

# 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

## Current Situation and Issues from Social Workers' Point of View of Initial-phase Intensive Support Team for Dementia

久松 信夫<sup>※1</sup>

キーワード： 認知症初期集中支援チーム，ソーシャルワーカー，現状と課題，兼務

### 1. はじめに

認知症初期集中支援チームとは、「地域包括支援センター等に設置し、認知症の専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門家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に対して、訪問、観察、評価、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行うチームである」(延 2016:426)。これは、2015年1月に「認知症施策推進総合戦略：認知症にやさしい地域づくりに向けて(新オレンジプラン)」に基づく取り組みであり、モデル事業(全国3か所)が2012年度より開始され、今後2018年度までに全市町村で開設される予定である。そのため、多くの自治体で取り組みが開始され、その活動報告も発信されている。

チーム員は、①一定の要件を満たす医師、②コメディカル(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)などから構成される。チーム全体の活動事例はさまざまに報告されている(山口ら 2017)。しかし、社会福祉系チーム員である社会福祉士および精神保健福祉士の活動実態は十分に明らかにされていない。社会福祉士や精神保健福祉士のようなソーシャルワーカーは、未だその専門性や発揮する機能がさまざまに提示され定型化されているとは言い難い。そのため、認知症初期集中支援チームにおいてソーシャルワーカーである社会福祉系チーム員がどのような活動を展開しているのか、その活動実態を明らかにする必要がある。それによって、ソーシャルワーカーの専門性や機能を、認知症初期集中支援チームという多職種から構成されるチーム内において発揮できるものと考えられる。その前段階において、社会福祉士および精神保健福祉士によるソーシャルワーカーが、認知症初期集中支援チームの現状と課題をどのように捉えているのか把握する必要がある。

本研究は、医療機関や地域包括支援センター等に設置されている認知症初期集中支援チームのうち社会福祉士および精神保健福祉士を対象にソーシャルワーカーから捉える認知症初期集中支援チームの現状と課題は何かを調査によって明らかにすることを目的とする。

---

※1 HISAMATSU, Nobuo 桜美林大学総合科学系

## 2. 研究方法

調査は、認知症初期集中支援チームを平成 25 年度のモデル事業時から設置している全国 14 市町のうち、社会福祉系チーム員の社会福祉士または精神保健福祉士を配置し、調査の趣旨を理解し了解が得られた者を対象とした。これは、平成 25 年度にチーム員の養成研修および研修テキストが作成され、それをを用いて本格的なモデル事業が進んだこと、モデル事業時から現在までチーム活動を展開していることから、詳細かつ豊富な調査データが収集できると考えられたため、調査対象者とした。

調査方法は、本研究の目的からインタビューを実施した。インタビュー調査は 2016 年 10 月～11 月と 2017 年 2 月～3 月に、半構造化インタビュー法を用いて実施した。インタビュー項目は、「認知症初期集中支援チームについて考えている現状と課題は何か」を中心に質問した。インタビューは、調査対象者の所属する施設内の面接室を利用した。インタビュー時間は 1 人 1 時間程度である。調査対象者の許可と同意を得て、すべて IC レコーダーに録音した。調査対象者がインタビューで語った内容を逐語録として書き起こし、それをデータ源とした。この逐語録をもとに質的記述的研究を実施した。質的記述的研究は、研究しようとしている現象についてほとんどわかっていないなどの場合に用いられる (グレッグ美鈴 2007:56)。

## 3. 倫理的配慮

本研究では各調査対象者に対して、担当高齢者等のプライバシーに配慮するよう口頭で伝え、記述された内容等プライバシーに関わる情報を筆者が口外しないことなどを盛り込んだ同意書に署名・捺印を相互に交わした。具体的には、各調査対象者の守秘義務を徹底した上で情報提供するよう事前に注意喚起し、自由意思による参加、研究者(筆者)によるプライバシーの厳守、データの取り扱いの守秘義務、研究以外の目的には使用しないなど、倫理的要件について事前に説明し了承を得た。なお、本研究は桜美林大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

## 4. 調査対象者の属性

調査対象者は、7 区市町 15 名(社会福祉士 11 名、精神保健福祉士 4 名)、男性 10 名、女性 5 名、平均年齢 42.7 歳であった。調査対象者の所属機関は、居宅介護支援事業所 3 名、病院 5 名、特別養護老人ホーム 1 名、地域包括支援センター 6 名であった。

## 5. 研究結果

研究結果を表1に表した。この表では、調査対象者が語った内容（逐語）を要約したものを結果として表した。

調査対象者が認知症初期集中支援チームの現状と課題をあらわした内容は多岐に渡っていた。

表1 認知症初期集中支援チームの現状と課題

	現 状 と 課 題	キーワード
A氏	基本的にこの事業は全くサービスを利用していない人が対象である。しかし、既存のサービスを利用している認知症高齢者であっても、たとえば高齢者にどう対応してよいかわからないケアマネジャーもいるかもしれない、その部分の掘り起こしや関わりが必要と思われる。したがって、サービス利用者も対象とした方がいい。	対象者の拡大
B氏	地域によって、また関わる地域包括支援センターや担当するケアマネジャーによって、ケースの課題解決状況が変わってくる。	地域性・担当者による解決状況の相違
C氏	認知症初期集中支援チームに社会福祉士や精神保健福祉士を必ず含めるべきである。その理由は、彼らは高齢者の生活を見る生活モデルで考え、価値を尊重し、存在を尊重し、地域と高齢者をつなげていくためである。	ソーシャルワーカーの必要性
D氏	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士と（認知症初期集中支援チームが所属する）病院の役割を比較すると、疾患センターの担当者が動きにくいのか、あるいは（認知症初期集中支援チーム員の）こちら側がどこまで協力できているのか、関わり効果が不鮮明である。	関わり効果
E氏	困難事例について、自分の知識の経験として担当できるうれしさがある。困難事例をどのように乗り越えていけばよいか、その方たちを亡くなるまでどのように地域として支えていけるかを考え、毎日が充実している。	充実感
F氏	①難しいと思うのは認知症高齢者の車の運転のことで、運転をやめていただくようなアプローチはとても大きな課題で難しい。運転をやめたあとの支援や補助がない。 ②認知症初期の高齢者の判断が非常に難しく、しっかりと認知症のことがわかるチーム員が関わることが重要だが、実際に自宅に行ってお会いして話をしないとわからないので、認知症初期集中支援の活動は重要である。	免許返上後のフォローの欠如 支援チームの重要性
G氏	初期集中支援チームにおける医療と福祉の連携のあり方をきちんと考えていかなければならない。治療の視点だけではない部分の、生活や支える手間や介護スタッフの技術も大変重要であるのに、そこを理解せずに連携するというのは疑問がある。逆に医療の専門チーム員が連携についてどう考えているのか疑問が残る。医療の専門性という、薬・診断・中核症状の出方などで論じられることが多く、入院治療と在宅で暮らす高齢者の生活を主体的に見る視点は異なるはず。	医療と福祉の連携のあり方
H氏	認知症初期集中支援チームは包括支援センターでできることだと思う。しかし、包括支援センターの体制が弱いところ、あるいは行政だけでは担えないところでは民間事業所に委託し行政と一緒に活動していくことは重要だが、一方で包括支援センターって何なのかと常に疑問を持っている。	包括支援センターの存在意義
I氏	医師がいざというとき一緒に訪問に出てもらえたら、困難事例ももう少し早めに対応が可能になる場合もある。また、認知症サポート医がいらない自治体もありそこで平成30年度までにチーム設置をといわれても難しいと聞くので、医師がもう少しチームに関わる体制ができるとうい。	医師の関与が不十分
J氏	①医師と一緒に訪問することで、介護保険の意見書を書いてもらえ、事態が早く進むがそういう体制になっていない。 ②事務仕事が多く即座に訪問に行けず、チーム専従スタッフが必要。活発にいろんな活動をすれば書類作成に追われ、ジレンマを感じる。	医師の関与が不十分 専従スタッフが必要
K氏	認知症は判断能力が低下していくことは明らかであり、認知症初期集中支援チームで関わった支援で家族を含めた環境も見えてくる。どのケースでもその視点を忘れずにいれば、チームに社会福祉士がいる意味はあると思う。	ソーシャルワーカーの必要性
L氏	認知症初期集中支援チームは地域包括支援センターとは別に設置し、そこ地域包括支援センターやケアマネジャー、関係機関が連携をとってやっていくシステムがよいと思われる。地域包括支援センターは、認知症初期集中支援チームばかりやっているわけではなく、結局いろんな業務が増え、「何でもかんでも包括ですか？」という疑問がある。	別機関の必要性
M氏	支援チームとして関わらなければその効果は得られたか、チーム員会議と包括支援センターの対応は何か違うのか。市民にとっては認知症初期集中支援チームがあるという認識をもってもらうのはいいが、包括支援センターは決められた業務をやることで負担を感じている。したがって、チーム員会議のあり方を見直す必要があると思われる。	運営のあり方
N氏	①初期集中支援チームは今後も現状のまま活動すべきなのか、あるいは包括センターの総合相談で実際に支援につなげていく方がスムーズにかつ円滑に支援ができるのであれば、その方が適正ではないか。 ②疾患医療センターとの連携の今後不透明。診断後の体制が整備されておらず、サポート医のそもそもの役割とは何か、診断して治療して助言して、その後を聞いても明確な返答がないなら、サポート医としてどうなのかと疑問である。	包括支援センターの存在意義 医師の関与が不十分
O氏	包括支援センターに3職種配置されているので、それ以外の専任の職種でチームを組んでほしい。その専任スタッフによる初期集中支援チームが地域包括支援センターとチームワークを組めばよい。実際にチーム員会議では、「それって包括の業務でしょ？初期集中の業務じゃないよね」「それって初期集中じゃなくて包括ができることでしょ？」という発言もあり、包括が兼任で行うことの混乱が生じている。	別機関の必要性 包括支援センターの存在意義

そのため、キーワード欄を設け現状と課題の項目がわかりやすいように工夫した。キーワードとしての主な傾向は、「包括支援センターの存在意義」「別機関の必要性」「医師の関与が不十分」「ソーシャルワーカーの必要性」「専従スタッフが必要」などが挙げられる。次項では、この主なキーワードを中心に考察を進める。

## 6. 考察

### 1) ソーシャルワーカーの必要性

認知症初期集中支援チームに社会福祉士や精神保健福祉士がチーム員として必要だということ、2名の調査対象者が語っていた。

ソーシャルワークは、「基本的に『人と環境の交互作用』に焦点を置いて、両者が『適合』するように『介入』していく実践（援助活動）である」（日本ソーシャルワーク学会編 2013：130）。そのため、このソーシャルワークを担うソーシャルワーカーの役割は多岐にわたるが、およそ3つの類型に整理できるという。すなわち、①サービスを必要としている人びとを適切な機関・施設に結びつけ、連携を促進していく役割、②サービスを必要としている人びとに必要な情報や助言を提供したり、生活技能を習得できるよう訓練したりしていく役割、③サービスを必要としている人びとが感情を整理して、直面している問題状況を現実的に受け止めて取り組んでいけるようにしていく役割である（日本ソーシャルワーク学会編 2013：130）。

この役割をもとに認知症初期集中支援チームにおけるソーシャルワーカーの活動をみると、次のように考えられる。

すなわち、まず認知症初期集中支援チームが関わる対象者は、認知症の診断は受けていないがその疑いのある高齢者や、認知症の診断を受けつつも何らかの社会資源などのサービスを利用していない高齢者などである。つまり、認知症はその症状や社会生活機能上いずれ何らかの社会資源などのサービスを必要とする点が特性でもある。したがって、上記のソーシャルワーカーの役割における「サービスを必要としている人びと」に該当する。しかし、認知症高齢者は何らかのサービスを必要としているが自らサービス資源にアクセスすることはあまりないといえる。そこで、認知症高齢者とサービス資源とをつなげ、供給機関と連携していく役割が必要となる（上記①の役割）。さらに、サービス資源のみならず、認知症高齢者が集える団体や認知症に関する情報提供、加えて認知機能低下に伴い生活機能もしいに低下するために生活技能の維持に向けた取り組みの役割が必要になる（上記②の役割）。高齢者自身が認知症に罹患しているかもしれない、あるいは認知症の診断を受けた場合、多くの高齢者は感情的・情緒的な混乱や今後の生活に不安や恐れを抱くものと推察される。そのような場合に、高齢者の思いや感情を受け止め傾聴していく役割が重要となる（上記③の役割）。

このように、認知症高齢者とソーシャルワーカーの役割を確認すると、その延長線上に

ある認知症初期集中支援チームにおける社会福祉士や精神保健福祉士などのソーシャルワーカーは必要不可欠な存在である。認知症初期集中支援チームはその名の通り多職種から構成されるチームであり、ソーシャルワーカーがもつ認知症高齢者の「生活」をみて「生活モデル」で捉える視点はソーシャルワーカーのもつ強みでありアイデンティティでもある。「生活モデル」は「ライフモデル」とも言われ、ソーシャルワーク実践では人間と環境との相互作用の改善をはかり、双方が適合的状态となるよう働きかける。認知症高齢者が住みなれた地域で継続した生活を営めるように支援する認知症初期集中支援チームの取り組みには、このような視点からソーシャルワーカーがチームの一員として欠かせないことがわかる。

## 2) 別機関の必要性／専従スタッフが必要

認知症初期集中支援チームを既存の施設・機関とは別の機関に設置が必要、あるいは専従スタッフが必要だということを、3名の調査対象者が語っていた。

本研究の調査対象者の所属機関は、地域包括支援センターや病院など既存の施設・機関であるが、当初から認知症初期集中支援チームは既存の施設・機関の職員が兼務で担当するものである。「別機関の必要性／専従スタッフが必要」は、この兼務の影響により課題として抽出されたものである。

まず「別機関の必要性」については、地域包括支援センターに所属する調査対象者から語られた。地域包括支援センターは、認知症高齢者のみを対象とした相談機関ではなく、地域に居住する高齢者全般の相談に対応する、いわば地域在住高齢者の総合相談窓口でもある。しかも、年々高齢者が増加するに伴い、独居高齢者や地域で孤立している高齢者、被虐待高齢者など多様な課題に限られた人員で取り組んでいるため、多忙を極めているのが現状である。その現状に加え、認知症初期集中支援チームのチーム員として社会福祉士が兼務することは、労力的な側面や時間制約的な側面からみて困難な面が多いと推察される。そのため、「別機関の必要性」という要望が出現するのであろう。前田ら（2015：1134）も、「（認知症初期集中支援チームのチーム員が）一日で訪問可能な件数は限定され、時間効率としては決して高いものとはいえない。これを補うためにはマンパワーを増加する必要があるが、支援チームの人材確保は解決困難な課題」としている。つまり、本研究の調査対象者に限った課題ではなく、全国的な課題であると推測される。

「専従スタッフが必要」ということも、上記のような地域包括支援センターなどの現状から抽出される課題でもある。また、活発な活動を行えばそれだけ書類作成が増えることから「専従スタッフが必要」との課題も挙げられた。しかし、「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は難しい」（前田ら 2015：1134）との指摘もある。確かに「専従スタッフ」を確保するためには、人材と財政の課題が絡んでくる。これまでみてきたように兼務の影響があることを踏まえれば、またチーム員自身の認識も含めて検討すれば、認知症初期集中支援チーム活動の質の担保と向上が必要である。そのた



め、即座に解決できる課題ではないが、長期的展望として捉え人材と財政の課題を乗り越える必要がある。

### 3) 地域包括支援センターの存在意義

地域包括支援センターの社会福祉士で認知症初期集中支援チーム員でもある3名から、地域包括支援センターの存在意義を問う語りがあった。

「認知症初期集中支援チームは地域包括支援センターで活動できることだが、その一方で『包括支援センターって何なのか』と常に疑問を持っている」「初期集中支援チームは今後も地域包括支援センター職員が兼務するという形で活動するべきなのか、あるいは総合相談で実際に支援につながればよりスムーズに円滑に支援ができるのであれば、その方が適正」「チーム員会議で『その関わり方って、包括の業務でしょ？初期集中の業務じゃないよね』『それって初期集中じゃなくて包括ができることでしょ？』という発言もある」などの語りがあり、ここでも兼務の影響がみられる。

現在、地域包括支援センターの業務は多岐に亘る。しかし、地域包括支援センター社会福祉士が主担当の総合相談支援業務においても地域在住の認知症高齢者の相談にこれまで対応してきた。そこに加えて認知症初期集中支援チームの業務が追加されたような形態となっている。それぞれの活動目的は異なるが、対象者は重複する部分が多分にあり、介入の内容も重なる側面がある。そうすると、明確に業務を線引きできないため、一人二役で一人の認知症高齢者に関わることになり、認知症初期集中支援チーム員の自身の立場からは「包括支援センターとは何か」と疑問が生じ、逆もしかりであり混乱が生じる。このような場合は、地域包括支援センターの社会福祉士と認知症初期集中支援チーム員の社会福祉士の両面における職業的アイデンティティが揺らぐ可能性が考えられる。その場合、業務の棲み分けの混乱から極端な場合は、それぞれの業務への社会福祉士の士気が低下し、やがてはそれぞれの活動の質の低下が懸念される。それを避けるあるいはこの課題の解決策の一例として、やはり前項の認知症初期集中支援チームの「別機関の必要性／専従スタッフが必要」な点は不可欠な視点と推察される。

### 4) 医師の関与が不十分／医療と福祉の連携のあり方

調査対象者の4名が「医師の関与が不十分」あるいは「医療と福祉の連携のあり方」を取り上げていた。

語りの例として「医師が診断して治療して助言して、その後を（認知症）サポート医に聞いても明確な答えがないなら、（認知症）サポート医としてどうなのかと疑問である」「認知症サポート医がいない自治体もあるため、医師がもう少し関われる体制ができるといい」「医師と一緒に自宅訪問できれば介護保険の意見書作成もでき事態が早く進むが、そういう体制になっていない」「医療の専門性は診断・中核症状・薬などで論じられることが多く、入院治療と在宅高齢者の生活を主体的にみる視点は異なるはず」などがあった。ここでは、

在宅の高齢者が認知症の診断を受けた後の生活に関する医師の助言などが不十分なことを示しているものが多いと思われる。

認知症サポート医に関して、栗田の調査によれば認知症サポート医の85%が「認知症サポート医の制度は十分に活用されているとは思わない」と回答しているという調査がある(栗田 2016)。認知症サポート医側はこのような認識を持っているが、連携をとりあう認知症初期集中支援チームの社会福祉士は否定的な認識をもっていた。また、「認知症サポート医は認知症支援のコーディネーションを行う医師」(栗田 2017: 415)と位置づけられているが、コーディネートはチーム員が行うものと捉えられる。このように、医師側と福祉職側の認識のズレが生じているのは、認知症初期集中支援チームに始まったことではなく、以前からある両者からの課題提起であった。この認識の齟齬は、医師側は認知症高齢者を病態的あるいは病理学的に捉える側面が前面に出され、社会福祉士などの福祉職側は認知症という病気を抱えながらも在宅生活を送る「生活者としての高齢者」として「生活モデル」で捉える側面が前面に出されていることが第一義的に推察される。もちろん、医師側も現代では在宅認知症高齢者を「生活者としての高齢者」と捉え直す傾向になりつつある。しかし、それでも今なお医療と福祉の連携が不十分な現状が取り残されている。両者の専門性はもちろん異なるが、両者が歩み寄るためにはたとえば身近な場面では事例検討会やシンポジウムを重ねるなどの取り組みを通して、認知症高齢者を中心に置き両者の専門性の相違を確認しつつ、それぞれの介入視点にお互いの専門性を取り入れることが重要だと思われる。

##### 5) 支援チームの重要性／運営のあり方

調査対象者の1名ずつが「支援チームの重要性」と「運営のあり方」について語っていた。その内容は、前者は認知症初期の判断が非常に困難であり、適切に認知症のことがわかる専門職の関わりが重要なため、自宅訪問する認知症初期集中支援チームの活動は重要であることを述べている。認知症を判断する際によく言及されることに、老年期うつ病との鑑別が重要だという指摘がある(角 2016: 22)。確かに、認知症初期には「認知症」なのか他の疾患なのかあるいは加齢による物忘れがあるのか不明瞭で判断に迷う場合が多い。また、認知症の臨床像の全体をみると、脳疾患、認知機能障害、生活障害、身体合併症、行動・心理症状のほかに、社会的困難がある(栗田 2015: 30)。社会的困難は、社会的孤立、ゴミ屋敷、近隣トラブル、介護者の健康問題などがある。それは、単にチーム員間の口頭あるいは文書による情報把握のみでは、現状を把握するのに限界がある。そのため、実際に高齢者の生活の場である家庭を訪問して現状を把握することが重要である。チーム員が家庭訪問することは任務の一つではあるが、解釈を変えてみれば臨床の場あるいは現場と言い換えることができよう。その現場にチーム員であるソーシャルワーカーが足を踏み入れ、生活状況を把握するあるいはアセスメントを行うことは、ソーシャルワーク視点において不可欠なプロセスである。まして高齢者の生活や社会的側面を扱うソーシャル

ワーカーが家庭（現場）を訪問して認知症か否か一定の推測をし、どのような社会的困難あるいは生活上の困難を呈しているのかを把握することは、専門性を発揮する上では大変重要なことであり、したがって認知症初期集中支援チームの活動は重要であると認識しているものと考えられる。

もう一方の「運営のあり方」は、地域包括支援センター業務と認知症初期集中支援チームの業務の異同に関する疑問から派生している課題である。つまり、チーム員会議と地域包括支援センターとしての対応の異同、地域包括支援センターの法定業務だけで負担を感じる上に、さらに認知症初期集中支援チームの業務が重なりその異同によって混乱するため、業務の整理上チーム員会議のあり方を見直す必要を説いているものである。チーム員会議とは、「複合的な生活課題をもつ認知症の人や家族介護者に、必要な支援を、一体的・連続的に提供していくための方法である。この会議では、多職種で構成されるチーム員が、情報を共有し、課題解決に向けたアプローチを展開する」（粟田 2015:164）のものである。この説明だと従来の地域包括支援センターの取り組みとあまり相違はない。認知症初期集中支援チームの特徴は、その名のとおり「初期集中」に焦点をあてているため、この「初期集中」の支援の「対象者」の選定に地域包括支援センターとの相違がなければならない。したがって、認知症初期集中支援チームの「運営のあり方」は地域包括支援センター職員が兼務している場合は特に、常に点検・見直しを図り、相互の差別化を図らなければならないであろう。

## 7. おわりに

現代では、認知症初期集中支援チームなど、多職種で活動するチームには必ずといっていいほどソーシャルワーカー（社会福祉士あるいは精神保健福祉士）がメンバーに含まれている。ソーシャルワーカー自身も自分たちの職種が、医療・保健・福祉に関するチーム活動には不可欠だと主張する場面も多くある。それは、社会福祉士などの資格名・職種名が医療・保健・福祉分野あるいは行政関連分野において浸透していることをうかがわせる。そのため、本研究結果においても認知症初期集中支援チームに「ソーシャルワーカーの必要性」があらわれたりしている。このこと自体は社会福祉士の社会的な承認が深められ、よりソーシャルワークの専門性が深化し発展する契機となり得ることである。

一方で、ソーシャルワーカーは何かしらの施設・機関に所属していることがほとんどであるため、認知症初期集中支援チームなど新たな業務や活動が追加された場合には、「兼務（ケンム）」という形態で業務にあたることになる。その場合に、ソーシャルワーカーなどは2つの顔をもつことになり本務と兼務の境界が不明瞭になり、2つの顔の使い分けが困難な場合が多い。このことは、2000年に公的介護保険制度が施行され介護支援専門員（ケアマネジャー）という新たな資格が誕生した際の事態に似ている。たとえば、当時の在宅介護支援センター職員は介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所と兼務する



ことが多かった。具体的には、在宅介護支援センターのソーシャルワーカー（社会福祉士）は、同時に居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）でもあった。この形態をとった場合には、2つの顔を持つことになり、実際には居宅介護支援事業所の介護支援専門員としての業務が大半を占め、在宅介護支援センターとしての本来業務が疎かになる事態を招き、結果的に両者は切り離されることになった。本研究で「別機関の必要性／専従スタッフが必要」「包括支援センターの存在意義」という、認知症初期集中支援チームの課題が提起されたが、これは背景となるコンテキストは少々異なるが、先の在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所をめぐる混乱と酷似しているとも解される。したがって、特に地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを配置した際の混乱からすでに問題提起されているように、やはり別機関において専従スタッフによる活動の検討が必要な時機にきていると思われる。わが国の医療・保健・福祉領域における専門職の業務においてはさまざまな場面で兼務が多く、したがって専門職の兼務によるジレンマの発生が必然的な構造となっており、これは是正しなければならない事態となっている。

認知症初期集中支援チームは2018（平成30）年度までに全市町村に設置される予定である。本研究の調査対象者が存在する自治体は2013（平成25）年度より活動しており、調査時4年前後が経過していたが、さまざまな現状と課題が挙げられた。将来的には、認知症初期集中支援チームに関する全国的な組織団体を設立し、現状と課題を把握して全国に発信し、運営のあり方を協議する必要がある。本研究は、その足がかりとなる研究的意義があったと思われる。

今後の研究課題として、認知症初期集中支援チームのさらに全国的な現状と課題の傾向を把握するために、対象者数を増加すること、探索的な研究方法によって現状と課題の類型化、課題の克服方法の探索が必要と考えられる。

## 【引用文献】

- 粟田主一編著（2015）『認知症初期集中支援チーム実践テキストブック』中央法規出版。
- 粟田主一（2016）「質の高い診断と診断後支援」『老年精神医学雑誌』27（9）：993-1000。
- 粟田主一（2017）「認知症支援にかかわる医療職の人材育成：地域包括ケアシステムの理念とアウトカムに方向づけられた人材育成」『日本認知症ケア学会誌』16（2），409-416。
- グレッグ美鈴（2007）「[1] 質的記述的研究」，グレッグ美鈴・麻原きよみ・横山美江編著『よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして』医歯薬出版。
- 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」『老年精神医学雑誌』26（16），1131-1136。
- 日本ソーシャルワーク学会編（2013）『ソーシャルワーク基本用語辞典』川島書店。
- 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。

角徳文（2016）「高齢者の精神的理解」社会福祉士養成講座編集委員会編『高齢者に対する支援と介護保険制度』中央法規出版.

山口晴保・山口智晴編（2017）『認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連携の秘訣：初期集中支援チームの実践 20 事例に学ぶ』協同医書出版社.