

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—

兒崎 友美

The actual state of utilization and issues faced by the initial-phase intensive
support teams for dementia
—From the perspective of in-home care support office—

Yumi Kozaki

要 旨

本研究の目的は、居宅介護支援事業所による認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）の活用実態と課題を明らかにすることである。A県の居宅介護支援事業所管理者を対象に質問紙郵送調査を実施し、105票（回収率47.9%）を回収した。活用実態は、支援チームの行政説明が「設置時のみ」と「説明なし」で80.8%に上り十分な説明を受けておらず、活用手順の理解や支援チーム員との面識は50%以下であった。活用率は24.0%であった。主な活用理由は【困難ケースの対応】であった。活用課題は、【情報不足】【協働支援関係形成の不足】【人員・対面支援環境の整備不足】【活用システムによる弊害】【依頼時の煩わしさ】【ケアチームの機能不全】【スキル不足】【アフターケア・結果評価の不足】があり、活用プロセス特有のものや依頼ケースの特性によるものがある。支援チームを機能させるには、活用者・運営者・運用者の協働支援体制が必要であることが示唆された。

Abstract

This study reveals the actual state of utilization and issues faced by the initial-phase intensive support teams for dementia in in-home care support office. A mailed questionnaire survey targeting managers of in-home care support office in Prefecture A was conducted, and 105 responses were collected. The results revealed that up to 80.8% did not receive sufficient explanation regarding the state of utilization, with the administration's explanation being “only at the time of establishment” and “no explanation.” Less than 50% of the respondents understood the procedures for using the system or were acquainted with support team members. The utilization rate was 24.0%. The main reason for utilization was “to handle difficult cases.” Utilization issues included “insufficient information,” “insufficient formation of collaborative support,” “insufficient preparation of staff and inadequate face-to-face support,” “harmful effects of the utilization system,” “inconvenience during the request,” “functional incompetence of the care team,” “lack of skills,” and “lack of aftercare/result evaluation.” Some of these were unique to the utilization process while some were due to the attributes of the requested cases. The study suggests that a cooperative support system of utilizers, administrators, and governments is necessary to make the support teams function effectively.

キーワード: 認知症初期集中支援チーム, 居宅介護支援事業所, 活用課題, 活用プロセス, 活用実態
 Keywords: Initial-phase intensive support teams, in-home care office, utilization issues, utilization process, actual state of utilization

I. 背景と目的

高齢社会白書(令和4年版)によると, 2021(令和3)年10月1日現在, わが国の65歳以上の高齢者人口は3,621万人で, 高齢化率は28.9%となった。国は団塊の世代が後期高齢者となる2025(令和7)年を見据え, 認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進するため2015(平成27)年に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を策定した(厚生労働省:2017)。このプランの中で「早期発見・早期対応のための体制整備」の一環として「認知症初期集中支援チーム(以下, 支援チーム)」を創設している。

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およ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(約6か月)に行い, 自立生活のサポートを行うチームをいう(前田2016:85)。

支援チームの設置機関は, 市町村で異なり, 設置主体である市町村はもとより, 委託先となる地域包括支援センター(以下, 包括)や認知症疾患医療センター等多岐に渡る。

そこで本研究での視座を明確にするため認知症初期

集中支援にかかる主な支援者等の支援構造を作図した(図1)。まず, 運用者は, 支援チームの実施主体となる市町村である。次に運営者は, 初期集中支援を提供する支援チームである。そして, 活用者は, 支援チームの初期集中支援機能を活用して課題解決を図りたい支援依頼者である。本研究では主に居宅介護支援事業所(以下, 居宅)や支援チームを設置していない包括等を指している。最後に, 利用者は, 支援チームによる初期集中支援を受ける認知症の本人や家族である。

支援チームは, 2018年度からすべての市町村に配置されているが, 市町村によって活動実態はさまざまである。国立長寿医療研究センターの「認知症初期集中支援チームにおける効果的な活動に関する調査研究事業報告書」(2021)によると, 対象者把握の経路は「家族」や「介護支援専門員」等が多く, 支援チームが設置されている機関によっては「困難事例」を取扱う割合に3~5割の差が生じている。活動メリットとしては, 包括に設置された支援チームでは「対象者のかかりつけ医やケアマネジャーとの連携が取りやすい, 相談から対象者の選定がスムーズ」が挙がり, 医療機関に設置された支援チームでは「鑑別診断に繋げやすい, 介護サービスの利用継続支援が行いやすい」等と報告されている。

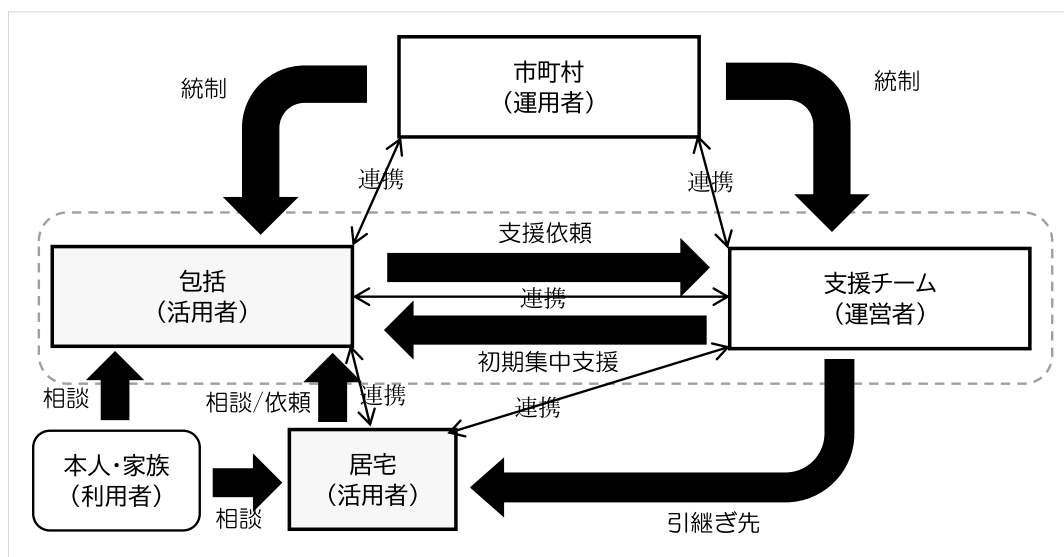


図1. 認知症初期集中支援の支援構造

先行研究においては、支援チームの効果として鷺見(2015)や延(2016)らが介護サービスに繋がりがやすいことや支援チーム介入後も対象者は在宅生活を継続していると報告している。また、山口ら(2015)は支援チーム介入による認知症家族介護者の介護負担軽減を報告している。一方で、課題としては猿橋(2015)や小玉(2021)らが対象者早期発見のシステムが未整備であること、山口ら(2015)や栗田(2020)が困難事例の対応が多いこと等を挙げている。しかし、これらの報告は運営者側からの報告であり、活用者による報告は見当たらない。

そこで本稿は、支援チームを効果的に機能させるために支援チームの活用者である居宅の支援チームの活用実態と活用課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査対象と調査方法

A県のホームページに掲載されていた居宅全436件から等間隔抽出法で抽出した219カ所の管理者を対象に、質問紙郵送調査を実施した。調査期間は、2022(令和4)年2月9日から3月10日である。

2. 調査内容

調査内容は、居宅の基本属性(3項目)、支援チーム活用の実際(6項目)で構成した(表1)。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

調査データを単純集計し、対象者の基本属性と支援チーム活用に関する各項目の記述統計量を算出した。統計解析を行う際にはIBM SPSS Statistics ver28を使用し、統計的有意水準は0.05未満とした。「支援チーム活用の有無」と「運用者による支援チームの説明頻度」についてはクロス集計を行い、Pearsonのカイ2乗検定と残差分析、相関分析を行った。残差分析では、両側検定を用い、調整済み残差が $|r|>2.58$ の場合は $p<0.01$ 、 $|r|>1.96$ の場

合は $p<0.05$ を検定の限界値として使用した。

自由記述については、山浦(2012)の「質的統合法」を参考にカードワークを行った。まず、全ての自由記述を丁寧に読み込み、分析テーマである「支援チーム活用の妨げになっていること」に関する1つの文脈を抜き取り、ラベル作りを行った。その際、ラベルデータの出所がわかるように番号をつけた。次に、全てのラベルをランダムに広げ、それらのラベルを何回も読みながら、似ている内容のラベルでグループを作った。さらに、グループ内の複数のラベルの内容を一文にまとめ、表札を作り小カテゴリとした。さらにそれぞれの小カテゴリを支援チーム活用プロセスに応じながら分類し、類似した小カテゴリでグループを作った。その後、抽象度を上げながら大カテゴリを抽出した。結果の記述にあたっては、大カテゴリを【 】, 小カテゴリを[], セグメントを「 」で示す。なお、分析は結果の信頼性と妥当性を高めるためコーディングに熟知した研究者による指導を受けて実施した。

4. 倫理的配慮

調査対象者には、書面により調査目的、調査方法、個人情報保護等について記載し、研究への協力を求めた。また、調査協力は任意であること、情報の取り扱い方、プライバシーに対する配慮等を明記した。調査票回答をもって調査協力について同意を得られたものとみなした。調査は、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:22-006)。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本属性

105件より回答が得られ(回収率47.9%)、回答に欠損値のみられた1件を除く104件(有効回答率47.5%)を調査対象とした。運営主体、介護支援専門員(以下、ケアマネ)数、2021年12月にサービス利用のあったケアプラン件数を表2に示した。最も多い運営主体は、「営利

表1. 居宅介護支援事業所への調査項目

質問区分	質問項目
基本属性 (3項目)	1. 設置主体
	2. 介護支援専門員数(主任介護支援専門員を含む)
	3. ケアプラン件数(2021年12月サービス利用分)
支援チーム活用の実際 (6項目)	4. 支援チームに関する認識(2件法)
	5. 認知症支援困難感を感じるケース(2件法)
	6. 支援チーム活用の有無(2件法)
	7. 支援チーム活用・非活用理由(自由記述)
	8. 運用者による支援チームの説明頻度(3件法)
	9. 支援チーム活用の課題(2件法・自由記述)

法人(会社等)」の46件(44.2%)であった。ケアマネ数は、「3人超」が33件(31.7%)と最も多いが、「1人以下」と「2人以下」を合計すると全体の49.0%を占めていた。2021年12月のサービス利用のあったケアプラン件数は「50～99件」が37件(35.6%)と最も多かった。

2. 支援チーム活用実件数

支援チームの「活用あり」は25件(24.0%)、「活用なし」は79件(76.0%)であった。支援チーム活用実件数25件のうち、15件が1ケース(60.0%)、7件が2ケース(28.0%)、1件が5ケース(4.0%)、活用ケース数の記入無しが2件(8.0%)であった。

3. 運用者による支援チーム説明の頻度と支援チーム活用実態

運用者による支援チーム説明の頻度は、「定期的にある」が20件(19.2%)で、そのうち「活用あり」が9件(8.7%)、「活用なし」が11件(10.6%)であった。「支援チーム設置時のみ」は40件(38.5%)で、そのうち「活用あり」が11件(10.6%)、「活用なし」が29件(27.9%)であった。「説明がない」は44件(42.3%)で、そのうち「活用あり」が5件(4.8%)、「活用なし」が39件(37.5%)であった。A県の支援チーム設置年は2015年10月から2018年4月であることから、80.8%の居宅が3年以上は

説明を受けていない。

4. 運用者による支援チーム説明の頻度と支援チーム活用有無の関連性

運用者による支援チームの説明頻度と支援チーム活用の有無との関係についてカイ二乗検定を行った結果、 $\chi^2=8.946$, $p=0.014$ で関連がみられた($p<0.05$)。また、残差分析により、運用者説明の頻度は、支援チームの活用有無に有意な差がみられた。運用者説明が定期的にある方が支援チームの活用の傾向が強いことが明らかになった(表3)。さらに、両者について相関分析を行った結果、Pearsonの相関係数 $r=0.293$ ($p<0.01$)で有意となり、弱い正の相関があった。

5. 支援チームに関する認識

支援チームに関する認識について、①支援チームの名称把握、②管轄する支援チームの設置場所(機関)の把握、③チーム員との直接的な面識の有無、④役割(業務内容)の把握、⑤対象者要件の把握、⑥活用手順の把握を調査した。2件法で回答を求め回答に欠損値のみられた2件を除く102件を調査対象とした。結果、「支援チームの名称把握」は90件(88.2%)、「管轄する支援チームの設置場所(機関)の把握」は77件(75.5%)、「役

表2. 調査対象者の基本属性

項目	カテゴリ	全体 (n=104)	
		n	%
運営主体	社会福祉法人	38	36.5
	医療法人	14	13.5
	社団・財団法人	2	1.9
	協働組合	0	0.0
	営利法人(会社等)	46	44.2
	NPO法人	2	1.9
	その他	2	1.9
介護支援専門員数 (ケアマネ数)	1人以下	23	22.1
	2人以下	28	26.9
	3人以下	20	19.2
	3人超	33	31.7
ケアプラン件数 (2021年12月サービス利用分)	29件以下	17	16.3
	30～49件	17	16.3
	50～99件	37	35.6
	100～149件	24	23.1
	150件以上	9	8.7

表3. 運用者による支援チーム説明の頻度と支援チーム活用有無の関連性

		運用者による支援チーム説明の頻度		
		定期的にある (n=20)	支援チーム設置時のみ (n=40)	説明がない (n=44)
支援チーム活用の有無	度数(%)	9 (45.0%)	11 (27.5%)	5 (11.4%)
	調整済残差	2.4*	0.7	-2.6**
支援チーム活用なし	度数(%)	11 (55.0%)	29 (72.5%)	39 (88.6%)
	調整済残差	-2.4*	-0.7	2.6**

** : $p<0.01$, * : $p<0.05$

割(業務内容)の把握」は71件(69.6%),「対象者要件の把握」は55件(53.9%),「活用手順の把握」は49件(48.0%),「チーム員との直接的な面識の有無」は46件(45.1%)であった。

6. 認知症支援困難感のあるケースの有無

支援チームの対象者要件を参考に、①認知症疾患の臨床診断を受けていないケース、②継続的な医療サービスを受けていないケース、③適切な介護サービスに結びつかないケース、④介護サービスが中断しているケース、⑤医療または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ケース(以下、行動・心理症状が顕著なケース)、⑥若年性認知症の方で①～⑤のいずれかの項目に該当するケース、の有無を2件法で調査した。結果、「適切な介護サービスに結びつかないケース」が65件(62.5%),「行動・心理症状が顕著なケース」が59件(56.7%),「認知症疾患の臨床診断を受けていないケース」が45件(43.3%),「介護サービスが中断しているケース」が36件(34.6%),「継続的な医療サービスを受けていないケース」が33件(31.7%),「若年性認知症の方で①～⑤のいずれかの

項目に該当するケース」が9件(8.7%)であった。③と⑤のケースを抱えている居宅が50%以上あった。また、どの項目にも該当しない居宅は、18件(17.3%)であった。

7. 支援チームを活用した理由・活用しなかった理由

支援チーム活用をした理由・活用しなかった理由については、65件(回答率62.5%)より回答を得られ、全体で80セグメント、17の小カテゴリ、10の大カテゴリが抽出された。調査時点で支援チーム設置年数は最低3年以上経過しており、十分に支援チームを活用する機会があったと推察できる。そこで、支援チームを活用した居宅と活用しなかった居宅の差を明白にするため「活用した」と「活用しなかった」に分け分類した。

1) 活用した理由

活用した理由では、[周囲に迷惑をかけているケース][家族の協力を得られないケース][虐待ケース][専門医受診につながらないケース][介護サービスにつながらないケース][包括からの依頼][包括からの勧め]の7の小カテゴリから、【困難ケースの対応】【サービスにつながらない】【包括からの依頼】【包括からの勧め】の4の大カテゴリが生成された(表4)。

表4. 支援チームを活用した理由

【大カテゴリ】	【小カテゴリ】	「セグメント (一部抜粋)」
困難ケースの対応	周囲に迷惑をかけているケース (8)	夫を担当しているが、妻が家族や地域に迷惑をかけているため/周辺症状が困難事例で家族も精神的負担が大きい/妻に対しての暴言やサービス利用拒否によって/夫婦で認知症を患っていたが家族の支援を嫌がり、受診もされず病状の悪化が見られ(中略)利用者の対応に苦慮した/独居で(中略)施設入所が妥当と思われるが本人が受け入れず、サービスも拒否傾向であった/訪問が困難なケース/いろいろ対応してきたがこれからどういう方法を取ったら落ち着かれるのか苦慮/今以上に認知症が進行した場合の対応がうまくできない
	家族の協力を得られないケース (6)	本人や家族が病気の理解ができない事で、サービスに結びつかず日常生活に大きな支障が生じていた/本人と実娘の関係が悪く専門科受診とサービス利用が必要ではないか?と活用相談に行った/家族の病気へ対する理解を得られなかった為/家族の理解が不足/同居家族が非協力的で支援に結びつきにくい状況だったため/独居の方で遠方に家族がいるケースで相談
	虐待ケース (2)	ネグレクト疑い(夫婦とも認知症)/本人手持ちのお金が数百円しかないことが増え、冷蔵庫の中にも食材が入っておらず(中略)長男に依頼をしたが改善されず認知症初期集中支援チームと福祉事務所(虐待対応)に相談
サービスにつながらない	専門医受診につながらないケース (5)	認知症診断が出ていないケースで車の運転に不安なケース/専門医への受診拒否/担当家族の認知症に気づき相談した方が良いと思って/アセスメントや家族との面談時、課題、問題点内容が支援ケースと判断した(受診しておらず明らかに認知症と分析)/認知症の診断のため受診に繋がらなかった
	介護サービスにつながらないケース (2)	支援(介護サービス)につながらない/サービス利用に結びつかない為、支援チームの話を聞いたので相談した
包括からの依頼	包括からの依頼 (4)	地域包括支援センターより引継ぎの際、会議に参加いただき引継ぎ支援に関わっていただいた/包括からの依頼ですすでに支援チームが介入していた/包括からの依頼で一緒に動いた/包括から紹介された際、既に支援チームを活用することで話が進んでいた
包括からの勧め	包括からの勧め (2)	包括からの提案で活用した/地域包括支援センターが支援チームに相談

【困難ケースの対応】では、担当利用者やその家族が「周囲に迷惑をかけているケース」や「本人や家族が病気の理解」ができなかったり「本人と実娘の関係」が悪い等と「家族の協力を得られないケース」、家族の対応状況から「虐待ケース」として活用した。【サービスにつながらない】では、認知症診断が出ておらず「専門医への受診拒否」があり「専門医受診につながらないケース」や、【介護サービスにつながらないケース】について活用した。【包括からの依頼】では、初期集中支援後の「引継ぎ支援」として【包括からの依頼】で活用した。【包括からの勧め】では、担当ケースについて包括に相談した結果【包括からの勧め】で活用した。

2) 活用しなかった理由

活用しなかった理由では、【包括らと自己解決できる】

【該当ケースがない】【活用方法がわからない】【対象者要件の認識違い】【存在を知らない】【チームのスキル不足】【包括を通さなければならぬ活用ルール】【活用すると時間がかかる】【支援チーム介入済】【支援チームの都合】の10の小カテゴリから、【必要ない】【情報・認識不足】【チームのスキル不足】【活用システムによる弊害】【支援チーム介入済】【支援チームの都合】の6の大カテゴリが生成された(表5)。

【必要ない】では、包括に相談すると「包括が直接動いてくれ」ることや「活用するまでもなくサービスでの対応で何とかなった」等【包括らと自己解決できる】。また、「支援チームの協力を仰がないと対応できないケース」はない等【該当ケースがない】。【情報・認識不足】では、居宅のケアマネには「活用方法・目的がわからない」者や「活

表5. 支援チームを活用しなかった理由

【大カテゴリ】	【小カテゴリ】	「セグメント（一部抜粋）」
必要ない	包括らと自己解決できる (9)	包括に相談しても支援チームに繋がることはなかった（包括が直接動いてくれた）/活用するまでもなくサービスでの対応で何とかなったため/相談する前に解決に至る/支援チームを利用せずに解決しました包括にて介護申請をかけ要介護となり依頼されるケースがほぼ/自分たちと包括でいたい対応できる/困難ケースにおいては包括に相談し、次なる支援へ繋ぐことができた/認知症地域支援推進員に相談したケースはあった/行政・包括へ相談、家族の意向も踏まえて支援チームへの依頼を検討することもあるが活用までには至っていない
	該当ケースがない (8)	支援チームの協力を仰がないと対応できないケースはありませんでした/該当する利用者がいなかった/活用しなければならないケースがない/支援チームに相談するに至るケースがなかった/認知症のケースで困ったことは発生していない/何らかの支援に繋がっているため/介護保険サービスを活用しているため活用したことがない/機会がなかった
情報・認識不足	活用方法がわからない (8)	活用方法・目的がわからない/活動内容や手順が分からないので活用しにくい/活用方法がわからない/相談手順がしっかり理解できていない/活用のタイミング（流れ）が分からず家族への説明も難しい/誰に言っていかわからない/支援チームの理解があまりない/活動状況・実態が不明
	対象要件の認識違い (5)	居宅支援に関わるまでが支援チームの役割と認識していた/認識違いをしていました/当該ケースではないと言われた/支援チームをテキストで目にしただけで、活用することができるとは思わなかった/適用外のケースが多かった
	存在を知らない (2)	支援チーム自体を知らない/支援チームの存在を知らない
チームのスキル不足	チームのスキル不足 (7)	過去の実績やメンバーを見て実効性に疑問を持った/特に何かが改善することもなく、変わることもなく、印象に残っていない/技量がなく全く役に立たないから/こちらから相談することがない（あまり当てにしていないところあり！）/あまり頼りにしたいと思わないチーム構成/あまり効果がない、内容が中途半端/最後まで責任を持って動いて欲しい
活用システムによる弊害	包括を通さなければならぬ活用ルール (3)	支援チームを活用するには包括を通さないといけない/認知症困難ケースを包括へ相談に行くが支援チームで等の話は全くでない/包括に相談したが全く対応してもらえなかった
	活用すると時間がかかる (3)	自分で対応した方が様々な面で早いと感じる/実際の業務上、支援チームまで連絡・連携を取る時間が取れない/支援して下さるまでに時間がかかる」と聞いた
支援チーム介入済	支援チーム介入済 (5)	支援チーム介入後、サービス利用が決定した時点で居宅に相談があるケースがほとんどのため/支援チームからの相談・支援から（中略）つながるケースの為/支援チームより居宅担当依頼が2件あった/すでに支援チームが動いていた/支援チームから（中略）当事業所への紹介ケースはあった
支援チームの都合	支援チームの都合 (1)	支援の依頼をしたが、多忙で対応できないとのこと

動内容や手順が分からない」者がおり、そもそも「活用方法がわからない」。また、「居宅支援が関わるまでが支援チームの役割と認識していた」り、「当該ケースではないと言われた」等「対象要件の認識違い」をしていた。さらに「支援チーム自体を知らない」とする支援チームの「存在を知らない」者もいた。【チームのスキル不足】では、「過去の実績やメンバーを見て実効性に疑問を持った」ことや「特に何かが改善することもなく、変わることもなく」支援が終了したことで支援「チームのスキル不足」を感じ活用しなかった。【活用システムによる弊害】では、支援チーム活用には「包括を通さなければならない活用ルール」があり、支援チームに支援依頼するよりも「自分で対応した方が様々な面で早いと感じる」ことや「実際の業務上、支援チームまで連絡・連携を取れる時間が取れない」等「活用すると時間がかかる」。【支援チーム介入済】では、「支援チーム介入後、サービス利用が決定した時点で」支援依頼を受けるため「支援チーム介入済」の状態に関わることがある。【支援チームの都合】では、「支援の依頼をしたが、多忙で対応できない」と断られ「支援チームの都合」で活用には至らなかった。

8. 支援チーム活用に関する課題

支援チーム活用に関する課題について自由記述を求めた結果、63件(回答率60.6%)より回答が得られ、全体で80セグメント、17の小カテゴリ、8の大カテゴリが抽出された。それを支援チーム活用プロセスの4つの段階に分け、それぞれの課題を分類した(表6)。

この支援チーム活用プロセスとは、延(2016)や武田(2017)の支援チームの主な業務の流れ(①地域への広報活動、②対象者の把握、③初回家庭訪問、④チーム員会議の開催、⑤初期集中支援の実施、⑥初期集中支援の終了、⑦引き継ぎ後のモニタリング)を参考に活用者の立場で区分したものである。「認知症支援体制整備の段階」とは、運用者が中心に地域への広報活動を行い、支援チーム活用に向けた準備段階である。「支援チームにつながるまでの段階」とは、ケアマネが対象者の支援依頼相談をし、支援チームと初回家庭訪問の日程調整をするまでの段階である。「支援チーム活用中の段階」とは、初回家庭訪問から支援チームによる引継ぎ後のモニタリングを受けるまでの段階である。「支援チーム活用終了後の段階」とは、支援チームによる引継ぎ後のモニタリングが終了した以降の段階である。

1) 認知症支援体制の基盤整備の段階

この段階では、「活用方法や活動内容がわからない」[情報を得る機会がない]「支援チームとの面識がない」[支援チーム員の人格・人間性への不満]「支援チームの人員が足りない」[コロナで稼働していない]「市町村独自の取り組みによる困難性」[直接、支援チームに相談できない活用ルール]の8の小カテゴリから【情報不足】【協働支援関係形成の不足】【人員・対面支援環境の整備不足】【活用システムによる弊害】の4の大カテゴリが抽出された。

【情報不足】では、居宅のケアマネは支援チーム活用に関して「どのような場合をお願いするか」「どこまで支援してくれるのか」等「活用方法や活動内容がわからない」。また、普段から支援チームに関して「当該ケースや手順を理解できるようにパンフレット等」が準備されておらず「説明会や研修会」等もないため支援チームに関する「情報を得る機会がない」。【協働支援関係形成の不足】では、居宅のケアマネから見た支援チーム員らは「特別な人たち?」と感じるほど「現場との距離感がある」存在で「支援チームとの面識がない」。そして、支援チームのメンバー構成について「とりあえず資格のある人を配置では対応は無理」であると「認知症の方を支援する人柄」を求め「支援チーム員の人格・人間性への不満」を抱くことがある。【人員・対面支援環境の整備不足】では、支援チーム員の動きから「十分な人員が確保できない」ため「支援チームの職員也多忙だと思う」等「支援チームの人員が足りない」ことを挙げていた。さらにコロナ禍で「面談等を実施することが困難」だが「リモートでの面談も導入できていない」ため「コロナで稼働していない」こともある。【活用システムによる弊害】では、「自治体によって取り組みが異なる点」があり、例えば、居宅と契約している者は担当ケアマネが支援をし、支援チームでは対応をしないというルールがあり「市町村独自の取り組みによる困難性」を感じることがある。また、居宅が支援チームを活用する際「包括を通じての支援要請で、直接機関へ連絡できず」「包括が間に入ることで正しく情報が伝わらないこと」もあり「直接、支援チームに相談できない活用ルール」に不便さを感じている。

2) 支援チームにつながるまでの段階

この段階では、「初動までの段取りに時間がかかる」[事前に支援の同意を得る難しさ]の2の小カテゴリから【依頼時の煩わしさ】の大カテゴリが抽出された。

【依頼時の煩わしさ】では、居宅のケアマネは支援チー

表6. 支援チーム活用に関する課題

活用段階	【大カテゴリ】	【小カテゴリ】	「セグメント（一部抜粋）」
認知症支援体制整備の段階	情報不足	活用方法や活動内容がわからない (33)	(支援チームに) 結びつける方法、どのような場合にお願いする等を知ることが必要/活用法がわからない/どこまで支援してくれるのか明確でない/直接ケアマネが相談することは可能なのか/活用手順が判らない職員が多く連絡できていない/情報も少なく活用方法もわからない/活用方法や今までのケースなど詳しく知りたい/システムがよく分からないので利用につながらない/どのタイミングで…/相談するタイミングが難しい/活用方法がわからない/利用しうまいケースを知りたい/支援チームについて周知されておらず存在や役割を知らないケアマネは多い/活用中、どこまでケアマネが関われば良いのか、どのような動きが必要かを知らなかった/支援チームの認知が不足している/どこまで頼っていいのか…/活動内容をもっと積極的に周知して欲しい/事例や活動の広報等を頻繁にすると良い/ケアマネに周知する必要がある/周知不足/周知が不足しすぎ/周知がない/周知がないので課題はよくわからない/支援チームの活動内容が周知されていない/地区の人に周知されていない/チームの存在をもっと広く知って頂くこと/支援チームが世間的に周知され、相談しやすい機関として明確にして欲しい/知らない人が多いので周知徹底/多くの人（利用者、家族も含めて）に知ってもらうこと/支援チームの活動・実績等をより市民へ啓発する必要がある/支援チームの活動をあまり知らない/誰もが知る広報が必要/活用の場が初期なので対象者はほとんど苦にならない人が多い
		情報を得る機会がない (3)	当該ケースや手順を理解できるようにパンフレット等が欲しい/説明会や研修会があるとよい/もっと周知する機会を増やす
	協働支援関係形成の不足	支援チームとの面識がない (4)	支援チームとの面識がない/特別な人たち？でなく、近所の人位の関係性が欲しい/ケースや議論が個人情報を含んでおりオープンになりにくい/ため、現場と距離感がある/顔の見える関係を作りたい
		支援チーム員の人格・人間性への不満 (3)	支援チームの人材が適切な人材かどうか（とりあえず資格のある人を配置では対応は無理）/メンバー構成（認知症の方を支援する人柄であって欲しい）/主体的に関わらない行政担当者が多くなっている
	人員・対面支援環境の整備不足	支援チームの人員が足りない (4)	十分な人員が確保できない/支援チームの職員も多忙だと思う/今後の後継者への不安・取り組み等/介護人材がいなく支援チームの次が見えてこない
		コロナで稼働していない (3)	コロナもあり、正直面談等を実施することが困難（リモートでの面談も導入できていないので環境を整える必要がある）/あまり稼働していない/コロナになってほとんど活動できていない/
	活用システムによる弊害	市町村独自の取り組みによる困難性 (3)	自治体によって取り組みが異なる点/居宅ケアマネがついている方はケアマネで対応を…という対応/市町村によって質のバラつきが大きい
		直接、支援チームに相談できない活用ルール (3)	包括を通じての支援要請で、直接機関へ連絡できず直ぐに対応することが不可能/包括が間に入ることで正しく情報が伝わらないことがある/各支援チームを直接活用することができない仕組みになっているため活用しづらい
支援チームにつながるまでの段階	依頼時の煩わしさ	初動までの段取りに時間がかかる (6)	支援が始まるまでに時間がかかる/介入方法や初動までの段取りに手間がかかる/時間の調整が難しい/迅速に対応して貰えると助かる/迅速に動くチームが作られると良い/緊急時の対応（日・祝日、17時以降の場合）
		事前に支援の同意を得る難しさ (2)	家族の認知症に対する理解がないと支援チームへつなげる前の段階で進まない/独居や高齢者世帯だと支援の同意を得るのは課題が大きい
支援チーム活用中の段階	ケアチームの機能不全	活用中の支援チームとのかわり方が分らない (5)	支援チーム活用中、利用者に対してどのような支援、関わり方をされているのか途中経過がわかりにくかったので、経過報告がもう少しあると良かった/相談を持っていったら関りはそこで終わってしまうことが多く、どう動いて、今の状態はどうなのかなど、せめて会議（サービス担当者会議）などに参加して共に協力支援していければいい/各機関での連携が図れているところ、図れていないところがある/連携しにくい/連携の方法
		チーム員医師の影響が強い (1)	支援チーム内の医師の意向や動きに左右されやすい
		活用による支援者数の増加 (1)	一度にたくさんの人が関わり、混乱してしまうのではないかと感じることもありました
	スキル不足	支援チームでも解決できないことがある (5)	解決に至らないことが多い/支援チームでも活動できない部分がある/支援チームの対応できる利用者を越えた時に早急な対応が難しい/介護する家族に余裕がなくケアチームでは限界があります/協力いただけないケースがある
支援チーム活用終了後の段階	アフターケア・結果評価の不足	知識不足 (1)	知識を深める必要がある
		活用終了後への不安 (2)	病院受診後のフォローがない、その後、支援チームがどのような関わりを持つのか疑問/支援チームが関わっている時期は手厚いが、その後は支援チームのような支援は難しい
		支援のふり返りの必要性 (1)	支援チームがその後のふり返しをして、居宅やサービス事業所からの課題を吸い上げて、今後の支援に生かして欲しい

ムに直接依頼ができず、担当包括を介して依頼するという活用ルール等もあり「支援が始まるまでに時間がかかる」ことや「手間がかかる」ため〔初動までの段取りに時間がかかる〕。さらに、「家族の認知症に対する理解がないと支援チームへつなげる前の段階まで進まない」ため「独居や高齢者世帯だと」と〔事前に支援の同意を得る難しさ〕がある。

3) 支援チーム活用中の段階

この段階では、〔活用中の支援チームとのかかわり方が分らない〕〔チーム員医師の影響が強い〕〔活用による支援者数の増加〕〔支援チームでも解決できないことがある〕〔知識不足〕の5の小カテゴリから【ケアチームの機能不全】〔スキル不足〕の2の大カテゴリが抽出された。

【ケアチームの機能不全】では、居宅のケアマネは「支援チーム活用中、利用者に対してどのような支援、関わり方をされているのか」経過報告がないため依頼後、「どう動いて、今の状態はどうか」把握できず「活用中の支援チームとのかかわり方が分らない」．一方で、支援チーム活用中は「支援チーム内の医師の意向や動きに左右されやすい」こともあり「チーム員医師の影響が強い」と感じることがある．さらに、支援チームを活用すると支援チーム員や担当包括の職員らの同行訪問があり「一度にたくさんの人が関わり、混乱してしまうのではないかと感じ」たことがあり、〔活用による支援者数の増加〕は利用者負担になることを挙げていた．【スキル不足】では、支援チームに支援依頼をしても「解決に至らないことが多い」と感じたり、「支援チームの対応できる利用者を越えた時に早急な対応が難しい」と感じることもあり〔支援チームでも解決できないことがある〕．そのため支援チームは「知識を深める必要がある」と「知識不足」を挙げていた．

4) 支援チーム活用終了後の段階

この段階では、〔活用終了後への不安〕〔支援のふり返りの必要性〕の2の小カテゴリから【アフターケア・結果評価の不足】の大カテゴリが抽出された。

【アフターケア・結果評価の不足】では、居宅のケアマネは支援チーム活用により専門医等への受診が出来た場合「病院受診後のフォローがない、支援チームがどのような関わりを持つのか疑問」を抱いたり、「支援チームが関わっている期間は手厚いが、その後は支援チームのような支援は難しい」と〔活用終了後への不安〕がみられた。また、支援チームへの今後の期待として「支援チームがその後のふり返しをして、居宅やサービス事業所からの課題を吸い上げて、今後の支援に生かして欲しい」と〔支援のふり返りの必要性〕を感じていた。

IV. 考察

本研究では、支援チーム活用者の視点から、支援チームの活用実態と課題について活用プロセスの段階を軸に分析を行った。抽出されたカテゴリを段階別に配置させ、他のカテゴリや他の段階と関連するものは矢印で結び、本研究のみに見られたカテゴリには色づけをした(図2)。

以下、支援チーム活用の実態、支援チーム活用プロセス特有の課題、依頼ケースに関連して発生する課題の3点について考察する。

1) 支援チーム活用の実態

A県内では、居宅の支援チーム活用経験が24.0%で、活用実件数も1～2件で88.0%を占めることから実用的な活用はされていない。しかし、82.7%の居宅が支援チーム対象要件に該当するケースを支援しており、支援

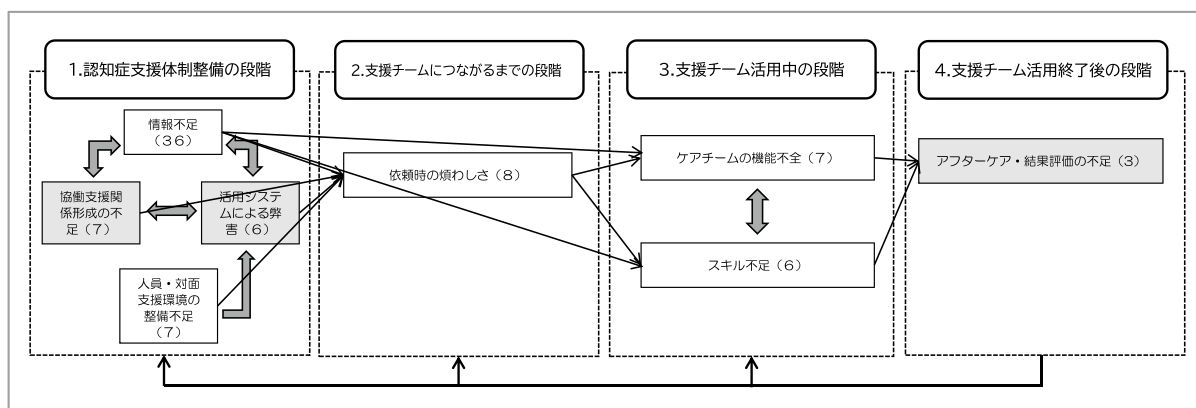


図2. 活用プロセス別にみた支援チーム活用課題

チーム活用の必要性は高いといえる。

支援チームを活用しなかった理由に着目すると、【必要ない】【チームのスキル不足】【支援チーム介入済】は、活用者が「意思を持って活用の選択をしなかった」ものと、【情報・認識不足】【活用システムによる弊害】【支援チームの都合】の「活用したい意思はあるが出来なかった」とする意味合いをもつものに大別できる。後者の場合は、活用阻害要因を整理し活用に向けた調整が必要である。

運用者説明の頻度も「説明なし」と「設置時のみ」で80.8%を占めており、活用者が十分な説明を受けているとは言い難い。そのため支援チームに関する認識理解は「支援チームの名称把握」が88.2%、「設置場所(機関)の把握」が75.5%と表面的な知識は高値だが、活用実務で必要となる「活用手順の把握」「支援チーム員との直接的な面識の有無」は50%以下であった。運用者説明の頻度と支援チーム活用の有無に関連が見られることから、支援チームに関する知識や役割理解が低いと支援チーム活用には繋がらないことが示唆された。

2) 支援チーム活用プロセス特有の課題

認知症支援体制整備の段階において最も多くの課題が配置され、支援チームの活用体制は未整備にあると考えられる。運用者説明の頻度や活用課題に関する自由記述からも【情報不足】に関する回答数が群を抜いており、「ケアマネに周知する必要がある」や「誰もが知る広報が必要」等の記述内容から、支援チームの普及啓発が地域住民に関わらず認知症支援において重要な位置にあるケアマネにも十分にされていないことが示唆された。先行研究においても猿橋(2015)や小玉ら(2021)が地域住民への周知不足を報告し、前田ら(2015)はそれに加えて主治医をはじめとする医療・福祉専門職への周知の必要性を述べている。今回の研究で福祉専門職の一人であるケアマネという具体的な専門職名が挙がり、前田らの指摘に一致すると解釈した。これらの周知啓発活動について鷲見(2019)は、地域への啓発活動や支援チームの存在周知については、チーム設立前から行政を中心に必ず行っておくべき活動とし、チーム活動に関わる極めて重要なものだと指摘している。国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(2020)の『認知症初期集中支援チーム員研修テキスト』でも、行政は多職種連携の関係作り(顔の見える関係作り)や多職種合同の事例研究会等の機会を増やしていかなければならないとされ、運用者の役割りは重要だと考える。【協働支援関係

形成の不足】の構成は【支援チームとの面識がない】と【支援チーム員の人格・人間性への不満】から成り、活ユーザー・運営者・運用者間において多職種連携の関係作りが欠乏している結果だと推察した。これを踏まえると、この段階では運用者である行政の役割遂行が重要であり、普及啓発に関する活動不足が生じると鷲見(2019)の指摘するように支援チーム稼働自体が低下し、本来の支援チームの機能が発揮されないと解釈できる。

支援チームにつながるまでの段階に配置した【依頼時の煩わしさ】は、【初動までの段取りに時間がかかる】と【事前に支援の同意を得る難しさ】で構成される。先行研究において前田ら(2016)が「認知症初期症状に気づかれてからチーム員が関与するまでの期間」が長いことを指摘しているが、本調査の【初動までの段取りに時間がかかる】とは居宅のケアマネらが支援チームに支援依頼をしてから初回訪問するまでの期間を指しており、前田らの指摘よりも時間的に切迫した課題である。次に【事前に支援の同意を得る難しさ】については、小玉ら(2021)の調査においても「家族の同意というところが大きく、本人が望んでいてもご家族の理解が得られないことにはチームとしての支援や活動を行うことが困難である」という自由回答を報告しており、本研究と共通する。つまり、支援チームへつなげることに活ユーザーは負担感を感じていることになる。

支援チーム活用中の段階では、【スキル不足】【ケアチームの機能不全】が配置され、認知症支援体制整備の段階に関連して生じる課題だと示唆された。山本ら(2014)の医療や福祉関係者に対する連携の意識調査から6つの連携阻害要因を報告しており、本研究で抽出されたカテゴリを比較すると、全ての連携阻害要因に該当する(表7)。このことから、【ケアチームの機能不全】になりやすく、相手のことを知らないために【協働支援関係の形成の不足】や【スキル不足】も生じやすいと推察される。この段階で生じる課題は、単独で生じるものではなく他の段階の課題に関連し発生している。はじめの段階に市町村全体で認知症支援の協働支援体制が構築されていた場合、この段階の課題は軽減できるのではないかと考える。

支援終了の段階の【アフターケア・結果評価の不足】については、支援終了を迎えると支援者の数が減ることやその後のフォローがないこと等アフターケアへの不安がある。さらに断片的な支援にならないよう長期的な視点で支援のふり返りを求める結果評価の不足が挙がり、こ

れらは先行研究には見られない課題であった。アフターケアの不足については、支援終了時の引継ぎの際、家族介護者の支援同様に病気の見通しや支援の方法を丁寧に助言すること(国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 2020:94)で緩和される。また結果評価は支援チームのみならずケアマネや居宅も含めた関係者全員で行うことが望ましい。全員で行うことで支援チームの活動実態が共有でき、活用者らは具体的な活用イメージを抱きながら認知症支援の在り方を検討していくことが可能である。そのためには中西(2015)も報告しているように運用者である行政が中心となり、研修会等を開催することが求められる。

3) 依頼ケースに関連して発生する課題

居宅が支援依頼をしたケースは、「周囲に迷惑をかけているケース」や「家族の協力が得られないケース」、さらに「虐待ケース」等の【困難ケースの対応】が多い。このような背景からケアマネとしては危機的介入を求めている可能性があり、支援依頼に至るまでに居宅や包括等との課題解決に挑んだ末、支援チームには最後の砦とする期待を抱いていると推測した。総務省行政評価局による「認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査—早期対応を中心として—結果報告書」(2020)において、対応困難事案を支援チームの対象としている市町村は、「セカンドタッチとして、その後のより専門的な支援機関として位置づけられていた」と報告している。本研究における活用理由からも「いろいろ対応してきたがこれからどういう方法を取ったら落ち着かれるのかと方策に苦慮した」や、経済的虐待疑いのケースを居宅で支援し、支援の限界を感じると福祉事務所と支援チームに相談をして

いたことから、総務省行政評価局の報告書(2020)同様の動きが見られる。このような背景から、危機的状況にある居宅は支援チームにつながるまでの段階において「初動までの段取りに時間がかかる」ことや「事前に支援の同意を得る難しさ」等から支援【依頼時の煩わしさ】を感じやすいと推察する。また、セカンドタッチへの期待から居宅が期待するような支援結果が得られなかった場合、支援チームの【スキル不足】や【ケアチームの機能不全】にもつながっていくと推測した。一方で、支援チームとしては認知症が重度化してからチームの支援が始まる 경우가多く、早めに介入していればこうならなかったケースが多すぎる(小玉ら 2021:269)と感じている。両者の認識の差には【情報不足】からくる支援チームの役割理解不足、相互支援関係形成の不足、ケースの特性から生じる不安や焦りからくるのだろう。

V. 結論

先行研究によって運営者の視点から支援チームの課題は報告されているが、支援プロセス別での課題報告は見当たらない。一方、本研究では活用者の視点で、かつ活用プロセスの段階に応じた課題を提示できたことは本研究の独自性だと言える。

本研究により支援チーム活用の課題には、【情報不足】【協働支援関係形成の不足】【人員・対面支援環境の整備不足】【活用システムによる弊害】【依頼時の煩わしさ】【スキル不足】【ケアチームの機能不全】【アフターケア・結果評価の不足】があることが明らかとなった。これらの課題は活用プロセス特有のものや依頼ケースの特性により生じるものがある。さらに、各プロセスで見られる課題は1

表7. 「意識実態調査結果に基づいた主な連携阻害要因」との比較

山本ら (2014) の連携阻害要因 (6つ)	本研究で該当する大カテゴリ
(1) 連携促進の必要性・目的に対する関係者の共通認識ならびに共通理解 (コンセンサス) が不十分である。	【情報不足】 【ケアチームの機能不全】
(2) 連携促進に対する関係者の理念と方針が不明確あるいは共有化できていない。	【情報不足】 【ケアチームの機能不全】
(3) 関係者間において面識、交流機会、話し合いのための場・機会および時間が十分に用意されていない。	【情報不足】 【協働支援関係形成の不足】
(4) 関係者が納得できる適切な役割分担および責任体制が十分に確立されていない。	【情報不足】 【協働支援関係形成の不足】 【ケアチームの機能不全】 【アフターケア・結果評価の不足】
(5) 連携相手に関する情報が不十分である。また、連携促進に必要な情報の共有化・標準化が未整備。	【情報不足】
(6) 連携活動を支援するための各種体制・制度・基盤・環境等が未整備あるいは未検討である。	【人員・対面支援環境の整備不足】

つのプロセス内で独立するものではなく、プロセス全体で循環していく。また、活用者・運営者・運用者のそれぞれの活動が関連し合っているため、三者の協働なくしては解決できるものではないと結論づけられる。よって支援チームの機能を発揮させるためには、活用者・運営者・運用者の三者が繰り返し一堂に会し、支援チーム活動報告を兼ねた事例研究会等を行い、＜支援チームにつながるまでの段階＞や＜支援チーム活用中の段階＞＜支援チーム活用終了後の段階＞の課題の共有化を図り課題解決に向けて検討することが必要である。これは、支援チームは、市町村や医師会、市内の様々な医療・介護資源、インフォーマルサービスと連携しながらケース支援を行うべきだとする山口ら(2015)の考えに一致する。そうすることで認知症支援の連携体制基盤が構築され、自分たちの市町村に合った支援チームの活用(運営)方法が整備されるだろう。

研究の限界と今後の課題として、本研究はA県内の半数の居宅を対象とした結果であり、地域特性や居宅の運営主体、ケアマネらの特性や職員配置数等が影響していることが考えられる。よって一般化することは難しい。今後は、調査対象地域を拡げ運営者や運用者等との関連性も踏まえながら考察していく必要がある。

謝辞

本研究にあたり、本研究の趣旨を理解しご協力いただきましたA県内の居宅介護支援事業所の皆さまに心よりお礼申し上げます。

引用文献

栗田主一(2020)「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ングという観点から」『日老医誌』, 57, 22-27

厚生労働省(2017)『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～』(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf, 2023.1.10)

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター(2020)『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』(<https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/kenshu/documents/20210128.pdf>, 2021.5.21)

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター(2021)「認知症初期集中支援チームにおける効果的な活動に関する調査研究事業報告書」(<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R2-3H.pdf>, 2021.4.25)

小玉鮎人・浅野真理子・奥田佑道・ほか(2021)「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」『日老医誌』58, 266-271

猿橋真由美(2015)「〈報告1〉福井県敦賀市 敦賀市の認知症への取り組みと明らかになった3つの課題」『COMMUNITY CARE』17(2), 56-59

総務省行政評価局(2020)「認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査—早期対応を中心として—結果報告書」(https://www.soumu.go.jp/main_content/000686990.pdf, 2022.8.17), 1—135

武田章敬(2017)「認知症初期集中支援チームの概要」『神経治療』34(3), 294-297

内閣府(2022)「高齢社会白書(令和4年版)」(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf, 2022.11.3)

中西亜紀(2015)「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』26, 1106-1113

延育子(2016)「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』15(2), 426-432

前田潔・梶田博之(2015)「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』26(10), 1131-1136

前田潔・梶田博之(2016)「認知症初期集中支援チームの課題—神戸市における経験—」『精神経誌』118(2), 84-89

山浦晴男(2012)『質的統合法入門 考え方と手順』医学書院

山口智晴・堀口布美子・栗本久・ほか(2015)「前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討」『日本認知症学会誌』29, 586-595

山本勝・史文珍・永井昌寛・ほか(2014)「地域包括ケアシステム構築における連携促進課題とそのシステム化方策」『日本経営診断学会論集』14, 138-144

鷺見幸彦(2015)「認知症初期集中支援チーム」『日老医誌』52, 138-146

鷺見幸彦(2019)『第5章 各論3 認知症ケア 3. 認知症
初期集支援チーム』([https://www.tyojyu.or.jp/
kankoubutsu/gyoseki/ninchisho-yobo-care/h30-
5-3.html](https://www.tyojyu.or.jp/kankoubutsu/gyoseki/ninchisho-yobo-care/h30-5-3.html), 2022.1.14), 223-232

