

認知症初期集中支援の実施

	支援内容	必要書類
ア 訪問支援対象者の把握	①地域包括支援センターに情報が来るのを待つ受動的把握 ②基本チェックリスト等、また、市町村独自の把握事業、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者の選定等を利用する能動的把握	相談受付票（様式 1） ※相談受付票は地域包括支援センターシステム内に記録・管理する
イ 情報収集	①情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、介護支援専門員等）の明確化 ②基本情報の確認	基本情報（様式 2） ※基本情報は地域包括支援センターシステム内に記録・管理する
ウ 初回家庭訪問の実施	① 支援チームの役割と計画的関与を行うことと、個人情報に関する取扱いについて家族等に説明 ②基本的な認知症に関する正しい情報の提供 ③専門的医療機関への受診や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説明 ④訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言等	個人情報に関する同意書（様式 3）※家族等で記入できる場合
エ アセスメント	① 認知機能と行動・心理症状の情報収集しアセスメント実施 ② 身体の様子チェック等 ③ 生活状況の情報収集	
オ チーム員会議の開催	① 係内のチーム員会議 開催日：毎月 1 回（臨時開催もあり） 8 時 45 分～10 時 00 分 場 所：市役所会議室 内 容：支援対象者の決定、支援の方針及び役割の確認、初回訪問および支援経過の報告、チーム員定例会議に提出する事例の決定、チームの活動に関すること等 参加者：チーム員（チーム員医師を除く） ② 認知症疾患医療センターとのチーム員定例会議 開催日：隔月（偶数月）第 3 金曜日 15 時 00 分～16 時 00 分 場 所：Zoom による Web 会議 内 容：支援の方針及び役割の確認、支援開始後の	事例概要シート（様式 4） 初期集中支援計画書（様式 5） チーム員会議議事録（様式 6）

	状況の変化や緊急時の連絡体制の確認、支援目標（ゴール）の決定等 参加者：チーム員、チーム員医師、認知症疾患医療センター職員他、検討内容によっては関係者に参加を依頼する	
カ 初期集中支援の実施	チーム員会議で決定された支援計画に基づき、支援対象者の状況に合わせて、次に示す①～⑤の支援が適宜実施される。 ①医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門医受診に向けた動機付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う ②訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う ③認知症の重症度に応じた助言 ④身体を整えるケア ⑤生活環境の改善等	経過記録（様式7） ※経過記録は地域包括支援センターシステム内に記録・管理する
キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携	地域の特性に合わせた社会資源情報を活用し、地域の医療情報、医療資源、人材に関する情報、介護サービス資源、インフォーマルなサービスに関する情報を常に更新し所有する	
ク 初期集中支援の終了とその後の関係機関との連携	① 支援の終了：支援計画に基づいて、一定程度の目的が達せられたこと等がチーム員会議の場において判断された場合に終了となる。原則として6か月以内 ② 引き継いだ関係機関との連携：支援終了した対象者を関係機関が引き継ぎ、モニタリングや実態把握していく中で相談機関として継続的な相談支援を行う	必要時 相談受付票（様式1） 経過記録（様式7） ※経過記録は地域包括支援センターシステム内に記録・管理する
ケ 初期集中支援に関する記録	対象者の個別記録を作成し、高度の個人情報であるため施錠可能な場所で保管する	

相談受付票

受付日			R / /	受付形態			受付 No.		
相談受付担当者					発生時期・場所				
相 談 者	氏名（フリガナ）				住 所	〒 TEL			
	年齢								
対 象 者	氏名（フリガナ）				住 所	〒 TEL			
	年　齢		性　別						
受 付 の 内 容	受付の種類								
相談者の希望等									
備考									
相談者の要望									
相談者への確認			第三者委員への報告の要否 要 □ 否 □ 確認欄 []						
			話し合いへの第三者委員の助言、立合いの要否 要 □ 否 □ 確認欄 []						

相談記録	
想定原因	
対応分類	
対応経過	
結果	

対象者基本情報

《基本情報》

記入者:

相談日	年 月 日	来所 ・ 電話 ・ 訪問 その他 ()	初回訪問日 年 月 日	
対象者の現況	在宅 ・ 入院または入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 () 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・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・V		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障()・療育()・精神()・難病()・その他()			
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 問題点(特記事項)			
経済状況 (本人の捉え方)	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他() 経済力 特に困らない・やや厳しい・厳しい・その他()			
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	TEL	続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
				TEL
				TEL
				TEL
民生委員				
		TEL		
主介護者の 介護力				
家族関係等 の状況				

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活 (介護が必要になった経緯、問題点など)			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	一日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技など
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		
外出頻度	週 回程度 ・ 月 回程度 ・ 外出しない		
外出目的	買い物・通院・デイサービス等・その他()		

《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 (主治医意見書作成者に☆)	経過	治療内容や後遺症
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	
服薬状況	薬の内容	服用方法	特記事項 (注意すべき副作用など)	
管理者 ()				
			飲み忘れ 有 ・ 時々 ・ 無	

認知症初期集中支援における個人情報使用同意書

私（利用者）およびその家族の個人情報については、事業実施の際、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用し、関係するものに情報提供を行うこと、または関係するものから情報提供を受けることに同意します。

記

以上

1 使用する目的

- ・利用者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
- ・認知症の初期支援を包括的・集中的に行うために必要な場合

2 個人情報を共有する関係者の範囲

- ・利用者の支援を行っている関係機関

3 使用にあたっての条件

- ・個人情報を共有するにあたり、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、関係者以外のもの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あいます。
- ・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、または識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

山陽小野田市地域包括支援センター宛

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄（

事例概要

担当チーム員()

事例タイトル (事例内容を表すような表題)											
利用者の仮称		さん	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女	世帯状況	独居 ・ () 人家族			
検討課題											
支 援 状 況	氏名(記号で)	続柄	年齢	備考	家 族 状 況		住 宅 状 況				
			歳代								
			歳代								
			歳代								
ジ エ ノ グ ラ ム ・ エ コ マ ッ プ					経 済 状 況		サ ー ビ ス 利 用 状 況				
病 歴	既往歴				現病歴および内服薬						
要介護認定				未申請・申請中・自立・要支援()・要介護()・変更申請中							
障害高齢者の日常生活自立度				自立 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2							
認知症高齢者の日常生活自立度				自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M							
障害者手帳等											
生 活 歴											
経 過											
初回訪問のアセスメント結果											

認知症初期集中支援計画書

対象者名

本人の希望	
家族等の希望	

生活上の課題	目標		取組の内容	役割分担
	3ヶ月	6ヶ月		
①				
②				
③				

(作成年月日 令和 年 月 日)

計画作成者

第 回 認知症初期集中支援チーム員会議 議事録	
日 時	令和 年 月 日 (月) 8 : 4 5 ~ 1 0 : 0 0
場 所	
参加者	計 名

検討結果は以下の通り。

[新規対象者]

対象者①： (担当：)

<事例概要・経過・検討事項>

<検討結果>

[経過報告]

対象者②： (担当：)

<経過・検討事項>

<検討結果>

[その他]

以上

