

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症初期集中支援チームの設置後の効果 に関する研究事業

報告書

平成 31 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

昨年度までに全市町村への設置が推進されてきた認知症初期集中支援チームについて、これまでの事業の中で、チーム員の養成、継続研修のためのグループワーク事例の提供、チーム活動実態の全国データの提供、チーム活動・運営のチェックリストの提示など、さまざまな支援を行ってきました。

各市町村、チームが、支援対象者数を増やしながら経験を積み、地域の認知症施策、とりわけ、認知症の人の早期診断・早期対応の仕組みの中で、重要な役割を担っていると思われます。ただ、一方で、地域の他の施策や仕組みとの関係性や、チーム員・認知症サポート医が活動に多くの時間を割くことができない現状等によって、チーム活動に濃淡が出てきているとの声も聞かれます。また、チーム活動の効果を把握・実感することも難しいと言われています。

そこで、昨年度からの継続的な検討を経て、本年度事業においては、チーム活動の評価指標を策定し、その有用性を検証することを大きな柱として、アンケート調査やデータ分析・検討を行いました。チームが置かれているさまざま環境、条件に鑑みれば、一概に、支援対象者数の下限や、訪問支援や会議の回数上限等を示すことは实际的ではなく、多角的な検討を重ねた結果、全国のチームの客観的な状況を示した上での相対評価（自己評価）によって、チームが強化すべき点やその方法をそれぞれの市町村やチームが検討して頂くのが適当と考えました。

報告書において示した評価指標から、ご自身のチームの状況を客観的に把握され、今後のチーム活動の充実等にお役立て頂けましたら幸いに存じます。

なお、チーム活動の質的・量的な実態把握については、上記に並行して継続的に実施し、同じく本編に収載しております。併せて、ご参照頂ければと思います。

さいごに、本年度、評価指標作成にかか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ご提供、ヒアリング調査へ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。

平成 31 年 3 月

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業

委員会委員長 鷺見 幸彦

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業

〈目次〉

I 事業概要	1
II 認知症初期集中支援チーム活動の評価指標	4
1. 調査実施概要	6
2. データ概要（分析データの単純集計結果）	7
3. 評価指標分析	11
3-1 アンケート調査項目の関係性にかかる分析	
3-2 評価指標	
3-3 チーム属性別の評価指標	
III 認知症初期集中支援チーム活動の状況	28
1. 早期発見・対応の取り組み ～ヒアリング調査を中心に	28
2. チーム活動状況（H30.1～12）～実績報告用プログラムより	33
3. 継続的な研修によるチーム力の向上	69
IV 考 察	70
[資料編]	73
▶ 支援対象者の把握・早期発見にかかる取り組みについて ～ 評価指標作成のためのチーム状況把握アンケート(記述回答)より ～	
▶ 評価指標作成のためのチーム状況把握アンケート調査票（市町村票・チーム票）	

I 事業概要

1. 事業名

認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業

2. 事業目的

認知症の早期診断、早期対応の体制整備を促進するため、平成 30 年 4 月にはすべての市町村に認知症初期集中支援チームが設置される予定である。

今後、より効果的なチームの活動を推進していくため、全市町村でのチーム活動に関する実績調査を行い、チームのアウトカム指標の検討やチーム設置後の効果検証を行う。また、効果的又は先進的な自治体の取組について、事例等情報収集を行う。

3. 事業実施期間

平成 30 年 6 月 7 日（内示日）から 平成 31 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容

平成 30 年 4 月までに各市町村に設置された認知症初期集中支援チームについて、①設置されたチームの運用状況の把握、②チームの評価尺度の有用性の検証・更なる検討、③チームの継続的な研修によるチーム力の向上 を中心に事業を実施する。

4-1 事業の具体的な内容

以下、前述した①～③について、具体的な検討・実施内容を整理する。

① 設置されたチームの運用状況の把握

全国に設置されたチームの運用状況について、自治体の早期対応等の仕組みの中心となって、または、連動・協働して活動しているチームの活動内容にかかる情報収集（ヒアリング調査）と、例年同様の活動実績報告用プログラムを用いた活動実績のデータ分析を通じて、現状の把握を行う。

② チームの評価尺度の有用性の検証・更なる検討

チーム活動についての活動指標について、実際の、かつ、現場での利活用を視野を踏まえた方法論を検討し、そのために必要な情報収集（アンケート調査等）を実施する。評価の指標となる基準について、どのような形で示していくかを委員会等で十分な検討を行う。

③ チームの継続的な研修によるチーム力の向上

チーム員の入れ替えやチームの増設置等に伴い、一定の受講希望があるチーム員研修の内容や教材の充実、チーム内等での伝達研修の支援等、設置後のチーム力の向上について検討する。

4-2 委員会体制および開催状況

[委員]

1	鷲見 幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長
2	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター	研究部長
3	江澤 和彦	公益社団法人日本医師会	常任理事
4	加藤 裕子	名古屋市療養サービス事業団 包括支援課	課長
5	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
6	高橋 裕子	世田谷区 高齢福祉部介護予防・地域支援課	課長
7	武田 章敬	国立長寿医療研究センター 医療安全推進部	部長
8	吉田 知可	大分県西部保健所 地域保健課疾病対策班	主幹

〈データ解析等〉 環太平洋大学 次世代教育学部 村田 久 教授

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

〈事務局〉 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〈調査業務等支援〉 合同会社 HAM 人・社会研究所

[会議]

第1回 委員会

日時 平成30年7月20日（金）

- 議事
- 1 事業概要・計画案について
 - 2 チーム活動の評価尺度検証アンケートについて

〈評価指標アンケート 小会議〉

日時 平成30年12月27日（木）

第2回 委員会

日時 平成31年1月8日（火）

- 議事
- 1 チーム活動の評価指標アンケートについて（中間報告）
 - 2 チーム活動事例の収集について（中間報告）
 - 3 その他 ご意見交換

〈評価指標アンケート 小会議〉

日時 平成31年3月18日（月）

4-3 事業スケジュール

委員会、テキスト改訂等の事業は、概ね以下のスケジュールで進出した。

図表 事業スケジュール（交付申請書面を更新）

	平成 30 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 ● 評価指標策定の検討・アンケートの設計					
	10 月	11 月	12 月	平成 31 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	評価指標アンケートの実査 ◆ ● ◆ 集計・データ分析・指標案作成 チーム活動事例の収集、とりまとめ 報告書作成・配布					

Ⅱ 認知症初期集中支援チーム活動の評価指標

- ◎本事業の前身となる平成 29 年度事業において、全市町村に設置された認知症初期集中支援チームが機能充実していくため、また、活動の質的・量的な水準を維持するために、一定の活動・運営の指標（目標）設定が必要、との課題整理があった。
- ◎もっとも、より客観的、かつ、各チームが活動の基準としうる分かり易い指標とするためには、直近のチーム活動の実態を踏まえ、また、チームの置かれた環境も可能な範囲で考慮することが必要と考えた。
- ◎そこで、チーム属性や具体的な活動の他、設置されている市町村の情報や実際にチームが支援した対象者の情報を含めて、実態を把握するアンケート調査を計画した。
- ◎実査検討過程においては、いわゆる理想のチーム活動像を目標値とすることは、様々な環境において活動しているチームに全てに利活用して頂くことは難しく、現時点の全国状況について一定の項目で整理・明示することで、各チームが相対的な位置付けを把握し、そこから目標設定するような形が望ましいとされた。
- ◎具体的には、チーム活動の実態を把握するために必要な情報について、①設置等環境、②チーム属性、③チーム活動、④支援対象者(の情報)の 4 分野とし、それらを収集するため、チーム設置主体である①市町村向け（①の情報を収集）、活動主体である②チーム向け（②③④の情報を収集）にそれぞれアンケート調査を実施した。

図表① 必要なデータと実査計画（基礎情報収集の方法）



- ◎調査回答として得られた情報は、チームとしての評価指標の作成のため、チーム単位に集約することで
 - どのような市町村に設置されたチームか
 - どのような基本属性のチームか

●どのような活動をしたチームか（チーム固有の活動の情報と個別支援の集の合体としての情報）を明らかにする。

◎チーム活動の評価を、活動量の面、機動性の面、効果の面、目標達成の面から指標化することを仮説として、調査項目を設定した。4つの側面と調査項目の関係は以下の通りである。

図表② 主な調査項目

調査票	調査項目	分析項目(4つの側面)
①市町村票	高齢者人数、認知症高齢者数 認知症施策の取り組み状況	チーム属性 チーム属性
②チーム票	チーム設置機関 チーム設置時期 H30.4～9の支援対象者数	チーム属性 チーム属性 活動量の面
(対象者情報)	介入時のアセスメント(DASC、DBD13、J-ZBI_8) 介入時の状況(診断・受診・サービス利用) 把握日付、初回訪問日付、支援終了日付 終了時のアセスメント(DASC、DBD13、J-ZBI_8) 終了時の状況(診断・受診・サービス利用、転帰)	効果の面 目標達成の面 起動性の面 効果の面 目標達成の面

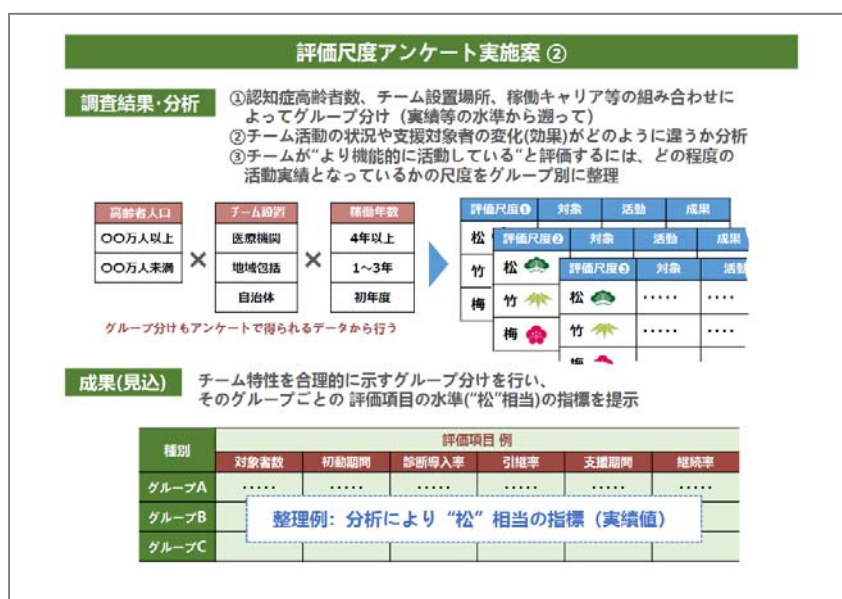
◎データ分析により、全体のチーム活動の実態を4つの面で整理するとともに、様々な環境・条件下で設置されているチームの属性別にさらに区分することで、相対的評価の基準として、

▶4つの分野について、全体のチーム活動はどのような状況か

▶チームの属性別では、どのような状況であり、どのような特徴があるか

を明らかにし、全体およびチーム属性別のチーム活動の評価指標を示すことを目指した。

図表③ データ分析の方法と成果の見込



1 調査実施概要

(1) 調査対象

全国 1,741 市区町村 および 設置チーム（支援対象者情報(最大 10 名)を含む)

(2) 調査方法

郵送アンケート方式

- ▶ 市区町村に調査票（市町村票およびチーム票）を郵送配布
- ▶ 市区町村より、設置チームにチーム票を現地配布
- ▶ チーム票は市区町村により取りまとめ後に、郵送回答（市区町村票とは別回収）

(3) 調査時期

平成 30 年 10 月中旬～ 11 月 16 日（回答期日）

(4) 回答状況

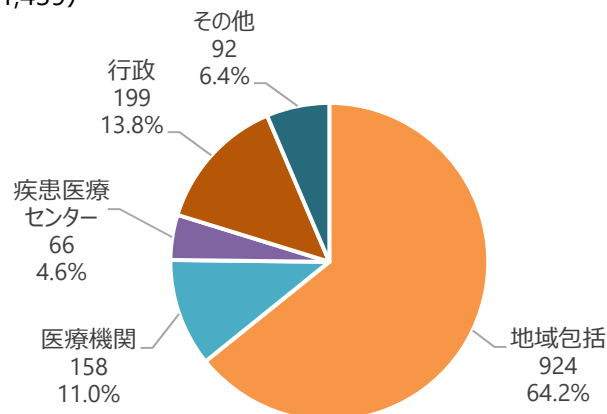
- ①市町村票 1,084 票（回収率 62.3%）
- ②チーム票 1,466 票（支援対象者データ 4,581 レコード）

2 データ概要（分析データの単純集計結果）

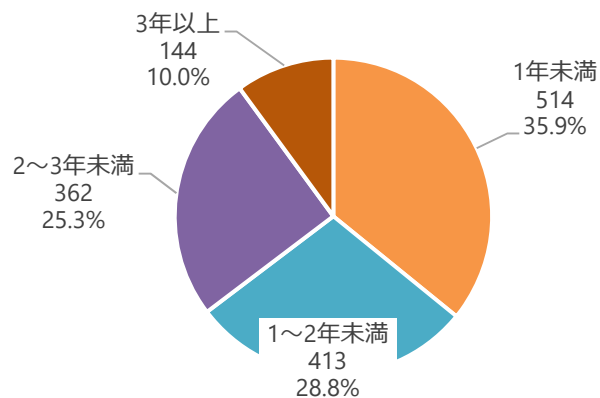
調査計画に示した評価指標作成に向けたデータ解析の前段として、回収されたチーム票（チーム情報および対象者情報）について、単純集計結果として概要を以下に整理する。

2-1 チーム票（チーム情報）

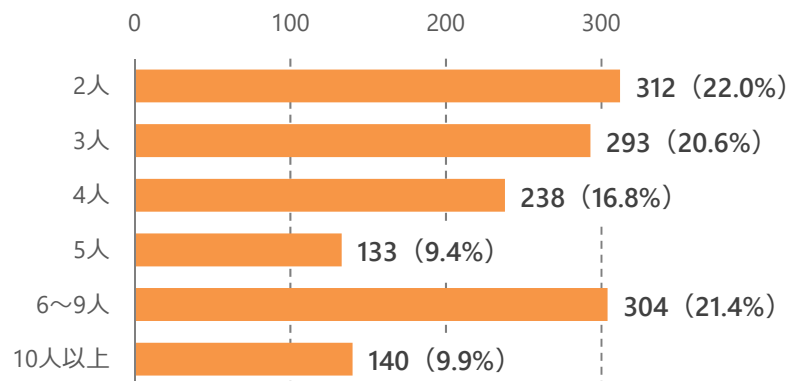
(1) チーム設置機関（n1,439）



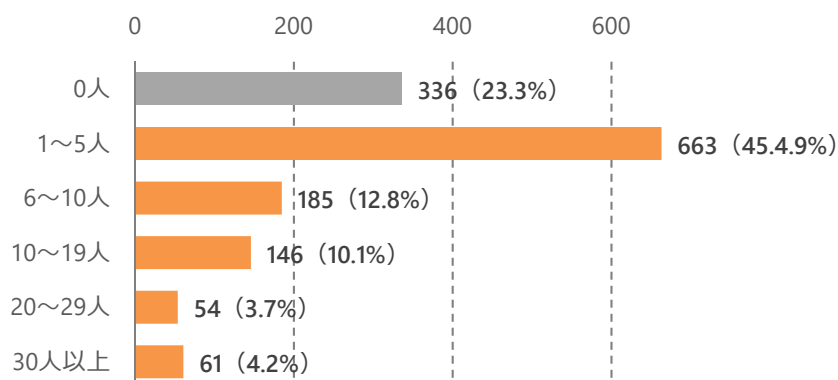
(2) チーム設置時期（n1,433）



(3) チーム員人数（n1,420）

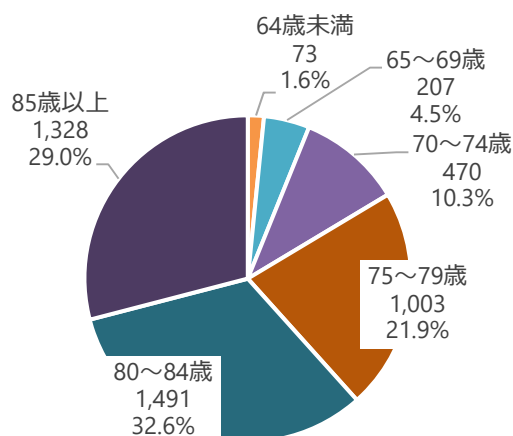


(4) 支援対象者数（H30.4～9；6ヵ月間、引継前の対象者を含む）（n1,441）

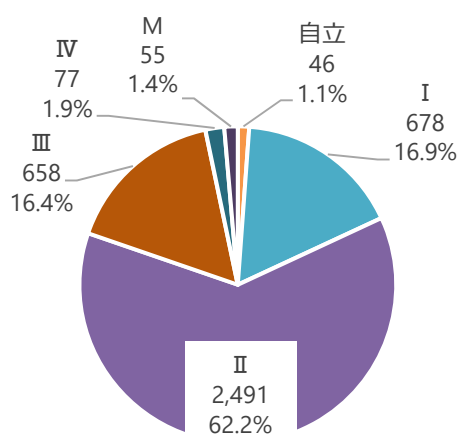


2-2 チーム票（支援対象者情報）

(1) 年齢階級別の対象者数（n4,572）

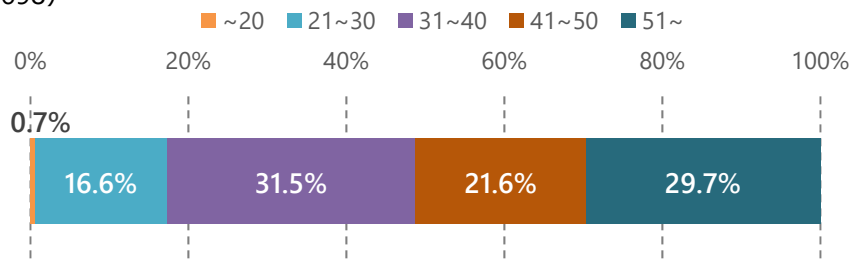


(2) 介入時の認知症自立度（n4,005）

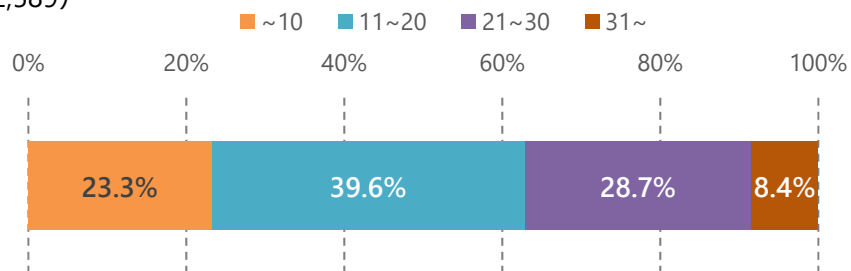


(3) 介入時のアセスメント

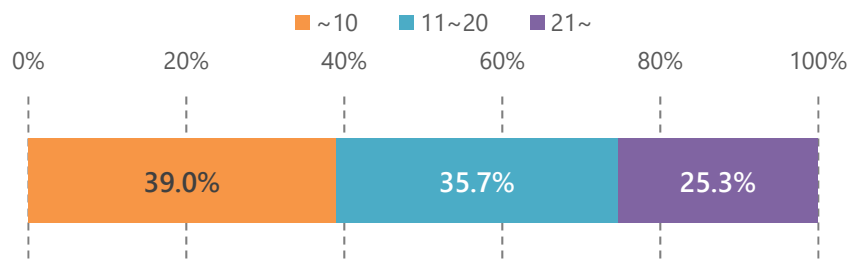
DASC (n3,698)



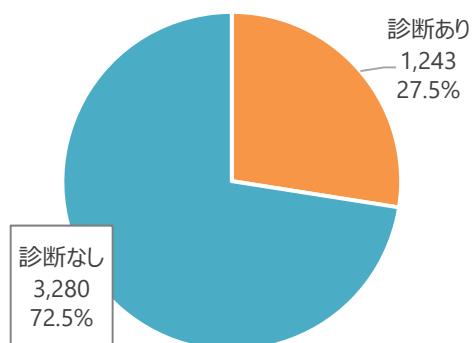
DBD13 (n2,589)



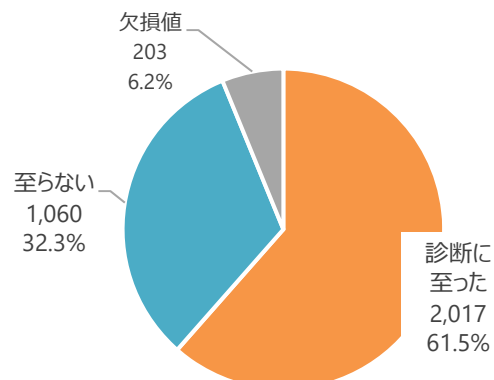
J-ZBI_8 (n2,181)



(4) 介入時の認知症診断の有無 (n4,523)

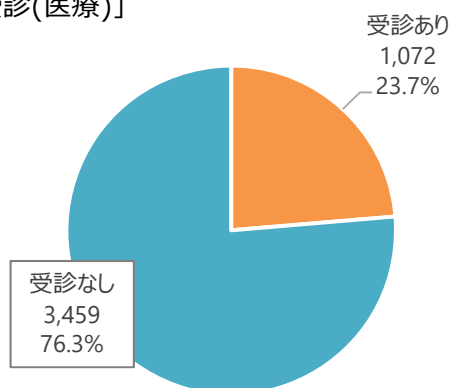


終了時の診断状況
(診断なし n3,280)

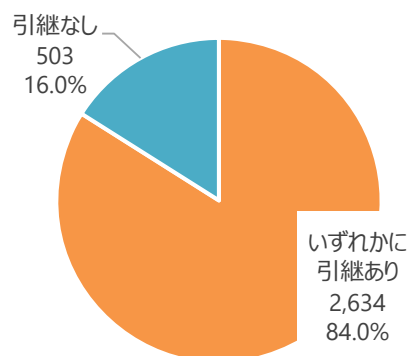


(5) 介入時の受診・サービス利用の有無 (n4,531／n4,519)

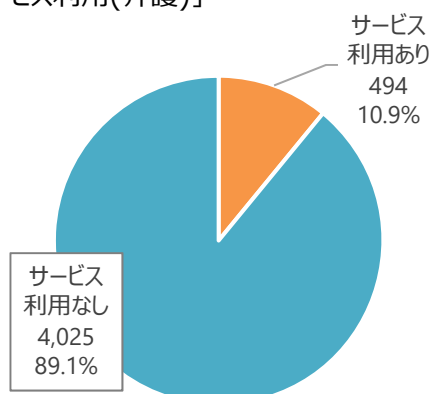
[受診(医療)]



終了時の医療・介護導入状況
(受診なし・利用なし n3,137)



[サービス利用(介護)]



3 評価指標分析

3-1 アンケート調査項目の関係性にかかる総合分析

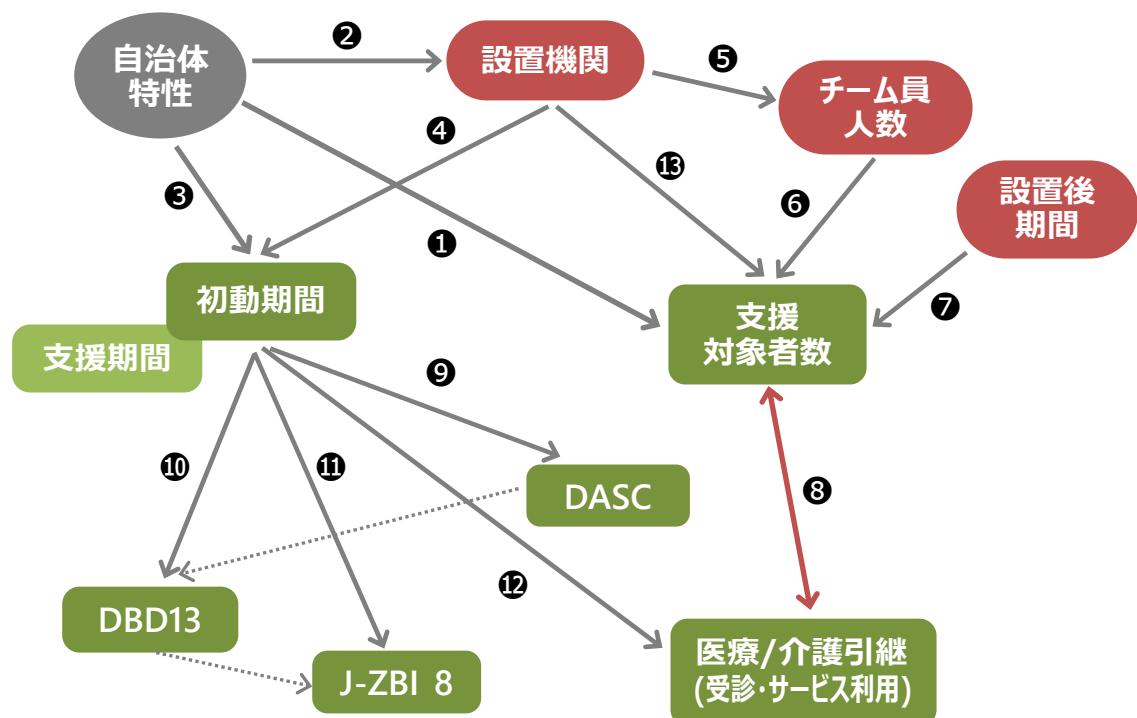
「2 データ概要」で示したデータを使用し、本章冒頭で示した調査計画（仮説）に沿って、データ分析、評価指標の作成を試行した。

まず、アンケート調査の項目について、チーム活動状況をよりよく示すことができる（指標となりうる）項目、また、それらについて、チームの属性や環境がどの程度影響を与えているか（違いがみられるか）を把握するため、アンケート調査で得られた情報について、「チーム属性としての自治体特性」、「チーム属性を現すチーム情報」、「評価指標として想定したチーム活動を示す項目」に分類の上、それらの関係性・影響度を分析した。

図表④ アンケート調査によって得られる情報（項目）

チームの属性としての自治体特性（3つ）	評価指標として設定した項目（7つ）
①高齢者人口	①支援対象者数（活動の面）
②保険者機能評価(認知症関連)	②-1 把握から初回訪問までの期間（機動性、対応の面）
③早期対応の仕組み	-2 初回訪問から引継までの期間（機動性、対応の面）
チーム属性を現すチーム情報（3つ）	③-1 DASC の介入時と終了時のスコア差（効果の面）
①チーム設置機関	-2 DBD13 の介入時と終了時のスコア差（効果の面）
②設置後の期間	-3 J-ZBI_8 の介入時と終了時のスコア差（効果の面）
③チーム員人数	④医療・介護への引継（目標達成の面）

図表⑤ 項目の関係略図



①自治体特性 → 支援対象者数

自治体特性のうち、満 65 歳以上の高齢者人数、認知症高齢者数は、チームの支援対象者数と高い相関を示した。

		高齢者人数 (満65歳以上)	認知症高齢者数	支援対象者数
高齢者人数 (満65歳以上)	Pearson の相関係数	1	.984(**)	.388(**)
	有意確率 (両側)		.000	.000
	N	1413	1200	1394
認知症高齢者数	Pearson の相関係数	.984(**)	1	.377(**)
	有意確率 (両側)	.000		.000
	N	1200	1201	1189
支援対象者数	Pearson の相関係数	.388(**)	.377(**)	1
	有意確率 (両側)	.000	.000	
	N	1394	1189	1445

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

②自治体特性 → チーム設置機関

チーム設置機関の種類と担当地域の満 65 歳以上の高齢者人数には一定の傾向があり、医療機関、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターの順に高齢者人数が多かった。

チーム設置機関	平均値	度数	標準偏差
地域包括支援センター	71446.55	903	150975.683
医療機関	76394.41	138	96276.545
認知症疾患医療センター	62493.58	62	63715.498
行政	44557.56	196	61149.366
その他	58100.56	89	68979.629
合計	66885.81	1388	129783.551

③自治体特性 → 初動期間

自治体特性のうち、満 65 歳以上の高齢者人数が多いほど、初動期間（把握から初回訪問までの日数）が短い傾向がみられた。

初動期間（把握～初回訪問）	平均値	度数	標準偏差
期間が短い方から上位 1/3	94542.15	310	179577.861
同 中位 1/3	82424.60	300	145185.139
同 下位 1/3	75294.96	301	118815.488
合計	84192.35	911	150312.288

④チーム設置機関 → 初動期間

チーム設置機関の種類によって、初動期間（把握から初回訪問までの日数）は異なる。地域包括支援センターのチームでは、初動期間の全体の上位 1/3 に含まれるチームが約 4 割であったが、医療機関のチームは約 2 割にとどまっていた。

			初動期間			合計
			全体の 上位1/3	全体の 中位1/3	全体の 下位1/3	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	217	162	190	569
		チーム設置機関 の %	38.1%	28.5%	33.4%	100.0%
	医療機関	度数	28	55	42	125
		チーム設置機関 の %	22.4%	44.0%	33.6%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	13	24	16	53
		チーム設置機関 の %	24.5%	45.3%	30.2%	100.0%
	行政	度数	38	43	41	122
		チーム設置機関 の %	31.1%	35.2%	33.6%	100.0%
	その他	度数	16	28	23	67
		チーム設置機関 の %	23.9%	41.8%	34.3%	100.0%
合計		度数	312	312	312	936
		チーム設置機関 の %	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

⑤チーム設置機関 → チーム員人数

チーム設置機関の種類とチーム員人数には一定の傾向がみられ、行政、医療機関、地域包括支援センターの順にチーム員数が多くなっていた。

チーム設置機関	平均値	度数	標準偏差
地域包括支援センター	5.02	914	4.778
医療機関	6.05	157	5.396
認知症疾患医療センター	6.03	62	4.648
行政	7.90	196	15.661
その他	5.48	92	5.488
合計	5.61	1421	7.443

⑥チーム員人数 → 支援対象者数

チーム員人数の規模によって、支援対象者数は異なり、チーム員人数が多いほど、支援対象者数が多くなる関係にあった。

⑦設置後期間 → 支援対象者数

設置後期間を概ね 1 年単位の 3 区分として、支援対象者数をみると、設置後期間が長いチームの方が、支援対象者数が多くなる関係がみられた。（支援対象者数の全体の上位 1/3 に含まれるチームが、設置後期間約 2 年以上のチームでは 5 割であった）

			支援対象者数			合計
			全体の 上位1/3	全体の 中位1/3	全体の 下位1/3	
設置後 日数	約1年未満	度数	77	144	254	475
		設置後日数の %	16.2%	30.3%	53.5%	100.0%
	約1～2年	度数	156	174	202	532
		設置後日数の %	29.3%	32.7%	38.0%	100.0%
	約2年以上	度数	208	112	96	416
		設置後日数の %	50.0%	26.9%	23.1%	100.0%
合計	度数		441	430	441	552
	Q3_1設置後日数の %		31.0%	30.2%	31.0%	38.8%

⑧支援対象者数 ⇔ 医療・介護引継

支援対象者数と医療・介護引継については、医療・介護引継率（未利用者が受診・サービス利用につながった割合）が中位のチームで、支援対象者数が多い（全体の上位 1/3 が占める割合が高い）傾向がみられた。医療・介護引継が低位であれば、新たな支援対象者にあたる機会も減るといった作用も推測され、単純な正の相関とはならなかった。

			支援対象者数			合計
			全体の 上位1/3	全体の 中位1/3	全体の 下位1/3	
医療・介護 引継	引継率 低位	度数	102	97	42	241
		医療・介護引継 の %	42.3%	40.2%	17.4%	100.0%
	引継率 中位	度数	145	62	11	218
		医療・介護引継 の %	66.5%	28.4%	5.0%	100.0%
	引継率 高位	度数	153	154	109	416
		医療・介護引継 の %	36.8%	37.0%	26.2%	100.0%
合計	度数		400	313	162	875
	医療・介護引継 の %		45.7%	35.8%	18.5%	100.0%

⑨⑩⑪初動期間 → DASC、DBD13、J-ZBI_8

初動期間とアセスメント結果（DASC、DBD13、J-ZBI_8）については、それぞれの分散分析の結果より、初動期間が短い方が、アセスメント結果が良くなる関係がみられた。

※支援期間（初回訪問から支援終了までの日数）については、初動期間と分散分析（日数を独立変数、DASC、DBD13、J-ZBI_8 等のアセスメントを従属変数）を行った結果、初動期間が全て 5% 水準で有意となり、評価指標を検討する上で初動期間を選択することが適当と判断した。

⑫初動期間 → 医療・介護引継

初動期間と医療・介護引継について、医療・介護引継率が高位のチームは、初動期間が短い（全体の上位 1/3 が占める割合が高い）という関係性が認められた。

			初動期間			合計
			全体の 上位1/3	全体の 中位1/3	全体の 下位1/3	
医療・介護 引継	引継率 低位	度数	67	73	98	238
		医療・介護引継 の %	28.2%	30.7%	41.2%	100.0%
	引継率 中位	度数	63	77	73	213
		医療・介護引継 の %	29.6%	36.2%	34.3%	100.0%
	引継率 高位	度数	147	134	126	407
		医療・介護引継 の %	36.1%	32.9%	31.0%	100.0%
合計		度数	277	284	297	858
		医療・介護引継 の %	32.3%	33.1%	34.6%	100.0%

これらの各項目の関係性・影響の全体分析を踏まえて、各チームが全体状況から相対的な位置付けを確認するための評価指標としては、チーム活動量を示す「①支援対象者数」、チームの機動性・対応力を示す「②初動期間」、チーム活動の効果を示す「③J-ZBI_8 スコアの変化」、チーム活動の目標達成を示す「④医療・介護引継」を項目として整理することとした。

また、評価指標について、チーム活動に関係がある（影響を及ぼす）属性や条件を考慮して、①チーム設置機関、②設置後期間、③チーム員人数の 3 種類でより实际的に示すこととした。

3-2 評価指標

①～④の評価指標について、チームの属性に関わらない全体状況を示した上で（3-2）、各チームの自己評価の考え方を説明する。（㊦～㊨のチーム属性別の評価指標は3-3で整理）

自チームの自己評価を評価指標（全国の状況 ないし、チーム属性別の状況）にあてはめることで、相対的な位置付けを確認し、今後、チーム活動を充実させるために強化すべき点、工夫・改善の余地がある点等の検討の基礎資料として頂きたい。

① 支援対象者数（活動量の面）

▷1 チームあたり支援対象者数について、アンケート回答の 1,445 チームを上位 1/3、中位 1/3、下位 1/3 にグループ化し、それぞれの平均値を示す。（上位 1/3 を“松”、中位 1/3 を“竹”、下位 1/3 を“梅”とする）

▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、年間の支援対象者数の平均が 36.5 人となる。

▶あてはめ：自チームの年間の支援対象者数（終了前の対象者を含む）を算出し、相対的な位置付けを確認する（自チームの活動量は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

【全体のグループ分けと平均値】

支援対象者数	平均値	度数	標準偏差
松	36.50	445	42.236
竹	6.14	431	2.126
梅	0.82	569	0.984
合計	13.40	1,445	14.078

②-1 初動期間；把握～初回訪問日数（機動性・対応の面）

▷初動期間について、951 チームを 上位 1/3(松)、中位 1/3(竹)、下位 1/3(梅)にグループ化

▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、初動期間（把握から初回訪問まで）日数の平均が 4.3 日となる。

▶あてはめ：チームの支援対象者への初動期間の平均値を算出して、相対的な位置付けを確認する。

（把握から数年が経過している場合など、特別なケースを除いて計算することもありうる）

【全体のグループ分けと平均値】

初動日数	平均値	度数	標準偏差
松	4.314	317	2.6629
竹	13.706	317	3.2162
梅	41.487	317	21.3537
合計	19.836	951	20.1697

③-3 介入時と終了時の J-ZBI_8 スコア差（効果の面）

▷J-ZBI_8 スコアの差（終了時スコアから介入時スコアを差し引く）を 340 チームの 上位 1/3(松)、中位 1/3(竹)、下位 1/3(梅)にカテゴリ化

▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、介入時と終了時の J-ZBI_8 スコアの差（両時点でアセスメントができていない対象者のスコアの差）の平均が-8.28となる。

▶あてはめ：自チームの支援対象者の J-ZBI_8 スコア差の平均値を算出し、相対的な位置付けを確認する。

（介入時や終了時に何らかの理由で J-ZBI_8 を用いたアセスメントを実施せず、両時点のスコアが揃わない対象者を除いて計算することもありうる）

【全体のグループ分けと平均値】

J-ZBI_8スコア	平均値	度数	標準偏差
松	-8.28	113	4.691
竹	-1.63	113	.869
梅	2.80	114	3.960
合計	-2.35	340	5.792

④ 受診(医療)・介護サービスへの引継（目標達成の面）

▷医療・介護への引継について、879 チームを 上位 1/3(松)、中位 1/3(竹)、下位 1/3(梅)にカテゴリ化

▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、介入時と終了時の受診・介護サービス利用の変化（介入時に未受診・未利用の対象者が終了時に受診・利用に至ったかの変化）の平均が 1.00 となる。

▶あてはめ：自チームの支援対象者の介入時と終了時の受診・介護サービス利用の変化の平均値を算出

し、相対的な位置付けを確認する。対象者ごとの変化(数値化)の考え方は以下の通りとなる。

（より本人にあった医療機関・事業所への変更など、下記の考え方にあてはまらない場合には、適宜対象者ごとの評価を修正することもありうる）

介入時			終了時	対象者ごとの 変化(数値化)
医療(受診)	介護(サービス利用)			
×	×	➡	××のまま	0
○	×	➡	○が1つのまま (××を含む)	
×	○	➡	○が1つまたは2つ	
×	×	➡	○が2つ	1
○	×	➡		
×	○	➡		

【全体のグループ分けと平均値】

医療/介護引継	平均値	度数	標準偏差
松	1.00	419	0.00000
竹	0.77	248	0.08523
梅	0.34	242	0.23125
合計	0.76	879	0.30381

3-2 補 その他の評価指標

項目間の全体分析において、評価指標として選択しないこととした、「支援期間」、「DASC」、「DBD13」の3項目について、前述の4項目と同様に、1/3 ずつのグループ化、平均値算出を行った。以下、参考までに示す。

②-2 支援期間；初回訪問～支援終了(引継)日数（機動性・対応の面）

▷支援期間について、905 チームを 上位 1/3(松)、中位 1/3(竹)、下位 1/3(梅)にカテゴリ化

▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、支援期間（初回訪問から支援終了(医療・介護いずれかへの引継)まで）日数の平均が 58.5 日となる。

▶あてはめ：チームの支援対象者についての支援期間の平均値を算出し、相対的な位置付けを確認する。

（支援途中で死亡、入院した場合、困難事例等の理由で支援が数年に亘っている場合など、特別なケースを除いて計算することもありうる）

【全体のグループ分けと平均値】

支援日数	平均値	度数	標準偏差
松	58.4956	302	23.30476
竹	109.5316	302	11.89885
梅	158.6657	301	17.50002
合計	108.8426	905	44.75615

③-1 介入時と終了時の DASC スコア差（効果の面）

▷DASC スコアの差について、423 チームを 上位 1/3(松)、中位 1/3(竹)、下位 1/3(梅)にカテゴリ化]

▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、介入時と終了時の DASC スコアの差（両時点でアセスメントができていない対象者のスコアの差(終了時スコアから介入時スコアを差し引く) の平均が-4.70 となる。

▶あてはめ：自チームの支援対象者の DASC スコア差の平均値を算出し、相対的な位置付けを確認する。

（介入時や終了時に何らかの理由で DASC を用いたアセスメントを実施せず、両時点のスコアが揃わない対象者を除いて計算することもありうる）

【全体のグループ分けと平均値】

DASCスコア	平均値	度数	標準偏差
松	-4.70	100	8.262
竹	1.30	182	1.155
梅	8.57	141	5.591
合計	2.31	423	7.221

③-2 介入時と終了時の DBD13 スコア差（効果の面）

▷DBD13 スコアの差について、348 チームを 上位 1/3(松)、中位 1/3(竹)、下位 1/3(梅)にカテゴリ化
▷松グループ(全国の上位 1/3)であれば、介入時と終了時の DBD13 スコアの差（両時点でアセスメントができていない対象者のスコアの差(終了時スコアから介入時スコアを差し引く) の平均が-6.34 となる。

▶あてはめ：自チームの支援対象者のDBD13スコア差の平均値を算出し、相対的な位置付けを確認する。
（介入時や終了時に何らかの理由で DBD13 を用いたアセスメントを実施せず、両時点のスコアが揃わない対象者を除いて計算することもありうる）

【全体のグループ分けと平均値】

DBD13スコア	平均値	度数	標準偏差
松	-6.34	107	4.011
竹	-0.83	125	.712
梅	3.80	116	4.044
合計	0.98	348	5.201

3-3 チーム属性別の評価指標

3-2 で示した評価指標について、チーム活動に関係がある（影響を及ぼす）属性や条件を考慮して、①チーム設置機関、②設置後期間、③チーム員人数の3種類でより实际的に示すこととした。

それぞれを、クロス集計表の形式で示しているが、チームの自己評価のあてはめ方について、評価指標①の**支援対象者数**、チーム属性②の**設置後期間**の表を用いて補足説明する。

- 1) 自チームの支援対象者数を算出する（16p.以降の各指標“▶あてはめ”部分を参照）
- 2) 評価指標の全体平均値は、④に表示されている
- 3) 左軸下段にある**設置後期間「2年以上」**では、属性分けする前の全体で“松”グループ（上位 1/3）となったチームが 50.0%、“竹”グループのチームが 26.9%、“梅”グループのチームが 23.1% となったことを⑤で示している。
- 4) 自チームの設置後期間が2年程度の場合、全体の評価指標で“松”の水準（上位 1/3）であっても、属性別でみると 5 割のチームが“松”であるため、平均点より少し上位、というチームの位置付けが確認できる。
- 5) 反対に、設置後期間「1 年未満」のチームであれば、全体で“梅”の位置付けであったとしても、属性別では 53.5%が“梅”であるため、現状で相対的に下位である訳ではない点を確認できる。

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			支援対象者数			合計
			松 36.5	竹 6.2	梅 0.8	
設置後 期間	1年未満	度数	77	144	254	475
		設置後期間の%	16.2%	30.3%	53.5%	100.0%
	1～2年程度	度数	156	174	202	532
		設置後期間の%	29.3%	32.7%	38.0%	100.0%
	2年以上	度数	208	112	96	416
		設置後期間の%	50.0%	26.9%	23.1%	100.0%
合計	度数		441	430	552	1423
	設置後期間の%		31.0%	30.2%	38.8%	100.0%

① 支援対象者数（活動量の面）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			支援対象者数			合計
			松 36.5	竹 6.2	梅 0.8	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	233	282	405	920
		チーム設置機関の%	25.3%	30.7%	44.0%	100.0%
	医療機関	度数	76	40	39	155
		チーム設置機関の%	49.0%	25.8%	25.2%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	23	23	17	63
		チーム設置機関の%	36.5%	36.5%	27.0%	100.0%
	行政	度数	76	42	79	197
		チーム設置機関の%	38.6%	21.3%	40.1%	100.0%
	その他	度数	33	40	19	92
		チーム設置機関の%	35.9%	43.5%	20.7%	100.0%
合計	度数	441	427	559	1427	
	チーム設置機関の%	30.9%	29.9%	39.2%	100.0%	

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			支援対象者数			合計
			松 36.5	竹 6.2	梅 0.8	
設置後 期間	1年未満	度数	77	144	254	475
		設置後期間の%	16.2%	30.3%	53.5%	100.0%
	1～2年程度	度数	156	174	202	532
		設置後期間の%	29.3%	32.7%	38.0%	100.0%
	2年以上	度数	208	112	96	416
		設置後期間の%	50.0%	26.9%	23.1%	100.0%
合計	度数	441	430	552	1423	
	設置後期間の%	31.0%	30.2%	38.8%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			支援対象者数			合計
			松 36.5	竹 6.2	梅 0.8	
チーム員 人数	2～3人	度数	163	169	289	621
		チーム員人数の%	26.2%	27.2%	46.5%	100.0%
	4～5人	度数	114	102	151	367
		チーム員人数の%	31.1%	27.8%	41.1%	100.0%
	6人以上	度数	162	155	126	443
		チーム員人数の%	36.6%	35.0%	28.4%	100.0%
合計	度数	439	426	566	1431	
	チーム員人数の%	30.7%	29.8%	39.6%	100.0%	

② 初動日数；把握～初回訪問日数（機動性・対応の面）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			初動日数			合計
			松 4.3	竹 13.7	梅 41.5	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	217	162	190	569
		チーム設置機関の%	38.1%	28.5%	33.4%	100.0%
	医療機関	度数	28	55	42	125
		チーム設置機関の%	22.4%	44.0%	33.6%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	13	24	16	53
		チーム設置機関の%	24.5%	45.3%	30.2%	100.0%
	行政	度数	38	43	41	122
		チーム設置機関の%	31.1%	35.2%	33.6%	100.0%
	その他	度数	16	28	23	67
		チーム設置機関の%	23.9%	41.8%	34.3%	100.0%
合計		度数	312	312	312	936
		チーム設置機関の%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			初動日数			合計
			松 4.3	竹 13.7	梅 41.5	
設置後 期間	1年未満	度数	86	63	57	206
		設置後期間の%	41.7%	30.6%	27.7%	100.0%
	1～2年程度	度数	117	140	133	390
		設置後期間の%	30.0%	35.9%	34.1%	100.0%
	2年以上	度数	110	110	125	345
		設置後期間の%	31.9%	31.9%	36.2%	100.0%
合計	度数	313	313	315	941	
	設置後期間の%	33.3%	33.3%	33.5%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			初動日数			合計
			松 4.3	竹 13.7	梅 41.5	
チーム員 人数	2～3人	度数	132	116	111	359
		チーム員人数の%	36.8%	32.3%	30.9%	100.0%
	4～5人	度数	95	75	80	250
		チーム員人数の%	38.0%	30.0%	32.0%	100.0%
	6人以上	度数	88	123	123	334
		チーム員人数の%	26.3%	36.8%	36.8%	100.0%
合計	度数	315	314	314	943	
	チーム員人数の%	33.4%	33.3%	33.3%	100.0%	

③ 介入時と終了時の J-ZBI_8 スコア差（効果の面）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			J-ZBI_8スコア			合計
			松 -8.3	竹 -1.6	梅 +2.8	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	56	68	69	193
		チーム設置機関の%	29.0%	35.2%	35.8%	100.0%
	医療機関	度数	21	13	12	46
		チーム設置機関の%	45.7%	28.3%	26.1%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	10	8	3	21
		チーム設置機関の%	47.6%	38.1%	14.3%	100.0%
	行政	度数	12	13	16	41
		チーム設置機関の%	29.3%	31.7%	39.0%	100.0%
	その他	度数	10	11	13	34
		チーム設置機関の%	29.4%	32.4%	38.2%	100.0%
合計	度数	113	113	109	335	
	チーム設置機関の%	33.7%	33.7%	32.5%	100.0%	

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			J-ZBI_8スコア			合計
			松 -8.3	竹 -1.6	梅 +2.8	
設置後 期間	1年未満	度数	22	9	20	51
		設置後期間の%	43.1%	17.6%	39.2%	100.0%
	1～2年程度	度数	48	46	41	135
		設置後期間の%	35.6%	34.1%	30.4%	100.0%
	2年以上	度数	43	58	53	154
		設置後期間の%	27.9%	37.7%	34.4%	100.0%
合計	度数	113	113	114	340	
	設置後期間の%	33.2%	33.2%	33.5%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			J-ZBI_8スコア			合計
			松 -8.3	竹 -1.6	梅 +2.8	
チーム員 人数	2～3人	度数	35	39	45	119
		チーム員人数の%	29.4%	32.8%	37.8%	100.0%
	4～5人	度数	36	30	32	98
		チーム員人数の%	36.7%	30.6%	32.7%	100.0%
	6人以上	度数	42	41	37	120
		チーム員人数の%	35.0%	34.2%	30.8%	100.0%
合計	度数	113	110	114	337	
	チーム員人数の%	33.5%	32.6%	33.8%	100.0%	

④医療/介護への引継（未利用者の受診・介護サービスへの引継）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			医療/介護引継			合計
			松 1.00	竹 0.77	梅 0.34	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	258	120	138	516
		チーム設置機関の%	50.0%	23.3%	26.7%	100.0%
	医療機関	度数	52	32	34	118
		チーム設置機関の%	44.1%	27.1%	28.8%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	22	18	12	52
		チーム設置機関の%	42.3%	34.6%	23.1%	100.0%
	行政	度数	57	24	31	112
		チーム設置機関の%	50.9%	21.4%	27.7%	100.0%
	その他	度数	24	21	24	69
		チーム設置機関の%	34.8%	30.4%	34.8%	100.0%
合計		度数	413	215	239	867
		チーム設置機関の%	47.6%	24.8%	27.6%	100.0%

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			医療/介護引継			合計
			松 1.00	竹 0.77	梅 0.34	
設置後 期間	1年未満	度数	107	18	50	175
		設置後期間の%	61.1%	10.3%	28.6%	100.0%
	1～2年程度	度数	173	91	102	366
		設置後期間の%	47.3%	24.9%	27.9%	100.0%
	2年以上	度数	133	108	89	330
		設置後期間の%	40.3%	32.7%	27.0%	100.0%
合計	度数	413	217	241	871	
	設置後期間の%	47.4%	24.9%	27.7%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			医療/介護引継			合計
			松 1.00	竹 0.77	梅 0.34	
チーム員 人数	2～3人	度数	155	74	95	324
		チーム員人数の%	47.8%	22.8%	29.3%	100.0%
	4～5人	度数	114	70	52	236
		チーム員人数の%	48.3%	29.7%	22.0%	100.0%
	6人以上	度数	149	70	92	311
		チーム員人数の%	47.9%	22.5%	29.6%	100.0%
合計	度数	418	214	239	871	
	チーム員人数の%	48.0%	24.6%	27.4%	100.0%	

②補 支援日数；初回訪問～支援終了(引継)日数（機動性・対応の面）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			支援日数			合計
			松 58.5	竹 109.5	梅 158.7	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	173	165	202	540
		チーム設置機関の%	32.0%	30.6%	37.4%	100.0%
	医療機関	度数	45	40	37	122
		チーム設置機関の%	36.9%	32.8%	30.3%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	15	18	16	49
		チーム設置機関の%	30.6%	36.7%	32.7%	100.0%
	行政	度数	44	47	26	117
		チーム設置機関の%	37.6%	40.2%	22.2%	100.0%
	その他	度数	20	27	17	64
		チーム設置機関の%	31.3%	42.2%	26.6%	100.0%
合計	度数	297	297	298	892	
	チーム設置機関の%	33.3%	33.3%	33.4%	100.0%	

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			支援日数			合計
			松 58.5	竹 109.5	梅 158.7	
設置後 期間	1年未満	度数	89	55	35	179
		設置後期間の%	49.7%	30.7%	19.6%	100.0%
	1～2年程度	度数	113	109	155	377
		設置後期間の%	30.0%	28.9%	41.1%	100.0%
	2年以上	度数	98	133	109	340
		設置後期間の%	28.8%	39.1%	32.1%	100.0%
合計	度数	300	297	299	896	
	設置後期間の%	33.5%	33.1%	33.4%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			支援日数			合計
			松 58.5	竹 109.5	梅 158.7	
チーム員 人数	2～3人	度数	129	105	102	336
		チーム員人数の%	38.4%	31.3%	30.4%	100.0%
	4～5人	度数	70	86	82	238
		チーム員人数の%	29.4%	36.1%	34.5%	100.0%
	6人以上	度数	100	107	116	323
		チーム員人数の%	31.0%	33.1%	35.9%	100.0%
合計	度数	299	298	300	897	
	チーム員人数の%	33.3%	33.2%	33.4%	100.0%	

③補 DASC（介入時と終了時のスコア差）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			DASCスコア			合計
			松 -4.7	竹 +1.3	梅 +8.6	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	59	116	70	245
		チーム設置機関の%	24.1%	47.3%	28.6%	100.0%
	医療機関	度数	12	24	28	64
		チーム設置機関の%	18.8%	37.5%	43.8%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	7	8	8	23
		チーム設置機関の%	30.4%	34.8%	34.8%	100.0%
	行政	度数	13	21	20	54
		チーム設置機関の%	24.1%	38.9%	37.0%	100.0%
	その他	度数	6	12	13	31
		チーム設置機関の%	19.4%	38.7%	41.9%	100.0%
合計		度数	139	181	97	417
		チーム設置機関の%	33.3%	43.4%	23.3%	100.0%

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			DASCスコア			合計
			松 -4.7	竹 +1.3	梅 +8.6	
設置後 期間	1年未満	度数	22	28	17	67
		設置後期間の%	32.8%	41.8%	25.4%	100.0%
	1～2年程度	度数	35	69	64	168
		設置後期間の%	20.8%	41.1%	38.1%	100.0%
	2年以上	度数	43	85	60	188
		設置後期間の%	22.9%	45.2%	31.9%	100.0%
合計	度数	100	182	141	423	
	設置後期間の%	23.6%	43.0%	33.3%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			DASCスコア			合計
			松 -4.7	竹 +1.3	梅 +8.6	
チーム員 人数	2～3人	度数	36	65	53	154
		チーム員人数の%	23.4%	42.2%	34.4%	100.0%
	4～5人	度数	22	57	31	110
		チーム員人数の%	20.0%	51.8%	28.2%	100.0%
	6人以上	度数	41	58	57	156
		チーム員人数の%	26.3%	37.2%	36.5%	100.0%
合計	度数	99	180	141	420	
	チーム員人数の%	23.6%	42.9%	33.6%	100.0%	

③補 DBD13（介入時と終了時のスコア差）

〔チーム設置機関別の 3 グループの構成割合〕

			DBD13スコア			合計
			松 -6.3	竹 -0.8	梅 +3.8	
チーム 設置 機関	地域包括支援 センター	度数	56	77	64	197
		チーム設置機関の%	28.4%	39.1%	32.5%	100.0%
	医療機関	度数	17	14	19	50
		チーム設置機関の%	34.0%	28.0%	38.0%	100.0%
	認知症疾患医療 センター	度数	6	7	9	22
		チーム設置機関の%	27.3%	31.8%	40.9%	100.0%
	行政	度数	18	16	14	48
		チーム設置機関の%	37.5%	33.3%	29.2%	100.0%
	その他	度数	8	10	9	27
		チーム設置機関の%	29.6%	37.0%	33.3%	100.0%
合計	度数	105	124	115	344	
	チーム設置機関の%	30.5%	36.0%	33.4%	100.0%	

〔チーム設置後期間別の 3 グループの構成割合〕

			DBD13スコア			合計
			松 -6.3	竹 -0.8	梅 +3.8	
設置後 期間	1年未満	度数	20	23	12	55
		設置後期間の%	36.4%	41.8%	21.8%	100.0%
	1～2年程度	度数	54	34	49	137
		設置後期間の%	39.4%	24.8%	35.8%	100.0%
	2年以上	度数	33	68	55	156
		設置後期間の%	21.2%	43.6%	35.3%	100.0%
合計	度数	107	125	116	348	
	設置後期間の%	30.7%	35.9%	33.3%	100.0%	

〔チーム員人数(チーム規模)別の 3 グループの構成割合〕

			DBD13スコア			合計
			松 -6.3	竹 -0.8	梅 +3.8	
チーム員 人数	2～3人	度数	31	54	38	123
		チーム員人数の%	25.2%	43.9%	30.9%	100.0%
	4～5人	度数	24	36	34	94
		チーム員人数の%	25.5%	38.3%	36.2%	100.0%
	6人以上	度数	52	34	44	130
		チーム員人数の%	40.0%	26.2%	33.8%	100.0%
合計	度数	107	124	116	347	
	チーム員人数の%	30.8%	35.7%	33.4%	100.0%	

Ⅲ 認知症初期集中支援チーム活動の状況

1. 早期発見・対応の取り組み ～ヒアリング調査を中心に

ヒアリング調査を千葉県松戸市と愛知県大府市に対して行った。これら2市を選択した理由は、①人口10万から50万といった都市部で医療介護資源がある、②経験年数がある程度あるチームとまだできたてのチームがある、③認知症初期集中支援チーム以外の認知症対応活動が活発という事前情報があった、ことから選定した。

1.1 千葉県松戸市

1.1.0 松戸市の基本情報

総人口	約49.5万人
高齢者人口	約12.5万人（25.2%）
後期高齢者人口	約6万人（12.2%）
地域包括支援センター数	7カ所（うち基幹1カ所）＊H31年度に3カ所増設予定
認知症初期集中支援チーム数	7チーム（うち基幹1チーム）

1.1.1 チーム員会議

▶日時：平成30年12月6日（木）午後1時～2時半

▶場所：松戸市役所別館地下1階研修室

▶参加者：認知症サポート医、チーム員、基幹包括職員 病院職員、薬局職員、
介護保険施設職員等 計16名

▶会議の流れ：1. 自己紹介

2. ケース報告（各事例25分）

(1)訪問結果及び目標達成状況の確認

(2)継続している課題の整理及び地域包括支援センター、ケアマネジャーへの
引継内容の検討

3. 事務連絡

1.1.2 初期集中支援チームの概要

チーム数（実施機関） 平成27年度：1チーム（医療機関）
平成28年度：1チーム（医療機関）
平成29年度：4チーム（医療機関1、包括3）
平成30年度：7チーム（6包括＋基幹包括）
＊平成31年度：10チーム（9包括＋基幹包括）

(活動実績)

	包括からの受理件数	チーム介入件数	訪問回数
平成 27 年度	11	7	21
平成 28 年度	16	16	93
平成 29 年度	22	20	102
計	48 件	42 件	216 件

1.1.3 チーム員会議の印象

- チーム員会議で紹介されるのは、チームが関わるケースの中でも特に多職種による検討が必要と思われるケース。
- 1ケースに25分という長い時間をかけ、丁寧にケースを共有し、認知症サポート医を中心に多職種で意見を出し合う。
- チーム員や認知症サポート医の他、病院職員である作業療法士や薬局、介護保険施設、在宅医療・介護連携支援センターの職員等が参加し、多職種で会議を行っている。

1.1.4 松戸市の特徴

- 「まつど認知症予防プロジェクト」を通じ、早期把握とアセスメント、ケアマネジメント、モニタリング等、早い段階から対応 ※松戸予防プロジェクトにおける把握ルート 地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、介護事業所、居宅介護支援事業所
- まつど認知症予防プロジェクトにおける DASC の結果、31 点以上の場合のはかかりつけ医の受診につながっている。

※かかりつけ医の役割 ①認知機能障害の鑑別診断(認知症以外の疾患の除外診断)

②併存疾病や生活習慣の的確な管理の実施

- インフォーマルサービスが充実している

認知症サポーター、オレンジ声かけ隊、オレンジ協力員の育成や、地域の見守りネットワークの充実

- アセスメント資料が充実している

(全体) 対象者管理台帳 (エクセル)

(個別) 訪問記録、支援経過記録、終了時チェック表、事例提出用帳票、フェイスシート、DASC、DBD-13、Zarit8、身体の様子チェック表、認知症タイプ分類質問票、バーサルインデックス、段階的日常生活状況と CDT 一部合体版アセスメント票

1.1.5 松戸市が感じている課題

- 事例集め (本人、家族の同意が取れているものを挙げている)
- アセスメント資料は充実しているが、今後ケースが増えたときにどう対応していくか。

1.2 愛知県大府市

1.2.0 松戸市の基本情報（平成 29 年 4 月 1 日）

総人口	約 9.1 万人
高齢者人口	約 1.9 万人（20.9%）
後期高齢者人口	約 8.6 千人（9.4%）
地域包括支援センター数	2 か所
認知症初期集中支援チーム数	1 チーム

1.2.1 チーム員会議

- ▶日時：平成 30 年 12 月 11 日（木）午後 2 時～3 時半
- ▶場所：大府市地域包括支援センター スピカ内会議室
- ▶参加者：認知症サポート医、チーム員、社協、市職員等 計 9 名
- ▶会議の流れ：ケース検討（新規なし、経過 3 件、モニタリング 1 件、その他 1 件）

1.2.2 初期集中支援チームの概要

- ▶チーム設立：平成 30 年 4 月（対応ケース数：69 例）
- ▶認知症サポート医：3 名（チーム員会議の際、3 名が交代で参加）
- ▶チーム員：地域包括支援センター職員
（平成 31 年度に認知症初期集中支援チーム担当職員として 2 名程度を増員予定）

1.2.3 大府市の特徴

- ◎保健センターが「栄養パトロール」を実施
：健診に来ず、病院受診の記録もなく、介護保険サービスを利用していない人に対してアンケートを送付。栄養面で気になる結果となった人に対して保健師が戸別訪問を実施（平成 29 年度は 50 名程度を訪問）。
- ◎市役所の他課に来た方で、気になる方に対して訪問を考えている。
- ◎民生委員と個別協議を行っている。
- ◎認知症保険を準備（加入者の 4 分の 1 は診断無し）

1.2.4 大府市が感じている課題

- ◎包括の通常業務との兼合い

1.3 支援対象者の把握・早期発見にかかる取り組みについて

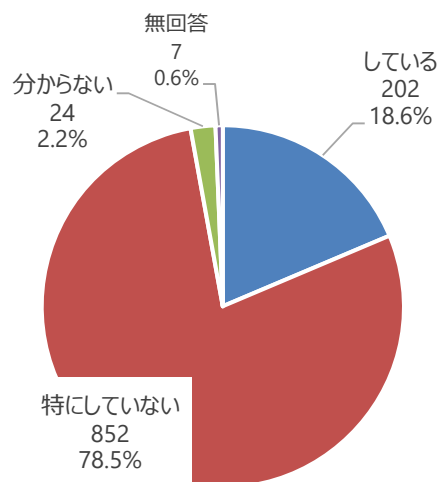
(評価指標作成のためのチーム状況把握アンケート回答より)

認知症初期集中支援チームの機能の一つとして市町村の認知症の人を可能な限り早期に発見するという機能も求められている。今回の調査でそのような取り組みが行われているかどうかを訊ねた。また、併せて初期集中支援チーム以外の早期発見のための試みを行っているかどうかを訊ねた。

回収率 62.3% (1,085/1,741)

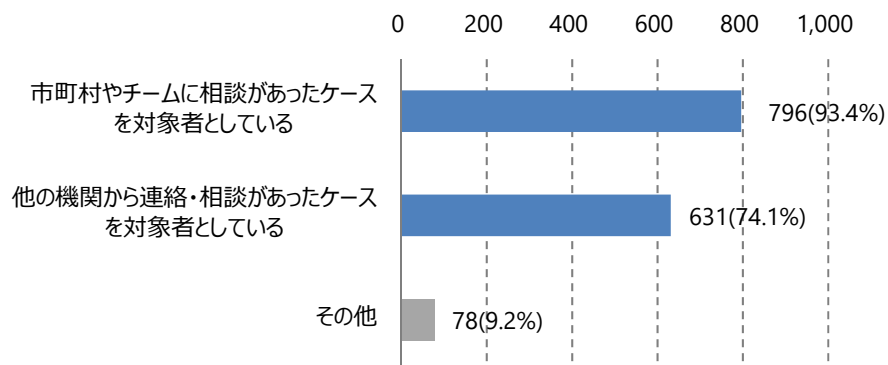
- ① 認知症初期集中支援の対象者について、スクリーニングツールを活用するなど、何らかの手段で積極的に把握・発見していますか。あてはまるものに○を付けてください。

1 している (①へ) 2 特にしていない (②へ) 3 チームに任せているので分からない



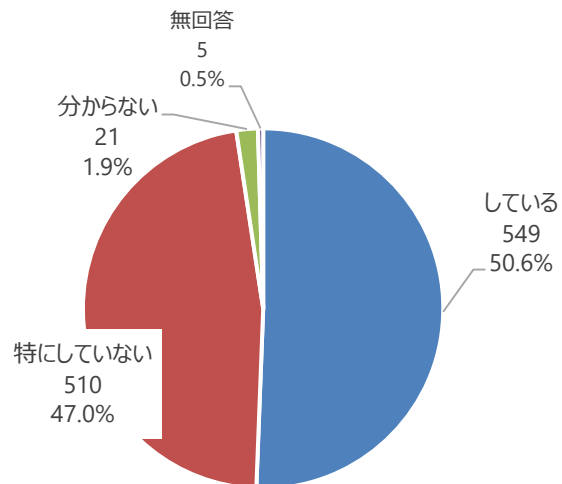
➡ ①「1 している」場合、具体的な 場所(機会)、実施担当者、その後のつなげ先などについて、具体的にご記入ください。※

➡ ②「2 特にしていない」場合、対象者をどのような方法で選定していますか (n852 ; 複数回答)



- ② 認知症初期集中支援チームで対応する（に繋ぐ）以外に、早期発見の施策を行っていますか。
あてはまるものに○を付けてください。

1 している (①へ) 2 特にしていない 3 チームに任せているので分からない



➡ ①「1 している」場合、その施策・仕組みの概要をご記入ください。※

※具体的な試みの内容は巻末に資料として添付した。

2. チーム活動状況（H30.1～12） ～実績報告用プログラムより

本年度も、例年同様に「実績報告用プログラム v3.1」による活動データの分析を実施した。

平成 30 年 12 月末時点でのデータ提供を依頼し、613 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）。収集された対象者データは、昨年度以前の活動実績（支援対象者）、引継前の支援対象者を含めて、12,933 レコードであった。

集計は、下記の条件によって絞り込みを行い、2,390 人のデータで実施した。

- ❶ 医療・介護のいずれかに引継ありの対象者（支援終了に至っている対象者）
- ❷ 初回訪問日付が「H30.1.1」以降の対象者

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。

2.1 対象者の概要

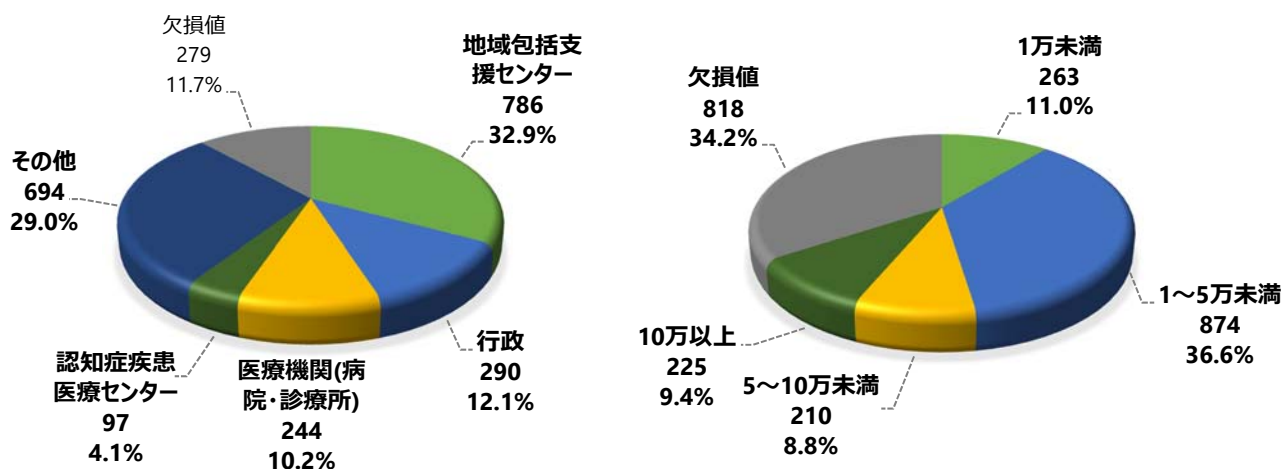
2.1.0 担当チームの状況（n2,390）

※集計対象者として抽出した n2,390 について担当するチームの設置機関の構成割合を示したものであり、必ずしも全国に設置されたチームの状況ではない点、留意する必要がある

対象者の担当チームの設置機関について、「地域包括支援センター」が 786 人（32.9%）と最も多く、次いで、「行政」が 290 人（12.1%）、「医療機関(病院・診療所)」が 244 人（10.2%）の順であった。

チームの活動地域の高齢者人口では、「1～5 万未満」が 874 人（36.6%）と最も多く、次いで、「1 万未満」が 263 人（11.0%）、「10 万以上」が 225 人（9.4%）の順であった。

図表 2.1 チームの状況



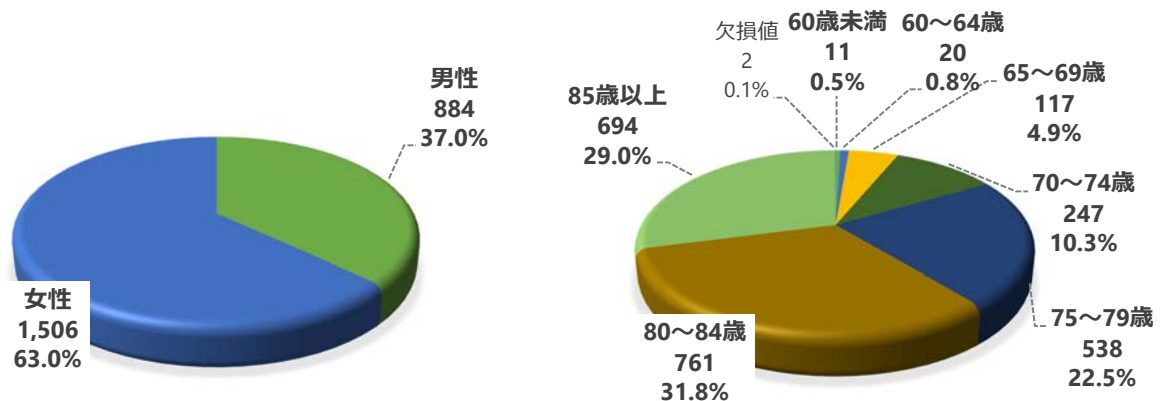
2.1.1 性別／年齢（n2,390）

続いて、対象者の基本情報について整理する。

対象者の性別は、「男性」が 884 人（37.0%）、「女性」が 1,506 人（63.0%）であった。

年齢階級は、「80～84 歳」が 761 人（31.8%）と最も多く、以下、「85 歳以上」が 694 人（29.0%）、「75～79 歳」が 538 人（22.5%）、「70～74 歳」が 247 人（10.3%）の順であった。

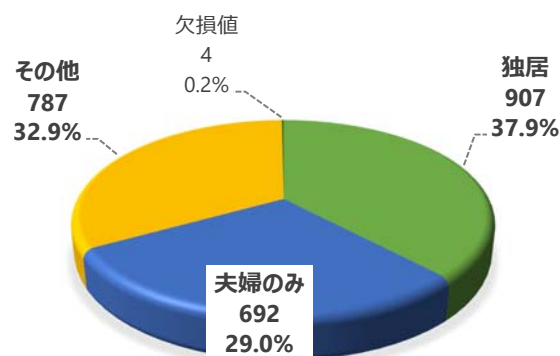
図表 2.2 性別／年齢



2.1.2 世帯状況（n2,390）

世帯状況は、「独居」が 907 人（37.9%）と最も多く、次いで、「その他」が 787 人（32.9%）、「夫婦のみ」が 692 人（29.0%）の順であった。

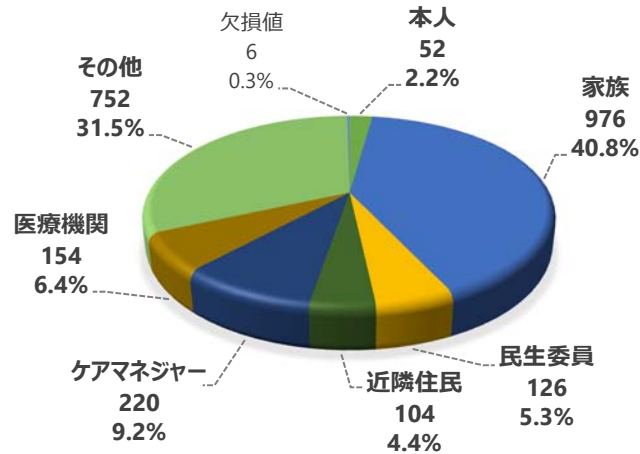
図表 2.3 世帯の状況



2.1.3 把握経路 (n2,390)

対象者の把握経路（チームの情報入手元）は、「家族」が976人（40.8%）と約4割を占め、以下、「その他」を除いて、「ケアマネジャー」が220人（9.2%）、「医療機関」が154人（6.4%）、「民生委員」126人（5.3%）と続いた。

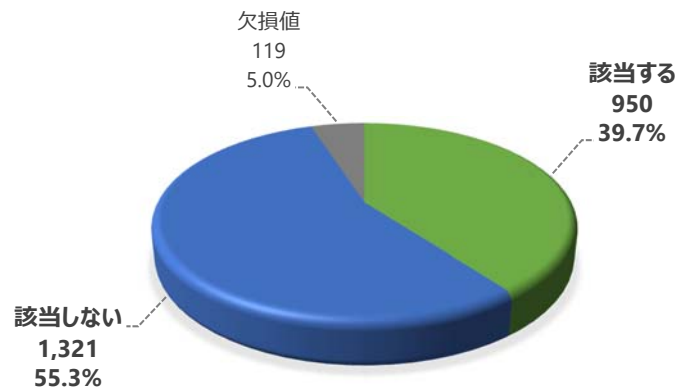
図表 2.4 把握経路



2.1.4 困難事例 (n2,390)

対象者が困難事例に該当するか否かについて、「該当する」が950人（39.7%）、「該当しない」が1,321人（55.3%）であり、半数以上が困難事例にあたらない対象者であった。

図表 2.5 困難事例



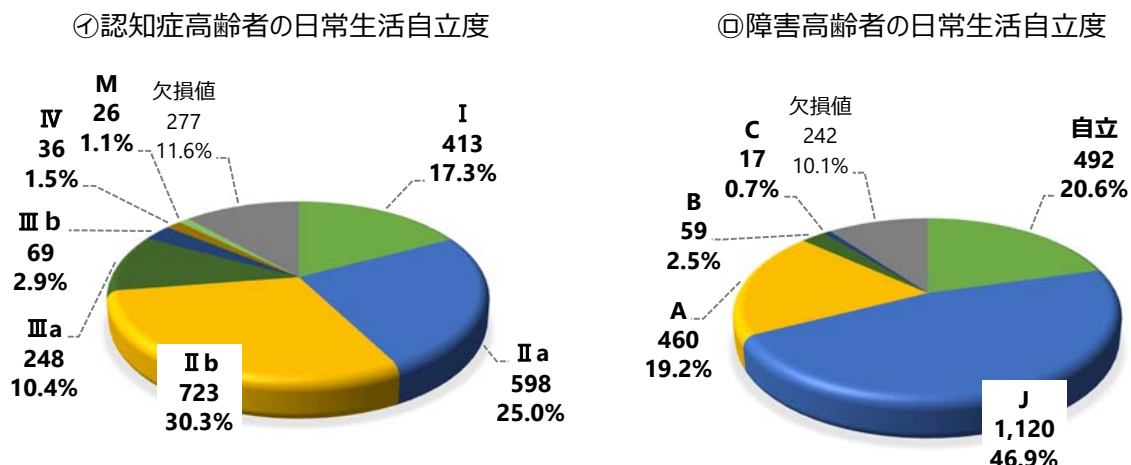
2.2 介入時の状況・アセスメント等

2.2.1 日常生活自立度（n2,390）

介入時の認知症高齢者の日常生活自立度（㊦）は、「Ⅱb」が723人（30.3%）と最も多く、次いで、「Ⅱa」が598人（25.0%）、「Ⅰ」が413人（17.3%）、「Ⅲa」が248人（10.4%）の順となり、自立度Ⅱまでで約4分の1を占めた。

障害高齢者の日常生活自立度（㊧）は、「J」が1,120人（46.9%）と最も多く、次いで、「自立」が492人（20.6%）、「A」が460人（19.2%）の順であった。

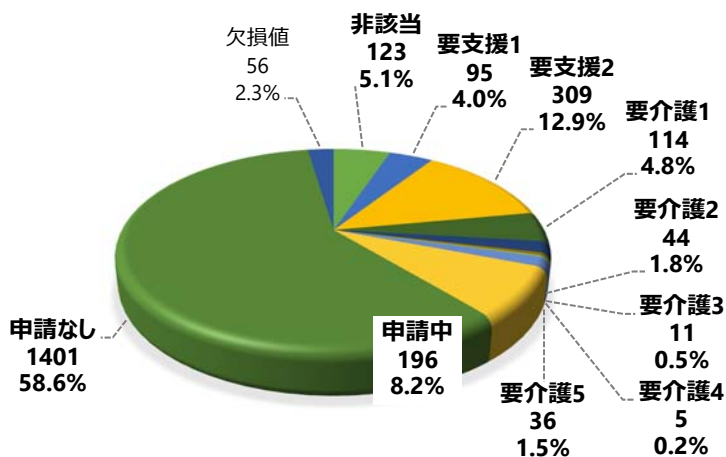
図表 2.6 日常生活自立度



2.2.2 要介護度（n2,390）

要介護度（認定申請状況を含む）について、「申請なし」が1,401人（58.6%）、「申請中」が196人（8.2%）であり、両者で3分の2を占めた。それ以外の申請をした3分の1の内訳では、「要支援2」が309人（12.9%）と最も多く、以下、「非該当」が123人（5.1%）、「要介護1」が114人（4.8%）の順であった。

図表 2.7 要介護度



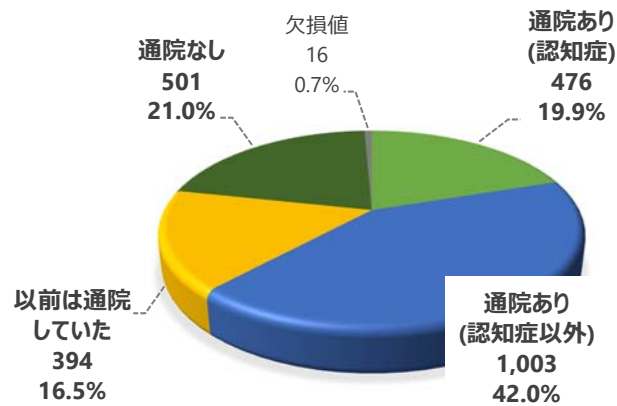
2.2.3 介入時の医療の状況

㊦受診状況（n2,390）

介入時の医療の状況として、まず、医療機関への受診は、「通院あり(認知症以外)」が 1,003 人（42.0%）と最も多く、次いで、「通院なし」が 501 人（21.0%）、「通院あり(認知症)」が 476 人（19.9%）、「以前は通院していた」が 394 人（16.5%）となった。

現時点で認知症の受診につがっていない対象者が約 8 割を占めた。

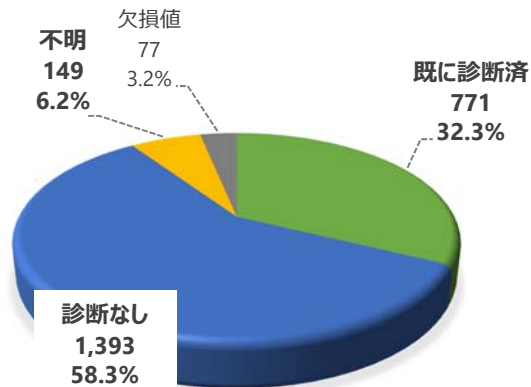
図表 2.8 介入時受診状況



㊧診断（n2,390）

続いて、認知症の診断について、「診断なし」が 1,393 人（58.3%）と最も多く、次いで、「既に診断済」が 771 人（32.3%）、「不明」が 149 人（6.2%）であった。

図表 2.9 介入時診断

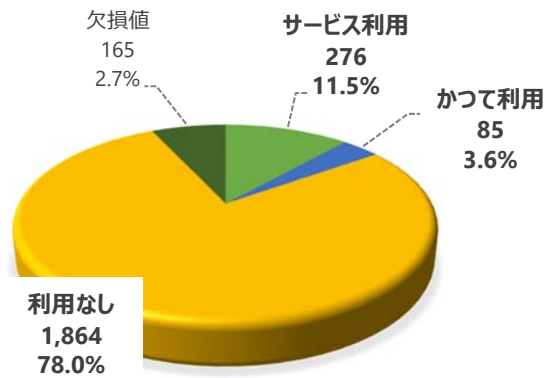


2.2.4 介入時の介護サービスの状況（n2,390）

介入時の介護サービスの状況として、「利用なし」が 1,864 人（78.0%）と約 8 割を占め、「サービス利用」は 276 人（11.5%）、「かつて利用」が 85 人（3.6%）であった。

現時点で介護サービスの利用につながない対象者が、医療と同様に約 8 割を占めた。

図表 2.10 介入時 介護サービス利用



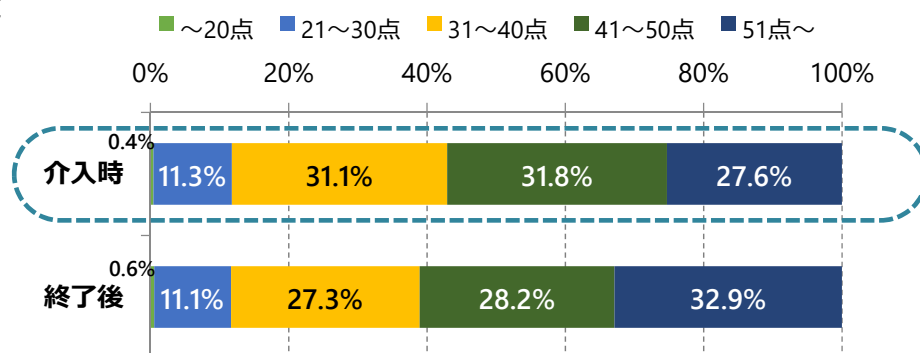
2.2.5 アセスメント（DASC n909、DBD13 n756、J-ZBI_8 n568）

チーム員研修でも紹介されている 3 種類のツールを用いたアセスメントについて、まず、①DASC では、「41～50 点」が 31.8%と最も多く、「31～40 点」が 31.1%、「51 点～」が 27.6%であった。平均スコアは、43.7 点であった。②DBD13 では、「11～20 点」が 40.3%と最も多く、「21～30 点」が 29.1%、「～10 点」が 25.3%であった。平均スコアは、17.0 点であった。③J-ZBI_8 では、「～10 点」が 39.6%で最も多く、「11～20 点」が 36.4%、「21 点～」が 23.9%であった。平均スコアは、13.9 点であった。

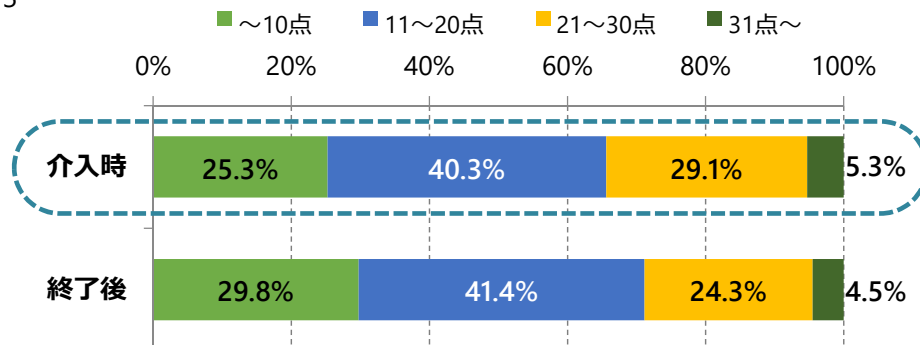
なお、(支援)終了後については、DASC では「51 点～」の割合が増加し、全体にスコア増となった一方、DBD13 および J-ZBI_8 では「～10 点」の割合が増加し、全体的にスコア減となっていた。

図表 2.11 介入時 介護サービス利用

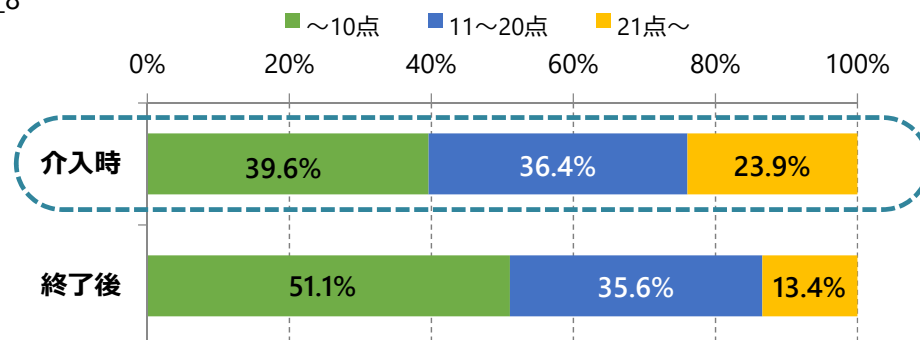
①DASC



②DBD13



③J-ZBI_8



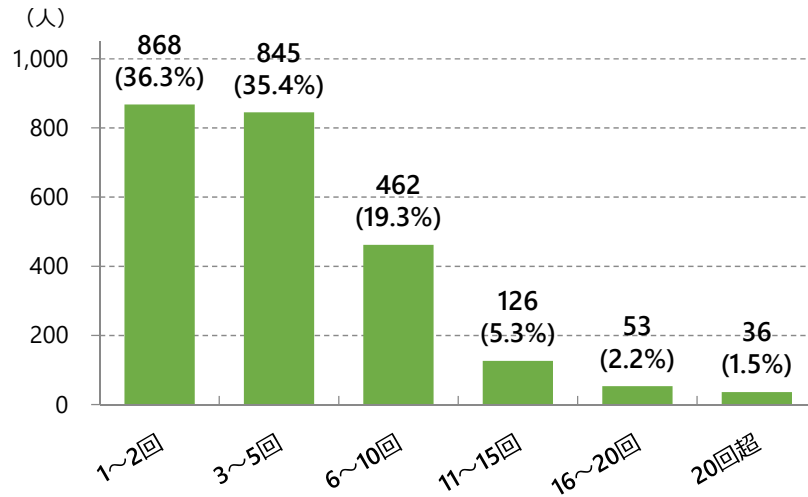
2.3 支援の状況

2.3.1 訪問支援回数（n2,390）

具体的な支援の状況を見ると、まず、対象者 1 人あたりの訪問支援回数について、「1～2 回」が 868 人（26.3%）、「3～5 回」が 845 人（35.4%）となり、訪問 5 回までで 7 割以上の対象者の支援が終了していた。

なお、平均回数は 4.8 回、中央値 3 回、最大は 44 回であった。

図表 2.12 対象者 1 人あたり訪問支援回数

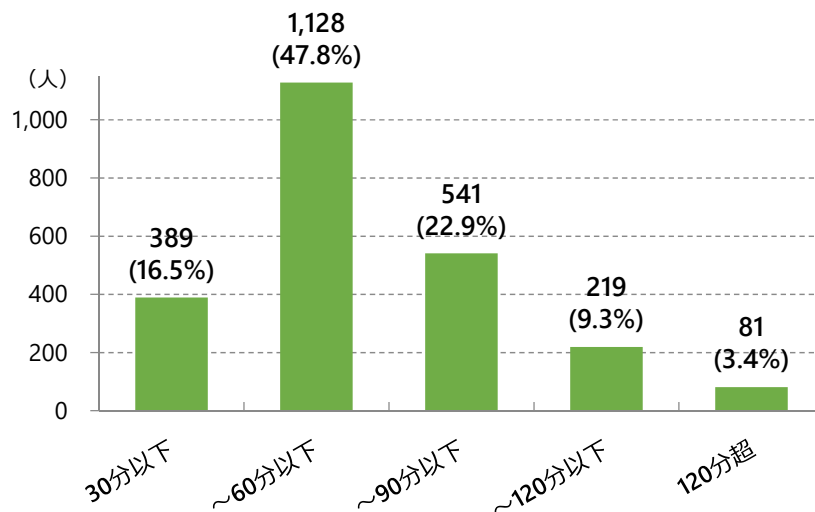


2.3.2 初回訪問の所要時間（n2,358）

初回訪問における所要時間について、「(30)～60 分以下」が 1,128 人（47.8%）と最も多く、以下、「(60)～90 分以下」が 541 人（22.9%）、「～30 分以下」が 389 人（16.5%）の順であった。

なお、平均時間は 66.4 分、中央値 60 分であった。

図表 2.13 初回訪問の所要時間



①訪問回数について

チーム設置機関と訪問回数のクロス表

			訪問回数				合計
			1：1～2回	2：3～5回	3：6～10回	4：11回～	
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	280	310	160	36	786
		構成割合	35.6%	39.4%	20.4%	4.6%	100.0%
	2：行政	人数	110	95	58	27	290
		構成割合	37.9%	32.8%	20.0%	9.3%	100.0%
	3：医療機関	人数	103	70	55	16	244
		構成割合	42.2%	28.7%	22.5%	6.6%	100.0%
	4：疾患センター	人数	35	25	15	22	97
		構成割合	36.1%	25.8%	15.5%	22.7%	100.0%
	5：その他	人数	229	251	131	83	694
		構成割合	33.0%	36.2%	18.9%	12.0%	100.0%
	6：欠損値	人数	111	94	43	31	279
		構成割合	39.8%	33.7%	15.4%	11.1%	100.0%
合計	人数	868	845	462	215	2390	
	構成割合	36.3%	35.4%	19.3%	9.0%	100.0%	

人口階級と訪問回数のクロス表

			訪問回数				合計
			1：1～2回	2：3～5回	3：6～10回	4：11回～	
人口階級	1：1万未満	人数	81	91	59	32	263
		構成割合	30.8%	34.6%	22.4%	12.2%	100.0%
	2：1～5万	人数	314	317	182	61	874
		構成割合	35.9%	36.3%	20.8%	7.0%	100.0%
	3：5～10万	人数	80	77	34	19	210
		構成割合	38.1%	36.7%	16.2%	9.0%	100.0%
	4：10万以上	人数	91	59	55	20	225
		構成割合	40.4%	26.2%	24.4%	8.9%	100.0%
	5：欠損値	人数	302	301	132	83	818
		構成割合	36.9%	36.8%	16.1%	10.1%	100.0%
合計	人数	868	845	462	215	2390	
	構成割合	36.3%	35.4%	19.3%	9.0%	100.0%	

認知症自立度と訪問回数のクロス表

			訪問回数				合計
			1：1～2回	2：3～5回	3：6～10回	4：11回～	
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	162	136	83	32	413
		構成割合	39.2%	32.9%	20.1%	7.7%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	206	215	121	56	598
		構成割合	34.4%	36.0%	20.2%	9.4%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	230	267	148	78	723
		構成割合	31.8%	36.9%	20.5%	10.8%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	149	132	66	32	379
		構成割合	39.3%	34.8%	17.4%	8.4%	100.0%
	5：欠損値	人数	121	95	44	17	277
		構成割合	43.7%	34.3%	15.9%	6.1%	100.0%
合計	人数	868	845	462	215	2390	
	構成割合	36.3%	35.4%	19.3%	9.0%	100.0%	

要介護度と訪問回数 のクロス表

		訪問回数				合計
		1：1～2回	2：3～5回	3：6～10回	4：11回～	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	220	168	100	39	527
	構成割合	41.7%	31.9%	19.0%	7.4%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	63	58	23	14	158
	構成割合	39.9%	36.7%	14.6%	8.9%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	21	20	9	2	52
	構成割合	40.4%	38.5%	17.3%	3.8%	100.0%
	4：申請なし 人数	536	585	323	153	1597
	構成割合	33.6%	36.6%	20.2%	9.6%	100.0%
	5：欠損値 人数	28	14	7	7	56
	構成割合	50.0%	25.0%	12.5%	12.5%	100.0%
合計		868	845	462	215	2390
		36.3%	35.4%	19.3%	9.0%	100.0%

困難事例と訪問回数 のクロス表

		訪問回数				合計
		1：1～2回	2：3～5回	3：6～10回	4：11回～	
困難事例	1：該当 人数	311	324	196	119	950
	構成割合	32.7%	34.1%	20.6%	12.5%	100.0%
	2：該当しない 人数	510	473	247	91	1321
	構成割合	38.6%	35.8%	18.7%	6.9%	100.0%
	3：欠損値 人数	47	48	19	5	119
	構成割合	39.5%	40.3%	16.0%	4.2%	100.0%
	合計	868	845	462	215	2390
		36.3%	35.4%	19.3%	9.0%	100.0%

②訪問時間(初回)について

チーム設置機関 と 訪問時間 のクロス表

		訪問時間						合計	
		1：30分以下	2：30-60分	3：60-90分	4：90-120分	5：120分超	(欠損値)		
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	128	397	169	72	19	1	786
		構成割合	16.3%	50.5%	21.5%	9.2%	2.4%	.1%	100.0%
	2：行政	人数	53	136	61	21	3	16	290
		構成割合	18.3%	46.9%	21.0%	7.2%	1.0%	5.5%	100.0%
	3：医療機関	人数	14	96	81	28	21	4	244
		構成割合	5.7%	39.3%	33.2%	11.5%	8.6%	1.6%	100.0%
	4：疾患センター	人数	14	38	26	17	2	0	97
		構成割合	14.4%	39.2%	26.8%	17.5%	2.1%	.0%	100.0%
	5：その他	人数	123	330	152	60	23	6	694
		構成割合	17.7%	47.6%	21.9%	8.6%	3.3%	.9%	100.0%
	6：欠損値	人数	57	131	51	22	13	5	279
		構成割合	20.4%	47.0%	18.3%	7.9%	4.7%	1.8%	100.0%
合計	人数	389	1128	540	220	81	32	2390	
	構成割合	16.3%	47.2%	22.6%	9.2%	3.4%	1.3%	100.0%	

人口階級 と 訪問時間 のクロス表

		訪問時間						合計	
		1：30分以下	2：30-60分	3：60-90分	4：90-120分	5：120分超	(欠損値)		
人口階級	1：1万未満	人数	55	132	48	25	3	0	263
		構成割合	20.9%	50.2%	18.3%	9.5%	1.1%	.0%	100.0%
	2：1～5万	人数	125	427	195	90	25	12	874
		構成割合	14.3%	48.9%	22.3%	10.3%	2.9%	1.4%	100.0%
	3：5～10万	人数	23	91	67	11	14	4	210
		構成割合	11.0%	43.3%	31.9%	5.2%	6.7%	1.9%	100.0%
	4：10万以上	人数	26	107	58	22	12	0	225
		構成割合	11.6%	47.6%	25.8%	9.8%	5.3%	.0%	100.0%
	5：欠損値	人数	160	371	172	72	27	16	818
		構成割合	19.6%	45.4%	21.0%	8.8%	3.3%	2.0%	100.0%
合計	人数	389	1128	540	220	81	32	2390	
	構成割合	16.3%	47.2%	22.6%	9.2%	3.4%	1.3%	100.0%	

認知症自立度 と 訪問時間 のクロス表

			訪問時間						合計
			1：30分以下	2：30-60分	3：60-90分	4：90-120分	5：120分超	(欠損値)	
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	68	190	84	44	18	9	413
		構成割合	16.5%	46.0%	20.3%	10.7%	4.4%	2.2%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	97	282	150	50	16	3	598
		構成割合	16.2%	47.2%	25.1%	8.4%	2.7%	.5%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	105	353	176	58	23	8	723
		構成割合	14.5%	48.8%	24.3%	8.0%	3.2%	1.1%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	58	172	95	38	12	4	379
		構成割合	15.3%	45.4%	25.1%	10.0%	3.2%	1.1%	100.0%
	5：欠損値	人数	61	131	35	30	12	8	277
		構成割合	22.0%	47.3%	12.6%	10.8%	4.3%	2.9%	100.0%
合計	人数	389	1128	540	220	81	32	2390	
	構成割合	16.3%	47.2%	22.6%	9.2%	3.4%	1.3%	100.0%	

要介護度と訪問時間のクロス表

		訪問時間						合計
		1：30分以下	2：30-60分	3：60-90分	4：90-120分	5：120分超	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	76	254	129	50	15	3	527
	構成割合	14.4%	48.2%	24.5%	9.5%	2.8%	.6%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	17	72	42	19	6	2	158
	構成割合	10.8%	45.6%	26.6%	12.0%	3.8%	1.3%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	8	29	9	4	2	0	52
	構成割合	15.4%	55.8%	17.3%	7.7%	3.8%	.0%	100.0%
	4：申請なし 人数	280	744	352	139	56	26	1597
	構成割合	17.5%	46.6%	22.0%	8.7%	3.5%	1.6%	100.0%
	5：欠損値 人数	8	29	8	8	2	1	56
	構成割合	14.3%	51.8%	14.3%	14.3%	3.6%	1.8%	100.0%
合計		389	1128	540	220	81	32	2390
		16.3%	47.2%	22.6%	9.2%	3.4%	1.3%	100.0%

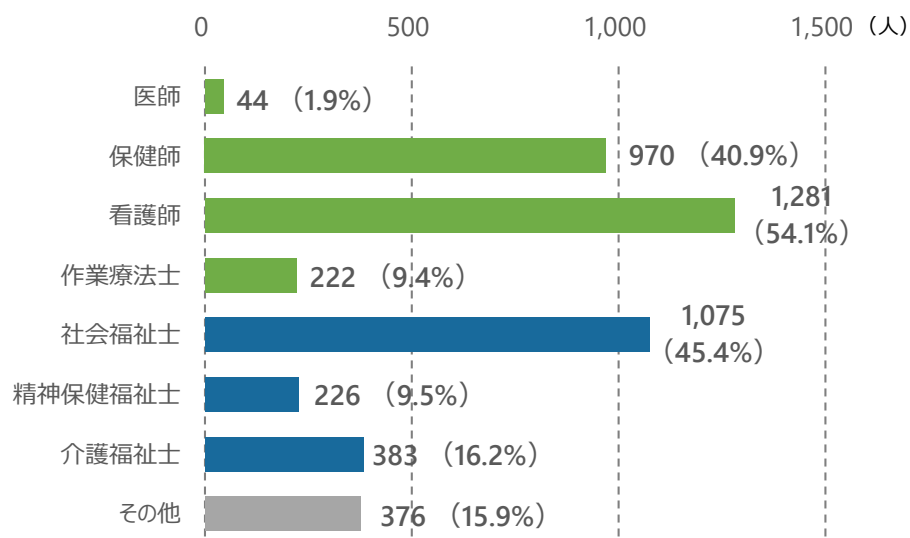
困難事例と訪問時間のクロス表

		訪問時間						合計
		1：30分以下	2：30-60分	3：60-90分	4：90-120分	5：120分超	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	177	424	211	89	38	11	950
	構成割合	18.6%	44.6%	22.2%	9.4%	4.0%	1.2%	100.0%
	2：該当しない 人数	182	661	310	111	40	17	1321
	構成割合	13.8%	50.0%	23.5%	8.4%	3.0%	1.3%	100.0%
	3：欠損値 人数	30	43	19	20	3	4	119
	構成割合	25.2%	36.1%	16.0%	16.8%	2.5%	3.4%	100.0%
	合計	389	1128	540	220	81	32	2390
	構成割合	16.3%	47.2%	22.6%	9.2%	3.4%	1.3%	100.0%

2.3.3 初回訪問の担当職種（チーム員数は延べ数）（n2,369）

初回訪問の担当チーム員の職種では、「看護師」が 1,281 人（54.1%）と最も多く、「社会福祉士」が 1,075 人（45.4%）、「保健師」が 970 人（40.9%）の順であった。

図表 2.14 初回訪問の担当職種

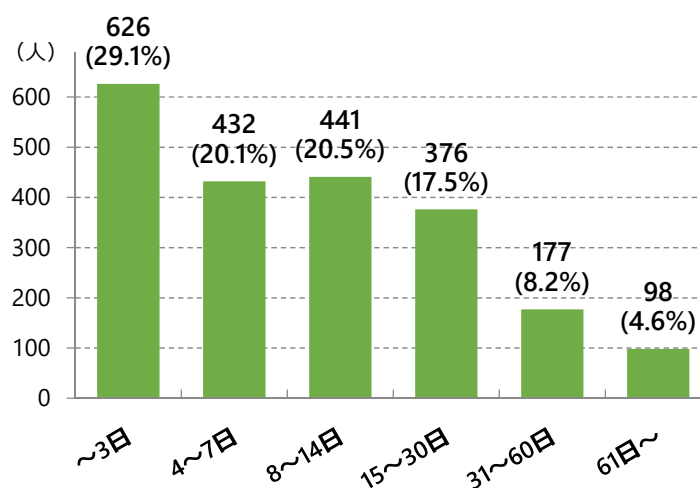


2.3.4 初動期間（把握～初回訪問）（n2,150）

対象者の把握日付および初回訪問日付の入力があった 2,150 人について、把握から初回訪問までの日数（初動期間）をみると、「(0)～3 日」が 626 人（29.1%）と最も多く、次いで、「8～14 日」が 441 人（20.5%）、「4～7 日」が 432 人（20.1%）の順となった。

なお、平均期間は 15.4 日、中央値 8 日であった。

図表 2.15 初動期間（把握～初回訪問）



⑨初動期間(把握～初回訪問)について

チーム設置機関 と 初動期間階級のクロス表

		初動期間階級						合計	
		1：～3日	2：4～7日	3：8～14日	4：15～30日	5：31日～	(欠損値)		
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	247	145	120	104	101	69	786
		構成割合	31.4%	18.4%	15.3%	13.2%	12.8%	8.8%	100.0%
	2：行政	人数	75	38	46	37	50	44	290
		構成割合	25.9%	13.1%	15.9%	12.8%	17.2%	15.2%	100.0%
	3：医療機関	人数	46	49	55	42	24	28	244
		構成割合	18.9%	20.1%	22.5%	17.2%	9.8%	11.5%	100.0%
	4：疾患センター	人数	9	13	18	32	15	10	97
		構成割合	9.3%	13.4%	18.6%	33.0%	15.5%	10.3%	100.0%
	5：その他	人数	170	136	153	114	60	61	694
		構成割合	24.5%	19.6%	22.0%	16.4%	8.6%	8.8%	100.0%
	6：欠損値	人数	79	51	49	47	25	28	279
		構成割合	28.3%	18.3%	17.6%	16.8%	9.0%	10.0%	100.0%
合計	人数	626	432	441	376	275	240	2390	
	構成割合	26.2%	18.1%	18.5%	15.7%	11.5%	10.0%	100.0%	

人口階級 と 初動期間階級のクロス表

		初動期間階級						合計	
		1：～3日	2：4～7日	3：8～14日	4：15～30日	5：31日～	(欠損値)		
人口階級	1：1万未満	人数	70	40	34	31	46	42	263
		構成割合	26.6%	15.2%	12.9%	11.8%	17.5%	16.0%	100.0%
	2：1～5万	人数	270	155	149	119	104	77	874
		構成割合	30.9%	17.7%	17.0%	13.6%	11.9%	8.8%	100.0%
	3：5～10万	人数	46	46	37	37	24	20	210
		構成割合	21.9%	21.9%	17.6%	17.6%	11.4%	9.5%	100.0%
	4：10万以上	人数	26	41	61	65	26	6	225
		構成割合	11.6%	18.2%	27.1%	28.9%	11.6%	2.7%	100.0%
	5：欠損値	人数	214	150	160	124	75	95	818
		構成割合	26.2%	18.3%	19.6%	15.2%	9.2%	11.6%	100.0%
合計	人数	626	432	441	376	275	240	2390	
	構成割合	26.2%	18.1%	18.5%	15.7%	11.5%	10.0%	100.0%	

認知症自立度 と 初動期間階級のクロス表

			初動期間階級						合計
			1：～3日	2：4～7日	3：8～14日	4：15～30日	5：31日～	(欠損値)	
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	106	65	98	62	44	38	413
		構成割合	25.7%	15.7%	23.7%	15.0%	10.7%	9.2%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	139	115	120	93	71	60	598
		構成割合	23.2%	19.2%	20.1%	15.6%	11.9%	10.0%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	215	129	118	124	69	68	723
		構成割合	29.7%	17.8%	16.3%	17.2%	9.5%	9.4%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	119	75	59	52	43	31	379
		構成割合	31.4%	19.8%	15.6%	13.7%	11.3%	8.2%	100.0%
	5：欠損値	人数	47	48	46	45	48	43	277
		構成割合	17.0%	17.3%	16.6%	16.2%	17.3%	15.5%	100.0%
合計	人数	626	432	441	376	275	240	2390	
	構成割合	26.2%	18.1%	18.5%	15.7%	11.5%	10.0%	100.0%	

要介護度と初動期間階級のクロス表

		初動期間階級						合計
		1：～3日	2：4～7日	3：8～14日	4：15～30日	5：31日～	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	102	104	100	94	58	69	527
	構成割合	19.4%	19.7%	19.0%	17.8%	11.0%	13.1%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	31	24	31	31	23	18	158
	構成割合	19.6%	15.2%	19.6%	19.6%	14.6%	11.4%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	9	9	6	13	5	10	52
	構成割合	17.3%	17.3%	11.5%	25.0%	9.6%	19.2%	100.0%
	4：申請なし 人数	471	284	295	231	180	136	1597
	構成割合	29.5%	17.8%	18.5%	14.5%	11.3%	8.5%	100.0%
	5：欠損値 人数	13	11	9	7	9	7	56
	構成割合	23.2%	19.6%	16.1%	12.5%	16.1%	12.5%	100.0%
	合計 人数	626	432	441	376	275	240	2390
	構成割合	26.2%	18.1%	18.5%	15.7%	11.5%	10.0%	100.0%

困難事例と初動期間階級のクロス表

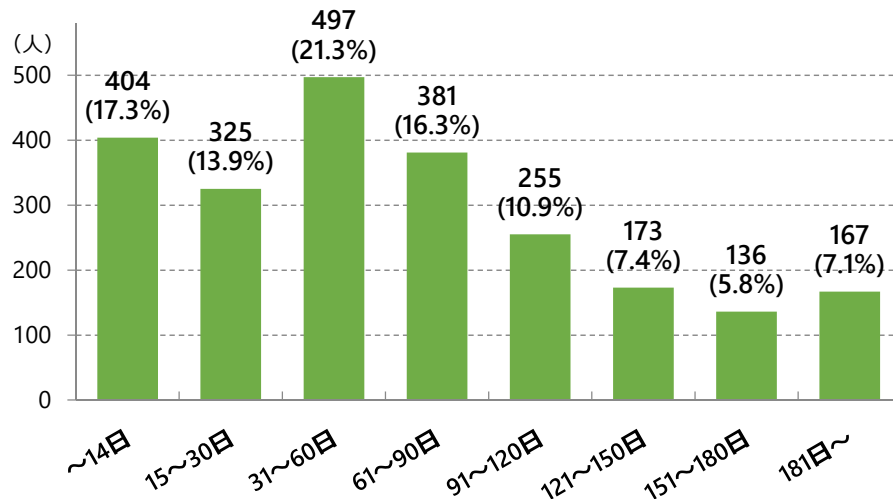
		初動期間階級						合計
		1：～3日	2：4～7日	3：8～14日	4：15～30日	5：31日～	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	243	151	162	159	122	113	950
	構成割合	25.6%	15.9%	17.1%	16.7%	12.8%	11.9%	100.0%
	2：該当しない 人数	363	257	256	204	134	107	1321
	構成割合	27.5%	19.5%	19.4%	15.4%	10.1%	8.1%	100.0%
	3：欠損値 人数	20	24	23	13	19	20	119
	構成割合	16.8%	20.2%	19.3%	10.9%	16.0%	16.8%	100.0%
	合計 人数	626	432	441	376	275	240	2390
	構成割合	26.2%	18.1%	18.5%	15.7%	11.5%	10.0%	100.0%

2.3.5 支援期間（初回訪問～引継）（n2,338）

対象者の初回訪問日付、および、医療引継日付または介護引継日付の入力があった 2,338 人について、初回訪問から引継日付（医療・介護いずれか早い方）までの日数（支援期間）をみると、「31～60 日」が 497 人（21.3%）と最も多く、次いで、「(0)～14 日」が 404 人（17.3%）、「61～90 日」が 381 人（16.3%）の順となった。

なお、平均期間は 73.3 日、中央値 57 日であった。

図表 2.16 支援期間（初回訪問～引継）



2.3.6 医療・介護につながるまでの期間（把握～引継）

介入時に医療・介護サービス未利用者が、それぞれ医療・介護サービスにつながるまでの期間をみると、まず、医療では、介入時未利用者（介入時「通院なし」「以前は通院していた」）895 人のうち、引継ありが 633 人（引継率 70.7%）、引継までの日数は 78.0 日であった。

介護では、介入時未利用者（介入時「サービス利用なし」「以前は利用していた」）1,811 人のうち、引継ありが 1,651 人（引継率 91.2%）、引継までの日数は 101.0 日であった。

図表 2.17 医療・介護につながるまでの期間（把握～引継）

	介入時未利用者	引継あり	日数（有効 n）
医療につながるまで	n 895	633 人 70.7%	78.0 日 (n 543)
介護につながるまで	n 1,811	1,651 人 91.2%	101.0 日 (n 1,510)

④支援期間(初回訪問～引継)について

チーム設置機関と支援期間階級のクロス表

		支援期間階級						合計	
		1：～30日	2：31～60日	3：61～90日	4：91～180日	5：181日～	(欠損値)		
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	257	161	112	182	53	21	786
		構成割合	32.7%	20.5%	14.2%	23.2%	6.7%	2.7%	100.0%
	2：行政	人数	76	66	39	79	23	7	290
		構成割合	26.2%	22.8%	13.4%	27.2%	7.9%	2.4%	100.0%
	3：医療機関	人数	87	38	37	60	16	6	244
		構成割合	35.7%	15.6%	15.2%	24.6%	6.6%	2.5%	100.0%
	4：疾患センター	人数	30	19	14	27	5	2	97
		構成割合	30.9%	19.6%	14.4%	27.8%	5.2%	2.1%	100.0%
	5：その他	人数	192	140	133	162	56	11	694
		構成割合	27.7%	20.2%	19.2%	23.3%	8.1%	1.6%	100.0%
	6：欠損値	人数	87	73	46	54	14	5	279
		構成割合	31.2%	26.2%	16.5%	19.4%	5.0%	1.8%	100.0%
合計	人数	729	497	381	564	167	52	2390	
	構成割合	30.5%	20.8%	15.9%	23.6%	7.0%	2.2%	100.0%	

人口階級と支援期間階級のクロス表

		支援期間階級						合計	
		1：～30日	2：31～60日	3：61～90日	4：91～180日	5：181日～	(欠損値)		
人口階級	1：1万未満	人数	63	51	39	76	28	6	263
		構成割合	24.0%	19.4%	14.8%	28.9%	10.6%	2.3%	100.0%
	2：1～5万	人数	294	181	135	185	53	26	874
		構成割合	33.6%	20.7%	15.4%	21.2%	6.1%	3.0%	100.0%
	3：5～10万	人数	49	38	33	72	15	3	210
		構成割合	23.3%	18.1%	15.7%	34.3%	7.1%	1.4%	100.0%
	4：10万以上	人数	78	41	34	58	12	2	225
		構成割合	34.7%	18.2%	15.1%	25.8%	5.3%	.9%	100.0%
	5：欠損値	人数	245	186	140	173	59	15	818
		構成割合	30.0%	22.7%	17.1%	21.1%	7.2%	1.8%	100.0%
合計	人数	729	497	381	564	167	52	2390	
	構成割合	30.5%	20.8%	15.9%	23.6%	7.0%	2.2%	100.0%	

認知症自立度と支援期間階級のクロス表

			支援期間階級						合計
			1：～30日	2：31～60日	3：61～90日	4：91～180日	5：181日～	(欠損値)	
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	100	95	69	112	31	6	413
		構成割合	24.2%	23.0%	16.7%	27.1%	7.5%	1.5%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	168	110	115	152	41	12	598
		構成割合	28.1%	18.4%	19.2%	25.4%	6.9%	2.0%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	243	153	103	154	54	16	723
		構成割合	33.6%	21.2%	14.2%	21.3%	7.5%	2.2%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	158	76	48	69	18	10	379
		構成割合	41.7%	20.1%	12.7%	18.2%	4.7%	2.6%	100.0%
	5：欠損値	人数	60	63	46	77	23	8	277
		構成割合	21.7%	22.7%	16.6%	27.8%	8.3%	2.9%	100.0%
合計	人数	729	497	381	564	167	52	2390	
	構成割合	30.5%	20.8%	15.9%	23.6%	7.0%	2.2%	100.0%	

要介護度と支援期間階級のクロス表

		支援期間階級						合計
		1：～30日	2：31～60日	3：61～90日	4：91～180日	5：181日～	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	166	105	72	135	38	11	527
	構成割合	31.5%	19.9%	13.7%	25.6%	7.2%	2.1%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	53	34	31	24	8	8	158
	構成割合	33.5%	21.5%	19.6%	15.2%	5.1%	5.1%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	9	9	10	18	3	3	52
	構成割合	17.3%	17.3%	19.2%	34.6%	5.8%	5.8%	100.0%
	4：申請なし 人数	478	337	261	374	117	30	1597
	構成割合	29.9%	21.1%	16.3%	23.4%	7.3%	1.9%	100.0%
	5：欠損値 人数	23	12	7	13	1	0	56
	構成割合	41.1%	21.4%	12.5%	23.2%	1.8%	.0%	100.0%
合計		729	497	381	564	167	52	2390
		30.5%	20.8%	15.9%	23.6%	7.0%	2.2%	100.0%

困難事例と支援期間階級のクロス表

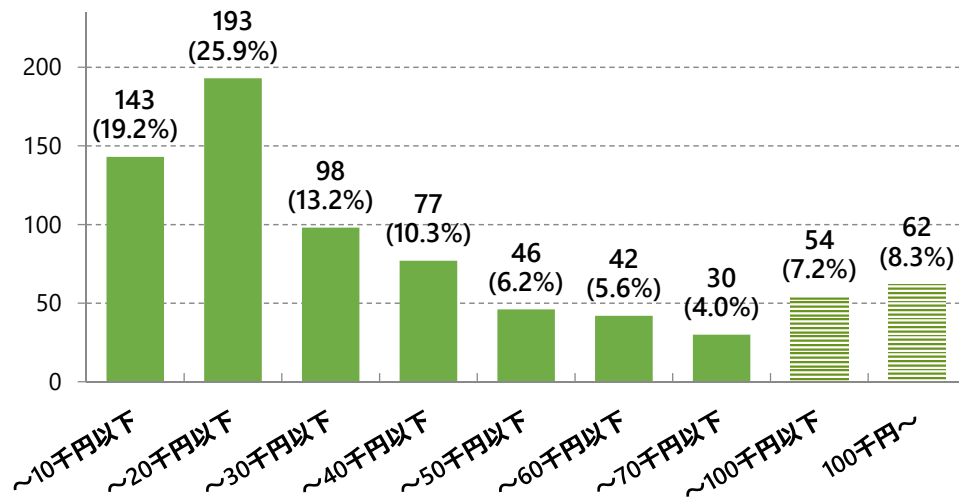
		支援期間階級						合計
		1：～30日	2：31～60日	3：61～90日	4：91～180日	5：181日～	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	270	198	148	243	69	22	950
	構成割合	28.4%	20.8%	15.6%	25.6%	7.3%	2.3%	100.0%
	2：該当しない 人数	428	269	213	293	89	29	1321
	構成割合	32.4%	20.4%	16.1%	22.2%	6.7%	2.2%	100.0%
	3：欠損値 人数	31	30	20	28	9	1	119
	構成割合	26.1%	25.2%	16.8%	23.5%	7.6%	.8%	100.0%
	合計 人数	729	497	381	564	167	52	2390
	構成割合	30.5%	20.8%	15.9%	23.6%	7.0%	2.2%	100.0%

2.3.7 対象者 1 人あたり所要額（n745）

対象者 1 人あたりの所要額（訪問支援およびチーム員会議にかかる人件費等相当分）について、「(10 千円)～20 千円以下」が 193 人（25.9%）と最も多く、次いで、「～10 千円」が 143 人（19.2%）、「(20 千円)～30 千円以下」が 98 人（13.2%）の順であった。他方、「100 千円～」も 62 人（8.3%）と一定程度存在していた。

なお、平均額は 41,121.4 円、中央値 23,785.3 円であった。

図表 2.18 対象者 1 人あたり所要額



⑨1人あたり所要額について

チーム設置機関と所要額階級のクロス表

			所要額階級							合計
			1：1万以下	2：1～2万	3：2～3万	4：3～5万	5：5～10万	6：10万～	(欠損値)	
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	109	146	47	56	29	11	388	786
		構成割合	13.9%	18.6%	6.0%	7.1%	3.7%	1.4%	49.4%	100.0%
	2：行政	人数	17	17	27	36	37	7	149	290
		構成割合	5.9%	5.9%	9.3%	12.4%	12.8%	2.4%	51.4%	100.0%
	3：医療機関	人数	13	14	13	18	36	29	121	244
		構成割合	5.3%	5.7%	5.3%	7.4%	14.8%	11.9%	49.6%	100.0%
	4：疾患センター	人数	3	13	8	9	14	6	44	97
		構成割合	3.1%	13.4%	8.2%	9.3%	14.4%	6.2%	45.4%	100.0%
	5：その他	人数	1	3	3	4	9	10	664	694
		構成割合	.1%	.4%	.4%	.6%	1.3%	1.4%	95.7%	100.0%
	6：欠損値	人数	0	0	0	0	0	0	279	279
		構成割合	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
合計	人数	143	193	98	123	125	63	1645	2390	
	構成割合	6.0%	8.1%	4.1%	5.1%	5.2%	2.6%	68.8%	100.0%	

人口階級と所要額階級のクロス表

			所要額階級							合計
			1：1万以下	2：1～2万	3：2～3万	4：3～5万	5：5～10万	6：10万～	(欠損値)	
人口階級	1：1万未満	人数	24	32	16	26	30	11	124	263
		構成割合	9.1%	12.2%	6.1%	9.9%	11.4%	4.2%	47.1%	100.0%
	2：1～5万	人数	87	99	42	76	50	25	495	874
		構成割合	10.0%	11.3%	4.8%	8.7%	5.7%	2.9%	56.6%	100.0%
	3：5～10万	人数	9	35	27	12	22	9	96	210
		構成割合	4.3%	16.7%	12.9%	5.7%	10.5%	4.3%	45.7%	100.0%
	4：10万以上	人数	23	27	12	9	22	18	114	225
		構成割合	10.2%	12.0%	5.3%	4.0%	9.8%	8.0%	50.7%	100.0%
	5：欠損値	人数	0	0	1	0	1	0	816	818
		構成割合	.0%	.0%	.1%	.0%	.1%	.0%	99.8%	100.0%
合計	人数	143	193	98	123	125	63	1645	2390	
	構成割合	6.0%	8.1%	4.1%	5.1%	5.2%	2.6%	68.8%	100.0%	

認知症自立度と所要額階級のクロス表

			所要額階級							合計
			1：1万以下	2：1～2万	3：2～3万	4：3～5万	5：5～10万	6：10万～	(欠損値)	
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	20	27	13	17	19	12	305	413
		構成割合	4.8%	6.5%	3.1%	4.1%	4.6%	2.9%	73.8%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	39	55	35	30	30	14	395	598
		構成割合	6.5%	9.2%	5.9%	5.0%	5.0%	2.3%	66.1%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	48	68	28	49	44	23	463	723
		構成割合	6.6%	9.4%	3.9%	6.8%	6.1%	3.2%	64.0%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	31	28	13	14	18	7	268	379
		構成割合	8.2%	7.4%	3.4%	3.7%	4.7%	1.8%	70.7%	100.0%
	5：欠損値	人数	5	15	9	13	14	7	214	277
		構成割合	1.8%	5.4%	3.2%	4.7%	5.1%	2.5%	77.3%	100.0%
合計	人数	143	193	98	123	125	63	1645	2390	
	構成割合	6.0%	8.1%	4.1%	5.1%	5.2%	2.6%	68.8%	100.0%	

要介護度 と 所要額階級のクロス表

		所要額階級							合計
		1：1万以下	2：1～2万	3：2～3万	4：3～5万	5：5～10万	6：10万～	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	33	31	22	31	27	16	367	527
	構成割合	6.3%	5.9%	4.2%	5.9%	5.1%	3.0%	69.6%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	14	7	10	8	4	2	113	158
	構成割合	8.9%	4.4%	6.3%	5.1%	2.5%	1.3%	71.5%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	2	3	2	2	1	2	40	52
	構成割合	3.8%	5.8%	3.8%	3.8%	1.9%	3.8%	76.9%	100.0%
	4：申請なし 人数	89	150	62	80	89	43	1084	1597
	構成割合	5.6%	9.4%	3.9%	5.0%	5.6%	2.7%	67.9%	100.0%
	5：欠損値 人数	5	2	2	2	4	0	41	56
	構成割合	8.9%	3.6%	3.6%	3.6%	7.1%	.0%	73.2%	100.0%
合計		143	193	98	123	125	63	1645	2390
		6.0%	8.1%	4.1%	5.1%	5.2%	2.6%	68.8%	100.0%

困難事例 と 所要額階級のクロス表

		所要額階級							合計
		1：1万以下	2：1～2万	3：2～3万	4：3～5万	5：5～10万	6：10万～	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	42	61	44	50	62	36	655	950
	構成割合	4.4%	6.4%	4.6%	5.3%	6.5%	3.8%	68.9%	100.0%
	2：該当しない 人数	97	123	50	68	59	24	900	1321
	構成割合	7.3%	9.3%	3.8%	5.1%	4.5%	1.8%	68.1%	100.0%
	3：欠損値 人数	4	9	4	5	4	3	90	119
	構成割合	3.4%	7.6%	3.4%	4.2%	3.4%	2.5%	75.6%	100.0%
合計		143	193	98	123	125	63	1645	2390
		6.0%	8.1%	4.1%	5.1%	5.2%	2.6%	68.8%	100.0%

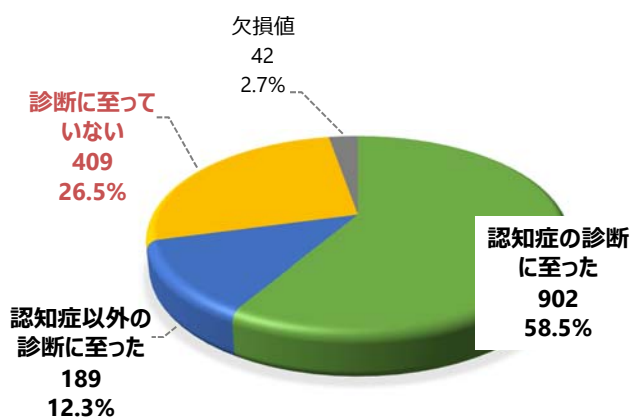
2.4 終了時の状況

2.4.1 診断の導入 (n1,542)

終了時の状況として、まず、介入時「診断なし」「不明」の 1,542 人についての診断の導入をみると、「認知症の診断に至った」が 902 人（58.5%）、「認知症以外の診断に至った」が 189 人（12.3%）となり、70.8%がいずれかの診断に至っていた。他方、「診断に至っていない」は 409 人（26.5%）であった。

続いて、具体的な診断の内容（病名入力のある n1,073）について、認知症（n878）では、「アルツハイマー型認知症」が 50.3%、「病型不詳」が 15.1%、「混合型」が 4.6%の順であった。認知症以外（n195）では、「他の精神疾患」が 7.1%、「MCI」が 5.4%の順であった。

図表 2.19.1 診断の導入

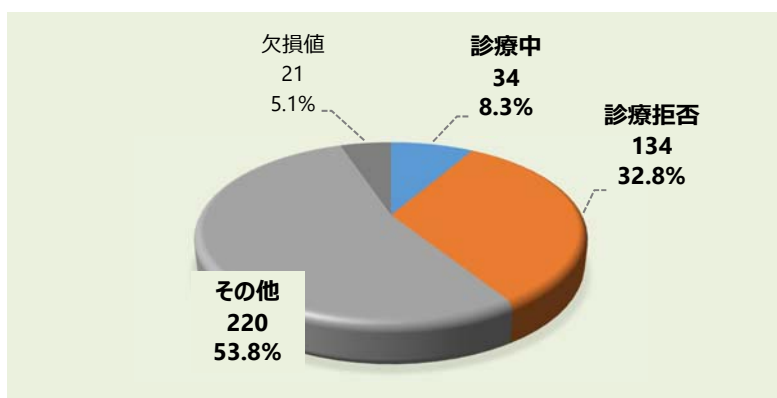


〈認知症の診断／認知症以外の診断〉

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

診断に至っていない 409 人について、その理由をみると、「その他」220 人（53.8%）の他、「診療拒否」が 134 人（32.8%）、「診療中」が 34 人（8.3%）であった。

図表 2.19.2 診断に至っていない理由



⑥ 認知症の診断について

チーム設置機関と認知症診断のクロス表

		認知症診断				合計	
		1：認知症診断	2：以外の診断	3：診断に至らない	(欠損値)		
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	308	57	108	313	786
		構成割合	39.2%	7.3%	13.7%	39.8%	100.0%
	2：行政	人数	119	14	58	99	290
		構成割合	41.0%	4.8%	20.0%	34.1%	100.0%
	3：医療機関	人数	100	25	42	77	244
		構成割合	41.0%	10.2%	17.2%	31.6%	100.0%
	4：疾患センター	人数	27	10	18	42	97
		構成割合	27.8%	10.3%	18.6%	43.3%	100.0%
	5：その他	人数	258	56	139	241	694
		構成割合	37.2%	8.1%	20.0%	34.7%	100.0%
	6：欠損値	人数	90	27	44	118	279
		構成割合	32.3%	9.7%	15.8%	42.3%	100.0%
合計	人数	902	189	409	890	2390	
	構成割合	37.7%	7.9%	17.1%	37.2%	100.0%	

人口階級と認知症診断のクロス表

		認知症診断				合計	
		1：認知症診断	2：以外の診断	3：診断に至らない	(欠損値)		
人口階級	1：1万未満	人数	104	15	33	111	263
		構成割合	39.5%	5.7%	12.5%	42.2%	100.0%
	2：1～5万	人数	342	64	145	323	874
		構成割合	39.1%	7.3%	16.6%	37.0%	100.0%
	3：5～10万	人数	84	17	25	84	210
		構成割合	40.0%	8.1%	11.9%	40.0%	100.0%
	4：10万以上	人数	79	22	59	65	225
		構成割合	35.1%	9.8%	26.2%	28.9%	100.0%
	5：欠損値	人数	293	71	147	307	818
		構成割合	35.8%	8.7%	18.0%	37.5%	100.0%
合計	人数	902	189	409	890	2390	
	構成割合	37.7%	7.9%	17.1%	37.2%	100.0%	

認知症自立度と認知症診断のクロス表

		認知症診断				合計	
		1：認知症診断	2：以外の診断	3：診断に至らない	(欠損値)		
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	119	72	119	103	413
		構成割合	28.8%	17.4%	28.8%	24.9%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	248	38	99	213	598
		構成割合	41.5%	6.4%	16.6%	35.6%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	303	28	96	296	723
		構成割合	41.9%	3.9%	13.3%	40.9%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	133	19	46	181	379
		構成割合	35.1%	5.0%	12.1%	47.8%	100.0%
	5：欠損値	人数	99	32	49	97	277
		構成割合	35.7%	11.6%	17.7%	35.0%	100.0%
合計	人数	902	189	409	890	2390	
	構成割合	37.7%	7.9%	17.1%	37.2%	100.0%	

要介護度と認知症診断のクロス表

		認知症診断				合計
		1：認知症診断	2：以外の診断	3：診断に至らない	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	128	32	88	279	527
	構成割合	24.3%	6.1%	16.7%	52.9%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	31	4	24	99	158
	構成割合	19.6%	2.5%	15.2%	62.7%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	14	5	9	24	52
	構成割合	26.9%	9.6%	17.3%	46.2%	100.0%
	4：申請なし 人数	715	147	280	455	1597
	構成割合	44.8%	9.2%	17.5%	28.5%	100.0%
	5：欠損値 人数	14	1	8	33	56
	構成割合	25.0%	1.8%	14.3%	58.9%	100.0%
合計 人数		902	189	409	890	2390
構成割合		37.7%	7.9%	17.1%	37.2%	100.0%

困難事例と認知症診断のクロス表

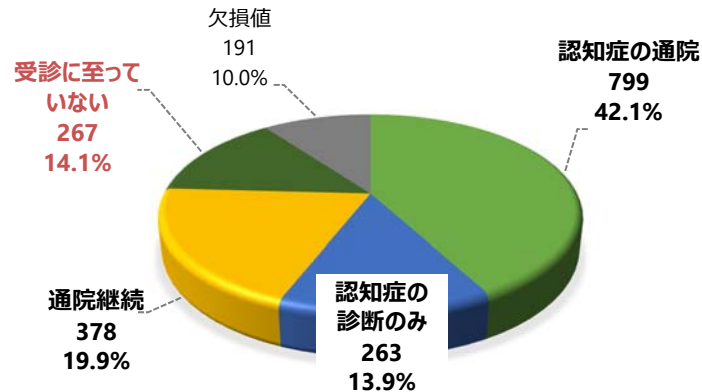
		認知症診断				合計
		1：認知症診断	2：以外の診断	3：診断に至らない	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	401	59	148	342	950
	構成割合	42.2%	6.2%	15.6%	36.0%	100.0%
	2：該当しない 人数	467	122	244	488	1321
	構成割合	35.4%	9.2%	18.5%	36.9%	100.0%
	3：欠損値 人数	34	8	17	60	119
	構成割合	28.6%	6.7%	14.3%	50.4%	100.0%
合計 人数		902	189	409	890	2390
構成割合		37.7%	7.9%	17.1%	37.2%	100.0%

2.4.2 医療の導入（n1,898）

続いて、介入時「認知症以外通院あり」「以前は通院」「通院なし」の1,898人についての医療の診断の導入をみると、「認知症の通院」が799人（42.1%）、「認知症の診断のみ」が263人（13.9%）、「通院継続」が378人（19.9%）となった。

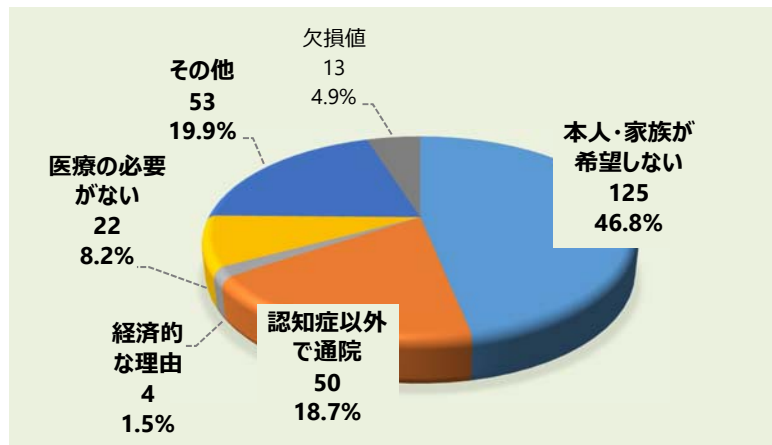
他方、「受診に至っていない」は409人（26.5%）であった。

図表 2.20.1 医療の導入



受診に至っていない267人について、その理由をみると、「本人・家族が希望しない」が125人（46.8%）と最も多く、以下、「その他」が53人（19.9%）、「認知症以外で通院」が50人（18.7%）、「医療の必要がない」が22人（8.2%）であった。

図表 2.20.2 受診に至っていない理由



⑦ 認知症医療の導入について

チーム設置機関 と 認知症医療の導入 のクロス表

		認知症医療の導入					合計	
		1：認知症通院	2：認知症診断のみ	3：通院継続	4：受診に至らない	(欠損値)		
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	266	80	109	75	256	786
		構成割合	33.8%	10.2%	13.9%	9.5%	32.6%	100.0%
	2：行政	人数	91	32	51	39	77	290
		構成割合	31.4%	11.0%	17.6%	13.4%	26.6%	100.0%
	3：医療機関	人数	95	29	37	28	55	244
		構成割合	38.9%	11.9%	15.2%	11.5%	22.5%	100.0%
	4：疾患センター	人数	26	13	15	19	24	97
		構成割合	26.8%	13.4%	15.5%	19.6%	24.7%	100.0%
	5：その他	人数	233	77	132	82	170	694
		構成割合	33.6%	11.1%	19.0%	11.8%	24.5%	100.0%
	6：欠損値	人数	88	32	34	24	101	279
		構成割合	31.5%	11.5%	12.2%	8.6%	36.2%	100.0%
合計	人数	799	263	378	267	683	2390	
	構成割合	33.4%	11.0%	15.8%	11.2%	28.6%	100.0%	

人口階級 と 認知症医療の導入 のクロス表

		認知症医療の導入					合計	
		1：認知症通院	2：認知症診断のみ	3：通院継続	4：受診に至らない	(欠損値)		
人口階級	1：1万未満	人数	84	30	46	27	76	263
		構成割合	31.9%	11.4%	17.5%	10.3%	28.9%	100.0%
	2：1～5万	人数	306	86	130	97	255	874
		構成割合	35.0%	9.8%	14.9%	11.1%	29.2%	100.0%
	3：5～10万	人数	59	28	24	24	75	210
		構成割合	28.1%	13.3%	11.4%	11.4%	35.7%	100.0%
	4：10万以上	人数	55	27	56	40	47	225
		構成割合	24.4%	12.0%	24.9%	17.8%	20.9%	100.0%
	5：欠損値	人数	295	92	122	79	230	818
		構成割合	36.1%	11.2%	14.9%	9.7%	28.1%	100.0%
合計	人数	799	263	378	267	683	2390	
	構成割合	33.4%	11.0%	15.8%	11.2%	28.6%	100.0%	

認知症自立度 と 認知症医療の導入 のクロス表

		認知症医療の導入					合計	
		1：認知症通院	2：認知症診断のみ	3：通院継続	4：受診に至らない	(欠損値)		
認知症自立度	1：Ⅰ	人数	104	47	85	76	101	413
		構成割合	25.2%	11.4%	20.6%	18.4%	24.5%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	212	64	99	67	156	598
		構成割合	35.5%	10.7%	16.6%	11.2%	26.1%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	249	87	112	62	213	723
		構成割合	34.4%	12.0%	15.5%	8.6%	29.5%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	146	42	38	27	126	379
		構成割合	38.5%	11.1%	10.0%	7.1%	33.2%	100.0%
	5：欠損値	人数	88	23	44	35	87	277
		構成割合	31.8%	8.3%	15.9%	12.6%	31.4%	100.0%
合計	人数	799	263	378	267	683	2390	
	構成割合	33.4%	11.0%	15.8%	11.2%	28.6%	100.0%	

要介護度と認知症医療の導入のクロス表

		認知症医療の導入					合計
		1：認知症通院	2：認知症診断のみ	3：通院継続	4：受診に至らない	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	134	45	94	57	197	527
	構成割合	25.4%	8.5%	17.8%	10.8%	37.4%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	47	19	24	8	60	158
	構成割合	29.7%	12.0%	15.2%	5.1%	38.0%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	12	4	7	10	19	52
	構成割合	23.1%	7.7%	13.5%	19.2%	36.5%	100.0%
	4：申請なし 人数	588	193	245	189	382	1597
	構成割合	36.8%	12.1%	15.3%	11.8%	23.9%	100.0%
	5：欠損値 人数	18	2	8	3	25	56
	構成割合	32.1%	3.6%	14.3%	5.4%	44.6%	100.0%
合計 人数		799	263	378	267	683	2390
構成割合		33.4%	11.0%	15.8%	11.2%	28.6%	100.0%

困難事例と認知症医療の導入のクロス表

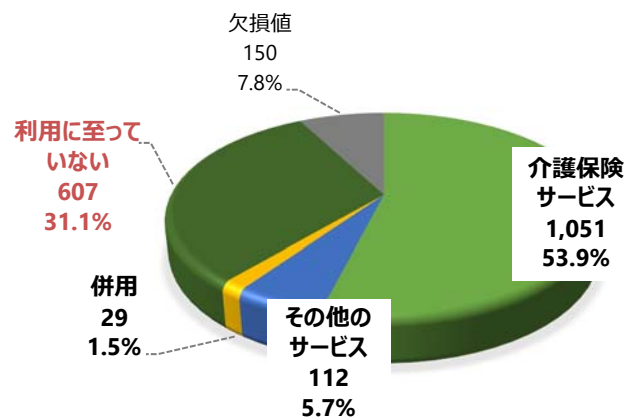
		認知症医療の導入					合計
		1：認知症通院	2：認知症診断のみ	3：通院継続	4：受診に至らない	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	331	138	129	105	247	950
	構成割合	34.8%	14.5%	13.6%	11.1%	26.0%	100.0%
	2：該当しない 人数	435	114	236	150	386	1321
	構成割合	32.9%	8.6%	17.9%	11.4%	29.2%	100.0%
	3：欠損値 人数	33	11	13	12	50	119
	構成割合	27.7%	9.2%	10.9%	10.1%	42.0%	100.0%
合計 人数		799	263	378	267	683	2390
構成割合		33.4%	11.0%	15.8%	11.2%	28.6%	100.0%

2.4.3 介護サービスの導入（n1,949）

また、介入時(介護サービスについて)「以前は利用」「利用なし」の 1,949 人についての介護サービスの導入をみると、「介護保険サービス」が1,051 人（53.9%）、「その他のサービス」が112 人（5.7%）、「(両サービスの併用)」が 29 人（1.5%）となった。

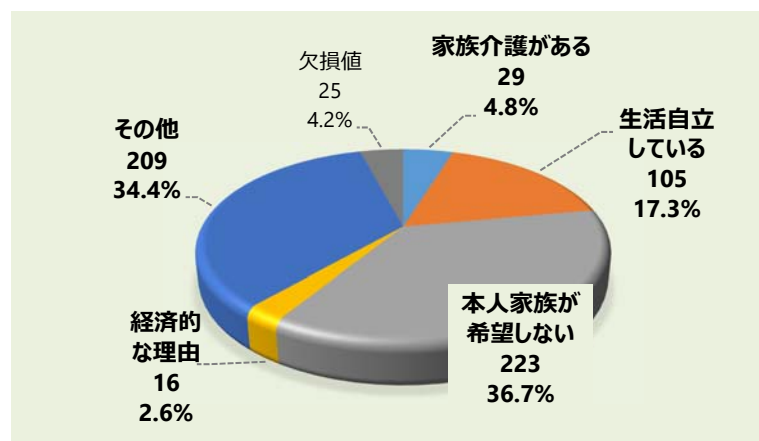
他方、「利用に至っていない」は 607 人（31.1%）であった。

図表 2.21.1 介護サービスの導入



利用に至っていない 607 人について、その理由をみると、「本人・家族が希望しない」が 223 人（36.7%）と最も多く、以下、「その他」が 209（34.4%）、「生活自立している」が 105 人（17.3%）、「家族介護がある」が 29 人（4.8%）であった。

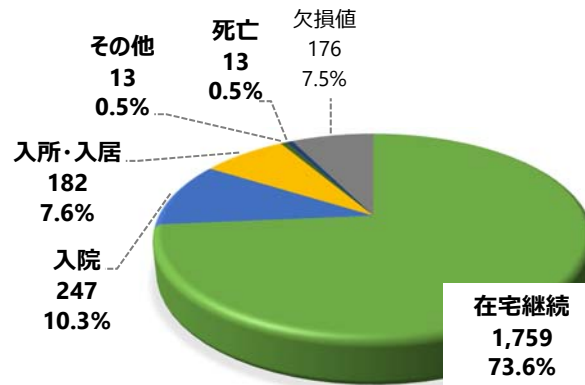
図表 2.21.2 利用に至っていない理由



2.4.4 転帰 (n2,390)

支援終了後の転帰について、「在宅継続」が 1,759 人（73.6%）と最も多く、次いで、「入院」が 247 人（10.3%）、「入所・入居」が 182 人（7.6%）の順であった。

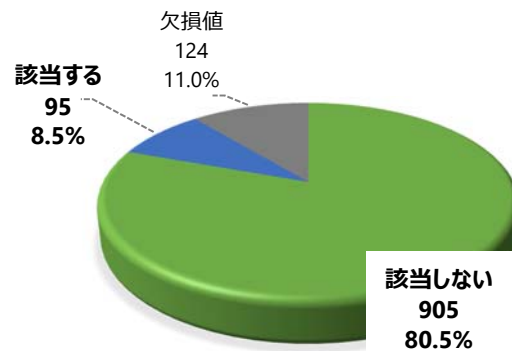
図表 2.22 転帰



2.4.5 導入サービスの継続状況

支援終了者のうちモニタリング実施のあった 1,124 人について、導入・引継されたサービスの継続状況を見ると、「(サービス不継続事例に)該当しない」が 905 人（80.5%）、「該当する」が 95 人（8.5%）であった。

図表 2.23 導入サービスの継続状況



⑨介護サービスの導入について

チーム設置機関と介護導入(利用)のクロス表

		介護導入(利用)					合計	
		1：介護保険サービス	2：その他サービス	3：併用	4：利用に至らない	(欠損値)		
チーム 設置機関	1：地域包括	人数	388	46	12	186	154	786
		構成割合	49.4%	5.9%	1.5%	23.7%	19.6%	100.0%
	2：行政	人数	118	14	2	84	72	290
		構成割合	40.7%	4.8%	.7%	29.0%	24.8%	100.0%
	3：医療機関	人数	107	15	4	55	63	244
		構成割合	43.9%	6.1%	1.6%	22.5%	25.8%	100.0%
	4：疾患センター	人数	41	5	2	21	28	97
		構成割合	42.3%	5.2%	2.1%	21.6%	28.9%	100.0%
	5：その他	人数	287	22	6	194	185	694
		構成割合	41.4%	3.2%	.9%	28.0%	26.7%	100.0%
	6：欠損値	人数	110	10	3	67	89	279
		構成割合	39.4%	3.6%	1.1%	24.0%	31.9%	100.0%
合計	人数	1051	112	29	607	591	2390	
	構成割合	44.0%	4.7%	1.2%	25.4%	24.7%	100.0%	

人口階級と介護導入(利用)のクロス表

		介護導入(利用)					合計	
		1：介護保険サービス	2：その他サービス	3：併用	4：利用に至らない	(欠損値)		
人口階級	1：1万未満	人数	121	19	6	60	57	263
		構成割合	46.0%	7.2%	2.3%	22.8%	21.7%	100.0%
	2：1～5万	人数	423	46	9	213	183	874
		構成割合	48.4%	5.3%	1.0%	24.4%	20.9%	100.0%
	3：5～10万	人数	96	6	1	55	52	210
		構成割合	45.7%	2.9%	.5%	26.2%	24.8%	100.0%
	4：10万以上	人数	87	11	4	75	48	225
		構成割合	38.7%	4.9%	1.8%	33.3%	21.3%	100.0%
	5：欠損値	人数	324	30	9	204	251	818
		構成割合	39.6%	3.7%	1.1%	24.9%	30.7%	100.0%
合計	人数	1051	112	29	607	591	2390	
	構成割合	44.0%	4.7%	1.2%	25.4%	24.7%	100.0%	

認知症自立度と介護導入(利用)のクロス表

		介護導入(利用)					合計	
		1：介護保険サービス	2：その他サービス	3：併用	4：利用に至らない	(欠損値)		
認知症 自立度	1：Ⅰ	人数	133	25	2	143	110	413
		構成割合	32.2%	6.1%	.5%	34.6%	26.6%	100.0%
	2：Ⅱa	人数	258	35	9	155	141	598
		構成割合	43.1%	5.9%	1.5%	25.9%	23.6%	100.0%
	3：Ⅱb	人数	374	29	9	142	169	723
		構成割合	51.7%	4.0%	1.2%	19.6%	23.4%	100.0%
	4：Ⅲ以上	人数	182	8	5	92	92	379
		構成割合	48.0%	2.1%	1.3%	24.3%	24.3%	100.0%
	5：欠損値	人数	104	15	4	75	79	277
		構成割合	37.5%	5.4%	1.4%	27.1%	28.5%	100.0%
合計	人数	1051	112	29	607	591	2390	
	構成割合	44.0%	4.7%	1.2%	25.4%	24.7%	100.0%	

要介護度と介護導入(利用)のクロス表

		介護導入(利用)					合計
		1：介護保険サービス	2：その他サービス	3：併用	4：利用に至らない	(欠損値)	
要介護度	1：軽度(非-支) 人数	210	17	7	105	188	527
	構成割合	39.8%	3.2%	1.3%	19.9%	35.7%	100.0%
	2：要介護1-2 人数	58	3	0	24	73	158
	構成割合	36.7%	1.9%	.0%	15.2%	46.2%	100.0%
	3：要介護3-5 人数	17	3	0	16	16	52
	構成割合	32.7%	5.8%	.0%	30.8%	30.8%	100.0%
	4：申請なし 人数	758	88	21	455	275	1597
	構成割合	47.5%	5.5%	1.3%	28.5%	17.2%	100.0%
	5：欠損値 人数	8	1	1	7	39	56
	構成割合	14.3%	1.8%	1.8%	12.5%	69.6%	100.0%
合計	人数	1051	112	29	607	591	2390
	構成割合	44.0%	4.7%	1.2%	25.4%	24.7%	100.0%

困難事例と介護導入(利用)のクロス表

		介護導入(利用)					合計
		1：介護保険サービス	2：その他サービス	3：併用	4：利用に至らない	(欠損値)	
困難事例	1：該当 人数	359	37	15	260	279	950
	構成割合	37.8%	3.9%	1.6%	27.4%	29.4%	100.0%
	2：該当しない 人数	646	71	13	319	272	1321
	構成割合	48.9%	5.4%	1.0%	24.1%	20.6%	100.0%
	3：欠損値 人数	46	4	1	28	40	119
	構成割合	38.7%	3.4%	.8%	23.5%	33.6%	100.0%
合計	人数	1051	112	29	607	591	2390
	構成割合	44.0%	4.7%	1.2%	25.4%	24.7%	100.0%

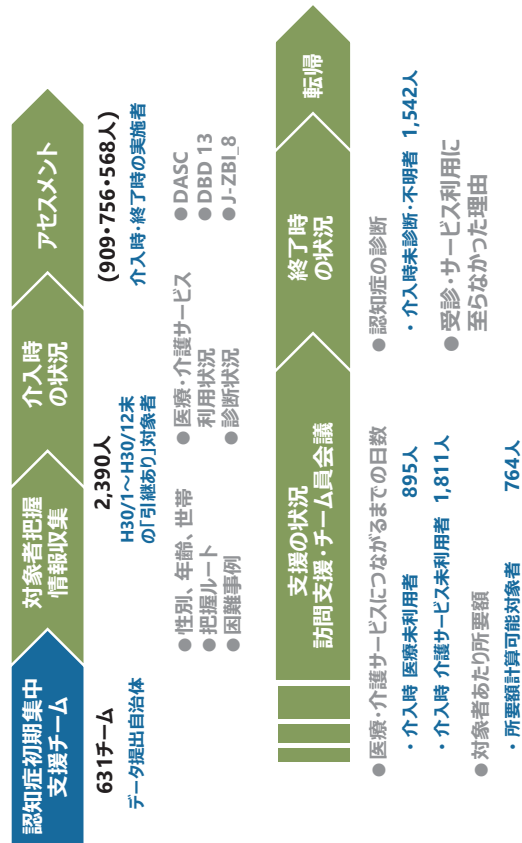
認知症初期集中支援事業

チーム活動実績まとめ

〈平成30年度 事業報告書〉

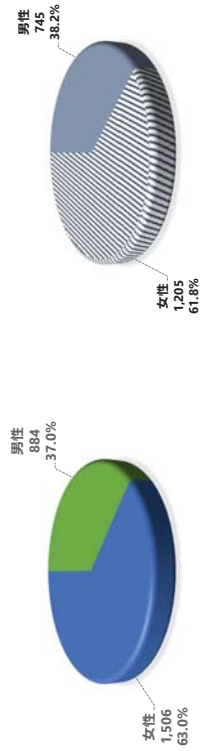
- 実績報告用プログラムv3.1 によるデータ入力・ファイル回収
- 都道府県を通じて全市町村にCD配布、**631チーム** からデータ提供
- 回収データ： **平成30年12月末** のデータ（昨年度以前、引継前を含め12,933ノード）
- 集計は **n=2,390** で実施（回収データからの絞り込み要件は以下の通り）
 - ① 医療・介護のいずれかに引継ありの対象者（支援終了に至っている対象者）
 - ② 初回訪問日付が H30.1.1 以降の対象者

主な集計項目と対象者数の流れ

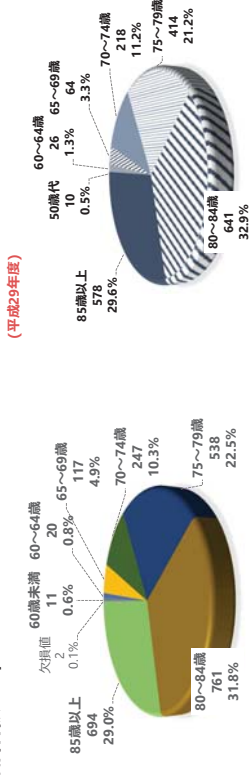


対象者概要(1)

①性別 n2,390

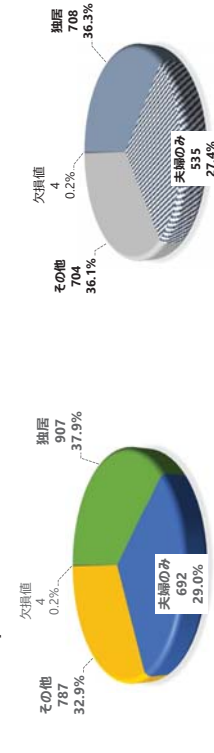


②年齢階級 n2,390

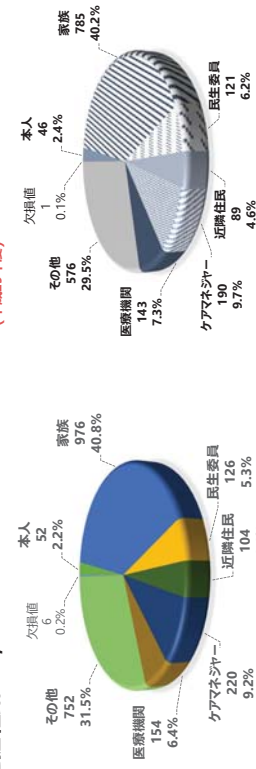


対象者概要(2)

③世帯状況 n2,390

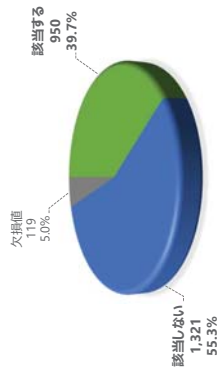


④把握経路 n2,390

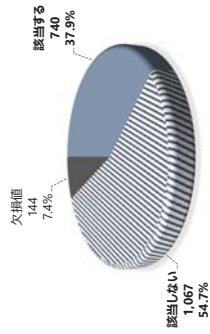


対象者概要(3)

⑤ 困難事例取扱 n2,390

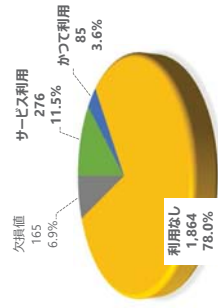


(平成29年度)

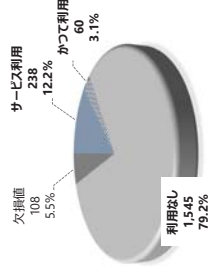


介入時の状況(2) (介護)

② 介護サービスの利用状況 n2,390



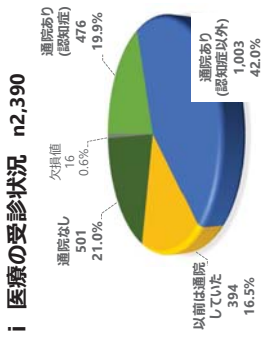
(平成29年度)



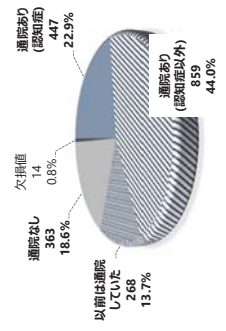
5

介入時の状況(1) (医療)

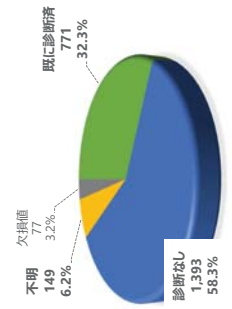
① i 医療の受診状況 n2,390



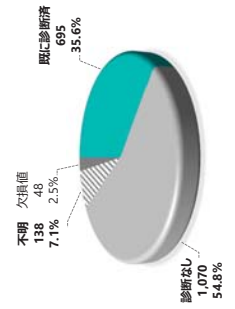
(平成29年度)



① ii 認知症の診断 n2,390



(平成29年度)



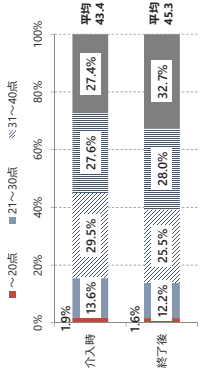
7

アセスメントの状況(1)

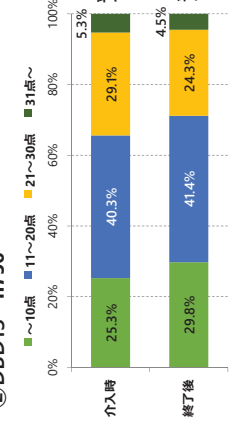
① DASC 介入時・終了後の実施者 n909



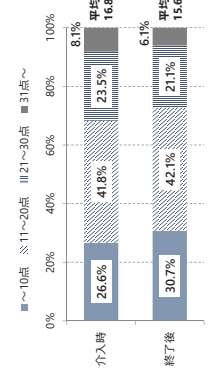
(平成29年度)



② DBD13 n756



(平成29年度)



6

8

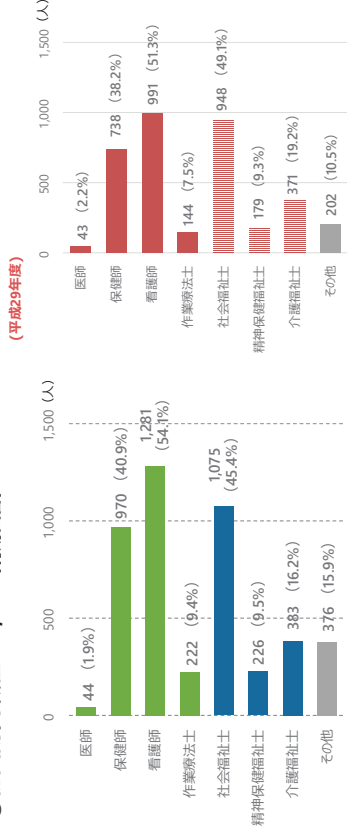
アセスメントの状況(2)

③J-ZBI_8 n568



支援の状況(2)

③初回訪問職種 n2,369 (有効回答)

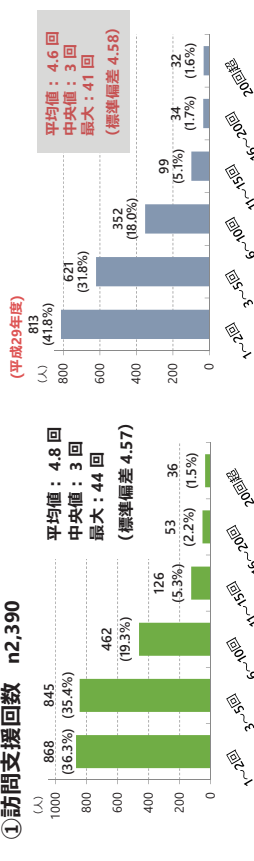


9

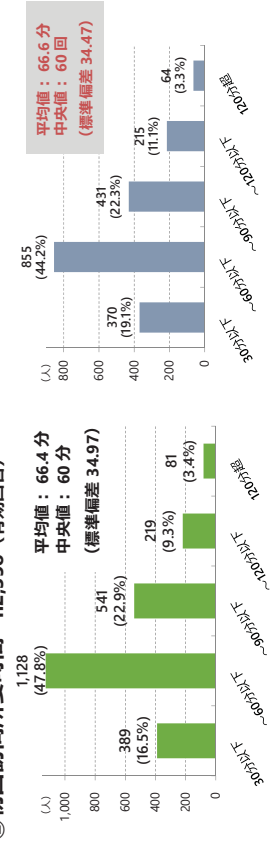
11

支援の状況(1)

①訪問支援回数 n2,390



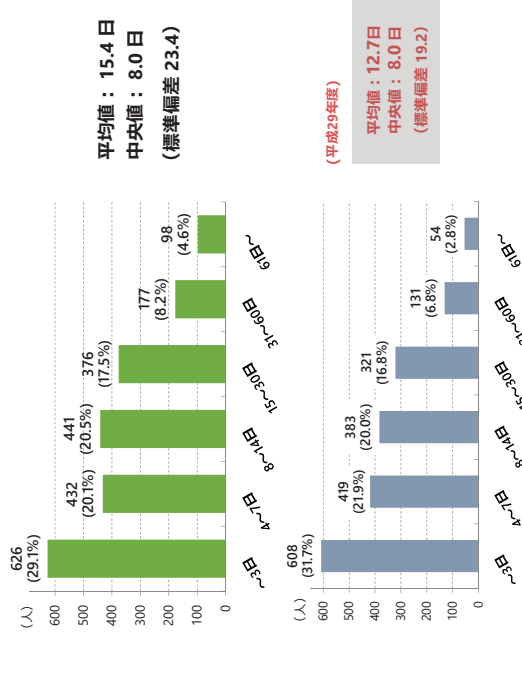
②初回訪問所要時間 n2,358 (有効回答)



10

支援の状況(3)

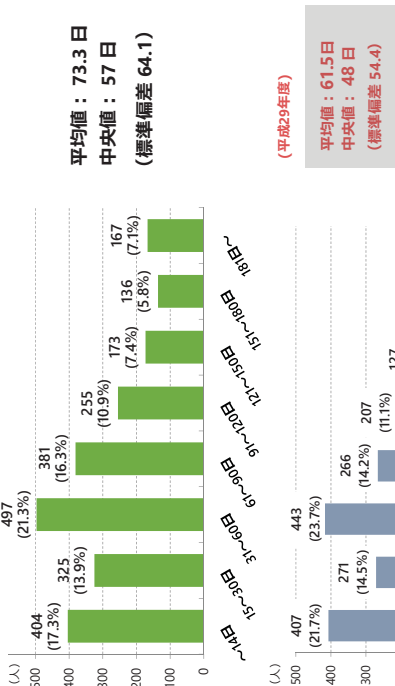
④初動期間（「把握」～「初回訪問」日数） n2,150 (有効回答)



12

支援の状況(4)

⑤支援期間（「初回訪問(支援開始)」～「引継」日数） n2,338（有効回答）



支援の状況(5)

⑥医療・介護につながるまでの日数（介入時、未利用者の「把握」～「引継」まで日数）

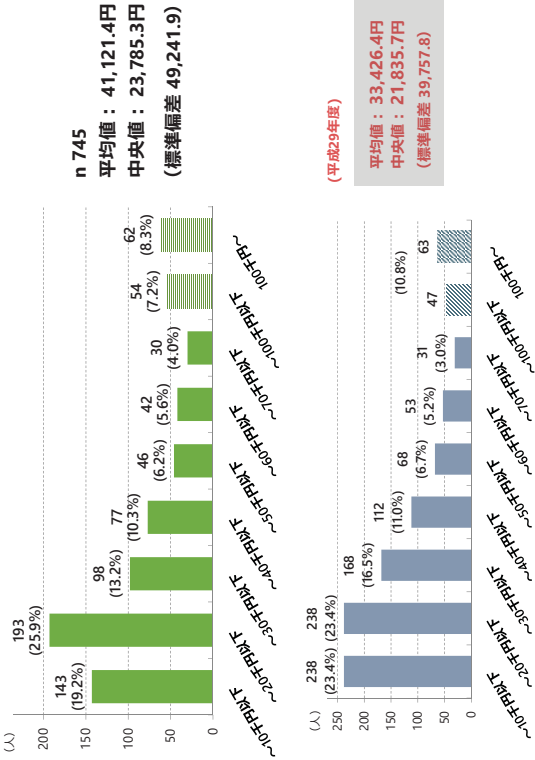
	介入時 未利用者※	引継あり	日数 (有効回答)
医療に つながるまで	n 895	633人 うち、主治医(認知症)に引継 243 専門医療機関に引継 172	78.0日 (n 543) 70.7%
介護に つながるまで	n 1,811	1,651人	101.0日 (n 1,510) 91.2%

※介入時未利用者
医療：介入時「通院なし」+「以前は通院していた」
介護：介入時「サービス利用なし」+「以前は利用していた」

支援の状況(6)

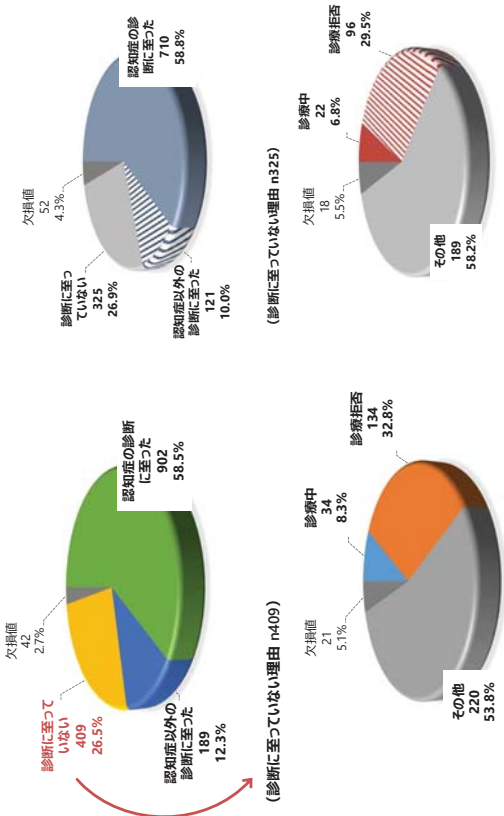
⑦所要額（対象者1人あたりの費用）

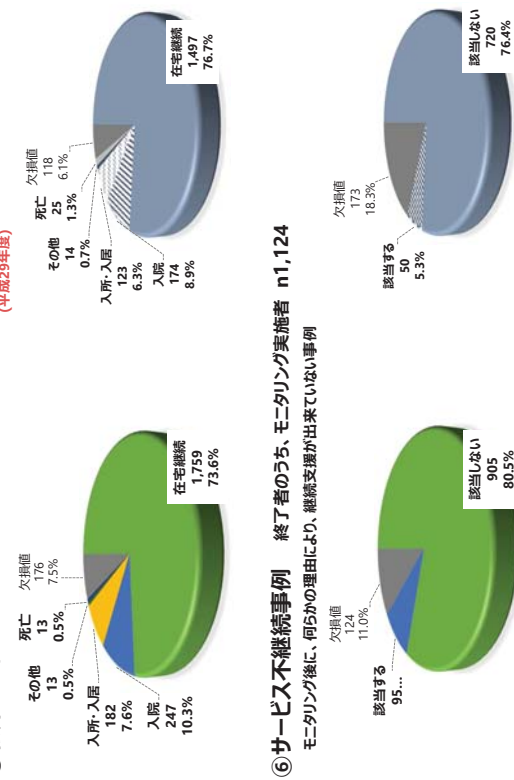
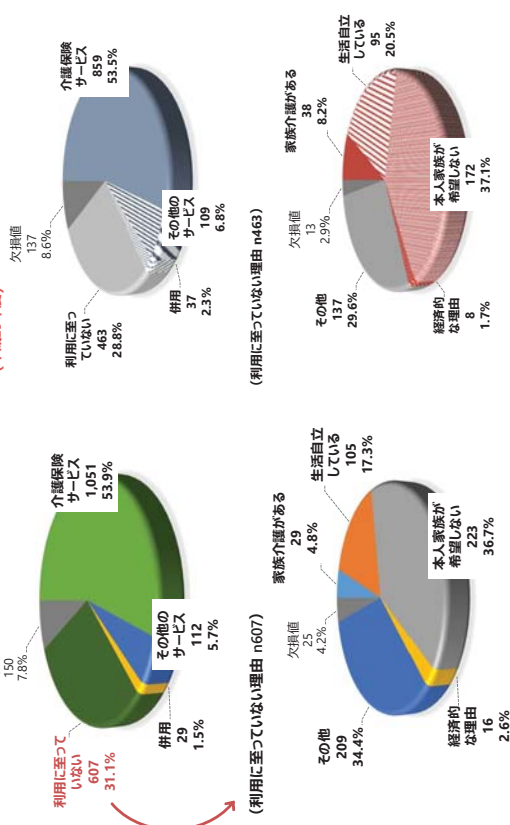
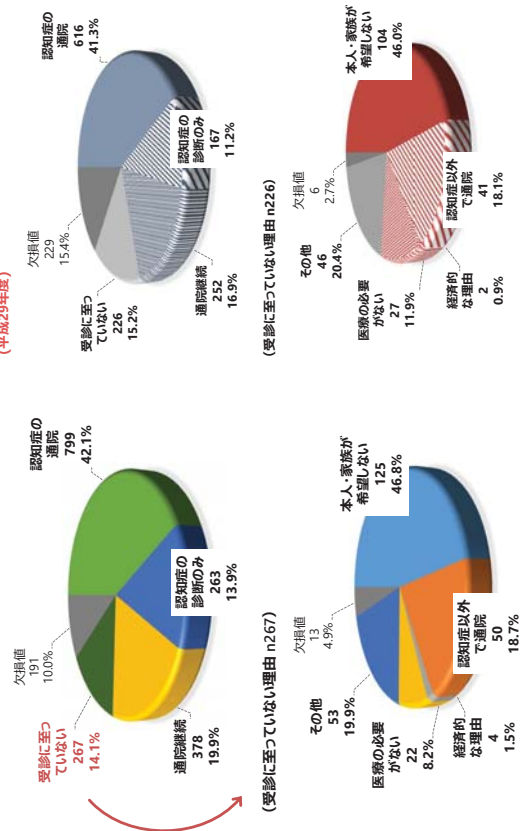
※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、
②チーム会議にかかる費用



終了時の状況(1)（診断①）

①診断の導入 介入時「診断なし」「不明」 n1,542 (平成29年度)





3. 継続的な研修によるチーム力の向上

チーム員の入れ替えやチームの増設置等に伴う新規のチーム員研修について、内容や教材の充実を図るとともに、チーム内等での伝達研修にかかる継続的な支援を通じて、設置後のチーム力の向上について検討した。

平成 30 年度は 4 か所 5 回（東京 2 回、名古屋 1 回、神戸 1 回、福岡 1 回）1,966 人が参加した。研修は土曜の午後から日曜の夕方まで 2 日間を費やして行われた。

研修プログラムは、①厚生労働省による認知症施策の概要、②初期集中支援チームの概要、③チーム員の訪問時の対応、④身体症状をどのようにとらえるか、⑤認知症に関する基本知識と認知症初期集中支援チームに必要な認知症の評価尺度（DASC を中心に）、⑥DASC の演習、⑦初期集中支援チームをどのように立ち上げるか（行政の立場から）、⑧初期集中支援チームにおけるガバナンスの構築からなる。平成 30 年度からは 27-29 年度研修後のアンケートで希望が多く知識としても有用と考えられる、若年性認知症の知識、と認知症と鑑別すべき精神疾患の項目が追加された。終了後 90 分のグループワークを行い、最後に確認テストを行う。

当初はチーム員になるためには研修受講が必須であったが、現在は受講したチーム員がチーム員同士で伝達講習をすることも認められている。伝達講習を支援するために、主要講義の内容をビデオ化し、長寿医療研究センターホームページから視聴できるようになっている。

Ⅳ 考察

① 設置されたチームの運用状況の把握

平成 27 年度から毎年チームの運用状況の調査をおこなってきており本年度で 4 年めとなる。対象者に関しては 2/3 が女性で 83%が 75 歳以上と例年と変化はみられない。また、2/3 が独居か夫婦のみの世帯である点も同様で、このチームの対象者は日本の平均的の高齢者世帯であることを示している。一方、把握経路に関してはこれまでと順位はかわらないものの、本人・家族 ケアマネジャーや周辺住民、民生委員の比率がいずれも減り、その他が増えている。その他の詳細は不明なため推測になるが、全国にチームができたことによって把握経路が多様化していることが推測される。困難事例の比率は欠損値を除くと 42%で大きな変化はみられなかった。

対象者の重症度では認知症高齢者の日常生活自立度は、72%がⅠまたはⅡ、障害高齢者の日常生活自立度は自立～Ⅲまでで 87%をしめている。身体的、認知機能的には比較的軽度だが、介護者、周辺は困ってチームへ相談が来ていることがわかる。認知症高齢者の日常生活自立度はⅢより大きくなると、自宅での生活が困難になることから、チームが適切な介入を行えば、在宅生活が維持できる対象者であることがわかる。

介入の結果では 認知症の診断は約 70%が未診断から約 60%が診断され、88%が利用していなかったサービス利用は 70%に近くが利用に変化した。

アセスメント指標では DASC は悪化するが、DBD13 と J-ZBI_8 はともに改善傾向であり、これもこれまでのデータと変化は見られなかった。

平成 29 年度と比べて、変化がみられたのは①初動期間（把握～初回訪問）平均 12.7 日⇒15.4 日 中央値 7.0 日⇒8.0 日 ②支援期間 平均 61.5 日⇒73.3 日 中央値 48.0 日⇒57.0 日といずれも延長している点である。前述のように、必ずしも困難事例が増加しているというデータではないため、平成 30 年から開始したチームが多いことによる処理時間の延長や、地域に社会資源が乏しく、なかなかつなぎ先が見つからないといった可能性が考えられる。またこれを反映して、対象者一人あたりの所要額は平成 28 年 平均 35,204 円 平成 29 年 33,426 円 平成 30 年 41,121 円と、変動があるとしてもこれまでの最高値を記録した。

支援終了後の転帰について、「在宅継続」は欠損値を除外すると 79%であり、8 割が狭義での在宅を維持できていた。

② チームの評価尺度の有用性の検証

チームの評価尺度を仮定でもよいので定めたいという要望はこの事業の当初からよせられていた。すべての市町村にチームが立ち上がったこれからは、ますますその必要性が増していると思われる。しかし、全国の市町村

におかれたチームは背景の市町村の規模、チームの設置場所やチーム員数など多様であり、一つの尺度でチーム状況を評価することは難しい。また、評価尺度は何のために存在するかというと、あるチームが「良い」か「悪い」かを評価するためにあるのではなく、現状を自己評価し、今後の改善につなげていくことに有用でなくてはならない。

そこで今回は、チームの属性としての自治体特性を基本に
チーム属性を現す3つの情報（①チーム設置機関 ②設置後の期間 ③チーム員人数）と、仮に評価指標として設定した以下の7つの項目

- ①支援対象者数（活動の面）
- ②-1 把握から初回訪問までの期間（機動性、対応の面）
- ②-2 初回訪問から引継までの期間（機動性、対応の面）
- ③-1 DASC の介入時と終了時のスコア差（効果の面）
- ③-2 DBD13 の介入時と終了時のスコア差（効果の面）
- ③-3 J-ZBI_8 の介入時と終了時のスコア差（効果の面）
- ④医療・介護への引継（目標達成の面）

との相関性を検討した。評価指標分析の結果を図表5にまとめている。その結果、たとえばチーム員人数の規模によって、支援対象者数は異なり、チーム員人数が多いほど、支援対象者数が多くなる関係にあるといった、あらかじめ想定できる関連もみられたが、初動期間とアセスメント結果（DASC、DBD13、J-ZBI_8）については、それぞれの分散分析の結果より、初動期間が短い方が、アセスメント結果が良くなる関係がみられたり、初動期間と医療・介護引継について、医療・介護引継率が高位のチームは、初動期間が短い（全体の上位1/3が占める割合が高い）という関係性が認められた。

この結果から特にチームの状態を示すのに有用な評価指標としては、チーム活動量を示す「①支援対象者数」、チームの機動性・対応力を示す「②初動期間」、チーム活動の効果を示す「③J-ZBI_8 スコアの変化」、チーム活動の目標達成を示す「④医療・介護引継」を項目として整理することとした。

また、評価指標について、チーム活動に関係がある（影響を及ぼす）属性や条件を考慮して、①チーム設置機関、②設置後期間、③チーム員人数の3種類でより实际的に示すこととした。

各チームは自分の所属するチームの相対的な位置付けを 全体を 1/3 ずつに分けた場合に（仮に松、竹、梅と名付けた）どの位置にあるかを確認する。チームの状況によっては項目が梅から竹や松になることが必ずしもチーム力の向上を直結しないことがあるが、「①支援対象者数」、「②初動期間」、「③J-ZBI_8 スコアの変化」、「④医療・介護引継」を項目に関しては、梅から竹や松に変化した場合、チーム力の向上を反映していると考えられる項目である。

③ 認知症初期集中支援チームチーム員研修の現状と今後

平成 30 年度までの受講者総数は 8,377 人に上り、1,741 市町村の 97%が受講を済ませている。100%に満たないのは、複数の市町村でチームを作っている場合があるためで、平成 30 年 4 月からチームが活動を開始するに必要なチーム員はほぼ研修できたと考えられる。新しいチーム員に対する研修は、今後も一定数必要と考えられる。チーム員の転勤や、個人の事情による離脱は起こりうるし、また少ない人数で開始したチームがチームの拡充を図ることもある。また大きな都市ではチームそのものの数を増やすこともありうる。厚生労働省の調査では、チーム設立後の平成 30 年度研修受講を予定している人数は、全国で 2,500 人に上ると推計されており、それに対応できるよう、平成 30 年度も研修を実施し、31 年度以降も研修会の実施を予定している。また、研修テキストの改訂を行っており、研修内容にあわせ、新しい項目として、前述のように認知症と認知症以外の精神疾患との鑑別の項、若年性認知症に関する知識の項を加えた。また各項目を複数の講師が担当できるように、講師の育成もはかっている。フォローアップ研修については、平成 29 年度末までにほぼ全市町村に少なくとも 1 チームは設置されたが、平成 25 年度のモデル事業時にチーム活動を開始したチームから平成 30 年 4 月に活動を開始したチームまで、1 年から 6 年の経験年数の幅がある。またチーム員研修の伝達形式の導入など、初動知識にも差が予想される。また横の情報の不足によって、他県のあるいは自分の県内でも他のチームの活動内容が分からず、自チームの活動を見直し、確認することが難しいとの指摘がある。これらの問題点を克服するためにもフォローアップ研修が必要と考えられた。フォローアップ研修は各県や政令指定都市にゆだねられており、今年度は踏み込んだ調査ができていない。次年度以降の課題としたい。

④ 今後の課題

平成 30 年 4 月からほぼ全国の市町村でチームが立ちあがり活動が開始された。今回訪問した松戸市、大府市のチームをふくめ各地のチームから意見を聞くなかで、現在チームとして問題点として挙がってくる内容を集約すると、①対象がなかなかみつけれられない、②従来の仕組みに上手に組み込めないことに地域包括との役割分担がうまくいかない、③病院に委託された場合、行政が委託先にまかせきりになりガバナンスが効いていない、④適切なつなぎ先がないため苦労している、といった声が多かった。また、効率がよくないかもしれないという声もあるが、専門家の多職種チームが一人の対象者を訊ねるという方法は本質的に効率（ことに経済効率）という点では限界がある。上記の①③④に関してはチーム員努力だけでは難しい面もあり、行政の人が参加する形でのフォローアップ研修が必要と考えられる。

認知症初期集中支援チームが有用かどうかは本人、家族にとって満足度が高いことが最も本質的であり、そのためには、本来 1 事例ごとに評価すべきかもしれない。今回の事業で選んだ 4 つの評価指標に関しては、来年度全チームで評価を行い、経年的に変化を見ていく必要がある。

[資料編]

- ▶ 支援対象者の把握・早期発見にかかる取り組みについて
～ 評価指標作成のためのチーム状況把握アンケート(記述回答)より ～
- ▶ 評価指標作成のためのチーム状況把握アンケート調査票（市町村票・チーム票）

支援対象者の把握 早期発見にかける取り組みについて ～認知症初期集中支援チームの評価指標作成のためのチーム状況把握アンケートより～	
❶ 認知症初期集中支援の対象者について、スクリーニングツールを活用するなど、何らかの手段で積極的に把握・発見していますか。	
▶ 「している」場合の 具体的な 場所(機会)、実施担当者、その後のつなげ先などについて	
市町村名	回答内容
あさざり町	訪問時、チーム員（包括）、チーム員会議、認知症疾患医療センター
九十九里町	地域包括支援センターで把握している者について、町・包括支援センター担当者がチームにつなげ、病院への受診につなげる取り組みをしています。
与那原町	チームは直営である地域包括支援センターにあるので、その都度対象者がいれば、情報共有をしている。また、月1回の会議もしており、その中でも話し合いができています。
古賀市	地域リハビリテーション活動支援事業開催時に、認知症の早期発見チャットシートを実施している。
羽幌町	健康福祉まつり開催時の、もの忘れ相談コーナーにてもの忘れチャットシートを実施している。 場所：地域包括支援センター総合相談受付事務 担当者：地域包括支援センター つなげ先：地域包括支援センター
平戸市	訪問先の居宅等に、DASC・DBD13・ZARIT などのアセスメントシートを用いている。その後、認知症サポート医と連携しながら、医療と介護などのサービス提供につなげるように努めている。
安曇野市	月1回、認知症に関する相談会を開催。チームの医師とチーム員が対応、相談結果に応じ、チームはもちろんだ地域包括支援センターや保健センター等につなげている。 市内の認知症カフェや認知症看護認定看護師に、チームの活動や相談会の情報を提供。気になるケースなどあれば、連絡をいただくよう依頼（年2回程度、懇談会開催）。 市内の介護事業所や市の関係部局（福祉・医療・保険等）、民生委員等への情報提供を呼び掛け。
須賀川市	地域包括支援センターの業務における相談、訪問時（場所）に、地域包括支援センター職員（実務担当者）が、DASC21・DBD28を使用したスクリーニングを行って、チームへのつなぎが必要と判断した方をチーム員会議に報告し、初期集中支援につなげている（その後のつなげ先）。
七ヶ宿町	ケア会議
海士町	年に数回、各地区単位で専門相談や健診・家庭訪問など実施している。保健師と専門医療機関の共同事業として実施し、必要に応じてかかりつけ医や福祉サービスの担当初期集中支援チームにつないでいる。
湖南市	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa～ⅤかつADL自立度Ⅰ～Aのサービス未利用者宅をチーム員で訪問し、都度対象者になるか否か検討を行っている。
宮津市	市の一般健診（40歳以上対象）や健診結果説明会の中で、初期集中支援チーム員の保健師が、もの忘れ相談プログラムを実施し、必要時に初期集中支援チーム員会議へつなげている。
礼文町	家族等からの相談、地域からの情報提供を受けた際は、包括社会福祉士・保健師が2人で当該対象者宅を訪問し、対象者との面談やDASC21を通じてスクリーニング→島内診療所へ情報提供
尾張旭市	訪問時、対象者の自宅へ実施している。実施担当者は、保健師・看護師 今のところ、本人若しくは家族が、初期集中対象者として承諾を得られた方のみ実施しているので、初期集中支援チームでケース対応している。
猿払村	地域ケア会議の中で、地域包括支援センター職員が把握 つなげ先として、居宅介護支援事業所・成年後見センター等
指宿市	高齢者福祉台帳から、対象となり得る者を抽出したり、関係者や市民へチームの広報を行い、市に情報提供してもら うなどの方法で発見に努めている。実施担当者は、市（直営包括）となっている。
四国中央市	月1回窓口センター（川之江・土居）・本庁舎で、もの忘れチャット体験を実施。その他出張開催も随時行っている。

高砂市	地域包括支援センターにて、毎月1回頭の健康チェックを実施している。担当者は、地域包括支援センター職員。その後のつなげ先としては、介護認定が必要方については、申請代行を行ったり、医療機関の受診を進めたりしている。また受診ができているかどうかの確認も行っている。初期集中支援チームへもつなぐ対象者もあり。
長万部町	包括支援センターへの相談時、職員の訪問時・健康教室・運動教室・健康教育・健康相談時等あらゆる場面で把握するようにしている。把握した情報は、包括内で共有し、関係する課へも提供、家族・サービス事業所等関係機関へも提供している。受診が必要な場合は、専門機関を紹介、受診勧奨をしている。
土浦市	在宅介護支援センター、地域ケアコーディネーター、行政保健師等による訪問業務（総合相談・独居高齢者等の要支援者把握訪問、アクトリーチ事業等）＊対象者把握チェックリストの実施。対象となった者は、地域包括支援センターに引き継ぎする流れ。
富岡町	情報共有及び早期発見や支援をスムーズに行うために役場、地域包括支援センター、富岡町社会福祉協議会、町内介護サービス事業者を踏まえ、地区ごとにトピアーズ会議や地域課題会議を実施している。
御坊市	要介護認定あり、認知症自立度Ⅱ以上でサービス利用実績がない方を、認定システムから抽出（事務担当の協力を得て、チーム員が実施）。ケアマネとの関わりがあれば担当ケアマネへ、なければ在宅介護支援センターまたはチーム員（包括）へつなげる。
徳之島町	特定健診受診者のうち、65歳以上の人と問診に合わせて基本チェックリストを実施。認知機能低下に該当した方に対して、地域包括支援センター職員が訪問・状況確認
知内町	70歳以上の住民を、生活支援コーディネーターが訪問し日常生活の状況を確認し、地域包括支援センターに報告している。
香美町	出前講座で老人会やサロンに出向く際、兵庫県作成の認知症チェックリストを配布し実施。フォローが必要の方は、地域包括職員が訪問し、日常生活に支障がないか確認。初期集中支援チームで検討することもある。
度会町	社協、地域福祉担当者や民生委員より、随時情報を収集し、対象者チェックリストを使用し把握している。
青ヶ島村	村と協議をしている。
川根本町	DASC活用・直営包括が集中チームも兼ねており、スクリーニングに回ってもらっている。
鯉ヶ沢町	包括支援センターでの、もの忘れ検診という事業で把握している。医療機関の早期受診や介護予防教室や介護申請請け付けサービスについている。
小山町	訪問
狛江市	主に地域包括支援センター業務の中で、スクリーニングツールを用い抽出している。
生坂村	地区巡回型の健康教室（村主催）→PHNや社会福祉士が行っている（チーム員の） 民生委員からの情報を聞き、村職員（チーム員）が対応
伊江村	認知症カフェについて、村民へ広報し、相談者へチェックリストを行う。カフェのスタッフは、認知症初期集中支援チームでもあるため、必要ならそのままチームにつなげる。
戸別市	（機会） 市内高齢者サロン・運動教室対象者に対する認知機能テスト（CaDi2・TDAS）を実施（担当） 市：地域包括支援センター主催、委託先：ソーシャルビジネス推進センター（NPO）（つなげ先） 包括の保健師が〇説明と、必要な方に通いの場の紹介、そのうち必要な方を初期
蓮田村	要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者全員に対し、もの忘れ気づきチェックリストを送付・回収し、点数が高かった人についてはチーム員が訪問している。
美郷町	自宅（対象者の）を訪問して、チーム員の専門医（保健師）が実施している。 未受診の人→受診を勧める。受診中→主治医と連絡を取る。サービスを進める。
岩泉町	訪問先、チーム員、かかりつけ医、専門医
金ヶ崎町	介護申請したものの、利用につながらない被保険者の中から、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の者を包括支援センターで抽出し、認知症初期集中支援チームに情報提供している。
有田市	直営包括のため、民生委員・ケアマネ等と連携を密にし、3職種のすぐに対応している。その中で、チームにかける必要がある方のみ会議にかける。チームにつなげても、つながらなくても、包括がすべて対応している。
厚真町	肺がん、結核検診会場（町内8か所）にて、問診時に元気脳チェックを実施。回答状況から、ある一定の基準に達しなかった方に対し、電話訪問で状況確認している。状況確認後、必要なサービスへつなげる（介護認定申請含む）。

京都市	当該事業実施エリアの地域包括支援センターにおいて、対象者を選別するための対象者把握チャック表を使い、項目に該当すればそれぞれの担当支援チームへまわっている。また、地域包括支援センター運営協議会・地域ケア会議において、必要に応じて支援チーム員が出席し、事業の周知を行っている。本市においても、事業チラシについて実施エリアの町内回覧板に挟み込みを行うなど、積極的な周知を行っている。
池田町	訪問、面談時（又は後）認知症初期集中支援チームの1対象者把握チャックリストを活用している。該当者で医療や介護サービスが必要な事が難しい。又は、対応に苦慮している方についてはチームへ報告している。
太子町	社会福祉協議会に委託して実施しているいきいき百歳体操（住民主体に地域で取り組んでいる介護予防活動）参加者に対し、もの忘れチャックシートを用いたスクリーニングを行っている。そのなかで、認知症のおそれがある人については、初期集中支援チームへまわらないでフォローしている。
守山市	対象者としての訪問時には DASC21 を利用している。初期集中支援チーム員が施行し、受診時等に報告している。包括での窓口相談・認知症カフェ、健康ワシントン等、包括職員がもの忘れプログラム及びもの忘れ相談票を用いて、支援対象であるかスクリーニングしている。
栗国村	看護師が自宅へ訪問し、長谷川式簡易知能評価を行い、その結果をチームへまわつたが、
印南町	もの忘れ相談・地域包括支援センター・認知症疾患医療センター、軽度の方は高齢者の集まる場
さつま町	民生委員による全高齢者を対象にした調査を実施、調査項目にある認知症疑いの方をチームに情報提供している。
御代田町	①チャックリストを郵送し、回答してもらう ②町直営の包括支援センター職員 ③町直営の包括支援センター職員
魚津市	訪問時、地域包括支援センターの保健師・看護師が DASC をとり、高齢者に対して相談窓口（かかりつけ医・認知症疾患医療センター等の専門相談機関・認知症無料相談会）へつないでいる。
鳴門市	「もの忘れ無料相談窓口」を基幹型包括に委託（事務局）している。相談者は市内サポーター医および認知症の人と家族の会相談員としており 1 回/月、市役所会議室で 2 時間市民に対して相談を受けている。この事務局、サポーター医が初期集中支援チーム員であることから、必要と判断された場合、事例として対応を開始する。
境港市	①地域の既存の団体活動へ出かけていき、認知症の症状等気になった車を相談として受ける。②地域包括支援センターの職員である認知症地域支援推進員や保健師 ③まず包括支援センターで対応し、必要時チーム会議での協議や支援に入る。
日南町	健診会場でタッチパネルを実施している。
呉市	民生委員からの情報提供、連絡表を使って主治医に確認し、集中チームに挙げるが検討する。
いなべ市	場所：健診会場、サロ、実施担当者：地域包括支援センター、地域相談センター（プランチ） づなげ先：認知症初期集中支援チーム、医療機関等
宋町	市が毎年実施している 70 歳以上の要介護認定を受けていない高齢者を対象のアンケート（健康自立度チャック票）で状況把握を行う。その場で、もの忘れに該当する 8 項目のうち 8 または 7 項目に該当する方に対し、チーム員が訪問を実施。訪問結果に応じて、専門医療機関の受診勧奨や介護サービスの利用検討を行っている。
生駒市	認知機能評価システムを導入し、広く一般住民に対して実施している。
双葉町	各包括支援センターに簡易判定スクリーニング機器を配付。訪問・教室実施の際に活用し、把握につとめている。
花巻市	75 歳以上の者に対し、毎年元気度チャックを送付。該当者は圏域の包括支援センターに情報を提供し、包括支援センターが訪問を実施
阿久比町	社会福祉協議会、生活支援相談員、民生児童委員、町保健師による戸別訪問、電話連絡により、安否及び状況確認を実施。支援者会等により地域包括支援センターと情報共有を行い、認知症総合支援につなげている。（主に福島県内の避難者を対象）
下田市	「物忘れ相談プログラム」（タッチパネル式の認知症スクリーニング検査）を、通いの場（自治公民館等で開催）参加者に対して、年 1 回、認知症地域支援推進員および認知症キャラバン（イベント）が実施。
	ハイレスク者には、サポーター医への受診勧奨またはかかりつけ医への相談を促す。
	参加していない近隣の方や、家族に関する相談の場合は包括支援センターへ情報提供し、実態把握を行う。
	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場合、認知症施策策定担当による認定更新時の能動的把握に努め、認知症初期集中支援チームにつなげている。
	町営型の包括のため常に意識して対象者を選定している。

(3)

御前崎市	直営の地域包括支援センター職員が認知症地域支援推進員を兼務しており、また、チーム員となっているため常時情報共有がされおり、把握、発見に努めている。チームで動く前、包括内で相談し合い、迅速な対応につなげている。
次城町	場所：地域包括支援センター総合相談窓口 担当者：対象者として適当であるかは、チーム員である保健師等が「対象者把握チャック票」を実施、その後、町の担当に連絡があり、家族が同意されれば、チームとして介入する。同意がない場合は、医療機関を紹介し、経過観察する
大野町	認知症初期集中支援チームが設置されている。地域包括支援センターの担当者が年 1 回 65 歳以上の一般高齢者に「認知症の気づきチャックリスト」（東京保健局、東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム作成）を送付している。返信の結果 20 点以上の者には訪問による状態確認を行い、認知症初期集中支援チーム等の支援につなげている。
清瀬町	次回訪問時、チーム員が可能な方に DASK を実施し、チーム員会議の際、サポーター医に伝えています。
東松山市	スクリーニングツールの活用はないが、毎月実施される地域包括支援センターセンター長会議や認知症地域支援推進員会議にて、支援の対象となる方がないか確認している。
出水市	対象者把握チャック票を用いて、在宅介護支援センターや地域包括支援センターで把握した認知症に関する対象者をチームにつなぐ。
糸魚川市	各地区公民館等の相談会の機会を利用し、タブレットを活用したスクリーニング（MPS）を健康増進課の保健師が担当し、実施している。要フォロー者には、診療依頼書を渡し、主治医につなげ、未受診者については、初期集中支援チームにつなげないでいる。
福岡市	介護予防郵送把握事業や認知機能の簡易検査ができるタブレット（区保健福祉センターや認知症カフェで実施）を活用し、把握したケースをチームへまわっている。
中央市	1、居宅事業所のケアマネさんと連絡をとり合い、サービスにつながないケースの把握をしている。2、民生委員から地域高齢者で認知の方、生活支援がある方の連絡をもらっている。
常陸大宮市	対象者の自宅へサポーターチームや地域包括支援センターの職員が訪問、スクリーニングを行い、チーム員会議を経て、医療や介護へつなげている。
八幡市	基本チャックリストにより、対象者を絞った形で保健師による見守り訪問を実施している。
袋井市	認知症地域支援推進員に地域における相談支援の中から、対象者の振り分けを行い、チーム員につなげる。認知症サポーター養成講座や健康教育、相談時に認知症のチャックリストを利用して認知症のスクリーニングをしている。
田原市	基本チャックリストによる認知機能低下のリスク者を訪問し、状態を確認している。
宮古島市	要介護認定申請の結果、要支援非該当となった者のうち、「認知症高齢者日常生活自立度」が、「自立」以外にチャックされた者について、市から認定情報を提供している。市と委託法人（社協）が協定を結んでいる。
尾崎市	初期収集中支援チームへ対象をつなぐ窓口は、地域包括支援センターが担っている。地域包括支援センターへは、本人、家族、民生児童委員他近隣住民から相談が寄せられ、そのうち、地域包括支援センターのみでは対応困難な対象者を初期集中チームにつないでいる。したがって、民生児童委員や一般住民が、認知症の早期対応の必要性や、相談窓口を理解してもらうことが対象者把握につながるため、民生児童委員研修や認知症サポーター養成講座等様々な場面で、認知症に対する理解、認知症初期集中支援事業や地域包括支援センターの役割について周知はわっている。
阿武町	包括支援センターにて月 1 回、行政、包括、居宅介護支援事業所の代表で共有会議を開催している。チーム員も介護のメンバーのため、対象者について確認し、チームにつなげる。
伊丹市	①認知症の方と接する機会の多い職種へ本事業の説明及び対象となる可能性があるケースについて相談する○周知している（地域包括支援センター、医師会、認知症ケア多職種研究会、その他） ②地域包括支援センターを紹介し日常的な相談対応事例が否かをアセスメントして、本事業対象者を選出する。③介護保険課で（原則、包括支援センターから）対応依頼を受理し最終判断・決定する。④の日常的な包括対応ケースや複雑なケースで本事業対象にない近隣のケースの見極め
白鷹町	75 オイ以上の単身高齢者の訪問事業や総合相談事業等で対象者を把握発見している。実施担当は地域包括支援センター系の職員。その後はチーム員や物忘れ相談員につなげている。
幸手市	市の軽度認知障害スクリーニングテストを実施、結果に応じて、予防や受診の相談、地域包括支援センターチーム員での対応につなげている。

(4)

五島市	高齢者（65、75、80 歳）の把握事業のアンケート（毎年）気になる方に、包括、推進員、チーム員が訪問 集団検診の結果説明時に物忘れ相談窓口と設置（7 月～11 月）各地区にて、推進員、チーム員、包括のスタッフ が相談受付、後日訪問 （あたまの）元気度調査を利用している。元気度調査はデイホームの専任職員等が実施し、調査票の合計点数が 3 点以上の人には二次検診の受診勧奨の通知を出している。二次検診未受診者の人を対象に認知症初期集中 支援チームが訪問による受診勧奨を行っている。必要があれば地域包括支援センターや医療機関につなぐ。 家庭訪問や地域包括支援センター相談窓口等で地域包括支援センター担当者等がスクリーニングを行う。初期集 中チーム会議や在宅のケアマネジャー・介護事業所・地域包括支援センター総合相談に繋がっている。
福岡市	ケース把握初回訪問時に市介護保険課保健師又は包括職員が実施。初期集中支援チーム員と業務である為、チ ーム員会議もしくは会議前のアセスメントツールとして使用している。
十和田市	地域包括支援センターにおける介護予防把握事業の調査票に、認知症機能に関する項目を加えることで、認知機 能の状態の把握とアセスメントする流れを作り、支援対象者の把握、早期発見につがっている。
裾野市	本市においては、各地域包括支援センターの職員がチーム員を兼任しており、対象者を通常の包括支援センターの業 務として対応するか、チームの対応とするかのスクリーニングは各包括判断に委ねている。できるだけ初回面接又は、 訪問時に DASC や Zarit 等のツールを用いて認知症の判断をすることとしている。結果、チーム対応とした場合はチ ームが支援し、包括対応とした場合は包括により必要に応じた機関やサービスにつないでいる。
いわき市	介護保険事業計画時に日常生活チツクリストを行い、対象者に対し、訪問を行う
香南市	本庁の市民サービスでもの忘れ相談を定期開催している。
南大隈町	地域包括支援センターに配置されている認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援専門員が担当。 継続支援が必要なケースについては相談内容により地域包括支援センター又は専門員が対応している
栃木市	相談とあがってくる町直営の地域包括支援センターへつなぐについては基本情報を収集して地域包括支援センターのチ ーム員と委託先の医師会立病院のチーム員で対象者とするか協議する機会をつづけている。
富岡市	「認知症初期スクリーニングシステム」利用契約により H28.4.1 から実施。インターネット上で富岡市用に設置したアド レス・アクセス、（家族・介護者向け）20 問、（本人向け）10 問の質問に答えてもらう。身近な人の認知症のり スクを確認したり、本人が認知症のご初期、認知症の始まり、あるいは認知症に進展する可能性のある状態を簡単に 予測できる。いずれの質問から、相談が必要になる場合は相談される際の留意点を説明し、地域包括支援センター へ相談できるように連絡先をご案内している。
宇都宮市	65 歳以上のひとり暮らし高齢者に対して、民生委員が自宅を訪問し、見守りが必要な者の把握調査を認知症ツツ クリストの項目を参照して行い、調査の結果を各地域包括支援センターに情報提供している。その中で、認知症（疑 いを含む）の方に対しては、医療・介護サービスに繋げるほか、地域住民による見守りを行っている。
加東市	機会 町ぐるみ健診 実施担当者 地域包括支援センター職員 その後のつなげ先（一定の点数以下を対象として地域包括支援センター職員が訪問する初期集中支援チームの対 象と思われる方を訪問する。
宮崎市	各地域包括センターの窓口や電話相談が認知症の人とその家族の支援が必要な方を把握し、認知症地域支援 推進員が包括職員から情報確認本人・家族からの聞き取りにより情報収集し、認知症初期集中支援チームへつなぐ。 情報から支援や相談が市のサービス等の利用の必要がある場合は、市担当者へ相談し、市との連携も図る。
美里町	85 才以上で医療・介護を受けていない、町の健診も受けていない、地域のサロンにも参加していない人を包括職員 （認知症地域支援推進員）が訪問し、状況確認。健診や地域のサロン、町事業の案内を行っている。
名古屋市	本市では、「認知症総合相談窓口」である地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置しており、セ ンターに寄せられた相談の中から、センター内で情報共有を行ったうえで、訪問支援対象者を把握している。また、訪 問支援対象者はチェックシートを用いて決定している。
東浦町	75 歳以上で要介護認定を受けていない方に対して、フレイルスクリーニングを実施（健康課より郵送）。フレイルに該 当した場合、基本チェックリストを実施（健康課及び包括により）、国立長寿医療研究センターのフレイル外来へつ なげ、そこからさらに、認知症の心配がある方を、認知症初期集中支援チームへ相談する。
阿蘇市	社会福祉協議会 117 ヲ所で開催する地区連絡会に包括支援センター職員が参加し、民生委員区長等から相談を 受け、認知症地域連携推進員につないでいる。

(5)

富士河口湖町	総合相談のあった認知症の疑いがある者全体について、認知症初期集中支援会議において、包括職員、チーム員 （保健師、社会福祉士、及び医師）とで個別検討し、初期集中支援を実施するかどうか検討している。
椎葉村	本村の場合、認知症初期に特化した検討事業はまだ無いが、毎月の包括ケア会議等で、定期的に情報連携する体 制はとれている。
坂祝町	自宅を訪問先 チーム員（保健師、介護支援専門員、介護福祉士） 包括、ケアマネ、医療機関
にかほ市	もの忘れ相談プログラム（認知症ツチパネル）を活用、集落サロン等地区に出向き、認知症予防に関する講話とど もに、ツチパネル実施、点数が低かった者について、保健師が状況確認のための訪問を行い、身体状況や生活状況 を確認後、予防教室が受診、場合によってはチームの介入等につなげている。
下諏訪町	介護予防教室開催説明会等で地域包括支援センター職員が、「物忘れプログラム」を活用して把握に努めている。
別府市	（場所）自宅等（実務担当者）オレンジチーム（認知症初期集中支援チーム）（つなげ先）担当ケアマネ、 かかりつけ医等
栄村	村で行った基本チェックリストの認知症にがい当者（多項目がい当）に初期チーム員が DASC21 を実施、専門医に よる相談会に相談したり、定期的に訪問し、状況把握に努めている。
文京区	地域包括支援センターにおいて実施している総合相談や、もの忘れ医療相談の中で必要に応じて、認知症気づきチ ェックリスト、長谷川式スケール、DASC 等を活用し、認知症初期集中支援事業対象者の把握に努めている。
舞鶴市	地域で運動指導員派遣事業を利用している団体に対し、半年に 1 回の体力測定時に市保健師が基本チェックリス トをとっている、支援が必要な人に対しては、市保健師が包括や居宅等につなげている。
宇治市	過去の基本チェックリストの結果に基づき、認知機能を低下が疑われる者に対して認知初期集中支援チームが訪 問して、実態把握及び本人・支援・家族支援を行っている。
千早赤阪村	①チーム員である認知症地域支援推進員が、地域の公民館で行われている地区活動など積極的に参加し、チー ムのうち配布や個別相談を行っている。担当者が直接相談や通告を受ける為、スクリーニングし、支援へつなげる。 ②警察からの「運転免許自主返納」や「支援対象事業」の情報提供量から、本人又は支援者へ連絡し、必要時、チ ーム員である推進員が対応している。※PC システムやアプリを利用したスクリーニングはしていません。
大口町	高齢者福祉協力員やケアマネなどに周知、啓発し行政や地域包括支援センターへの早期報告を依頼している。 家庭訪問や介護予防事業の機会に包括支援センター職員、認知症、地域支援推進員、地域こし協力隊が把握 に努めている。また、民生委員、ケアマネジャー、医療機関、薬局等からの情報もある。職員と地域支援推進員がチー ムにつないでいる。
下仁田町	もの忘れ、けんしん（介護予防把握事業）の該当者に対して初期集中支援チームのチーム員が訪問している社会 福祉士、作業療法士、保健師が、対象者宅に訪問している医療機関や、介護保険サービ、市独自の事業につな げている
高千穂町	保健センターにおいて、地域包括の担当者が、スクリーニングを行い、気になる人を個別訪問している。
大田原市	介護予防実態調査（65・70・75 才）と高齢者実態調査（高齢者世帯及びひとり暮らし高齢者）の情報 から包括と連携している。
寒川町	訪問の場で、初期集中のチーム員が実施。ケアマネにつなぐようになっている。チーム員会議へ提出
明和町	包括支援センターにあつた相談等に対し、初期集中支援チーム対象となるかについて随時検討している。
多可町	①認知症健診を町ぐるみ健診時同時実施。DASC21 によるスクリーニングを行っている（担当 地域包括支援セン ター）。②住民主体の通いの場を利用してツチパネル、DASC21 を実施。③在宅介護支援センターによる要支援 者訪問時、DASC21 を実施。
盛岡市	もの忘れ検診を受診した結果、要精密検査あるいは要経過観察となったが、医療にも介護にもつないでいない人を 把握し、訪問を行っている。
寄居町	地域包括支援センターが相談受理し、チェック票を用いて対象となるか確認。受付票とチェック票を行政へ提出し、行 政からチームへ支援要請する。
中央区	自宅訪問や面談で地域支援推進員等が対象者に DASC を実施している。認知症が疑われる場合は、専門医療 機関につなぐ、もしくは受診にむすつない場合は認知症初期集中支援の活用を検討する。
南あわじ市	場所 市民交流センター（小学校区単位） 実施担当者 地域包括支援センター つなげ先 医療機関

(6)

西予市	地域包括支援センターが介護予防支援事業として担当している「総合事業対象者」「要支援 1・2」の要介護度該当者を対象に、介護保険新規申請及び更新時に包括の担当職員が基本チェックリストを実施。認知症機能低下を示す 3 項目に 1 つでも該当した人に対して、DASC21・DBD13 を実施（本人に聞きたい）。その結果によって、ケアプラン作成・チームにつなぐ・自立支援個別ケア会議の開催等つないでいく。さらに 6 ヶ月後、同様に調査実施（実施期間：平成 30 年 7～9 月）
諫早市	認知にうけてもサービス未利用の方への相談・訪問
東員町	地域包括ケア推進団体を対象に初回示中の普及啓発や成功例を紹介し、協力を依頼している。
松川町	基本チェックリストに認知症項目を追加し、スクリーニングを実施している。
高岡市	基本チェックリストを盛り込んだ健康調査を PM で回答。回答結果よりリスク者を選定し、直接訪問を実施。
平田村	初回訪問、終了時、モニタリング時において、チーム員（主に看護師）が実施している。医療機関（精神科）やグループホームなどつながることが多い。
佐倉市	ニーズ調査の回答から、ハイリスク者を選定し、包括支援センター職員が訪問し、スクリーニングを一部実施している。
神恵内村	チーム員を設置している包括支援センターでの相談時、認知症アセスメントツール（MMSE・長谷川式 DASC・zarit8 など）を活用したり、生活状況などを含め、総合的に判断。初期集中支援の対象になると、包括支援センターのチーム員を中心に医師のアドバイスをもらいながら支援している。
夕張市	高齢者宅への戸別訪問を行い、対象者とあつちあつちの方を把握した時、医療機関等関係機関へ繋げる
松戸市	ケアマネ、事業者、地域住民等からの情報をチームにつなげている。
八尾市	認知症簡易チェックシステム（携帯電話やパソコンよりアクセス可）の判定結果から相談窓口が表示されることで、まずは地域包括支援センターにつながるようになっている。その後、地域包括支援センターが選定フロー図等を活用し、他の事業も含め認知症に対する早期支援につながるよう取り組んでいる。
北大東村	地域包括支援センターの職員が相談者の中で対象と思われる人についてチームへ随時相談する方法をとっている。
真庭市	月 1 回の会議において専門医、専門職との連携により把握。
名取市	各振興局へ相談のあった認知症ケースの内、5 つのチェックリストに 1 つ以上該当し、振興局対応で終結するものを以外を対象とする。振興局保健師が認知症初期集中支援依頼票（包括（支援チーム）へ送付。
杉並区	住民、関係機関から地域包括支援センターへ相談。地域包括支援センターが対象者把握チェック票、DASC-21 などを活用し、チームにつなげている。
能代市	月 1 回のチーム員会議にて、包括が担当している「気になる人」について相談をし、把握につとめている。
台東区	地域包括支援センター（ケア 24）が訪問時に DASC を活用し、認知症支援コーディネートにつなげている
永平寺町	タッチパネル式物忘れ相談、予防教室、文化祭など地区イベント、小グループの集まりなど
河内長野市	認知症地域支援推進員包括職員が実施⇒その後訪問、各種教室等へのおさらい
岩国市	認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族、民生委員、ケアマネジャー関係機関等からの相談を各地域包括支援センター配置の認知症地域支援推進員（＝チーム員）が受け、スクリーニング、実態把握を行う。その後、月 1 回実施（区主催）の推進員連絡会においてケースを検討し、初期集中の対象となるかどうかを決定している。
川越町	「もの忘れ検診」を実施
高鍋町	場所等：介護予防教室・認知症サポーター養成講座で「認知機能向上システム」による認知機能検査を実施
東神楽町	担当：市、地域包括支援センター
石岡市	つなげ先：地域包括支援センター、医療機関
	地域包括支援センターが相談を受け、対象者チェック票等を用いてスクリーニングし、対象となれば事業担当へ連絡し、チーム員（認知症地域支援推進員と担当包括職員）が初回訪問する
	地域包括支援センターが 65 才以上の方の自宅を訪問し本人の症状もしくは家族の相談内容に応じてチーム員、専門医につなげている
	地域包括支援センターにおいて、相談対応者（3 職種及び介護支援専門員）が対象者把握チェック票を用いてスクリーニングを行い、認知症地域支援推進員及び行政職員と協議の上、チームにつないでいる。
	保健師による 75 才以上の独居高齢者、高齢者世帯への実態把握訪問により得た情報を地域包括支援センターにつなげている
	介護予防教室や総合相談の担当者と連携を図り、認知症が疑われる方がいた場合に把握できるようにしている

(7)

白糠町	要介護認定者の認知症高齢者の自立度Ⅱの以上の抽出を行い、適切な医療やサービスにつなぐにつないでいない者への支援を行う
つくばみらい市	地域包括支援センターが担っているため、総合相談として上げるケースを対象はスクリーニングを行い、把握している。
恵那市	場所：自宅 担当者：看護師（MCI チェック）、精神保健福祉士（DASC-21、J-ZBI8）
練馬区	地域包括支援センターにおいて認知症地域支援推進員等が住民等からの相談に応じる際に、認知機能の低下が関与していると思われる場合に DASC-21 を実施しセンターにおける支援に役立てるとともに認知症初期集中支援チームにつないでいる。
たつの市	①市民宅にて在宅介護支援センターによる実態把握訪問（1）75 歳以上の高齢独居、高齢世帯、かつ介護保険未申請の方（2）介護保険認定を受けていても 6 ヶ月以上介護サービス利用のない方を対象に訪問）の中で DASC 聴取し、チームへつなぐ。 ②市役所にて認知機能チェックツールを用いた認知症予防相談を実施し、地域包括職員（兼）チーム員が対応し、必要に応じてチームやもの忘れ相談へつなぐ。
北栄町	集団健診の場にて、タッチパネルを活用し認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員がスクリーニングを実施している。
あま市	市役所や包括支援センターに相談があったケースを対象としている。
長与町	一般介護予防把握事業として実施しているアンケート（70 才以上の介護認定なしの方）に CPS の質問も入れて配布。CPS レベル 2 以上で独居の方には認知症地域支援推進員が訪問し、必要があればチームにつなげている。 75・80・85・90 歳時に健康調査票を郵送。訪問看護師が自宅を訪問し回復と生活状況の聞き取りを行う。介護予防事業やサロンの紹介、1 人暮らしであれば民生委員へ見守りの訪問を依頼。状況に応じてケース台帳を作成し、訪問看護師による定期訪問等見守りを行う。
伊豆市	65 才以上で介護認定をうけていない方全員に対し郵送 平成 28 年度に実施した認知機能チェックシート（結果をもとに各包括が訪問等実施 次回 H31 年度実施予定）
美濃加茂市	市内各包括支援センターと市の担当課所属の認知症地域支援推進員の月 1 回定例会にて対象者を検討する。 初期集中支援チーム対象とならなかった場合は、地域包括支援センターの総合相談等で対応している。
上岡町	保健師による相談業務
諏訪市	地域包括支援センターへの認知症の相談があった際には地域包括支援センター職員がスクリーニングツールを使いチーム員に情報を提供している。
酒田市	チーム員が対象者宅を訪問しアセスメントシート 3 種（①DASC ②DBD13 ③Zarit）を活用して、認知症のアセスメントを行い本人の心身の状態や生活状況に関する情報や家族の介護負担尺度について状況把握と発見に努めている。
大野城市	認知症地域支援推進員を全包括（5 ヶ所）に配置し、包括に寄せられる相談や訪問で把握された認知症高齢者を積極的に初期集中につないでいる。認知職員はチーム員であり、日頃の業務から対象者を把握しやすい。
糸島市	包括や市役所窓口で相談受付後、情報収集した内容から認知症初期集中支援の対象であるか判断する。対象と判断した場合、医療職（保健師・看護師）と介護職（社会福祉士・介護支援専門員）の組み合わせ 2 名以上で訪問を行う。DASC-21 を用いてアセスメントを実施、認知症初期集中支援チーム会議を紹介して医療機関や介護サービスにつなげる。相談以外に、配食申請、ア会議のケースで確認後、各業務職員及び各包括担当職員と連携しチーム支援、専門医受診につなげている。
色麻町	地区開催での認知症カフェ（月 1 回）で出向き相談支援、話題提供している。地域の声や当事者の声をきき、サポート医やかかりつけ医へつないでいる。
上越市	認知症個別相談会を開催
美唄市	実務担当者：サポーター医、保健師、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター つなげ先：認知症疾患医療センター他、かかりつけ医 場所（機会）：認知症カフェ、移動カフェの開催（もの忘れ相談プログラムの実施）介護予防把握事業の実施 実施担当者：高齢福祉課職員（地域包括支援センター、認知症地域支援推進員業務） その後のつなげ先：介護認定申請後介護後介護サービスの利用認知症カフェや自主グループ

(8)

せたな町	地域包括支援センターで相談を受けたケースをチーム会議にかける（月１回）。MCI のスクリーニング結果をチーム会議にかける。年１回の健康祭りの認知症コーナーにおいて、喫煙テスト+アンケートから認知症の疑いのある方に DASC-21 を実施し、チーム会議にかける。
岡垣町	一般介護予防事業（介護予防対象者把握事業）を町内２ヶ所の高齢者相談センターに委託しており、相談員が独居高齢者等を訪問し、基本チェックリストを行い、認知機能低下者、生活美態低下者、対象者を把握している。相談センターには、初期集中支援チームも委託している為、把握した情報をチーム員・包括で共有し、チームとしてかわるかを協議・判断している。
世田谷区	区内 27 ヶ所（日常生活圏内に 1 ヶ所）に地域包括支援センター（委託）を設置し、「もの忘れ相談窓口」を開設して、区民が身近な場所でも気軽に相談ができるよう取り組んでいる。また、もの忘れ相談窓口業務を中心に認知症に関する相談・支援機能を強化し、地域住民や支援機関をつなぐコーディネーターとしての「認知症専門相談員」を地域包括支援センターに 1 名ずつ配置し、介護事業者・医療機関等様々な関係機関とも連携して、認知症が疑われる高齢者の把握に取り組んでいる。さらに、相談者に対して地域包括支援センターが DASC 等を用いて、認知機能と生活障害を一度アセスメントし、支援が必要と思われるが適切なサービスに結びついていない方に対して、認知症初期集中支援による早期対応、早期支援につないでいる。
島本町	認知症が疑われる相談ケースがあった場合対象者のチェックシートを作成し、それを元にチーム員とチームを所管しているいまいき健康課内で協議を行い、チームとしてかわるケースか保健師や包括でかわるケースかを判断している。
青梅市	地域包括支援センター等から相談のあった該当者の方宅へ訪問し、認知症コーディネーター初期集中支援チーム員等でスクリーニングツールを活用し、医療機関へつなげた。今後、拒否等ある場合初期集中支援チームにて扱う。
遠野市	物忘れ相談プログラム（タブレット端末）を活用し、スクリーニングの実施
洲本市	介護保険の事業所の担当者で通所介護サービスの利用者へ DASC-21 をツールとして使用。アセスメントし、多職種連携し、セラピスト（PT・DT・ST 等）につなげる。
沖縄市	市民集団健診の会場 行政が実施 地域包括支援センターへつなげている
芽室町	地域包括支援センターでケースの相談対応を行った際に、チーム員でもある職員がスクリーニングツールを活用し、対象者の把握を行っている。対象として把握した場合、他チーム員に報告し、認知症初期集中支援チームで介入する。
能美市	包括支援センターの相談・出前講座時に「家族がつづいた「認知症」早期発見の目安」（公益社団法人認知症の人と家族の会作成）をセンター職員が実施し、把握した方にチームの紹介、利用の勧め、訪問による利用の合意を経てチームにつないでいる
伊平屋村	地域からの情報を共有する場の設定（認知症のタブ）、スパーの売り子さんからの情報などから、家族の相談の場→認知症カフェ
神戸市	チームの委託先にて、コーディネーターによる聞きとりや、DASC-21 を用いて対象者の発見を行い医療や支援につなげる
つば市	民生委員の高齢者台帳の情報から対象者を抽出している。
新潟市	初期集中支援チーム対象者把握チェック票を作成、地域包括支援センターで活用し、チームにつなげるようになっている
町田市	地域の中で認知症に気づき、総合的なアセスメントが実施できるように包括職員向けの DASC 研修を行った。包括職員は、日頃の相談業務において、DASC を活用して対象者の把握をしている。
摂津市	①独居登録の見守り連携（登録者は高齢介護課見守りは協働）
阪南市	地域包括支援センター保健師（チーム支援員）が DASC を用いてスクリーニングをしている。（原則本人宅において実施）
横手市	タッチパネル式物忘れ相談プログラムを活用しての物忘れ健診。 各地域の公民館や保健センター等で実施
大田区	地域包括支援センター保健師、健康部門の保健師
鯉川村	認知症サポート医からスクリーニングツールは使用しつらいとの声もあり、状況に応じて活用している。
川場村	心配なケース、相談ケースは行政、地域包括支援センターを通してチェックリスト等活用又は、チームとして動く場合は詳細なスクリーニングツールを活用する。
姫路市	チーム会議月 1 回→担当者が対象者を訪問→必要な医療福祉サービスに連携している。 介護予防プログラム対象者で認知症自立判定度Ⅱa、Ⅱb に該当する場合は、本事業の必要性を検討している。

相模原市	イベント等でスクリーニング機器で認知機能のチェックを行い、結果に応じて、相談・医療につなげている。主に、地域包括支援センターが行っている。
彦根市	市民対象の出前講座を地域包括支援センターに委託し、タッチパネルで把握。もの忘れに該当する人に、地域包括担当者と初期集中支援チームの担当者がフォロー・訪問する。 初期集中支援チームがタッチパネルを使い「脳の健康チェック」を実施。もの忘れの対象者は、地域包括支援センターとフォロー・訪問。
北杜市	初期支援チーム PR パンフレットの配布し周知。（病院、診療所、歯科、薬局、民生委員に配布） 市 HP に認知症チェックサイト設置。
東近江市	総合相談窓口での聞き取りを受け、包括地区担当が本人を訪問タッチパネル（ものわすれ相談プログラム）を使用し状況確認、その後必要に応じて包括内の初期集中支援チームに連携。チーム員（包括担当）が DASC21 や DBD13、J-ZBI-8、身体状況チェックを行い評価。又、相談対応ケースに対し、必要に応じて包括地区担当者やチーム員や専門医受診の同行をし、把握や発見に努める。他民生委員と連携し、くらしの情報を聞き取っている。
常総市	①の事業を全戸配布でチラシを配る、介護予防教室での周知、総合相談窓口の周知、総合相談窓口の定例会等を実施。総合相談窓口と、介護保険の認定担当係と、認知症初期支援チーム担当係の連携がスムーズであり、合同での訪問を行う事例もある。鳥取大学医学部の監修を受けた日本光電のもの忘れ相談プログラムを使用し、自らもの忘れをチェックできる場所を役所内に設置。
焼津市	「もの忘れ相談」を委託医療機関にて実施している。A から D までの 4 つの判定を行い、必要に応じて地域包括支援センターへの情報提供や介護予防事業への参加、受診勧奨を行っている。
深谷市	行政とチームで月 1 回定例会を行い情報共有している
北杜市	初期支援チーム PR パンフレットの配布し周知（病院、診療所、歯科、薬局、民生委員に配布） 市 HP に認知症チェックサイト設置
西海市	住民主体の通いの場において、委託先（精神科病院）の担当者がスクリーニング（TYM-J）を実施し、結果を担当者で確認している。必要に応じて認知症初期集中支援につなぎ対応している。
大田市	各包括をチーム員が月 2 回ラウンドし推進員より情報を取付け必要時訪問にも同行している。民生委員の方からの情報や各地域の集まりに積極的に参加し情報を得ている。
釜石市	もの忘れ相談会を開催し、高齢者総合支援システム（東京法規出版）を利用したもの忘れチェックを実施している。（市内集会所等 10ヶ所） 担当者：認知症地域支援推進員を兼務するチーム員 2 人と保健師等 つなげ先：各地区生活広域支援センター保健師等
北区	区が初期集中支援チームの案内やケアパス等を作成。気づきのチェックリストを活用しセルフチェックが可能。進行度の目安としてチャートあり。講座、食事会等で説明の他、区、包括、図書館、郵便局、コンビニ等の窓口を設置し、「認知症総合支援相談窓口」であり「初期集中支援チーム」を配置している包括につながる様になっている。
船橋市	市直営の地域包括支援センターにて実施している各種相談業務や医師による認知症相談等で認知症初期症状が疑われる案件があった場合、認知症初期集中支援チーム会議に繋げている。
越生町	認知症検診にて、認知症の疑いがある方に対しては訪問を行い、必要に応じて地域包括支援センター並びに認知症初期集中支援チーム員につなげている。
大空町	DASC21 を使用し、チーム員が実施することとしている。チーム員会議を開催し、必要時かかりつけ医やケアマネ町地域包括保健師（包括兼務）も参加し、サポートしていく（※現在までケースはいません）
普通寺市	ツールは使っていないが、地区組織（健康推進員、自治会など）や、民生委員、サロン、サポーター養成講座など様々な機会を捉えて相談・情報提供を呼びかけている。
筑紫野市	市内 4 箇所の包括支援センターに配置している認知症地域推進員が中心となり、各包括支援センターに認知症が疑われる人の情報提供を受ける取組みを行っており、各包括支援センターで、認知症初期集中支援の対象になるかを随時検討している。
敦賀市	認知症早期発見チェックリストの実施→65・68・71・74 歳の高齢者に郵送にてチェックリストを郵送し、記入後返送してもらっている。その他の高齢者には、地域包括支援センター（医療機関）薬局、公民館等に設置のチェックリストを使って回答。チェックリストの結果、認知症や MCI が疑われる方については、地域包括支援センターが訪問や電話で対応し、必要な方を初期集中支援事業につなげている。

② 認知症初期集中支援チームで対応する（に繋ぐ）以外に、早期発見の施策を行っていますか。あてはまるものに○を付けてください。

▶「している」場合、その施策・仕組みの概要

市町町名	回答内容
朝倉市	地域包括支援センターより、65 歳以上で一人暮らしや高齢者のみの世帯へ、実態把握の訪問を行い、認知症の早期発見や相談を受けている。また、民生委員との定例会に参加し、情報交換を行っている。
錦町	65 歳、75 歳の到達者説明会でチーム員の周知と情報提供の依頼（地域で気になる方の方の）を行っている。包括介護のため、包括で対応し、困難事例の場合、チーム員会議で検討している。
あさぎ町	直営包括であり、様々な経路で情報収集ができ、迅速な行動ができている。民生児童委員との連携、うつスカラーニングの情報共有、知店高齢世帯の訪問
新得町	年 4 回、精神科医の相談会を周知、個人申し込みを受付
新上五島町	地域包括支援センターとは別に、基幹病院内に在宅医療介護連携支援センターを設置し、本人・家族・関係者の相談等が、行政や支援チームと情報共有される体制ができている。
市貝町	看取りネットワーク事業 郵便局やコンビニ・宅配業者などと協定を結び、認知症高齢者などを発見した場合には、行先へ速やかな連絡をお願いしている。
九十九里町	近隣住民及び医師より包括支援センターに相談があった場合に、対応し、必要に応じてチームと連携し対応している。
与那原町	年 4 回、町内の居宅支援事業所との会議を設けており、そこで広く呼び掛けている。
我孫子市	認知症者及び家族へ、事前登録制度の周知を行っている。
日之影町	認知症ケア（バ）や市の健診受診者へのちらしにて、自己チェックリストを掲載し、早期発見や相談・受診を促している。認知症高齢者の見守り支援会議を開催し、役場・社協・警察・商工会・金融機関等から、地域包括に情報が入り訪問対応している。
平戸市	警察署より、運転免許返納情報が地域包括に届き、状態把握を実施している。
水谷町	地域ごとに、高齢者生活福祉センターに高齢者総合相談窓口を委託しており、住民等からの相談の折に、対応する必要性が見いだされれば報告をもらうようしている。
那珂川町	認知症ケア（冊子）の活用による早期発見・早期相談の重要性と相談窓口の周知 認知症サポーター養成講座の開催により、認知症への理解を深め、早期発見、早期相談できる地域づくり 日常生活自立支援事業の活用を促すための周知 地域包括支援センターが直営であるため、特に認知症初期集中支援チームの体制をとらなくても、連絡が入り次第町で情報を把握、すぐに対応できるようになっている。 月 1 回、精神保健福祉士（委託）によるもの忘れ相談を実施しており、必要に応じて認知症疾患医療センターやかかりつけ医につなげている。 町のホームページに、県・県医師会が作成したオレンジドクター（パンフレット（もの忘れセルフチェック））を掲載し、早期受診の目安として活用・周知している。 認知症サポーター養成講座や認知症講演会を定期実施し、早期対応の重要性を伝えている。医師会に活動の説明をしている。
美波町	地域包括支援センターの総合相談業務との連携
奥出雲町	毎月 2 回（〇役場のオレンジアワー）と同時開催）もの忘れ相談日を開設し、簡易認知機能検査（iPad による）を実施している。
小千谷市	介護予防把握事業において、生活機能評価について 75 歳以上を対象に実施 お年寄りのための相談会の開催（1/月専門医師または認知症地域支援推進員による相談会）
須賀川市	地域包括支援センターを認知症の相談窓口としており、認知症の疑いのある高齢者やその家族からの相談を受けて、早期発見できる体制としている。

(11)

隠岐の島町	地区ごとで、医療・保健・福祉の関係者が集まり、高齢者についての会議を行っている。その時に地域で気になる高齢者の情報共有をする中で、認知症の疑いのある方についても確認している。
南相馬市	H30 年 10 月より、もの忘れ相談会を開催し、もの忘れの段階（MCI レベル）から相談できるようにしている。二段階方式を使用して、相談に応じている。
七ヶ宿町	チーム員の主要メンバーと担当職員がほぼ同一
緑町	役場内外各課において町民と接する中で、認知症が疑われる場合は情報を寄せてもらい、早急に実態調査を行う。町内外からのあらゆる機関において、認知症の疑いで情報が寄せられた時は、早急に実態調査を行う。
海士町	かかりつけ医がいる場合は、直接かかりつけ医へつなぎ、いない場合や困難事例はチームにつないでいる。
新宮市	本人・家族が認知症について気軽に相談が受けられるように、月 1 回もの忘れ相談会を実施。 もの忘れ相談会 認知症サポート医等が、もの忘れが気になる方や認知症の相談をしたい方などの悩みに応じる。広報誌で募集し、14 か所の高齢者総合相談センターが年 1 回ずつ（年 14 回）実施している。 もの忘れ予防健診 68～72 歳の区民を対象に、医師による問診や簡易な検査を実施し、認知症の疑いがある高齢者を早期に発見し、支援する。
葛飾区	ひとつとして認知症かな？チェック（認知症チェックアプリ） 区総合アプリに、認知症の疑いがある方の家族や介護者に使えるチェック機能を追加し、簡単な質問に答えて、自分や家族に認知症の疑いがあるかを確認することができる。 ヒトコじやないは認知症（認知症ケアパス） 区民を対象に、認知症を正しく理解し、進行度に応じて必要な支援や相談窓口がわかり、認知症当事者や家族等のインゲビュも載せたガイドブック。
長野市	出前講座、広報、パンフレット（ケアパス）で啓発
新宿区	もの忘れ相談、年 24 回実施 もの忘れが心配な人に医師が個別相談を行う。 認知症診療連携マニュアルの作成・配布 地域のかかりつけ医・関係機関向けに配布
湖南市	もの忘れ相談を、1 回/26 月実施している（認知症専門医に相談ができる）。窓口で相談を受けた者が必要に応じて紹介したり、ケアマネジャーから申し込みがある。
竜王町	民生委員による見守り活動、地区担当保健師活動
宮津市	市の一般健診の書類送付の中に、もの忘れチェックシートを同封し、気になる方に向けて相談窓口があることを周知している。
山梨市	もの忘れ相談（もの忘れが気になる方が、医師と個別相談。家族の相談も可。） もの忘れ健診（厚生連が実施するもの忘れチェック）
和寒町	包括の相談協力員や関係機関等の連携（情報交換・共有）を図ることで、早期発見や対応を行っている。
長柄町	ケアマネや住民、民生委員からの情報により事実確認をし、必要に応じ医療・介護につなげている。
矢掛町	認知症の早期発見の必要性を啓発している（広報紙、チェックシートの配布、認知症サポーター養成講座、認知症講演会等）
三木市	認知症早期受診促進事業 まちぐるみ健診を受ける 65 歳以上の方を対象に、認知症チェックシートを送付し、健診当日回収。要受診者には結果と紹介状を送付し、未受診者へは認知症推進員からの受診勧奨、場合によっては初期集中支援チームにつなぐ。
杜智町	民生委員や生活支援コーディネーターから、地域包括支援センターへ情報提供してもらい対応している。
韮崎市	市直営の包括支援センターのため、基本的には包括に相談のあったケースの中で、早期につなげる必要性のある方を対象としたり、一般介護予防事業や民生委員さんからつながるケースに対しては、包括職員全員で早期発見→予防となるよう努めている。
猿払村	地域ケア会議
阿南町	県立病院地域連携室の認知症看護認定看護師との情報共有・連携による、早期発見と早期対応を行っている。
指宿市	脳トヤサロンに参加している者などのうち、認知症（疑）と思われる者がいた場合、介護保険・福祉サービス等を紹介し、担当部署につないでいる。
高砂市	頭の健康チェック実施 市のホームページによる認知症簡易チェックサイトにより、自分自身又は家族が利用できるようになっている。点数が高い人には、アドバイスと相談先等がみられるようになっている。

(12)

四国中央市	もの忘れチェック体験やもの忘れ相談後、必要な機関（医療）につないだり、つなぐほどではないが心配な方については、頭（健康）トレーニング教室（MCI 対象の方への脳トレ教室）を案内している。
太良町	福祉センターに認知症カフェを設置し、認知症地域支援推進員等が日常的に相談を受け付けている。
由布市	認知症サポート養成講座を定期開催（市内中学 2 年生全員を対象） 由布市オレンジの会 由布市に登録された認知症キャラバンメイト、認知症コーディネーター等の専門知識を有する方が入会する地域活動ボランティア組織
天草市	認知機能評価会において、ブレインチェックを実施し、早期発見した人を受診（必要に応じ）や予防活動への促しを行う。 包括支援センターによる相談や、出前講座時の啓発、健康フェスタ等のイベント時に、タッチパネルを実施 市で開催している、認知症カフェ利用者のスクリーニング＊必ず専門職が参加し、最後に反省会を行う。 市の保健師、地域包括支援センター、在宅介護支援センターによるアウトリーチ事業、出前講座形式で事業周知を行うとともに、民生委員等からの情報提供をもとに訪問活動を実施。その後、計画通りに支援を行う。
由利本荘市	タッチパネルやインターネットによる早期発見
印西市	認知症カフェ等にて、スクリーニングールを活用
いすみ市	高齢者見守りネットワークの構築により、地域の高齢者の異変を把握した際に、連絡をもらうようになっている。認知症カフェに特化していない。すべての高齢者が対象。
高岡町	トアージュ会議や地域課題会議の内容に基づき、社会福祉協議会や介護サービス事業等へつないでいる。
新庄村	村内の各機関間で連携をとれており、対象者に関する情報があれば随時情報共有合っている。
三島市	ワイブ・コグ（高齢者認知検査）について一般市民を対象に実施している。
御坊市	もの忘れ相談会（年 3 回、認知症疾患医療センター職員（PSW）が相談を受ける。）
日南市	タッチパネルでの簡易的な認知機能検査を、市に設置し早期発見に努めている（タッチパネル：もの忘れ機器 T-DAS）。
若桜町	もの忘れプログラムによるスクリーニング
徳之島町	各地域の見守り協力員・民生委員・サロン参加者など、地域から状況把握、経過報告あり。
知内町	上記の日常生活調査・各種介護予防教室・各地区組織との情報交換・連携など
阿賀町	一般介護予防事業の介護予防把握事業において、75 歳以上同居・75 歳以上のみ世帯に対し、訪問による面談調査を実施しており（年間約 1,000 件）その情報を共有している。
大宜味村	認知症サポート養成講座の実施
唐津市	在宅介護支援センターと連携し情報収集、見守りネットワーク事業による協力事業所からの連絡
千歳市	チーム員による出前講座、認知症地域支援推進員による周知・啓発
清水町	地域カフェ事業（民商のカフェ、飲食店と協働で集いの場を作る事業）や、介護予防講演会後のカフェタイム（認知症カフェとは謳っていない）等で、認知症の方・家族などに対する相談対応ができる体制づくりをしている。
北嶺町	もの忘れプログラム、TDAS の実施
木島平村	年 1 回チャットリストを配布し、認知機能低下・閉じこもりに該当する人に、包括・保健師・看護師による訪問を実施。
小谷村	実態把握を行い、認知症の疑い等があれば、認知症疾患医療センターにつなぐといった対応をしている。
美浜町	基本チャットリスト（5 項目追加）の郵送、もの忘れ相談会等での把握
南知多町	町医師会等とも調整し、認知症ケアパスを作成。平成 29 年 6 月に全戸配布。町広報誌・町 HP に掲載および地区民生委員・老人クラブ・高齢者サロン等に対して普及啓発を行い、早期発見に努めるとともに、かかりつけ医への協力依頼。啓発用ポスター（あり）も制作し、住民の目につくごみ集積場へ掲示。
中野区	アウトリーチ事業 区内 15 チームが、地域の課題の早期発見、掘り出しを行い、必要な支援機関につなげている。 ワイブ・コグ検査を用いた認知症予防講座 ファイブ・コグ検査を実施し、現在の認知機能の状態を認識してもらい、その人の状態や興味に合った認知症予防プログラム（総合事業・一般介護予防事業）を選択してもらう。
坂井市	福井県が独自に定めた、認知機能低下を反映する 5 項目を追加した健康チェックリストにおいて、認知症疑いとされた方が医療機関で MMSE 検査を受ける機会を設けている。
木曽村	関係機関からの情報提供

桑島村	民生委員や包括支援センター職員が、こまめに地域内を巡回している。
玉村町	一般介護予防事業にて、もの忘れが心配な方も対象者として広報で出している。参加者には認知機能テストを行っており、対象者は担当包括へつないでいる。
栗東市	包括支援センターの総合相談等の行務内で対応している。
愛荘町	65 歳到達時のチャットリスト実施と啓発
鯉ヶ沢町	健康祭りや高齢者があいの場（サロン）での、もの忘れ検診を実施している 広報や様々な機会を利用して、啓発活動を行っている（各種団体への健康教育など）。
小山町	調査票の送付
狹江市	市ホームページに、認知症簡易チェックサイトを掲載、65 歳以上の全員に、認知症早期発見チェックリストを送付（年 1 回）、認知症サポート医による、もの忘れ相談会の開催（隔月）
千曲市	地域包括支援センターの相談支援による対応
大山崎町	40 歳以上を 5 歳刻みで対象都とし、乙訓医師会と連携し、もの忘れ検診を実施しスクリーニングしている。 早期認知症スクリーニング事業として、もの忘れ相談会を実施し、認知症の早期発見対応を推進している。また、軽度認知症支援事業として、認知機能向上型カフェ（対象は、もの忘れの自覚ある人、医師は必要ないレベル）につなぎ、進行予防プログラムを実施している。
東白川村	村全体で、みまものり事業を進めている。
関川村	認知症専門医を招いての、個別ケース相談の機会の確保。
美郷町	町内外の医療機関・民生委員、ケアマネジャーなどの関係者から、相談・連絡を包括にもらうくみ 認知症ケアパスなどを、住民・関係機関に配布したり、ホームページ・広報などで、認知症については相談を直営の包括支援センターへしてもらうように周知している。
大町町	認知症地域支援推進員 2 名配置
岩泉町	もの忘れ相談プログラムの活用、介護予防教室の実施
有田市	直営包括のため、把握したケースはすぐに対応しており、チーム会議にかけるときには、方向性が決まっている方も多い。 包括職員＝チーム員
上三川町	タッチパネル式の認知症早期発見プログラムを導入し、地域に Outreach、介護予防相談会を開催し、早期発見に努めている。
浦安市	認知症ケアパスの活用
金山町	認知症サポート養成講座等で、住民への認知症の早期発見・早期対応や支援について、普及推進している。 高齢者を地域で見守る体制づくりをすすめており、包括支援センターやチームに情報が入りやすいようにしている。
厚真町	民生委員との情報交換（1 月定例会に包括職員参加あり）
京都市	高齢者向けガイドブック、認知症ケアパスやチャットリスト等を活用し、周知を行っている。
小浜市	健康チェックリストを対象年齢（66～84 歳で 3 歳ざまり）に送付し、二段階該当者に対して、医療機関における二次検査を案内、受診結果を把握している。
池田町	民生児童委員や町内金融機関との連携の中で地域包括支援センターにつなげてもらえるよう依頼している
勝山市	チャットリストによる認知症疑い該当者へのもの忘れ検診のすすめ
太子町	もの忘れ相談 月 1 回、太子町役場において、臨床心理士による検査と相談を実施している。そのなかで、専門機関への受診が望ましい場合、病院を紹介し、適宜受診状況の確認、フォローを行っている。
日野市	1. 高齢者見守り支援ネットワーク事業 主にひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の方を対象に、地域の協力者であるふるあいの見守り推進員（が玄閣先での声かけや自宅からのさのりない見守りを行っています。一方で見守り協力事業（市内のお店等）と地域包括支援センターが連携して、地域の高齢者の異変の兆候を捉えて、連絡を取り合い速やかに対応するしくみにも取り組んでいます。 2. はつらつ・あんさん調査票の配布 65 歳以上の奇数年齢の年に個別に送付し、高齢者の健康状態や生活状況を把握し、介護予防や見守り支援に役立てる事業です。 3. 地域包括支援センターや地域の民生委員による訪問活動
世羅町	検診でタッチパネルを導入している。12 点以下の結果の方へ予防教室への参加を促す等を行っている。

岡合市	出前講座や地域で物忘れチェックを使用し、認知症の疑いのある方を把握。 市報や講演で認知症に関するテーマを取りあげたり、ケアパスを全戸配布し、認知症について広く啓発している。
	介護予防教室の参加者で、認知症の疑いのある方の把握を行っている。
	民生委員や警察から、認知症や物忘れが気になる人の情報提供をもらっている。
	認知症カフェの参加者で、認知症や物忘れがわかりやすい必要となる人の情報をもらっている
	地域包括支援センターの実態把握から、早期発見を行っている。
樺原市	かしはら街の介護相談室による高齢者訪問を小学校区ごとに実施し、困りごとを抱えている高齢者の方がいかにどうか調査するアウトリーチ型の取組を行っている。
守山市	健康フラスティール、認知症カフェ、包括での窓口相談等で、包括職員がもの忘れプログラムを用いて対象の早期発見に努めている
武豊町	今年度からモデル的にもの忘れ啓発・予防事業を行っている。認知症についての啓発と早期発見を目的に、講話やあたまの健康度チェックを行っている。
鹿島市	地域に対し、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に対する理解を求めるとともに、地域包括支援センターのPRを行い、認知症についての相談を包括で対応し、早期発見・対応につなげている。
北秋田市	「認知症等高齢者支援情報提供」…警察で関わった認知症が疑われるケースの情報を提供してもらう。 薬局からの情報提供、医療機関からの情報提供
鉾田市	地域にチーム員が出向いて、認知症を含む介護・介護予防等に係る講習会等を開催している。このような会場において、認知症が疑われる方の発見や、他の参加者から近所で認知症と疑われる方の情報を得ている。
道志村	ニーズ調査結果からの把握、介護相談時の把握、民生委員会への出席による情報把握
宮代町	75歳以上の一人暮らし世帯及び80歳以上の高齢者のみ世帯に対して、訪問活動を行っており、認知症のチェックリストを記載したパンフレットを配布している。
津別町	今年度 80、85、90才の住民の内、要介護認定、包括への総合相談歴のある方を除いて、全員に個別訪問実施している。
粟国村	民間事業者（郵便局）と協定を結んでいる。内容：業務中、高齢者やその他（住民全般）の異変に気づいた場合役場へ通報する。
西原町	市町村、包括にて、ケースの状況に応じて支援を行っている。
印南町	出前教室で認知症の早期発見の必要性を住民に周知し、地域ケア会議（認知症部会）で関係機関に周知し、早期相談につなげている。
和泊町	地域包括支援センターに訪問相談員を配置し、訪問による情報収集を行っている
由仁町	地域住民や関係機関に対する地域包括支援センターや総合相談機能の周知。また、地域住民や関係機関に寄せられた情報に基づき訪問・介入等
伊佐市	市内、金融機関等とのネットワークにより情報提供を依頼している。
えりも町	簡易認知機能確認スケール「あたまの健康チェック」について、軽度認知障害（MCI）を早期発見することにより、適切な対応を可能としている。
さつま町	認知症カフェによる初期段階での相談体制構築。認知症サポーターの養成による地域での早期発見及び支援
御代田町	・民生委員やサポーターからの情報提供
魚津市	認知症疾患医療センターの協力を得し、認知症無料相談会を実施している。
久喜市	タッチパネル式の機器を使用して、希望者に対して認知症スクリーニング検査を実施している。陽性の判定が出た方には専門医の受診勧奨や市で実施する認知症カフェや認知機能低下予防事業への参加勧奨をしている。
五ヶ瀬町	民生委員会などの周知
塩谷町	認知症総合支援事業において認知症カフェ内において MCI 検査を実施している
津和野町	もの忘れの心配のある高齢者に対して タブレット型 PC 端末における認知機能検査でスクリーニングを実施。鑑別診断の必要な方についてはかかりつけ医に紹介状を発行している。
矢巾町	岩手医科大学神経内科・老年科が実施している健康長寿に向けた研究調査を兼ねた、脳卒中やもの忘れなどの早期発見と治療に役立つ健診に協力している。

鳴門市	民生委員児童委員や老人クラブの友愛訪問員等による見守り活動の中で認知症の初期症状がみえた場合や、家族・近隣の方等より相談を受けた場合に見守りシートに記入等を行う。地域包括支援センターに報告している。
境港市	市の直営で地域包括支援センターを 1 か所に置いており、そこにチームを設置している。色々な予防事業の中での相談や、情報提供を実施している。
日南町	在宅支援会議で福祉、介護、医療専門職と情報交換する。
太宰府市	認知症地域支援推進員による認知症早期発見の啓発地域とのネットワーク構築を行うことで早期の相談による早期発見を目的とした支援（同様）に「認知症の診療を行う医療機関」チラシのほか、認知症ケアパスを配架し、説明とともに専門医療機関の受診勧奨し、早期診断、対応に努めている。
愛川町	課窓口（地域包括支援センター）に「認知症の診療を行う医療機関」チラシのほか、認知症ケアパスを配架し、説明とともに専門医療機関の受診勧奨し、早期診断、対応に努めている。
高山市	軽度認知障害が把握事業「あたまの健康チェック」対象：65才以上の希望者 内容：パソコンを用いて軽度認知障害の有無をチェックし、保健指導、介護予防事業への勧奨
いなべ市	ふれあいサロンで地域の気になる人の情報を集約し、地域包括支援センターへつないでいる。
飯田市	市の広報誌に認知症の特集記事掲載した。高齢者の集まる機会に認知症についての講話を実施。
高浜町	物忘れ相談票を作成し、本人や家族などがチェックし、相談につなげるようになっている。
高浜町	毎月、認知症検診を実施している。広報等で住民に広く周知し、医療機関へ受診する前の相談窓口となっている。
栄町	認知機能評価システムを導入し、認知症カフェや地域イベントを実施することで、早期発見できるようにしている。
富士市	年に1度、民生委員・児童委員へ依頼をし「高齢者実態調査」を行う。その中で気になる症状等ある方（認知症状態）は市の担当者から地域包括支援センターへ繋ぎ、家庭訪問にて再度状況把握を行い。必要な資源に繋ぐ流れになっている。
富士宮市	地域見守り安心事業→企業と市が協定を結び、地域でなんらかの異変を感じた時は、包括支援センターや警察に連絡する。なお、この事業の対象は認知症に限らない。
清川市	把握訪問。民生委員、社会福祉協議会等、関係機関と連携し、訪問を実施。（隔月で会議も開催している）
平群町	認知症相談会（月1回）、ホームページでの認知症スクリーニングソフト（相談先も掲載）
生駒市	直営で実施しているために同じ
鶴ヶ島市	チームの対象とはならないが、対応について困っているケースについてチーム会議で対応について検討し、地域包括支援センターやケアマネジャーへ助言を行っている
呉市	月2回、認知症・若年性認知症相談会を実施
小川町	もの忘れ相談 認知症検診 認知症カフェ
双葉町	発見後、地域包括支援センターによる地域支援事業・包括的支援事業・総合相談事業にて、戸別訪問、電話相談、必要に応じて個別ケア会等により、本人、家族、支援者支援を行い可急的早期に医療・介護につなげる（主に福島県いわき市が対象）他の避難先にて家族等から相談があった際は、避難先自治体の地域包括と連携し、対応を依頼する。
岩沼市	認知症地域支援推進員の配置、認知症カフェの開催
花巻市	特定健康調査会場での基本チェックリストを活用したスクリーニング
境町	75歳を対象としたチェックリスト調査を実施し、認知症等のおそれがある方の把握をしている
阿久比町	回覧などにより認知症への正しい理解について普及活動に取り組み、単なるもの忘れと認知症によるもの忘れの違いなどの周知を図っている。また、町民講座について、認知症サポーター医による認知症の早期診断及び治療の必要性などについての講演を実施した。
御前崎市	毎月、市内総合病院の地域連携室と認知症の方の情報共有と方向性を検討している。・民生委員や見守りネットの協力事業所等に認知症への理解を深めてもらい、地域での早期発見の目を増やしている。
浜松市	認知症チェックシートを作成し、市民に周知啓発している。 認知症疾患センターの運営支援をしている。
茨城町	認知症サポーター医の養成、活動支援や、かかりつけ医の対応方向性に関する研修を行っている 地域包括支援センターの総合相談窓口で相談を受け、内容によって、医療機関の紹介や介護サービスへの紹介などを行い、対応が困難なケースは、チームで対応することとしている。

各地区民生委員と毎年 1 回以上、連絡会を開き、要支援の方、気になる方のスクリーニング等を行っている。	佐久郡町
高齢者係と保健係とで連絡をとり、家族全体に対しての支援や、スクリーニングを行っている。	
早期の医療機関と密に連携をとりあい、認知症等の相談を、受診につなげられるような体制を作っている。	
①要支援者の情報を認定担当課から地域包括支援センターに情報提供し、介護サービス未利用者にはアプローチを行う。②また、認定担当課内の保健師が調査時に認知症が疑われるケースを引き継ぎ、訪問指導を行っている。	札幌市
地域包括支援センターや介護予防センターが、日常から地域と連携をすすめ、民生委員等の地域関係者と顔の見える関係を作ること、心配な高齢者について情報提供される仕組みができている。	
認知症予防講座で「アイ・コグ」を実施、その後いきいき脳活教室個別フォローを実施している	竹田市
健診会場で、希望者に MMSE-J を実施	尼崎市
日常生活圏ニーズ調査により、認知機能についての質問項目をつくり対応している	和光市
ホームページ上に認知症簡易チェックシートを設置	三条市
「兵庫県版認知症チェックシート」を活用し、高年クラブのサロンやいきいき百歳体操グループでチェックを実施している。	相生市
もの忘れ健診（健康診断の場）の実施。	阿武町
地域包括・在宅介護支援センターによる訪問、民生委員による訪問により早期発見に努めている。	中津川市
みまもりわ（相談協力員懇話会）等でも地域の情報が包括、在支に入るようネットワークを作っている。	
かかりつけ医（開業医）と地域包括支援センターの連携がスムーズに行われている。	掛川市
かかりつけ医から、認知症疾患医療センターへ紹介するルートが確立されている。	
認知症疾患医療センターと地域包括支援センター、市担当課が定期的に会議を開催し、情報共有を図っている。	
包括支援センターにも忘れ、認知症相談窓口の実施日を設定し、広く相談を受け付けている。	豊田区
認知症カフにおける、相談の受け付け及び医療機関への受診勧奨	
市の出前行政講座の脳（ブレイン）講座について、団体等の依頼により開催し、その他にも市主催の認知症予防講座等を開催している。	菊川市
等を開催している。講座等の参加者にチェックリストを実施してもらい、サービスの事業や地域包括支援センターの総合相談におまわっている。	
H14 年度から、介護予防健診を東京都健康長寿医療センターと協働で実施、対象者を把握している。	吾妻郡草津町
「脳の健康度測定事業」で「アイ・コグテスト」を年 2 回実施、点数の低い方や結果が気になる方にはフォロー・訪問、フォロー教室への誘い。	
介護保険認定者等を除く 75 歳・80 歳の高齢者に対し保健師や看護師が訪問。生活機能や健康状態、把握を行い、状態に合わせて介護予防の関する情報提供を行う。また、閉じこもりや認知機能低下・うつ傾向のあるハイリスク者の把握を行い必要な支援へつなげている。	佐久市
地域支援事業の介護予防把握事業にて 65 才～85 才までの 5 才さまでの方へ基本チェックリストを郵送、認知機能についての質問項目に多くのチェックが入っている方へ個別訪問を保健師が行い、介護保険サービス等へつないでいる。	加茂市
地域包括支援センター（6ヶ所）による実態把握訪問 福祉委員や民生委員による声かけ見守り訪問から包括への相談 地域包括支援センターのスキルアップ研修	緑社市
「かかりつけの薬局による生活機能低下者早期発見事業」認知症、運動器の機能低下、閉じこもり等、何らかの支援を要する者を市内薬局にて早期に把握し、地域包括支援センター等の相談窓口につながるなど連携し、対応すること、市民の生活上の課題の早期発見・早期支援を目指す。	流山市
T-PEC の 10 分でできるあたりの健康チェックリストを利用し、MCI 疑いの方を早期に発見し、市で行う、介護予防教室へおすすめている	長井市
市医師会監修の認知症チェックリストを作成し、相談機関等、掲載したリーフレットを作成し、講演会およびイベント、個別相談等にて配布している。地域包括支援センターが認知症の普及や啓蒙に関連した講座やイベント等で認知症機能評価支援システム機器を使用し、個別に対応している。	千葉市
初期集中支援チーム員と推進員を兼任している事、又地域包括支援センターに推進員が配置されておりケースの把握がしやすい、迅速な対応が可能である。包括職員との同行訪問も支障なく実施できている。	ひたちなか市
パンフレット「みんなの認知症 予防」の作成・配布による市民に対する啓蒙	
地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント・ケアマネジメント・ケアマネジメンタ支援業務等による、ケアマネジャー等を対象とした勉強会の開催・地域二デイサービスでのミニ講座による市民への周知。	静岡市

大和高田市	認知症簡易チェックシート
泉南市	平成 30 年度から、年 3 回、医療・介護の専門職や地域ボランティア、行政など、多職種が集まる会議を開催している。この会議では、チームの実践事例報告や、早期発見につながるネットワーク作りに取り組んでいる。
大野町	65 歳以上の高齢者を対象に認知症の早期発見と予防等の事業につながるため、もの忘れ相談システムを用いて「もの忘れ健診」を実施し、結果により適切な助言や支援を行っている。
伊賀市	物忘れ相談プログラムを利用し相談日を月 1 回もつていく。
清瀬町	アウトリーチ事業を実施し、ご自分で必要な窓口に来られない方をスクリーニングし支援しています。
四日市市	県内の基幹型認知症疾患医療センターが「かかりつけ医」に対して「認知症 IT スクリーニング」による診断補助を実施
弘前市	初期集中支援チームの PR と相談窓口を掲載したチラシを医療機関や町会長、民生委員等に配付し、ており早期発見につながっていると考える。
平川市	地域包括支援センターがおこなう実態把握も早期発見につながっていると考える。
民生委員	民生委員や認知症カフなどで「初集中支援チーム」や「早急発見」について説明している
認知症健診の実施、認知症チェックシートの実施（HP 掲載、窓口対応も可）	
東松山市	「東松山市認知症ガイドブック」比地区在宅医療、介護連携ガイドブックにて認知症に対応できる医療機関について掲載し、公表。
高松市	①もの忘れ、認知症相談の実施 ②認知症簡易チェックサイトの導入
出水市	総合相談事業の地域ネットワークで関係者（住民・民生委員、自治会長、ケアマネ、介護保険事業所、医療機関等）から情報が地域包括支援センターに集まる仕組みがある。
福岡市	福岡市認知症相談医基本チェックリストを医師会で作成し、かかりつけ医から認知症相談医（サポート医）につなぐ福岡市独自の認知症医療連携システムを実施している。
山陽小野田市	MCI 検診を実施し、MCI の疑いありと判定をされた人に対して、訪問による個別指導や事後フォロー教室への参加を呼びかけている。
中央市	1. 広報活動 2. サポーター養成講座
うきは市	脳の健康教室で MMSE の実施により、該当者は、かかりつけ医に相談、また逆に「かかりつけ医が MMSE 等を実施し、市の介護予防事業」につなげる。
中津市	高齢者の孤立化対策 新たなひとり暮らしとなった 75 歳以上の又又は新たに 75 歳になるひと暮らしを対象に「自宅訪問」を包括職員が行い必要時サービスに繋がり民生委員と協力し地域での見守り体制を強化
あわら市	毎年、70 歳と 75 歳の二人に「福井県独自の認知機能チェック項目」を加えた基本チェックリストの送付、回収を実施している。返送された回答にて認知機能低下が疑われる人に医療機関への受診を勧めている。
常陸大宮市	民生委員や在宅介護支援センターの職員が地域を回っている中で、情報収集を行っている。
八幡市	認知症ガイドブックや認知症サポーター養成講座、介護の日講演会による、周知、啓発
伊東市	相談があった場合、地域でどのように支援していくか検討するため地域ケア会議で対応している。
袋井市	早期発見としては認知症カフェや居場所での認知症の方が参加されている場合、見守り支援を行い、サービス必要時にはスムーズに介入できるようにしている。
南越前町	各地域包括支援センターと市の総合相談窓口にて認知症地域支援推進員を配置し、対応している。
貝塚市	県内で実施している「認知症検診」65 才以上で各市町が決めたい対象者に問診票送付又は配布し 1 次スクリーニング。対象者に 2 次検診（MMSE 検査）勧奨通知。
春日井市	認知症予防教室で MMSE などの点数が低かった方の情報提供を受け、初期対応に努めている。
春日井市	地域包括支援センターが地域の関係団体等と連携を図ることにより、地域の高齢者の情報共有をし、早期発見に努めている。
田舎館村	民生委員や他の協力員からの情報収集
田原市	広報へ掲載、民生委員へ PR
富山市	地域に対する認知症関連の説明会や講話において、早期発見のための気づきのポイント等をお伝えしている。
四万十町	認知症ケア（ア）を作成し、医療機関や介護施設。市の相談窓口等に設置し、相談対応時に活用している。
	総合相談で対応。

伊豆の国市	認知症気づきシート（ケアパス）にも印刷している）を市民に配布したり回答してもらっている。配布先は市内の交通機関・金融機関、スーパー、小中学校、公共施設などで、市民に認知症の普及啓発も実施。
みどり市	地域包括支援センターによる訪問や情報共有、他部署との連携を行っている。
民生委員等による見守りにより、情報提供を行っている。	
東彼杵町	認知症地域支援推進員によるサロン等での周知及び健康相談
さくら市	65歳到達時に認知症の症状や相談窓口の案内を行っている。
越谷市	地域包括支援ネットワークの構築を図り、高齢者等の見守りを行っている。 歯科医師会と協働で連綿シートを作成し、認知症が疑われる方を把握した際の運用ルールを定め、活用している。
伊丹市	①伊丹市独自自業「もの忘れ検診」の実施 伊丹市が実施する特定健康診査を受診する 65 歳以上の者に対して実施。10 の問診項目に答える。その得点をもとに医師が総合的に判断をするもの。②二次検診 が必要な者のうち介護認定がない者については、地域担当の地域包括支援センターから二次検査受診の確認と併に状況確認を行っている。 ②伊丹市医師会の「認知症かかりつけ医療機関」制度 認知症専門医 以外も含めたかかりつけ医が認知症の相談窓口となることで早期発見が可能となり、市内の専門医へうなぐことで迅速に対応できるよう取り組みとなっている 各圏域に設置している地域包括支援センターに 1 人ずつ認知症地域支援推進員を配置して、相談・支援業務をおこなっている。
平塚市	
萩市	「あたまの健康チェック（簡易認知機能スケール）」での MCI の早期発見・支援 認知症ガイドブックの作成・全戸配付、地域のまつり等での普及啓発 認知症カフェ、地域の高齢者サロン等での相談対応 【高齢者見守り協力事業者ネットワーク事業】 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域住民、関係団体等の見守り活動を補完するため、協力事業者と協定を結ぶことにより、充実した地域見守り体制を構築する。①成田市・富里市・栄町 SOS ネットワーク事業 関係機関が一体となり、地域の民間団体の協力のもと、情報を共有化することにより、行方不明者の早期発見と保護を目的とする事業。 【高齢者こころの相談 毎月市民からの相談を直接専門医にできる場を設けている。 認知症サポーター養成講座、ステッグアップ講座を実施して、認知症に対する理解・対応・相談先について周知している る。65 歳到達者に対し、介護保険被保険者証交付説明会を実施し、その中で介護予防講話を取り入れ、認知症の相談先等について周知している。 ケアパスを作成して、認知症への理解・対応・相談先について掲載している。 直営包括による対応に加え、町老人福祉相談員と民生委員等からの相談から紹介して入しているケースがある。 75 歳以上の車身高齢者訪問事業や地区民生委員担当ケアマネジャーからの相談により早期発見の対応。 手のひら簡易認知症事前登録制度 65 歳以上の高齢者もしくは認知症及び認知症の疑いがあり、行方不明になるおそれのある者に対し対象者の基本情報、対象者を特定するための顔写真・安静脈情報等の生体情報を登録する。 民生委員・児童委員や地域の支援者と連携強化を図り、支援を必要とする人を把握するとともに、医師会の協力のもと、早期診断・治療体制の周知を認知症地域支援推進員を配置する中で進めている。 出前講座（介護予防講話サポーター養成講座等） 五島市高齢者見守りネットワーク連絡会、情報共有、会議開催など 認知症検診 ①一欠検診：元気度調査を全戸配布、関係機関に設置、及び高齢者が集まる場所での実施としてあり、毎年、月 1 回の自己チェックをすすめている。②二次検診（元気度調査の合計点数が 3 点以上の人が対象） 指定医療機関において、MMSE 検査の実施。二次検診の結果、異常なし以外の人に対するフォローは、地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームが連携して行っている。 市役所高齢介護課主催のもの忘れ相談…65 歳以上の市民及び家族の方。 健康介護まちかど相談薬局…事業に参加している調剤薬局で「まちかどセルフチェック」を行い相談に乗る。 認知症の人や家族の相談に乗る認知症カフェ 地域いきいき教室…在介主体の介護予防教室で相談に乗る。 いきいき介護ボランティアポイント事業…社協主催のボランティア活動を通じた生きがいづくり介護予防

裾野市	チーム員を保健師及び包括職員が業務しているため、“チーム対応とせず”との判断としても、支援につなげるこれまでの対応を継続している。
白山市	実態把握訪問、65 歳以上一般世帯における高齢者の実態把握、医療・検診等未受診者の実態把握 町の訪問看護師による高齢者宅の定期訪問（生活指導等）や認知症・地域支援推進員への相談等から地域包括支援センターの保健師等による家庭訪問、本人面談を行い様子観察と緊急性のあるケースに分類し、町内の心療内科医への相談若しくは認知症疾患医療センターへ繋いでいる。
浦臼町	認知機能、運動機能検査を行っている。
高根沢町	介護や町のサービスを利用されていない、一人暮らし高齢者や高齢者世帯への個別訪問を行っている。
樋川市	町内の医療機関や各 CM 等と密に連絡を取り合い、地域ケア会議等で情報共有を図り早期発見につなげている。 樋川市内のケアマネジャー連絡会にて、チームの趣旨や活動内容を説明する機会を設け、既にケアマネジャーがついている方の「認知症状況」についてのフォローアップについて早期発見できるように努めている。
いわき市	市ホームページで認知症の簡易スクリーニングができるシステムを取り入れている。結果確認後、市内の相談窓口が表 示され、TEL やメールにリンクできるようにしている。 市内に 6 か所認知症カフェ（委託）を開設している。カフェで受けつけた相談内容は必ず行政に報告することし、早期に適切な支援につなげられるようにしている。 市ホームページで認知症の簡易スクリーニングができるシステムを取り入れている。結果確認後、市内の相談窓口が表 示され、TEL やメールにリンクできるようにしている。
武蔵村山市	高齢者サロンに来る利用者について認知症を含め心配な方がいた場合は担当の地域包括支援センターに連絡する様 に依頼している。
多摩市	多摩市認知症ケアパスの発行、配布、認知症サポーター・見守りサポーターの養成、9 月認知症を知る月間での啓発 認知症地域支援推進員の設置、認知症に関する情報発信を行う講座の実施 認知症啓発リーフレット「認知症をチツクしてみませんか」を作成し、介護予防事業で活用している。チェック項目につ いて本人や家族等が行い、気におることがあればかかりつけ医や地域包括支援センターに相談をする。
吹田市	市内のスーパー・マーケット等で「なんでも相談会」を開催し、血圧測定や血管年齢測定と共に「もの忘れチェック」を行っ ており、早期の方との顔つなぎや家族からの相談をうけている。
高石市	①地域包括支援センターに、認知症初期集中支援チームと認知症・地域支援推進員を設置のため、早期発見対応 できる。②地域包括支援センター事業（介護予防事業等）の中で、常に早期発見に努めている。
沼津市	75 歳以上高齢世帯の相談員による訪問 医療、福祉、介護の有資格者を対象に MMSE、長谷川式 STMT などの認知機能検査の概要と要領を学ぶ研修会 を開催し、早期発見対応につなげるよう取り組んでいる。
香南市	生きがいサロン（町内 18 ヶ所実施）で健康相談を行い早期発見に努めている。
福岡市	市内のサロン(162ヶ所)において「認知症気づきチェックリスト」を施行(1 回/年)その結果を持ってフォロー・訪問等行う 一人暮らし高齢者及び高齢者世帯ボランティア団体委員会月に 1〜2 回安否確認に訪問し、気になる症状等がある 方は報告して、対応するようしている。
芳賀町	君津市認知症にやさしい地域づくりネットワーク 認知症に対する理解の普及と啓発、徘徊高齢者等を早期に発見、保護するためのネットワーク体制の整備 高齢者宅を訪問している民生委員、ふれあい相談員や市のイベント等においてチラシを配布し、広く認知症にかか る。早期発見等の啓発をしている
浜田市	物忘れ相談プログラム（タッチパネル式）検査を、イベントで実施し、結果から総合相談につなげている
新城市	毎年、「ひとり暮らし高齢者基礎調査（6.1 調査）」を実施、70 歳以上のひとり暮らしの方を 6 月 1 日時点で民生 委員・児童委員がアンケート調査のため訪問する。調査票回収後、要見守対象となった方に対して地域包括支援セ ンターの地区担当者がサービス有無などにあり再訪問者を判別した後に再度訪問を実施し、該当者の支援の必要性 を最終判断する。必要に応じて医療機関の受診と介護サービス等につなげるよう対応している。
君津市	介護予防教室等の参加者で、認知症状況が出ている方を町でも共有し支援している。
栃木市	75 歳以上を対象にした認知機能検査の実施 認知症医療・介護従事者合同研修会の開催、認知症ガイドブック（ケアパス）の作成配布、認知症ケアネットワー ク研修の実施
宇和島市	
富岡市	
御崎市	
大田市	
宇都宮市	

井原市	認知症をできるだけ早期に発見し、適切な医療やサービスにつなげるため、タッチパネル式の認知症スクリーニングプログラムを導入している。一次検査（5分程度）で一定の点数を下回った場合、希望者には二次検査（20分程度）を実施。一定の点数を上回った場合、本人の了承を得られた方は主治医に精密検査依頼票を市から出し、本人に受診していただく。二次検査や病院受診につながらなかった方は、市保健師がフォローしていく。
昭和町	「もの忘れ検診」住民検診の際に65才以上の希望者に対してタッチパネル式の簡易テストを実施している。
加東市	福祉まつり、秋のフェスティバルなど人が集まる場所でスクリーニングを設置して体験してもらっている。該当者や相談者があれば連絡先を聞いて後日訪問している
気仙沼市	地域包括支援センターとしての相談の中で、認知症疾患医療センターやケアマネ、警察署等関係機関との連絡を密にして、早期発見に努めています。
河南町	介護予防教室や地区の百歳体操でチェックリストを行い、認知症のリスクがないか確認している。
軽米町	直営の地域包括支援センターにチームを設置しており、総合相談として対応する場合がある。
鹿角市	認知症地域支援推進員の配置（H30市内4包括全てに配置）～月1回集まり情報共有地域での学習会等で、市認知症施策の説明と相談窓口の周知
南大隅町	認知症についての普及啓蒙のための「認知症予防講話」の実施
玉野市	認知症予防・介護教室、認知症カフェ 認知症の方や家族、認知症に関心のある方を対象に、認知症予防や早期発見を目的に事業展開しているカフェでは個別相談に応じる。教室は医療分野の内容及多く、カフェは介護分野の内容が多い。
美里町	毎週火曜日に脳元気度チェックを実施（予約制）
名古屋市	認知症コールセンターの案内チラシの片面に認知症チェックリストを掲載、いくつかの項目が当てはまった場合に、認知症コールセンターへ相談するよう案内している。
袖ヶ浦市	頭の元気度測定会、認知機能評価支援システム（タッチパネル式PC）を用い、測定したアドバイスを行う。
池田町	介護予防事業にて認知症の有無が気になる方をピックアップし、場合によっては訪問等を行っている。
行田市	もの忘れ検診の実施
高梁市	認知症カフェで気になる人がおられら、地域包括支援センターへ知らせてもらい、実態把握を行ない、初期集中支援チームへつなぐかと検討する。
富士河口湖町	過去の相談履歴から、認知症の疑いがある者を、認知症予防教室に誘い、当該教室にて状態を評価し、必要であれば支援介入する。
下松市	相談会の実施（もの忘れ相談） 認知症予防教室の実施
椎葉村	本村の場合、認知症初期に特化した検討事例はまだ無いが、毎月の包括ケア会議等で、定期的に情報連携する体制はとれている。
春日部市	認知症早期発見ガイドを作成し、市民へ認知症に対する早期発見、治療の大切さを周知しております。
紀の川市	認知症の理解を深めるため、サポーター養成講座の受講動員や初期集中支援チームのPRも兼ねたチラシを配布。
小松市	包括支援センターの総合相談として対応・もの忘れ外来等医療機関との連携
海津市	市ホームページに認知症チェックサイト・認知症予防講座（地域へ出向き、早期受診の必要性の説明）・認知症カフェにて認知症の相談
水戸市	認知症チェックセミナー：認知症早期発見のための、タッチパネルを用いたテストや血管年齢の測定などを行うセミナー。地域包括支援センターによる総合相談支援業務
射水市	認知症や MCI についての講義や認知機能チェックテストと結果説明を行う、出前講座を実施し、相談や受診等早期に適切な対応を行うことができるよう体制を作っている。
にかほ市	もの忘れ相談プログラム（認知症タッチパネル）を活用、集落サロン等地区に出向き、認知症予防に関する講話とともに、タッチパネル実施、点数が低かった者について、保健師が状況確認のための訪問を行い、身体状況や生活状況を確認後、予防教室が受診、場合によってはチームの介入等につなげている。
大槌町	在宅医療…介護連携シートにおいて認知症の症状の困りごと等を必要時かかりつけ医に情報提供、相談をしている。
津南町	近隣に認知症専門医療機関がないため、町で専門医を依頼し、年に4回「もの忘れ相談会」を開催している。予約制で、HDS-Rを実施したり、専門医から見立ててもらい、早期受診につなげている。

鉏路市	年3回市民対象にフライング検査を実施、介護予防継続教室にてフライング検査を実施（市内17教室） 年1回くろ健康まつりにて、「タッチパネル式物忘れ相談」の実施 実施の結果、心配な方については包括支援センターへ連絡し対応している。
上砂川町	MSP（物忘れ相談プログラム）を百才体操の対象者に向け行い、軽度認知障害の疑いがある方に対し、介護予防事業や物忘れ外来への受診などを勧める。
黒部市	認知症サポーター養成講座での認知症の知識の普及 常設の認知症カフェに認知症地域支援推進員を設置し相談しやすい体制を築いている。 高齢者実態把握事業による介護認定を受けていない人等に訪問し、早期発見に努めている。
文京区	文京区では、H26 年より「認知症早期発見・早期診断推進事業」として、医師会の協力を得てもの忘れ医療相談（地域包括支援センター区内4ヶ所、月1日）を実施している。H29 年10月からは、このもの忘れ医療相談を入口として、一次スクリーニングを実施し、支援の必要な方を円滑に認知症初期集中支援事業につなぐことができるよう対応している。
舞鶴市	地域のサロンに運動指導員を派遣し、気になる参加者については報告をもらい市保健師が対応している。
厚木市	市・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、相談体制の充実をはかる。
王寺町	専門職による認知症なんでも相談の実施により、早期の診断、支援につなげている。
富田林市	ものわずれ健診（タッチパネル活用）設置型・出張型あり もの忘れ医療介護相談（月2回、予約制）
東洋町	普及、啓発（認知症ケアパスの全戸配布）
燕市	運転免許の自主返納時に、地域包括支援センターに生活支援の相談を希望するケースの把握。警察署から支援を必要とするケースの情報が入る。
秩父別町	地縁組織や各種機関等による高齢者の見守り体制の強化
播磨町	住民体験会場において「もの忘れ検診」を実施。健康相談や保健指導を行うと共に認知症相談医の受診勧奨を行う。受診された際には受診先より結果をFAXで送付いただくことで、今後のフォローをしている。
南九州市	介護予防把握事業（看護師等が家庭訪問を行い基本チェックリストの結果をもとに、認知症の方を早期発見）し総合相談につなげる。
千早赤阪村	①チーム員である認知症地域支援推進員が、地域の公民館で行われている地区活動など積極的に参加し、チームのちらし配布や個別相談を行っている。担当者が直接相談や通告を受ける為、スクリーニングし、支援へつなげる。 ②警察からの「運転免許自主返納」や「支援対象事業」の情報提供書から、本人又は支援者へ連絡し、必要時、チーム員である推進員が対応している。※PCシステムやアプリを利用したスクリーニングはしていません。
大川町	認知症、徘徊高齢者要支援要介護訓練強化会
富加町	独居・高齢者世帯訪問事業（包括支援センターの看護師による）、民生委員定例会にて民生委員からの報告
下仁田町	コグニサイズ等教室実施 タッチエム相談会の実施 認知症サポート医との連携 民生イインからのレシラフ
紀美野町	一般高齢者向けフライング検査や認知症予防教室を実施参加者で気になる人を対象とする。
坂出市	70才のかたに「ものわずれ、けんしん」を実施している 問診票をお送り、スクリーニングの結果、認知症と思われるかたなどに訪問している。
三宅町	各大字にてむき、講座や認知症チェックの実施、相談受付。
高千穂町	地域包括支援係と民生委員との意見交換会などで情報提供により把握。
豊南市	集団特定健診に合わせ、鳥根大学が開発された Cadiz で1次検査を行い、要注意、要精査の方には2次検査を行う。サポート医に協力頂き判定を行って、必要なお方は受診勧奨、認知症予防教室の案内を行っている。
葛巻町	介護認定を受けていない在宅高齢者を実態把握で町内の在宅介護支援センター職員が訪問。訪問時の状況から認知症が疑われる方については包括支援センターの職員が訪問している。
上野原市	市で実施する集団健診のなかで、「もの忘れ検診」を原則 65才以上の方で希望する方を対象に実施し、そこから精検におった方を追跡していく。
牧之原市	もの忘れ相談の実施、毎週水曜日に保健部門の保健師が相談に応じ、MMS 二段階方式の実施をして、生活上のアドバイスをしている。必要時、包括高齢者福祉担当に情報提供される。認知症ケアパスの配布

東久留米市	①一般介護予防事業＞脳の健康教室（公文式）に参加した方で、MMSE が低かった対象者を地域包括支援センターがフォローアップしていく仕組み
	②認知症カフェ開設支援補助金事業（認知症本人・高施設・地域住民が交流・相談できる場）の認知カフェで相談に上ってきた方を各包括の認知症地域支援推進員に上げていく仕組み。
	脳検査を実施し、その後の予防教室を行っている
神戸市	
湖西市	独居高齢者訪問事業…65歳以上高齢者情報のうち、各包括（＝チーム）が対象を限定（75才以上 etc）し訪問し早期対応につなげている
与謝野町	認知症カフェからの情報 定例会（3ヶ月に1回）実施
三鷹市	認知症アクトリナチーム（吉林大学医学部付属病院に配置）と協定を結び、取り組んでいる。
大洲市	平成 23 年から月 1 回実施しているもの忘れ相談において早期発見を行っている
国分寺市	認知症簡易チェックシート・アプリの運営 気軽に認知症について確認することにより、早期受診のきっかけとなることを目的に実施している。
天栄村	小さい自治体ならではの強みとして、関係者・支援者間の連携を家に行い、常々情報共有・交換ができるようにしている。各種、会議等でも情報を拾いあえるような雰囲気づくりを意識。
男鹿市	総合相談業務や認知症予防などの出前講座において、相談があれば迅速に対応している。
福智町	認知症医療センターの協力のもと、町のイベントにおいてももの忘れ相談プログラムを実施。スクリーニングを行い、該当者については、相談や医療機関受診についての情報提供及び認知症予防についての情報提供を行っている。
水俣市	認知症簡易スクリーニング「もの忘れ相談プログラム（MSP）」を用いた検査を行い、要フォロー者に対し二次スクリーニングの検査を実施したの主治医への情報提供や認知症地域支援推進員による個別支援を行っている。
鉾路町	町内の関係機関との連絡会議等において情報の共有化等を図っている。
東海市	脳とからだの健康チェックによりハイリスクとなったものでチームに繋がっている
碧南市	市内 3 ヶ所の地域包括支援センターが各地区の民生委員や老人クラブ高齢者等の見守り協定事業所（市内 53 の民間事業者や団体：H30.1.12 現在）に対し、認知症等の気になるポイントを記したチェックリストを配布し、1 つでも該当するポイントがあれば相談していただくよう協力を呼びかけている。
伊勢市	認知症の早期発見、早期介入の重要性の周知や認知症に関する正しい知識の普及啓発 認知症サポーター養成講座、認知症ケアパスによる啓発、「広報いせ」での認知症に関する啓発記事の掲載 市 HP に認知症に関する情報や相談先の掲載
明和町	早期発見につなげるため、まずは認知症の普及啓発活動に重要をおき、一般向け認知症サポーター養成講座や認知症映画会の開催、住民様向けの出前講座の実施、幅広い年齢層に認知症の理解を促すことを目的に親子サポーター養成講座の開催、認知症ケアパスを作成配布し周知を図った。また、民生委員や自治会長の集会等へ出席し、認知症施策の周知、啓発活動を実施。
松阪市	物忘れ相談会、イベント介護予防事業等で物忘れ相談プログラムをタッチパネルで実施
豊山町	住民への健康教育し、真夏時は相談するよう普段 民生委員に情報提供を依頼
丸森町	地域包括支援センターの総合相談 民生委員等との連携
西館市	市役所や地域包括支援センター等での認知症相談の実施 軽度認知障害スクリーニングテストの実施、市役所に家族介護支援員を配置
赤平市	タッチパネル式の認知機能テスト（CADiz）を用いて、MCI や認知症疑いの方を早期に発見し、必要な医療や介護サービスへつなげる支援を行っている。認知機能テストは毎年開催している体力測定会と同時に実施し、市民が受検しやすい体制づくりを心がけている。
下野市	市ホームページ上に「認知症スクリーニングシステム」を設け、必要時相談窓口を案内。 市内関係機関（銀行、郵便局、薬局、商工会、図書館、ゴミ収集、警察等）と連絡票を設け、連携している。 イベント、健康教室等時にチェック表を配布、相談窓口を周知。
稲美町	もの忘れ健診
香南市	介護予防普及啓発事業において、基本チェックリストや高齢者用集団認知検査（ファイブ・コグ）を実施し、ハイリスク者に対して介入するようにしている。

多可町	①認知症健診を町ぐるみ健診時同時実施。（DASC21）
	②住民主体の通いの場、要支援者訪問等で DASC21 実施、DASC21 等で点数が高クフォローが必要と思われる方へは訪問等実施し、認知症予防教室、受診勧奨等を行っている。
	65 歳介護保険検証交付時にファイブ・コグを実施、認知症初期集中支援チーム担当保健師と保健事業（介護予防含む）担当保健師に対応している。
西和賀町	
東根市	認知症地域支援推進員を配置し、認知症カフェや家族介護教室等を開催している。
矢板市	認知症簡易検査
中央区	認知症相談のための専用電話を開設し、認知症の方やその家族等周囲の方の悩みや不安について、認知症サポート電話として専門職による相談を受けている。匿名の相談も受け付けており、必要に応じて家庭訪問を行っている。
立川市	認知症カフェ、家族介護者の会、サロンなど、高齢者が集う場に、認知症地域支援推進員が足を運び地域の状況把握に努めていく予定。また、地域福祉 Co や生活支援 Co からの情報提供により、地域包括支援センターと連携を図りながら早期発見を目指している。
諒皇市	認知どうしていてもサービス未利用の方への相談・訪問 地域包括ケア推進団体を対象に初明示中の普及啓発や成功例を紹介し、協力を依頼している。
東員町	民生委員との連携により把握している
瑞浪市	もの忘れ相談事業
加賀市	もの忘れ健診の実施、かかりつけ医で、スクリーニングシートを使い、早めの対応のしくみ作り
松川町	地域の自治会へ推進員が出向き、ファイブ・コグ簡易検査を実施、ハイリスク者をチームにつなげる。
丹波市	民生委員ケアマネ、在宅介護支援センターなどにも随時相談がある。広報やいろいろなイベントなどでも周知している 今後は医師会においても協力依頼をしている。認知症の鑑別診断可能な 3 つの医療機関とのネットワークの会議を H30 年度から開催している。
箕面市	認知症安心ガイド（箕面市版認知症ケアパス）や箕面市医師会が発行する「みのお認知症相談マップ」を配布活用し、認知症状に応じた医療機関の受診勧奨やサービス利用の促しをする体制をとっている。 認知症支援に関わる医療関係者や介護関係者で個別事実をふまえた情報共有や課題検討を行い、効果的な認知症支援が行われる体制づくりを進めるため、「認知症施策推進会議」を市が主催している。
八戸市	認知症ケアパスを市内全世帯に配布し、認知症の早期診断、早期治療の重要性や各種相談窓口、認知症診断医療機関等を周知した。 認知症簡易チェックリストを市ホームページや全戸配布冊子（健康部門発行物）に掲載しご自身や家族の方がチェックできるようにしている。
高岡市	市内 11 か所に設置（委託）している地域包括支援センターにおいて実態把握訪問を随時実施しており、早期発見のため、地域の関係団体にも連携しながら対応している。
調布市	アウトリーチームとの連携・相談体制の充実や臨床心理士や医師による個別相談の実施。
三島町	既に医療と繋がっている方については地域包括支援センターで対応している。
紫波町	65 才の人に認知機能検査を実施
平田村	保健分野の保健師との連携により早期発見等実施している（介護予防教室の対象者をスクリーニング）
田辺市	在宅介護支援センターより認知症で気になる方を報告してもらったり、相談からあがってくる場合がある。
佐倉市	早めに自身で認知症に気づくためのチェックシートの配布。（住民健診待合室、薬局、その他講座等）
神楽内村	高齢者宅への戸別訪問を行い、対象者とあつちうの方を把握した場合、医療機関等関係機関へ繋げる
夕張市	ケアパスを作成し、全戸配付予定。
幕別町	高齢者の実態把握調査；郵送及び訪問による調査
下呂市	認知症に関する講演会の開催（普及、啓発、早期発見を含む）、認知症に関する広報での啓発
三郷市	簡易版認知症チェックリスト（チラシ）を作成し、気になる人は包括に連絡するように促している。
稲城市	市ホームページに、認知症の簡易チェックシートに就いて認知症？「わたくしも認知症？」を開設し、サイト内に相談先として市、地域包括、地域連携型認知症疾患医療センターを掲載し、相談支援に繋がっている。
日出町	高齢者の実態把握訪問調査を行い、健康問題（身体、精神面、認知症等）や生活課題の早期発見に努める。

館林市	認知症初期スクリーニングシステムの導入を行っている。(HPに簡易チェックサイトを設けている)
毛呂山町	毎月認知症相談会を開催し、本人や家族等からの相談を受けている。
岩国市	地域包括支援センターにおいて、毎月1回(5ヶ所)で認知症相談会を実施、相談会は認知症地域支援推進員が出向を実施、相談会後、月1回支援会議を行い、認知症疾患医療センター、保健所、地域包括支援センターで支援方針を検討している。
山口市	認知症に関する正しい知識の普及を行い、認知症の疑いがある時に相談や受診ができる相談窓口、医療機関等の周知を行っている。本人・家族が身辺な場所等、相談・支援が受けられる体制を強化するため、平成30年度・31年度に於いて認知症地域支援推進員を各地域包括支援センターに1名ずつ配置することを計画している。
川越町	地域の医療機関・薬局・介護保険事業所に連携依頼し、情報共有している
甲府市	もの忘れ相談体制により、本市窓口及び地域包括支援センターでスクリーニングを行い、市医師会及び市内サポート医と連携協力し、相談から認知症の早期発見・診断・治療につなげる取組を行っている。
東神楽町	保健師による、老人クラブや高齢者対象の事業での健康相談、または健診事業から得られた情報を地域包括支援センターに集約して検討している。
志布志市	毎月認知症地域支援推進員による「もの忘れ進行予防相談会」を開催し、対象者へ支援開始している。
大仙市	①はつづつ教室(認知症予防対策事業)…認知症の検査(タチバナパネル検査)を行い、医療や介護予防に結びつける為の教室(予防教室)を開催、終了後も自主サークルとして地域で活動継続できるよう支援。②認知症関連啓発推進事業…タチバナパネル検査システム機器を出前講座等の介護予防事業で利用、他機関への貸し出し、各種イベントで「もの忘れチェック体験コーナー」を設置。また、市のホームページに認知症のチェックが手軽にできる「認知症チェック」を導入し、若年層や高齢者、家族、本人の体験機会を作り、認知症予防に関する普及啓発に努めている。
清須市	認知症簡易チェックサイトを市のHPに掲載し、広報出前講座などで啓発。また、相談機関を掲載している。
右岡市	認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、市報等で啓発を行ったり、相談先の案内をしている。
白糠町	要介護認定を受けていない、75才以上の町民と65才～74才の町民の1/3に対しチェックリストを送付し、認知機能低下の可能性のある方へ介護予防教室を勧奨する。
平内町	もの忘れ相談プログラム(簡易スクリーニングテスト機器)を使用し、相談や専門科受診につなげる。
鹿兒島市	町として、認知症スクリーニングを目的としたタチバナパネルを使って集団健診の際、65歳以上の方へ声かけし、希望者に検査している。
鳥取市	介護予防把握事業としてアンケートを実施している。その結果で認知機能低下の疑われる者に対し、訪問や事業案内を行っている。
恵那市	鳥取県医師会や認知症疾患医療センターとは、認知症の相談支援業務の中で連携をとっており、認知症に対応できる認知症かかりつけ医や相談機関、早期発見のポイント等を鳥取市認知症ケアパスの中で公表している。
練馬区	保健師による脳の健康チェック(MCIチェック) 包括支援センターの地区担当者による個別要態把握訪問 ①認知症サポート医による啓発講演会の実施。②「自分でできる認知症チェックリスト」(東京都作成)を掲載した。「認知症ガイドブック」を区民に配布。
須坂市	各担当者による個別の支援 物忘れ相談の設置、市報等での広報(物忘れ相談の窓口は地域包括支援センター→介護教室等の実施)
たつの市	認知症予防相談：認知機能チェックツールを用い、認知機能の状態を把握、早期発見・受診のきっかけに繋がる。 もの忘れ相談：市民対象に無料で専門医相談を受けることができ、専門的観点から早期に発見、対応可能。必要に応じて専門医療機関の受診へつなぐ。
島田市	認知症ケアパスの活用 (もの忘れ外来)
平取町	町立HP等との関係機関と連携を密にしている。75才以上1人居る高齢者宅に訪問し、聞きとり調査を行っている。
益子町	認知症ケアパス、認知症カフェの支援
上士幌町	60歳以上の町民へ体力測定会を行い、その中で認知機能測定を取り入れている
草加市	認知症検診を実施し、MCI者や精検未受診者への保健指導や受診勧奨のための訪問を行い、早期発見、早期支援を図っています

松戸市	まっつと認知症予防プロジェクトを実施し、地域包括支援センター、医療機関等実施機関の専門職が軽度認知症の早期把握、アセスメント、ケアマネジメント、モニタリングを行っている。
市川市	介護予防教室や老人クラブ等で本人、家族などが早期に認知症状況が分かるように年に1回認知症チェックリストと地域包括支援センター一貫のチラシを配布し、相談につながるようにした。
八潮市	＜認知症検診＞八潮市に住所がある60歳の方、65歳以上の方を対象とし、医療機関において「脳の健康度チェック」に記入した内容をもとに医師の診察を受ける。費用は無料。
美作市	日常生活圏域ごとに専門職を配置しており、地域ごとの相談体制が出来ている。
品川区	チームを委託している認知症主催の認知症カフェにおいて、早期発見につながる仕組みがある。
八尾市	地域ケア会議 地域で発生した困難ケースの解決に向けて関係者及び地域ケア会議構成員が必要に応じて集まり、各々の専門性、活動特性に応じた支援方法などについて検討を行う。
高輪町	高齢者見守りネットワーク 日常的に地域で活動するべきさまざまな事業者による、日常業務での「気づき」を通じた高齢者の見守り体制。
若狭町	基本チェックリストで認知面の心配な方について訪問して状況把握をしている。必要時長谷川式等の検査をしている。
和歌山市	各地域包括支援センターで医師による認知症相談会を開催
小平町	町で独居、後期高齢世帯を中心に安否確認訪問を行っておりすいあげれている。老人クラブ等訪問時の基本チェックリストの実施
剣淵町	介護予防把握事業として毎年75才・81才の方へアンケートを実施し、ある程度の基準を超えた方に対して訪問をおこなっている。
加須市	施策：総合相談事業 仕組み：民生委員の定例会に参加し、地域情報の把握
真庭市	真庭市医師会登録「物忘れ相談医」制度
名取市	早期発見相談につながるよう、多職種連携研修会でチームの役割早期対応の必要性を周知
加美町	チームの啓発として地域ケア会議、通いの場へ出向き早期発見、対応の必要性を説明している。
松江市	もの忘れ相談実施：年6回(認知症疾患患者センターDr.対応)
高岡市	包括支援センターでの相談、高齢者の集まりの場でのチェックリストの実施
大泉町	介護保険制度の活用 医療機関と連携し、早期受診を促す。
豊橋市	認知症サポーターの養成や認知症カフェの開催(認知症機能評価支援システムを教室やイベント時に活用、講演会や講座の開催、パンフレットの作成配布や広報などによる啓蒙活動)
杉並区	ケア24 物忘れ相談 地域包括支援センター(ケア24)が行う物忘れ相談において、認知症サポート医が必要なお勧め、医療的な見地から支援を行う。
豊橋市	ガイドブック(ケアパス)を認知症の方、認知症の心配のある方向けに説明して手渡しすることを希望し作成している
佐世保市	健康教育や出前講座にて早期発見について啓発している
能代市	広報紙でのPR、チームに関するチラシを関係機関へ配布
久万高原町	包括支援センターへの相談、認知症カフェ、予防教室の参加者 もの忘れ検診プログラムを活用したスクリーニング(希望者) 年に1回認知症セミナーを開催し早期発見、早期対応の重要性について啓発。
台東区	東京都の認知症アクトリリーチチーム事業、認知症支援コーディネーター(保健師)の配置 都立精神保健福祉センターのアクトリリーチ(訪問)事業の活用 認知症疾患医療センターとの連携(地域連携型)
大月市	医療機関との連携を強化 警察
王生町	訪問支援対象者に該当しない条件でも、認知症地域支援推進員が中心となって、訪問等し、早期発見に努める。
金山町	町保健師や包括保健師が高齢者宅を訪問した際に早期発見(課題の把握)を行う。
永平寺町	もの忘れ検診の実施者について、訪問し確認している
河内長野市	もの忘れ検診の実施(各包括の圏域内で会場を決め、開催)
加古川市	市の実施する巡回検診(8月～10月)巡回健康相談(毎月1回)及び各包括(6ヶ所)で市の作成した「脳の健康度チェックシート」を使用して、チェックをおこなない基準点以下の方に受診勧奨を実施している。

長崎県	認知症スクリーニング検査の実施 スクリーニング検査票の作成とその判定を市医師会推薦の認知症サポート医へ委託、年 1000 件を目標に地区組織活動（65 才以上の団体）等で実施し、要フォロー者は包括支援センター職員が訪問し、支援を行っている事例によって初期集中支援チーム事業で対象と対応している。
北栄町	認知症地域支援推進員及び地域包括支援センター職員で対応している
早島町	物忘れ相談会を定期的に開催「物忘れ相談プログラム」を活用し早期発見支援を行っている。
羽生市	市役所にてもの忘れ相談を開催。民生委員による高齢者関係調査を毎年実施
長岡市	各地域における認知症に関する講座や、認知症スクリーニング式機器による脳の健康チェック体験を行い、心配のある方等には包括を紹介するなどしている。
愛南町	こころの健康相談…認知症サポート医（精神科医）がもの忘れなどで不安を抱えている人や認知症の人の介護をされている家族の相談に応じている。（H15 年から事業化） 第 2、4 月曜日、13：00～17：00 予約制、保健福祉センターにて
常滑市	高齢者相談支援センターの職員による訪問
小牧市	認知症について地域での理解を深めていただくため、地域包括支援センターが中心となって認知症サポーターフォローアップ講座、ステップアップ講座および各集いの場において教室、相談を実施し、認知症を初期階段で発見することの大切さを伝える機会を設けている。
関市	地域の企業、事業所と見守り協定を締結し、異変に気がついた際は市に連絡をいただいている。
二宮町	広報紙や H P、地域の通いの場で周知
足寄町	認知症サポーター養成講座や広報等により、認知症の正しい知識を普及、啓発している。
平生町	ケアバスの作成、全戸配布
横須賀市	もの忘れ相談…認知症に対して不安のある人やその家族を対象に専門医が面接や訪問による相談に応じ認知症の早期発見、早期に治療に適切なケアにつながるよう支援する。 随時相談…保健師等が認知症の医療や介護についての相談を実施し、できるだけ早期に受診することや適切に対応できるよう支援する。 ケアバス作成…市内各公共機関に配布するだけではなく医師会歯科医師会等を通して全員へ配布。コンビニ、銀行等にも配布。 地域作り…市医師会、イーザイ株式会社と連携協定を締結し、他の団体も合わせて認知症フレンドリーよこすかとして啓発活動を行い、情報誌を作成した。
三浦市	地域包括支援センターによる局まわり 民生委員など地域での見守り
西東京市	認知症支援コーディネーターによりアワード・サチームへつなぐ。
川西市	認知症チャックシート（県発行）の活用
豊川市	老人クラブ会合の際に基本チャックリストを実施または、当該年度 74 才、77 才、80 才到達時に基本チャックリストを送付。回収した中で事業対象者となった者に希望をとり実態把握訪問、介護予防事業の案内他、必要が情報提供を行っている。チームで対応する必要がある場合は地域包括支援センターから連絡・相談がある。
茨木市	市民公開講座等のイベントで認知症ケアバスの普及啓発を行い認知症への早期対応の推進を行っている。 H29 年度まで、脳の健康教室とステップアップ教室（コグニサイズを用いた認知症予防の教室）を実施していた。H30 年度も各包括支援センターにて認知症予防のための教室、講座を実施している。
美濃加茂市	総合福祉会館の利用者、ふれあいいきいきサロンの参加者等の地域住民の情報を把握している関係者に周知し、相談、連携をとっている。
安芸太田町	基本チャックリストになる把握。
西会津町	地域包括支援センターへ相談するよう民生委員等へ周知している。
多賀城市	75 歳以上の独居または二人暮らし世帯に全戸訪問し、状況を把握し必要な支援につなげている。
長岡京市	40～80 歳の 5 歳刻みの対象者への忘れ検査を実施。項目に該当した者は要精密検査となり、MC II などの診断ができればケアや介護保険等の利用につなぐ。
多良木町	町で雇用している非常勤職員が高齢者宅を訪問し、見守り、相談対応等を行っている（認知症高齢者に特化している訳ではない）。

長与町	75・80・85・90 歳時に健康調査票を郵送。訪問看護師が自宅を訪問し回収し生活状況の聞き取りを行う。介護予防事業やサロンの紹介、1 人暮らしであれば民生委員へ見守りの訪問を依頼。状況に応じてケース台帳を作成し、訪問看護師による定期訪問等見守りを行う。
勝浦市	市の健康検査時の会場で 65 歳以上を対象に、任意で認知症簡易テストを実施している。後日、点数が低い方に対して家庭訪問して、受診をすすめて、認知症予防についてのリーフレットを渡して早期発見・早期相談をするように啓発活動をしている。
福山市	認知症予防教室の前段でスクリーニング検査を実施し、医療機関や地域包括支援センターなどの適切であると考えられる支援機関に紹介、支援している。
清谷町	9 月アツパハイ月間に合わせ、大型スーパーで、認知症の事前相談を実施。
東海村	早期診断推進事業 ①認知症スクリーニング検査 パソコンによる簡易検査 ②もの忘れ検査 地域包括支援センターに申込後、一次検査医療機関を受診していただく。一次検査後二次検査が必要とされた場合二次検査医療機関を受診していただく。
鹿追町	認知症カフェを開設し、認知症に関しての相談窓口を設置し気軽に相談できる体制を整えている
山田町	目的：認知症予防脳刺激訓練を実施することにより、認知症の予防、軽度認知症の改善、閉じ込めり予防を行う、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続する。 実施方法：年 1 回開催 全 9 回コース 地区別に一般介護予防事業として取り組む。 内容：認知症の早期発見、予防のための認知機能等の把握、脳の活性化を図るための講座（回想法やクレージーランなど）、脳トレドリルの実施、要支援者への相談、支援
湯上市	隔月でもの忘れ相談会を実施 もの忘れが気になる本人や家族を対象とし、相談担当医の判断によっては、専門医を紹介しつなげる。
諏訪市	認知症予防啓発シンポジウムを開催し市民に対して早期発見の重要性を周知している。 地区の高齢者の集まり等において出前講座を開催し認知症の理解を深めている。 認知症サポーター養成講座を各地区、企業、小学校等において開催し認知症への理解や早期発見の重要性を周知している。認知症地域支援推進員の配置
青森市	認知症ケアバスの普及、市内 11 包括全てに認知症地域支援推進員を配置、地域包括支援センターで行う脳の健康チェック
酒田市	地域住民や民生委員ケアマネジャー等関係機関、関係団体等に対して初期集中支援事業や地域包括の役割や機能について広報活動や事業推進のための協力依頼を行っている。
大野城市	地元医師会がもの忘れ相談医を養成し、かかりつけ医が認知症の初期相談に対応する事業があり、その事業に対して補助金を出している。
糸島市	認知症サポーター養成講座の実施、地域イベントに参加してのキャラバン・メイトの活動、認知症カフェ助成事業の実施、認知症あんしん便利帳の普及、市のホームページに認知症簡易チェックシステムを掲載
松浦市	つとりの場や介護予防教室などの際に把握している。
上越市	地域包括支援センターによる実態把握訪問で、高齢者の 1 人暮らしや、高齢者世帯へ訪問し、認知症の早期発見、その他の相談支援につなげている
熊谷市	もの忘れ検査の実施：70 歳の市民を対象に、もの忘れ検査の受診券を送付。市内指定医療機関で無料受診できる。認知症チェックサイトの設置：認知症の簡易スクリーニングができるサイトを設置し、市ホームページにリンクしている。チェック後に包括支援センター等の相談窓口が表示される。
稲井市	総合相談事業の中で支援対象者の早期発見を行っている。
南城市	市包括支援センター・社会福祉協議会では地域ごと担当者を配置しており、定期的な情報交換会を開き、自治会等の連携・情報共有を図っている。
美瑛市	介護予防把握事業による、基本チェックリストの配布
せたな町	地域包括支援センターで相談を受けたケースをチーム会議にかける（月 1 回） MCI のスクリーニング結果をチーム会議にかける。年 1 回の健康祭りの認知症コーナーにおいて、喫煙テスト+アングートから認知症の疑いのある方に DASC-21 を実施し、チーム会議にかける。

芽室町	40才以上の方を対象に、軽度認知障害（MCI）を早期に発見し、認知症予防の対策を講じるための動機づけとなることを目的に、あたまの健康チェックを実施している。
喜多方市	もの忘れ検診 65歳以上の方を対象に医療機関にて問診及び簡易認知機能検査を実施
熊野市	高齢者サロン等で早期発見・早期対応の重要性を伝え、タッチパネルで認知機能を測定する機会を設けている。
鎌ヶ谷市	認知症相談事業を実施している。訪問が不可、またはチームでの支援を望まない場合認知症地域支援推進員が対応している。
今治市	市医師会と協議し、地域包括支援センター毎に認知症サポーターを推薦してもらい、市がその圏域を担当するサポーター医として委嘱し、開業医と認知症疾患医療センターとの連携を図る体制を整備している。
甲州市	もの忘れ相談 すごやか脳教室 オレンジカフェ いきいき健康教室
藤崎町	認知症カフェや介護予防活動を早期発見に利用・活用している
能美市	認知機能の変化を自覚した本人・家族が相談や情報収集できる認知症カフェの設置、ケアパスの普及、認知症専門医による相談・訪問、包括支援センターの総合相談・訪問、地域活動支援（地域の通いの場での中断者の認知症地域支援推進員による把握）
江戸川区	認知症ケアパス等パンフレットやチラシでの普及啓発活動
森町	認知症ネットワーク事業の中で認知症ホットライン（電話相談）を設置し、関係機関へつないでいる
目黒区	認知機能評価システム（タッチエム）を利用した「頭の元気度測定会」を回覧等でPRし毎月実施している。 見守りネットワーク事業（見守りめぐねっく）・認知症カフェ推進事業・コミュニケーションカフェ事業などを通して早期に包括や支援機関につながる仕組みを構築している。また年 1 回普及、啓発イベントを実行委員会形式で共催し、早期発見に取り組んでいる。
雲石町	総合相談や認知症地域支援推進員の相談等、一般介護予防事業の参加者などからの情報
取手市	4ヶ所の地域包括支援センターで実施している高齢者訪問や地域住民、民生委員等からの相談により把握したケースについて、地域包括支援センター及び高齢福祉課にて協議しながら早期発見・早期対応を実施している。
徳島市	もの忘れ検診の実施、ホームページ、認知症支援が이드ブックなどの簡易チェック
新潟市	一部の区において特定健診時に希望者を対象として簡易問診検査を行う「もの忘れ検診」を実施している。その結果精密検査協力機関や地域包括支援センターにつなげ早期診断・早期対応を行える体制を構築している。
北広島市	認知症地域支援推進員が地域の老人クラブや通いの場に出向き、事業周知を行っている。（市民に情報が届かなければ活用されないため）
長和町	直営包括であるため、チーム員自ら積極的に把握するよう努めている
町田市	医師によるもの忘れ相談事業の開催
西ノ島町	警察署の方が町内各家庭を定期巡回したり、各地区に民生委員の方もおられる。畑居の方や認知症の疑いがある方等について町へ相談や情報提供があり、その都度関係機関とも連携しながら対応している。
千代田区	認知症早期発見事業として介護予防把握事業の郵送調査の未返送者に「訪問調査」の可否を尋ねる。高齢者独居が高齢者のみ世帯で介護認定していない70才以上を抽出、「訪問調査」可と未返送より100 余名に訪問看護師が調査にゆき、DASC、MMSE 等で認知症疑いを見い出す。地域包括につなげて介護保険サービスを導入したり、そこまでゆかないケースは訪問看護師が6ヶ月間訪問見守りを実施する。
鶴岡市	民生委員や通いの場のお世話役等との連携により、気になる方の情報収集に支援につなげている。
筑前町	包括での総合相談等
日置市	民衆協定例会へ毎回出席し連携している。認知症サポーター養成講座を実施し、見守りの輪を広げる。
阪南市	市民への出前講座や多職種会議や医師訪問により初期集中支援チームや認知症ケアパスの啓発をし、早期発見には至りにくい状況である。
構手市	タッチパネル式物忘れ相談プログラムを活用しての物忘れ健診、健康相談、各種講座。
明石市	75歳以上の市民（認知症診断をうけていない方）を対象にチャックシートを送付し、送り返して頂いたものを点検化。疑いがある人には初期診断費の助成を行う事業。
小布施町	町内13ヶ所で開催している「認知症予防教室」に年間2回おもいこい二段階方式を実施。経年変化をみながら、生活指導を行い、受診につなげる場合もある。

(30)

世田谷区	認知症が疑われる高齢者や家族が、早期に医師と個別相談ができる「もの忘れチェック相談事業」と、地域包括支援センターや区内5ヶ所にある総合支所（地域住民への行政サービスの総合的に行う機関）のケースワーカーや保健師等が関係者と連携しながら、早期発見の支援を行っている。
水見市	高齢者世代訪問 認知症相談会の実施 認知症相談窓口のPRチラシの配布
羽曳野市	市内7箇所にて在宅介護支援センターを設置し地域相談窓口業務委託を行っている。必要時、訪問業務を依頼し早期発見につなげている。
開成町	リーフレットで普及啓発している。
宇部市	「認知症カフェ登録制度」を設け、認知症の人や家族、地域住民も交えた居場所づくり、集いの場づくりを呼びかけ、周知している。（平成 30 年 8 月～認知症地域支援推進員を 10 か所の委託包括に配置、平成 30 年度は 2 地区限定で「あたまの健康チェック」を実施）
津市	1 人暮らしの高齢者を対象に、地域包括支援センターが訪問、認知症の早期発見や介護予防活動へつなげている。
色麻町	全地区で開催しているお茶のみ会や認知症カフェに出向き相談コーナーを設置、早期の発見から相談対応、つなぎまで包括支援センターで行っている。
上郡町	認知症健診…町ぐるみ健診、個別相談、サロン等の地域の集まりでタッチパネルを使用し、テストを実施。認知症の疑いありの者へ紹介状を発行し、受診勧奨。
水上村	高齢者見守りネットワーク事業（対象者への日常的な見守りや捜索依頼があった場合の関係機関への情報提供）おかしんじール事業（QRコードがシールを体や持ち物に貼付し、発見者がスマホで読み取り発見するもの）
八頭町	民生委員などの福祉関係者に、チームについての周知を行い、早期発見につなげている。
青荷市	もの忘れ相談会、梅カフェ（認知症カフェ）等で認知症地域支援推進員、認知症コーディネーター等により医療及び介護または初期集中支援チームにつなげている。今後イベントに医師も参加予定。
久留米市	もの忘れ予防検診：久留米大学高次脳疾患研究所との共催で医師参加のもと HDS-R、MMSE、光トポグラフィ検査などを実施し、現在の認知機能の状態を把握し、必要に応じて受診勧奨する。認知症予防講座：ファイブ・コグ検査を実施し、MCI 疑いの高齢者を早期発見する。
大津市	下記 4 点について各種事業を認知症コーディネーターと初期集中支援チーム及び地域包括支援センターと協力して実施し、早期発見の取り組みをしている。①認知症についての啓発活動の推進 ②認知症ケア体制の整備 ③認知症ケア技術の向上 ④助けあひのある地域づくり
野洲市	市民が交流する機会に認知症の早期発見、対応の啓発ちらし等の配布を行っている 相談時に必要時訪問や医療受診等の支援を行っている
座間市	市主催で認知症予防教室を開催しており、ファイブ・コグ、Moca）などを実施。教室の卒業生や途中キケンした方などの情報を初期集中チームと共有し訪問等を行っている。
草津市	認知症サポーター養成講座や認知症市民講座等による普及啓発認知症簡易チェックシステムの運用
立科町	2ヶ月に1回専門の相談員を招き、「もの忘れ相談会」を実施している。
遠野市	福祉及び医療関係相談員や警察、消防と連携し情報収集を行っている。
銚子市	地域包括支援センターでの認知症の初期相談ができるよう啓発を充実させている。
東温市	健康推進課所管の「健康診査後の診察相談」にて、高齢者の相談ブースを設け地域包括支援センターの3 職種、在宅介護支援センターの相談員が交代で相談を受け付けている。（年 33 回、65 歳以上の参加者約 1800 人）
洲本市	＜洲本市認知症予防健診＞ サロン、住民健診、ついの場にて DASC・21 を回答したとき 31 点以上の方には受診勧奨を行う
最上町	もの忘れ相談の毎月開催
足利市	認知症カフェで認知症疾患医療センター協力の下、認知症早期発見のための簡易検査を実施している。
小山市	包括支援センターの実態調査にてチェック
大阪市	認知症の早期対応の必要性を様々な媒体を通して広報普及している 認知症アプリ・ナビの作成、各種リーフレット
片品村	後期高齢者被保険者証の交付の際に、認知症の講話と簡易テスト（MMSE・HDS-R）を行い、点数が低いと受診をすすめている。

(29)

	各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、対象者の発見に努めている。また、チーム支援後のサポート提供等についても、チームや関係機関とのつなぎを行っている。
大田区	認知症支援コーディネーターを 1 名配置し、チームへの助言や東京都認知症疾患医療センターのアウトリーチチームとの連携を図っている。
富士見町	認知症地域、支援、推進員の地域活動の中でファイブ・コグの実施など。
鯉川村	(1)相談対応 (2)ネットワークにより発見対応 介護保険の申請や相談、任意事業の利用相談などがあつた際に必要に応じて認知症の専門医〇も忘れ相談（包括に委託）などの紹介を行い、その相談記録の中から認知症の疑いのある方についてリストアップを行い、包括訪問して実態把握をしています。
富士見市	
川場村	民生委員協議会定例会、社協、医療機関地区住民 CM 等会ギに出席する
多久市	サロンや介護予防教室、民生委員とのつながりネットワークなどの機会を活用している
滝川市	物忘れ相談の定期実施（タブレットを使った認知機能チェックを行う）
東伊豆町	民間事業者によるあんしん見守りネットワークの実施、医療機関との情報連携のためのネットワーク構築
相模原市	市内 3 区の高齢者相談課で、認知症相談を行っており、必要に応じて地域包括支援センターや医療へつなげる。
愛西市	市内関係課や関係機関との情報共有、連携
土佐町	ご長寿健診（75 歳以上）で認知症に関する問診を実施している。
松田町	認知症サポートチーム養成講座等で住民に周知啓発
豊後大野市	地域包括支援センターが総合相談窓口市のもの忘れ相談会の開催
日立市	認知症ケアパス（認知症ケアあんしんマップ）を作成。認知症高齢者相談窓口や近隣の地域包括支援センターの相談窓口及び軽度の認知障害（MCI）から高度の認知症の主な症状等を掲載し、全戸配布し、より多くの市民に認知症の症状や相談窓口を知ってもらうことで、早期発見につながるよう啓発。普及を行っている。
北壮市	認知症サポートチーム養成講座にて、知識の普及と相談窓口の周知。認知症カフェとの連携、高齢者外出支援サービス利用者の情報を実施団体と共有
東近江市	毎月 1 回、市内でものわすれ相談室を開催。未受診でものわすれの自覚のある方、症状があるが自覚がなく、家族が相談されたい方などに対し専門職が聞き取りを行い、必要に応じ専門医や認知症初期集中支援につなげている。 高齢者実態把握調査を行い、リスクのある人や支援を要する方の抽出を行い、包括支援につなげる。
荒川区	ものわすれ相談：認知症サポート医による相談を年 30 回（2 人／回受付）開催、会場は包括や区の施設を利用。認知症うつ専門相談：精神科医師が認知症やうつなど高齢者の精神保健に関する相談に応じる。医師が訪問することも可能、年に 60 回開催。
大分市	物忘れ定期相談会 毎日 1 回第 2 木曜日に、認知症サポート医と推進員が家族の抱みについて相談に応じている
板橋区	もの忘れ相談事業 医師会へ委託、無料、予約制の相談、区の広報紙・HP で周知、医師会で研修を受けたもの忘れ相談医が相談に応じる。
藤沢市	認知症簡易チェックの実施、一般介護予防講座での簡易チェックの実施、包括支援センターへの連携
小城市	物忘れ相談会の実施、月 1 回実施。認知症サポート医が相談対応する。
北壮市	認知症サポートチーム養成講座にて知識の普及と相談窓口の周知。認知症カフェとの連携。高齢者外出支援サービス利用者の情報を実施団体と共有。
大村市	大村市では、地域包括支援センターが直営 1 ヶ所で設置しています。平成 27 年 4 月から認知症の相談を一元的に受ける窓口、認知症総合相談センターを設置し、同年 10 月に認知症初期集中支援チームを設置しました。地域包括支援センター総合相談から認知症総合相談につながる、その中でも認知症初期集中支援チームで対応するか否か判断し、早期発見に努めている。
和泉市	認知症予防目的の介護予防教室でスクリーニングを行い、結果によっては、地域包括支援センターでフォローしている。
丹波山村	役場の保健師が対応している。
備前市	もの忘れ相談会：年に 2 回、認知症専門医、認知症地域支援推進員、包括担当者が相談に応じている。認知症が気になる市民やその家族を対象とし、予約制、1 ケース 30 分、毎回 3 ケースを受け付けている。
浜波市	高齢者の実態調査訪問、認知症相談日設置、など

西海市	住民主体の通いの場で実施したスクリーニング（TYM-1）の結果について、必要に応じて、認知症初期集中支援の他、認知症地域支援推進員につなげて訪問等でフォローしている。
八王子市	認知症ケアパスの普及・啓発、認知症サポートチーム養成講座、パネル展示等における事業紹介、イベント等における相談窓口の設置
高崎市	全戸配布の冊子に認知症のチェックリストを掲載し、相談、受診への動機づけを行っている。 委託型包括支援センターが行っている実態把握訪問で、認知症の不安の訴えがある人に、MCI のパンフレットを渡し、そこに掲載しているチェックリストを紹介し、受診勧奨や認知症相談等、必要な支援につなげている。月に 1 回、認知症サポート医による認知症相談を行っている。
大鹿村	高齢者見守り支援事業…独居高齢者、老々世帯を定期的に見回り、課題を見つけたら情報提供。（配食サービス、高齢者グループの活動支援等）
(無記入)	嘱託医相談を実施しており、対象者に早期に支援が行われるよう初期集中支援チームと連携している。認知症ケアパスやフレットに「認知症の気づきリスト」を掲載し、規定以上の項目に該当する方はかかりつけ医と相談するよう啓発している。75 歳以上の後期高齢者医療被保険者約 108,000 人に、「認知症の気づきチェックリスト」を大阪府後期高齢者医療広域連合より送付した（平成 30 年 4 月）。
穴水町	一般介護予防事業や包括的支援事業の日々の活動の中で、包括職員が早期発見に努める。（把握する） 包括で対応する。（全ての包括職員は認知症地域支援推進員の研修実施。） 民生委員等の地域住民への認知症サポートチーム養成講座の実施、早期発見の重要性について説明。相談窓口の周知。
釜石市	もの忘れ相談会を市内 10 ヶ所で開催している。ミニ講話を行い早期発見の大切さを普及啓発している。
北区	認知症カフェでの専門職による相談、情報提供 認知症サポートチームや町会、自治会、民生委員等地域住民への普及啓発、専門職向けの初期支援研修、それぞれが連携し継続した支援を実施
船橋市	市ホームページやラジオなどによる周知を行っている。
習志野市	介護予防事業における普及啓発や、認知症地域支援推進員の活動の中で行っている。
内子町	認知症地域支援推進員を在宅介護支援センターに配置し、訪問時認知症のおそれの方があれば包括につなぐ。
小鹿野町	認知症相談窓口の複数設置。高齢者見守りネットワーク推進員、民生・児童委員、ご近所の方等からの情報提供に随時対応し、早期発見に努めている。
ふじみ野市	認知症サポート医による認知症相談を定期的に開催している。
本庄市	認知症初期スクリーニングシステムとして、誰でも簡単に携帯電話とパソコンでチェックできるサービスを導入している。そして、サービスの普及、啓発のため、HP や広報に掲載するほか、65 歳を迎える方に介護保険の被保険者証を郵送する際、チラシを同封している。
上里町	町内 6 ヶ所の認知症グループホームに認知症介護について具体的なアドバイスをする窓口として認知症ケア相談室を設置し、早期発見に努めている。
六戸町	もの忘れ検診の実施
構法町	まちかどセルフチェック事業を活用している。（町内薬局）
大空町	①高齢の一人暮らし、夫婦世帯、高齢者のみ世帯に対して訪問による実態把握を行う見守りネットワーク事業を社協に委託して実施。随時連絡が入る ②認知症地域支援推進員による高齢者訪問により把握する ※①②により早期発見、対応の取組みを行っている。
大崎市	認知症サポートチーム養成講座等を行い、普及啓発を行っている。
白石市	SOS ネットワークの構築、見守り体制整備、認知症ケアパスの周知
結城市	認知症理解普及啓発講演会、認知症サポートチーム養成講座で早期発見の大切さについて伝えている。
熊野町	認知症予防事業として、住民主体による通いの場において、脳の健康をチェックする「ファイブ・コグ」を実施。
筑紫野市	介護認定部局、訪問活動を行っている保健部局、医療機関、民生・児童委員等地域住民、特定健康診査の担当部局と連携をとり、認知症が疑われる人の情報提供を受け、包括支援センターが実態把握調査を行っている。
敦賀市	地域包括支援センターにおける相談対応
湯河原町	認知症ケアパス配布し、活用している（相談窓口）

【市町村票】

本票は、認知症初期集中支援チームではなく、設置主体である市町村自治体がご回答ください。

※同封のチーム票(白色)は、各チームにご回答頂くものです。お手数ですが、設置の各チームにお渡し頂きますようお願い致します（チームでの回答後は市町村自治体にてお取りまとめの上、チーム票用の返信封筒にてご返送をお願い致します）。

市町村の情報

(1) 市町村名をご記入ください _____ 市・町・村

（ ※チームを近隣市町村と広域設置する場合、広域連合・一部事務組合等の名称もご記入下さい
_____ ）

(2) ①平成 30 年 4 月 1 日現在の**高齢者人数(満 65 歳以上)**をご記入ください _____ 人

②平成 30 年 4 月 1 日現在の**認知症高齢者数**をご記入ください _____ 人

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上、判定者は問いません

(3) 市町村に設置されている認知症初期集中支援**チーム数**をご記入ください _____ チーム

(4) 認知症にかかる施策・取組について

「平成 30 年度における保険者機能強化推進交付金(市町村分について)」(平成 30 年 2 月 28 日事務連絡)において示された評価指標から、Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (5)認知症総合支援の 4 項目について、評価(点数)をご記入ください

※下記 4 項目の具体的な指標全文および評価は、同交付金所管部署とご調整の上、ご対応をお願いします

	指標（一部表現を省略しています）	評価(点数)
①	認知症施策の取組について、各年度における具体的な計画を定め、毎年度その進捗状況を評価しているか	点
②	認知症初期集中支援チームは、定期的に情報連携する体制を構築しているか	点
③	認知症のおそれがある人に対して、かかりつけ医と認知症疾患医療センター等専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか	点
④	ボランティアの定期的な養成など、認知症支援に関する介護保険外サービスの整備を行っているか	点

裏面に続きます

(5) 支援対象者の把握・早期発見にかかる取組について

- ① 認知症初期集中支援の対象者について、スクリーニングツールを活用するなど、何らかの手段で積極的に把握・発見していますか。あてはまるものに○を付けてください。

※チームを委託設置している場合でも市町村と共有している方針等にそって回答してください。

- 1 している (①へ) 2 特にしていない (②へ) 3 チームに任せているので分からない

- ▶④「1 している」場合、具体的な 場所(機会)、実施担当者、その後のつなげ先などについて、
具体的にご記入ください

- ▷◎「2 特にしていない」場合、対象者をどのような方法で選定していますか（複数回答）

- 1 市町村やチームに相談があったケースを対象者としている
- 2 他の機関から連絡・相談があったケースを対象者としている
- 3 その他（ ）

- ② 認知症初期集中支援チームで対応する（に繋ぐ）以外に、早期発見の施策を行っていますか。
あてはまるものに○を付けてください。

- 1 している (①へ) 2 特にしていない 3 チームに任せているので分からない

- ▶④「1 している」場合、その施策・仕組みの概要をご記入ください

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

市町村票用の返信封筒(ブルー)にて、平成30年11月16日(金)までにご投函ください。

チーム票のお取りまとめ、チーム票用の返信封筒(白色)でのご返送についても、宜しく願い致します。

【 チーム票 】

本票は、認知症初期集中支援チームごとに ご回答ください。

- 複数市町村からの委託を受けている等、複数のチーム票を受け取った場合には、いずれかのチーム票にご回答頂ければ結構です。他のチーム票には、(1)の設問下部のチェック欄に☑を入れてご回答ください。
- ご回答・ご記入いただいた後は、配布元の市町村所管部署にご提出をお願い致します。市町村のご担当者様には、全てのチームの回答票をまとめてご返送いただくようお願いしています。

チームの情報

(1) チームが設置されている**市町村名**をご記入ください _____ 市・町・村

※複数の自治体による共同設置の場合等、全ての市町村名をご記入下さい

(☐ 他の市町村から配布されたチーム票に回答しました)

(2) チームが**設置されている機関**を1つ選んで○を付けてください

- 1 地域包括支援センター 2 医療機関 (3 以外) 3 認知症疾患医療センター
4 行政 5 その他 (具体的に)

(3) チームが**設置された時期**をご記入ください _____ 年 _____ 月 設置

(4) **チーム員の人数** (兼務を含む、臨時・応援を含まない) をご記入ください _____ 人

※兼務を含みます。専門医(認知症サポート医等)や臨時・応援等の人員は含みません。

▷ うち、国立長寿医療研究センターのチーム員研修受講者 _____ 人

(5) 平成 30 年 4 月～9 月の**支援対象者数** _____ 人

※平成 30 年 3 月以前からの支援者、10 月以降の継続支援者を含みます。

▷ うち、支援を終了(モニタリング未了を含む)した対象者数 _____ 人

(6) 平成 30 年 4 月～9 月の**相談受付数** _____ 人

※チームとして受け付けた相談が原則ですが、地域包括支援センターとして、また、担当者個別に受け付けた場合でもチームとして受け付けた場合には含みます。

▷ うち、初回訪問実施に至った人数 _____ 人

裏面に続きます

支援対象者の情報

▶貴チームで支援した対象者のうち、平成 30 年 9 月末までに支援終了(引継)した対象者を最大 10 人まで無作為抽出してください。

▶「回答方法」欄にある説明、選択肢等に沿って、対象者ごとの情報を各欄にご記入ください。

▷「実績報告用プログラム」を利用されているチームでは、「操作の手引き」17p 下段を参照の上、「対象者情報」を人数分印刷して回答として頂いても結構です。(必須ではありません)

項目	(介入時の状況)						(日付・期間)				(終了時の状況)							
	年齢	自立度	診断	医療利用	介護利用	DASC	DBD13	J-ZBI.8 (Zarit)	把握 日付	初回訪問 日付	支援終了 日付	診断 導入	医療 引継	介護 引継	DASC	DBD13	J-ZBI.8 (Zarit)	転帰
回答 方法	介入時 の年齢を そのまま 記入	認知症 自立度の ランクを そのまま 記入	介入時の 認知症の 診断(ない 場合は×)	介入時に 認知症の 通院等が あれば○ あれば○	介入時に サービス利 用等があ れば○ あれば○	介入時に実施した各アセスメント のスコアをそのまま記入 (実施していない場合は×)	介入時に実施した各アセスメント のスコアをそのまま記入 (実施していない場合は×)	介入時に実施した各アセスメント のスコアをそのまま記入 (実施していない場合は×)	対象者を把握した日付、1 回目の訪問日付、 引継等を行って支援を終了した日付 について それぞれ 西暦/月/日 で記入	2018/3/10	2018/3/15	2018/7/16	終了時の 認知症の 診断名 (未診断の 場合は×)	医療機関 等に引継 した場合に ○	介護事業 所等に引 継した場合 に○	終了時に実施した各アセスメント のスコアをそのまま記入 (実施していない場合は×)	終了時に実施した各アセスメント のスコアをそのまま記入 (実施していない場合は×)	1 在宅 2 入院 3 入所 4 死亡 5 その他
例	78	II b	×	×	×	46	24	19	2018/3/10	2018/3/15	2018/7/16	アルツ ハイマー型	○	×	50	24	12	1
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

平成 30 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の設置後の効果
に関する研究事業
報告書**

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

平成 31 年 3 月

禁無断転載
