

平成 26 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  
初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業  
報告書**

平成 27 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 24 年 9 月、厚生労働省において、「認知症施策推進 5 か年戦略（オレンジプラン）」が策定され、さらに、平成 27 年 1 月には、税・社会保障一体改革の進捗等を加味した、いわゆる「新オレンジプラン」が国家戦略として位置付けられ公表されるに至っている。新オレンジプランでは、認知症ケアにかかる人材の育成について、職種の拡大、人数の上積みなど、更なる体制の強化・充実が整理されている。

認知症初期集中支援チームは、これまでの、①早期対応の遅れ、②継続的なアセスメントが不十分、③事後的な対応が中心、という認知症ケアの課題に対して、特に①に対応した早期支援機能、すなわち「早期・事前的な」アプローチを担うものとして、同プランでも重要項目として位置付けられ、平成 30 年度には、地域支援事業の一つの柱として各自治体での設置が必須とされるに至っている。

本事業の前身にあたる平成 24 年度事業では、全国 3 か所のモデル実践の結果を踏まえた認知症初期集中支援チームの活動スキームの検討、続く平成 25 年度事業では、認知症初期集中支援チーム員の養成を目的とする研修の実施（研修テキストの作成を含む）、モデル事業を全国 14 地域に拡大し、データ収集や巡回視察等によってチーム活動の実態把握を行ってきた。

本年度においては、認知症初期集中支援チーム設置準備の最終段階の年度として、研修実施、グッドプラクティス収集をそれぞれ別事業として並列進行させつつ、当初の整備予定よりも前倒しされた地域支援事業（任意事業）の枠組みでの展開とした 41 地域で認知症初期集中支援チームを設置、活動実績データの蓄積・分析スキーム作り、地域巡回による質的状況の検証などを行った。

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充実に向け、本年度事業では、各地域に設置されたチームが継続的にその役割を果たしていくための、指標となる量的・質的な活動内容や水準の提示を試みた。なお、形態を問わず、全国または都道府県レベルでの各地域・各チームの継続的なフォローアップや進捗管理が一定程度必要であることも確認できた。

本年度事業の成果によって、認知症初期集中支援チームによる活動が特定地域の特有のものとなるのではなく、広く一般が享受することができる認知症早期対応の有効な仕組みとして、設置、定着、認知され、実績を積む、という好循環を生むものとなることを期待する。

平成 26 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チームの設置運営に関する調査研究事業

委員会委員長 鳥羽 研二



## 報告書目次

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <b>I 事業概要</b>                 | <b>1</b>  |
| 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                    | 2         |
| 4-2 委員会体制および実施状況              | 2         |
| 4-3 実施スケジュール（交付申請スケジュール）      | 4         |
| <b>II 認知症初期集中支援 活動実績取りまとめ</b> | <b>5</b>  |
| 1. 事業概要と実施市町村                 | 5         |
| 2. 活動実績データの収集について             | 13        |
| 2-1 データ収集の必要性                 | 13        |
| 2-2 実績報告用プログラム(Ver.1)について     | 17        |
| 3. 活動実績                       | 40        |
| 3-1 実績データの取りまとめ（量的実績）         | 40        |
| 3-2 量的実績以外の状況の取りまとめ（質の実績）     | 54        |
| <b>III 認知症初期集中支援 地域巡回</b>     | <b>56</b> |
| 1 巡回対象地域                      | 56        |
| 2 地域巡回の状況                     | 57        |
| <b>IV 考察</b>                  | <b>62</b> |
| 1 事業の評価                       | 62        |
| 1-1 実績データからの評価                |           |
| 1-2 巡回からの評価                   |           |
| 2 全体考察                        | 64        |
| 2-1 チームの普遍化（必須事業化）に向けて        |           |
| 2-2 対象者選定と効率的な支援              |           |
| 3 平成 27 年度以降に向けた提言            | 66        |



## 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チームの設置運営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」について、実践するサービスの効果測定・評価を行うとともに、同チームを設置・運営を担う市町村等の自治体による円滑な導入に資するべく、実施自治体を拡大し、多くの実践データを蓄積、整理することを目的とする。

### 3. 事業実施期間

平成 26 年 5 月 31 日 から 平成 27 年 3 月 31 日 まで

### 4. 事業内容

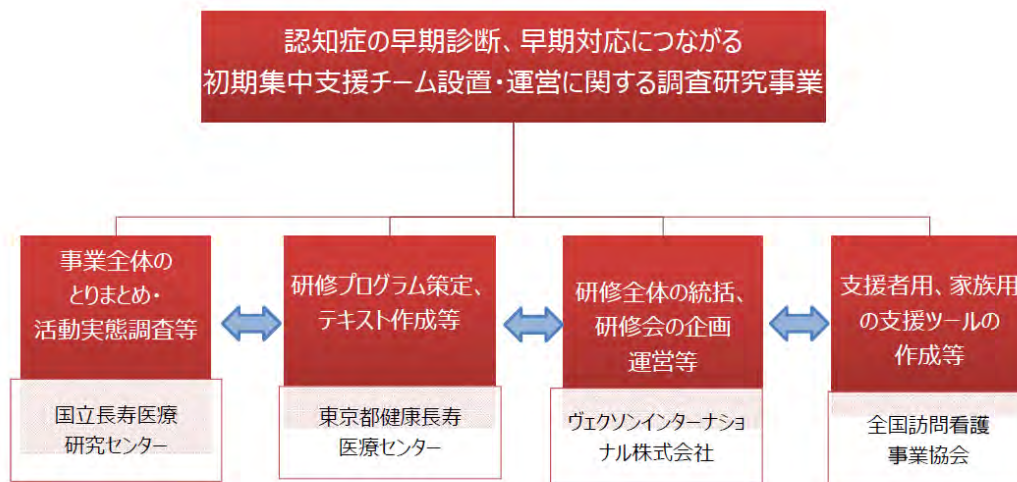
かかる事業目的のために、全国の有識者を中心に、また、昨年度からの継続的な体制も考慮し、委員会を組成した。

同委員会では、地域支援事業（任意事業）の枠組みで実施される認知症初期集中支援チームに関する活動実態調査（データ収集および評価）を中心に担いながら、関連する事業として実施された「認知症初期集中支援チーム員研修の企画・運営とカリキュラム・教材作成」に関する事業、および、「支援者用・家庭用の支援ツールの作成（グッドプラクティス収集）」に関する事業とも連携し、認知症初期集中支援事業にかかる全体取りまとめの検討も実施した。

#### 4-1 事業の具体的な内容

具体的には、本事業を含む4つの事業が並行的に位置付けられ、認知症初期集中支援事業全体を支えるような形態をとった。

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 総長                |
|    | 鷺見 幸彦  | 国立長寿医療研究センター 副院長               |
|    | 粟田 圭一  | 東京都健康長寿医療センター 研究部長             |
|    | 筒井 孝子  | 兵庫県立大学大学院 教授                   |
|    | 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             |
|    | 吉田 知可  | 大分県 高齢者福祉課 副主幹                 |

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



【委員会(ワーキングを含む)】

**第1回 委員会**

日時 平成26年9月17日(水)

- 議事 1 平成26年度事業計画と経過報告
- ① 平成26年度事業計画について
  - ② チーム員研修・支援ツール作成等の事業進捗について
  - ③ 実績報告用ソフトウェアの制作について
- 2 下半期の具体的な活動について
- ① 任意事業地域へのモニタリングについて
  - ② 活動実績の取りまとめに向けて

**(ワーキング委員会)**

日時 平成27年2月13日(金)

- 議事 1 実績(チーム・対象者)データの取りまとめ
- ① 実施地域の概要等
  - ② 活動実績データの取りまとめ
- 2 その他の活動実績について
- ① 広報、チーム員会議、検討会議、課題等の状況
  - ② チーム員会議巡回の状況と課題
- 3 チーム員研修事業、支援ツール作成事業の状況
- 4 事業取りまとめに向けた検討事項
- 26年度取りまとめと27年度以降に向けた課題(案)について

**第2回 委員会**

日時 平成27年3月2日(水)

- 議事 1 本年度のチーム活動実績報告について(報告と確認)
- ① 実施地域の実績データ取りまとめ
  - ② 巡回地域の状況まとめ
  - ③ 26年度事業報告書について
- 2 チーム員研修事業班、事例収集事業班の状況(報告)
- 3 27年度以降に向けて(協議)

#### 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。

本年度の大きな課題として、14 モデル事業地域から大幅に拡大した事業実施地域における具体的な初期集中支援の活動実績を、共通の定義・ルールにおいてデータとして収集・把握することが挙げられた。

事業開始直後から、最終的な評価指標（項目）の検討からスタートし、実施地域において活動実績を適時にデータ入力できる専用プログラムの作成に取り掛かった。10 月初にはプログラムを各地域に配布し、データ収集を行うことができた。また、一定の活動がスタートした12月頃から、委員会委員を中心に、数カ所を選定してチーム員会議等の巡回を行った。

なお、昨年度は同一事業内で実施した認知症初期集中支援チーム員研修は、関連する研修カリキュラム・テキスト作成にかかる事業が並行して7月上旬に実施した。

図表 1-2 事業スケジュール（交付申請当初予定）

|                | 平成26年4月   | 5月  | 6月  | 7月      | 8月 | 9月 |
|----------------|---|-----|-----|---------|----|----|
| 事業<br>実施<br>内容 | <p>第1回委員会の開催</p> <p>●</p> <p>チーム員研修：7月6日（東京）、7月13～14日（大阪）</p> <p>←→</p> <p>初期集中支援チームサービス内容／自治体取り組み方策の検証</p> <p>←</p> <p>教育ツールの改善・運用システムの構築</p> <p>←→</p>  |     |     |         |    |    |
|                | 10月   | 11月 | 12月 | 平成27年1月 | 2月 | 3月 |
| 事業<br>実施<br>内容 | <p>第2回委員会の開催</p> <p>●</p> <p>活動実態調査（チーム員へのアンケート調査）</p> <p>←→</p> <p>初期集中支援チームサービス内容／自治体取り組み方策の検証</p> <p>←</p> <p>認知症初期集中支援チームのサービス内容のパッケージ化検討</p> <p>←→</p> <p>事業進捗状況報告書の作成</p> <p>←→</p> <p>報告書の印刷・配布</p> <p>←→</p> <p>事業実績報告書</p> <p>←→</p> <p>第3回委員会の開催</p> <p>●</p> |     |     |         |    |    |
|                |   |     |     |         |    |    |

## II 認知症初期集中支援 活動実績取りまとめ

### 1. 事業概要と実施市町村

#### 1-1 事業概要

昨年度は、事業の全ての枠組みをモデル事業と位置付け、「市町村認知症施策総合支援事業実施要綱」を根拠として推進した。

本年度は、地域支援事業におけるチーム設置必須化を視野に入れ、「認知症初期集中支援推進事業」の要綱の下で、同事業の任意事業としての展開を中心とした（本事業に協力頂く 41 自治体は任意事業の枠組みで、それ以外の 65 自治体は独自事業として取り組んだ）。

下線部は、昨年度要綱からの変更点である。

図表 2-1 平成 26 年度 実施要綱

#### 認知症初期集中支援推進事業

##### 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」（以下「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

##### 2 実施主体

市町村。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（緊急時の対応等も想定されるため、緊急時の連絡体制が確保できる体制を整備している地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、診療所等）に委託することができる。

##### 3 事業内容

###### (1) 実施体制

###### ア 支援チームの配置と役割

支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置することとし、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援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ものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症専門医、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること

#### イ 認知症初期集中支援チーム員の構成

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の①を満たす専門職2名以上、②を満たす専門医（（3）イ④において単に「専門医」という。）1名の計3名以上の専門職にて編成する。

- ① 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。
  - ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
  - ・認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
  - ・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
- ② 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

#### ウ チーム員の役割

イの①を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

イの②を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上の計2名以上で訪問することとする。また、初回の訪問による観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上でなくても差し支えない。

#### エ 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等

市町村は、実施主体として、以下の体制を講じること。

- ① 医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置するとともに、検討委員会が関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めること。
- ② 支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医（かかりつけ医）に対する連絡票など情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ること。

## (2) 訪問支援対象者

訪問支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、イに偏らないよう留意すること。

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

- ①認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- ②継続的な医療サービスを受けていない者
- ③適切な介護サービスに結び付いていない者
- ④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者

## (3) 事業の実施内容

以下のアからウについていずれも実施するものとする。なお、ウについては市町村が自ら実施すること。

ア 支援チームに関する普及啓発

地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

イ 認知症初期集中支援の実施

### ①訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。

### ②情報収集及び観察・評価

本人のほか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情報収集すること。

また、以下の観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。なお、以下の観察・評価票に加えて、他のものを利用することは差し支えない。

<観察・評価票>

- ・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)

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

- ・Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目 (Zarit Burden Interview : J-ZBI\_8)

- ・身体の様子のチェック票

③初回訪問時の支援

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

④専門医を含めたチーム員会議の開催

初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加も依頼する。

⑤初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境などの改善などの支援を行う。（訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6ヶ月）

⑥引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。

また、チーム員会議において、引き継ぎの2か月後に、サービスの利用状況などを評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うこと。

なお、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は5年間保管しておくこと。

⑦支援実施中の情報の共有について

訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有を図り、事業実施すること。

ウ 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討する。

#### 4 留意事項

- ア チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- イ 実施主体の担当者及びチーム員は、国が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修」に参加すること。
- ウ 実施主体は、別添6「認知症地域支援推進員等設置事業」を実施する場合には、認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。
- エ 実施主体は、地元医師会、認知症疾患医療センターその他の認知症に関する専門的な医療を提供する医療機関、認知症専門医、認知症サポート医等との連携に努めること。
- オ 事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。
- カ 実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。
- キ 実施主体は、本事業の実施に当たって、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参考とすること。

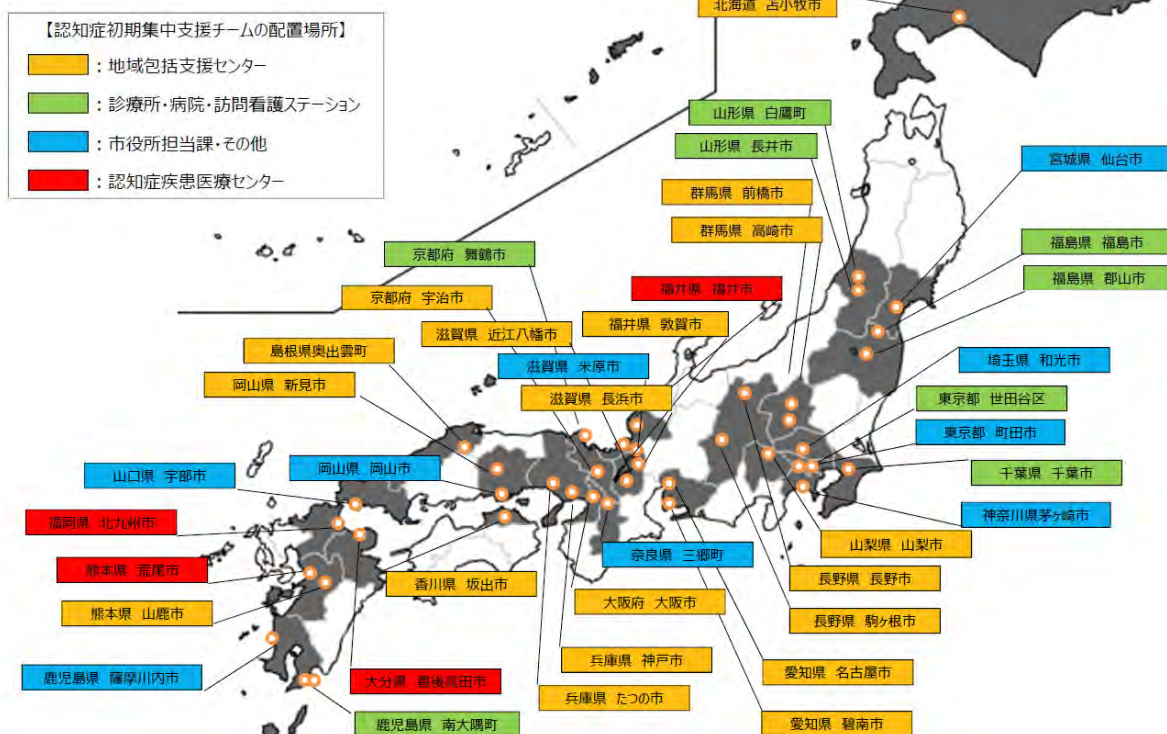
## 1-2 実施自治体

地域支援事業（任意事業）の枠組みで認知症初期集中支援チームを設置した自治体は、下表の通りである。本事業と同じ老人保健健康増進等事業において並行して実施された認知症初期集中支援チーム員研修事業が行った7月初旬のチーム員研修を受け、また、本事業で実施した活動実績収集に協力を頂いた（2およびⅢで詳細説明）。

図表 2-2-1 実施地域一覧

| 都道府県名 | 実施市区町村名   | 都道府県名 | 実施市区町村名       |
|-------|-----------|-------|---------------|
| 北海道   | 砂川市、苫小牧市  | 滋賀県   | 近江八幡市、米原市、長浜市 |
| 宮城県   | 仙台市       | 京都府   | 舞鶴市、宇治市       |
| 山形県   | 長井市、白鷹町   | 大阪府   | 大阪市           |
| 福島県   | 福島市、郡山市   | 兵庫県   | 神戸市、たつの市      |
| 群馬県   | 前橋市、高崎市   | 奈良県   | 三郷町           |
| 埼玉県   | 和光市       | 島根県   | 奥出雲町          |
| 千葉県   | 千葉市       | 岡山県   | 新見市、岡山市       |
| 東京都   | 世田谷区、町田市  | 山口県   | 宇部市           |
| 神奈川県  | 茅ヶ崎市      | 香川県   | 坂出市           |
| 福井県   | 福井市、敦賀市   | 福岡県   | 北九州市          |
| 山梨県   | 山梨市       | 熊本県   | 荒尾市、山鹿市       |
| 長野県   | 駒ヶ根市、長野市  | 大分県   | 豊後高田市         |
| 愛知県   | 名古屋市の、碧南市 | 鹿児島県  | 薩摩川内市、南大隅町    |
|       |           | 計     | 41            |

## 平成26年度 認知症初期集中支援事業 実施市区町一覧（26都道府県 41か所）

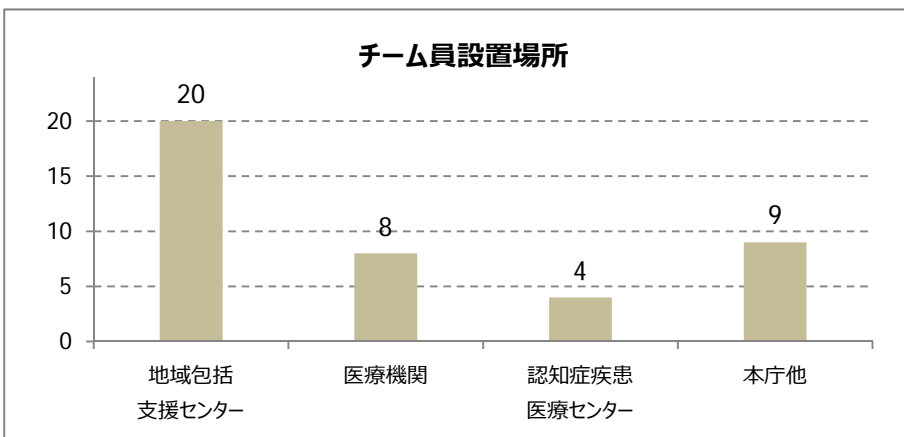
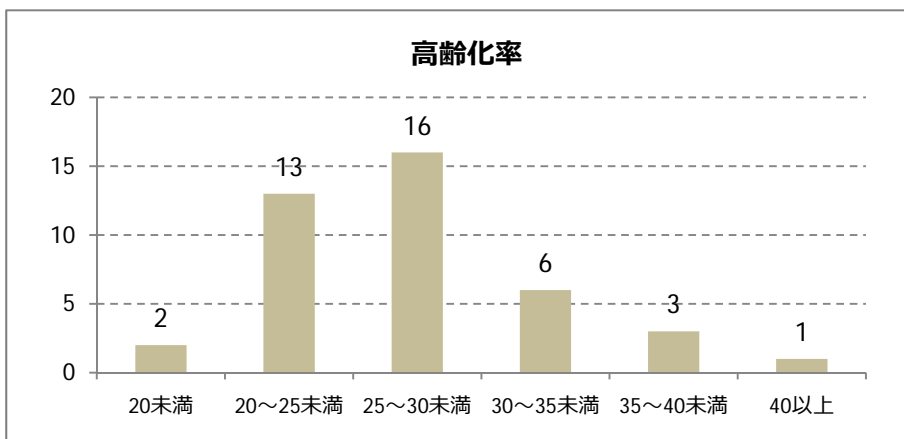
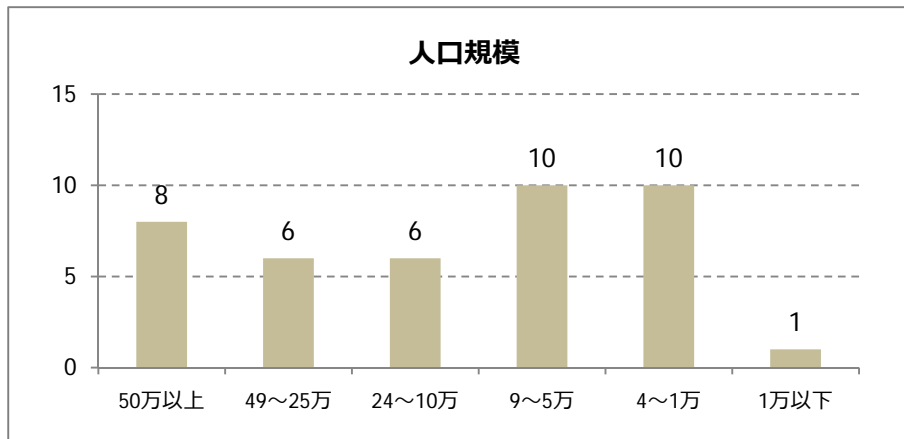




図表 2-3-1 実施地域の基礎情報①

| 都道府県名 | 市町村名  | 担当エリア<br>人口規模 | うち、高齢者数 | うち、認知症<br>高齢者数 | 高齢化率 | チーム設置形態        |
|-------|-------|---------------|---------|----------------|------|----------------|
| 北海道   | 砂川市   | 18,235        | 6,187   | 284            | 33.9 | 地域包括支援センター     |
| 北海道   | 苫小牧市  | 173,884       | 41,386  | 3,895          | 23.8 | 地域包括支援センター     |
| 宮城県   | 仙台市   | 1,066,609     | 216,548 | 13,132         | 20.3 | その他（本庁）        |
| 山形県   | 長井市   | 28,435        | 8,777   | 978            | 30.9 | 医療機関（病院・診療所）   |
| 山形県   | 白鷹町   | 14,997        | 4,805   | 605            | 32.0 | 医療機関（病院・診療所）   |
| 福島県   | 福島市   | 284,090       | 73,764  | 11,000         | 26.0 | 医療機関（病院・診療所）   |
| 福島県   | 郡山市   | 325,996       | 73,528  | 7,515          | 22.6 | 医療機関（病院・診療所）   |
| 群馬県   | 前橋市   | 340,009       | 87,438  | 9,340          | 25.7 | 地域包括支援センター     |
| 群馬県   | 高崎市   | 375,240       | 94,175  | 9,458          | 25.1 | 地域包括支援センター     |
| 埼玉県   | 和光市   | 79,338        | 13,001  | 412            | 16.4 | その他（本庁）        |
| 千葉県   | 千葉市   | 959,487       | 221,182 | —              | 23.1 | 訪問看護ステーション     |
| 東京都   | 世田谷区  | 870,063       | 171,126 | 19,630         | 19.7 | 診療所＋訪問看護ステーション |
| 東京都   | 町田市   | 426,209       | 102,756 | —              | 24.1 | その他（本庁）        |
| 神奈川県  | 茅ヶ崎市  | 239,697       | 56,555  | 3,307          | 23.6 | その他（本庁）        |
| 福井県   | 福井市   | 266,835       | 69,333  | 8,448          | 26.0 | 認知症疾患医療センター    |
| 福井県   | 敦賀市   | 67,911        | 16,712  | 1,829          | 24.6 | 地域包括支援センター     |
| 山梨県   | 山梨市   | 36,978        | 10,818  | 1,133          | 29.3 | 地域包括支援センター     |
| 長野県   | 駒ヶ根市  | 32,671        | 9,214   | 574            | 28.2 | 地域包括支援センター     |
| 長野県   | 長野市   | 384,202       | 102,493 | 12,248         | 26.7 | 地域包括支援センター     |
| 愛知県   | 名古屋市長 | 86,338        | 20,211  | —              | 23.4 | 地域包括支援センター     |
| 愛知県   | 碧南市   | 71,876        | 15,478  | 1,246          | 21.5 | 地域包括支援センター     |
| 滋賀県   | 近江八幡市 | 82,279        | 19,405  | —              | 23.6 | 地域包括支援センター     |
| 滋賀県   | 米原市   | 40,354        | 10,660  | 1,223          | 26.4 | その他（本庁）        |
| 滋賀県   | 長浜市   | 122,310       | 30,779  | 1,956          | 25.2 | 地域包括支援センター     |
| 京都府   | 舞鶴市   | 86,967        | 24,919  | 2,805          | 28.7 | 医療機関（病院・診療所）   |
| 京都府   | 宇治市   | 191,267       | 47,835  | 4,222          | 25.0 | 地域包括支援センター     |
| 大阪府   | 大阪市   | 175,393       | 40,213  | 2,577          | 23.2 | 地域包括支援センター     |
| 兵庫県   | 神戸市   | 1,548,790     | 389,455 | 40,624         | 25.1 | 地域包括支援センター     |
| 兵庫県   | たつの市  | 79,637        | 20,948  | 2,195          | 26.3 | 地域包括支援センター     |
| 奈良県   | 三郷町   | 23,266        | 6,368   | 631            | 27.4 | その他（本庁）        |
| 島根県   | 奥出雲町  | 13,991        | 5,305   | 597            | 37.9 | 地域包括支援センター     |
| 岡山県   | 新見市   | 32,249        | 12,056  | —              | 37.4 | 地域包括支援センター     |
| 岡山県   | 岡山市   | 703,443       | 167,313 | 21,342         | 23.0 | その他（本庁）        |
| 山口県   | 宇部市   | 171,220       | 49,005  | 6,040          | 28.7 | その他（本庁）        |
| 香川県   | 坂出市   | 55,661        | 17,570  | 1,914          | 31.6 | 地域包括支援センター     |
| 福岡県   | 北九州市  | 977,465       | 265,823 | 31,470         | 27.2 | 認知症疾患医療センター    |
| 熊本県   | 荒尾市   | 55,381        | 16,713  | 2,419          | 30.5 | 認知症疾患医療センター    |
| 熊本県   | 山鹿市   | 55,257        | 17,914  | 2,228          | 32.4 | 地域包括支援センター     |
| 大分県   | 豊後高田市 | 23,537        | 8,367   | 1,393          | 35.5 | 認知症疾患医療センター    |
| 鹿児島県  | 薩摩川内市 | 98,448        | 27,981  | 5,289          | 28.4 | その他（本庁）        |
| 鹿児島県  | 南大隅町  | 8,340         | 3,716   | 657            | 44.6 | 医療機関（病院・診療所）   |

図表 2-3-2 実施地域の基礎情報②



## 2. 活動実績データの収集について

認知症初期集中支援チームの設置自治体が大幅に拡大された本年度、活動実績の効率的かつ統一性のある方法論（項目定義の整合性等）で活動実績のデータを収集することを検討した。

### 2-1 データ収集の必要性

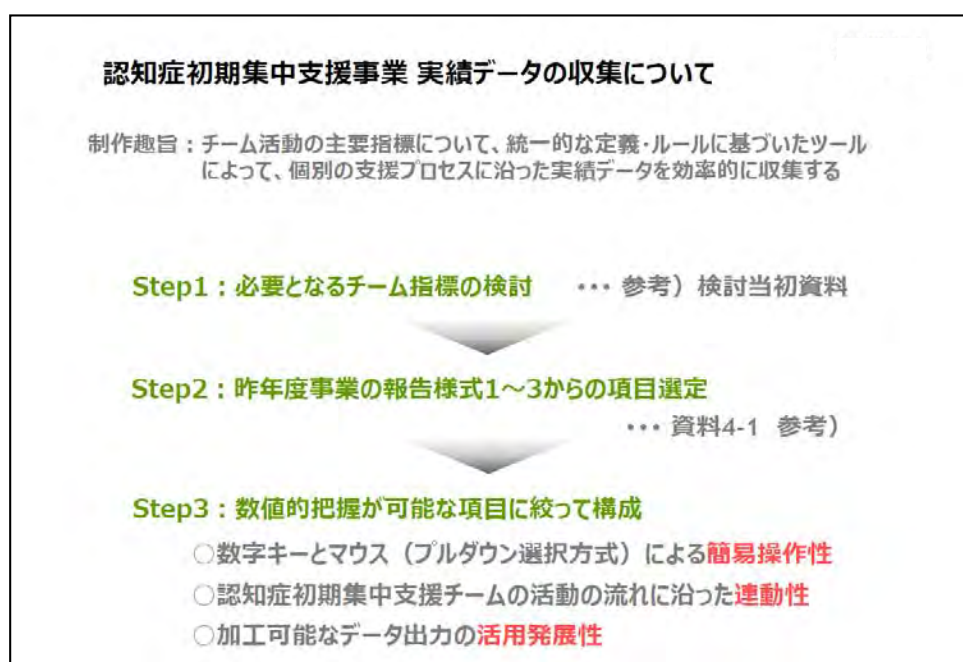
昨年度事業での取りまとめのプロセスと結果を参考にしながら、直近の認知症初期集中支援チームの設置必須化に向けた拡大にあたって、全国の各自治体に対して有効な基礎資料を提供するため、認知症初期集中支援チームの設置、運営、活動について、どの項目について、どのような指標を提示すべきか、の検討を行った。それを踏まえて、本年度の参加自治体に対して、どのような手法で、どのような活動実績を報告して頂くことが有効かを検討した。

なお、昨年度に引き続き、上記目的とともに、認知症初期集中支援チームの有用性や効果を検証するため、また、次年度以降も継続して収集すべきデータは何か、についても、併せて検討した。

具体的には、活動実績の収集、専用プログラム（ソフトウェア）を実施地域に配布、地域の情報、チーム活動実績を入力して頂き、一定期間後のデータを厚生労働省が回収し分析する、という方法論を検討した。

制作趣旨は、チーム活動の主要な指標について、統一的な定義・ルールに基づいたデータとして効率的に収集する、ことに置いた。また、検討のプロセスとしては、①収集すべき指標の検討、②そのために収集するデータ項目を決定、③項目は、数値的把握が可能かつ、操作の簡易性、実務との連動性などに配慮する、というものであった。

図表 2-4 データ収集の必要性（第1回委員会資料より）



チーム指標は、具体的な認知症初期集中支援の活動の流れに沿って、①情報収集、②アセスメント、③初期訪問支援、④チーム員会議、⑤初期集中支援、⑥サービス引継、⑦モニタリング、⑧費用、に分けて整理した。

昨年度の収集項目をベースに、その取りまとめの際に必要なと考えられた新たな項目を加え、55項目を設定した。なお、項目には、地域ないしチームとしてのデータ、支援対象者となる個別の活動から得られるデータ、その両者の計算により得るデータがあった。チーム指標およびプログラムの入力項目からの算出式（算出する際に想定した計算式）の一覧（第1回委員会での検討段階のもの）を示す。

図表 2-5 チーム指標・項目の一覧（第1回委員会資料より）

※右欄は データ項目から指標を算出する際の想定計算式

|           | チームデータ項目（自動作成）         | 計算式                              |
|-----------|------------------------|----------------------------------|
| (チーム情報より) | 1 相談事例数計               | 「①認知症相談件数」の合計                    |
|           | 2 対象者把握数計              | 「②対象者把握数」の合計、2/1                 |
|           | 3 高齢者人口10万対把握人数        | 「②対象者把握数」の合計÷「うち、高齢者数」×10万       |
| ①情報収集     | 4 性別                   | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 5 年齢階級                 | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 6 世帯状況                 | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 7 把握ルート                | 回答別件数、構成割合                       |
|           | 8 障害自立度                | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 9 認知症自立度               | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 10 重症度                 | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 11 介入時)要介護認定状況         | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                |
|           | 12 介入時)医療利用状況          | 回答別件数、構成割合                       |
|           | 13 介入時)介護サービス利用状況      | 回答別件数、構成割合                       |
|           | 14 困難事例該当状況            | 「該当する」件数、割合(CSVのみ)               |
|           | 15 主治医有無               | 回答別件数、構成割合                       |
|           | 16 受診拒否割合              | 回答別件数、構成割合                       |
|           | 17 介入時の認知症診断状況         | 回答別件数、構成割合                       |
| ②アセスメント   | 18 DASC実施件数            | 値あり件数、18/対象者数                    |
|           | 19 DASCスコア             | 範囲別件数、構成割合、平均値                   |
|           | 20 徘徊リスク人数             | 「リスクあり」件数、20/18                  |
|           | 21 DBD実施件数             | 値あり件数、21/対象者数                    |
|           | 22 DBDスコア              | 範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値            |
|           | 23 Zarit実施件数           | 値あり件数、23/対象者数                    |
|           | 24 Zaritスコア            | 範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値            |
| ③初回訪問支援   | 25 初回訪問実施件数            | 日付あり件数、25/対象者数                   |
|           | 26 高齢者人口10万対初回訪問人数     | 「訪問日付(1回目)に値がある件数」÷「うち、高齢者数」×10万 |
|           | 27 1事例あたり「把握」～「初回訪問」日数 | 範囲別件数、平均値、構成割合                   |
| ④チーム員会議   | 28 チーム員会議の開催回数         | ④チーム員会議開催回数                      |
|           | 29 1会議あたりの所要時間         | ⑤会議の総所要時間(分)÷④チーム員会議開催回数         |
|           | 30 1会議あたりの取扱件数         | ⑥会議の総取扱件数÷④チーム員会議開催回数            |
|           | 31 1事例あたり「初回訪問」～「会議」日数 | 範囲別件数、平均値、構成割合                   |
|           | 32 1事例あたり会議回数          | 「会議実施日付」に値がある件数の合計÷対象者の人数        |
|           | 33 1事例あたり所要時間          | 「会議所要時間」の値の合計÷対象者の人数             |

(続き)

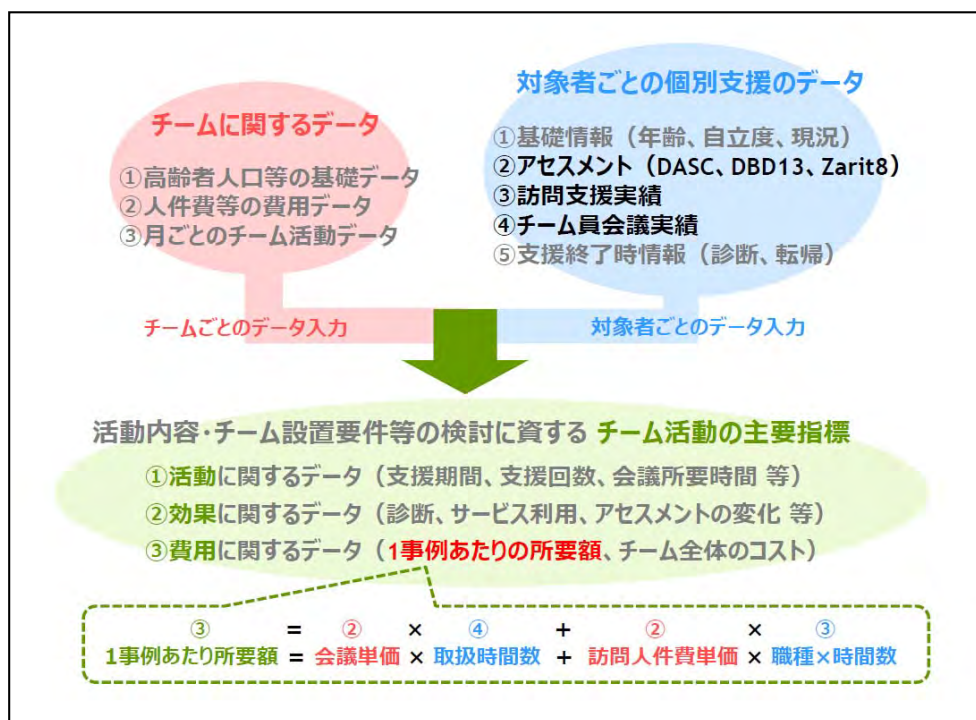
|         |    |                  |                                       |
|---------|----|------------------|---------------------------------------|
| ⑤初期集中支援 | 34 | 1事例あたり支援期間       | 範囲別件数、平均値、構成割合                        |
|         | 35 | 1事例あたり訪問回数       | 「訪問日付」に値がある件数合計÷対象者の人数                |
|         | 36 | 訪問延回数            | 「訪問日付」に値のある件数合計                       |
|         | 37 | 医療サービスにつながるまで日数  | 「把握日付」～「医療引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数           |
|         | 38 | 終了時)医療利用状況       | 回答別件数、構成割合                            |
|         | 39 | 介護サービスにつながるまでの日数 | 「把握日付」～「介護サービス引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数       |
|         | 40 | 終了時)介護サービス利用状況   | 回答別件数、構成割合                            |
|         | 41 | 終了時)要介護認定状況      | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                     |
|         | 42 | 終了時)認知症診断状況      | 回答別件数、構成割合                            |
|         | 43 | 終了時)認知症以外の疾患     | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                     |
|         | 44 | 認知症診断の導入割合       | 「診断有無」が「あり」÷「過去診断有無」が「なし」の対象者数(%)     |
|         | 45 | 認知症診断の確定割合       | 「診断病名(その他以外)」÷「診断有無」が「あり」の対象者数(%)     |
|         | 46 | 終了時)DASCスコア      | 範囲別件数、構成割合、平均値、46がある人の19平均値との差        |
|         | 47 | 終了時)DBDスコア       | 範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、47がある人の22平均値との差 |
|         | 48 | 終了時)Zaritスコア     | 範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、48がある人の24平均値との差 |
| ⑥サービス引継 | 49 | 医療の引継状況          | 回答別件数、構成割合                            |
|         | 50 | 介護サービスの引継状況      | 回答別件数、構成割合                            |
|         | 51 | 支援終了(転帰)         | 回答別件数、構成割合                            |
| ⑦モニタリング | 52 | モニタリングまでの期間      | 「終了日付」～「初回モニタリング」の日数合計÷対象者数(両日付ありのみ)  |
|         | 53 | 不適切な経過 該当状況      | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                     |
|         | 54 | 総合評価             | 回答別件数、構成割合(CSVのみ)                     |
| ⑧費用     | 55 | 対応所要額平均          | 「費用」の合計÷対象者数【費用が計算されている人のみを対象】        |

これらの指標を算出するために必要な専用プログラムを検討する際には、大きく「チーム・地域に関する入力項目」と「対象者ごとの個別支援の入力項目」の 2 つに分け、それぞれを個別の計算式を設定することから、必要となる、①活動に関するデータ、②支援効果に関するデータ、③費用に関するデータとして集計分析するプロセスを検討した。

具体的には、「チーム・地域に関する入力項目」は、高齢者人口等の基礎データ、チーム員の 1 時間あたり人件費のデータ、月ごとのチームとしての活動データ（チームとしての訪問回数、チーム員会議回数など）とした。また、「対象者ごとの個別支援の入力項目」は、対象者の年齢や認知症日常生活自立度などの基本情報、アセスメントの結果、訪問支援内容（時間や担当職種、個別の支援内容などは除く）、チーム員会議（取扱時間）、支援終了時の状況、とした。

①活動に関するデータは、チームとしての活動状況、対象者ごとの訪問回数、会議所要時間、支援期間などの指標を示す。②効果に関するデータは、アセスメント、診断、サービス利用等の把握・介入時と支援終了時の比較を示す。③費用に関するデータ、すなわち、対象者 1 人あたりの所要額は、全体の統一性を図る観点から、「訪問支援の人件費」と「チーム員会議に係る費用」を共通の積算データとし、それにかかる各入力項目から算出することとした。なお、この点については、チーム活動の基礎費用（車両費等のその他管理費）は含めないなどの検討を行った。

図表 2-6 データ収集の必要性と方法について（第 1 回委員会資料より）



## 2-2 実績報告用プログラム(Ver.1)について

事前の検討を受けて、7月初旬の認知症初期集中支援チーム員研修後の各地域での活動開始に合わせることを向け、専用プログラム（実績報告用プログラム）の制作をスタートした。

また、制作の過程では、プログラムの概要、画面構成や入力予定項目、主な機能などを地域支援事業で実施する協力41地域に対して情報提供していくことに努めた。

実績報告用プログラムの構成は極カシンプルなものとし、データ入力に多くの労力を要しないことを目指した。画面は操作に連動して大きく4つに分け、チーム情報で1画面、個別の支援活動で3画面（介入時、訪問・会議、終了時）とした。

入力画面の構成は以下の通りである。

### (1) チームデータ入力画面

基礎的な情報として、①基礎情報のパート（高齢者人口、チームの設置形態など）、②費用関連情報のパート（チーム員の職種別の時間単価、チーム員会議開催費用）、③月次のチーム活動のパート（取扱対象者数、チーム員会議回数など）で構成した。

図表 2-7-1 チームデータ入力画面

**基礎情報**

|             |            |                        |
|-------------|------------|------------------------|
| 市町村名        | 初期集中市      |                        |
| 担当エリア内人口    | 60,000     | H26.4.1現在              |
| うち、高齢者数     | 13,000     | H26.4.1現在<br>満65歳以上    |
| うち、認知症高齢者数  | 2,500      | H26.4.1現在<br>認知症台立度Ⅱ以上 |
| チーム設置形態(母体) | 地域包括支援センター |                        |

**費用関連情報**

| 職種      | 単価         | 備考    |
|---------|------------|-------|
| 医師      | 5,000 円/時間 |       |
| 保健師     | 4,500 円/時間 |       |
| 看護師     | 4,000 円/時間 |       |
| 作業療法士   | 3,200 円/時間 |       |
| 社会福祉士   | 3,000 円/時間 |       |
| 介護福祉士   | 2,500 円/時間 |       |
| 精神保健福祉士 | 2,800 円/時間 |       |
| その他職種①  | 2,900 円/時間 | 臨床心理士 |
| その他職種②  | 円/時間       |       |
| その他職種③  | 円/時間       |       |

チーム会議の平均費用 11,000 円/時間

**チーム活動情報(月次)**

| 項目           | 7月 | 8月 | 9月  | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 9月 | 累計  | 備考              |
|--------------|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|-----|-----------------|
| ①認知症対応件数     |    |    | 35  | 0   |     |     |    |    |    |    | 35  | チームが対応した相談以外も含む |
| ②対象者把握数      |    |    | 17  |     |     |     |    |    |    |    | 17  | チームによる把握数       |
| ③対応回訪問実施件数   |    |    | 9   |     |     |     |    |    |    |    | 9   |                 |
| ④チーム員会議開催回数  |    |    | 3   |     |     |     |    |    |    |    | 3   |                 |
| ⑤会議の総所要時間(分) |    |    | 360 |     |     |     |    |    |    |    | 360 |                 |
| ⑥会議の総取扱い件数   |    |    | 18  |     |     |     |    |    |    |    | 18  |                 |
| 会議の平均所要時間    |    |    | 120 |     |     |     |    |    |    |    |     | (自動計算)          |
| 会議の平均取扱い件数   |    |    | 6   |     |     |     |    |    |    |    |     | (自動計算)          |

Buttons: 保存 (Save), 閉じる (Close)

(2) 対象者データ入力画面（その1：基本属性、介入時状況）

対象者ごとの入力画面は、介入時、支援活動、終了時の3つにタブで分割しており、データ入力の利便性を図った。

介入時の画面は、対象者の性別、把握ルート、サービス利用、診断等の基礎情報に加え、アセスメント（DASC、DBD13、Zarit8）の結果スコアだけでなく、詳細内容を別画面でチェックできるように構成した。（後述の「操作の手引き」参照）

図表 2-7-2 対象者データ入力画面（その1：基本属性、介入時状況）

| ① 情報収集   |        |   |
|----------|--------|---|
| 性別       | 女性     |   |
| 年齢       | 80~84  | 対象者把握時点も基準                                      |
| 世帯状況     | 独居     |   |
| 把握ルート    | 民生委員   | 把握日付 H26.08.01                                  |
| 自立度      | 障害     | 認知症 1   |
| 認知症重症度   | 軽度     | 認知症の程度も主観的基準で判断                                 |
| 要介護度     | 非該当    | 対象者把握時点の状況                                      |
| サービス利用   | 医療     | 介護  |
| 困難該当     | 該当しない  | 医師: 認知症の医師について<br>介護: 介護保険サービスの他、インフォーマルサービスも含む |
| 主治医有無    | あり     | 主観的な基準で判断                                       |
| 要介護有無    | なし     | 認知症に関する主治医に聞かない                                 |
| 過去診断有無   | 既に診断済み | 認知症に関する受診に聞かない                                  |
|          |        | 認知症の確定診断  |
| ② アセスメント |        |   |
| DASC     | シート表示  | 35 <input checked="" type="checkbox"/> 確認/リスク   |
| DBD13    | シート表示  | 10  |
| Zarit8   | シート表示  | 13  |

(3) 対象者データ入力画面（その2：訪問支援実績、チーム員会議実績）

2タブ目は、具体的な支援活動を構成する「訪問支援」と「チーム員会議」の実績を、回数ごとに入力できるようにした。訪問支援は、訪問日付、訪問担当職種、訪問時間を、チーム員会議は、開催日付、当該対象者の取扱時間（分単位）を入力項目とした。

なお、この画面の入力内容が、1人あたりの所要額計算の基礎データとなるため、入力の正確性を期すために、入力項目をできる限り少なく、入力内容に齟齬が生じないようにシンプル設計とした。



図表 2-7-3 対象者データ入力画面（その 2：訪問支援実績、チーム員会議実績）

対象者情報編集 - 【認知症初期集中支援実績報告用プログラム】  
ID: 4000

①情報収集 / ②アセスメント / ③訪問支援 / ④チーム会議 / ⑤支援終了

③訪問支援

|     |      |           |      |       |   |
|-----|------|-----------|------|-------|---|
| 1回目 | 訪問日付 | H26.09.05 | 所要時間 | 30 分  | 【訪問日付】入力方法は①<br>①2014.9.27, ②2014.9.27, ③H26/9/27<br>【訪問職種】:人数を追加する場合は【+】ボタンをクリック |
|     | 訪問職種 | 医師        |      | 作業療法士 |   |
| 2回目 | 訪問日付 | H26.09.12 | 所要時間 | 10 分  |   |
|     | 訪問職種 | 作業療法士     |      |       |   |
| 3回目 | 訪問日付 |           | 所要時間 | 分     |   |
|     | 訪問職種 |           |      |       |   |
| 4回目 | 訪問日付 |           | 所要時間 | 分     |   |
|     | 訪問職種 |           |      |       |   |
| 5回目 | 訪問日付 |           | 所要時間 | 分     |   |
|     | 訪問職種 |           |      |       |   |

追加▼ 回数を追加する場合は【追加▼】ボタンをクリック

④チーム員会議

|     |      |           |      |      |
|-----|------|-----------|------|------|
| 1回目 | 会議日付 | H26.09.10 | 所要時間 | 10 分 |
| 2回目 | 会議日付 | H26.09.16 | 所要時間 | 5 分  |
| 3回目 | 会議日付 |           | 所要時間 | 分    |
| 4回目 | 会議日付 |           | 所要時間 | 分    |
| 5回目 | 会議日付 |           | 所要時間 | 分    |

印刷 保存 閉じる

(4) 対象者データ入力画面（その 3：支援終了時）

支援終了時は、支援の効果を測定するため、診断やサービス導入の結果、アセスメントの変化、などを中心に項目を配置した。また、最終段の費用については、これまでの時間当たり  
の設定単価と活動実績の入力内容から自動計算されることとした。

図表 2-7-4 対象者データ入力画面（その 3：支援終了時）

対象者情報編集 - 【認知症初期集中支援実績報告用プログラム】  
ID: 4000

①情報収集 / ②アセスメント / ③訪問支援 / ④チーム会議 / ⑤支援終了

⑤支援終了


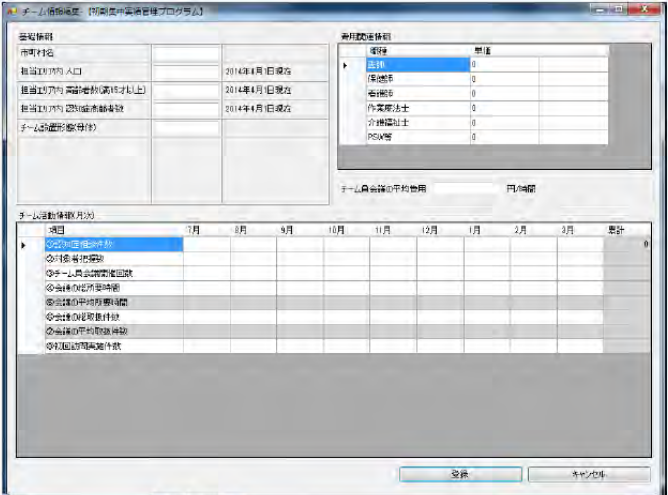
|            |          |   |
|------------|----------|---|
| 診断有無       | あり       | 認知症の確定診断  |
| 診断病名       | アルツハイマー病 | 認知症以外の疾患が選択:診断病名で「その他」を選択した場合にのみ回答                          |
| 要介護有無      | なし       |   |
| 医療導入       | 通院治療     | 認知症医療の状況<br>日付の入力方法は①通り(①2014.9.27, ②2014.09.27, ③H26/9/27) |
| 介護サービス導入   | 導入なし     | 支援終了時の状況  |
| 要介護度       | 要支援1     | 「アセスメント」の入力方法と同様  |
| DASC(終了時)  | シート表示    | 30 評価リスク  |
| DBD(終了時)   | シート表示    | 10  |
| Zarit(終了時) | シート表示    | 4   |
| 医療引継先      | 主治医継続    | 引継日付 H26.10.10  |
| 介護サービス引継先  | 引継なし     | 引継日付  |
| 支援終了(継続)   | 在宅継続     | 終了日付 H26.11.30  |
| 初回モニタリング日付 |          | 支援終了者に対する初回のモニタリング日付  |
| 不適切経過事例    | 該当しない    | 主観的な基準で判断   |
| 総合評価       | 不実       | 主観的な基準で判断   |
| 費用         | 7,883.2  | (自動計算)  |

印刷 保存 閉じる

(5) 行政担当者への事前の情報提供

さらに、実績報告用プログラムのスムーズな導入を図るために、予め入力担当者として想定した行政担当者向けに、プログラムの全体像、設定画面、主な入力方法、データ提供方法などについて、実績報告用プログラム制作と同時並行で情報提供を行った。

図表 2-8 実績報告用プログラム(Ver.1.0)入力画面説明

|  |  |
|--|--|
| <p>○起動時は 6 ケタのパスワードの入力が必要です。</p> <p>*1 パスワードはチームごとに 1 つ設定できます (操作者ごとに設定することはできません)</p> <p>*2 プログラムはオンライン管理をしていないので、パスワードを忘れた場合は再インストール (データ初期化) 頂くことになります。ご注意ください。</p> |  |
| <p>1 メイン画面 (最初に表示される画面)</p>    | <p>「チーム情報」: チームごとの情報を入力する画面です。</p> <p>「対象者情報 (追加)」: 新しく対象者を追加します。</p> <p>*1 これまで入力してきた対象者は、「対象者一覧」に表示されます。</p> <p>*2 既入力の対象者の情報を追加 (編集) する場合は、該当する対象者の右端の編集ボタンをクリックして下さい。</p> <p>「対象者データ集計・出力」: 対象者の入力情報を CSV ファイル (エクセル形式のファイル) に出力します。</p> <p>「チームデータ確認・出力」: チーム全体の統計データを画面上で確認します。また、その情報を CSV ファイルに出力できます。</p> <p>「終了」: プログラムを終了して画面を閉じます。</p> |
| <p>2 チーム情報編集画面</p>    | <p>チームに関する情報を入力します。</p> <p>「基礎情報」: 高齢者人口やチーム設置母体などの基礎データを入力します。</p> <p>*1 人口は 2014/4/1 現在</p> <p>*2 認知症高齢者は自立度Ⅱ以上</p> <p>「費用関連情報」: 職種別の人件費とチーム会議の開催コストを入力します。</p> <p>*1 時間あたりの単価 (円) で入力</p> <p>*2 職種内で実際の人件費が異なる場合でも平均値や標準値を入力</p> <p>「チーム活動情報 (月次)」: 項目ごとに 1 か月の実績を数字で入力します。</p> <p>入力終了後、「登録」をクリックすると内容が保存されます。</p>                             |

### 3 対象者情報

#### ①情報収集・アセスメント シート画面

(DASC 画面)

| 項目 | 内容            | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      |
|----|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 2  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 3  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 4  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 5  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 6  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 7  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 8  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 9  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 10 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 11 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 12 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 13 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 14 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 15 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 16 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 17 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 18 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 19 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 20 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 21 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |

(DBD13 画面)

| 項目 | 内容            | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      |
|----|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 2  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 3  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 4  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 5  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 6  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 7  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 8  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 9  | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 10 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 11 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |
| 12 | 認知機能検査:生活機能検査 | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない | ほとんどない |

対象者情報は、チーム活動の場面ごとに3つのシートに入力画面が分かれています。

- 1) 情報収集・アセスメント
- 2) 訪問支援・チーム会議
- 3) 支援終了

#### 1) 情報収集 (上段)

項目ごとに、プルダウン候補の中から選択、または、数字入力して下さい。

- \*1 選択肢等の定義は別紙を参照して下さい。
- \*2 日付は 西暦 8 桁の数字で入力して下さい (年月日の間に、「-」やスペースは不要です)。

#### 2) アセスメント (下段)

アセスメント (「DASC」、「DBD13」、「Zarit8」) の内容を入力します。

DASC、DBD、Zaritの「編集」ボタンをクリックすると、別ウィンドウでそれぞれの「アセスメントシート (チェック画面)」が開きます。

項目ごとに該当するものを選択します。

- \*1 入力は選択項目部分のみです。記述部分の入力はありません。
- \*2 項目ごとに選択を進めると、最下部に合計スコアが表示されます。

全ての項目を選択した後、最下部の「登録」ボタンをクリックすると、アセスメントシート画面が閉じ、元の画面の枠にスコアが表示されます。(アセスメントごとに「登録」しないと、チェック内容は全てクリアされます)

3つのアセスメントまで入力が終了し、元の①シート目の画面に戻り、最下部の「登録」をクリックすると、選択・入力内容が保存されます。

- \*1 「登録」は3つのシート全てを一括保存する機能となっています。シートごとにクリックして保存する必要はありません。

## ②訪問支援・チーム会議 シート画面

### 3) 訪問支援（上段）

訪問ごとに、訪問日付、所要時間、訪問時のチーム員の職種を入力して下さい。

- \*1 所要時間は、分単位 で入力
- \*2 職種枠は 1人ずつ選択します（同一職種が2名訪問した場合、2枠とも同じ職種を選択します）
- \*3 訪問人数が3名以上となった場合は、「+」ボタンをクリックして、職種枠を増やして下さい（再度「+」をクリックすると増えた枠が消えます）。
- \*4 チーム員以外の専門職等が同行訪問する場合であっても、その方たちの入力・選択は不要です。

### 4) チーム員会議（下段）

会議ごとに、会議日付、所要時間を入力して下さい。

- \*1 所要時間は、チーム員会議全体ではなく、当該対象者が取り扱われた時間（分単位）を入力

それぞれ回数が5回を超える場合は、「5回目」表示下の「追加」ボタンをクリックすると、1回分ごとに入力枠が追加されます。

## ③支援終了 シート画面

### 5) 支援終了

項目ごとに、プルダウン候補の中から選択、または、数字入力して下さい。

- \*1 選択肢等の定義は別紙を参照して下さい。
- \*2 日付は 西暦 8桁の数字で入力して下さい（年月日の間に、「.」「-」やスペースは不要です）。

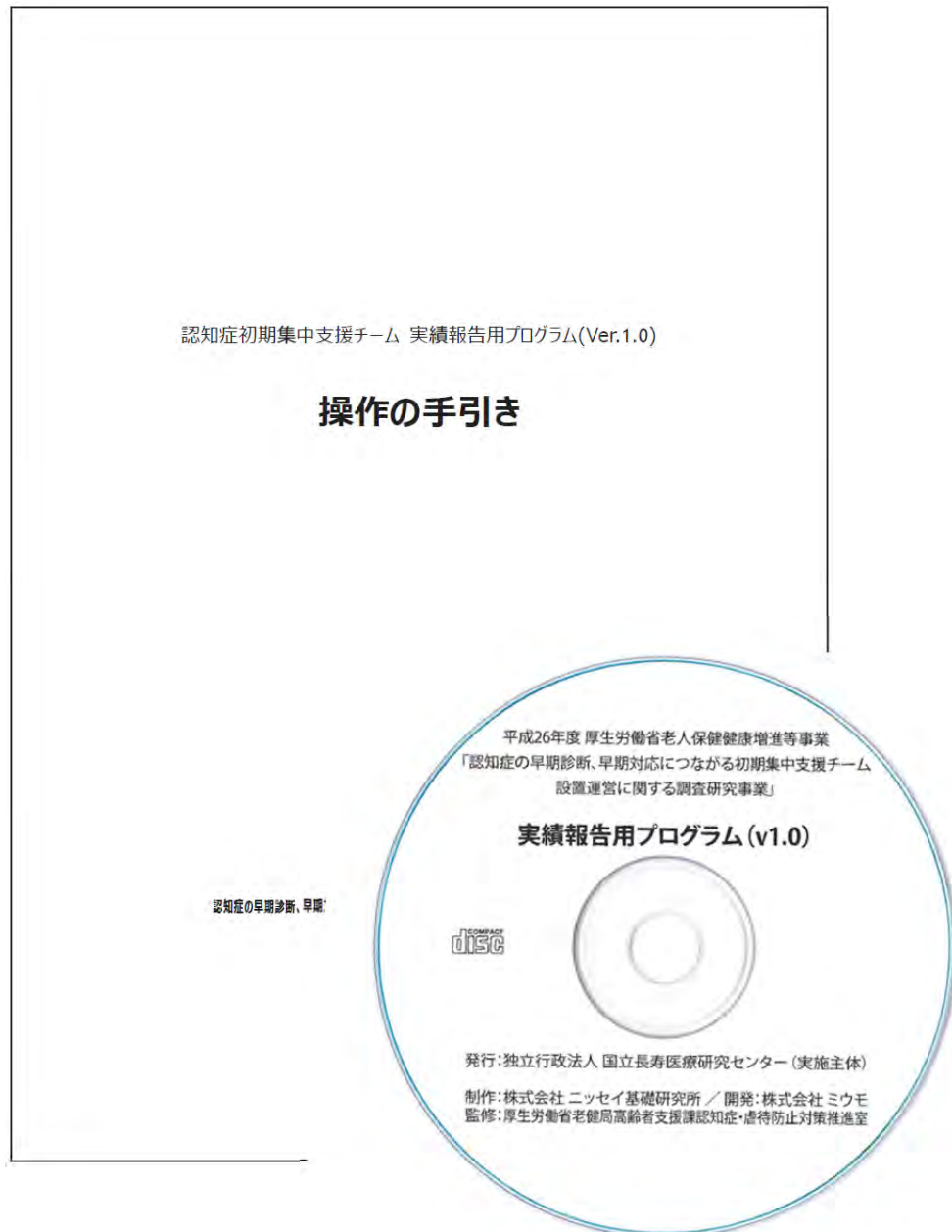
項目中のアセスメント（DASC、DBD13、Zarit8）は、「2）アセスメント」タブ画面と同様の操作で入力します。

最下部の「登録」をクリックすると、選択・入力内容が保存されます。

(5) 操作マニュアル（操作の手引き Ver.1.0）

各地域での認知症初期集中支援の具体的な訪問活動等のスタートに合わせて（少なくとも 1 か月程度の記録の遡りにとどまるように）、平易な表現を使い、画面の多く使い、全体ページ数の圧縮することで、実績報告用プログラムの負担ない操作に資するようなものを作成した。

図表 2-9 操作の手引き(Ver.1.0)



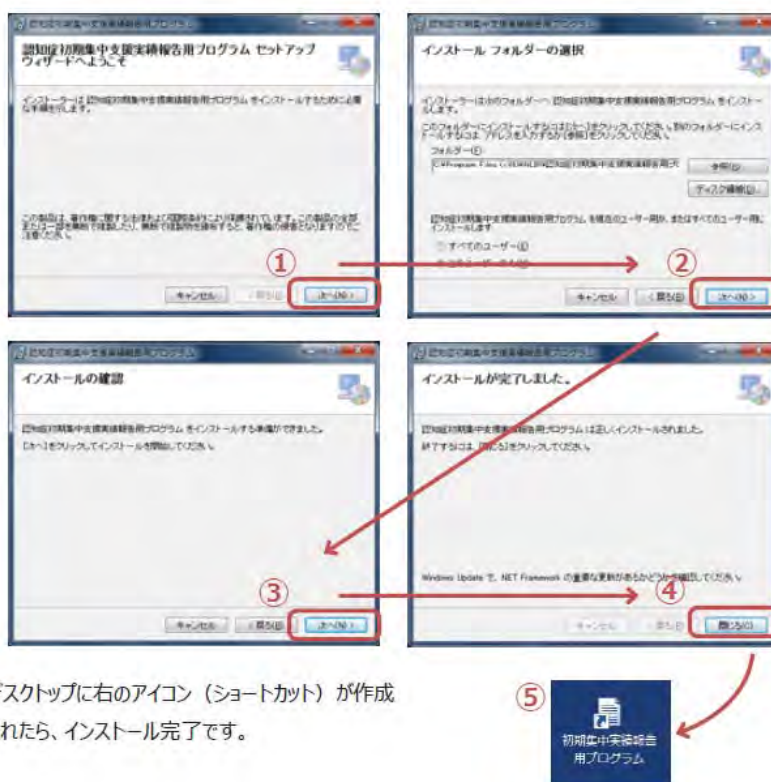
## 0 動作環境・インストール手順

### 0.1 PC 環境

- Windows 8.1、8、7、Vista に対応しています。(Mac OS には対応していません)
- PC は 1 台で管理してください。複数の PC での同時操作・閲覧、また、保存データの移行や統合を行うことはできません。
- データ出力を「CSV ファイル形式」で行うため、Microsoft Office2010 のエクセルがインストールされている PC での利用をお勧めします。
- 可能な限りの検証を行っていますが、制作期間や費用の関係から、あらゆる設置・ネットワーク環境での正常動作の検証を得るまでには至っていません。なるべく貴自治体のネットワークから独立した PC での操作をお勧めします。(出力したファイルの添付送信は問題ありません)

### 0.2 インストールの手順

- 初期集中支援事業の実績データの管理を行う PC に、CD からプログラムをインストールします。
- CD をスロットに挿入後、自動的にインストールがスタートします。その後は、画面の指示に従ってインストールを完了させてください。



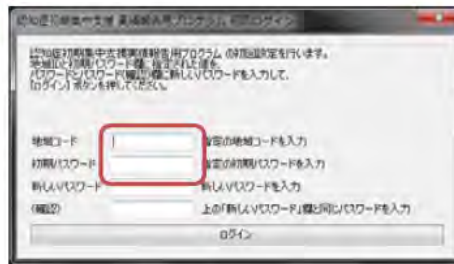
### 0.3 パスワードの設定

- プログラムの初回起動時に、CDと一緒に送っている、地域コード（3桁数字）と初期パスワード（6桁数字）を入力します。その際に、新しいパスワード（任意の6桁数字）を設定します。

※地域コードの入力は初回起動時のみです。

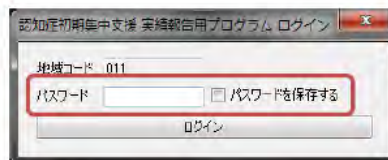
※パスワードの変更や再設定はできませんので、ご注意ください。また、作業者ごと等の複数のパスワード設定もできません。

#### 初回起動時



- 以降のソフト起動時は、初回に入力した地域コードが表示されたパスワード入力ウィンドウが出ます。初回に設定した「新しいパスワード」を入力します。

※パスワードは毎回起動（ログイン）時の入力が必要です（パスワードの保存は可能ですが毎回の入力をお勧めします）。



### 0.4 更新プログラムの提供と実行

- 機能追加や修正の必要がある場合、プログラムの更新を行って頂く場合があります。必要に応じて、更新プログラムを掲載した URL をお知らせ等を行いますので、バージョンアップをお願いします。

### 0.5 本「手引き」での表記のルール

- 入力の項目名は「**□○□**」で表記します。  
使用例：「担当エリア内 認知症高齢者数」は、認知症自立度Ⅱ以上の人数です。
- クリックするボタン名は「**●●●**」で表記します。  
使用例：全てを入力後、[保存] をクリックして、データを確定させてください。
- クリックすると選択肢が現れる部分を **プルダウン** と表記します。  
使用例：年齢は、プルダウンの選択肢から当てはまるものをクリックして選択してください。

### 0.6 平成 26 年度版 実績報告用ソフトの機能

- 本ソフトは、認知症初期集中支援チームの活動実績の報告専用として、平成 26 年度事業の同事業の実施要綱に沿った活動のみを想定して作成されています。

## 1 メインメニュー（スタート画面）と主な機能の説明



- ログインしてプログラムを起動させると本画面を表示します。（初回は対象者一覧にデータはありません）
- ① [チーム情報] では、自治体や認知症初期集中支援チーム（活動主体）の基本情報を入力します。  
クリックすると、基礎情報、費用関連情報、チーム活動情報で構成されるウィンドウ（p.3）が開きます。
- ② [対象者情報（追加）] では、支援対象者に対する個別支援情報を入力します。  
クリックすると、初期集中支援のプロセスに沿った個別情報を入力するウィンドウ（p.6～）が開きます。
- ③ [対象者一覧]には、既に入力または入力途中の対象者が表示されます。  
「対象者 ID」は新規入力時に設定する 数字（最大 6 桁）で表示されます。  
「更新日」は、最後に情報を編集・登録した日付が表示されます。  
「終了者」は、支援終了日付が入力された対象者について、チェックマークが表示されます  
「メモ欄」には、対象者の検索・特定のための任意の入力欄です。  
※個人情報保護の観点から、対象者一覧には性別、年齢(階級)のみが表示されます。  
[編集]（鉛筆マーク）をクリックすると、保存された対象者情報編集のウィンドウが開きます。  
※対象者データを削除する場合は、対象者一覧の該当する対象者にマウスポインタ(矢印)を合わせ、右クリックします。
- ④ [チームデータ確認・出力] では、チーム情報および対象者情報に入力されたデータから自動作成されるチームの各種指標が表示されます。また、厚生労働省への提供用の CSV ファイルを出力できます。（出力手順 p.16～）
- ⑤ [対象者データ出力] では、対象者ごとの全ての保存情報を一括出力（CSV ファイル）できます。  
※CSV ファイルとは、Microsoft Office2010 のエクセルで保存・加工が可能なデータ形式です。  
※集計内容の確認やグラフ作成などに利用できます（ソフトには、追加集計やグラフ作成機能はありません）
- ⑥ [終了] は、プログラムを終了させます。



## 2 チーム情報の入力・編集 (p.3 の①)

### 2.1 基礎情報 (高齢者数やチーム設置母体の入力)

| 項目          | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 累計 | 備考                 |
|-------------|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|----|--------------------|
| 認知症高齢者数     |    |    |    | 39  |     |     |    |    |    |    | 注) チームが対応した地域は赤も表示 |
| 認知症高齢者数(推定) |    |    |    | 12  |     |     |    |    |    |    | 注) チームによる把握数       |
| 認知症高齢者数(推定) |    |    |    | 9   |     |     |    |    |    |    | 注)                 |
| 認知症高齢者数(推定) |    |    |    | 16  |     |     |    |    |    |    | 注)                 |
| 認知症高齢者数(推定) |    |    |    | 11  |     |     |    |    |    |    | 注)                 |
| 認知症高齢者数(推定) |    |    |    | 120 |     |     |    |    |    |    | (推定計画)             |
| 認知症高齢者数(推定) |    |    |    | 9   |     |     |    |    |    |    | (推定計画)             |

- 「基礎情報」は、チームの基本属性や活動地域の情報を入力します。
- 「担当エリア」とは、本年度の事業において、認知症初期集中支援チームの活動範囲として設定したエリアをいいます。(例：市町村全域、市内の東南地区のみ など)
- 「人口」、「高齢者数」、「認知症高齢者数」は、2014年4月1日現在(単位:人)で入力します。  
※ 入力は半角数字のみです。文字(約、人など)や記号(～、-など)を入力すると、チームデータが正しく計算できませんのでご注意ください。
- 「高齢者」は満65歳以上、「認知症高齢者」は認知症日常生活自立度Ⅱ以上とします。
- 「チーム設置形態」は、認知症初期集中支援チームの設置となる、地域包括支援センターや行政、医療機関(病院・診療所)、認知症疾患医療センター等をプルダウンの選択肢から選択します。
- 「保存」は、チーム情報画面の全ての情報を一括して保存します。  
他の費用関連情報(右上)や、チーム活動情報(下)の入力後の保存も可能です。  
※ 「保存」する前に、右下の「閉じる」または右上の「×」をクリックすると、入力内容が保存される前にチーム情報編集ウィンドウが閉じる場合がありますのでご注意ください。

## 2.2 費用関連情報（チーム員の人件費と会議開催コストの入力）

The screenshot shows a software window titled 'チーム活動情報' (Team Activity Information). It contains three main panels:

- 基礎情報 (Basic Information):** A table with fields for '活動中人数' (Number of staff during activity), '活動中人数' (Number of staff during activity), and '活動中人数' (Number of staff during activity).
- 費用関連情報 (Cost Information):** A table with columns '職種' (Job Type), '単価' (Unit Price), and '備考' (Remarks). It lists various job types like '医師' (Doctor), '看護師' (Nurse), etc., with their respective unit prices.
- チーム活動情報 (Team Activity):** A table with columns for months (1月 to 3月) and '費用' (Cost). It shows activity costs for different months.

At the bottom, there are buttons for '保存' (Save) and '閉じる' (Close).

- 「費用関連情報」は、認知症初期集中支援チームの活動コストを算出するための基礎情報です。
  - ※他のコスト（例：燃料費や車両費など）も考えられますが、厚労省への報告では、コストの要素を、人件費と会議開催費に絞って設定しています（ソフトでもその情報を入力します）。
  - ※ここで入力された情報を基に、対象者1人ごとの費用を自動計算します（p.11 参照）。
- チーム員の「職種ごとの平均時間単価」を入力します。
  - ※同一職種が2名以上いる場合でも、平均値等によって1職種の時間単価として入力します。
  - ※表示の職種以外の職種のチーム員がいる場合、「その他職種(①～⑤)」の欄を使って、平均の時間単価を入力します。
  - 「その他職種①」の表示を書き換えることはできません。「その他職種①」を設定する場合は、右端の備考欄にその職種をメモできます。（“理学療法士”を「その他職種①」とするとき、備考欄に「理学療法士」と入力することができます）
  - ※実際の訪問支援においては、チーム員以外の同行者もあり得ますが、ここでは、チーム員に限ってコスト把握を行うため、単価入力は行いません。
- 「チーム会議の平均費用」では、認知症初期集中支援チームのチーム会議を開催する際の平均的なコストを1時間あたりの費用単価で入力します。
  - ※チーム員人件費、会場費、資料費、チーム員以外の参加者への謝金等を全て含む費用です。
  - ※1回あたり、また、当日の状況に応じて、等の把握もあり得ますが、平均的な会議開催費用として1時間あたりの費用で入力します。
- 「保存」は、チーム情報画面の全ての情報を一括して保存します。
  - ※「保存」する際の留意点はp.4と同じです。

### 2.3 チーム活動情報（月次）（チームの月ごとの活動内容の入力）

The screenshot shows a software interface for entering team activity data. It includes a 'Basic Information' section with fields for location, population, and team name. A 'Activity Information' section lists various activity types with their respective counts. The main part is a 'Monthly Activity Information' table with columns for months (7月, 8月, 9月, 10月, 11月, 12月, 1月, 2月, 3月, 4月) and a '合計' (Total) column. A red box highlights the table area. Below the table are '保存' (Save) and '閉じる' (Close) buttons.

○「チーム活動情報（月次）」には、**チームとしての**対象者把握、チーム員会議開催、訪問支援等の各状況を月ごとの合計値を入力します。

○項目ごとの定義は以下の通りです。

- ①「認知症相談件数」：担当エリア内(p.5 参照)で寄せられた認知症関連の相談件数  
※チームが受け付けた・対応した相談に限りません。
- ②「対象者把握数」：支援対象者としてチームが把握した人数  
※実際に、チームによる訪問支援に至ったか否かは問いません。
- ③「初回訪問実施件数」：当月に初回の訪問支援を行った対象者数の合計  
※把握と初回訪問が同一月であるか否かは問いません。
- ④「チーム員会議開催回数」：当月の認知症初期集中支援チームのチーム員会議の回数  
※訪問担当者間的小ミーティングなどは含みません。
- ⑤「会議の総所要時間（分）」：④の会議の所要時間の合計（単位:分）
- ⑥「会議の総取扱件数」：④の会議で取り扱った件数の合計  
※同一対象者が当月内に複数回取り扱われた場合は複数で数えます。

「会議の平均所要時間」と「会議の平均取扱件数」は自動計算します

○【保存】は、チーム情報画面の全ての情報を一括して保存します。

※【保存】する際の留意点は p.4 と同じです。

※チーム情報の入力に続けて「対象者情報」の入力を行う場合、チーム情報の入力情報を【保存】して、チーム情報編集ウィンドウを閉じてから行って下さい。

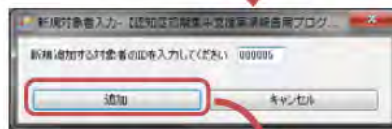
### 3 対象者情報の入力・編集 (p.3 の②・③)

#### 3.1 全体

##### 3.1.1 対象者情報の新規入力 (p.3 の②) (対象者の情報を初めて入力)

対象者情報を **新規に入力** する場合、[対象者情報 (追加)] をクリックします。新規対象者の ID 設定ウィンドウ (小) が表示されます。

対象者の ID は、任意の 6 桁以内の半角数字 (漢字や記号は不可) で設定し、[追加] をクリックすると、新規の対象者情報編集のウィンドウを開きます。(以降は、対象者一覧に表示されます)



新規対象者入力ウィンドウ



##### 3.1.2 既入力の対象者の編集 (p.3 の③) (入力途中の対象者の情報を編集)

途中まで入力済みの対象者について **情報を追加または編集** する場合、対象者一覧の中から該当者を選び、最右にある [編集 (鉛筆マーク)] をクリックし、保存されている対象者情報編集のウィンドウを開きます。



入力途中の対象者編集ウィンドウ



### 3.1.3 対象者情報画面の構成 (対象者の情報を入力する画面の基本構成)

○左最上部に、対象者 ID が表示されます。(誰の入力画面かを確認できます)

①対象者情報画面は、実際の認知症初期集中支援チームの活動プロセス（流れ）に合わせて、3つのタブ（シート）に分けて構成しています。

- ※1タブ目(左)は「①情報収集/②アセスメント」 (①は上記画面の上段、②は下段)
- 2タブ目(中)は「③訪問支援/④チーム員会議」 (③は上段、④は下段；p.11～)
- 3タブ目(右)は「⑤支援終了」 (p.13～)

②【保存】をクリックすると、①情報収集～⑤支援終了までの全て入力内容（入力されているか否かにかかわらず）を保存します。

※【保存】の前に、右下の【閉じる】または右上の【×】をクリックすると、入力内容が保存される前に対象者情報編集ウィンドウが閉じる場合がありますのでご注意ください。

【閉じる】をクリックすると、その対象者の情報編集ウィンドウを閉じます。

③下部左側の【印刷】をクリックすると、対象者情報の保存内容（①情報収集～⑤支援終了までの3つのタブ全ての情報）を印刷します。

### 3.2 「①情報収集／②アセスメント」(タブ 1) (対象者の把握・介入時の情報について入力)

#### 3.2.1 ①情報収集 (上段)

○回答欄右に、▼マークがある項目は、枠をクリックすると項目に対応する選択肢がプルダウン表示されます。情報を把握した時点を基準に、あてはまるものを選択(クリック)回答します。

○主な項目の定義は以下の通りです。

「年齢」：対象者として把握した時点を基準にします。

「把握日付」：日付は以下のいずれかの方法で入力します。①～③のどの方法で入力しても、「H26.9.25」(元号「H」、区切り「.」)で表示されます。(西暦表示はされません)

※日付入力方法(3通り)

①2014.9.25 (西暦、区切り「.」) \*「, (カンマ)」は不可

②20140925 (西暦、8桁数字) \*1桁の場合は「0」を付けて必ず8桁入力

③H26/9/25 (「H」、区切り「/」) \*①と同じ

※漢字(平成など)、「-」ハイフンや空欄を入力することはできません。

「認知症重症度」：認知症の程度を主観的基準で選択します。

※他の疾患(身体合併症等)を加味した重症度ではありません。

「医療」：認知症に関する受診や訪問診療等の医療の状況について選択します。

「介護サービス」：介護保険サービスやインフォーマルサービス等の状況について選択します。

※配食サービスや安否確認等の行政サービスやインフォーマルなサービスも含まれます。

「困難該当」：主観的基準で該当の有無を回答します。

※訪問拒否のケースや、近隣からの苦情が絶えないケースなどが考えられます。

「主治医有無」：主治医(かかりつけ医)の有無について選択します。

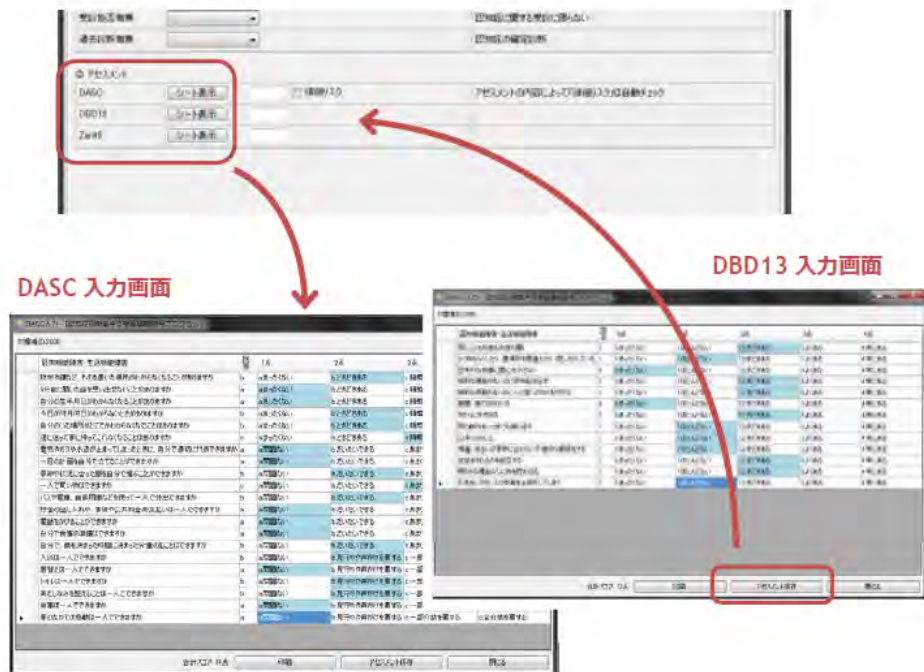
※認知症に関する主治医に限りません。また、現在、受診中か否かも問いません。

「受診拒否有無」：医療機関への受診拒否の状況について選択します。

※認知症医療に限らず、一般診療すべてについての受診意思で考えます。

「過去診断有無」：認知症についての過去の診断の有無を回答します。

### 3.2.2 ②アセスメント（下段）



- 「②アセスメント」では、認知症初期集中支援事業において、ツールとして示されているものうち、「DASC」、「DBD13」、「Zarit8」について、それぞれアセスメント内容(チェック部分のみ)を入力します。
- 項目ごとの「シート表示」をクリックすると、それぞれのアセスメントシート(チェック部分)が、別ウィンドウで表示されます。(上記は DASC と DBD13 のみを例示)
- 該当する選択肢 (a~d または 0~4、0 点~4 点) をクリックすると、選択した枠が水色反転し、中央の「回答」枠に、選択した記号・数字が表示されます。  
 ※回答欄の記号・数字は自動表示です。選択の訂正・修正の場合には、回答欄の文字修正ではなく、選択肢の再チェック(選び直した選択肢が上書き)によって行ってください。
- 下部の「印刷」の左には、回答中の経過(スコア)が表示されます。
- アセスメント項目の選択が終了したら、下部中央の「アセスメント保存」をクリックします。「閉じる」でアセスメントシートを閉じると、結果(スコア)が、「②アセスメント」の回答欄に表示されます。  
 ※「アセスメント保存」をクリックする前に、右下の「キャンセル」または右上の「×」で閉じると、アセスメント項目のチェック内容(回答)が保存されません。
- 「印刷」をクリックすると、チェック内容を反映した各アセスメントの標準様式を印刷します。  
 ※チェック項目部分以外(標準様式の記述部分)への文字入力機能はありません。

### 3.3 「③訪問支援／④チーム員会議」(タブ2) (対象者への支援内容について入力)

#### 3.3.1 ③訪問支援(上段)

○「③訪問支援」では、認知症初期集中支援チームの実際の訪問支援活動について、訪問した日付、その所要時間、および、訪問したチーム員の職種を 訪問ごとに入力します。

○項目の入力方法は以下の通りです。

「訪問日付」：日付は以下のいずれかの方法で入力します。①～③のどの方法で入力しても、「H26.9.25」(元号「H」、区切り「.」)で表示されます。(西暦表示はされません)

※日付入力方法(3通り)

- ①2014.9.25 (西暦、区切り「.」) \*「, (カンマ)」は不可
- ②20140925 (西暦、8桁数字) \*1桁の場合は「0」を付けて必ず8桁入力
- ③H26/9/25 (「H」、区切り「/」) \*①と同じ

※漢字(平成など)、「-」ハイフンや空欄を入力することはできません。

「所要時間」：訪問支援に要した時間を、「分」単位で入力します。

※1時間半の場合、「90」と入力します。

※文字(約など)や記号(～など)を入力すると、費用計算(自動機能；p.11参照)ができませんのでご注意ください。

「訪問職種」：訪問支援を行ったチーム員について、回答欄右の▼マークをクリックして選択肢をプルダウン表示させ、当てはまる職種を選択(クリック)します。

※「**その他職種①～⑤**」は、費用関連情報(p.5)で登録(備考欄入力)した職種として、それぞれ選択して下さい。(「**その他職種①**」の備考欄に「理学療法士」と入力していても、プルダウンの選択肢は「**その他職種①**」のまま表示されます)

※同一職種が複数訪問した場合は、**同じ職種を複数選択**します。

※チーム員以外の訪問同行者がいた場合でも、**チーム員についてのみ選択**します。

※チーム員が3名以上訪問した場合は、職種欄右端の「+」をクリックして、回答枠を増やし、同様に選択します。

○訪問回数が6回以上になった場合は、5回目表示の直下にある「追加▼」をクリックして、回数枠を増やし、同様に選択回答します。(枠の削除機能はありませんのでご注意ください)



### 3.3.2 ④チーム員会議（下段）

| 会議日付      | 所要時間 |
|-----------|------|
| 2014.9.25 | 20分  |
| 20140925  | 20分  |
| 2014.9.25 | 20分  |
| 20140925  | 20分  |
| 2014.9.25 | 20分  |
| 20140925  | 20分  |

○「④チーム員会議」では、チーム員会議について、実施した日付、会議においてその支援対象者が取り扱われた所要時間を 入力します。

○項目の入力方法は以下の通りです。

「会議日付」：日付は以下のいずれかの方法で入力します。①～③のどの方法で入力しても、「H26.9.25」（元号「H」、区切り「.」）で表示されます。（西暦表示はされません）

※日付入力方法（3通り）

①2014.9.25（西暦、区切り「.」） \*「,」（カンマ）は不可

②20140925（西暦、8桁数字） \*1桁の場合は「0」を付けて必ず8桁入力

③H26/9/25（「H」、区切り「/」） \*①と同じ

※漢字（平成など）、「-」ハイフンや空欄を入力することはできません。

「所要時間」：会議での対象者の取扱(検討)時間を、「分」単位で入力します。

※チーム員会議時間全体ではなく、うち対象者が取り扱われた時間で考えます。

※1時間半の場合、「90」と入力します。

※文字（約など）や記号（～など）を入力すると、費用計算（自動機能；p.11参照）ができませんのでご注意ください。

○会議回数が6回以上になった場合は、5回目表示の直下にある「追加 ▼」をクリックして、回数枠を増やしてから、同様に選択回答します。（枠の削除機能はありませんのでご注意ください）

### 3.4 「⑤支援終了」(タブ3) (対象者の支援終了時の情報について入力)

#### 3.4.1 ⑤支援終了

- 「⑤支援終了」では、支援終了段階における、診断病名、医療・介護サービス導入、アセスメント、引継状況等について入力します。
- 回答欄右に、▼マークがある項目は、枠をクリックすると、項目に対応する選択肢がプルダウン表示されます。原則、支援終了時の状況を基準に、あてはまるものを選択(クリック)回答します。
- 主な項目の定義等は以下の通りです。
  - 「認知症以外の疾患内訳」：左側の診断病名の回答で、「その他」を選択した場合のみ、プルダウンで選択肢が表示されるようになります。
  - 「医療導入」：医療機関への受診等の認知症医療の状況について選択します。
  - 「導入日付」等：日付は以下のいずれかの方法で入力します。①～③のどの方法で入力しても、「H26.9.25」(元号「H」、区切り「.」)で表示されます。(西暦表示はされません)  
※日付入力方法(3通り)
    - ①2014.9.25 (西暦、区切り「.」) \*「, (カンマ)」は不可
    - ②20140925 (西暦、8桁数字) \*1桁の場合は「0」を付けて必ず8桁入力
    - ③H26/9/25 (「H」、区切り「/」) \*①と同じ※漢字(平成など)、「-」ハイフンや空欄を入力することはできません。
  - 「DASC」等：「②アセスメント」の入力・選択方法と同様です。(p.10を参照ください)
  - 「不適切経過事例」：主観的基準で該当の有無をプルダウン表示から選択回答します。
  - 「総合評価」：当該対象者の把握から支援終了までの一連の初期集中支援について、主観的基準による自己評価をプルダウン表示から選択回答します。
- 「支援終了(転帰)」の終了日付に入力された対象者を、「終了者」と認識します。スタート画面の対象者一覧にチェックが入ります。

(続き)

|            |       |       |           |   |
|------------|-------|-------|-----------|---|
| 医師導入       | 選択可能  | 導入日付  | ※18.10.01 | 【この標準入力では<br>日付の入力方法は標準のYYYYMMDD、□は0/0/00 |
| 診療サービス導入   | 導入なし  | 導入日付  |           |   |
| 集計標準       | 標準標準  |       |           | 集計終了時の状況                                  |
| DAICCP(7時) | シート表示 | 90    | 標準標準      | 「④アポイント」の入力方法と同様                          |
| DBD(8時~7時) | シート表示 | 10    |           |   |
| 2nd(8時~7時) | シート表示 | 0     |           |   |
| 医師初回優先     | 標準標準  | 登録日付  | ※18.10.10 |   |
| 診療サービス優先   | 利用なし  | 登録日付  |           |   |
| 支援終了後標準    | 在宅標準  | 終了日付  | ※18.10.10 |   |
| 医師初回登録日付   |       |       |           | 登録終了後に18.10.10の日に登録日付                     |
| 手帳の標準標準    | 該当なし  |       |           | 主観的な標準標準                                  |
| 標準標準       | 標準    |       |           | 主観的な標準標準<br>(自動計算)                        |
| 費用         |       | 7,800 |           |   |

印刷 保存 閉じる

ここで自動計算される「(対象者 1 人あたり)費用」は、

- チーム情報の費用関連情報で入力した「会議費用」や「職種別人件費」の 1 時間あたり費用
- 対象者情報の③訪問支援／④チーム員会議で入力した「訪問職種」や「所要時間」等の情報を基準（基礎データ）として、対象者ごとに計算しています。

※1 費用欄に（計算不可）と表示されている場合は、

- i) チーム情報の右上、費用関連情報の単価入力に漏れがある、または
- ii) 対象者情報の「③訪問支援／④チーム員会議」の所要時間入力に漏れがあることが考えられます。ご確認ください。

※2 チームデータの集計(p.15～)の「⑧費用（対応所要額平均）」では、「(計算不可)」となっている対象者を除いたデータで集計します。（他の集計項目では除かれませんが）

○ 3 つのタブ(シート)について、数値入力やプルダウンからの選択回答を行った後、[保存] をクリックすると、①情報収集～⑤支援終了までの全ての入力情報(内容)が保存されます。

※ [保存] の前に、右下の [閉じる] または右上の [×] をクリックすると、入力内容が保存される前に対象者情報編集ウィンドウが閉じる場合がありますのでご注意ください。

○ [印刷] をクリックすると、対象者情報の保存内容（「①情報収集～⑤支援終了」までの全入力情報）を印刷します。

## 4 データ出力・管理

### 4.1 厚労省へのデータ提供（チームデータをCSVファイルで出力・保存）

**チームデータ表示ウィンドウ**

| 項目                 | 単位  | 数値     | 単位  | 数値    | 単位  | 数値    | 単位    | 数値    | 単位    | 数値    | 単位    | 数値    | 単位    | 数値    | 単位    | 数値    | 単位    |
|--------------------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0 集計対象者数           | 人   | 9      |     |       |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 0 職域別・性別           | 人数  | 6,000  | 男性  | 4,520 | 女性  | 1,480 | 男性    | 3,200 | 女性    | 2,800 | 男性    | 1,320 | 女性    | 1,480 | 男性    | 1,480 |       |
| 0 職域別・性別(只・特種)     | 人数  | 2,000  | 男性  | 1,500 | 女性  | 500   | 男性    | 1,000 | 女性    | 500   | 男性    | 500   | 女性    | 500   | 男性    | 500   |       |
| 0 台帳別(雇用・非雇用)      | 円時数 | 11,000 |     |       |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 1 総労働時間            | 時間  | 20     |     |       |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 2 労働時間             | 人   | 17     |     |       |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 3 高齢者人口(65歳以上の高齢者) | 人   | 100.0  |     |       |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 4 性別               | 男性  | 4      | 女性  | 5     |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 5 年齢階級             | 40代 | 0      | 50代 | 0     | 60代 | 1     | 65~69 | 1     | 70~74 | 1     | 75~79 | 1     | 80~84 | 1     | 85~89 | 1     | 90~94 |
| 6 就業状況             | 地方  | 0      | 天橋立 | 2     | その他 | 2     |       | 2     |       | 2     |       |       |       |       |       |       |       |
| 7 地域               | 東A  | 0      | 東B  | 2     | 東C  | 4     | 東D    | 0     | 東E    | 0     | 東F    | 0     | 東G    | 0     | 東H    | 0     | 東I    |
| 8 労働時間             | 数値  | 2      | 数値  | 3     | 数値  | 2     | 数値    | 2     | 数値    | 2     | 数値    | 2     | 数値    | 2     | 数値    | 2     | 数値    |
| 9 労働時間             | 1   | 1      | 2   | 3     | 4   | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    | 11    | 12    | 13    | 14    | 15    | 16    |
| 10 職業              | 職業  | 1      | 職業  | 2     | 職業  | 3     | 職業    | 4     | 職業    | 5     | 職業    | 6     | 職業    | 7     | 職業    | 8     | 職業    |
| 11 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 12 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 13 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 14 高齢者(65歳以上の高齢者)  | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 15 高齢者(65歳以上の高齢者)  | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 16 高齢者(65歳以上の高齢者)  | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 17 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 18 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 19 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 20 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 21 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 22 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |
| 23 個人所得(個人所得)      | 所得  | 1      | 所得  | 2     | 所得  | 3     | 所得    | 4     | 所得    | 5     | 所得    | 6     | 所得    | 7     | 所得    | 8     | 所得    |

**CSVファイルをデスクトップに保存した場合**

○ [チームデータ確認・出力] をクリックすると、まず、集計準備ウィンドウが開きます。下部の [集計] をクリックすると、「チーム情報」データおよび「対象者情報」の入力データから自動作成された、チームとしての各種指標「チームデータ」が表示されます。

※ [集計] 左横の「終了者のみ対象」にチェックを入れると(クリックすると)、支援対象者のうち、終了者 (=「終了日付」に入力あり) のみを再計算してチームデータを表示します。

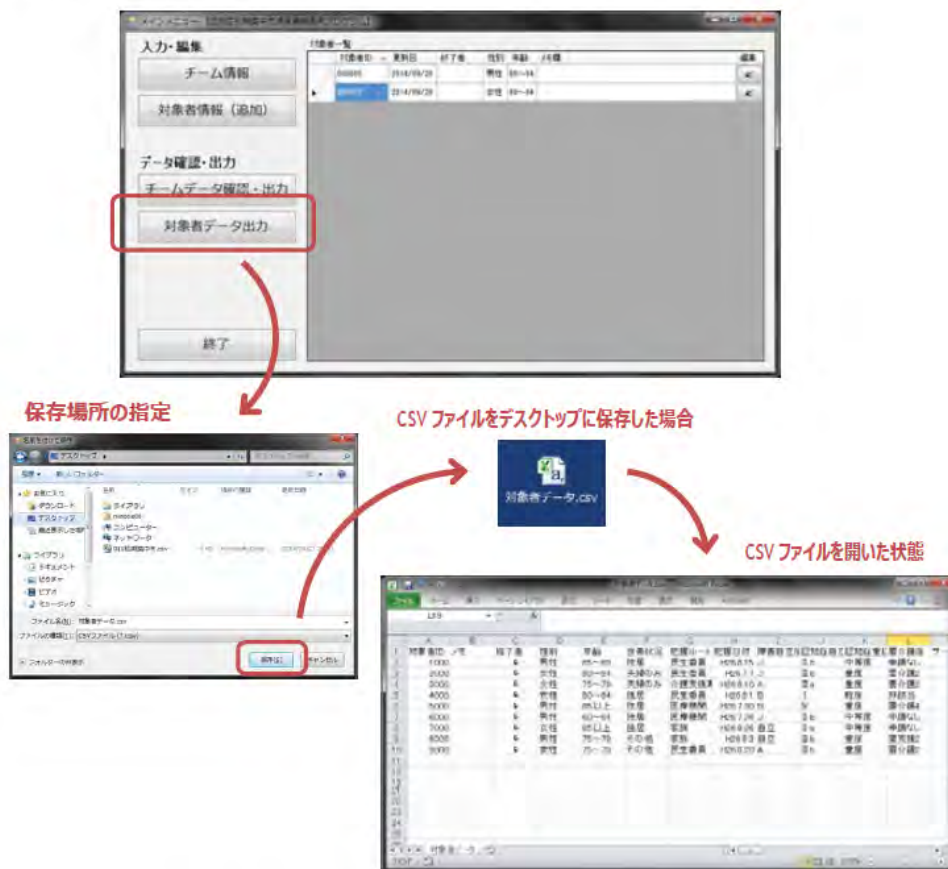
○ 下部右の [ファイル保存] をクリックすると、厚生労働省への提供用のCSV形式ファイルをデスクトップ等に保存します。保存時に、ファイル名として「地域コードと自治体名」を設定して下さい。

※このファイルをそのままメール添付で提出します(詳細は提出時期に改めてお知らせがあります)

○ 下部中央の [印刷] をクリックすると、表示されたチームデータを印刷 (A3用紙) します。

※A4用紙で印刷する場合は、プリンタ環境において縮小設定して下さい(ソフト機能ではない)

#### 4.2 全対象者データの管理（対象者集計データの出力）



○ [対象者データ出力] をクリックすると、全ての対象者の保存データを集計した CSV 形式のファイル  
を出力します。（デスクトップ等に保存した後、エクセルファイルとしての保存が可能です）

※保存されている全ての対象者データを出力します（終了者のみ等の選別はできません）。

※CSV 形式のファイルとは、Microsoft Office2010 のエクセルに置き換え可能なデータ形式です。

※エクセルファイルとして保存するには、CSV ファイルを一旦開いた後、「名前を付けて保存」をする際に、  
下部「ファイルの種類」のプルダウンから [Excel ブック(\*.xlsx)] を選択して保存します。

※エクセルファイルでは、データ確認やグラフ作成等の加工作業に利用できます（ソフト自体にグラフ  
作成機能や集計項目等の拡張機能はありません）。

※対象者データの集計結果全体を印刷する機能はありません。

### 3. 活動実績

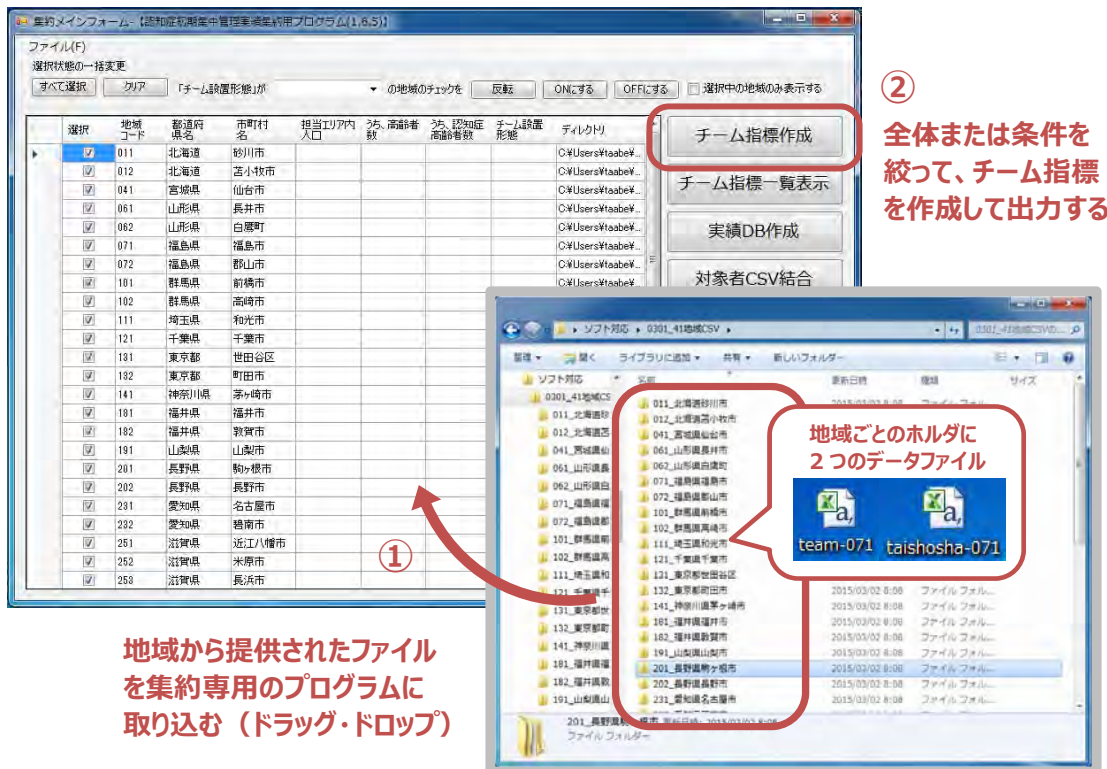
地域支援事業での実施 41 地域の認知症初期集中支援チームの活動について、活動実績の量的データ（3-1）と同時並行で行政担当者に対して実施したアンケートによって収集した数値データ以外の質的な情報（3-2）から、平成 26 年 12 月末までの活動に関する主要な指標について取りまとめた結果を示す。

#### 3-1 データ取りまとめ（ソフトによる量的実績把握）

各地域に配布した実績報告用プログラムでは、チームごとに集計した後のチーム指標データと、入力の対象となった対象者ごとのデータがファイルとして出力することができ、それを厚生労働省にメール送付する形でデータ収集が行われた。

データ収集が行われる時期に向け、地域ごとのデータファイルを統合、集計を行う「実績データ集約プログラム」を作成し、データの結合、集計作業を行った。実績報告用プログラムの設計当初に指標として設定した 55 項目についての集計結果は専用の帳票として出力できるようにした。

図表 2-9 地域から提供されたファイルの集約プログラム（イメージ）



以下では、まず、各地域から提供された実績データを集計・分析するための「集約プログラム」を使用した全体データの集計結果を示し（１）、続いて、委員会等での検討資料とした主なチーム指標についてのデータ分析の結果および評価を取りまとめる（２）。

#### （１）実績データ「集約プログラム」による集計結果

各地域から提供されたデータファイルを専用の集計・分析用プログラムを用いて、検討された認知症初期集中支援チームの活動実績や効果性を示す評価項目について、チームごと、対象者ごとに入力されたデータから、自動計算・表示するプログラムを制作した。

評価項目の数値を表示した集計結果の出カイメージは図表 2-9 の通りである。

なお、データを提供した各地域においても、自地域の同様の指標が表示・印刷される機能を実績報告用プログラムには搭載している。

図表 2-10 集約プログラムによる

|            |    |                       |          |      |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|------------|----|-----------------------|----------|------|-----------|----------|------|---------|----------|------|---------|----------|------|---------|---------|------|---------|--|--|--|--|
|            | 0  | 集計対象者数                | 674      | 人    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
| ①チーム費用(集約) | 0  | 職種単価(円/時間)            | 10,703.5 | 円/時間 | 保健師       | 2,097.7  | 円/時間 | 看護師     | 3,362.6  | 円/時間 | 作業療法士   | 2,724.9  | 円/時間 | 社会福祉士   | 2,109.1 | 円/時間 |         |  |  |  |  |
|            | 0  | 職種単価(その他)(円/時間)       | 2,765.8  | 円/時間 | その他職種①    | 625      | 円/時間 | その他職種②  | 333.3    | 円/時間 | その他職種③  | 500      | 円/時間 | その他職種④  | 500     | 円/時間 |         |  |  |  |  |
|            | 0  | 会議平均費用(円/時間)          | 16,283.4 | 円/時間 |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
| ②チーム情報(集約) | 1  | 相談事例数計                | 8,463    | 件    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 2  | 対象者把握数計               | 1,078    | 人    |           | (12.7%)  |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 3  | 高齢者人口10万対把握人数         |          | 人    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
| ③情報収集      | 4  | 性別                    | 男性       | 251  | (37.2%)   | 女性       | 423  | (62.8%) | 欠損値      | 0    | (674件)  |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 5  | 年齢階級                  | 40代      | 0    | (0.0%)    | 50代      | 6    | (0.9%)  | 60~64    | 7    | (1.0%)  | 65~69    | 26   | (3.9%)  | 70~74   | 63   | (9.4%)  |  |  |  |  |
|            | 6  | 世帯状況                  | 独居       | 207  | (30.8%)   | 夫婦のみ     | 208  | (30.9%) | その他      | 258  | (38.3%) | 欠損値      | 1    | (674件)  |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 7  | 把握ルート                 | 本人       | 25   | (3.7%)    | 家族       | 307  | (45.6%) | 民生委員     | 30   | (4.5%)  | 近隣住民     | 38   | (5.6%)  | 介護支援専門員 | 60   | (8.9%)  |  |  |  |  |
|            | 8  | 障害自立度                 | 自立       | 134  | (21.6%)   | J        | 321  | (51.7%) | A        | 146  | (23.5%) | B        | 17   | (2.7%)  | C       | 3    | (0.5%)  |  |  |  |  |
|            | 9  | 認知症自立度                | I        | 172  | (28.2%)   | IIa      | 165  | (27.1%) | IIb      | 165  | (27.1%) | IIIa     | 72   | (11.8%) | IIIb    | 19   | (3.1%)  |  |  |  |  |
|            | 10 | 重症度                   | 軽度       | 327  | (55.8%)   | 中等度      | 217  | (37.0%) | 重度       | 42   | (7.2%)  | 欠損値      | 88   | (674件)  |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 11 | 介入時)要介護認定状況           | 非該当      | 25   | (3.9%)    | 要支援1     | 41   | (6.3%)  | 要支援2     | 36   | (5.6%)  | 要介護1     | 86   | (13.3%) | 要介護2    | 43   | (6.7%)  |  |  |  |  |
|            | 12 | 介入時)医療利用状況            | 未利用      | 378  | (58.0%)   | かつて利用    | 35   | (5.4%)  | 利用中      | 239  | (36.7%) | 欠損値      | 22   | (674件)  |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 13 | 介入時)介護サービス利用状況        | 未利用      | 515  | (80.0%)   | かつて利用    | 20   | (3.1%)  | 利用中      | 109  | (16.9%) | 欠損値      | 30   | (674件)  |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 14 | 困難事例該当状況              | 該当する     | 284  | (45.9%)   | 該当しない    | 335  | (54.1%) | 欠損値      | 55   | (674件)  |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 15 | 主治医有無                 | あり       | 502  | (76.8%)   | なし       | 152  | (23.2%) | 欠損値      | 20   | (674件)  |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 16 | 受診拒否割合                | あり       | 178  | (29.3%)   | なし       | 429  | (70.7%) | 欠損値      | 67   | (674件)  |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 17 | 介入時の認知症診断状況           | 既に診断済    | 158  | (24.3%)   | 診断なし     | 465  | (71.5%) | 不明       | 27   | (4.2%)  | 欠損値      | 24   | (674件)  |         |      |         |  |  |  |  |
| ④アセスメント    | 18 | DASC実施件数              | 567      | 件    | (79.2%)   |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 19 | DASCスコア               | ~20点     | 0    | (0.0%)    | 21~30点   | 23   | (18.3%) | 31~40点   | 39   | (31.0%) | 41~50点   | 30   | (23.8%) | 51点~    | 34   | (27.0%) |  |  |  |  |
|            | 20 | 徘徊リスク人数               | 171      | 人    | (30.2%)   |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 21 | DBD実施件数               | 508      | 件    | (70.9%)   |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 22 | DBDスコア                | ~10点     | 34   | (29.6%)   | 11~20点   | 42   | (36.5%) | 21~30点   | 31   | (27.0%) | 31点~     | 8    | (7.0%)  | 平均値     | 16.1 | (115件)  |  |  |  |  |
|            | 23 | Zarit実施件数             | 397      | 件    | (55.4%)   |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 24 | Zaritスコア              | ~10点     | 34   | (42.5%)   | 11~20点   | 29   | (36.3%) | 21点~     | 17   | (21.3%) | 平均値      | 13.0 | (80件)   |         |      |         |  |  |  |  |
| ⑤初回訪問支援    | 25 | 初回訪問実施件数              | 652      | 件    | (91.1%)   |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 26 | 高齢者人口10万対初回訪問人数       |          | 人    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 27 | 1事例あたり「初回訪問」~「初回訪問」日数 | ~7日      | 309  | (49.8%)   | 8~14日    | 104  | (16.7%) | 15~30日   | 120  | (19.3%) | 31日~     | 88   | (14.2%) | 平均値     | 15.1 | (621件)  |  |  |  |  |
| ⑥チーム会議     | 28 | チーム会議の開催回数            | 339      | 回    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 29 | 1会議あたり所要時間            | 76.9     | 分    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 30 | 1会議あたり取扱件数            | 4.9      | 件    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 31 | 1事例あたり「初回訪問」~「会議」日数   | ~7日      | 290  | (49.3%)   | 8~14日    | 138  | (23.5%) | 15~30日   | 119  | (20.2%) | 31日~     | 41   | (7.0%)  | 平均値     | 9.9  | (588件)  |  |  |  |  |
|            | 32 | 1事例あたり会議回数            | 2        | 回    |           | 595      | 人    |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 33 | 1事例あたり所要時間            | 20.0     | 分    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
| ⑦初期集中支援    | 34 | 1事例あたり「初回訪問」~「終了」日数   | ~30日     | 75   | (35.7%)   | 31~60日   | 44   | (21.0%) | 61~90日   | 33   | (15.7%) | 91日~     | 58   | (27.6%) | 平均値     | 59.4 | (210件)  |  |  |  |  |
|            | 35 | 1事例あたり訪問回数            | 3.3      | 回    |           | 215      | 人    |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 36 | 訪問延回数                 | 1,941    | 回    |           |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 37 | 医療につながるまでの日数          | 52.2     | 日    |           | 69       | 人    |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 38 | 終了時)医療利用状況            | 通院治療     | 57   | (51.4%)   | 服薬のみ     | 6    | (5.4%)  | 導入なし     | 48   | (43.2%) | 欠損値      | 22   | (133件)  |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 39 | 介護サービスにつながるまでの日数      | 73.6     | 日    |           | 114      | 人    |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 40 | 終了時)介護サービス利用状況        | 介護保険     | 56   | (40.6%)   | インフォーマル  | 16   | (11.6%) | 併用       | 13   | (9.4%)  | 導入なし     | 53   | (38.4%) | 欠損値     | 14   | (152件)  |  |  |  |  |
|            | 41 | 終了時)要介護認定状況           | 非該当      | 1    | (0.5%)    | 要支援1     | 12   | (5.9%)  | 要支援2     | 11   | (5.4%)  | 要介護1     | 61   | (29.8%) | 要介護2    | 29   | (14.1%) |  |  |  |  |
|            | 42 | 終了時)認知症診断状況           | アルバイパー型  | 38   | (41.3%)   | 血管性      | 11   | (12.0%) | レビー小体型   | 6    | (6.5%)  | 前頭側頭葉    | 4    | (4.3%)  | 混合型     | 9    | (9.8%)  |  |  |  |  |
|            | 43 | 終了時)認知症以外の疾患          | 正常       | 5    | (25.0%)   | MCI      | 7    | (35.0%) | うつ病      | 0    | (0.0%)  | その他の精神疾患 | 8    | (40.0%) | 欠損値     | 4    | (24件)   |  |  |  |  |
|            | 44 | 認知症診断の導入割合            | 65.8%    | %    | 100人/152人 |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 45 | 認知症診断の確定割合            | 68.0%    | %    | 68人/100人  |          |      |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 46 | 終了時)DASCスコア           | ~20点     | 3    | (2.4%)    | 21~30点   | 19   | (15.1%) | 31~40点   | 34   | (27.0%) | 41~50点   | 33   | (26.2%) | 51点~    | 37   | (29.4%) |  |  |  |  |
|            | 47 | 終了時)DBDスコア            | ~10点     | 38   | (33.0%)   | 11~20点   | 51   | (44.3%) | 21~30点   | 23   | (20.0%) | 31点~     | 3    | (2.6%)  | 平均値     | 14.6 | (115件)  |  |  |  |  |
|            | 48 | 終了時)Zaritスコア          | ~10点     | 43   | (53.8%)   | 11~20点   | 26   | (32.5%) | 21点~     | 11   | (13.8%) | 平均値      | 10.7 | (80件)   |         |      |         |  |  |  |  |
| ⑧サービス連携    | 49 | 医療の引継状況               | 専門医療機関   | 34   | (28.6%)   | 主治医継続    | 52   | (43.7%) | その他      | 6    | (5.0%)  | 引継なし     | 27   | (22.7%) | 欠損値     | 14   | (133件)  |  |  |  |  |
|            | 50 | 介護サービスの引継状況           | 介護支援専門員  | 60   | (43.2%)   | 地域包括     | 56   | (40.3%) | その他      | 6    | (4.3%)  | 引継なし     | 17   | (12.2%) | 欠損値     | 13   | (152件)  |  |  |  |  |
|            | 51 | 転帰の状況                 | 在宅継続     | 178  | (82.8%)   | 入院       | 24   | (11.2%) | 入所・入居    | 6    | (2.8%)  | その他      | 3    | (1.4%)  | 死亡      | 4    | (1.9%)  |  |  |  |  |
| ⑨モニタリング    | 52 | モニタリングまでの期間           | 55.4     | 日    |           | 81       | 人    |         |          |      |         |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 53 | 不適切な経過 該当状況           | 該当する     | 3    | (3.8%)    | 該当しない    | 75   | (96.2%) | 欠損値      | 3    | (81件)   |          |      |         |         |      |         |  |  |  |  |
|            | 54 | 総合評価                  | とても改善    | 9    | (11.1%)   | 改善       | 26   | (32.1%) | やや改善     | 19   | (23.5%) | 不変       | 20   | (24.7%) | やや悪化    | 4    | (4.9%)  |  |  |  |  |
| ⑩費用        | 55 | 対応所要額平均               | 26,906.1 | 円    | 中央値       | 24,512.5 | 円    | 標準偏差    | 20,234.9 | 円    | (合計人数)  | 154      | 人    |         |         |      |         |  |  |  |  |



## 集計結果（出力帳票）

|       |         |      |         |         |      |
|-------|---------|------|---------|---------|------|
| 介護福祉士 | 1,913.8 | 円/時間 | 精神保健福祉士 | 3,016.9 | 円/時間 |
|-------|---------|------|---------|---------|------|

|       |     |         |       |     |         |      |     |         |     |   |        |
|-------|-----|---------|-------|-----|---------|------|-----|---------|-----|---|--------|
| 75～79 | 155 | (23.0%) | 80～84 | 228 | (33.9%) | 85以上 | 188 | (27.9%) | 欠損値 | 1 | (674件) |
|-------|-----|---------|-------|-----|---------|------|-----|---------|-----|---|--------|

|      |    |        |     |     |         |     |   |        |
|------|----|--------|-----|-----|---------|-----|---|--------|
| 医療機関 | 61 | (9.1%) | その他 | 152 | (22.6%) | 欠損値 | 1 | (674件) |
|------|----|--------|-----|-----|---------|-----|---|--------|

|     |    |        |
|-----|----|--------|
| 欠損値 | 53 | (674件) |
|-----|----|--------|

|    |   |        |   |   |        |     |    |        |
|----|---|--------|---|---|--------|-----|----|--------|
| IV | 8 | (1.3%) | M | 8 | (1.3%) | 欠損値 | 65 | (674件) |
|----|---|--------|---|---|--------|-----|----|--------|

|      |   |        |      |   |        |      |   |        |      |     |         |     |    |        |     |    |        |
|------|---|--------|------|---|--------|------|---|--------|------|-----|---------|-----|----|--------|-----|----|--------|
| 要介護3 | 9 | (1.4%) | 要介護4 | 6 | (0.9%) | 要介護5 | 1 | (0.2%) | 申請なし | 358 | (55.4%) | 申請中 | 41 | (6.3%) | 欠損値 | 28 | (674件) |
|------|---|--------|------|---|--------|------|---|--------|------|-----|---------|-----|----|--------|-----|----|--------|

|     |      |        |
|-----|------|--------|
| 平均値 | 42.3 | (126件) |
|-----|------|--------|

|     |     |      |      |     |    |        |
|-----|-----|------|------|-----|----|--------|
| 中央値 | 8.0 | 標準偏差 | 21.1 | 欠損値 | 53 | (674件) |
|-----|-----|------|------|-----|----|--------|

|     |     |      |      |     |    |        |
|-----|-----|------|------|-----|----|--------|
| 中央値 | 8.0 | 標準偏差 | 17.5 | 欠損値 | 86 | (674件) |
|-----|-----|------|------|-----|----|--------|

|     |      |      |      |     |   |        |
|-----|------|------|------|-----|---|--------|
| 中央値 | 50.5 | 標準偏差 | 69.9 | 欠損値 | 5 | (215件) |
|-----|------|------|------|-----|---|--------|

|      |    |        |      |   |        |      |   |        |      |    |         |     |    |        |     |    |        |
|------|----|--------|------|---|--------|------|---|--------|------|----|---------|-----|----|--------|-----|----|--------|
| 要介護3 | 10 | (4.9%) | 要介護4 | 3 | (1.5%) | 要介護5 | 2 | (1.0%) | 申請なし | 60 | (29.3%) | 申請中 | 16 | (7.8%) | 欠損値 | 10 | (215件) |
|------|----|--------|------|---|--------|------|---|--------|------|----|---------|-----|----|--------|-----|----|--------|

|     |    |         |     |   |        |
|-----|----|---------|-----|---|--------|
| その他 | 24 | (26.1%) | 欠損値 | 8 | (100件) |
|-----|----|---------|-----|---|--------|

|     |      |        |        |     |
|-----|------|--------|--------|-----|
| 平均値 | 42.4 | (126件) | 介入時の差異 | 0.1 |
|-----|------|--------|--------|-----|

|         |      |
|---------|------|
| 介入前との差異 | -1.5 |
|---------|------|

|     |   |        |
|-----|---|--------|
| 欠損値 | 0 | (215件) |
|-----|---|--------|

|    |   |        |       |   |        |     |   |       |
|----|---|--------|-------|---|--------|-----|---|-------|
| 悪化 | 3 | (3.7%) | とても悪化 | 0 | (0.0%) | 欠損値 | 0 | (81件) |
|----|---|--------|-------|---|--------|-----|---|-------|

(2) 活動実績取りまとめ（第2回委員会資料より）

「実績報告用プログラム」および「集約プログラム」でのデータ集計作業では、地域ごとのチーム指標化を経て、41のチーム指標（集計結果）の統合を行う、というプロセスを前提としていたため、細部の入力漏れや入力内容の不整合などが、完全には整除（データクリーニング）しきれない構成であった。

よって、収集したデータで大枠の活動実績の把握（1）をした上で、各地域のチーム指標とは別に提供された「対象者データファイル」から別途データベースを作成し、重要と考えた指標について、委員会への報告・検討のための資料として取りまとめた。その結果（委員会資料）を以下に示す。

① 資料目次

55項目のチーム指標について、大きく「1 実施地域概要」、「2 対象者概要」、「3 訪問支援・チーム員会議詳細」、「4 終了時の状況（変化・効果）」に分けて整理した。

図表 2-11-1 集計目次（第2回委員会資料より）

| 目次                                   |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>1 実施地域概要</b>                      |   |
| (1) 地域概要                             | 人口・高齢化率（別紙）   |
| (2) チーム概要                            | チーム員数・職種、設置場所、 <b>職種・チーム会議単価</b>                            |
| <b>2 対象者概要</b>                       |   |
| (1) 基礎情報                             | 性別、年齢、世帯状況、 <b>把握ルート、困難事例</b>                               |
| (2) 介入時の状況                           | 医療利用、認知症診断、介護サービス利用   |
| (3) アセスメント                           | DASC（ <b>徘徊リスク</b> ）  |
| <b>3 訪問支援・チーム員会議詳細</b>               |   |
| (1) 支援期間                             | <b>把握～初回訪問、初回訪問～終了</b> （日数分布、平均値）<br><b>医療・介護につながるまでの日数</b> |
| (2) 所要額                              | 事例あたり <b>所要額</b> （訪問＋会議）                                    |
| <b>4 終了時の状況（変化・効果）</b>               |   |
| <b>医療・介護サービス利用、認知症診断/内訳、転帰、不適切事例</b> |   |

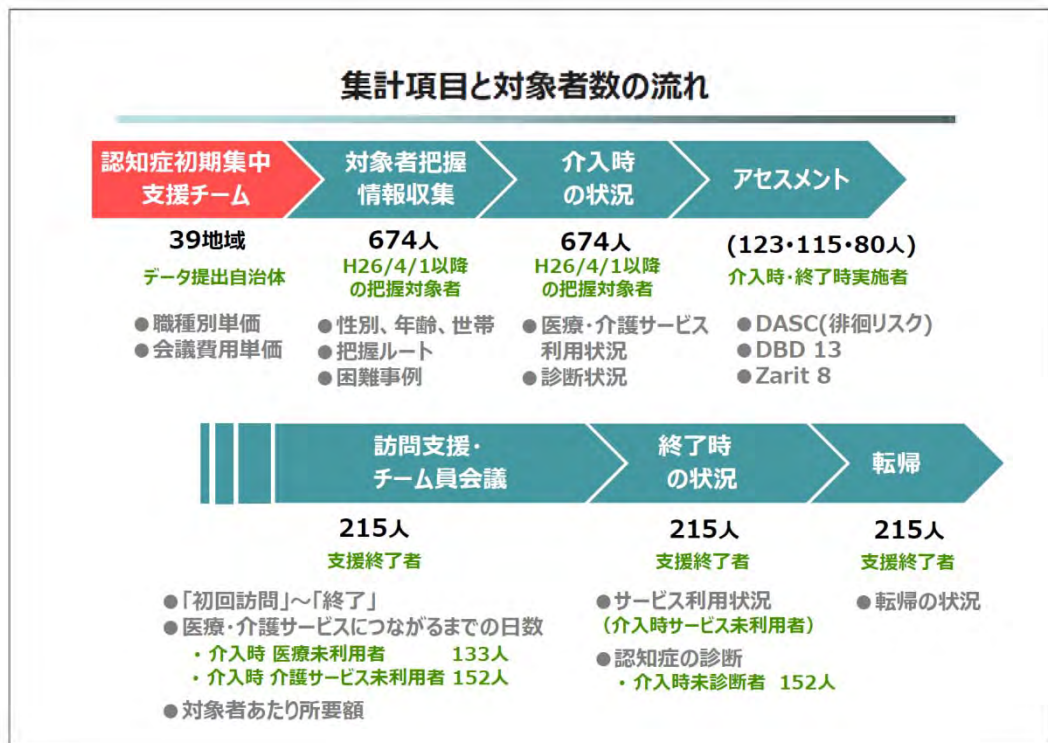
② 集計項目と対象者数の流れ

対象者データの提供のあった 39 地域（具体的な支援実績がなく対象者データの提供がなかった 2 地域を除く）について、平成 26 年 4 月 1 日以降の把握対象者のデータ N=674 に絞って集計・分析を行った。

また、アセスメントの項目では介入時、終了時の 2 つの実施においてデータ入力のあった対象者に、支援の効果等を示す後半項目では、さらに上記の 674 人から支援終了者 N=215 に絞って集計・分析を行った。

集計項目ごとの対象者（N）数の流れは以下のスライドのとおりである。

図表 2-11-2 集計項目と対象者数の流れ



### ③ 職種別単価・チーム員会議単価

対象者への訪問支援、チーム員会議の実績から 1 人あたりの所要額を算出するための基礎データとして、チームごとにチーム員の職種別に 1 時間あたり単価とチーム員会議開催費用を入力頂いた。

下記は 39 地域の平均値を一覧にしたものである。専門医（医師）は 10,703.5 円、以下、保健師 2,097.7 円、看護師 3,362.6 円、作業療法士 2,724.9 円、社会福祉士 2,109.1 円、介護福祉士 1,913.8 円と続いた。また、チーム員会議の 1 時間あたりの開催費用は 16,283.4 円であった。

図表 2-11-3 職種別単価・チーム員会議単価

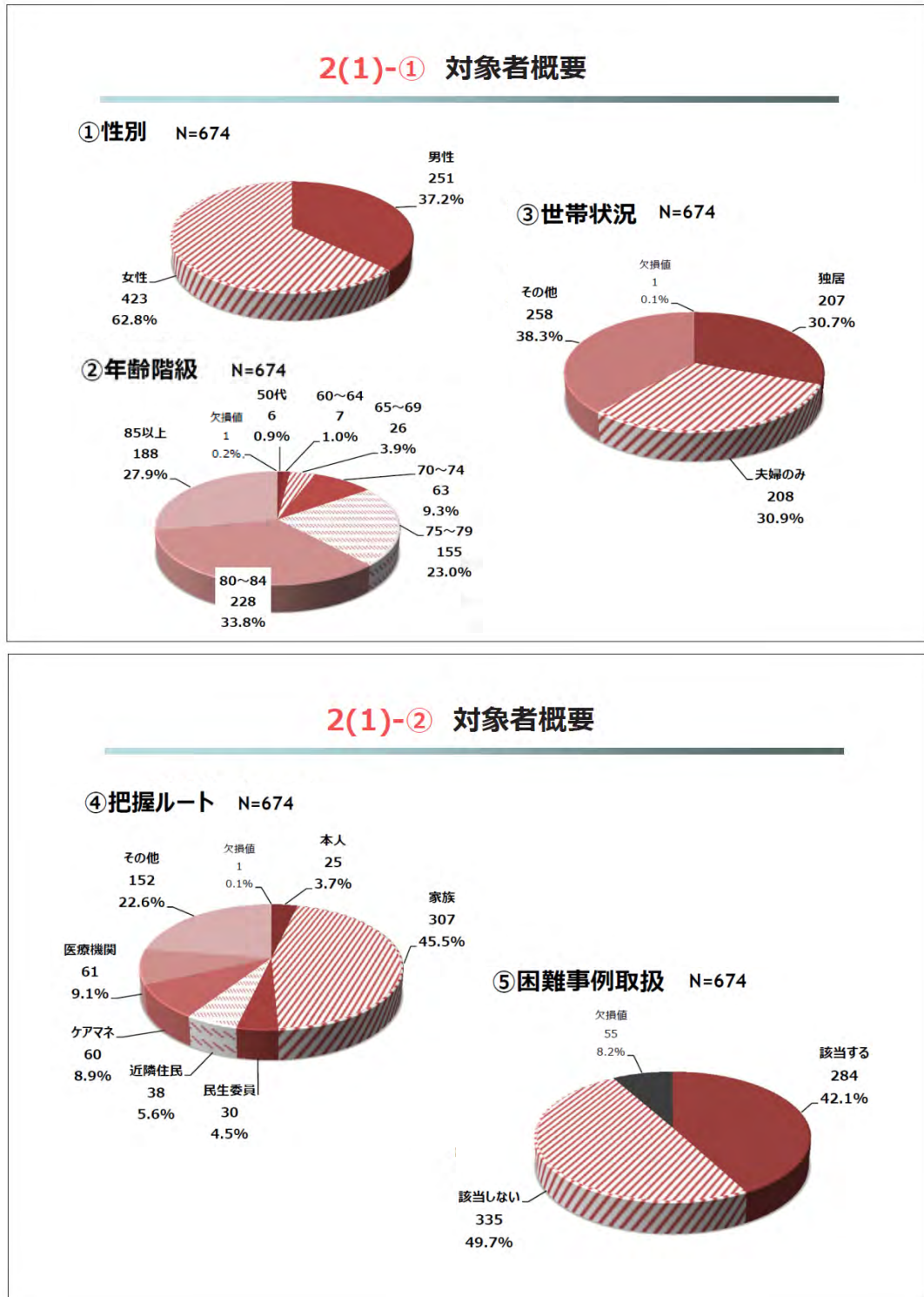
| 1(2) 職種別単価・チーム員会議単価 |          |     |
|---------------------|----------|-----|
| 医師                  | 10,703.5 | 円/時 |
| 保健師                 | 2,097.7  | 円/時 |
| 看護師                 | 3,362.6  | 円/時 |
| 作業療法士               | 2,724.9  | 円/時 |
| 社会福祉士               | 2,109.1  | 円/時 |
| 介護福祉士               | 1,913.8  | 円/時 |
| その他                 | 2,765.8  | 円/時 |
| チーム員会議              | 16,283.4 | 円/時 |

#### ④ 対象者概要

対象者 N=674 の概要では、性別、年齢階級、世帯状況等からは、認知症初期集中支援チームの対象者はごく一般的な構成となっており、特異な対象群ではなかった。

なお、把握ルートは昨年度同様に本人・家族からが半数を占め、また、約 4 割が困難事例に該当していた。

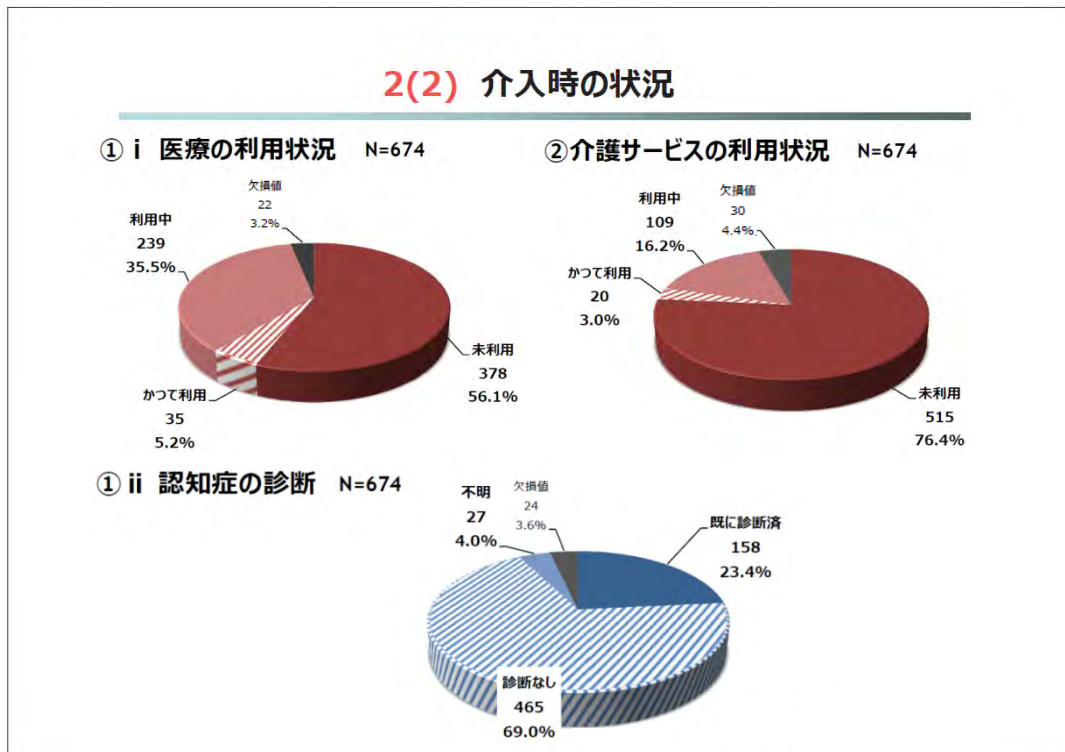
図表 2-11-4 対象者概要



⑤ 介入時の状況

介入時の状況としては、医療の利用状況（定期的な受診の有無等）について、「未利用」が56.1%、「かつて利用」が5.2%、「利用中」が35.5%であった。また、認知症診断の有無について、「既に診断済み」が23.4%、「診断なし」が69.0%（465人）であった。他方、介護サービスの利用状況（介護保険サービスの利用等）について、「未利用」が76.4%、「かつて利用」が3.0%、「利用中」が16.2%であった。

図表 2-11-5 介入時の状況



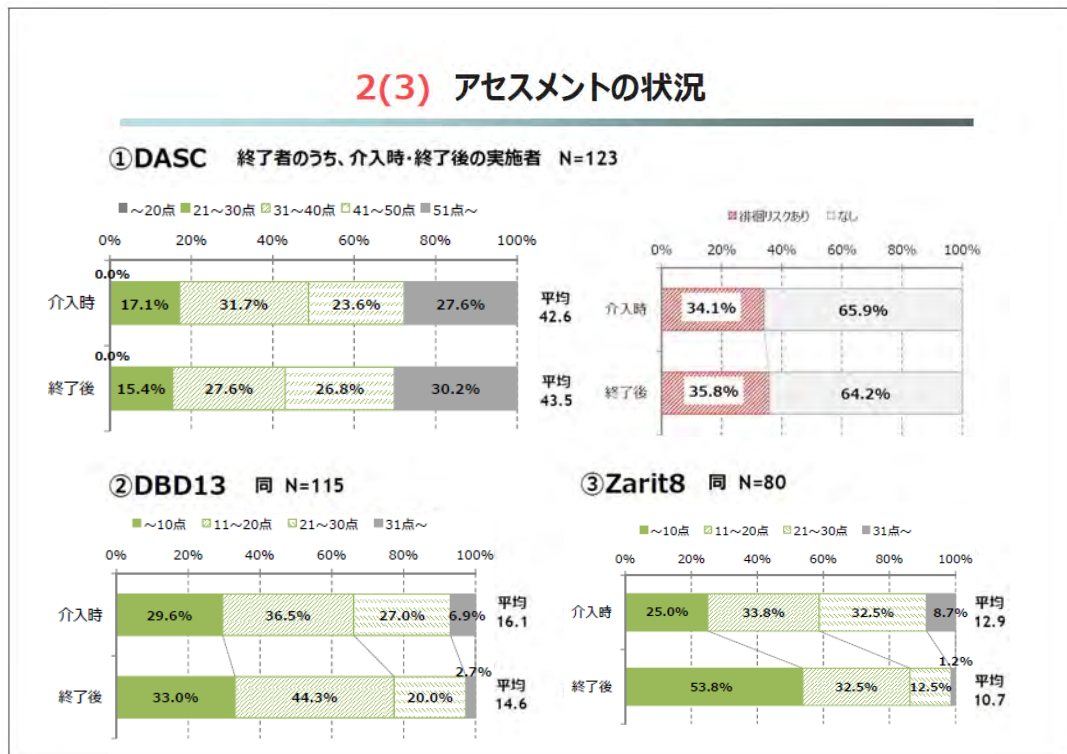
⑥ アセスメントの状況（介入時、終了時）

介入時および終了時に実施するアセスメントとして示されている、DASC、DBD13、Zarit8について、支援終了者 N=215 のうち、介入時・終了時ともアセスメント結果のある対象者について、スコア階級別の構成割合をみた。

DASC（N=123）では、介入時に比べ、終了時のスコアの構成割合が、全体的に高得点層の割合が増加している傾向が見られた。平均値は 0.9 ポイント増であった。なお、DASC の 21 項目のうち、「徘徊リスク」に関する 2 項目（5：「自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか」、6：「道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか」）に「ときどきある」以上のチェックが入った場合の“徘徊リスク”について、「あり」としたのが、34.1%から 35.8%に増加していた。

DBD13（N=115）は、「～10 点」、「11～20 点」の低得点層が大きく増加していた。平均値は 1.5 ポイントの減であった。介護負担を示す Zarit8（N=80）でも、「～10 点」の層が 30%以上増加し、大きく改善を示していた。

図表 2-11-6 アセスメントの状況



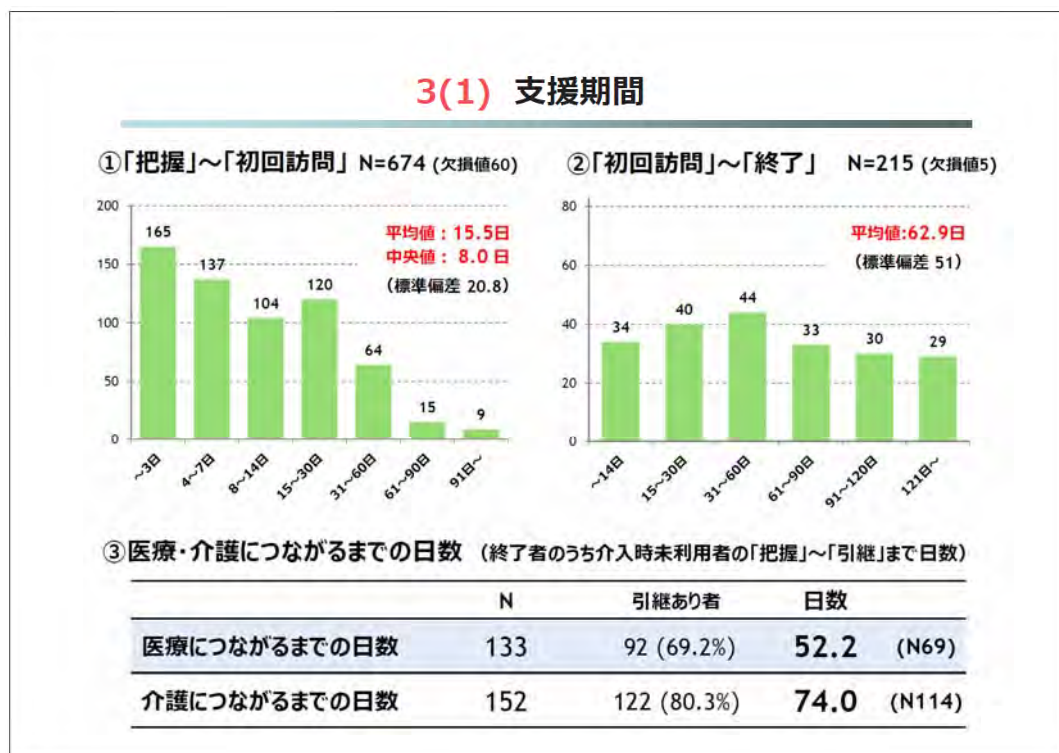
⑦ 支援期間

チーム指標として着目した支援期間として、まず、「把握～初回訪問」のファーストコンタクトまでの期間についてみると、欠損値を除く614人のうち、「～3日」が165人と最も多く、「4～7日」が137人と続き、約半数が把握から1週間以内に初回訪問に至っていた。平均値は15.5日、中央値は8.0日、なお、標準偏差は20.8であった。

続いて、「初回訪問から終了」の具体的な支援期間までの期間についてみると、欠損値を除く210人のうち、「31～60日」が44人と最も多く、「15～30日」が40人と続いた。グラフからもばらつきが大きいことが確認できるが、平均値は62.9日、標準偏差は51であった。

また、認知症初期集中支援チームの主たる役割ともされる「医療・介護につながるまで（把握から引継）」の日数は、医療につながるまでの日数が、終了者のうち介入時未利用者の「把握～引継」まで日数 133人のうち、「引継あり」が92人（69.2%）、日数平均が52.2日（N=69）であった。一方、介護につながるまでの日数が、同152人のうち、「引継あり」が122人（80.3%）、日数平均が74.0日（N=114）であった。

図表 2-11-7 支援期間





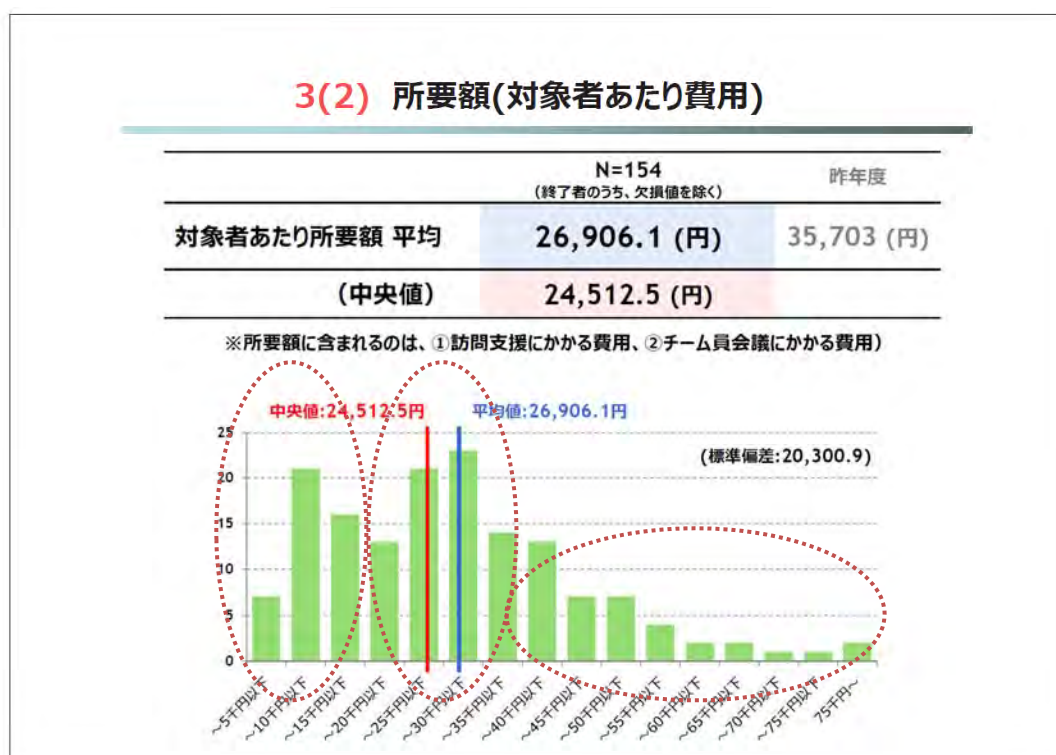
⑧ 所要額（対象者あたり費用）

前述の通り、チームごとの職種別の単価、チーム員会議の単価および、対象者ごとの訪問支援回数等とチーム員会議取扱時間などから算出した所要額の状況を見ると、終了者のうち上記 4 要素に入力漏れがなかった 154 人の平均では 26,906.1 円、中央値は 24,512.5 円であった（標準偏差は 20,300.9）。

なお、昨年度の平均値である 35,703 円からは約 10,000 円の減となっているが、データ収集方法や 1 人あたりの費用に含まれる要素の違いもあり、単純比較は難しい。

また、5,000 円刻み階級での分布をみると、15,000 円以下の低費用群、15,001～35,000 円以下の中費用群、それ以上の高費用群、に分けられる傾向が確認できた。

図表 2-11-8 所要額（対象者あたり費用）



⑨ 終了時の状況（医療・介護サービス利用状況）

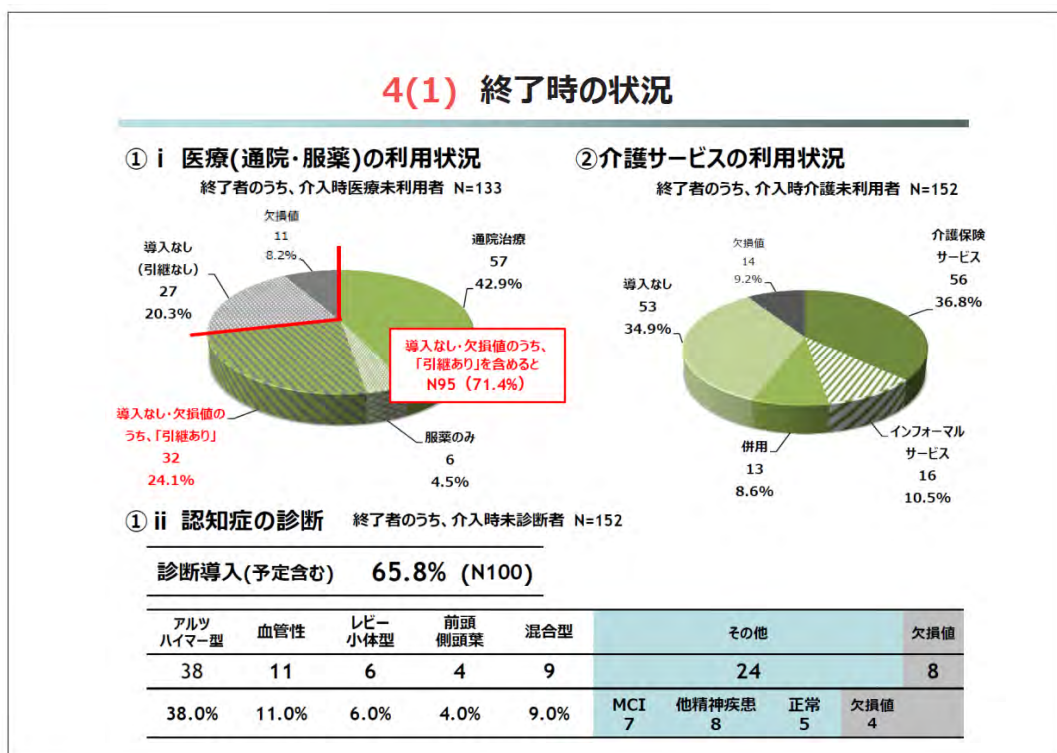
終了時の状況として、まず、医療（通院・服薬）の利用状況（① i）について、終了者で介入時医療未利用者133人のうち、「通院治療」が57人（42.9%）、「服薬のみ」6人（4.5%）、「導入なし」48人（36.1%）、欠損値22人となった。

もともと、「導入なし」「欠損値」70人のうち、『引継あり』は32人にのぼり、上記にこれを含めて考えると、95人（71.4%）が介入時未利用から医療につながったと考えられる。

続いて、認知症の診断（① ii）については、終了者で介入時未診断者152人のうち、「診断」導入に至った（予定を含む）のは100人（65.8%）であった。その100人の診断名内訳は、「アルツハイマー型認知症」が38人、「血管性認知症」が11人、「レビー小体型認知症」6人、「前頭側頭葉変性症」4人、「混合型認知症」9人、「その他」24人であった（その他24人の内訳は、「MCI」が7人、「その他の精神疾患」が8人、正常が5人であった）。

一方、介護サービスの利用状況（②）は、終了者で介入時介護未利用者152人のうち、「介護保険サービス」の利用が56人（36.8%）、「インフォーマルサービス」が16人（10.5%）、「併用」が13人（8.6%）であった。

図表 2-11-9 終了時の状況（医療・介護サービス利用状況）

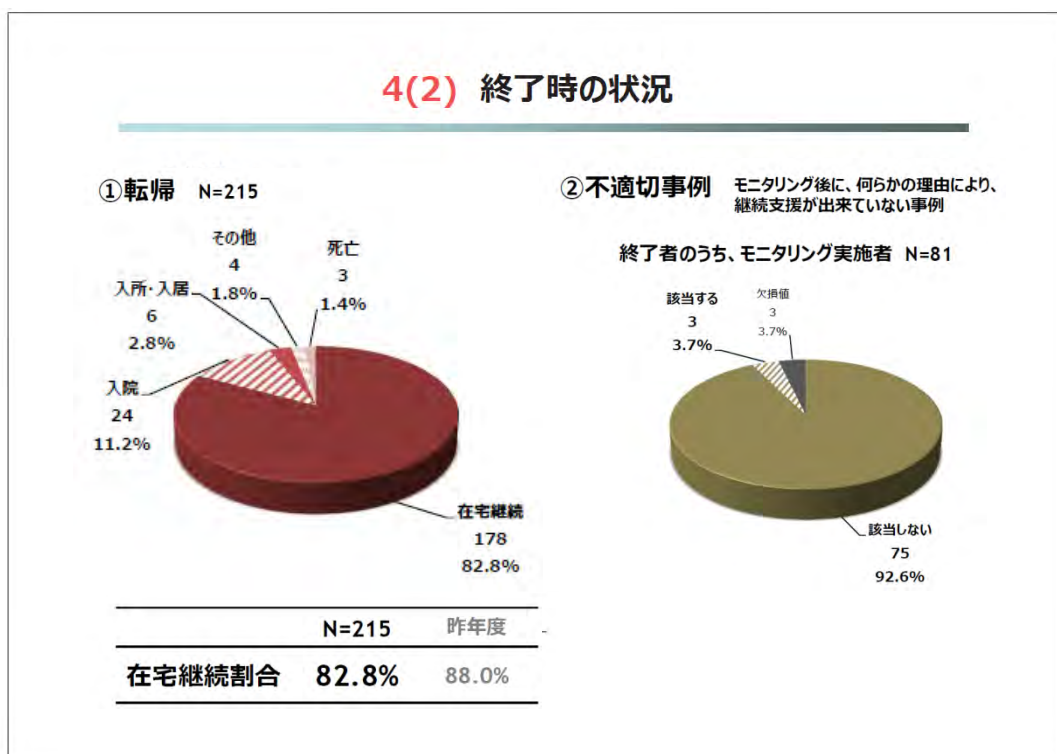


⑩ 終了時の状況（転帰等）

まず、転帰の状況は、終了者 215 人のうち、「在宅継続」が 178 人（82.8%）、「入院」が 24 人（11.2%）、「入所・入居」が 6 人（2.8%）であった。

また、支援終了後、モニタリングを実施した 81 人について、何らかの理由により継続支援ができていない不適切事例にあたるか、をみると、「該当しない」が 75 人（92.6%）とほとんどを占めていた。

図表 2-11-10 終了時の状況（転帰等）



### 3-2 量的実績以外の状況の取りまとめ（質の実績）

訪問支援やチーム員会議に関する量的なデータ収集と並行して、チームの活動地域におけるチームの普及啓発や協力体制作りについても、アンケート等で情報収集を行った。

#### (1) 普及啓発について

関係者（協力者）へのチーム設置等についての普及啓発は概ね何らかの形で行われていた。特に、チーム活動において対象者のかかりつけ医等の協力は不可欠であり、医師会等の団体の理解は重要であるため、多くの地域で周知活動が行われていた。

図表 2-12-1 量的実績以外の状況の取りまとめ①

| 市町村名     | 1 普及啓発                                      |                                |
|----------|---|--------------------------------|
|          | (1) チームに関する事                                | (2) 認知症全般に関する事                 |
| 1 砂川市    | ○ 家族会、ケアマネ、医師会、薬剤師会、歯科医師会、民生委員等             | ○ 市民等                          |
| 2 苫小牧市   | ○ GH、調剤薬局、介護関係事業所等                          | ○ 小学校、高校、理美容組合、老人クラブ等          |
| 3 仙台市    | ○ 医師、地域包括支援センター等                            | ○ 郵便局職員、介護関係事業所等               |
| 4 長井市    | ○ 医師会、歯科医師会、ケアマネ、民生委員等                      | ○ 警察署員、老人クラブ、介護関係事業所等          |
| 5 白鷹町    | ○ 民生委員、区長、町民、商工会等                           | ○ 町議会議員、老人クラブ等                 |
| 6 福島市    | ○ 包括支援センター、医師会、薬剤師会、看護職員等                   | ○ 小中高校、銀行職員、市民等                |
| 7 郡山市    | ○ 地域包括支援センター、医師、疾患センター等                     | ○ 銀行職員、教職員、タクシー協会、医師会、歯科医師会等   |
| 8 前橋市    | ○ 医師会、疾患センター、家族会等                           | ○ 市民、病院関係者、患者家族                |
| 9 高崎市    | ○ 医師会、ケアマネ、在宅介護支援センター等                      | ○ 市民、小学校など                     |
| 10 和光市   | ○ 医師会、介護関係事業所、医療機関等                         | ○ 高校、地区組織等                     |
| 11 千葉市   | ○ 医師会、地域包括支援センター、認知症コーディネーター等               | ○ ボランティア、市民等                   |
| 12 世田谷区  | ○ 区民等                                       | ○ 区民、家族会等                      |
| 13 町田市   | ○ 市民  | ○ 医療機関・福祉施設職員、市民、OT会           |
| 14 茅ヶ崎市  | ○ 医師会、地域包括支援センター等                           | ○ 学生、民生委員、市職員等                 |
| 15 福井市   | ○ 医師会、地域包括支援センター、疾患センター、民生委員等               | ○                              |
| 16 敦賀市   | ○ 民生委員、薬局職員、医療機関、介護関係事業所等                   | ○ 市民、老人クラブ、スーパー店員、小中学校等        |
| 17 山梨市   | ○ 疾患センター、保健所等                               | ○ 介護事業所職員、市民、消防署員等             |
| 18 駒ヶ根市  | ○ 市民  | ×                              |
| 19 長野市   | ○ 市民、民生委員等                                  | ○ 市民等                          |
| 20 名古屋市  | ○ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、民生委員、ケアマネ、病院職員、保健所職員等      | ○ 市民、小学校                       |
| 21 碧南市   | ○ 医師会、歯科医師、薬剤師、民生委員、市民等                     | ○ 医師会、歯科医師、薬剤師、民生委員、市民等        |
| 22 近江八幡市 | ○ 医師会、薬剤師会、民生委員等                            | ○ 自治会、老人クラブ、職域（コンビニ、コープ等）、小中学校 |
| 23 米原市   | ○ 医師会、歯科医師会、薬剤師会等                           | ×                              |
| 24 長浜市   | ○ 医師会等                                      | ○ 市民向け等                        |
| 25 舞鶴市   | ○ 疾患センター、市民                                 | ○ 市民、小中学校等                     |
| 26 宇治市   | ○ 医師会、ケアマネ、市民                               | ○ 市民、警察署員、患者家族、自治会員等           |
| 27 大阪市   | ○ 医師会、地域包括支援センター、民生委員、社協、老人クラブ等             | ○ 医療・介護専門職等                    |
| 28 神戸市   | ○ 疾患センター、ケアマネ等                              | ○ DS事業所、高齢者訪問支援員、一般市民等         |
| 29 たつの市  | ○ 社協、GH、婦人会、老人会、医師等                         | ○ 市民、家族会、ヘルパーステーション等           |
| 30 三郷町   | ×   | ○                              |
| 31 奥出雲町  | ○ 介護関係事業所、医療関係者                             | ○ 民生委員、町民                      |
| 32 新見市   | ○ ケアマネ、介護保険事業所、民生委員等                        | ○ 市民                           |
| 33 岡山市   | ○ DS事業所、包括支援センター、HC職員、医師会等                  | ○ 市民                           |
| 34 宇部市   | ○ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、包括支援センター、社協、ケアマネ、訪問看護、OT会等 | ○ 市民、学校、企業等                    |
| 35 坂出市   | ○ 医師会、ケアマネ、介護関係事業所、民生委員等                    | ○ 市民、老人クラブ、婦人会、小学校、大学          |
| 36 北九州市  | ○ 医師会                                       | ○ タクシー協会、県警、市民等                |
| 37 荒尾市   | ○ 医師会、疾患センター等                               | ○ 市民、小学校、高校、老人クラブ等             |
| 38 山鹿市   | ○ 医師会、地域包括支援センター、疾患センター等                    | ○ 小中学校と保護者等                    |
| 39 豊後高田市 | ○ 民生委員、医師会、介護サービス事業者等                       | ○ 市民、老人クラブ等                    |
| 40 薩摩川内市 | ○ 医師会、介護支援センター等                             | ○ 市民、家族の会等                     |
| 41 南大隅町  | ○ 医師、歯科医師、薬剤師、民生委員等                         | ○ 老人施設職員、生徒・職員、町民              |

(2) 検討委員会・成果について

認知症初期集中支援チームの継続的な取り組みの基礎となる、関係団体等による全体検討を行う「検討委員会」は、ほとんどの地域で設置されていた。形態は、本事業のための“独自設置”の場合と“既存の会議の中”において取り扱う場合が半々程度の割合であった。

また、検討委員会と並び、チーム員活動を下支えする“地域からの“認知と協力”にとって重要な、活動・広報ツール類の作成（成果）は1/3程度の地域で行われていない状況であった。

図表 2-12-2 量的実績以外の状況の取りまとめ②

| 市町村名     | 2 検討委員会 |                       | 3 成果 |                                    |
|----------|---------|-----------------------|------|------------------------------------|
| 1 砂川市    | ○       | 独自設置                  | ○    | チラシ                                |
| 2 苫小牧市   | ○       | 独自設置                  | ○    | リーフレット                             |
| 3 仙台市    | ○       | 独自設置                  | ×    |                                    |
| 4 長井市    | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 5 白鷹町    | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 6 福島市    | ○       | 独自設置だが推進員や疾患センター関係も協議 | ○    | チラシ、記録用紙、委員会設置要綱                   |
| 7 郡山市    | ○       | 2月独自設置予定              | ×    |                                    |
| 8 前橋市    | ○       | 独自設置                  | ○    | 運営・実施マニュアル、家庭介護ガイドブック、チラシ          |
| 9 高崎市    | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ、マニュアル、                         |
| 10 和光市   | ○       | 3月独自設置予定              | ×    |                                    |
| 11 千葉市   | ○       | 準備中                   | ×    |                                    |
| 12 世田谷区  | ○       | 独自設置                  | ○    | 事業マニュアル等                           |
| 13 町田市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 14 茅ヶ崎市  | ○       | 独自設置                  | ○    | チラシ、利用が想定されるサービス一覧                 |
| 15 福井市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 16 敦賀市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 17 山梨市   | ○       | 独自設置                  | ×    |                                    |
| 18 駒ヶ根市  | ○       | 独自設置                  | ×    |                                    |
| 19 長野市   | ○       | 独自設置                  | ○    | 医療と介護との連携連絡票                       |
| 20 名古屋市  | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 21 碧南市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | パネル、もの忘れサポートブック                    |
| 22 近江八幡市 | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ、計画表                            |
| 23 米原市   | ○       | 既存の会議の中               | ×    |                                    |
| 24 長浜市   | ○       | 既存の会議の中               | ×    |                                    |
| 25 舞鶴市   | ○       | 既存の会議の中               | ×    |                                    |
| 26 宇治市   | ○       | 独自設置                  | ○    | チーム員マニュアル、診療マニュアル、<br>認知症施策紹介DVD等  |
| 27 大阪市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ、認知症の人の受診のための連携シート、<br>ケース引継連絡票 |
| 28 神戸市   | ○       | 既存の会議の中               |      | 地域包括支援センター、長田区で実施                  |
| 29 たつの市  | ○       | 既存の会議の中               | ×    |                                    |
| 30 三郷町   | ○       | 独自設置                  | ○    | チラシ                                |
| 31 奥出雲町  | ○       | 既存の会議の中               | ×    |                                    |
| 32 新見市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ、看板                             |
| 33 岡山市   | ○       | 独自設置                  | ○    | 岡山市オレンジプラン                         |
| 34 宇部市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ（運転免許の返納について）                   |
| 35 坂出市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 36 北九州市  | ○       | 独自設置                  | ×    |                                    |
| 37 荒尾市   | ○       | 独自設置。推進員についても検討       | ○    | リーフレット、ガイドブック                      |
| 38 山鹿市   | ○       | 既存の会議の中               | ○    | チラシ                                |
| 39 豊後高田市 | ○       | 独自設置                  | ○    | チラシ、同意書                            |
| 40 薩摩川内市 | ○       | 既存の会議の中               | ×    |                                    |
| 41 南大隅町  | ○       | 独自設置 年6回（事例検討会も兼ねる）   | ×    |                                    |

### Ⅲ 認知症初期集中支援 地域巡回（認知症初期集中支援チーム員会議・同検討委員会）

#### 1. 巡回対象地域

活動実績の収集と並行して、実際のチーム員会議や検討委員会を巡回視察することで、より具体的な運営・活動上の課題を収集した。

もともと、昨年度とは異なり全地域を巡回することは難しかったため、実際に事業を実施している自治体において、チームの設置場所、自治体規模に応じた特徴や課題を把握するために41カ所のうち、6カ所の自治体について委員にて主にチーム員会議に参加するという形態の巡回訪問を行った。

6カ所のうち、昨年のモデル事業から継続して2年目の自治体が2カ所（白鷹町、宇部市）であり、うち1カ所（宇部市）は自治体で設置した検討委員会に参加した。また、26年度から新規に事業開始した自治体4カ所については、指定都市1（名古屋市）、都市型8万人規模の市（和光市）、中山間地の2～3万人規模の2市（長井市、豊後高田市）を選定した。

※なお、各地域での活動実績の状況から図表3-1の候補地域から、奥出雲町と三郷町への巡回は実施しなかった。

図表 3-1 巡回対象地域一覧（第1回委員会資料より）

| 候補市町村名 | チーム設置場所       | 選定理由   |
|--------|---------------|--|
| 長井市    | 診療所           | 昨年度、白鷹町でモデル事業を行い、その近隣の市で同じ診療所に委託して実施しており、別の市町村が同じ診療所へ委託して実施することのメリット・デメリットを検証する。また、事業展開する上での参考とする。 |
| 白鷹町    | 診療所           |  |
| 和光市    | 本庁＋地域包括支援センター | 地域資源がしっかりしている地域において、認知症初期集中支援チームを既存の社会資源にどのように位置づけていけるかを検証するため。                                    |
| 名古屋市   | 地域包括支援センター    | 政令市であり、今年度限定した区で実施をされるが、全市に広めていくための方策等を検証するため。   |
| 奥出雲町   | 地域包括支援センター    | 広域連合で実施しており、そのメリット・デメリットを検証する。   |
| 三郷町    | 本庁            | 人口2万人強の町で実施するための工夫等を検証する。  |
| 宇部市    | 本庁            | 昨年度モデル事業を実施し、今年度2年目であり、昨年度の事業を生かしてどのような工夫がなされているのか、また、事業実施2年目の自治体にとってどのようなフォローアップが必要かを検証する。        |
| 豊後高田市  | 認知症疾患医療センター   | 認知症疾患医療センターにチームを設置していることによるメリット、デメリットを検証する。  |

## 2. 地域巡回の状況

### 2-1 チーム員会議

事業実施地域のうち選定した 6 か所に対して、委員会委員を中心にチーム員会議を巡回した際の記録（運営概要、会議進行、チーム員の対応、課題など）を図表 3-2 に整理する。また、各地域の詳細状況についても、一覧表に続いて示す。

図表 3-2-1 チーム員会議巡回の記録整理（まとめ）

|   | 市町    | 設置場所                                | チーム員会議    |                      |                 |                 |
|---|-------|-------------------------------------|-----------|----------------------|-----------------|-----------------|
|   |       |                                     | チーム員会議の様式 |                      | アセスメント<br>結果の明記 | ケア方針の決定         |
|   |       |                                     | 様式        | 内容充実                 |                 |                 |
| 1 | 白鷹町   | 認知症疾患医療センター                         | あり        | 昨年から使用している様式を活用      | あり              | 専門医が中心となって方針を決定 |
| 2 | 長井市   | 認知症疾患医療センター<br>※白鷹町と同じ疾患センターにチームを配置 | あり        | 白鷹町で使用している様式と同じものを使用 | あり              | 専門医が中心となって方針を決定 |
| 3 | 和光市   | 本庁                                  | あり        | 独自様式使用               | あり              | チーム員会議用資料に記載あり  |
| 4 | 名古屋市  | 地域包括支援センター                          | あり        | 独自様式使用               | あり              | チーム員会議用資料に記載あり  |
| 5 | 豊後高田市 | 認知症疾患医療センター                         | あり        | 既存利用                 | あり              | チーム員会議の結論に記載    |

|   | 市町    | チーム員会議   |   |
|---|-------|--|---|
|   |       | 訪問記録と対応  | 課題  |
| 1 | 白鷹町   | <ul style="list-style-type: none"> <li>チーム員の保健師と心理士で訪問し、DASCの結果を含めた事例説明と訪問結果を報告されていた。</li> <li>本人と介護者との問題が混在しているケースもあった。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメント結果から支援目標と支援方針を立てる工夫が必要。</li> <li>会議資料の書式、チーム員会議の進行方法等が具体的に共有されていく必要がある。</li> </ul>   |
| 2 | 長井市   | <ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患を疑われるケースについては、地域包括支援センターの職員も同行していた。</li> <li>社会資源に関するアセスメント不足あり</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>初回だったこともあり、1事例に1時間程かかっていたため、タイムキーパーの役割が必要。</li> <li>地域の実情に応じた、初期集中支援チーム活動の周知、活動展開の仕方を少しずつ見出ししていく必要がある。</li> <li>白鷹町と同じ医療機関にチームを設置しているため、行政間の情報共有も必要である。</li> </ul> |
| 3 | 和光市   | <ul style="list-style-type: none"> <li>司会を市の部長が担当。地域包括支援センター職員から事例の説明をし、その後訪問したチーム員から訪問時の状況を説明。</li> <li>チーム員にGH職員や小規模多機能事業所の職員等入っており、様々な立場からの意見が出ていた。</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>多職種による効果的な会議が開催されている。特に司会者が様々な意見を引き出しており、誰が司会を行っても同じような会議が展開できるようにより人材を育成することが必要。</li> </ul>   |
| 4 | 名古屋市  | <ul style="list-style-type: none"> <li>チーム員から訪問時の状況をアセスメントツールの結果も踏まえて報告。その上で、担当ケアマネ、専門医から情報の補足あり。</li> <li>新規事例に関しては約20分、継続ケースについては約5分で報告、検討され全体で1時間の会議となっている。</li> <li>修了者のモニタリングは全ケースに実施。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>モニタリングを月1回、全ケースに行っており、現時点ではそれが可能であるが、ケース数が増加した時のことを考えたシステムづくりが必要となると思われる。</li> </ul>   |
| 5 | 豊後高田市 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1事例あたりの基本情報紹介の所要時間が長い。</li> <li>これまでのチーム員会議の経験から、誰がどのように困っているか等曖昧になったことから、独自のシートを作成し、整理するような工夫あり。</li> <li>身体疾患のコントロール状況や緊急度の把握のアセスメント等課題あり</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>本人からの同意書の取り方や時期に課題があると発言あり</li> <li>効果的な会議にするため、司会のチェックポイントが必要。</li> <li>チームや疾患センターからの情報を市報で定期的に発信できるように行政で計画的に対応</li> </ul>                                       |

## 1 白鷹町（山形県）

- 専門医は地域の医療機関の管理者であり、医療圏域でただ 1 人の認知症サポート医であるため、地区医師会の医療機関や医師と日ごろから連携が取れており、医療連携体制は良く取れているように見受けられた。
- 訪問担当者からの事例説明や訪問結果はまとめて報告されていたが、各事例の課題が明確でないところもあり、基本情報や DASC 等のアセスメント結果から支援目標と支援方針が立てられるような工夫が必要であると感じた。
- 会議中の課題として、支援課題が明確でないこと、会議の進行方法（例：担当者から経過報告⇒他の関与者からの補足情報⇒出席者質疑応答⇒支援検討と役割分担）が定まっていないこと、時間の管理がないこと等があるため、今後、会議資料の書式、チーム員会議の進行方法等具体的に共有されていく必要があると考えられる。
- 生活状況の把握があまりできていない部分が多い。また、本人と介護者の問題が混在して、誰に対しての支援を行うのが曖昧なケースがあった。

## 2 長井市（山形県）

- 初回の会議であったが、今後、効率的な多職種間の会議にするためにも、専門医以外のチーム員のアセスメント力等を上げていくことが大切である。
- 昨年度から実施している白鷹町のチーム員である医師がリードしながら、事例の理解を深め、ディスカッションポイントを提示しているのは効果的である。今後、司会者の司会進行の力量を上げていくことが必須である。
- 地域の実情（地勢、集落と歴史上の出来事による互助コミュニティ形成の難しさ、就労形態と介護スタイル）に応じた、初期集中支援チーム活動の周知、活動展開の仕方を少しずつ見出していく必要がある。
- 白鷹町と同じ医療機関にチームを設置しているため、行政間でチームへ期待する効果など行政的なビジョンも含め、情報交換が重要となる。

## 3 和光市（埼玉県）

- すでに認知症に関する行政的な組織やシステムがきちんと出来上がっている市であり、そのシステムの中に、認知症初期集中支援チームが位置づけられている。
- チームを委託しておらず、本庁に置き、地域包括支援センターや精神科病院職員、地域の GH、小規模多機能事業所の職員等様々な事業所の職種の人がチーム員となっており、多職種会議が体制的に構築されている。
- 司会者がそれぞれの立場のチーム員からの意見を引き出し、今後の方針を決定している。また、地域で使えるサービスが豊富なため、具体的なサービスへすぐにつなげる方針決定が会議の場でできていた。
- 医師は会議の中の情報から今後起こりえる症状の問題を指摘したり、受診時の状況についての助言と情報提供を行っていた。
- 司会を行う者の力量で意見を引き出すことができおり、誰が司会を行っても同じように会議が展開されるように人材を育成していくことが、課題だと考えられる。



#### 4 名古屋市

---

- 専門医が必要な時に発言し、それぞれが持っている情報を交換しながら、意見を言いながらの会議が開催されており、多職種でのバランスのいい会議となっている。
- ケース検討の時間配分は新規約 20 分、問題あるケース約 20 分、継続ケース約 5 分で計 1 時間程度の会議であり、時間配分もちょうどいいと思われる。
- チーム員の関わりの終了の目安が決まっておらず、何となく継続しているケースがあった。ケースが増えることに伴い、ある程度の終了の目安を決める必要があると考えられる。
- モニタリングを全ケース月に 1 回行っており、現時点ではそれが可能であるが、ケースが増えた場合には、ある程度の期間の設定や何かあった時の連絡が入るようなシステム作りが必要となると考えられる。
- サポート医からの意見：訪問をすることや情報を出すことに対しては、個人情報保護の観点からも行政のバックアップが重要。市からの医師会への働きかけ等を行う必要がある。

#### 5 豊後高田市（大分県）

---

- 状況をアセスメントすることは、事実をどのように整理し、判断していくことであるが、事実か状況から予測したことか、不明瞭で緊急度が伝わりにくい。
- 誰が、何に困り、それを本人が、どう思っているか？ 困りごとについて、どこが担当するべきか？ いつも曖昧になるため独自の整理シートを検討作成している。
- チーム員からの事例紹介の所要時間が 15 分以上かかかっていることから、効率のよいプレゼンテーションや課題を明確に提示するスキルが必要。
- 現場からは理想のチーム員会議を見たいとの要望あり、チェックシートではイメージできないとの担当者の発言あり。
- チームが関与する際の同意書を取るタイミングやその方法について疑問点がチーム員より出された。初回でなくても関係がとれてから、もしくは家族を優先する場合もあり得ることを説明した。

図表 3-2-2 チーム員会議巡回時のチェックポイント（参考：昨年度作成）

| 【ケース検討】          | チェックポイント                     | 評価 |
|------------------|------------------------------|----|
| アセスメント<br>（新規）   | ◆ 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<br>（継続）   | ◆ 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<br>課題の明確化 | ◆ 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             | ◆ 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              | ◆ 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         |    |

## 2-2 検討委員会

本年度は、各地域に設置された認知症初期集中支援チームの活動の基礎となり、チームの位置付け、認知、協力、また経過報告などを行う検討委員会にも巡回を行った。対象としたのは、昨年度から事業に参加している宇部市であった。記録の整理と詳細は以下の通りである。

図表 3-2-3 検討委員会巡回の記録整理

| 市町    | 検討委員会                     |  |  |
|-------|---------------------------|--|--|
|       | 会議の位置づけ                   | メンバー   | 検討内容   |
| 6 宇部市 | 保健・医療・福祉サービス調整推進会議の中に位置づけ | 医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護支援専門員協議会、訪問介護事業所連絡協議会、訪問看護ステーション、社協、各包括支援センター、市職員 | ・宇治市の高齢者の現状<br>・昨年度のモデル事業で抽出された課題と今年度のそれに対する取組について |

| 市町    | 検討委員会  |   |
|-------|--|---|
|       | 良かった点  | 課題  |
| 6 宇部市 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・インフォーマルサポートの活用や協力を視野に入れた地域ケア展開が図れている。</li> <li>・昨年度の活動実績について、ふりかえり分析を行い、今年度の活動方針を出している。</li> <li>・困難事例を出し、他の地域でうまく対処した際の方法等を伝えながら、情報共有を図れている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの職種が参加しているが、発言者が限られているため、発言を促すこと等を行い、活発なディスカッションができる場になることが望まれる。</li> <li>・かなり周知を図る努力はしているが、まだまだチームを知らない市民が多い。</li> </ul> |

### 6 宇部市（山口県）

- 昨年度モデル事業を実施した時の課題に対して、本年度の施策を計画し、実行し、それに対する意見交換を行っており、初期集中支援チームの活動のみに終わらずに市としての施策へつないでいる点はとても評価できる。
- 委員会の前に地域包括支援センターの各ブロック会議の報告とそこから「認知症の方への対応について」共通の課題に対し、他のセンターにも似たケースがないか、その時にどのように対応したか等を意見交換しつつ、インフォーマルなサービスも含めて解決方法を議論していた（例えば、要介護状態になってからの市営住宅の5階からの住み替え等）。各地域包括支援センターの共通の課題を整理しつつ、対応策についての検討を行っていることはかなり重要であると思う。
- 委員会では委員が緊張されていたということで、意見があまり出なかった印象だった。職種に偏った意見が出される印象ではないが、もっと積極的な議論が行われることが今後期待される。

## IV 考察

---

### 1 事業の評価

#### 1-1 実績データからの評価

○実施地域の拡大に伴って、効率的に、統一性あるルールで活動実績データを収集することを目的に、専用の実績報告用プログラムの制作・データ収集を試み、大きなトラブルもなく、全ての地域から活動実績が収集することができた点は、方法論の検証として成果があった。

○収集されたデータによる集計・分析からは、それぞれ以下のことが整理された。

#### ① 困難事例

認知症初期集中支援チームの対象者選定に、困難事例が一定割合ある点は昨年度と同様の結果であった。チームの役割を“早期の対応”、“軽度のうちの対応”に重点化するならば、対象者基準を明確にすることが重要と思われた。

このほか、地域に存在する一定数の困難事例の対応については、認知症初期集中支援チーム以外でどこが対応できるのか等関係機関と連携しながら、自治体としての判断も視野に、今後役割分担や明確化が求められると考える。

#### ② アセスメントの比較

DASC の値は昨年度並みにスコアが上がっているが、DBD13 や特に Zarit8 については、有意に改善している傾向がみられた。

#### ③ 支援期間

「把握」～「初回訪問」（ファーストコンタクトまでの期間）は半数以上が7日以内に行われていた。また、「初回訪問」～「終了」（具体的な支援期間）は、平均日数は2か月を若干上回る程度であったが、バラつきがみられた（標準偏差 51）。

#### ④ 所要額

訪問回数の多さが費用増に直結していることが考えられるが、どのような対象者にどのような職種の訪問やチームとしてどこまでかわるか、といったチーム員会議や検討委員会での十分な検討による支援計画が重要である点が確認できた。

#### ⑤ 終了時の状況（未利用者が医療・介護につながる状況）

データ集計・分析においては、介入時の医療・介護サービスの未利用者について、終了時に医療・介護サービスにつながったかどうかを確認したが、「診断」、「通院」、「引継」など複数の項目があることから、どこにどのようにつながったのかが不明確であった。

このことから、何をもちて“医療・介護サービスにつながった”と定義するか、入力項目としてどのように設定するかなど、より慎重なデータ収集が必要である点が確認された。

## ⑥ 転帰

在宅継続割合は昨年度並みに高い構成割合を示した。

昨年度と比較して、やや入院の割合が高くなったが、それは早期の適切な医療導入の表れでもあり特に問題ないと考える。

- なお、活動実績データの評価について、介入時サービスの未利用者が、介入後医療と介護サービスにどのようにつながったのか、どちらが先につながったのか、また、その“つながり方”と対象者属性にどのような関係性があるか、等の深堀りが必要との指摘があった。
- また、対象者 1 人あたり費用（所要額）についても、大きく低費用群（10,000 円前後）、中費用群（平均 25,000 円前後）、高費用群（30,000 円以上）に分けた上で、それぞれの対象者像と支援内容との関係性も明らかにする必要がある点が指摘された。

### 1-2 巡回からの評価

- チーム員会議は、個別事例を通して多職種でアセスメント結果を共有しながら、課題に対して、様々な支援方策を見出し確認していくというプロセスを行う重要な機会である。その作業が成功する要因としては、訪問を担当したチーム員のアセスメント結果と明確な課題の提示、チームで確認しあう内容と論点の整理、今後の見込みと支援期間の計画、終了時の状況などが検討されるか、また効率よくこの内容が確認できるかどうか等が重要である。
- 昨年度作成したチーム員会議のチェックリストに沿って傍聴したところ、アセスメントに独自のシートを工夫し、本人と家族の困り事や課題を整理するための新たなシートを作成している地域や、当事者を支える社会資源として独自のサービスを設けている地域など各地での工夫が見られた。
- また、チーム員会議の運営として、チーム員の職種により発言数に偏りのあるところもあり、今後チーム員全体で活発に議論できるような関係性を築いていくことやチーム員それぞれの力量を上げていく必要性があることも課題として上げられた。
- 今後もさらに全国に事業が拡大されるにあたり、チーム員会議のイメージを想起させられるような、チーム員会議のツール・様式の作成やポイントの可視化等が必要と考える。

## 2 全体考察

はじめに、平成 25 年度報告書にあげた、平成 26 年度以降に向けての提言を示す。

- ① チーム員活動の評価指標、評価方法の作成
- ② 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
- ③ 事例の詳細分析によるコスト、キャパの集積と明確化
- ④ 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
- ⑤ 事例へのパターン化と効果的でない事例への取り組み
- ⑥ 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

本年度、これらがどの程度達成できたかを順に考察し、平成 27 年度以上に向けた提言を行う。

認知症初期集中支援チームの必須事業化に向けた拡大にあたって、最初に検討した重要項目は 2 点ある。1 つは、どのような情報や指標を、どのような形で収集するかであり、もう 1 つはチーム員研修の方法であった。

前者に対して具体的には、活動実績の収集を、専用のプログラム（ソフトウェア）を実施地域に配布、地域の情報、チーム活動実績を入力し、一定期間後のデータを厚生労働省が回収し、国立長寿医療センターで分析する、という方法を検討した。このソフトウェアを作成したことにより、多数の実施主体から、必要なデータを回収し、解析できるようになった。

### ① チーム員活動の評価指標、評価方法の作成 および

### ④ 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

本編図表 2-5 に示すような評価指標を定めた。できる限り定量的な 55 項目の評価指標を設け、自由記載の欄を設けなかったため、例えば、困難事例が具体的にどのような困難であったのか、不適切事例の具体的な内容などはこのデータからは得られていない。

今後、活動の評価指標だけでなく、このチームの有用性の評価に関連する項目の設定が求められる。入力作業が困難という指摘はなかったが、全国で用いるためにはさらに評価指標の取捨選択、簡便化が求められる。また 27 年度以降も可能な限りデータ作成に協力を求めていくことが必要である。

同時に、量的な活動実績データには表れにくい市町村規模別の活動の特徴や課題、設置主体別に整理できる認知症初期集中支援チームの地域における役割の違いやそれに起因するチームの機能発揮など、一つの地域内では解決できない比較検討・考察による情報提供を継続していかなければならないと考える。

## ②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

今年度、チーム員研修は2か所で行われ、大きな問題なく終了できた。

もっとも、今後、最終的には全国1,741市町村に対して研修を行う場合には、全国5か所程度で行い、かつ、全チーム員参加でなく、やむを得ない場合には研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする要件の緩和が行われ、伝達講習が認められたことで、受講しやすい環境が少し整ったと考えられる。

医師要件では、厚生労働省の要綱改正案では、これまでの基本原則は維持しつつ、弾力的な運用をめざすため、基本方針である専門医かつ認知症サポート医というところを、①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または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるものは認めるということ、また、②認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有している医師（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る）が認められた。また、医師以外の専門職の要件においても、これまでは、国家資格プラス実務経験3年以上または在宅ケア実務経験3年以上であったのを、実務、相談業務等に3年以上携わって経験があるものは可となった。これらの措置により、人材確保の困難さが軽減されることが期待される。

なお、今後も研修等によるチーム員の資質向上を図っていくことは言うまでもないが、後述2-2で示すような新たな教材を投入し、研修レベルの向上を図るとともに、人材確保面では医師の確保が課題の一つであると考えられることから、認知症初期集中支援チームとも関わりのある認知症サポート医の養成と共通するカリキュラムについて整理し、合同研修を開催するなどを検討する必要があると考えられる。

## ③事例の詳細分析によるコスト、キャパの集積と明確化

本編図表2-11-3に示したように39地域の平均値は、専門医（医師）10,703.5円、以下、保健師2,097.7円、看護師3,362.6円、作業療法士2,724.9円、社会福祉士2,109.1円、介護福祉士1,913.8円と続いた。また、チーム員会議の1時間あたりの開催費用は16,283.4円であった。

この人件費テーブルおよび、個々の訪問支援・チーム員会議の回数等から計算された対象者1人あたりのコストはバラつきが大きかった。もっとも、1人あたりの所要額の分布からは、低費用群（10,000円前後）、中費用群（平均25,000円前後）、高費用群（30,000円以上）に分けられるため、それぞれの対象者像（状態像や環境）と支援内容（訪問回数や訪問職種等）との関係性も明らかにする必要がある。

### ⑤事例へのパターン化と効果的でない事例への取り組み および

### ⑥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

⑤に関しては各地域における困難事例とそれ以外の事例を DASC のポイント差、DBD や Zarit の得点等から分析し、実際にどのような事例が困難事例であるかを解析することが必要である。また各地域を訪問した際に、チーム員から直接聞き取りによって事例収集することも必要である。

⑥に関しては、宮崎委員がこの事業と並行して行われた事業で、認知症を支援する人に対する「支援者向け冊子」を作成された。これは認知症の方とのファーストコンタクトのヒント集ということで、生活状態の把握、身体状況の把握、認知症の度合いの把握、ご本人・ご家族の気持ち、家族状況の把握という 4 つの視点からまとめられ、具体的な事例も豊富に収集されている。この冊子は初期支援チームにとって大変有用な教材と評価できることから、今後の研修に取りあげていく予定である。

## 3 平成 27 年度以降に向けた提言

今後、これまで 3 年間取り組んできた調査研究の結果を踏まえて、平成 27 年度から平成 30 年度までに全市町村に認知症初期集中支援チームを設置するとされている政策としての取り組みが推進されていくことが期待されるが、そのためには、以下の様な観点に基づき、今後も、認知症初期集中支援チームに関する取り組みが必要と考えられる。

### 1) 認知症初期集中支援チームの有用性を引き続き提示すること

具体的にはグッドプラクティスの集積とその条件の可視化を行い、評価指標の提示とデータ集積を行うことが重要である。

また、活動実績データによる量的に把握と目標化が可能な部分のみならず、地域巡回により得られた質的・具体的な活動内容、協働体制、意識や工夫など、認知症初期集中支援チームが直面するであろう様々な場面に対応しうるイメージの提示も継続課題である。

### 2) 質の高いチームを育成すること

チームとしての活動の要は「円滑なチーム員会議の開催」と「認知症の早期対応・早期診断に適切に対応した医療連携」であり、事業を行う市町村には、優秀なチームを育てられるかどうか、緊密な医療連携が構築できるかどうか、自らの役割も含め、計画的かつ継続的に質の高いチーム形成を行っていくことが重要である。

また、「チーム員会議」の設置においては、人口が少なく人材が限られている地域などの場合、「地域ケア会議」との一体化した運用など、双方の合議体の特性や機能・役割を踏まえつつ、効果的かつ効率的な運用を行っていくことも必要である。



### 3) 各職種の機能、役割の特徴を明確化すること

調査研究事業の結果からは多職種によってチームが構成されているものの、それぞれの専門職がどの程度自らの専門能力を発揮できているのか、またさらにどのような専門機能や能力が必要なのかに関しては十分な結果が得られなかった。認知症初期集中支援チームには、従前の専門領域を越えて機能することが求められていることに外ならないが、こうした各職種の機能、役割の特徴を明確化していくことが重要である。

また、訪問事例の中には、貧困、消費者被害、虐待の事例があり、医療、介護の介入と同時に、時にはそれ以前の対応が必要な場合があることから、チームへの社会福祉士の参加の他、地域包括支援センターの権利擁護部門との連携等も促していくことも必要である。

### 4) ガバナンスとしての本事業の位置づけを明確にすること

認知症初期集中支援チームの活動は、入口は「認知症」という枠組みのなかで開始されるものの、最終的には地域の医療介護を含む社会資源の総力を結集することになる。

このチームの成功はすなわち、その地域の認知症の人や家族だけでなくすべての高齢者の生活しやすさと直結すると考えられる。都道府県や市町村は認知症施策という狭い枠組みだけで考えるのではなく、この事業をその自治体の社会資本構築の重要なツールと認識して取り組むことが重要である。

新オレンジプランでは、認知症初期集中支援チームは「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」という柱の中で、「かかりつけ医」、「認知症サポート医」、「認知症疾患医療センター」や「地域包括支援センター」などと有機的連携を担っていくこととされている。

一方、こうした機能がすべて揃い、常時、有機的な連携がとられている状態が理想ではあるが、現実にはこれら全てが整う地域は限られており、複数の地域の「認知症初期集中支援チーム」が、これらの周辺機能と連携共有せざるを得ないという構図も当面は予測されるが、いずれにせよ、まずは、こうした有機的連携体制の構築を目指す必要がある。



---

**認知症の早期診断、早期対応につながる  
初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業  
報告書**

**平成 27 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七丁目 430 番地  
TEL 0562-46-2311 (代表) FAX 0562-46-8349  
<http://www.ncgg.go.jp>