

川西町認知症初期集中支援チームについて

【実施方針】

認知症になっても本人の意志が尊重され、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、川西町では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、生活支援コーディネーターや各専門職が構築しているネットワークを活用し、本事業の普及啓発及び業務を実施していく。

認知症初期集中支援チームの定義

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をいう。

1. 事業実施にあたってのしくみづくり

I. 設置と運営

① チームの設置

- ・川西町では、チームを地域包括支援センターに設置する。
- ・開設時間は月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）の8:30～17:15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。

② チーム員の構成

(ア) 以下の要件をすべて満たす者（2名）

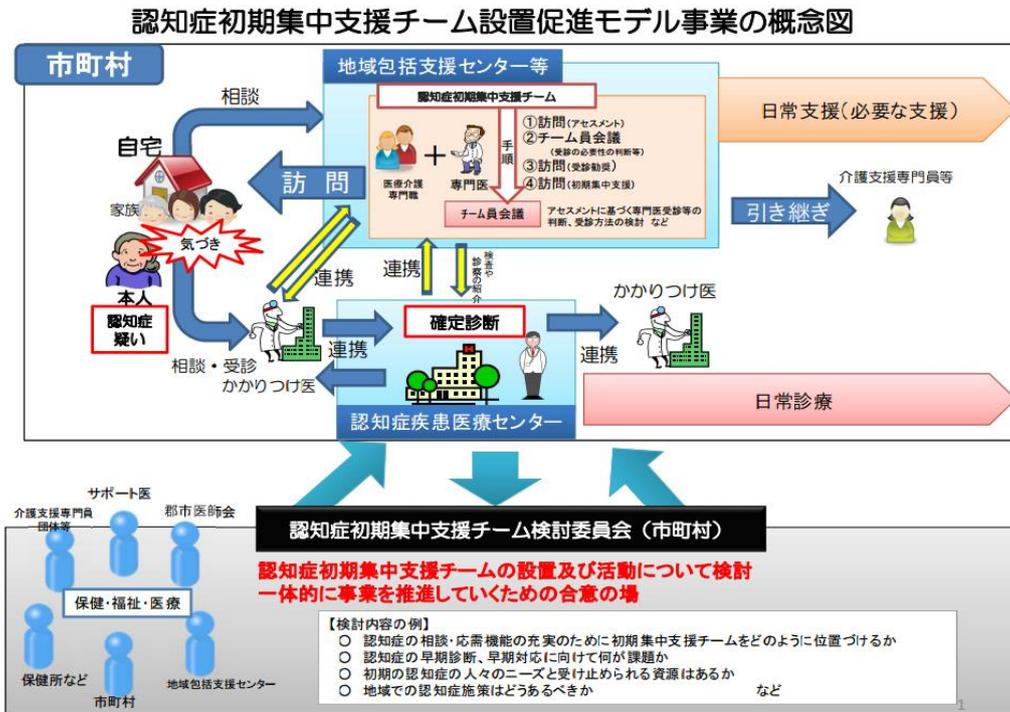
- ・「医師、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、歯科衛生士、精神保健福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- ・認知症ケアや在宅ケア実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者
- ・国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講した者

※（ア）の要件を満たす専門職の職種が、偏ることのないように配置すること。

(イ) サポート医（1名）

- ・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。）
- ※（イ）の要件を満たす医師については、町と調整の上、配置するものとする。



③ チーム員及び関係機関の役割

(ア) チーム員の役割

チーム員は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の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。

(イ) サポート医（チーム員医師）の役割

サポート医は、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。

＜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視点からの診断、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

(ウ) 認知症疾患医療センターの役割（後方支援医師）

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づけ、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への参加などを行う。

Ⅱ. チーム員会議・検討委員会

初期集中支援事業に関する会議体として、チーム員会議・検討委員会がある。

	① チーム員会議	② 検討委員会
会議実施者	チーム員	長寿介護課
頻度	1～2ヶ月に1回程度	年1回程度
主な議題	初期集中支援の要否の判断 支援方針の検討・立案 支援終了方針の決定	事業全体の検討
主な参加者	チーム員 (必要に応じて) 認知症疾患医療センター職員 かかりつけ医 介護支援専門員 地域包括センター職員 町の関係職員	検討委員会委員 長寿介護課職員

(1) チーム員会議

チーム員会議は、チーム員とサポート医が、訪問支援対象者毎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。なお、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、地域包括支援センター職員、町の関係職員等の参加を依頼するものとする。参加者に対しては守秘義務を徹底すること。

初回訪問後は必ず開催し、支援方針の検討、支援終了の決定についてもチーム員会議で行う。

その他にも支援方針の確認や見直し検討を行うなど、必要に応じて適宜開催する。必ず検討内容や決定の経過などがわかるように記録をしておく。

(2) 検討委員会

川西町が設置する、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」は、本事業推進について検討を行うものであり、現場（実務者レベル）での取り組みを担う認知症初期集中支援チームとは役割の異なる組織である。検討委員会は、支援チームの設置及び活動状況の検討や、支援チームの活動状況について報告を受け、実施状況を監督することなどを行う。

Ⅲ. 関係機関との連携のしくみづくり

事業実施においては、認知症の方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。

相談の受付が本格的に始まる前に、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、状況報告を行うことなどにより、チームの役割や本事業の意義をより理解いただき、支障なく連携できる関係となるよう努めていく。

関係機関名称	協力・連携する内容		
	対象者把握	初期集中支援	支援終了後
かかりつけ医	支援対象者のつなぎ 医療資源情報の提供	支援への協力	医療の継続
認知症疾患医療センター	医療専門知識の助言	鑑別診断	
介護保険事業所 ケアマネジャー	支援対象者のつなぎ チラシの配架	支援への協力	ケース引き継ぎ先
社会福祉協議会	社協だより掲載 周知	支援への協力	
役場・保健センター	支援対象者のつなぎ 広報誌への掲載 チラシの配架・周知	支援への協力	ケース引き継ぎ先
地域住民組織 (自治会・民生委員)	支援対象者のつなぎ 支援対象者情報チラシ の配布・周知	支援への協力	地域での見守り

各相談窓口において医療や介護に結びついていないケースについて、速やかにチームに繋ぎ、アウトリーチを行うことが出来るしくみをつくる必要がある。

そのような地域資源に対して、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実践を積み重ねていくことで、本事業の効果が認められ、本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連携において重要である。

IV. 訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握において個人情報情報は慎重に取り扱う必要がある。本人の同意を得ることなく関係機関に個人情報を提供するようなことは行わないこと。

受動的把握	チームへの直接相談	本人、家族、知人、医療機関等からの直接相談により認知症であることが確定的な情報を得ての把握
	包括等の既存相談機関からのつなぎ	包括、役場等の既存相談機関が新規に受け付けた相談の中で、認知症の疑いがあり、主たる支援機関が定まっていないケース（ファーストタッチ）であると判断し、本事業に情報提供があった場合の把握 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 包括をはじめとした関係機関に対し、帳票「対象者把握チェック票」を配布し、支援対象者条件に該当する方の情報のうち、チームにつなぐことに同意が得られたケースについて、情報提供してもらう。 </div>
能動的把握 (アウトリーチ)	地域からの情報による個別訪問	地域住民、民生委員等から情報を得たが認知症の疑い等不確実である中での個別訪問による把握
	各種リスト等からの選定	要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていないもののリストや他事業で得たリストにより、認知症の疑いのある人を選定することによる把握。ただし、個人情報の目的外利用となるため、目的外利用の同意の取得を行うなど、慎重な取扱いが必要となる。

2. 初期集中支援チームの流れ

専門職からなる「支援チーム」が対象者宅を訪問し、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。

(1) 相談受付（窓口：地域包括支援センター）

使用帳票 ◆対象者把握チェック票

- ・相談受付の際には、様式「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。
- ・電話や来所等、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、その内容を書き留める。

(2) 情報収集

使用帳票 ◆利用者基本情報

- ・総合相談から認知症が疑われるケース
- ・認定申請窓口で相談に来られた際に把握されるケース
- ・ケアマネジャーが担当しているが、介入が難しくサービス利用や専門医受診につながらないケース等に対して、チーム員（保健師・社会福祉士）で検討・情報収集

(3) 初回訪問実施

- ・アセスメントツールによる状態把握

使用帳票 ◆アセスメントツールは、DASC-21 使用。

※その他必要に応じて他のアセスメントツール（DBD13等）の活用も可

- ・医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上で訪問

(4) チーム員会議の開催

使用帳票 ◆川西町初期集中支援チーム会議録

- ・支援方針、支援内容、支援頻度の検討や終了の判断を行う。
- ・チーム医を含めチーム員会議を初回訪問後に行う。（その後は適宜開催）
- ・必要に応じて、訪問支援対象者かかりつけ医、ケアマネジャー、町関係課職員等の参加を依頼する。

(5) 初期集中支援の実施

使用帳票 ◆川西町初期集中支援チーム会議録

- ・医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者への動機付け又は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及び誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。
- ・支援は、訪問支援対象者が医療サービスが介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間として、最長で6ヶ月を目安として行う。

(6) 引継ぎ後のモニタリング

使用帳票 ◆川西町初期集中支援チーム会議録・モニタリング記録、初期集中支援終了連絡票

- ・初期集中支援の終了をチーム会議で判断した場合
- ① 認知症疾患医療センター・地域包括支援センター・担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で引継ぎを行う。
 - ② チーム員会議において、引継ぎ後の2ヶ月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断のうえ、随時モニタリングを行う。
 - ③ 訪問支援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、初期集中支援の終了後5年間保管する。

(7) 支援実施中の情報の共有

使用帳票 ◆個人情報使用同意説明書、個人情報使用同意書

- ・訪問支援対象者の情報を把握した関係機関は、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有し、事業実施する。