

(案)

新潟市認知症初期集中支援チーム

活動マニュアル

Ver.1

2018年9月

新潟市福祉部地域包括ケア推進課

制定・改定 履歴表

版数	改定内容	制定・改定日
Ver.1	初版	H30年9月1日

目次

1 事業の概要と背景	3
2 本市における事業実施方針	4
(1)本市における事業実施方針	4
(2)初期集中の「初期」とは	4
(3)訪問支援対象者	4
(4)認知症初期集中支援チーム員の構成	5
(5)チーム員の役割と活動体制	6
(6)初期集中支援チームの拠点となる医療機関の設置	6
(7)活動エリア	7
(8)包括及び認知症サポート医との連携	7
(9)認知症初期集中支援の入り口	7
(10)認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置	7
3 認知症初期集中支援の流れ	8
4 認知症初期集中支援の具体的活動	10
(1)訪問支援対象者の把握	10
(2)相談の受付(相談機関からの情報提供)	10
(3)情報収集	11
(4)初回訪問	11
i)初回訪問の実施体制	11
ii)実施内容	12
iii)訪問の流れ	12
iv)アセスメントの実施	13
v)個人情報に関する説明と同意について	15
vi)アセスメントの結果とそれに基づく初期支援	16
(5)チーム員会議(支援方針の検討・決定)	17
i)会議の準備	18
ii)会議の内容	18
(6)認知症初期集中支援の実施	19
i)一般的な初期集中支援の内容	20
ii)その他、対象者に応じて必要となる支援	21
iii)医療機関への受療支援	21
iv)困難事例への対応	23
(7)支援の終了、引継ぎ	25
i)終了の基準	25
ii)ケースの引継ぎ	26
iii)一度支援終了としたケースについて	27

(8)モニタリング	27
i)実施時期	27
ii)内容・視点	28
iii)方法	28
iv)モニタリング終了時期	28
5 記録・報告・検証	29
(1)記録	29
i)記録について.....	29
ii)実績の積み上げ	29
(2)報告.....	29
(3)検証.....	30
6 個人情報の収集及び提供に関する考え方	31
(1)同意前(「情報収集」時).....	31
(2)同意(「初回訪問」時).....	31
(3)本人以外からの情報収集(「チーム員会議」「認知症初期集中支援の実施」時)	31
(4)本人以外への情報提供(「支援の終了、引継ぎ」時)	32
参考資料 ～好事例・困難事例～	33
(1)好事例.....	33
(2)困難事例.....	35
書式集	

※このマニュアルは、チーム員、地域包括支援センター職員、区役所職員が活動の指針とするために作成したものである。

1 事業の概要と背景

高齢者の増加に伴い、認知症の人が今後さらに増加することが見込まれることから、厚生労働省は平成24年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」、平成27年1月にオレンジプランを改めて「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定した。オレンジプラン及び新オレンジプランでは、これまでのケアは、認知症の人が認知症の行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたことを踏まえ、今後は新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に重点を置くことが、その基本的な考え方となっている。その中で、認知症初期集中支援チームは、特に「早期診断・早期対応」を主眼とする主要事業のひとつとして位置づけられた。

認知症初期集中支援チームの設置は、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のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わり、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している。具体的には、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が、認知症が疑われる人又は認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活のサポートを行うものである。

本事業は、平成26年6月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」の成立にともない、介護保険法第115条の45第2項第6号において「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」が地域支援事業の包括的支援事業のひとつに位置づけられたことにより、平成27年度から順次実施し、平成30年度には全市町村で実施することとされた。

2 本市における事業実施方針

(1) 本市における事業実施方針

新潟市では、本事業を実施するにあたり次のような目標を定める。

【事業実施方針】

認知症になっても住み慣れた地域で尊厳を保ちながら、安心して生活を継続できるよう、認知症初期集中支援チームを設置し、地域包括支援センター（以下「包括」という。）を中心とする様々な既存の連携体制を活かしながら、認知症の人やその家族を速やかに適切な医療・介護等の支援につなげる。

また、本事業の実施を通じて、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を目標とする。

【補足】

- ※ 単にサービスにつなげて終わりではなく、適切なアセスメントのもと、在宅生活の継続を基本とした自立生活を維持するための適切な支援につなげることが目的
- ※ 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、長期的にはそのモデルを参考として地域で自律的な認知症対応の仕組みを構築していくことが理想

(2) 初期集中支援の「初期」とは

①認知症の『初期』、②医療やサービスにつながっていない人に対するファーストタッチの『初期』と二つの意味を持っている。

あるべき姿としては、早期発見（診断）し、短期集中的に介入することによって環境改善を促し、急激な心身機能の低下を防ぐとともに、継続的な在宅生活が今後送れるような体制を整えることだが、現状は、中等度の認知症にありながら、診断を受けておらず、医療・介護ともに適切な介入がなされていない、いわば困難事例が多数存在している。

このため、当面は困難事例へのファーストタッチの支援が主になると考えられるが、ファーストタッチの支援を重ねる事で、困難事例へと発展していくことを防ぎ、「認知症の初期」の時点で多くの介入ができることを目指す。

(3) 訪問支援対象者

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 医療サービス又は介護サービスを受けていない者若しくは中断している者で、次のいずれかに該当するもの
- (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を受けていない者

(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

※具体的な内容は帳票①「対象者把握チェック票」を使用して確認する。

(4) 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、本市の「新潟市認知症初期集中支援推進事業実施要綱」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。チーム員は、以下の要件を満たすことが必須となる。

新潟市認知症初期集中支援推進事業実施要綱

(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、以下の（1）を満たす専門職2名以上、（2）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。

(1) 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする

- ・ 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、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市が認めたもの
- ・ 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
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、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（嘱託可）1名とする。

ただし、上記医師が確保困難な場合には、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。）

（５）チーム員の役割と活動体制

チーム員それぞれが担う役割については、以下のとおりとなる。

- 要綱第4条（１）のチーム員（以下「チーム員」という。）は、訪問支援対象者の認知症のアセスメントに基づき、医療・介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の状態に応じた助言、生活環境の改善、家族支援等の初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

なお、訪問する場合のチーム員数は、対象者の負担も配慮し、一度で総合的な観察・評価を実施するために、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名以上で訪問することとする。

ただし、医療系職員でも介護施設での勤務経験がある等、介護系のアセスメントが可能な職員であれば、介護系職員に替わって訪問することも可能である。

また、包括職員や担当介護支援専門員の同行があれば、これに替わるものとする。

- 要綱第4条（２）のチーム員（以下「チーム員医師」という。）は、チーム員会議に出席し、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。

（チーム員医師の具体的な役割）

- ・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。
- ・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勧奨
- ・支援を行うことの判断及び指示
- ・必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

（６）初期集中支援チームの拠点となる医療機関の設置

本市では当面、認知症初期集中支援チームを以下の考え方に基づいて設置する。

- 市は、活動エリアごとに認知症初期集中支援の推進を担うことができる認知症疾患医療センター、精神科病院等に認知症初期集中支援チームの拠点となる医療機関を設置する。
- 拠点となる医療機関にはチーム員のうち1名以上をコーディネーターとし、活動の調整を行うものとする。
- チームの稼働は、原則週5日、午前8時30分から午後5時30分までとする。
- 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。
- 訪問等の実務については、効果的・効率的に実施することを考慮し、活動エリアの実

状に合わせ、地域の**認知症**サポート医や医療介護連携の基盤を形成している在宅医療ネットワーク等への協力を求めた活動も可能とする。

(7) 活動エリア

認知症初期集中支援チームの活動エリアは、当面の間、**原則として**以下のエリアに拠点となる医療機関を設置し、各エリアに1チーム以上を配置する。

- ・北区・東区エリア
- ・中央区・江南区エリア
- ・秋葉区・南区エリア
- ・西区・西蒲区エリア

(8) 包括及び認知症サポート医との連携

初期集中支援の実施にあたっては、チーム員およびチーム員医師だけでは円滑に遂行することはできない。訪問支援対象者の地域を担当する包括や、認知症サポート医が加わることで、より実効性のある初期集中支援が可能となるだけでなく、初期集中支援終了後も継続して対象者の生活を支援することができる。

そこで、支援対象者の住所地を管轄する包括職員及び認知症サポート医と連携した事業実施体制を確保する。

特に包括は、包括の業務の一環として、初回訪問やチーム員会議に参加することとする。

(9) 認知症初期集中支援の入り口

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、包括**または介護支援専門員**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チームに情報提供することとする。

一方、原則として、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分散させず、既存の窓口に集約させるためである。

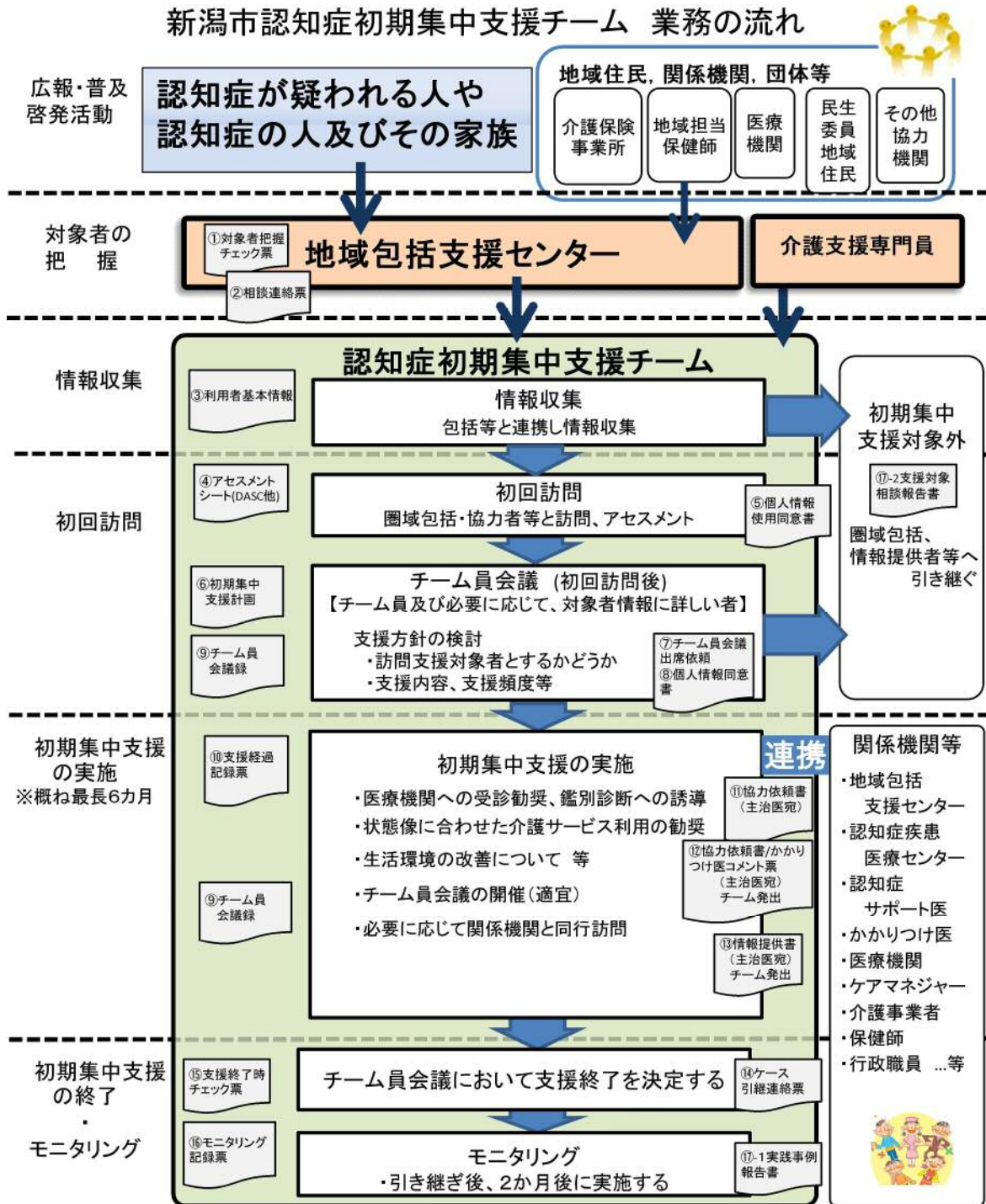
なお、介護支援専門員からチーム拠点に直接情報提供があった場合は、**必要に応じ**、包括とも情報共有を図る。

(10) 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

市は、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症対策地域連携推進会議」を「認知症初期集中支援チーム検討委員会」と位置づけ、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する。検討委員会において、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となっているのか等について検討し、その検討内容をチームの活動に反映させていく。

3 認知症初期集中支援の流れ

本市の認知症初期集中支援は、以下のフローで実施する。



※モニタリング(引継ぎ)終了後も、相談助言は随時対応

認知症初期集中支援の各段階における、主な関係機関の関与のあり方は、原則として以下のとおり。

- ①チーム員：初期集中支援の全過程において、チーム運営の中心的な役割を担う
- ②チーム員医師：チーム員会議に出席し、チーム員をバックアップする。専門的見識からの指導・助言を行う。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包括職員：ケースを把握しチームに情報提供する。初回訪問までは関与必須。初回訪問後のチーム員会議以降は、ケースの状況に応じて参加する。チーム員会議等に参加しなかった場合も、チーム員との情報共有を図る。
- ④認知症サポート医：ケースの状況に応じてチーム員医師をサポートする。チーム員会議にはチーム員医師または認知症サポート医のいずれか1名以上が出席する。
- ④区役所健康福祉課：虐待ケース等、行政の関与が不可欠である場合に参加する。
- ⑤地域包括ケア推進課：事業全般について、随時、チーム員と情報共有を図る。

4 認知症初期集中支援の具体的活動

(1) 訪問支援対象者の把握

認知症に関する相談窓口となる包括や介護支援専門員は、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、以下の訪問支援対象者要件に該当する者についてチーム拠点に情報提供する。

<訪問支援対象者の要件>

- ・「対象者把握チェック票」の項目に該当する者。
- ・原則「ファーストタッチ」に該当する者。

「対象者把握チェック票」の項目に該当した場合でも、既に包括、介護支援専門員、行政機関等が継続して支援を担当しており、初期集中支援が不要な場合は、チームより必要な情報提供や助言等で対応する。

<ポイント>

医療サービス、介護サービスを受けているケースについて、相談・情報提供があった場合の、対応・判断の視点

「主たる支援機関」があり、認知症であるとの診断もされており、さらにケアプランに対応する介護サービスも利用しているにもかかわらず支援困難症例となっている場合は初期集中支援の対象外である（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は対象）。

※ただし、例えば膝が悪くて整形外科に通院して、デイケアにも通っているが、認知症という視点での医療・介護サービス利用はしていない場合は対象となる。

このような訪問支援対象者の場合は、主たる支援機関としてケアマネジャーが既に存在していることになるので、初期集中支援の主な目標の例としては、認知症という視点での医療サービス、介護サービスを受けていなかった者について、認知症にかかる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することなどがあげられている。

いずれにせよ、このように個々の相談ケースの置かれた状況や状態像を確認し、チーム員会議で検討の上で、訪問支援対象者として初期集中支援を実施するかどうかを判断することも必要である。

(2) 相談の受付（相談機関からの情報提供）

包括や介護支援専門員は、「帳票②相談連絡票」をチーム員へFAXにて送信する。

チーム員は、「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。電話や来所など、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る。「帳票③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。

包括や介護支援専門員が使用している「利用者基本情報」をチーム拠点に情報提供する際は、重大な個人情報を含むことを鑑み、口頭、手渡し又は郵送にて行うこと。また、郵送により情報提供した場合も、相談受付時に聞き取った内容を、口頭にて拠点チーム員に遺漏なく伝える。

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く、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。

チーム員は、包括以外の相談窓口から情報提供があった場合も、包括と情報共有を図り、連携体制を構築するよう努める。

(3) 情報収集

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。

相談受付時の情報源が介護支援専門員等の場合は、包括が既に支援しているケースの場合があるので、包括に関与の有無について尋ねる。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になる。また、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圏域を担当する包括やかかりつけ医等に、情報を提供するなどの連携を図る場合においても、情報提供について本人同意を得た上で行うこと。

(4) 初回訪問

i) 初回訪問の実施体制

初回訪問は、相談受付を行ってから可及的速やかに訪問する。

チーム員の医療系職員1名、介護系職員1名（包括職員や介護支援専門員がこれに替わることも可能）の計2名以上で実施し、必要に応じて、関係機関職員やキーパーソン等の同行を依頼する。

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。

ii) 実施内容

初回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
- ・ 個人情報同意書の取得
- ・ 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

iii) 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等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。
- ・ 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、包括等と連携し、支援の糸口を探るなどの方法を事前に各関係機関と調整しながら、支援を図る。
- ・ 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上、訪問する。
- ・ 包括や介護事業者、主治医等との連携を常に意識し、情報共有を行う。

○訪問時における留意点

- ・ 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の協力を得ながら効率よくアセスメントを行う。

○訪問の実施

- ・ 自己紹介をし、訪問目的を伝える
 - ・ 家族の同席を依頼する
 - ・ 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整する
 - ・ 本人と家族の話を傾聴する
- (チーム員の1名は本人、もう1名は家族等と分かれて話を伺う時間を持つ)

- ・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)
- ・介護に対する家族の意向を確認する (家族間で意見が違う場合があるので注意)
- ・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

＜初回訪問時のポイント＞

- ・できるだけ自然な日常の会話の中から“同じ話を繰り返す、取り繕い、見当識低下”などがないかなどの情報収集を心がける。
 - ・話題としては季節やニュースなど無難な内容から、少しずつ本人の今までの生活に関する会話内容などに切り替えていく。
 - ・本人の表情や視線などを観察し、訪問についての受け入れや理解の状況を見ていく。
 - ・本人の動き方や姿勢を見ていく中で、身体機能的な問題点を把握する。
- ⇒必要に応じて下肢の筋力評価や関節可動域評価も行う。
- ⇒レビー小体型認知症など特徴的な姿勢や歩行となる場合もあるため、しっかりと観察する。
- ・服装や頭髪、爪の状況、化粧の有無など身なりも状況を把握する上では重要となる。
 - ・室内の状況はどんな生活をされているのかの把握に役立つ。
- ⇒室内の整理整頓環境。可能であれば冷蔵庫の中も食生活が分かるため大切。
- ⇒におい (尿臭や腐っているものがないかなど)
- ⇒室内の装飾 (趣味の作品や好きな歌手のポスターなど本人の楽しみが分かることがある)
- ・本人の動線をチェックし、危険な状況がないかを把握する。

iv) アセスメントの実施

各種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。また、初回のアセスメントでは、全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。

アセスメントは、複数人で行うこと。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 (社会資源や見守り体制など) についても把握する。

●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。

※使用帳票

各種アセスメントシート

- ④-1 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 (DASC-21)
- ④-2 認知症行動障害尺度 (DBD-13)
- ④-3 Zarit 介護保険尺度日本語版のうち8項目 (J-ZBI_8)
- ④-4 身体・日常生活状況等チェック票

- ① 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。DASC-21 を活用することによって、以下のような認知機能障がいと生活機能障がいの有無を評価することができる。

認知機能障がい：近時記憶障がい、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

生活機能障がい (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 BPSD が認められる場合には、これを具体的に記述する。また、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**確認し記録**しておく。

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、性的逸脱行動など。

- ③ 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。

- ④ 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。以下のような項目を**確認し記録**しておく。

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

- ⑤ 本人の生活状況については、生活歴、職歴、最近の生活状況について記述する。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。

- ⑥ 家族の状況については、J-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、家族の主訴などを記述する。

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。

v) 個人情報の使用に関する説明と同意について（詳細は P31 参照）

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、無理に同意を求めず、日をあらためて同意を得よう努める。

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、「帳票⑤-2 個人情報使用同意書説明文書」及び帳票「⑤-1 個人情報使用同意書」を使用する。

「帳票⑤-1 個人情報使用同意書」の使用にあたっては、以下の流れに沿って同意を得よう努める。なお、個人情報の取り扱いについては、「6 個人情報の収集及び提供に関する考え方」にまとめているので、そちらも参考とする。

① 書面による本人同意が原則

「帳票⑤-1 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、帳票⑤「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⑤-1 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、「新潟市個人情報保護条例」第7条第3項（4）（5）、第8条（4）の例外規定に該当する場合はこれを適用し、本人以外からの個人情報の収集を行うことができる。

vi) 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、チーム員会議へつなげる。

- ① 情報の提供と受療支援：DASC-21 の結果から「認知症の可能性」があるかどうかを判断することができる。「認知症の可能性」があるが、認知症の医学的な評価がな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受けられるように支援する。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。

《緊急度を把握する具体的な内容》

生活状態の把握から	①栄養失調になっている ②食中毒を起こす危険がある ③火事を起こす危険がある
身体状況の把握から	①重篤な身体症状がある 例) 意識障がい、痛み、発熱、脱水 ②誤薬による状態悪化がある
認知症の状態の把握から	①急激な認知症症状の出現・悪化 ②暴力的行動・行方不明・異食など
本人や家族の気持ち・意向の把握から	①虐待を受けている ②パニック ③家族の介護限界、家族の重篤な健康問題

補足：チーム員医師が同行した場合～医療行為か相談か～

初回訪問に限らず、チーム員医師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）とはならず、本事業の枠内での「相談」の位置づけとなる。

訪問支援対象者が、チーム員医師の訪問による「診療」を希望する場合は、保険診療とすることもできる。その場合、チーム員医師の訪問は本事業の枠組みからは外れることになる。例えば、介護保険申請のため、往診して意見書を作成した場合は保険診療となる。

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ため、本事業において、チーム員医師が訪問しなければならないようなケースでは、「相談」とするか、「往診」とするかは訪問支援対象者や家族等の意向も確認しながら、チーム員医師等の判断で対応する。

(5) チーム員会議（支援方針の検討・決定）

チーム員会議は、チーム員とチーム員医師が、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、支援方針、支援内容や支援頻度等の検討を行うために実施する会議である。

なお、チーム員会議には、チーム員医師のほかにも、必要に応じて、包括職員、訪問支援対象者のかかりつけ医、訪問支援担当者を担当する介護支援専門員、区役所健康福祉課職員等を招集する。

チーム員会議の記録の作成と保管については、帳票⑨「チーム員会議録」を使用し、必ず検討内容や決定の経過などがわかるようにしておく。

※参加者に対しては守秘義務を徹底させること。必要時、帳票⑧を活用する。

初回訪問後	<ul style="list-style-type: none">・初回訪問後には、必ずチーム員会議を開催する。・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	<ul style="list-style-type: none">・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、具体的な支援策をチーム員医師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」）についてチーム内で立案を行っていく。
支援終了の決定	<ul style="list-style-type: none">・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する。
モニタリング結果の検討	<ul style="list-style-type: none">・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、検討する。

開催頻度：概ね月1～2回程度とし、チーム員及びチーム員医師間で調整の上、必要に応じて随時開催する。

開催時間：1回当たり、概ね60分程度に収めることが望ましい。

i) 会議の準備

① メンバーの招集

拠点医療機関のコーディネーターは、メンバーを招集し、チーム員会議を開催する。

関係者の招集に当たっては、必要に応じて帳票⑦「チーム員会議出席依頼」を活用する。

② 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。

③ 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。

④ 会議資料作成

チーム員は、アセスメント結果を整理し、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

ii) 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、「帳票②相談票」及び「帳票①対象者把握チェック票」を用いて、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い。）
- 支援にかかわる多職種で帳票⑥「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主担当を明確にする。
- 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。

使用帳票

- ①対象者把握チェック票
- ②認知症初期集中支援相談連絡票
- ③利用者基本情報
- ④各種アセスメントシート
- ⑥支援計画書
- ⑨会議録

（6）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。

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合わせて異なるため、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。

支援期間は、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移行するまでの間とし、概ね、最長6か月間とする。

チームは、包括やかかりつけ医、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。

<ポイント>

訪問支援対象者への支援は6か月間という期限があることを意識し、チーム員は適切なタイミングで、今後の継続的な支援を担う「主たる支援機関」に引継ぎを行う。

- ・チームは、訪問支援対象者に必要な支援を行うことに適した機関・担当者を選任するため、アセスメントを実施し、適切なタイミングで、支援者に引き継ぎを行う。
- ・訪問支援対象者の支援終了後、「主たる支援機関」として引き継ぎ先が中心となって継続的に支援していくに当たり、「主たる支援機関」と訪問支援対象者とのあいだで信頼関係を構築できるようにつなげることは、支援を長期的な視点に立って考えた場合、非常に重要なことである（P28 支援終了、引継ぎを参照）。
- ・チーム員と訪問支援対象者の関係性は、あくまでも最長6か月間の初期集中支援という限られた期間内に行う支援である。中～長期的視野にたったケアマネジメントは「主たる支援機関」が担うものであるということを考慮した上で、各関係機関と連携し、訪問支援対象者と向き合う必要がある。

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、キーパーソンの存在、状況
- 初期集中支援計画の妥当性

i) 一般的な初期集中支援業務の内容

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けを行い、継続的な医療の利用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。
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、水回り、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

※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

ii) 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、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。 ・社会参加の支援
権利擁護に向けた調整	特に独居のケース等について、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 など

※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

iii) 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。

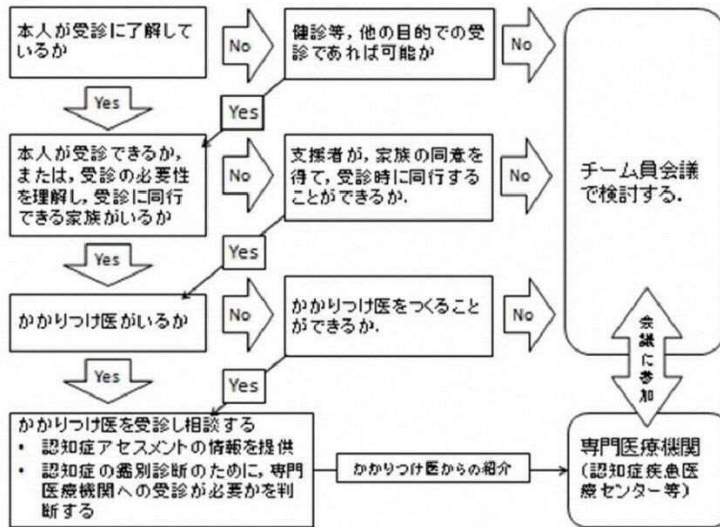
① 医療機関への受診勧奨

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（「認知症安心ガイドブック」等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。

- ・本人が受診の必要性を感じているか
- ・本人が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・介護者がいるか
- ・かかりつけ医（主治医）がいるか

診断につなぐためのプロセスのイメージ



訪問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に必要に応じて次のことも行う。

- ・ かかりつけ医（主治医）に対する情報提供や、紹介状作成をチーム員医師に依頼する
- ・ 鑑別診断のための医療機関へ情報提供

<受療支援におけるチーム員の医師の役割>

- ・ チーム員の医師はスムーズな医療連携が図れるよう、必要に応じて医師の立場から、かかりつけ医に情報提供書を作成し、情報提供を行う
- ・ 必要に応じてチーム員とともに訪問し受診を促す

チームから医師に情報提供書を依頼する場合は、その旨について訪問支援対象者から同意を得る必要がある。

訪問支援対象者にかかりつけ医（主治医）がいる場合は、断りなく他の医療機関の紹介を行うことのないよう配慮が必要である。

訪問支援対象者にかかりつけ医がいる場合、チームが関与することへの協力依頼書類を早急に送付する。

※使用帳票

- ⑪-1 主治医協力依頼書（市発）
- ⑪-2 別紙支援チーム事業について
- ⑫-1 主治医協力依頼書（チーム発）
- ⑫-2 かかりつけ医コメント票
- ⑬情報提供書（チーム発）

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、課題がある場合は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・介助者がいるか）
- ・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

iv) 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、初期集中支援チームだけでは対応困難な事例については、チーム員会議等で早期に区役所健康福祉課及び包括との連携・調整を図り、地域ケア会議（個別ケア会議）等の開催を依頼し、地域の関係機関と支援方針を検討する。

【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、アプローチしていくことが大事である。

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包括職員や保健師等との連携、チーム員医師による往診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、メッセージを投函するなど、チームからアプローチを試みていることを伝えることで、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、一度の訪問拒否により直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（個別ケア会議）の依頼

さまざまなアプローチを行った上で、一定期間経っても事態が進展しない場合は、チームが行った支援等の経過、支援拒否の理由及びその背景など、把握している情報や分析した課題について情報共有し、包括に地域ケア会議の開催を依頼する。

地域ケア会議では、「直ちに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。

※ 介入の判断

家族等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」としての介入判断が必要となることがあるので、早い段階で包括や行政機関と連携することも必要となる。

【精神疾患の疑いが強いケースの取扱いについて】

認知症の可能性はあるが、精神疾患の疑いが強いケースは、ケースの状況に合わせ、関係機関と連携して次の支援を行う。

(チーム員の役割)

- ・ 家族や本人にアセスメント結果を伝え、精神科受診を勧める。
- ・ 可能であればチーム員医師より精神科へのつなぎを行う。
- ・ 受診拒否があり緊急を要する場合、こころの健康センターへの相談も検討する（家族が相談できる場合は家族よりこころの健康センターへの相談するよう促す）。
- ・ 方向性を決定する際、必要に応じて、チーム員会議に関係機関からの出席を求める。
- ・ 認知症が否定されるなど、支援対象外と決定した場合は、包括または情報提供者にチームのアセスメント結果を伝え、引き継ぐ。

(包括の役割)

- ・ チーム員と協力し、下記の関係機関と連携を図りながら対応をする。
- ・ 必要に応じて個別ケア会議を実施する。

(参考：関係機関の役割)

機関名	役割
こころの健康センター	・ 受診相談・受診援助 ・ 対応について助言
地区担当保健師	・ 本人・家族への相談対応 ・ 受診相談
基幹相談センター	・ 障がい福祉制度のケアマネジメント
地域包括支援センター	・ 高齢者の総合相談窓口 ・ 介護保険制度のケアマネジメント
介護支援専門員	・ ケアプランの作成 ・ 本人・家族への相談対応
パーソナルサポートセンター	・ 経済的な相談 ・ 必要時受診同行
在宅医療・介護連携ステーション	・ 在宅介護・医療連携に関する相談 ・ 地域の医療・介護サービス資源の把握

補足：地域ケア会議（個別ケア会議）との連携

認知症初期集中支援チームで対応するケースと、包括の開催する地域ケア会議（個別ケア会議）で取り上げるケースが重複する可能性がある。

認知症初期集中支援チームは初期の介入による医療・介護サービス等へのつなぎ、地域ケア会議は、個別課題解決機能に加え、ネットワーク構築や地域課題機能等の役割を担っており、目的が異なるため、重複して1つのケースを取り上げることは構わない。

認知症初期集中支援チームで医療・介護サービスへつなぎ、地域ケア会議でインフォーマルサービスも含めた地域生活の支援を検討するなど、連携して2つの事業を進めることで、より効果的な支援を実施できると考えられる。

例えば、ごみ屋敷状態で認知症が疑われる等の困難ケースでは、認知症初期集中支援チームは認知症のアセスメント、受診勧奨といった、特に医療的な側面で重要な役割を担うことができ、地域ケア会議では、民生委員や地域住民の見守り、支え合いのしくみづくり会議（協議体）との連携など地域課題解決への重要な役割を担う。

なお、認知症初期集中支援チームが関わっているケースについては、包括と連携しながらチーム員会議に他機関を招集し検討することができる。

一方、対応が認知症初期集中支援チームだけの対応では困難なケースについては、包括が開催する地域ケア会議の開催を依頼することができ、その地域ケア会議にチーム員も出席し、情報提供をすることも可能である。

（7）支援終了、引継ぎ

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。

※計画の目標が定まっていないと、明確なゴール設定ができず、終了の基準が曖昧となる。

支援に携わった関係者及び主たる支援機関（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ためチーム員会議で支援終了の方針を決定することだけでは、支援終了とならない。

「帳票⑭ケース引継連絡票」を作成し、今後の主たる支援機関及び関係した機関に受け渡し「帳票⑮終了時チェック票」「帳票⑩支援経過記録票」への記載完了をもって手続は終了。

i) 終了の基準

次のような状態となった場合は、チーム員会議で支援終了の方針を決定する。ただし、支援実施期間は、概ね最長で6か月とする。

- ・「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

- ・「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

また、終了方針決定前後にできるだけ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。

ii) ケースの引継ぎ

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、訪問支援対象者の主たる支援機関となる包括や担当介護支援専門員等と同行訪問を行うなど以下のような方法で、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の参加
- ・**包括や介護支援専門員がケアプランを作成する際の支援**
- ・チーム員がサービス担当者会議に参加

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⑭ケース引継連絡票」を使用する。

また、「帳票⑮終了時チェック票」を利用し、引き継ぎが適切に行われているかを確認する。

<ポイント>

初期集中支援後、「主たる支援機関」による支援に円滑に移行するため、チームが、初期集中支援の中で把握した情報は、十分な情報提供とともに丁寧な引継ぎを行う。

- ・引き継ぎ先に対して十分な情報提供を行うため、支援終了の際には、初期集中支援に当たって連携した**関係機関**には、様式「⑭ケース引継連絡票」を渡し引き継ぎを行う。
- ・また、様式「⑭ケース引継連絡票」を送付するだけでなく、サービス担当者会議等にチーム員が参加し、情報をより詳しく提供することや、同行訪問等を通じて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、「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が不可欠である。

<ケース引継連絡票の取り扱い>

- ・引き継ぐ「主たる支援者」及び、必要時、連携した包括、介護支援専門員、行政機関等に渡す
 - ・連携した民生委員、ボランティア等には口頭で終了を報告する
- ※文書を求められた場合は、別途書類を作成し渡す
(様式「⑭ケース引継連絡票」は多くの個人情報を含むため使用に留意する。)

- ・いつ誰に支援終了を伝えたかを記録する
- ・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、別途様式「⑭ケース引継連絡票」を提供するなど、できる限り早急な対応を行う。

<ポイント>

支援拒否ケースの支援終了及び引き継ぎ

- ・チームが支援を継続することは不適切であると判断せざるを得なかった支援拒否ケースの場合、当該の支援を拒否している訪問支援対象者の包括に、地域ケア会議の開催を依頼し、地域ケア会議において「主たる支援機関」（主に包括になることが多い）を決定し、引き継ぐ。
- ・その際、チームが行ったアプローチや支援の経過、支援拒否の理由及びその背景など、把握している情報や分析した課題について情報提供を行う。

iii) 一度支援終了としたケースについて

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。

(8) モニタリング

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とチーム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。

なお、モニタリングを実施した場合は、帳票⑯「モニタリング記録票」に記録すること。

i) 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、引き継ぎの概ね2か月以内に行うこととする。

※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、支援機関に引き継いだため、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

ii) 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ぐことができていたかどうか
- ・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
- ・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・能力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

iii) 方法

モニタリングの方法は、引き継ぎ先とした主たる支援機関や関係者への聞き取りや支援対象者への訪問など、チーム員会議での協議やチーム員が適切と考える方法により実施する。

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。

iv) 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。

モニタリングの結果、状況が悪化していた場合、対応についてチーム員会議にて検討し、必要に応じ主たる支援者への助言等を行う。

5 記録・報告・検証

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

i) 記録について

- 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、記録は慎重に取り扱い、保管方法についても慎重に管理する。
- チームの活動については、帳票⑰「実践事例報告書」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。
- 帳票類は原則、定められた様式を使用するが、内容が網羅されていれば独自の様式を使用しても差し支えない。
- 事業に関する記録の保管期間は5年とする。

ii) 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。チームは、対象者ごとの台帳をもとに、「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。

(2) 報告

市への事業実施報告については、帳票⑰「実践事例報告書」「支援対象外相談報告書」「業務量報告」及び「初期集中支援実績報告用プログラム」データの提出をもって充てる。

- 帳票⑰「実践事例報告書」「支援対象外相談報告書」
チームが毎月作成。翌月10日までに福祉部地域包括ケア推進課に提出する。
- 「初期集中支援実績報告用プログラム」データ
チームが対象者の情報を随時入力していく。原則として、9月末、3月末の年2回（6か月ごと）、翌月10日までに福祉部地域包括ケア推進課に提出する。その他、認知症初期集中支援チーム検討委員会等への報告が必要な場合は、随時提出する。
事業の検証を行うためにも報告は必要である。

(3) 検証

市及びチームは、実績データの積み上げや事業実施状況等をもとに、必要に応じて事業の見直しを行う。主なポイントは以下のとおりとする。

- 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

6 個人情報の収集及び提供に関する考え方

チーム員は、個人情報保護法の規定及び新潟市個人情報保護条例（以下「条例」という。）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えた秘密を漏らしてはならない。

個人情報の適正な取り扱いを確保するため、訪問支援対象者に関する個人情報の収集及び提供については、以下の考え方に基づいて実施するものとする。（以下、一部前章までとの重複あり）

《初期集中支援における個人情報の収集・提供に関する整理》

（1） 同意前（「情報収集」時）

本人以外から個人情報を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段階であるため、情報収集先は、本人、相談者、各区健康福祉課、包括、認知症疾患医療センター、民生委員までとする。

（2） 同意（「初回訪問」時）

①書面による本人同意が原則

帳票⑤「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、「帳票⑤-1 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⑤-1 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、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。

（3） 本人以外からの情報収集（「チーム員会議」「認知症初期集中支援の実施」時）

①書面又は口頭での本人同意が得られた場合

条例第7条第3項（2）により、本人同意があるため、本人以外からの情報収集が可能。

②家族の書面同意しか得られなかった、又は全く同意が得られなかった場合

条例第7条第3項（4）（5）の例外規定を適用し、本人の家族等、本人以外からの個人情報の収集が可能。ただし、できる限り同意を得るよう努めたにもかかわらず、それでも同意が得られなかった場合に、やむを得ず適用する例外規定であることを理解

する。

(4) 本人以外への情報提供（「支援の終了、引継ぎ」時）

「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、検討や情報の共有が必要な場合」や、「認知症初期支援を包括的・集中的に行うために実施されるチーム員会議において必要な場合」等、本事業の目的の範囲内で、関係者に情報提供することが可能。

ただし、情報提供先は、各区健康福祉課や包括、守秘義務のある職種の人（医師、介護支援専門員等）に限定し、「帳票④ケース引継連絡票」を用いる。

守秘義務が課せられていない人には、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）。

《参考：新潟市個人情報保護条例（抜粋）》

（収集の制限）第7条【略】

3 実施機関は、個人情報を収集するときは、本人から収集しなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、この限りではない。

本人の同意があるとき。

指導、評価、相談、交渉及び訴訟に関する事務において、本人から収集したのではその目的を達成し得ない場合。

病院、保健所等で、診療、疾病の予防等のため、本人の家族等から本人に関する情報を収集する場合。

（利用及び提供の制限）第8条【略】

個人の生命、身体又は財産の安全を守るため、緊急かつやむを得ないと認められるとき

参考資料 ～好事例・困難事例～

(1) 好事例

概要	状況	対応	結果
78歳女性 本人と長男長女3人暮らし	家族が勧めても受診しない、1年以上入浴もしない、爪が必要以上に伸びて、髪も固まっていた。子供たちは就労で支援難しいとのことだったが長男は実は無職だった。	意見書作成は往診にて実施。主に介護福祉士、作業療法士は本人の身体的ケア、精神保健福祉士は家族支援	クリニックへの受診継続、介護保険認定を受け、CMが担当し、通所介護などのサービス利用継続
68歳男性 独居	兄に監視されているとの発言第三者に同様の訴えにて警察沙汰となる。	健康相談と称してみどり病院へ受診促す	妄想性障害の疑いにて心療内科紹介→受診確認し、包括、保健師に引継ぐ。その後みどり病院内科にも定期通院できる。
84歳女性 独居	医者嫌い、人の世話になることも好きではなかった。娘の介入も拒否。入浴もせず、自宅の衛生状態も悪い。	往診にて主治医意見書作成、介護保険申請に至る。医師から内科受診勧奨、受診継続に至る。頻回に訪問、人との交流に慣れていただく。本人が困った状況に合わせ、通所介護、訪問介護へつなぐ。	内科受診の継続、介護保険サービス導入と継続が図れた。
80歳男性 妻、娘（会社員）と同居	娘より本人の認知症を心配して包括へ相談あり。包括が専門医の受診をすすめても、妻は「本人は認知症ではない。」という認識。娘は「本人が怒りっぽく、娘の言うことは聞かない。受診は嫌がる。」と言って、関わることに消極的で、なかなか受診につながらなかった。	チーム員が訪問、アセスメント。妻へ専門医への早期受診・診断の必要性、介護予防の重要性を説明したが、妻は「本人のことを認知症だと思いたくない。」という気持ちが強く、「受診はまだ大丈夫です。」と繰り返していた。しかし、その後妻よりチーム員へ、「やはり本人の物忘れが気になる。娘がバンクしそう。」との相談があり。再度、娘の同席の元、医師・チーム員にて訪問。専門医より本人・妻・娘へ早期受診の必要性を説明した。	、本人・家族も納得され、通院しやすい新大HP精神科への受診希望あり。専門医からは新大HPへの紹介状を作成し、受診予約行った。その後、新大HPへは娘さんが毎回受診同行し、本人の様子をきちんとDr.へ伝えられているとのこと。引き続き新大HP通院を継続してもらうことで、包括支援センターへの引き継ぎにて、支援終了。

概要	状況	対応	結果
80代女性 夫婦二人暮らし・子供なし	<p>専門医にて認知症の診断は受けていたが、1年前から医療中断。要介護1で、徘徊センサー以外のサービス利用なし。担当ケアマネジャーより、デイサービス等の利用をすすめていたが、本人・夫ともに利用を拒否。夫婦だけの閉じられた生活で、夫は介護疲れもあった。介護認定の更新のために、白根緑ヶ丘病院への受診予定だったが、受診当日、親戚の方が迎えに行くと、本人も夫も受診を拒否。夫はケアマネジャーへ、「徘徊センサーも介護保険の認定もいらない、ケアマネも来なくてよい。」と言う。</p>	<p>チーム員訪問し、本人・夫の状況を確認。受診が大変なら往診も可能であることを提案したが、夫は往診も拒否。</p>	<p>夫より「家から近い、総合病院であれば受診してもよい。」という話あり、担当ケアマネジャーが総合病院のソーシャルワーカーへ事情を説明し、予約をとり、白根緑ヶ丘病院からは総合病院への紹介状を作成し、受診につながった。総合病院神経内科のDr.より介護保険意見書作成。サービス利用開始。夫も認知機能低下の疑いあり、夫についても総合HPのDr.と担当ケアマネジャーにて対応継続。</p>
80代男性 妻、息子夫婦と同居	<p>本人はプライドが高く、受診・サービス利用する気持ちが全くなく、かかりつけ医もなし。妻が本人の認知症症状に困って、包括へ相談があったが、包括が訪問すると同居の息子夫婦は、「受診させる必要はない。本人の拒否が強いので、サービスも利用できないはず。」と、協力が得られない状況。</p>	<p>包括が家族へチームの話をして、往診ができることを伝えたところ、家族は往診を受け入れた。そのため、家族同席の元、チームの専門医が往診し、受診・介護サービス利用をした方が良い旨を説明。</p>	<p>家族はサービス利用を同意し、専門医が介護保険の意見書を作成。要介護3の結果。チーム員会議に担当ケアマネジャーにも出席してもらい、家族の状況や専門医の診立てを情報共有、今後の方向性を話し合った。その後、ケアマネより本人・家族へサービス利用について話し、訪問系サービスの導入に至った。今後も白根緑ヶ丘病院がかかりつけ病院として、何か問題があれば、対応することになっている。</p>
81歳女性 夫婦二人暮らし	<p>夫も本人の認知症にて困ってはいるが、周囲に支援を求めず、抱え込んでいる。かかりつけ医なし。夫は本人への身体的虐待あり。民生委員より包括へ情報あり。チーム介入について、夫の同意が得られない。</p>	<p>包括、民生委員と共にチーム員訪問。チームのサポート医より情報提供を行い、協力を依頼した。</p>	<p>夫のかかりつけ医より本人への往診につながった。</p>

(2) 困難事例

事例概要	状況	対応	結果
77歳女性 独居	夫（現在は入所）のケアマネに対する被害妄想	受診支援（みどり病院受診）→会議にて医師より、受診確認するよう指示あり	妄想性障害の疑いにて心療内科紹介包括、地区担保健師と同行訪問本人受診拒否、家族も様子みると。
68歳女性 独居	マンション在住、医療未受診、部屋はゴミ屋敷、退去勧告受けている、飲酒、喫煙している、洋服はコートのみ、長年入浴していない、失禁あり、処理できない	凍傷なども認められたため、生活環境も劣悪であり、入院対応	入院後、帰宅の希望強く安静保てず、抗精神薬の効果も乏しい→精神科病院への入院
80歳女性 独居	CMがすでに担当しているが、入浴、内服、通院不可、尿汚染したおむつを浴室に貯める。真夏でもヒーターをつける。身体的にも前傾姿勢である。姉も認知症が疑われ、健忘がある。	何度も訪問交渉を重ねるが、キーパーソンになる人がおらず、同意書が得られない。→転倒入院→入院先と連携をして、退院と同時に当院受診→当院入院となる	同意書もとることができ、退院調整を行い、必要なサービスを導入することができた。在宅にて生活。
90歳女性 統合失調症の次男と二人暮らし	かかりつけでアルツハイマー病と診断されるも認知症の自覚無し。被害妄想拡大。近所の人に攻撃。内服不適切。ヘルパーも被害妄想の対象となりサービス拒否につながる。息子も本人の状態に理解が低い。	訪問によりサービス利用をすすめた。サポート医がかかりつけ医と連携を図った。	腎不全にて入院、精神面は落ちついたことで終了。かかりつけ医へは今後、精神症状再燃の場合には当院にて対応する旨も伝えてある。
80歳女性 独居	被害妄想著名で近隣トラブルが目立っている。包括が訪問したが受診拒否。親族の交流なし。車で事故多数起こす。	包括と並行して訪問、見守り継続。こころの健康センター、包括、地区担保健師、警察と協議したが、見守り以外に対応策が見いだせなかった。	地域の人への迷惑行為にて警察沙汰となり、往診し医療保護入院となる。
72歳男性 弟と二人暮らし	包括、チーム員訪問時、本人の拒否が強く、介入できず。支援困難。弟とも会えず、協力得られなかった。	かかりつけ医との連携を図り、包括、チーム員、かかりつけ病院は定期的に情報共有を実施。	身体疾患にて救急搬送さ、その後死亡。
84歳 妻と二人暮らし	本人の拒否が強い。ヘルパー（掃除）は利用しているが、長期間、着替え、入浴をしていない。	医師が往診し、抗精神薬を処方し様子を見ている。	支援継続

書式集

帳票番号	帳票名	使用する場面
①	対象者把握チェック票	・訪問支援対象者の把握
②	認知症初期集中支援相談連絡票	・訪問支援対象者の把握 ・情報収集 ・チーム員会議
③	利用者基本情報	・訪問支援対象者の把握 ・情報収集
④	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)	・初回訪問 ・支援の終了、引き継ぎ
	認知症行動障害尺度 (Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD 1 3)	
	Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目 (Zarit Burden Interview : J-ZBI_8)	
	身体の様子のチェック票	
⑤ - 1	新潟市個人情報使用同意書	・初回訪問
⑤ - 2	新潟市個人情報使用同意書説明書	
⑥	初期集中支援計画	・チーム員会議 ・初期集中支援の実施
⑦	チーム員会議出席依頼	・チーム員会議
⑧	チーム員会議個人情報同意書	
⑨	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
⑩	支援経過記録票	・初期集中支援の実施
⑪	「認知症初期集中支援チーム」の活動に関するご協力について (依頼)	・初期集中支援の実施
⑪別紙	新潟市認知症初期集中支援チーム事業について	
⑫	貴院患者様情報のご提供について (お願い)	
⑫別紙	かかりつけ医コメント票	
⑬	認知症初期集中支援チーム 情報提供書	
⑭	ケース引継連絡票	・支援の終了、引き継ぎ
⑮	認知症初期集中支援終了時チェック票	
⑯	モニタリング記録票	・モニタリング
⑰	実践事例報告書、支援対象外相談報告書、業務量報告	・検証・分析・報告

※帳票番号⑦⑧は未作成

※帳票の「モデル事業」に関する記載は全市での実施に合わせて修正する。