

令和2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における 効果的な活動に関する調査研究事業 報告書

2021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

認知症初期集中支援チームの設立が事業として立ち上げられ、チームの設立に向かって検討が開始されたのは平成 24 年(2012 年)でした。その後 3 年間のモデル事業の後、さらに 3 年をかけて全国にチームが立ち上がりました。専門職の多職種チームがこちらから認知症の人の家庭に訪問するという仕組みはこれまでになく、重要な試みとして、令和元年(2019 年)6 月 19 日発令の認知症大綱にも取り上げられているところです。

背景人口も、高齢化率も、医療介護資源も様々な市町村において、それでも何とかチームを立ち上げることは大変な努力が必要であったと思いますが、その結果、認知症初期集中支援チームに多様性が生じることとなりました。これは成立過程から考えれば自然なことで、地域のニーズや資源を考えればむしろ当然のことと思います。その一方で、ひとことで「認知症初期集中支援チーム」といっても、例えば対象者という観点からみると、相談業務や比較的軽症の患者さんを対象とするチームから、行動・心理症状が前景にでている、介護環境が劣悪といったいわゆる困難事例を中心に対応しているチームまで多様であることが明らかになっています。そこで今年度の事業では、全国の様々な環境下で立ち上がったチームが、その設置場所によって、役割、活動内容等が実際に異なるのか、に重点をおいて調査しました。また昨年度に引き続き活動指標の検討を行うとともに、昨年は調査を行わなかった、活動状況の調査も行いました。

今年度はコロナ感染症の影響は甚大と想定され、活動調査にも当然その影響がおよぶであろうと推測されたため、この事業の主旨ではないものの、今回の感染症がチーム活動に与えた影響についての調査を一部に加えることとしました。地域包括設置のチームでは 62%が、医療機関設置のチームでは 79%のチームが何らかの影響があったと回答されていますが、このような状況下でもなんとか訪問を続けられたチームも多数あるようで、とても心強く感じました。認知症の人を含む高齢者の外出抑制、その結果としておこる心理的、身体的な不活発は大きな課題です。こういった状況であるからこそ、こちらから訪問するという認知症初期集中支援チームの役割は大きいのではないかと感じています。

最後に、このようなコロナ感染症のさなか、本年度もチーム活動実態に関するアンケート調査への回答ご協力、実績報告用プログラムでのデータ提供のご協力を賜りました自治体、チーム員の皆様に改めて厚くお礼申し上げます。

2021 年 3 月

令和2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における効果的な活動に関する研究事業

委員会委員長 鷺見 幸彦

認知症初期集中支援チームにおける効果的な活動に関する調査研究事業

〈目 次〉

I 事業概要	1
II 認知症初期集中支援チーム活動に関する調査	5
1. 認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査	5
1.1 調査概要 (5)	
1.2 調査結果 (6)	
2. 実績報告用プログラムによるチーム活動実績まとめ	49
2.1 データ概要 (49)	
2.1 集計結果 (50)	
III まとめと考察	62
[追補] 令和元年度実施 評価指標アンケートデータを用いた再分析	69
追 1 作業概要 (70)	
追 2 再分析結果 (71)	
[資料編]	85
▶ 認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査 全記述回答	
▶▶ 同アンケート調査 調査票 (市町村票・チーム票)	
▶▶▶ 令和元年度評価指標アンケート調査 調査票	

I 事業概要

1. 事業名

認知症初期集中支援チームにおける効果的な活動に関する調査研究事業

2. 事業目的

認知症初期集中支援チームは、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族への初期の支援を包括的・集中的に行い、地域包括支援センターやかかりつけ医等の地域の関係者と連携を図りながら、自立生活のサポートを行う役割を担っている。それら先進的事例の横展開を図り、早期診断・早期対応に向けた体制づくりの推進を図ることは、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組の強化に資することが期待される。

一方で、同チームは、市町村の設置方針や設置場所・機関の特性等の活動環境によって、支援対象者や具体的な活動内容に違いが認められ、市町村において担う役割や機能が異なっている。今後、同チームの更なる機能発揮、チーム活動の充実に向けては、それらの特徴的な差異に応じて適切に設置・運用されることがポイントとなる。

本年度は、上記を踏まえ、チームの設置場所・機関に着目した調査等を行い、それらの特徴を明らかにし、それぞれの機能の強みを活かしたチーム活動の実施に資するデータや事例の収集を行うことを目的とした。また、下記の総務省による指摘事項にも留意しながら調査・取りまとめ等を進めることとした。

2 認知症高齢者への早期対応に係る取組の推進

(1) 地域の実情に応じた認知症初期集中支援の推進

支援チームの役割は認知症高齢者への初期集中支援とされている中、従来から認知症高齢者等への支援を行ってきた地域包括支援センター等と、新たに配置することとされた支援チームとの役割分担を市町村がどのように捉え、整理しているかにより、次の状況がみられた。

①支援チームの配置場所、支援実績は様々である。

②厚生労働省は、支援チームが訪問支援対象者に初期に関わること（ファーストタッチ）を求めているが、実態は、調査した 62 市町村の約 6 割で、地域包括支援センターで対応困難とされた事案に対応している。

認知症施策推進大綱では、支援チームについて、今後、「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」としている。

今回の調査結果を踏まえると、認知症高齢者への初期集中支援の実績や効果を把握・分析するためには、支援チームによる支援状況だけでなく、従来から行われている地域包括支援センター等による認知症高齢者への支援状況を含めた観点から、一体的に捉える必要があると考えられる。

また、厚生労働省は、市町村に対し「地域支援事業」の実施状況及び効果に関する評価を同省が示す指標により行うことを求めているが、認知症初期集中支援については、推進員との情報連携の体制を評価するにとどまっている。

今後、国及び市町村において認知症高齢者への初期集中支援による効果を検証できるよう方策を講ずることが重要と考えられる。

3. 事業実施期間

令和2年6月11日（内示日）から 令和3年3月31日 まで

4. 事業内容等

4-1 事業内容

前述の事業目的に従い、①市町村および認知症初期集中支援チームに対してチーム活動実態に関するアンケートを実施する。また、②令和元年度の前身事業において実施したチーム活動の評価指標にかかる調査データについて、チームの設置場所・機関に着目した追加分析を行う。

また、これまで継続的に整理してきた③「活動実績報告用プログラム」を用いた、チーム活動実績のデータ集積・分析を行う（昨年度事業では未実施）。

〔調査実施計画〕

	①設置場所別アンケート調査	②活動実績プログラムデータ収集	③評価指標アンケートデータの再分析
目的	チームの活動環境（設置場所や他の施策との関係等）による <u>チーム活動の違い等を質的に分析</u>	支援対象者ベースのチーム <u>活動実績の全国データを更新</u>	既実施の調査データ（チーム活動の量的把握）について、 <u>チーム設置場所別の量的特性等を分析</u>
方法	自治体経由のアンケート調査（新規） 〃 エクセル調査票を市町村に配布 〃 市町村およびチームが回答 〃 チーム票は市町村経由で転送・配布	H30 年度配布済の「実績プログラム v3.1」の運用チームからデータファイルを収集・分析 〃 ①アンケート依頼時に、現在プログラムを運用しているチームに対して9月末時点のデータファイルの提供を依頼 〃 新規チームにはプログラム v3.3 を提供	昨年度事業で実施の評価指標アンケートデータをチーム設置場所別に追加分析 〃 昨年度調査のデータベースを活用 〃 村田先生(目白大)による追加分析
調査対象期間	・10月配布、11月中旬回収の新規アンケート ・2020.10月時点（または同4～9月）の状況から回答（予定）	・2020.10月時点の入力データから2020.4～9月の半年分のデータを分析 ・新規設置やデータ未入力チームについては、 <u>2020.4～9月の半年分の入力を依頼</u>	・2019.4～9月のチーム指標・活動データ（同期間中に支援終了した対象者の個別データ）
調査項目	(1)チーム体制・属性（自治体票） ・チーム数／設置場所（直営、委託の別） ・他の施策との関係（その中のチームの役割） ・サポート医体制 など (2)チーム運営・活動（チーム票） ・月間の運営・活動の状況 ・チームの役割・特性 ・対象者の把握経路 ・設置場所を踏まえた運営・活動のメリット ・設置場所を踏まえた課題や工夫 など	(1)対象者概要 年齢階級、把握経路、困難事例該当 (2)介入時の状況 受診状況、診断、介護サービス利用状況 (3)アセスメントの状況 DASC、DBD13スコア (4)支援の状況 訪問回数、初動期間、支援期間、所要額 等 (5)終了時の状況 診断の導入、医療・介護サービスの導入、転帰	(1)チーム情報 ・チーム設置場所 ・活動期間 ・支援対象者数 など (2)支援対象者情報 ・初動日数、支援日数 ・DASC、DBD13の変化 ・医療引継、医療・介護引継 ・困難事例割合 ・かかりつけ医連携割合 など

4-2 委員会体制および開催状況

[委員]

1	栗田 主一	東京都健康長寿医療センター研究所	副所長
2	江澤 和彦	公益社団法人日本医師会	常任理事
3	進藤 由美	国立長寿医療研究センター 企画戦略局	リサーチコーディネーター
4	武田 章敬	国立長寿医療研究センター	医療安全推進部長
5	吉田 知可	大分県健康づくり支援課 健康寿命延伸班	主幹
6	○鷲見 幸彦	国立長寿医療研究センター	病院長

(○は委員長、50 音順)

〈分析協力〉 村田 久 目白大学人間学部 准教授

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

〈事務局〉 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

(調査業務等支援) 合同会社 HAM 人・社会研究所

[会議]

第1回 委員会

日時 令和2年9月11日(金)

- 議事
- 1 令和2年度事業計画について
 - 2 調査計画等について

第2回 委員会

日時 令和3年3月4日(木) 〈書面開催〉

- 議事
- 1 調査結果について(報告)
 - 2 認知症初期集中支援チームのあり方等について(意見交換)

4-3 事業スケジュール

委員会、各アンケート調査等の事業は、概ね以下のスケジュールで進行した。

図表 事業スケジュール（交付申請書面を更新）

	令和2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 ● 活動実態アンケートの設計・準備 ←————→					
	10月	11月	12月	令和3年1月	2月	3月
事業実施内容	第2回 委員会 (書面開催) ● 調査担当会議 ◆ ①評価指標アンケートの実査 (集計・分析) ←————→ ②実績プログラムデータ収集・分析 (集計・分析) ←————→ ③評価指標アンケートデータの再分析 ←————→ 報告書作成・配布 ←————→					

Ⅱ 認知症初期集中支援チーム活動に関する調査

1. 認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査

1.1 調査概要

(1)調査目的

市町村の“認知症高齢者施策の中の”チーム活動に着目して、チーム設置機関別の特性や課題を整理し、全国で共有していくことを目的にアンケート調査を実施

(2)調査対象

全国の市町村 1,741 自治体 および 認知症初期集中支援チーム（自治体経由で配布）

(3)調査方法

MS エクセル調査票を格納した CD 郵送配布（回答はメール添付による）

(4)調査期間

2020 年 10 月下旬 ～ 2020 年 11 月 24 日（回答期日）

(5)主な設問項目

[市町村票]

- ・認知症初期集中支援チームの設置について（サポート医の配置、設置場所を選んだ理由 等）
- ・認知症初期集中支援チームの運用等について（チームの機能と主たる役割、対象者の選定、
早期情報を得る仕組み、地域包括支援センター業務との関係 等）
- ・他の認知症事業・施策との関係等について（チーム活動と連携している取り組み、医師会との連携）

[チーム票]

- ・チームの基本情報（チーム員構成、協力する医師の担当状況・所属）
- ・チーム活動について（チームの活動内容と主たる役割、設置場所を踏まえたチーム活動のメリット・課題）
- ・コロナ禍におけるチーム活動について（チーム活動への影響、対策としての取り組み・工夫）

(6)回答状況

市町村調査票 754 票（回答率 43.3%）

チーム調査票 1,167 チーム

1.2 調査結果

1.2.1 チーム体制・属性（市町村票）

(1) 自治体の基本情報

図表 1.1.1 自治体の基本情報

	①高齢者数 (人)	②高齢化率 (%)	③認知症 高齢者数 (人)	④地域包括 支援センター (カ所)	⑤認知症疾患 医療センター (カ所)
自治体数	744	748	652	754	754
				754	316
平均値	30,432.1	32.9	3,762.2	4.3	1.2
標準偏差	63,482.7	6.9	10,299.4	8.5	0.7
中央値	12,398	34.9	1,418	1	1

(2) 認知症初期集中支援チームの設置等

①設置場所別チーム数

図表 1.2.1 設置場所別のチーム数

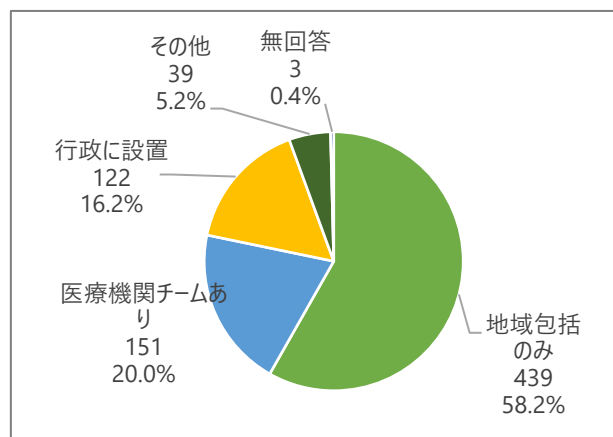
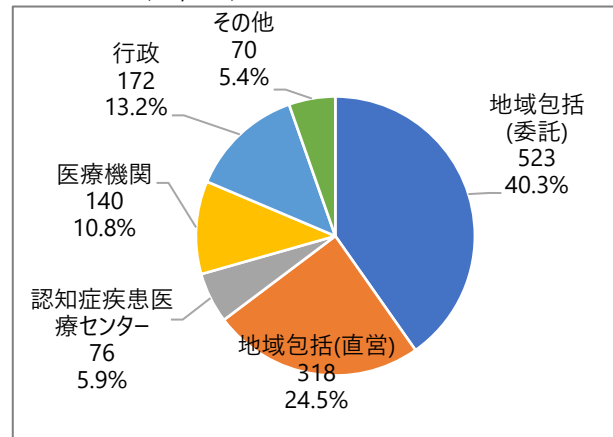
1チーム	615	81.6%
2チーム	57	7.6%
3チーム	23	3.1%
4チーム以上	56	7.4%
無回答	3	0.4%
計（自治体数）	754	

市町村単位でのグループ分け

地域包括のみ設置	439	58.2%
医療機関チーム設置あり	151	20.0%
行政にチーム設置あり	122	16.2%
その他	39	5.2%
無回答	3	0.4%
計（自治体数）	754	

※地域包括・医療機関にそれぞれチーム設置ある場合は、「医療機関チーム設置あり」に含まれる

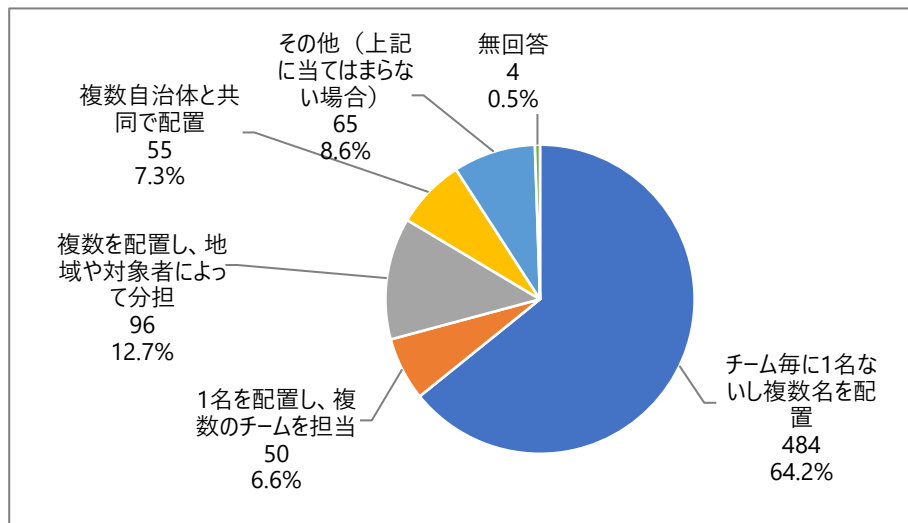
※延チーム（n1,299）の内訳



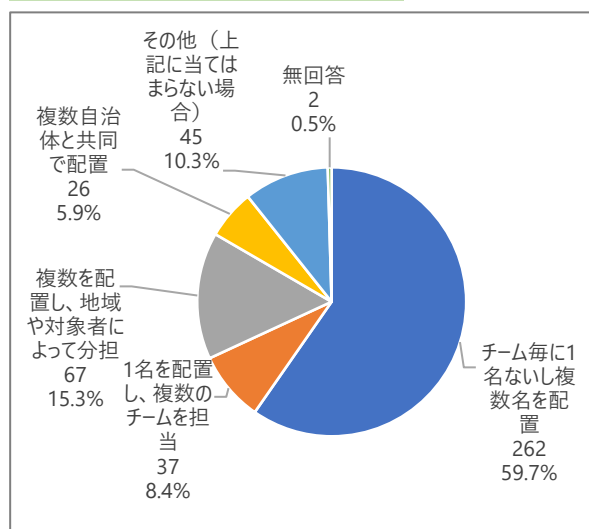
②認知症サポート医の配置

◆地域包括のみ設置の場合は、複数のサポート医の分担による場合が多い

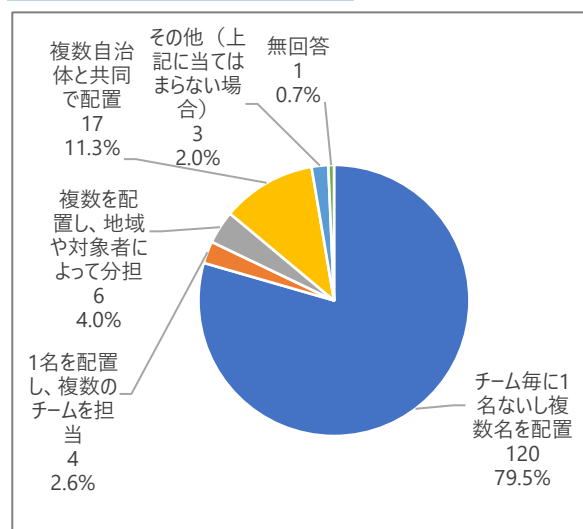
図表 1.2.2 認知症サポート医（チームに協力する医師）の配置（754 自治体）



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



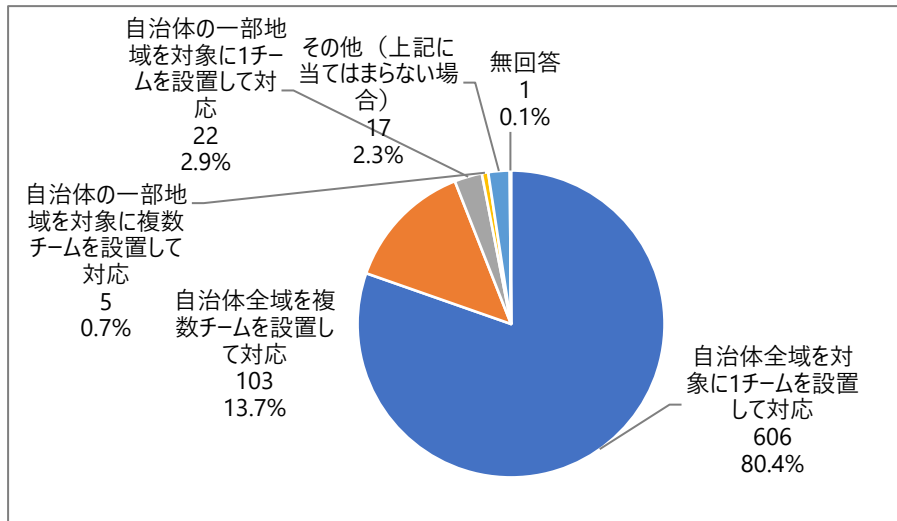
〔医療機関設置 151 自治体〕



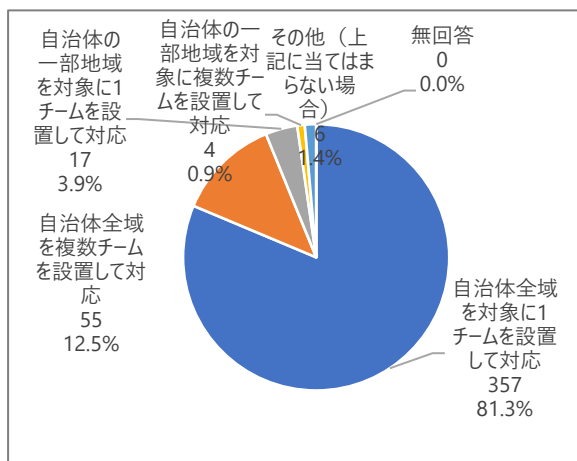
③チーム設置の現状

◆約 8 割が 1 チームを設置して全域を担当している

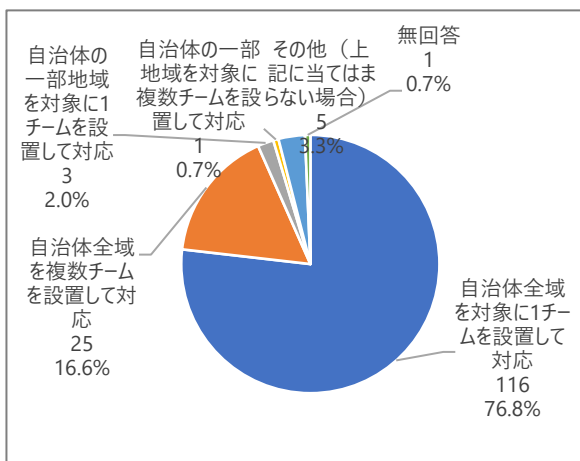
図表 1.2.3 チーム設置の現状 (754 自治体)



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



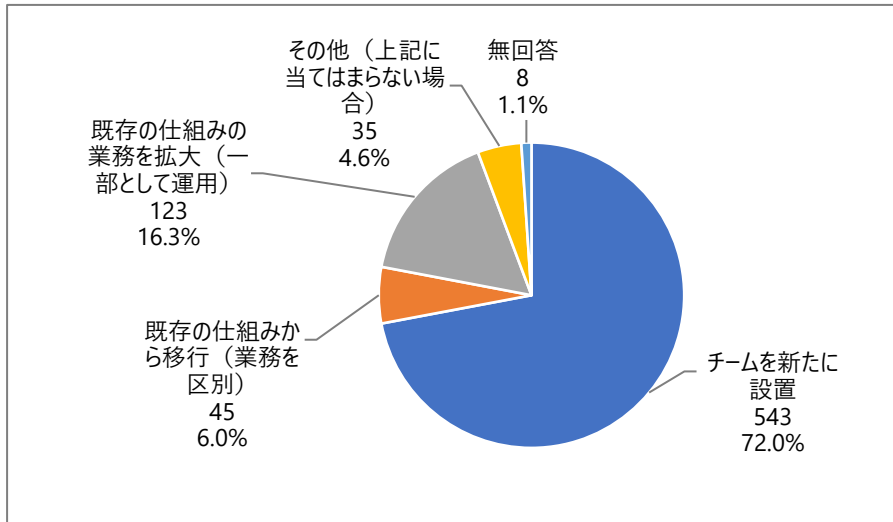
〔医療機関設置 151 自治体〕



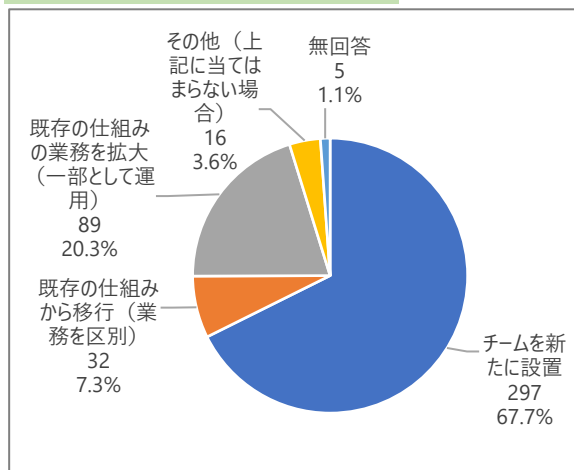
④チーム設置の基本的な方針

◆地域包括のみ設置の場合は、元々ある仕組み・機能を拡大してチーム活動を行う場合も多い

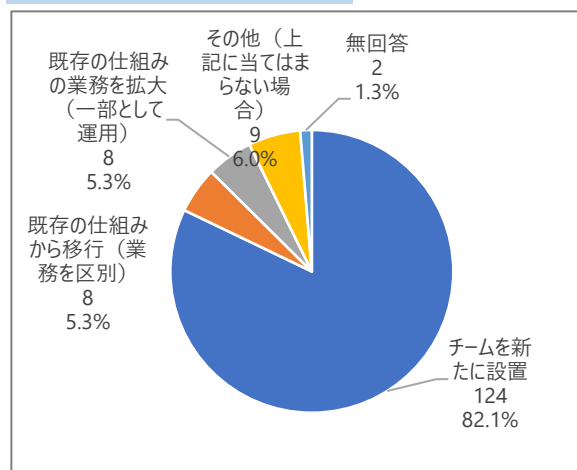
図表 1.2.4 チーム設置の基本的な方針 (754 自治体)



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



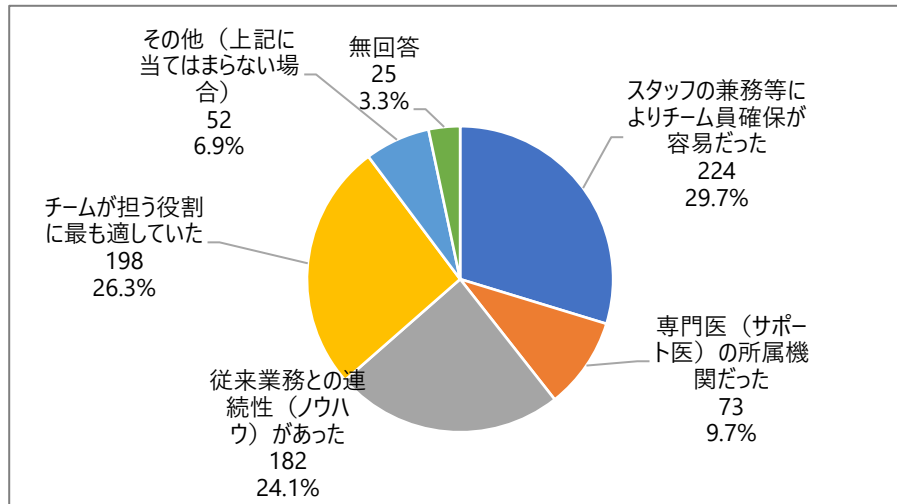
〔医療機関設置 151 自治体〕



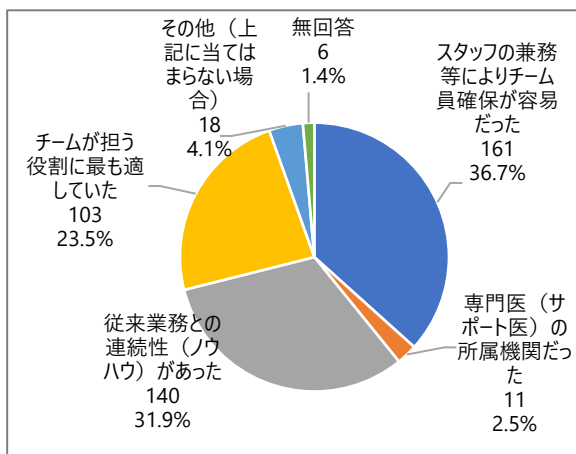
⑤現在のチーム設置場所とした理由

◆地域包括のみ設置の場合、スタッフの兼務・業務の連続性などの理由で設置された割合が多い

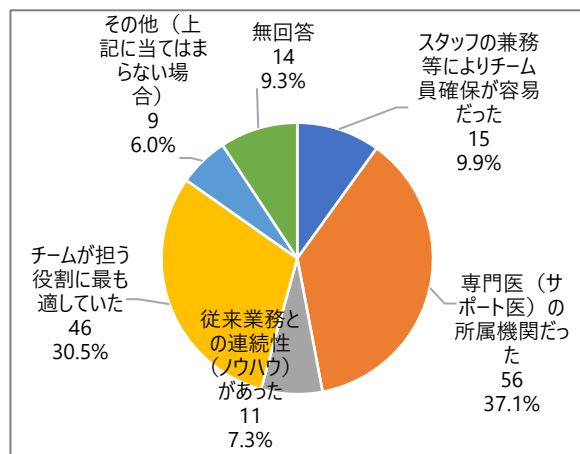
図表 1.2.5 現在のチーム設置場所とした理由 (754 自治体)



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



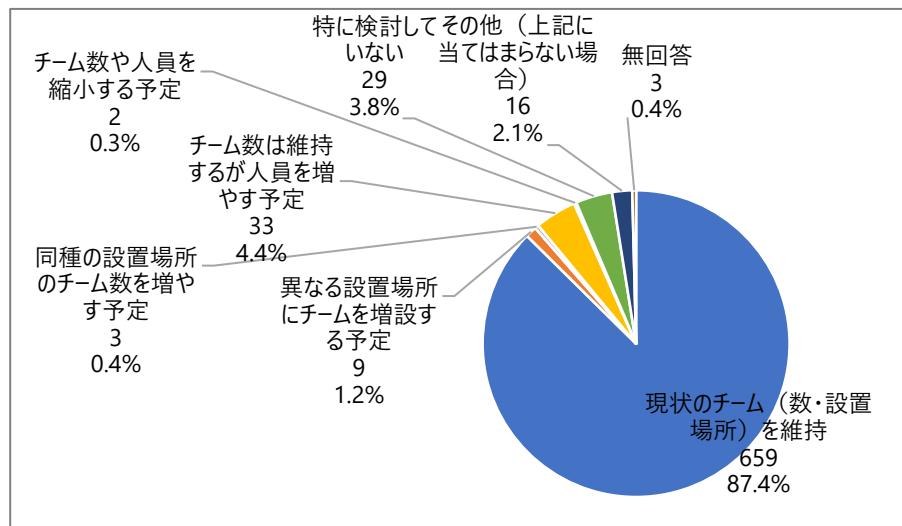
〔医療機関設置 151 自治体〕



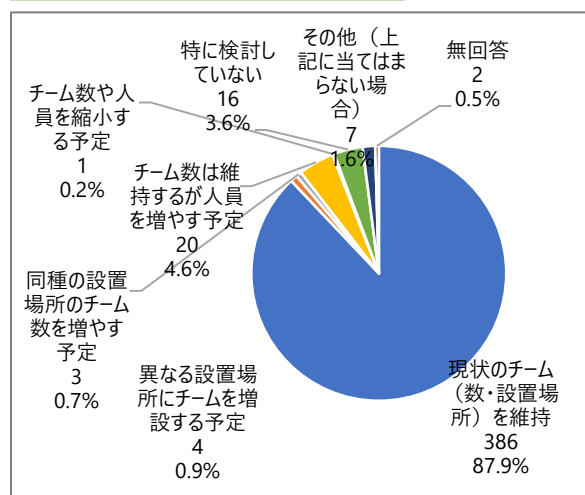
⑥今後の事業（チーム設置等）の展開

◆「現状のチーム（数・設置場所）を維持」が約 9 割を占める。チームの設置場所別で傾向は変わらない

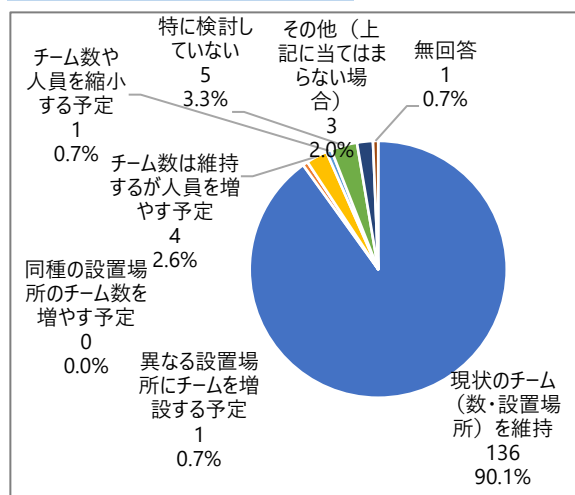
図表 1.2.6 今後の事業（チーム設置等）の展開 （754 自治体）



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



〔医療機関設置 151 自治体〕



(3) 認知症初期集中支援チームの運用等

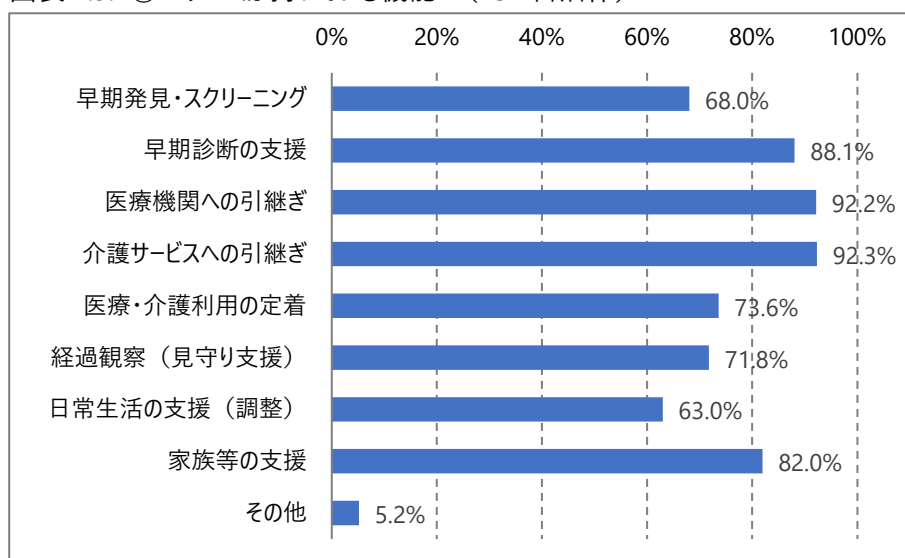
①設置チームの機能

-1 チームが持っている機能（複数回答）

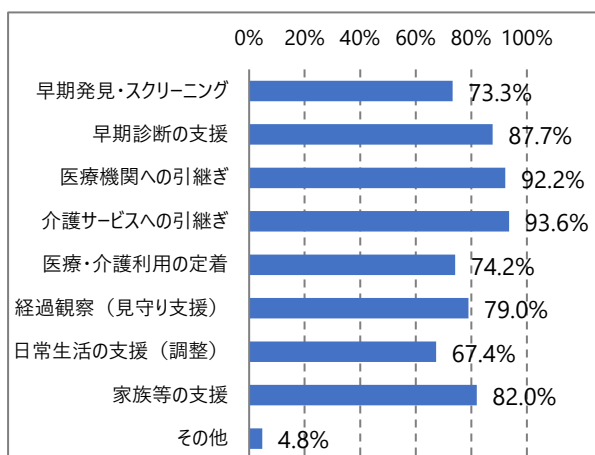
◆地域包括のみ設置では、「早期発見・スクリーニング」、「経過観察」、「日常生活支援」が相対的に多い

◆医療機関設置では、「早期診断の支援」が約5ポイント上回っている

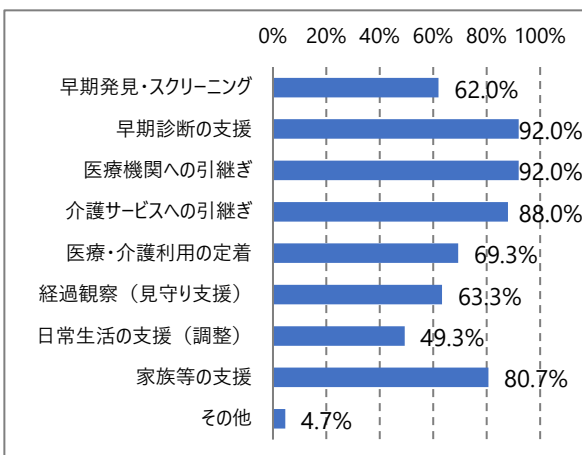
図表 1.3.1① チームが持っている機能（754 自治体）



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



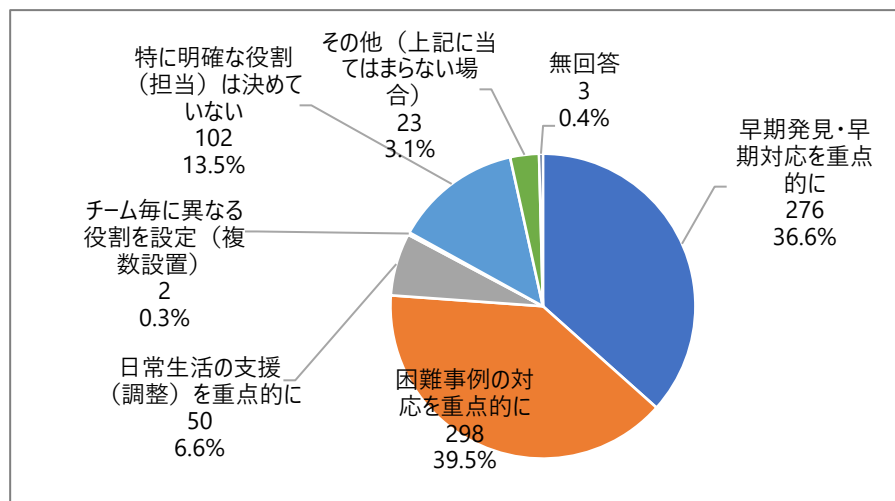
〔医療機関設置 151 自治体〕



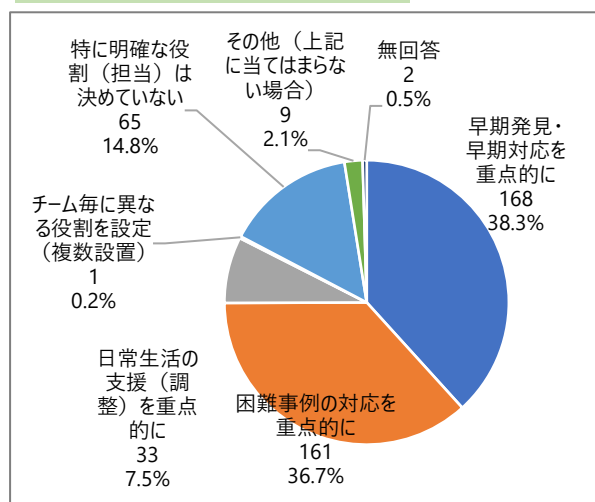
-2 主たる役割

◆医療機関設置の場合、「困難事例の対応」をチームの主たる役割とする割合が5割弱が多い

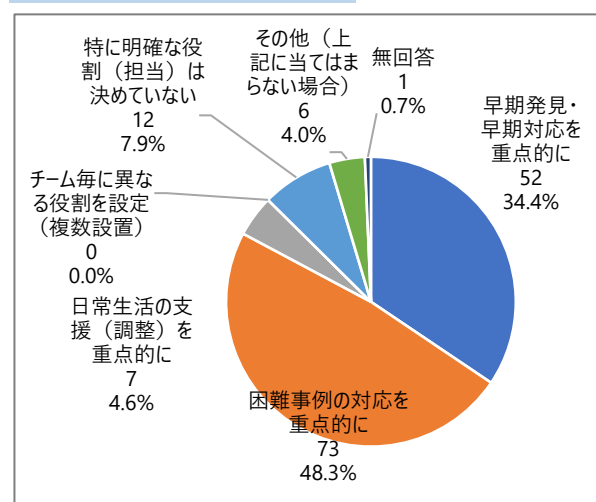
図表 1.3.1② チームが持っている機能 (754 自治体)



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



〔医療機関設置 151 自治体〕

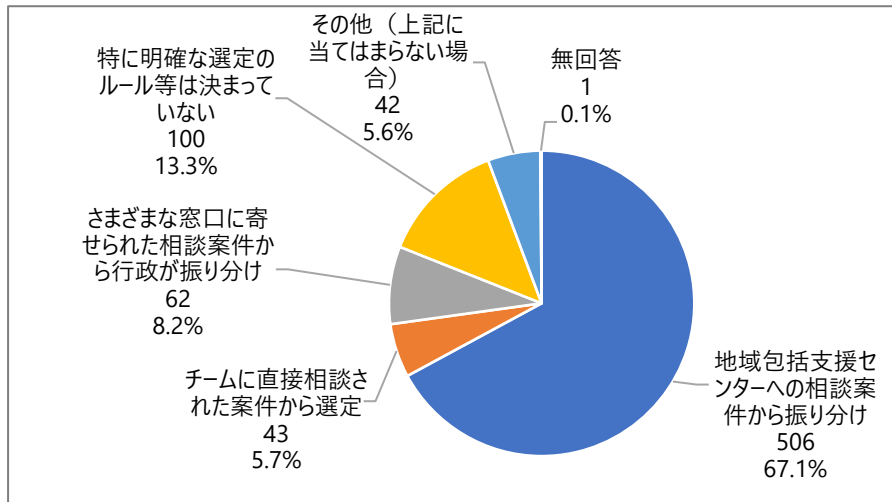


②支援対象者の選定

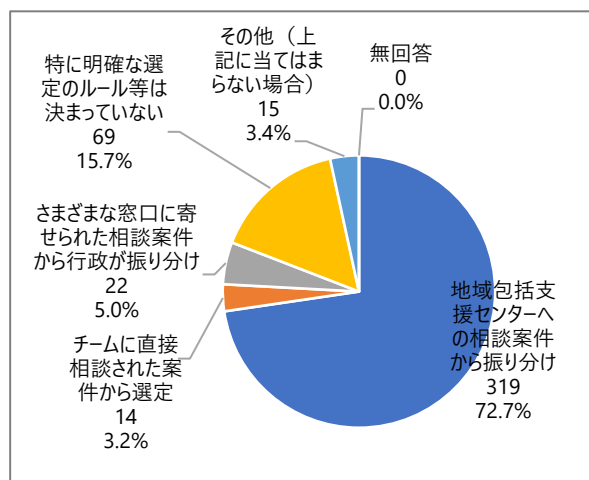
-1 選定方法

- ◆約 7 割が地域包括への相談案件からの振り分けである一方、地域包括のみ設置では、「特にルールがない」とする自治体も 15%程度あった

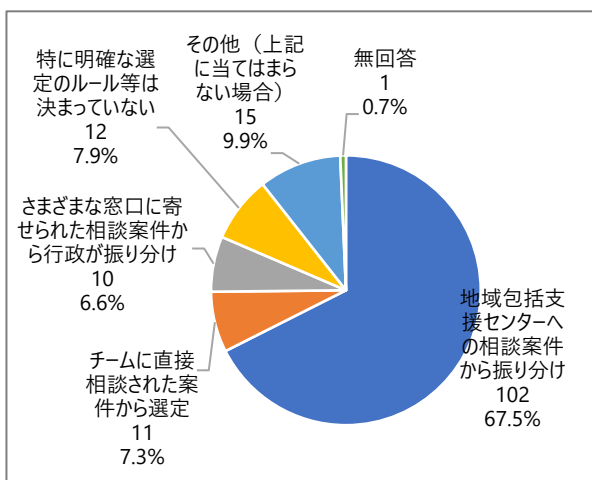
図表 1.3.2① 支援対象者の選定方法 (754 自治体)



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



〔医療機関設置 151 自治体〕



地域包括のみにチーム設置の市町村（主な回答を抜粋）

選択肢の回答： 1 地域包括支援センターへの相談案件から振り分けて選定

	直営地域包括支援センターのため日々様々な相談案件があり、認知症に関する相談について振り分け、チームで対象者選定を行う。
	主には包括支援センターへの相談案件を検討しているが、認知症疾患医療センター受診者についての検討も行う時がある。
	①生活状況の確認、②専門医受診の有無の確認、③支援の方向性の確認等を行ったうえで、1回/月認知症初期集中支援チーム員・包括支援センター職員で会議を開催、チームとして対応する案件であるか検討を行う
	対象者は市内に在住する40歳以上で、医療・介護サービスを受けていない又は中断している者またはサービスを受けているが認知症状等が顕著なため対応に苦慮している者。
	認知症地域支援推進員を兼務していることから、認知症カフェ等での家族からの相談やケアマネジャーから相談を受けることが多い。
	地域包括支援センターに初期集中支援チームの対象者の選定ができるようチェックリストを配付し、対象者を選定している。
	窓口相談より、介護保険申請以外で対応の必要性があった場合。運転免許証自主返納後の支援で相談希望（同意書）がある場合。
	普段から行政と対応を話し合う中で、地域包括支援センターが活動の中で受けた相談から、チームとして活動する必要があると考えた際、チーム適応にするかどうかを行政保健師と話し合う。
	原則は包括が相談を受けた案件を振り分けて支援チームに介入を依頼するが、疾患医療センターや専門医療機関、成年後見支援センター、市窓口で早急に介入する必要があると判断される対象者を把握した場合は、包括を通さずに支援チームに直接相談する場合もある。
	地域住民や民生委員・ケアマネジャーから地域包括支援センターに相談があった中から、地域包括支援センターが選定されたケースがチームの対象者となる。

選択肢の回答： 3 さまざまな窓口寄せられた相談案件から行政が振り分けて選定

	民生委員による相談やもの忘れ外来の窓口に入った相談から選定する。
	町直営で地域包括支援センターと居宅支援事業所を合わせ持っているため、住民はじめ、商店、各種団体から相談が寄せられ、その中から選定する。
	窓口、民生委員や近隣住民、介護事業所等からの相談、高齢者実態把握事業等により対象者を把握し、初期集中支援が必要か判断する。

選択肢の回答： 5 その他

	窓口相談・認知症支援事業（認知症相談会や物忘れ相談事業）の利用者・委託包括からの紹介ケース（チーム依頼情報提供書を活用）等について、チーム員含む包括内で協議し決定。
	行政に関係機関から相談された案件や、地域包括支援センターへの相談案件から行政と地域包括支援センター両方で選定
	民生委員の高齢者実態調査（能動的把握）から振り分けて選定
	70歳以上の介護認定を受けていない人に実施する「健康自立度チェック票」においてももの忘れリスクに該当する人の中からその他の条件を掛け合わせて支援対象者を選定
	家族、地域包括、居宅介護支援事業所、病院等よりチームに相談が入った案件を対象者把握チェック票で選定し、対象者であれば支援対象者として支援する。

医療機関にチーム設置の市町村（主な回答を抜粋）

選択肢の回答： 1 地域包括支援センターへの相談案件から振り分けて選定

	包括で把握したケースで認知症初期集中支援チームの対象として妥当なケースをチームに相談し、情報収集の訪問を経て、支援対象者が決定している。
	地域包括支援センターより挙げられた対象者について、チーム員会議で「事業候補者の検討」を行い、チーム医の意見を参考に対象者の決定を行う
	主に包括からの相談ケースについて、サポート医の意見を聞きながら選定している。
	認知症疾患医療センターと同一の医療機関に設置されているため、センターへの相談案件から初期集支援の対象者が選定されることがある。
	委託型地域包括支援センターがアセスメントし、基幹型地域包括支援センターにチーム依頼の相談をして、チームが介入。
	チームの支援対象となる要件を設定している。相談内容に応じて、認知症地域支援推進員が情報をまとめ、認知症初期集中支援チームへ繋ぐ。
	高齢者の総合相談窓口としての、包括支援センター（直営）が定着しているので、包括との連携が中心になっている。
	主に地域包括支援センターが把握した事例のうち、本市で使用している「相談受付兼対象者チェック票」の項目に該当し、単独の対応では効率的に支援に結びつけることができないものを、チームの訪問対象としている。
	地域包括支援センターで対応可能なケースについては、地域包括で対応し、対応困難であるケースをチーム員に振り分ける体制をとっている。
	地域包括支援センターが把握している認知症(疑いを含む)の症状があり、医療機関への受診や介護サービス等につながっていない者、及び医療や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ケースで、市が必要と認めた者。
	より専門性の高い支援や連携が必要な事例を選定している。

選択肢の回答： 3 さまざまな窓口寄せられた相談案件から行政が振り分けて選定

	行政が振り分けているわけではないが、様々な相談が行政窓口や地域包括支援センターに入るため、初期支援チーム員に相談して同行訪問等から行う。
	支援対象者としては、認知症に関する相談は当該事業の対象者としているが、チーム員会議における協議の有無は行政が振り分けている
	包括・行政で対応すべきケースかを選定している。また、明らかに認知症ではないと考えられるケースについても除外できるように選定している。

選択肢の回答： 4 特に明確な選定のルール等は決まっていない

	地域包括支援センターで支援しているケースがほとんどだが、市民からの直接の相談も受け付けている。
	明確な選定のルールを設定しないことでより多くの支援対象者に関わるため

選択肢の回答： 5 その他

	地域包括、行政認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターへの相談ケースより3者の同意にて対応ケースとする。実際には、認知症疾患医療センターからの提案ケースは無い。
	70歳以上高齢者へのアンケート調査から高リスクを抽出後、訪問等して必要な方を選定、地域包括支援センターへの相談案件より振り分けて選定

-2 対象者の早期情報を得る仕組み

図表 1.3.2② 対象者の早期情報を得る仕組み

ある	261	34.6%
特になし	491	65.1%
無回答	2	0.3%

地域包括のみにチーム設置の市町村 （主な回答を抜粋）

地域包括支援センターが民生委員会議に出席している。
実態把握訪問：75歳以上の高齢独居・高齢夫婦世帯で介護保険未利用者宅を訪問。その際に身体・生活状況等のほか DASC も聴取し、毎月対象者選定を実施。 認知症予防個別相談：タブレットを用いた認知機能チェックや相談により、認知機能低下が疑われる方については対象者として介入検討。
地域包括支援センターへの相談や情報提供
地域包括支援センターの総合相談や地域の見守り活動からの相談、民生委員からの相談など
仕組みというほどでもないが、民生委員、社協相談員、生活支援コーディネーター、ケアマネ、医療機関等多機関多職種へ周知している。
町ぐるみ健診に加え、認知症健診を実施している。
行政や関係機関に相談が寄せられた場合にチームに情報提供している。
介護予防把握事業における各種関係機関からの情報提供による把握
チームについて周知をして、対象になりそうな人に関わる事業所等から連絡、相談を受けている。
認知症スクリーニング検査を R2 年度から実施 MCI 該当者に対して関わる予定
地域住民、医療介護機関、警察署からの情報提供
民生委員が高齢者のひとり暮らし調査を実施し、認知症が疑われるケースは地域包括支援センターへ情報が入り、本人の同意の上で認知症初期集中支援チームへつなぐ仕組みがある。
地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置しており、認知症地域支援推進員がチーム員であるため、地域包括支援センターが把握した本事業の対象となりそうな人を早期に把握できる。
民生委員等市民の見守りネットワークや医療機関から市、包括支援センターへ連絡。
総合相談、フレイルチェック、認知症カフェ等で対象者見込みを把握している。
包括支援センターにチームを置いているため、総合相談として対応した中で認知症が疑われる事例があれば、初期集中支援チームの支援対象になるか検討する流れとしている。
チームが担当する圏域の包括支援センターと情報共有し対応しており、早期対応は各包括支援センターで対応している部分あり。
民生委員、地域包括支援センターと地域の高齢者情報の収集を行う地域支援ネットワーク会議を定期的に行い支援の必要な高齢者情報を把握。その上で支援が必要な人がいた場合などに各地域包括支援センターが初期集中支援チームに繋げる場合がある。
地域包括支援センターが応需する総合相談、及び、要支援認定者・基本チェックリスト実施者の内、介護予防サービスや日常生活支援総合支援事業へのマネジメントの際に、早期情報を得る機会はある。
介護保険の認定を受けていない方を対象に、「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」が項目に入っている「介護予防チェックリスト」を送付。返信された結果から、認知症の疑いがある人を、地域包括支援センター職員が訪問している。
包括に委託しているので、銀行や市内企業との日頃からの連携があり、早期の情報提供が得られている。

医療機関にチーム設置の市町村（主な回答を抜粋）

	民生児童委員や自治会から地域包括支援センターへ相談が入る。
	地域住民、町会等に見守りボランティアに登録してもらい、生活状況の変化や異変等を地域包括支援センターに連絡してもらう。
	小規模自治体であり、診療所との情報共有が容易に可能、また地域包括支援センターが直営であり、民生委員との連携や独居高齢者の把握、要支援者台帳の整備もできている。
	高齢者包括支援センターの予防事業（認知症タッチパネルや、TDAS）、地域ケア会議での情報、委託居宅支援事業所からの相談、民生委員からの情報等。
	民生委員情報交換会を定期的の実施しているため、地域の困難ケースを把握することができる。サービス事業者にも周知しているため、ケアマネ支援の延長で支援の依頼がケアマネから来ることがある。
	認知症地域支援推進員とチームとの定例会を開催し事例検討、地域包括支援センターでの相談からチームへ事前相談。
	市ホームページ内に認知症初期スクリーニングシステムを導入。本人及び家族がセルフチェックをし、認知症のリスクが高い場合は相談窓口として包括や認知症疾患医療センターの連絡先が提示される。
	認知症初期集中支援チームの周知等を実施し、チームの役割や相談できる窓口を伝え、その際に住民から心配なケースの相談が入る。
	町村の各種相談事業や民生委員からの相談
	認知症地域支援推進員の定例会への参加等による情報共有
	民生委員等の地域住民から地域包括支援センターや市役所窓口で相談があった際は、認知症初期集中支援チームの対象かどうか判断しながら、相談を受理している
	関係機関、地域住民からの情報を地域包括支援センターが共有し、すぐに訪問を実施することで早期に支援することができている。
	介護保険認定調査や65歳以上の健康相談会から支援対象になりそうな人を把握している。地域包括支援センターからの相談。
	民生員定例会、介護予防教室委託先からの情報提供など
	警察との情報共有ツール「認知症高齢者等安心見守り連絡票」にて、認知症疑いの人の情報が入り、包括支援センターで家族面談を行い、支援対象者とするケースも増えてきている。
	事例を選定する地域包括支援センター（委託）が、年間を通して実施している高齢者実態把握訪問等で情報を把握したり、近隣住民やケアマネジャーや医療機関等の関係機関から支援対象になりそうな人の情報を得ている。
	高齢者地域ケア会議を通して地域活動団体や医療・介護の専門職同士で顔の見える関係づくりやチームの啓発を行うことで、地域包括支援センター及びチームへの早期相談につなげている。介護予防事業との連携。
	村独自に設置している「トータルサポートセンター」にて高齢者宅を訪問し、介護予防チェックシートにて心身の状態の把握や聞き取りによるニーズの調査を行っており、その情報をもとに連携し、早期発見につなげる仕組みを構築している。
	70歳以上高齢者へのアンケート調査から高リスクを抽出 民生委員による一人暮らし、高齢者のみ世帯の訪問調査
	地域包括支援センターが高齢者の総合相談窓口として、さまざまな相談を受付しており、その中から、困難事例等の対応について、初期集中支援チームに相談を行っている。

-3 チームの存在や役割を広報する仕組み

図表 1.3.2③ チームの存在や役割を広報する仕組み

ある	571	75.7%
特になし	181	24.0%
無回答	2	0.3%

地域包括のみにチーム設置の市町村 （主な回答を抜粋）

医療機関、介護事業所、ケアマネ、民生委員等関連機関などに案内。
広報やチラシによる周知。町内の医療・介護施設にチラシの配付、公的機関にチラシの配付。認知症サポーター養成講座にての周知。
初期集中支援チームのパンフレットを作成し、行政や地域包括支援センター、医療機関等に配布及び設置している。
市の広報誌やホームページへの掲載。認知症サポーター養成講座の中での周知。
自治体の広報紙、広域で作成したリーフレットの活用
チラシを作成し、地域包括支援センターや行政の窓口等で配布している。
町内の銀行や郵便局などにチームのポスターを貼り、普及啓発を図っている。認知症サポーター養成講座や認知症に関する研修会でチームについて周知。広報での周知。
医療機関にチラシを設置している。 年に1回全戸配布している健康づくりカレンダーに記載。 認知症サポーター養成講座内にて説明。
町のホームページに記事を掲載し周知を図っている。
町の広報や地域ケア会議での周知
認知症ケアパス内に記載されており、全戸配布している。また、公報に地域包括支援センターが、文章を添付し、全戸配布している。
仕組みではないが、チラシを作成しており、様々な機関、機会を通じて配布している。
行政直営の包括にチームがあるため、広報やホームページによる周知が可能であるほか、各種事業の際にチラシ等も配付している。
市広報誌やホームページへ掲載している。
いきいき百歳体操の技術支援時にPR 保健福祉センターの窓口にケアパスを設置
市報掲載、認知症ケアパスやパンフレット配布
認知症初期集中支援チーム、認知症に関するガイドブック、ポスターを作成している。
自治体ホームページ。自治体広報誌。サポーター養成講座にてチラシ配付。 認知症月間において区内駅の広報スタンドにケアパスを設置・主要3図書館にケアパス設置。 医師会、訪問看護ステーション連絡協議会等関係機関へ事業説明。
市と地域包括支援センターが発行し、市内全戸に配布される「ほんわか新聞」に事業案内を掲載している
認知症ケアパス、HPへの掲載。認知症に関する展示の中で紹介。認知症サポーター養成講座で案内

医療機関にチーム設置の市町村（主な回答を抜粋）

	認知症ケアパスを含んだパンフレット（市の名称「認知症あんしんガイド」）に記載
	町広報誌への掲載、「認知症ケアパス」と認知症初期集中支援チームのリーフレット配布、町内の医療機関・介護関係の事業所へ直接訪問巡回し、周知。
	市、地域包括支援センター及び認知症初期集中支援チームが地域住民や関係機関等に対し、広報活動を行っている。
	地域包括支援センター窓口にチラシの配置、広報誌への掲載を行っている。
	ケアパスによる周知、多職種による地域ケア会議（推進会議）での検討委員会の開催
	市ホームページでの広報 認知症関連イベントでの周知（チラシの配付やパネル展示）
	町の広報誌、町の公式 HP、チラシ配布。
	市政だよりへの掲載、チラシを医療機関に配付。
	市の高齢者保健福祉サービスご案内の冊子に掲載している。また、行政や地域包括支援センターがチームについて説明する際のツールとして A41 枚もののチラシを作成、各区・各地域包括支援センターに配布。
	市の広報誌への記事掲載、認知症ケアパス、チラシの配布
	市の広報誌やホームページ、ガイドブックに掲載している。チラシを作成し各包括支援センターに置いている。
	市公式ホームページ・ケアパス・ちらし
	地域の回覧を活用した市民への周知。関係機関からの認知症に関する講演依頼の際にチームの活動案内を実施。
	事業チラシ、市ホームページに掲載
	医療機関やケアマネにチラシを配布し周知。市の広報誌や講座等で周知。
	チラシ配布、広報周知、ケアマネ協議会への周知 認知症初期集中支援チーム報告会などを開き周知
	自治体の広報誌、ホームページ、イベントでのチラシ等啓発物品の配布。
	医療機関へ健診案内通知する際に、初期集中支援チームのちらし同封。 委託の地域包括支援センターを行政区ごとに集めた定例会を活用し、初期集中支援チームと地域包括支援センターとの情報交換会を開催している。
	区ごとに設置している初期集中支援チームのチーム員が、各区内で開催される連絡会議や研修会等で周知を行っているほか、全市的に民生委員児童委員へのチラシ配布や広報誌での周知等を行っている。
	認知症ケアパスや市ホームページに掲載している。 H30 年に市医師会にケアパスとかかりつけ医ルートの依頼・説明をし、以降毎年ケアパスとかかりつけ医ルートのチラシを配布している。
	居宅介護支援事業所の連絡会で説明し周知。また地域包括支援センターが業務の中で必要に応じて説明している。
	初期集中支援チームを記載した「介護と医療との連携マップ」を全戸配布し周知。
	委託先の認知症疾患医療センターホームページ掲載による PR。パンフレットの配布、講師派遣の受け入れ 市のホームページや広報誌掲載や関係機関への広報活動
	高齢者世帯に配布する高齢者の介護保健福祉の事業に関するしおりに毎年掲載。認知症ケアパスに掲載。 認知症に関する介護予防教室やセミナーでの広報。地域包括支援センターネットワーク連絡会に参加し地域の福祉関係者に周知。
	認知症初期集中支援チームのリーフレットを、町内居宅介護支援事業所や医療機関へ持参し活動内容を広報している。また、地域ケア会議やサロン等でも啓発活動している。

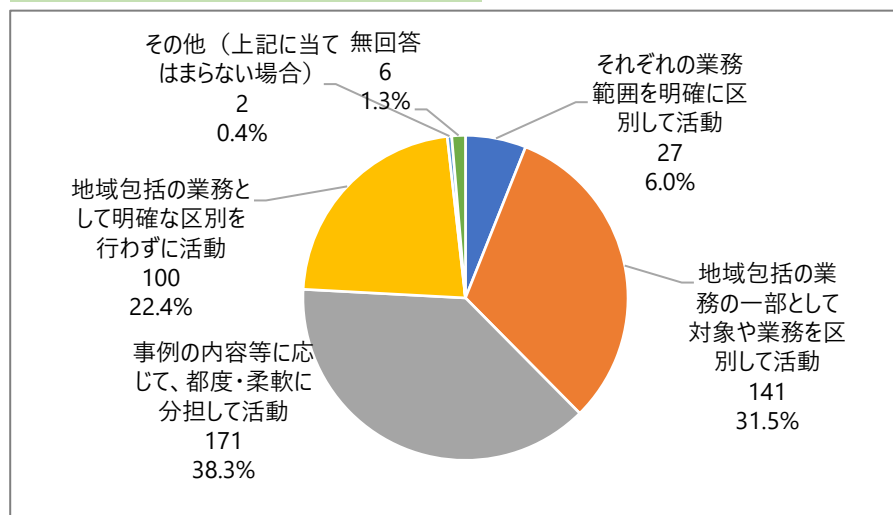
③地域包括支援センター業務との関係

-1 地域包括にチーム設置している場合

- ◆地域包括設置の自治体では、5割以上で、地域包括の業務の「一部として（オレンジ）」、「明確な区別なく（黄色）」、チーム活動が行われている

図表 1.3.3① 地域包括業務との関係

〔地域包括にチーム設置あり 447 自治体〕（医療機関や行政にも設置している場合を含む）

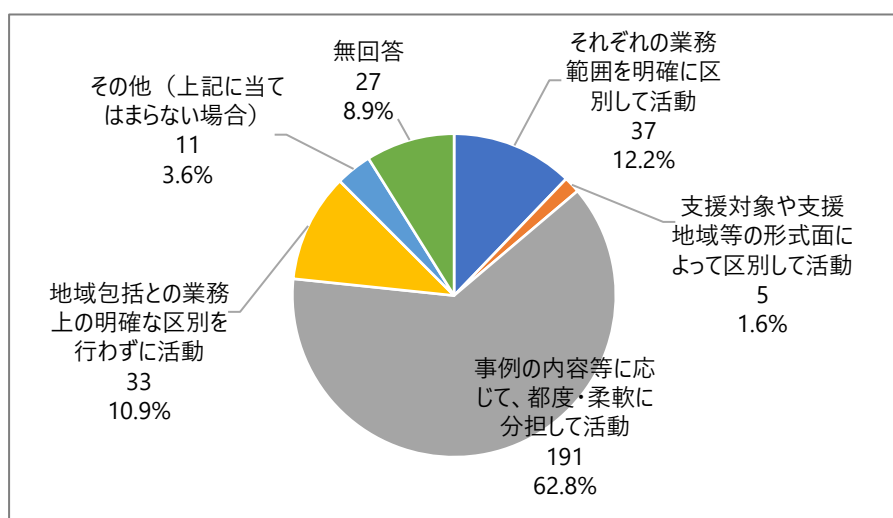


-2 地域包括以外にチーム設置している場合

- ◆医療機関設置の自治体では、約 6 割で「事例に応じて都度・柔軟に分担」してチーム活動が行われている

図表 1.3.3② 地域包括業務との関係

〔地域包括以外にチーム設置（地域包括にチームなし） 304 自治体〕



(4) 他の認知症施策等との関係

①チーム活動に連動させている仕組み

図表 1.4.1 チーム活動に連動させている仕組み

ある	274	36.3%
特にない	478	63.4%
無回答	2	0.3%

地域包括のみにチーム設置の市町村 （主な回答を抜粋）

実態把握訪問から初期集中支援対象見込みにつなぐ 認知症予防普及啓発事業から初期集中支援対象見込みにつなぐ 必要に応じて支援者を認知症カフェやいきいき百歳体操等の参加につなぐ
ケースによって、認知症サポーター活動促進事業へつなぎ、見守りや居場所づくりを行い、地域で安心して過ごせるようサポートしている。
認知症相談という枠につなぐ、脳の元気教室の参加につなぐ、認知症啓発の本人や家族のメッセージ発信の協力依頼など
対象者に対して認知症カフェを勧めたり、家族に対して家族介護者教室への参加を促している。
初期集中支援チーム終了後、必要に応じて認知症カフェ等につないでいる。
対象者の状態によっては、一般介護予防への参加へつないでいる。 認知症カフェは現時点で開催に至っていない為、開催以降はつなげる。
認知症施策へのつなぎ（GPS、SOS ネットワーク、認知症カフェ、介護者の会）
・支援対象者の活動の場として、認知症カフェの参加につないだ ・認知症高齢者等見守り SOS ネットワークの事前登録につながった
介護保険へつなぐ、認知症カフェにつなぐ、住民主体の集まりの場などへつなぐ。
専門の相談員による認知症無料相談会から初期集中支援チームにつなぐ
介護予防教室参加者からチームへのつなぎを行ったり、逆に、チームでの支援終了者を介護予防教室や認知症カフェ等につないだりしている。
包括内にある認知症総合相談センター把握の困難事例は、認知症カンファレンスで協議。その中で、緊急性、優先度が高く、複数対応が必要な事例は、初期中で介入。初期中終了後は、地区担当で継続支援または、介護支援専門員に引き継ぐ。
認知機能簡易検査や公民館での体操教室等の参加者に支援が必要なケースがあれば、初期集中支援対象見込みにつなぐ
介護サービス利用拒否の場合、家族と一緒に参加できる認知症カフェの紹介をしている。
支援チームの周知啓発において愛称を認知症施策での啓発活動でも活用し、市民への普及を図っている。相談者に市の施策である「高齢者見守りシール交付事業」や「認知症カフェ」の周知に繋げている。
支援終了者を認知症カフェに繋いだ
認知症予防事業でのスクリーニングから対象者を把握。対象者の状況に応じて認知症カフェ等の集いの場への参加につなぐ。
予防事業から初期集中支援チーム等につなぎ、当事者の会や家族の会にて継続支援を行う
地域包括支援センターが「介護予防チェックリスト」→「実態把握の訪問」→「初期集中支援事業」→「見守り支援」「認知症カフェ」と一連の流れで活動している。

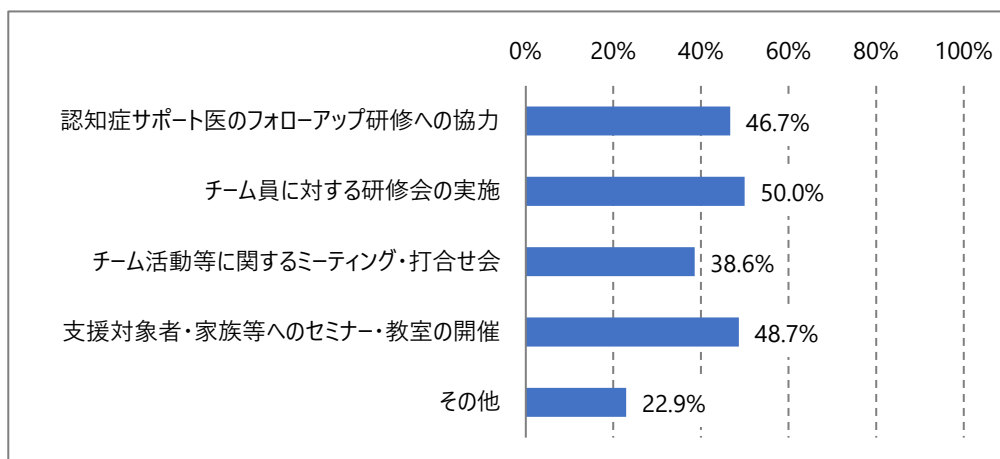
医療機関にチーム設置ある市町村（主な回答を抜粋）

	認知症カフェで受診の相談、病気の相談、生活の相談ができるようにチーム員にも参加してもらっている
	75・80・85・90 歳時に健康調査として介護保険未利用者に対し、訪問調査を行い状況確認と相談対応を実施しており、初期集中支援対象見込につないでいる。
	対象者は支援終了後、依頼者である地域包括支援センターが支援を継続する
	認知症カフェで行う勉強会の講師として、認知症初期集中支援チームを委託している医療機関のスタッフが参加してもらっている。
	認知症検診の二次検診未受診者、並びに二次検診の結果、要経過観察者への訪問。
	地域包括支援センターとの事例検討からチーム員が出席しチームにつなぐ、認知症カフェでの相談等からチームにつなぐ、支援終了者は地域包括支援センターとの連携で地域の通いの場や認知症カフェ等でフォロー
	支援終了者を認知症カフェ等地域包括支援センターの事業や地域資源における見守りにつなぐ
	認知症予防教室でのスクリーニングから初期集中支援チームへつなぐ。
	支援終了者を地域包括支援センターに引き継ぎ、必要に応じて、予防事業等につなぐ。
	地域包括支援センター等が実施するチェックリスト、介護予防教室等から支援終了者を認知症カフェや地域の通いの場の参加につなぐ
	認知症の前状態（MCI）の場合、教室受講を促している。
	支援修了者を、徘徊高齢者等 SOS 事業や認知症カフェ等の参加につなぐ
	認知症地域支援推進員と連携し、認知症カフェの場に参加し、家族への教育的アプローチを実施。
	支援終了者を市民ボランティアの傾聴等の取り組みに引き継いでいる。
	構成市町の一部で下記の内容を実施。独居高齢者に対し、訪問によるアンケート調査を実施。認知症初期集中支援チームに依頼しているケースに対する支援の一つに元気が出る学校（一般介護予防事業）があり、週に 1 度介護予防に資する活動を実施。
	対象者の発見を行う地域包括支援センター、支援をするチーム員を認知症地域支援推進員として配置しているため、つなぎの支援体制が整備できている。
	民生委員の世帯調査時に認知症またはその疑いのある高齢者の情報提供を依頼し、提供のあった情報からスクリーニングした上でチームに相談することはある。
	認知症家族介護者交流会、認知症カフェとの連携、令和 3 年度から始まる認知症検診事業と連携する。
	地域の社会資源を把握する地域包括支援センターにチームの設置があるため、必要時認知症カフェ等につなぐことはできるが、まだ具体的な事例はない。
	本人や家族がもの忘れについて医師と個別相談ができる「もの忘れチェック相談会」からつなぐ、地域包括支援センター（委託）が実施している「見守り訪問」からつなぐ、支援期間中に「認知症カフェ・家族会・臨床心理士による心理相談」等の利用につなぐ。
	チーム員会議での支援方針検討に地域包括支援センターも参加し、ケースの状況に応じた資源につないでいる。
	70 歳以上高齢者へのアンケート調査から高リスクを抽出後、訪問等して必要な方を初期集中支援チームへつなぐ、必要に応じて認知症カフェや家族を介護者のつどいなど通いの場へつなぐ
	嘱託医相談と連携して、高齢者の状況に応じた対応を行っている。 見守り SOS 等の利用については、必要に応じてつないでいる。
	終結のチーム員会議に認知症地域支援推進員が同席し、必要に応じて対応できる体制を整えている。
	チームの支援対象を認知症カフェへつないだり、認知症カフェ利用者を相談へつないだりしている。また、保健師や地域包括支援センター等の訪問者を、相談などチームへつなげたりしている。

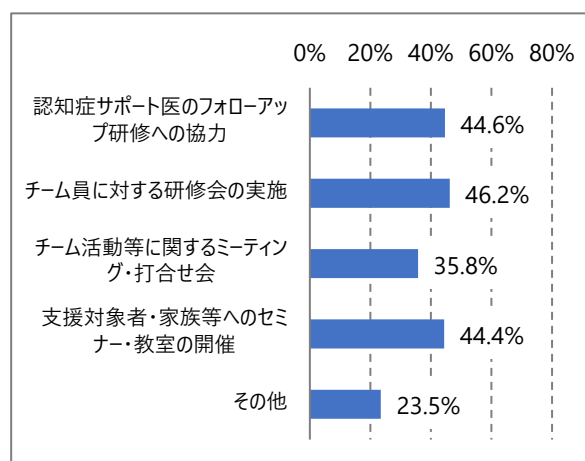
②地域医師会と連携・実施している取り組み（複数回答）

◆「チーム員に対する研修会」、「支援対象者・家族等へのセミナー」の順に多かった

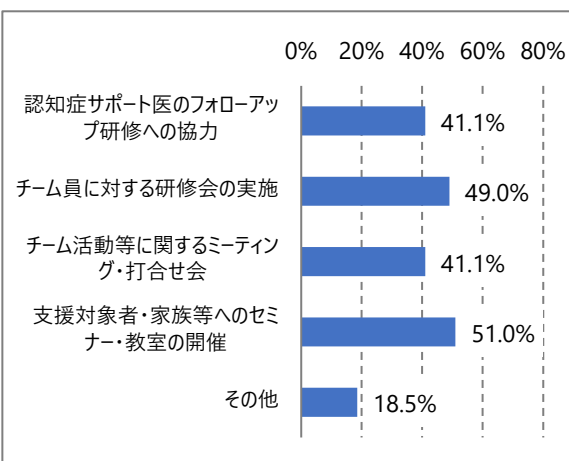
図表 1.4.2 地域医師会と連携・実施している取り組み（754 自治体）



〔地域包括のみ設置 439 自治体〕



〔医療機関設置 151 自治体〕



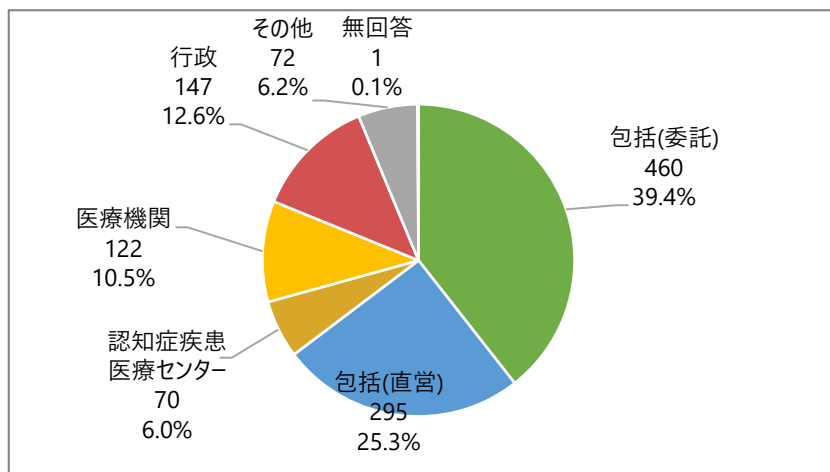
1.2.2 チーム運営・活動（チーム票）

(1) チームの基本属性

①設置場所

◆委託・直営を併せて約 3 分の 2 が地域包括設置（委託：直営＝6：4）、以下、行政、医療機関、疾患医療センターの順となった。

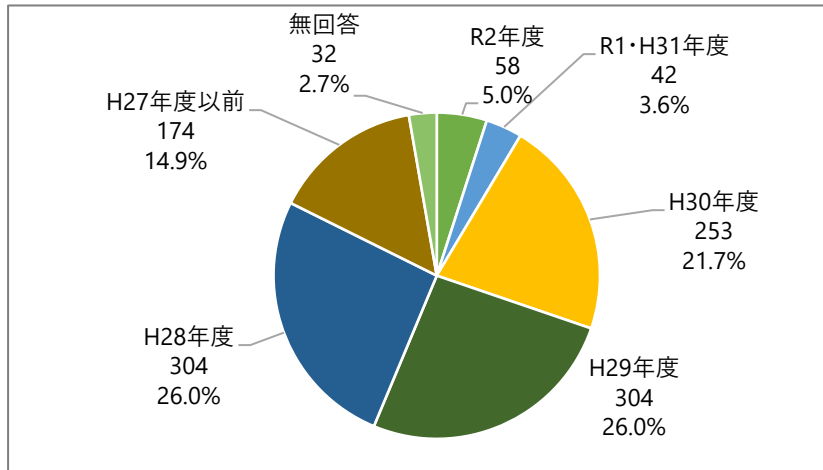
図表 2.1.1 チームの設置場所（1,167 チーム）



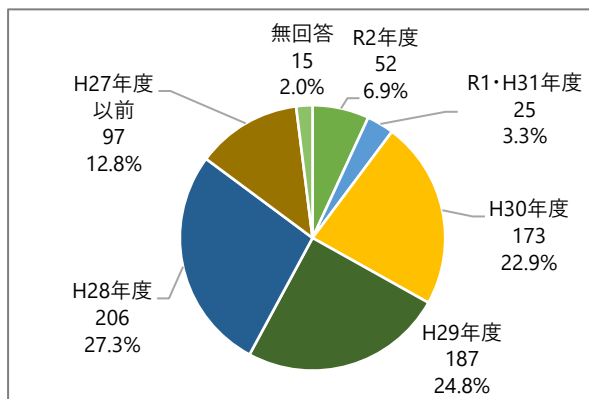
②設置年度

◆地域包括、行政のチームは設置後期間が短いチームが多い（H30以降設置が3分の1）

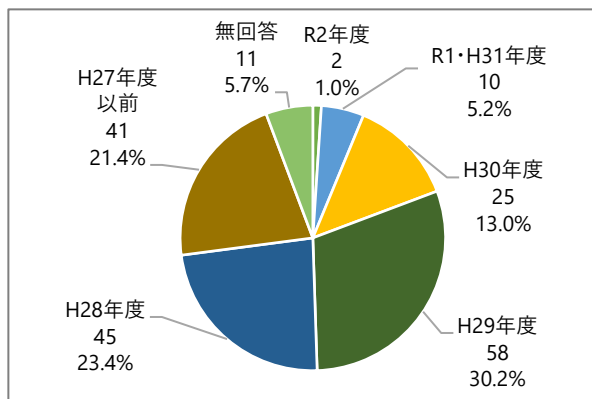
図表 2.1.2 チームの設置年度（1,167チーム）



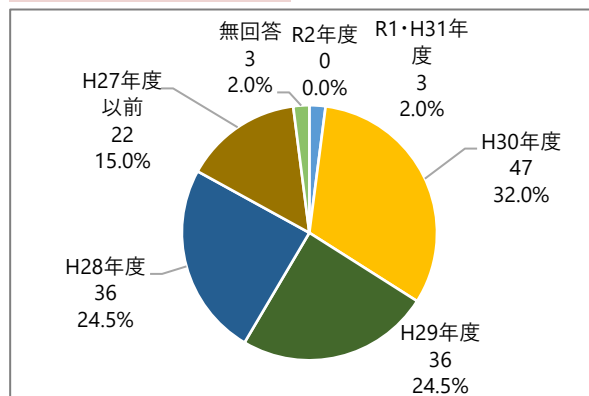
〔地域包括設置 755チーム〕



〔医療機関設置 192チーム〕



〔行政設置 147チーム〕



③チーム員構成

- ◆地域包括設置では社会福祉士、保健師が多く（保健師は直営包括と思われる）、医療機関設置では、看護師が中心で精神保健福祉士も多い

図表 2.1.3① チーム員の職種（有効回答 1,133 チーム）

	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臨床心理士等	⑧その他
配置チーム数	675	667	206	787	222	322	53	456
（割合）	59.6%	58.9%	18.2%	69.5%	19.6%	28.4%	4.7%	40.2%
1チームあたり	1.1	1.0	0.3	1.3	0.3	0.4	0.0	0.7
兼務者割合	84.2%	78.1%	78.6%	82.3%	80.3%	79.9%	87.5%	75.7%

〔地域包括設置 有効回答 748 チーム〕

	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臨床心理士等	⑧その他
配置チーム数	507	376	86	580	83	214	25	316
（割合）	67.8%	50.3%	11.5%	77.5%	11.1%	28.6%	3.3%	42.2%
1チームあたり	1.2	0.7	0.1	1.4	0.2	0.4	0.0	0.7
兼務者割合	87.0%	80.1%	81.1%	84.1%	81.4%	84.2%	88.0%	76.0%

〔医療機関設置 有効回答 181 チーム〕

	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臨床心理士等	⑧その他
配置チーム数	36	161	77	80	101	47	25	49
（割合）	19.9%	89.0%	42.5%	44.2%	55.8%	26.0%	13.8%	27.1%
1チームあたり	0.3	2.2	0.7	0.7	1.0	0.5	0.2	0.6
兼務者割合	64.7%	76.7%	76.6%	72.2%	80.4%	68.3%	85.7%	61.6%

〔行政設置 有効回答 138 チーム〕

	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臨床心理士等	⑧その他
配置チーム数	108	78	28	87	26	37	1	66
（割合）	78.3%	56.5%	20.3%	63.0%	18.8%	26.8%	0.7%	47.8%
1チームあたり	1.7	1.1	0.3	1.3	0.3	0.5	0.0	1.2
兼務者割合	78.3%	81.5%	86.8%	79.0%	74.4%	76.6%	100.0%	83.4%

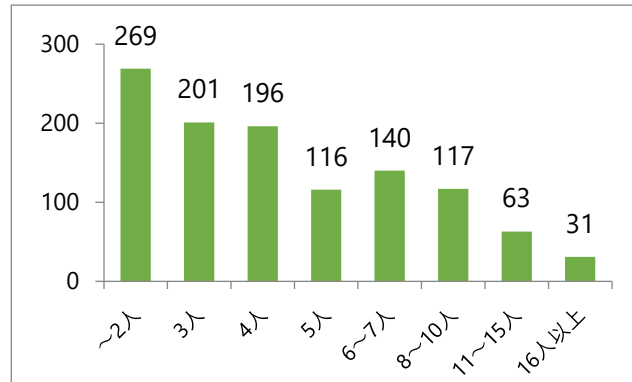
図表 2.1.3② チーム員人数の状況（有効回答 1,133 チーム）

※チーム員人数には、認知症サポート医等の医師の数は含めていない

◆地域包括設置では、2 人（サポート医含め 3 人）のチームが多く、相対的にチーム員数は少なめ

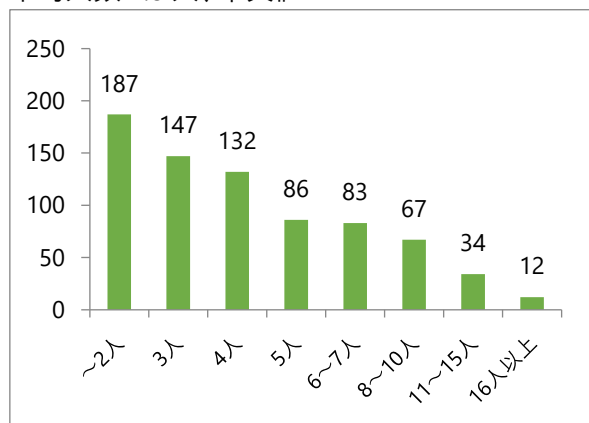
	チーム数	割合
～2 人	269	23.7%
3 人	201	17.7%
4 人	196	17.3%
5 人	116	10.2%
6～7 人	140	12.4%
8～10 人	117	10.3%
11～15 人	63	5.6%
16 人以上	31	2.7%

平均人数 5.2 人、中央値 4



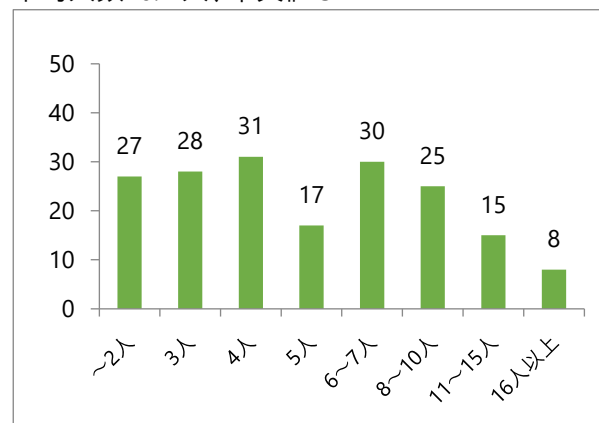
〔地域包括設置 有効回答 748 チーム〕

平均人数 4.8 人、中央値 4



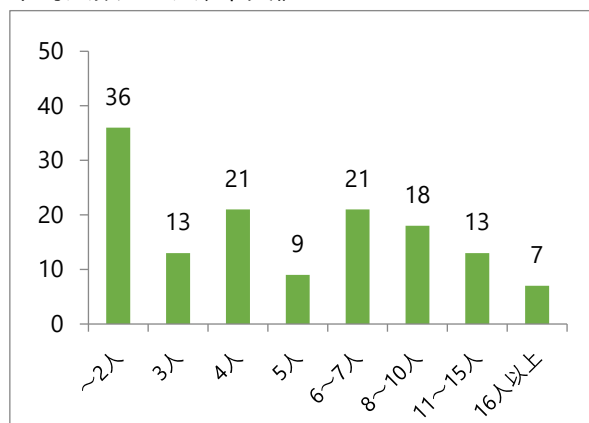
〔医療機関設置 有効回答 181 チーム〕

平均人数 6.1 人、中央値 5



〔行政設置 有効回答 138 チーム〕

平均人数 6.3 人、中央値 4

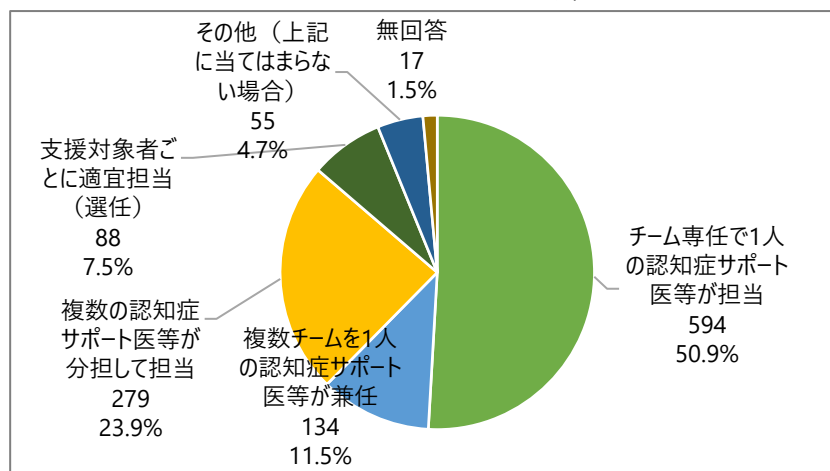


④認知症サポート医

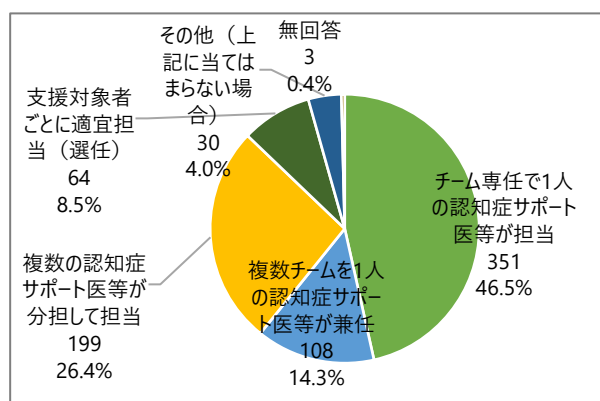
-1 担当状況

- ◆医療機関設置では、1 チーム、1 サポート医とするチームが 6 割前後が多いが、地域包括設置では、「複数チームを 1 人のサポート医が兼任」の割合が 10 ポイント程度に多い

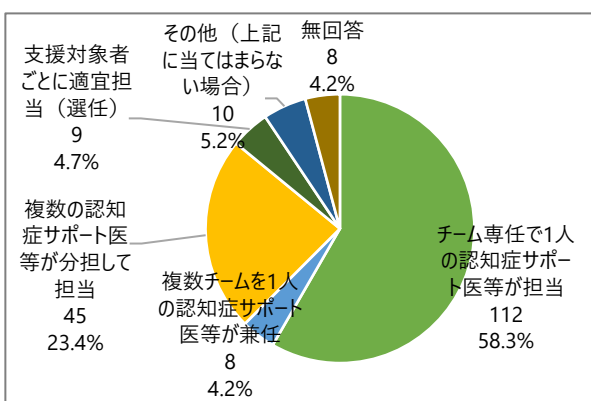
図表 2.1.4① 認知症サポート医の担当状況 (1,167 チーム)



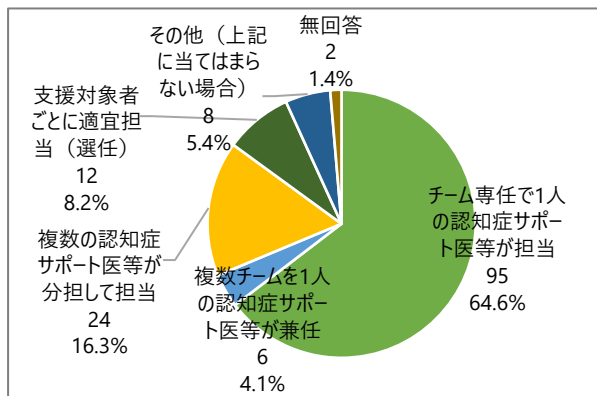
〔地域包括設置 755 チーム〕



〔医療機関設置 192 チーム〕



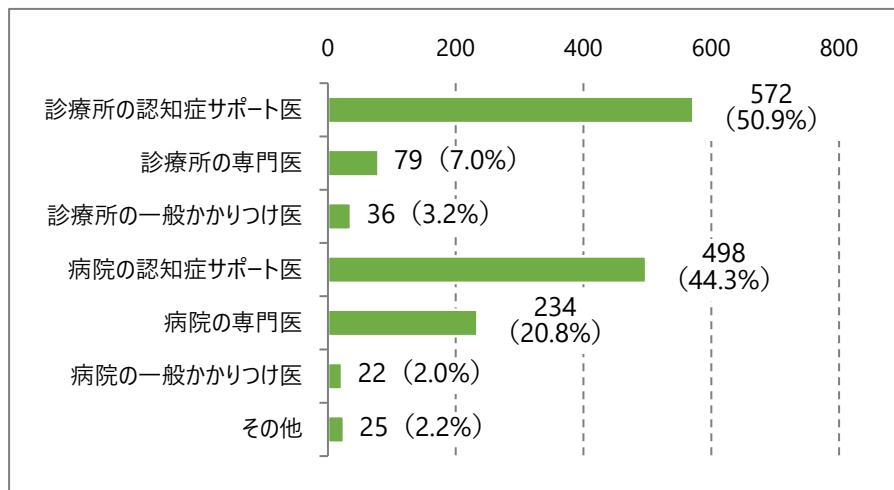
〔行政設置 147 チーム〕



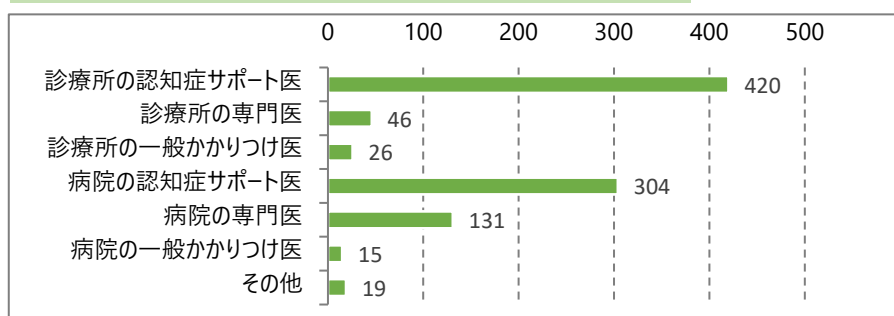
-2 医師属性（複数回答）

◆地域包括設置では「診療所のサポート医」が多く、医療機関設置では「病院のサポート医」が多い

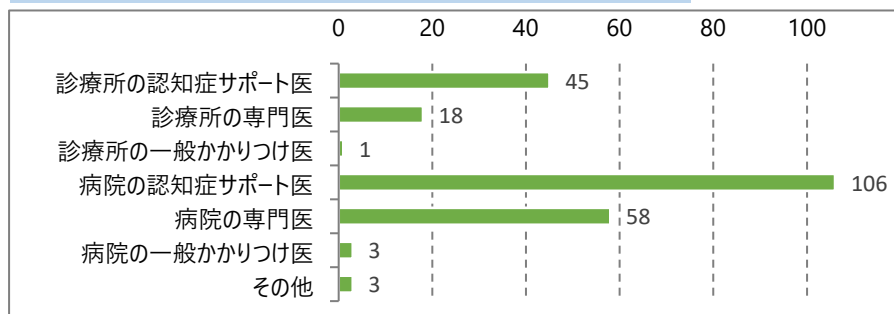
図表 2.1.4② 認知症サポート医の所属（属性）（有効回答 1,123 チーム、サポート医 1,466 人）



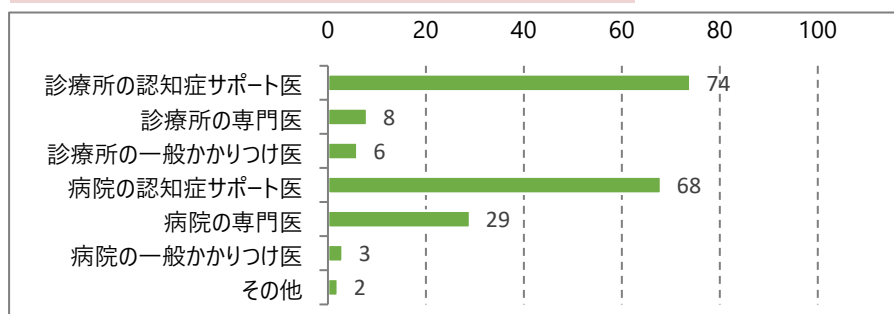
〔地域包括設置 有効回答 732 チーム、サポート医 961 人〕



〔医療機関設置 有効回答 182 チーム、サポート医 234 人〕



〔行政設置 有効回答 143 チーム、サポート医 190 人〕



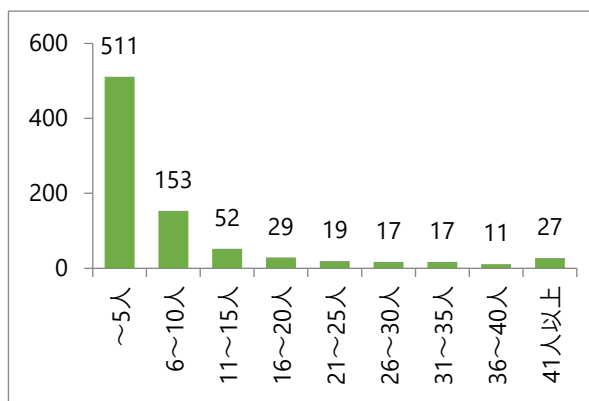
(2) チームの活動

① 支援対象者数（4～9月）

◆全体では、同期間に支援対象者があったチームが約 3 分の 2（稼働割合）で、相対的に医療機関設置が稼働割合、平均対象者数（半年間実数）とも多い傾向があった

図表 2.2.1 支援対象者数（1,167 チーム）

	対象者数	終了者数
対象者ありチーム	836	644
（稼働割合）	71.6%	
平均対象者数（半年間）	8.3	4.1
（中央値）	4	2



〔地域包括設置 755 チーム〕

	対象者数	終了者数
対象者ありチーム	502	369
（稼働割合）	66.5%	
平均対象者数（半年間）	7.7	3.8
（中央値）	3	1

〔医療機関設置 192 チーム〕

	対象者数	終了者数
対象者ありチーム	163	140
（稼働割合）	84.9%	
平均対象者数（半年間）	10.4	5.3
（中央値）	6	3

〔行政設置 147 チーム〕

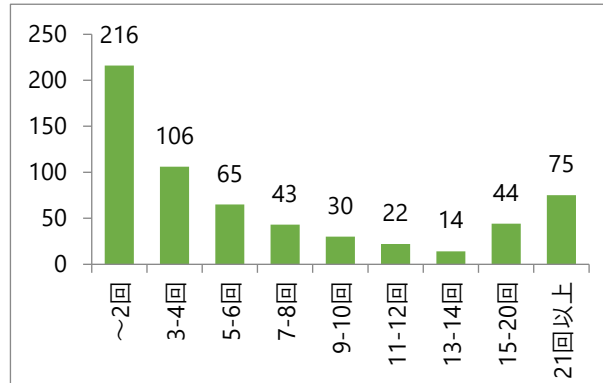
	対象者数	終了者数
対象者ありチーム	108	85
（稼働割合）	73.5%	
平均対象者数（半年間）	7.0	3.7
（中央値）	4	2

②月間訪問回数（9月）

◆訪問延べ回数は平均で10回前後であった（医療機関設置、行政設置、地域包括設置の順）。「2回以下」のチームが最も多かった一方で、「21回以上」のチームも一定程度あった

図表 2.2.2 月間訪問回数（対象者あり 836 チーム）

月間訪問回数	
訪問ありチーム	615
平均訪問回数（月間）	11.5
（中央値）	4



〔地域包括設置 対象者あり 502 チーム〕

月間訪問回数	
訪問ありチーム	363
平均訪問回数（月間）	10.6
（中央値）	4

〔医療機関設置 対象者あり 163 チーム〕

月間訪問回数	
訪問ありチーム	125
平均訪問回数（月間）	11.1
（中央値）	4

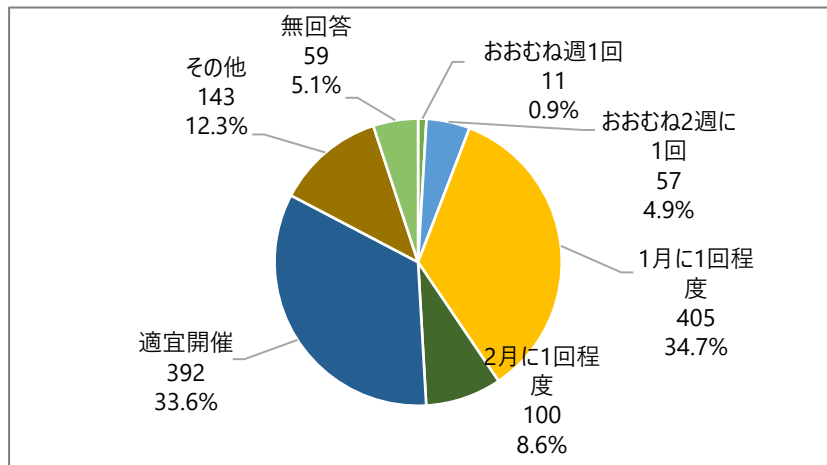
〔行政設置 対象者あり 108 チーム〕

月間訪問回数	
訪問ありチーム	76
平均訪問回数（月間）	8.7
（中央値）	4

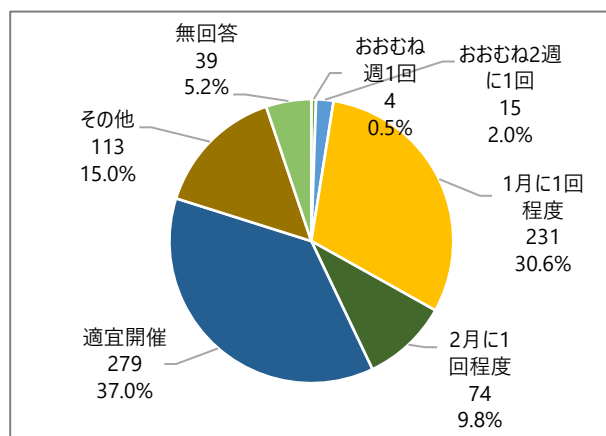
③チーム員会議の頻度

- ◆地域包括設置では、「適宜開催」が多く、医療機関設置では「月1回開催」が多い。相対的に医療機関設置で開催頻度が高い傾向。（「適宜開催」の頻度が“月1回より少ないか否か”は厳密には不明）

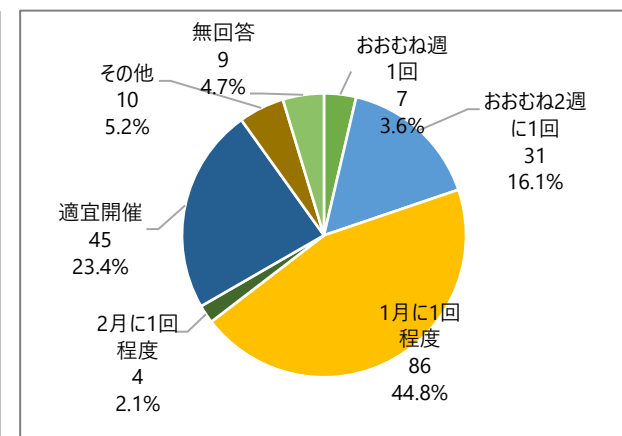
図表 2.2.3 チーム員会議の開催頻度（1,176 チーム）



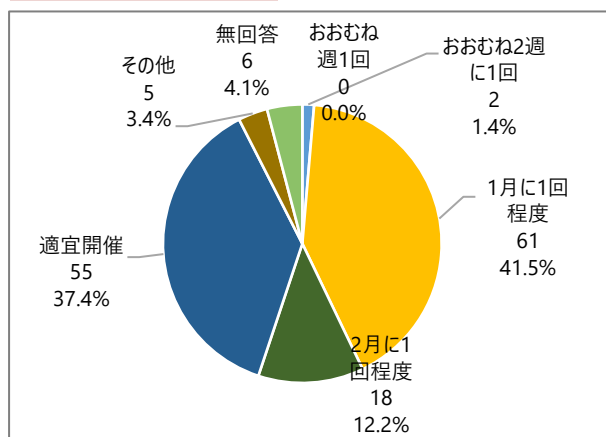
〔地域包括設置 755 チーム〕



〔医療機関設置 192 チーム〕



〔行政設置 147 チーム〕



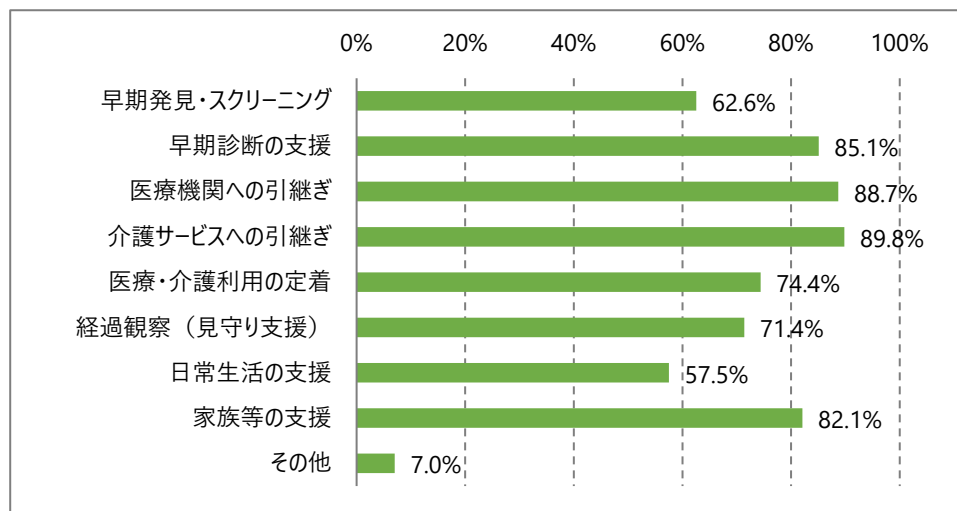
④チームの役割

-1 チームの機能（複数回答）

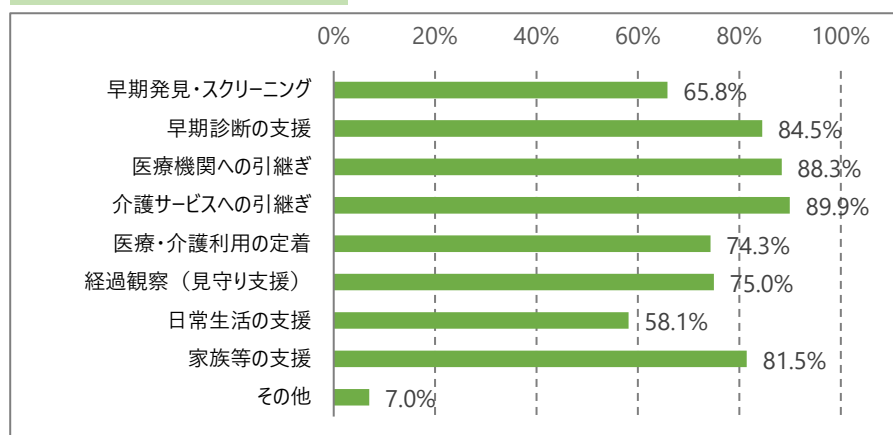
◆「早期診断の支援」、「医療機関への引継ぎ」、「介護サービスへの引継ぎ」、「家族等への支援」が 8～9割でチームの機能と考えられている点は共通

◆地域包括設置では、「早期発見・スクリーニング」、「経過観察」、「日常生活の支援」が相対的に高い

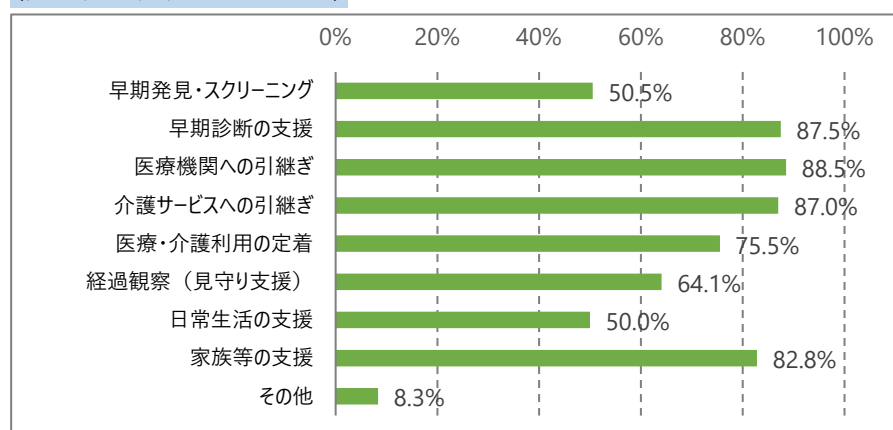
図表 2.2.4① チームの機能（1,167 チーム）



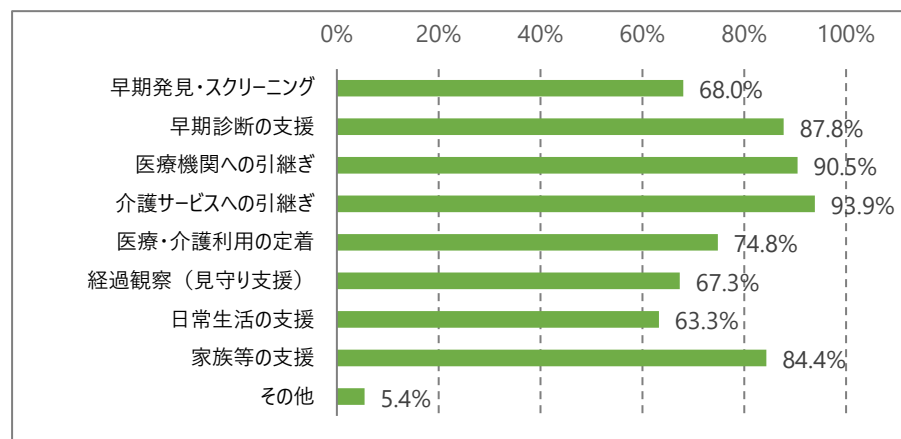
〔地域包括設置 755 チーム〕



〔医療機関設置 192 チーム〕



〔行政設置 147 チーム〕



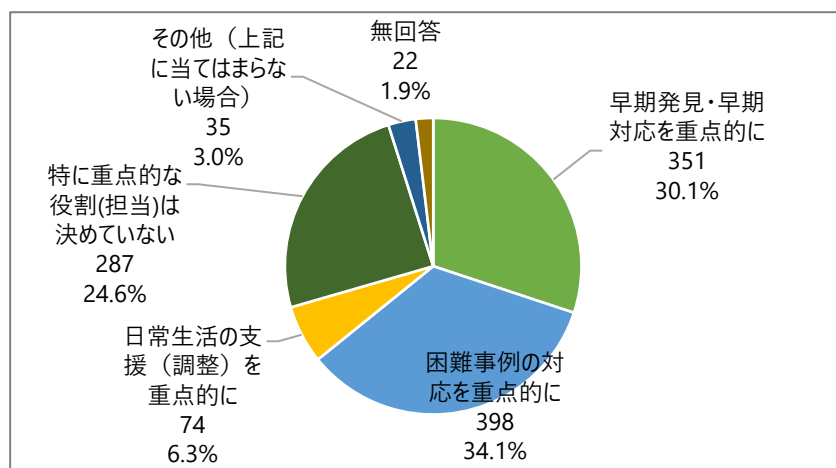
〔地域包括設置のみ高齢者人口階級別×チームの機能（複数回答）〕

		早期発見・スクリーニング	早期診断の支援	医療機関への引継ぎ	介護サービスへの引継ぎ	医療・介護利用の定着	経過観察（見守り支援）	日常生活の支援	家族等の支援	その他
地域包括	度数	56	61	63	68	53	63	47	60	3
3千人未満	%	75.7%	82.4%	85.1%	91.9%	71.6%	85.1%	63.5%	81.1%	4.1%
地域包括	度数	101	134	147	146	113	122	88	124	4
3千～1万人未満	%	62.7%	83.2%	91.3%	90.7%	70.2%	75.8%	54.7%	77.0%	2.5%
地域包括	度数	117	152	157	160	131	123	100	140	13
1～3万人未満	%	65.7%	85.4%	88.2%	89.9%	73.6%	69.1%	56.2%	78.7%	7.3%
地域包括	度数	219	285	294	299	260	257	202	286	33
3万人以上	%	65.2%	84.8%	87.5%	89.0%	77.4%	76.5%	60.1%	85.1%	9.8%
認知症疾患医療センター	度数	35	60	59	55	53	40	39	55	5
	%	50.0%	85.7%	84.3%	78.6%	75.7%	57.1%	55.7%	78.6%	7.1%
医療機関	度数	62	108	111	112	92	83	57	104	11
	%	50.8%	88.5%	91.0%	91.8%	75.4%	68.0%	46.7%	85.2%	9.0%
行政	度数	100	129	133	138	110	99	93	124	8
	%	68.0%	87.8%	90.5%	93.9%	74.8%	67.3%	63.3%	84.4%	5.4%
その他	度数	35	57	64	63	51	44	42	59	5
	%	48.6%	79.2%	88.9%	87.5%	70.8%	61.1%	58.3%	81.9%	6.9%

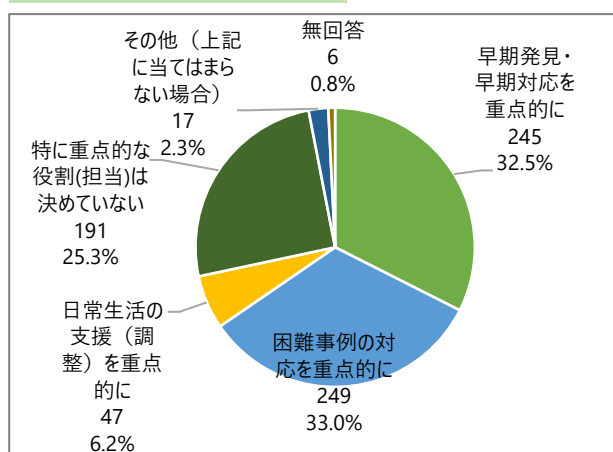
-2 主たる役割

- ◆地域包括設置では、「早期発見・早期対応」と「困難事例の対応」が同程度、医療機関設置では、「困難事例の対応を重点的に」が4割を超えて多い

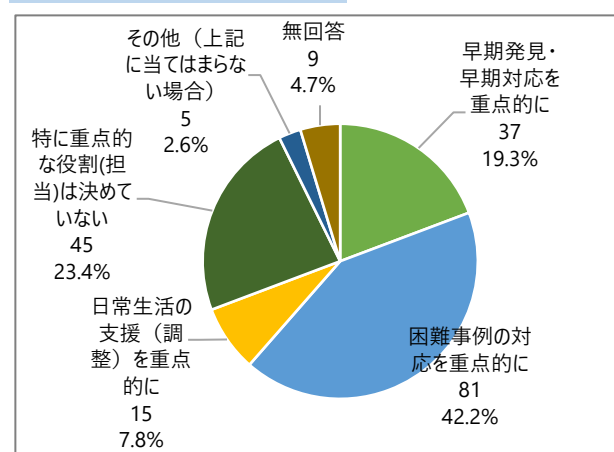
図表 2.2.4② チームの主たる役割 (1,167 チーム)



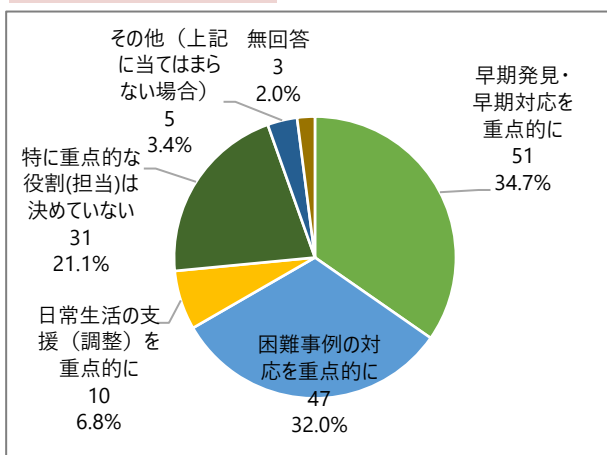
〔地域包括設置 755 チーム〕



〔医療機関設置 192 チーム〕



〔行政設置 147 チーム〕



〔地域包括設置のみ高齢者人口階級別×主な役割〕

		早期発見・ 早期対応	困難事例の 対応	日常生活の 支援	特に役割は 決めていない	その他	無回答	合計
地域包括	度数	14	28	5	24	2	1	74
3千人未満	%	18.9%	37.8%	6.8%	32.4%	2.7%	1.4%	100.0%
地域包括	度数	52	61	5	39	3	1	161
3千～1万人未満	%	32.3%	37.9%	3.1%	24.2%	1.9%	0.6%	100.0%
地域包括	度数	59	61	14	39	4	1	178
1～3万人未満	%	33.1%	34.3%	7.9%	21.9%	2.2%	0.6%	100.0%
地域包括	度数	117	98	22	88	8	3	336
3万人以上	%	34.8%	29.2%	6.5%	26.2%	2.4%	0.9%	100.0%
認知症疾患 医療センター	度数	13	28	6	15	0	8	70
	%	18.6%	40.0%	8.6%	21.4%	0.0%	11.4%	100.0%
医療機関	度数	24	53	9	30	5	1	122
	%	19.7%	43.4%	7.4%	24.6%	4.1%	0.8%	100.0%
行政	度数	51	47	10	31	5	3	147
	%	34.7%	32.0%	6.8%	21.1%	3.4%	2.0%	100.0%
その他	度数	18	20	2	20	8	4	72
	%	25.0%	27.8%	2.8%	27.8%	11.1%	5.6%	100.0%
無回答	度数	3	2	1	1	0	0	7
	%	42.9%	28.6%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	度数	351	398	74	287	35	22	1,167
	%	30.1%	34.1%	6.3%	24.6%	3.0%	1.9%	100.0%

〔主な役割×チームの機能（複数回答）〕

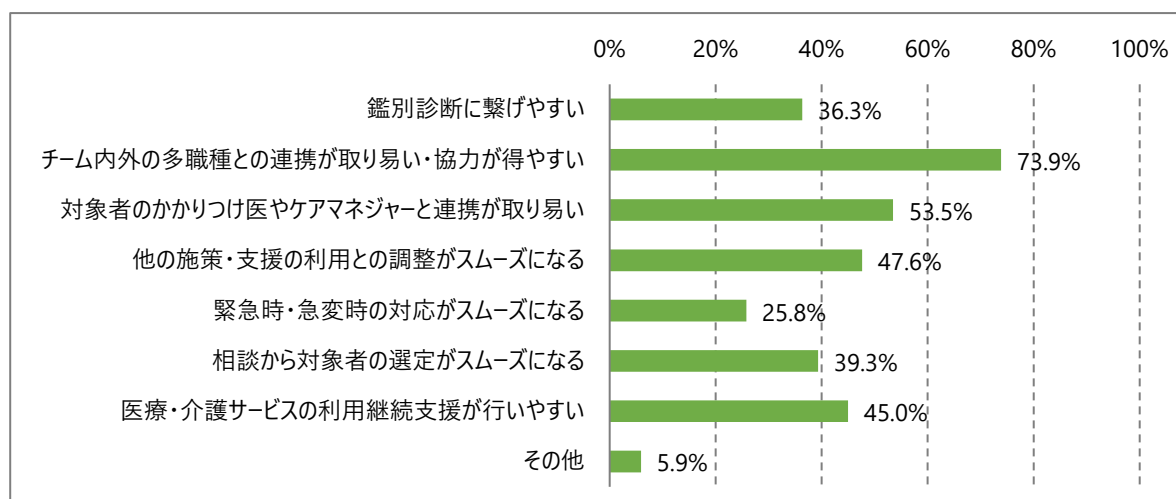
		早期発見・スクリーニング	早期診断の支援	医療機関への引継	介護サービスへの引継	医療・介護利用の定着	経過観察(見守り支援)	日常生活の支援	家族等の支援	その他
早期発見・早期対応	度数	293	329	325	325	262	271	197	292	15
	%	83.5%	93.7%	92.6%	92.6%	74.6%	77.2%	56.1%	83.2%	4.3%
困難事例の対応	度数	200	339	361	352	304	280	213	331	31
	%	50.3%	85.2%	90.7%	88.4%	76.4%	70.4%	53.5%	83.2%	7.8%
日常生活の支援	度数	36	57	63	69	55	52	59	64	4
	%	48.6%	77.0%	85.1%	93.2%	74.3%	70.3%	79.7%	86.5%	5.4%
特に役割は決めていない	度数	181	238	251	266	216	204	174	236	23
	%	63.1%	82.9%	87.5%	92.7%	75.3%	71.1%	60.6%	82.2%	8.0%
その他	度数	20	29	34	34	30	25	28	33	9
	%	57.1%	82.9%	97.1%	97.1%	85.7%	71.4%	80.0%	94.3%	25.7%

⑤設置場所を踏まえたチーム活動のメリット

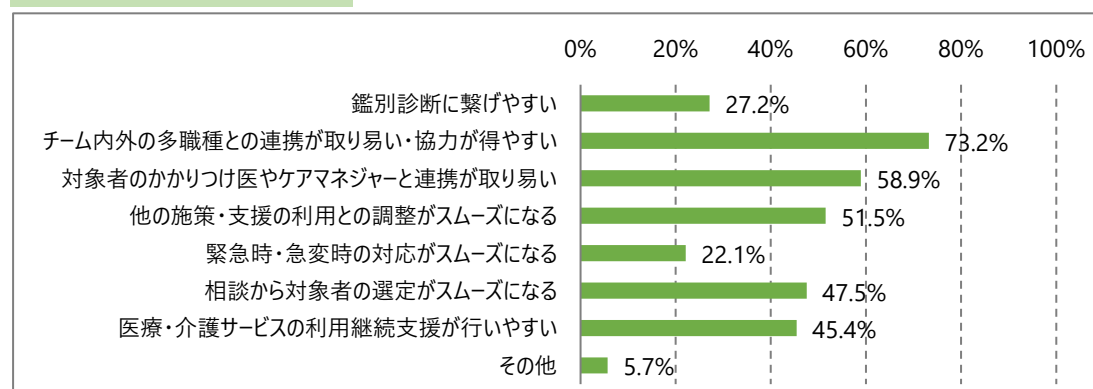
-1 メリット（複数回答）

- ◆地域包括設置では、「他の施策・支援の利用との調整がスムーズ」、「相談から対象者の選定がスムーズ」をメリットとする回答が多く、医療機関設置では、「鑑別診断に繋げやすい」、「緊急時・急変時の対応がスムーズ」をメリットとする回答が多い

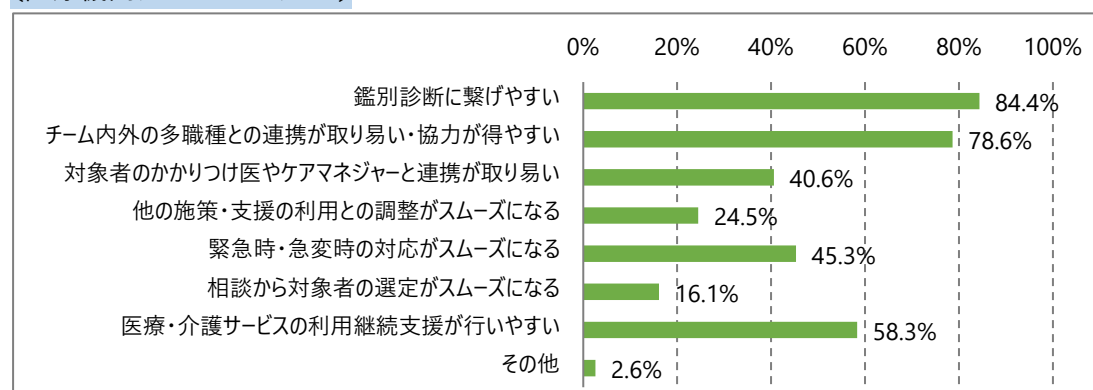
図表 2.2.5 設置場所を踏まえたチーム活動のメリット（1,167 チーム）



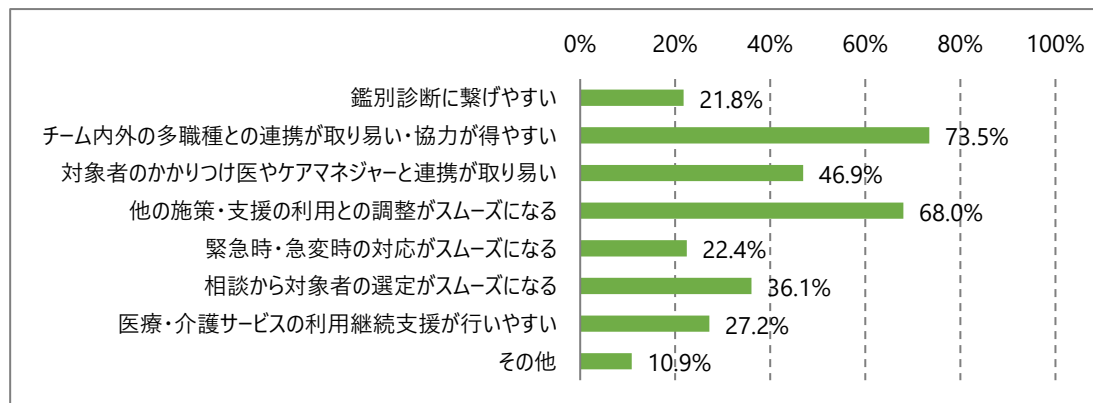
〔地域包括チーム 755 チーム〕



〔医療機関チーム 192 チーム〕



〔行政チーム 147 チーム〕



〔地域包括設置のみ高齢者人口階級別×メリット（複数回答）〕

		鑑別診断に繋げやすい	チーム内外の多職種との連携が取り易い	かかりつけ医やケアマネジャーと連携が取り易い	他の施策・支援の利用との調整がスムーズ	緊急時・急変時の対応がスムーズ	相談から対象者の選定がスムーズ	医療・介護サービスの利用継続支援が行いやすい	その他
地域包括 3千人未満	度数	16	52	47	42	29	40	32	5
	%	21.6%	70.3%	63.5%	56.8%	39.2%	54.1%	43.2%	6.8%
地域包括 3千～1万人未満	度数	36	118	102	86	32	87	70	8
	%	22.4%	73.3%	63.4%	53.4%	19.9%	54.0%	43.5%	5.0%
地域包括 1～3万人未満	度数	53	128	102	85	35	90	91	13
	%	29.8%	71.9%	57.3%	47.8%	19.7%	50.6%	51.1%	7.3%
地域包括 3万人以上	度数	100	252	192	173	71	141	149	16
	%	29.8%	75.0%	57.1%	51.5%	21.1%	42.0%	44.3%	4.8%
認知症疾患医療センター	度数	60	54	24	17	35	13	38	3
	%	85.7%	77.1%	34.3%	24.3%	50.0%	18.6%	54.3%	4.3%
医療機関	度数	102	97	54	30	52	18	74	2
	%	83.6%	79.5%	44.3%	24.6%	42.6%	14.8%	60.7%	1.6%
行政	度数	32	108	69	100	33	53	40	16
	%	21.8%	73.5%	46.9%	68.0%	22.4%	36.1%	27.2%	10.9%
その他	度数	25	49	32	19	14	15	30	5
	%	34.7%	68.1%	44.4%	26.4%	19.4%	20.8%	41.7%	6.9%

-2 具体的なメリット・課題（記述回答）

【メリット】

地域包括設置チーム（主な回答を抜粋）

場面① 対象者把握

	総合相談窓口の為、多方面から相談があり対象者につながり易い
	総合相談窓口であるため、本人・家族・地域の方などから対象者情報が集まりやすい。
	包括で行う実態把握事業と併せることで訪問や情報収集への理解、協力が得やすい（相談者を伏せた関わりが作りやすい）
	法人のもの忘れ外来との連携が取りやすく、鑑別診断につながりにくいケースでも医師・病院と連携できる。
	包括にチームが設置されているので、「心配なことは包括に連絡を」との周知で、まずは包括に相談が入ってくるケースが多い。その中から対象者を選定して、活動につなげやすい。
	高齢者の総合相談窓口なので、対象者の発見や把握が早期にできる。
	チーム員からコメントをもらうことにより解決に向けての方向性をスムーズに探ることができるようになる。サポート医との連携が取りやすい。
	地域のケアマネから相談のあったケースは、主治医との関係づくりのきっかけになったり支援終了後もケアマネとの連携がとりやすくなっている。警察から保護の連絡がありケアマネに報告したり、民生委員との関係づくりができた。
	ケアマネジャーとの関わりの中で、チーム員の活動の啓発や対象者の把握が行いやすい。また、介護サービスに繋がらない事例を包括支援センターでフォローすることも多く、その後の経過を把握しやすい。
	地域の総合相談窓口のため始動が早い。
	総合相談として認知症の有無にかかわらず相談があるため、早期発見に繋がりやすい。
	訪問対象者を市内全域に配布した基本チェックリストからの抽出を行っており、全体的な調査を行うことが出来ている。
	直営包括のため、親族、警察、役場、民生委員、病院、タクシー会社等、様々な関係機関から、情報提供があり、介護保険サービスや医療機関に繋がっていない方の早期発見につながっている。
	元々包括にあった地域とのネットワークが活用できること

場面② 訪問支援

	保健師が自宅に出向く活動を基盤が出来ているため、当センターが訪問した際、本人や家族の受入が比較的良好なこと
	チーム医の訪問を行うことで家族が受診に連れて行かなかった事例が進展した。
	初回訪問時に、行政（保健師・社会福祉士）を名乗れば対象者の受け入れ拒否が少ない。
	医療受診につながらない困難事例に対し、サポート医との同行訪問ができるようになり、支援しやすい体制が図られている。
	医療受診に拒否的なケースが医療とつながれるところ。

場面③ モニタリング

	日常生活圏域に職員が配置されており、チーム終結後の地域での見守り体制を整えやすい
	定期的にモニタリングを行うようになること
	普段から相談業務を行う地域包括支援センターに設置されているので、経過を確認しやすく、関係者間の連携がとりやすい。
	包括支援センター内の様々な相談対応に埋もれることなく、定期的に訪問しモニタリングが行えた。

医療機関設置チーム

場面① 対象者把握

	チームの設置場所は医療機関であるので、対象者に何か疾患既往歴がある場合に医療情報の入手が比較的容易
	町唯一の診療所である為、サポート医が主治医であることが多い。
	相談内容から対象者把握（特に困難事例）に繋がるものが少なからずあり、結果相談から支援（介入）までの期間を短縮できる。

場面② 訪問支援

	病院受診を拒否する困難ケースにおいて、医師（サポート医）が同行訪問することで早期診断につながる。
	法人内でチームを組んでいるので情報共有がしやすい。 介護施設等の社会資源もあるので緊急性の高い事例は入所対応等相談しやすい。
	地域に馴染みのある病院の為、初回の訪問であっても、対象者に受け入れられやすい。 また、地域包括支援センターの3職種や病院の看護師が多職種で連携しながら、訪問支援を行えることがメリットに感じる。
	院内の多職種でかかわることができるため、多角的な評価が可能となる。
	通常業務から訪問の日程調整がしやすい。
	急変時の対応を含む高齢者の体調の変化に伴う受診援助、相談に応じやすい。 通常訪問看護を担当している職員が病院の訪問看護と兼務で行っており、対象者家族の急な訪問依頼にも時間調整が行いやすい。
	認知症疾患医療センターに委託されていることで、医療連携がスムーズにできる。家庭訪問と合わせて迅速丁寧な関わりができる。 医療機関に所属している職員がチーム員を兼務していることで、一定期間特化して関われる。
	同じ施設内に、医師、作業療法士、看護師、精神保健福祉士、ケアマネジャー等の専門スタッフがいるため、直ぐに相談し対策につなげることができる。日程調整等も比較的容易である。
	チーム医が同職場の為情報共有や同行訪問の日程調整がしやすい。

行政設置チーム

場面① 対象者把握

	昨年度まで直営の地域包括支援センターを運営していたので、市内の居宅のケアマネとの関係構築もできていることから、相談しやすい状況にある。また行政が行うことにより、信頼度が高い。
	介護保険申請をしている方は、情報が得られやすく初期集中へつながりやすい。
	高齢者の保健・医療・福祉・介護に関する幅広い「総合相談窓口」である地域包括支援センターに寄せられる様々な相談の中から支援対象者を把握できること。
	介護保険担当部署であり、対象者について事前情報がある場合があった。
	チーム員を市内事業所からも選出しているため、チーム員会議時に多様な意見が出る。専門性が違う職種であるため個性性を考慮した支援ができる
	チーム員に介護予防事業担当と兼任の者が含まれるため、一般介護予防事業等で把握するケース（実態把握事業や介護予防教室）などからも対象者把握が可能。
	区の窓口で認知症関連の相談があれば、相談員→チーム員へつながりため、訪問前の顔つなぎがしやすい。

場面② 訪問支援

	行政ということで、訪問の受け入れがスムーズであることが多いように感じる。
	多職種連携のチームケアが可能となり、特に医師からの直接的な指導助言があり、訪問する支援者の活動に反映でき、支援計画原案や支援方針の決定に役に立っている。
	区からの訪問、と伝ええると比較的用户者、家族の受け入れが良い。

【課題】

地域包括設置チーム（主な回答を抜粋）

場面① 対象者把握

	この事業のために、対象者を抽出している。かえって動きにくいことが多い。
	マンパワー不足で他業務との兼務が多く、チーム員活動の優先順位が低い。
	地域包括支援センター内に設置しているので、相談ケースについて、地域包括支援センターでの業務として対応するか、認知症初期集中支援チームに振り分けるかの判断に迷う。
	総合相談業務との区分けが難しく、業務量も多忙なことから、当事業に専念できない。
	総合相談で対応するかチーム員で対応するかの判断や区分け。チーム員＝包括職員であるため、他の機関の意見なども取り入れられたほうが、よりよい支援ができるのではないかと考える。
	独居・高齢者のみ世帯の方が対象者となることがほとんどであり自身のペースで生活していることから、他者が介入することに戸惑いを感じられ訪問を拒まれることも。集中的な支援の必要性を根気よく伝え、受け入れて頂く為の丁寧な関わりは難しくもあり醍醐味でもある。
	地域包括支援センターとしての対応とするか、認知症初期集中支援チームとしての対応とするか、具体的な線引きができておらず、地域包括支援センター職員と、認知症サポート医が相談を受け付ける相談会を開催していることから、相談会を経て、地域包括支援センターが継続支援する方法が多い
	あくまで基本チェックリストは自己申告のため、訪問確認時には元気な方が多い。本人ができていないと判断した場合認知症があってもの忘れリスク該当者とならないため対象として挙がってこない
	認知症初期集中支援チームとしての支援と地域包括支援センターの通常業務と明確な区別がなく、チームに対しあまりメリットを感じられない。
	地域から、認知症疑いの方の情報は得やすいが、当事者自身が困りごとに気が付いていない場合のアプローチの仕方が分からない。

場面② 訪問支援

	チーム員の日程調整により場合によって訪問までに時間がかかることがある
	タイムリーに動けない。基本的に受診にもサービスにも繋がられているので現状としては認知症初期支援チームとしての活動に大きなメリットを感じられない。書類作成が手間。提出ケースをなかなか挙げられずプレッシャーになる（上記の様にサービス・医療にも何とか繋がられているので）。認知症というよりは軽度知的障害や発達障害の疑いの方が増えている為、認知症の対応と言うよりは困難事例の対応を検討したい事の方が多い。
	対応に時間がかかるため、対象者を増やすためにはスタッフの増員などの工夫が必要。（マンパワー不足、頻回な訪問は難しい）。対応にはさらに専門的な知識と技術が求められることからチーム員のスキルアップが必要。
	兼務のためかかりきりにはできず、総合相談の訪問との区別が難しい。またスタッフの人数も限られているため、自包括だけで複数人での訪問を継続することがかなり難しい。

場面③ モニタリング

	地域包括支援センター職員が定員に満たない中、兼務であるため、総合相談と初期集中支援チームの相談が重複すると、対応し切れないことがある。
	支援終了後に医療や介護サービスが中断して再度、支援が必要になるケースがある。
	初期集中としての支援と包括としての支援の違いが住民にわかりにくい
	提出物（多様なシート）のやり取りが多く、事務作業が増えている。6か月で終了となり、終了後の対応者が見つからない時、そのままになってしまう。

医療機関設置チーム

場面① 対象者把握

	チーム設置医療機関の専門が精神科であることを、警戒の強い支援対象者に対して上手に伝えることが難しい
	他医療機関が主治医である場合、連携が取り難く、介入し難い。

場面② 訪問支援

	認知症疾患医療センターとの連携、事例が困難事例や緊急性の高いケースが多く鑑別診断というより医療につながる事を優先されるので鑑別診断の優先順位が低くなる。
	地域包括支援センターに相談歴がなく、病院受診のみされている方に対して、初期集中支援チームでの支援の必要性を感じた場合、どのような切り口から地域包括支援センターとの介入を行うかに課題を感じる。
	兼務であるため、他業務の状況により適切なタイミングで支援を行えているか不安になることがある
	民間の病院に設置されており、専従職員が相談を受けていないため新規の対象者把握につながりにくい。
	チーム員が所属する以外の医療機関との連携が取りにくい場合がある。 急性期病院等他の医療機関が初期集中支援事業について理解していないところがあるため、連携が取りにくい場合がある。
	病院内の業務と兼任しているため、負担が大きい。

場面③ モニタリング

	モニタリングを兼ねた訪問支援が実施出来ていない
	終了後の継続支援は、紹介者（包括や区）にお願いしている状況で、モニタリングは、主に定例会議で包括等からの情報を得るにとどまっている。

行政設置チーム

場面① 対象者把握

	地域包括支援センターを委託したことにより、総合相談が無くなり、対象者把握までにタイムラグができるようになった。
	選定に迷うことがあり、初回把握から初期集中への移行時期。
	報告書等書類作成やもの忘れ外来協力医療機関との委託契約等について、事務量が多く煩雑であること。
	他の業務との兼務が多く対応件数が限られている。
	予防事業との連携や支援対象者の把握、チーム員のスキルアップ、認知症地域支援推進員(包括)との連携
	地域包括支援センターとチームを組んでいるが、包括の相談受理体制や職員体制によって、対象者把握の意識に差がある。
	地域包括支援センターで対象を選定してからチームに依頼するため、総合相談で対応できる場合、チームに申し出がない。
	対象者としての相談が挙げにくい状況が続いている。
	中々、検討ケースがなく（既に医療機関に繋がっている、介護保険サービスを利用している。または、平時の地域包括支援センターで対応できている。）、チームとしての活動への意欲低下に繋がらないか心配している。 （医療機関へ委託しながら実施しており、コロナウイルスの影響でより活動しづらい状況で、委託を引き受けてもらえなくなるのではと危惧している。）
	庁内他課への初期集中支援チームの活動の広報・連携、包括との連携
	包括からの支援希望を受けて支援を開始するため、チームに上がってくる対象者は選定された困難事例が多く、認知症の初期の方の支援は少ない。

場面② 訪問支援

	兼務であるためマンパワーが不足している。しかしその課題は、設置場所が他であっても、同じであると思われる。
	認知症訪問支援事業活動内容のアウトリーチがスムーズに実施できるまでに数年かかり、チームの成熟度等の体制強化を課題と思っている。新規ケースの把握も年間数件が実情である。
	行政の訪問ということで、直接関わりのない近隣住民から“大ごと、大変なこと”という反応が考えられる。

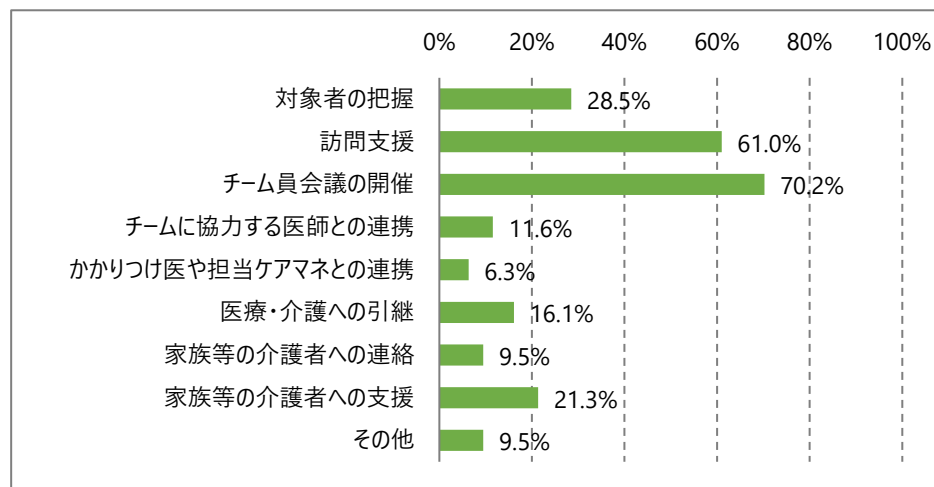
①チーム活動への影響

- ◆約 3 分の 2 が「影響があった」とし、特に「チーム員会議の開催」、「訪問支援」への影響が挙げられた。
特に医療機関設置では、「訪問支援」への影響を挙げたチームが約 8 割にのぼった

図表 2.3① コロナ感染症のチーム活動への影響 (1,167 チーム)

影響があった	726	62.2%
特に影響はなかった	423	36.2%
無回答	18	1.5%

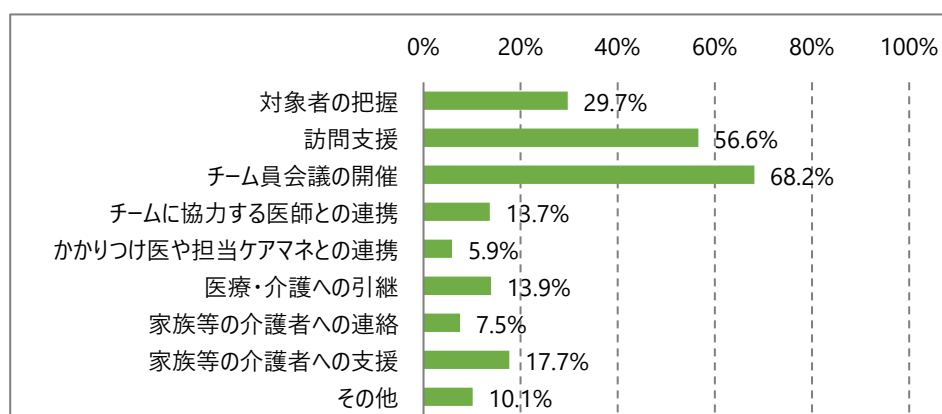
影響の具体的な内容（影響あり 726 チーム）



〔地域包括チーム 755 チーム〕

影響があった	424	56.2%
特に影響はなかった	327	43.3%
無回答	4	0.5%

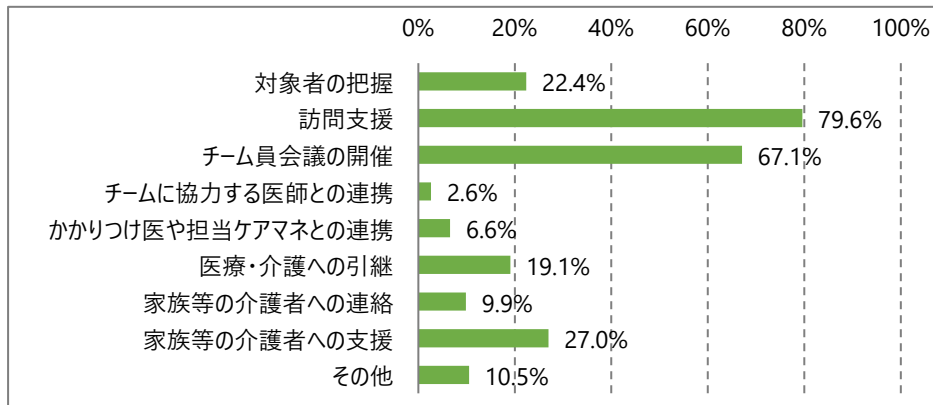
影響の具体的な内容（影響あり 424 チーム）



〔医療機関設置 192 チーム〕

影響があった	152	79.2%
特に影響はなかった	32	16.7%
無回答	8	4.2%

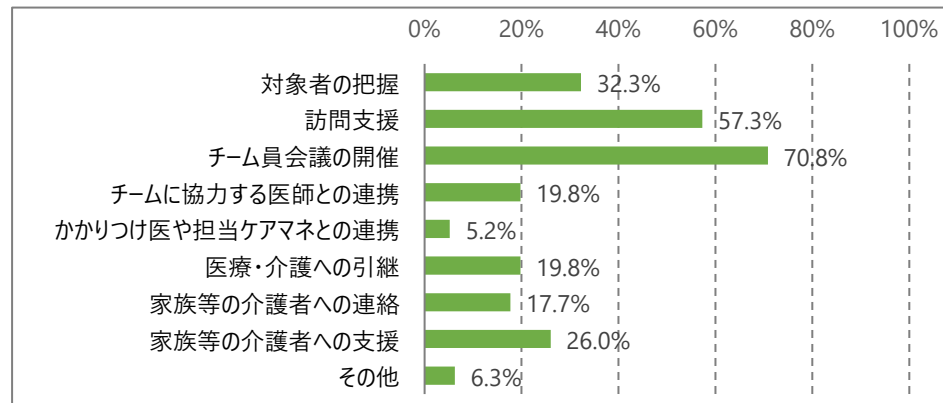
影響の具体的な内容（影響あり 152 チーム）



〔行政設置 147 チーム〕

影響があった	96	65.3%
特に影響はなかった	49	33.3%
無回答	2	1.4%

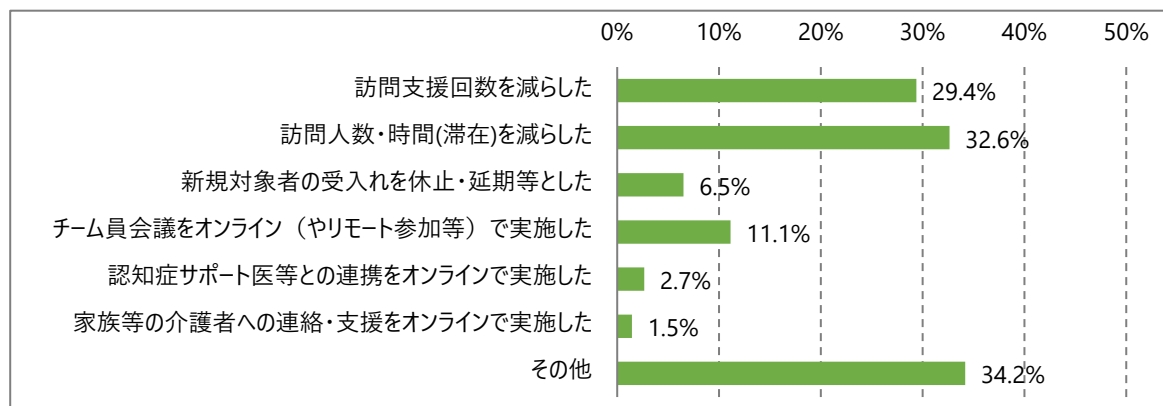
影響の具体的な内容（影響あり 96 チーム）



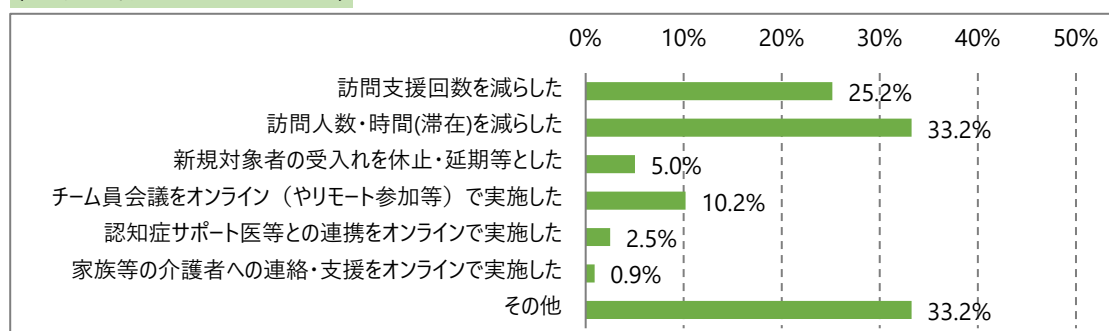
②コロナ対応としての取り組み・工夫

- ◆医療機関設置では、「訪問支援回数を減らした」としたチームが 5 割弱となり、「新規対象者の受入れを休止・延期等とした」が相対的に多かった

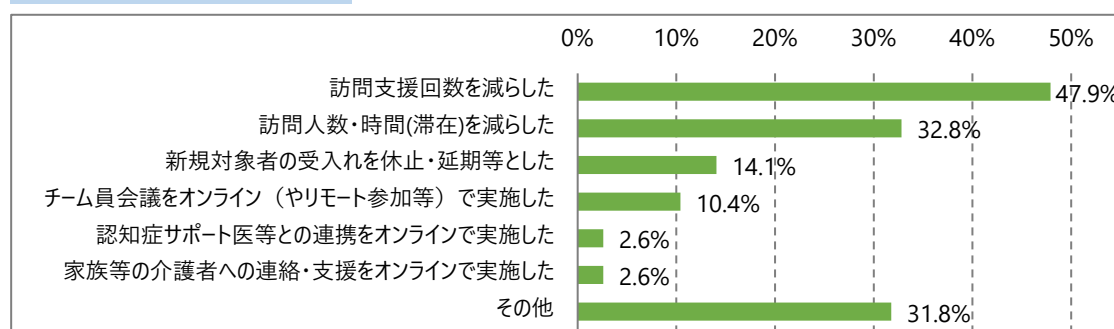
図表 2.3② コロナ対応としての取り組み・工夫 (1,167 チーム)



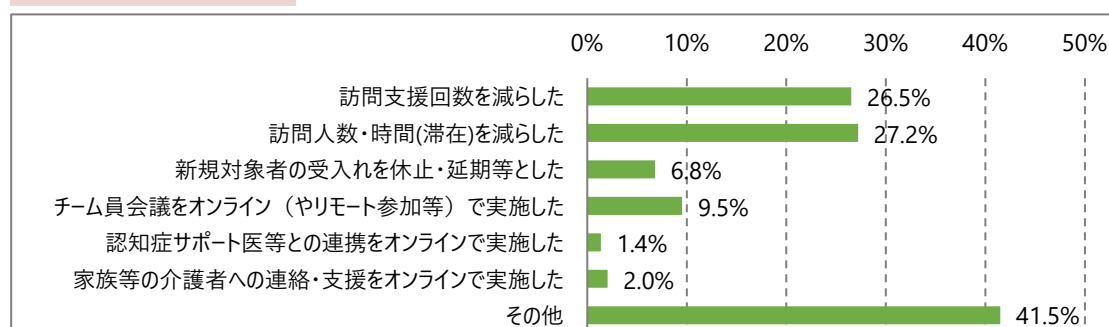
〔地域包括チーム 755 チーム〕



〔医療機関チーム 192 チーム〕



〔行政チーム 147 チーム〕



2. 実績報告用プログラムによるチーム活動実績まとめ

2.1 データ概要

前述の活動実態に関するアンケート調査に並行して、前身の事業において市町村およびチームに配布済みの「実績報告用プログラム」を用いたチーム活動データの分析を行った。

2020年9月末時点でのデータ提供を依頼し、312チームからデータの提供があった（1自治体の複数チームからの提供もあるため、ご協力市町村数とイコールではない）。

集計は、下記の条件によって支援対象者ごとのデータの絞り込みを行い、1,492人のデータ（うち、支援終了に至っている対象者は580人）で実施した。

- ① 初回訪問日付が「R2.4.1」以降の対象者
- ② 終了時の状況は、医療・介護のいずれかに引継あり（支援終了に至っている）の対象者

以下、同チームの活動の全国的な傾向の把握・情報提供を目的に、主要項目について整理する。

認知症初期集中支援事業 チーム活動実績まとめ 〈令和2年度 事業報告書〉

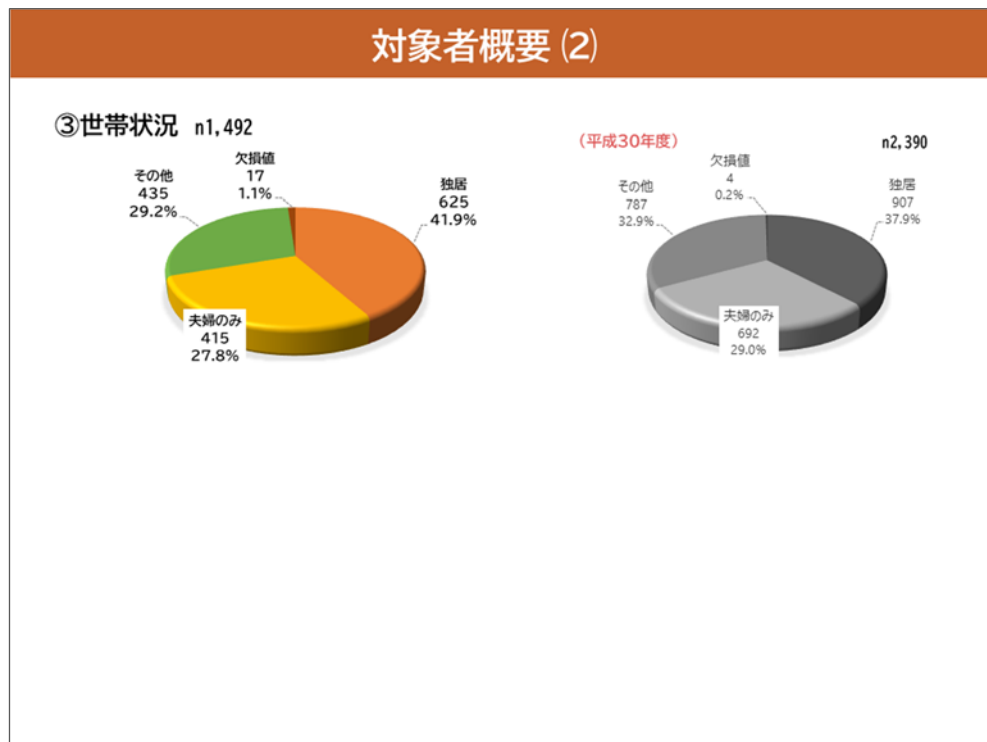
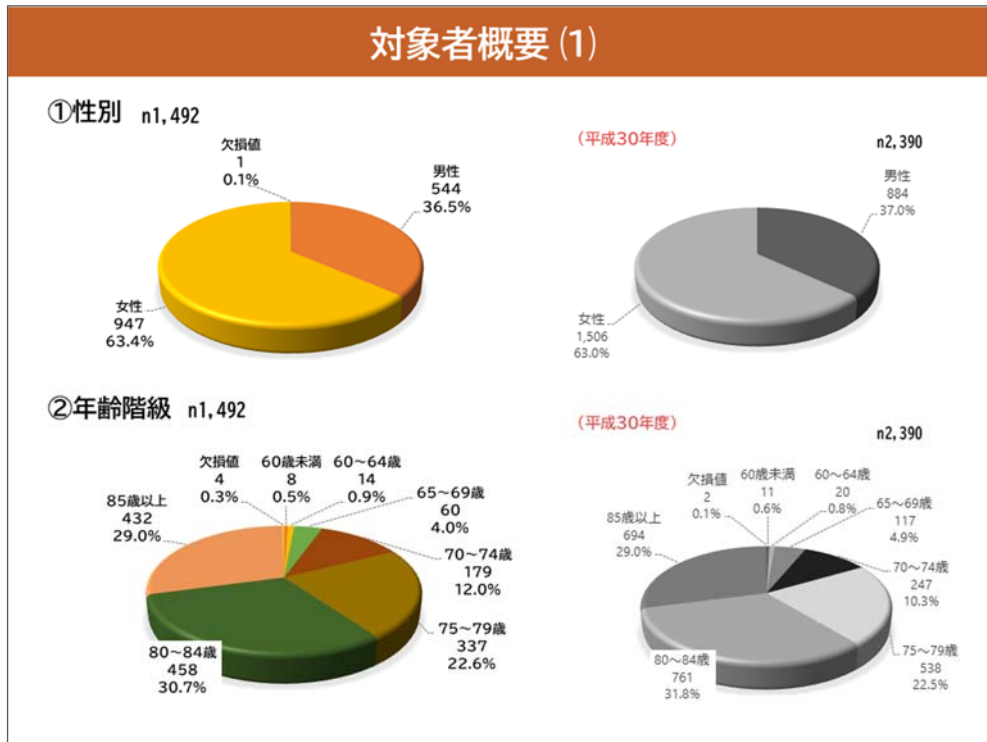
- 実績報告用プログラム によるデータ入力・ファイル回収
(主に、現在プログラムを利用して実績管理しているチームを対象)
- **312チーム** からデータご提供
- 回収データ: **令和2年9月末時点** のデータ
- 集計は対象者数ベースで、介入時の状況 **n=1,492**、終了時の状況 **n=580**で実施
 - ① 収集データのうち、初回訪問日付が R2.4.1 以降の対象者に絞り込み
 - ② 終了時の状況は、医療・介護のいずれかに引継ありの対象者に絞り込み

2.2 集計結果

(1)対象者概要

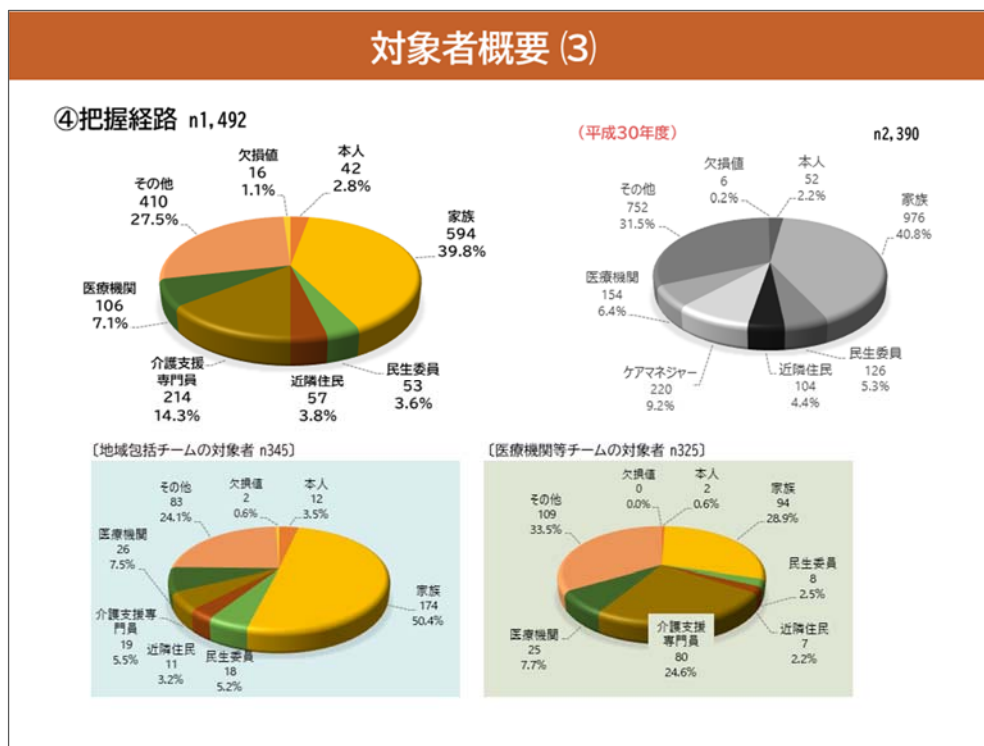
概要①性別、②年齢階級、③世帯状況

○いずれも前回集計とほぼ同様に大きな変化は見られない。



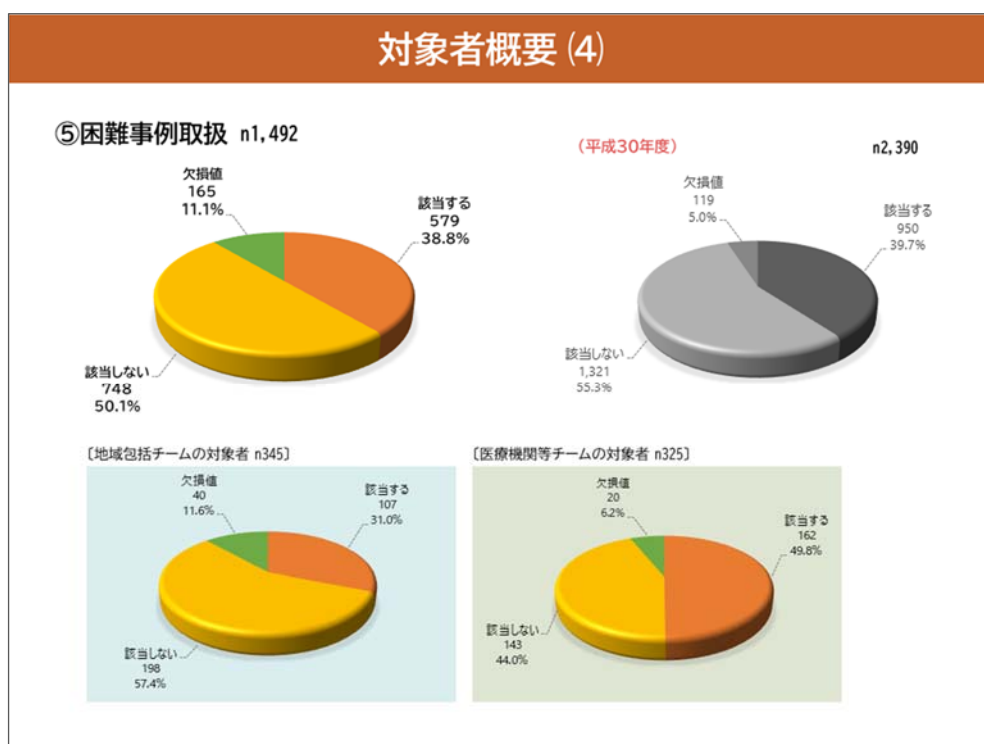
概要④ 把握経路

○地域包括チームの対象者は「家族」が過半数、医療機関チームの対象者は「介護支援専門員」、「家族」、「その他」が多い。「その他」は行政からの振り分け・地域包括が想定される。



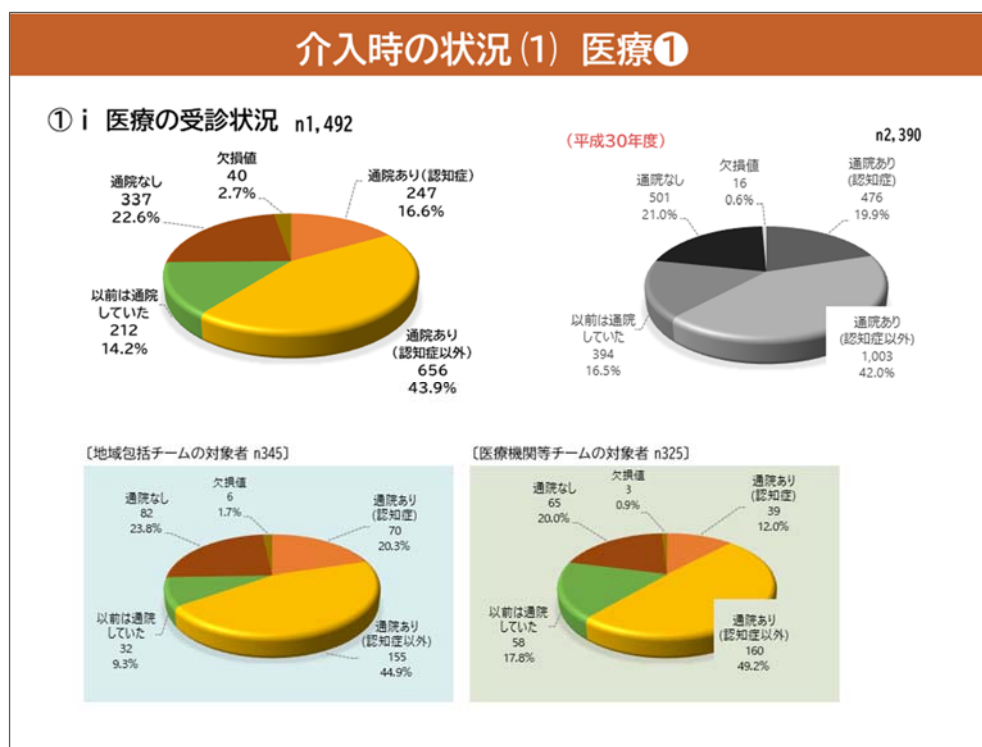
概要⑤ 困難事例

○地域包括チームの対象者では約 3 割、医療機関チームの対象者は約 5 割が困難事例に該当。



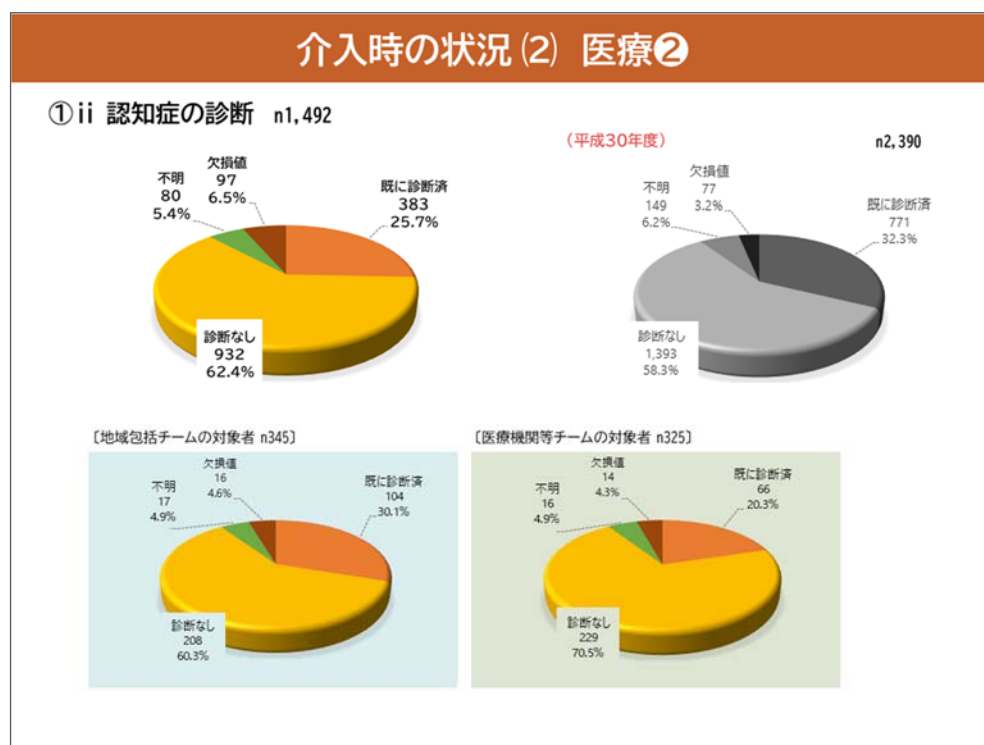
(2)介入時の状況

介入時① i 受診



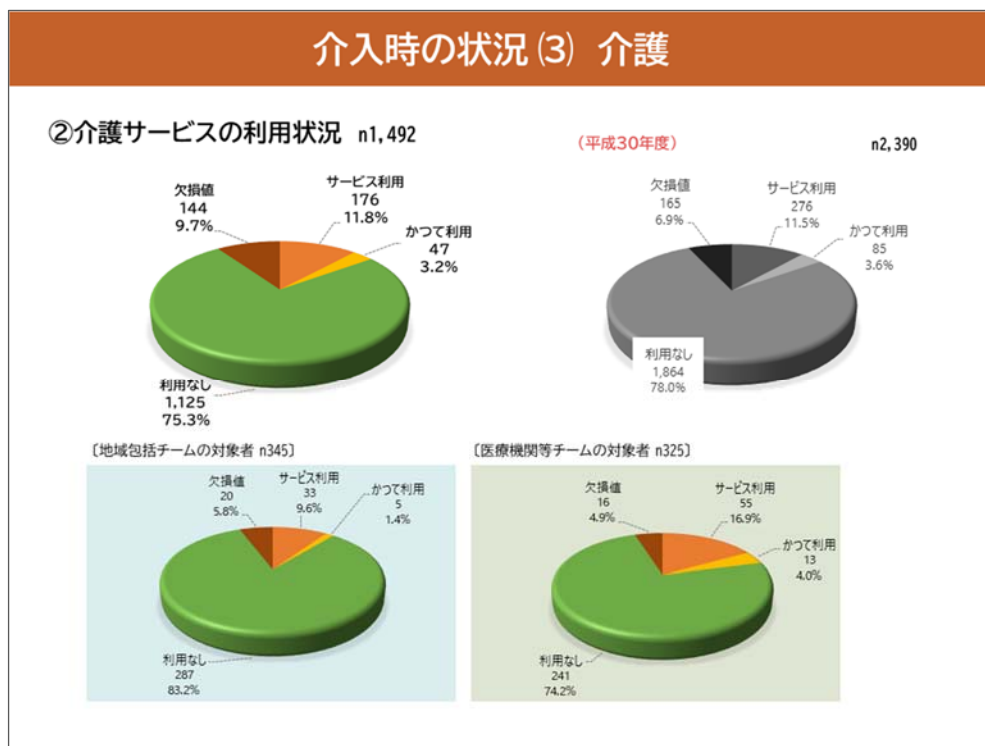
介入時① ii 診断

○医療機関チームの対象者では「診断なし」が7割（診断を求める場合が多い）

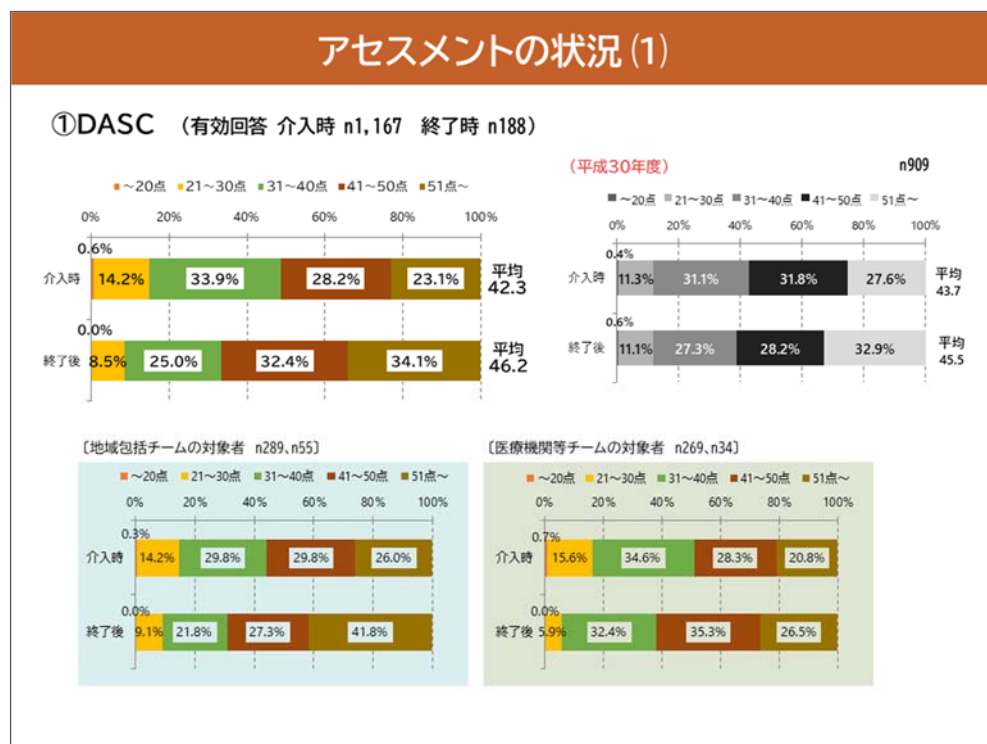


介入時② 介護利用

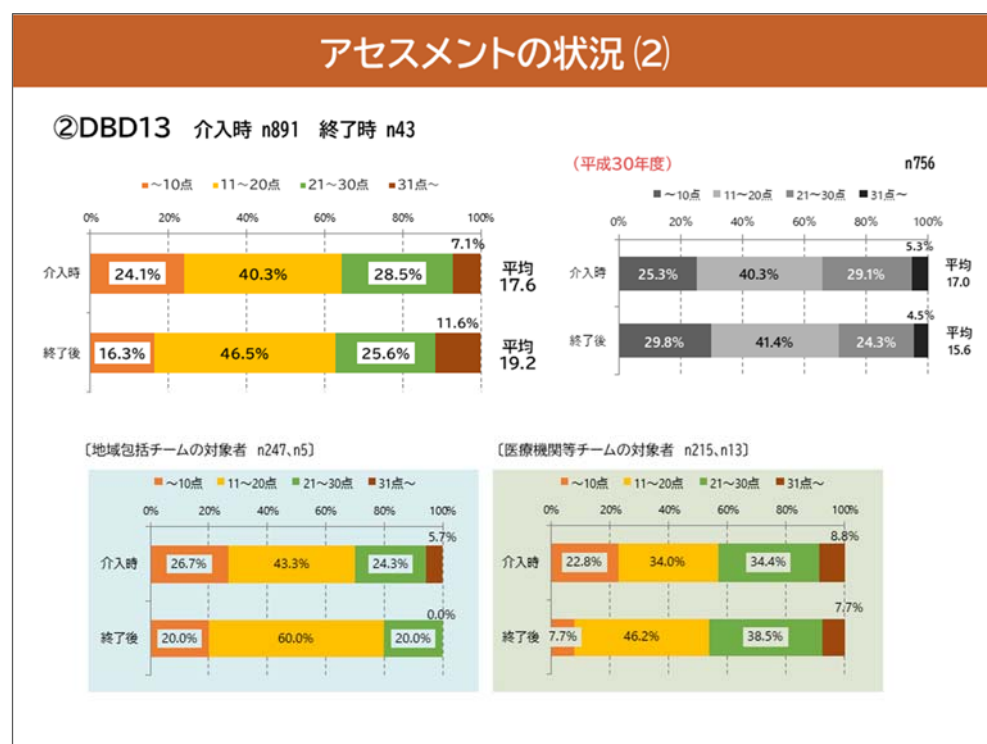
○地域包括チームの対象者は「利用なし」が8割超（介護につなげたい場合が多い）



アセスメント① DASC



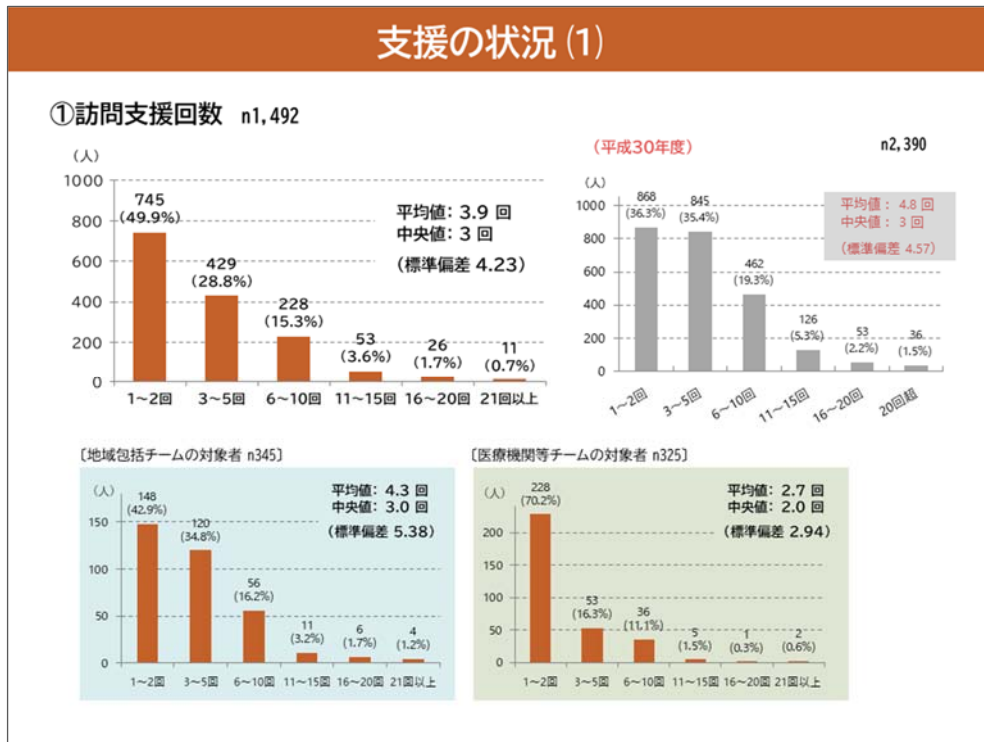
アセスメント② DBD13



(3)支援の状況

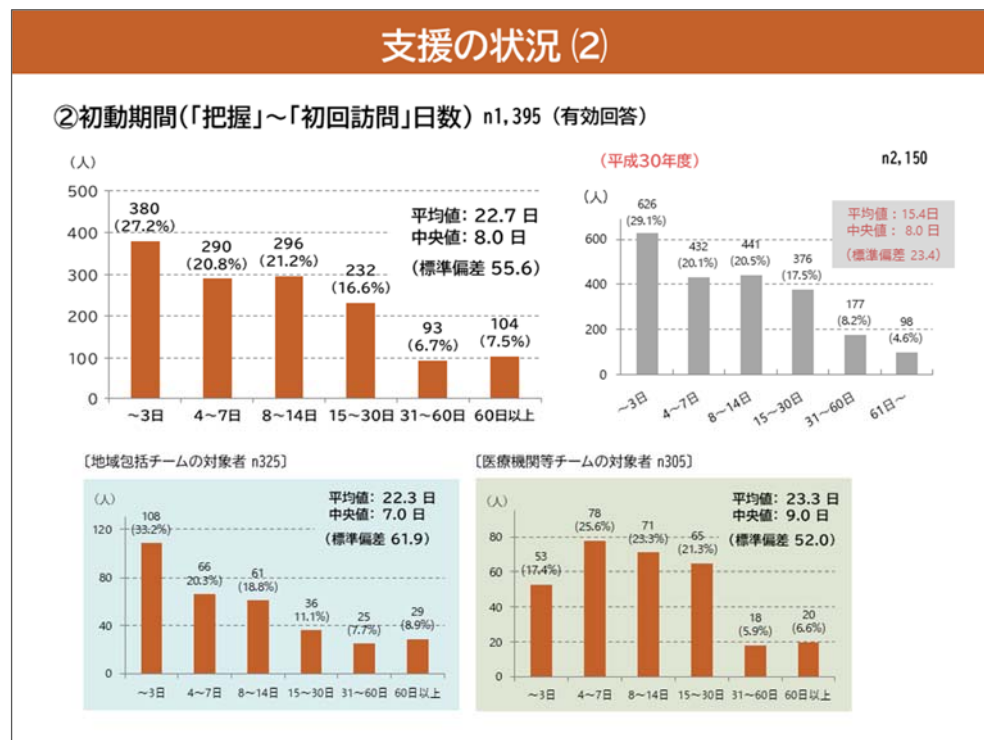
支援① 訪問支援回数

○医療機関チームの対象者は訪問回数「1～2回」が7割、地域包括チームの対象者と比べて少ない。



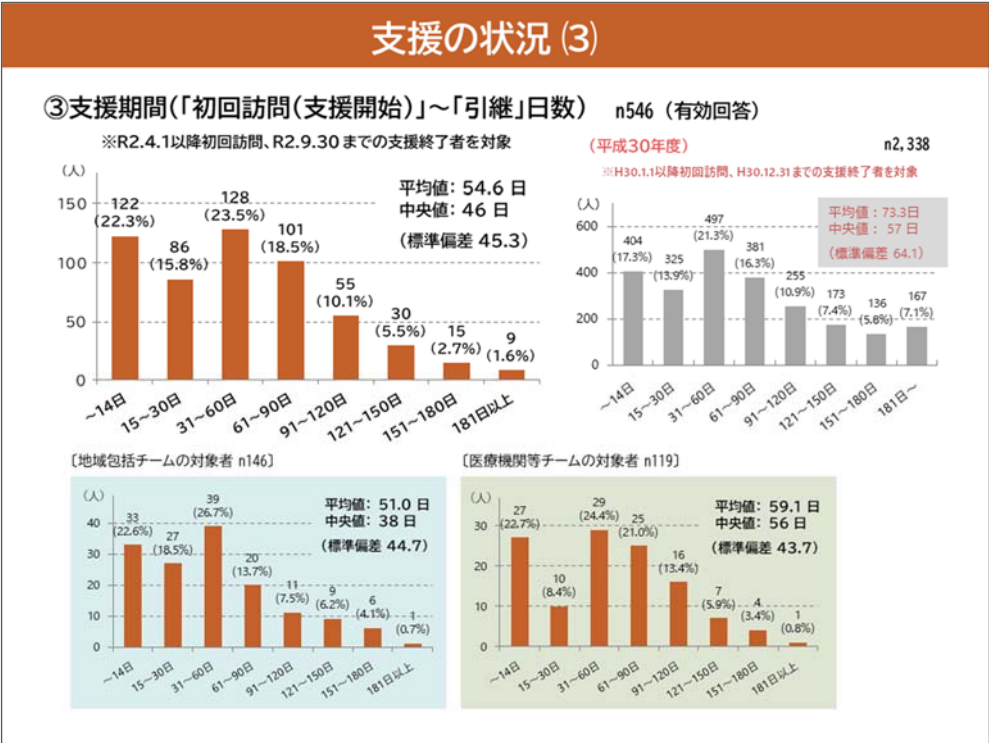
支援② 初動期間

○地域包括チームの対象者は「～3日」が最多、医療機関チームの対象者は初動期間が長い傾向。

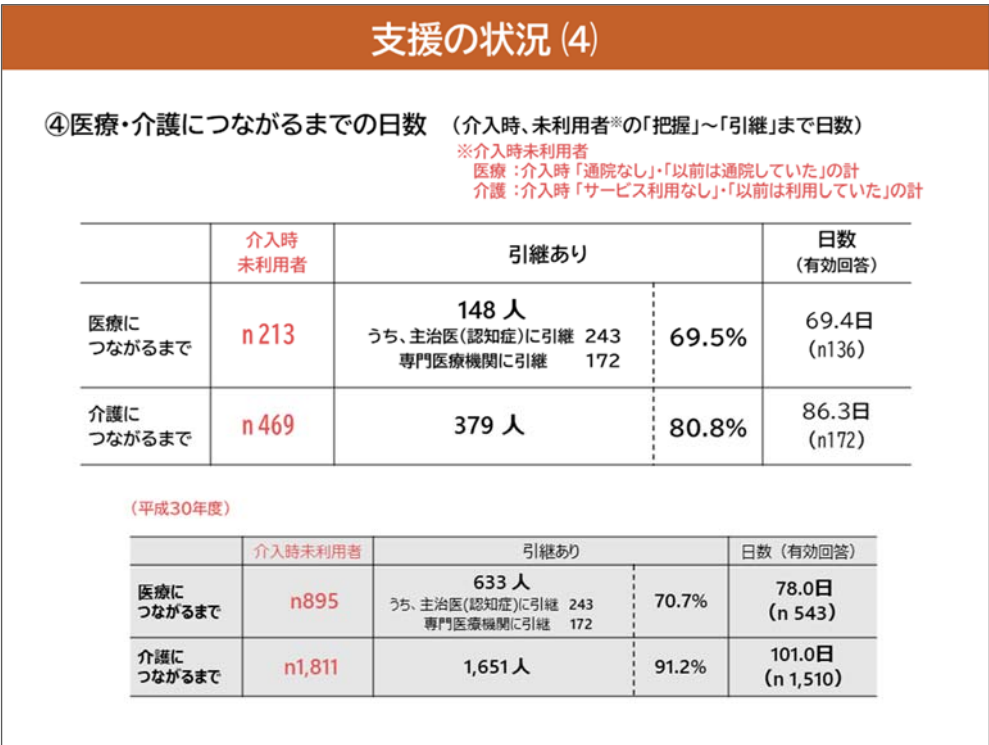


支援③ 支援期間

○医療機関チームの対象者は支援期間が長い（中央値で地域包括チームの対象者の+18日）



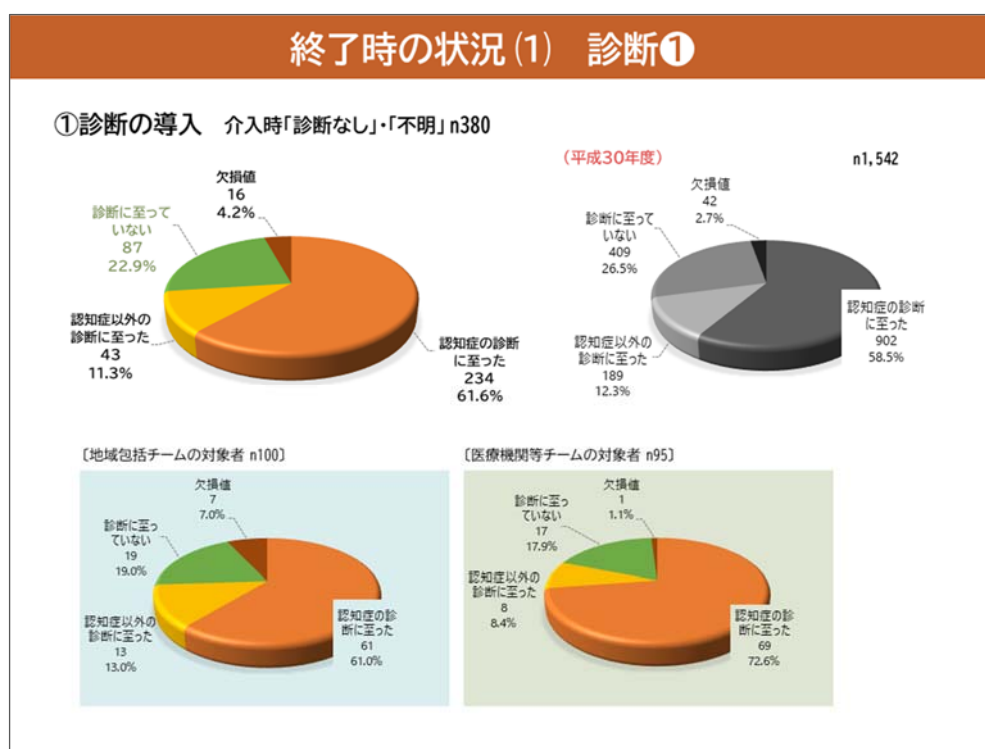
支援④ 医療・介護につながるまでの日数



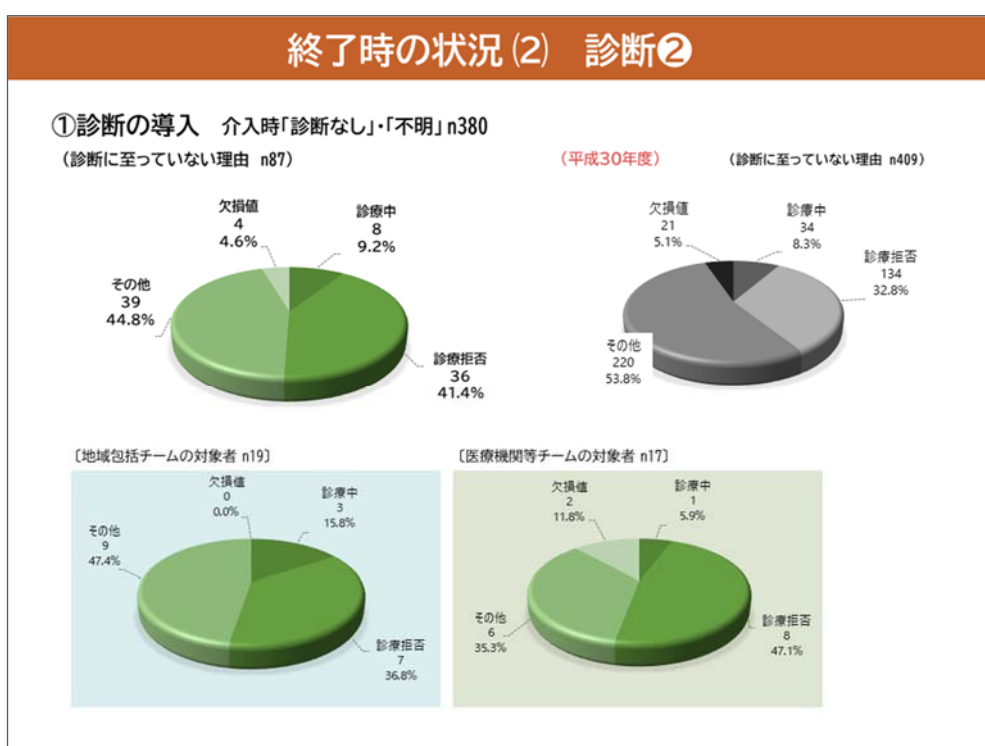
(4)終了時の状況

終了時① 診断の導入

- 地域包括チームの対象者は 75%が「診断に至った」、医療機関チームの対象者は 80%超が「診断に至った」
(認知症以外の診断を含む；病型内訳は次ページ)



終了時① 診断に至っていない理由



終了時② 認知症の診断

○診断の内訳は前回集計とほぼ同様。

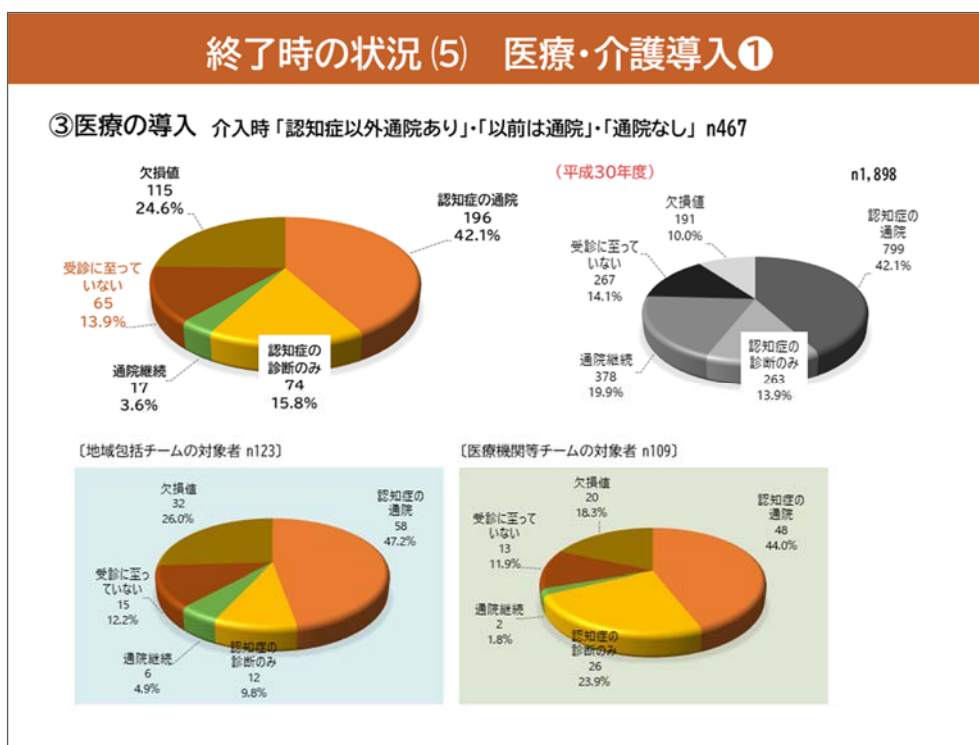
終了時の状況 (3) 診断③											
②認知症の診断											
認知症 認知症以外 病名欠損											
[診断導入 72.9% (n277 : (232 + 38 + 7) / 380)]											
認知症の診断 232 (83.8%)							認知症以外の診断 38 (13.7%)				病名 欠損
アルツ ハイマー型	血管性	レビー 小体型	前頭 側頭葉	混合型	その他 認知症	病型 不詳	MCI	うつ	他の精 神疾患	正常	
144	11	7	6	15	12	37	11	3	19	5	7
52.0%	4.0%	2.5%	2.2%	5.4%	4.3%	13.4%	4.0%	1.1%	6.9%	1.8%	2.5%
(平成30年度)											
診断導入 70.8% (n1,091 / 1,542)											
認知症の診断 878							認知症以外の診断 195				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%

○医療機関チームの対象者は診断導入率が高く、診断に至ったうち、「認知症」の割合が約 9 割。

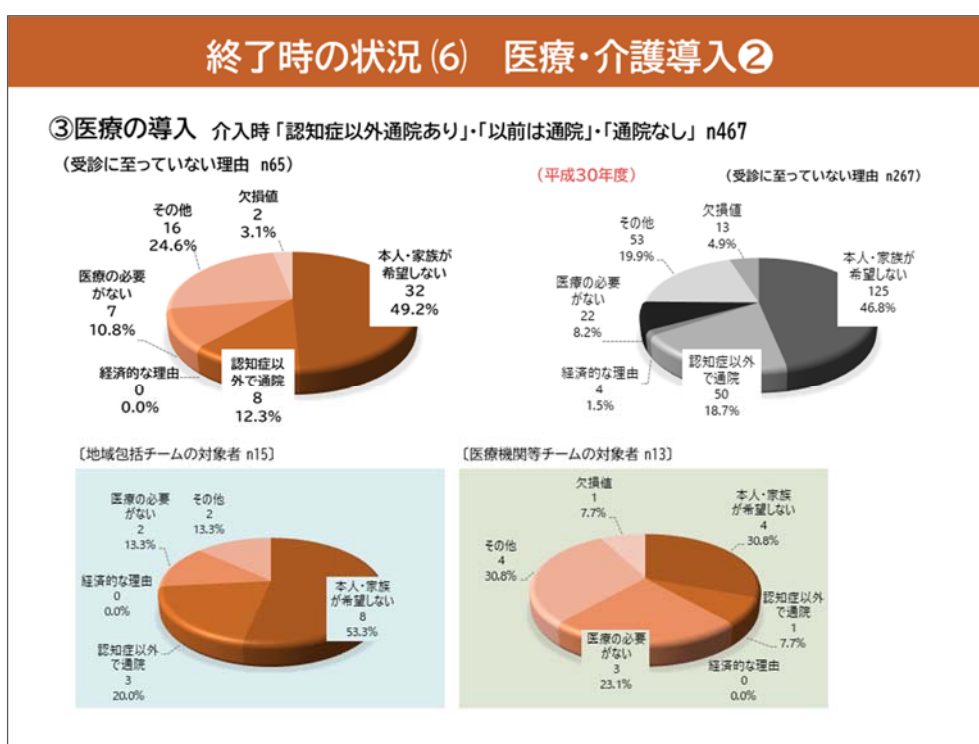
終了時の状況 (4) 診断④											
②認知症の診断											
[地域包括チームの対象者]											
[診断導入 74.0% (n74 : (60 + 13 + 1) / 100)]											
認知症の診断 60 (81.1%)							認知症以外の診断 13 (17.6%)				病名 欠損
アルツ ハイマー型	血管性	レビー 小体型	前頭 側頭葉	混合型	その他 認知症	病型 不詳	MCI	うつ	他の精 神疾患	正常	
38	3	1	1	1	3	13	6	2	3	2	1
51.4%	4.1%	1.4%	1.4%	1.4%	4.1%	17.6%	8.1%	2.7%	4.1%	2.7%	1.4%
[医療機関等チームの対象者]											
[診断導入 81.1% (n77 : (69 + 8) / 95)]											
認知症の診断 69 (89.6%)							認知症以外の診断 8 (10.4%)				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	
44	4	2	1	7	5	6	0	1	7	0	0
57.1%	5.2%	2.6%	1.3%	9.1%	6.5%	7.8%	0.0%	1.3%	9.1%	0.0%	0.0%

終了時③ 医療の導入

○医療機関チームの対象者では「認知症の診断のみ」が多い。「認知症の通院」は地域包括チームの対象者より若干少ない。

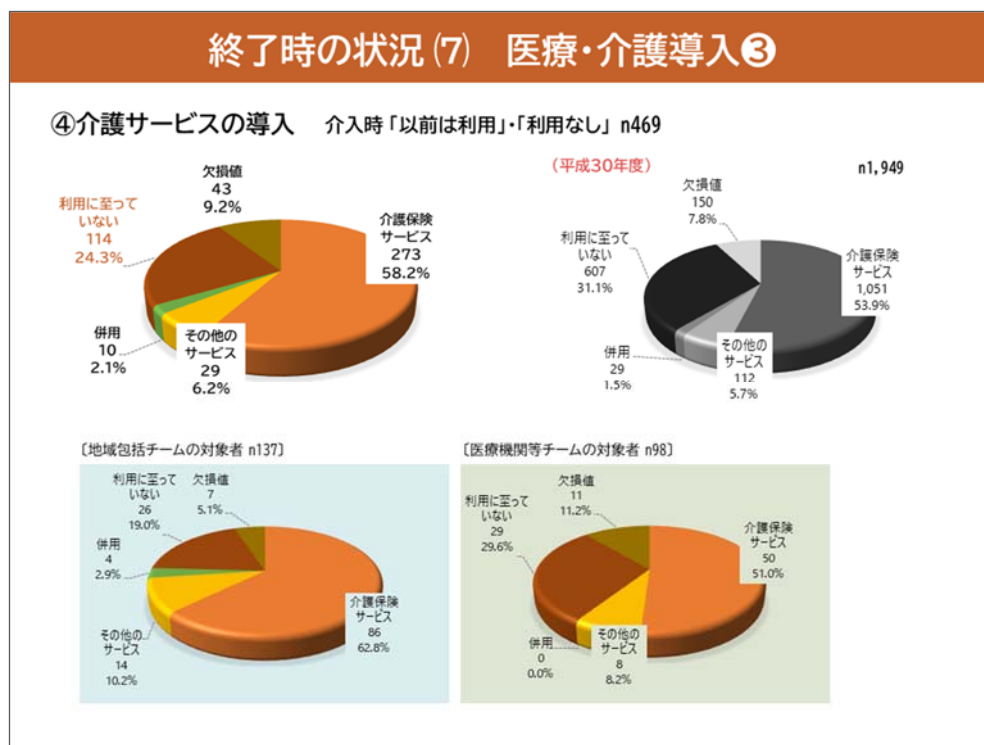


終了時③ 受診に至っていない理由

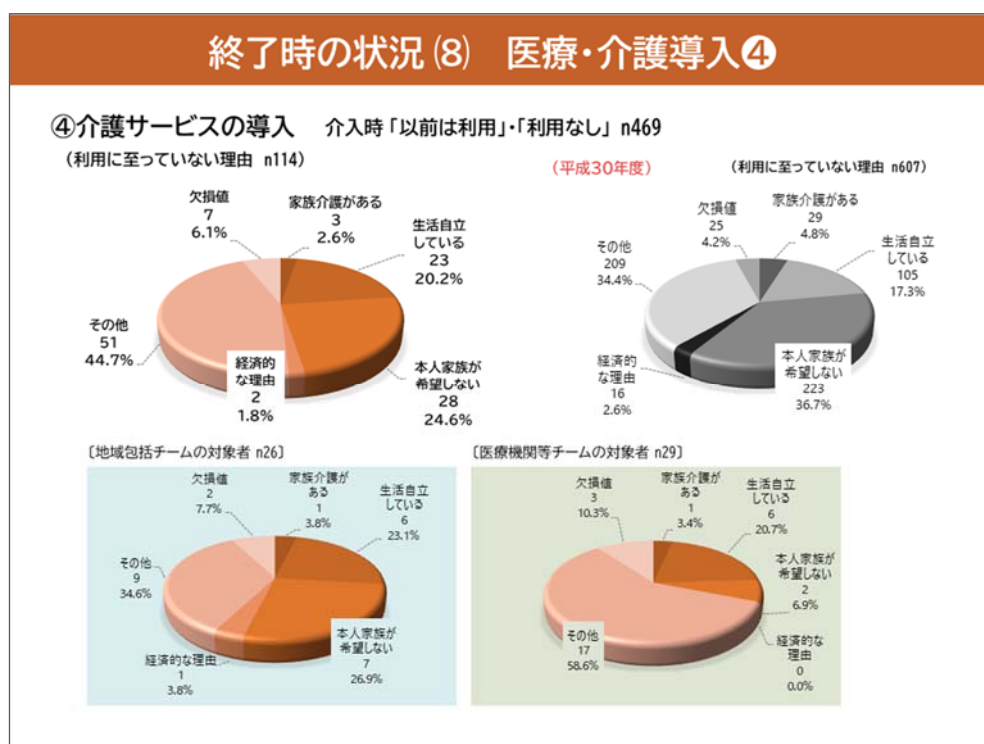


終了時④ 介護の導入

○地域包括チームの対象者は、6割超で介護保険サービス導入、3/4 で何らかのサービス導入。医療機関チームの対象者の介護保険サービス導入は5割にとどまる。

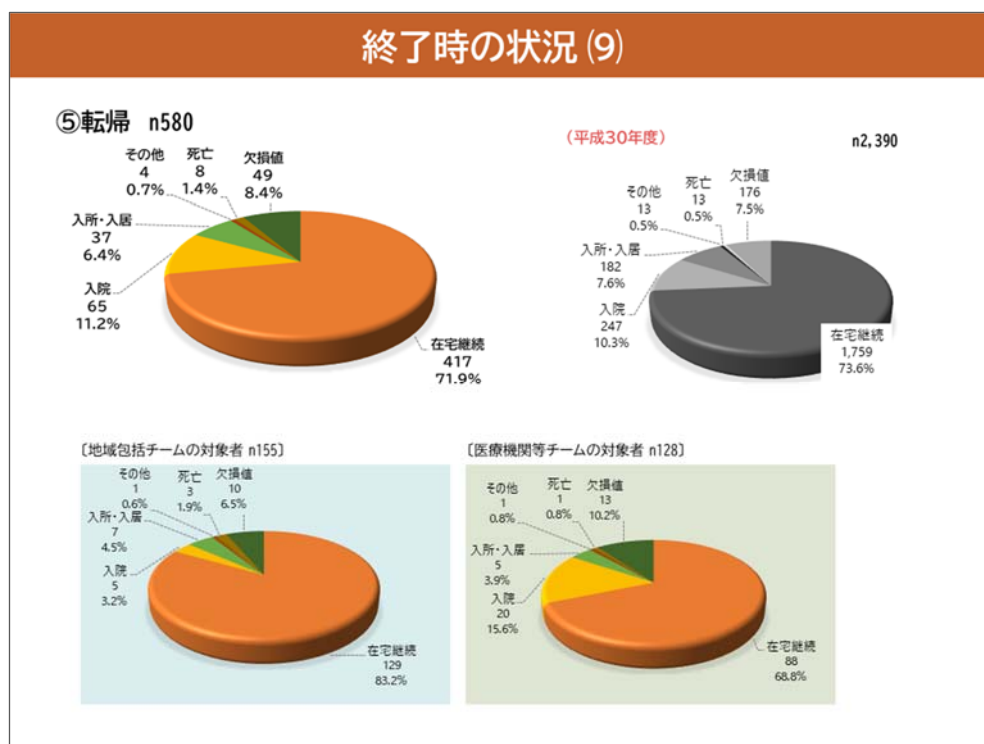


終了時④ 利用に至っていない理由



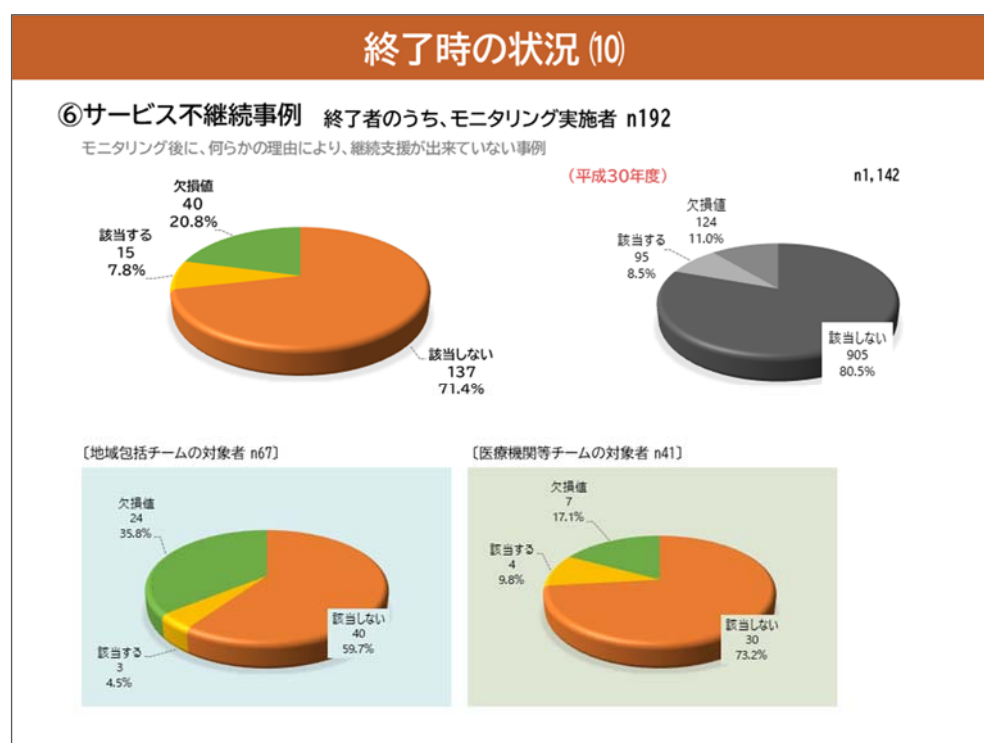
終了時⑤ 転帰

- 地域包括チームの対象者の 8 割超で在宅継続。医療機関チームの対象者は在宅継続が 7 割を下回り、入院が 15.6%（+10 ポイント以上）



終了時⑥ モニタリング（サービス不継続事例）

- 欠損値を除くと、地域包括チームの対象者、医療機関チームの対象者と約 9 割が「該当しない」。



Ⅲ まとめと考察

1. 調査結果からのまとめ

1.1 認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査 から

表Ⅲ.1.1（市町村票）

	地域包括支援センター設置の市町村	医療機関設置の市町村
認知症サポート 医の配置 （図表 1.2.2）	・複数を配置し地域や対象者によって分担が多い	・チーム毎に 1 名ないし複数名を配置する場 合が多い ・複数自治体と共同で配置が多い
チーム設置の 基本的な方針 （図表 1.2.4）	・既存の仕組みの業務を拡大して（一部と して運用）が多い	・チームを新たに設置が 8 割超
現在のチーム 設置の理由 （図表 1.2.5）	・スタッフの兼務等によりチーム員確保が容易 だった、従来業務との連続性（ノウハウ）が あった、が多い	・専門医（サポート医）の所属機関だった、 チームが担う役割に最も適していた、が多い
チームの機能、 主たる役割 （図表 1.3.1）	・早期発見・スクリーニング、経過観察（見 守り支援）、日常生活の支援（調整）が 多い ・主たる機能は、早期発見・早期対応と困 難事例対応がいずれも約 1/3 ずつ	・早期診断の支援が多い ・主たる機能は困難事例対応が 5 割弱（早 期発見・早期対応は約 35%）
地域包括支援 センター業務との 関係 （図表 1.3.3）	・地域包括の業務の一部として、地域包括 の業務と明確な区別を行わず、を合わせて 5 割以上	（地域包括以外に設置している場合） ・事例の内容等に応じて、都度・柔軟に分担 して活動が 6 割超

表Ⅲ.1.2（チーム票）

	地域包括支援センターに設置されたチーム	医療機関に設置されたチーム
チーム員人数 （図表 2.1.3）	・平均チーム員人数（サポート医を除く）は 4.8 人（中央値は 4）、相対的に少ない	・平均人数（サポート医を除く）は 6.1 人（中央値は 5）
認知症サポート医 （図表 2.1.4）	・複数チームを 1 人のサポート医が兼任の場合が一定程度あり（14.3%） ・チーム専任の 1 人のサポート医（46.5%） ・診療所の認知症サポート医が最多	・チーム専任で 1 人のサポート医が担当、が 6 割弱 ・病院の認知症サポート医が最多
支援対象者数 （図表 2.2.1）	・4～9 月の平均対象者数 7.7 人 ・1/3 のチームが半年間対象者なし	・4～9 月の平均対象者数 10.4 人
月間訪問回数 （図表 2.2.2）	・9 月の延べ訪問回数は 10.6 回（1 月 1 人あたり 1.38 回）	・9 月の延べ訪問回数は 11.1 回（1 月 1 人あたり 1.07 回）
チームの機能 主たる役割 （図表 2.2.4）	・早期発見・スクリーニング、経過観察（見守り支援）、日常生活の支援が多い ・早期診断の支援も医療機関チームと同等 ・主たる機能は、早期発見・早期対応と困難事例対応がいずれも約 1/3 ずつ	・早期発見・早期対応は 19.3%にとどまる ・困難事例対応は 42.2%で最多
設置場所を踏まえた活動のメリット （図表 2.2.5）	・対象者のかかりつけ医やケアマネジャーとの連携が取り易い、他の施策・支援の利用との調整がスムーズ、相談から対象者の選定がスムーズ、が相対的に多い	・鑑別診断に繋げやすい、緊急時・急変時の対応がスムーズ、医療・介護サービスの利用継続支援が行いやすい、が相対的に多い

1.2 実績報告用プログラムによるチーム活動実績まとめ から

表Ⅲ.1.3

	地域包括支援センター設置の市町村	医療機関設置の市町村
概要④ 把握経路	・「家族」が過半数	・「家族」、「介護支援専門員」、「その他」が多い
概要⑤ 困難事例	・「該当する」は 3 割にとどまる	・「該当する」は約 5 割
介入時① ii 認知症診断		・「診断なし」が 7 割（診断済みは 2 割） （診断の二一ズ）
介入時② 介護利用	・「利用なし」が 8 割超 （介護サービス利用の二一ズ）	
支援① 訪問支援回数	・「1～2 回」が最多（約 4 割） ・平均値 4.3 回、中央値 3.0 回	・「1～2 回」が最多（約 7 割） ・平均値 2.7 回、中央値 2.0 回
支援② 初動期間	・「～3 日」が最多（33.2%） ・平均値 22.3 日、中央値 7.0 日	・「4～7 日」が最多（25.6%） ・平均値 23.3 日、中央値 9.0 日
支援③ 支援期間	・平均値 51.0 日、中央値 38 日	・平均値 59.1 日、中央値 56 日（地域包括に比べて + 18 日）
終了時① 診断の導入	・「診断に至った（認知症 + 認知症以外）」が 74% ・認知症の診断 61.0%	・「診断に至った（認知症 + 認知症以外）」が 80%超 ・認知症の診断 72.6%
終了時③ 医療の導入	・「認知症通院」+「診断のみ」で 57.0%	・「認知症通院」+「診断のみ」で 67.9% ・「診断のみ」も一定程度あり（23.9%）
終了時④ 介護の導入	・「介護保険サービス導入」が 6 割超 ・「その他サービス」を合わせて 73.0%	・「利用に至っていない」が約 3 割
終了時⑤ 転帰	・「在宅継続」が 8 割超	・「在宅継続」が 7 割弱 ・「入院」も一定程度あり（15.6%）

2. 考察

2.1 令和元年度老人保健事業推進費等補助金「認知症初期集中支援チーム設置後の効果に関する研究」では、「初動日数」が短いほど、「医療/介護引継率」が高いというデータが得られており、チームの早期介入によって、医療・介護のサービスへ引き継がれていることが示されている。また、モデル事業時から現在まで、狭義の在宅継続率は支援実施者の 80% 以上を示している。チームが関わることで医療・介護のサービスを利用しながら在宅生活を継続することができており、認知症初期集中支援事業の目的は一定程度達成できていると考えられる。

平成 27 年から全国の市町村に設立されてきた本チームは、背景人口、高齢化率、医療介護資源等さまざまな背景を有する市町村において立ち上げられた。その結果、認知症初期集中支援チームに多様性が生じることとなったが、これは成立過程から考えれば自然なことで、地域のニーズや資源を考えればむしろ当然のことと思われる。また、機能的な面においても例えば対象者という観点からみると、相談業務や比較的軽度の認知症の人を対象とするチームから、行動・心理症状が前景にでている、介護環境が劣悪といったいわゆる困難事例を中心に対応しているチームまで多様であることが明らかになっている。

今年度の事業では、全国のさまざまな環境下で立ち上がったチームの設置場所（主に地域包括支援センター又は医療機関）によって、その役割、活動内容等が実際に異なるのかを重点的に調査した。

今回の結果を表Ⅲ.1.1、表Ⅲ.1.2、表Ⅲ.1.3 にまとめた。

チームが地域包括支援センターに置かれるのか、医療機関に置かれるのかは人的な要因が強い（図表 1.2.5.）。その地域にどのような人材がいるかによって、どのようなチームが作られるか、自ずから決まってくるように思われる。

表Ⅲ.1.1 は市町村に対して行った調査のまとめである。

『地域包括支援センターに設置されているチーム』は、行政・地域包括支援センターとの連携がスムーズで（情報が早く入る等）、介護サービスによる生活支援のニーズが高い対象者に、早期かつ効果的に介入している。一方、『医療機関に設置されているチーム』は、認知症の鑑別診断、対応困難事例など、医療的支援のニーズが高い対象者に効果的に介入している。地域包括支援センターに設置されている場合、地域包括支援センターの総合相談との親和性が高く、支援チームの支援が必要な対象者に関する情報を早期に把握できるとともに、地域包括支援センターとの連携の上、介護サービス等福祉的な支援ニーズの高い対象者への支援について有効に活動できると考えられる。

一方、医療機関に設置されている場合は、チームの所属する医療機関等との連携により、身体合併症症状増悪等の医療的ニーズへの対応がスムーズにいくことが考えられる。

これらを踏まえると、地域の認知症の人を取り巻くニーズがどのような状況下により、支援チームの設置場所を考慮することが望ましいと考えられる。

表Ⅲ.1.2 は個別のチームから得た回答をまとめている。

チームの機能・主たる役割では『地域包括支援センターに設置されているチーム』では早期発見・スクリーニング、経過観察（見守り支援）、日常生活の支援が多く、全体的にバランスの良い対応をしているのに比して、『医療機関に設置されているチーム』では困難事例対応の比率が高くなっている点が特徴である。これは先にも述べたように、地域包括支援センターに設置している場合は、福祉的な支援ニーズの高い対象に対して有効に活動できる傾向であり、医療機関に設置されている場合は医療的ニーズが高い場合に効果的に活動できることが考えられる。

対象者数は『医療機関に設置されているチーム』が多い傾向にあるが、やや気になる数字は『地域包括支援センターに設置されているチーム』において、令和2年4月から9月の間に対象者0のチームが1/3にみられる点である。新型コロナウイルスの影響も否定できないが、コロナ感染症に関して尋ねた調査では、医療機関に設置されたチームのほうが影響を受けたと答えており評価が難しいところである。月間訪問回数は両者に差がみられない。

これらの結果から、『地域包括支援センターに設置されているチーム』と『医療機関に設置されているチーム』では異なる特性をもっていることが明らかになった。

設置場所を踏まえた活動のメリットは、『地域包括支援センターに設置されているチーム』では連携の取り易さ、他の施策・支援の利用との調整がスムーズ、相談から対象者の選定がスムーズ、が挙げられ、『医療機関に設置されているチーム』では鑑別診断、緊急時・急変時の対応、医療・介護サービスの利用継続支援、が挙げられた。市町村においては、これらの特性を踏まえた支援チームの配置を検討することが望ましい。

2.2 さて、認知症初期集中支援チームの実施主体は、市町村である。自治体として認知症初期集中支援チームを有効に活用するためのポイントを以下の5点にまとめた。

①対象者の早期の把握の仕組みづくり

認知症の早期発見（たとえば軽度認知障害の段階でみつける）にチームが関わっている事例（軽度認知障害の段階でチームがアプローチしている事例は5~6%程度ある。）があるようだが、それを目的とするのは効率が悪い。チームの活動により早期にみつけることに意義はあるが、地域の通いの場等一般の介護予防事業等の場でも認知症の疑いがある人や認知症の人を把握することは可能である。そこで発見された人のうち、チームが関わるのが望ましい対象者にアプローチする仕組みを構築することが重要である。

②認知症初期集中支援チームや地域包括支援センター等の関係機関の役割分担の明確化（対象者に応じた支援担当機関の検討）

特に『地域包括支援センターに設置されているチーム』においては地域包括の仕事との切り分けがうまく

できないという声は多い。支援対象者への支援を迅速に行うためにはあらかじめ地域の関係機関がそれぞれが支援すべき対象についての共通認識を持つことが重要であり、またそのような支援体制の構築のための検討の場を設定していくことが重要である。

③チームによる適切なアセスメント（支援の方針決定）

チーム員会議の実施や事例の積み上げ等により、チーム員のスキルの向上を図る機会の拡充が重要である。そのためには、前述の①②を踏まえ、チームが活動する機会の確保が重要と言える。

④迅速な医療・介護サービス等の社会資源への引継ぎに向けた関係づくり

日頃から、チームと地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、地域の医療・福祉関係機関との連携を深め、支援対象者の状況に応じて迅速にコーディネートできる関係づくりをしておくことが重要である。

⑤引継ぎ後のモニタリング及びチーム活動の改善・見直しの継続的な検討

認知症初期集中支援チームの「集中」は、ある一定期間かわり本来必要とする医療や介護につながることであるが、つないだはずの医療や介護から離れてしまう例が8-9%存在することがわかっている。

このような状況を踏まえ、モニタリングによりチームの介入結果を振り返るとともに、その結果等を基に、認知症初期集中支援チーム検討委員会等を活用し、それぞれの地域において効果的にチームが活動できるよう、改善・見直しの検討を継続して実施することが重要である。

各自治体はその自治体の特性を踏まえて、認知症対策に関してどの機関が、どのように対応・担当していくか、の整理が必要である。自治体の規模によっては認知症初期集中支援チームがかなり広い領域までカバーできてしまう自治体もあれば、地域包括支援センターや行政とともに役割分担する場合もある。

今回の結果からはチームをどこに設置するかで機能が異なる可能性が示唆された。複数のチームを置くことが難しい自治体では、様々な機能をバランスよく有する地域包括支援センターにおくことがよいかもしれない。一方、複数のチームを有する、あるいは今後増やしていこうと考えている自治体では、設置場所を変えることで異なる機能を持つことができ、そのチーム同士が連携することによって有機的な運用ができる可能性がある。また、2チーム目は医療的支援ニーズへの対応として、近隣自治体と共同でもう1チームを設置する、なども一つのアイデアであろう。

困難事例への対応については、複数の専門職によるアウトリーチチーム（スキルの高いチーム）である本チームにその役割が期待されることは自然な流れでもある。

困難事例の支援にあたっては、その対応の難しさから支援日数が増え、チームの活動における負担の増大が考えられ、困難事例への対応に難色を示す声も聞かれる。チームの目的が“つなぐ”ことにあることを踏まえると“認知症初期集中支援チームが困難事例を扱うべきか”、ではなく、困難事例に該当する対象者を、認知症初期集中支援として扱った上で、チームが継続的に支援し続けるのではなく、適切に引き継ぐルート

を充実させるとともに、そのような機能を果たせる体制作りが必要であろう。

なお、困難事例の中身の精査・調査はモデル事業を行っていただいたチームに調査したことがあるが、全国的な調査は行われておらず、今後必要な調査と考える。

2.3 今後の展望

今回の調査結果からは設置場所でのチームの特徴が明らかになった。市町村は地域の有するチームの特性を勘案し、地域包括支援センターや地域の医療機関との役割分担、人材の配置等地域の実情を踏まえ、チームの効果的な配置について検討していくことが望ましい。

一方で、チーム発足時に比べ、認知症に係る施策や関係機関も充実してきており、複数の専門職により構成される支援チームが地域の認知症施策の中でどのような立ち位置で活動すべきかを改めて見直すことも今後必要である。

認知症が疑われる人や認知症の人が、住み慣れた地域で生活を続けられるように、支援チームが果たすべき役割や支援すべき対象者について、他の認知症施策との連携も含めた支援チームのあり方を改めて検討することも重要である。

2.4 また、コロナ感染症の影響について触れておきたい。新型コロナウイルスの影響は2020年2月から始まり現在まで3つの大きな波を反復しながらいまだ収束には至っていない。

認知症初期集中支援チームが行政を主体とするチームである以上、当然大きな影響を被ることが推測された。今回の調査はコロナ感染症の影響を調査するものではないが、活動には大きな影響がある可能性を考え、いくつかの質問を追加した。地域包括設置のチームでは62%が、医療機関設置のチームでは79%のチームが何らかの影響があったと回答されていた。自治体の方針で訪問活動を禁止されたチームもあったようで、クラスターの有無、非常事態宣言下であったかどうかなど地域によって状況はさまざまであったと思われる。最も影響があったのはチーム員会議であったが、早くもWeb会議に切り替えて対応したチームもあり、訪問回数や訪問人数を減らしながら対応を続けたチームもあるようである。

認知症の人を含む高齢者の外出抑制、その結果としておこる心理的、身体的な不活発は大きな課題である。このような状況であるからこそ、こちらから訪問するという認知症初期集中支援チームの役割は大きいのではないかと感じている。

[追補]

令和元年度実施 評価指標アンケートデータを用いた再分析
～チーム設置機関とチーム活動に着目して～

追 1 作業概要

◎昨年度事業で実施した「評価指標アンケート」のチーム票回答データを利用し、チーム設置機関とチーム活動に着目した再分析を実施した。

◎調査は2019年10月下旬～11月20日に、全市町村（1,741）および認知症初期集中支援チームを対象として実施され、市町村票804（回答率46.2%）、チーム票1,007の回答を得た。

◎調査項目は、2019年4～9月のチーム活動を基礎とした下記の活動状況・項目とした。

- ①支援対象者数（調査期間の支援対象者数 ※年間に換算）
- ②初動日数（対象者把握日から初回訪問日までの日数）
- ③支援日数（初回訪問日から支援終了日までの日数）
- ④DBD13スコア（介入時のDBD13スコア）
- ⑤引継（医療・介護への引継ぎ状況）
- ⑥困難事例（対象者が困難事例にあたるか否か）
- ⑦かかりつけ医連携（チームが介入することを対象者のかかりつけ医に連絡したか否か）

◎データベースは、対象者ごとのデータをチーム単位のスコアとして整理・作成した。

①支援対象者数	対象者数回答欄記載の実人数
②初動日数	対象者ごとの「把握日～初回訪問日」までの日数の平均値
③支援日数	対象者ごとの「初回訪問日～支援終了日」までの日数の平均値
④DBD13スコア	対象者ごとの介入時のDBD13のスコアの平均値
⑤引継	対象者ごとの引継ぎ状況※1の平均値 ※1 医療・介護未利用者が引継ぎあり＝1、引継ぎなし＝0
⑥困難事例	対象者ごとの困難事例該当状況※2の平均値 ※2 困難事例に該当＝1、該当しない＝0
⑦かかりつけ医 連携	対象者ごとの“チーム介入に関する連絡”状況※3の平均値 ※3 かかりつけ医に連絡した＝1、連絡しなかった＝0

◎昨年度評価指標アンケートに関する集計・分析結果の詳細は、下記URLから事業報告書を参照
国立長寿医療研究センターホームページ

<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R1rouken-4houkoku.pdf>

追 2 再分析結果

(1) 対象者数、初動日数、支援日数に関する分析

①高齢者人口階級と設置機関

■自治体の高齢者人口によりチームが設置されている機関は異なる

■高齢者人口が少ない地域では地域包括設置の割合が高くなり、多くなると他の機関の割合が多くなる

		設置機関					合計
		地域包括	医療機関	疾患医療センター	行政	その他	
3千人未満	チーム数	99	2	0	17	2	120
	%	82.5%	1.7%	0.0%	14.2%	1.7%	100.0%
	調整済み残差	5.4	-3.8	-2.8	-6	-2.3	
3千～ 1万人未満	チーム数	155	16	10	14	10	205
	%	75.6%	7.8%	4.9%	6.8%	4.9%	100.0%
	調整済み残差	5.2	-2.1	-.3	-4.1	-1.1	
1万～ 3万人未満	チーム数	164	30	10	52	19	275
	%	59.6%	10.9%	3.6%	18.9%	6.9%	100.0%
	調整済み残差	-.3	-.7	-1.5	1.7	.4	
3万人以上	チーム数	69	49	23	45	21	207
	%	33.3%	23.7%	11.1%	21.7%	10.1%	100.0%
	調整済み残差	-9.2	6.0	4.3	2.7	2.5	
合計	チーム数	487	97	43	128	52	807
	%	60.3%	12.0%	5.3%	15.9%	6.4%	100.0%

② グループの平均

i 年間対象者数（2019.4～1 年間）

■年間対象者数は設置機関で異なる。

■地域包括の中でも高齢者人口別により年間対象者数は異なる

機関	平均値	チーム数	標準偏差
地域包括	14.18	473	21.233
_3千人未満	6.20	50	5.873
_3千～1万人未満	9.98	108	11.810
_1万～3万人未満	17.21	127	21.813
_3万人以上	20.10	60	26.915
医療機関	25.68	113	34.217
認知症疾患医療センター	17.56	45	19.150
行政	17.30	103	26.135
その他	24.25	65	37.752
合計	17.22	799	25.931

ii 初動日数・支援日数

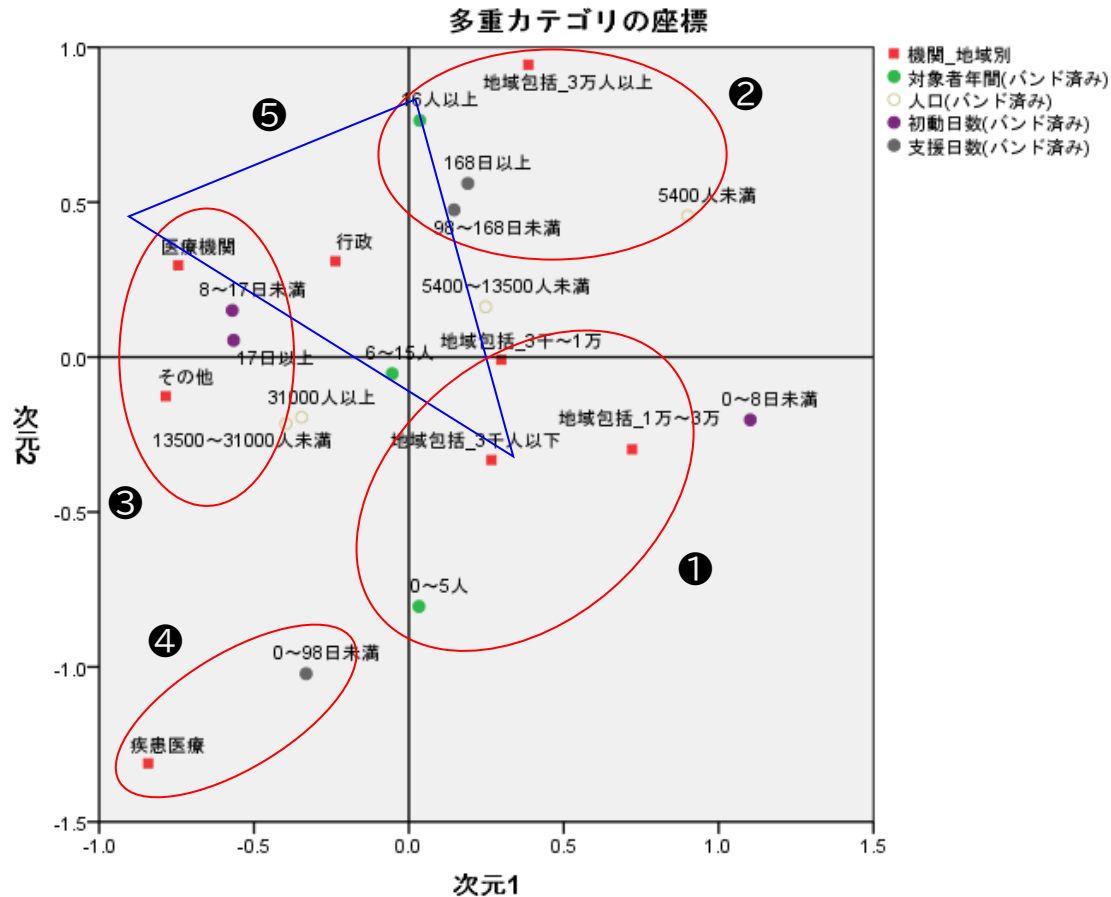
■「初動日数」、「支援日数」は、設置機関別、また、高齢者人口別の地域包括の中でも異なる

		初動日数	支援日数
地域包括	平均値	14.9787	139.5379
	チーム数	450	444
	標準偏差	17.91585	78.13480
_3千人未満	平均値	11.7714	140.3205
	チーム数	49	44
	標準偏差	17.18608	89.47042
_3千～1万人未満	平均値	14.5805	139.3263
	チーム数	107	95
	標準偏差	19.80543	87.59248
_1万～3万人未満	平均値	15.2840	134.3166
	チーム数	123	122
	標準偏差	17.57305	72.58441
_3万人以上	平均値	16.1416	148.1659
	チーム数	57	59
	標準偏差	17.13351	70.96052
医療機関	平均値	18.7754	132.5995
	チーム数	111	110
	標準偏差	14.85140	71.55249
認知症疾患 医療センター	平均値	21.5885	114.8111
	チーム数	45	45
	標準偏差	21.63392	67.70387
行政	平均値	15.8644	137.6776
	チーム数	98	92
	標準偏差	12.66546	79.78770
合計	平均値	16.1816	135.7272
	チーム数	590	567
	標準偏差	17.17209	77.12435

③ 正準相関分析

【チーム特性にかかる変数】 設置機関、人口

【チーム活動にかかる変数】 対象者数、初動日数、支援日数



① 地域包括3千以下・3千～1万・1万～3万 に設置されたチーム

・0～5人の少ない対象者人数、0～8日未満の早い初動日数で特徴づけられる

② 地域包括3万人以上 に設置されたチーム

・16人以上の多い対象者人数、168日以上の長い支援期間で特徴づけられる

③ 医療機関 に設置されたチーム

・17日以上の長い初動日数で特徴づけられる

④ 認知症疾患医療センター に設置されたチーム

・98日未満の短い支援期間で特徴づけられる

⑤ 行政 に設置されたチーム

・地域包括3千以下・3千～1万・1～3万、地域包括3万人以上、医療機関の特徴を併せ持つ

(2) チーム設置機関と引継要因に関する分析

① クロス集計

i 設置機関×DBDスコア

■高齢者人口が少ない地域の地域包括では、重度事例（平均DBDスコアが高い対象者）の割合が低い

（対象者の平均DBDスコアが低いチームが多い：0～14.7未満の割合が50.0%）

→ 高齢者人口が多い地域では、地域包括支援センター（チームではない）との役割分担によって、地域包括チームにおける重度事例（平均DBDスコアが高い対象者）の割合が高いことが考えられる。

		平均DBDスコア			合計
		0～14.7未満	14.7～21未満	21以上	
地域包括 _3千人未満	チーム数	13	8	5	26
	%	50.0%	30.8%	19.2%	100.0%
	調整済み残差	1.9	-.5	-1.4	
地域包括 _3千～1万人未満	チーム数	19	16	14	49
	%	38.8%	32.7%	28.6%	100.0%
	調整済み残差	.9	-.4	-.5	
地域包括 _1万～3万人未満	チーム数	28	25	29	82
	%	34.1%	30.5%	35.4%	100.0%
	調整済み残差	.3	-1.0	.8	
地域包括 _3万人以上	チーム数	15	6	18	39
	%	38.5%	15.4%	46.2%	100.0%
	調整済み残差	.8	-2.8	2.0	
医療機関	チーム数	18	36	23	77
	%	23.4%	46.8%	29.9%	100.0%
	調整済み残差	-2.0	2.4	-.4	
認知症疾患 医療センター	チーム数	8	18	10	36
	%	22.2%	50.0%	27.8%	100.0%
	調整済み残差	-1.4	1.9	-.5	
行政	チーム数	21	22	19	62
	%	33.9%	35.5%	30.6%	100.0%
	調整済み残差	.2	.0	-.2	
合計	チーム数	122	131	118	371
	%	32.9%	35.3%	31.8%	100.0%

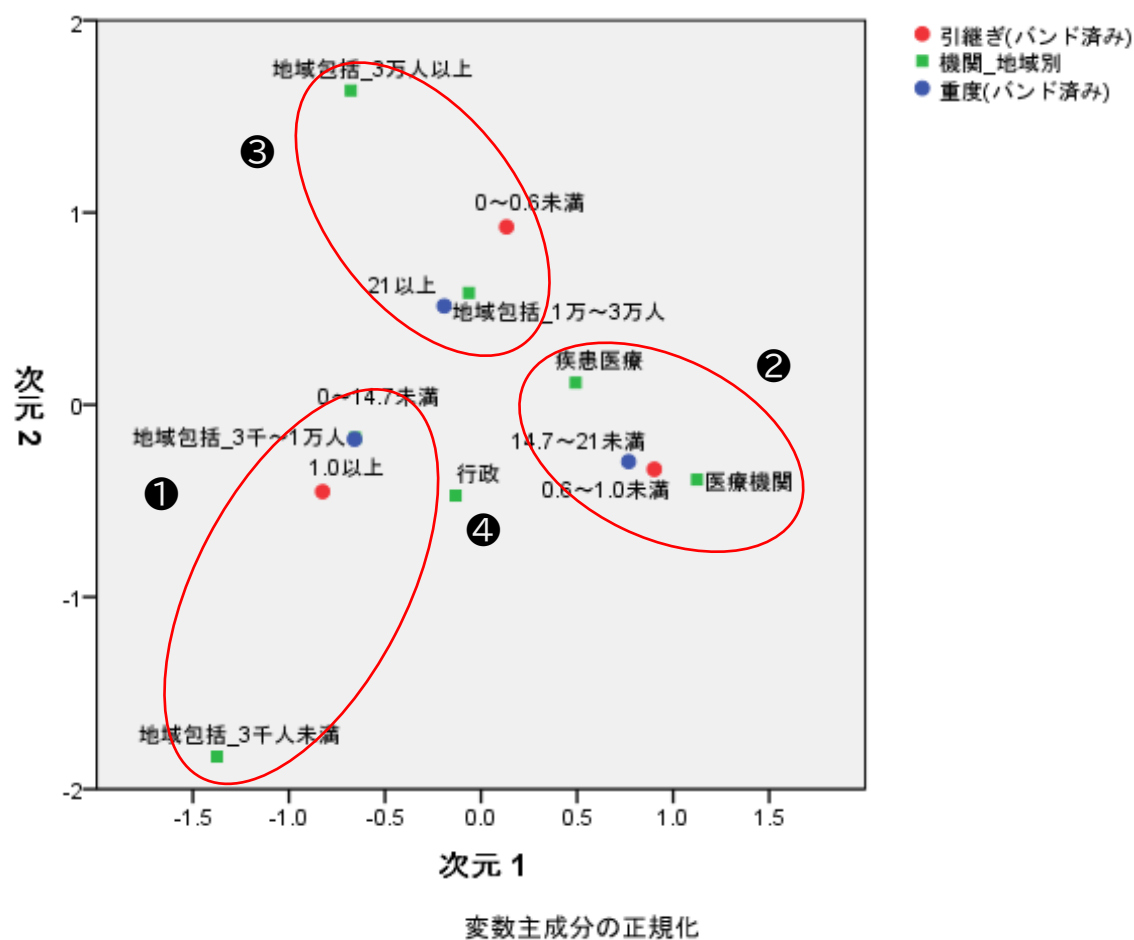
ii 設置機関×引継状況

■高齢者人口が少ない地域の地域包括では引継ぎ率が高い（対象者の平均引継ぎ率が100%のチームの割合が高い）

→ 高齢者人口が多い地域では、前ページ同様の役割分担によって、重度事例（平均DBDスコアが高い対象者）の割合が高く、それに伴い引継ぎ率が低下すると考えられる

		平均引継ぎ率			合計
		0~60%未満	60~100%未満	100%	
地域包括 _3千人未満	チーム数	12	3	32	47
	%	25.5%	6.4%	68.1%	100.0%
	調整済み残差	-1.1	-3.3	4.1	
地域包括 _3千~1万人未満	チーム数	32	23	48	103
	%	31.1%	22.3%	46.6%	100.0%
	調整済み残差	-4	-1.2	1.5	
地域包括 _1万~3万人未満	チーム数	39	37	47	123
	%	31.7%	30.1%	38.2%	100.0%
	調整済み残差	-.3	.8	-.5	
地域包括 _3万人以上	チーム数	23	12	23	58
	%	39.7%	20.7%	39.7%	100.0%
	調整済み残差	1.2	-1.2	-.1	
医療機関	チーム数	37	46	28	111
	%	33.3%	41.4%	25.2%	100.0%
	調整済み残差	.1	3.8	-3.6	
認知症疾患 医療センター	チーム数	14	13	17	44
	%	31.8%	29.5%	38.6%	100.0%
	調整済み残差	-.1	.4	-.2	
行政	チーム数	35	25	40	100
	%	35.0%	25.0%	40.0%	100.0%
	調整済み残差	.5	-.5	.0	
合計	チーム数	192	159	235	586
	%	32.8%	27.1%	40.1%	100.0%

② 多重応答分析



① 地域包括3千人未満、3千～1万人未満 に設置されたチーム

- ・対象者全員引継ぎ（100%）の高い引継ぎ率、14.7未満の低いDBDスコア で特徴づけられる

② 医療機関、認知症疾患医療センター に設置されたチーム

- ・引継ぎ率100～60%（中位）、DBDスコア14.7～21未満（中位）で特徴づけられる

③ 地域包括1万～3万、3万人以上 に設置されたチーム

- ・対象者の平均引継ぎ率60%以下の低い引継ぎ率、21以上の高いDBDスコア で特徴づけられる

④ 行政 に設置されたチーム

- ・全ての要素を持つ

(3) 困難事例に関する分析

① クロス集計

i DBDスコア×困難事例割合

■平均DBDスコアと困難事例の割合に関係はみられない

			困難事例の割合			合計
			0%	1～99%	100%	
平均 DBD スコア	0～ 14.7 未満	チーム数	58	60	41	159
		%	36.5%	37.7%	25.8%	100.0%
		調整済み残差	2.1	-1.6	-.4	
	14.7～ 21 未満	チーム数	40	88	26	154
		%	26.0%	57.1%	16.9%	100.0%
		調整済み残差	-1.4	4.3	-3.4	
	21 以上	チーム数	43	53	59	155
		%	27.7%	34.2%	38.1%	100.0%
		調整済み残差	-.8	-2.7	3.8	
合計	チーム数		141	201	126	468
	%		30.1%	42.9%	26.9%	100.0%

ii 設置機関×DBDスコア（再掲）

■高齢者人口が少ない地域の地域包括では、重度事例（平均DBDスコアが高い対象者）の割合が低い
（対象者の平均DBDスコアが低いチームが多い：0～14.7未満の割合が50.0%）

		平均DBDスコア			合計
		0～14.7 未満	14.7～21 未満	21 以上	
地域包括 _3千人未満	チーム数	13	8	5	26
	%	50.0%	30.8%	19.2%	100.0%
	調整済み残差	1.9	-.5	-1.4	
地域包括 _3千～1万人未満	チーム数	19	16	14	49
	%	38.8%	32.7%	28.6%	100.0%
	調整済み残差	.9	-.4	-.5	
地域包括 _1万～3万人未満	チーム数	28	25	29	82
	%	34.1%	30.5%	35.4%	100.0%
	調整済み残差	.3	-1.0	.8	
地域包括 _3万人以上	チーム数	15	6	18	39
	%	38.5%	15.4%	46.2%	100.0%
	調整済み残差	.8	-2.8	2.0	
医療機関	チーム数	18	36	23	77
	%	23.4%	46.8%	29.9%	100.0%
	調整済み残差	-2.0	2.4	-.4	
認知症疾患 医療センター	チーム数	8	18	10	36
	%	22.2%	50.0%	27.8%	100.0%
	調整済み残差	-1.4	1.9	-.5	
行政	チーム数	21	22	19	62
	%	33.9%	35.5%	30.6%	100.0%
	調整済み残差	.2	.0	-.2	
合計	チーム数	122	131	118	371
	%	32.9%	35.3%	31.8%	100.0%

iii 設置機関×困難事例割合

■ 困難事例の割合（対象者の100%が困難事例にあたるとしたチーム）が多いのは、高齢者人口3千人未満の地域包括であった（100%の割合が51.1%）

■ DBDスコアの指標から、高齢者人口3千人未満の地域包括では、平均DBDスコアの低い対象者の割合が多い傾向があり（3.1.1）、高齢者人口が多い地域と比較して『対象者を困難事例にあたと評価しやすい』ことが考えられる。

- （対象者が困難事例にあたるかどうかは主観的な評価であることを前提として）重度事例の割合が多い高齢者人口が多い地域のチームより、個々の対象者を『困難事例』と評価しやすい
- 平均DBDスコアと困難事例の割合にも関係はみられない（3.1.0）

		困難事例の割合			合計
		0%	1～99%	100%	
地域包括 _3千人未満	チーム数	13	9	23	45
	%	28.9%	20.0%	51.1%	100.0%
	調整済み残差	.2	-3.2	3.2	
地域包括 _3千～1万人未満	チーム数	27	40	30	97
	%	27.8%	41.2%	30.9%	100.0%
	調整済み残差	.0	-.3	.2	
地域包括 _1万～3万人未満	チーム数	36	51	34	121
	%	29.8%	42.1%	28.1%	100.0%
	調整済み残差	.6	-.1	-.5	
地域包括 _3万人以上	チーム数	18	17	22	57
	%	31.6%	29.8%	38.6%	100.0%
	調整済み残差	.7	-2.0	1.5	
医療機関	チーム数	18	64	29	111
	%	16.2%	57.7%	26.1%	100.0%
	調整済み残差	-3.0	3.6	-1.0	
認知症疾患 医療センター	チーム数	15	20	8	43
	%	34.9%	46.5%	18.6%	100.0%
	調整済み残差	1.1	.6	-1.7	
行政	チーム数	30	40	24	94
	%	31.9%	42.6%	25.5%	100.0%
	調整済み残差	1.0	.0	-1.0	
合計	チーム数	157	241	170	568
	%	27.6%	42.4%	29.9%	100.0%

(4) かかりつけ医連携※に関する分析

※かかりつけ医連携：チームが介入することを対象者のかかりつけ医に連絡したか否か

① クロス集計

i DBDスコア×かかりつけ医連携状況

■平均DBDスコア（重度事例の割合）とかかりつけ医連携の割合に強い関係性はみられない

			かかりつけ医連携の割合			合計
			0%	1～99%	100%	
平均 DBD スコア	0～ 14.7 未満	チーム数	21	54	78	153
		%	13.7%	35.3%	51.0%	100.0%
		調整済み残差	.5	-.6	.3	
	14.7～ 21 未満	チーム数	15	72	62	149
		%	10.1%	48.3%	41.6%	100.0%
		調整済み残差	-1.1	3.4	-2.5	
	21 以上	チーム数	21	43	87	151
		%	13.9%	28.5%	57.6%	100.0%
		調整済み残差	.6	-2.7	2.3	
合計	チーム数		57	169	227	453
	%		12.6%	37.3%	50.1%	100.0%

■困難事例の割合とかかりつけ医連携の割合では、困難事例の割合が多い（対象者を困難事例にあたるとする割合が高い）ほど、かかりつけ医連携がとられている関係性がみられる

			かかりつけ医連携の割合			合計
			0%	1～99%	100%	
困難 事例の 割合	0%	チーム数	51	41	98	190
		%	26.8%	21.6%	51.6%	100.0%
		調整済み残差	6.6	-5.0	.3	
	1～99%	チーム数	20	178	107	305
		%	6.6%	58.4%	35.1%	100.0%
		調整済み残差	-4.5	10.7	-7.2	
	100%	チーム数	20	33	145	198
		%	10.1%	16.7%	73.2%	100.0%
		調整済み残差	-1.5	-6.8	7.6	
合計	チーム数		91	252	350	693
	%		13.1%	36.4%	50.5%	100.0%

ii 設置機関×かかりつけ医連携状況

■設置機関とかかりつけ医連携では関係性がみられる。

高齢者人口3千人未満の地域包括では、かかりつけ医との連携が多く取られることがみてとれる（100%の割合が75.6%）

■「困難事例でかかりつけ医連携が取られている」のは、困難事例にあてはまる対象者の割合が多いのが、高齢者人口3千人未満の地域包括であり、かかりつけ医連携が多いことが関係しているためと考えられる

		かかりつけ医連携の割合			合計
		0%	1～99%	100%	
地域包括 _3千人未満	チーム数	4	7	34	45
	%	8.9%	15.6%	75.6%	100.0%
	調整済み残差	-.8	-3.1	3.5	
地域包括 _3千～1万人未満	チーム数	13	29	55	97
	%	13.4%	29.9%	56.7%	100.0%
	調整済み残差	.2	-1.5	1.3	
地域包括 _1万～3万人未満	チーム数	16	48	57	121
	%	13.2%	39.7%	47.1%	100.0%
	調整済み残差	.2	.8	-.9	
地域包括 _3万人以上	チーム数	6	18	31	55
	%	10.9%	32.7%	56.4%	100.0%
	調整済み残差	-.4	-.6	.9	
医療機関	チーム数	18	45	41	104
	%	17.3%	43.3%	39.4%	100.0%
	調整済み残差	1.6	1.6	-2.6	
認知症疾患 医療センター	チーム数	6	16	19	41
	%	14.6%	39.0%	46.3%	100.0%
	調整済み残差	.4	.3	-.6	
行政	チーム数	7	39	43	89
	%	7.9%	43.8%	48.3%	100.0%
	調整済み残差	-1.5	1.5	-.5	
合計	チーム数	70	202	280	552
	%	12.7%	36.6%	50.7%	100.0%

チーム設置機関別にみたチーム活動等の傾向の整理試案

設置機関	対象者数	初動日数	支援日数	重度事例 (介入時 DBD スコア)	引継ぎ率	困難事例	かかりつけ医連携 (チーム介入の連絡)
		・対象者数	・引継ぎ易さ		・引継ぎ先の整備 ・対象者数		
地域 包括	3 千人未満	0～8 日未満 短い		14.7 未満 軽い	100% 高い	困難と感じる 割合が高い	かかりつけ医 に連絡される 割合が高い
	3 千～ 1 万人未満						
	1 万～ 3 万人未満						
	3 万人以上	16 人以上 多い		168 日以上 長い	21.0 以上 重い	60%以下 低い	(中位)
医療機関		17 日以上 長い		14.7～ 21.0 未満 (中位)	100～60% (中位)	(低位)	(低位)
認知症患者 医療センター			98 日未満 短い				
行政	地域包括、医療機関の特徴を併せ持つ			全ての要素を持つ			

[資料編]

- ▶ 認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査 記述回答
- ▶▶ 同アンケート調査 調査票(市町村票・チーム票)
- ▶▶▶ 令和元年度評価指標アンケート調査 調査票

認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査（記述回答）

市町村票 1 (3) ② i 対象者をどのように選定しているか（選択肢 + その具体的な内容）

地域包括のみにチーム設置の市町村

選択肢の回答： 1 地域包括支援センターへの相談案件から振り分けて選定

	認知症の相談を受け、認知症初期集中支援チームに繋ぐ案件かどうかスクリーニング。
	チームの周知が十分でないため、包括以外からの相談には至っていないのが現状。
	直営地域包括支援センターのため日々様々な相談案件があり、認知症に関する相談について振り分け、チームで対象者選定を行う。
	直営包括のため、総合相談のあったものを振り分けている。
	主には包括支援センターへの相談案件を検討しているが、認知症疾患医療センター受診者についての検討も行う時がある。
	基本的に地域包括への相談が多い。行政の窓口相談があった場合は、相談内容に応じて地域包括や関係機関に振り分けている。
	地域包括支援センター職員がチーム員にいる為、相談案件や気になるケースから対象者を選定している。
	かかりつけ医・ケアマネジャー・民生委員・行政等が相談を受けたり発見したケースについて、初期集中支援チームが設置されている包括支援センターへつなぐようにしている。
	各圏域の地域包括支援センターへの相談内容から、チーム員での対応が望ましい事例を選別している。
	総合相談の中から、認知症の相談を選定。
	チーム員で対応をしたら良いと思われれるケースを振り分けている。
	①生活状況の確認、②専門医受診の有無の確認、③支援の方向性の確認等を行なううえで、1回/月認知症初期集中支援チーム員・包括支援センター職員で会議を開催、チームとして対応する案件であるか検討を行う
	認知症の相談に来て、対応に困っていたり認知症の診断がついていない場合、初期集中支援チームの紹介をし、了解を得られたら訪問している。
	地域包括支援センターへの相談案件から、認知症に関する困難ケース等があれば、チームへ振り分けることが多い
	チームへの相談として挙がってくるケースもあるが、総合相談の中で、チームでの介入が必要なケースもあるため、センター内で相談し、チームとしての介入の必要性があれば対応している。
	認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに配置し相談に対応している。また、各種窓口での相談についても地域包括支援センターで集約し、対象者を選定。
	主に地域包括支援センターへ入った総合相談から選定します。
	対象者は市内に在住する40歳以上で、医療・介護サービスを受けていない又は中断している者またはサービスを受けているが認知症状等が顕著なため対応に苦慮している者。
	包括センターへの相談ケースから選定。
	包括支援センターへの相談案件から、該当するケースを選定
	総合相談の案件より早期介入の必要性で判断して選択
	認知症地域支援推進員を兼務している事から、認知症カフェ等での家族からの相談やケアマネジャーから相談を受けることが多い。

	地域包括支援センターに初期集中支援チームの対象者の選定ができるようチェックリストを配付し、対象者を選定している。
	総合相談から初期集中支援の対象者を挙げ、チーム員会議で対象者の選定を協議する。
	地域包括支援センターへ認知症に関する相談が集約されるため。
	包括支援センターに寄せられる相談や実態把握のための訪問の中で困難事例があった時に、市と協議し、対象者として選定している
	認知症初期集中支援チーム自体への相談はあまりないため、地域包括支援センターへの相談案件の中から個別に声をかけて対象者を選定。
	地域包括支援センターの相談から、地域支援推進員が振り分けて行政の窓口相談する。
	医療機関や介護サービスにつながないケースで拒否が強い案件等を選定している。
	総合相談の結果、チームでの支援が適当なケースを選定し、チーム員会議に諮って決定している。
	相談内容・状況により振り分ける。
	初期集中支援チームが在籍する基幹型地域包括支援センターにおいて、一括して相談受付を行っているため。
	総合相談等から、認知症に対する適切な医療・介護に繋がっていないケースを対象としている。
	民生委員、機関等連携している機関からの相談に対応している
	主に、地域包括支援センターの総合相談の中から選定するが、市直営の地域包括支援センターに入った相談ケースも必要であれば初期集中支援チームの対象としている。
	市民やケアマネジャーなどから、各包括支援センターに相談のあった困難ケースから選定
	認知症関連の相談があったのちチーム間やり取り支援する必要性のあるケースを抽出している。
	地域包括支援センターに全てのチームを設置しているため、地域包括支援センターに寄せられた相談から、地域包括支援センターが選定している。
	包括がチーム員に依頼するかをアセスメントして決定している。
	町内1か所のみ地域包括に設置されているため、総合相談から新規ケースが挙がってくるが多く、早期対応時の介入が困難である場合に初期集中へとケースが回ってくるが多い
	認知症コーディネーターがあり、選別基準により選定、またはチーム員会議の中で判断している。
	包括支援センターがチームの窓口となっているため、相談案件で該当するチームを選定している。
	総合相談含め相談内容から選別。
	包括職員からの提案により、認知症初期集中支援チーム員会議で検討にかける。
	窓口相談より、介護保険申請以外で対応の必要性があった場合、運転免許証自主返納後の支援で相談希望（同意書）がある場合。
	認知症初期集中支援チームの窓口を地域包括支援センターに設置している。
	普段から行政と対応を話し合う中で、地域包括支援センターが活動の中で受けた相談から、チームとして活動する必要があると考えた際、チーム適応にするかどうかを行政保健師と話し合う。
	原則は包括が相談を受けた案件を振り分けて支援チームに介入を依頼するが、疾患医療センターや専門医療機関、成年後見支援センター、市窓口で早急に介入する必要があると判断される対象者を把握した場合は、包括を通じて支援チームに直接相談する場合もある。
	各包括での個別ケースにおいて、多職種で検討した方がよいと判断された事例。
	地域包括支援センターにチーム設置のため、地域包括支援センター内の相談から、チーム員がケース選定している。
	直営地域包括支援センターへの相談から認知症対応が必要なケースを選別。
	包括支援センターの相談が主の為、その中から1週間に1回の定例会の際に選定を行っている。
	相談案件の中から、早期受診や介護困難な事例を選定することが多いが、明確な選定ルールは無い。
	地域包括支援センターへ情報が集中してくる体制にあるため。

	明らかに認知症が疑われるケースをチームの案件として対応している。
	総合相談窓口、ケアマネからの相談
	地域ごとにも範囲を分けて選定している。
	直営の地域包括支援センター1か所であるため、寄せられた相談案件から選定している
	徳之島地区三町の地域包括支援センターに相談があった案件から選定
	小規模自治体の為包括支援センターにある程度の相談が来る。内容により振り分けを行っている。
	受付を地域包括支援センターで行い、状況に応じて初期集中支援チームが対応している。
	窓口や電話での相談から初期集中支援チームでの関わりに振り分ける。
	地域包括支援センターに設置しているため
	地域住民や民生委員・ケアマネジャーから地域包括支援センターに相談があった中から、地域包括支援センターが選定されたケースがチームの対象者となる。
	委託地域包括支援センターから直営の地域包括支援センターに対象ケースになるかの相談を受け、直営地域包括支援センターで選定のうえ、チーム員会議で最終選定
	地域包括支援センターへの相談案件から、支援が必要と判断されながら医療や介護につながない事例や、家族支援が必要な事例、支援者が困難と感じている事例を選定している。
	地域包括支援センターの総合相談から、支援対象者を選定する。
	相談者が医療・介護サービスに繋がっていない場合、地域包括支援センターのチーム員と在宅介護支援センターが一緒に訪問して、支援の方向性を定め、どちらが担当をきめる
	相談案件から認知症が疑われる人等で医療・介護サービスを受けていない人を困難事例として支援するが、専門医を含めたチーム支援が有効であると判断した場合に選定する。
	相談未達の事例（早期情報）も含めて選定。
	地域包括支援センターに寄せられる総合相談のなかから、振り分けている
	サービスに繋がっていないが近隣住民や医療機関から認知症状の相談があった方やサービスにはつながっているが日常生活に支障が出始めている方などを振り分けてチーム会議に提出している。
	地域包括支援センターが窓口となり、関係機関からの相談等についてもチーム支援を振り分けている
	地域包括支援センターへの相談の中で、初期集中支援が必要な案件を選定する。
	地域包括支援センターがチームの目的や役割その他支援対象者の要件等に照らし合わせて対応依頼を行う広報として高齢者の困りごととは地域包括と統一。ただし直接区の窓口（初期チーム）に相談があり、受け付ける場合もあり。
	包括に相談のあった案件から、医療や介護につながないケースを中心に、チーム員での対応が必要か等を検討し選定。サポーター医からの逆紹介で対応したケースもある。
	直営の包括であるため、様々な窓口に寄せられた相談案件が把握できる。

選択肢の回答： 2 認知症初期集中支援チームに直接相談された案件から選定

	市内の各地域包括支援センターから事務局へ相談が入るケースがほとんど
	委託型地域包括支援センターや居宅介護支援事業所から相談された案件から選定

選択肢の回答： 3 さまざまな窓口に寄せられた相談案件から行政が振り分けて選定

	民生委員による相談やもの忘れ外来の窓口に入った相談から選定する。
	町営で地域包括支援センターと居宅支援事業所を合わせ持っているため、住民はじめ、商店、各種団体から相談が寄せられ、その中から選定する。
	随時訪問で適宜対応している。
	地区センター、高齢者福祉係、地域包括で受けたケース相談から選定している
	相談経路は様々であるが、相談内容を踏まえ、チームでも情報収集を行い、支援の必要性を検討し、支援対象者を選定している。
	窓口、民生委員や近隣住民、介護事業所等からの相談、高齢者実態把握事業等により対象者を把握し、初期集中支援が必要か判断する。
	行政庁舎内に設置のため

選択肢の回答： 4 特に明確な選定のルール等は決まっていない

	特に決まりはなく、地域包括支援センターの総合相談や関係機関・家族からの相談など、認知症初期集中支援チームで関わった方が良い案件はチームが対応している。
	確定医療診断等、医療とのつながりが持っていない者を中心に選定する。
	様々な窓口への相談等から地域包括支援センターに繋いだ中から選定
	相談があれば対応している
	地域包括支援センターの総合相談の中で対応が完結できている。その為、初期集中支援チームで対応するケースがないのが現状。
	事例により支援が必要となれば対応
	通いの場からや警察からなど様々なルートで包括支援センターへ対象者の情報が集まり、選定をしている。
	明確な選定ルールはないが、地域包括支援センターへの相談案件を対象としている。
	認知症の可能性があり、地域の包括支援センターや行政に相談があったケース
	困難ケース等で、集中チームが必要となった場合。
	相談があった方、基本チェックリストから選定
	地域包括支援センターの業務との兼ね合いが難しく、チームとしての活動件数が少ない状況。
	介護支援専門員や民生委員、自治委員、行政の関係機関等、認知症が疑われる高齢者のあらゆる相談支援を行っているため
	地域包括支援センターや行政等に相談や情報提供のあった案件で状況に応じて包括と共有相談し選定している
	包括及び市への相談案件から双方で協議を行い選定している。
	認知症対応には基本的にはほぼ全件が、初期集中支援チーム職員を通して相談を受けている。
	件数が少なく、相談があると初期集中の対象者にならないか考えるようにしている。
	行政の相談窓口・介護保険相談、地域包括支援センターでの相談ケース等から対象者を選定
	主には地域包括支援センターから受けるが、家族やケアマネ等直接相談を受けたケースも対象としている。
	関係機関と相談しながら選定していく

選択肢の回答： 5 その他

	さまざまな窓口に寄せられた相談案件から選定
	窓口相談・認知症支援事業（認知症相談会や物忘れ相談事業）の利用者・委託包括からの紹介ケース（チーム依頼情報提供書を活用）等について、チーム員含む包括内で協議し決定。
	行政に関係機関から相談された案件や、地域包括支援センターへの相談案件から行政と地域包括支援センター両方で選定
	様々な窓口に寄せられた相談案件から、地域包括支援センターと町とで選定している。
	地域包括支援センターから相談があり、地域包括支援センターだけでの対応が困難と思われるものを選定
	対象者の地区を担当している地域包括支援センターが担当する。
	民生委員の高齢者実態調査（能動的把握）から振り分けて選定
	市で定めた基準に基づいて選定
	支援チームが必ず地域包括支援センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮し、チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても地域包括支援センターと情報を共有するよう努めている
	70歳以上の介護認定を受けていない人を実施する「健康自立度チェック票」においてもの忘れリスクに該当する人の中からその他の条件を掛け合わせて支援対象者を選定
	家族、地域包括、居宅介護支援事業所、病院等よりチームに相談が入った案件を対象者把握チェック票で選定し、対象者であれば支援対象者として支援する。
	地域包括支援センターへの相談案件及び実態把握の訪問から対象者を選定している。
	全ての相談案件は直営包括で受理しており、包括が主体的に振り分けて選定

医療機関にチーム設置の市町村

選択肢の回答： 1 地域包括支援センターへの相談案件から振り分けて選定

	地域包括支援センターが医療や介護に繋がれようとしても繋がらなかったケース
	包括支援センターからの相談を受けて、チームとしての支援が必要かどうか、振り分けて対応。
	包括で把握したケースで認知症初期集中支援チームの対象として妥当なケースをチームに相談し、情報収集の訪問を経て、支援対象者が決定している。
	緊急性の高い方から選定。
	医療や介護に繋がっていない、困難と思われるケースの情報は包括に集まるので。
	各高齢者包括支援センターで、対象者となり得る方をチームへ連絡。
	地域包括支援センターより挙げられた対象者について、チーム員会議で「事業候補者の検討」を行い、チーム医の意見を参考に対象者の決定を行う
	認知症、または認知症が疑われる方
	包括支援センターから依頼があった案件
	主に包括からの相談ケースについて、サポート医の意見を聞きながら選定している。
	認知症疾患医療センターと同一の医療機関に設置されているため、資料センターへの相談案件から初期集支援の対象者が選定されることがある。
	委託型地域包括支援センターがアセスメントし、基幹型地域包括支援センターにチーム依頼の相談をして、チームが介入。
	地域包括支援センターへの相談案件から振り分けることが多い。
	選定方法を定めているわけではないが、現状として、地域包括支援センターが受けた相談案件を振り分けている。
	地域包括支援センターが窓口となり、対象となる事例をチームへ引継ぐという流れになっている。
	地域包括支援センターが依頼する仕組みあり
	地域包括支援センターへの相談から、困難事例をチームに介入依頼している。
	圏域の包括の相談案件から選定している。
	チームの支援対象となる要件を設定している。相談内容に応じて、認知症地域支援推進員が情報をまとめ、認知症初期集中支援チームへ繋ぐ。
	地域包括支援センターで対応に苦慮しており、医療・介護につながらない方を対象としている。
	地域包括支援センターが関わりのある人の中で、チーム員の介入が必要な人をつないでいる。
	地域包括支援センターから認知症初期集中支援チームへ依頼。
	相談内容を受け、認知症初期集中支援チームとして活動をするか決定する。
	高齢者の総合相談窓口としての、包括支援センター（直営）が定着しているので、包括との連携が中心になっている。
	本人または家族等の相談を受け、認知症またはその疑いの高いのある高齢者と包括内で判断した場合チームに初回訪問等を依頼する。
	地域包括支援センターから市の認知症支援コーディネーターへ相談が入り、チームへ振り分ける。
	地域からの相談や情報などから、選定することが多い傾向
	地域包括支援センターに配置の認知症地域支援推進員が、チーム員へ相談したい案件を選定会議にあげる。
	実質、地域包括支援センター（直営）における支援困難事例に対する支援であるため
	①医療・介護サービスを受けていない者、又は中断している者 ②サービスを受けていて対応に苦慮している者
	地域包括支援センターに寄せられた総合相談の中から、該当案件を把握し、早期に対応することを心がけている。

選択肢の回答： 5 その他

	認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員などに相談があった案件から選定
	地域包括支援センター、介護支援専門員より市または認知症地域支援推進員に提出された相談票をもとに、市と推進員が協議し介入する対象者を選定する。
	地域包括、行政認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターへの相談ケースより3者の同意にて対応ケースとする。実際には、認知症疾患医療センターからの提案ケースは無い。
	包括や行政への相談案件から振り分けて選定することが多い。その他医療機関からの相談等もある。
	包括と市役所に来た相談内容をアセスメントし、選定。
	地域包括支援センターの相談案件から初期集中支援チームと協議し支援対象者を選定
	様々な相談窓口からチームに相談があったケースから選定会議を経て決定。
	地域包括支援センターが申込窓口となり、行政がとりまとめて、チームに依頼する。申込があったものを支援対象者としている。
	様々な窓口で寄せられた相談案件の中からチームが選定
	①家族やケアマネ等から包括支援センターへの相談案件の中で必要性のあるケースに対して家族の同意を得てチームに依頼する。 ②かかりつけ医から、認知症状態で生活に支障が生じている人等に対して家族の同意を得て依頼してもらう。
	地域包括支援センター及びチーム員が把握した案件から選定。
	さまざまな窓口への相談案件をチーム会議（チーム員・地域包括支援センター・市）において選定している。
	70歳以上高齢者へのアンケート調査から高リスクを抽出後、訪問等して必要な方を選定、地域包括支援センターへの相談案件より振り分けて選定
	区、包括支援センターを経由しチーム会議にて、対象者を選定している。基本的にはチーム員会議にあがったケースは対象としている。

	主に地域包括支援センターが把握した事例のうち、本市で使用している「相談受付兼対象者チェック票」の項目に該当し、単独の対応では効果的に支援に結びつけることができないものを、チームの訪問対象としている。
	区内28か所ある地域包括支援センター（委託）が相談対応している案件から選定。
	地域包括支援センターで対応可能なケースについては、地域包括で対応し、対応困難であるケースをチーム員に振り分ける体制をとっている。
	地域包括支援センターが把握している認知症（疑いを含む）の症状があり、医療機関への受診や介護サービス等につながらない者、及び医療や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ケースで、市が必要と認めた者。
	より専門性の高い支援や連携が必要な事例を選定している。

選択肢の回答： 2 認知症初期集中支援チームに直接相談された案件から選定

	地域包括支援センターが困難事例をチームに相談する案件も含む。
	チーム員である地域包括支援センター職員が日々の業務の中から対象となり得るケースを認知症初期集中支援チームに相談にかけて、事業者選定を行っている。
	地域包括支援センターからの相談に集約していたが、今年度11月より、医療・介護の専門職からもチームに直接相談できるように変更した。
	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所からの相談案件より、対象者を選定し対応。

選択肢の回答： 3 さまざまな窓口で寄せられた相談案件から行政が振り分けて選定

	行政が振り分けているわけではないが、様々な相談が行政窓口や地域包括支援センターに入るため、初期支援チーム員に相談して同行訪問等から行う。
	地域包括支援センターより、直営チームには行政へ、委託チームはチームへ直接依頼が入る体制になっている。
	直営チームにおいては、行政において最終的にチームへの依頼を判断する。
	支援対象者としては、認知症に関する相談は当該事業の対象者としているが、チーム員会議における協議の有無は行政が振り分けている
	包括・行政で対応すべきケースかを選定している。また、明らかに認知症ではないと考えられるケースについても除外できるように選定している。
	情報がいろいろな窓口から入る。チームと行政とで調整し振り分ける

選択肢の回答： 4 特に明確な選定のルール等は決まっていない

	地域包括支援センターで支援しているケースがほとんどだが、市民からの直接の相談も受け付けている。
	明確な選定のルールを設定しないことでより多くの支援対象者に関わるため
	各地域包括支援センターが受けた相談中から、医療・介護サービス等に何も繋がっていない方が、対象者になることが多いです。

地域包括のみにチーム設置の市町村

	地域包括支援センターが民生委員会議に出席している。
	3 年を 1 ケールとした町内の大字単位への訪問調査（対象は 65 歳以上で介護認定を受けていない人）
	地域型地域包括支援センターからの相談や情報提供。
	市内医療機関との連携、情報共有
	・実態把握訪問：75 歳以上の高齢独居・高齢夫婦世帯で介護保険未利用者宅を訪問。その際に身体・生活状況等のほか DASC も聴取し、毎月対象者選定を実施。
	・認知症予防個別相談：タブレットを用いた認知機能チェックや相談により、認知機能低下が疑われる方については対象者として介入検討。
	医療機関や介護専門支援員等へ初期集中支援チームのパンフレットを配布し、相談窓口の普及啓発を行っている。また、チーム員として認知症専門医が所属する 2 病院や地域包括支援センターがメンバーとなっており、普段の業務から該当するケース等検討している。
	包括のケアマネからの報告（担当高齢者からの相談等）
	地域包括支援センターへの相談や情報提供
	地域包括支援センターの総合相談や地域の見守り活動からの相談、民生委員からの相談など
	地域ケア会議や関係機関からの相談など。
	民生委員、高齢者住宅、高齢者地域ケア会議等の情報の活用
	各地域のサロンに向くサロン指導員との連絡会、居場所を運営している NPO 法人からの情報提供
	園域ごと地域ケア会議を定期的に開催しており、その中で参加者から情報提供がある。
	介護保険認定の新規申請者の追跡調査
	ケア会議、生活支援体制整備事業協議体での情報交換
	在宅介護支援センターと連携を図っており、必要な情報提供を受けている。
	・市高齢者見守りネットワーク事業による、協力機関等からの相談や情報提供
	・警察からの「認知症に係る支援対象者情報提供書」による情報提供
	仕組みという点ではないが、民生委員、社協相談員、生活支援コーディネーター、ケアマネ、医療機関等多機関連職種へ周知している。
	・地区を選定し、検診時に基本チェックリストを実施。検診未受診者でさらに病院未受診者宅を訪問。
	・在宅介護支援センターに委託し、高齢者実態把握事業を実施。
	町ぐるみ健診に加え、認知症健診を実施している。
	行政や関係機関に相談が寄せられた場合にチームに情報提供している。
	市社会福祉協議会の生活支援コーディネーターからの情報。
	庁内の他部署、民生委員、在宅介護支援センター等からの情報提供
	訪問相談員配置による訪問支援
	在宅介護支援センターによる実態把握により、ハリスク者を把握している。
	保健師・社会福祉士等が担当する地区での訪問・相談等による把握
	月に 1 回、地域包括支援センターとの連携会議を行っている。
	行政直営の包括があり日々認知症対応をしているため、自ずと情報は得られる体制にある。
	認知症疾患医療センターから情報提供（もの忘れ外来を受診された本人、家族の希望に応じてチームの情報提供）

小学校区単位に設置された地域包括のプランチ「まちの保健室」が、本人・家族・民生委員・地域住民などから相談を受け、地域包括支援センターに報告するため、比較的早期に情報を得ることができている。
・民生委員、介護支援専門員、警察、かかりつけ医、行政から地域包括支援センターへ早期に相談が入る関係性が築けている。
・独居高齢者世帯、75 歳以上高齢者のみ世帯に高齢者調査を実施し、調査より対象者情報を得るよう努めている。
地域の事業者等へ認知症が疑われる者の情報提供について依頼している。
高齢者閉じこもり等予防支援事業（委託先 市社会福祉協議会）による閉じこもり傾向のある方の把握事業からの情報提供。
市内各地に組織している「健康福祉委員会」において、見守り活動からの情報提供。
介護保険事業所連絡会で周知
介護予防教室や出前講座から初期集中支援チームにつなぐ。
65 歳以上の高齢者宅を個別訪問
家族や住民からの連絡、村の臨時職員である「みまもり訪問員」の訪問
社会福祉協議会や医療機関等との連携において。
地域ごとの民生委員からの情報を得る
MCI を判定するシステムの活用
高齢者支援センターが実態把握調査を行う際に作成する基本チェックリストからの把握
ケアマネジャーからの相談内容や情報提供にて把握
地区ごとの民生委員の定例会に包括職員が年 2 回出席し、情報交換を実施。また、気になるケースがあれば随時連絡をもらうこととしている。
医療機関からの情報提供。
介護予防把握事業における各種関係機関からの情報提供による把握
地域のサロンや介護予防教室に出向き、認知症の普及啓発や支援チームの周知を実施し、参加者や地域住民の情報を得ている（今年度は新型コロナウイルスの影響により実施困難となっている。）。また、民生委員や認知症サポート医から相談が入ることもある。
チームについて周知をして、対象になりそうな人に関わる事業所等から連絡、相談を受けている。
・パンフレット作成し、ケアマネジャーや民生委員等に配布し、情報提供を求めている。
・介護保険サービス未利用者（11a 以上）の方の訪問から対象になりそうな方の情報提供を求めている。
認知症スクリーニング検査を R2 年度から実施 MCI 該当者に対して関わる予定
地域住民、医療介護機関、警察署からの情報提供
民生委員が高齢者のひとり暮らし調査を実施し、認知症が疑われるケースは地域包括支援センターへ情報が入り、本人の同意の上で認知症初期集中支援チームへつなぐ仕組みがある。
ケアマネ連絡会や民生委員児童委員連絡協議会にて情報交換を行っている。
初期相談、初回訪問等で得る情報
総合相談や高齢者の実態把握調査等の地域包括支援センターの既存事業で得た情報をデータ管理している。
町内の 3 つの在宅介護支援センターが介護認定の無い高齢者のみ世帯を全数訪問する「シルバーネット事業」
高齢者の実態把握事業
1 人暮らし高齢者宅の定期訪問
地域包括支援センターへ周知している
地域包括支援センターと密に連携を取り、情報交換をしている

認知症の正しい知識や地域包括支援センターの普及啓発チームについて民生委員等の関係者に広く普及啓発
地域包括支援センターに相談された案件で困難ケースと思われるものはすぐにセンター内で情報共有し、認知症初期集中支援チームにつなげるべきかどうかを検討している。
認知症チェックシートへの回答基準に達した方を情報提供
保健師の訪問や民生委員からの情報提供等がある
民生委員等、植域から気になる方の情報提供をしていただくよう民生委員会で周知している。また、一人暮らし、高齢世帯の方の実態把握を業務で行っている包括支援センター・看護師から情報を得ている。
定期的な病院との打合せ、民生委員等からの情報提供
地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置しており、認知症地域支援推進員がチーム員であるため、地域包括支援センターが把握した本事業の対象となりそうな人を早期に把握できる。
民生委員等市民の見守りネットワークや医療機関から市、包括支援センターへ連絡。
認知症早期発見事業「気づきの輪」：町内の小売店、金融機関、宅配業態の職種などの協力を得て、認知症の早期発見につなげる仕組みを構築している。
地域包括支援センター内でチームを構成しているため、日々の業務の中で把握ができる。
民生委員や地域の郵便局、銀行、警察、医療機関等の関係機関との連携
もの忘れプログラム搭載のタッチパネルを用いた相談を実施し、早期発見につとめている。
地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心に相談案件を集約し、認知症地域支援推進員に相談後、対象であれば初期集中支援チーム会議にかけられる。
社会福祉協議会へ委託している見守りネット事業のふれあい訪問員や認知症地域支援推進員、民生委員等からの情報提供。
高齢者実態把握事業、高齢者ほっとワーク見守り隊、まちがどセルチェック事業
地域包括の総合相談業務の中から情報を得る
各関係機関（民生委員・かかりつけ医・役場）と連携している。
地域活動を行なう際に情報収集を意識的に実施している。
地域包括ケア会議のメンバーによるネットワークから、気になる方の情報が入ってくる。
かかりつけ医からの情報提供、他課で実施の「もの忘れ相談」の案件からの情報提供要。民生委員等からの相談。
総合相談、フレイルチェック、認知症カフェ等で対象者見込みを把握している。
認知症疾患医療センターからの情報共有。
狭小な自治体という特性もあり、包括支援センターの総合相談窓口として、住民に PR している。
介護支援専門員部会等でチームの周知を図っている。
全村民の全世帯訪問を随時社会福祉協会が行っており、連携している。問題があるときはすぐに連絡があり、早急に対応できる。
基本チェックリストの認知項目の該当者を対象に実態把握訪問を実施。
大学病院認知症疾患センターの実施する認知症ケア医療介護連携体制の構築事業において、町内医療機関から依頼され、スクリーニング検査実施の際に同行している。
民生委員定例会やケアマネ連絡会を定期開催し、情報収集を行い、地区サロンや通いの場に地域包括支援センター職員が出向き、住民と顔の見える関係づくりを普段から行なっている。地区サロンで認知症サポーター養成講座を開催し、相談窓口にも周知に努めている。
認知症早期発見チェックリスト。敦賀まよりネットワーク（行方不明者情報 SOS 発信）登録者
認知症初期集中支援チーム会議会議内での情報交換、地域ケア会議
地域包括支援センターは支援チームが支援対象者等に関する情報を手でできるように配慮している。

包括や区に寄せられる、地域住民や病院・警察等からの情報提供や家族からの相談から把握している。
75 歳以上（一部高齢者率 6 割の地域は 65 歳以上）を対象に訪問活動の中で把握。
基本チェックリスト、民生委員の高齢者実態調査
「訪問看護師によるここからのだすこやかチェック」「訪問看護師による見守り訪問事業」（いずれも区独自事業）
直営のため、他機関（病院、市役所他課等）からの情報や連携があることから早期情報が入りやすい。
既存相談機関からのつなぎ、地域での相談会の開催による把握、地域からの情報による個別訪問、各種リスト等（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など）からの把握。
担当地区で心配な高齢者等が居れば連絡していただけるように民生委員に早期相談連絡票を配布。
医療機関の地域医療カンファレンスに包括職員が参加し、要支援者を把握・医療機関と連携対応している等。
包括支援センターにチームを置いていたため、総合相談として対応した中で認知症が疑われる事例があれば、初期集中支援チームの支援対象になるか検討する流れとしている。
地域で生活している方で支援対象となりそうな方の情報を得る仕組みはないが、地域包括支援センターへの相談があった方については、地域包括支援センター所属のチーム員も同じシステムを利用しているため、相談記録等の経過を把握することができる。また、相談等があった方で職員が気になった場合にはチーム員へ相談をしている。
もの忘れ相談会を開催している。
日常の包括に寄せられる様々な方面からの相談を月ごとにチーム会議に諮っている。
高齢者実態把握調査
市で受けた相談の内容から認知症の疑いのあるケースをリストアップし、担当の包括に状況確認を依頼し、必要時はチーム相談に挙げてもらう。
民生委員の定例会へ出席・情報交換。一般住民・区長・他部署から高齢者に関する相談は包括支援センターへ情報を入れてもらうよう周知している。
チームが担当する圏域の包括支援センターと情報共有し対応しており、早期対応は各包括支援センターで対応している部分あり。
医療機関・事業所・警察や役場等の公的機関・地域から相談を地域包括支援センターで一本化して受けている。
包括内に初期集中支援チームを設置している為、包括が受けたすべての情報の中で多職種と連携協力しながら対象者を把握できる。
地域包括支援センターへの相談から対象者を把握
特別な仕組みがあるわけではないが、窓口、小地域協議会、民生委員、病院など様々な経路から情報を得られるよう、連携を図っている。
民生委員、地域包括支援センターと地域の高齢者情報の収集を行う地域支援ネットワーク会議を定期的に行い支援の必要な高齢者情報を把握。その上で支援が必要な人がいた場合などに各地域包括支援センターが初期集中支援チームに繋げる場合がある。
民生委員や生活支援コーディネーター、在宅福祉アドバイザーから地域包括支援センターに情報が入るような体制づくりとなっている。
民生委員等の住民からの情報提供
認知症のスクリーニング機器を使い、認知症の疑いのある方には訪問を行う。
医療機関等関係機関からの情報。民生委員など地域からの情報。
高齢者実態把握事業により、介護認定を受けていない 75 歳以上の独居高齢者、2 人以上で世帯員 3 人以上の世帯を対象に訪問調査を実施しており、認知症初期集中支援チームにおいて対応が必要ケースについては対応を実施している。

各包括の総合相談の活動の中から初期集中に対象となりそうな事例は直営包括(基幹型) 係員と情報共有する仕組みができています。
初期集中チーム会議にて、各包括から「事例」を紹介し、チーム員の活動に乗る前にチーム員間で情報給する仕組み。
独居老人見守り推進員制度。在宅介護支援センターによる高齢者の自宅訪問
地域包括支援センターで実施する高齢者の実態把握訪問や民生委員等の関係者から気になる人がいた場合、地域包括支援センターで相談を受け、対応する仕組みとしている。
地域包括支援センターが応需する総合相談、及び、要支援認定者・基本チェックリスト実施者の内、介護予防サービスや日常生活支援総合支援事業へのマネジメントの際に、早期情報を得る機会はある。
ニーズ調査の回答結果をもとに、アウトリーチ訪問をしている。
認知症疾患センターと連携し、気になる人の情報を出来る限り共有。
民生委員や地域の関係機関からの相談
通いの場の情報、自動車運転免許更新など
26カ所の在宅介護支援センターや地域の民生委員児童委員協議会からの相談
認知症相談日の実施
民生委員や地域住民からの情報
地域包括支援センターの協力機関で、市内に6カ所設置される在宅介護支援センターへの相談内容を共有している。
「健康自立度チェック票」の結果を活用して情報を得る
地域包括支援センターが実施する事業、総合相談支援業務の委託をしている在宅介護支援センターが実施する家庭訪問による実態把握並びに居宅介護支援事業所及び医療機関等との連携により早期に把握する仕組みづくりをしている。
区内の認知症施策にかかわる会議へ出席し、医師会、区内包括職員、区役所、認知症サポート医等と情報共有を行っている。また、地域の集い場や会議に参加し、認知症の相談を受けている。
高齢者見守りネットワーク、民生委員協議会との連携、社会福祉協議会との情報交換
地域包括支援センターからの情報提供
在宅介護支援センター等の訪問から情報を得て、早期に繋げる。
長寿健診を受診された方の中で、問診項目である認知機能の項目に該当する方に対して、独居か？介護保険の申請は済んでいるか？など、調べてリスクの高いケースを訪問、支援した。
民生児童委員等の地域住民、ケアマネジャー等の関係機関からの相談
地域の関係機関、公民館等での初期集中支援事業の啓発。
包括支援センター内に初期集中支援チームと認知症地域支援推進員を設置しており認知症に関する相談窓口が包括に一本化されているので相談等で情報を得ることができると。
介護予防教室等での連携
介護保険の認定を受けていない方を対象に、「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」が項目に入っている「介護予防チェックリスト」を送付。返信された結果から、認知症の疑いがある人を、地域包括支援センター職員が訪問している。
包括に委託しているので、銀行や市内企業との日頃からの連携があり、早期の情報提供が得られている。
地域包括支援センターでの総合相談窓口を開設。
民生委員や地区長からの情報提供
民生児童委員連絡協議会を通じ、民生委員に、地域で気になる高齢者がいたら地域包括支援センターに情報提供いただけたらという依頼している。
認知症地域支援推進員連絡会にて月に1回情報交換を行っている

地域包括支援センターへの相談
役場直営の地域包括支援センターに直営でチームを設置しているため、社協や地域サロンや民生委員などからの情報提供がある。
地域ネットワーク、関係機関との連携、退院支援ルールの活用
民生委員、生活支援コーディネーターから認知症に悩む本人、家族の情報が提供される。
市と事業者間で協定を締結し、事業者が日常の業務の中で高齢者の中で高齢者の異変に気づいた場合、市又は地域包括支援センターに連絡してもらうことで、早期に問題を発見し、効果的な支援につなげている。
認知症高齢者の介護を行う家族等の相談に対して、医師から医療、介護上の助言等を得るための個別相談事業を地域包括支援センターで開催しており、この相談事業に寄せられた相談から認知症初期集中支援チームの支援に繋がるケースもある。
介護支援専門員、認知症疾患医療センター等との連携体制の構築
民生委員等へ認知症初期集中支援チームの周知
在宅介護支援センター職員からの情報提供。
高齢者福祉台帳の活用
地域での活動（介護予防事業等）

医療機関にチーム設置の市町村

	民生児童委員や自治会から地域包括支援センターへ相談が入る。
	地域住民、町会等に見守りボランティアに登録してもらい、生活状況の変化や異変等を地域包括支援センターに連絡してもらう。
	認知症啓発新聞を発行し、その中に MCI のチェックリストや相談先の情報等を掲載し、周知を図っている。
	小規模自治体であり、診療所との情報共有が容易に可能、また地域包括支援センターが直営であり、民生委員との連携や独居高齢者の把握、要支援者の把握もできている。
	その他、地区区長、民生委員、老人会等からの相談。
	地域住民からの情報提供の他、75・80・85・90 歳時に健康調査として介護保険未利用者に対し、訪問調査を行い情報を集めている。
	高齢者包括支援センターの予防事業（認知症タッチパネルや、TDAS）、地域ケア会議での情報、委託居宅支援事業所からの相談、民生委員からの情報等。
	民生委員情報交換会を定期的に実施しているため、地域の困難ケースを把握することができるとある。サービス事業者にも周知しているため、ケアマネ支援の延長で支援の依頼がケアマネから来ることがある。
	区と地域包括支援センターで毎月開催する連絡会において認知症で支援困難と地域包括支援センターが判断するケースについて情報共有し、かつ、支援方法を検討している
	医介連携推進事業において認知症ケア WG を立ち上げ、地域の専門職が気づきについてのチェックシートを作成している。
	認知症地域支援推進員とチームとの定例会を開催し事例検討、地域包括支援センターでの相談からチームへ事前相談。
	市ホームページ内に認知症初期スクリーニングシステムを導入。本人及び家族がセルフチェックをし、認知症のリスクが高い場合は相談窓口として包括や認知症疾患医療センターの連絡先が提示される。
	地域からあらしん支援センターへの相談 ケアマネジャーからの相談
	認知症高齢者相談会やフレイル予防健診。
	地域包括支援センター等が実施するチェックリスト、介護予防教室等から。
	かかりつけ医などの医療機関からチームへ依頼するルート。
	脳の元気度チェックを実施し、MCI の疑いの早期発見に取り組んでいる。また、認知症地域支援推進員会を毎月開催し、情報交換している。
	認知症スクリーニング検査、運転免許返納後の認知症高齢者の支援に関する連絡体制
	地域包括支援センターと同行訪問する仕組みあり
	認知症初期集中支援チームの周知等を実施し、チームの役割や相談できる窓口を伝え、その際に住民から心配なケースの相談が入る。
	地域包括支援センター、認知症地域支援推進員との連携。
	町村の各種相談事業や民生委員からの相談
	認知症地域支援推進員の定例会への参加等による情報共有
	構成市町の一部で下記の内容を実施。独居高齢者に対し、訪問によるアンケート調査を実施。
	地域包括支援センターからの紹介
	民生委員等の地域住民から地域包括支援センターや市役所窓口に相談があった際は、認知症初期集中支援チームの対象かどうか判断しながら、相談を受理している
	認知症地域支援推進員連絡会での情報共有
	関係機関、地域住民からの情報を地域包括支援センターが共有し、すぐに訪問を実施することで早期に支援することができている。

	介護保険認定調査や 65 歳以上の健康相談会から支援対象になりそうなる人を把握している。地域包括支援センターからの相談。
	民生員定例会、介護予防教室委託先からの情報提供など
	地域包括支援センターがチームを担うことで、どごろの総合相談などから初期集中支援チームにつなげるスクリーニングができる。
	今年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業にて、健康状態不明者から支援対象者を発見していく予定。
	警察との情報共有ツール「認知症高齢者等安心見守り連絡票」にて、認知症疑いの人の情報が入り、包括支援センターで家族面談を行い、支援対象者とするケースも増えてきている。
	事例を選定する地域包括支援センター（委託）が、年間を通して実施している高齢者実態把握訪問等で情報を把握したり、近隣住民やケアマネジャーや医療機関等の関係機関から支援対象になりそうなる人の情報を得ている。
	高齢者地域ケア会議を通して地域活動団体や医療・介護の専門職同士で顔の見える関係づくりやチームの啓発を行うことで、地域包括支援センター及びチームへの早期相談につなげている。介護予防事業との連携。
	県と県警及び市で「認知症高齢者等情報提供及び支援」に関する協定を締結しており、認知症等が原因で免許を返納した者のうち同意が得られた者について、地域包括支援センターへ情報が寄せられる仕組みがある。
	村独自に設置している「トータルサポートセンター」にて高齢者宅を訪問し、介護予防チェックシートにて心身の状態の把握や聞き取りによるニーズの調査を行っており、その情報をもとに連携し、早期発見につなげる仕組みを構築している。
	70 歳以上高齢者へのアンケート調査から高リスクを抽出 民生委員による一人暮らし、高齢者のみ世帯の訪問調査
	地域包括支援センターより把握している。
	地域包括支援センターが高齢者の総合相談窓口として、さまざまな相談を受付しており、その中から、困難事例等の対応について、初期集中支援チームに相談を行っている。
	北広島町が実施している事業対象者把握事業（基本チェックリストを 80 才以上の町民（要介護・要支援・事業対象者認定者以外）に送付）の結果を元に、物忘れの項目 3 つに該当した方全員を訪問しアセスメントしている。

市町村票 1 (3) ② iii チームの存在や役割を広報する仕組み

地域包括のみにチーム設置の市町村

	医療機関、介護事業所、ケアマネ、民生委員等関連機関などに案内。
	広報やチラシによる周知。町内の医療・介護施設にチラシの配付、公的機関にチラシの配付。
	認知症サポーター養成講座にての周知。
	町の広報など
	町広報誌やホームページ
	地区のサロンや広報など
	町ホームページ・町が作成した福祉サービスのしおり・県が作成した冊子
	ケアパスの掲載
	町の広報誌など
	ちらしを作成し出前講座等で配布、市ホームページにて周知、各種研修でチームについて説明
	介護支援専門員の研修会等で周知している。
	初期集中支援チームのパンフレットを作成し、行政や地域包括支援センター、医療機関等に配布及び設置している。
	市の広報誌やホームページへの掲載。認知症サポーター養成講座の中での周知。
	自治体の広報紙、広域で作成したリーフレットの活用
	町広報紙や介護予防サポーターの会や民生委員協議会等
	医師会や介護支援専門員・介護保険事業所への周知を行っている。
	認知症カフェやサポーター養成講座、認知症に関する講座の依頼時、ホームページで周知を行っている。
	専用のチラシを配布。また地域包括支援センターの案内（チラシ）にも当事業について載せている。
	町の HP、広報誌へ情報掲載する等
	広報への掲載、普及啓発のための出張講座等の開催
	年度初めに市の広報誌にて周知。
	広報誌での広報や居宅介護支援事業所等からの紹介等。
	HPにて掲載。社会福祉協議会窓口にてチラシを配置。年に 2 回チラシを各戸配布。
	チラシを作成し、窓口（行政・包括支援等）で配布。広報誌・ホームページ・CATV での記事掲載。
	町広報に認知症初期支援チームについて記事掲載
	広報紙、民生委員
	自治体広報紙、包括広報紙
	認知症ケアパスを通じての周知
	チラシの作成、ホームページ、市広報紙への掲載
	市広報やホームページでの周知
	認知症サポーター養成講座や、地区の講座等にて「認知症相談センターと認知症初期集中支援チーム」についてのチラシを周知
	民生委員児童委員協議会にて、同様のチラシを配布し周知
	チラシを作成し、住民へ配布している
	町広報誌等
	町や包括、病院、金融機関にポスター設置。
	チラシを作った上記団体や機関に送付している。
	町の広報誌

	チラシを作成し、地域包括支援センターや行政の窓口等で配布している。
	・町内の銀行や郵便局などにチームのポスターを貼り、普及啓発を図っている。
	・認知症サポーター養成講座や認知症に関する研修会でチームについて周知。
	・広報での周知。
	医療機関にチラシを設置している、年に 1 回全戸配布している健康づくりカレンダーに記載、認知症サポーター養成講座内にて説明。
	回覧や広報、チラシ配布にて周知している。
	町のホームページに記事掲載し周知を図っている。
	町の広報や地域ケア会議での周知
	市のホームページに掲載している。また、「医療・介護ガイドブック」という冊子に毎年掲載。
	広報誌掲載、窓口や認知症サポーター養成講座にてチラシ配布
	町広報誌等
	町の広報で周知している。
	チラシや認知症サポーター養成講座などで啓発している
	地域住民に対し健康教育等により活動の普及啓発を行っている。
	市ホームページに掲載、チラシや認知症ケアパスへの掲載・配布等
	広報に掲載、及び地域住民の集まりでチラシ配布し周知している
	市報への掲載
	町の広報・ホームページに掲載している。
	ホームページや認知症ケアパスへの掲載。
	市広報、ホームページを利用
	認知症サポーター養成講座等の講座や、市の広報誌、認知症ケアパスの全戸・関係者への配布、チームラシ・ポスターの医療機関等への配布・掲示等
	認知症ケアパスや認知症施策を紹介したチラシの作成
	市役所高齢者担当窓口でのパンフレット配布、市ホームページ上に掲載、介護支援専門員へ周知
	直営の地域包括支援センターにチームを設置しているため、行政発行の広報紙への掲載や、行政主催のイベント等で周知。
	市のホームページ・市政出前講座
	認知症ケアパス内に記載されており、全戸配布している。また、広報に地域包括支援センターが、文章を添付し、全戸配布している。
	仕組みではないが、チラシを作成しており、様々な機関、機会を通じて配布している。
	行政直営の包括にチームがあるため、広報やホームページによる周知が可能であるほか、各種事業の際にチラシ等も配付している。
	市広報誌
	市広報誌やホームページへ掲載している。
	いきいき百歳体操の技術支援時に PR、保健福祉センターの窓口にケアパスを設置
	市報掲載、認知症ケアパスやパンフレット配布
	地域包括支援センターだより など
	年に 1・2 回程度、地域の催いや健康教室などで初期集中支援チームが広報活動を実施しています。
	市の広報やケーブルテレビで周知している。
	包括支援センターが毎月発行している広報紙「みまもり通信」
	高齢者サロンや各種団体の健康教育の時や市民公開講座、ケーブルテレビ、広報誌など
	市ホームページ掲載、包括等窓口にチラシ設置

町広報への掲載、事業所等へのチラシ掲示・関係機関や住民へのチラシ配布
認知症ケアパスの掲載、広報誌の特集掲載
広報に事業内容を掲載
・広報にて利用者を呼びかける
・チラシを製作。ケアマネジャー会に利用を呼び掛けたり、該当する家庭に配布を依頼している。行政窓口や認知症関連講座の際チラシを配布。
認知症ケアパスや、市のホームページに掲載する。
ホームページ、研修会等でのチラシ配布
ホームページでの広報や定期的な会議(民協等)でパンフレットの配布を行っています。
広報掲載、住民組織(ボランティア・民生委員)への説明
毎月の広報にて認知症相談窓口の紹介や、認知症ケアパスを窓口にて配布
地域のイベント、教室にてチラシの配布。定期的に市の広報誌に掲載。
市 HP に掲載
リーフレットの全戸配布
町 HP や、委託する社会福祉協議会機関紙による周知
市広報やホームページへの掲載
ポスター、パンフレット、市ホームページなどで広報している。
ホームページ掲載、チラシ配布
町が発行する定期広報誌。
関係機関への事業周知。出前講座や認知症サポーター養成講座等での広報・普及啓発活動。
個別ケア会議においてケアマネジャーに事業周知等。
自治体広報誌やホームページ、チラシ等で周知している。また、民生委員にもチラシ等で周知している。
認知症ケアパスなどで周知している
市の広報誌や認知症ケアパスへの掲載。
民生委員や老々クラブ等に向い、チームの PR 活動をしている。
広報誌、チラシ作成、介護予防普及啓発事業等での PR
認知症ケアパスやホームページで周知。
地域のサロンや介護予防教室に向き、認知症の普及啓発や支援チームの周知を実施している。(今年度は新型コロナウイルスの影響により実施困難となっている。)
市の広報誌、ホームページのほか、各事業で周知している。
広報誌など
認知症初期集中支援チーム、認知症に関するガイドブック、ポスターを作成している。
町の広報紙など
市報。パンフレットをケアマネジャーや民生委員等や講座開催時に配布している
開設時には広報に掲載。認知症ケアパスを全戸に配布。認知症講演会の実施、PR。
認知症関連の啓蒙活動での紹介
地域包括支援センターと市との連携会議において周知する。
民生委員等に資料を配布している。
町の広報誌、認知症サポーター養成講座等の研修会などを活用。
行政がリーフレットを作成しホームページや配布により周知、また、各包括支援センターでも案内している。
町の広報誌、チラシ等
高齢者実態把握事業等での事業を通してパンフレットを配布。

市の広報紙、ホームページで周知している。
市の広報誌や包括支援センターのチラシ、ケアパス等での周知
村の広報誌や、チラシを作成し関係機関等に配布している。
町の広報にて、認知症初期集中支援チームの存在や役割を周知している。
町内「高齢者生活支援ガイドブック」の作成・配布
後期高齢者の受診券と共に周知
町広報紙、地域包括支援センター日より等
広報やホームページに掲載、パンフレットの配布、地域包括支援センターにて紹介する。
地域支援推進員のパンフレットを作成し、その中で認知症初期集中支援チームの活動について紹介している。
地域包括支援センターや区の窓口で配布している。
関係者へは地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ通知や、会議、研修会で周知しているが、市民への広報は行っていない
広報、ホームページ
チラシを作成し、医療機関や地域包括支援センター、民生委員・福祉委員等幅広く配布し、周知している
介護予防教室や認知症サポーター養成講座等でパンフレット配布を。
市広報や市ホームページに掲載。市内医療機関にポスターを掲示。チラシの配布など
認知症ケアパスや、広報誌、リーフレットを作成し周知啓発に努めている。
チームに関してのパンフレットを作成し、窓口への配架や関係機関への周知を行っている。
チラシを作成し、アルツハイマーデー・月間、認知症講演会時に配布、また窓口にもチラシを設置。
認知症に関する周知の機会に市広報を活用している。チーム員が地域まわぐり協議会や民生委員等へ広報活動をしている
ホームページにリーフレットを掲載している
市広報紙、ちらしの作成
認知症初期集中支援チームのリーフレットや認知症ケアパスの配布、市及び包括支援センターホームページへの掲載、民生委員定例会での広報 等
パンフレット、広報、認知症サポーター養成講座など
広報誌や課のお知らせ
町の広報や町内会欄、公立病院の広報
市ホームページや認知症サポーター養成講座等で、ケアパスを活用して周知している。
ちらし
町の広報誌や介護保険事業所連絡会等を活用しています。
町広報誌、町ホームページ
認知症地域支援推進員活動の際に、本事業の周知を図る。
毎年作成する認知症ガイドブック（ケアパス掲載）に掲載している。
認知症サポーター養成講座、認知症ケアパス
ホームページに掲載。病院、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、薬局やケアマネジャー、民生委員等には説明の上、初期集中支援チームのチラシを配布している。市民に向けての啓発が今後の課題。
チラシを作成し窓口で配布。ケアマネジャーが集まる会議などで、初期集中支援事業について説明。
認知症ケアパス、行政のホームページ、広報誌、世界アルツハイマーデーにかかる啓発事業等
パンフレットを作成し、行政機関の窓口を設置している
町広報 回覧
地域包括支援センター作成のパンフレット、SOS ネットワーク模擬訓練時のパンフレット等で記載している。
町の広報紙やホームページ

	市の広報紙、ホームページに掲載。ガイドブック、リーフレット配布
	広報誌等で周知
	案内チラシを用いて広報を行うとともに、認知症機能強化型地域包括支援センターの認知症地域支援推進員を中心に、地域包括支援センターと連携して専門職に周知啓発を実施。
	町の広報誌で周知している
	認知症ケアパスを家庭訪問や各種健康教育・健康相談、会議等の場で配付。
	自治体のホームページや広報紙。
	広報やHP、民生委員の例会での周知
	チラシを市民に配布、ホームページに掲載
	行政広報への掲載
	広報せと
	チラシの設置、配布
	市の広報誌・ホームページ・地域ケア会議等
	町のホームページや広報。
	チラシ配布や各種講座での紹介等
	町の広報、ホームページ、認知症ケアパス
	介護支援専門員や民生委員等が集まる定例会時に広報している
	チラシ、ケアパス
	毎年度、自治体広報誌にチームについての記事を掲載している。
	医師会や町 HP、広報紙
	市で作っている認知症ケアパスや、医療・介護福祉ガイドブックに認知症初期集中支援チームについての広報をしている。
	町広報誌に認知症施策の特集の中で初期集中支援チームを掲載している。
	広報誌・チラシ・啓発ポスターを医院や薬局に掲示・事業内容カードを公共施設に設置
	ちらし
	ホームページ、パンフレット
	地域包括支援センターがパンフレットを作成・配布している。
	チラシの作成、ホームページ掲載。
	広報、チラシ、ホームページで周知
	広報、地元の FM ラジオなど
	ホームページへの掲載、認知症ケアパスに記載
	ホームページ掲載
	認知症サポーター養成講座での紹介。認知症ケアパスへの掲載。
	認知症ケアパスに記載。市の HP にチラシを掲載。
	認知症ケアパス、包括支援センター便り、認知症サポーター養成講座
	認知症ガイドブックに掲載、医療機関にチラシを配架
	地域包括支援センターをより年 4 回発行し、毎回ではないが、その中で広報したり、地域ケア会議等で紹介する等している。
	市の広報誌に掲載、チラシ等で周知している。また、ケアマネジャー向けに連絡会などでも周知している。
	チラシを配布。町広報誌に掲載している。
	・市のホームページにて情報掲載
	・パンフレット作製し、市の窓口や関連機関に設置

	市報、市の HP、杜協だより等
	広報、ホームページ、介護支援専門員部会等
	市の広報、市のホームページ、ケアパス
	広報やホームページ
	毎年、広報で周知。またケアマネ会議で周知。
	村の広報
	町広報に掲載。
	広報での周知のほかに、上記連絡会や認知症カフェ、地区サロンや養成講座などでチラシを配り、活動紹介を行なっている。
	町広報や認知用サポーター養成講座等の出前講座に PR している。
	広報紙（全戸配布）やチラシの配布
	認知症サポーター養成講座、市民講座にて周知。介護支援専門員向け研修
	チラシ、広報などで周知
	市ホームページ、認知症ケアパスにおいて周知を行っている。
	町社協のホームページや認知症ケアパス、県のホームページにて広報している
	ホームページ、講演会等での周知
	村のホームページや広報紙に掲載、相談窓口にある案内チラシを設置、民生児童委員を通じて周知
	チーム立ち上げ後チラシを作成。H29 年度包括ケア会議で事業者向けに配布、認知症セミナーで参加者へ配布。町のホームページに掲載。
	広報誌への掲載や事業の中で住民に周知など
	居宅介護支援事業所連絡会で周知
	市内病院へ初期集中支援チームの広報。
	認知症啓発用パンフレット、認知症ケアパス
	町の広報誌や認知症の講演会等での周知。
	広報誌や HP 上等で周知している。
	ケアパスに掲載し、区内医療機関への配布やイベント等の場面で周知している。
	老人クラブ活動時や回覧板を活用し、相談窓口の周知を行っている。
	広報掲載（年 1 回程度）
	各地域包括支援センターにて、各関係団体との会議や住民と接する機会を利用し PR 活動を実施
	区ホームページ・リーフレットの配布及び設置・事業所等への情報提供
	認知症サポーター養成講座、認知症支援ボランティア養成講座等での受講者への周知
	チラシの作成・配布、既存の広報媒体の活用、地域の高齢者の集まる場での周知、説明会やセミナーの開催など。
	町広報掲載
	地域サロンへ出向いての広報活動やサポーター養成講座で説明。
	認知症地域支援推進員（専従）が地域活動の際に広報している等。
	チラシの作成、関係機関窓口を設置。広報等を使っての周知。
	ホームページによる周知
	認知症ケアパス、市ホームページに掲載している。また、周知用のチラシを認知症サポーター養成講座等のイベントを活用して配布している。
	各地域において認知症初期集中支援チーム普及啓発事業をサポーター医とともに実施。その他にも、チラシを作成し、認知症サポーターステッパアップ講座などの際に配布している。
	ホームページ、チラシ配布、認知症サポーター養成講座での周知など

広報誌、ケアマネ連絡会、市内保健師会等
市報や市民向け講座等での周知など
町の広報やアルツハイマー月に庁舎内ロビーでチームの啓発ちらしの掲示
市の広報誌、ホームページ、各種会議での事業説明やチラシ配布
認知症に関する相談先として、チラシや市公式ホームページ、広報で周知している。
市広報及びホームページ
町の広報誌
チラシの配布。関係機関による情報交換会の実施。
町広報誌で周知
広報誌を活用し周知
市のホームページに活動内容を掲載している
ホームページ 地域包括支援センターの案内チラシ
認知症ケアバスやステップアップ講座で紹介
市ホームページ掲載、チラシの配布
町のホームページ 認知症ケアバスに掲載。認知症ケアバスについては、小地域協議会、後期高齢者医療証交付会、介護保険被保険者証交付会等で配布と説明を行っている。
広報紙、イベント開催時 PR
三師会（医師・歯科医師・薬剤師）の各会議の場でチームの活動事例を紹介
認知症ケアバスに掲載
認知症ケアバスに記載している。
斑鳩町の介護支援専門員の会議等でも周知している。
認知症ケアバスの配布や各種フォーラム、研修会などにより制度周知。
・チラシ、ホームページ
年 1 回広報に掲載するとともにチラシやパンフレットを作成している。
広報やホームページ。仕組みはあるが広報は行っていない。
広報記事掲載や医療機関の窓口チラシを設置している。
町の広報誌、認知症ケアバスに認知症初期集中支援チームについて掲載する。
教室、講演会、会議等の機会において説明する。
チームのチラシを作成、関係者には地域ケア会議などで周知、町民には各戸配布の認知症啓発パンフレットにチームについて詳しく記載している。
認知症初期集中支援チームのチラシを作成
地域包括支援センター職員向けに、定例連絡会で PR している。また、年間 4 回実施する、チーム員による出張相談会でも PR している。
広報やホームページへの掲載
村広報誌において周知、村内の居宅介護支援事業所に周知
認知症安心ガイドブック、認知症カフェ、HP
認知症ケアバスや行政広報紙など
広報誌の活用
市のホームページと広報誌にて周知を行っている。
広報誌での周知、市役所・各公民館へポスター掲示。
町の広報誌等での広報を予定。
広報しろさと、城里町ホームページ
民生委員協議会等関係団体への説明、リーフレットの活用

区内医師会医療機関、薬剤師会薬局、庁舎内関係機関、区報、区ホームページ、区内常設掲示板、区内コミュニティバス等で広報活動を実施している。
チラシを作成し、窓口を設置・認知症サポーター養成講座等での配布。広報誌での周知。
ケアバスや広報等に掲載。
市報、ケアバス、講座での紹介
市報、チラシ、ケーブルテレビなど
広報特集号、地区市民センター（中学校区毎 24 か所）にチラシ配架、認知症サポーター養成講座でのチラシ配布
パンフレット等を作成し配布している。
市の HP や認知症ケアバス等で啓発
町の広報や地域包括支援センターのチラシに掲載し、周知。
市報、ホームページ、チラシ
認知症ケアバス、市広報紙、リーフレット
自治体ホームページ。自治体広報誌。サポーター養成講座にてチラシ配付。
認知症月間において区内駅の広報スタンドにケアバスを設置・主要 3 図書館にケアバス設置。
医師会、訪問看護ステーション連絡協議会等関係機関へ事業説明。
市と地域包括支援センターが発行し、市内全戸に配布される「ほんわか新聞」に事業案内を掲載している
認知症ケアバス、HP への掲載。認知症に関する展示の中で紹介。認知症サポーター養成講座で案内
認知症ケアバスに役割を記載している。
チラシの配布、地元 FM ラジオ、広報誌、ホームページ等により普及啓発している
講座、認知症カフェなどの機会を通じて周知
広報やチラシ・ケアバスの配布等
本市ホームページや認知症アプリ、チラシ等にて認知症初期集中支援チームの広報周知を行っている。また、各区においても、独自でチラシを作成し広報周知を行っている。
ホームページ、市報
町の広報紙やホームページ
民生委員会での啓発
医師会、歯科医師会、薬剤師会を通してチラシ掲示、市のホームページにて掲載
介護支援専門員連絡会や在宅医療介護連携推進協議会などで活動報告を行う
・町の広報誌に年 1 回掲載
・認知症に関する講演会や認知症サポーター養成講座で周知
民生委員、認知症サポーターや地域住民ぬい広ぐ周知はしている。
市の広報誌への掲載、チラシの設置
ホームページ、広報
市ホームページや認知症ガイドブックなど。
広報、ホームページ、チラシ
案内時にチラシを用いて説明
チラシ、津市ホームページ、認知症あんしん便利帳（冊子）、認知症支援ガイドブック、市民便利帳
広報誌、ケアマネジャー連絡会議等での周知
自治体職員、地域の自治会、介護事業所・民生委員・商工会・金融機関等あらゆる機関に認知症サポーター養成講座を実施し周知。
市の広報誌、包括支援センターのホームページ
市政だより、ホームページ等

	市役所窓口へのチラシの設置、介護支援専門員等の連絡会等での周知、市報や市ホームページ等への掲載等。認知症サポーター養成講座や認知症講話の機会に住民への周知等。
	市の広報紙の掲載や、講演会等の実施
	行政の広報誌や自治会回覧、認知症サポーター養成講座等で周知している。
	認知症ケアバスに掲載
	認知症ケアバス
	広報にて周知
	チラシを作成し、必要な方に配布。
	市の広報誌にチームのことを掲載、医療機関や薬局へもチームのチラシを配布
	民生委員児童委員定例会・住民の集いの場での広報活動など。
	町広報誌への掲載
	町広報誌
	ポスター、ちらし
	村内医療機関や薬局、公共施設にチームのポスターを掲示。
	市の公式ホームページへの掲載または、認知症ケアバスへの掲載、認サポでの周知活動
	認知症ケアバスに記載している。
	町のホームページ掲載
	広報紙・町のホームページ、IP 告知端末、病院へのポスターの掲示、警察署への周知など
	年 1 回全戸配布の社協の情報誌（福祉サービス等を網羅）や町広報にチームの紹介記事を掲載。
	医療機関、薬局、歯科医院、保健センター等の関係機関にケアバスを配付し、同時に認知症初期集中支援事業のパンフレットも配布している。
	認知症初期集中支援チームの存在や役割等を紹介する記事を市の広報誌へ掲載して周知を行っている。
	市の広報紙及びホームページに掲載、認知症ケアバスに認知症初期集中支援チームについても掲載しており、配布している。
	市の広報誌において周知をするほか、事業の説明チラシを作成し市の関係窓口や医療機関等に配布している。
	市の広報やチラシ
	町民向け広報、医療・介護従事者への情報提供
	町の広報誌
	町広報誌等での周知、民生委員会等での周知
	在宅福祉アドバイザー説明会等にて周知、広報紙・ホームページ、認知症ケアバスへの掲載など
	市広報にて周知
	市で作成した認知症ガイドブックに登載し、周知している。
	町の広報に載せたり、チラシを配布。

	医療機関にチーム設置の市町村
	認知症ケアバスを含んだパンフレット（市の名称「認知症あんしんガイド」）に記載
	市が発行する広報紙や新聞折込チラシの活用など
	認知症啓発新聞を発行し、チームの周知を図っている。
	市 HP 上にチームの紹介のページがある。
	広報、ホームページ、民生委員等の会議にて広報。
	チラシを町内医療機関等に配布
	町広報誌への掲載、「認知症ケアバス」と認知症初期集中支援チームのリーフレット配布、町内の医療機関・介護関係の事業所へ直接訪問巡回し、周知。
	市、地域包括支援センター及び認知症初期集中支援チームが地域住民や関係機関等に対し、広報活動を行っている。
	認知症ケアバスの冊子内に記載
	・町のホームページ、認知症カフェや勉強会および地域の集まりなどでチラシ配布。
	・特定健診の案内送付時にチラシを同封。
	広報紙掲載。
	地域包括支援センター窓口にチラシの配置、広報紙への掲載を行っている。
	市の広報掲載や、市の FM ラジオで放送。市内の医療機関や介護事業所にポスターやチラシを配布。高齢者包括支援センターの各種事業でも周知・PR を実施。
	チラシ。市役所開催のサービス事業者連絡会議等で周知。
	市ホームページ、広報、チラシの設置
	広報紙に定期的に掲載。年度初めに医療機関・介護事業所や民生委員等へ周知啓発を行っている。
	市のホームページ、認知症ケアバス、認知症初期集中支援チームのチラシ
	区ホームページ・ちらし
	市報にて適宜情報を掲載、委託先の精神科医療機関にて研修会等で周知、地域包括支援センターへチームの実情を報告しチームへの連絡を円滑にしている
	・初期集中支援チームのパンフレットの配布
	・広報への相談窓口としての連携先の掲載
	認知症ケアバスに掲載し、配布を行っている。
	市民向けに、市ホームページで紹介。ケアマネジャーや医療機関に対して、研修会等の場で活用を周知。
	民生委員やケアマネジャー連絡会議、介護相談員連絡会、その他いきいきサロン等でのちらし配布・事業説明等
	定期開催の地域包括支援センター業務打合せ会にて、事業の説明と対象者募集の呼び掛けを行っている（年 1 回）。また、毎月包括向けにメールにて呼びかけている。
	リーフレットを作成して配布
	ケアバスによる周知、多職種による地域ケア会議（推進会議）での検討委員会の開催
	市ホームページでの広報、認知症関連イベントでの周知（チラシの配付やパネル展示）
	年 1 回広報で市民に周知
	ホームページ、会議での周知
	「認知症ガイドブック」「介護・医療・障がいガイドブック」掲載
	啓発リーフレット
	チラシの配布・市ホームページへの掲載
	市広報紙への掲載、チラシの配布

市の広報・ホームページ・チラシ
チラシを作成し医療機関等へ配布、広報に掲載、認知症ケアバスに掲載、民生委員・児童委員協議会や出前講座、認知症予防教室で紹介
町の広報誌、町の公式 HP、チラシ配布。
市ホームページに掲載、チラシの配布
市ホームページの掲載、チラシの作成、配布
市広報誌への掲載や市内医療機関等へのチラシ配布による周知を実施。また、市民を対象とした講演会や認知症カフェ等で周知活動を実施。
市の広報やチラシで周知
チラシの作成（市民・医師会向け）、市の広報や、ホームページに掲載、介護支援専門医の研修会等で周知
検討委員会を開催し、医師会、薬剤師会、地域支援推進員、介護支援専門員、訪問看護等に周知している。また、ホームページや広報にも啓発している。
HP やチラシ、広報誌等により周知。各種講座等へチーム員を講師派遣し、活動についての周知を図る。
認知症地域支援推進員による関係機関等への啓発
町の広報に掲載
認知症初期集中支援チーム員が、関係機関や団体等へ出向き広報している。
市政だよりへの掲載、チラシを医療機関に配付。
パンフレットの活用など
広報誌
広報、チラシ、パンフレットの作成と配布
市の高齢者保健福祉サービスご案内の冊子に掲載している。また、行政や地域包括支援センターがチームについて説明する際のツールとして A41 枚もののチラシを作成、各区・各地域包括支援センターに配布。
市の広報誌への記事掲載、認知症ケアバス、チラシの配布
市の広報誌やホームページ、ガイドブックに掲載している。チラシを作成し各包括支援センターに置いている。
市公式ホームページ・ケアバス・ちらし
地域の回覧を活用した市民への周知。関係機関からの認知症に関する講演依頼の際にチームの活動案内を実施。
HP や認知症ケアバスに記載している。
認知症ケアバス、町広報誌、ホームページ
市ホームページ、市報、地域包括支援センターによる周知。
・チラシの作成・各市町の HP・認知症疾患医療センターの HP
・医師会、歯科医師会、薬剤師会、民生委員会、ケアマネ研修会・老人会、各地域住民への事業説明を積極的に行っている。しかし、今年度はコロナ禍にあり例年より実施回数は減少した。（委託先の認知症疾患医療センターが実施）
広報誌や認知症関係の講演会で広報
市ホームページ、ちらしの配架、ケアバス
チームにてチラシの作成を行っている。
市のウェブサイト、リーフレットを作成し、出張所、市内病院に配布
地域包括支援センターの窓口にて、対象になりそうなおのご家族等にパンフレット等を用いて紹介している。また、市の広報誌にて、チームの広報を行っている。
事業チラシ、市ホームページに掲載
市ホームページの他、ポスター、リーフレットを作成、市民や医療機関、薬局、介護事業所等へ配布し周知。
認知症ケアバスでの周知、支援対象者へのチラシを使った説明を行っている。

市ホームページ、認知症ケアバスへの掲載等
市広報、市主催介護事業所向け研修会等
町の広報誌にて普及啓発。
リーフレットの活用。
村広報誌
認知症ケアバスなどパンフレットに掲載
市認知症支援・在宅医療・介護ガイドブックに掲載
市ホームページ、ちらし、認知症サポーター養成講座等で周知
出前トークや認知症サポーター養成講座、認知症相談会においてチームのチラシを配付
医療機関やケアマネにチラシを配布し周知。市の広報誌や講座等で周知。
チラシ配布、広報周知、ケアマネ協議会への周知
認知症初期集中支援チーム報告会などを聞き周知
市ホームページ、市作成パンフレット、ちらし
市民や関係機関等へのチラシの配布、認知症ケアバスへの掲載、出前講座での普及啓発
チームで作成しているパンフレットや市の広報紙等で普及啓発を実施している。
パンフレットを作成
自治体の広報誌、ホームページ、イベントでのチラシ等啓発物品の配布。
医療機関へ健診案内通知する際に、初期集中支援チームのちらし同封。
委託の地域包括支援センターを行政区ごとに集めた定例会を活用し、初期集中支援チームと地域包括支援センターとの情報交換会を開催している。
区ごとに設置している初期集中支援チームのチーム員が、各区内で開催される連絡会議や研修会等で周知を行っているほか、全市的に民生委員児童委員へのチラシ配布や広報誌での周知等を行っている。
チラシ、広報誌への掲載、民生委員やケアマネジャー等の集会の時の説明
・認知症ケアバスや市ホームページに掲載している。
・H30 年に市医師会にケアバスとかりつけ医ルートの依頼・説明をし、以降毎年ケアバスとかりつけ医ルート
のチラシを配布している。
認知症ケアバス
居宅介護支援事業所の連絡会で説明し周知。また地域包括支援センターが業務の中で必要に応じて説明している。
初期集中支援チームを記載した「介護と医療との連携マップ」を全戸配布し周知。
市の広報、ホームページ、ガイドブック及びチラシへの掲載・配布。
定期的に市広報にてチームの記事を掲載している。
区のホームページやケアマネジャー等の関係機関を対象とした研修で区の事業を紹介したり、地区医師会（2 地区）の認知症サポート医連絡会において例年事業実績等を報告している。また、認知症在宅生活サポートセンター（委託）のホームページや機関誌、医師による認知症講演会等で紹介している。
市政だよりへの掲載。各専門職団体への通知。チームが地域の専門職団体の会合に出向いての周知。
委託先の認知症疾患医療センターホームページ掲載による PR。パンフレットの配布、講師派遣の受け入れ
市のホームページや広報誌掲載や関係機関への広報活動
広報・ケアバス・ホームページ・講座等での紹介を行っている。
市の広報紙、防災行政無線の利用。チラシの配布
認知症に関する講座等で広報している。市作成の認知症に関するパンフレットにチームの掲載をしている。
認知症ケアバス、認知症カフェ等での普及啓発。
地域包括支援センター連絡会にて周知している

町民に対して広報誌での周知。民生委員や、介護事業所向けは会議で説明しながらチラシを配布。
チラシの配布、ホームページへの掲載
区のホームページとケアバスに掲載
市認知症支援ガイドブック
毎年 1 回市広報誌にて周知している。
・各区の認知症初期集中支援チーム検討委員会等、関係機関に周知している。
・認知症ケアバスへの掲載
高齢者世帯に配布する高齢者の介護保健福祉の事業に関するしおりに毎年掲載。認知症ケアバスに掲載。認知症に関する介護予防教室やセミナーでの広報。地域包括支援センターネットワーク連絡会に参加し地域の福祉関係者に周知。
市のホームページやリーフレット等を活用して、広報活動を行っている。
市ホームページ。チラシの作成、配布
あらゆる機会を通して、認知症の相談窓口として地域包括支援センター（認知症地域支援推進員）を周知している
市のホームページ、市政だより、認知症ケアバス等で周知。
認知症初期集中支援チームのリーフレットを、町内居宅介護支援事業所や医療機関へ持参し活動内容を広報している。また、地域ケア会議やサロン等でも啓発活動している。
・認知症に携わる医療、介護関係者による認知症医療連携実務担当者会議（年 8 回開催）において、事例等を通して活動状況を周知、広報する機会を設けている。
・今年度初めに開催した介護認定審査会説明会において、医師等の関係者に対しチームについて広報活動をした
チラシ作成、ケアマネジャー向けに学習会を実施予定

市町村票 1 (4) 他の認知症施策等との関係 ①チーム活動に運動させている仕組み

地域包括のみにチーム設置の市町村

認知症カフェの参加に繋いだ。
認知症専門医の相談会（認知症療養相談会）の開催
・実態把握訪問から初期集中支援対象見込みにつなぐ
・認知症予防普及啓発事業から初期集中支援対象見込みにつなぐ
・必要に応じて支援者を認知症カフェやいきいき百歳体操等の参加につなぐ
ケースによって、認知症サポーター活動促進事業へつなぎ、見守りや居場所づくりを行い、地域で安心して過ごせるようサポートしている。
認知症相談という枠につなぐ、心の元氣教室の参加につなぐ、認知症啓発の本人や家族のメッセージ発信の協力依頼など
対象者に対して認知症カフェを勧めたり、家族に対して家族介護者教室への参加を促している。
認知症予防防教室や認知症カフェの場合、必要に応じて参加につなげてもらうなど。
認知症カフェやチームオレンジの参加を提案することが可能。
他事業へつなぐなどしている。
初期集中支援チーム終了後、必要に応じて認知症カフェ等につないでいる。
対象者の状態によっては、一般介護予防への参加へつないでいる。
認知症カフェは現時点で開催に至れていない為、開催以降はつなげる。
認知症施策へのつなぎ（GPS、SOS ネットワーク、認知症カフェ、介護者の会）
・支援対象者の活動の場として、認知症カフェの参加につないだ
・認知症高齢者等見守り SOS ネットワークの事前登録につながった
介護保険へつなぐ、認知症カフェにつなぐ、住民主体の集まりの場などへつなぐ。
検診時に基本チェックリストを実施。また検診未受診者でさらに病院未受診者宅を訪問し、基本チェックリスト実施し、必要時初期集中支援チーム対象者として対応している。
支援終了者を認知症カフェ等の参加につなぐ
包括支援センターに來た相談者をチームの支援につないだり、支援終了後にカフェへの参加を促したりすることがある。
総合相談や居宅事業所が担当する困難な方などを、包括から初期集中支援につなげる。
物忘れ相談(定期予約制・随時)でのスクリーニング
いきいき相談会と同時開催
認知症カフェや物忘れ・認知症相談などへの参加を勧奨している
専用タブレット端末を用いた認知症スクリーニング検査
予防事業やオレンジカフェから初期集中支援チームへつなぐ仕組みはあるが、現状としての報告はない。
専門の相談員による認知症無料相談会から初期集中支援チームにつなぐ
介護予防教室参加者からチームへのつなぎを行ったり、逆に、チームでの支援終了者を介護予防教室や認知症カフェ等につないだりしている。
初期集中支援チームで介入了た方が認知症カフェや地域の通いの場へ繋ぐ。
認知症カフェ・若年性認知症支援コーディネーター・本人ミティングへつなげる
ものわずれ相談室を開催しスクリーニングで対象となった人には、初期集中支援チームが関わり、支援を行なっている。

予防事業で気になった方について情報共有しているほか、認知症カフェとして認知症の相談対応もしており、ケースによっては本事業に繋ぐことができる体制をとっている。
初期集中支援終了後、民生委員・地域住民・まちの保健室による地域での見守りにつなぐ
支援者を認知症カフェ参加へつなぐ
認知症地域支援推進員がチーム会議へ出席。支援者及び終了者へ認知症カフェ等の参加につながるよう見守り等の訪問を実施。
介護予防教室や出前講座から初期集中支援チームにつなぐ。
認知症地域支援推進員会議へ認知症初期集中支援チーム員が参画し、施策への理解と協力体制を構築しています。
支援対象者を予防事業やカフェへつなぐ
相談事業でのスクリーニングから初期集中支援対象見込みにつなぐ。必要時、支援対象者をデイサービスなどの各種介護サービス利用につなぐ。
本人と家族のつどいの会への参加につなぐ
認知症対策推進会議
もの忘れ相談から認知症初期集中支援チームにつなぐ。
認知症カフェや認知症家族介護者教室等の参加につなぐ。
認知症高齢者等 SOS ネットワークへの登録や徘徊探索システム端末申請など各種サービス利用につなぐ
支援終了者の家族を認知症カフェ等の参加に繋ぐ
包括内にある認知症総合相談センター把握の困難事例は、認知症カンファレンスで協議。その中で、緊急性、優先度が高く、複数対応が必要な事例は、初期中で介入。初期中終了後は、地区担当で継続支援または、介護支援専門員に引き継ぐ。
介護予防事業への参加につなぐ
高齢世帯の把握を行う看護師から初期集中支援チームへつなぐ
初期集中支援チームとしての実績はほとんどないが、総合相談として同じような支援ができている。必要に応じて認知症施策につなげられるしくみづくりもある。
気になる高齢者等は美態把握し、経過によってチーム活動等に繋ぐ。
認知症カフェや家族介護者教室等の参加へつなぐ
初期集中で支援している人を認知症カフェの参加につなぐ
カフェ等への参加呼びかけ
支援対応中や支援終了者を認知症カフェの参加につなぐ
認知症スクリーニングから対象者をつなぐ、介護サービスに繋がらない対象者に認知症カフェの参加に繋ぐ等
包括支援センター業務（各種相談や介護予防教室など）から必要な方を初期集中支援対象につなぎ、チーム員として活動。活動の中で認知症カフェや一般介護予防教室、介護者の集い等につないでいる。
予防事業の声掛けにて各戸訪問を行い、基本チェックリストを実施している。
基本チェックリストの結果から必要に応じて対応している。
支援者、家族へのオンラインカフェ参加の呼びかけ
もの忘れ相談会を実施しており、対象者からの依頼があれば認知症初期集中支援チームにつなぐ。
認知機能簡易検査や公民館での体操教室等の参加者に支援が必要なケースがあれば、初期集中支援対象見込みにつなぐ
共同設置している燕市で開催した認知症カフェでチーム員医師が当村のチームの活動について話した。住民向けの認知症のセミナーにて、チームの活動について報告及び周知を行った。
認知症専門医・受診等、医療や必要な支援に繋げる。
認知症初期集中支援チームの対象者の家族を、家族支援プログラムの参加につなぐ。

在宅支援が続く場合は、認知症カフェの参加につなぎ見守りを続けている。
認知症カフェや、認知症支援ボランティアが開催する活動へつなぐ
運転免許証自主返納における生活支援の在り方に関する調査の取組
支援中や支援終了者を認知症カフェや他の地域の資源につないでいる
家族の会等の事業への参加の呼びかけなど
介護サービス利用拒否の場合、家族と一緒に参加できる認知症カフェの紹介をしている。
支援チームの周知啓発において愛称を認知症施策での啓発活動でも活用し、市民への普及を図っている。相談者に市の施策である「高齢者見守りソーシャル交付事業」や「認知症カフェ」の周知に繋げている。
支援終了者を認知症カフェに繋いだ
認知症初期集中支援チーム員が認知症地域支援推進員を兼ねており、スクリーニングを含む早期発見・早期診断の取組や、地域住民による見守り体制構築等、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう認知症施策全般を総合的に推進している。
・認知症カフェ、サロン、介護者家族の集い等へのつなぎ
・認知症地域支援推進員への協力
認知症チェックシートへの回答基準に達した方をチームに情報提供
予防事業や総合相談から、初期集中支援対象見込みにつなぐ。
本人の状況、意向に合わせて支援終了者を地域サロン、住民主体の通いの場、総合事業につないでいる
SOS ネットワーク事業を利用した方が地域ケア会議に参画し初期集中支援につながり、近隣住民の理解促進のため認知症サポート者養成講座を開催した事例がある。
支援対象者（終了者）を認知症カフェの参加につなぐ
認知症地域支援推進員に会議の参加を依頼している。
予防事業でのケースの把握、成年後見制度利用につなぐ。
ニーズにあった介護サービス事業との連携以外に、事例によって、認知症カフェや家族の会等の参加を支援している。
もの忘れプログラム搭載のタッチパネルを用いた相談を実施し、早期発見につとめている。
総合相談窓口での相談から必要性を感じた時にはチームにつないでいる。
予防事業でのスクリーニングから初期集中支援対象見込みにつなぐ
認知症予防事業でのスクリーニングから対象者を把握。対象者の状況に応じて認知症カフェ等の集いの場への参加につなぐ。
認知症地域支援推進員が担当しているケースから、初期集中支援チームの支援対象者になり得る人を初期集中支援対象者として支援に繋げている。
窓口相談や警察からの徘徊保護連絡等で把握し、初期集中支援対象者につなぐ。
くらしの保健室（認知症カフェ）後に自宅訪問を行っている
認知症予防教室でのスクリーニング等から対象者見込みの人を発掘してつなぐ。
必要な場合、認知症カフェにつないだり、認知症支援員と協働し、ケースの支援にあたっている。
もの忘れ検診の対象者からの相談で初期集中支援の対象となり、その後介護サービスへ繋がった例がある。
総合相談、フレイルチェック、認知症カフェ等で対象者見込みを把握している
オンラインカフェや地区の自主活動、介護一次予防事業につなぐ
認知症スクリーニングから初期集中支援が必要な人は利用につなぐ
認知症カフェとサポート医による認知症相談会を同時開催
アセスメント上必要なケースに関しては認知症カフェや家族会に繋ぐなどの支援を実施している。
支援終了者を認知症カフェの参加につなぐ。

	・予防事業でのハイリスク者を初期集中支援チームにつなぐ
	・支援対象者を認知症カフェ、本人・ミチーニグ、対象者家族を介護家族交流会につなぐ
	支援終了者を認知症カフェの参加につなぐ、対象者の家族に家族会を紹介する等
	認知症カフェや生きがい支援センター、介護予防事業へつなぐ
	支援期間中や支援対象者を認知症カフェに勧奨している。
	サロ・参加者に対し、認知症地域支援推進員から必要なケースは支援チームにつなげている。
	予防事業でのスクリーニングから初期集中支援対象見込みにつなぐ
	支援対象者について認知症の観察及び評価を行い、家族等の初期支援を包括的かつ集中的に行っている。
	初期集中支援対象者を認知症在宅訪問指導につなげる。
	家族会や認知症カフェなど、家族支援として必要な情報は適宜提供し連携している。また当事業での対応が困難と判断したケースは、認知症患者医療センターに配置する認知症アウトリーチチームと連携している。
	ケースによるが、支援終了者を医療や介護サービス等につないでいる。
	認知症カフェ、介護者のつどい等に必要に応じて案内
	予防事業対象者にてスクリーニングの結果や参加時の状況から、支援が必要な場合は地域包括支援センター＝認知初期集中支援チームにつないでいる。
	訪問によることからだのすこやかチェックから初期集中支援につなぐ。支援終了者を認知症カフェや本人・ミチーニグにつなぐ
	認知症予防運動教室やあたまの健康チェック（相談会）等で支援対象者の把握、経過観察。認知症カフェ、認知症介護者家族会等へのお誘い。
	認知症カフェにおいて、家族支援とモニタリングを行っている。
	認知症カフェ、傾聴ボランティアの利用
	介護予防事業。
	支援対象者には、認知症カフェや通所型サービスＣへの参加を促している。健康づくり担当の保健師からのケース連絡
	支援終了者を総合相談、認知症カフェ等への参加につなげる
	チームの医師に「物忘れ相談」も担当していただいているため、早期受診にむけての連携を行っている。
	チーム支援が必要ないと判断した方への関係機関への情報提供及び引継ぎ。
	支援者、家族を認知症カフェの参加につなぐ。家族を家族会の参加につなぐ。
	認知症カフェとの連携
	支援対象者を地域での見守りにつなぐ。
	介護予防事業を含め様々な取り組みが情報源であり、つなぎ先となる社会資源であると認識している。
	必要に応じ認知症カフェへの参加などに繋げる。
	一般介護予防教室スタッフから物忘れ等の情報が入った場合、状態確認を行ったうえで初期集中支援対象となるか検討し、必要な支援につなぐ。初期集中支援チーム会議であったアドバイスの内容を現場のスタッフへ伝えている。
	支援終了者を認知症カフェ等につなぐ
	地域の通いの場を紹介など行っている
	認知症スクリーニング機器から疑わしい人には初期集中支援チームで支援していく。
	認知症カフェ等につなぐ
	高齢者実態把握事業や民生委員の見守り支援等から対象者の把握につなげている。
	認知症カフェとの連携
	認知症初期集中支援チームの支援機関が終了した段階で、認知症地域支援推進員に支援をバトンタッチすることがある。

	認知症者と家族を支えるための事業の紹介
	脳いまいきチェック
	認知症医療疾患センターと連携して、無料相談会の定期開催や通いの場への出前、市民向け講演会の企画など
	一般介護予防事業による把握事業や、地域介護予防活動支援事業などから初期集中支援対象見込みにつなぐ。
	認知症カフェの運営後方支援
	支援終了者を認知症等見守りサイトの利用につなぐなど
	予防事業から初期集中支援チーム等につなぎ、当事者の会や家族の会にて継続支援を行う
	もの忘れ医療相談事業から認知症初期集中支援事業に繋ぐ。明確に示していないが、予防事業からのスクリーニングで本事業に繋がる場合もある。
	全員ではないが、支援終了者をオレンジカフェにつなぐ。
	総合相談の中で必要に応じて初期集中支援につなぐ
	支援対象者や家族を認知症カフェや家族会につなぐ
	支援終了者、カフェなどの通いの場につなぐ
	地域包括支援センター主催のもの忘れ相談事業
	認知症カフェと連携している。
	支援対象者として見込んでいても支援活動に同意が得られない場合がある。その場合、認知症カフェや介護予防サロ等の参加につなげ、介入の機会をつくる。
	地域包括支援センターと、認知症サポート医が相談に応じる「もの忘れ医療・介護相談」より、必要に応じ、認知症初期集中支援チームに繋ぐ体制をとっている。
	訪問してその時点では支援対象でないかと判断された場合であっても、今後もの忘れ等気になる場合にチェックしいただく項目や相談先の案内や必要に応じて介護予防教室の案内などを行う
	ケースに応じて対象者・家族を認知症カフェへつなぐ等
	認知症カフェ、家族会等、必要時案内
	支援終了者で見守りが必要な方については、お住まいの区の区社会福祉協議会に設置されている見守り相談室へつないでいる。
	認知症予防教室の利用
	地域の住民主体の居場所や介護予防事業や認知症カフェへ案内等
	軽度認知機能障害スクリーニングテストから MCI の疑いのあるもの等の相談を地域包括支援センターに繋いでいる。
	支援終了者のつなぎ先として、インフォーマルな支援を積極的に導入している。
	一般介護予防事業（認知機能アップ教室、認知症予防教室）において、支援が必要な方の情報共有、支援終了者を認知症カフェや家族会の集まりにつなぐ等
	地域支援事業の認知症カフェや認知機能低下予防教室と連動させて実施。
	組織的な連携というより、個別に連携する事例がある。
	資源としてカフェにつなぐことや、地域活動の中から支援対象を把握する場合がある。
	認知症カフェや認知症当事者の活動の参加につなぐ
	地域包括支援センターが「介護予防チェックリスト」→「実態把握の訪問」→「初期集中支援事業」→「見守り支援」「認知症カフェ」の一連の流れで活動している。
	支援終了者を認知症カフェや介護予防事業につなげる。
	一般介護予防事業利用者で対象となる方がいた場合はつないでいる
	地域包括支援センターと兼務であるため、必要に応じて地域の社会資源へのつなぎなど支援している。

認知症カフェや介護事業所が実施しているふれあいサロン等への参加につなぐ
脳トレのボランティアの事業等につなぐ
対象者に合わせて、社協に委託しているミニデサービスの参加等につなぐ。
前述の個別相談事業から、認知症初期集中支援チームの支援に繋がることもある。
介護予防実態把握や総合相談記録から基本チェックリストで認知症項目に該当した人の中から支援対象と なりうる人を抽出。
認知症カフェへの参加を促す
支援開始時から認知症カフェの案内をし、参加につなぐようにしている。

医療機関にチーム設置の市町村
認知症カフェで受診の相談、病気の相談、生活の相談ができるようにチーム員にも参加してもらっている
支援対象者、介護者へ認知症カフェや勉強会への参加を勧める。
現段階では終了者はないが、認知症カフェを実施中であり、出来れば繋げて行きたい。
75・80・85・90 歳時に健康調査として介護保険未利用者に対し、訪問調査を行い状況確認と相談対応を 実施しており、初期集中支援対象見込につないでいる。
対象者は支援終了後、依頼者である地域包括支援センターが支援を継続する
地域支援推進員との協力体制を構築中
認知症カフェで行う勉強会の講師として、認知症初期集中支援チームを委託している医療機関のスタッフが参 加してもらっている。
認知症検診の二次検診未受診者、並びに二次検診の結果、要経過観察者への訪問。
地域包括支援センターとの事例検討からチーム員が出席しチームにつなぐ、認知症カフェでの相談等からチームに つなぐ、支援終了者は地域包括支援センターとの連携で地域の通いの場や認知症カフェ等でフォロー
支援終了者を認知症カフェ等地域包括支援センターの事業や地域資源における見守りにつなぐ
認知症予防教室でのスクリーニングから初期集中支援チームへつなぐ。
支援終了者を地域包括支援センターに引き継ぎ、必要に応じて、予防事業等につなぐ。
地域包括支援センター等が実施するチェックリスト、介護予防教室等から支援終了者を認知症カフェや地域の 通いの場に参加につなぐ
市で実施している認知症サポート医による認知症相談で相談された人を初期集中支援チームへつなぐ。
認知症の前状態（MC）の場合、教室受講を促している。
支援終了者を、徘徊高齢者等 SOS 事業や認知症カフェ等の参加につなぐ
認知症地域支援推進員と連携し、認知症カフェの場に参加し、家族への教育的アプローチを実施。
支援終了者を市民ボランティアの傾聴等の取り組みに引き継いでいる。
認知症高齢者見守り
介護者の介護負担感がある場合など、ほっとひとときリフレッシュ（家族介護支援事業）につなぐ場合もあ る。
認知症カフェの参加につなぐ
構成市町の一部で下記の内容を実施。独居高齢者に対し、訪問によるアンケート調査を実施。認知症初期 集中支援チームに依頼しているケースに対する支援の一つに元気になる学校（一般介護予防事業）があり、 週に１度介護予防に資する活動を実施。
・認知症初期集中支援チームにかかわっている人の家族を、認知症介護家族支援教室につなぐ。 ・認知症介護家族交流会で初期集中支援チームの紹介をする。
対象者の発見を行う地域包括支援センター、支援をするチーム員を認知症地域支援推進員として配置してい るため、つなぐの支援体制が整備できている。
民生委員の世帯調査時に認知症またはその疑いのある高齢者の情報提供を依頼し、提供のあった情報から スクリーニングした上でチームに相談することはある。
認知症家族介護者交流会、認知症カフェとの連携、令和３年度から始まる認知症検診事業と連携する。
地域の社会資源を把握する地域包括支援センターにチームの設置があるため、必要時認知症カフェ等につなぐ ことはできるが、まだ具体的な事例はない。
支援終了者を認知症カフェ等の参加へつなぐ。
支援対象者を認知症カフェや一般介護予防事業につなぐケースはある。

本人や家族がもの忘れについて医師と個別相談ができる「もの忘れチェック相談会」からつなぐ、地域包括支援センター（委託）が実施している「見守り訪問」からつなぐ、支援期間中に「認知症カフェ・家族会・臨床心理士による心理相談」等の利用につなぐ。
チーム会議での支援方針検討に地域包括支援センターも参加し、ケースの状況に応じた資源につないでいる。
チームへの相談
70 歳以上高齢者へのアンケート調査から高リスクを抽出後、訪問等して必要な方を初期集中支援チームへつなぐ、必要に応じて認知症カフェや家族を介護者のつとめなど通いの場へつなぐ
・嘱託医相談と連携して、高齢者の状況に応じた対応を行っている。
・見守り SOS 等の利用については、必要に応じてつないでいる。
終結のチーム員会議に認知症地域支援推進員が同席し、必要に応じて対応できる体制を整えている。
町実施の一般介護予防事業や総合事業、認知症カフェの参加に繋ぐよう案内している。
チームの支援対象を認知症カフェへつないだり、認知症カフェ利用者を相談へつないだりしている。また、保健師や地域包括支援センター等の訪問者を、相談などチームへつなげたりしている。

チーム票 2 (2) ⑤設置場所を踏まえたチーム活動のメリット・課題 ii メリットや課題

【メリット】

地域包括設置チーム

(対象者把握)

	複数のチーム員の目に対象者を観察することができる。
	情報が入りやすいので把握がしやすい。他分野の情報も入りやすく連携しやすい。
	支援対象者をチームで総合的に支援することができることがメリットである。
	総合相談や、他の認知症施策、権利擁護など、事業との運動が図りやすい。
	総合相談窓口の為、多方面から相談があり対象者につながり易い
	総合相談窓口であるため、本人・家族・地域の方などから対象者情報が集まりやすい。
	包括で行う実態把握事業と併せることで訪問や情報収集への理解、協力が得やすい（相談者を伏せた関わりが作りやすい）
	総合相談から対象者が把握できる
	法人のもの忘れ外来との連携が取りやすく、鑑別診断につながりにくいケースでも医師・病院と連携できる。
	設置場所が認知症相談センターであること。
	包括にチームが設置されているので、「心配なことは包括に連絡を」との周知で、まずは包括に相談が入ってくるケースが多い。その中から対象者を選定して、活動につなげやすい。
	地域包括支援センター内にチームを設置していることで、総合相談の受付時に、対象者が否かの判断ができ、その場で初期集中支援チームの説明、支援に繋げることができている。令和 2 年度より、旧一時相談窓口が包括へ一本化され、総合相談業務の相談員が、認知症疑いの高齢者を抽出する等の能動的把握を行ない、繋がるケースもある。
	地域包括支援センターの総合相談業務の中から対象となる事例がチームでの支援につながりやすいと思う。
	地域と近いため相談に来やすい。受診拒否がある人に対して訪問診療の相談がしやすい。
	総合相談窓口であるため、多くのケースを把握できる。
	小規模離島であるため、島全体が当事者や家族を把握している
	高齢者の総合相談窓口なので、対象者の発見や把握が早期にできる。
	医療機関受診前に専門医に相談でき、疾病の予測や予後がわかった。
	チーム員からコメントをもらうことにより解決に向けての方向性をスムーズに探ることができるようになる。サポート医との連携が取りやすい。
	地域のケアマネから相談のあったケースは、主治医との関係作りのきっかけになったり支援終了後もケアマネとの連携がとりやすくなっている。警察から保護の連絡がありケアマネに報告したり民生委員との関係作りができた。
	各関係機関から情報が入る。
	今の所件数が少ないので、一つ一つのケースを会議で議論できる。
	市の認知症個別相談に繋げることも多く、専門医の意見がきくことができる点
	ケアマネジャーとの関わりの中で、チーム員の活動の啓発や対象者の把握が行いやすい。また、介護サービスに繋がらない事例を包括支援センターでフォローすることも多く、その後の経過を把握しやすい。
	地域の総合相談窓口のため始動が早い。
	総合相談の中でツールの一つとして事業を提案することができる。生活支援コーディネーターが地域（町会・民生委員）から情報を得て事業に結びつくケースも多い。（町会活動をしている当人からの相談で開始したケースも。）医師やチーム員とは事業外でも連携が図りやすい。

支援対象者の情報が集まって来やすい
総合相談として認知症の有無にかかわらず相談があるため、早期発見に繋がります。
訪問対象者を市内全域に配布した基本チャットリストからの抽出を行っており、全体的な調査を行うことが出来る。
直営包括のため、親族、警察、役場、民生委員、病院、タクシー会社等、様々な関係機関から、情報提供があり、介護保険サービスや医療機関に繋がっていない方の早期発見につながっている。
元々包括にあった地域とのネットワークが活用できること
包括圏域のケースの情報が得られやすい。対象者を把握しやすい。
家族や地域住民からの情報提供の協力を得やすい。
初期の相談が入りやすい
包括支援センターに相談があり、支援チーム員兼務なので早期の訪問ができる。
相談を受けてから、担当者を決めて対象者把握をすることはスムーズに行える。

(訪問支援)

保健師が自宅に向く活動を基盤が出来ているため、当センターが訪問した際、本人や家族の受入が比較的良好なこと
チーム医の訪問を行うことで家族が受診に連れて行けなかった事例が進展した。
包括だと地域との関わりがあるので、訪問し易い。
直接病院に行けない対象者も訪問での医療支援が行いやすい。
包括支援センターで事業を委託しているため、センターの総合相談の中で対応が完結するケースも多い。
訪問まで至らなくてもサポート医に相談できる。
他支援者からのアイデアや助言が得られた。医療機関における専門医の診察等の情報が得られた。
病院医師や看護師が同行訪問が可能になり、医療的な視点での評価が得られる。
複数名で訪問することにより、多角的にアセスメントすることができ。
初回訪問時に、行政（保健師・社会福祉士）を名乗れば対象者の受け入れ拒否が少ない。
随時村内訪問を実施し、医療や介護につながっていない高齢者を発見した場合、すぐに訪問や通所の脳トレ事業などにつながっている。
医療受診につながらない困難事例に対し、サポート医との同行訪問ができるようになり、支援しやすい体制が図られている。
同団体内のチーム員なので、訪問支援に素早く対応できる。
医療受診に拒否的なケースが医療とつながれるところ。
本人が医療・介護サービスを拒否され、サービスに繋がっていないケースの方に、認知症サポート医の先生が訪問してくださること、今後の利用調整に繋がることが最もメリットに感じている。
専門職が訪問することによって、利用者と家族が抵抗なくスムーズに支援に繋がってくれる。
受診につながらない場合、おおよその診断名や対処法など専門医の意見を聞ける。
包括支援センター内設置のため、支援の方向性を話し合い訪問の予定が立てやすい。

(モニタリング)

日常生活圏域に職員が配置されており、チーム最終後の地域での見守り体制を整えやすい
定期的にモニタリングを行うようになっている
包括であることで、地域のつながりなどをみながら継続した支援ができる
普段から相談業務を行う地域包括支援センターに設置されているので、経過を確認しやすく、関係者間の連携がとりやすい。
包括支援センター内の様々な相談対応に埋もれることなく、定期的に訪問しモニタリングが行えた。

医療機関設置チーム

(対象者把握)

チームの設置場所が医療機関であるので、対象者に何か疾患既往歴がある場合に医療情報の入手が比較的に容易
町唯一の診療所である為、サポート医が主治医であることが多い。
相談内容から対象者把握（特に困難事例）に繋がることが少なからずあり、結果相談から支援（介入）までの期間を短縮できる。

(訪問支援)

病院受診を拒否する困難ケースにおいて、医師（サポート医）が同行訪問することで早期診断につながる。
法人内でチームを組んでいるので情報共有がしやすい。
介護施設等の社会資源もあるので緊急性の高い事例は入所対応等相談しやすい。
地域に馴染みのある病院の為、初回の訪問であっても、対象者に受け入れられやすい。
また、地域包括支援センターの３職種や病院の看護師が多職種で連携しながら、訪問支援を行えることがメリットに感じる。
院内の多職種でかわることができると、多角的な評価が可能となる。
通常業務から訪問の日程調整がしやすい。
急変時の対応を含む高齢者の体調の変化に伴う受診援助、相談に応じやすい。
通常訪問看護を担当している職員が病院の訪問看護と兼務で行っており、対象者家族の急な訪問依頼にも時間調整が行いやすい。
認知症疾患医療センターに委託されていることで、医療連携がスムーズにできる。家庭訪問と合わせて迅速丁寧な関りができる。
医療機関に所属している職員がチーム員を兼務していることで、一定期間特化して関われる。
同じ施設内に、医師、作業療法士、看護師、精神保健福祉士、ケアマネジャー等の専門スタッフがいるため、直ぐに相談し対策につなげることができる。日程調整等も比較的容易である。
チーム医が同職場の為情報共有や同行訪問の日程調整がしやすい。

行政設置チーム

(対象者把握)

昨年度まで直営の地域包括支援センターを運営していたので、市内の居宅のケアマネとの関係構築もできていたことから、相談しやすい状況にある。また行政が行うことにより、信頼度が高い。
介護保険申請をしている方は、情報が得られやすく初期集中へつなぎやすい。
高齢者の保健・医療・福祉・介護に関する幅広い「総合相談窓口」である地域包括支援センターに寄せられる様々な相談の中から支援対象者を把握できること。
介護保険担当部署であり、対象者について事前情報がある場合があった。
チーム員を市内事業所からも選出しているため、チーム員会議時に多様な意見が出る。専門性が違う職種であるため個別性を考慮した支援ができる
チーム員に介護予防事業担当と兼任の者が含まれるため、一般介護予防事業等で把握するケース（実態把握事業や介護予防教室）などからも対象者把握が可能。
区の窓口で認知症関連の相談があれば、相談員→チーム員へつなぐため、訪問前の煩つなぎがしやすい。

(訪問支援)

行政ということで、訪問の受け入れがスムーズであることが多いように感じる。
多職種連携のチームケアが可能となり、特に医師からの直接的な指導助言があり、訪問する支援者の活動に反映でき、支援計画原案や支援方針の決定に役に立っている。
区からの訪問、と伝えると比較的に利用者、家族の受け入れが良い。

【課題】

地域包括設置チーム

(対象者把握)

この事業のために、対象者を抽出している。かえって動きにくいことが多い。
マンパワー不足で、他業務との兼務が多く、チーム員活動の優先順位が低い。
対象者の掘起こしや抽出が課題である。
認知症の早期把握・対応の観点でみると、対象者を拾い上げることが難しい。
地域包括支援センター内に設置しているので、相談ケースについて、地域包括支援センターでの業務として対応するが、認知症初期集中支援チームに振り分けるかの判断に迷う。
総合相談業務との区分けが難しく、業務量も多忙なことから、当事業に専念できない。
新規の対象者があがりにくい。
通常業務もありチーム員で対応せず包括業務の中で対応しているケースも多くなっている。
対象者の把握が難しい。
認知症を隠そうとする風潮も少なからずあるため、支援を必要とする人となりがりにくい。
包括の認知症が様々なで行政の委託事業といっても言ってもらえない。所属法人との関係で拒否される場合もある。
認知症疾患センターとの連携
総合相談から初期集中支援チームに繋げるよりこれまでの支援方法で解決できるため早い。
本人の同意が得られず発動しなかったケースがあった。本人が拒否しているケースほど介入が必要。
早期発見・早期対応
地域包括支援センターに相談があったケースの中で、困難事例だと判断されたケースに介入しているが、困難ケースも多く対象かどうか判断基準が難しい。
対象者の把握・選定が難しい。
地域包括支援センターの総合相談とのすみ分けが課題。現状、総合相談で対応してしまっているケースがほとんどです。
広報、啓発について、医療機関や介護支援専門員等の専門機関、民生委員などの地域住民への周知が十分にできていない。
身寄りのない独居の方、高齢者夫婦世帯、複合課題を抱えた方について、状態が悪化してからの相談が多く、チーム員の支援だけでは解決しないことが多い。
対象者による受診やサービス利用拒否への対応
専門医との連携もとれ、日常業務の中で相談でき、適切な対応ができている。そのため、対象となるケースがあまりない。
信頼関係が築けていない人への関わりに時間を要する。
チームで関わる対象者は多いと思われるが、相談が上がってこない。
総合相談で対応するかチーム員で対応するか判断や区分け。チーム員＝包括職員であるため、他の機関の意見なども取り入れられたほうが、よりよい支援ができるのではないかと考える。
上記にともない先入観が強いいため、細かな変化に気づきにくい場合もある
必ずしも認知症専門機関に受診をお願いするわけではないので、正しい診断かどうかかわからないまま支援終了になることもある。
情報収集に時間がかかり、本人や家族から聞き取れない事もある。

多職種に対して認知所初期集中チームについてPRをしているが、認知症初期集中チームについて理解をしても らえず、対象者に対してのケアがにくい。 また、理解してもらえない多職種の方々との連携が取りにくい。 特に担当ケアマネが理解してもらえず、情報が得られない。
チームが専任でなく兼任で様々な活動している。地域的にも物忘れ相談医体制や認知症支援センターとの 連携も取りやすいため、初期集中チームで処理せずとも解決する ケースの方が多い。家族との関係性や地域のケアマネとの連携でチーム活動利用しているの、評価は件数でな く活用内容で見てほしい。地域への周知も課題。
早期に対応する対象者は包括が先に動いてしまう。
初期症状ケースの把握が難しく、症状の初期からのかわりができるケースが少なくない。
居宅のケアマネジャーにも声をかけているが、対象者としての相談がない。包括支援センターで対象になる方を会 議に上げており、どうしても対象者が会議に上がってくるのか？ 考えていかなければならない。
地域包括支援センターとチームを組んでいるが、包括の相談受体制や職員体制によって、対象者把握の意 識に差がある。
地域包括支援センターの総合相談業務で対応が終了するケースが多い。
対象者の把握が難しい
独居・高齢者のみ世帯の方が対象者となることがほとんどであり自身のペースで生活していることから、他者が 介入することに戸惑いを感じられ訪問を拒まれることも。集中的な支援の必要性を根拠よく伝え、受け入れて 頂く為の丁寧な関わりは難しくもあり醍醐味でもある。
対象者をみづからず告慮している。2事例以上と言われているが、毎年見つけられていることが難しく感じている。
地域包括支援センターとしての対応とするか、認知症初期集中支援チームとしての対応とするか、具体的な線 引きができずおぼろず、地域包括支援センター職員と、認知症サポート医が相談を受け付ける相談会を開催して いることから、相談会を経て、地域包括支援センターが継続支援する方法が多い
近隣ともつながりがない場合、自身が直接相談に来る事が少ない
あくまで基本チャットリストは自己申告のため、訪問確認時には元気な方が多い。本人ができていないと判断した 場合認知症があつてもの忘れリスク該当者としないため対象として棄ててこない
認知症初期集中支援チームとしての支援と地域包括支援センターの通常業務と明確な区別がなく、チームに 対しあまりメリットを感じられない。
区内に包括が4カ所あるが、そのうちの所属している包括との相談や関わりが一番多くなる傾向
自包括圏域以外の対象者の把握がやや困難
状況が分かりにくい
対象者の抽出が難しい。
対象者の情報が少ないように思われる。
地域から、認知症疑いの方の情報は得やすいが、当事者自身が困りごとに気が付いていない場合のアプローチ の仕方が分からない。
業務なので業務配分が難しい。
直営地域包括支援センターのため、認知症初期集中支援チーム活動の専任者がいないため他業務との調整 等もあり活動については制限がある。
専門医以外のかかりつけ医との連携の取り方
支援のタイミング

(訪問支援)
脳の血流検査やレビール小体型認知症の核シンチ検査、前頭側頭型認知症等の診断のため、認知症疾患医 療センターにも少し気軽に紹介できる仕組みがあると良いと感じます
早期発見・早期対応についてはまだ活動できていない。
チーム員の日程調整により場合によっては訪問までに時間がかかることがある
上記理由により、結果、チーム員の実働件数としては数が少なくなる。
ケースごとの分担当をどう整理するか線引きが曖昧になっている。
タイムリーに動けない。基本的に受診にもサービスにも繋がっているのが現状としては認知症初期支援チームと しての活動に大きなメリットを感じられない。書類作成が手間。提出ケースをなかなか挙げられずプレッシャーにな る。認知症というよりは軽度知的障害や発達障害の疑いの方が増えている為、認知症の対応と言うよりは困 難事例の対応を検討したい事の方が多い。
対応に時間がかかるため、対象者を増やすためにはスタッフの増員などの工夫が必要。(マンパワー不足、頻回 な訪問は難しい)。
対応にはさらに専門的な知識と技術が求められることからチーム員のスキルアップが必要。
いくら支援者からアプローチしても、本人・家族の了解が得られなければ支援が進まない。
認知症症状の初期段階ほど、日常生活には支障がないため、本人・家族の認知症理解が得られにくく、様子 を見るという選択が多い。
介護予防や介護保険事業にすぐに移行しているため、初期集中支援チームが動くケースがない。
対応職種に限られ、視野が狭くなりがちなこと。
チーム員として対応するためには研修が必要であるところや、利用にあたっての準備書類が多く、スピーディーな解決 が求められるケースにはそぐわないところ。
コロナ禍で在宅訪問に対して受け入れ側、訪問側の抵抗が強い事。期間限定であること。
地域包括支援センター業務と認知症初期集中支援チームとしての支援の線引きが難しい
専門医に対処法など意見を聞けても本人や家族との関わり自身が困難などところがある
業務のためかかりきりにはできず、総合相談の訪問との区別が難しい。またスタッフの人数も限られているため、 自包括だけで複数人での訪問を継続することがかなり難しい。
現在、チームの医師は、チーム員が訪問した情報の中で判断し、会議を実施している。実際には医療や介護サ ービスにつながるケースについては、専門性のある精神科の医師と訪問をすることで、具体的な支援につな がることあるのではないかと考え、アウトリーチを含めた方法を検討課題としている。
チーム医師の訪問はないため、医師には紙面で把握してもらうことになる。紙面では限界があると感じている。ま た、チーム員が会議に向く時間をとられてしまう。また、チーム医師は認知症サポート医ではあるが、精神科医 の助言の方がよりよく、精神科医でのチーム医を選出してもらいたいと考えている。

(モニタリング)

地域包括支援センター職員が定員に満たない中、兼務であるため、総合相談と初期集中支援チームの相談が 重複すると、対応し切れないことがある。
支援終了後に医療や介護サービスが中断して再度、支援が必要になるケースがある。
初期集中としての支援と包括としての支援の違いが住民にわかりにくい
チーム員が認知症事業担当者やケアマネでもあるため、チームとしての活動が、普段の業務の延長か判断しにく い。(チームとして動くこと決定した日から記録はチームとしての物を使用し、チーム活動が終了しても経過観察を 行うためいつまでがチーム活動が分かりやすくしている。)
提出物(多様なシート)のやり取りが多く、事務作業が増えている。6か月で終了となり、終了後の対応者が 見つからない時、そのままになってしまう。

(医療機関設置チーム)

(対象者把握)

チーム設置医療機関の専門が精神科であることを、警戒の強い支援対象者に対して上手に伝えることが難しい
他医療機関が主治医である場合、連携が取り難く、介入し難い。

(訪問支援)

認知症疾患医療センターとの連携、事例が困難事例や緊急性の高いケースが多く鑑別診断というより医療につながる事を優先されるので鑑別診断の優先順位が低くなる。
地域包括支援センターに相談歴がなく、病院受診のみされている方に対して、初期集中支援チームでの支援の必要性を感じた場合、どのような切り口から地域包括支援センターとの介入を行うかに課題を感じる。
兼務であるため、他業務の状況により適切なタイミングで支援を行えているか不安になることがある
民間の病院に設置されており、専任職員が相談を受けていないため新規の対象者把握につながりにくい。
チーム員が所属する以外の医療機関が初期集中支援事業について理解していないところがあるため、連携が取りにくい場合がある。
病院内の業務と兼任しているため、負担が大きい。

(モニタリング)

モニタリングを兼ねた訪問支援が実施出来ない
終了後の継続支援は、紹介者（包括や区）にお願いしている状況で、モニタリングは、主に定例会議で包括等からの情報を得るにとどまっている。

行政設置チーム

(対象者把握)

地域包括支援センターを委託したことにより、総合相談が無くなり、対象者把握までにタイムラグができるようになった。
選定に迷うことがあり、初回把握から初期集中への移行時期。
報告書等書類作成やもの忘れ外来協力医療機関との委託契約等について、事務量が多く煩雑であること。
他の業務との兼務が多く対応件数が限られている。
予防事業との連携や支援対象者の把握、チーム員のスキルアップ、認知症地域支援推進員(包括)との連携
地域包括支援センターとチームを組んでいるが、包括の相談受理体制や職員体制によって、対象者把握の意識に差がある。
地域包括支援センターで対象を選定してからチームに依頼するため、総合相談で対応できる場合、チームに申し出がない。
対象者としての相談が率りにくい状況が続いている。
中々、検討ケースがなく（既に医療機関に繋がっている、介護保険サービスを利用している。または、平時の地域包括支援センターで対応できている。）、チームとしての活動への意欲低下に繋がらないか心配している。（医療機関へ委託しながら実施しており、コロナウィルスの影響でより活動しづらい状況で、委託を引き受けてもらえなくなるのではと危惧している。）
庁内他課への初期集中支援チームの活動の広報・連携、包括との連携
包括からの支援希望を受けて支援を開始するため、チームに上がってくる対象者は選定された困難事例が多く、認知症の初期の方の支援は少ない。

(訪問支援)

兼務であるためマンパワーが不足している。しかしその課題は、設置場所が他であっても、同じであると思われる。
認知症訪問支援事業活動内容のアウトリーチがスムーズに実施できるまでに数年かかり、チームの成熟度等の体制強化を課題と思っている。新規ケースの把握も年間数件が実情である。
行政の訪問ということで、直接関わりのない近隣住民から「大ごと、大変なこと」という反応が考えられる。

認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査

市町村等 認知症初期集中支援事業 ご担当者様

アンケートへのご協力をお願い

認知症初期集中支援チームには全国の市町村で設置が進み、それぞれの認知症高齢者施策の中で位置づけられたチームが活動されていることと存じます。もっとも、今春以降の社会環境下、感染予防・拡大防止の観点から、チーム運営の面や個々の訪問支援の面等において、様々なお取り組み・工夫が続けられているものと存じます。

さて、本年度の老人保健健康増進等事業では、市町村の“認知症高齢者施策の中の”チーム活動に着目して、設置機関別の特性や課題を整理し、全国で共有していくことを目的に、全国の市町村および設置チームを対象としたアンケートを実施することとしました。

ご多忙の時期に大変恐縮ですが、調査趣旨、また、下記の「ご協力をお願い」についてご理解の上、ぜひご回答協力のほどお願い申し上げます。

令和2年10月

(令和元年度老人保健健康増進等事業 実施主体)

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

鷲見 幸彦

<<<< ご協力をお願い >>>>

- 本調査は、市町村認知症施策所管課を通じて、市町村内に設置された全ての認知症初期集中支援チームの皆様にご協力をお願いするものです。
- 市町村には、調査票 MS エクセルファイルが格納された CD をお送りしています。
ご担当者様におかれましては、お忙しい時期にご負担をお掛けしますが、下記の手順をご参照の上、回答およびチームへの配布・お取りまとめ等アンケート調査へのご協力をお願い致します。
- 調査票の回収や集計業務は、合同会社 HAM 人・社会研究所 に委託して実施します。
- 調査の回答内容は厳重に管理し、調査取りまとめ以外の目的で使用することはありません。

(1) CD に入っているファイルについて

お送りした CD には、本紙 PDF の他に、以下の2つの MS エクセルファイルが入っています。

いずれもコピーガードやパスワード保護は施していませんので、通常操作でデスクトップ等にコピー・保存できます。

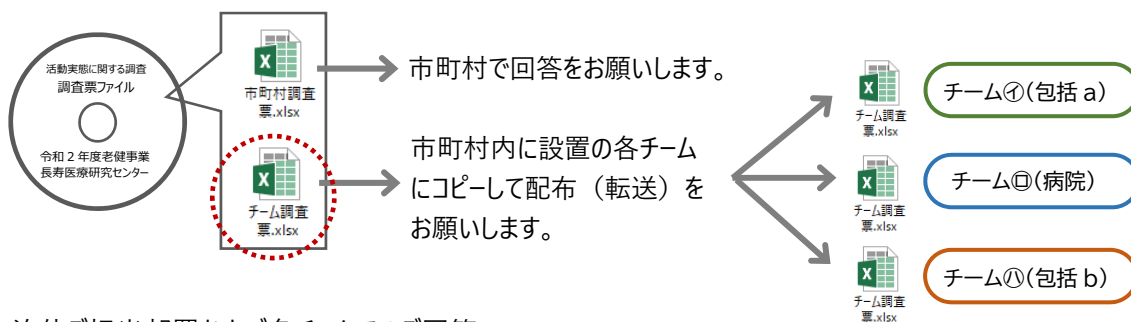
MS エクセルファイル名	内容（主な設問）について	回答者
市町村調査票	1. チーム体制・属性 ・チームの設置等について ・チームの運用について ・他の認知症事業や施策との関係等について	所管部署のご担当者様
チーム調査票	2. チーム運営・活動 ・チームの基本情報 ・チームの活動 ・いわゆるコロナ禍におけるチーム活動について	設置チームのご担当者様

(2) 回答等の手順について

①チームへの調査ファイルの配布（転送）

CD 内の 2 ファイルのうち、“**チーム調査票**”を市町村内の各チームに配布（メール配信等）して下さい。

※チームが複数ある場合には、**チーム調査票のファイル名を チーム名に変更（チーム調査票→“①包括 a”など）、または、通し番号を付ける 等により区別して下さい。（チーム調査票の中にも記入する欄があります）**



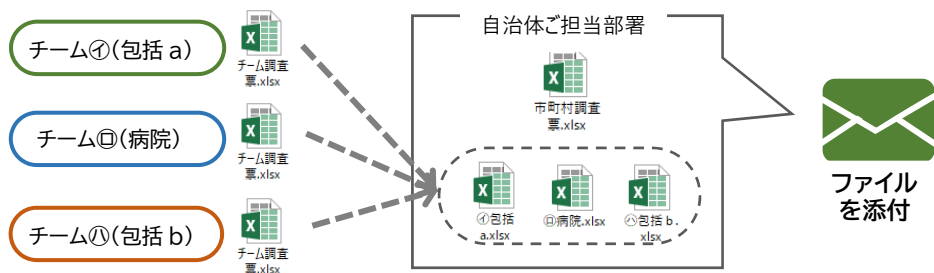
②自治体ご担当部署および各チームでのご回答

- 自治体ご担当部署では、“**市町村調査票**”への回答をお願いします。
- 各チームでは、“**チーム調査票**”への回答をお願いします。
- 回答等にかかるお問合せは、下記メールアドレス宛（調査実施委託会社）までお願いします。

※対応体制の関係から、お手数をお掛けしますがメールでのお問合せにご理解のほどお願いします。

③自治体でのチーム票のお取りまとめと回答（市町村調査票・チーム調査票）のご提出

- 各チームの“**チーム調査票**”のファイル（チームからの先行提出）をお取りまとめ下さい。
- 自治体で回答済みの“**市町村調査票**”と回収された“**チーム調査票**”を、下記の送信先メールアドレスまで添付送信して下さい。（ZIP ファイル等にまとめて頂く必要はありません）



※広域連合等や共同設置など、1 つのチームに他の自治体からもチーム票が転送（回答依頼）された場合は、“**いずれか 1 ファイル（票）のみ**”に回答頂ければ結構です、とお願いしています。（チーム調査票ご参照）自治体で回収された回答票が、“**回答済のチェックのみ**”の場合でも、そのまま添付送信をお願いします。

(3) ファイル送信先および回答期日(※切)について

送信先アドレス **chousa98@ham-ken.com**

※回答等にかかるお問合せもこちらのアドレスをお願いします。

回答期日(※切) **令和 2 年 11 月 24 日(火)**

認知症初期集中支援チームの活動実態に関するアンケート調査

【回答市町村等名】

〔市町村票〕 1. チーム体制・属性

(1) 貴自治体の基本情報について (☐ 広域連合等としての情報の場合は✓を入れてください)

① 高齢者数	(	(西暦)	年	月現在)		人
② 高齢化率	(	年	月現在)		%	
③ 認知症高齢者数 (認知症日常生活自立度Ⅱ以上)	(	年	月現在)		人	
④ 地域包括支援センター数	(	年	月現在)		カ所	
⑤ 認知症疾患医療センター数	(	年	月現在)		カ所	

(2) 貴自治体における認知症初期集中支援チームの設置等について

① 設置場所別のチーム数 (☐ 複数自治体・広域連合等で共同設置の場合は✓を入れてください)

① 地域包括支援センター (委託)		チーム
② 地域包括支援センター (直営)		チーム
③ 認知症疾患医療センター		チーム
④ 医療機関 (③以外)		チーム
⑤ 行政		チーム
⑥ その他		チーム

② 認知症サポート医の配置 (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

- ☐ 1 チーム毎に1名ないし複数名の認知症サポート医を配置
☐ 2 自治体に1名の認知症サポート医を配置し、複数のチームを担当
☐ 3 自治体に複数の認知症サポート医を配置し、地域や対象者によって適宜分担して担当
☐ 4 複数自治体と共同で認知症サポート医 (1名ないし複数名) を配置
☐ 5 その他 (上記に当てはまらない場合)

➡ 上記回答の具体的な内容

③ チーム設置の現状 (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

- ☐ 1 自治体全域を対象に1チームを設置して対応
☐ 2 自治体全域を複数チームを設置して対応
☐ 3 自治体の一部地域を対象に1チームを設置して対応
☐ 4 自治体の一部地域を対象に複数チームを設置して対応
☐ 5 その他 (上記に当てはまらない場合)

➡ 上記回答の具体的な内容

④ チーム設置にかかる基本的な方針（当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください）

- ☐ 1 認知症初期集中支援チームを新たに設置
- ☐ 2 同じ・類似趣旨の既存の仕組みから移行してチームを設置（業務を区別して運用）
- ☐ 3 同じ・類似趣旨の既存の仕組みの業務を拡大して設置（既存業務の一部として運用）
- ☐ 4 その他（上記に当てはまらない場合）

➡ 上記回答の具体的な内容

⑤ 現在のチーム設置機関を選定した主な理由

- i）設置機関が1種類の場合（当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください）
（複数チームを設置している場合でも、①の㉠～㉣のうち1種類の場合を含みます）

- ☐ 1 スタッフの兼務等によりチーム員確保が容易だった
- ☐ 2 専門医（サポート医）の所属機関だった
- ☐ 3 従来業務との連続性（ノウハウ）があった
- ☐ 4 チームが担う役割に最も適していた
- ☐ 5 その他（上記に当てはまらない場合）

➡ 上記回答の具体的な内容

- ii）設置機関が2種類以上の場合（具体的に下記にご記入ください）
（地域包括支援センターに2チーム、認知症疾患医療センターに1チームを設置 等の場合）

➡ 具体的な理由

⑥ 今後の事業（チーム設置等）の展開（当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください）

→ 本年度中、また、2021年度に向けて、を目安にお考えください

- ☐ 1 現状のチーム（数・設置場所）を維持
- ☐ 2 異なる設置場所にチームを増設する予定
- ☐ 3 同種の設置場所のチーム数を増やす予定
- ☐ 4 チーム数は維持するが人員を増やす予定
- ☐ 5 チーム数や人員を縮小する予定
- ☐ 6 特に検討していない
- ☐ 7 その他（上記に当てはまらない場合）

➡ 上記回答の具体的な内容

(3) 貴自治体における認知症初期集中支援チームの運用等について

① 認知症初期集中支援チームの機能と主たる役割

i) チームはどのような機能を持っていますか (当てはまるもの全てに✓を入れてください: 複数回答)

(複数チームを設置し、機能を分担している場合でも、自治体全体として考えてください)

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| ☐ 1 早期発見・スクリーニング | ☐ 2 早期診断の支援 | ☐ 3 医療機関への引継ぎ |
| ☐ 4 介護サービスへの引継ぎ | ☐ 5 医療・介護利用の定着 | ☐ 6 経過観察 (見守り支援) |
| ☐ 7 日常生活の支援 (調整) | ☐ 8 家族等の支援 | ☐ 9 その他 |

➡ 「9 その他」の具体的な内容

ii) 認知症初期集中支援チームの主たる役割 (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

- ☐ 1 早期発見・早期対応を重点的に

☐ 2 困難事例の対応を重点的に

☐ 3 日常生活の支援 (調整) を重点的に

☐ 4 チーム毎に異なる役割を設定している (複数チーム設置の場合)

☐ 5 特に明確な役割 (担当) は決めていない

☐ 6 その他 (上記に当てはまらない場合)

➡ 上記回答の具体的な内容

② 認知症初期集中支援チームの対象者の選定

i) 支援対象者を概ねどのように選定していますか (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

- ☐ 1 地域包括支援センターへの相談案件から振り分けて選定

☐ 2 認知症初期集中支援チームに直接相談された案件から選定

☐ 3 さまざまな窓口寄せられた相談案件から行政が振り分けて選定

☐ 4 特に明確な選定のルール等は決まっていない

☐ 5 その他 (上記に当てはまらない場合)

➡ 上記回答の具体的な内容

ii) 認知症初期集中支援チームの支援対象になりそうな人等の 早期情報を得る仕組み がありますか

- ☐ ある

☐ 特にない

➡ ある場合の具体的な内容

iii) 認知症初期集中支援チームの存在や役割を 広報する仕組み がありますか

☐ ある

☐ 特にない

➡ ある場合の具体的な内容

③ 地域包括支援センター業務との関係

i) 地域包括支援センターにチームを設置している場合 (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

※複数の機関にチームを設置している場合でも、そのうち地域包括支援センター設置のチームがある場合を含みます

- ☐ 1 それぞれの業務範囲を明確に区別して活動
- ☐ 2 地域包括支援センターの業務の一部として、対象や業務を区別して活動
- ☐ 3 事例の内容等に応じて、都度・柔軟に分担して活動
- ☐ 4 地域包括支援センターの業務として明確な区別を行わずに活動
- ☐ 5 その他 (上記に当てはまらない場合)

➡ 上記回答の具体的な内容

ii) 地域包括支援センター以外にのみチームを設置している場合 (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

※地域包括支援センターにはチーム設置がない

- ☐ 1 それぞれの業務範囲を明確に区別して (機能を独立させて) 活動
- ☐ 2 支援対象や支援地域等の形式面によって区別して活動
- ☐ 3 事例の内容等に応じて、都度・柔軟に分担して活動
- ☐ 4 地域包括支援センターとの業務上の明確な区別を行わずに活動
- ☐ 5 その他 (上記に当てはまらない場合)

➡ 上記回答の具体的な内容

(4) 貴自治体における他の認知症事業・施策との関係等について

① 認知症初期集中支援チームの活動に連動させて(連携して)実施している取り組みはありますか。

(予防事業でのスクリーニングから初期集中支援対象見込みにつなぐ、支援終了者を認知症カフェ等の参加につなぐ、など)

☐ ある

☐ 特になし

➡ ある場合の具体的な内容

② 地域医師会(群市等医師会)と連携・実施している取り組みはありますか。

☐ 1 認知症サポート医のフォローアップ研修への協力

☐ 2 チーム員に対する研修会の実施

☐ 3 チーム活動等に関するミーティング・打ち合わせ会

☐ 4 支援対象者・家族等へのセミナー・教室の開催

☐ 5 その他

➡ 「5 その他」の具体的な内容

〈 アンケート質問は以上です。ご協力をありがとうございました。〉

広域連合等や共同設置など、複数の市町村から本票の回答依頼があった場合は、いずれか1票のみの回答で結構です
(回答した票以外は、下記に✓を入れて依頼のあった市町村にご提出ください。各設問への回答は不要です)

☐ 上記に該当し、既に回答済み

〔チーム票〕 2. チーム運営・活動

市町村等名

(市町村等に複数チームがある場合、回答票を区別できる任意のチーム名や通し番号等を記入して下さい)

(1) 貴チームの基本情報について

①設置場所(機関)

(選択肢リストから選択)

⇒「6 その他」の具体的な内容

②設置年度 (訪問支援等の活動開始にかかわらず)

(選択肢リストから選択)

③チーム員構成

* 兼務者等とは、チーム活動の専従者以外の場合、
また、都度対応するのリスト登録者等を指します
(他のチームとの兼任は含みません)

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 臨床心理士等

⑧ その他

実人数

うち、兼務者等 * 実数

	人		人
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人
	人		人

④チームに協力する医師(認知症サポート医等) (当てはまるもの1つを選び、その内容をご記入ください)

i) チームの担当状況

- ☐ 1 チーム専任で1人の認知症サポート医等が担当
☐ 2 複数チームを1人の認知症サポート医等が兼任
☐ 3 複数の認知症サポート医等が分担して担当
☐ 4 支援対象者ごとに適宜担当 (選任)
☐ 5 その他 (上記に当てはまらない場合)

⇒ 上記回答の具体的な内容

ii) 医師の所属等 (複数の医師が担当している場合(上記3または4等)は当てはまるもの全てに✓を入れてください)

- ☐ 1 診療所の認知症サポート医 ☐ 2 診療所の専門医 ☐ 3 診療所の一般かかりつけ医
☐ 4 病院の認知症サポート医 ☐ 5 病院の専門医 ☐ 6 病院の一般かかりつけ医
☐ 7 その他

⇒ 「7 その他」の具体的な内容

(2) 貴チームの活動について

①支援対象者数

2020年4月～9月の支援対象者実人数（支援開始日を問いません）

	人
	人

（再掲）うち、同期間中に支援終了（または中断）となった対象者数

②月間訪問回数

2020年9月中の訪問支援延べ回数（居宅等への訪問支援のみ）

	回
--	---

③チーム員会議頻度

（選択肢リストから選択）

--

→「その他」の具体的な内容

--

④貴チームの役割(特性)

i) 貴チームの機能（活動内容）（当てはまるもの全てに✓を入れてください：複数回答）

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ 1 早期発見・スクリーニング | ☐ 2 早期診断の支援 | ☐ 3 医療機関への引継ぎ |
| ☐ 4 介護サービスへの引継ぎ | ☐ 5 医療・介護利用の定着 | ☐ 6 経過観察（見守り支援） |
| ☐ 7 日常生活の支援 | ☐ 8 家族等の支援 | ☐ 9 その他 |

→「9 その他」の具体的な内容

--

ii) 貴チームの主たる役割（当てはまるもの1つを選び、その内容を記入してください）

- | |
|--|
| <p>☐1 早期発見・早期対応を重点的に</p> <p>☐2 困難事例の対応を重点的に</p> <p>☐3 日常生活の支援（調整）を重点的に</p> <p>☐4 特に重点的な役割(担当)は決めていない</p> <p>☐5 その他（上記に当てはまらない場合）</p> |
|--|

→ 上記回答の具体的な内容

--

⑤ “設置場所(機関)を踏まえた”チーム活動のメリットと課題

i) 当てはまるもの全てに✓を入れてください：複数回答

（自動表示）

--

- | |
|---|
| ☐ 1 鑑別診断に繋げやすい |
| ☐ 2 チーム内外の多職種との連携が取り易い・協力が得やすい |
| ☐ 3 対象者のかかりつけ医やケアマネジャーと連携が取り易い |
| ☐ 4 他の施策・支援の利用との調整がスムーズになる |
| ☐ 5 緊急時・急変時の対応がスムーズになる |
| ☐ 6 相談から対象者の選定がスムーズになる |
| ☐ 7 医療・介護サービスの利用継続支援が行いやすい |
| ☐ 8 その他 |

→「8 その他」の具体的な内容

--

- ii) 上記以外に具体的なメリットや課題がありましたら自由にご記入ください。
(特定の活動場面等があれば、右の選択肢リストから選んで下さい(任意))

(選択肢リストから選択)

➡ メリットに感じる場所

➡ 課題に感じる場所

(3) いわゆる、コロナ禍におけるチーム活動について

2020年4月以降を中心に、新型コロナウイルス感染予防、拡大防止等の観点から、認知症初期集中支援チームの活動も、多くのご負担・工夫等の中で取り組まれていることと存じます。

いわゆるコロナ禍におけるチーム活動について、以下に自由にご記入ください。

- i) 新型コロナ感染症によるチーム活動への影響はありましたか。また、どのようなチーム活動に影響しましたか。

☐ 影響があった ☐ 特に影響はなかった

影響があった場合、どのようなチーム活動に影響がありましたか (当てはまるもの全てに✓を入れてください：複数回答)

- ☐ 1 対象者の把握 ☐ 2 訪問支援 ☐ 3 チーム員会議の開催
☐ 4 チームに協力する医師（認知症サポート医等）との連携
☐ 5 かかりつけ医や担当ケアマネジャーとの連携 ☐ 6 医療・介護への引継
☐ 7 家族等の介護者への連絡 ☐ 8 家族等の介護者への支援 ☐ 9 その他

➡ 上記回答の具体的な内容

(「9その他」に限らず)

- ii) 新型コロナ感染症への対応として、どのような取り組み、工夫をされましたか・していますか

(当てはまるもの全てに✓を入れてください：複数回答)

- ☐ 1 訪問支援回数を減らした
☐ 2 訪問人数・時間(滞在)を減らした
☐ 3 新規対象者の受入れを休止・延期等とした
☐ 4 チーム員会議をオンライン（やりモート参加等）で実施した
☐ 5 チームに協力する医師（認知症サポート医等）やかかりつけ医等との連携をオンラインで実施した
☐ 6 家族等の介護者への連絡・支援をオンラインで実施した
☐ 7 その他

➡ 上記回答の具体的な内容

(「7その他」に限らず)

〈 アンケート質問は以上です。ご協力をありがとうございました。〉

認知症初期集中支援チームのチーム活動評価指標に関する調査

1. 市町村調査票

(1)自治体情報

①自治体名

複数市町村で設置している場合の
貴自治体以外の市町村名

②高齢者人口

人

- ※1 一部事務組合や広域連合等の場合は、その名称を記入して下さい。
- ※2 複数市町村でチームを設置している場合、貴自治体以外は右欄に記入して下さい。

- ※1 回答日の直近で把握されている 満65歳以上高齢者人口として下さい。
- ※2 一部事務組合や広域連合等、また、複数市町村で設置している場合、可能な範囲で
合計人数を回答頂ければ結構です。（不明な場合は空欄で結構です）
- ※3 ○○年○月現在、等の記入は不要です。

③設置チーム数

チーム

- ※1 回答日現在の設置チーム数をご回答下さい。
- ※2 対象者の状況に応じて稼働させる等の場合で、設置チーム数の回答が難しい場合には
空欄で結構です。
- ※3 「チーム調査票」の回答ファイル数と必ずしも一致する必要はありません。（チームの稼働
状況から、チーム調査票の回答が困難な場合等）

認知症初期集中支援チームのチーム活動評価指標に関する調査

2. チーム調査票

シート①（チーム自己評価）

※ 設問項目セルのコメント表示や下部の回答例のほか、シート③の「回答要領」もご参照ください。

(1)チーム情報

市町村名

チーム設置機関

チーム活動期間

調査期間中の
支援対象者数

チーム会議時間
(1か月の合計)

(実績)

(予定)

- ※1 チーム活動期間は、チーム設置から2019年10月までのおおその期間で選択して下さい。
- ※2 支援対象者数は、2019年4月～9月末までの期間に支援のあった対象者の人数
(2019年4月前に支援開始した対象者、9月末までに支援終了していないモニタリング未実施の対象者も含めて下さい)
- ※3 チーム員会議時間は、2019年9月に行ったチーム員会議のおおよその合計時間（時間単位）です。
(予定欄は、同月の元々の計画・予定の時間、週1回2時間の計画であれば 8時間となります)

(2)支援対象者情報（直近の支援終了者から最大20名まで）

- ※1 2019年4月～9月末までの期間に支援終了(引継)した対象者（把握日、初回訪問が2019年3月以前の対象者も含みます）
- ※2 DASC、DBD13 を実施していない場合には、空欄として下さい。(“0”や“-”を入力しないで下さい)
- ※3 認知症受診、サービス利用は、「受診あり・利用あり」の場合は“1”を、「ない・分らない」場合は“0”を入力して下さい。
(医療機関の変更やサービスの追加等の事情は加味しないで下さい)
- ※4 モニタリング実施は、支援終了後2か月以降にモニタリングを「実施した」場合は“1”を、「実施していない」場合は“0”を入力して下さい。
(回答時に、支援終了後 2か月未満の対象者については、“9”を入力して下さい)
- ※5 困難事例は、チーム(員)の主観的評価で「該当する」場合は“1”を、「該当しない」場合は“0”を入力して下さい。
- ※6 かかりつけ医連携は、対象者のかかりつけ医に支援・介入の連絡を「した」場合は“1”を、「しなかった」場合は“1”を入力して下さい。
(対象者に、かかりつけ医がない場合や不明の場合には、“9”を入力して下さい)

本年度回答から算出したチーム自己評価用のスコア

	対象者数 (年間)	初動 日数	支援 日数	DASC 変化	DBD13 変化	医/介 引継
H30年度 全国平均	13.4	19.84	108.84	2.31	0.98	0.76
チームの 自己評価	0					

№	① 把握日			② 【介入時】 初回訪問日				③ 【終了時】 支援終了日				④ モニタ リング 実施				⑤ 困難 事例 該当	⑥ かかり つけ医 連携	⑦ 初動 日数	⑧ 支援 日数	⑨ DASC 変化	⑩ DBD13 変化	⑪ 介入 引継
	年 (西暦)	月	日	年 (西暦)	月	日	②-1 DASC	②-2 DBD13	②-3 認知症 受診	②-4 サービス 利用	年 (西暦)	月	日	③-1 訪問支援 回数	DASC	DBD13	認知症 受診	サービス 利用				
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

令和2年度 厚生労働省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における
効果的な活動に関する調査研究事業
報告書**

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

令和3年3月
禁無断転載
