

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**



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



愛知県

はじめに

平成 26 年 11 月に行われた先進 8 か国会議後継イベントで認知症問題が取り上げられたことを背景に、認知症対策を省庁横断的に国家対策として取り組むことが宣言され、平成 27 年 1 月、新しい認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が提示されました。大きく 7 つの柱からなりますが、認知症初期集中支援チーム（以後初期集中支援チーム）はこのうち、2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供と、4. 認知症の人の介護者への支援の柱として取り上げられ、新オレンジプランのなかでも重要な試みとして位置づけられています。

さらに介護保険制度の地域支援事業のなかで平成 30 年度までに全市町村に初期集中支援チームを立ち上げることが義務付けられました。またこの初期集中支援チームのチーム員となる医師は、専門医である、なしを問わず、サポート医であることが要件とされ、サポート医の役割が大きくクローズアップされることになりました。

平成 27 年度のサポート医研修では初期集中支援チームの研修と合同で行われたため、このチームに関してある程度理解が進んだものと考えられますが、それ以前にサポート医になられた先生を中心に、地域医療に携わる先生にも、このチームに関して理解していただくための小冊子を愛知県とサポート医研修、初期集中支援チーム研修を行っている国立長寿医療研究センターとで作成することになりました。先生方のお役に少しでも立てれば幸いです。

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  
鷲見 幸彦



## 目 次

はじめに	1
1. 創設の経緯と現在までの歩み	3
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	4
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	12
4. 実際の事例	15
5. 全国 41 か所でのモデル事業の結果	18
おわりに	21
資料	23

## 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ふ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 か所のモデル地域の実践の結果を踏まえ、初期集中支援チームの活動スキームが検討されました。平成 25 年度事業では、チーム員の養成研修を企画・実施、次年度以降も視野に入れた研修テキストを作成しました。また、並行してモデル事業を全国 14 か所で行い、平成 26 年 3 月までに 636 例の事例が集積されました<sup>1)2)</sup>。

平成 26 年度には全国 41 か所でモデル事業を行い 969 例の事例が集積されその有用性、コストが検討されました。

## 2. 初期集中支援チームの流れ (図 1)<sup>3)</sup>

### 2-1. 啓発活動

早期に初期集中支援チームにつなげるための広報活動は極めて重要です。このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に知らせる必要があります。住民への周知徹底のためには行政の働きが求められます。

### 2-2. 対象者

年齢が 40 歳以上で、認知症が疑われ、在宅で生活している人となります。40 歳以上とすることで若年性認知症も対象となります。関与すべき対象者は以下の通りです。

医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当すること。

- 1) 認知症疾患の臨床診断を受けていない
- 2) 継続的な医療サービスを受けていない
- 3) 適切な介護保険サービスに結び付いていない
- 4) 診断されたが介護サービスが中断している

医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状により対応に苦慮している事例や家族、関係者が対応に苦慮している処遇困難事例の場合（他の精神疾患の合併、社会的困難；独居、近隣からの苦情、老老・認認介護、消費者被害者等）

チームのサービス許容量を超えて対象者がいる可能性もありますがその場合には、地域の資源の実情に応じて対象者の優先度を決定します。

## 0 地域への啓発活動 チームの存在の周知

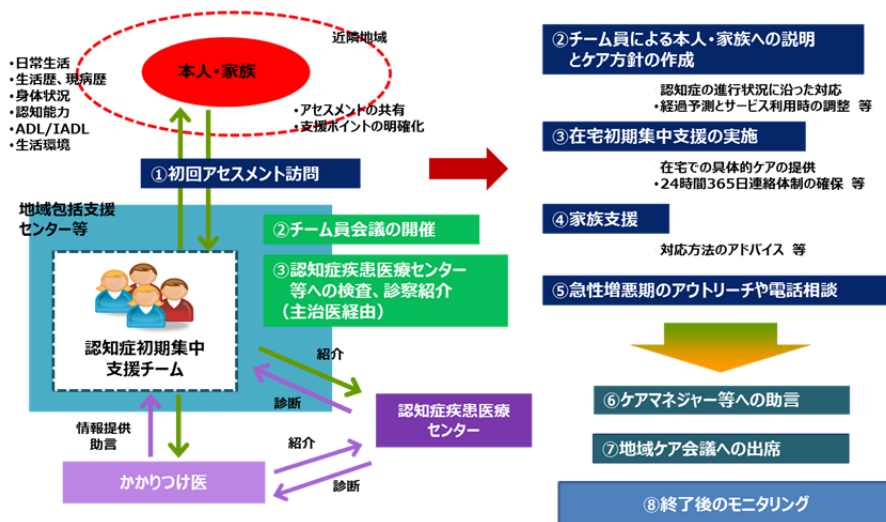


図1 認知症初期集中支援の流れ

### 2-3. 対象者の把握

対象者の把握は極めて重要ですが、把握するための手段、方法は各地域の実情によってさまざまです。一般的には把握の主体は地域包括支援センターが入手した情報であることが多く、地域包括支援センターにおける把握に至る経路は多様です。あらゆる経路や機会を通して、地域の実情に応じて対象者を把握することになります。地域包括支援センターに情報がくるのを待つ受動的把握と二次予防対象者把握事業や市町村独自の把握事業、要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない人の選定等を利用する能動的把握があります。

### 2-4. 設置の要件

初期集中支援チームの実施主体は、市町村です。チームの設置場所は市町村としますが、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に委託可能とします。設備要件としてはチーム員を設置する施設は、対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設とします。

### 2-5. チーム員の人員配置要件

チーム員は以下の要件をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）で編成します。

- 1) 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
- 2) 認知症ケアや在宅ケアの実務相談業務等に3年以上携わった経



## 験がある者

- 3) 初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、必要な知識・技能を修得した者とする。

上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な医師を確保することが求められています（図 2）。地域支援事業に移行するにあたって、要件の変更が行われました。変更点の一つは、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とするという点です。これは全市町村に研修を行うが、一つの行政単位に複数の支援チームがあることがあり、全員参加を義務づけた場合に、研修が追いつかないという問題があるからです。一方チーム員の質の確保はきわめて重要であり、受講したメンバーが十分な伝達講習ができるような研修にする必要があります。

また専門医の要件にも変更が加えられました。今後 5 年以内にサポート医研修を受講する予定のあるものも可とし、一定の猶予が与えられました。また認知症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。

## 2-6. 活動体制

アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は 2 名以上を原則とし、医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上で訪問します。またサポー

ト医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応じます。

チーム員会議はチーム員（認知症サポート医を含む）及び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の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とします。

## 2-7. 初回訪問

訪問時のチーム員人数は複数以上（2～3名が望ましい）とします。これによって本人と介護者から同時に情報を得たり、一人が直接対応している間に、もう一人が記録や室内の様子を観察することもできます。また安全上の問題もクリアできます。

訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とします。相手の疲労度を考慮し、また短時間で複数回訪問して関係を築くことが効果的であることも考慮します。

訪問時の留意点としては、

- 1) 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有のできる仕組みを確保する
- 2) 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問する
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行う
- 4) 家族の同席の確保
- 5) 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整
- 6) チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応として、実施主体である行政（保健師等）の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るといった方法を取り、対応方法について各関係機関と協力の上、

支援を図ることが有用なことがある。

家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築であり、これなくしては次のステップには進めません。チームの役割の説明、個別支援内容、チーム員の役割分担等の説明を行いながら信頼関係の構築をはかります。対象者の記録の作成と保管に関しては台帳を作成し、個別記録を作成します。高度の個人情報であるため、記録の保管方法は慎重に考慮されるべきです。

## 2-8. なにを評価するのか

まず情報源は誰なのかが重要です。基本情報としては、本人の状況（氏名、住所、生年月日、経済状況、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報）、家族等の状況、現病歴、既往歴、これまでの経過、生活状況（生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係）、本人・家族の思い、希望、利用しているサービス、生活障害の項目（IADL、ADL、その他）、認知機能の項目、身体状況の項目などです。アセスメントツールとしてはできるだけ簡易で、短時間で情報が収集でき、すでに有用性が確立している評価尺度を用いています。

モデル事業では認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツールとして栗田らの開発した DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System)<sup>4)</sup> を、認知症にともなう行動障害を評価するために DBD13 (認知症行動障害尺度)<sup>5)</sup> を、家族の介護負担を判定するツールはスコアによる数値化が可能な Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版<sup>6)</sup> を導入しました。身体状況のチェックでは DASC や DBD を行うことで同時に評価できるように工夫しました。

平成 27 年度からは観察評価・項目については特に限定せず、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票であれば、その地域でこれまで使用してきた指標を使用してよいことになりました。その他居住環境、家族の介護対応力のアセスメント、本人、家族の意向とニーズ、自立の可能性のアセスメントを行います。

情報収集時の留意点は原則、本人や家族からの情報を基本としますが、これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合は、要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認することが大切です。

同じ質問を何度も繰り返し聞かれることは、大きな苦痛であるばかりでなく時間の無駄にもなります。上記情報の共有のできるしくみを自治体内で検討し調査項目を整理することが求められます。

## 2-9. 初回訪問における基本的支援内容

基本的な認知症に関する情報提供、専門医療機関への受診が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのか、介護保険サービス利用が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのかを説明します。具体的な説明用のリーフレット等を用意します。

初回はまずチームについて知ってもらうことが最優先です。流れの中で本人および家族への心理的サポートとアドバイス、具体的な各機関との連絡調整まで進むこともありえますが、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員会議を行います。初回チーム員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、症状や環境の変化等があった場合に必要に応じて行われますが、介護保険サービスへの引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継ぎが求められます。初期集中支援チームの役割は引継ぎで終了するわけではありません。引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ヶ月毎としていました。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2 )。

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、巨大な褥瘡ができていたり、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。

次に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き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。

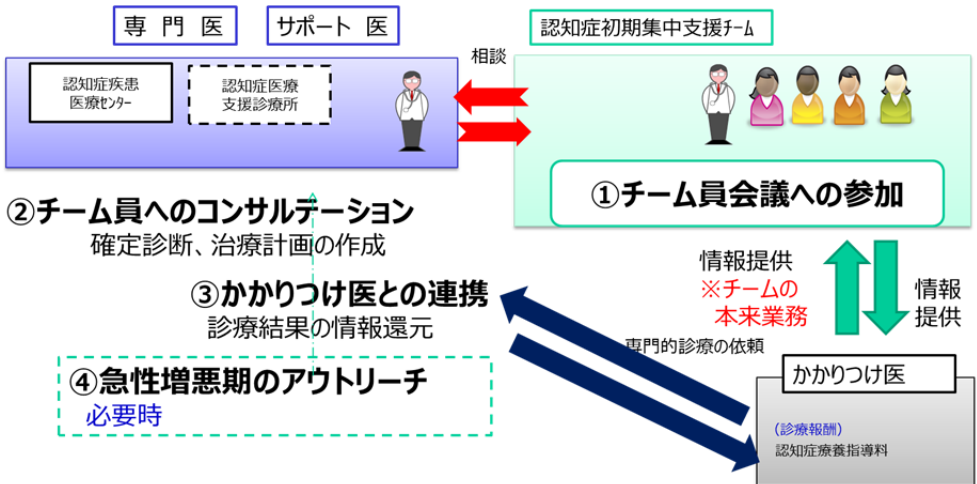


図 2 認知症初期集中支援チームへの医師の関与

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 2 )。

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考え方等、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と、それほど抵抗なく受け入れ理解していただけたと思います。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。

なお、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 2 )があります。モデル事業では実際に自宅を訪問する機会は少なかっ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、精神疾患の可能性が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ける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うよりは、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支援センター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。前述のとおり専門医に関しては、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時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。

#### 4. 実際の事例

北海道札幌市で認知症サポート医として活躍している伊古田俊夫先生から、認知症サポート医として初期集中支援チームに関わり、有用であった事例を提示していただきました。

##### 介護者(娘)に暴力が繰り返された事例

##### はじめに プロフィール

札幌市認知症初期集中支援事業での担当事例を報告します。事例は 80 代男性、元会社員で最近まで事務所を開業していました。関節炎の既往があり再発を恐れていました。長女と同居、妻は脳梗塞後遺症のため施設入所中です。

妻の脳梗塞が再発した3年前頃から鍵、財布などの紛失が目立ち始めました(当時「要支援1」)。約1年前(妻の病状悪化時)から長女への暴力が始まりました。月1~2回、棒でたたくなどの暴力です。タバコを吸い始め、スナックで飲酒し、ママに「貢ぐ」といったことがありました。暴力は妻の病状が変化すると悪化する傾向があり、暴力のため長女が避難する事態も起きました。

### 支援の経過

- ★ 初回相談受付:○年△月×日(この日を起点として表示)。約2週後、保健師・社会福祉士による初回訪問。対応は友好的で、軽い物忘れを認めました。DASC32点、DBD13点、Zarit19点、介護サービス等と切れており、初期集中支援事業の対象と確認しました。
- ★ 初回チーム会議(4週後)、訪問(5週後):チーム会議で状況を確認した後、チーム員(認知症サポート医、区保健師、地域包括支援センター社会福祉士)3名で訪問しました。友好的に迎えられ面接を行うことができました。本人の気持ちに配慮し、精神・神経面での受診を関節炎の治療を兼ねて行うことで同意されました。受診先は訪問医の外来となりました。訪問時、長女が父の言い分を否定し、二人で言い争いになることが目につきました。  
翌週、初回受診。理学的な診察では著変なし、関節炎あり、HDS-R27点、MMSE27点、脳CTでは軽度脳萎縮を認めました。「激高することがある」(娘の意見)ためリスペリドン0.5mgと関節炎治療薬を処方しました。
- ★ 第二回チーム会議(8週後):薬は娘管理で服薬され、リスペリドン服薬後間もなく、態度・表情が柔らかくなり、暴力的な言動は消えたと報告されました。今後、訪問看護を提案することとしました。  
継続通院はきちんと行われました。記憶機能は良好ですが、一方的思

い込み・独りよがりな行動を認め、脳 SPECT で両側前頭葉機能低下がみられ、「前頭側頭型の傾向を持つ軽度認知症」と診断しました。15 週後訪問看護 ST と契約が成立、開始されました。激昂する興奮性、暴力はしっかりと消えていました。

- ★ 第三回チーム員会議(16 週後):総括と引継ぎが行われました。課題は通院をきちんと行うこと、デイサービスを検討すること、長女・次女との対話を進めていくこと、そのため訪問看護の回数増も検討する、などでした。引継ぎ先は地域包括支援センター、区内訪問看護 ST で、チーム活動は終了しました。

### 引き継ぎ後の経過、まとめ

集中支援チームとしてはご本人の精神状態の穏和化・安定を確認し、医療と介護につながったことを見届け、引き継ぎました。しかし引継ぎ数日後、長女へ小突くなどの乱暴行為があり、長女は家を離れました。次女の関与をお願いし、訪問看護師とケアマネジャーで支援・調整しています。引き継ぎ後も通院はきちんと行われています。ただ本人の一方的な思い込みや混乱は増しつつあります。

筆者はチーム医師であり、同時に引き継ぎ後の担当医をしています。混乱の深まりに対処しつつ、介護上の対応をケアマネなどをお願いしながらフォローしていく予定です。

## 5. 全国 41 か所でのモデル事業の結果

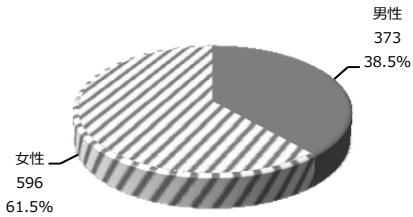
平成 26 年度は全国 41 か所でモデル事業を行いました<sup>6)</sup>。訪問事例の内訳は男性 38.5% 女性 61.5%、世帯構成は独居 31.5%、夫婦のみ世帯が 31.2%、年齢階級では 75 歳以上の後期高齢者が 84% であり、今回対象となった人たちが我が国の認知症の人の特殊な群ではなく、標準的な群から出てきていることを示しています。訪問支援対象者は一元的に地域包括支援センターを通して把握されますが、その内訳は家族からの相談が 45.7%、本人からが 3.8% で両者を合わせると 50% 近くに達しており、介護支援専門員や民生委員、近隣住民からをはるかに上回っていました (図 3)。

転帰の状況は、終了者 582 人のうち、「在宅継続」が 499 人 (85.7%)、「入院」が 44 人 (7.6%)、「入所・入居」が 17 人 (2.9%) でした。

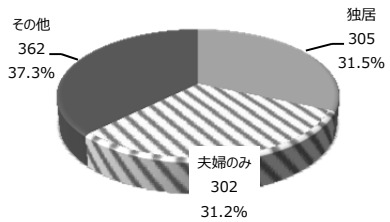
また、支援終了後、モニタリングを実施した 302 人について、何らかの理由により継続支援ができていない事例がどの程度存在するかをみると、「継続できている」が 270 人 (89.4%) とほとんどを占めていましたが、9.3% に継続できていない事例が存在しました (図 4)。

注目されるのはこのチームが介入した後もなお 85.7% が在宅生活を継続できている点です。このことはこのチームが問題事例を単に入院、入所させて問題を解決しているのではないことを示しています。また平成 26 年のデータでは BPSD の評価尺度である DBD13 と介護負担尺度である J-Zarit\_8 が支援チームの介入時と終了時で有意に改善していることが示されました (図 4)<sup>8)</sup>。

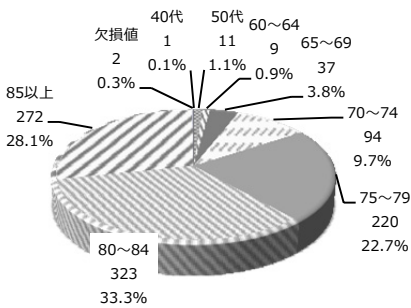
①性別 N=969 6割が女性



③世帯状況 N=969 2/3が独居か夫婦のみ



②年齢階級 N=969 84%が75歳以上



④把握ルート 半数が本人・家族、1/4が近隣の人

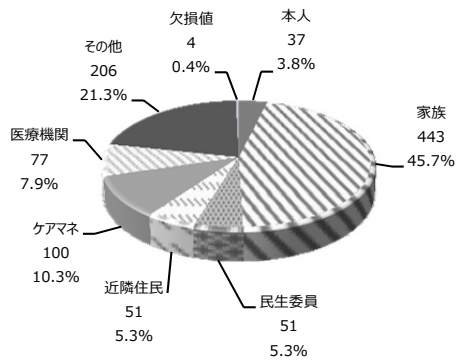
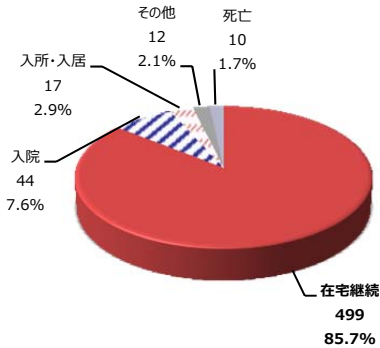


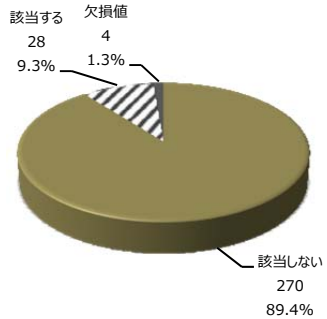
図 3 対象者の概要

① 転帰 N=582 文献 7)から引用



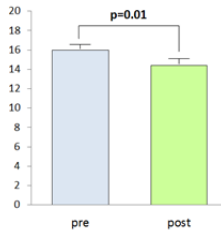
② モニタリング後に、何らかの理由により、継続支援ができていない事例

終了者のうち、モニタリング実施者 N=302



**BPSD**

measured by DBD13



**Caregiver Burden**

measured by J-Zarit\_8

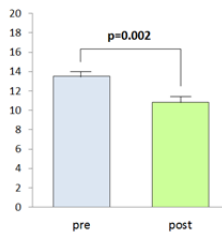


図 4 終了時の状況 文献 7) から引用

おわりに

初期集中支援チームは平成27年度から地域支援事業として全国市町村で活動が開始されました。平成30年度からは全市町村で設置しなければなりません。各地域の人的資源、社会資源に大きな差があり、地域によっては複数の市町村で一つのチームを運用することもありうると思われます。また助言を行える医師が少ないことから、複数の初期集中支援チームを医師がかけもちすることもありうると思います。モデル事業の結果からは、初期集中支援チームが、認知症の人の在宅生活の継続に有用であり、地域ケアの向上につながる試みとして期待できることが示されており、最終的には認知症だけでなくその地域の医療介護システムが向上することが期待されます。

参考

栗田主一編著 認知症初期集中支援チーム 実践テキストブック  
DASC による認知症アセスメントと初期支援 中央法規出版(株)発行  
(2015.4.20)

認知症初期集中支援チーム員研修で使用したテキストがダウンロード  
できます。

<http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/27-2.html>

## 文献

1. 独立行政法人国立長寿医療研究センター．平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業 事業報告書．2014
2. 鷺見幸彦．認知症と地域連携 3．認知症初期集中支援チームについて．日老医誌 52(2):138-145, 2015
3. 鷺見幸彦．認知症サポートチームとはなにか，認知症学会誌 30:43-50, 2016
4. 栗田主一．地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート DASC について．平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業報告書「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の開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業」2014
5. 町田綾子．Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性，妥当性の検討 ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して 日老医誌，49：463-567, 2012
6. 荒井由美子，田宮菜奈子，矢野栄二．Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI\_8)の作成 その信頼性と妥当性に関する検討．日本老年医学会雑誌．40(5): 497-503，2003
7. 独立行政法人国立長寿医療研究センター．平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業報告書「認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業」2015
8. 鷺見幸彦．認知症初期集中支援チームとはなにか。老年精神医学雑誌 26(10):1077-1084, 2015



## 資料 1

複数の専門職が家族の訴え等により  
認知症が疑われる人や認知症の人及び  
その家族を訪問し、アセスメント、家族  
支援等の初期の支援を包括的・集中的  
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の  
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、  
精神保健福祉士、社会福祉士、  
介護福祉士等)

認知症サポート医

配置場所 関係している初期支援チームの連絡先を記載

### 【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ  
認知症が疑われる人又は認知症の人で  
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、  
または中断している人で以下のいずれかに  
該当する人
  - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
  - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
  - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
  - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが  
認知症の行動・心理症状が顕著なため、  
対応に苦慮している

資料 2 認知症初期集中支援チーム⇒かかりつけ医連絡票（例）

\_\_\_\_\_ クリニック

\_\_\_\_\_ 先生 御侍史

\_\_\_\_\_ 市認知症初期集中支援チーム

\_\_\_\_\_ 認知症サポート医

\_\_\_\_\_ 連絡先(電話番号)

\_\_\_\_\_ 市の地域医療連携では常々大変お世話になっております。

\_\_\_\_\_ 市 認知症初期集中支援チームでサポート医をしております

\_\_\_\_\_ と申します。

\_\_\_\_\_ 先日チーム員から貴院 通院中の \_\_\_\_\_ さん \_\_\_\_\_ 歳

\_\_\_\_\_ 年ごろから貴院通院開始

\_\_\_\_\_ について以下のような相談がありましたのでご報告申し上げます。

**現在の問題点**

- ・
- ・
- ・
- ・

今後またいろいろご相談することがあるかと思えます。

今後とも何とぞよろしくお願い申し上げます。

平成 28 年 3 月 31 日発行

著者 鷺見幸彦

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

発行 愛知県健康福祉部高齢福祉課

〒460-8501

名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 2 号

電話 052-954-6310

FAX 052-954-6919

無断転載の禁止

