知症のことを若年性認知症という。高齢期に発症する認知症と異なり、特有の心理的・社会的特徴を有するため、家族介護者支援においても以下のような点に留意が必要である。いずれにおいても、アセスメントの結果の説明、病気の特性・予後・治療や予防に関する説明とともに、支援が期待できる社会資源の情報を具体的かつ正確に伝えることが重要であり、本人のBPSDの予防や家族介護者の介護負担増大の予防に寄与する可能性が高い。

**また、支援には高い専門性や対応力、長期の関わりが必要となるため、早期から認知症地域支援推進員、若年性認知症支援強化事業の専門職、専門医療機関などとの連携が特に大切である。**

- 現役世代に発症するため、高齢期の発症に比較して、本人・家族の心理的喪失感が深く、心理的衝撃が大きい
- 一家の収入を支える人の発症は、家族全体に経済的な危機を生じさせる
- 患者が仕事などの社会活動の現役の構成員であることが多いため、家族以外で直接影響を受ける人が少なくない
- 高齢期に比較して福祉サービスが多岐にわたり、福祉サービスを効率的に利用するのが難しい

## (3) 住まいと生活支援

認知症は、認知機能障がいや生活機能障がいのために、人と人とのつながりの中で得られる支援が必要になるが、この機能障がいゆえに支援関係の構築に支障を来し、社会的に孤立するなど、必要な支援が受けられない状況に陥りやすい。

特に家族介護者などの支援が望めない、一人暮らしやキーパーソン不在の高齢者は、誰が支援関係構築を行うか、誰が「生活支援」の担い手になれるかが第一の課題となる。

いずれにおいても留意が必要なのは、チーム員自身が継続的な生活支援の担い手とならないよう、引き継ぐべき支援者と早期から連携し、継続的な支援体制を築くことである。

## ア 見守りの支援

「見守り」の支援とは、定期的に本人の自宅を訪問したり、必要なときに連絡をとれるようにしておくことによって、本人の思い、心配、不安、希望、夢などに耳を傾け、信頼関係を築き、「困っているときに相談に乗る」、「具合が悪い時などに相談に乗る」など、情緒的なソーシャル・サポートを確保できるようにしておくことである。チーム支援においては、チーム員が本人との信頼関係を築くのみならず、引き継ぐ主たる支援者との関係づくりをサポートするとともに、一人暮らしや高齢者のみの世帯、日中独居高齢者など見守りが必要とされる人と、地域に暮らす「見守り」支援者同士とのつながり（ネットワーク）が機能するよう支援していくことが重要である。

## イ IADL の支援

IADL とは、「Instrumental Activities of Daily Living」の略称で、日本語では「手段的日常生活動作」と言い、人が日常生活を送るために必要な動作の中でも複雑で高次の動作を指す。認知症の人は様々な機能障がいにより、在宅生活（市中で独居するために必要な能力）に必要な家事全般、服薬、金銭管理など、複雑で高次の日常生活動作に課題が生じやすい。

そのため、DASC21 などのアセスメント結果に沿って、支援のニーズを把握するとともに、それらに対応できる支援体制づくりを進めていく必要がある。

### (ア) 服薬管理

服薬管理に支障がある場合には「決まった時間に、決まった分量」の服薬が可能になるように支援の体制を組む必要がある。方法として、以下のような対応が考えられる。

- 本人の生活機能や状況に沿うよう、服薬回数、薬の種類や形態、一包化、薬の保管場所などついて、かかりつけ医に相談
- お薬カレンダーやチェック表、アラーム、電話などの利用
- 服薬管理を組み込んだ支援の導入(居宅療養管理指導、訪問看護、訪問介護、通所介護、配食サービス、家族支援、地域住民、ボランティアなど)

### (イ) 栄養管理

栄養管理に支障がある場合には、少なくとも週に数回は栄養のバランスがとれた食事がとれるように支援する必要がある。方法として、以下のような対応が考えられる。

- 定期的な家族や親族の支援の調整
- 地域住民との互助の調整
- 地域の食事サービスなど、食事をともなう集いの場の利用
- 訪問介護による買い物、調理、配膳などの生活支援
- 配食サービス、通所介護による食事の提供

## (7) 金銭管理

預貯金や年金などの出し入れ、公共料金の支払い、家計の管理などに支障を来している場合には、その要因を整理した上で、可能な限り本人の意向を尊重した方法で管理ができるよう支援を行う。また、その要因の中で経済的な困窮や他者による搾取、詐欺被害などが疑われる場合は、速やかに区役所や担当包括と連携し、課題解決を行う。方法として、以下のような対応が考えられる。

- 家族支援やサービスによる金銭管理に対する助言
- 日常生活自立支援事業（あんしんさぼーと）の利用支援
- 診断書作成依頼調整や情報提供書作成などの成年後見制度利用支援

## ウ 社会参加の支援

認知症の人が、その人なりに豊かな人生を送れるよう、社会とのつながりを作り、社会の中で役割を果たし、社会に向かって行動することができるように支援していくことは非常に重要な意味をもっている。チーム員は認知症の人を様々な社会活動やボランティア、当事者の会などにつなぎ、また、その中で不足している資源があれば、他機関と連携し、創出に貢献することが望まれる。

## エ 住まいの支援

認知症の人が安全な生活を維持するためには、生活環境の改善についての配慮が特に必要である。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。

また、転居や入所、入居などに伴い、その選択の過程において十分に本人への意思決定支援を行うとともに、環境変化によるダメージが軽減されるよう、本人や家族介護者への助言や心理的サポート、関係者との情報共有などの支援が大切である。

このチームの目的は

認知症の人を必要な医療・サービスに**つなぐこと**です

### ● 困難事例解決チームではありません

困難事例はチームで抱え込まず、介入当初から関係機関と連携し、地域ケア会議での方針の共有や役割分担、課題に応じた機関への相談やつなぎ先との伴走等、終了を見据えた支援が大切です。

### ● ケアマネージャーにならないように

**要点**



#### (4) 認知症初期集中支援チーム員の役割と活動の留意点(再確認事項)

- ① チーム員の主な役割は、情報収集（できるだけ多くの情報収集と記録）と主たる支援先（適切な引継ぎ先）を見出し、認知症の人と支援先と「つなぐこと」である。ケアマネジメント（ケアプラン作成やサービスの実施・モニタリング）を行うことではない。
- ② チーム員のもう一つの重要な役割は、さまざまなことに困っている潜在的な認知症の人に対して相談に応じることである。直接、相談に来ることができない認知症の人あるいは家族と、どのようにして出会うのかを専門的に考えること（アウトリーチ機能）が重要である。
- ③ 情報収集は、認知症の人だけでなく、家族、地域の人々など、場合により、さまざまな情報の収集と記録（認知症の人と環境のアセスメント）を行う。
- ④ 面談拒否・サービス拒否などで事例の状況に変化が生じない場合、2か月を目途にチーム員会議を開催し、チームで情報共有を行う。1か月であっても、緊急性の判断が必要な場合には、チーム員医師に相談が必要な場合もある。
- ⑤ 面談拒否・サービス拒否などで事例の状況に変化が生じない場合、上記のようにチーム員会議を開催し、さまざまな情報を共有し、基本方針を立てる。そして、さまざまな工夫（置手紙をする・名刺の裏に訪問させて頂いたことなどを記入し、ポストに入れるなど）を話し合い、実施する。
- ⑥ 面談拒否・サービス拒否などで事例の状況に変化が生じず、さまざまな工夫を行っても、3か月以上、変化が生じない場合には、チーム員会議を開催し、収集された主な情報や現在の状況を整理し、引継ぎ記録を作成し、適切な引継ぎ先に関する話し合いを行い、引継ぎを行う。
- ⑦ チーム員は、個人で事例を担当している場合であっても、他のチーム員と相談しながら進めていくことが望まれる。
- ⑧ 「つなぐこと」は、制度とのつながりも含まれているので、「介護保険制度の申請を行った」ということでも、チーム員としての機能を十分に果たされている。

作成者：大阪公立大学大学院生活科学研究科 岡田 進一 教授





## 5 計画・報告・評価

### (1) 事業実施計画

事業計画については、「認知症強化型地域包括支援センター事業計画書・事業報告書」により、事業実施年度の4月20日までに区保健福祉センター及び地域包括ケア推進課あて提出すること。

### (2) 事業実施報告

事業実施報告については、次の表5-1の通り、帳票番号12「認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）実践事例報告書」の提出をもって充てる。報告は毎月行うこととし、翌月の12日までに連絡調整事業担当(大阪市社会福祉協議会地域福祉課)及び地域包括ケア推進課あて提出すること。

なお、訪問支援対象者は下記のルールに基づきIDを附番し報告すること。

また、年度当初の計画に対し実施報告を行うとし、「認知症強化型地域包括支援センター事業計画書・事業報告書」により、該当年度翌年の第一回区運協資料として提出すること。

※詳細は「報告・届出処理の手引き認知症強化型地域包括支援センター部分」を参照のこと。

表 5-1 事業実施報告一覧

帳票	報告対象
認知症初期集中支援推進事業実践事例報告書 (当該年度)	年度当初から各報告月末までに初期集中支援を行った全ケース（把握日が4/1～翌年3/31のもの）の各月末時点での情報を記載する
認知症初期集中支援推進事業実践事例報告書 (継続)	前年度の報告書より、モニタリングまで完了したケースを削除した全ケースの各月末時点での情報を記載する

#### 訪問支援対象者のID附番について

- IDは訪問支援対象者ごとに付与し、一度付与したIDは変更しない。
- IDは「各区指定のアルファベット（半角大文字）」「当該年度（西暦）」「連番（数字3桁）」で構成される。
- 各区指定のアルファベットは次の通り。

北区	A
都島区	B
福島区	C
此花区	D
中央区	E
西区	F
港区	G
大正区	H

天王寺区	I
浪速区	J
西淀川区	K
淀川区	L
東淀川区	M
東成区	N
生野区	O
旭区	P

城東区	Q
鶴見区	R
阿倍野区	S
住之江区	T
住吉区	U
東住吉区	V
平野区	W
西成区	X



### (3) 評価のしくみ

本事業の実施について、一定の基準に基づいて評価を行うことで、その結果を活かしてより良い運営・活動に向けた取組を推進する。

評価については、「評価の手引き」を参照のこと。



## 6 関係書式

使用目的	帳票番号	帳票名
対象者の把握	1	対象者把握チェック票
相談の受付	2	フェイスシート（訪問支援対象者 基本情報）
アセスメント	3	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 : DBD13R)
		③ 認知症タイプ分類質問票
		④ 身体日常生活状況アセスメントシート
チーム員会議	4	チーム員会議録
初期集中支援の実施	5	支援経過記録票
	6	個人情報使用同意説明書・同意書
	7	主治医あてチーム活動への協力依頼
	8	主治医あて診療情報提供等依頼
	9	認知症の人の受診のための連携シート ver.5
支援の終了	10	初期集中支援終了連絡票
モニタリング	11	モニタリング記録票