

原 著

認知症初期集中支援チームの活用実態と活用促進の検討：
支援チームの併設有と併設無の比較からコザキ ユミ
児崎 友美*

目的 認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）による支援効果や課題など、支援チームを対象にした研究は多数見られるが、支援チームの活用者である地域包括支援センター（以下、包括センター）を対象にした研究は見られない。そこで、包括センターを対象に運営者と活用者の双方向から、支援チームの活用実態や活用課題を検証し、支援チームの活用促進に向けた検討を行う。

方法 全国の包括センター5,625か所から等間隔抽出法で抽出した2,000か所に質問紙郵送調査を実施した。調査期間は2022年11～12月である。調査内容は、基本属性（設置機関、支援チーム併設の有無）と支援チーム活用件数および活用実人数、支援チーム活用課題である。分析は、支援チームを併設する包括センター（以下、併設センター）を運営者、併設しない包括センター（以下、単独センター）を活用者とし、支援チームの併設有無別に分け行った。基本属性や支援チーム活用件数、活用実人数は単純集計を行った。活用課題の自由記述はテキストマイニングを用いた。

結果 773票（回収率38.8%）を回収し、有効回答数は754票（37.7%）であった。内訳は「単独センター」が441件（58.5%）、「併設センター」が313件（41.5%）であった。支援チーム活用割合は、「単独センター」が79.4%、「併設センター」が86.6%であった。2021年度の支援チーム活用実人数は、併設有無にかかわらず「1～5人」が最も多かった。

支援チームの課題として、単独センターでは、支援対象者要件や活用ルールの【活用の仕組み】、チーム医のかかわりやチーム員の専門性の【支援機能】、協働支援関係や事業の周知の【活用体制】が挙げられた。併設センターからは、支援対象者要件や運営ルールの【運営の仕組み】、チーム医のかかわりや医療との連携の【支援機能】、チーム員の役割認識や人材不足の【運営体制】が挙げられた。

結論 包括センターの多くは、支援チームを頻繁に活用してはいない現状にあることが示唆された。支援チームの活用促進を図るには、第一に、支援チームの仕組みであるルールの簡素化や支援対象者要件の緩和など運営・活用者双方の立場で仕組みを見直すこと。第二に、認知症支援体制について運用者である市町村を中心に、認知症支援者全員で定期・継続的に協議することが必要である。

Key words：認知症支援，地域包括支援センター，活用課題，活用促進

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(6): 397-407. doi:10.11236/jph.24-014

I 緒 言

わが国の認知症高齢者数は2025年に約700万人となり、65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症に罹患すると予想されている¹⁾。国は、2015年に「認知

症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を、2019年には「認知症施策推進大綱」を策定し、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を推進させるため認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）を整備した。

この支援チームとは、「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

* 九州医療科学大学
責任著者連絡先：〒882-8508 延岡市吉野町1714-1
九州医療科学大学 児崎友美

の家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム²⁾である。事業の実施主体は市町村であるが、事業の全部または一部を地域包括支援センター（以下、包括センター）や認知症疾患医療センター等市町村が適当であると認める人に委託することができる³⁾。国立長寿医療研究センターの報告⁴⁾では、支援チームの主な設置場所は包括センター（61.2%）で、「困難事例の対応」（36.4%）や「早期発見・早期対応」（26.2%）を主たる役割にしている。支援チームの活動は、包括センターや認知症疾患医療センターで相談を受け付け、定義に基づき支援対象者か否かを包括センターが判断し、支援チームへ依頼する⁵⁾ことで始まる。

ここで本稿の視座を明確にさせるため児嶋⁶⁾の「認知症初期集中支援の構造」を援用し、「活用」に焦点を置く。その理由は、支援チームを併設しない包括センター（以下、単独包括センター）の立場にある。国語辞典⁷⁾によると、活用は「そのものが本来持っている働きを活かして使うこと」、利用は「そのものの持つ利点を積極的に生かして使って恩恵を受けること」とある。包括センターは、支援チームの「適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ²⁾」働きに期待し支援依頼をすると推察され、恩恵を受けるのは認知症本人だと考え、単独包括センターは支援チームを活用する立場にあるとした。

支援チームの効果として、医療や介護サービスにつながりやすい³⁾ことや家族の介護負担軽減⁸⁾などが報告されている。一方、課題では、支援対象者が発見されにくい⁸⁾、包括センターの通常業務と支援チーム業務とのすみ分けが難しい^{8,9)}などの報告がある。しかし、これらの報告は運営者である支援チームを対象にしたもので、支援チームの活用者である包括センターを対象にした報告は見当たらない。運営者という一方向からの課題提示では、支援チームのさらなる活用促進には限界があると考ええる。

そこで本稿は、包括センターを対象に運営者と活用者の双方向から支援チームの活用実態や活用課題の質的検証と活用促進に向けた検討を行うことが目的である。このことは、より実用性の高い支援チームの活用や効果的な認知症支援の対応につながり、国が目指す「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に寄与できると考える。

Ⅱ 研究方法

1. 調査対象者と調査方法

2022年10月10日時点で、独立行政法人福祉医療

機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAM NET」に掲載されていた全国の包括センター5,625か所から等間隔抽出法で抽出した2,000件の管理者を対象に、事業所の立場から回答を求め質問紙郵送調査を実施した。調査期間は2022年11月29日から12月31日である。

2. 調査内容

調査内容は、基本属性（設置機関の種別、支援チーム併設の有無）、支援チーム活用状況（支援チーム活用実績の有無、活用課題の有無およびその内容）で構成した。回答方法は質問項目によって単一選択や2件法、自由記述を採用した。

3. 分析方法

分析は、支援チームの併設有無別に進めた。支援チームは、既存の施設・機関の職員が兼務で担当し⁹⁾、8割のチーム員が兼務で勤務している⁴⁾。そのため、併設の包括センターは支援チームの運営を、単独の包括センターは支援チームを活用する立場にあると判断した。

対象者の基本属性や活用実績の有無は、単純集計を行った。自由記述の分析はテキストマイニングを用いた。テキストマイニングとは、テキスト型のデータをコンピュータによってデータの中から自動的に言葉を取り出し、さまざまな統計手法を用いて探索的に分析する方法である¹⁰⁾。分析の精度を上げるため無回答や「課題なし」は省き、すべての原文を確認した。「認知症初期支援チーム」や「初期支援チーム」などの同義語は「支援チーム」に置き換えるなど統一させ、データのクリーニングを実施した。分析ソフトはKH-Coder3を使用し、抽出語の出現頻度や関連性から自由記述の内容を要約するために共起ネットワーク分析を用いた。なお共起関係の強弱を図るためにJaccard係数を使用し¹⁰⁾、抽出語の最小出現回数を10、描画する共起関係を描画数60と設定し分析した。本稿では、大カテゴリを【 】, 中カテゴリを< >, 自由記述原文を『 』で示す。なお、質的分析およびテキストマイニングによる分析に熟知した研究者より指導を受け、分析の妥当性の担保に努めた。

4. 倫理的配慮

調査対象者には書面で調査目的や調査方法、個人情報保護などを記載し、研究への協力を求めた。また調査協力は任意であること、情報の取扱い方、プライバシー保護なども明記した。調査票回答をもって調査協力に同意を得られたものとした。調査は2022年11月17日に九州保健福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（受理番号：22-015）。

Ⅲ 研究結果

宛先不明の 9 票を除き回収された773票（回収率 38.8%）のうち、当該項目に欠損値のない754票（調査対象の37.7%，回答票97.5%）を分析対象とした。

1. 対象者の概要

設置機関は、社会福祉法人（社会福祉協議会以外）が41.2% で最も多く、支援チーム併設の有無は「単独」の方が58.4% と多かった。過去の支援チーム活用実績は「併設」が86.6%，「単独」が79.4% であった。2021年度の支援チームの設置有無別の支援チーム活用実人数は「1～5 人」が最も多く、「併設」は46.9%，「単独」では65.1% であった。支援チームの課題の有無では、「課題あり」が56.2% であった（表 1）。

2. 支援チームの活用課題（自由記述内容のテキスト分析）

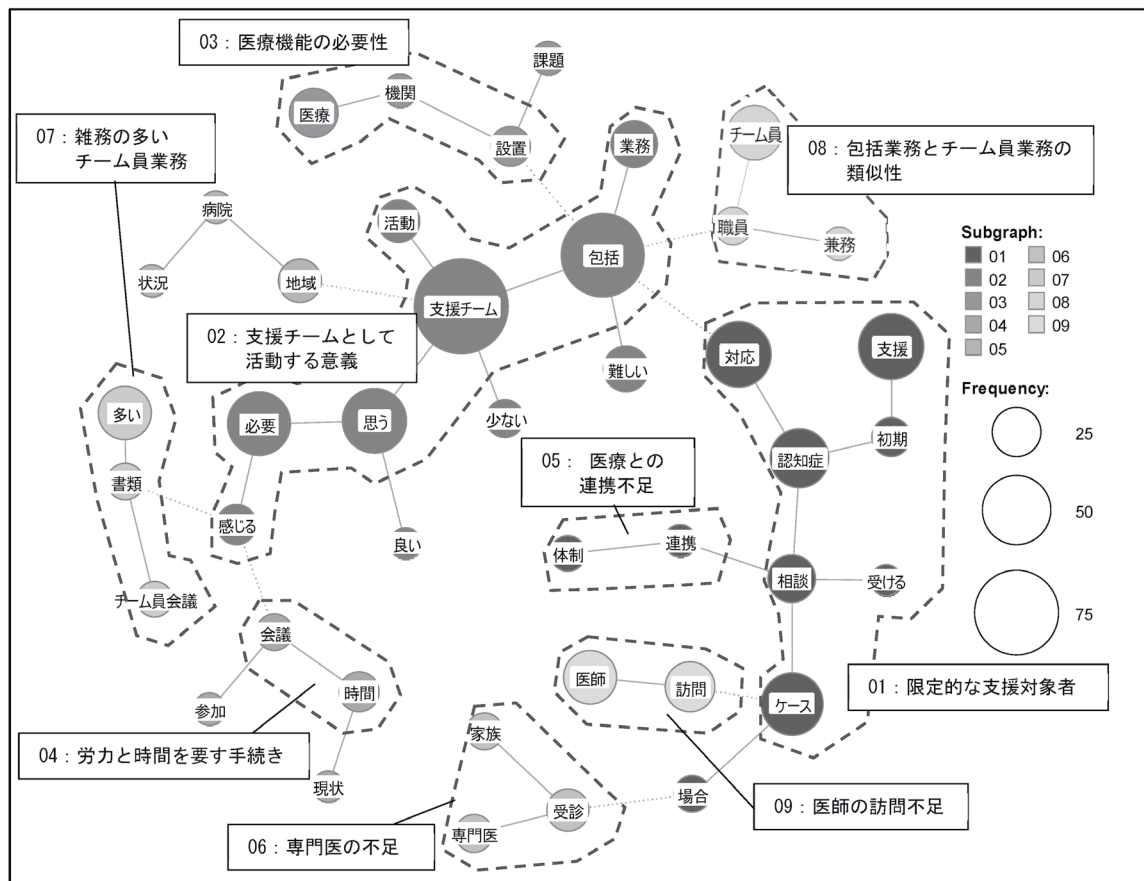
「支援チーム活用に関して、改善して欲しいこと（課題）はありますか」の自由記述について、「無回答」「課題なし」を省き、「わからない」は自由記述の内容から対象とした。結果、「単独」が299件（67.8%），「併設」は198件（63.3%）を分析対象とした。分析ソフトで前処理を行い、「単独」では4,970語の総抽出語数，1,013語の異なり語数を，また「併設」では3,225語の総抽出語，809語の異なり語数を確認した。

図 1，2 に共起ネットワーク分析により描画された図（最小スパニング・ツリー）を示す。これらの円は，線によるつながりのみに意味を持ち，語の位置や配置には意味を持たないが，円の大きさは語の

表 1 調査対象の概要

項目		併設あり	併設なし	合計（n = 754）
基本属性	社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	82（10.9%）	229（30.4%）	311（41.2%）
	行政（市町村）	129（17.1%）	33（4.4%）	162（21.5%）
	医療法人	93（12.3%）	36（4.8%）	129（17.1%）
	社会福祉協議会	43（5.7%）	54（7.2%）	97（12.9%）
	一般社団法人	6（0.8%）	5（0.7%）	11（1.5%）
	その他	17（2.3%）	27（3.6%）	44（5.8%）
	合計	370（49.1%）	384（51.1%）	754（100%）
活用実績有無	活用あり	271（86.6%）	350（79.4%）	621（82.4%）
	活用なし	42（13.4%）	91（20.6%）	133（17.6%）
	合計	313（41.5%）	441（58.5%）	754（100%）
活用実人数	0 人	48（17.7%）	63（18.0%）	111（17.9%）
	1～5 人	127（46.9%）	228（65.1%）	355（57.2%）
	6～10人	45（16.6%）	17（4.9%）	62（10.0%）
	11～15人	14（5.2%）	5（1.4%）	19（3.1%）
	16～20人	7（2.6%）	3（0.9%）	10（1.6%）
	21～25人	3（1.1%）	0（0.0%）	3（0.5%）
	26～30人	2（0.7%）	0（0.0%）	2（0.3%）
	31～35人	3（1.1%）	0（0.0%）	3（0.5%）
	36～40人	2（0.7%）	0（0.0%）	2（0.3%）
	41人以上	6（2.2%）	2（0.6%）	8（1.3%）
	未回答	14（5.2%）	32（9.1%）	46（7.4%）
	合計	271（43.6%）	350（56.4%）	621（100%）
課題の有無	課題あり	164（21.8%）	260（34.5%）	424（56.2%）
	課題なし	74（9.8%）	94（12.5%）	168（22.6%）
	わからない	75（9.9%）	87（11.5%）	162（21.5%）
	合計	313（41.5%）	441（58.5%）	754（100%）

図 2 併設包括センターの支援チーム活用課題の共起ネットワーク



機能】とした。グループ02と08は〈チーム員の役割認識〉, グループ06は〈人材不足〉に関する内容で【運営体制】とした。

Ⅳ 考 察

1. 支援チーム活用状況

本調査では、包括センターの8割が過去に支援チームを活用していたが、単年度の活用実人数では、単独・併設包括センターとも「1～5人」が最多を示した。さらに「0人」を含む「5人以下」では、単独包括センターが9割、併設包括センターが7割となった。全国の支援チームによる訪問実人数は、認知症施策推進大綱において年間40,000件と目標設定されている。全国には2,519チームあり¹¹⁾、単純平均で1チームあたり年間15.9人の訪問実人数が求められることになる。一方、この年間目標件数については、指標ありきの議論をすべきではない⁴⁾との指摘もあるが、支援チームの有用性や^{8,12)}、65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症¹⁾と推計される危機的状況を踏まえると、やはり支援チームの活用は少ない。支援チームには専門職配置や運営費の投入などがあり、公的な社会資源である支援チームの訪問実人数が0になることは回避すべきである。

その対応策として、支援チームの運営・活用に係るルールの柔軟性や、チーム医による自宅訪問が可能となる支援体制が必要だと考えられる。

2. 支援チームの課題

1) 支援チームの仕組みの見直し

単独・併設包括センターから仕組みに関する2つの課題を抽出した。第一は〈支援対象者要件〉であり、「限定的な支援対象者」が一致した。支援チームの支援対象者要件は、地域支援事業実施要綱において疑いも含め「認知症の人」に限られている。しかし、単独・併設包括センターは共に認知症に限らず、精神疾患がある方なども支援対象者に入れることを要望していた。隅田ら¹³⁾が包括センターの3職種を対象にした認知症支援困難感の調査から、家族から虐待や不適切な介護を受けているケースや他の精神障害を併存しているケースに強い困難感があると報告している。つまり、病名や障害の種別で対象者を区切るのではなく、対応困難な事例に協力する者を求めていると考えられる。また、〈支援対象者要件〉において単独包括センターのみに見られた「認知症初期が対象」では、市町村によって「認知症の初期段階のみ」が支援対象者とされていることが示唆された。国立長寿医療センターの調査⁴⁾から

表2 単独包括センターの支援チーム活用課題

大カテゴリ	中カテゴリ	要約名 (グループ番号)	原文 (一部)
活用の 仕組み	支援対象者 要件	認知症初期が 対象 (06)	初期対応はできるので困難事例と一緒に動いて貰いたい/認知症初期の ケースを上げる必要はあるのか/初期対応に限られているので困難事例の 支援対応があるとよい/初期集中なので困難事例と初めからわかると対応 不可な場合が多い
		限定的な支援 対象者 (07)	認知症だけでなく治療につながりにくい精神疾患 (うつ, 統合失調症) も 対応して欲しい/精神疾患の方への対応を強化して欲しい/認知症か精神疾 患か判断しにくいケースだと, 精神疾患は対象外と断られてしまう
	活用ルール	煩雑な支援チー ムの活用手続き (01)	申請までのプロセスに時間と手間がかかる/書類が多すぎて活用を躊躇し てしまう/支援者が相談するために必要書類を整えなければならず業務が さらに増える/支援チームに相談するためにケース概要をまとめる必要が あり, 手間をかけても, 介入してくれるとは限らない/相談・対応を含め 時間を割かれるだけ/活用前の提出書類が区を通してからになる/必要書類 の作成提出, 連絡調整等の手続きが大変であり, 活動開始まで時間がかか り使いづらいです/初回の相談窓口のハードルが高い/もう少し気軽に相談 ができればと思う/支援チームに相談後, 相談内容についてかなり精査さ れるため, 相談受付のハードルが高い
		本人等に支援 同意を求める ルール (04)	本人や家族の了解がないと支援チームに依頼ができない/家族の同意を必 要とするのは止めて欲しい/本人同意などの決まりがあることで制度とし て機能していないと思う/この事業を進めて行くにあたり, 家族の了解が 必要となるため, 同意を得るにあたりスムーズに展開しないことが多々あ る/家族が同意していれば支援チーム介入の必要性は少ない
		不明瞭な支援 チーム介入条件 (08)	介入するケースと介入しないケースの差が包括としてわからない/支援 チームに相談する時にチェックシートなど, どういった状況で支援チー ムの介入ができるのか判断材料が欲しい/困難な受理条件をつけることはや めて欲しい
支援機能	チーム医の かわり	医師の訪問不足 (05)	医師も同行訪問して欲しい/医師もチーム員の一人として現場を見て欲し い/受診拒否の強い方に医師が訪問して判断できるといい/チーム医が訪問 して, 診察や入院につなげられる医師や体制にして欲しい/チーム医の訪 問についてできるように検討して欲しい
	チーム員の 専門性	チーム員の スキル (10)	チーム員のスキルアップが必要/相談対応スキルを上げて欲しい/本人のア セスメント力, 家族調整力, チームアプローチのスキルを身に付けて欲し い/本人や家族と信頼関係を構築できるようなスキルは持って欲しい/支援 チームとして関わる専門職等のレベル合わせが必要/医療機関に委託して おり, 支援チームのメンバーが医療機関の看護師等なので地域に出るの訪 問自体に慣れておらず, 面談のスキル・能力も未熟である点
		専門性を問う 人員配置 (11)	専門職として相談できるような人員配置をして欲しい/専門性の高いス タッフの配置や応援が得られる体制整備/支援チームの配置人数を (兼務 で良いので) 増やして緊急対応できる体制にして欲しい
活用体制	協働支援 関係	行政と認知症支 援者の協働不足 (09)	行政 (担当課) が方針を示して欲しい/行政が丸投げせず, 支援チームの あり方について委託先としっかり協働して欲しい/行政が主体になってお らず包括が調整役となっている
		支援チームと 医療機関との 関わり (03)	支援チームと医療機関との連携がさらに強くなって欲しい/支援チームの 立場としてもっと他の医療機関との関係を深めて欲しい/医療機関 (専門 病院) へのつなぎルートを持ってもらいたい/かかりつけ医や認知症患者 医療センターとの連携
		包括センターと 支援チームの情 報共有不足 (12)	情報提供した後の動きがよくわからず, どうなっているのかわからない/ 情報の共有がなく実態がわからない/相談したケースについてのフィード バック, 支援の間の情報共有が不足/情報交換・情報共有を密に行えら れ, 今以上に効果が出るのではないかと思います
	事業の周知	地域住民やケア マネへの周知 不足 (02)	支援チーム活用について, 研修や学習会など地域のケアマネや包括へもっ と周知して欲しい/地域・学校・保育園等への働きかけをもっとやって欲 しい/区の職員, 包括, ケアマネ以外の方々がケースの発掘をし, 支援 チームへつないでいく方法や, 周知について課題となっている

表 3 併設包括センターの支援チーム運営の課題

大カテゴリ	中カテゴリ	要約名 (グループ番号)	原文 (一部)
運営の 仕組み	支援対象者 要件	限定的な支援対 象者 (01)	認知症だけでなく精神疾患への対応をお願いしたい/認知症だけでなく精神疾患の人、発達障害の人等にも対応助言が必要なケースもある/認知症に限らず、引きこもり、精神疾患の方についての事例や「8050」の50の方に対応するような相談ができれば良いと思います
	運営ルール	労力と時間を 要す手続き (04)	支援チーム対象者の把握から、訪問・会議の開催と、それまでの日程の調整に時間(日数)がかかってしまう現状がある/業務があり、訪問までに少し時間がかかること/この事業のため有する事務作業(会議の準備、資料を整える、毎月の会議・年に1度の全体会議(チーム医12名を集めた報告会、年に1度の検討委員会など))の時間を実際の支援に当てれる方が、よほど支援が充実すると思います/当市では、支援チームを立ち上げる前に必ず地域ケア会議を開催し、支援チームの立ち上げなのか、その他の方法が良いのかを協議するよう義務付けられているので、手間と時間がかかっているのが現状です
		雑務の多い チーム員業務 (07)	必要とされる(準備しなければならない)書類が多く、始まるまでに時間がかかる/必要であると理解しているが、帳票類が多く、他の業務との中でかなり煩雑と感じる/支援チーム利用に申請書類があるが、「印」をもらうことは必要であろうかと考える/チーム員会議において作成資料の種類が多く、負担に感じられるため/チーム医やチーム員会議、資料作成など縛りが多い/必要な書類が多く、作成に時間がかかる
支援機能	チーム医の かかわり	医師の訪問不足 (09)	医師の訪問/私たちの望みは、精神科の医師が自宅に訪問することができるシステムが欲しいです/受診を拒否する方が多いので、支援チームの医師に訪問診療をお願いしたい/医師の訪問診療があれば、もっと支援チーム活動がスムーズ/医師が忙しくアウトリーチ等の時間がつくりにくい
	医療との 連携	医療機能の 必要性 (03)	医療機関(専門性のある)に設置して欲しい/医療機関でチーム員を担っていただけるような仕組みができればよい(専門医のいる)/精神科など医療機関に支援チームを置き、早期に受診につなげ、認知症や精神疾患の見極めができると良い/認知症疾患医療センターなど医療機関に設置された支援チームと一緒に活動できるような体制があればいいと思う/本市内には、専門職(医)のサポート医がいないので、医療機関へのつなぎの判断が難しい
		医療との連携 不足 (05)	かかりつけ医との連携体制の構築(家族の相談も含む)/町内でサポート医による往診、かかりつけ医との連携が取れていないこと/内地の専門診の医師ともっと密に連携がとれる環境だと相談しやすく良いと思う/チーム員の構成、薬剤師やその他の専門職を必要時、協力いただける体制づくりができると良い
運営体制	チーム員の 役割認識	支援チームとし て活動する意義 (02)	包括で以前から担ってきた役割なので、新たに支援チームをつくらなくても対応できています/包括に設置されているため包括の活動として認知症の方に対応しているため、あえて支援チームとして活動する必要性を感じていない/支援チームとして活動することで、対応に時間がかかり問題ケースや早期対応が必要なケースの場合、必要性が感じられない
		包括業務と チーム員業務の 類似性 (08)	包括職員がそのままチーム員を兼務しているので、線引きが難しい/チーム員=包括職員で支援する内容が大きく変わらない/チーム員は専任ではないため、他の包括業務もあり負担が大きくなっている/包括の業務と支援チーム業務とのすみ分けが難しい/包括内に支援チームを設置しているため、包括としての支援と初期支援として介入すべき事例(課題)の線引きが難しい
	人材不足	専門医の不足 (06)	地理的に専門医が遠く、受診につながりにくい/チーム医が精神科等の専門医がよい/町内に専門医がいらないため近隣市町村の専門医が積極的に介入できる環境整備を行って欲しい/精神科受診へつなぐのは困難で、時間がかかっている現状がある(予約が取れない、本人・家族が望まないなど)

支援チーム対応事例の48.5%が困難事例に該当し、「支援チームの役割は、困難ケースを中心に対応することも含めて各市町村により柔軟に検討されるべき」¹⁴⁾と報告され、支援チームの役割を見直す時期にきていると言える。

第二は、支援チームの活用・運営ルールに関してである。活用ルールは兒崎⁶⁾と一致するが、運営ルールは包括センターを対象とした本研究で初めて明らかになった。認知症の受診援助は、一般的な身体疾患などの受診と比べ困難¹⁵⁾であり、受診を了

承しても気持ちの変化により受診を断念することもある¹⁶⁾。しかし、現在のルールでは、最初の相談受理からチーム員会議の開催まで¹⁷⁾一定のプロセスを踏まなければならない時間を要している。とくに、単独包括センターには、支援チームによる支援の同意を本人や家族から貰い、事前に申請書を提出しなければ支援チームへ気軽に相談さえもできない市町村がある。このような市町村独自ルールがあると支援チームにつなぐ前の段階に労力を要することになる。支援チームへつなぐことに労力をかけるのではなく、支援対象者への直接的支援に力を注ぐ方が得策であろう。よって、事前同意のあり方や書類の簡素化を図ることは急務であり、これら煩雑なルールを改善する必要がある。

2) 支援チームの支援機能向上

単独・併設包括センターから【支援機能】の〈チーム医の関わり〉が抽出された。久松⁹⁾も医師の関与が不十分であると報告しており、8割強の医師が全く訪問していない¹⁸⁾。この背景には、限られた予算のなかで多数の専門職を専従職員として雇用することや人員・人材確保が困難なこと¹⁷⁾などが考えられ、チーム医が容易に居宅訪問できない環境にあると推察する。だが、包括センターが支援チームに依頼したいのは病院受診を拒む困難事例であり、「医師による受診提案は専門医への受診の必要性を本人が受け入れやすい」¹⁶⁾のであれば、チーム医が居宅訪問に同行できることが望ましい。しかし、人員配置などは解決困難であるため¹⁷⁾ ICT活用など居宅同行訪問に近い環境をつくり、直接医師の説明が支援対象者などに届く取組みが必要である。

単独包括センターからは〈チーム員の専門性〉が抽出された。猿橋¹⁹⁾も医療や看護など専門的知識の必要性を指摘しているが、本研究では『本人や家族と信頼関係を構築できるスキルは持って欲しい』などの記述から、対人援助技術も求められていると言えよう。既述のとおり、支援チームには困難事例の対応が期待されており、加えて初期集中支援の期間が最長で6か月²⁾と極めて短いため、高度な対人援助技術が求められると推考する。

併設包括センターからは〈医療との連携〉が抽出され、中でも「医療との連携不足」は先行研究に一致した^{9,17,18)}。「医療機能の必要性」では、支援チームが専門医療機関に設置されている場合、「診断装置が整い、受診当日に画像診断の結果を踏まえて、総合的な意見」²⁰⁾から、認知症や今後の見通しに関する具体的な説明を家族に行え、家族の理解や家族の安心感につながる²¹⁾。包括センターにはこのよう

な機能がないため、「医療機能の必要性」を感じやすく、この課題の解決には「医療との連携不足」を解消させることが必要である。

3) 認知症支援の支援体制

単独包括センターからは、〈協働支援関係〉〈事業の周知〉が抽出された。〈協働支援関係〉の「行政と認知症支援者間の協働不足」には、一定期間ごとに行行政機関も含めた関係団体が顔を合わせて、認知症事業について検討することが有効である²²⁾。この役割を果たせるのは、チーム員研修テキスト²⁾からも運用者である市町村に他ならない。「支援チームと医療機関との関わり」は、先行研究にも見られた^{17,18)}。「包括センターと支援チームの情報共有不足」は、先行研究や併設包括センターからは挙げられず、予想に反する結果であった。他機関との連携体制には、支援チームとの顔の見える関係が構築されていることや支援チームと包括センター間の役割が明確にされていることが重要とされている¹⁸⁾。また、児崎⁶⁾も活用者・運営者・運用者が一堂に会した協議の必要性を述べている。〈事業の周知〉は、チーム設立前から行政を中心に必ず行っておく活動¹²⁾とされているが、適時適切に本事業を必要とする人が必要な情報を入手できるよう啓発活動は継続すべきである。

併設包括センターからは、〈チーム員の役割認識〉〈人材不足〉が抽出された。〈チーム員の役割認識〉の「包括業務とチーム員業務の類似性」は、先行研究においても報告されている^{8,9)}。「支援チームとして活動する意義」は、『チーム員＝包括職員で支援する内容が大きく変わらない』などの記述から、支援チームの仕組みや支援機能による影響を受けていると考えられる。チームに即したマニュアル化された行動指針を作成¹⁸⁾し、〈チーム医のかかわり〉など支援チーム独自の支援機能が働けば、包括センターと支援チームの役割が明確になり、これらの課題は軽減されよう。市町村には、さまざまな事業が有機的に展開されているのかをチェックする役割と、地域でのさまざまな施策が包括的に効率よく動かせる体制づくりを担う役割がある²²⁾。そのため行動指針の作成は、運用者中心で全認知症支援関係者と行い、その作成過程を利用し、支援者間で顔の見える関係づくりが推進できるとよい。〈人材不足〉はサポート医不足を指摘する鷺見¹²⁾に一致する。

3. 本研究の限界と課題

本研究の限界として、第一に、市町村の人口規模や高齢化率、支援チーム設置機関などと、課題発生の関連性までは明らかにできなかった。認知症支援は地域の実情に応じた取組みがなされるものであ

り²²⁾、本研究で明らかになった課題や活用促進案がすべての市町村に適合するとは限らない。第二に、調査期間が新型コロナウイルス感染症による行動制限を強いられていた期間にあることだ。自由記述には感染症に関する文が6文(出現率1.02%)あった。しかし感染症法令上の位置づけが5類感染症に移行したため、課題の内容も変化している可能性があり、引続き調査を継続していく必要がある。

一方、他にはない独自性として、本研究は支援チームの活用者である包括センターの課題を明らかにした点である。先行研究では、支援チームの運営者である包括センターの課題に留まっていたが、今回、活用者と運営者に分け包括センターの課題を比較したことで課題の優先順位が明確になったことは評価できる。今後も認知症支援の推進を図るため、運用者や運営者、活用者や利用者などそれぞれの視座から効果や課題を包括的に検証することが重要である。

V 結 語

本調査から包括センターの多くは、支援チームを頻繁に活用してはいない現状にあることが示唆された。また、支援チームの課題は、単独・併設包括センターの対比から「支援チームの仕組み」や「支援機能」に共通課題を確認した。よって、対象者把握が最も多い機関は包括センターであるため⁴⁾、共通課題の解消に着手することが肝要である。

以上のことから支援チームの活用促進を図るには、第一に、支援チームに関するルールの簡素化や支援対象者要件の緩和など運営・活用者双方の立場で仕組みを見直すこと。第二に、認知症支援体制について、運用者である市町村を中心に認知症支援者全員で定期・継続的に協議することが必要である。

本研究にあたり、調査にご協力いただきました地域包括支援センター管理者の皆さまに心より感謝申し上げます。また開示すべき COI 状態はありません。

(受付 2024. 3. 5)
(採用 2024.11. 8)
(J-STAGE 早期公開 2025. 2. 4)

文 献

- 1) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)―認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて―改訂版. 2017. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf (2024年10月12日アクセス可能).
- 2) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター. 2020

- 年度 認知症初期集中支援チーム員研修テキスト 第2版. 2020. <https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/kenshu/documents/20210128.pdf> (2024年10月12日アクセス可能).
- 3) 延 育子. 認知症施策推進戦略(新オレンジプラン)の現状と展望 認知症初期集中支援チームの現状. 日本認知症ケア学会誌 2016; 15: 426-432.
- 4) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター. 認知症初期集中支援チームのあり方と効果的な活動に関する調査研究事業 報告書. 2022. <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R3-4Report.pdf> (2023年9月5日アクセス可能).
- 5) 松浦篤子. 初期集中支援を通じた地域連携―作業療法士の立場から―. 神経治療 2017; 34: 302-306.
- 6) 兒崎友美. 認知症初期集中支援チームの活用実態と課題 居宅介護支援事業所の視座から. 最新社会福祉学研究 2023; 18: 11-23.
- 7) 金田一京助. 新明解 国語辞典. 第四版. 東京: 三省堂. 1996; 230, 1362.
- 8) 栗田主一. 認知症との共生の鍵となる取り組みの最前線 2. 認知症初期集中支援チームと地域包括支援センター コーディネーションとネットワークという観点から. 日本老年医学会雑誌 2020; 57: 22-27.
- 9) 久松信夫. 認知症初期集中支援チームのソーシャルワーカーからみた現状と課題. 桜美林論考自然科学・総合科学研究 2018; 9: 47-56.
- 10) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析 内容分析の継承と発展を目指して. 第2版. 東京: ナカニシヤ出版. 2021; 1-184.
- 11) 厚生労働省. 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/001061147.pdf> (2024年6月2日アクセス可能).
- 12) 鷺見幸彦. 第5章各論3 認知症のケア 3 認知症初期集中支援チーム. 2019. <https://www.tyojyu.or.jp/kankoubutsu/gyoseki/pdf/h30-5-3.pdf> (2024年10月12日アクセス可能).
- 13) 隅田好美, 黒田研二, 水上 然. 地域包括支援センターにおける認知症の人と家族の支援およびその関連要因. 社会福祉学 2016; 57: 125-137.
- 14) 日本総合研究所. 令和4年度老人保健事業推進費等助成金 老人保健健康増進等事業 認知症初期集中支援推進事業のあり方に関する調査研究報告書. 2023. https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/2304_mhlwkrouken_report8.pdf (2024年3月29日アクセス可能).
- 15) 杉山 京, 三上 舞, 中尾竜二, 他. 地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢

- 者の受診に対する援助困難感の構造に関する検討. 社会医学研究 2016; 33: 49–58.
- 16) 杉山 京, 広瀬美千代, 竹本与志人. 地域包括支援センター専門職による認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践. 社会医学研究 2017; 34: 69–84.
- 17) 前田 潔, 梶田博之. 認知症初期集中支援チーム: 神戸市における活動の現状と今後の課題—活動1年目と2年目の比較—. 老年精神医学雑誌 2015; 26: 1131–1136.
- 18) 小玉鮎人, 浅野真理子, 奥田佑道, 他. 秋田県における認知症初期集中支援チームの効率的な事業推進に向けた検討. 日本老年医学会雑誌 2021; 58: 266–271.
- 19) 猿橋真由美. 敦賀市の認知症への取組みと明らかに
なった3つの課題. COMMUNITY CARE 2015; 17: 56–59.
- 20) 北村育子, 永田千鶴, 松本佳代, 他. 認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察. 日本福祉大学社会福祉論集 2014; 130: 191–208.
- 21) 永田千鶴, 松本佳代, 北村育子, 他. 認知症疾患医療センターが担う在宅支援—独自の支援と地域包括支援センターと連携による支援内容の分析—. 山口医学 2015; 64: 183–189.
- 22) 中西亜紀. 認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割. 老年精神医学雑誌 2015; 26: 1106–1113.
-

Examining the perspective of community general support centers and promoting the use of early stage dementia-intensive support teams: Comparing institutions with and without support teams

Yumi KOZAKI*

Key words : support for dementia, community general support center, issues with use, promoting use

Objectives Although numerous studies have explored early stage dementia-intensive support teams, focusing on their effectiveness and associated challenges, there is insufficient research on community comprehensive support centers that use support teams.

Thus, we focused on community comprehensive support centers from the perspectives of their operators and users, examined the actualities and challenges of support team use, and considered ways to encourage such use.

Methods A questionnaire survey was mailed to 2,000 community general support centers selected through evenly-spaced sampling from 5,625 centers in Japan. The survey was conducted from November to December 2022. The survey included basic attributes (institution and presence of a support team), number of times a support team was used, actual number of users, and issues with support team use. For the analysis, we defined centers with and without support teams as “operators” and “users,” respectively, and analyzed each group. The participants’ demographic details and data related to the frequency of use of support teams were tabulated. Text mining was used to analyze free-field responses.

Results A total of 773 responses were received (response rate; 38.8%). Among the respondents, 313 (41.5%) had support teams and 441 (58.4%) did not. The support team use rate was 86.6% for the former and 79.4% for the latter. In 2021, most respondents noted that approximately “1–5 individuals” used support teams, regardless of whether the support center had one.

Challenges with support team use identified by centers without support teams were as follows; requirements of support recipients and rules for use under “mechanisms of use,” involvement of team doctors and expertise of team members under “support functions,” and collaborative support relationship and dissemination of project information under “system for use.” Support centers with support teams identified the following challenges; requirements of support recipients and management rules under “management mechanisms,” involvement of team doctors and healthcare collaboration under “support functions,” and team members role awareness and staff shortage under “management system.”

Conclusion Many comprehensive centers infrequently used support teams. To promote support team use, the system must be reviewed from the operator and user perspectives to simplify the support team system’s rules and ease the requirements for support recipients. Moreover, all dementia supporters must engage in regular and ongoing discussions about the dementia support system, focusing on the municipal responsibility for system operation.

* Kyushu University of Medical Science