

(案)

老推発 〇〇第〇〇号

平成25年6月〇〇日

各 都道府県 高齢者保健福祉主管部（局）長 殿

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長

平成25年度介護保険事業費補助金（認知症対策等総合支援事業のうち市町村認知症施策総合推進事業（認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業））に係る協議書類の提出について

認知症施策の推進について、日頃よりご尽力賜り厚く御礼申し上げます。
さて、標記について、補助金交付申請に先立ち、市区町村から協議を募ることといたしますので、下記のとおり協議資料の提出をお願いします。

記

- 1 本通知により協議に係る資料の提出を依頼する事業
認知症対策等総合支援事業のうち市町村認知症総合施策推進事業
（認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業）
- 2 提出資料
 - (1) 平成25年度介護保険事業費補助金（認知症対策等総合推進事業のうち市町村認知症総合施策推進事業（認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業）【総括表】（様式1）
 - (2) 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業協議書【市区町村別】（様式2の1、様式2の2）
- 3 留意事項
 - (1) 提出資料の作成にあたっては、別添1（認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業実施要綱（案））、別添2（認知症初期集中支援チーム設置促

進モデル事業Q&A(案))及び別添3(介護保険事業費補助金交付要綱(案))を参考にしてください。

- (2) 様式2の作成にあたっては、市区町村ごとに別様として作成してください。
- (3) 提出にあたっては、都道府県が管内市区町村分(指定都市及び中核市分を含む。)をとりまとめた上で提出してください。
- (4) 本事業は、全国の10自治体(予定)で実施することから、今回の協議の結果をうけて、採択する自治体を決定することになっている旨、ご了承ください。
- (5) 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業以外の認知症対策等総合支援事業に係る協議については、追って実施する予定です。

4. 提出期限

平成25年7月10日(水)(締切厳守)

5. 提出方法

各様式について、下記の担当に電子メールにて送信の上、原本をA4版片面印刷により郵送してください。

※ 認知症対策等総合支援事業のご担当者様宛に様式を電子メールにて送信しております。電子メールが届いていない場合には、下記担当までご連絡ください。

6. 提出先

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
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(担当:吉田)
TEL: 03-5253-1111(内線3871)
FAX: 03-3595-3670
e-mail yoshida-chika@mhlw.go.jp

平成25年度介護保険事業費補助金
(認知症対策総合支援事業のうち市町村認知症施策総合推進事業
(認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業分))協議書【総括表】

都道府県名		電話番号(内線)	
担当課(係)名		FAX番号	
担当者名		e-mail	

【協議市区町村一覧表】

実施予定市区町村名	対象経費の支出予定額 (単位:円)	国庫補助協議額 (単位:千円)

(注)「国庫補助協議額」には、「対象経費の支出予定額」欄の金額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上すること。

(注)支出予定協議額と協議額は(様式2の2)の(4)と合わせること

(様式2の1)

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業協議書（案）

■ 基本事項

市町村名	
担当部局・課名	
担当者氏名	
所在地	
連絡先	TEL : _____ FAX : _____
e-mail	

1 概況（該当する番号に○をつけ、他は必要事項を記入してください）平成25年4月現在

人口	_____人 1 50万人以上 2 49～25万人 3 24～10万人 4 9万～5万人 5 4万～1万人 6 1万人以下							
日常生活圏域数	圏域数（_____）か所							
世帯数	_____世帯							
高齢者数・率	_____人（_____％）							
高齢者世帯数	_____世帯		_____独居世帯数				_____世帯	
要介護認定者数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
認知症高齢者数	_____人							
市町村管内の医療・介護資源	医療に関する資源	1 認知症の鑑別診断のできる医療機関数	_____か所					
		2 認知症疾患医療センターの存在	1 なし 2 あり					
		3 精神科病床数	_____床					
		4 訪問看護ステーション	_____か所					
		5 認知症サポート医研修養成研修受講者数	_____人					
		6 かかりつけ医対応力向上研修受講者数	_____人					
		7 その他（_____）	_____か所					
市町村管内の医療・介護資源	介護に関する資源	8 認知症高齢者グループホーム	_____	か所	定員	_____	人	
		9 認知症対応型通所介護	_____	か所	定員	_____	人	
		10 小規模多機能居宅介護	_____	か所	定員	_____	人	
		11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	_____	か所	定員	_____	人	
		12 地域密着型特定施設入居者生活介護	_____	か所	定員	_____	人	
		13 老人保健施設	_____	か所	定員	_____	人	
		14 特別養護老人ホーム	_____	か所	定員	_____	人	
		15 その他（_____）	_____	か所	定員	_____	人	

地域包括支援センターの設置			設置箇所数	
	センター		か所	
	うち直営分		か所	
	うち委託分		か所	
地域包括支援センターにおける相談・訪問実績 (平成24年度分)			実件数	
	総合相談業務件数		件	
	うち 認知症の相談件数		件	
	訪問件数		件	
	うち 認知症の人への訪問件数	実 _____ 件	延べ _____ 件	
地域ケア会議の開催回数	1 なし 2 あり (24年度実績 _____ 件)			

2 認知症施策推進事業の実施状況 (該当する番号に○をつけ、他は必要事項を記入してください)

※ 実績については、24年度について記入すること

普及啓発活動の実績	1 認知症サポーター養成講座の実施 延べ _____ 人 2 キャラバンメイト養成 延べ _____ 人 3 その他 _____ ()			
認知症地域支援推進員の配置	計 (_____) 人	認知症地域支援推進員の主な職種 1 保健師 (_____) 人 2 看護師 (_____) 人 3 社会福祉士 (_____) 人 4 その他 (_____) (_____) 人		
	配置場所	1 本庁 2 地域包括支援センター 3 その他 (_____)		
支援が必要な地域の認知症の人を発見するツールの有無 例) 二次予防事業対象者把握事業等におけるフォローアップや未回答者の訪問など	1 なし 2 あり 具体的内容を記載 (_____)			
SOS 徘徊ネットワークの構築	1 なし	2 あり		
郡市医師会と介護従事者等のネットワークの構築	1 なし	2 あり		
介護支援専門員や介護従事者との連絡会・研修会の開催	1 なし	2 あり		
認知症の人の退院支援・地域連携クリティカルパスの作成	1 なし	2 あり		

市民後見推進事業の実施	1 なし	2 あり
当事者及び家族の支援のための事業	1 なし 2 あり <small>具体的内容記載</small> ()	

3 事業計画書

エリアの設定	1 日常生活圏域（1中学校区） _____ か所 2 複数の日常生活圏域 _____ か所 3 市町村全域		
実施予定地域の人口規模	人口 () 人 高齢者数 () 人 高齢化率 () %		
事業実施の委託予定の有無	1 委託なし 2 委託予定 予定機関名 ()		
支援チームの配置場所	1 地域包括支援センター 2 診療所 3 認知症疾患医療センター 4 訪問看護ステーション 5 その他 本庁等 ()		
チーム員の職種と人数	チーム員の総数		計 () 名
	チーム員の内訳	1 保健師	() 名
		2 看護師	() 名
		3 作業療法士	() 名
		4 精神保健福祉士	() 名
		5 介護福祉士	() 名
		6 専門医	
		1) 日本認知症学会認定医	() 名
		2) 日本老年精神学会認定医	() 名
3) 鑑別診断歴5年以上	() 名		
4) 認知症サポート医研修の修了	() 名		
7 その他 ()	() 名		
支援チーム内の小チーム数	内訳 () 人 × () 組		
対応可能な訪問事例数見込	支援対象者 () 件 / 25 年度		

<p>検討委員会の設置</p>	<p>1 既存合議体あり 1) 具体的名称記載：() 2) 参加関係機関・団体及び具体的予定の記載（実施予定回数等）</p> <p>2 新規で設置予定 1) 具体的予定の記載（実施予定回数等）</p>
<p>認知症初期集中支援 チーム員研修の 参加予定と活動実践の プレゼンテーション</p>	<p>参加予定人数 1) 自治体担当者 _____名 2) チーム員 _____名</p>
<p>事業を実施するための 支援チームへの 市町村の支援・協力 体制の有無や工夫</p>	<p>1 支援チーム員との定期的な情報交換・共有 2 支援チームの活動についての進捗状況の確認 3 チーム員が適切な情報を得られるような工夫 1) なし 2) あり</p> <p>4 その他の工夫</p>

国庫補助協議額内訳書

市区町村名

(認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業)

(1) 普及啓発推進事業

経費区分	対象経費の支出予定額	積算内訳
報酬		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計(1)	円	(国庫補助協議額 千円)

(注)「国庫補助協議額」欄には、「対象経費の支出予定額」の合計欄の金額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上すること。

(2) 認知症初期集中支援の実施

経費区分	対象経費の支出予定額	積算内訳
報酬		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計(2)	円	(国庫補助協議額 千円)

(注)「国庫補助協議額」欄には、「対象経費の支出予定額」の合計欄の金額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上すること。

(3) 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

経費区分	対象経費の支出予定額	積算内訳
報酬		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計(3)	円	(国庫補助協議額 千円)

(注)「国庫補助協議額」欄には、「対象経費の支出予定額」の合計欄の金額から千円未満の端数を切り捨てた額を計上すること。

【合計額】

合計(4)

対象経費の支出予定額

国庫補助協議額

(1) + (2) + (3) =

--	--

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 - Q & A - (案)

25年度認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関するQ&Aを作成しましたので、事業計画作成の際の参考にしてください。

事業内容について

Q1 市町村の全域で実施する必要があるか。また実施エリアの設定はあるか。

(答)原則、各市町村の実情に応じて設定することとしているが、人口1万人未満の町村では全域で実施することを想定している。市町村が、日常生活圏域を単位としてその箇所数を設定し、モデル事業を実施するが、地域にどの程度訪問支援対象者が存在しているのか、また支援チームが対応可能な訪問支援対象者数はどの程度なのか等は本モデル事業の基礎データとして収集することになるため、極力、多くの日常生活圏域をカバーするように実施して頂きたい。

Q2 チーム員の構成に関して標準的な配置数はあるか。また実務経験の確認方法はどのように行えばよいか。

(答)チーム員の構成としては、訪問活動を主とする複数の専門職(例:看護師と介護福祉士)に加え、専門医1名の計3名が最小限の配置数となる。複数のチームを設置した場合には、1人の専門医が各チームに関与することで、対応可能である。

また、実務経験の確認方法については、実施主体である市町村の判断により確認することとする。

Q3 専門医の確保はモデル事業においては必須か。

(答)必須である。

Q4 実施主体である市町村の役割は？

(答)本モデル事業は、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、早期診断、早期対応を実現するための事業であり、個別支援を中心としながら市町村圏域における認知症施策を推進するための地域のシステムづくりも同時に行うことをねらいとしている。

支援チームの活動を地域で定着させるため、地域包括支援センターに認知症の疑いの人や認知症の人及び家族等から相談しやすいような普及啓発に加え、関係機関などから様々な情報を収集するための体制づくりや認知症の早期診断、早期対応に支援が必要な対象者を把握し、適切な医療サービスや介護サービスに結びつけられるようなシステムづくりが市町村の果たす役割である。

本モデル事業を実施するにあたり、市町村は地域の実情にあわせた事業計画の立案、進捗管理、関係機関との調整、情報提供などを実施する。また、モデル事業の実践開始から数ヶ月経過した後に開催を予定している第2回「認知症初期集中支援チーム員研修」においては、市町村の果たした機能や役割についてもプレゼンテーションを行ってもらう予定である。

Q6 本事業は26年以降も継続できるのか？

(答) 予算は単年度ごとの要求であるが、本モデル事業での実践における効果をみながら、平成26年度はモデル事業として全国20か所にて実施予定である。

Q7 本事業の実施自治体の決定に関する連絡はいつ頃か？実施のスケジュールはどのように考えればよいか？

(答) 別添スケジュール表を参照のこと。

Q8 チーム員の研修計画はあるのか？試験はどのようなものか？

(答) 別添スケジュールにあるとおり、研修はチーム員(専門医を除く)及び実施主体である市町村の担当者を対象に行う。なお、本研修の内容が専門医以外のチーム員に対する研修カリキュラムとしていることから、専門医参加については必須とはしない予定である。

試験については、10問程度のマークシート式テストを受講前、受講後に行い成績分布を確認することを想定している。

Q10 対象者の人数はどのくらいを見込めばよいか？あらかじめ対象者の人数の最低限度の設定はあるのか？

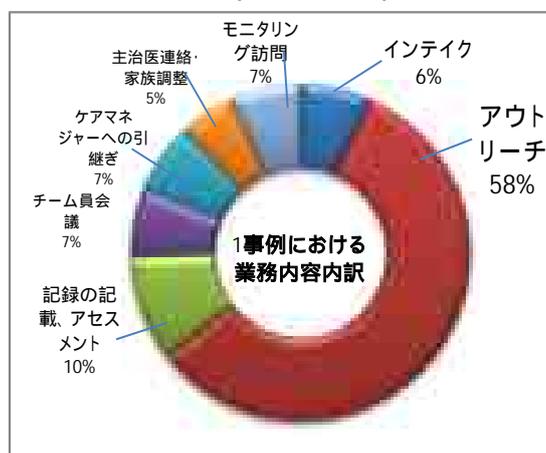
(答) モデル事業では、最低50人以上を見込んで頂きたい。

あくまでも、参考であるが以下のように見込んでいる。

1事例あたりの労働投入量 14.9時間

(インテイク、アウトリーチ6回等)

一月あたり 11件×6ヶ月(9月~2月) = 66人



Q11 専門医はチーム員としてどのような役割をとるのか？専門医が直接訪問する場合はどのような状態の人を想定しているのか？

(答) 専門医はチームの一員としてチーム員会議に出席し、訪問支援対象者のアセスメントに関して専門的見識からアドバイスをするとともに、かかりつけ医と連携しながら認知症関する医学的コンサルテーション機能を担う。

また、基本的には対象者の訪問活動は、医師以外の複数の専門家にて訪問することを前提としているが、医療機関への受診が難しい事例などチーム員会議にて医師による訪問を必要と判断した事例について訪問することを想定している。

なお、本モデル事業においては、医師の訪問はあくまでも相談対応であり、診療

報酬は請求できない。

Q12 チーム員会議の頻度はどのくらいが望ましいか？

(答) 訪問支援対象者の人数にもよるが、初回訪問後、対応方針の決定、変更時、支援の評価を行う時期などに開催することを想定している。頻度は各実施主体にて試行をふまえて実態に合わせて決定し、その結果についてプレゼンテーションで発表して頂きたい。

Q13 個別支援の終了期間が6ヶ月となっているが、どの対象者にも6ヶ月間関与する必要があるのか？

(答) 初期集中支援の最大活動期間は6ヶ月と定めている一方で、最小関与期間は特段定めは設けていないが、チーム員会議で支援の終了が判断され、引き継ぎが終わった時点から、モニタリングへと移行して差し支えない。

Q14 支援チームによる支援が終了した後、モニタリングは必ず必要であるのか？また、いつまでモニタリングを行うのか？

(答) モデル事業では、支援チームが関与した対象者について必ずモニタリングする。理由は介護支援専門員等に引き継いだ後に、継続的な医療や介護等のサービス提供に支障を生じる場合が、具体的にはどのような状況か、その要因などについて明確化するためにも、モニタリングは必要不可欠である。

また、地域で認知症の人や家族を支えるうえでの課題、不足している社会資源などを明確化し、施策へ結びつけられるような仕組みをつくることも本モデル事業の柱であることから、必ずモニタリングを行うようお願いしたい。

さらに、モニタリングは地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援業務であるケアマネジャーに対する支援としての機能としても重要であることから、モデル事業実施中は、モニタリングの中止はしないこととする。

事業費について

Q1 「認知症初期集中支援チーム員研修」などに出席に要する経費は、補助対象となるのか？

(答) 補助対象となる

Q2 補助額に基準額があるのか？

(答) 限度額 10,000 千円とする予定である。

Q3 認知症初期集中支援チームが訪問するための車両は、補助対象となるか？

(答) 車両購入費は、補助対象とならないが、事業実施期間中の車両のリース料等は、補助対象となる。

認知症初期集中支援チーム等設置促進事業今後のスケジュール

	厚生労働省	市町村	チーム
5月			
6月	6 / 25 都道府県・指定都市担当者会議 7 / 10 事前協議提出締め切り		
7月	中旬 モデル実施市町村決定 下旬 内示	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">事業実施準備</div>	
8月	8 / 2~3 第1回 認知症初期集中支援チーム員研修開催	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">研修受講(キックオフ)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">実践活動</div> <p style="text-align: center; margin: 0;">普及啓発活動 委員会開催</p>	<p>チーム員訪問活動 チーム員会議 報告</p>
9月	実践報告締め切り		
10月			
11月	実践報告締め切り	<p>中間評価</p>	<p>報告</p>
12月	上旬 第2回 認知症初期集中支援チーム員研修開催	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">研修受講・実践活動プレゼンテーション</div>	<p>報告</p>
1月	実践報告締め切り		
2月			
3月	実践報告締め切り	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">事業評価・まとめ</div>	<p>報告</p>

介護保険事業費補助金交付要綱(案)
(市町村認知症施策総合推進事業に関する事項のみ抜粋)

(通 則)

1 介護保険事業費補助金については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(昭和30年法律第179号。以下「適正化法」という。)、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令(昭和30年政令第255号)及び厚生労働省所管補助金等交付規則(平成12年厚生省労働省令第6号)の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(交付の目的)

2 この補助金は、介護保険法(平成9年法律第123号)第184条に基づき、都道府県に設置される介護保険審査会の運営に要する経費等の一部又は全部を補助することにより、介護保険制度の円滑な施行に資することを目的とする。

(交付の対象)

3 この補助金は次の事業を交付の対象とする。

認知症対策等総合支援事業

- ・ 市町村認知症施策総合推進事業

平成23年6月6日老発0606第1号厚生労働省老健局長通知の別添3「市町村認知症施策総合推進事業実施要綱」に基づき、市町村及び特別区が行う事業

(交付額の算定方法)

4 この補助金の交付額は、次により算出された額の合計額とする。ただし、次の表の第2欄に定める種目ごとの額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切捨てるものとする。

ア 次の表の第3欄に定める基準額と第4欄に定める対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額と、総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を選定する。

イ アにより選定された額に、第5欄に定める補助率を乗じて得た額を交付額とする。

1 区分	2 種目	3 基準額	4 対象経費	5 補助率
認知症対策等総合支援事業	市町村認知症施策総合推進事業	厚生労働大臣が必要と認める額	市町村認知症施策総合推進事業に必要な共済費、賃金、報償費、報酬、旅費、需用費、役務費、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費	定額

(交付の条件)

5 (以下略)