

平成 28 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）

認知症初期集中支援チームの効果的な活用 に向けた調査研究事業

報告書

平成 29 年 3 月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

まえがき

急速に進展する高齢化に伴って、認知症高齢者の急増が叫ばれてから、オレンジプラン・新オレンジプランの枠組みのもとで、様々な施策、地域での取り組みが進められてきました。認知症初期集中支援チームの設置、同チームの効率的・継続的な活動も、その1つに挙げられます。

当面の目標として設定されていた「平成29年度末の全市町村への同チームの設置」に向けて、本事業も継続的に、チーム員研修の実施、チーム員・協力する医師の要件検討等行って参りました。一方で、チーム設置後にも目を向け、チーム活動管理の方法論、チーム活動の指標検討など、地域にとって不可欠な機能として、チームが普及・定着するための方策も検討しました。また、今年度は訪問調査地域として島嶼地や山間地など、通常は人材の確保が困難ではないかと考えられる地域を選び、そのような条件下でいかに工夫し、チームを立ち上げたかを調査してきました。来年度立ち上げる地域の参考になるのではと思います。

認知症初期集中支援チームは、モデル事業からスタートした地域では、4年目の活動を終え、市町村の認知症施策の入り口を担うチームとして、重要な柱となるに至っています。同チームは、認知症高齢者の早期発見・早期対応の機能にとどまらず、多職種のアプローチ、病院や施設と在宅との協働・協力、また、何より認知症のご本人・ご家族にとっての重要な窓口としての機能を有し、チームの設置過程や活動のプロセス1つひとつが、認知症高齢者が暮らしやすい「地域づくり」そのものと言えます。

来年度は上記の目標の最終年度として位置付けられますが、目標達成だけに着目して設置要件等のハードルを下げず、認知症初期集中支援チームの設置後に、同チームが継続的にそれぞれの地域における仕組みの一部として機能することを目指して、本年度も様々な事業を展開しました。

本報告書は、その取りまとめとして整理していますが、当センターとしても、チーム員研修の場や、ホームページでの情報提供等を通じて、継続的な地域づくりの支援を行っていきたいと考えます。

平成28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）

認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業

委員会委員長 鷺見 幸彦

平成 28 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）
認知症初期集中支援チームの効果的な活用に関する調査研究事業

〈目次〉

I 事業概要	1
II 認知症初期集中支援チーム員研修の実施概要と評価	5
1. チーム員研修の実施概要	5
2. テストの実施および受講者アンケート結果	8
III 認知症初期集中支援チーム活動の状況	16
1. 活動実績の量的把握（実績報告用プログラムによるデータ分析）	16
2. 訪問ヒアリング	43
IV 認知症初期集中支援チーム設置に関するアンケート調査	49
1. 調査概要	49
2. 調査結果（未設置市町村・都道府県）	50
V 考察	69

I 事業概要

1. 事業名

認知症初期集中支援チームの効果的な活用に関する調査研究事業

2. 事業目的

認知症初期集中支援推進事業における市町村の活動状況を把握し、評価を行う。

また、認知症初期集中支援チームの対象者の把握方法の工夫の取組について調査等を行い、チーム活動（初年度～3年度目）、住民啓発・関係機関調整、チーム設置準備・検討等のそれぞれの段階にある各市町村の取り組みに資するよう、研修実施、必要な量的・質的調査、活動実績データの収集、今後の認知症初期集中支援チームの対象者、役割等についての指標等の提案などを行い、報告書として取りまとめる。

3. 事業実施期間

平成 28 年 5 月 31 日（内示日）から 平成 29 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容

平成 29 年末までの認知症初期集中支援チームの設置期日に向けて、上記の事業目的に資するよう、以下の 4 つの事業を実施した。

各項目の実施にあたっては、30 年度以降、全ての地域において同チームが活動を行うことを前提に、効果的かつ自律的な運用が継続されるために必要な、チーム活動の管理や人材育成、地域における機能発揮等のための仕組み作りについても、検討を行った。

- ① 市町村のチーム設立状況および活動状況の把握
- ② チームの対応困難事例、成功事例の集積、阻害因子等の検証
- ③ 初期集中支援チームサービスの評価指標の検討
- ④ チーム員研修の内容の評価・改良、自治体に対する提案

4-1 事業の具体的な内容

前述した①～④の事業内容は、対応した取り組みを中心としつつ、事業内で設置する委員会での検討の他、認知症初期集中支援チーム員研修の実施、ソフトウェアを活用したしゅ活動データ収集、書面によるアンケート調査、チーム設置段階にある地域への訪問ヒアリングなどの各プロセスや得られた成果を関連付けながら、事業目的に沿った検討を進めた。

① 市町村のチーム設立状況および活動状況の把握

同チームの未設置市町村、および、設置にかかる支援を行うと都道府県・指定都市を対象としたアンケート調査を実施、設立に向けた準備等実態を把握するとともに、阻害要因やその理由、また、支援が必要と考える項目について状況把握を行う。

② チームの対応困難事例、成功事例の集積、阻害因子等の検証

昨年度または本年度にチーム設置した地域を対象に、訪問ヒアリングを行うことにより、チーム設置時の困難点、その対応や工夫、また、チーム活動における対応困難事例や成功事例について、詳細の把握を行う。

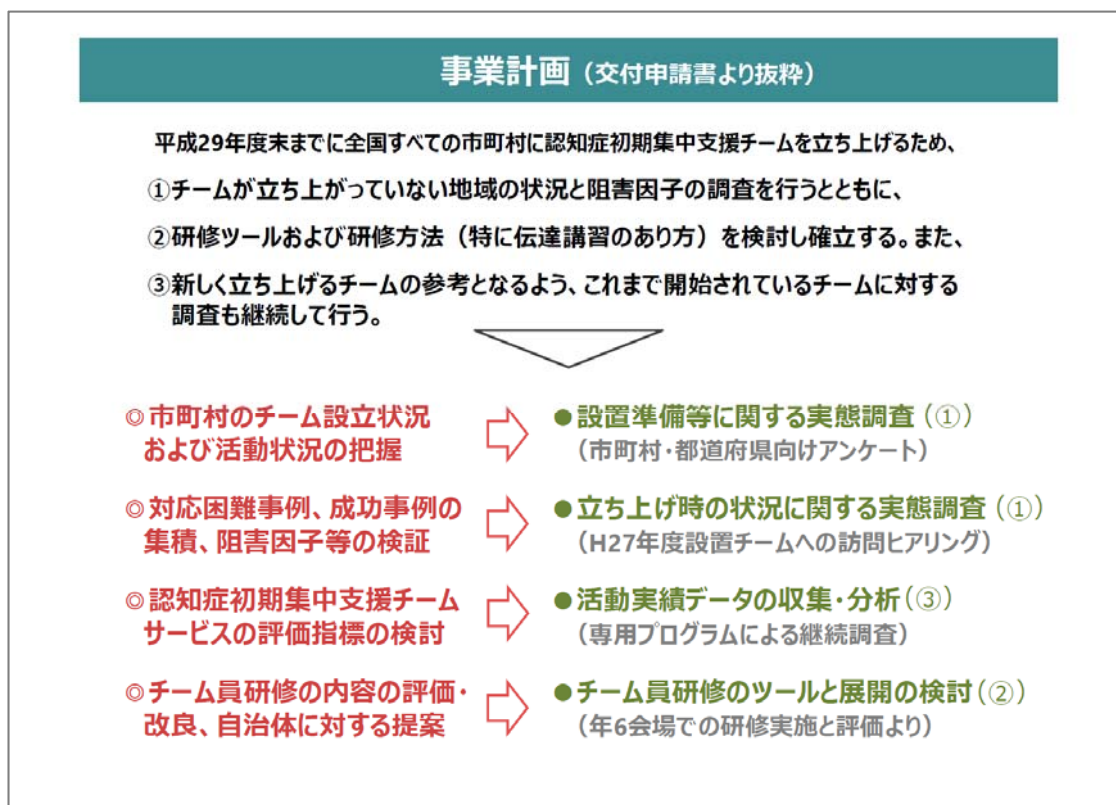
③ 初期集中支援チームサービスの評価指標の検討

昨年度に引き続き、チーム実施地域（本年度設置予定を含む）に対して、チーム活動実績をデータ入力するソフトウェアを配布しチーム活動実績データを収集するとともに、各チーム・市町村において、全国統一のチーム活動指標（自動算出）から一定の評価ができるツールを提供する。

④ チーム員研修の内容の評価・改良、自治体に対する提案

認知症初期集中支援チーム員研修の実施支援、受講者アンケートの実施、テスト実施の支援を行うとともに、継続的なチーム員養成や継続研修（フォローアップ研修等）を視野に入れた、研修実施・展開、また、教材管理のあり方を検討する。

図表 1.1 認知症初期集中支援事業の事業計画案（第1回委員会資料より）



4-2 委員会体制および開催状況

[委員]

氏名	所属
座長 鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター 副院長
栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター 研究部長
筒井 孝子	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 在宅医療・地域連携診療部長
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 担当係長
吉田 知可	大分県 高齢者福祉課 副主幹
真子 美和	福岡県 保健医療介護部 健康増進課 企画主査
進藤 由美	オブザーバー (国立長寿医療研究センター 企画戦略局)

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

〈事務局〉 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〈調査等業務支援〉 合同会社 HAM 人・社会研究所

[会議]

第1回 委員会

日時 平成28年7月7日 (木)

議事 1 平成28年度事業計画と (平成27年度末後の) 経過報告

① 平成27年度事業の振り返り

② 本年度の事業計画および経過報告

2 ご意見交換

第2回 委員会

日時 平成28年12月19日 (月)

議事 1 平成28年度 事業進捗の確認等

① チーム員研修 (第1～6回) について

② 活動実績について

- ・実績報告用プログラムによる量的実績の把握
- ・地域巡回による質的実績の把握

③ 未実施地域（H28年度スタート地域）へのアンケート

2 第3回委員会での取りまとめに向けて

第3回 委員会

日時 平成29年1月31日（火）

議事 1 認知症初期集中支援チーム員研修について

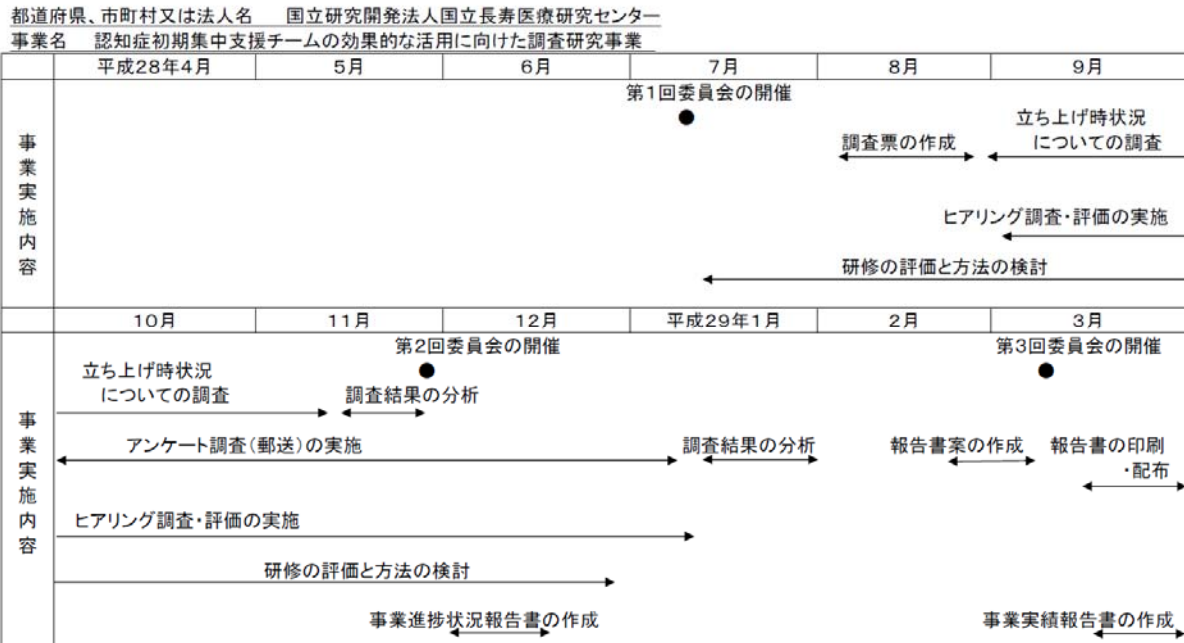
2 事業取りまとめに向けて

4-3 事業スケジュール

委員会は、概ね以下のスケジュールで進行した。

事業開始直後から、事業評価の方法論の検討をスタートさせ、並行して実施されたチーム員研修の開催（計 6 回）に沿って、順次評価活動を進めた。①活動実績の専用プログラム（改訂版）は昨年同様 10 月初に各地域に配布、②未設置地域へのアンケートは本年度の準備等が一定程度進んだ時期の平成 29 年 1 月の調査票発送、また、訪問ヒアリングもほぼ同時期の実施とした。

図表 1.2 事業スケジュール（交付申請当初予定）



II 認知症初期集中支援チーム員研修の実施概要と評価

1. チーム員研修の実施概要

本年度の認知症初期集中支援チーム員研修は、以下の内容で計6回実施された。

認知症初期集中支援チームの設置期限である平成29年度末に向けて、チーム員研修の受講ニーズが高まっていることに対応するため、前年度の4回から6回に増加（希望が多かった北海道、九州での開催を追加）、定員数は、約1,000人から約2,500人規模に拡大して実施した（研修実施・運営は国立長寿医療研究センター）。

昨年度は、研修修了後の実際のチーム活動における連携・協働相手となる認知症サポート医との共同グループワーク等を目的に、同センターが実施する認知症サポート医養成研修との合同実施とされたが、本年度は、受講人数の大幅増に伴う研修規模の拡大によって、従来通りの単独開催とした。

東京会場は2回（第1回、第6回）とも約600人規模の開催であったが、講義、グループワークとも、大きなトラブルなく実施された。もっとも、グループワークにおける会場内グループ数やファシリテーターの人数、また、会場確保等の観点から、研修規模としては600人が上限と考えられる。

図表 2.1 認知症初期集中支援チーム員研修の実施

	第1回 (東京)	第2回 (名古屋)	第3回 (札幌)	第4回 (神戸)	第5回 (福岡)	第6回 (東京)
日程	7月 9-10日	8月 6-7日	9月 10-11日	10月 15-16日	11月 19-20日	12月 17-18日
会場	ベルサール 渋谷	日本ガイシ フォーラム	ガーデンシティ アパホテル札幌	神戸国際 展示場	JR九州 ホール	ベルサール 汐留
受講者数 (テスト受験者)	597	335	253	422	245	591 (計:2,443)

また、本年度は、年間6回の研修実施を予定したことから、研修基本テキストを作成・執筆した本事業で設置する委員会委員を中心とした研修の講師編成について、スケジュール調整の点に加え、将来的な講師代替実施の可能性を試行する目的で、6回中最低1回は、当該講義枠を担当する委員から指名された別の講師に担当して頂いた（図表 2-2）。

グループワークを除く7つの講義枠で、1～3回、委員会の他の委員や開催地域における先行設置チームの行政担当者の方々に講義して頂いたが、それぞれ、講師間で講義内容や進行について、事前調整・準備を経て、特段の問題なく実施された。

本研修の講義内容や教材が、特定の講師による固定的な実施でなくとも一定程度可能である点を確認できたことは、将来的な研修実施単位のあり方や開催場所や開催回数の検討にあたって、いくつかの選択肢を得られた点で有益な試みであったと考える。

図表 2.2 研修会場ごとの担当講師一覧（網掛けは代替担当部分）

	第1回 (東京)	第2回 (名古屋)	第3回 (札幌)	第4回 (神戸)	第5回 (福岡)	第6回 (東京)
①地域包括ケアシステムと 認知症施策	(厚労省)	(厚労省)	(厚労省)	(厚労省)	(厚労省)	(厚労省)
②認知症初期集中支援チーム －支援の進め方－	鷲見	鷲見	鷲見	鷲見	真子	武田
③認知症の総合アセスメント (DASC 模擬アセスメントを含む)	栗田	栗田	栗田	栗田	堀部	栗田
④認知症と身体アセスメント	鷲見	鷲見	鷲見	鷲見	鷲見	武田
⑤認知症初期集中支援に おける具体的な活動	高橋	高橋	關 (札幌市)	池田 (神戸市)	濱口 (荒尾市)	高橋
⑥認知症初期集中支援に おける具体的な援助	宮崎	吉田	宮崎	吉田	宮崎	吉田
⑦認知症初期集中支援チーム事業 の基本となるガバナンスの構築	筒井	大多賀	筒井	筒井	筒井	筒井

(敬称略)

なお、研修受講者の振り返りのため、また、チーム内での伝達研修の準備等のためとして、研修教材（研修テキスト、研修当日のハンドアウト資料）に加え、実際の研修講義を録画した講義動画（東京会場1回目）が、国立長寿医療研究センターのホームページ（認知症初期集中支援チーム員研修 URL：<http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/27-2.html>）に掲載されている。

図表 2.3 研修教材および講義動画（国立長寿医療研究センターHP）



(認知症初期集中支援チーム員研修：研修の様子)

2016年7月8日(土)～9日(日)：東京会場

タイトル	演者	HTML5	Flash
地域包括ケアシステムと認知症施策 	厚生労働省老健局 総務課 認知症施策推進室 認知症ケア専門官 延 育子		FI
認知症初期集中支援チーム - 支援の進め方 - 	国立長寿医療研究センター 副院長 鷲見 幸彦		FI
認知症の総合アセスメント 	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 粟田 圭一		FI
模擬アセスメント：DASC21 	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 粟田 圭一		FI
認知症と身体アセスメント 	国立長寿医療研究センター 副院長 鷲見 幸彦		FI
初期集中支援における具体的な活動 	世田谷区高齢福祉部 介護予防・地域支援課 認知症在宅生活サポート室担当係長 高橋 裕子		FI
初期集中支援における具体的な援助-(A) 	前全国訪問看護事業協会 事務局長 宮崎 和加子		FI
認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築 	兵庫県立大学大学院経営研究科 教授 筒井 孝子		FI

2. テストの実施および受講者アンケート結果

(1) テスト実施

各回のテスト問題は、研修講師（本事業の委員会委員）から事前に提供され、ストックされた問題から、過去の正答率や出題頻度等を勘案して、10問を決定している。

図表 2.4 テスト問題の設定

	東京	名古屋	札幌	神戸	福岡	東京	出題数
1 新オレンジプラン	① 98.0			① 99.5			2
2 チーム活動内容(外形)			① 96.4		① 89.6		2
3 チーム活動内容(内容)		① 83.3		② 83.6		① 80.2	3
4 訪問支援対象者	② 94.7				② 96.0		2
5 対象者把握方法			② 100.0			② 97.1	2
6 チーム員構成		② 89.9			③ 92.8	③ 86.3	3
7 チーム員の要件	③ 82.6			③ 92.2			2
8 アセスメント	④ 98.5		③ 99.6				2
9 アセスメントツール		③ 96.1		④ 91.9		④ 95.3	3
10 初回訪問	⑤ 93.7		④ 97.6		④ 92.4		3
11 初回訪問の注意点		④ 80.9		⑤ 84.6			2
12 訪問時の留意点		⑤ 91.3	⑤ 88.1			⑤ 78.3	3
13 チーム員会議(検討内容)			⑥ 99.6		⑤ 96.8		2
14 医療機関への受診支援		⑥ 98.8			⑥ 97.2	⑥ 99.5	3
15 医療の継続	⑥ 97.4			⑥ 99.3			2
16 BPSD			⑦ 83.8		⑦ 81.7		2
17 BPSD への対応・予防	⑦ 98.5			⑦ 98.8			2
18 せん妄		⑦ 91.0		⑧ 92.4		⑦ 91.9	3
19 緊急対応を要する課題	⑧ 96.9		⑧ 98.4		⑧ 96.4		3
20 家族介護者			⑨ 98.8			⑧ 99.7	2
21 家族介護者の不安	⑨ 96.5	⑧ 99.7			⑨ 93.6		3
22 支援の終了		⑨ 99.7		⑨ 99.1		⑨ 98.3	3
23 地域包括ケアシステム	⑩ 78.6			⑩ 71.6			2
24 ガバナンスの構築			⑩ 89.7		⑩ 70.9		2
25 統合理論		⑩ 74.0				⑩ 86.0	2

各回の○数字は出題問、数字は正答率（％）

チーム員研修の中で実施されるテスト（カリキュラム全体を出題範囲とした4肢択一の10問）の各回の結果は、図表 2.5 の通りである。

（設問ごとの正答率は、研修会場ごとに各問の出題分野・内容がことなるため、単純比較はできない）

各回とも、平均点は概ね 9.0～9.5 点であり、ほぼ全員が合格水準（10 問中 6 問以上正答）の結果であった。（5 点以下の場合には、研修後、個別にレポート課題が出された）

図表 2.5 テスト結果

	東京①	名古屋	札幌	神戸	福岡	東京②
受験者数	597	335	253	422	245	591
合格者数	597	335	253	421	245	590
平均点	9.46	9.05	9.52	9.11	9.30	9.12
正答率						
Q1	98.0%	83.3%	96.4%	99.5%	89.6%	80.2%
Q2	94.7%	89.9%	100.0%	83.6%	96.0%	97.1%
Q3	82.6%	96.1%	99.6%	92.2%	92.8%	86.0%
Q4	98.5%	80.9%	97.6%	91.9%	92.4%	95.3%
Q5	93.7%	91.3%	88.1%	84.6%	96.8%	78.3%
Q6	97.4%	98.8%	99.6%	99.3%	97.2%	99.5%
Q7	98.5%	91.0%	83.8%	98.8%	81.7%	91.9%
Q8	96.9%	99.7%	98.4%	92.4%	96.4%	99.7%
Q9	96.5%	99.7%	98.8%	99.1%	93.6%	98.3%
Q10	78.6%	74.0%	89.7%	71.6%	70.9%	86.0%
得点別人数						
10点	351	134	147	108	122	243
9点	184	113	92	92	87	208
8点	51	62	13	35	26	97
7点	10	22	1	14	7	24
6点	1	4	0	4	3	9
5点	0	0	0	1	0	1

(2) 受講者アンケート結果

2 日間の研修受講後、受講者にアンケート調査に協力・回答をもらい、研修内容等の評価を実施した。例年の研修内容の評価（理解度、実践への活用度）の他、チーム設置期日が来年度末に控えることから、チーム設置の準備状況等に関する設問を加えた。（チーム設置にかかる意思決定が必ずしもチーム員研修受講者によらないが一定の状況が把握できると想定）

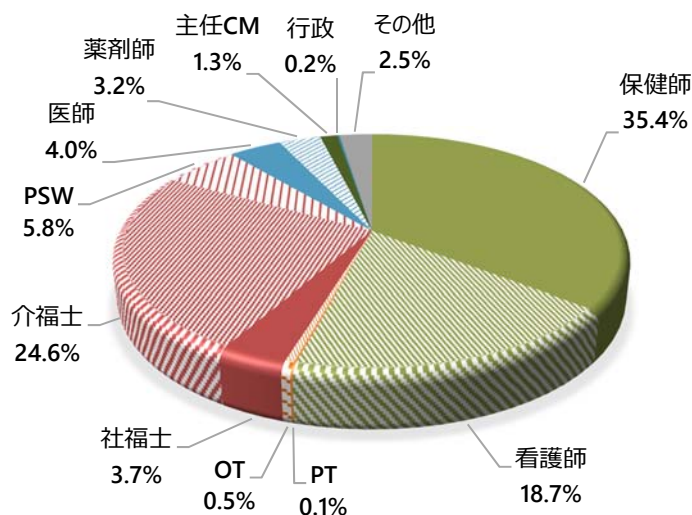
各回とも同一のアンケート票を用いたことから、全体の状況として以下整理する。（なお、チーム設置の準備状況は、研修開催時期の違い（7～12月）によって、進捗の差異があると思われる）

1 職種・所属機関

1-1 受講者職種 〈n2,381：有効回答〉

研修受講者の職種構成は、「保健師」、「看護師」が多く、両職種で全体の5割超を占めており、「介護福祉士」等の福祉職は3分の1であった。

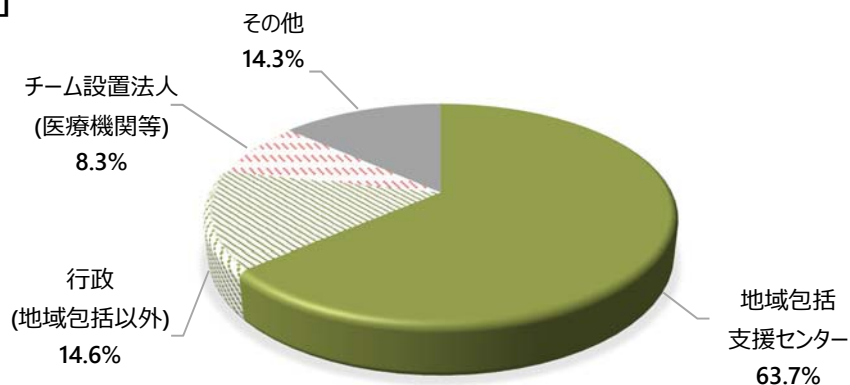
【図表 2.6】



1-2 所属機関 〈n2,385：有効回答〉

所属元としては、「地域包括支援センター」が最も多く、全体の3分の2を占めていた。

【図表 2.7】



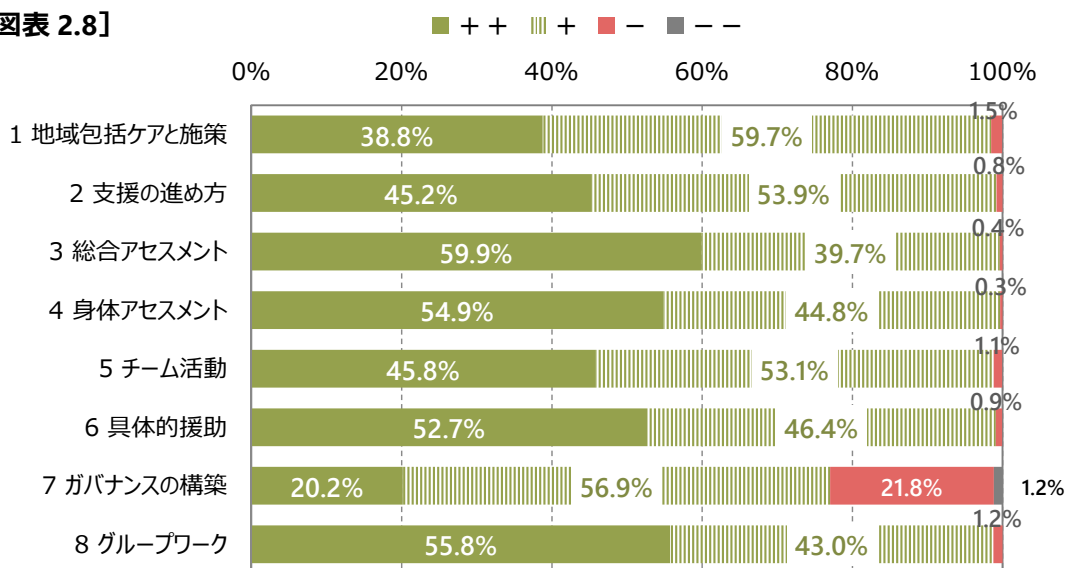
2 研修の理解度・活用度

研修の内容の評価は、①研修の理解について、②実践への活用について、それぞれ4段階（よく理解できた・とても役立つ～理解できなかった・役に立たない）とした。以下、順に4段階評価の結果を示す。

2-1 研修の理解度（Q1）〈各講義の有効回答〉

①「研修の理解について」は、概ね「よく理解できた（++）」「まあまあ理解できた（+）」群が100%近くを占めた。他方、“7 ガバナンスの構築”は、「よく理解できた」の割合は相対的に低かった。

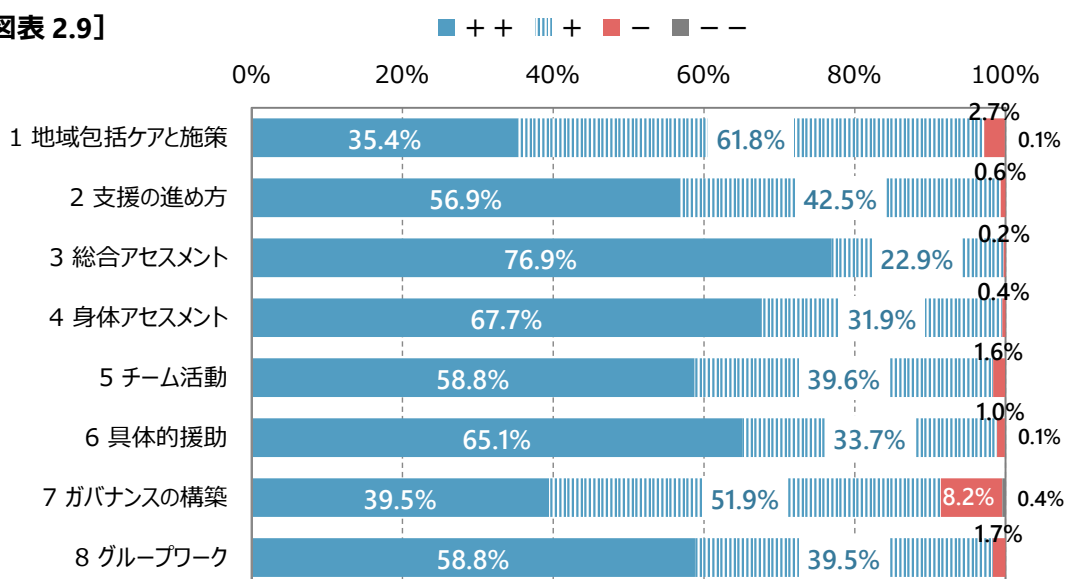
【図表 2.8】



2-2 実践への活用度（Q2）〈各講義の有効回答〉

「(チーム活動の)実践への活用について」は、チーム活動に直結するような、アセスメント（“DASC”、“身体アセスメント”）やチーム員活動の内容（“具体的活動”、“具体的援助”）について、「とても役立つ（++）」とした回答の割合が高かった。

【図表 2.9】



【図表 2.10】

(会場ごとの「研修の理解度」)

	施策と 地域包括	支援の 進め方	総合 アセスメント	身体 アセスメント	具体的 活動	具体的 援助	ガバナンス の構築	グループ ワーク
東京①								
++	36.5%	50.0%	63.9%	54.4%	49.7%	54.7%	19.6%	52.5%
+	61.5%	49.8%	34.1%	45.3%	49.0%	44.1%	56.7%	38.1%
-	2.0%	0.2%	0.3%	0.3%	0.8%	0.7%	19.4%	1.0%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	1.7%	0.0%
名古屋								
++	35.3%	49.1%	54.8%	63.5%	53.3%	59.9%	10.2%	52.1%
+	62.9%	50.6%	44.9%	35.4%	44.2%	38.4%	50.2%	41.4%
-	1.5%	0.3%	0.3%	0.0%	0.3%	0.6%	36.2%	0.9%
--	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%
札幌								
++	33.7%	40.5%	44.4%	49.6%	32.9%	46.0%	19.0%	50.0%
+	64.3%	58.2%	55.2%	49.4%	63.2%	52.0%	67.1%	43.6%
-	2.0%	1.2%	0.4%	0.0%	3.2%	1.2%	12.7%	0.8%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
神戸								
++	40.0%	46.0%	65.5%	55.0%	39.5%	45.5%	26.2%	41.0%
+	58.6%	53.3%	33.0%	45.0%	57.6%	53.1%	57.7%	52.2%
-	1.4%	0.5%	0.2%	0.0%	1.9%	1.4%	13.6%	1.2%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.7%	0.0%
福岡								
++	42.4%	40.7%	50.2%	56.4%	39.1%	67.9%	16.5%	56.4%
+	57.2%	59.0%	49.6%	42.5%	60.7%	32.4%	59.2%	37.4%
-	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.0%	23.5%	0.8%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
東京②								
++	43.0%	41.6%	62.3%	50.9%	47.7%	47.3%	20.9%	45.8%
+	55.8%	56.8%	35.6%	48.7%	50.9%	52.2%	52.5%	37.8%
-	1.2%	2.1%	0.5%	0.9%	0.7%	1.0%	21.6%	1.4%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%

【図表 2.11】

(会場ごとの「実践への活用度」)

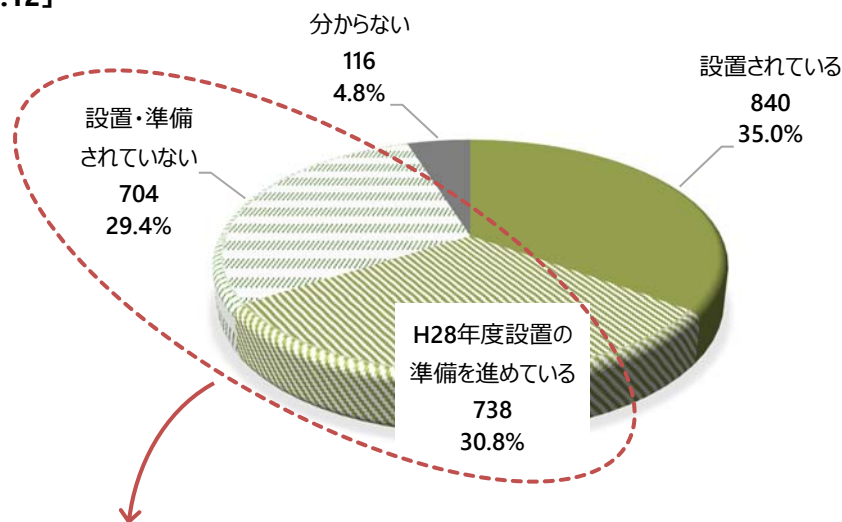
	施策と 地域包括	支援の 進め方	総合 アセスメント	身体 アセスメント	具体的 活動	具体的 援助	ガバナンス の構築	グループ ワーク
東京①								
++	37.2%	61.1%	79.2%	70.4%	66.2%	68.2%	43.4%	59.5%
+	59.4%	38.4%	19.5%	28.9%	32.4%	30.6%	47.1%	34.1%
-	3.0%	0.3%	0.2%	0.7%	1.0%	0.8%	7.6%	1.2%
--	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.7%	0.0%
名古屋								
++	31.1%	62.9%	75.4%	74.9%	64.7%	72.2%	21.6%	56.0%
+	65.5%	35.5%	24.0%	24.7%	32.6%	26.3%	60.7%	39.2%
-	3.0%	1.2%	0.3%	0.0%	1.5%	0.6%	16.5%	1.2%
--	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	1.2%	0.0%
札幌								
++	34.9%	55.6%	70.6%	63.1%	48.8%	63.1%	42.1%	58.3%
+	60.4%	43.6%	29.4%	36.7%	47.0%	35.5%	52.0%	38.9%
-	4.4%	0.4%	0.0%	0.0%	4.0%	0.4%	5.6%	0.8%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
神戸								
++	31.9%	54.0%	77.6%	67.4%	46.4%	55.7%	41.9%	46.2%
+	64.8%	45.3%	22.0%	32.5%	51.8%	42.5%	53.1%	47.7%
-	3.1%	0.5%	0.0%	0.0%	1.0%	1.7%	4.0%	2.9%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%
福岡								
++	40.7%	60.5%	72.0%	70.8%	56.8%	79.4%	48.6%	61.3%
+	58.9%	39.8%	27.6%	29.1%	42.1%	20.2%	44.6%	35.9%
-	0.0%	0.0%	0.4%	0.4%	0.8%	0.4%	6.6%	0.4%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
東京②								
++	35.9%	49.7%	77.7%	61.5%	60.3%	58.7%	37.1%	52.3%
+	61.8%	49.4%	21.4%	37.8%	37.8%	39.9%	53.5%	37.8%
-	2.4%	1.0%	0.5%	0.9%	1.9%	1.6%	8.3%	2.1%
--	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%

3 チームの設置・準備状況等について (Q4)

3-1 研修受講までのチーム設置・準備状況 (n2,398 有効回答)

研修受講時までのチームの準備・設置状況について、35.0%の受講者が、既にチームが「設置されている」とした一方で、「H28 年度設置の準備を進めている」が 30.8%、「設置・準備されていない」が 29.4%と、約 6 割の受講者の地域において、これからチームが設置される段階であった。

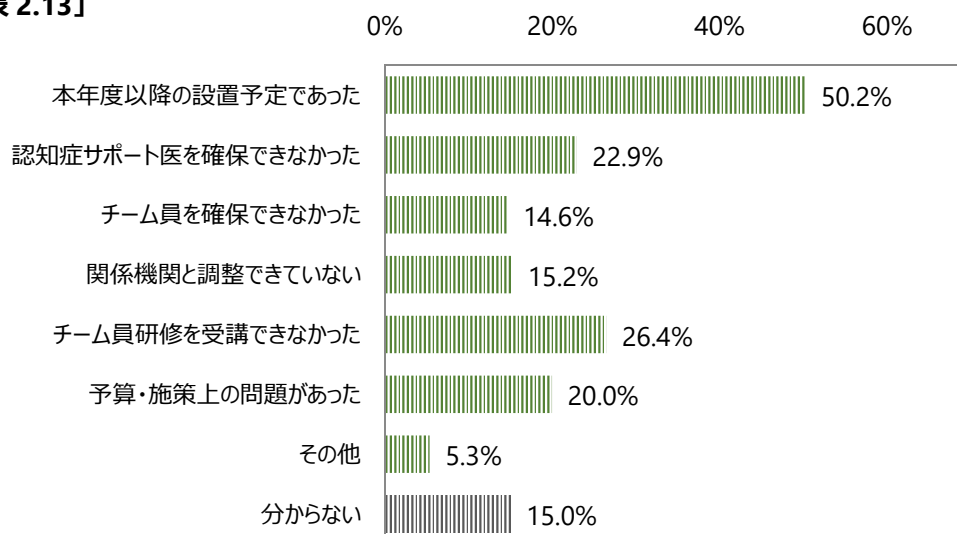
【図表 2.12】



3-2 昨年度までに チーム設置・準備がされていない理由 (複数回答) (n1,442 有効回答)

その 6 割の受講者に対して、昨年度までにチームの設置・準備がされていない理由を尋ねたところ、「本年度以降の設置予定であった」が 50.2%、「チーム員研修を受講できなかった」が 26.4%、「認知症サポート医を確保できなかった」が 22.9%の順であった。(受講者数ベースの回答割合であり、必ずしも地域の状況を示すものではない)

【図表 2.13】

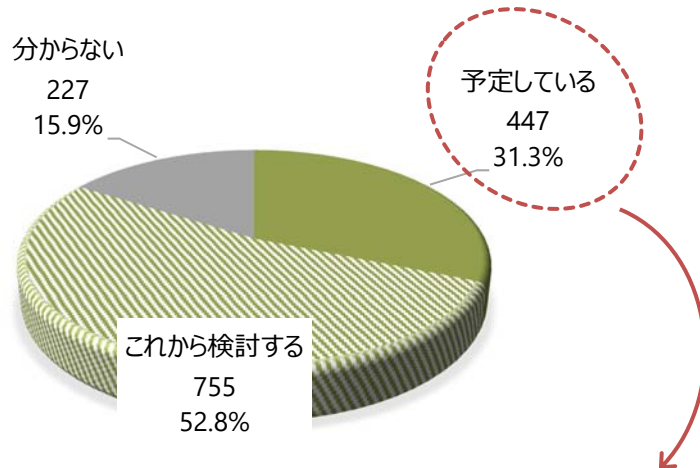


3-2 チーム員への伝達研修の実施 〈n=1,442 有効回答〉

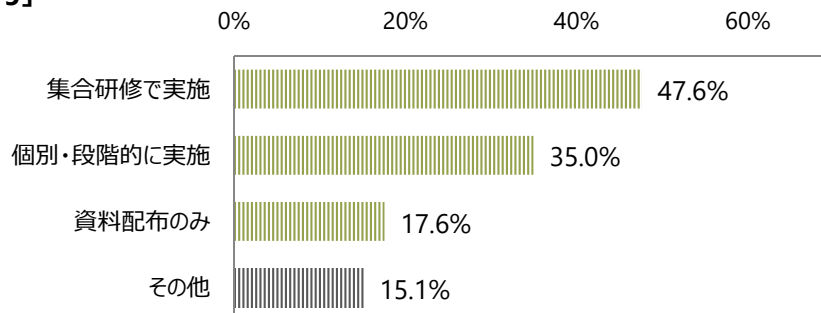
続いて、同じく「本年度設置・準備」ないし「設置・準備されていない」とした n1,442 について、チーム員研修受講者が地域に戻って担うことになるチーム員への伝達研修について尋ねたところ、「これから検討する」が 52.8%、「予定している」が 31.3%であった。

また、伝達講習を予定している受講者に実施方法を尋ねたところ、「集合研修で実施」が 47.6%、「個別・段階的に実施」が 35.0%、「資料配布のみ」が 17.6%であった。

【図表 2.14】



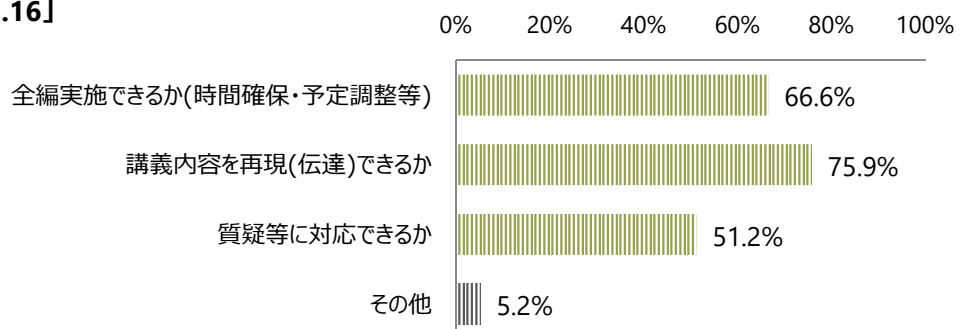
【図表 2.15】



3-3 伝達研修を行うにあたって課題と感ずる点について（複数回答） 〈n=1,202 有効回答〉

伝達研修を予定している、これから検討するとした n1,202 について、伝達研修を行うにあたって課題と感ずる点を尋ねると、「講義内容を再現(伝達)できるか」が 75.9%、「全編実施できるか」が 66.6%、「質疑等に対応できるか」が 51.2%であった。

【図表 2.16】



Ⅲ 認知症初期集中支援チーム活動の状況

1 活動実績の量的把握（実績報告用プログラムによる活動実績データ分析）

(1) 実績報告用プログラム（v3.0）について

過去2カ年度に引き続き、認知症初期集中支援チームのチーム活動の流れに即した専用ソフトウェアを利用したデータ収集を行った。

本年度版（改訂版 v3.0）の制作・配布にあたっては、データ収集のご協力地域からの改良へのご意見、将来の継続利用を見据えた項目等の追加、また、各チーム・市町村において活動管理としてより効果的に活用頂くための機能追加、自動算出される指標の見直し等を反映させ、10月初旬の配布を行った。対象は、本年度中のチーム設置を予定する地域を含め753市町村とし、また、データ回収期において、市町村の状況を確認いただけるよう、都道府県に対しても配布した。

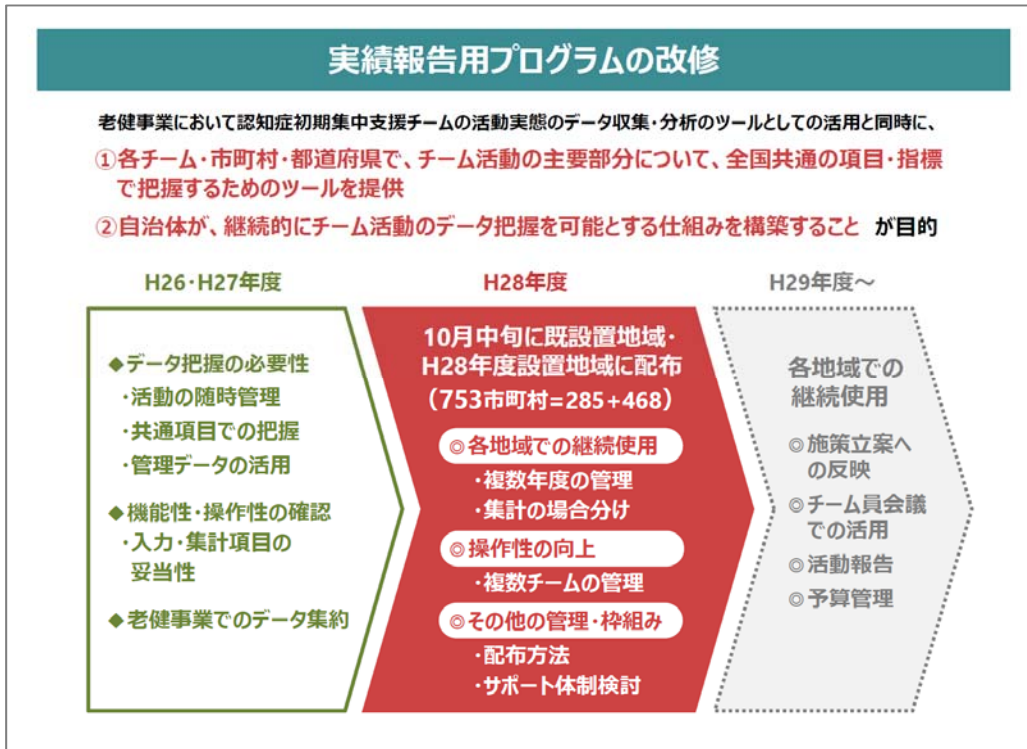
以下では、本年度改訂の概要を説明するとともに、平成29年1月末時点で全国のチームからご提供のあったチーム活動実績データによるチーム活動の状況を整理する。

【図表 3.1】 実績報告用プログラムの改訂について

① 実績報告用プログラムのこれまでの経緯（改訂作業の前提）

チーム活動実績評価について			
<p>H26・H27年度に引き続いて専用のプログラムによって、「訪問・会議回数」、「把握から引継までの日数」、「診断導入割合」、「対象者1人あたり費用」などの量的活動実態を全国統一の項目・ツールで把握する。</p>			
<p>検討課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ 通年利用、継続使用化（H29年度以降も継続利用できるものに基本機能の確定） ◎ 都道府県等での統計機能の充実（対象者の年度認識、年度ごと集計等を検討） ◎ 配布方法の検討（CD配布からダウンロード形式に、操作サポート体制） 			
	H26年度	H27年度	H28年度の課題
対象地域	41 地域（モデル事業）	306 地域（地域支援事業） ※データ提供152市町村(166チーム)	対象範囲拡大 (配布方法)
入力項目	<p>1 チーム情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ① チームスタッフ単価 ② 月ごとの訪問回数、会議回数など 	<p>2 対象者情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 対象者基本情報、アセスメント など ② 訪問（日付、訪問時間、職種） ③ 会議（日付、取り扱い時間） ④ 確定診断、サービス引継、転帰 など ⑤ 診断・利用に至らない理由（H27～） 	H27年度の入力・集計項目を原則維持
集計項目	<ul style="list-style-type: none"> ● 把握～初回訪問～引継の日数 ● 未利用者の医療・介護導入状況 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症診断導入 ● 対象者1人あたり費用 など 	
その他機能	<ul style="list-style-type: none"> ◎ CD配布 ◎ 単独地域での集計機能 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ CD配布 ◎ データ統合機能（H27～） ※複数チーム⇒市町村、複数市町村⇒都道府県 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 継続使用 ◎ 統計機能充実 ◎ 複数チーム操作

② 実績報告用プログラムのこれまでの経緯（改訂作業の前提）



[平成 28 年度改訂版 (v3.0) の主な改修内容等]

①各地域での継続使用の観点

- ◎当年度の 7 月以降からのデータ入力や管理を想定した入力項目構成やデータ蓄積・引継機能の追加
- ◎対象者管理のため「年度」の設定項目を追加（自動設定とはせず、各チームにおいて任意の考え方で設定可能）
- ◎「年度」、「チーム」、「市町村」別の集計ソート機能を追加（特定の年度やチームの対象者について集計を行う機能を追加）
 - ※チームや市町村のソートは、複数チームを管理運用する市町村等で活用するため

②運用・操作性の向上の観点

- ◎ 1 プログラム (1PC) で複数のチームの管理（データ入力、集計等）を行う機能を追加
- ◎チームおよび対象者の ID 変更、運用年度の変更等を行うメンテナンス機能を追加

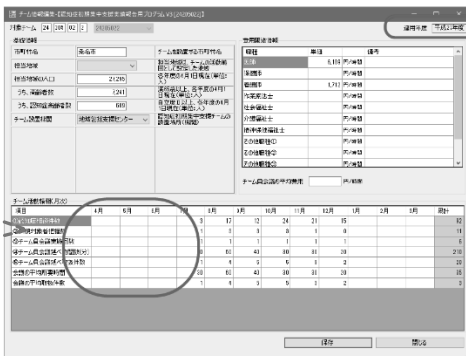
③その他の管理面の観点

- ◎操作の手引きの充実（入力項目の定義を明示、チーム指標項目の算出式を明示）
- ◎課題（配布対象、サポート方法・体制の検討）

【図表 3.2】

H28 年度版(v3.0) について ①

- ① 複数年度の情報を蓄積できるように、「運用年度」を導入
- ② 継続使用を前提に、自治体コード(総務省;都道府県2桁、市町村3桁)を使用
- ③ 月次情報入力欄を 4月～3月に拡大(単年度使用版として7～3月の9か月のみ)



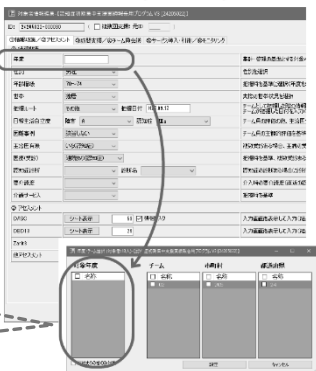
職種単価等のチーム情報については、年度ごとの管理を可能に

通年利用のため、切れ目ないよう入力欄を追加

H28 年度版(v3.0) について ②

- ① 対象者ごとに 取扱年度 の設定 → 取扱年度別、チーム・市町村別の集計が可能
- ② 診断や受診に至らない理由の詳細記述(入力)欄を新設

対象者情報入力画面(①情報収集)



対象者情報入力画面(②サービス導入・引継)



対象者管理年度の入力欄の追加

医療や介護の導入に至らない理由の記述入力欄の追加(任意)

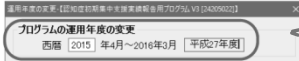
集計時に特定の年度のみソート

H28 年度版(v3.0) について ③

- ① 運用年度の設定(再掲)等、チームごとのメンテナンスが可能
- ② チームの追加機能 ⇒ 1プログラム=複数チームの管理が可能(昨年度要望に対応)

プログラムの設定変更、チーム追加等を行う機能

設定・変更画面



プログラムの運用年度変更



チームID等の設定変更



1プログラムで管理するチームの追加

第2部 入力項目・選択肢、チーム指標項目 について

1 入力項目・選択肢の定義（考え方）

各入力項目、および、選択回答の選択肢について、定義(考え方)を整理します。回答入力、選択の際の参考として頂ければと思います。

- ※ 特段のご説明を要さない選択肢の一部は、説明を省略しています。（日常生活自立度、要介護度など）
- ※ 定義（考え方）は、チーム活動実績を全国統一の様式でデータ蓄積を行うことを目的とする本プログラムでの運用上の説明です。
- ※ 家族のみへの対応やチーム設置場所への来所の際の対応などをチーム活動の一環とする等、チームとしての考え方に必ずしもあてはまらない場合もあると思われませんが、上記趣旨についてご理解のほどお願いします。

1.1 チーム情報

【基礎情報】

入力項目・選択肢	入力項目の説明・選択肢の定義（考え方）
市町村	チームを設置する市町村名を入力します。
担当地域	担当地域は、チームの活動範囲として設定した地域をいいます。
全域	市町村全域の場合
一部	市町村内の一部（東南地区のみなど）の場合
その他	共同設置等で複数の市町村にまたがって担当する場合など
人口	チームの担当地域について、各年度の4月1日現在（単位：人） ※入力力は半角数字（“約”“人”などの文字、“～”“-”などの記号不可）
うち 高齢者数	満 65 歳以上、各年度の4月1日現在（単位：人） ※入力力は半角数字（“約”“人”などの文字、“～”“-”などの記号不可）
うち 認知症高齢者数	認知症日常生活自立度Ⅱ以上、各年度の4月1日現在（単位：人） ※入力力は半角数字（“約”“人”などの文字、“～”“-”などの記号不可）
チーム設置場所(母体)	認知症初期集中支援チームの設置場所をいいます。
地域包括支援センター	行政直営・委託の別を問いません。
行政	認知症施策担当課等にチームが設置される場合
医療機関(病院・診療所)	訪問看護ステーション等を含みます
認知症疾患医療センター	医療機関のうち、特に認知症疾患医療センターに設置される場合
その他	選択肢にある設置場所以外に設置されている場合

【費用関連情報】

職種ごとの平均時間単価	チーム員の職種ごとに1時間あたりの単価を入力します。 ※同一職種で単価の異なるチーム員が複数いる場合でも、平均値等により1つ目の単価を入力します。 ※入力欄にある職種以外の職種がある場合、「その他職種(①～⑤)」の欄を使って単価を入力します（表示を直接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、対象者情報（③訪問支援）の「訪問職種」選択においても、「その他職種①」として取扱います。 ※「メモ欄」は一覧で対象者を特定するための情報等入力にご利用下さい。 ※チーム員以外の訪問同行もあり得ますが、単価設定は不要です。 ※単価入力のない職種が、対象者情報（③訪問支援）の「訪問職種」で設定された場合、対象者ごとの「一人あたり所要額」が計算されないことがありますので、ご注意ください。
チーム会議の平均費用	チーム会議の実施にかかる1時間あたりの費用を入力します。 ※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、全てを含む費用です。 ※1回あたりの取扱件数、また、参加者職種によって異なる等の事情もあり得ますが、平均的な会議実施費用として1時間あたりの費用で入力します。 ※単価入力のない場合、対象者ごとの「一人あたり所要額」が計算されないことがありますので、ご注意ください。

【チーム活動情報(月次)】

① 認知症相談件数	担当地域内における当月の認知症関連の相談件数 ※チーム員が直接受け付けた・対応した相談に限られません。
② 新規対象者把握数	当月の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 会議実施回数	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 ※訪問担当者のみの小ミーティングなどは含みません。
④ 会議延べ時間数	チーム員会議の所要時間の合計（③の全会議の合計時間） ※入力力の単位は“分”です。
⑤ 会議延べ取扱件数	チーム員会議で取り扱った件数の合計（③の全会議の延べ取扱件数） ※同一対象者が同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	(自動計算・表示されます)
会議の平均取扱件数	(自動計算・表示されます)

1.2 対象者情報

①情報収集：把握・介入時の情報を入力

年度	対象者把握時期などによって、集計・管理の基準とする取扱年度を設定します。
性別	対象者の性別を選択します。
年齢階級	対象者を把握した時点を基準に選択します。
世帯	対象者の実際の世帯状況を選択します。 ※住民票等の記録ではなく、日常の実態を基準に考えてください。
把握ルート	チームとして支援対象者を把握した際の情報の入手経路(元)を選択します。 本人 ※本人が直接チームに相談してきた場合 など ※本人が医師に相談、その医師が情報提供した場合は(医療機関)を選択 その他 介護サービス事業者、行政、郵便・宅配サービス など
把握日付	チームが対象者として把握した日付を入力します。 ※以前から行政等で認知ある場合でも、認知症初期集中支援の対象者として、新たに情報が入った等を、把握の基準に考えてください。 ※日付は以下のいずれかの方法で入力します。下記①～③のどの方法で入力しても、「H28.9.25」(元号「H」、区切り「.」)で表示されます。 ① 2016.9.25 (西暦、区切り「.」) ※「(カンマ)」は不可 ② 20160925 (西暦、連続 8桁) ※1桁でも「0」を付けて必ず8桁 ③ 280925 (元号、連続 6桁) ※1桁でも「0」を付けて必ず6桁漢字(平成など)、「ー」(ハイフン)や空欄での入力はできません。
日常生活自立度 (障害)	チームによる評価の他、主治医意見書や認定調査結果、診断書等の情報から選択することも可能です。
日常生活自立度 (認知症)	チームによる評価の他、主治医意見書や認定調査結果、診断書等の情報から選択することも可能です。
困難事例	チームの主観的評価を基準に該当の有無を選択します。
該当する	訪問・面会に強い拒否がある場合や近隣の苦情が絶えない場合 など
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。 ※複数の受診がある場合、主病の受診先の主治医について考えてください。 ※把握時点で定期的な通院や訪問診療がある場合に限られません。
いる (認知症)	認知症診療について主治医の場合
いる (認知症以外)	認知症診療以外の通院等にかかる主治医の場合
以前いた	現在は通院等していないが、以前はかかりつけの医師がいたような場合
いない	現在も以前も医療にからず主治医がいない場合、不明の場合を含む
医療 (受診)	把握時の主な受診状況について、認知症と認知症以外に分けて選択します。 ※複数の受診がある場合、主病の通院(受診)について考えてください。
通院あり (認知症)	認知症の治療等について通院(受診)がある場合
通院あり (認知症以外)	認知症以外での治療等について通院(受診)がある場合
以前は通院	認知症での受診が否かを問わず、以前は通院していた場合
通院なし	通院していない場合、受診歴が不明な場合を含む

認知症診断	認知症の有無について選択します。
認知症診断あり	認知症の診断がある場合
認知症診断なし	認知症の診断がない場合
不明	診断の有無が不明の場合
診断名	認知症の診断がある場合 (認知症診断あり)を選択した場合)に、診断名を選択します。
混合型	診断名が複数該当する場合
その他の認知症	選択肢にある診断名以外、アルコール性認知症などの場合
認知症(病型不詳)	認知症の診断はあるが、具体的な診断名が未確定の場合など
要介護度	介入時の要介護度 (直近の認定結果を基準)について選択します。
申請中	要介護認定の申請をして、まだ認定結果が通知されていない場合
申請なし	要介護認定の申請をしていない場合
介護サービス (利用)	介護サービスの利用状況について選択します。
サービス利用	介護保険サービスの他、地域支援事業の生活支援サービスやボランティア等のインフォーマルサービスも含む
以前は利用	現在は利用していないが、以前は介護保険サービス等を利用していた場合
利用なし	サービスを利用していない場合、利用歴が不明の場合を含む

②アセスメント：把握・介入時のアセスメント情報を入力

DASC	「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」(DASC) (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System) 「シート表示」から専用の評価入力画面を開いて、介入時のアセスメント結果を入力します。入力が終了すると、右枠にスコアが表示されます。 ※評価方法は、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参照。
DBD13	認知症行動障害スケール短縮版 (DBD13) 「シート表示」から専用の評価入力画面を開いて、介入時のアセスメント結果を入力します。入力が終了すると、右枠にスコアが表示されます。 ※評価方法は、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参照。
Zarit 8	Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (Zarit8) 「シート表示」から専用の評価入力画面を開いて、介入時のアセスメント結果を入力します。入力が終了すると、右枠にスコアが表示されます。 ※評価方法は、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参照。
他アセスメント	チームで上記のアセスメント以外のアセスメントを使用して評価している場合、そのスコア等の結果を入力します。

③訪問支援：訪問支援の情報を入力

訪問日付	<p>チーム員が支援のため対象者の居宅に訪問した日付を入力します。</p> <p>※原則、所在確認のための訪問(立ち寄りなど)や、対象者・家族がチームの拠点に来所した際の相談対応・助言等は含みません。</p> <p>※以前から行政等で訪問歴がある場合でも、認知症初期集中支援の対象者として、新たに行政等に行った訪問を基準に考えます。</p> <p>※日付の入力方法は、把握日付 (P28) と同様の3通りです。</p>
所要時間	<p>訪問支援に要した時間を“分”単位で入力します。</p> <p>※1時間半の場合、「90」と入力します。</p> <p>※原則、移動・準備時間を含みません。</p> <p>※文字(約など)や記号(～など)を入力すると、1人あたり所要額の自動計算でエラーとなりますのでご注意ください。</p>
訪問職種	<p>訪問したチーム員について、入力欄右の▼マークをクリックし、職種の選択肢を表示させ、当てはまる職種を選択します。</p> <p>※同一職種が複数人訪問した場合は、同じ職種を複数選択します。</p> <p>※チーム員以外の訪問同行者がいた場合でも、チーム員のみ選択します。</p> <p>※「その他職種①～⑤」は、費用関連情報で登録した職種として、それぞれ選択して下さい。(例えば、「その他職種①」を「理学療法士」として費用登録した場合、選択肢の「その他職種①」を理学療法士として考えます)</p> <p>※訪問チーム員が3名以上になった場合は、職種入力欄右の「+」をクリックして回答枠を増やし、同様に選択します。</p>

④チーム員会議：チーム員会議での取扱の情報を入力

会議日付	<p>対象者が取り扱われたチーム員会議を実施した日付を入力します。</p> <p>※対象者への訪問前に、担当者のみで行うミーティングや行政との打合せ等については、チーム員会議に含めません。</p> <p>※日付の入力方法は、把握日付 (P28) と同様の3通りです。</p>
所要時間	<p>チーム会議での対象者の取扱(検討)の時間を“分”単位で入力します。</p> <p>※会議時間全体ではなく、当該対象者の検討に充てられたおおよその時間を入力します。</p> <p>※文字(約など)や記号(～など)を入力すると、1人あたり所要額の自動計算でエラーとなりますのでご注意ください。</p>

⑤サービス導入・引継：支援終了時の医療・介護サービス導入、引継の情報を入力

※①把握・介入時の状況(入力内容)との整合性についてもご確認ください。

認知症診断	<p>支援終了時の認知症の診断の状況について選択します。</p> <p>認知症の確定診断に至った場合 ※介入時にも診断があったが、新たに診断名が判明した場合も含まれます。 ※「診断名：認知症」の選択に進んでください。</p> <p>認知症以外の診断に至った ※「診断名：認知症以外」の選択に進んでください。</p> <p>介入時に診断済み ※「診断名：認知症以外」の選択に進んでください。</p> <p>診断に至っていない ※「診断名：認知症以外」の選択に進んでください。</p> <p>医師につながらない場合、検査中や診断待ちの場合を含む ※「診断名：認知症」を選択した場合に、診断名を選択します。</p> <p>※介入時に確定診断がある場合には回答は不要です。</p>
混合型	診断名が複数混在する場合
その他の認知症	アルコール性認知症 など
認知症(病型不詳)	認知症の診断はあるが、具体的な診断名が未確定の場合など
診断名：認知症以外	<p>「認知症以外の診断に至った」を選択した場合に、診断名等を選択します。</p> <p>※「認知症」の選択をした場合には回答は不要です。</p> <p>その他精神疾患 統合失調症など</p> <p>正常 診断の結果、認知症・精神疾患等でもない場合</p> <p>診断に至らない理由 「認知症診断」で「診断に至っていない」とした場合に選択します。</p> <p>診療中(診断前) 診断待ち、検査中などの場合</p> <p>診療拒否 受診自体を拒否している場合、医療機関への受診に至っていない場合 など</p> <p>その他 他の身体合併症の治療等で認知症の診療が遅れている場合 など</p>
理由(詳細)	「診療拒否」(その他)の場合に、具体的な理由を入力します。
DASC	「シート表示」から専用の評価入力画面を開いて、引継時のアセスメント結果を入力します。入力が終了すると、右側にスコアが表示されます。 ※評価方法は、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参照。
DBD13	「シート表示」から専用の評価入力画面を開いて、引継時のアセスメント結果を入力します。入力が終了すると、右側にスコアが表示されます。 ※評価方法は、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参照。
Zarit8	「シート表示」から専用の評価入力画面を開いて、引継時のアセスメント結果を入力します。入力が終了すると、右側にスコアが表示されます。 ※評価方法は、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参照。
他アセスメント	チームで上記のアセスメント以外のアセスメントを使用して評価している場合、そのスコア等の結果を入力します。

認知症医療の導入	認知症医療(受診)の導入状況について選択します。 認知症医療として通院等が導入された場合 診断のみ(通院なし) 認知症以外で通院 介入時から継続通院 受診に至っていない
導入日付	認知症医療として医療機関への受診に至った日付を入力します。 ※日付の入力方法は、把握日付(P28)と同様の3通りで行います。 ※(介入時から継続通院)の場合、日付入力が必要でず。
導入(受診)に至らない理由	(受診に至っていない)を選択した場合に、その理由について選択します。 医療の必要がない 本人・家族が希望しない 経済的な理由 認知症以外で通院 その他
理由(詳細)	(医療の必要がない)、(本人・家族が希望しない)、(その他)の場合に、具体的な理由を入力します。
要介護度	引継時の要介護度について選択します。 ※介入時の認定結果等が変わらない場合でも同じものを選択してください。 要介護認定の申請をして、まだ認定結果が通知されていない場合 申請なし 申請なし
介護サービスの導入	介護サービスの導入について選択します。 ケアプランによる介護保険サービス利用の場合 地域支援事業による配食等の生活支援サービスや地域やボランティアによる インフォームルなサービス など 介護保険・その他併用 介入時から継続利用 利用に至っていない
導入日付	介護サービスの具体的な利用・参加に至った日付を入力します。 ※日付の入力方法は、把握日付(P28)と同様の3通りで行います。 ※(介入時から継続利用)の場合、日付入力が必要でず。
導入(利用)に至らない理由	(利用に至っていない)を選択した場合に、その理由を選択します。 家族介護がある 生活が自立している 本人・家族が希望しない 経済的な理由 その他
理由(詳細)	(本人・家族が希望しない)、(その他)の場合に、具体的な理由を入力します。

医療引継先	医療に関して、引き継いだ先を選択します。 ※複数に引き継いだ場合、継続的に対象者をフォローする先とします。 ※介入時から受診・通院がある場合、選択は不要です。 認知症の継続診療をする主治医への引継の場合 認知症疾患医療センター等の専門医療機関への引継の場合 ※専門医療機関での継続診療の場合を含みます。 認知症以外の慢性疾患等の継続診療をする主治医への引継の場合 など 上記にあてはまらない先への引継の場合 医療への引き継ぎがない場合
主治医(認知症) 専門医療機関	
主治医(認知症以外) その他 引継なし	
引継日付(医療)	医療の引継先に引き継ぎをした日付を入力します。 ※日付の入力方法は、把握日付(P28)と同様の3通りで行います。
介護サービス引継先	介護サービス等に関して、引き継いだ先を回答します。 ※複数に引き継いだ場合、継続的に対象者をフォローする先とします。 ※介入時から利用がある場合、選択は不要です。 介護サービス利用の有無にかかわらず介護支援専門員への引継の場合 地域包括支援センター その他 引継なし
介護支援専門員 地域包括支援センター その他 引継なし	
引継日付(介護)	介護サービスの引継先に引き継ぎをした日付を入力します。 ※日付の入力方法は、把握日付(P28)と同様の3通りで行います。
引継時の転居	引継時の対象者の所在・行き先について選択します。 在宅継続 入院 入所・入居 その他 死亡
在宅継続 入院 入所・入居 その他 死亡	

⑥モニタリング：引継後のモニタリングの情報を入力

初回モニタリング日付	引き継ぎ後、チームによるモニタリングを行った初回の日付について入力します。 ※日付の入力方法は、把握日付(P28)と同様の3通りで行います。
サービス不継続事例 該当する 該当しない	モニタリングの際の、導入されたサービス等の継続の確認状況を選択します。 導入したサービスや引継先等でのフォローが継続されていない場合 医療・介護等による支援が継続している場合 ※引継時と同一のサービス、また、サービス量の増減は問いません。
不継続となったサービス	(該当する)を選択した場合に選択します。 ※もともと引き継ぎのないサービスについて選択は不要です。
総合評価	対象者把握からモニタリングまでのチームの一連の支援による対象者の状態・状況の全体としての変化について、主観的基準で判断し選択します。

2 チーム指標の定義（内容・計算式等）

入力データを基に自動計算するチーム指標について、項目ごとの内容・計算式等を整理します。

チーム指標項目		内容・計算式等
①情報収集		
集計対象者数	実人数 ・把握日付に入力がある人数	
1 対象者出現割合	相談件数に占める把握対象者の割合 ・チーム活動情報(月次)の ②新規把握÷①相談件数 で算出	
2 性別	選択肢(性別等)の項目別人数・構成割合 ・回答合計人数と集計対象者数の差は欠損値	
3 年齢階級	同上	
4 世帯状況	同上	
5 把握ルート	同上	
6 障害自立度	同上	
7 認知症自立度	同上	
8 介入時) 要介護認定	同上	
9 介入時) 医療(受診)	同上	
10 介入時) 介護サービス利用	同上	
11 困難事例	同上	
12 主治医有無	同上	
13 介入時) 認知症診断	同上	

アセスメント		
14 介入時) DASCスコア	スコア階級別人数・構成割合、実施件数、平均値、徘徊リスク該当人数 ・徘徊リスクは 第5項目、第6項目のいずれかがb(2点以上)の人数 ・実施人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値はアセスメント実施人数で算出	
15 介入時) DBDスコア	スコア階級別人数・構成割合、実施件数、平均値 ・実施人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値はアセスメント実施人数で算出	
16 介入時) Zaritスコア	スコア階級別人数・構成割合、実施件数、平均値 ・実施人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値はアセスメント実施人数で算出	

③訪問支援		
17 初回訪問実施件数	初回訪問に至った人数 (集計対象) 初回(1回目)訪問の日付に入力ある対象者 ・集計対象者計に占める割合	
18 初回訪問までの日数	「把握」～「初回訪問」の日数階級別人数、平均値、中央値、標準偏差 (集計対象) 「把握」および「初回訪問」の両日付に入力ある対象者 ・日数カウント人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値、中央値、標準偏差は日数カウント人数で算出	
19 訪問回数	チームの延べ訪問回数、平均値、中央値 (集計対象) 「訪問」日付に入力ある対象者 ・平均値、中央値は回数カウント人数で算出	
④チーム会議		
20 チーム会議の開催回数	チーム会議の延べ開催回数 ・チーム活動情報(月次)の ③会議実施回数の合計	
21 チーム会議の所要時間	チーム会議の平均所要時間 ・チーム活動情報(月次)の ④会議延べ時間の合計÷延べ開催回数	
22 チーム会議の取扱件数	チーム会議での平均取扱件数 ・チーム活動情報(月次)の ⑤会議延べ取扱件数の合計÷延べ開催回数	
23 会議までの日数	「初回訪問」～「初回会議」の日数階級別人数、平均値、中央値、標準偏差 (集計対象) 「初回訪問」および「初回会議」の両日付に入力ある対象者 ・日数カウント人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値、中央値、標準偏差は日数カウント人数で算出	
24 会議回数	1 事例(人)あたりのチーム会議回数平均値 (集計対象) 「会議」日付および時間に入力ある対象者 ・会議カウント人数と集計対象者数の差は欠損値	
25 会議所要時間	1 事例(人)あたりのチーム会議所要時間(分)平均値 (集計対象) 「会議」日付および時間に入力ある対象者 ・会議カウント人数と集計対象者数の差は欠損値	

⑤初期集中支援		
26 診断	選択肢の項目別人数・構成割合 (集計対象) 介入時「診断あり」を含む全集計対象者 ・回答合計人数と集計対象者数の差は欠損値	
27 認知症診断	選択肢(認知症疾患名)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 終了時に「認知症の診断に至った」対象者 ・回答合計人数と集計対象者数の差は欠損値	
28 認知症以外の診断	選択肢(認知症以外疾患名)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 終了時に「認知症以外の診断に至った」対象者 ・回答合計人数と集計対象者数の差は欠損値	

29	診断の導入割合	新たに診断に至った人数の割合 (集計対象) 介入時に「認知症診断あり」、「不明」の対象者 ・「認知症の診断に至った」、「認知症以外の診断に至った」の占める割合
30	認知症診断の確定割合	新たに認知症の診断に至った人数の割合 (集計対象) 終了時に「認知症」、「認知症以外の診断に至った」の対象者 ・「アルツハイマー型」、「認知症(病型不詳)」の占める割合
31	診断に至らなかった理由	選択肢(理由)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 終了時に「認知症の診断に至っていない」対象者 ・回答合計人数と集計対象者数の差は欠損値
32	終了時) DASC スコア	スコア階級別人数・構成割合、実施件数、平均値、介入時との差異 ・併回リスクは 第 5 項目、第 6 項目のいずれかが b(2 点)以上の人数 ・実施人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値はアセメント実施人数で算出
33	終了時) DBD スコア	スコア階級別人数・構成割合、実施件数、平均値、介入時との差異 ・実施人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値はアセメント実施人数で算出
34	終了時) Zarit スコア	スコア階級別人数・構成割合、実施件数、平均値、介入時との差異 ・実施人数と集計対象者数の差は欠損値 ・平均値はアセメント実施人数で算出
35	終了時) 医療導入	選択肢(認知症)の医療導入の項目別人数・構成割合 (集計対象) 介入時「通院あり(認知症)」を除く対象者 ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値
36	医療導入までの日数	「把握」～「医療導入」の平均日数 (集計対象) 介入時「通院あり(認知症)」を除く対象者で、「把握」および「医療導入」の両日付に介入がある対象者
37	医療につながらなかった理由	選択肢(理由)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 終了時「受診に至っていない」対象者 ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値
38	終了時) 要介護認定	選択肢(要介護度)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 介入時「要支援・要介護」等を含む全集計対象者
39	終了時) 介護サービス利用	選択肢(認知症)の医療導入の項目別人数・構成割合 (集計対象) 介入時「通院あり(認知症)」を除く対象者 ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値
40	介護サービス導入までの日数	「把握」～「介護サービス導入」の平均日数 (集計対象) 介入時「サービス利用」を除く対象者で、「把握」および「介護サービス導入」の両日付に介入がある対象者
41	介護につながらなかった理由	選択肢(理由)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 終了時「利用に至っていない」対象者 ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値
42	未利用者の医療・介護導入割合	新たに医療または介護の導入に至った人数の割合 (集計対象) 介入時に「通院あり」以外、かつ「サービス利用」以外の対象者 ・「受診に至っていない」、「利用に至っていない」以外の占める割合

⑥ 引継・転帰		
43	医療の引継状況	選択肢(引継先)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 「医療引継」の引継先に入力がある対象者 ・回答合計人数と対象者の差は欠損値
44	介護の引継状況	選択肢(引継先)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 「介護サービス引継」の引継先に入力がある対象者 ・回答合計人数と対象者の差は欠損値
45	支援期間	「把握」～「医療引継」または「介護サービス引継」日付の日数階級別人数、平均値、中央値、標準偏差 (集計対象) 「医療引継」または「介護サービス引継」の引継先・日付に入力がある対象者 (両方に日付入力がある場合、早い方を基準) ・平均値、中央値、標準偏差は日数カウント人数で算出
46	転帰の状況	選択肢(転帰)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 「医療引継」または「介護サービス引継」の引継先に入力がある対象者 (両方ある場合、日付がある方、日付が早い方を基準) ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値
47	対応所要額平均	1 事例(人)あたりの所要額平均 (集計対象) 訪問実績、会議実績に入力がある対象者 ・チーム情報の「職種別費用」、「会議費用」の入力があることが必要
⑦ モニタリング		
48	モニタリングまでの期間	「医療引継」・「介護サービス引継」～「初回モニタリング」の平均日数 (集計対象) 「医療引継」・「介護サービス引継」のいずれか、「初回モニタリング」の両日付に介入がある対象者 ・「引継」の両方に日付入力がある場合、いずれか遅い日付を基準
49	不継続(不適切な経過)	選択肢の項目別人数・構成割合 (集計対象) 「初回モニタリング」日付に入力がある対象者 ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値
50	総合評価	選択肢(評価)の項目別人数・構成割合 (集計対象) 「医療引継」または「介護サービス引継」日付に入力がある対象者 ・回答合計人数と対象者数の差は欠損値

(2) 活動実績（平成 29 年 1 月末現在）について

実績報告用プログラム v3.0 を配布した 753 市町村に対して、平成 29 年 1 月末時点でのデータ提供を依頼したところ、410 チーム（前年度 306 市町村配布に対して 153 チーム）からデータの提供があった。

（1 自治体の複数チームからの提供もあるため、市町村数とイコールではない）

また、集計対象としたデータは、平成 28 年度の活動実績を取りまとめる観点から、下記のルールによって絞り込みを行ったため、最終的に 1,495 人のデータで以下の集計作業を行った。

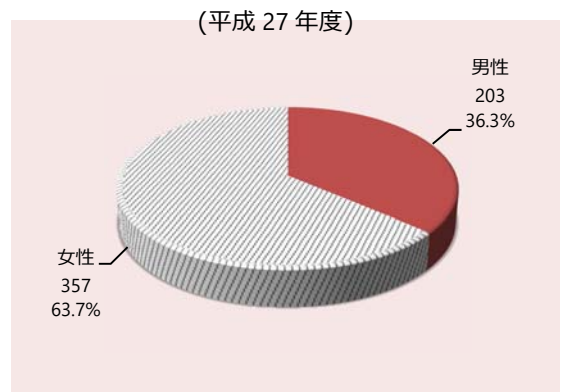
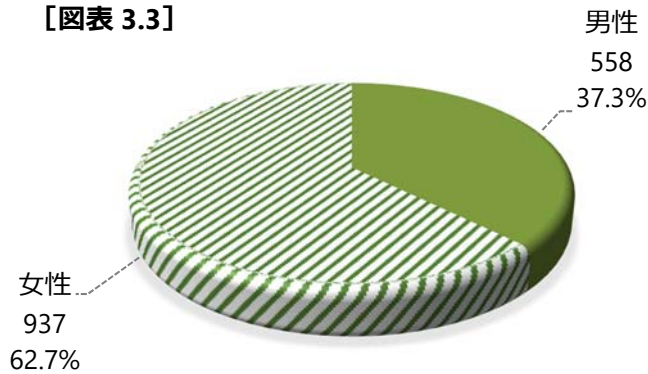
- ❶ 医療・介護のいずれかに引継ありの対象者（支援終了に至っている対象者）
- ❷ 対象者把握日付が「H28.4.1」以降の対象者
- ❸ 初回訪問日付が「H28.4.1」以降の対象者

(2)-1 対象者の概要

① 性別（n1,495）

対象者の性別は、「男性」588 人（37.3%）、「女性」937 人（62.7%）であった。

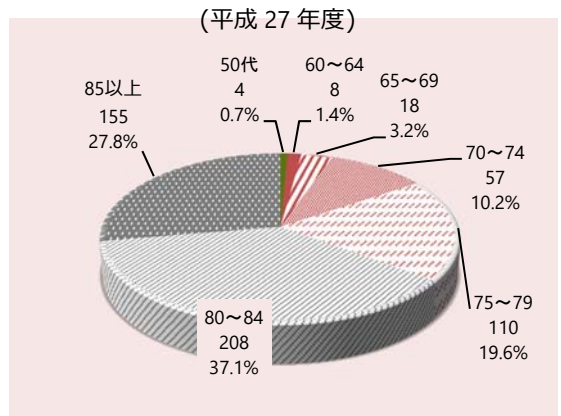
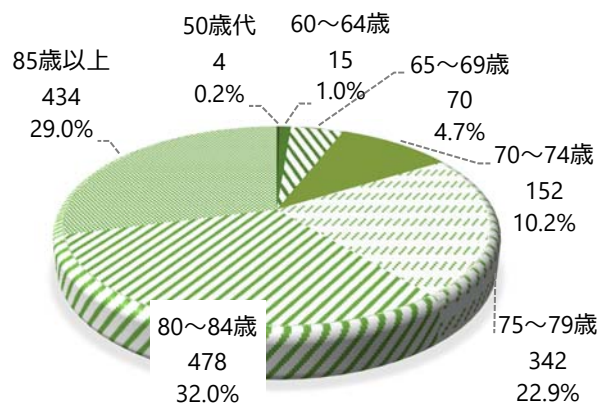
【図表 3.3】



② 年齢階級（n1,495）

対象者の年齢階級は、「80～84 歳」が 478 人（32.0%）と最も多く、次いで、「85 歳以上」が 434 人（29.0%）、「75～79 歳」937 人（22.9%）の順であった。

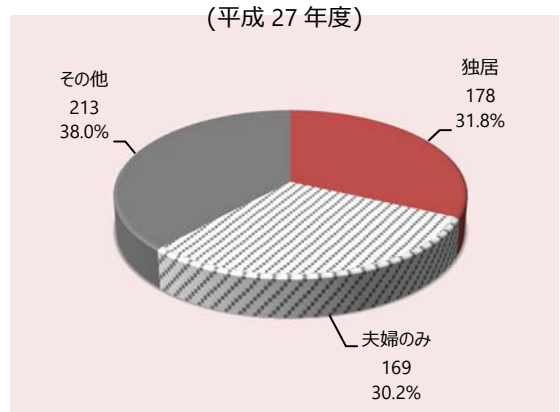
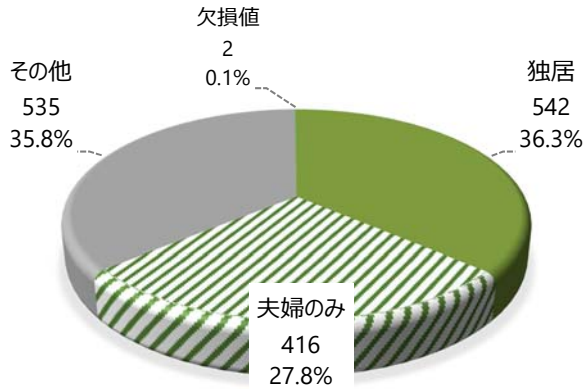
【図表 3.4】



③ 世帯状況 (n1,495)

世帯状況をみると、「独居」542 人 (36.3%)、「夫婦のみ」416 人 (27.8%)、「その他」535 人 (35.8%) であった。

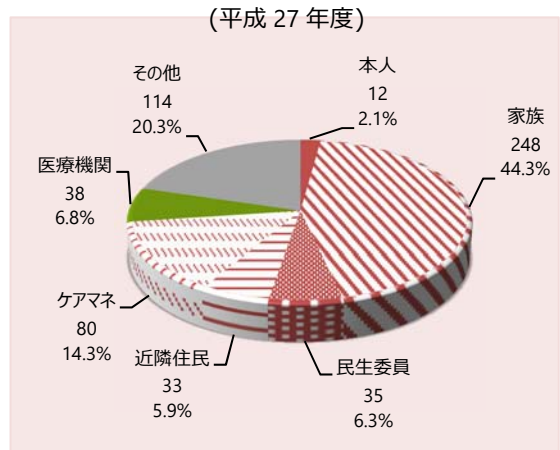
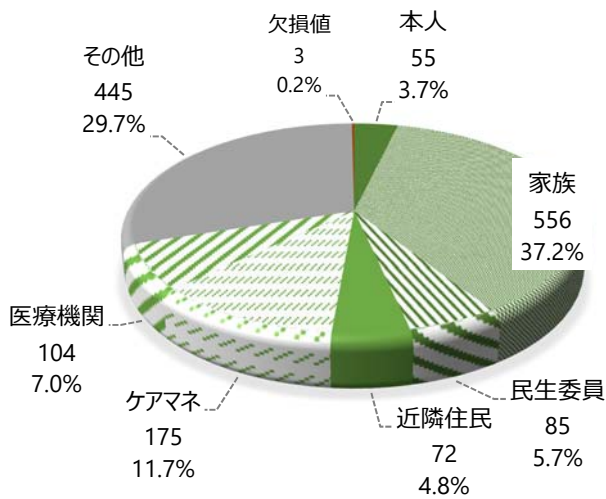
【図表 3.5】



④ 把握経路 (n1,495)

把握経路は、「家族」が 556 人 (37.2%) と最も多く、以下、「ケアマネ」175 人 (11.7%)、「医療機関」104 人 (7.0%)、「民生委員」85 人 (5.7%) の順であった。

【図表 3.6】

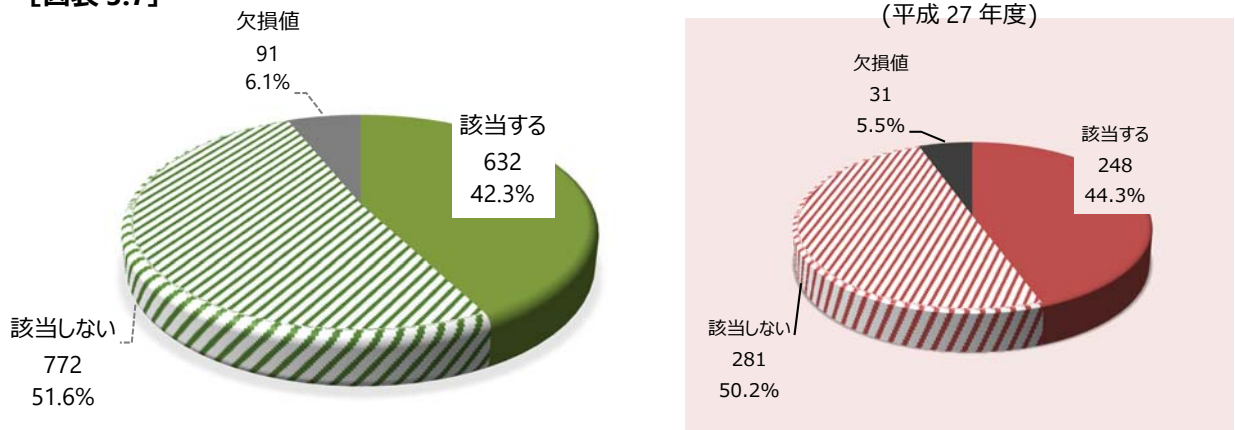


⑤ 困難事例取扱 (n1,495)

困難事例の取扱について、「該当する」が 632 人 (42.3%)、「該当しない」772 人 (51.6%) であった。

これを、取扱チームの設置機関別にみると、地域包括支援センターまた行政設置のチームでは「該当しない」が 6 割を上回った一方で、医療機関や認知症疾患医療センターでは、「該当する」が 59.9%、56.2%といずれも過半数となり、医療機関設置のチームでは困難事例に該当する対象者を取り扱う場合が多い状況にあった。

【図表 3.7】



(チーム設置機関別の状況：有効回答)

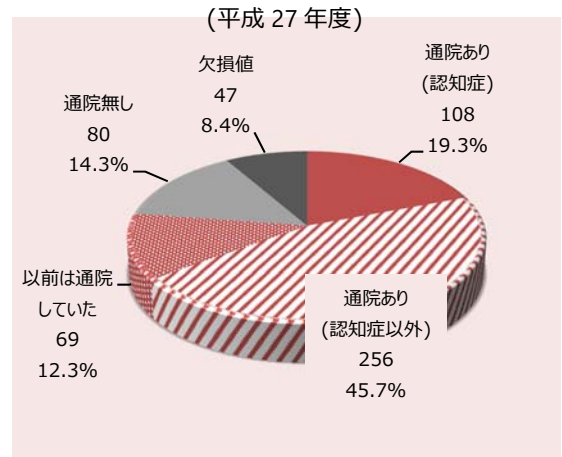
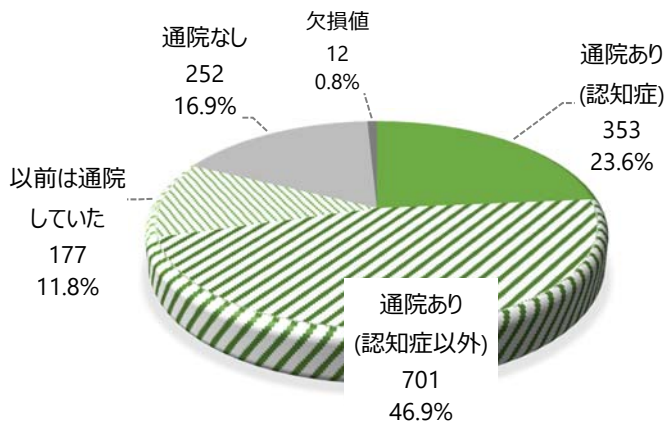
		合計	該当する	該当しない
地域包括支援センター	人数	750	281	469
	%	100.0	37.5%	62.5%
医療機関	人数	267	160	107
	%	100.0	59.9%	40.1%
認知症疾患医療センター	人数	73	41	32
	%	100.0	56.2%	43.8%
行政	人数	136	55	81
	%	100.0	40.4%	59.6%

(2)-2 介入時の状況

①-1 医療の受診状況 (n1,495)

介入時の医療の受診状況は、「通院あり(認知症)」が 353 人 (23.6%)、「通院あり(認知症以外)」が 701 人 (46.9%)、「以前は通院していた」が 177 人 (11.8%)、「通院なし」が 252 人 (16.9%) であった。

【図表 3.8】

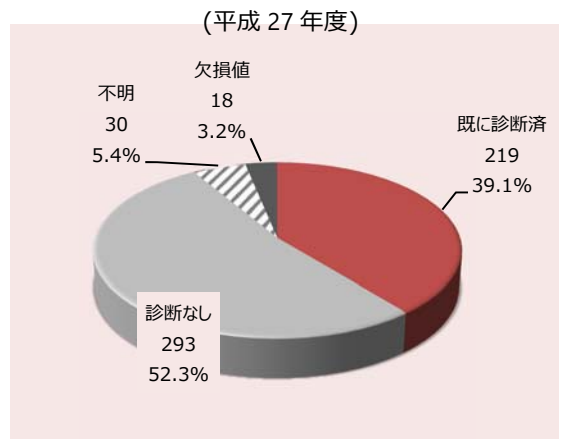
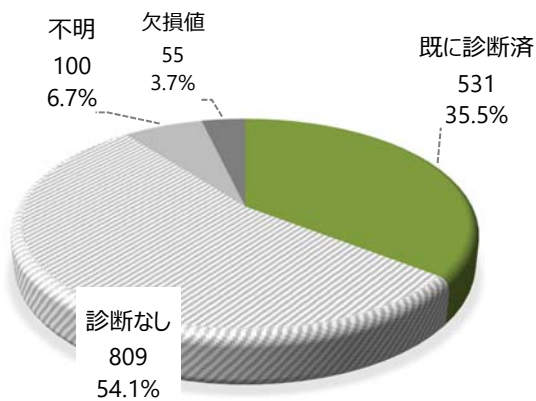


①-2 認知症の診断状況 (n1,495)

介入時の認知症の診断については、「既に診断済」が 531 人 (35.5%)、「診断なし」が 809 人 (54.1%)、「不明」が 100 人 (6.7%) であった。

昨年度データとの大きな傾向の違いはみられなかった。

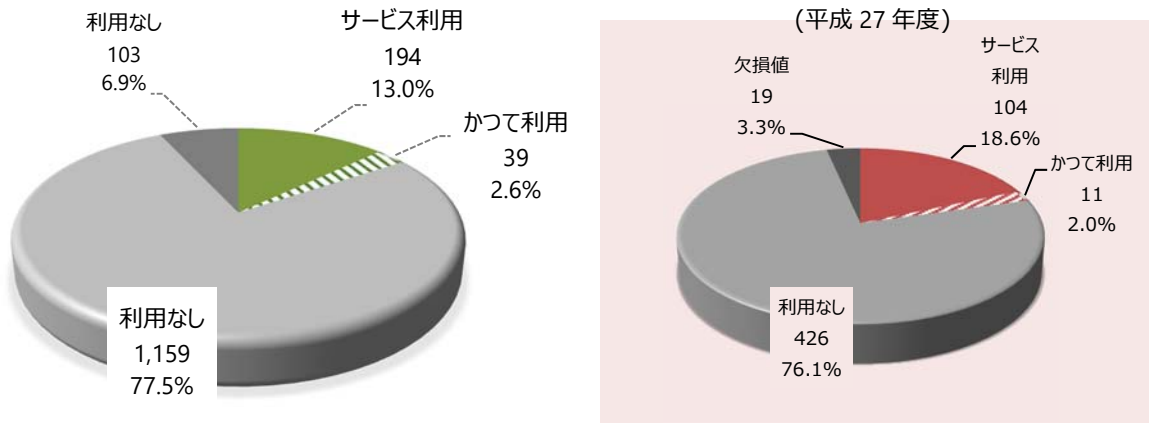
【図表 3.9】



② 介護サービスの利用状況 (n1,495)

介入時の介護サービスの利用状況は、「サービス利用」が 194 人 (13.0%)、「かつて利用」が 39 人 (2.6%)、「利用なし」が 1,159 人 (77.5%) であった。

【図表 3.10】



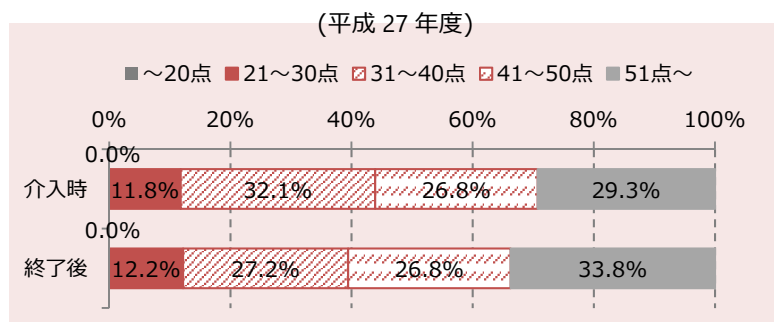
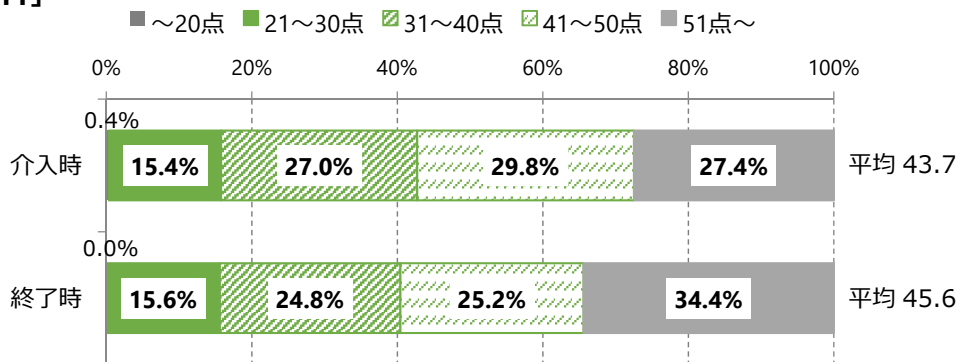
(2)-3 アセスメントの状況

① DASC (n564)

アセスメントのツールとして紹介している DASC、DBD13、Zarit8 のスコアについて、介入時および終了時の実施された (スコアのデータ入力があった)、DASC : 564 人、DBD13 : 468 人、Zarit8 : 314 人のスコア階級別の構成割合の変化を示す。

DASC では、「21~30 点」、「31~40 点」の割合が減少した一方で、「51 点～」の割合が増加しており、全体にスコア増の傾向がみられた。平均スコアは +1.9 ポイントであった。

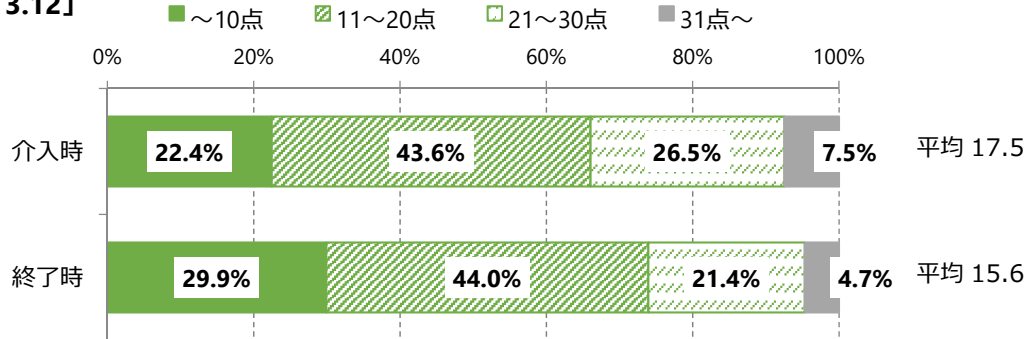
【図表 3.11】



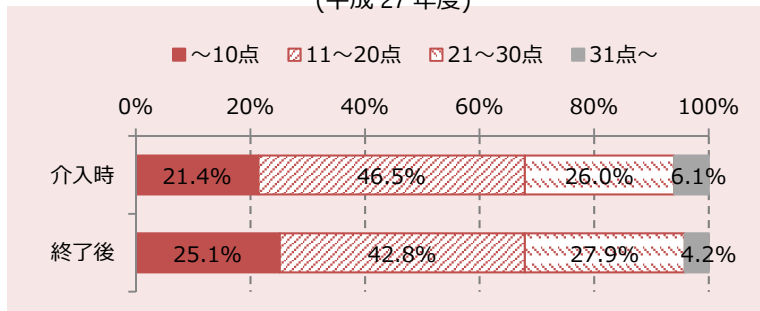
②DBD13 (n468)

DBD13では、「～10点」の割合が増加した一方、「21～30点」、「31点～」の割合がそれぞれ減少し、全体にスコア減の傾向がみられた。平均スコアは▲1.9ポイントとなった。

【図表 3.12】



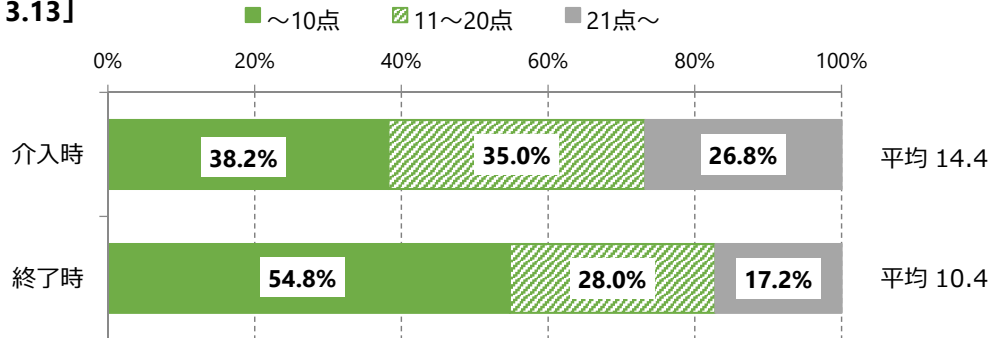
(平成 27 年度)



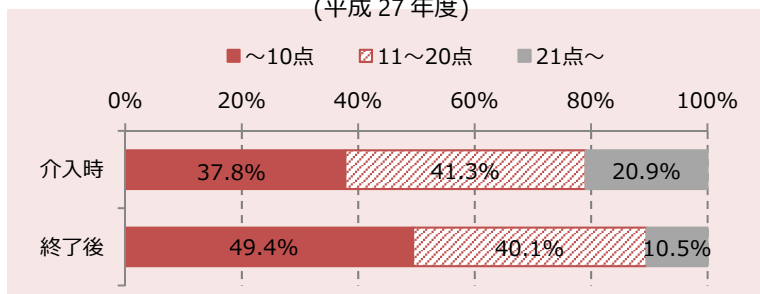
③Zarit8 (n314)

Zarit8では、「～10点」の割合が大きく増加、反面、「11～20点」、「21点～」の割合がそれぞれ減少し、全体にスコア減＝介護家族の負担減の結果となった。平均スコアは▲4.0ポイントとなった。

【図表 3.13】



(平成 27 年度)



(2)-4 支援の状況

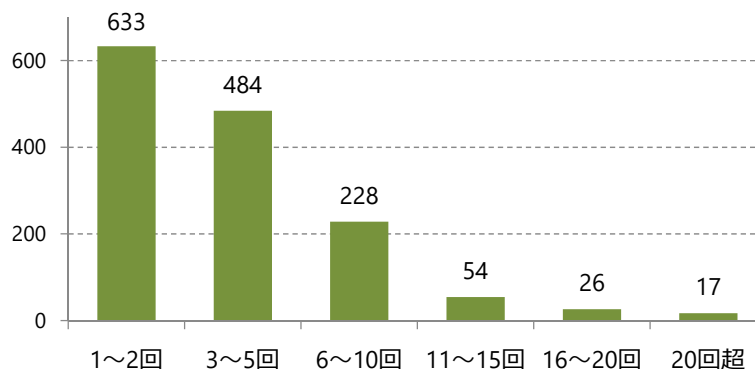
① 訪問支援回数（有効回答 n1,442）

対象者への引継までの訪問支援回数をみると、「1～2回」が最も多く633人（43.9%）、「3～5回」が484人（33.6%）と、初回訪問から引継まで5回以下の訪問となったのが約8割を占めていた。

平均値は4.0回、中央値は3回、標準偏差4.23、最大は45回であった。

チーム設置機関別では、「認知症疾患医療センター」の訪問回数が多い点があった。

【図表 3.14】



（チーム設置機関別の状況：有効回答）

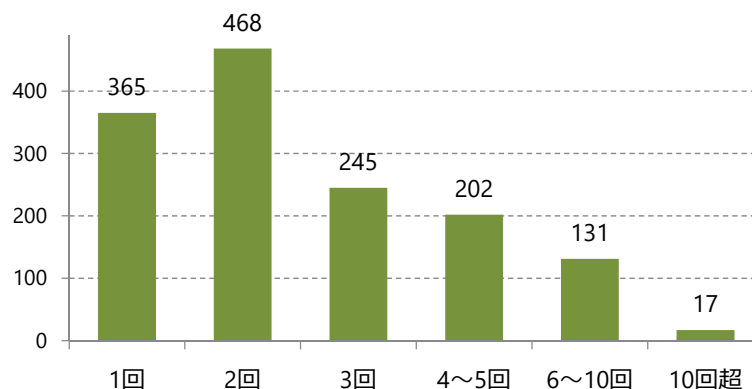
		合計	1～2	3～5	6～10	11～15	16～20	20超
地域包括支援センター	人数	786	340	283	121	24	12	6
	%	100.0	43.3%	36.0%	15.4%	3.1%	1.5%	0.8%
医療機関	人数	251	115	81	36	12	3	4
	%	100.0	45.8%	32.3%	14.3%	4.8%	1.2%	1.6%
認知症疾患医療センター	人数	75	32	17	18	7	0	1
	%	100.0	42.7%	22.7%	24.0%	9.3%	0.0%	1.3%
行政	人数	139	55	47	21	6	6	4
	%	100.0	39.6%	33.8%	15.1%	4.3%	4.3%	2.9%

② チーム員会議取扱回数（有効回答 n1,428）

対象者の引継までのチーム員会議での取扱回数は、「2回」が最も多く468人（32.8%）、以下、「1回」が365人（25.6%）と、「3回」が245人（17.2%）であった。

平均値は2.8回、中央値は2回、標準偏差2.17、最大は15回であった。

【図表 3.15】

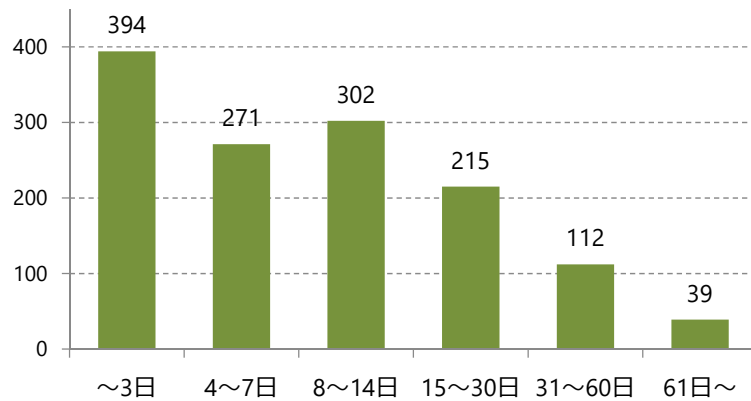


③ 支援期間①「把握」～「初回訪問」の日数（有効回答 n1,333）

対象者把握日付、初回訪問日付にデータのある対象者 n1,333 について、把握から初回訪問までの期間をみると、「～3日」が394人（29.6%）と最も多く、次いで、「8～14日」が302人（22.3%）、「4～7日」が271人（20.3%）であった。平均値は13.5日（昨年度15.7日）、中央値8.0日（同8.0）、標準偏差18.8（同29.3）であった。

チーム設置機関別では、「地域包括支援センター」では、2週間以内が中心である一方、「医療機関」、「認知症疾患医療センター」では、1～4週間(1ヵ月)が中心となっていた。

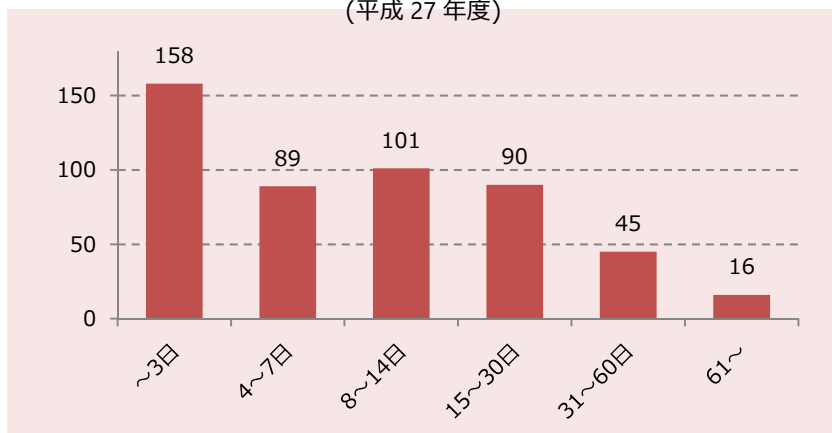
【図表 3.16】



（チーム設置機関別の状況：有効回答）

		合計	～3日	4～7日	8～14日	15～30日	31～60日	61日～
地域包括支援センター	人数	723	255	154	155	90	49	20
	%	100.0	35.3%	21.3%	21.4%	12.4%	6.8%	2.8%
医療機関	人数	243	40	45	67	55	28	8
	%	100.0	16.5%	18.5%	27.6%	22.6%	11.5%	3.3%
認知症疾患医療センター	人数	67	13	14	16	15	7	2
	%	100.0	19.4%	20.9%	23.9%	22.4%	10.4%	3.0%
行政	人数	127	27	22	34	26	14	4
	%	100.0	21.3%	17.3%	26.8%	20.5%	11.0%	3.1%

（平成27年度）

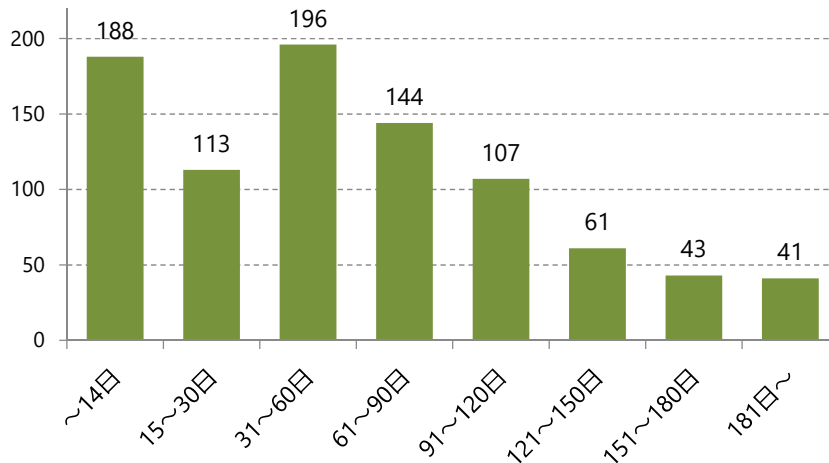


④ 支援期間② 「初回訪問」～「引継」の日数（有効回答 n893）

初回訪問日付、医療もしくは介護への引継日付にデータのある対象者 n893 について、初回訪問から引継までの期間をみると、「31～60 日」が 196 人（21.9%）と最も多く、次いで、「～14 日」が 188 人（21.1%）、「61～90 日」が 144 人（16.1%）であった。平均値は 64.8 日（昨年度 62.3 日）、中央値 53.0 日（同 48.5 日）、標準偏差 55.8（同 55.0）であった。

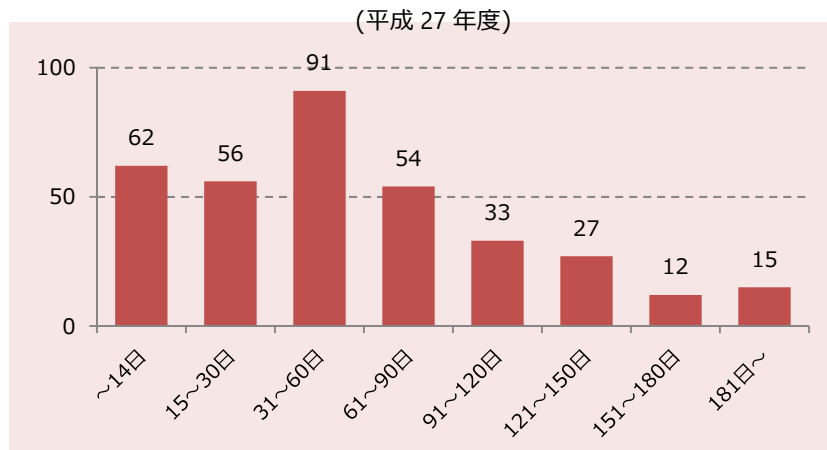
チーム設置機関別では、「地域包括支援センター」では、1～2 カ月が中心である一方、「医療機関」、「認知症疾患医療センター」では 2～4 カ月が中心と、相対的に期間が長くなっていた。

【図表 3.17】



（チーム設置機関別の状況：有効回答）

		合計	～14 日	15～30 日	31～60 日	61～90 日	91～120 日	121～150 日	151～180 日	181 日～
地域包括支援センター	人数	479	122	61	109	74	48	29	19	17
	%	100.0	25.5%	12.7%	22.8%	15.4%	10.0%	6.1%	4.0%	3.5%
医療機関	人数	163	23	20	28	24	30	16	13	9
	%	100.0	14.1%	12.3%	17.2%	14.7%	18.4%	9.8%	8.0%	5.5%
認知症疾患医療センター	人数	40	5	6	7	5	6	4	3	4
	%	100.0	12.5%	15.0%	17.5%	12.5%	15.0%	10.0%	7.5%	10.0%
行政	人数	86	14	8	22	17	11	6	3	5
	%	100.0	16.3%	9.3%	25.6%	19.8%	12.8%	7.0%	3.5%	5.7%



⑤ 支援期間③ 医療・介護につながるまでの日数（介入時各未利用者）

また、医療（認知症受診）と介護（サービス利用）それぞれの介入時の未利用者（医療 1,130 人、介護 1,198 人）について、医療に引継があったのは 669 人（59.2%、昨年度 71.5%）、介護に引継があったのは 1,003 人（83.7%、同 80.3%）であった。

また、それぞれの「把握」から「引継」までの日数は、医療で 68.6 日（昨年度 71.5 日）、介護で 82.5 日（同 86.3 日）であった。

医療・介護につながるまでに日数は短縮化しているものの、医療未利用者が医療につながる割合は減少しており、より引継しやすい介護への引継にシフトしていることがうかがえた。

【図表 3.18】

	介入時 未利用者	引継あり	日数
医療につながるまで	n 1,130	669 人 : 59.2%	68.6 日 (n628)
介護につながるまで	n 1,198	1,003 人 : 83.7%	82.5 日 (n948)

(平成 27 年度)

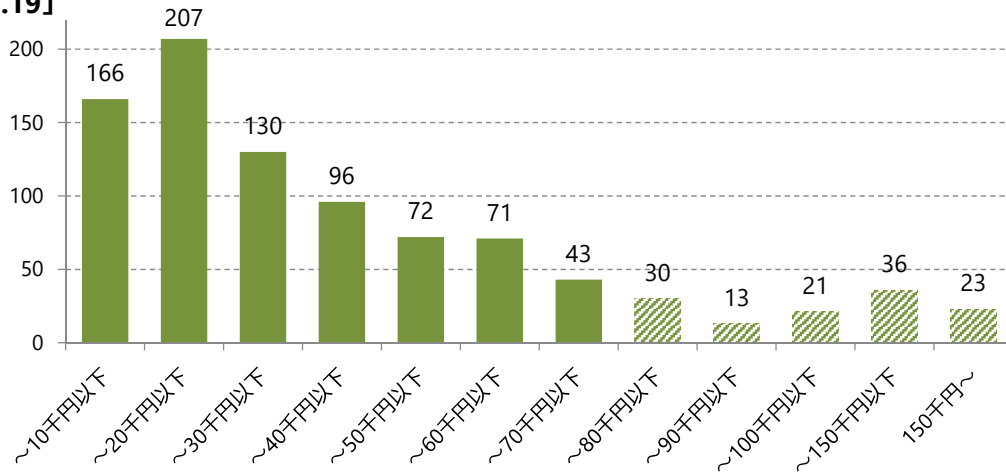
	介入時 未利用者	引継あり	日数
医療につながるまで	n 405	300 人 : 74.1%	71.5 日 (n252)
介護につながるまで	n 437	351 人 : 80.3%	86.3 日 (n297)

(2)-5 対象者あたり所要額の状況

実績報告用プログラムでは、訪問支援の職種・時間、チーム会議の取扱時間によって、対象者 1 人あたりの所要額概算を行うことができる。活動実績入力において単価設定等の必要な情報がそろっていた 908 人について、平均値(額)は 35,203.6 円(昨年度 39,167 円)、中央値は 22,769.1 円(同 24,542 円)、標準偏差 38,256.4 円(同 40,310 円)であった。

「10～20 千円以下」が 207 人(22.8%)と最も多く、以下、「～10 千円」が 166 人(18.3%)、「20～30 千円」が 130 人(14.3%)であった。他方で、平均値の倍以上の水準である「70 千円～」も 123 人であった。

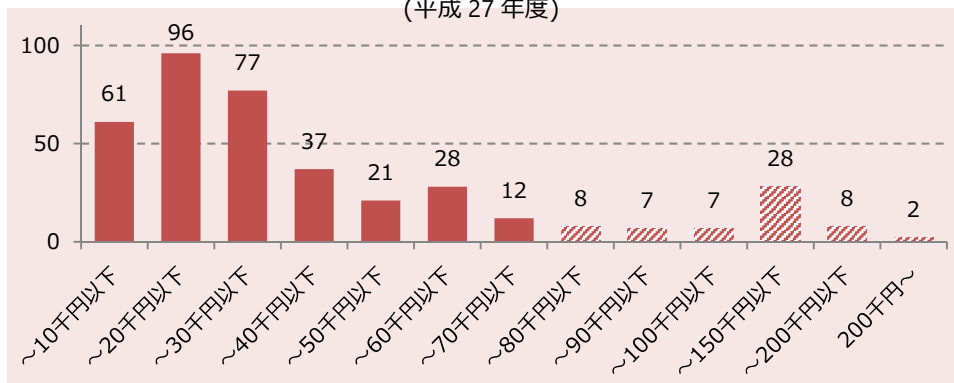
【図表 3.19】



(チーム設置機関別の状況：有効回答)

		合計	～10 千円	～20 千円	～30 千円	～40 千円	～50 千円	～60 千円	～70 千円	70 千円～
地域包括 支援センター	人数	504	116	112	82	48	39	31	25	51
	%	100.0	23.0%	22.2%	16.3%	9.5%	7.7%	6.2%	5.0%	10.1%
医療機関	人数	201	30	52	20	24	17	13	4	41
	%	100.0	14.9%	25.9%	10.0%	11.9%	8.5%	6.5%	2.0%	20.3%
認知症疾患 医療センター	人数	48	4	9	6	8	5	3	3	10
	%	100.0	8.3%	18.8%	12.5%	16.7%	10.4%	6.3%	6.3%	20.7%
行政	人数	101	16	21	15	13	8	9	3	16
	%	100.0	15.8%	20.8%	14.9%	12.9%	7.9%	8.9%	3.0%	15.8%

(平成 27 年度)



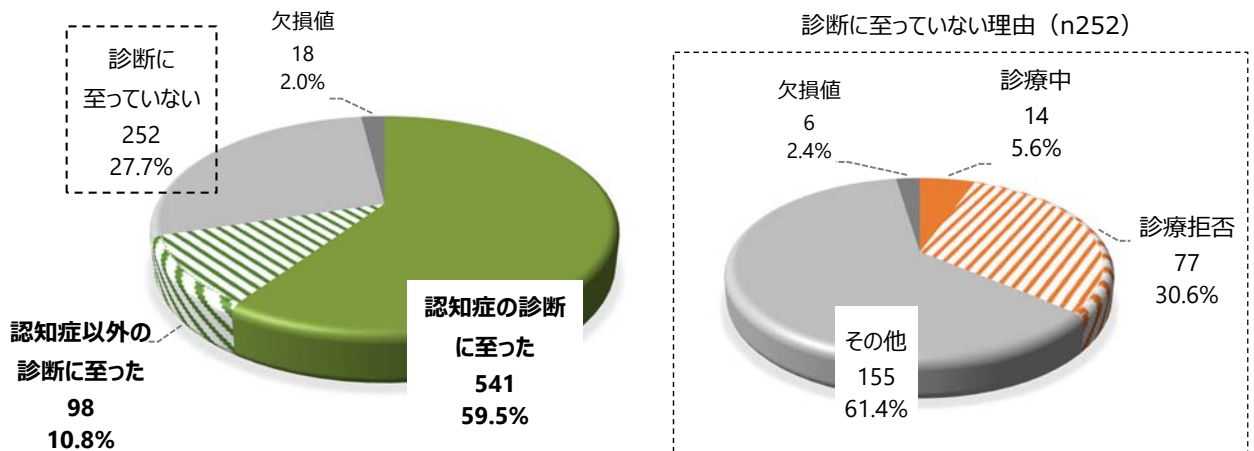
(2)-6 導入・引継時の状況

① 診断の導入 (n909)

引継時の状況として、まず、診断の導入について、介入時に「診断なし」もしくは「不明」であった 909 人の状況をみると、「認知症の診断に至った」が 541 人 (59.5%) と約 6 割 (前年度 50.2%) であり、また、「認知症以外の診断に至った」は 98 人 (10.8%) であった。両者を合わせて“診断に至った”のは 70.3% (同 62.9%) であった。他方、「診断に至っていない」は 252 人 (27.7%、同 25.1%) であった。

また、「診断に至っていない」場合の理由は、「診療中」が 14 人 (5.6%)、「診療拒否」が 77 人 (30.6%)、「その他」が 115 人 (61.4%、内容詳細は次頁参照) であった。

【図表 3.20】



② 認知症の診断

診断に至った 639 人 (診断導入の割合 70.3%、昨年度 62.9%) について、診断の状況をみると、「アルツハイマー型認知症」49.1%、「血管性認知症」5.2%、「レビー小体型認知症」3.8%、「前頭側頭葉変性症」2.0%、「混合型」3.9%であった。(「病型不詳の認知症」は 12.8%、「その他の認知症」5.6%)

認知症以外の診断は 14.4%、内訳は「MCI」2.2%、「うつ」1.4%、「他の精神疾患」6.6%、「正常」4.2% (27 人) であった。

【診断導入 639 人 (70.3% : (541+98)/909)】

認知症の診断 527							認知症以外の診断 92				病名 欠損値
アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭葉	混合型	その他認知症	病型不詳	MCI	うつ	他の精神疾患	正常	
314	33	24	13	25	36	82	14	9	42	27	20
49.1%	5.2%	3.8%	2.0%	3.9%	5.6%	12.8%	2.2%	1.4%	6.6%	4.2%	3.2%

【図表 3.21】〈 診断に至らない理由（その他）：主な入力内容〉

妄想様発言あるも記憶保持。日常生活自立しており本人支援不要。

物忘れ症状が安定しており、専門医受診よりも内科的治療が優先的に必要と考えられるため。

本人も物忘れの自覚あるが、まだ認めたくない。家族も内科医に物忘れのことを相談しているが、年齢からも仕方のないことと言われている。本人の性格もあり、診断につげようとする医療や介護のサービス利用を拒否する可能性があるため、介護サービス利用で様子を見て行くことになった。

風貌や行動から認知症者の徘徊疑いで警察に何度か保護されていたため、チームが関わったが、特徴的なパーソナリティーで以前と変わらない認知機能や生活機能が保たれていたため、嫌がる本人を無理に診断につなげる必要性がないとの意見に達した。

訪問時にアセスメントをした結果、正常及び MCI レベルであると考え。現状での介入は患者への利得が少ないと判断し、介入を終了した。

進行性の乳がん治療開始前の検査も本人拒否により行なえない状態でした検査や治療に対して本人、強い拒否があり、診断ができなかった。

チーム員支援開始後、脳梗塞発症し緊急入院となり、その後老人保健施設へ入所したため。受診、検査についてはどこも悪くないと拒否が強かった。

受診により膵臓がんが発見され、既に末期の状態と診断され、症状の緩和を優先することになったため。

本人のプライドがあり、説得できず、家族・ケアマネが現状で仕方ないと諦めている。情報を伝えるも主治医診断せず。

本人の病識がなく、プライドが高いため医師からも鑑別診断の紹介ができなかった。

金を身内に持ち逃げされたため、経済的な余裕ができてから受診を考えたい。

また、家族がそこまで認知症について受診が必要だと感じていない。

認知症状はあるものの、ご自分で仕事をするなど、日常生活は成り立っている。総合事業でのヘルパー支援導入の方が介護保険を申請してサービス利用するよりも抵抗感が無い様子であった。

定期通院の際に主治医より「うつ」との回答あり。

かかりつけ内科医受診時相談を勧めた。困難児は、同 HP の神経内科受診を勧めたが未受診。

認知機能の低下や日常生活機能の低下確認できず自立している。

MRI など検査の拒否があり困難と判断されていてニーズ無し

年相応のもの忘れ程度を感じる程度で自立できている。下肢の筋力低下や引きこもりの状況はあるが、鑑別診断までの必要性は感じられず

認知機能の低下もあり鑑別にはつなげるのが困難。水分不足・栄養状態・ストレスがある状況で、元々の内科医が途絶え無いように支援が必要な状況。

訪問すると認知機能低下が感じられず、家族に課題があった。

同居の息子さんが必要性を感じていない。チーム員会議で診断より、出かけるところに焦点を置くことを検討した。

同居している娘が、診断を受けて内服が開始することで足が弱ると聞いた為、鑑別診断・治療を望まなかった。

病院嫌い。今後の事を踏まえて介護保険申請のための受診(内科) 行った。認知症に関しては専門機関を勧められたが本人・家族も受診を望まなかったため。

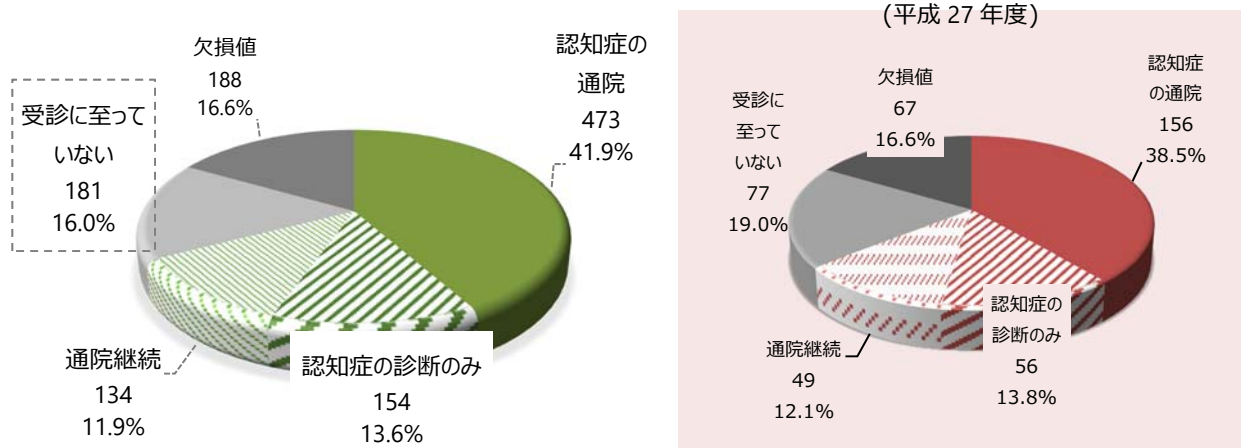
認知症以外の主治医と相談して認知症の確定診断を受けるかどうか決めるとのこと

かかりつけ医に相談し、MRI を撮るも前回と変わりがなく、血管の問題はないとのこと。その後、服薬を変更し、状態の回復が有り。

② 認知症医療の導入（介入時「認知症以外通院あり」、「以前は通院」、「通院なし」 n1,130）

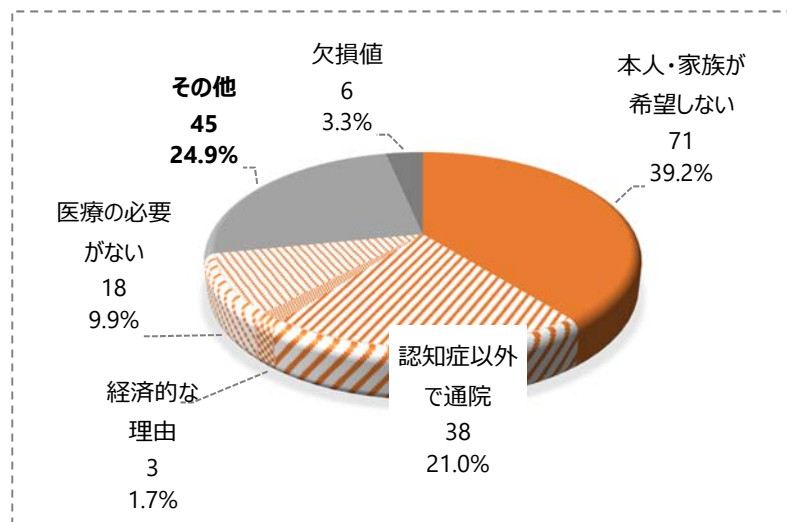
続いて、引継(終了)時における医療(受診)の導入について、介入時に「認知症以外の通院あり」、「以前は通院」、「通院なし」であった 1,130 人の状況を見ると、「認知症の通院」が 473 人（41.9%、昨年度 38.5%）、「認知症の診断のみ」が 154 人（13.6%）、「通院継続」が 134 人（11.9%）であった。なお、「受診に至っていない」は 181 人（16.0%、同 19.0%）であった。

【図表 3.22】



受診に至らなかった 181 人の理由は、「本人・家族が希望しない」71 人（39.2%）、「認知症以外で通院」38 人（21.0%）、「医療の必要がない」18 人（9.9%）、「その他」45 人（24.9%、内容詳細は次頁参照）であった。

【図表 3.23】



【図表 3.24】 〈 認知症医療の導入に至らない理由（その他詳細）：主な入力内容〉

関係者へ引き継ぎ。当面家族支援で相続等手続き急務。

必要時かかりつけ医にて精密検査予定。

かかりつけ医にて、要経過観察中。

検診先の医療機関にて要経過観察中。

眩暈悪化による入院を経て、グループホームに入居したため、専門医受診に至らなかった。

本人が専門医受診を拒否しているため、往診で状況をみている。

主治医が専門医受診への紹介を拒否したため

訪問時にアセスメントをした結果、正常及びMCIレベルであると考え。現状での介入は患者への利得が少ないと判断し、介入を終了した。

高度心不全で入院となり、今後は施設入所予定のため

診断に至らない理由同様、衛生状態の改善等を現在優先する課題として対応している。

被害妄想的な行動があり家族は受診を希望しているが本人は病識が無く希望していない。

胃癌と診断。入院となった。

拒否はなく、受診予定病院も決定しているが、専門外来の曜日（日時）と都合があわない（外来の曜日に元々本人の継続した予定が入っている）。

寝たきり、意思疎通困難となり、他の医療優先となる

介入時、担当包括で実態把握調査対象者であり、今後の支援については、担当包括が行うとのこと未だ受診至らず

認知症以外で受診、主治医に情報伝えるも診断せず。

介入拒否の状態の中で、身体状況悪化となり急搬、その後病院からそのまま施設入院となったため。

栄養状態等悪く、認知症診断以前に入院し身体の回復を待っている状態であった。転院先の病院で急逝され、認知症の診断には至らなかった。

骨折により入院。入院が長期化しているため。

担当介護支援専門員の相談内容から精神疾患が疑われた為、精神科担当チームへ相談し同行訪問していただき、精神疾患の治療と家族支援を優先して行っていただくことになった為。

他疾患悪化により状態急変。寝たきり状態となる。

相談途中で身体機能の著しい低下が急激にあり死亡したため

アセスメントして必要性が無いと判断

身体疾患の治療が優先となり入院したため

包括支援センター等からの定期的な訪問で状況確認することで変化の早期発見に努める段階であるため

物盗られ妄想があるが問題行動が受診に至るほど深刻でないため。

かかりつけ医に相談し、MRI を撮るも前回と変わりがなく、血管の問題はないとのこと。その後、服薬を変更し、状態の回復が見られたため、専門的な病院への受診までは至っていない。

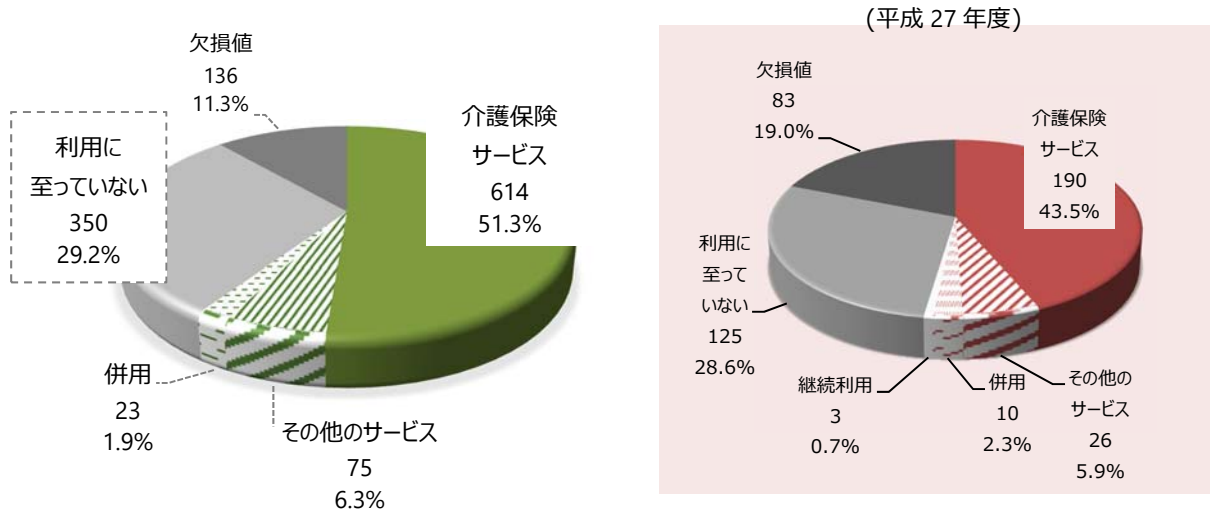
リウマチが悪化し、歩行困難な状態。リウマチの治療を優先させるため

訪問して面接するも認知症症状ではない様子だったので早急な受診支援は不必要と判断

③ 介護の導入（介入時「以前は利用」、「利用なし」 n1,198）

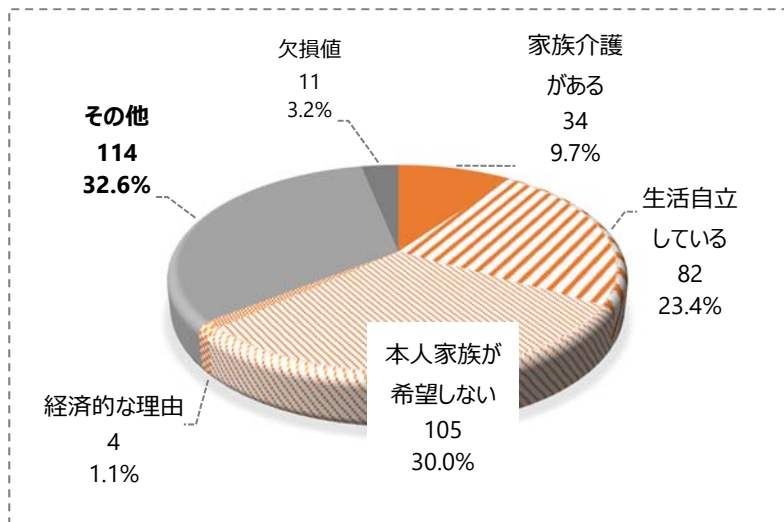
引継時における介護(サービス)の導入について、介入時に「以前は利用」、「利用なし」であった1,198人の状況を見ると、「介護保険サービス(の導入)」が614人（51.3%、昨年度43.5%）、「その他のサービス」が75人（6.3%）、「併用」が23人（1.9%）であった。なお、「利用に至っていない」は350人（29.2%、同28.6%）であった。

【図表 3.25】



利用に至らなかった350人の理由は、「本人家族が希望しない」105人（30.0%）、「生活自立している」82人（23.4%）、「家族介護がある」34人（9.7%）、「その他」114人（32.6%、内容詳細は次頁参照）であった。

【図表 3.26】



【図表 3.27】〈介護サービス導入に至らない理由（その他詳細）：主な入力内容〉

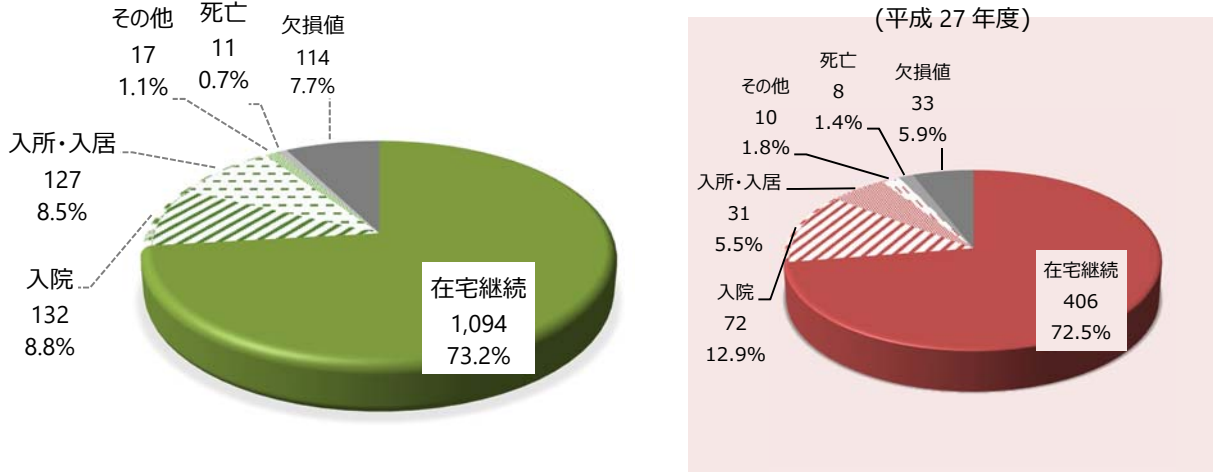
デイサービスは本人気乗りせず。本人がGH希望するが家族の折り合いがつかない。本人の希望に沿うGHが見つかからない。
同居家族が先に支援を受ける事になり、一緒に訪問して貰う事で今のところ用が足りている。
介護サービスの導入を検討するも在宅生活継続が危険な状況であると判断し、医療保護入院となったため。
精神科へ入院となったため。
高度心不全で入院となり、今後は施設入所予定のため
本人が関係者の訪問を拒否。
精神疾患の治療を主に行っていくとの事で支援対象外となる
介護保険料未納あり
入院のため。退院後はグループホーム入所を検討しているが未定。
家族が介護サービスの必要性を理解し、準備が整ったところで、チームの支援は終了とした。
金銭管理ができていない為、どれだけのサービス利用できるかわからないため。
退院時、在宅に戻らず、住宅型有料老人ホームに入所となる。
フィットネススタジオに通っているため
居宅介護支援事業所へ引継ぎ直後、転倒のため入院。その後入所を希望のため、介護保険サービス利用に至らず。
転居された為。転居先のいきいき支援センターに支援経過を報告し、引継ぎ実施。
栄養状態等悪く、認知症診断以前に入院し身体の回復を待っている状態であった。転院先の病院で急逝され、介護サービスの利用には至らなかった。
骨折により入院。リハビリ病院へ転院予定のため。
本人長期入院のため、介護申請取り下げとなる。
生活保護者で介護保険申請の結果が出ておらず、暫定利用が出来ないため。
精神疾患治療につき精神科病院入院の為
認定申請中であり、結果を受けてサービスを利用する予定
現在糖尿病にて入院中。退院の目途が立っていない。
チーム員医師がかかりつけ医になってから、医師のことは信頼している。しかし他者とのかかわりを極端に嫌い、サービス利用ができる状態ではないため、医師からもサービス利用を見合わせるように指示あり。
サービス利用調整後、骨折して入院。退院後、サービス利用予定。
市外の娘宅に引きとられ、転出となる
摂食障害あり。精神疾患の治療となるため介護サービスによるリハビリをするかどうか専門医受診をしてから方向性が決定するため
身体疾患の治療が優先となり入院したため
うつが悪化し入院
生きがいデイサービスを利用中。状態回復に伴い、介護サービスの導入は検討していない。

(2)-7 終了時の状況

① 転帰 (n1,381)

最後に、支援終了～モニタリングの場面における状況として、まず転帰は、「在宅継続」が 1,094 人 (73.2%、昨年度 72.5%)、「入院」132 人 (8.8%)、「入所・入居」127 人 (8.5%) であった。

【図表 3.28】



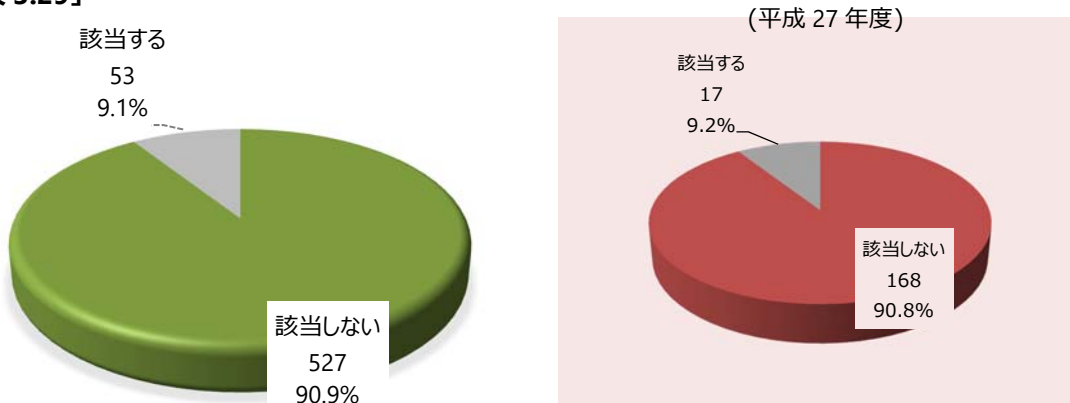
(チーム設置機関別の状況：有効回答)

		合計	在宅継続	入院	入所・入居	その他	死亡
地域包括支援センター	人数	752	597	63	75	13	4
	%	100.0%	79.4%	8.4%	10.0%	1.7%	0.5%
医療機関	人数	260	213	25	18	1	3
	%	100.0%	81.9%	9.6%	6.9%	0.4%	1.2%
認知症疾患医療センター	人数	69	49	15	3	1	1
	%	100.0%	71.0%	21.7%	4.3%	1.4%	1.4%
行政	人数	130	103	8	16	1	2
	%	100.0%	79.2%	6.2%	12.3%	0.8%	1.5%

② サービス等不継続 (モニタリング実施者 n580)

支援終了後、継続支援ができていない事例について、モニタリング実施者 580 人の状況を見ると、「該当しない」が 527 人 (90.9%、昨年度 90.8%)、「該当する」が 53 人 (9.1%) であった。

【図表 3.29】



2 訪問ヒアリング

事業では、認知症初期集中支援チーム既設置の市町村から提供された活動実績データの量的把握・分析に並行して、本年度の事業目的の1つである、未設置地域への「チーム設置プロセスにおける工夫等の情報提供」を行うため、離島を含む小規模市町村への訪問ヒアリング調査を実施した。

訪問ヒアリングは、本年度のチーム設置・活動が一定程度進んだ時期に、委員会委員を中心に行った。

図表 3.30 訪問ヒアリング地域

地域（市町村）	日程	特徴（選定理由等）
鹿児島県 ／ 徳之島町・天城町・伊仙町	12/2	3 町合同でチームを設置し、島外の専門職の協力を得つつ、島内の人材育成・地域包括ケアシステムの推進を目指している事例
熊本県 ／ 多良木町・湯前町・水上村	12/13	3 町村が共同設置している地域包括支援センターにチームを委託し、隣市のサポート医にチーム員を依頼
北海道 ／ 帯広市・音更町・土幌町・上土幌町・清水町・芽室町・中札内村・幕別町・池田町・浦幌町	12/16	北海道（十勝総合振興局）のコーディネートにより、管内 10 市町村が連携し、管内唯一の認知症疾患医療センターを有する医療機関へチームを委託した事例
福岡県 ／ 直方市・宮若市・鞍手町・小竹町	12/22	認知症疾患医療センターを中心に県内市町が合同でチームを設置

それぞれの地域（訪問先）ごとの詳細は、次頁以降の共通様式のレポートによるが、各地域は、小規模、離島、広域等の環境から、大きくは、①人員体制、②チーム活動方法、③予算、④運営の 4 つの面での課題がある中で、様々な対応・工夫を行っていた。

①人員体制 では、まずは、チームに協力する医師として認知症サポート医をどのように確保し、継続的に協力可能な体制とするか、また、特定の専門職（作業療法士や精神保健福祉士など）に効率的にチーム活動に関与してもらうか、などに工夫がみられた。

②チーム活動方法 では、訪問支援とチーム員会議の場面ごとに、活動のルールを明確に設定（活動マニュアルの策定・共有）、また、活動をスムーズに行うツール（クラウドによる情報共有、SNS の利用や統一様式の記録など）を積極的に活用しているなどが挙げられる。

③予算 では、会議を持ち回りで開催する、また、委託料などの算定根拠を統一するなどの分担の工夫の他、医師の招聘を他の事業での機会に併せて分散するなどの対応もみられた。

④運営 としては、個別の訪問支援以外の、住民への普及啓発、関係機関との調整、検討委員会の開催など、合同して行えるものは合同で行うなど、効果的・効率的な対応があった。また都道府県による支援を一元化して、効率的な連携・支援体制を構築している地域もあった。

離島を含む小規模市町村における認知症初期集中支援チーム設置の工夫例

タイトル	3町合同でチームを設置し、島外の専門職の協力を得つつ、島内の人材育成・地域包括ケアシステムの推進を目指している事例
共同市町村	鹿児島県／徳之島町・天城町・伊仙町

○市町村基本情報

	徳之島町	天城町	伊仙町
人口	11,181	6,216	6,940
高齢化率	28.6%	32.6%	36.3%
圏域内の認知症疾患医療センター	0か所	0か所	0か所
市町村内のサポート医	2人	0人	0人
地域包括支援センター設置状況	直営1か所	直営1か所	直営1か所

○認知症初期集中支援推進事業の実施状況

チーム数	1チーム	チーム設置場所	各町の地域包括支援センター
チーム員の構成	サポート医	・鹿児島市内の認知症疾患医療センターのサポート医 ・徳之島町の医師がH28年度サポート医研修受講。各町で必要時開催する小チーム員会議等に出席	
	医療系専門職	各町の地域包括支援センターの保健師等	
	介護系専門職	各町の地域包括支援センターの社会福祉士等	
	その他	島内医療機関の作業療法士、精神保健福祉士等	
相談・訪問活動の単位		個別支援はケースの居住地を所管するチーム（地域包括）が担当	
チーム員会議	頻度	1回/3か月（*必要に応じ各町単位で小チーム員会議を開催）	
	会場	各町で毎回持ち回り	
	事務局	会場を担当する町が関係者の調整、準備等を担当	
	出席者(チーム員以外)	かかりつけ医、各町地域包括、ケアマネ、介護事業所等が必要に応じ出席	
平素の相談・情報共有体制		クラウド、SNS、メール等により、ケースの相談やチーム員会議資料等の情報を共有	
使用帳票等		チーム員が使用する相談録、アセスメントツール等は統一	
委託契約・委託料等		委託なし	
チーム員の報酬・旅費等		各町で毎回持ち回り（会場・事務局の担当回に負担）	
実施要綱・運営マニュアル等		合同で作成し、各町マニュアルに基づき活動を展開	
チームに関する普及・開発		関係機関へは合同で研修会・説明会を開催、住民対象は各町単位で実施し内容も異なる	
検討委員会の設置・開催		合同で開催し、事務局は年度で持ち回り	

○初期集中支援チーム設置にあたっての課題と対応等

課題	対応・工夫
島内の認知症専門医、サポート医の確保	・島外の専門医に依頼。将来的には島内のサポート医を確保できるよう研修受講を働きかけ。 ・島内の主治医・医師との連携・協力体制強化のためできるだけチーム員会議等の出席を依頼。
医療資源や専門職の数が少なく、事業委託や町単独設置は困難	・直営の地域包括にチームを置き、3町で共同チームを構成。専門医の島外からの招聘に旅費等が通常よりかかるが、持ち回りや他事業と抱き合わせで実施することで費用対効果を高める。
事例が少なく限られたリソースの中でチーム員の専門性を高めることが必要	・民間医療機関等の専門職（精神保健福祉士等）にチーム員やチーム員会議参加を依頼し、多職種で検討を行う。3町共同で実施することで、人口が少なくても、事例が少ない若年性認知症等の対応をチーム員会議等を通じ学ぶ。
島外の専門医とのタイムリーな情報共有やチーム員会議の開催	・3町と専門医がクラウドサービスを活用。共有フォルダに事例をアップし、相談・助言・情報共有等を行う。 ・3か月に1回島外の専門医参加によるチーム員会議を3町合同で開催。それ以外には必要に応じて島内のサポート医を依頼し町単位で小チーム員会議を開催。

○徳之島地域における初期集中事業の施策的位置づけ・事業目標

<ul style="list-style-type: none"> 『認知症になっても、本人の想いが尊重され、住み慣れた地域で生活が続けられ、最後まで穏やかに過ごすことができる』という地域の目指すべき姿の実現に向け、本事業において医療と介護の連携、チームケアの構築、地域支援体制、家族支援を促進する。 チームにより、本人（認知症高齢者等）の生活が安定し、穏やかに生活が続けられるための医療・介護・地域の支援体制を作る。
--

○初期集中支援推進事業、支援チーム設置による効果等

<ul style="list-style-type: none"> 認知症支援に携わる人材の、アセスメントの標準化、相談対応力の向上。 事業の展開により、関係者の関心が高まり、必要性が理解されることに伴い、サポート医などの人材育成ができる可能性が高まる。 チーム員以外の関係者に、会議（事業）に参加してもらうことで、関係者の認知症対応力の向上と、ネットワーク構築につながる。 チーム活動を「始める・動く」ことでチーム員が経験値を積み、スキルがあがり、チームの質が向上する。（PDCAサイクルを回すことでより良い体制の構築に繋がっていく。） 地域課題が明確化され、地域支援の体制強化につながる。（認知症カフェ、居場所づくり、サポーター養成、SOS訓練、専門職の研修、等）
--

離島を含む小規模市町村における認知症初期集中支援チーム設置の工夫例

タイトル	3町村が共同設置している地域包括支援センターにチームを委託し、隣市のサポート医にチーム員を依頼		
共同市町村	熊本県／湯前町、多良木町、水上村（上球磨地域）		
○市町村基本情報			
	湯前町	多良木町	水上村
人口	4,122人	10,084	2,787
高齢化率	40.7%	37.6%	39.2%
圏域内の認知症疾患医療センター	1ヶ所（隣市）		
市町村内のサポート医	0人	0人	0人
地域包括支援センター設置状況	委託1ヶ所（3町村共同設置）		
○認知症初期集中支援推進事業の実施状況			
初期集中支援チームの現状（設置・運営・活動状況）			
チーム数	1チーム	チーム設置場所	委託先、3町村役場
委託の有無	あり	委託先	上球磨地域包括支援センター
チーム員の構成	サポート医	隣市（人吉市）にある認知症疾患医療センターのサポート医	
	医療系専門職	各町村の保健師	
	介護系専門職	委託先の社会福祉士	
	その他		
相談・訪問活動の単位	個別支援はケース居住地の管轄市町村単位で実施		
チーム員会議	頻度	1回／月	
	会場	各町村及び地域包括で毎回持ち回り	
	事務局	委託先（関係者の調整等）、3町村の高齢者福祉担当課	
	出席者（チーム員以外）	行政職、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士、地域包括支援センター、基幹型の認知症疾患医療センター（熊本大学）の認定看護師など（事例による）	
平素の相談・情報共有体制	電話、メールなど		
使用帳票等	チーム員が使用する相談録、アセスメントツール等は統一		
委託契約・委託料等	各町村毎に委託契約、委託料は均等割と人口割を併用		
チーム員の報酬・旅費等	委託先（地域包括）から支払い		
実施要綱・運営マニュアル等	事業マニュアルは合同で作成		
チームに関する普及開発	各町村でHP、広報誌、チラシの全戸配布を実施		
検討委員会の設置・開催	合同で開催し事務局は持ち回り。包括の運営協議会後に開催。		
○初期集中支援チーム設置にあたっての課題と対応等			
課 題	対 応		
圏域内にサポート医がいない	<ul style="list-style-type: none"> ・隣市（人吉市）にある認知症疾患医療センターのサポート医に依頼することとした。 ・依頼にあたっては、医師会や、サポート医が所属する医療機関の院長への説明、調整を丁寧に行うことに努めた。 		
○初期集中支援推進事業、支援チーム設置による効果等			
<ul style="list-style-type: none"> ・チーム員会議において多職種の視点で意見をもらえることで、安心して支援を行うことができるようになった。 ・チーム員会議が、お互いの現任教育の場ともなり、チーム員や関係者のスキルアップにつながっている。 ・人口規模が小さい市町村ではケース数が少ないため、合同で行うことでより多くの事例を経験し、対応力の向上につながる。 ・チームの活動により、支援が必要な精神科領域のケースや、重度の認知症ケースの発見や支援につながっている。 ・初期集中支援チームの活動によって培われている多職種共同支援の体制を土台として、認知症に限らず、多問題家族等に対して地域で多職種協働により問題解決にあたるチームに発展させていける可能性がある。 			
○初期集中支援事業を展開する中での今後の課題			
<ul style="list-style-type: none"> ・町村保健師は母子保健や精神保健など多岐にわたる業務を担っているため、チーム員会議と会議の間のタイムリーな支援を行うことが難しい場合がある。 ・若年性認知症の相談があった場合に、現在地域に受け皿が整備されておらず、支援策に難渋することが考えられる。 ・公共交通機関の乏しい山間地域であり、自動車運転に関する課題（車がないと病院に行けない、生活できない）が大きい。 ・精神障害、認知症、アルコール等の複合的な問題を抱える多問題家族の支援について、分野（所管課）を超えた連携支援体制の構築。 ・独居者に対する適切なアセスメントの実施のための情報収集 			

離島を含む小規模市町村における認知症初期集中支援チーム設置の工夫例

タイトル	北海道（十勝総合振興局）のコーディネートにより、管内10市町村が連携し、管内唯一の認知症疾患医療センターを有する医療機関へ支援チームを委託した事例									
共同市町村	北海道／帯広市・音更町・士幌町・上士幌町・清水町・芽室町・中札内村・幕別町・池田町・浦幌町									
○市町村基本情報（H28.10.1現在）										
	帯広市	浦幌町	音更町	芽室町	士幌町	上士幌町	清水町	池田町	札内村	幕別町
人口	168,276	5,023	45,207	18,895	6,234	4,908	9,784	7,028	3,951	27,310
高齢化率	27.0%	38.8%	26.6%	27.4%	30.2%	34.6%	34.3%	40.6%	28.3%	30.0%
圏域内の認知症疾患医療センター	1ヶ所									
市町村内のサポート医	4人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	0人
地域包括支援センター設置状況	委託：4	直営：1	直営：1	直営：1	直営：1	直営：1	直営：1	直営：1	直営：1	直営：1
○認知症初期集中支援推進事業の実施状況										
初期集中支援チームの現状（設置・運営・活動状況）										
チーム数	10チーム		チーム設置場所	各市町村の地域包括支援センター						
委託の有無	あり		委託先	医療法人社団博仁会 大江病院						
チーム員の構成	サポート医		委託先の医師							
	医療系専門職		委託先（看護師）＋各市町村（包括の保健師）							
	介護系専門職		委託先（精神保健福祉士）＋各市町村（包括の社会福祉士、介護福祉士等）							
	その他		帯広市は看護師のみ委託							
相談・訪問活動の単位			個別支援はケース居住地の管轄市町村単位で実施							
チーム員会議	頻度		初回会議、終結会議は必須（中間会議は支援ケースによる）							
	会場		委託先							
	事務局		各市町村地域包括支援センター							
	出席者（チーム員以外）		行政、介護支援専門員等							
平素の相談・情報共有体制			メールや郵送で事例の情報共有等を実施							
使用帳票等			チーム員が使用する相談録、アセスメントツール、チーム員会議録等全て統一							
委託契約・委託料等			各市町村毎に委託契約、委託料の算定根拠を統一							
チーム員の報酬・旅費等			各市町村毎に委託料に含めて支出							
実施要綱・運営マニュアル等			実施要綱は市町村毎作成、活動マニュアルは合同で作成							
チームに関する普及開発			管内2つの医師会には振興局が説明、地元医師や関係機関には市町村が説明実施							
検討委員会の設置・開催			市町村毎に開催							
○初期集中支援チーム設置にあたっての課題と対応等										
課題			対応							
・サポート医の確保（H26年9月時点で管内に4名のみ） ・サポート医の早急な養成			・地理的条件も含め、唯一サポート医が稼働可能であり、認知症の往診も実施していた現委託先の大江病院に振興局から協力を依頼。 ・27年度新たに十勝管内では10名がサポート医研修を受講。							
・各市町村との個別の委託契約に伴う委託先医療機関の負担 ・特定の市町村への事務負担			・委託契約の取りまとめ機関や方法を検討。28年度は振興局が町村分を取りまとめることで、医療機関の負担を削減（市は独自）。29年度以降は年度毎に当番自治体を決め、振興局は当番自治体をサポートする。 ・支援対象者の状態把握は委託先が往診等で使用している様式を活用。							
・活動内容及び使用帳票の共通化			・10市町村と委託先が合同で活動マニュアルを作成し、使用帳票の様式も統一。統一の活動マニュアルに基づき活動する。（準備打合せ会議11回。うち5回目からマニュアル検討同時進行）							
・委託内容の標準化			・共通の活動マニュアルに基づき活動することで、各市町村のチーム活動内容を均質化。そのことにより委託料の算定根拠の統一化に資する。							
・活動地域の偏在の是正			・委託先スタッフのみでチーム員を構成すること、活動地域が周辺市町村に偏る可能性があること、チーム支援終了後の地域支援への適切な移行・継続を考慮し、各市町村の地域包括職員もチーム員とし、日々の支援は包括職員が行うこととする。							
○チーム設置に向けて振興局が果たした役割・支援										
・チーム設置に向けた管内の課題把握、方策の検討、委託機関の確保等。 ・事業への理解・協力、人材育成を進めるため、関係機関等への説明や調整。 ・コーディネーターとして、事業の立ち上げ・運営に必要な、市町村・委託先等との調整。 ・事業の理解・浸透を図るイニシアチブを取りつつ、今後は市町村による自立したチーム運営となるよう、後方支援にシフト。										
○チーム設置までのプロセスにおける効果										
・10市町村と委託先が合同で事業を検討し構築していくプロセスを通じ、顔が見える関係構築の他、円滑で統一感・連帯感がある仕組みづくりができた。										

離島を含む小規模市町村における認知症初期集中支援チーム設置の工夫例

タイトル	認知症疾患医療センターを中心に圏内市町が合同でチームを設置			
共同市町村	直方市、宮若市、鞍手町、小竹町			
○市町村基本情報 *介護保険は広域連合(鞍手支部)。ただし、包括は各町に1つずつ。				
	直方市	宮若市	鞍手町	小竹町
人口	57,414人	28,763人	16,603人	8,086人
高齢化率	31.46%	32.29%	34.86%	37.00%
圏域内の認知症疾患医療センター	1ヶ所			
市町村内のサポート医	3人	0人	0人	0人
地域包括支援センター設置状況	直営1ヶ所	直営1ヶ所	直営1ヶ所	直営1ヶ所
○認知症初期集中支援推進事業の実施状況				
初期集中支援チームの現状(設置・運営・活動状況)				
チーム数	1チーム	チーム設置場所	各市町の地域包括支援センター+直方中村病院	
チーム員の構成	サポート医	直方中村病院(認知症疾患医療センター)のサポート医		
	医療系専門職	各市町の地域包括支援センターの保健師等		
	介護系専門職	各市町の地域包括支援センターの介護福祉士等		
	その他	直方中村病院の精神保健福祉士(全市町のケースに対応)		
相談・訪問活動の単位	個別支援はケースの居住地を所管するチーム(地域包括)と直方中村病院のPSWが担当			
チーム員会議	頻度	適宜実施		
	会場	直方中村病院		
	事務局	直方市と直方中村病院(認知症疾患医療センター)の精神保健福祉士 *ただし今後は2市2町の当番制とする		
	出席者	直方市、宮若市、鞍手町、小竹町の地域包括支援センターと直方中村病院		
平素の相談・情報共有体制	各地域包括支援センターがケース発生時にそれぞれ調整、連絡			
使用帳票等	チーム員が使用する相談録、アセスメントツール等は統一			
委託契約・委託料等	市町ごとに直方中村病院と契約。委託契約書や仕様書は統一。			
チーム員の報酬・旅費等	地域支援事業、包括的任意事業費から捻出			
実施要綱・運営マニュアル等	合同で作成し、各市町マニュアルに基づき活動を展開			
チームに関する普及開発	直方中村病院のパンフレットを活用したり、各地域包括支援センターが広報をしている。また、認知症医療センターとしてのシンポジウム等でも周知。			
検討委員会の設置・開催	合同で開催し、事務局は直方中村病院			
○初期集中支援チーム設置にあたっての課題と対応等				
課題	対応			
医師会の圏域が同じであり、予防接種や介護予防検診等を共同委託してきた	2市2町が協働して様々な事業に取り組んできた過去から、初期集中についても同じ流れになった			
委託負担金の割合をどのように決めるか	平成27年4月の高齢者人口を基準として決定			
病院と各市町との契約が煩雑	契約書や仕様書を共通のものとした			
○初期集中支援推進事業、支援チーム設置による効果等				
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携強化につながった。 ・相談をうけた際に、医療機関へつなぐ必要が高いが、本人や家族が専門医への受診に対して非協力的な場合が多い。その中で、まず専門家による自宅訪問が可能であることで、家族関係者・本人へ正しい知識を提供することができ、専門医への受診等へ本人や家族がつながりやすい。 ・専門医療機関へ受診勧奨だけでなく、初期認知症状態での介入の重要性に本人関係者が気づくことができ、結果本人のADLやIADLの維持向上につながっている。 ・広域で行っていることで、多様な事例が集まりやすい。また、チーム員会議の中で行う事例検討で、地域包括支援センターの職員の知識、対応力の向上と繋がる。 ・設置後、チーム員内の情報共有ツールとして帳票「認知症の人の連携シート」を作成。現在、チームが、かかりつけ医への報告・相談時に運用中であり、かかりつけ医との連携につながっている。 				

図表 3.31 活動段階別のヒアリング項目（事前シート；記入欄は省略）

① 初期集中支援チームの設置に向けた準備について

- 初期集中支援チームの設置に向けて、どのような動き・流れがありましたか？
（誰がいつ、どのような流れで設置に向けた準備を進めましたか？）
- 検討委員会の立ち上げ時期と構成メンバーをお知らせください。（立ち上げなかった場合には、その理由）
→ 立ち上げ時期： _____ 年 _____ 月
- 検討委員会で議論・検討された内容はどのようなものですか？
- チーム結成に向けて、工夫をしたことがあればお知らせください。（例：市町村間の協力、柔軟な人員配置など）
- チーム結成までに苦労したこと、大変だったことはどのようなことですか？

② チームの構成と活動状況

- チーム員の職種と所属をお知らせください。

チーム員	職種	所属先	市町村名
A			
B			
C			
D			
E			

- チームの活動状況についてお知らせください。
 - ・ 訪問（件数やチーム員会議の開催状況等）
 - ・ 啓発活動（実施した内容や反応等）
 - ・ 協力機関との連絡・調整（頻度や調整内容等）
- 活動を進めるに当たり、工夫をしていることがあればお知らせください。
- 活動を進めていく上で課題となっていることがあればお知らせください。

③ 外部機関との連携

- 連携先や工夫している点をお知らせください。
- 他機関との連携に当たり、チームの医師やチーム員以外の専門職（ケアマネジャー等）・民生児童委員等からの支援はありますか？
- 他機関との連携にあたり、課題となっていることがあればお知らせください。
- チームの定着や人材育成等、チームを運営・継続していくために長期的な課題として感じていることがあればお知らせください。
- 県や国への要望があればお知らせください。

IV チーム設置に関する未設置市町村および都道府県アンケート

事業目的の一つとして、認知症初期集中支援チームの未設置市町村および都道府県を対象に、チーム設置の準備状況やこれまでの設置阻害要因・支援を要する点などを中心にアンケートを実施した。

なお、アンケートは、厚生労働省の実施時期調べ[※]において、チーム設置を平成 29 年度以降(実施時期未定を含む)と回答した市町村を対象とし、本年度の準備や検討状況を十分くみ取るためにも、平成 29 年 1 月の実施とした。

1 実施概要

1-1 調査目的

①未設置市町村アンケートは、チーム設置の準備状況やこれまでの設置阻害要因・支援を要する点などを把握し、今後の広域的な支援等の検討材料とすることを、また、②都道府県アンケートは、管内市町村のチーム設置の進捗の把握状況や設置市町村への支援等について把握することを目的とする。

1-2 調査対象

① チーム未設置市町村 988

厚生労働省の実施時期調べ[※]において、チーム設置を平成 29 年度以降(実施時期未定を含む)と回答した市町村

[※]平成 28 年 7 月 28 日付 厚生労働省老健局振興課事務連絡「介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業（社会保障充実分）の実施時期状況報告」

② 都道府県 47

1-3 調査方法

郵送アンケート方式

1-4 調査時期

平成 29 年 1 月 13 日（発送）～ 1 月 31 日（回答締切）

1-5 回答状況

① 未設置市町村 619 回答（回収率 62.7%）

② 都道府県 42 回答（回収率 89.4%）

2 調査結果

2-1 未設置市町村アンケート

Q1 チーム設置予定・準備状況

Q1-1 チーム設置に向けた検討や準備状況

認知症初期集中支援チームの設置に向けて検討や準備を進めているか、について、「行っている」が 550 地域（88.9%）、「特に行っていない」が 69 地域（11.1%）であった。

【図表 4.1】

	合計	行っている	特に行っていない	無回答
N	619	550	69	0
%	100	88.9	11.1	0

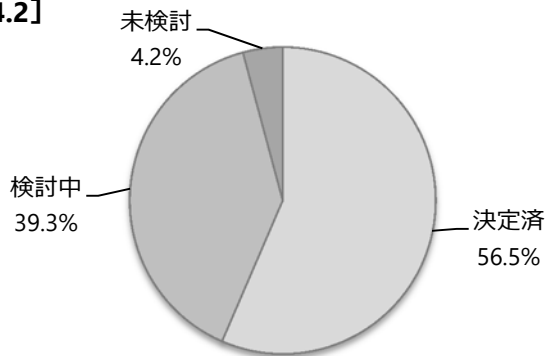
Q1-2 行っている場合の進捗状況

検討や準備を行っているとした 550 地域に、具体的な検討・準備の進捗（①チーム設置数～⑧関係機関との調整 までの 8 項目）について状況を尋ねた。

①チーム設置数

「決定済」が 56.5%、「検討中」が 39.3%、「未検討」が 4.2% であった。

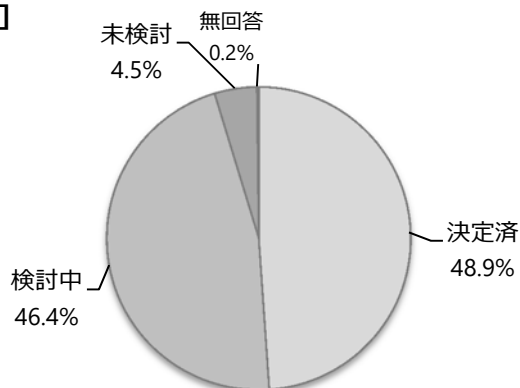
【図表 4.2】



②チーム設置場所

「決定済」が 48.9%、「検討中」が 46.4%、「未検討」が 4.5% であった。

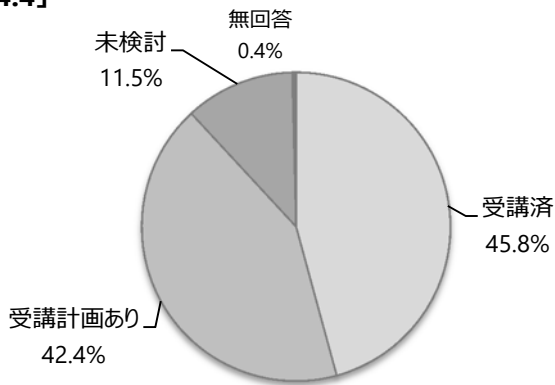
【図表 4.3】



③ チーム員研修の受講

「受講済」が 45.8%、「受講計画あり」が 42.4%、「未検討」が 11.5% であった。

【図表 4.4】

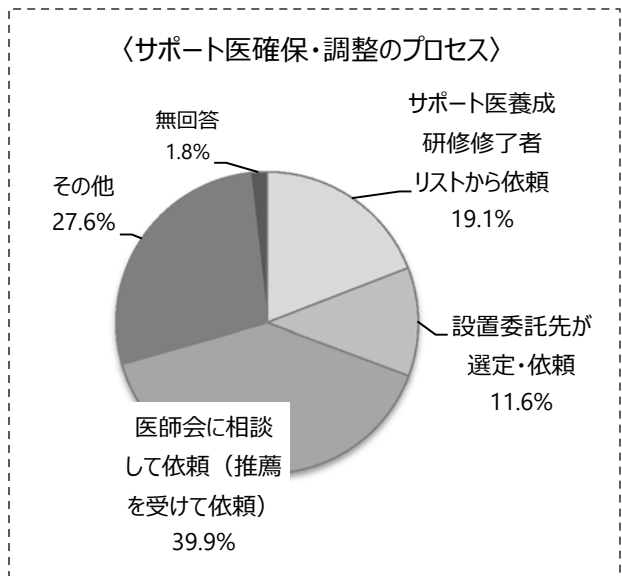
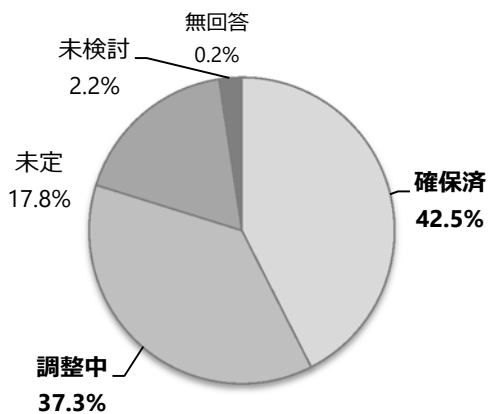


④ 認知症サポート医の確保

「確保済」が 42.5%、「調整中」が 37.3%、「未定」が 17.8%、「未検討」が 2.2% であった。

「確保済」・「調整中」としたうち、どのようなプロセスで確保・調整に至ったか、については、「医師会に相談して依頼」が 39.9%と最も多く、次いで、「サポート医養成研修収容者リストから依頼」が 19.1%、「設置委託先が選定・依頼」が 11.6%となっていた。

【図表 4.5】

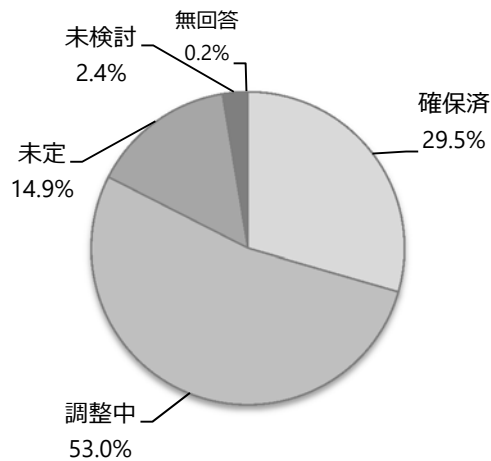


⑤ チーム員(専門職)の確保

「確保済」が 29.5%、「調整中」が 53.0%、「未定」が 14.9%、「未検討」2.4% であった。

チーム構成に目途が立っている地域は約 3 割にとどまり、未定・未検討とした地域が 15%を上回った。

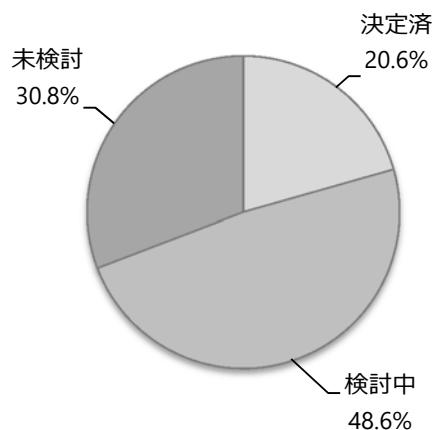
【図表 4.6】



⑥ 委託先との調整 ※委託設置とする(を検討する)場合 n334

「決定済」が 20.6%、「検討中」が 48.6%、「未検討」30.8% であった。

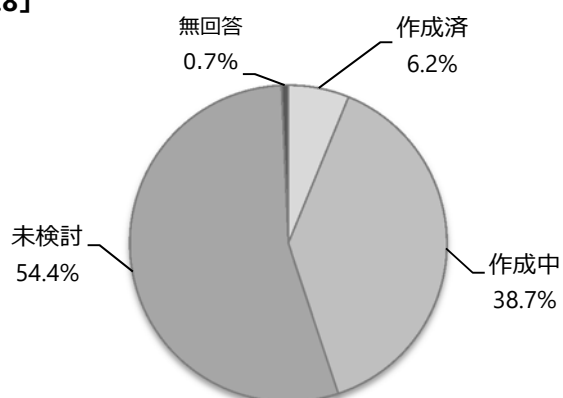
【図表 4.7】



⑦ 事業実施要綱(案)の作成

「決定済」が 20.6%、「検討中」が 48.6%、「未検討」30.8% であった。

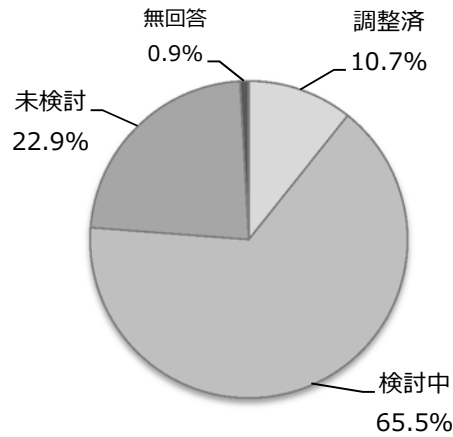
【図表 4.8】



③ 関係機関との調整

「調整済」が 10.7%、「検討中」が 65.5%、「未検討」22.9% であった。

【図表 4.9】

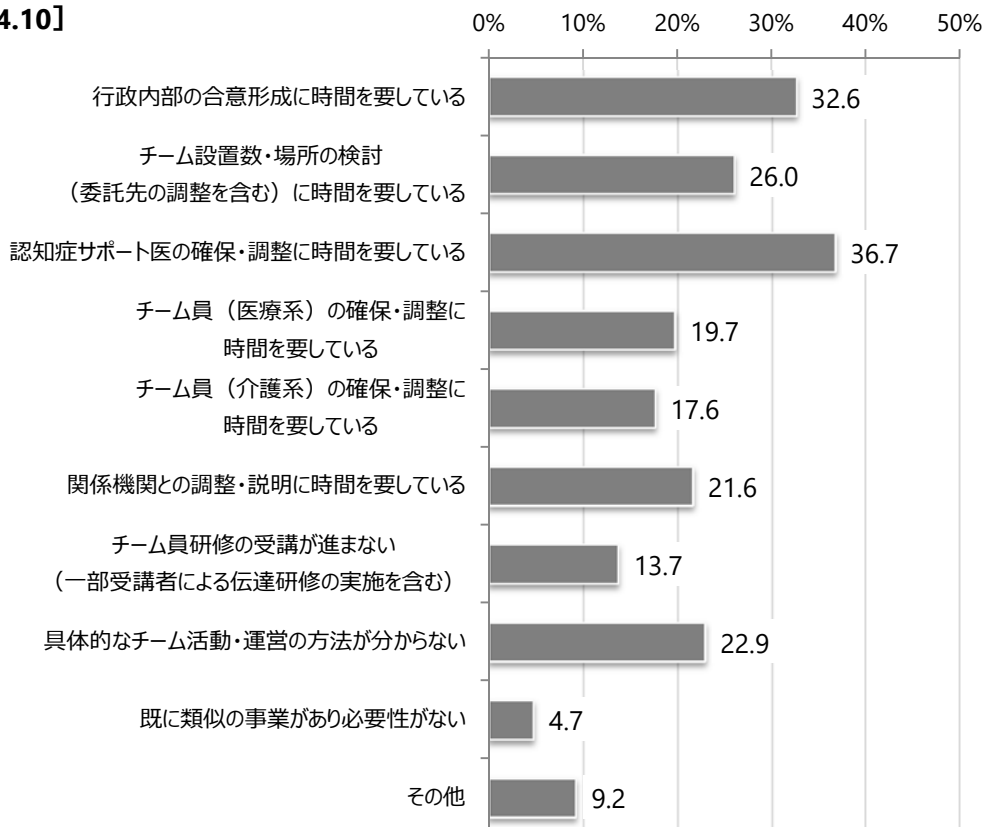


Q2 チーム未設置の要因等について

Q2-1 認知症初期集中支援チーム未設置の理由について（複数回答）

本年度までにチーム未設置となった・なっている理由をみると、「認知症サポート医の確保・調整に時間を要している」が 36.7%と最も多く、次いで、「行政内部の合意形成に時間を要している」が 32.6%、「チーム設置数・場所の検討(委託先の調整を含む)に時間を要している」が 26.0% という状況であった。

【図表 4.10】



さらに、選択肢別の具体的な内容をみると、まず、①(行政内調整)については、“調整内容”として、「業務分担」が 54.0%、「予算」が 47.0%と約 5 割に上った。

【図表 4.11】

①行政内部の調整内容 (複数回答)

	調整内容					
	合計	事業の必要性	予算	業務分担	その他	無回答
N	202	66	95	109	31	7
%	100	32.7	47.0	54.0	15.3	3.5

続いて、⑥(関係機関調整)については、“調整の相手先”として、「医師会」が 77.6%と最も多く、医師会との具体的な“調整内容”としては、「かかりつけ医との連携体制」が 77.6%に上った。

【図表 4.12】

⑥関係機関との調整／医師会との調整内容 (複数回答)

	調整先				
	合計	医師会	社協	その他	無回答
N	134	104	7	25	9
%	100	77.6	5.2	18.7	6.7

	医師会との調整内容					
	合計	かかりつけ医との連携体制	情報共有・連携のツール	情報提供料	その他	無回答
N	104	79	44	28	24	6
%	100	76.0	42.3	26.9	23.1	5.8

また、⑧(チーム活動・運営)については、具体的な“活動・運営の内容”として、「チーム員会議の進め方」が 76.1%と最も多く、「多職種協働・連携による活動」が 62.0%と続いた。

【図表 4.13】

⑧分からないとしたチーム活動・運営 (複数回答)

	チーム活動・運営詳細				
	合計	多職種協働・連携による活動	チーム員会議の進め方	その他	無回答
N	142	88	108	19	14
%	100	62.0	76.1	13.4	9.9

【図表 4.14】 Q2-1 チーム未設置の理由の具体的な状況（記述回答）

未設置理由の選択肢ごとに、具体的な内容について記述回答を得た。テーマごとに主な回答を抜粋して掲載する。

①行政内部の合意形成に時間を要している（具体的な状況）

H29 年度当初予算に、チーム設置にかかる経費を予算計上 業務量が増え、優先度を低くせざるを得ない。
行政内部の体制
1 市 4 町の広域連合を単位として、業務分担を検討している。
担当部署内での検討は実施しているが、職員配置や実施時期等が決定していない。
チームに係る業務は大きいことが予想され、業務量に応じた人員の確保が困難である。
平成 29 年度予算に計上実施
他の地域支援事業もあり、手がまわっていない。
事業の必要性についての共通認識
H28 年度予算計上なし。担当者の異動あり。
条例改正をし、H29 年度中に事業開始となった（H30 年 4 月開始を改正）。
町内医療機関にサポート医がおらず、町外の医療機関へ委託する方向で予算要求をしている。
設置場所や人材確保を検討中であり、具体的な予算確保等に至っていない。
担当者の調整不足により、本町におけるチームのあり方の方針が定まっていない。
委託先もなく、直営包括 1 箇所のみで、包括的支援事業のすべてに兼務を重ねている状況。
チーム員が決まらなかったため、予算の確保ができなかった。
個別事例に対しては、対応している。
H28 年度の研修のための予算がつかなかった。
限られたマンパワーの中では、優先順位をつけてやらざるを得ない。
サポート医派遣業務委託料の調整がつかない。
医師への報酬、医師会への事務費が高額なため、予算が組めない。
医師決定などができておらず、予算計上が難しかった。
市実施計画による事業の取組計画により、平成 29 年以降の設置を検討。
職員数が、組織体制より人数が少ない。
先に優先すべき業務が優先となってしまっており、事業の検討に至っていない。
医師会へ医師派遣業務を委託予定だが、予算の調整がつかない。
H29 予算化に向け検討。事業の必要性、効果等検証。
どのような形でチームを設置するか、決まっていない。
元々行っていることなので、改めて設置する必要性がわからない。
平成 28 年度は、他に優先順位の高い事業もあり予算がつけられず。
町としての方針が決定（委託内容、委託先）
課内での話し合いが終わった所。次は村長まで話を進める準備段階。
財政的事情で、新規事業が認められない。

②チーム設置数・場所の検討（委託先の調整を含む）に時間を要している（具体的な内容）

委託が直営か、予算の関係も含めて検討中。

郡内共同の拠点の人材、場所が決まらない。

帰町に向けての準備期間であり、具体的な状況を検討するのが難しい。

医療・介護関係者等で組織する委員会で協議している。

包括支援センターに委託を考えているが、医療職が不足している。

町内の認知症疾患センターに委託を考えているが、方法が定まらない。

調整が進まない。

必要数はどのくらいか。

まずは1チームと考えているが、直営にすべきか包括等へ委託すべきか検討中。

設置場所（直営または委託）の検討のため、関係者会議を開催。

平成29年度より、地域包括支援センターへ委託することで調整済。

認知症疾患医療センターへの配置を検討しているが、人員や業務の問題がある。

包括内に設置で検討し、職員体制等の協議で時間がかかった。

委託先について検討中

チームの設置場所について、検討を行っている。

委託先の調整に時間を要していたが、現在は調整が進んでいる。

包括支援センター職員とチームの業務について、理解を深める段階。

平成28年度は、設置のあり方を検討している。

現時点では事務局は市、申請は包括とし、申請から初動ルートについて検討中。

設置数、設置場所を決定。

現在医師会と調整中。

モデル的に、1箇所設置予定と決めたが、どこに設置するのか検討中。

認知症サポート医と、活動の流れや連携方法などを調整中。

委託包括が、引き受けられない状況。

市立病院とは、大まかなイメージを共有している。

行政の方向性が未定。

包括支援センター内に設置するか、サポート医のクリニック内に設置するか検討中である。

医師会、認知症疾患医療センターをはじめとする関係機関と、協議を行っている。

認知症地域支援推進員活動、医療介護連携や医師会等会議で、地域の情報収集・意見交換を重ねている。

隣市町村と、広域的な体制づくりを検討中。

チーム数決定に係るニーズ把握。

チームの設置方法について、サポート医の先生方から複数意見がでていた。

病院内に設置するのが望ましいが、はかどっていない。

具体的な議論を行っていない。

包括支援センターの体制が変わる予定があるため、設置に時間を要している。

設置について、人員も重要であり、行政側の提案に合意がえられた。

③ 認知症サポート医の確保・調整に時間を要している

近隣市町村で、サポート医として広域での設置を検討していた。

サポート医研修を修了していない。

認知症疾患医療センターに打診中

疾患医療センターと私立病院両方にサポート医がおり、依頼先を調整中

地元のクリニック院長に、サポート医養成研修受講およびサポート医として打診中

認知症サポート医の確保が困難

サポート医の要件を満たす医師が、探せなかった。

H29年1月のサポート医研修を、受講いただくよう計画している。

数町村での、合同によるチーム設置を検討中（サポート医の確保困難により）。

医師会長を通して、医師の選定を検討中。

帰町に向けての準備期間であり、具体的な状況を検討するのが難しい。

町内に専門医（精神科）がおらず、サポート医の役割が十分果たせない。

今年度中に説明実施、了解を得た。

認知症サポート医が見つからなかったため。

市内に専門医がいない

確保について、番号2も含めて医師会へ説明を行った。

市内にサポート医がいないため、候補医にサポート医研修受講依頼した。

チーム員会議へ出席依頼する先生が、サポート医でない。

担当部署レベルでの素案はイメージできているが、担当者が多忙であり、なかなか進まない。

H28年度中に、研修受講にて対応。

町内にサポート医がいない。

サポート医が1名のみで、県外に異動の可能性はある。

認知症サポート医が開業医で、初期集中チーム業務に時間を費やせるかどうか課題。

町内内科医師に声をかけるも、断られた経過があった。しかし医師会に相談し、何とか別の医師を調整。

医師会と調整し、チーム医師が決定した。

設置する地域に医師が1人しかいない。

町内での医師の確保は難しい。県境であるため、連携がとれるか不安。

現時点において、医師会からの推薦を受けた医師が、サポート医としてかかわっていただくこととなった。

医師会を通して推薦いただけるよう調整中

認知症サポート医が少なく、確保が困難である。

サポート医が町内に1名いるが、通常業務で多忙であり、協力できないとの返答。

サポート医のいる医療機関が複数あるため、委託方法をどのようにすればよいか検討中。

現在サポート医が不在。

地域でサポート医研修を受講した医師へ依頼し、承諾を頂いている現状。

医師が忙しい。

サポート医本人と所属する病院に、内諾を得ている。

唯一の診療所の医師確保が困難な状況。

④チーム員（医療系専門職）の確保・調整に時間を要している

チーム員研修を、受講できる資格者が不在。
人材不足。対象者数が少ないことが見込まれる。
医療専門職の不足。
地域包括支援センター職員の保健師 1 名で、全地域の対応は難しい。
作業療法士（OT）の確保
担当部署レベルでの素案はイメージできているが、担当者が多忙であり、なかなか進まない。
離島かつ、ごく小規模自治体であるため、人員の確保ができない。
サポート医が所属する病院に、依頼している段階である。
サポート医との合意がとれていない。病院関係者との合意がとれていない。
人口が少ないため困難。
有資格者が少なく、既存の職員だけでは対応できない。病院等に依頼しても、引き受けてもらえない。
職員の人員不足で、チーム員の分担を決めかねている。年齢的に退職間近の職員が多い。
市民病院に、設置とチーム員配置を依頼。医師会への協力依頼。
設置場所に応じて調整する対象が変わるため、設置場所の決定待ち。
病院や包括職員を検討。
医師以外のチーム員について、どこもギリギリで仕事をしていて、新規の事業に手を出しにくい。
専門職の確保について、派遣元となる関係機関とはほぼ調整済
受講済の者がいない。
適任者の確保が困難。
委託予定先に依頼し、調整・検討を進めている現状。

⑤チーム員（介護系専門職）の確保・調整に時間を要している

チーム員研修を、受講できる資格者が不在。
介護（福祉）系スタッフ不在。
人材不足。対象者数が少ないことが見込まれる。
介護専門職の確保が困難
チーム員の要件を満たす方が、所属内にいない。
チーム員研修を受講できたものが、まだ 1 人しかいない。
チーム員（介護）の確保準備
依頼できそうな方・団体のリストを作成している。
包括に福祉職がない（小規模自治体のため）。
本年度は、医療職のみがチーム員研修受講
専門職の確保について、派遣元となる関係機関とはほぼ調整済
チーム員の確保がすぐにできない。
認知症地域支援推進員に兼務してもらおうと考えているが、介護職の人材がいない。
業務多忙、人員不足。
受講済の者がいない。
来年度より人員が確保できるよう要求中。

⑥ 関係機関との調整・説明に時間を要している

サポート医への依頼説明が遅れているため、他機関への調整も遅れている。

医師会との調整・説明は未着手。

委託か直営か、予算の関係も含めて検討中。

かかりつけ医がいる中で、国としてなぜこの事業に取り組むのか、何を目的としているか理解できない。現状で対応できていると思うし、医療機関はどれも大変なのに、委託先の負担が増えるのではないか。

医師会長を通じて、医師の選定を検討中。

かかりつけ医との情報共有・連携ツールについて、案を作成中。

医師会長との協議は実施できているが、会員医師への説明の機会が確保できない。

連携体制の取り方検討中

医師会、かかりつけ医への説明ができない。

認知症サポート医と、活動の流れや連携方法などを調整中。

サポート医の役割、かかりつけ医のサポート医に対する認識が薄い。

医師会、社福法人からの回答待ち。

医師会の協力が不可欠であると考えているが、協力・支援が難しい。

詳細を含め現在検討中

委託先（予定）と、委託の可否も含めて相談中。

本町の初期集中支援チームの連携ツールが決まっていない。

医療介護連携推進事業とあわせて、医師会と調整中。

隣市町村と、広域的な体制づくりを検討中。

認知症サポーター医の、協力の意向確認ができていない。

かかりつけ医とどういった風に連携をするか、情報共有・連携ツールの内容の検討中。

事業マニュアル作成や周知方法等の検討を、共同して実施。

医師会が、集中支援チームの必要性を感じていない。

サポート医の先生はいるが、どの程度協力していただけるかの不安あり。情報提供料、チーム員会議出席料などの費用検討。

医師会との協議ができていない。

3と重なるが、市町と医療機関だけの委託契約では、事業の展開が広がらない。

連携体制が未構築

H29年度は広域連合（7市町）が、1医療機関と契約を行う予定（H28年度は1市がモデル的に実施しており、その効果検証により広域的な実施を予定）。

町の事業に関する方向性のみ、医師会に相談。

医師会との合意形成に至っていない。

サポート医とかかりつけ医との連携が、はたしてできるのか疑問。

⑦チーム員研修の受講が進まない（一部受講者による伝達研修の実施を含む）

伝達研修の実施に当たり、医師等の日程の確保が困難となることが見込まれる。

チーム員研修には1名のみ受講済。

伝達研修は、研修受講者の負担が大きい。

チーム員研修を受講できたものが、まだ1人しかいない。

包括支援センターが委託であるため、村での認知症施策が手薄になっていた。

チーム員の選定について検討中。

来年度の研修会を受講予定（研修会の開催数が少ない）。

H28年度の研修のための予算がつかなかった。

研修受講枠を確保できなかった。

チーム員が確定していない。

受講の調整（サポート医）。

県外研修のため、日程が確保しづらい。

受講者による伝達研修ができていない。

村内の国保直診の診療所の医師に、研修を依頼している。

職員の人員不足で、チーム員の分担を決めかねている。年齢的に退職間近の職員が多い。

課の中での職員の異動がある。

チーム員の選定にも迷っているため、研修受講が進んでいない。

認知症サポート医と、活動の流れや連携方法を調整中。

チーム員が専属ではなく、他の多くの業務との兼任のため、優先順位の高い研修から受けていっている。

チーム員研修が未受講。

業務多忙、人員不足。

他の業務を優先しており、準備が進んでいない。

H29年度に予算を確保（予定）。

連携医療機関未受講

チーム員研修の受講者なし

今年度までは、予算の確保ができていなかったことや、事業実施しているチーム員のみを受講で、研修の枠がなかった。

⑧ 具体的なチーム活動・運営の方法が分からない

近郊市の例を参考にしつつ、独自の案を作成した。

実施要項、マニュアルの整備

チーム活動による初期支援の、イメージ化ができていない。

医師が訪問する体制を構築したいが、医師の理解を得ることができるか懸念がある。

身近な自治体にチーム活動をしているところがなく、イメージしづらい。

サポート医の確保はできたが、チーム員の確保ができていない。運営の方法が良く理解できていない。

チーム員で共有化されていない。

他市の活動運営報告を聞いた。

研修テキストを参考に検討中。

対象者把握から対応まで、どのような流れ（方法）が有効かわからない。

チーム員・事務局・関係機関での連携、役割分担等検討中

実施市町村から情報収集を行うも、具体的なイメージがつきにくい。

包括支援センター職員とチームの業務について、理解を深める段階。

包括との協力を考えているチームでの医師の稼働体制に、調整が必要。

対象者把握、選定方法について悩む。

H30 年設置に向け（市の体制）検討中

具体的なイメージがわからない。

チーム活動、運営の検討に至っていない。

困難ケースについて対応中であり、チームとの棲み分け。

チーム会議の進め方、情報共有連携ツールづくりなど。

平成 30 年度開始するための準備段階で、現実はどう運営していくかまで、たどりついていない。

どのように会を進めていけばよいか。

設置を検討していく中で、少しずつ理解をしている状況。

チームの活動について、具体的に理解ができていない。

内容がよくわからない。

事業内容の学習の場に出向き、内容を把握

手探り状態なので、何をどうしたら良いかわかっていない。

⑨既に類似の事業があり必要性を感じない

高齢者支援を担当する課として通常業務の中で実施している。人事異動があった場合、対応が困難になりかねない。

チームを設置しなくても、各地域包括支援センターに精神保健福祉士を配置し、認知症支援を行っている。専門職の相談対応と、主治医や必要に応じて専門医との調整など。

現在、チームが必要となるような事例がほとんどない。ケースが発生した場合でも、スムーズに対応できている。

アウトリーチチームと締結。地域連携型認知症疾患医療センターと連携。

関係機関が少ない上に、同じメンバーによる会議が多くある。

民生協議会で対応できている（狭い地域のため）。

H21年度から、認知症専門相談を独自に実施。

近隣の精神科医師に、困難ケースについて相談し対応できていたため。

県の認知症検診活用推進事業を活用し、試行的に実施

認知症の困難ケースについては、既に包括と市のPHNやNsで検討し、必要時専門医に相談しながら対応支援している状況であったため。

日常的に情報収集と共有、医療への相談をしている。

どのようなケースを、チーム活動の対象者ととらえ会議を開くか、意見交換中。

認知症地域支援推進員が核となり、連携調整機能が果たされている。

必要性は感じている。

長年、専門医を含めた相談事業や、啓発活動、ケースへの訪問や事例検討を行っている。

認知症疾患医療センターとの連携や、訪問相談ができる体制がある。

多職種（医師を含む）での事例検討や、認知症に関する相談受付を行っている。

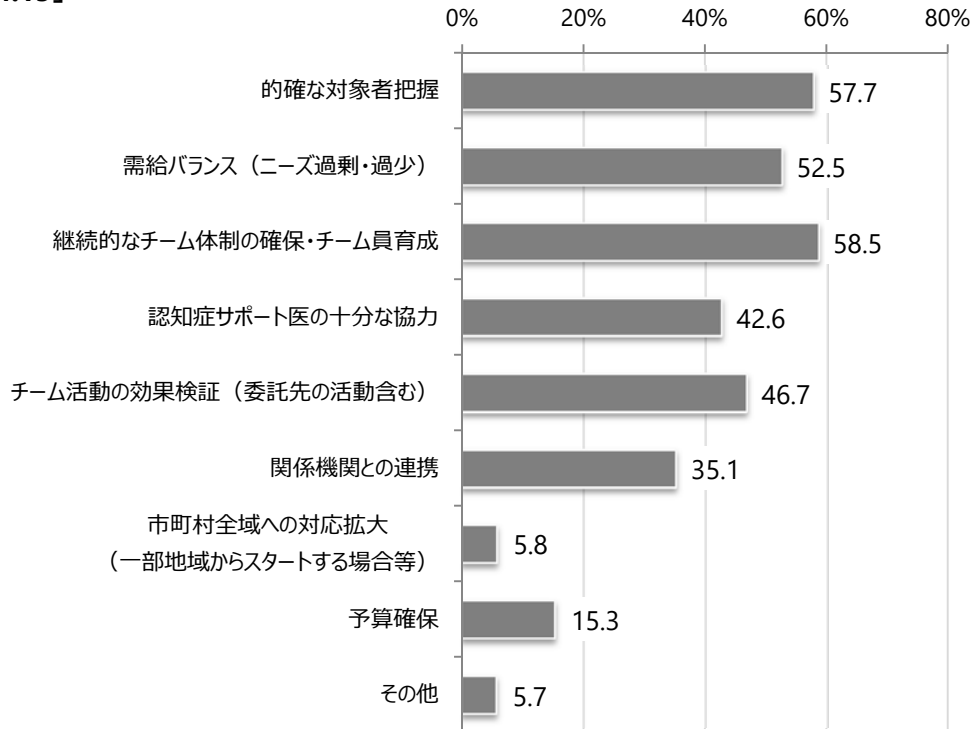
訪問看護生活指導員が、対象者の情報を包括へつなげ、保健師等が訪問し専門医の受診へと連携を図っている。

現在包括の職員が、相談後すぐに訪問等により対応し、必要な方は継続訪問や認知症疾患医療センターへの紹介を行うなどの対応をしている。

Q2-2 チーム設置後の懸念・不安材料について（複数回答）

同チーム設置後の活動や運営にあたって懸念される点、不安材料についてみると、「継続的なチーム体制の確保・チーム員育成」が58.5%と最も多く、次いで、「的確な対象者把握」が57.7%、「需給バランス（ニーズ過剰・過少への対応）」が52.5%の順となっていた。

【図表 4.15】



2-2 都道府県アンケート

Q1 管内市町村のチーム設置状況

【図表 4.16】

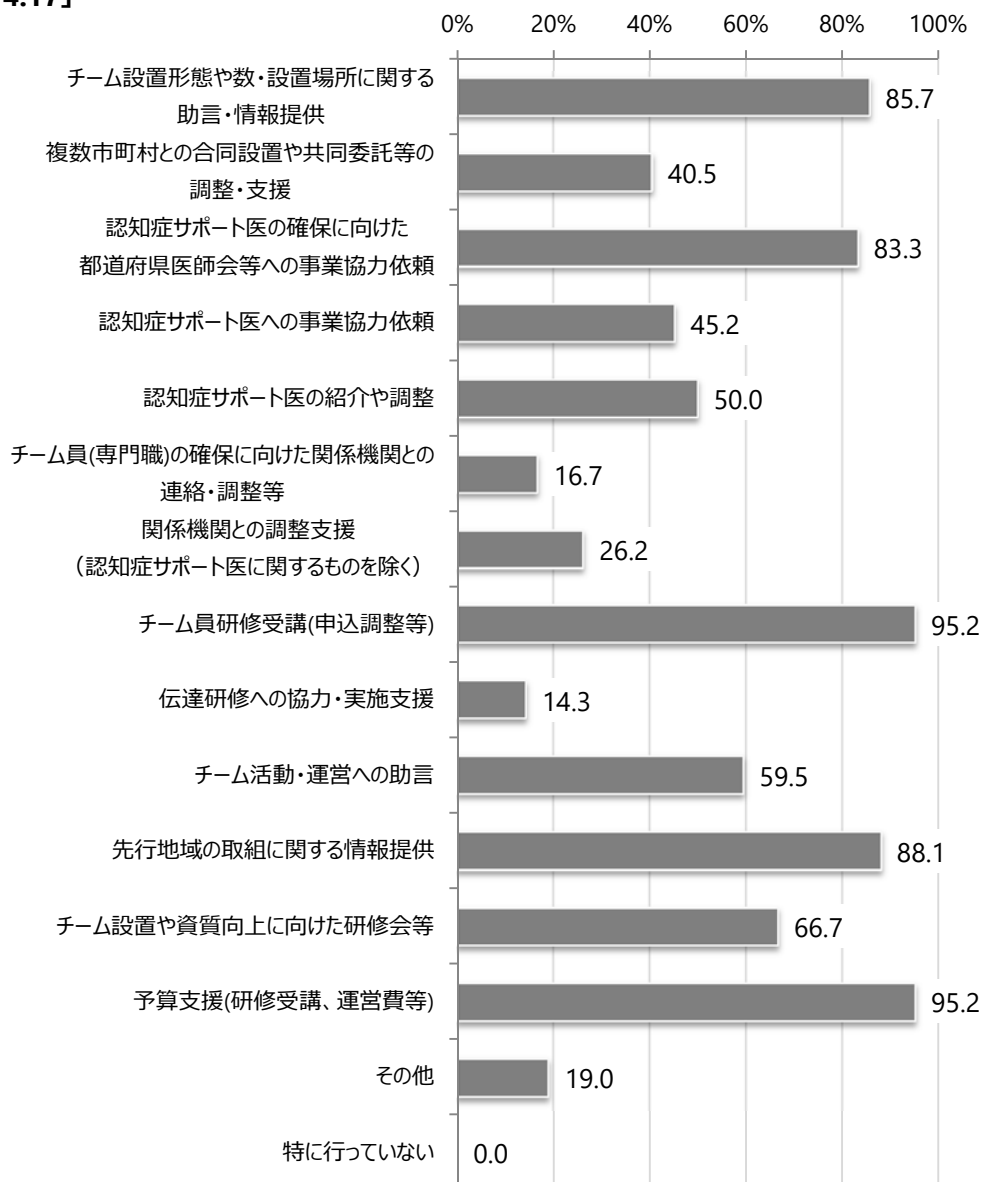
	合計	50%以上	30～50%未満	30%未満	無回答
N	42	14	16	12	0
%	100	33.3	38.1	28.6	0

Q2 チーム未設置市町村等への支援について

Q2-1 未設置市町村への都道府県としての支援

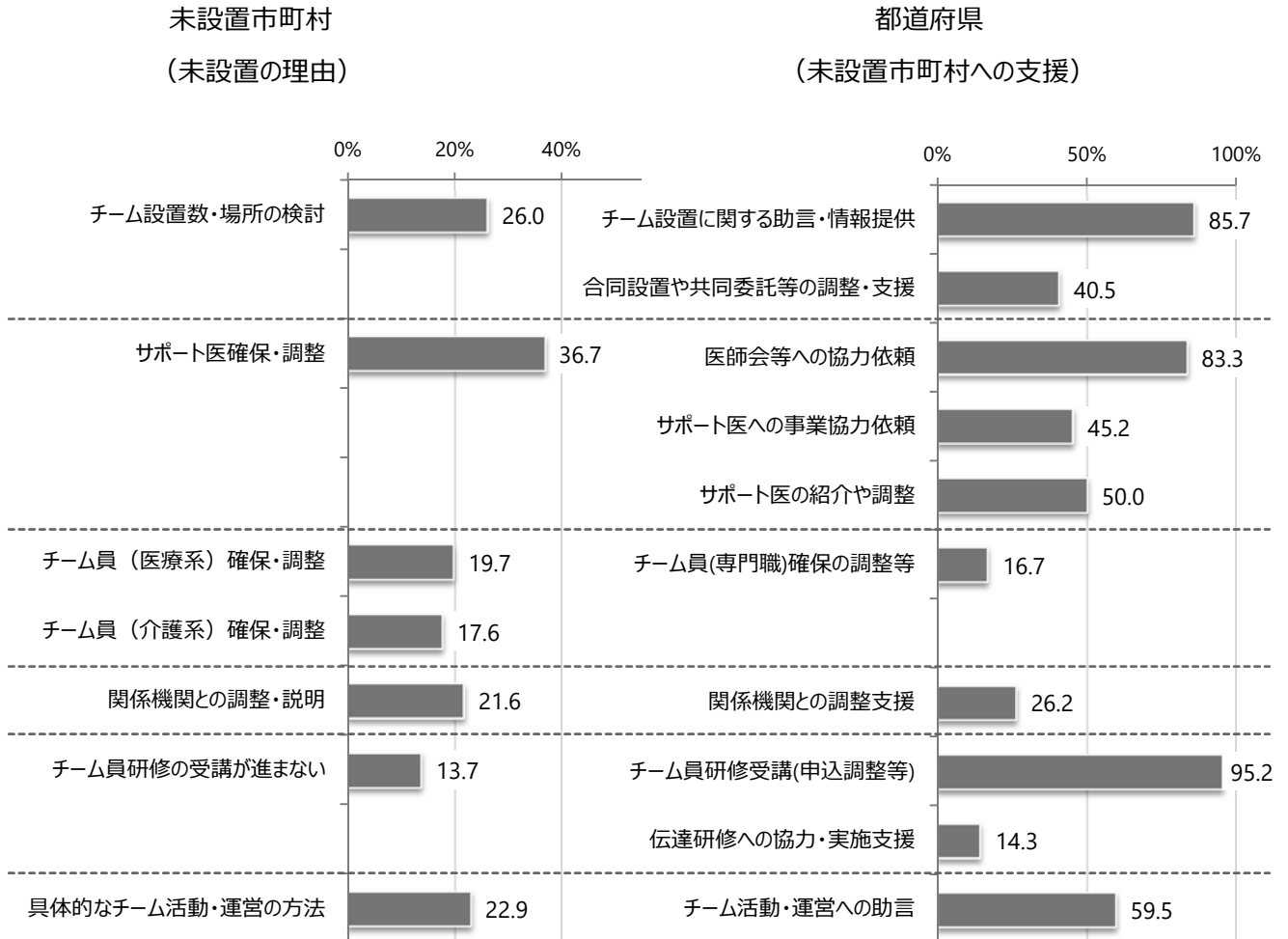
チーム未設置市町村への支援をみると、「チーム員研修受講」、「予算支援」がともに95.2%と最も多く、以降、「先行地域の取組に関する情報提供」が88.1%、「チーム設置形態や数・設置場所に関する助言・情報提供」が85.7%の順であった。

【図表 4.17】



ここで、未設置市町村アンケートからの「未設置の理由」の項目と、都道府県アンケートからの「未設置市町村への支援」の項目についての回答状況を対比する。（各アンケート票の選択肢は完全に同一ではないが、領域を近似させて設定している）

【図表 4.18】



【図表 4.19】 Q2-2 未設置市町村への都道府県としての支援（記述回答）

未設置市町村への支援の選択肢ごとに、具体的な内容について記述回答を得た。テーマごとに主な回答を抜粋して掲載する。

（選択肢一覧）

チーム設置	① チーム設置形態や数・設置場所に関する助言・情報提供 ② 複数市町村との合同設置や共同委託等の調整・支援
認知症サポート医	③ 認知症サポート医の確保に向けた都道府県医師会等への事業協力依頼 ④ 認知症サポート医への事業協力依頼 ⑤ 認知症サポート医の紹介や調整
チーム員確保	⑥ チーム員(専門職)の確保に向けた関係機関との連絡・調整等
関係機関調整	⑦ 関係機関との調整支援（認知症サポート医に関するものを除く）
チーム員研修	⑧ チーム員研修受講(申込調整等) ⑨ 伝達研修への協力・実施支援
チーム活動・運営	⑩ チーム活動・運営への助言 ⑪ 先行地域の取組に関する情報提供 ⑫ チーム設置や資質向上に向けた研修会等
予算	⑬ 予算支援(研修受講、運営費等)
	⑭ その他

チーム設置 ①／②

- ▶ 各市町の状況把握し、県内市町へ情報提供
- ▶ 保健福祉事務所において、管内町村が共同設置に向けた検討会に協力。医師会への依頼、要綱作成等全面的に支援。
- ▶ 市町村連絡会やアドバイザー派遣。
- ▶ 市町村ごとの設置数・場所等について、全市町村へ情報提供
- ▶ 他府県の情報等を提供しながら、共同設置も選択肢として検討するようすすめている。
- ▶ 複数市町での合同設置に向け、調整会議を開催（賀茂圏域）
- ▶ 各市町村からの問い合わせ・相談に随時対応
- ▶ チーム設置形態や数・設置場所に関する助言・情報提供→区市町村からの電話等での問い合わせに対し、随時、他自治体の状況等を情報提供している。
- ▶ 県内や他県の取り組み状況の情報提供など
- ▶ 設置促進会議（未設置市町村職員対象）
- ▶ 認知症サポート医所属医療機関における担当市町村区域の調整
- ▶ 保健福祉事務所を中心として、事業の方向性やチーム設置のあり方などについて指導・助言

認知症サポート医 ③／④／⑤

- ▶ 毎年 10 名ずつサポート医を養成するため、医師会に養成研修受講者募集について協力を頂く。
- ▶ サポート医 FU 研修において、事業説明・協力依頼。

- ▶ 医師会介護保険部会理事等へ依頼。
- ▶ 圏域ごとの説明・検討会（市町村・サポート医）。
- ▶ 医師会で実施の、認知症サポート医等連携の会への資料提供
- ▶ 府内市町村に事前に調整を行い、その上で府医師会へ結果を基にして推薦を依頼している。
- ▶ 認知症サポート医の県内全市町村への配置に向け、県医師会へ協力を依頼
- ▶ この医師に、サポート医研修を受けてもらいたいという市町の意向を調べ、医師会に協力を依頼
- ▶ サポート医対象の、県のフォロー研修で事業の協力を依頼
- ▶ 認知症サポート医研修受講について、医師会への協力調整依頼
- ▶ サポート医の全市町村配置を目標とし、サポート医養成研修の受講者推薦を県医師会へ依頼
- ▶ サポート医の名簿提供、サポート医に直接出向いて調整
- ▶ 研修案内と合わせて受講者推薦とサポート医不在市町村解消の協力依頼
- ▶ 認知症サポート医養成研修受講者の県負担枠を大幅に増やし、市町村の意向や状況に応じてサポート医養成研修受講者を調整したほか、認知症サポート医フォローアップ研修にも初期集中支援事業を取り入れ、サポート医が積極的に初期集中支援に関われるよう促している。

チーム員確保 ⑥

- ▶ チーム員になれるリハ職の養成
- ▶ 認知症疾患医療連携協議会での協議

関係機関調整 ⑦

- ▶ 認知症疾患医療センターに後方支援の依頼。該当市町村との仲介。

チーム員研修⑧／⑨

- ▶ 研修予算の確保、申込調整、活用できる資料の情報提供など
- ▶ 県内のチーム員および、認知症サポート医、行政担当との合同研修の開催。チームのバックアップをする地域包括支援センターや、医療機関を対象として、DASC 研修の開催等
- ▶ チーム員となる者が、チーム員研修を受講する際の受講料負担を行っている。
- ▶ チーム員研修受講の受講依頼と予算支援
- ▶ 県で受講費用を負担し、市町村の状況に合わせて受講者調整等を実施。

チーム活動・運営 ⑩／⑪／⑫

- ▶ 県主催で、チーム員、市町職員を対象にした研修会を開催（情報交換及び先行事例発表など）
- ▶ 先行地域職員を講師とした研修会開催。
- ▶ 各市町村チーム員会議への参画。
- ▶ 調査を実施し、その結果をフィードバックしている。
- ▶ 各種会議等において、県内市町村の設置状況や先行地域の取り組みに関する情報を提供

- ▶ 初期集中支援チームを設置して効果的に実施している、他県の医療機関や県内の自治体の取り組み報告を、研修会で実施
- ▶ 県独自の研修会を実施
- ▶ 県認知症初期集中支援チーム設置・運営推進研修の開催
- ▶ 県内で既にチームを設置している市町村の取り組み状況を説明できる会議を設定
- ▶ 情報交換会を開催
- ▶ 先行地域の取組みに関する情報提供。会議や研修会において、先行自治体の事例発表の時間を設けている(区市町村認知症支援担当者連絡会、認知症サポート医・かかりつけ医認知症対応力向上研修)。
- ▶ 二次医療圏ごとに開催する疾患医療センター医療連携協議会で先行地域の取組み報告と情報交換を行う。総合支庁単位で実施する伴走型支援として、市町村担当職員による情報交換を行った。
- ▶ 市町村職員対象研修会（先行実施市の取り組み・活動報告、国立長寿医療研究センターへの委託事業および県事業として実施）
- ▶ 医療従事者および多職種向け研修会（初期集中支援チームを活用した医療・介護連携）
- ▶ 研修会開催や市町村訪問
- ▶ 県内先行事例の紹介、情報交換ができる会議の設定等
- ▶ 市町村や地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等を対象として、初期集中支援事業をテーマとして先行事例の紹介等を含めた研修会を開催。

予算 ⑬

- ▶ H27年度から30年度までの4年間で、各市町村1名ずつを目安に、チーム員研修受講料を補助
- ▶ 研修受講費（1チーム2名分）の予算化。早期受講依頼。
- ▶ 研修実施年度に初期集中支援チームを設置する市町村に限り、チーム員研修および認知症サポート医養成研修（チーム員医師として、チームに協力する意思表示している医師に限る）の受講料を、予算の範囲内において県が負担
- ▶ 研修受講料負担（チーム員研修）
- ▶ 予算支援(研修受講、運営費等)：チーム員研修の受講料を負担。
- ▶ チームに携わる医師のサポート医養成研修受講に係る費用負担
- ▶ 認知症疾患医療センターが地域の実情に応じて、初期集中支援チームの受託や相談員がチーム設置の検討委員会の委員になる等の事業協力をしている。

1) チーム員研修のあり方

① 伝達研修のあり方

本研修がモデル事業から、地域支援事業に移行した際に、伝達研修がみとめられたことは、大きな変化であった。どの程度の時間をかけて伝達講習を行うかは規定されていないが、基本的には7つの講義項目をテキストに従って伝達することを求めている。研修後のアンケートでは7項目のうち6項目で99%の受講者がまあまあ理解できたかよく理解できたとあるが、伝達講習を行うためには少なくとも「よく理解できた」レベルでないと、講師としては難しいであろう。「よく理解できた」までが50%を超えているのは7つの講義のうち3項目に過ぎず、それらにしても60%を超えた項目はない。ガバナンスの構築の講義は組織論まで踏み込んだ高度の内容であり、初期集中支援チームの設立母体である行政にとっては必須の講義であるが、一度聞いて、すぐにその内容を伝えることは至難であろう。そのため今年度は講師の了解を得て、講義をビデオ収録し、長寿医療研究センターホームページ上で視聴できるようにした。これによって伝達講習の代替ツールとして用いることは薦めていないが、伝達講習の講師となる際に内容確認のツールとなることが期待できる。平成30年度以降全国にチームが立ち上がった後の伝達講習のあり方を今後も継続して検討していくことが必要であろう。

② 講師養成について

今年度の新しい試みの2番目として、講師陣の拡充を検討した。厚生労働省の専門官をのぞく、5人の講師はテキスト作成からかかわった専門家であり、熟達した講師ではあるが、すべての研修会で講義をすることはスケジュール的にも肉体的にも負担が大きく、また、「これらの講師でなければ講義ができない」状況では今後研修を継続していく上でも大きな問題となる。

そのため今年度は少なくとも1回は他の講師に講義をしていただくことを企画した。新しい講師がつめた講義の評価は上々であった。平成30年度以降をみすえて講師養成は重要な課題となる。

③ チーム員への継続研修（フォローアップ）について

平成29年度までに各市町村にはチームが誕生することになるが、一定期間ののちには継続研修の機会がもたれることが必要となる。今年度はこの点は議論にはなったが、具体的方策に関しては今後の課題となった。

2) チーム活動の継続的な評価と支援について

① 都道府県による継続支援のあり方

認知症初期集中支援チームの実施主体は市町村であるが、そこからさらに病院や地域包括支援セン

ターへ委託が行われると、都道府県としては間接的な管理となる。比較的人的資源に恵まれている地域は良いが、人的資源に乏しかったり、偏在している都道府県においては、市町村レベルではなく都道府県全体として人材の分配や共用を進める必要がある。その意味で複数の地域がチームを共用する北海道の試みは参考になると思われる。

② チーム活動の管理と評価指標の提示

今年度は島嶼地や山間地を中心に人的資源が不足しがちな地域で訪問ヒアリングをおこなった。複数の地域でチームを共有したり、サポート医を共有するといった工夫がみられ、人的資源が少ないことをカバーしてチームを立ち上げており、他地域の参考になると考えられた。

また、本編での結果説明の通り、今年度もさらにグレードアップした実績報告用プログラムを各市町村（既設置及び本年度設置予定）に配布した。

主眼は、データ分析の経年的な継続性と都道府県が管理しやすいようなデータの集約性である。

これまでのデータと変化がみられる点をあげると、把握経路は、これまで「家族」+「本人」が 50%近くを占めていたが、40%程度に減少し、変わって「ケアマネ」や「医療機関」が増加したこと、「把握」～「初回訪問」の日数が短縮したこと、一方、支援期間がやや伸びており、その背景には医療機関や認知症疾患医療センターでの症例が長期化しやすいことが明らかになった。医療・介護につながるまでの日数は短縮化しているが、医療未利用者が医療につながる割合は減少しており、全体の日数短縮化には、より引継しやすい介護への引継が寄与していることがうかがえた。認知症に診断に至った例は昨年度の 62.9%から 70.3%と上昇していた。一方このチームの有用性を示す指標として重視している DBD13、Zarit8 は今年度もチーム介入後に改善しており、在宅継続率も欠損値を除外すると 75%が継続できていた。また、モニタリングによる脱落率は 9-10%で不変であった。今年度はこれらのデータをチームがどこに置かれているかを分けて分析できるようになった。認知症疾患医療センターや病院におかれているチームでは困難例が多く終了までに時間を要する例が多いことが示唆された。

実績報告用プログラム（ソフトウェア）は完成に近づいていると思われ、今後継続的はデータ収集の仕組みを検討する必要がある。

3) チーム設置阻害要因の分析と設置支援について

① チームでなければ解決できないもの（チーム員整備、予算、行政強化）

平成 29 年 1 月時点で、未設置市町村 988 のうち、設置を準備していると回答したのは 550 市町村であった。設置の予定がないと回答した地域と回答がなかった地域をあわせると 438 市町村にのぼり、未回答地域がすべて準備なしではないとしても、いまだに約四分の一の市町村で準備が進んでいない点は憂慮される。本年度までにチーム未設置となった・なっている理由をみると、「認知症サポート医の確保・調整に時間を要している」が 36.7%と最も多く、次いで、「行政内部の合意形成に時間を要している」が 32.6%、

「チーム設置数・場所の検討(委託先の調整を含む)に時間を要している」が 26.0% という状況であった。また、4 番目に「具体的なチーム活動・運営の方法が分からない」があがってきている。

サポート医に関しては地域医師会で確保が困難な場合には県医師会に相談し、周辺市町村のサポート医を当面共有していく方法が考えられる。今回の島嶼部でのヒアリング調査の例が参考になるかもしれない。また、「具体的なチーム活動・運営の方法が分からない」に関しては同様の規模ですでに活動を開始しているチームを参考にするとよい。

② 都道府県等の広域で支援できるもの

未設置市町村アンケートからの「未設置の理由」の項目と、都道府県アンケートからの「未設置市町村への支援」の項目についての回答状況を対比する（図表 4-18 参照）。

未設置の理由として回答の多かったものは、市町村からの支援のニーズが高い項目と考えられるが、「サポート医確保・調整」（市町村）、「医師会等への協力依頼」（都道府県）は、市町村のニーズもあり、都道府県も支援しており、マッチした関係にある。また、「チーム設置数・場所の検討」（市町村）と「チーム設置に関する助言・情報提供」も同様といえる。

一方、逆の傾向がある、「チーム員確保・調整」（市町村）と「チーム員確保の調整等」（都道府県）は、市町村としての課題ではあるが、都道府県としては支援が困難な部分であることがうかがえる。また、「関係機関との調整・説明」（市町村）と「関係機関との調整支援」（都道府県）では、都道府県による対応が期待されるところであり、一層の支援が必要と思われる。

本年度の事業では、認知症初期集中支援事業全体の将来的な継続展開と今日的な課題対応の 2 つの大きな視点から作業を進めてきた。考察において掲げた項目建ての通り、前者の側面として「①人材育成」、「②活動分析・評価」、後者の側面として「③全地域への拡大」のそれぞれについて、当面のチーム設置期限とされる来年度末に向けて、現状確認・評価ができたものとする。

同チームの設置・機能発揮がもたらす、“認知症の本人・家族”、“チームに参加するチーム員”、“チーム運営を行う行政”、“チームの所在する地域住民”にとってのメリットが、全ての地域において実感できるものになるよう、本事業でも引き続き、上記 3 つの視点での支援・活動を行いたいと考える。

認知症初期集中支援チーム設置に関するアンケート調査

- ◎ 認知症初期集中支援事業の実施主体である市町村がご回答下さい。
- ◎ 厚生労働省の実施時期調べ※において、平成 29 年度以降(実施時期未定を含む)と回答された市町村にお送りしています。※平成 28 年 7 月 28 日付、厚生労働省老健局振興課事務連絡「介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業(社会保障充実分)の実施時期状況報告」
- ◎ 選択肢が数字の場合は **いずれか 1 つを選んで○を付けて下さい**。また、チェックボックス(□)の場合は **あてはまるもの全てに ✓ を入れて下さい**。

Q1 認知症初期集中支援チーム設置予定

次年度のチーム設置等のご予定についてお伺いします。

- 1-1 **チーム設置に向けた検討や準備の状況** について、あてはまるものに○を付けて下さい。

1. 行っている (下へ)	2. 特に行っていない (Q2 へ)
---------------	--------------------

➔ 「1. 行っている」場合、次の①～⑧それぞれの状況について、あてはまるものに○を付けて下さい。

①チーム設置数	1. 決定済	2. 検討中	3. 未検討	
②チーム設置場所	1. 決定済	2. 検討中	3. 未検討	
③チーム員研修の受講	1. 受講済	2. 受講計画あり	3. 未検討	
④認知症サポート医の確保	1. 確保済	2. 調整中	3. 未定	4. 未検討
⑤チーム員(専門職)の確保	1. 確保済	2. 調整中	3. 未定	4. 未検討
⑥委託先との調整(委託設置の場合)	1. 決定済	2. 検討中	3. 未検討	
⑦事業実施要綱(案)の作成	1. 作成済	2. 作成中	3. 未検討	
⑧関係機関との調整	1. 調整済	2. 検討中	3. 未検討	

- 1-2 **④認知症サポート医の確保** について「1. 確保済」、「2. 調整中」とした場合、どのようなプロセスで確保に至りましたか(調整中ですか)。あてはまるものに○を付けて下さい。

1. サポート医養成研修修了者リストから依頼	2. 設置委託先が選定・依頼
3. 医師会に相談して依頼(推薦を受けて依頼)	4. その他 ()

Q2 チーム未設置の要因等について

本年度までのチーム未設置の理由・要因についてお伺いします。

- 2-1 チーム**未設置の理由** について、あてはまるもの全てに ✓ を入れて下さい。(複数回答)

<input type="checkbox"/> ①行政内部の合意形成に時間を要している (✓を入れた場合、下にも回答下さい) <ul style="list-style-type: none"> ➔ 具体的な内容： <input type="checkbox"/>事業の必要性 <input type="checkbox"/>予算 <input type="checkbox"/>業務分担 <input type="checkbox"/>その他 ()
<input type="checkbox"/> ②チーム設置数・場所の検討(委託先の調整を含む)に時間を要している
<input type="checkbox"/> ③認知症サポート医の確保・調整に時間を要している
<input type="checkbox"/> ④チーム員(医療系専門職)の確保・調整に時間を要している
<input type="checkbox"/> ⑤チーム員(介護系専門職)の確保・調整に時間を要している

《 裏面に続きます 》

- ⑥ 関係機関との調整・説明に時間を要している（✓を入れた場合、下にも回答下さい）
 ➔ 調整・相談先： 医師会* 社会福祉協議会 その他（ ）

*具体的な調整内容（「医師会」に✓を入れた場合のみ）

- ➔ かかりつけ医との連携体制について 情報共有・連携のツールについて
 情報提供料 その他（ ）

- ⑦ チーム員研修の受講が進まない（一部受講者による伝達研修の実施を含む）
 ⑧ 具体的なチーム活動・運営の方法が分からない（✓を入れた場合、下にも回答下さい）
 ➔ 具体的な内容： 多職種協働・連携による活動 チーム員会議の進め方
 その他（ ）
 ⑨ 既に類似の事業があり必要性がない ⑩ その他（ ）

➔ 上記で ✓ を入れた項目について、具体的な状況と今後の対策について、ご記入下さい。
 （複数の ✓ がある場合は、番号(①～⑩)を明記の上、それぞれご記入下さい。最大 4 つ）

番号	具体的な状況	今後の対策

2-2 チーム設置後の懸念・不安材料について、あてはまるもの全てに ✓ を入れて下さい。（複数回答）

- ① 的確な対象者把握 ② 需給バランス(ニーズ過剰・過少)
 ③ 継続的なチーム体制の確保・チーム員育成 ④ 認知症サポート医の十分な協力
 ⑤ チーム活動の効果検証(委託先の活動含む) ⑥ 関係機関との連携
 ⑦ 市町村全域への対応拡大(一部地域からスタートする場合等) ⑧ 予算確保
 ⑨ その他（ ）

Q3 チーム設置・運営にかかる支援等について

チームの設置に向けて、また、設置後のチーム運営・継続において必要と考える国や都道府県からの支援について、自由にご記入ください。

お忙しい時期に、ご回答・ご協力ありがとうございました。（下記もご記入をお願いします）

都道府県 _____ 市町村名 _____

認知症初期集中支援チーム設置およびその支援に関するアンケート調査

Q1 市町村の認知症初期集中支援チーム設置状況について

管内市町村のチーム設置・予定についての状況をお伺いします。

市町村数 () うち、平成 28 年度末における設置(予定含む)市町村数 ()

Q2 チーム未設置市町村等への支援について

2-1 チーム未設置市町村に対する都道府県としての支援(本年度の支援を含む)について、あてはまるもの全てに ✓ を入れて下さい。(複数回答)

- ① チーム設置形態や数・設置場所に関する助言・情報提供
- ② 複数市町村との合同設置や共同委託等の調整・支援
- ③ 認知症サポート医の確保に向けた都道府県医師会等への事業協力依頼
- ④ 認知症サポート医への事業協力依頼 ⑤ 認知症サポート医の紹介や調整
- ⑥ チーム員(専門職)の確保に向けた関係機関との連絡・調整等
- ⑦ 関係機関との調整支援 (認知症サポート医に関するものを除く)
- ⑧ チーム員研修受講(申込調整等) ⑨ 伝達研修への協力・実施支援
- ⑩ チーム活動・運営への助言 ⑪ 先行地域の取組に関する情報提供
- ⑫ チーム設置や資質向上に向けた研修会等 ⑬ 予算支援(研修受講、運営費等)
- ⑭ その他 ()
- 特に行っていない (2-2 へ)

➔ 上記で ✓ を入れた項目(「特に行っていない」を除く)について、具体的な支援内容等をご記入下さい。(複数の ✓ がある場合は、番号(①～⑭)を明記の上、ご記入下さい)

[]

2-2 (2-1 「特に行っていない」の場合) 市町村に対して支援を行っていない理由をご回答下さい。

[]

Q3 平成 29 年度のチーム員研修受講について

平成 29 年度のチーム員研修(国立長寿医療研究センター実施)の受講を希望している管内の市町村数、および、受講者数について、分かる範囲でご記入下さい。(おおよその見込、○～○等の幅でも結構です)

市町村数	か所 程度	受講希望者数	人 程度
------	-------	--------	------

お忙しい時期に、ご回答・ご協力ありがとうございました。(下記もご記入をお願いします)

都道府県 _____ 部署名 _____

平成 28 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金

(老人保健健康増進等事業分)

**認知症初期集中支援チームの効果的な活用
に向けた調査研究事業**

報告書

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

平成 29 年 3 月

禁無断転載
