川西町認知症初期集中支援チーム　支援チェックリスト

○把握時

チェック	項目
□	対象者把握チェック票を用いて、事業に合致した対象者であることを確認する
□	把握経路について確認（　　から）（【周知媒体】　　を見て）
□	本人又は家族から相談について同意を得ていることを確認（なければ同意を得てもらって訪問約束へ）
□	提供された情報を利用者基本情報（帳票②）に記載
□	初回訪問の約束について誰から誰へ連絡するのか確認する

○初回訪問

□	介護系・医療系それぞれ１名以上で訪問し、所要時間は２時間以内
□	個人情報使用について説明し、同意書をいただいている（帳票⑤⑥）
□	アセスメントシートに沿って必要な情報を収集し、記載する（帳票③-１、③-４） また必要に応じて帳票③-２、③-３も使用する
□	訪問後、チーム員会議を行い、訪問支援対象者とするかを決定する 会議参加者（　　）
□	支援方針・具体的な内容・役割分担を確認し、会議録（帳票④-１）を作成する

○初期集中支援の実施

□	最長６カ月の期間で、受療や介護サービス利用への支援と、生活全般に対する助言を行う
□	チーム員会議を適宜開催する

○支援終了時

□	あらかじめチーム員会議にて決定した支援終了の方針に沿って、関係機関が終了を確認・同意する
□	初期集中支援終了連絡票（帳票⑦）を作成し、今後の主な支援期間及び関係機関に受け渡す 機関名　　渡し日もしくは口頭説明日 （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　） （　　：　　月　　日　渡し・説明　）

○モニタリング期

□	２か月後までに、主たる支援機関へ対象者がサービス継続できており、課題が生じていない事を確認し、課題があれば、報告・助言を行う
□	記録し（帳票④-２）、他の記録・書類とともに５年間保管するようまとめる