

活動マニュアル

函館市認知症初期集中支援チーム
(はこだてオレンジケアチーム)
(案)

平成30年4月制定

函館市保健福祉部高齢福祉課

も く じ

1 認知症初期集中支援推進事業について	1
(1) 事業の目的	1
(2) 認知症初期集中支援チームとは	1
(3) 訪問支援対象者	1
2 認知症初期集中支援チームの体制と運営	2
(1) 事務局（実施主体）	2
(2) チームの基本構成	2
(3) チーム員の役割	3
(4) 活動内容	3
(5) 緊急対応が必要な場合	4
(6) 同意書	4
3 認知症初期集中支援チームの支援の流れ	5
4 支援のポイント	6
(1) 相談の受付	6
(2) 情報収集	6
(3) 訪問支援対象者の判断，初回訪問準備	6
(4) 初回訪問	7
(5) チーム員会議の開催準備	15
(6) チーム員会議の開催	15
(7) 初期集中支援の実施	16
(8) 初期集中支援の終了	17
(9) 引き継ぎ	17
(10) モニタリングの実施	18
(11) 活動記録のまとめ	18
5 初期集中支援に関する記録	18
6 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置	19
7 関係機関等との連携	19
事例紹介	20
様式集	24

1 認知症初期集中支援推進事業について

(1) 事業の目的

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を支援するために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援を行うことを目的とする。

(2) 認知症初期集中支援チームとは

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、認知症の人およびその家族を訪問して観察・評価し、本人や家族への初期支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、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。

認知症初期集中支援チームの「初期」は、

- ① 「認知症の発症後のステージとしての初期病気の早期段階」の意味だけではなく、
- ② 「認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」という意味をもつ。

つまり、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても、医療や介護との接触がなかった人も含まれる。

また、「初期集中」の意味は概ね6か月を目安とし、医療や介護サービスへつなげ安定的な支援に移行するまでの間を意味する。

(3) 訪問支援対象者

本事業の訪問支援対象者は、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または認知症の人で以下の①～③のいずれかの基準に該当する者とする。また、本人あるいは家族が本事業の実施について説明を受け、支援を受けることや個人情報に関することに同意したものとする。

- 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
 - 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 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

ただし、認知症サポート医が主治医の場合や、認知症サポート医が所属する医療機関が主治医の場合は、対象外とする。

- ③ その他、認知症の人や家族の状況から、介入が必要と思われる者

※「在宅」とは

原則として以下の施設以外で生活している状況。ただし、市長が必要と認める場合はこの限りではない。

①生活保護法による保護施設 ②障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障害者支援施設 ③老人福祉法による老人福祉施設 ④介護保険法による介護保険施設、特定施設、認知症対応型共同生活介護が提供される施設、介護予防認知症対応型共同生活介護が提供される施設 ⑥医療法による医療が提供される施設

2 認知症初期集中支援チームの体制と運営

(1) 事務局(実施主体) 函館市

(2) チームの基本構成 固定のチームとせず、ケースに応じてメンバーを編成する。

以下の専門職2名以上、専門医1名 計3名以上

地域包括支援センター			認知症疾患医療センター			市
地区	名称	専門職	担当 (原則)	専門医	専門職	専門職
西部	あさひ	専門職 (各センター1名以上) 保健師 社会福祉士, 主任介護支援専門員等	富田 病院	専門医： 認知症サポート医 富田病院 渡辺病院 亀田北病院 専門職 (各センター1名以上) 精神保健福祉士, 作業療法士, 看護師等		保健師 (認知症地域支援推進員) 訪問活動、チーム員会 議、チーム編成等のコー ディネート・参画
中央部	こん中央 ときとう					
東央部	ゆのかわ					
	たかおか					
北東部	西堀		亀田北 病院			
	亀田					
	神山					
北部	よろこび		渡辺 病院			
東部	社協					

専門職・専門医の要件 地域支援事業実施要綱より

<専門職の要件>

以下の要件をすべて満たす者

- ・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、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町村が認めたもの

- ・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同研修を受講していないチーム員に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。

<専門医の要件>

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。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、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。）

(3) チーム員の役割

- ① 専門職 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の訪問・チーム員会議・集中支援・モニタリングを行う。
- ② 専門医 他のチーム員（専門職）をバックアップし、認知症に関して専門的見地から指導・助言を行う。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。

(4) 活動内容

初回訪問	<ol style="list-style-type: none"> ① 状態の把握 生活状態, 身体状態, 認知症の状態, 本人や家族の気持ち, 意向の把握, 緊急対応の必要性の判断 ② 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明 ③ 基本的な認知症に関する正しい情報の提供 ④ 専門医療機関への受診や医療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 ⑤ 訪問支援対象者および家族の心理的サポートと助言 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人及び家族等との信頼関係の構築に配慮し、チーム員会議開催まで複数回の訪問活動も考慮すること。 ・初回訪問は原則として医療系, 介護系から各1名以上の複数名で行う。 ・初回訪問またはチーム員会議までの訪問活動時に本事業の支援を受けること, 個人情報の使用に関する同意を得る。
チーム員会議	<ol style="list-style-type: none"> ① 支援方針の検討 ② 支援中の状況の確認と支援内容変更の検討 ③ 支援終了の決定 ④ モニタリングの実施時期および間隔の決定 ⑤ モニタリングの終了の決定 	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム員会議は、原則、担当圏域の認知症疾患医療センターにて開催する。 (月1回程度)
集中支援	<ol style="list-style-type: none"> ① 医療機関への受診支援 ② 介護保険サービスの利用に関する支援 ③ 認知症の重症度に応じた助言 ④ 身体を整えるケア ⑤ 生活環境の改善 ⑥ 家族介護者への支援 ⑦ 介護保険サービス以外の社会資源の活用 ⑧ 権利擁護に向けた調整 ⑨ 支援終了決定後の引き継ぎ 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、関係機関と連携しながら支援を行う。
モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> ① 引き継ぎ後の状況の確認 本人の認知症または身体的状況, 適切なサービスの継続状況, ケアプラン内容の妥当性, 家族の負担の状況, 関係機関との連携など ② 必要に応じた主たる介護事業所等への助言 	<ul style="list-style-type: none"> ・状況の確認は、チーム員が適切と考える方法により実施する。(本人・家族のほか、主たる医療機関, 介護事業所への聞き取り等)

医療系職員と介護系職員の区別

厚生労働省見解

<医療系> 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

<介護系> 社会福祉士, 介護福祉士, 介護支援専門員

・保健師, 精神保健福祉士は原則として「医療系職員」に該当。ただし、役場などで福祉相談を行った実績があるなど、これまでの業務歴を踏まえて「介護系職員」として配置することを妨げるものではない。

(5) 緊急対応が必要な場合

以下の状況を確認したうえで、緊急対応が必要と判断した場合は、チーム員会議の支援方針の決定を待たずに、チーム員として支援を開始し、その後のチーム員会議において情報を共有し、必要に応じた支援方法の見直し等を行う。(緊急度の度合いに応じて、臨機応変に対応)

<緊急度を把握する具体的な内容>

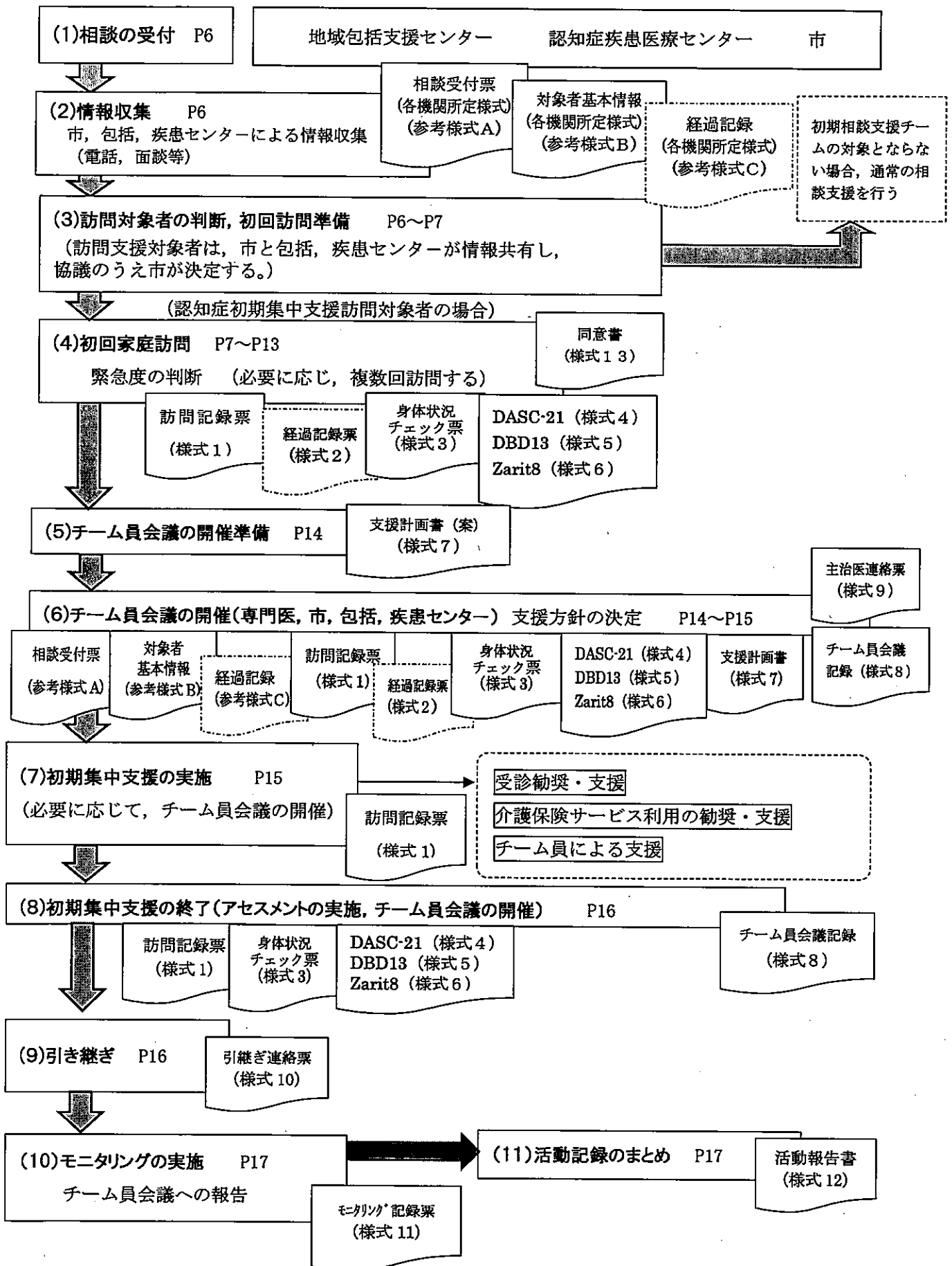
生活状態の把握から	① 栄養失調になっている ② 食中毒を起こす危険がある ③ 火事を起こす危険がある ④ ライフラインが確保されていない
身体状況の把握から	① 重篤な身体症状がある 例：意識障害、痛み、発熱、脱水 ② 誤飲による状態悪化がある
認知症の状態の把握から	① 急激な認知症状の出現・悪化 ② 暴力的行動・行方不明・異食など
本人や家族の気持ち・意向の把握から	① 虐待を受けている ② パニック ③ 家族の介護限界、家族の重篤な健康問題

(6) 同意書

訪問支援対象者が本事業の支援を受けること、また本事業実施に際して、本人の個人情報を使用することに関する同意を得る必要があるため、様式13による同意書への署名を促す。

ただし、本人が身体的な状況等により署名が困難な場合は、家族または主たる支援者（本人を支援する認知症初期集中支援チーム員以外の地域包括支援センター職員、ケアマネージャー、医療機関職員等）が本人の意思を確認のうえ、代筆することができるものとする。家族以外の者が代筆する場合は、家族の了解を得るとともに代筆者の他、他の支援者（1人以上）が同席し、本人の意思を複数人で確認したことの記録を残すものとする。

3 認知症初期集中支援チームの支援の流れ



4 支援のポイント

(1) 相談の受付

地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、市において認知症の人に関する相談を受け付ける際には、訪問支援対象者となる可能性を踏まえ、別添参考様式Aの内容を参照し、各種機関所定の相談受付票やフェイスシート上に相談内容等を記録する。また、相談を受け付けた機関は、その対象者の主たる担当機関となる。

使用様式・・・相談受付票（参考様式A）

(2) 情報収集

① 情報収集

相談を受けた機関（主たる担当機関）は、本人、家族、関係者・支援者（本人の支援に関わっている近隣住民、町会役員その他の地域関係者、担当ケアマネージャー等）の関係者から情報収集を行い、参考様式Bの内容を参照し、各機関所定の対象者基本情報を作成する。

② 報告

情報収集後、本人が訪問支援対象者となる可能性があると思われる場合は、市へ報告するとともに、相談受付票、基本情報等を提出する。

使用様式・・・相談受付票（参考様式A）、対象者基本情報（参考様式B）
経過記録（参考様式C）：必要に応じ

(3) 訪問支援対象者の判断、初回訪問準備

① 訪問支援対象者の判断

市は、訪問支援対象者となる可能性がある者について、相談を受けた機関から情報提供があった際は、本人の居住地を担当する地域包括支援センターおよび認知症疾患医療センターと情報共有し、協議のうえ本事業の訪問支援対象者か否かを判断する。

判断の際には、以下の点に留意する。

- ・ 認知症以外の要因で既に介護サービスを利用しているが、認知症の視点での介護サービスを利用していない場合は訪問支援対象者となる。
- ・ 訪問支援対象者の要件に該当する者であっても、支援機関の通常の相談支援業務で対応可能な場合は、本事業での関与は行わない。

② チーム編成

市は、上記により訪問支援対象者と判断した時は、速やかにチーム編成を行う。

③ 初回訪問の調整

ア 事前調整

編成したチーム内で、以下について協議し、準備をする。

- ・ 訪問同行者：相談者や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、同行が必要と思われる関係者や支援者等
- ・ 訪問時の役割分担：本人面談者、家族面談者、観察者、記録者等
- ・ 留意点の確認：質問・説明方法の工夫など

イ 訪問の約束

主たる担当機関は、対象者や親族等、関係者との日程調整をする。

ウ 経過の記録

相談受付時からの経過等については、相談受付票（参考様式A）、対象者基本情報（参考様式B）のほか、必要に応じ経過記録（参考様式C）を参考にそれぞれの機関で使用している様式に記載する。

(4) 初回訪問

① 訪問体制

初回訪問は、原則として市保健師、担当する地域包括支援センター専門職と認知症疾患医療センター専門職のうち医療系・介護系各1名以上の複数名で行う。

必要に応じて同行者のほか、適切な訪問体制となるよう調整する。

初回訪問の所要時間の目安は2時間以内とする。

② 信頼関係の構築

自己紹介、本人・家族の話の傾聴・対話を通じた信頼関係の構築を図る。

③ 状態の把握

本人の心身の状態や生活状況、認知症の状態、家族の介護負担の状況等を把握する。

④ 緊急度の判断

緊急対応が必要な問題がないか判断する。（P4参照）

緊急対応を要する問題については、訪問した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。

⑤ 意向の確認

対話の中から、本人のこれからの生活への意向や得意なこと、大事にしていること、家族の意向等を確認する。

⑥ キーパーソンの存在の確認

今後の支援のために、本人が信頼を寄せる人や日常的に関わっている人などを確認する。

ポイント

初回訪問では、信頼関係の構築に主眼を置きくものとし、訪問先の状況によっては、事業説明、アセスメント、助言・支援等については日を改めるなど、臨機応変の対応を心がける。

⑦ 事業の説明

信頼関係が構築できた後に、本事業の支援内容等について説明する。

⑧ 同意書の説明・手続

本人や家族が⑦の説明に理解を示した場合、同意書（様式13）の説明および署名・押印を求める。ただし、本人または家族の署名が困難な場合は、同席の者が代理署名を行い、その旨の記録を残す。

⑨ アセスメントの実施

認知症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。原則として、「身体状況のチェック票（様式5）」「DASC-21（様式6）」「DBD13（様式7）」「Zarit8（様式8）」の4種類のシートを使用する。

記載にあたっては、訪問支援対象者を観察しながら会話の中から自然に聞き取るように工夫し、ツールの内容を埋めることが目的にならないよう留意する。

- ※ 参考 **別表 1 (P8)** アセスメントシートの目的/留意点/評価方法,
別表 2 (P9~P13) DASC-21 各質問項目の留意点
別表 3 (P14) DBD13 の各質問項目の留意点

⑩ 初期支援

DASC-21 の評価結果から「認知症の可能性がある」と判断した場合には、受診勧奨や身体を整えるケア、生活環境の改善、服薬管理等必要な助言や支援を行う。

ポイント

初回訪問での情報収集が不十分な場合は、複数回の訪問を行うとともに、必要に応じ近隣住民や地域関係者、親類等からの聞き取りなども行う。対象者が住む地域の状況（地域力）についても把握するよう心がける。

⑪ 訪問結果の記録

訪問記録は、訪問記録（様式 1）を使用し、1 回の訪問につき 1 枚記載する。

記録者は、事前に決定してから訪問する。

使用様式・・・訪問記録票（様式 1）、経過記録票（様式 2）、身体状況チェック票（様式 3）、DASC-21（様式 4）、DBD13（様式 5）、Zarit8（様式 6）、同意書（様式 13）

別表 1 【アセスメントシートの目的/留意点/評価方法】

名前	目的/留意点/評価方法
身体状況チェック票 （様式 3）	【目的】認知症における、特徴的な身体的症状を把握する。 【留意点】初回訪問では、全体的な把握に努める。
DASC-21（様式 4）	【目的】認知機能障害と生活機能障害を総合的に評価する 【留意点】 一人暮らしの方で、家族や介護者に質問できない場合は、別表 2（質問項目の留意点）を参考に、担当者自身の判断で状態を評価する。 【評価方法】 ① 4段階で評価し、1、2が正常域、3、4が障害域としてのおおよその目安とする。 ② 認知症の可能性を評価する際に合計点を用いる場合、合計点31点以上の場合には「認知症の可能性あり」と判定する。 ③ 合計点が31点以上で、遠隔記憶、場所の見当識、社会的判断力、身体的ADLに関する項目のいずれもが、1点または2点以上の場合には、「軽度認知症」、いずれかが3点または4点以上の場合には「中程度認知症」、いずれもが3点または4点以上の場合には「重度認知症」の可能性ありと判断する。
DBD13（様式 5）	【目的】認知症の行動症状を評価する 【留意点】別表 3 を参考に、担当者自身の判断で評価する。 【評価方法】 ① 5段階で評価する。 ② 総合得点の変化をみると同時に、どの項目に失点があり、それがどのように変化したかという視点も重要である。
Zarit8（様式 11）	【目的】介護負担の概念を定量的に評価する 【評価方法】 ① 5段階で評価する。 ② 質問形式のほか、自記式質問票としての使用も可。

別表2 【DASG-21 各質問項目の留意点】

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト抜粋

番号	質問項目	留意点
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	<p>記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です。</p> <p>財布、鍵、通帳など、物の置いた場所やしまった場所がわからなくなったり、探し物をしたりすることが頻繁にあるかどうかを観察します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合。以下同様）には、実際に、物の置き場所を質問してみて（例：「おくすり手帳はありますか」）確認することもできます。対象の方が「物がよくなる」「誰かがもっていく」「盗まれる」という体験を自ら話す場合には、話の内容から物を置いた場所やしまった場所がわからなくなることが頻繁にある様子を推測することができる場合があります。</p>
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	<p>記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です。</p> <p>少し前に話したことを忘れてしまい思い出せないこと、例えば、その日の予定（例：病院に行く、デイサービスに行く、孫が遊びにくる）や電話で伝えられた用件などを頻繁に忘れてしまうかを確認します。</p> <p>一人暮らしの場合には、実際に質問法の記憶課題（例：先程伝えた調査担当者の名前を再度確認してみる、実際に MMSE などの3単語遅延再生課題を行う）で近時記憶障害を確認することもできます。</p> <p>また、日常会話の中で、つい先刻話したことを忘れて同じことを何度も繰り返して話したり、同じ質問を何度も繰り返したりすることがあれば、その様子からも「5分前に聞いた話を思い出せないことが頻繁にある」様子が窺われます。</p>
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	<p>記憶機能（遠隔記憶障害）に関する質問です。</p> <p>自分の年齢の記憶は近時記憶障害のレベルでも曖昧になることがあります。生年月日までわからなくなると、遠隔記憶障害がある可能性が推測されます。</p> <p>一人暮らしの方の場合は、実際に本人に生年月日を追加質問して確認することができます。遠隔記憶障害が認められる場合には中等度以上の認知症が疑われます。</p>
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	<p>見当識（時間の失見当識）に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合は、実際に本人に今日が何月何日かを追加質問して確認することができます。日付が1～2日ずれている程度であれば、わからなくなことはそれほど頻繁ではないものと思われます。日付が極端にずれていたり、月が違っていたりするようであれば、「今日が何月何日かわからなくなることが頻繁にある」ものと推測されます。</p>
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	<p>見当識（場所の失見当識）に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの方の場合は、実際に本人に現在いる場所や自宅の住所を追加質問してみたりしながら確認することができます。場所の見当識が認められる場合には、中等度以上の認知症が疑われます。</p>

番号	質問項目	留意点
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか。	<p>道順障害に関する質問です。</p> <p>これは視空間機能の障害に係る行動の変化である可能性があります。道に迷って家に帰ってこれなくなる、外出して帰ってこれなくなる、外出先で迷子になってしまう、そのようなことがあるか否か、その程度を確認します。そもそも外出することがまったくない場合には「道に迷う」という行為も発生しませんが、そのような場合には「いつもそうだ」を選択して、質問文の余白にその旨をメモしておいてください。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人の回答に基づいて、調査担当者がそのようなことがありそうか否かを推測して評価します。</p>
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	<p>問題解決能力に関する質問で、生活上の問題に直面した際に、それに対して自分で適切に対処できるか、対処できそうか、その程度を確認します。</p> <p>一人暮らしの場合は、実際にさまざまな問題場面（例：「停電になったらどうするか」「クレジットカードを紛失したらどうしますか」）を例にあげてみて、その対処方法を本人に追加質問しながら評価します。何が適切であるかは評価者の主観が入るので判断が難しい場合があります。例えば「なんでも家族に相談する」や「そういうことは全部、管理人さんがしてくれる」という答えは、それ自体は問題解決につながっていますが、仮に家族や管理人がその場になかった場合には、自分でそれなりに対処できそうか否かを考慮して評価します。</p>
8	1日の計画を自分で立てることができますか。	<p>問題解決能力に関する質問で、ここでは、自発的、計画的、効果的に、目的に向かって行動できるか、その程度を確認します。</p> <p>その日の状況や要件に応じて、自分で計画的に行動できているか、通院日には時間に間に合うように自分で準備して病院に出かけているか、ゴミ出し日には自分で時間に間に合うようにゴミを出しているか、などを確認します。毎日、同じ時間にテレビを見て過ごしているというだけでは、計画的に行動できているとは言えません。</p> <p>一人暮らしの場合は、毎日の生活の様子を具体的に聞きながら評価します。</p>
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	<p>常識的な判断力に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合は、例えば、「セーターを着ていらっしゃいますが、それは今日が寒いからですか？」「ご自分で、寒いなどと思ってセーターを選ばれたのですか？」等、調査施行日の気候・気温にあった服装をしているかどうか、その服は対象の方本人が選んだものなのかどうか、追加質問をしながら評価します。</p> <p>明らかに常識的な判断力の低下がみられる場合は中等度以上の認知症が疑われます。</p>

番号	質問項目	留意点
10	一人で買い物はできますか。	<p>家庭外の IADL（買い物）に関する質問です。</p> <p>これは店まで行けるかどうかを問うているのではなく、必要なものを必要なだけ買うことができるかどうか、買い物という行為を果たすことで期待される目的を達することができるかどうかを聞くものであり、その点で目的の場所に行くことができるかどうかを問う質問 13 と区別されます。同じものを頻繁に買って来るなど、買い物に関する失敗が頻繁に見られる場合には、「あまりできない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に日常生活の様子を追加質問しながら評価します。</p>
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	<p>家庭外の IADL（交通機関の利用）に関する質問です。</p> <p>実際に交通機関を利用して外出する習慣がない場合でも、必要に応じて交通機関を利用して一人で外出することができそうかどうかを家族や介護者に確認します。交通機関を利用して外出する際に、頻繁に失敗がみられる場合には「あまりできない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。</p>
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	<p>家庭外の IADL（金銭管理）に関する質問です。</p> <p>銀行で窓口または ATM で、自分で預金の出し入れができるか、公共料金の請求書が来れば、自分でその支払いができるかについて確認します。これは 9 の問題解決にも密接に関連する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に日常生活の様子を質問しながら評価します。</p>
13	電話をかけることができますか。	<p>家庭内の IADL（電話）に関する質問です。</p> <p>これは、電話をしようと思う相手に電話をかけることができるかどうかを問うもので「娘のところは“短縮 1”，息子のところは“短縮 2”を押すだけです」という回答であっても、必要な相手に必要なときに電話をかけることができるならば「問題なくできる」または「だいたいできる」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合は、電話の使用に関して、本人に具体的な質問しながら評価します。</p>
14	自分で食事の準備はできますか。	<p>家庭内の IADL（食事）に関する質問です。</p> <p>これは、生命と健康の維持に必要な食料を自分で調達し、それなりに食べることができているかを問うものです。自分で調理して食べるか、総菜を買ってきて食べるかは問いません。</p> <p>一人暮らしの方で、偏った食生活で栄養のバランスが非常に心配な場合、冷蔵庫の中にほとんど食べ物がなかったり、腐ったものがあつたりする場合、三度の食事を適切にとれず、栄養状態の不良が疑われる場合には、「あまりできない」または「できない」になります。本人に食事の準備に関する日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。</p>

番号	質問項目	留意点
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	<p>家庭内の IADL（服薬管理）に関する質問です。</p> <p>一般に、処方薬をまったく飲み忘れず服用しているということはむしろ稀であり、通常でも多少の飲み忘れはあります。特に、昼薬と就寝前薬の飲み忘れは多いかと思えます。昼薬の飲み忘れが週の半分あったとしても朝・夕はほとんど飲み忘れがなく、「大事な薬」と本人が認識している薬（降圧薬、血糖降下薬、高脂血症治療薬、ワーファリンなどで、たいてい朝・夕に処方されている）が概ね服用できていて、血圧・血糖等のコントロールが良好であれば「だいたいできる」に該当します。処方薬が朝・昼・夕・就寝前ばらばらに半分以上残っている、健康維持に必須と思われる薬を相当飲み忘れている、あるいは複数の処方薬の残薬の量が著しくばらばらである場合には、「あまりできない」「できない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合は、実際に内服している薬を確認することによって、服薬管理の様子をうかがうことができます。また、お薬手帳を確認して短期間に処方頻回に変更になっている履歴が確認できる場合には、コントロールが急速に悪化していることが推察されるため、服薬管理ができていない可能性があります。</p>
16	入浴は一人でできますか。	<p>身体的 ADL（入浴）に関する質問です。これは入浴に関連する一連の動作を行い、期待される効果（保潔）が得られているかどうかを問うものです。運動機能障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動機能障害の部位を余白に記載します。運動機能障害とは無関係に一人で入浴できない場合には、中程度以上の認知症が疑われます。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に入浴に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なりを観察したりしながら評価することができます。</p>
17	着替えは一人でできますか。	<p>身体的 ADL（着脱衣）に関する質問です。用意された服を一人で着られるかどうかを評価するものであり、適切な服装を選ぶことができるかどうかを問う質問 9 とは区別します。運動器の障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します。運動器の障害が認められないにも関わらず一人で着替えができない場合（着衣障害）、中程度以上の認知症である可能性があります。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に着替えに関する日常生活の様子を具体的に質問したり、実際に身なりや着衣の様子を観察したりしながら評価することができます。</p>
18	トイレは一人でできますか。	<p>身体的 ADL（排泄）に関する質問です。大小便のいずれも、一人でトイレを使用して、排泄に必要な一連の動作を完了できるかを問うものです。運動器の障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します。</p> <p>運動器の障害が認められないにも関わらずトイレを使用して排泄できない場合（例：失禁）には、中程度以上の認知症である可能性があります。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に排泄に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なり、家の様子（尿臭など）を観察したりしながら評価することができます。</p>

番号	質問項目	留意点
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	<p>身体的 ADL（整容）に関する質問です。身だしなみ、髪や爪の手入れ、洗面、歯磨き、髭剃りなどが、自分一人で行えるかについて問うものです。多少手伝ってもらえる場合には部分介助、全面的に手伝ってもらえる必要がある場合は全介助となります。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に質問するとともに、本人の着衣の様子、家の中の様子などを観察し、清潔保持などに支障がないかを評価します。</p>
20	食事は一人でできますか。	<p>身体的 ADL（食事の摂取）に関する質問です。これは、用意されている食事を、自分一人で支障なく摂取できるかを問うものです。多少介助すれば自分で摂取できる場合には部分介助、自分では全く摂取できない場合は全介助となります。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価します。</p>
21	家の中の移動は一人でできますか。	<p>身体的 ADL（移動）に関する質問です。これは、家の中で、トイレや風呂などに自分一人で行くことができるか、移動能力について問うものです。杖、歩行器、車椅子などを使用して一人で必要な場所に移動できる場合は支障なしとし、見守りが必要か、多少介助が必要か（部分介助）が必要かについて検討します。移動のためには全面的に介助が必要な場合には全介助とします。</p> <p>一人暮らしの場合は、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価します。</p>

別表3 【DBD-13 を用いる場合の留意点】

番号	質問項目	留意点
1	同じことを何度も何度も聞く	記憶障害を反映しており、軽度から中等度の認知症で観察される。介護者を最も悩ませる行動障害のひとつである。
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている。	記憶障害と一部取り繕い反応を示している。
3	日常的な物事に関心を示さない	アパシー（感情がなくなつた状態）の存在を示す。
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	睡眠障害の兆候を示す。
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	興奮や易怒性の現れ、または自信の無さの裏返しを示す。
6	昼間、寝てばかりいる	睡眠障害の兆候を示す。
7	やたらに歩き回る	多動で、背景には不安や常同行動の要素がみられる。
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	
9	口汚くののしる	興奮や易怒性の現れ、または自信の無さの裏返しを示す。
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	時間の見当識障害と同時に、実行遂行障害と自己評価の障害を反映している。
11	世話をされるのを拒否する	病識のなさ自己評価の障害を示す。
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	実行遂行障害、記憶障害と同時に潜在的な不安が観察されることがある。
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	多動や実行遂行障害、時には興奮や易怒性が背景に存在することがある。

(5) チーム員会議の開催準備

① 専門医との日程調整

開催頻度は不定期とするが、開催頻度、連絡方法等については、予め担当する専門医との調整を行う。(専門医の日程調整は、認知症疾患医療センターが行う)

1回の会議で複数の事例を検討する等、会議の効率的な運営を心がける。

② 会議メンバーの検討

チーム員において、訪問支援対象者の支援関係者(ケアマネージャー等)、かかりつけ医等の同席について、協議する。

③ 日程の決定と案内

①により調整した会議日程を市において決定し、市から関係者へ案内する。ただし、②について決定した同席者への案内の担当は、その都度協議のうえ決定する。

会議日程は、全ての認知症疾患医療センター、全ての地域包括支援センターへ情報提供する。

④ 会議室の確保・会場準備

会議室の確保および会議当日に係る直前準備(会場設営、資料配付等)は認知症疾患医療センターの専門職の指示に従い、当日の会議に出席するチーム員において行う。

⑤ 会議資料の作成

当日の会議資料は、相談受付票(参考様式A)、対象者基本情報(参考様式B)、訪問記録票(様式1)、身体状況のチェック票(様式3)、DASC-21(様式4)、DBD13(様式5)、Zarit 8(様式6)、支援計画書(様式7)とし、その作成は、別添役割分担票に基づき行う。

また、全ての資料のとりまとめは市において行い、会議当日に持参する。

⑥ 会議資料の事前共有

会議の効率的な運営・進行に向け、市が関係者に上記⑤の資料のうち、参考様式A、Bと様式7を送付し、訪問支援対象者を担当するチーム員間において、事前に会議資料の共有化を図る。ただし、個人情報保護の観点から資料の送付方法については、市と受領者が協議のうえ決定する。

(6) チーム員会議の開催

① 役割分担

- ・ 進行 会場となる認知症疾患医療センターの専門職
- ・ 説明 支援計画書(案)を作成した専門職
- ・ 記録 主たる担当機関以外の機関の専門職(チーム員会議記録 様式8)

② 会議資料

事前配付を受けた資料はそれぞれが持参する。会議の場で参考資料として配付する資料に個人情報が含まれる場合については、その取扱いに十分に留意し、会議終了後その参考資料を市が回収する。

③ 会議の内容

ア 訪問支援対象者に関する初回会議

- ・ 対象者の基本情報を共有する。
- ・ 対象者や家族、介護者の意向・希望を確認する。

- ・ 課題，目標，対応方法を検討する。
- ・ 専門医の立場から，必要に応じ支援方針，対応方法について助言を行う。
- ・ 総合的な対応方針を決定し，支援計画を確定する。

イ 訪問支援対象者に関する2回目以降の会議

- ・ 訪問支援対象者の現状を共有する。
- ・ 対象者や家族，介護者の現在の意向・希望を確認する。
- ・ 主治医から情報提供等があった場合，その内容を確認する。
- ・ 専門医の立場から現在の支援計画等について助言を行う。
- ・ 必要に応じ支援計画の見直しを行う。

ウ 初期集中支援の終了に関する会議

チーム員から初期集中支援の終了の申し出があった際は，以下の状況の確認を行い，支援の終了に関する検討をし，その可否を決定する。

- ・ 適切な医療サービス，介護サービスにつなげることができるか。
- ・ 家族が適切な介護を行えるようになったか。
- ・ BPSDが軽快し，対応上の困難性が軽減しているか。
- ・ かかりつけ医へ医療の継続を引き継げることができる状況にあるか。

エ モニタリングに関する会議

初期集中支援の終了が決定した訪問支援対象者について，モニタリングの実施時期およびその間隔を決定する。

また，引き継ぎ後に実施されたモニタリングの内容の報告を受け，以下の状況の確認を行い，モニタリングの終結を決定する。

必要に応じ，主たる介護者や介護事業所等へ助言を行う。

- ・ 対象者の認知症または身体的状況
- ・ 適切なサービスの継続状況
- ・ ケアプランの妥当性
- ・ 家族の負担の状況
- ・ 関係機関との連携など

使用様式・・・各会議に応じた資料を用意する。

(7) 初期集中支援の実施

① 支援の実施

訪問は，原則としてチーム員複数名で行うこととする。ただし，必要に応じた支援関係者やキーパーソン等の同行については，チーム員で協議して決定し，その記録を残す。

② 訪問支援の内容

支援計画書に基づき，受診勧奨，介護保険サービス利用，身体を整えるケア，生活環境の改善に関する助言・支援を行い，特に家族への助言・支援は重要なポイントとなるので，適確な支援を行うよう心がける。

③ 専門医の助言

チーム員は必要に応じ，チーム員会議外においても専門医へ助言を求めることができる。その場合，専門医が所属する認知症疾患医療センターの専門職を通じて行うものとする。

④ 確認事項

チーム員は、訪問時に以下の状況を確認しながら支援活動を行う。

- ・ 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

使用様式・・・訪問記録票（様式1）、経過記録票（様式2）

(8) 初期集中支援の終了

① アセスメントの実施

チーム員は、支援活動が6か月を越える時または、訪問支援対象者が以下の状況になった時、初期集中支援の終了を検討するため、認知症の状況や家族の介護負担など必要なアセスメントを行う。

- ・ 適切な医療サービス、介護サービスにつなげることができている。
- ・ 家族が適切な介護を行えるようになっている。
- ・ BPSDが軽快し、対応上の困難性が軽減している。

使用様式・・・身体状況のチェック票（様式3）、DASC-21（様式4）、
DBD13（様式5）、Zarit8（様式6）

② チーム員会議の実施

チーム員会議を実施し、支援終了を判断した際には、引継ぎ内容や関係機関等との連携について検討する。

使用様式・・・身体状況チェック票（様式3）、DASC（様式4）、DBD13（様式5）、
Zarit8（様式6） ※その他、必要な資料を整える。

③ 支援の終了の決定

市は、チーム員会議の検討結果を受け、支援終了を決定する。

使用様式・・・チーム員会議記録（様式8）

(9) 引き継ぎ

支援終了にあたっては、チーム員からその後の主たる支援担当者等へ対象者の引き継ぎを行う。

引き継ぎの際には、チーム員とその後の主たる支援担当者が対象者宅への同行訪問を行うなど、円滑な支援が行われるよう配慮する。

書類の引き継ぎは、原則面談により行うものとする。その他の方法で引き継ぎを行う場合は、引き継ぎを行う者同士協議のうえ、個人情報に十分留意して引き継ぐものとする。

家族が主たる支援担当者となる場合は、その家族が求める書類または必要な情報を提供するものとする。

使用様式・・・引継連絡票（様式10）、対象者基本情報（参考様式B）、身体状況のチェック票（様式3）、DASC-21（様式4）、DBD13（様式5）、Zarit8（様式6）

(10) モニタリングの実施

① 実施時期

モニタリングの時期は、主たる担当機関が引継連絡票に記載の日程を調整して行う。

② モニタリングの内容

対象者の以下の現状を把握する。

- ・ 主たる生活場所（在宅，入院，入所）
- ・ 対象者の認知症および身体的状況
- ・ 適切なサービスの継続状況
- ・ ケアプランの妥当性
- ・ 家族の負担の状況
- ・ 関係機関との連携など

③ モニタリングの方法

支援対象者のモニタリングを行う場合、チーム員は主たる支援担当者と相談のうえ、その方法を決定する。

④ モニタリング結果の記録

モニタリングの結果は、モニタリング記録票（様式11）に記録する。

⑤ チーム員会議での判断・助言

チーム員によるモニタリングの結果、本事業の関与が不要であると思われる場合、または、支援内容等に専門医の助言が必要と思われる場合、チーム会議に報告し、モニタリングの終結の判断または支援内容に関する助言を求めることができる。

⑥ モニタリングの終了

チーム員会議でモニタリングの終結が適当との判断があった場合、主たる支援担当者へその旨を報告し、必要な助言等を行う。

⑦ モニタリング終了後の相談支援

認知症初期集中支援チームの支援終了後において、まだ解決されていない課題等があり、専門医の助言が必要な時は、担当する認知症疾患医療センターにおいて開催される直近のチーム員会議等において報告・相談する。

(11) 活動記録のまとめ

チーム活動報告書（様式12）を市、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターにおいて、毎月1枚作成し、翌月20日までに市へ提出する。（年度末に評価を行えるよう準備する。）

また、国から実績報告の提出を求められた際は、市が「実績報告用プログラム（v3.0）」に必要項目を入力し管理する。

5 初期集中支援に関する記録

支援に関わった機関は、訪問対象者の台帳を作成し、個別記録を作成、保存する。一式は市で保管し、保存期間は5年間とする。

6 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函館市認知症初期集中支援チーム検討委員会を設置し、事業の効果的かつ円滑な運営ならびに、市の認知症施策等について検討する。

7 関係機関等との連携

本事業の実施においては、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。

このことから、別表4の関係機関を中心に、本事業の周知を図り、協力を呼びかけるなど、事業の円滑な運営を図っていく。

また、かかりつけ医は、訪問支援対象者の体調把握や、支援終了後の医療の継続に関して、強固な連携が必要であることから、別添の様式9に基づき、訪問支援対象者に関する支援を依頼する。

その他の協力者（団体等）

別表以外にも、認知症高齢者を支援するための協力者（団体等）となり得る地域資源が存在する。チーム員はそのような地域資源に対して、必要に応じ認知症高齢者や本事業についての理解と協力を得られるよう努める。

別表4 【関係機関との連携】

関係機関の名称	協力・連携する内容		
	初期集中支援開始前	初期集中支援中	初期集中支援終了後
函館市医師会	加盟医師への周知協力		
認知症サポート医	対象者のつなぎ	チーム員会議への参加 支援への協力	
かかりつけ医	対象者のつなぎ 対象者の情報提供	チーム員会議への参加 支援への協力	医療の継続 モニタリングへの協力
認知症疾患医療センター	医療専門知識の助言	鑑別診断	
	チームへの参画		
医療・介護連携 支援センター	対象者のつなぎ	支援への協力	モニタリングへの協力
薬局	対象者のつなぎ	支援への協力	
地域包括支援センター (認知症地域支援推進員(予定))	対象者のつなぎ		引き継ぎ先 モニタリングへの協力
	チームへの参画		
介護保険事業所	対象者のつなぎ	チーム員会議への参加 支援への協力	引き継ぎ先 モニタリングへの協力
社会福祉協議会	対象者のつなぎ 地域住民組織等への周知 協力	支援への協力	
成年後見センター (法テラス等権利擁護関係機関)	関係者への周知	支援への協力	支援の実施(権利擁護)
市役所 (関係部局)	対象者のつなぎ 対象者の情報把握への協力	支援への協力	
地域住民組織 (民生委員等)	対象者のつなぎ 対象者情報の提供	支援への協力	地域での見守り

事例紹介

【 事例1 】

○ 対象者 女性 80歳代 ○ 相談者 市内長女

〈ケース概要〉

長年自営業を営んでおり、閉店後は社交的な生活を送っていたが、外出の機会が少なくなっていた。最近では電話で同じ内容を繰り返している。「困っていることはない」というが認知面の症状が心配であるとの内容

〈チーム員初回介入時の様子〉

包括職員による地域高齢者の訪問と理由で介入、受け入れは良好。

DASC 結果、32点（近時記憶、問題解決、一部の家庭内外の IADL に評価該当）

「思い出せないことがある」と話す。「困っていることはない、何でも自分でできる」とも話す。室内はやや散乱気味。

認知症の診断はない。心臓・関節疾患ありタクシーで通院中。複数の内服があり残薬が合わない。

視力低下もあり室内で転倒をしたことがある。

身体の清潔保持は保たれている。金銭管理は可能。

以前は草花の観賞が好きであったが、現在はTVを見て過ごすことが多い。

〈チーム員会議の検討結果〉

- ・基礎疾患の服薬管理ができていないため、今後身体的機能に影響がでる可能性がある。
⇒ かかりつけ医へ相談し服薬管理の整理（チーム員）
- ・認知症の鑑別診断は本人のプライドから今は無理に受診勧奨しない。
⇒ 主治医との調整（チーム員）
- ・視力、身体能力から転倒リスクが高く、室内環境の整理が必要。
⇒ 本人へ生活のしやすさや利点を説明、住宅改修や福祉用具の選択（チーム員・包括）
- ・本人ができること、したいことを把握していく。
⇒ 内容により娘も含め、関係者で役割分担し支援

〈支援結果〉

- ・服薬管理は、一包化とお薬カレンダーの活用や家族の電話勧奨で、ある程度自己管理が可能となる。
- ・主治医、お孫さんの促しにより鑑別診断を実施、結果MCIとなる。
- ・栄養のバランスにやや偏りがあり、配食サービスを週2回開始となる。
- ・要介護申請により、段差の解消、手摺りの設置により転倒のリスクが軽減される。
- ・娘さんの勧奨により、包括職員と一緒に認知症予防を目的に認知症カフェ（ほっとカフェ）へ参加。

〈残された課題、今後期待される支援〉

- ・MCI の段階であり、症状の程度や生活への支障等把握していく必要がある。家族との連携を続けていく。
- ・地域には集い場として町内会主催のサロンがあり、認知症に関する理解を広めることによって、本人が参加しやすい状況になると思われる。

【 事例 2 】

○ 対象者 女性 70歳代後半 ○ 相談者 担当ケアマネジャー

〈ケース概要〉

夫婦世帯，以前アルツハイマー型認知症の診断後，その後の定期通院に繋がっていない状態で，年々症状は進行している印象。住宅改修の支援のみであり，在宅サービス導入の必要性を感じるが受け入れが難しい状況である。夫も持病を抱えており，妻の介護に追われ通院も不規則になってきている。

〈チーム員初回介入時の様子〉

担当ケアマネジャーと同伴訪問。

DASC 結果，62点（近時記憶，見当識，問題解決，家庭内外の IADL に評価該当）

DBD 結果，21点（アパシー，常同行動）

Zarit8 結果，16点，社会的支障あり

物忘れが多く，自分の思いを伝えることが困難である。アパシーや整形疾患により，ADL が低下している。夫の介護があり生活が維持されてる状況。夫と離れることへの不安が大きい。昔の写真や絵へは笑顔が見られる。

〈チーム員会議の検討結果〉

- ・他者との交流に不安がある。
- ⇒ チーム員との信頼関係の構築（チーム員）
- ・通院が中断されており，夫と協力を得ながら定期通院が必要である。
- ⇒ 受診同行（チーム員）
- ・夫の負担軽減となるよう適切な介護方法への支援が必要である。
- ⇒ 歩行時の介助方法，本人の生きがい等含めた日常の関わりの工夫（チーム員）
- ・夫のレスパイトも兼ね，受診後の様子をみながら介護サービス導入の検討
- ⇒ 夫とともに必要なサービスを検討 夫は通所型を希望している（チーム員・包括）

〈支援結果〉

- ・受診，投薬等の効果によるものか表情や反応が以前より豊かになる。
- ・夫の適切な介護方法により，移動への危険回避，夫婦での外出が可能となった。
- ・通所型サービス利用が開始され，表情よく過ごすことができている。

〈残された課題，今後期待される支援〉

- ・中程度以上の認知症であり，今後在宅支援への限界の見極めが必要となってくる。状況に変化が生じた場合，すみやかな対応が必要（必要時包括も介入）
- ・日頃，民生委員は気にかけてくれている。近隣住民等，地域での理解者がもう少し増えれば，夫婦にとってはさらに生活しやすい環境になると思われる。この地域で認知症サポーター養成講座を開催してはどうか。

【 事例3 】

○ 対象者 男性 70歳代後半 ○ 相談者 民生委員

〈ケース概要〉

妻とは数年前に死別し独居生活。最近物忘れが目立ち、訪問すると相談が増えており、室内の物を隣人が盗んでいったなど発言が聞かれるようになった。市外に娘さんがいる。

〈チーム員初回介入時の様子〉

民生委員と同伴訪問。

DASC結果、38点（近時記憶、問題解決、一部家庭外のIADLに評価該当）

昔の仕事話を楽しそうに話してくれる反面、同じ話を繰り返したり、隣人からの物盗られを訴える。

買い物や食事保清面はある程度自立、通院歴はない。健診結果、胸レントゲンと血圧が検査必要となっている（訪問時血圧測定190/94mmHg）。顔色は良く、食欲もある。室内はある程度整理されている。

〈チーム員会議の検討結果〉

- ・現状の健康状態の確認が必要である。
- ⇒ 健診結果から内科外来への受診同行、鑑別診断の必要について相談（チーム員）
- ・物忘れもあるが、自分で行えることもたくさんある。
- ⇒ 上記をすすめながら、自分でできること、楽しみにしていること、支援が必要な部分の見極め、必要に応じ在宅サービスや見守り支援体制をすすめていく（チーム員・包括）
- ・特定の人のみへの物盗られ妄想疑いがあり、近隣トラブルに発展する可能性もある。
- ⇒ 家族の関わりの程度、他に信頼を寄せている人の把握、隣人からの情報収集、隣人への理解、必要時協力依頼（包括）

〈支援結果〉

- ・物の紛失防止として目印となるシールの活用により、日用品への混乱は少し解消されている。
- ・内科通院、内服が開始され基礎疾患は状態安定となる。
- ・隣人への訴えはあるが、隣人の理解も得られトラブルまでには発展していない。
- ・隣人もできる範囲で見守りが可能となり、市外の娘（定期電話、訪問）、民生委員、包括による見守り体制が構築された。
- ・趣味（将棋）は把握できたが、将棋相手への物盗られ妄想も考えられたため、在宅での楽しみには至っていない（介護支援いきいきポイント事業在宅ボランティアも検討したが）。
- ・日常はある程度自立できているが、最近になり金銭管理が難しくなっており、ADLもやや低下してきている。

〈残された課題今後期待される支援〉

本人のADLや趣味、認知症症状に合わせ、介護サービスの導入が必要と思われる。

見守り体制は構築されたが、金銭管理に懸念が生じてきている。まずは娘さんの意向を確認しながら権利擁護支援を視野に入れる必要がある。

様式集

認知症初期集中支援チーム役割分担と使用様式【函館市】

項目	マニュアル	様式		担当	市	包括	医療
		記号・番号	名称				
相談の受付	P6	A	相談受付票	主	△	△	(△)
情報収集	P6	A, B, C	基本情報, 経過記録	主	△	△	(△)
対象者の判断, 初回訪問準備				-		●	
開始決定(決裁)	P6~ P7	A, B, C		市	◎		
チーム編成				市	◎		
役割分担				-		●	
訪問日程調整				主			
初回訪問							
訪問体制の決定	P7			市		●	
信頼関係の構築, 状態の把握, 緊急度の判断, 意向の確認, キーパーソンの確認, 事業の説明				※			
同意書の説明・手続		13	同意書			●	
アセスメントの実施		3, 4, 5, 6	身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, Zarit8				
初期支援	P8						
訪問結果の記録		1, 2	訪問記録票, 経過記録票(必要に応じ)	主	△	△	(△)
チーム員会議の開催準備							
専門医の日程調整	P14			医			◎
会議メンバーの検討				市		●	
日程の決定と案内				市		●(同席者)	
会議室の確保・会場準備				医			◎
会議資料のとりまとめ			資料のとりまとめ	市	◎		
会議資料の作成							
基本的情報関係資料		A, B, 1	相談受付票, 基本情報, 訪問記録票	主	△	△	(△)
アセスメント関係資料		3, 4, 5, 6	身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, Zarit8	-		●	
支援計画書(案)		7	支援計画書	主	△	△	(△)
会議資料の事前共有 (専門医, チーム員への送付)	A, B, 1, 7	相談受付票, 基本情報, 訪問記録票, 支援計画書(案)	市	◎			
チーム員会議の開催							
進行	P14~ P15			医			◎
説明(支援計画案)		7	支援計画書	主	△	△	(△)
記録		8	チーム員会議記録・	主	△	△	(△)
主治医連絡(必要時)		7	主治医連絡票	主	△	△	(△)
初期集中支援の実施							
支援計画書に基づく支援	P15~ P16		(※受診勧奨・介護保険サービス利用等の助言・支援, 家族への適確な助言, 支援)	-		●	
訪問記録		1, 2	訪問記録票, 経過記録票	主	△	△	(△)
初期集中支援の終了							
アセスメントの実施	P16	3, 4, 5, 6	身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, Zarit8	-		●	
チーム員会議の実施		" 他	" 他	-		●	
引き継ぎ	P16	2, 5, 6, 7, 8, 10	基本情報, 身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, Zarit8, 引継連絡 票	主	△	△	(△)
モニタリングの実施							
モニタリングの実施, 記録	P17	11	モニタリング記録票	主	△	△	(△)
チーム員会議での判断・助言							
活動記録のまとめ	P17	14	活動報告書	市	◎	○	○

◎:主担当(相談受理機関) ○:サポート機関(副担当) ●:協議機関 △:担当可能性のある機関

初 回 相 談 受 付 票

相談日	平成 年 月 日 時 分～ 時 分		対応者：	所属機関：疾患センター・市役所・ 地域包括支援センター()
相談者	氏名		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()
	住所または 所属機関名		電話番号	
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族(同居・別居) <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 町内会 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()		

【本人の状況】

氏名	(男・女)	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)
現住所	市			
	電話番号：	その他連絡先：	(氏名：	続柄：)
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 家族同居			
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
主治医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 医療機関名() 診療科() 担当医師名()			
認知症の主 治医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 医療機関名() 診療科() 担当医師名()			
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 氏名() 本人との関係() 連絡先()			

【主訴・相談の概要・初期集中支援の可能性】

相談内容	
------	--

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住 所	Tel		()	
	Fax		()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日			
障害等認定	身障 () , 療育 () , 精神 () , 難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階, 住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

認知症初期集中支援 訪問記録票 (初回・継続)

対象者名		生年月日	年 月 日 (歳)
訪問年月日	平成 年 月 日	訪問時間	: ~ : () 時間
訪問支援者	<input type="checkbox"/> 市高齢福祉課 (担当:) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター () (担当:) <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター () <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
訪問目的			
訪問時の状況	[訪問に対する本人の反応・理解] [認知機能] ※認知症日常生活自立度 () [精神症状・行動症状] [身体状況] ※障害高齢者の日常生活自立度 () ※別添: 身体状況チェック票参照 [生活状況]	[アセスメントシート] DASC 点 DBD13 点 Zarit 点 【判断】 [本人の意向・希望] [介護者の意向・希望] [その他]	
	判断・支援内容	今後の方針 <input type="checkbox"/> 継続訪問: 月 日 <input type="checkbox"/> チーム員会議: 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()	

身体状況チェック票

No
対象者氏名
訪問日
訪問者
平成 年 月 日()
所属(氏名)

標準項目	チェック項目	備考
運動・移動	<p>運動機能(支えの必要性) 立ち上がり: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>歩行状況(歩行レベル) 室内(<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助) 屋外(<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助) 方法(<input type="checkbox"/>独歩 <input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行車 <input type="checkbox"/>車いす)</p> <p>転倒傾向 転倒(日常的に) <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>日常的に行っている移動方法・範囲 <input type="checkbox"/>公共交通機関 <input type="checkbox"/>タクシー <input type="checkbox"/>車(運転) <input type="checkbox"/>車(同乗) <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>徒歩</p>	
コミュニケーション	<p>訪問者との意思疎通ができるか <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない (特記事項)</p> <p>指示への反応 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>ややできる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>日常の意思決定 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>ややできる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>目が見えにくい <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p> <p>耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明 (<input type="checkbox"/>補聴器の使用あり <input type="checkbox"/>補聴器の使用なし)</p>	
衛生状態	<p>入浴の状況(身体の清潔さの確認) 頻度: (<input type="checkbox"/>回/週・月・日・回) 方法: <input type="checkbox"/>入浴 <input type="checkbox"/>シャワー <input type="checkbox"/>清拭等 介助: <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>衣類は清潔か <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項)</p> <p>家屋、室内は清潔か <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項)</p>	
栄養状態	<p>極度に痩せているか肥満しているか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項) 体重の増減() 身長(cm) 体重(kg)</p> <p>むくみがあるか <input type="checkbox"/>はい(部位:) <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p>	
摂食状態	<p>食事摂取について 回数(<input type="checkbox"/>回/日) 状況: <input type="checkbox"/>バランス良い <input type="checkbox"/>偏っている <input type="checkbox"/>食事量減少 <input type="checkbox"/>関心がない</p> <p>過食や異食の有無 <input type="checkbox"/>過食 <input type="checkbox"/>異食 (特記事項)</p> <p>食物を噛めるか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項)</p> <p>食物をのみこめるか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項)</p> <p>食事拒否や食べないことがある <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項)</p> <p>食事に関する時間 (<input type="checkbox"/>分/回)</p>	
排泄状態	<p>水分摂取状況 <input type="checkbox"/>気をつけている <input type="checkbox"/>特に気をつけていない (特記事項) 摂取量: ml/日(<input type="checkbox"/>)</p> <p>飲酒状況・喫煙状況 <input type="checkbox"/>飲酒: 頻度(<input type="checkbox"/>回/日・週) 量() 喫煙: (<input type="checkbox"/>本/日・週)</p> <p>排尿の状況 <input type="checkbox"/>支障ない <input type="checkbox"/>尿漏れ・失禁がある (頻度: <input type="checkbox"/>毎回 <input type="checkbox"/>時々(/回) おむつ利用: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし)</p> <p>排便の状況 <input type="checkbox"/>支障ない <input type="checkbox"/>便秘・失禁がある (頻度: <input type="checkbox"/>毎回 <input type="checkbox"/>時々(/回)) おむつ利用: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし)</p> <p>便秘があるか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>なし (特記事項) 下剤の使用: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	
睡眠状態	<p>睡眠は良好か <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項) 睡眠薬の使用: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>起床時間 <input type="checkbox"/>規則的(<input type="checkbox"/>時間) <input type="checkbox"/>不規則</p> <p>就寝時間 <input type="checkbox"/>規則的(<input type="checkbox"/>時間) <input type="checkbox"/>不規則</p> <p>日中の睡眠時間 <input type="checkbox"/>毎日(<input type="checkbox"/>時間) <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>しない</p> <p>寝ていて大声をだしたり起き上がりたりする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ (特記事項)</p>	
その他	<p>居住環境の問題の有無 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (特記事項)</p> <p>金銭管理 <input type="checkbox"/>自己 <input type="checkbox"/>他者()</p> <p>家族の介護力 <input type="checkbox"/>期待できる <input type="checkbox"/>期待できない(理由)</p> <p>虐待の可能性 <input type="checkbox"/>みられない <input type="checkbox"/>要注意(根拠)</p> <p>見守りの状況 <input type="checkbox"/>ある(<input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>民生委員 <input type="checkbox"/>近隣住民 <input type="checkbox"/>その他()) <input type="checkbox"/>なし</p> <p>緊急時のSOS発信 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない <input type="checkbox"/>不明</p>	

バイタル	年 月 日:	血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	体温	°C	呼吸数	回/	分
バイタル	年 月 日:	血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	体温	°C	呼吸数	回/	分
バイタル	年 月 日:	血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	体温	°C	呼吸数	回/	分

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)

(様式4)

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日 平成 年 月 日

ご本人の氏名: No: 生年月日: 大正・昭和 年 月 日 (歳) 男 女 同居 同居

ご本人以外の情報提供者の氏名: 本人との続柄: 記入者氏名: 所属・職種:

A	B	評価項目				備考欄
		1点	2点	3点	4点	
物忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)	
一年前と比べて物忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	記憶	近時記憶
1 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくなくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	遠隔記憶
2 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくなくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		時間
3 自分の生年月日かわからなくなることがありますか	1. まったくなくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所
4 今日が何月何日かわからなくなることがありますか	1. まったくなくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順
5 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくなくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	問題解決 判断力	問題解決
6 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	1. まったくなくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		社会的 判断力
7 電氣やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL	買い物
8 一日の計画を自分で立てることができですか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関
9 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	金銭管理
10 一人で買い物はできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		電話
11 バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL①	食事の 準備
12 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		服薬管理
13 電話をかけることができますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL②	入浴
14 自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		着替え
15 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	身体的 ADL②	排泄
16 入浴は一人でできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		整容
17 着替えは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	移動	食事
18 トイレは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動
19 身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		
20 食事は一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		
21 家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		

DASC21: (1~21項目まで)の合計点 0点/84点

© 栗田主一 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム(認知症・うつ等の予防と介入の促進)

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13)認知症初期集中支援チーム版

No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	備考
		回答者氏名					
		記入日					
		年 月 日					
		記入者氏名					
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
2	よく物をなくしたり, 置場所を間違えたり, 隠したりしている	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
3	日常的な物事に関心を示さない	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
7	やたらに歩き回る	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
9	口汚くのしる	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
11	世話をされるのを拒否する	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常にある	
小計			0	0	0	0	
合計							0

Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目(J-ZBI.8) 認知症初期集中支援子一ム版

No	記入日	
本人氏名	記入者	
回答者氏名	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	
本人との続柄		

	0点 思わない	1点 たまに思う	2点 時々思う	3点 よく思う	4点 いつも思う	備考
2	患者さんのそばにいると腹がたつことがありますか。					
3	介護があるので家族や友人とつきあいがづらくなっていると思いますか。					
4	患者さんのそばにいると、気が休まらなと思いますか。					
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。					
6	患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったりすることがありますか。					
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。					
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。					
	小計	0	0	0	0	
	合計	0点				

認知症初期集中支援計画書

対象者本人氏名： _____ 様 No. _____

計画作成者：所属 _____ 氏名 _____

計画作成日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (初回・ ____ 回目)

本人の 意向・希望						
介護者の 意向・希望						
対象	優先 順位	課 題	目 標	対 応 方 法		
				何を・どのように	関係機関・担当者等	実施日時・期間等
本人						
介護者						
その他						
対応が困難な課題/今後検討しなければならない事項など				次回訪問予定日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		

認知症初期集中支援チーム員会議記録

対象者本人氏名： _____ 殿 No： _____

計画作成日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (初回・ ____ 回目)

会議日時：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分～ ____ 時 ____ 分 場所： _____

出席者	認知症サポート医： 市保健師：(氏名) 地域包括支援センター：(職種) (氏名) 認知症疾患医療センター：(職種) (氏名)
検討項目	
検討内容	
結論	
残された課題	モニタリング予定日 ____ 月 ____ 日

【支援結果 (活動報告用記載項目)】 ※終了時に記載

・年齢 ____ 歳	・性別 男・女	・世帯構成 独居 夫婦 その他
・障害高齢者自立度	・認知症高齢者日常生活自立度	
・初回訪問日 ____ 年 ____ 月 ____ 日	・支援結果 <input type="checkbox"/> 専門医受診 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス導入 <input type="checkbox"/> 家族のケアが適切に変化 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
・初回チーム員会議 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
・チーム員会議開催回数 ____ 回		
・支援開始時に主治医の有無	有 無	
・支援開始時に介護サービスの利用	有 無	・終了日 ____ 年 ____ 月 ____ 日
・これまで受診や介護サービスに結びつかなかった理由		・終了までの期間 ____ 日

平成 年 月 日

〇〇病院

〇〇 〇〇先生御机下

函館市認知症初期集中支援チーム
(事務局：函館市保健福祉部高齢福祉課)

「函館市認知症初期集中支援チーム」の活動および情報共有に関する
ご協力について (ご依頼)

日頃より函館市の保健医療福祉行政に多大なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では介護保険法に基づく地域支援事業である「認知症初期集中支援推進事業」を実施しております。この事業は、本市より委託された専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が、認知症の方(疑いを含む)を訪問し、適切な医療・介護サービスに結び付けるための支援を行うものです。

この度、同支援チームが、貴医療機関が担当されている下記の方(訪問支援対象者)の支援活動を行うこととなりました。

つきましては、下記の訪問支援対象者に関し、貴医療機関と同支援チーム間での相互の情報提供および共有にご協力をお願いいたします。

記

1 支援対象者

氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	性別	
住所					

2 支援開始予定日(初回訪問予定日)

平成 年 月 日

3 提供いただきたい情報等 ※必要時

診療情報(現病名、既往歴、診療経過、処方内容等)

その他、本チームが関わる際に留意すべき点があればご教示ください。

4 共有する情報等(支援開始後～支援終了時) ※必要時

(例：上記の方への同支援チームの支援が終了しました。今後は、別添引継ぎ連絡票に記載のとおり、自宅にて介護サービスを利用することとなりましたので、引き続き、貴医療機関でのご支援をお願いいたします。)

<問合せ先>

函館市保健福祉部高齢福祉課	電話 0138-21-3081	FAX 0138-26-5936
〇〇〇認知症地域疾患医療センター	電話	FAX
△△△地域包括支援センター	電話	FAX

引継連絡票

平成 年 月 日

〇〇〇〇〇事業所

〇〇〇 〇〇 様

函館市認知症初期集中支援チーム

日頃より函館市の保健医療福祉行政に多大なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
この度、当支援チームが下記の支援対象者様のお宅へ家庭訪問いたしましたのでご報告いたします。
なお、ご報告に関して対象者様の同意を得ておりますことを申し添えます。
つきましては、下記のとおり引継ぎいたしますので貴職の継続支援をお願いいたします。

記

対象者基本情報	別添「認知症初期集中支援推進事業 対象者基本情報」のとおり	
アセスメント内容	別添 (DASC2i, DBD13, Zarit8, 身体状況チェック) のとおり	実施日 /
初期集中支援チームによる支援内容	<input type="checkbox"/> 医療機関への受療支援の開始 <input type="checkbox"/> 家族介護者への支援 <input type="checkbox"/> 生活支援 (服薬管理や金銭管理) <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用に関する支援 <input type="checkbox"/> BPSDへの対応や予防に関する支援 <input type="checkbox"/> 専門相談の利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在の問題点・課題	1. 課題 無 2. 課題 有 <input type="checkbox"/> 医療に関すること (・受診 ・服薬 ・症状及び状態の悪化) <input type="checkbox"/> 家族・介護者に関すること () <input type="checkbox"/> 介護に関すること () <input type="checkbox"/> その他 ()	
専門医 助言・意見		
その他連絡事項	(今後の支援の方向性など)	
モニタリング予定日	初期集中支援の終了後、2か月後にモニタリングを実施します。 予定日は平成 年 月 日 ですので、近くなりましたらご連絡いたします。ご協力をお願いいたします。	

初期集中支援チーム記入欄

- 事前の情報伝達
 - 対象者の自宅への同行訪問
 - チーム員会議への担当者の参加
 - チーム員によるケアプラン作成時への支援やチーム員がサービス調整会議へ参加
 - その他 ()

●本票の提供方法

【担当】

認知症専門医：
認知症医療疾患センター：
地域包括支援センター：
保健福祉部高齢福祉課：
連絡先：代表

電話：
FAX：

モニタリング記録票

No				
対象者名		生年月日	年 月 日 (歳)	
対応年月日		時間	: ~ :	
対応者	<input type="checkbox"/> 函館市保健福祉部高齢福祉課 (担当:) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (担当:) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
モニタリングの方法	<input type="checkbox"/> 訪問		回数	回目
	<input type="checkbox"/> 聞き取り	相手方: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
経過及び現状	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 () <input type="checkbox"/> その他			
	(身体の様子・IADL・住宅環境・社会参加・サービス利用・緊急性の有無など)			
課題	<input type="checkbox"/> 課題 無 <input type="checkbox"/> 課題 有 <input type="checkbox"/> 医療に関する事 (受診, 服薬, 症状及び状態の悪化) <input type="checkbox"/> 家族・介護者に関する事 <input type="checkbox"/> 介護に関する事 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
対応				
備考				

記録者:

はこだてオレンジケアチームによる
支援および個人情報使用の同意書

平成 年 月 日

はこだてしちょう
函館市長 様

わたし（利用者）は本事業の説明を受け趣旨を理解し、はこだてオレンジケアチームによる支援を受けることに同意します。

また、わたし（利用者）および家族の個人情報については、事業実施の際、必要最小限の範囲内で使用し、関係する者に情報提供を行い、または関係する者から情報提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

ほんにんしめい
本人氏名

いん
印

平成 年 月 日

だいだくしゃしめい
代諾者氏名

いん
印

ほんにん かんけい
本人との関係 ()

平成 年 月 日

せつめいしゃしめい
説明者氏名

いん
印

はこだてオレンジケアチームによる 支援および個人情報使用の同意に関する説明書

1 事業の目的

この事業は、加齢により心身が虚弱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ために、ご本人やその家族に早期に関わる「はこだてオレンジケアチーム」を配置し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援を行うことを目的としています。

2 支援内容

この事業では、専門職からなる「支援チーム」が訪問し、課題の把握や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行います。支援に当たっては、作成した支援計画に基づいて進めていきます。

3 事業における個人情報使用について

本事業において、下記項目の範囲内においてのみ個人情報を取り扱うものとします。なお、「個人情報」とは、利用者本人及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、また識別されうるものを言います。

(1) 使用する目的

- ・ ご本人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の検討や情報の共有が必要な場合。
- ・ 本事業を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

(2) 個人情報を共有する関係者の範囲

- ・ ご本人の支援に関わる関係機関等（函館市、医療機関、地域包括支援センター、介護サービス提供事業者等）

(3) 収集および提供する個人情報

- ・ 氏名、年齢、住所、診療情報、介護サービス利用状況等

(4) 個人情報の共有開始の時期

- ・ 同意が得られた日以降

(5) 使用にあたっての条件

- ・ 個人情報を提供するにあたり、共有する関係者間の個人情報の使用は目的の範囲内とし、共有にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うことを確認し合います。
- ・ 個人情報を記載した書類・資料については、出席者、議事内容等を記録します。

個人情報とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。