

# 様式集

認知症初期集中支援チーム役割分担と使用様式【函館市】

項目	マニュアル	様式		担当	市	包括	医療		
		記号・番号	名称						
相談の受付	P6	A	初回相談受付票	主	△	△	(△)		
情報収集	P6	A, B, C	初回相談受付票, 利用者基本情報, 経過記録	主	△	△	(△)		
対象者の判断・初回訪問準備				-		●			
開始決定(決裁)	P6~ P7	A, B, C		市	◎				
チーム編成				市	◎				
役割分担				-			●		
訪問日程調整				主					
<b>初回訪問</b>									
訪問体制の決定	P7~ P8			市		●			
信頼関係の構築, 状態の把握, 緊急度の判断, 意向の確認, キーパーソンの確認, 事業の説明									
同意書の説明・手続				13	同意書	※		●	
アセスメントの実施		3, 4, 5, 6	身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, J-ZBI_8						
初期支援	P8			主	△	△	(△)		
訪問結果の記録								1, 2	訪問記録票, 経過記録票(必要に応じ)
<b>チーム員会議の開催準備</b>									
専門医の日程調整	P15			医			◎		
会議メンバーの検討				市			●		
日程の決定と案内				市			●(同席者)		
会議室の確保・会場準備				医			◎		
会議資料のとりまとめ				市		資料のとりまとめ	◎		
会議資料の作成									
基本的情報関係資料				A, B, 1	初回相談受付票, 利用者基本情報, 訪問記録票	主	△	△	(△)
アセスメント関係資料				3, 4, 5, 6	身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, J-ZBI_8	-			●
支援計画書(案)				7	支援計画書(案)	主	△	△	(△)
会議資料の事前共有 (専門医, チーム員への送付)				A, B, 1, 7	初回相談受付票, 利用者基本情報, 訪問記録票, 支援計画書(案)	市	◎		
<b>チーム員会議の開催</b>									
進行	P15~ P16	7	支援計画書(案)	医			◎		
説明(支援計画案)				主	△	△	(△)		
記録				主	△	△	(△)		
主治医連絡(必要時)		7	主治医連絡票	主	△	△	(△)		
<b>初期集中支援の実施</b>									
支援計画書に基づく支援	P16~ P17		(*受診勧奨・介護保険サービス利用等の助言・支援, 家族への適確な助言, 支援)	-		●			
訪問記録				1, 2	訪問記録票, 経過記録票	主	△	△	(△)
<b>初期集中支援の終了</b>									
アセスメントの実施	P17	3, 4, 5, 6	身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, J-ZBI_8	-		●			
チーム員会議の実施				〃 他	〃 他	-		●	
引き継ぎ	P17	B, 3, 4, 5, 6, 10	利用者基本情報, 身体状況チェック票, DASC-21, DBD13, J-ZBI_8, 引継連絡票	主	△	△	(△)		
<b>モニタリングの実施</b>									
モニタリングの実施, 記録	P18	11	モニタリング記録票	主	△	△	(△)		
チーム員会議での判断・助言									
活動記録のまとめ	P18	12	活動報告書	市	◎	○	○		

◎:主担当(相談受理機関) ○:サポート機関(副担当) ●:協議機関 △:担当可能性のある機関

## 初 回 相 談 受 付 票

相談日	年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分		対応者：	所属機関：疾患センター・市役所・ 地域包括支援センター( )
相談者	氏 名		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他( )
	住所または 所属機関名		電話番号	
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族(同居・別居) <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 町内会 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他( )		

## 【本人の状況】

氏名	(男・女)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ( 歳)
現住所	市		
	電話番号：	その他連絡先：	(氏名： 続柄： )
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 家族同居		
介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
主治医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 医療機関名( ) 診療科( ) 担当医師名( )		
認知症の主治医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 医療機関名( ) 診療科( ) 担当医師名( )		
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 氏名( ) 本人との関係( ) 連絡先( )		

## 【主訴・相談の概要・初期集中支援の可能性】

相談内容	
------	--

## 利用者基本情報

作成担当者：

## 《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ( )	来 所・電 話 その他 ( )	初 回 再来 (前 / )	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )			
フリガナ 本人氏名	男・女	T・S	年 月 日生 ( ) 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・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：平成 年 月 日～平成 年 月 日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：平成 年 月 日			
障害等認定	身障 ( ) , 療育 ( ) , 精神 ( ) , 難病 ( )			
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			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来 所 者 (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	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《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・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
S・H 年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
S・H 年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
S・H 年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
S・H 年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印



## 認知症初期集中支援 訪問記録票 (初回・継続)

対象者名		生年月日	T・S 年 月 日( 歳)
訪問年月日	年 月 日 ( )	訪問時間	: ~ : ( ) 時間
訪問支援者	<input type="checkbox"/> 市高齢福祉課 (担当: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ( ) (担当: ) <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター ( ) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
訪問目的			
訪問時の状況	[訪問に対する本人の反応・理解]  [認知機能] ※認知症日常生活自立度 ( )  [精神症状・行動症状]  [身体状況] ※障害高齢者の日常生活自立度 ( )  ※別添: 身体状況チェック票参照  [生活状況]		[アセスメントシート] DASC-21 点 DBD13 点 J-ZBI_8 点 【判断】  [本人の意向・希望]  [介護者の意向・希望]  [その他]
	判断・支援内容	今後の方針	<input type="checkbox"/> 継続訪問: 年 月 日 <input type="checkbox"/> チーム員会議: 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ( )



身体状況子エック票

No
対象者氏名
訪問日
訪問者
年 月 日 ( ) : ( )
所属 (氏名)

標準項目	チェック項目	備考
運動・移動	運動機能(支えの必要性) 立ち上がり: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歩行状況(歩行レベル) 室内( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) 屋外( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) 方法( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> 車いす) 転倒傾向 転倒(日常的に <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 日常的に行っている移動方法・範囲 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 目転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 訪問者との意思疎通ができるか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (特記事項 ) 指示への反応 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ややできる <input type="checkbox"/> できない 日常の意思決定 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ややできる <input type="checkbox"/> できない 目が見えにくいのか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 耳が聞こえにくいのか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 ( <input type="checkbox"/> 補聴器の使用あり <input type="checkbox"/> 補聴器の使用なし )	
コミュニケーション	入浴の状況(身体の清潔さの確認) 頻度( <input type="checkbox"/> 回/週・月・していない) 方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭等 介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 大類は清潔か <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 ) 家屋、室内は清潔か <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 )	
衛生状態	程度に便せているか 肥満しているか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 体重の増減( ) 身長( cm ) 体重( kg )) むくみがあるか <input type="checkbox"/> はい(部位: ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
栄養状態	食事摂取について 回数( <input type="checkbox"/> 回/日) 状況: <input type="checkbox"/> バランス良い <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない 過食や異食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 異食 (特記事項 ) 食物を噛めるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 ) 食物をのみこめるか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 ) 食事拒否や食べないことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 ) 食事に要する時間 ( <input type="checkbox"/> 分/回 )	
排泄状態	水分摂取状況 <input type="checkbox"/> 量を付けている <input type="checkbox"/> 時に気をつけていない (特記事項 摂取量: ml/日くらい ) 飲酒状況・喫煙状況 <input type="checkbox"/> 飲酒: 頻度( <input type="checkbox"/> 回/日・週) 量( ) 喫煙: ( <input type="checkbox"/> 本/日・週 ) 排尿の状況 <input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・失禁がある (頻度: <input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 時々( /回) おむつ利用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 排便の状況 <input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 便漏れ・失禁がある (頻度: <input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 時々( /回) おむつ利用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便秘があるか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (特記事項 下剤の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )	
睡眠状態	睡眠は良好か <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 睡眠薬の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) 起床時間 <input type="checkbox"/> 規則的 ( <input type="checkbox"/> 時頃) <input type="checkbox"/> 不規則 就寝時間 <input type="checkbox"/> 規則的 ( <input type="checkbox"/> 時頃) <input type="checkbox"/> 不規則 日中の睡眠時間 <input type="checkbox"/> 毎日 ( <input type="checkbox"/> 時間) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない 寝ていて大声をだしたり起き上がったたりする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (特記事項 )	
その他	居住環境の問題の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記事項 ) 金銭管理 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 他者( ) 家族の介護力 <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない(理由 ) 虐待の可能性 <input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意(根拠 ) 見守りの状況 <input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし 緊急時のSOS発信 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明	

バイタル	年 月 日:	血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	体温	°C	呼吸数	回 /	分
バイタル	年 月 日:	血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	体温	°C	呼吸数	回 /	分
バイタル	年 月 日:	血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	体温	°C	呼吸数	回 /	分

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)

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

(様式4)

ご本人の氏名:	No:	生年月日: 大正・昭和	年	月	日	( 歳 )	男	女	記入日	年	月	日	独居	同居
ご本人以外の情報提供者の氏名:		本人との続柄:		記入者氏名:		所属・職種:		評価項目		備考欄				
A	物忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)								
B	一年前と比べて物忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	記憶								
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	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	近時記憶								
2	5分前に聞いた話を思い出せないうことがありますか	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	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	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	時間								
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	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	1. まったくない	2. とときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	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	1. まったくない	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決 判断力								
7	電氣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	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的 判断力								
8	一日の計画を自分で立てることができませんか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	買い物								
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL								
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL								
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	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	電話								
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	食事の 準備								
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	服薬管理								
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	入浴								
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	1. 問題なくできています	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	着替え								
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	排泄								
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	整容								
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	食事								
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	移動								
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	DASC21: (1~21項目まで)の合計点					0点/84点			
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできています	2. 見守りや声掛けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する									

© 栗田主一 地方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・うつとの予防と介入の促進)

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13)認知症初期集中支援子一ム版

No	本人氏名	回答者氏名	年 月 日				備考
	生年月日	記入日					
		記入者氏名					
No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	備考
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	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	口汚くのしる	0. まったくない	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		0	0	0	0	
	合計						0

町田綾子 日老医誌 2012:49:463-567

### 短縮版 Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI\_8)

アセスメントシートは著作権の取扱い上、掲載を省略する。  
本様式を使用するにあたっては、市から帳票を配付する。(帳票は J-ZBI\_8 のみ使用し、J-ZBI は使用しない。)

## 認知症初期集中支援計画書

対象者本人氏名： \_\_\_\_\_ 様 No. \_\_\_\_\_

計画作成者：所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

計画作成日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (初回・ \_\_\_\_\_ 回目)

本人の 意向・希望						
介護者の 意向・希望						
対象	優先 順位	課 題	目 標	対 応 方 法		
				何を・どのように	関係機関・担当者等	実施日時・期間等
本人						
介護者						
その他						
対応が困難な課題/今後検討しなければならない事項など				次回訪問予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

## 認知症初期集中支援チーム員会議記録

対象者本人氏名： \_\_\_\_\_ 様 No： \_\_\_\_\_

計画作成日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (初回・ \_\_\_\_\_ 回目)

会議日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分～ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 場所： \_\_\_\_\_

出席者	認知症サポート医： 市保健師：(氏名) 地域包括支援センター：(職種) (氏名) 認知症疾患医療センター：(職種) (氏名)
検討項目	
検討内容	
結論	
残された課題	モニタリング予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

## 【支援結果（活動報告用記載項目）】※終了時に記載

・年齢 _____ 歳	・性別 男・女	・世帯構成 独居 夫婦 その他
・障害高齢者自立度	・認知症高齢者日常生活自立度	
・初回訪問日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	・支援結果 <input type="checkbox"/> 専門医受診 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス導入 <input type="checkbox"/> 家族のケアが適切に変化 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
・初回チーム員会議 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
・チーム員会議開催回数 _____ 回		
・支援開始時に主治医の有無	有 無	
・支援開始時に介護サービスの利用	有 無	・終了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
・これまで受診や介護サービスに結びつかなかった理由		・終了までの期間 _____ カ月 _____ 日

年 月 日

〇〇病院

〇〇 〇〇先生御机下

函館市認知症初期集中支援チーム  
 (事務局：函館市保健福祉部高齢福祉課)

「函館市認知症初期集中支援チーム」の活動および情報共有に関する  
 ご協力について (依頼)

日頃より函館市の保健医療福祉行政に多大なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では介護保険法に基づく地域支援事業である「認知症初期集中支援推進事業」を実施しております。この事業は、本市より委託された専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が、認知症の方(疑いを含む)を訪問し、適切な医療・介護サービスに結び付けるための支援を行うものです。

この度、同支援チームが、貴医療機関が担当されている下記の方(訪問支援対象者)の支援活動を行うこととなりました。

つきましては、下記の訪問支援対象者に関し、貴医療機関と同支援チーム間での相互の情報提供および共有にご協力をお願いいたします。

## 記

## 1 支援対象者

氏名		生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)	性別	
住所					

## 2 支援開始予定日(初回訪問予定日)

年 月 日

## 3 提供いただきたい情報等 ※必要時

診療情報(現病名, 既往歴, 診療経過, 処方内容等)

その他, 本チームが関わる際に留意すべき点があればご教示ください。

## 4 共有する情報等(支援開始後～支援終了時) ※必要時

(例：上記の方への同支援チームの支援が終了しました。今後は、別添引継ぎ連絡票に記載のとおり、自宅にて介護サービスを利用することとなりましたので、引き続き、貴医療機関でのご支援をお願いいたします。)

## &lt;問合せ先&gt;

函館市保健福祉部高齢福祉課	電話 0138-21-3081	FAX 0138-26-5936
〇〇〇認知症地域疾患医療センター	電話	FAX
△△△地域包括支援センター	電話	FAX



# 引継連絡票

年 月 日

〇〇〇〇〇事業所  
〇〇〇 〇〇 様

函館市認知症初期集中支援チーム

日頃より函館市の保健医療福祉行政に多大なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。  
この度、当支援チームが下記の支援対象者様のお宅へ家庭訪問いたしましたのでご報告いたします。  
なお、ご報告に関して対象者様の同意を得ておりますことを申し添えます。  
つきましては、下記のとおり引継ぎいたしますので貴職の継続支援をお願いいたします。

### 記

対象者基本情報	別添「認知症初期集中支援推進事業 対象者基本情報」のとおり	
アセスメント内容	別添 (DASC-21, DBD13, J-ZBI_8, 身体状況チェック) のとおり	実施日 /
初期集中支援チームによる支援内容	<input type="checkbox"/> 医療機関への受療支援の開始 <input type="checkbox"/> 家族介護者への支援 <input type="checkbox"/> 生活支援 (服薬管理や金銭管理) <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用に関する支援 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用に関する支援 <input type="checkbox"/> BPSDへの対応や予防に関する支援 <input type="checkbox"/> 専門相談の利用 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
現在の問題点・課題	1. 課題    無 2. 課題    有 <input type="checkbox"/> 医療に関すること (・受診    ・服薬    ・症状及び状態の悪化 ) <input type="checkbox"/> 家族・介護者に関すること (                      ) <input type="checkbox"/> 介護に関すること (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
専門医 助言・意見		
その他連絡事項	(今後の支援の方向性など)	
モニタリング予定日	初期集中支援の終了後、2か月後にモニタリングを実施します。 予定日は 年 月 日 ですので、近くなりましたらご連絡いたします。 ご協力をお願いいたします。	

初期集中支援チーム記入欄

●事前の情報伝達

対象者の自宅への同行訪問

チーム員会議への担当者の参加

チーム員によるケアプラン作成時への支援やチーム員がサービス調整会議へ参加

その他 (                      )

●本票の提供方法

【担当】

認知症専門医：  
認知症医療疾患センター：  
地域包括支援センター：  
保健福祉部高齢福祉課：  
連絡先：代表

電話：  
FAX：

## モニタリング記録票

No			
対象者名		生年月日	T・S 年 月 日 ( 歳)
対応年月日	年 月 日 ( )	時間	: ~ :
対応者	<input type="checkbox"/> 函館市保健福祉部高齢福祉課 (担当: ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (担当: ) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
モニタリングの方法	<input type="checkbox"/> 訪問		回数 回目
	<input type="checkbox"/> 聞き取り	相手方: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
経過及び現状	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 ( ) <input type="checkbox"/> その他		
	(身体の様子・IADL・住宅環境・社会参加・サービス利用・緊急性の有無など)		
課題	<input type="checkbox"/> 課題 無 <input type="checkbox"/> 課題 有 <input type="checkbox"/> 医療に関すること (受診, 服薬, 症状及び状態の悪化) <input type="checkbox"/> 家族・介護者に関すること <input type="checkbox"/> 介護に関すること ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
対応			
備考			

記録者:

## 函館市認知症初期集中支援推進事業報告書

年 月

1 認知症相談件数

件

2 認知症初期集中支援 訪問実績

対象者名

訪問日時 および 訪問時間			訪問目的	支援者(対応者)		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		

対象者名

訪問日時 および 訪問時間			訪問目的	支援者(対応者)		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		

対象者名

訪問日時 および 訪問時間			訪問目的	支援者(対応者)		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		
	:	~	:	分		

はこだてオレンジケアチームによる  
支援および個人情報使用の同意書

年 月 日

はこだてしちょう さま  
函館市長 様

わたし りようしゃ ほんじぎょう せつめい う しゅし りかい おれんじけあちーむ  
私 (利用者) は本事業の説明を受け趣旨を理解し、はこだてオレンジケアチームに  
よる支援を受けることに同意します。

わたし りようしゃ かぞく こじんじょうほう じぎょうじっし さい ひつようさいしょうげん  
また、私 (利用者) および家族の個人情報については、事業実施の際、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い、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。

年 月 日

ほんにんしめい 本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

年 月 日

だいだくしゃしめい 代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印 ほんにん 本人との関係 ( )

年 月 日

せつめいしゃしめい 説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## はこだてオレンジケアチームによる 支援および個人情報使用の同意に関する説明書

### 1 事業の目的

この事業は、加齢により心身が虚弱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、ご本人やその家族に早期に関わる「はこだてオレンジケアチーム」を配置し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援を行うことを目的としています。

### 2 支援内容

この事業では、専門職からなる「支援チーム」が訪問し、課題の把握や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行います。支援に当たっては、作成した支援計画に基づいて進めていきます。

### 3 事業における個人情報使用について

本事業において、下記項目の範囲内においてのみ個人情報を取り扱うものとします。なお、「個人情報」とは、利用者本人及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、また識別されうるものを言います。

#### (1) 使用する目的

- ・ ご本人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。
- ・ 本事業を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

- ・ ご本人の支援に関わる関係機関等（函館市、医療機関、地域包括支援センター、介護サービス提供事業者等）

#### (3) 収集および提供する個人情報

- ・ 氏名、年齢、住所、診療情報、介護サービス利用状況等

#### (4) 個人情報の共有開始の時期

- ・ 同意が得られた日以降

#### (5) 使用にあたっての条件

- ・ 個人情報を提供するにあたり、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。
- ・ 個人情報を記載した書類・資料については、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。