

資料

1. 実施要綱 (P. 148)
2. 松戸市版実施要綱 (P. 173)

1. 実施要綱

目次

I. モデル事業の趣旨	1
II. 基本事項	4
1. 目的	4
2. 支援対象者	4
3. 支援ケース数(目安)	4
4. 参加機関と支援件走者	5
5. 実施期間	5
6. 協力謝礼	5
7. 取組みバーン	5
8. 支援件走者の選定方法	6
9. モデル事業で使用する主な様式と支援内容	6
10. モデル事業の流れ	10
III. モデル事業の実施	11
III-1. 急性期病院手順書([A]-①:入院中・給付あり)	11
III-2. 急性期病院手順書([A]-②:入院中・給付なし)	13
III-2-1. かかりつけ医手順書([B]-①:在宅・給付あり)	14
III-2-2. かかりつけ医手順書([B]-②:在宅・給付なし)	15
III-2-3. かかりつけ医手順書([A]-①②の場合)	16
III-3. 自治体手順書	17
III-4. 地域包括支援センター手順書	19
III-5. ケアマネジャー手順書	20
IV. モデル事業で使用する様式等	22
様式0-1:区市町村から関係機関への依頼文(例)	24
様式0-2:支援機関リスト	25
様式0-3:支票対象者モデル事業同意書	26
様式0-4:支援対象者管理表	28
様式0-5:謝礼支払い対象者リスト	29
A/バーンで使用する様式	
[A]様式1:入院時情報提供書1票	31
[A]様式1:補:セルフマネジメント支援候補者のMCIスクリーニング調査	32
[A]様式2:入院時情報提供書2票	33
[A]様式3:共同アセスメントシート票	34
[A]様式3:補:セルフマネジメント支援候補者のMCIスクリーニング調査	35
B/バーンで使用する様式	
[B]様式1:情報提供書	36
[B]様式1:補:セルフマネジメント支援候補者のMCIスクリーニング調査	37
[B]様式3:共同アセスメントシート票	38

2016/9/28

平成28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）

厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業

入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための
セルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業

モデル事業実施要綱

本調査研究事業作業部会

本件担当：
株式会社日本能率協会総合研究所
福祉・医療改善携帯支援部 川村、布施、政岡、田村
〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル
電話：03-3578-7616 FAX：03-3432-1837
e-mail: shizuka_kawamura@imar.co.jp (川村)

I. モデル事業の趣旨

AB共通様式	老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するためのケアマネジメントツール開発及び効果検証」
様式4-1:セルフマネジメントケアプラン	39
様式4-2～4:セルフマネジメント モニタリングシート	40
様式4-5:セルフマネジメント モニタリングシート(総括)	41
様式4-2～5:補:セルフマネジメント MCIモニタリングシート	42
様式5:セルフチェックシート(プラン作成時・モニタリング時)	43
様式6:健康管理表(例)	44

参考1. モデル事業に関連すると考えられる主な診療報酬・介護報酬等
参考2. モデル事業の政策的位置づけ

平成27年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するためのケアマネジメントツール開発及び効果検証」ための調査研究事業において、脳血管疾患患者の再発予防（＝介護予防・重度化予防）にフォーカスをしたセルフマネジメントツールを開発するモデル事業に取組みました。

脳血管疾患をターゲットに設定した理由は、脳血管疾患は再発率が高く、重度要介護者の介護が必要となった主な原因の3割以上を占めていること、脳血管疾患有病者は再発の高いリスクを抱えているにもかかわらず、薬の継続した服用や生活習慣の改善が不十分であることが多いです。

■脳卒中患者数と脳卒中にによる要介護者数の推定

	2010年	2015年	2020年	2025年
有病者推定数(人)	2,821,723	2,875,893	2,897,850	2,884,445
要介護推定数(人)	1,689,030	1,757,726	1,791,182	1,801,628
余病者推定数(人/年)	304,847	329,055	347,734	360,051

(資料) 法政医科大学社会医学講座 公衆衛生学部門 岩多義郎 <http://www.stroke-project.com/>

■要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

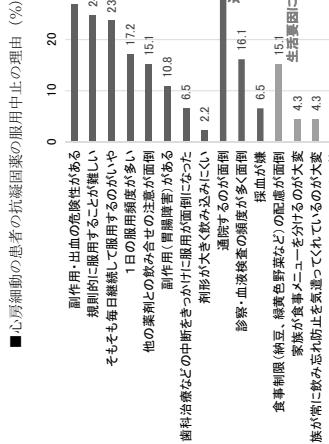
要介護度	第1位	第2位	第3位	
能	脳血管疾患(脳卒中)	18.5	認知症	15.8
要支援者	閉塞性疾患	20.7	高齢による衰弱	15.4
要支援1	閉塞性疾患	23.5	活動による衰弱	17.3
要支援2	閉塞性疾患	18.2	活動による衰弱	17.6
要介護者	脳血管疾患(脳卒中)	21.7	認知症	21.4
要介護1	認知症	22.6	高齢による衰弱	16.1
要介護2	認知症	19.2	脳血管疾患(脳卒中)	18.9
要介護3	認知症	24.8	脳血管疾患(脳卒中)	23.5
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	30.9	高齢による衰弱	17.3
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	34.5	認知症	23.7

(出所) 平成25年 国民生活基礎調査(厚生労働省)

■脳卒中の累積再発率(%)

	1年	5年	10年
脳梗塞	10.0	34.1	49.7
脳出血	25.6	34.9	55.6
くも膜下出血	32.5	55.0	70.0

(資料) 久山町研究 http://www.ohita-c.jp/entry/c001_0_0018.html



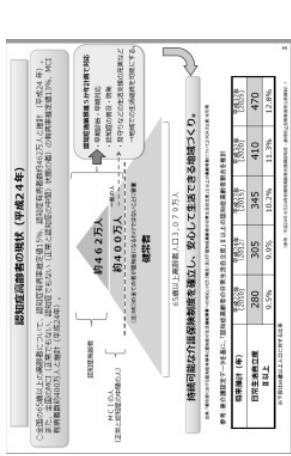
モデル事業に取り組んだ結果、支援者がいることで脳血管疾患を発症した高齢者がセルフマネジメントを行いう動機づけとなること、また脳血管疾患という既往歴を踏まえて介護職が自立支援型ケアプランを作成するため、医療職との連携が必然的に図られることが確認できました。その一方で、平成26年度事業において開発したツールは改善の余地があること、アワトカムをどう設定するか、また脳血管疾患は介護が必要となった原因の1つであり、その他の介護的原因となる疾患有についての取り組み等が課題として残りました。

そこで今年度は、ツールの改善を図りつつ、八院院を繰り返す可能性が低い心疾患、発育性疾候群（ロコモ関連疾患）等地域の実情を踏まえ取り組んでいただくモデル事業を実施いたしました。

なお、今年度のモデル事業においては、要介護度別にみた介護が必要となつた主な原因として脳血管疾患に次いで高い比率を占めている認知症についても着目しています。

平成28年版高齢社会白書（概要版）によると、65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計は、平成24（2012）年の認知症患者数462万人、65歳以上の高齢者の7人に1人（有病率15.0%）から、37（2025）年には約700万人、5人に1人になると見込まれています。

これにはMCI（軽度認知障害）は含まれておらず、平成24（2012）年のMCI有病者数は400万人（有病率1.3%）と推計されており、認知症とMCIを合わせると65歳以上高齢者の28%が軽度以上の認知障害を有しているとみられます。



入退院を繰り返す高齢者において、人院の原因となっている疾患だけでなく、認知症有病者である可能性を踏まえ、状態を見極めながら在宅生活へつなげ、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮ら続けることができるよう支援することが求められています。

本調査事業では認知症班によるMCIスクリーニングツールについて検討を重ねてきましたが、モデル事業において、そのツールを活用し、MCIの可能性の有無を考慮してセルフマネジメント支援を行うことと致します。

<岡山市の取組事例>

- ①認知症の診断を受けないデイサービス利用者334人にDASc調査を行ったところ、133人が程度の認知症の疑いが見られた。<1回目 DASc31点以上 40%>
- ②認度の認知症の疑いがある133人に受診検査を行い、33人（約25%）が在宅医やかかりつけ医で診断を行った。
- ③①の程度の認知症の疑いがあった133人に2回目の調査を実施したところ点数が維持改善した人が60人見られた。

出所：平成27年度「要文選・要介護者に対する介護実証研究事業」第2回委員会議議案（認知症高齢者における地域実証研究事業）第2回委員会議議案より

本モデル事業の実施を通じて、ケアマネジャー・地域包括支援センターが、医師の指示や医療情報を得ながら、高齢者本人のセルフマネジメント支援を行うことができるようになり、セルフマネジメントを通じた「再発予防・重度化予防」」が推進できることとなります。また、医療機関は、循環型の連携ベースを構築することによって再発リスクを抱える、あるいは再発した高齢者について、ケアマネジャー・地域包括支援センターといったセルフマネジメントの支援者（本事業では「支援伴走者」と称する）を通じて早期に情報を得ることができます。

こうした一連の取組を通じ、疾患の再発予防と、仮に再発してしまった場合の迅速な対応が可能となることで、高齢者本人の自立支援と介護予防につながります。

II. 基本事項

1. 目的

この要綱は、入退院を繰り返す可能性のある疾患の再発防止のため、医療と介護の連携により要介護者等を支援（セルフマネジメント支援）するとともに、入退院を繰り返す可能性のある疾患で入院した要介護者について医療と介護の連携を促進し、在宅復帰に向けた適切な退院支援となるモデル事業の実施に図って定めたものです。

なお、本モデル事業は、市区町村が医療・介護基盤に基づく継続的なケアマネジメント体制の構築についての関係者間の認識の共有化を図りつつ、医療・介護に關わる各種機関が主体的に取り組むものであり、この要綱の内容をベースとして、多様な地域の実情を踏まえて、柔軟にモデル事業に取組ることができます。

（取組内容）

- ・入退院を繰り返す可能性のある疾患の再発防止のため、医療と介護の連携により要介護者等を支援（セルフマネジメント支援）する。
- ・入退院を繰り返す可能性のある疾患で入院した要介護者について、医療と介護の連携による退院支援を実施する。

2. 支援対象者

支援対象疾患（地域の実情を踏まえ地域毎に設定）で入院し、かつ在宅復帰の可能性が高く、セルフマネジメントに取り組むことが可能な高齢者（65歳以上）、または支援対象疾患に罹患し、現在、在宅で（ほぼ）自立した生活を送っている高齢者（65歳以上）となります。なお、本モデル事業では、介護保険の給付対象者であるかどうかに問わらず支援対象者とします。

（支援対象者）

- 介護保険の給付対象者であるかどうかに問わらず以下の条件に合う高齢者（65歳以上）
- ・脳血管疾患（平成27年度から離脱して実施）
 - ・糖尿病（平成27年度継続地域で実施）
 - ・心疾患
 - ・認知症 等

以上）

（支援対象疾患）

- 入退院を繰り返す可能性のある疾患を地域で検討し選定
- ・脳血管疾患（平成27年度から離脱して実施）
 - ・糖尿病（平成27年度継続地域で実施）
 - ・心疾患
 - ・認知症 等

3. 支援ケース数（目安）

ケース数（目安）は1.0ケースとします。なお、1.2ケースを絞る場合やアケースを下回る場合は、事前に事務局までご連絡ください。

4. 参加機関と支援伴走者

（参加機関（以下、支援機関）例）

- ・市民科及び特別区
- ・医療機関（急性期病院、回復期病院、かかりつけ医等）
- ・医師会
- ・居宅介護支援事業者
- ・ケアマネジャー協議会
- ・地域包括支援センター
- （支援伴走者）
- ・ケアマネジャー等

5. 實施期間

実施期間は2016年9月～2015年2月末の6ヶ月間とします。

6. 評力割丸

支援伴走者に対し、本モデル事業終了時に、老人保健健康増進等事業費より1.支援対象者毎に以下の金額を割りとして支給いたします。なお、それ以外の支給はございません。

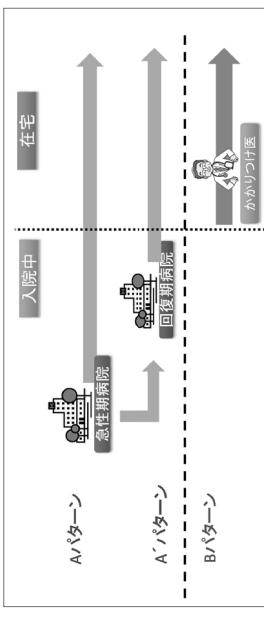
セルフマネジメント支援につき：7,000円（標準）、標準、標準式4-1の作成料として）
モニタリング1回につき：2,500円（標準式4-2～4-5、および標準式5の作成料として）
※記入済み額は手取り金額です。1.支援対象者につき最大17,000円を上限とします。
※記入済み額は手取り金額です。お問い合わせください。個人ではなく法人への支給はございません。
※支給は、平成29年3月に指定の口座にお振り込みいたします。個人ではなく法人へのお支払いも可能です。法人支払いについては、請求書を事務局宛てお送りください。

7. 取組みパターン

モデル事業の取組みパターンは以下の通りです。

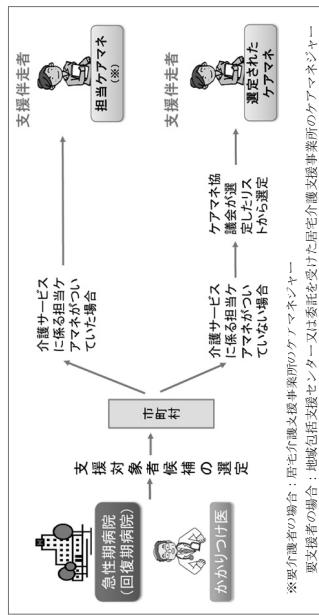
- A.A'パターン：入院中から医療と介護の情報連携＋退院後のセルフマネジメント支援
B.Bパターン：かかりつけ医との情報連携に基づくセルフマネジメント支援

＜取組モデル図＞



8. 支援伴走者の選定方法

支援伴走者の選定方法案は以下の通りです。
支援対象者が介護保険の給付対象者であるかどうかに關わらずセルフマネジメントの支援を行なうため、支援対象者が介護保険の給付対象者でない場合に、支援伴走者をどのように選定するか、事前に協議し、ルール化することが必要です。



9. モデル事業で使用する主な様式と支援内容

(1) モデル事業で使用する主な様式

情報連携で使用する様式とセルフマネジメント支援で使用する様式に大別されます。
情報連携で使用する様式1～3については、AA・B・シートン [A]・B・シートン [B]で使用する様式が異なります。

セルフマネジメント支援で使用する様式4～6は共通です。

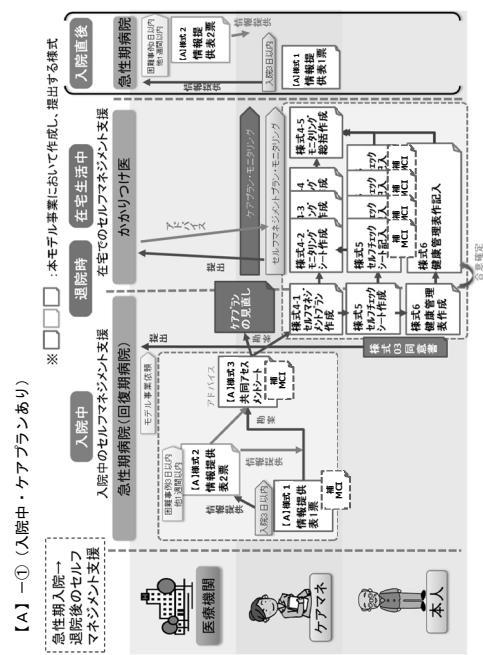
用途	バージョン	NO.	使用者	使用する様式等	使用者	使用する様式等	使用者	使用する様式等	使用者
[A] 情報連携	様式1		情報提供書(票)(入院時)(支援伴走者→病院)	支援伴走者	情報提供書(票)(入院時)(病院→支援伴走者)	支援伴走者	情報提供書(票)(入院時)(病院→支援伴走者)	支援伴走者	情報提供書(票)(入院時)(支援伴走者→かかりつけ医)
	様式2		MCIスクリーニング調査	支援伴走者	情報提供書(票)(入院時)(病院)	支援伴走者	情報提供書(票)(入院時)(病院)	支援伴走者	情報提供書(票)(在宅)(支援伴走者→かかりつけ医)
	様式3		共同アセスメントシート(入院中)	支援伴走者	MCIスクリーニング調査	支援伴走者	共同アセスメントシート(入院中)	支援伴走者	MCIスクリーニング調査
[B] 情報連携	様式1		情報提供書(在宅)(支援伴走者→かかりつけ医)	支援伴走者	情報提供書(票)(在宅)	支援伴走者	情報提供書(票)(在宅)	支援伴走者	情報提供書(票)(在宅)
	様式1		MCIスクリーニング調査	支援伴走者	共同アセスメントシート(在宅)	支援伴走者	共同アセスメントシート(在宅)	支援伴走者	共同アセスメントシート(在宅)
	様式3		セルフマネジメントプラン	支援伴走者(医療機関)	セルフマネジメントプラン	支援伴走者(医療機関)	セルフマネジメントプラン	支援伴走者(医療機関)	セルフマネジメントプラン
	様式4-1		モニタリングシート	支援伴走者	モニタリングシート	支援伴走者	モニタリングシート	支援伴走者	モニタリングシート
	様式4-2～5		モニタリングシート	支援伴走者	モニタリングシート	支援伴走者	モニタリングシート	支援伴走者	モニタリングシート
	共通		MCIモニタリングシート	支援対象者+支援伴走者	セルフチェックシート	支援対象者+支援伴走者	セルフチェックシート	支援対象者	セルフチェックシート
セルフマネジメント	様式5		セルフチェックシート	支援対象者					
	様式6		健康管理表	支援対象者					

(2) 情報連携の流れと使用する様式

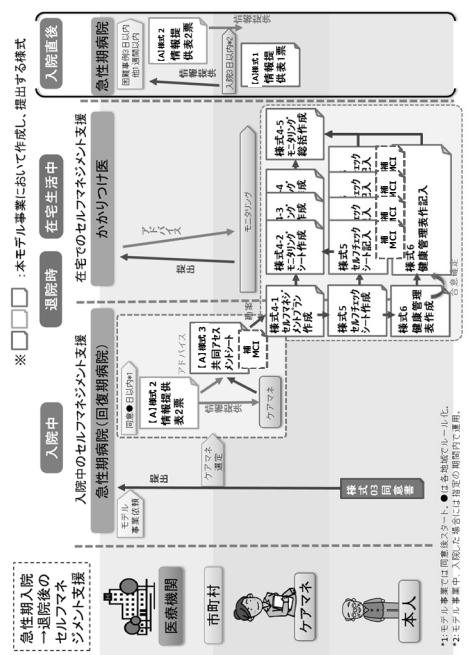
情報連携の流れと使用する様式は、取組ハーベン×介護保険給付の有無により異なります。
取組ハーベン×介護保険給付別情報連携の流れは以下の通りです。
なお、支援対象者にケアプランがある場合に、情報連携により必要が生じた場合は、ケアプランの見直しを実施します。

バージョン	使用する様式	情報連携の流れ(イメージ)
[A]-① (入院中・給付あり)	[A]様式1 [A]様式2 [A]様式3 [A]様式3補	担当ケアマネジャーは、医療機関から支援候補者が支援対象者にて入院した連絡を受ける。 ・同様の有無にかかわらず、医療介護の連携を実施(左記のすべての様式を使用する)。 ・同様の有無にかかわらず、[A]様式3を踏まえ、必要に応じて[1]を行ふ。 ・同意が得られた場合、担当ケアマネジャーは支援伴走者としてセルフマネジメント支援に着手する。 ※情報連携においては診察報酬、介護報酬での算定を検討
[A]-② (入院中・給付なし)	[A]様式2 [A]様式3 [A]様式3補	・医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。 ・医療機関は支援候補者の同意を受け(支援対象者)、自体にて連絡し、支援伴走者の選定を行ふ。 ・[A]様式2と[1]を踏まえ、セルフマネジメント支援を受けるとともに、支援対象者と面談する。(その際、[A]様式1を使用し、情報を収集してもよい。) ・医療機関にて連携し、[A]様式3を作成する。 ・[A]様式3を踏まえ、「[A]様式3を作成する」。
[B]-① (在宅・給付あり)	[B]様式1 [B]様式1補 [B]様式3	・医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。 ・医療機関は支援候補者の同意を受け、自治体を通じ、担当ケアマネジャーは、医療機関にて連携し、[B]様式1の担当ケアマネジャーと面談し、「[B]様式1」の作成を行う。 ・[B]様式3を踏まえ、「[B]様式3を作成する」。
[B]-② (在宅・給付なし)	[B]様式1 [B]様式1補 [B]様式3	・医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。 ・医療機関は同窓を受け、自治体に連絡し、支援伴走者の選定を行う。 ・支援伴走者となるたんケアマネジャーは、支援対象者と面談し、[B]様式1の作成を行い、医療機関にて連携し、[B]様式3を作成する。 ・[B]様式3を踏まえ、「[B]様式3を作成する」。

(3) 取組パートナー×介護保険給付有無別支援の流れ



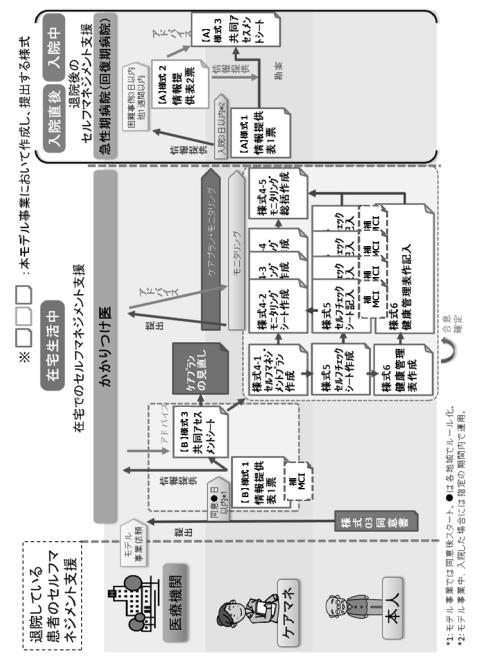
【A】-②（入院中・ケアプランなし）



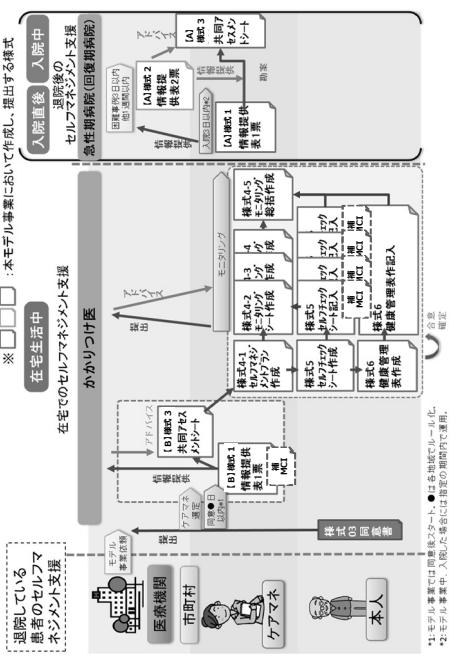
*1: モデル事業では「看護師スタート」●は各地域でルーチ化。
*2: モデル事業中、入院した場合は「指定の期間内」で運用。

8

【B】-①（在宅・ケアプランあり）



【B】-②（在宅・ケアプランなし）



*1: モデル事業では「看護師スタート」●は各地域でルーチ化。
*2: モデル事業中、入院した場合は「指定の期間内」で運用。

9

10. モデル事業の流れ

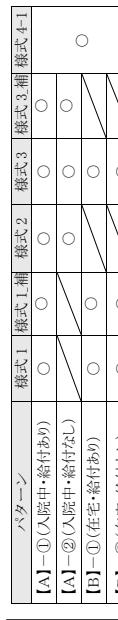
【事前準備】 1. モデル事業の進め方検討（～9月末）…関係者会議の開催



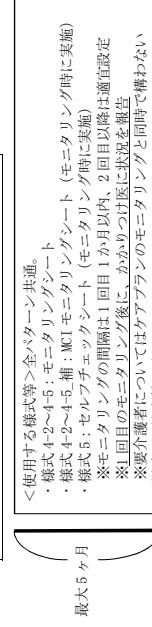
2. セルフマネジメント支援対象者決定（～12月末）



3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定（～12月末）



4. セルフマネジメント支援の実施（～2月上旬）



5. 取組成果の把握と報告書作成（2月中～下旬）…関係者会議の開催



6. 報告データ等の返送・…1回目：12月末、2回目：2月下旬



III. モデル事業の実施

III-1. 急性期病院手順書（[A]～①：入院中・給付あり）

※自治体が医療機関に対してモデル事業への協力依頼を行なう。	
※自治体が関係者会議を招集する。	
1. モデル事業の進め方検討	a. モデル事業の進め方について、医療機関として参加の意思決定を行う。 b. モデル事業の担当者を決定する。 (モデル事業担当者例) ・医師（モデル事業担当看護師、病棟担当看護師） ・看護師（モデル事業担当看護師、看護部長、病棟担当看護師） ・MSW（地域連携担当部門） ・事務部門 c. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の内容を理解する。
2. モデル事業の進め方検討	a. モデル事業担当者は関係者会議に参加し、支援機関関係者とモデル事業の進め方にについて検討を行う。 (検討事項) -関係者会議の開催 ・支援対象者スクリーニング方法 ・支援対象者への依頼方法 ・支援件数者選定ルール ・情報連携の窓口や手順 等 b. 関係者会議で決定した事項を踏まえ、モデル事業期間中のターゲットの見込み数を把握する。 [例] DPCデータから、支援対象疾患患者をリストアップする。 c. 支援対象者のスクリーニング方法等を検討し、院内手順を文書化する。 d. 支援機関と院内手順について共有する。
2. セルフマネジメント支援対象者決定	a. 院内手順書に基づいて、支援候補者を選定する。 -同意の有無にかかわらず、情報連携に着手する。 b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。 (説明事項) ・担当医が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性についてセルフマネジメント支援候補者に説明を行う。 ・モデル事業担当者がモデル事業の趣旨について説明を行う。 c. 支援候補者からモデル事業協力の同意書を得る。=支援対象者決定 (「様式0-3：支援対象者モデル事業同意書（例）」参照) d. 支援対象者の支援対象者管理表を作成する。 e. 支援対象者について支援機関と共に有する。（様式0-3および様式0-4） の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布)

3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	<p>(1)情報連携の実施</p> <p>a. 医療機関は、担当のケアマネジャー（支援伴走者）に連絡し、「[A] 様式 1」、「[A] 様式 1_補」の提出を依頼する。その際、困難事例が何か、何日以内に提出してもらいたいかが担当ケアマネジャーに伝える。</p> <p>b. 医療機関は、佐賄した期間内に「[A] 様式 1」「[A] 様式 1_補」を受け取る。</p> <p>c. 医療機関は、困難事例は入院 3 日以内に、その他の場合は 1 週間に内に「[A] 様式 2」を作成し、担当ケアマネジャーへ情報提供を行う。</p> <p>d. 医療機関は、支援対象者の退院の見込みが立った時点で「[A] 様式 3_補」に入れる。</p> <p>e. 認知症（MCI 合併）が疑われる場合には、対応を検討する。</p> <p>・院内で認知症診断を行う。</p> <p>・在宅医で認知症専門医（診断のできる医師）と連携する。</p> <p>f. 担当ケアマネジャーに連絡し、共同で「[A] 様式 3」の作成を行う。</p> <p>【同意が得られた場合】</p> <p>g. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成する「目標とアクションプラン」「チェック項目」についてアドバイスをうながす。なお、認知症（MCI）が疑われる場合には、担当ケアマネジャーに留意点について説明を行う。</p> <p>(2)セルフマネジメント ケアプランの作成</p> <p>4. セルフマネジメント支援の実施</p> <p>(1)セルフマネジメント 支援</p> <p>(1)関係者会議への参 加</p> <p>a. 医療機関は、モニタリング結果について、担当ケアマネジャーから意見を求める場合にはアドバイスする。</p> <p>5. 取組成果の把握・報告書作成</p> <p>(1)関係者会議への参 加</p> <p>a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。</p> <p>b. モデル事業担当者は関係者会議について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。</p>
---------------------------------	--

III-1-2. 急性期病院手順書（[A]-②：入院中・給付なし）

※自治体が医療機関に対してモデル事業への協力依頼を行う。

※自治体が関係者会議を招集する。

1. モデル事業の進め方検討 ⇒ [A]-①参照
2. セルフマネジメント支援対象者決定
<p>(1)支援候補者の選定と支援対象者の決定</p> <p>a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。 b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。 (説明用印)</p> <p>・担当者が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性について説明を行う。</p> <p>c. 支援候補者に説明を行う。 セセルフマネジメント候補者に説明を行う。 セセルフマネジメント候補者に説明を行う。 セセルフマネジメント候補者に説明を行う。 セセルフマネジメント候補者に説明を行う。 セセルフマネジメント候補者に説明を行う。</p> <p>d. モデル事業担当者がモデル事業の同意書を傳達する。 （「[A] 様式 0-3：支援対象者同意書（例）」参照） → 医療機関は、支援対象者（例）の同意書を提出する。</p> <p>e. 医療機関は、支援対象者の同意書を作成する。 （「[A] 様式 0-4：支援対象者管理者同意表（例）」参照） e. 支援対象者に医療機関と共有する。（様式 0-3 および様式 0-4 の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対して控えを配布）</p>
3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定
<p>(1)支援対象者の決定 (特になし)</p> <p>(2)情報連携の実施</p> <p>a. 医療機関は、「[A] 様式 2」の作成を行う。 → 支援伴走者から連絡を受ける。</p> <p>b. 医療機関は、「[A] 様式 2」を用いて支援対象者について支援伴走者に説明を行う。</p> <p>c. 医療機関は、支援対象者を紹介する。 → 支援対象者に支援伴走者を紹介する。</p> <p>d. 医療機関は、支援対象者にヒアリングを行えるよう支援する。 → 支援対象者が支援対象者にヒアリングを行えるよう支援する。</p> <p>e. 認知症（MCI 合併）が疑われる場合には、対応を検討する。 院内で認知症診断を行う。 在宅医で認知症専門医、診断のできる医師と連携する。</p> <p>f. 医療機関は、支援伴走者に連絡し、共同で「[A] 様式 3」の作成を行う。</p> <p>e. 医療機関は、支援対象者が作成する「[A] 様式 4-1（目標とアクションプラン）」「[A] 様式 5（チェック項目）」についてアドバイスする。 なお、認知症（MCI）が疑われる場合には、支援対象者の退院の見込みが立った時点で「[A] 様式 3_補」に記入する。</p> <p>(3)セルフマネジメント ケアプランの作成</p> <p>a. 医療機関は、支援対象者が作成した「[A] 様式 5」に対する意見を求める場合にはアドバイスする。</p> <p>4. セルフマネジメント支援の実施</p> <p>5. 取組成果の把握・報告書作成</p>

III-2-1. かかりつけ医手順書（[B] -①：在宅・給付あり）

※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。

※自治体が関係者会議を招集する。

1. モデル事業の進め方検討

- (1) 参加表明と院内体制整備
 - a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。
 - b. モデル事業の担当者を決定する。
（モデル事業担当者例）
 - ・医師
 - ・看護師
 - ・事務部門
 - c. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の内容を理解する。
- (2) モデル事業の進め方検討
 - a. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の進め方にについて検討し、院内手順書を作成する。
 - ・支援対象者スクリーニング方法
 - ・支援対象者への依頼方法
 - ・支援伴走者選定ルール
 - ・情報連携の窓口や手順
 - 等

2. セルフマネジメント支援対象者決定

- (1) 支援候補者の選定
 - a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。
 - b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。
(説明事項)
 - ・担当医が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性について説明を行う。
 - ・モデル事業担当者がモデル事業の趣旨について説明を行う。
- c. 支援候補者からモデル事業協力の同意書を得る。= 支援対象者決定（「様式0-3：支援対象者モデル事業同意書（例）」参照）
 - d. 支援対象者の支援対象者管理表を用改する。（「様式0-4：支援対象者管理表（例）」参照）
 - e. 支援対象者について支援機関と共に有する（様式0-3および様式0-4）の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布

3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定

- (1) 情報連携の実施
 - a. 医療機関は、担当ケアマネジャー（支援対象者）から「[B] 様式1」「[B] 様式1-補」を受け取る。
 - b. 認知症（MCI含む）が受け取る場合には、対応を検討する。
 - c. 医療機関は、担当ケアマネジャーと共同で「[B] 様式3」の作成を行う。
 - d. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成する「様式4-1（目標とア

	クションプラン）」「様式5（チェック項目）」についてアドバイスする。なお、認知症（MCI）が疑われる場合には、支援対象者に留意点について説明を行う。
(2) セルフマネジメントケアプランの作成	a. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成した「様式4-1」「様式5」に対する意見を求められた場合にはアドバイスする。
4. セルフマネジメント支援の実施	a. 支援対象者は受診時に様式4-2～5種、様式5および様式6を提出し、医療機関は必要な場合に支援対象者（患者）や家族、または担当ケアマネジャーにアドバイスを行う。 b. 医療機関は、モニタリング結果について、担当ケアマネジャーから意見を求められた場合にはアドバイスを行う。
5. 取組成果の把握と報告書作成	(1) 関係者会議への参加 <ul style="list-style-type: none"> a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。 b. モデル事業担当者は関係者会議について関係機関関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。 c. モデル事業の取組成果について関係機関関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

III-2-2. かかりつけ医手順書（[B] -②：在宅・給付なし）

※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。

1. モデル事業の進め方検討 ⇒ [B] -①参照	a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。
2. セルフマネジメント支援対象者決定	a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。 (説明事項) <ul style="list-style-type: none"> ・担当医が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性について説明を行う。 ・モデル事業担当者がモデル事業の趣旨について説明を行う。
3. 支援候補者の選定と支援対象者の決定	a. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。 (説明事項) <ul style="list-style-type: none"> ・セセルフマネジメント候補者に説明を行う。 ・モデル事業担当者がモデル事業協力の同意書を得る。= 支援対象者決定（「様式0-3：支援対象者モデル事業同意書（例）」参照） ・支援対象者の支援対象者管理表を用改する。（「様式0-4：支援対象者管理表（例）」参照） ・支援対象者について支援機関と共に有する（様式0-3および様式0-4）の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布
4. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	a. 支援対象者について支援機関と共有する。（様式0-3および様式0-4）の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布
5. 取組成果の把握と報告書作成 ⇒ [B] -①参照	

III-2-1. かかりつけ医手順書（[B] -①：在宅・給付あり）	※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。 ※自治体が関係者会議を招集する。
1. モデル事業の進め方検討	(1) 参加表明と院内体制整備 <ul style="list-style-type: none"> a. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の進め方にについて検討し、院内手順書を作成する。 ・支援対象者スクリーニング方法 ・支援対象者への依頼方法 ・支援伴走者選定ルール ・情報連携の窓口や手順 等
2. セルフマネジメント支援対象者決定	(1) 支援候補者の選定 <ul style="list-style-type: none"> a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。 b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。 (説明事項) <ul style="list-style-type: none"> ・担当医が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性について説明を行う。 ・モデル事業担当者がモデル事業協力の同意書を得る。= 支援対象者決定（「様式0-3：支援対象者モデル事業同意書（例）」参照） ・支援対象者の支援対象者管理表を用改する。（「様式0-4：支援対象者管理表（例）」参照） ・支援対象者について支援機関と共に有する（様式0-3および様式0-4）の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布
3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	(1) 情報連携の実施 <ul style="list-style-type: none"> a. 医療機関は、担当ケアマネジャー（支援対象者）から「[B] 様式1」「[B] 様式1-補」を受け取る。 b. 認知症（MCI含む）が受け取る場合には、対応を検討する。 c. 医療機関は、担当ケアマネジャーと共同で「[B] 様式3」の作成を行う。 d. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成する「様式4-1（目標とア

III-2-3. かかりつけ医手順書（【A】－①②の場合）

※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。

※自治体が関係者会議を招集する。

III-3. 自治体手順書

※自治体が関係機関に対し、モデル事業への協力依頼を行う。

※自治体が関係者会議を招集する。

1. モデル事業の進め方検討

- (1) 参加表明と院内体制整備
 - a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。
・モデル事業担当者を決定する。
 - b. モデル事業担当者例
 - ・医師
・看護師
・事務部門
 - c. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の内容を理解する。
- (2) 支援対象者のセレクション
 - a. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成した「様式4-1」[様式5]に対する意見を求める場合にアドバイスする。
- (3) 支援対象者のセレクションと取組内容決定（急性期病院で実施）
 - a. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成した「様式4-1」[様式5]に対する意見を求める場合にアドバイスする。
- (4) セルフマネジメント支援の実施
 - a. 支援対象者は受診時に様式4-2～5、様式5および様式6を医師に提出し、医療機関は必要な場合に支援対象者（患者）や家族、または担当ケアマネジャーにアドバイスを行う。
 - b. 医療機関は、モニタリング結果について、担当ケアマネジャーから意見を求める場合にアドバイスを行う。
- (5) 取組成果の把握と報告書作成
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に発表を行う。
 - b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

1. モデル事業の進め方検討	
(1) 参加表明	a. 庁内における、モデル事業への参加の意思決定を行う。 (府内調整会) ・担当課内 ・その他必要な調整先（医療機関との連携が必要なことから、在宅医療介護連携推進の庶務担当課等)
(2) 関係者への説明、協力依頼	a. モデル事業の内容について、関係機関に對し説明を行う。 (関係機関例) ・急性期病院（基幹病院）への説明 *病院関係者（モデル事業関係者）への説明 *必要に応じて管理者へ説明 *介護支援専門員協会への説明（事務局長、会長、副会長） *介護支援専門員協会として、本モデル事業に参加することの意義決定 *自治体によつては、介護支援専門員協会がなく、個々のケアマネジャーに、本モデル事業の参加を要請する場合もある。 ・都市医師会への説明 ・地域包括支援センターへの説明 ・在宅医療介護連携推進協議会 *場合によっては、自治体と地域包括支援センターが共同で実施主体になることが考えられる。 ・関係団体への説明（必要に応じて） *介護保険運営協議会 *地域包括支援センター運営協議会 *在宅医療介護連携推進協議会 *地域ケア会議（政策部門）等
(3) モデル事業の進め方検討	a. 關係者会議を開催し、モデル事業の進め方にについて検討する。 (検討事項) - 關係者会議の開催 ・支援対象疾患 ・支援対象者スクリーニング方法 ・支援対象者への依頼方法 ・支援伴走者選定ルール ・情報連携の窓口や手順 等

III-4. 地域包括支援センター手順書

※自治体が地域包括支援センターに対し、モデル事業への協力依頼を行う。
※自治体が関係者会議を招集する。

1. モデル事業の進め方検討	
(1) 参加表明	a. モデル事業の担当者を決定する。 b. モデル事業の内容について理解する。
(2) モデル事業の進め方検討	a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。 b. 関係者会議の合意内容をセンター内で共有する。 -関係者会議の開催
2. セルフマネジメント支援対象者決定	
(1) 支援候補者の選定	(1) 支援候補者の選定ルール案 a. 医療機関から、控え（コピー）を受け取る。 b. 医療機関からセルフマネジメント実施者の受け、リスト管理を開始する。
(2) 支援対象者のセレクト実績内審決定	要介護者の場合：居宅介護支援事業所のケアマネジャー 要支援者の場合：地域包括支援センター又は委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャー 介護終付なし：介護支援専門員協議会等を通じ、協力を依頼するか、直営の地域包括支援センター等が担当する。
(3) 支援伴走者の決定	a. 支援件走者の決定について事前に決定した選定ルールに従い、連絡を行う。 (選定ルール案)
(4) 情報連携の実施	a. 関係者からの問い合わせがあった場合に応応する。
(5) セルフマネジメントケアプランの作成	a. 関係者からの問い合わせがあった場合に応応する。 b. 12月末に、記入済み様式（様式 1～様式 4-1）を、事務局へ送付する（レターパック）。
3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	
(1) 支援件走者の決定	a. 支援件走者の決定について事前に決定した選定ルールに従い、連絡を行う。
(2) 情報連携の実施	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。
(3) セルフマネジメントケアプランの作成	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。 b. 12月末に、記入済み様式（様式 1～様式 4-1）を、事務局へ送付する（レターパック）。
4. セルフマネジメント支援の実施	
(1) セルフマネジメント支援	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。
5. 重複成果の把握と報告書作成	
(1) 関係者会議の開催	a. モデル事業担当者は関係者会議を開催する。 b. モデル事業の取組成績について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。
(2) 報告書の作成	a. 報告書フォームに従い、モデル事業の成績について取りまとめを行う。 b. 事務局へ報告書および記入済み様式等を送付する（レターパック）。
	・様式 7：モデル事業報告書 ※平成 28 年 12 月サイボウズにアップ ・（支援対象者毎）様式 4-2～4-5、様式 5、様式 6 c. 委員会に参加し、モデル事業取組結果について報告を行う。

19

b. モデル事業の進め方にについて合意内容を、関係者に文書にて周知する。特に、支援件走者となるケアマネジャーに対しては、介護支援専門員協議会を通じ、モデル事業について介護支援専門員の理解を得ておくとともに、必要に応じ、介護支援専門員を対象とした説明会を実施する。	2. セルフマネジメント支援対象者決定
(1) 支援候補者との決定	(1) 支援候補者の選定ルール案 a. 医療機関からセルフマネジメント実施者の受け、リスト管理を開始する。
(2) 支援対象者の決定	要介護者の場合：居宅介護支援事業所のケアマネジャー 要支援者の場合：地域包括支援センター又は委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャー 介護終付なし：介護支援専門員協議会等を通じ、協力を依頼するか、直営の地域包括支援センター等が担当する。
(3) セルフマネジメント取組内容決定	a. 支援件走者の決定について事前に決定した選定ルールに従い、連絡を行う。
(4) 情報連携の実施	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。
(5) セルフマネジメントケアプランの作成	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。 b. 12月末に、記入済み様式（様式 1～様式 4-1）を、事務局へ送付する（レターパック）。
3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	
(1) 支援件走者の決定	a. 支援件走者の決定について事前に決定した選定ルールに従い、連絡を行う。
(2) 情報連携の実施	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。
(3) セルフマネジメントケアプランの作成	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。 b. 12月末に、記入済み様式（様式 1～様式 4-1）を、事務局へ送付する（レターパック）。
4. セルフマネジメント支援の実施	
(1) セルフマネジメント支援	a. 関係者からの問い合わせがあつた場合に応応する。
5. 重複成果の把握と報告書作成	
(1) 関係者会議の開催	a. モデル事業担当者は関係者会議を開催する。 b. モデル事業の取組成績について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。
(2) 報告書の作成	a. 報告書フォームに従い、モデル事業の成績について取りまとめを行う。 b. 事務局へ報告書および記入済み様式等を送付する（レターパック）。
	・様式 7：モデル事業報告書 ※平成 28 年 12 月サイボウズにアップ ・（支援対象者毎）様式 4-2～4-5、様式 5、様式 6 c. 委員会に参加し、モデル事業取組結果について報告を行う。

18

Ⅲ-5. ケアマネジャー手順書

1. モデル事業の進め方検討	
(1) 参加表明	a. モデル事業の内容について、概要を理解する。
(2) モデル事業の進め方検討	a. モデル事業の進め方にについて、自治体から説明（文書等）を受ける。 b. モデル事業の進め方にについて、理解する。
2. セルフマネジメント支援対象者決定	
(1) 支援候補者の選定	a. 自治体担当者から、支援対象者の承諾書等の控え（コピー）を受け取る。
(2) 支援対象者の決定	〔〔A〕-①の場合〕 a. 担当ケアマネジャーは、医療機関から支援候補者が支援対象疾患に入院した連絡を受ける。 〔上記以外〕 b. 支援候補者の同意を受け、自治体を通じ、支援件走者に連絡が入る。 c. 介護保険の給付対象者でない場合（場合）自治体よりモデル事業について改めて説明を受ける。 d. 支援件走者となることを決定する。
3. 支援対象者のセレクションと取組内容決定	
(1) 支援件走者の決定	〔〔A〕-①の場合〕 a. 医療機関から「〔A〕様式1」、「〔B〕様式2」による情報提供を実施（〔〔A〕様式1〕、「〔A〕様式2」）を提出する。 b. 「〔A〕様式1」を作成し医療機関に提出する。 c. 必要に応じ、介護認定の申請または区分の見直しやケアプランの見直しを行う。 〔〔A〕-②の場合〕 a. 医療機関から「〔A〕様式1」、「〔B〕様式2」による情報提供を受けるとともに、支援対象者と面談する。（その際、「〔A〕様式1」を使用してよい） b. 医療機関と連携し「〔A〕様式3」を作成する。
(2) 情報連携の実施	〔〔B〕-①の場合〕 a. 「〔B〕様式1」「〔B〕様式1-補」の作成を行い、医療機関に提出し、また医療機関と連携し「〔B〕様式3」を作成する。 〔〔B〕-②の場合〕 a. 支援対象者と面談し、「〔B〕様式1」「〔B〕様式1-補」を作成する。 b. 医療機関と連携し、「〔B〕様式3」を作成する。
(3) セルフマネジメントケアプランの作成	a. 「〔A〕様式3」または「〔B〕様式3」を医療機関と共同で作成する際に、「〔A〕様式4-1（セルフケアプラン）」「〔B〕様式5（チェック項目）」について、医療機関から、疾患についてアドバイスを受ける。 b. 支援件走者は、医療機関のアドバイスを踏まえ、「〔A〕様式4-1（セルフケアプラン）」「〔B〕様式5（セルフチェックシート）」「〔C〕様式6（健

1. モデル事業の進め方検討	
(1) 参加表明	a. モデル事業の内容について、概要を理解する。
(2) モデル事業の進め方検討	a. モデル事業の進め方にについて、自治体から説明（文書等）を受ける。 b. モデル事業の進め方にについて、理解する。
2. セルフマネジメント支援対象者決定	
(1) 支援候補者の選定	a. 自治体担当者から、支援対象者の承諾書等の控え（コピー）を受け取る。
(2) 支援対象者の決定	〔〔A〕-①の場合〕 a. 担当ケアマネジャーは、医療機関から支援候補者が支援対象疾患に入院した連絡を受ける。 〔上記以外〕 b. 支援候補者の同意を受け、自治体を通じ、支援件走者に連絡が入る。 c. 介護保険の給付対象者でない場合（場合）自治体よりモデル事業について改めて説明を受ける。 d. 支援件走者となることを決定する。
3. 支援対象者のセレクションと取組内容決定	
(1) 支援件走者の決定	〔〔A〕-①の場合〕 a. 医療機関から「〔A〕様式1」、「〔B〕様式2」による情報提供を実施（〔〔A〕様式1〕、「〔B〕様式2」）を提出する。 b. 「〔A〕様式1」を作成し医療機関に提出する。 c. 必要に応じ、介護認定の申請または区分の見直しやケアプランの見直しを行う。 〔〔A〕-②の場合〕 a. 医療機関から「〔A〕様式1」、「〔B〕様式2」による情報提供を受けるとともに、支援対象者と面談する。（その際、「〔A〕様式1」を使用してよい） b. 医療機関と連携し「〔A〕様式3」を作成する。
4. セルフマネジメント支援の実施	
(1) セルフマネジメント支援	a. 支援対象者がセルフマネジメントに継続して取り組むよう勧めづけを行なう。 b. モニタリング後に様式4-2～5、様式4-2～5-補、様式5の控え（コピー）を提出する。 ※提出ルートは地域包括支援センターに従う。 c. モニタリングの結果に対し、医療的見地からアドバイスが必要と感じた場合には、かかりつけ医に連絡しアドバイスをもらう。 d. モニタリングの結果から受診の必要性を感じた場合には、支援対象者に受診を促す。 支援対象者が受診する場合には、様式4-2～5、様式4-2～5-補、様式5をかかりつけ医に確認してもらう。
5. 取組成果の把握と報告書作成	
(1) 關係者会議の開催	a. モデル事業担当者は關係者会議に参加する。 b. 担当した支援対象者について、モニタリング経過と支援状況について報告を行う。 c. モデル事業の取組成果について關係機関・關係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

IV. モデル事業で使用する様式等

(1) 説明資料

説明資料はサイボウズ（資料3参照）にてダウンロードできます。

No.	使用する様式等	使用者
資料1	説明文（老健事業16実施概要）	モデル事業関係者
資料2	モデル事業実施要綱	モデル事業関係者
資料3	サイボウズ利用の手続き	モデル事業関係者

(2) 使用する様式等

様式等はサイボウズにてダウンロードできます。（様式1～6は再掲）

No.	使用する様式等	使用者
様式0-1	区市町村から関係機関への依頼文（例）	市町村・特別区
様式0-2	支援機関リスト	モニタリング調査
様式0-3	支援対象者モデル事業同意書（例）	医療機関
様式0-4	支援対象者管理表	市町村・特別区
様式0-5	謝礼支払い対象者リスト	市町村・特別区
【A】 様式1	情報提供書1票（入院時）（支援伴走者→病院）	モニタリング調査
【A】 様式2	MCIフクランシング調査	要
【A】 様式3	情報提供書2票（入院時）（病院→支援伴走者）	要
【B】 様式1	情報提供書1票（入院時）（支援伴走者→病院）	モニタリング調査
【B】 様式2	MCIフクランシング調査	要
【B】 様式3	共同アセスメントシート（在宅）	要
【B】 様式3-補	MCIフクランシング調査	要
【B】 様式4-1	情報提供書2票（入院時）（病院→支援伴走者）	モニタリング調査
【B】 様式4-2	医療機関+支援伴走者	要
【B】 様式4-3	医療機関+支援伴走者	要
【B】 様式4-4	支援伴走者	要
【B】 様式4-5	支援伴走者	要
【B】 様式5	医療機関+支援伴走者	要
【B】 様式6	支援伴走者（医療機関）	要
【B】 様式7	支援伴走者	要
共通	MCIモニタリングシート	要
様式4-2-5補	共同アセスメントシート（在宅）	2月下旬
様式5	セルフチェックシート	要
様式6	セルフチェックシート	要
様式7	モニタリング表	2月下旬
※平成28年12月サイボウズにアップ	モニタリング報告書	要
※平成28年12月サイボウズにアップ	モニタリングシート	要
モニタリングシート	支援対象者+支援伴走者	要
モニタリングシート	支援対象者	要
モニタリング報告書	市町村・特別区	要

(3) 送付物

方法	送付物	使用者
電子メール	サイボウズ ID・パスワード	モデル事業関係者全員
郵送	返送用レターベル	市町村・特別区のみ

(4) 返送いたくもとの及び返送いたくタイミングは以下の通りです。1回目はケアプラン作成

に関する資料（様式1～様式4-1）、2回目はモニタリング関係資料（様式4-2～4-5、様式6）およびモデル事業報告書（様式7）を、記入もれ、入力もれ等がないかご確認のうえ、返信用レターベルを施して、ご返送ください。

（返送のタイミング：1回目 12月下旬、2回目 2月下旬の計2回）

なお、個人情報（氏名、住所等）については、ご提供は不要です。様式等に記載した場合には、黒く塗りつぶす等してご提供くださいますようお願いいたします。

No.	使用する様式等	使用者	返送の有無	返送時期
様式0-1	区市町村から関係機関への依頼文（例）	支援機関リスト	不要	12月末
様式0-2	支援対象者モデル事業同意書（例）	支援対象者管理表	不要	12月末
様式0-3	支援対象者リスト	支援対象者リスト	不要	12月末
様式0-4	支援対象者管理表	支援対象者管理表	不要	12月末
様式0-5	謝礼支払い対象者リスト	謝礼支払い対象者リスト	不要	12月末
【A】 様式1	情報提供書1票（入院時）（支援伴走者→病院）	情報提供書1票（入院時）（支援伴走者→病院）	要	12月末
【A】 様式2	MCIフクランシング調査	MCIフクランシング調査	要	12月末
【A】 様式3	共同アセスメントシート（入院中）	共同アセスメントシート（入院中）	要	12月末
【B】 様式1	MCIモニタリング調査	モニタリング調査	要	12月末
【B】 様式2	情報提供書2票（入院時）（病院→支援伴走者）	情報提供書2票（入院時）（病院→支援伴走者）	要	12月末
【B】 様式3	共同アセスメントシート（在宅）	共同アセスメントシート（在宅）	要	12月末
【B】 様式3-補	MCIモニタリング調査	MCIモニタリング調査	要	12月末
【B】 様式4-1	情報提供書（在宅）（支援伴走者→かかりつけ医）	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式4-2	支援伴走者	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式4-3	支援伴走者	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式4-4	支援伴走者	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式4-5	支援伴走者	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式5	支援伴走者（医療機関）	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式6	支援伴走者（医療機関）	モニタリングシート	要	2月下旬
【B】 様式7	支援伴走者	モニタリングシート	要	2月下旬
※平成28年12月サイボウズにアップ	モニタリング報告書	要	2月下旬	

返送先：〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル
㈱日本能率協会総合研究所 稲社・医療政策支援部 川村

様式 0-2：支援機関リスト

支援機関リスト

25

様式 0-1：区市町村から関係機関への依頼文（例）

平成28年〇月〇日〇〇〇〇号

平成28年越厚生労働省老健局「老人保健健康精進等事業
「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための
セルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」における

日頃より、○○市の介護保険行政及び高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございました。

て工力測定が、ヨーロッパの技術者によれば、十分な効率化がなされているとされています。

モル事業に参加すること致しました。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、当モデル事業にご協力をい
ただきますよう、何卒よろしくお願い申します。

○○市○○○○部○○○○○謹
○○電話番号 ○○(○○)○○○○
担当 ○○、○○ 担当

24

様式 0-3：支援対象者モデル事業同意書

平成 28 年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための
セルフマネジメントの在り方にに関する調査研究事業」
における個人情報使用同意書（例）

支援者代表
(医療機関名)
_____ 様
(後職・氏名)

○使用の目的
「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方にに関する調査研究事業」（以下、本調査研究事業）におけるモデル事業は、脳血管疾患高齢者の再発予防（介護予防・重度化予防）を目的に実施します。

○情報共有を行うもの
本調査研究事業におけるモデル事業において、「入退院を繰り返す可能性のある疾患高齢者等が行うセルフマネジメントを支援する医療機関、区市町村、地域包括支援センター、担当するケアマネジャー等」（以下、支援者）が、セルフマネジメントを行うことにより同意した脳血管疾患高齢者（以下、支援対象者）の支援に係る情報を共有します。

○使用にあたっての条件
支援者は、支援対象者の個人情報をについて、前述した目的の範囲内で活用するものであり、情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

○情報共有を行いう期間
承諾日より、本調査研究事業実施期間である平成28年3月31日未までとします。

○報告書への掲載内容

本調査研究事業の成果を、本調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合研究所が報告書としてまとめを行います。報告書においては、個人が特定される情報（個人名、住所、生年月日等）は掲載されません。

○同意の確認
私は、本調査研究事業におけるモデル事業に参加し、セルフマネジメントの支援を受けること、それに伴う支援者間の個人情報の共有に同意します。

○原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。

※コピー一部を支援対象者に交付します。

※また、記載の支援者にFAXにて送信してください。

模式 0-4：選擇對象者管理者

支援対象者管理者

支援対象者ID					
同意年月日	平成 年 月 日				
氏名					
ふりがな					
生年月日	大正 昭和 年 月 日	性別	男・女		
住所					
連絡先					
同居家族構成					
介護認定	なし	支援 1	2	要介護 1	2
(認定の場合 事業所・連絡先)					
認知症の場合 事業所・連絡先					
入院日	入院：	月	日	退院：	月 日
既往歴					
(医療機関名・担当者名・連絡先)					
支援者機関					
(自治体名・担当者名・連絡先)					
(地域包括支援センター名・担当者名・連絡先)					
支援伴走者					
(ケアマネジャー名・連絡先)					

※支払いは日座振り込みとなります。振込先については、別途お伺いいたします。

29

謝礼支給対象者リスト

28

モデル事業 個票

ID					
用箇 名 称 ハセ	NO.	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	使用する紙式番 号	作成日・備註日	
[A] 様式1 連 携 機 器	様式1-1 補	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	MCIスクリーニング調査		
	様式2	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	MCIスクリーニング調査		
[B] 様式3 連 携 機 器	様式3-1 補	情報提供書(在宅)、支援件走者一欄	MCIスクリーニング調査		
	様式3-2 補	情報提供書(在宅)、支援件走者一欄	MCIスクリーニング調査		
共通		共用アセスメントシート(在宅)			
様式4-1 セルフケアアブラン		セルフチェックシート			
様式5 健 康 管 理 表		セルフケア モニタリングシート			
様式4-2 補		MCIスクリーニング調査			
様式4-2-3 補		セルフチェックシート			
様式5 セルフチェックシート		セルフチェックシート			
様式6 健 康 管 理 表		セルフケア モニタリングシート			
様式4-3 補		MCIスクリーニング調査			
様式5 セレクションシート マネジメント		セレクションシート			
様式6 健 康 管 理 表		セルフチェックシート			
様式4-4 補		MCIスクリーニング調査			
様式4-4-3 補		セルフチェックシート			
様式5 セレクションシート		セレクションシート			
様式6 健 康 管 理 表		セルフケア モニタリングシート			
様式4-5 補		MCIスクリーニング調査			
様式5 セレクションシート		セレクションシート			
様式6 健 康 管 理 表		セレクションシート			

ID		入院時情報提供書(支援件走者一欄)・入院3日以内)		入院時情報提供書(支援件走者一欄)・入院3日以内)	
[A]様式1 (支援件走者一欄) 入院3日以内)		[A]様式1 (支援件走者一欄) 入院3日以内)		[A]様式1 (支援件走者一欄) 入院3日以内)	
用箇 名 称 ハセ		NO.	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄
[A] 様式1 連 携 機 器	様式1-1 補		情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄
	様式2		情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄	情報提供書(入院時)、支援件走者一欄
[B] 様式3 連 携 機 器	様式3-1 補		情報提供書(在宅)、支援件走者一欄	情報提供書(在宅)、支援件走者一欄	情報提供書(在宅)、支援件走者一欄
	様式3-2 補		情報提供書(在宅)、支援件走者一欄	情報提供書(在宅)、支援件走者一欄	情報提供書(在宅)、支援件走者一欄
共用		共用アセスメントシート(在宅)	共用アセスメントシート(在宅)	共用アセスメントシート(在宅)	共用アセスメントシート(在宅)
様式4-1 セルフケアアブラン		セルフチェックシート	セルフチェックシート	セルフチェックシート	セルフチェックシート
様式5 健 康 管 理 表		セルフケア モニタリングシート	セルフケア モニタリングシート	セルフケア モニタリングシート	セルフケア モニタリングシート
様式4-2-3 補		MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査
様式5 セレクションシート マネジメント		セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート
様式6 健 康 管 理 表		セルフチェックシート	セルフチェックシート	セルフチェックシート	セルフチェックシート
様式4-4 補		MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査
様式4-4-3 補		セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート
様式5 セレクションシート		セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート
様式6 健 康 管 理 表		セルフケア モニタリングシート	セルフケア モニタリングシート	セルフケア モニタリングシート	セルフケア モニタリングシート
様式4-5 補		MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査	MCIスクリーニング調査
様式5 セレクションシート		セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート
様式6 健 康 管 理 表		セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート	セレクションシート

【B】株式1種：セルフマネジメント支援機関 【B】株式1種に添付		セルフマネジメント支援機関のMCIスクリーニング調査																																																																																																																																																																																																																																																
（支援対象者→医療機関）		セルフマネジメント支援機関について、以下の場合は複数枚提出します。																																																																																																																																																																																																																																																
セルフマネジメント支援機関のID番号		ID																																																																																																																																																																																																																																																
調査対象期間 年月日～年月日		H																																																																																																																																																																																																																																																
<p>1. 認定リスクに係わる項目</p> <p>ご本人の状況や家族への影響等を通して、以下に二回答ください。</p> <p>（該欄は1回提出してください。）</p>																																																																																																																																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>はい</th> <th>いいえ</th> <th>不明</th> <th>はい</th> <th>いいえ</th> <th>不明</th> <th>はい</th> <th>いいえ</th> <th>不明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 会話で色々多い言葉の使い方・過度感がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2 離愁を抱えており（人の死・治療費など）</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3 しおり物などにこだわりがある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 お酒を飲むことがある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5 うなづきしている</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6 ライフスタイルに対する苦痛がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>7 家事や仕事に関する問題がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>8 ドラムセイア等の問題がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>9 お酒を飲まない人が強制的に飲酒がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>10 同じくお酒を飲む人が強制的に飲酒がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>11 他人が飲むから自分も飲む</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>12 既に飲んでしまう</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>13 家事や仕事で困っている</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>14 役立つと思っている</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>15 新規登録があるがわからない</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>16 既存登録があるがわからない</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>17 自由で行動できることがある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>18 熟達した行動ができる</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>19 手帳がない状態をしていることがある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>20 新規登録がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>21 喫煙があることがある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>22 既存登録がある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>23 他の問題があることがある</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	1 会話で色々多い言葉の使い方・過度感がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2 離愁を抱えており（人の死・治療費など）	1	2	3	1	2	3	1	2	3	3 しおり物などにこだわりがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4 お酒を飲むことがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	5 うなづきしている	1	2	3	1	2	3	1	2	3	6 ライフスタイルに対する苦痛がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	7 家事や仕事に関する問題がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	8 ドラムセイア等の問題がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	9 お酒を飲まない人が強制的に飲酒がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	10 同じくお酒を飲む人が強制的に飲酒がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	11 他人が飲むから自分も飲む	1	2	3	1	2	3	1	2	3	12 既に飲んでしまう	1	2	3	1	2	3	1	2	3	13 家事や仕事で困っている	1	2	3	1	2	3	1	2	3	14 役立つと思っている	1	2	3	1	2	3	1	2	3	15 新規登録があるがわからない	1	2	3	1	2	3	1	2	3	16 既存登録があるがわからない	1	2	3	1	2	3	1	2	3	17 自由で行動できることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	18 熟達した行動ができる	1	2	3	1	2	3	1	2	3	19 手帳がない状態をしていることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	20 新規登録がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	21 喫煙があることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	22 既存登録がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3	23 他の問題があることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3
はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明	はい	いいえ	不明																																																																																																																																																																																																																																										
1 会話で色々多い言葉の使い方・過度感がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
2 離愁を抱えており（人の死・治療費など）	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
3 しおり物などにこだわりがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
4 お酒を飲むことがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
5 うなづきしている	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
6 ライフスタイルに対する苦痛がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
7 家事や仕事に関する問題がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
8 ドラムセイア等の問題がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
9 お酒を飲まない人が強制的に飲酒がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
10 同じくお酒を飲む人が強制的に飲酒がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
11 他人が飲むから自分も飲む	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
12 既に飲んでしまう	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
13 家事や仕事で困っている	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
14 役立つと思っている	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
15 新規登録があるがわからない	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
16 既存登録があるがわからない	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
17 自由で行動できることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
18 熟達した行動ができる	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
19 手帳がない状態をしていることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
20 新規登録がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
21 喫煙があることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
22 既存登録がある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									
23 他の問題があることがある	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																																																									

A B共通様式
様式4-1：セルフマネジメント セルフケアプラン

(対象疾患：) (セルフケアプラン)

様式4-1

ID: _____

作成日: 年 月 日 ~

アセスメント結果と取組者の状況	<支援伴走者記入> 本人・家族の意向 ※アセスメント(現状)をどうぞうしているか	<支援伴走者記入> 再発防止・柔軟化等のための目標と 具体的な取組内容(アクションプラン)
病識・日常生活全般		【目標】
服薬管理		
食事・栄養管理		【具体的な取組内容(アクションプラン)】 ※健康管理表に転記 1) (目標) ・目標はターゲットとした患者の再発防止となるよう、医療機関と連携して設定してください。 例：血圧を下げる (アノード)「血圧を下げる」のアクションプラン例 ・決まった時間に血圧を測る(週5回) ・高血圧の飲み忘れを減らす(飲み忘れゼロ) ・一日の運動量を増やす(100本) ・運動をする(週3回) ・100%という高い目標を設定するなどなかなか成功体験が得られない場合、現状に上げ、改善する方面で、今までより少し努力がかかる場合、現状に近づけるまで目標を立てる。現状に近づく目標を立てることが多いので現状(飲み忘れゼロ)はハートルが高いので、「前の飲み忘れゼロなど状況に応じて設定します。生活習慣として身につくらるること念頭に検討をお願いします。
運動・移動		2) 3) 4) 5)
コミュニケーション・対人関係		

様式4-1用紙の裏面へ記入欄

様式は記入します。
タイトル列に設定していますので、様式4-2
～6の左側に印刷されます。

39

様式4-5：セルフマネジメント セルフケア総括

(対象疾患：) ID: _____ 作成年月日： 年 月 日 ~ 年 月 日		(総括)		様式4-5
アセスメント領域/取組着手時の状況		アセスメント領域/取組終了時の状況		卒業時 目標の達成状況 (どの程度達成できたか？その背景、要因) (現状を維持・改善するために①継続して取り組むこと、②その際の留意点)
病識・日常生活全般	病識・日常生活全般			
服薬管理	服薬管理			
食事・栄養管理	食事・栄養管理			
運動・移動	運動・移動			
コミュニケーション・対人関係	コミュニケーション・対人関係			

様式3用記入欄
 様式3用記入欄
 様式3を転記します。
 タイトル列に設定していますので、様式4-2～

(アセスメント領域と取組終了時の状況)
 取組着手時の状況と現在の状況を比較し、変化した点を記載します。

(目標の達成状況)
 モデル事業の取組成果について、記載します。

(目標の達成状況)
 今後、継続して取り組んでいただく内容等記載します。

41

様式4-2～4：セルフマネジメント モニタリングシート

(対象疾患：) ID: _____ 作成年月日： 年 月 日 ~ 年 月 日		()ヶ月モニタリング *利用者による期間は調整				様式4-2～4
アセスメント領域/取組着手時の状況		<支援伴走者記入> 取組着手者（定義） 本人・家族	<支援伴走者記入> 現在の状況・評価	<医療機関> 評価と提案 支援伴走者がアブリグ（もよい）	<支援者名・記入> 担当者・担当者のための半期の見直し と具体的な改善策の実現（アクションプラン見直し） ※見直しがある場合はのみ記載 [印押]	(具体的な助言内容（アクションプラン）) 1) 実績管理表を転記 2) 3) 4) 5) 介護サービスへの転び（別紙用） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 不要
病識・日常生活全般						
服薬管理						
食事・栄養管理						
運動・移動						
コミュニケーション・対人関係						

様式3用記入欄
 様式3用記入欄
 様式3を転記します。
 タイトル列に設定していますので、様式4-2～

(取組着手者記入)
 組織管理者・トライアドから取組の振り返りを行います。
 ・利用者の状態を、モニタリングするだけでなく、利用者がセルフマネジメント出来るようになつていかかといつて定義>についても着しください。

(現状の状況・評価)
 組織管理者・トライアドから変化した点・変化がなかった点について記載し、評価を行います。

(評価と提案)
 1回目のモニタリングについてはかかりつけ医に、健診管理シートヒルフチェック表を請求され、この目標や具体策は担当からどうかく項目の妥当性について確認していただき、適宜、目標・具体策の見直しを行ってください。

40

様式5：セルフチェックシート（プラン作成時・モニタリング時）

標準式5	セルフアクション・トライアングル時 対象疾患： 脳卒中用	標準式5	セルフアクション・トライアングル時 対象疾患： 骨折用
	チェック項目	チェック項目	チェック項目
疾患中のがんを認めるか確認している。	口はい □いいえ	口はい □いいえ	口はい □いいえ
-既往歴：骨粗鬆症、骨質軟化症の既往がある。 食生活：高蛋白質、高カルシウムの飲食習慣。 筋肉：筋肉が弱い。 骨：骨が弱い。 尿：尿が弱い。	現実している。 現実ではない。 現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
-自分の過度な体力消耗	(上： mouth) -下： leg	（左： mouth） -右： leg	（左： mouth） -右： leg
-自分の過度な体力消耗	現実している。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
-自分の過度な体力消耗	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
-自分の過度な体力消耗	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
-自分の過度な体力消耗	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
-決められた過疎定期を守る	守りきった。 守らなかった。	守りきった。 守らなかった。	守りきった。 守らなかった。
-医師の指示通りに薬を飲む	守りきった。 守らなかった。	守りきった。 守らなかった。	守りきった。 守らなかった。
アクションプラン①	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
アクションプラン②	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
アクションプラン③	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
アクションプラン④	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
アクションプラン⑤	現実していない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。	現実ではない。 現実ではない。
その他	-家や周囲の人には、この取組みが協力的である	口はい □いいえ	口はい □いいえ
	※実施した内容と記入欄の内容が合致しない場合は、アシスタントが各行動目標に対する評価を記入してください。		※実施した内容と記入欄の内容が合致しない場合は、アシスタントが各行動目標に対する評価を記入してください。
	チラフブロード（アシスタント用）		チラフブロード（アシスタント用）

チラシの項目・ラベルはタトアル例で規定していますので、直ちに購入しておられます。

参考1・モデル事業に関連すると考えられる主な診療報酬・介護報酬等
 本モデル事業に参加した場合、支援伴走者に対する協力報酬のほか、医療機関・ケアマネジャーにおいて、例えは、以下の診療報酬・介護報酬の算定を受けられる可能性があります。

(診療報酬)

・退院支援加算1・2

地域包括アシストムーム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

・施設が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、
 介護報酬機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関との連携等を推進するため
 の取組を新設する。

(甲)	退院支援加算1 イ 一般病棟・入院基本料等の場合	600点
(乙)	退院支援加算2 イ 一般病棟・入院基本料等の場合	1,200点
	ロ 療養病棟・入院基本料等の場合	190点
	ロ 療養病棟・入院基本料等の場合	635点

[算定要件・施設基準]

退院支援加算2 (既往の退院支援加算と必要条件)	
退院相談会の実績提出	3日以内に退院相談会の実績を提出
入院期間中の食事・寝心地・面接等の満足度	2日以内に患者・家族等の満足度を提出
多機能にこだわるコンフレックスの実施	2日以内にかんフルックスを実施
退院支援加算の実績提出	2年以内に会員登録士等(社会福祉士等)をもつて会員登録又は社会福祉士等
併用への対応支援の実績	-
医療機関間の見える窓の実績	測定する医療機関が自分の手帳上の医療機関と定期的な会員登録(回数以上)による連携
会員登録カードの実績	-
合意登録カードの実績	-

退院支援加算2 (平成28年度診療報酬改定の概要)厚生労働省より	
・退院計画・同指導料2	
・介護支援連携指導料	
・診療情報提供料1	

(介護報酬)

・入院時・情報連携加算

・退院退所加算

様式6：健康管理表（例）

様式6

健康管理シート：脳卒中用

ID:

注)曜日は必須ではないので、使いやすいようにカスタマイズしていただいて構いません。服薬、体の不具合、体重は固定とし、服薬は出来るだけ毎日ごまめに付けて下さい。

()月/曜日	()日	頻度						
具体的な取組内容 (アクションプラン)								
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
服薬(飲んだら〇)	朝・昼・夕・就寝前	毎日						
体の不具合	なし・あり	毎日						
(具体的に)								
利用者のアクションプランに合わせるが、服薬と体の不具合、体重は固定								

今週の体重 (週に1回測定)	kg (測定日: / /)
-------------------	-------------------

※不調が見られた場合には、早期に受診するか、かかりつけの医療機関に相談しましょう。

CMヒ立てたアクションプランと実施状況を記載する
 たばこ・お酒／食事／睡眠／運動／水分など
 食事・水分など栄養管理の具体的な記録方法については、栄養士と別途、検討

→感想(できた/できなかった)については様式5のセルフチェック表に記載する

2. 実施要綱（松戸市版）

目次

I. モデル事業の趣旨	2
1. 認知症の継続的ケアマネジメントに取り組む意義	2
2. 軽度認知症の早期把握・継続的ケアマネジメントに取り組む意義	2
II. モデル事業の基本的枠組み	5
1. モデル事業の基本コンセプト	5
2. 取組バターン	5
3. 軽度認知症の判定方法（DASC の活用）	6
4. 把握・ケアマネジメント実施者に対するプロジェクト・DASC 研修会	7
5. モデル事業の協力謝礼	7
6. モデル事業のスケジュール	8
7. 雜則	8
III. 具体的な実施方法	9
1. 取組バターンごとの基本的流れ	9
(1) バターンA（地域包括支援センタールート）の基本的流れ	9
(2) バターンB（かかりつけ医療機関ルート）の基本的流れ	10
(3) バターンC（かかりつけ薬局ルート）の基本的流れ	11
(4) バターンD（介護事業所ルート）の基本的流れ	12
2. 具体的な実施手順	13
(1) アセスメントを実施する機会の設定	13
(2) 本人・家族への事業内容説明	13
(3) DASC-21によるアセスメントの実施	14
(4) ケアマネジメント⑦（「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合）	14
(5) ケアマネジメント⑧（「MCI」又は「健常の可能性」と判定された場合）	18
(6) 1回目モニタリング（2カ月後）	19
(7) 2回目モニタリング（4カ月後）	20
(8) 3回目モニタリング（6カ月後）	20
3. 市役所への書類提出、モデル事業の成績証等	20
(1) 初回アセスメント実施時の書類の提出	20
(2) 1回目モニタリング実施時の書類の提出	21
(3) 市内関係者会議、モデル事業の成績証など	21
IV. 様式・記入例一覧	22

「認知症を予防できるまち♡まつどプロジェクト」

モデル事業 実施要綱

～「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業～

【第1版改訂版】

モデル事業 実施要綱

～「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業～

【第1版改訂版】

※ 本モデル事業は、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業116「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に關する調査研究事業」（事務局：（株）日本能率協会総合研究所）の一環として行うものである。

平成28年11月29日

松戸市

I. モデル事業の趣旨

1. 認知症の継続的ケアマネジメントに取り組む意義

- 地域包括ケアシステムを構築し、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けられるようにするためには、疾患等の利用者の状態に即して、様々な医療・介護サービスが緊密に連携しながら提供されなければならないことである。つまり、医療・介護の緊密な連携に基づき、継続的なケアマネジメントを行っていくことが必要である。
- こうした中で、高齢者の様々な疾患に対応していくことが重要だが、中でも、認知症は、多くの高齢者と関係するとともに、本人・家族・ケアに与える影響も非常に大きい。
- 松戸市における認知症の人は、2015年には1.9万人と推計され、2025年には2.4万人～2.6万人に増加すると推計されている。また、国の推計に基づけば、認知症の前段階であるMCI（軽度認知障害/Mild Cognitive Impairment）の人も、認知症の人とほぼ同数と推計されることから、非常に粗く推計すると、現状で1.9万人程度、2025年には2.4万人～2.6万人程度になると考えられる。
- 松戸市では、平成27年度より、医療・介護連携に基づく継続的ケアマネジメントについての厚生労働省老人保健健康増進等事業に参加し、平成27年度は脳血管疾患（脳卒中）に関するモデル実施に取り組んだ。
- 高齢者を支える継続的ケアマネジメントの実施については、様々な疾患について取り組んでいくことが必要だが、上記のように、認知症は極めて重要な課題である。特に、東京圏は、全ての団塊世代が75歳以上になる2025年に向けて、急激に75歳以上（後期高齢者）人口が増加し、認知症やMCIの人も急激に増加していくことが予想されており、認知症対応の必要性が極めて大きい。
- こうした状況を受け、厚生労働省老人保健健康増進等事業委員会からの要請に基づき、平成28年度は、松戸市においては認知症に関する継続的ケアマネジメントのモデル実施に取り組むこととした。

2. 軽度認知症の早期把握・継続的ケアマネジメントに取り組む意義

- 本プロジェクトでは、認知症開運の中でも、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むことにしている。
- 介護保険の貯蓄等を契機に、認知症の人に対するケアは推進されてきたが、一方で、認知症予防に関する取組は必ずしも十分な取組を上げてきたとは言い難い。認知症は「治らない疾患」とされ、認知症になった後の対応に主眼が置かれてきたためだと考えられる。

- こうした中で、今回、松戸市において、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むこととした主な理由は2つある。

- 1つは、近年の研究により、認知障害が軽度の段階では、早期に介護サービスの利用につながることで、認知障害を改善できる可能性が高いことが判明したことである。

「居宅介護サービス利用者の認知症に係わる生活機能障害の継続的変化」(筒井孝子氏、東野定律氏、大賀賀昭氏)では、居宅介護サービスの利用者について、DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based integrated care system: ダスク)、地域生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツール)を実施し、その経年変化を取っている。本調査においては、6か月間・計4回の全調査を受けた1,096人のデータに基づき、分析を行っているが、以下の結果を得られたところであり、軽度認知症段階での早期対応が、認知症予防にとって重要なことが示唆された。

- ・ 全4回いずれの調査でも、要介護度が上がるとDASCの得点も上昇していた(生活機能障害の程度が重くなっていた)。
- ・ 居宅介護サービスを受けていた6か月間のDASCの得点の変化を要介護度別に見ると、要介護1～要介護5では得点が上昇(生活機能障害が悪化)していたが、要支援2では得点が下降(生活機能障害が改善)していた(要支援1は統計的に有意ではない)。このことから、認知障害が軽度の段階では、介護サービスの利用によって、認知障害が改善しやすいと考えられる。
- ・ 2か月ごと、全4回の調査ごとのDASCの得点の変化を見ると、徐々に「変化なし」が増加し、逆に、「上昇(悪化)」と「下降(改善)」が減少している。サービスの導入が早い方が生活機能の変化を速やかに推察される。
- ・ 以上の結果から、認知機能が軽度の段階で、早期に必要なサービスにつなぐことが、認知症予防につながると推察される。

[表：要介護度別のDASC得点の変化]

第1回調査時(25年10月)のDASC得点の平均値	第6回調査時(26年10月)6か月間でのDASC得点の変化量平均値の統計的有意性	
	化量の平均値	化量の平均値の統計的有意性
全体会員	39.7	1.31
要支援1	21.9	-0.41
要支援2	26.6	-1.60
要介護1	33.7	0.59
要介護2	38.1	2.26
要介護3	46.5	2.25
要介護4	52.2	2.15
要介護5	60.5	2.28

(注)なお、平成25年10月～平成26年4月の調査であるため、DASC-20が使用されており、満点は80点、29点以上で「認知症の可能性あり」と判定される。

[表：2か月ごとのDASC得点の変化]

	変化なし	上昇（悪化）	下降（改善）
0か月～2か月後（1回目～2回目）	21.8%	42.6%	35.6%
2か月後～4か月後（2回目～3回目）	23.3%	38.3%	33.4%
4か月後～6か月後（3回目～4回目）	36.4%	34.2%	29.4%

- もう1点は、地域ケア会議を通じて、MCI段階など、認知症の早期把握・早期対応の推進が地域の課題となっていることが明らかになった点である。
- 松戸市では、①市レベルの課題の解決を目指す市地域ケア会議、②地域レベルの課題の解決を目指す地域包括ケア推進会議、③困難事例等の個別事例の課題の解決を目指す地域個別ケア会議の3層構造の会議で地域課題の把握・解決を図っている。
- この地域ケア会議の議論の中で、以下のような個別事例が複数議論され、この個別事例から、以下のような課題が抽出された。認知症の早期把握・早期対応を行うことにより、地域での困難事例を未然に防止することにつながると考えられる。

[表：地域個別ケア会議における個別事例と抽出された市レベルの課題]

個別事例の概要	市レベルの課題
○独居の認知症高齢者で、頼れる身内がない。金銭管理ができないため、家賃の滞納や食の確保ができず、週6日デイサービスを利用。独居の認知症高齢者で、生活課題が深刻化するまで頭脳活性化しなかつた。	○認知症の場合は、軽度認知障害（MCI）の段階など、早期の段階で把握するにによって、予防を図りやすくなることから、認知症の早期把握・早期対応を推進していくことが必要。
○認知症高齢者を配偶者が1人で介護。症状が悪化し、配偶者の介護負担が重くなっている。介護保険は未申請で、配偶者は人の世話になることを嫌がり、1人で介護を抱え込んでいる。今後は、認知症高齢者を把握する手段を検討することが必要。	(資料出所：平成28年度第1回松戸市地域ケア会議資料)

- このように、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むことによって、認知症予防を推進するとともに、地域課題の解決を図ることが、本モデル事業の趣旨である。

II. モデル事業の基本的枠組み

1. モデル事業の基本コンセプト

- 認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができないない、医療機関に受診できないない、セルフケアができるないなどの課題がある。

- 「まつど認知症予防プロジェクト」モデル事業では、こうした課題を解消し、認知症予防を推進するため、実施機関（地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、かかりつけ薬局、介護事業所）の専門職が、①軽度認知症の早期把握・アセスメント、②ケアマネジメント、③モニタリングを実施する。あわせて、こうしたシステムを市全域で構築するため、松戸市医師会・松戸市薬剤師会等の関係団体と緊密な連携を図る。

これが、本モデル事業の基本コンセプトである。

[図：モデル事業の基本コンセプト]



2. 取組パートナー

- 本プロジェクトは、軽度認知症の早期把握を行う機関に着目して、地域包括支援センター（パートナーA）、かかりつけ医療機関ルート（パートナーB）、かかりつけ薬局ルート（パートナーC）、介護事業所ルート（パートナーD）の4つのルートに

より実施する。それぞれのパターンの基本的事項を整理すると、下表のとおりとなる。

[表：取組パターンごとの基本的事項]

パターン	形式	把握・ケアマネジメント実施者	軽度認知症以上の認知症地域支援推進員
パターンA	一ルート	認知症センター職員など(DASC研修受講必要)	50件以上※1セタ・5件以上※1セタ・モリカ・モリカ*
パターンB	かかりつけ医療機関ルート	かかりつけ薬剤師など(DASC研修受講必要)	10件以下
パターンC	かかりつけ薬局ルート	かかりつけ薬剤師(DASC研修受講必要)	5件以上
パターンD	介護事業所ルート	介護職員(DASC研修受講必要)	5件以下

* 軽度認知症のアセスメント・モニタリングに主眼を置いた事業なので、軽度認知症以上と判定される可能性が相当程度あると考えられる方に事業参加を呼び掛ける。
※ DASCによる判定の結果、MCIまたは健常である可能性が高いと判定された場合についてもアセスメント・モニタリングを実施する。

3. 軽度認知症の判定方法（DASCの活用）

- 軽度認知症の判定は、以下の理由により、DASC-21 (Dementia Assessment Sheet In Community-based Integrated Care System: ダスク、地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツール) を用いて実施する。
 - ・ アセスメントツールとしてできるだけ簡便で、短時間で情報が収集でき、認知症初期集中支援チームの取組を通じて、既に有用性等が比較的確立している。介護職員やコメディカルでも施行可能。
 - ・ 粟田主一氏などによる「Development of the dementia assessment sheet for community-based integrated care system」によれば、DASC-21 は、国際的に最もよく使われている詳細な判定ツールである GDR (臨床的認知症尺度、Clinical Dementia Rating) と強い相関関係（※）があり、その妥当性が報告されている。
 - ※ GDR total score と DASC-21 の相関係数 : 0.69 (情報提供者である家族同伴の場合) は 0.73、家族同伴でない場合は 0.30
- 次年度以降は、より広範なアセスメントを実施するため、厚労省老人保健健康増進等事業の実施する仕組みを検討する。

4. 把握・ケアマネジメント実施者に対するプロジェクト・DASC研修会

- 把握・ケアマネジメント実施者が、本モデル事業の内容・意義等を把握するとともに、可能な限り客観的なアセスメントを実施できるようにするために、把握・ケアマネジメント実施者には、プロジェクト・DASC研修会又はこれに準ずる研修として松戸市が認める研修の受講を求める。
- なお、パートーンB（かかりつけ医療機関ルート）では、医療機関として実施することに鑑み、研修受講者から実施者に対して本研修の内容を伝達することによって、研修受講者以外の者が把握・ケアマネジメントを実施することも認める。

- プロジェクト・DASC研修会は、下図の内容により行う。

[図：プロジェクト・DASC研修会の日程・カリキュラム等]

把握・ケアマネジメント実施者に対する認知症予防プロジェクト・DASC研修会	
日時：10月19日（水）13:30～17:00	
場所：松戸市衛生会館 3階会議室（松戸市竹ヶ花45-53）	
受講対象者：認知症疾患の把握・ケアマネジメントの実施を担当する地域包括支援センター職員、医療機関の医師・看護師・介護事業所職員など	
【講義】	
時間	内容
13:30～13:35	開催挨拶 松戸市福祉部長 渡辺 忠
13:35～14:00	まつじ認知症予防プロジェクトの概要 松戸市福祉部長前番議定（厚労省モデル事業委員） 草野 由也
14:00～15:30	認知症の総合アセスメント 東京都健康医療センター研究科准教授 畠田 圭一先生 予防研究チーム 研究部員 休憩（15:30～15:40）
15:40～16:25	地域包括ケアシステムにおけるまつじ認知症予防プロジェクトの意義 熊谷 勉先生 東京都立大学大学院教授
16:25～16:40	まつじ認知症予防プロジェクトにおける 実施方法 川越 正子先生 東京都健康医療センター研究科准教授
16:40～17:00	質疑応答

【講師紹介】
篠田圭一先生：東京都健康医療センター研究科准教授、研究科附属施設・研究施設・研究会員
草野由也先生：松戸市福祉部長前番議定（厚労省モデル事業委員）
川越正子先生：長崎県立大学准教授、要介護認定・看護が必要な状況などに從事された。

5. モデル事業の協力謝礼

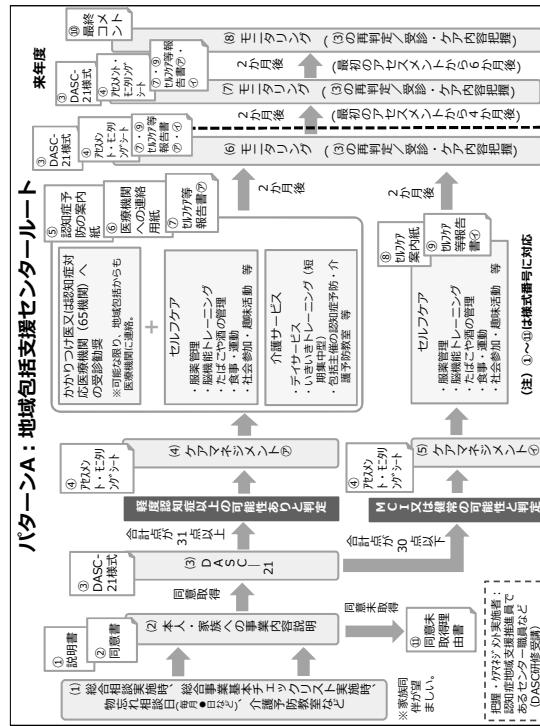
- モデル事業の実施機関に対し、アセスメント・モニタリングシートの作成件数1件につき3,000円の謝礼を支給する。具体的には、実施機関が（株）日本能率協会総合研究所に請求書を出し、同研究所により、老人保健健康増進等事業費の中から支給されることとなる。

- ※ DASCによる判定の結果、MCIまたは健常である可能性が高いと判定された場合に実施されるアセスメント・モニタリングに可能でも協力財金は支払われる。
- なお、平成29年度以降は、認知症早期把握・ケアマネジメントの取組を、地域包括支援センター等に配置する認知症地域支層推進員の役割として明確に位置づけることを検討する。

III. 具体的な実施方法

1. 取組バーンごとの基本的流れ

(1) バーンA (地域包括支援センターラート) の基本的流れ



6. モデル事業のスケジュール

日程	内容
8月 24日	実施方針の決定（老健事業委員会）
8月下旬～10月中旬	実施要綱・様式の作成
9月中旬～10月上旬	関係機関・関係団体への説明
10月 5日	セルフケアの実施方法等に関するワークショップ （認知症地域支層推進員である包括職員等）
10月 19日	把握・ケアマネジメント実施者に対する認知症予防プロジェクト・DASC研修会
10月 31日（月）まで	モデル事業の実施機関の参加登録
11月 1日（火）～	実施機関での認知症把握・ケアマネジメントト
12月 20日（火）まで	把握・ケアマネジメント結果の市役所への提出
1月～2月中旬	実施機関によるモニタリング
2月 20日（火）まで	モニタリング結果の市役所への提出
2月中旬～3月上旬	市内関係者会議、モデル事業の成果検証
※次年度（29年度）の動き	
・ 2回目・3回目のモニタリング実施	など
・ 認知症予防プロジェクトの本格実施	など

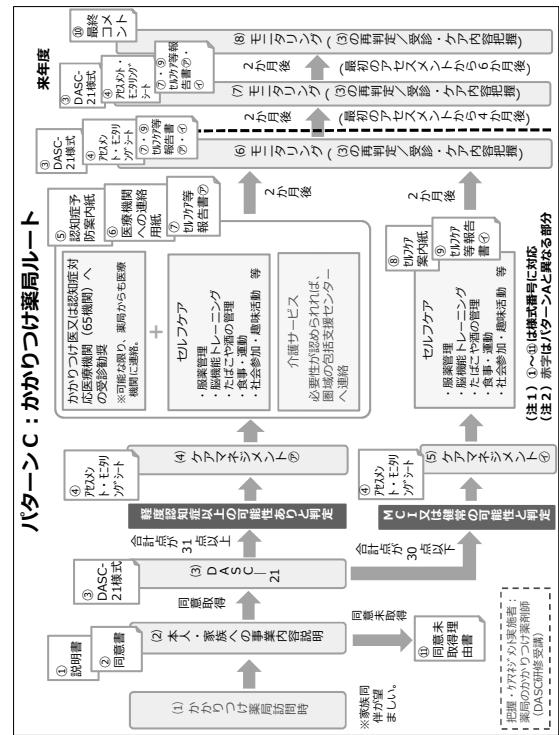
※上記以外の今年度スケジュール
・ 在宅医療機関向け研修会（10月24日（月）、於：あおぞら診療所）

- ・ かかりつけ薬局向け研修会（11月29日（火）、於：衛生会館）
- ・ かかりつけ薬局向けスケジュールを弹性化（参加登録：12月6日（火）まで、把握・ケアマネジメント：1月10日（火）まで、モニタリング：2月中）

7. 範則

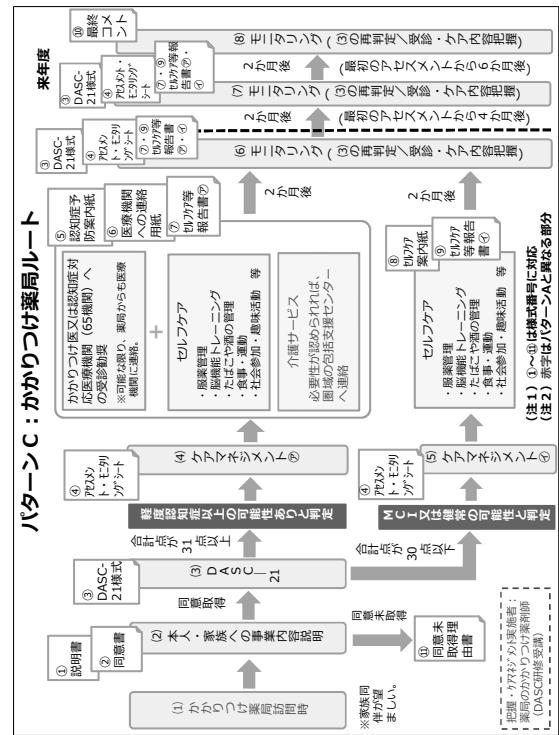
- この要綱に定めるものほか、本モデル事業の実施に関して必要な事項は、松戸市が別途定める。

(2) パターンB (かかりつけ医療機関ルート) の基本的流れ



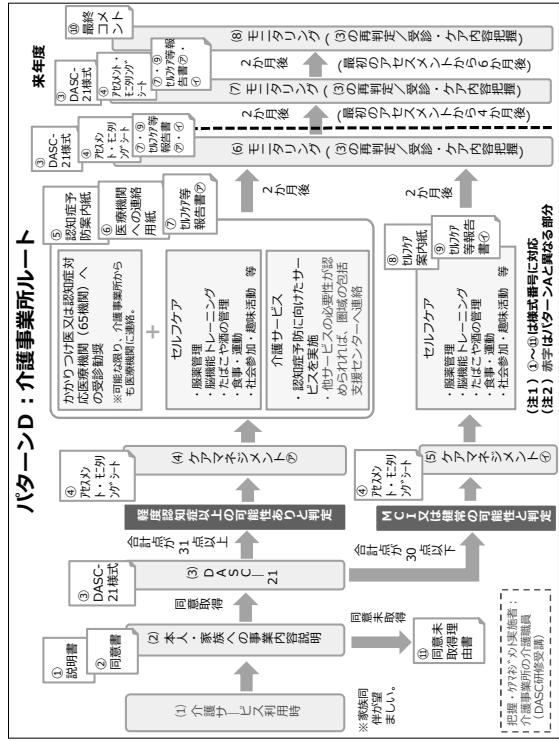
10

(3) パターンC (かかりつけ薬局ルート) の基本的流れ



11

(4) パターンD（介護事業所ルート）の基本的流れ



2. 具体的な実施手順

※いずれの取組パターンにおいても、基本的な流れは同一なので、全てのパターンについて一括して記載するとともに、各パターンにおいて特徴的な事項があれば、特出しして記載する。
※以下の(1)～(8)は、基本的な流れ図の(1)～(8)に対応している。

(1) アセスメントを実施する機会の設定

○ 各実施機関において、DASCによる軽度認知症のアセスメントを行う機会を設定する。取組パターンごとに考えると、以下のような機会が想定される。なお、以下は例示であり、各実施機関における業務の実情等に応じて、柔軟に判断することが可能である。

- ・パターンA（包括ルート）：総合相談実施時、総合事業基本チェックリスト実施時、モニタリング時、介護予防教室など
- ・パターンB（医療機関ルート）：かかりつけ医療機関受診時など
- ・パターンC（薬局ルート）：かかりつけ薬局訪問時など
- ・パターンD（介護事業所ルート）：介護サービス利用時など

○ なお、DASCによるアセスメントは、家族同伴の場合の方が精度が高くなることから、可能な限り、家族同伴でのアセスメントを目指す。
また、今般のモデル事業では、軽度認知症の早期把握及びケアマネジメントに主眼を置いていることから、これまでの経験等を踏まえ、緊度認知症以上と判定される可能性が高そうな者についてアセスメントを行うようにする。

(2) 本人・家族への事業内容説明

- 本人・家族に対して、適宜、様式①（事業内容説明書）を用いながら、モデル事業内容を説明する。
- 事業内容の説明の後、様式②（個人情報使用同意書）を通じて、支援者間での個人情報の共有やモデル事業の成果（個人情報を除く）を報告書にまとめることがあります。また、本人の同意を取得する。同意が取得できたら（3）のDASC-21によるアクセスメントへと進む。
- 同意が取得できなかつた場合は、様式①（同意未取得理由書）に必要事項を記入の上、当該支援者への支権は終了する。

- (3) DASC-21によるアセスメントの実施
- 事業参加について同意が得られた場合は、様式③(DASC-21様式)を用いて、DASC-21によるアセスメントを実施する。なお、DASC-21によるアセスメントは、プロジェクト・DASC研修会等の研修内容に沿って、適切に実施する。
 - DASC-21によるアセスメントの結果、合計点が31点以上であった場合は、「軽度認知症以上の可能性あり」と判定して、(4) ケアマネジメント⑦へ進む。一方、合計点が30点以下の場合は、「MC1 又は健常の可能性」と判定して、(5) ケアマネジメント⑦へ進む。

(4) ケアマネジメント⑦(「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合)

- ア. 情報の聞き取り**
- DASC の判定結果や、DASC の実施前後で、本人・家族から聞き取った認知機能などの心身の状況に関する情報を様式④(アセスメント・モニタリングシート)に記載し、支援対象者についてのアセスメントトを進める。

イ. 本人・家族への説明

- 軽度認知症以上の可能性ありと判定された場合は、原則として、医療機関への受診を勧奨するとともに、支援対象者の心身の状況等を踏まえて、セルフケアの取組を推進し、必要に応じて介護サービスの利用を図る。
- こうした観点から、まずは、適宜、様式⑤(認知症予防案内紙)などを利用して、今後、行うべき取組を本人・家族に説明する。なお、様式⑤は、使用してもしなくともよく、また、使用する場合には内容を自由に改変しても構わない。
- こうした状況説明に当たって、認知症の可能性がある旨の説明を行うかどうか、行う場合にどのように行うかについては、それぞれの本人・家族の状況を勘案しつつ、実施担当者において適切に判断する。

ウ. 医療機関への受診勧奨

- 「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合は、かかりつけ医などの医療機関を受診することにより、認知機能障害の鑑別診断(認知症以外の疾患の除外診断)を受けるとともに、ボリファーマシー(1人の患者が一度に多くの薬を服用している状況)の弊害への対策を含め、医師から、診断やアドバイスを受けることが重要である。
- 「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合は、かかりつけ医の具体的な役割については、DASC の判定結果を伝えるとともに、DASC の判定結果を参考した、認知症早期支援におけるかかりつけ医の診断を行うよう依頼する。

「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合の医療機関への受診勧奨の手順は、ルートごとに異なることから、以下、ルートごとに分類して説明する。

[図：認知症早期支援におけるかかりつけ医の役割]



(1) パターンA・C・Dの場合 (地域包括・薬局・介護事業所の場合)

- 支援対象者にかかりつけ医が居る場合は、認知機能に係る診断について、かかりつけ医への受診を勧奨する。
- 一方、支援対象者にかかりつけ医が居ない場合は、様式⑤-2(認知症対応医療機関一覧表)を活用し、認知機能に係る診断に関して、いずれかの認知症対応医療機関への受診を勧奨する。様式⑤-2は、一覧表を参照しつつ、実施担当者がアドバイスを行う形で活用することもできるし、様式⑤-2自体を本人・家族にそのまま渡す形で活用することもできる。

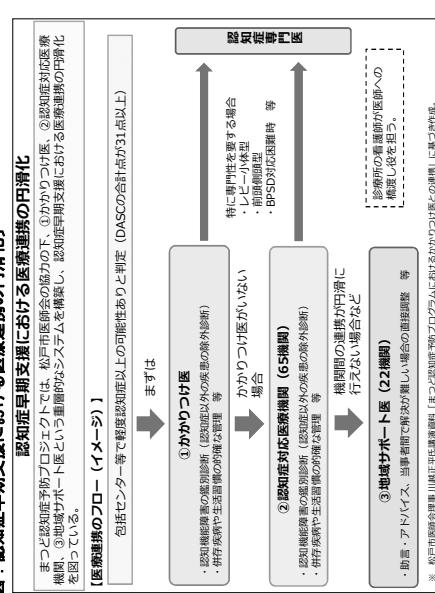
- これまでの他自治体で行われきた先行的な事業においては、支援対象者に受診勧奨しても、受診につながらなかかったケースが少なくなかった。このため、実施機関(地域包括支援センター・薬局・介護事業所)は、可能な限り、「支援対象者の受診に同行する」「FAX・電話等で医療機関に連絡する」などの形で、実施機関自身でも、医療機関に対して、DASC の判定結果を伝えるとともに、DASC の判定結果を参照した、認知機能の診断を行うよう依頼する。

- 患者自身の受診、又は、実施機関（地域包括支援センター・薬局・介護事業所）から医療機関への連絡・依頼が円滑に行われるよう、様式⑥（医療機関への連絡用紙）のとおり、医療機関連絡用の様式を作成したので、認知症治療薬を処方する場合に、医療機関へのDASCに関する情報伝達及び依頼を行う。なお、適宜、利用しつつ、医療機関へのDASCに関する情報伝達及び依頼を行う。
- 本モデル事業では、対象者（患者）に対して最善の対応を行う観点から、仮に、認知症治療薬の処方が必要であると医師が判断した場合は、認知症治療薬を処方するとともに、処方状況把握の観点から、可能な限り、医療機関が追加様式⑥-2（認知症治療薬の処方状況）に必要事項を記載することとされている。このため、認知症治療薬（地域包括支援センター・薬局・介護事業所）は、医療機関へ情報伝達や依頼を行う際、認知症治療薬を処方する場合には、可能な限り、追加様式⑥-2を作成し、実施機関へ提出するよう依頼する。

○ かかりつけ医が不在である場合や機関間の連携が円滑に行えない場合には、医療機関の受診につながることが困難な場合は、松戸市が松戸市医師会へ委託している在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携相談窓口（地域サポート医）」（プロジェクト事務局：あおぞら診療所、TEL：047-369-1248）において、相談支援を行うことも可能になっている。

このように、松戸市医師会の協力の下、医療連携を円滑化するための重層的なシステムを構築しているが、その概要は下図のとおりとなる。

〔図：認知症早期支援における医療連携の円滑化〕



※ 松戸市認知症早期支援制度（まつど市認知症早期支援制度）における取り扱いの制限」に基づいています。

(ii) パターンBの場合（医療機関の場合）

- 原則として、自医療機関において、認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）を行うとともに、ドリファーマシー（1人の患者が一度に多くの薬を服用している状況）の弊害への対策を含め、医師が診断やアドバイスを行う。

- 本モデル事業では、対象者（患者）に対して最善の対応を行う観点から、仮に、認知症治療薬の処方が必要であると医師が判断した場合は、認知症治療薬を処方するとともに、処方状況把握の観点から、可能な限り、追加様式⑥-2（認知症治療薬の処方状況）に必要事項を記載することとされています。このため、認知症治療薬を処方する場合には、可能な限り、追加様式⑥-2を作成する。

エ. セルフケア

- アセスメント結果に基づき、本人・家族と相談しながら、様式⑦（セルフケア等報告書）により、セルフケアの目標や計画を策定する。
- 様式⑦については、記載されたチェック項目のうち、実際に当該支援対象者に対するセルフケアを行う項目のみを取り出して使用する。具体的には、実際にセルフケアを行う項目については、「要否」欄に「〇」を付した上でセルフケアを行い、逆に、セルフケアを行わない項目については、「要否」欄に「×」を付した上で、セルフケアは行わない。ただし、「医師の診断・薬の服用」の項目について必ずチェックを行う。
- 様式⑦のうち、目標欄に空欄がある項目については、本人・家族と相談しながら、具体的な目標を定めて記入する。
- 「健康管理シートを作成する場合」の項目については、毎週の健康管理を行いたいと希望する対象者について用いることとし、希望する対象者については、様式⑦-2（健康管理シート（毎週））に具体的な取組内容を記載した上で、毎週の状況をチェックする。
- 「その他」の項目については、チェック項目を自由に記載することができる。
- なお、本実施要綱の末尾に様式⑦の記入例を掲載しているので、適宜、参照されたい。

オ. 介護サービス

- アセスメント結果に基づき、要介護・要支援認定や総合事業対象者特定の必要性を勘案しつつ、認知症予防の観点から、以下のような介護サービスの利用を検討する。本人・家族と相談した上で、利用を予定する介護サービスを決定し、様式⑦

に記載する。
・ディサー^{ビス}く要介護者・要支援者・事業対象者>
・いきいきトレーニング（通所型短期集中サー^{ビス}）<要支援者・事業対象者>
・地域包括支援センター主催の認知症予防教室・介護予防教室<対象者の限定なし>など

- 要介護・要支援認定や総合事業対象者特定が新たに必要となる場合は、市役所や地域包括支援センターに連絡を行う。
- また、介護保険サービスを使う際には、実施機関自体がケアプラン作成を行う場合はケアプラン作成を行い、実施機関自体がケアプラン作成を行わない場合は、地域包括支援センター又はケアマネにつなぐ。

カ 標式の完成、ケアマネジメント結果の記録

- 要否や具体的な目標を記入することによって、様式⑦－2も作成する場合は様式⑦－2も含む。以下同じ。を完成させる。様式⑦の完成版については、模写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。
- 上記イ～オの内容を整理し、様式④の「ケアマネジメント」欄に記載する。

キ 認知症予防のための取組の実施

- 完成した様式⑦に基づき、支援対象者は、2ヶ月間、医療機関への受診やセルフケア等を実施し、その実施状況を様式⑦に記入する。

(5) ケアマネジメント⑦（IMCI又は健常の可能性）と判定された場合

ア. 情報の聞き取り

- DASC の判定結果や、DASC の実施前後で、本人・家族から聞き取った認知機能などの心身の状況に関する情報を様式④（アセスメント・モニタリングシート）に記載し、支援対象者についてのアセスメントを進める。

イ. 本人・家族への説明

- IMCI又は健常の可能性と判定された場合は、原則として、認知症予防を推進し、支援対象者の心身の状況等を踏まえて、セルフケアの取組を推進し、認知症予防を推進する。
- こうした観点から、まずは、適宜、様式⑧（セルフケア案内紙）などを利用して、今後、行うべき取組を本人・家族に説明する。なお、様式⑧は、使用してもしなくてよく、また、使用する場合には、内容を自由に改変しても構わない。

ウ. セルフケア

- アセスメント結果に基づき、本人・家族と相談しながら、様式⑨（セルフケア等報告書⑨）により、セルフケアの目標や計画を策定する。
- 様式⑨については、チェック項目のうち、セルフケアを行う項目のみを取り出して使用する。具体的には、実際にセルフケアを行う項目については、「要否」欄に「〇」を付した上でセルフケアを行い、逆に、セルフケアを行わない項目については、「要否」欄に「×」を付した上で、セルフケアは行わないものとする。
- 様式⑨のうち、目標欄に空欄がある項目については、本人・家族と相談しながら、具体的な目標を定めて記入する。「健康管理シートを作成する場合」の項目については、毎週の健康管理の実施を希望する場合に用いることとし、希望する場合には、様式⑨－2（健康管理シート（毎週））に具体的な取組内容を記載した上で、毎週の状況をチェック。「その他」の項目については、チェック項目を自由に記載することができる。
- なお、本実施要綱の末尾に様式⑦（セルフケア等報告書⑨）の記入例を掲載しているので、様式⑨（セルフケア等報告書⑨）の作成に当たって、適宜、参照されたい。

エ. 様式⑨の完成、ケアマネジメント結果の記録

- 要否や具体的な目標を記入することによって、様式⑨（様式⑨－2も作成する場合は様式⑨－2も含む。以下同じ。）を完成させる。様式⑨の完成版については、複写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。
- 上記イ～ウの内容を整理し、様式⑨（セルフケア等報告書⑨）の作成に当たって、適宜、参照されたい。

オ. 認知症予防のための取組の実施

- 完成した様式⑨に基づき、支援対象者は、2ヶ月間、セルフケアを実施し、その実施状況を当該様式に記入する。

(6) 1回目モニタリング（2ヶ月後）

- 初回アセスメントから概ね2ヶ月後に、1回目のモニタリングを実施する。モニタリングは対面で行う。モニタリングにおいては、再度、DASC-21によるアセスメントを実施するとともに、様式⑦又は⑨を通じて、受診やセルフケア等の実施状況を把握する。なお、本人・家族が様式⑦又は⑨に取組状況を記載していない場合は、モニタリングの際に聞き取って記載する。

- モニタリングの結果を踏まえて、再度、今後2ヶ月間に向けてのセルフケア等の目標を立てるため、チェック項目の要否や具体的な目標を記載することにより、今後2ヶ月のたがの様式⑦又は⑨を完成させる。様式⑦又は⑨の完成版については、模写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。
 - モニタリング結果を様式④に記入する。
 - 完成した様式⑦又は⑨に基づき、支援対象者は、2ヶ月間、セルフケアを実施し、その実施状況を当該様式に記入する。
- (7) 2回目モニタリング（4ヶ月後）
- 1回目モニタリングから概ね2ヶ月後（初回アセスメントから概ね4ヶ月後）に、2回目のモニタリングを実施する。モニタリングの実施方法は、（6）1回目モニタリングと同じ。
- (8) 3回目モニタリング（6ヶ月後）
- 2回目アセスメントから概ね2ヶ月後（初回アセスメントから概ね6ヶ月後）に、3回目のモニタリングを実施する。モニタリングは対面で行う。モニタリングにおいては、DASC-21によるアセスメントを実施するとともに、様式⑦又は⑨を通じて、受診やセルフケア等の実施状況を把握する。なお、本人・家族が様式⑦又は⑨に取組状況を記載していない場合は、モニタリングの際に書き記して記載する。
 - これまで6ヶ月間の取組みを総括し、今後の取組みに関するコメントをまとめた上で、様式⑩（最終コメント）に記載する。コメントを記載した様式⑩は、複数を取った上で、原本を支援担当者に渡す。コメントは、今後、セルフケア等を継続していくよう、本人・家族を鼓舞する内容を心がける。

3. 市役所への書類提出、モデル事業の成果検証等

(1) 初回アセスメント実施時の書類の提出

- 初回アセスメント実施時に作成した各支援対象者に係る様式の写しを、12月20日（火）までに、市役所高齢者支援課又は地域包括支援センターへ提出する。地域包括支援センターは、他の実施機関（医療機関、薬局、介護事業所）から提出された書類も含めて、市役所へ提出する。
 - 【写しを取つて提出する様式】
 - ・様式③（DASC-21様式）
 - ・様式④（アセスメント・モニタリングシート）
 - ・様式⑥-2（認知症治療薬の処方状況）
 - ・様式⑦（セルフケア等報告書⑦）
 - ・様式⑦-2（健康管理シート（毎週））
 - ・様式⑨（セルフケア等報告書⑨）
 - ・様式⑨-2（健康管理シート（毎週））

(3) 市内関係者会議、モデル事業の成果検証など

- 2月下旬～3月上旬に市内関係者会議を開催し、これまでの実施状況、モデル事業参加者等の討議から、1回目モニタリングまでの実施状況を検証するとともに、次年度におけるモデル事業の検証方法を検討する。

- (2) 1回目モニタリング実施時の書類の提出
- 1回目モニタリング実施時に作成した各支援対象者に係る様式の写しを、2月20日（月）までに、市役所高齢者支援課又は地域包括支援センターへ提出する。地域包括支援センターは、他の実施機関（医療機関、薬局、介護事業所）から提出された書類も含めて、市役所へ提出する。
 - 【写しを取つて提出する様式】
 - ・様式③（DASC-21様式）
 - ・様式④（アセスメント・モニタリングシート）
 - ・様式⑥-2（認知症治療薬の処方状況）
 - ・様式⑦（セルフケア等報告書⑦）
 - ・様式⑦-2（健康管理シート（毎週））
 - ・様式⑨（セルフケア等報告書⑨）
 - ・様式⑨-2（健康管理シート（毎週））

IV. 様式・記入例一覧

【様式一覧】

様式番号	路称	使用方法
様式①	事業内容説明書	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式②	個人情報使用同意書	使用必須。変更不可。
様式③	DASC-21様式	使用必須。変更不可。
様式④	アセプト・エリシット	使用必須。変更不可。
様式⑤	認知症予防案内紙	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑤-2	認知症対応医療機関一覧表	使用するかどうか自由。変更不可。
様式⑥	医療機関への連絡用紙	使用するかどうか自由。変更も自由。
追加様式⑥-2	認知症治療薬の処方状況	可能な限り使用。変更不可。
様式⑦	セルフケア等報告書⑦	使用必須。変更自由。
様式⑦-2	健康管理シート（毎週）	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑧	セルフケア案内紙	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑨	セルフケア等報告書⑨	使用必須。変更自由。
様式⑨-2	健康管理シート（毎週）	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑩	最終コメント	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑪	同意未取得由書	使用必須。変更不可。

【記入例一覧】

・様式⑦（セルフケア等報告書⑦）の記入例

「認知症を予防できるまちづくりプロジェクト」 モデル事業へのご参加のご案内	
様式① (利用自由、改変自由)	
 <p>松戸市では、国のモデル事業を活用し、認知機能の変化を早期に発見して、認知症の予防につなげる取組を開始します。 認知機能の変化は、早期に兆見し、医師の診断やセルフケア、介護サービスに早期に取り組むことで、認知症が予防しやすくなります。物忘れが気になる高齢者の皆様は、ご参加を検討ください。</p>	
アドバイスの担当者 <p>次のいずれかの機関の専門職（介護職員、看護師、薬剤師など）が、認知機能のチェックやケアマネジメントを担当し、認知症予防のアドバイスを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①松戸市高齢者いきいき安心センター（地域包括支援センター） ②医療機関 ③薬局 ④介護事業所 	
<p>高齢者やご家族の皆様に行つていただく主な事項</p> <p>松戸市、高齢者いきいき安心センター、医療機関、薬局、介護事業所などの支援者が、支援のために必要な個人情報を共有するとともに、モデル事業の成果（個人情報を除く）を報告書にまとめておくことに同意していただきます。</p>	
<p>実施機関の専門職による認知機能チェック（21項目）を受けたいだけます。</p> <p>松戸市、高齢者いきいき安心センター、医療機関への受診やセルフケア（自分で行うケア）、介護サービスの利用などについてのアドバイスを受けていただきます。</p> <p>アドバイスに応じて、専門職から、医療機関への受診やセルフケア（自分で行うケア）、「セルフケア等報告書」に記載していただきます（2カ月ごと）。</p> <p>アドバイス後の状況をチェックするため、2カ月後・4カ月後・6カ月後に、専門職が、認知機能チェックと、セルフケアや医療機関受診の取り組み状況についてのチェックを行います。</p>	
 松戸市	

様式②
(使用必須・変更不可)

「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業（「認知症を予防できるまちまつどプロジェクト」モデル事業）における個人情報使用同意書

支援者代表
(機関名)
(役職・氏名) 様

○使用の目的

「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業（「認知症を予防できるまちまつどプロジェクト」モデル事業）以下、モデル事業は、厚生労働省調査研究事業（※）の一環として、軽度認知症の早期把握及びケアマネジメントを行うことにより、認知症予防を推進すること目的とする。
※ 平成28年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方にに関する調査研究事業」

○情報共有を行うもの

本モデル事業において、高齢者の認知症予防を支援する松戸市、松戸市高齢者いきいき安心センター（地域包括支援センター）、医療機関、薬局、介護事業所等の支層者（以下、支援者）が、本モデル事業の参加に同意した高齢者（以下、支援対象者）の支援に係る情報を共有します。

○使用にあたっての条件

支援者は、支援対象者の個人情報を、前述した目的の範囲内で活用するものであり、情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

○情報共有を行う期間

承諾日より、本モデル事業における最終のモニタリングが終了する平成29年7月31日未までとします。

○報告書への掲載内容

本モデル事業の成果を、厚生労働省調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合研究所が報告書としてまとめを行います。報告書に

様式④
(使用必須・
変更不可)

認知症予防プロジェクト アセスメント・モニタリングシート

基盤機関名
基盤担当者

新規・継続									
対応日時	年月日()	時間	電話	来所・訪問	その他()				
性別	男	年齢	M・T・S	年月	日生				
本人氏名	()	電話							
本人の状況	在宅・病院()	電話()							
相談者	本人との關係	【住宅形態】 一戸建て 集合住宅(階) エレベーター(有・無)	家族構成 夫婦(夫・妻)	【経済状況】 年金・固定収入・生活費(円/月) 年金・固定収入・生活費(円/月)	年金・固定収入・生活費(円/月)	年金・固定収入・生活費(円/月)	年金・固定収入・生活費(円/月)	年金・固定収入・生活費(円/月)	
相談者	住所	()							
相談者	電話	()							
医療機関名	現在の治療・投薬状況								
主治医	病名								
記入欄:()自立度()									
介護保険・自立・未申請・申請中 事業内容・要支援()・要介護()	介護保険サービス等の利用 ケアマネジャー()								
(1)初回アセスメント時									
DASC-21	結果得点()	記述()	記憶()	問題解決判断力()	ADL()	ADL()	ADL()	身体的ADL()	
認知機能など心身の状況									
受診予定医療機関名		医療機関開設先		実施機関が実施同行		実施機関がFAX・電話等で連絡		実施機関から往来連絡	
医療機関への連絡									

27

様式③
(使用必須・改変不可)

認知症総合アセスメント DASC-21

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年月日

ご本人の氏名:		生年月日:	年月日(歳)	男・女	独居・同居			
本人以外の情報提供者氏名:		(本人との続柄:)	記入者氏名:	(所属・職種:)				
		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄	
A ものの忘れが多いと感じますか	1.感じない	2.少し感じる	3.感じる	4.とても感じる		進入の質問 (床点せず)		
B 1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1.感じない	2.少し感じる	3.感じる	4.とても感じる				
1 財布や鍵など、物を重いた場所がわからなくなることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ		近時記録		
2 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ		記憶		
3 自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ		過隔記憶		
4 今日が何月何日かわからぬことがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ		時間		
5 自分いる場所がどこかわからなくなることがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ		見当識		
6 道に迷って家に帰ってられないことがありますか	1.まったくない	2.ときどきある	3.頻繁にある	4.いつもそうだ		場所		
7 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		道順		
8 一日の計画を自分で立てることができますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		問題解決判断力		
9 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		社会的判断力		
10 一人で買い物はできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		買い物		
11 バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		家庭外の交通機関		
12 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		金銭管理		
13 電話をかけることができますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		電話		
14 自分で食事の準備はできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		家庭内の食事の準備		
15 自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		服薬管理		
16 入浴は一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		入浴		
17 着替えは一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		着替え		
18 トイレは一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		排泄		
19 身だしなみを整えることは一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		整容		
20 食事は一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		食事		
21 家のなかでの移動は一人でできますか	1.問題なくできる	2.だいたいできる	3.あまりできない	4.まったくできない		移動		

DASC-21:(1~21項目までの)合計点

点/84点

地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント(DASC-21) ©東田圭一 東京都健康長寿医療センター研究所

認知症予防に向けた取組のご案内				様式⑤ (使用目的・改変自由)
<p>早期に取り組むほど、認知症予防に効果があると言われています。認知症予防に向けて、以下のような取組を積極的に行ってみましょう。</p> 				
<p>医療機関の受診</p> <p>医師により、疾患の鑑別診断と、薬の服用の仕方などの医療や生活の確認が行われ、今後の対応方針を決められますので、まずは、かかりつけの医師の先生に相談してみましょう。</p>				
<p>△ 認知症予防のためには、①服薬管理、②脳機能トレーニング、③たばこやお酒などの悪化因子の減少、④食事や運動などの予防策、⑤社会参加・趣味活動などが効果的です。このため、日々のセルフケア（自分で行うケア）が非常に重要になります。</p>				
<p>セルフケア（自分で行うケア）</p> <p>△ 支援担当者と相談し、無理の無い範囲で、「セルフケア等報告書」を活用して、セルフケアの目標を立てて、日々実践してみましょう。</p>				
<p>介護サービスの利用</p> <p>△ 心身の状況によっては、認知機能向上のための教室やトレーニングに通うことなどが効果的である場合もあります。</p> <p>△ 心身の状況によって受けられるサービスや通える教室が異なりますので、支援担当者と相談して、認知症予防のために必要な介護サービスの利用を検討しましょう。</p>				
<p>取り組み状況のチェック</p> <p>△ 取り組み状況を「セルフケア等報告書」に記載しましょう。</p> <p>△ 2ヵ月後・4ヵ月後・6ヵ月後に、認知機能と、セルフケアや医療機関受診の取り組み状況について、専門職のチェックを受けていただきます。</p>				

②「回目モニタリング時(2ヵ月後)	日時: 結果点:()	場所: 記憶:(), 見当識:(), 問題解決判断力() 家庭外のADL(), 家庭内のADL(), 身体的ADL()	家族間件の有無:	
DSOS-21				
認知能など、心身の状況				
ケアマネジメント・医療機関受診履歴、セルフケア、介護サービス利用など)				
③「回目モニタリング時(4ヵ月後)	日時: 結果点:()	場所: 記憶:(), 見当識:(), 問題解決判断力() 家庭外のADL(), 家庭内のADL(), 身体的ADL()	家族間件の有無:	
DSOS-21				
認知能など、心身の状況				
ケアマネジメント・医療機関受診履歴、セルフケア、介護サービス利用など)				
④「回目モニタリング時(6ヵ月後)	日時: 結果点:()	場所: 記憶:(), 見当識:(), 問題解決判断力() 家庭外のADL(), 家庭内のADL(), 身体的ADL()	家族間件の有無:	
DSOS-21				
認知能など、心身の状況				
ケアマネジメント・医療機関受診履歴、セルフケア、介護サービス利用など)				
利用者及び家族へのモニタリング終了後のコメント				

認知症対応医療機関一覧表（平成28年3月）

（松戸市医師会作成）

- ▶ 認知症を疑つた場合は、まずは、かかりつけの先生にご相談ください。なぜなら、かかりつけの先生が、信頼関係に基づき、認知症の鑑定する方が最善と考えられるためです。
- ▶ かかりつけの先生がいらっしゃらない場合、以下の役割を持つ医療機関へ一覧表をご活用ください。
①認知症の評価や治療で一歩の役割を果たす。②認知症の人々の日常生活の身体管理や精神管理を行う。
③見通しや対処法について説明するなど、一定の機能を果たす。
④介護保険に関する主治医意見書を作成を行う。

地区	医療機関名	医師名	住所	電話	FAX
あおぞら診療所	秋山ハーレー		9-1247	04-736-1247	
阿部ク			912	34	
奥隅医			25	06	
加賀谷			02	60	
裏原医			21	21	
小坂橋			47	47	
さくら			35	35	
東松戸病院			95	95	
田代外			10	10	
東松戸			66	66	
船戸立			97	97	
松戸二宮前ク			67	67	
八柱皮			00	00	
梨香台			03	03	
若林胃			78	78	

地区	医
一条会	
高田外	
丹野内	
西松戸駅	
戸・ほつち	
三矢小	
矢切ク	
柳澤医院	

1

様式⑥
(使用自由・改変自由)

御中

実施機関名：

認知機能に係る診断のお願い

平素よりお世話になつております。
当機関では、松戸市が実施するモデル事業「認知症を予防できるまち」まつどプロジェクト」モニタリング事業に参加し、認知症の早期把握及びケアマネジメントに取り組んでいます。

このモデル事業においては、DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System: ダスク) という、地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールを用いて、認知機能のアセスメントを行うことになります（DASCでは、31点以上で「認知症の可能性あり」と判定されます）。

今般、貴院をかかりつけ医療機関とする●●●様について、DASCを実施したところ、別添のDASC判定結果のとおり、認知機能の低下の可能性ありと判定されました。つきましては、●●●様の受診の際、認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）を行ついただきとともに、ポリファーマシー（1人の患者者が一度に多くの薬を服用している状況）の弊害への対策を含め、診断やアドバイスを行つていただきますよう、お願ひ申しあげます。
DASCの判定を含め、ご不明の点については、担当までお問い合わせください。

担当：●●●
電話：___ FAX：___
E-Mail：[REDACTED]

※DASCの判定結果を次ページのとおり添付いたします。

<div style="text-align: center;"> 追加様式⑥—2 <small>(可能な限り使用・変更不可)</small> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">セルフケア等報告書⑦</th> <th style="text-align: right; padding: 5px;">様式⑦ (使用必須・変更自由)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">支援対象者氏名 (年 月 ~ 年 月)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">健診者氏名 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">対象年月(年 月) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-top: none;">要否</td> <td style="padding: 5px; border-top: none;">チェック項目</td> <td style="padding: 5px; border-top: none;">実施結果</td> <td style="padding: 5px; border-top: none;">備註</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px; border-top: none;">医師の診察・薬の服用</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・認知機能について、医師の診察は受けた ・上記で受診した医療機関の名称</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. はい 2. いいえ</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・医師の指示通りに、重複などの間違がなく、薬を飲むことができた。</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回/日・週)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「たばこにに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日()本まで</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒()を1日()本程度まで</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「食事に関する目標」を守れた 目標: () ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量 /水分量など</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時間／日、 ()時～()時</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類() 回数()回/日・週</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table>	セルフケア等報告書⑦		様式⑦ (使用必須・変更自由)	支援対象者氏名 (年 月 ~ 年 月)	健診者氏名 ()	対象年月(年 月) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)			要否		チェック項目	実施結果	備註	医師の診察・薬の服用					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・認知機能について、医師の診察は受けた ・上記で受診した医療機関の名称</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. はい 2. いいえ</td> </tr> </table>					・認知機能について、医師の診察は受けた ・上記で受診した医療機関の名称	1. はい 2. いいえ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・医師の指示通りに、重複などの間違がなく、薬を飲むことができた。</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・医師の指示通りに、重複などの間違がなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回/日・週)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回/日・週)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「たばこにに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日()本まで</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「たばこにに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日()本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒()を1日()本程度まで</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒()を1日()本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「食事に関する目標」を守れた 目標: () ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量 /水分量など</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「食事に関する目標」を守れた 目標: () ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量 /水分量など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時間／日、 ()時～()時</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時間／日、 ()時～()時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類() 回数()回/日・週</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類() 回数()回/日・週	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた					
セルフケア等報告書⑦		様式⑦ (使用必須・変更自由)																																																																																												
支援対象者氏名 (年 月 ~ 年 月)	健診者氏名 ()																																																																																													
対象年月(年 月) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)																																																																																														
要否		チェック項目	実施結果	備註																																																																																										
医師の診察・薬の服用																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・認知機能について、医師の診察は受けた ・上記で受診した医療機関の名称</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. はい 2. いいえ</td> </tr> </table>					・認知機能について、医師の診察は受けた ・上記で受診した医療機関の名称	1. はい 2. いいえ																																																																																								
・認知機能について、医師の診察は受けた ・上記で受診した医療機関の名称	1. はい 2. いいえ																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・医師の指示通りに、重複などの間違がなく、薬を飲むことができた。</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・医師の指示通りに、重複などの間違がなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・医師の指示通りに、重複などの間違がなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回/日・週)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回/日・週)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回/日・週)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「たばこにに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日()本まで</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「たばこにに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日()本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・「たばこにに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日()本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒()を1日()本程度まで</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒()を1日()本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒()を1日()本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「食事に関する目標」を守れた 目標: () ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量 /水分量など</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「食事に関する目標」を守れた 目標: () ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量 /水分量など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・「食事に関する目標」を守れた 目標: () ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量 /水分量など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時間／日、 ()時～()時</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時間／日、 ()時～()時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時間／日、 ()時～()時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類() 回数()回/日・週</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた</td> </tr> </table>					・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類() 回数()回/日・週	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																								
・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類() 回数()回/日・週	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた																																																																																													

(「認知症を予防できるまち・まつどプロジェクト」モデル事業関係)		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>○ 「認知症を予防できるまち・まつどプロジェクト」モデル事業では、対象者（患者）に対する観点から、医師が判断された場合は、認知症治療薬を処方して下さい。</p> <p>○ その上で、処方状況を把握する観点から、認知症治療薬を処方された場合は、2か月後のモニタリング（1月～2月中旬ごろ）までの状況に基づき、以下の欄に必要事項を記載の上、松戸市役所又はモデル事業実施機関（地域包括支援センターなど）まで提出いただきますよう、ご協力の程、お願いいたします。</p> </div>		
医療機関名		
担当医師氏名		
本文書作成日	平成 年 月 日	
対象者（患者）氏名		
認知機能に関する初回診断日		
認知機能の鑑別診断の結果		
処方した認知症治療薬の名称と用量	薬剤名	用量
※薬剤・用量に変化があれば変更も記載		
認知機能の鑑別診断の結果		
認知症治療薬を処方した理由		
認知症治療薬処方後の経過 ※2か月後のモニタリングまでの経過を記載		
備考		

健康管理シート(毎週)					
様式⑦-2 (使用自由・改変自由)					
※支援担当者と相談し、たばこ／お酒／食事／睡眠／運動／水分などについての週ごとのアクションプランを策定する。					
(　　)月	第1週	第2週	第3週	第4週	第5週
	(　　)日～(　　)日				
具体的な取組内容 (アクションプラン)					
1)					
2)					
3)					
4)					
重複などの間違いなく薬を飲めた (できたら〇)					
体重(kg)					
体の不具合 (具体的に)	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
※不調が見られた場合には、早期に受診するか、かかりつけの医療機関に相談しましょう。					

37

社会参加・趣味活動	
・社会参加に関する目標」を守れた 目標：種類(　　)回／週 ※サロンへ通う／ボランティア／就労／生涯学習など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
・趣味活動に関する目標」を守れた 目標：種類(　　)回／週 期限(　　)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
介護サービスの利用	
・計画どおり、介護サービスを利用した 目標：サービス種類(　　)回／週 月	1. はい 2. いいえ
・上記で利用した介護サービス事業所の名称	
健康管理シートを作成する場合(注意項目)	
・毎週の健康管理の状況を、「健康管理シート(別添)」に記載してみる。	
・目標どおり、「健康管理シート」(別添)に健康管理に関する情報を記載できた 目標：記載回数(　　)回／月	
その他(自由記載)	

36

セルフケアに向けた取組の ご案内

早期に取り組むほど、認知症予防に効果があると言われています。認知症予防に向けて、以下のよう取組を積極的に行つてみましょう。

セルフケア（自分で行うケア）

- ▲ 認知症予防のためには、①服薬管理、②脳機能トレーニング、③たばこやお酒などの悪化因子の減少、④食事や運動など、**⑤社会参加・趣味活動**などが重要です。このため、日々のセルフケア（自分で行うケア）が非常に重要になります。
- ▲ 支援担当者と相談し、無理の無い範囲で、「セルフケア等報告書」を活用して、セルフケアの目標を立てて、日々実践してみましょう。

取り組み状況のチェック

- ▲ 取り組み状況を「セルフケア等報告書」に記載しましょう。
- ▲ **2カ月後・4カ月後・6カ月後**に、認知機能と、セルフケアの取り組み状況について、専門職のチェックを受けていただきます。



セルフケア等報告書④		様式⑨ (使用必須・改変自由)		
支援対象者氏名(年月～年月)	確認者氏名(年月～年月)			
対象年月(年月～年月)				
チェック項目		実施結果	備註	
是	否			
認知機能向上				
・認知機能低下下予防のための脳トレをした 目標: 内容()回数()回／日・週)		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
悪化因子の理解				
・「たばこに関する目標」を守れた 目標: 禁煙／1日()本まで		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
・「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒／()を1日()本程度まで		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
予防の方策				
・「体重に関する目標」を守れた 目標: ()kg以下		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
・「食事に関する目標」を守れた 目標: ()※食事時間一一日あたりの摂取割合／塩分量 水分量など		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
・「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ()時～()時／()日		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
・「運動に関する目標」を守れた 目標: 運動種類()回数()回／日・週		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
社会参加・趣味活動				
・「社会参加に関する目標」を守れた 目標: 運動種類()回数()回／週 ※サロン・通う／ボランティア／就労／生涯学習など		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		
・「趣味活動に関する目標」を守れた 目標: 運動種類()回数・期限()		1. できた 2. だいたいできただ 3. あまりできなかつた		

健康管理シート(毎週)					
様式⑨－2 (使用自由・改変自由)					
※支援担当者と相談し、たばこ／お酒／食事／睡眠／運動／水分などについての週ごとのアクションプランを策定する。					
()月	第1週	第2週	第3週	第4週	第5週
	()日～()日				
具体的な取組内容 (アクションプラン)					
1)					
2)					
3)					
4)					
重複などの間違いなく薬を飲めた (できたら○)					
体重(kg)					
体の不具合 (具体的に)	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
※不調が見られた場合には、早期に受診するか、かかりつけの医療機関に相談しましょう。					

41

健康管理シートを作成する場合(注意項目)	
・毎週の健康管理の状況を、「健康管理シート(別添)」に記載してみる。	1. はい 2. いいえ
・目標どおり、「健康管理シート(別添)」に健康管理に関する情報を記載できた 目標: 記載回数()回/月	1. できだ 2. だいたいできた 3. あまりできなかつた
その他(自由記載)	

40

認知症予防プロジェクト同意未取得理由書

様式⑪
(他用印用、複数用印不可)

実施機関名:

担当者名:

●●●●様・ご"家族の皆様へ、
「認知症を予防できるまち○まつどプロジェクト」
モデル事業の終了に当たつて

様式⑩
(他用印用)

6ヶ月間、セルフケアや医療機関への受診などに積極的に取り組んでいただき、お疲れ様です。セルフケアの取り組みは、継続していくことが重要ですので、引き続き、積極的に取り組んでください。

これまでの取り組みと今後の取り組みに関するコメント

実施機関名: 支援担当者名:

42

43

社会参加・趣味活動		予防の方策	
<p>・「社会参加に関する目標」を守れた 目標:種類()回／週 ※サロンへ通う／ボランティア／就労／生涯学習など</p> <p><input type="radio"/> ○ 「趣味活動に関する目標」を守れた 目標:種類(カラオケ・陶芸) 回数(2回) 期限()</p>		<p>1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった</p> <p>1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった</p>	
介護サービスの利用			
<p>・計画どおり、介護サービスを利用した 目標:サービス種類() 回数()回／週・月</p> <p>・上記で利用した介護サービス事業所の名称</p>		<p>1. はい 2. いいえ</p>	
健康管理シートを作成する場合(任意項目)			
<p>・毎週の健康管理の状況を、「健康管理シート」(別添)に記載してみる。</p> <p>・目標どおり、「健康管理シート」(別添)に健康管理に関する情報を記載できた 目標:記載回数()回／月</p>		<p>1. はい 2. いいえ</p> <p>1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった</p>	
その他(自由記載)			

●運動習慣

ウォーキングの目安
○週に5日、1日7,000~8,000歩目標
○歩幅が大きいと、1~2歩位広げて歩きすると効果が高まります。
○体調が悪いときは無理しないようにしましょう。

筋トレ 水泳 体操 散歩

●社会参加・趣味活動

思考力や想像力を刺激する趣味を持ちましょう
趣味やクリエーションを楽しむことは、人生が豊かになるだけでなく、認知症を防ぐためにも大変有効です

音楽 カラオケ

陶芸 俳句 短歌 絵画 コーラス

外出 地域行事

45

セルフケア等報告書⑦ 記入例		様式⑦ (使用必須・改変自由)	
支援対象者氏名() 確認者氏名()		認知機能向上	
対象年月(年 月~ 年 月) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)			
要否	チェック項目	実施結果	確認
医師の診断・薬の服用			
<input type="radio"/>	認知機能について、医師の診察は受けた	1. はい 2. いいえ	
<input type="radio"/>	・上記で受診した医療機関の名称		
<input type="radio"/>	・医師の指示の概要(病気、薬の服用など)		
<input type="radio"/>	・医師の指示通りに、重複などの間違いなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
認知機能向上			
<input type="radio"/>	・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標:内容(クロスワード) 回数(5)回/日(週)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
悪化因子の理解			
<input type="radio"/>	・「たばこに関する目標」を守れた 目標:禁煙 / 1日()本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
<input type="radio"/>	・「お酒に関する目標」を守れた 目標:禁酒 / ()を1日()本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
予防の方策			
<input type="radio"/>	・「体重に関する目標」を守れた 目標:()kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
<input type="radio"/>	・「食事に関する目標」を守れた 目標:() ※食事時間/一日あたりの摂取量/塩分量 /水分量など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
<input type="radio"/>	・「睡眠に関する目標」を守れた 目標:()時間/日、 ()時~()時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
<input type="radio"/>	・「運動に関する目標」を守れた 目標:種類(30分程度の散歩) 回数(4)回/日(週)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	

●エピソード記憶

一日流れ日記や記憶を振り返り、記憶をつける

●注意分割

複数の料理を同時に作る、5~6人のグループで会話する。

●計画力

旅行の計画、将棋、頭脳ゲームなど

●認知機能向上

自分でできる脳機能トレーニングをやってみましょう。
クロスワードや計算、漢字などを得意なものですはやってみましょう。

●悪化因子の理解(たばこ)

タバコを吸うと血管が収縮して、血圧が上がり、血圧の変動が大きければ「脳出血」や「脳梗塞」のリスクがつながるといわれています。また、喫煙により、動脈硬化そのものも進行するため、「脳卒中」や「心筋梗塞」が起こりやすくなります。かかりつけ医や禁煙相談・禁煙外来を利用しましょう。

●悪化因子の理解(アルコール)

脳に病変をもたらす要因として、運動不足や肥満、喫煙、飲酒などがあります。認知症のきっかけになる要因を知っておきましょう。
※アルコールの目安ビールなら中ビン1本、日本酒なら1合、ワインならグラス1.5杯程度

●体重の管理

満度の判定: 体重(kg)/身長(m)²【国際的な標準指標であるBMI(Body Mass Index)】

BMI(準備の範囲)	(脂満度) 判定
< 18.5	低体重
18.5 ≤ BMI < 25.0	普通体重
25.0 ≤ BMI < 30.0	肥満(1度)
30.0 ≤ BMI < 35.0	肥満(2度)
35.0 ≤ BMI < 40.0	肥満(3度)
40.0 ≤ BMI	肥満(4度)

44

平成 28 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

**入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための
セルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業
報告書**

平成 29 年 3 月 31 日

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 22 号 TEL03 (3578) 7500 FAX03(3432)1837

