

令和6年度 第1回静岡市認知症初期集中支援チーム検討委員会 次 第

日 時：令和6年11月26日（火）
19：15～20：30

会 場：静岡市役所 9階 特別会議室

1 開 会

2 挨 拶

3 議 題

(1) 令和5年度のマニュアル改訂の実施について

資料1

(2) 認知症初期集中支援チームの活動について

資料2

4 閉 会

【配付資料】

資料1 令和5年度のマニュアル改訂の実施について

資料2 認知症初期集中支援チームの活動について

別紙1 認知症初期集中支援チーム 「支援対象」の報告書

参考資料1 静岡市認知症初期集中支援チーム活動マニュアル 令和5年12月改訂

令和6度 静岡市認知症初期集中支援チーム検討委員会 委員名簿

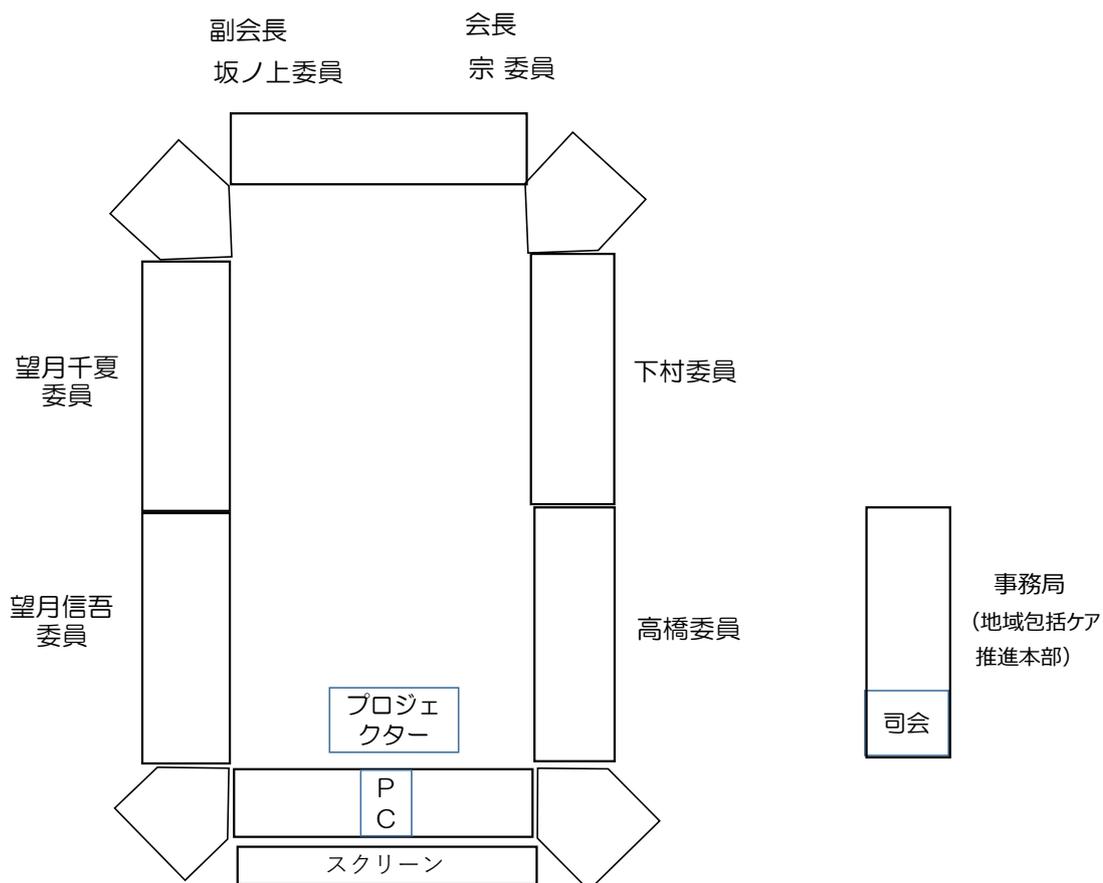
50音順

	所 属	氏 名 (敬称略)	出席方法
1	一般社団法人静岡県介護福祉士会	飯塚 哲男	欠席
2	静岡市民生委員児童委員協議会	池ヶ谷 恵子	欠席
3	一般社団法人静岡市静岡歯科医師会	下村 洋介	来場
4	公益社団法人 静岡県看護協会	齋藤 千紘	オンライン
5	一般社団法人静岡市静岡医師会	坂ノ上 政綱	来場
6	一般社団法人静岡市清水医師会	宗 幹之	来場
7	市民委員	高橋 和江	来場
8	一般社団法人静岡市ケアマネット協会	不破 敬史	オンライン
9	清水薬剤師会	宮城 規秋	欠席
10	静岡県精神保健福祉士協会	望月 信吾	来場
11	市民委員	望月 千夏	来場
12	市民委員	森藤 あゆみ	オンライン

令和6年度 第1回静岡市認知症初期集中支援チーム検討委員会座席表

令和6年11月26日（火） 19:15～20:30

会場：静岡市役所 9階 特別会議室



齋藤委員 不破委員

森藤委員

【オンライン出席者】

出入口

令和5年度のマニュアル改定の実施について

1 様式見直しの実施

様式の種類が多く事務が煩雑なため、様式の見直し及びマニュアルの本文を様式に合わせて改訂。令和6年1月以降、改訂したマニュアルによるチーム活動を実施。

2 様式の見直し

【改訂前】様式19種 → 【改定後】様式8種 + 11種

改訂から1カ月経過後、様式の変更により支援対象の把握やチーム活動を行いやすくなっているかの確認をした。

3 様式変更後の包括への確認結果

新たに作成された様式の活用度が低く、チーム活動の理解・関心が十分でなく、チームの役割の理解を深め・検討を重ねる必要があると考える。

認知症初期集中支援チームの活動について

1 担当包括へのヒアリングの実施

令和5年度第2回認知症初期集中支援チーム検討委員会で、認知症初期集中支援チームの活動が少ないため、令和6年度は各区1チームずつチーム活動を経験してもらうという方針となった。

しかし、今年度担当の地域包括支援センターのチーム活動がほとんどないため、担当の包括へヒアリングを実施。

※支援対象の基準を、令和5年12月に改訂した「認知症初期集中支援チーム活動マニュアル」の様式1「訪問支援対象者チェックシート」を使用し、「支援対象」となった人としたが、認知症の相談が多数あった包括から負担が大きいと意見があったため、「対象者側から初期集中の希望があった、またはチーム側から初期集中の案内をした場合」に支援対象案件とするという運用をすることにした。

2 ヒアリングの結果

今まで初期集中支援チームで活動がなかったこともあり、初期集中支援チームで活動するケースを挙げることに苦慮していることがわかった。

どこの包括も、認知症の人の相談については、総合相談で対応しており初期集中支援チームでの活動がない状況であった。

3 課題について

ヒアリングの中で、見えてきた課題

- ① 様式1のシートを利用しても、初期集中に上がるケースがない
 - ・家族の協力もあり、医療や介護サービスに繋げる見込みがある
 - ・地域で医療や介護の連携ができているため総合相談で対応できる
- ② 初期集中支援チームで活動することに不安がある
 - ・初期集中支援チームで活動したことがないため
 - ・職員の異動で初期集中支援チームの活動した職員がいないため

- ③ サポート医の協力を得ることに遠慮がある
 - ・サポート医が多忙のため依頼できるか不安
 - ・以前依頼したが断られたため

担当の包括の聞き取りから、全包括の状況も知る必要があると考え、様式1「訪問支援対象者チェックシート」で「支援対象」となったが「初期集中支援チームで活動しなかった」人の人数と、その理由の主な傾向を調査することにした。

そこで、11月・12月の2カ月の状況を調査するため、別紙1の報告書の提出を依頼した。

4 実務者研修の実施

認知症初期集中支援チームで活動するためにはサポートが必要と考え、研修を実施することにした。全地域包括支援センターが初期集中支援チームで活動する必要があった場合に対応ができるように、事例を挙げてグループワークを行う実務者研修を12月に実施する。

5 令和6年度認知症初期集中支援チームの実績

4月以降地域包括支援センターから担当包括以外からも実績があり、少しずつだが認知症初期集中支援チームで活動する意識が高まってきていると感じられる。

また、支援には繋がっていないが地域包括支援センターから後方支援の静岡てんかん・神経医療センターへの相談もあり、困難ケースの対応も総合相談で対応している状況がある。

今後も担当包括が初期集中支援チームの活動がしやすくなるように支援が必要と考える。

【包括のチーム活動の実績】

包括	相談受付	チーム員会議1	対象の可否	チーム員会議2	終了
大里高松	4月11日	4月22日	可	6月27日	
岡船越	8月3日	8月16日	否 (総合相談で対応)		
小鹿豊田※	8月23日	9月3日	否 (総合相談で対応)		

※令和6年度担当包括

認知症初期集中支援チーム「支援対象」の報告書

11月分

包括支援センター

認知症の相談があり、訪問支援対象者チェックシートで支援対象となったが、初期集中支援チームの対象としなかった人の人数をカウントしてください。

また、人数の内訳を記入してください。理由が「その他」の場合は、理由を記入してください。

訪問支援対象者チェックシートで「支援対象」となったが、初期集中支援チームの対象としなかった人数	
---	--

【人数の内訳】

	理 由 (主なもの1つ)	人 数
1	医療機関への繋ぎ、介護保険サービス暫定利用の検討等で緊急性が高いから(虐待対応等)。	
2	介護申請、事業所紹介等、専門性が低く、チームでアプローチする必要がないから(総合相談対象)。	
3	地域包括支援センターは初期集中が必要と判断したが、家族から初期集中の希望がなかったため。	
4	認知症サポート医へ依頼することへの遠慮があり、チームで対応する体制ができていないから。	
5	その他(理由をご記入してください)	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	

※行数が不足の時は追加してください。

認知症初期集中支援チーム「支援対象」の報告書

12月分

包括支援センター

認知症の相談があり、訪問支援対象者チェックシートで支援対象となったが、初期集中支援チームの対象としなかった人の人数をカウントしてください。
 また、人数の内訳を記入してください。理由が「その他」の場合は、理由を記入してください。

訪問支援対象者チェックシートで「支援対象」となったが、初期集中支援チームの対象としなかった人数	
---	--

【人数の内訳】

	理 由 (主なもの1つ)	人 数
1	医療機関への繋ぎ、介護保険サービス暫定利用の検討等で緊急性が高いから(虐待対応等)。	
2	介護申請、事業所紹介等、専門性が低く、チームでアプローチする必要がないから(総合相談対象)。	
3	地域包括支援センターは初期集中が必要と判断したが、家族から初期集中の希望がなかったため。	
4	認知症サポート医へ依頼することへの遠慮があり、チームで対応する体制ができていないから。	
5	その他(理由をご記入してください)	
	・	
	・	
	・	
	・	
	・	

※行数が不足の時は追加してください。

静岡市認知症初期集中支援チーム 活動マニュアル

令和5年 12 月改訂

**静岡市 保健福祉長寿局
地域包括ケア・誰もが活躍推進本部**

もくじ

1. 認知症初期集中支援事業の目的	1
2. 認知症初期集中支援チームの役割	1
3. 「包括チーム」と「疾患センターチーム」の役割分担	1
4. 認知症初期集中支援チーム活動の流れ	1
(1)訪問支援対象者の把握・支援の決定	
(2)初回訪問まで	
(3)初回訪問	
(4)第2回チーム員会議の開催	
(5)初期集中支援の実施	
(6)初期集中支援の終了	
(7)モニタリング	
(8)事業報告	
5. その他	6
(1)認知症疾患医療センターとの連携	
(2)認知症初期集中支援チーム検討委員会での検討・報告	
(3)書類の保存期間	
(参考資料)	7
6. 様式一覧	8

1. 認知症初期集中支援推進事業の目的

市町村を実施主体とし、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体制を構築する。

2. 認知症初期集中支援チームの役割

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又は認知症の人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^{*1}の支援を包括的、集中的^{*2}に行い、自立生活のサポートを行う。

*1 初期：病気の早期段階の意味だけでなく、認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）の意味も持つ。

*2 集中的：概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくこと。

3. 「包括チーム」と「疾患センターチーム」の役割分担

地域包括支援センターに配置する「包括チーム」と認知症疾患医療センターに配置する「疾患センターチーム」の役割分担は表のとおり。

包括チーム	疾患センターチーム
①チームによる支援の相談受付 ②包括チームにおけるチーム活動	①包括チームにおけるチーム活動の後方支援 （訪問支援対象決定のためのチーム員会議の出席ほか必要に応じた同行訪問・助言・チーム員会議出席） ②疾患センターチームにおけるチーム活動

※包括チームとは別の、地域包括支援センターとしての役割

- ・ 疾患センターチーム活動への協力
- ・ 疾患センターチームに提出したが訪問支援対象とならなかったケースに対する総合相談等の対応による支援

4. 認知症初期集中支援チーム活動の流れ

(1) 訪問支援対象者の把握・支援の決定

① チームによる支援の相談受付(情報把握)

地域包括支援センターに寄せられる相談から情報把握し、「様式1 訪問支援対象者チェックシート」を用いて、対象者の基準に該当するかを確認する。

また、「参考様式1 総合相談記録・連絡票」に相談内容を記録する。

様式1

参考1

② 訪問支援対象者の決定

「様式1 訪問支援対象者チェックシート」で『支援対象』になったら、「様式8 認知症初

期集中支援対象案件一覧」に氏名からケース概要までの欄を記入し、認知症サポート医を除くチーム員で「第1回チーム員会議」を開催し、チームによる訪問支援対象者とするかを決定する。

- 第1回チーム員会議には、疾患センターチームの出席を依頼する。(口頭で可)
- 会議での検討内容は、「参考様式7 チーム員会議録」に記録する。
- 会議での検討の結果を、「様式8 認知症初期集中支援対象案件一覧」の対象可否欄に記入する。
- 検討の結果、複雑困難等の理由で「疾患センターチーム」へ訪問支援対象者として提出する場合は、「参考様式2 認知症初期集中支援チーム訪問支援対象者の提出について」を作成し、疾患センターチームに送付する。



(2)初回訪問まで

①日程調整

家族や本人が信頼している人、生活状況をよく知っている人等の同席ができる訪問日程の調整を行う。

- 必要に応じて疾患センターチームの後方支援として同行訪問を依頼する。
- 主治医や担当介護支援専門員の同行訪問を依頼しようとする場合は、謝金が伴うため、日程調整の前に市に依頼可能であることを確認後に日程調整し、同行訪問依頼を行う。依頼の際は「参考様式9 認知症初期集中支援チームの訪問支援への同行について」を使用し、依頼先へ送付、参考様式9の写しと「様式7 認知症初期集中支援チーム[チーム員会議・訪問]実施計画書」を市へ提出する。



②事前の準備

- 訪問前に家族、地域住民、関係者から情報を収集しておく。
- 本人から訪問の了解が得られていない場合、了解を得るための説明の仕方や家族の了解による訪問等を検討しておく。

(3)初回訪問

①訪問体制

医療系職員1名、介護系職員1名以上で訪問する。

②訪問時間

初回は概ね2時間以内とする。

③留意点

- 本人、家族との信頼関係を構築できるよう、本人や家族の話を傾聴する。
- 訪問の目的(役割や支援方法等)を伝える。
- 本人の生活への意向(やりたいこと、大事にしていること、得意なこと等)を確認する。
- 家族の介護に対する意向(介護を引き受けることの納得感、仕事の有無、就労形態、

育児等の他のケアの有無等)を確認する。

- キーパーソンとなる人を見つける。
- 危険を回避できる体制を整える。

④聞き取り

生活状況や身体状況を聞き取るとともに、様式2～5のアセスメントツールを用い、認知症の包括的アセスメントを実施する。

- 様式2 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3 認知症行動障害尺度(DBD-13)
- 様式4 身体の様子チェック票
- 様式5 Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目(J-ZBI_8)



⑤個人情報に関する同意書の取得

個人情報の取扱いを本人及び家族に説明し、「様式6 認知症初期集中支援推進事業における個人情報使用同意書」に署名をもらう。



⑥アセスメント以外の支援

次に示すような支援を行う。

- 認知症ケアパス等を活用した情報の提供
- 早期受診のメリットや当事者同士がつながること(ピアサポート)の重要性の説明
- 本人及び家族の心理的サポートと助言

⑦記録

初回訪問終了後、各種アセスメントシート及び「参考様式10 認知症初期集中支援チーム経過記録票」を作成し、チーム員会議での協議事項を明らかにする。

チーム員会議に向けて、「参考様式5 チーム員会議事前情報提供票」「参考様式8 認知症初期集中支援計画書(案)」も作成する。



⑧かかりつけ医との連携

初回訪問終了後、必要に応じて、かかりつけ医と連携し、支援を行うにあたり留意すべき点等を確認する。

(4)第2回チーム員会議の開催

①開催目的

アセスメント結果を関係者で共有し、具体的な支援策を決定する。

②会議の参加者

認知症サポート医を含むチーム員のほか、必要に応じて主治医、担当介護支援専門員の参加を依頼する。また、疾患センターチームの後方支援として会議参加を求めることも可能である。

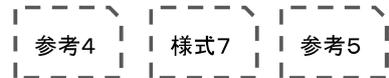
③開催場所

会議参加者の移動時間短縮等に配慮し、参加可能な場所やオンライン会議等の手法を検討し決定する。

④日程調整

●認知症サポート医のほか担当介護支援専門員等にも会議参加を依頼しようとする場合は、謝金が伴うため、市に依頼可能であることを確認後に日程調整し、会議参加依頼を行う。依頼の際は「参考様式4 認知症初期集中支援チーム員会議の開催について」を使用し、依頼先へ送付、参考様式4の写しと「様式7 認知症初期集中支援チーム〔チーム員会議・訪問〕実施計画書」を市へ提出する。

●会議参加の依頼時に、「参考様式5 チーム員会議事前情報提供票」ほか、必要に応じて事前に必要な情報提供を行い、当日の会議の進行を円滑にする。



⑤記録

会議開催時、法令等により守秘義務が課せられている者以外の参加者がいる場合は、「参考様式6 認知症初期集中支援チーム員会議個人情報に関する誓約書」の記入を求める。

また開催後、「参考様式7 チーム員会議録」を作成するとともに、「参考様式8 認知症初期集中支援計画書」を更新する。



(5)初期集中支援の実施

①支援期間

概ね最長で6か月まで。

また、支援計画の目標達成や必要な引継ぎをした場合は終了とする。

②支援内容

対象者の意思や状態、生活環境及び認知症の状態等に応じて次の支援を実施する。

●受療支援：本人や家族に早期受診の必要性を伝え受診勧奨を行うとともに、継続受診できる体制を作る。

●身体を整えるケア：「様式4 身体の様子チェック票」を活用し、身体疾患等の情報を収集し、必要な支援につなげる。

●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。

●服薬管理：管理の状況を確認し、支援が必要な場合(独居等)には、服薬管理を支援するための対策を講じる。

●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。

●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(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。



- 権利擁護に向けた調整：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。
- 緊急対応：緊急対応を要する課題について確認する（独居の場合は特に注意する）。食事やライフラインの確保、虐待の危険性、本人及び介護者に重篤な健康問題がないか 等 該当するものがある場合は、関係機関と協力し早急に支援を行う。

③チーム員会議

必要に応じてチーム員会議を開催し、チーム員で情報の共有及び計画の修正を行う。

- 会議開催の流れはP3「(4)第2回チーム員会議の開催」を参照する。
- 認知症サポート医等、謝金の支払いを要するチーム員の参加についても、第2回チーム員会議の開催時と同様に、依頼の可否を市に確認してから日程調整を行う。

④終了前のアセスメントの実施

各種アセスメントシート及び現況の聞き取りにより、再アセスメントを行う。



(6)初期集中支援の終了

①終了の目安

- 支援目標が達成できた場合
- 次の引継ぎ先につながった場合
- BPSDが軽快し、対応上の困難性が軽減した場合

②終了の決定

チーム員会議の開催により、終了の目安に該当する状況となったと判断できる場合、支援の終了となる。

- 会議開催の流れはP3「(4)第2回チーム員会議の開催」を参照する。
- 認知症サポート医等、謝金の支払いを要するチーム員の参加についても、第2回チーム員会議の開催時と同様に、依頼の可否を市に確認してから日程調整を行う。
- 可能であれば、今後主となる支援機関にもチーム員会議に参加を依頼する。
- 支援終了に向けて「参考様式11 ケース引継ぎ・初期集中支援終了連絡票」を作成し、チーム員会議にてチーム員の確認を得る。
- 終了決定のチーム員会議において、その後のモニタリングの要否やモニタリング実施の場合の時期・回数等も設定する。



③引継ぎ

支援終了を決定したチーム員会議の後、「参考様式11 ケース引継ぎ・初期集中支援終了連絡票」を完成させ、今後主となる支援機関へ提出するとともに引継ぎを行う。

また、支援対象者にチームによる支援の終了と引継ぎ先、今後のモニタリングについて伝達する。



(7)モニタリング

①目的

医療や介護サービスの利用やBPSD等の新たな課題の発生状況等を確認、評価する。

②実施時期

原則として終了後2か月をめぐりに行い、その後は必要に応じて実施。

③方法

訪問または引き継いだ介護支援専門員への聞き取り等

④モニタリングの終了

モニタリング結果から安定した状況が維持、継続されることが見込まれる場合には、その旨をチーム員会議にて報告、確認し、モニタリング終了とする。

- 会議開催の流れはP3「(4)第2回チーム員会議の開催」を参照する。
- 認知症サポート医等、謝金の支払いを要するチーム員の参加についても、第2回チーム員会議の開催時と同様に、依頼の可否を市に確認してから日程調整を行う。
- 可能であれば、主となっている支援機関にもチーム員会議に参加を依頼する。

(8)事業報告

月末時点のチーム活動状況について、実績がある場合は「包括様式2 初期集中支援推進事業月間実績報告書」「包括様式2 別紙1～6 月間報告別紙」「様式8 認知症初期集中支援対象案件一覧」を作成し、翌月20日までに地域包括・誰もが活躍推進本部認知症施策推進係の担当あてに提出する。

- 最終的にチームによる支援対象とならなかった場合でも、相談を受け、チームによる支援の検討を行った場合は、報告する。
- 「様式8 認知症初期集中支援対象案件一覧」で報告する項目は、チーム活動の評価につながるものである。



5. その他

(1)認知症疾患医療センターとの連携

必要に応じて、認知症疾患医療センターと連携し情報共有を行う。

(2)認知症初期集中支援チーム検討委員会での検討・報告

必要に応じて、チームの活動状況等について、認知症初期集中支援チーム検討委員会において検討及び報告をする。

(3)書類の保存期間

認知症初期集中支援チーム活動に関する記録等の保存期限は、モニタリング終了の翌年度を1年目として5年間とする。

平成 30 年 9 月 21 日

静岡市地域包括ケア推進本部 御中

一般社団法人静岡市静岡医師会
会長 袴田 光治

静岡市(葵区・駿河区)における「認知症サポート医の役割」について
地域包括支援センターへの周知のお願い

前略 日頃本会会務にご理解ご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて本会では、本年 3 月 2 日に「認知症サポート医の役割と活動内容に関する意見交換会」を開催したところ、地域包括支援センター職員の方をはじめ、認知症サポート医、認知症疾患医療センターの医師及び職員、行政職員の方々にも参加して頂き、認知症サポート医の役割について、活発な意見交換が行われました。

その時に出された意見を共通認識として共有するべく、本会地域医療委員会でも協議を重ねた結果、下記のとおりまとまりましたので、葵区・駿河区の各地域包括支援センターにご周知いただきたくお願い申し上げます。

記

【認知症サポート医の役割に関する共通認識】

(物忘れ等で医療や介護の介入が必要と判断された方への対応)

① かかりつけ医がいない場合

ア 家族や地域包括職員の介助・付添によっても、医療機関への受診が不可能
初期集中支援事業の対象者とし、認知症サポート医は初期集中支援チームの会議に参加し、あるいは対象者の居住宅に訪問して、医療や介護への適切な橋渡しをすることに助力することを主な役割とする。

イ 家族や地域包括職員の介助・付添により、医療機関への受診が可能
その患者が住んでいる近隣で、認知症疾患医療センターとの連携医療機関として登録している診療所の中から、受診医療機関を患者もしくは家族に選定してもらう。

② かかりつけ医がいる場合

ア かかりつけ医では対応が困難
当該かかりつけ医に対し、認知症サポート医による介入の同意を得たうえで、初期集中支援事業の対象者とする。(認知症サポート医は上記①「ア」の対応を実施)

イ かかりつけ医により対応が可能
当該かかりつけ医が対応

※上記内容で今後不都合が生じた場合には、検討会を開催のうえ見直しを行う。

6. 様式一覧

(1)標準様式：初期集中支援推進事業で使用。◎は該当があれば、市担当者へ要提出。

様式No.	名 称	使用目的・使用時期等
様式1	訪問支援対象者チェックシート	初期集中支援対象者となるかを確認するため、総合相談等で情報把握した際に使用。 ※「支援対象」となった場合は、様式8に記入。
様式2	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)	初期集中支援対象者のアセスメントのため、訪問等で状態把握できた際に使用。(2022 チーム員研修テキストP67 参照) ※活動評価のため、支援終了時やモニタリング時も使用。
様式3	認知症行動障害尺度(DBD-13)	様式2と同様。(2022 チーム員研修テキストP80 参照) ※活動評価のため、支援終了時やモニタリング時も使用。
様式4	身体の様子のチェック票	様式2と同様。(2022 チーム員研修テキストP80 参照) ※活動評価のため、支援終了時やモニタリング時も使用。
様式5	Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目(J-ZBI_8)	初期集中支援対象者家族の介護負担のアセスメントのため、訪問等で状況把握できた際に使用。(2022 チーム員研修資料「認知症初期集中支援チームの流れとこれまでの状況」P28 参照) ※活動評価のため、支援終了時やモニタリング時も使用。
様式6	認知症初期集中支援推進事業における個人情報使用同意書	初期集中支援対象者に対し、初期集中支援チームによる支援内容の説明を行い、支援や関係者間の情報共有について同意を得るため、支援開始時(初回訪問等)に使用。 ※本人または家族から同意を得る。同意を得るのが困難な場合は、初期集中支援に限らず、可能な支援方法を検討。
◎様式7	認知症初期集中支援チーム[チーム員会議・訪問]実施計画書(従事者への謝金支払用)	関係者にチーム員会議や同行訪問を依頼し、謝金を支払う必要がある場合に支払の根拠資料とするため、会議や訪問日程が決まったら市へ提出。 ※日程調整の前に、謝金の支払(=会議出席や同行訪問の依頼)が可能か、市担当者へ電話確認する。
◎様式8	認知症初期集中支援対象案件一覧	チーム活動の実績報告・評価のために、様式1 訪問支援対象者チェックシートで「支援対象」となったケースがあれば記入。 ※該当ケースがいた場合、毎月20日までに前月の実績報告として市担当者へ提出。

(2)参考様式：準ずる(類似の)様式を用いても可。◎は該当があれば、市担当者へ要提出。

参考様式No.	名 称	使用目的・使用時期等
参考様式1	総合相談記録・連絡票	初期集中支援対象者となりうる方を最初に把握した際に情報を整理するため、情報把握時に使用。
参考様式2	認知症初期集中支援チーム訪問支援対象者の提出について(依頼)	包括チームが把握したケースの支援を、疾患チームへ依頼する際に使用。
参考様式3	認知症初期集中支援チーム訪問支援対象者の結果について(通知)	包括チームが把握したケースの支援を依頼された疾患チームが、支援の可否について包括チームに報告するため、結果判明時に使用。
◎参考様式4	認知症初期集中支援チーム員会議の開催について(依頼)	関係者にチーム員会議出席を依頼する際の依頼文。 ※準ずる様式を使用する場合は、謝金の金額を明示。 ※謝金を支払う必要がある場合に支払の根拠資料とするため、様式7と一緒に市担当者へ写しを提出。
参考様式5	チーム員会議事前情報提供票	関係者にチーム員会議の出席を依頼した場合、効率的な会議運営のために、必要に応じて使用。 ※氏名や住所の省略・会議後の回収等、個人情報の取扱注意。

参考様式6	認知症初期集中支援チーム員会議個人情報に関する誓約書	チーム員会議に出席した関係者のうち、所属や職種による守秘義務を負っていない方がいる場合、個人情報の漏洩防止のために使用。
参考様式7	チーム員会議録	チーム員会議の実施状況を記録するため、会議開催後に使用。
参考様式8	認知症初期集中支援計画書	チーム員による支援計画の共有、進捗確認のため、計画作成時及び支援終了やモニタリングに係るチーム員会議にて使用
◎参考様式9	認知症初期集中支援チームの訪問支援への同行について(依頼)	関係者に対象者への訪問支援を依頼する際の依頼文。 ※準ずる様式を使用する場合は、謝金の金額を明示。 ※謝金を支払う必要がある場合に支払の根拠資料とするため、様式7と一緒に市担当者へ写しを提出。
参考様式10	認知症初期集中支援チーム支援経過記録	チーム活動(支援内容)を整理し、記録として残すため、活動実施の都度使用。
参考様式11	ケース引継ぎ・初期集中支援終了連絡票	チーム活動が終了しても支援が途切れないよう関係機関へ引継ぐため、チーム活動の終了時に使用。 ※引継ぎ先へ送付するとともに、サポート医等の関係者にも共有。 ※引継ぎ先以外との共有には、氏名や住所の省略等の配慮。

(3) 包括様式：地域包括支援センター事業の報告様式の一部。◎は必要時又は該当があれば、市担当者へ要提出。

参考様式No.	名 称	使用目的・使用時期等
◎包括様式1	認知症初期集中支援チームの編成について	当年度の初期集中支援チーム員を報告するために使用。 年度当初に地域包括ケア・誰もが活躍推進本部より依頼し、全チームから提出。
◎包括様式2	初期集中支援推進事業月間実績報告書 (別紙1～6を含む)	包括チームの月間活動状況を報告するため、実績のある月、チームが使用。 ※別紙は該当のシートのみ提出。

訪問支援対象者チェックシート

記入日 年 月 日 記入者()

(フリガナ) 対象者氏名	()	生年月日	年 月 日	年齢	
住所					

◎下記の項目で「支援対象」に該当する場合、初期集中支援チームによる支援を検討し、様式8「認知症初期集中支援対象案件一覧」へ記入してください。

1	年齢が40歳以上である	はい ・ いいえ
2	在宅で生活している	はい ・ いいえ
3	認知症が疑われる又は認知症である	はい ・ いいえ

1~3のすべてが「はい」

1~3のうち、1つでも「いいえ」

支援対象外

4	医療サービス、介護サービスを受けていない又は中断している	はい ・ いいえ
---	------------------------------	----------

4が「はい」

4が「いいえ」

5	認知症疾患の臨床診断を受けていない	はい ・ いいえ
6	継続的な医療サービスを受けていない	はい ・ いいえ
7	適切な介護保険サービスに結び付いていない	はい ・ いいえ
8	(認知症)と診断されたが介護サービスが中断している	はい ・ いいえ

5~8のいずれかが「はい」

5~8のうち、すべてが「いいえ」

支援対象

9	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	はい ・ いいえ
---	---	----------

9が「はい」

9が「いいえ」

支援対象

支援対象外

様式 2

作成者: 栗田圭一 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・うつ予防七介入の促進)
 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) 認知症初期集中支援チーム版
 Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 Items (DASC-21)

ID	ご本人の氏名:			生年月日: 大正・昭和 年 月 日 (歳)			男・女		記入日 年 月 日		同居	
	回答者の氏名:			本人との続柄:			所属・職種:		備考欄			
認知機能障害・生活機能障害												
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。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. ほとんど常に	記憶	近時記憶					
2	5分前に聞いた話を思い出せなくなることがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. ほとんど常に	記憶	遠隔記憶					
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. ほとんど常に	見当識	時間					
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. ほとんど常に	見当識	場所					
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。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. ほとんど常に	見当識	道順					
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。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. ほとんど常に	問題解決判断力	問題解決					
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。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
8	一日の計画を自分で立てることができですか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができですか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
10	一人で買い物ができますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
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。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いが一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
13	電話をかけることができますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
14	自分で食事の準備ができますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむむことはできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
17	着替えは一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
20	食事は一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	社会的判断力					
DASC18項目の合計点							点	DASC21項目の合計点		点	点	

©地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所

静岡市地域包括ケア・誰もが活躍推進本部

DBD-13

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

ID	回答者氏名
本人氏名	記入日
生年月日	年 月 日
	記入者氏名

No	質 問 内 容	0点	1点	2点	3点	4点	(備考欄)
1	同じことを何度も何度も聞く	0.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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	口汚くものしる	0.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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.まったくしない	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						
	合計						点

身体の様子チェック票

①コミュニケーション能力

- 訪問者との意思疎通が可能か はい いいえ 不明
- 目が見えにくい はい いいえ 不明
- 耳が聞こえづらい はい いいえ 不明

②衛生状態

- 身体は清潔か はい いいえ 不明
- 衣服は清潔か はい いいえ 不明
- 家屋、室内は清潔か はい いいえ 不明

③栄養状態

- 極度にやせているか肥満しているか はい いいえ 不明
- むくみがあるか はい いいえ 不明

④摂食状態

- 食事を拒否したり、食べないことがあるか はい いいえ 不明
- 食べ過ぎることがあるか はい いいえ 不明
- 食物を嘔めるか はい いいえ 不明
- 食物を飲み込めるか はい いいえ 不明

(上記4項目のいずれかがはいの場合は、食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1回の食事に要する時間を確認)

⑤排泄状態

- 尿失禁があるか はい いいえ 不明
- 便失禁があるか はい いいえ 不明
- 便秘があるか はい いいえ 不明

⑥睡眠状態

- 睡眠は良好か はい いいえ 不明
(起床時間、就寝時間、昼寝の有無も確認する)
- 寝ていて大声を出したり起き上がったことがあるか はい いいえ 不明

⑦その他

- その他身体の状態が気になったこと

※購入した検査シートを使用すること
(出版社である(株)三京房に無断で複製・頒布を行うと、著作権侵害にあたる可能性があります。)

認知症初期集中支援推進事業における個人情報使用同意書

私（本人）およびその家族の個人情報について、事業を実施する際に、次に記載するとおり、個人の権利利益を侵害することのないよう、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うこと、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。

1. 使用する目的

- ・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
- ・生活支援を包括的・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

2. 個人情報を共有する関係者の範囲

支援を行う関係機関（主治医・医療機関、介護支援専門員、サービス事業者等の関係専門職）

3. 使用にあたっての条件

- ・個人情報を提供する場合、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。また支援が終了した後も同様とします。
- ・個人情報の提供に使用した資料については、複製を禁止するとともに、使用後に必ず回収するなど適切な管理をします。
- ・個人情報を使用した会議においては、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、又は識別され得るものをいいます。

年 月 日

静岡市長 様

本人住所 _____

本人氏名（自署） _____

本人の署名が難しい場合の代筆者（ご家族等）

氏 名 _____（続柄： _____）

静岡市地域包括ケア・誰もが活躍推進本部

認知症初期集中支援チーム〔チーム員会議・訪問〕実施計画書
 (従事者への謝金支払用)

様式7

計画作成者	職	氏名
計画作成日	令和	年 月 日
会議開催・訪問支援日時	令和	年 月 日 時 分 ~ 時 分

会議開催の趣旨(1~3を選択)・訪問目的

訪問支援対象者

会議・訪問場所

参加・訪問依頼者	フリガナ	住所 ※書類送付先住所	職種	会議等での役割	謝金
	氏名	日中連絡がとれる電話番号(自宅、職場、本人携帯等)	所属、本人との関係等		
	シズオカ タロウ	清水 区旭町6番8号	医師	認知症サポート医	○
	静岡 太郎	△△△-△△△-△△△△	○×医院		
		区			
		区			
		区			

(これに準ずる様式の代用可)

参考様式1

総合相談記録・連絡票

地域包括支援センターエリア	受付日	年	月	日
---------------	-----	---	---	---

相談方法	1. 電話 2. Fax 3. 来所 4. 訪問 5. その他 ()	新規・再	整理NO	-
------	-------------------------------------	------	------	---

当事者	氏名	住所		
	年 月 日 (歳)	TEL	FAX	
	要介護度	介護サービス利用の有無	有・無	障害高齢者の自立度
				認知症高齢者の日常生活の自立度
				福祉サービス利用の有無
				有・無

相談者 (把握経路)	氏名	所属又は連絡先
		TEL FAX

相談者の内訳	ア. 介護支援専門員 イ. サービス事業者 ウ. 主治医・医療機関 エ. 民生委員・地区役員 オ. 近隣・知人 カ. 家族・親類 キ. 高齢者本人 ク. その他の関係機関 () ケ. その他 ()
--------	---

※複数選択可 相談種別	A. 総合相談支援	a. 介護保険制度に関すること b. 在宅福祉サービスに関すること c. 施設入所等に関すること d. 病院・施設～退院に向けての相談 e. その他 () f. 認知症に関すること
	B. 権利擁護	a. 虐待・虐待の疑いのある事例 b. 支援困難事例 c. 成年後見制度等の利用に関すること d. 消費者被害に関すること
	C. 介護予防	a. 特定高齢者の介護予防ケアマネジメント b. 要支援者の介護予防ケアマネジメント c. その他介護予防に関すること
	D. ケアマネ支援相談	a. ケアマネジメントに関すること ()
	E. その他	a. A～D以外の相談 ()
(その他の把握経路)	1. 特定高齢者リスト () 2. 民生委員実態調査結果 3. 要支援者リスト 4. その他 ()	

緊急性の有無	1. 無 2. 有 (ア. 緊急対応が必要な虐待や虐待疑い等の相談 イ. その他緊急対応が必要と判断される相談)
--------	--

相談者の主訴と概要	◆家族構成 ◎=本人 ○=女性 □=男性 ●=死亡
-----------	------------------------------

【本人の状況】	◆当事者の内訳 ・独居、高齢者世帯 ・認知症 ・困難事例 ・その他
【家族の状況】	
【主訴】	

判断と対応状況	認知症 (1. あり 2. なし 3. 疑いあり)
---------	-----------------------------

↓ ↓

1と、3にチェックする場合は、下記の内容についての記入をしてください。

①現病歴 ②既往歴 ③これまでの経過 ④住宅環境 ⑤生活歴
⑥本人・家族の思い ⑦利用しているサービス ⑧趣味・楽しみ・特技
⑨かかりつけ医と受診状況 ⑩家族の介護状況 ⑪認知機能の障害など

1. 指導助言	… ①必要な情報提供(関係機関の紹介も含む)
2. 申請代行	… ②要介護(要介護)認定申請 ③在宅福祉サービスの申請(サービス名:) ⇒※申請手続きを行った場合
3. 新予防給付へ	… ④要支援者の介護予防ケアマネジメントへ移行 (※総合相談支援としては終了)
4. 継続的支援	… ⑤電話等による事後フォロー予定(時期: 頃予定) ⑥訪問等による面接予定(時期: 頃予定) ⇒※「訪問等」は、アセスメント訪問、ケース検討会議を含む ⑦専門相談機関へのつなぎ(つないだ後のフォローも行う予定) ⇒機関名 ()
5. 継続的ケアマネ支援へ	… ⑧事業所訪問等によるケアマネとの面接予定 ⑨専門相談へ(つないだあとのフォローも行う予定) ⇒弁護士相談(月 会場) ⑩同行訪問予定(頃)・サービス担当者会議への出席予定(頃)
6. その他 ()	… ※ 複数選択可

結果	1. 継続 2. 終了	継続理由(記号)	利用者基本情報の添付	1. 有 2. 無	受付者(対応者)	氏名
----	-------------	----------	------------	-----------	----------	----

※対応1～3 (①～④)のみ該当する場合は、終了とする。

(これに準ずる様式の代用可)

年 月 日

(静岡市認知症初期集中支援推進事業 受託法人代表) 様

〇〇地域包括支援センター所長

認知症初期集中支援チーム訪問支援対象者の提出について (依頼)

このことについて、下記のとおり、訪問支援対象者について提出しますので、御精査
いただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 対象者

氏 名	生年月日

2. 添付書類

別紙 参考様式1 「総合相談記録・連絡票」

担 当 静岡市〇区〇〇地域包括支援センター

T E L 0 5 4 - -

F A X 0 5 4 - -

(これに準ずる様式の代用可)

年 月 日

〇〇地域包括支援センター所長 様

(静岡市認知症初期集支援事業受託法人 代表)

認知症初期集中支援チーム訪問支援対象者の結果について (通知)

年 月 日付けで御依頼のあった訪問支援対象者について、下記のとおり決定しましたので、お知らせします。

記

1. 対象者

氏名	対応	理由

担当 (認知症初期集中支援事業 受託法人
ご担当者)

TEL 054- -

FAX 054- -

(これに準ずる様式の代用可)

年 月 日

(認知症サポート医等) 様

〇〇地域包括支援センター所長

認知症初期集中支援チーム員会議の開催について (依頼)

このことについて、下記のとおり、チーム員会議を開催いたしますので、大変お忙しい中恐縮ではございますが、御出席くださいますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 開催日時 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
2. 開催場所
3. 議 題 圏域のケース1件の(支援方針、計画の検討・支援終了、引継ぎ・モニタリング結果報告)について
4. 送付資料
5. その他 ①恐れ入りますが、当日は送付した事前資料を御用意くださいますようお願いいたします。
②会議出席に伴い、後日、静岡市より謝金(8,000円・税引前)をお支払いいたします。

担 当 静岡市〇区〇〇地域包括支援センター

T E L 0 5 4 - -

F A X 0 5 4 - -

(これに準ずる様式の代用可)

年 月 日

(担当介護支援専門員等) 様

〇〇地域包括支援センター所長

認知症初期集中支援チーム員会議の開催について (依頼)

このことについて、下記のとおり、チーム員会議を開催いたしますので、大変お忙しい中恐縮ではございますが、御出席くださいますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 開催日時 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
2. 開催場所
- 3 議 題 圏域のケース 1 件の (支援方針、計画の検討・支援終了、引継ぎ・モニタリング結果報告) について
- 4 送付資料
- 5 その他 ①恐れ入りますが、当日は送付した事前資料を御用意くださいますようお願いいたします。
②会議出席に伴い、後日、静岡市より謝金 (4,000 円・税引前) をお支払いいたします。

担 当 静岡市〇区〇〇地域包括支援センター

T E L 0 5 4 - -

F A X 0 5 4 - -

チーム員会議 事前情報提供票

(これに準ずる様式の代用可)

ふりがな 本人氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	静岡市 区			
かかりつけ医				
家族状況		現病歴 既往歴		
介護保険	未申請・非該当・要支援()・要介護()・申請中			
相談内容 (本人・家族の 意向)				
チーム員のかか わりの経過	<p>【アセスメント内容】</p> <p>DASC(点) DBD (点) Zarit(点)</p> <p>【生活課題】</p> <p>【チーム員の提案】</p>			
その他連絡事 項				

(これに準ずる様式の代用可)

静岡市職員または静岡市受託法人従業員等、認知症初期集中支援チーム員会議の出席に際し、法令等により守秘義務が課せられている者以外の者であつて、当該会議に出席する場合は、会議に際し、以下の守秘義務に係る誓約書への署名に御協力いただきますよう、お願いいたします。

認知症初期集中支援チーム員会議

個人情報に関する誓約書

私は、認知症初期集中支援チーム員会議で取り上げられ、知り得た個人の情報について、他に漏らさないことを誓約いたします。また、会議で取り上げられた者への支援が終了した後も同様とします。

年 月 日

所属機関又は団体名	住所	氏名

※自署とする

静岡市地域包括ケア・誰もが活躍推進本部

チーム員会議録

参考様式 7

利用者名： 様 開催日時： 年 月 日 ～ 日 会場： 会議室 (これに準ずる様式の代用可)

開催場所：

作成担当者： 開催回数： 回目

認知症アセスメント	DASC21	介入時	介入後
	DBD-13		
	Zarit 8		
認知症の種類			

キーパーソン	関係機関	包括
介護・福祉		医療
		その他

所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者			

検討内容	
医師・専門職の意見	
支援目標	
支援方針内容 (支援終了の際には終了理由を記載)	
次回の予定・開催時期	

認知症初期集中支援計画書

参考様式 8

利用者名： _____ 様 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 住所： _____ (これに準ずる様式の代用可)

作成担当者： _____ 作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人及び家族の生活 に対する意向	
---------------------	--

長期目標	
------	--

支援内容	<input type="checkbox"/> 鑑別診断の受診 <input type="checkbox"/> 主治医との連携 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用支援 <input type="checkbox"/> インフォーマルサービスの利用支援 <input type="checkbox"/> 家族支援	<input type="checkbox"/> 身体的ケア <input type="checkbox"/> 権利擁護 <input type="checkbox"/> 生活環境の改善 <input type="checkbox"/> 経済的困窮に対する支援 <input type="checkbox"/> BPSDへの対応や予防に関する支援
------	--	---

優先 順位	解決すべき課題 (問題点)	支援目標	支援計画	達成 時期	担当者
①					
②					
③					
④					

年 月 日

(認知症サポート医等) 様

〇〇地域包括支援センター所長

認知症初期集中支援チームの訪問支援への同行について (依頼)

このことについて、下記のとおり、対象者宅等への訪問支援を行いますので、大変お忙しい中恐縮ではございますが、同行訪問をしていただきますよう、よろしく願いいたします。

記

1. 訪問支援日時 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
2. 訪問場所
3. 訪問目的
4. その他 同行訪問に伴い、後日、静岡市より謝金 (8,500 円・税引前) をお支払いいたします。

担 当 静岡市〇区〇〇地域包括支援センター

T E L 0 5 4 - -

F A X 0 5 4 - -

(これに準ずる様式の代用可)

年 月 日

(担当介護支援専門員等) 様

〇〇地域包括支援センター所長

認知症初期集中支援チームの訪問支援への同行について (依頼)

このことについて、下記のとおり、対象者宅等への訪問支援を行いますので、大変お忙しい中恐縮ではございますが、同行訪問をしていただきますよう、よろしく願いいたします。

記

1. 訪問支援日時 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
2. 訪問場所
3. 訪問目的
4. その他 同行訪問に伴い、後日、静岡市より謝金 (4,000 円・税引前) をお支払いいたします。

担 当 静岡市〇区〇〇地域包括支援センター

T E L 0 5 4 - -

F A X 0 5 4 - -

認知症初期集中支援チーム
支援経過記録

(これに準ずる様式の代用可)

対象者氏名： _____

	年月日	対応状況・今後の方針	記録者
1	年 月 日	訪問 【収集した情報】 【アセスメント】 課題： 【支援の見通し】	
2	年 月 日	訪問・電話・会議・モニタリング 回目 (初期集中支援チーム継続・終了、モニタリング継続・終了)	
3	年 月 日	訪問・電話・会議・モニタリング 回目 (初期集中支援チーム継続・終了、モニタリング継続・終了)	
4	年 月 日	訪問・電話・会議・モニタリング 回目 (初期集中支援チーム継続・終了、モニタリング継続・終了)	
5	年 月 日	訪問・電話・会議・モニタリング 回目 (初期集中支援チーム継続・終了、モニタリング継続・終了)	

参考様式11

(これに準ずる様式の代用可)

提出日: 年 月 日

引継日: 年 月 日

様

ケース引継ぎ・初期集中支援終了連絡票

認知症初期集中支援事業の対象者となっていた下記の方について、支援が終了となりましたので、ご連絡いたします。

引き継ぎ方法	1. 対象者への同行訪問 2. チーム員会議への担当者参加 3. チーム員によるサービス担当者会議への参加やケアプラン作成時の支援 4. その他()
--------	--

基本情報	対象者氏名	
	対象者住所	
	【身体状況】	
	【精神状況】(BPSDなど)	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
チーム対応の効果	内容	対応年月日・特記事項など
	<input type="checkbox"/> 医療機関への受診支援	
	<input type="checkbox"/> 生活支援(服薬管理や金銭管理)	
	<input type="checkbox"/> 成年後見制度利用に関する支援	
	<input type="checkbox"/> 専門相談	
	<input type="checkbox"/> 家族・介護者への支援	
	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用に関する支援	
	<input type="checkbox"/> BPSDへの対応や予防に関する支援	
	<input type="checkbox"/> その他	記入欄:
留意点・要望	<input type="checkbox"/> 医療に関する事	()
	<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	()
認知症サポート医 助言・意見		
その他連絡事項	(今後の支援の方向性など)	
(静岡市認知症初期集中支援チーム) 担当者 ○○ TEL FAX		

(包括様式1)

年 月 日

認知症初期集中支援チームの編成について

(センター名)

(センター長名)

認知症初期集中支援チームの編成について、次のとおり報告します。

責任者 ※1	氏 名	資 格※2	経験年数※3	研修の 有 無 ※4
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	

※1 「責任者」には○を付して下さい。

※2 「保健師、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、歯科衛生士、精神保健福祉士、介護支援専門員」等の医療保健福祉に関する国家資格を記載して下さい。

※3 「経験年数」は認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に携わった年数を記載して下さい。

※4 「研修の有無」は「認知症初期集中支援チーム員研修」の受講の有無を記載して下さい。『無』の場合は、研修受講者による伝達研修を受講後、チーム活動を行ってください。

(包括様式2)

年 月 日

認知症初期集中支援推進事業月間実績報告書

センター名

センター長名

静岡市認知症初期集中支援推進事業実施状況 (月分)

(1)	相談受付件数	件
(2)	チーム員会議開催回数 (延べ数)	回
	うち、認知症サポート医に出席依頼した会議	回
	うち、専門職に出席依頼した会議	回
(3)	対象者訪問回数 (延べ数)	回
	うち、認知症サポート医に訪問を依頼した回数	回
	うち、専門職に訪問を依頼した回数	回
(4)	電話相談、連絡調整回数 (延べ数)	回
(5)	引継ぎ・初期集中支援終了件数	件
(6)	モニタリングに係る件数等	
	モニタリングを実施した支援対象件数 (実数)	件
	うち、モニタリング終了となった支援対象件数	件
	モニタリングを実施した回数 (延べ数)	回

なお、添付資料は別紙のとおり

1 相談受付

NO.	受付日	情報(相談)内容
記入例	〇年〇月〇日	相談者:本人、家族(妻、長女など)、民生委員など 対象者:男・女 年齢:〇〇歳 情報(相談)内容:〇〇〇〇〇
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

2 チーム員会議

NO.	開催日時	会場	対象者	参加者名(種別)	会議内容
記入例	○年○月○日	○○病院 ○会議室	ケースNo.1	○○○○(サポート医) ○○○○(看護師) ○○○○(介護士)	1. プラン作成(支援終了決定など) 2. 内容:○○○～
1					
2					
3					
4					
5					
6					

3 対象者宅等訪問

NO.	訪問日	対象者	訪問者名(種別)	訪問内容
記入例	○年○月○日	ケースNo.1	〇〇〇〇(サポート医) 〇〇〇〇(看護師など)	1. 初回訪問・アセスメント(プラン説明など) 2. 内容:〇〇〇～
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4 電話相談、連絡調整等

NO.	対応日	支援対象者	対応種別	対応内容
記入例	○年○月○日	ケースNo.1	1 本人または家族との電話連絡(相談対応) 2 関係機関との電話連絡 3 その他	1. ○○ケアマネジャーからの電話 2. 内容:○○○～
1				
2				
3				
4				
5				
6				

5 引継ぎ・初期集中支援終了

NO.	引継ぎ(支援終了)日	支援対象者	引継ぎ先	内容
記入例	○年○月○日	ケースNo.1	所在: 葵区○○ 名称: ○○	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

6 モニタリング

NO.	実施日	引継ぎ(支援終了)日	支援対象者	モニタリング実施者名(種別)	内容
記入例	○年○月○日	○年○月○日	ケースNo.1	○○○○(看護師など)	1. 方法:対象者を訪問 2. 回数:2回目(今回でモニタリング終了) 3. 状況確認:○○○
1					
2					
3					
4					
5					
6					