

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

**認知症の早期診断、早期対応につながる
初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業
事業報告書**

平成 26 年 3 月

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

まえがき

高齢者の増加に伴い認知症の人が更に増加することが見込まれていることを踏まえ、平成 25 年 9 月、厚生労働省において、「認知症施策推進 5 年戦略（オレンジプラン）」が策定された。オレンジプランの柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されるに至った背景には、1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見される。2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。3) これまでのケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていた。

これに対し、今後目指すべきケアは、「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおくことが求められる。この「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。

本事業の前身にあたる平成 24 年度事業で行った全国 3 か所のモデル実践の結果を踏まえ、認知症初期集中支援チームの活動スキームが検討された。それを受け継ぐ形の 25 年度事業では、まず、認知症初期集中支援チーム員の養成を目的とする研修を企画・実施、次年度以降も視野に入れた研修テキストも作成した。また、並行して、昨年度の検討による活動スキームを基にしたモデル事業を全国 14 か所で行い、6 か月間で約 500 例の事例が集積された。併せて、全てのモデル事業実施自治体を巡回し活動状況の進捗管理を行うことで活動上の課題を明確化し、モデル事業期間中の 2 回目の研修等において課題の解決に向けフィードバックするなど、研修とモデル事業の連動性の充実も図った。

地域の認知症の人や家族を早期から支えるための、「認知症初期集中支援チーム」の活動の充実に向けて、今後も有用性の検証はさらに必要であるが、本年度事業では、その原型となる人員・費用・運営等に関する要素が多面的に把握、考察されたと考える。今後、さらに多くの地域で試みるための、教育ツールの改善や運用システムの構築を推進し、最終的には国内全域での円滑な実施にむけて、さらなる実践の蓄積や内容の分析が継続的に実施できる体制を整える必要があると考える。

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症の早期診断、早期対応につながる

初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業

委員会委員長 鳥羽 研二

目次

I 事業概要	1
1. 事業名	1
2. 事業目的	1
3. 事業実施期間	1
4. 事業内容	1
4-1 具体的な内容	
4-2 委員会体制および実施状況	
4-3 実施スケジュール	
II 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業	5
1. モデル事業概要と実施市町村	5
2. モデル事業の進捗状況の管理	8
2-1 実績報告の各種フォーマットの検討	
2-2 各地域の巡回による進捗管理	
3. 実績報告	33
3-1 6ヶ月間の全体実績	
3-2 モデル地域ごと活動実績	
III 認知症初期集中支援チーム員研修	71
1 第1回チーム員研修	71
1-1 実施概要	
1-2 講義教材	
1-3 試験実施	
2 第2回チーム員研修（実践報告会）	81
2-1 実施概要	
2-2 講義資料	
2-3 受講者アンケート	
IV 考察	96
1 事業の評価	96
1-1 研修事業の評価	
1-2 モデル事業の評価	
2 全体考察	98
2-1 工程表(実施計画)の作成と管理	
2-2 地域での活動基盤となるシステムづくり	
2-3 チーム員の要件とチーム活動の定義	
2-4 チーム員会議の機能と効果的運営のあり方	
2-5 チーム員の研修、資質の向上の取り組み	
3 平成26年度以降に向けた提言	101

I 事業概要

1. 事業名

認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業

2. 事業目的

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」が実践するサービスの標準化を図り、実践モデルから効果的な支援方法について検証・検討を行う。また、チーム員の質の確保を図るための教育ツールを開発する。

3. 事業実施期間

平成 25 年 5 月 31 日 から 平成 26 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容

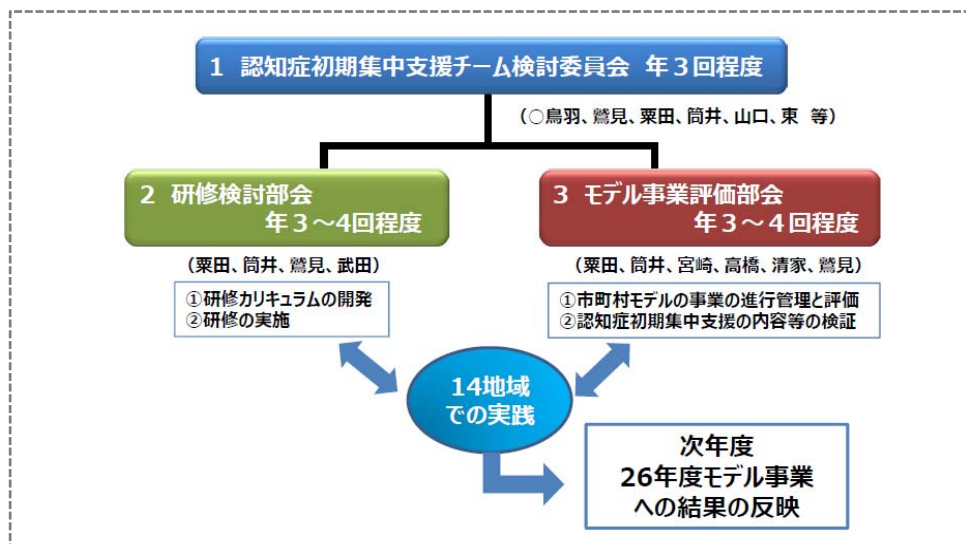
かかる事業目的のために、全国の有識者を中心に、また、昨年度の体制を踏まえ、委員会を組成した。委員会の下に、認知症初期集中支援チーム員への研修実施および教材制作を担当する「研修検討部会」、モデル実践地区における活動の評価および支援内容の検討を担当する「モデル事業評価部会」を設置した。

4-1 事業の具体的な内容

具体的には、以下の 2 つの項目を柱として、上記各部会が所掌し、委員会は全体を統括した。

- ①認知症初期集中支援チーム員への研修（研修検討部会）
 - ・カリキュラムの開発、教材（テキスト）の作成
 - ・研修の実施（モデル 14 地域のチーム員を集め、2 回の研修を実施）
- ②モデル事業の進捗管理および初期集中サービス内容の検討（モデル事業評価部会）
 - ・モデル地域における認知症初期集中支援チームの活動内容・課題の抽出
 - ・チームの安定的、継続的な活動のための経済的、実務的基盤に関する検討
 - ・事例集積によるサービス内容の検証、およびチーム員要件等の検討

図表 1-1 事業の実施体制



4-2 委員会体制および開催状況

[委員会]

	氏名	所属
座長	鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター 病院長
	鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長
	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 研究部長
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	山口 晴保	群馬大学大学院 教授
	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
	武田 章敬	国立長寿医療研究センター 脳機能診療部医長
	清家 理	京都大学こころの未来研究センター 上廣こころ学研究部門 助教
	宮崎 和加子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長
	高橋 裕子	世田谷区 介護予防・地域支援課 係長

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室

〈事務局〉 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

[研修検討部会]

	氏名	所属
座長	鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長
	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 研究部長
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	武田 章敬	国立長寿医療研究センター 脳機能診療部医長

[モデル事業評価部会]

	氏名	所属
座長	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 研究部長
	鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	清家 理	京都大学こころの未来研究センター 上廣こころ学研究部門 助教
	宮崎 和加子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長
	高橋 裕子	世田谷区 介護予防・地域支援課 係長

[委員会]

第1回 委員会

日時 平成25年7月30日（水）

- 議事
- 1 平成24年度事業の確認
 - 2 平成25年度事業の事業計画

3 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

- ①モデル事業実施について
- ②認知症初期集中支援チーム員研修について
- ③モデル事業進行管理について

第2回 委員会

日時 平成26年1月22日（水）

議事 1 平成25年8月以降の事業の進捗について（報告事項）

- ①認知症初期集中支援チーム員研修の実施状況
- ②モデル事業の進捗状況
 - ・モデル事業実施地域のチーム員会議巡回
 - ・実績報告（8-11月）

2 事業の取りまとめに向けて（検討事項）

【部会】

第1回 モデル事業評価検討部会

日時 平成25年8月21日（水）

議事 1 本部会のミッション確認

2 事業の進捗管理

- ①認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の工程表（例示）等について
- ②認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業実績報告書（案）の様式について
- ③具体的な進捗管理方法について

第1回 合同部会（第2回モデル事業評価検討部会・第1回研修検討部会）

日時 平成25年11月1日（金）

議事 1 事業進捗状況の報告と確認

2 モデル事業の進捗状況

- ①14地域のモデル事業の進捗と全体課題等について
- ②具体的な活動と課題について
- ③モデル事業地域への巡回について

3 第2回研修：実践報告会

- ①研修概要およびプログラム構成案について
- ②報告様式の提供について

4 事業成果物

第2回 研修検討部会

日時 平成25年11月15日（金）

議事 1 実践報告会のねらいについて

2 プログラム構成の検討

- ①第1部（各地域からの実践報告）について
- ②第2部について

第2回 合同部会（第3回モデル事業評価検討部会・第2回研修検討部会）

日時 平成26年3月14日（金）

議事 1 報告書等作成について

2 事業進捗状況の報告と確認

3 25年度事業の総括と26年度事業に向けて

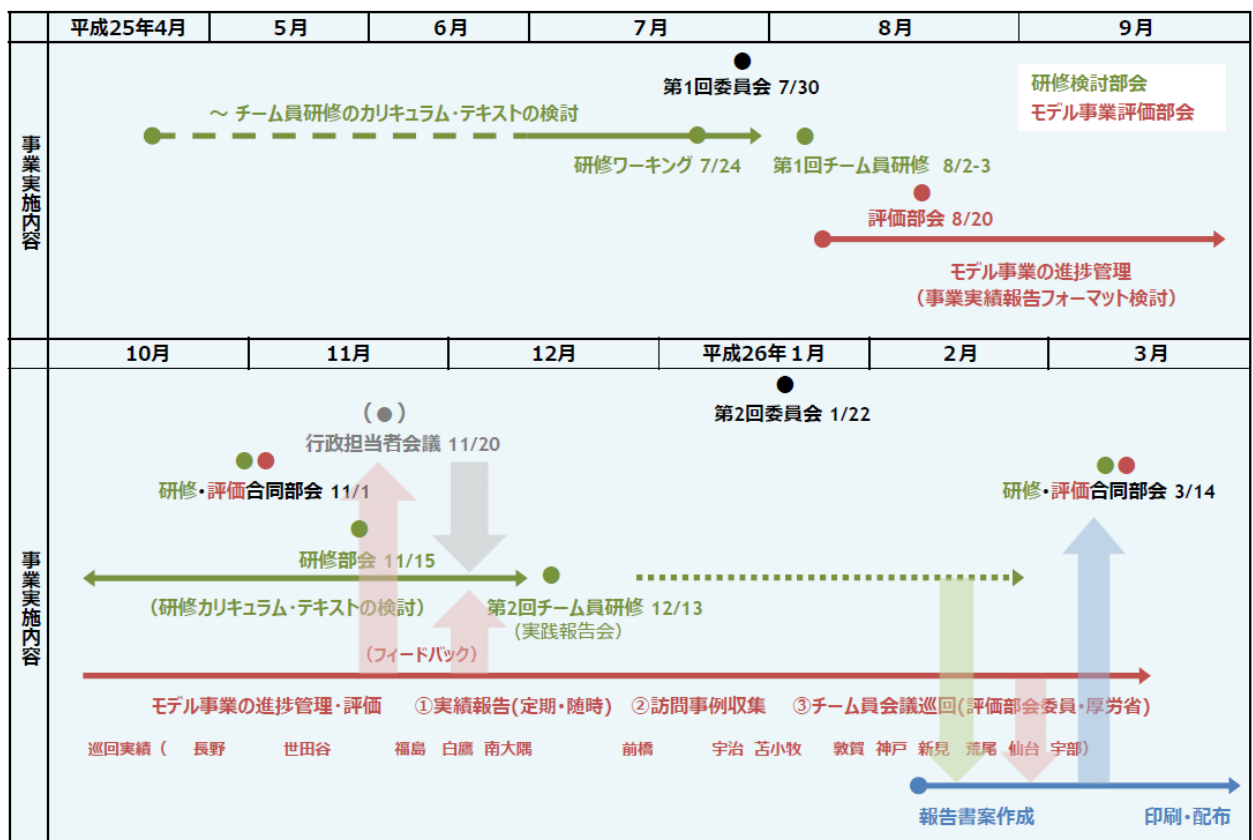
4-3 事業スケジュール

委員会および各部会は、おおむね以下のスケジュールで進行した。

研修検討部会では、8月初旬に予定した第1回認知症初期集中支援チーム員研修に向け、昨年度成果を受けて研修テキストの制作を行った。第1回研修後は、モデル事業の経過報告や課題収集からの情報を受けながら、第2回チーム員研修についてのカリキュラム検討を行った。

モデル事業評価部会では、まず、第1回チーム員研修後に実質的にスタートするモデル事業にあたって、各地域からの実績報告に用いる報告フォーマットの検討を行った。以降、2ヶ月ごとの実績報告から課題整理を行うとともに、チーム員会議日程に合わせて、全地域への巡回視察を行った。

図表 1-2 事業スケジュール



II 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

本事業では、モデル事業評価部会を設置し、モデル事業に取り組む自治体への巡回を実施した。その中で、チーム員会議の傍聴やチーム員との意見交換を行いながら事業の進捗管理と評価を行った。また、各モデル地域から提出された実績について検討を行い支援内容等の検討を行った。

1. モデル事業概要と実施市町村

モデル事業は厚生労働省老健局の認知症施策等総合支援事業のうち「市町村認知症施策総合支援事業実施要綱」（図表 2-1 参照）に定められており、個別支援としての認知症初期集中支援のスキームは、図表 2-2 のとおりである。

事業の実施主体は市町村（特別区を含む）となっており、平成 25 年度は全国 14 自治体で実施した。図表 2-3 に全国の実施地域と規模別の地域一覧を示す。

事業内容は、①普及啓発推進事業、②認知症初期集中支援の実施、③「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置という 3 つの事項の構成となっている。

図表 2-1 実施要綱（抜粋）

市町村認知症施策総合推進事業実施要綱

第 1～第 3 略

第 4 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業

1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

(1) 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」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。

(2) 定義

① 認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）

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をいう。

② 訪問支援対象者

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、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア 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

(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を受けていない者

(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者

(エ) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 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

(3) 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

(4) 事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める様式により作成した事業協議書を厚生労働省に提出し、承認を受けなければならない。

(5) 実施機関

本事業を実施する団体等は、緊急時の対応等の場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者及びその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センター、診療所等の機関とする。

(6) 認知症初期集中支援チームの構成

① 認知症初期集中支援チーム員の配置

実施主体は、認知症初期集中支援チーム員（以下チーム員という。）を地域包括支援センター、診療所等に配置するものとする。

② チーム員の配置人数と職種

チーム員は、以下のアを満たす専門職 2 名以上、イを満たす専門医 1 名の計 3 名以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者 2 名以上とする

(ア) 「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、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

(イ) 認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者

(ウ) 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、試験に合格した者

イ 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、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（嘱託可） 1 名とする。

(7) チーム員の役割

(6) ②アのチーム員は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

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の見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応ずる。

なお、訪問する場合のチーム員数は 2 名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上で訪問する。

(8) 事業内容

下記①、②、③についていずれも実施するものとする。

① 普及啓発推進事業

実施主体は、本事業の目的を達成するために、地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

② 認知症初期集中支援の実施

ア 訪問支援対象者の把握

実施主体は、地域の実情に応じて本事業の訪問支援対象者の把握に努めるとともに、支援チームが必ず地域包括支援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。なお、訪問支援対象者の把握において、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と情報共有のうえ訪問すること。

イ 情報収集

訪問時には十分な情報を得るために、家族など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などを収集する。

なお、情報は本人や家族からの提供を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている場合や医療機関を受診している場合については、重複した質問を防ぐために要介護認定時の情報、サービス利用に至らなかった経過等の情報及びアセスメント内容をあらかじめ確認すること。

ウ アセスメント

認知症の包括的アセスメントを行うために、本事業では以下の(ア)～(エ)すべてのアセスメントツールを用いることとする。

(ア) 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 (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System: DASC)

(イ) 認知症行動障害尺度 (Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD 13)

(ウ) Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目 (Zarit Burden Interview: J-ZBI-8)

(エ) 身体の様子チェック票

なお、上記の(ア)～(エ)に加えて、他のアセスメントツールを利用することは差し支えない。

エ 初回家庭訪問の実施

初回訪問はおおむね2時間以内とし、訪問支援対象者ごとに優先順位をつけ、以下の基本的支援を行う。

(ア) 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明

(イ) 基本的な認知症に関する正しい情報の提供

(ウ) 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

(エ) 訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

オ チーム会議の開催

訪問支援対象者毎にアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度等の検討を行うために、専門医も含めたチーム会議を初回訪問後に行い、その後は適宜開催するものとする。

なお、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医、訪問支援対象者を担当する介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加を依頼するものとする。

カ 初期集中支援の実施

認知症初期集中支援は、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、概ね最長で6ヶ月とする。

初期集中支援の内容は、以下のとおりとする。

(ア) 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。

(イ) 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。

(ウ) 認知症の重症度に応じた助言

(エ) 身体を整えるケア

(オ) 生活環境の改善 など

キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携

実施主体及びチームは、地域包括支援センター職員、市町村保健師やかかりつけ医、認知症サポート医、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。

ク 初期集中支援の終了とその後のモニタリング

認知症初期集中支援の終了をチーム会議で判断した場合は、地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、円滑に引継ぎを行うこと。

支援チームは、引継ぎ後2ヶ月毎に引き継ぎ後も医療や介護サービスが十分継続しているか等評価するために、訪問支援対象者について訪問する又は介護支援専門員への聞き取り等の方法で、当分の間モニタリングを行うこと。

ケ 初期集中支援に関する記録

訪問支援対象者に関する情報、アセスメント結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は保管しておくこと。

③ 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

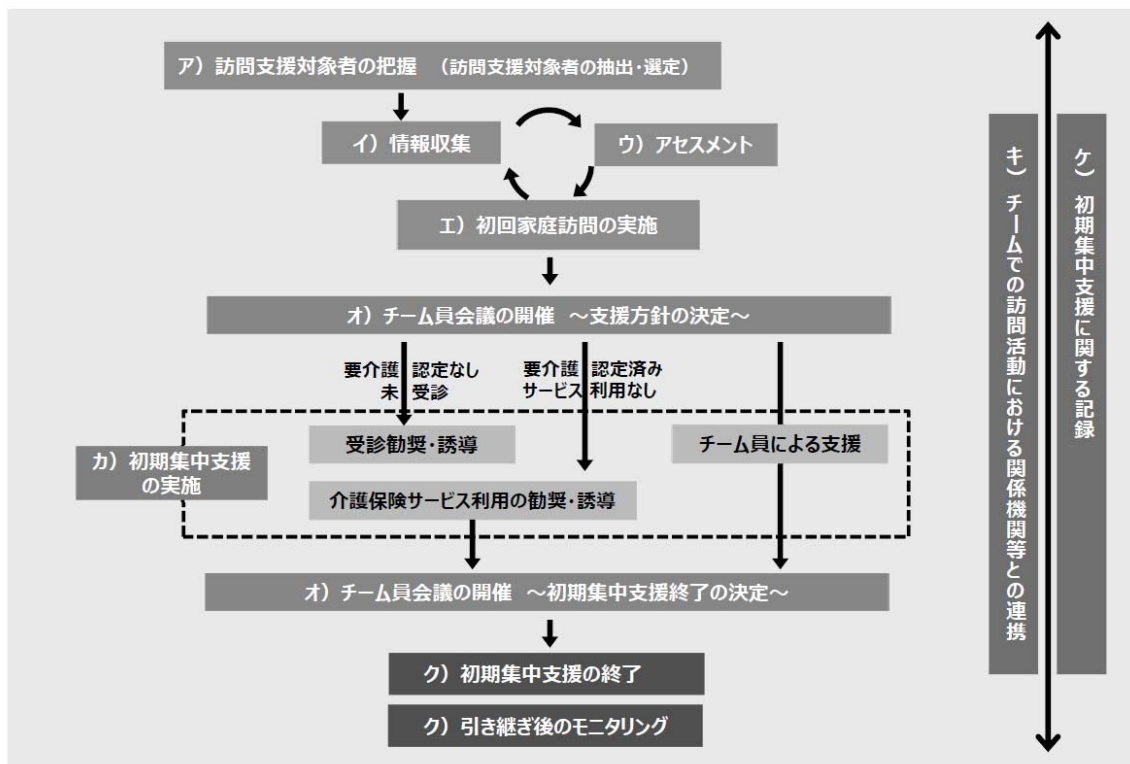
実施主体は、当該事業の実施に際し、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」(以下「検討委員会」という。)を設置すること(既存の委員会等の活用でも可。)

検討委員会では、支援チームの設置及び活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、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に努めること。

(9) 実施上の留意事項

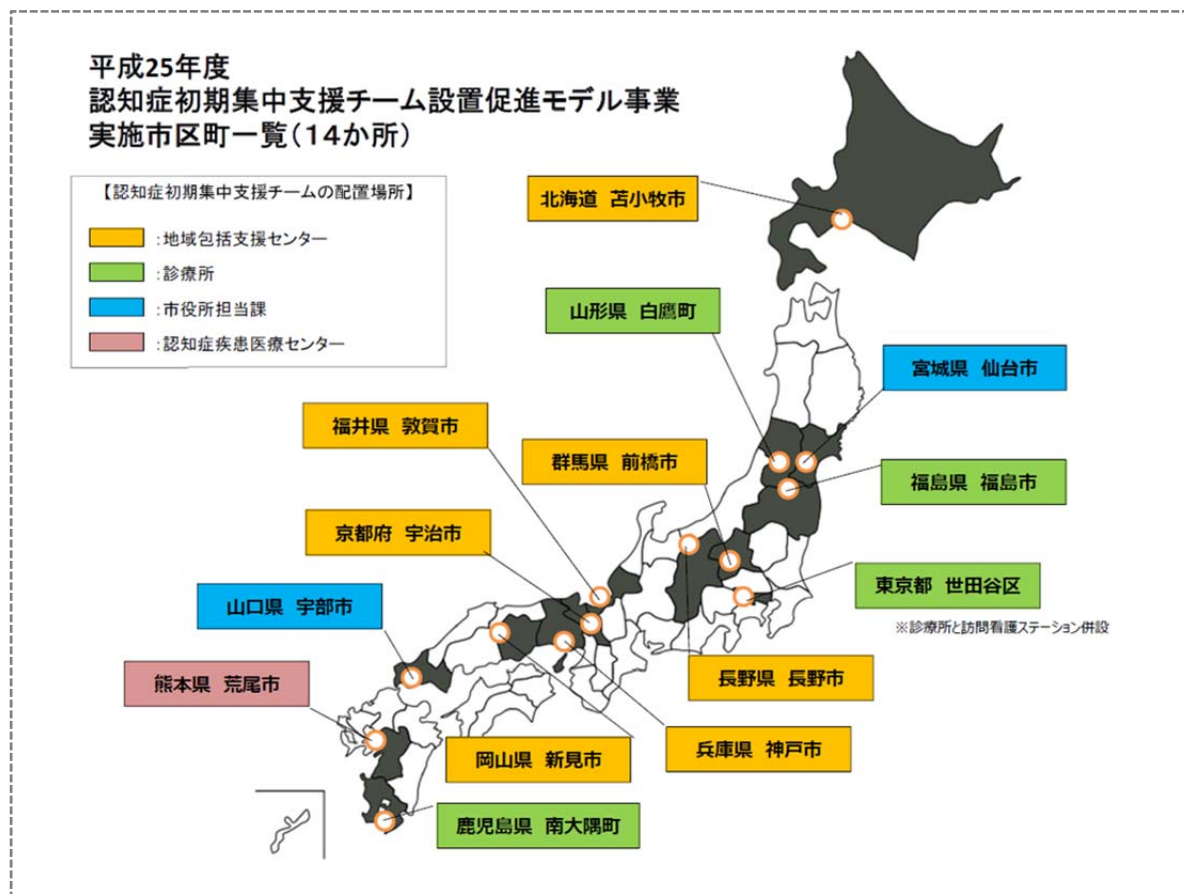
(以下 略)

図表 2-2 モデル事業における認知症初期集中支援のスキーム



図表 2-3 モデル事業実施地域一覧

	No	自治体名	都道府県	人口	高齢者人口人	高齢化率%	認知症の人	配置先					エリア設定		
								地域包括支援センター	診療所	認知症疾患医療センター	訪問看護ステーション	その他	種類	対象人口	対象高齢者数
50万人以上	1	神戸市	兵庫県	1,553,676	376,208	24.2	38,358	○委託					7圏域	102,344	31,106
	2	仙台市	宮城県	1,038,522	206,782	20.1	17,057					○本庁	3圏域	62,608	13,457
	3	世田谷区	東京都	862,840	165,913	19.2	18,280		○診療とセサ		○		全域	862,840	165,913
25万～49万人	4	長野市	長野県	385,150	99,499	25.8	12,072	○直営					全域	385,150	99,499
	5	前橋市	群馬県	340,945	84,766	24.9	8,444	○委託					全域	340,945	84,766
	6	福島市	福島県	284,496	71,728	25.2	14,000		○				3圏域	44,059	9,880
10万～24万	7	宇治市	京都府	192,188	45,500	23.7	4,050	○委託					全域	192,188	45,500
	8	苫小牧市	北海道	174,221	39,763	22.8	3,669	○委託					全域	174,221	39,763
	9	宇部市	山口県	172,377	47,379	27.5	4,823					○本庁	全域	172,377	47,379
5万～9万人	10	敦賀市	福井県	68,300	16,103	23.6	1,696	○委託・直営					全域	68,300	16,103
1万～4万人	11	荒尾市	熊本県	55,381	16,182	29.2	2,371			○			全域	55,381	16,182
	12	新見市	岡山県	32,852	11,930	36.3	1,276	○直営					全域	32,852	11,930
	13	白鷹町	山形県	15,307	4,795	31.3	614		○病院				全域	15,307	4,795
1万人未満	14	南大隅町	鹿児島県	8,639	3,769	43.6	631		○病院				全域	8,639	3,769
								7	4	1		2		2,517,211	590,042



2. モデル事業の進捗状況の管理

全国 14 地域で実施するモデル事業の進捗状況の管理は、モデル事業評価部会が担当した。事業開始からの時系列の取り組みについては図表 2-4 の通りである。以下では、同部会における進捗管理について詳説する。

図表 2-4 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業 時系列の取り組み

	厚生労働省	巡回	市町村	チーム
6月	6/25 都道府県・指定都市担当者会議		委員会開催	
7月	7/4 実施要綱発出 7/19 内示		事業実施準備	
8月	8/2~3 第1回 認知症初期集中支援チーム員研修開催		普及啓発 委員会開催	
9月				チーム員訪問活動 チーム員会議
10月	実践報告締め切り	10/29 長野市	報告	
11月	11/20 担当者連絡会議	11/ 8 世田谷区 1 11/29 福島市		
12月	実践報告締め切り 12/13 第2回 認知症初期集中支援チーム員研修開催	12/3 白鷹町 12/6 南大隅町 世田谷区 2 12/26 前橋市	報告	
1月		1/14 宇治市 1/15 苫小牧市 1/31 敦賀市		
2月	実践報告締め切り	2/4 神戸市 2/6 新見市 2/18 荒尾市 2/20 仙台市 2/28 宇部市	報告	
3月	3/7 担当者等連絡会議 翌月実践報告			

2-1 実績報告の各種フォーマットの検討

モデル事業評価部会では、事業実施主体である市町村が事業を計画的に実施し、かつその活動のプロセスを確認するために、事業開始当初に市町村ごとのモデル事業の工程表の作成の検討を行った。14 地域の工程表およびモデル事業の実施体制図を図表 2-5 に示す。

また、事業全体の経過を的確に把握できるよう実績報告書の様式を部会で検討した（図表 2-6）。具体的な実績報告の内容は「3 実績報告」に取りまとめる。

以下に今回作成した実績報告書の検討内容を示す。

①普及啓発推進事業（様式 1）

認知症初期集中支援事業に関すること、認知症全般に関することに大別し、対象者・人数、実施日時、場所、内容を記載できるようにした。

②認知症初期集中支援（様式 1、様式 2、様式 3）

相談事例数、訪問実績、1 事例が終了するまでの平均関与期間・対応所要額が把握できるようにした。さらに、チーム員会議の実績においては、回数や一回あたりの所要時間、1 事例あたりの所要時間に加え、課題や工夫・考慮した点など記入できることとした。また個別の事例については、訪問支援対象例総括表で全体を把握し、個別票にて各事例のサマリーが終了時には作成できることとした。

③認知症初期集中支援チーム検討委員会（様式 1）

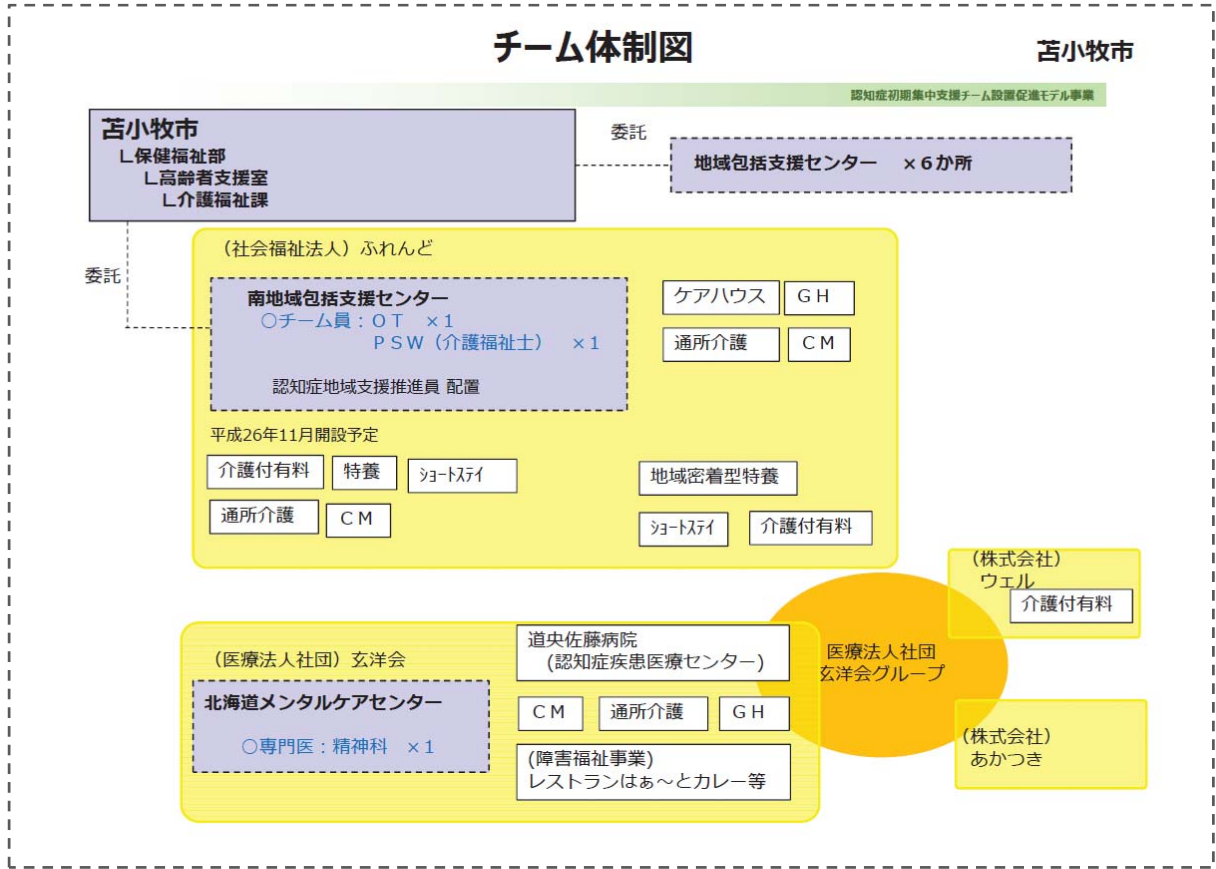
委員会の構成員として役職や氏名を添付してもらい、実施状況として議事内容や検討された内容を明らかにするとともに、各市町村で独自に工夫考慮した点、苦慮した点も記載できるような様式とした。

④事業全体の成果（様式 1）

本事業を行うことで得られる成果として、認知症に関する社会資源の情報収集や整理の結果や認知症初期集中支援チームの活動ツール、その他実践結果として得られたものについて記載できるようにした。

図表 2-5 14 モデル地域の体制図と工程表

[苫小牧市]



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

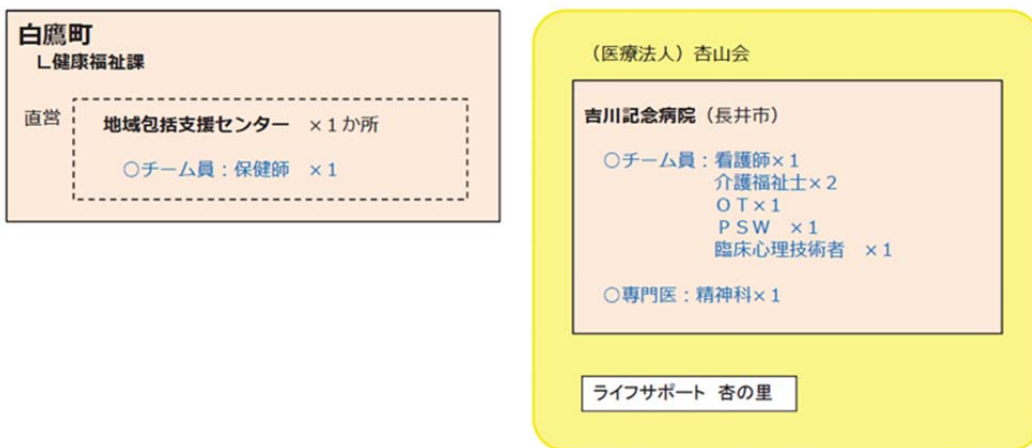
(苫小牧市) 区/市/町

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業	<ul style="list-style-type: none"> 普及啓発方法の検討 普及啓発先の抽出、優先順位の検討 リーフレット原案作成 各団体への普及啓発の開始8/6、15、21、28(様式1-1参照) 地元新聞掲載8/14 介護新聞掲載8/22 	<ul style="list-style-type: none"> 市広報原稿依頼 各団体への普及啓発9/3、12、20、26、27(様式1-1参照) リーフレット完成 各公共機関、関係機関へリーフレット配布依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 市民講演会(包括主催)10/11 高齢者等の地域ケアを進める会10/19 医師会理事会説明② 市内 MSW(6病院)への事業説明 	<ul style="list-style-type: none"> 市広報掲載予定11/1 介護者を支える会11/6 高齢者虐待防止ネットワーク委員会11/11 認知症学術講演会11/22 若年認知症研修会11/30 認知症高齢者の見守りSOSネットワーク会議 				
認知症 初期集中支援	<ul style="list-style-type: none"> 随時、認知症サポーター(KIDSも含む)養成講座の開催 8/22、27、30 	<ul style="list-style-type: none"> 9/6、19、26 	<ul style="list-style-type: none"> 10/22、25、29、30 	<ul style="list-style-type: none"> 11/7、11、15、26、29 	<ul style="list-style-type: none"> 12/6 		<ul style="list-style-type: none"> 2/4 	
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<ul style="list-style-type: none"> 事例管理 書式準備 アセスメント等様式準備 社会資源の洗い出し チーム員役割確認 普及併発同行 認知症疾患医療センターとの連絡調整 対象者の選定準備 1例目訪問開始 チーム会議 			<ul style="list-style-type: none"> 中間報告用各事例のとりまとめ準備 				
その他 (事務局の動き)	<ul style="list-style-type: none"> 第1回検討委員会開催 チーム員紹介、事業概要の説明、年間計画、検討委員会の役割を共有 	<ul style="list-style-type: none"> 議会事業説明対応 要介護認定認知症自立度Ⅱ以上給付管理未の方の抽出、訪問対象者選定 第3回市民後見制度検討委員会 8/26 	<ul style="list-style-type: none"> 第4回市民後見制度検討委員会(10月下旬) 10月～認知症予防教室2会場開始(1/W) 認知症予防講演会10/3 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアパス作成に向けた実態調査開始 対象者へ家庭訪問実施 圏域別認知症研修会(サービス事業所対象) 11/27 		<ul style="list-style-type: none"> 認知症カフェ開始 圏域別認知症研修会(サービス事業所対象) 1/31 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者等見守りSOSメール配信システム稼働予定 	<ul style="list-style-type: none"> 圏域別認知症研修会(サービス事業所対象)
国への報告 研修等			<ul style="list-style-type: none"> 10/10日まで報告(8、9月) 		<ul style="list-style-type: none"> 10/10日まで報告(10、11月) 第2回チーム員研修会 		<ul style="list-style-type: none"> 12/12日まで報告 	<ul style="list-style-type: none"> 4/11まで報告

チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

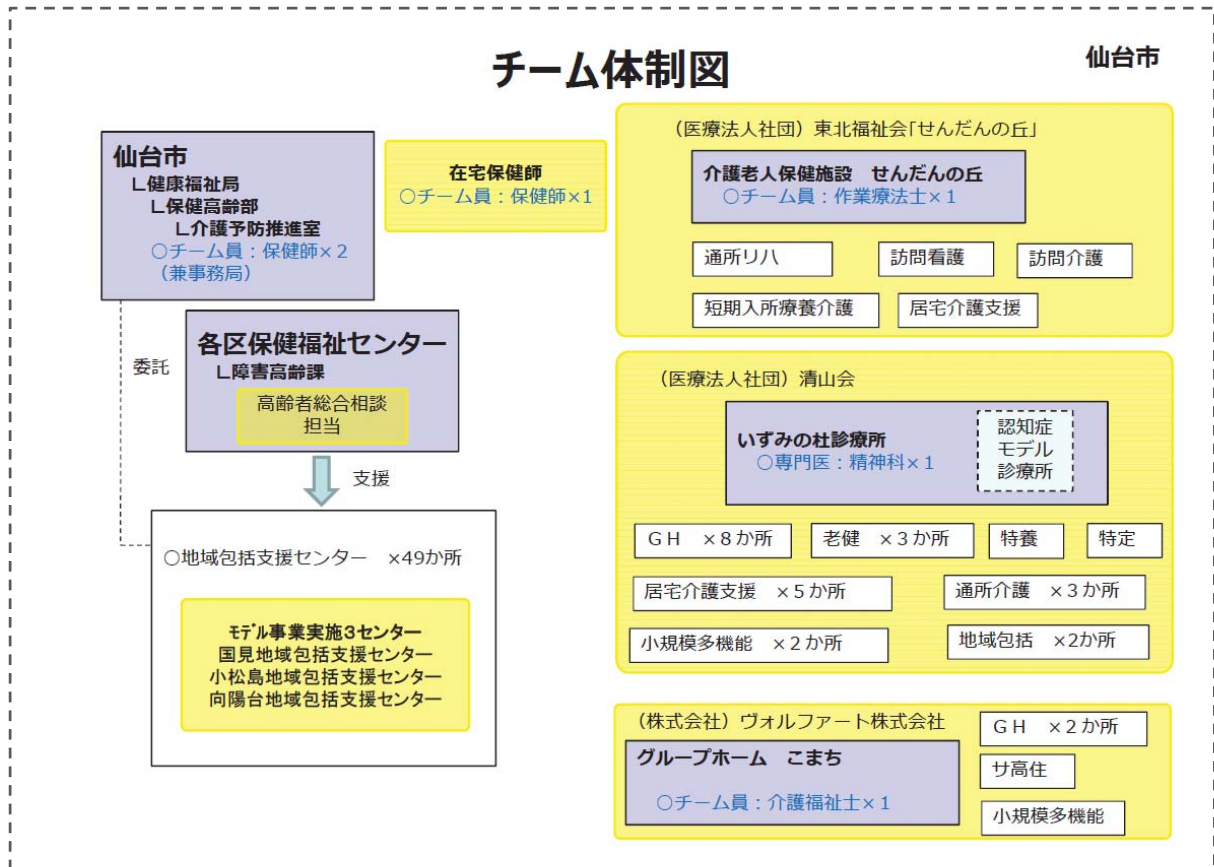


認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(白鷹町)区/市/町

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業		<input type="checkbox"/> 広報案作成 <input type="checkbox"/> 広報しらか <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 啓発用チラシ <input type="checkbox"/> 関係機関へ説明	<input type="checkbox"/> 広報しらか ホームページ(12日)		<input type="checkbox"/> 7日 町民認知症予防 講座			
認知症 初期集中支援		<input type="checkbox"/> 支援チーム打合せ(13日) チーム役割確認 訪問シミュレーション 様式等準備 <input type="checkbox"/> 第1回チーム会議 (27日)	<input type="checkbox"/> チーム課題検討 活動マニュアル作成 <input type="checkbox"/> チーム会議 (毎週水曜日)	<input type="checkbox"/> 中間報告事例 取りまとめ、検討		<input type="checkbox"/> 報告事例 取りまとめ、検討		<input type="checkbox"/> 実績報告 取りまとめ、検討
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医等 関係機関へ事業説明 <input type="checkbox"/> 訪問支援対象者 把握	<input type="checkbox"/> 訪問開始(27日)2例 <input type="checkbox"/> 支援チーム訪問	<input type="checkbox"/> 10例達成	<input type="checkbox"/> 30例達成	<input type="checkbox"/> 50例達成	<input type="checkbox"/> 60例達成		
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<input type="checkbox"/> 設置要綱設定 掌握事項 構成メンバー 年間計画	<input type="checkbox"/> 第1回検討委員会(17日) オブザーバー：山形県、認知 症疾患医療センター 参加			<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会 中間報告会			<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会 実績報告
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 補正予算要求 <input type="checkbox"/> DASC 研修(2日) <input type="checkbox"/> 山形県と情報共有 <input type="checkbox"/> 委託予定先と協議 <input type="checkbox"/> 訪問支援対象者 把握 <input type="checkbox"/> 係内打合せ 訪問同意・基本情 報作成、かかりつけ 医連絡について <input type="checkbox"/> 課内係長会へ情報 提供	<input type="checkbox"/> 議会、補正予算議決 <input type="checkbox"/> 委託契約締結(10日) <input type="checkbox"/> 白鷹町認知症高齢者見 守りネットワーク協議会への情 報提供(18日)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センタ ー運営協議会へ情報提 供(1日) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員との 情報交換		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 研修会開催		<input type="checkbox"/> 高齢者等地域ケア会 議代表者会への状況 報告	
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告 (8,9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告 (10,11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修 会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(仙台) 区/市/町

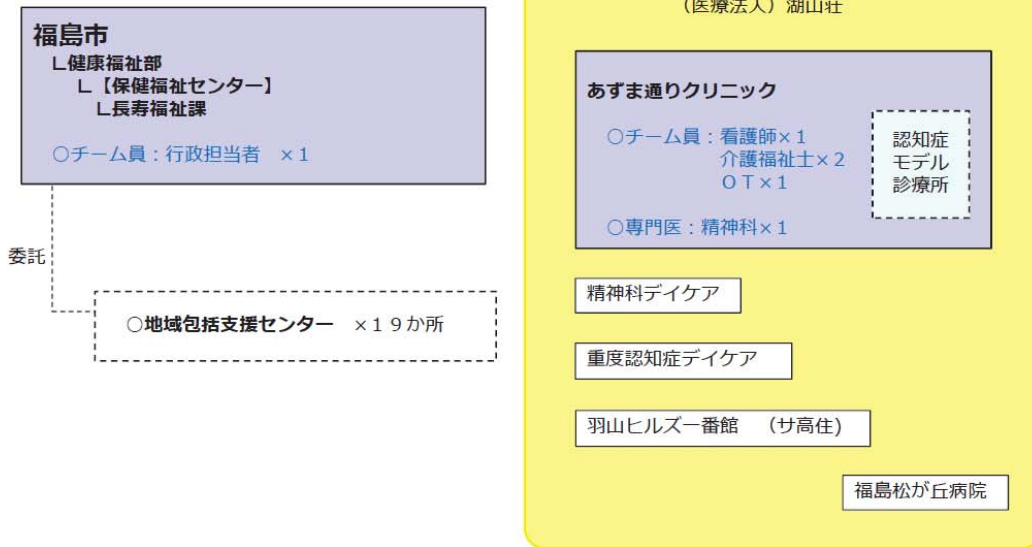
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業			<input type="checkbox"/> 事業のチラシ作成 発注 <input type="checkbox"/> 全市の広告の調整	<input type="checkbox"/> 小中学校認知症サポーター養成講座(小松島包括) <input type="checkbox"/> チラシの配布 <input type="checkbox"/> 市バスへの広告掲出	<input type="checkbox"/> 地域での認知症講座(向陽台包括)			
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> 8/23 第1回チーム員研修会		活動開始(10/15) <input type="checkbox"/> 困難ケースへの訪問(随時) <input type="checkbox"/> ケア会議へのチーム員の参加(随時)	<input type="checkbox"/> 11/14 第1回ケースレビュー	<input type="checkbox"/> 12/12 第2回ケースレビュー	<input type="checkbox"/> 第3回ケースレビュー	<input type="checkbox"/> 第4回ケースレビュー	<input type="checkbox"/> 総括会議
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会			<input type="checkbox"/> 10/9 キックオフ会議	<input type="checkbox"/> 11/25 第1回検討委員会		<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会		<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 初期対応マニュアルの作成(ワーキング)	<input type="checkbox"/> 事業実施圏域の相談数の把握 <input type="checkbox"/> ケア会議(想定されるチーム員会議)への参加 <input type="checkbox"/> 関係機関への事業説明 <input type="checkbox"/> 企画、起案	<input type="checkbox"/> 第3回定例会閉会 <input type="checkbox"/> 10/9 キックオフ会議 <input type="checkbox"/> 初期対応マニュアル印刷	<input type="checkbox"/> 初期対応スキルアップ研修実施(11/29)			<input type="checkbox"/> 認知症対策推進会議において事業報告 <input type="checkbox"/> 実績報告の準備	<input type="checkbox"/> 報告作成
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8,9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10,11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告

チーム体制図

福島市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業



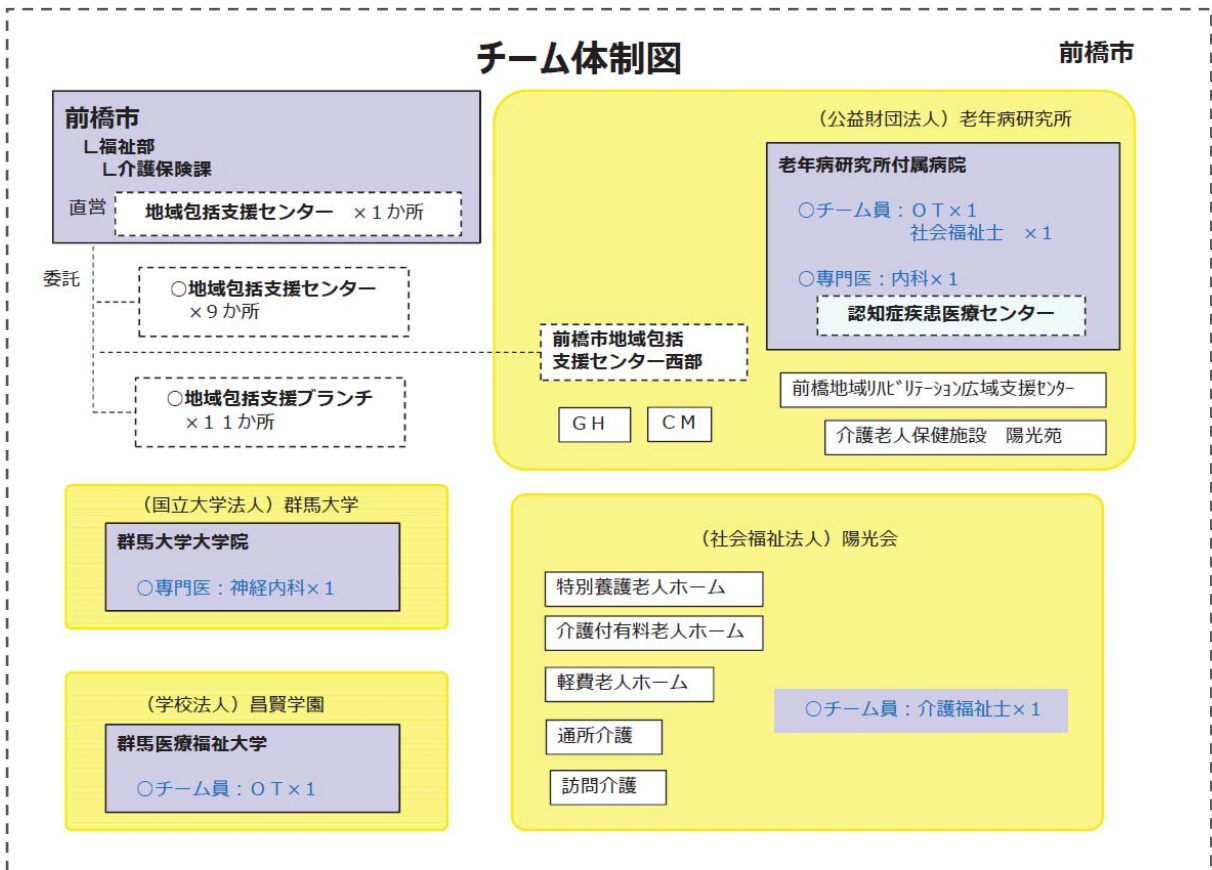
認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(福島市) 区/市/町

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業	・認知症講演会の準備 (日程・会場・内容の検討・パンフレットの作成)	・認知症講演会の案内文 郵送(包括・居宅・事業所 他) ・認知症講演会の案内文 の配布(各支所) ・認知症講演会の会場の 事前見学、垂れ幕の手配	・4日(金)認知症講演会 (市民会館) ・民生児童委員会定例会 での広報	・市政だよりに掲載予定 (市民会館)	・認知症講演会の準備 (会場、内容の検討) □月上旬 地域包括支援 センターおよび関係事業 所等への報告会(国の第 2回チーム員研修前に中 間報告)	・認知症講演会の準備	・認知症講演会	□下旬 地域包括支援 センターおよび関係事業 所等への報告会(実践報 告および市の認知症対 策方針の中間報告)
認知症 初期集中支援	□認知症初期集中支援 の使用様式の作成と準備 □使用媒体の検討 □必要物品の準備 □24時間体制の為、夜 間対応のプロローチャーと 作成 □毎週水または金にチ ーム員の打ち合わせ	□訪問対象者の把握 □認知症初期集中支援 の流れの確認 □認知症初期集中支援 の実施 □毎週金曜日にチ ーム員の打ち合せ	□認知症初期集中支援 の実施 □毎週水・金にチ ーム員の打ち合せ 必要時、チーム会議 開催	□認知症初期集中支援 の実施 □毎週水・金にチ ーム員の打ち合せ	□認知症初期集中支援 の実施 □毎週水・金にチ ーム員の打ち合せ	□認知症初期集中支援 の実施 □毎週水・金にチ ーム員の打ち合せ	□認知症初期集中支援 の実施 □毎週水・金にチ ーム員の打ち合せ	□認知症初期集中支援 の実施 □毎週水・金にチ ーム員の打ち合せ
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会		□「認知症初期集中支援 チーム検討委員会」兼 「認知症医療支援診療所 (仮称)地域連携モデル 実施委員会」(「次より「委 員会」と記載)の委員に ついて、関係機関との事 前協議	□委員会の委員につ いて関係団体より推薦	□月上旬 委嘱状交付式・ 第1回委員会の開催	□月上旬 第2回委員会の 開催(国の第2回チ ーム員研修前に中間報告)			□下旬 第3回委員会の 開催(国への実践報告前 に事業評価・まとめにつ いて協議)
その他 (事務局の動き)	□30日(金)「認知症初 期集中チーム事業」に伴 う事前打ち合わせ会 □2日(金)もの忘れ検診 渡利地区事前講演会 □もの忘れ検診打ち合 せ会	■24日(火)9月市議 会にてモデル事業の補正 予算の議決 □14日(土)渡利地区も の忘れ検診実施 □24日(火)「認知症対 策検討会②」の開催 □25日(水)「ほっとひと いき介護のつどい②」開 催	□2日(水)もの忘れ検診 打ち合せ会 □26日(土)渡利地区も の忘れ検診実施 □25日(金)「ほっとひと いき介護のつどい④」開 催	□26日(火)「認知症対 策検討会③」の開催 □26日(火)「ほっとひと いき介護のつどい⑤」開 催	□月上旬 地域包括支援 センターおよび関係事業 所等への報告会(国の第 2回チーム員研修前に中 間報告)	□28日(火)「認知症対 策検討会④」の開催 □22日(水)「ほっとひと いき介護のつどい⑥」開 催	□21日(金)「ほっとひと いき介護のつどい⑦」開 催	□25日(火)「認知症対 策検討会⑤」の開催 □25日(火)「ほっとひと いき介護のつどい⑧」開 催
国への報告 研修等			□10日まで報告 (8、9月)		□10日まで報告 (10、11月) □第2回チーム員研修 会		□12日まで報告	4/11まで報告

[前橋市]



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(前橋)区/市/町

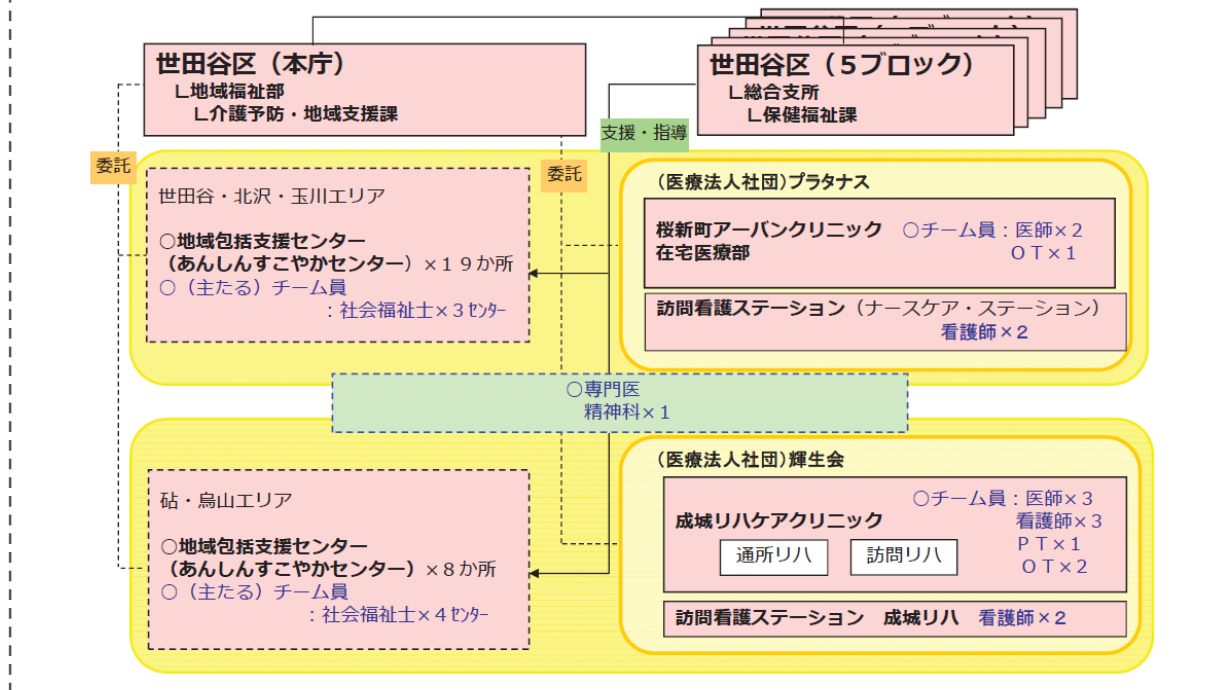
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業	<input type="checkbox"/> 本市医師会会長及び理事へ事業説明(22日) <input type="checkbox"/> 地域ケア推進会議にて各関係機関・団体への事業説明(28日) <input type="checkbox"/> 認知症患者医療センター連絡会議にて事業説明(22日) <input type="checkbox"/> 地元紙新聞報道(16日)	<input type="checkbox"/> 本市医師会定例会にて本事業の協力依頼文配布(30日) <input type="checkbox"/> 広報計画検討 <input type="checkbox"/> 市民向け事業説明(元総社公民館主催高齢者教室:19日)	<input type="checkbox"/> 県在宅介護支援センター研修会にて事業説明 <input type="checkbox"/> 認知症あんしんマップ(資源マップ)増刷開始	<input type="checkbox"/> 市内ケアマネへ事業説明 <input type="checkbox"/> 群馬認知症フォーラムにて事業説明(16日) <input type="checkbox"/> 県地域包括・在宅介護支援センター協議会現任者研修にて事業説明(20日)	<input type="checkbox"/> 第2回介護支援専門員情報交換会で事業説明(9.13.20日) <input type="checkbox"/> 認知症あんしんマップ(資源マップ)納品	<input type="checkbox"/> 第4回多職種協学事例検討会にて事業説明(9日)	<input type="checkbox"/> 平成25年度介護支援専門員全体研修会で事業説明(14日)	
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> 事例管理(時間、人員、コスト) <input type="checkbox"/> チーム員打合せ会議(13日・29日) <input type="checkbox"/> 訪問コミュニケーション(フロー図作成) <input type="checkbox"/> チーム員の役割確認 <input type="checkbox"/> 様式決定(28日) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターとの連絡体制の確認 <input type="checkbox"/> 対象者の選定準備	<input type="checkbox"/> チーム員会議(第1回3日、以後週1回火曜) <input type="checkbox"/> 教育媒体の選定 <input type="checkbox"/> 11例目訪問開始(10日) <input type="checkbox"/> 中間報告取りまとめ準備	<input type="checkbox"/> チーム員 課題検討 <input type="checkbox"/> 10事例達成	<input type="checkbox"/> チーム員実践活動マニュアル案の検討・作成 <input type="checkbox"/> 事例数増加に対する進捗管理体制の再検討 <input type="checkbox"/> 20事例達成 <input type="checkbox"/> 中間報告取りまとめ準備	<input type="checkbox"/> 30事例達成 <input type="checkbox"/> 中間報告会	<input type="checkbox"/> 40事例達成 <input type="checkbox"/> 実績報告取りまとめ	<input type="checkbox"/> 50事例達成	<input type="checkbox"/> 55事例達成
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<input type="checkbox"/> 設置要綱制定(19日)	<input type="checkbox"/> 構成員メンバー選定 <input type="checkbox"/> 関係団体へ委員推薦依頼(26日)	<input type="checkbox"/> 第1回検討委員会の開催(28日)			<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会の開催 ・チーム員実践活動マニュアル案の検討		<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会の開催 ・チーム員実践活動マニュアル完成
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 委託契約締結(1日) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、チーム員紹介および事業の説明(21日)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明および対象者候補の募集(18日)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明(16日) <input type="checkbox"/> 認知症の人と家族の会と地域包括支援センターとの意見交換会にて、実施状況の説明(17日)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明(20日)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明(18日) <input type="checkbox"/> 認知症患者医療センターと地域包括支援センターとの意見交換会にて、実施状況の説明	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明(15日)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明(19日) <input type="checkbox"/> 実績報告の準備	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター連絡会議にて、実施状況の説明(19日) <input type="checkbox"/> 実績報告作成
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 11日まで報告(8、9月)		<input type="checkbox"/> 11日まで報告(10、11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告

チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

世田谷区認知症初期集中支援チーム員の構成図



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(東京都世田谷区) 区/市/町

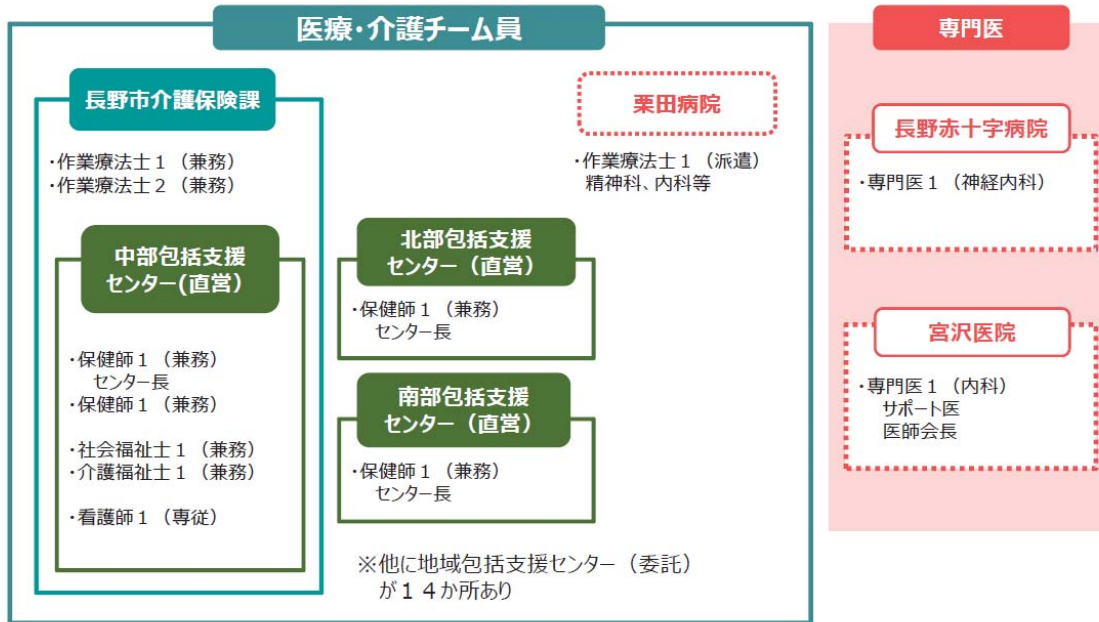
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業	<input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座 <input type="checkbox"/> (仮称)認知症在宅支援センター構想 区民意見募集 (8/16~9/15) <input type="checkbox"/> 関係団体(医師会等)に事業の説明	<input type="checkbox"/> 家族介護者向け講演会 (9/13, 10/1)	<input type="checkbox"/> 合同認知症地域連携会議 (11日)		<input type="checkbox"/> 認知症講演会(10日) <input type="checkbox"/> 多職種協働研修(25日)	<input type="checkbox"/> (仮称)認知症在宅支援センター構想(正案)公表・報道プレス	<input type="checkbox"/> 認知症サポーターステップアップ講座 <input type="checkbox"/> FM せたがや ラジオ放送(予定)	
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> ①事業マニュアル作成 <input type="checkbox"/> ②事業説明会・マニュアル配布 <input type="checkbox"/> ③関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> ④対象者選定 <input type="checkbox"/> ⑤1クール目訪問開始 <input type="checkbox"/> ⑥2クール目事例提出 <input type="checkbox"/> ⑦事例管理	<input type="checkbox"/> 国研修報告会(17日) <input type="checkbox"/> 2クール目訪問開始				<input type="checkbox"/> 1クール目支援終了予定	<input type="checkbox"/> 初期集中チームネットワーク会議(21日) <input type="checkbox"/> 2クール目支援終了予定	
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<input type="checkbox"/> 構成メンバー選定 <input type="checkbox"/> 年間計画の検討		<input type="checkbox"/> 第1回検討委員会[第7回 (仮称)認知症在宅支援センター構想等検討委員会と同時開催(21日)]		<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会(中間評価)		<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会(最終評価)	
その他 (事務局の動き)		<input type="checkbox"/> 地区医師会の理事会へ情報提供		<input type="checkbox"/> 認知症専門相談員地域連携会議(北沢・碓・烏山地域)(22日)	<input type="checkbox"/> ネットワーク会議に向けて実践活動の内容を可視化	<input type="checkbox"/> 認知症専門相談員地域連携会議(世田谷・北沢・碓・烏山地域)(24日)		<input type="checkbox"/> 実績報告書作成
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8,9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10,11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告

チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

長野市認知症初期集中支援チーム員の構成図



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(長野)区/市/町

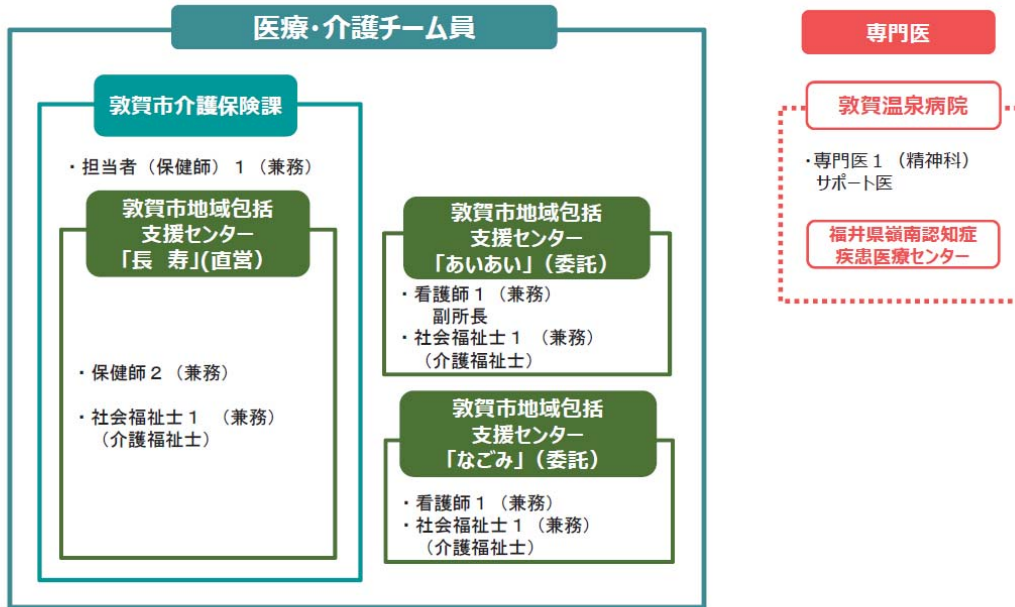
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
普及啓発推進事業	<input type="checkbox"/> 街頭啓発の広報案作成 <input type="checkbox"/> 認知症相談会のチラシ作成 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター講座(広報紙8月号での周知と継続・実施)	9月は認知症啓発月間として設定 <input type="checkbox"/> 商工会議所だよりへのチラシ同封による啓発 <input type="checkbox"/> 街頭啓発(9月20日) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会によるふれあいまつりでの啓発(9月29日) <input type="checkbox"/> 公用車50台に認知症相談窓口案内のステッカー貼付	<input type="checkbox"/> 認知症相談会チラシの配布 <input type="checkbox"/> 老人福祉センター等窓口でのチラシ配布	<input type="checkbox"/> 医師会共催・認知症公開講座(11/3)	認知症相談医(市内80人)との連携のための訪問説明実施。	<input type="checkbox"/> 長野市主催CMなど専門職向け認知症研修会(1/11)			
認知症初期集中支援	<input type="checkbox"/> チーム員編成 <input type="checkbox"/> 様式の検討 <input type="checkbox"/> チーム員担当役割 <input type="checkbox"/> チーム員会議(7/19・8/23・8/28) <input type="checkbox"/> チーム実践	<input type="checkbox"/> チーム実践活動マニュアル作成開始 <input type="checkbox"/> チーム員会議(9/6・9/20)	<input type="checkbox"/> 報告書作成 <input type="checkbox"/> 報告書提出 <input type="checkbox"/> 工程表提出 30例達成 <input type="checkbox"/> チーム員会議(10/4・10/18)	<input type="checkbox"/> チーム員会議(11/1・11/29)	<input type="checkbox"/> 報告書作成 <input type="checkbox"/> 報告書提出 40例達成 <input type="checkbox"/> チーム員会議(12/5・12/20)	<input type="checkbox"/> チーム員会議	50例達成 <input type="checkbox"/> チーム員会議	60例達成 <input type="checkbox"/> チーム員会議	
認知症初期集中支援チーム検討委員会	<input type="checkbox"/> 構成メンバー選定 <input type="checkbox"/> 委員就任依頼	<input type="checkbox"/> 1回目認知症地域支援検討委員会(9/5)				<input type="checkbox"/> 2回目認知症地域支援検討委員会開催(1/14)		<input type="checkbox"/> 3回目認知症地域支援検討委員会開催(未定)	
その他(事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 医師会への説明と協力依頼 <input type="checkbox"/> 包括在介への説明・協力依頼(8月30日)	<input type="checkbox"/> 長野市主催・一般、CM向け認知症研修会開催の準備		<input type="checkbox"/> 医師会共催・認知症公開講座への協力		<input type="checkbox"/> 長野市主催・一般、CM向け認知症研修会開催			
国への報告研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8、9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10、11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告	

チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

敦賀市認知症初期集中支援チーム員の構成図



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

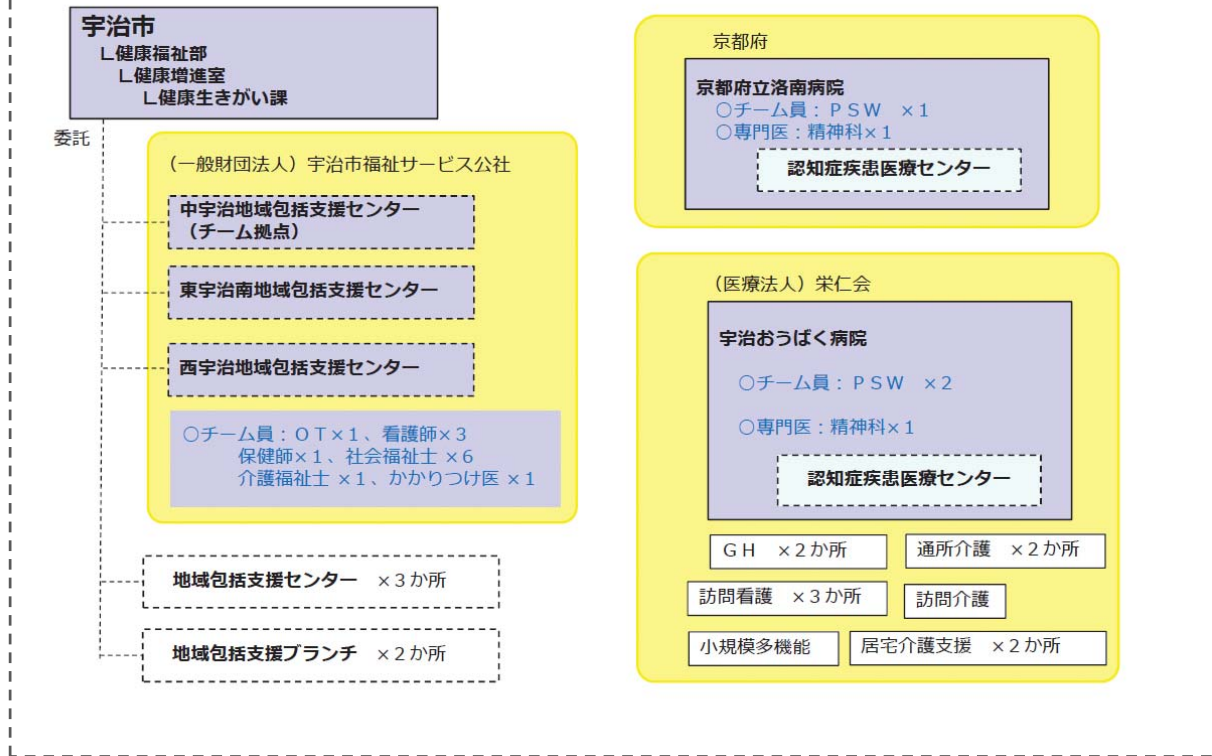
(福井県 敦賀) 区/市/町

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
普及啓発 推進事業	<input type="checkbox"/> 医師会在宅医療介護対策委員会への説明(8/5) <input type="checkbox"/> 民生委員協議会連合会への説明(8/9) <input type="checkbox"/> 事業周知用媒体等の作成 <input type="checkbox"/> 事業周知方法の検討 <input type="checkbox"/> 事業周知文書の作成	<input type="checkbox"/> 医師会研修会での説明(9/9) <input type="checkbox"/> 民生委員各地区協議会での説明(6地区) <input type="checkbox"/> 医療機関、居宅介護支援、小規模多機能事業所へ訪問で説明(38機関) <input type="checkbox"/> 医療機関、介護保険事業所へ周知文書発送(63事業所) <input type="checkbox"/> 各地域密着型サービス事業所運営推進会議で説明(14か所) <input type="checkbox"/> 権利擁護連絡協議会認知症にやさしいまちづくりプロジェクトチームへ説明 <input type="checkbox"/> 介護予防事業(サロン)従事者に説明(2事業者)	<input type="checkbox"/> 市広報案等作成・協議 <input type="checkbox"/> ケーブルTV放映シナリオ作成・協議 <input type="checkbox"/> 市老人会への説明 <input type="checkbox"/> 市ホームページ掲載	<input type="checkbox"/> 市広報紙12月号掲載 <input type="checkbox"/> ケーブルTV放映			<input type="checkbox"/> 市広報案等作成・協議 <input type="checkbox"/> 市広報紙掲載		
		<input type="checkbox"/> 市広報紙10月号掲載(9/10発行) <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座	<input type="checkbox"/> 徘徊模範訓練の実施(10/19)						
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> 家族説明用媒体等の選定及び作成 <input type="checkbox"/> 使用様式等の作成 <input type="checkbox"/> 実績報告様式の作成 <input type="checkbox"/> チーム連絡会の開催(月1回) <input type="checkbox"/> 対象者の選定方法についての協議 <input type="checkbox"/> かかりつけ医、専門医との連絡調整	<input type="checkbox"/> 事例管理 <input type="checkbox"/> チーム会議(毎週木曜日)		<input type="checkbox"/> 1例目訪問開始 <input type="checkbox"/> 対象者把握のための訪問等	<input type="checkbox"/> 10事例達成	<input type="checkbox"/> 中間報告用各事例取りまとめの準備 <input type="checkbox"/> 20事例達成	<input type="checkbox"/> 30事例 <input type="checkbox"/> 40事例達成	<input type="checkbox"/> 実績報告用各事例取りまとめの準備 <input type="checkbox"/> 50事例達成	
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<input type="checkbox"/> 構成メンバー選定 <input type="checkbox"/> 委員就任依頼 <input type="checkbox"/> 委員委嘱状交付式 <input type="checkbox"/> 第1回検討委員会(8/22)				<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会			<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会	
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 事業実施要綱作成 <input type="checkbox"/> 委員会設置要綱作成 <input type="checkbox"/> 補正予算の協議 <input type="checkbox"/> 医師会との協議 <input type="checkbox"/> 委託先との協議、委託契約 <input type="checkbox"/> 第1回研修会の復命		<input type="checkbox"/> 社会資源情報の整理	<input type="checkbox"/> 中間報告の準備	<input type="checkbox"/> 検討委員会へ中間報告		<input type="checkbox"/> 実績報告作成の準備	<input type="checkbox"/> 実績報告作成	
国への報告 研修等	<input type="checkbox"/> 第1回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 10日までに報告(8,9月)		<input type="checkbox"/> 10日までに報告(10,11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日までに報告(12,1月)	<input type="checkbox"/> 4/11までに報告(8~3月)	

チーム体制図

宇治市



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(宇治市)

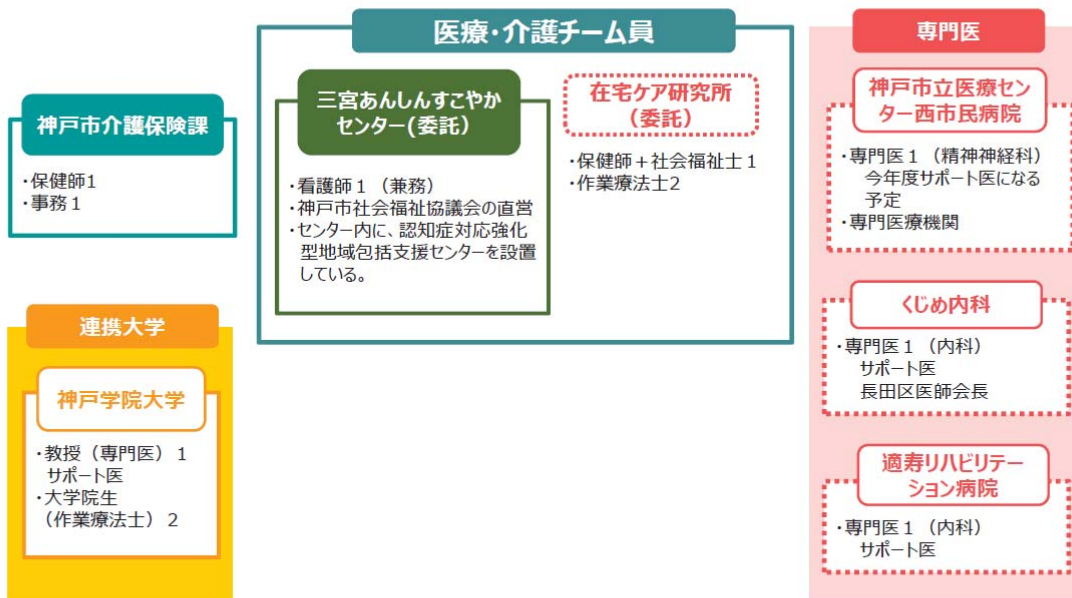
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
普及啓発推進事業	<input type="checkbox"/> 普及啓発事業チラシ案作成 <input type="checkbox"/> 広報案作成 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座	<input type="checkbox"/> 9月15日号市政だよりに普及啓発事業掲載 <input type="checkbox"/> 普及啓発事業チラシ配布 ・医療機関 ・居宅介護支援事業所 ・公共機関 ・介護予防事業参加者 ・社会福祉協議会 ・ボランティア <input type="checkbox"/> ホームページ 9月30日～	<input type="checkbox"/> 介護保険だより掲載 <input type="checkbox"/> 第1回10月9日普及啓発事業「認知症講演会」実施 <input type="checkbox"/> 第2回10月11日普及啓発事業「認知症講演会」実施						
認知症初期集中支援	<input type="checkbox"/> チーム編成 <input type="checkbox"/> チーム員の研修、訪問シミュレーション <input type="checkbox"/> 記録様式の検討・決定 <input type="checkbox"/> チーム会議の設定 <input type="checkbox"/> 対象者の選定準備 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへの周知 <input type="checkbox"/> 1例目訪問開始	<input type="checkbox"/> 事例管理 <input type="checkbox"/> チーム会議開始(月4回程度) <input type="checkbox"/> 認知症カフェでの相談受付開始 <input type="checkbox"/> 2～11事例目訪問開始	<input type="checkbox"/> 初期集中チーム課題検討 <input type="checkbox"/> 認知症講演会後の相談受付実施 <input type="checkbox"/> チーム会議開始(月6回程度) <input type="checkbox"/> 12～21事例目訪問開始	<input type="checkbox"/> 22～31事例目訪問開始 <input type="checkbox"/> チーム会議開始(月6回程度)	<input type="checkbox"/> 32～41事例目訪問開始 <input type="checkbox"/> 中間報告会 <input type="checkbox"/> チーム会議開始(月6回程度)	<input type="checkbox"/> 42～50事例目訪問開始 <input type="checkbox"/> チーム会議開始(月6回程度)	<input type="checkbox"/> チーム会議開始(月6回程度)	<input type="checkbox"/> 50事例支援終了予定 <input type="checkbox"/> チーム会議開始(月6回程度)	
認知症初期集中支援チーム検討委員会	<input type="checkbox"/> 委員就任依頼 <input type="checkbox"/> 検討委員会開催準備	<input type="checkbox"/> 9月20日(金) 第1回検討委員会		<input type="checkbox"/> 11月15日(金) 第2回検討委員会		<input type="checkbox"/> 1月17日(金) 第3回検討委員会		<input type="checkbox"/> 3月14日(金) 第4回検討委員会	
その他(事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 宇治久世医師会会長に説明 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センターに説明(2か所) <input type="checkbox"/> 民生委員事務局と日程調整 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターに説明 <input type="checkbox"/> 委託先と打ち合わせ・説明 <input type="checkbox"/> 宇治久世歯科医師会会長に説明 <input type="checkbox"/> マニュアルの検討・作成 <input type="checkbox"/> 包括への事例提供依頼	<input type="checkbox"/> 宇治久世医師会地域担当理事へ説明 <input type="checkbox"/> 民生委員役員に説明 <input type="checkbox"/> 9月10日記者発表 <input type="checkbox"/> 講演会のチラシ作成 <input type="checkbox"/> 講演会のチラシ配布(各団体、事業所、医院、歯科医院、ポスティアン等) <input type="checkbox"/> 講演会場との打ち合わせ <input type="checkbox"/> 包括へ講演会協力依頼 <input type="checkbox"/> チーム会議参加	<input type="checkbox"/> チーム会議参加	<input type="checkbox"/> チーム会議参加 <input type="checkbox"/> 中間報告内容の検討	<input type="checkbox"/> チーム会議参加	<input type="checkbox"/> チーム会議参加	<input type="checkbox"/> チーム会議参加	<input type="checkbox"/> チーム会議参加 <input type="checkbox"/> まとめ内容検討	
国への報告研修等	<input type="checkbox"/> 8月2、3日研修		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8、9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10、11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告	

チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

神戸市認知症初期集中支援チーム員の構成図



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(神戸市)

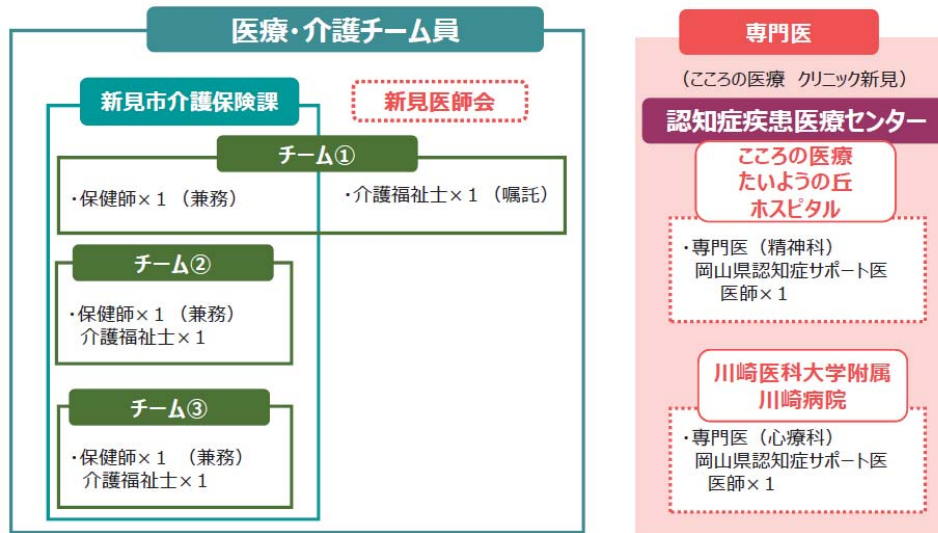
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
普及啓発 推進事業	<input type="checkbox"/> 市医師会介護保険・在宅ケア部会(1日) <input type="checkbox"/> 長田区地域包括支援センター連絡会(12日) <input type="checkbox"/> 地域包括センター運営協議会(26日) <input type="checkbox"/> 記者発表(27日) <input type="checkbox"/> 認知症地域資源ネットワーク構築事業研修会(市内地域包括支援センター職員対象)(30日)	<input type="checkbox"/> 認知症の人と家族の会啓発(6日) <input type="checkbox"/> 長田区見守り推進員連絡会(12日) <input type="checkbox"/> 長田区主任ケアマネ連絡会(20日) <input type="checkbox"/> 長田区認知症研修会(ケアマネ、介護サービス事業者等)(26日)	<input type="checkbox"/> 専門病院オープンカンファレンス(事例紹介)(17日)	<input type="checkbox"/> 介護サービス事業所等啓発	<input type="checkbox"/> 介護サービス事業所等啓発	<input type="checkbox"/> 長田区民生委員児童委員協議会で説明			
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> 流れ図の確認(28日) <input type="checkbox"/> 概要の確認(28日) <input type="checkbox"/> ※使用しやすさについて、随時、修正予定。 <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター(2センター)精神福祉相談員と顔合わせ(28日) <input type="checkbox"/> チーム医師との顔合わせ(28日) <input type="checkbox"/> マニュアル案の作成 ※随時、修正する可能性あり。	<input type="checkbox"/> 事業開始 <input type="checkbox"/> 長田区内7地域包括支援センターへ巡回、説明、社会資源等の把握(3~6日) <input type="checkbox"/> チーム医師・提携大学院生との顔合わせ <input type="checkbox"/> 日本人・家族への説明資料作成 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(20、27日) 検時ケース:4例 <input type="checkbox"/> 1例目訪問開始	<input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム訪問 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(2、9日)ケース4件 <input type="checkbox"/> ICF視点での生活状況票を作成し、記録する	<input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム訪問 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(月2~3回)	<input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム訪問 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(月2~3回)	<input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム訪問 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(月2~3回)	<input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム訪問 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(月2~3回)	<input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム訪問 <input type="checkbox"/> チーム会議の開催(月2~3回)	
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<input type="checkbox"/> 第1回委員会の開催(28日) <input type="checkbox"/> ※「神戸市認知症介護ネットワーク第16回実務者会」で、流れ図、様式案等を確認。				<input type="checkbox"/> 第2回委員会の開催(日程未定) <input type="checkbox"/> ※「神戸市認知症介護ネットワーク第17回実務者会」で、中間報告。			<input type="checkbox"/> 第3回委員会の開催(日程未定) <input type="checkbox"/> ※「神戸市認知症介護ネットワーク第8回代表者会」で、事業報告。	
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 委託先、再委託先との顔合わせ会(7月24日) <input type="checkbox"/> あんしんすこやか自主係長会で説明(6日) <input type="checkbox"/> 長田区健康福祉課再説明(6日) <input type="checkbox"/> 神戸学院大学との打ち合わせ(8日、27日) <input type="checkbox"/> 委託先、再委託先との調整(7月22日、8月16日、20日) <input type="checkbox"/> 委託先事務局長等説明(21日) <input type="checkbox"/> 委託書(27日) <input type="checkbox"/> 長田区医師会長との打ち合わせ(28日) <input type="checkbox"/> 専門病院(西市民病院)との打ち合わせ(30日)	<input type="checkbox"/> 神戸学院大学との協定締結(1日) <input type="checkbox"/> 専門病院職員とチーム員顔合わせ会(19日) <input type="checkbox"/> 認知症強化型地域包括支援センター専門相談員2名に説明(10日、13日)	<input type="checkbox"/> チーム員へ神戸市認知症施策について説明	<input type="checkbox"/> 認知症連携体制検討会(日程未定) <input type="checkbox"/> ※市、認知症対応強化型地域包括支援センター、疾患医療センター(2か所)の3者での検討会議。	<input type="checkbox"/> 認知症サポート医情報交換会で説明 <input type="checkbox"/> キャラバンイベント養成研修で説明(13日)	<input type="checkbox"/> キャラバンイベント交流会で説明	<input type="checkbox"/> 認知症疾患医療連携協議会で報告	<input type="checkbox"/> 認知症サポート医フォローアップ研修(8日)	
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8、9月)	<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10、11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会			<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告	

チーム体制図

新見市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

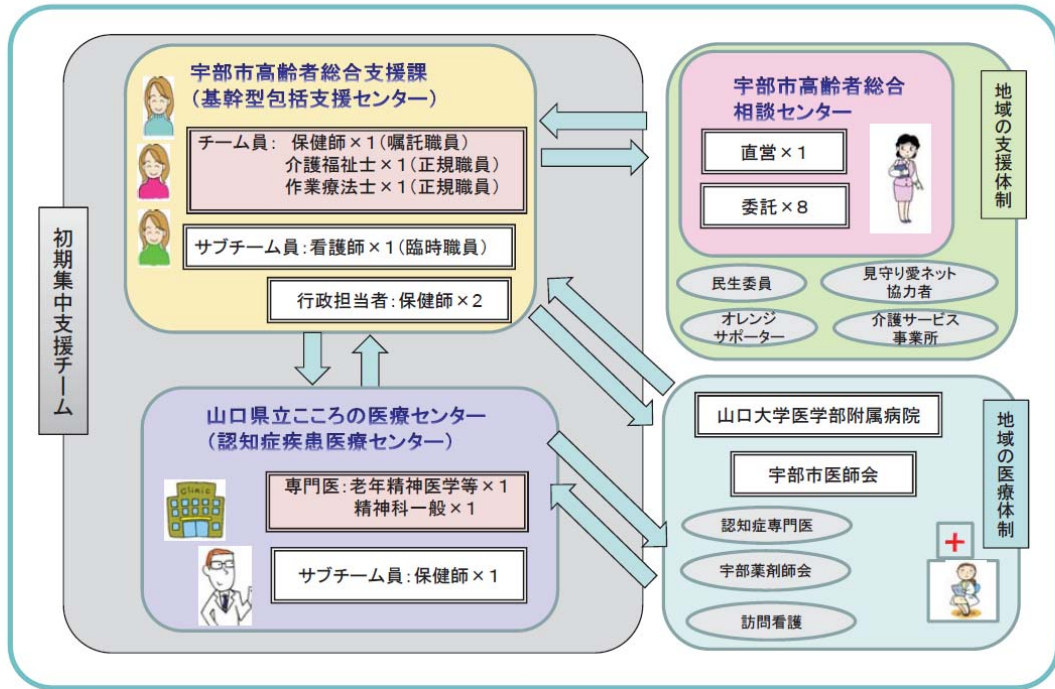
(岡山県 新見市)

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業		<input type="checkbox"/> 広報計画 <input type="checkbox"/> 関係機関への事前説明	<input type="checkbox"/> 市民への周知 (チラシの全戸配布) <input type="checkbox"/> 街頭啓発活動 (チラシ、啓発物品配布) <input type="checkbox"/> 新聞広告掲載 <input type="checkbox"/> 行政放送番組作成・放送	<input type="checkbox"/> 市広報誌への掲載				<input type="checkbox"/> 広報実施実績とりまとめ
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成 講座							
	<input type="checkbox"/> 事例管理 (時間・人員・コスト) <input type="checkbox"/> 様式準備	<input type="checkbox"/> チーム会議 (定例・随時)		<input type="checkbox"/> 中間報告とりまとめ				
	<input type="checkbox"/> 対象者の選定 <input type="checkbox"/> 専門医療機関との連絡 調整 <input type="checkbox"/> 訪問開始	<input type="checkbox"/> 10事例達成						<input type="checkbox"/> 100事例達成
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会		<input type="checkbox"/> 構成メンバーの検討 <input type="checkbox"/> 委員就任依頼 <input type="checkbox"/> 年間計画の検討	<input type="checkbox"/> 第1回検討委員会		<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会			<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 研修会の復命						<input type="checkbox"/> 実績報告準備	<input type="checkbox"/> 報告作成
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 11日まで報告 (8, 9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告 (10, 11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告

チーム体制図

宇部市

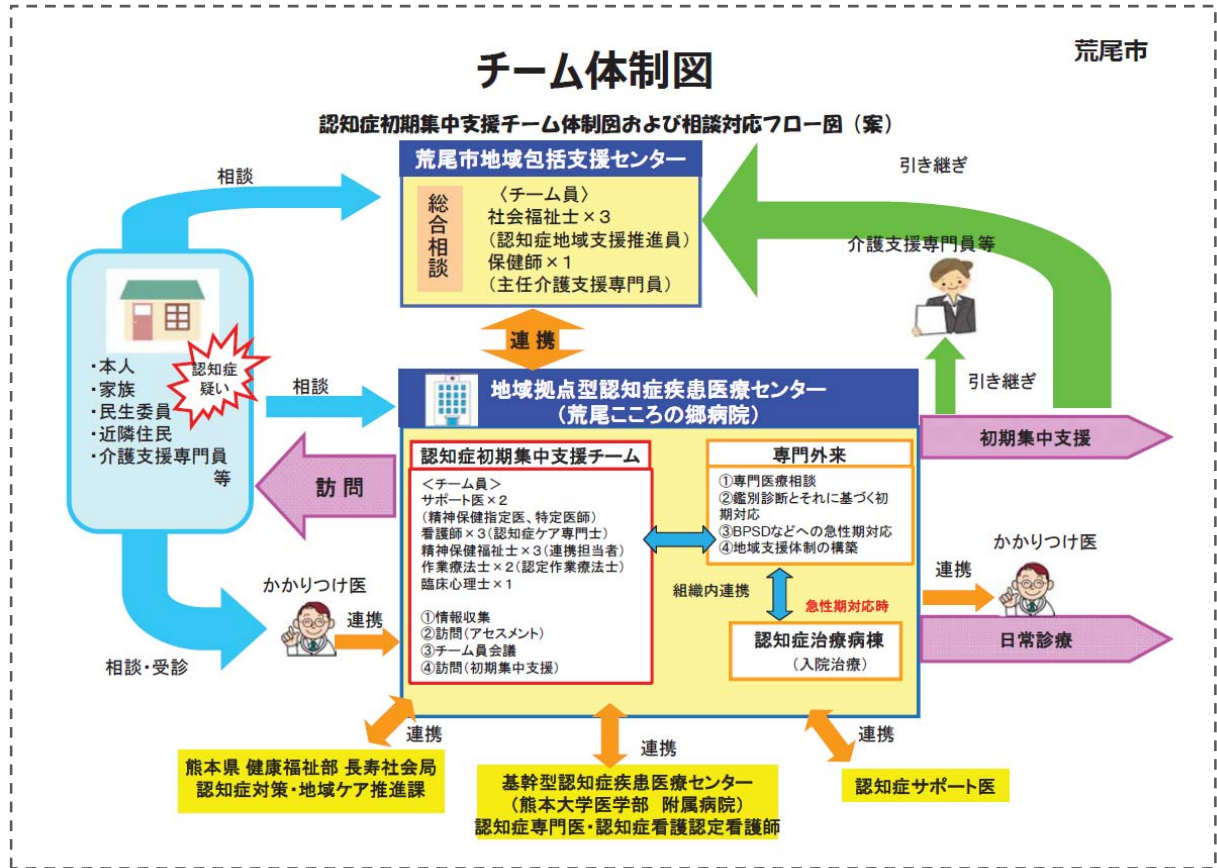


認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(山口県 宇部) 区(市)町

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業	□広報案作成 □関係機関(課内、認知症疾患医療センター、医師会、各包括支援センター)への説明	□広報うへの掲載 □新聞取材 □相談窓口での周知案内 □こころの医療センターにて説明・発表	□認知症サポーター養成講座実施時の周知、啓発 □認知症情報集作成・配布	□医師会分科会での説明		□オレンジサポーター(認知症支援ボランティア)養成講座開催		□モデル事業実績報告
認知症 初期集中支援	□様式準備 □チーム会議の開催計画、チーム医師との連絡調整 □チーム員の役割確認	□第1回チーム会議(9/26 16:30~10例) □課内への状況報告	□チーム会議(2回/月 10/11、10/25) □チームでの実践活動マニュアル案作成	□中間報告用の事例まとめ準備			□引継ぎした対象者のモニタリング	□チーム実践活動を可視化
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	□認知症疾患医療センターとの連絡調整 □認知症疾患医療センターとの地域包括支援センターとの定期相談会 □年間開催計画の検討	□訪問開始 □対象者把握、選定抽出作業 □包括支援センターとの協働	□支援方針決定後のかかりつけ医やサービス事業所との連絡調整 □抽出対象者へのアプローチ、電話、訪問活動	□11/28 第1回検討委員会開催 □チームでの実践活動マニュアル案の検討			□50事例達成	□3/27 第2回検討委員会開催 □チームでの実践活動マニュアル完成
その他 (事務局の動き)		□支援チームのバックアップ体制についての検討 □担当ミーティング(2回/週) □チーム員ミーティング(毎日)		□支援チームのバックアップ体制についての検討		□支援チームのバックアップ体制についての検討	□実績報告書の作成準備	□報告書完成
国への報告 研修等			□11日まで報告(8、9月)		□10日まで報告(10、11月)		□12日まで報告	4/11まで報告



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(荒尾市) 区/市/町

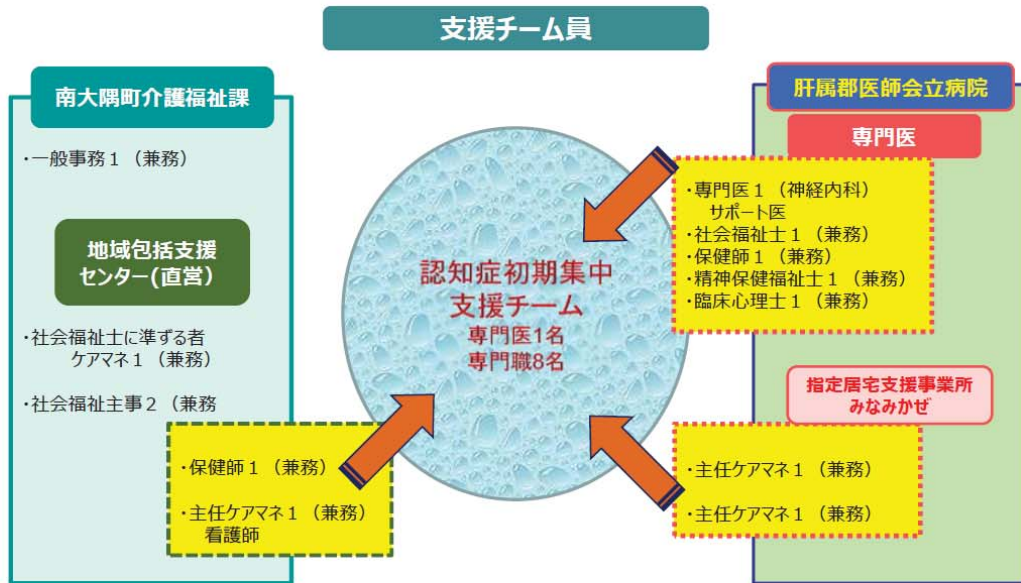
報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
普及啓発 推進事業	<input type="checkbox"/> 広報案作成 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座	<input type="checkbox"/> 関係機関、団体への説明会 <input type="checkbox"/> 世界アルツハイマーデーに合わせて事業の啓発用チラシを一般住民に配布(21日)	<input type="checkbox"/> 広報誌への掲載					<input type="checkbox"/> 認知症フォーラムの開催
認知症 初期集中支援	<input type="checkbox"/> 社会資源の情報整理(医療・介護・認知症の相談窓口・認知症サポート医等) <input type="checkbox"/> 教育媒体の選定、整理 <input type="checkbox"/> チーム編成 <input type="checkbox"/> チーム員の役割確認 <input type="checkbox"/> 様式の準備 <input type="checkbox"/> チームを説明する媒体作成 <input type="checkbox"/> 対象者の選定準備 <input type="checkbox"/> 1例目訪問開始	<input type="checkbox"/> 事例管理(時間、人員、コスト) <input type="checkbox"/> チーム会議(毎月第1・第3火曜日)	<input type="checkbox"/> チームでの実践活動マニュアル案作成 <input type="checkbox"/> 認知症相談フロー案作成	<input type="checkbox"/> 中間報告用各事例の取りまとめ準備 <input type="checkbox"/> 10事例達成	<input type="checkbox"/> 20事例達成 <input type="checkbox"/> 30事例達成 <input type="checkbox"/> 中間報告会	<input type="checkbox"/> 40事例達成	<input type="checkbox"/> 50事例達成	
認知症 初期集中 支援チーム 検討委員会	<input type="checkbox"/> 構成メンバーの選定 <input type="checkbox"/> 事業説明および委員就任依頼 <input type="checkbox"/> 検討委員会準備 <input type="checkbox"/> 年間計画の検討	<input type="checkbox"/> 第1回検討委員会の開催(3日)		<input type="checkbox"/> 第2回検討委員会の開催(中間) ・チームでの実践活動の報告および課題の抽出 ・活動マニュアル案・相談フロー案の検討 ・認知症の早期診断・早期対応における現状確認				<input type="checkbox"/> 第3回検討委員会の開催(まとめ) ・チームでの実践活動の報告および課題の抽出 ・活動マニュアル案・相談フロー案の完成
その他 (事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 委託先との協議 <input type="checkbox"/> 研修会の依頼 <input type="checkbox"/> 他セクションとの情報共有	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターとの学習会の開催 <input type="checkbox"/> チーム会議への参加 ・チームの実践活動の把握と可視化			<input type="checkbox"/> 主治医と介護支援専門員の意見交換会		<input type="checkbox"/> 実績報告準備	<input type="checkbox"/> 報告書作成
国への報告 研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8,9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10,11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告

チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

南大隅町認知症初期集中支援チーム員の構成図



認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 工程表

(南大隅町) 区/市/町

報告様式 1-2

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
普及啓発推進事業	<input type="checkbox"/> 民生児童委員協議会定例会にて事業説明(8/6) <input type="checkbox"/> 職員研修において事業説明(8/9) <input type="checkbox"/> 広報原稿の策定 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員等研修会にて事業説明(8/23)	<input type="checkbox"/> 町広報誌の発行 <input type="checkbox"/> 教育長に認知症サポーター養成講座実施要請 <input type="checkbox"/> 校長会で教育長が認知症サポーター養成講座開催の参加要請 <input type="checkbox"/> 南日本新聞にモデル事業の趣旨・活動報告掲載(9/27) <input type="checkbox"/> 上之園老人クラブ(9/20)(認知症講話)	<input type="checkbox"/> 根占中学校2学年(2クラス)認知症サポーター養成講座(10/1) <input type="checkbox"/> 外之浦老人クラブ(10/9)(認知症講話) <input type="checkbox"/> 下岩老人クラブ(10/11)(認知症講話) <input type="checkbox"/> ふれあいいききサロンボランティア研修会(10/23)(認知症サポーターによる講話) <input type="checkbox"/> 西本老人クラブ(10/24)(認知症講話) <input type="checkbox"/> 大泊老人クラブ(10/25)(認知症講話)	<input type="checkbox"/> 町広報誌掲載 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座(11/5)夜場職員向け <input type="checkbox"/> 馬籠老人クラブ(11/6)(認知症講話) <input type="checkbox"/> 南大隅町老人クラブでの認知症講話を実施(全老人クラブを実施) <input type="checkbox"/> 大浜下老人クラブ(11/21)(認知症講話) <input type="checkbox"/> 野尻野老人クラブ(11/27)(認知症講話)	連載(シリーズ) <input type="checkbox"/> 認知症サポーター養成講座				<input type="checkbox"/> 町広報誌掲載(実績)
認知症初期集中支援	<input type="checkbox"/> 訪問時の資料準備 認知症について、認知症の行動・心理症状、治療、家族の対応、社会資源の情報収集 <input type="checkbox"/> 教育研修資料作成 <input type="checkbox"/> チーム員訪問日、編成、様式の確認 <input type="checkbox"/> チーム員会議定例日の調整 <input type="checkbox"/> 対象者の選定準備、情報収集 <input type="checkbox"/> かかりつけ医協力依頼(8/22~8/27)	<input type="checkbox"/> 事例管理(訪問時間、移動距離、人員、コスト、消耗品) <input type="checkbox"/> 8例訪問開始	<input type="checkbox"/> 10/8、15 アセスメント研修会開催(地域の関係機関を対象) <input type="checkbox"/> チームでの実践活動マニュアル案作成準備 <input type="checkbox"/> チームでの実践課題の検討	<input type="checkbox"/> 中間報告用各事例の取りまとめ準備 <input type="checkbox"/> 15事例達成			<input type="checkbox"/> 20事例達成	<input type="checkbox"/> 30事例達成	
認知症初期集中支援チーム検討委員会	<input type="checkbox"/> 検討委員会設立準備会 <input type="checkbox"/> 検討委員会の開催(8/30)	<input type="checkbox"/> 検討委員会の開催(9/9)	<input type="checkbox"/> 検討委員会の開催(10/7)	<input type="checkbox"/> 検討委員会開催予定(11/11)	<input type="checkbox"/> 検討委員会開催予定(12/9) <input type="checkbox"/> チームでの実践活動マニュアル案の検討	<input type="checkbox"/> 検討委員会開催予定(1/20)		<input type="checkbox"/> 検討委員会開催予定(まとめ)実践活動マニュアルの完成	
その他(事務局の動き)	<input type="checkbox"/> 課内戦略協議 <input type="checkbox"/> 包括支援センターとの連携協議 <input type="checkbox"/> 委託先と協議、委託契約(8/1)委託先より事業計画受領 <input type="checkbox"/> 検討委員会構成メンバーの選定協議	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議で事業説明(9/20) <input type="checkbox"/> 在宅医療連携拠点連絡協議会で事業説明(事例検討)(9/24)	<input type="checkbox"/> 民生・児童委員協議会事業説明及び協力依頼(10/8) <input type="checkbox"/> 社会資源ガイドブックの作成			<input type="checkbox"/> 在宅医療連携拠点連絡協議会で先行事例の講話及び多職種によるディスカッション(1月中に開催)	<input type="checkbox"/> 在宅医療推進フォーラムの開催(2/15)		
国への報告研修等			<input type="checkbox"/> 10日まで報告(8、9月)		<input type="checkbox"/> 10日まで報告(10、11月) <input type="checkbox"/> 第2回チーム員研修会		<input type="checkbox"/> 12日まで報告	<input type="checkbox"/> 4/11まで報告	

図表 2-6 実績報告様式

様式 1：全体報告

報告様式 1-1

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業報告書
(年、 月分) 市町村名 ()

1 普及啓発推進事業
(1) 認知症初期集中支援チームに関すること
*作成した媒体、利用した資料等を同時に添付して提出のこと

対象者・人数	実施日時・場所	内 容
(回数： 回) (関係機関・団体)		(配布資料等)
独自に工夫・考慮した点		

(2) 認知症全般に関すること

対象者・人数	実施日時・場所	内 容
(関係機関・団体)		
(住民)		

3 認知症初期集中支援チーム検討委員会

項目	内容
委員会の場成員 (名簿添付) 氏名、役職等	
実施状況 (日時 議事内容 検討結果 課題 成果等)	
独自に工夫・考慮した点とその効果	
苦慮した点と課題	

*各回の議事次第、配付資料、議事録等を合わせて提出のこと

2 認知症初期集中支援
(1) 相談事例数、訪問実績

	案件数(件)	延件数(件)
エリア内の地域包括支援センターにおける認知症の相談件数		
モデル事業の対象者として把握した事例数		
認知症初期集中支援チームが訪問した事例数		
1 事例が終了するまでの平均関与期間とその所要時間内訳 (平均期間： 日間) (平均対応チーム員数： 人)	【1 事例あたりの所要時間内訳】(単位：時間) ①初回訪問までの情報収集、相談受付 _____H ②訪問(初回+継続分) _____H ③移動 _____H ④アセスメント、記録 _____H ⑤チーム員会議 _____H ⑥引き継ぎ業務 _____H ⑦主治医連絡等調整 _____H ⑧モニタリング訪問 _____H ⑨その他 _____H	
1 事例あたりの対応所要額(費用内訳、交通費、人件費等)		円

(2) チーム員会議の実績

実施状況	内 容
実施回数	回
1 回あたりの所要時間(検討対象として取り上げた件数)	(分) (件)
1 事例あたりの会議の所要時間	分
チーム員会議において工夫・考慮した点	
チーム員会議における課題	
その他	

*初回のみチーム員会議の会議録の様式を添付してください

4 事業全体の成果 *該当する項目に☑をつけ、具体的な成果について記入すること

項目	内容
認知症に関する社会資源の情報収集とその整理	☐認知症の人を支えるための社会資源情報の登録とリスト化したデータ(専門機関~インフォーマル組織のデータも含む) ☐その他
認知症初期集中支援チームの活動ツール	☐本人に対する情報提供用(説明用)媒体 ☐家族、支援者に対する情報提供用(説明用)媒体 ☐認知症初期集中支援チームを説明する媒体 ☐認知症初期集中支援チームの活動マニュアル チーム員の役割、対象者の選定基準、各種様式、連携ツール、初期集中支援内容等 ☐認知症の相談対応フロー 具体的な内容 ☐その他
実践の結果として得られたもの	☐認知症の医療サービス部門と介護サービス部門の情報共有を行える場の確保(事例検討会など) ☐連携先の拡大 ☐認知症ケアバスの作成 ☐認知症関連の新規事業数 ☐認知症関連施策の予算化 具体的な内容 ☐その他
その他	

*上記に加え成果物も同時に提出してください。

様式3 個別表（対象者ごとに作成）

報告様式3

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 訪問支援対象者 個別表(実績)

事例No		事例のタイトル	
介入時の状況		支援内容の記載（チームがどのような支援を行ったか）	
介入時の状態像		例) 1 医療サービスへの受診勧奨、誘導 2 介護サービスへの誘導 3 身体的ケア 4 生活環境の改善 5 家族への情報提供 6 対応方法に関する教育 等	
障害高齢者日常生活自立度		1回目報告（月 日）	2回目報告（月 日）
認知症高齢者の日常生活自立度		(目標)	(目標)
認知症の重症度 (1軽度 2中等度 3重度)			
訪問支援対象者の区分		3回目報告（月 日）	
認知症医療サービス (1未利用 2かつて利用 3利用中)		(目標)	(目標)
介護サービス (1未利用 2かつて利用 3利用中)		(支援内容)	(支援内容)
社会的困難状況事例に該当 (1困難 2非該当)			
これまでサービスに結びつかなかった理由 (自由記載)			
主治医の有無 (1あり 2なし)			
アセスメントのスコア（初回）		終了時サマリー（効果を主に記入すること）	
DASC (21項目・18項目) 点数 (点)	21項目	18項目	課題は解決したか ・認知症の行動・心理症状があっても在宅医療が継続できたか 成年後見制度の活用 ・インフォーマルサービスの開拓につながったか ・「参加・社会参加」につながったか等
DBD13 点数 (点)			
Zarit8 点数 (点)			
介入後		総合評価	
訪問活動		悪化 ← 変化なし → 改善	
訪問月日 (実績)		該当する線上に●をつけてください (目標に対する到達レベル)	
訪問実施者		-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
訪問回数 (延べ回数)			
訪問時間数 (累計: h)			
チーム会議			
会議実施年月日 (実績)			
チーム会議の開催数			
チーム会議の所要時間 (累計: h)			
効果（該当する項目があれば○をつける）			
認知症疾患の診断 (1あり 2予定 3なし)			
介護保険サービス (1導入済み、2導入予定、3導入なし)			
その他 (自由記載)			
認知症疾患の診断結果（病名）			
要介護認定後の要介護度			
アセスメントのスコア			
DASC (21項目・18項目) 点数 (点)	21項目	18項目	
DBD13 点数 (点)			
Zarit8 点数 (点)			

2-2 各地域の巡回による進捗管理

巡回の目的を以下に定め、前掲の図表 2-4 のとおり、平成 25 年 10 月から平成 26 年 2 月末までの 4 ヶ月間で 14 地域の活動実態を把握した。

なお、巡回は、専門医を含むチーム員と自治体が一同に会する機会としての「チーム員会議」を傍聴することとし、チーム員や自治体職員との意見交換を行った。1 地域にかかる巡回の所要時間はおおむね 2～3 時間であった。（14 地域からは、チーム員会議および検討委員会の開催状況事前にヒアリングし、部会委員を中心に巡回日程を組んだ）

図表 2-7 チーム員会議・検討委員会の開催状況等

	設置類型	設置場所	チーム員会議 開催状況	検討委員会	訪問日程12月	備考
①東京都世田谷区	医療機関	訪問看護	・2地区ごとに月1回	○10/21	—	
②福島県福島市	医療機関	診療所	・毎週水・金 チーム員打合せ	▲11月	—	
③熊本県荒尾市	医療機関	認知症疾患医療センター	・月2回(第1・第3火曜)	○9/3	30例	
④山形県白鷹町	医療機関	病院(精神科)	・毎週水曜	○9/17	50例	
⑤鹿児島県南大隅町	医療機関	病院(一般病床)	・毎週金曜	○8/30	15例	
⑥北海道苫小牧市		地域包括支援センター	・毎週水曜 適宜開催	○8月	20例	
⑦群馬県前橋市		地域包括支援センター	・毎週火曜	○10/28	30例	
⑧福井県敦賀市		地域包括支援センター	・毎週木曜	○8/22	20例	
⑨長野県長野市		地域包括支援センター	・月3～4回(11/1、29)	○9/5	40例	
⑩京都府宇治市		地域包括支援センター	・月6回程度(10月～)	○9/20	40例	
⑪兵庫県神戸市		地域包括支援センター	・月2～3回(10/2、9)	○8/28	—	
⑫岡山県新見市		地域包括支援センター	・定例(第1木曜日)・月3～4回	○10月	—	
⑬宮城県仙台市	行政	市役所	・随時 ケースレビュー	▲11/25	—	
⑭山口県宇部市	行政	市役所	・月2回(10/11、25)	▲11/28	—	

(1) モデル地域巡回の目的

巡回の目的を以下の5つに定め、チーム員会議の傍聴、ヒアリング、意見交換を実施した。

- ①実際の事業運営内容の明確化、
- ②事業のスキームと実際の事業とのギャップの確認、
- ③設置主体毎の特徴の抽出
- ④チーム員の役割の明確化
- ⑤チームにおける事例対応機能（支援機能）の可視化

(2) 巡回の手順及び結果について

巡回でのチーム員会議の傍聴においては、進行管理として、司会者の役割、構成員の役割等に課題をもつ地域も多く、いずれも手探りでの実施体制を進めている状況であり、チーム員会議の効果的な実施が、まず大きな課題であった。

また、個別事例の情報量の不足やアセスメント結果の確認方法等の地域差がみられ、具体的にチーム員会議ではどのような内容まで確認を行い、どのような内容について、だれが、何を、どのようにケア方針へ反映させて行くかという視点でのチーム員会議の有効な運営が課題であり、さらにそれを記録として残せるかという課題もあった。

そこで、チーム員会議におけるチェックポイントを図表 2-8-1 のように作成し、その内容にそって巡回を行うこととした。巡回の経過は、チーム員会議、医療連携、訪問活動の 3 分野を共通の視点として、図表 2-8-2 のように整理し、その間に行われた委員会やモデル事業評価部会等に報告した。

図表 2-8-1 巡回チェックポイント

認知症初期集中支援チーム員会議 傍聴時のチェックポイント		日時	()市・区・町
【ケース検討】	チェックポイント	○△×	記載事項
アセスメント(新規)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 把握の経緯が確認できるか ◆ 4つのアセスメントシートの内容は確認されているか？ <ul style="list-style-type: none"> ・DASCのチェックの内容が確認されているか？ ・DBD13のチェックの意味づけをしているか ・Zarit8のスコアで家族の負担感確認しているか？ ・身体の様子チェックの結果を押さえたか？ ◆ 訪問時の生活環境、近隣との繋がり方などおさえているか？ ◆ 基本となるADL、IADLは確認されたか？ ◆ 受診歴や受療状況は確認しているか？服薬内容は？ ◆ これまでの認定歴やサービス利用の確認は？ ◆ その他の独自のアセスメントをどのように利用しているか？ ◆ 不足している情報量をおさえられているか？ 		
アセスメント(継続)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 前回アセスメントに加えた変更点が明確か？ 改善事項、悪化事項の確認 		
総合的な判断 課題の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 本人の状態や現在の課題を明確化しているか？ ◆ 優先順位がつけられているか？ ◆ 本人の課題、家族の課題が明確か？ 		
ケア方針	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ケア方針について確認されているか ◆ 目標のスケジュール/担当者の確認がなされているか ◆ 関わり方のポイントが確認されているか 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 支援者の困っている点について検討されているか ◆ 当事者や家族を支える社会資源を整理しているか？ ◆ 社会資源を開拓するための視点はありますか ◆ 訪問時の内容 <ul style="list-style-type: none"> 訪問間隔、ケア内容 ◆ 地域力の向上に向けた課題がでているか 		
【進行管理】			
司会者の役割	◆ タイムキーパーの機能、メンバー構成		
構成員の役割	◆ 情報の整理→アセスメント→課題の確認→ケア方針の決定		
【フリーターキング】			
	◆ 事業実施上の課題、地域、各種団体(医師会等)		
	◆ 各職種の特徴があるか(医師、PHN、NS、OT等)		
	◆ 医師が自宅へ行く機会と実績		
	◆ 当日課題となったこと		

図表 2-8-2 巡回の結果および課題一覧

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業における各地域の個別事例対応活動記録からみた特徴と課題と巡回視察

市区町	設置区分	チーム会議				医療連携 医療(主治医・ 専門医)への様式	訪問活動 訪問記録と対応			
		チーム会議の頻度	チーム会議の様式		アセスメント 結果の明記					
			事例提出 用帳票	内容充実						
1 世田谷区	医療機関	診療所+訪問看護	・2地区ごとに月1回	○	個別支援計画と一体型 マニュアル作成済 ◎	◎	○ チーム会議で決定事項 記載項目あり、目標別 担当職種割り	—	訪問看護師による爪切りな ど看護技術提供あり	
2 福島市		診療所(診療所型)	・毎週水・金 チーム員打合せ	—	既存のサービス担当者 会議様式利用			—		
3 荒尾市		認知症疾患医療センター	・月2回(第1・第3火曜)	—	既存のサービス担当者 会議様式利用	○ 総合機能評 価作成	○	経過記録にあり	—	本人、家族を別々に分担し て対応。拒否されても対応 可能
4 白鷹町		病院(精神科)	・毎週水曜	○	新規+既存	○	○	チーム会議用資料に 記載あり	—	インフォーマルサービスの 記述あり
5 南大隅町		病院(総合病院)	・毎週金曜	—	既存のサービス担当者 会議様式利用			支援計画、項目出しあり	—	地域の情報、社会資源の 潤沢さ向える
6 苫小牧市		地域包括支援センター	・毎週水曜 適宜開催	—	既存利用(検討項目雑)			チーム会議の結論に 記載		専従職員2名での活動、1 事例への関与期間長い
7 前橋市		委託	・毎週火曜	—	会議録にコメント 方針記載あり ○	○	○	チーム会議録	◎相互にあり	チーム員が関与する限界 を明記
8 敦賀市		直営+委託	・毎週木曜	—	既存利用 ○	△	○	チーム会議録	○情報提供様式	主治医へ介入時に連絡
9 長野市		直営	・月3~4回	—	新規作成 コメント記載 なし				—	初期集中的訪問の実施
10 宇治市		委託	・月6回程度	○	新規作成 課題明瞭	○	○	チーム会議録	—	医師の助言内容明記
11 神戸市		委託	・月2~3回	—	既存のサービス担当者 会議様式利用	◎			○情報提供様式	訪問時の情報量が豊富
12 新見市		直営	・定例(第1木曜日)・月3~4回	—	医師の意見欄あり◎	◎	○	チーム会議録	—	継続訪問できている
13 仙台市		役所	保険高齢者介護予防推進室	・随時 ケースレビュー	—	初期対応支援マニュアル 作成	DASO見本例	○ チーム会議録	—	チーム員の役割
14 宇部市			高齢者総合支援課	・月2回	—	既存のサービス担当 者会議様式利用	◎	○ チーム会議録 (結論の項目)	—	継続訪問できている

また、チェックポイントについては、各地域のチーム会議のセルフチェックにも活用できるとの観点から、チーム会議第2回チーム員研修において、模擬チーム会議として3つの事例の検討をした後、研修受講者全員へ還元した(図表 2-9-1、2-9-2)。

なお、その模擬チーム会議で使用した事例は、各地域における実践事例から、①効果的な関わりが行えた事例、②関与が困難な事例、③標準的な事例をそれぞれ提出してもらい(図表 2-10)、その中から特徴的な3つの事例(MCIと軽度認知症、認知症と身体合併、介入の拒否)を選択し、基礎情報として提示した。

モデル事業の進捗管理から得られた情報(課題)や事例をチーム員研修のプログラムや資料・素材への反映させることで、よりモデル事業の活動と研修双方をより実践的かつ効果的に行うことができた。

図表 2-9-1 チーム員会議 議事録

模擬 チーム員会議 議事録

(

)市・区・町

不足情報			
アセスメント内容		課題とその優先順位	今後のケア方針
DASC ()点 18項目 ()点 21項目 ()点	記憶(近時・遠隔)、見当識(時間・場所)、 道順、問題解決・判断力 家庭外のIADL 買い物、交通機関、金銭管理 家庭内のIADL 電話、食事の準備、服薬管理 身体的ADL①入浴、着替え、排泄 身体的ADL②整容、食 事、移動 行動・心理症状/せん妄		例)1医療サービスへの要諦説明 2介護サービスへの課題(生活支援) 3身体的ケア 4家族への情報提供 5対応方法に関する教育 6権利擁護関係 7その他
DBD13 ()点			
Zarit8 ()点	否定的感情 No 1, 2, 4, 7, 8 介護による介護者の社会的生活の支障 No 3, 5, 6 その他()		
身体 の チェック	1 コミュニケーション 2 衛生状態 3 栄養状態 4 摂食状態 5 排泄状態 6 睡眠状態 7 その他()		
その他疾患			
【専門医の助言・意見】		【専門職の意見】(PHN,NS, OT, PSW, SW, 介護)	

図表 2-9-2 チーム員会議 進行プロセスのチェックリスト

【ケース検討】	チェックポイント	評価	気付いた点・メモ
アセスメント (新規)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 把握の経緯が確認できるか ◆ 4つのアセスメントシートの内容は確認されているか <ul style="list-style-type: none"> ・DASCのチェックの内容が確認されているか ・DBD13 のチェックの意味づけをしているか ・Zarit8のスコアで家族の負担感確認しているか ・身体の様子のチェックの結果を押さえたか ◆ 訪問時の生活環境、近隣との繋がり方などおさえているか ◆ 基本となるADL、IADLは確認されたか ◆ 受診歴や受療状況、服薬内容は確認されているか ◆ これまでの認定歴やサービス利用の確認は ◆ その他の独自のアセスメントをどのように活用しているか ◆ 不足している情報量をおさえられているか 		
アセスメント (継続)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 前回アセスメントに加えた変更点が明確か ◆ 改善事項、悪化事項の確認はされたか 		
総合的な判断 課題の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 本人の状態や現在の課題を明確化しているか ◆ 本人の課題、家族の課題が明確か ◆ 優先順位がつけられているか 		
ケア方針	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ケア方針について確認されているか ◆ 目標のスケジュール/担当者の確認がなされているか ◆ 関わり方のポイントが確認されているか 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 支援者の困っている点について検討されているか ◆ 当事者や家族を支える社会資源を整理しているか ◆ 社会資源を開拓するための視点はあるか ◆ 訪問時の内容(訪問間隔、所要時間、ケア内容) ◆ 地域力の向上に向けた課題が出ているか 		

図表 2-10 14 地域から収集した代表的な事例 概要一覧

	【効果的】	【困難】	【標準的】
世田谷	確定診断を受けているも、介護サービス利用拒否し、DASC 39 点、妻の介護負担が生じている。88 歳男性	1 年間入浴なし、足の爪 4 cm、未受診、未サービス DASC 56 点。夫と家庭内別居の 81 才女性	DASC 28 点、本人の不安から相談、かかりつけ医あるも、未診断、介護保険未申請の独居女性
福島市	近所からの匿名電話相談で探知、もの取られ妄想から家族との折り合いの悪く、独居。HDS-R 27 点、確定診断ないが、内科、整形外科のそれぞれからドネペジル複数処方有り。	夜中に雄叫び、2 階住民に被害妄想あり、棒で天井をたたく行為あり。認知症か精神疾患か不明、DASC 26 点、独居女性	家族からの相談、被害妄想あり、専門医受診でアルツハイマー型と診断した DASC 44 点
荒尾市	DASC 56 点、もの取られ妄想、嫉妬妄想、受診拒否を受診へつなぎ、認定申請までつなげた。HDS-R 4 点	独居、犬を飼い散歩も OK、本人も物忘れの自覚あるが受診に至らない事例、別居家族からのもの盗られ妄想的相談、DASC 22 点、MCI レベル	内科治療中断、DASC 50 点、同居家族へのもの取られ妄想から相談あり、引きこもりがち、女性
白鷹町	DASC 45 点、HDS-R 24 点、独居でサービス利用しているが、大量の物品購入やゴミをためる等あり、認知症の鑑別診断受けていない	DASC 49 点、かかりつけ医あり、介護サービスあるも認知症疾患の診断なし、夫婦で住居、衣服が不潔。	DASC 42 点、医療も、介護サービスも利用しているケース
南大隅町	もの盗られ妄想あり、サービス中断。DM のインスリン自己注射中。独居、自宅はゴミだらけ、DASC 44 点、かかりつけ医は外来で認知症に気づかず、訪問看護、訪問介護導入に至る	牛の世話し、最近自損事故や赤信号を見落とし、運転免許更新ができなかった、かかりつけ医あり、認知症疾患の診断なし、DASC 38 点	一般病院に行き診察せずに帰宅すること、道に迷うことあり、医療機関からの相談。DASC 28 点、地区の班長。
苫小牧市	ケアマネから認知症疾患医療センターワーカーへ入院の相談があり集中支援チームを紹介、妻へ暴言・暴力があり DASC 51 点、介護サービス拒否、小脳出血既往あり	かかりつけ医あるが認知症疾患診断なし、介護認定申請なし、家族への被害妄想あり、独居。民生委員のみ介入可能だがチーム員への拒否強く DASC 実施できず。	DASC 40 点、受診中断、介護保険更新できず。チーム介入により受診可能となった。MMS E22 点、今後、サービス開始予定
前橋市	躁鬱病で治療歴あり、車を運転し出かけるも、タクシーで帰ってくることもあり認知症診断を受けるため受診するも認知症はないと言われ中断。HDS-R 25 点、DASC 50 点、	妻の熱中症、肺炎の入院を機に、要介護認定受け、ヘルパー派遣していたが夫の拒否にて中断、認認介護の夫婦。自宅は屋内環境劣悪、万年床に害虫、大量のハエに緑色の浴槽	家族からの介護負担にて把握。かつてかかりつけ医からレミニール処方され、過活動となり服薬中断。DASC 70 点、HDS-R 23 点、幻覚、子供、人形、お化けの訴えあり
敦賀市	かかりつけ医に本人の物忘れ相談するも高齢なので仕方ないと言われ困った家族からの相談。DASC 32 点、終了時のカンファレンスの判断根拠が明確。	アルコール性認知症診断あり、アパシーにて受診、介護サービス中断中。DASC 55 点、MMSE 26 点、	DASC 50 点、認知症疾患の診断あるも、介護サービスの利用に至らずもの盗られ妄想あり、隣家の家族での対応困難。
長野市	何度も通帳紛失と郵便局長からの情報提供有り、未受診、DASC 32 点。受診時 HDS-R 14 点、服薬、受診継続課題		夫婦で理髪店経営、釣り銭を間違える、年度も同じお客に洗髪する、調理に 1 時間かかるため受診させたいが拒否、サービスも利用なし。DASC 27 点、受診へ結びつけた。
宇治市	高血圧あるも受診拒否、介護申請なし、妻への暴力、閉めだしなどあり。入浴せず、水分も取らない、DASC 59 点	最低限の家事はするが、外出を怖がり 3 年半閉じこもり、未受診、未申請、DASC 38 点。	通院以外の外出なし、介護サービスの利用なく、妻が認知症心配し、相談あり。DASC 46 点。
神戸市	過去認知症疾患の診断あるも中断、サービス拒否し、夫の緊急入院により関与。(夫は自宅で倒れていたが 4 日間放置) DASC 56 点	かかりつけ医あるも認知症疾患の診断なし、独居で被害妄想あり、DASC 46 点、近所からの苦情あり。	道に迷う、スケジュール管理できない、自分の兄弟も認知症の診断あり、本人・家族からの相談。DASC 39 点
新見市	DASC 57 点、退院後の妻の介護負担の増大による介護サービス利用への支援。	横断歩道のない国道を渡り近隣からの苦情あり。毎日の墓参り途中に無断で近所のトイレ借用あり、独居 DASC 51 点、未受診、未申請。	DASC 43 点、要支援 2 住宅改修時に物忘れの相談が家族からあり。膝関節症にてかかりつけ医あるも認知症の診断なし。
仙台市	DASC 35 点、もの盗られ妄想あり、自宅に他人が入ってもものがなくなると交番へ相談あり。未受診、未申請。		
宇部市	DASC 31 点、市街の子供から几帳面さがなくなって心配との相談。葬式を出したはずの母が来るとの訴えあり、かかりつけ医での認知症疾患の診断なし。	膵臓がんあり、術後不穏で退院。妻からの相談で介入。自宅に戻っても夜間動き回り、寝ない、不穏で困っている。DASC 65 点。	広報を見た市街家族からの相談。3 年前より物忘れに夫は気づいていたが、家事を夫が補ってきた、運転時にウインカーを逆に出す等あり、DASC 42 点

3. 実績報告

3-1 6ヶ月間の全体実績

前述の通り、モデル事業を実施する14地域からの活動実績を収集するスキームを整え、2ヵ月ごとに活動データを集積していった。また、事業期間中に実施した委員会および部会、またチーム員研修等では、それぞれのタイミングにおいて整理できる期間の活動実績報告を行うとともに、そこでの中間的評価や各地域に共通する課題対応等についてフィードバックを行った。

以下では、平成25年8月～平成26年1月までの6ヶ月間のデータを用いて、14地域の認知症初期集中支援チームの活動内容を整理する。

3-1-1 チーム活動の状況

① 全体像

14地域別に平成25年8月～平成26年1月のチーム活動状況の全体像を一覧で示す。

以下、「訪問実績・活動の状況」、「具体的な初期集中支援の状況」について、順に収集データを整理する。なお、訪問実績・活動の状況では、図表2-11の項目以外にも、所要時間や費用に関するデータについても提示する。

図表 2-11 チーム活動の全体像

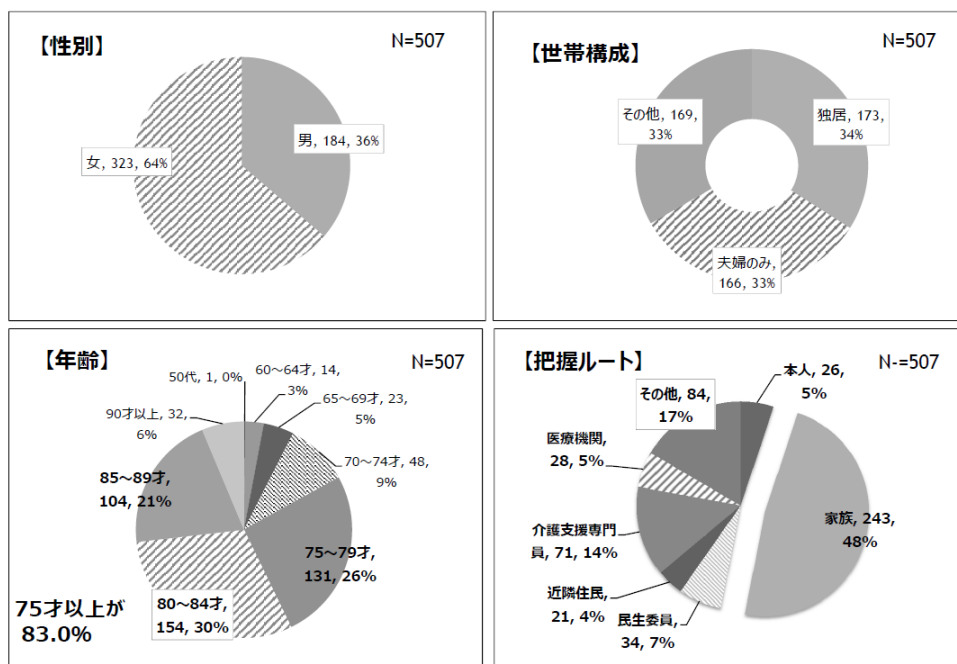
	自治体名	エリア内人口	エリア内相談事例数	把握事例数	人口10万対初期集中支援対象者把握率	訪問事例数	人口10万対訪問実施率	訪問延件数	1事例あたり訪問回数	困難事例数	訪問事例数における困難事例の割合	チーム会議		
												実施回数	1回あたり所要時間	1事例あたり所要時間
診療所+訪問看護	世田谷区	862,840	3,057	51	5.9	46	5.3	182	3.96	15	32.6	8	180	13
診療所（診療所型）	福島市	73,544	61	50	68.0	48	65.3	123	2.56	20	41.7	40	83	9.6
認知症患者医療センター	荒尾市	55,381	211	40	72.2	31	56.0	75	2.42	26	83.9	9	90	15
病院（精神科）	白鷺町	15,307	144	75	490.0	32	209.1	60	1.88	11	34.4	15	150	60
病院（総合病院）	南大隅町	8,639	53	40	463.0	35	405.1	103	2.94	10	28.6	19	60	15
地域包括支援センター	苫小牧市	174,221	72	75	43.0	34	19.5	192	5.65	12	35.3	16	60	30
	前橋市	340,945	201	32	9.4	28	8.2	57	2.04	19	67.9	20	110	10
	敦賀市	68,300	229	114	166.9	35	51.2	121	3.46	17	48.6	28	48	28
	長野市	385,150	420	42	10.9	40	10.4	155	3.88	33	82.5	14	90	28
	宇治市	192,188	918	94	48.9	46	23.9	124	2.70	19	41.3	25	135	30
	神戸市	102,344	444	50	48.9	30	29.3	51	1.70	14	46.7	13	60	35
市役所本課	新見市	32,852	233	47	143.1	46	140.0	131	2.85	21	45.7	10	90	11.6
	仙台市	62,608	188	12	9.2	8	12.8	10	1.25	8	100.0	6	45	30
	宇部市	172,377	979	83	48.2	48	27.8	209	4.35	31	64.6	8	60	9
	計	2,484,088	7,022	793	31.9	507	20.4	1,593	3.14	256	50.5	231	0.07	23.16

※仙台市は平成25年10月9日キックオフであったため8～9月の訪問実績なし

② 訪問対象者の属性等

14 地域の総事例数 507 例の性別、年齢等の属性内訳は図表 2-12 のとおりであった。

図表 2-12 訪問対象者の属性

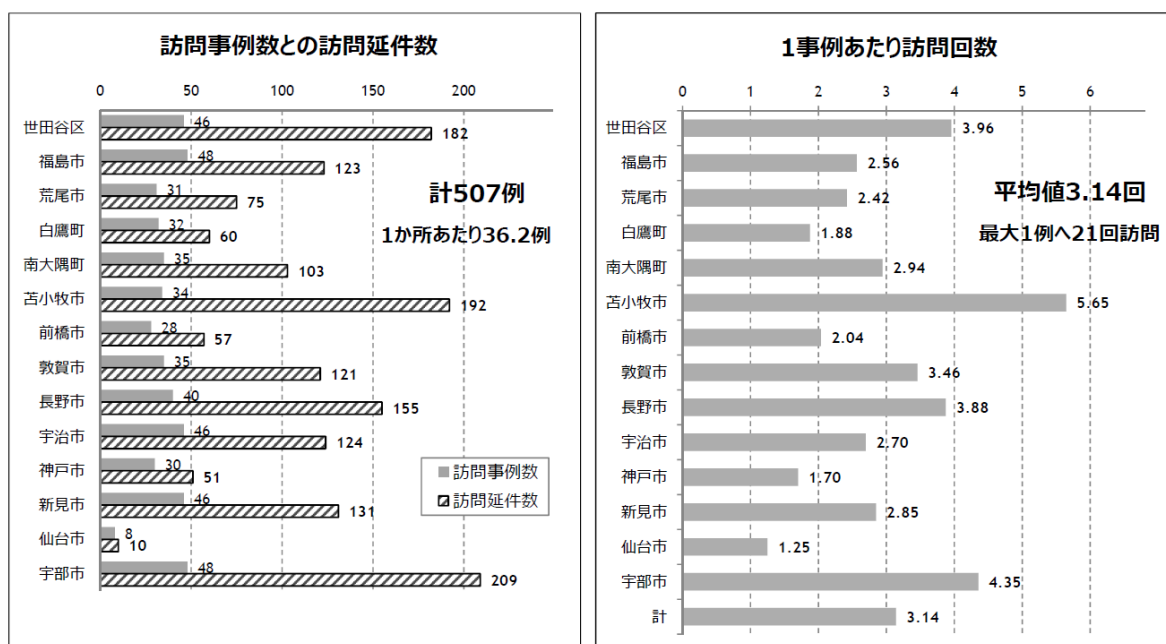


③ 訪問実績・活動の状況

③-1 訪問の状況

平成 25 年 8 月～平成 26 年 1 月の 6 ヶ月間の訪問実績は、訪問事例数が 507 例（最大 48 例、最小 8 例）で、1 地域あたり平均 36.2 例を訪問していた。（仙台市を除く 1 地域あたり平均は 38.4 例）1 事例あたりの平均延べ訪問回数は 3.14 回であった。

図表 2-13-1 訪問事例数・延べ件数、1 事例あたり訪問回数

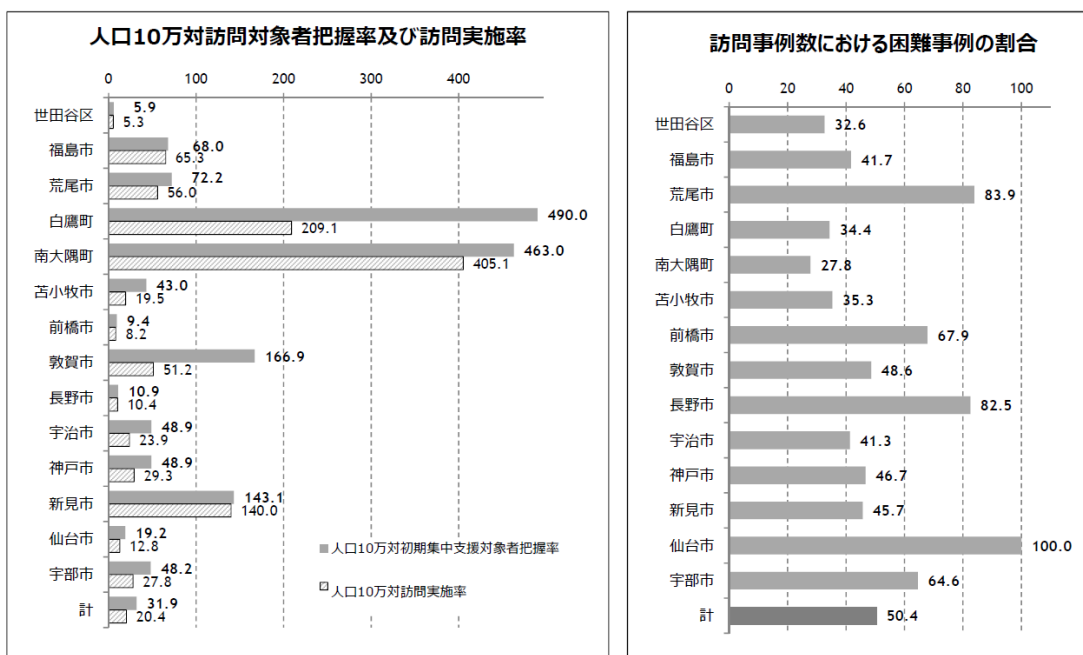


③-2 支援対象者の把握率等

各モデル地域での人口規模が異なるため、人口 10 万対での状況をみると、支援対象者の把握率は最大値 490.0（白鷹町）、最小値 5.9（世田谷区）、平均 32.3 であった。訪問実施率は、最大値 416.7（南大隅町）、最小値 5.3（世田谷区）、平均 20.7 であった。

また、訪問事例に占める困難事例の割合は、平均 50.4% であった。

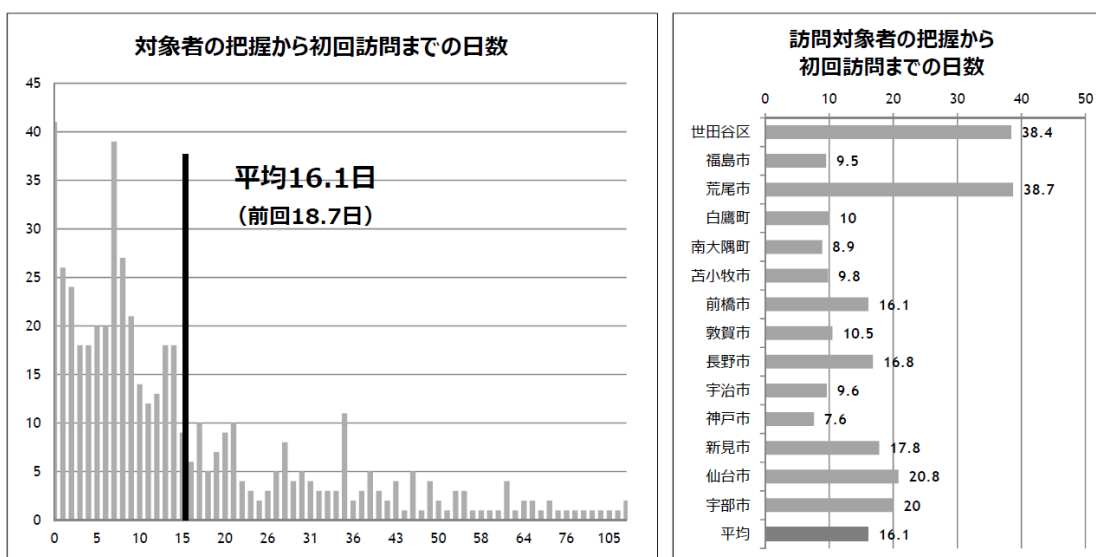
図表 2-13-2 人口 10 万対訪問対象者把握率・訪問実施率、困難事例の割合



③-3 把握から初回訪問までの日数

対象者の把握から認知症初期集中支援チームの初回訪問までの日数は、平均 16.1 日を要している。また、把握から 7 日以内にチームが訪問していたのは全体の 40.5%（前回:4 ヶ月間実績では 38.2%）、14 日以内が 64.8%、（同 62.6%）、30 日以内が 82.5%（同 78.6%）を占めた。

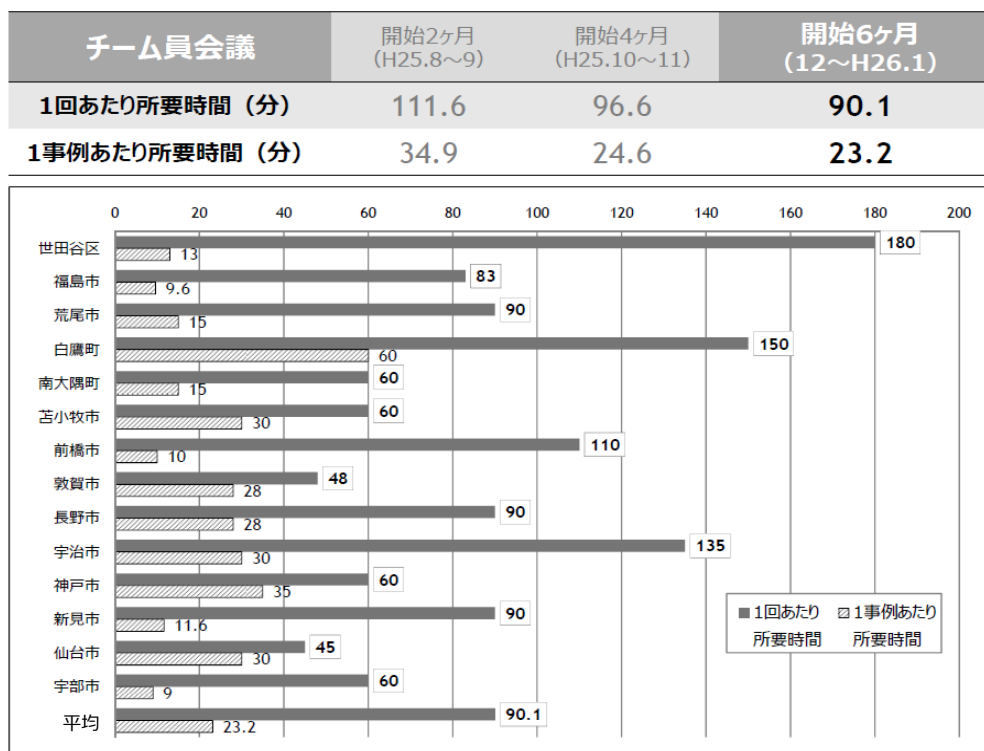
図表 2-13-3 対象者の把握から初回訪問までの日数



③-4 チーム員会議の所要時間

チーム員会議の所要時間について、1 回あたりの所要時間は、90.1 分で、実施当初の 2 ヶ月間実績（平成 25 年 8～9 月）から 21.5 分短縮されていた。また、1 事例あたりの所要時間は 23.2 分で、同じく、11.7 分短縮されていた。

図表 2-13-4 チーム員会議の所要時間



3-1-2 具体的な初期集中支援の状況（終了事例を中心に）

6 ヶ月間のチーム活動では 507 例への訪問が行われた。そのうち、平成 26 年 1 月末時点で初期集中支援が終了した事例は、166 例（継続支援者 341 例）であった。

以下、終了事例について、「介入開始時の状況」、「支援終了時の状況」を中心に整理して示す。

①チームの介入開始時の状況

①-1 認知症日常生活自立度

166 例の認知症高齢者の日常生活自立度は、自立度 I が 31.9%、II a が 30.1%、II b が 17.5% となり、自立度 II 以下の高齢者が 8 割超であった。

図表 2-14-1 認知症日常生活自立度

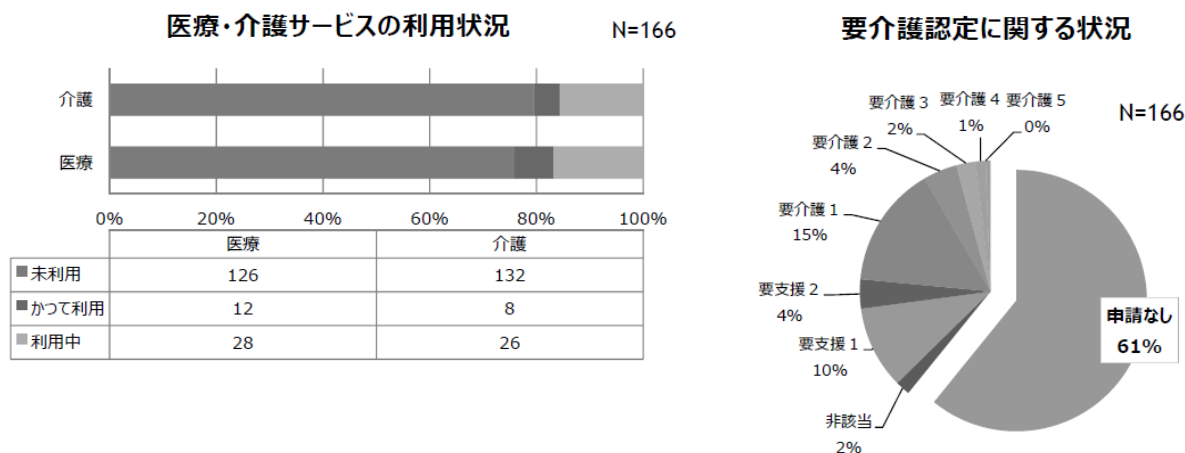
	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	総数
人数	4	53	50	29	18	6	5	1	166
割合	2.4	31.9	30.1	17.5	10.8	3.6	3.0	0.6	100

①-2 医療・介護サービスの利用状況等

医療・介護サービスの利用状況は、いずれも「未利用者」と「かつて利用」を併せた現在利用していない割合が8割超を占めた。

要介護認定は6割が未申請であった。認定者4割のうち、ほとんどを要介護2以下の軽度が占めた。

図表 2-14-2 医療・介護サービスの利用状況、要介護認定



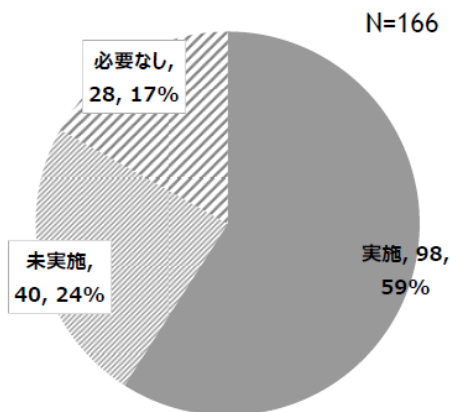
② 支援終了時の状況

支援終了者 166 例について、「認知症の診断」の側面および「医療・介護サービス等」の側面から、終了時の状況（開始時からの変化）を以下に整理する。

②-1 認知症の診断について

鑑別診断・除外診断の実施状況は、「実施」が59%、「未実施」が24%、「必要なし」が17%であった。

図表 2-15-1 鑑別診断・除外診断の実施状況



「実施」の 98 例の診断結果をみると、88 例（90%）が「認知症」と診断され、うち「アルツハイマー病」55 例、「血管性認知症」10 例、「レビー小体型認知症」「混合型」「分類不明」6 例ずつであった。

また、「認知症以外」の 10 例は、「うつ病等」4 例、「正常」3 例、「MCI」2 例、「統合失調症」1 例という内訳であった。

図表 2-15-2 鑑別診断・除外診断を受けた結果

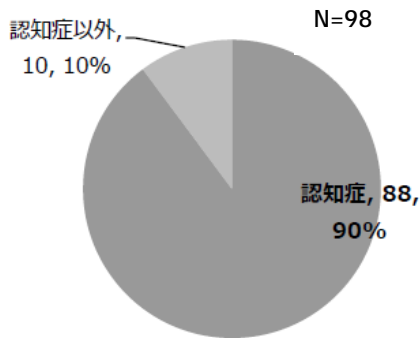


表 認知症の診断を受けたものの内訳 N88

認知症の内訳	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭様変性症	混合型	認知症だが詳細分類は不明	その他	計
N	55	10	6	2	6	6	3	88

表 認知症以外の診断を受けたものの内訳 N10

認知症以外の内訳	正常	MCI	うつ病等	統合失調症	計
N	3	2	4	1	10

続いて、「未実施」の 40 例について、チーム内において 26 例を「認知症」と判断、13 例を「認知症以外」と判断した。認知症と判断した 26 例のうち、18 例が「分類不明」であった。

また、「（診断の）必要なし」の 28 例のうち「既に診断済」が 15 例であった。「未診断」13 例について、2 例を「認知症」と判断、11 例を「認知症以外」と判断していた。11 例の内訳は、「正常」5 例の他、「うつ病等」、「人格障害」、「妄想障害」、「統合失調症」などが含まれた。

図表 2-15-3 診断未実施、必要なしについての判断

【鑑別診断・除外診断の未実施の内訳】 N=40

表 チーム内での判断結果	
	人数
認知症	26
認知症以外	13
空白	1
計	40

表 チーム内で認知症であろうと判断したものの内訳 N26

認知症	アルツハイマー病	血管性認知症	レビー小体型認知症	認知症だが詳細分類は不明	空白	MCI	計
N	4	1	1	18	1	1	26

表 チーム内で認知症以外であろうと判断したものの内訳 N13

認知症以外	MCI	うつ病等	統合失調症	高次脳機能障害	人格障害	妄想障害	計
N	2	4	1	1	3	2	13

【鑑別診断・除外診断の必要なしの内訳】 N=28

表 必要なしと判断したものの内訳	
	人数
既に診断済	15
未診断	13
計	28

表 既に診断済であるものの内訳 N15

認知症	アルツハイマー病	血管性認知症	前頭側頭様変性症	混合型	認知症だが詳細分類は不明	その他	計
N	9	2	1		3		15

表 未診断であるものの内訳 N13

	認知症と判断		認知症以外と判断							計
	アルツハイマー病	血管性認知症	正常	MCI	うつ病等	統合失調症	人格障害	妄想障害	疑いがある	
N	1	1	5	1	1	1	1	1	1	13

支援終了時において、診断およびチームの判断によって認知症領域とされた事例は 131 例（88 + 26 + 15 + 2 例）と、約 8 割を占めた。なお、認知症以外では、精神・人格障害が 32.4%を占めた。

図表 2-15-4 認知症領域の占める割合等

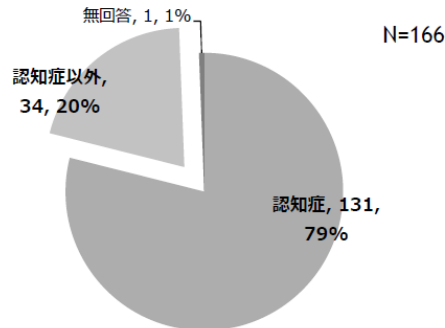


表 認知症以外の内訳 N=34

	正常	MCI	うつ病等	精神・人格障害	高次脳機能障害	計
人数	8	5	9	11	1	34
%	23.5	14.7	26.5	32.4	2.9	100

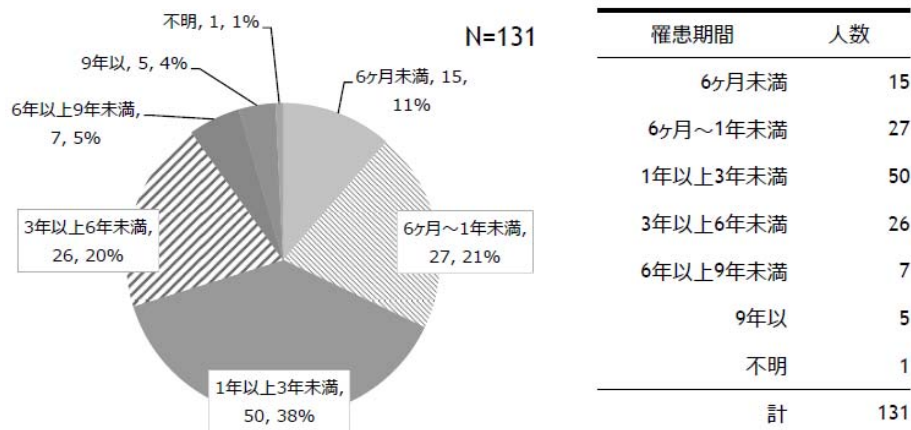
②-2 認知症の医療・介護サービス等について

まず、医療・介護サービス等の利用の前提（理由）となる、チームが関与するまでの認知症症状の罹患期間をみると、「6ヶ月未満」が約 1 割を占め、「1 年未満」と併せると約 3 割に上った。

他方、チームが関与するまでに 1 年以上罹っている事例が全体の 67.3%を占めており、「9 年以上」とした事例も 5 例（3.8%）あった。

※②-2 の N は診断またはチーム判断によって認知症領域の疾患とした 131 例としている

図表 2-16-1 チームが関与するまでの認知症症状の罹患期間

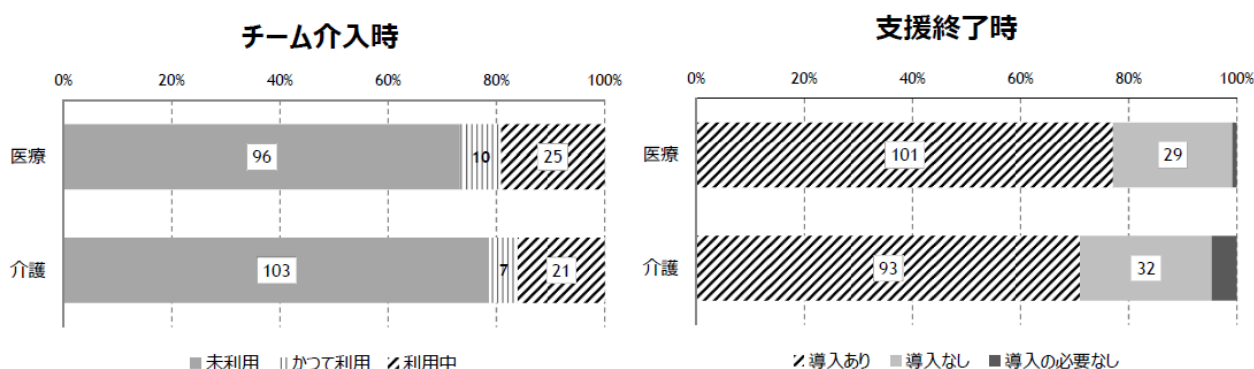


介入時、終了時における医療・介護サービス等の利用状況をみると、介入時に認知症の医療サービスを受けていない事例（未利用+かつて利用）は80.9%を占め、介護サービスでは84%を占めていた。

終了時には、医療サービスを「導入した（既利用を含む）」事例が77.1%であった。導入できなかった29例の内訳としては、「本人・家族の拒否」11例（導入なし事例の約4割）、「主治医が必要ないと判断した」5例、「他の悪化による入院」3例、「その他」8例であった。

また、介護サービスでは「導入した」事例が71%であった。導入できなかった32例のうち13例（40.6%）はインフォーマルサービスにつながっていた。導入できなかった内訳は「本人・家族の拒否」9例、「入院や入所」4例、また、「まず医療機関受診を優先した」等の理由もみられた。

図表 2-16-2 介入時・終了時の医療・介護サービス等利用状況



②-3 アセスメントツールのスコア比較

また、介入時と終了時（介入後）における基本アセスメントツールのスコアの比較は図表 2-17 のとおりであった。

図表 2-17 アセスメントツールのスコア比較

	介入時 (平均値)	介入後 (平均値)	平均の差 ポイント
DASC18 N=104	38.75	▶ 38.88	+ 0.13
DASC21 N=104	42.53	▶ 42.59	+ 0.06
Zarit8 N=82	11.82	▶ 10.38	- 1.44
DBD13 N=102	14.88	▶ 14.39	- 0.49

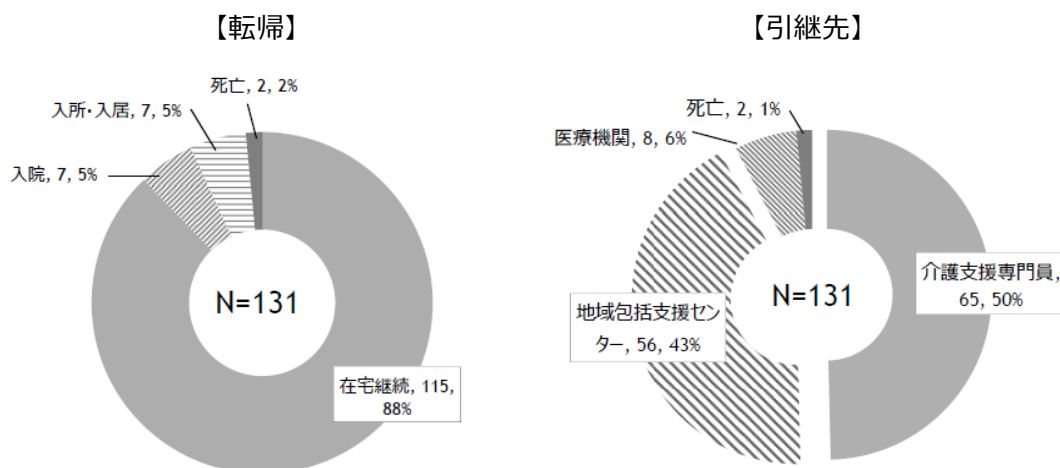
③ 支援終了者の転帰・引継先

終了者の転帰は、引き続き「在宅継続」が 115 例（88%）、医療機関への「入院」に至った例が 7 例（5%）、特別養護老人ホームやグループホームへの「入所・入居」に至った例が 7 例（5%）であった。

続いて、終了者の引継先としては、「介護支援専門員」が 65 例（50%）、「地域包括支援センター」が 56 例（43%）、かかりつけ医をはじめとする「医療機関」が 8 名（6%）であった。

なお、「死亡」が 2 例あった。

図表 2-18 支援終了者の転帰・引継先



④ 介入～支援終了までの訪問活動について

前掲の 6 ヶ月間の活動実績のうち、具体的な初期集中支援が終了に至った 166 事例について、一連のチーム活動がどのような内容であったか、訪問回数や所要日数、所要額（費用）等を整理する。

④-1 チーム員の訪問回数および所要日数

介入から支援終了までの平均訪問回数は 3.12 回であった。また、対象者把握、初回訪問、終了という各地点間の所要平均日数は図表 2-19-1 のとおりであった。

図表 2-19-1 訪問日数と所要日数

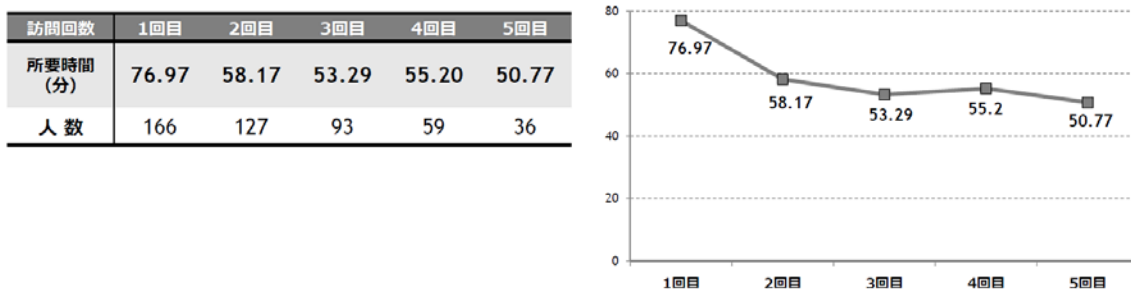
		訪問回数	N=166	
平均		3.12 回		
最大値		21 回		
最小値		1 回		

	平均日数	最小値	最大値
把握から初回訪問までの日数	14.2	0	105
初回訪問から引き継ぎまでの日数	53.2	0	204
把握から終了までの日数	73.3	3	262
初回訪問から終了まで	59.1	0	176

④-2 訪問回数ごとの平均訪問所要時間

訪問回数ごとの平均所要時間の推移をみると、初回訪問では 76.97 分を要していたが、2 回目 58.17 分、3 回目 53.29 分と少しずつ短縮していた。もっとも、そのまま回数に反比例して短縮されることなく、50 分前後で一定の下げ止まりとなった。

図表 2-19-2 訪問日数と所要日数

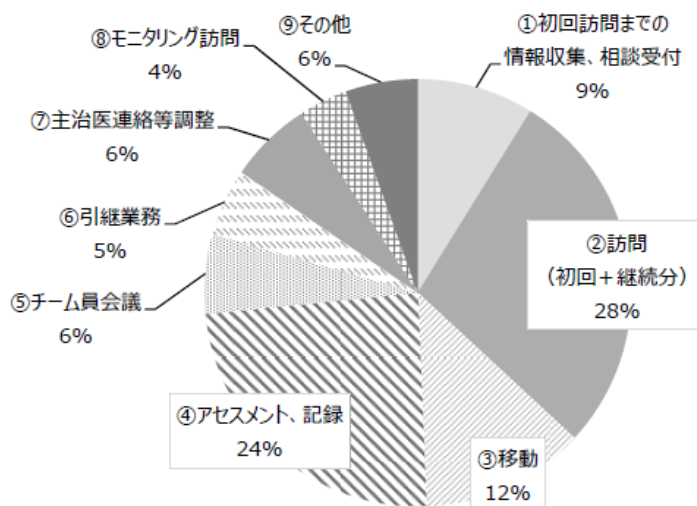


④-3 1 事例あたりの所要時間

終了事例 1 事例あたりの平均所要時間は約 14 時間であり、うち、訪問時間は 4.13 時間で約 3 割を占めていた。

図表 2-19-3 1 事例あたりの所要時間 (地域別)

	世田谷区	福島市	荒尾市	白旗町	南大湊町	苫小牧市	前橋市	敦賀市	長野市	宇治市	神戸市	新見市	仙台市	宇部市	平均
①初回訪問までの情報収集、相談受付	0.5	0.7	2	1.5	1.5	1.5	0.75	3.8	1.35	0.28	0.5	0.51	1.6	1.8	1.30
②訪問 (初回+継続分)	3.6	2.3	4.1	4.5	1.5	2	3	18.1	8.42	2.07	1.5	2.17	2	2.6	4.13
③移動	1.3	1.2	1	2	2	0.5	1.75	7.9	2.03	0.63	2.5	1.78	0.5	0.7	1.84
④アセスメント、記録	2.8	1.9	4.3	8	1.5	1.5	1.5	17.5	2.73	1.12	2.5	0.79	1.5	2	3.55
⑤チーム会議	0.6	0.7	0.7	1.5	0.25	0.5	0.75	3.6	0.99	0.68	0.5	0.18	1.3	0.15	0.89
⑥引継業務		0.2	0.3	1.5	0.5		1	0.7	0.86	0.17	2	0.08	0.8	0.9	0.75
⑦主治医連絡等調整		0.7	0.5	0.5	0.5	0.5	1.25	4	0.45	0.03	1.5	0.03	0.8	1.3	0.93
⑧モニタリング訪問		0.3			0.5		0		0.3		1	0.11	1.6	0.5	0.54
⑨その他		0.3					1.25		0.91	0.33	2	0.41	0.5		0.81
計	8.79	8.3	12.9	19.5	8.25	6.5	11.25	55.6	18.04	5.31	14	6.06	10.6	9.95	13.93

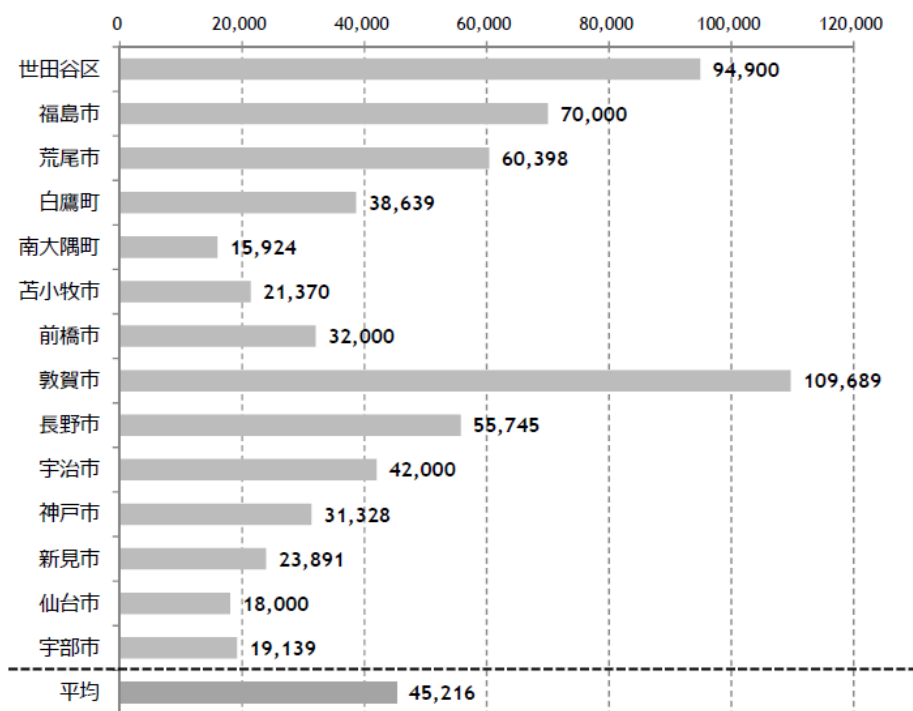


④-4 1 事例あたりの対応所要額（費用）

終了事例 1 事例あたりにかかる対応所要額は、人件費、交通費、会議費等すべてを含めて平均45,216円であった。

なお、1 事例あたり平均所要額が突出している地域については、チーム員の人数の多寡やチーム員会議に多職種を召集するため、等が主な理由であった。

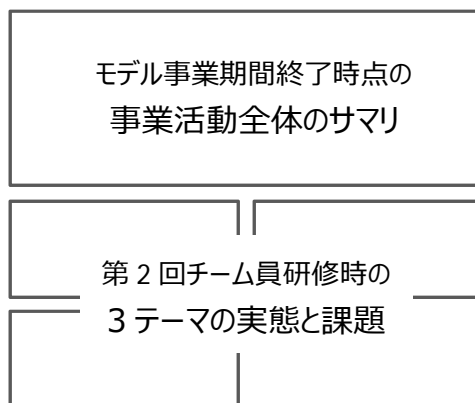
図表 2-19-4 1 事例あたりの対応所要額（費用）



3-2 モデル地域ごとの活動実績

(1) 各地域のモデル事業の活動サマリ

モデル事業実施の地域ごとに1ページを使い、上段に、年度末に提出頂いた各地域のモデル事業全体の活動サマリを示し、下段に、第2回チーム員研修（H25.12）の際に提供頂いた「チーム員会議」、「医療連携」、「チーム活動」に関する実態と課題および意見をそれぞれ整理した。



下段では、モデル事業期間の折り返し地点にあたって、各地域が3つの課題・テーマについて、どのように対応しているのか、また、うまくいっている点、工夫している点などが整理されている。

上段では、期間終了時において、モデル事業期間中を通じて実施された、2回のチーム員研修、2ヶ月ごとの実績報告（活動の振り返り）、チーム員会議への巡回（受け入れ）、2回の行政担当者連絡会議などを経て、共通課題のフィードバックや他の地域との情報交換を行い、それぞれの地域事情やチームの設置形態に応じたチーム活動をどのように展開したのか、がまとめられている。

図表 2-20 14 モデル地域の活動サマリ

北海道苫小牧市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

チーム員専従2名による継続的な訪問活動と認知症地域支援推進員による地域資源の開拓の両輪で早期からの支援の充実を目指して



◆ 地域の基本情報

チーム設置形態	地域包括支援センター(委託)	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	40,436人	23.18%
高齢者世帯数(うちエリア設定分)	29,596	世帯
認知症高齢者数(うちエリア設定分)	3,669	人
認知症患者医療センター	1	カ所
地域包括支援センター	7	カ所
認知症地域支援推進員	1	人

◆ チーム員構成および活動実績(H26.1.31付け)

チーム数	1	組	
チーム員人数	3	人	
職種	専門医(精神科医)	1	人
	精神保健福祉士・介護福祉士1名 作業療法士1名	2	人
訪問実人数	34	人	
訪問延べ回数	192	回	
チーム員会議平均時間数(1回あたり)	60	分	
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	93	日	

◆ 認知症施策の変遷 (市町村認知症施策総合推進事業等の進捗状況)

- ・認知症地域支援推進員の配置(平成22年度～1名 専従)
- ・認知症地域支援推進員中心に認知症カフェ(ほっとカフェ)開始
- ・市民後見人養成と活動支援のための体制づくり
- ・高齢者虐待対応マニュアル実践版完成
- ・徘徊高齢者等一斉Mail配信システム整備
- ・認知症サポータースキルアップ・メイトスキルアップ研修会開催
- ・認知症サポーター数8626名 キャラバン・メイト 102名(平成26年2月末)



◆ 認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- ・訪問事例数 34例
 - 認知症発症後のステージとしての初期の事例 11名
 - 関わりの初期、または関係機関が支援していた事例 23名
- ・平均訪問回数 5.6回 平均関与期間 52.1日(支援中も含め)
- ・チームの関与の特徴
 - チーム員が専従であり、業務に専念でき迅速な対応が可能
 - 集中的な訪問ができ、対象者との信頼関係が築きやすい
- ・専門職の役割
 - 作業療法士:室内の動線確認や、予防的観点から今後の備えとしての環境設定を行っている
 - 精神保健福祉士:家族への助言や心のケア、受療支援、社会資源の紹介等を行っている



① チーム員会議の実態と課題

苫小牧市

- 会議の内容:進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて
- うまくいっている点
 - ・時間内で十分な検討やサポート案の取決めがなされている。
 - ・アセスメントの解釈を会議内で伝えることで、認知症の症状を多角的に捉えることができています。
 - ・サポート案を含め定期的に開催できています。
 - 困っている点
 - ・短時間の中で、サポート案を含めた参加者へ、チーム員の考えやプランを伝えるのが難しい。
 - ・事前に資料を準備し、会議の時間短縮を試みているが、時間短縮は会議の質の低下を招きやすい。
- 様式や記録方法について
- 工夫している点
 - ・事前資料を配布することで、チーム員の捉えたケースに対するイメージを持ってもらいやすい。
 - ・相談履歴を提示することで訪問時の流れを伝えやすい。
 - 難しく感じている点
 - ・事前情報などの範囲まで記載するか難しい。細かい情報を載せると資料作成に時間を要する。

2

② 医療連携の実態と課題

苫小牧市

- チームの専門医や対象者の主治医との連携について
- うまくいっている点
 - ・サポート案との連携が取りやすくなった。チーム員会議の中で、包括職員やケアマネが気軽に相談できる環境となっている。
 - 工夫している点
 - ・ケースの病院受診同行の際、チーム員が役割分担し、1名がケース対応、1名が主治医との連携し、ケースの稟報回覧やアセスメントシートを説明し、生活機能障害の理解や認知症の治療に結び付けやすい。
 - 困っている点
 - ・市外の医療機関は、集中支援チームの理解がなく連携が断られそうになった。
- 地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について
- 工夫している点
 - ・医師会を通じて、市内金病院、クリニック等へリーフレットの配布、設置ができた。
 - ・医療・介護対象者の研修会等で当事業の説明、連携への協力要請を実施した。
 - 難しく感じている点
 - ・現在、個別のケースを通じて主治医等と連携はとれているが、今後のケースによっては協力等困難となる場合も想定される。
 - ・医師会へ連携シートの作成を提案したが、難色を示された。

3

③ チーム活動の実態と課題

苫小牧市

- 対象者の選定やチーム内の情報共有について
- うまくいっている点
 - ・チーム員が2名専従のためチーム内での情報共有が取りやすい。
 - 困っている点
 - ・対象者は、包括職員がトリアージを行っているが、中には、事業紹介のメディアを見た家族が支援を強く希望し介入、しかし精神疾患であった。
- 訪問頻度や継続的な訪問活動について
- 実績
 - ・チーム員が専従のため短期集中で訪問がしやすい。そのためケースとの信頼関係が作りやすい。
 - 課題
 - ・訪問頻度と記録、チーム員会議資料作成等のバランスが上手に取れない。
- 社会資源や他の機関との関係について
- 工夫している点
 - ・関係機関等へ出向き、ポランディアやサロ等情報を得た。
 - ・認知症地域支援推進員が同包括内に配置されており、情報共有がしやすい環境である。
 - 難しく感じている点
 - ・ポランディア等の社会資源情報が、実際に認知症のケースに対応できるか不明確である。

4

山形県白鷹町

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

精神科病院の多職種(精神保健福祉士、看護師、介護福祉士、作業療法士、臨床心理士)5名によるチームが地域包括支援センター(チーム員：保健師)と連携し訪問活動を実施、町の認知症高齢者見守り事業と両輪で認知症高齢者の見守り支え合いの町づくりを推進



◆地域の基本情報

チーム設置形態	地域包括支援センター(直営)	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	15,307 (31.3%)	人
高齢者世帯数(うちエリア設定分)	873	世帯
認知症高齢者数(うちエリア設定分)	614	人
認知症疾患医療センター	0	カ所
地域包括支援センター	1	カ所
認知症地域支援推進員	0	人

◆チーム員構成および活動実績 (H26.3. 26付け)

チーム数	1	組
チーム員人数	5	人
職種	専門医(精神科医)	1 人
	PSW1 看護師1 介護福祉士1 OT1 心理士1 保健師1	6 人
訪問実人数	60	人
訪問延べ回数	123	回
チーム員会議平均時間数	120	分
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	90	日

◆認知症施策の変遷

- H19年度 認知症見守りネットワーク協議会発足
構成員：区長・町内長、民生児童委員、人権擁護委員
警察署、消防署、元気ニコニコ推進会議、健康づくり推進員
婦人会、商工会
- 見守りステッカーの作成(デザインは高校美術部)・掲示
- H19年度～中学校・高校認知症予防講座開催(年1校)
認知症見守りネットワーク協議会委員による寸劇
- H19年度～認知症啓発講演会開催
- 認知症啓蒙用紙芝居作成 1作「ドクキャンばあちゃん医者さ行く」
2作「ほだけけがらあ？じいちゃんのいきいき一人暮らし」

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 訪問事例の内訳：年齢 75歳以上 89.8%
性別 女性 66.1%
世帯別 複数世代同居 64.4%
- 平均関与回数：2.05回
- チームの関与の特徴
精神科病院の専門スタッフがチーム員として訪問するため、医療関係の相談がしやすい。
- チーム員と地域包括支援センターの連携
介護や生活支援サービス提供については、地域包括支援センターがチーム員と協働で関係機関と連携し対応する。

①チーム員会議の実態と課題

白鷹町

会議の内容：進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて

○うまくいっている点
毎週チーム員会議を開催し、訪問終了後にスムーズにチーム員会議で話し合いができています。多職種が集まることで、各方向から対象者を見ることができ、包括が毎回参加することで、支援方針を町内の関係者へすく、つなぐことが出来る。

●困っている点
呼びかけを聴取する際、短時間で本人や家族から聞き取りするため、チーム員によって回答に差が出てしまう。

様式や記録方法について

○工夫して良かった点
チーム員専用の記録用紙を各自で作成したことで、自分たちなりに上手く情報共有が出来た。
独自の記録用紙には基本情報(アセスメント)、訪問情報、チーム員会議録を同じページに記録し、対象者を一対で把握出来る様にした。初回訪問と継続訪問の記録用紙を別にし、継続訪問には前回の支援方針、内容を記載して進捗管理が出来ようとした。

●難しく感じている点
分かり易い経過記録を作成するまで時間を要した。対象者の事例が付けにくい。

1

②医療連携の実態と課題

白鷹町

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

○うまくいっている点
チーム員が所属しているが医療機関のため、サポート医と連携しながら医療支援が必要な対象者をうまく医療につなげられている。

●困っている点
町長からチーム員が所属している医療機関を必ず受診する必要があるのかと聞かれることがある。
かかりつけ医から、認知症専門医が関わるのであれば、専門医に全て任せたいと相談されることがある。

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

○工夫している点
事業開始前に医療機関や医師会へ、個別に訪問し事業について説明し、協力を依頼した。
本事業の検討委員会へ町内医師代表、町立病院、保健所、二次医療圏内の認知症疾患医療センターに参加して頂いている。
県の担当者から、関係機関へ、事業への支援協力をお願いして頂いている。

●難しく感じている点
チーム員の訪問状況や支援結果についてのタイミングで報告するか検討している。

2

③チーム活動の実態と課題

白鷹町

対象者の選定やチーム内の情報共有について

○うまくいっている点
包括スタッフの協力により、総合相談等から対象者を把握している。緊急性の高い方を優先に訪問につながっている。詳しい情報を共有することで、訪問が速やかに行うことが出来る。

●困っている点
包括で対象者をリストアップ後、包括スタッフが本人・家族から本事業への同意を得るための訪問実施しているため、包括業務が忙しくなるとチーム員への依頼数が少なくなる。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

○実績 11月末現在 対象者50人 訪問件数25件 訪問頻度1～3回/週

●課題 通常業務と兼務のため、訪問やチーム員会議のスケジュールを合わせるのが難しい。

社会資源や他の機関との関係について

○工夫して良かった点
必要に応じて、チーム員会議に他施設・他機関に参加してもらうことで対象者の支援の幅が広がった。

●難しく感じている点
介護サービスを拒否した時に提供できる、対象者に合ったサービスの構築。

3

宮城県仙台市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

地域包括支援センターの行っている初期対応をサポートする体制の強化。初期対応力向上をめざし、多職種連携による協働訪問、ケースレビュー、困難事例の検討を実施。



◆ 地域の基本情報

チーム設置形態	行政(本庁担当課に設置)	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	13,4567人 21.49%	人
高齢者世帯数(うちエリア設定分)	不明	世帯
認知症高齢者数(うちエリア設定分)	不明	人
認知症疾患医療センター	2	カ所
地域包括支援センター	3	カ所
認知症地域支援推進員	本庁担当課 2	人

◆ チーム員構成および活動実績(H26.1.31付け)

チーム数	1	組
チーム員人数	6	人
職種	専門医(精神科医)	1 人
	保健師3 作業療法士1 介護福祉士1	5 人
訪問実人数	8	人
訪問延べ回数	10	回
チーム員会議平均時間数	45	分
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	21	日

◆ 認知症施策の変遷

- 認知症対策推進会議を平成20年より開催。関係機関と課題を共有し、課題解決の検討を行うワーキングを設置。これまで、普及啓発ワーキング、支援体制ワーキングを実施。平成24年度からの地域支援体制構築ワーキングでは、効果的な初期対応の仕組みづくりの検討を行い、支援者のための初期対応マニュアルを作成。初期対応力向上研修も実施。
- 認知症サポーター養成講座やイベントなどの普及啓発事業、電話相談や家族交流会などの家族支援事業、医師会と協働で行う地域医療支援事業なども実施
- 地域包括支援センター業務水準に認知症関連業務を位置付

◆ 認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 訪問事例の内訳：12件 ・男性4名 女性8名
・独居3名 夫婦3名 同居6名
- チームの関与の特徴：
 - ・受診困難事例への受療へのサポート
 - ・初回の総合アセスメントによる生活障害への対応について 支援者へのアドバイス
- 専門職の役割 医師：鑑別診断
保健師：フィジカルチェック、支援者のサポート、
作業療法士：生活環境の調整
介護福祉士：家族介護への支援

① チーム員会議の実態と課題

仙台市

会議の内容・進行、アセスメントの整理、ケア方針の決定のプロセスについて

- チーム員会議は訪問前後で行い、何度も開催しないようしている。
- 基本的に、地域包括支援センターが会議の司会進行を行っている。
- 地域包括支援センターとチーム員とで対象者の相談時や訪問時の状況を共有し、アセスメントの判断根拠や今後のケア方針を整理している。
- ケアの方針決定は、区の総合相談担当も加わるようにしている。

様式や記録方法について

- 基本的にチーム員が訪問したケースのモデル事業で必要とされているアセスメント等は、チーム員が作成するようになっている。
- 指定されたアセスメント様式以外は、利用者基本情報や支援経過記録、会議記録など、現在利用しているものを使用している。

② 医療連携の実態と課題

仙台市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

- 本市では、仙台市認知症アセスメントシート(DASC)をすでに利用し、多くのケースで主治医への情報提供を行っていた。根拠のある状態を伝えることで、主治医も判断がしやすく、専門医への紹介につながる場合もある。
- チームの専門医とは、会議やメールでの相談等あらゆる機会を通して、情報提供や相談、報告などを行っている。

医師は診療があるため、時間の調整が難しい。

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

- 市医師会に事業の説明を行っている。また、事業実施地域のかかりつけ医にも事業説明と協力の依頼を行った。
- 市医師会のかかりつけ医を対象とした認知症の研修において、仙台市認知症アセスメントシート(DASC)の紹介を行い、認知症の方の受診時に連携(情報共有)のツールとして活用させていただくことをアナウンスした。
- モデル事業実施地域の医療機関は協力的で、かかりつけ医も認知症についての知識や対応ができ、地域包括支援センターとも日頃から連携がとれているが、市全体で同じ状況とは異なる。かかりつけ医に相談しても認知症を理解してもらえず、専門医に紹介してもらえないことがあったりするケースもある。
- 研修会に参加するかかりつけ医は多くはなく、興味が決まってきたり、なかなかその数が広がらない。

③ チーム活動の実態と課題

仙台市

対象者の選定やチーム内の情報共有について

- (今後) チーム員支援の対象者の選定について、チーム員会議やケースレビューを通じ、チーム員や区の高齢者総合相談担当者と相談対応したケースについての共有を図ることで、チーム員の関わりが効果的なケースの状態を明確にしている。
- 個人情報取り扱いについて現在は、チーム員会議やケースレビューなどチーム員が集まったところで、または、直接資料を手渡しする方法で行っているが、今後はタイムリーに情報共有できるよう改善が必要。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

- 訪問頻度は4ケースとも1回だけであるが、継続するかどうか(今後の方針)については、訪問後のチーム員会議で決めている。また、ケースレビューでその後の経過を確認しているため、定期的にケースのモニタリングを実施し、ケースの支援方針を再検討できるようにしている。
- できるだけ、地域包括支援センターやその支援を行う区総合相談担当で、チーム員がいなくても支援が継続できるように、この事業を通してスキルアップしていく必要がある。

社会資源や他の機関との関係について

- 地域包括支援センターの地域の関係機関とのネットワークづくり、社会資源の活用等により、独自の認知症の方や高齢夫婦の方など自分から問題を認識し相談につながるのが難しいケースについて、地域の民生委員や町内会、交番などから相談が多くなっている。

福島県福島市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

- 認知症初期集中支援チームと認知症医療支援診療所（仮称）の両事業を統合して事業展開
- 医療系スタッフの初期集中支援チームと地域包括支援センターとの密接な連携により、認知症高齢者を医療へ結び付けた事業展開



◆地域の基本情報

チーム設置形態	診療所	
高齢者数・率	73,554人 (25.81%)	人
高齢者世帯数	8,632世帯 (H24.10現在)	世帯
認知症高齢者数	約11,000人	人
認知症疾患医療センター	0	か所
地域包括支援センター	19	か所
認知症地域支援推進員	0	人

◆チーム員構成および活動実績（H26.1.31付）

チーム員人数	4	人	
職種	専門医（精神科医）	1	人
	Ns1・OT2	3	人
対象者数（うち終了者数）	48	人	
訪問延べ回数	117	回	
終了者の平均訪問回数	2.7	回	
終了者1人あたりの所要期間（初回訪問～終了までの期間）	56.8	日	

◆認知症施策の変遷

- 「もの忘れ検診」・・・福島市が平成24年度より市医師会と共催で独自に実施している事業。検診開催にあたっては、多職種の関係者を対象に認知症の症状チェックできるテスト（協力者）を養成し、協力を得て実施している。
- 「認知症対策検討会」・・・福島市が平成25年度より開催している会議。認知症の人と家族の会や医療・福祉・行政等が課題を共有し、具体的な対応策を検討する。
- 「ほっとひととき介護のつどい」・・・介護されている方や家族などを対象者として、介護の知識を確認したり、同じように介護をしている方の話を聞いたり、自分も話したりできる「ほっとひと息つける場」。

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 相談は地域包括支援センターからがほとんどを占める。
- 初期集中支援チームが支援することで専門医療機関に結びついたり、認知症の周辺症状が改善されると思われるケースをトリアージされた上で相談が入っている。
- エリア内の地域包括支援センターの認知症の相談件数 67件
モデル事業の対象者として把握した事例数 52件
認知症初期集中支援チームが訪問した事例数 48件
※1月末までの集計
- 認知症支援診療所が併設しており初期集中支援チームが関わったケースに関してはタイムリーに専門医とチーム員が情報共有や支援方針について話し合う機会を持つことができる。
- ケースの状況変化に対しては地域包括支援センターと連携しながら早期対応ができる。

①チーム員会議の実態と課題

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて

（うまくいっている点）

- 資料を事前に配布しておく事で状況把握し、チーム会議の時間短縮になっている。
- チーム員内では訪問時にタイムリーに情報交換を行う機会がある。チーム員会議以外の話し合う場がある。（困っている点）
- 独居の場合や本人からの聞き取りが難しい場合はアセスメントが難しいことがある。
- 主業務を行いながら実施している為、時間調整が難しい時がある。
- チーム員会議が効果的に行えるよう内容の充実を図り、支援内容の決定につなげていきたい。

様式や記録方法について

（工夫している点・記録様式の特徴や利点）

- 既存のケース担当会議様式を利用しており、課題から支援内容まで記載できるが、記載する内容が多い。今後チーム員会議の様式を検討し、書類作成業務にかかる時間の効率化を図りたい。
- 支援経過記録や訪問記録の様式を作成し簡便化を図っている。（難しく感じている点）
- チーム員会議の内容をより具体的にわかりやすい表現で記載できるようにしたい。

1

②医療連携の実態と課題

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

（うまくいっている点）

- 初期集中支援チームのメンバーがチームの専門医と情報交換をタイムリーに行うことが出来ており、必要時には助言を受けるなど円滑に連携できている。
- 専門医の受診につなげた際には、診察に同席し診察時の状況や結果の把握を行っている。診察後に今後の診療方針等について説明を受ける事ができ、支援方針に反映できる。（困っている点）
- 家族や担当者が専門医につなげたいと考えていても、主治医が「年相応」と判断し、受診につなぐにくい現状がある。
- 専門医受診につなぐ、薬を処方されても、結果を主治医に報告することが現状によっては難しい場合がある。

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

○工夫している点

- 本市では、認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業を併せて実施しており、医療支援診療所の実施委員会と集中支援チーム検討委員会を兼ねて開催し、医療連携および医療と介護の連携などを協議し、市医師会と連携し、今後の方針を検討していく予定。
- 難しく感じている点
- 地域のかかりつけ医（主治医）と専門医の連携など

2

③チーム活動の実態と課題

対象者の選定やチーム内の情報共有について

（うまくいっている点）

- 地域包括支援センターに通知書を送り、包括支援センターの担当者からは、ある程度トリアージされた状態で相談が入っている。
- 地域包括支援センターが抱える困難ケースについて相談があり、初期集中支援チームが一層に訪問・支援することで、すぐに解決には至らないが、担当者の負担軽減につながっている。
- チーム員は常に課題を共有し合っている為、情報共有や相談がスムーズにできている。（困っている点）
- 地域包括支援センターとして、さまざまな問い合わせが、支援困難な場合に初期集中支援チームに相談が入る場合がある。このようなケースは継続して長期に渡る関わりが必要で、6ヶ月という短い期間の初期集中支援チームの対象としては難しいと感じつつ関わっている場合もある。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

（実績）

- 訪問頻度は多くて月に1～2回（1ケース）
- 支援内容によって訪問している。月に何度も訪問する事は困難な為、必要に応じて地域包括支援センターの担当者と訪問し、訪問をしていいたま、対象者との信頼関係を築いている。

（課題）

- 主業務を行いながら実施のため、時間的制約があり、もっと訪問の必要性を感じながらもできない現状がある。件数が増えるにつれ訪問も増えている為、業務体制を考えて欲しい。

社会資源や他の機関との関係について

（良かった点）

- 地域包括支援センターでの業務経験がある事で市内の包括支援センターとの連携がスムーズに出来ている。

（難しく感じている点）

- 地域の社会資源を把握して必要に応じて結びつけていくことで出ている。社会資源の情報が不足である。
- 訪問や支援の場力が得られない対象者などフォーマル・インフォーマルのサービスにつなげる事が難しい場合がある。

3

群馬県前橋市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

- ◎委託先は認知症疾患医療センター・地域包括支援センターが併設
- ◎市医師会・支援チーム・行政が綿密な連携の下で、業務を実施



◆地域の基本情報 (H25.12.31付)

チーム設置形態	地域包括支援センター (委託)	
高齢者数・率	86,530(25.38)	人 (%)
高齢者世帯数	34,659	世帯
認知症高齢者数 (IIa以上)	8,022	人
認知症疾患医療センター	3	か所
地域包括支援センター	11	か所
認知症地域支援推進員	1	人

◆チーム員構成および活動実績 (H26.1.31付)

チーム数	2	組
チーム員人数	6	人
職種	専門医 (神経内科・内科)	2 人
	社会福祉士 1・介護福祉 1・OT 2	4 人
訪問実人数	28	人
訪問延べ回数	57	回
チーム会議平均時間数	110	分
終了者1人あたりの所要時間 (初回訪問～終了までの期間)	39	日

◆認知症施策の変遷

- ・認知症サポーター養成講座 (H19年～ 55,391人受講)
- ・前橋地区合同認知症疾患医療連携協議会(H22年9月～)
- ・認知症地域支援推進員を配置 (H23年4月～)
- ・医師会と共同で認知症資源マップ作成 (H25年とH25年) 認知症対応医療機関、相談機関、介護サービス機関を掲載
- ・認知症に関する相談件数
H24年度 案件数270件 延件数506件
H25年度 案件数304件 延件数857件(H26.1.31現在)

◆<チームの活動実績 (H25年8月～H26年1月)>

- ・対象32例中：認知症25例、精神疾患3例、飲酒関連4例
- ・問題の所在(32例中)：本人27例、家族や介護者5例
- ・訪問延回数：57回(28例)、終了までの平均関与期間：57.3±33.9日、平均訪問回数2回(モニタリングを除く)
- ・医療や介護につながったケースの割合(訪問した28例中)
医療：新規57%、既につながっていた36%、調整中7%
介護：新規21%、既につながっていた36%、調整中43%
- ・かかりつけ医からのコメント票返信率74%、情報提供率96%
- ◆既存資源との関係性を優先し、連携しながら支援を展開
- ◆医療職と福祉職が手分けをして、効率的にアセスメントを実施
必要に応じて手芸などの活動を通して、社会資源利用を促進

①チーム員会議の実態と課題

前橋市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて
<ul style="list-style-type: none"> ○原則的に毎週会議を実施し、関与している全ケースに対して進捗を確認している ○チーム員会議にチームだけでなく、前橋市の担当者も毎回出席するため、連携や情報共有がなされやすい。 ●会議の質を得てきたこともあり、1ケースあたりの所要時間は少なくなってきたが、ケース数が増加してきており、毎回1時間半～2時間程度かかる。 ●ケース数の増加に伴い、各ケースの進捗確認に時間を割くことができず、進捗が遅れるケースもある。
様式や記録方法について
<ul style="list-style-type: none"> ○記録様式の特徴や利点 (課題整理や進捗管理におけるメリットなど) ○会議資料は全ケースについて、問題や個人内情報、アセスメント結果・進捗などを一頁表にしたものを使用しており、必要に応じてその他の書類を配布している。そのため、情報更新作業の負担が少なく、全ケースの進捗を把握しやすく、情報を整理し易い。 ●常勤チーム員がいないため、各チーム員の情報を一元化し、会議資料を作成するのにタイムラグが生じる。 ●一頁表にまとめても、ケース数の増加とともに情報量が増加している ●チーム員会議資料の様式は、アセスメント結果や問題点、目標などが一目で分かる書式へ改善の余地あり

③チーム活動の実態と課題

前橋市

対象者の選定やチーム内の情報共有について
<ul style="list-style-type: none"> ○週1回のチーム員会議があり、そこで情報共有できる機会に心がけている。 ○基本的に紹介されたケースには対応している ●紹介されたケースには精神疾患やアルコールの問題を抱えるケースもあり、対応に苦慮する場合あり ●チーム員が常勤でなくメールでの情報共有となることもあるため、情報管理に配慮が必要
訪問頻度や継続的な訪問活動について
<ul style="list-style-type: none"> ○現状の訪問件数は3～5件/週程度。 ○マンパワーに限りがあるため、訪問だけでなく家族や担当包括と電話でのやり取りでフォローすることもある ●距離が遠いケースなどの場合は、本格的なアセスメントの前に担当包括職員やケアマネと同行するが、少数で訪問が済む場合はやむを得ずチーム員1名が代表で訪問する場合もある。 ●1ケースあたりの訪問回数を増やしたいが、マンパワーに限りがある ●困難ケースの場合、家族などの希望により本人の了解なく訪問する場合もあるが、その際は対応方法に工夫が必要である ●家族が遠方から来る場合など、訪問日程の調整が非常に難しい場合がある。
社会資源や他の機関との関係について
<ul style="list-style-type: none"> ●市内にある全ての認知症疾患医療センターとの連携が不十分である ●サービス利用などに対し、ご家庭の経済的な問題に直面することもある

②医療連携の実態と課題

前橋市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について
<ul style="list-style-type: none"> ○チームの専門医とは毎週のチーム員会議で相談や方針の確認など連携を図ることができ ○対象者にかかりつけ医や主治医がある場合は必ずコンタクト・連携を取る →市とチーム員から関わる旨について書面で連絡 (必要があれば訪問) →かかりつけ医や主治医からコメント集 (関わる上での注意点など) の返信を受ける →チーム員によるアセスメント結果をかかりつけ医や主治医に返渡する ○特にかかりつけ医や主治医との連携でトラブルになった例はない ○かかりつけ医や主治医がいない場合、資源マップから公平な情報提供を心がけている ●家族より「かかりつけ医」では認知症と診断してもらえないので、医師を変えたいなどの訴えがある ●一部の医師からは返信がない場合もある
地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について
<ul style="list-style-type: none"> ○前橋市から前橋市医師会へ事業説明などを実施。市医師会から会員向けに事業についての協力や関心についても協力していただく。 ○情報共有や連携に協力してくれる医師が比較的多い。 ○認知症疾患医療センターへの情報提供や情報共有 ●委託 (実務) 機関の関連人内の認知症疾患医療センターへの受診希望が多い

東京都世田谷区

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

地域包括支援センター認知症専門相談員と、訪問看護ステーションを併設する診療所（2か所）による複合チームにより、全区を対象に訪問活動を実施



◆地域の基本情報

チーム設置形態	診療所＋訪問看護ステーション(委託)	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	169,568(19.55%)	人
高齢者世帯数(同上)	約70,000	世帯
認知症高齢者数(同上)	約19,000	人
認知症疾患医療センター	1	カ所
地域包括支援センター	27	カ所
認知症地域支援推進員	2	人

◆チーム員構成および活動実績 (H26.1.31付)

チーム数	2	組
チーム員人数	11	人
職種	専門医(精神科医)	1 人
	医師・訪問看護師・OT 7、社会福祉士 3	10 人
訪問実人数	46	人
訪問延べ回数	182	回
チーム員会議平均時間数	184	分
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	117	日

◆認知症施策の変遷

平成21年度 ・認知症施策の担当所管(係)を設置。
 ・地域包括支援センター(区内27カ所)に「もの忘れ相談窓口」を開設し「認知症専門相談員」(区独自)を1名ずつ配置。
 平成22年度 ・認知症高齢者見守り訪問看護事業を開始
 平成23年度 ・認知症サポーターの人材活用の取組みを開始
 平成24年度 ・(仮称)認知症在宅支援センター構想等検討委員会を設置
 <地域包括支援センターもの忘れ相談実績>
 平成21～24年度累計 相談実数/4,810件、相談延数/20,149件

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 訪問実人数46人の内訳
- ①認知症高齢者の日常生活自立度
I 7人(15%)、IIa 23人(50%)、IIb 13人(28%)、IIIa 3人(7%)
 - ②訪問開始当初の介護保険サービス利用状況
利用中 3人(7%)、かつて利用 1人(2%)、未利用 42人(91%)
 - ③訪問開始当初のかかりつけ医の有無
あり 35人(76%)、なし 11人(24%)
 - ④社会的困難事例(キーパーソン不在、近隣苦情等)に該当の有無
該当 15人(33%)、非該当 31人(67%)

①チーム員会議の実態と課題

世田谷区

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて

- うまくいっている点
→本事業のためのマニュアルを作成し、所定の様式を利用して、効率的に会議を運営している。
- 困っている点
→1事例あたりに割ける時間が少ない。

様式や記録方法について

- 工夫して良かった点
→事例抽出にあたり、地域包括職員からチーム員に、本事業利用の目的及び地域包括が実施したアセスメント結果を提出している。
- 記録様式の特徴や利点(課題整理や進捗管理におけるメリットなど)
→チーム員会議の様式を3つバリエーションにまとめて、1枚のシートで経過の把握が出来るようになっている。
- 難しく感じている点
→経過を要する様式となっているため、事例の具体的な状態像が見えにくくなっており(DASC、DBDの合計点しか記載していない等)、会議上で共有できる工夫が必要。

2

②医療連携の実態と課題

世田谷区

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

- うまくいっている点
→事前に会議日程を決め、専門医がチーム員会議に必ず出席するようにしている。
- 工夫している点
→地区医師会や主治医への本事業に関する説明用文書を作成し、地域包括職員が、かかりつけ医に事業の説明が出来るようにした。
- 困っている点
→チームの専門医の見立てや処方箋についての助言内容などを、かかりつけ医に伝達する手段や書式が定まていない。

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

- 工夫している点
→事業開始前に、地区医師会や専門医療機関(クリティカルバス連携病院)に本事業について、丁寧に説明した上で開始した。
- 難しく感じている点
→地区医師会のかかりつけ医の数が非常に多いので、全ての医師に本事業を理解してもらうことが難しい。一部のかかりつけ医では、安易なアピートの処方や、専門医療につなげず、抱え込んでいる実態がみられる。かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講と併せて、地区医師会全体でクリティカルバスの普及を図るよう働きかける必要がある。

3

③チーム活動の実態と課題

世田谷区

対象者の選定やチーム内の情報共有について

- うまくいっている点
→世田谷区では、平成22年～24年度に「認知症高齢者見守り訪問看護事業」を実施したため、地域包括職員が早期に介入すべき事例を一定程度抽出できるスキルを持っている。
- 困っている点
→クリニックのチーム員が業務で多忙なため、地域包括職員との連絡がつきにくく、タイムリーな日報の連携に支障が出ている。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

- 現状
→個々の事例によって、訪問頻度や訪問方法を工夫して対応している。
(例：認知症状態が進行している重度事例には、月1回程度の頻度ではなく、開始の初期に頻りに訪問する、家族と訪問方法を確認してから訪問する等)

社会資源や他の機関との関係について

- 工夫して良かった点
→平成18年度より、地域包括支援センターが地区包括ケア会議を行ったり、包括の認知症専門相談員が認知症地域連携会議等を実施してきた実績があり、その上で本事業を実施しているため、既存のネットワークを通して、本事業が浸透しつつある。
- 難しく感じている点
→地域密着型サービス(小規模多機能・グループホーム)の数が不足しており、地域の幅があるため、望ましいサービス提供体制が整っていない。

4

長野県長野市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

認知症疾患医療センターがないが、医師会との良好な関係を築き、基幹型地域包括支援センターを中心とした認知症支援体制の構築を目指している



◆ 地域の基本情報

チーム設置形態	地域包括支援センター(直営)	
高齢者数・率	102,211 (26.51%)	人
高齢者世帯数(独居)	60,969 (12,151)	世帯
認知症高齢者数	12,082	人
認知症疾患医療センター(北信)	0	か所
地域包括支援センター	17	か所
認知症地域支援推進員	2	人

◆ チーム員構成および活動実績 (H26.1.31付)

チーム員人数	12	人	
職種	外部：専門医2 OT 1	3	人
	内部：PHN4・Ns1・OT2・CSW1・CCW1	9	人
対象者数(うち終了者数)	40 (24)	人	
訪問延べ回数	155	回	
修了者の平均訪問回数	4.0	回	
終了者1人あたりの所要期間(初回訪問～終了までの期間)	106	日	

◆ 認知症施策の変遷

- 平成24年度から基幹型包括に専任看護師を配置し、専門医による認知症相談会(月1回)を開始。
- 平成24年度から認知症初期集中支援について、福井県の医師・看護師へ依頼し、研修会を開催。
- 平成24年度から認知症サポーター養成講座を、地域住民以外の企業や、小中学校・高校といった若い年代層へ実施。
- 平成25年5月から長野市独自で初期集中支援チームを設置し、事業を開始(7月に国のモデル事業に採択)。
- 平成26年度から、認知症カフェ・SOS徘徊ネットワーク(協力者へのメール配信)実施予定。

◆ 認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 医師による認知症相談会を実施していることから、家族からの相談で把握する場合が多く、比較的若いケースが多いと感じる。
- 認知症疾患医療センターは無いが、総合病院の専門医がチームに参加しており、専門医受診について緊密な連携が図れた。
- 男性の方が関係が取れる、財産管理が必要、介入が難しく生活歴や興味から対応方法の検討が必要といった個別の実情に応じて、チーム員の性別や職種、引継ぐケアマネを選定した。
- 医師会長がチームに参加することで、認知症対策全般において医療機関との連携が図り易かった。

① チーム員会議の実態と課題

長野市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて
<ul style="list-style-type: none"> * うまくいっている点 <ul style="list-style-type: none"> ○ 管轄包括支援センター、ケアマネの出席により支援方針の共有ができる。 ○ 全員で意見を伝える雰囲気があり、多角的な検討ができる。 * 困っている点 <ul style="list-style-type: none"> ● 日程調整や会場確保が難しい。 ● 進捗状況の確認が遅れ、支援方法の検討が不十分のまま、対応が先送りのケースがある。 ● 課題の整理が不十分
様式や記録方法について
<ul style="list-style-type: none"> * 工夫して良かった点 <ul style="list-style-type: none"> ○ チーム員が限られた時間内に必要最低限の情報を共有できるよう、わかりやすい書式を検討してきた。 ○ 徐々に課題が明確になってきた。 * 難しく感じている点 <ul style="list-style-type: none"> ● 課題を解りやすく明確にする文章表現など、個人の力量が問われる。

② 医療連携の実態と課題

長野市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について
<ul style="list-style-type: none"> * よかった点 <ul style="list-style-type: none"> ○ 専門医と直接会議を持つことにより、気軽に相談しやすくなった。連携しやすさを感じている。 ○ 開業医と総合病院の専門医とそれぞれの立場で、チーム員として視点の違うアドバイスが得られる。 * 困っている点 <ul style="list-style-type: none"> ● 精神科の専門医との連携が不十分で、今後更なる連携が必要。 ● 「治療の必要がない」、あるいは「専門医への紹介の必要がない」と言う医師への協力依頼に苦慮する。
地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について
<ul style="list-style-type: none"> * 工夫している点 <ul style="list-style-type: none"> ○ 市内医師会の医師会長をメンバーに加えているため医師会からの協力が得られやすい。 ○ 認知症疾患医療センターが近隣にないことにより、却って認知症サポート医や認知症相談医から柔軟な連携が得られている。 * 難しく感じている点 <ul style="list-style-type: none"> ● 医師会が4つあるため調整に手間がかかる。

③ チーム活動の実態と課題

長野市

対象者の選定やチーム内の情報共有について
<ul style="list-style-type: none"> * うまくいっている点 <ul style="list-style-type: none"> ○ 同じ所内にあるメンバー同士はタイムリーに情報の共有ができ、チームの良さが実感できる。 * 困っている点 <ul style="list-style-type: none"> ● 職種が離れていると、チームとしての対応が遅れてしまったり、進捗状況の確認が遅れる。 ● 管轄包括とチームの役割分担が明確になっていない。
訪問頻度や継続的な訪問活動について
<ul style="list-style-type: none"> * うまくいっている点 <ul style="list-style-type: none"> ○ 全体としては、早めの初回訪問ができています。 * 課題 <ul style="list-style-type: none"> ● 初期集中支援チームで数ヶ月間滞っている間に状況が変り、新たな対応が必要となる。終了のタイミングが難しい。 ● キーパーソンが不在、あるいは意向が明らかでない場合、支援が中断しやすい。
社会資源や他の機関との関係について
<ul style="list-style-type: none"> ○ チームの活動への参加により、担当ケアマネや管轄包括支援センター等地域の認知症支援のマネージャーとの資力向上につながる。 ● 家族等の支援者がいない独居ケースの、居業管理と受診支援のための資源が必要。

福井県敦賀市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

地域包括支援センター、医師会、認知症疾患医療センターが連携し、認知症初期集中支援、認知症早期発見事業を実施
～認知症ほっとけんまち敦賀の実現に向けて～



◆ 地域の基本情報 (H26.1.31現在)

チーム設置形態	地域包括支援センター(直営・委託)	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	16,590	人
高齢者世帯数(うちエリア設定分)	11,719	世帯
認知症高齢者数(うちエリア設定分)	1,719	人
認知症疾患医療センター	1	カ所
地域包括支援センター	直営1カ所・委託2カ所	カ所
認知症地域支援推進員	0	人

◆ チーム員構成および活動実績 (H26.1.31現在)

チーム数	3	組
チーム員人数	8	人
職種	専門医(精神科医)	1人
	社会福祉士(介護福祉士) 3、看護師 2、保健師 2	7人
訪問実人数	35	人
訪問延べ回数	100	回
チーム員会議平均時間数	30	分
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	78	日

◆ 敦賀市の認知症対策関係事業

◎ 介護予防事業

◎ 認知症高齢者見守り事業

- ・認知症サポーター養成講座の開催
- ・敦賀みまもりネットワークシステムの運営
- ・徘徊模擬訓練の実施

◎ 高齢者権利擁護連絡協議会

- ・認知症にやさしいまちづくりプロジェクトチーム

◎ 認知症早期発見チェックリストの作成

◆ 敦賀市の認知症に関する相談件数

平成25年度(平成26年1月末) 延べ 1,318人
(※平成24年度実績 延べ 884人)

◆ 訪問事例の内訳

- ・平均年齢81.0歳(最年少62歳 最高齢91歳)
- ・男性12人(34%)、女性23人(66%)
- ・把握時の対象者区分
 - 認知症疾患の診断を受けていない 20人(57.1%)
 - 継続的な医療サービスを受けていない 1人(2.9%)
 - 適切な介護サービスに結びついていない 4人(11.4%)
 - 介護サービスが中断している 2人(5.7%)
 - 行動心理症状が顕著で対応に苦慮 8人(22.9%)
- ・支援終了者の対応状況
 - 本人・家族への一事例あたりの平均対応件数 5.3回
 - チーム員会議の一事例あたりの開催回数 2.1回
- ・チームの関与の特徴：主治医との連携が不可欠
約35%の方が専門医への受診勧奨を必要とした

① チーム員会議の実態と課題

敦賀市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて	
○うまくいっている点	・専門医の医療機関で開催し、多数ケースがある場合は、時間配分等を考えて進行している。 ・専門医療機関の精神保健福祉士や認知症疾患医療センターの看護師もチーム員会議にオブザーバー的に参加を頂き、支援に対する助言指導をいただいている。
●困っている点	・多忙な専門医をお願いしているため、資料の事前配布もできない。そのため、チーム員会議では、アセスメントの振り返りが主となり、ケア方針のディスカッションまではなかなか難しい状況である。 ・ケア方針の決定のためには、指定のアセスメント様式では、本人に直接行ってもらうテストがないため、軽度の方の状態を十分把握できない。会議では、追加のアセスメントを求められることが多く、再度アセスメントのための訪問を実施しなければならぬ。
様式や記録方法について	
○工夫して良かった点	○記録様式の特徴や利点(課題整理や進捗管理におけるメリットなど) ・特になし
●難しく感じている点	・認知症の程度については、各アセスメントの判定がわかる様式を作成しているが、アセスメントから読み取った認知症による障害の部分が確認できるものではない。 ・事例の進捗状況等を確認できる様式がないため、今後検討する必要性がある。

2

② 医療連携の実態と課題

敦賀市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について	
○うまくいっている点	・支援開始にあたって、主治医連絡簿で、主治医に支援開始の情報提供を行い、主治医からの情報提供の依頼を行っている。主治医からは、連絡簿への返信や面談等で助言をいただいている。
●困っている点	・支援に対する具体的な御意見をいただきたいが、特に意見なしの主治医が多い。 ・チーム員会議での、主治医の協業に関する意見を、主治医に返しにくい。
地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について	
○工夫している点	・事業開始前から医師会とは協議を行い、医師会の在宅医療・介護対策委員会や認知症勉強会等で事業説明を重ねた。 ・市内の医療機関には、チーム員が事業説明に出向いた。 ・地域の専門医療機関は、チームの専門医所属の医療機関のため、特に問題は感じていない。
●難しく感じている点	・医師会のなかでも、関心のある医師と全く興味がない医師とがあり、対応が難しい。

3

③ チーム活動の実態と課題

敦賀市

対象者の選定やチーム内の情報共有について	
○うまくいっている点	・専門医以外は各地域包括支援センターの職員のため、相談事例の中から支援対象者を順に選定できる状態であり、また、支援者の情報についても共有できる状態である。
●困っている点	・周知活動を行っているが、相談や情報提供等が少ない。 ・対象者把握のための活動に費やす時間が少ない。
訪問頻度や継続的な訪問活動について	
○実績	・支援案件数 20件 ・訪問延回数 42回 ・1事例あたりの平均訪問回数 2.1回 ・訪問以外での本人家族への対応回数(電話・来所・受診同行等) 79回
●課題	・各チーム員は、他の包括支援センター業務と兼務のため、頻回な訪問支援が難しい。 ・本人に自覚がない方の場合、継続した支援が困難。
社会資源や他の機関との関係について	
○工夫して良かった点	・居宅支援事業所や地域密着型事業所へは、訪問し事業説明を行ったことで、事業に対する理解は深まったと感じている。
●難しく感じている点	・担当の介護支援専門員がいる場合、対象者への支援に関して、チーム員としての動きが難しい。 ・介護サービスや医療機関等関係機関との連携はできるが、社会資源に結びつけることは難しい。

4

京都府宇治市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業



～地域の特徴～

包括を起点とした地域に根差したネットワークで早期発見、
認知症カフェとの連動で幅広い支援を実現

◆ 地域の基本情報

チーム設置形態	地域包括支援センター(委託)	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	45,500	人
高齢者世帯数(うちエリア設定分)	2,476	世帯
認知症高齢者数(うちエリア設定分)	4,050	人
認知症疾患医療センター	2	カ所
地域包括支援センター	6	カ所
認知症地域支援推進員	0	人

◆ 認知症施策の変遷

● 宇治市の認知症施策への取り組み

宇治市は認知症施策推進のためには医療機関の理解が不可欠と考え、認知症患者の診療におけるアンケートを医療機関に実施し、平成20、21年度にわたり100カ所の医療機関に包括と行政とで訪問した経過がある。このことが地域・医療機関・行政の顔の見える関係を築き、認知症に対する懐の深い地域を作り上げるに至った。

その成果物が「もの忘れ連絡シート」の作成、「事例集」の発行であり、今日の認知症施策をより効果的なものとしている。

● 認知症の事例検討会 宇治市認知症ケアネットワーク

● これまでの年間の認知症に関する相談件数

H23 : 403件、H24 : 511件、H25 : 707件 (1月未現在)

◆ チーム員構成および活動実績(H26.1.31付け)

チーム数	2	組
チーム員人数	4	人
職種	専門医(精神科医)	2 人
	社会福祉士1、OT1 ほか14(PSW3・社会福祉士6・PHN1・Ns3・介護福祉士1)	2 人
訪問実人数	48	人
訪問延べ回数	124	回
チーム員会議平均時間数	135	分
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	49	日

◆ 認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

● 訪問事例の内訳

男4 : 女6、世帯構成 独居3 : 夫婦3 : その他4
年齢75歳以上が全体の7割を占める

● 平均関与期間49日、回数2.3回、把握から訪問まで平均10日

● チームの関与の特徴

「もの忘れ連絡シート」で認知症の類型、重症度に応じた支援計画を立案
週1回以上のチーム員会議の開催による迅速な対応
チーム員以外の支援者の会議参加による支援方針の共有
認知症カフェ等認知症関連事業との連動による本人・家族支援
検査画像(CT等)を利用し、より具体的な検討を実施

① チーム員会議の実態と課題

宇治市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて

○うまくいっている点

- ・チーム内で会議での役割分担(進行、報告、書記、計測)し、円滑に会議を運営している。
- ・ケア方針決定プロセスは、事例報告→質疑→検討→評価→ケア方針の決定
- ・事例を短時間で簡潔に報告することも意識的に実施し、効率的な運営を心がけている。

●困っている点

- ・専門医の予定から会議日程を調整しているため、参加できるチーム員が流動的になる。
- ・訪問支援対象者の都合もあるが会議日程に合わせて訪問の日程調整を繰り返すことが難しい。
- ・ケア方針決定後の支援をいつまでに誰が実施するかは調整済みで会議で決定できていない。

様式や記録方法について

○工夫して良かった点

- ・独自に疾患と段階を鑑別診断できる「もの忘れ連絡シート」(宇治市・宇治久世医師会作成)をアセスメントシートに加え、対象者に適した支援策を講じることができた。
- ・事例を一覧表にまとめ進捗状況(会議日程、継続、終了など)の把握している。
- ・報告様式を訪問したチーム員2名で情報の訂正合わせながら作成し、漏れの無い報告に努めている。

●難しく感じている点

- ・アセスメントシートが多かつ内容が重複しているため、作成に時間がかかること。
- ・Zaritは対象者の状況(独居、家族関係)によって取れないため、事例によっては適さない。

② 医療連携の実態と課題

宇治市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

○うまくいっている点

- ・チームの専門医が所属する医療機関で受診調整ができる。対象者情報をすべてもっているため受診を短時間で済ませることができ、対象者の負担軽減になる。
- ・チームの専門医とインターネットメールで情報を共有している(個人情報を守る)。
- ・チーム員会議で専門医からの次回訪問時のチェックポイント等の助言により、効果的な支援ができる。
- ・受診に高度な対象者に主治医から受診をすすめてもらう。
- ・チームが家族と主治医との間に入り、支援を円滑におこなう。

●困っている点

- ・チームの周知がすすんでいないので、連携にあたりチームの説明が必要

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

○工夫している点

- ・チーム員会議に医師会からかかりつけ医として参加してもらい、チームとの連携との連携の必要性について理解を得ることができ、連携ツール作成の足がかりをつけた。
- 難しく感じている点
- ・地域医師会にチームが周知されていない点。

③ チーム活動の実態と課題

宇治市

対象者の選定やチーム内の情報共有について

○うまくいっている点

- ・認知症カフェや普及啓発事業(認知症講演会)での相談から対象者を選定することができた。
- ・認知症カフェをチームの認知症コーディネーターが企画運営しているためチームとの連携ができる。

●困っている点

- ・各包括から対象者の情報提供を受けているが、チームが支援対象者の判断基準を明確に示せていない。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

○実績

- ・チーム員会議より支援方針決定後、できる限りすまやかに次回訪問を実施し、支援のポイント(介護申請、受診、関係者との連携等)に関わり、継続的に対象者の状況を把握している。

●課題

- ・限られた訪問の時間から支援の手立てを具体化できるだけの情報を得ることや信頼関係を構築することが難しい。

社会資源や他の機関との関係について

○工夫して良かった点

- ・民生委員にチームの周知を行い、包括への連携をお願いした。

●難しく感じている点

- ・チームの周知以前に認知症の普及啓発から始める必要がある。

兵庫県神戸市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

～認知症早期発見システムの構築を目指す長田区での医療連携による多職種での継続的な支援と認知症対応強化型地域包括支援センターの活動の充実を図る～



◆地域の基本情報(神戸市長田区)

チーム設置形態	・認知症対応強化型地域包括支援センター(委託) ・神戸在宅ケア研究所	
高齢者数・率(うちエリア設定分)	102,326	人
高齢者世帯数(うちエリア設定分)		世帯
認知症高齢者数(うちエリア設定分)	31,132	人
認知症疾患医療センター	2	カ所
地域包括支援センター	75	カ所
認知症地域支援推進員	1	人

◆チーム員構成および活動実績(H26.1.31付)

チーム数	2	組	
チーム員人数	7	人	
職種	専門医(内科医、精神科医)	3	人
	保健師(社会福祉士) 1、看護師 1、OT 2	4	人
訪問実人数	30	人	
訪問延べ回数	90	回	
チーム員会議平均時間数	35	分	
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	60	日	

◆認知症施策の変遷

- ・平成14年度～ ほっとヘルパー
(認知症高齢者訪問支援員派遣事業)
- ・平成17年度～ 認知症サポーター養成講座
- ・平成19年度～ 認知症地域資源ネットワーク構築事業
(徘徊SOSネットワークの構築、地域資源マップの作成等)
- ・平成21年度～ 認知症対応強化型地域包括支援センターの運営
- ・平成24年度～ 若年性認知症施策
(アンケート、相談窓口職員向け研修等)

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- ・認知症初期対応チームが関わることで、介護につながった事例が73%・鑑別診断につながったケースが47%その他の医療につながったケースが33%であった。
- ・地域包括支援センターと医療機関と支援チームが連携しながら支援することで何らかの医療につながるケースが80%に達している。
- ・鑑別診断の結果中等度のアルツハイマー型認知症と診断されたケースが多い。
- ・医療につながることでスムーズな介護保険の申請に結びついたケースが多い。
- ・家族支援が必要なケースが多く全体の40%であった。

①チーム員会議の実態と課題

神戸市

会議の内容:進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて
○うまくいった点
○チーム員以外にも対象者によっては、専門病院精神保健福祉士、地域包括支援センター職員、生活保護ケースワーカー等多職種が参加し、専門性を活かした意見を話し合うことで、ケア方針を決定している
○対象者の情報を参加者にも前もって提供し、会議の効率化を図ることができている
●困っている点
●チーム員が進行やまとめるためのスキルアップの必要がある
●処遇困難事例の場合、支援になかなかつなぎにくい場合もあり、どう対応すべきか悩むこともある
様式や記録方法について
○工夫して良かった点
○会議録に、決定事項やそれぞれの専門職の役割を明記し、チーム員会議参加者にフィードバックしている
○対象者の情報を会議にまとめたものを会議前に事前送付。チーム員の関わりの流れがわかるように記録している。訪問時の身体状況(バイタル、体重等)、家族・本人の思いを記載している
○訪問後、1 C F 視点での生活状況をまとめて締約対対象者とらえるようにしている
●難しく感じている点
●3つのアセスメントを活かせる支援内容が明確化できていない

②医療連携の実態と課題

神戸市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について
○うまくいった点
○チームの専門医にはチーム員会議前に対象者の情報を送っており、会議ではスムーズな意見交換等を行っている
○対象者が加齢等の場合、受診同行を行い、主治医へチームについての説明と情報提供を行っている
○専門病院が鑑別診断をモデル対象者に対して優先的をとっていただいているため、チームから専門病院に連絡をとり、かかりつけ医を訪問し、情報提供や紹介状を依頼している
○工夫している点
○主治医のいる対象者には医師連絡を行い、情報提供を行っている
●困っている点
●主治医の認知症に対する理解の相違があり、鑑別診断や認知症の治療等に結びつかない方もいる
●モデル区で実施しているため区外の主治医にチームが認知されていない
地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について
○工夫している点
○専門病院受診の際には前もって基本情報を提供している(専門病院窓口との連携)
○専門病院での鑑別診断の結果等は直接チームに担当医師から連絡をうけるようにしている
○専門病院で鑑別診断を受けた対象者についての結果・方針についてチーム員会議で病院担当者が報告を行い、チーム間で経過が共有できている
●難しく感じている点
●市医師会、区医師会にも説明は行っているが、具体的な連携がとりにくいこともある

③チーム活動の実態と課題

神戸市

対象者の選定やチーム内の情報共有について
○うまくいった点
○対象者の選定についてチーム内で情報を共有
○チーム員がいつでも相談できる体制がとれている
●困っている点
●地域包括支援センター、医療機関に「対象者の定義」が十分伝わっていない状況がある
●必ず、地域包括支援センターを通して相談を受けたいため、相談件数がセンターによって異なる
●本人・家族の同意書をとっているが、同意しないケースに対応できない
訪問頻度や継続的な訪問活動について
○実績
○1件1件平均2回訪問、平均5～6回電話(関係機関連絡を含まず)を実施
(課題) ●継続訪問、医師連絡等は看護職2名で行っているため、今後対象者数増加すると業務の増加が考えられるため、メンバーの不足が懸念される
●地域包括支援センターとチーム員の役割分担が明確化できていない
社会資源や他の機関との関係について
○工夫して良かった点
○未受診や医療中断の対象者には受診同行し、早期に医療につなげる
○生活保護受給者の場合、保護ケースワーカーから情報収集し、連携をとりながら支援できた
○対象者の行きつけの喫茶店を訪問したことで、店主から詳細な情報を得たケースもあった
●難しく感じている点
●インフォーマルな社会資源の把握がチーム員だけでは限界がある。地域包括支援センターとの連携が必要

岡山県新見市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

地域包括支援センター（直営）職員がチーム員となることで包括に寄せられる相談から迅速な介入ができ、住み慣れた地域での生活をサポート



◆地域の基本情報

チーム設置形態	地域包括支援センター(直営)	
高齢者数・(高齢化率)	11,930(36.3%)	人
高齢者世帯数	8,217	世帯
認知症高齢者数	1,276	人
認知症疾患医療センター	0(隣接自治体に1カ所)	カ所
地域包括支援センター	1	カ所
認知症地域支援推進員	0	人

◆チーム員構成および活動実績(H26.1.31付け)

チーム数	3	組	
チーム員人数	8	人	
職種	専門医(精神科医)	2	人
	保健師3・介護福祉士3	6	人
訪問実人数	46	人	
訪問延べ回数	131	回	
チーム員会議平均時間数	90	分	
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	67	日	

◆認知症施策

- iPadによる認知症予防講座
- 認知症サポーター養成講座・サポーターステップアップ講座
- 認知症推進員の養成
- 地域密着事業者との連絡会
- 認知症講演会・映画上映会
- 認知症に関する相談件数 302件(H24年度)
- 認知症に関する訪問件数 172件【実件数】
394件【延件数】(H24年度)

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 訪問事例の内訳 困難事例の割合 45.7%
- 平均関与期間(終了まで) 67日
- 平均訪問回数(終了まで) 2.6回
- チームの関与の特徴
包括支援センターに寄せられる相談の中から対象ケースを選定し支援を行っている。包括職員がチーム員を兼務しており、経験、知識、包括・行政のネットワークが有効に利用できている。

① チーム員会議の実態と課題

新見市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて

うまくいっている点

- 1事例30分を目安(タイムキーパー)に会議を進行している。
- 事前に資料を医師に目をおしてもらい、事例説明を簡潔化している。

困っている点

- 医師が多忙で十分な時間が確保できない。
- 医師については医師から適切な助言がもらえるが、介護サービスに繋げる場合の具体的な支援策が出にくい。
- チーム会議では医師からの助言を聞くことが主になり、検討内容が医師面に偏る傾向がある。

様式や記録方法について

工夫して良かった点

- アセスメントシートの様式(症状の程度により色を変える)
- チーム員会議記録をアセスメント結果、医師の意見など1枚に簡潔にまとめた。
- チーム会議等で出た意見を取り入れ様式を更新している。

難しく感じている点

- 会議・アセスメント結果を本人、家族へ返す際に口頭だけでなく、様式を作成した方がよいか検討中。
- かかりつけ医への専門医意見・アセスメント結果等の報告方法、報告の時期

2

② 医療連携の実態と課題

新見市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

うまくいっている点

- 受診の際にチーム員が同行し、主治医へ説明を行っている。
- チームの専門医であれば状況が事前にわかっており、診療がスムーズである。

困っている点

- 困難事例については特にチームの専門医に訪問してもらいたい、同行訪問が困難(時間がとれない)な状況である。
- 認知症に対する主治医の理解がまちまちである。

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

工夫している点

- 医師会よりチーム員(介護福祉士)に参加してもらい連携を図っている。
- 多職種連携の会議、会合などに参加し、顔の見える関係を作っている。

難しく感じている点

- 市内の専門医療機関(診療所のため)では初診(確定診断)ができないため、市外へ受診する必要

がある。

3

③ チーム活動の実態と課題

新見市

対象者の選定やチーム内の情報共有について

うまくいっている点

- 地域包括支援センターにチームが設置されているので情報が集まりやすい。チーム員も包括職員のため情報共有しやすい。

困っている点

- 対象者の選定について、基準が曖昧で担当者の判断に委ねられている。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

実績・課題

- 対応ケース数が増えてくと頻回に訪問できていない。
- ケースに変化が無いと訪問間隔が長くなってしまっている。
- 独居の場合など訪問、介入までの調整、情報収集などで初回訪問までに時間がかかってしまう。

社会資源や他の機関との関係について

工夫して良かった点

- 早い段階よりチーム員以外の関係者を巻き込んで対応することで支援がしやすい。

難しく感じている点

- 社会資源が限られている。特に夜間、24時間対応サービス

4

山口県宇部市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

これまで市独自に取り組んできた認知症施策を、モデル事業をきっかけに「見える化」を目指して



◆地域の基本情報

チーム設置形態	宇部市役所 本庁	
高齢者数・率（うちエリア設定分）	48,592 (28.3)	人
高齢者のみの世帯（H26.1.31）	24,067	世帯
認知症高齢者数（H24年度）	4,904	人
認知症疾患医療センター	1	か所
地域包括支援センター	9	か所
認知症地域支援推進員	2	人

◆チーム員構成および活動実績（H26.1.31付）

チーム数	1	組
チーム員人数	4	人
職種	専門医（精神科医）	1 人
	保健師1、介護福祉士 1、OT 1	3 人
訪問実人数	48	人
訪問延べ回数	209	回
チーム会議平均時間数	60	分
終了者1人あたりの所要時間（初回訪問～終了までの期間）	44	日

◆認知症施策の変遷

認知症サポーター養成事業への取り組み開始。（H18～）
 ⇒認知症サポーター数 12,008人 キャラバン・メイト数 161人
 （H26.3月現在）
 認知症啓発イベント「げんきか脳？」実施（H22～）
 認知症地域支援推進員配置（H23～）
 認知症支援ボランティア「オレンジサポーター」の養成（H24～）
 見守り愛ネット事業開始（H25～）
 その他にも、介護サービス提供事業所・居宅介護支援事業所を対象とした研修や、キャラバン・メイト交流会、オレンジサポーター交流会などを開催し、支援者のスキルアップにも取り組んでいる。

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 訪問事例の内訳
 - 何らかのサービスに至った件数・・・32件
 - 介護保険外サービス導入・・・32件中6件（内オレンジサポーター導入3件）
- 平均訪問回数は4.4回 平均関与期間は44日である。
- チームの関与の特徴
 - ◇本庁の基幹型包括支援センターにチーム員を設置しているため、早期に対象者を把握し、介入ができる
 - ◇認知症疾患医療センターと定期的な事例検討会議を開催していた経緯から医師との連携がとりやすい。
 - ◇専従で活動しているので、こまめかつ細やかな関わりができる
- 専門職の役割
 - 医療や体調管理に強い保健師、介護や家族支援は介護福祉士、本人の生活機能面では作業療法士というそれぞれの立場からの視点で、包括的な支援を可能にしている。

①チーム会議の実態と課題

宇部市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて
<うまくいっている点> ○チーム会議の3日前に、チーム会議対象者検討一覧表を医師に提示し、内容を確認しておいてもらうようにして、対象者の状況説明を省略することができ、会議の時間短縮に繋がった。 <困っている点> ●ケア方針について、ある程度の方向性は検討するも、時間制約があり、具体的な動き方の検討ができないことが多い。
様式や記録方法について
<工夫して良かった点> ○結論がなかった課題（残された課題）や新たに出現した課題を明確にし、記録に残すことで、初期集中支援の実施の際に、その課題に解決のための活動を行うようになった。 ○事例を一覧表にまとめ、課題と結果がわかるようにしたので、経緯がわかりやすくなった。 <難しく感じている点> ●会議録が記述式であり、話し合った経過はわかりやすいが、具体的な支援の動き（たとえば支援頻度、支援の優先順位など）がわかりにくく、再度確認をするようになるため、様式の改善が必要である。

2

②医療連携の実態と課題

宇部市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について
<うまくいっている点> ○市内に認知症疾患センターがあり、市認知症地域支援推進員と疾患センターの保健師が中心となって定例例会を開催しているため、このルートを利用して、専門医との連携を図ることができ、医師からアドバイスをもらうことができて、チームの医師からのアドバイスを確認し、その内容を業務に伝える（医師からのアドバイスという文を添付）することで、医師に気づきやすくなった。 ○宇部市医師会の医師と定期的に在宅医療に関する会議を実施しており、市医師会の訪問活動に一定の理解があることから、対象者の受診に同伴をすることができ、また、情報を共有することも行いやすい。
<困っている点> ●主治医によっては対象者に認知症の症状があるという状況を理解されていない場合もあり、専門医受診や必要な介護サービスの紹介などに行けない場合がある。 ●対象者の主治医（専門医以外）が認知症の薬の処方と管理をされている場合、チーム会議での結果をその内容に反映させることが難しい場合がある。
地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について
<工夫して良かった点> ○認知症疾患センターの医師が中心となり、大学病院や宇部市医師会の医師との連携を図るようになっているので、チーム員の活動を医師に理解してもらいやすく、調整もしやすい。 ○関係者の集まる他職種会議や医師会の認知症医療連携推進委員会において、初期集中支援チームの説明をしたことで、全員ではないが、地域の医療関係者の理解を深めることができたと思われる。
<難しく感じている点> ●認知症以外の疾患で（耳鼻科、眼科、歯科等）について、医療機関間の受診体制がとれない場合があり、受診をするに支障がある。

3

③チーム活動の実態と課題

宇部市

対象者の選定やチーム内の情報共有について
<うまくいっている点> ○第2回の行政担当者追加ミーティングを開催し、情報を共有している。 ○専門医とは、疾患センターの担当保健師と連携を密にし、情報を共有している。 ○チーム員が市の介護保険・高齢者福祉の担当課に所属しているため、関係部署との調整がしやすく、情報も得やすい。
<困っている点> ●経緯、チーム員に相談がある場合、サービス事業所に対する不満などによって相談を受ける場合が多い（介護保険担当課であるが）、対象者に該当しない相談者の調整も必要で、その調整が難しい。
●チーム員が本来の活動ができたための体制を維持し、サブチーム員など活用しているが、他の業務と兼ねてあるため担当の範囲が広がらず、チーム員1名で支援活動をするのもあり、チーム活動の本質に添えない場合も生じている。 ●認知症と似た症状のある病状（特に精神疾患）の場合、その病状が認知症と類似し、認知症ではないにもかかわらず、継続的な関わりを必要とするケースがある。
訪問頻度や継続的な訪問活動について
<よかった点> ○医療職の関わりにより、認知症以外の運動器の特有の疾患など支援についても対応することができた。 ○当事者本人に対しての関わりについて、その方から持っている認知症関連支援推進員が他のチーム員と連携しながら対応した点により、継続的な訪問活動を行うことができた。
○チーム員が任意で対応できる体制を組んだことから、時間をかけての継続的な対応が可能となった。 <課題> ●当事者本人、本人及び家族との信頼関係を築るのに十分な時間を要する機会が多く、継続的な訪問活動が難しい。現在、市の部署の中で対応しているが、今後、多くの対象者への支援を行うためには、各保健所や包括支援センター等での体制を構築しなくてはならず、人材の確保、費用など、その体制を整えるのが困難と思われる。 ●責任人材の確保、適切な指導体制の構築が必要とされるが、その調整が難しいと思われる。
社会資源や他機関との関係について
<工夫して良かった点> ○オレンジサポーターの事務局が同じ部署にあり、チーム員がその担当をしていることから、対象者のインフォームドサービスとしてうまく調整することができた。
<難しく感じている点> ●活動を通じて、認知症の方が気軽に相談し出されるような場所の必要性を感じているが、そのための資源が十分ではない。 ●若年性認知症を支援するために、地域の担当保健師等との協力が重要であるが、その体制についての調整が必要がある。

4

熊本県荒尾市

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

認知症疾患医療センター（熊本モデル）を活用したチーム員活動による
早期診断、早期対応の体制構築を目指して



◆地域の基本情報

チーム設置形態	認知症疾患医療センター	
高齢者数・率（うちエリア設定分）	16,182 (29.2%)	人
高齢者世帯数（うちエリア設定分）	2334	世帯
認知症高齢者数（うちエリア設定分）	2371	人
認知症疾患医療センター	1	か所
地域包括支援センター	直営 1	か所
認知症地域支援推進員	1	人

◆認知症施策の変遷

- 認知症サポーター養成講座の開催（H20年度～）
- 認知症地域支援推進員の配置（H23年度～）
- 認知症相談日の開設（H24年度～）
- 認知症に関する事例検討会、研修会
 - ・認知症疾患医療センター事例検討会
 - ・主治医と介護支援専門員の合同研修会
 - ・ほのほの老人懇談会
 - ・有明ねと
- 成年後見制度の後見等報酬助成の開始（H24年度～）
- 徘徊者声かけ訓練（H25年度～）

◆チーム員構成および活動実績（H26.1.31付）

チーム数	6	組	
チーム員人数	15	人	
職種	専門医（精神科医）	2	人
	看護師3名、作業療法士2名、精神保健福祉士3名、保健師1名、社会福祉士3名、臨床心理士1名	13	人
訪問実人数	31	人	
訪問延べ回数	75	回	
チーム員会議平均時間数	90	分	
終了者1人あたりの所要時間（初回訪問～終了までの期間）	72	日	

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 訪問事例数31（訪問延件数75）
- 男性11人、女性20人
- 独居14、高齢者夫婦世帯9、その他8
- 困難事例数26（困難事例の割合83.9%）
- チームの特徴
 - 認知症疾患医療センターにチームを設置しており、鑑別診断などのための専門外来の機能、危機回避のための入院治療の機能を活用することができる。

①チーム員会議の実態と課題

荒尾市

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて

- チーム員会議の日程を月2回（第1、3火曜）としているため、専門医・チーム員の会議の出席がスムーズに行っている。
- 会議の内容・進行については、事例の現状・課題やモニタリングの評価等を、担当チーム員が様式にまとめて報告しており、他のチーム員にも事例の課題がわかりやすく、支援方法の意見や専門医からのアドバイスもあり、ケア方針の決定に結び付いている。
- チーム員会議の日程を定例としているため、検討事例が多くなると、1事例あたりの所要時間が短時間しかたらず、十分な検討ができない。

様式や記録方法について

- モニタリング記録様式や、認知症高齢者のための総合機能評価（CGA-D）を利用して、事例のアセスメント評価等をまとめることで、現状や課題がわかりやすくなった。
- 個人情報管理の観点から、記録作業のパソコンを一部に限定しているため、記録をするチーム員が限られる。

2

②医療連携の実態と課題

荒尾市

チームの専門医や対象者の主治医との連携について

- チームの設置先が地域拠点型認知症疾患医療センターであり、チームの専門医との連携はとりやすい。
- 対象者の主治医との連携については、チーム員が主治医に相談に行き、認知症に関する医療的支援を依頼するなど、連携して支援体制を整えている状況。
- チーム員の所属が医療機関であるため、医療機関同士の連携を図る意味でも、主治医にチーム員業務の内容や認知症疾患医療センターの役割を、繰り返し周知していく必要がある。

地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について

- チームの設置先が認知症疾患医療センターであり、鑑別診断のための受診調整などはスムーズにできる。
- また、もともと地域の認知症サポート医との連携体制もとれているため、初期の関わりもとりやすい。
- 医師会等との関係については、荒尾市認知症初期集中支援チーム検討委員会と荒尾市在宅医療推進連携協議会が、同じメンバーで同時進行しているため、医療と介護の連携及び在宅医療の支援体制の強化に繋がる。

3

③チーム活動の実態と課題

荒尾市

対象者の選定やチーム内の情報共有について

- 地域包括支援センターが把握している対象者、地域包括支援センターへの相談のうち対象となる人の情報を、チーム設置先である認知症疾患医療センターに提供してもらい、訪問チーム員にて情報共有を行う。
- 認知症疾患医療センターを要請した人のうち対象となる人を、地域包括支援センターへ情報提供する。必要であれば、地域包括支援センターへ本人・家族に相談に行ってもらう。
- チーム員での支援が必要と思われる相談があり、事業の説明をしても、本人や家族が、チーム員の訪問を拒否する場合はある。

訪問頻度や継続的な訪問活動について

- 必要に応じ訪問活動を行っており、事例によって異なるが、月1～3回程度の訪問を行っている。
- 支援計画が明確であり、受け入れがスムーズな場合は、必要に応じての訪問を行えるが、受診やサービス利用等の受け入れが拒否的な人の場合、関係づくりを行うことが必要であるが、繰り返し訪問が困難。

社会資源や他の機関との関係について

- 対象者に関わっている（あるいは関わっていた）担当者（ケアマネ・生活保護ケースワーカー・民生委員等）がいる場合は、チーム員の訪問に同行してもらい、対象者や家族が受け入れやすいようにしている。
- 主治医に時間をとってもらうのは難しい場合があると聞かれるため、対象者のすべての主治医とスムーズに連携がとれるのか。

4

鹿児島県南大隅町

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

～地域の特徴～

医療・介護・福祉・行政 ～ 早期発見・早期支援・迅速対応を基本とする認知症支援チームで、多職種連携によるネットワーク体制の構築と漏れのない在宅支援の強化



◆地域の基本情報

チーム設置形態	肝属郡医師会立病院(委託)	
高齢者数・率	3,738(44.3%)	人
高齢者世帯数	2,008	世帯
認知症高齢者数	631	人
認知症疾患医療センター	0	カ所
地域包括支援センター	1	カ所
認知症地域支援推進員	0	人

◆認知症施策の変遷

- 認知症講話 (17回)
- 認知症サポーター養成講座 (3回うち中学生1回)
- 民生委員等ボランティア研修会 (4回)
- 多職種連携研修会 (12回)
- パネルディスカッション『認知症を地域で支えるために』
- 認知症の事例検討会 (6回)
- 県内保健所、関係機関説明会 (6回)
- 関係者学習会 (8回)
- 広報誌発行 (5回)、委託医療機関発行ニュースレター (2回)
- これまでの年間の認知症に関する相談件数 (66件)
- 認知症予防効果が期待されるスクエア・ステップ運動教室の開催

◆チーム員構成および活動実績(H26.1.31付け)

チーム数	3	組
チーム員人数	9	人
職種	専門医(神経内科医)	1人
	保健師2、社会福祉士1、精神保健福祉士1、介護支援専門員3、臨床心理士1	8人
訪問実人数	36	人
訪問延べ回数	103	回
チーム会議平均時間数	60	分
終了者1人あたりの所要時間(初回訪問～終了までの期間)	45	日

◆認知症初期集中支援チームの関与した事例の特徴

- 専門医受診結果の内訳(全18名)
A D : 55.5% V D : 16.7% D L B : 0% F T L D : 0%
混合型 : 5.6% その他(鬱、MCI) : 22.2%
- 対象者の特徴
世帯状況 : 独居率38.8%、夫婦のみ44.4%
対象者の把握ルート : 家族(16.44%) 医療機関(12.32%)
- チームの関与の特徴・専門職の役割
委託先が病院であり、チーム員が病院職員であることから院内情報提供が多い。従来より顔の見える関係性が構築されたことで、地域住民や関係機関・多職種に受け入れやすく、サービス導入も回りやすい。医療職が多く、病態像について専門的に診察ができる。臨床心理士もチーム員であることから鬱症状の判断もつきやすい。他科受診への紹介がしやすい。チーム会議にサポート医が必ず出席しているため早期介入につなげられる。包括が入ることで基本情報が入りやすい。包括、地域医療室、居宅がチーム員であるため相談しやすい環境ができています。

①チーム会議の実態と課題

南大隅町

会議の内容・進行、アセスメントの確認、ケア方針の決定のプロセスについて
○うまくいっている点 医師が積極的にチーム会議に参加し、アセスを含めチーム員にわかりやすく指導することでチーム員のスキルが均等に向上している 既済の可及的サービス等をチーム員が把握したことで、ケアの内容も共通理解しやすい 個別に十分な時間をかけて、多面的なアプローチで進んでいく 書式を統一し、経過記録表の作成によって、各事例の経緯を漏れなく把握できている
●困っている点 エリアが広く、移動に時間を要する(午前中に1件程度)
様式や記録方法について
○工夫して良かった点 経過記録表を作成した事により、対象者の状況、支援経過が一目で分かる 基本情報に経過・現状・課題を追加したことで、全体像がわかりやすくなった

2

②医療連携の実態と課題

南大隅町

チームの専門医や対象者の主治医との連携について
○うまくいっている点 情報提供書を用いて主治医との連携がとれている ○工夫している点 事前にかかりつけ医から紹介状をもらってきてもらえる様声かけしている ケース発見となった際に主治医に情報提供と情報収集するためチーム員が面談している
●困っている点 紹介状がない場合に、現病歴の状況把握が困難 地域の専門医療機関や地域医師会等との関係について
○工夫している点 精神症状が著しくなった場合に、精神科への受診調整を行っている
●難しく感じている点 認知症疾患医療センターがないため患者が集中する。今後対応が難しくなる可能性あり。 かかりつけ医、主治医で認知症の診療をしない医師もいる (受診後、かかりつけ医に渡すが...専門的な診療がなされていない) 町内に精神医療機関がない

3

③チーム活動の実態と課題

南大隅町

対象者の選定やチーム内の情報共有について
○うまくいっている点 電話やメールを用いて包括との連絡がすぐ取れる
●困っている点 独居や高齢者夫婦世帯が多く、家族との連絡を取ることにかかってしまう
訪問頻度や継続的な訪問活動について
○実績 総訪問回数 41回(18事例)
●課題 他の業務との兼ね合いで、活動に専念できない エリアが広く移動に時間がかかり、遠いところでは半日に1件が限度である。
社会資源や他の機関との関係について
○工夫して良かった点 ケアマネジャーとの連携を密にとるようになった 社会福祉協議会、福祉事務所などとすぐ連絡が取れる体制ができるようになった。
●難しく感じている点 個人情報保護法の制約があるため、近隣住民や金融機関などからの情報収集が困難 専門職員の認識が不十分であるためか？情報提供が不十分な

4

(2) 各地域で作成された様式、媒体等成果物について

本モデル事業の実施にあたっては、工程表に従って各自治体やチームの実情に応じて、マニュアル、各種様式、ツール、その他各種文書、媒体が作成された。

それらを一覧で取りまとめたものが、下記の表 2-21 である。成果物としての標記大別すると「Ⅰチーム活動に関する広報媒体として住民向け、関係機関・団体向けのもの」、「Ⅱチーム活動様式としてチームの対応手順・マニュアル様式や事業やチームのフロー図、アセスメントシート等」、Ⅲ「認知症初期集中支援チーム検討委員会設置要綱や委員会名簿」等が作成され、それらを用いて実践がなされた。

各地域で作成された様式、媒体等は、現場での実践を通じて、より効率的で効果的なものへとバージョンアップされており、この取りまとめ時以降においても、改善されているところである。

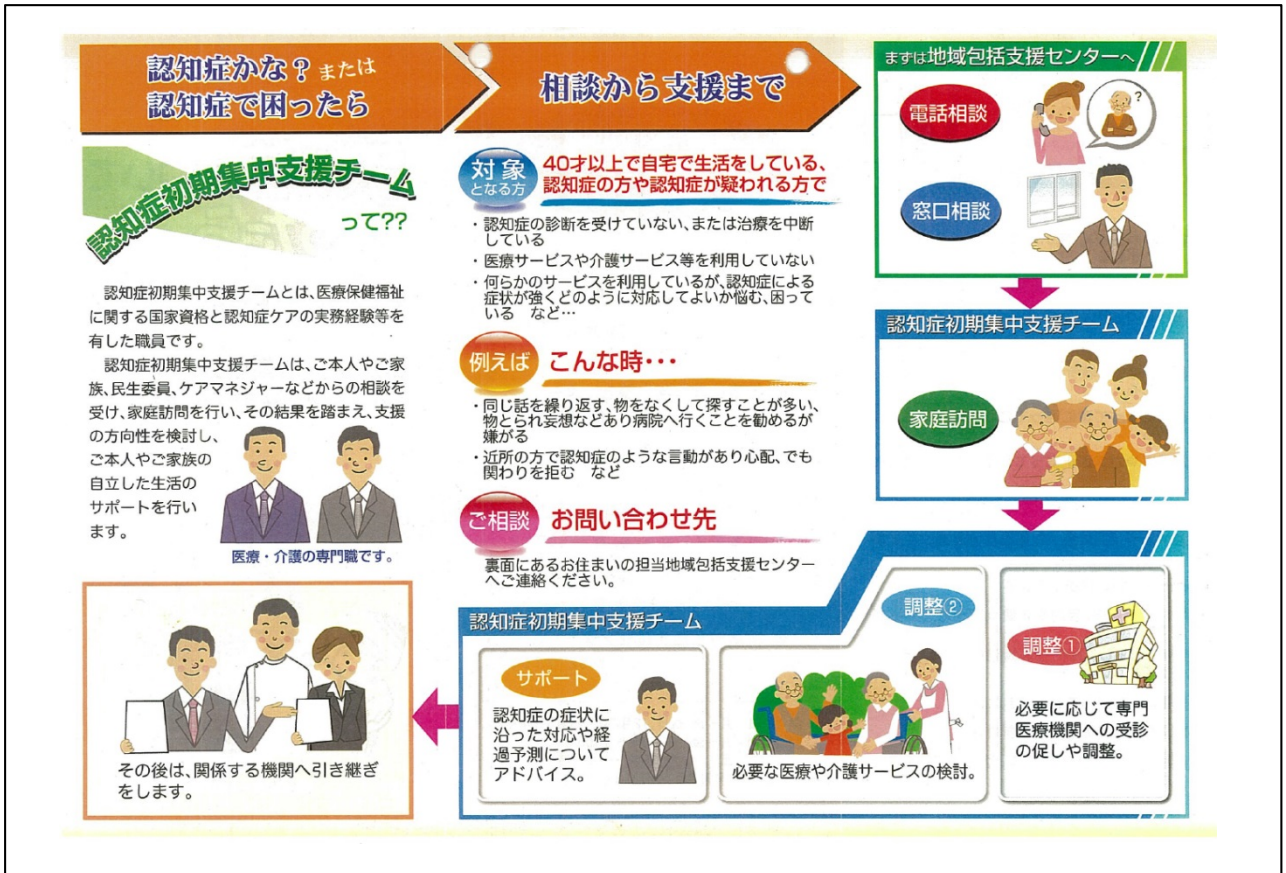
本報告書においては、下記の中から代表的なものを抜粋し提示する。

図表 2-21 各地域で作成された様式、媒体等成果物一覧

項目	苫小牧市	白鷹町	仙台市	福島市	前橋市	世田谷区	敦賀市	長野市	宇治市	神戸市	新見市	宇部市	荒尾市	南大隅町
Ⅰ チーム活動に関する広報媒体														
1 活動リーフレット（一紙向け）	○ 3つ折り		○ カラー				○ 写真入り	○			○ カラー			○
2 医療機関等への協力依頼文書					○ 医師会会員	○ 医師会係長	○ 医療機関の係長							
3 その他関係機関あて協力依頼文書							○ 区市町村等、民生委員あて							
Ⅱ チーム活動様式														
1 チームの対応手順・マニュアル様式			○ 初期対応支援マニュアル (p34まで)		○	○ (p42まで)			○ (p10まで)				△	
2 事業やチームのフロー図			○		○	○ 標準の流れ	○			○			○	○
3 アセスメントシート等 ツールや記録様式			○											
① 受付票			○							○				
② 利用者基本情報	○						○							
③ フィカルチェックシート			○							○ 身体状況チェック票（初回・2回目以降）				
④ 生活状況確認表	○													
⑤ 支援計画書	○						○							
⑥ 申し送り表	○									○				
⑦ モニタリング記録様式	○								○	○				
⑧ 相談記録	○ 相談履歴						○ 訪問記録			○				
⑨ 経過記録票										○				
⑩ 独自アセスメントや追加様式	○ CDR-J						○ 即時的日課生活状況とCDR一部身体アセスメント票	○ AOS（行動観察シート）、CDR、総合アセスメント結果	AOS					
⑪ その他			○ リポートワークシート				○ 地域包括への連絡票（随時・終了時）							
4 チーム会議記録	○ 検討事項・要点						○ 個別支援計画表と一体	○		○	○		○	
5 医療機関等との連絡票や様式														
① 主治医への連絡票			○		○ 支援対象者決定時、情報共有往復様式		○ 訪問時往復様式、終了時							
② 個人情報提供同意書	○				○ モデル事業に関する説明文書と一体					○				
③ 事業利用同意書						○ チームの利用	○							
6 家族支援に用いるガイドブック			○ 本人と家族のための認知症ケア		○ 家族介護ガイドブック									
Ⅲ 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」設置要綱														
1 検討委員会設置要綱	○ 苫小牧市地域包括センター運営協議会	○	○ 認知症対策推進会議	○	○	○ 世田谷区認知症在宅支援センター構想検討委員会	○	○	○	○	○	○	○	○
2 委員会名簿	○	○	○	○						○	○		○	○
3 チーム設置要綱										○				

（各地域から提供された様式等の成果物は平成 26 年 2 月末現在のものである）

① 広報（苫小牧市;上段、新見市;下段）



認知症相談

認知症が気になる方

認知症の家族のご相談ください

ご相談ください

認知症集中支援チーム

専門医・専門職が集中的に対応します

私たちが訪問します

家族と一緒に解決します

保健師

相談は **無料** です

いっまでも、健康な笑顔のために…

認知症相談は無料

認知症専門医

介護福祉士

お申し込み・お問い合わせは (市役所内)

新見市地域包括支援センター ☎72-

厚生労働省モデル事業

受付時間：月曜日～金曜日(祭日を除く) 午前8時30分～午後5時15分まで

② 医師会等関係機関協力依頼：抜粋（世田谷区;上段、前橋市;下段）

25世介字第72号
平成25年8月21日

一般社団法人世田谷区医師会
会長

世田谷区地域福祉部
介護予防・地域支援課長

認知症初期集中支援チームモデル事業の実施について

日ごろより、世田谷区の保健福祉事業にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
標記のとおり、区では今年度より、国の「認知症初期集中支援チーム設置等促進事業」を活用し、認知症（疑い含む）の人や家族への早期対応・早期支援のための事業（「認知症初期集中支援チームモデル事業」）を開始いたします。
本事業の実施にあたり、各あんしんすこやかセンターから、事業の利用が望ましいと思われる方で、かかりつけ医への通院が中断している方について、情報提供をさせていただくことがあります。
また、今後かかりつけ医の確保が必要と思われる方について、地域の会員医療機関に相談させていただくことがあります。
つきましては、本事業の円滑な実施に向けて、ご理解ご協力を賜りますとともに、別紙のとおり、事業の概要の資料をお送りいたしますので、各会員にご周知いただきますようお願い申し上げます。

【本件担当】
世田谷区地域福祉部介護予防・地域支援課
介護予防・認知症対策担当
電話 03-

平成25年8月21日
介護予防・地域支援課

認知症初期集中支援チームモデル事業について

1 主旨
国は、「認知症施策5ヵ年計画（オレンジプラン）」（平成24年9月6日）を策定し、平成25年度から平成29年度までの認知症施策の推進計画を公表した。
その一つである「認知症初期集中支援チームの設置」について、全国10か所の区市町村を実施主体として、平成25年度よりモデル事業を実施することが公表された。区では、このモデル事業を活用し、認知症の人や家族への早期対応・早期支援の効果的な取り組みを検証し、推進していく。

2 事業内容
①対象者
あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）が把握している区民のうち、認知症の症状があり、介護サービスの利用や医療機関の受診等につながっておらず、認知症初期集中支援チームモデル事業の利用を同意した者及び家族。（ただし、医療サービスや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ケースで、かかりつけ医及びケアマネジャーからの支援要請がある場合は本事業の対象とする。）

②職員体制（チーム員の配置）について
平成24年度に国が実施した老人保健事業推進費等補助事業「認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基礎研究事業（独立行政法人国立長寿医療研究センター）」の分担研究者（認知症専門医）が関与する区内の2か所の医療法人（桜新町アーバンクリニック、成城リハケアクリニック）に委託して実施する。
訪問担当エリアは、桜新町アーバンクリニックが「世田谷、北沢、玉川地域」を、成城リハケアクリニックが「砧、鳥山地域」を担当する。
委託事業者は看護師、医師等からなる専門職チーム（認知症初期集中支援チーム）を設置し、担当エリアの対象者を訪問する。

③対象者1人あたりの訪問実施期間
平成25年8月～平成26年3月のうち、約6か月間
（対象者1人あたり概ね8回の訪問を予定）

④訪問予定人数 区全体で年間54人

資料4
前介
平成25年 9月20日

前橋市医師会会員 様

前橋市長
(公印省略)

「認知症初期集中支援チーム」の活動に関するご協力についてのお願い（依頼）

日頃より本市の高齢者福祉行政についてご協力をいただきまして、厚くお礼申し上げます。
さて本市では本年度8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しています。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」が認知症の人を訪問し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。今年度はモデル事業として基礎データを収集する試行期間となっています。
今後、両支援チームによる患者様への訪問等が行なわれる場合がありますが、情報共有等のご協力をよろしく願います。
(介護高齢課地域支援係)

記

1 本事業についての紹介
本紙裏面のとおり

問い合わせ先
前橋市役所介護高齢課地域支援係（市役所2階）
(担当)
電話 027- (直通)

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業について

1 事業の目的
前橋市では平成25年8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しました。この事業は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」を配備し、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しています（別紙1：事業概要参照）。
なお、平成25年度はモデル事業として、基礎データを収集する試行期間となっています。

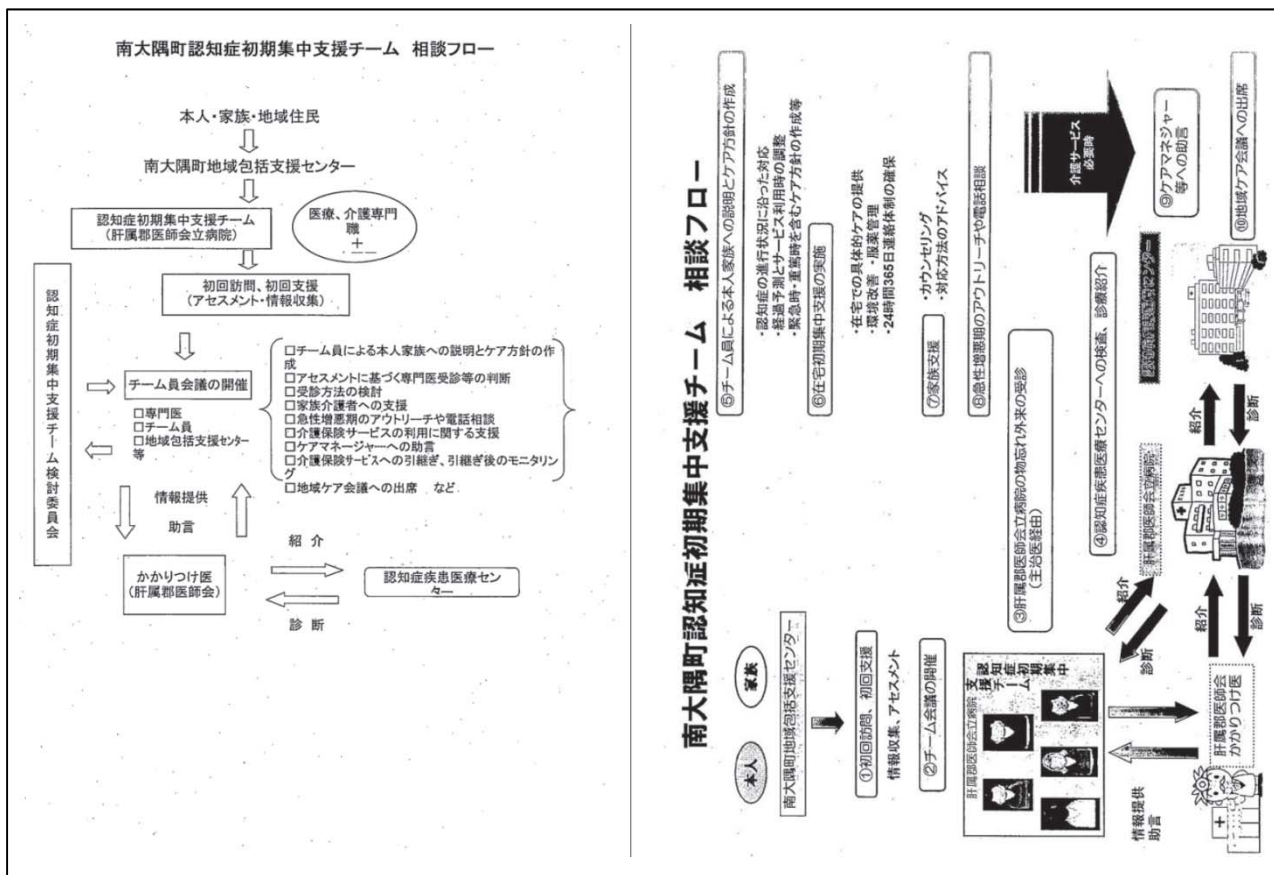
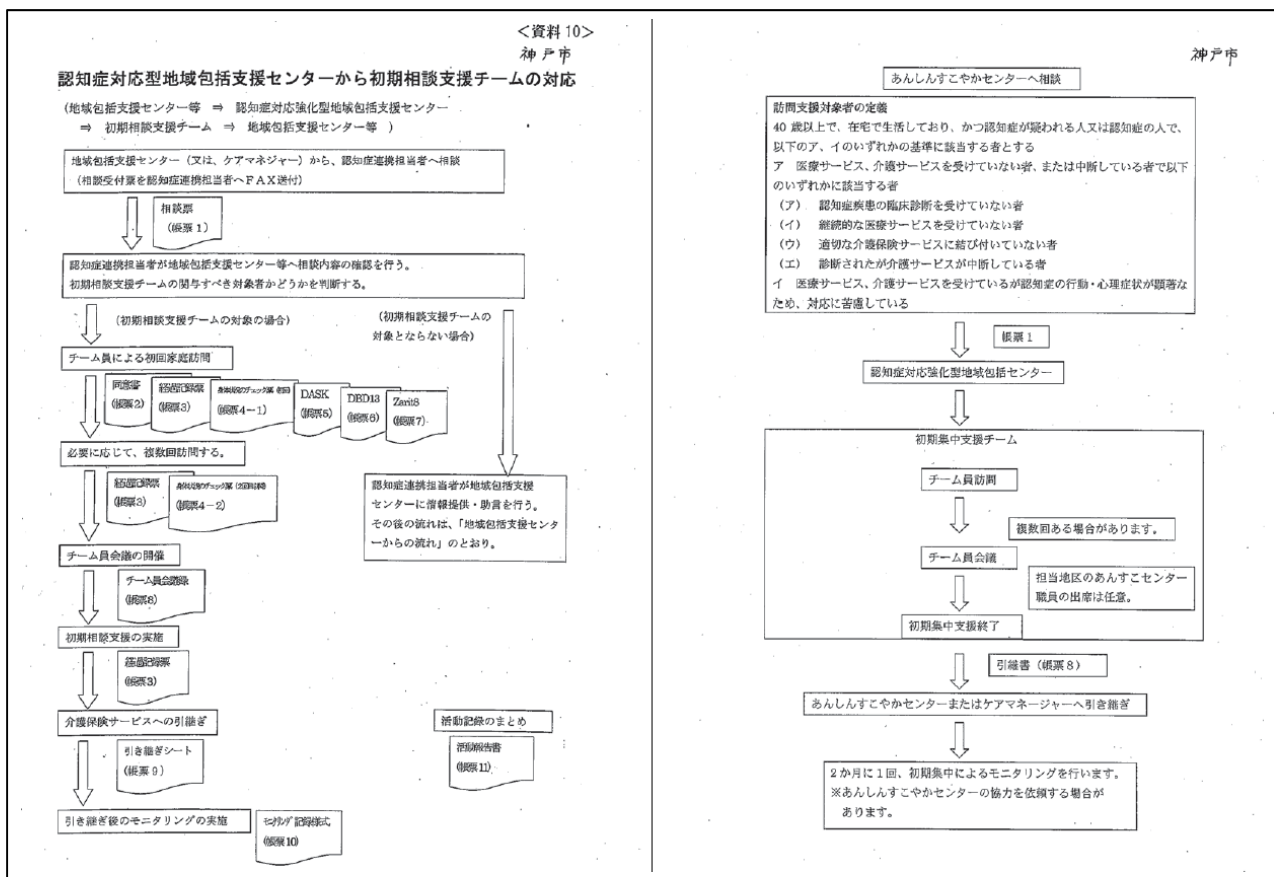
2 支援内容
この事業は専門職からなる「支援チーム」が対象者宅を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行います。
(別紙2：フロー図参照)

3 事業の委託先について
この事業は前橋市（介護高齢課）が、下記の医療機関に委託して行います。
医療機関名：公益財団法人 老年病研究所
代 表 者：理事長

4 関係機関との連携・情報共有について
この事業を効果的に進めるためには、「支援チーム」が医療と介護に関する情報を、主治医（かかりつけ医）他関係機関と情報共有することが重要となります。
初回訪問の前には委託先よりご通知をお送りいたします。初回訪問後、継続して支援チームが関わる必要があると判断され、本人（または家族）より本事業に関する同意書が提出された場合、写しをお送りしますので、その後の情報共有をよろしく願います。

5 その他
本事業は医療保険の診察情報提供料等の対象外ですので、ご承知おきください。

④ チームの対応フロー図（神戸市;上段、南大隅町;下段）



⑤ 記録・連携等に用いる様式集 (苫小牧市)

利用者基本情報

苫小牧市

計画作成者氏名:

【基本情報】

相談日	平成25年8月21日(水)	来所	初回
相談場所	本人の状況	認定情報	非該当
フリガナ	シエンチーム		
本人氏名	支援チーム	男	生年月日 昭和35年1月1日 53才
住所	〒		
電話	固定 携帯 FAX E-MAIL		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	自立
障害認定	身障 療育 精神 経病		
本人の住宅環境	家屋 自室 住宅改修 浴室	有	ユニットバス
経済状況	使用 段差問題 床材、経路の状況		
来所者(相談者)	氏名 続柄 電話番号	住所・緊急連絡先	
緊急連絡先			
家族構成	□=男性、○=女性、二重(◎など)=本人、黒塗(■)=死亡、☆=キーパーソン 主介護者=「主」、副介護者=「副」、同居家族=円で囲む 日中独居 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

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・すごし方			
趣味・楽しみ・特技			
友人・地域との関係			
時間	本人	家族()	家族()

【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	経過	治療中の場合は内容
	☆			観察中
	☆			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時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、認定審査会による判定結果・意見、及び生治院の意見書と同様に、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、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事に同意します。

年 月 日 氏名 印

利用者基本情報

苫小牧市

計画作成者氏名:

【基本情報】

相談日	平成25年8月21日(水)	来所	初回
相談場所	本人の状況	認定情報	非該当
フリガナ	シエンチーム		
本人氏名	支援チーム	男	生年月日 昭和35年1月1日 53才
住所	〒		
電話	固定 携帯 FAX E-MAIL		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	自立
障害認定	身障 療育 精神 経病		
本人の住宅環境	家屋 自室 住宅改修 浴室	有	ユニットバス
経済状況	使用 段差問題 床材、経路の状況		
来所者(相談者)	氏名 続柄 電話番号	住所・緊急連絡先	
緊急連絡先			
家族構成	□=男性、○=女性、二重(◎など)=本人、黒塗(■)=死亡、☆=キーパーソン 主介護者=「主」、副介護者=「副」、同居家族=円で囲む 日中独居 家族関係等の状況		

生活状況確認表

利用者名 支援チーム 評価日

評価者

No	質問項目	回答	(特記事項)
1	寒いところや暑がりが多いところはありませんか	◎ なかった ○ あった	
2	涼しいところや暑いところはありませんか	◎ なかった ○ あった	
3	食事は毎日美味しく食べていますか	◎ いた ○ なかった	
4	夜はよく眠れていますか	◎ いた ○ なかった	
5	お通じは定期的にありますか	◎ あった ○ なかった	
<コメント>		1/5	
6	立ち、降り、階段の登り降り、室内歩行に支障はありませんか	◎ なかった ○ あった	
7	家の周囲(前庭)を歩くのに支障はありませんか	◎ なかった ○ あった	
8	食事をするのに支障はありませんか	◎ なかった ○ あった	
9	トイレ(排便・排尿)をするのに支障はありませんか	◎ なかった ○ あった	
10	着替えや身だしなみを整えるのに支障はありませんか	◎ なかった ○ あった	
11	お風呂に入るのに支障はありませんか	◎ なかった ○ あった	
12	その他、特に不具合なこと、不都合なことはありませんか	◎ なかった ○ あった	
<コメント>		0/7	
13	お金の支払いや家の管理は、自分でできていますか	◎ いた ○ いない	
14	服や身だしなみには気を配っていますか	◎ いた ○ いない	
15	新聞は雑誌、本などを読んでいますか	◎ いた ○ いない	
16	日記や手帳など書き書いていますか	◎ いた ○ いない	
17	近頃の店に買い物に行っていますか	◎ いた ○ いない	
18	家のことを何かしていますか(例:掃除・洗濯・洗濯・留守番)	◎ いた ○ いない	
19	何か好きなことはありますか。好きなことをしていますか	◎ いた ○ いない	
20	車やバイク、バスや電車などで他の市街まで出かけられていますか	◎ いた ○ いない	
21	家族とお話しをしていますか	◎ いた ○ いない	
22	ご近所や友達のとこに訪問していますか	◎ いた ○ いない	
23	地域や街中の動きについて関心がありますか	◎ いた ○ いない	
24	地域の集まりに参加していますか(例:お祭り、老人会など)	◎ いた ○ いない	
25	地域で何かの役を担っていますか(役員、ボランティアなど)	◎ いた ○ いない	
<コメント>		0/13	
不問・不具合項目			1/25

チーム員会議の要点

利用者氏名: 支援チーム 様 開催日: H 年 月 日 開催場所: _____ 開催回数: 第 ____ 回

会議出席者	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名

検討した項目

結論とこれからの目標 (次回開催時期)

集中支援計画書

利用者氏名 #NAME? 様 評価期間 _____ 作成者 _____

ご本人のしたいこと、できるよくなること、ご家族の意向 _____

① _____

② _____

③ _____

解決すべき課題	支援目標	支援内容(改善、活用できる項目)
1) _____ 2) _____ 3) _____	1) _____ 2) _____ 3) _____	1) _____ 2) _____ 3) _____

総合的な支援方針 _____

アセスメントツール結果	年 月 日
DASC: 21 点	説明: 同意日
DBD13: 0 点	利用者同意書
Zarit8: 0 点	(ご家族の同意)

集中支援計画についての説明を受け、内容に同意しました。

備考 _____

《興味・関心チェックリスト》

以下の作業について現在しているものは「している」に○を、過去にしていたがこれから「してみたい」と思っているものは「してみたい」に○をつけて下さい。「する・しない」にかかわらず興味があるものには「興味がある」に○をつけてください。

作業	めざして してみたい	興味 がある	作業	めざして してみたい	興味 がある
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ボーリング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
料理	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水泳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	テニス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家の手入れ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	野球	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ダンス・踊り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
車の運転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体操・運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
畑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	散歩	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
友人との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	音楽を聴く・演奏会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗濯物たたみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	楽器演奏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
園芸	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お茶・お花	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ラジオを聴く	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	おしゃべり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
テレビを見る	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	生涯学習	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歌を歌う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	旅行	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
映画を見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鑑み物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パズルゲーム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	針仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手工芸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歴史	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
読書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ボランティア	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
将棋・囲碁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
観劇	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ゴルフ・ランドゴルフ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
絵を描く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	温泉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新聞を読む	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子どもの世話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
俳句	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	動物の世話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
謡曲・浄土	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	資金を扱う仕事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
書道・習字	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	地域活動(町内会老人クラブ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
つり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日曜大工	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
パソコン/ワープロ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
宗教活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

利用者氏名: 支援チーム
実施日: 平成25年8月23日

チーム員会議での検討事項

利用者氏名: 支援チーム 様 開催日: H 年 月 日 開催場所: _____ 開催回数: 第 ____ 回

会議出席者 (出席予定者)	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名

検討予定項目

チーム員が考える今後の目標

⑥ 主治医との連絡 (前橋市;上段、敦賀市;下段)

資料3
平成 年 月 日

〇〇〇〇 様
(主治医)

公益財団法人 老年病研究所
理事長

「認知症初期集中支援チーム」の活動及び情報共有に関する
ご協力についてのお願い (依頼)

日頃より高齢者福祉についてご協力をいただきまして、厚くお礼申し上げます。
先日、前橋市介護保険課より本事業の協力依頼の通知(平成25年 月 日付)が届いたかと思いますが、下記の方に対して担当地域包括支援センターより「認知症初期集中支援チーム」の支援要請がありました。そのため、同支援チームが初回訪問することとなりました。
先の通知でご説明したとおり、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」は前橋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」が認知症の人を訪問し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。今年度はモデル事業として基礎データを収集する試行期間となっています。ご多忙とは思いますが、今後の貴医療機関と同支援チーム間での、支援対象者に関する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	(歳)
住所		

(地域包括支援センターからの支援依頼の詳細は別紙のとおり)

2 支援チーム代表者(市からの委託先)
公益財団法人 老年病研究所 担当チーム員:〇〇(予定)
連絡先

3 初回訪問予定日 平成 年 月 日(予定)

4 関係機関の情報共有について
初回訪問時、本人(または家族)より「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」に関する同意書(前橋市長・老年病研究所理事長あて)が提出された場合、その写しをお送りしますので、その後の情報共有をお願いいたします。

5 支援に関するご意見・ご助言と連絡方法について
お手数ですが、訪問予定日までに別紙「前橋市認知症集中支援(モデル事業)主治医コメント票」をお送りいただくと、大変助かります。
(注意:本事業は医療保険の診療情報提供料の対象外ですので、ご承知ください。)

問い合わせ先
地域包括支援センター西部
(担当:〇〇・△△)
電話 - - (直通)

資料4

FAX 送付先(包括西部):027-

前橋市認知症初期集中支援(モデル事業)

主治医コメント票

記載日:平成 年 月 日

医療機関: _____
医師氏名: _____

■認知症初期集中支援に関するコメント
認知症初期集中支援チームが訪問や支援をおこなうにあたり留意すべき点およびチームに期待すること、またその他ご意見ご助言等をご記入ください。

注意:本事業は医療保険の診療情報提供料の対象外です。
■認知症初期集中支援に関する連絡方法について
今後も、支援経過の情報提供や必要情報等のご連絡をさせていただきたいと考えております。ご対応いただける連絡方法についてご教示ください。(該当項目に/・複数可)

✓欄	方法	連絡先(電話番号・アドレスなど)	備考(対応可能な時間帯及び担当者等)
	訪問		
	電話		
	FAX		
	郵送		
	メール		
	その他		

ご記入いただきましてありがとうございます。お手数をおかけいたしますがFAXにて前橋市地域包括支援センター西部(FAX:027-254-3836)宛にお送りくださいますようお願いいたします。尚、患者さまはID番号で管理しておりますこと申し上げます。今後とも、先生のご指導・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

主治医連絡票①

平成 年 月 日

敦賀市地域包括支援センター「長寿」
〒914-8501 敦賀市中央町
電話 _____
担当職員 _____

敦賀市認知症初期集中支援に関する御協力について

平素は、高齢者医療・福祉の推進につきまして格別の御協力、御理解を厚く御礼申し上げます。
この度、先生が診療されている患者様の認知症初期集中支援の実施に関して、先生の御指導と御助言等をご頂戴いたしますので、御多忙中恐縮ですが御協力をお願いいたします。
*御記入後、担当職員がお伺いいたしますので、御連絡ください。

氏名	男女	生年月日	M・T・S	年 月 日	歳
住所					
利用しているサービス	通所介護・通所リハビリ 訪問介護・訪問看護 訪問リハビリ・訪問入浴 福祉用具貸与 短期入所・地域密着型 無し・不明	介護度	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 認定無し 不明	担当居宅介護支援事業所: 担当介護支援専門員:	
相談主旨・連絡事項等	<input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援にあたり、主治医の意見をお聞きしたい。 <input type="checkbox"/> 心身状態の変化等に伴う御相談。 (相談主旨を記入する)				

★随時、支援経過等をお伝えさせていただきます。

【主治医記入欄】

主治医意見・助言等	<input type="checkbox"/> 意見・助言なし。 <input type="checkbox"/> 意見・助言あり。 ・直接会って話をします。 _____ 月 日 時 ・電話で話します。 _____ 次回受診時 ・下記に記載します。 _____ 次回住診時
	<支援に対する留意事項・助言等>

平成 年 月 日 医師氏名 _____

主治医連絡票②

平成 年 月 日

敦賀市地域包括支援センター「
」
担当職員 _____

訪問支援終了連絡票

平成 年 月より、認知症初期集中支援を実施していた方について、
支援が終了となりましたので御連絡いたします。

対象者氏名	生年月日	M・T・S	年 月 日
住所	敦賀市	最終訪問日	平成 年 月 日()
支援終了理由	①医療状況 ・受診状況() ・服薬状況() ・認知症状() ・その他() ②介護保険サービス ・要介護認定:要支援() 要介護() 申請無し ・担当居宅介護支援事業所: ・担当介護支援専門員: ・介護保険サービス:有り() 無し ③家族・介護者の状況 _____ ④その他 _____		
今後の支援	引き継ぎ先: ※引き継ぎ後も、地域包括支援センターが支援状況をモニタリングします。 今後とも御指導よろしくお願いたします。		

⑦ 同意書（前橋市;上段、神戸市;下段）

<p style="text-align: center;">資料 1</p> <p style="text-align: center;">認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関する同意書</p> <p>(あて先) 実施主体：前橋市長 様</p> <p>実施機関：公益財団法人 老年病研究所 理事長</p> <p>私は、本モデル事業の説明を受け趣旨を理解し、本モデル事業に協力いたします。 また、必要最小限の範囲内で支援チームが関係機関へ医療および介護の情報を求めること、支援結果を関係機関および厚生労働省等へ報告または学術的に使用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>支援対象者住所 _____</p> <p>支援対象者氏名（自署） _____</p> <p>本人の署名が難しい場合の代筆者（ご家族等）</p> <p>氏 名 _____（続柄： _____）</p>	<p style="text-align: center;">(表)</p> <p style="text-align: right;">資料 1</p> <p style="text-align: center;">認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関する説明文書</p> <p>1 事業の目的 前橋市では平成25年8月より、厚生省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しました。この事業は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」を配備し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。 なお、平成25年度はモデル事業として、基礎データを収集する試行期間となっています。</p> <p>2 支援内容 この事業は専門職からなる「支援チーム」がお宅を訪問し、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います。</p> <p>3 関係機関との情報共有について この事業を効果的に進めるために、「支援チーム」があなたの医療と介護に関する情報を、主治医（かかりつけ医）、担当地区の地域包括支援センター、介護支援専門員（ケアマネジャー）および介護サービス提供事業者から報告を求めることがあります。 また、「支援チーム」があなたへの支援状況を、主治医（かかりつけ医）、担当地区の地域包括支援センター、介護支援専門員（ケアマネジャー）および介護サービス提供事業者に報告することがあります。</p> <p>4 厚生労働省ほか学術機関への支援結果の報告について この事業の支援結果を、前橋市を経由して厚生労働省および学術機関へ報告いたします。なお、データ公表の際には個人が特定されることはありません。</p> <p>5 事業の委託先について この事業は前橋市（介護高齢課）が、下記の医療機関に委託して行います。 医療機関名：公益財団法人 老年病研究所 代 表 者：理事長 チーム責任者：</p>
--	--

認知症初期相談支援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、関係する者に情報提供を行うことに同意します。

記

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実施されるチーム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
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、提供にあたっては、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あいます。
 - ・個人情報を提供した資料については、使用後に必ず回収します。
 - ・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。

平成 年 月 日

神戸市認知症対応強化型地域包括支援センター 様

本人氏名 _____ 印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者にとって代わってその署名を代筆しました。

代筆者氏名 _____ 続柄（ _____ ）

家庭介護ガイドブック

認知症の人と家族が穏やかに
在宅生活を続けるための秘訣



TONTONのまち
まえばし

家庭で認知症の人を介護されている方々に、認知症の特性をご理解頂き、ご本人との良いコミュニケーションのもと穏やかに過ごすことのできるよう、介護のコツをわかりやすく解説しました。どうぞお役立てください。

はじめに.....	1
I. 認知症の基礎知識.....	2
1. 認知症とは.....	2
2. 認知症の症状.....	2
3. 原因となる病気の特徴.....	3
4. 認知症と区別が必要な病気.....	5
5. 治療薬.....	6
II. 行動・心理症状を予防する家族ケア.....	7
1. 認知症の本質である病態のなさを理解する.....	7
2. 気づかないうちに叱っている.....	8
3. ケアの原則：本人の立場になって感じる・考える.....	9
4. 役割や褒めることの効用.....	9
5. 安心をもたらすケア.....	10
III. 代表的な行動・心理症状への対応.....	11
1. 興奮・暴言・暴力への対応.....	11
2. 妄想への対応.....	12
3. 幻覚への対応.....	12
4. 徘徊への対応.....	12
5. 自発性低下(アパシー)や抑うつへの対応.....	13
6. 不眠への対応.....	13
7. 排泄の問題への対応.....	13
IV. 家族介護者への支援.....	14
1. 家族介護者の不安.....	14
2. 相談役.....	15
3. 燃えつき防止.....	15
V. 情報提供やサポート体制.....	16
付 前橋市地域包括支援センター一覧	

家庭介護ガイドブック

認知症の人とご家族の穏やかな在宅生活のために

はじめに

このガイドブックは、家庭で認知症の人を介護されている方々に、認知症の特性をご理解頂き、ご本人との良いコミュニケーションのもと穏やかに過ごすことのできるよう、介護のコツをわかりやすく解説しました。

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、家族をはじめ介護者の支援が不可欠です。介護負担軽減・介護者の生活の質の向上も、認知症医療の目的に含めて考えられるようになってきています。認知症の介護は長期間続きますが、大切なことは、その期間、認知症の人も介護家族も生活を継続していくということです。認知症の人も役割と生き甲斐を持っていきいきと生活し、介護家族も自分の生活を全面的に犠牲にすることなく、生活を楽しみ、地域社会で安心して生活し続けていくことが望まれます。本ガイドブックは、認知症の人と家族が穏やかに在宅生活を続けられることを願って、介護のアドバイスを載せてあります。

認知症の人の症状には、認知症の原因となる病気の種類、発症した年齢、生い立ちや職業、家族の介護状況など、様々な因子が影響を及ぼします。このことは、介護状況を変えることで、認知症の人の症状を変えることができることを示しています。暴言・暴力などの症状を予防することができれば、介護負担も少なく、本人も介護者もそれほど、生活の質を落とすことなく生活することが可能となります。

本書に書かれていることは基本です。一人ひとりの症状・環境に合わせて、対応を変えてください。認知症の人にとって何が良いかは、いろいろ体験してみないとわかりません。試行錯誤の中で、本人・介護者共に一番落ち着き、互いに楽に過ごせるような対応を見つけていただきたいと思います。

Ⅲ 認知症初期集中支援チーム員研修

昨年度事業において検討された研修カリキュラムをベースに、モデル事業実施地域の認知症初期集中支援チーム員および実施自治体の担当者を対象に、2回の研修を実施した。第1回は、認知症初期集中支援チームの概要や役割の講義を中心に、第2回は、それぞれの地域での一定期間の実践を踏まえた模擬演習や追加講義などを内容とした。以下、各回の概要と使用教材等について整理する。

1. 第1回チーム員研修

1-1 実施概要

(1) 目的

認知症初期集中支援チームのモデル事業を実施するにあたり、認知症の人や家族に関わり、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初期集中支援チーム員の資質の向上を図るため、専門的な知識や技術の習得を図ること等を目的とする。

(2) 対象者・受講者

①対象者

- ・モデル事業を実施する市区町の認知症初期集中支援チーム員
- ・実施自治体の担当者

②受講者

14 地域 86 名

職種内訳；医師 1、保健師 24、看護師 10、作業療法士 16、
社会福祉士 11、介護福祉士 9、精神保健福祉士等 8、他事務

(3) 日程およびプログラム

①日程 平成 25 年 8 月 2 日（金） 9:50～17:10

8 月 3 日（土） 10:00～16:30

②会場 ベルサール神田 会議室（8/2：2 階 hall、8/3：3 階 Room1）

〒101-0053 東京都千代田区美土代町 7 住友不動産神田ビル 2・3 階

③プログラム

図表 3-1 第 1 回チーム員研修プログラム

8月2日（金） 1日目（DASC 研修と合同開催） （於：2階 Hall）

時刻	カリキュラム
9:50	オリエンテーション（DASC 研修・認知症初期集中支援チーム員研修）
10:10	筆記試験 1 回目：DASC 研修
10:40	I 地域包括ケアシステムと認知症施策（認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方）
11:20	休憩
11:30	II 事業概要（認知症施策における認知症初期集中支援チームの位置づけ）
11:50	III 認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割（認知症初期集中支援チームとは）
12:30	昼休憩
13:20	IV-1 認知症の総合アセスメント①
15:05	休憩
15:15	模擬アセスメント演習（DVD 視聴）
16:00	筆記試験 2 回目：DASC 研修
16:25	質疑応答
16:40	模擬アセスメント演習（試験結果含む）
16:55	1 日目 閉会（2 日目オリエンテーション）

8月3日（土） 2日目 （於：3階 Room1）

時刻	カリキュラム
10:00	今後のモデル事業の取組みについて
10:30	IV-2 認知症の総合アセスメント②
11:00	V 認知症初期集中支援における具体的活動①
12:00	昼休憩
13:00	V 認知症初期集中支援における援助②
14:00	筆記試験 3 回目：認知症初期集中チーム員研修
14:30	休憩
14:40	VI 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築
15:20	質疑応答・筆記試験(3 回目)解説
15:50	「認知症者および家族対応ガイドライン」について（DVD 活用方法等）
16:00	閉会オリエンテーション

1-2 講義教材

(1) 研修テキスト

研修テキストは、2 日間日程の第 1 回チーム員研修プログラムに合わせる形で構成され、目次は以下の通りである（なお、テキスト全編は CD-ROM で付属）。

図表 3-2 チーム員研修テキスト目次

I 章 事業概要

II 章 地域包括ケアシステムと認知症施策

- 1 地域包括ケアシステムとはなにか
 - (1) 地域包括ケアシステムを必要とした日本の現状
 - (2) 地域包括ケアシステム構築の導入経緯
 - (3) これからの地域包括ケアシステムの在り方
- 2 日本の認知症ケア施策の方向性
 - (1) 認知症国家戦略の導入
 - (2) 高齢者の施設入所を巡る状況
 - (3) 早期診断と初期集中支援の必要性
- 3 地域包括ケアシステムの構築にむけた基本的考え方
 - (1) integrated care の理論からみた整理
 - (2) 多職種協働支援を実現するための前提
 - (3) 地域包括ケアシステムの基本となる多職種協働（臨床的統合）の在り方

III 章 認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割

- 1 認知症初期集中支援チーム活動の前提となるもの
 - (1) 定義
 - (2) モデル事業の実施主体と支援チームの構成
 - (3) チーム員の役割と活動体制
- 2 認知症初期集中支援チームの活動内容（事業内容）
 - (1) 普及啓発
 - (2) 対象者の把握
 - (3) 情報収集
 - (4) アセスメント
 - (5) 初回家庭訪問
 - (6) チーム員会議
 - (7) 認知症初期集中支援の実施
 - (8) 初期集中支援の終了
 - (9) 引継ぎ後のモニタリング
 - (10) 初期集中支援に関する記録
 - (11) 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置
- 3 認知症初期集中支援チーム活動の評価について
- 4 本モデル事業の報告について

IV 章 認知症の総合アセスメント

- 1 認知症の総合アセスメントの重要性
- 2 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患

- 3 アセスメントツールの使用方法
 - (1) DASC とは
 - (2) DASC を用いる場合の留意点について
 - (3) DASC の評価方法
 - (4) DBD13 とは
 - (5) DBD13 を用いる場合の留意点について
 - (6) DBD13 の評価方法
 - (7) Zarit 8 とは
 - (8) Zarit8 の評価方法
 - (9) 身体の様子チェック
 - (10) 身体チェック項目から考えること
- 4 模擬アセスメント

V章 認知症初期集中支援における具体的活動

- 1 支援のための基本的プロセス
 - (1) 相談の応需
 - (2) アセスメント（初回家庭訪問を含む）
 - (3) アセスメントの結果とそれに基づく初期支援
 - (4) チーム員会議
 - (5) 支援の実施
 - (6) 終結、引き継ぎ、モニタリング
- 2 医療機関への受療支援
 - (1) 医療機関への受診勧奨
 - (2) 医療機関との情報共有
 - (3) 医療を継続するための確認事項
- 3 家族介護者への支援
 - (1) 家族介護者を支援することの重要性
 - (2) 家族介護者自身のニーズの把握
 - (3) 家族介護者をねぎらうこと
 - (4) 困った時には相談に乗ることを伝えること
 - (5) 家族介護者の介護負担や健康状態を評価し、介護負担の軽減と健康保持に関する支援を行うこと
 - (6) 情報を提供すること
 - (7) 若年性認知症の人の家族介護者への支援
 - (8) 家族介護者を支援するためのマニュアルづくり
- 4 認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応や予防に関する支援

VI章 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築

- 1 市区町村によるビジョン設定
- 2 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法
 - (1) 検討委員会の設置主体と構成例
 - (2) 委員会の設置および開催頻度
 - (3) 委員会の内容
- 3 認知症初期集中支援チームに係る地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整
 - (1) 地域包括ケアシステムの構築を進めるための戦略
 - (2) 地域包括ケアシステム整備における市区町村の役割と各機関間の調整の実際
 - (3) 地域包括ケアシステム整備における評価の考え方とその指標の例

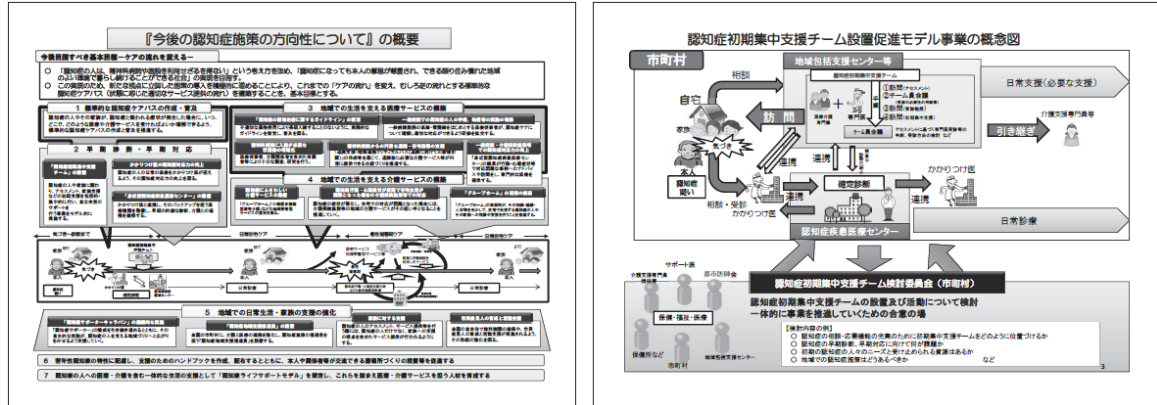
(参考資料)

(2) 講義スライド抜粋

それぞれの講義は、担当講師（主に、本事業の委員で構成）が作成したパワーポイントスライドによって行われた。以下、プログラムの順に、講義で使用したスライドを抜粋して掲載する。

図表 3-3 講義スライド

II 事業概要：厚生労働省



III 認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割：鷲見委員

**認知症初期集中支援チーム
の果たすべき役割**

1

認知症初期集中支援チームの定義

かかりつけ医
の機能

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をいう。

3

**認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業における
認知症初期集中支援のスキーム**

※ 本フロー図は、認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業実施要領に基づき、認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業における認知症初期集中支援のスキームを示したものである。

4

訪問支援対象者の定義

年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、
在宅で生活している者

- 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
- 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・心理症状により対応に苦慮している事例

4

(続き)

普及啓発（広報活動）

このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に周知する必要がある

各団体への働きかけ

市町村での認知症に関する普及啓発活動の推進

情報収集-どのような情報を得るのか-

情報収集の項目

- 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、その他)
- 基本情報
- 本人の状況(氏名、住所、生年月日、経済状況、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住環境、認定情報)
- 家族等の状況
- 現病歴 ● 既往歴 ● これまでの経過
- 生活状況(生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人・家族の思い、希望)
- 利用しているサービス
- 生活障害の項目(IADL、ADL、その他)
- 認知機能の項目
- 身体状況の項目

対象者の把握

地域包括支援センターが入手した情報が主体

- 情報を待つ
本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、介護支援専門員からの相談、医療機関からの紹介等
- 情報を取りに行く
二次予防対象者把握事業(基本チェックリストなど)や市町村独自の把握事業(実態調査等)によりリスクのある事例)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

情報収集-情報収集時の留意点-

原則、本人や家族からの情報を基本とする。

これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合

↓

要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認

同じ質問を何度もされるのは苦痛 時間の損失

アセスメント

なにを評価するのか

1. 認知機能と行動・心理症状
 - DASC
 - DBD13(認知症行動障害尺度)
2. 家族の介護負担
 - Zarit8介護負担尺度の導入(スコアによる数値化が可能)
3. 身体状況のチェック
 - 初回訪問時の身体状況のチェック
 - 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
 - 医療情報(検査データ、薬剤処方 など)
4. 居住環境
5. 家族の介護対応力
6. 本人、家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性

初回訪問時の支援内容

1. 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
チームができることについてわかりやすい提示
2. 基本的な認知症に関する情報提供
3. 専門医療機関への受診が本人、家族にとってのメリットがあることについて説明
4. 介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットがあることについて説明

以下は個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施のこと

5. 本人への心理的サポートとアドバイス
6. 家族への心理的サポートとアドバイス
7. 具体的な各機関との連絡調整

初回家庭訪問の実施

- 複数で訪問
- 訪問所要時間はおおむね2時間以内

訪問時の留意点と記録

- 1) 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有の出来る仕組みを確保する
- 2) 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問する
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行う
- 4) 家族の同意の確保
- 5) 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同意を調整する
- 6) チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応を想定しておく
- 7) 対象者の台帳を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため記録の保管方法は慎重に考慮

チーム員会議の開催

いつ行うのか 初回訪問終了後 必須
介護保険サービス引継ぎ前 必須
その間は随時

メンバー 認知症専門医を含むチーム員 必須
必要に応じて 地域包括支援センター職員
かかりつけ医、担当する介護支援専門員、
市町村関係係 等

会議の内容 アセスメント内容の総合チェック


↓

専門医療機関への紹介の必要性の検討、
受診に向けた適切な方法の検討
本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言

↓

初期集中支援計画の検討

V 認知症の総合アセスメント：栗田委員

<p style="text-align: center;">V. 認知症初期集中支援 における具体的活動</p> <p style="text-align: center;">東京都健康長寿医療センター研究所 栗田 主一</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p style="text-align: center;">B. アセスメント(初回家庭訪問を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントは地域包括支援センターでの来所面談でも可能であるが、本人の住まい、暮らしの様子を知るために、可能な限り家庭訪問を行う <ul style="list-style-type: none"> 訪問対象となっている本人から訪問の了解が得られていない場合には、訪問方法について十分所内で検討する 訪問の準備 <ul style="list-style-type: none"> 訪問同行者の調整 訪問前の十分な情報収集 訪問約束の調整 本人が独居で、身寄りがない場合の訪問の仕方の検討 訪問の実施 <ul style="list-style-type: none"> 訪問体制 留意点 <p style="text-align: right;">3</p>
<p style="text-align: center;">A. 相談応需</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター等において相談を受け、「初期集中支援の対象か否かの判断を行う。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>年齢が40歳以上、認知症疑われる、在宅で生活している</p> <p>ア. 医療サービス、介護サービスを受けていない、または中断している</p> <p>A) 認知症の臨床診断を受けていない</p> <p>B) 継続的な医療サービスを受けていない</p> <p>C) 適切な介護保険サービスに結びついていない</p> <p>D) 診断されたが介護サービスが中断している</p> <p>イ. 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</p> </div> <p>注) 多くの事例が社会的困難事例:独居、高齢者世帯、医療機関への受診困難、キーパーソンの不在、地域社会の中でのトラブル……</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p style="text-align: center;">C. チーム員会議</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、課題解決に向けた支援策を検討  <p style="text-align: right;">4</p>
<p style="text-align: center;">D. 初期集中支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般的な支援 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関への受診支援 家族介護者への支援 身体的ケアに関する支援 独居者の場合には生活支援 <ul style="list-style-type: none"> 特に服薬管理、金銭管理 成年後見制度の利用に関する支援 経済的困難に対する支援 介護保険サービスの利用に関する支援 BPSDへの対応や予防に関する支援 <p style="text-align: right;">5</p>	<p style="text-align: center;">家族介護者を支援することの重要性</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族介護者は、認知症の人の日常生活を支えている重要な介護(“生活支援”)の担い手である。 <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人の在宅生活を維持するためには、通常、医療サービスや介護サービスのみでは不十分であり、こうしたサービスでは提供することができない「生活支援」が必要とされる。 「生活支援」とは、医療や介護などに先だって、生活を持続可能にするための支援であり、一般的には、調理、買物、洗濯、見守り、安否確認、外出支援、社会参加支援を言う(「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」より) 医療機関への受診支援、介護保険サービスの利用申請など、公的サービス利用の支援などもここに含まれる。 <p style="text-align: right;">7</p>
<p style="text-align: center;">医療機関への受診動奨</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症が疑われる場合には、本人・家族に、認知症についての基本情報を提供しながら、医療機関を受診し、診断を受けることの大切さを伝える(パンフレットなどを使用) 留意事項 <ul style="list-style-type: none"> 本人が受診の必要性を感じているか 本人が一人で受診できるか 受診の必要性を理解し、受診に協力してくれる家族がいるか 主治医(かかりつけ医)がいるか <p style="text-align: right;">6</p>	<p style="text-align: center;">BPSD支援の基本的考え方 (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> BPSDの背景にある認知症の人の心のあり方を考えることは重要である。 認知症と呼ばれる障害をもって生きるとはどうかを、その人が主観的にどう体験しているかということ、その人の立場に立って考え、理解することが、BPSDへの対応や予防に関する支援の基本である。 <p style="text-align: right;">8</p>

VI 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築：筒井委員

地域包括ケアシステムとは

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト：Community based care (地域を基盤としたケア)とintegrated care (統合型のケア)がある。近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込むという議論が世界的に活発化している。しかしながら、この両者を同時に試みている国は少なく、その一つであるオランダにおいては、地域包括ケアは神話か必須のものか、あるいはハベルの塔をたてる試みかという議論がなされている。

Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。さらに、これは地域における信仰や好みや価値観などに合わせて構築することができ、それは一定レベルの「地域参加」によって保障されている。

integrated care

- integrated care careには、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるといった目的を持つ体制であると定義づけができる。

1) T. Ploegh, M. Kesterling, Community-based integrated care: myth or reality? International Journal for Quality in Health Care 14:94-101:2002
2) T. Ploegh, Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care, 4, 421-2006

統合的活動のレベルの3段階

システム統合

- 国や県など地理上の区分における、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率などの活動を統合すること。

組織的統合

- 急性期・リハビリテーション・地域ケア・一次の医療・サービス提供事業所(書)などの活動を調整、管理すること。

臨床的統合

- 看護・介護者が高齢者に提供する、直接的な支援やケアに関すること。

※一つのレベルでも統合が不十分だと他のレベル全体が行き詰ってしまふとされている。
※システムによるサービス範囲の決定、利用しやすさ・有資格の条件・資金調達機能・買まれている質などが、組織同士(特に医療と福祉)の協力の度合いに影響を与えているともいえる(Banks,2004;Kodner and Kyriacou,2000)。

社会資源を巡る分断化の状況

- 多くの西欧諸国や日本も同じ状況であるが、高齢者のための社会資源やサービスは、ケア提供主体が違ふことや所属機関の属性(営利・非営利、医療・介護・福祉)が異なっていることなどを原因として、十分な連携がなられておらず、組織が断片化されており、こうした構造の下では、社会資源やサービスも、いわゆる縦割りで構造化されている。
- ケアの分断は、次のような4つの断層による問題が認められるとされている。

①保健医療セクターと福祉セクターの各領域間

②自治体職員と医療機関の間

③民間企業とNPO,公的機関の間

④家庭環境と施設環境の間。

Vanheule, M., Ploegh, T. (Eds.) (2016). Managing Integrated Care for Older people. IOS Press, Amsterdam.
Suzuki, D., Tsunek, M. (2016). Implications of an aging population for long-term care services: The Japanese case. PLOS ONE 11(12): e0167084. doi:10.1371/journal.pone.0167084.
Coulter, T., Tsunek, M., Suzuki, D., Kikuchi, N., Sakai, S., & Suzuki, D. (2016). Mapping of an ageing population: The integration of services across geriatric, geriatric, and geriatric care. International Journal of Integrated Care, 10(1).
Hosono, J.C. (2012). The evolution of health care in Japan. International Journal of Integrated Care, 12(1): 42.

垂直的統合と水平的統合

垂直的統合 (vertical integration)

- 様々なサービス分野を一つの組織で行うというものである。

水平的統合 (horizontal integration)

- 様々なケアの連携を改善していくものとされている。リハビリテーションサービスへのアクセスを調整することや、あるいは他のケア等。

例)リハビリテーションの連携強化を図る地域サービスネットワークは、急性期・回復期・生活維持期のケア・リハビリテーションや地域連携した事業、などが中心として、地域医療に高い水準のサービスを提供する。このネットワークは、急性期・回復期・生活維持期のケア・リハビリテーションや地域連携した事業、などが中心として、地域医療に高い水準のサービスを提供する。このネットワークは、急性期・回復期・生活維持期のケア・リハビリテーションや地域連携した事業、などが中心として、地域医療に高い水準のサービスを提供する。

行政における事業を遂行するために必要なマネジメント

- 行政における事業を遂行するにあたっては、このマネジメントが求められる。なぜなら、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについては、これを明示しないと、とくに行政組織というところは、前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強い。
- 新しいアプローチで統合型のケア提供を行う「地域包括ケアシステム」を進めるためには、戦略マネジメントの視点を意識することがより重要になってくる。

ビジョン(方向性・将来像)

- 自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、「日本で一番高齢者にやさしい自治体になること」である。

ミッション(使命)

- 自分たちの組織や部門の「果たすべき責務」である。例えば、「日本で一番高齢者に充実したサービス提供すること」なる。

戦略マネジメントにおいては、地域や自治体のビジョン(方向性・将来像)やミッションを提示し、これに沿った方針で政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定を行う。

戦略マネジメント3つの条件

(1) ビジョンが明確であり、政策目標のプライオリティづけがなされているか。

(2) 個々の施策目標が具体的に数値目標化されているか。

(3) ビジョンや政策目標が組織全体に浸透し、共有されているか。

戦略マネジメントと従来型マネジメントの比較

第一の特徴:計画の策定方法

- 総合計画がボトムアップ型で策定されるのに対し、戦略計画はトップダウン、あるいは、ミドル・アップ・ダウン型で策定される。

第二の特徴:ビジョン・政策目標の具体性

- 総合計画では、ビジョンや政策目標が具体性を欠き、包括的・抽象的文言にとどまるのに対し、戦略計画ではビジョンの明示と政策目標の具体化と数値目標を設定する。
- 総合計画では、各部署での自律的な執行計画の策定・実施を尊重するが、戦略計画では、政府・行政、地域などのビジョンを戦略計画手法の活用により描き出す。

ビジョンとミッションの階層構造について

I. ビジョン
 ◆地域包括ケアシステムの構築のためのビジョン

II. 施策(ミッション)
 ◆ビジョンには、策定の事業領域が明示されておらず、それらの中で「何を」「いつまでに」と定める。戦略的視点をもち、「いつまでに」と定める。戦略的視点をもち、「何を」「いつまでに」と定める。

III. 事業(とものアウトカム)
 ◆事業のアウトカムとは、事業領域が明示されておらず、それらの中で「何を」「いつまでに」と定める。戦略的視点をもち、「何を」「いつまでに」と定める。

IV. 戦略(アウトプット)
 ◆事業のアウトカムとは、事業領域が明示されておらず、それらの中で「何を」「いつまでに」と定める。戦略的視点をもち、「何を」「いつまでに」と定める。

1-3 試験実施

第 1 回目の研修では、チーム員要件として規定されている、「(ウ)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、試験に合格した者」の後段にあたる試験を 2 日目に実施した。

試験は、研修内容全般を範囲にした 10 問の択一式問題で実施され、受講者全員が 6 割の合否ラインを超えた（1 問 1 点で平均得点 9.73 点）。試験問題、結果・回答状況は以下の通りであった。

(1) 試験問題

図表 3-4 試験問題

第 1 問 「訪問支援対象者」について、誤っているものはどれか。

- 1 認知症と診断されたが介護サービスが中断している人
- 2 認知症の臨床診断をうけていない人
- 3 75 歳で老人保健施設に入所しており、かつ認知症が疑われる人
- 4 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・心理症状が顕著で対応に苦慮している人

第 2 問 認知症初期集中支援チームの「構成」について、正しいものはどれか。

- 1 チーム員は保健師または看護師であることが必須である
- 2 認知症の専門医療を主たる業務として 3 年間経験のある医師はチーム員になることができる
- 3 訪問する場合のチーム員数は 1 名である
- 4 認知症初期集中支援チームの実施主体は市町村である

第 3 問 認知症初期集中支援の「アセスメントツール」について、誤っているものはどれか。

- 1 「DASC」は、介護者の介護負担度を評価する尺度である
- 2 「J-ZBI 8」は、介護者の介護負担度を評価する尺度である
- 3 「DBD13」は、行動症状の評価が可能で MMSE と関連する
- 4 視力や聴力の状態は、認知機能に影響を与えるため異常の有無をチェックする必要がある

第 4 問 「訪問支援対象者の把握方法」について、誤っているものはどれか。

- 1 本人や家族からの相談
- 2 特別養護老人ホーム入所待機者を選定
- 3 近隣住民、民生委員からの相談
- 4 認定者リストの中から、介護保険サービスに結びついていない者を選定

第 5 問 チーム員会議で行う検討内容について、誤っているものはどれか。

- 1 アセスメント内容の総合チェック
- 2 専門医療機関への紹介の必要性の検討
- 3 初期集中支援計画の検討
- 4 介護報酬の算定

第 6 問 認知症の人への「医療機関への受診支援」について、誤っているものはどれか。

- 1 医学的な診断を受けることが重要である
- 2 医療機関への受診は必要としない
- 3 認知症初期集中支援チームと医療機関との間で、情報共有を行うことが望ましい
- 4 独り暮らしの認知症の人には、服薬管理を支援できる体制をつくる必要がある

第 7 問 認知症の人の「家族介護者」について、正しいものはどれか。

- 1 認知症の人の日常生活を支えている重要な介護の担い手である
- 2 介護負担をほとんど感じていない
- 3 家族介護者への支援において情報提供は重要ではない
- 4 認知症カフェは、家族介護者だけが利用できる

第 8 問 「認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応や予防に関する支援」について、正しいものはどれか。

- 1 BPSD の背景にある認知症の人の心のあり方や主観的体験を考慮することが重要である
- 2 最初に行うべきことは薬物治療である
- 3 BPSD の出現は、家族介護者の介護負担感を軽減させる
- 4 アパシー（無気力、自発性低下）は、BPSD の中で最も頻度が少ない

第 9 問 認知症の「アセスメント」について、正しいものはどれか。

- 1 認知症では認知機能が障害されても生活機能は障害されず、アセスメントは必要ない
- 2 認知機能障害と生活機能障害を評価すれば、身体の状態、BPSD、社会的状況などを評価する必要はない
- 3 共通のアセスメントシートやチーム員会議を活用して、多職種間で情報を共有することが重要である
- 4 医療機関との情報共有は困難なため、通常は行う必要がない

第 10 問 地域包括ケアシステムの説明として、誤っているものはどれか。

- 1 医療や介護のみならず、様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域の体制をいう
- 2 地域包括ケア圏域は、概ね 10 分以内に駆けつけられる圏域を理想とし、具体的には小学校校区を基本とする
- 3 支援を必要とする人が、地域で尊厳をもって生活できるよう支える医療・介護が実現した社会を目指すものである
- 4 ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保することを目的とする

(2) 結果・回答状況

平均スコア 9.73

合格者 86 名 (100.0%)

設問別の回答状況

図表 3-5 回答状況

設問	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	
正答数	84	79	86	86	86	86	85	86	86	73	
正答率	97.7	91.9	100.0	100.0	100.0	100.0	98.8	100.0	100.0	84.9	
選択肢	1	0.0%	3.5%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	98.8%	100.0%	0.0%	0.0%
	2	1.2%	4.7%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	1.2%	0.0%	0.0%	84.9%
	3	97.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	1.2%
	4	1.2%	91.9%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.0%

2. 第2回チーム員研修（実践報告会）

2-1 実施概要

(1) 目的

認知症初期集中支援チームのモデル事業の中間期にあたって、地域全体としての取組みや個別事例に対する発見・アセスメント・支援等の具体的活動における課題や問題点について、一度整理・検討するとともに、他の地域の進捗状況や取組み内容の把握、また、情報交換などを通じて、期間後半の自地域の取組みに役立てること等を目的とする。

(2) 対象者・受講者

①対象者

- ・モデル事業を実施する市区町の認知症初期集中支援チーム員（医師を含む）
- ・実施自治体担当者

②受講者

14 地域 99 名 職種内訳；医師 8、保健師 23、看護師 12、作業療法士 14、
社会福祉士 5、介護福祉士 5、精神保健福祉士等 7、他事務

(3) 日程およびプログラム

①日程 平成 25 年 12 月 13 日（金） 9:50～17:00

②会場 品川フロントビル会議室（大会議室） 〒108-0075 港区港南 2-3-13 品川フロントビル B1

③プログラム

③-1 実践報告

当初、全 14 地域からの実践報告によって、モデル事業開始後 4 ヶ月の実績報告による情報・課題を共有することを予定していたが、共通様式による実績報告および一部地域へのチーム員会議巡回等から得られた情報から、特に優先して共有すべき課題と考えられる「チーム員会議の活かし方」、「医療連携」に 2 テーマに絞り、他の地域にとって参考となる活動実績やツール等があった 4 地域から実践報告を得るプログラムとした。

③-2 グループワーク

各地域からの実績・事例報告を基に、共通する課題として考えられた「MCI」、「身体合併」、「介入拒否」をテーマとして、グループワークを実施

- モデル事業地域単位のグループワーク形式
- チームが所在する地域資源を想定して検討
- 研修部会委員が各チームをファシリテート



ファシリテートの際には、単に多職種の事例検討ではなく、認知症初期集中支援のチーム員会議としての視点や機能を意識したワークとなっているか、に重点が置かれた（ファシリテータ用チェックシート参照）。

③-3 プログラム (タイムテーブル)

図表 3-6 第 2 回チーム員研修プログラム

開始	プログラム
9:50	厚労省挨拶
	第 1 部：実践報告
10:00	全体の活動状況 - 8~11 月の報告から -
10:15	課題① チーム員会議の活かし方 (世田谷区、荒尾市)
11:00	課題② 医療連携 (前橋市、神戸市)
11:45	前半までのモデル事業実践の総評
12:15	(昼休憩)
	第 2 部：グループワーク (事例検討)
13:00	チーム員会議の進め方
13:15	事例(練習)① MCI と軽度認知症 発表 + 質疑・コメント
14:15	(休憩)
14:20	事例② 認知症と身体合併 発表 + 質疑・コメント
15:20	事例③ 介入の拒否 発表 + 質疑・コメント
16:00	(休憩)
16:10	講義 ① 認知症と身体アセスメント ② 訪問時のケアと視点 ~訪問看護の経験から~
16:40	後半のモデル事業に向けて
16:45	今後の厚労省施策について
16:55	事務連絡・閉会

図表 3-7 講義スライド①（抜粋）

(1) 実践報告 4 地域

① 世田谷区（チーム員会議の活かし方）

① 世田谷区

認知症初期集中支援チーム 「チーム員会議」 世田谷区の取組み

世田谷区地域福祉部
介護予防・地域支援課
介護予防・認知症対策担当：高橋

① 世田谷区

チーム員会議の基本メンバー

・各職種の特長や強みが発揮されることにより、ニーズを多面的に捉え、共通目標に沿った見直しをもった支援方針を立案する。
・他職種協働チームの会議を通じて、あんしんすこやかセンター職員の医療・福祉連携のOJTの場とする。

② 世田谷区

世田谷区のチーム員体制

専門医	1人
あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)	27か所
診療所 (訪問看護ステーション併設)	2か所

② 世田谷区

チームが目指すもの

- 自己決定を支える。
- 本人のもっている力を最大限に使って暮らすための支援につなげる。
- 住み慣れた世田谷でできるだけながく暮らしつづけるための支援につなげる。

そのためには、①潜在的ニーズの確認、②短期目標の設定、③誰が何をいつまでどこでどうやってアプローチするのか、を共有し分担する会議が必要

② 荒尾市（チーム員会議の活かし方）

課題①
「チーム員会議の活かし方」

熊本県荒尾市

チーム員会議の流れ①

①司会者により進行 新規 2件 ・ Aさん 担当：○、× ・ Bさん 担当：□、△ 継続 2件 ・ Cさん 担当：○、△ ・ Dさん 担当：×、□	②提出書類 ・利用者基本情報 ・ DASC ・ DBD13 ・ Zarif ・ 身体の様子チェック票 ・ CGA-D ・ モニタリング記録様式
---	--

チーム員会議の特徴

<特徴>

- ① 毎回、疾患センター医師 2名が参加している。
- ② 14～17名、多職種で検討している。
- ③ 認知症を専門としたチーム員が多い。
- ④ 基幹型センター、県行政職員が参加している。

チーム員会議の流れ②

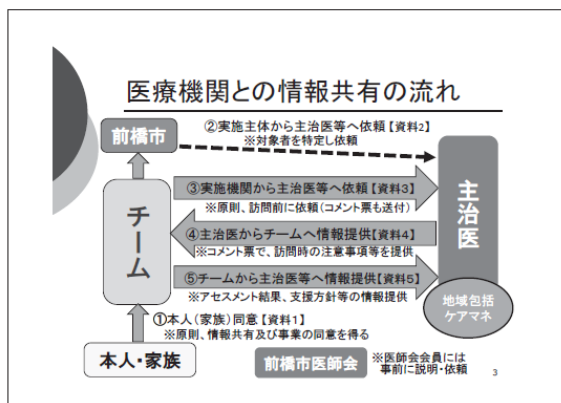
- ③ 担当チーム員よりケース報告
前述の書類を基にして担当チーム員より報告し、ケースの情報共有をする。
- ④ 支援内容について検討
チーム員がそれぞれの専門分野から、対象者に必要な支援内容を検討し、今後の支援方針を決定する。
- ⑤ 記録
検討内容は、記録者が「チーム員会議の要点」にまとめて共有される。

③ 前橋市（医療連携）

認知症初期集中支援チーム
「医療連携」
前橋市の取り組みについて



前橋市福祉部介護高齢課、包括中央：大崎（行政）
前橋市認知症初期集中支援チーム：山口（OT）



医療機関等との協議経緯

H25.8.22	○医師会会長及び理事へ事業説明 ○認知症疾患医療センター連絡会議にて事業説明
8.28	○地域ケア推進会議にて各関係機関への事業説明
9. 6	○医師会理事会にて事業協力依頼
9.30	○医師会定例会にて事業協力依頼
11.13	○医師会老人保健委員会にて事業説明

前橋市医師会：会員病院・診療所数：約300、認知症対応医療機関：68

在宅生活の継続には主治医（かかりつけ医）との連携が重要

まとめ

メリット

- 効率的な情報の共有化
- 地域のかかりつけ医との信頼
- 医療につなげやすい
- 鑑別診断後のフォローもスムーズ

コツ


- 医師会と実施主体の連携
- 介入前の通知とコメント票

課題

- 同意の問題 受診機関の偏り
- 医師の理解 コスト


④ 神戸市（医療連携）

神戸市初期相談支援事業 事例報告



～医療連携について～


チーム員会議③



【支援の方向性】
目標：認知症鑑別診断に向けた支援を行う
①かかりつけ医師と主治医連絡
鑑別診断受診の相談・紹介状の依頼
⇒H25年9月30日AM11時～
チーム員・地域包括支援センター（社会福祉士）同行
②鑑別診断受診への支援（予約・受診同行）⇒チーム員
③「ボランティア活動」「介護リフレッシュ教室」
参加継続への支援
⇒家族・チーム員・地域包括支援センターの声かけ

【残された課題】
・家族に「認知症について」説明⇒チーム員 H25年10月末
・介護保険サービス導入への支援⇒チーム員・地域包括

チーム員会議②




《医師の意見》

- 肝臓変によるアンモニア値が上昇し、認知症状に影響を与えていることも考えられる
- デパス服用により肝機能が低下しているため薬の血管濃度が上昇し副作用が生じやすくなる可能性がある

《作業療法士の意見》

- ADLは自立、IADLは夫と一緒にできる。短期記憶の障害がみられた。判断力についても介助が必要。趣味や関心が薄れてきている。家族は本人にどのように接してよいか戸惑っている。

全体運営の工夫



- 相談受理から訪問、チーム員会議への流れを速やかに行い（2週間以内）早期に対応
- チーム員を支援する体制（認知症サポート医師・専門病院医師・大学院生）が整備
- 多職種の「顔の見える連携」により、情報を共有し、同じ方向性で協働している
- 医療に繋げる必要がある場合は、チーム員が受診介助を担うようにしている

(2) 前半までのモデル事業実践の総評：筒井委員（認知症初期集中支援チームとは）

認知症初期集中支援チームとは

あるべき姿

- 認知症の疑いのある者を早期発見し、診断を確定することで、短期間に、集中的な医療・介護サービスを提供する短期介入を行うことで環境改善をうながし、急激な心身機能の低下やBPSDの発現を防ぐと共に在宅生活が継続できる体制を整える。

現状

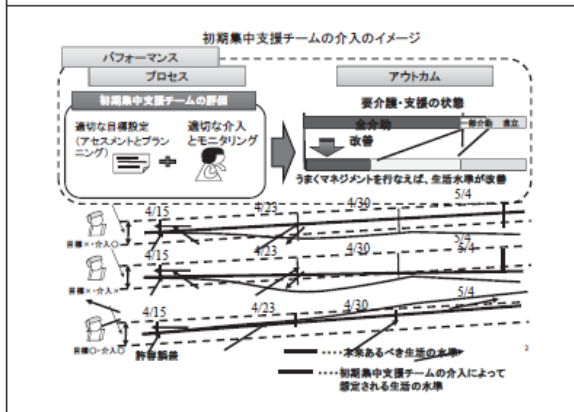
- 認知症の確定診断を巡る医療体制の不備により、中重度の認知症にありながら、診断を受けていない者が多い。
- このため、初期集中支援の対象の介入の優先順位をつけられない状況にあり、いわゆる困難事例と呼ばれてきた、認知症中重度のBPSDを発現した困難な状態の認知症高齢者を対象とせざるをえない。
- これらは、医療・介護サービスだけでなく、住宅の整備、生活保護制度の活用等、複合的なアプローチがなされなければならないことから、多職種・学際的なアセスメントによるケースマネジメントを必要としている。
- このため、施設入所あるいは、精神病院へ入院になってしまう

- 地域包括ケアシステムの中核となるサービスの普及方策を考える上で、3つを検討する必要がある。

今後、整備すべき認知症ケアは

- ケア提供システム
のデザインをどのように考えるか
- サービスの内容
をどのように考えるか
- システムにおけるマネジメント機能
をどのように考えるか

これは、高齢者を対象とする「ケア提供システムの構造化」をどのように図るかと同じことと言える。



認知症初期集中支援チーム(1) 「提供システムにおけるチェックポイント」

1. エントリーポイントの一元化
2. 共通的な情報共有のフォーマットの統一
 - 1) アセスメント情報
 - 2) ケアプラン作成方法
 - 3) モニタリングの方法と期間
3. 学際的なチームの組織化
 - 1) 医師、保健師、社会福祉士、保護者等の関与程度
4. サービス利用決定に係る責任の明確化
 - 1) チームの枠と利用方法を明示
5. 組織間の連携・予算の交渉
 - 1) 連携頻度がシステム化されているか
 - 2) 各組織に共通の予算が組み込まれているか
 - 3) 予算の執行の管理をどこで行うのか

認知症初期集中支援チーム(2) 「サービス内容」に関するチェックポイント

1. サービス提供期間は、「短期」か、「長期」か
 - 1) 短期、長期のいずれの場合でも介入目標と、その最終の設定が定義されているか
 - 2) 見直し時期の明示がなされているか
2. どの医療・介護サービス(保険給付)を利用するか
 - 1) 医療サービスの必要度
 - 2) 介護サービス(身体介護)の必要度
3. 保険給付以外の市町村独自サービス・民間サービスを使うか
 - 1) 日常生活支援サービスの必要度(見守りも含む)
4. インフォーマルサポート(別居親族、近隣住民、その他互助組織)を活用するか
 - 1) 活用できるインフォーマルサポートはどの程度あり、活用することでどのような効果が見込めるか

1. 整備すべきケア提供システムのテーマの検討

認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア

自治体で優先的に取り組むビジョン・ミッションを決める。

2. ケア提供システムに必要なサービス内容を検討

サービス検討のフレームワーク

期間はどのくらいか	短期	長期
専門性を必要とするか	専門的	非専門的(一般的)
個別性が必要か	個別性	普遍的

どの予算で(市町村独自事業(税)、給付(保険)等)、誰が、どのような方法で、サービスを提供するかを決める。

3. ケア提供システムをどのように整備するか

自治体全体で取り組むか、医療(医師会、医療法人)、介護福祉(事業者、社会福祉法人)等、特定の分野を中心とするプログラムにするかを決める。

4. サービス提供までに行うか(マネジメントをどのようにするか)

マネジメントを行う人材を配置するか、ケアチームによるマネジメント体制を整備するかを決める。

認知症初期集中支援チーム(3) 「マネジメントのチェックポイント」

1. アセスメントツールの活用方法を理解しているか
2. ケースマネジメント(サービスをコーディネーションを行う人)担当者の責任の明確化
3. ケースマネジメント(サービスをコーディネーションを行う人)にサービスの決定権があるか
4. ガイドライン等でサービス提供の目安が示されているか

成功するintegrated care戦略の要素(3)

医師とのパートナーシップ

- 医療従事者の診療技術と管理職の組織的技術を結びつける。ケアの受け手と提供者のケアスキルを組み合わせる。

有能なリーダーシップ

- あらゆるレベルにおいて必要で継続的質改善にフォーカスする。

協働を行なう文化

- チームワークとハイレベルの協働的かつ患者中心ケアの提供。

(3) グループワーク（事例検討）

① チーム員会議の進め方：粟田委員

<p>2013.12.13 認知症初期集中支援チーム研修会</p> <h3>チーム員会議の進め方</h3> <p>東京都健康長寿医療センター研究所 粟田 主 一</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<h3>課題解決に向けたアプローチの基本的考え方</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、本人や家族とともに歩んでいくことを基本とするアプローチである。 2. そのような作業を継続することによって、重層的な課題に直面し、不安を感じている人も、寄り添のなさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を徐々に回復し、その人なりの課題解決に向けて、共に生きていこうという気持ちが現れる可能性がある。 <p style="text-align: right;">3</p>
<h3>チーム員会議とは</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重層的な課題をもち、複合的な支援を必要とする個人に対して、多職種で構成されるチーム員が、情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援を統合的に提供していくことができるようになるための調整会議。 <p style="text-align: right;">2</p>	<h3>課題解決に向けたチームアプローチの方法</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. 情報を共有する。 2. 課題を明確にする。 3. 優先度の高い課題を選択する。 4. さまざまな解決策を案出する。 5. 導入する支援を決定する。 6. 役割を分担する。 <p><支援を導入する></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 支援の結果を評価する。 <p style="text-align: right;">4</p>
<h3>情報を共有する</h3> <ul style="list-style-type: none"> ● 担当者がケースの状況やアセスメントの結果を報告し、チーム員で情報を共有する。 ● 共有された情報は、認知症総合アセスメントの各領域を念頭におきながら、整理する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知機能： <ul style="list-style-type: none"> － 近時記憶障害、時間失見当識 ・ 生活機能： <ul style="list-style-type: none"> － 金銭管理、服薬管理、食事の準備に支障がある。 ・ 身体の状態： <ul style="list-style-type: none"> － 高血圧症があるがコントロールが不良、栄養状態もやや不良。 ・ 精神症状・行動障害： <ul style="list-style-type: none"> － 近隣の住民に対するもの盗られ妄想、被害妄想がある。 － 金銭への執着(不安)が強く。 ・ 社会的状況： <ul style="list-style-type: none"> － 一人暮らし、キーパーソンは他県に住む長女。 － 内科へ通院しているが、不定期、処方薬はたまっている様子。 － 被害妄想のために、ときどき近隣トラブルがある。 － 食事は近所の店で買って食べているようだが、栄養のバランスは悪そう。 － 近隣住民は火の不始末を心配している。 <p style="text-align: right;">5</p>	<h3>導入する支援を決定する</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・ 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。 ・ 血圧が高い、内科への通院も不定期、服薬管理に支障を来している様子。 <ul style="list-style-type: none"> － 長女に連絡し、本人の状況、受診の必要性をわかりやすく説明する。 － かかりつけ医に情報を提供、認知症の鑑別診断(専門医療機関への紹介)の必要性を連絡する。 － 降圧剤を含め1日1回処方の可能性について検討してもらう。 ・ 食事の準備に支障があり、栄養のバランスがとれた食事がとれていない。 <ul style="list-style-type: none"> － 本人・長女と相談し、配食サービスの導入を検討する。 ・ 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配、その他、独居生活での安全が心配。 <ul style="list-style-type: none"> － 本人・長女と相談し、暖房や調理設備などの電化製品導入を検討する。その他、安全生活を確保するための検討を継続する。 ・ 要介護認定は受けていない。サービスは利用していない。 <ul style="list-style-type: none"> － 介護保険制度について本人と長女に説明し、要介護認定を受ける方向で、本人、長女、かかりつけ医で話し合いをもってもらう。 <p style="text-align: right;">7</p>
<h3>課題を明確化させる</h3> <ul style="list-style-type: none"> ● チーム員で自由に話し合いながら、課題を明確にしていく。 ・ 軽度の認知症と思われるが診断はされていない。 ・ 血圧が高い、内科への通院も不定期、服薬管理に支障を来していて、降圧剤がきちんと飲めていない様子。 ・ 食事の準備に支障がある。近所の店で買って来たものを食べているが、栄養のバランスが悪そう。1日3回の食事はとれていないかと思われる。 ・ 金銭に対する本人の不安は強く、金銭管理にも支障を来している様子。 ・ そのことに関連して、物盗られ妄想が現れているのでは。 ・ 冬場は石油ストーブを使用しているようだが、火の不始末が心配。 ・ その他、独居生活での安全が心配。 ・ 終日、家の中で何もせずに過ごしている様子。 ・ 要介護認定は受けていない、サービスは利用していない。 ・ …… <p style="text-align: right;">6</p>	<h3>実施される頻度が高い初期集中支援</h3> <ul style="list-style-type: none"> － 医療機関への受診支援(受療支援) － 身体的ケアに関する支援 <ul style="list-style-type: none"> － 特に栄養状態改善への支援 － 独居者の場合の生活支援 <ul style="list-style-type: none"> － 特に服薬管理、金銭管理、食事の準備に関する支援 － 介護保険サービスの利用に関する支援 － 家族介護者への支援 － 権利擁護に関する支援 <ul style="list-style-type: none"> － 成年後見制度の利用に関する支援 － 虐待が疑われる場合の支援 － BPSDへの対応や予防に関する支援 － 社会参加やアクティビティに関する支援 － 住まいの確保に関する支援 － 経済的困難に対する支援 <p style="text-align: right;">8</p>

② グループワーク事例（MCI、身体合併、介入拒否）：粟田、武田、鷲見委員

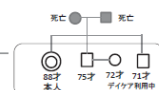
事例1 概要

- ◆ 80才、女性、市営団地に在住
- ◆ 独居（市内に長女在住、時折様子を見られるため訪問あり）
夫とは別居、離婚
次女はがんにて死亡、3女は幼いとき死亡し、身元がない。本人は業界で家政婦等していた
- ◆ 把握の経緯
X年9月25日、近所の人から「風呂のガスの付け方がわからない」「お金を貰って欲しい」と本人の認知症が通んでいるのではないか心配であるとの地域包括支援センターに相談あり。同時に、市内調剤薬局から服薬管理ができていないか心配と電話相談あり、把握に至った。
- ◆ これまでのサービス利用歴
医療サービス（居住支援含む）
X15年～心臓病、心臓病にて市内A病院通院中
X5年～ 交通事故後遺症（左外傷性足関節症、変形性脊椎症）にて市内B整形外科
高血圧にて通院中市内内科通院中
介護保険サービス X1年～「自分で扱けた」と言いサービス利用の意向あり。
介護認定受け 拒否（「障害高齢者の日常生活自立度」J1、認知症日常生活自立度1）
サービス利用していたが（専業主婦）の生活スタイルから現在、中断中。
- ◆ 初回訪問前の情報収集 X年10月9日 本人、家族と連絡がとれ、訪問するに至る
事前に長女を訪問し、情報整理後その後本人訪問
（長女） ・団地の人に迷惑をかけているようだ
 ・長女が腕時計、アドレス帳、通帳を盗んだという
 ・カセットテープの操作がわからないといって住宅の上の人を勧める
 ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
（本人） ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
 ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
 ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい

- ◆ 初回訪問 ー ー ー X年10月15日 本人、家族と連絡がとれ、訪問
妻は比較的片付けられているが長女が片付けた様子
（長女） X年夏から一通り無くし、再発行、その後見つかるという繰り返し。
玄關ドアを本人が壊した、長女が腕時計、アドレス帳、通帳を盗んだという、折り合い悪い
団地の人に迷惑をかけているようだ
カセットテープの操作がわからないといって住宅の上の人を勧める
認知症療養の判断のため、要諦させたいが一緒に要諦すると本人は拒否するのでどうにかしたい
（本人） ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
 ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
 ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
 ・「忘れたいから、病院に行きたい」といって拒否するのと本人は拒否するのでどうにかしたい
- ◆ X年10月17日 認知症療養の判断（専門医療機関） 長女は診察に同席せず、時間をあげ説明。
・長谷川27点、軽度認知障害
・抑鬱気分
- ◆ X年10月18日 調剤薬局から内科にてX年6月からアリエツト処方ありとの連絡あり。
薬剤の調製をどうするか？C内科の先生は寛むすかしい、量減処方をするように伝えるか？
後日、8割程度でも薬が専門病院に行ったことを話したところ、アリエツト処方あり、そこでアリエツト
処方中止してくれたとのこと

1

事例2 概要



- ◆ 88才 女性
- ◆ 本人を含め4人暮らし（本人、長男及びその嫁、末弟）
長男夫婦は自宅で農業、末弟夫婦は脳血管障害後遺症にて車椅子の生活（更介護・デイケア利用中）
- ◆ 把握の経緯
X年8月12日、同居している家族（長男の嫁）から地域包括支援センターへ相談あり。
10年以上前から物忘れあり、夜中に起きる、ものやお金を盗られるという自覚の引き手を
みよふテープに目撃する。一日中自宅にこもっているのを目撃したものと相談あり。
- ◆ これまでのサービス利用歴（居住支援含む）
医療サービス：42才 子宮筋腫手術、59才 胆石手術、X6年 白内障手術
かつて高血圧にてA医院通院していたが、X5年から受診は中断
介護サービス：介護保険未申請
- ◆ 初回訪問(120分) X年8月22日
本人の部屋で本人と面接、別の部屋で長男と面接
3人姉弟の長女、公務員として定年まで勤務、結婚せず
（本人）結婚相手がいなかったが原因、自中は自覚でしどろもどろで過ごし、要諦はアウトしている。
家の敷地内を散歩する程度で、X4年から自宅の門から先に出なくなつた。
始終、生まれて役に立たないでいるまでを繰り返して話す。
自分でもよくなく、後継も毎日泣いている（本当は黙ってない）と話す。
自分は年金が多く、弟が返りに来るので弟の戸にガムテープを貼る、寝るときはよりしつかり
テープでめいている。本人は一方向的に話をするが、「今日は話を聞いてもらったので、よかった」と話す。ADLはすべて自立。

（弟婦） 本人の変化は平成7年に弟の嫁が障害者を出したところ、末弟が脳血管疾患になった頃から態度が
変化しはじめた。
X年-11年 夕食づくりなどきつくと言い、しなくなつた
X年-9年 同じことを何度も言うようになった
X年-9年 弟婦に対するもの置かれ家思あり、隣近所、親戚にも書いて置つて置つた
現在は、弟に対する要諦は、自分が自分の部屋に入ってきて、寝るなどと言つたりする。
金銭管理は長男がしている。弟婦は、末弟の介護もため息が大きいと話す。

DASC 18項目46点、21項目50点 DBD13 26点
ZaritB 21点 身体チェック 別表のとおり

7

事例3 概要

- ◆ 88才、男性、85才妻と2人暮らし
- ◆ 把握の経緯
認知症の診断があるが、物忘れの繰り返し、妻へ怒りを表したりすることから、妻からデイサービスの
利用に結びつけたとの相談が地域包括支援センターへあり、チームが関わることとなった。
- ◆ これまでのサービス利用歴
医療サービス（居住支援含む）
X16年 心臓病 X14年 高血圧症 X13年 居住ヘルニア
X12年心臓病（ステント挿入） X10年 肺炎 X6年 認知症
現在2週間に1回A診療所へ通院中
服薬状況 アムロジピン、タムスロン、ワーファリン1mg、アリエツト5mg、ロサルタンK、ラザン、リバロ
エビナステン塩酸塩、Zマリ-20mg、ボグリボース、ナナドームのネーザル、プルセニド
介護サービス
H18年3月 要諦把握訪問（地域包括支援センター）にて面接。はつらつとした印象で問題なしと判断。
H20年1月 介護保険申請手続き開始、H20年6月以後毎年更新のたびに面接
H25年3月、5月 介護保険住宅改修の支援
- ◆ これまでの生活状況（認知症の症状の出現時期）
大学卒業後、自分自身で自営業を興し、75才頃から病気がちとなり、80才近くまで働いていた。

- ◆ これまでの生活状況（認知症の症状の出現時期）
大学卒業後、自分自身で自営業を興し、75才頃から病気がちとなり、80才近くまで働いていた。
- 83才（X5年） ものを忘れ繰り返し、主治医より専門医の紹介を受け、脳神経科、アリエツト
内服開始。主治医の勧めで介護保険申請するもサービス利用せず、認定更新のみしていた。
趣味のコースのサークル、通院は一人で対応していた。
- 86才（X2年） MRI検査にてより一層の脳高の要諦あり、6月からメモリーの追加処方。サービス利用無
- 88才（X年） 注意力、体力・筋力低下あり自宅内手すり設置
その際、過去の出来事の時々の違いや、妻への怒り増え、口論が増える
妻が本人のデイサービス希望し、見学したが「女性が多くて怖い」等の理由で通所拒否
妻と通所同行の提案も拒否（本人 要支援1 J2 Ⅱa）
- ◆ 初回訪問（妻、本人と面接） X年8月16日 （90分間）
（本人） 訪問時様子など顔で、大きな声で妻と口論となる
本人の話を中心に趣味や旅行の話をすると表情も穏やかになる。
話しているうちにハーモニカを上手に吹いてくれる。2回の要諦で妻に市団を教いて就寝。
夜間尿があるものの、トイレまで自分で行く、失禁あるようだが、詳細不明。
多行状況はゆっくりで、ふらつきあり、自分の言葉には自信がかなり貯まっているが覚醒する気になれないとのこと
（妻） 介護疲れと、夫との口論、ケアの仕方が金くわらないので困っている

DASC18項目36点、21項目39点 DBD13 22点 ZaritB実施未 身体チェック 別表のとおり

12

③ グループワークで使用した様式等

③-1 模擬チーム員会議様式（再掲）

モデル事業の進捗把握の中で課題となったチーム員会議の充実に資する様式を準備し、グループワークの際に使用した。

図表 3-8 模擬チーム員会議 議事録様式

不足情報			
アセスメント内容	課題とその優先順位	今後のケア方針	担当及び 期日
DASC 記憶（近時・遠隔）、見当座（時間・場所）、 道順、問題解決・判断力 18項目 ()点 家庭外のIADL、買い物、交通機関、金銭管理 家庭内のIADL、電話、食事の準備、服薬管理 21項目 ()点 身体的ADL①入浴、着替え、排泄 身体的ADL②整容、食、事、移動 行動・心理症状/せん妄		① 1. 医療サービスへの受診調整 ② 介護サービスへの調整/生活支援 ③ 身体的ケア ④ 緊急時の情報提供 ⑤ 対応方法に関する教育 ⑥ 権利擁護支援 ⑦ その他	
DBD13 ()点			
Zarit8 ()点 否定的感情 No 1, 2, 4, 7, 8 介護による介護者の社会的生活の支障 No 3, 5, 6 その他 ()			
身体 の チェック 1 コミュニケーション 2 衛生状態 3 栄養状態 4 摂食状態 5 排泄状態 6 睡眠状態 7 その他 ()			
その他疾患			
【専門医の助言・意見】		【専門職の意見】(PHN/NS, OT, PSW, SW, 介護)	

③-2 各委員がファシリテートした際に参照した、進行プロセスのチェックポイント表（再掲）

モデル地域へのチーム員会議巡回確認において、評価の視点を共有する目的で整理したチェックポイント一覧を、グループワークにおいても使用した。

図表 3-9 チェックポイント表

【ケース検討】	チェックポイント	評価	気付いた点・メモ
アセスメント (新規)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 把握の経緯が確認できるか ◆ 4つのアセスメントシートの内容は確認されているか ◆ DASCのチェックの内容が確認されているか ◆ DBD13のチェックの意味づけをしているか ◆ Zarit8のスコアで家族の負担感確認しているか ◆ 身体の様子チェックの結果を押しさえたか ◆ 訪問時の生活環境、近隣との繋がりが方などおさえているか ◆ 基本となるADL、IADLは確認されたか ◆ 受診歴や受療状況、服薬内容は確認されているか ◆ これまでの認定歴やサービス利用の確認は ◆ その他の独自のアセスメントをどのように活用しているか ◆ 不足している情報量をおさえられているか 		
アセスメント (継続)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 前回アセスメントに加えた変更点が明確か ◆ 改善事項、悪化事項の確認はされたか 		
総合的な判断 課題の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 本人の状態や現在の課題を明確化しているか ◆ 本人の課題、家族の課題が明確か ◆ 優先順位がつけられているか 		
ケア方針	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ケア方針について確認されているか ◆ 目標のスケジュール/担当者の確認がなされているか ◆ 関わり方のポイントが確認されているか 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 支援者の困っている点について検討されているか ◆ 当事者や家族を支える社会資源を整理しているか ◆ 社会資源を開拓するための視点はあるか ◆ 訪問時の内容（訪問間隔、所要時間、ケア内容） ◆ 地域力の向上に向けた課題が出ているか 		

(4) 講義

図表 3-10 講義スライド② (抜粋)

① 認知症と身体アセスメント：鷺見委員

第2回初期集中支援チーム員研修

認知症と身体アセスメント

国立長寿医療研究センター
脳機能診療部
鷺見幸彦

2013年12月13日 東京

フィジカルアセスメントの構成

フィジカルアセスメントとは

基本情報聞き取りのポイント

- ・プライバシーに配慮した場所で時間を十分にとりてきく
- ・自己紹介をして今から行う聞き取りの目的を説明
- ・高齢者では本人からの情報が得られなかったり、情報が限定的であることがある。誰から情報を得るかは重要。ただし本人からの情報を軽視しない
- ・患者の主観的表現をそのまま情報とする。はい/いいえ形式にしない

基本情報聞き取りのポイント2

基本情報とは

- ① 背景情報 氏名 年齢 性別 住所 など
- ② 主訴
- ③ 現病歴
- ④ 既往歴 服薬歴
- ⑤ 生活歴 現在の生活リズム 環境 職業や職歴 嗜好品 睡眠 排便・排尿パターン 妊娠・出産
- ⑥ 家族歴

高齢者フィジカルアセスメントのポイント

高齢者に多い病態を知ることが重要

1. 意識障害・失神
2. 認知機能障害
3. せん妄
4. 抑うつ
5. 不眠
6. めまい・動揺感・ふらつき
7. 視力低下
8. 聴力低下
9. 手足のしびれ
10. 言語障害
11. 腰痛
12. 膝関節痛
13. 歩行障害
14. 転倒
15. 排尿障害と尿失禁
16. 褥瘡
17. 食欲低下と脱水
18. 浮腫
19. 嚥下障害・誤嚥
20. わたきりと廃用症候群

一体の様子をチェック

1. 全身観察
 - ① 身体機能 移動・運動能力がわかりやすい 視力 聴力も
 - ② コミュニケーション能力 会話が成立するか
 - ③ 衛生状態 服装 皮膚の状態から
 - ④ 栄養状態 るい瘦 肥満
 - ⑤ 摂食状態
 - ⑥ 排泄状態
 - ⑦ 睡眠状態 まずは日足おきていられるか
 - ⑧ 精神状態 平静 興奮 うつ状態など
2. 基礎データ

バイタルサインのチェックと身体測定

血圧 脈拍 体温 呼吸数 身長 体重

認知症に合併しやすい身体症状

1. 運動症状

パーキンソニズム、不随意運動、痙攣、運動麻痺
2. 廃用症候群

筋萎縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘、誤嚥性肺炎、褥瘡
3. 老年症候群

転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養、貧血、ADL低下、難聴、視力低下、関節痛、不整脈、睡眠時呼吸障害、排尿障害、便秘、褥瘡、運動麻痺
4. その他

嗅覚障害、慢性硬膜下血腫、悪性症候群

② 訪問時のケアと視点 ～訪問看護の経験から～：宮崎委員

<p style="text-align: center;">訪問時のケアと視点 ～訪問看護の経験から～</p> <p style="text-align: center;">平成25年12月13日 全国訪問看護事業協会事務局長 宮崎和加子</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p style="text-align: center;">“拒否”は、実は“求めている”</p> <p style="text-align: center;">“拒否”“困難事例”</p> <p style="text-align: center;">支援が必要 求めているサイン</p> <p style="text-align: right;">3</p>
<p style="text-align: center;">かかわる側の“気持ち”</p> <p>◆とにかく、その方を心から好きになろうとすること 真正面から向き合う 何でもOK</p> <ul style="list-style-type: none"> × 恐る恐るかかわる × 引き気味 × ようす伺い × 疑う × 自分の価値観を入れ込まない <p style="text-align: right;">2</p>	<p style="text-align: center;">言葉は、鵜呑みにしない</p> <p>◆本人・家族の“本音”にどう近づくか</p> <p>◆相手の顔を見て、違ったことをいうのが普通 ◆必ずしも“本音”を口にしない 時に、“本音”と逆のことをいう</p> <p style="text-align: right;">4</p>
<p style="text-align: center;">家に入ったら、(一瞬で)視ること</p> <p>◆玄関の臭い・ようす 生活の様子のかかりのことが分かる</p> <p>◆台所のようす 調理のようす ごみのようす 食事について把握ができる</p> <p>◆本人の居場所 本人の座る位置、家族の位置 家族関係が見える</p> <p style="text-align: right;">5</p>	<p style="text-align: center;">ご本人にお尋ねすること 見せていただくこと</p> <p>『私は、医療の専門家なんです。何かお困りのこと・気になっていることはありませんか』</p> <p>◆薬 ◆かかりつけ医師 ◆病気 ◆手術</p> <p>◆便秘 「便秘はありませんか。気が付かないうちに便秘になっていることがあるんですよ。よろしければお腹を見てみましょうか」 お腹をみてさわることができたら、いろいろわかる。</p> <p>◆貧血 「貧血といわれたことはないですか。ちょっと見てみましょうか」</p> <p>◆舌 「ついでに・・・」 濁き・舌苔・・・</p> <p style="text-align: right;">7</p>
<p style="text-align: center;">本人にお会いしたら、視ること</p> <p>◆身ぶり 衣服の汚れ・寒暖へのマッチ・靴下・</p> <p>◆髪・ようす</p> <p>◆口臭・尿臭</p> <p>◆表情 ちょっと笑わせる ちょっと表める(嘘はだめ)</p> <p>◆視線 視線があうか 視線の強さ</p> <p style="text-align: right;">6</p>	<p style="text-align: center;">近づく方法(心が) ～身体ケア編～</p> <p>たとえば</p> <p>◆爪のケア “爪”は、〇〇のパロメーター 伸びている・黒い汚れ・白癬菌…… 「爪切りをお手伝いしましょうか」</p> <p>◆足のケア 足をみせてもらえたら、次に進む 足の汚れ、浮腫み、循環不全…… 「足を洗うのを手伝いましょうか。簡単で気持ちがいいですよ。私はそのプロなんですよ」</p> <p style="text-align: right;">8</p>

2-3 受講者アンケート

第2回チーム員研修においては、研修の評価・効果測定を行うことを目的に、受講者を対象としたアンケート調査を実施した。

A 研修実施状況

第2回認知症初期集中支援チーム員研修において、受講者（99名、回答86名）を対象とした研修の効果測定・評価アンケートを行った。

チーム員研修の受講者（研修当日および1か月後の回答があったN86）について、“受講日現在”および“受講から1か月後”のチーム員として活動に関するアンケートの結果を整理する。

B 受講者について

① 職種

受講者の職種は、まず医療職は、「医師」4人(4.7%)、「保健師」が23人(27.1%)、「看護師」が10人(11.8%)、「OT」13人(15.3%)であった。福祉職は、「社会福祉士」が10人(11.8%)、「精神保健福祉士」が5人(5.9%)、「介護福祉士」7人(8.2%)であった。その他、「主任ケアマネ」2人(2.4%)であった。

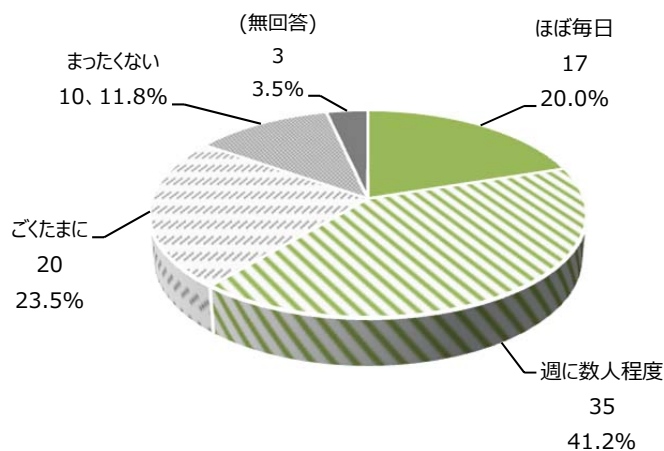
図表 3-B-1 職種 (N86)

職種	医師	保健師	看護師	作業療法士	主任ケアマネ	社会福祉士	精神保健福祉士	介護福祉士	事務
人数	4	23	10	13	2	10	5	7	11
%	4.7	27.1	11.8	15.3	2.4	11.8	5.9	8.2	12.9

② 訪問経験（頻度）

86人のこれまでの訪問経験では、「週に数人程度」が35人(41.2%)と最も多く、次いで、「ごくたまに」が20人(23.5%)、「毎日」が17人(20.0%)であった。なお、「まったくない」も10人(11.8%)あった。

図表 3-B-2 訪問経験（頻度） (N86)

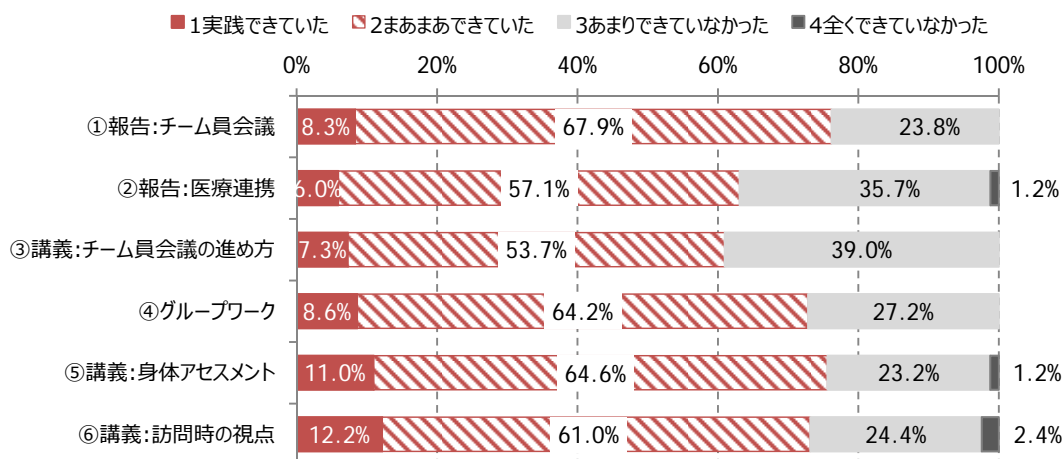


C 研修および活動の自己評価（全体）

① これまでの実践

研修前までの実践(活動)については、研修の理解度に比べ、「あまりできていなかった」「できていなかった」とする割合が3割超となったパートが多かった。なかでも②医療連携、③チーム員会議の進め方については「あまりできていなかった」と評価した割合が高くなっていた。

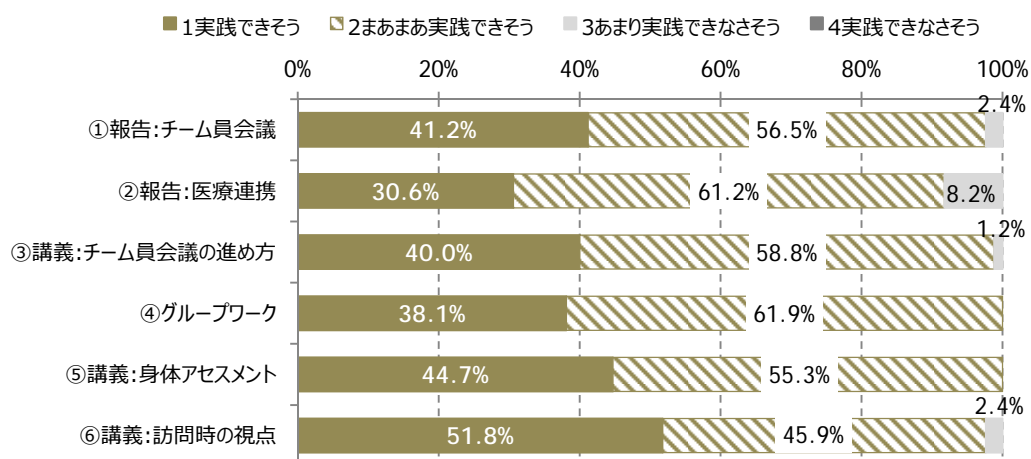
図表 3-C-1 これまでの実践



② 今後の活用「意識」

研修後の今後の活用意識については、いずれのパートも「実践できそう」「まあまあ実践できそう」とする割合9割超となった。もっとも、②医療連携については「実践できそう」とする割合が3割にとどまり、また、「あまり実践できなさそう」とした割合も1割弱あった。

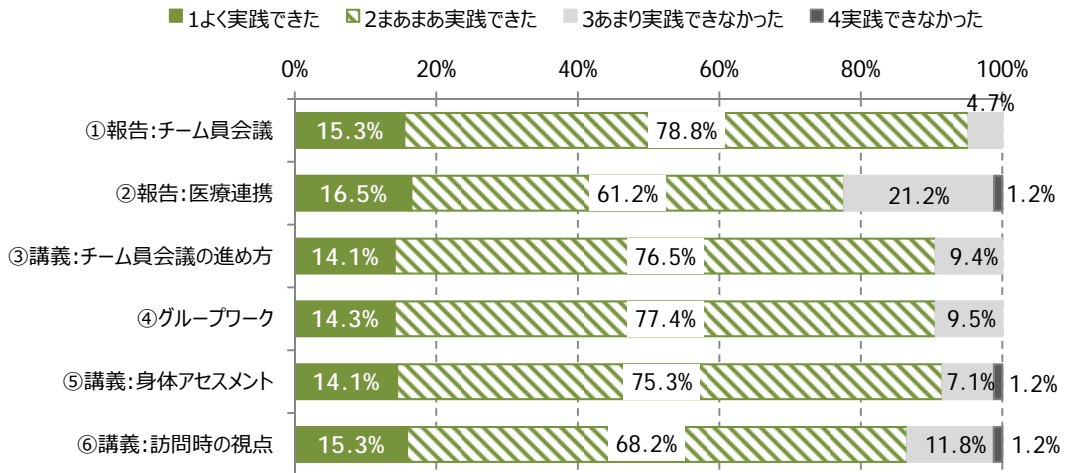
図表 3-C-2 今後の活用意識



③ 「研修後 1 カ月間」の実践

研修後 1 カ月間の実践については、研修前の実践からはやや改善しているものの、「よく実践できた」とした割合はいずれのパートも 15%前後にとどまった。訪問の有無や職種による担当によるところもあると思われるが、②医療連携、⑥訪問時の視点では、「あまり実践できなかった」とした割合が高い結果となった。

図表 3-C-3 受講後 1 カ月間の実践

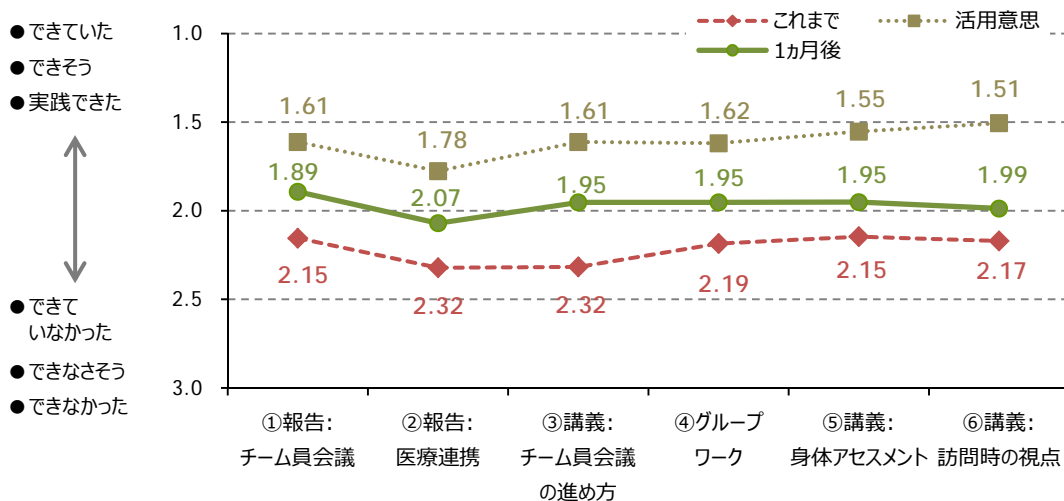


④ 「これまでの実践」・「今後の活用意思」・「研修後 1 カ月間の実践」の比較

研修のパートごとに、「これまでの実践」、「今後の活用意思」、「研修後 1 カ月間の実践」の評価をみると、いずれも「これまでの実践」は低かった評価が、研修直後の「今後の活用意思」では上がり、「研修後 1 カ月間の実践」では、研修前ほどではないものの、評価が下がる、という変化を示した。

②医療連携については、3つの評価点でいずれも低い評価となっていること、⑥訪問時の視点では、「今後の活用意思」の高さに比して「研修後 1 カ月間の実践」の評価が低かったことが特徴的であった。

図表 3-C-4 これまで、活用意思、研修後 1 カ月間の変化



(アンケート票)

認知症初期集中支援チーム員研修アンケート

①地域・お名前	市区町名	お名前		
②訪問対応の経験 (チーム活動開始前)	1 ほぼ毎日	2 週に数回程度	3 ごくたまに	4 まったくない
③多職種での活動経験	1 他機関も含めてあり	2 法人・事業所内ならあり	3 今回の事業が初めて	

1. 本日の研修について

本日の研修について、“内容を理解できたか”を、1~4の4段階で評価して下さい

パート	項目	良く理解できた	まあまあ理解できた	あまり理解できなかった	理解できなかった
実践報告	①チーム員会議の活かし方（発表やポイント解説講義から） ※会議での課題検討や情報共有を具体的な活動に活かす	1	2	3	4
	②医療連携（発表やポイント解説講義から） ※チームの専門医や対象者の主治医との効果的に連携する	1	2	3	4
グループワーク	③チーム員会議の進め方（講義）	1	2	3	4
	④グループワーク（3事例を通じて） ※個別事例への対応ではなく、チーム員会議における情報共有や方針決定のプロセスなどの面から	1	2	3	4
講義	⑤ 認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
	⑥ 訪問時のケアと視点（訪問看護から）	1	2	3	4

2. 現在（第2回研修まで）の実践・理解について

これまでのチーム員活動で“実践できていたか”を、1~4の4段階で評価して下さい

パート	項目	実践できていた	まあまあできていた	あまりできていなかった	全くできていなかった
実践報告	①チーム員会議の活かし方	1	2	3	4
	②医療連携	1	2	3	4
グループワーク	③チーム員会議の進め方（講義）	1	2	3	4
	④グループワーク（3事例を通じて）	1	2	3	4
講義	⑤ 認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
	⑥ 訪問時のケアと視点（訪問看護から）	1	2	3	4

3. 今後(研修後)の意向・意識について

研修後のチーム員活動において、研修内容を“実践できそうか”を1~4の4段階で評価して下さい

パート	項目	実践できそう	まあまあ実践できそう	あまり実践できなさそう	実践できなさそう
実践報告	①チーム員会議の活かし方	1	2	3	4
	②医療連携	1	2	3	4
グループワーク	③チーム員会議の進め方（講義）	1	2	3	4
	④グループワーク（3事例を通じて）	1	2	3	4
講義	⑤ 認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
	⑥ 訪問時のケアと視点（訪問看護から）	1	2	3	4

4. 認知症初期集中支援チーム員研修に関して、ご意見等自由に記入してください

(1) 認知症初期集中支援チーム員研修の内容や教材(テキスト)、開催頻度等に関するご意見

(2) 次年度以降の継続研修等の要望や意見

(3) その他

本日 ご回答頂く設問はここまでです。ご協力ありがとうございました。大変お疲れ様でした。

2014年1月中旬(1ヵ月後)を目途に、本票を再配布致します。研修後の状況について回答をお願いします。

5. 研修後の実践について

研修後のチーム員活動において、研修内容を“実践できたか”を1~4の4段階で評価して下さい

パート	項目	良く実践できた	まあまあ実践できた	あまり実践できなかった	実践できなかった
実践報告	①チーム員会議の活かし方(発表やポイント解説講義から) ※会議での課題検討や情報共有を具体的な活動に活かす	1	2	3	4
	②医療連携(発表やポイント解説講義から) ※チームの専門医や対象者の主治医との効果的に連携する	1	2	3	4
グループワーク	③チーム員会議の進め方(講義)	1	2	3	4
	④グループワーク(3事例を通じて) ※個別事例への対応ではなく、チーム員会議における情報共有や方針決定のプロセスなどの面から	1	2	3	4
講義	⑤認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
	⑥訪問時のケアと視点(訪問看護から)	1	2	3	4

⇒ **実践できなかった** 項目(内容) ①~⑥ について、番号とその主な理由等を記入して下さい(3つまで)

() 理由・その他ご意見

() 理由・その他ご意見

() 理由・その他ご意見

IV 考察

1. 事業の評価

1-1 研修事業の評価（認知症初期集中支援チーム員研修）

研修事業の成果は2回の研修会とテキストの作成であり、これらはおおむね良好に達成できた。

第1回チーム員研修は14地域 86名を対象に行われた。職種内訳は医師1、保健師24、看護師10、作業療法士16、社会福祉士11、介護福祉士9、精神保健福祉士等8、他事務であった。通達から研修までの期間が短かったことや実施した曜日の関係から、医師の参加が少なかったことが課題として残った。

全参加者に理解度の確認テストを施行し、試験は、研修内容全般を範囲にした10問の択一式問題で実施され、受講者全員が6割の合否ラインを超え（1問1点で平均得点9.73点）、良好な結果を得た。

第2回研修は12月に14地域 99名（医師8、保健師23、看護師12、作業療法士14、社会福祉士10、介護福祉士5、精神保健福祉士等7、他事務）で開催された。当初全地域から10分ずつの持ち時間で各地域での取り組み状況を発表していただく予定であったが、共通様式による実績報告および一部地域へのチーム員会議巡回等から得られた情報から、特に優先して共有すべき課題と考えられる「チーム員会議の活かし方」、「医療連携」に2テーマに絞り、他の地域にとって参考となる活動実績やツール等があった4地域（世田谷区、荒尾市、前橋市、神戸市）から実践報告を得るプログラムとした。

また、第2回では各地域からの実績・事例報告を基に、共通する課題として考えられた「MCI」、「身体合併」、「介入拒否」をテーマとしてグループワークを実施した。2地域を組み合わせでのグループワークとしたことにより、地域間の交流にもつながったと考えている。

テキストに関しては、第1回目の研修までの約2か月間で作成したため、不備な箇所、説明が不足する箇所がみられ、その後改訂をすすめた。テキストに関しては今後も引き続き改訂が必要と思われる。

1-2 モデル事業の評価（認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業）

全国14地域での活動は平成25年8月（第1回研修以降）から平成26年1月までの6か月間データが集積された。

(1) 認知症初期集中支援チーム活動について

①対象者について

対象者の世帯構成は独居、夫婦のみあわせて67%であり日本の65歳以上世帯における比率と近似しており、このような事業の対象となる人たちの世帯構成は特別な形態ではないことがわかる。また75歳以上の比率は83%であった。訪問支援対象者は一元的に地域包括支援センターをとおして把握されるが、その内訳は家族からの相談が48%、次いで介護支援専門員からの情報が14%、民生委員7%、近隣住民は4%となっていた。その他としては警察、銀行からの情報や二次予防対象者からのリストアップがあった。

②訪問活動について

訪問事例数は507件、最大48例、最小8例、一自治体あたり平均36.2例であり、訪問延べ件数は

1,593 件であった。開始の遅れた仙台市を除くと平均 38.4 例で目標の 50 件には到達しなかったが、8 割近い達成率であった。

1 事例あたりの訪問回数は事業開始から 6 ヶ月間で、平均延べ訪問回数は 3.14 回であった。訪問事例のうち、困難事例の占める割合は平均 50.4%であった。このような事業の開始時はどうしても困難例がめにつきやすいことから困難例の比率が高いが、今後は軽症例が次第に増えていくと考えられる。

支援対象者の把握率は各モデル地域での人口規模が異なることから、人口 10 万対での支援対象者の把握率は最大値 490.0（白鷹町）、最小値 5.9（世田谷区）、平均 32.3、訪問実施率は最大値 416.7（南大隅町）、最小値 5.3（世田谷）、平均 20.7 であり大都市では把握率が低くなるのはやむを得ないと思われる。

対象者の把握から**初回訪問までの日数**は、平均 16.1 日を要しており、これは更なる短縮がもとめられる。また対象者の把握から 7 日以内にチームが訪問していたのは、40.5%（実施 4 か月間時点 38.2%）、14 日以内は 64.8%（同 62.6%）、30 日以内の訪問が全体の 82.5%（同 78.6%）を占め、当初よりも短縮してきていることが示された。

1 回あたりのチーム員会議の所要時間、1 例にかかる所要時間のいずれも事業開始時から時間がたつにつれ短縮してきており、各チームの会議技術の向上が示されている。

(2) 具体的な初期集中支援について

① 終了事例の変化について

初期集中支援（介入）が終了した事例は 166 名で、介入事例数の約 3 分 1 が終了した。このうち、診断およびチームの判断によって認知症領域とされた事例は 131 例と、約 80%を占めた。認知症以外では、精神・人格障害が最も多く鑑別上問題となることがわかった。

チームが関与するまでの認知症症状の罹患期間をみると、「6 ヶ月未満」が約 10%を占め、「1 年未満」と併せると約 30%に上った。他方、チームが関与するまでに 1 年以上罹っている事例が全体の 67.3%を占めており、「9 年以上」とした事例も頻度は低いが 5 例（3.8%）あった。発見が遅れる要因がなにかを分析するとともに、少なくとも 1 年未満に first touch ができた事例を増やす工夫が必要である。

介入時、終了時における**医療・介護サービス等の利用状況**をみると、介入時に認知症の医療サービスを受けていない事例は 80.9%を占め、介護サービスでは 84%を占めていたが、終了時には、医療サービスを「導入した」事例が 77.1%であり、介護サービスでは「導入した」事例が 71%であった。一方、導入できなかった例の内訳としては 40%が、「本人・家族の拒否」であり、それ以外は「主治医が必要ないと判断した」り「他の悪化による入院」といった不可避な原因によるものであった。介護サービスでは導入できなかった例のうち 40.6%はインフォーマルサービスにつながっていた。導入できなかった内訳は「本人・家族の拒否」9 例、「入院や入所」4 例、また、「まず医療機関受診を優先した」等の理由であり真にサービスにつながらなかった例はごくわずかであった。初期集中支援チームの役割としてそれなりの成果をあげたと考えている。

今回注目すべきは**アセスメントツールのスコア**で DBD や Zarit といった指標が改善する傾向がみられる点である。これらは通常介入しても原疾患の進行があるため悪化することが通常である。（事実今回のデータで

も DASC の点数は増加している。) 今後さらに検証が必要だが注目すべき結果である。

終了者の**転帰**は、引き続き「在宅継続」が 115 例 (88%)、医療機関への「入院」に至った例が 7 例 (5%)、特別養護老人ホームやグループホームへの「入所・入居」に至った例が 7 例 (5%) であり、高い割合で在宅での生活が継続できていることがわかる。**引継先**は、介護支援専門員が 50%、地域包括支援センターが 43%であった。終了者については、さらにモニタリング (フォローアップ) が必要で、この点はチームの介入終了から時間がたっていないこともあるが、まだ不十分であった。

②介入～終了までの活動実績について (コストに関するデータを中心に)

コストに関するデータは重要である。今回の 14 地域では 1 事例あたりの平均所要時間は 13.93 時間 (最小 5.31～最大 55.6 時間) であり、1 事例あたりの対応所要額の平均は 45,216 円 (最小 15,924～最大 109,689 円) であった。各地域とも所要時間の多くは訪問とアセスメント記録に関する時間であったが地域によっては移動に時間を要する状況がみられた。なお、所要時間について 1 地域、コストについて 2 地域のデータが突出しており、この地域を除くと平均所要時間は 10.73 時間、平均所要額は 35,703 円であった。コストが突出していた地域にはチーム員会議への多数の多職種参加などの理由が挙げられた。

所要時間およびコストについては、今後、各自治体における認知症初期集中支援チームの設置 (チーム数や予算等) に関する重要な基礎データとなるため、更なる解析が必要である点は言うまでもない。

(3) 全体運営・管理について

認知症初期集中支援チームに関する啓発活動はチームとしての活動を紹介するチラシ等をすべての自治体で作成済みで、事業開始から 6 ヶ月間に検討委員会を開催した自治体は 14 か所 (100%)、およそ 3 回の委員会を開催しており、順調と考えられる。

2. 全体考察

研修事業・モデル事業の進捗経過の中で、委員会および研修検討部会・モデル事業評価部会では、認知症初期集中支援チームの設置や活動、全体的な事業の運営体制等に関する多面的な検討を並行して行った。以下、その重要項目について記述し、考察を加える。

2-1 工程表(実施計画)の作成と管理

事業の実施主体である市区町村が、本事業を実施するにあたり自分たちの自治体でどのように展開していくか、以下の 3 つの要素を組み立て、事務局としてのスケジュールやミッションを果たすために必要な実施計画を示す工程表を作成することは、当初の非常に重要なステップである。

- ①本事業の対象者を選出するための『普及啓発推進事業』
- ②個別の支援を行う『認知症初期集中支援』
- ③地域全体の認知症にかかる課題や施策、チームの運営に関する地域全体の合意形成を行うための『認知症初期集中支援チーム検討委員会』の設置、開催

この工程表を幅広い関係者で共有することが、本事業の具体的な推進の機動力になるとともに、市町村

の内部においても共通するイメージで進めることが可能となるので工程表づくりは不可欠である。このような具体的な工程表は、今後新たな事業の実施予定する自治体への事業を進めるための手順書となるであろう。

(本年度モデル事業において各地域が作成した工程表は p.10 以降を参照)

2-2 地域での活動基盤となるシステムづくり

昨年度からの事業のスキームづくりにおいて、事業のターゲットとなる対象者をどのように把握し、対象者としてリストアップできるかという課題に対して、今回のモデル事業では様々な工夫が地域でなされた。

前橋市では、事業開始にあたり医師会長、理事への事業説明を始め地域ケア推進会議、医師会定例会、各種委員会等あらゆる機会をととして、事業の説明と協力依頼を行い、医師会員病院、診療所約 300 カ所への周知を図った。認知症の人の在宅生活の継続のためには、日頃から本人の医学的管理を行っている主治医であるかかりつけ医との連携が不可欠であることから、医療機関と認知症初期集中支援チームの情報共有化に向けてチームから主治医へ、また主治医からチームへの情報提供書など情報の流れやその様式等のツールを細かに設定した。このようなプロセスをととして、地域のかかりつけ医との信頼関係を大切にしながら、チームが関与することを事前に通知するというルール確立などが図られ、その結果、鑑別診断の後のフォロー体制も確保するという効果もみられている。また、医療機関からの相談の事例等も上がっており、関係機関や団体との意思統一を事前に綿密に行うことが、成功の要因となる。敦賀市をはじめ、医療機関の他に地域の介護支援専門員や事業所、民生委員や老人クラブ等にも説明や文書による事業の通知を積極的に行われており、事業の周知徹底から対象者に結びついている。

また、新見市や南大隅町など一般住民へ認知症のシグナルとともに相談方法等を、市町村の広報や説明会を実施するなど、各自治体、積極的に広報を実施しており、認知症初期集中支援チームの役割などの媒体を作成し、認知症に関する普及啓発とともにチームの周知もしていた。そのような取り組みのなかから、市外や県外で離れて暮らす家族からの相談も寄せられている。

このように、あらゆる方法を駆使して、数々のチャンネルから対象者をリストアップできるようなシステムと、対象者介入とその後の支援体制をつくる地域の連携システムが重要である。その方法や手段などについては地域の実情に応じて『認知症初期集中支援チーム検討委員会』によって、さらに検討を加えられる体制を築き、地域の意思統一の図れるための仕組みづくりが、今後の事業成果に反映されると考える。

(本年度モデル事業において各地域のシステムづくりのためのツールは p.59 以降を参照)

2-3 チーム員の要件とチーム活動の定義

チーム員要件に関しては、「国家資格有資格者であり、チーム員研修で行われる試験に合格すること等、本年度の実施要綱にある要件を基本とすべき」ことを確認した。また、これまでチームが関わった事例の中には初回の訪問時に身体合併症などへの緊急の対応を要するような例や、フィジカルな問題に対応するための技術を必要とするヒヤリ・ハット事例やインシデント・アクシデント事例も散見されたことから、初回の訪問では身体症状のアセスメントを保健師、看護師等の看護職が行う必要性を確認した。

訪問形態では、「医療職と介護職がペアで行うことを原則としつつ、2 回目以降は支援対象者の状況等に

応じて柔軟に対応可能とすべき」点を確認した。

また、訪問対象は、認知症初期集中支援チームの早期支援を位置づけるためにも、処遇困難事例ばかりにチームが関与するのではなく、早期に支援でき、より本人や家族の安心に結びつく対象者にアプローチできるような対象者の選定の工夫が今後、工夫されなければならない。同時に、チーム員が関わる際の訪問の間隔についても、1 回目の訪問から数週間の間隔が空くというのではなく、初回訪問から必要な支援を集中的に行い、タイムリーに関与できるような方法の工夫も必要であると考えます。

さらに、支援終了後のモニタリングについて、モデル事業期間中の具体的な状況把握には至らなかったが、モニタリングの終了時期等も含め検討し、「支援終了 2 ヶ月後の初回モニタリングを必須とし、以降は支援内容や対象者の状況により必要に応じて行う」ことが望ましいとした。

もちろん、これらは本年度の 14 地域における活動実績等を情報をベースとしたものであり、継続的な実績の蓄積、データ検証等によって、適宜検討されるべきものであると考えます。

2-4 チーム員会議の機能と効果的運営のあり方

チーム員会議は、チーム員の訪問結果に基づくアセスメント内容を専門医をともに確認できる場である。さらに、医学的な課題だけでなく、認知症の人の生活を支えるための生活支援や介護サービスに関する課題、家族の課題、権利擁護、その他本人の在宅生活を継続できるための包括的アセスメント結果を確認できる機会でもある。

その機能を果たすため、認知症疾患や認知機能に加え、生活障害、身体の様子などの観察・評価結果の提示方法など必要な項目に絞った効率的な検討ができるような会議の資料の作成が必要である。

今回、多くの自治体で事業開始当初からチーム員会議のあり方は課題としてあげられており、研修検討部会・モデル事業評価部会では、チーム員会議の議事録としてのシートを作成した。第 2 回初期集中支援チーム員研修では、そのシートを使い、専門医も交え同じ事例で、各 14 自治体のチームが模擬チーム員会議を実施した。シートは、4 項目のアセスメント結果の共有、その結果として課題となった事項やその優先度の決定、さらに今後のケア方針、担当者の決定までの流れがわかるような書式とし、会議では専門医としてどのような意見が出されたのか、各分野の専門職の意見した内容等を記録として残せるようなものとし、新たに実施する自治体の参考となるようなチーム員会議の進行プロセスのチェックリストも作成した。

各自治体でさまざまな工夫がなされ、限られた時間の中でより効果的に、効率的にチーム員会議が実施できるような様式が今後も工夫されていく必要があるが、アセスメント結果を基に、必要な支援を迅速に判断し、適切なサービスの提供に結びつけるための会議となるようなフォーマットは必要不可欠であり、より必要な情報がとれるような工夫が必要である。

また、このチーム員会議のなかで、チームが関与を終了するにあたって、チームが関与したことによる評価や効果判定を行えるような工夫が必要である。

さらに、チーム員会議は、専門医を中心に、認知症の人やその家族に何が必要であるのか見立てていくというプロセスを体験できる場でもある。よって、チーム員に限らず、関係者も参加することにより、認知症の対応力の向上につながるような現任研修の機会にもなっていると考えられ、今後ますますその役割が期待されると思われる。

2-5 チーム員の研修、資質の向上の取り組み

チーム員の研修については、25年度の試行的取り組みの成果物として、研修テキストおよびプログラムを作成することができた。新しい事業であり地域での活動が定着するまでは、一定程度の研修を継続的に行うことが必要と考える。

今回、研修の対象者は医師を除くチーム員は参加を必須としたが、専門医である医師も研修に参加することの必要性についても検討がなされた。現場からはチームが一丸となって活動していくためにも医師も研修に参加してもらいたいという声もある一方、診療業務等の都合もあるため、各自自治体に判断を任せてほしい等の意見もあった。今後は、研修の内容や方法に加え、対象者の参加しやすい環境設定や研修のあり方等を検討する必要がある。

また、チーム員の要件には、認知症ケア実務経験または在宅ケア実務経験が3年以上有する者と定めているが、個別支援として居宅訪問が未経験のチーム員も存在していることから、訪問時の基本的な姿勢や生活実態の場に踏み込んだ観察のあり方など各地域での現任教育も重要となってくる。そのため、各地域でのチーム員の質の向上に向けた自己研鑽も必要と考える。

本年度は、モデル事業において蓄積された訪問事例をとおして、チーム員がどのような具体的な支援を行い、それがどのような効果をもたらしたのかという検証にまで至らなかった。今後は、チーム員の訪問時の本人および家族への支援技術などに着目し、認知症の人を支えるためのグッドプラクティスを収集、それを普遍化しフィードバックする必要がある。

3. 平成26年度以降に向けた提言

今年度の結果から、有用性の検証は今後も必要ながら、認知症初期集中支援チームは手法的にも、予算的にも、評価しうる範囲で実践できており、さらに多くの地域でこの事業を行っていけると思われた。DBD や Zarit といった指標が改善する傾向もとらえられている。背景となる行政区分、実施主体によって訪問の方法には若干の違いがおりうるが、さらに多くの地域で試み、最終的には国内全域での運用をめざしていきたい。今後の課題と検討事項を列挙する。

- ・事例の詳細分析によるコスト、キャパシティの集積と明確化
- ・全国展開となった場合の人材の確保とその研修のあり方
- ・チーム員活動の評価指標、評価方法の作成
- ・認知症初期集中支援チームの市町村規模別、設置主体別の取りまとめ
- ・チームの効率的な運営のための構成要件の検証
- ・事例へのパターン化と効果的でない事例の検証
- ・地域でのグッドプラクティスの集積と活動の普遍化へ向けた課題の抽出

**認知症の早期診断、早期対応につながる
初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業
報告書**

平成 26 年 3 月

禁無断転載

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35
TEL 0562-46-2311 (代表) FAX 0562-46-8329
<http://www.ncgg.go.jp>