

認知症初期集中支援チームの設置について

1. 認知症初期集中支援チームの設置について

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で暮らし続けるために、認知症の発症から生活機能障害の進行に合わせて提供される医療や介護保険サービスなどの適切なサービスにつながない認知症の人やその家族に早期に関わり、早期診断・早期対応につなげていくことを目的として「認知症初期集中支援チーム」を設置します。

2. 認知症初期集中支援チームの役割

認知症初期集中支援チームとは、複数の専門職が本人や家族からの相談を受け、認知症が疑われる方や認知症の方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です。

3. 訪問支援対象者

・40歳以上の在宅で生活する者で、認知症疾患があり、又は認知症が疑われ、かつ、以下のいずれかに該当するものとする。

① 医療サービス又は介護サービスの提供を受けていない者、又は中断している者で、次のいずれかに該当する者

ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者

イ 継続的な医療サービスに結び付いていない者

ウ 適切な介護サービスに結び付いていない者

② 医療サービス及び介護サービスの提供を受けているが、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者

・当初は、実情の把握を含めた動きとなるため、今後の動きの中で、訪問支援対象者については、随時、検討していきます。

4. 事業の実施内容

(1) 初期集中支援の実施

① 訪問支援対象者の把握

② 情報収集及び観察・評価

本人の病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集する。また、評価票を用いて認知症の包括的観察・評価を行う。

③初回訪問時の支援

初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言等を行う。（概ね2時間以内）

④専門医を含めたチーム員会議の開催

初回訪問後、訪問支援対象毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。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、市町村関係課職員等の参加も依頼する。

⑤初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスに至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・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。

（訪問支援対象者が医療サービスや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、概ね最長6か月）

⑥引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎ等を行う。また、チーム員会議において、引き継ぎのおおよそ2か月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行う。

⑦支援実施中の情報の共有について

認知症疾患医療センター及び初期集中支援チーム、関係機関等の情報共有を図る。