

令和元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設置後の効果 に関する研究事業

報告書

令和 2 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

令和元年（2019年）6月19日認知症大綱が示され、新オレンジプランを継続する形で、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援をすすめることになりました。この中で認知症初期集中支援チームも継続して、重要な地域の資源として活動が求められています。認知症初期集中支援チームの職務内容は、「複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームは、ほぼ全ての市町村に設置された。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する。」となっています。またその活動指標として、①認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成、②初期集中支援チームにおける訪問実人数全国で年間40,000件医療・介護サービスにつながった者の割合65%、があげられました。

昨年度事業で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な環境、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制限等を設定することは難しく、多角的な検討を重ねた上、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。これは各地域でそれぞれのインフラ環境、資源、チームの設置条件が異なる中で自分たちのチームが全国相対的な位置づけとしてどのような状況にあるかを自己評価してもらうことにありました。

今年度はこれらの検証を行うとともに、より活動指標としてふさわしい項目はなにかを検討しました。

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。

さいごに、昨年度に引き続き、評価指標作成にかかるアンケート調査への回答ご協力を賜りました多くの自治体、チーム員の皆様に改めて厚くお礼申し上げます。

令和2年3月

令和元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設置後の効果に関する研究事業

委員会委員長 鷺見 幸彦

認知症初期集中支援チーム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	4
2. データ概要	8
3. 評価指標分析	15
3-1 評価指標 (15)	
3-2 チーム属性別の評価指標 (20)	
3-3 アンケート調査項目の関係性にかかる分析 (39)	
4. 評価指標項目案 (FA 回答より)	51
4-1 評価指標としての項目候補；設問(2) (51)	
4-2 平成 30 年度評価指標項目への意見；設問(1) (55)	
III 考察	57
[資料編]	61
▶▶ 記述設問回答一覧（設問(2) 評価指標としての項目候補）	
▶▶ 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、これまで全国自治体への認知症初期集中支援チームの設置に向けて、チーム員の研修を実施、チーム活動実績の把握・分析、具体的活動事例の集積と情報提供など、厚労省老人保健健康増進等事業の枠組みにおいて認知症初期集中支援チームにかかる事業を展開してきた。昨年度からは、全市町村に設置された認知症初期集中支援チームの活動の支援および評価に重点を置き、継続的に同施策の推進を担っている。

本年度は、昨年度に試案を作成したチーム活動の評価指標を用いて、全市町村の認知症初期集中支援チームを対象としてチーム活動の自己評価を行い、評価指標の検証を行うとともに、同指標に対する意見収集によって、更なる精度向上と普及策の検討を行う。

3. 事業実施期間

令和元年 6 月 7 日（内示日）から 令和 2 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容等

4-1 事業内容

平成 30 年度の調査結果から試作した評価指標（初版）をベースとした本年度版の調査票で、全てのチームに対して改めて評価指標調査を行う。調査では、自己評価を行うとともに、追加した項目を含めて新たな基礎データを収集する。これを経年的に行うことによって、チーム力が向上したかどうかを評価する方法論についても併せて検討する。

①チーム員が自己評価できるような自己評価マニュアルの作成

②全チームに対してマニュアルと評価用 CD を郵送し回答を回収

- ➡ 本年度の調査票は、チームや対象者にかかる調査回答を行う過程で、チームのスコアが計算され、そのスコアによって自己評価を行えるものとする。

調査票ファイルには、回答方法とともに、自己評価の手順（昨年度の指標を掲載）も含めて提供する。

③チームの所属やチーム員数、背景人口などを勘案したチーム評価尺度の作成

- ➡ 本年度の調査項目は、チーム属性にかかる新たな項目を 4 つ、評価指標にかかる新たな項目を 3 つを追加し、昨年度版の評価指標のブラッシュアップを行う。

4-2 委員会体制および開催状況

[委員]

1	鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター	病院長
2	栗田 主一	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	武田 章敬	国立長寿医療研究センター	医療安全推進部長
5	村田 久	目白大学人間学部	准教授
6	吉田 知可	大分県健康づくり支援課 健康寿命延伸班	主幹
7	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

〈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 令和元年8月26日（月）

- 議事
- 1 事業概要・計画案について
 - 2 評価指標を用いたチーム活動自己評価アンケートについて

第2回 委員会

日時 令和2年1月20日（月）

- 議事
- 1 市町村・チームに対するアンケートの結果について（報告）
 - 2 新しい評価指標案について
 - 3 評価指標の普及や継続検討等について（意見交換）

4-3 事業スケジュール

委員会、評価指標アンケート等の事業は、概ね以下のスケジュールで進行した。

図表 事業スケジュール（交付申請書面を更新）

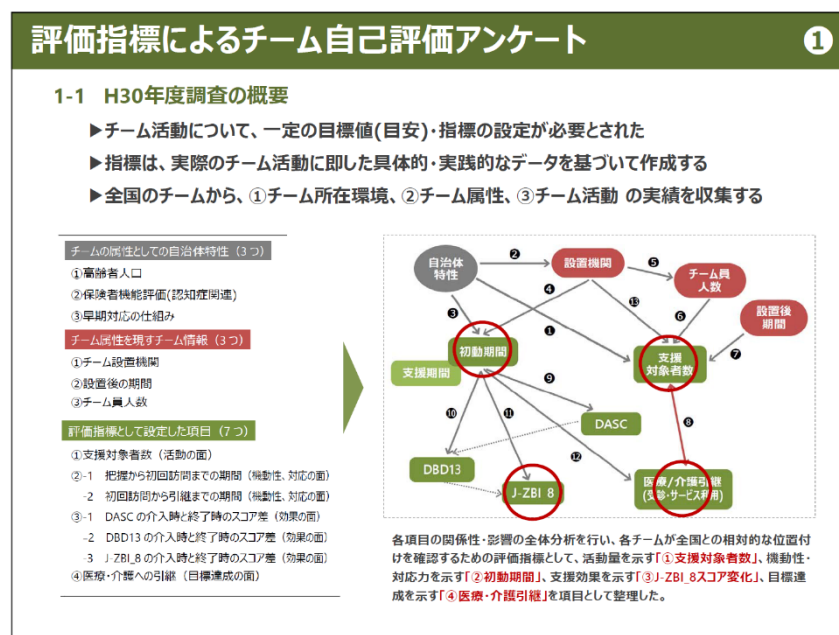
	平成 31 年 4 月	令和元年 5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
事業実施内容	第 1 回 委員会 ● 評価指標策定の検討・アンケートの設計					
	10 月	11 月	12 月	令和 2 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	第 2 回 委員会 ●					

II 認知症初期集中支援チーム活動の評価指標

1. 調査実施概要

1.1 昨年度調査からの流れ（調査設計の経緯）

- ① 平成 30 年度は、全国のチームに対して、自治体特性（高齢者人口、保険者機能評価等）、チーム属性（設置機関、設置後の期間等）、評価指標（対象者数、支援日数、アセスメントスコア、引継状況等）の 3 分野の調査項目についてアンケートを実施した。



- ② i 項目間の関係性やデータの解析により、①チーム活動量の面で「支援対象者数」、②活動機動性の面で「初動日数（把握～初回訪問）」、③活動効果の面で「J-ZBI_8 スコア差」、④活動達成の面で「医療/介護引継」を評価指標として選定した。
- ② ii 4 つの評価指標では、全国のチーム（回答 1,445 チーム）の値を、上位、中位、下位の 3 分の 1 ずつにグループ化し、各グループの平均値を示した。（昨年度事業報告書を参照）
- ② iii 各チームでは、自らのチーム活動にかかる値を計算（一定期間に支援終了した対象者に対する情報に基づいて平均値等を算出）して、自チームが全国のどの程度の位置にあるかを把握することで自己評価を行う。

評価指標によるチーム自己評価アンケート

②

1-2 評価指標（現時点版）

【評価指標の考え方】

▷1チームあたりの支援対象者数について、回答1,445チームを 上位、中位、下位1/3ずつにグループ化し、それぞれの平均値を示す。（上位1/3を“松”、中位を“竹”、下位を“梅”）

▷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を算出し、相対的な位置付けを確認する。

①チームの活動量の面（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
全体	13.40	1,445	14.078

②チームの活動効果の面（J-ZBI 8スコア変化）

	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
全体	-2.35	340	5.792

③チームの活動機動性の面（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
全体	19.836	951	20.1697

④チームの活動達成の面（受診・サービス引継）

	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
全体	0.76	879	0.30381

- ③ i 本年度の調査は、自己評価方式で行う評価指標の作成という基本的な考え方を踏襲し、新たな項目を加えてアンケートを行った。（追加項目は以下）

【属性項目】 高齢者人口、困難事例該当、チーム員会議時間、かかりつけ医連携

【評価項目】 訪問回数、医療引継、モニタリング実施

- ③ ii 調査票は MS エクセルを用いて作成し、アンケート調査に回答するとともに、回答内容からチーム活動に関する平均値等の値を算出できるようにした。（昨年度の 4 つの評価指標へのあてはめを行えるようにした。回答手順には自己評価の方法も記載した）

評価指標によるチーム自己評価アンケート

③

2-1 R01年度調査の目的・方法

▶全国のチームに対する自己評価アンケートによって、評価指標(試作版)の検証を行う。

▶評価指標の項目（①支援対象者数、②初動日数、③J-ZBI 8スコア変化、④受診・サービス引継）以外の、適当な（※現場感覚に合う）項目に関する意見(追加案)を収集する。

▶評価指標そのもの（考え方や項目・水準等）についての全般的な意見を収集する。

【調査方法案】

- (1)方法 エクセルファイル調査票（CD）を全市町村に郵送配布
回答はメール添付の方法で 直接ないし都道府県経由の回収
- (2)期間 2019年10月中旬配布 ～ 11月中旬回収
- (3)内容案
 - ①チーム自己評価シート（2019年4月～9月の支援終了者を対象）
 - … 把握日付、アセスメント、受診状況等を入力すると自己評価を自動計算
 - ②評価指標意見シート（記述式）
 - … 追加すべき指標項目、評価指標についての意見

1.2 本年度調査の詳細

評価指標アンケート調査は以下の仕様で実施した。

① 調査対象

全市町村 1,741 自治体

設置された認知症初期集中支援チーム

(平成 31 年 4 月～令和元年 9 月に支援終了となった対象者の情報を含む)

② 調査期間

令和元年 10 月下旬～11 月 20 日 (回答期日)

③ 調査項目

[チーム属性に関する項目] (下図赤枠の右側)

① チーム設置機関種類	④ 困難事例対応割合 (または DBD 重度者対応割合)
② 設置後期間	⑤ チーム員会議時間 (月間時間数)
③ チーム規模 (1 チームあたり高齢者人口)	⑥ かかりつけ医連携割合

[評価指標に関する項目] (下図赤枠の左側、番号は図表内表記に対応)

① 支援対象者数	⑥ DBD13 スコア (介入時/終了時)
② 訪問回数	⑦ 医療/介護引継
③ 初動日数 (把握～初回訪問)	⑧ 医療引継
④ 支援日数 (初回訪問～引継)	⑨ モニタリング実施
⑤ DASC スコア (介入時/終了時)	

初期集中支援チーム 評価指標 (R01年度版検討)			
H30年度 評価指標	評価指標項目	チーム属性区分	
①活動量	(1) 対象者数	①チーム設置機関種類 (包括/医療機関/疾患センター/行政/その他)	×
②機動性	2-1 初動期間	②設置後期間 (1年未満/1~2年程度/2年以上)	
	2-2 支援期間 (予備)	③チーム員人数 (2~3人/4~5人/6人以上)	
③効果	3-1 DASCスコア (予備)		
	3-2 DBD13スコア (予備)		
	3-3 J-ZBI_8スコア		
④達成	(4) 医療・介護引継		
R01年度 評価指標案	評価指標項目	チーム属性区分	
①活動量	1-1 対象者数	①チーム設置機関種類	×
	1-2 訪問回数	②設置後期間	
②機動性	2-1 初動期間	③チーム規模 (1チームあたり高齢者数)	
	2-2 支援期間	④困難事例/重度者例 対応比率 (介入時DBD13)	
③効果	3-1 DASCスコア	⑤チーム員会議実施 (月間時間数/回数)	
	3-2 DBD13スコア	⑥かかりつけ医連携比率	
	4-1 医療・介護引継		
④達成	4-2 医療引継		
	4-3 モニタリング実施		

[チーム属性に関する項目]

項目	調査回答内容
① チーム設置機関種類	地域包括、医療機関、行政等の選択形式
② 設置後期間	6ヵ月～1年未満等の選択形式
③ チーム規模	市町村高齢者人口、設置チーム数
④ 困難事例対応割合 DBD 重度者対応割合	(対象者ごと) 困難事例に該たるかの主観的判断 (対象者ごと) 介入時の DBD13 スコア
⑤ チーム員会議時間	1ヵ月のチーム員会議時間数
⑥ かかりつけ医連携割合	(対象者ごと) チーム介入の連絡の有無

[評価指標に関する項目]

項目	調査回答内容
① 支援対象者数	調査期間中の対象者数
② 訪問回数	(対象者ごと) 支援対象期間の訪問回数
③ 初動日数	(対象者ごと) 把握日付、初回訪問日付 (yyyymmdd)
④ 支援日数	(対象者ごと) 初回訪問日付、引継日付 (yyyymmdd)
⑤ DASC スコア	(対象者ごと) 介入時スコア、終了時スコア
⑥ DBD13 スコア	(対象者ごと) 介入時スコア、終了時スコア
⑦ 医療／介護引継	(対象者ごと) 介入時の受診・サービス利用、終了時
⑧ 医療引継	(対象者ごと) 介入時の受診、終了時の受診
⑨ モニタリング実施	(対象者ごと) 終了後2ヵ月以降のモニタリング実施

1.3 回収状況

市町村票ファイル 804 ファイル (回答率 46.2%)

チーム票ファイル 1,007 ファイル (回答対象者数 3,777 人)

2. データ概要(分析データの単純集計結果)

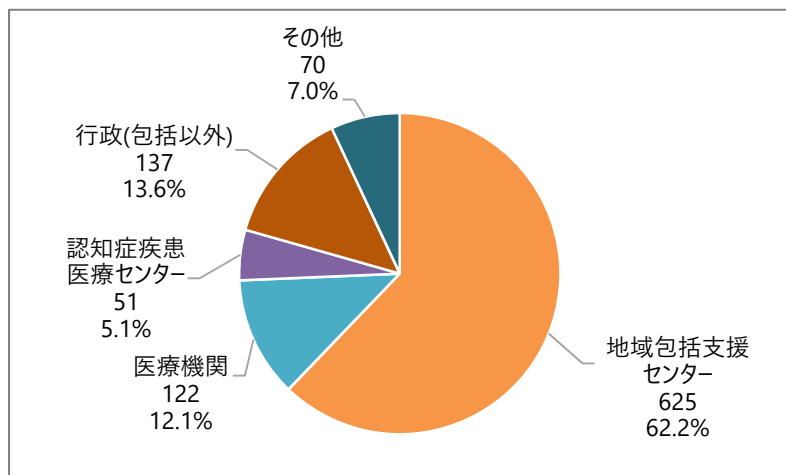
集計対象のデータは「チーム」単位となる。支援対象者ごとに回答する調査項目のデータは、回答のあった対象者の合計値や平均値として、“チーム”としての値にしてから集計を行っている。

2.1 チーム属性に関する項目

① チームの設置機関 (n1,005)

「地域包括支援センター」が 62.2%、「行政(地域包括以外)」が 13.6%、「医療機関」が 12.1%、「認知症疾患医療センター」が 5.1%であった。

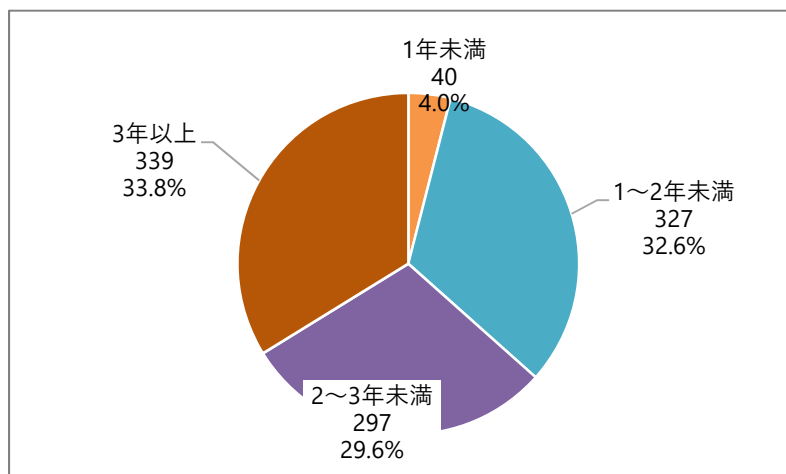
図表 2.1 設置機関



② チームの活動期間 (n1,003)

「3年以上」が 33.8%、「1～2年未満」が 32.6%、「2～3年未満」が 29.6%であった。

図表 2.2 活動期間

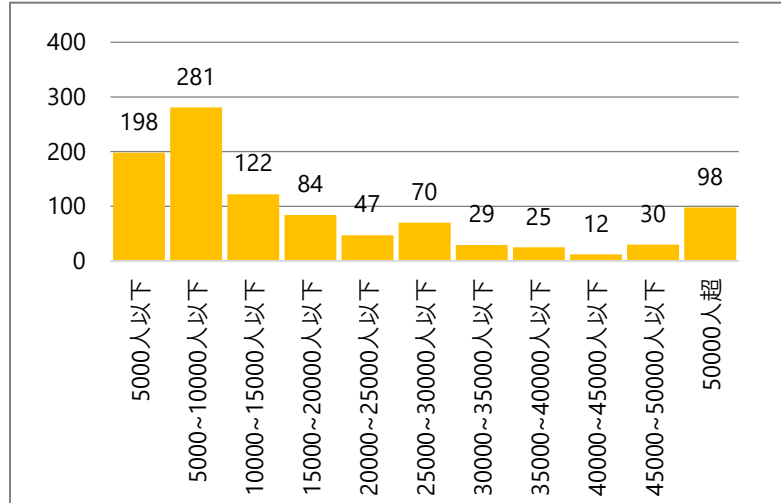


③ 1 チームあたり高齢者人口（n996）

【データ】市町村票の高齢者人口をチーム設置数で除した値

「5000~10000 人以下」が 281 チーム、「5000 人以下」が 198 チームであった。平均値は 20,267.2 人、中央値は 10,616 人であった。

図表 2.3 チームあたり高齢者人口

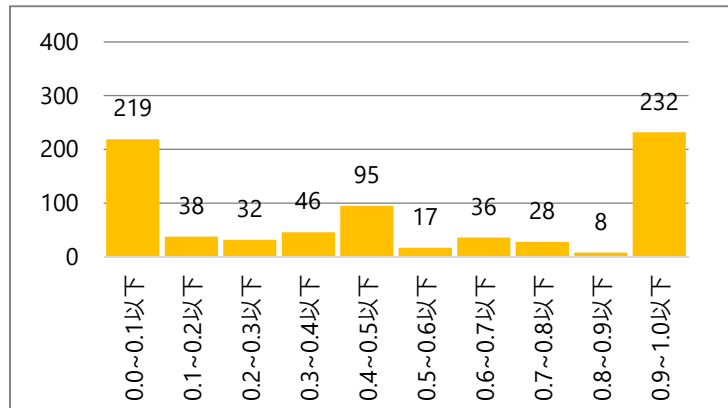


④.1 困難事例対応の割合（n751）

【データ】対象者ごとの、主観的判断で困難事例に該当する場合に“1”、該当しない場合に“0”とした回答の平均値

「0.9~1.0 以下」が 232 チーム、「0.0~0.1 以下」が 219 チームであった。

図表 2.4 困難事例割合

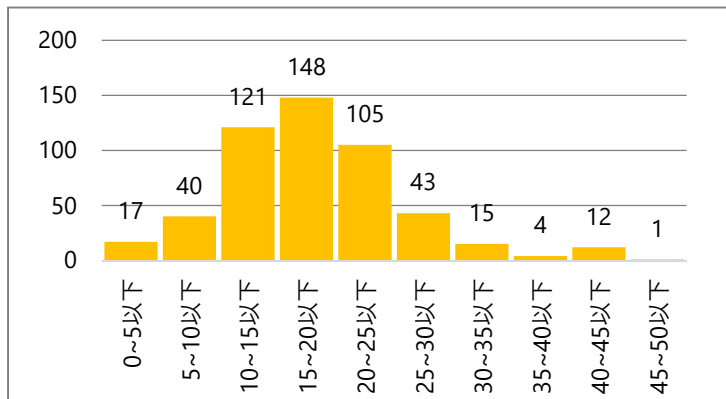


④.2 DBD 重度者対応の割合（n506）

【データ】対象者ごとの、介入時の DBD13 のスコアの平均値

「15~20 以下」が 148 チーム、「10~15 以下」が 121 チームであった。平均値は 17.8 であった。

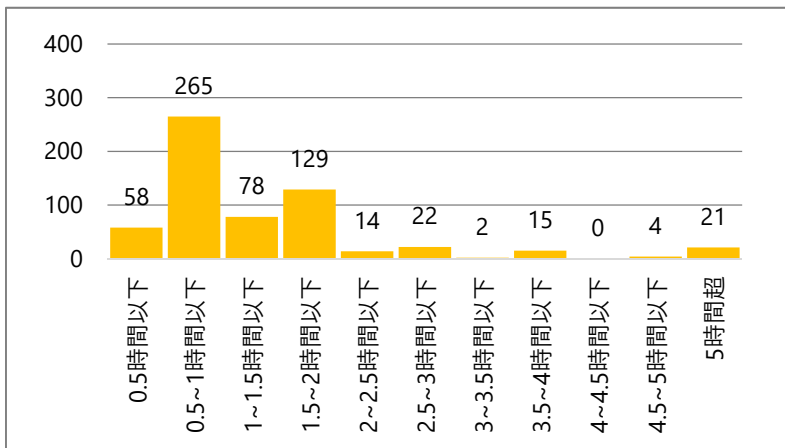
図表 2.5 DBD 重度者割合



⑤ 月間のチーム員会議時間数（n608）

「0.5~1 時間以下」が 265 チーム、「1.5~2 時間以下」が 129 チームであった。

図表 2.6 チーム員会議時間数

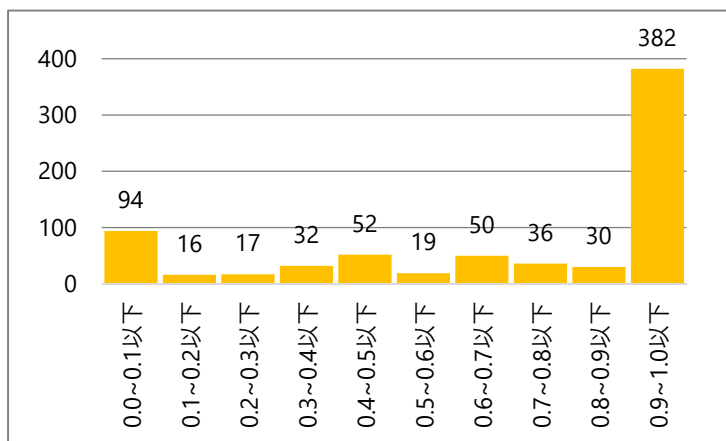


⑥ かかりつけ医連携の割合（n728）

【データ】対象者ごとの、チーム介入の連絡ある場合に“1”、ない場合に“0”とした回答の平均値

「0.9~1.0 以下」が 382 チーム、「0.0~0.1 以下」が 94 チームであった。

図表 2.7 かかりつけ医連携割合



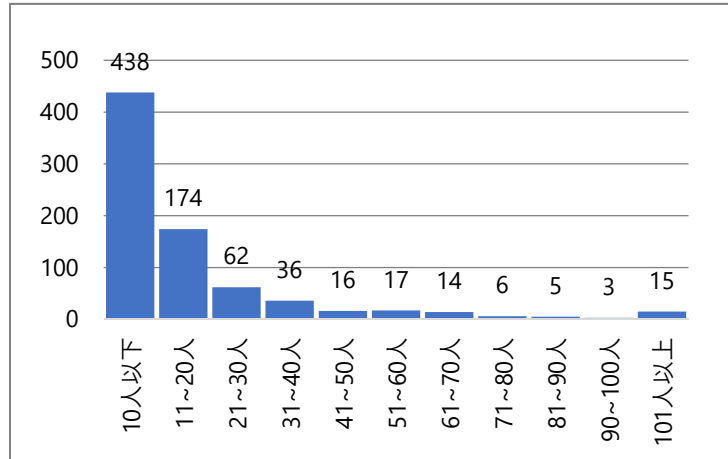
2.2 評価指標（チーム活動）に関する項目

① 支援対象者数（n786）

【データ】 支援開始、終了時期にかかわらず、1 年間にチームで担当した支援対象者数

「10 人以下」が 438 チーム、「11~20 人以下」が 174 チームであった。平均値は 17.5 人であった。

図表 2.8 年間支援対象者数

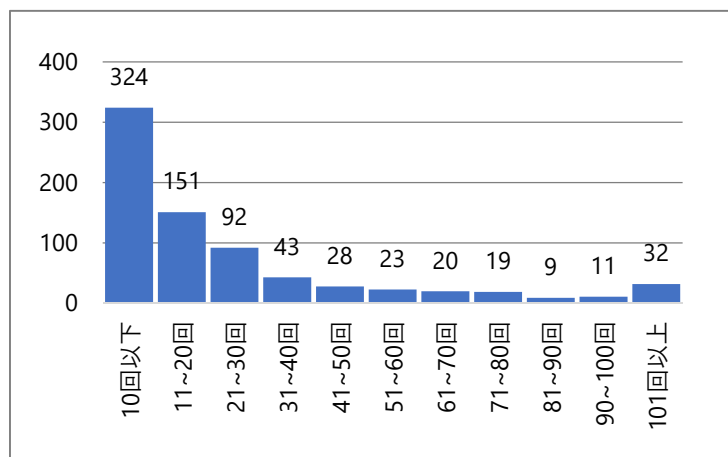


② 訪問回数（n752）

【データ】 対象者ごとの、初回訪問から引継までの訪問回数の合計値

「10 回以下」が 324 チーム、「11~20 回以下」が 151 チームであった。平均値は 27.5 回であった。

図表 2.9 訪問回数

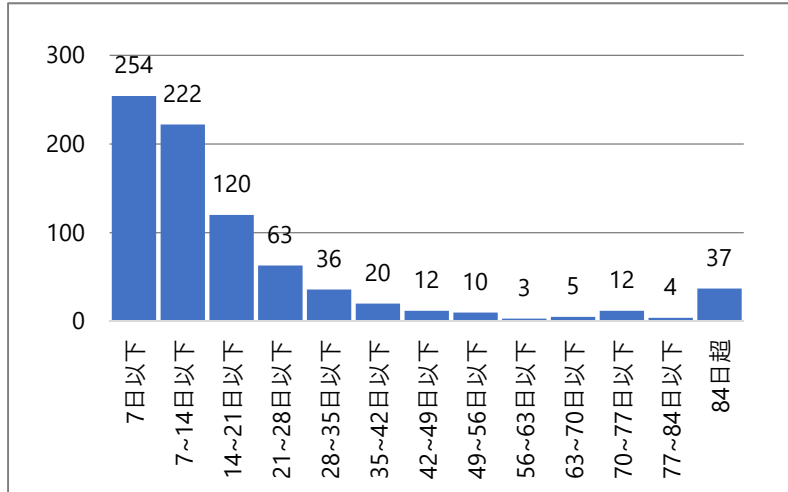


③ 初動日数（期間）（n798）

【データ】対象者ごとの、把握から初回訪問までの日数の平均値

「7 日以下」が 254 チーム、「7~14 日以下」が 222 チームであった。平均値は 26.4 日、中央値は 11.3 日であった。

図表 2.10 初動日数

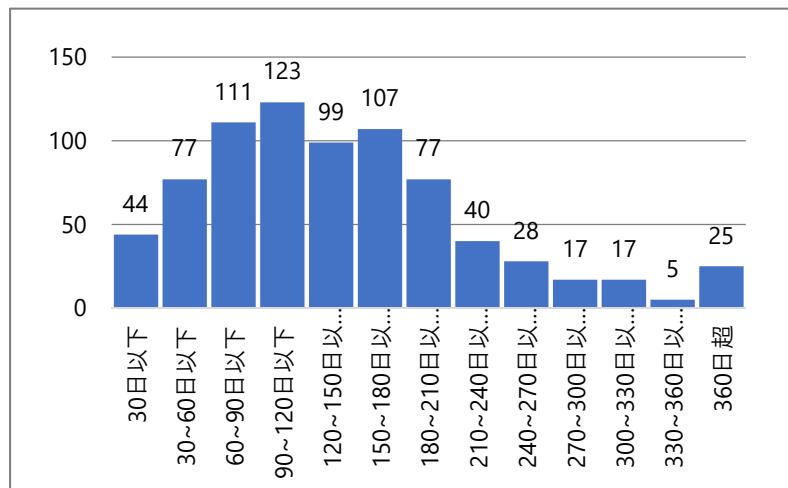


④ 支援日数（期間）（n770）

【データ】対象者ごとの、初回訪問から引継までの日数の平均値

「90~120 日以下」が 123 チーム、「60~90 日以下」が 111 チームであった。平均値は 147.8 日、中央値は 129.5 日であった。

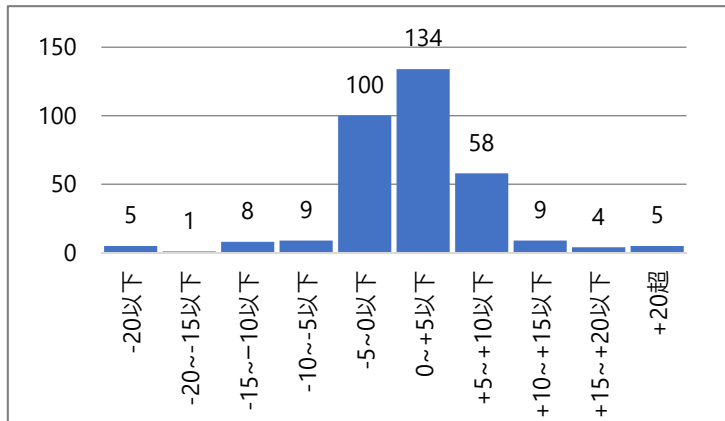
図表 2.11 支援日数



⑤ DASC スコアの差 (n333)

【データ】 アセスメント実施の対象者ごとの、介入時と終了時の DASC スコアの差の平均値
「0~+5 以下」が 134 チーム、「-5~0 以下」が 100 チームであった。平均値は+1.86 であった。

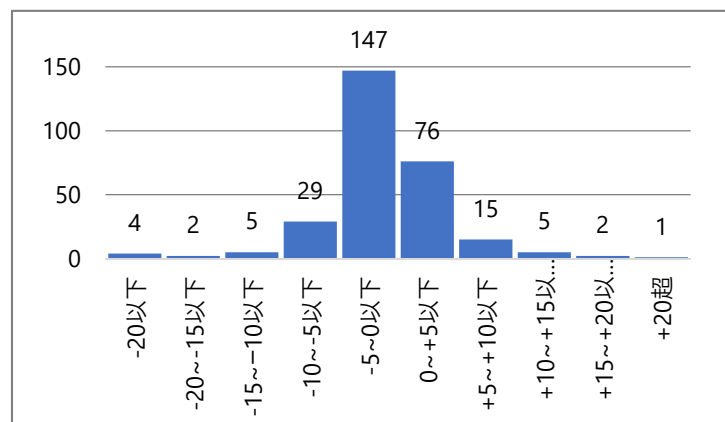
図表 2.12 DASC スコアの差



⑥ DBD13 スコアの差 (n286)

【データ】 アセスメント実施の対象者ごとの、介入時と終了時の DBD13 スコアの差の平均値
「-5~0 以下」が 147 チーム、「0~+5 以下」が 76 チームであった。平均値は-0.73 であった。

図表 2.13 DBD13 スコアの差



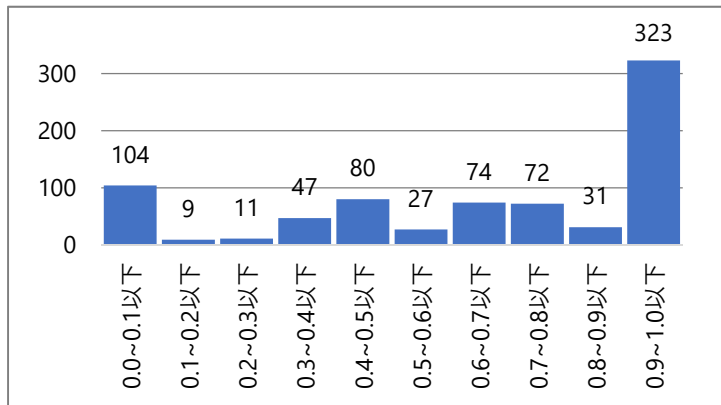
⑦ 医療／介護引継 (n778)

【データ】 対象者ごとの、終了時の受診・サービス利用の導入結果（終了時に受診・サービス利用
導入が増えれば“1”、維持または減れば“0”）の平均値

「0.9~1.0 以下」が 323 チーム、「0.0~0.1 以下」
が 104 チームであった。平均値は 0.68 であった。

介入時			終了時	変化 (数値化)
受診	サービス利用			
×	×	➡	××のまま	0
○	×	➡	○1つのまま (××を含む)	
×	○	➡	○1つまたは2つ	1
○	×	➡	○2つ	
×	○	➡		

図表 2.14 医療／介護引継

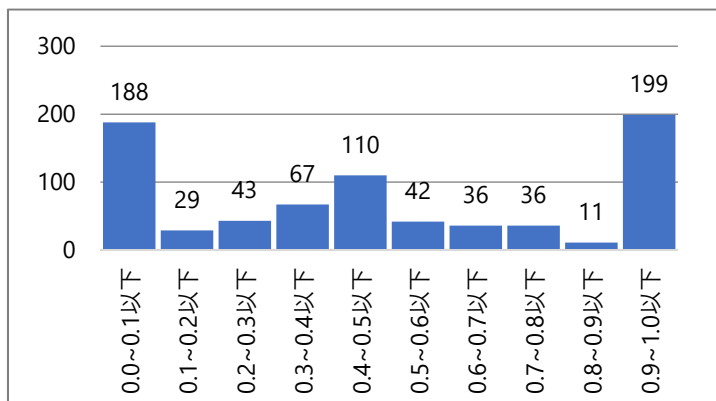


⑧ 医療引継 (n761)

【データ】対象者ごとの、終了時に受診導入されれば“1”、されなければ“0”の平均値

「0.9~1.0 以下」が199チーム、「0.0~0.1 以下」が188チームであった。平均値は0.50であった。

図表 2.15 医療引継

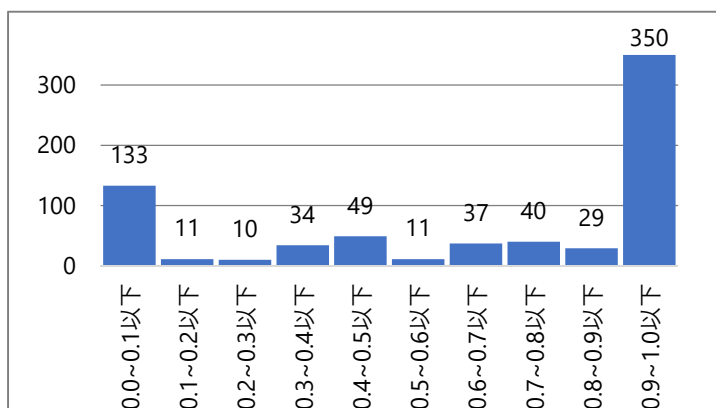


⑨ モニタリング実施 (n704)

【データ】対象者ごとの、支援終了後 2 ヶ月以内にモニタリングを実施した場合に“1”、しない場合に“0”とした回答の平均値

「0.9~1.0 以下」が350チーム、「0.0~0.1 以下」が133チームであった。平均値は0.68であった。

図表 2.15 モニタリング実施



3. 評価指標分析

3.1 評価指標について

評価指標に関するものとした 9 項目（昨年度事業で評価指標として示した 4 項目のうち、J-ZBI_8 を除いた 3 項目「支援対象者数」、「初動日数」、「医療／介護引継」、同事業で参考として示した 3 項目「支援期間」、「DASC スコア差」、「DBD13 スコア差」、さらに本年度新たに追加した評価項目 3 項目「訪問回数」、「医療引継」、「モニタリング」）について、昨年度の整理を踏襲して、本年度調査に回答のあったチーム数を概ね均等（3 分の 1 ずつ）になるようグループ分けした結果を示す。各グループの境界値は、①、②、③に表示された値である。

自チームの自己評価を評価指標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。

チーム活動の量に関わる項目

① 支援対象者数

▷1 チームあたり支援対象者数について、アンケートの回答チーム数を 1/3 ずつに分けると、「0~5 人」、「6~15 人」、「16 人以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶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）。

支援対象者数	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 0~5 人	245	2.62	1.148
② 6~15 人	301	9.25	2.877
③ 16 人以上	254	40.73	35.678

② 訪問回数

▷訪問回数について、アンケートの回答チーム数を 1/3 ずつに分けると、「0~7 回」、「8~23 回」、「24 回以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶あてはめ：自チームの 半年間の支援終了者の訪問回数合計 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）。

訪問回数	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 0~7 回	279	3.47	2.208
② 8~23 回	264	14.05	4.517
③ 24 回以上	258	62.99	52.679

チーム活動の機動性・対応性に関わる項目

③ 初動日数（期間）

▷把握から初回訪問までの初動日数について、アンケートの回答チーム数を 1/3 ずつに分けると、「0～8 日未満」、「8～17 日未満」、「17 日以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶あてはめ：自チームの 支援対象者の把握～初回訪問の日数の平均値 を算出し、相対的な位置付けを確認する（自チームの活動機動性は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

初動日数(期間)	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 0～8 日未満	270	3.919	2.316
② 8～17 日未満	262	11.547	2.6118
③ 17 日以上	266	63.981	125.679

④ 支援日数（期間）

▷初回訪問から引継までの支援日数について、アンケートの回答チーム数を 1/3 ずつに分けると、「0～98 日」、「98～168 日」、「168 日以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶あてはめ：自チームの 支援対象者の初回訪問～引継の日数の平均値 を算出し、相対的な位置付けを確認する（自チームの対応性は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

支援日数(期間)	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 0～98 日未満	257	58.309	26.4158
② 98～168 日未満	259	131.163	21.5326
③ 168 日以上	254	255.407	150.1725

チーム活動の効果に関わる項目

⑤ DASC スコアの変化

▷DASC スコアの介入時と終了時の差について、アンケートの回答チーム数をおおよそ 1/3 ずつに分けると、「0 以下」、「0.1~4.0 未満」、「4.0 以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶あてはめ：自チームの 支援対象者の介入時と終了時の DASC スコアの差（終了時スコアから介入時スコアを引く）の平均値 を算出し、相対的な位置付けを確認する（自チームの支援対象者の状況は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

DASC スコア差	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 0 以下	123	-3.622	7.4387
② 0.1~4.0 未満	99	1.835	1.0289
③ 4.0 以上	111	7.948	4.9093

⑥ DBD13 スコアの変化

▷DBD13 スコアの介入時と終了時の差について、アンケートの回答チーム数を 1/3 ずつに分けると、「-2.0 以下」、「-1.9~0.2 未満」、「0.2 以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶あてはめ：自チームの 支援対象者の介入時と終了時の DBD13 スコアの差（終了時スコアから介入時スコアを引く）の平均値 を算出し、相対的な位置付けを確認する（自チームの支援対象者の状況は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

DBD スコア差	チーム数	平均値	(標準偏差)
① -2.0 以下	97	-5.509	4.6494
② -1.9~0.2 未満	94	-0.532	0.5971
③ 0.2 以上	95	3.956	4.1589

チーム活動の目標達成に関わる項目

⑦ 医療／介護引継

▷医療／介護への引継について、アンケートの回答チーム数をおおよそ 1/3 ずつに分けると、「60%未満」、「60~100%未満」、「100%」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶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。（自チームの目標達成度は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

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	
×	○	➡	○が1つまたは2つ	
×	×	➡	○が1つまたは2つ	1
○	×	➡	○が2つ	
×	○	➡	○が2つ	

医療／介護引継	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 60%未満	257	0.247	0.219
② 60~100%未満	207	0.731	0.0931
③ 100%	314	1	0

⑧ 医療引継

▷医療への引継について、アンケートの回答チーム数をおおよそ 1/3 ずつに分けると、「29%未満」、「29~66%未満」、「66%以上」の 3 グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶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の変化の平均値 を算出し、相対的な位置付けを確認する（自チームの目標達成度は、全国でどのあたりにいる水準かを確認）。

対象者ごとの変化(数値化)の考え方 は上記⑦に準じる。

医療引継	チーム数	平均値	(標準偏差)
① 29%未満	254	0.06	0.099
② 29~66%未満	260	0.49	0.107
③ 66%以上	247	0.96	0.088

⑨ モニタリング実施

▷モニタリング実施について、アンケートの回答チーム数を 1/3 ずつに分けると、「0(%)」、「0.1~0.9(1~99%)」、「100%」の3グループとなり、それぞれの平均値等は下表のように整理できる。

▶あてはめ：自チームの 支援対象者のモニタリング実施の有無（実施“1”、なし“0”）の平均値 を算出し、相対的な位置付けを確認する。

モニタリング	チーム数	平均値	(標準偏差)
Ⓐ 0	133	0	0
Ⓑ 0.1~0.9	229	0.586	0.2106
Ⓒ 1.0	342	1	0

3.2 チーム属性別の評価指標

3.1 で示した評価指標について、アンケートのチーム属性に関する7項目を用いて、チーム活動に関係がある（影響を及ぼす）と思われる属性や条件等の別に集計した結果を、次頁以降に順に示す。

具体的には昨年度事業でも示した「チーム設置機関」、「活動期間」に加え、「チームあたり高齢者人口」、「困難事例割合」、「DBD 重度者割合」、「チーム員会議時間」、「かかりつけ医連携」の状況別に評価指標を示している。

チーム属性別の評価指標はクロス集計表の形式で示すが、チームの自己評価のあてはめ方について、評価指標「初動日数」、チーム属性「設置機関」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（3.1 の各指標 “▶あてはめ” 部分を参照）
- 2) 評価指標の境界値（全体のチーム数を 1/3 ずつにグループ分けしたときの各グループの境界値）は、最上段に表示されている（㊦）。自チームの初動日数（対象者の把握～初回訪問の日数の平均値）が『10 日』である場合、全体では「8～17 日未満」グループ、つまり中位 1/3 に位置付けられる。
- 3) 自チームが「医療機関」である場合は、左軸上段にある「医療機関」の段を確認する。医療機関では、全体に比べて、初動日数が長い傾向があり、「8～17 日未満」、「17 日以上」を併せて 8 割を占めることから、医療機関の 113 チームを 1/3 ずつに分けた際の境界線は右にシフトする。（赤破線）
1/3 ずつのグループのおおよその分布は、緑枠線ようになる。
- 4) 初動期間『10 日』である自チームは、医療機関では 上位 1/3 に含まれる（㊦）と考えられる。

【設置機関別の初動日数 3 グループの構成割合】

㊦			初動日数			合計
			0～8 日未満	8～17 日未満	17 日以上	
設置機関	地域包括	n	193	138	143	474
		%	40.7%	29.1%	30.2%	100.0%
	医療機関	n	19	47	47	113
		%	16.8%	41.6%	41.6%	100.0%
	疾患医療	n	8	19	18	45
		%	17.8%	42.2%	40.0%	100.0%
	行政	n	29	33	38	100
		%	29.0%	33.0%	38.0%	100.0%
	その他	n	20	25	20	65
		%	30.8%	38.5%	30.8%	100.0%
全体		n	269	262	266	797
		%	33.8%	32.9%	33.4%	100.0%

㊦

設置機関 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
設置 機関	地域包括	n	158	196	119	473
		%	33.4%	41.4%	25.2%	100.0%
	医療機関	n	21	41	51	113
		%	18.6%	36.3%	45.1%	100.0%
	疾患医療	n	15	11	19	45
		%	33.3%	24.4%	42.2%	100.0%
	行政	n	33	33	37	103
		%	32.0%	32.0%	35.9%	100.0%
	その他	n	18	19	28	65
		%	27.7%	29.2%	43.1%	100.0%
全体	n		245	300	254	799
	%		30.7%	37.5%	31.8%	100.0%

活動期間 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
活動 期間	1年未満	n	14	11	2	27
		%	51.9%	40.7%	7.4%	100.0%
	1～2年未満	n	92	92	52	236
		%	39.0%	39.0%	22.0%	100.0%
	2～3年未満	n	85	92	65	242
		%	35.1%	38.0%	26.9%	100.0%
	3年以上	n	52	106	133	291
		%	17.9%	36.4%	45.7%	100.0%
	n		243	301	252	796
	%		30.5%	37.8%	31.7%	100.0%

チームあたり高齢者人口 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
チーム あたり 人口	5500人未満	n	78	55	14	147
		%	53.1%	37.4%	9.5%	100.0%
	5500～ 10620人未満	n	73	102	32	207
		%	35.3%	49.3%	15.5%	100.0%
	10620～ 26200人未満	n	62	72	81	215
		%	28.8%	33.5%	37.7%	100.0%
	26200人以上	n	30	69	125	224
		%	13.4%	30.8%	55.8%	100.0%
	n		243	298	252	793
	%		30.6%	37.6%	31.8%	100.0%

困難事例割合 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
困難事例	0	n	90	77	44	211
		%	42.7%	36.5%	20.9%	100.0%
	0.1～0.9	n	23	123	166	312
		%	7.4%	39.4%	53.2%	100.0%
	1	n	109	82	36	227
		%	48.0%	36.1%	15.9%	100.0%
全体		n	222	282	246	750
		%	29.6%	37.6%	32.8%	100.0%

DBD重度者割合 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
DBD重度者	0～14.7未満	n	48	67	50	165
		%	29.1%	40.6%	30.3%	100.0%
	14.7～21未満	n	38	51	75	164
		%	23.2%	31.1%	45.7%	100.0%
	21以上	n	60	59	46	165
		%	36.4%	35.8%	27.9%	100.0%
全体		n	146	177	171	494
		%	29.6%	35.8%	34.6%	100.0%

チーム員会議時間 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
会議時間	0～0.8未満	n	125	110	36	271
		%	46.1%	40.6%	13.3%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	76	103	71	250
		%	30.4%	41.2%	28.4%	100.0%
	1.3以上	n	44	88	147	279
		%	15.8%	31.5%	52.7%	100.0%
全体		n	245	301	254	800
		%	30.6%	37.6%	31.8%	100.0%

かかりつけ医連携 と 支援対象者数 の加減表

			支援対象者数			合計
			0～5人	6～15人	16人以上	
かかりつけ医連携	0	n	38	41	13	92
		%	41.3%	44.6%	14.1%	100.0%
	0.1～0.9	n	17	81	165	263
		%	6.5%	30.8%	62.7%	100.0%
	1	n	139	162	71	372
		%	37.4%	43.5%	19.1%	100.0%
全体		n	194	284	249	727
		%	26.7%	39.1%	34.3%	100.0%

設置機関 と 訪問回数 の加表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
設置 機関	地域包括	n	167	164	143	474
		%	35.2%	34.6%	30.2%	100.0%
	医療機関	n	36	37	40	113
		%	31.9%	32.7%	35.4%	100.0%
	疾患医療	n	18	16	11	45
		%	40.0%	35.6%	24.4%	100.0%
	行政	n	38	33	32	103
		%	36.9%	32.0%	31.1%	100.0%
	その他	n	20	14	31	65
		%	30.8%	21.5%	47.7%	100.0%
全体	n		279	264	257	800
	%		34.9%	33.0%	32.1%	100.0%

活動期間 と 訪問回数 の加表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
活動 期間	1年未満	n	15	8	4	27
		%	55.6%	29.6%	14.8%	100.0%
	1～2年未満	n	79	94	63	236
		%	33.5%	39.8%	26.7%	100.0%
	2～3年未満	n	93	77	73	243
		%	38.3%	31.7%	30.0%	100.0%
	3年以上	n	91	84	116	291
		%	31.3%	28.9%	39.9%	100.0%
全体	n		278	263	256	797
	%		34.9%	33.0%	32.1%	100.0%

チームあたり高齢者人口 と 訪問回数 の加表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
チーム あたり 人口	5500人未満	n	72	51	24	147
		%	49.0%	34.7%	16.3%	100.0%
	5500～ 10620人未満	n	82	81	44	207
		%	39.6%	39.1%	21.3%	100.0%
	10620～ 26200人未満	n	69	66	80	215
		%	32.1%	30.7%	37.2%	100.0%
	26200人以上	n	52	64	108	224
		%	23.2%	28.6%	48.2%	100.0%
全体	n		275	262	256	793
	%		34.7%	33.0%	32.3%	100.0%

困難事例割合 と 訪問回数 の知表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
困難事例	0	n	109	74	28	211
		%	51.7%	35.1%	13.3%	100.0%
	0.1～0.9	n	45	93	174	312
		%	14.4%	29.8%	55.8%	100.0%
	1	n	101	82	45	228
		%	44.3%	36.0%	19.7%	100.0%
全体	n	255	249	247	751	
	%	34.0%	33.2%	32.9%	100.0%	

DBD重度者割合 と 訪問回数 の知表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
DBD 重度者	0～14.7未満	n	53	58	54	165
		%	32.1%	35.2%	32.7%	100.0%
	14.7～21未満	n	48	36	80	164
		%	29.3%	22.0%	48.8%	100.0%
	21以上	n	57	58	51	166
		%	34.3%	34.9%	30.7%	100.0%
全体	n	158	152	185	495	
	%	31.9%	30.7%	37.4%	100.0%	

チーム員会議時間 と 訪問回数 の知表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
会議 時間	0～0.8未満	n	129	96	47	272
		%	47.4%	35.3%	17.3%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	82	90	78	250
		%	32.8%	36.0%	31.2%	100.0%
	1.3以上	n	68	78	133	279
		%	24.4%	28.0%	47.7%	100.0%
全体	n	279	264	258	801	
	%	34.8%	33.0%	32.2%	100.0%	

かかりつけ医連携 と 訪問回数 の知表

			訪問回数			合計
			0～7回	8～23回	24回以上	
かかりつけ医 連携	0	n	50	30	12	92
		%	54.3%	32.6%	13.0%	100.0%
	0.1～0.9	n	28	90	146	264
		%	10.6%	34.1%	55.3%	100.0%
	1	n	151	129	92	372
		%	40.6%	34.7%	24.7%	100.0%
全体	n	229	249	250	728	
	%	31.5%	34.2%	34.3%	100.0%	

設置機関 と 初動日数 の知表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
設置 機関	地域包括	n	193	138	143	474
		%	40.7%	29.1%	30.2%	100.0%
	医療機関	n	19	47	47	113
		%	16.8%	41.6%	41.6%	100.0%
	疾患医療	n	8	19	18	45
		%	17.8%	42.2%	40.0%	100.0%
	行政	n	29	33	38	100
		%	29.0%	33.0%	38.0%	100.0%
	その他	n	20	25	20	65
		%	30.8%	38.5%	30.8%	100.0%
全体	n		269	262	266	797
	%		33.8%	32.9%	33.4%	100.0%

活動期間 と 初動日数 の知表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
活動 期間	1年未満	n	9	3	15	27
		%	33.3%	11.1%	55.6%	100.0%
	1～2年未満	n	84	72	79	235
		%	35.7%	30.6%	33.6%	100.0%
	2～3年未満	n	78	93	71	242
		%	32.2%	38.4%	29.3%	100.0%
	3年以上	n	97	94	99	290
		%	33.4%	32.4%	34.1%	100.0%
	n		268	262	264	794
	%		33.8%	33.0%	33.2%	100.0%

チームあたり高齢者人口 と 初動日数 の知表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
チーム あたり 人口	5500人未満	n	69	45	33	147
		%	46.9%	30.6%	22.4%	100.0%
	5500～ 10620人未満	n	78	54	74	206
		%	37.9%	26.2%	35.9%	100.0%
	10620～ 26200人未満	n	78	69	66	213
		%	36.6%	32.4%	31.0%	100.0%
	26200人以上	n	44	92	88	224
		%	19.6%	41.1%	39.3%	100.0%
	n		269	260	261	790
	%		34.1%	32.9%	33.0%	100.0%

困難事例割合 と 初動日数 の知入表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
困難事例	0	n	67	70	73	210
		%	31.9%	33.3%	34.8%	100.0%
	0.1～0.9	n	93	112	106	311
		%	29.9%	36.0%	34.1%	100.0%
	1	n	90	62	76	228
		%	39.5%	27.2%	33.3%	100.0%
全体	n		250	244	255	749
	%		33.4%	32.6%	34.0%	100.0%

DBD重度者割合 と 初動日数 の知入表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
DBD重度者	0～14.7未満	n	55	62	48	165
		%	33.3%	37.6%	29.1%	100.0%
	14.7～21未満	n	49	57	58	164
		%	29.9%	34.8%	35.4%	100.0%
	21以上	n	60	44	62	166
		%	36.1%	26.5%	37.3%	100.0%
全体	n		164	163	168	495
	%		33.1%	32.9%	33.9%	100.0%

チーム員会議時間 と 初動日数 の知入表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
会議時間	0～0.8未満	n	99	78	93	270
		%	36.7%	28.9%	34.4%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	98	72	79	249
		%	39.4%	28.9%	31.7%	100.0%
	1.3以上	n	73	112	94	279
		%	26.2%	40.1%	33.7%	100.0%
全体	n		270	262	266	798
	%		33.8%	32.8%	33.3%	100.0%

かかりつけ医連携 と 初動日数 の知入表

			初動日数			合計
			0～8日未満	8～17日未満	17日以上	
かかりつけ医連携	0	n	32	28	31	91
		%	35.2%	30.8%	34.1%	100.0%
	0.1～0.9	n	72	96	96	264
		%	27.3%	36.4%	36.4%	100.0%
	1	n	137	114	120	371
		%	36.9%	30.7%	32.3%	100.0%
全体	n		241	238	247	726
	%		33.2%	32.8%	34.0%	100.0%

設置機関 と 支援日数 の加表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
設置 機関	地域包括	n	143	155	157	455
		%	31.4%	34.1%	34.5%	100.0%
	医療機関	n	38	34	39	111
		%	34.2%	30.6%	35.1%	100.0%
	疾患医療	n	22	11	12	45
		%	48.9%	24.4%	26.7%	100.0%
	行政	n	29	38	30	97
		%	29.9%	39.2%	30.9%	100.0%
	その他	n	25	21	15	61
		%	41.0%	34.4%	24.6%	100.0%
全体		n	257	259	253	769
		%	33.4%	33.7%	32.9%	100.0%

活動期間 と 支援日数 の加表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
活動 期間	1年未満	n	10	8	6	24
		%	41.7%	33.3%	25.0%	100.0%
	1～2年未満	n	75	67	82	224
		%	33.5%	29.9%	36.6%	100.0%
	2～3年未満	n	86	74	74	234
		%	36.8%	31.6%	31.6%	100.0%
	3年以上	n	85	109	90	284
		%	29.9%	38.4%	31.7%	100.0%
全体		n	256	258	252	766
		%	33.4%	33.7%	32.9%	100.0%

チームあたり高齢者人口 と 支援日数 の加表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
チーム あたり 人口	5500人未満	n	43	48	48	139
		%	30.9%	34.5%	34.5%	100.0%
	5500～ 10620人未満	n	66	60	73	199
		%	33.2%	30.2%	36.7%	100.0%
	10620～ 26200人未満	n	81	66	58	205
		%	39.5%	32.2%	28.3%	100.0%
	26200人以上	n	66	80	73	219
		%	30.1%	36.5%	33.3%	100.0%
全体		n	256	254	252	762
		%	33.6%	33.3%	33.1%	100.0%

困難事例割合 と 支援日数 の加減表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
困難事例	0	n	79	69	59	207
		%	38.2%	33.3%	28.5%	100.0%
	0.1～0.9	n	100	111	98	309
		%	32.4%	35.9%	31.7%	100.0%
	1	n	66	66	84	216
		%	30.6%	30.6%	38.9%	100.0%
全体		n	245	246	241	732
		%	33.5%	33.6%	32.9%	100.0%

DBD重度者割合 と 支援日数 の加減表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
DBD重度者	0～14.7未満	n	48	66	48	162
		%	29.6%	40.7%	29.6%	100.0%
	14.7～21未満	n	53	51	52	156
		%	34.0%	32.7%	33.3%	100.0%
	21以上	n	48	54	56	158
		%	30.4%	34.2%	35.4%	100.0%
全体		n	149	171	156	476
		%	31.3%	35.9%	32.8%	100.0%

チーム員会議時間 と 支援日数 の加減表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
会議時間	0～0.8未満	n	81	81	92	254
		%	31.9%	31.9%	36.2%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	84	82	76	242
		%	34.7%	33.9%	31.4%	100.0%
	1.3以上	n	92	96	86	274
		%	33.6%	35.0%	31.4%	100.0%
全体		n	257	259	254	770
		%	33.4%	33.6%	33.0%	100.0%

かかりつけ医連携 と 支援日数 の加減表

			支援日数			合計
			0～98日未満	98～168日未満	168日以上	
かかりつけ医連携	0	n	30	31	29	90
		%	33.3%	34.4%	32.2%	100.0%
	0.1～0.9	n	94	98	72	264
		%	35.6%	37.1%	27.3%	100.0%
	1	n	108	113	134	355
		%	30.4%	31.8%	37.7%	100.0%
全体		n	232	242	235	709
		%	32.7%	34.1%	33.1%	100.0%

設置機関 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
設置 機関	地域包括	n	76	52	57	185
		%	41.1%	28.1%	30.8%	100.0%
	医療機関	n	18	18	16	52
		%	34.6%	34.6%	30.8%	100.0%
	疾患医療	n	5	9	9	23
		%	21.7%	39.1%	39.1%	100.0%
	行政	n	10	12	17	39
		%	25.6%	30.8%	43.6%	100.0%
	その他	n	14	8	11	33
		%	42.4%	24.2%	33.3%	100.0%
全体	n		123	99	110	332
	%		37.0%	29.8%	33.1%	100.0%

活動期間 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
活動 期間	1年未満	n	2	1	2	5
		%	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
	1～2年未満	n	39	27	29	95
		%	41.1%	28.4%	30.5%	100.0%
	2～3年未満	n	36	27	40	103
		%	35.0%	26.2%	38.8%	100.0%
	3年以上	n	45	44	38	127
		%	35.4%	34.6%	29.9%	100.0%
全体	n		122	99	109	330
	%		37.0%	30.0%	33.0%	100.0%

チームあたり高齢者人口 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
チーム あたり 人口	5500人未満	n	27	4	18	49
		%	55.1%	8.2%	36.7%	100.0%
	5500～ 10620人未満	n	26	23	22	71
		%	36.6%	32.4%	31.0%	100.0%
	10620～ 26200人未満	n	30	25	33	88
		%	34.1%	28.4%	37.5%	100.0%
	26200人以上	n	39	45	38	122
		%	32.0%	36.9%	31.1%	100.0%
全体	n		122	97	111	330
	%		37.0%	29.4%	33.6%	100.0%

困難事例割合 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
困難事例	0	n	42	19	31	92
		%	45.7%	20.7%	33.7%	100.0%
	0.1～0.9	n	51	60	42	153
		%	33.3%	39.2%	27.5%	100.0%
	1	n	26	17	32	75
		%	34.7%	22.7%	42.7%	100.0%
全体		n	119	96	105	320
		%	37.2%	30.0%	32.8%	100.0%

DBD重度者割合 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
DBD重度者	0～14.7未満	n	35	29	36	100
		%	35.0%	29.0%	36.0%	100.0%
	14.7～21未満	n	32	35	34	101
		%	31.7%	34.7%	33.7%	100.0%
	21以上	n	36	23	35	94
		%	38.3%	24.5%	37.2%	100.0%
全体		n	103	87	105	295
		%	34.9%	29.5%	35.6%	100.0%

チーム員会議時間 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
会議時間	0～0.8未満	n	45	21	39	105
		%	42.9%	20.0%	37.1%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	32	28	35	95
		%	33.7%	29.5%	36.8%	100.0%
	1.3以上	n	46	50	37	133
		%	34.6%	37.6%	27.8%	100.0%
全体		n	123	99	111	333
		%	36.9%	29.7%	33.3%	100.0%

かかりつけ医連携 と DASCスコア差 の加減表

			DASCスコア差			合計
			0以下	0.1～4未満	4以上	
かかりつけ医連携	0	n	15	9	12	36
		%	41.7%	25.0%	33.3%	100.0%
	0.1～0.9	n	41	43	37	121
		%	33.9%	35.5%	30.6%	100.0%
	1	n	62	45	53	160
		%	38.8%	28.1%	33.1%	100.0%
全体		n	118	97	102	317
		%	37.2%	30.6%	32.2%	100.0%

設置機関 と DBD13スコア差 の加減表

			DBD13スコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
設置 機関	地域包括	n	50	51	57	158
		%	31.6%	32.3%	36.1%	100.0%
	医療機関	n	14	19	15	48
		%	29.2%	39.6%	31.3%	100.0%
	疾患医療	n	10	10	3	23
		%	43.5%	43.5%	13.0%	100.0%
	行政	n	11	7	12	30
		%	36.7%	23.3%	40.0%	100.0%
	その他	n	12	7	7	26
		%	46.2%	26.9%	26.9%	100.0%
全体	n	97	94	94	285	
	%	34.0%	33.0%	33.0%	100.0%	

活動期間 と DBD13スコア差 の加減表

			DBD13スコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
活動 期間	1年未満	n	2	2	1	5
		%	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
	1～2年未満	n	31	27	28	86
		%	36.0%	31.4%	32.6%	100.0%
	2～3年未満	n	31	26	31	88
		%	35.2%	29.5%	35.2%	100.0%
	3年以上	n	33	38	34	105
		%	31.4%	36.2%	32.4%	100.0%
全体	n	97	93	94	284	
	%	34.2%	32.7%	33.1%	100.0%	

チームあたり高齢者人口 と DBD13スコア差 の加減表

			DBD13スコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
チームあたり人口	5500人未満	n	13	16	11	40
		%	32.5%	40.0%	27.5%	100.0%
	5500～	n	25	13	23	61
	10620人未満	%	41.0%	21.3%	37.7%	100.0%
	10620～	n	22	27	31	80
	26200人未満	%	27.5%	33.8%	38.8%	100.0%
	26200人以上	n	36	37	29	102
		%	35.3%	36.3%	28.4%	100.0%
全体	n	96	93	94	283	
	%	33.9%	32.9%	33.2%	100.0%	

困難事例割合 と DBD13スコア差 の加減表

			DBD13スコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
困難事例	0	n	29	31	23	83
		%	34.9%	37.3%	27.7%	100.0%
	0.1～0.9	n	43	48	42	133
		%	32.3%	36.1%	31.6%	100.0%
	1	n	23	10	28	61
		%	37.7%	16.4%	45.9%	100.0%
全体	n	95	89	93	277	
	%	34.3%	32.1%	33.6%	100.0%	

DBD重度者割合 と DBD13スコア差 の加減表

			DBDスコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
DBD 重度者	0～14.7未満	n	23	36	37	96
		%	24.0%	37.5%	38.5%	100.0%
	14.7～21未満	n	32	37	29	98
		%	32.7%	37.8%	29.6%	100.0%
	21以上	n	42	21	29	92
		%	45.7%	22.8%	31.5%	100.0%
全体	n	97	94	95	286	
	%	33.9%	32.9%	33.2%	100.0%	

チーム員会議時間 と DBD13スコア差 の加減表

			DBD13スコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
会議 時間	0～0.8未満	n	41	25	29	95
		%	43.2%	26.3%	30.5%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	22	30	24	76
		%	28.9%	39.5%	31.6%	100.0%
	1.3以上	n	34	39	42	115
		%	29.6%	33.9%	36.5%	100.0%
全体	n	97	94	95	286	
	%	33.9%	32.9%	33.2%	100.0%	

かかりつけ医連携 と DBD13スコア差 の加減表

			DBD13スコア差			合計
			-2.0以下	-1.9～0.2未満	0.21以上	
かかりつけ医連携	0	n	14	8	12	34
		%	41.2%	23.5%	35.3%	100.0%
	0.1～0.9	n	28	46	32	106
		%	26.4%	43.4%	30.2%	100.0%
	1	n	48	38	47	133
		%	36.1%	28.6%	35.3%	100.0%
全体	n	90	92	91	273	
	%	33.0%	33.7%	33.3%	100.0%	

設置機関 と 医療／介護引継 の加表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
設置 機関	地域包括	n	148	104	207	459
		%	32.2%	22.7%	45.1%	100.0%
	医療機関	n	37	46	28	111
		%	33.3%	41.4%	25.2%	100.0%
	疾患医療	n	14	13	17	44
		%	31.8%	29.5%	38.6%	100.0%
	行政	n	35	25	40	100
		%	35.0%	25.0%	40.0%	100.0%
	その他	n	23	18	22	63
		%	36.5%	28.6%	34.9%	100.0%
全体	n		257	206	314	777
	%		33.1%	26.5%	40.4%	100.0%

活動期間 と 医介引継 の加表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
活動 期間	1年未満	n	9	3	15	27
		%	33.3%	11.1%	55.6%	100.0%
	1～2年未満	n	74	36	116	226
		%	32.7%	15.9%	51.3%	100.0%
	2～3年未満	n	77	58	103	238
		%	32.4%	24.4%	43.3%	100.0%
	3年以上	n	95	109	79	283
		%	33.6%	38.5%	27.9%	100.0%
全体	n		255	206	313	774
	%		32.9%	26.6%	40.4%	100.0%

チームあたり高齢者人口 と 医介引継 の加表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
チーム あたり 人口	5500人未満	n	42	13	86	141
		%	29.8%	9.2%	61.0%	100.0%
	5500～ 10620人未満	n	69	37	95	201
		%	34.3%	18.4%	47.3%	100.0%
	10620～ 26200人未満	n	71	65	74	210
		%	33.8%	31.0%	35.2%	100.0%
	26200人以上	n	74	90	54	218
		%	33.9%	41.3%	24.8%	100.0%
全体	n		256	205	309	770
	%		33.2%	26.6%	40.1%	100.0%

困難事例割合 と 医介引継 の加減表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
困難事例	0	n	69	23	113	205
		%	33.7%	11.2%	55.1%	100.0%
	0.1～0.9	n	100	145	63	308
		%	32.5%	47.1%	20.5%	100.0%
	1	n	64	33	124	221
		%	29.0%	14.9%	56.1%	100.0%
全体		n	233	201	300	734
		%	31.7%	27.4%	40.9%	100.0%

DBD重度者割合 と 医介引継 の加減表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
DBD重度者	0～14.7未満	n	45	45	70	160
		%	28.1%	28.1%	43.8%	100.0%
	14.7～21未満	n	58	54	49	161
		%	36.0%	33.5%	30.4%	100.0%
	21以上	n	48	44	71	163
		%	29.4%	27.0%	43.6%	100.0%
全体		n	151	143	190	484
		%	31.2%	29.5%	39.3%	100.0%

チーム員会議時間 と 医介引継 の加減表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
会議時間	0～0.8未満	n	96	39	126	261
		%	36.8%	14.9%	48.3%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	70	67	106	243
		%	28.8%	27.6%	43.6%	100.0%
	1.3以上	n	91	101	82	274
		%	33.2%	36.9%	29.9%	100.0%
全体		n	257	207	314	778
		%	33.0%	26.6%	40.4%	100.0%

かかりつけ医連携 と 医介引継 の加減表

			医療／介護引継			合計
			0～0.6未満	0.6～1.0未満	1.0以上	
かかりつけ医連携	0	n	36	14	41	91
		%	39.6%	15.4%	45.1%	100.0%
	0.1～0.9	n	88	129	44	261
		%	33.7%	49.4%	16.9%	100.0%
	1	n	109	61	190	360
		%	30.3%	16.9%	52.8%	100.0%
全体		n	233	204	275	712
		%	32.7%	28.7%	38.6%	100.0%

設置機関 と 医療引継 の知表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
設置 機関	地域包括	n	150	147	152	449
		%	33.4%	32.7%	33.9%	100.0%
	医療機関	n	34	42	32	108
		%	31.5%	38.9%	29.6%	100.0%
	疾患医療	n	11	18	15	44
		%	25.0%	40.9%	34.1%	100.0%
	行政	n	36	31	31	98
		%	36.7%	31.6%	31.6%	100.0%
	その他	n	23	21	17	61
		%	37.7%	34.4%	27.9%	100.0%
全体	n	254	259	247	760	
	%	33.4%	34.1%	32.5%	100.0%	

設置後(活動)期間 と 医引継 の知表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
活動 期間	1年未満	n	13	1	11	25
		%	52.0%	4.0%	44.0%	100.0%
	1～2年未満	n	75	59	85	219
		%	34.2%	26.9%	38.8%	100.0%
	2～3年未満	n	73	78	81	232
		%	31.5%	33.6%	34.9%	100.0%
	3年以上	n	91	121	69	281
		%	32.4%	43.1%	24.6%	100.0%
全体	n	252	259	246	757	
	%	33.3%	34.2%	32.5%	100.0%	

チームあたり高齢者人口 と 医引継 の知表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
チームあたり人口	5500人未満	n	54	32	52	138
		%	39.1%	23.2%	37.7%	100.0%
	5500～10620人未満	n	58	60	79	197
		%	29.4%	30.5%	40.1%	100.0%
	10620～26200人未満	n	73	71	55	199
		%	36.7%	35.7%	27.6%	100.0%
	26200人以上	n	64	94	61	219
		%	29.2%	42.9%	27.9%	100.0%
全体		n	249	257	247	753
		%	33.1%	34.1%	32.8%	100.0%

困難事例割合 と 医引継 の加減表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
困難事例	0	n	82	43	80	205
		%	40.0%	21.0%	39.0%	100.0%
	0.1～0.9	n	89	150	69	308
		%	28.9%	48.7%	22.4%	100.0%
	1	n	70	57	85	212
		%	33.0%	26.9%	40.1%	100.0%
全体	n		241	250	234	725
	%		33.2%	34.5%	32.3%	100.0%

DBD重度者割合 と 医引継 の加減表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
DBD重度者	0～14.7未満	n	53	52	55	160
		%	33.1%	32.5%	34.4%	100.0%
	14.7～21未満	n	49	62	44	155
		%	31.6%	40.0%	28.4%	100.0%
	21以上	n	48	55	55	158
		%	30.4%	34.8%	34.8%	100.0%
全体	n		150	169	154	473
	%		31.7%	35.7%	32.6%	100.0%

チーム員会議時間 と 医引継 の加減表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
会議時間	0～0.8未満	n	95	61	94	250
		%	38.0%	24.4%	37.6%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	78	81	79	238
		%	32.8%	34.0%	33.2%	100.0%
	1.3以上	n	81	118	74	273
		%	29.7%	43.2%	27.1%	100.0%
全体	n		254	260	247	761
	%		33.4%	34.2%	32.5%	100.0%

かかりつけ医連携 と 医引継 の加減表

			医療引継			合計
			0.29未満	0.29～0.66未満	0.66以上	
かかりつけ医連携	0	n	33	23	32	88
		%	37.5%	26.1%	36.4%	100.0%
	0.1～0.9	n	79	137	45	261
		%	30.3%	52.5%	17.2%	100.0%
	1	n	123	95	135	353
		%	34.8%	26.9%	38.2%	100.0%
全体	n		235	255	212	702
	%		33.5%	36.3%	30.2%	100.0%

設置機関 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
設置 機関	地域包括	n	78	122	216	416
		%	18.8%	29.3%	51.9%	100.0%
	医療機関	n	18	42	44	104
		%	17.3%	40.4%	42.3%	100.0%
	疾患医療	n	9	16	16	41
		%	22.0%	39.0%	39.0%	100.0%
	行政	n	20	22	44	86
		%	23.3%	25.6%	51.2%	100.0%
	その他	n	8	26	22	56
		%	14.3%	46.4%	39.3%	100.0%
全体	n	133	228	342	703	
	%	18.9%	32.4%	48.6%	100.0%	

活動期間 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
活動 期間	1年未満	n	6	2	8	16
		%	37.5%	12.5%	50.0%	100.0%
	1～2年未満	n	34	54	112	200
		%	17.0%	27.0%	56.0%	100.0%
	2～3年未満	n	46	63	106	215
		%	21.4%	29.3%	49.3%	100.0%
	3年以上	n	47	108	114	269
		%	17.5%	40.1%	42.4%	100.0%
全体	n	133	227	340	700	
	%	19.0%	32.4%	48.6%	100.0%	

チームあたり高齢者人口 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
チームあたり人口	5500人未満	n	32	19	67	118
		%	27.1%	16.1%	56.8%	100.0%
	5500～	n	37	50	95	182
	10620人未満	%	20.3%	27.5%	52.2%	100.0%
	10620～	n	36	60	95	191
	26200人未満	%	18.8%	31.4%	49.7%	100.0%
	26200人以上	n	26	99	80	205
		%	12.7%	48.3%	39.0%	100.0%
全体	n	131	228	337	696	
	%	18.8%	32.8%	48.4%	100.0%	

困難事例割合 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
困難事例	0	n	48	35	106	189
		%	25.4%	18.5%	56.1%	100.0%
	0.1～0.9	n	39	161	98	298
		%	13.1%	54.0%	32.9%	100.0%
	1	n	43	28	119	190
		%	22.6%	14.7%	62.6%	100.0%
全体	n		130	224	323	677
	%		19.2%	33.1%	47.7%	100.0%

DBD重度者割合 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
DBD重度者	0～14.7未満	n	29	41	77	147
		%	19.7%	27.9%	52.4%	100.0%
	14.7～21未満	n	19	66	69	154
		%	12.3%	42.9%	44.8%	100.0%
	21以上	n	22	48	71	141
		%	15.6%	34.0%	50.4%	100.0%
全体	n		70	155	217	442
	%		15.8%	35.1%	49.1%	100.0%

チーム員会議時間 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
会議時間	0～0.8未満	n	57	52	127	236
		%	24.2%	22.0%	53.8%	100.0%
	0.8～1.3未満	n	32	62	116	210
		%	15.2%	29.5%	55.2%	100.0%
	1.3以上	n	44	115	99	258
		%	17.1%	44.6%	38.4%	100.0%
全体	n		133	229	342	704
	%		18.9%	32.5%	48.6%	100.0%

かかりつけ医連携 と モニタリング の知表

			モニタリング			合計
			0	0.1～0.9	1	
かかりつけ医連携	0	n	20	17	40	77
		%	26.0%	22.1%	51.9%	100.0%
	0.1～0.9	n	35	150	72	257
		%	13.6%	58.4%	28.0%	100.0%
	1	n	60	58	204	322
		%	18.6%	18.0%	63.4%	100.0%
全体	n		115	225	316	656
	%		17.5%	34.3%	48.2%	100.0%

3.3 アンケート調査項目の関係性にかかる総合分析

アンケート調査において収集・算出した、チーム属性にかかる7項目、評価指標にかかる9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、それらの関係性・影響度を総合的に分析した。

なお、調査計画段階から、調査項目を大きく、チーム属性にかかる項目、評価指標にかかる項目の2つの分類によって整理（2.1 単純集計、2.2 クロス集計）してきたが、項目間の関係性にかかる総合分析を行った結果、チーム属性にかかる7項目のうち、「活動期間」、「困難事例割合」、「かかりつけ医連携割合」、「会議時間」の4項目については、チーム活動の内容によって変わりうるチームの特性とも言える項目であることから、以降は、『チーム属性でもあるが評価指標にもなりうる項目』として分類することとした。

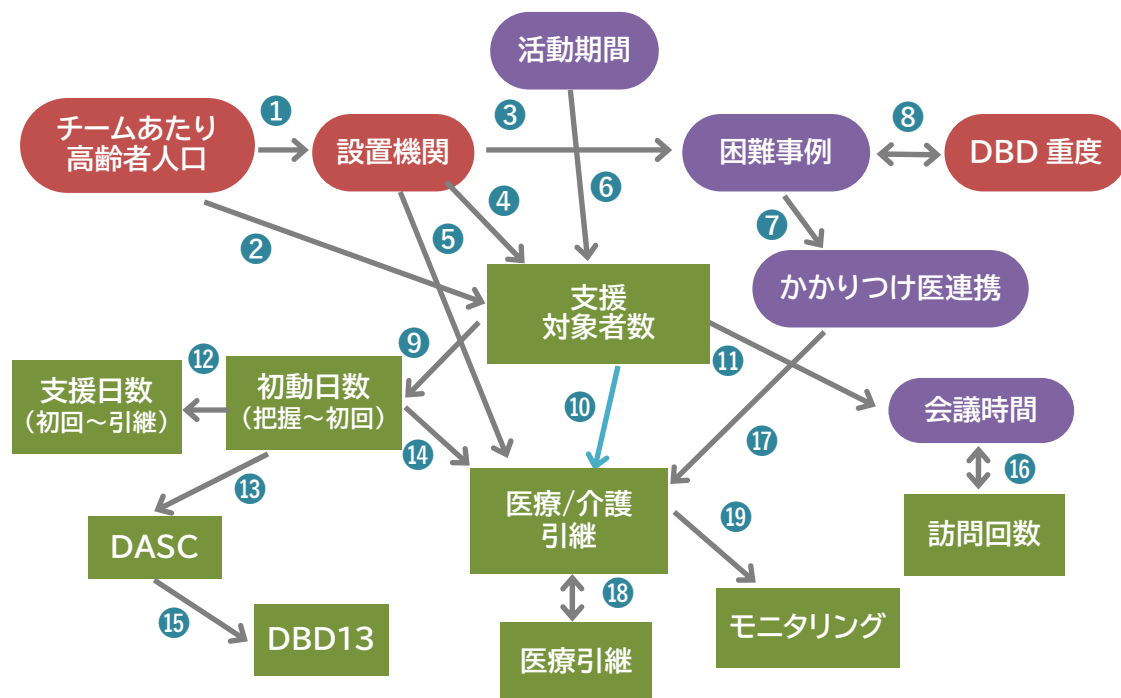
以下の特性により改めて3つに分類して示すこととする。

（下表の色分けは、次頁の関係性の図の項目の色に対応している）

チーム属性に関する項目	○チームあたり高齢者人口 ○設置機関	○DBD 重度割合
チーム属性でもあるが 評価指標にもなる項目	○活動期間 ○困難事例割合	○かかりつけ医連携割合 ○会議時間
評価指標になる項目	○支援対象者数 ○訪問回数 ○初動日数 ○支援日数 ○DASC スコア差	○DBD13 スコア差 ○医療／介護引継 ○医療引継 ○モニタリング実施

下図に3分類の色分けをした項目の関係性を示した。項目間にひかれた矢印は、その項目に一定の関係があることを示しており、各矢印の番号順に関係の具体的内容とその根拠となる統計（番号ごとの分析結果および、全項目の相関分析結果）を次ページ以降に整理する。

【属性用項目と評価指標項目の関係性について】



- チーム属性に関する項目
- チーム属性でもあるが評価指標にもなる項目
- 評価指標になる項目

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

〔属性用項目と評価指標項目の関係性: 具体的内容の一覧〕

矢印番号(項目)	具体的な関係性
①チームあたり高齢者人口→設置機関	・人口が1チームあたり10,620人以下の地域では地域包括の割合が高い(約80%)。 ・チームあたりの人口が多いほど医療機関、行政、疾患医療センターの割合が高くなる。
②チームあたり高齢者人口→支援対象者数	・チームあたりの高齢者人口が多いほど年間の支援対象者数が多くなる
③設置機関 → 困難事例割合	・困難事例割合が最も多いのは地域包括であり、最も少ないのは疾患医療センターであった。困難事例が0件の割合が最も多かったのは疾患医療センターで最も少なかったのは医療機関であった。
④設置機関 → 支援対象者数	・支援対象者が多いのは医療機関、疾患医療センターであり、次いで行政であり、地域包括は最も少ない傾向がみられる。
⑤設置機関 → 医療／介護引継	・医療／介護引継率が最も良いのは地域包括で、次いで行政であり、引継率が低いのは医療機関。
⑥活動期間 → 支援対象者数	・チームの活動期間が長いチームほど、支援対象者が多い。
⑦困難事例割合 → かかりつけ医連携	・困難事例の割合が高いチームほど、かかりつけ医連携がなされている傾向がある。
⑧困難事例割合 → DBD 重度者割合	・困難事例割合とDBD 重度者割合に相関関係がみられる。
⑨支援対象者数 → 初動日数	・初動日数が最も短いのは年間対象者数5人以下であるが、年間対象者6人以上では対象者数が多くなるほど初動日数が短くなる傾向がみられる。
⑩支援対象者数 → 医療／介護引継	・医療／介護の引継率が最も高いのは年間対象者5人以下であるが、年間対象者6人以上では対象者数が多くなるほど引継率が高くなる傾向が見られる。
⑪支援対象者数 → チーム員会議時間	・年間対象者数が多くなるほど、会議時間が長くなる。
⑫初動日数 → 支援日数	・初動日数が長くなると支援日数が長くなる。
⑬初動日数 → DASC スコア差	・初動日数が短い方がDASCの低下が抑制される傾向がみられる。
⑭初動日数 → 医療／介護引継	・初動日数が短い方が医療／介護引継率が高い傾向がみられる。
⑮DASC スコア差 → DBD13 スコア差	・DASCとDBD13に相関がみられる。
⑯チーム員会議時間 → 訪問回数	・会議時間と訪問回数に相関がみられる。
⑰かかりつけ医連携 → 医療／介護引継	・かかりつけ医連携率が高いと医療／介護引継率が高くなる傾向がみられる。
⑱医療／介護引継 → 医療引継	・医療／介護引継と医療引継には相関がみられる。
⑲医療／介護引継 → モニタリング実施	・医療／介護引継ぎ率が高いとモニタリング実施率が高くなる傾向がみられる。

①チームあたり高齢者人口 → 設置機関

- ▶ 高齢者人口が1チームあたり10,620人以下の地域では地域包括の割合が高い（約80％）。
- ▶ チームあたりの人口が多いほど医療機関、行政、疾患医療センターの割合が高くなる。

			設置機関					合計
			地域包括	医療機関	疾患センター	行政	その他	
チーム	5,500 人未満	n	197	8	4	27	11	247
あたり		%	79.8%	3.2%	1.6%	10.9%	4.5%	100.0%
高齢者	5,500 人以上	n	204	15	11	8	11	249
人口	10,620 人未満	%	81.9%	6.0%	4.4%	3.2%	4.4%	100.0%
	10,620 人以上	n	152	30	7	41	19	249
	26,200 人未満	%	61.0%	12.0%	2.8%	16.5%	7.6%	100.0%
	26,200 人以上	n	67	69	27	57	29	249
		%	26.9%	27.7%	10.8%	22.9%	11.6%	100.0%
合計		n	620	122	49	133	70	994
		%	62.4%	12.3%	4.9%	13.4%	7.0%	100.0%

（分散分析）

チームあたり高齢者人口 〈独立変数：設置機関、従属変数：チームあたり高齢者人口〉

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	122,469,371,232.499	4	30,617,342,808.125	48.032	0.000
グループ内	630,429,418,817.167	989	637,441,272.818		
合計	752,898,790,049.666	993			

②チームあたり高齢者人口 → 支援対象者数

- ▶ チームあたりの高齢者人口が多いほど年間の支援対象者数が多くなる

			支援対象者数			合計
			0~5 人	6~15 人	16 人以上	
チーム	5,500 人未満	n	78	55	14	147
あたり		%	53.1%	37.4%	9.5%	100.0%
高齢者	5,500 人以上	n	73	102	32	207
人口	10,620 人未満	%	35.3%	49.3%	15.5%	100.0%
	10,620 人以上	n	62	72	81	215
	26,200 人未満	%	28.8%	33.5%	37.7%	100.0%
	26,200 人以上	n	30	69	125	224
		%	13.4%	30.8%	55.8%	100.0%
合計		n	243	298	252	793
		%	30.6%	37.6%	31.8%	100.0%

③設置機関 → 困難事例割合

▶ 困難事例割合が最も多いのは地域包括であり、最も少ないのは疾患医療センターであった。

困難事例が0件の割合が最も多かったのは疾患医療センターで最も少なかったのは医療機関であった。

			困難事例割合			合計
			0%	1%～99%	100%	
設置 機関	地域包括	n	135	159	148	442
		%	30.5%	36.0%	33.5%	100.0%
	医療機関	n	18	64	29	111
		%	16.2%	57.7%	26.1%	100.0%
	疾患医療	n	15	20	8	43
		%	34.9%	46.5%	18.6%	100.0%
	行政	n	30	40	24	94
		%	31.9%	42.6%	25.5%	100.0%
	その他	n	13	28	19	60
		%	21.7%	46.7%	31.7%	100.0%
	合計	n	211	311	228	750
		%	28.1%	41.5%	30.4%	100.0%

④設置機関 → 支援対象者数

▶ 支援対象者が多いのは医療機関、疾患医療センターであり、次いで行政であり、地域包括は最も少ない傾向がみられる。

			支援対象者数			合計
			0～5 人	6～15 人	16 人以上	
設置 機関	地域包括	n	158	196	119	473
		%	33.4%	41.4%	25.2%	100.0%
	医療機関	n	21	41	51	113
		%	18.6%	36.3%	45.1%	100.0%
	疾患医療	n	15	11	19	45
		%	33.3%	24.4%	42.2%	100.0%
	行政	n	33	33	37	103
		%	32.0%	32.0%	35.9%	100.0%
	その他	n	18	19	28	65
		%	27.7%	29.2%	43.1%	100.0%
	合計	n	245	300	254	799
		%	30.7%	37.5%	31.8%	100.0%

(分散分析)

支援対象者数〈独立変数：設置機関、従属変数：支援対象者数〉

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	15,670.934	4	3,917.733	5.971	0.000
グループ内	520,937.737	794	656.093		
合計	536,608.671	798			

⑤設置機関 → 医療／介護引継

▶ 医療／介護引継率が最も良いのは地域包括で、次いで行政であり、引継率が低いのは医療機関。

			医療／介護引継			合計
			60%未満	60~100%未満	100%	
設置 機関	地域包括	n	148	104	207	459
		%	32.2%	22.7%	45.1%	100.0%
	医療機関	n	37	46	28	111
		%	33.3%	41.4%	25.2%	100.0%
	疾患医療	n	14	13	17	44
		%	31.8%	29.5%	38.6%	100.0%
	行政	n	35	25	40	100
		%	35.0%	25.0%	40.0%	100.0%
	その他	n	23	18	22	63
		%	36.5%	28.6%	34.9%	100.0%
	合計	n	257	206	314	777
		%	33.1%	26.5%	40.4%	100.0%

⑥活動期間 → 支援対象者数

▶ チームの活動期間が長いチームほど、支援対象者が多い。

			支援対象者数			合計
			0~5 人	6~15 人	16 人以上	
活動 期間	6 ヶ月未満	n	7	2	0	9
		%	77.8%	22.2%	0.0%	100.0%
	6 ヶ月～ 1 年未満	n	7	9	2	18
		%	38.9%	50.0%	11.1%	100.0%
	1~2 年未満	n	92	92	52	236
		%	39.0%	39.0%	22.0%	100.0%
	2~3 年未満	n	85	92	65	242
		%	35.1%	38.0%	26.9%	100.0%
	3 年以上	n	52	106	133	291
		%	17.9%	36.4%	45.7%	100.0%
	合計	n	243	301	252	796
		%	30.5%	37.8%	31.7%	100.0%

(分散分析)

支援対象者数〈独立変数：活動期間、従属変数：支援対象者数〉

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	24,230.265	4	6,057.566	10.270	0.000
グループ内	466,541.655	791	589.812		
合計	490,771.920	795			

⑦困難事例割合 → かかりつけ医連携

▶ 困難事例の割合が高いチームほど、かかりつけ医連携がなされている傾向がある。

			かかりつけ医連携			合計
			0%	1%～99%	100%	
困難事例割合	0%	n	51	41	98	190
		%	26.8%	21.6%	51.6%	100.0%
	1～99%	n	20	178	107	305
		%	6.6%	58.4%	35.1%	100.0%
	100%	n	20	33	145	198
		%	10.1%	16.7%	73.2%	100.0%
合計	n	91	252	350	693	
	%	13.1%	36.4%	50.5%	100.0%	

※クロス集計の他、相関係数（50 ページ）も参照

⑧困難事例割合 → DBD 重度者割合⑨支援対象者数 → 初動日数

▶ 困難事例割合と DBD 重度者割合には相関関係がみられる。

			DBD13 重度者割合			合計
			0~14.7 未満	14.7~21.0 未満	21.0 以上	
困難事例割合	0%	n	58	40	43	141
		%	41.1%	28.4%	30.5%	100.0%
	1~99%	n	60	88	53	201
		%	29.9%	43.8%	26.4%	100.0%
	100%	n	41	26	59	126
		%	32.5%	20.6%	46.8%	100.0%
合計	n	159	154	155	468	
	%	34.0%	32.9%	33.1%	100.0%	

⑨支援対象者数 → 初動日数

▶ 初動日数が最も短いのは年間対象者数 5 人以下であるが、年間対象者 6 人以上では対象者数が多くなるほど初動日数が短くなる傾向がみられる。

			初動日数			合計
			0~8 日未満	8~17 日未満	17 日以上	
支援 対象 者数	0~5 人	n	102	66	75	243
		%	42.0%	27.2%	30.9%	100.0%
	6~15 人	n	95	95	111	301
		%	31.6%	31.6%	36.9%	100.0%
	16 人以上	n	73	100	80	253
		%	28.9%	39.5%	31.6%	100.0%
合計	n	270	261	266	797	
	%	33.9%	32.7%	33.4%	100.0%	

⑩ 支援対象者数 → 医療／介護引継

- ▶ 医療／介護の引継率が最も高いのは年間対象者 5 人以下であるが、年間対象者 6 人以上では対象者数が多くなるほど引継率が高くなる傾向が見られる。

			医療／介護引継			合計
			60%未満	60~100%未満	100%	
支援 対象 者数	0~5 人	n	77	5	153	235
		%	32.8%	2.1%	65.1%	100.0%
	6~15 人	n	111	66	113	290
		%	38.3%	22.8%	39.0%	100.0%
	16 人以上	n	69	136	47	252
		%	27.4%	54.0%	18.7%	100.0%
	合計	n	257	207	313	777
		%	33.1%	26.6%	40.3%	100.0%

⑪ 支援対象者数 → チーム員会議時間

- ▶ 年間対象者数が多くなるほど、会議時間が長くなる。

			チーム員会議時間			合計
			0～0.8 未満	0.8～1.3 未満	1.3 以上	
支援 対象 者数	0～5 人	n	125	76	44	245
		%	51.0%	31.0%	18.0%	100.0%
	6～15 人	n	110	103	88	301
		%	36.5%	34.2%	29.2%	100.0%
	16 人以上	n	36	71	147	254
		%	14.2%	28.0%	57.9%	100.0%
合計	n	271	250	279	800	
	%	33.9%	31.3%	34.9%	100.0%	

(分散分析)

支援対象者数〈独立変数：チーム会議時間 従属変数：支援対象者数〉

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	65,921.215	2	32,960.608	55.810	0.000
グループ内	470,697.805	797	590.587		
合計	536,619.020	799			

※クロス集計の他、相関係数（50 ページ）も参照

⑫初動日数 → 支援日数

▶ 初動日数が長くなると支援日数が長くなる。

			支援日数			合計
			0~98 日未満	98~168日未満	168 日以上	
初動 日数	0~8 日未満	n	99	87	70	256
		%	38.7%	34.0%	27.3%	100.0%
	8~17 日未満	n	84	91	83	258
		%	32.6%	35.3%	32.2%	100.0%
	17 日以上	n	74	81	101	256
		%	28.9%	31.6%	39.5%	100.0%
	合計	n	257	259	254	770
		%	33.4%	33.6%	33.0%	100.0%

⑬初動日数 → DASC スコア差

▶ 初動日数が短い方が DASC の低下が抑制される傾向がみられる。

			DASC スコア差			合計
			0 以下	0.1~4.0 未満	4.0 以上	
初動 日数	0~8 日未満	n	44	26	34	104
		%	42.3%	25.0%	32.7%	100.0%
	8~17 日未満	n	43	35	38	116
		%	37.1%	30.2%	32.8%	100.0%
	17 日以上	n	36	38	39	113
		%	31.9%	33.6%	34.5%	100.0%
	合計	n	123	99	111	333
		%	36.9%	29.7%	33.3%	100.0%

⑭初動日数 → 医療／介護引継

▶ 初動日数が短い方が医療／介護引継率が高い傾向がみられる。

			医療／介護引継			合計
			60%未満	60~100%未満	100%	
初動 日数	0~8 日未満	n	79	57	124	260
		%	30.4%	21.9%	47.7%	100.0%
	8~17 日未満	n	93	76	88	257
		%	36.2%	29.6%	34.2%	100.0%
	17 日以上	n	85	73	101	259
		%	32.8%	28.2%	39.0%	100.0%
合計	n	257	206	313	776	
	%	33.1%	26.5%	40.3%	100.0%	

15 DASC スコア差 → DBD13 スコア差

▶ DASC と DBD13 に相関がみられる。

			DBD13 スコア差			合計
			-2.0 以下	-1.9~0.2 未満	0.21 以上	
DASC スコア差	0 以下	n	48	37	13	98
		%	49.0%	37.8%	13.3%	100.0%
	0.1~4.0 未満	n	22	32	29	83
		%	26.5%	38.6%	34.9%	100.0%
	4.0 以上	n	24	24	53	101
		%	23.8%	23.8%	52.5%	100.0%
合計		n	94	93	95	282
		%	33.3%	33.0%	33.7%	100.0%

※クロス集計の他、相関係数（50 ページ）も参照

16 チーム員会議時間 → 訪問回数

▶ 会議時間と訪問回数に相関がみられる。

			訪問回数			合計
			0~7 回	8~23 回	24 回以上	
チーム員 会議 時間	0~0.8 時間 未満	n	129	96	47	272
		%	47.4%	35.3%	17.3%	100.0%
	0.8~1.3 時間 未満	n	82	90	78	250
		%	32.8%	36.0%	31.2%	100.0%
	1.3 時間以上	n	68	78	133	279
		%	24.4%	28.0%	47.7%	100.0%
合計		n	279	264	258	801
		%	34.8%	33.0%	32.2%	100.0%

17 かかりつけ医連携 → 医療／介護引継

▶ かかりつけ医連携率が高いと医療／介護引継率が高くなる傾向がみられる。

			医療／介護引継			合計
			60%未満	60~100%未満	100%	
かかり つけ医 連携	0%	n	36	14	41	91
		%	39.6%	15.4%	45.1%	100.0%
	1~99%	n	88	129	44	261
		%	33.7%	49.4%	16.9%	100.0%
	100%	n	109	61	190	360
		%	30.3%	16.9%	52.8%	100.0%
合計		n	233	204	275	712
		%	32.7%	28.7%	38.6%	100.0%

⑱医療／介護引継 → 医療引継

▶ 医療／介護引継と医療引継には相関がみられる。

			医療引継			合計
			29%未満	29~66%未満	66%以上	
医療／ 介護 引継	60%未満	n	146	63	17	226
		%	64.6%	27.9%	7.5%	100.0%
	60~100%未満	n	33	136	38	207
		%	15.9%	65.7%	18.4%	100.0%
	100%	n	62	60	192	314
		%	19.7%	19.1%	61.1%	100.0%
合計	n	241	259	247	747	
	%	32.3%	34.7%	33.1%	100.0%	

※クロス集計の他、相関係数（50 ページ）も参照

⑲医療／介護引継 → モニタリング実施

▶ 医療／介護引継ぎ率が高いとモニタリング実施率が高くなる傾向がみられる。

			モニタリング実施			合計
			0%	1%～99%	100%	
医療／ 介護 引継	60%未満	n	57	71	95	223
		%	25.6%	31.8%	42.6%	100.0%
	60～100%未満	n	15	117	69	201
		%	7.5%	58.2%	34.3%	100.0%
	100%	n	60	36	171	267
		%	22.5%	13.5%	64.0%	100.0%
合計	n	132	224	335	691	
	%	19.1%	32.4%	48.5%	100.0%	

相関係数

		人口	対象者	初動日数	支援日数	DASC	DBD	医介引継	訪問回数	医引継	モニタリング	困難事例	DBD重度	会議時間	連携
チームあたり 高齢者人口	Pearson の相関係数	1	.512(**)	-0.029	-0.023	0.022	-0.052	-0.046	.297(**)	-0.031	0.005	0.016	0.029	.265(**)	-0.028
	有意確率 (両側)		0.000	0.415	0.529	0.686	0.385	0.199	0.000	0.389	0.889	0.655	0.527	0.000	0.450
支援対象 者数	N	996	793	790	762	330	283	770	793	753	696	743	490	806	720
	Pearson の相関係数	.512(**)	1	-0.053	0.030	0.051	-0.006	0.031	.509(**)	-0.021	0.035	-0.044	-0.048	.370(**)	0.005
	有意確率 (両側)	0.000		0.133	0.401	0.350	0.925	0.391	0.000	0.562	0.352	0.229	0.289	0.000	0.892
	N	793	800	797	769	332	285	777	800	760	703	750	494	800	727
初動日数	Pearson の相関係数	-0.029	-0.053	1	0.005	0.068	0.016	-0.015	-0.059	-0.056	0.066	.074(*)	0.083	-0.023	0.026
	有意確率 (両側)	0.415	0.133		0.892	0.216	0.791	0.682	0.097	0.126	0.080	0.044	0.065	0.523	0.483
	N	790	797	798	770	333	286	776	798	759	702	749	495	798	726
	Pearson の相関係数	-0.023	0.030	0.005	1	.126(*)	0.084	-0.009	.116(**)	-0.037	0.067	.099(**)	-0.021	0.012	0.045
支援日数	有意確率 (両側)	0.529	0.401	0.892		0.022	0.156	0.797	0.001	0.305	0.077	0.007	0.644	0.738	0.233
	N	762	769	770	770	333	286	752	770	756	695	732	476	770	709
DASC スコア差	Pearson の相関係数	0.022	0.051	0.068	.126(*)	1	.437(**)	0.041	0.097	0.070	0.064	0.035	0.061	0.077	-0.001
	有意確率 (両側)	0.686	0.350	0.216	0.022		0.000	0.460	0.076	0.206	0.265	0.528	0.297	0.160	0.989
	N	330	332	333	333	333	282	328	333	332	303	320	295	333	317
	Pearson の相関係数	-0.052	-0.006	0.016	0.084	.437(**)	1	-0.066	0.042	0.059	-0.029	0.015	-.145(*)	-0.023	-0.050
DBD13 スコア差	有意確率 (両側)	0.385	0.925	0.791	0.156	0.000		0.272	0.483	0.320	0.634	0.803	0.014	0.700	0.412
	N	283	285	286	286	282	286	281	286	285	264	277	286	286	273
医療／介護 引継	Pearson の相関係数	-0.046	0.031	-0.015	-0.009	0.041	-0.066	1	.090(*)	.577(**)	.124(**)	0.027	-0.004	-0.008	.099(**)
	有意確率 (両側)	0.199	0.391	0.682	0.797	0.460	0.272		0.012	0.000	0.001	0.457	0.938	0.821	0.008
	N	770	777	776	752	328	281	778	778	747	691	734	484	778	712
	Pearson の相関係数	.297(**)	.509(**)	-0.059	.116(**)	0.097	0.042	.090(*)	1	0.009	0.067	0.031	-0.071	.252(**)	.082(*)
訪問回数	有意確率 (両側)	0.000	0.000	0.097	0.001	0.076	0.483	0.012	0.808	0.808	0.076	0.397	0.115	0.000	0.026
	N	793	800	798	770	333	286	778	801	761	704	751	495	801	728
医療引継	Pearson の相関係数	-0.031	-0.021	-0.056	-0.037	0.070	0.059	.577(**)	0.009	1	.078(*)	0.054	0.064	-0.003	0.062
	有意確率 (両側)	0.389	0.562	0.126	0.305	0.206	0.320	0.000	0.808		0.040	0.145	0.164	0.926	0.102
	N	753	760	759	756	332	285	747	761	761	691	725	473	761	702
	Pearson の相関係数	0.005	0.035	0.066	0.067	0.064	-0.029	.124(**)	0.067	.078(*)	1	0.068	0.045	0.021	.106(**)
モニタリング	有意確率 (両側)	0.889	0.352	0.080	0.077	0.265	0.634	0.001	0.076	0.040		0.079	0.347	0.583	0.007
	N	696	703	702	695	303	264	691	704	691	704	677	442	704	656
困難事例 割合	Pearson の相関係数	0.016	-0.044	.074(*)	.099(**)	0.035	0.015	0.027	0.031	0.054	0.068	1	.125(**)	-0.048	.233(**)
	有意確率 (両側)	0.655	0.229	0.044	0.007	0.528	0.803	0.457	0.397	0.145	0.079		0.007	0.193	0.000
	N	743	750	749	732	320	277	734	751	725	677	751	468	751	693
	Pearson の相関係数	0.029	-0.048	0.083	-0.021	0.061	-.145(*)	-0.004	-0.071	0.064	0.045	.125(**)	1	-0.041	0.056
DBD 重度者 割合	有意確率 (両側)	0.527	0.289	0.065	0.644	0.297	0.014	0.938	0.115	0.164	0.347	0.007		0.364	0.234
	N	490	494	495	476	295	286	484	495	473	442	468	495	495	453
チーム員 会議時間	Pearson の相関係数	.265(**)	.370(**)	-0.023	0.012	0.077	-0.023	-0.008	.252(**)	-0.003	0.021	-0.048	-0.041	1	0.034
	有意確率 (両側)	0.000	0.000	0.523	0.738	0.160	0.700	0.821	0.000	0.926	0.583	0.193	0.364		0.355
	N	806	800	798	770	333	286	778	801	761	704	751	495	815	728
	Pearson の相関係数	-0.028	0.005	0.026	0.045	-0.001	-0.050	.099(**)	.082(*)	0.062	.106(**)	.233(**)	0.056	0.034	1
かかりつけ医 連携	有意確率 (両側)	0.450	0.892	0.483	0.233	0.989	0.412	0.008	0.026	0.102	0.007	0.000	0.234	0.355	
	N	720	727	726	709	317	273	712	728	702	656	693	453	728	728

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。

4. 評価指標項目案(記述設問回答)

4.1 評価指標としての項目候補について

チーム票の評価指標アンケート設問(2)では、現在の評価指標項目(上記の 4 項目)の他に、チーム活動の評価指標として適当(活動の目標・基準として適切)と思う項目を尋ね、323 件の回答が得られた。

具体的には、「対象者・家族の生活満足度や変化」、「チーム活動の第三者評価」、「モニタリングによるサービス定着」、「プロセス評価」などが多く挙げられた。以下、それぞれについての主な回答を掲載する。

【対象者・家族の生活満足度や変化】

①	家族・介護者の満足度等(チームの介入⇒受診・認知症の確認診断により、ご本人の状況を把握することができ、ご家族が安心され適切な対応ができるようになったなどの例があるので)
②	本人とその家族の満足度を図る。実績だけでなくチームがどのような活動をしているかといった活動内容を評価に入れる。
③	初回対応から終了時までの対象者の QOL の変化について評価。
④	本人の生活満足度の推移、家族の介護負担感の推移
⑤	・本人(および家族)の生活満足度の、介入開始時から終了時(初回モニタリング時)の変化 ・本人、家族からのアウトカム評価(満足度や改善したと思うところ、など) ・民生委員や生活保護ケースワーカーなど、ケースに関わった関係機関からのアウトカム評価
⑥	家族の負担感の評価がチーム活動の評価において具体的に評価できていると考えている。もう少し具体的な家族の思いの聞き取りが大切であると感じている。家族の「こうしたらよかった」「もっとこうしてほしい」という生の声に支援者が関わっていくうえで大切なヒントが隠されていると感じている。
⑦	医療・介護・地域の支援につながった結果、本人の生活満足度がどのように変わったのか。数値化しにくいものではあるが、指標として必要だと考える。
⑧	自己決定と自立支援を目的としているので、初期集中支援を実施することによってご本人の生活がどう変わったか、ご本人の気持ちを語ることができたか、病気に対する受け入れができたか、周囲(例えば介護者家族や地域住民)がどう変わったかといった質的なことが評価できるような項目があればよいと思います。

【チーム活動の第 3 者評価】

①	チームから見た評価の他、医師や本人・家族、引継先となる支援者等からの客観的な評価も有効だと思う。
②	・地域包括支援センターや、引継ぎ先の医療機関、介護事業所等からの第 3 者的評価。 ・普及啓発活動の実績について(開催数や参加者数も含め)の評価
③	事例提供をした地域包括支援センターや引継ぎ先の医療機関からの評価。
④	チームの実働を知る第 3 者機関へのヒアリング(地域包括、行政、介護保険サービス事業所、かかりつけ医等)。これはチームもしくは行政が行い、段階評価と少なくともいいのでコメントで構成されるのが良いと考えます。
⑤	初期集中支援チームへ相談を依頼した機関が、チームの対応に満足したかどうかの第三者的评价。チームの介入前後の本人の QOL を図る指標。
⑥	本人・家族や連携機関からの評価や設置している自治体からの評価はあった方が良く思う。それを共有していくことでより質の高いアプローチにつながっていくと思われる。

【モニタリングによるサービス定着など】

①	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人・家族の生活満足度
②	初回モニタリングにおける支援状況の持続性や改善状況
③	・モニタリングの都度、本人・家族の生活満足度の評価指標欄があると良い。 ・引継ぎ先の医療機関・介護事業所（担当ケアマネ）の担当者からの評価があると良い。
④	・初回モニタリング時の医療や介護の継続状況、本人や相談者の生活満足度 ・チーム員の主観にはなるが、状況変化（これまでのチーム活動実績データ内にある7段階の評価）
⑤	・支援の継続性の評価（モニタリング時に介護・医療サービス等を継続的に利用できているか等を評価 ・地域との関わりの指標（支援が入る前後で地域との関わりに変化が出たかどうかを評価）
⑥	・初回モニタリング時に医療・介護が継続できているかは、チームがどのようにつなげられたかの成果を反映する項目と考える。 ・具体的な評価指標としては表しにくい、本人・家族の笑顔が増えた、ポジティブな発言が増えた、家の雰囲気が明るくなった等主観的な印象の変化を経験することがある。
⑦	モニタリングの回数とモニタリング毎の、支援者（家族、事業者）からの安定的な生活状況の評価
⑧	・初回モニタリングにおける本人や家族の主観的な当該事業利用に係る満足度（感想・意見等）、医療や介護サービスの継続利用状況 ・認知症になってもできる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けていけるよう支援できたかという評価として、在宅継続か入所・入院等かの転帰

【プロセス評価】

①	市町村の方針にチームとして沿っているか。多職種・他の機関とのやりとり数
②	活動のプロセスを第三者に評価されることは、チーム員が支援の在り方に疑問や迷いを感じた時や、活動を振り返る際にも役立つと思います。
③	認知症に関する相談件数を表記する事で、うちチームが何件関わっているのが分かる。チームの活動実績を入力する際に年齢だけでも入力したらどうか（チームによっては若年性認知症の方を支援するケースもあり今後、増加する事もあるため）。
④	評価指標として、訪問回数だけではなく、関係機関とのやり取りも加味されてもいいのではないかな。
⑤	チーム員である医師のプロセス評価、チーム員全体による評価（数値で表せるもの）があると良いのではないかと考える。
⑥	・訪問まで至らず地域包括に繋いだケースや家族のみとの面談や、電話のみでの対応で関わり医療や介護につながり改善したケースもチーム活動の中で多いため、評価指標として入れてほしい。 ・認知症サポート医に繋がったか等、医師との連携についての評価項目が必要であると考え。 ・様々な関係機関（かかりつけ医、専門医、相談員、疾患センター、地域包括支援センター、CM、家族等）調整時間がとても多いため、主な調整者（チーム員）、調整時間等も指標に入れて欲しい。
⑦	数値としての「結果」も大事であるが、生活期では数値には示せない「経過」が大事だと思うので、初期集中支援事業における経過記録を発表しあう学会や介入しての経過集の様な冊子にするなどの方が、周りの専門職や市民は理解できると考える

【その他】

①	支援困難なケースを対象としており、適切な介護サービスへのつながりは難しい場合も多い。地域の中の支援者・理解者の増加、または、公的サービスだけでなく、地域の社会資源（カフェなど）につながることも評価と考えたい。
②	公的なサービスだけでなく、地域での見守りや声かけ、ちょっとしたお手伝いなどインフォーマルな支援も評価項目に入れると、地域のネットワーク構築につながると思います。
③	周辺課題についての改善度を測るもの（権利擁護など）
④	「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」をめざし、早期診断や治療へつなぎ早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とするのであれば、早期の段階から、地域住民にアクションを起こすべきだと思う。なので、社会地域社会の中での課題に解決・貢献しているかどうか、地域に生じた変化、対象地域以外に生じた変化など の項目を入れてほしい。
⑤	特異ケースが標準指標に影響したことを考慮できる指標。支援期間が6か月で完結しない長期化しているケースの要因についての評価
⑥	専門医受診の有無と診断に至るまでの日数、専門医受診導入率。 家族以外の介護協力者の有無（ケアマネジャー、サービス利用施設職員など）、インフォーマルを含む関わる関係機関数。 終了後、1年経過した際の在宅生活継続の有無
⑦	・初回訪問時の様子。所内カンファレンスやその時々目標。それにそってどう動いたか。 ・チーム員会議の活用。出席者同士による事例検討を評価基準につなげられないか。 ・事業利用者、医師からの満足度評価があっても良いかも。事業を利用したことが事業利用者にメリットがあったのか、もしくは利用しなくても支援に支障がなかったのかを評価する必要性があれば検討してもよいかも。
⑧	医療、介護以外へ引き継いだケースがあると良い。健康状態についても前後評価が数値化できると良いとも思う。
⑨	チームの「設置」が目的化しないように、その市町村における認知症初期集中支援チームの認知度、利用者や支援依頼者の主観的満足感も含め、その地の認知症施策における役割が何で、その遂行度がどうかについて検討するPDCAサイクルが機能しているかがアウトカムの様にも思います。

〔補足分析〕 共起ネットワーク分析

評価指標としての項目候補に関する記述設問回答について、共起ネットワーク分析を試みた。

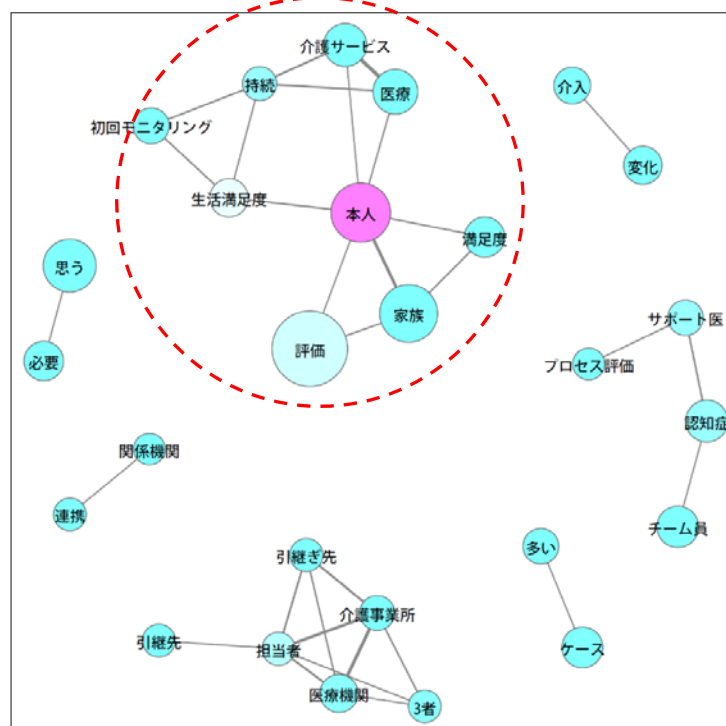
共起ネットワーク分析とは、文章の中で用いられた語と語の関係性を表したネットワークである。記述回答の中で用いられている単語間の関係性を示しており、調査対象である認知症初期集中支援チームからの記述回答内容の共通性を図示化している。

回答の記述において、「名詞」と認知症初期集中支援チーム活動に関係深い「キーワード」の出現頻度（回数）を右表に整理する。
（主なものを抜粋）

名詞	頻度	キーワード	頻度
本人	128	介護サービス	58
家族	121	認知症	54
医療	65	チーム員	52
チーム	53	満足度	46
ケース	49	生活満足度	38
指標	39	評価指標	38
地域	27	医療機関	37
項目	26	初回モニタリング	28
モニタリング	24	サポート医	26
状況	21	介護事業所	24
有無	12	対象者	20
引継ぎ	11	引継ぎ先	16
課題	10	担当者	16
目標	10	引継先	15

これらの情報をベースに、共起ネットワーク分析を行った結果を下に示す。

ネットワークの中心は「本人」であり、家族、満足度、生活満足度のネットワークが見られる（赤線枠）。他に、①介入・変化、②サポート医・プロセス評価、③関係機関・連携、④多い・ケース、⑤引継ぎ先・介護事業所・医療機関、といったネットワークが析出された。



4.2 平成 30 年度評価指標項目について

チーム票の評価指標アンケート設問(1)では、昨年度事業で試作のチーム活動の評価指標項目（①対象者数、②初動日数、③J-ZBI_8、④引継の状況）についての意見を尋ね、561 件の回答が得られた。

以下、主な回答を掲載する。

【概ね妥当、活用したい等の意見】

①	地域特性や委託先、業務形態（専従・兼務）など多種多様であるため、一概にはいえないが初動日数と引継ぎへの関連性など、一定の基準として定めることが出来るため、有用であると思う。 初動に関しては出来る限り早急な対応を行っているが、相談先からの十分な情報収集のもと統一した対応及びアプローチを行っている。介入前から情報共有を多職種で密に行っていることから引継ぎがスムーズであると認識している。
②	対象期間において活動実数がないため評価指標と照らし合わせることはできないが、平均数と比べて自チームの活動状況はどうか比較するものとしては良いと感じる。ただ、活動実数が少ないチームにおいては一つのケースが特別な場合評価が大きく変わるため、この評価指標で良いのかとは感じる。
③	チーム活動の目的を考えると（安定した医療、介護につなぐ）、引継ぎは評価指標として必要性が高い。もう少し気軽に使える J-ZBI-8 のような介護負担の指標となるものがあるとよい。DASC は、項目が多く、初対面で本人への聞き取りが難しいことが多く、使いにくい。
④	初動日数や医療・介護引継ぎ状況については、活動実績の評価指標となり得るものと思われるが、DASC や DBD13 の活用に至っていないこともあり、評価指標とするには、難しい面がある。
⑤	初動日数や医療・介護引継ぎについては介入時のチーム活動における連携を評価できるものだと思うので評価指標として妥当。しかし、継続的なサービス利用や医療機関への受診へ繋がっているかについての評価ができる指標があることが望ましいのではないかと。現状の項目では、一時的な評価のみしかできないと思われる。
⑥	評価指標としては、活動の効果を比較するものとして有効であると思うが、チーム活動の体制によっては大きく差がある。
⑦	医療や介護サービスの導入については、チームの活動の成果指標として重要であると考えます。 各指標において、全国の平均値が示されていると、自市との比較検討ができることから有用である。
⑧	指標により全国平均と比較できるのはよいが、ケースの状況によりどうしても初動期間や支援期間が特異的に長くなるケースがある。本市のように対象母数の少ない市町村ではそのようなケースは外れ値として評価指標に大きく影響されてしまうことが考えられる。
⑨	初動日数や医療・介護引継ぎなどは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指標として妥当性がある。
⑩	指標があることで、チームの活動の振り返りとなっている。チームの取り扱うケースの傾向が分析出来れば、なお良い指標になると思う。現在の指標では、専門医療機関に繋がり、認知症以外の精神疾患の診断を受けた場合、チームの活動に対する評価が見えにくい。
⑪	医療・介護の引継ぎについては、チーム活動の成果を示すものであり、評価指標として妥当性がある。Zarit8 や DASC21、DBD13 などの評価スケールは、対象者の介入時、終了時の評価指標として、数値的に評価できるため、変化がわかりやすく、評価指標として妥当性がある。対象者数については、チームの活動自体有効性があるものかを評価するにあたり、有用と思われる。

【活用が難しい、内容的に適切とは言えない等の意見】

①	チームとして関わる件数が少ないため、どの評価指標での評価においても、妥当性が低いのではと感じている。市として課題に感じていた部分にチームとしてアプローチを実施し、個別事例の課題の解決等から施策にどう展開させるかを意識している。そのため、対応件数を増やすことは目的としていない。
②	初動期間については、チーム活動の工夫や成果であるが、全国的な位置づけを行う事については違和感がある。また、支援対象者や対象者についてチームが訪問を行うかについての判断は、初回のチーム員会議で検討しており、チームに相談した事例全てを支援対象者とはしていない（地域包括支援センターの通常業務の総合相談で対応可能な事例は地域包括支援センターへ戻し、対応している。）ため、この指標をチームの評価指標として全国比較されることに違和感を感じる。この指標に基づき、チーム活動の充実を図るのが国の考え方であるのであれば、それに沿える地域の医療機関（特にチーム医）を確保するのは困難。
③	チームの序列を行うものではなく、現状確認のための活用ということだが、本市での対象者数が少なく、これをもって現状を確認することは難しいと感じている。しかし、指標があることは、自分たちの活動の振り返りができとても良いです。
④	住民の方や関係機関から相談を受けたケースについて、初動として包括支援センターが動き、状況確認した上で、月 1 回のチーム員会議にて検討等を行った上、初回訪問を行う形なので、実際、把握日「から初回訪問までの日数や、把握してから終結するまでの期間が長く係ってしまう。他機関のスタッフと包括とでチームを構成しているため、逐一对応は難しい。市町やケースによって把握日の決め方が異なると思うため、評価指標として設定するなら、明確な基準が必要ではないでしょうか。
⑤	初期チームが介入しても必ずしも評価が上がるものではなく人と環境の変化により、症状が進行することを感じている。確認する要項が細かく同じ支援は不可能である中で、評価指標の内容についても疑問がある。（ないのかあるのか答える等）チーム員同士同じ内容をヒアリングしても評価の違いがある。
⑥	この評価指標だけでチーム員活動を評価することには違和感があります。チーム員の活動の中には数値化出来ない支援内容もあるのではないかと感じております。
⑦	チーム活動の実態から考えて、評価指標の項目が実態を表しているとは言い難く違和感がある。地域包括支援センターの総合相談等として対応しているケースも多く、明確にチーム活動として計上できないケースが多い。
⑧	相談だけで初期集中に上手く乗らないケースもあり、現在の評価表では評価できない事例もある。認知症支援は一筋縄でいかない場合が多く、上記 4 項目の活動評価ではチーム活動評価できない。数値のみの評価では適正に評価できないと感じる。
⑨	市に委託されているチーム活動の実態から考えて、評価指標は実態を表しているとは思わない。 困難事例（ゴミ屋敷の独居生活者、家族がいてもかなり進行しているケース、行政等が関わっていても高度な認知症ケースなど）の評価が正しく行われていない。 J-ZBI-8（現在使用していない）の変化は見られても、DASC と DBD13 の介入時と終了時のスコア差は評価に繋がらないと考える。なぜならチーム員が介入し鑑別診断等に結びつけ介護申請等のサービスに繋がたらチーム員としては終了となり数か月後のモニタリングとなる。介入時アセスメントとしての DASC と DBD13 は意味を持つが終了時は実施していない）
⑩	チーム活動について各自治体の規模や体制、地域性などにより差があると感じており、評価指標項目だけでは実態を評価することは難しいのではないかと。支援対象者を早期発見・対応（MCI～Ⅰ程度）と集中支援（Ⅱ～程度）に分けたほうが考えやすいかもしれない。
⑪	引継ぎの状況として医療か介護しか選択肢がないが、インフォーマルなサービスへの引継ぎ（民生委員の見守り、認知症カフェやサロンへの引継ぎ、地域のサポート等）が評価の対象となっておらず、チームの活動評価として妥当といえるのか疑問。

Ⅲ 考 察

今回の調査ではチームの評価項目を、①活動量（どの程度活発に活動しているか）の指標として対象者数、訪問回数、②機動性（どの程度素早く対応できているか）の指標として初動期間と支援期間、③チームが介入した効果として、DASC スコアの変化と DBD13 スコアの変化、④チームがかかわったことにより達成された指標として、医療・介護への引継ぎ、ことに医療への引継ぎとモニタリングの実施件数を候補とした。当然ながらこれらの指標はチームのおかれている環境や属性によって大きく影響をうけることが考えられる。そのため属性区分として、①チーム設置機関の種類、②チームが設置されてからの年数（経験年数を反映）、③チームの規模（これはチーム員の人数ではなく 1 チーム当たりどのくらいの高齢者人口を抱えているチームかで評価）、④困難事例への対応者数と介入時の DBD スコア、⑤チーム員会議の実施状況（月間の会議時間）⑥かかりつけ医との連携（あるかなしかの 2 択）のデータを収集した。

結果は P.40 の図と P.41 の表に集約されている。

①チームあたり高齢者人口 → 設置機関

・高齢者人口が 1 チームあたり 10,620 人以下の地域では地域包括の割合が高い（約 80％）。

高齢者人口の少ないところで地域包括が多く逆に、医療機関や疾患医療センターは高齢者人口の多い地域に設置されている傾向である。これは疾患医療センターや認知症に対応できる病院はある程度の人口を有する市に設置されていることから想定されることである。

②チームあたり高齢者人口 → 支援対象者数

・チームあたりの背景人口が増加するほど年間の支援対象者数が多くなる。

これは想定できる結果である。

③設置機関 → 困難対応

・困難事例の割合が最も多いのは、地域包括であり、最も少ないのは疾患医療センターであった。また、困難事例が 0 件の割合が最も多かったのは疾患医療センターで最も少なかったのは医療機関であった。

この結果は我々の予想と異なっており、疾患医療センターが最も多く困難事例を扱っているのではないかと考えていた。疾患医療センターのほうが専門家が多く、人的資源が豊富であることから、地域包括で困難と感じても、疾患医療センターでは困難と認識しない可能性もあるが、全国からあがってくる困難事例の多くは設置機関によらず困難と感じる例が多いため、設置機関差があるというこの結果は予想外であった。

④設置機関 → 支援対象者数

・年間支援対象者が多いのは医療機関、疾患医療センターであり、次いで行政であり、地域包括は最も少ない傾向がみられる。

⑤設置機関 → 医療／介護引継

- ・医療介護引継率が最も良いのは地域包括で、次いで行政であり、引継ぎ率が低いのは医療機関。

医療機関では医療への引継ぎは施設内でおこなわれてしまうため、カウントされていない可能性がある。

⑥活動期間 → 支援対象者数

- ・活動期間が長いほど、年間支援対象者が多い。

これは予想できる結果である。

⑦困難対応 → かかりつけ医連携

- ・困難事例ほどかかりつけ医連携がなされている傾向がある。

困難事例こそ多くの人材や資源を要することが多くこのような結果がでている可能性がある。困難事例に積極的に取り組むことが連携をすすめることにつながる可能性を示している。

⑧困難対応 → DBD 重度者割合

- ・困難事例と DBD 重度者割合には相関関係がみられる。

困難事例の背景に行動・心理症状が存在していることが示唆される結果である。

⑨支援対象者数 → 初動日数

- ・初動日数が最も短いのは年間対象者数 5 人以下であるが、年間対象者 5 人以上では対象者数が多くなるほど初動日数が短くなる傾向が見られる。

ある程度対象者をみているチームでは活動性が高くその結果初動が早くなっている可能性が示唆される。チームの活動状況を反映している可能性がある。

⑩支援対象者数 → 医療／介護引継

- ・この関係は注意を要する。医療／介護の引継率が最も高いのは年間対象者 5 人以下であるが、年間対象者 5 人以上では対象者数が多くなるほど引継率が高くなる傾向が見られる。

チームとしてあまりに多くの対象者を active な状態で抱えることは難しいため積極的に引き継いでいる可能性がある。すなわちある程度活動性の高いチームでは「支援対象者数」は「医療/介護引継」に対してポジティブに作用している可能性がある。

⑪支援対象者数 → 会議時間

- ・年間対象者数が多くなるほど、会議時間が長くなる。これはやむを得ない相関と考える。

⑫初動日数 → 支援日数

- ・初動日数が長くなると支援日数が長くなる。

支援日数が長いことは必ずしもネガティブな結果とはいえないが、逆に初動日数が短いと支援期間が短い傾向もあり、チームの活動性を反映している可能性がある。

⑬初動日数 → DASC スコア差

- ・初動日数が短い方が DASC の低下が抑制される傾向がみられる。

これはチームの介入が有効である可能性を示唆する。

⑭初動日数 → 医療／介護引継

- ・初動日数が短い方が医療／介護引継率が高い傾向がみられる。

これも意味のある結果と考える。初動日数の短さが活動性の高さを反映している可能性がある。

⑮DASC スコア差 → DBD13 スコア差

- ・DASC と DBD に相関がみられる。

認知症の進行に伴い行動・心理症状が目立ってくることを反映している可能性がある。

⑯会議時間 → 訪問回数

- ・会議時間と訪問回数に相関がみられる。

会議時間の長さは、チームの会議運営の稚拙さがもたらすことも考えられるが、この結果は対象者の多さが議論になる対象者が多いことと関連している可能性を示唆する。

⑰かかりつけ医連携 → 医療／介護引継

- ・かかりつけ医連携率が高いと医療／介護引継率が高くなる傾向がみられる。

これは想定できる結果である。

⑱医療／介護引継 → 医療引継

- ・医療／介護引継と医療引継には相関がみられる。

⑲医療／介護引継 → モニタリング

- ・医療／介護引継ぎ率が高いとモニタリング実施率が高くなる傾向がみられる。

これらの結果を総合的に考えると 5 つの項目と相関し 2 つの項目に影響を与える、「医療／介護引継」が重要な評価指標であることは明らかであり、またこの認知症初期集中支援チームの本来の役割から考えても重要な評価項目であることは明らかである。

また、これと並んで「初動日数」は 3 つの項目に影響を与えている。1 つは重要な指標である「医療/介護引継」であり、2 つ目はチームが介入した効果指標である「DASC」そして「支援日数」の 3 項目にポジティブに影響しており有用な指標と考えられる。

「困難事例への対応」は「かかりつけ医連携」を高め、間接的に「医療/介護引継」を向上させている可能性があり、これも評価指標として有用と思う。

「支援対象者数」は「初動日数」の短縮と、条件はつくが「医療/介護引継」に相関する。「会議時間」は延長させるが「会議時間」の延長は「訪問回数」の増加と相関するためにポジティブな効果と考えられる。総合的に考えると「支援対象者数」も有用な指標として取り上げる価値があると思う。

今回「今後どのような評価指標があるとよいか」という質問に対する自由記載でえられた回答を共起ネットワーク分析の手法を用いた解析を行うと、関連機関との連携とともに、「本人家族の評価」をとりいれる、ことに全般的な満足度や生活満足度をとりいれるとよいという結果がえられた（P.54 を参照）。

今後の課題として残るのは、これまで用いてきた家族の介護負担指標が使用しにくくなったため、評価項目に加えられなかったことである。今後有効な指標が開発された暁には評価項目として検討されるべき項目である。また、現場からの声では引継ぎ時だけではなくモニタリング時の評価も重要という意見があった。

今回は 5 つの項目を評価項目として提案するが、今後も検討を続けていければと考えている。

[資料編]

- ▶▶ 記述設問回答一覧（設問(2) 評価指標の項目候補、設問(1) H30 年度指標への意見）
- ▶▶ 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）

記述設問回答一覧（設問(2) 評価指標としての項目候補）

1	家族・介護者の満足度等(チームの介入⇒受診・認知症の確診断により、ご本人の状況を把握するが でき、ご家族が安心され適切な対応ができるようになったなどの例があるの)
2	初動から終了までの、本人や家族等の満足度等の評価
3	家族の不安・負担感の変化
4	医療機関以外の委託先では難しいかもしれないが、医療機関へ引き継いだ際の鑑別診断結果が分か ると良いのではないか。認知症の疑いがあり支援介入を行っても、鑑別診断結果が認知症以外（精神疾 患、神経疾患など）である場合や、内科や外科などの緊急度の高さから、専門医療機関以外の医療機 関へつながったケースも考えられるため、その結果も分かると支援介入時の指標になるのではないか。 またこのような調査は訪問支援のみを対象としているが、チーム員の業務として地域連携・普及啓発も挙 げられていることから、その点についてチームとしてどのように関わっているのかを回答する項目があっても良い のではないかと思う。
5	・初回訪問時に長谷川式簡易認知症テスト ・ザリット 8 に替わる介護者の負担尺度があれば良い。
6	評価指標 J-ZB1_8 は有料でないと利用できなくなったのではないですか？
7	モニタリングの結果を含めた評価ができれば効果がさらに見えると考える。
8	チーム員の活動内容について、サポート医からの評価もいただきたいが、ケースに関わった地域包括支援セン ターや介護支援専門員からの評価もいただきたい。実施した初期集中支援の結果は市民（本人やその 家族）にもっとも有用であることが重要である。その意味では Zarit8 は重要な役割を担っていたと思うが、 今回 Zarit8 がアセスメントツールから削除されたためその代替えとなるツールをチームごとではなく全国統一の 指標として導入することが望ましいと思う。初期集中支援の目標の 1 つに「早期診断」があげられているた め、認知症受診（特に鑑別診断に関するもの）の導入率も評価指標の 1 つになりえると思う。
9	・引継先の医療機関・介護事業所等（担当ケアマネジャーを含む）の担当者からの第 3 者的評価。 ・認知症サポート医からのプロセス評価。 ・支援終了後、医療・介護サービスの継続状況と本人と家族の生活満足度評価。
10	初回モニタリングにおける本人や家族の生活満足度について。
11	現状でも把握しなければいけない指標が多く、書類の作成が追いつかない状況。事務負担の軽減を図っ ていただきたいので、現状の評価指標で十分と考えます。
12	プロセス評価。モニタリングにおける医療・介護サービスの持続、インフォーマルサービスや地域での見守り体 制などの構築状況、本人や家族の生活満足度等。
13	全体の相談受付数から、実際に初期集中支援チームとして活動する件数
14	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人・家族の生活満足度
15	認知症サポート医からのプロセス評価と本人・家族からのアウトカム評価の総合スコア
16	引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第 3 者的評価のようなものがあればよいと思う。
17	初回モニタリングにおける支援状況の持続性や改善状況
18	市町村の方針にチームとして沿っているか。多職種・他の機関とのやりとり数
19	・訪問数（職種別） ・終結理由
20	本人とその家族の満足度を図る。実績だけでなくチームがどのような活動をしているかといった活動内容を 評価に入れる。
21	モニタリングにおける、医療・介護サービス以外の本人の生活状況。（満足度）

22	利用者・介護者の満足度
23	・本人の QOL や、主観的な満足度を評価する指標 ・支援終了後のモニタリングにおいて医療や介護サービスが継続しているかどうかの評価
24	チーム員の活動内容について、サポート医からの評価もいただきたいが、ケースに関わった地域包括支援セン ターや介護支援専門員からの評価もいただきたい。実施した初期集中支援の結果は市民（本人やその 家族）にもっとも有用であることが重要である。その意味では Zarit8 は重要な役割を担っていたと思うが、 今回 Zarit8 がアセスメントツールから削除されたためその代替えとなるツールをチームごとではなく全国統一の 指標として導入することが望ましいと思う。初期集中支援の目標の 1 つに「早期診断」があげられているた め、認知症受診（特に鑑別診断に関するもの）の導入率も評価指標の 1 つになりえると思う。
25	初回のモニタリングにおける医療や介護サービスの継続及び本人の生活満足度。
26	・主治医のチームに対する評価も必要。 ・家族の思いをくみ取った内容の評価と、対応に対しての評価も必要。
27	チーム員とそれ以外が業務した場合の違い。
28	本人の不安が軽減されたことが評価できる指標。 介護サービスだけでなく本人を理解し、支援する機関（人）の数の増加
29	チームの支援を受けた家族等からの評価があると支援を受けた側の評価がわかり良いのではないか。
30	一度の訪問や電話の所要時間なども、活動の評価項目になるのではないでしよか。
31	活動のプロセスを第三者に評価されることは、チーム員が支援の在り方に疑問や迷いを感じた時や、活動 を振り返る際にも役立つと思います。
32	・家族支援の観点から介護負担の尺度は不可欠。 ・引き継いだ後の治療効果やサービス利用での本人の変化等を把握する為、医療機関・介護事業所担 当者からの第 3 者的評価は必要と感じる。 ・対象者によって活動量に差があるため、活動量の評価には支援対象者数のみではなく支援した時間も 必要に感じた。
33	対象者が居場所や役割を持つことで、生活の質が改善したという指標は必要だと思う。
34	訪問の拒否や電話での相談対応も多いため、電話相談等（どこまでの範囲を含めるかなどの検討はある かもしれないが）もチーム活動に含めていけるとよい。
35	モニタリングの回数 関係者との連携（電話や面接など）回数
36	客観的な評価が必要であると思う。本人や家族がチームの介入によっての状態や環境による変化により評 価を得ることができないか。
37	チーム員の目標と本人・家族の目標に対する達成状況を評価する指標。
38	チーム活動の対象外と判断された件数。
39	・初回モニタリングにおける本人の生活の満足度 ・介護サービスだけではなく地域活動（認知症カフェやサロンへの継続的な参加、地域で本人、家族が 過ごしやすくするための地域ケア会議や理解力向上のための支援など）
40	支援困難なケースを対象としており、適切な介護サービスへのつながりは難しい場合も多い。地域の中の支 援者・理解者の増加、または、公的サービスだけでなく、地域の社会資源（カフェなど）につながることも評 価と考えたい。
41	公的なサービスだけでなく、地域での見守りや声かけ、ちょっとしたお手伝いなどインフォーマルな支援も評価 項目に入れると、地域のネットワーク構築につながると思います。
42	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人の生活満足度

43	初回モニタリングで対象者の状態像をアセスメントするのに DASC や DBD 等のアセスメントツールは有効だ と思うが、終了時の評価には使っていない。終了時はアセスメントツールよりも対象者の生活の質の向上や 生活の満足度の感じ方が大切だと思う。評価指標としては、支援チームが関与したことによって得られた支 援目標の達成度や在宅生活が継続できているのかも加えてはどうかと思う。
44	チームから見た評価の他、医師や本人・家族、引継先となる支援者等からの客観的な評価も有効と思 う。
45	医療・介護サービスの継続や生活の改善状況を本人、ご家族の聞き取りからの評価とサポート医やケアマ ネジャー等、専門家の評価を比較し、総合評価する。
46	モニタリング後の本人の生活満足度や医療機関、サービス提供者の評価があれば終了後の評価に繋がる
47	初回介入時に本人や家族の生活に対する意向を確認し、介入後その意向が反映された支援になってい るかどうか。また、意向に沿えないことがあれば、倫理的検討がどのように行われたか。
48	・地域包括支援センターや、引継ぎ先の医療機関、介護事業所等からの第 3 者的評価。 ・普及啓発活動の実績について（開催数や参加者数も含め）の評価
49	引き継ぎ先の医療機関・介護事業所等からの 6 か月～1 年後のケース情報を評価 困難事例でも短期間で終了できたケース、長期間で終了できたケースなどの評価
50	初回対応から終了時までの対象者の QOL の変化について評価。
51	サポート医に関して、連携を取った医療機関にも評価に相当するようなもの（点数化できるような）がある といいと思います。
52	介護者家族や、本人からの評価指標項目アンケート等、または、チーム以外の者からの評価
53	モニタリング内容の医療・介護サービスの継続状況・生活状況について本人だけでなく家族の生活状況の 満足度も測る指標があると良いと思った。
54	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続 ケースの依頼者である包括からの評価
55	初回モニタリング時の本人の生活状況、評価等。
56	初回の本人の自立度と終了時の自立度
57	いわゆる処遇困難ケースの対象者ばかりだと、対象者として挙げた部分のみしか評価ができない。包括の 仕事を重なる部分が多く、一定数は包括で同じようなケースを担当している。初期集中チームで対応したこ とが、評価できるかどうか、何が成果として評価できるのか、わかりにくいと感じる。
58	本人の生活満足度の推移、家族の介護負担感の推移
59	介入前後で本人の安心感が測れると良い。認知症の方に起こりがちな生活上の支障を項目にし、前後 で数的変化をみる。
60	・インフォーマルなサービス（家族による見守り等）による改善。 ・介護予防事業への参加等での生活改善。
61	事例提供をした地域包括支援センターや引継先の医療機関からの評価。
62	対象ケースの支援終了後に、各チーム員（専門職）とチーム全体としてのプロセス評価。
63	モニタリングにおける、医療や介護サービスの継続や本人の生活満足度など
64	医療機関や介護事業所・サポート医やご家族さんからの評価はあった方がよいと思う。
65	本人や家族からの生活満足度が分かるとよいかと思います。（家族が離れて暮らされていたり、どんな評 価指標が基準となるのが難しく感じます）
66	終了後、医療・介護サービスのほか、権利擁護事業へつなぐ支援を行うことも多いため、評価指標としてあ ってもよいかと思います。
67	モニタリングにおける、医療や介護サービスの継続や本人の生活満足度など

68	Zarit に替わる介護負担尺度は必要と考えます。抑うつや意欲の評価尺度があると良いのかなと思いま した（GDS など）
69	・モニタリング時点での家族や本人の医療・介護サービス利用の満足度、チーム介入への満足度 ・認知症サポート医からのプロセス評価
70	・モニタリングの都度、本人・家族の生活満足度の評価指標欄があると良い。 ・引継ぎ先の医療機関・介護事業所（担当ケアマネ）の担当者からの評価があると良い。
71	困難事例の具体的内容と対応方法
72	・初回モニタリング時の医療や介護の継続状況、本人や相談者の生活満足度 ・チーム員の主観にはなるが、状況変化（これまでのチーム活動実績データ内にある 7 段階の評価）
73	連携を図った医療機関、介護事業所、その他の関係機関からの第 3 者としての評価と介入終了後に本 人、ご家族からの評価。
74	引き継ぎ後、関連機関での経過がわからないので、第三者評価は必要と思われる。
75	周辺課題についての改善度を測るもの（権利擁護など）
76	支援後の ADL 等の維持の状況
77	DASC、HDS-R。介護者の負担軽減度
78	・家族の思いを聞き出すツールとして ABC スケールの使用 ・引継先の介護事業所等の担当者からの第 3 者的評価（今後の引継時の課題を明確にするため）
79	・市町の地域包括支援センターや、引継ぎ先の医療機関、介護事業所等からの第 3 者的評価。 ・普及啓発活動の実績について（開催数や参加者数も含め）の評価
80	認知症初期集中支援チームが活動する指標が曖昧。
81	サポート医の動向や会議が難しい状況でサポート医からは、コメントのみが多い。
82	・介護サービス利用状況、医療機関受診状況や本人の病状と生活状況の評価。 ・引継先の介護支援専門員の第 3 者的評価。
83	・医療・介護サービスが持続されているかどうか。 ・支援自体を引継先の事業所等が評価することは困難と考えられるため、引継の内容（質）を評価する 指標があると良いのではないか。
84	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続
85	認知症サポート医の評価指標
86	医療・介護サービスの持続や介護負担度合、生活満足度 等は必要な指標と感じる
87	依頼先からの評価。
88	認知症サポート医、医療関係者、チーム員等からの意見はとても参考になることがあります。
89	・困難事例かどうか判断するのは難しい。チーム員の主観的判断ではなく、統一した判断基準があるとよ い。 ・独居や同意能力が低いなど、対象と見込まれるけど、対象者として挙げられないケースの評価。
90	当事者からの言葉で「暮らしやすくなった」などの意見が聞かれると良いが、チームの評価指標としては現状 でよい。
91	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人・家族の日常生活における満足度 引継ぎ先の医療機関や介護事業所等の客観的評価（客観的評価は統一し、数字化されたもの）
92	・訪問時間 ・引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第 3 者的評価
93	初回モニタリングにおける医療、介護サービスの持続や本人の生活満足度は評価指標となりうと思う。
94	・チーム員会議に参加する職種

	・チーム会議の開催時間（所要時間ではなく、開始～終了時刻） ・チーム会議の具体的招集方法（定例であれば月何回か、ケースごと招集か）
95	ケースごとに認知機能や家族状況などばらばらで、何をもって良い評価とするかということもばらつきがあるため、アウトカム評価の総合スコアなどはいかなと思います。
96	・支援の継続性の評価（モニタリング時に介護・医療サービス等を継続的に利用できているか等を評価 ・地域との関わりの指標（支援が入る前後で地域との関わりに変化が出たかどうかを評価）
97	受診に向けての支援（医療機関への情報提供、受診同行など）
98	認知症対象者や介護者に対して、支援チームがかかわったことで良かった点や支援チームへの要望等を直接記入してもらえそうな全国共通のアンケート用紙があれば1つの評価指標となり、活動における具体的課題の抽出にもつながるのではないかとと思われる。また認知症対象者や介護者の直接的な声は、チーム員の質の向上にもつながると思われる。
99	本人・家族からのアウトカム評価指標が大切だと思います。
100	チームとして関わった対象者や家族の活動全体に対しての満足度。
101	まずは実績を作る。整理する。DASCを使ってみる。
102	チームの実働を知る第3者機関へのヒアリング（地域包括、行政、介護保険サービス事業所、かかりつけ医等）。これはチームもしくは行政が行い、段階評価と少なくともいいのでコメントで構成されるのが良いと考えます。
103	支援対象の属性（年齢、性別、同居家族の有無）
104	支援結果として、地域の見守り等での引継ぎとなるケースが多いが、その時点で人も環境も整っておらず、チーム員が介入した効果が不明であると感じている。引継ぎ後も改善が見られず、支援前と変わらないケースが多い。
105	単身独居や介護拒否案件など、困難度によって評価に差をつける仕組みがあると良い。市民への周知活動も重要な要素なので指標に組み込んで欲しい。チーム活動のチェック機能として、第三者や介護事業所からの評価があると良い。本人や家族、第一報を提供いただいた者からの満足度など。
106	初回モニタリングの状況やアウトカム評価等の事例の背景が見える項目も必要ではないかと思います。
107	・介護家族の介護負担が軽減したかを評価できるもの。 ・相談元を表すスコア。（チームがどの程度、地域住民・かかりつけ医に周知されているか） ・個別会議や地域活動への参加の回数（多職種との関わり、連携）
108	認知症に関する相談件数を表記する事で、うちチームが何件関わっているのかが分かる。チームの活動実績を入力する際に年齢だけでも入力したらどうか（チームによっては若年性認知症の方を支援するケースもあり今後、増加する事もあるため）。9月に実施したチーム員会議について予定と実績を入力したが月によって時間に差があり、回数・時間に表記してはどうか
109	初回モニタリングにおける本人の生活満足度
110	Zaritに代わる何かは必要かと考えます。
111	引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第3者的評価と本人・家族の生活満足度など。
112	引継ぎ先や把握ルートからの第3者的評価
113	訪問支援回数だけが支援回数ではないと思われます。電話や来所による支援回数評価。
114	3～6カ月のモニタリングでは、医療・介護サービスが入っても中止しているケースもあり、再介入した。
115	引継後の本人の家族の満足度、医療・介護サービスの持続・満足度
116	・対象者の生活満足度、介護者のQOL ・ケアマネや地域包括等第三者による評価
117	支援計画での目標の達成度

118	終了後にチーム員で引継ぎをするが、引継ぎを受けた所の第3者評価を行うことでより効果的な経過の比較ができるのではと思う。
119	引継先となる介護保険事業所や介護保険施設等からの家族評価を含めた第3者的評価についても重要と考える
120	チーム活動の工夫や成果など数値化しにくいものをどのように評価すべきか検討して頂きたい。 チームとしてはすすめてくても制度などの事情により待ちの期間が生じるため。
121	評価としては、担当していないチーム員からや一緒に関わりを持つ認知症地域支援推進員からの評価がよいのではないかと。
122	チームが関わったことにより本人、家族の精神的な安定が得られた満足度
123	医療、介護サービス引継ぎ後の継続状況。本人の生活がどの程度改善されたか。
124	本人の生活、QOLが改善したか
125	終結時に本人又は家族からチームに関するアンケートをとっています。アンケートを通じてチーム支援の評価やチーム課題、問題点を検討しています。
126	・チーム活動の実態や内容について評価される項目 ・終了後モニタリングにおける本人や家族の満足度 ・繋いだ医療機関や引き継いだケアマネジャー等からの評価（主観的）
127	初回モニタリングの時に医療や介護サービスが継続されていることが評価指標の項目に加わるとよい
128	「認知症になっても安心して暮らせるできるまちづくり」をめざし、早期診断や治療へつなぎ早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とするのであれば、早期の段階から、地域住民にアクションを起こすべきだと思う。 なので、社会地域社会の中での課題に解決・貢献しているかどうか、地域に生じた変化、対象地域以外に生じた変化など の項目を入れてほしい。
129	特異ケースが標準指標に影響したことを考慮できる指標。支援期間が6か月で完結しない長期化しているケースの要因についての評価
130	訪問、電話、関係機関との連絡回数等、支援期間、どれぐらい活動しているのか評価できると良い。
131	Zarit 8に代わる介護負担評価票で使い易いものがあれば示してほしい。
132	・家族からの評価 ・支援開始前と後での本人・家族等の総合な状況での評価（生活・医療・介護等の変化、改善状況など）
133	・家族の介護負担感の変化
134	・モニタリング時の医療・介護サービスの持続や本人の満足度 ・在宅か在宅外(入院・施設)
135	支援終了後の本人や家族の満足度評価
136	・情報把握元、関係機関の満足度 ・関係機関からの継続した情報提供、介入依頼の有無 ・介入にて引き継いだ資源の数、内容（医療・介護に加え、インフォーマルな資源も含む） ・介入後、継続して引き継ぎ先の医療、介護と関わりがあるか
137	引継ぎ先の医療・介護サービス提供者からの評価、課題(身体面・環境面・所見など)
138	家族支援（認知症の方への対応方法・介護者の会の案内・自立サポート案内など）
139	J-ZBI-8 以外に主となる介護者の心理状況を測る指標が必要。
140	支援終了後の医療、介護サービスの継続状況。本人、家族の変化、満足度
141	初回モニタリング入力における医療・介護サービスの持続や本人の生活満足度
142	生活に支障があるか？→改善されているか？

143	チーム会議の際に、「チームを活用してみてもよかった」という声がいただくので、チーム利用の経験がある地域包括ケアマネジャー等担当者からの第3者の評価も良いと思う。
144	医療機関や介護事業所等へ引き継ぎを行った後の評価
145	・本人（および家族）の生活満足度の、介入開始時から終了時（初回モニタリング時）の変化 ・本人、家族からのアウトカム評価（満足度や改善したと思うところ、など） ・民生委員や生活保護ケースワーカーなど、ケースに関わった関係機関からのアウトカム評価
146	・初回モニタリング時に医療・介護が継続できているかは、チームがどのようにつなげられたかの成果を反映する項目と考える。 ・具体的な評価指標としては表しにくい、本人・家族の笑顔が増えた、ポジティブな発言が増えた、家の雰囲気明るくなった等主観的な印象の変化を経験することがある。
147	家族や支援センター等の第三者評価
148	「本人や家族としての評価」、「医療・介護専門職としての評価」をそれぞれ簡潔に数字（1～5）段階評価やトレナージのような色分けで満足度をつけてもらうなどではどうか。
149	初回モニタリングの期間を3か月に設定しており、その後も一定の期間をおいて訪問し、状況を確認している。
150	インフォーマルサービスの介入の有無
151	評価指標として、訪問回数だけではなく、関係機関とのやり取りも加味されてもいいのではないか。
152	訪問回数だけではなく、連絡調整回数等も指標にはならないだろうか。
153	相談件数（人口に対して、地域別など）
154	終了日を確定した後、モニタリング実施までに状況が動き出し再稼働になるケースがある為、そのようなケースの場合の評価が出来るようになるとうい。 初期としての対応は1回2回で終了したが、その相談に対して、非常に有効的な助言等ができたことで、医療や介護サービスにつながることもある。このような助言等のみというケースのカウントが出来ない。
155	引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第3者の評価
156	次の支援につなげるために、対象者や家族等の支援に対する満足度を知るためのツール
157	介入後サービス利用につながらない事例もあるため、支援の結果として家族の介護負担度の変化をはかる評価指標
158	相談件数や対応件数（電話も含む）が評価対象となってもいいのではないかと考えます。
159	初回モニタリング時で、医療や介護サービスが継続しているかの確認。
160	モニタリングで、医療や介護サービスの継続の評価
161	認知症サポート医からのプロセス評価。（チーム員である医師の同行訪問）
162	サポート医や、家族からの評価も必要と思うが、どのように聞き取るかという問題もある。チーム員の活動に対しての自己評価などにしてもこれ以上書類等やるが増えるのは負担。
163	・市町村の方針にチームとして沿っているか。 ・多職種・他の機関とのやりとり数
164	家族の介護負担軽減の評価の新しい指標ツールがあるとよい
165	数的評価はわかりやすいが上記回答のように客観評価も必要と思います。
166	引継先の医療機関・介護士行書等の担当者からの第3者の評価。
167	・モニタリングにおける本人と家族の満足度や意識の変化 ・引き継ぎ先との情報共有や連携
168	初回モニタリングにて、本人・家族・引継ぎ担当者からの評価。
169	初回アセスメント、モニタリングにおける本人やご家族の生活満足度。現在の活動評価ではチーム活動評価が難しいと感じ、訪問支援回数を反映させてほしい。認知症ケースへの関わりは、心身負担が大きく、そ

	の点も考慮してほしい。支援チームが直営と委託とで業務負担がかなり異なるため、考慮してほしい。
170	長谷川式の点数の記入
171	チーム員である医師のプロセス評価、チーム員全体による評価（数値で表せるもの）があると良いのではないかと考える。
172	本人の生活の満足度などを数値で表せたら良いかと思う
173	評価の指標として適切かどうかはわかりませんが、充実度や満足度等、本人もしくは家族の思いや心の様子が介入前後で変化がみられると介入による評価につながると思う。ケースは少ないが、介入前後で表情の変化や落ち着きがみられ、明らかな変化がみられる人もいる。その事による家族の安定にも繋がっている事があるため、客観的な指標としてあるとよいように思う。
174	本人や家族の生活・支援などの満足度
175	初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人の生活満足度。
176	モニタリングを行った上で、「サービスが継続されているか。」「安全に生活できているか。」などの本人・家族の満足度と第三者の評価
177	本人の支援だけでなく、連携による支援も評価してほしいと思いますが、具体的な指標についてはよくわかりません。
178	家族の介護負担度ではなく、家族の介護力・サポート力の評価（同居人や身寄りの有無・老々介護など）があればいいのではと思う。
179	初回モニタリングにおける本人の生活満足度
180	・訪問まで至らず地域包括に繋いだケースや家族のみとの面談や、電話のみでの対応で関わり医療や介護につながり改善したケースもチーム活動の中で多いため、評価指標として入れてほしい。 ・認知症サポート医に繋がったか等、医師との連携についての評価項目が必要であると考え。 ・様々な関係機関（かかりつけ医、専門医、相談員、疾患センター、地域包括支援センター、CM、家族等）調整時間がとても多いため、主な調整者（チーム員）、調整時間等も指標に入れて欲しい。
181	医療・介護連携（情報収集・情報提供等）
182	専門医受診の有無と診断に至るまでの日数、専門医受診導入率。 家族以外の介護協力者の有無（ケアマネジャー、サービス利用施設職員など）、インフォーマルを含む関わる関係機関数。 終了後、1年経過した際の在宅生活継続の有無
183	・チーム会議で決定した支援方針や目標に対する達成度 ・インフォーマルサービスには繋がらなかったが関係機関と連携、ネットワーク構築などの見えない部分の評価
184	対象者把握ルートとなる、専門職や家族からの評価 対象者の満足度
185	アセスメントシートの活用状況
186	家族の負担感の評価がチーム活動の評価において具体的に評価できると考えている。もう少し具体的な家族の思いの聞き取りが大切であると感じている。家族の「こうしたらよかった」「もっとこうしてほしかった」という生の声に支援者が関わっていくうえで大切なヒントが隠されていると感じている。
187	医療・介護・地域の支援につながった結果、本人の生活満足度がどのように変わったのか。数値化しにくいものではあるが、指標として必要だと考える。
188	対象者数に占める困難事例の割合
189	入力困難事例が否かで介入のプロセスや効果が変わる状況より、ケース毎の困難ケースが否かに加えて上記評価に困難度が加わるとより状況把握が可能となると思う。
190	認知症サポート医からのプロセス評価と本人・家族からのアウトカム評価の総合スコアは必要と思います。

191	最終目標にたどりつけたか
192	・支援期間中の訪問回数 ・地域の社会資源の活用の有無
193	介護サービスや受診に結びついた時点で初期集中チームは終了しても、チーム員を包括支援センター職員が兼務しており、終了してからも支援を続けている。初期集中チーム以外のかかわりと捉えることになると思うが、認知症全体のかかわり数もあってよいのではないかと思う。
194	・認知症評価で HDS-R を加えて欲しい。 ・引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第 3 者的評価はあると良いと思う。
195	引継ぎ先の介護事業所からの第三者的評価はよいと思う。
196	数値としては表しにくい面が多いため、チームとして挙げる評価指標を挙げることは難しいが、研究として数値化することにはとても参考になる。
197	支援終了時には医療介護サービスの満足度がはつきりしないため、もう少し時間を空けて（例えばモニタリング時等に）評価ができると思う。評価は使い慣れた DASC・DBD・Zarit 8 でもいいと思う。
198	モニタリングの回数とモニタリング毎の、支援者（家族、事業者）からの安定的な生活状況の評価
199	・連携機関について ・支援同意者について（本人のみ、家族のみ、本人及び家族、口頭同意のみ等） ・家族状況（キーパーソンの有無等）
200	・自宅訪問以外の訪問（相談者や医療機関、役所、金融機関、近隣等）や関係機関との調整が重要となるため、連携に関する評価 ・相談者からの第 3 者的評価 ・活動を振り返って、チーム員の自己評価（独自で作成したシートを活用している）
201	何らかの質的なアウトカムがあると良いと思います。
202	・初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人の生活満足度（市） ・チームとともに動く地域包括支援センターの第三者的評価（市）
203	サロンなどの地域の社会資源の引継ぎ先への追加
204	実際には拒否で受診やサービスに繋がらないケースも多い。見守り支援体制を構築することも評価してほしい
205	・室内環境の整備をした場合、かなりの労力や人的配置が必要であるため、「その他困難であったこと 例 室内の整備環境 家族連絡・・・」大変さの思いを評価していただくことはできないか。 ・チームが関わったことで主治医に「認知症がある」ことをご理解いただけたことを、チーム員評価というよりも、主治医側に認知症症状の診断としてのご理解が深まらないか。 ・初期集中支援チームにつないだことで、総合相談で対応した場合に比べて良かった点を評価できる項目があれば良いと思う。
206	・医療、介護サービスの継続かどうかのモニタリングは必要。 ・本人・家族・チーム員以外からの第三者からの評価（例：民生委員等） ・認知症サポート医との連携指標（数的等）・具体的な連携内容のチェック項目 ・医療介護以外の引継ぎ先をその他でまとめず、具体的な項目で挙げてほしい（権利擁護等）
207	・介護サービスへ引継ぎができなくてもインフォーマル資源に引継ぎできた場合の評価 ・活動に対して地域や事業所、医療機関からの第三者的評価。
208	介護保険サービス以外の社会資源の利用の項目を分ける。
209	引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの評価指標（介護度の悪化がないか、受診を継続出来ているかなど）

210	支援終了後にモニタリングも行い、その後も確認するが、引き継ぎ先の第 3 者的評価もあると今後の活動にも役立つと感じる。
211	介護保険事業計画に、チームでの支援目標数を設定しているのであればその達成度。費用対効果（チーム事業にかかる支出を支援者数で割る）
212	実際は困難事例の対応相談が多いため、訪問を重ねたりするより、受診のアドバイスで終える場合も多い。困難事例対応に関する評価を入れてはどうか。
213	サポート医からの評価。匿名での支援が多く、本人や家族から評価をしてもらう事は難しい。本人や家族にご理解いただけるケースは少ない。
214	医療・介護サービスの持続や本人の生活満足度
215	・本人、家族からチームでの関わりを拒否された場合の扱いについて。 ・支援開始から会議まで期間が空く場合に早期に相談できると良い場合もあるのではないか。その場合の相談先があると良い。 ・チームとして関わるか、通常支援として関わるか、支援を半年を目途と考えると迷うケースが多い。（困難ケースが支援対象となる事が多い為）
216	1 ケースに関して費やす総時間
217	評価指標が増えることで、評価にかかる稼働（報告資料作成等）が増えることは好ましくない。
218	チームが関わった事により、本人の生活の質、生活の満足感、家族の考え方の変化など、点数では評価しにくい部分についての評価があれば良い。（現在の評価指標項目では、殆ど変化がなく、また、認知症の進行に伴い評価点数が下がっていても、認知症初期集中支援チームと一緒に今後の見通しを立てることができたケースでは、生活が安定し、介護者や本人の変化を感じるため。）
219	依頼者である地域包括支援センターからの評価が見たい。ただ、どのような項目が必要かは検討が必要。
220	本人の生活満足度
221	・本人の生活状況の変化。 ・初回訪問時の様子。所内カンファレンスやその時々目標。それにそってどう動いたか。 ・チーム員会議の活用。出席者同士による事例検討を評価基準につなげられないか。 ・事業利用者、医師からの満足度評価があっても良いかも。事業を利用したことが事業利用者にメリットがあったのか、もしくは利用しなくても支援に支障がなかったのかを評価する必要性があれば検討してもよいかも。
222	モニタリングにおける医療や介護サービスの継続状況。
223	引継ぎ後も医療やサービス利用が継続できているかなど
224	・地域包括支援センターとの連携状況：課題と考えている部分であり、情報共有の状況(打合せや連絡調整の回数等)を評価してもらいたい。 ・拒否の強いケースを対応することが多く、介入時の工夫により支援につながる事例も多いため、困難ケースにどれくらい対応したのかを評価してもらいたい。
225	独居の場合、近所の方やなじみの商店等のインフォーマルな部分の環境整備は欠かせないが、そのような方のストレス（ガス屋に壊れてもないのに何度も電話する等）を評価するツールがあれば活用したい。
226	BPSD により安定剤など処方ある場合、チーム活動により処方薬が減量されたなど、薬物治療の状況。
227	引き継ぎ先の医療機関・介護事業所等からの 6 か月～1 年後のケース情報を評価 困難事例でも短期間で終了できたケース、長期間で終了できたケースなどの評価
228	包括で対応ができており、チームの活動実績がないので評価指標について意見しにくい介入後の変化や状況、本人や家族、関係職種からの意見等の質的な評価が大切かと思う。
229	認知症サポート医等からのプロセス評価
230	生活が継続できているかを評価する。プロセス評価。

231	終了時の DASC・DBD が必要かどうか。短期間で変化が出ないことも多い。家族負担の変化（Zarit）はチーム員が関わることでの変化も大きいと感じる。介護や医療につなぐ視点だけではなく、地域につなぐ視点の評価。チーム員に認知症地域支援推進員がいるため、新たな活動に繋がったり、既存の活動に繋がったりすることができている。医療や介護に繋ぐのとは違い、地域につなぐには地域の方々への理解を求めていく必要があり、その方がパワーを使うこともある。
232	・訪問回数やチーム員支援会議の時間だけでは、初期集中支援チームの活動の実態を把握できない。 ・電話連絡や同行受診、多職種での連携等、幅広く活動しているが、実績に反映されていない。
233	認知症サポート医からのプロセス評価があるとより有効と考える。
234	引継先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第 3 者的評価。
235	・支援終了（引継ぎ）から一定期間（半年～1 年）経過した後の医療・介護サービス利用継続状況 ・支援終了時の本人及び家族の満足度（安心して在宅生活を継続できそうか等）
236	支援終了後の本人や家族の満足度また支援終了後の継続支援について
237	・総活動時間数 ・本人や家族からのアウトカム評価 ・引継ぎ先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第 3 者的評価
238	・サービス利用の項目では、支援中に身体的な問題で入院となり結果、入院が長期化し支援終了し引き継いでいるケースも多い。終了時に、サービス利用していない理由を記載が項目を選べたらいいと思う。
239	チームの活動理念として「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる仕組み」とあるように、在宅・在地域を維持した取組をみる評価軸があっても良いと思います。
240	家族力の評価、家族のできない部分の評価、チーム員支援後の家族の評価
241	家族からのアウトカム評価
242	本人や家族の生活満足度。家族の病識や活用サービスに対する認識の評価ができる指標項目があればいい。
243	数字以外の評価指標。 認知症高齢者へのアプローチの方法が適当であったかを評価する指標があればと思う。
244	活用できるケースに関しては有効な指標だと思います。
245	本人の生活の変化を評価項目に加える。
246	ケースによるが、当チームではタッチパネル活用の機会が多く、評価の指標になるのではと考える。
247	家族や本人の満足度
248	本人と家族の支援前後での満足度（初期集中を活用してよかったのかなど）
249	本人の満足度、家族からの評価は有効と思う。
250	①DASC や DBD は、介入時だけでなく、終了時にも行えたいと思う（状況の変化が可視化しやすい。実際に行うとしたら大変だとは思いますが...） ②効果的な事業のために、区や認知症サポート医から事業についてのアドバイスを受けたい。（個別のケースではなく、1 年を振り返って、全体を通した振り返りをしたい） ③把握日から 1 回目の会議まで 26 日～5 か月とばらつきがあった。早急な対応が必要だったケースなのかどうか？評価指標としてもよいと思う。
251	・本人の生活満足度を測定する場合、当事者（認知症）が適切な判断ができているか？の尺度を見極める事がもとめられる。 ・終了と判断した理由についての自由記載やキーワードの拾い出しができることよい。
252	家族からの評価、モニタリング時に繋いだ機関からの評価
253	本人や家族、相談者の満足度を知る

254	本人・家族の支援の必要性についての理解得ているか、チーム員の関わりへの姿勢に関する支援開始時と支援終了時の変化については、チーム活動の評価になりうると思われる。
255	・引き継ぎ先の機関からの評価を受ける ・家族や相談者、支援者の負担の軽減具合を数値化して評価する
256	認知症診断の有無・介護サービス利用の有無について、介入時と終了時の変化の評価指標は本事業の主軸となると考えるため、必要と考えます。
257	国の目指すところは 6/18 の大綱にて挙げられている、「認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成」「初期集中支援チームにおける訪問実人数全国で年間 40,000 件」「医療・介護サービスにつながった者の割合 65%」と思われるので、この進捗に必要な訪問実人数、終了時の状況の収集は必要だと思うが、質の向上のための評価については、把握方法、インテーク、アセスメント、支援内容、終了状況など項目別の指標や数値指標が必要だと考える。尚、回答例にあるような関係者に対するアンケートについて、チーム員自身が取得しなくてはならないような方法は、既に業務過多であるので避けていただきたい。
258	引継先の担当者からの評価は、活動自体の評価となるだけでなく、よい評価の場合はチーム員の活動のモチベーションにもつながると考えられるため、有効であると思う。
259	チームの介入前後で本人の思い、家族の本人に対する思いがどう変化したか。 介入時に立てた目標の達成度合い、課題がどれだけ解決されたか。
260	医療受診状況・介護サービス導入状況の介入時と終了時の比較。
261	・チーム員以外の第 3 者的な評価は必要に思います。 ・評価指標の基準に該当するかは分かりませんが、チームで関わり鑑別診断の結果、認知症の診断がついた割合を把握したい（精神疾患だったケース事例もあると聞いたことがあるため）。
262	モニタリング時の医療・介護サービスの持続や本人の生活状況も評価指標の一つになると考える。
263	市町村の方針にチームとして沿っているか。多職種・他の機関とのやりとり数
264	初動から活動目標に至るまでの期間で、チーム員が展開した支援プロセスの評価。
265	DBD に関しては前後の経緯が分かり認知症の指標として数値化が出来おり有効活用できているのではないかとされる
266	・認知機能評価について、当チームでは、医師が把握しやすいもの、その後の成年後見制度の診断書にも有効な資料となることから、チーム員が HDS-R と MMSE を実施しており、DASC など他の評価は使用していない。HDS-R や MMSE を加えて欲しい。 ・当チームは、医師の専門科に関わらず、認知症サポート医と連携するケースが多数ある。認知症サポート医と連携したケースであるかどうか項目を加えて欲しい。 ・独居高齢者の増加、家族関係の希薄さなど都会ならではの状況があり、当チームは訪問回数が多い。訪問回数も必要ではないか。
267	相談元からの終了時のチームへの評価
268	初期集中支援チームへ相談を依頼した機関が、チームの対応に満足したかどうかの第三者的評価。チームの介入前後の本人の QOL を図る指標。
269	本人の QOL の評価。医療、介護以外へ引き継いだケースがあると良い。健康状態についても前後評価が数値化できると良いとも思う。
270	認知症状が出てからチームへ繋がるまでの期間。DASC の評価が難しい
271	モニタリング時における、対象者および家族、関係者の負担増減度。
272	総括表には支援方針という形で、どのような方向でケースにかかわるか、簡単なコメントはあるものの、電話のやり取りや訪問をした後などに、その時点でケースに対しどのようにかかわっていかといった評価と計画が、なかなかなされづらいところがあると感じている。工程表ではないが、1 か月に一度のチーム員会議だけではケースへの対応が回りきらないところがあって、家族やご本人との接触後の「チーム員間の検討」は評価指標に反映させる必要があるように思う。

273	①本人、家族、相談者の満足度、②訪問回数、③引継ぎの内容、④かかりつけ医や専門医、引継ぎ先との連携回数や内容、評価
274	チームが介入後に本人の生活満足度の評価を確認する必要がある。
275	第 3 者的評価は直接かかった居宅介護支援事業所等に確認
276	本人や家族からのアウトカム評価、スコア
277	チーム員会議の回数
278	本人を取り巻く協力者の変化
279	対象者の生活背景は個々に異っており、また優先すべき課題も、身体合併症、家族の健康状況など 6 か月の期間の中でも変動がある。結果として入院・入所をはさんで円滑な支援につながるケースもあるため在宅継続、サービスの導入などの目に見える指標では判断できないものもあるのではないかと考える。初期集中支援では地域の中で、本人の生活を支えるためにチーム員が有機的に動き回ることが重要と考えるため、本人を取り巻く諸機関との連携回数なども評価されてもよいのではないかと。
280	数値としての「結果」も大事であるが、生活期では数値には示せない「経過」が大事だと思うので、初期集中支援事業における経過記録を発表しあう学会や介入しての経過集の様な冊子にするなどの方が、周りの専門職や市民は理解できると考える
281	終結時における、初期集中支援チームの介入した結果の家族や本人からの満足度
282	本人、家族の満足度は必要と考える。
283	認知症サポート医からの評価は必要だと思います。また、市からの評価も同様にあると、次回以降の活動に活かせると考えます。指標ではなくても、コメントでも良いと考えています。何をもって評価するかを数値化するのは難しいです。
284	家族等の相談者、引継後の医療機関・介護事業者、認知症サポート医からの評価は評価指標になる と考える。
285	認知症初期集中支援チームの活動についての本人及び家族の満足度。かかりつけ医や引継先のケアマネジャー等による評価
286	モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人の状況・生活満足度
287	・認知症になってもできる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けていけるよう支援できたかという評価として、在宅継続か入所・入院等かの転帰 ・初回モニタリングにおける本人や家族の主観的な当該事業利用に係る満足度（感想・意見等）、医療や介護サービスの継続利用状況
288	終了時・初回モニタリングの際の本人・家族の生活満足度
289	市町村義務として設置されている機能が、他システムに対してどのような波及効果が出ているかスケリングできるツールがあると良い 結局のところ、医療につながらないのはアウトリーチが足りないだけのことであり、受診しないのは健康意識が成熟してないことが個人因子であると思われるため
290	・介護負担尺度（Zarit 以外で） ・（本人・家族の）認知症に対する不安感 ・（本人・家族の）生活に対する不安感対象者の把握後、支援に繋がったかどうか（初期集中支援チーム以外の支援に繋がっている場合もある。その数は項目には反映されていない）初動期間については、チームの課題が浮き彫りに出来ると思われる。（他機関所属のチーム員同士だと日程調整がしにくいなど）医療サービスや介護サービスに引継ぎを行うことは本来の目標ではないのでは。ご自身やご家族の生活の再構築ができたかどうかの指標が必要。
291	インフォーマルな支援への引継ぎも評価項目として追加して欲しい
292	自己決定と自立支援を目的としているので、初期集中支援を実施することによってご本人の生活がどう変わったか、ご本人の気持ちを語ることができたか、病気に対する受け入れができたか、周囲（例えば介護者

	家族や地域住民）がどう変わったかといった質的なことが評価できるような項目があればよいと思います。 短期目標、長期目標の達成状況
293	評価できる指標があれば本人の生活満足度。在宅生活の継続率。
294	モニタリング時の DASC、DBD13、J-ZBL 8 の状況
295	チーム活用、連携を行う地域包括支援センターからの評価があるので、本来地域包括支援センターが担うべきとする相談支援上の課題や今後のチーム事業における課題抽出ができないかと考えます。
296	終結時の本人の生活満足度
297	モニタリングにおける医療・介護サービスの持続
298	家族の意見や評価
299	支援内容の評価の為、支援日数も評価項目として必要だと思われる。
300	早期発見、早期診断、早期対応の観点から、「MCI、軽度認知症と診断された割合、もしくは対象者数」（困難事例や中等度～重度のファーストタッチケースの支援もある程度は必要と思われるが、支援対象者の中での初期事例と中等度～重度事例の割合が指標化されてもよいと思う）
301	チームの「設置」が目的化しないように、その市町村における認知症初期集中支援チームの認知度、利用者や支援依頼者の主観的満足感も含め、その地の認知症施策における役割が何で、その遂行度がどうかについて検討する PDCA サイクルが機能しているかがアウトカムの様にも思います。
302	本人家族の満足度がうまく評価できたらいいが、正直な感想を得るのは困難と思われる。 第三者評価も、すべて確実に得ることは難しいので、偏りが出ると思われる。 訪問数と支援日数の関係などの評価 在宅継続者数などの評価 本人家族のストレス度の減少評価
303	困難事例該当、という項目があるが、必ずしも BPSD がきついかではなく、要因は本人の支援拒否、家族の支援拒否、家庭内の不和など適切な支援を受け入れない場合だと考えている。チーム員の主観ではなく、困難事例に対して、項目の分析が必要だと思われる。
304	・モニタリングが確実に行えない現状であり、（入院、施設入所、精神疾患であった場合）評価が充分でない現状にあると思う。 ・対象者はモニタリング時に DASC ほかの評価を行っている。終結前訪問では介護支援が充分入っていないためそこで評価をすることも違うと思う。成果を何と捉えるか ・困難事例か、拒否があるか、改善・やや改善・・・などの時点のどんな状態か分かりにくい。記入しにくいし、何に使うのかよくわからない
305	J-ZBL 8 だけでなく、支援チームに関する活動内容、家族からのアウトカム評価があっても良いのではないかと。 追加項目： 難事ケースの分類項目
306	半年間のゴールとする支援計画が、医療や介護サービスへつなぐものではない場合は、達成していても評価されがたい。認知症の人と家族の QOL の向上に資するかどうかの評価があるとよい。
307	J-ZBL 8 に代わって介護者の介護負担の変化を評価する尺度があればと思う。
308	初回モニタリングにおける医療・介護サービス持続や本人の生活満足度
309	連携先の割合（サポート医、かかりつけ医認知症対応向上研修修了者、かかりつけ医）
310	支援前と支援後のクライアントを取り巻く環境の変化、それに伴うクライアント、その家族の変化について評価が必要だと思う。
311	受診に至った件数や介護サービスに繋がった件数も指標としては適切と思われます。チーム員会議の開催数も訪問スタッフの力量により介入の質は変わりますが、チーム員会議で検討し支援や介入のための方法等を考えることで介入の質が変わってくると感じています。

312	医療機関や介護事業所等との連携状況 家族の介護負担の変化
313	本人・家族や連携機関からの評価や設置している自治体からの評価はあった方が良くと思う。それを共有していくことでより質の高いアプローチにつながっていくと思われる。
314	DASC や DBD13 だけでなく、簡易的に聞き取りができる指標が何かあるとよいが、すぐに思いつかない。
315	規模の異なる小規模自治体にとっては、評価指標の必要性すら疑問に感じている。
316	終了時におけるご本人、ご家族の生活満足度を図れる指標があると良い。 訪問の期間や回数、頻度など訪問の中身に対する評価もあると良いのでは。
317	全てのケースが、早く医療や介護に繋ぐことが必要（大切）という訳ではないので、支援のプロセスや本人・家族の満足度評価があるといいのではないか。
318	支援困難事例への対応とその結果の集計。医療機関との連携の実績（受診同行など）
319	介入前後での家族・本人の生活満足度の変化
320	第三者評価の導入
321	目標の達成状況の度合いをスコア評価されているので、妥当と思います。
322	チーム活動における当事者の評価が何らかの形で指標化されたもの
323	終了時の医療・介護関係者からのアウトカム評価など。

H30 年度 4 指標への意見（設問(1) 記述回答より）

1	ある程度の軽度者については包括支援センターの業務の中で対応せざるを得ず、初期集中支援を実施するには、それなりに重症度の高い人が実施の対象となるため、評価指標が示すように少ない対象者である程度の期間を要する支援が必要なものとして捉えています。
2	離島であり、認知症初期集中支援チームが活動する前に、関係各所による情報連絡会などで、十分対応が迅速にとれている。
3	評価指標を知らない。チーム自体はあるものの、対象者がいない場合は、評価についてはどうなのか。
4	チーム活動の実績が無く、認知症例の報告とそれについての検討会となっているのが実態であるため評価に至っていない。
5	引継の状況は評価指標として妥当性がある。
6	包括の通常の認知症支援の中で対応できるケースが多く、本事業を使うケースが少ない実情（H30 年度は実績なし）。
7	評価指標自体を知らず、昨年度の報告書を確認できていない。
8	4 項目のみで評価するのは困難と考える。
9	初動期間については、サポート医の日程を調整して会議を設定する都合上、速やかな開催が難しく指標として現実的でない。
10	チームとしての活動実績がないため評価指標自体知りませんでした。
11	評価指標としての項目について、妥当かどうかは分からないが、実績を報告する上での参考にはなるように思われる。しかし、基準がないので、この項目で良いのが悪いのが評価できない。
12	行政直営包括にチームが有り、実際に対処し、認知症疾患医療センターとも連携しているが、DASC 等のツールを使用していないために、支援チームとしての報告が出来ていない。
13	実績がないため分からない
14	DASC 評価「時々ある・頻繁にある・いつもそうだ」、DBD 評価「ほとんどない・時々ある・よくある・常にある」について、数量に目安がないため、記録者によってばらつきが生じる。介入前後の比較がしにくい。
15	評価指標自体を知らない、昨年度の報告書を確認できていない。
16	地域特性や委託先、業務形態（専従・兼務）など多種多様であるため、一概にはいえないが初動日数と引継ぎへの関連性など、一定の基準として定めることが出来るため、有用であると思う。 初動に関しては出来る限り早急な対応を行っているが、相談先からの十分な情報収集のもと統一した対応及びアプローチを行っている。介入前から情報共有を多職種で密に行っていることから引継ぎがスムーズであると認識している。
17	チームの活動について、受動的把握しかできておらず、市全体の認知症の方の実態を表しているとは言い難い。チームとしても労力がかかる割になかなか成果として現れないというジレンマがある。
18	対象者の選定基準（定義）が幅広いため、同じような状況にある高齢者でも、チーム設置機関によっては支援対象にしたりしなかったりという曖昧さがある。したがって、対象者数を評価指標とすることには違和感がある。
19	支援終了後、引継いだ後に関係機関からの対象者への関わりがなされておらず、モニタリングすることに難航したケースがあった。チームとしての支援が終了したことで、引継ぎ先が、自分たちが関わることの認識が薄くなっていたようであった。引継ぎ連絡票の今後の支援の方向性の部分は、具体的に細かい内容を記載する必要があることを感じた。
20	チーム活動状況の実態から考えて、評価指標となる項目が少なく、実態を表しているとは言い難く、違和感を感じている。
21	認知症初期集中支援チームとして活動しなくても、町内の認知症サポート医との連携ができていたため一

	定の支援ができていと思われるが、そういった活動が指標として表していないと思われる。認知症初期集中支援チームの対象者は、個別支援が必要な困難事例者が多いと思われる。その中、一定の指標を求めてしまうことで個別支援（介入期間など）が蔑ろにされないか心配される。前年度のアンケート期間中に活動実績がなかったため、評価指標について確認できていない。
22	訪問のみの対応でなく、電話、訪問以外の場所での面接（病院や包括支援センター等）も意義ある活動なので、それも活動実績数として認めてほしい。訪問だとご本人同席で相談しにくいところ電話等で家族と相談できることも多く、訪問のみの数で判断されるのは違和感がある。
23	初動日数の指標は初回訪問までの訪問日程の家族の都合や、他機関からの情報収集に時間が掛かる場合もあり期間にばらつきがでる。
24	DBD13 を評価指標として活用していなかった。今後活用するか検討したい。
25	チームとしての活動実績が無いため、評価できない。
26	活動実績が無く評価ができていないので、指標項目についての意見はない。
27	チーム員の活動実態（早期対応、支援の方向性、関わり等）が明確に見えるのでよいと思う。Zarit 介護負担尺度についてわかるものがあればよいと思う。終結のチーム員会議時に振り返れるのかもしれないが、支援の振り返りができる見えるシートはないものが。（本人、家族の思いまで入ったもの、など）②チームの初動期間は「機動性及び対応力」を示す指標として設定されているが、対応力を含む指標であれば、初動期間のみではなく訪問から引継までの期間についても評価すべきである。（困難事例該当ケースとの相関関係も必要になると思われるが）
28	評価指標項目をチーム活動にどのように活かせばよいかわからない。
29	訪問支援回数が「1～2 回」で終了する対象者は、総合事業の対象として実施している市町村もあるため、対象者数は大きく変わってくると思われる。
30	地域包括（支援推進員・チーム員兼務）に相談があった時点で、訪問支援を行い医療・介護につなげることができているためチームとして改めて対応するケースがない。
31	対象者が少なく、数値化しても評価指標の実感がない。評価指標自体を知らない、昨年度の報告書を確認できていない。
32	初動期間は対象者に気づいてからファーストタッチまでの期間が明確になり、初期対応を評価するためには必要な項目だと思います。
33	支援対象者が少ないため、全体の評価はできていない。
34	そもそもの活動件数が少なく、成果や評価の出来る実績や試行・工夫を重ねる場面に乏しい。
35	対象者が受診や訪問を拒否しており家族の協力も得られない場合は、医療や介護への引継ぎが困難であり、チームとしての支援効果が見えにくい。支援することにより本人や家族の生活における満足度が向上した、生活状況の悪化を防ぐことができたということも効果として捉えられる指標が必要。 地域包括支援センター職員がチーム員を兼任しているため、地域包括支援センターで支援をしてきた対象者については、チームとしての把握日の判断が難しく、初動期間が明確ではない。
36	すべて評価指標として妥当性があると思います。
37	総合相談での対応やその他の認知症施策との連携によりチームとしての対応は少ない。人口規模や施策の進捗状況から初期集中支援チームの活動実態だけで、認知症に対する地域での支援ができていのか否かは判断できないと考えている。
38	各評価項目については、活動実態を評価するに妥当性を持つものである。 項目の数についても、適切であると考ええる。
39	認知症初期集中支援チームの対象ケースとして支援を開始した。チーム員として訪問、面談、電話 連絡、サポート医、かかりつけ医等との連携を行ったが、支援経過の中で内科疾患が見つかり、終末期療養のための受診、介護サービスにつながったため、指標での評価はできなかった。家族背景や本人の状況から評価指標を活用できなかったケースで、医療や介護サービスにはつながらなかったものの、支援する中で関

	係性を築くことができ、モニタリングを継続しているケースがある。こういったケースのプロセス評価もできると良いと思う。
40	チーム活動の全体像を客観的に把握するために役立つ。
41	相談を受け付けたが、初回アセスメント訪問に至らなかったケースについて評価する項目がない。
42	地域性が見えない。
43	小規模自治体のため、チーム活動まで至っていない。
44	チームは設置されているが、実質的には支援した対象者がおらず、稼働していない。そのため、評価指標も活用していない。
45	チームとして活動実績が少ないため、評価指標をどのように捉えたら良いのか分からない。
46	チームとして関わる件数が少ないため、どの評価指標での評価においても、妥当性が低いのではないと感じている。市として課題に感じていた部分にチームとしてアプローチを実施し、個別事例の課題の解決等から施策にどう展開させるかを意識している。そのため、対応件数を増やすことは目的としていない。
47	全国的に評価していく項目としては、妥当な評価項目数と思う
48	評価指標となる項目が少ない。項目をもう少し増やすことでチーム活動の実態を把握できると考える。
49	評価指標自体を知らない、昨年度の報告書を確認できていない。
50	評価指標が少なく、実態を表しているとはいえない。
51	初期集中の実践上、DASC や DBD 等を実施することがなかなか難しい。独居であったり、認知症が進行して、取り繕い等があり、正確な評価が難しい。
52	支援対象者数や初動日数については、チームの活動における実績として明らかとなる部分であり、評価指標としては妥当性がある。認知機能面の低下は期間が経てばやむを得ない状況であり、Zarit の改善を評価指標として捉えることは有効だと思っていたが、著作権から使用がチームにゆだねられる状況であり、全国的な指標としては望ましくない。
53	初期集中支援チーム員として活動するうえで、参考になりました。
54	平成 29・30 年度の実績については認知症初期集中支援チーム活動報告活用プログラム（V3.1）で報告しただけで、チーム自己評価票の存在を認識していなかった。
55	妥当性があると思います。
56	支援対象が 1 ケースのみであり、活動の効果が評価しにくい。
57	地域によって高齢化率も認知症の人数も違う中で、対象者数で評価するのは妥当性がないと考えます。
58	認知症の初期段階でアプローチするため、初回訪問までに家族等との面接を繰り返す場合も多い。その場合は、初動日数を評価指標とするには違和感がある。認知症の評価指標として、サポート医との連携をとる上でも DASC は利用していない。市が発行している認知症ケアパスや長谷川式をメインとしている。
59	今回のような、評価の指標や全国平均値などが示されると、自己評価につながるが、地域差や関わる個々のケースの違いもあり、数値だけで判断しにくい部分もある。
60	国で推奨されていた評価様式（Zarit8）が、有料となり戸惑っている
61	チーム員の活動実態（早期対応、支援の方向性、関わり等）が明確に見えるのでよいと思う。Zarit 介護負担尺度についてかわるものがあればよいと思う。終結のチーム員会議時に振り返れるのかもしれないが、支援の振り返りができる見えるシートはないものか。（本人、家族の思いまで入ったもの、など）②チームの初動期間は「機動性及び対応力」を示す指標として設定されているが、対応力を含む指標であれば、初動期間のみではなく訪問から引継までの期間についても評価すべきである。（困難事例該当ケースとの相関関係も必要になると思われるが）
62	報告書を確認できていなかったが、自チームの現状を客観的に評価し、さらにチームの活動を充実させていくために必要な評価指標項目であると考ええる。

63	初動期間は、初回訪問時家族同伴が必要な場合が多く、家族が仕事など調整が必要なため、実態を表わしているとは言い難い
64	チームの活動実績がないため当指標を用いた評価が出来ていない。
65	初動期間については、チーム活動の工夫や成果であるが、全国的な位置づけを行う事については違和感がある。また、支援対象者や対象者についてチームが訪問を行うかについての判断は、初回のチーム員会議で検討しており、チームに相談した事例全てを支援対象者とはしていない（地域包括支援センターの通常業務の総合相談で対応可能な事例は地域包括支援センターへ戻し、対応している。）ため、この指標をチームの評価指標として全国比較されることに違和感を感じる。この指標に基づき、チーム活動の充実を図るというのが国の考え方であるのであれば、それに沿える地域の医療機関（特にチーム医）を確保するのは困難。
66	・評価指標として妥当性はあると思われるが、数値管理していくことが大変。
67	対象者数は評価指標となるのか。主たる支援者が、認知症の初期支援を行えるようになることが、目指すべき目標ではないか。
68	J-ZBI 8 の利用について著作権の観点から、各市町村で対応が必要となったことから、このツールを使用しないことも考えられる。実態把握につながるのかわからない。
69	対象者数も少なく、支援継続し終了となる方がいない事もあり評価しにくい場合もあると思う。
70	評価できるほどケース数がなく、評価ができていない。
71	地域差があるので、対象者数をとらえても数が先に見えてきて良いものではない。対象者により係る内容では期間を決めていても無理を感じてしまうケースもあると思われる。評価指数で活動を評価してしまうのは無理があると思われる。
72	評価指標となる項目が少ない。
73	支援対象者数について：松と竹の G の平均値の差が大きすぎ、そもそもの事業の枠組みが違い、特に最初のアプローチの手法がかなり違っていると思われます。同じ評価指標を使えないのでは？対象者選定のガイドラインを作成してほしい。 初動期間について：かなり前から把握していて、初期集中の実績として対象とすることもある。本当に緊急性のある場合には包括支援センターが即日訪問、翌日には課題解決している場合もある。そのような場合には支援チームの実績には上がってこない。そちらの方が件数は多く、チーム員は包括職員でもある。 Zarit：独居または介護者に対応力がない場合に支援チームにあげることが多く、回答者に理解力の問題がややある。 引継ぎ：医療または介護につながっていないのが原則であるが両方とも利用がありの方で近所トラブルを繰り返したり毎回ヘルパー介入時説得が必要なケースも支援チーム対象とした。
74	概ねチーム活動の実態を表していると思います。簡潔でよいと思います。
75	チームの稼働状況として、よく稼働できているのか、まだまだ稼働すべきなのかが分からない。支援終了について、中々受診やサービスに結びつかないケースが多く、どこで区切りをつければよいのか分からない。どこかに繋ぐまで...と考えると、基本的な支援期間の 6 か月以内では終わらない。支援期間が延びているケースをどのように評価すればよいか。
76	DBD13 について、独居の方からは聞き取りが出来ない内容が多く、初期の場合当てはまらない内容となっており本人への聞き取りには使用しづらい。
77	①の対象者数ですが、3 町村のチーム会議での実績はありますが、笠置町として初期集中支援チームで支援した方の実績は 0 です。しかし、チーム会議に出して初期集中支援の対象外となった方がおられたためそのような項目があってもいいのかと思います。（認知ではなく精神面での影響が大きいと判断されたため）
78	対象期間において活動実数がないため評価指標と照らし合わせることはできないが、平均数と比べて自チームの活動状況はどうなのか比較するものとしては良いと感じる。ただ、活動実数が少ないチームにおいては一つのケースが特別な場合評価が大きく変わるため、この評価指標で良いのかとは感じる。

79	支援終了したケースはまだなく、支援継続中です。そのため、評価指標としてはまだわからない状況です。
80	自宅訪問だけでなく、電話であったり、病院への付き添いであったり、様々な方法でアプローチをしているが、そういったものの評価項目がない。また、チーム会議以外のカンファレンス等、掛かりつけ医以外の他機関と連携をしていることも多く、その評価をすることはできないか？ なかなか数値化しづらいものとは思いますが、..
81	評価指標項目については特に意見はありませんが、各地域特性が市ごとに大きく異なる場合があります。都心部と地方での活動が数値だけでは正確な比較が難しいかと思っています。
82	事務作業の効率化を図るため、評価指標はできるだけ、簡素で分かりやすく、記入しやすいものが適切と考える。
83	評価指標の項目は現状ではおおむね妥当。 支援日数に電話連絡回数や医療機関等のやり取り等の支援実態を記入する項目がなく、詳細な実態を表せていないと感じた。
84	医療や介護保険等のサービス利用につながればということに加え対象者が安定して過ごせるようになったことが終結の指標となっている面があり、ケース終結までの支援日数が長くなっているように思われる。
85	J-ZBI8 の変化は指標としてよいと思うが、なかなかどのケースにも最初からとることができていない、途中（終了時）で実施できていないのが現状である。
86	稼働がないため、評価指標項目に当てはめて考えたことがなく、評価指標として効果的なものなのかはわからない。
87	平成 30 年度については初期集中支援チームとしての実績がないため、評価していない。
88	終了した後もモニタリング情報が多く、家族や関係者との電話や面接、訪問などさまざまな方法で何度も継続して関わっているケースも多い。 チーム会議や訪問だけでなく、活動として関係者との連携（電話や面接など）の活動も多い。
89	チームとしての活動事例が少ないため、回答しづらい。
90	対象者が少ない中で、評価指標による評価を行うと、事例の特性に大きく左右され、チーム活動の実態を反映できているとは言い難い。
91	引継ぎの状況に関しても、初動から終了までの期間はケースにより異なり、終了後の経過をモニタリングしていると評価指標として判断基準とすることに違和感を感じる。
92	対象者数の評価指標は、地域の実態を表現しているとは言い難い。
93	支援終了後、引継いだ後に関係機関からの対象者への関わりがなされておらず、モニタリングすることに難航したケースがあった。チームとしての支援が終了したことで、引継ぎ先が、自分たちが関わることの認識が薄くなっていったようであった。引継ぎ連絡票の今後の支援の方向性の部分は、具体的に細かい内容を記載する必要があることを感じた。
94	評価指標自体を知らず、包括の通常業務との住み分けがうまくできていない為、評価指標の妥当性について、判断しかねる。
95	初動期間については当市の相談体制により包括の訪問調整を待たなければならず、活動実態の評価になっているのかわからない。 J-ZBI8 について年度途中での使用できない点についてはこれまで評価指標として使用していたためきちんと使えるものを提示してほしい。当チームは購入し J-ZBI-8 を継続使用にし、評価していく予定です。
96	初動対応での評価指標としてツールを活用している DASC・DBD13 等はチーム会議でのサポート医への報告する評価スケールとして便利と感じている。受診後の鑑別診断で正式診断となる為、受診までに長期間かかるケース等に対しての一定の評価スケールとして上手く活用できるツールだと感じています。
97	チーム活動による成果として、③介護者の負担がどう変化したのか、④医療や介護サービスにつながったかという指標は必要と思います。
98	チームとして特化した取組みではなく、地域包括支援センターと行政保健師が柔軟に対応しているため、チ

	ームの取組み件数はカウントできない状況にあります。評価指標は、今後も確認させていただきます。
99	チーム活動の目的を考えると（安定した医療、介護につなぐ）、引継ぎは評価指標として必要性が高い。もう少し気軽に使える J-ZBI-8 のような介護負担の指標となるものがあるとよい。DASC は、項目が多く、初対面で本人への聞き取りが難しいことが多く、使いにくい。
100	活動評価指標項目に沿って支援対象者の状況を入力する作業をすることで、チームの活動を客観的に見ることができる。
101	標記指標は実態を表しているとは言い難い。＜理由＞①対象者数 全数の把握には至っておらず、認知症による症状での困難さを本人・家族は抱えながらも相談や把握に至っていない件数は実際にはあると考える ④引継ぎの状況 チームでの介入の結果、介護サービスにつながった場合は、引き継いだ介護支援専門員により医療との連携がとられていく場合が多いため
102	対象者数、初動期間は活動の評価指標として現状の確認が出来ると思う。
103	当チーム活動に「把握」が含まれていない点と、初回訪問前に関係機関との連携や家族やその他の人の同席の調整などの留意点が研修で示されており、②初動期間（把握から初動訪問までの日数）を指標目標することに違和感がある。③J-ZBI_8 は有料。有料のアセスメントツールを指標項目とする事に違和感がある。
104	客観的な指標を作成するためには妥当な項目だと思う。対象ケースの状況により、指標でのみ図れない場合があるように思う。
105	認知症初期集中支援チームでは、医療や介護につながっていない人への支援であるため、チーム活動の目標達成を示す「医療・介護引継ぎ」の状況は、チーム活動の評価指標として妥当性がある。
106	まだ症例数が少ないので比較、評価に繋がらないが数値として見られるとチームの活動評価の参考になります 規模やチームの活動形態が違う市町村間の活動を、標準的に見るには、数値のデータが分かりやすい。（対象者数は市町村の設置するチームの体制により異なるので、比較参考にはできないが、体制の見直しの検討材料になる）
107	DASC、DBD13 は使いづらく、25 項目チェックリストを多く利用している。
108	チームの序列を行うものではなく、現状確認のための活用ということだが、本市での対象者数が少なく、これをもって現状を確認することは難しいと感じている。しかし、指標があることは、自分たちの活動の振り返りができとても良いです。
109	対象者から相談等を受け、すぐに初期集中支援チームとして動くわけではないので、把握日から初回訪問まで時間がかかるケースもある。そのため、初動日数が長くなってしまうが、その間何もしていないわけではないので、違和感がある。
110	認知症疾患医療センターや市内開業の認知症サポート医と地域包括支援センターとの連携が円滑にできている為、認知症の疑いがある方への受診・診断などに関する支援ができていていると感じる。その為、認知症初期集中支援チームに関する相談件数・対象者数は少ない状況もある為、対象者人数での評価には違和感がある。 認知症初期集中支援チームに相談しても介入までの時間がかかってしまうと、適切な支援に繋がらない可能性も高い為、初動日数は評価指標として妥当性がある。
111	前年度までの調査票では終了時に「在宅」「入院・入所」「死亡」等あったと思う。そこで終了時にサービス利用に繋がらなかった理由が伝わるが、今回は「利用なし 0」と表示するだけでは関わりの評価に繋がらないように思う。 困難事例とは主観的な評価でしかないが、困難事例を多く扱う中、DSSC、DBD の共に終了時に高くなることも多く、そこをグループ 3 と低く評価されることに違和感がある。 独居であったり同居家族の理解や協力が得られないことも多く、介入期間が長期化することがある。長期化することが評価が低くなるという事にも違和感を覚える。チーム員としては多職種で、地域包括や関連

	事業者と最良の方法、方向性を探り引継ぎ先を検討している事の評価が見えない事が残念である。
112	①対象者数について → 対象者（支援依頼者）は自治体が行う他の認知症関連施策の状況に左右されることもあり、支援依頼の有る月と無い月の差が激しいことに留意してほしいと考えます。 ②初動期間について → サービス拒否をしている対象者は他者の訪問自体を良しとしないことが多いため、訪問に至るまでに家族や既存の支援者からできる限り情報を集めて周到な準備を行います。故に、『初動＝訪問』とのみだけ捉えることは現状に即していないと考えます。 ③J-ZBI_8 について → 使用する予定はありません。 ④引継ぎの状況について → 支援（アセスメント）の結果、医療や介護につなぐ必要性が無い case が少なからず存在します。対象者ごとの変化を数値化すること自体は理解しますが、『つながらない＝チームが仕事をしていない』と誤って評価される虞があるのではないかと危惧します。
113	市に委託されているチーム活動の実態から考えて、評価指標は実態を表しているとは思わない。 困難事例（ゴミ屋敷の独居生活者、生活保護受給者、家族がいてもかなり進行しているケース、行政等が関わっていても高度な認知症ケースなどなど）の評価が正しく行われていない。 ③のJ-ZBI-8（現在使用していない）の変化は見られても、DASC と DBD13 の介入時と終了時のスコア差は評価に繋がらないと考える。なぜならチーム員が介入し鑑別診断等に結びつけ介護申請等のサービスに繋がったらチーム員としては終了となり数か月後のモニタリングとなる。介入時アセスメントとしての DASC と DBD13 は意味を持つが終了時は実施していない
114	評価指標項目については必要事項についてポイントを押さえた項目となっていると感じる。
115	チーム員会議以外でもメールなどを活用してチームドクターと連絡調整しているため、評価項目に考慮していただけるとよいのかと思います。
116	包括支援センターとして、ずっと関わってきた人が認知症になった時に、初期集中支援チームとして動いた時との線引きが曖昧で初動機関の設定が難しい。
117	②初動期間ですが、把握後、情報収集を行い、1 W～2 Wでの訪問と考えてきました。しかし、家人から、相談はあったものの「訪問はまだしないで欲しい」と言われ、家人の来所までに時間がかり、本人への訪問までも時間もかかってしまった場合をどう評価するのか。③Zarit での評価をしましたが、先日使用にあたって、購入が必要と通達がありました。初期集中支援チームにかけるような困難事例が年に2件あるか、無いかの現状で、購入となるか不明です。Zarit 使用せずに観察、評価を実施することは問題無いとのことですが、どのように介護者家族の負担を評価していけば良いか。
118	初動日数・支援日数などは、チーム活動成果を表し活動量の評価を示すものであれば評価指標として妥当だと思う。活動成果の中に、対象の世帯構成（種類）も入ると地域の特性も一緒に評価できるものになると思った。
119	対象者が高齢のため、認知症の問題のみではなく、身体的・内科的疾患の重症化によって支援が中断するケースがある。その場合の評価が明確にはならないのではないかと。
120	チーム活動の成果を評価しやすい。
121	基本的に困りごとの解決をしていくので、DASC や DBD13 のそもそもの有効活用が難しい。また介入前後の変化なども都度本人の状況も変化するものであまり参考にならないと思われる。
122	初動日数や医療・介護引継ぎ状況については、活動実績の評価指標となり得るものと思われるが、DASC や DBD13 の活用に至っていないこともあり、評価指標とするには、難しい面がある。
123	初期集中支援チームで関わっているケースは、困難ケースが増えてきていることがあり、初動期間や引継ぎの状況など、実態を反映できないと感じる部分がある。
124	初動日数においては、対象者や家族によってあえて時間をあける場合もある。評価指標が実態を表しているとは言えない。
125	①④は評価指標として妥当である。 ②はケースの状況に合わせて、丁寧なアクセスを行っているため日数のみでの評価は難しい。

	③はスケールを前・後でとることができていないため、指標としての利用は難しい。
126	事業の評価指標を確認することで、成果や今後の課題を検討できる。評価指標として妥当であるかは、市町村ごとの地域性やチームの属性などによっても異なるため評価しづらいと感じる。
127	自宅訪問のみでなく、家族及び関係機関への調整、受診同行等の活動も評価できる項目が良い。
128	初動日数や支援日数は適切であったか、チームの振り返りをするために活用することが出来るが、支援やアプローチがどうだったか評価できないと感じる。
129	チームの活動として、何を評価したいのかを明確にして欲しい。数字だけでは個々のチームを評価しづらいのではと感じた。
130	一定の評価はできると思うが、この項目だけでは評価できない部分が大きいと思われる。
131	初動日数は多職種のチームで関わるが故に初動日の日程調整が難しい場合があり、各チームの構成やチーム員の状況などに左右されるため、短いことが良しと評価することはできないと考える。例えば、チーム員全員が同じ病院のスタッフであれば日数は短くなる可能性があるし、複数の機関で組織されていれば長くなる可能性がある。医療介護の引継ぎだけでなく、本人を取り巻く環境の改善も評価できるとよい。J-ZBI8 は介護者の負担をみる上で有用と感じるが、独居の場合、取りにくいことが多い。
132	前年度は活動実績が無かった(チーム発足までにいたらなかった)ので、「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」報告書を見させていただきました。評価指標項目に関してはこれで良いと思います。
133	稼働ケースが少なく、指標とどう照らし合わせていくのかまだ実感が無い。
134	チーム活動がなく、評価指標項目の認識がなかったが、このアンケートをきっかけに再度確認した。
135	評価指標を理解しておらず、昨年度の報告書が確認できていない。
136	活動の内容の評価について、活動期間や訪問回数だけでは表現しきれないことも多いと思われる。訪問時間が2時間かかることや30分未満で終了することなどもあるため。アセスメントや今後の方向性を本人や家族と検討する際には、訪問時間が長時間になる傾向がある。
137	チームの活動実態から考えて評価指標となる項目が少なく、実態を表していると言え難く違和感がある。
138	前年度から評価指標があることを知らなかったが、客観的にチーム活動の実態把握や振り返りをするためにも必要な指標と考えます。
139	初動期間が一度遅くなった時があり、そこから記録し始めた。必要な評価のポイントが分かって振り返りになる。
140	支援対象者との関係づくりに重点を置いているので、DASC 等の調査を行いにくい。
141	評価指標の活用までは至っていない。
142	評価指標については知らなかったが、自分たちの活動の実情が少し分かった。評価の妥当性ではない。
143	初動日数や医療・介護引継ぎについては介入時のチーム活動における連携を評価できるものだと思うので評価指標として妥当。しかし、継続的なサービス利用や医療機関への受診へ繋がっているかについての評価ができる指標があることが望ましいのではないかと。現状の項目では、一時的な評価のみしかできないと思われる。
144	支援対象者設定の基準に関する評価も必要ではないか。 地域包括支援センターにチーム設置されている場合、他の事業で認知症に関する相談や課題解決を行う事例が多く、チームの活動として展開されにくい印象。チーム員の兼務状況についても評価が必要ではないか。
145	初動期間が長いケースについて：ケースの見守りや、関係者間での事前打ち合わせを重ねていることが多い。初動期間が長い⇒支援が適切ではないというわけではない。初動期間のチームの対応速度の目安の一つにはなるが、チーム活動を適切に評価できているかどうかは分からない。

146	現時点の評価指標が良いと思う。
147	各チームで活動の濃淡が異なる中、共通して評価できる項目としては、妥当かと思う。
148	今年度、現時点では対象者がおらず、昨年度も２件だったため、少ない事例数での評価となることに不安がある。初動機関や支援日数は、それぞれのケースで事情があり、相談を受けてすぐの訪問が必ずしも良いのか、支援日数も短い方が良いのかは一概に言えないように思う。
149	サービスや医療へ引き継ぐことは、成果の表れのひとつと思われます。DASC 等の変化は、個人により差が大きいと感じていますので、参考にはなるとはありますが、いかがでしょう？
150	支援対象者の選定に用いる該当項目から考えた場合、評価指標の④がチーム活動の工夫や成果であるとは言え難く、活動実態を評価する指標としては違和感がある。
151	初動期間が一度遅くなった時があり、そこから記録し始めた。必要な評価のポイントが分かって振り返りになる。
152	昨年度は報告書の記入方法などを理解しておらず、昨年との比較が難しい独自のアセスメントを使用しているために、比較が難しい
153	初動期間や引継の状況は、活動評価として妥当だが、J-ZBI_8 は、介入後に著しく改善する項目ではなく、評価指標としてはあまり妥当とは考え難い。
154	介入時のアセスメント対象者とサービス導入・引継ぎ時のアセスメント対象者が違う場合があり、正確な評価が期待できない。
155	チーム内ルール（支援終了時期など）を明確に決めていないため、まずはそこからはじめないといけない段階。評価指標は項目も少なく記入しやすい。
156	初動日数が評価指標として挙げられていることで、今後の活動において、目標が設定しやすくなる。ただ、地域包括支援センターにおける個別相談での認知症の対応からチームへと移行する場合、どの時点を把握日とするのか判断に迷う。
157	初動日数は、家族の都合にもよるので、評価指標とするには違和感がある。J-ZBI_8 は、介入がうまくいったときに改善することが多く、評価指標として妥当性がある。ただし、独居の場合は指標とならない。チーム員会議は毎月開催しているわけではないため、「９月に開催した会議」と限定されると０件となってしまふ。また、チーム員会議をタイムリーに開催できないため、支援日数が長くなってしまふ。
158	専属で活動できるチーム員がいるところや当チームのように全員が他業務と兼務しながら活動するところなど各チームによって状況が違ふ。そのため初動期間は変わると思う。対象者側の都合もあるので、これは大まかな指標でしかないと思う。J-ZBI_8 はこれまでの本人との関係性や個人の感じ方によって違ふのであまり妥当性がないと思われる。チーム員活動以外に調査にはなんとか時間を作っているが、その報告書までなかなか目を通すことができていない。
159	チーム員の研鑽（研修参加）も評価指標とすることを検討する。
160	対象者数については、単に数が多いのが良いのか少ないのが良いのかに根拠があるとは考えにくい。また、対象者数を上げる目的で支援を実施しかねず、現場の負担が増大することが心配される。初動日数及び J-ZBI_8 等の評価指標は、自チームと他チームを比較するための指標として有益であると考え。
161	何を評価しているものかよく分からない。対応件数が多し程、優れているのかと思ってしまう。 当市のように、地域包括支援センター（直営）がチームを設置している場合、認知症に関する相談対応はチーム員活動でなくても随時行っている。そもそもチームを活用せずに解決している事案も相当数ある。評価するのであれば設置機関や体制にも考慮したものが必要なのではないか。
162	J-ZBI_8 については、使用が難しくなり、実施しておりません。介護負担を評価するものが他にあれば良いと思います。
163	今回のチーム自己評価を行ってみて、初動日数や支援期間、DASC の変化等を知ることができた。相談あればチームがスムーズに関われるようにすることに主眼を置いており、客観的に評価することができて良かったと思う。

164	対象者は年々増加しており、チーム員会議出席者の調整が難しい。
165	チーム支援開始の時点で周辺症状や家族・経済など内容的に総合相談で喫緊の対応が必要となり、ほぼ中断に近い形で終了し調査内容に反映しにくい。周辺環境（生活や家族）を含めた評価があればと思います。
166	住民の方や関係機関から相談を受けたケースについて、初動として包括支援センターが動き、状況確認した上で、月１回のチーム員会議にて検討等を行った上、初回訪問を行う形なので、実際、把握日「から初回訪問までの日数や、把握してから終結するまでの期間が長く係ってしまう。他機関のスタッフと包括とでチームを構成しているため、逐一対応は難しい。市町やケースによって把握日の決め方が異なると思うため、評価指標として設定するなら、明確な基準が必要ではないでしょうか。
167	評価指標はシンプルで、チームの状況をする上で適格に判断できる。しかし、その指標をもって、どのように判断していいかが難しい。例えば、対象者数が多いといいのか、引継ぎの状況が他市と比べていいのかどうかなど・・・)
168	評価指標としては、活動の効果を比較するものとして有効であると思うが、チーム活動の体制によっては大きく差がある。
169	評価少なく実状が反映されにくい面がある。 支援開始時に把握できなかった情報を、介入後に把握できたことによって DASC、DBD13 の数字が上がる場合があり、正確な評価がされにくい。対象者数よりも、支援を行った結果（本人、家族の満足度、生活の改善等）が、評価の指標として大切だと考える。
170	前年度までの調査票では終了時に「在宅」「入院・入所」「死亡」等あったと思う。そこで終了時にサービス利用に繋がらなかった理由が伝わるが、今回は「利用なし 0」と表示するだけでは関わりの評価に繋がらないように思う。 困難事例としては主観的な評価でしかないが、困難事例を多く扱う中、DSSC、DBD の共に終了時に高くなることも多く、そこをグループ３と低く評価されることに違和感がある。 独居であったり同居家族の理解や協力が得られないことも多く、介入期間が長期化することがあるが、長期化することが評価が低くなるという事にも違和感を覚える。チーム員としては多職種で、地域包括や関連事業者と最良の方法、方向性を探り引継ぎ先を検討している事の評価が見えない事が残念である。
171	ケースによって、難支援の対応やスムーズに進んだケースなどがある。そうしたケース対応の大変さも評価してほしい。
172	まだ始まって９月末の段階で３か月なので、何もわからない。
173	対象者数はチームの活動以外の市町村独自のサービスを利用することもあり、評価指標項目としては実態を表しているとは言えない
174	J-ZBI_8 は、家族の記入や聞き取りの際、家族が話し出すきっかけになると思う。
175	指標があると、自地域の活動の評価が出来るので今後も指標作成、統計をよろしく願います。
176	医療や介護サービスの導入については、チームの活動の成果指標として重要であると考え。 各指標において、全国の平均値が示されていると、自市との比較検討ができることから有用である。
177	項目数、内容ともに評価指標として適切である。
178	事例により様々な状況があるので、この評価指標でチーム全体の活動の評価をすることは難しい。事例がどのように変化したのか、個別の評価になると考える。
179	もちろんチームとしての対象者数が多いと地域により異なる部分もあるが、統一された評価指標があることのはいいと思う。また様式も統一されたものを使用することで評価の目安になると思う。
180	初回訪問で J-ZBI 等の評価指標ができないことが多く、訪問を重ねることで評価していくため、前後での評価指標の提出は難しい。
181	上記の評価指標項目でチーム活動の評価ができにくい。 J-ZBI については、関わってくれる家族がいない人であるため、スコアを取れないこともある。

182	初期支援チーム活動において介護者負担軽減は主な支援目標となるものであり、Zarit に代わる評価指標の検討が必要と考える。
183	医療や介護への引継ぎができたかどうかは、チーム活動の成果であるので評価指標として妥当性があると思う。
184	初動期間については、家族都合による延長の場合があり、その影響を考慮する必要がある。J-ZBI_8 で介護者の変化（本人への対応の負担感減・受入や対応できることの広がり）がとらえられる場合があり、著作権の問題がある「J-ZBI_8」に代わる評価バッテリーを整備してほしい。整備した上で、評価指標項目にも加えるとよい。
185	人口が少ないまたは対象者数が少ない。調査期間が 4 月～9 月末の 6 カ月間を評価指標とするには少ないと思う。1 年間とした方がよいのではないか。
186	介護者の介護負担度の評価は重要だと思われます。認知症ケアは介護者である家族に対するかわりも重要で、本人の気持ち落ち着くかどうかは家族の関りの仕方でも変わる場合もあります。初期集中支援チームが介入し、介護者へケアの方法の助言や傾聴、声かけなどにより、介護者の負担感は軽くなった、という感想をいただいているので、介護者の負担尺度の評価はチームの有効性の評価にもつながると思います。
187	困難事例を対象者とするかどうかに迷いがある。介護負担を示す J-ZBI_8 は支援の前後の変化が表れやすいので評価指標としてよいと感じる。相談を受けアセスメントした時点ではまだ医療や介護の必要性がない状況で支援を続けるなか、状況が変わり支援チームの対象とする場合、把握日から初回訪問での初動期間が長くなってしまふ。初期集中支援として 6 か月の関りの中で支援につなげることが難しいケースの方が多く、ケースの対象とすることに戸惑いを感じる
188	評価指標を知らないのではとも言えない。 チームの在り方（職種、人数、対象の把握の仕方等）が、地域、チームによりさまざまであり、そういうことが自己評価にどのように反映されるのかと疑問に感じる。
189	評価を数字で表すのではなく関わりの内容が重要と考える。
190	相談が入り、すぐに総合相談で介入するため、チーム活動が少なく、評価指標となる項目に値しないため、実態を表しているとは言えない気がしています。
191	現在、本人の意向に沿った生活支援、地域（認知症カフェ、公民館）への引継ぎが多い。このように、医療・介護サービスの制度以外の引継ぎをどう評価するのか。 訪問や来所での支援回数だけでなく、電話での支援や他課、他機関との連携をどう評価するのか。 初動期間を把握から初回訪問の日数としているが、初回訪問までの関係機関からの情報収集や本人、家族との連絡調整などで初回訪問までに時間を要す場合はどう評価するのか。
192	支援終了後の DASC 聴取が必要であるのか、介入後に数値の改善があったとしてもチームの評価となるのか。また、人間的にもハードである。 J-ZBI は使用できなくなったとの伝達を受けたので使用していない。
193	チーム活動の現状を客観的に評価することは、チームが活動する上でモチベーションの向上にもつながり大変助かります。気になる点として、この指標はあくまで参考基準であり、数値だけで容易に評価判定することは、現場での「支援の質（実態）」と本評価は必ずしも一致しないという共通認識を前提にした上で評価を共有することが望ましいと感じます。現場の支援では「あえて介入しない」「あえて静かに見守る」「今はサービスにつなげるタイミングではない」と言ったような判断をする場合があります。数値で表れない部分こそ「当事者目線での支援」があると感じます。そのあたりをどのようにバランスを取るかが数値評価の難しいところだと思います。
194	評価指標に対するフィードバックができていないため、妥当性の有無が判断できない。 使用中のシステムが著作権の問題で DASC の使用できなくなり評価ができなかったため、独自のツールを使用した経緯があり、入力できていない項目があり、指標としての妥当性に欠けている。

	チーム活動の実態から考えて、評価指標となる項目が少なく、実態を表しているとは言えない。
195	対象者把握の状況によりチームへの依頼件数が変わるので対象者数のみで実態把握することは困難な印象がある。初動期間について把握することは良いと思う。しかし、チーム員が他の業務との掛け持ちであるのか、緊急対応が必要と判断したうえで、対応するまでに期間を要したのかなどの把握が必要ではないかと思う。
196	チームの設置状況に応じた評価ができるとよい。（地域包括支援センターや医療機関等、チームの設置場所が様々あることや、管轄範囲が異なること等、チームに応じて設置状況にばらつきがあるため、それらの要件別にクロス集計で評価できればよい。）
197	評価指標を活用して評価を行ったことは無く、今回入力した事でチーム員としてどのような動きが必要かを改めて整理したいと思った。 終結の判断はチーム会議で協議するが、評価指標にはサービス利用、認知症受診の項目があり、様々なケースに対応していく中で、この項目が増えていくのではないかと推測する。
198	初動までの期間などは、医療機関委託で運営しているチームとして初動まで時間がかかっている認識があるため、活動目安とすることができ有意。 先進的な取り組み紹介も大切だが、委託種別ごと（認知症疾患医療センター単独、もしくは医療機関単独）で持っているチームの具体的な取り組み紹介をしてほしい。
199	回答例にあるように、「チーム活動の実態から考えて、評価指標となる項目が少なく、実態を表していると言いたい」に同意である。
200	依頼が入る包括によって、依頼ケースに差があり、評価については違和感がある。引継ぎについても、介護保険の認定ができたところで終了となるケースと、着地点が曖昧なケースもあり難しい。
201	まだ、報告書を確認できていないが、業務の参考にしたい。
202	事業としてどの項目を評価指標として報告しているかは知りませんでした。
203	DASC は、最後に再チェックできる人だけに限られた指標になってしまいます。
204	J-ZBI_8 について・・・チームの支援が入ることにより介護者が自分の介護負担について自覚するようになったり、負担感を素直に表出できるようになったりする、それによって反って数値が上がるという例が複数あり、支援の実効性が数字に反映されないと感じる。 兼務であるので、同時に何人もの支援が難しく日程調整がうまくいかないことがある。
205	医療・介護サービスへの引継は、チームの目的でもあるので、評価指標として妥当性がある。
206	J-ZBI_8 は独居高齢者や認認介護者等が増加している中で、実施することが年々難しくなっている。しかしその反面、介護者と同居していたり介護者からの確な聞き取りが実施できるケースにおいては、介護負担度が明確になるため活用できる。
207	支援者数は多いが、すぐにサービスに繋がるケースは三職種で対応、繋がりにくいケースをチームで支援しているため支援期間が長期化している傾向にある。しかしじっくり関わるため関係性を構築でき必要な医療機関やサービス等へ繋げることができている。
208	J-ZBI_8 はとても良い指標だと思うが、購入制になる等の煩雑さに抵抗を感じた。
209	医療介護引継状況については、活動の成果として、評価指標としての妥当性がある。
210	数ある認知症ケースの中からチーム支援が特に必要なケースを選んで実施している。単なる実績評価としての対象者数の評価には違和感がある。介護者のいない独居で身よりのないケースも多いので、J-ZBI_8 だけではなく DASC での評価も必要ではないか
211	自治体によって運営状況や体制が違うので、あまり意味をなさないと感じる。
212	評価指標自体を知らない。 対象者数での評価では、高齢人口が多いところが高く評価されるのではないか。高齢者の人口比での介入率評価の方が良いのではないか。
213	活動が手探り状態で、支援経過や記録が不十分だった。

	この評価シートを参考にすべきことをまとめ整理していく。
214	初動日数や医療・介護引継ぎなどは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指標として妥当性がある。本チームは支援期間を６ヵ月とすることよりも、医療や介護への引継ぎを重視しているため、引継ぎはなされているが、支援期間が長い結果となった。また、長い経過のなかでは、スコアが平均以上に落ちていた。
215	対象者の状況の変化と評価指標が一致しない場合がある。
216	対象者数は、地域の背景に影響を受けるものでチーム活動の評価には直接的にはつながらないのではないかと考えます。参考にはなるとは思いますが、他の指標は評価指標になると考えますが、少ない量でいいので各ケースのコメント記載欄があると実状が把握できると考えます。初回訪問後に緊急入院となったケース、認知症ではない可能性が高くなり終了となったケース等、数字では評価できない部分があります。 ③に替わる新しい介護負担尺度の開発をお願いしたいです。現在は別の負担尺度（項目が多いのが難点）、うつスケール（介護うつになるケースがあったため）を考えています。
217	評価指標自体を知らない。利用していない。
218	これまで、Zarit 8 による介護負担尺度が介入前後で明らかに改善しており、チームの介入が介護負担の軽減につながったと評価できていた。が、今後は使えないということなので、新たな評価指標を活用したい。
219	初期チームが介入しても必ずしも評価が上がるものではなく人と環境の変化により、症状が進行することを感じている。確認する要項が細かく同じ支援は不可能である中で、評価指標の内容についても疑問がある。(ないのかあるのか答える等)チーム員同士同じ内容をヒアリングしても評価の違いがある。
220	支援対象者がなく、試作のチーム活動の評価指標項目にあてはめることができない。
221	初回訪問日数は少ないに越したことはないが、支援対象者の多くが「拒否感」をもっているため、慎重に訪問のタイミング等を見極める必要がある。そのため、「日数」での評価には違和感がある。介入時と終了時の DASC 等スコア差は、介入時にスコアを取れるかなどの困難さはあるも、評価指標としては説得力がある。長谷川式でアセスメントしている場合に評価されないのか。療/介護への引継も説得力のある指標と考える。しかし、ケースによってはどちらか一方であったり、成年後見人に引継など様々なパターンがあることを考慮した指標とすべき。
222	チーム活動の実態から考えて、評価指標の項目が、実態を表しているとは言い難く、違和感があります。チームに依頼する事例は、医師の意見が欲しい場合や包括が介入しても動かない、いわゆる困難事例が多いので、昨年度項目ではしっくりいかない気がします。
223	対象者数は評価指標として重要かと思うがスクリーニングを行っているチームや新たにスクリーニングを取り入れたチームもあるため評価や比較が困難だと思われる。引継ぎの状況は対象者によって良し悪しがあるので評価指標として妥当か疑問がある。
224	評価指数項目だけではケースによって評価の差が大きくなってしまったため、初回訪問に繋がらない事もあるケースの把握と対応したケースの相談件数を上げてはどうか
225	初動日数や医療・介護引継ぎなどは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指数として妥当性がある
226	MCI レベルの方では、サービスへの導入が難しい事が多く、認知症の症状が進むにつれ、サービス導入につながる傾向がある。また、転居や入院にて、サービスへ繋がらなかったものもある。在宅支援を少しでも長く考えると、家族の就労も理由に上がるが、全体的に介護力低下があり、サービスの導入は必須と考える。
227	チーム活動の実態から考えて評価指標が少ないと感じる。評価指標となる項目以外の項目を合わせて総合的な判断が必要だと感じる。
228	チーム活動評価指標があることを今回知る機会となった。市区町村のそれぞれの置かれている状況によって差があると感じる。
229	この評価指標だけでチーム員活動を評価することには違和感があります。チーム員の活動の中には数値化出来ない支援内容もあるのではないかと感じております。

230	評価指標項目は妥当性があると思われるが、日数や点数など内容が子細にわたるため負担が大きい。
231	対象者を把握した時点ではチーム介入の必要性がないが、時間が経過してから課題が発生するためケースも多いため、初動期間が長くなってしまう。
232	数字だけでは、それ以外の分からない部分の大変さが見えてこない。
233	実績がすぐないため評価しにくいのが現状です。
234	ケース依頼から初回訪問までの日数は去年より短縮された。 専門医または医療に結び付くよう努力している。
235	チーム活動の目安、目標の一つになると思う。
236	把握日から初動に関してですが、家族から相談を受けていても、まだ実際に仕事をしていたり、本人の病識について、主治医からの説明を待ってからの初回訪問となっており、長くなっているケースもあります。初動日数が評価指標となるのであれば、どこを把握日としたら良いのか悩みました。初期集中支援チームの対象としたケースに関しては、関係者が集まって情報を共有することから、適切な医療やサｰビスに繋がっているの、大変有意義なシステムとして活用しています。
237	初動期間を初回訪問日までの期間とすると、それまでに行っている電話での情報収集やケアマネ、地域包括支援センターとのやり取り等必要な準備がある事が軽視されているように感じます。
238	チームの設置機関(包括、病院、行政など)により、相談の把握や活動の仕方が違うと思うので評価はしにくい
239	対象者 2 名に対して初動期間は半年～ 8 か月。評価様式としては、早期の段階で直接本人、家族へ確認できる内容ではなく、ある程度関係性や家族の理解がないと確認しづらい内容だと感じる。ただし、評価としては数値化して比較しやすいところはある。
240	昨年度チームをはじめて発足したばかりであり、まずは目の前の 1 件に取り組んだので評価指標との比較は行わなかった。
241	初期集中支援についての初動日数や引継状況においては、当チーム活動においても重要視しており、評価項目として適切と思われる
242	この 4 項目については妥当と考えるが、各区市町村の人口動態により対象者数は差が大きいと考える。そのため、純粋な対象者数だけでなく、人口〇人あたりの人数などの表記もあってよいかと思う。
243	初回訪問は 2 週間以内に行くように心がけている。チーム員同士のスケジュール調整が難しいので、定例会後に初回訪問日を決めるように意識づけができて良かった。 対象者数で評価するのはどうかと思う。件数が多ければ良いのか？支援内容の問題であると感じる。 J-ZBI_8 については、初期集中支援チームが治療を行うわけではないので、必要なのか？ DASC において b と c が変わるだけで 20 点の差が出る。DBD13 のみの評価でもよいのではと感じる。 支援対象者が夫婦で認知症の場合、とれないこともある。引継を行う際も、J-ZBI_8 で伝えるより、支援時のエピソードで伝える方がより分かりやすく伝わっている様である。
244	全国平均では年間に 13.4 件となっているが、実際は活動ができていない。評価の仕方が実態と合うのか？は疑問が残る。
245	チームの活動量、機動性、対応力、効果、目標達成という事項が、活動の流れとして関連性があり、指標となるのであれば、妥当であると考える。
246	地域包括支援センターに初期集中支援チームを委託しているので、把握も初回訪問も同じ職員が行うことになる場合が多く②初動期間は意味がない。 チーム員としての訪問をするための準備(本人・家族などに連絡するための電話や郵送、かかりつけ医へのあいさつなど)にも時間がかかり、この活動評価指標項目では、活動実態を表しているとは思えない。
247	自己評価と平成 30 年度の全国平均を比較すると、当チームでは、拒否の強い多問題を抱える困難事例が多かったため、初動日数に時間がかかり、医療・介護の引き継ぎが少なかった。困難事例の場合、その後も包括として相談にのったり安否確認をしている。いずれ時期が来たら何らかの支援につながると思う

	が、すぐには評価に反映されないことに違和感がある。
248	医療・介護サービスに繋がったことで、終了前のモニタリングでは DASC 他チェックをしていませんでした。評価に必要であるならば、これからは実施します。
249	設置自治体の環境や、チームの属性・対象としているケースなどにより、支援件数などはかなり開きが出るため、チームそのものを平均化するのは困難だが、与えられた情報でのチーム活動の評価指標としては、妥当である。
250	指標を次年度の活用にいかにせるまで分析できていない。
251	DASC、DBD をとっていないためスケールでの評価はしていません。
252	支援対象者情報の対象とする期間が短く、実態把握に反映されない事例がある。
253	・認知症高齢者は支援期間中に心身状態悪化する場合もあり、スコアや初動日数など数値だけで活動効果を総合評価するのは難しいと思われる。
254	J-ZBI_8 は購入が必要であり、別の評価指標となるものがほしい
255	チーム会議の日にちを固定しており、支援対象者の決定に時間を要している（タイムリーな支援ができていない）。その結果、初動が遅くなる。 ケアマネジャーに引き継ぎ、チームとしては一旦終結となった。しかし介護保険サービスの利用へと繋がらなかったり、サービス利用開始しても継続できていなかったりする現状がある。
256	チーム活動の実態から考えて、評価指標の項目が実態を表しているとは言い難く違和感がある。地域包括支援センターの総合相談等として対応しているケースも多く、明確にチーム活動として計上できないケースが多い。
257	ケースの把握日から初回訪問までの期間を「初動日数」としているが、対応は訪問に限らず、電話や来所もあるため「初動日数」としては言い難い。
258	項目数としては妥当だと思う。
259	指標により全国平均と比較できるのはよいが、ケースの状況によりどうしても初動期間や支援期間が特異的に長くなるケースがある。対象母数の少ない市町村ではそのようなケースは外れ値として評価指標に大きく影響されてしまうことが考えられる。
260	評価指標自体知らなかったが、報告書を確認したが、対象者が少ない現状もあり、評価項目には疑問を感じた。さらに度数で表記されると理解できない。
261	家族の介護負担、対象者の行動・心理症状はチーム活動の評価指標として見ていけると良い。対象者数はチームの設置状況（兼務や配置人数等）や設置されている地域の状況によってかなり差が出てくると思われる。
262	調査対象期間が半年で、今年度前半の対象者の受理が少なかったので、評価になるのか疑問があるが、評価票を記入することで自分達のチームの活動を見直すことができた。
263	③はコストをかけずに使いやすいものにできたらいいと思います。
264	評価指数を把握できていなかったが、チーム活動の評価は①～④だけでは足りないと思う。
265	J-ZBI の使用ができないため、そのツールに代わるものが欲しい。評価指標がそもそもしっかり理解できていない。
266	本人、家族や関係事業所等と電話での相談支援や連絡調整に時間を割くことが多いが、電話対応での実働が評価として反映されていない。 評価指標項目自体は知っているが、それぞれの項目が何に対する評価なのか、いまいち分かりにくい。
267	支援過程と結果が大切であり日数や件数での評価はそぐわないと感じる。 評価指標自体を把握していなかった。初動期間は個々のケースによって違いがあるため評価指標になるのは疑問がある。
268	初動日数や医療・介護引継ぎ等は、チーム活動の評価指標として妥当性がある。

	調査自体はあまり把握出来ていなかった。
269	初動期間はケースバイケースであり、あまり評価指標としては適当とは感じられない。③の指標が使用できなくなると聞きましたが、代替できるものがあるのでしょうか。活動の実態から、初期集中に費やす時間も少ないことから、他の評価項目もあって良いのではないかと思います。引継ぎ状況では、医療・介護サービスのみでなく、インフォーマルでも何らかの支援につながったことは指標になると思う。
270	チームの活動を評価するうえで指標項目が上記の 4 点であることを把握していなかった。
271	チーム活動の評価指標を活用していない。
272	DASC を評価指標としているが、介入当初の状態像の把握がしきれず、点数化できない部分がある。終了時の評価と比較すると、悪化することが常であり、比較する意義があるのか疑問に感じることがある。市により対象者は様々であり、重度の方を対象とする場合は前後比較は適当ではないと思う。また、チームの関わりがあっても、認知症という疾患の特性で、症状の日内変動や日々徐々に悪化していく経過をたどるため、チームの関わりの効果を測ることが難しいと感じる。 現在までの関わりの対象者は独居の方が多く、J-ZBI_8 を用いたアセスメントを実施していない場合が多いため、評価指標として活かせていない。
273	評価項目は数値として表せる項目として、大切なものが入っていると思いました。 当市の場合、チーム会議に挙げているケースと対象ケースとしており、訪問に至っていないケースもあります。チームの専門職が担当の包括職員にアドバイしながら進めているケースもあり、チームの専門職（チーム員として位置付けている専門職）が訪問していないものは訪問回数を入れていません。
274	J-ZBI_8 スコアの変化（チーム活動の効果）について、評価指標として非常に有効だと感じる。 医療・介護引継（チーム活動の目標達成）について、介入した結果医療・介護への引継ぎが不要であった場合はどのように評価すればよいか教示頂きたい。
275	チームの支援期間が長いほど認知症の進行もあり DASC は悪化するのは避けられないと考えられ、評価が難しいと感じていたが、J-ZBI_8 は初期集中支援チーム検討委員会でも着目し評価指標として妥当性があると感じていたので、今後全国の状況と比較できなくなることが残念である。
276	対象者数や初動期間などの把握ができる一方でケース状況からアセスメント票など評価指標を充分に活用できていない。
277	初動期間に於いては、MCI だと経過観察期間が長い傾向にあるが、数値では読み取れない。
278	初動日数は評価指標として妥当性がある。
279	支援に要した日数やアセスメントツールでの点数の変化が確認できるため評価はしやすいと思います。具体的な支援内容や経過は追えないため、個別に記録する必要があります。
280	支援対象者数が少ないため、今回は妥当な評価には至らない。
281	認知症の鑑別診断が出来る医療機関の受診を勧めているが、地域の開業医で、認知症は自分が見ているので受診する必要がないと言われ、紹介状を書いてくれないところがある。チームとしては初期に鑑別診断を受けられるようにしたいが、つなげる事が難しいケースがあり、専門の医療機関への引継ぎが上手くいかないことがあるためそこを活動の成果として評価されるのは妥当ではないように思う。
282	チームをどこに設置し、どのようなケースに対応しているか、対応までの一連の手順をどう定めているかが市町村によって千差万別のため、統一した目標や基準を定めるのが難しいと感じるが、一定の傾向はわかと思うので、集めた情報の分析結果や好事例の紹介などフィードバックしていただきたい。
283	調査や県、国の報告が多い為、評価指標項目の義務的なものは、少なくして頂き、その他各市町村で必要な項目はチームと検討し足していけると有難いです
284	数価指標だけでは測れない活動の方が多いので、数価が評価になる事に戸惑いを感じている。 短い期間で引継をした方は、DASC・DBD 共に大きな変化はなく、支援が長期の方は変化もある。それも評価に影響する事に疑問を感じる。だが、何らかの評価を、となると妥当な項目と考える。
285	当チームの場合、チームへの相談ケースに対して、支援方針に関して検討し、支援方針などについてチームが

	ら現在関わっている支援者に対してコンサルテーションを行うというパターンが多い。今回評価基準として、初期集中支援チームとして一般的に想定される活動が評価の対象となっているが、それ以外のかかわりを行ったケース（当チームの場合、直接訪問などは行わないが、会議で支援について検討、コンサルテーションを行うような場合）も、何らかの形でチームの活動評価の指標として反映できることが望ましいと思う。
286	対象者数については、件数が多い方がよいと言いき難い。対象者の把握や選定方法について、検討委員会や行政と具体的に協議できるとよいと思う。地域包括からの困難ケースばかりがくがる傾向にあるので、早期発見・早期対応に向け、来年度から実施されるフレイル健診を活用したり、総合事業などのチェックリストの活用などができると良い。初動期間は妥当な評価指標になると思う。チームが迅速にフレキシブルに対応することは件数を増やすことにもつながると思う。J-ZBI_8 は独居や初回訪問で取ることができない場合も多いが、家族負担についてはチームの評価指標としては大事な項目と考える。家族からの言動や他の指標も検討できるとよいと思う。
287	評価自体を知らず、昨年度の報告書を確認できていない。
288	支援対象者が少ないため、総合的な評価に与える個体差の影響が大きき②～④の指標は参考としにくい。
289	対象者数、初動期間、引継の状況は、チームの活動を客観的に評価する点で妥当な項目だと思われる。DASC や DBD13、J-ZBI_8 については、各ケースの状況を数値で把握できるツールであり、評価に必要な項目であるが、ケースによっては介入開始時、終了時に把握できないこともあるので、データの欠損が出してしまう。
290	初回訪問日は、家族や本人の都合を調整して決まることも多いので、初動期間については違和感がある。J-ZBI_8 については、その使用が有料となったため、J-ZBI_8 で評価するチームが減るのではないかとと思われる。医療・介護引継ぎは、チームの目標の一つでもあるので妥当と考える。
291	チーム活動の実働をふまえたら、評価指標の項目を活用したか上手く確認できない。
292	集計対象者数の数が少ないため評価指数の値としては信憑性が低い。訪問するチーム員との日程調整があり、初動・動きがあった時の訪問時にタイムラグが出来る。指定のアセスメントツールを用いているが、全項目でのチェックが行えて無い採点のため完全な評価にはなっていない。チーム員内での評価の参考にはなっている。認知症初期集中支援チーム業務と地域包括支援センター業務が重なって行っているため指標に表せない活動や支援がある。
293	チーム活動は医療や介護へのつながりが出来ていなくても、見守り体制作りを家族や支援者とともに整理することもあるため、引き継ぎが出来なかった事例の評価が見えにくいと感じる。
294	自治体や地域住民、医療・介護に携わる専門職の人がチーム活動を把握していないことが多く、チームが実働として活動する機会は少ない。また、研修会でも習ったガバナンスの構築が不明瞭で、専門職もどこまでを自己責任として関わってよいかわからず、総合事業として受け取り認知症と判断が出来なくても現状をやり過ごす場面が多くみられる。把握から初動訪問日までの日数や何をもって困難事例ととらえるかはそれぞれの主観が入ってしまうので、数字としてのデータが評価や指標としてよいのではない。
295	対象者をチーム員会議においてかなり絞り込んでいるため、始めた年からすると訪問支援対象者が減少してきており、評価指標項目が必ずしも妥当性があるとは言えないと感じる。 初動期間や引継ぎ状況については、できるだけ早く対象者に会い、何ができるか確認を行い、介護サービスや専門医療機関へのつなぐを行うようにしている。
296	今年度からチームとして活動し始めたばかりであり、評価指標に沿った対応ができるよう業務を進めている段階である。
297	評価指標の理解不足 ツール（DASC 等）は正確性があるか不明瞭。参考値の目安としてであれば活用できると思う。
298	今年度からチームとして活動し始めたばかりであり、評価指標に沿った対応ができるよう業務を進めている段階である。

299	初動期間については、包括からチームへ依頼された場合、初回同時に訪問する事も多く、家人・包括・チームでの日程調整に時間がかかることがある。始動からの支援期間内容が重要であり、初動までの期間が評価指標項目になることに違和感がある。J-ZBI_8 のデータに関しては独居の人、夫婦とも認知症、家族がおらず聞き取りの難しいケースが多く、データ確保が困難であると感じている
300	困難事例の『困難』の判断の基準が不明確である。（スキル等によって感じ方が違う為）
301	様々な角度から分析して評価することが望ましいのですが、全国の統一した指標としては、これらの項目で良いのではないかと考えます。
302	対象者の把握や対象者の状態などほかのチームの活動状況を知りたい。
303	評価指標自体を知らなかったため、支援終了時に再評価していない。
304	初動の段階ではアセスメントが不十分であったり、精神疾患等と鑑別が難しかったりするため、単に対象者数が評価されることに違和感があります。
305	どの時点で支援終了とするのかを明確に決めていない。初動日数や活動日数は、現状把握等で地域が持っている情報により遅くなる場合があるので、一概に評価指標とするのは妥当ではない。
306	J-ZBI_8 は質の評価として、妥当だと思う。
307	チームとして動くという意識が、各々の専門性を活かす事ができる。
308	支援終了時点で、介護サービスや専門医受診に繋がったか否か（医/介継続の有無）は、チーム活動の成果実績となるため評価指標として妥当性がある。
309	チームとしての活動自体が少なく、評価が難しい。自動集計のツールや共通の評価の指標があると示すことができるので、あり難い。
310	評価指標自体をしらなかった。昨年度の報告書を確認していなかった。
311	支援終了時のアセスメント（DASC、DBD13、J-ZBI_8）を実施するタイミングが難しく、介入時からの変化（効果の面）を評価できていない対象者が多い。支援終了時 J-ZBI_8 の評価以外に、家族にとって支援したこと満足度に関する評価指標があるとよいと思う。 対象のケースが支援困難事例も多く、医療・介護引き継ぎに時間を要することが多い。「医療・介護につながるまでの日数」や「医療介護の導入の有無」の数字や実績評価だけでなく、プロセスについても評価できるとよいと思う。
312	チーム依頼の件数は年々減少傾向です。地域包括から依頼が来る際に同意等で困難しています。また初期集中が把握して初動までに 1 か月近くかかる事例もありました。 事例としては、認知症の初期という状態よりもある程度症状が進行しているケースが多く関わりとしての初期のケースが多かったです。
313	「効果」の部分は、チーム活動の目的が達せられたかどうか評価できる。
314	対象となる高齢者全体数が多いチームであれば、チェックリストや物忘れ検診等によりスクリーニングしていると思われること、住民自体が少ない自治体であれば対象者数が少ないと思われることから、一つの指標や調査ではかることの難しさを感じる。
315	評価指標自体知らなかった。昨年度の報告書も確認できていない。
316	評価指標項目は良いと思われるが、各市町村により、対象者の把握の仕方が違うので、一概に評価ができるのかという疑問がある。湖西市は地域包括に入ってきた総合相談で認知症のある方全員に対象者チェックを行い、対象者に該当する方は、全員認知症初期集中の数にカウントしている。その中にはチーム員で動く前にサービスに繋がる方が複数いる。そのような方は DASC、DBD、J-ZBI8 を行うところまでは行かないのが現状である。
317	チーム活動の評価ができるほどの対象者がいなかった。（総合相談にて専門医やサービス利用に結びついたケースが多かった。） チーム員が少なく専門の職種も少ない。地域に専門医がいないので受診に苦慮している。 対象チェック票の実施数。（対象者が少なかったとしても、チーム員として動いている状況も評価してもらえ

	た方が良いと思う。)
318	チームに繋がらなかったケースの対応や、数字に表されない活動が多岐にわたるため、指標項目のみで評価されるのはどうかと考える。
319	チーム員に依頼があり訪問したケースには複数回訪問しても会えなかったり、会えてもチーム員活動に繋がらなかったケースもある。そういった活動量を報告できるような指標であると良い。なければ自由記載で報告したい。
320	定額的なデータとしては必要な数字だと思うが十分とはいえない。
321	評価指標の評価ができていない（活かされていない）ので、評価できない。
322	現在のチーム会議は4つの地域包括支援センター合同で一つのチームとなっている。チーム会議の開催は必要時ではなく定期的開催になっている。対応は各単子で動くことになるので初動対応の方針決定を会議で話し合って決めていくという本来の流れとは違ってしまうことがたびたびあった。また、包括は総合相談からの流れで初期の対応することが多く、会議に挙げるのは困難事例が多く対象人数も絞られてしまうと感じている。
323	評価指標自体を知りませんでした。把握してから、本人や家庭の事情などで訪問困難で、電話での相談や包括内の相談対応が続くケースもある。初動日数を評価としていくには違和感があります。
324	DASC、DBDなどは活用できていない（HDS-Rのほうが現場で役に立つ）。評価指標で見えないことが多くある（件数少ないが質が濃い、件数多いが質が薄いなど） 指標は最低限でOK（人数、初動日数、引き継ぎ状況）
325	初動日数や医療・介護引継などは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指標として妥当性がある。
326	対象者数について評価指標となっているが、人口規模・高齢化率などから、全国的に同規模ではどの程度対象者数があり、支援ケースとして扱っているのかなど、チームの自己評価として参考となる数値を具体的に示してほしい。
327	指標があることで、チームの活動の振り返りとなっている。チームの取り扱うケースの傾向が分析出来れば、なお良い指標になると思う。現在の指標では、専門医療機関に繋がり、認知症以外の精神疾患の診断を受けた場合、チームの活動に対する評価が見えにくい。
328	相談だけで初期集中に上手く乗らないケースもあり、現在の評価表では評価できない事例もある。認知症支援は一筋縄でいかない場合が多く、4項目の活動評価ではチーム活動評価できない。数値のみの評価では適正に評価できないと感じる。
329	認知症による生活機能の低下についてはチームで関わることで生活のしづらさを早期発見したり失敗体験を少なくできると会議で声が上がっているため活動の意義は感じているが数値に表すことが困難であり予防にまではつながらず、認知機能低下に対する伴走役であり介護サービスにつなげる序章になっているのではと感じられる。
330	昨年度の報告書を確認できていない。
331	かなり個別性の高いものであるので、一概に期間が短く引き継がれるからいいとも限らないと考える。特に北区の場合はMCIレベルの方を対象にしており、前後の変化が短期間での評価は困難と思われる。
332	チーム員の導入により認知症の症状を確認することは出来た。また、地域の資源の利用などには繋がらなかったが、そのようなことを数値化することは難しい。
333	評価指標自体をしらない、昨年度の報告書を確認できていない。
334	担当者不在であったため、当包括はチーム休止していた。
335	他にどのような指標を用いて確認することが良いのか、分かりませんので、現行の評価指標項目が妥当であると考えます。
336	今年度、前任から引き継いだ。評価指標自体を知らなかった。初動日数の短縮はチームの努力の結果だと思うので、評価してよいと考える。訪問回数については、必要性により多いことも少ないこともあると思う

	れ、多いことが必ずしも評価されることにはならないと思う。
337	初動日数や引き継ぎなどはチーム活動の工夫や成果であるので評価指標として妥当性がある
338	チーム活動はその地域別に工夫して各々の地域が活動しており、設置機関など特色が違うことが研修で分かった。認知症疾患医療センターに設置があると医療に繋がりがやすかったり、医師に相談しやすい環境にある。評価指標を出す場合は環境要因も加味する必要があると考える。
339	評価指標項目はチームの特性や活動実態がわかる項目となっており調査結果も妥当な結果だと考える。
340	初動日数や医療・介護への引き継ぎについては評価しやすく、明瞭な指標である。J-ZBI_8等は、対象者の状況によって活用できない場合がある。
341	この項目については特に問題ないと思います。
342	対象者の個別差や関わる時期の差が大きく、この評価項目では、なかなか実態を表しづらいと思われる。困難事例を評価する項目が少ないと思う。
343	様々なスコアレベルを、松竹梅の指標で分類してある表（p.21～27）は、自分たちのポジショニングが分かりやすい。
344	意見を述べられるほど件数をこなせていない。
345	初動日数や医療・介護引継などは、チームの成果であるので、評価指標として妥当と考える。 必ずしも、DASCやDBD13をアセスメントツールとして使うわけではないので、これだけでは、事業評価がし難いと思う。
346	数字だけでは表せないチーム員の苦勞（連絡調整の負担、困難事例等）が反映されないのではないのでしょうか。
347	訪問による支援が難しいケースでは、窓口での相談対応を中心として支援を行っている場合がある。評価指標に訪問支援件数の指標はあれど、窓口での相談支援はカウントされないため、実態を表していない場合がある。
348	チームが対応するケースは、困難ケースが多く、件数も減ってきているため支援対象者数が、チーム活動量を表すものとは言い難いと思う。 初動期間は、チームの機動性・対応力を表すものとして、妥当性がある。 ケースが複雑化しており様々な状況（介護者が精神疾患や発達障害、関わってくれる家族がいない、要介護状態等）があるので、評価指標の項目は少なく、実態を表しているとは言い難いと思う。
349	介護負担の評価指標は統一したものがあるとよい。
350	対象者数が10例（約半数が独居）と少ない中、J-ZBI_8実施率が低く、J-ZBI_8以外の評価指標項目を設けてほしい。入院、入所、サービス利用がない方以外は全て介護へ引き継ぐ方向となり、対象者数こそ少ないものの、当初の目標は達成できたと思われる。関係機関の状況によっては、やむをえず初動期間が長くなる場合もあったが、支援対象者等の緊急性も踏まえ、約半数の初動期間が1週間未満であった。今後も初動期間を意識して事業に取り組みたい。
351	チーム活動はその地域別に工夫して、各々の地域が活動しており、設置機関など特色が違うことが研修で分かった。認知症疾患医療センターに設置があると医療に繋がりがやすかったり、医師に相談しやすい環境にある。評価指標を出す場合は、環境要因も加味する必要がある。
352	把握後に一度訪問し、本人の状況を確認してから、チーム対象者にするかを決めるため、チームとしての初回訪問は1か月ほど後になる。
353	地域活動の場に本人・家族が参加されているため、そちらに包括職員が参加することで、自宅訪問ではない手段でモニタリングを実施した。
354	認知症の初期段階では介護サービスが必要ないケースも多いため、介護サービス導入の有無が評価指標として示されるのは違和感がある。
355	初動期間に関して、チーム員が複数個所に所属していること、各々の業務を調整しながら活動しているため初動日数に時間がかかることがある。

	引継の状況に関して、訪問看護サービスがほぼチーム員所属の訪問看護ステーションにつながりチーム員がそのまま担当となるケースが多く状況は把握しやすく引継ぎは良好。また、対象者もサービスの受け入れがよいように思われる。
356	対象者との関わりによって、評価指標となるアセスメントツールの利用状況にかなりのばらつきがでている現状です。特に、家族の介護負担をはかる J-ZBI_8 と DBD-13 は利用実績がなく、どのようなタイミングでアセスメントツールの利用を試みるか、チーム内での課題ともなっています。
357	チーム活動に至る前に、初動の対応で認知症地域支援推進員や地域包括支援センター職員が中心となって受診等に結び付けているため、チーム活動としての実績としてあがらない。
358	土地柄介護者となる家族が遠方在住の場合が多く、ご家族からアンケートをとる事が出来る状況が少ないため、J-ZBI 8 を活用できず、評価に繋がらないと感じた。
359	医療・介護の引き継ぎ状況については、活動の成果なので評価指標として妥当性がある。
360	初動期間でも入口が様々（包括が抱えている困難ケースを対象とする場合や家族などから直接“初期集中支援チーム”指名で相談が入る場合など）であるため一概に平均値をとることが難しい。 評価指標項目の初動期間について、評価の視点が分かりにくい。早ければいいのか？ 支援終了のタイミングで J-ZBI_8 を行うため、支援前後で結果が上がる傾向にあった。支援終了から 2 か月後のモニタリング時期に行うことが効果的ではないかと感じている。
361	活動実績が少なく、評価指標の妥当性の判断が難しい。
362	初期集中の対象数については自治体ごとに対象のあげ方に違いがあるので、評価指標として妥当なのか疑問に思う。
363	チームのより良い支援の為には、このような指標を使うことが妥当だと感じた。自チームがどの状況かを客観的にみる良い機会となった。支援件数が多いチームほど、初動までが早く、期間も短く・・・と、良い結果が出ているのが手に取るように分かった。
364	スクリーニング会議を実施し、初期集中で対応かどうかの振り分けを実施してからの初動となるため、どうしても初動期間が延び、評価に違和感がある。
365	対象者数について：人口、高齢者数、またチームへの相談窓口が対象地域毎に異なるため、対象者数での評価が正当なのか判断できない。
366	初動期間は、対象者の家族(同居・別居)の有無、緊急性等々様々な条件によって変動してくるので評価としては疑問。
367	介入期間（支援日数）について。ケース状況よりチーム介入が一時中断・保留となり実働日数と介入期間（支援日数）の差が大きくなるケースが複数件あった。このようなケースが多くなる場合の入力基準があると、より評価指標として妥当性が高まると感じた。
368	昨年度の報告書を（実績）の確認ができない。
369	評価指標は妥当と思います。
370	評価項目をもっと簡略したらよい。
371	入力に時間がかかってしまうため業務の合間に行うのが大変。何か（報告書等）と連携し、回答に時間がかからないようにしてほしい。
372	チームの規模によって対象者数の多い、少ないは生じて当然と考えられるので、単純にすべてのチームと比較することについての意義が分からない。 担当地域包括支援センター・認知症地域支援推進員との役割分担・連携の難しさを感じている（例：記録のやりとり、支援移行のタイミング等）。
373	4 つの評価項目を意識することや振り返ることはよいと思う。
374	評価については何らかの指標がないとできないため、この項目については必要最低限の内容であるが、具体的な数値を出しやすく、他のチームとの比較もしやすいことから妥当であると考ええる。
375	一定の目標や基準は必要であると思う反面、各市町村によって地域の実情や、求められる活動内容が

	異なることを考えると、あくまで補足的な指標として使用されるべきであると思う
376	評価指標を意識して活動していません。チーム員を包括職員が兼任で担当している場合と専任で設置されている場合とは、おのずと対象者数も違ってくるので評価項目が必ずしも活動を一致しているといえないのはと考えます。特にチームの機動性については評価が難しいのでは。
377	評価指標自体がチーム内で共有できていない
378	医療・介護引継ぎは評価指標として妥当性はあるが、要介護 1 の認定が出ても、介護サービスの利用に至らないケースがあり、ケアマネさんにつないでもまた、包括での支援の見守りになるケースもある。
379	医療・介護引継ぎは、評価指標として妥当性はあるが、包括支援センターで初期集中支援チーム員として兼務していると、介護の引継ぎ先が包括支援センターとなり、必ず他機関に引き継いでいるとは限らない。
380	チーム活動の評価指標項目として ZBI は有効だと思う、実際には ZBI は取ることができないケースが多い
381	項目数については、情報量から考慮すると適当である。初動日数・引き継ぎ状況については全体の指標となるものではあるが、各事例に置き換えると、様々なケースがあるため、その中での評価となるのではないかと。
382	DASC・DBD などの評価は支援終了時にはあまり変化はないので評価項目取り上げるのは難しいと思う 評価指標を知らなかったのでもちろん前年度の報告書も確認できていない
383	チームに依頼がある支援対象者像が曖昧である為、ケースにばらつきがある。その為、一定の評価指標と言えるか疑問である。チームの設置主体が異なる為、支援方法も異なっている。一定の評価で良いのかどうか。どこまでの支援とするのかを決める必要がある。
384	評価指標を把握できていなかった。活動するにあたっての目安・参考になるのであった方がよいと思う。
385	専任チームとなる為、自宅訪問前に相談者と事前の情報共有や打ち合わせを実施しているため、初動日数での評価がチームの活動の評価とイコールにはならないと思われる。 チームの活動は多岐に渡るため、4 つの評価項目だけでは実態を評価していると言い難いのではないかと。家族の負担の軽減に関する評価項目は今後必要だと考えられる。引継の状況は専任チームの場合、サービス利用につながらなくても地域包括支援センターには引継を行っており、サービス導入と引継の有無はイコールにならないのではないかと。
386	チーム活動の実態から考えて、指標評価となる項目が実施できていない為、完全に評価できているとは言えない。
387	チームによる支援の目的は「医療」「介護サービス」につながるものであり、「医／介引継」は評価指標として妥当性がある。（市） 介護負担軽減など、家族支援の客観的評価として『J-ZBI_8』は妥当性がある。（市） 本市の場合は、全国平均よりも初動日数及び支援日数が多い。これは、チーム員が兼務（認知症初期集中支援に関する業務は週 3 日の稼働）であることが反映していると推測する。（市） 『J-ZBI_8』はチーム員の活動評価指標の 1 つになると思うが、対象者（家族）全員に対して、J-ZBI_8 ができるわけではないので、そのあたりはどうなのか。（チーム）
388	J-ZBI-8 は介護者がいることが前提の評価項目だが、独居の方の場合、聞き取る対象がおらず実施できないので、評価指標とするには違和感がある。 初期期間の項目は相談が入っても慎重に対応しないといけないケースもあることから把握から初回訪問の感覚が空いている場合もあり、評価指標として違和感がある。 困難事例は労力を多く要するのに評価がない。困難となる要因（本人の拒否、家族関係、近隣との関係など）も評価してほしい。
389	ケース決定後から訪問日までの日数を連動して、評価されることの目的が分かりにくい。 （家族から相談がありケース決定後に急に認知症以外の疾患で、遠方へ入院した場合、訪問が出来ないこともある。その場合、初回訪問がかなり遅くなってしまう）

	家族は訪問を希望しても、本人が玄関払いすると訪問として成立したと言えるか、疑問である。最終評価（終了地点）が、医療や介護につなぐことになっているが、家族の意向として「今はサービス不要。なにかあった時のために認定だけ欲しい」といった場合、医療や介護に結び付けることが「成果」なのかどうか。
390	支援終了時、状態が悪化していることが多い中、本人へ DASC の聞き取りが必要か。各地域（チーム）によって対象基準に幅があり、対象者数では評価しきれないのではないかと。初動期間内で、対象者決定から初回訪問まで情報収集等で時間を要するという実態があるにも関わらず、反映する指標がない。対象者に関わる者が不在な場合等、評価スケールが適応外なことも多く、既存の評価指標では評価しきれない。
391	初動日数については早期の介入の意識を生み、必要性についてチーム員が感じるためにも評価軸としては今後も必要と感じる。 Zarit については、前回の記載内容と最新の記載内容が一枚の紙で比較できる仕様になると、変化が分かりやすい。 引継の状況について、インフォーマル支援へ引き継いだ場合、フォーマル支援へつないだものと比較しインセンティブ的な評価指標があると思う。
392	このアンケートが届いて初めて報告書について知ったため、昨年度の報告書を十分に確認することができていない。評価指標や全国データがあることで、自分たちのチームの客観的評価ができる。
393	初動期間について、継続的に支援していたケースを初期集中支援チームが引き継いだときに、把握日をいつにするか迷うことがある。評価指標自体の理解があまりできていない。
394	「サービス利用」について：介護保険サービスの利用があれば、「あり」にしたが、在宅・施設サービス関係なく「あり」でよいのか。 「困難事例該当」について：困難事例の判断はチーム員の主観的で良いとの事だが、主観的と言われると、チーム員により活動歴や経験などが違い、判断しづらいと思った。
395	終了後のモニタリングを関係者に行う事が多く DASC などごとりにくい。
396	評価指標項目としては妥当と考える。
397	J-ZBI_8 は、支援が上手くいくと点数も下がり、わかりやすい指標だが、独居で介護者がいない場合であると評価指標として使えない。
398	対応業務が中心となっており、今後評価指標項目に照らし合わせて活動実態を振り返る予定。
399	病院内の疾患センターにチームを置くことは、包括がふるい分けされた困難事例のみを対応しているので、初期訪問の意味や対象者数と初動期間の重みが違う。初回訪問では具体的な初期計画を立てることが多く必ず訪問するとは限らない。
400	チームが認知症疾患医療センターにおいており、依頼元も地域包括支援センターからと決まっているため、把握日から初動まで時間がかかったり、訪問に至らずアドバイスのみで終了する場合もあり、この指標だけでは評価となると言えないのではないかと。
401	ダスク等、指標として使用しているが、評価としては十分ではなく、医師からは長谷川式簡易検査を求められる。独居の為、家族に介護負担を聞き取ることが出来ない。（J-ZBI_8）地域住民や警察に保護されるなど、様々な問題が生じている。家族の介護負担のみでは表せない部分がある。その部分を評価する指標がない。家族だけの評価にとどまっている。
402	評価指標となる項目が少なく、実態を表しているとは言い難い。
403	症例数が少ないこと
404	今般、zarit 8 がチーム活動の標準ツールから除外されたが、介護者の主観的な介護負担を図る指標として必要と思われ、当局としては今後も利用していく予定である（今後、標準化された他のツールが提示された場合は再考する）。初動日数は、家族の意向にも左右されるため、短ければ良い、という評価にならないよう配慮が必要と思われる。事例毎に本人や家族の状況が異なるため、介入には創意工夫が必要

	であり、定量評価では計れないものがある。
405	まだ活動して間もない状態で、試行錯誤の状態なため、まだ評価のできる状況ではない。（件数等も少ないため）
406	チームの活動が評価されることは良いことなのでどんどん進めてほしい。 DBD や Zarit のトータルスコアを評価している研究をいくつか見たが、トータルだけではなく DBD、Zarit の各項目について評価することも必要ではないか。
407	評価指標だけでは、実態を表していると感じられない。 独居への訪問が多い場合 J-ZBI_8 を指標に組み込むのは難しい。評価表自体を知らない。対象者数は、どのケースを対象とするかの判断がチームによって差があるように感じ、指標としては疑問。評価指標が次年度にどのように反映されるのか不明。フォーマットに従い記入しているだけ。早期の引継ぎについてマイナス面はないのか。引継ぎに関しては事業活動として継続性のある引継ぎができることが望ましいことから、評価指標として妥当。初動期間の設定において設定があることで事業実施の指標となり、評価項目としての意味はあると思われるが、実際、遅れがちであるケースについてのフォローアップが課題。支援期間については、チーム員会議での活動が初動期間の短縮に効果があると思われるため、評価として妥当。
409	年度途中より、全担当者から引き継ぎを受けてところで、昨年度の報告書等を確認できていない。
410	初動期間については、短期に集中的に関わり支援を行っていることがチームの活動成果として評価できると考える。また、支援終結時（モニタリング含む）において医療や介護など必要なサービスの導入・継続できているかは認知症の早期診断・早期対応の体制整備の観点から鑑みて評価指標として妥当と考える。
411	日数や対象者数だけでは評価できない事（介入困難事例を取り扱っているなど）もあると思います。
412	チームへのケースの依頼方法やケースの選定方法も各チームにより異なるため、一概に対象者数を評価指標とするのは疑問がある。 医療や介護への引継ぎについては、チームの活動の成果として、評価指標とするのは妥当である。
413	DASC が実施出来ないケースがあった。
414	認知症初期集中支援チームの活動する上で、家族支援として負担軽減を図ることは非常に重要な評価指標 Zarit をテキストから削除しないでほしい。
415	チーム実績報告作成時、参考資料として活用。しかし、チームの実績を評価指標を活用して比較する事までは至っていない
416	医療や介護の引継ぎなどは、チーム活動の工夫や成果であり、事業終結の判断にもなるので、評価指標として妥当性があると考えている。
417	事業や活動を評価するにあたっては指標が必要となると思うが、困難事例等についてはこの評価指標項目だけではわかりにくい部分があるのではないかとと思う。 市に委託されているチーム活動の実態から考えて、評価指標は実態を表しているとは思わない。 困難事例（ゴミ屋敷の独居生活者、家族がいてもかなり進行しているケース、行政等が関わっていても高度な認知症ケースなどなど）の評価が正しく行われていない。
418	J-ZBI-8（現在使用していない）の変化は見られても、DASC と DBD13 の介入時と終了時のスコア差は評価に繋がらないと考える。なぜならチーム員が介入し鑑別診断等に結びつけ介護申請等のサービスに繋がたらチーム員としては終了となり数か月後のモニタリングとなる。介入時アセスメントとしての DASC と DBD13 は意味を持つが終了時は実施していない）
419	包括で対応ができており、チームの活動実績がないので評価指標について意見しにくい。
420	初動はケースの状況によるため、所要日数のみでの評価は適当ではない場合がある。
421	中等度以上の認知症である場合、介入開始以降も進行がみられることが少なくない。その状態を緩和させつつサービスに繋いでいることが指標の向上では評価されにくい。指標上は「低下」「悪化」とみられるが生活が継続できていることが評価されない。 介護引き継ぎの基準が定まらない。

422	訪問のみの回数の報告であるが、情報収集や、関係機関、家族との電話連絡など時間を要することが多く、その報告がないと、実態を表しているとは言えない。
423	困難事例に対する評価が無い為、例えば「支援困難な要因」をリサーチしてみても。
424	チーム活動の状況が相対的に表れるため評価指標として有効と考える。
425	初動を初回訪問とすると、訪問するまでに家族との相談、調整をしている場合が多いので、違和感がある。
426	認知症の症状により受診拒否・サービス利用拒否をしているケースは、支援期間が6か月を超えることが多く、支援期間の評価をどう評価するかは難しいと思われる。
427	報告期間に該当するケースがないため、スコア等がよく分からない。評価指標が少なくても済むと業務負担が減り助かるが、J-ZBI_8 の変更後の内容が不明なため何とも言えない。
428	チーム活動の現状を確認し今後の充実を図りたい。
429	初動期間は、全国平均や他市町村との比較がすることで、早期介入についての評価に役立つと考えます。 J-ZBI_8 については、介護者の介護負担感が軽減できたかを把握することができ、チームの介入による効果の評価として有効であると感じます。
430	日数や点数だけでなく、もう少し対応の中身に触れた項目が必要
431	本町も地域包括支援センターにチームを設置しているが、包括の包括的・継続的ケアマネジメントとして支援を行ったケース等とチームで支援したケース棲み分けがうまくできていないため、チーム活動の強化指標を生かされていない。
432	チームの対象者はきわめて個別、多様、複雑なもので、したがって活動も多様なものとなるが、評価活動項目が少なすぎて、実態を反映しているとは思えない。 チーム活動評価指標へのあてはめ（自己評価）は、わかりにくくてよく意味がわかりません。
433	依頼を受け初回訪問実施する流れの間には、支援者や家族等と集まり情報共有した上で初回訪問が少しでも対象者の方に受け入れてもらえるようにしている。そのため、初動日数を指標とするのは違和感を感じている。 医/介引継の項目では、介入時にサービス利用している人が、チーム員の支援により別のサービスを利用開始した場合でも0になるためどうなのか？
434	初動日数について、初回訪問日で評価するのではなく、家族など関係者との面接も初動と考える方が実態にそくしているのではないだろうか。
435	評価項目自体を知らなかった チームの活動の実態から考えると、この評価の項目だけでは実際の支援を評価できるとはいえない。
436	報告書の説明にあるように、チームの評価指標としてシンプルながら①～④の報告は適切と思います。
437	市内や近隣の市町村には、認知症の診断ができる医療機関が多いため、チーム員で活動をするより、各地域の包括支援センターの職員が活動し、医療や介護保険につなげています。そのため、現状としては「チーム員」で活動できるケースを抽出している状況です。・初動期間は、あくまでチーム員として活動を始めた初回訪問日となっていますが、実際は包括支援センターの職員が、その前に訪問や面接などを行っている場合がほとんどなので評価指標としては疑問があるところです。認知症の診断をしていただける医療機関が少ない地域は有効かもしれませんが…。あくまでも一部の結果で評価指標とはいえません。また、支援をしていく中で、家族が中心に動ける場合もあるので、すべてをチーム員支援での活動をすすめるのではなく、家族のできない部分を支援していく視点が必要なのではないかと思っています。
438	評価指標項目の③評価は、チーム活動初動の医療チームとの情報共有としては活用できているが、活動後の指標としては6ヶ月という期間の短さや、ケースごとの目標設定の違いから、改善度合いを表するのに活用ができていない。
439	今回のケースはまだ、認知症の初期段階でご本人の意思もはっきりしていたため、受診に結び付けることが

	できず、経過観察のため1から2か月の間隔で訪問していたケースです。結果的に自宅で急死したためダスクなどで後で評価することができませんでした。
440	初動日数については他の業務との兼ね合いで多少変動があると思われる。医療介護引継はチームの対応が実際のケースの動きに反映されているので、評価指標として妥当性があると考え。 J-ZBI_8 はケースにより聴取が困難であり、必ず取る事が出来ず、又介護者の主観に頼るところがある為実態把握が困難と思われる。
441	チーム員が行政保健師と包括職員で構成されているため、通常業務の範疇でもあり、初動期間（チーム対応とするまえから支援は開始していた）等が曖昧な場合もある。
442	対象者数は市町村の規模が違うため、評価指標になりにくいのではないかと考える。
443	現在の項目が適切かどうかはわからないが、毎年データを積み重ねることではなしの傾向が見られれば、今後扱うケースの予測や方向性の指標になると思う。
444	委託型地域包括支援センターにおける初期集中支援チームの活動は、専属ではなくほかの業務も行う中でのチーム会議である。賛否両論あると思うが、とりあえずチームとして活動しながら知識を活用したりチーム会議を有効なものにしていく過程であるため、今回の評価は結果的には対象数事態が少ない。終了時に HDS-R は行ったが、DASC の比較なし。基本的に大きな変化はなくサービス評価内容で、把握日から初動まで日数を要したのは、他のサービスや制度の利用から試みて初期集中支援チームにもっていったためであるので、初動の遅れとみてほしくない。そういう面が見えない評価。
445	評価指標となる項目を埋めることができず、実態を表せていないと感じます。
446	今年度より単独チームでの活動となり、評価指標自体知らず、昨年度の報告書を確認できていなかった。評価項目は多くはないが活動の実態把握ができ、今後の活動に役立つ資料となると思う。
447	①昨年度より訪問件数は少ないが、会議での支援課題についての検討数は増えている。②初期集中支援チームでの介入を意図しての事例というよりも総合相談からの対象把握となるケースが多いため、初動までに長期間が経過している事例もあり、必ずしも初動期間の長短がチームとしての評価につながるとは言い難い。③ご家族の主観での評価となり、チームでの評価と格差が生じる場合がある。④医療と介護は区分して評価したほうが良い。
448	医療・介護の引継については、チーム活動の成果を示すものであり、評価指標として妥当性がある。Zarit8 や DASC21、DBD13 などの評価スケールは、対象者の介入時、終了時の評価指標として、数値的に評価できるため、変化がわかりやすく、評価指標として妥当性がある。対象者数については、チームの活動自体有効性があるものかを評価するにあたり、有用と思われる。
449	DASC を取ることは、まず関係性を作って継続して訪問させてもらうには気分を害されると考え、実施していない。介入したことで点数が改善すること、認知症の経過からすると考えにくく、そのこともあって必要性があるのか疑問。むしろ Zarit の方が介護者の負担軽減について評価できるため、使いやすかった。訪問以外にも面談や電話相談などの関わりもあり、評価項目に反映出来ないか。
450	数字だけの評価指標だけでなく、中身の評価をどうしていくのかの検討をして欲しい。
451	調整ケースを評価の基準に入れると正しいデータとなるのか疑問である。DASC と DBD 変化は一概にチームの自己評価にはならないのではないかと思う。
452	初動期間や引継ぎの状況については介入時の相談ケース難易度に影響される部分が大きと思われるため客観的評価指標となりうるかと言う点については疑問が残る。
453	初動期間について、本人・家族の拒否で把握から初回訪問まで時間がかかるなどが、それらの理由が考慮されず日数だけを指標にするのは、初回訪問までアプローチを考慮されていないように思う。 医療・介護の引継ぎについても同様に、元々拒否の強い対象者を軟化させ、少しでも情報収集をして面談できるようにするまでに期間を要する事も多い為、医療介護に引き継ぎて来たかを指標にすると、自分たちの努力が報われないのだと感じる。
454	チーム活動の強化をはかるための評価指標として、対象者数／チーム員稼働人数を評価指標に追加して

	いただきたいと思います。本事業を有効に充実させるために、全国平均、対象者数に対しどれくらいのチーム員の数が必要かの指標になると考えます。
455	報告書の自由記載を拝読するだけでも、各自治体における認知症対策の進度や行政内の位置付けによって、チーム活動も大きくその目的に違いがあると感じているが、その違いは昨年度の評価指標項目では判別付きがたいと思うし、チームの自治体内での役割によって、自治体の考える達成目標は異なっていると思う。認知症予防事例として有益なケースが一件あれば良しとするところと、潜在者の把握に注力しているところでは、対象者把握の時点で前者は対象者のふい落としが行われることが多く、後者は一般からの相談で直にチーム員が動くため、対象者数に大きく開きが出ると思う。これは初動期間も同様で、把握日や初回訪問の定義やプロセスが異なっている可能性が高いと思うので、一概に工夫の成果とは考えにくい。
456	地域包括支援センターにチームを設置しているためか、初期集中支援チームでの対応と判断する前に、通常業務内での対応をしている。そのため、対象者数は多くあるが、対応件数としては非常に少なく、活動の評価指標として判断することが妥当であるかがわからない。
457	チーム員活動の実態を評価するには、項目がやや少ないと思われる。 医療・介護引継後も課題を抱えるケースも多く、支援の終了の判断が困難なケースがあると思われる。
458	評価指標の項目が少なく、チーム活動の実態を示すには不足があると思う。
459	初動日数や医療・介護引継などは、チーム活動の工夫や成果であるため、評価指標として妥当と考える。
460	引継について、支援を開始しチーム委員会に至る前に解決に向けての調整（専門科受診等）が整うケースが生じる場合があるが、そうした場合はチーム活動評価としてどう反映されるのか。
461	独居高齢者や認知介護が増える中 ZARIT による評価の効果については疑問を感じる。
462	昨年度の報告書は確認しているが、評価指標は使用していない。「初期」として、「初動期間」の項目は必要だと思う。
463	自己評価のスコアがすべて全国平均より良いとは言えない。実際に他のチームの現状や当チームの支援状況が他チームと比較するとどうなっているのかを知る上では今回のようなスコア化して比較できるのは今後の活動方針を考えていくうえでありがたい。
464	対象者数の多寡はチーム活動の優劣の判断につながりかねない。「序列ではない」とはいても『数の多いほうが良く、少ないほうが悪い』とみえてしまう可能性がある。「初動期間」は機動性・対応力を示すとされているが、対象者に関する事前の情報収集や、関係者との訪問日程調整などに時間を要してしまう場合がある。初動期間の考え方について、チーム員間で意思統一をあらためて図る必要があると考える。
465	介護負担については大切な指標だと考えている。今後何をもって評価していくか検討している。
466	チームの活動は、訪問だけでなく、来所相談や受診同行、デイサービスの体験利用や初回利用時に様子を見に行くなどしているが、それを評価するものがない。MMSE や HDS-R を実施することが多いため評価の項目に入れて欲しい。
467	各々のチームの動き方にもよるが、チームはスムーズに医療やサービスへ繋ぐ事が難しいケースを担当しているため、数値的な評価では計り知れない点が多い。
468	J-ZBI_8 について、チーム活動の評価指標として適切か不明。
469	対象者の早期支援のために、各市町で様々な活動報告がなされていた。活動後の効果が数値として見ることができれば、今後のチーム員の活動に反映させやすいのではと感じた。 当初期チームは 2 名が専任で活動しているが、報告書から、比較的支援対象者数が多いことが把握できた。 初動期間が短いほど、医療・介護引継ぎ率が高いとの関係性が示されており、初動の重要性と集中して介入することの必要性を改めて感じた。
470	それぞれのケースへの対応においてその特徴がまちまちの中で、チーム活動の実態を把握するためには、評価

	項目が十分とは思えない。
471	半年間の支援期間中での DASC の変化を評価の基準とすることに違和感がある。
472	チーム員活動を地域包括支援センターの業務と並行して行っており、また包括としての業務とも重複している部分があり、包括の業務状況やチーム員数などの状況により、初動期間も変わってくこともあるため、評価指標として表すには違和感がある。 医療・介護引継に関しても、チーム員としては繋げられるよう支援をするが、本人・家族がそれを望まず、引継できないケースもある。チーム活動の成果として挙げられるケースもあるが、挙げられないケースもありうる。
473	前提としてチームで対象とするケースの基準が自治体やチームごとに異なるので、ケース数（相談対応件数）での単純比較は難しいと感じる。また、チームの創設時期(稼働期間)や地域包括支援センターの運営状況、人口比率が考慮されなければならないと感じる。 J-ZBI_8 はチームの効果を評価できる良い基準であったが、有料でしか利用できなくなったため、今後参考となる指標が必要になると感じる。
474	対象者からの視点の評価指標項目が少なく適切に評価できているとは言い難い。
475	初動期間を評価指標としていることへの意義について。 把握日の捉え方が①チームとしての把握日または②設置期間としての把握日とあるが、経過が長いケースで②を選択していると、初動期間が長くなり評価に影響を与えるのではないか。
476	引き続き周知が必要
477	現状を自己評価し、今後の改善につなげていくことに対象者数や初動期間の項目は有用だと思う。引き継ぎに関しては、介護保険サービスや医療受診に繋がったことだけで評価することは難しい。中には第三者(チーム)が関わりを持ち、相談先が出来たことで満足や安心感を得られる方もいる。
478	比較できる指標があるのは良いと思われる。
479	アセスメントは、訪問者の主観となってしまうためチーム員間でのある程度の考え方の統一が必要だと思う。
480	初期集中支援チームとして活動する場合、業務上の事務的負担や手間が非常にかかってしまう。 評価指標としては現状のもので妥当と思うが、ケースによっては、チームの介入と関わりによって地域の人や関わりの方の広がりを持てるケースもいるのではないかとと思うので、その人だけの評価ではなく広がりを評価する項目もあってよいと思う。
481	初動日数や支援機関は、チームの体制や考え方によって差異があるので評価指標としては違和感がある。
482	対象者数：対象者の選定は各市町村でばらつきがあるため対象として扱った実数のみで一概に多い少ないは判断しづらいと考える。 初動期間：初期集中の対象となっているということは早期の介入が必要であると思われるが、家族の都合や個々の生活背景が異なるため、把握からの初動がはやればよいとは一概には判断できないのではないかと考える。 J-ZBI-8：版権の関係で使用できなくなっている。J-ZBI-8 の設問以外でも聞き取りは行っているが、基準となる指標は必要と思われる。 引継ぎ状況：初期集中支援では、対象者の生活の場で利用する機関（金融機関やスーパー等を含む）との連携も重要であると考えられ、医療や介護の引継ぎだけで評価すべきではないと考える。
483	妥当だと思う
484	支援日数に関して →「医療機関等への引継等で、チームによる支援が終了した日付」このタイミングを、いつで打ち切るか判断に迷ってしまう。施設サービスや介護サービスを利用開始したタイミングで切るのか、軌道に乗ったタイミングを見計らって、終了とするのか。軌道に乗ったタイミングで終了とするのであれば、100 日程度の全国平均には違和感を感じる。
485	昨年度の報告書の確認はできていない。評価指標自体は有益と思うが初期集中支援チームの活動を兼務で行うか専従で行うかでも対象者数や初動期間等に差が出ると思う。項目は良いと思うが設置機関

	ごとの平均値としたほうが良いのでは。
486	包括職員が兼務の場合、最初から支援チームとして関わる訳ではない場合もあるので、初期期間の考え方に違和感がある。包括以外にチームがある場合は、相談＝初期集中支援の開始になる為、問題ないのかとも思う。専従のチームとして活動を行う場合は、指標が有用とは思える部分もあるが兼務の場合だと指標が多いと手間が多くなるのも避けられない為、現状でよいと思う。
487	対象者数が少ないため評価内容は不十分と思われる。
488	初期集中支援チームとして対応しなくても、日常業務の中で対応できているため、数字には表れない件数がある。
489	チーム活動について各自治体の規模や体制、地域性などにより差があると感じており、評価指標項目だけでは実態を評価することは難しいのではないか。 支援対象者を早期発見・対応（MCI～Ⅰ程度）と集中支援（Ⅱ～程度）に分けたほうが考えやすいかもしれない。
490	これまで継続的に関わっていた対象者に対してチーム活動を行う事になった場合、明確な把握日を設定することが難しい。
491	初期期間とアセスメント結果、医療・介護引継率に関係性があることに驚いた。
492	訪問支援回数、医療・介護への引継は評価の対象として有効と考える。
493	6か月の基準があるが6か月の中で展開できない。初期集中と思っても他の精神疾患と分かり、初期集中支援チームへ結びつかない。 一人暮らしや身寄りのない人が多く、DASCをするにあたり家族に聞くことができない。また、DASCをする状況ではない。
494	対象者像はチームによって多少違いがあるため、他チームとそのまま比較することはできないが、指標としてはつかえるのではないか。
495	初動日数は家族や本人のタイミングがあることから一概に日数が早いことで評価できるとは言い難い。
496	活動の内容及び対象期間等から考えて、現状の評価が妥当と考える。
497	認知症初期集中支援チームの活動について、ケアマネジャーをはじめ市内全ての介護サービス従事者や市民に理解を得ていると言える状況ではないため、対象となる方の選定に苦労している。DASCやDBD-13は、終了時に改善が見られないこともあるが、J-ZBI_8に関しては、改善がみられる場合が多く、意義を感じている。引継の状況に応じては、ケアマネジャーの実績とならない場合もあるため、担当を引き受けて頂けないことがあるので、その点を改善できないものだろうか。
498	J-ZBI_8は、本人の妻と息子など立場によっても点数が異なった。初期集中で関わるケースが減少傾向にある。
499	初動日数、医療・介護引継ぎなどは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指標として妥当性がある。
500	チーム活動の実態から考えて、評価指標となる項目が少なく、実態を表しているとは言い難い。
501	アセスメントツールのJ-ZBI_8は、ほとんど使用していないため、判断しにくい。
502	支援対象者数は、通常の対応が適切であれば当該事業を導入して集中的に支援しなくても良いことになり、単に数が多ければ良いというものではないと考えられるため、評価指標として本当に妥当なのか疑問に感じる。初動期間（初動日数）は、徐々に進行するアルツハイマー型認知症を中心とする認知症を対象としている当該事業（緊急対応する事業ではない）において、評価指標項目とするのは違和感がある。
503	指標により、客観的に評価できると感じています。アセスメント評価の時期を、より明確に設定していきたいと考えています。
504	昨年度の報告書を確認できず、評価指標項目を知らなかった。 初動日数については個々の事例によっては対応困難な事例もあることから数的評価だけでなく特記事項

	として状況説明の欄があるといよ。
505	現在の評価指標では、支援の内容を評価できない。
506	地域包括支援センター内に設置されたチームであるため、把握日時と初回訪問までの日数がかなり空いている。センターとして把握はしていても、チームとして介入する必要がある・ないの初期スクリーニングの指標がないため、事業適用かどうか論点になりがち。チームの評価指標についてはそういった点は加味されていないように感じられるので、実際の支援状況や体制が正確に測れていないのではないかと感じる
507	対象者数について：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いる場合、包括業務の通常支援の中で、受診まで、または、介護サービス利用までの支援を行ってしまうことが多々あるもので、チーム員として動くケースの数値は上がりにくいと思われる。
508	J-ZBI_8は、チームの介入前、介入後に実施することで、家族へのチームの介入効果が数字でわかることや、家族負担が軽減できたのか判断することができていた。チーム活動以外（虐待など）においても活用できそうと思うところがある。
509	引継ぎの状況として医療か介護しか選択肢がないが、インフォーマルなサービスへの引継ぎ（民生委員の見守り、認知症カフェやサロンへの引継ぎ、地域のサポート等）が評価の対象となっておらず、チームの活動評価として妥当といえるのか疑問。
510	J-ZBI_8は聞き取る家族がいない場合が多く、指標とするには欠損値が多いと思われる。
511	評価指標自体を知らず、今回初めて報告書を確認しました。
512	初動期間については、必ずしも急ぎの対応が必要なケースとは限らず、本人、家族がどの程度困っているか、周囲に与える影響という点に影響されると考える。J-ZBI_8は家族の介護負担を示す尺度として客観的な数値が得られる指標で評価項目として適切であると考えられるが、著作権の問題があるとのこと、今後代わりとなる同様の指標がほしい。終了時時点で必要性や希望しないということで、医療や介護サービスに引継ぎされないケースもあるが、どこかに情報がつながるようにしておくことは重要であると考ええる。
513	モニタリングは必ずしも訪問で切るわけではないため、その場合のDASCやDBDによる評価は難しいこともある。
514	チームの支援によって、介護負担が軽減できたかを把握することも、評価指標として重要な項目であり、J-ZBI_8は家族の介護負担を把握するうえで、貴重なスケールであると感じている。一方で、介護者不在の対象者の場合、スコアを得ることができないこと、それまで関りの薄かった介護者等の場合、チームの支援やサービスの導入によって対応の必要性が増し、負担感も増えるといったこともあることから、J-ZBI_8のみでチームの活動効果をはかることには違和感がある。
515	引継の状況について、医療及び介護への引継ぎ（医療・介護サービス）の導入を前提としているが、限定されたサービスと言え、目標達成について、「認知症の人の地域での生活の継続」という視点からより広くとらえる必要を感じる。
516	初期集中事業の対象者は警戒心が強く、6ヶ月間で一定の結果に結び付けるのが困難 J-ZBI_8は利用していない。
517	チーム活動評価を表す指標がうまくみつけれず困っている。介護負担（J-ZBI_8）だけでは正確な負担度を測ることができていない。どういふものと組み合わせたらよいか運用について助言が欲しい。
518	評価指標はシンプルでいいと思うが、実態を十分に表せてはいないと思う。
519	初動日数や医療・介護引継ぎなどは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指標として妥当性がある。
520	他市がどのような取組をしているのか参考になる。
521	チーム活動の実態から考えて、評価対象者数が少なく、実態を表しているとは言い難い。
522	対象者数は、参考にはなるが評価指標として有効なのか疑問に感じる。 初動日数は評価指標として妥当性がある。

523	30 年度のチーム活動数が 2 件の為、評価指数を見ることで、他の状況がわかり参考になった。
524	評価指標自体を知らない。昨年度の報告書を確認できていない。
525	今年度の検討委員会にて、評価指標を活用し委員へ報告させて頂きました。委員もわかりやすい指標だ と思います。チーム活動の目安にもなるかと思いました。 引継ぎの状況をまとめるのに苦労しました。使用している、報告用の集計表には詳細を入力していなかった 為過去の対象者全員を見返す為時間がかかりました。次回は短縮できると思います。 報告用ソフトの入力マニュアル等があればと思います。
526	JZBI_8 については、対象者が独居等で介護負担を感じているような支援者がいないケースも多いため現在 実施していない（今後実施を予定しているが対象者全員には行わない）。介入効果の一部を測るツール としては有効と思うが、チームの評価につなげられるほど各チームで導入されているツールではないのでは？ 初動期間について、役場直営の包括にチームを置いてあるため役場や包括の把握日と、チームの把握日 で、どの時点とするのが難しいと感じる時がある。委託で設置のチームの機動性を評価するには有効と思 うので、チームの把握日の考え方についてより詳しく考え方が示してもらえると入力しやすい。
527	昨年度の評価指数について自己評価はしたが報告書がある事を知らず、全国平均との比較は行っていな かった。評価指数 4 項目（昨年度）は、次年度の活動目標を作成するうえで有効と考える。
528	評価指標項目については、当市の活動実態とも一致する。当市では、前年度の対象者数が、前々年度 より大幅に減少したことについて、今年度の活動に向けてその要因分析を行った。その結果、チーム員が地 域包括業務との兼務であることで、地域包括内での困難事例への対応力が向上した。それによって、相 談応需時に従来と比べて、より迅速にチームの相談窓口でもある地域包括内で対応された件数が増えた と思われる。したがって、前年度までは、それぞれの役割が曖昧であったチームと地域包括の役割分担を明 確にした。また、年間の支援対象者数も数値目標化し、相談を待つのみでは対象者数の確保が難しい 部分への対処方法として、地域包括で把握している要支援認定者でかつ、認知症日常生活自立度判 定基準Ⅱa、Ⅱb 該当者の中から、主治医意見書、認定調査結果などの情報を精査して対象者となり うる可能性が高そうな場合は、アウトリーチして面談を実施している。当市チームの役割としては、MCI もしく は軽度認知症レベルの方の発見と支援。言い換えれば、まだ気づかれておられず、困り事も多くはない、ご 本人、ご家族へのアクセス率の向上。
529	支援日数には、集中的介入支援により介護支援専門員や医療機関等への支援につながり、引き継ぎを 行う前後（または、引き継ぎ後の終結合意まで）の経過観察期間が含まれているため、ケース状況や引 き継ぎ相手機関の意向や事情によってばらつきが生じている。受診やサービス利用、いずれかではなく、一 体的につなげられるまでの支援介入を求められることが増えており、支援期間が長期化している要因と考 えられる。
530	初動日数については、相談から家族の受け入れまで時間がかかる場合と、切羽詰まった相談とで大きく 分かれる傾向がある。また、支援日数も初期で受け入れが悪い場合と、非常に対応困難の場合には長く なる傾向がある。
531	医療介護引継ぎは、介護申請⇒介護認定までの期間が長引く場合があり、介護サービス引継ぎ（CM 選定）が大幅に伸びている場合がある。このため支援期間が長くなっている部分もある。
532	初動期間が短いのは多くは緊急性の高い事例（BPSD や混乱中）であり、介護保険・受診も急ぎで入 れ、かなり努力して動いている。DASC や DBD、Zarit に差が出るのは当然。工夫や成果として評価が上がる のか？そもそも初期集中は緊急性の高い困難な事例にいかにも多く取り組んだかで評価されるのか？す べての事例に初動期間を短期で取り組んだら結果が出るのか。 対象や家族の安心感や満足感が得られたと表現されるものが一番説得力があるのではないか。Zarit が 使えないならなおさら、そこが必要と思う
533	当チームは訪問回数に含まない、訪問前家族面談・連絡を重点的に実施しており、初動期間と効果につ いてどう評価されるのか？ J-ZBI_8 は初期集中の評価項目には必須と考えている。

	必要ケースと判断したらモニタリングが終わっても家族相談やサービス確認、報告を継続している。支援者 支援に関しては大切に考えています。
534	評価指標としては妥当であるが、チーム活動で十分活用できていない。チーム員が兼任のため、適時活動 することが難しかった。相談件数が少なく、周知活動に重点を置いていたため、対象者（相談者）との十 分な関わりができなかった。
535	包括とチーム（医療機関）が別事業所となっているため、対象者は包括から依頼のあった場合のみチーム の介入となるため、対象者数はチームの評価指標には違和感がある。
536	介護サービス以外の地域の資源や見守りにつながった場合も集計しているため、効果として評価に含めて いるので、良いかと思う。地域包括支援センターが、把握と同時に他職種でのチームを形成出来ている場 合もあるため、対象者数を指標にしがたい。
537	終了時アセスメントは対象者が入院等の形で支援終結となった場合は評価することが難しい。 委託機関にチーム員を置いていることから、終了時アセスメントを原則としてしようするというルールが十分に 浸透していない。
538	チーム介入後、特にサービス接続がなくても、支援者が支援の方向性に自信を持てたり、関係性が好転す るなどしたケースもあるため、そういったケースの評価が難しい。
539	「早期発見、早期介入・受診、かかりつけ医との連携」をチームの目指す活動としている自治体について は、評価指標として参考になる。
540	昨年度は実績がなかったが、今年度 1 ケース対応した。アンケートの内容は入力しやすかった。
541	対象者数はチーム活動そのものの評価指標とはなりにくいのではないかと、対象者を増やすには地域包括 支援センターなど協力等も大きいと思われます。初動期間、J-ZBI_8、引継の状況は妥当と思われます。
542	初動及び支援日数に関して全国平均と比較し、チームの活動状況について客観的に把握することができ るが、チームの設置機関ごとの平均があると参考になる。
543	困難事例が主観的な判断であるため、適切が不安。
544	初期に集中的にかかわるということから「おおむね 6 か月」と設定されているが、困難ケースにおいては初回 訪問までに時間を要することがあったり、その期間を超えての関わりにならざるをえないことがある。
545	認知症初期集中支援チームの対象者が、MCI、認知症初期段階者の場合と、困難事例相当であり中 等度、重度者の場合を、同じ指標で平均化していくことに対して違和感を感じる。 そもそも自治体ごとで活動内容から対象選定基準までバラバラでは、何を基準に現状を照らし合わせて比 べればよいのか疑問が残る。
546	半年間の間に支援が終了した方となるとかなり対象者が絞られてくる為、満足な評価の対象数が集まる のでしょうか。当地区が少ないだけかもしれませんが。
547	J-ZBI_8 を使用しておらず、評価指標として適当であるか不明である。
548	支援日数については、すべての日数において初期集中支援チームとして活動している訳ではないので、評価 指標として実態を表しているとは言い難い。 初動日数においては、困難事例である場合、初回訪問までに家族や親族、関係機関との連絡・調整に 時間を要するため、評価指標として妥当なのか、違和感がある。 訪問以外に、窓口や電話で対応していることがあり、反映されない。
549	評価指標項目自体、実態を捉えていない。当町は、医師ほかチーム員が必要時に必要な場所で連携が 取れた、もしくは情報交換ができたことで 1 回とカウントしている。会議の形や認知の評価指標に拘ってはい ない。支援はほとんどの場合、「半年間で終結」まで持っていくことは難しい。
550	報告書の内容を意識して活動できていなかった。対象者が単身世帯の方が多く、J-ZBI_8 を活用する機 会がなかった。
551	項目全てについてチーム活動の成果として一つの指標となると思う。
552	初動日数や医療・介護引き継ぎ等は、評価指標として妥当性があると思う。

553	認知症初期集中支援チームの活動の実態を全て網羅するような評価を行うとなれば、指標となる項目は多くなってしまうと思います。 調査自体の負担を考慮して調査を行うとなると、指標は少なければ少ないほど良いと思うが、活動の全容を把握するのは困難だと思います。項目を増やすとすれば、対象者の認知症の状況や家族構成、訪問時に確認できた課題と解決方法などが考えられますが、範囲を限定することが難しいと思います。
554	チームが関わった事で、支援対象者の生活が見えて来て、今まで気づかなかったことを家族や介護者が気づき、対象者ご自身も気付かれたことがありました。数字の比較だけで、正しい評価を行うことは難しいと思いました。
555	当市の場合、認知症の相談先が初期集中支援チームだけでなく、地域包括支援センターでも相談支援を受けつけているため、地域包括支援センターが医療や介護へのつなぎ支援や困難ケースの相談支援等を行っている事例が多い。 初期集中支援チームが、地域包括支援センターの相談役や後方支援を行い、直接対象者へ関わらないこともあるため、対象者数の把握や評価をしにくい。
556	統計的な数字は地域差もあると思われる。 困難ケースの割合については、選別時にふるいにかけているチームもあると聞いているため、期待されている役割と実態は違うと思われる。
557	各項目もデータとしては必要だが内容の方が重要と思う。 初動日数は決定日から2週間以内の訪問という規定が不明瞭。チーム活動の中で評価結果をデータ化することで、今後の方向性やチーム活動の指標になっていく可能性があると考える現在の評価指標と必要な医療・介護サービスや家族の希望に利用されるケースはない。評価指標を他の評価基準に変えても認知症患者の持つ様々な環境・家族背景・経済力など患者の持つ問題点は評価基準で語られるものではない。 初動期間やアセスメント評価指標などとチームの関わりや結果がデータ化させる資源になるように願います。
558	支援日数が少ない対象者に対しての DASC、DBD13 の変化を求めるのは難しいと思います。
559	評価指標となる項目がシンプルで分かりやすいが、困難ケースと考えられるものへの指標項目を設けることはできないでしょうか。
560	初動期間は短い方がよいが、その月の対象者数等により遅れが出ることもある。かかりつけ医との連携については、今までの通院状況によっては、チームが医療機関であるため、受診の結果を他医療機関への診療情報提供書として、対応することもある。家族がいない方、なかなか会えない方も多く、③を使用することは少ない。評価指標自体を知らませんでした。昨年度の報告書も確認できておりません。
561	初回訪問までに準備期間がかかるケースなどがあり、一概に日数などで測るのが難しいケースもある。

認知症初期集中支援チームの評価指標に関する調査

市町村 認知症初期集中支援事業 ご担当者様

アンケートへのご協力をお願い

認知症初期集中支援チームには全国の市町村で設置が進み、それぞれの施策の中で位置づけられたチームが活動されていることと存じます。チームの活動は、地域やチームの特性によって様々ではありますが、そのような中でも、各チームが活動の量的・質的な自己評価を行うための指標の提示が求められています。

昨年度事業では、皆様のご協力を得て、チーム活動に着目した活動指標を試作することができました。もっとも、項目や内容には継続的な精査・検証が必要と考えています。

そこで、昨年度に引き続いて、チーム指標の精度向上・補強情報の収集を目的に、全国の市町村および設置チームを対象としたアンケートを実施することとしました。

調査趣旨、また、下記の「ご協力をお願い」についてご理解の上、ぜひご回答協力のほどお願い申し上げます。

※なお、本年度は、例年ご協力をお願いしております「認知症初期集中支援チームの活動実績データのご提供」については、実施しないことと致しました。併せて お知らせ申し上げます。

令和元年 10 月

(令和元年度老人保健健康増進等事業 実施主体)
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
鷲見 幸彦

ご協力をお願い

- ▶本調査は、市町村認知症施策所管課を通じて、市町村内に設置された全ての認知症初期集中支援チームの皆様にご協力をお願いするものです。
- ▶市町村には、調査回答用の MS エクセルファイル等が格納された CD をお送りしています。ご担当者様におかれましては、お忙しい時期に大変なご負担をお掛けしますが、下記の手順をご参照の上、回答およびチームへの配布等アンケート調査へのご協力をお願い致します。

1 CD に入っているファイルについて

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

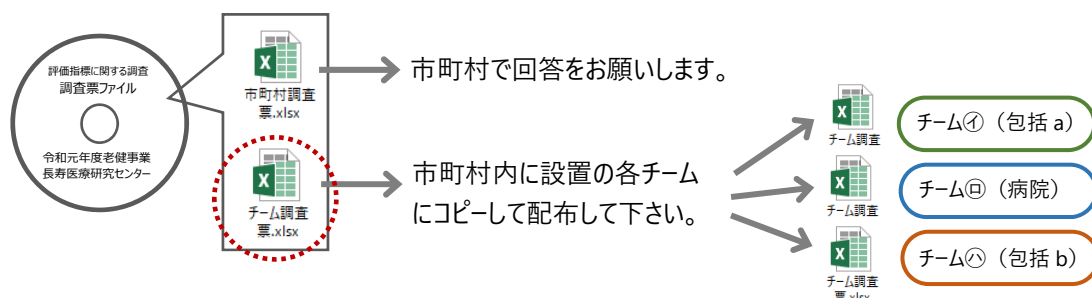
いずれもコピーガードやパスワード保護は施していませんので、通常操作でデスクトップ等にコピー・保存できます。

MS エクセルファイル名	シート名	内容について
1) 市町村調査票		自治体名、高齢者人口、チーム設置数
2) チーム調査票	シート① チーム自己評価	チーム属性、対象者ごとの支援状況等
	シート② 評価指標アンケート	評価指標に関する記述式アンケート
	シート③ 回答要領	シート①の回答方法や項目の説明など
	シート④ ご質問票	メール・FAX 用のお問合せ専用シート

2 回答手順について

(1) 調査ファイルのチームへの配布

- ① CD 内の 2 ファイルのうち、“**チーム調査票**”を市町村内の各チームに配布（メール配信等）して下さい。

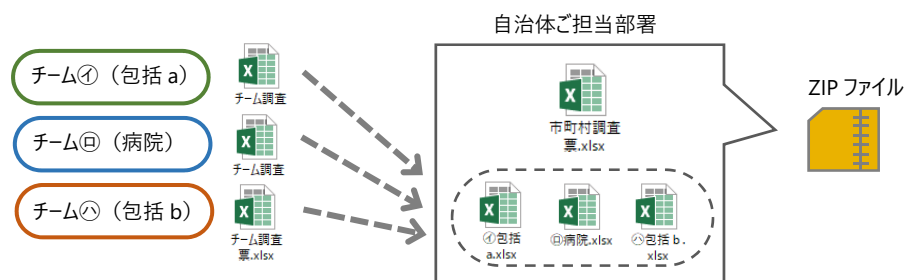


(2) 自治体ご担当部署および各チームでのご回答

- 自治体ご担当部署では、“**市町村調査票**”への回答をお願いします。
- 各チームでは、“**チーム調査票**”のシート①、シート②への回答をお願いします。
シート①の回答は、回答要領(シート③)で、回答方法や定義などを参照して下さい。
- 必要に応じて、ご質問票(シート④)により、国立長寿医療研究センターにメール・FAX でご質問下さい。

(3) 自治体での回収と国立長寿医療研究センターへの送信

- 各チームの“**チーム調査票**”のファイルを回収（チームからの一次提出）して下さい。
※シート①および②のみを切り離す必要はありません。
- 自治体で回答済みの“**市町村調査票**”と、回収した“**チーム調査票**”を 1 つの ZIP ファイルにまとめて下さい。
※複数のチームがある場合には、チーム調査票のファイル名をチーム名や番号等に変えて、同一にならない（上書きされない）ようにして下さい。



- ZIP ファイルを国立長寿医療研究センター宛てにメール送信をお願いします。
※お手数ですが、ZIP ファイルのファイル名は「自治体名」に設定をお願い致します。
※Excel ファイルのまま ご提出頂く場合には、現在のファイル名の前に「自治体名」を加えて下さい。

3 ファイル送信先および回答期日（※切）について

送信先アドレス	国立長寿医療研究センター	ninchi-soudan@ncgg.go.jp
回答期日（※切）	令和元年 11 月 20 日（水）	
問合せ先 FAX	0562-46-8349 （回答先メールアドレスを必ずご記入下さい）	

4 チーム調査票（シート① チーム自己評価）回答要領について

※この回答要領は、チーム調査票の Excel ファイルにも掲載されています。

(1)チーム情報	チームの属性等について選択・記入して下さい。 * 対象者が発生した場合のみ稼働するなど、回答が難しい場合は空欄で結構です。
市町村名	チームが設置されている自治体名を記入して下さい。 * 一部事務組合、広域連合等の場合は、その名称を記入して下さい。 * 複数市町村で共同設置している場合は、全ての自治体名を記入して下さい。
チーム設置機関	チームが設置されている機関をリストから選択して下さい。 * 自治体直営の地域包括支援センターは「地域包括支援センター」を選択して下さい。 * 訪問看護ステーションや介護保険施設などは「その他」を選択して下さい。
チーム活動期間	2019 年 10 月 1 日を基準に、チームが設置されてからのおよその期間でお考え下さい。 * 設置から実質的な稼働までに一定期間があった場合など、稼働日を基準に選択しても結構です。
調査期間中の 支援対象者数	2019 年 4 月～9 月に、支援をした対象者の実人数を数字で記入して下さい。 * 支援開始日、支援終了日は問いません（支援中の対象者を含みます）。 * 支援終了後モニタリングまでの期間だけが該当する場合は含みません。
チーム員会議時 間(1カ月の合計)	2019 年 9 月に実施されたチーム員会議の合計時間（実績と予定）を数字で記入して下さい。 * おおよその時間単位（小数点 1 位まで、分単位ではなく）で記入して下さい。 * 計画・予定がない場合は空欄で結構です。
(2)支援対象者 情報	2019 年 4 月～9 月までに「支援終了(引継)」した対象者について回答して下さい。 * (1)支援対象者数の回答にかかわらず 20 人まで（超える場合は直近から 20 人まで） * 把握日、初回訪問日が 2019 年 3 月以前の対象者も含みます。 * 支援終了後、モニタリングが行われていない対象者も含みます。
①把握日	支援対象者をチームとして把握した日付を西暦年・月・日で記入して下さい。 * チームとしての把握日が不明な場合は、設置機関としての把握日を記入しても結構です。
②初回訪問日	把握日以降、チームが初めて訪問支援を行った日付を西暦年・月・日で記入して下さい。
(介入時) ②-1 DASC	介入段階に DASC（アセスメント）を実施した場合、そのスコアを数字で記入して下さい。 * 実施していない場合、不明な場合は空欄で結構です。（「0」や「／」を入力しないで下さい）
②-2 DBD13	介入段階に DBD13（アセスメント）を実施した場合、そのスコアを数字で記入して下さい。 * 実施していない場合、不明な場合は空欄で結構です。（「0」や「／」を入力しないで下さい）
②-3 認知症 医療	介入段階の 認知症に関する受診状況について、受診がある場合は「1」を、受診がない・ 分からない場合は「0」を入力して下さい。 * 認知症以外の受診がある場合でも、（認知症に関して）「受診がない」と考えて下さい。 * 現在、定期的受診が無くても、過去 6 カ月程度の受診の有無で考えて下さい。 * 診断の有無、処方の有無などは問いません。
②-4 サービス 利用	介入段階の 介護等サービスの利用状況について、利用がある場合は「1」を、利用がない・ 分からない場合は「0」を入力して下さい。 * 介護保険サービスに限らず、インフォーマルサービスや行政によるサービスを含みます。 * 現在、定期的利用が無くても、過去 6 カ月程度の利用の有無で考えて下さい。
③支援終了日	医療機関等への引継等で、チームの支援が終了した日付を西暦年・月・日で記入して下さい。 * 入院・入所や死亡等により支援が終了した場合も含みます。
③-1 訪問 支援回数	初回訪問日から支援終了日までの チームによる訪問支援回数を数字で記入して下さい。 * ご本人・ご家族の来所やご本人不在時の訪問であっても、「チームによる支援」と判断する場合は、訪問 支援回数に含めて頂いて結構です。
(DASC～ サービス利用)	終了段階における DASC、DBD13、認知症受診、サービス利用 について、上記②-1～②-4 の 定義・説明に沿って入力して下さい。

④モニタリング 実施	支援終了後、概ね2ヵ月以上経過した対象者について、モニタリングを実施した場合は「1」を、実施していない場合は「0」を入力して下さい。 * 支援終了後2ヵ月未満の場合には「9」を入力して下さい（「未」等を入力しないで下さい） * モニタリングの方法やサービス継続状態等の結果は問いません。
⑤困難事例 該当	チーム(員)の主観的な評価で困難事例・ケースに該当する場合は「1」を、該当しない場合は「0」を入力して下さい。 * 困難の程度や内容、また、対象者の身体状況等は問いません。
⑥かかりつけ医 連携	対象者にかかりつけ医がいる場合、チームによる支援(介入)について連絡した場合は「1」を、連絡しなかった場合は「0」を入力して下さい。 * 対象者にかかりつけ医がいない場合や不明な場合には「9」を入力して下さい。（「いない」や「無」等を入力しないで下さい）

5 昨年度のチーム活動評価指標へのあてはめ（自己評価）について

- ▶昨年度の研究事業で取りまとめたチーム活動評価指標の項目について、アンケートにご協力頂いた約 1,400 チームがそれぞれ 1/3 ずつになるようグループ分けした際の、各グループの平均値および上限値と下限値が下表です。
- ▶本年度のチーム調査票「支援対象者情報」の回答からシート①右上に表示される「チームの自己評価」の数値を全国のチーム状況（昨年度）にあてはめて、おおよその状況を把握（自己評価）することができます。

【例】初動日数の自己評価が“6.4”であれば、昨年度指標ではグループ①（上位 1/3）にあてはまる（○囲み）

評価指標項目		グループ①	グループ②	グループ③
5-1 支援 対象者数	平均値(人)	36.5	6.2	0.8
	指標(幅)	12 ~	4 ~ 11	0 ~ 3
5-2 初動日数	平均値(日)	4.3	13.7	41.5
	指標(幅)	0.0 ~ 8.7	8.8 ~ 19.8	19.9 ~
5-3 支援日数	平均値(日)	58.5	109.5	158.7
	指標(幅)	0.0 ~ 89.3	89.4 ~ 130.8	130.9 ~
5-4 DASC スコア差	平均値	-4.7	+1.3	+8.6
	指標(幅)	~ 0.9	1.0 ~ 3.6	3.7 ~
5-5 DBD13 スコア差	平均値	-6.3	-0.8	+3.8
	指標(幅)	~ -2.2	-2.3 ~ -0.1	0.2 ~
5-6 医療/介護 への引継	平均値	1.00	0.77	0.34
	指標(幅)	1.00	0.68 ~ 0.99	0 ~ 0.67

- ▶シート①「チームの自己評価」欄に表示された値の算出（自動計算）の考え方は以下の通りです。

評価項目	考え方（算出方法）
支援対象者数	チーム情報の支援対象者数の値(6ヵ月実績)を年間に置き換えた数
初動日数	各対象者の「把握日」から「初回訪問日」までの所要日数を平均した数
支援日数	各対象者の「初回訪問日」から「支援終了日」までの所要日数を平均した数
DASC スコア差	各対象者の終了時と介入時の DASC のスコアの差を平均した数
DCD13 スコア差	各対象者の終了時と介入時の DBD13 のスコアの差を平均した数
医療/介護への引継	各対象者の受診・サービス利用それぞれの有無を「あり」を 1、「なし」0 として、終了時と介入時の差を平均した数

認知症初期集中支援チームのチーム活動評価指標に関する調査

1. 市町村調査票

(1)自治体情報

①自治体名

複数市町村で設置している場合の
貴自治体以外の市町村名

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

②高齢者人口

人

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

③設置チーム数

チーム

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

認知症初期集中支援チームのチーム活動評価指標に関する調査

2. チーム調査票

シート①（チーム自己評価）

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

(1)チーム情報

市町村名チーム設置機関チーム活動期間

調査期間中の
支援対象者数チーム員会議時間
(1ヵ月の合計)(実績)(予定)

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

訪問 延回数	医療 引継	モニタリング 実施	困難事例 割合	担当者 (DBD13)	チーム員 会議時間	かかりつけ 医連携
0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	#DIV/0!

(2)支援対象者情報（直近の支援終了者から最大20名まで）

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

本年度回答から算出したチーム自己評価用のスコア

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

№	① 把握日			② 【介入時】							③ 【終了時】						④ モニタリング実施	⑤ 困難事例該当	⑥ かかりつけ医連携	㊦ 初動日数	㊧ 支援日数	㊨ DASC変化	㊩ DBD13変化	㊪ 医/介引継			
	②-1			②-2		②-3		②-4		支援終了日		③-1															
	年 (西暦)	月	日	年 (西暦)	月	日	DASC	DBD13	認知症 受診	サービス 利用	年 (西暦)	月	日	訪問支援 回数	DASC	DBD13									認知症 受診	サービス 利用	
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											

シート②（評価指標アンケート）

シート①へのご回答をありがとうございました。

研究事業では、認知症初期集中支援チームの活動について、一定の目標・基準となるような指標作りを検討しています。指標は、チーム活動の序列を行うものではなく、各チームの様々な環境・役割の中で、チーム活動の現状を確認し、強化・充実のための1つの資料として頂くことを目指すものです。

以下では、評価指標、また その作成について、ご意見等を頂ければと存じます。宜しくお願い致します。

- (1) 平成30年度事業※で試作したチーム活動の評価指標項目(①対象者数、②初動期間、③J-ZBI_8、④引継の状況)について、チームの活動実態の観点から 自由にご意見を記入して下さい。

※報告書 <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-5houkoku.pdf>

回答例) ● チーム活動の実態から考えて、評価指標となる項目が少なく、実態を表しているとは言い難く、違和感がある。
● 初動日数や医療・介護引継などは、チーム活動の工夫や成果であるので、評価指標として妥当性がある。
● 評価指標自体を知らない、昨年度の報告書を確認できていない。

- (2) 現在の評価指標項目(上記の4項目)の他に、チーム活動の評価指標として適当（活動の目標・基準として適切）と思う項目があれば、自由に記入して下さい。

回答例) ● 初回モニタリングにおける医療・介護サービスの持続や本人の生活満足度
● 引継先の医療機関・介護事業所等の担当者からの第三者的評価
● 認知症サポート医からのプロセス評価と本人・家族からのアウトカム評価の総合スコア など

- (3) チーム活動における課題について、自由にご意見を記入して下さい。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

令和元年度 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

令和2年3月
禁無断転載
