

平成 27 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実態に関する調査研究事業

報告書

平成 28 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

高齢化の進行に伴う認知症高齢者の増加、また、継続して行われている現場発信の普及啓発を背景に、認知症は、単なる病気・ケアの対象ではなく、広く社会共通のテーマとなっている。

平成 27 年に公表された「新オレンジプラン」（認知症施策推進総合戦略）は、平成 29 年度末に向けて、ヒト・モノ・カネに亘って、既存の充実・上積みから新規の導入に至るまで、多面的な推進が図られている。

その中で、認知症初期集中支援チームは、認知症ケアの課題とされた、①早期対応、②継続的なアセスメント、③事後的な対応、の“①”に対応した早期支援機能、すなわち「早期・事後的な」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ている。

同チームの設置推進については、これまで、認知症初期集中支援チームの活動スキームの検討（平成 24 年度事業）から、認知症初期集中支援チーム員研修の実施、モデル実施地域からのデータ収集や巡回視察等による活動実態把握（平成 25～26 年度）を行ってきた。

本年度は、それらの蓄積を踏まえて、認知症初期集中支援チームが設置されることはもちろん、加えて、同チームが各自治体・地域の仕組みや体制の中で安定的・継続的に機能発揮することを目的に、チーム員研修（人材育成）のあり方、活動実績の全国的な把握のあり方、チーム運用上の課題の整理等を中心に多面的に活動した。本年度事業の成果は上記目的の全てをクリアにするものではないものの、一定の先鞭をつけるものとなっていると考える。

各自治体において、“運用されている”、“立ち上げられた”、“準備されている”、認知症初期集中支援チームが、それぞれに定着・発展していくことと並行して、同チームの設置および効果的な運用のための自治体および現場専門職への継続的な支援が行われることを期待したい。

平成 27 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）

認知症認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業

委員会委員長 鷺見 幸彦

平成 27 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実態に関する調査研究事業

〈目次〉

I 事業概要	1
II チーム員研修の実施概要と評価	6
1. 実施概要	6
2. 受講者アンケート（第 1 回～第 4 回）	15
3. 第三者評価（第 2 回～第 4 回）	21
4. チーム員・医師アンケート調査	30
III チーム活動の状況	51
1. 活動実績の量的把握（実績報告プログラム）	51
2. 訪問巡回調査	70
IV 考察	76

I 事業概要

1. 事業名

認知症初期集中支援チームの実態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、事業を実施する市町村の活動状況を質的・量的に把握し、評価として使える指標の検討を行う。それとともに効果的なチーム員の配置のあり方、また、チームとして他に担うべき役割の検討を行う。また、チーム員の要件である認知症初期集中支援チーム員研修の評価を行うとともに、研修実施のあり方についても検討を行うことを目的とする。

3. 事業実施期間

平成 27 年 6 月 2 日（内示日）から 平成 28 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容

本研究事業は、①認知症初期集中支援事業進捗状況の管理、②初期集中支援チームサービスの内容検証、③初期集中支援チームサービスの評価指標の検討、④事業実施者への研修の評価、に資する内容であり、一部はすでに平成 24～26 年度においてモデル事業として展開してきた。

平成 29 年末までに全国の全市町村に認知症初期集中支援チームを立ち上げ活動を開始することが義務づけられたことをうけ、今年度はさらに多くの地域で開始するための教育ツールの改善や運用システムの構築を推進する必要がある。本年度は昨年作成したチーム活動を収集できるソフトをさらに改善し、活動が開始されたところからその情報を収集し進捗状況を管理する。研修は長寿医療研究センターに委託され、東京、大阪、名古屋で計 4 回行われるが、研修テキストの改訂、研修内容の評価を行い、より事業実施者が円滑に事業を開始できるよう支援する。

4-1 事業の具体的な内容

具体的には、図表 1-1 のように、多角的な方法によって、認知症初期集中支援事業の評価を行い、それぞれの結果ごと、また、関連付けながら、事業目的に沿った検討を進めた。

①初期集中支援実績評価

本年度実施地域のチーム員活動を量的に把握するため、昨年度事業で開発・制作した、活動実績のデータ管理プログラムの改訂版によって、統一的ルールでデータ収集を行った。全体的な傾向を把握するとともに、実施地域における進捗管理にも資するものとした。

②チーム活動の質的評価

実施地域のうち、チーム設立時期（モデル事業からの先行地域、本年度設置の別）や、地域特性を加味して、数地域を選定した上で、事業で組成する委員会（後述）の委員が訪問した上で、共通の把握指標を用いてヒアリングを行った。

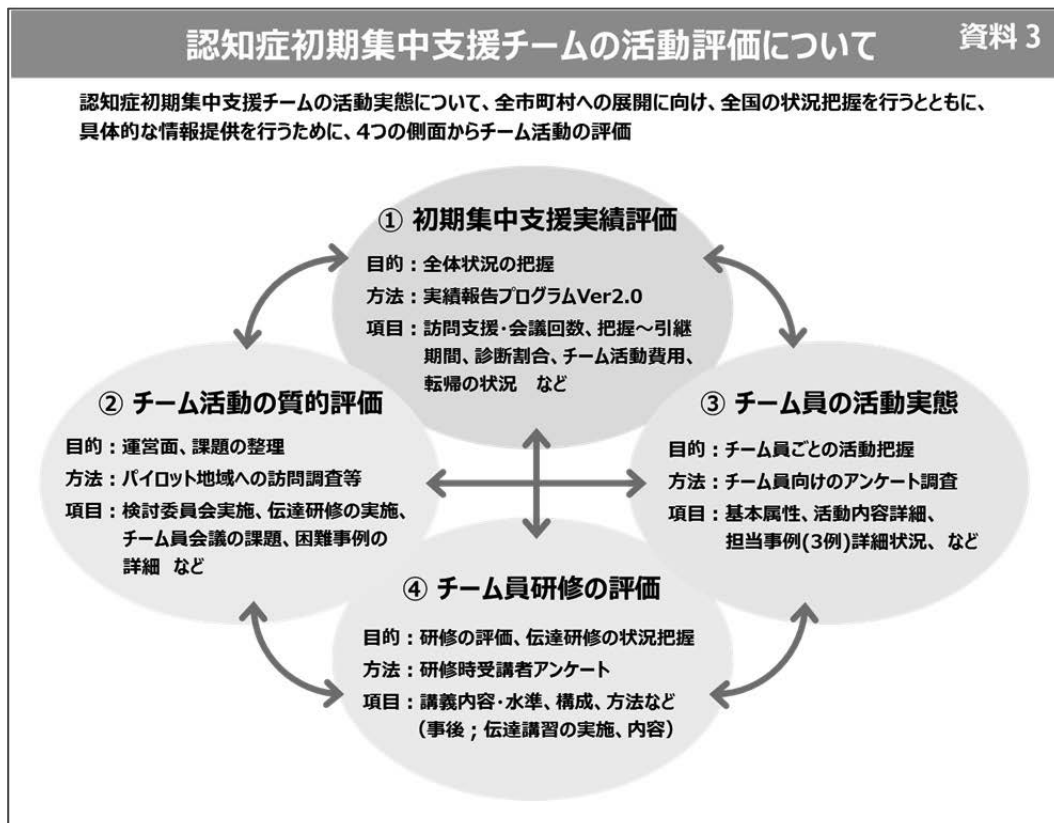
③チーム員の活動実態の評価

一定程度の活動が行われた時期に、チーム員および医師を対象としたアンケート調査を実施し、チーム員研修の効果、伝達研修の実施状況、チーム活動における困難点などの把握を行った。

④チーム員研修の評価

本事業とは別の枠組みで国立長寿医療研究センターによって実施された、チーム員研修について、研修受講者に対する受講直後の評価（アンケート）、上記③の機会を利用して、一定期間後の効果測定、更に、研修そのものについて外部の第三者による評価を依頼し行った。

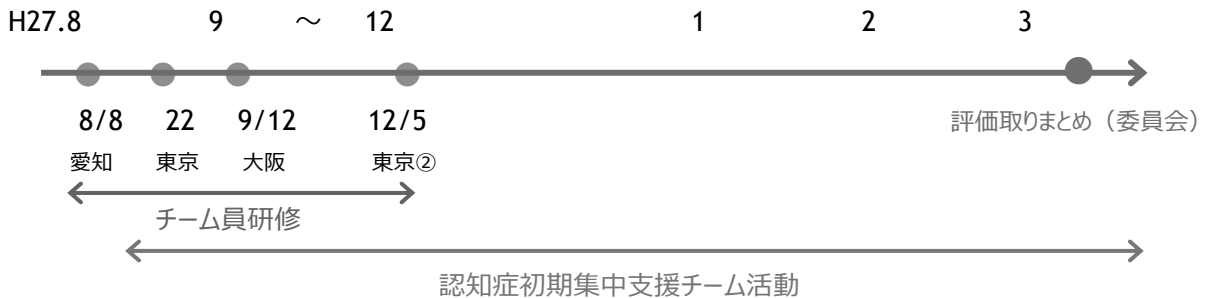
図表 1-1 認知症初期集中支援事業の評価について（第1回委員会資料より）



図表 1-1 続き (それぞれの詳細 ; 計画段階)

① 初期集中支援実績評価 (チームと対象者支援)			② チーム活動の質的評価			
<p>認知症初期集中支援チームの活動実績について、昨年度に引き続き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、診断割合、チーム活動費用などの量的活動実績を全国統一のツールで昨年度に引き続いて把握する。</p>			<p>認知症初期集中支援チームの活動実績について、本年度の実施地域のうち、昨年度からの継続地域を中心に選定したパイロット地域に対して、検討委員会の実施、伝達研修の実施、チーム会議の課題等のチーム運営および個別の対応事例に関する質的な評価を行う。</p>			
チーム全体の情報	項目	詳細	テーマ	項目	詳細	
支援対象者ごとの情報	活動量	1月あたり訪問回数、1月あたり支援対象者数 等	チームの運営・活動	運営・活動工程表	適年スケジュール、進捗管理 等	
	活動費用	チーム会議および訪問支援回数から積算するチーム運営費用		周知・広報活動	認知症一般に関するもの、チーム設置・活動に関するもの	
	基本属性	支援対象者の把握ルート、把握時の状態像、アセスメント状況 等		相談対応・訪問支援	チーム活動上・体制上の課題や工夫	
	支援実績	回数		訪問支援の回数・担当・時間、チーム会議の回数・時間 等	チーム会議	会議開催・進行等の運営に関する課題や工夫
		期間		把握から初回訪問、初回訪問から支援終了(引継)の期間 等	チーム検討委員会	構成、実施状況、取り組み内容、課題や工夫
	費用	対象者1人あたりの費用 (会議および訪問支援から積算)		全体成果・効果	市町村全体の中でのチーム活動の成果や効果	
	支援効果	診断	未診断対象者の診断導入割合、診断内容	チーム会議 (巡回参加)	会議運営 会議進行、役割分担、記録 等	
		サービス	未利用対象者(属性別)の医療・介護サービスの導入状況	個別案件対応	アセスメント、課題整理、情報共有、ケア方針確認 等	
		引継	対象者(属性別)の引継状況			
		転帰	支援終了の状況、モニタリングの状況 等			
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 対象者情報入力における「選択肢」の充実 (サービス利用、診断の項目等) ○ チーム活動(支援)自体を支援する機能の追加 (訪問記録、会議記録の出力等) ○ 対象者属性別の支援効果、費用群別の対象者属性・支援実績・効果などの詳細分析 			<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 対象地域の絞り込み方 (悉皆、継続地域(41地域)、パイロット地域として指定) ○ チーム会議への巡回の機会(要員)確保 ○ 評価結果(成果)の還元方法 … 未設置地域に対してどのような情報を提示できるか 			
③ チーム員の活動実態			④ チーム員研修の評価			
<p>認知症初期集中支援に参加するチーム員に対して、活動内容の詳細、担当した事例の詳細、課題等についてアンケート調査を実施し、チーム員の基本属性別の活動の特性や課題などを整理・評価する。</p>			<p>認知症サポート医養成研修との合同実施としたチーム員研修について、受講者アンケートによって内容や方法等の評価を行うとともに、昨年度までのチーム員・専門医等の既受講者の協力を得て、研修内容の評価を行う。</p>			
テーマ	項目	詳細	テーマ	項目	詳細	
チーム員の活動	チーム員の基本属性	職種、キャリア、チームへの関わり 等	チーム員研修受講後アンケート	形式面の評価	日程・時間数、合同研修形式、演習(グループ討議)の方法 等	
	チーム員研修	伝達研修の実施、内容、理解度 等		講義内容面の評価	各講義・教材の理解度、実践度、テストの内容・難易度 等	
	活動内容	訪問支援の状況 (回数、時間、対応 等)		演習の評価	合同討議形式の妥当性、グループ討議の題材 等	
	課題・工夫、成果	課題や工夫、チーム活動で良かった点・困難であった点 等		伝達研修について	伝達講習が行えそうか、不足すると感じるもの	
個別事例の対応詳細	対象者属性	発見ルート、状態像・アセスメント、サービス利用状況 等		課題・要望	課題、改善点、意見・要望 等	
	支援・対応詳細	ケア方針、訪問支援記録、終了時サマリ(効果・変化) 等		既受講者による研修評価(個別レポート)	充分性	チーム活動に十分な内容か、多職種に対応できているか 等
	総括	初期集中支援チーム・チーム員としてのまとめ	実践性	内容が実践的か、すぐ使える知識や事例があったか 等		
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ アンケート形式の実施の工夫 (間接配布、項目の事前通知、回収) ○ 結果の出し方 (チーム員としての取り組み方・臨み方についてのメッセージ、行政による全体管理・運営上の情報提供、等) 			<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 研修評価を既受講者による場合の人選・評価軸の設定 ○ 受講者への一定期間後の事後評価 (研修内容の活用度等)を行うか 			

【各評価の実施時期】



①実績評価 (1月末までのデータ)

②活動の質的評価 (訪問)

③活動実態評価 (アンケート)

④研修評価 (受講者・第三者)

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
	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 担当係長
	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

[会議]

第1回 委員会

日時 平成27年7月3日（金）

- 議事
- 1 平成27年度事業計画と経過報告
 - ① 平成26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 認知症初期集中支援チームの評価について

第2回 委員会

日時 平成27年12月4日（金）

- 議事
- 1 第1回委員会後の進捗状況について
 - ① 実施地域の概要
 - ② チーム員研修の実施状況、評価状況
 - ③ 活動実績データ収集
 - 2 チーム活動の評価の実施について
 - ① チーム活動の訪問調査
 - ② チーム員等に対するアンケート調査

第3回 委員会

日時 平成28年3月14日（月）

議事 1 実施地域でのチーム活動状況について

- ① 実施地域での活動状況
- ② 活動実績データの状況
- ③ 巡回によるチーム活動の現状

2 チーム員研修について

- ① チーム員および医師に対するアンケート調査
- ② チーム員研修の第三者評価（東京会場）
- ③ チーム員研修について（意見交換）

3 事業取りまとめについて

4-3 事業スケジュール

委員会は、おおむ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 4 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、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、数カ所を選定して訪問調査を行った。（なお、下記スケジュールでは委員会を 4 回予定していたが、ほとんどの委員が揃うチーム員研修の機会に 1 回分を代替し、会議開催は 3 回となっている）

図表 1-2 事業スケジュール（交付申請当初予定）

事業名	認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業					
	平成27年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容	第1回委員会の開催 チーム員研修(長寿医療研究センター委託) ①8/8~9 ②8/22~23 ③9/12~13 チーム員研修の評価 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 モデル地域の継続評価					
	10月	11月	12月	平成28年1月	2月	3月
事業実施内容	第2回委員会の開催 ④12/5~6 チーム員研修の評価 活動実態調査(チーム員へのアンケート調査) 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 事業進捗状況報告書の作成 第3回委員会の開催 第4回委員会の開催 報告書の印刷・配布 事業実績報告書の作成					

II 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

認知症初期集中支援チーム員研修は、認知症初期集中支援事業の実施要綱において、チーム員の要件とされる研修であり、昨年度に引き続いて国立長寿医療研究センターが実施した。

研修実施の検討においては、当センターが各都道府県・指定都市より委託を受け実施している認知症サポート医養成研修と部分的に合同開催を企画した。認知症サポート医は、認知症初期集中支援チームが実際の活動において協働することとなる点に着目し、研修において合同のグループワークを実施するなど、双方に利点が多いと考えたためである。具体的な開催状況は図 2-1、2-2 の通りである。

なお、チーム員研修の実施の具体的な内容は、本事業とは別の枠組みで実施されるものであることから、本報告書では同研修で実施した研修の評価にかかる部分についてのみ整理する。（研修で使用された教材について、一部抜粋して掲載する。全体は当センターHP よりダウンロード可能としている）

図表 2-1 認知症初期集中支援チーム員研修と認知症サポート医養成研修の実施

	第 1 回	第 2 回	第 3 回	(第 4 回)	第 4 回 (第 5 回)	(第 6 回)
チーム員研修	●	●	●		●	
サポート医養成研修	●	●	●	●	●	●
日 程	H27.8 月 8/9 日	8 月 22/23 日	9 月 12/13 日	9 月 26/27 日	12 月 5/6 日	H28.1 月 23/24 日
場所（地区）	愛知	東京	大阪	札幌	東京	福岡

※愛知・東京（2回）・大阪の計4回を認知症サポート医研修と合同実施（講義、演習の一部を合同）

図表 2-2 受講者数、テスト合否、第三者評価者の一覧

	第 1 回	第 2 回	第 3 回	第 4 回
研修会場	愛知健康の森 プラザ	TKP ガーデンシティ神 保町	サンライズ大阪 イベントホール	ベルサール 渋谷ファースト
受講者数	160 名	243 名 (累計 403)	257 名 (累計 660)	424 名 (累計 1,084)
テスト合否 (平均得点)	159/160 (9.36 点)	243/243 (9.60 点)	257/257 (9.50 点)	424/424 (9.36 点)
第三者評価	実施なし	認知症介護研究・ 研修東京センター 進藤由美研究主幹	神戸市中央区 健康福祉課 池田敦子氏	こころのホーム クリニック 高野洋輔医師

合同研修 基本タイムテーブル

【1日目】

13:00	認知症初期集中支援チーム員研修	(認知症サポート医養成研修)	長寿
13:15		(開講式)	厚労省
13:30	初期集中支援チームの役割	認知症サポート医の役割 (30)	厚労省
13:45	移動/休憩		
14:00	地域包括ケアシステムと認知症施策 (40)		厚労省
14:15			
14:30			
14:45	認知症初期集中支援チームとチーム員の果たすべき役割 (60)		鷲見
15:00	(認知症サポート医・専門医との連携・協働)		
15:15			
15:30			
15:45	休憩/移動		
16:00			
16:15	認知症の総合アセスメント①:DASC (90)	診断・治療の知識 (講義:60)	長寿
16:30			
16:45		(質問)	
17:00		診断治療の知識 (症例検討・演習:90)	長寿
17:15			
17:30	休憩		
17:45	模擬アセスメント:DASC (45)		
18:00			
18:15			
18:30	総合アセスメント② (30)		鷲見
18:45			

【2日目】

9:00	認知症初期集中支援チーム員研修	(認知症サポート医養成研修)	
9:15		サポート医の役割② (30)	日医
9:30	初期集中支援における具体的な活動 (70)	宮崎 (DVD視聴:10)	
9:45		ケアマネジメント・連携の知識 (講義:60)	長寿
10:00			
10:15			
10:30			
10:45	移動/休憩		
11:00	多職種連携・合同演習(グループ討議) (100)		全講師
11:15			
11:30			
11:45			
12:00			
12:15			
12:30		(修了書授与・閉講式)	
12:45			
13:00	昼食 (休憩)		
13:15			
13:30	初期集中支援における具体的な援助 (60)	宮崎	
13:45			
14:00			
14:15			
14:30	休憩		
14:45	認知症初期集中支援事業の基本となるガバナンスの構築 (50)	筒井	
15:00			
15:15			
15:30	チームテスト (30)		事務局
15:45	(解説・質疑応答)		
16:00	(閉講式)		



認知症初期集中支援チームの役割

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
真子 美和

1

認知症初期集中支援チームを実施するために必要なこと

【市町村の役割】

○工程表（実施計画）の作成と管理

事業の実施主体＝市町村が、本事業を実施するにあたり自分たちの自治体でどのように展開していくのか、

- 『普及啓発』
- 『認知症初期集中支援』
- 『認知症初期集中支援チーム検討委員会』

について、事務局としてのスケジュールやミッションを果たすための「実施計画」を作成するとともに、関係者で共有する。

○地域での活動基盤となるシステムづくり

事業のターゲットとなる対象者をどのように把握し、リストアップできるか、

- 医師会等の関係機関への事業説明
- あらゆる方法を駆使して、数々のチャンネルから対象者をリストアップできるようなシステム（市町村広報や説明会の実施等）
- 対象者介入とその後の支援体制をつくる地域の連携システムが重要。

3



地域包括ケアシステムと認知症施策

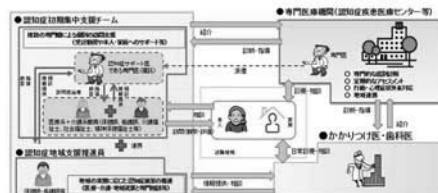
厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
真子 美和

1

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症初期集中支援チームの設置＞

● 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。
このほか、早期診断の場には地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】




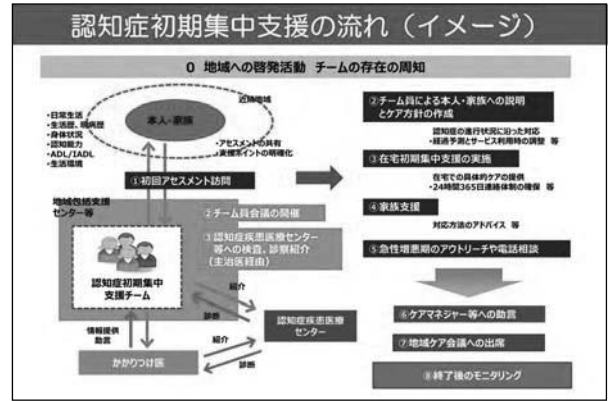
【事業名】 認知症初期集中支援推進事業
【実績と目標値】 2014(平成26)年度 41市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

8

認知症初期集中支援チーム研修会

認知症初期集中支援チーム — 支援の進め方 —

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
鷲見幸彦

全体の活動の流れをイメージ図で示した。①から⑦の流れです。適切な医療やケアにつなげていく。これらの活動の前提として重要なのは 0 で示した地域への啓発活動、チームの存在の周知であり、これなくしては依頼そのものがでてこないことになる。もう一点特記すべきは⑧に示した終了後のモニタリングで、引き継いだあとも継続して医療やケアをうけているかどうか、本人、家族に定期的に確認を行うことが求められている。引継終了が役割終了ではない。

1

6

初期集中支援の実施

初期集中支援の内容

1. 受診勧奨・誘導
2. 介護保険サービスの利用の勧奨・誘導
3. チーム員による支援
 - 本人・家族への教育的支援
 - 重症度に応じたアドバイス
 - 身体を整えるケア（身体状況のチェックから：水分摂取、食事摂取、排泄、運動など）
 - 生活環境の改善
 - 継続的な医療支援
 - 服薬管理
 - 介護保険サービスが必要な場合の調整
 - 介護保険サービス以外の社会資源の活用
 - 権利擁護に向けた調整

初期集中支援の内容は、まず受診勧奨・誘導である。認知症かどうかの診断がつかない状態では適切な介護計画は立てられない。チーム会議での専門医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けをおこない、受診に至るまで支援を行う。ある程度診断がついたところで介護保険サービスの利用の勧奨・誘導を行う。本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行う。未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得たうえで、チーム員がかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行う。そしてチーム員による直接支援が加わる。具体的な支援内容としては、本人・家族への教育的支援（参考）敦賀温泉病院チェックリスト、重症度に応じたアドバイス（参考）生活支援アンケートから既存資料あり）、身体を整えるケア（身体状況のチェックから：水分摂取、食事摂取、排泄、運動など）、生活環境の改善、継続的な医療支援、服薬管理、介護保険サービスが必要な場合の調整、介護保険サービス以外の社会資源の活用、権利擁護に向けた調整を行う。

初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、最長で6ヶ月をめどに支援の達成を目指す。6ヶ月を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ、確実に引き継ぐ。

支援の頻度はとくに定めがないが、個別事例に応じた支援頻度を設定し、内容はチーム会議で確認する。

28

初期集中支援の終了

チーム員会議にて判断

訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなど判断された場合に、終了

↓

通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなるのが想定

地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎと今後のモニタリングに関する規定を設定。

初期集中支援の終了については、訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、認知症初期集中支援チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなどがチーム員会議の場において判断された場合に、終了することとなる。

なお、初期集中支援の終了が、通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなるのが想定されるため、実施要綱上においても、地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎと今後のモニタリングに関する規定を設けている。

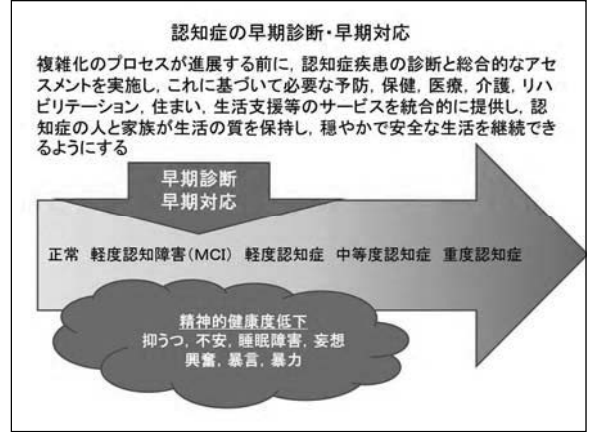
30

認知症初期集中支援チーム員研修

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 主一

1



認知症は、その初期段階において、抑うつ、不安、不眠、妄想などの精神症状の出現頻度が高く、その背景には社会的孤立や孤独が関与している場合が少なくありません。一人暮らしでこのような状態にある方は、この段階で自ら医療機関や相談機関を利用することができない方も多く、認知症の早期診断という観点からは、アウトリーチによるアセスメントが不可欠かと思われます。認知症に対応できる地域包括ケアシステムは、認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断・アセスメントを実施し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、生活支援等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族が生活の質を保持し、穏やかに安全な生活を継続できるようにすることをめざしたものでなければなりません。

20

認知症の総合アセスメント

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴)の障害、手段的日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)の障害
身体疾患・身体機能障害	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、脳嚙性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、筋力減退大症、褥瘡、歯周病、口乾症候群、パーキンソン症候群、脳梗塞など
行動・心理症状	妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、アパシー、不安、徘徊、焦燥、破局反応、不平等を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症。(せん妄)など
社会的状況	介護負担、介護者の健康問題、家庭崩壊、虐待、介護中の危険、経済的困窮、火の不始末、交通事故の危険、老老介護、認知介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など

たとえば、認知症の行動・心理症状(BPSD)は、介護者の負担を増し、在宅での生活を困難にする要因の一つですが、

56

DASCの使用法

- 原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活障害に関連する行動の変化を評価する。
- 一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に日常生活の様子を聞きながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりしながら、評価者自身の判断で対象の方の状態を評価する。
- 4段階評価(4件法)で評価する。1,2と3,4の間にアンカーポイントを設定し、1, 2が正常域、3,4が障害域であることをおおよその目安にして評価する。
- 「～できますか」という質問に対して、家族や介護者が「実際にできるか否かを確認していない」という場合でも、家族や介護者から見て「実際にできそうか否か」を判断して回答してもらう。家族や介護者がいない場合には、評価者が「実際にできそうか否か」を判断して評価する。

①DASC-21は、原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活障害に関連する行動の変化を評価する。②一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に日常生活の様子を聞きながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりしながら、評価者自身の判断で対象の方の状態を評価する。③4段階評価(4件法)で評価する。1,2と3,4の間にアンカーポイントを設定し、1, 2が正常域、3,4が障害域であることをおおよその目安にして評価する。④「～できますか」という質問に対して、家族や介護者が「実際にできるか否かを確認していない」という場合でも、家族や介護者から見て「実際にできそうか否か」を判断して回答してもらう。家族や介護者がいない場合には、評価者が「実際にできそうか否か」を判断して評価する。

67

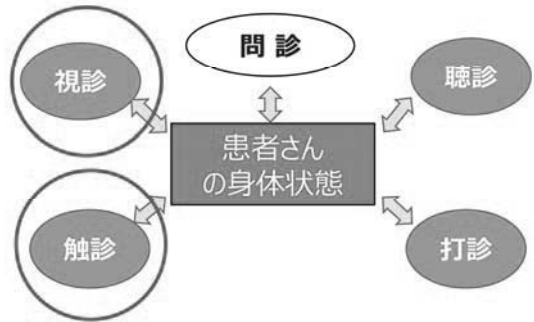
認知症初期集中支援チーム研修会

認知症と身体アセスメント



国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
鷲見幸彦

フィジカルアセスメントとは



患者の身体状態を評価することをフィジカルアセスメント(physical assessment)という。その方法としては、問診、視診、聴診、触診、打診など評価者のあらゆる感覚、技能を総動員して評価する。問診には患者さんの主観的情報が含まれる。一方、視診、聴診、打診、触診は客観的な情報である。これらをフィジカルイグザミネーション (physical examination)=身体所見診察という。

1

2

— 体の様子をチェック —

1. 全身観察

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

2. 基礎データ

バイタルサインのチェック (血圧 脈拍 体温 呼吸数) と
身体測定 (身長 体重)

①から⑧までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるのでこの時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は2回目以降で詳細に検討する。全身観察①～⑧の項目については、以後に示すような内容を聞く。

運動機能のチェック(1)

運動麻痺

程度により 完全麻痺と不全麻痺
分布により 片麻痺 対麻痺 四肢麻痺 単麻痺 限局性

・徒手筋力テスト

5 正常 / 4 軽度の脱力 / 3 中等度脱力 (重力に打ち勝つ)
/ 2 高度脱力 (重力を除外すれば運動できる)
/ 1 筋は収縮するが関節は動かない / 0 筋の収縮なし

・Barré 徴候 (上肢、下肢)

・Mingazzini 徴候

上肢Barré徴候は両手の手のひらを上に向け、腕を前方に水平に拳上し保持するように指示すると、麻痺側の手が回内し、しだいに上肢が落下する徴候をいう。この手技を上肢のBarré試験といい、軽度の運動麻痺を検出する手技である。

下肢Barré徴候は腹臥位にして下腿を拳上した状態を維持させる。麻痺側は次第に揺れながら落ちる。

Mingazzini 徴候は臥位のままで両下肢を膝屈曲で拳上させ保持させる手技である。

6

15

平成27年度 認知症初期集中支援チーム員研修会

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
高橋 裕子

この単元では、事業の開始準備から、初期集中支援チームの個別の訪問までの、一連の活動について説明します。

1

(3) 初回訪問

① 訪問の準備

- ・訪問同行者の調整
- ・訪問前の十分な情報収集
- ・訪問約束の調整
- ・警戒心や拒否が強い場合
- ・本人が独居で身寄りがいない場合

② 訪問の実施

- ・訪問体制(複数、信頼関係づくり、効率のよいアセスメント、リスク管理)
- ・訪問時における留意点(テキスト参照)

初回訪問は、まず対象者との信頼関係づくりを主眼を置きます。

アセスメントを行わなければならないので、どうしても質問攻めにしてしまいがちですが、この点に十分注意してください。

本人を質問攻めにして、できないことを突きつけて不快にさせては何の意味もないので、こちらで観察したり、家族や相談者から聞き取った日ごろの様子から判断して、アセスメントしても良いです。

また、初回訪問は複数の職員で訪問します。

本人のほか家族介護者がいる場合は、本人と話をする職員と、家族介護者の話を聞く職員とに役割を分けます。

本人の前で家族介護者の話を聞くのが厳しいという場合は、家族介護者の了解を得て、前もって地域包括支援センターなどで家族介護者だけ面談するなどの工夫をしてください。

訪問対象者が警戒心や拒否が強い場合、できるだけ家族や、本人が信頼し安心できる人に立ち会ってもらえるようにするなどの工夫が必要ですが、玄関が開かない事例などでは、無理強せず、手紙や連絡先などの具体的な情報をポストインしてください。

訪問の留意点はテキスト78ページをご覧ください。

10

(2) 対象者の把握

① 認知症初期集中支援の対象か否かの判断を行う

年齢40歳以上、在宅で生活、認知症が疑われる、または認知症がある

- a 医療サービス、介護サービスを受けていない、または中断している
 - ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない
 - イ 継続的な医療サービスを受けていない
 - ウ 適切な介護サービスに結び付いていない
 - エ 介護サービスが中断している
- b 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

①認知症初期集中支援推進事業の対象者です。要綱に記載されている対象者はこのようになっています。

対象年齢は若年性認知症の2号被保険者対象年齢に対応するため、40歳以上となっています。

医療や介護サービスを利用していないか、または中断している人が対象なので、かかりつけ医がいても、認知症で受診したことがないとか、かかりつけ医が認知症の診療を行っていない人は対象になります。

また、医療や介護サービスにつながっていても、行動心理症状で対応に苦慮している人も対象としています。

7

(4) チーム員会議

① 会議メンバーの招集

② 会議の内容

- ・支援の対象は誰か(本人か、家族か)
- ・多職種チームで初期集中支援計画を作成し、決定する。
- ・支援内容と役割分担を確認する。
- ・本人や家族に当面の対応を説明し、同意を得る。
- ・近隣住民や民生委員など、本人・家族以外の支援者にどこまで情報提供し、協力を取り付けるか検討する。
- ・6か月間での到達点(ゴール)を決める。
- ・次回会議(モニタリング)の時期を決める。

チーム員会議の具体的な開催方法です。

まず、開催日程を調整して会議メンバーを招集します。

訪問した職員と専門医は必須メンバーです。ほかにも、司会役のスタッフや地域包括支援センター職員や行政の担当者など、必要なメンバーを確認して招集してください。

会議の内容ですが、支援の対象者は本人はもちろんですが、初回訪問にいったら、家族の介護ストレスが重かったとか、配偶者にも認知症がありそうとかいうこともわかりますので、会議で、支援対象者はだれか再確認します。

また、アセスメント結果を元に支援方針や約6か月で何をどこまで支援するかの支援計画を検討します。

家族以外の協力者で、隣人や民生委員などどこまで情報提供し、協力をとりつけるかは、自治体によっても個人情報取り扱いがやや異なると思いますので、行政の担当者と相談して行ってください。

また、あらかじめ会議日程が固まっている場合は不要ですが、訪問依頼に基づいて随時に初期集中をスタートする場合は、モニタリングをいつ行うかも会議で決めておきます。

14

初期集中支援における 具体的な援助

全国訪問看護事業協会 事務局長
宮崎和加子

支援者のための認知症の人とのファーストコンタクトヒント集(以下ヒント集)に沿って説明します。

1

はじめての出会い・かかわりの第1歩

- 早期発見・早期対応が重要
- 専門家の目でみて、的確・確実に対応する
- 必要なサービスに結びつけていく

←きちんとコミュニケーションをとることができる

←把握できる

- ★緊急対応の必要性
- ★その人の状態の全体像

ヒント集 P.2

3

緊急対応の必要性(緊急度)を判断する

- A.** 緊急対応を要する状態
(即日～数日以内には対応)
- B.** 早めの対応を要する状態
(1か月以内には対応)
- C.** 急いで対応する必要はないが、
経過観察を要する状態

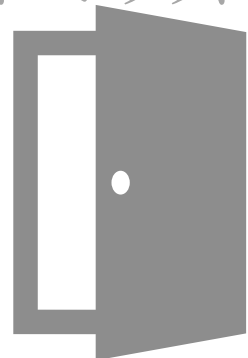
ヒント集 P.7

8

支援者のための

認知症の人との F i r s t C o n t a c t ファーストコンタクト ヒント集

4
つの
視点で
把握する



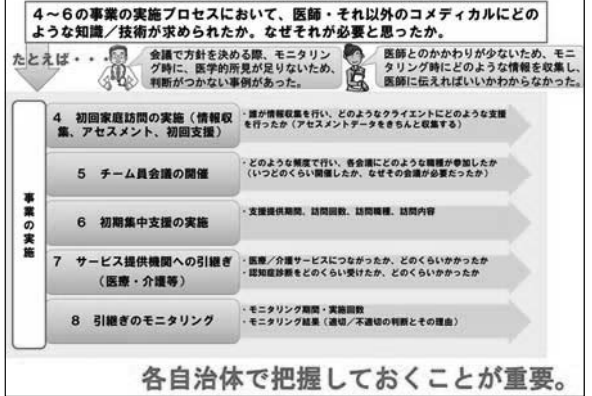
平成27年3月
一般社団法人 全国訪問看護事業協会

平成27年度認知症初期集中支援チーム員研修

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

兵庫県立大学経営研究科
教授
筒井孝子

初期集中支援事業に関する作業工程（2）



さらに、4～6の事業の実施プロセスにおいて、医師・それ以外のコメディカルにどのような知識／技術が求められたか。なぜそれが必要と思ったかという実績を収集し、把握しておくことが求められている

1

5

成功する integrated care 戦略の要素

プログラムの
対象とする
人口の定義

協調的な活動に
対する財政的
インセンティブ

パフォーマンス
における
共同責任

情報技術

ガイドライン
の使用

医師との
パートナー
シップ

協働を行う
文化

=規範的統合

プログラムの対象とする人口の定義：

医療、ヘルスケアチームが効果を予測でき、効率的、協調的なアプローチが可能な人口の範囲。

協調的な活動に対する財政的インセンティブ：

・サービスの協調性を高め、サービス提供と財政に關する連帯責任を負うことで慎重な管理を行う。

・入院又は入所を予防し、その入院入所期間を短期化するための在宅での医療介護環境における疾病管理を奨励する（セルフケア・セルフマネジメント）

パフォーマンスにおける共同責任：

質改善と利害関係者への説明責任をデータを通して行う

情報技術：

主に電子カルテや臨床的決定支援システムや、「リスク」のある患者を識別し、ターゲットとしうる能力によってintegrated careの提供を支援

ガイドラインの使用：

最善の業務を奨励し、クリニカルパスにおけるケアコーディネーションを支援し、ケアにおける不当なばらつきやケアのギャップを解消するために用いる。

医師とのパートナーシップ：

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

協働を行う文化：

チームワークとハイレベルの協調的かつ患者中心ケアの提供。

認知症初期集中支援チームのポイント（1） 「プログラム」

- ① エントリーポイントの一元化
- ② 共通的な情報共有のフォーマットの統一
アセスメント情報、ケアプラン、モニタリング情報
- ③ 学際的なチームの組織
医師や保険者の関与の程度
- ④ サービス利用決定に係る責任
予算裁量権
- ⑤ 組織間の連携・予算の交渉
連絡調整がシステム化されているか、共通の予算が組み込まれているか

認知症初期集中支援チームの「プログラム」のポイントを示す。

2. 受講者アンケート（第1回～第4回）

2日間に亘る研修実施（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。

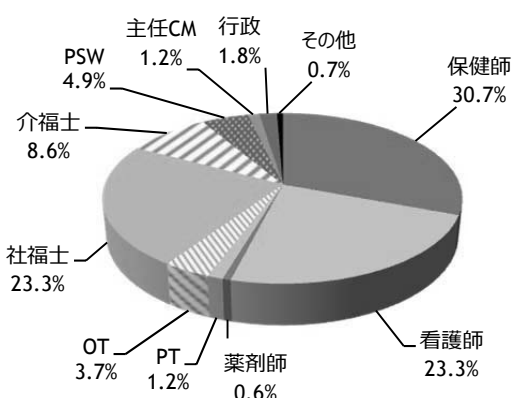
研修受講者の職種構成は、いずれも「保健師」、「看護師」が多く、両職種で全体の6割程度を占めており、他の職種も、概ね同様の構成であった。各チームが予定するチーム員構成として、保健師・看護師を中心とする場合が多いことがうかがえた。

また、愛知会場以外は、医師の受講も少数であるがみられた。医師の必須受講のコマを限定する等の工夫も含め、医師が受講し易い研修のあり方も検討の余地があると考えられる。

図表 2-3-1 受講者の職種構成

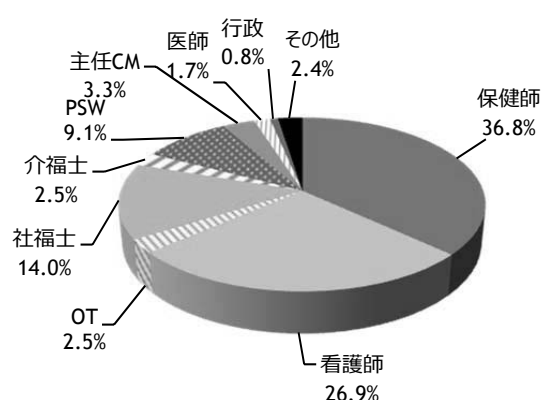
愛知会場（8/8-9）

N160



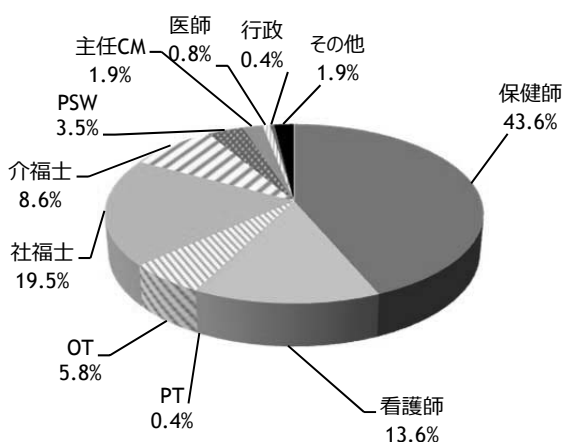
東京会場（8/22-23）

N242



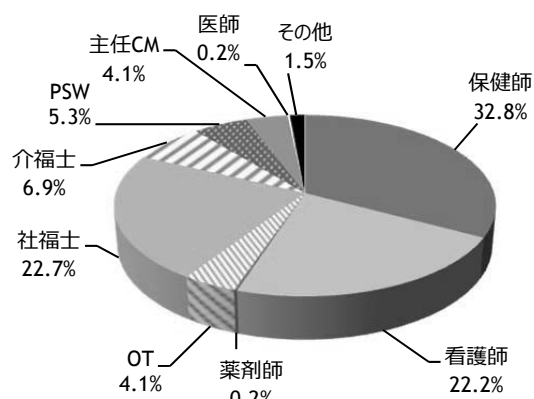
大阪会場（9/12-13）

N257



東京会場（12/5-6）

N418

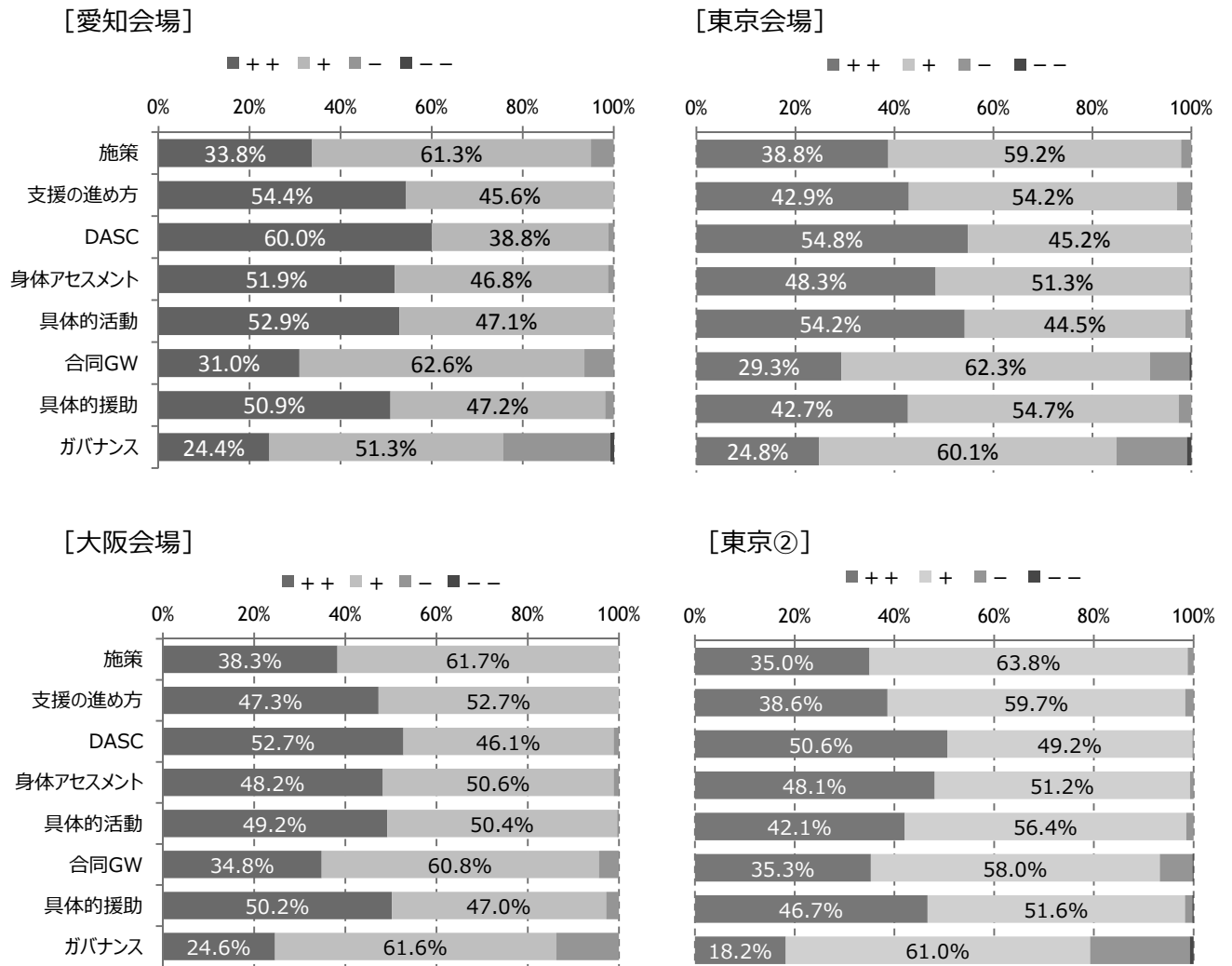


研修の内容の評価は、①研修の理解について、②実践への活用について、③チーム員への伝達講習について、それぞれ4段階（よく理解できた・とても役立つ・十分行えそう～理解できなかった・役に立たない・とても難しそう）をしてもらった。

以下、順に4段階評価の結果を示す。

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（+）」群が約9割を占めた。もっとも、各回を通じて、「施策」、「合同GW」、「ガバナンス」の講義は、「よく理解できた」の割合は相対的に低い傾向がみられた。

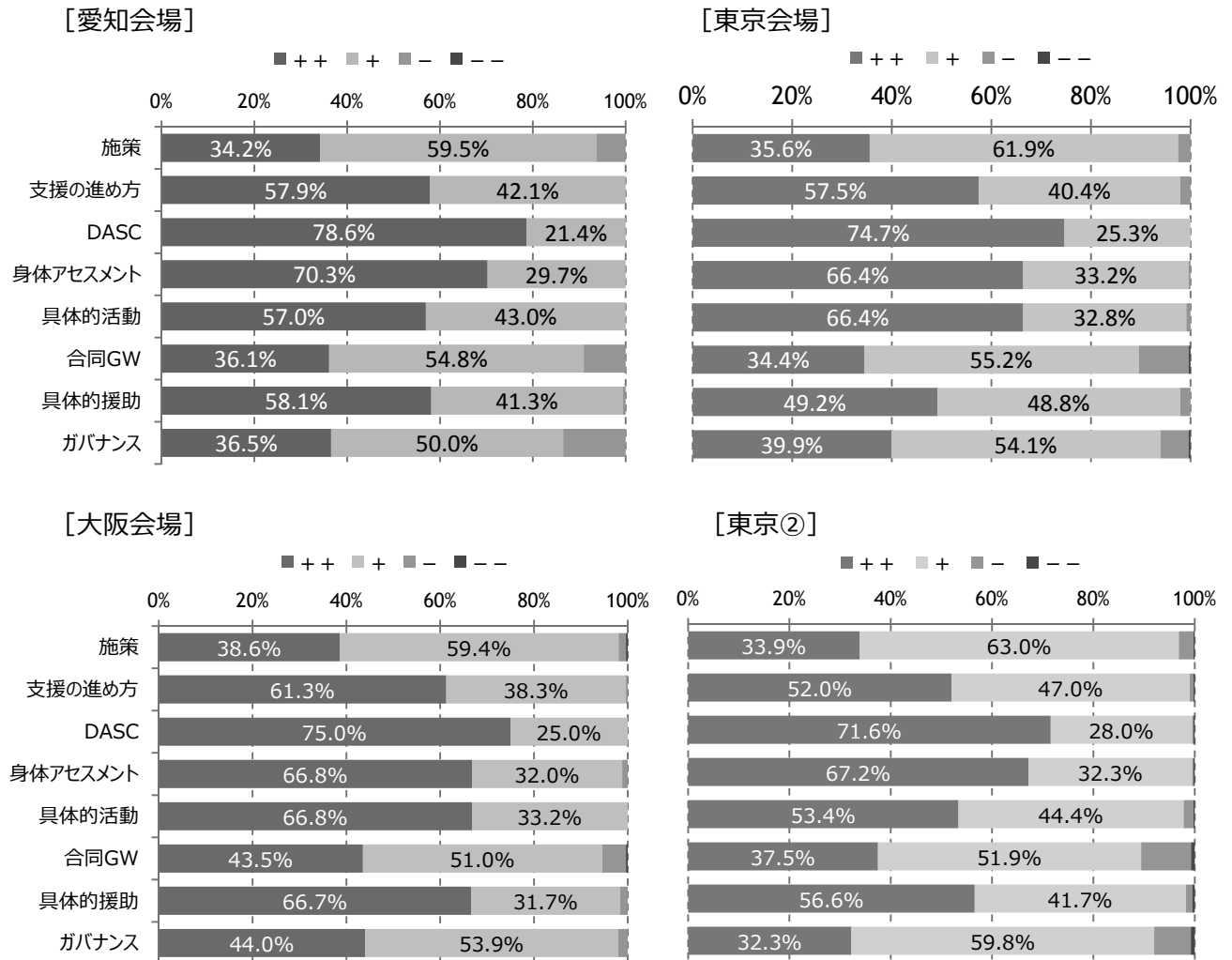
図表 2-3-2 研修の理解について



②「（チーム活動の）実践への活用について」は、①研修の理解度とほぼ同様の結果となった。

講義内容として、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（“支援の進め方”、“具体的活動”、“具体的援助”）では、チーム活動の実践に結び付けやすいものだったこともあり、いずれの会場でも「とても役立つ（++）」とした回答の割合が高かった。

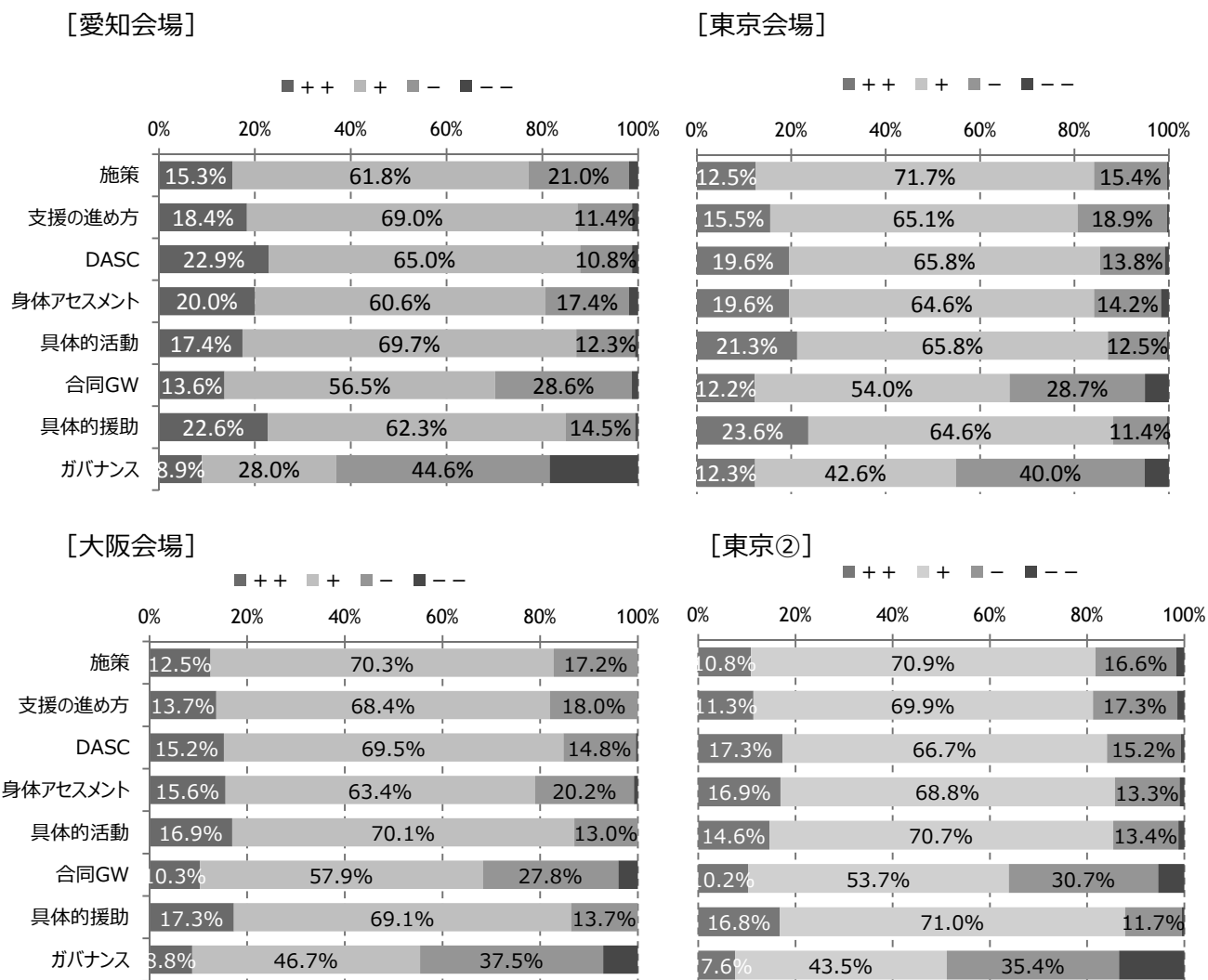
図表 2-3-3 実践への活用について



③「伝達研修について」は、「十分行えそう（++）」「まあまあ行えそう（+）」群が8割程度を占める結果となった。

もっとも、「十分行えそう（++）」の割合は、①理解度、②活用度に比べて低くなっており、受講者が地域に戻って行う伝達研修について、何らかのフォローや支援ツールなどが必要であることも示唆された。

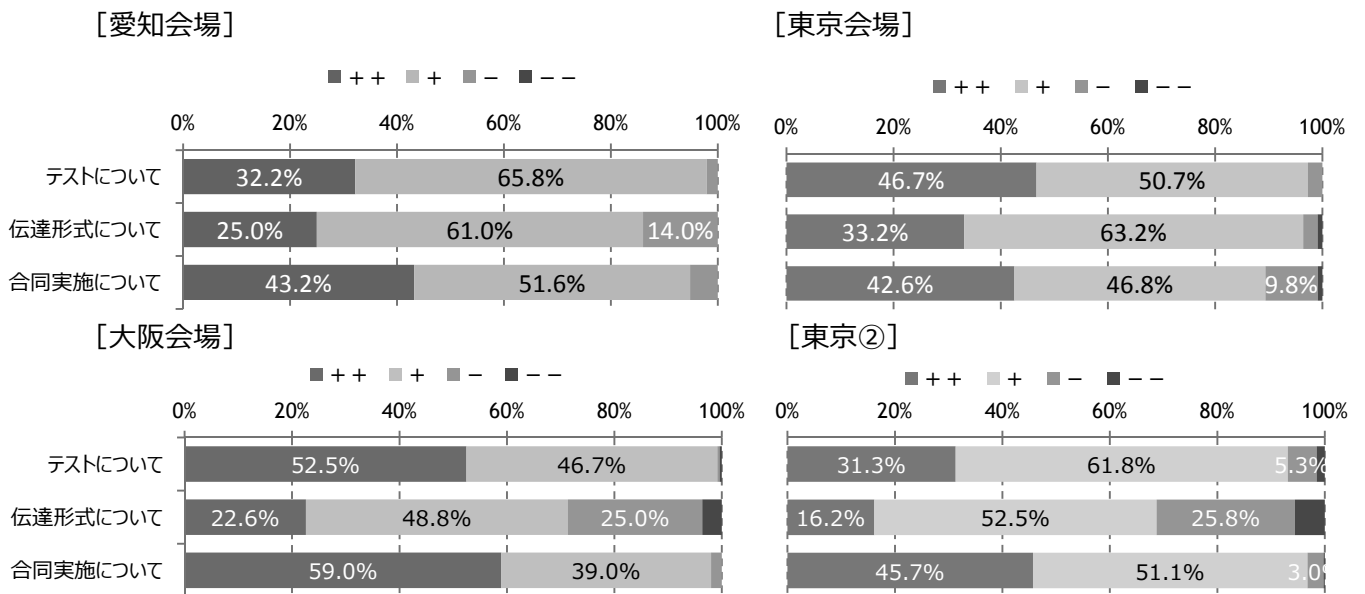
図表 2-3-4 伝達研修について



最後に、④「研修の全体評価について」は、“テスト（の実施）”、“（認知症サポート医養成研修との）”
 “合同実施”では、「適切と思う（++）」、「まあまあ適切と思う（+）」群が9割以上を占めた。

ただ、“伝達形式”では、③「伝達研修について」の結果でもみられたように、「あまり良くない（-）」、「
 良くない（--）」とする割合も相対的に高く、1.5日間の受講内容をチーム員にしっかり伝えられるか、
 という不安等に応える支援が求められていると思われる。

図表 2-3-5 研修の全体評価について



H27 年度 認知症初期集中支援チーム員研修 受講者アンケート

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

受講番号 _____ お名前 _____

(いづれかに○をつけてください)

ご所属機関(勤務) 1 地域包括支援センター 2 行政(地域包括以外) 3 地域包括以外のチーム設置法人 4 その他

1. 研修の満足度について

本日の研修について、“満足できたか”を、1～4の4段階で評価して下さい

項目	とても良かった (満足できた)	良かった	あまり 良くなかった	悪くかった
①研修全体について	1	2	3	4
②講義の全体構成(内容や時間配分)について	1	2	3	4

2. 研修の理解について

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

項目	よく 理解できた	まあまあ 理解できた	あまり 理解できなかった	理解 できなかった
①地域包括ケアシステムと認知症施策	1	2	3	4
②認知症初期集中支援チーム — 支援の進め方 —	1	2	3	4
③認知症の総合アセスメント(模擬アセスメントを含む)	1	2	3	4
④認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
①初期集中支援の具体的な活動	1	2	3	4
②サポート医養成研修との合同グループ討議	1	2	3	4
③初期集中支援の具体的な援助	1	2	3	4
④認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築	1	2	3	4

3. 実践への活用について

本日の研修内容について、“実際のチーム員活動に役立ちそうか”を、1～4の4段階で評価して下さい

項目	とても 役立つ	まあまあ 役立つ	あまり役に 立たない	役に 立たない
①地域包括ケアシステムと認知症施策	1	2	3	4
②認知症初期集中支援チーム — 支援の進め方 —	1	2	3	4
③認知症の総合アセスメント(模擬アセスメントを含む)	1	2	3	4
④認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
①初期集中支援の具体的な活動	1	2	3	4
②サポート医養成研修との合同グループ討議	1	2	3	4
③初期集中支援の具体的な援助	1	2	3	4
④認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築	1	2	3	4

(裏面に続きます)

4. チーム員への伝達研修について

本日の研修内容について、“チーム員への研修が行えそうか”を、1～4の4段階で評価して下さい

項目	十分 行えそう	まあまあ 行えそう	難しそう	とても 難しそう
①地域包括ケアシステムと認知症施策	1	2	3	4
②認知症初期集中支援チーム — 支援の進め方 —	1	2	3	4
③認知症の総合アセスメント(模擬アセスメントを含む)	1	2	3	4
④認知症と身体アセスメント	1	2	3	4
①初期集中支援の具体的な活動	1	2	3	4
②サポート医養成研修との合同グループ討議	1	2	3	4
③初期集中支援の具体的な援助	1	2	3	4
④認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築	1	2	3	4

5. ご意見(よかった点・悪かった点、要望したい点 など)と全体評価について

本日の研修について、“ご意見やご要望”がありましたら、ご記入ください

項目	記入欄
①地域包括ケアシステムと 認知症施策	
②認知症初期集中支援チーム — 支援の進め方 —	
③認知症の総合アセスメント/ ④認知症と身体アセスメント	
①初期集中支援の具体的な活動	
②サポート医養成研修との 合同グループ討議	
③初期集中支援の具体的な援助	
④認知症初期集中支援事業の 基本となるガバナンスの構築	
研修全日程を通じて (実施時期、参加枠、受講費用等)	

本日の研修について、“全体的な評価”を、1～4の4段階で評価して下さい

項目	適当に思う	まあまあ 適当に思う	あまり 良くない	良くない
①テスト問題(内容や設問数など)について	1	2	3	4
②チーム員への研修を伝達形式にすることについて	1	2	3	4
③認知症サポート医養成研修との合同実施について	1	2	3	4

—— 2日間の研修受講、大変お疲れ様でした。また、アンケート回答にご協力ありがとうございました。

3. 第三者評価

3-1. 評価指標による評価

受講者による受講後アンケートの評価に加えて、チーム員研修の運営面（ストラクチャ）および講義内容について、第三者評価を実施した。（第2回東京会場、第3回大阪会場、第4回東京会場②において実施、第1回愛知会場は評価項目の準備および評価者選定の状況から実施せず）。

評価者は、委員会委員や関係者以外の第三者性を担保しつつ、認知症初期集中支援事業全体の位置付けやチーム員活動の前提となるチーム員研修の役割等がある程度理解している等の観点から、認知症介護研究・研修センターの研究員（東京①）、モデル事業（平成25年度）からチーム設置を行っている自治体（兵庫県神戸市）の行政職員（大阪）、同じく先行実施地域においてチームに参画している医師（東京②）をそれぞれ選定し、評価を依頼した。

5段階評価（よくできていた～できていなかった）の評価項目、および、各会場での評価結果は図表2-4-1（ストラクチャ）、2-4-2（講義ごと）また、講義の記述評価は2-5の通りである。

図表 2-4-1 第三者評価について（ストラクチャ）

視点・評価目的		評価指標	東京	大阪	東京②
事前	目標設定 (目標設定できているか)	研修開始当初に研修目標と到達目標が説明できている	5	4	5
		サポート医養成研修との合同研修の意図を伝えている	5	4	5
		理解度測定のためのテストが実施されることと意義を伝えている	3	5	4
プログラム企画 (企画内容は妥当か)	対象者の設定（必要な人が受講しているか）	5	3	5	
	PR 方法（研修目的等の周知が適時適確に行われたか）	5	4	4	
	プログラムの構成（理解が深まるような構成か）	5	4	5	
	講師の選定（内容に適した講師か）	5	5	5	
当日	運営(ストラクチャ) (運営はスムーズか)	会場の表示や受付からの導線がわかりやすい	3	3	5
		スケジュールや会場をオリエンテーションしている	4	4	5
		プログラムの進行に滞りがない	4	5	5
講義内容 (行動変容を期待できるか) (伝達研修が実施できるか)	研修中の居眠り率が低い	5	4	5	
	休憩時間の受講者のインタビューや反応から、研修効果が期待できる発言が聞かれる	5	4	5	

図表 2-4-2 第三者評価について（講義ごと）

講義コマ	評価指標	東京	大阪	東京②
認知症初期 集中支援チーム の役割	1 ・認知症初期集中支援チームの活動の定義が理解できる (実施要綱の確認)	5	4	5
	2 ・認知症初期集中支援チームのミッションがわかる	4	3	5
地域包括ケア システムと 認知症施策	3 ・地域包括ケアシステム概念が理解できる	5	5	5
	4 ・国の認知症施策が理解できる	4	5	4
	5 ・認知症施策における事業の位置づけが理解できる	5	4	5
認知症初期 集中支援チーム (支援の進め方)	6 ・事業のコンセプト、定義、チーム員の要件が理解できる	5	5	5
	7 ・チームの活動プロセス（対象者選定、個別支援、モニタリングまで）が理解できる	5	5	5
	8 ・認知症の初期集中支援チームの活動実績から、対象者像のイメージができる。	5	5	5
認知症の 総合アセスメント	9 ・認知症関連疾患の種類と特徴を理解できる	5	5	5
	10 ・総合アセスメントの考え方が理解できる	5	5	5
	11 ・アセスメントの結果を共有することの意義を理解できる	5	4	5
	12 ・DASC の利用方法がわかる	5	5	5
認知症と 身体アセスメント	13 ・認知症高齢者に合併しやすい身体症状を理解できる	5	5	5
	14 ・認知症に身体疾患が及ぼす影響の大きさを理解できる	4	4	5
初期集中支援 における 具体的な活動	15 ・自治体の事業の企画、立案、実施、評価のイメージができる	5	4	5
	16 ・事業全体のプロセスが理解できる	5	5	5
	17 ・各プロセスの留意点が理解できる	5	5	5
	18 ・チーム員会議の目的、方法、留意点が理解できる	5	5	5
合同グループ 討議	19 ・認知症サポート医を身近な感覚で捉える事ができる	4	4	5
	20 ・チーム員会議の雰囲気を感じる機会を体験する	5	4	4
	21 ・他地域の情報を交換する機会ができる	5	5	5
初期集中支援 における 具体的な援助	22 ・緊急対応の必要性（リスク判断）の重要性と項目について理解できる	5	5	5
	23 ・家庭訪問で情報をとるための具体的方法が理解できる	5	5	5
	24 ・家庭訪問で生活状態を把握するためのポイントが理解できる	5	5	5
	25 ・家庭訪問で身体状況を把握するためのポイントが理解できる	5	5	5
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	26 ・初期集中支援事業に関わる作業工程が理解できる	5	3	5
	27 ・医療・介護等の多職種で事業に取り組む際の心構えが理解できる	5	5	5
	28 ・初期集中支援チームの活動をマネジメントすることの意味が理解できる	5	5	5
	29 ・事業のコスト管理の必要性を理解できる	5	3	5

3-2. 講義・GW ごとの気づきや可能性（記述評価）

図表 2-5 講義・GW ごとの記述評価

講義・GW	講義ごとのご意見
<p>認知症初期集中支援チームの役割</p>	<p>(東京①) 国の施策の話がまだされていない段階で、チームのミッションが明確になり難かったと思う。</p> <p>(大阪) 何をすればいいのかなどが抽象的でとらえにくい印象がある。説明されていた報告書等についても誰が責任をもって実施するのがわかりにくいように感じた。行政担当者、チーム員の役割を明確にしたうえで、実施に向けての意思統一を図ってもよいのでは。</p> <p>(東京②) 内容が分かり易く、評価指標の達成に十分と考えられた。活動工程表のサンプルは各自治体・チームの参考になると思うので、もう少し大きな字でプリントアウトされていると良いと思われる。</p>
<p>地域包括ケアシステムと認知症施策</p>	<p>(東京①) 新オレンジプランについての丁寧な説明が分かりやすかった。時間が限られているので、サポート医の役割や協力頂きたい部分、チームの役割等に絞って説明されるともっと分かりやすいかもしれない。また、認知症カフェなどの事業はそれがチームやサポート医とどう関係するのか、のイメージも説明されるとよかった。</p> <p>(大阪) 新オレンジプランについての説明を具体的に聞くことができ国の方向性が理解できる。初期集中支援について最初の講義と重複していたためその部分は省略できるのではないかと（サポート医との同時講義なので仕方ないとは思いますが）</p> <p>(東京②) 限られた時間内であるが、国の施策について網羅しつつ、サポート医・初期集中支援チーム・認知症カフェなどの肝となる要素の説明がなされていた。「地域支援推進員」について、どこにいて、どのように協力を依頼できるのか、などまとめて頂けると良い。</p>
<p>認知症初期集中支援チーム（支援の進め方）</p>	<p>(東京①) チームの業務がとてもよく分かる説明だった。伝達講習にも使い易いと感じる。</p> <p>(大阪) 内容が整理されていて大変わかりやすい。25、26年度の実施自治体でのデータを出して分析して説明があったので傾向も理解でき、チーム員にもイメージがわきやすかったように思う。</p> <p>(東京②) 支援の流れについて具体的なイメージがつかみやすい。過去のデータから有効性が示されている点も説得力があり、伝達研修にも役立つと感じられる。また、他の項目とも重なるが、各チーム員の持つ専門性等のバックグラウンドに応じたアセスメントや関わりの方法なども、例として示して頂けるとチーム員構成の議論の際に役立つように感じられた。</p>

(続き)

認知症の総合アセスメント(模擬アセスメントを含む)	<p>(東京①)</p> <p>DASC の使い方や疾患についてよく理解できた。DBD や Zarit についてももう少し説明があると、DASC とのバランスが取れ、3 つのアセスメントをうまく使えるようになるのではと思う。</p> <p>(大阪)</p> <p>映像と模擬演習があり、その時に学んだことが実践につながり大変わかりやすい。アセスメントからどう支援に活かしていくか事例があるとイメージしやすいように感じた。</p> <p>(東京②)</p> <p>認知症疾患についての理解が深まる内容である。具体的事例をまじえ、診断の手順等が簡潔にまとめられ、医療職以外のチーム員にも理解しやすいと思われた。DASC 評価から、その後の具体的な支援計画への活用の仕方の例など(もちろん各チーム員が知恵を出し合うところであるが)があるとイメージしやすく良いと思われる。</p>
認知症と身体アセスメント	<p>(東京①)</p> <p>チーム員だけでなく、包括職員やケアマネにも伝達していくべき内容と思った。認知症というと BPSD に目がいまがちだが、身体ケアをきちんと行うことの重要性がもっと行き渡るべきと感じた。</p> <p>(大阪)</p> <p>各自治体がこの講義を聞いて身体状況のチェックリストを作成する根拠にするものと思われる。今回まとめた内容で講義があったのでわかりやすく理解できたのではないか。</p> <p>(東京②)</p> <p>緊急性の高い病態の評価について、2-3 の講義でも触れられることを本項で伝えて頂くと連続性があって良いかもしれない。</p>
初期集中支援における具体的な活動	<p>(東京①)</p> <p>資料が分かり易く整理されていて、活動のイメージがし易いものだった。世田谷区は先駆的な地域であるため、活動初期段階や小規模自治体の活動例もあるとより充実すると感じた。</p> <p>(大阪)</p> <p>イメージが付きやすい内容であった。世田谷区は人口規模も大きいため人口規模の小さな自治体や社会資源が少ない場合はイメージしづらいところもあるかもしれない。具体的に詳しくポイント・事例を出してわかりやすい。各職種の役割があるとイメージつきやすいと思う(特に作業療法士)。生活面の見直しの話はとてもよかった(チームが介入して改善しなければと考えてしまうので)。</p> <p>(東京②)</p> <p>チーム員会議の運営方法等のノウハウなど、事業の進め方の具体的なイメージが付きやすい内容であった。ケース会議での書式等のフォーマット、世田谷以外にも事業の予算の概要、事業検討委員会に入れるべき地域の利害関係者はどのような立場の人たちか、などの具体例があると、スタートアップの際に役立つように思われる。</p>

(続き)

合同グループ討 議	<p>(東京①)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医師と話す機会の少ないチーム員にとっては貴重な機会であったと思う。・ 活動を経験してからのグループ討議ではなく、それぞれの役割や研修内容が異なるため、少し混乱するグループがあったように思う。自己紹介に大半の時間を使っていたグループもあった。・ テーマ設定が大きかったため、討議の内容が大きくなってしまっていた。「地域にある連携体制をいかに初期集中支援チームに活かすか」など、具体的に話せるテーマで、話し合われた内容が持ち帰れるようにするとよいか。・ 研修後にも情報交換できる関係構築も考えれば、自治体規模が似ている地域でグループを作る工夫も必要か。・ 短い時間で討議をするので、ワークシートなど効率的な運営準備もあればよかったと思う。 <p>(大阪)</p> <ul style="list-style-type: none">・ サポート医とのグループワークは今回初の試みでしたので、よかったように思う。全国各地の関係者、医師と情報交換することで多くの話が聞けたという意見も聞かれた。・ サポート医が入るのでしたら、模擬チーム員会議をしてもよいのではないか。・ 初期集中研修として覚悟して（大げさかもしれませんが）参加しているものと初期集中を初めてお聞きしたサポート医では理解に差があるように感じる。医療と介護の多職種連携（認知症に特化した）について話をした方が逆に話しやすいかもしれない。 <p>(東京②)</p> <ul style="list-style-type: none">・ ディスカッションおよび発表の時間配分は、議論がダレてしまわない範囲で和やかに進んでいる印象であり適切と思われた。テーマ設定が大きいが、その分様々な立場からの意見を出し合っているように感じられた。・ 会場内に時計がないため、スライド上で残り時間を示すなどすると議論のまとめに向けて有効な時間の使い方ができるのではないかと感じられた。
初期集中支援 における具体的 な援助	<p>(東京①)</p> <p>ファーストコンタクトの資料を用いての分かりやすい講義であった。「緊急対応の必要性の判断」部分は、チームの大きな役割と思うので、重点をおいて紹介・説明してもよいかと思う。</p> <p>(大阪)</p> <p>事例を通した講義で理解しやすかった。チーム員の訪問時の具体的な視点の入った資料を用いたことで、チーム員の共通理解として訪問時同じ視点でケースをみていくことができる。</p> <p>(東京②)</p> <p>訪問に際しての様々な具体的技法について参加者の興味が高いようであった。テキストも大変有用であると思われた。その後の具体的支援の実例についても興味が高いと思われたが、なんらかの参考文献や講習の機会等について示されると良いと思われた。</p>
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	<p>(東京①)</p> <p>チームを動かす基本的なガバナンスについて、ポイントを絞った分かりやすい講義だった。</p> <p>(大阪)</p> <p>総論部分であるので順番は国の施策のあとに講義いただく方が地域包括ケアシステムのイメージから認知症初期集中支援につながりやすいように思う。</p> <p>(東京②)</p> <p>2-1等のチーム運営に関わる講義において、本項目で触れられる内容についてのアナウンスがあると良かったように思われる。資料がやや難しく感じられたが、個人的にも大変興味深い内容でした。</p>

(続き)

その他	<p>(東京①)</p> <p>伝達講習が可能とはいえ、チーム員のいずれかが必須受講であるならば、回数と会場に工夫が必要と思う（特に、小規模市町村向けに）。</p> <p>(大阪)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 研修の内容全体を通して初期集中支援に押さえておかないといけない基本的な部分を全員が共有できてよいと思う。・ チーム員会議の流れについては各自治体が工夫を凝らしているところであり、流れについては世田谷区の事例が紹介されていたが、チーム員会議の内容が次の支援に活かされるため、どのような流れで実施するのか模範映像があるとイメージしやすいかもしれない（映像が独り歩きして、こうしなければになってしまうのも心配だが）・ 実際、始まった自治体ではこれでよいのかと思いながら取り組んでいると思う。質の担保を考えるとこの研修が最初で最後の初期集中支援の研修なのでいつでも振り返られるように困ったときになにを読めばいいか、見ればいいのかという情報をアナウンスしていただけるとよいのではないか。・ 自治体の事例が講義にあるので大変学びも多いが世田谷区と同じ規模でない場合にギャップが生じる。1-2 時間でも各立場（行政、チーム員、医師、その他）で講義とグループワークがあれば何をしていくべきかが整理されるのではないか・ テストは必須で継続すべき。テストがあることで受講をしっかりと聞こうという意識が生じる。また、周りからの軽いプレッシャー（期待）を感じて受講できるため・ 講義の順番は、総論から各論、そして自治体の事例という流れがよいように感じる。 <p>(東京②)</p> <p>【内容について】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 研修会の内容は回数を重ねることでブラッシュアップされてきている印象であり、必要最小限の事項が研修できる内容となっていると思われる。実際の参加者からも、認知症疾患の理解、認知症施策における初期集中支援事業の位置付けなどが改めて整理できた、という評価が聞かれた。・ 2 日間という比較的長時間の研修であるので、研修開始時や、各講義の最初に、研修全体を俯瞰して、「どこの講義で何を学ぶことが可能か」を示すと、研修を進める上で知識の整理がしやすくなると感じられた。 <p>【今後】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 今後、初期集中支援チームにサポート医が参加するにあたり、DASC などのアセスメントツールの見方をサポート医研修で習得できると良い（今年度はやっているのかもしれませんが・・・）。・ 既に事業を開始しているチームスタッフからの評価も高く、フォローアップ研修の形で、発展的な内容の研修実施や、各自治体での運営の工夫などを共有できる機会があると良いと思われる。
-----	---

認知症初期集中支援チーム員研修 研修評価票

日時：() 会場：() 評価者：()

視点・評価目的
方法
到達目標
評価指標

良くできていた
まあまあできていた
普通
あまりできていなかった

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

5 4 3 2 1

1 事前 目標設定 (目標設定できているか)	第3者評価 研修目標と到達目標を受講者が理解する	到達目標	研修開始当初に研修目標と到達目標が説明できている	5	4	3	2	1
	研修目標と到達目標を受講者が理解する		サポート医養成研修との合同研修の意図を伝えている	5	4	3	2	1
	研修内容を参加者が理解し「実践できると実感できる		理解度測定のためのテストが実施されることが意義を伝えている	5	4	3	2	1
プログラム企画 (企画内容は妥当か)	研修内容を参加者が理解し「実践できると実感できる		対象者の設定（必要な人が受講しているか）	5	4	3	2	1
	研修内容を参加者が理解し「実践できると実感できる		PR方法（研修目的等の周知が適時適確に行われたか）	5	4	3	2	1
	研修内容を参加者が理解し「実践できると実感できる		プログラムの構成（理解が深まるような構成か）	5	4	3	2	1
	研修内容を参加者が理解し「実践できると実感できる		講師の選定（内容に適した講師か）	5	4	3	2	1
2 当日 運営(ストラクチャ) (運営はスムーズか)	進行を参加者が把握し、円滑な研修運営に協力できる		会場の表示や受付からの導線がわかりやすい	5	4	3	2	1
	進行を参加者が把握し、円滑な研修運営に協力できる		スケジュールや会場についてオリエンテーションしている	5	4	3	2	1
	進行を参加者が把握し、円滑な研修運営に協力できる		プログラムの進行に滞りがない	5	4	3	2	1
講義内容 (行動変容を期待できるか) (伝達研修が実施できるか)	実務にフィードバックできる収穫がある		研修中の居眠り率が低い	5	4	3	2	1
	実務にフィードバックできる収穫がある		休憩時間の受講者のインビューや反応から、研修効果が期待できる発言が聞かれる	5	4	3	2	1
	学習到達度が一定水準を満たしている		別紙 講義コマごとの評価票を参照	(別紙評価票)				
到達度テスト	学習到達度が一定水準を満たしている		内容の理解度（到達度テストの結果）					
	実務にフィードバックできる収穫がある		内容の理解度（到達度テストの結果）					
	伝達研修のポイントが理解でき、企画実施できる		内容の理解度（到達度テストの結果）					
	実務にフィードバックできる収穫がある		研修全体に関する満足度が高い					
	実務にフィードバックできる収穫がある		実務に活かせると回答した者の割合が高い					
	実務にフィードバックできる収穫がある		具体的なフィードバックの方法を説明できている者がいる					
	伝達研修のポイントが理解でき、企画実施できる		伝達研修を担当者の到達度が高い					
3 事後 研修効果測定 (実際に行動変容したか)	受講者が研修効果があったと感じる		チームアンケートの実施（H28.1）					
	各自治体の事業管理者が、研修効果があったと感じる		巡回又はアンケートで効果があったと回答している自治体が多い					

個別コマ評価票

講義コマ	評価指標	知識習得・活用に十分な内容だったか				備考・その他お気付きの点	
		十分	まあまあ	普通	少し不足		
認知症初期集中支援チームの役割	1 認知症初期集中支援チームの活動の定義が理解できる（事業実施要綱の確認）	5	4	3	2	1	
	2 認知症初期集中支援チームのミッションがわかる	5	4	3	2	1	
地域包括ケアシステムと認知症施策	3 地域包括ケアシステムの概念が理解できる	5	4	3	2	1	
	4 国の認知症施策が理解できる	5	4	3	2	1	
	5 認知症施策における事業の位置づけが理解できる	5	4	3	2	1	
認知症初期集中支援チーム	6 事業のコンセプト、定義、チーム員の要件が理解できる	5	4	3	2	1	
	7 チームの一連の活動プロセス（情報入手から対象者選定、個別支援、モニタリングまで）が理解できる	5	4	3	2	1	
認知症と身体アセスメント	8 認知症の初期集中支援チームの活動実績から、対象者像のイメージができる。	5	4	3	2	1	
	9 認知症関連疾患の種類と特徴を理解できる	5	4	3	2	1	
総合アセスメント	10 総合アセスメントの考え方が理解できる	5	4	3	2	1	
	11 アセスメントの結果を共有することの意義を理解できる	5	4	3	2	1	
認知症と身体アセスメント	12 DASCの利用方法がわかる	5	4	3	2	1	
	13 認知症高齢者に合併しやすい身体症状を理解できる	5	4	3	2	1	
初期集中支援における具体的な活動	14 認知症に身体疾患が及ぼす影響の大きさを理解できる	5	4	3	2	1	
	15 自治体の事業の企画、立案、実施、評価のイメージができる	5	4	3	2	1	
合同グループ討議	16 事業全体のプロセスが理解できる	5	4	3	2	1	
	17 各プロセスの留意点が理解できる	5	4	3	2	1	
初期集中支援における具体的な援助	18 チーム会議の目的、方法、留意点が理解できる	5	4	3	2	1	
	19 認知症サポート医を身近な感覚で捉える事ができる	5	4	3	2	1	
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	20 チーム会議の雰囲気を感じる機会を体験する	5	4	3	2	1	
	21 他地域の情報を交換する機会ができる	5	4	3	2	1	
初期集中支援における具体的な援助	22 緊急対応の必要性（リスク判断）の重要性と項目について理解できる	5	4	3	2	1	
	23 家庭訪問で情報をとるための具体的方法が理解できる	5	4	3	2	1	
初期集中支援における具体的な援助	24 家庭訪問で生活状態を把握するためのポイントが理解できる	5	4	3	2	1	
	25 家庭訪問で身体状況を把握するためのポイントが理解できる	5	4	3	2	1	
初期集中支援における具体的な援助	26 初期集中支援事業に関わる作業工程が理解できる	5	4	3	2	1	
	27 医療・介護等の多職種で事業に取り組む際の心構えが理解できる	5	4	3	2	1	
初期集中支援における具体的な援助	28 初期集中支援チームの活動をマネジメントすることの意義が理解できる	5	4	3	2	1	
	29 事業のコスト管理の必要性を理解できる	5	4	3	2	1	

個別コマ記述票

講義コマ	その他 講義等のコマごとの気づきや改善可能性などのご意見
1-1 認知症初期集中 支援チームの役割	
1-2 地域包括 ケアシステム と認知症施策	
1-3 認知症初期集中 支援チーム ー支援の進め方ー	
1-4 認知症の 総合アセスメント (模擬アセスメント を含む)	
1-5 認知症と 身体アセスメント	
2-1 初期集中支援 における 具体的な活動	
2-2 合同グループ討議	
2-3 初期集中支援 における 具体的な援助	
2-4 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	
その他	

4. チーム員・医師アンケート調査

研修後、一定の活動期間を経た時期に、チーム員およびチームに協力・参画している医師向けにアンケート調査を実施した。アンケート内容は、チーム活動の実態を中心に予定していたが、伝達研修の実施状況等の把握の必要性が委員会で検討されたこともあり、研修評価についての設問を増やして実施した。

(報告書においては、Ⅱ チーム員研修の実施概要と評価の章に編集する)

アンケート調査の実施概要は下記の通りである。チーム員に対する調査票と医師に対する調査票の2種を作成し、それぞれの回答を得た。調査実施時期の関係から、伝達研修およびチーム活動を実質的に実施・スタートさせて地域も存在したが、チーム員票、医師票とも高い回収率となった。

以下、チーム員票と医師票に分けて調査結果を整理する。

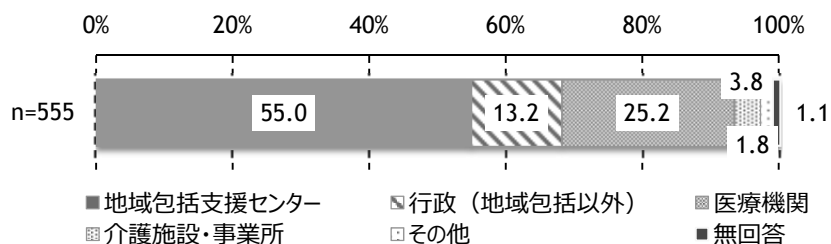
〈アンケート調査実施概要〉

- ◆ 対象：年度当初の実施予定地域 306 市区町村のチーム員（任意の 3 人）および医師
(チーム員票はなるべく別の職種からの回答を頂くように依頼した)
- ◆ 方法：都道府県経由でチーム員 および 医師 に配布
- ◆ 時期：平成 28 年 1 月～2 月 1 日 回答〆切
- ◆ 回答：チーム員票 555 票 (回収率 60.5%)、医師票 164 票 (同 53.6%)

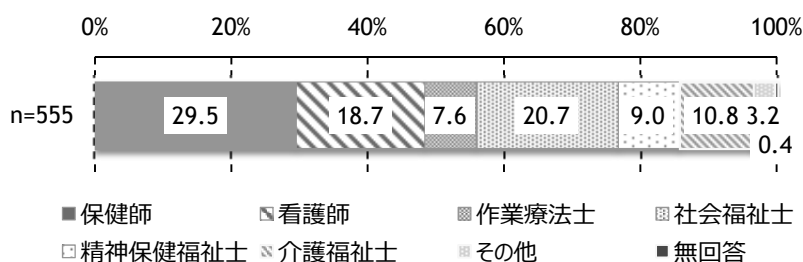
4-1. チーム員票

(1) 基本属性

①所属

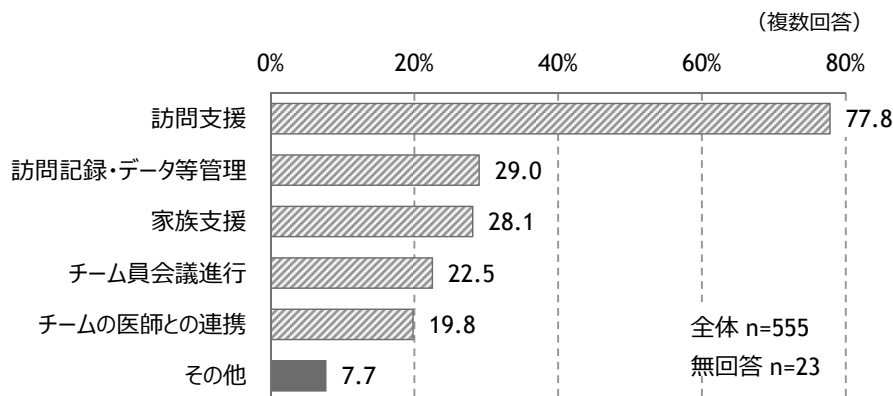


②職種



③主な業務

チーム員が担当する業務では、「訪問支援」が 77.8%と最も多く、「訪問記録・データ等管理」以下の業務は、職種に分けて分担している様子がうかがえた。

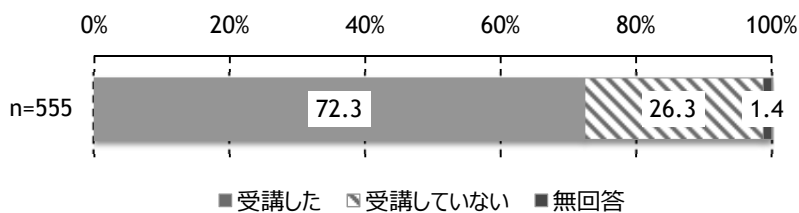


(複数回答)

		訪問支援	訪問記録・データ等管理	家族支援	チーム員会議進行	チームの医師との連携	その他	無回答		
									n	%
全体	n	555	432	161	156	125	110	43	23	
	%	n=555	77.8	29.0	28.1	22.5	19.8	7.7	4.1	
職種	保健師	n	164	114	51	41	61	46	13	8
		%	100.0	69.5	31.1	25.0	37.2	28.0	7.9	4.9
	看護師	n	104	86	28	28	16	19	7	5
		%	100.0	82.7	26.9	26.9	15.4	18.3	6.7	4.8
	作業療法士	n	42	34	15	9	3	5	3	2
		%	100.0	81.0	35.7	21.4	7.1	11.9	7.1	4.8
	社会福祉士	n	115	96	31	39	23	16	4	7
		%	100.0	83.5	27.0	33.9	20.0	13.9	3.5	6.1
	精神保健福祉士	n	50	40	17	12	8	14	7	0
		%	100.0	80.0	34.0	24.0	16.0	28.0	14.0	0.0
介護福祉士	n	60	49	13	20	9	8	7	1	
	%	100.0	81.7	21.7	33.3	15.0	13.3	11.7	1.7	
その他	n	18	11	5	7	4	2	2	0	
	%	100.0	61.1	27.8	38.9	22.2	11.1	11.1	0.0	
無回答	n	2	2	1	0	1	0	0	0	
	%	100.0	100.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	

④チーム員研修（全国研修≠伝達研修）

国立長寿医療研究センターが実施したチーム員研修の受講状況は、「受講した」が 72.3%と最も多く、「受講していない」は 26.3%であった。本年度より伝達形式としている中で、「受講した」が多い点については、任意の回答者 3 人にはチーム員研修受講者が多かった、また、現状では 1 チームから複数チーム員が受講できている状況が考えられる。



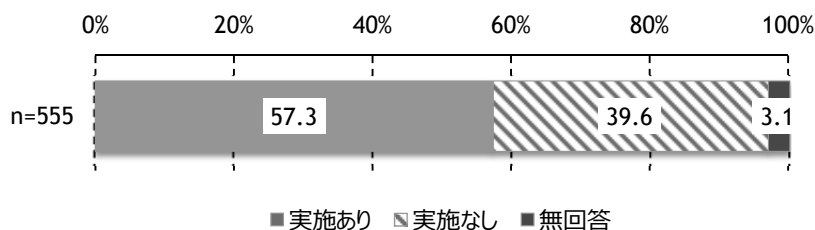
			受講した	受講していない	無回答	
全体	n	555	401	146	8	
	%	n=555	72.3	26.3	1.4	
職種	保健師	n	164	127	35	2
		%	100.0	77.4	21.3	1.2
	看護師	n	104	78	22	4
		%	100.0	75.0	21.2	3.8
	作業療法士	n	42	27	14	1
		%	100.0	64.3	33.3	2.4
	社会福祉士	n	115	80	34	1
		%	100.0	69.6	29.6	0.9
	精神保健福祉士	n	50	36	14	0
	%	100.0	72.0	28.0	0.0	
介護福祉士	n	60	41	19	0	
	%	100.0	68.3	31.7	0.0	
その他	n	18	10	8	0	
	%	100.0	55.6	44.4	0.0	
無回答	n	2	2	0	0	
	%	100.0	100.0	0.0	0.0	

(2) 伝達研修

①実施の有無

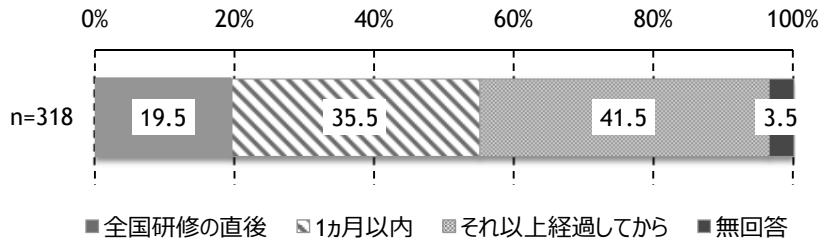
チーム員研修（全国研修）の受講者による、地域での伝達研修の実施状況は、「実施あり」が 57.3%、「実施なし」が 39.6%であった。

※厳密には、昨年度までにチーム設置されている地域やチーム員全員がチーム員研修を受講できた場合など、“伝達研修を実施しなくてもよい”地域を除いて考える必要がある。

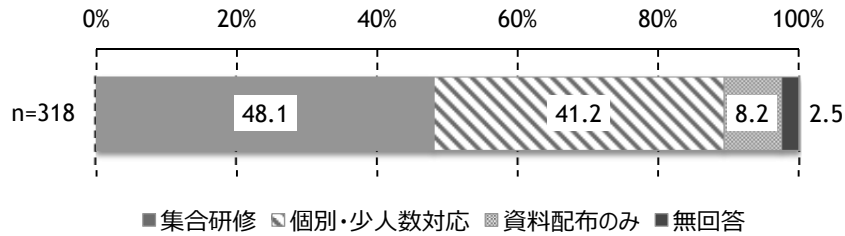


②実施時期（実施あり n318）

伝達研修の実施があった 318 人について、実施時期を尋ねたところ、「全国研修の直後」が 19.5%、「1 ヶ月以内」が 35.5%と、概ね 5 割の地域で 1 ヶ月以内に実施されていた。

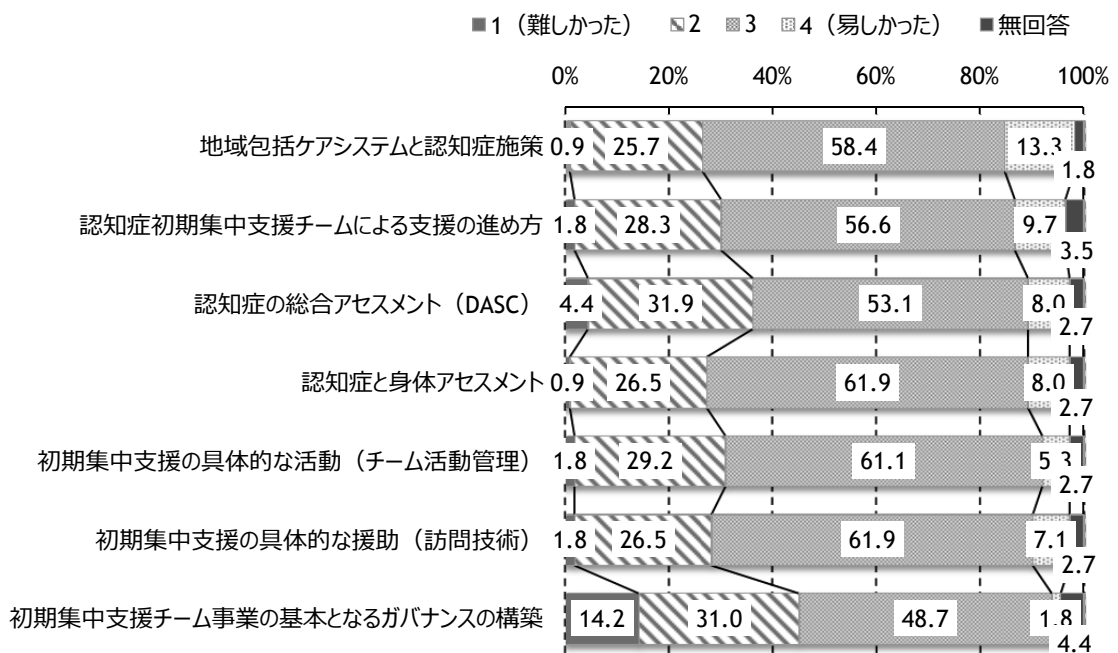


③実施形態（実施あり n318）



④-1 伝達研修の評価（受講者側） n113

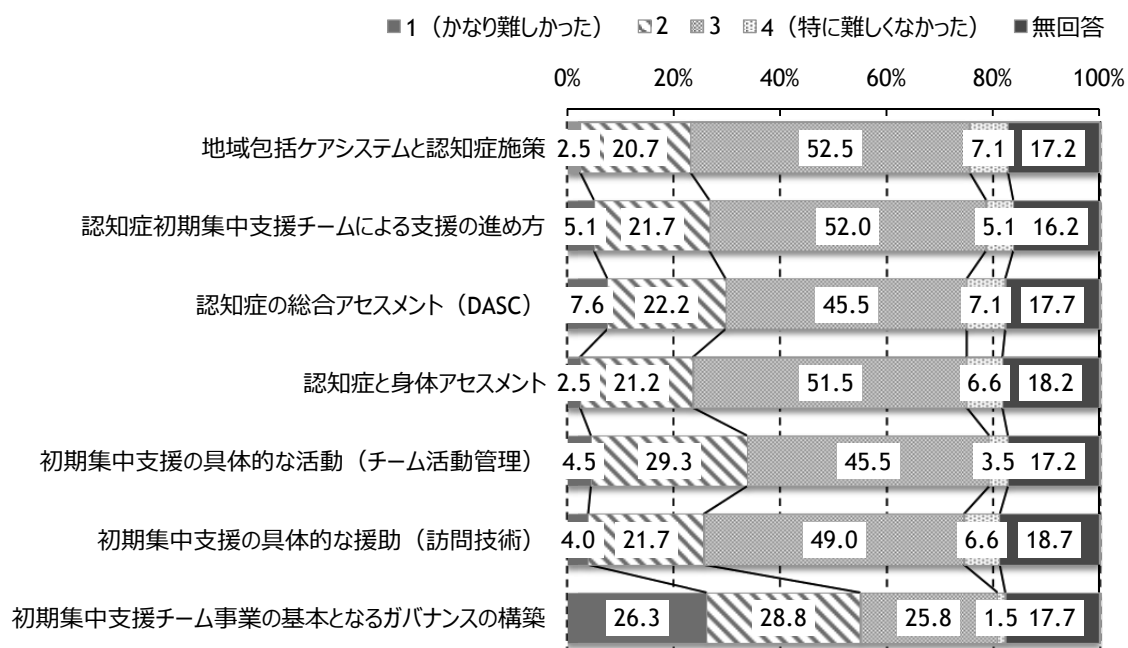
チーム員研修（全国研修）を受講せず、伝達研修を受けた側のチーム員 113 人について、伝達研修内容の難易度をみると、4 段階評価で「4 易しかった」、「3 やや易しかった」群が 6～7 割を占めていた。講義ごとの評価結果は下表の通りであった。



④-2 伝達研修の評価（講義側） n193

チーム員研修（全国研修）を受講した、伝達研修を行う側のチーム員 193 人について、伝達実施の難易度をみると、4段階評価で「4特に難しくなかった」、「3まあまあ難しくなかった」群が5～6割となった。もっとも、“ガバナンスの構築”講義については、「1かなり難しかった」が26.3%と4分の1以上を占め、難しかった群が過半数と特徴的な結果となった。

また、難しいと感じた点について、主な記述回答を整理する。次年度以降の受講見込みを考えれば、伝達形式を維持せざるを得ない面もあるが、可能な限り意見として挙げられた困難点を解消する方法を検討していきたい。



【講義する側が難しいと感じた点】

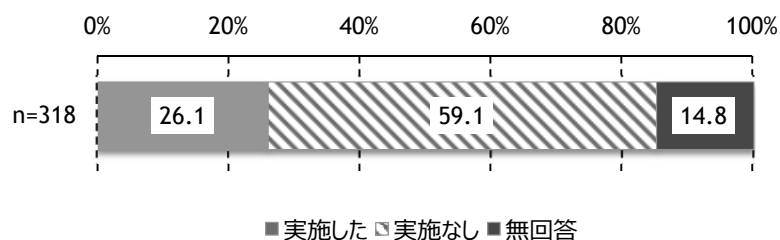
- 1 内容のボリュームが大きく、要点を絞って伝達するのが難しかった。
- 2 専門的であったがために、伝え方が難しかった。
- 3 伝達自体は、資料として、スライドにノートが付いたものをいただいたため、大変助かったが、伝えたいことが、概ね伝わっているかどうか不明。
- 4 (ガバナンス) 受講した本人が、少し難しく感じていたため、伝達もうまく伝わったか。。
- 5 訪問技術は、ケースによって対応を変える必要があり、伝えにくい。
- 6 私自身が、十分に理解できていない分野についての伝達は、難しかった。職種によって、重要視する分野に偏りがあるので、うまく伝えきれてないと思った。
- 7 使い慣れていない用語を解釈し、分りやすく伝える事が難しかった。イメージしにくい。
- 8 実施する側も、事例件数が少なく、説明が十分でなかった。
- 9 まだ具体的な訪問活動がない中で、内容を理解、消化した上で、伝えるのが難しかった。
- 10 内容が抽象的で、自分が講義を受けた時も、理解する事が難しかったから。

(続き)

-
- 11 分りやすく伝達する事が難しかった。
-
- 12 チーム員研修の中で、アセスメントツールの活用の仕方のイメージがつけられなかったため。
-
- 13 (具体的な活動) 認知症の支援体制が、当市で整っていないため。
(ガバナンス) 自分自身が、理解しきれていないため。
-
- 14 研修受講時に難しかったため。
-
- 15 実際に活用(理解)できるまでには、経験していくしかないのかと。
-
- 16 ガバナンスの考え方自体が、ややむずかしく、簡潔に伝達しにくいものだった。
-
- 17 センター内のチーム員が集まって、伝達研修を行う時間を設けられず、資料配布のみになりました。実際研修をするとすると、難しさを感じていました。
-
- 18 普及啓発、対象者の把握。
-
- 19 (総合アセスメント) DASC は、DVD を見ながらのアセスメント体験を実施するため、厚労省に DVD をお借りしたが、その手間が大変だった。
-
- 20 医師への質問「医師が主治医意見書を書いてくれるのですか？入院させてくれるのですか？」が包括からあって、支援の理解が得られにくい。
-
- 21 チーム員の業務内容について問われたが、自分たちもまだまだ検討していく問題があり、やってみなければわからないこともあった。
-
- 22 認知症施策は地域包括ケアの一部であり、その関連性まで伝達する時間等はない。身体アセスメントの視点については、あまり伝達できていない。
-
- 23 DASC の模擬演習映像があると、よりわかりやすく伝達できると感じた、2 日間で受けた内容を、数時間にまとめて話をする事自体が、難しいと感じた。
-

⑤テストの実施

伝達研修におけるテストの実施状況は、「実施なし」が 59.1%と約 6 割にとどまっていた。



⑥研修に関するご意見 (主な記述回答を抜粋)

-
- 1 研修(全国)後の、その後の研修が行われないために、自分たちが行っていることが正しいのかどうかの判断がつかない。一方的な研修だったため。アセスメント用紙が使いづらいが、使ってみてどうか、改正すべきところ等言える場所もない。
-
- 2 全国研修の狙いは何だったのでしょうか。実践者育成が目的だったとしたら、内容の検討をお願いします。首長さんがビジョンを立案するため?講師の方々の内容も実践者向き?行政向け?もっと目的に合わせて絞ってほしかった。また講義形式の研修を受けて、地域で実践できるという甘いお考えは捨ててください。県や市町村のフォローが計画されていたら別ですが。
-

(続き)

- 3 多種多様な研修を受講させていただき、ありがとうございました。2日間でしたが、研修内容が充実していて、国の施策から具体的支援まで学ぶことができました。研修を実際の訪問支援で役立てていきたいと
思います。情報収集、アセスメントを生活の支援から行い、生活改善に向けてチームで取り組みたいと思
います。スタッフの皆様の丁寧な対応ありがとうございました。
- 4 全国レベルでなく、地方別や都道府県レベルでの実施が望ましい（抱えているニーズが違うため）。
- 5 ・講師の方の専門的な知識を、伝達研修で伝えるには限界があると感じている。・全国研修を受講して
実務に就けるよう、チーム活動の前年から、受講できるようにしてほしい。
- 6 チーム員が全員受講できる形が良い。
- 7 伝達研修ではなく、研修に全員参加できるようにしてほしい。
- 8 事例を通しての、グループワーク等をしてはどうか。
- 9 定期的な研修があれば、よいかも知れない。
- 10 体制から、アセスメント、対象者が嫌がることなく生活状況を判断するような具体的なアプローチ方法ま
で学ぶことができ、難しい事例に対処するための大きなヒントとなり、実際場面に活かすことができました。
- 11 チーム員会議がスタートしてからの研修だったので、今行っていることがこれでいいのか、これから行わなけ
ればいけないことは何か等の確認が行え、有意義な内容でした。ただし、サポート医とのグループワーク
は、連携を図るうえで有効でしたが、チーム員会議って何？アウトリーチって何？等、グループでの話し合
いの前に、まず医師へ説明することが度々ありました。話し合いのテーマを再考してほしいと思います。
- 12 研修中は話を聞かすが、半分ほどの理解しかできなかった。が、分かりやすい資料をいただいて、参考にしなが
ら業務をすすめることができた。現場の話を聞かせていただいたのが、仕事をする上で、参考になります。
- 13 ・DASC 等の調票を使用しての研修時間が、もう少しあった方がいいと思った（調票になれるため）。
・チーム員会議の進め方の一例を、DVD 等で見たいと思った。
- 14 地方で研修実施を希望。
- 15 各地方でも開催してほしい。
- 16 応募したが、参加できなかった。より多く参加できるようお願いします。
- 17 とても内容は良かった。テストがあるのも、はげみになりよかった。同じ県内のチーム員とも知り合う機会に
なった。
- 18 2日間の研修内容を引き継ぐのはとても難しく、なかなか時間も取れないので、伝達できていません。
- 19 2日間の研修を短縮して伝達したので、私自身が学んできたことを、十分に伝えきれていないと思いま
した。九州でも、実施していただきたいです。
- 20 チーム員研修の際、事例紹介をしていただくと、流れが理解しやすいと思う。
- 21 訪問についての詳細を、もう少し具体的に聞きたかった。
- 22 九州での開催を希望します。
- 23 ガバナンスのところを、もっと詳しくしてもらいたい。
- 24 大まかな流れは伝達できたと思うが、詳細については、伝達できたかどうか疑問。
- 25 アセスメントツールの活用について、そのメリット、デメリット、評価等を、もう少し詳しく聞きたかった。北
海道での開催を希望します。
- 26 DASC などによるアセスメントから、どう次の段階につなげていくのか？がみえにくかった。
- 27 ・県単位での研修を実施していただくと、費用、時間共に受講しやすくなると思います。
・実施主体である市町村への研修も、あると良いと思います。
- 28 全国で4会場での実施だったと思いますが、会場が遠く、負担も大きかった方もあると思います。伝達研
修を、少し小さい単位で企画していただくと、ありがたいと思います。

(続き)

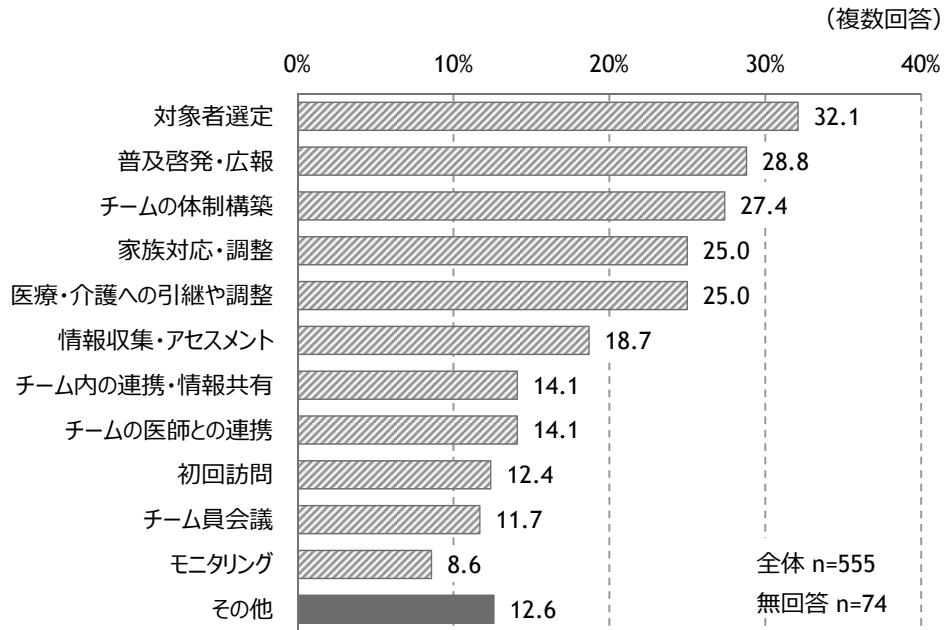
-
- 29 出来る限り多くの人に、全国研修を受講してもらいたいです。
-
- 30 情報提供だけにとどまる研修では、実践に結び付けにくい。
-
- 31 チーム員としての役割の中で、どの範囲までが、チーム員の活動基準であるかを、ある程度決めていただきたい。
-
- 32 2日間にわたる中身の濃い全国研修と、それをたった2時間で伝える伝達研修との間にギャップがある。施策目的や関わり方は、ある程度伝えられるが、規範的統合を基本とするガバナンスの構築について、通常の医療、福祉職にそういった理論になじみにくく、この分野については、どのチームも苦戦したのではないかと思われる（私は医療福祉経営論でMBAを取得し、ガバナンスや組織論について、ある程度勉強した経緯があるが、一緒に受講した理学療法士は、何が何だか意味が分らなかったとのことだった）。
-
- 33 全国研修を、受講させていただきました。サポート医研修の受講をされていた医師との、合同グループワークが情報交換の場にもなり、大変ありがたかったです。
-
- 34 様々な事例を交え、グループワークなどする時間を増やしてもらえると、今後の活動に活かせると思う。
-
- 35 全国研修会は大阪、東京で、地方でもやってほしいと思いました。
-
- 36 伝達研修では、講師の先生方から直接聞ける情報までは、十分に伝えきれないため、回数を増やして事業に携わる方全員が研修を受けられるよう、調整していただきたいと思います。
-
- 37 H26年DASC研修を受講し、伝達研修を職場内で受けたため、理解できた。チーム員として業務を行うことに支障はないが、その後全国研修を受講してみて、講師の方々から直接説明を聞くことがより有効だと感じた。
-
- 38 チーム員全員が参加できればよかったです。
-
- 39 全員が参加できたらよかった。
-
- 40 現在チーム員として活動しているため、伝達研修の内容は理解しやすかったです。
-
- 41 定数がチーム員研修に参加できるように、研修回数や場所等、検討していく必要がある。
-
- 42 伝達研修では、十分伝えきれない。チーム員が、研修を直接受講できる体制が図られるとうれしい。
-
- 43 モデル事業のデータ、DASCのDVD研修は参考になった。サポート医との合同研修もあり、医師としての考えや思いも聞け、情報共有できよかった。
-
- 44 充実した内容の研修で、とてもよかったです。DASCのチェックの仕方、チーム員としての支援方法と、わかりやすく伝達していただいたのですが、実際にチーム活動では上手に機能できていないのが現状です。
-
- 45 伝達研修として時間がとりにくいので、チーム員として、研修に出席することが良いと思う。
-
- 46 よく理解できる内容でした。介護職がベースなので、具体的に医療的なことが学べたこと。実践されている方の話は、今後の業務に活かすことができると思います。
-
- 47 それぞれの自治体でどう取り組んでいくかは別として、趣旨を理解するうえでは、重要な研修だと感じました。各自治体での取り組み状況を、さらに研修の中で取り上げると、より具体的なものとしてイメージしやすくなると考えます。
-
- 48 難しく負担も大きい。
-

(3) チーム活動

①活動で難しいと感じるもの

チーム活動において難しいと感じるものは、「対象者選定」が32.1%と最も多く、次いで「普及啓発・広報」28.8%、「チームの体制構築」27.4%の順であった。

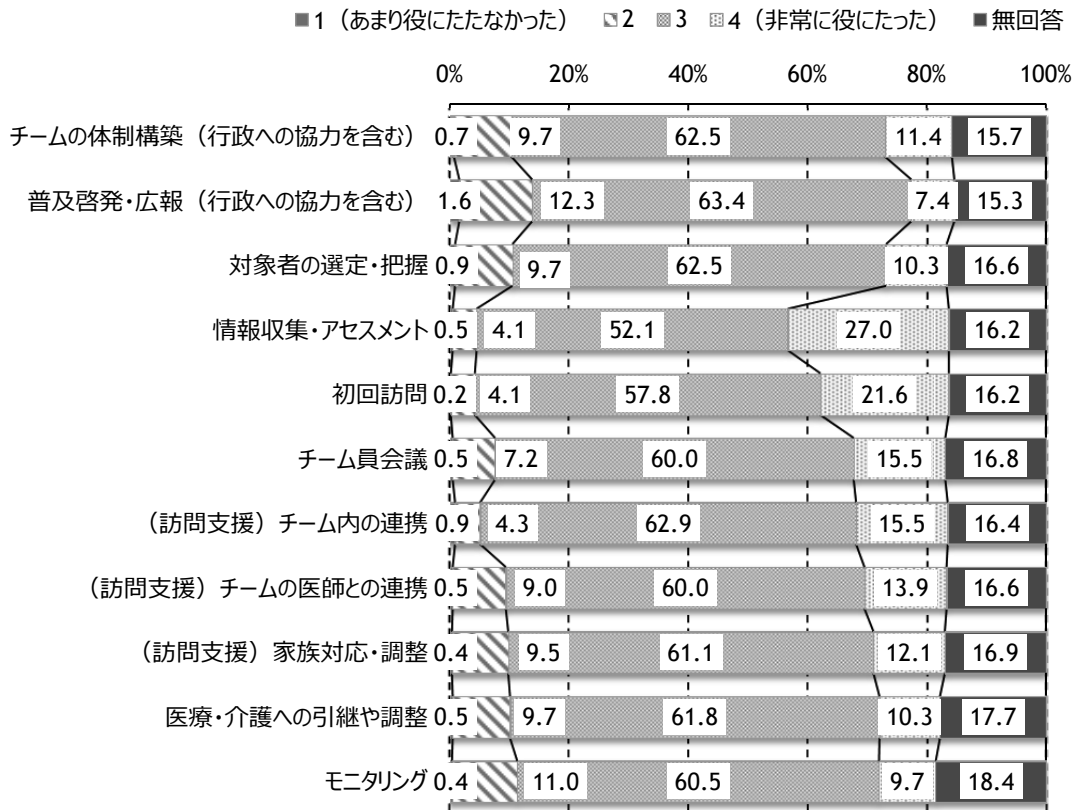
チーム活動のスタート期にあたる活動の回答が多かったが、活動の初期段階にあるチームが多いことも影響していると思われる。



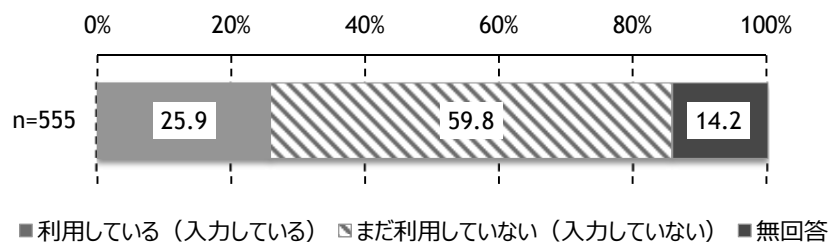
	n	%	対象者選定	普及啓発・広報	チームの体制構築	家族対応・調整	引継や調整への	医療・介護への	情報収集・アセスメント	チーム内の連携・情報共有	チームの医師との連携	初回訪問	チーム員会議	モニタリング	その他	無回答															
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%													
全体	555	100.0	178	32.1	160	28.8	152	27.4	139	25.0	139	25.0	104	18.7	78	14.1	78	14.1	69	12.4	65	11.7	48	8.6	70	12.6	74	13.3			
職種	保健師	164	100.0	64	39.0	41	25.0	53	32.3	40	24.4	38	23.2	26	15.9	16	9.8	22	13.4	17	10.4	19	11.6	16	9.8	26	15.9	20	12.2		
	看護師	104	100.0	29	27.9	31	29.8	26	25.0	27	26.0	26	25.0	20	19.2	13	12.5	17	16.3	16	15.4	14	13.5	10	9.6	13	12.5	11	10.6		
	作業療法士	42	100.0	13	31.0	16	38.1	9	21.4	14	33.3	14	33.3	7	16.7	9	21.4	5	11.9	7	16.7	5	11.9	3	7.1	2	4.8	6	14.3		
	社会福祉士	115	100.0	36	31.3	27	23.5	26	22.6	26	22.6	27	23.5	26	22.6	18	15.7	18	15.7	20	17.4	18	12.2	14	8.7	10	11.3	13	15.7		
	精神保健福祉士	50	100.0	12	24.0	18	36.0	17	34.0	12	24.0	15	30.0	9	18.0	9	18.0	3	6.0	6	12.0	6	12.0	4	8.0	7	14.0	6	12.0		
	介護福祉士	60	100.0	16	26.7	19	31.7	13	21.7	14	23.3	11	18.3	12	20.0	8	13.3	7	11.7	3	5.0	3	5.0	3	5.0	7	11.7	12	20.0		
	その他	18	100.0	7	38.9	6	33.3	8	44.4	4	22.2	7	38.9	4	22.2	5	27.8	4	22.2	4	22.2	2	11.1	4	22.2	2	11.1	2	11.1	1	5.6
	無回答	2	100.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	チーム員研修	受講した	401	100.0	146	36.4	130	32.4	122	30.4	100	24.9	103	25.7	75	18.7	60	15.0	55	13.7	46	11.5	48	12.0	36	9.0	59	14.7	42	10.5	
		受講していない	146	100.0	30	20.5	29	19.9	28	19.2	38	26.0	32	21.9	27	18.5	18	12.3	22	15.1	23	15.8	16	11.0	12	8.2	11	7.5	32	21.9	
無回答		8	100.0	2	25.0	1	12.5	2	25.0	1	12.5	4	50.0	2	25.0	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

②チーム員・伝達研修の内容の活用（役に立ったか）

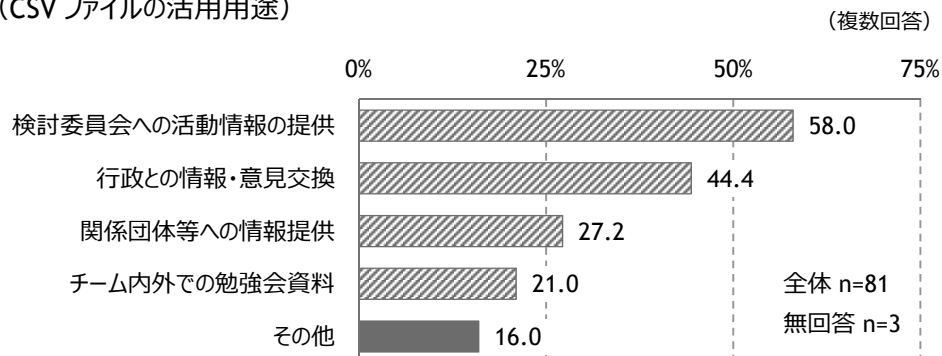
研修の内容がチーム活動に役立っているかについて、「対象者選定」が32.1%と最も多く、次いで「普及啓発・広報」28.8%、「チームの体制構築」27.4%の順であった。「4 非常に役に立った」、「3 役に立った」が6～7割を占めていた。



(3) 実績報告用プログラムの利用



(CSV ファイルの活用用途)



(4) チーム活動に対するご意見等（主な記述回答を抜粋）

- 1 初期集中支援事業に関する基準や、やり方があいまいなために、一市二町より委託を受けている私のチームでは、包括のレベル、方針など違い過ぎてやりにくい。それぞれのやり方や特徴はあると思うが、チーム主体だったり、包括主体だったり、まとまることもなく、ある程度の包括への指導、研修がないと難しいのではないかと。包括自体が主旨も分からずやっていたり、全国研修1回では意味がないのではないかと。
- 2 様々な問題を整理して、対策の優先順位を決めて、支援活動を開始しても、受診や介護保険導入につながって、通えるまでと確認まで求める包括があり、チーム活動への理解が不十分な市町村があります。市町村の包括が、チーム活動により、認知症者への支援につながっているという認識がないと…。チーム活動の評価に、視点が強く持たれるのはいかかと思えます。時間がかかるのは対象者支援であるべきで、包括職員への情報提供に多くの時間がとられるのは本末転倒です。一部の市町村の無理解、努力が認められないのは、支援活動に支障が出て困ります。
- 3 ・まだ活動を始めたばかりであるが、行政、地域包括、チーム員の協力体制が重要。コーディネーターをする方を応援できるチーム作り、活動をしていきたい。
・チーム活動が順調に機能しているか、定期的なモニタリングが必要。
- 4 チームについて周知し、市民や関係機関の理解を得ていく事の必要性を感じています。
- 5 全チーム員が通常業務を持ちながら兼務します。人員不足の中、認知症事業に力を入れたくても、十分な時間が費やすことができるかどうか、不安に思います。
- 6 相談→初回訪問→チーム員会議まではスムーズに展開できるが、医療、介護への引き継ぎや調整が難しい。チーム活動を他の業務と兼務しているので、医療、介護への引き継ぎした後のモニタリングがなかなかできていない。
- 7 石巻市はサポート医が市職で、会議やアウトリーチができる状態だったので、立ち上げることができました。さらに国の研究助成で、栗田先生も月1回来石しているため、人材に恵まれている状況です。事業自体はとていいことですが、地方だとサポート医の確保に苦慮しているようです。
- 8 実績報告用プログラムだけでは、ケースとのかかわりや連携についての評価が出来ず、集計を2種類行っている。チーム員会議等の事務量が多く、工夫が必要と感じている。
- 9 ・初期段階での相談は少ない。もの忘れ程度であれば、包括支援センターで対応可能。
・公共機関や家族とのトラブルが発生してからの相談が多く、入院になる状態が多い。入院の了承を得ても、その後は入院させた人となり、訪問が出来なくなる（退院支援にかかわれなくなる）。
・家族間のトラブルも多く、行政の協力がとても必要と感じる。
- 10 どの程度の頻度で支援が必要かは、事例によって異なり、個別事例に応じた支援頻度を決定し、内容をチーム員会議で確認するが、実際は計画通りには進まないケースが多いです。
- 11 対象者がいる時のみ実施してよいと思うのだが、月1回会議の日を決めているので、現在関わっている困難事例の確認だけ、このままにしてよいのか迷う。
- 12 新たな活動であるため、研修の開催場所や頻度が増えるといい。その中で、他地域の事例を知る機会もあるといい。
- 13 経験を積まないといけないと思う。
- 14 人的にも資源も厳しい地方では、そもそも初期集中支援チームの人員（特に医師）を確保することが困難です。条件の緩和がなければ、設置や継続は困難と考えます。
- 15 チーム、包括、行政の共通認識、理解が難しいと感じた。
- 16 対応困難事例の解決チームになってしまっている。組織内でチームのことが理解されるには、時間がかかりそう。認知症施策としては、有用と思われるが、正しく活用されないと、いつまでもアウトリーチチームの域を出ないと焦っています。

(続き)

-
- 17 ・サポート医であっても、主治医連絡しにくかったり、主治医から専門医へ紹介してくれない等あり。
・さまざまな職種が関わっているが、専門性を高める必要があると思います。
-
- 18 チームが実際に始動しておらず、まだよく分らないことが多いです。
-
- 19 知的や精神で年齢を重ね、認知症を理由に関係者からチームに相談が入ることがある。チームが介入すべきか、迷うことが多い（元から困難事例）。
-
- 20 専従とする人材確保が運営上困難であり、兼務することになり、オーバーワークとなっている。活動は徐々に定着しているが、負担増は否めない。
-
- 21 何年かに分けて、チーム全員が、全国研修を受講するようにしています。伝達では内容が多く、限界もあり、直接受講する様、体制を整えている。
-
- 22 ケースがあれば、きめ細かく集中的に支援できればと思うが、兼務のためやりきれないことが、不甲斐なく思い、精神的に負担になることもある。繊細な対応が求められることが多いので、まだまだ経験と勉強不足を痛感します。
-
- 23 田舎でやっていることをもっと理解してもらいたい。新たな取組で、包括の職員数を増やそうと欲するならば、単年度でも人員補助（モデルでなく）が欲しい。雇うきっかけがないため、包括の3人（3職種）が、兼務が増えるだけ。
-
- 24 大きな市などは、この活動が必要だろうと思うが、小さな町は以前から取り組んでいる。型を作られては、動きにくくなる（特に人材がいないうちでの活動なので）。
-
- 25 これまでも、包括として初期集中支援の活動はやってきていた。新たな体制での活動は、小さな町で実施するには、かえって活動しづらくなることを考慮して欲しい。
-
- 26 チーム員が兼務で、すべき活動が十分できていないと感じる。
-
- 27 認知症特化したチーム活動の普及やスタッフ育成をするより、各地域包括支援センターの資質向上できるよう、研修等の体制づくりをした方が、認知症の取組は効果的な気がします。認知症サポート医も、市町村の設置義務（嘱託医の必須等）にした方が、認知症ケア向上事業とも合わり、体制づくりがしやすいと思います。
-
- 28 フォローアップ研修をしてほしいです。他の市町村の活動内容を聞いてみたいです。
-
- 29 チーム活動に付随して生じる、実績報告や台帳管理、報酬費の計算等、煩雑な事務が多いように感じます。実績報告用プログラムが、上記業務を行う際に、活用できるようになるとありがたいです。
-
- 30 より多くの認知症の対象者を支援していくことになるが、短期間のかかわりの中では、終結しづらく、いずれまた支援していく事になるだろうと考える。私たちが対象とする高齢者は、増え続けることを考えると、どこまで支援するかを検討していかなければならない。
-
- 31 実績報告用プログラムは使いづらい。モニタリング後、変化や効果の評価をどうするかが、今後の課題かと思っています。
-
- 32 チーム員の研修会場を増やしてほしい。研修期間を長くして、じっくり学ばせてほしい（チーム員数を増やすため）。
-
- 33 ・現在1箇所、徐々に増やしていく方向であるが、エリアが広いので動きづらい。
・行政として、包括として、認知症地域支援推進員として、兼務なので動きづらい。
-
- 34 引き継ぎ先がない対象者に対し、何かフォロー体制があればよいと思う。1~2年たつて、悪化して再診となるケースもある。チーム員対象の、スキルアップ研修があっても良いのではと思う（意見交換会でも）。
-
- 35 活動についてはまだこれからですが、遠い会場で受講させていただいたことを、無駄にしないようにしたいと思っています。これまで、職員間で相談することはありましたが、~チームとして、相談し合える体制ができたことは、心強いと思います。
-

(続き)

-
- 36 始めたばかりなので、できる限り具体的に、ケースごとに、どのような活動を他機関がされているのか、知りたいと思います。人材の確保について、専任が1名であることや、財政的な側面での検討がされないと、対象者の人口比率に対応できないのではないかと感じています。
-
- 37 小規模な研修で、実践内容の確認と、第三者評価、スーパーバイズを得られる機会が欲しい。
-
- 38 アセスメントを経て、対象者の背景や症状で、かわりにも個別性があり、大変大きな学びとなっています。
-
- 39 H27年12月から活動が始まり、当チームで2ケース対応しています。対象者や活動方針が明確でないこともあり、何となく手さぐりの状況です。が、チームで多職種でかわることのメリット、初期介入することのメリットを実感するケースもありました。行政として、「市ではこんな認知症の対応を目指す。そのためには初期チームはこう関わる。またはこうあるべき。」の様な、理念と規範を示してもらおうことが重要だと思います。それに向かうアプローチ法は、手探りで良いと思います。
-
- 40 兼務でのチーム員活動は、通常業務との兼ね合いで難しい。チーム員として活動するのであれば、専従者がいることが必須だと考える。
-
- 41 かかりつけ医がいる場合、対象者の認知症、またはそれが疑われる症状について、チーム員とかかりつけ医の温度差が出てくるのが予測され、連携の取り方に不安があります。
-
- 42 認知症＋困難事例のケースが多い。1つのケース対応に、時間がかかっている。やりながら考える、という姿勢で、H27年10月～行っているが、まだまだマニュアル（体制や流れ）づくりができていない。
-
- 43 規範的統合の大切さを、研修会の中で改めて感じました。
-
- 44 動き始めたばかりで、検討中。
-
- 45 モニタリングの方法や回数、記録様式などを、どのようにすればよいか、手探り状態です。初回訪問時とモニタリング時の、アセスメントデータやその変化を、どのように整理すればよいか考えているところです。
-
- 46 チーム活動にあたり、他職種との時間の調整も大変だと感じます。兼務のため、チーム員活動との両立は時間調整含め、すべての内容を把握するのに時間がかかってしまう。
-
- 47 とても良い事業だと思い、今後も精一杯取り組みたいと思っている。しかし時間、物品の不足（例、携帯電話）があり、やりづらさがある。開始するとき、必要物品も一式用意してもらえるとよい。
-
- 48 チームで活動することにより、関係機関とアセスメントの内容や支援方針等共有でき、互いのスキルアップにつながっていくことが期待できる。
-
- 49 定期的に、地域医療連携をできるので、これからも前向きに実践していきたい。
-
- 50 チームに上がらないケースを、どのように発掘していくのか。認知症が初期の段階に関わり、支援できるよう、普及啓発活動も大切だと思います。
-
- 51 市町村に1箇所、整備していくのはどうかと思う。地域によっては十分に人材を確保できない。サポート医が足りない。対象者があがらない等、様々である。広域で作って行くことも視野に入れていく必要がある。主体は、疾患医療センターが望ましいのでは？
-
- 52 効果的な機能を果たせるような、体制づくりが重要。包括内での啓発も課題。
-
- 53 ・経験がまだ浅い中、チーム員一同、熱気をもって活動できていると感じます。
・今後対象者が増えていく中、チーム員のマンパワーも重要です。より、市民だけでなく、専門職に向けた広報が必要と考えます。
-
- 54 ・チーム員会議の開催が、スムーズに実施できていない。
・チームの医師との連携で、ケース相談をしても、生活の改善、規則的な生活を送るようにと助言をいただくだけで、認知症状により近隣へ多数迷惑をかけ、近隣の人がうつ傾向になったりするような事例でも、しばらく様子を見て、との意見をいただく。医師からの指示指導で、スムーズにつなげないことがあり、難しいと感じている。
-

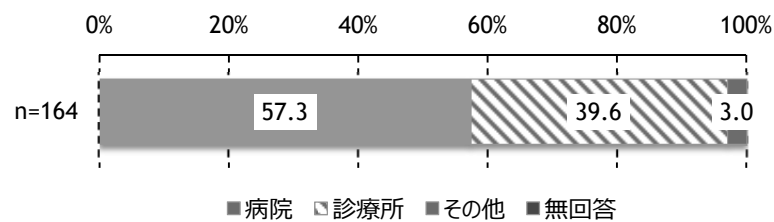
4-2. 医師票

(1) 基本属性

① 医療機関種類

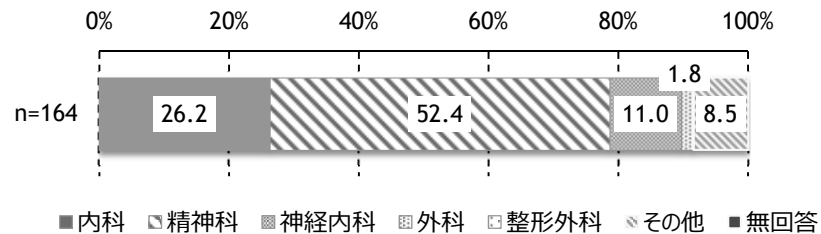
チームに協力・参画する医師の所属医療機関種類は、「病院」が57.3%と過半数、「診療所」が39.6%であった。

チーム員会議等への参加など、一定の時間を確保し易い医師に依頼されていることも考えられ、今後、診療所の認知症サポート医が増えていく傾向に鑑みれば、チームへの協力方法についても、検討が必要になるかもしれない。

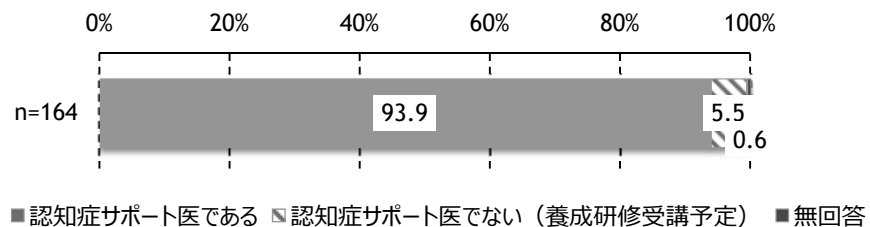


② 主な診療科

主な診療科では、「精神科」が52.4%と最も多く、次いで、「内科」26.2%、「神経内科」が11.0%であった。

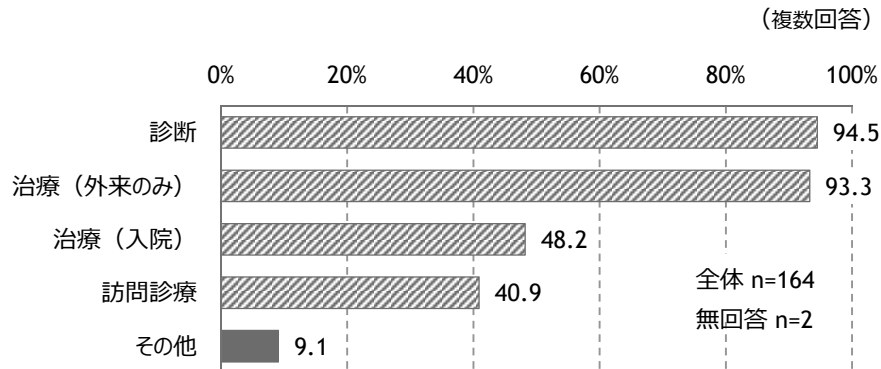


③ 認知症サポート医



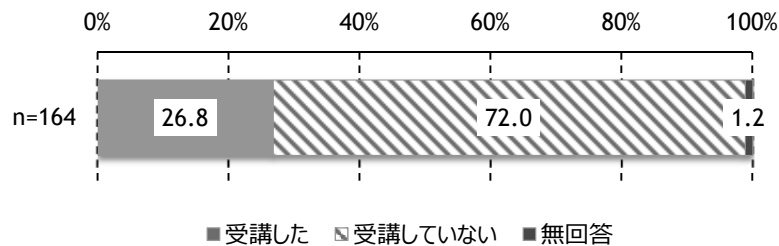
④日常行っている認知症医療

日常行っている認知症医療では、「診断」94.5%、「治療（外来のみ）」が93.3%と、ほとんどの医師が、診断、治療までを行っているとした。他方、「訪問診療」については、40.9%にとどまっており、チーム活動としての訪問同行は、日常診療の延長線上では考えにくい面もうかがえた。



⑤チーム員研修

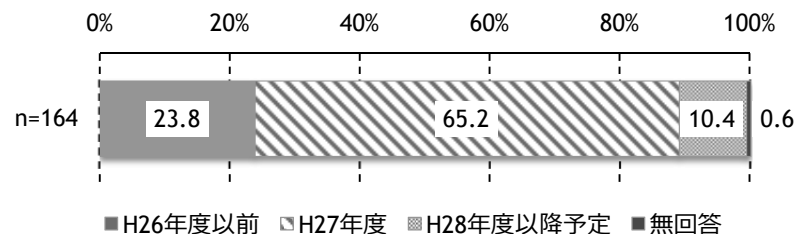
※設問では、伝達研修ではなく、チーム員研修（全国研修）の受講状況を尋ねたが、これまでの同研修の医師の受講数累計とも合致しないため、伝達研修を含む回答と考えられる。



(2) チーム活動

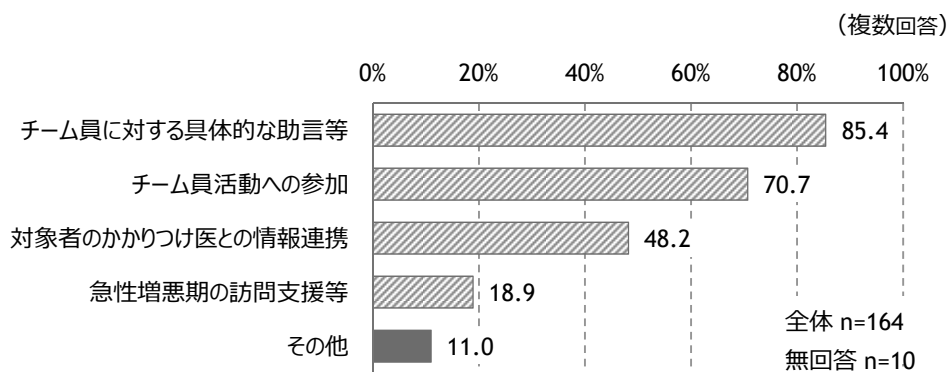
①チームへの参画時期

チームへの協力・参画の時期は、「H27年度」が65.2%と、3分の2を占めた。



②チーム活動の状況

医師としての具体的なチーム活動は、「チーム員に対する具体的な助言等」が 85.4%と最も多く、次いで、「チーム活動への参加」が 70.7%である一方、「対象者のかかりつけ医との情報連携」では 48.2%と 5 割を切り、「急性増悪期の訪問支援等」では 18.9%となっていた。



③チーム活動へのご意見等（主な記述回答を抜粋）

チーム員活動への意見としては、初期集中支援の必要性や社会的意義を評価する一方で、具体的な参画の難しさ、特に、訪問同行の時間確保や対象者の「かかりつけ医」との連携について指摘される意見が見られた。

- 1
 - ・直営、包括にチーム員配置のため、行政と連携がとりやすく活動しやすい。
 - ・対応ケースは進行がすすんでいたりすることが多く、初期の段階で対応可能にするための、普及啓発に対する課題がある。
- 2 診断をある程度求められる場合に、精神疾患との鑑別など、チームとして訪問するが、診療という枠組みでないため、限界がある（しかもその限界がきわめて狭い）。
- 3
 - ・日常診療の合間に会議に参加するため、忙しい。
 - ・医学的対応の必要な事例（BPSD 例）や、かかりつけ医のいない事例を、早急に診療する必要があり、外来診療（予約制）にもやや影響がある。
 - ・支援チーム員の中では、一部、認知症について基本的事柄すら知識ないチーム員もいるため、共通理解を得る事が難しい場合もある。チーム員（医師以外）向けの平易なテキストやビデオテキストがあると、支援チーム活動がより円滑に行えると思われる。
- 4 現在月 2 回の会議への出席と、初期の（介護保険導入のための）往診が仕事になっています。今後対応する事例が多くなりますが（名古屋のように包括支援センターの数が少ないと）十分対応できるかが心配。
- 5 かかりつけ医が認知症の治療をしているにもかかわらず、対象となった患者の場合には、かかりつけ医との連携の距離感が分りにくい。医師が、理解があるかどうかの判断が難しい。
- 6 チーム活動の意義は高い。チーム活動は継続が必要。在宅支援体制構築に寄与できる。
- 7 1 つの地域で 1 つのチームは、対応できる範囲や対象人数が限定され、複数のチームが必要と考えます。チーム員研修を受けても、具体的にどのような活動をすべきか見えてこないもので、抽象的な話より、もう少し具体的な研修が望まれると考えます。
- 8 かかりつけ医との連携に、困難性を感じています。

(続き)

-
- 9 該当者を見つけ出すのが難しいようです。
-
- 10 研修は受講していないが、行政、包括、在宅療養相談室とともに、初期集中チームを立ち上げ対応してきた。保健師とMSWがメインで動き、必要に応じ医師も同行。
-
- 11 ・チーム員研修では、チームの目的として、受診勧奨、サービスへのつなぎをあげておりましたが、過剰な誘導は果たして本人のためになるのかを、よく検討し、支援をするべきだと思います。
・早期受診の目的はなんなのか、単に抗認知症薬の処方、受診の目的にならないよう、研修でも伝えていただきたい（抗認知症薬の効果はあまりないことを伝えなければならない）。
-
- 12 ・認知症へのアセスメントについては、DASCやDBDなどのツールがあるが、アクションプランについては、チーム員によりかなり差異が出る可能性あり。・現在在宅医療や診療で活用している、在宅医療-介護の地域連携ICTシステムを活用したかったのですが、初期集中支援には、インターネットを介したシステムは使用してはダメと自治体から禁止されたため、連携が紙ベースになってしまっています。
・初期集中支援からの知見やデータ分析を、学会発表や論文文化しようと自治体に相談したところ、目的外でのデータ使用は不可と拒否されました。予めそのような目的にも、使用できるようにしていただきたい。
-
- 13 H24年より市において、「もの忘れ相談会」をしていることで、多職種との連携および行政・地区医師会との連携が、スムーズにされていました。初期集中支援チームの活動も、これまでの関係（顔が見える関係）から、医師としての参加・活動にもスムーズです。「もの忘れ相談会」：毎月1回、サポート医の先生が交代で、地域包括支援センターへ出張しています。地域包括支援センター：市内に4か所あります。3名のサポート医が参加。包括支援センターのスタッフにも、学びの機会になっています。
-
- 14 オレンジカフェやケアマネジャー、チーム活動を通して、初期の認知症患者、家族の情報収集を、円滑に行えるようになってきています。早期からの、認知症外来への受診を促し、チームを通じて、患者、家族を総合的に支援する体制づくりを行っていきたいと思います。
-
- 15 対象者や家族へのアセスメントは、方法としてほぼ確立しているのですが、支援チームとしての支援（介入）達成度の点数化はされていませんでしたので、我々のチームでは独自にスケールを作成し、今後支援の達成度が維持できているかどうか、経時的に評価していく予定です。
-
- 16 ・地域住民の認知症に対する啓発、理解。
・認知症初期の対応の仕方に、困難な時がある（家族の理解、本人の理解）。
-
- 17 会議に出席することにより、支援すべき人の生活像が分り、医療からの側面における支援の方法が、具体的にわかる。また各専門家の方々のご意見をうかがうことが、診療上にとっても役立ち、支援すべき人の生活援助にとっても有意義に感じる。この連携会議は、情報を共有できることがとても助かる。
-
- 18 初期集中支援の活動の中心は、地域に出ている保健師や民生委員など、地域住民と接する職域の人と思われる。その人たちが、積極的にサポート医を利用するように、教育・研修することが、最も重要だと思います。
-
- 19 他職種と、顔が見える連携がとれ、良い事と思います。
-
- 20 介護保険以前の軽症例などへの対応、指導の助けとして、地域独自の介護予防事業、ボランティアやNPOの活動などの配置や活動内容の資料があると、役立つと思います。
-
- 21 対象者は多いと思われるが、広報不足のためか実施数は少ない。現在、福祉委員、民生委員を通じた案内となっているが、事業を進めるには、全国的に国民に対して広報すべき。国民が知らなさ過ぎると思います。
-
- 22 地域住民の啓発及び警察、消防署との連携の強化。
-

(続き)

-
- 23 様々な職種の方と、対象者や対象者を取り巻く環境について話し合う中で、少しずつですが、お互いのスキルが高められているように感じます。それは試行錯誤の連続ではありますが、チームが目的通りに機能していることの証であろうと思います。
-
- 24 なかなか、かかりつけ医の先生方の認知症への取り組みが進まない。
-
- 25 本格的な話し合いを行うと、何時間もかかってしまいそうである。
-
- 26 様々な職種の顔が見えるようになった。
-
- 27 ・相談から初期集中支援チームが初回訪問に至るまでの期間がかかり過ぎる気がする。情報収集は必須であるが、支援が初回訪問の前に、家族があきらめてしまうといったこともある。また家族にとっては、認知症のチームにかかわってもらうという決断に加えて、同意書を書かなければならないことへのためらい、困っているけどそこまで…。介入するまでのハードルがもっと低くていいのではと感じることがある。
- ・周知に対する広報活動の重要性を、改めて感じている。
 - ・困難事例が多い。症状というより家族関係、不適切な環境などの困難事例が少なくない。特に問題なのは、精神疾患とのかわり、本人が精神障害を有し、さらに加齢による認知機能低下が加わったと思われる場合の、治療や生活障害の是正、また精神障害者の家族を、本人が面倒をみてきたが、その本人が認知症を発症した場合などは、法的な事もありチームがどこまでかかわれるか、チームとして対応に苦慮する。
 - ・自分たちの対応、介入方法がこれでいいのか、現段階で検証する場がない。各市町村に、広く初期集中チームが活動するようになった折には、チーム間での連携やフォローアップ研修を期待したい。
-
- 28 1/2Wの参加（チーム員会議）は結構負担だが、外来では経験しない、ありえないようなケースを勉強させてもらっています。
-
- 29 かかりつけ医との連携は、困難であることが多い。認知症と判明すると、丸投げしてくる。
-
- 30 様々なケースがあり、経験を重ねることが重要と感じている。
-
- 31 訪問への参加は、時間的に困難。
-
- 32 平成 27 年 10 月 1 日からチームをスタートさせ、現在まで 4 事例についてチームが介入し、2 例については医療の開始に結び付いた。チームの意欲も高い。
-
- 33 対象者にかかりつけ医がある場合、医師として関係が難しい。
-
- 34 かかりつけ医への啓発が不十分のためか、連携の難しさを感じます。
-
- 35 ・包括が 4 か所ある地域を担当しているが、レベルに差があり、均一に対象者が上がってこない。
- ・地域の精神科アウトリーチがほとんど動いていないため、精神障害の振り分け先に困る。
-
- 36 いわゆる初期のケースは負担が少ないが、長期にわたる引きこもり、性格異常、認知機能低下の例では自宅に訪問して対応したためかなり大変でした。半年通じてやっていけると思った。
-
- 37 アウトリーチした患者が、医療機関受診が進まない場合に、認知症カフェへの参加を入り口として受診を促すよう、取り組みの 1 つとして試行している。
-
- 38 ・チーム活動を活性化するため、まずケアマネや高齢者サポートセンターにチームの意義を周知させる。
- ・多くのケースは主治医が存在している。医師会を通じ、他の医師等に積極的に関わるようにし、風通しを良くすることが重要。
-
- 39 消防署や警察署と同等の権限や組織的、法律的後ろ盾がなければ、機能は表面的、形式的なものにとどまると思います。市の職員、地域包括の職員程度では、荷が重い場面も少なくありません。医師も、精神保健指導医のように、公務として行っているというものでもない限り、事なかれ主義に陥るであろうと予想します。
-

(平成 27 年度)

認知症初期集中支援に関するアンケート調査

平素より、当センター業務に格別のご高配を賜りお礼申し上げます。
 新オレンジプランにおいて平成 29 年度末を目標に推進されている認知症に対する様々な仕組みや取り組みの
 一つに「認知症初期集中支援チームの設置」があります。
 チーム設置要件でもある「チーム員研修」の受講者もますます多くなり、全国の地域でチーム活動が順次ス
 ートしている状況にあります。一方で、地域住民への広報や関係機関との連携、訪問担当者の質の向上など、
 チーム活動上の課題も多く聞かれ、継続的なチーム活動への支援の必要性も高まっています。
 本アンケートは、厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームの実態に関する調
 査研究事業」の一環で、下記の要領にて、事業主体である国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが
 実施するものです。認知症初期集中支援チーム活動の実態やチーム員研修についての評価等の現状を把握し、
 今後の同チームの設置推進、研修の実施方法等に関する検討の基礎資料とすることを目的としています。
 年度末に向けたお忙しい時期に大変恐縮ですが、本アンケートに回答ご協力のほど、宜しくお願い致します。

平成 28 年 1 月

平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
 認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業 実施主体
 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 副院長 鷲見 幸彦

- 調査票は 2 種類あります。それぞれの対象者による回答をお願い致します。
【チーム員票(A3)】： 3 人 (最大) チーム内から下記の条件によってご選定ください
 ①国立長寿医療研究センター実施の **全国研修受講者を 1 人以上**
 ②可能を限り、チーム内の **異なる職種** (例：保健師、作業療法士、介護福祉士)
【医師票(A4)】： 1 人 (複数の場合は主にチーム活動に参画している医師)
- 回答期日は **平成 28 年 2 月 1 日 (月)** とさせていただきます。
【チーム員票】は、3 票をまとめて 同封の返信用封筒でご返送下さい。
【医師票】は、同封の返信用封筒で、回答頂いた医師から直接 ご返送をお願いして下さい。
- 本調査に関するお問合せは、下記までお願い致します。
 [実施主体] 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
 [調査委託] 合同会社 HAM 人・社会研究所 (担当：阿部)
 E-mail info@ham-ken.com TEL 080-4367-9177

チーム員票

【基本属性】

認知症初期集中支援チームの属性の他、回答者の基本属性について ご回答ください。

1 チーム属性 (1-1~1-3 はチーム員票を回答する 3 人のうち代表の方のみで結構です)

1-1 チーム設置場所	1 地域包括支援センター(行政直営)	2 地域包括支援センター(委託型)
	3 認知症疾患医療センター	4 3 以外の医療機関
	6 その他	5 介護施設・事業所

1-2 チーム員構成 (専従、兼務を問わず、実人数を記入してください)

医師 () 名	保健師 () 名	看護師 () 名
作業療法士 () 名	社会福祉士 () 名	精神保健福祉士 () 名
介護福祉士 () 名	その他 () 名	

1-3 活動スタート時期

1 H26 年度以前	2 H27 年度	3 H28 年度以降予定
------------	----------	--------------

2 回答者属性 (全員がご回答ください)

2-1 所属	1 地域包括支援センター	2 行政(地域包括以外)	3 医療機関
	4 介護施設・事業所	5 その他 ()	

2-2 職種 (複数の保有資格がある場合は、主たる業務にかける職種)

1 保健師	2 看護師	3 作業療法士	4 社会福祉士
5 精神保健福祉士	6 介護福祉士	7 その他 ()	

2-3 専従/兼務の別

1 専従	2 兼務
------	------

⇒ チーム従事状況(任意) 週()日、()時間程度

2-4 主要な業務 (チーム内で主に担当される主要な業務について、最大 2 つまで)

1 訪問支援	2 チーム会議進行	3 訪問記録・データ等管理
4 チームの医師との連携	5 家族支援	6 その他 ()

2-5 チーム員研修 (国立長寿医療研究センターが実施した全国研修について)

1 受講した () 1 H26 年度以前	2 H27 年度	3 受講していない
-----------------------	----------	-----------

【伝達研修】

認知症初期集中支援チームで実施された 全国研修受講者からの伝達研修について、ご回答ください。

3 伝達研修 (チーム員研修を受講したチーム員が地域で実施するための研修)

3-1 伝達研修の実施	1 実施あり	2 実施なし (下も回答)	
	[2 実施なし] の場合の理由 と チーム員への代替の伝達方法		
3-2 実施時期	1 全国研修の直後	2 1 か月以内	3 それ以上経過してから
3-3 実施形態	1 集合研修	2 個別・少人数対応	3 資料配布のみ

3-4-1 研修の評価(1) (内容の難易度) ①～⑦は全国研修のプログラム項目に沿っています。	(伝達研修を <u>受講した側</u> の方) ①地域包括ケアシステムと認知症施策 ②認知症初期集中支援チームによる支援の進め方 ③認知症の総合アセスメント (DASC) ④認知症と身体アセスメント ⑤初期集中支援の具体的な活動 (チーム活動管理) ⑥初期集中支援の具体的な援助 (訪問技術) ⑦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	難しかった ← → 易しかった 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4
3-4-2 研修の評価(2) (伝達の困難度) ①～⑦は全国研修のプログラム項目に沿っています。	難しかった (「1」または「2」) がある場合の理由 (全国研修を受講し、伝達研修を <u>実施した側</u> の方) ①地域包括ケアシステムと認知症施策 ②認知症初期集中支援チームによる支援の進め方 ③認知症の総合アセスメント (DASC) ④認知症と身体アセスメント ⑤初期集中支援の具体的な活動 (チーム活動管理) ⑥初期集中支援の具体的な援助 (訪問技術) ⑦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	かなり難しかった ← → 特に難しくなかつた 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4
3-5 テストの実施	1 実施した 2 実施なし ⇒ 理由 ()	
3-6 チーム員研修 (全国研修・伝達研修) に対するご意見等		

【チーム活動】

研修後の実際の認知症初期集中支援チームの活動について、ご回答ください。

4 チーム活動	
4-1 活動の中で難しいと感じるもの (複数回答)	1 チームの体制構築 2 普及啓発・広報 3 対象者選定 4 情報収集・アセスメント 5 初回訪問 6 チーム会議 7 チーム内の連携・情報共有 8 チームの医師との連携 9 家族対応・調整 10 医療・介護への引継ぎや調整 11 モニタリング 11 その他 ()

(続き)

4-2 研修内容の活用	(難しいと感じる項目とその理由) 番号 () 理由 () 番号 () 理由 () 番号 () 理由 ()	あまり役にたつた ← → 非常に役にたつた
①～⑪は、チーム活動 (実施要綱) の経過に沿っています。	① チームの体制構築 (行政への協力を含む) ② 普及啓発・広報 (行政への協力を含む) ③ 対象者の選定・把握 ④ 情報収集・アセスメント ⑤ 初回訪問 ⑥ チーム員会議 ⑦ (訪問支援) チーム内の連携 ⑧ (訪問支援) チームの医師との連携 ⑨ (訪問支援) 家族対応・調整 ⑩ 医療・介護への引継ぎや調整 ⑪ モニタリング	1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4
4-3 実績報告用 プログラム*の利用 *国立長寿医療研究センターが提供する、初期集中チーム活動専用のソフトウェア	あまり役に立たなかつた (「1」または「2」) がある場合の具体的な理由 1 利用している (入力している) 2 まだ利用していない (入力していない) (H26年度以前から実施している地域のみご回答ください) 実績報告プログラムで出力できる「実績データ」(CSVファイル)の利用について 1 利用している 2 利用していない 「1 利用している」場合の内容 (複数回答) 1 検討委員会への活動情報の提供 2 関係団体等への情報提供 3 行政との情報・意見交換 4 チーム内外での勉強会資料 5 その他 ()	
4-4 チーム活動に対するご意見等		

(平成 27 年度)

認知症初期集中支援に関するアンケート調査

平素より、当センター業務に格別のご高配を賜りお礼申し上げます。
 新オレンジプランにおいて平成 29 年度末を目標に推進されている認知症に対する様々な仕組みや取り組みの
 一つに「認知症初期集中支援チーム」の設置があります。

チーム設置要件でもある「チーム員研修」の受講者もますます多くなり、全国の地域でチーム活動が順次スタ
 ートしている状況にあります。一方で、地域住民への広報や関係機関との連携、訪問担当者の質の向上など、
 チーム活動上の課題も多く聞かれ、継続的なチーム活動への支援の必要性も高まっています。

本アンケートは、厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームの実態に関する調
 査研究事業」の一環で、事業主体である国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが実施するものです。

下記の要領において、チーム員の皆様、また チームに参画されている医師を対象にご協力をお願いしています。
 チーム員研修についての評価やチーム活動の実態等の現状を把握し、今後の認知症初期集中支援チームの
 設置推進、チーム員研修の実施方法等に関する検討の基礎資料とすることを目的としています。

年度末に向けたお忙しい時期に大変恐縮ですが、本アンケートに回答ご協力のほど、宜しくお願い致します。

平成 28 年 1 月

平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
 認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業 実施主体
 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 副院長 鷲見 幸彦

- 調査票は 2 種類あります。それぞれの対象者による回答をお願いします。

【チーム員票(A3)】： 3 人 (最大) 回答者は下記の条件によってご選定ください
 ① 国立長寿医療研究センター実施の全国研修受講者を 1 人以上
 ② 可能な限り、チーム内の異なる職種 (例：保健師、作業療法士、介護福祉士)

【医師票(A4)】： 1 人 (複数の場合は主にチーム活動に参画している医師)

- 回答期日は、平成 28 年 2 月 1 日 (月) の投函が切とさせていただきます。

【チーム員票】は、3 票をまとめて同封の返信用封筒でご返送下さい。

【医師票】は、同封の返信用封筒で、直接 ご返送をお願いします。

- 本調査に関するお問合せは、下記までお願い致します。

[実施主体] 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
 [調査委託] 合同会社 HAM 人・社会研究所 (担当：阿部)
 E-mail info@ham-ken.com TEL 080-4367-9177

アンケート票(設問) は裏面です

医師票

【基本属性】

先生の基本属性について ご回答ください。

1 回答者属性				
1-1 医療機関種類	1 病院	2 診療所	3 その他 ()	
1-2 主な診療科	(無傍か複数ある場合には、主なものを 1 つに○を付けて下さい)			
	1 内科	2 精神科	3 神経内科	4 外科
	6 その他 ()	5 整形外科		
1-3 認知症サポート医	1 認知症サポート医である	2 認知症サポート医でない (養成研修受講予定)		
1-4 認知症診療 (複数回答)	(日常診療において、過去 1 年間で行われたもの 全てに○を付けて下さい)			
	1 診断	2 治療 (外来のみ)	3 治療 (入院)	4 訪問診療
	5 その他 ()			
1-5 チーム員研修	(長寿医療研究センターが実施した初期集中支援チーム員研修について)			
	1 受講した (1 H26 年度以前	2 H27 年度)	2 H27 年度)	2 受講していない

【チーム活動】

研修後の実際の認知症初期集中支援チームの活動について、ご回答ください。

2 チーム活動				
2-1 チーム参画時期	1 H26 年度以前	2 H27 年度	3 H28 年度以降予定	
2-2 チーム活動状況 (複数回答)	(チーム活動として、やり始めたもの、経験されたもの について当てはまるものを全てに○を付けて下さい)			
	1 チーム員活動への参加	2 チーム員に対する具体的な助言等		
	3 対象者のかかりつけ医との情報連携	4 急性増悪期の訪問支援等		
	5 その他 ()			
2-3 チーム活動に 対するご意見等	(チーム活動全般、医師としての参加・活動について、ご意見を自由にお書き下さい)			

回答ご協力ありがとうございました

Ⅲ 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データ分析）

昨年度導入した、認知症初期集中支援チーム活動専用のソフトウェアの改訂版を制作し、本年度当初、認知症初期集中支援事業を実施するとした地域 306 地域に対して配布して、一定期間の活動実績の量的な把握を昨年度に引き続き行った。

ツールとして用いた実績報告用プログラム（ソフトウェア）は、以下の方針で改訂を行い、運用することとした。主な改訂項目は、①必要な入力項目の追加、②選択肢を実際に即して充実、③評価項目の計算式変更、④データファイルの都道府県統合機能の追加 である。

1 月末までの活動状況についての入力データを集計解析した結果は次ページ以降に整理する。

図表 3-1 実績報告用プログラムの改訂について

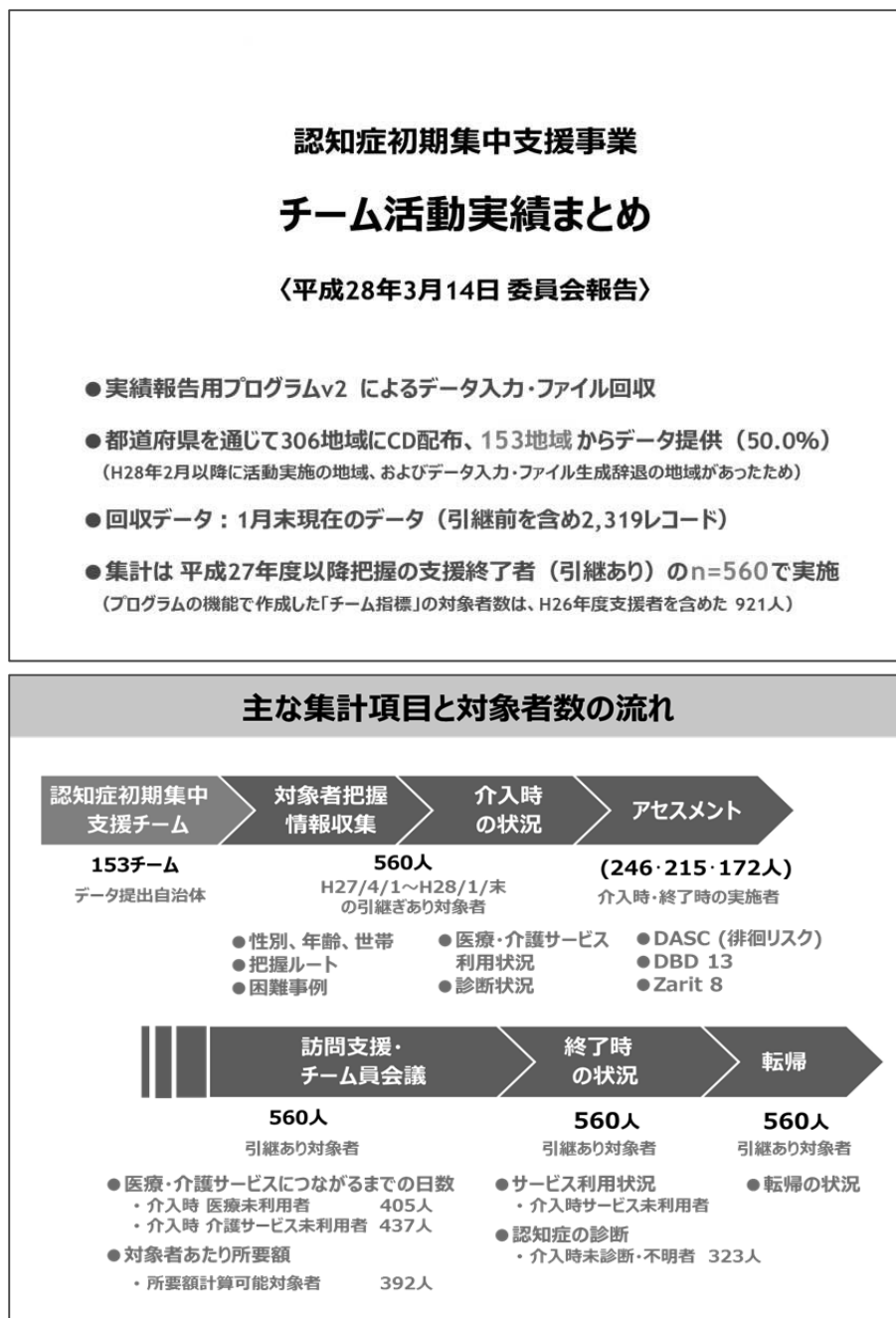
実績報告用ソフトウェア 27年度版について①			
<p>目的： 昨年度に引き続き、認知症初期集中支援チームの支援活動実績について、全国ベースの状況を数値的に把握することを目的に、各設置チームからデータ収集を行う。</p>			
<p>方針： 昨年度事業でのデータ収集・取りまとめのプロセス、および、実際にデータ提供を頂いた41地域からのご意見等を踏まえ、以下の方針で27年度版の制作を行う。</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ①データ収集の枠組み・プロセスは、昨年度の方法を踏襲する。 ②入力データに基づいて算出する「評価指標」項目は、小規模修正の上 50項目とする。 ③入力画面構成は、昨年度のものを利用する。 ④入力項目の充実を図る（例：「サービス導入に至らない理由」の追加） ⑤選択肢の充実を図る（例：「医療・介護の導入状況」に“必要がなく導入せず”の追加） ⑥入力データのファイル統合機能を追加する。 （複数チームそれぞれに入力したデータを行政で統合、都道府県に提出することが可能） ⑦旧バージョンで入力済みのデータを取り込む機能を追加する。 ⑧入力操作の他、具体的な入力項目・選択肢について詳細に解説する手引きを作成する。 			
<p>予定： 10月上旬にソフトウェア(CD)と手引き(冊子)として、都道府県経由で配布</p>			
実績報告用ソフトウェア 27年度版について②			
<p>データ入力作業について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 大きく、「1:チームの基本情報」、「2:支援対象者の情報」に大別 ● 「2:支援対象者の情報」は支援のプロセスに沿って、①基本情報、②介入時の状況(アセスメントを含む)、③訪問支援、④チーム員会議、⑤支援終了時の状況(モニタリング、評価を含む) で構成 ● 支援のプロセス（活動の流れ）と 入力項目の関係イメージ 			
<p>認知症初期集中 支援チーム</p>	<p>対象者把握 情報収集</p>	<p>介入時の状況</p>	<p>アセ ス メ ン ト</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 職種別単価 ● 会議費用単価 	<ul style="list-style-type: none"> ● 性別、年齢、世帯 ● 把握ルート ● 困難事例 	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者把握日付 ● 医療・介護利用状況 ● 認知症診断状況 	<ul style="list-style-type: none"> ● DASC ● DBD 13 ● Zarit 8
<p>訪問支援・ チーム員会議</p>		<p>終了時の状況</p>	<p>転帰</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問支援 (日付・職種・所要時間) ● チーム員会議 (日付・所要時間) 		<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメント・要介護度 ● 認知症診断 ● 医療・介護導入状況(日付) ● 導入に至らない理由 ● 引継先(日付) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 転帰の状況 ● モニタリング ● 総合評価

1-1. データ収集のアウトライン

平成 27 年度用のプログラムは、都道府県を經由して 306 地域（年度当初の実施予定地域）に配布し、各地域の活動経過に応じて対象者情報等の入力を依頼した。平成 28 年 1 月末までの活動実績について、各市町村（チーム）から都道府県にファイルを提出、厚労省で回収をした。

回収データ数は 153 地域（チーム単位では 184 チーム）、50.0%の回収率であった。ファイルには 2,319 人分の対象者データがあり、集計解析は、そのうち、平成 27 年度以降の把握対象者、かつ、引継あり（支援終了）の 560 人をベースとした。

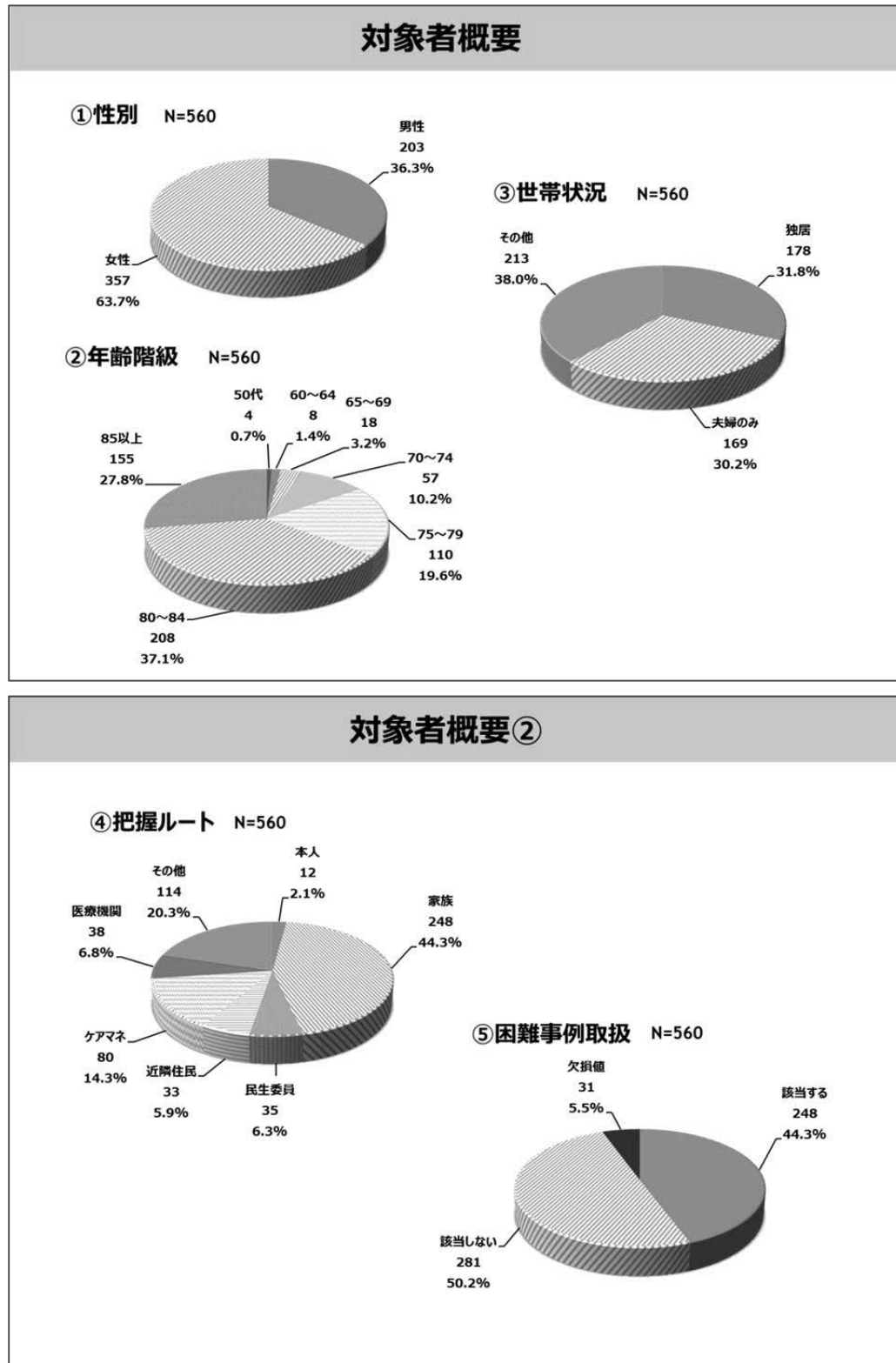
図表 3-2 回収のデータファイルと集計解析のデータ数



1-2. 対象者の概要

対象者 560 人の①性別、②年齢階級、③世帯状況、④把握ルート、⑤困難事例取扱は、それぞれ図表 3-3 の通りで、昨年度からの大きな変化は認められなかった。

図表 3-3 対象者の概要

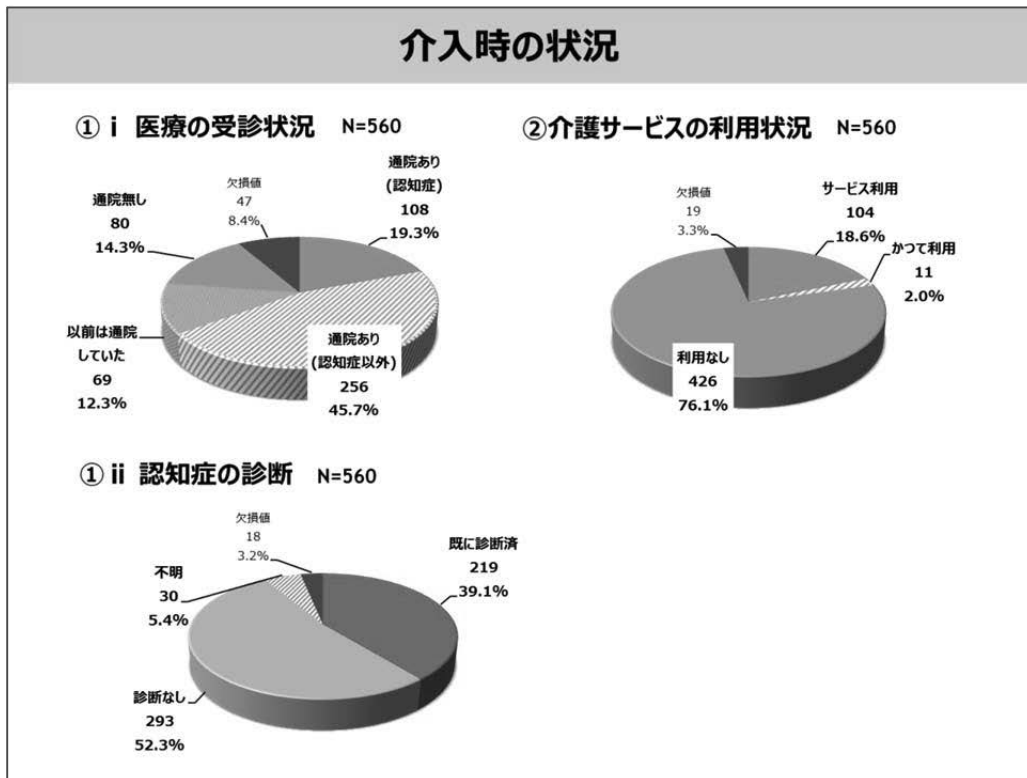


1-3. 介入時の状況

続いて、介入時の状況では、医療の受診状況では、「通院あり（認知症）」が 19.3%の他、「通院あり（認知症以外）」が 45.7%、「以前は通院していた」が 12.3%、「通院になし」が 14.3%であった。認知症の診断は、「診断なし」が 52.3%であった。

介護サービスの利用状況では、「サービス利用」が 18.6%の他、「かつて利用」が 2.0%、「利用なし」が 76.1%であった。

図表 3-4 介入時の医療・介護の状況



1-4. アセスメントの状況（介入時・引継(終了)時）

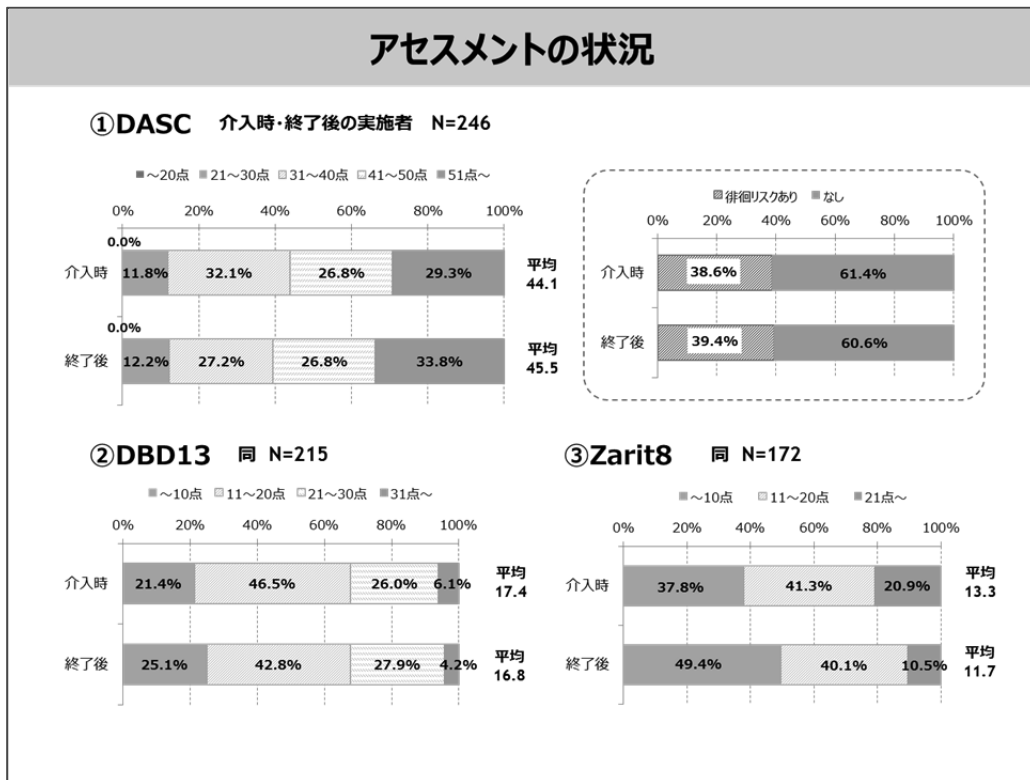
対象者のアセスメントのツールとして紹介している DASC、DBD13、Zarit8 については、介入時および引継（支援終了）時に実施することとされているが、両時点でスコアの入力があった DASC : 246 人、DBD13 : 215 人、Zarit8 : 172 人について、スコア階級別の構成割合を示す。

DASC では、「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見られた。平均スコアは +1.4 ポイントであった。徘徊リスク（DASC 項目 5 と 6 で“ときどきある”以上のチェックがあった場合）の状況は微減であった。

DBD13 では、「～10 点」の割合が増加、「31 点～」が減少しており、平均スコアは▲0.6 ポイントとわずかに減少していた。

Zarit8 では、「～10 点」の割合が大きく増加、「21 点～」は半減しており、介護負担は大きく減少していることが示唆された。平均スコアは▲1.6 ポイントの減少となった。

図表 3-5 アセスメントの状況



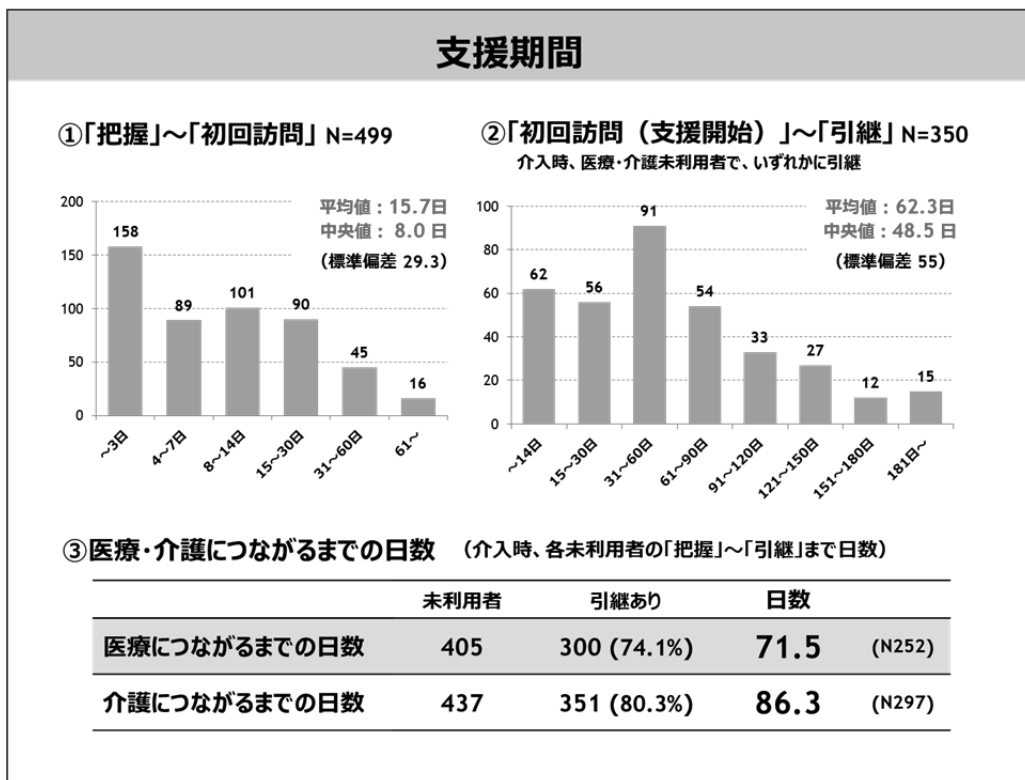
1-5. 支援期間

まず、560人のうち日付の入力があった499人について、「(対象者の)把握」から「初回訪問」までの期間をみると、「～3日」が158人と最も多く、次いで、「8～14日」が101人、「15～30日」が90人であった。平均値は15.7日（2週間強）であった。なお、中央値8日であった。

また、介入時に医療・介護とも未利用であった350人について、「初回訪問(支援開始)」から「引継(いずれかへの引継)」までの期間をみると、「31～60日」が91日と最も多く、次いで、「～14日」が62人、「15～30日」が56人の順であった。平均値は62.3日（2ヵ月強）であった。

また、医療（認知症での受診）と介護（サービス利用）それぞれについて、未利用者（医療405人、介護437人）に引継があった割合は、医療で300人（74.1%）、介護で351人（80.3%）であった。「把握」から「引継」までの日数は、医療で71.5日、介護で86.3日であった。（昨年度末データとの比較では、医療77.6日(▲6.1)、介護100.2日(▲13.9)であった）

図表 3-6 支援期間（「把握」～「初回訪問」～「引継」）

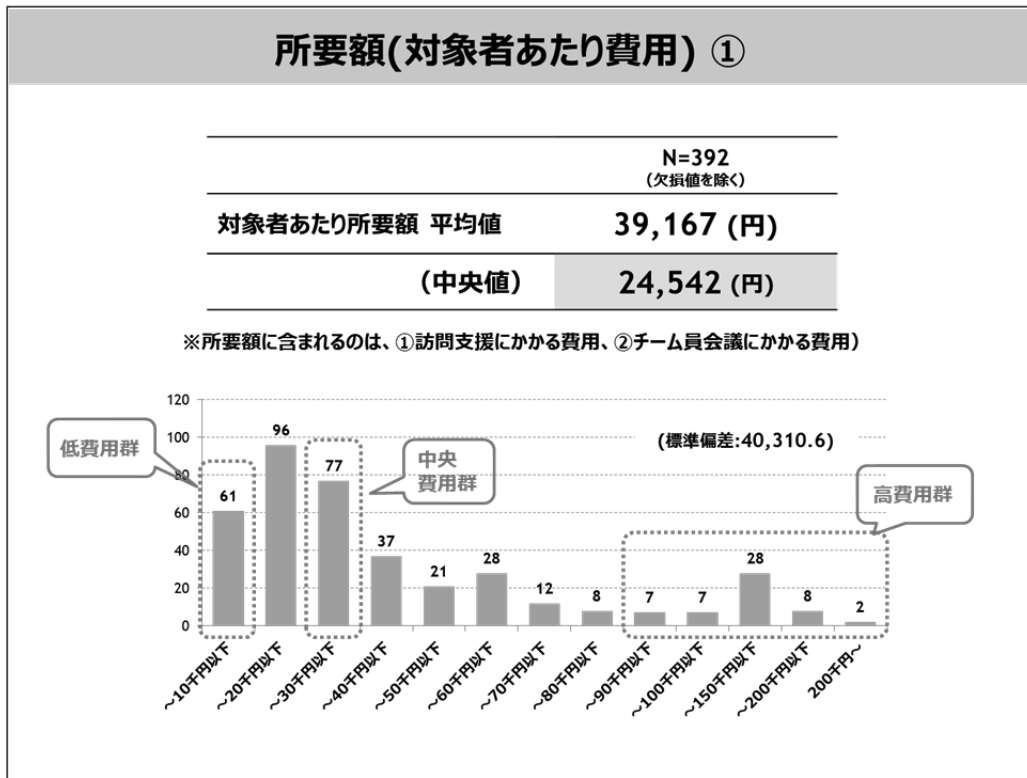


1-6. 対象者 1 人あたり所要額

実績報告用プログラムでは、訪問支援の職種・時間、チーム員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。プログラムにおいて単価設定等が正常に行われていた 392 人について、平均値(額)は 39,167 円、中央値は 24,542 円（標準偏差 40,310.6 円）であった。

「10～20 千円以下」が 96 人と最も多く、以下、「20～30 千円」が 77 人、「～10 千円」が 61 人であった。他方で、平均値の倍以上の水準である「80 千円～」も 52 人であった。

図表 3-7-1 対象者 1 人あたり所要額



所要額の算出に直接的に関わるものは、訪問支援の回数、担当職種の種類、チーム員会議の取扱い回数(時間)であるが、ここで、中央値額を軸に、「～10 千円以下」の低費用群 61 人、「20～30 千円以下」の中央費用群 77 人、「80 千円～」の高費用群 52 人の 3 群を抽出して、3 群の対象者の状態像等の比較を試みた。

DASC のスコアによって、認知症の状態像では、費用の高低と DASC のスコアに相関はみられなかった(抽出した 3 群の合計 190 人のうちスコアのある 169 人)。他方、「把握」から「引継(終了)」までの期間では、高費用であるほど、支援期間が長い傾向がみられた。ただし、支援期間が長ければ必然的に訪問支援回数や会議回数も増えることが考えられるため、支援期間を延伸させる要素を検討する必要がある。

なお、職種ごとの 1 時間あたりの単価、チーム員会議の同単価の多寡など、チーム属性・特徴(例えば、高費用群の対象者を担当したチーム員の単価が高い等)の影響も考えられ、より緻密なデータ解析を行うことが必要である(対象者データとチームデータの接合が必要)。

図表 3-7-2 対象者 1 人あたり所要額②

所要額(対象者あたり費用) ②											
費用を3群に分けて(抜粋) 他の状況とクロス集計 (下記サンプル)											
所要額群と DASC のクロス表 (n169)											
			DASC				合計				
			21-30	31-40	41-50	51-					
対象者 あたり 所要額	低費用群 (10千円以下)	度数	10	14	10	16	50				
		額の%	20.0%	28.0%	20.0%	32.0%	100.0%				
	中央費用群 (20～30千円)	度数	9	15	19	25	68				
		額の%	13.2%	22.1%	27.9%	36.8%	100.0%				
	高費用群 (80千円以上)	度数	5	15	17	14	51				
		額の%	9.8%	29.4%	33.3%	27.5%	100.0%				
合計		度数	24	44	46	55	169				
		額の%	14.2%	26.0%	27.2%	32.5%	100.0%				
所要額群と 把握～支援終了までの期間 のクロス表 (n185)											
			把握～支援終了までの期間 (日)							合計	
			-14	-15-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	180-	
対象者 あたり 所要額	低費用群 (10千円以下)	度数	18	12	15	7	3	1	0	2	58
		額の%	31.0%	20.7%	25.9%	12.1%	5.2%	1.7%	0.0%	3.4%	100.0%
	中央費用群 (20～30千円)	度数	16	9	18	11	10	4	6	2	76
		額の%	21.1%	11.8%	23.7%	14.5%	13.2%	5.3%	7.9%	2.6%	100.0%
	高費用群 (80千円以上)	度数	3	1	9	12	9	9	2	6	51
		額の%	5.9%	2.0%	17.6%	23.5%	17.6%	17.6%	3.9%	11.8%	100.0%
合計		度数	37	22	42	30	22	14	8	10	185
		額の%	20.0%	11.9%	22.7%	16.2%	11.9%	7.6%	4.3%	5.4%	100.0%

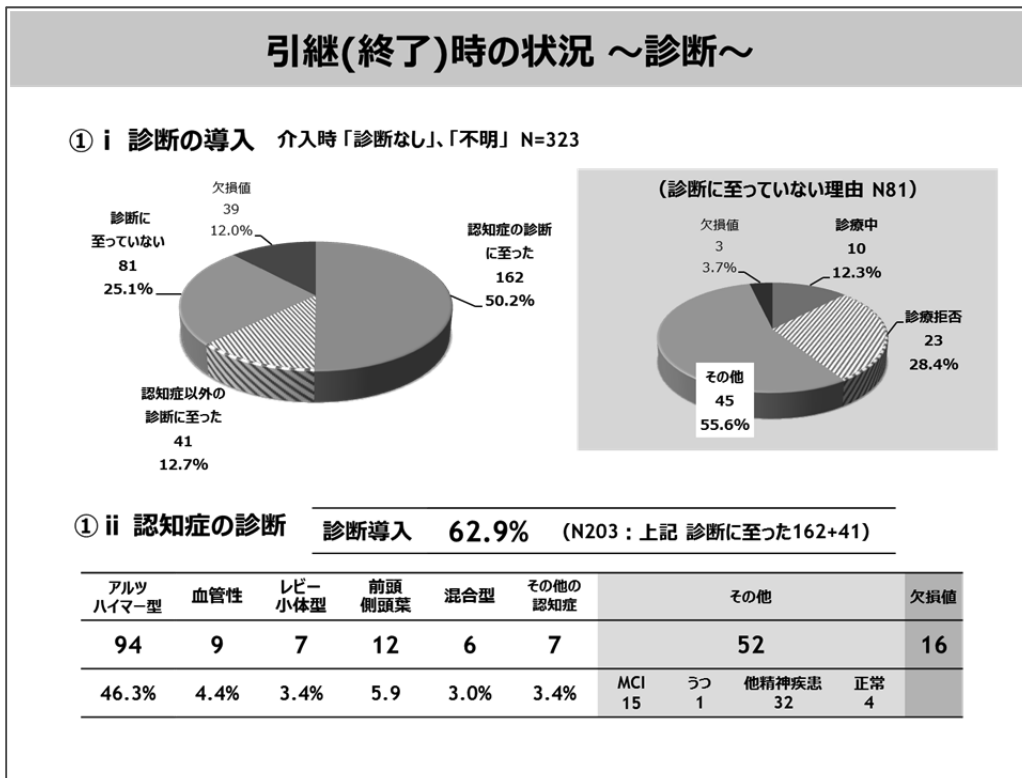
1-7. 引継(終了)の状況 ～診断～

引継(終了)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 323 人の状況をみると、「認知症の診断に至った」が 50.2%、「認知症以外の診断に至った」が 12.7%であった。併せて、診断に至ったのは 62.9%であった。他方、「診断に至っていない」は 25.1%であった。

診断に至った 203 人について、「アルツハイマー型認知症」は 46.3%、「前頭側頭葉変性症」5.9%、「血管性認知症」4.4%、「レビー小体型認知症」3.4%であった。また、認知症以外の診断は 25.6%のうち、「他の精神疾患」が 15.8%（32 人）、「MCI」が 7.4%（15 人）、「正常」は 4 人であった。

また、診断に至らなかった 81 人の理由をみると、「診療中」が 12.3%、「診断拒否」が 28.4%、「その他」が 55.6%であった（その他の詳細は不明）。

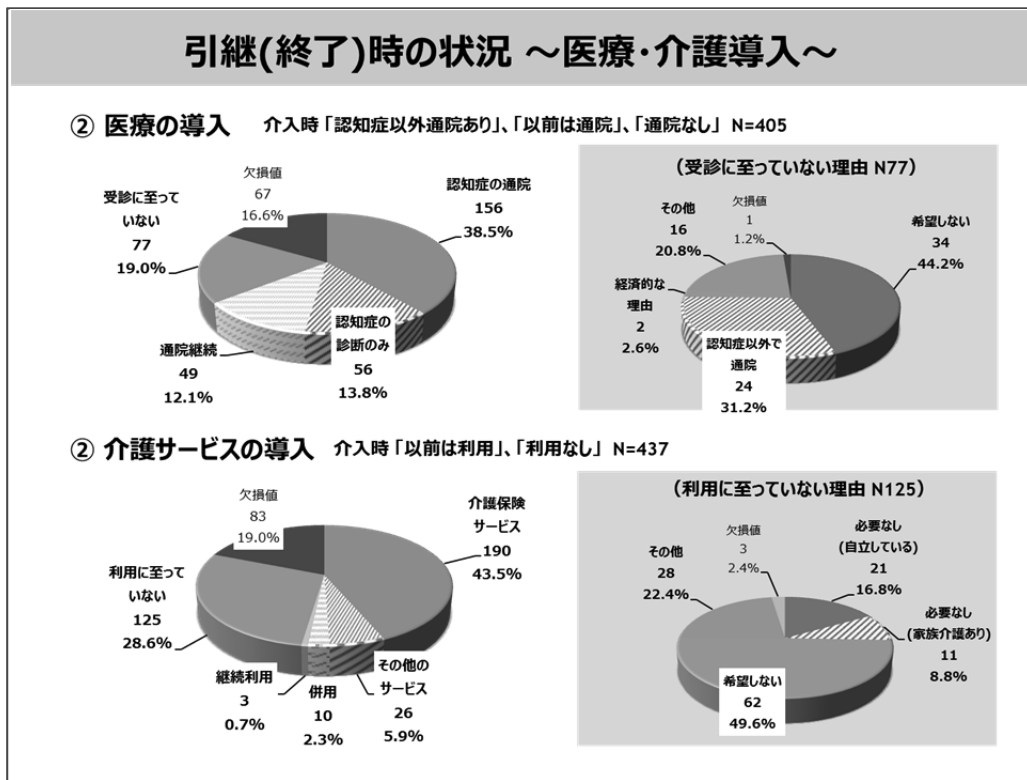
図表 3-8-1 引継(終了)時の状況 ～診断～



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 405 人の状況をみると、「認知症の通院」が 38.5%、「認知症の診断のみ」が 13.8%、「通院継続」が 12.1%であった。なお、「受診に至っていない」は 19.0%であった。受診に至らなかった 77 人の理由は、「希望しない」が 44.2%、「認知症以外で通院」が 31.2%、「その他」が 20.8%であった(その他の詳細は不明)。

また、介護(サービス)の導入では、介入時に「以前は利用」、「利用なし」であった437人の状況をみると、「介護保険サービス(の導入)」が 43.5%、「その他のサービス」が 5.9%、「併用」が 2.3%であった。なお、「利用に至っていない」は 28.6%であった。利用に至らなかった 125 人の理由は、「必要なし(自立している)」が 16.8%、「必要なし(家族介護あり)」が 8.8%、「希望しない」が 49.6%であった。

図表 3-8-2 引継(終了)時の状況 ～医療・介護導入～



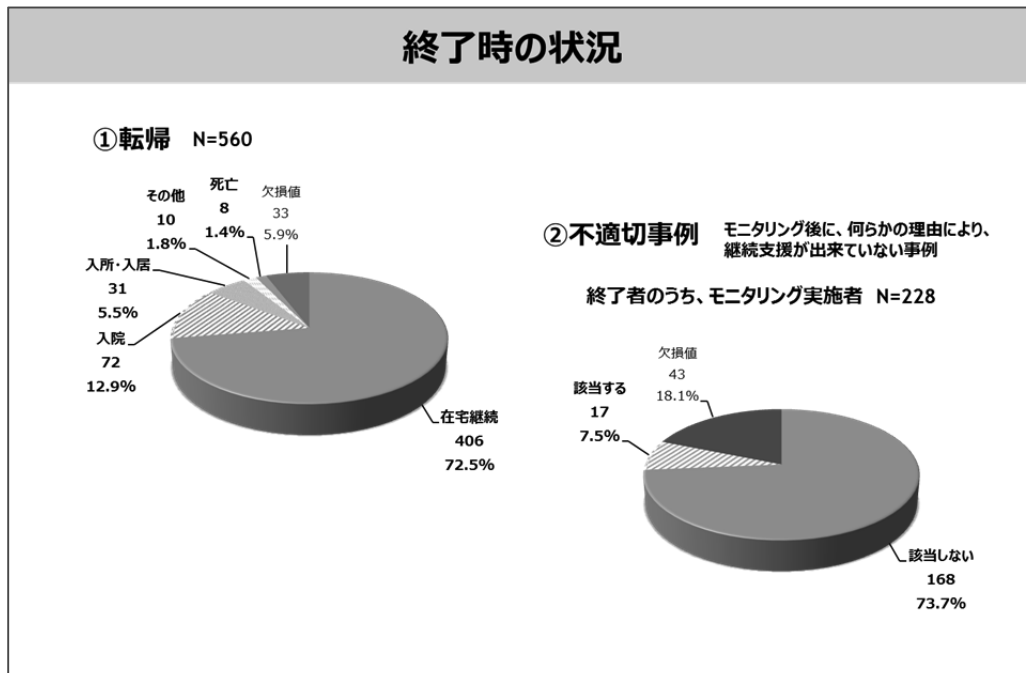
1-8. 終了時の状況

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、まず転帰については、「在宅継続」が72.5%、「入院」が12.9%、「入所・入居」が5.5%であった。

昨年度末データでは、在宅継続割合が82.8%であり、▲10.3ポイントとなった（欠損値を除いた527人の在宅継続割合は77.0%となり、▲5.8ポイントであった）。入院、入所・入居の増加の背景として、チーム設置場所によっては、転帰としてそれらを選択しやすい等の理由も考える。

また、不適切事例（支援終了後、何らかの理由によって継続支援ができていない事例）に該当するかについて、終了者のうちモニタリング実施者228人の状況をみると、「該当しない」が73.7%、「該当する」が7.5%であった。（欠損値を除く補正後の「該当する」は9.2%、昨年度末のデータでは3.8%であり、+5.4ポイントとなっていた）

図表 3-9 終了時の状況



1-9. 実績報告用プログラム「チーム指標」の結果

次頁に、実績報告用プログラムの機能で自動算出した「チーム指標」の結果を掲載する。プログラムでは、対象者把握日等を基準とした集計対象者の絞込みができないため、平成26年度からの累積データ921人での結果となっている。

※チームごとに設定される職種単価、チーム員会議単価は、集計対象者を担当するチーム数による単純平均値となっている。

※チーム指標に続けて、プログラムの操作マニュアル（手引き）を抜粋して掲載する。

①チーム情報	0 集計対象者数	921人													
	0 職種単価	医師	15,996.3	円/時間	保健師	2,379.8	円/時間	看護師	2,878.1	円/時間	作業療法士	3,220.8	円/時間	社会福祉士	2,152
	0 職種単価(その他)	その他職種①		円/時間	その他職種②		円/時間	その他職種③		円/時間	その他職種④		円/時間	その他職種⑤	
	0 チーム会議単価	24,227.1 円/時間													
1 対象者出現割合															
②情報収集	2 性別	男性	350	(38.0%)	女性	571	(62.0%)	欠損値	0	(921件)					
	3 年齢階級	40代	0	(0.0%)	50代	5	(0.5%)	60~64	15	(1.6%)	65~69	31	(3.4%)	70~74	90
	4 世帯	独居	278	(30.2%)	夫婦のみ	283	(30.7%)	その他	360	(39.1%)	欠損値	0	(921件)		
	5 把握ルート	本人	18	(2.0%)	家族	431	(46.8%)	民生委員	64	(6.9%)	近隣住民	41	(4.5%)	介護支援専門員	103
	6 障害自立度	自立	176	(20.7%)	J	437	(51.5%)	A	201	(23.7%)	B	31	(3.7%)	C	4
	7 認知症自立度	I	189	(22.4%)	IIa	217	(25.7%)	IIb	275	(32.6%)	IIIa	104	(12.3%)	IIIb	28
	8 要介護認定状況	非該当	18	(2.0%)	要支援1	58	(6.4%)	要支援2	40	(4.4%)	要介護1	114	(12.6%)	要介護2	51
	9 医療(受診)状況	通院あり(認知症)	153	(20.0%)	通院あり(認知症以外)	389	(50.9%)	以前は通院	98	(12.8%)	通院なし	124	(16.2%)	欠損値	157
	10 介護サービス利用状況	サービス利用	142	(15.8%)	以前は利用	27	(3.0%)	利用なし	732	(81.2%)	欠損値	20	(901件)		
	11 困難事例	該当する	408	(45.9%)	該当しない	480	(54.1%)	欠損値	33	(888件)					
	12 主治医有無	いる(認知症)	160	(20.8%)	いる(認知症以外)	412	(53.6%)	以前いた	77	(10.0%)	いない	120	(15.6%)	欠損値	152
	13 認知症診断状況	認知症診断あり	323	(35.8%)	認知症診断なし	523	(58.0%)	不明	56	(6.2%)	欠損値	19	(902件)		
	③アセスメント	14 DASCスコア	~20点	1	(0.1%)	21~30点	121	(14.6%)	31~40点	254	(30.7%)	41~50点	231	(27.9%)	51点~
15 DBDスコア		~10点	208	(29.6%)	11~20点	293	(41.7%)	21~30点	162	(23.0%)	31点~	40	(5.7%)	欠損値	218
16 Zaritスコア		~10点	268	(46.0%)	11~20点	208	(35.7%)	21点~	106	(18.2%)	欠損値	339	(582件)	平均値	12.5
17 他のアセスメント①		平均値	42.4	(47件)											
18 他のアセスメント②	平均値	16.9	(12件)												
④訪問支援	19 初回訪問実施件数	891件 (96.7%)													
	20 1事例あたり把握~「初回訪問」日数	~7日	413	(48.2%)	8~14日	165	(19.3%)	15~30日	143	(16.7%)	31日~	136	(15.9%)	欠損値	64
	21 1事例あたり訪問回数	4.1回	(892件)	平均値	4.1	中央値	3								
⑤チーム会議	22 チーム会議の開催回数														
	23 1会議あたり所要時間														
	24 1会議あたり取扱件数														
	25 1事例(人)あたり「初回訪問」~「会議」日数	~7日	374	(42.7%)	8~14日	161	(18.4%)	15~30日	210	(24.0%)	31日~	130	(14.9%)	欠損値	46
	26 1事例(人)あたり会議回数	2.7回	(892件)												
	27 1事例(人)あたり所要時間	53.2分	(892件)												
	⑥サービス導入	28 診断導入(実施)状況	認知症の診断に至った	377	(49.2%)	認知症以外の診断に至った	70	(9.1%)	介入時に診断あり	186	(24.3%)	診断に至っていない	134	(17.5%)	欠損値
29 認知症診断内訳		アルツハイマー	371	(69.9%)	血管性認知症	30	(5.6%)	レビー小体型	28	(5.3%)	前頭側頭葉	28	(5.3%)	混合型	27
30 認知症以外の診断内訳		正常	10	(20.4%)	うつ	2	(4.1%)	その他の精神疾患	37	(75.5%)	欠損値	21	(49件)		
31 診断の導入割合		60.6%	(351/579人)												
32 認知症診断の確定割合		78.5%	(351/447人)												
33 診断導入に至らない理由		診療中	10	(7.6%)	診療拒否	45	(34.4%)	その他	76	(58.0%)	欠損値	3	(131件)		
34 終)DASCスコア		~20点	2	(0.4%)	21~30点	62	(12.7%)	31~40点	123	(25.2%)	41~50点	141	(28.9%)	51点~	160
35 終)DBDスコア		~10点	141	(31.6%)	11~20点	186	(41.7%)	21~30点	100	(22.4%)	31点~	19	(4.3%)	欠損値	475
36 終)Zaritスコア		~10点	213	(56.6%)	11~20点	126	(33.5%)	21点~	37	(9.8%)	欠損値	545	(376件)	平均値	10.3
37 終)他のアセスメント①		平均値	56.5	(20件)	介入時との差異	1	(20件)								
38 終)他のアセスメント②		平均値	20	(2件)	介入時との差異	0.5	(2件)								
39 終)医療(受診)導入状況		認知症の通院	268	(50.9%)	認知症の診断のみ	75	(14.2%)	継続通院	65	(12.3%)	受診に至っていない	119	(22.6%)	欠損値	84
40 医療「把握」~「医療導入」日数		56.4日	(333件)												
41 医療導入に至らない理由		希望しない	55	(46.6%)	認知症以外で通院	40	(33.9%)	経済的な理由	2	(1.7%)	その他	21	(17.8%)	欠損値	1
42 終)要介護認定状況		非該当	10	(1.2%)	要支援1	89	(10.4%)	要支援2	44	(5.1%)	要介護1	345	(40.2%)	要介護2	108
43 終)介護サービス導入状況		介護保険サービス	302	(52.9%)	その他サービス	37	(6.5%)	介護保険・その他併用	18	(3.2%)	継続利用	3	(0.5%)	利用に至っていない	211
44 介護「把握」~「介護サービス導入」日数		99日	(380件)												
45 介護サービス導入に至らない理由		必要なし(自立している)	37	(17.8%)	必要なし(家族介護あり)	17	(8.2%)	希望しない	106	(51.0%)	経済的な理由	1	(0.5%)	その他	47
46 未利用者への医療・介護導入割合	74.1%	(152/205人)													
⑦引継・転帰	47 医療の引継状況	専門医療機関	267	(35.1%)	主治医(認知症)	125	(16.4%)	主治医(認知症以外)	223	(29.3%)	その他	30	(3.9%)	引継なし	115
	48 介護の引継状況	介護支援専門員	468	(57.4%)	地域包括	211	(25.9%)	その他	49	(6.0%)	引継なし	87	(10.7%)	欠損値	106
	49 支援期間「把握」~「最終引継」日数	~30日	240	(26.9%)	31~60日	192	(21.5%)	61~90日	153	(17.2%)	91日~	306	(34.3%)	欠損値	30
	50 転帰の状況	在宅継続	707	(80.0%)	入院	109	(12.3%)	入所・入居	45	(5.1%)	死亡	9	(1.0%)	その他	14
	51 1事例(人)あたり所要額平均	38,370.4円	(653人)												
	52 モニタリングまでの期間	66日	(466件)												
⑧モニタリング	53 サービス不継続事例	該当する	36	(7.8%)	該当しない	425	(92.2%)	欠損値	460	(461件)					
	54 不継続のサービス	医療	2	(8.7%)	介護サービス	16	(69.6%)	両方	5	(21.7%)	欠損値	13	(23件)		
⑨総合評価	55 総合評価	とても改善	69	(9.5%)	改善	253	(34.8%)	やや改善	211	(29.0%)	不変	146	(20.1%)	やや悪化	34

円/時間	介護福祉士	2,375.1	円/時間	精神保健福祉士	2,934.7	円/時間
円/時間						

(9.8%)	75～79	194	(21.1%)	80～84	321	(34.9%)	85以上	265	(28.8%)	欠損値	0	(921件)
--------	-------	-----	---------	-------	-----	---------	------	-----	---------	-----	---	--------

(11.2%)	医療機関	80	(8.7%)	その他	184	(20.0%)	欠損値	0	(921件)
---------	------	----	--------	-----	-----	---------	-----	---	--------

(0.5%)	欠損値	72	(849件)
--------	-----	----	--------

(3.3%)	IV	16	(1.9%)	M	14	(1.7%)	欠損値	78	(843件)
--------	----	----	--------	---	----	--------	-----	----	--------

(5.6%)	要介護3	21	(2.3%)	要介護4	5	(0.6%)	要介護5	1	(0.1%)	申請中	56	(6.2%)	申請なし	539	(59.7%)	欠損値	18	(903件)
--------	------	----	--------	------	---	--------	------	---	--------	-----	----	--------	------	-----	---------	-----	----	--------

(764件)

(769件)

(26.7%)	欠損値	93	(828件)	平均値	43.3	徘徊リスク人数	286	(34.5%)
---------	-----	----	--------	-----	------	---------	-----	---------

(703件)	平均値	16.0
--------	-----	------

(857件)	平均値	24.9	中央値	8.0	標準偏差	70.1
--------	-----	------	-----	-----	------	------

(875件)	平均値	12.9	中央値	10.0	標準偏差	60.5
--------	-----	------	-----	------	------	------

(767件)

(5.1%)	MCI	24	(4.5%)	その他認知症	23	(4.3%)	欠損値	32	(531件)
--------	-----	----	--------	--------	----	--------	-----	----	--------

(32.6%)	欠損値	433	(488件)	平均値	45.5	介入時との差異	1.5	(486件)
---------	-----	-----	--------	-----	------	---------	-----	--------

(446件)	平均値	15.4	介入時との差異	-0.8	(440件)
--------	-----	------	---------	------	--------

	介入時との差異	-2.2	(366件)
--	---------	------	--------

(527件)

(118件)

(12.6%)	要介護3	48	(5.6%)	要介護4	11	(1.3%)	要介護5	5	(0.6%)	申請中	40	(4.7%)	申請なし	158	(18.4%)	欠損値	63	(859件)
---------	------	----	--------	------	----	--------	------	---	--------	-----	----	--------	------	-----	---------	-----	----	--------

(37.0%)	欠損値	188	(571件)
---------	-----	-----	--------

(22.6%)	欠損値	3	(208件)
---------	-----	---	--------

(15.1%)	欠損値	161	(760件)
---------	-----	-----	--------

(815件)

(891件)	平均値	78.4	中央値	63.0	標準偏差	92.3
--------	-----	------	-----	------	------	------

(1.6%)	欠損値	37	(884件)
--------	-----	----	--------

(4.7%)	悪化	12	(1.6%)	とても悪化	3	(0.4%)	欠損値	193	(728件)
--------	----	----	--------	-------	---	--------	-----	-----	--------

実績報告用プログラムv2 チーム指標項目および算出の仕様一覧

	旧	27 年度	チーム指標項目	算出する値	計算式（算出の仕様）
	0		集計対象者数	実人数	把握日付に入力ある人数
(チーム情報)	1	×	相談事例数計	人数	
	2	1	対象者出現割合	割合(実人数)	「②新規把握」÷「①相談件数」
	3	×	高齢者人口10万対把握人数	人数	
①情報収集	4	2	性別	項目別人数、割合	回答合計数と集計対象者数との差異は「欠損値」とする
	5	3	年齢階級	項目別人数、割合	(同上)
	6	4	世帯状況	項目別人数、割合	(同上)
	7	5	把握ルート	項目別人数、割合	(同上)
	8	6	障害自立度	項目別人数、割合	(同上)
	9	7	認知症自立度	項目別人数、割合	(同上)
	10	×	重症度	項目別人数、割合	
	11	8	介入時)要介護認定状況	項目別人数、割合	(同上)
	12	9	介入時)医療利用状況	項目別人数、割合	(同上)
	13	10	介入時)介護サービス利用状況	項目別人数、割合	(同上)
	14	11	困難事例	項目別人数、割合	(同上)
	15	12	主治医有無	項目別人数、割合	(同上)
	16	×	受診拒否割合	項目別人数、割合	
	17	13	介入時の認知症診断状況	項目別人数、割合	(同上)
②アセスメント	18	×	DASC実施件数	人数、対象者計に占める割合	
	19	14	DASCスコア	実施件数、階級別人数、割合、平均値	実施人数(割合)：DASCスコアのある人数（÷集計対象者数） 階級別人数：対象者数－実施人数＝欠損値、各階級の割合 平均値：実施人数の実スコアの平均値
	20	14	徘徊リスク人数	件数(人数)、DASC実施者計に占める割合	人数：DASC5と6のいずれかが「2点」以上の人数 割合：÷(実施人数)
	21	×	DBD実施件数	人数、対象者計に占める割合	
	22	15	DBDスコア	実施件数、階級別人数、割合、平均値	実施人数(割合)：DBDスコアのある人数（÷集計対象者数） 階級別人数：対象者数－実施人数＝欠損値、各階級の割合 平均値：実施人数の実スコアの平均値
	23	×	Zarit実施件数	人数、対象者計に占める割合	
	24	16	Zaritスコア	実施件数、階級別人数、割合、平均値	実施人数(割合)：Zaritスコアのある人数（÷集計対象者数） 階級別人数：対象者数－実施人数＝欠損値、各階級の割合 平均値：実施人数の実スコアの平均値
	17		他のアセスメント		
18		他のアセスメント			
③訪問支援	25	19	初回訪問実施件数	初回訪問あり人数、対象者計に占める割合	人数：1回目訪問日付あり人数 割合：÷(集計対象者数)
	26	×	高齢者人口10万対初回訪問人数	人数	
	27	20	1事例(人)あたり「把握」～「初回訪問」日数	日数階級別人数、平均値、中央値、標準偏差	対象：日数カウント(両日付入力あり)できる人数 日数：「把握日付」～「1回目訪問日付」までの日数 ※1 日数カウント人数と集計対象者数との差は「欠損値」扱い ※2 平均値、中央値、標準偏差は日数カウント人数のみで算出
	35	21	1事例(人)あたり訪問回数	平均値	対象：訪問1回以上(訪問日付入力あり) 延べ回数：「訪問日付」に入力ある回数合計
36	×	訪問延回数	合計回数		
④チーム会議	28	22	チーム会議の開催回数	合計回数	③チーム員会議開催回数（チーム画面、月次③）の合計
	29	23	1会議あたりの所要時間	平均時間	④会議の総所要時間の合計÷#21（③回数の合計）
	30	24	1会議あたりの取扱件数	平均回数	⑤会議の総取扱件数の合計÷#21（③回数の合計）
	31	25	1事例(人)あたり「初回訪問」～「会議」日数	日数階級別人数、平均値、中央値、標準偏差	対象：日数カウント(両日付入力あり)できる人数 日数：「1回目訪問日付」～「1回目会議実施日付」までの日数 ※1 日数カウント人数と集計対象者数との差は「欠損値」扱い ※2 平均値、中央値、標準偏差は日数カウント人数のみで算出
	32	26	1事例(人)あたり会議回数	平均回数	対象：会議カウント(日付と時間に入力あり)できる人数 平均回数：チーム会議の回数合計÷会議1回以上人数 ※1 会議カウント人数と集計対象者数との差は「欠損値」扱い ※2 カウントする会議は、「日付」かつ「所要時間」の入力ある会議
	33	27	1事例(人)あたり所要時間	平均所要時間	対象：会議カウント(日付と時間に入力あり)できる人数 平均所要時間：チーム会議の所要時間合計÷会議1回以上人数 ※1 会議カウント人数と集計対象者数との差は「欠損値」扱い ※2 カウントする会議は、「日付」かつ「所要時間」の入力ある会議

⑤初期集中支援	42	28	診断導入状況 (診断に至ったか)	項目別人数、割合	対象：集計対象者数 ※ 項目別回答合計と集計対象者数の差は「欠損値」	
	新	29	認知症診断の状況 (認知症疾患名別)	項目別人数、割合	対象：「認知症の診断に至った」「介入時に認知症診断あり」の合計 ※ 疾患名別の合計と母数との差は「欠損値」扱い	
	43	30	認知症以外の診断の状況 (認知症以外疾患名別)	項目別人数、割合	対象：「認知症以外」 ※ 疾患名別の合計と母数との差は「欠損値」扱い	
	44	31	診断の導入割合	実人数、割合	対象：(介入時)の「認知症診断なし」「不明」の合計 人数：「認知症の診断に至った」「認知症以外の診断に至った」の合計	
	45	32	認知症診断の確定割合	実人数、割合	対象：人数(診断に至った人数) 人数：「アルツハイマー型」～「その他認知症」の合計	
	新	33	診断導入に至らなかった理由	項目別人数、割合	対象：「診断(導入)に至らなかった」人数 ※ 理由別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い	
	46	34	終)DASCスコア	階級別人数、割合、平均値、変化	実施人数(割合)：終了時DASCスコアのある人数(÷集計対象者数) 階級別人数：対象者数-実施人数=欠損値、各階級の割合 平均値：実施人数の実スコアの平均値、変化：介入時スコアとの差	
	47	35	終)DBDスコア	階級別人数、割合、平均値、変化	実施人数(割合)：終了時DBDスコアのある人数(÷集計対象者数) 階級別人数：対象者数-実施人数=欠損値、各階級の割合 平均値：実施人数の実スコアの平均値、変化：介入時スコアとの差	
	48	36	終)Zaritスコア	階級別人数、割合、平均値、変化	実施人数(割合)：終了時Zaritスコアのある人数(÷集計対象者数) 階級別人数：対象者数-実施人数=欠損値、各階級の割合 平均値：実施人数の実スコアの平均値、変化：介入時スコアとの差	
		37	他のアセスメント			
		38	他のアセスメント			
		38	39	終)医療導入状況	項目別人数、割合	対象：(介入時)の「認知症以外通院」「以前は通院」「通院なし」の合計 ※ 導入(受診)状況別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
		37	40	医療サービスにつながるまで日数	平均日数(対象者数)	対象：(介入時)の「認知症以外通院」「以前は通院」「通院なし」の合計のうち、 日数カウント(両日付あり)できる人数 日数：「把握」～「医療導入」までの平均日数
	新	41	41	医療につながらなかった理由	項目別人数、割合	対象：「受診(導入)に至らなかった」人数 ※ 理由別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
		41	42	終)要介護認定状況	項目別人数、割合	対象：集計対象者数 ※ 項目別回答合計と集計対象者数の差は「欠損値」
		40	43	終)介護サービス利用状況	項目別人数、割合	対象：(介入時)の「以前は利用」「利用なし」の合計 ※ 利用状況別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
		39	44	介護サービスにつながるまでの日数	平均日数(対象者数)	対象：(介入時)の「以前は利用」「利用なし」の合計のうち、日数カウントできる人数 日数：「把握」～「介護導入」までの平均日数
	新	45	45	介護につながらなかった理由	項目別人数、割合	対象：「利用に至らなかった」人数 ※ 理由別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
	新	46	46	未利用者が医療・介護につながった割合	割合(実人数)	対象：「認知症以外通院」「以前は通院」「通院なし」かつ「以前は利用」「利用なし」 人数：「受診・利用に至らなかった」以外
	⑥引継・終了	49	47	47	医療の引継状況	項目別人数、割合
		50	48	介護の引継状況	項目別人数、割合	対象：「介護導入日付」に入力ある人数 ※ 引継先別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
		34	49	支援期間「把握」～「引継(終了)」日数	日数階級別人数、平均値、 中央値、標準偏差	対象：日数カウント(両日付入力あり)できる人数 日数：「把握日付」～「引継(終了)日付」までの日数 ※1 母数は終了者(「引継(終了)」日付ある人数) ⇒ 欠損値は生じない ※2 平均値、中央値、標準偏差は日数カウント人数のみで算出
		51	50	転帰の状況	項目別人数、割合	対象：終了者(「引継(終了)」日付ある人数) ※ 転帰別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
		55	51	対応所要額平均	平均値、中央値、標準偏差、 集計対象者	対象：費用計算可能な人数 ※ 職種費用、会議費用、訪問実績、会議実績の入力が揃っている場合
⑦モニタリング		52	52	52	モニタリングまでの期間 (「引継(終了)」～「モニタリング」日数)	平均日数(対象者数)
		53	53	不継続(不適切な経過)	項目別人数、割合	対象：モニタリング実施者(「モニタリング」日付ある人数) ※ 項目別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
	新	54	54	不継続となったサービス	項目別人数、割合	対象：「該当する」人数 ※ サービス別の合計と対象者数との差は「欠損値」扱い
		54	55	55	総合評価	項目別人数、割合

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 には対応しておりません)
- 1 チームの活動実績について、複数の PC で同時操作・閲覧、また、データを共有することはできません(対象者を分けて複数の PC でデータ入力し、後に 1 ファイルに統合することは可能です。P.27 参照)
- 活動実績データの報告(提出)用のファイル出力は本プログラムの DAT ファイル形式で行います。また、Microsoft Excel による加工が可能な CSV ファイル形式での出力も可能です。(P.24 参照)
- あらゆる PC 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。ネットワークから独立した PC での操作をお勧めします。(出力ファイルの添付送信は通常のメールで行って頂きます)

0.2 本「手引き」での表記のルール

- 入力の項目名は「○○」、クリックするボタン名は「●●」で表記します。
使用例(項目)：「うち、認知症高齢者数」は、認知症自立度 II 以上の人数です。
使用例(ボタン)：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**、選択肢を **○◎** で表記します。
使用例：73 歳のとき、「年齢階級」は、**プルダウン**の選択肢から **〈70-74〉** を選択してください。

0.3 H27 年度版 認知症初期集中支援チーム実績報告用ソフトの機能

- 本プログラムは、認知症初期集中支援チームの活動実績データの報告専用として、H27 年度の認知症初期集中支援事業の実施要綱に沿ったチーム設置・活動要件のみに対応した設計となっています。

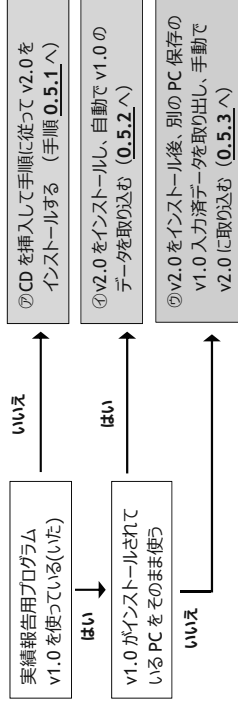
0.4 更新プログラムの提供と実行

- 機能追加や修正の必要がある場合、プログラムの更新(上書き)を行って頂きます。必要に応じて、更新プログラムを掲載した URL の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 インストールの手順

実績報告用プログラム v2.0 のインストールは、次ページ以降の手順に従って行ってください。PC セキュリティ設定によっては、警告メッセージ等が出る場合がありますが、貴自治体のセキュリティ担当者様とご相談の上、インストールを進めて下さい。⇒ 手順 [0.5.1](#)

また、H26 年度以前からの事業実施 41 地域では、昨年度配布された v1.0 の利用状態に応じて、下記の場合に分けられます。あてはまる手順で v2.0 をインストールしてください。⇒ 手順 [0.5.2](#) または [0.5.3](#)



※ 都道府県やチーム設置のない市町村(取りまとめのみ)でのインストールは [0.5.4](#) を参照してください。

認知症初期集中支援チーム 実績報告用プログラム(v2.0)

操作の手引き

【目次】

0	動作環境・インストール手順	1
1	メインメニュー (スタート画面) と主な機能の説明	8
2	チーム情報の入力・編集	9
3	対象者情報の入力・編集	12
4	チーム指標作成・データファイル出力	24
5	データファイルの統合	27

平成 27 年度 厚生労働省 老人保健医療推進等事業

認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業 編

0.5.4 都道府県やチーム設置しない市町村で v2.0 をインストールする場合

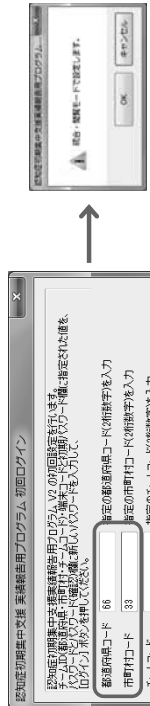
実際のチーム活動による対象者情報の入力がない、都道府県やチーム設置のない市町村が、データ取りまどめ時等において、複数のデータファイルを統合して閲覧する場合に、**統合・閲覧モード**（対象者の新規登録はできません）として v2.0 をインストール・設定します。

手順：v2.0 のインストールは、0.5.1①（インストール）、③（パスワード設定）と同じです。

② 統合・閲覧モードのチーム ID（固有の 2 桁または 4 桁の番号）の設定

- プログラムの初回起動時に、
都道府県の場合：都道府県コード **2 桁** まで
市町村の場合：実施地域一覧にある市町村コード **2 桁**（計 4 桁まで）を順に入力します。

都道府県コード	通常所定の 2 桁の都道府県番号（手引き巻末に記載）
市町村コード	27 年度実施地域の 2 桁の通し番号（都道府県ごと、手引き巻末に記載）



④ 通常のログイン（設定したパスワードでログイン）

- パスワード入力カウントダウンが出ます。（「チーム ID」欄には、設定した 2 桁または 4 桁のみが表示）
「パスワード」に設定した新しいパスワードを入力します。



- ログインすると、メインメニューが開き、プログラムがスタートします。
※ 統合・閲覧モードでは、「対象者情報」ボタンによる新規対象者追加はできません。
※ 複数のチームデータを統合した場合、各チームの「チーム情報」はプルダウンから特定のチームを選択して閲覧することができます。

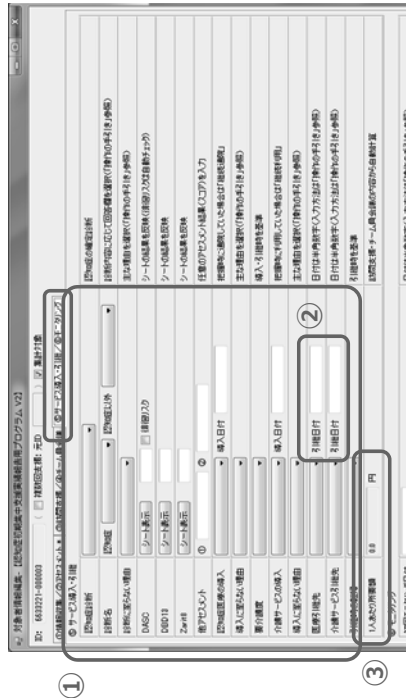


- 統合・閲覧モードでの操作や機能については、P.29 を参照してください。

3.4 「⑤ サービス導入・引継／⑥ モニタリング」（タブ 3）

3.4.1 ⑤ サービス導入・引継

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。サービス導入・引継時点を基準に、あてはまるものを選択（クリック）回答します。

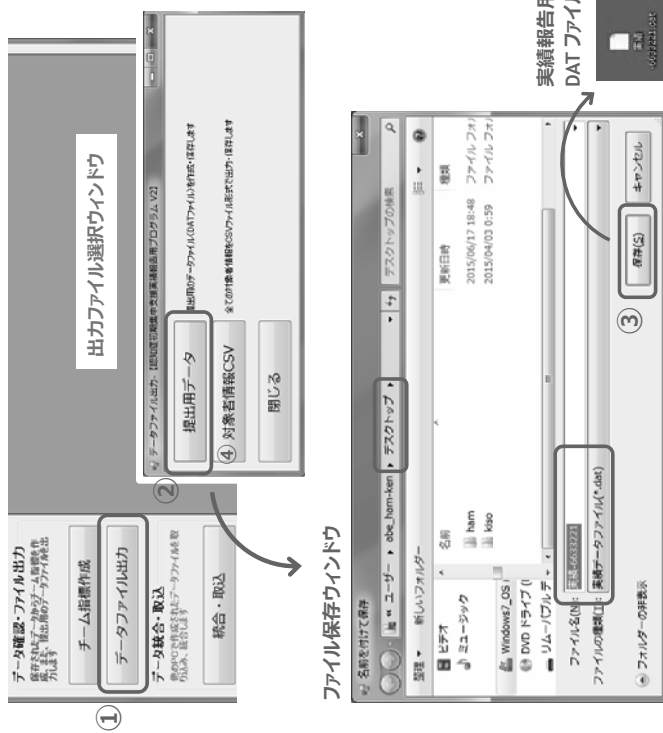


① 主な項目（選択肢）の定義は以下の通りです。

認知症診断	支援終了時の認知症の診断の有無について回答します。 〈認知症の診断に至った〉 認知症の確定診断の場合 〈認知症以外の診断に至った〉 うつ等の診断の他、“正常”の場合も含む 〈介入時に認知症の診断あり〉 既に確定診断があり、変わらない場合 〈診断に至っていない〉 検査中や診断待ちの場合も含む
診断名 「認知症」	「認知症」の診断名を回答します。 〈その他の認知症〉 アルコール性認知症など ※ 診断に至ったが診断名が不明な場合は“空欄”とします。
「診断名以外」	「認知症以外」の診断名を回答します。（「認知症」を回答した場合は回答不要） 〈正常〉 診断の結果、認知症・精神疾患等でもない場合 〈その他の精神疾患〉 せん妄、正常圧水頭症 など
診断に至らない理由	「認知症診断」で〈診断に至っていない〉を選択した場合に回答します。 〈診療中〉 診断待ち、検査中などの場合 〈診療拒否〉 医療機関への受診に至っていない場合など
認知症医療の導入	認知症医療（受診）の導入について回答します。 〈認知症の通院〉 認知症についての通院等が導入された場合 〈認知症の診断のみ〉 認知症の診断のみで、定期通院はない場合 〈継続通院〉 介入時に通院ありの対象者が継続している場合 〈受診に至っていない〉 認知症医療に全くつながらっていない場合

4.2 実績報告データ出力

「チーム情報」と「対象者情報」について、チーム活動実績報告として、都道府県経由で厚生労働省（認知症・虐待防止対策推進室）宛てに **チーム単位**で お送り頂くことを予定しています（H28.2.メド）。メール添付用の **実績報告データファイル**(DAT形式ファイル) を出力します。



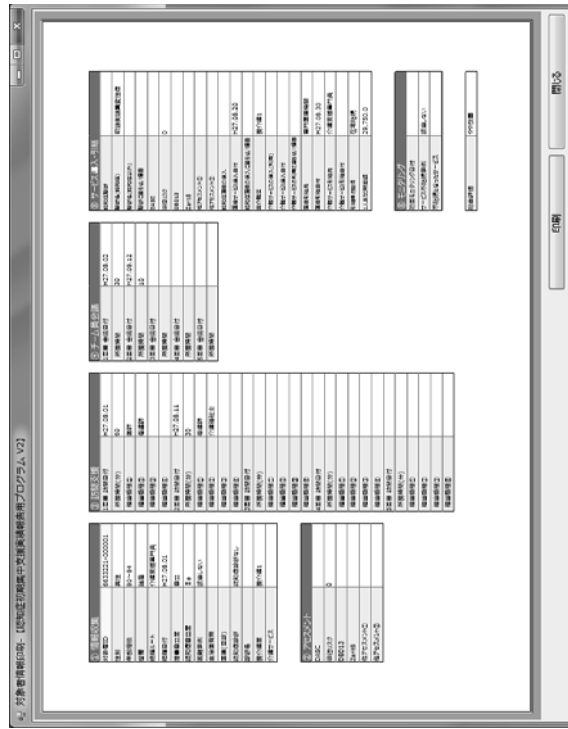
- ① 「データファイル出力」をクリックして、出力ファイルの選択ウィンドウを開きます。
- ② 実績報告は DAT ファイルの送信を行うので、[提出用データ] をクリックして、ファイル保存ウィンドウを開きます。出力するファイルについて、ファイル名（実績-チーム ID(7桁) になっているか）とファイル種類（実績データファイル(*.dat) になっているか）を確認します。
- ③ 保存先はデスクトップ等を設定して、[保存] をクリック、実績報告用の DAT ファイルを保存します。
 - ※ ファイルをそのままメール添付で提出します。
 - ※ 厚生労働省への提出について、期日や具体的な手順等の詳細は改めてお知らせします。
- ④ 「対象者データ CSV」では、実施地域での集計等作業用として、全ての対象者の保存データ一覧を CSV ファイル形式で出力することができます（Microsoft Excel ファイルでの保存が可能です）。
 - ※ 実績報告として提出（添付送信）するファイルではありません。
 - ※ Excel 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」の際に、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。

③ 3つのタブ(入力)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～⑥モニタリングまでの全ての入力情報(内容)が保存されます。

※ 「保存」をクリックする前に、右下の「閉じる」または右上の「×」をクリックすると、対象者情報の入力内容が保存されない場合がありますのでご注意ください。

※ 「印刷」では、対象者情報の保存内容（①情報収集～⑥モニタリング）までの全入力情報を印刷します。（あくまで参照用であり、事業所定の帳票ではありません）

対象者情報 印刷プレビュー

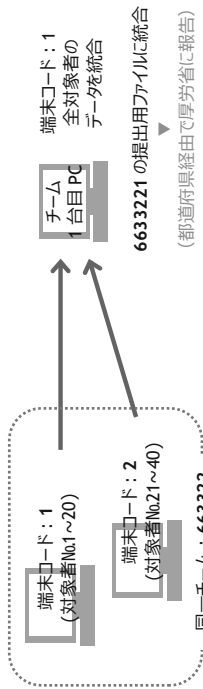


5 データファイルの統合

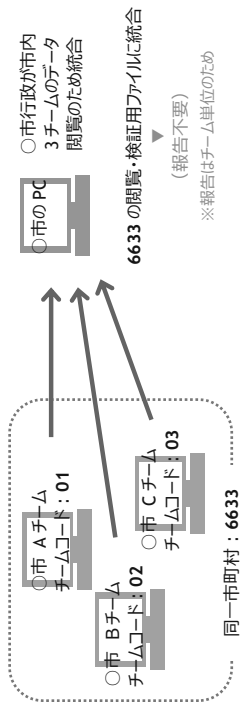
5.1 複数データファイルの統合

下記のような場面に对应して、他の地域、他のPCで作成した複数のチームデータ（DATファイル）を統合することができます。（複数のファイルに含まれる全対象者データが1つに統合されます）

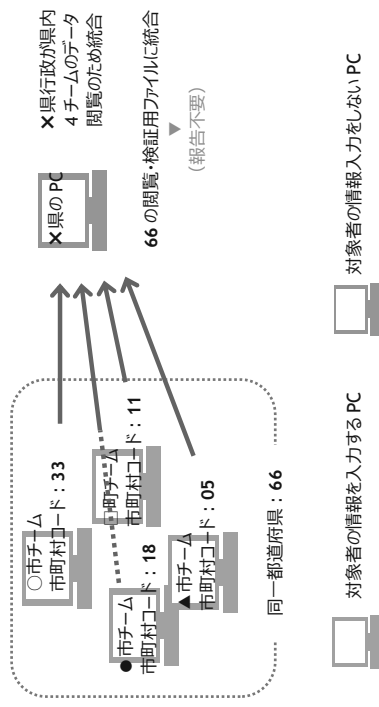
例1：チーム内のPC2台で分担して入力したデータを、提出用の1つのチームデータとして統合



例2：市町村内に設置した複数チームのデータを、閲覧・検証用の市町村の1データとして統合



例3：都道府県が、複数市町村のデータを、閲覧・検証用の1つの都道府県のデータとして統合



5.2 統合・閲覧モードの機能

実施市町村(複数)のデータ取りまとめを行う都道府県や、市町村内に複数チームの設置があり、全体の状況確認、データ閲覧のみを行う市町村(チーム設置なし)が、データ統合して閲覧・検証する場合は、統合・閲覧モードで操作します。

5.2.1 統合・閲覧モードのインストール設定

都道府県やチーム設置ない市町村が、統合・閲覧モードでのインストールは、P.7の「0.5.4 都道府県やチーム設置ない市町村でv2.0をインストールする場合」を参照してください。

5.2.2 各データの閲覧

統合・閲覧モードで、複数のデータファイルを統合・取込んだ場合、当該PCが保有している情報は、①全チームのチーム情報（チーム設置場所、職種単価 など）、②全対象者の対象者情報（アセスメント、診断、引継先 など）となります。

チーム情報は、それぞれを「チーム情報編集画面」で閲覧することができます。各チームの入力情報の一覧表示や平均値表示は行いません。チームの選択は、画面左上の「対象チーム絞り込み」横にあるプルダウンから行います。



対象者情報は、統合したチームの全対象者が、メニュー右の対象者一覧に表示されます。対象者ごとの個別入力情報は、それぞれの【編集】ボタンから閲覧することができます。

※統合・閲覧モードでは、「対象者情報」ボタンによる 新規対象者追加はできません。



また、全対象者データによる チーム指標の作成（印刷・CSVファイル出力）も可能です。

※一覧表示を行わないチーム情報データを利用するチーム指標 55 項目のうち、

- 0：職種単価・チーム会議単価
 - 1：対象者出現割合
 - 22：チーム会議の開催回数
 - 23：1会議あたりの所要時間
 - 24：1会議あたり取扱件数
- については、計算は行いません。

2. 訪問巡回調査

実績報告用プログラムによる活動実績の量的な把握に並行して、委員会委員の実施地域およびチームへの訪問による訪問調査（質的な把握）を実施した。

チーム活動の進捗状況や地域やチーム設置の特性から、「チーム立ち上げ」、「訪問支援」、「支援引継時」の段階に分けた上で、訪問調査の評価視点を設定して実施した。

同調査は、委員会委員の巡回（チーム員会議への同席）から、助言や質疑応答の機会としての意味が強かったが、実施地域の拡大に伴い、個々のチームへの評価を行うのではなく、活動段階や地域・チーム特性に分けて情報を整理し、一覧として掲載することとしたい。

図表 3-10 訪問巡回調査のチーム特性と評価視点

段階	チーム立ち上げ	訪問支援	支援引継時
チーム特性	<ul style="list-style-type: none"> ・H27 年度新規地域 ・チーム設置直後段階 	<ul style="list-style-type: none"> ・H26 年度地域 ・活動後 1～2 ヶ月段階 	<ul style="list-style-type: none"> ・先行地域（H25 以降） ・支援終了者が複数いる段階（集中支援～モニタリング）
評価視点	<ul style="list-style-type: none"> ●チーム編成（実施計画） ●検討委員会 ●住民広報 ●関係機関等調整 	<ul style="list-style-type: none"> ●チーム員会議内容・時間配分 ●訪問支援内容 ●支援時課題 ●専門医の関わり・課題 	<ul style="list-style-type: none"> ●集中支援終了の判断 ●引継先との調整 ●引継時の課題 ●モニタリング時期・内容
候補地域	<ul style="list-style-type: none"> ・初年度 ①津島市 ②桑名市 	<ul style="list-style-type: none"> ・2 年度目以降 ③山梨市（直営包括） ・指定都市、複数チーム設置 ④名古屋市 	<ul style="list-style-type: none"> ・先行地域 ⑤宇部市（継続介入）

なお、訪問調査にあたっては、次ページのヒアリング項目を準備し、訪問を担当する委員の目線合わせを行った。一覧整理も、その項目に沿って行っている。地域（チーム）の活動の進捗状況から、ヒアリングできない項目もあり、その場合は空欄となっている。

図表 3-11 活動段階別のヒアリング項目

(1) 基本情報（訪問地域から事前収集）

- ①設置場所、チーム員構成
- ②活動スタート時期、現在の対象者数とその進捗、年度末までの目標数
- ③現状での課題（簡単に）

(2) ヒアリング項目

①チーム立ち上げ段階

- ・ チーム設置目的とチーム構成・設置場所などのビジョンについて
- ・ 検討委員会の位置付け・機能とチームや行政とのかかわり
- ・ 住民広報等の啓発戦略と実績（やったこと）
- ・ 関係機関との調整や継続連携
- ・ その他のバックアップ体制構築（内外）
- ・ 伝達研修の実施、課題、工夫

②訪問支援段階

- ・ 対象者把握（相談対応、対象者選び、支援計画）
- ・ チーム員会議（運営、役割分担、頻度、効率化の工夫）
- ・ 訪問支援（運営、担当ルール）
- ・ チーム内外の連携（専門医との関係、団体等との関係）
- ・ 困難事例（支援が必要なのに支援に入れない対象者）の具体例
- ・ 初期集中支援が奏功した事例（早期対応、多機関連携、家族支援等）
- ・ 行政の関与、課題、目標

③引継・支援終了段階

- ・ 引継判断（基準、プロセス、引継先との連携）
- ・ 他の施策・仕組みとの関係
- ・ モニタリングの計画（実施上の課題、好事例）
- ・ 対象者、地域、チームの拡大へのビジョン
- ・ 運営・進捗管理（実績ソフトの活用、他施策への発展）

認知症初期集中支援チーム 訪問調査（基本情報）

訪問地域選定	チーム形態	活動概況	現状での課題
<p>●委託チーム ●初年度</p> <p>桑名市</p>	<p>設置場所：各地域包括支援センターに配置（5チーム） チーム構成：サポーター医、保健師、看護師、社会福祉士、介護福祉士</p>	<p>・活動開始：平成27年4月 ・訪問件数（H27.12.31現在）：（美）49件 ・昨年度から準備を行い、4月からスタート。</p>	<p>・対象者は地域包括支援センターに相談があった方がほとんどである。</p>
<p>●初年度</p> <p>津島市</p>	<p>設置場所：地域包括支援センター（1チーム）* 3か所の包括にチーム員はそれぞれ配置 チーム構成：サポーター医、看護師、社会福祉士</p>	<p>・活動開始：平成27年10月 ・訪問件数（H27.12.31現在）：（美）7件（延回数）42回</p>	<p>○チーム員のスキルアップ ○訪問対象数増に対応するためのメンバーの確保 ○地域全体の認知症理解の促進及び認知症支援施策の充実</p>
<p>●2年度目 ●直営（包括）</p> <p>山梨市</p>	<p>設置場所：市直営地域包括支援センター チーム構成：地域包括：保健師2、社会福祉士（介護福祉士）1、本庁：保健師1、認知症疾患医療センター：サポーター医1</p>	<p>○スタート時期：平成26年10月 ○現在までの対象数：平成28年1月までで18件</p>	
<p>●2年度目 ●複数チーム設置 ●都市部</p> <p>名古屋市</p>	<p>地域包括支援センター（いきいき支援センター）（すべて委託）29ヶ所（含む分室）中、16ヶ所に設置 ⇒平成28年度は29ヶ所設置予定 ○チーム員体制：包括職員が兼務、専門医は各センター担当エリア内の認知症サポーター医等</p>	<p>○スタート時期：平成26年度 ○いきいき支援センター1か所（千種区東部）でモデル実施 ○平成26年度訪問実績（千種区東部のみ）：40事例 ○平成27年度訪問実績（千種区東部のみ）：（cf：千種区東部の65歳以上人口約21,000人） 平成27年4月以降の新規事例数：19事例 平成26年度からの引き続きの事例数：17事例 計36事例（H28.1現在） ○市全体の訪問実績：H27.11末現在 127事例（H26年度からの継続者含む） うち訪問終了 35事例、訪問継続中92事例、訪問延回数467回、チーム会議実施事例数387事例（1事例あたり会議回数約3回）</p>	
<p>●3年度目</p> <p>宇部市</p>	<p>H25年度：保健師1名、介護福祉士1名、作業療法士1名 チーム員の医師がチーム活動への参画に対し、非常に前向きであったので、問題はなかった。</p>	<p>立ち上げ段階は、関係機関との調整、周知、啓発活動（市民向け、関係者向け広報も含む）が中心であった。 活動スタート時期：平成25年8月～モデル事業 現在介入中の対象者：36名 年度末の目標数：50名</p>	<p>その当時は、対応ケース数の目安もつかず、どのようにケース対応していくのが、流れの見当がつかずにいった。 1：チーム員活動専任ではないため、適切なタイミングで介入できないことがある。 2：包括支援センターからの相談は減少。困難事例は、初期集中支援の介入依頼というより、相談という形での意味合いが強くなっている。 総合相談窓口である、地域包括支援センターとの連携 ※双方機関での「問題」課題の捉え方の違いあり。そのため、事例で発生している「課題」に対し、双方機関がタイムリーな介入をするための「連携」になりづらい側面がある。</p>

認知症初期集中支援チーム 訪問調査①（チーム立ち上げ段階）

市名	チーム設置状況	検討委員会	広報活動	関係機関との調整	伝達研修	個人情報	リーダーの役割
桑名市	<p>・総合事業を実施し、その中で初期集中支援チームも設置。直営包括（軽症型）1か所、委託包括が5か所あり、その委託包括に置くことが情報も入りやすく活動しやすいとの判断から地域包括支援センターに設置することとした。</p>	<p>検討委員会 ・平成22年度から医師会や地域包括支援センター等の関係機関でネットワーク連携部会を年2回開催しており、その委託包括に置くことが情報も入りやすく活動しやすいとの判断から地域包括支援センターに設置することとした。</p>	<p>広報活動 ・相談は家族や民生委員から多い。 ・市の広報や講演会で事業を知り、地域包括支援センターはかなり周知が進んだが、それと一緒に周知していきたい。</p>	<p>関係機関との調整 ・市内にサポート医も10名ほどおり、認知症施策に対して理解がある。ケアバスを作成し、もの忘れ相談医リストや専門医療機関のリストも作成している。</p>	<p>伝達研修 ・今回チーム員は全員研修受講したので、伝達講習は行ってない。 ・同じ研修を受けてもDASCを取るチーム員で違うことがある。2日間の研修を全部伝える自信はないので、ここだけは押さえて伝達する必要がある。 ・実施しているが、各包括での動きになる。 ・自身が理解できていない中で行うため国の目的などを正しくメンバーに伝えられたか、理解できたか不安。できればメンバー全員が受講できることが望ましい。受講することで他職種とのチーム活動としての自覚も促せる（現在は「NSEさんの仕事でよ」という意識が強い。）</p>	<p>個人情報 ・現在問題はない。チーム員活動の説明のチラシで初期集中支援チームが関わっていることは説明し、同意書等は取っていない。</p>	<p>リーダーの役割 ・地域支援推進員の役割もあり、医療と介護の連携の役割を担っている。</p>
津島市	<p>メンバー：3師会＋介護サービス団体（ケアマネ代表・包括・市民病院DSTメンバー2名・社協・市民代表1名・在宅医療サポートセンター（Dr会）2名）</p>	<p>・相談は家族からが多い。 ・これまで医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ、民生委員等へ事業説明実施。 ・「認知症初期集中」と謳うと市民からは遠ざけられる。まずは関係機関に知らせてもらって、市民に知ってもらえるのではないかと考えている。</p>	<p>・相談は家族からが多い。 ・これまで医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ、民生委員等へ事業説明実施。 ・「認知症初期集中」と謳うと市民からは遠ざけられる。まずは関係機関に知らせてもらって、市民に知ってもらえるのではないかと考えている。</p>	<p>情報共有ツール（電子システム）「つながろまい津島」(*)を活用し、関係機関で共有。 * 医師会の医師、各事業書が各々のPC、タブレット、スマホ等にインストール。ケアマネ9割参加。 ・主治医への、情報共有に関する協力依頼文書の送付と主治医コメント票の記載依頼による連携体制。</p>	<p>・実施しているが、各包括での動きになる。 ・自身が理解できていない中で行うため国の目的などを正しくメンバーに伝えられたか、理解できたか不安。できればメンバー全員が受講できることが望ましい。受講することで他職種とのチーム活動としての自覚も促せる（現在は「NSEさんの仕事でよ」という意識が強い。）</p>	<p>訪問同意書なし（H28年度からは取るかも）</p>	
山梨市	<p>○チーム構成の検討：庁内検討及びサポート医のアドバイスを元に、まず直営チームで稼働することを選択 ○H28年度から訪問活動のみが外部委託（医療法人）予定 の作成→施策の穴がある</p>	<p>○経緯：H19年度徘徊対策の検討ワーキングを開始、平成20年度～認知症支援ネットワーク会議を設置（委員31人） ○ネットワーク会議の中で、「初期集中が必要」「ケアも必要」「ケアバスの作成→施策の穴がある」</p>	<p>○スタート時に市広報に1回掲載</p>	<p>○地域のかかりつけ医との連携：情報提供書（案）を作成し地区医師会に相談したり、「双方方向の文書のやり取りは忙しくてムリ」「保険請求できない文書は困る」「一方向通行（チーム員からの情報提供）な50Kといわれ、チーム員⇒かかりつけ医の経過報告のための「情報提供書」を使用。</p>			
名古屋市	<p>○市認知症疾患医療センターの医療連携協議会を活用</p>	<p>○市広報紙掲載 ○チラシを作成し、市民及び地区医師会、歯科医師会、薬剤師会に配布 ○市民講座や民生委員協議会等で事業説明</p>	<p>○市広報紙掲載 ○チラシを作成し、市民及び地区医師会、歯科医師会、薬剤師会に配布 ○市民講座や民生委員協議会等で事業説明</p>	<p>○千種区包括内での伝達：国研修を社会福祉士が受講、受講後、同包括の職員に伝達研修を実施 ○伝達しにくかった内容：宮崎講師の単元（具体的な支援）、筒井講師の単元（パナス） ○研修に関する要望：DASCの動画及びすべての研修の動画配布を希望</p>			
宇部市	<p>市役所本庁設置（市の直営）であったため、市が提供する他のサービスとの効果的な融合性が図れるように、縦・横のつながりを大切にすることに。</p>	<p>既存の「宇部市保健・医療・福祉サービス推進調整会議」の場で、検討委員会を兼ねる形になったため、特別に会議を増やすこともなく、業務量増加などのデメリットが生じることはなかった。</p>	<p>市民向け：市報、地元紙（宇部日報）、チラシでの啓発的広報活動 関係者向け：課内のスタッフへの周知（該当ケースの紹介）、プロック会議（各地域での支援者が集まって、事例検討をする場）等での取り組みの説明や 対象事例の紹介を依頼。</p>	<p>・認知症の「診断」「治療」ルートに早期にスムーズに導くためには、地域の医師たちの力も貴重なソーシャルサポートである。そのため、本事業の主旨、対象者像等を説明し、スムーズな連携協力体制が構築できるようなチーム員各自が医師会への働きかけを実施した。 ・チーム会議に主治医や関係機関が参加できるように調整した。</p>		<p>ケース記録は、鍵付きのロッカーに収納している。ケース対応で知りえた、当事者情報は、支援の提供以外には使わないことを口頭で説明している。</p>	<p>一人の担当者に困難事例が集まらずに、ケース対応で知りえた、当事者情報は、支援の提供以外には使わないことを口頭で説明している。</p>

認知症初期集中支援チーム 訪問調査②（訪問支援段階）

対象者把握	チーム会議	訪問支援	困難事例	各職種が果たした役割	チーム内外の連携	行政の関与、課題、目標
<p>・地域包括支援センターに相談があった者の中で、地域包括支援センターの職員で初期集中支援チームの対象者にするかどうかを判断している。</p>	<p>・毎月1回、1時間程度で実施。初回のケースは20分程度で継続ケースは5分程度。 ・司会はチーム員が行い</p>	<p>・看護職、介護職の名で訪問を実施。場合によっては1名がチーム員と包括職員の組み合わせもある。</p>	<p>・独話が残り、隣にゴミを置く等の迷惑行為があった対象者へ関わりつつ、精神保健福祉法での対応が必要になり、保健所との連携が必要になったケースがあった。現在も保健所と地域包括支援センターで見守り中。 ・高齢者世帯で、受診拒否する対象者にチーム員の医師が訪問、介護保険サービスにつながったケースがあった。</p>	<p>・看護職は身体疾患とアセスメントを実施。介護職は家庭内の状況等を把握するように大まかな役割は決めている。</p>	<p>・チーム員の中に地域支援推進員を兼ねているもの者がいる。そのため、認知症カフェなどの企画も実施しており、カフェから初期集中支援チームへつながったケースもある。</p>	<p>・直営包括支援センターと初期集中支援チームを設置している包括支援センターとの連携が取れており、情報共有もできている。</p>
津島市						
山梨市	<p>○運営者は地域包括支援センター、会場は認知症疾患医療センター、認知症サポート医に合わせた16時から1時間（週1回） ○初回のチーム会議で、初期集中支援チームで対応するか、他の方で対応するかを振り分ける（チームの支援開始日は初回チーム会議の日となる）</p>	<p>○初回訪問：チームというより地域包括支援センターの訪問活動の一端として実施。アセスメントツール（DASC等）を使用</p>	<p>○チーム事業で対応することにより、抱え込みが防げる、システムティックな支援ができる</p>	<p>○現在の市の在宅死亡率=10%（病院で死亡する人が多い） 在宅死亡率を上げるかどうかは市民の選択</p>		
名古屋市	<p>○対象者選び：インテグレーション「総合相談」認知症初期集中」のどちらで対応するかを振り分け</p>	<p>① 脳梗塞既往あり、アルコール依存症疑い事例 ⇒ 脳梗塞再発作で自宅で倒れ、緊急対応 ② 糖尿病コントロール不良、血糖値「5」！？</p>	<p>① 本人の医療に対する不信感が強く、家族も非協力的な事例。 ② 本人は支援者に対し受け入れは良好だが、具体的介入までは進展しない事例。 ③ 本人が医療や支援介入を受容できていない上に、家族が現状を理解できていない事例。 ④ 家族間で支援介入に温度差がある事例（ある家族は初期集中支援に相談、別の家族は介入拒否）</p>	<p>保健師：当事者の健康状態の把握（服薬情報も含む）、医療や保健福祉機関との連携、医療リスクの見極め 介護福祉士：家族調整・地域関係機関との連携 作業療法士：当事者の生活機能の確認・地域関係機関との連携</p>	<p>モデル事業当時より、よりスムーズになっている。今まで、簡単な情報提供のみだった医師より、詳細な情報提供（書面も含む）を受けるようになった。</p>	<p>初動にむけての把握：市役所窓口来所・電話相談・地域包括Cからの相談 課題・目標： 地域包括Cは初期集中支援チームの役割について認識してはなっているものの、早期介入を逸している事例が多く、自らの守備範囲での対応が難しくなってきた。また相談→介入→帰結（必要な支援につながらず、モニタリング後、関係機関に介入）主導を引き継いだ時点）までの日数（総支援日数）を相談元別に見ると、地域包括Cからの相談ケースが、最も総支援日数が多い結果であった。そのため、啓発活動をするにしても、市民（各地域でスポーツ的、要的存在に「民生委員」も含む）向け、専門職向けに啓発内容や方法を変えないといけない仮説が導き出された。</p>
宇部市	<p>運営：宇部市立こころの医療センターで共同開催 役割分担：司会者、記録者、事例発表者 頻度：1回/月</p>	<p>運営：初期集中支援チームと地域包括支援センターが協力して対応。担当ルール：随時連絡を取り合っており、初回介入の方法や面談時期を相談ヒヤリ/ハット事例：当事者（認知症をもつ人）の拒否が強く、家族も介入しづらい同居の事例。要医療との判断から医療保護入院になった。今回は、無事入院できたが、もしそのまま自宅で独居生活を継続していたら、いくつか大きな問題が想定された。それは、入院し翌日に、大寒波による積雪があり、当事者には徘徊の問題、火の始末、寝房対応が不可等の問題があったため、積雪による移動の障害もあり、家族がすぐ駆けつけられないことに伴う最悪の事態（徘徊中の転倒事故・行方不明による凍死、火事、凍死）発生がリスクとして挙げられた点である。</p>	<p>困難事例： ① 本人の医療に対する不信感が強く、家族も非協力的な事例。 ② 本人は支援者に対し受け入れは良好だが、具体的介入までは進展しない事例。 ③ 本人が医療や支援介入を受容できていない上に、家族が現状を理解できていない事例。 ④ 家族間で支援介入に温度差がある事例（ある家族は初期集中支援に相談、別の家族は介入拒否）</p>	<p>保健師：当事者の健康状態の把握（服薬情報も含む）、医療や保健福祉機関との連携、医療リスクの見極め 介護福祉士：家族調整・地域関係機関との連携 作業療法士：当事者の生活機能の確認・地域関係機関との連携</p>	<p>モデル事業当時より、よりスムーズになっている。今まで、簡単な情報提供のみだった医師より、詳細な情報提供（書面も含む）を受けるようになった。</p>	<p>初動にむけての把握：市役所窓口来所・電話相談・地域包括Cからの相談 課題・目標： 地域包括Cは初期集中支援チームの役割について認識してはなっているものの、早期介入を逸している事例が多く、自らの守備範囲での対応が難しくなってきた。また相談→介入→帰結（必要な支援につながらず、モニタリング後、関係機関に介入）主導を引き継いだ時点）までの日数（総支援日数）を相談元別に見ると、地域包括Cからの相談ケースが、最も総支援日数が多い結果であった。そのため、啓発活動をするにしても、市民（各地域でスポーツ的、要的存在に「民生委員」も含む）向け、専門職向けに啓発内容や方法を変えないといけない仮説が導き出された。</p>

認知症初期集中支援チーム 訪問調査③（引継・支援終了段階）

	引継判断	モニタリング	効果測定	運営・進捗管理	人材育成（OJT、継続研修等）	長期ビジョン
<p>桑名市</p>	<p>・医療介護につながった場合や認知症ではないと診断された場合には速やかに引き継いでいる。</p>	<p>モニタリング ・必ず2か月後には1回モニタリングをするように市で取り決めていく。 ・必要なサービスにつながっておらず、初期集中支援チームで支援を再開した方が1名いた。</p>				
<p>津島市</p>						
<p>山梨市</p>						
<p>名古屋市</p>		<p>○モニタリング時期：訪問終了から2か月後に実施</p>			<p>○伝達研修及びフォローアップ研修の実施体制確保</p> <p>○全いきいき支援センターにチームを配置 平成27年度：16ヶ所 ⇒ 平成28年度：29ヶ所</p>	
<p>宇部市</p>	<p>基準：いづれかの支援サービスにつながり、当事者（認知症をもつ人）や家族の生活や心身状態が安定した時点。 引継ぎ先との連携：当事者や家族の状況（変化時も含む）について、時事、情報共有を図る。</p>	<p>基本的な計画：基本は、引継ぎ先が介入のインシアチブをとるため、初期集中支援チームは見守る状況。 実施上の課題： ① 再調整を要する場合は初期集中支援の介入により一旦、生活状況の安定が得られたが、家族の病気や当事者の状況変化（心身・生活）により、ニーズの把握、関係機関との調整など再調整が必要になる場合がある。 ② 支援介入が中断している場合は医療との関わりがいつの間にか途絶えている場合が多い。 ③ 課題を抱え込んでいる場合はケアマネジャーが当事者や家族の状況悪化を一人で思い悩んで抱え込んでいる場合がある。</p>	<p>2015年度 宇部市役所・京都大学共同研究にて実施 『認知症をもつ人および家族のQOL向上をめざした施策のあり方研究－認知症初期集中支援チーム介入分析からの考察－』より</p>	<p>認知症分科会等での実施状況の報告（構成：認知症疾患医療センター、宇部市医師会、連携室等） 認知症医療と地域連携について研修会や検討会を実施している。年2回程度開催。 →平成25年度に、モデル事業立ち上げ時の紹介と、活動実績の報告を実施。</p>	<p>地域包括支援センター職員に対し、認知症の進行段階に合わせた当事者支援、家族支援に関する研修実施予定</p>	<p>宇部市内9ヶ所の地域包括支援センターにおいて、初期集中支援が実施できるような基盤整備、支援を実施</p>

IV 考察

1. 認知症初期集中支援チーム員研修について

1) 認知症サポート医養成研修との合同研修

今年度は初めての試みとして長寿医療研究センターがこれまで行ってきた認知症サポート医研修と認知症初期集中支援チーム員研修を同一会場で実施し、一部のプログラムを同時に研修するとともに、第2日目には合同でのグループワークを行った。図表 2-3-5 に示したように、全会場で 90%以上の受講者がポジティブな評価であった。ことに認知症初期集中支援チーム員研修の受講者で高評価であった。一方サポート医の一部には認知症初期集中支援チームに対する認識がなかったこともあり、戸惑いもみられた。このように合同研修やグループワークは有用と思われるが、2) に示すように 28 年度においての同時開催は物理的に困難な可能性が高い。

2) 次年度以降の受講ニーズにどう対応するかー伝達講習のあり方ー

今年度は約 300 チームのチーム員に対して講習を行った（受講者数は 1,084 名）。平成 28 年度から 29 年度までに全国で必要なチーム数は、約 1,800 チームと推定されており、1 チーム 3 名までに限定して受講するにしても、5,400 名に対して講習を行う必要がある。図表 2-3-4 に示したように伝達講習の困難さもあり、会場での受講を求める声も強い。その場合の最大の問題は、400 名以上をスクール形式で収容できる会場の確保である。少なくとも認知症サポート医研修と同時開催ではこのような会場の確保は難しいところである。平成 28 年度については、東京会場 800 名 X 2 回、大阪または京都会場で 500 名、名古屋会場 400 名、札幌会場 200 名、福岡会場 300 名の、合計 3,000 名に対して研修を行うことをめざす。

3) 講師体制の確保

今年度は委員の全面的な協力のもとに全 4 回をほぼ同一の講師のもとで研修を行うことができた。しかし平成 28 年度はさらに研修会の回数を増やすことを計画しているため、講師の確保は大きな課題である。そのため各講師には、自分の講義領域を講義可能な講師の推薦を依頼している。また次年度は主要講師の講義のビデオ撮影を行う。これは主として、伝達講習の教材として使用する目的であるが、どうしても講師が確保できなかった際のバックアップとすることも可能である。

4) 衛星やネット配信などの工夫も視野に

各地域でのチーム設立状況が予測できないことは、研修にとって大きな問題である。仮に、平成 28 年度のチーム設立状況が今年度並みから今年度の倍程度までのびたとしても、最終の平成 29 年度には 4,000 名近くの研修が必要となり、会場に集めての講習が事実上困難となる。

そのような事態も想定し、本年度は映像教材の専門団体であるシルバーサービス振興会に多施設同時開催研修の可能性についてコンサルトした。映像の安定性、コスト等から専用回線によるインターネット生中継が本事業には有用ではないかというコメントをいただいた。インターネット研修の可能性も検討しておく必要がある。

2. チーム員活動の評価について

平成 28 年 1 月末までのデータでは 153 チーム 560 例のデータが集積された。データ提出率は約 50% で、任意の提出であったが、ある程度の情報が得られた。この段階では、チームは立ち上げたがまだ具体的な活動にはいたっていないチームがあることが、提出数が少なかった要因としてあげられる。

対象者の概要はこれまでのモデル事業のデータと比べ大きな変化はない（図表 3-3）。また、例数は必ずしも多くないが、DBD13、Zarit_8 の改善傾向も持続して確認できており、ことに介護負担尺度の改善がめだっている（図表 3-5）。引継時の状況は欠損値が多いが、欠損値を除くと医療は 77%が、介護は 61%が導入されていた。介護では導入されない割合が高いが、導入されなかった内訳では、必要なしが 25.6%、希望しないが 49.6%を占めており、これは必要とされている人に導入されていないわけではないことを示している（図表 3-8-2）。終了時の状況では欠損値を除くと在宅継続率は 77%であった。入院の割合が増加している理由として、医療施設が母体にあるチームでは、診断治療のための入院が比較的容易なため、入院が増加している可能性が推測される。

昨年度から使用している専用プログラムによるデータ収集スキームも安定してきており、ある程度規模の拡大に十分対応できている。また、各チームのデータを都道府県に集約し、結合できる機能を持たせたため、都道府県のデータ把握のメリットも付加された。一方、都道府県や市町村から各チームへプログラムが円滑に配布されていなかったり、プログラムのインストールや入力操作でのトラブルへの対応が必要であった。この点では規模が拡大された際には対応に限界があり、組織的な対応が必要かもしれない。

また、このプログラムは基本的なデータ収集が中心で、そこから得られる情報は量的なものに限られる。質的な活動状況の把握は今後も課題であり、巡回調査のあり方も含め、来年度の検討事項である。

3. 次年度の事業実施にあたっての課題

次年度の事業実施についての課題を列挙する。

- 1) 研修実施によるチーム設置の支援
- 2) チーム設置の後の効果的な運用に対する支援
- 3) 都道府県による市町村支援の方法論・ツールの検討
- 4) 各自治体での設置・活動状況および仕組み作りの把握（アンケート）

1) についてはすでに 1. で述べた。研修の遅れによってチームの立ち上げが遅れることのないよう十分に計画したい。また次年度では立ち上げが遅れている地域に対して調査を行い、遅延理由を明らかにするとともに、遅延の原因に関して対応可能な点については支援を行う。

2) と 3) については、今後長期的にチームを支えるためには、国や長寿医療研究センターのバックアップから、都道府県によるバックアップに順次移行する必要がある。その際にどのような仕組みやツールがあれば継続的な管理支援ができるかを検討する。

その根拠となる資料を集積する作業が、4) の各自治体の活動状況を把握する調査になる。この調査で成功事例、困難事例の集積を行い、あわせてチームの活動を困難とする要因の解析を行うことにより、チームに対する長期的な支援に必要な因子は何かを提示できると考えられる。

**認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業
報告書**

平成 28 年 3 月

禁無断転載

国立研究開発法人 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>