

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の 流れとこれまでの状況



**国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
鷺見幸彦**

認知症大綱の基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

- ① 普及・啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

①—⑤のすべてに認知症の人やその家族の視点の重視

「予防」とは認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味

認知症大綱の概要

初期集中支援チームに関する記載

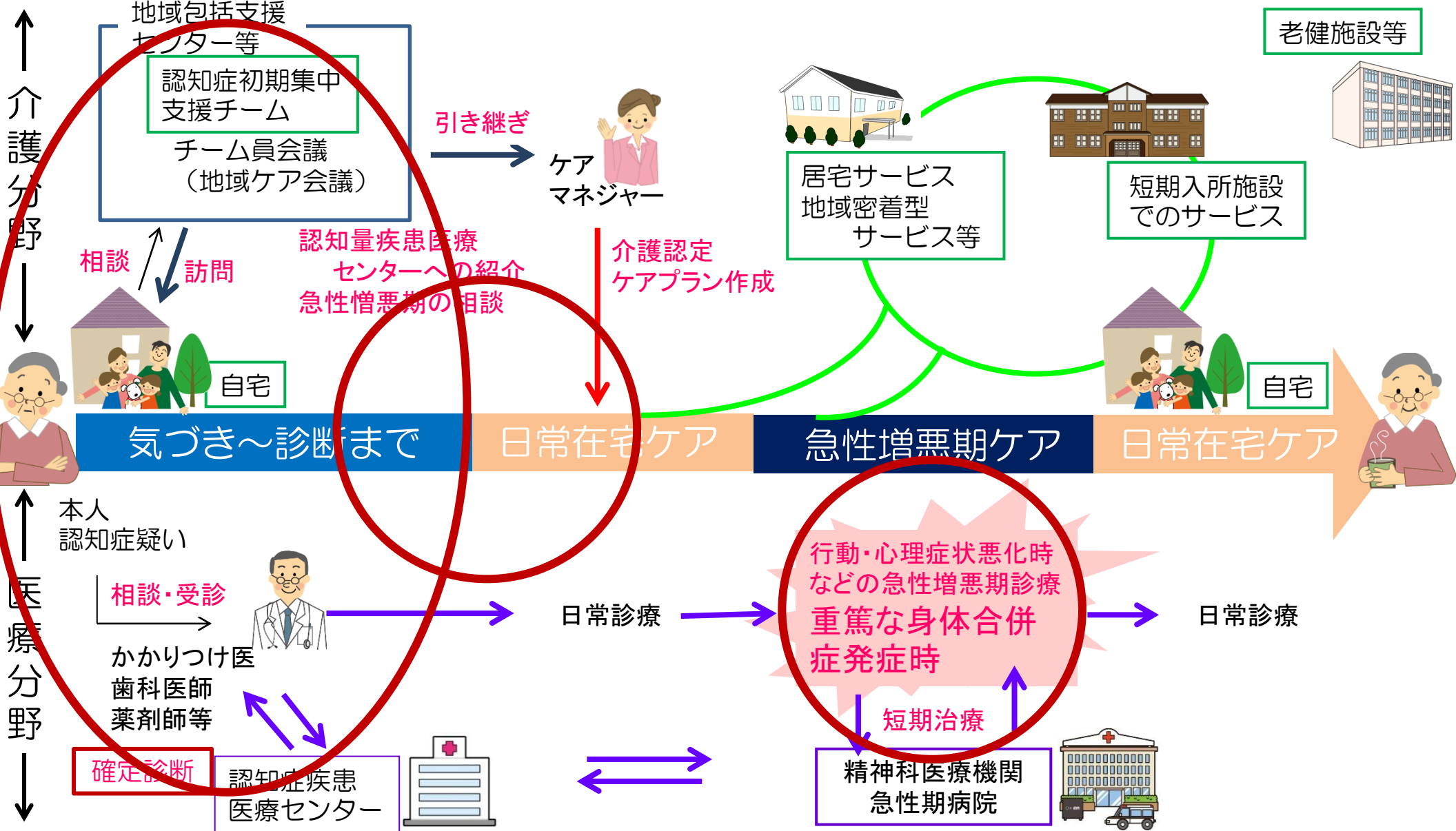
2019年6月18日

複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価をおこなった上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームは、ほぼすべての市町村に設置された。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する。

Key Performance Indicator

- ① 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成
- ② 初期集中支援チームにおける訪問実人数 全国で年間40,000件
- ③ 医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

認知症 ケアパスの概念図



認知症初期集中支援チーム創設の背景

- 1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見。
- 2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 3) これまでの医療やケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が多い。

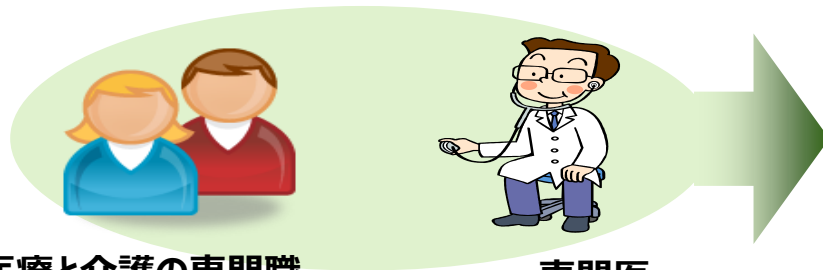
認知症初期集中支援チームの歴史

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
施策	オレンジプラン			新オレンジプラン 地域支援事業			全国の市町村で活動開始
	← モデル事業 →			← 全国に設置 →			← 評価 →
調査研究	認知症初期集中支援サービス構築に向けた基盤研究事業 モデル事業 3か所	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業 モデル事業 14か所	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チーム設置・運営に関する調査研究事業 モデル事業41か所 調査用データベースの開発	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	認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業	認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業	認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業
		テキスト作成		全国5か所で研修	全国5か所 6回	全国7か所 8回	全国4か所 5回
研修							

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の**初期の支援を包括的・集中的**
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)

専門医

(認知症サポート医嘱託可)

配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁

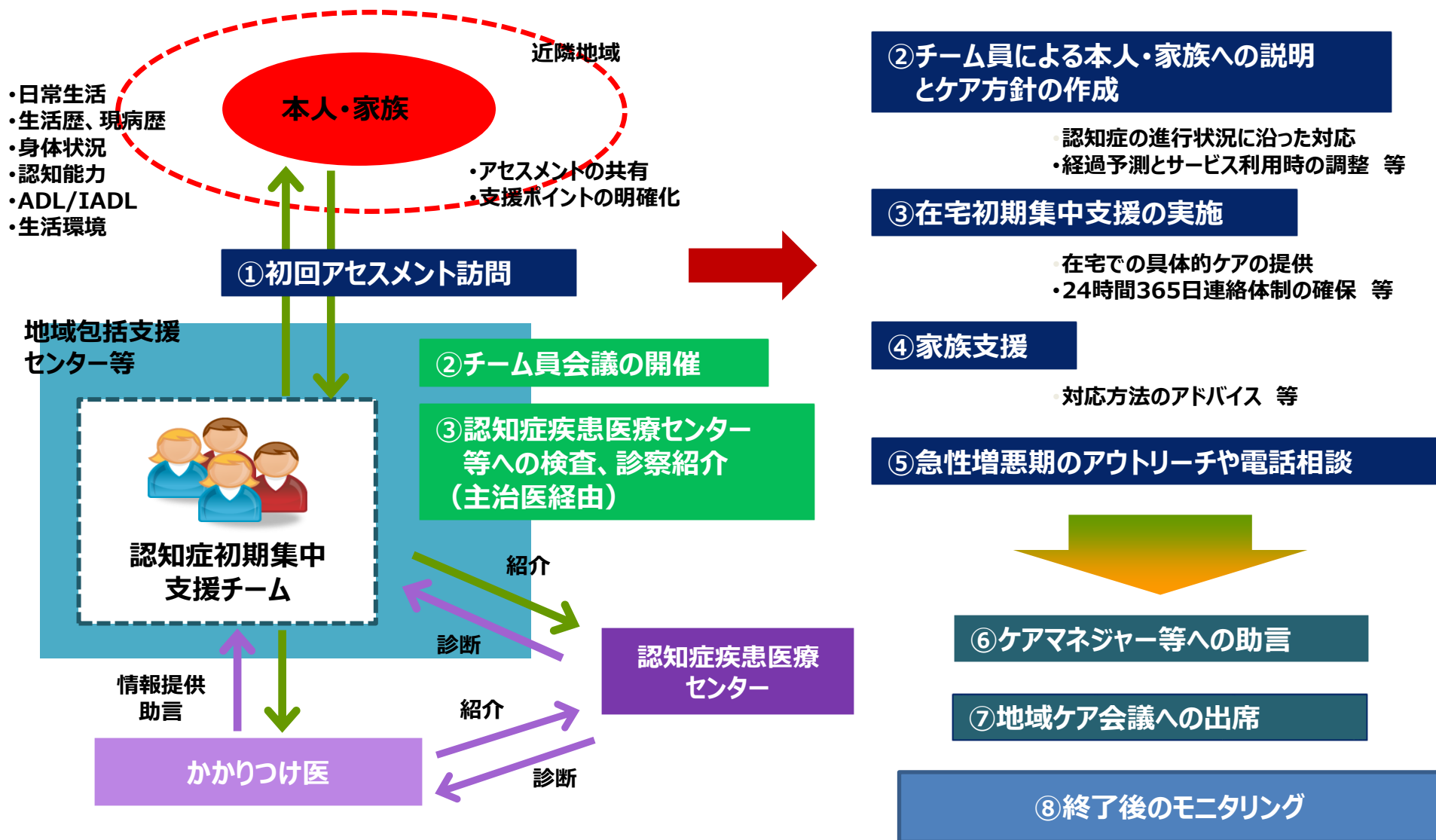
【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・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

認知症初期集中支援の流れ（イメージ）

0 地域への啓発活動 チームの存在の周知



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

各団体への
働きかけ

市町村での
認知症に関する
普及啓発活動の
推進

年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、 在宅で生活している人

- 医療サービス、介護サービスを受けていない者、
または中断している者
- 医療サービス、介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状により対応に苦慮している事例

どのようにして対象者を把握するのか

地域包括支援センターが入手した情報が主体

● 情報を待つ

本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介等

● 情報を取りに行く

二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例 フレイルや栄養調査からみえてくることも）

要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定

● チーム員にできること

関連する職能団体での周知

地域でのイベントへの参加

認知症カフェ 認知症サポーター養成講座での宣伝

チーム設置の要件

● **事業の実施主体** 市町村

● **チームの設置場所** 市町村

ただし、地域包括支援センター、
訪問看護ステーション、診療所等に委託可能

● **設備要件**

対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設

チーム設置の要件（2）

● チーム員の人員配置要件

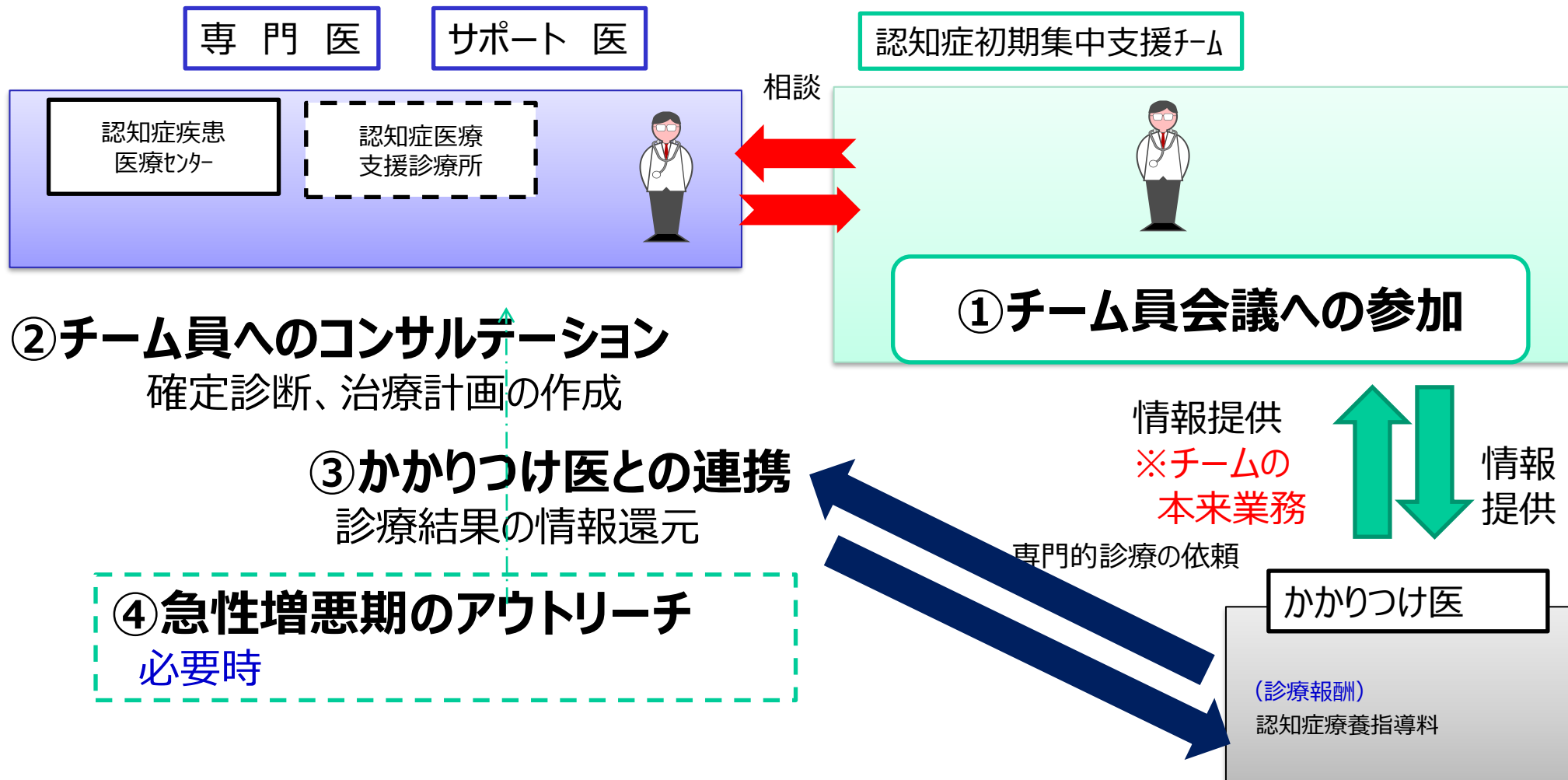
チーム員は以下の3項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）にて編成する。

- 1 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者
- 2 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者

● チームの活動体制

- アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員*1と介護系職員*2それぞれ1名以上で訪問する。
- 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。
- チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

チームへの医師の関与



かかりつけ医との連絡票

クリニック

先生 御侍史

市認知症初期集中支援チーム
認知症サポート医

市の地域医療連携では常々大変お世話になっております。
市 認知症初期集中支援チームでサポート医をしております
と申します。

先日チーム員から貴院 通院中の _____ さん _____ 歳
_____ 年ごろから貴院通院開始

について以下のような相談がありましたのでご報告申し上げます。

現在の問題点

- ・
- ・
- ・
- ・

今後またいろいろご相談することがあるかと思えます。
今後ものにとぞよろしくお願い申し上げます。

チーム員医師の要件

日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

- ・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの
- ・認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

初回家庭訪問の実施 訪問時の留意点と記録

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

情報収集-どのような情報を得るのか-

情報収集の項目

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

情報収集時の留意点

原則、本人や家族からの情報を基本とする。
これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合



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

同じ質問を何度もされるのは苦痛 時間の損失

訪問時間はおおむね2時間以内をめやすに

初回訪問時はできるだけ複数で訪問

なにを評価するのか

1. 認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツール
 - DASC
 - DBD13（認知症行動障害尺度）
2. 身体状況のチェック
 - 初回訪問時の身体状況のチェック
 - 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
 - 医療情報（検査データ、薬剤処方 など）
3. 居住環境のアセスメント
4. 家族の介護対応力のアセスメント
5. 本人、家族の意向とニーズ
6. 自立の可能性のアセスメント

初回訪問時の支援内容

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

以下は個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施

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

チーム員会議の開催

いつ行うのか

初回訪問終了後 **必須**
介護保険サービス引継ぎ前 **必須**
その間は随時

メンバー

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

会議の内容

アセスメント内容の総合チェック



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



初期集中支援計画の検討

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

初期集中支援時の媒体 -何を使って指導するか-

1. 基本的な情報

認知症について

認知症の行動・心理症状について

治療について

家族の対応について

2. 地域の特性に合わせた情報

医療情報、医療資源、人材

介護サービス資源について

インフォーマルなサービス など



地域の最新の情報の収集が必要

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ことが想定

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、引継ぎとその後のモニタリングに関する規定を設定。

引き継ぎ後のモニタリング

1. モニタリングの実施主体：認知症初期集中支援チーム
2. モニタリングの間隔：（モデル事業では原則として2ヶ月毎）
3. モニタリングの方法
 - 本人宅への訪問の実施
 - 引継ぎケアマネジャーへの聞き取り等
4. モニタリングの内容
 - 経過におけるアセスメントに基づく課題と支援計画の妥当性
 - 家族の負担度
 - 認知症に関する本人の状態像の変化
 - 改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか
 - 関係機関との情報共有状況等

⇒ **結果をケアマネジャーに報告、助言**

皆さんで考えてみましょう。

自分のチームを住民の皆さんに
知ってもらうために
どのようなことができるでしょうか。

収集データによる「チーム指標」

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

収集データによる「チーム指標」(続き)

④チーム員会議	28	チーム員会議の開催回数	④チーム員会議開催回数
	29	1会議あたりの所要時間	⑤会議の総所要時間(分)÷④チーム員会議開催回数
	30	1会議あたりの取扱件数	⑥会議の総取扱件数÷④チーム員会議開催回数
	31	1事例あたり「初回訪問」～「会議」日数	範囲別件数、平均値、構成割合
	32	1事例あたり会議回数	「会議実施日付」に値がある件数の合計÷対象者の人数
	33	1事例あたり所要時間	「会議所要時間」の値の合計÷対象者の人数
⑤初期集中支援	34	1事例あたり支援期間	範囲別件数、平均値、構成割合
	35	1事例あたり訪問回数	「訪問日付」に値がある件数合計÷対象者の人数
	36	訪問延回数	「訪問日付」に値のある件数合計
	37	医療サービスにつながるまで日数	「把握日付」～「医療引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数
	38	終了時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	39	介護サービスにつながるまでの日数	「把握日付」～「介護サービス引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数
	40	終了時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	41	終了時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	42	終了時)認知症診断状況	回答別件数、構成割合
	43	終了時)認知症以外の疾患	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	44	認知症診断の導入割合	「診断有無」が「あり」÷「過去診断有無」が「なし」の対象者数(%)
	45	認知症診断の確定割合	「診断病名(その他以外)」÷「診断有無」が「あり」の対象者数(%)
	46	終了時)DASCスコア	範囲別件数、構成割合、平均値、46がある人の19平均値との差
	47	終了時)DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、47がある人の22平均値との差
	48	終了時)Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、48がある人の24平均値との差
	⑥サービス引継	49	医療の引継状況
50		介護サービスの引継状況	回答別件数、構成割合
51		支援終了(転帰)	回答別件数、構成割合
⑦モニタリング	52	モニタリングまでの期間	「終了日付」～「初回モニタリング」の日数合計÷対象者数(両日付ありのみ)
	53	不適切な経過 該当状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	54	総合評価	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
⑧費用	55	対応所要額平均	「費用」の合計÷対象者数【費用が計算されている人のみを対象】

データ収集の必要性と方法

制作趣旨：チーム活動の主要指標について、統一的な定義・ルールに基づいたツールによって、個別の支援プロセスに沿った実績データを効率的に収集する

チームに関するデータ

- 高齢者人口等の基礎データ
- 人件費等の費用データ
- 月ごとのチーム活動データ

チームごとのデータ入力

対象者ごとの個別支援のデータ

- ① 基礎情報（年齢、自立度、現況）
- ② アセスメント（DASC、DBD13）
- ③ 訪問支援実績
- ④ チーム員会議実績
- ⑤ 支援終了時情報（診断、転帰）

対象者ごとのデータ入力

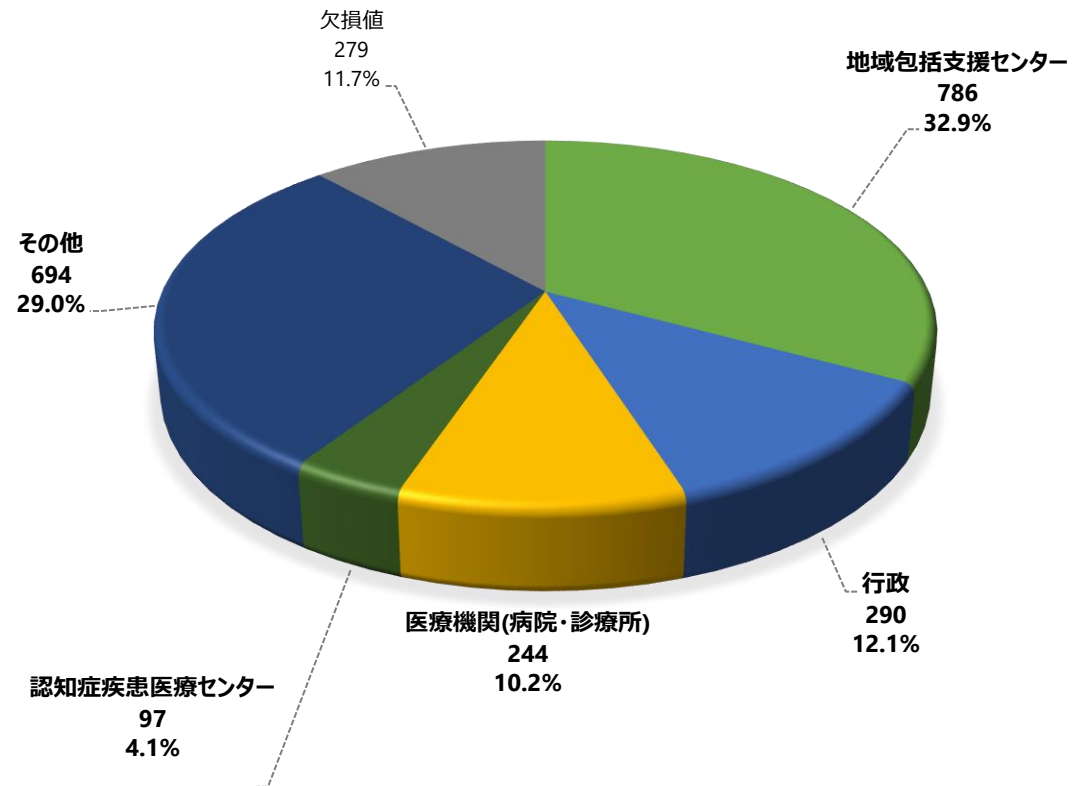
活動内容・チーム設置要件等の検討に資する チーム活動の主要指標

- ① 活動に関するデータ（支援期間、支援回数、会議所要時間 等）
- ② 効果に関するデータ（診断、サービス利用、アセスメントの変化 等）
- ③ 費用に関するデータ（1事例あたりの所要額、チーム全体のコスト）

チーム概要 設置場所

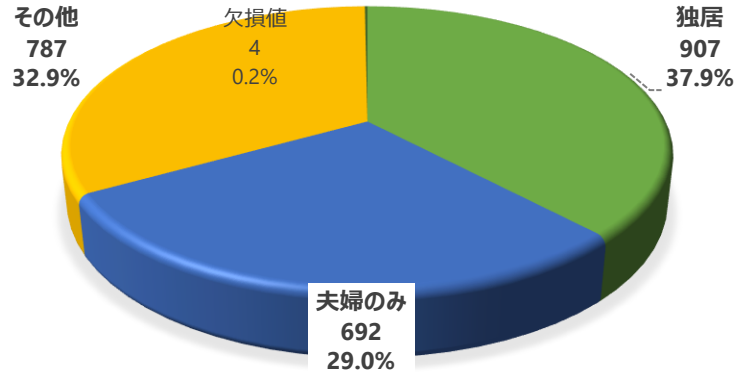
(n2,390)

①設置場所



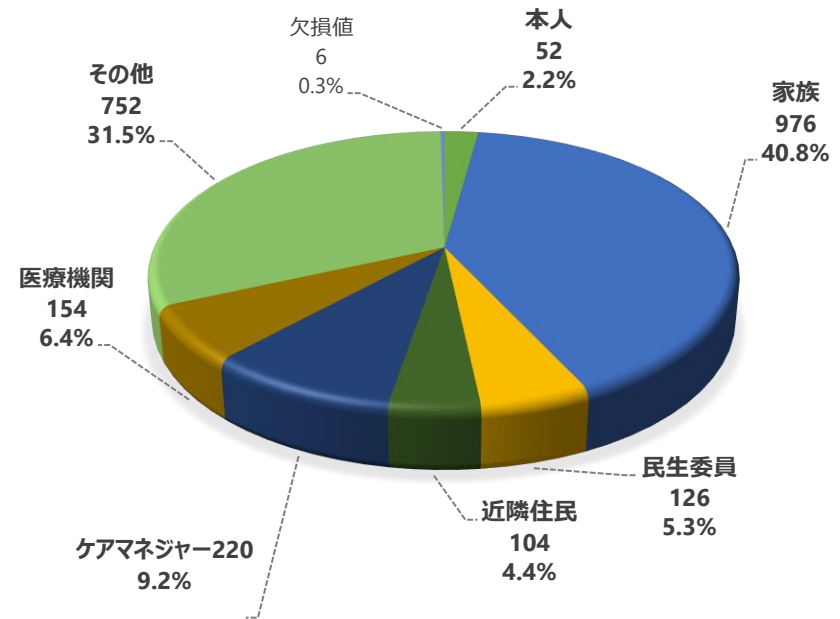
対象者概要②

世帯状況 n=2,390



2/3が独居か夫婦の世帯

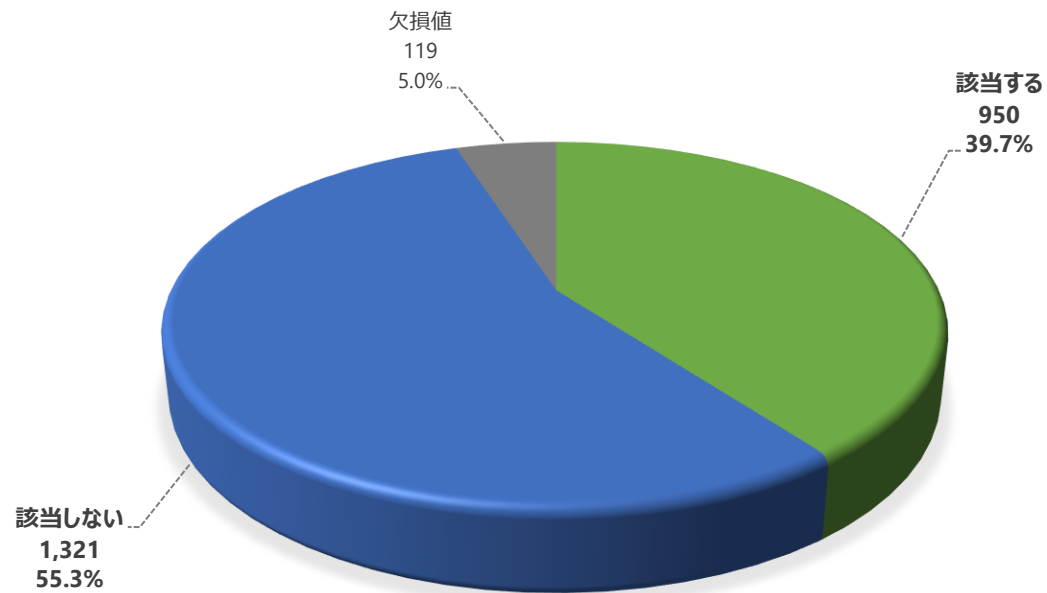
把握経路 n=2,390



本人家族が4割
周辺に人から 2割

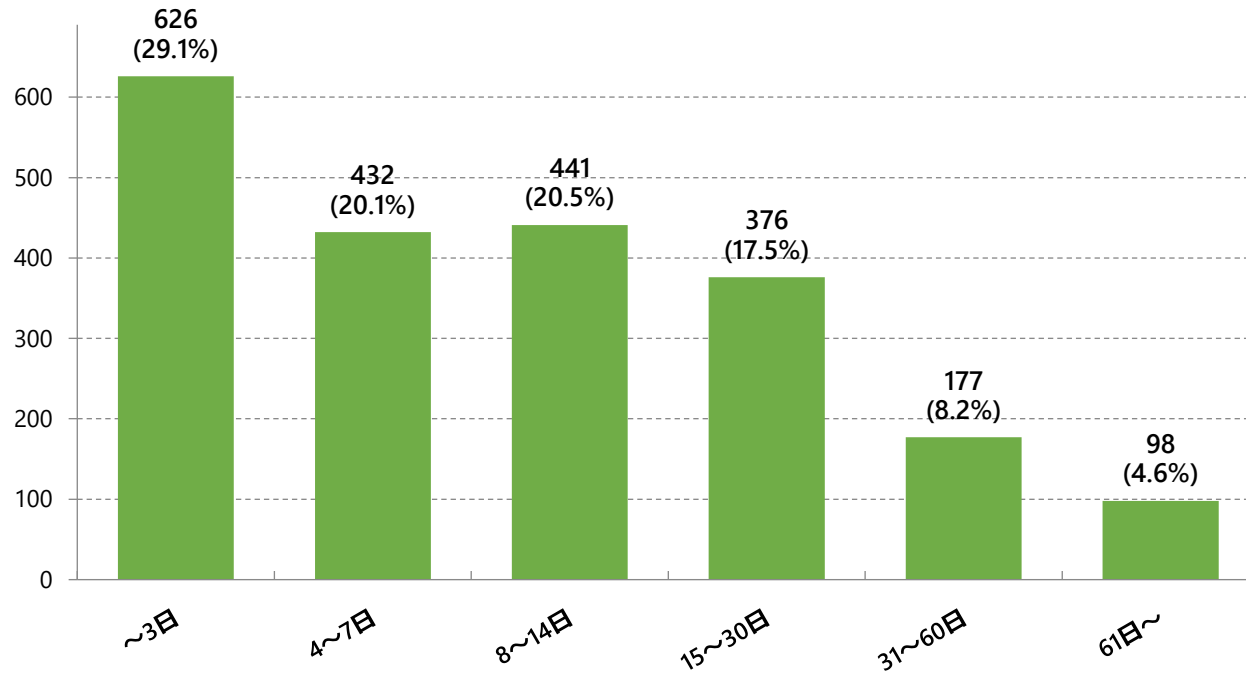
対象者概要③

困難事例取扱 n=2,390



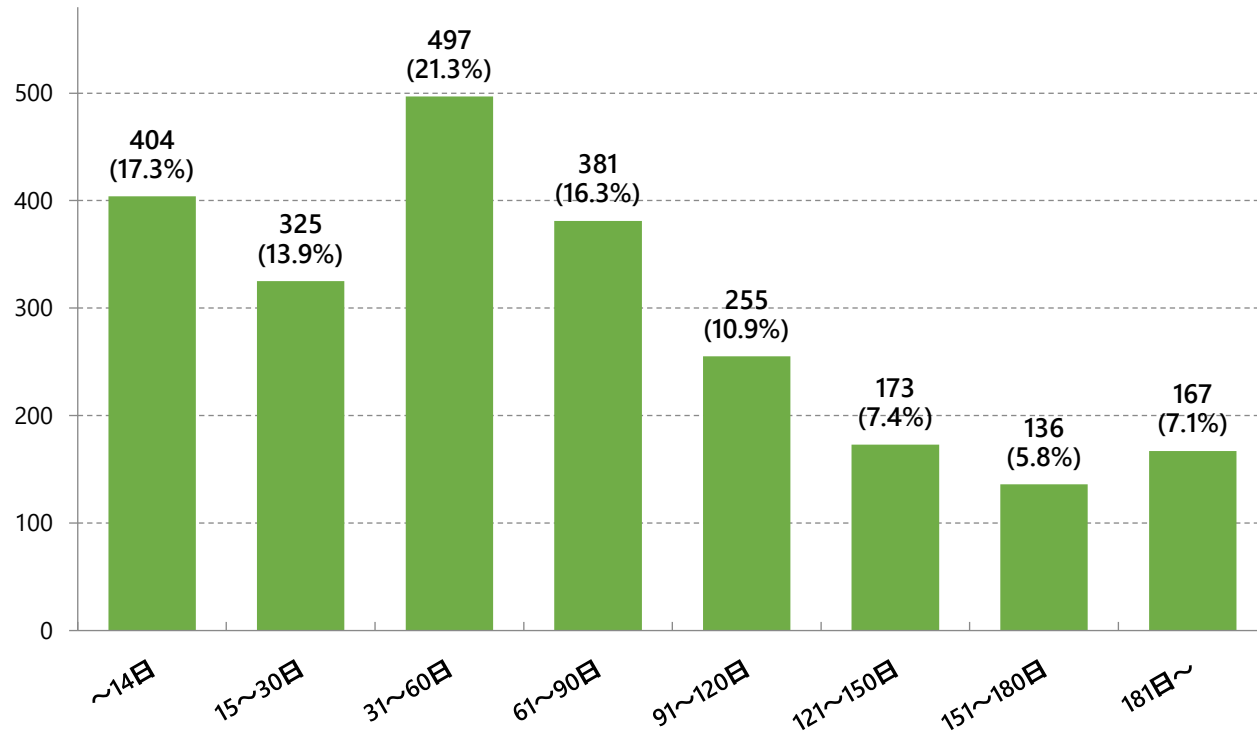
困難事例は約40%

「把握」～「初回訪問」日数



平均期間は15.4日、中央値8日

「初回訪問(支援開始)」~「引継」日数



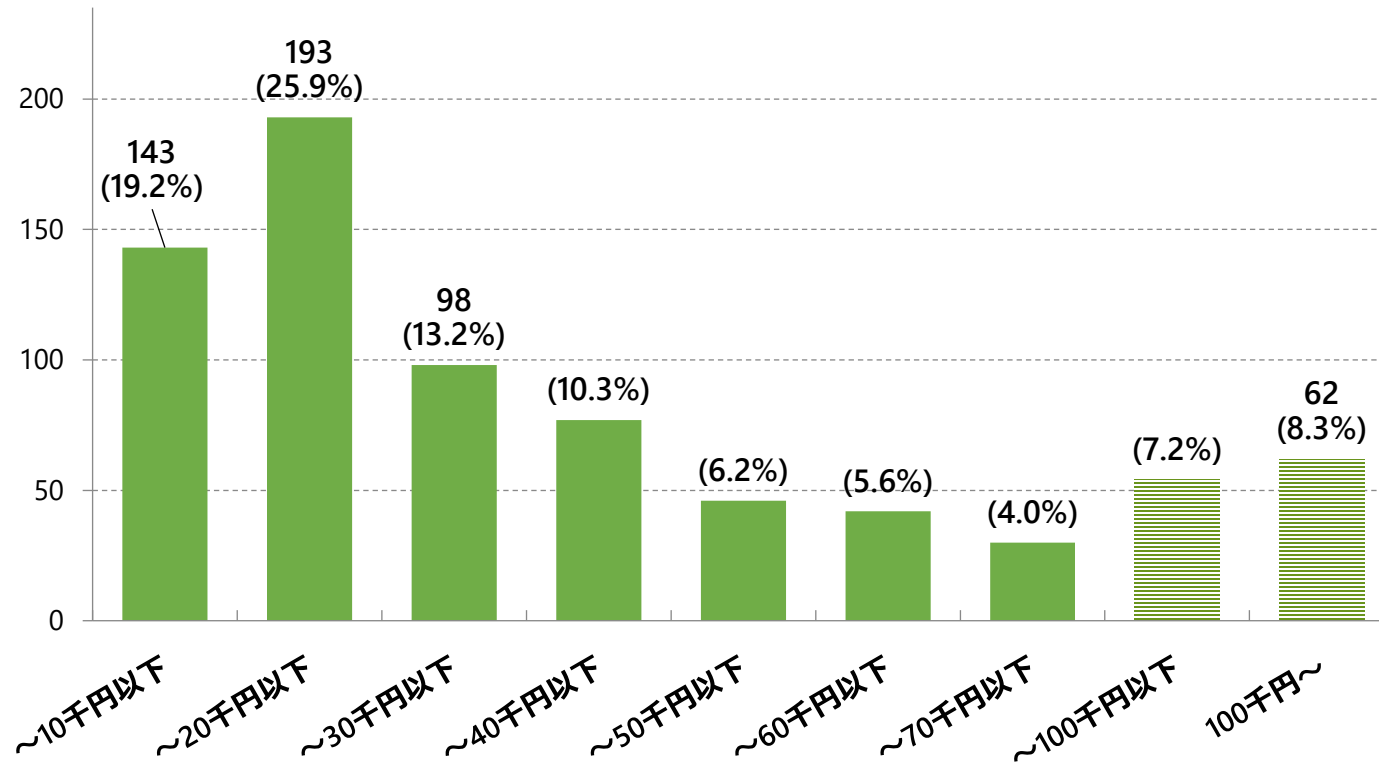
平均期間は73.3日、中央値57日

支援の状況③

所要額（対象者1人あたりの費用）

※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、
②チーム員会議にかかる費用

(人)

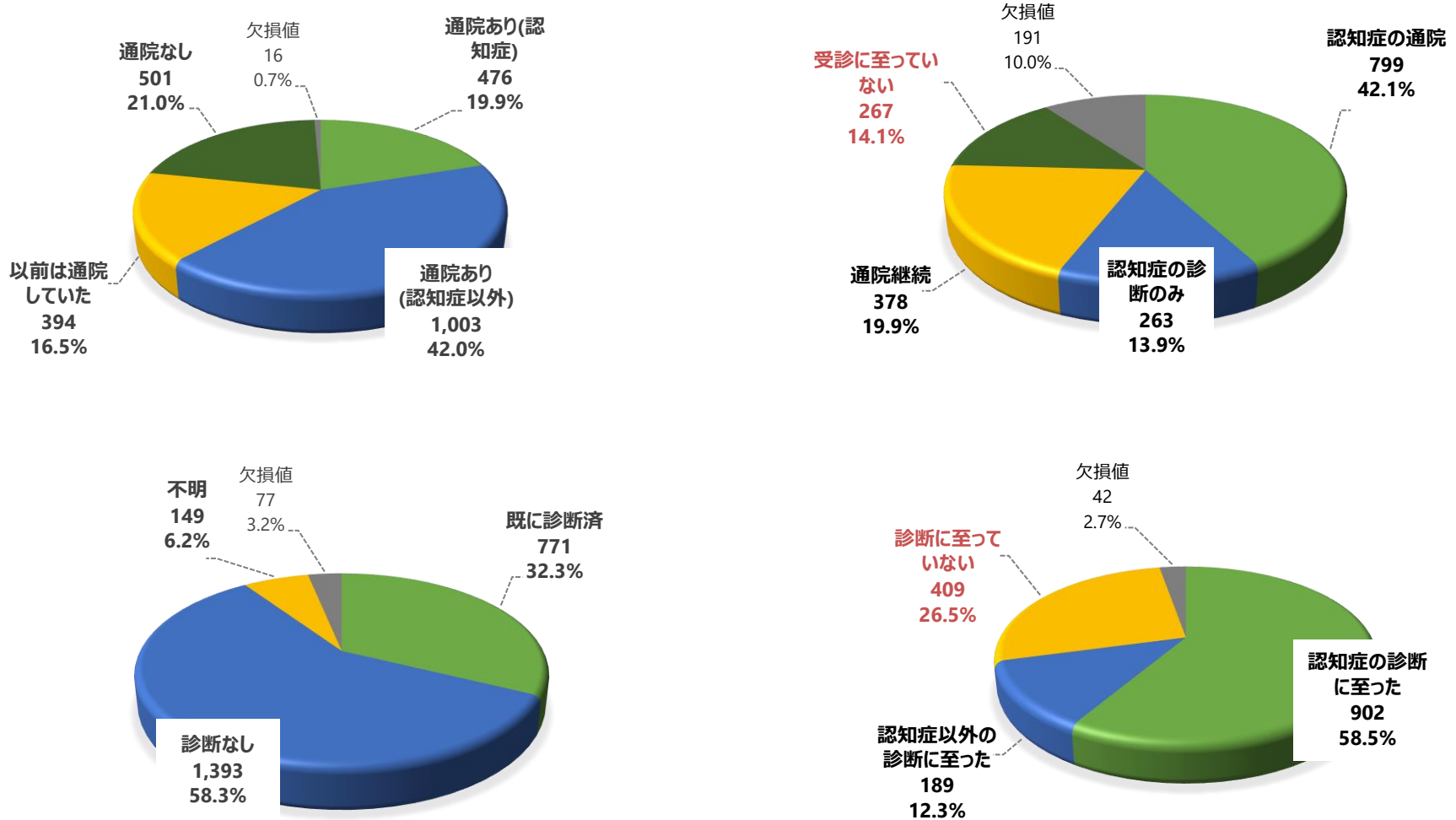


n 745

平均値：41,121.4円

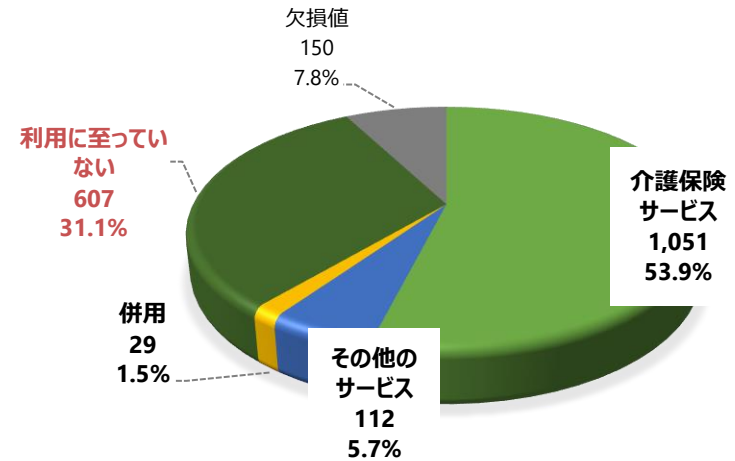
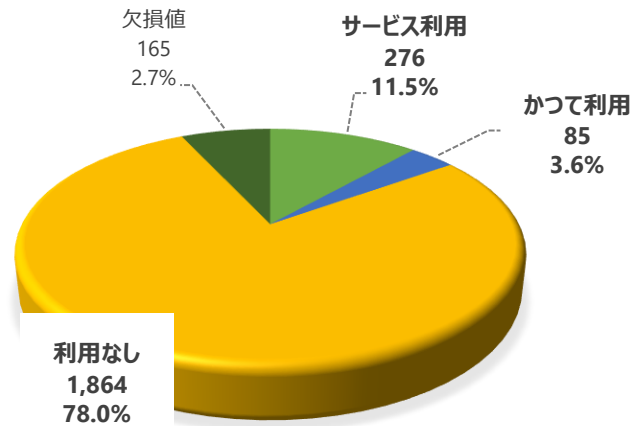
中央値：23,785.3円

介入時Vs終了時の状況（医療）平成30年度



すでに診断されていたのは32.3% ⇒ 介入後は70%に上昇

介入時Vs介入後の状況（介護）平成30年度



80 %は未利用だったが介入後は70%が利用

終了時の状況(診断)

8.1%が認知症以外の
精神疾患

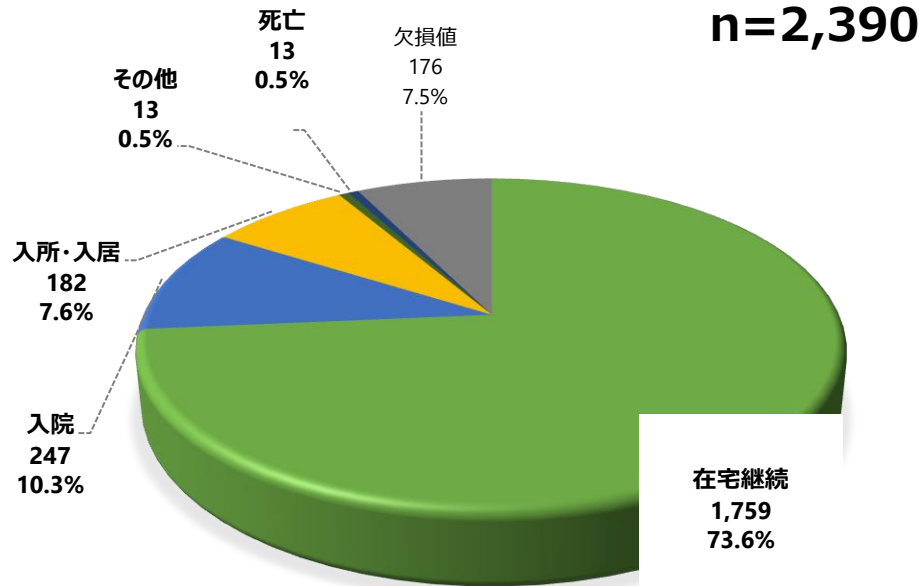
認知症の診断 878 (80.5%)							認知症以外の診断 195 (17.9%)				病名 欠損
アルツハイ マー型	血管性	レビー 小体型	前頭 側頭葉	混合型	その他 認知症	病型 不詳	MCI	うつ	他の精神 疾患	正常	
549	39	25	25	50	25	165	59	11	78	47	18
50.3%	3.6%	2.3%	2.3%	4.6%	2.3%	15.1%	5.4%	1.0%	7.1%	4.3%	1.6%



疾患頻度によく合致した結果

チーム員でなくても精神科の先生に
相談できる体制をつくとよい

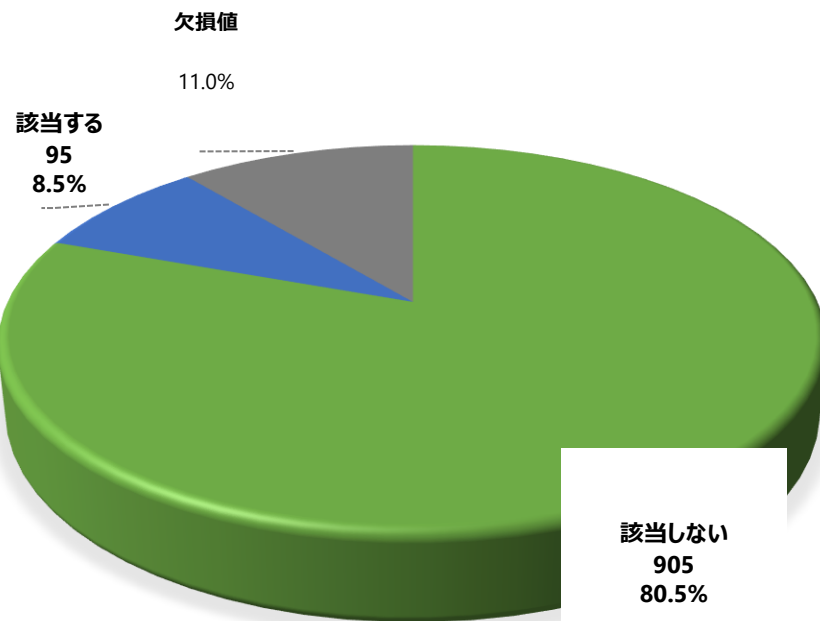
終了時の状況



欠損値を除くと79.4%が
在宅継続

終了時の状況 モニタリング

導入サービスの継続状況 n = 1,124

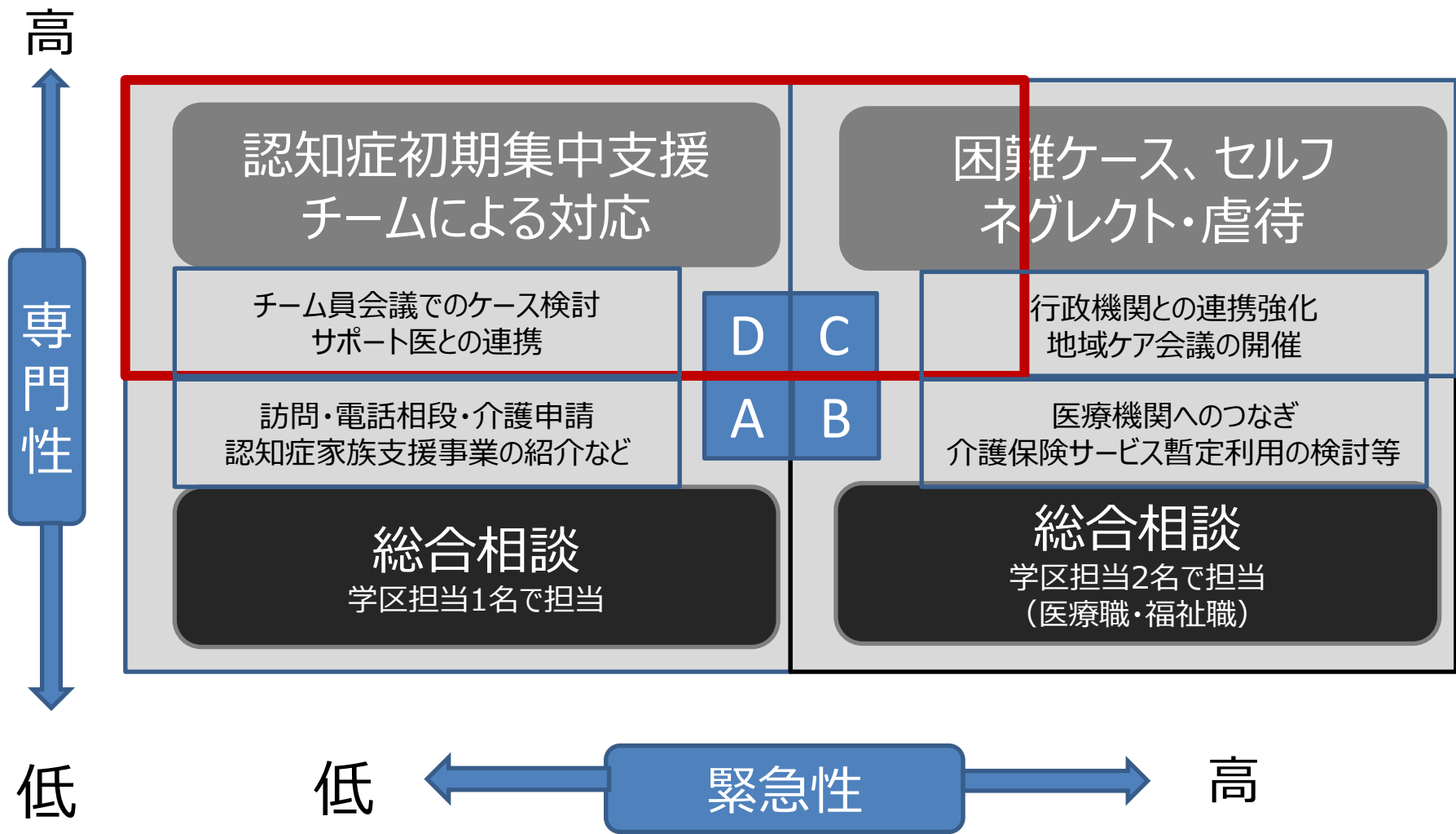


欠損値を除くと
90.5%が
サービスを継続
しかし9.5%は
継続できていない。

認知症初期集中支援チームの問題点

チーム設立まで	<ul style="list-style-type: none">・チーム員が集められない。・サポート医がいない
チーム設立後	<ul style="list-style-type: none">・対象がなかなかみつけれられない・従来の仕組みに上手に組み込めない ことに地域包括との役割分担がうまくいかない・行政が丸投げでガバナンスが効いていない・引継ぐための資源がたりない・チーム員のアセスメント力に差がある・チーム員会議が効率よくできない・チーム員が交代してしまい固定できない・コストパフォーマンスはよくないかもしれない
今後	<ul style="list-style-type: none">・今後の継続的な教育をどうするか・チームの評価をどのように行うか

チームはどのような人を対象にすべき？



名古屋市中川区東部認知症初期集中支援チームの資料を引用

チームはどのような人を対象にすべき？

わたしたちのチームや地域はどのような人なら
対応できるのか？



名称は初期集中支援チームでなくても
すでに同様の試みを行ってきた地域



これまでの経験から対象をしぼることも可能
(例札幌市)



地域に初めてチームを
立ち上げる場合



まずはできるだけ多くの
ケースを経験することが
重要 (まず30例)

認知症初期集中支援チームの評価指標

認知症初期集中支援チームを設置したことで、他の施策と連動して、早期診断・早期対応の支援体制を構築できているかどうか

① チームの早期介入によって、本人や家族等が望む生活が続けられているかどうか

- ▶ 各自治体が位置付けた対象者に介入できているか
- ▶ 診断がついていなかった事例に（暫定でも）診断がついたか（介護サービス利用がなかった事例に介護サービスが導入されたか）
- ▶ 支援終了後も本人や家族等が望む生活が続けられているかどうか
- ▶ 支援終了後に、介入前より本人・家族を支援してくれる人が増えたか

② 認知症の人と家族を支援する専門職（チーム員）の育成やチーム力の向上につながっているかどうか

- ▶ 抱え込みをせず、多職種で検討する習慣がついたか
- ▶ アセスメントの視点が変わったか
- ▶ 今まで連携がとれていなかった職種や人材との連携がとれるようになったか

③ チームの活動が、早期診断・早期対応の支援体制を構築するための地域づくりにつながっているか

- ▶ チーム介入事例の集積をもとに地域ケア会議に事例をあげる等、地域課題の抽出につながられたか
- ▶ 各自治体の認知症に関する相談先を知っている者、また、相談数は増えたか

初期集中支援チーム 評価指標 (R01年度版検討)

H30年度 評価指標

評価指標項目	
①活動量	(1) 対象者数
②機動性	(2)-1 初動期間
	(2)-2 支援期間 (予備)
③効果	(3)-1 DASCスコア (予備)
	(3)-2 DBD13スコア (予備)
	(3)-3 J-ZBI_8スコア
④達成	(4) 医療・介護引継



チーム属性区分
①チーム設置機関種類 (包括/医療機関/疾患センター/行政/その他)
②設置後期間 (1年未満/1~2年程度/2年以上)
③チーム員人数 (2~3人/4~5人/6人以上)

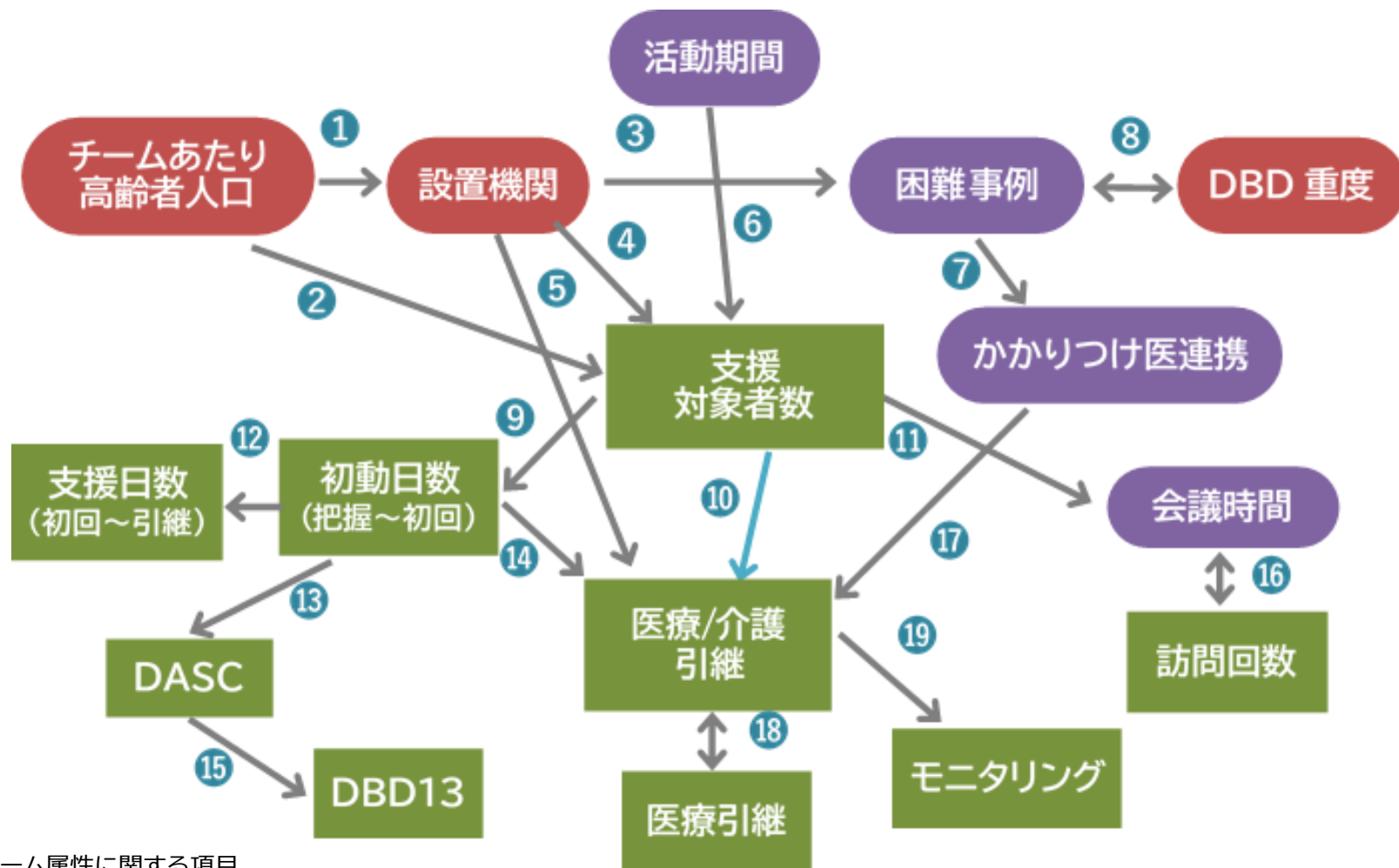
R01年度 評価指標案

評価指標項目	
①活動量	(1)-1 対象者数
	(1)-2 訪問回数
②機動性	(2)-1 初動期間
	(2)-2 支援期間
③効果	(3)-1 DASCスコア
	(3)-2 DBD13スコア
④達成	(4)-1 医療・介護引継
	(4)-2 医療引継
	(4)-3 モニタリング実施



チーム属性区分
①チーム設置機関種類
②設置後期間
③チーム規模 (1チームあたり高齢者数)
④困難事例/重度者例 対応比率 (介入時DBD13)
⑤チーム員会議実施 (月間時間数/回数)
⑥かかりつけ医連携比率

属性用項目と評価指標項目の関連性



チーム属性に関する項目

● チーム属性でもあるが評価指標にもなる項目

■ 評価指標になる項目

※枠の丸、角は、元の 2 分類(丸は属性にかかる項目、角は評価指標に係る項目)を示している。

初期集中支援チームを評価する 現時点での評価項目候補

- ①医療介護への引継ぎ（目標達成）
- ②把握から初回訪問までの期間（機動性・対応力）
- ③困難事例への対応（対応力）
- ④DBD13の介入時と終了時のスコア差（効果）
- ⑤延訪問件数（活動面）

今後検討すべき評価項目

- ①本人・家族の評価
- ②生活満足度や全般的な満足度
- ③新しい介護負担尺度
- ④モニタリング時の評価

皆さんで考えてみましょう。

自分のチームに足りないものは
なんでしょうか

認知症初期集中支援チーム 今年度研修

第1回：9月12日、13日（名古屋）

第2回：10月17日、18日（神戸）

第3回：11月7日、8日（東京）

第4回：12月19日、20日（福岡）

第5回：2月6日、7日（東京）