

竹富町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施マニュアル

令和4年9月

I.はじめに

新オレンジプランでは、「高齢者の約4人に1人が認知症あるいはその予備群であり、高齢化の進展に伴いさらに認知症の人の増加が見込まれる。そのため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良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」と掲げられており、平成27年～令和7年までに共生社会の実現を目指す方針としていた。

そこに加えて、令和元年に決定された認知症施策推進大綱で「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”を車の両輪として施策を推進する」と、認知症の人との共生だけでなく、予防に力を入れる方針となっている。ここでいう予防とは、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。

本町においては、令和元年度に初期集中支援チームを包括支援センター内に設置した。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することにより認知症の早期診断・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。

医療・介護資源の少ない本町は、重度になってからの介入では町内に住み続けることが難しい場合も多く、認知症の早期段階における初期集中支援がとても重要である。

そこで、本マニュアルは、竹富町の現状に合わせ、独自のルール及びシステム化を図ることとする。

II.認知症初期集中支援推進事業について

1. 認知症初期集中支援推進事業の目的

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の良い環境で暮らし続けるために、認知症初期集中支援チームを配置することにより認知症の早期診断・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（介護保険法115条の45第2項第6号）。

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、複数の専門職が認知症の疑われる人または認知症の人やその家族を訪問し、アセスメントを行った上で、本人や家族への初期支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医等の関係機関を連携しながら自立生活のサポートを行うチームである。

認知症初期集中支援チームの「初期」という意味は、

- ① 「認知症の発症後のステージとしての初期段階」という意味だけでなく、
- ② 「認知症の人へのかかわりの初期（ファーストタッチ）」という意味も含む。

そのため、対象となる認知症の人は、初期の認知症とは限らず、中期であっても、医療や介護サービスに繋がっていない人も含まれる。

また、「初期集中」の意味は概ね6カ月を目安とし、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。

III.訪問支援対象者

原則、在宅で生活しており年齢が40歳以上の認知症が疑われる者、又は認知症の者で、次のいずれかに該当す

る者

(1) 医療サービス、介護サービスを受けていない、また中断しているものでいかに該当する者

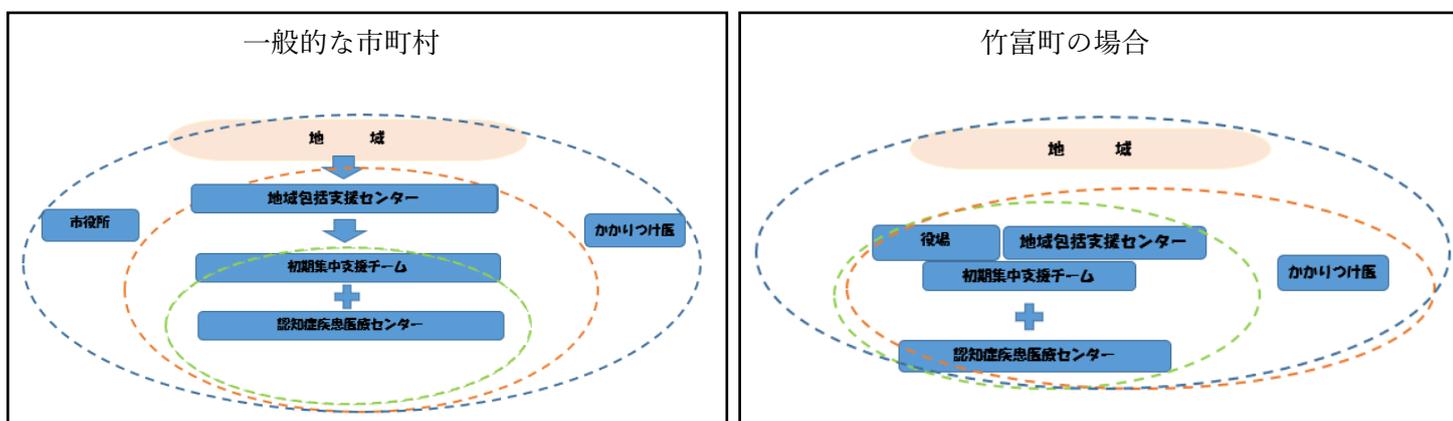
- ア 認知症の臨床診断を受けていない
- イ 継続的な医療サービスを受けていない
- ウ 適切な介護サービスに結びついていない
- エ 医療が継続していても介護サービスが中断している

(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

(3) 社会困難事例（キーパーソンが不在、地域社会でのトラブル、虐待疑いなど医療サービスや介護サービスなど必要な支援につなげることに支障をきたしている事例）

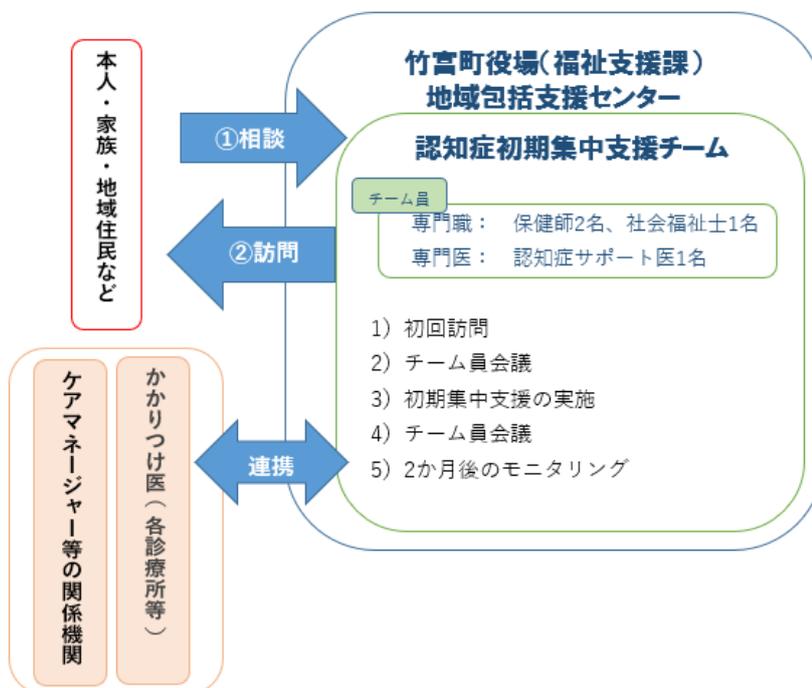
IV.竹富町認知症初期集中支援チームスキーム

竹富町における認知症施策に関するスキームを一般的なものと比較して以下に記す。

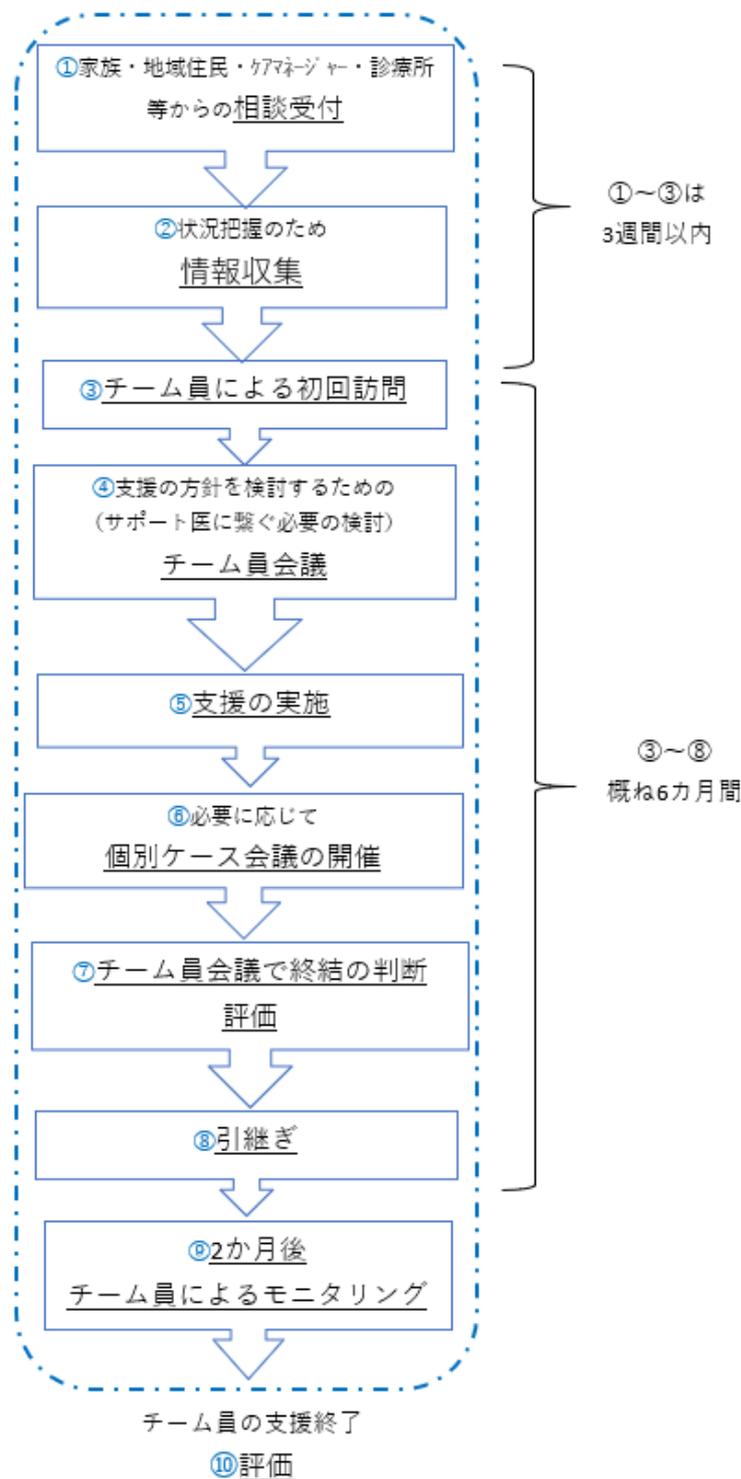


それを加味して、認知症初期集中支援チームの運営体制を次に記す。

竹富町認知症初期集中支援チーム設置・運営体制



V. 認知症初期集中支援チーム業務の流れ



VI. 認知症初期集中支援チーム員の人員配置の要件

チーム員は以下の要件をすべて満たす者として、複数の専門職で編成します。

- ア) 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士などの医療福祉に関する国家資格を有する者
 - イ) 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
 - ウ) 初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し必要な知識・技能を習得した者
- 上記チーム員に加え、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アドバイスが可能な医師を確保することが求められている。

VII. 具体的支援の流れ（Vの詳細）

以下に示す認知症初期集中支援の全過程において、**⑧初期集中支援チェック表**を用いて、ケースごとの進捗管理を行う。

①相談受付 ②情報収集

- ・電話、来所面談及び訪問により受け付ける。
- ・相談受付の際に、**①対象者把握チェック表**にて対象者の現状及び介入の必要性をチェックする。
- ・その後、**②対象者基本状況**を用いて情報収集を行ったのち、チーム員が初回訪問を行う。

③ チーム員の初回訪問

相談受付から3週間以内に初回訪問を行う。

（初回訪問時の支援内容）

1. 基本的な認知症に関する正しい情報の提供を、※冊子を用いて（何の冊子を用意するか検討中）説明し、家族が見返して理解を深めることができるようにする。
2. 認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明（チームができることについて分かりやすい説明）
3. 専門的医療機関への受診や状況に応じた介護サービスの利用が、本人や家族にとってメリットがあることだと認知症ケアパスを用いて説明する。（認知症初期集中支援チームの説明も行い、サポート医への相談も可能なことを伝える）
4. 訪問支援対象者及び家族の思いを受容し心理的サポートや助言を行う。
5. 以下のアセスメントシートを用いて情報収集及びアセスメントを行う。
6. 初回訪問時の状況を**⑥寿システムの相談記録※₁**にまとめ、管理する。
※₁ 寿システムの相談記録を開き、入力画面へ移行。記録区分を「**認知症初期集中支援チーム**」に変更。相談種別を「認知症初期集中支援チーム」に変更し、入力する。

（評価項目）

1. 身体状況のチェック：**③身体チェック表**
2. 認知機能と行動・心理症状を評価：
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（DASC-21）（ADLについてよくみえる）、
⑤認知症行動障害尺度（DBD13）
3. 医療情報（検査データ、服薬状況など）
4. 居住環境のアセスメント
5. 家族介護対応力のアセスメント
6. 本人、家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性のアセスメント

（初回訪問時留意点）

家族の同席の確保。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してする。
支援計画を進めるうえで信頼関係の構築が要であり、まずはチームの役割を知っていただき、信頼関係を構築する。

④ チーム員会議の開催

認知症に関する相談受付を行った際、初期集中支援の必要性及び方針を複数の専門職にて実施するため、初回訪問を行ったチーム員は、チーム員会議を開催する。

(1) メンバー

出席頻度	メンバー	役割
毎回参加	チーム員（サポート医以外）	会議の主催、当日の運営と進行
毎回参加	地域包括支援センター係長	対象者への支援状況及び方針確認
来町時・必要時	サポート医	対象者の支援に対する専門的な助言
必要時	ケースに関わる関係者（介護支援専門員、かかりつけ医等）	対象者の状況確認と方針確認、役割分担の確認

(2) 事前準備

- ・日程調整、関係者への出席依頼、会議資料準備（①～⑥の資料）などを行う。
- ・会議は高度な個人情報を取り扱うため、個室を確保する。

(3) 会議での検討内容

- 1.支援の対象者が誰であるか（本人か家族か）を確認する。
- 2.①～⑥の資料を提示し、現状及びアセスメント内容の報告を行う。
- 3.チーム員で支援計画を検討する。

課題の明確化と支援目標を決める

支援内容の計画をたてる

- ・支援の方針、内容、頻度、期間、連携機関等
- ・サポート医に繋ぐ必要性の有無についても検討する。

（繋ぐ場合、**個人情報通知書兼同意書**に次回訪問時に本人や家族より同意を得る。）

次回の会議予定、確認事項

- ①課題の明確化②優先度の高い課題を選択③解決策の案出④導入する支援の決定
- ⑤計画立案と役割分担⑥支援のゴール決定⑦次回の会議予定、確認事項

(4) 会議録

- ・チーム員会議録を**⑦寿システムの相談記録※₂**にまとめる。
- ・必要に応じてサポート医にメールにて共有する。（要パスワード設定）

※₂寿システムの相談記録を開き、入力画面へ移行。記録区分を「**初期集中支援チーム員会議録**」に変更。相談種別を「認知症初期集中支援チーム」に変更し、入力する。

(5) チーム員会議開催のタイミング

（必須）

- ・初回訪問終了後
- ・初期集中支援の終結（引継ぎ前）の決定

（随時）

- ・課題解決状況の確認支援計画見直し

⑤ 支援の実施

- ・ 支援の実施状況や関係機関におけるサービスの提供状況を確認。
- ・ 本人の心身の状態や生活状況、家族の状況等、訪問時の状況を **⑥ 寿システムの相談記録※₁** に記録する。

(初期集中支援内容)

1. 受診勧奨・誘導
2. 介護サービスの利用の勧奨・誘導
3. チーム員による支援
 - ・ 本人、家族への教育的支援
 - ・ 重症度に応じたアドバイス
 - ・ 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)
 - ・ 生活環境の改善
 - ・ 継続的な医療支援
 - ・ 服薬管理
 - ・ 介護保険サービスが必要な場合の調整
 - ・ 介護保険サービス以外の社会資源の活用
 - ・ 権利擁護に向けた調整
4. かかりつけ医との連携
 - ・ チーム支援を円滑にし、支援対象者がチーム支援終了後も地域で暮らし続けるには、かかりつけ医との連携が重要となってくる。必要があればかかりつけ医と連絡を取り、連携を図っていく。またかかりつけ医から出た疑問や対応法についての助言は、サポート医と連携し解決していく。
 - ・ 対象者にかかりつけ医がおり、本事業についてサポート医から連絡をとることが必要な場合、 **⑨ 認知症初期集中支援チームの活動に関する協力依頼** をかかりつけ医へ送付。その後訪問もしくは電話にて承諾を受け、本事業の説明を行い **⑩ 主治医連絡票** を記載していただく。

⑥ 必要に応じて個別ケース会議の実施

- ・ 初期集中支援計画の妥当性を検討し、必要時チーム員会議や、家族や関係者を含めた個別ケース会議を実施する。(チーム員会議録は **⑦ 寿システムの相談記録※₂** に記録。個別ケース会議は **⑥ 寿システムの相談記録※₁** に記録。)

⑦ チーム員会議で終結の判断・評価

- ・ 以下の基準を満たした場合、チーム員会議のなかで支援の終結を決定する。
- ・ チーム員会議録は **⑦ 寿システムの相談記録※₂** に記録。

(終結基準)

医療サービス、介護サービス等、必要な支援に繋がった場合

BPSD など、対応上困難な生活課題が軽減した場合

(最終チーム員会議で検討すること)

支援終了理由 (必要に応じてサポート医からの意見・助言を得る)

本人の意向

家族・介護者の意向

今後の支援の方向性

⑧ 引継ぎ

今までの記録を渡すことの同意を家族から得た後、引継ぎ機関へ引継ぎを行う。

⑨ モニタリング

・引継ぎ後、原則 2 カ月以内に、医療・介護サービス等へ引き継いだ後、対象者がサービスを継続できているかをモニタリングする。

(モニタリング方法)

本人宅へ訪問、引き継いだ担当ケアマネージャーへの聞き取り等

(モニタリング内容)

経過におけるアセスメントに基づく課題と支援計画の妥当性

家族の負担度

認知症に関する本人の状態像の変化

改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか

関係機関との情報共有状況等

→結果をケアマネージャーに報告、助言

⑩ 評価

- (1) 医療機関への引継ぎ（目標達成）
- (2) 把握から初回訪問までの期間（機動性・対応力）
- (3) 困難事例への対応（対応力）
- (4) DBD13 の介入時と終了後のスコア差（効果）
- (5) 延訪問件数（活動量）

VIII.書類の保管

対象者に関する情報、観察、評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は、原則として竹富町役場福祉支援課保管とする。(5年保存)