

認知症総合支援事業（介護保険法第115条の45第2項第6号）要綱と検討事項について

要綱	検討事項
<p>(1) 認知症初期集中支援推進事業</p> <p>ア 目的 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」（以下「支援チーム」という。）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ことを目的とする。</p> <p>イ 実施主体 市町村。ただし市町村は、ウの事業の全部又は一部について、省令第140条の67に基づき、市町村が適当と認める者（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、診療所等）に委託することができる。</p> <p>ウ 事業内容 (ア) 実施体制 a 支援チームの配置と役割 支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置することとし、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、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、観察・評価、家族支援等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ものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。</p> <p>b 認知症初期集中支援チーム員の構成 認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の①を満たす専門職2名以上、②を満たす専門医（(ウ) b④において単に「専門医」という。）1名の計3名以上の専門職にて編成する。</p>	<p>支援チームの配置 地域包括支援センター</p> <p>チーム員の構成 ①地域包括支援センターの職員で要件を満たすもの2名以上 (各地域包括支援センター職員2～3</p>

要綱	検討事項
<p>① 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」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の実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者 <p>また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。</p> <p>ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。</p> <p>② 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1名とする。</p> <p>ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。) <p>c チーム員の役割</p> <p>b の①を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。</p> <p>b の②を満たす専門医は、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。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。</p> <p>なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上の計2名以上で訪問することとする。また、観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知</p>	<p>人×5か所)</p> <p>チーム員の代表者は、国が定める研修を受講し、チーム内で共有すること。</p> <p>②認知症サポート医（医師会の推薦） または今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のある医師 (地域包括支援センターとの認知症連携に中心的な役割を担う医師) ※認知症サポート医として市が囑託</p> <p>チーム員の役割</p> <p>①地域包括支援センターのチーム員が訪問対象者への個別支援を行う。</p> <p>②認知症サポート医は、チーム員会議に参加し、チーム員からの相談に対するアドバイスをを行い、必要に応じて同行訪問する。</p>

要綱	検討事項
<p>症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上で行っても差し支えない。</p> <p>d 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等</p> <p>市町村は、実施主体として、以下の体制を講じること。</p> <p>① 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」（以下「検討委員会」という。）を設置するとともに、検討委員会が関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めること。</p> <p>② 支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医（かかりつけ医）に対する連絡票等情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ること。</p> <p>(イ) 訪問支援対象者</p> <p>訪問支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のa、bのいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、bに偏らないよう留意すること。</p> <p>a 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者</p> <p>① 認知症疾患の臨床診断を受けていない者</p> <p>② 継続的な医療サービスを受けていない者</p> <p>③ 適切な介護サービスに結び付いていない者</p> <p>④ 介護サービスが中断している者</p> <p>b 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者</p> <p>(ウ) 事業の実施内容</p> <p>以下のaからcまでについていずれも実施するものとする。なお、cについては市町村が自ら実施すること。</p> <p>a 支援チームに関する普及啓発</p>	<p>検討会の設置</p> <p>①設置済み</p> <p>②情報共有ツール「さくらパス」の活用を促進。</p> <p>訪問支援対象者</p> <p>訪問対象者の情報については、地域包括支援センターが集約。</p> <p>実施内容</p> <p>支援チームに関する周知を住民や関係団体に周知。</p>

要綱	検討事項
<p>地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行う等、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。</p> <p>b 認知症初期集中支援の実施</p> <p>① 訪問支援対象者の把握</p> <p>訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。</p> <p>② 情報収集及び観察・評価</p> <p>本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集すること。</p> <p>また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。</p> <p>③ 初回訪問時の支援</p> <p>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。(おおむね2時間以内)</p> <p>④ 専門医を含めたチーム員会議の開催</p> <p>初回訪問後、訪問支援対象者毎に、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。</p> <p>⑤ 初期集中支援の実施</p> <p>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の利用に至るまでの支援、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</p>	<p>訪問支援対象者に該当する者について、初回の訪問を実施し、情報収集と医療・介護に関する説明を行う。</p> <p>初回訪問を実施した対象者について、認知症サポート医を含めたチーム員会議により、支援方針等を決定する。 (月1~2回程度)</p> <p>初期集中支援(継続支援)の対象者に対する支援を開始。</p> <p>安定的な支援に移行するまで(最長でも6か月)、生活環境の調整等の支援を行う。</p> <p>引継ぎの2か月後に評価を行う。</p>

要綱	検討事項
<p>ービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月)</p> <p>⑥ 引き継ぎ後のモニタリング</p> <p>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等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。</p> <p>また、チーム員会議において、引き継ぎの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こと。</p> <p>なお、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5年間保管しておくこと。</p> <p>⑦ 支援実施中の情報の共有について</p> <p>訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、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を図り、事業実施すること。</p> <p>c 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置</p> <p>検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討する。</p> <p>エ 留意事項</p> <p>(ア) チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p> <p>(イ) 実施主体は、(2) 認知症地域支援・ケア向上事業を実施する場合には、認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。</p> <p>(ウ) 実施主体は、地元医師会、認知症疾患医療センターその他の認知症に関する専門的な医療を提供する医療機関、認知症専門医、認知症サポート医等との連携に努めること。</p> <p>(エ) 事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提</p>	<p>個人情報の保護</p> <p>地域包括支援センターが取得した情報を用いて連携する場合には、本人又は家族等の同意を得ることが原則。</p> <p>ただし、以下の場合には提供することができる。</p> <p>①人の生命、健康、生活又は財産を保護するため、緊急かつやむを得ないと認められるとき。</p> <p>②市民等の生命、身体、健康又は財産</p>

要綱	検討事項
<p>供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。</p> <p>(オ) 実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。</p> <p>(カ) 実施主体は、本事業の実施に当たって、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」(国立研究開発法人国立長寿医療研究センター)を参考とすること。</p> <p>(キ) 近隣市町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。</p> <p>(2) 認知症地域支援・ケア向上事業</p> <p>ア 目的</p> <p>認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが重要である。</p> <p>このため、市町村において認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員(以下「推進員」という。)を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とする。</p> <p>イ 実施主体</p> <p>市町村。ただし、市町村は、ウの事業の全部又は一部について省令第140条の67に基づき、市町村が適当と認める者に委託することができる。</p> <p>ウ 事業内容</p> <p>(ア) 実施体制</p> <p>a 推進員の配置</p>	<p>の安全を守るために、関係機関が連携を図って対処することが効果的であり、当該市民等に係る保有個人情報を提供する必要がある場合。ただし、本人の権利利益を不当に侵害するおそれがない場合に限る。</p> <p>(佐倉市個人情報保護条例第9条)</p> <p>例：徘徊・幻覚・妄想・暴力行為・不潔行為等により、認知症の症状が増悪しているケースが考えられる。</p> <p>認知症地域支援推進員の配置</p>

要綱	検討事項
<p>推進員は、地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に配置することとし、以下のいずれかの要件を満たす者を1人以上配置するものとする。</p> <p>① 認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士</p> <p>② 上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：准看護師、認知症介護指導者養成研修修了者等）</p> <p>また、市町村は、必要に応じて都道府県と連携しながら、研修会や関係者によるネットワーク会議等の機会を通じて、推進員の活動を行う上で有すべき知識の確認と資質の向上に取り組むものとする。</p> <p>b 嘱託医の配置</p> <p>医療と介護の連携を図るため、認知症サポート医養成研修修了者（以下「認知症サポート医」という。）、認知症疾患医療センターの専門医等の医師を地域包括支援センター、市町村本庁等に配置し、以下の活動等を実施することが望まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 推進員等からの相談に対する医療的見地からの助言 ・ 認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整 ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者の会議への出席・助言 <p>(イ) 推進員の業務内容</p> <p>以下のa及びbを実施するとともに、地域の実情に応じて、cも実施するものとする。</p> <p>a 認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組</p> <p>(具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人やその家族が状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるような関係機関との連携体制を構築する。 	<p>圏域毎の各地域包括支援センターに1名配置。</p> <p>嘱託医の配置</p> <p>認知症サポート医（医師会推薦）を各圏域に配置。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 推進員や認知症初期集中支援チーム員の相談に応じる。 ・ 医療介護連携のための研修企画に関する助言 等 <p>業務内容</p> <p>認知症に関する医療介護のコーディネーター。地域包括支援センターにおける認知症連携の窓口となる。</p>

要綱	検討事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地元医師会や認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等とのネットワークを形成する。 ・ 認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ)の作成・普及における主導的役割を担う。 ・ 推進員が配置されていない他の地域包括支援センターに対する認知症対応力向上のための支援を行う。 <p>b 認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて、地域における認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組 (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人やその家族等から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。 ・ 「認知症初期集中支援推進事業」で設置する「認知症初期集中支援チーム」と連携を図る等により、状況に応じた必要なサービスが提供されるよう調整 <p>c 以下の①から④までの事業実施に関する企画及び調整</p> <p>① 病院・介護保険施設等で認知症対応力向上を図るための支援事業 病院や介護保険施設等の職員の認知症への理解を深め、対応力を高めるために、認知症疾患医療センター等の専門医等が処遇困難事例に対しては事例検討を行い個別支援を実施する。</p> <p>② 地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援事業 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム等が、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材を活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法等の専門的な相談支援等を行う。</p> <p>③ 認知症の人の家族に対する支援事業 市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図る。</p>	

要綱	検討事項
<p>④ 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業</p> <p>医療も介護も生活支援の一部であることを十分に意識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する。</p> <p>エ 留意事項</p> <p>(ア) 推進員及び囑託医は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、利用者及び利用者の世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p> <p>(イ) 本事業の実施に当たって、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関、介護サービス事業者等の関係機関での情報共有を図り、連携に努めること。</p> <p>(ウ) 実施主体は、(1) 認知症初期集中支援推進事業を実施する場合においては、推進員等と認知症初期集中支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。</p> <p>(エ) 実施主体は、本事業の実施に当たって、地元医師会や医療機関、認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等との連携に努めること。</p> <p>(オ) 認知症疾患医療センターを含む医療機関等、地域包括支援センターを含む社会福祉協議会等から本事業の実施市町村の区域外に居住する者に関する情報提供を受けた場合においても、当該者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該者が居住する区域を担当する地域包括支援センターや認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。</p> <p>(カ) 市町村は、「都道府県認知症施策推進事業」の都道府県認知症施策推進会議を通じ、本事業の実施状況等の情報提供について協力すること。</p> <p>(キ) 市町村は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。</p> <p>(ク) 近隣市町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。</p>	