

地域で支える認知症対策事業

**認知症初期集中支援チームの効果的な運用
に関する研究事業**

〈 平成 27 年度 報告書 〉

平成 28 年 3 月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

目次

I 事業概要	1
1. 事業目的	1
2. 事業の概要	1
II 各項目の実施結果	2
1. 事例検討会の開催等	2
1-1 事例検討会の開催	
1-2 実施地域訪問	
2. 関係機関の活動状況等にかかる調査	5
2-1 認知症サポート医に対するアンケート調査結果	
2-2 地域包括支援センターに対するアンケート調査結果	
2-3 まとめと考察	
3. 認知症サポート医のための「認知症初期集中支援チームハンドブック」	34
3-1 制作概要	
3-2 原稿（現物編集：抜粋）	
4. 認知症初期集中支援チーム等の立ち上げ支援（相談窓口の設置）	38
4-1 設置概要	
4-2 運用実績	
5. 認知症チェックリストの制作	39
5-1 制作概要	
5-2 原稿（現物編集：サンプル）	
III 初年度の総括	42

I 事業概要

1. 事業目的

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、平成30年度を目途に、認知症に関する様々な支援策の創設また充実・拡大が整理されている。愛知県と国立長寿医療研究センターにおいては、同プランの最終年にあたる平成29年度までの3年間、様々な認知症施策の効果的な推進に資することを目的に提携協定を結んでいる。（提携協定全体の内容や進捗については別に譲る）

その一つに、平成30年度から全ての市町村に設置が求められている、認知症初期集中支援チームがある。同チームは、多職種で構成されるチームが、かかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等と連携し、初期段階に集中的に関与・支援することを通じて、医療や介護につなぐことを目的に、市町村に設置されるものである。県レベルでは、県内市町村において、同チームが効果的に運用・機能発揮されるよう支援すること必要であり、愛知県では上記協定の初年度事業の柱として、「認知症初期集中支援チームの効果的な運用に関する研究等事業」を挙げた。

2. 認知症初期集中支援チームの効果的な運用に関する研究等事業の概要

同事業では、以下の5つの項目を中心に、多角的な支援策として実施していくことが計画された。

当センターでは、平成24年度から厚生労働省老人保健健康増進等事業の枠組みで実施してきた認知症初期集中支援事業に関する調査研究事業を担当し、また、同チーム員の要件となっているチーム員研修を実施している経験を活かしながら事業を進めた。

①事例検討会の開催

県内の先行地域（チーム）による運営や対応にかかる事例等を題材に事例検討会を実施、チーム立ち上げ段階や未設置市町村への情報共有等の機会を設定する。

②連携が必要な関係機関の活動状況にかかる調査

チームが主に連携・協力する相手先となる、認知症サポート医等に対するアンケート調査を実施、また、新規設置市町村数カ所に対して訪問調査（相談対応等）を行う。

③認知症サポート医（かかりつけ医）に対するチームに関する支援ツールの作成

認知症サポート医は、チームが担う“医療・介護未利用者に対する医療等へのつなぎ”への助言等が求められおり、チーム活動の円滑化を図るために、サポート医の支援ツールを作成する。

④チーム立ち上げ時等のための相談窓口の設置

県内の市町村がチームを立ち上げるにあたって、認知症サポート医等との連携や医療分野に関する助言等の支援を行う。

⑤認知症チェックリストの作成

県および市町村による認知症施策の推進に併せて、本人や家族（一般住民）への分かり易い情報や自己チェックのツールを提供することで、施策への関心を高める等普及啓発の充実を図る。

（内容は、認知症の理解、早期発見の重要性、気づきチェックリスト、相談窓口等）

II 各項目の実施結果

1. 事例検討会の開催等

1-1 事例検討会の開催

事例検討会は、名古屋市を含む年度当初の6月6日、また、本年度にチームを立ち上げたほとんどの市町村のチーム立ち上げ期ないし直後にあたる、11月20日に実施した。

先行する、名古屋市、碧南市による事例提供によって、チーム運営の課題や工夫の他、具体的な活動におけるチームの関わり方や、対応が難しかった点などについて情報共有を行った。今後の隣接地域での情報交換や合同の小規模勉強会等、チーム員交流のきっかけとなることも期待できると考える。

なお、国立長寿医療研究センターの鷺見医師による質疑応答やチーム活動に対する助言等も行われた。

1-2 実施地域訪問

県内の実施地域のうち、津島市、高浜市、名古屋市（先行地域）に、個別に訪問の上、チーム員会議の傍聴や各実施段階に応じた質疑応答・助言等を行った。

国立長寿医療研究センターが厚生労働省老人保健健康増進等事業において実施している地域巡回による活動状況把握のための活動段階別のシートを用い、情報の整理も行ったが、記載内容にばらつきがあるため、本報告書には同様式のみを掲載する。

一定程度の活動実績が積まれた中で、同一の様式・項目で県内のチームの進捗や課題、工夫等を整理し、事例検討会等の機会に情報共有・相互確認等を行うことも重要と考える。

【共通情報】（訪問地域から事前収集）
①チーム形態（設置場所、チーム員構成）
②活動概況（活動スタート時期、現在の対象者数とその進捗、年度末までの目標数）
③現状での課題（簡単に）

①チーム立ち上げ段階の状況

チーム設置のビジョン（目的とチーム構成、設置場所などの選択、工程表の利用方法 等）

検討委員会（役割、チームとの関係、行政の関与 等）

広報活動（広報ツール、啓発戦略、次年度以降の予定 等）

関係機関との調整（初期対応、継続連携のための工夫、その他の支援体制構築 等）

伝達研修（実施の有無、課題 等）

個人情報（取扱いルール、問題となった・なりそうだった事例 等）

主導者（チームリーダー）の役割

②活動（訪問支援）段階

対象者把握（相談対応、対象者選び 等）

チーム員会議（運営、役割分担、頻度、効率化の工夫 等）

訪問支援（運営、担当ルール、ヒヤリ・ハット事例 等）

困難事例（支援が必要なのに支援に入れない対象者）や奏功した事例

各職種が果たした役割（役割分担、看護・社会福祉・介護 等）

チーム内外の連携（専門医との関係・具体的な活動、地域支援推進員の関与）

行政の関与、課題、目標

③引継・支援終了

引継判断 (基準、プロセス、引継先との連携 等)

モニタリング (基本的な計画、実施上の課題、好事例、サービスが途切れていた事例 等)

効果判定 (アウトカム指標の設定、地域への波及状況 等)

運営・進捗管理 (情報共有の方法、実績ソフトによるデータの活用、内外への情報提供 等)

人材育成 (OJT、継続研修 等)

長期ビジョン (対象者・対象地域・設置チームの拡大 等)

2. 関係機関の活動状況等にかかる調査

2-1 認知症サポート医に対するアンケート調査結果

- ※ 愛知県内の認知症サポート医（除；名古屋市） 232 名対象
- ※ 郵送配布、郵送回収
- ※ 平成 27 年 11 月初旬配布 ～ 11 月 27 日〆切
- ※ 回答数 109 （回収率 47.0%）

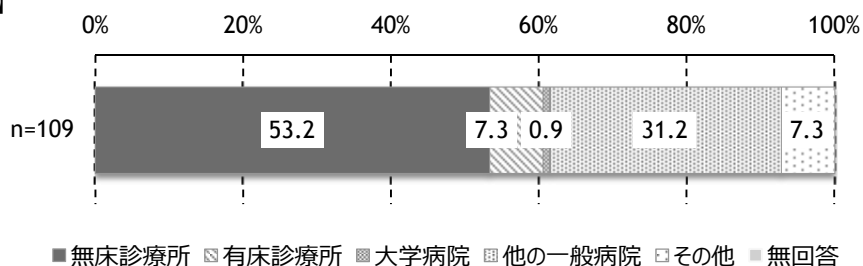
2-1-1 基本属性

(1) 医療機関等

① 医療機関種別

まず、医療機関の種別をみると、「無床診療所」が 53.2%と最も多く 5 割を超えており、次いで「他の一般病院」31.2%の順となっている。

【図表 1-1-A】

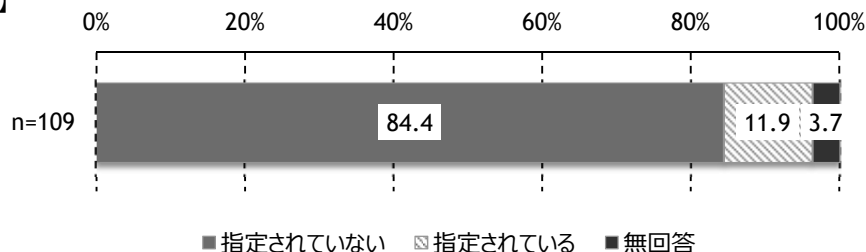


② 認知症疾患医療センター指定

認知症疾患医療センターの指定についてみると、「指定されていない」が 84.4%と多くなっており 8 割を超えている。一方「指定されている」は 11.9%にとどまっている。

なお、サンプル数が少ないため参考としてではあるが、「指定されている」場合の指定類型についてみると、「基幹型」が最も多く 46.2%となっている。

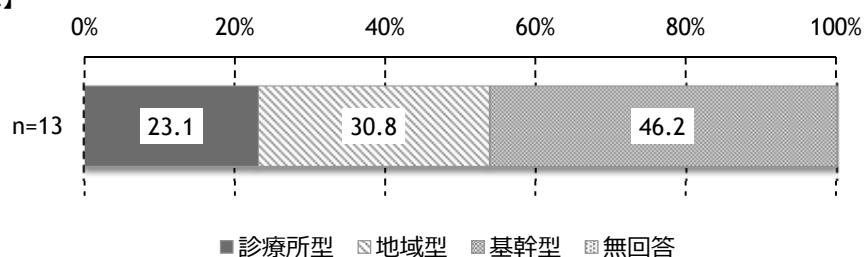
【図表 1-2-A】



【図表 1-2-B】

		合計	い 指定 されて いな	指定 されて いる	無 回 答	
全体	n %	109 100.0	92 84.4	13 11.9	4 3.7	
医療 機 関 種 別	診療所	n %	66 100.0	61 92.4	3 4.5	2 3.0
	病院	n %	35 100.0	26 74.3	8 22.9	1 2.9
	その他	n %	8 100.0	5 62.5	2 25.0	1 12.5
主 な 標 榜 科 目	内科	n %	76 100.0	68 89.5	5 6.6	3 3.9
	精神科・神経内科	n %	15 100.0	11 73.3	4 26.7	0 0.0
	その他	n %	16 100.0	11 68.8	4 25.0	1 6.3
養 成 研 修 受 年 度	H24年度以前	n %	30 100.0	26 86.7	3 10.0	1 3.3
	H25年度～H26年度	n %	29 100.0	27 93.1	1 3.4	1 3.4
	H27年度	n %	37 100.0	28 75.7	8 21.6	1 2.7

【図表 1-2-C】

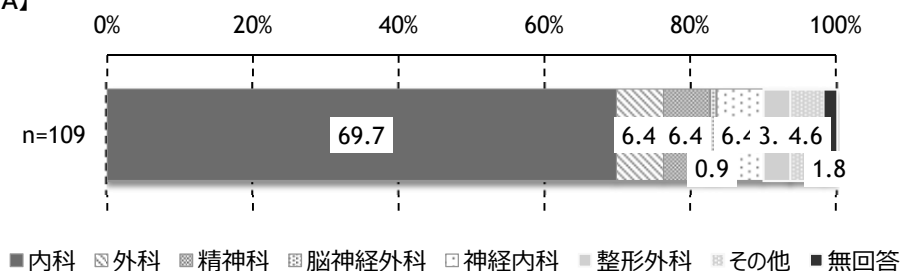


③ 主な標榜科目

主な標榜科目についてみると、「内科」が 69.7%と最も多く 7 割近い割合となっており、それ以外の科目はいずれも 1 割に満たない割合となっている。

また、医療機関種別にみると、診療所では「内科」が 84.8%と高く 8 割を超えており、病院では「神経内科」が 20.0%と高くなっている。

【図表 1-3-A】



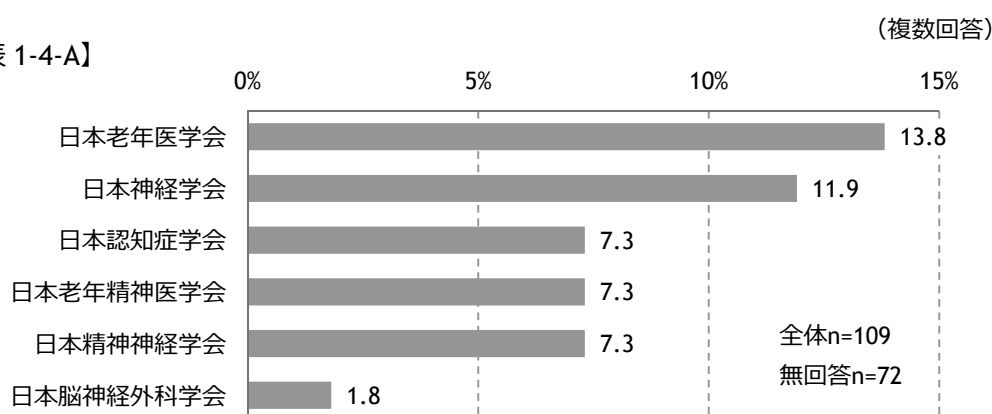
【図表 1-3-B】

		合計	内科	外科	精神科	脳神経外科	神経内科	整形外科	その他	無回答
全体	n	109	76	7	7	1	7	4	5	2
	%	100.0	69.7	6.4	6.4	0.9	6.4	3.7	4.6	1.8
医療 別 機 関 種	診療所	n	66	56	3	1	0	4	1	1
		%	100.0	84.8	4.5	1.5	0.0	0.0	6.1	1.5
	病院	n	35	18	3	5	0	7	0	2
		%	100.0	51.4	8.6	14.3	0.0	20.0	0.0	5.7
	その他	n	8	2	1	1	1	0	0	2
		%	100.0	25.0	12.5	12.5	12.5	0.0	0.0	25.0
養成 講 修 年 度	H24年度以前	n	30	22	1	3	0	2	1	1
		%	100.0	73.3	3.3	10.0	0.0	0.0	6.7	3.3
	H25年度～H26年度	n	29	23	2	0	0	4	0	0
		%	100.0	79.3	6.9	0.0	0.0	13.8	0.0	0.0
	H27年度	n	37	22	3	3	1	2	2	4
		%	100.0	59.5	8.1	8.1	2.7	5.4	5.4	10.8

④ 所属学会

最後に所属学会についてみると、「日本老年医学会」が 13.8%と最も多く、次いで「日本神経学会」11.9%の順となっている。

【図表 1-4-A】

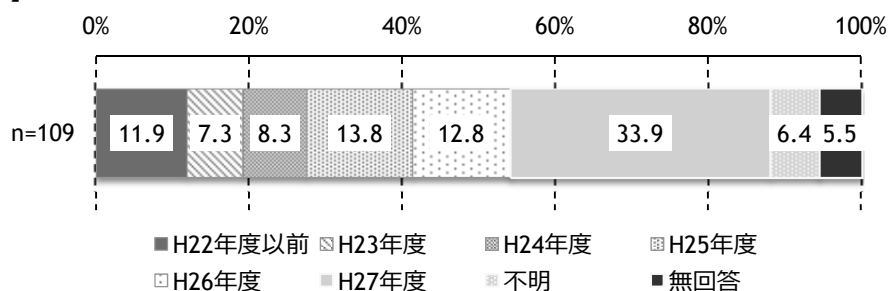


(2) 認知症サポート医

① 養成研修受講年度

認知症サポート医の養成研修受講年度についてみると、「H27年度」が 33.9%と最も多く、次いで、「H25年度」13.8%、「H26年度」12.8%、「H22年度以前」11.9%の順となっている。

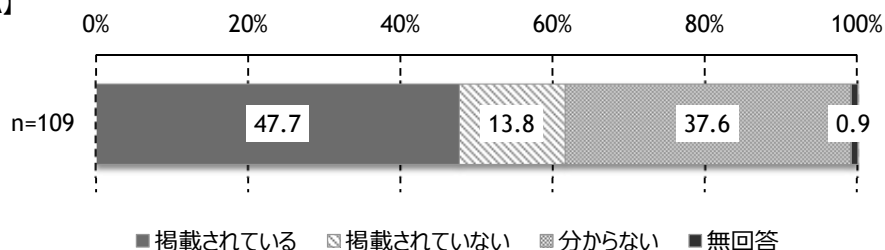
【図表 1-5-A】



② 医療機関情報等の情報提供

県内機関へのリスト配布や、県・市のHPへの情報掲載による情報提供の状況についてみると、「掲載されている」が47.7%と多くなっている。一方で「掲載されていない」は13.8%となっている。

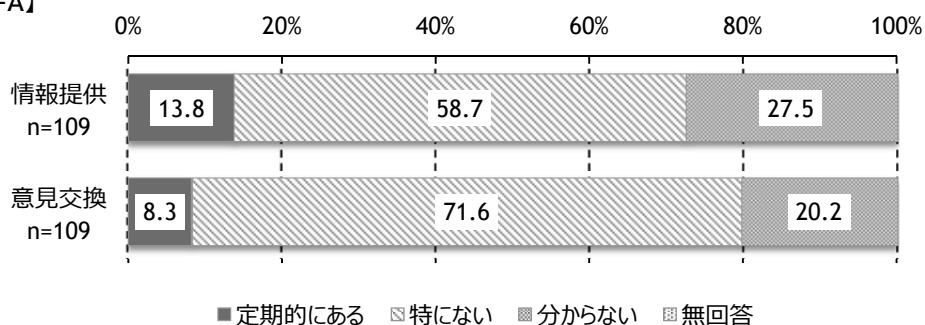
【図表 1-6-A】



③ 県との連携（情報提供と意見交換）

県からの情報提供や意見交換の機会についてみると、情報提供と意見交換ともに「特にない」がそれぞれ58.7%、71.6%と多くなっている。一方で「定期的にある」はそれぞれ13.8%、8.3%となっており少ない。また、医療機関種別にみると、情報提供について「分からない」では病院が40.0%と高くなっている。

【図表 1-7-A】



【図表 1-7-B】

情報提供		合計	定期的にある	特にない	分からない	無回答	
全体	n	109	15	64	30	0	
	%	100.0	13.8	58.7	27.5	0.0	
医療機関種別	診療所	n	66	12	42	12	0
		%	100.0	18.2	63.6	18.2	0.0
	病院	n	35	3	18	14	0
	%	100.0	8.6	51.4	40.0	0.0	
	その他	n	8	0	4	4	0
	%	100.0	0.0	50.0	50.0	0.0	
主な標榜科	内科	n	76	11	48	17	0
		%	100.0	14.5	63.2	22.4	0.0
	精神科・神経内科	n	15	3	8	4	0
	%	100.0	20.0	53.3	26.7	0.0	
	その他	n	16	1	7	8	0
	%	100.0	6.3	43.8	50.0	0.0	
養成研修年度	H24年度以前	n	30	6	17	7	0
		%	100.0	20.0	56.7	23.3	0.0
	H25年度～H26年度	n	29	4	19	6	0
	%	100.0	13.8	65.5	20.7	0.0	
	H27年度	n	37	3	21	13	0
	%	100.0	8.1	56.8	35.1	0.0	

【図表 1-7-C】

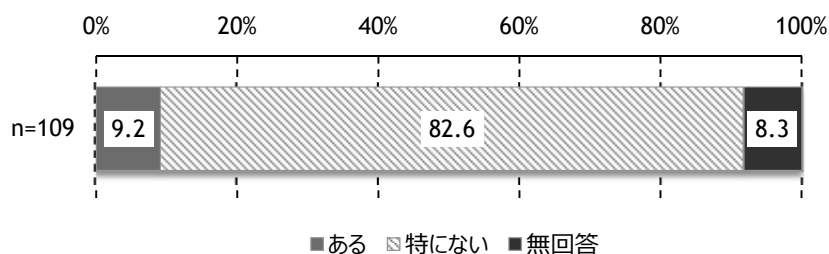
意見交換		合計	定期的にある	特 に ない	分 か ら ない	無 回 答	
全体	n %	109 100.0	9 8.3	78 71.6	22 20.2	0 0.0	
医療 機 関 種	診療所	n %	6 100.0	6 9.1	52 78.8	8 12.1	0 0.0
	病院	n %	35 100.0	3 8.6	22 62.9	10 28.6	0 0.0
	その他	n %	8 100.0	0 0.0	4 50.0	4 50.0	0 0.0
主 な 目 標 科	内科	n %	76 100.0	8 10.5	55 72.4	13 17.1	0 0.0
	精神科・神経内科	n %	15 100.0	0 0.0	12 80.0	3 20.0	0 0.0
	その他	n %	16 100.0	1 6.3	10 62.5	5 31.3	0 0.0
養 成 研 修 受	H24年度以前	n %	30 100.0	4 13.3	24 80.0	2 6.7	0 0.0
	H25年度～H26年度	n %	29 100.0	2 6.9	23 79.3	4 13.8	0 0.0
	H27年度	n %	37 100.0	3 8.1	24 64.9	10 27.0	0 0.0

④ 県との連携（その他の連携）

さらに、県とのその他の連携について尋ねたところ、「ある」は 9.2%となっている。具体的な内容としては、“地域包括支援センターとの交流”、“在宅医療支援センターとの交流”などが挙げられている。

また、養成研修受講年度別にみると、「ある」では H24 年度以前が 20.0%と高くなっている。

【図表 1-8-A】



【図表 1-8-B】

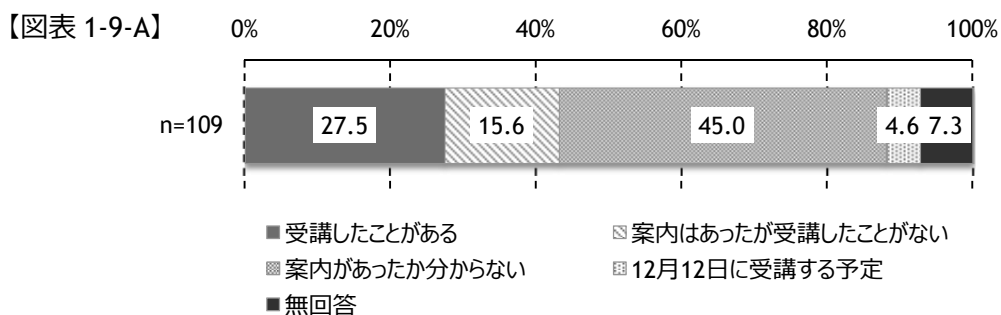
		合計	ある	特 に ない	無 回 答	
全体	n %	109 100.0	10 9.2	90 82.6	9 8.3	
医療 機 関 種	診療所	n %	6 100.0	6 9.1	56 84.8	4 6.1
	病院	n %	35 100.0	4 11.4	27 77.1	4 11.4
	その他	n %	8 100.0	0 0.0	7 87.5	1 12.5
主 な 目 標 科	内科	n %	76 100.0	8 10.5	64 84.2	4 5.3
	精神科・神経内科	n %	15 100.0	1 6.7	12 80.0	2 13.3
	その他	n %	16 100.0	1 6.3	12 75.0	3 18.8
養 成 研 修 受	H24年度以前	n %	30 100.0	6 20.0	23 76.7	1 3.3
	H25年度～H26年度	n %	29 100.0	1 3.4	27 93.1	1 3.4
	H27年度	n %	37 100.0	1 2.7	30 81.1	6 16.2

⑤ フォローアップ研修

次に、県等が主催する認知症サポート医のフォローアップ研修についてみると、「案内があったか分からない」が45.0%と最も多く、次いで「受講したことがある」27.5%、「案内はあったが受講したことがない」15.6%の順となっている。

また、養成研修受講年度別にみると、「受講したことがある」では受講年度が古いほど高くなる傾向にあり、特にH24年度以前は46.7%と高くなっている。

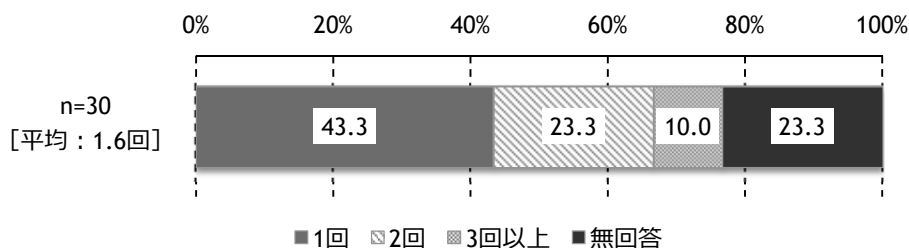
なお、「受講したことがある」場合の研修受講回数についてみると、「1回」が最も多く43.3%となっており、平均回数は1.6回となっている。



【図表 1-9-B】

		合計	あ る 講 し た こ と が	な い 講 し た こ と が	分 案 内 が あ ら な い た か	受 講 す る 予 定 日 に	無 回 答	
全体	n	109	30	17	49	5	8	
	%	100.0	27.5	15.6	45.0	4.6	7.3	
医療 機 関 種	診療所	n	21	9	28	3	5	
		%	100.0	31.8	13.6	42.4	4.5	7.6
	病院	n	35	8	7	16	2	2
	%	100.0	22.9	20.0	45.7	5.7	5.7	
目 標 科	内科	n	8	1	5	0	1	
		%	100.0	12.5	12.5	62.5	0.0	12.5
	精神科・神経内科	n	76	25	10	30	5	6
	%	100.0	32.9	13.2	39.5	6.6	7.9	
養 成 年 度 研 修 受	H24年度以前	n	15	3	8	0	2	
		%	100.0	20.0	13.3	53.3	0.0	13.3
	H25年度～H26年度	n	16	2	4	10	0	0
	%	100.0	12.5	25.0	62.5	0.0	0.0	
H27年度	H24年度以前	n	30	14	4	9	1	2
		%	100.0	46.7	13.3	30.0	3.3	6.7
	H25年度～H26年度	n	29	8	6	12	3	0
	%	100.0	27.6	20.7	41.4	10.3	0.0	
H27年度	n	37	1	4	25	1	6	
	%	100.0	2.7	10.8	67.6	2.7	16.2	

【図表 1-9-C】



2-1-2 診療等の活動

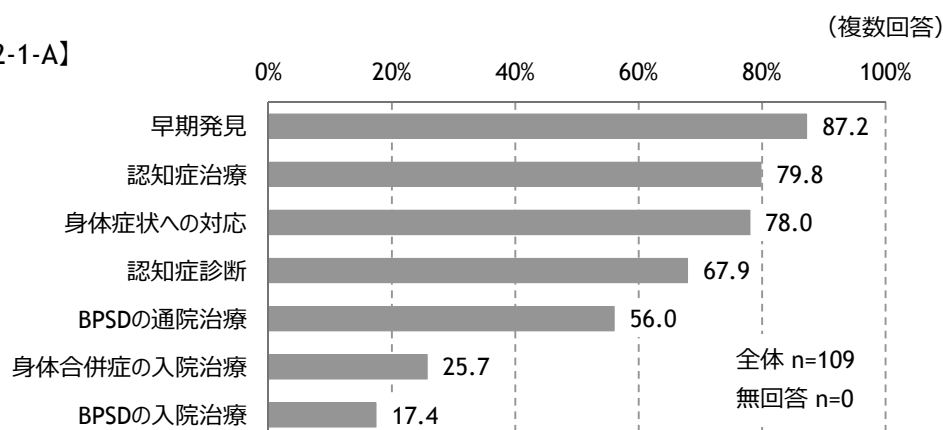
(1) 日常の診療、介護サービスの提供（H27年度）

① 対応可能な認知症診療

まず自院で対応可能な認知症診療について尋ねたところ、「早期発見」が87.2%と最も多く9割近い割合となっており、次いで「認知症治療」79.8%、「身体症状への対応」78.0%、「認知症診断」67.9%、「BPSDの通院治療」56.0%の順となっている。

また、医療機関種別にみると、「身体合併症の入院治療」と「BPSDの入院治療」では、病院がそれぞれ62.9%、31.4%と高くなっている。

【図表 2-1-A】



【図表 2-1-B】

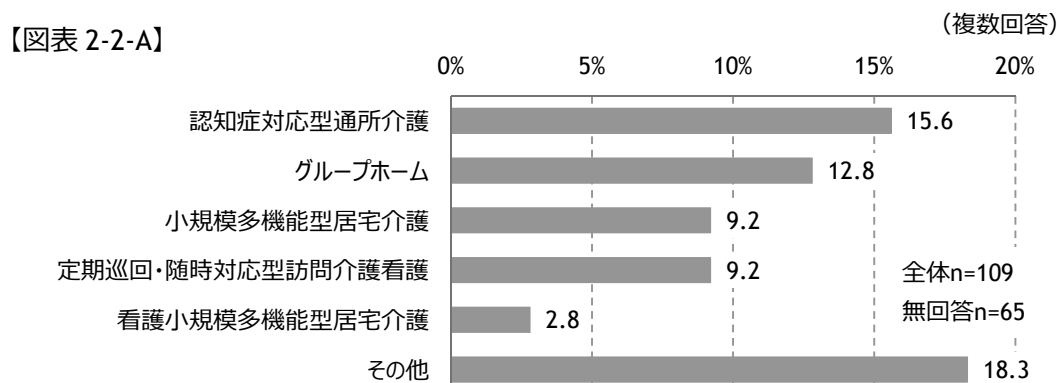
(複数回答)

		合計	早期発見	認知症治療	身体症状への対応	認知症診断	BPSDの通院治療	身体合併症の入院治療	BPSDの入院治療	無回答
全体		n 109 % 100.0	95 87.2	87 79.8	85 78.0	74 67.9	61 56.0	28 25.7	19 17.4	0 0.0
医療機関種別	診療所	n 66 % 100.0	64 97.0	54 81.8	53 80.3	43 65.2	37 56.1	3 4.5	3 4.5	0 0.0
	病院	n 35 % 100.0	27 77.1	28 80.0	28 80.0	27 77.1	20 57.1	22 62.9	11 31.4	0 0.0
	その他	n 8 % 100.0	4 50.0	5 62.5	4 50.0	4 50.0	4 50.0	3 37.5	5 62.5	0 0.0
主な目標科	内科	n 76 % 100.0	72 94.7	61 80.3	63 82.9	51 67.1	45 59.2	14 18.4	8 10.5	0 0.0
	精神科・神経内科	n 15 % 100.0	11 73.3	14 93.3	8 53.3	14 93.3	11 73.3	11 73.3	7 46.7	0 0.0
	その他	n 16 % 100.0	11 68.8	11 68.8	12 75.0	8 50.0	4 25.0	3 18.8	4 25.0	0 0.0
養成研修年度	H24年度以前	n 30 % 100.0	25 83.3	26 86.7	26 86.7	23 76.7	19 63.3	9 30.0	5 16.7	0 0.0
	H25年度～H26年度	n 29 % 100.0	27 93.1	24 82.8	25 86.2	22 75.9	19 65.5	8 27.6	3 10.3	0 0.0
	H27年度	n 37 % 100.0	33 89.2	26 70.3	23 62.2	19 51.4	16 43.2	7 18.9	7 18.9	0 0.0

② 提供する介護保険サービス

次に、自院で提供する介護保険サービス等について尋ねたところ、「認知症対応型通所介護」が15.6%と最も多く、次いで「グループホーム」12.8%の順となっている。

「その他」の具体的な内容としては、「デイサービス」、「介護老人保健施設」、「訪問介護」などが挙げられている。



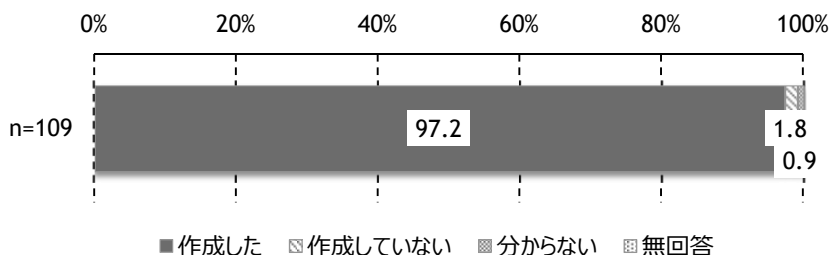
【図表 2-2-B】 (複数回答)

		合計	所認 介護 症 対 応 型 通	グ ル ー プ ホ ー ム	居 小 規 模 多 機 能 型	看 対 定 期 巡 回 ・ 随 時 訪 問 ・ 介 護	能 看 型 居 小 規 模 多 機	そ の 他	無 回 答
全体		109	17	14	10	10	3	20	65
		100.0	15.6	12.8	9.2	9.2	2.8	18.3	59.6
医療 別 機 関 種	診療所	66	8	8	4	3	1	11	43
		100.0	12.1	12.1	6.1	4.5	1.5	16.7	65.2
	病院	35	7	4	4	6	1	7	19
	100.0	20.0	11.4	11.4	17.1	2.9	20.0	54.3	
	その他	8	2	2	2	1	1	2	3
	100.0	25.0	25.0	25.0	12.5	12.5	25.0	37.5	
主 な 標 榜 科	内科	76	10	11	8	8	3	16	42
		100.0	13.2	14.5	10.5	10.5	3.9	21.1	55.3
	精神科・神経内科	15	2	1	0	2	0	1	12
	100.0	13.3	6.7	0.0	13.3	0.0	6.7	80.0	
	その他	16	5	2	1	0	0	3	10
	100.0	31.3	12.5	6.3	6.3	0.0	0.0	18.8	62.5
養 成 年 度 研 修 受	H24年度以前	30	6	6	5	4	2	8	13
		100.0	20.0	20.0	16.7	13.3	6.7	26.7	43.3
	H25年度～H26年度	29	4	4	2	2	0	4	17
	100.0	13.8	13.8	6.9	6.9	0.0	13.8	58.6	
	H27年度	37	5	2	2	3	1	5	27
	100.0	13.5	5.4	5.4	5.4	8.1	2.7	13.5	73.0

③ 主治医意見書

要介護認定に必要な書面である主治医意見書の作成状況を見ると、「作成した」が97.2%と多く10割近い割合となっている。

【図表 2-3-A】



【図表 2-3-B】

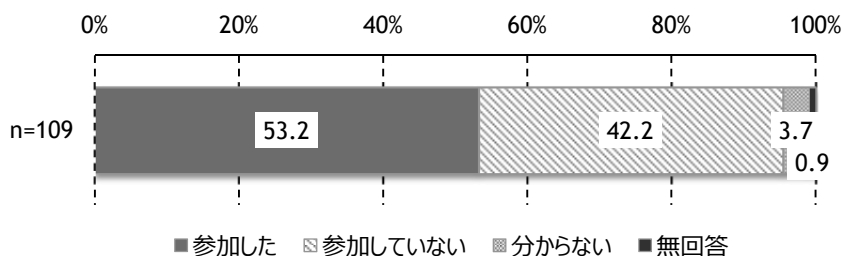
		合計	作成した	作成していない	分からない	無回答	
全体	n	109	106	2	1	0	
	%	100.0	97.2	1.8	0.9	0.0	
医療機関種別	診療所	n	66	65	0	1	0
		%	100.0	98.5	0.0	1.5	0.0
	病院	n	35	35	0	0	0
	%	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	その他	n	8	6	2	0	0
	%	100.0	75.0	25.0	0.0	0.0	
主要目標科	内科	n	76	74	1	1	0
		%	100.0	97.4	1.3	1.3	0.0
	精神科・神経内科	n	15	15	0	0	0
	%	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	
	その他	n	16	15	1	0	0
	%	100.0	93.8	6.3	0.0	0.0	
養成研修年度	H24年度以前	n	30	30	0	0	0
		%	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
	H25年度～H26年度	n	29	28	0	1	0
	%	100.0	96.6	0.0	3.4	0.0	
	H27年度	n	37	35	2	0	0
	%	100.0	94.6	5.4	0.0	0.0	

④ サービス担当者会議

ケアプラン作成時の多職種会議であるサービス担当者会議の参加状況を見ると、「参加した」が53.2%と多く5割を超えている。一方、「参加していない」は42.2%となっている。

また、養成研修受講年度別にみると、「参加した」では受講年度が古いほど高くなる傾向にあり、特にH24年度以前は80.0%と8割を超え高くなっている。

【図表 2-4-A】



【図表 2-4-B】

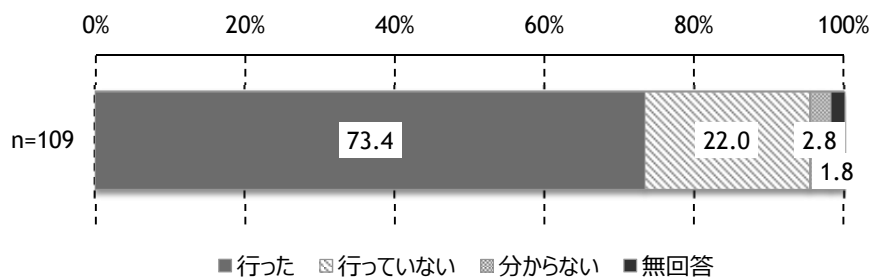
		合計	参加した	参加していない	分からない	無回答
全体	n	109	58	46	4	1
	%	100.0	53.2	42.2	3.7	0.9
医療機関種別	診療所	n	36	26	3	1
		%	100.0	54.5	39.4	4.5
	病院	n	18	16	1	0
	%	100.0	51.4	45.7	2.9	0.0
	その他	n	4	4	0	0
	%	100.0	50.0	50.0	0.0	0.0
主な目標科	内科	n	40	32	3	1
		%	100.0	52.6	42.1	3.9
	精神科・神経内科	n	6	8	1	0
	%	100.0	40.0	53.3	6.7	0.0
	その他	n	10	6	0	0
	%	100.0	62.5	37.5	0.0	0.0
養成研修年度	H24年度以前	n	24	5	1	0
		%	100.0	80.0	16.7	3.3
	H25年度～H26年度	n	16	13	0	0
	%	100.0	55.2	44.8	0.0	0.0
	H27年度	n	11	25	0	1
	%	100.0	29.7	67.6	0.0	2.7

⑤ ケアマネジャー連携・助言

ケアマネジャーに対する医学的観点からの助言や情報提供について尋ねたところ、「行った」が73.4%と多く7割を超えている。一方、「行っていない」は22.0%となっている。

また、医療機関種別にみると、「行っていない」では病院が34.3%と高くなっている。

【図表 2-5-A】



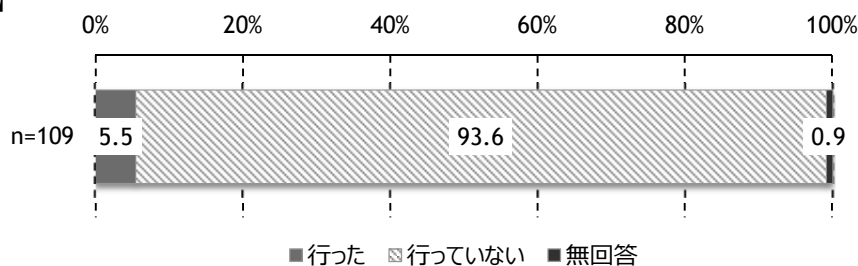
(2) 認知症サポート医の活動（H27年度）

① かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師

かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師の実施状況についてみると、「行っていない」が93.6%と多く9割を超えている。

なお、サンプル数が少ないため参考としてではあるが、「行った」場合の講師回数についてみると、「1回」が50.0%と最も多く5割になっており、平均回数は1.8回となっている。

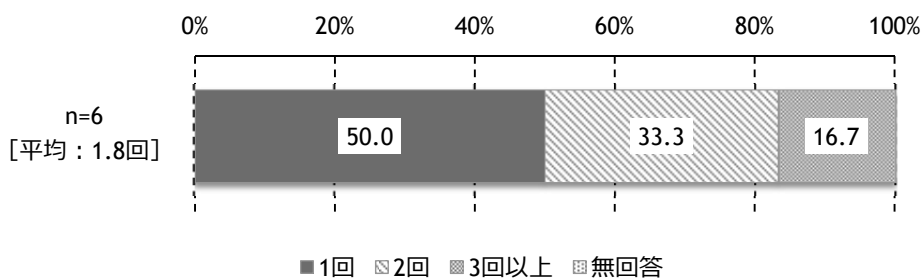
【図表 2-6-A】



【図表 2-6-B】

		合計	行った	行っていない	無回答	
全体	n	109	6	102	1	
	%	100.0	5.5	93.6	0.9	
医療機関別	診療所	n	2	63	1	
		%	100.0	3.0	95.5	1.5
	病院	n	4	31	0	
	%	100.0	11.4	88.6	0.0	
主な目標科	その他	n	0	8	0	
		%	100.0	0.0	100.0	0.0
	内科	n	3	73	0	
	%	100.0	3.9	96.1	0.0	
養成研修受	精神科・神経内科	n	1	14	0	
		%	100.0	6.7	93.3	0.0
	その他	n	2	13	1	
	%	100.0	12.5	81.3	6.3	
養成研修受	H24年度以前	n	3	26	1	
		%	100.0	10.0	86.7	3.3
	H25年度～H26年度	n	1	28	0	
	%	100.0	3.4	96.6	0.0	
H27年度	n	37	1	36	0	
	%	100.0	2.7	97.3	0.0	

【図表 2-6-C】

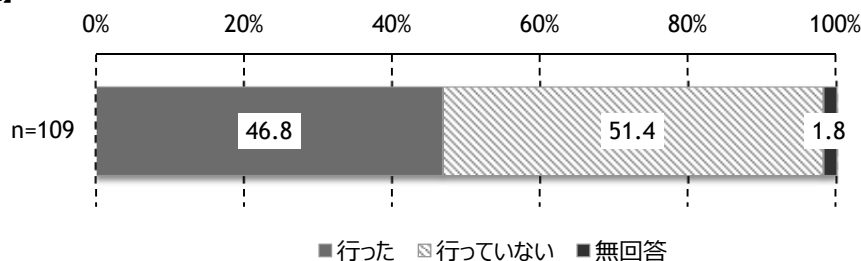


② 地域包括支援センターの相談対応・助言

認知症の人に対するケア上の留意点や診療等に関する相談対応や助言を行ったか尋ねたところ、「行っていない」が51.4%と多く5割を超えている。一方、「行った」は46.8%となっている。

なお、「行った」場合のセンター相談対応・助言回数についてみると、「2回」が25.5%と最も多く、次いで「3回」と「4回～10回」がともに21.6%の順となっており、平均回数は5.3回となっている。

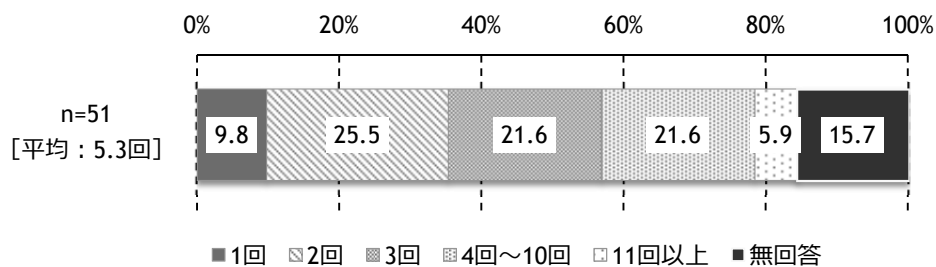
【図表 2-7-A】



【図表 2-7-B】

		合計	行った	行っていない	無回答
全体	n	109	51	56	2
	%	100.0	46.8	51.4	1.8
医療機関種別	診療所	n	34	31	1
		%	100.0	51.5	47.0
	病院	n	16	18	1
	%	100.0	45.7	51.4	2.9
	その他	n	1	7	0
	%	100.0	12.5	87.5	0.0
主要目標科	内科	n	37	39	0
		%	100.0	48.7	51.3
	精神科・神経内科	n	8	6	1
	%	100.0	53.3	40.0	6.7
	その他	n	5	10	1
	%	100.0	31.3	62.5	6.3
養成研修年度	H24年度以前	n	16	13	1
		%	100.0	53.3	43.3
	H25年度～H26年度	n	14	15	0
	%	100.0	48.3	51.7	0.0
	H27年度	n	12	24	1
	%	100.0	32.4	64.9	2.7

【図表 2-7-C】

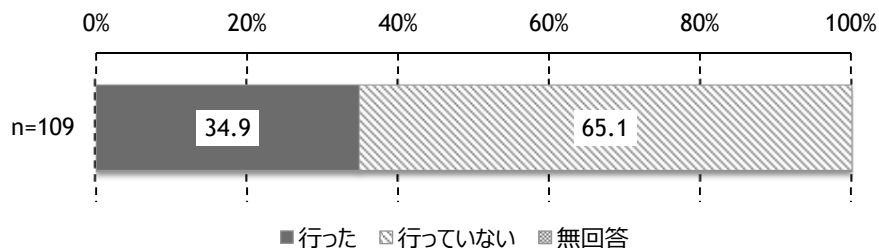


③ 地域啓発・セミナー

認知症に関して、行政等が主催する住民セミナーや家族相談会等への参加、協力状況について尋ねたところ、「行っていない」が65.1%と多く3人に2人の割合となっている。一方、「行った」は34.9%となっている。また、養成研修受講年度別にみると、「行った」では受講年度が古いほど高くなる傾向にあり、H27年度は21.6%と低くなっている。

なお、「行った」場合のセミナー実施回数についてみると、「2回」が31.6%と最も多く、次いで「1回」28.9%の順となっており、平均回数は2.5回となっている。

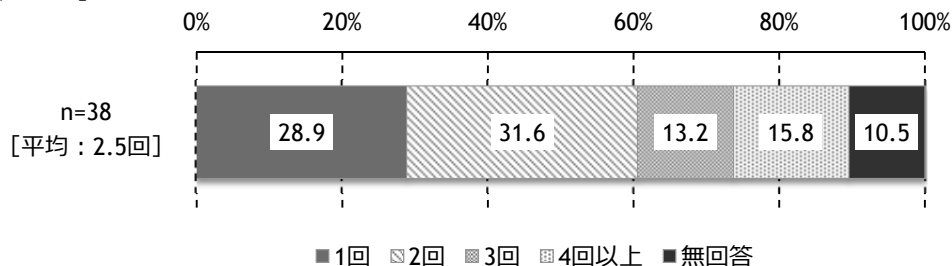
【図表 2-8-A】



【図表 2-8-B】

		合計	行った	行っていない	無回答
全体	n	109	38	71	0
	%	100.0	34.9	65.1	0.0
医療機関別	診療所	n	22	44	0
		%	100.0	33.3	66.7
	病院	n	15	20	0
	%	100.0	42.9	57.1	
	その他	n	1	7	0
	%	100.0	12.5	87.5	
主要目標科	内科	n	26	50	0
		%	100.0	34.2	65.8
	精神科・神経内科	n	7	8	0
	%	100.0	46.7	53.3	
	その他	n	4	12	0
	%	100.0	25.0	75.0	
養成研修年度	H24年度以前	n	13	17	0
		%	100.0	43.3	56.7
	H25年度～H26年度	n	9	20	0
	%	100.0	31.0	69.0	
	H27年度	n	8	29	0
	%	100.0	21.6	78.4	

【図表 2-8-C】



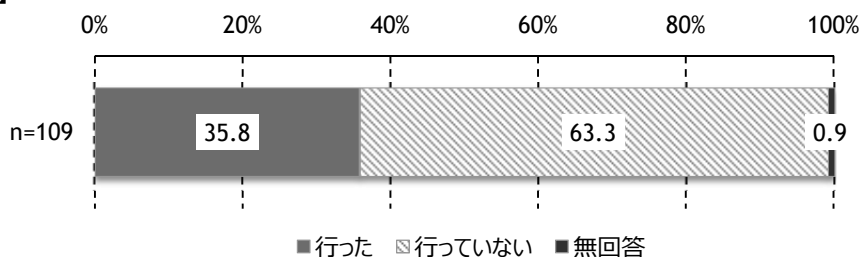
④ かかりつけ医からの相談対応・助言

認知症の診断や専門医療機関への紹介・連携等に関する相談対応や助言の状況についてみると、「行っていない」が63.3%と多く6割を超えている。一方、「行った」は35.8%となっている。

また、医療機関種別にみると、「行った」では病院が51.4%と5割を超え高くなっている。

なお、「行った」場合のかかりつけ医相談対応・助言回数についてみると、「4回～10回」が25.6%と最も多く、次いで「2回」と「3回」がともに17.9%の順となっており、平均回数は11.1回となっている。

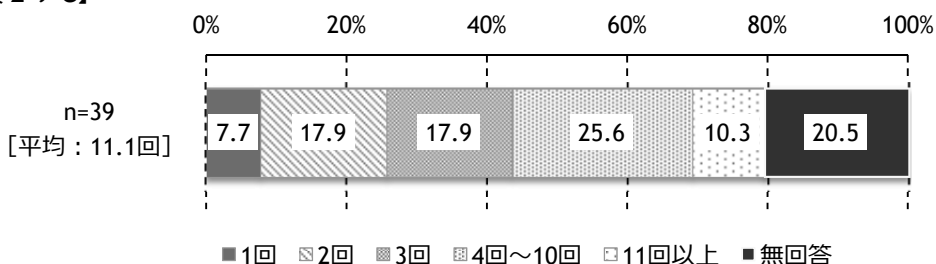
【図表 2-9-A】



【図表 2-9-B】

		合計	行った	行っていない	無回答
全体		n 109 % 100.0	39 35.8	69 63.3	1 0.9
医療機関種別	診療所	n 66 % 100.0	20 30.3	45 68.2	1 1.5
	病院	n 35 % 100.0	18 51.4	17 48.6	0 0.0
	その他	n 8 % 100.0	1 12.5	7 87.5	0 0.0
主な目標科	内科	n 76 % 100.0	22 28.9	54 71.1	0 0.0
	精神科・神経内科	n 15 % 100.0	12 80.0	3 20.0	0 0.0
	その他	n 16 % 100.0	4 25.0	11 68.8	1 6.3
養成研修年度	H24年度以前	n 30 % 100.0	13 43.3	16 53.3	1 3.3
	H25年度～H26年度	n 29 % 100.0	9 31.0	20 69.0	0 0.0
	H27年度	n 37 % 100.0	7 18.9	30 81.1	0 0.0

【図表 2-9-C】



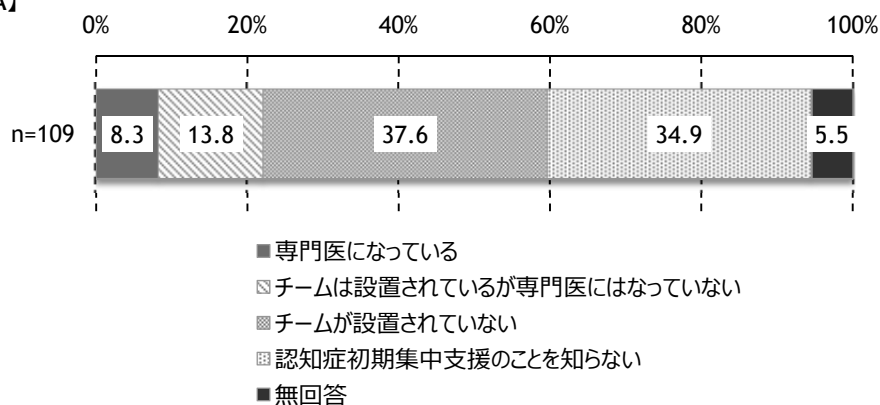
(3) 認知症関連施策への参加・関与

① 認知症初期集中支援チームの専門医

初期の支援を包括的・集中的に行うチームの専門医の状況についてみると、「チームが設置されていない」が37.6%と最も多く、次いで「認知症初期集中支援のことを知らない」34.9%の順となっている。

一方、「専門医になっている（≒チームの医師になっている）」は8.3%で1割に満たない。

【図表 2-10-A】



【図表 2-10-B】

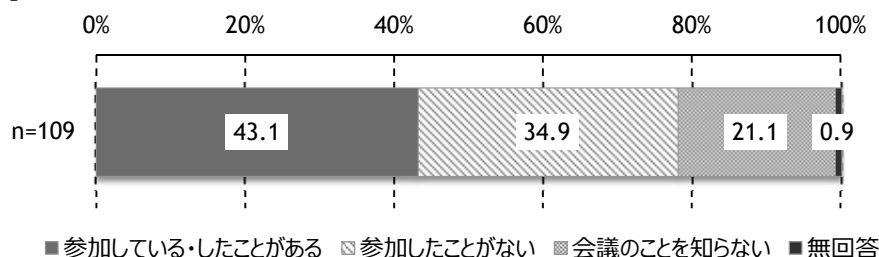
		合計	専門医 になっている	チームは ないが 設置 されていない	チームが ないが 設置 されている	認知症 初期 集中 支援 を 知 ら な い	無 回 答
全体		n 109 % 100.0	9 8.3	15 13.8	41 37.6	38 34.9	6 5.5
医療 機 関 種 別	診療所	n 66 % 100.0	5 7.6	10 15.2	23 34.8	24 36.4	4 6.1
	病院	n 35 % 100.0	4 11.4	4 11.4	15 42.9	11 31.4	1 2.9
	その他	n 8 % 100.0	0 0.0	1 12.5	3 37.5	3 37.5	1 12.5
主 な 標 榜 科	内科	n 76 % 100.0	6 7.9	10 13.2	33 43.4	23 30.3	4 5.3
	精神科・神経内科	n 15 % 100.0	3 20.0	2 13.3	5 33.3	5 33.3	0 0.0
	その他	n 16 % 100.0	0 0.0	3 18.8	3 18.8	8 50.0	2 12.5
養 成 講 修 年 度	H24年度以前	n 30 % 100.0	1 3.3	4 13.3	11 36.7	13 43.3	1 3.3
	H25年度～H26年度	n 29 % 100.0	3 10.3	3 10.3	13 44.8	10 34.5	0 0.0
	H27年度	n 37 % 100.0	4 10.8	6 16.2	14 37.8	9 24.3	4 10.8

② 地域ケア会議への参加

多職種による多面的視点での支援方針検討会議である、地域ケア会議への参加状況についてみると、「参加している・したことがある」が43.1%と多くなっている。一方、「参加したことがない」は34.9%となっている。

また、医療機関種別にみると、「参加したことがない」では病院が45.7%と高くなっている。さらに、養成研修受講年度別にみると、「参加している・したことがある」では受講年度が古いほど高くなる傾向にあり、H27年度は27.0%と低くなっている。

【図表 2-11-A】



【図表 2-11-B】

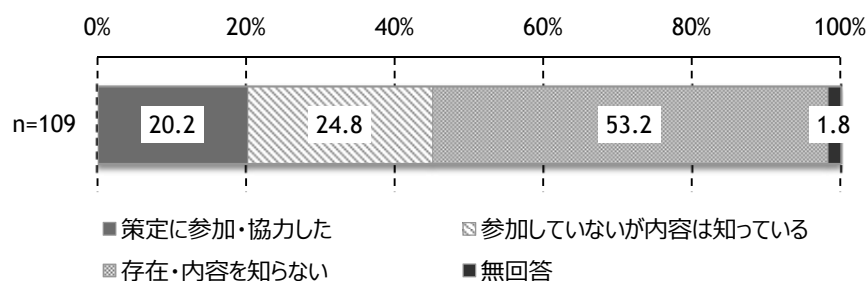
		合計	参加している・したことがある	参加したことがない	会議のことを知らない	無回答	
全体	n	109	47	38	23	1	
	%	100.0	43.1	34.9	21.1	0.9	
医療機関種別	診療所	n	66	32	17	16	1
		%	100.0	48.5	25.8	24.2	1.5
	病院	n	35	13	16	6	0
	%	100.0	37.1	45.7	17.1	0.0	
	その他	n	8	2	5	1	0
	%	100.0	25.0	62.5	12.5	0.0	
主な目標科	内科	n	76	33	28	15	0
		%	100.0	43.4	36.8	19.7	0.0
	精神科・神経内科	n	15	7	4	4	0
	%	100.0	46.7	26.7	26.7	0.0	
	その他	n	16	6	5	4	1
	%	100.0	37.5	31.3	25.0	6.3	
養成研修年度	H24年度以前	n	30	14	6	9	1
		%	100.0	46.7	20.0	30.0	3.3
	H25年度～H26年度	n	29	13	11	5	0
	%	100.0	44.8	37.9	17.2	0.0	
	H27年度	n	37	10	21	6	0
	%	100.0	27.0	56.8	16.2	0.0	

③ 認知症ケアパスの策定

最後に、サービスの流れ・連携手順や地域の社会資源を整理した認知症ケアパスの策定等について尋ねたところ、「存在・内容を知らない」が53.2%と最も多く5割を超えている。

一方、「策定に参加・協力した」は20.2%となっている。

【図表 2-12-A】



【図表 2-12-B】

		合計	策定に参加・協力した	参加していないが内容は知っている	存在・内容を知らない	無回答
全体		n 109 % 100.0	22 20.2	27 24.8	58 53.2	2 1.8
医療機関別	診療所	n 66 % 100.0	11 16.7	20 30.3	34 51.5	1 1.5
	病院	n 35 % 100.0	10 28.6	6 17.1	18 51.4	1 2.9
	その他	n 8 % 100.0	1 12.5	1 12.5	6 75.0	0 0.0
主要目標科	内科	n 76 % 100.0	16 21.1	18 23.7	42 55.3	0 0.0
	精神科・神経内科	n 15 % 100.0	5 33.3	3 20.0	7 46.7	0 0.0
	その他	n 16 % 100.0	0 0.0	6 37.5	8 50.0	2 12.5
養成研修年度	H24年度以前	n 30 % 100.0	5 16.7	8 26.7	16 53.3	1 3.3
	H25年度～H26年度	n 29 % 100.0	9 31.0	4 13.8	15 51.7	1 3.4
	H27年度	n 37 % 100.0	4 10.8	12 32.4	21 56.8	0 0.0

2-1-3 ご意見等

(1) フォローアップ研修、ポータルサイト運営等へのご意見

7	フォローアップ研修に参加したいが、時間が合わない。回数を増やしてほしい。
12	サイトを知らなかった。メルマガで情報提供しては？
24	研修には出たものの、知多市（南部）の地域包括支援センターはどこが担っているのか、その存在すらあやふやである。
26	研修を受けようと思いますが日程が合いませんでした。今後も可能な限り研修には参加するつもりです。
33	フォローアップ研修がどのような形で連絡されているか、全く知りません。教えてください。
81	取得している資格だが、ほとんど活かす場面がない。研修を再度受けるモチベーションがない。
82	今度とったばかりでまだ活動していません。周囲のサポート医も活動していないようだ。
83	internet 上で行えるとよい。
89	時間的余裕がなく、認知症の事例検討会に出るぐらいしかできない。
90	薬物療法の話より、非薬物療法、リハビリなどの研修をした方がよい。専門医ほど投与したがる。

(2) 県、市町へのご意見

7	行政主導の会議ばかりでなく、実務者同士で会える時間調整を。
9	協力しますので、できることを伝えてください。
21	・初回の主治医の意見書の依頼が今年ありました（2件）。もっと活用していただけてよいです。 ・無料相談（認知症）をもっと活用してください。
24	システムを作りたいのなら、地域住民への啓発活動、学校での授業などのとり入れはやっているのか？
31	認知症や MCI の人たちが昼間、憩を得ることができる場所を早急に提供していただきたい。
37	認知症専門医以外の医師には、経済的なインセンティブがないため、初期集中支援チームは、なかなか進まないと思います。（理由）すごい手間の割には、経済的保障がないため。
40	現在サポート医の条件として、特別な人しかかなれない認知症学会の専門医等が加わるなど、一般医療からサポート医になった者としては、身の置き所がなくなっているような気がします。今後サポート医にも十分活躍の場を与えていただけるよう制度上の配慮をお願いします。
47	協力しようにも話が回ってこない。来たらできる範囲で協力する。
48	問題はマンパワー。認知症を地域で診る～フォローするシステム構築をも作り上げることが必要。
53	・認知症疾患医療センターへの受診は、距離的・時間的に受診不可能な患者がほとんどです。 ・認知症専門医でもない行政担当者が作成した当地のケアパスは役に立たない。 ・喧嘩に BPSD で入院適応のある患者を迅速に受け入れる病院の情報が欲しい。
59	老健医師 1 人では看取り、リハ加算（Ⅱ）等の会議、訪問リハの往診等で時間的に無理な状況。
60	介護認定が厳しく、意見書が反映されず、必要なサポートが受けられない場合もあり、残念に思う。
72	身近型認知症疾患医療センターを増やして、地域住民、医療機関ともにメリットを。
81	制度が入り組んでいて、よく分らない。
83	診療に対する点数も必要
93	市町は認知症サポート医名簿持っていますか。自宅への連絡はあったようですが、相談できるのは勤務場所です。
100	認知症の行政の進行状況の連絡を密に願いたい。

2-2 地域包括支援センターに対するアンケート調査結果

- ※ 愛知県内の地域包括支援センター（除く名古屋市） 167 センター対象
- ※ 郵送配布、郵送回収
- ※ 平成 27 年 11 月末配布 ～ 12 月 18 日〆切
- ※ 回答数 131 （回収率 78.4%）

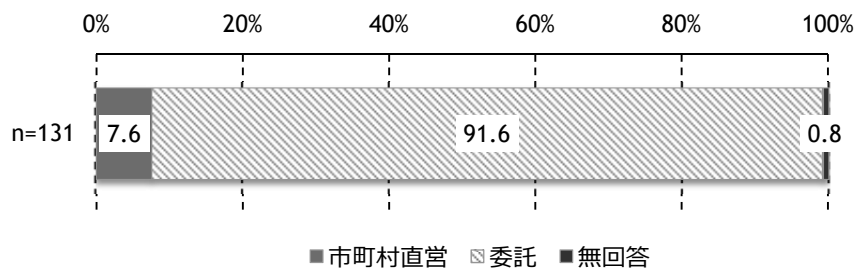
2-2-1 基本属性

(1) 設置形態

まず、地域包括支援センターの設置形態をみると、「委託」が 91.6%と多く 9 割を超えている。一方「市町村直営」は 7.6%にとどまっている。

なお、「委託」の場合の委託先についてみると、「社会福祉法人」が 69.2%と最も多く 7 割近い割合となっており、次いで「医療法人」21.7%の順となっている。

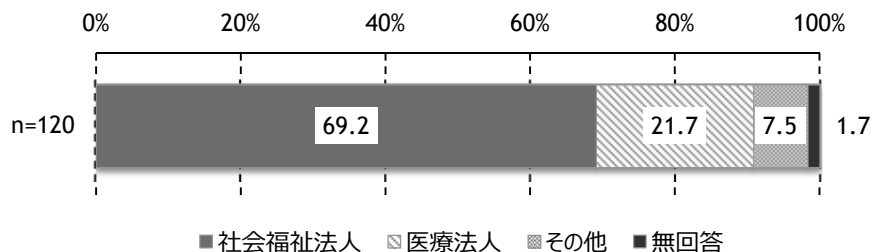
【図表 1-1-A】



【図表 1-1-B】

		合計	市町村直営	委託	無回答
全体	n	131	10	120	1
	%	100.0	7.6	91.6	0.8

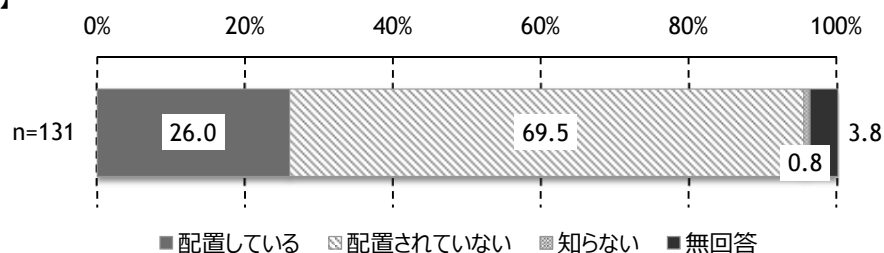
【図表 1-1-C】



(2) 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員についてみると、「配置されていない」が69.5%と多くっており7割近い割合となっている。一方「配置している」は26.0%となっている。

【図表 1-2-A】



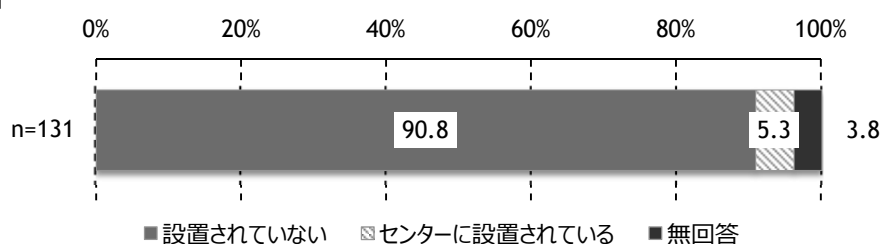
【図表 1-2-B】

		合計	配置している	配置されていない	知らない	無回答
全体		n 131 % 100.0	34 26.0	91 69.5	1 0.8	5 3.8
設置形態	市町村直営	n 10 % 100.0	5 50.0	4 40.0	0 0.0	1 10.0
	委託	n 120 % 100.0	28 23.3	87 72.5	1 0.8	4 3.3

(3) 認知症初期集中支援チーム

地域包括支援センターへの認知症初期集中支援チームの設置状況についてみると、「設置されていない」が90.8%と多く9割を超えている。一方「センターに設置されている」は5.3%にとどまっている。

【図表 1-3-A】



【図表 1-3-B】

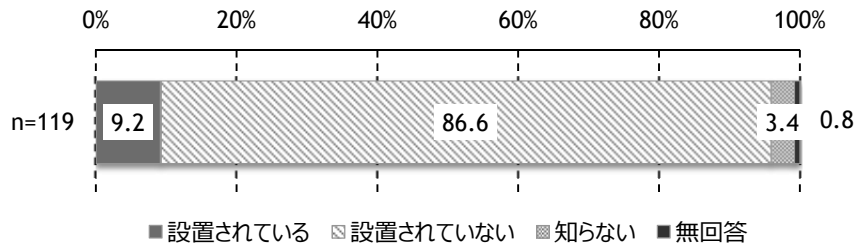
		合計	設置されていない	センターに設置されている	無回答
全体		n 131 % 100.0	119 90.8	7 5.3	5 3.8
設置形態	市町村直営	n 10 % 100.0	7 70.0	2 20.0	1 10.0
	委託	n 120 % 100.0	111 92.5	5 4.2	4 3.3

2-2-2 認知症初期集中支援チーム

(1) チームの存在

センターが所在する市町村にチームが設置されているか尋ねたところ、「設置されていない」が86.6%と多く8割を超える割合となっている。一方「設置されている」は9.2%で1割未満にとどまっている。

【図表 2-1-A】



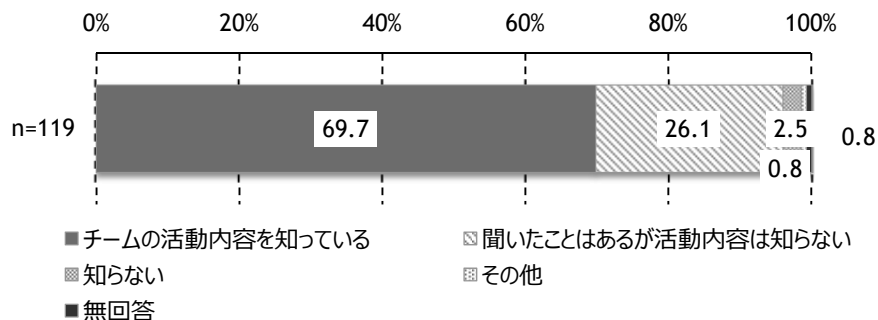
【図表 2-1-B】

		合計	設置されている	設置されていない	知らない	無回答	
全体	n	119	11	103	4	1	
	%	100.0	9.2	86.6	3.4	0.8	
設置形態	市町村直営	n	7	1	6	0	0
		%	100.0	14.3	85.7	0.0	0.0
	委託	n	111	10	96	4	1
		%	100.0	9.0	86.5	3.6	0.9

(2) チームの認知

次に、認知症初期集中支援チームの認知状況についてみると、「チームの活動内容を知っている」が69.7%と多く7割近い割合となっている。一方「聞いたことはあるが活動内容は知らない」は26.1%、「知らない」は2.5%となっている。

【図表 2-2-A】



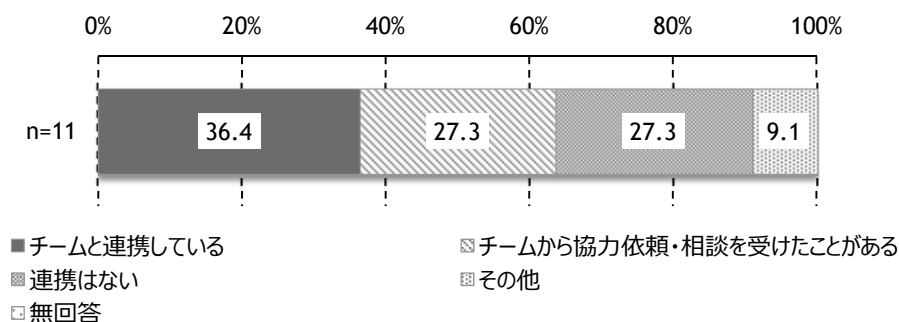
【図表 2-2-B】

		合計	チームを知っている活動内容	知らない活動内容はあ	知らない	その他	無回答
全体	n	119	83	31	3	1	1
	%	100.0	69.7	26.1	2.5	0.8	0.8
設置形態	市町村直営	n	7	0	0	0	0
		%	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
委託	n	111	75	31	3	1	1
	%	100.0	67.6	27.9	2.7	0.9	0.9

(3) チームとの連携・協働

サンプル数が少ないためあくまで参考であるが、市町村に認知症初期集中支援チームがある地域包括支援センターを対象に、チームとの連携・協働の状況についてみると、「チームと連携している」が36.4%と最も多く、次いで「チームから協力依頼・相談を受けたことがある」と「連携はない」がともに27.3%の順となっている。

【図表 2-3-A】



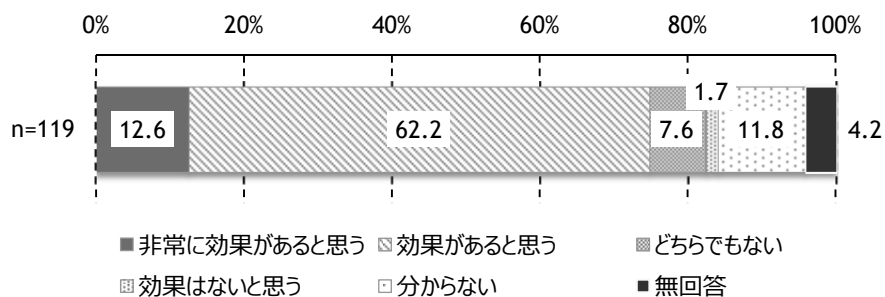
【図表 2-3-B】

		合計	チームと連携している	依頼・相談を受けたことから協力を受ける	連携はない	その他	無回答
全体	n	11	4	3	3	1	0
	%	100.0	36.4	27.3	27.3	9.1	0.0
設置形態	市町村直営	n	1	0	0	0	0
		%	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
委託	n	10	3	3	3	1	0
	%	100.0	30.0	30.0	30.0	10.0	0.0

(4) チーム活動の効果

認知症初期集中支援チームの活動が、認知症高齢者の支援に効果があるかどうか尋ねたところ、「効果があると思う」が62.2%と最も多く、「非常に効果があると思う」12.6%と合わせると、74.8%で4人に3人が“効果がある”と回答している。

【図表 2-4-A】



【図表 2-4-B】

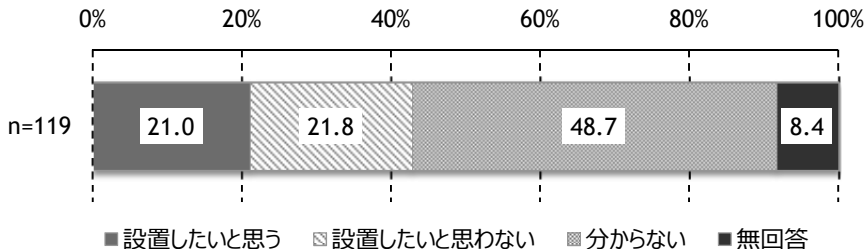
		合計	非常に効果があると思う	効果があると思う	どちらでもない	効果はないと思う	分からない	無回答
全体	n	119	15	74	9	2	14	5
	%	100.0	12.6	62.2	7.6	1.7	11.8	4.2
設置形態	市町村直営	n	7	6	0	0	0	0
		%	100.0	14.3	85.7	0.0	0.0	0.0
	委託	n	111	68	9	2	14	5
		%	100.0	11.7	61.3	8.1	1.8	12.6

(5) チーム設置の意向

最後に、自身の地域包括支援センターへの認知症初期集中支援チームの設置意向を尋ねたところ、「分からない」が48.7%と最も多くなっている。

一方、「設置したいと思う」は21.0%、「設置したいと思わない」も21.8%となっており、拮抗した状況となっている。

【図表 2-5-A】



2-2-3 ご意見等について

(1) 認知症初期集中支援チームの広報・周知について

3	市の広報で市民へ周知され、実際広報を見た家族から、問い合わせをいただいた。
5	対応に困っている家族が多くあり、ニーズに対応できるか不安である。
7	支援チームの活動内容を周知させることで、認知症という言葉に反応し、拒否感を持つ人、その家族の支援につながれるとよいが、まだまだ難しいと思われる。
9	名前は初めて聞いたが、このような取組をしている、包括や個別ケースはあると思う。病院や保健所との連携がカギになると思います。
10	現在、蒲郡市は自分も含め、集中支援チーム研修参加者 2 名いるが、サポート医が決まらず動いていない。活動が始まれば、市民向けの広報等で周知は必要。
11	H27 年 10 月が運営開始され、相談・連携している。包括から市へ連絡。対象者の有無確認中のため、広報、周知は市のリーフレットを使用し、ケアマネや家族に行っている。
13	現段階では、設置時期がはっきりしていないため、周知等はしていない。
15	認知症サポーター養成講座開催時に、講座内で周知している。
18	全戸配布し、相談窓口の案内も判りやすくする。
19	一般の方には、届いていないと思う。
26	ケアパスが配布されるようになれば、周知されるのではないかと、期待しています。
32	医療機関との連携、地域包括支援センターからの引き継ぎ、紹介にて周知していく。
34	まだまだ足りていない。知らない人が多い。
35	包括支援センター等では、周知されていると思いますが、介護事業所や市民への周知は、まだまだできていないと思います。
37	地域及び事業所に、活動内容等をもっとお知らせしていただきたい。
39	地域ケア推進会議の場で、参加団体の代表に、認知症初期集中支援チームとは、必要性について説明された。
41	周知を重ねていきたいと思っています。
42	具体的なケースに、どのように関わっているのか、勉強不足。広報、周知をお願いしたい。
48	まだまだ、若い人への認知症の周知が、されていないのが現状です。生活習慣病のように、周知できると良いと思います。
50	第 2 回チーム事例検討会（11/20）で、他市町のパンフレット、とてもよかったので、まねて作成しました。認知症開催時、CM の集まり時に説明、パンフ紹介。民生委員への説明をしています。
52	専門職でもよく分らないが、一般はもっと知らない、分らないと思う。この件にかかわらず、福祉としての、広報、周知は全くできていないと思う。
53	基幹包括に設置されていると思うが、特に、広報、周知がないので、何をしているのか分らない。
55	国や市の施策を反映した、認知書ケアパスの策定が大前提だが、広報を使つての P R や、ケアパスの配布の周知、連携が、欠かせないと考えます。
59	正直、一般の方には、まだ全然周知されていないと思います。
66	平成 30 年度から設置予定のため未定。H28 年度から、認知症地域推進員受託予定。
71	以前に、今後の取組で聞いたことがあります、具体的には体制ができていません。出来上がれば、老人会、サロン等、広報の場は沢山考えられます。
76	徹底する必要がある。
77	近市に、認知症疾患医療センターは設置されているが、当町には設置されていない。行政としては、医療法人に設置予定である。

81	準備中
86	DASC、アセスメントも研修に参加して、骨子は理解しましたが、包括内でも、周知が整っていない状況です。
88	市の広報にも載っていたが、1つのチームで、何件くらい対応してもらえるのか。
89	マスメディアの活用は、効果的だと思います。
90	チラシの作成。電子連絡帳システムにて周知。
91	実働をイメージできないと、広報しづらい。
92	当市では設置予定。まだ周知されていない。認知症地域支援推進員でさえ、周知されていない。
95	メディアの効果は、広く周知されやすい。テレビ等で広報していただくと、宣伝効果が高まると思う。
97	市の方向性が不明瞭な状況。
98	オープンな研修形式にした方が、良いと思う。現場は受講したくても、市町が止めてしまうことも多い。学ぶ場がない。
99	市の方が、具体的に（委託、予算、チーム員への依頼方法含め）、イメージが描ける研修内容を。
101	包括支援センター内に、H29年4月の設置予定としています。
102	住民に対しても、サービス事業者あてにも、はっきりした広報などは、されていない。現在準備中とのことで、包括からも発信することができない状況。
110	安城市では、H28年4月に設置される予定ですが、活動内容も十分周知されておらず、全体的に情報不足だと思います。
115	介護関係者だったら、言葉だけならきいたことがあるかもしれないが、市民への周知は、浸透していない。
116	市に設置の意向の有無が、不明な状況。
120	新聞広告やテレビCMなど、広く周知活動を行って、まずは認知度を上げてほしい。
121	地域包括支援センター、民生委員、ケアマネジャー、老人会クラブ、各介護支援事業所、医師会、薬剤師会、各部会等での広報や研修会の開催。市町村広報への掲載を行う。イベント催しの開催。
124	認知症地域支援推進員の設置も含めて、地域住民どころか、福祉専門職にもイマイチ周知されていないと思う。
127	相談件数が増えている（広報、周知することで）。
130	地域関係者へ：三師会、病院関係、民生委員、介護保険事業所などに説明会を実施。 住民へ：市広報、ホームページへ掲載。健康教室などで作成したパンフレットを配布。講演会の開催。

(2) 認知症初期集中支援チームの活動内容について

3	チームの方と一緒に動いているが、センターにとっても、対象者、ご家族にとっても最善の対応ができるので、心強い。
5	認知症の受診、医療、介護にどのようにつなぐのか、ノウハウを包括センターと共有したい。
7	対象者を能動的に把握している。市町村は、どのような方法で初回訪問につなげているかを知りたい。
8	具体的な支援内容が分らない。医療に対し拒否の強い困難ケースについての対応に期待したい。
9	MCIに対応するコグニサイズを実施しているのはこのチームですか？
10	高齢化が進む中、必要と思う。
11	まだ運営開始されたばかりのため、不明（効果を含め）。
13	認知症初期の方の把握方法、対象者の選定基準等、具体的な活動について、例示してもらえるとありがたい。
16	医療法人の包括でも、認知症サポート医を確保することは、困難な状況です。チーム活動への医師の関与の程度、内容や委託の方法など、現在既にチームを発足している市町村の例を、教えてほしい。

19	医療と介護、地域の連携が、どのように行われるのか。状況や情報のやり取り。
24	専門職の確保や、活動形態をどのようにしたらよいか、わからない。
26	うまく機能すれば効果はあると思いますが、早期発見、早期診断が難しいと感じています。認知症についての、地道な啓蒙活動が、重要だと思います。
29	集中支援チームにつなぐ基準等はあるのか？
32	活動報告を、随時知る機会があると、うれしいです。
34	良くわからないというのが現状。
35	認知症もしくは認知症の疑がわれる人が増えることが予想されており、すべての方をフォローしていくことは難しい。本人、家族の理解を得ることも、困難かと思えます。
36	町で設置することができないので、私たちの包括が委託を受ける形となると考えていますが、従来の業務に加えて、支援チーム＋推進員の業務となり、どれもこれも中途半端な活動になってしまうのではないかと、不安が大きい。
39	認知症初期集中支援チームを有する、包括支援センターが集中的に関わった後は、地区担当の地域包括支援センターに、引き継ぐことになるのでしょうか。
42	包括が関わることで、だいたい受診や往診に、つなぐことができています。支援チームがあれば、最後の砦として、心強いのかなと思います
43	他市町村先進事例において、国立長寿医療研究センターとは、どのように連携していますか。
44	集中的アプローチの内容について、どんな動きをするか知りたい。またアプローチ後、包括やケアマネ、医療関係者との、調整の流れを知りたい。
45	市では、多分地域包括支援センターの業務も含めて、設置されていくのではないかと思います。
50	10月～来年3月までは、モデル的に月1件ペースで、対象者を選定し支援しています。市内3包括を1チームとし、今年度は活動中。アセスメント、チーム員会議まで一連の流れを理解したので、いろいろな対象者で取り組みたいが、どうしても困難事例になるだろうと感じています。
52	何をやるどころか？現在も皆で協力しているので、わざわざ名前をつけて、報告書が増えるだけなのか？
53	もうすでに、必要のある方は、包括が仕事としてチームの仕事を行っているので、それ以上の何かをしてくれるのでしたら、頼もしいと思います。
55	認知症地域支援推進員の委託の、地域包括への配置は理解できます。しかし初期集中支援チームの設置、運営は、行政力がしっかりと行使されて、初めて成立する側面が強いです。チームへの、推進員としての協力は可能ですが、チームの設置、運営は、市の責務と考えます。
59	まだ当市では導入されていないのですが、他市町村では、どのような成果をあげられているのか、興味深いです。
66	概ね6ヶ月という期間を設定しているが、うまく医療や介護保険に結びつかなかったケースは、どうするのか。
71	現在の相談を受けて、必要なサービスにつなげ、安心、安全な環境づくりの援助にプラスして、しっかり支えられている安心感を提供できると思います。
72	既に設置している市において、支援チームをどのような区域ごとで、配置しているか。
76	対象者の幅（認知症状の程度・・・）。受診支援の必要性はどこまであるのか。実際に人を医療機関へ連れて行く（家族不在の場合）。
77	活動の流れが、一般市民に理解できない。周知が必要だが、どのように広報するのか。
81	医師の確保、協力は得られるのか。医師会との調整は、どう進めていくのか。
86	チームメンバーについて、専門医をどのようにお願いしていくのか。またお忙しい医師へ、どう依頼していくか。在宅医療の連携構築と、同時進行が必要だと思います。
88	専門医への受診へつなげたら、終了なのか。そのあとの継続的な受診にも、関わってもらえるのか。
91	リアルタイムに稼働できるだろうか？月2回とか、制限された中での活動か？
92	未受診や受診拒否の状態で、介入することが多いため、医師と一緒に往診の体制を取ることが、有意義だと思う。

98	現状では、当市にないので、具体的な活動内容は、実感できるエピソードを持っていない。
99	まだまだ、認知症を専門的に勉強して、チーム員になりえる人材が、少ないと思う。
107	地域包括支援センター職員と、認知症初期集中支援チームの、兼務は可能でしょうか。
112	当市は、基幹包括支援センターが、その役割を担うということから、具体的にどう活動していくのかは、よく分っていません。
115	受診や治療を拒否する人に対して、医療につなげてくれるのは、その後の支援がしやすくなると思う。
116	市全体の広範囲での活動となるイメージがあるが、どのような状況で、関わりが持てるのか不明。
120	認知症の普及啓発から、支援、委員会の設置と、幅広い活動ができると思う。
121	認知症となった本人や、その家族において、初期の段階で支援チームとして訪問をしていくことは、安心して自宅で生活していくために、有益であると思う。
125	他市では、支援チームに医師も加わっていて、包括などから情報があがると、ご本人宅に訪問するシステムが既にあるときいた。家屋の精神面のサポートは、医師が居なくてもできるところもあるが、根本的なところでは、医師との連携は大きいと思う。
127	包括支援センターでは、日々認知症の相談があり、初期集中支援チームの活動をすでに担っており、チーム会議で話し合う前に、問題が解決する場合もある。
130	テキストに沿って実施している。チーム員に実施主体外に所属する人員（例、他の地域包括支援センター職員）を、メンバーに加えても良いのかどうか、質問したい。

(3) 認知症初期集中支援チームに関する県、市町へのご意見

2	専門医の協力がなくては、支援チームを機能させることができない。行政と医師（医師会）で話し合い、方向性を決めてほしい。
5	専門職が確実に確保できるよう支援されたい。またチームを県、市もバックアップされたい。
9	設置例があれば知りたい。具体例、取り組み。
10	サポート医は医師会の推薦にて、研修済の医師は蒲郡にもいるが、業務的に困難な様子。訪問後の検討会議の時間。医師の単価など、決めないといけない点はまだあり、サポート医が決まっていない蒲郡市としては、なかなか進まない。
11	ケース対応を重ねながら、お願いすることもあると思います。また心強く思い、期待しています。
12	鑑別診断機能を持っていない。疾患医療センターが、隣市にあるという本市の状況では、この事業スキームは取り組みにくい。
14	医師の関わりがあるとないとでは、受け入れられ方に大きな差がでてくると思いますので、医師会への働きかけを、十分にさせていただきたいです。
19	個人情報保護の必要性も高く、情報のやり取りをどのように行ったらよいか。メール、FAX は×。時間に追われている中なので TEL も難しい。一番重要な情報共有を、セキュリティーの元、どのように行うのか。
25	町内には、認知症に特化した在宅サービスがなく、受け皿が追いつかない状態で、困っている。
30	包括に設置ではなく、町の担当窓口センターを設置し、包括、行政共に連携していく事で、スムーズに支援ができるのではないかと考えての意見です（問 2-5）。
34	構成人数が少なく、依頼をかけても待たされるように感じるので、人数を増員して欲しい。
35	現状、予算や専門職、医師の確保が難しいと思います。
39	機能強化型として、認知症初期集中支援チームの業務を主とした、地域包括支援センターの運営はあるのでしょうか。
42	活用しやすいよう、運用方法の工夫や、広報周知をお願いしたい。
44	人材確保のための、予算をつけてください。活動しやすいチーム運営を望みます。
50	2 名体制や業務時間を費やすので、負担が少しある。開業医の先生の連携時に、市発行の書類フォーマットがあれば、より連携のしやすさを感じる。連携取りづらい感じは、今ありません。

52	色々な取組は良いと思うが、担い手がない中、どう活用していくのか？福祉全体の人材不足を改善していかないと、支援チームまで手が回らないと思う。
55	チーム運営に関する財源や、医師会との連携、調整は、委託の地域包括に権限がない以上、設置運営は市の責務と考えます。実際、既に先行してチームの設置運営している市町は、ほぼ行政直営形態です。
59	当市でも、早く導入を検討していただきたいと思います。
66	先進地の良い事例があれば、研修会等で紹介して欲しい。
70	チームに関わる人材確保のためには、相当の人件費が必要となることに、配慮してほしい。
71	包括職員を増やして、活動できるとうれしいと思います。
72	専門医の協力、専門職（事業所）の協力は、得られるものなのか。委託費としては、どれくらいなのか（他市等）。
76	保健所の役割が不明。事務屋なのか。
84	市の方針はわからないので、委託の身としては何とも言えない。
86	地域包括支援センターの規模を、拡大願いたい。業務が多岐にわたり、職員が疲労困憊している。さらに新事業に向かう元気が、若干不足気味です。
89	市町村ごとで大差が出ないよう、工夫していただけると、ありがたいと思います。
90	立ち上がったばかりのため、活動内容等作り上げている最中であるため、特になし。ケースにかかる時間がかなりかかるため、良い方法を作り上げられればよい。
91	医師会には、どのように説明されているのでしょうか？
92	認知症疾患医療センターがあつてこそ、チームの稼働も、有効、活発になると思われ、同時に整備して欲しい。認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターでさえ人材不足で、包括職員が兼務するようでは、十分な活動ができない。包括業務における、予防給付業務が妨げとなっている。
98	医療行政（市単位）が、はっきりしないように感じられる。医師会や専門職を頼ることを、積極的に行えばよいと思う。専門職に意見を聞いても、参考にしない行政もある。非常に難しい問題。
99	現場の意見を入れながら、一緒に取り組みたい。
107	市町村が運営で、チームを設置すれば問題はないと思いますが、包括への委託となると、専門職の確保が大変です。委託でも、職員の配置などの協力をいただきたいです。
109	医師の協力が必要となるので、非常に難しい感じがします。
110	活動内容を、もっと情報提供して欲しい。集中支援チームと他の組織との連携について、どのように考えているのか知りたい。
111	人材が不在であり、雇うことも難しい。
116	最低限の活動ラインもわかりづらいため、明確なものがあれば、確認したい。
120	平均年齢が 39.1 歳と若く、認知症の方も少ないかと思うが、いずれ来る高齢社会に向け、早期に同課題に取り組むべきだと思う。
121	他市のモデル事例等研修会の報告を、参考にしていけるといいと思います。
125	医師（支援を行ってくださるチーム Dr）と、医師会との関係性は、難しい面があると思いますが、早く支援チームの受け皿を作っていただきたい。

2-3 まとめと考察

(1) 認知症サポート医に対するアンケート調査結果

① 基本属性

県内の認知症サポート医の所属機関は、「無床診療所」が 53.2%と最も多く 5 割、一般病院は 3 割であった。認知症疾患医療センターの指定は 8 割がなし、指定は約 12%にとどまっている（うち、診療所型は 2 割強であった）。主な標榜科目では、「内科」が 69.7%と最も多く 7 割近い割合となっており、それ以外の科目はいずれも 1 割に満たない割合となっている。

認知症サポート医の養成研修受講年度についてみると、「H27 年度」が 33.9%と最も多く、次いで、「H25 年度」13.8%、「H26 年度」12.8%、「H22 年度以前」11.9%の順となっている。

県との連携、情報提供や意見交換の機会についてみると、ともに「特になし」がそれぞれ 58.7%、71.6%と多くなっている。また、その他の連携についても「ある」は 1 割未満にとどまった。

② 診療等の活動

自院で対応可能な認知症診療について尋ねたところ、「早期発見」が 87.2%と最も多く 9 割近い割合となっており、次いで「認知症治療」79.8%、「身体症状への対応」78.0%、「認知症診断」67.9%、「BPSD の通院治療」56.0%の順となっている。

サービス担当者会議（介護保険）の参加状況を見ると、「参加した」が 53.2%となっている。一方、ケアマネジャーに対する医学的観点からの助言や情報提供について尋ねたところ、「行った」が 73.4%と多く 7 割を超えている。

③ 認知症サポート医の活動（H27 年度）

かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師の実施状況についてみると、「行っていない」が 93.6%と多く 9 割を超えている。

地域包括支援センターへの相談対応や助言（認知症の人に対するケア上の留意点や診療等に関して）について、「行っていない」が 51.4%と多く 5 割を超えている。「行った」場合の平均回数は 5.3 回となっている。かかりつけ医からの相談対応や助言について、「行っていない」が 63.3%と多く 6 割を超えている。一方、「行った」は 35.8%となっている。

行政等が主催する住民セミナーや家族相談会等への参加、協力状況について、「行っていない」が 65.1%と多く 3 人に 2 人の割合となっている。

④ 認知症関連施策への参加・関与

認知症初期集中支援チームへの協力の状況について、「チームが設置されていない」が 37.6%と最も多く、次いで「認知症初期集中支援のことを知らない」34.9%の順となっている。「チームの医師になっている」は 8.3%で 1 割に満たない。

地域ケア会議への参加状況を見ると、「参加している・したことがある」が 43.1%と多くなっている。

認知症ケアパスの策定については、「存在・内容を知らない」が 53.2%と最も多く 5 割を超え、「策定に参加・協力した」は 20.2%となっている。

(2) 地域包括支援センターに対するアンケート調査結果

① 基本属性

地域包括支援センターの設置形態をみると、「委託」が91.6%と多く9割を超えている。委託先は、「社会福祉法人」が69.2%、「医療法人」21.7%の順となっている。

認知症地域支援推進員についてみると、「配置されていない」が69.5%と多くなっており7割近い割合となっている。

認知症初期集中支援チームの設置状況は、「設置されていない」が90.8%と多く9割を超えている。一方、「センターに設置されている」は5.3%にとどまっている。

② 認知症初期集中支援チーム

センターが所在する市町村にチームが設置されているか尋ねたところ、「設置されていない」が86.6%と多く8割を超える割合となっている。一方、「設置されている」は9.2%で1割未満にとどまっている。

チームの認知状況について、「チームの活動内容を知っている」が69.7%と多く7割近い割合となっている。一方、「聞いたことはあるが活動内容は知らない」は26.1%、「知らない」は2.5%となっている。

チーム活動が、認知症高齢者の支援に効果があるかどうか尋ねたところ、「効果があると思う」が62.2%と最も多く、「非常に効果があると思う」12.6%と合わせると、74.8%で4人に3人が“効果がある”と回答している。

最後に、自身の地域包括支援センターへの認知症初期集中支援チームの設置意向では、「分からない」が48.7%、「設置したいと思う」は21.0%、「設置したいと思わない」も21.8%となっていた。

(3) 考察

- ◎ 愛知県内において、認知症サポート医はH27年度養成研修受講で日が浅い場合が3~4割を占めるものの、一定数のサポート医は地域として確保されている状況であり、今後、認知症初期集中支援チームへの協力・参加を拡大・充実させていくためには、チーム設置の準備・推進と並行して、「認知症初期集中支援のことを知らない」とするサポート医を着実に減らしていくような広報活動・丁寧な説明、ツールの提供などが必要と思われる。
- ◎ 地域包括支援センターでは、これまで地域包括ケアシステムの中で多くの機能が担われてきているが、認知症初期集中支援チームの設置を地域包括支援センターに行う場合には、既存の仕組みとの目的や機能の違いを整理してスタートさせることが必要である。機能の単純な上乘せになれば、予算や人員確保の困難性に発展してしまうが、これまでの枠組みの中で、「“初期集中支援”という機能」をどう担っていくかという発想も必要である。
- ◎ アンケート対象となった認知症サポート医、地域包括支援センターは、認知症初期集中支援チームに不可欠な要素であることから、これからのチーム設置にあたっては、設置主体である市町村のビジョンやスケジュール感を示した上で、継続的な地道な広報、丁寧な説明、密な連携が求められる。(チームの設置趣旨の継続的な共有)

3. 認知症サポート医のための「認知症初期集中支援チーム ハンドブック」

3-1 制作概要

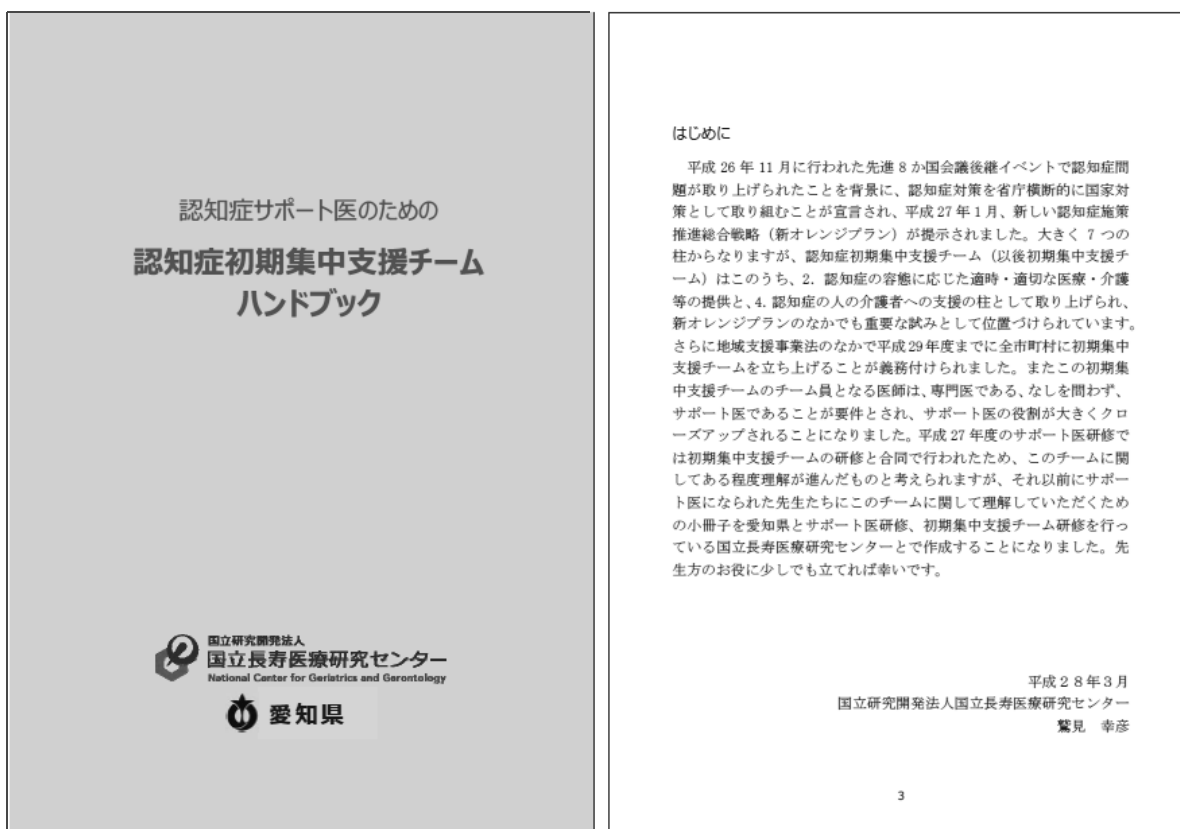
認知症初期集中支援チームのチーム活動において重要な医師のサポートについては、認知症サポート医が中心となることが想定されているが、行政やチーム側からは具体的にどのように関わってほしいか、どの部分でのサポートが必要かをきちんと示すことが重要である。また、認知症サポート医としても、行政やチームからの要請にあたって、施策上の認知症初期集中支援チームの位置付けや、地域の社会資源等の仕組みや情報など、知っておくべき点も多いと考える。

そこで、愛知県との協議を経て、認知症サポート医のフォローアップ研修等の機会を通じた、認知症初期集中支援チームに関する情報の提供等を引き続き企画・検討するとともに、チームに関する基本的な情報や協力・助言のポイントなどを整理したツールを作成し配布することとした。

報告書形式のボリュームのあるものではなく、読みやすく、手に取り易く、内容も重要な部分にしぼり、認知症初期集中支援チームの趣旨や活動内容、活動への協力・助言について整理するものとした。

県内の認知症サポート医、地域医師会等の関係機関に広く配布される予定である。

3-2 原稿（現物編集）



目 次

はじめに	3
1. 創設の経緯と現在までの歩み	7
1-1. 創設の経緯	
1-2. 現在までの歩み	
2. 初期集中支援チームの流れ	8
2-1. 啓発活動	
2-2. 対象者	
2-3. 対象者の把握	
2-4. 設置の要件	
2-5. チーム員の人員配置要件	
2-6. 活動体制	
2-7. 初回訪問	
2-8. なにを評価するのか	
2-9. 初回訪問における基本的支援内容	
2-10. チーム員会議	
2-11. 初期集中支援の実施	
2-12. 引き継ぎとモニタリング	
3. 医師の役割	15
4. 実際の事例	18
5. 全国 41 か所でのモデル事業の結果	20
おわりに	22

1. 創設の経緯と現在までの歩み

1-1. 創設の経緯

初期集中支援チームが創設されるにいたった背景には、1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見される。2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。3) これまでの医療・ケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていた、ことがあります。これに対し、今後目指すべきケアは、「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおくことが求められます。この「早期支援機能」として期待されるのが、初期集中支援チームです。このチームは、地域での生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられます。この場合の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味だけではなく、初動 first touch を意味しており、「集中」は認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おむね 6 ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味しています。いずれにしても医療介護の専門家がチームを形成し、待つのではなく、こちらから認知症の人を訪問し、相談に乗ったうえで医療や介護につなぎ、継続できているかどうかをモニターするというしくみを全市町村でつくるという点がこれまでになかった試みです。

1-2. 現在までの歩み

平成 24 年度にすでに同様のチームが活動していた 3 か所のモデル地

ありますが、個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施します。

2-10. チーム員会議

初回訪問後にチーム会議を行います。初回チーム会議の果たすべき機能は、まずアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者および介護者に対してどのような医療、介護が必要かをマネジメントします。そして初期集中支援計画を立案します。初回会議の参加者は認知症サポート医を含むチーム員と対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員が必須であり、必要に応じてかかりつけ医や担当するケアマネジャー、市町村関係課職員を招集します。同様の会議は随時行われますが、介護保険サービスへの引き継ぎ前には必ず開催します。

2-11. 初期集中支援の実施

初期集中支援の内容は、まず受診勧奨・誘導です。認知症かどうかの診断がつかない状態では適切な介護計画は立てられません。チーム員会議でのサポート医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けを行い、受診に至るまで支援を行います。ある程度診断がついたところで介護保険サービスの利用の勧奨・誘導を行います。本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行います。未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得たうえで、チーム員がかかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行います。そしてチーム員による直接支援が加わります。初期集中支援の期間は集中という定義と関連しますが、最長で 6 ヶ月をめどに支援の達成を目指します。6 ヶ月を

を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ確実に引き継ぎます。

2-12. 引き継ぎとモニタリング

初期集中支援が終了したのちには、介護保険サービスへの円滑な引き継ぎが求められます。初期集中支援チームの役割は引き継ぎで終了するわけではありません。引き継いだ対象者が医療、介護サービスを継続できているかをモニタリングする必要があります。

モニタリングの方法、期間は確定したものではありませんがモデル事業では原則として 2 ヶ月毎と行っていました。実施主体は初期集中支援チームです。継続がうまくいっていない場合にはケアマネジャーに報告、助言します。これまでこのようなサービスのモニタリングは行われておらず、新しい試みです。

3. 医師の役割 (図 2)

初期集中支援チームにサポート医はどのように関与することが求められているのでしょうか。まず第一に最も重要な役割はチーム員会議に参加し、認知症の診断と治療計画の作成を助言することです(図 2①②)。また、すでに診断のついている場合は、治療のコンサルテーションを受けることも求められます。初回訪問後のチーム員会議では、まず医療上どの程度の緊急性があるかの判断が求められます。チーム員が訪問してみたところ、心不全や悪性腫瘍の末期で動けなくなっていたり、巨大な褥瘡を作っていたりと、認知症の診断以前に入院を必要とする事例があるからです。ついては認知症の診断に関するコメントが必要ですが、情報が限られていますので、この時点では認知症の可能性が高いかどうかの判断と、認知症でなければどのような疾患の可能性があり、次回訪問時にどのような医療情報を得てほしいかをあ

げることが重要になります。またチーム員が得てきた情報に対する医学的なコメントや評価を求められることがあります。たとえば動けないという情報に対して、意欲がないのか、筋力低下なのか、痛みによるものなのか、あるいは視力低下によるものなのか等、追加情報を得ながら評価していくことが必要な場合があります。

第二に対象者にかかりつけ医が存在する際には、かかりつけ医に認知症の状況を情報提供します(図 2③)。

これは様々なパターンが想定され、地域の医療風土や医師会の状況、サポート医の認知度、かかりつけ医の先生の性格等、多様な因子があるため、一律には説明できませんが、いずれにしてもかかりつけ医の先生があたかも認知症を見落としていたというような報告ではなく、市町村が行っている認知症初期集中支援チーム(このチームの概要と役割を説明する簡単なパンフレットがあるとよい)に参加している認知症サポート医であること、貴院に通院している患者さん・家族が自宅でこのような点で困っており相談があったこと、詳細はまた報告するので、協力をよろしくお願いします。という一報を入れておく、それほど抵抗なく受け入れ理解していただけたらと思います。あらかじめ報告用紙を作成しておくのもよいと思います。資料 2 に報告用紙の例を示します。

サポート医が認知症疾患医療センターに所属している場合には、かかりつけ医から専門診療を依頼する形をとることによって診療点数上のメリットも生じます。

第三の役割は急性増悪期に直接患者の自宅を訪問すること(図 2④)がありますが、モデル事業では実際に自宅を訪問する機会は少なかつたと報告されています。このようなアウトリーチは最初に述べた、急性疾患の可能性がある場合と、精神疾患の可能性のある場合が代表的です。後者の場合は精神科の先生のバックアップが必要です。

初期集中支援チームにおいての医師の役割は全面にでて、先頭にたつてチームを引っ張るといよりは、チーム員の相談役という色彩が強

いと思います。すでにサポート医として地域包括でのケア会議に参加したり、ケアマネジャーの相談に乗っておられた先生はそれほど仕事量が増えた感じはしない。といわれています。

医師の要件もモデル事業からは変更になりました。専門医に関しては、今後 5 年以内にサポート医研修を受講する予定があれば現在点でサポート医でなくても可となり、一定の猶予が与えられました。またサポート医に関しては、「認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師」が緩和され、「認知症疾患の診断・治療に 5 年以上従事した経験を有するもの(認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。)」と改訂されました。通常の認知症診療を行っており、専門施設との連携があれば大丈夫ということです。次に実際にサポート医が初期集中支援チームにかかわった事例を報告します。

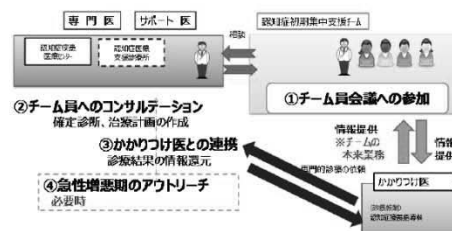


図 2 認知症初期集中支援チームへの医師の関与

4. 認知症初期集中支援チーム等の立ち上げ支援（相談窓口の設置）

4-1 設置概要

認知症初期集中支援チームの設置にあたって、準備段階、認知症サポート医等の関係機関との調整段階、また、具体的なチーム活動における医療に関する課題や疑問について相談対応を行えるよう、専用のメールアドレスを設定し広報した。

4-2 対応実績

幸いなことに、開設から現在まで、このチャンネルを利用した相談はない。

今年度は事例検討会や実施地域訪問といった、他の方法のみで対応できたためと思われる。ただし、今後、新しいチームが次々と開設されてくると、このような相談窓口が必要になる可能性がある。

5. 認知症チェックリストの制作

5-1 制作概要

県および市町村による認知症施策の推進に併せて、本人や家族（一般住民）への分かり易い情報や自己チェックのツールを提供することを目的に、国立長寿医療研究センターで作成した「認知症チェックリスト」を中心に、認知症の定義、早期発見の重要性、相談窓口に関する情報を盛り込んだパンフレット形式（6面の観音開き）の媒体を制作した。

一般住民向けの内容として、平易な言葉づかいとすること、シンプルな構成とすること、必要な情報が整理されていること、を基本のコンセプトとして制作し、県内の市町村、地域包括支援センター等から広く配布することを予定している。多くの住民が手にすることで、自分のこととして認知症に関心をもってもらうことを目指し、更なる啓発、施策推進の状況や活動内容の広報のきっかけとなればと考える。

5-2 原稿

【表紙】



【チェックリスト部分：見開き（左・中央）】

認知症チェックリスト

認知症はあなたの気づかないところで進行しているかもしれません。早期発見、早期対応が大切です。また、予防の助けにもつながるでしょう。「あれ、なんだか変だな？」と思ったら、まず、チェックシートの質問をチェックしてみましょう。
(この認知症チェック項目は、あくまでも目安です。認知症の診断をするものではありません。)

- 1? 同じことを言ったり聞いたりする
- 2? 物の名前が出てこなくなった
- 3? 置き忘れやしまい忘れが
目立ってきた
- 4? 以前はあった関心や興味が失われた
- 5? だらしくなった
- 6? 日課をしなくなった

- 7? 時間や場所の感覚が不確かになった
- 8? 慣れた所で道に迷った
- 9? 財布などを盗まれたという
- 10? ささいなことで怒りっぽくなった
- 11? 蛇口・ガス栓の締め忘れ
火の用心ができなくなった
- 12? 複雑なテレビドラマが理解できない
- 13? 夜中に急に起きだして騒いだ

3つ以上あてはまった方は、まずは相談を
* 受診・治療などのことなら、4ページの 医療 情報 へ
* 日常生活や在宅介護などは、5ページの 生活支援 情報 へ

【認知症についてのチェックリスト部分：見開き（中央・右）】

不確かになった

慣れた所で道に迷った

財布などを盗まれたという

ささいなことで怒りっぽくなった

蛇口・ガス栓の締め忘れ
火の用心ができなくなった

複雑なテレビドラマが理解できない

夜中に急に起きだして騒いだ

まずは相談を
4ページの 医療 情報 へ
5ページの 生活支援 情報 へ

◆◆◆◆ 認知症とは? ◆◆◆◆

認知症とは、認知機能の障害や、行動・心理症状が次第に進行することによって日常生活や社会生活が困難となる状態をいいます。
この時にせん妄などの意識障害や、うつ病などの疾患がないということも診断の要件になります。

認知機能の障害

+

社会生活
対人関係
に支障

▶

認知症

認知機能：物事を記憶する、言葉を使う、計算する、問題を解決するために深く考えるなどの脳の働きを指します。
行動・心理症状：妄想や幻覚、興奮、徘徊といった、性格や身体の状態などの要因が加わり、行動面や心理面に二次的に現れる症状をいいます。BPSDとも呼ばれます。

◆◆◆◆ 早期発見・早期対応のメリット ◆◆◆◆

- 1 症状が軽い段階から、こころ・身体・生活の準備をすることができます。ご家族はもちろん、医師や介護スタッフとも相談しながら、認知症の症状に向き合い、日常生活を維持する準備期間が重要です。
- 2 進行を遅やかに、また、症状を軽減する治療薬の効果も期待できます。薬の服用等をきめて、早い時期からの治療開始が効果的といわれています。
- 3 治療できる認知症やよく似た症状のある病気にも対応できます。認知症の原因となっている病気が早期に判れば、治療可能な場合もあります。

◆◆◆◆ 認知症を予防する生活とは? ◆◆◆◆

社会参加と余暇

社会参加や余暇活動（旅行や編み物、コンサートなど）、精神活動が活発なほど、認知症発症のリスクが低くなります。

定期的な運動

定期的な運動は認知症の予防に有効です。また、発症した認知症の進行を遅らせる効果もあります。

活動的な生活

活動的なライフスタイルを維持することで悪化は予防されます。同じつもりきり、テレビの前でウトウトは避けましょう。

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター 家族教室テキストより

受診や診断・治療薬など、 医療に関する相談はこちらへ

医療機関

①かかりつけ医・認知症サポート医・専門医療機関

県で実施している、認知症に関する知識や技術を習得するための研修（認知症対応力向上研修等）を修了した医師がいる医療機関やもの忘れ外来や精神科・神経内科等の診療科を標榜する医療機関です。以下のホームページで一覧を確認することができます。

国立長寿医療研究センター（認知症情報サイト）

<http://monowasure.org/ninchi/mapsearch/index.php>

愛知県医師会

<http://www.aichi.med.or.jp/kenmin/kaigo/>

②認知症疾患医療センター

認知症の専門医療相談、診断、身体合併症と行動・心理症状（BPSD）への対応、地域連携の推進などを実施している医療機関です。医療相談室が設置され、専門医の他、精神保健福祉士等の専門職が配置されています。

病院名	住所	電話
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	大府市森岡町七丁目430 番地	0562-87-0827
社会医療法人財団新和会 八千代病院	安城市住吉町二丁目2-7	0566-33-5556
社会医療法人吉康会 いまいせ心療センター	一宮市今伊勢町宮後字中茶屋30	0586-80-0647
医療法人財団病院 豊橋こころのケアセンター	豊橋市三本木町字元三本木20-1	0532-45-1372
医療法人宝会 七宝病院	あま市七宝町下田矢倉下1432	052-443-7900
医療法人協和会 あさひが丘ホスピタル	春日井市神藤町1295-31	0568-88-0959
学校法人愛知医科大学 愛知医科大学病院	長久手市若作蓮又1-1	0561-78-6247
医療法人生生命 まつかげシニアホスピタル	名古屋市中川区打出二丁目347	052-352-4165
医療法人財団 守山荘病院	名古屋守山区町北11-50	052-795-3560
名古屋鉄道健康福祉組合 名鉄病院	名古屋西区栄生二丁目26-11	052-551-2802

4

日常生活や在宅介護など、 生活支援に関する相談はこちらへ

生活支援窓口

①愛知県認知症電話相談（認知症の人と家族の会 愛知県支部）

【相談専用電話番号】 ☎ **0562-31-1911**

【相談日時】 月曜日～金曜日 10時～16時（祝祭日、年末年始は除く）

【相談員】 認知症についての知識、介護経験をもつ担当者が対応します。

【主な相談内容】 認知症の方の介護の方法、対応の工夫、悩み など

②市町村の相談窓口

お住まいの市町村の窓口や電話で、「認知症や介護のことで相談したい」と伝えれば、担当部署につながります。

愛知県内の市町村、高齢福祉担当課連絡先

③地域包括支援センター

高齢者やその家族を支援するために、市町村が設置している総合相談窓口です。認知症に関する相談の他、医療機関の受診、介護サービス・介護予防の利用、高齢者虐待など、専門職が相談対応を行います。

地域包括支援センターの連絡先

2016年3月発行：愛知県健康福祉部高齢福祉課 <http://www.pref.aichi.jp/korei/>
TEL：052-954-6310

5

Ⅲ 初年度の総括

認知症初期集中支援チームの設置・活動は、認知症高齢者の早期発見・早期対応のスタート部分の取組として重要であるとともに、1市町村や1チームのみの対応では、安定的・継続的な運用が難しい面も併せ持つといえる。愛知県として、各市町村、各チームの取組を支援することは、県の認知症施策の推進にとって、大きな意味を持つものであり、当センターとしても来年度以降も充実した支援・協力体制を採りたいと考えている。

初年度は、キックオフミーティング（事例検討会1回目）に始まり、連携機関の調査、バックアップツール作成、相談窓口の設置、住民向け参加型広報ツールの作成など、県行政からの発信・提供に重点をおいた支援となった。事例検討会やアンケート調査、チーム訪問の機会を通じて、各市町村、各チーム、各チーム員が、限られた時間や予算の中で、認知症初期集中支援による早期発見・早期対応を可能とする地域作りのために払う努力は相当なものと推察する。

次年度以降は、本年度得られた基礎情報や提供した初期段階のツールを土台として、より現場の課題や困難に応えるような具体的な支援策を検討し、双方向的な取り組みを上乘せし、県内全体の認知症初期集中支援の底上げを目指したい。

チーム員の質的・量的な充実、チーム間の情報連携、チーム活動の効果測定（認知症の人・家族の満足度、チーム員としての達成度）、施策・仕組みとしての改善など、検討課題は多いが、全国他地域の状況なども取り入れながら、県内全域へのチーム設置に並行して、チーム機能発揮に向けた第2フェーズに向けて、引き続き関係者と協力・連携しながら取り組みたいと考える。

文責：国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

副院長 鷺見 幸彦

**認知症初期集中支援チームの効果的な運用に関する研究事業
報告書**

平成 28 年 3 月

禁無断転載

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

National Center for Geriatrics and Gerontology

〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目 430 番地

TEL 0562-46-2311 (代表) FAX 0562-46-8349

<http://www.ncgg.go.jp>