

認知症ケアにおける多職種連携

教員・指導者用ガイドブック



NPO法人ハート・リング運動

Powered by

平成27年度文部科学省委託事業

成長分野における中核的専門人材養成等の戦略的推進

「認知症ケアにおける『多職種連携力』を高める教育プログラム開発」事業

はじめに

現在、日本では世界に類を見ないスピードで高齢化が進行しており、65歳以上の人口が約3,200万人に達する超高齢社会を迎えています。その中で、認知症高齢者は約470万人、予備軍の軽度認知障害を含むと約800～900万人にもなり、65歳以上の人口の1/4にもなるといわれます。そんな中で、2015年1月に厚生労働省は認知症施策推進総合戦略「新オレンジプラン」を発表しました。その基本的な考え方は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことです。

そのためには、認知症ケアの最前線で働く医療・介護従事者が、まずは認知症に対する正しい理解と認識を持ち、前向きな気持ちで認知症の方々と関わっていく必要があります。しかし實際

には、多くの専門職が認知症に関する教育を十分に受けられていません。また、認知症に対する考え方自体がここ15年ほどで大きく変化してきたこともあり、現在高齢者ケアの中核を担っている人材の学び直しも必要です。

そこで本プロジェクトでは、認知症ケアに関わる医療・介護従事者が、どの職種であっても最低限身につけるべき知識や考え方を提示し、それを習得するための教育プログラムを開発することを企図しました。今年度は実証が不足していることもあります、教材等の完成度にはまだまだ改善の余地はありますが、広く様々な学び・研修等の場面で本プロジェクトの成果が活用できるよう、この指導ガイドブックを作成し、啓発に努めていきます。

事業運営責任者 早田 雅美



認知症にやさしい社会をめざして。

NPO法人ハート・リング運動

教育プログラム開発のプロセス①

▽認知症に対する誤った認識

認知症は、2004年12月までは「痴呆症」と呼ばれていました。当時は「痴呆になると何もかもわからなくなってしまう」というイメージが一般的で、多くの誤解や偏見が蔓延していました。それから10年あまりが経ち、さまざまな形で認知症に関する啓発活動も行われるようになりました。

しかしながら、認知症に対する適切な認識・知識が広く共有されている状態とは言えず、それは医療・保健・福祉の従事者についてもあまり変わりません。本事業で行った准看護師養成所の学生アンケートでも、「物忘れ、暴力的、徘徊など、ひとりにしておくと危険なイメージ」「意思疎通ができない」といった回答も散見されました。大学の薬学部生へのヒアリングでは、「認知症に関しては、関連する薬剤の名前は覚えたが、どんな症状が出るか、どんな状態になるのかは一切学んでいない」という声もありました。専門職教育の場においても認知症に関する好ましい情報提供はあまり行われていないことがうかがえます。

▽よりよい認知症ケアには多職種連携が必要

認知症は症候群であり、その原因となる疾患はアルツハイマー病やレビー小体病など複数あることがわかっています。また、症状の出方も人それぞれであり、必要とする支援も個々で全く異なります。そのため、認知症のひとのケアには、様々な職種の専門性が必要であり、その連携も欠かせないものとなります。認知症は症状の進行とともに、ケアのニーズが大きく変化していきます。そこで、医療や介護、福祉等に関わる様々な職種が

必要な情報を共有し、適切な役割分担のもと、認知症の人と家族の生活全体を支えていくことが必要とされるのです。

「新オレンジプラン」の7つの柱の中でも「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を実現するために、「医療・介護等の有機的な連携の推進」は掲げられていて、認知症ケアにおける医療・介護職の多職種連携の推進は国としての急務といえます。同時に、「認知症の人の介護者への支援」も7つの柱のうちの一つに挙げられており、認知症ケアに関する多職種連携においては、患者のみならず医療・介護専門職と、患者の主たる介護者である家族との関係にも配慮が要求されています。

2025年までに700万人が認知症を発症することが予想されているなか、現在養成過程にある学生たちは、今後どのような職場に行っても認知症をもつ患者に関わることが想定され、養成校の中で、認知症そのもののみならず、認知症の患者およびその家族を中心とした多職種連携を学ぶ機会は必須だといえます。そして、既に現場で活躍している医療・介護の中核的な担い手の多くも、認知症に関する教育・学習をあまり受けてきていないため、多職種と共にした認知症に対する知識・理解を持っていない可能性が高いでしょう。

▽職種横断的な共通理解の必要性

認知症ケアに関する医療・介護職の多職種連携に関して、横断的・網羅的な教材・教育プログラムはまだ開発されておらず、また、それらを指導する側も認知症ケアに関する専門知識を持ってい

教育プログラム開発のプロセス②

ることが少ないので現状です。そこで、本事業では、今後様々な医療介護福祉関連職種の中核を担っていく医療・介護職が、認知症に関する正しい理解を進め、多職種連携を推進するための教育プログラムと、指導ガイドの開発に取り組みました。

教育プログラム開発の過程で、様々な職種の養成課程における認知症に関する学習時間・学習内容を調査すると、職種によって大きな違いがあることがわかりました。最も充実していたのは介護福祉士で、「認知症の理解」という単元で60時間の学習時間が設けられていました。内容としてもバランスが良く、本プログラム開発においても参考になるものと考えられました。同じ介護職でも、介護職員初任者研修では、介護職員に求められる基礎的な認知症ケア教育として6時間の学習時間が設けられています。看護師では「老年看護学」の中で、比較的充実した学習を行うプログラムとなっています。

学生へのヒアリングによれば、医学部では神経内科・精神科等の講義の中で疾患概念に触れる程度であり、薬学部でも認知症治療薬についての概説はあるものの、いずれも「生活者としての認知症の人」に触れる内容は学んだ記憶がないとのことでした。介護・福祉系の充実した学習内容や、看護系の医療から生活まで幅広くカバーする内容に比べると、限定的な学習に留まっていることがうかがえます。

これらを踏まえ、どの学部・学校・養成課程、さらに現職研修においても活用できる、基礎的な内容の共通教育プログラムを作ることが、認知症ケアの分野においては必要であるとの見解を得ました。

▽6時間程度の学習時間をメドに

様々な職種の養成教育・現職教育の現状を踏まえ、本プロジェクトでは、医療・保健・福祉の分野の中核人材で認知症ケアに関わりうる全ての専門職が学べる、6時間程度の学習時間をメドにした教育プログラムを開発することが望ましいと結論づけました。また、特に現職においては「知識の詰め込み」を行っても実際のケアに役立てられることが望めないため、「認知症の人に対するポジティブなイメージを持つこと」や「様々な見方・関わり方があることを知る」所に重点を置く方針を立てました。

それらを踏まえ、次ページに紹介する教育プログラムの案を策定しました。

▽どんな学習素材が必要か

認知症に詳しい教員がいない養成校・研修機関での実践も可能なように、最終的には学習者用のテキスト・指導者用ガイドブック・映像教材の3点が必要であると考えます。しかし、限られた事業期間と予算の中で、今年度事業では指導者用ガイドブックと映像教材の一部を作成することとしました。今後は、本年度に作成した指導ガイドや映像教材を使い、実際に養成校や現職向け研修等での実践を行い、そのフィードバックに基いてプラッシュアップすることが想定されます。

【映像教材についての委員からの指摘】

養成校の授業で映像教材を使用している状況から、各チャプターは7分～10分程度が使用し易いと考える。10分以上の場合、授業の時間帯によって、学生は集中力が切れて、寝てしまう学生が多い傾向あり。

教育プログラム開発のプロセス③

▽今後制作することが期待される映像教材についてのアイディア集

○参考映像教材1：生活を支える5つの視点

高齢者施設での生活を、「食事」、「排泄」、「活動」、「清潔」、「睡眠・休養」の5つの基本的要素に分けて、それぞれの意義や支援への基本的な考え方を整理して、わかりやすく解説している。高齢者ケアの場面は、特別養護老人ホームにご協力いただき、実際のケア場面を多く収録している。

○参考映像教材2：観て聴いて感じ取る認知症ケア～質の高い介護を目指して～【DVD】

わずか30分の映像の中に、認知症と向き合う本人から観るとどうか、家族からみたらどうか、職員から観るとどうか、職員同士はどうか、生活の場面作りはどうかなど、いろいろな角度から観たり感じたり考えたり、話し合えることができる映像教材である。特に認知症高齢者のありのままの姿から、何を汲み取ることができるか、認知症ケアにおける生活支援を考える機会となる映像教材である。

○映像教材の特徴

普段の認知症ケアの場面は、自分では自分の姿をしっかりと観ることができない。だからこそ、客観的に様子を記録し、一瞬一瞬流れ、気づかないでいることが沢山ある。このDVDでは、日頃の認知症ケアを客観的に捉えることが可能である。一人ひとり、場面は小規模多機能型居宅介護事業所であり、自宅やグループホーム、施設等、どこの場でも参考にできる。

○教材として使用する際の留意点

認知症高齢者とケアスタッフの向き合う様子が理解できる内容である。ただし、学生の状況によって、映像を観る視点を十分に説明しない場合、関心の持ち方がズレ、ケアスタッフの声かけに違和感を示すことがあり、何を学び、何を感じ取るかバラつきが生じ易い。その点は、現場経験のある方や高齢者の実習経験がある学生の方が有効であった。学生の汲み取る能力、感じ取る能力に差がある場合の対策としては、映像を使用の前後に補足説明や学生と講師が気づきのポイントを確認することが必要である。

参考：認知症施策推進総合戦略

(新オレンジプラン)

<基本的な考え方>

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

<七つの柱>

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

教育プログラムの全体像

～認知症の基本を学ぶ6時間分のプログラム～

[1]認知症の人の生活	【映像資料あり】
認知症のある人の暮らしの様子	あまり説明・意味付けは行わない。映像を見て考え、Iメッセージで自分の思いや感想を言えるような問いかけを促す。
>生活における自立の要素	普段の生活風景、認知症があるかどうかもわからない暮らしぶり。
>自己実現	認知症の影響があっても、あまり困った様子になっていないということを印象づける。
>コミュニティ(地域・施設)の中での役割	
>ケアする人たちの喜び・やりがい	認知症の人たちと共に生きる・暮らす人として、ケアする人も共に喜んだり悩んだりする。そういうやりがいを語る場面も入れたい。
★グループor個人ワーク	認知症のある人たちの暮らしや、そこで共に生きる人たちの様子を見て何を感じるか。「彼らは～～である」ではなく、「私は～～と思う」という語り方で言葉にする。 また、自分の身の回りの認知症の人についても語る機会を作る。
[2]認知症を知る	※このセクションの内容は、既に多くの教材や説明資料が存在するため、今年度は指導のポイントを示す所に絞り、来年度以降に動画等の素材を用意する。
認知症の医学的理解	疾病論・神経学的メカニズム あまり難しい内容には踏み込まない
「認知症」の多様性	進行性4つ+改善可能なもの2つ 若年性アルツハイマー病、MCIなど 「疾病」のメカニズムも多様だし、症状も多様である
どんな機能が障害されるのか	中核症状≠機能障害の説明
行動や心理にどんな影響が表れるのか	周辺症状の説明(周辺症状・BPSD等の表現を使うべきかも要検討)
認知症は早期発見が大切	認知症は適切な支援や投薬があれば、よりよい生活ができる 本人や家族も悩んでいたり、困っていることが多いから、早めに支援した方がいい
[3]認知症の多様な見方	「症状」から「原因」を探っていく考え方と、「その人の文脈・理解に沿って説明していく」というアプローチの両方を見せる。
【事例】施設からぬけ出して、駅の改札周りでウロウロしている男性	なぜ徘徊してしまうのか？メカニズムを読み解くアプローチ 「夕焼けチャイムが鳴ったら娘を迎えに行くのが日課」という本人の視点に寄り添う説明
【事例】デイケアの入浴サービスで激しく抵抗する女性	なぜ暴力を働くのか？メカニズムを読み解くアプローチ 「異性に裸を見せるなんて」という本人の視点に寄り添う説明
多様なアプローチがあることを知っておこう	職種や立場によって、ある程度は視点・観点が決まってくる。しかし、本人はもちろん、他の職種や立場の人は違ったアプローチ・とらえ方をすることができ、そこから学びや気付きを得られるということは、どの職種・立場の人も共有しておく必要がある。

プログラムの実施に必要な教材・資料は、開発を続け、数年をかけて揃える計画である。

赤字で表示された部分は、今年度事業で教材まで作成した項目である。

[4]統合モデルでとらえる認知症ケア	本冊子P14~17に解説を掲載
認知機能低下は、 その人を理解する上での要素の1つである	認知機能の低下以外にも、様々な身体的・精神的な問題が生じていることが多い。「認知症をみる」のではなく、「その人をみる」中で、認知機能の低下をどうアセスメントし、どう生活機能の支援に繋げていくか…ということを考える。
トム・キッドウッドの考え方	5つの要素の紹介(神経障害／健康状態／生活歴／個性・人格／個人を取り巻く社会的心理背景) これら全てが、認知症のひとの思考・行動・感情に影響する。
統合モデルでとらえる	ICFの相互作用モデルで理解【事例検討スタイル】 →それら全てを1人の支援者が把握することは難しく、多職種・多施設の専門職が連携し、情報共有する必要がある。
多職種がうまく連携するために ～多職種連携コンピテンシーの紹介～	① 患者・利用者中心 ② コミュニケーション ③ パートナーシップ ④ 相互理解と職種活用 ⑤ ファシリテーション ⑥ リフレクション
自分で全てを行う必要はない	互いの観点、持っている情報を持ち寄り、違ったアプローチがあることも理解しながら、一つのテーブルの上で職種や立場を超えて、「その人」を中心に据えて話し合う。自分で全てを考える必要はなく、みんなで力を合わせていけば良い…ということを体験する。
[5]認知症のある人の支援を考えよう	★グループワーク(デモンストレーション映像資料あり)
【事例】自宅で暮らしたい、軽度の認知症のある高齢者(本冊子P18-21)	※ケースカンファレンスのスタイルで素材提供する
【事例】小規模多機能施設で、比較的重い認知症を持ちながら暮らしている高齢者	※各職種が報告する形を取るのが良いか。将来的には動画教材にし、学習者がワークシートにメモを取る形にする。
【事例】地域と共に独居で暮らす、軽度の認知症のある高齢者	
[6]認知症の人と共に生きる	【映像資料あり】
小規模多機能施設で、認知症の人と共に生きる	柴田範子さん(小規模多機能施設長)
認知症のある親と共に生きてきた15年	早田雅美さん(認知症の人の家族)
「認知症の人に」から「認知症の人と」へ	木之下徹さん(医師)
★振り返り	自分自身が、認知症と／認知症の人とどう関わり、どう共に生きていくかを、この学習全体を振り返って言葉にする。

①認知症の人の生活

▶ 映像資料：「認知症の人の暮らしを見てみよう」

<http://www.heartring.or.jp/> より「映像資料コーナー」からダウンロード可能

▽学習テーマ

認知症のある人の暮らしの様子

- ・生活における自立の要素
- ・自己実現
- ・コミュニティ内での役割
- ・ケアする人たちの喜び・やりがい

▽学習へのアプローチ

映像教材の第1部を視聴しながら学習を進めてください。この映像は、認知症の人の生活のありのままを見て、感じていただくことを意図して作られています。そのため、指導者が説明・意味付けを行い過ぎないよう注意してください。映像を見て考え、自分がどう思ったか／感じたかを、メッセージで言え合えるような問いかけを促してみてください。

実際に映像を見てみると、普段の生活風景は認知症があるかどうかもわからない部分もあります。たとえ認知症の影響があっても、あまり困った様子になっていない場面も多くあります。

認知症のある人たちの暮らしや、そこで共に生きる人たちの様子を見て何を感じるか。「彼らは～～である」ではなく、「私は～～と思う」という語り方で言葉にすることを促してください。また、この学習をきっかけに自分の身の回りの認知症の人についても語る機会を作るよう意識してください。

映像教材は、意図的に解説・ナレーションを少なくし、日常生活の場面を淡々と収めてあります。分析的に観るのではなく、どのような時間が流れ、どんな人ととの関わりが営まれているかという視点で観るように意識づけしてください。また、どの人が認知症なのか…ということも、ことさら強調してはいません。むしろ、映像だけを見ていると、どの人が認知症で、どの人が軽度認知障害（MCI）なのかも判断できません。

▽ケアする人の喜び・やりがい

この映像を見ながら、認知症の人のケアに関わる人々は、どのような喜びややりがいを得られているかを考えさせる機会を作るようにしてください。認知症の人に「関わらざるを得ない」ことをネガティブにとらえる学生・現職も少なくない中で、認知症の人のケアに喜びを感じている専門職について「なぜ、そう感じられるのだろう」と考えてみることは、良いきっかけになるでしょう。



②認知症を知る

▽認知症についての最低限の知識

<認知症の定義>

- ・脳の細胞が死んだり、働きが悪くなることによって、記憶・判断力の障害などが起こり、意識障害はないものの社旗生活や対人関係に支障が出ている状態（およそ6か月以上継続）

- ・「加齢によるもの忘れ」と認知症とは区別される

<認知症の多様性>

- ・進行性4つ+改善可能なもの2つ

若年性アルツハイマー病、MCIなど

「疾病」のメカニズムも多様だし、症状も多様である

<認知症になると起こること>

- ・中核症状

- ・BPSD（周辺症状）

▽認知症時代を見据えて

<認知症があたりまえの時代>

高齢社会の到来と共に、認知症の人の数も増えてお



り、今後は高齢者の4人に1人が認知症である時代がやってくると言われています。そして今から30年後には、街を歩く人の10人に4人が高齢者で、そのうちの4人に1人は認知症、そんな時代がやってくるのです。

<オレンジプラン>

厚生労働省は平成23年に「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の報告書で、認知症を持つ方ができる限り入院をせずに、地域で生活を継続していくための医療方針を打ち出しました。また、同じく厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームは平成25年に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を、平成27年に新オレンジプランを発表し、認知症ケアパスの作成や、モデル事業の実施などを行っていくことを表明しました。これからは社会全体で認知症を支えていくという方向に動き始めているのです。

2010年時点では、認知症有病者数は約440万人と推計されています。その内訳を詳しくみていくと、「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している」（日常生活自立度1）が約160万人とされます（図1）。認知症は大変だというイメージがあるかもしれません、全員に重度な機能障害があるわけではなく、病相の初期では地域や家庭で生活できる方もいるのです。そういった方々が、入院を前提とせず、地域や家庭の支えを受けながら自立して生活していく環境を整えることが必要となります。

▶認知症に関する知識は、教科書等も活用下さい。

③認知症の多様な見方

▽ 「原因を分析する」見方と、「本人の文脈・理解に沿って説明する」見方の2つがある

特に医療・看護に従事する専門職は、何か想定していない・業務遂行上不都合な状況が生じると、「なぜそんなことが起きたのだろう」と原因を分析する思考を働かせることが多いです。しかし、認知症の人と関わるときには、「なぜそのように行動したのか」を、その人の文脈・理解にそって説明することも必要です。

例えば「施設からぬけ出して駅の改札周りでウロウロしている男性」に、「なぜ施設をぬけ出してしまうのか」「なぜ徘徊してしまうのか」という「原因分析」の思考で関わろうとしても、うまく答えられない可能性が高いです。しかし、本人の視点・理解に沿って説明をつけようと試みると、案外できることも少なくないでしょう。

提示課題①

夕刻になると施設からぬけ出して、よく駅の改札周りでウロウロしている認知症の男性。なぜ彼が駅に行くのか、想像してみましょう。

（自由に「妄想」しても構いません。考えてみたものを、ペアワーク・グループワーク等で共有し、様々な人の見方を共有して視野を広げましょう）

ここで求められるのは、想像力・妄想力です。正解などない営みですから、なぜそのような行動を取るのか、その人にどんな過去があったのかを想像してみることが大事です。

例えば、「夕刻になると帰りの遅い娘を毎日のように駅まで迎えに行っていた」という過去があれば、この時間になったら駅に迎えに行かなくては…と本人が思っている可能性もあるでしょう。

以下の課題②は、ご本人が「自分は若い」という自己認識を持っていると考えれば、説明のつくものです。若い女性が、次々に男性に服を脱がされ、浴室に連れ込まれていく様子をみたら、必死に抵抗するのは無理もないと思えるでしょう。その想像力を、認知症の人にも馳せることが重要なのです。

提示課題②

デイケアの入浴サービスで、服を脱がせようすると激しく抵抗し、時に暴力をふるう高齢の女性。なぜ彼女が力づくで入浴を拒むのか、想像してみましょう。

（自由に「妄想」しても構いません。考えてみたものを、ペアワーク・グループワーク等で共有し、様々な人の見方を共有して視野を広げましょう）

⑥認知症の人と共に生きる

▶ 映像資料：メッセージ「認知症の人と共に生きる」（約18分）

<http://www.heartring.or.jp/> より「映像資料コーナー」からダウンロード可能

学習の最後に「認知症の人と共に生きる」と題して、小規模多機能居宅介護施設の責任者を務める柴田範子さん、両親が相次いで認知症になり20年間家族として認知症と共に生きてきた早田雅美さん、認知症専門クリニックの院長を務める木之下徹さんの3名からのメッセージを映像で紹介します。



認知症についての知識・理解が乏しいうちには、なぜ「認知症“と”共に生きる」ことが大切なのは伝わりにくいかもしれません。しかしここまでの学習の中で、認知症についての理解が深まってきたところでこのメッセージを受け取ると、認知症の人“を”ケアするだけでなく、認知症の人“と”共に生きるという考え方方が大切なことに気づくはずです。

このメッセージ映像を観た後に、グループワークまたは個人ワーク（レポートでも可）の形で、自分自身が認知症と、認知症の人とどう関わり、どのように共生していくのかを考え、言葉にする時間を作ることを奨めます。

また、看護以外の医療系職種などにおいては、なかなか実際の仕事の中で、認知症のひとを身近に感じることが多くないかもしれません。ゆえに、どんな場面で自分が専門職として認知症の人に関わる可能性があるのかを考えながら、その場合にどのように「と」の関係を作れるか、といったテーマで考えをめぐらせても良いでしょう。



認知症ケアに携わる多職種の連携

～本人を中心とした認知症ケアと統合モデル～

▽認知症ケアにおいて、なぜ多職種連携が重要か

認知症ケアに関しては、医療的なアプローチとともに、QOLを維持・向上するアプローチが重要です。そのためには、医療・介護等だけが関わればいいというわけでもありません。

高齢者の場合、認知症の人は、認知症以外にもさまざまな疾患を抱えていることが少なくありません。また、認知症の進行につれて、必要な支援が変わってくることがあります。そのため、認知症の人を支えるためには、医療・介護等の専門職の適時・適切な連携が不可欠です。医療だけで抱え込んで、介護だけで抱え込んでも、本人にとっていい結果にはならないことがほとんどです。

▽専門性の違いは価値

背景となる知識や観点が違う、異なる専門職同士の連携において重要なのが、「本人の意思」を中心に据え、「その人が何を望んでいるのか」、「その望みを叶えるために、専門職として自分は何ができるのか」という考え方です。そういう意見の交換ができれば、「専門性の違い」は価値となり、よりよいケアの提供につながります。そのため、このプログラムでは下記の4つのポイントが認知症ケアに携わる多職種の連携において重要なと考えます。

ポイント①…本人を中心とした認知症ケア

ポイント②…統合モデル

ポイント③…ICF（国際生活機能分類）

ポイント④…多職種連携コンピテンシー

▽ポイント①…本人を中心とした認知症ケア

本人を中心とした認知症ケアの代表として、イギリスのトム・キットウッド氏が提唱した「パーソン・センタード・ケア」の考え方があげられます。その考え方は、認知症ケアに携わる人ならば、誰でも聞いたことがあるでしょう。「その人らしさを大切にしたケア」と一口に言ってしまうと、当たり前のように感じますが、それは実際にはどういうことでしょうか。

トム・キッドウッド氏は、認知症の人の状態を理解する際、以下の5つの要素は全て相互に影響していると提唱しています。

NI. 神経障害（機能的障害、構造的障害）

H. 身体の健康状態（既往、五感）

B. 生活暦

P. 個性、人格（気性、能力、心理的防御性）

SP. 個人を取り巻く社会的心理背景

認知症ケアに関しては、神経障害の部分だけに注目されがちでした。しかし、これら5つの要素全てが、認知症をもつ人の思考・行動・感情に影響を与えていているのです。

そして、それぞれの要素にアプローチする専門職も異なります。例えば神経障害については医師が、身体の健康状態については看護師が、生活暦については介護職がキーパーソンになりますし、個性・人格に関する情報は、家族や身近な人々が一番よく知っているでしょう。だからこそ、その人の全体像を描くためには、さまざまな職種が情報を持ち寄る、多職種連携が重要なのです。

▽ポイント②…統合モデル

「統合モデル」とは、「医学モデル」と「社会モデル」を統合した考え方です。

「医学モデル」とは「障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接生じるものであり、専門職による個別的な医療を必要とするものとみる。」ものです。障害には医療的な対応が基本であり、その目的は個人を社会に適応させる、個人の行動を変化させることが中心になります。

それに対して「社会モデル」とは、「障害を主として社会によってつくられた問題とみなし」、障害は「社会環境によって作り出されたもの」であって、「個人に帰属するものではない」という考え方です。障害への対応は、対応は社会環境を変えることであるというように見ます。

「統合モデル」は、もともとは、何らかの障がいを持っている人にどのような援助が必要かを考えるときのアプローチとして生まれた概念モデルです。

医学モデルと社会モデルのどちらか一方の考え方だけが正しく、どちらかが間違っているというものではありません。

しかし、実際の医療・介護等の現場においては、どちらか一方の考え方だけを優先してしまうために、多職種連携がうまくいかなくなってしまうことがあります。

認知症をもつ人にとって必要な支援は、病気の進行や、そのときの状況によって変わるものです。医療的な支援の比率を大きくしなければならない場面もあれば、社会的な支援が大きな効果をあげる場面も考えられるでしょう。

これからの認知症ケアに必要なのは、両者を統合した考え方、すなわち「統合モデル」としてとらえることです。認知症のケアにおいては、従来のような「治す医療」と「補う介護」という分業ではなく、医療・介護等の多職種の有機的な連携が必要になっています。

身体機能がよくならなければ他のものも決してよくならないという考え方や、社会的な環境因子だけを偏重してそれによって全てが決まってしまうという、どちらか一方だけの考え方陷入ることが重要です。

統合モデルの概念において重要な点は、「医学モデル」と「社会モデル」が相互に関連しあっているという点です。その相互作用については、次のポイントであるICFのモデルで詳しく見てみましょう。



認知症ケアに携わる多職種の連携

～ ICFと多職種連携～

▽ポイント③… ICF（国際生活機能分類）

認知症になっても安心した生活の継続を支援する場合、「できないこと」ではなく「できること」に注目するアプローチは重要です。認知症ケアでは、生活（※1）を支える自立支援（※2）の視点が求められています。しかし、特に認知症ケアでは、「できないこと」に目が向きやすいことがあります。そのため、本人のできないこと、できなくなったことを補完するアプローチをとりがちです。

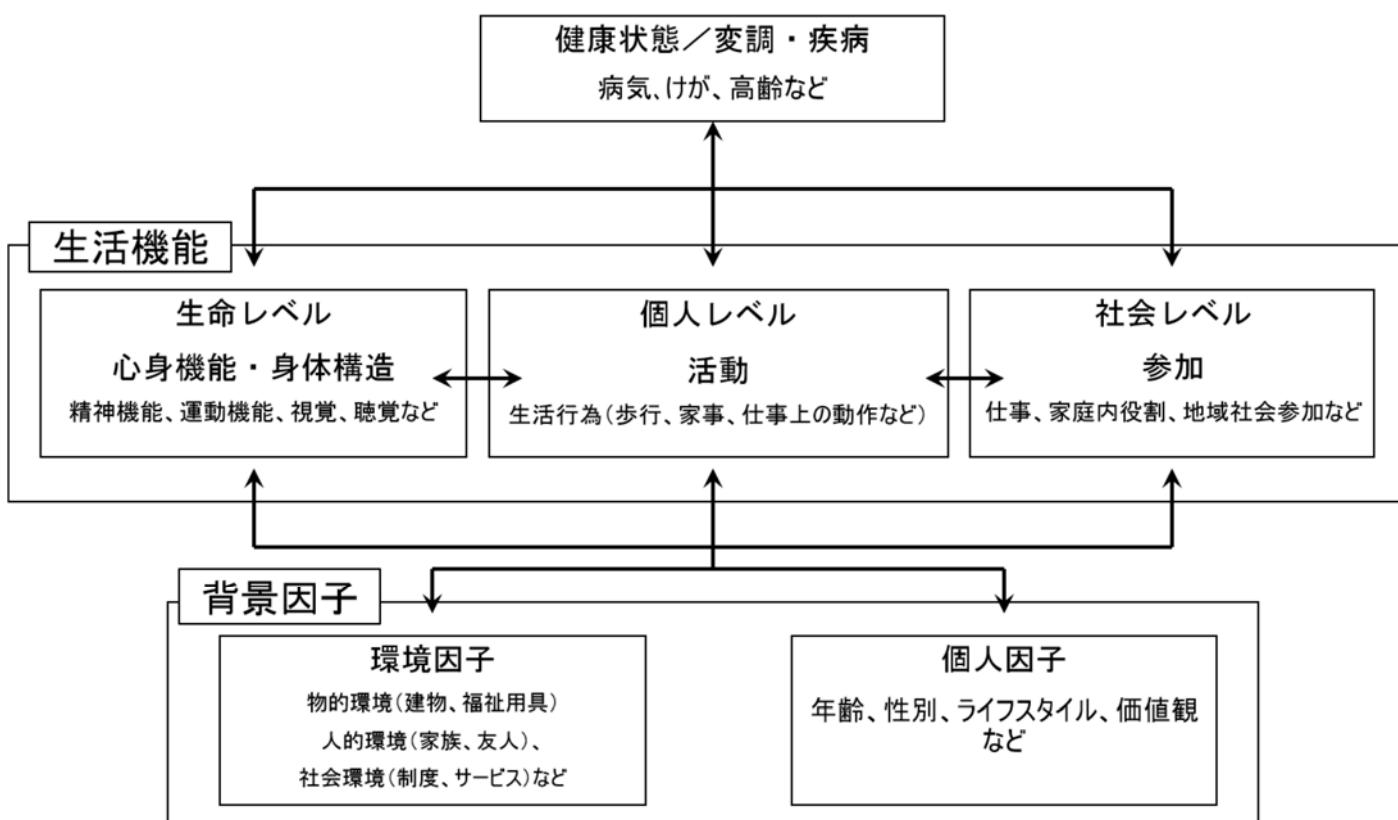
そこで重要なのが、ICF（国際生活機能分類）の視点です。ICFの考え方では、健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子を全体的に見て、相互に作用するととらえます。

ケアマネジャーが調整役となり、サービス担当者会議やカンファレンス等で、医療・保健・福祉の専門職と立場を越えて本人中心のケアを話し合います。

※1 生活とは…食事・排泄・活動・清潔・睡眠と休養という要素によって構成され、これらもまた、相互に影響しあっています。

※2 自立支援とは…本人のもつ能力を最大限に活用し、自立に向けて支援すること。

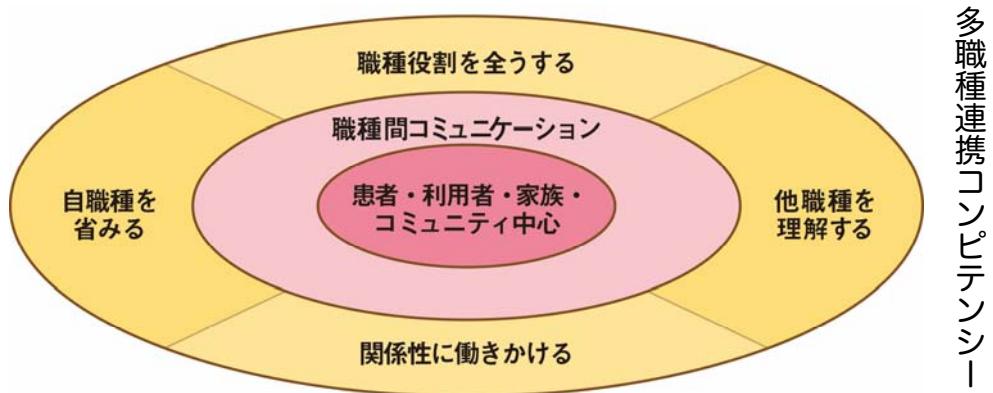
ICF(国際生活機能分類)モデル



▽ポイント④…多職種連携のコンピテンシー

多職種連携は、2025年の社会に向けて地域包括ケアシステムの構築や認知症施策推進総合戦略

(新オレンジプラン) の実現に必要不可欠とされています。そこで、多職種連携のコア・コンピテンシーが以下のように推奨されています。



○コア・ドメイン

▶患者・利用者・家族・コミュニティ中心：
患者・サービス利用者・家族・コミュニティのため
に、協働する職種で患者や利用者、家族、地域に
とっての重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目
標を設定することができる。

▶職種間コミュニケーション
患者・サービス利用者・家族・コミュニティのため
に、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互い
について、互いから職種としての役割、知識、意
見、価値観を伝え合うことができる。

○コア・ドメインを支え合う4つのドメイン

▶職種としての役割を全うする
互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合
い、職種としての役割を全うする。

▶関係性に働きかける
複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・
調整することができる。また、時に生じる職種間の

葛藤に、適切に対応することができる。

▶自職種を省みる

自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複
数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連
携協働に活かすことができる。

▶他職種を理解する

他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連
携協働に活かすことができる。

その他のポイント

- ・認知症とともに歩む本人と家族の力を支援す
る。本人と家族のエンパワメント、ストレングス
の視点を大切にする。
- ・認知症ケアは、本人の能力を引き出せるよう
に、身体・精神・社会的な視点から支援する。本
人の心身の状態に応じた支援と捉える。
- ・地域で支える視点。医療・介護の専門職だけ
抱え込むのではなく、地域のインフォーマルなサ
ポートを活用していくこと。

グループワークのための参考事例①

▽グループワークの進め方

この事例は、職種ごとのロールプレイでも、実際の職種が集まって行う研修会等でも使うことができます。医師（地域）・看護師（病院）・医療ソーシャルワーカー（病院）・ケアマネジャー（地域）が必ず入り、薬剤師（地域）・管理栄養士（病院）・介護職等もできれば参加するような形態を想定して作られています。グループワークの参加人数により、指導者が役割を適宜調整してください。

事例の概要のみを配布し、残りの情報は関連する職種にのみ配布するやり方と、全ての情報を全員に配布するやり方に対応しています。前者は、少し多職種連携のグループワークに馴れた人向けになります。あえて、医療的な情報や専門用語もそれなりに入れてありますので、その分野に強い職種に質問することも、このグループワークの目的の1つとなります。

退院調整カンファレンスを舞台にするため、医療職がリードする場面が多くなりがちですが、認知症のひとの地域での生活や、様々な支援サービスについては、ケアマネジヤーや福祉職の方が情報が多いこともしばしばあります。医療職にも、ケアマネジャー・福祉職から自分が知らない情報を引き出すよう促してください。

▽設定

本郷春夫さん（76歳男性）の退院調整カンファレンスを舞台に、今後の支援のしかたを考えていくという設定になります。司会者は、病院側のソーシャルワーカーまたは、地域側のケアマネジャーが行う形でスタートしてください。

▽事例概要 本郷春夫さん、76歳男性。

15年前に糖尿病と診断、当時の職場近くの内科クリニックに通院して投薬を受けていました。6年前、奥さんがクモ膜下出血で急逝。その後、娘の奨めで犬を飼うようになり、愛犬と自宅で独り暮らしています。二人の娘がいますが、長女は疎遠になっており、次女は大阪で仕事と家庭があるため、年に1度帰れるかどうかです。3年前より物忘れがあるものの、生活に支障があるほどではなく、医師はMCIと判断していました。今から1ヶ月前、かかりつけの内科クリニックで左足底の蜂窩織炎が見つかり、総合病院に紹介。翌日より入院して治療を行ってきました。抗菌薬による治療の結果、蜂窓織炎は回復に向かっており、近々退院が可能な状況になっています。

しかし入院中、病棟で見当識障害・短期記憶障害が問題として挙がり、症状の日内変動なく継続したことから精神科にコンサルトが行われ、長谷川式簡易知能評価スケールで18/30点と、認知症が疑われる結果が出ました。頭部MRIを取ったところ若干の脳実質の萎縮も見られ、画像診断医もアルツハイマー病が疑われるとコメントしています。

ご本人は、愛犬のことをとても気にかけておられ、早く家に帰りたいと言っています。

>>入院時（4週間前）の検査値

身長165cm 体重72kg 血圧142 / 94mmHg 体温37.8°C 脈拍105/分 SpO₂ 97%(room air)
HbA1c 9.3% 血清Cre 1.4mg/dl CRP 11mg/dl WBC 13800/ μ l 尿蛋白+ 尿糖+ 尿潜血-
その他血算、T-CHO、TG、HDL-C、LDL-C、TP、Alb、Na、K、Cl、Ca、P、BUN、AST、ALT、 γ GTP等は正常範囲

>>前日の検査値

体重71kg 血圧137 / 88 mmHg 体温36.8°C 脈拍85/分 SpO₂ 98%(room air)
HbA1c 8.1% 血清Cre 1.3mg/dl CRP 0.2mg/dl WBC 8000/ μ l 尿蛋白+ 尿糖± 尿潜血-
その他血算、TP、Alb、Na、K、Cl、Ca、P、BUN、AST、ALT、 γ GTP等は正常範囲

>>かかりつけ医から継続的に処方されていた薬→入院中も変更なく継続

メタグロコ(ビグアナイド)250mg 6T3x毎食後

アマリール(SU剤)1mg 2T1x朝食後

ペイシン(α GI)0.2mg 3T3x毎食前

プロプレス(ARB)8mg 1T1x朝食後

>>入院中の投薬

メロペン(カルバペネム系) + バンコマイシン(リコペプチド系)※入院後から2週間、腎機能に配慮し投与

▽ご本人のお話（看護主任との会話）

あんた、主任さんだって？この病院、儲かってるの？いやー俺は金のことにはうるさいよ。長年、金貸しやつてきたからね。国道の崖の上の牧場、大きいのあるだろ？あれ、俺が融資担当だったんだわ。あいつは見込んだだけの男だったなあ。

本郷さん、すごいですねー。ちょっと私は牧場はわからないけど。

あーそうかー、そりゃ残念だ。立派な牧場なんだが。

本郷さん、退院についてなんですが、今お話できますか？

おう、ええよ。早くクロの奴のとこに行ってやんねーとな。 ん？クロの散歩は誰がしてんだ？

クロちゃんって、飼ってらっしゃるワンちゃんですよね？

こないだと同じで、お隣の湯島さんが預かって下さってますよ。

お一人で暮らしていくですか？老人ホームに入るという形もありますが。

まー今まで独りでやってきたんだ。老人ホームなんか陰気臭くてかなわんし、クロも一緒に連れていかれんやろ。家でなんとかやってくわ。

ご近所さんに頼れる方いらっしゃるんですか？

裏の湯島んとこの昭一さんは、市役所勤めあげたしっかりした人だよ。

かあちゃんが生きてた頃は行き来もあったけど、かあちゃん倒れてからは行き来も減ったな。

まあ俺は仕事人間だったからな。

車運転しなくとも、ご近所さんに助けてもらひながらなんとかできますかね？

車はなー。ダメとは言われるけどなー。あんなもん何とでもなる。

まあ、どうしてもっちゅーなら、ローソンに歩いていける。今もドックフードは散歩の時にローソンで買ってんだから。あー、クロに餌やらんといかんなあ。。。。

車は、もう運転しちゃあダメですよ。

お医者さんも、今までの先生のところに通えますか？

うーん、さすがに市内は遠いなあ。

グループワークのための参考事例②

なんか近くの診療所の先生が良いって、昭一さんも言つとるし、あの先生にお世話になることはできるんかのう？ 診療所なら、車ですぐやわ。

それなら、私の方でお願いしてみましょうか。あと、車で行っちゃダメですよ…

まあ俺ガソコだから、先生にいやだって言われちまうかもしれない（笑）

まあもう、家族と言えばクロだけだから、クロがいる家に返してくれよ。後はなんとかうまくやるよ。

▽前医の内科クリニックの医師からの電話聴取内容

あ一本郷春夫さん・・・足の炎症で紹介した方ですね。

2001年に、健康診断で血糖値が高いってことでうちに来られて、それから糖尿病の管理をしてきてます。

うちではメトグルコ、アマリール、ペイシン、プロプレスを処方してて、これまでそんなに悪い状態じゃなかったと思うんですけどねえ。まあ、奥さん亡くされてからは食事もどれだけ管理できてたかはわからないですね。家も遠いから、時々来られてまとめて薬出すって感じだったんで。

足の方も申し訳ないけど、そこまでちゃんと診れてなかつたかもしれない。時々、足の感覚についても聴いてはいましたけど、ご本人は何も問題ないって感じだったから。まあ、ちょっと認知も落ちてるかなとは思ったけど、生活に支障が出るほどじゃなかつたんですね。車も運転するなって言ってたんだけど、言うこと聞かなくてねえ…。

退院できるなら、家の近くの先生を紹介してあげた方がいいかもしないですね。

▽病棟担当医の院内カンファレンスでの報告

本郷春夫さん、76歳男性、糖尿病に合併したと思われる左足底の蜂窩織炎で当院外科外来に紹介。

CRP 11mg/dl 白血球数13800と炎症がそれなりに強く、増悪すると足の切断が必要になるリスクがあつたため、入院の上、メロペン・バンコマイシンで抗菌薬治療を行いました。血清クレアチニンが1.4と、腎機能に多少の低下が見られることから、抗菌薬の投与量を調整し腎機能に配慮しました。

糖尿病の治療に関しては、前医の処方を引き継いでいます。入院時よりは、若干A1Cが下がっており、病院食によるコントロールおよび服薬管理が効いているのではないかと思います。

入院直後から、「ここはどこだ」といった見当識障害や記憶障害が出ており、病棟を抜けだそうとしたこともあります。環境変化に伴う、一時的なせん妄状態も考えましたが、10日ほど経っても状況にあまり変化がなかつたことから、精神科にコンサルトをお願いしました。精神科で長谷川式のテストを行つたところ18点で、20点と言われる認知症の基準を越えたため、認知症の疑いありと判断しました。その後頭部MRIを取り、画像診断からも脳実質の萎縮を若干認め、アルツハイマー病が疑われるとのコメントがありました。アリセプトの処方を検討中です。

▽娘さんの話（電話）

いつもお世話になってます。なかなか行けなくてすみません。

父のことですが、以前からちょっと物忘れもあったんで、早めにホームとかに入つたらどうかって話もしてたんですが、本人が頑固で入りたがらなくて。犬がいるからダメだって言うんで、ペット可能な高齢者マンションってのを探したんですが、それも嫌だって言うんですよ。まあ昔から言い出したらきかない人ですから、どうしようもないんですが…。

車だけは、他人様に迷惑をかけてはいけないんで、なんとか運転できないようにしたいんですが。廃車にしようとしても、俺の車だからお前には権利はないって。これって、どうにからならないんですか？

私は、主人が店をやっていて、主人の両親の世話に子どもが二人。申し訳ないけど、富山に帰れる状況でもないんですよ。父は蓄えもそれなりにあるんで、なんとか施設に入れないものですかねえ？

あと、去年帰った時、まともに歯を磨いてなかつたようでした。もし宜しければ、ちょっと口の中もチェックしていただけたら助かります…。

▽ケアマネジャーの持っている事前情報

>>隣の湯島さんの奥さんの話

病院から本郷さんが連絡してきて、クロの世話をしばらく宜しくということだった。犬が好きだから、喜んでお世話をさせてもらってるとのこと。

半年ほど前に、布団を干したまま夜になつても取り込んでいないのを見つけたことがある。

2ヶ月前に鍋を火にかけたまま放置し、焦げて煙が立ち込めるということがあった。近所の人が煙が出ているのを見つけて、大事に至らなかつたとのこと。話している時はしっかりしているが、時々物忘れがあるのかもしれないとは感じている。

古いクラウンに乗つてて、時々車で出かけているが大丈夫かなと思うことはある。ところどころぶつけた後があるのも気になっている。けれどもともと農協に勤めていたしっかりした方なので、あまり近所の人間が口うるさく言うのも気が引ける。

>>民生委員の根津さんの話

少し物忘れがあるということで、時々様子は見ている。家の中が散らかって、少し荒れているのではないかと思っている。ご近所なんで、時々声をかけるが、玄関先で話すくらいで家の中には入れたがらない。

真面目でしっかりした人だし、近所で何か問題になつたりということもない。けれどあまり親しみやすい感じではないし、あまり地域活動に関わる感じでもない。

* * * *

▽グループワークのデモンストレーション

この事例については、本事業に取り組む地域の1つである富山県にて、多職種によるグループワークを実際に行い、その様子を撮影しました。映像資料には、その様子が収められています。研修でファシリテーション・指導等にあたる方は、事前にこのデモンストレーションをご覧になると、実際にどのような展開で話が進むのか、どのような声掛けが必要かという点の気づきが得られるはずです。

- ▶ 映像資料：「認知症のある人の事例に関するグループワーク」

<http://www.heartring.or.jp/> より「映像資料コーナー」からダウンロード可能

▽グループワークの振り返りから

Q：やはり実際の地域が思い浮かべられないと、具体的な支援の方向性を考えられない。学習者の活動する地域で、具体的に「どこに住んでいる人なのか」「どこの病院に入院しているのか」といった設定をした方がやりやすいのではないか？

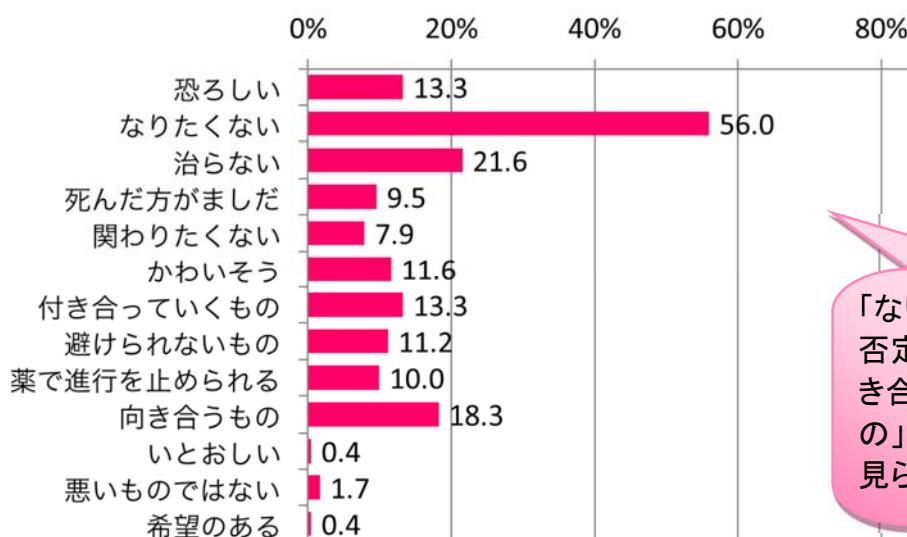
A：グループワークを実践する地域に合わせて、参加者が共通してイメージしやすい具体的な地名・病院名などを設定すると効果的と思われる。ここに紹介している事例についても、実施する地域や参加する職種に合わせて、自由に改変しながら使っていただきたい。

若年層の市民アンケート結果より

▽若年層市民アンケート（WEB調査）より結果ダイジェスト

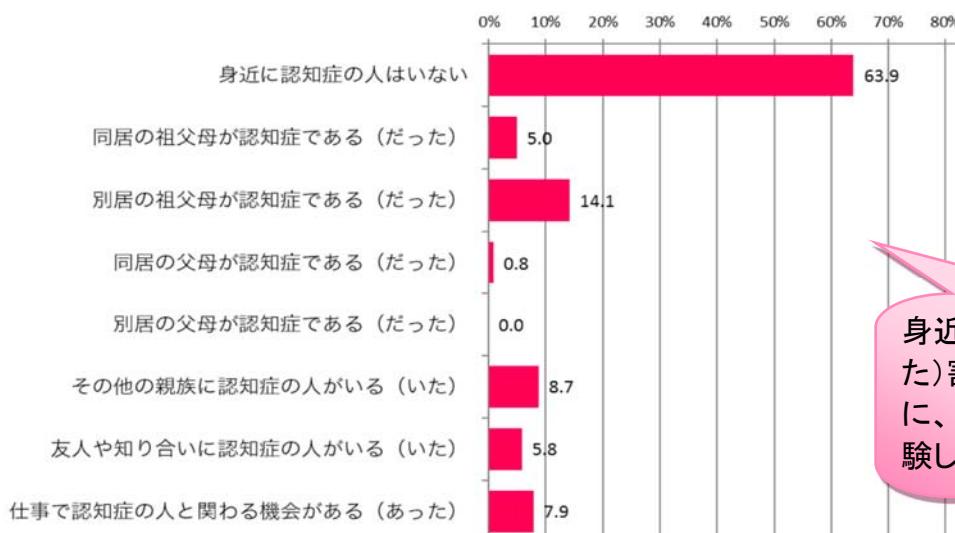
NPO法人ハート・リング運動が2013年に実施したインターネット調査結果より、一般市民の認知症に関する意識の一部を紹介します。様々な学習や、実習での高齢者との触れ合い等を経験する前の段階では、あまりこの集団と変わらない認識を持っていると推測されます。（回答者数241名）

①認知症に対するイメージをお答え下さい。（最も近い順に2つまでを選択する形式で回答）



「なりたくない」「治らない」等の否定的イメージが強いが、「向き合うもの」「付き合っていくもの」といった回答もある程度は見られました。

②身边に認知症の人はいらっしゃいますか？



身近に認知症の人がいる（いた）割合は未だ多くはない。特に、同居の親族の認知症を経験した若年層は少ないです。

初学者を対象に指導する際には、このぐらいの認識からスタートすることを意識してください。

学生アンケートより

▽看護学生等へのアンケートより、自由記述の抜粋

今の学生の生の声です。指導の際の参考にしてください。（実習経験がある学生も含まれています）

ADL低下や自立が困難になり、周囲の方々の支援、援助がなければ生活をしていくのが難しい

ご飯を食べたか食べていないかわからない。自分が今どこにいるかわからないので騒ぎ出す。歳を聞いても違う年齢を言う。

自分が今何をしようとしたのか、知っている人の顔を忘れたりする
昔のことを思い出したりする。ご飯を食べたことやお風呂に入ったことを忘れる。

マイナスのイメージはない。ちょっとすっとぼけたかわいいおじいちゃんおばあちゃん的イメージ。周りの人は大変かもしれないが、本人は幸せそうな方が多いイメージ

昔（その方が一番輝いていた頃）のことは覚えている。または今もその時代の考え方。だが数秒前の記憶は忘れてしまう。

昔（その方が一番輝いていた頃）のことは覚えている。または今もその時代の考え方。だが数秒前の記憶は忘れてしまう。

同じことを何度も繰り返してしまう。何度も同じことを言う。しかし、それには本人の遺留があるため、認知症であっても寄り添っていけば、穏やかに過ごせる人

気分が良い時は相手から話しかけてきたり、笑顔で話したりする。気分がすぐれないようなときは、目が曇り笑顔が見られず、急に怒ったりする。

一般的に失ってゆくとイメージがあるが、私にとっては小さなものまで拾って増やしていくというイメージ。増やして集め、常に新しい自分になりかわってゆく。逆に言えば、本当の自分が定まらず、不安になる。

今までできていたことが疾患によりできなくなってしまった状態ではあるが、普通の人たちと変わらない。よく子供に戻るといわれるが、自分はそうは思わない。認知症であっても高齢者高齢者であり、目上の人である。

丁寧にゆっくりと物事を伝える必要があると思う。批判などせずに話を聞くべきだと思う。
しかし身内が認知症になってしまってからは正直めんどくさいとかぼけていることに対して反対的になってしまう。

本当の“その人”に戻ったこと。たまに意思疎通がうまくできずイライラしてしまうけど、それは自分が認知症の方の気持ちを理解しきれていないだけ。認知症の方の発する言語・行動には必ず何かしらの意味がある。

認知症にやさしい社会の実現に向けて

～認知症に伴う「バリア」をなくすために～

▽認知症にやさしい社会への転換

現在私たちは、認知症を持つ方を医療・介護専門機関、地域社会、そして企業が包括的に支援する社会システムへの転換を求められています。では、そういった社会を築いていくためには、どんな困難（バリア）を乗り越えていかなければならぬのでしょうか。最後に、認知症のひとが直面する3つのバリアについて紹介し、指導の際に役立てていただきたいと考えます。

（1）健康な生活へのバリア

まず、認知症を持つ方たちが安心して生活するためには、最低限の衣食住を確保する必要があります。しかしできる限り入院をせず、それまで通り地域社会で暮らしていくことを考えた時には、それらを確保するのも簡単なことではありません。例えば日本では、介護保険三施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設）に比べ、高齢者向けの住宅が少ない現状があります。今後、食事や入浴、排泄などといった生理的に必要な活動について、24時間体制の見守りが受けられるような住宅の確保が必要になるでしょう。また、料理や買い物といった家事をサポートするサービスや、医療・リハビリに関するサービスの確保も必要でしょう。

この「健康な生活へのバリア」は、今後認知症を持つ方が増えていくことを考えれば、絶対に解消しなければならないものです。厚生労働省などが、専門職の育成に力を入れるなどの対策を講じ始めています。しかし、認知症を持つ方が社会で「普通」に暮らすためには、それだけでは足りないのでないかと私たちは考えます。

（2）心のバリア

自分が認知症の当事者となったところを想像してみて下さい。徐々に認知機能が低下していくなかで、それまでできていたことができなくなり、周りの人の反応が変わっていく…そんな変化に一番怯えるのは自分自身でしょう。認知症は段階的なものであり、急に何もできなくなるわけではないのですが、何をするも不安が募り、能力的には続けられる活動をやめてしまうケースは少なくありません。このように「認知症である」ということだけで、本来できるはずのことができなくなってしまうのが、「心のバリア」です。

認知症を持つ方は、不安が強いゆえに、自尊心を傷つけられることにもとても敏感です。家族が「認知症だからもう何もできないだろう」「どうせボケているからわからない」…というように扱ったり、近所の人が「認知症なんてお気の毒に」という哀れみの態度で接したりしたら、本人はとても傷つき、意欲や自信をさらに失ってしまうかもしれません。

「認知症」という言葉に対するネガティブなイメージが、本人のできること・できないことを無視して独り歩きすることで、その人が自分らしい生活を送れなくなってしまう可能性があるのです。

（3）選択肢へのバリア

スポーツをしたい、デパートでショッピングをしたい、おいしいレストランに行きたい…普通に暮らしていれば、たくさんの趣味や娯楽を楽しむことができます。しかし、「認知症だから」という理由で、例えば入店を拒否されたり、デイサービスなどに行っても画一的な娯楽しか与えられないという問

題があります。「健康な生活へのバリア」が解消され、暮らしの維持自体は可能になっても、それまで楽しんできた趣味や娯楽の選択肢が急に減ってしまったら、生き生きと過ごすことができなくなってしまう。これが「選択肢へのバリア」です。

認知症になったからといって、その人の人格や個性が突然失われるわけではありません。むしろ、「その人らしさ」が垣間見えるような能力や嗜好性は、認知機能が低下するなかでも表に出てくることが多いのです。にもかかわらず、例えば国語の教師で文学に造詣の深い方が、もしデイサービスで絵本ばかり読み聞かせられていたらどう思うでしょうか。「馬鹿にされている」「もっと様々な本が読みたいのに」と感じてしまうかもしれません。実際に、認知症を持つ方からは「デイサービスに行って

みたが、子どもじみたレクリエーションばかりでがっかりした」という声がしばしば聞かれます。これからは、認知症を持つ方の人格や個性を尊重した上で、様々な娯楽や趣味のサービスを選択できるような社会にしていく必要があるでしょう。

▽バリアを乗り越えるために

3つのバリアはどれも、簡単には乗り越えにくい難しい問題です。バリアを乗り越えるためには、行政や医療・介護専門機関だけでなく、民間や企業、そして市民全体の力が必要なのです。これから医療・保健・福祉の中核的な担い手には、ぜひその理解を持って、認知症があたりまえの時代に専門職として活躍していただきたいと思います。

認知症ケアにおける『多職種連携力』を高める教育プログラム開発 実行委員会

NPO法人ハート・リング運動専務理事	早田 雅美	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)
日本医師会副会長	今村 聰	
日本看護協会副会長	菊池 令子	
日本歯科医師会常務理事	深井 穎博	
筑波大学医学医療系講師	吉本 尚	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)
同朋大学准教授	下山 久之	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)
富山福祉短期大学	牛田 篤	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)
国立長寿医療研究センター	高道 香織	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)
のぞみメモリークリニック院長	木之下 徹	
大久保歯科医院院長	大久保満男	
順天堂東京江東高齢者医療センター	佐藤 典子	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)
有限会社ノトコード代表	平林 康史	(教育プログラム開発ワーキング委員 兼任)



NPO法人ハート・リング運動

平成27年度文部科学省委託事業

成長分野における中核的専門人材養成等の戦略的推進

「認知症ケアにおける『多職種連携力』を高める教育プログラム開発」事業

発行日 2016年2月26日

発行者 特定非営利活動法人ハート・リング運動

住 所 〒107-0052 東京都港区赤坂2-20-10

電 話 03-3582-8100

W E B <http://www.heartring.or.jp> (映像・資料等はこちらからダウンロードできます)