

特集論文：認知症への多角的アプローチ

認知症高齢者支援における多職種連携（IPW）と 多職種連携教育（IPE）の現状と課題

——社会福祉・ソーシャルワークの視点から——

松岡 克尚*¹，松岡 千代*²

関西学院大学人間福祉学部*¹，佛教大学保健医療技術学部*²

● 要約 ●

本論の目的は、認知症の高齢者やその家族を支援するにあたって必須となる多職種連携（IPW: Interprofessional Work）と、その可否を左右するものと見なされるようになっている多職種連携教育（IPE: Interprofessional Education）の現状と課題について、社会福祉・ソーシャルワークの視点から論じるものである。

IPWは、認知症患者・家族支援に限らず、医療ケアの領域での展開が先行しており、IPEも社会福祉・ソーシャルワークにとってもその重要性が認識されつつ、特に専門職養成教育レベルでの展開では後れを取っているのは否定できない。

本論ではIPW、IPEに関する先行研究をレビューし、特に認知症高齢者・家族支援に焦点を絞ってIPW、IPE研究と実践の展開を概観し、そこから社会福祉・ソーシャルワークが学び取るべき点や今後の課題は何かについて議論する。

● Key words：認知症ケア，IPW，IPE，地域包括ケアシステム

人間福祉学研究，9（1）：35-51，2016

1. はじめに

本論の目的は、認知症の高齢者やその家族を支援するにあたって必須となる多職種連携（IPW: Interprofessional Work）と、その可否を左右するものと見なされるようになっている多職種連携教育（IPE: Interprofessional Education）の現状と課題について、社会福祉・ソーシャルワークの視点から論じるものである。

承知のように、2013年度よりスタートした「認知症施策推進5か年計画」、いわゆるオレンジプランにおいては、認知症高齢者の容態や置かれて

いる状況に応じての医療・介護の連携が強調されたのであるが、それは2015年1月に公表された「認知症施策推進総合戦略」、すなわち新オレンジプランにも引き継がれている。しかし従前において、IPWそれ自体は、認知症患者・家族支援に限らず、医療ケアの領域での展開が先行している感があり、IPEも社会福祉・ソーシャルワークにとってもその重要性が認識されつつも、特に専門職養成教育レベルでの展開では後れを取っていることは否定できないところであろう。

しかし、特に認知症も含めた慢性疾患や障害のあるサービス利用者・家族に対する支援は、医療

ケアの範疇にとどまらずおのずから社会的ケアも含めて「生活支援」という性格を色濃く持たざるを得ない。そのことを考えれば、社会福祉・ソーシャルワークは、医療ケア領域で先行しているIPWとIPEの成果を積極的に学び、その知見を「生活支援」に取り込んでいく必要性は大きいと思われる。

こうした問題意識から、本論ではIPW、IPEに関する先行研究をレビューし、その上で特に認知症高齢者・家族支援に焦点を絞ってIPW、IPE研究と実践の展開を概観し、そこから社会福祉・ソーシャルワークが何を学び取るべきなのか、さらに今後の課題は何かについて考えてみたい。

2. 連携への関心と研究展開

大嶋によれば、1962年の雑誌『病院』で「人間関係」が特集され、その中で「チーム」という言葉が用いられたのが、日本の医療領域において連携への関心が示された嚆矢ということになる。1965年より看護領域では「チーム医療」という用語が見られるようになるが、それは看護職単独のチームを意味し、多職種までをカバーしていなかった。医師を中心としたコメディカルのチームが注目されるようになったのは、ようやく1970年代に入ってからになる（大嶋，2011）。看護領域では、医師と看護師のチーム医療が雑誌論文で取り上げられたのが1977年に至ってからであった（田村，2010）。

このように医療現場では1970年代後半から、チーム医療という言い方で多職種間連携の実践が注目され、実際に展開されるようになっていたのであるが、ただそうは言っても看護職をはじめとしてチームで実践することがむしろ日常的であったために、あまりそれが研究や分析の対象としてまでに意識されることは少なかったといえる（田村，2010）。そのために、松岡が述べているように、1990年代初頭までにはこのテーマについての研究文献はほとんど見当たらない状況があった（松

岡，2011）。

そうした事情は社会福祉、ソーシャルワーク領域でも同じであり、ソーシャルワーカーは古くから他専門職との協働なくしてはその成果が果たせなかったはずであるが、サービス利用者との日常的で直接的な関係には大きな注目が寄せられる一方で、いわば「後背地」となる他専門職との関係を意味するチームや連携については、ネットワークなどの類似概念も含めてどうしても二義的な位置づけに甘んじていたといえる（松岡，2016）。そのために多職種連携に関しての理論的な精緻化とそれを実践に反映させていく取り組みが顕在化するまでには至らず、あるいはあってもそれほど注目されることは少なかったのである。

この状況が変化し、特にチーム、チームワークとそれらが土台にしている多職種連携が、改めて日本において脚光を浴びるようになるのは2000年前後のことである。それに先立って1990年代ごろから医学雑誌などでも「チーム」という用語が目につくようになるのだが、決定的な意味を持ったのが介護保険制度の登場であったとされる（大嶋，2011）。また、同制度が創出されたそもその背景にある「健康転換」¹⁾の影響をそこに指摘する論者もいる（松岡，2011）。

いずれにせよ介護保険制度導入の前後に、菊地（1999）や松岡（2000）などのように社会福祉領域から、当時欧米でも急速に広がってきた連携やチームに関する研究成果の刺激を受けながらこのテーマへの理論的な接近が試みられ、その後の研究に大きな影響を及ぼすことになった。このことから、直接的な契機は介護保険という国内の制度変革があったとはいえども、日本における多職種連携への関心と研究展開は、欧米と比べてやや遅れることになったとはいえ、研究、実践のグローバルな動向や潮流からも大きな影響を受けたことは間違いない。

その後、チーム、チームワークや連携といった用語は一種の流行用語になり、さらにはネットワークなど類似の概念・タームも含めて医療領域

のみならず社会福祉・ソーシャルワーク領域でも多くの研究や実践が展開されていく。その蓄積を踏まえて実践家向けの解説書もまとめられるようになり、中でも『図説ケアチーム』(2007)や『多職種連携の技術(アート)』(2014)を編集、発刊した故野中猛らの業績や、厚生労働省のチーム医療推進方策検討ワーキンググループ(2011)による「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」などがその代表的なものとして挙げられるだろう。しかし、皮肉なことではあるが、流行期を経ることによって再びそれらが専門職にとっては当たり前で、実践上では日常的になっていくにしたがって、どちらかといえばノウハウ的な知識や具体的な技術取得に傾斜しがちになり、その分、研究状況としては停滞期に突入した感是否めなかった。そのために、理論と実践の両面でのいっそうの深化を果たすべく、ブレークスルーとなる「刺激材料」が求められるようになっていったといえる。

こうした停滞状況を打破する上で大きな刺激となったのが、IPWとIPEという2つの用語であったことは否定できない。いずれとも外来の用語であって、そこからグローバルな動きとリンクする形でこの領域に変化が生じたことが明瞭な形で理解できるのであるが、今後の日本でのその展開を考える上でもそのことを私たちは重々認識しておくべき点であろう。というのも、それだけに多職種連携の研究と実践は今後ともグローバルな展開から多大な影響を受け続けることは確実であり、積極的に海外の動向をキャッチする努力が継続して求められることになる。本論の最後でも触れているが、IPWとIPEの研究、実践には近年になって価値志向(value based)が世界的に強調されるようになってきている。こうしたグローバルな動向から何を学び取ることができるのかは日本のIPW研究、実践の課題になってくることは間違いのないものと思われる。

3. IPWの登場と多職種連携研究の動向

さて、IPWとは「異なる専門職からなるチームのメンバー、あるいは異なる機関・施設が、サービス利用者(患者・家族)の利益を第一に、総合的・包括的な保健医療福祉ケアを提供するため、相互尊重、互恵関係による協働実践を行うこと、またその方法・過程」とされている(田村, 2015)。田村によれば、このIPWという用語自体は1994年にAudrey Leathardが編集した*Going Interprofessional: Working Together for Health and Welfare*で最初に用いられたとされる。以来、この言葉はチーム医療などと同義的に扱われることも多かったのだが、医療職の不足が世界的規模で指摘される中で、その課題克服ための方略としてWHOがIPWに注目し、関心を寄せたことから、広く世界的に知られるようになっていった(田村, 2010)。

ただし、先のIPWの定義に含まれている概念要素を見る限り、これまでの「チーム医療」というものとの違いを見いだすことはできないだろう。しかし、田村によれば、IPWは「協働」という点に基盤が置かれており、言い換えれば上記の定義の通り「相互尊重、互恵関係」が重視されているのであって、メンバー間のフラットな関係性がそこでは欠かせないとされる(田村, 2010; 2016)。それゆえに、必ずしもそのような性質を有しているとは限らない「チーム医療」は、そのすべてがIPWの範疇には含まれないことになってくる。例えば、Multiprofessional teamと称されるチーム形態では、リーダーシップが固定的であり、ゆえにメンバー間の関係は対等とはいえないのである(松岡, 2000; 2009; 2012)。

IPWに対しては「新たなチーム医療」や「真のチーム医療」と称されることがあるが、その場合には従来のチーム概念とは重ならない上記のような側面を強調するニュアンスがそこに込められている(田村, 2010)。さらに付け加えれば、これまでのチームや連携がどちらかといえば専門職

側の視点から論じられていたのに対して、IPWでは田村が言うように患者やサービス利用者の「利益が第一」であり、その理解なくしては実践は成立し得ないという側面が強調されている（田村, 2010）。小川らが、IPWの定義の中に「患者・利用者とともに目指す」点をその構成要素に含めているのも（小川ら, 2014: 66）、まさしくこの視点を反映しているものであろう。先述したように、価値志向のIPWが世界的な潮流になっているのも、この意味での原点確認という意味を持っているといえる。

もちろん、これまでのチームや連携についての議論においても、そもそも何ゆえにチームや連携が求められるかという切り口から、患者やサービス利用者の利益こそがその出発点であることが絶えず強調されていた。しかし、医療ケアの領域で議論が先行していたこともあって、その実践上の科学的な根拠の確保が優先された点は否めないところである。つまりは、エビデンス・ベースドに軸足が置かれたのであり、その科学主義志向は専門主義志向と表裏一体の関係にある以上、本質的にIPWの議論が専門職主導であったことは否めなかった。繰り返すが、近年において強調されるようになったIPWにおける価値志向アプローチの登場もこうした文脈でとらえることができる。IPWといった場合には、伝統的な多職種連携の「場」よりもいっそうに、患者やサービス利用者の価値、また連携メンバーである各種専門職の価値まで深く踏み込んで、それらが複雑にうごめく時空間の中でいかにして患者やサービス利用者の利益を優先し、その実現を患者も含めた関係者一同で「ともに目指す」ことができるのか、という力動的な特徴がその決定的な要素として刻印されていくことになるだろう。

ところで田村が指摘しているように、団塊世代が後期高齢者層に入る2025年問題を見据えて厚生労働省が推進しようとしている「地域包括ケアシステム」には、病院中心の医療を地域に移行するパラダイム転換がその根底にある。そこでは、

「生活を支える医療」「医療・介護の機能強化と効率化」「医療・介護従事者の確保」「望ましい医療・介護のデリバリーを実現するための手法」と密接に関連した政策が目標とされており、そのためにも医療ケアのみならず社会ケアまでカバーした上でIPWを推進していくことが重要になってくるのである（田村, 2016）。また、認知症に限らず介護で困難を抱えるケースでは、どれも経済問題も含めて複数のニーズが存在していること、経済問題がある場合にはニーズ充足のための選択肢がいっそう狭まり、その分、住み慣れた地域で暮らしていくことが困難になることも少なくないことが指摘されている（永由ら, 2014）。ニーズが複数にまたがることは、必然的に多様な専門職の介入が求められることにつながる。介護問題の広がりには、地域レベルでのIPWの実践をもたす理由の1つでもあり、またその帰結でもある、と言うこともできよう。

なお、認知症高齢者に話を限定すれば、新オレンジプランを踏まえて打ち出された「平成28年度診療報酬改定」が多職種によるチームの進展に及ぼした影響が大きいとされる。それは、身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について診療報酬の加算を行うものである。この加算を得るためには、チームに認知症の診療に十分な経験と知識を有する専任の常勤医師、認知症患者の看護に従事経験があり、それに関する研修を修了した専任の常勤看護師、そして退院調整の経験がある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士が含まれることが条件になる。この加算制度の結果、病棟レベルでは急速に多職種チームの展開が促進されていったとされる。ただ、この多職種チームが医師主導のヒエラルキーを排し、「新しいチーム」、すなわちIPWへと脱皮を遂げているかどうかはもちろん別問題である。しかし、それでもIPWに向けての種は既に広く撒かれていると言ってよいだろう。

ただし、そうはいつてもその進展はあくまでも

病棟レベルに限定された話であることは否定できない。認知症高齢者の場合は、例えば徘徊の結果として行方不明になるケースが多いこと、同じく徘徊によって事故に巻き込まれその損害賠償が家族に覆いかぶさってくるリスクがあること、あるいは認知症高齢者を対象とした犯罪が後を絶たないこと、などの諸問題は最近になってマスコミでも取り上げられ、それらに対して早急な対策を求める社会的な合意が形成されるようになってきている。

そこに見られるように、単なる医療ケアや介護負担の問題だけではなく、認知症高齢者と地域社会との接点で生じる様々な課題がようやく社会的に顕在化してきたともいえるのであるが、こうした課題に取り組んでいくためには、成年後見人も含めて、警察官、弁護士など司法専門職や各種サービス事業者までもが支援に関与する形での取り組みが欠かせない。それは病棟レベルや医療ケアに偏りがちであったIPWの範囲をいっそう広げさせ、それ自体を「地域社会化」させていくというべき方向性につながる。この点は、日本におけるIPWの課題として、後で「生活支援」との関連でさらに取り上げてみることにしたい。

いずれにせよこのように考えれば、地域包括ケアシステムの成否はこの意味での「地域社会化」されたIPWの実践が不可欠なのであって、当然、後述するようにIPWの必須条件となるIPEもまた同じベクトルの方向に進んでいくことを前提に論じていく必要があるだろう。

4. IPEとその展開

IPWを効果的に実践していくために欠かせないものとされているものがIPEである。WHOは、IPEをヘルスシステムの中に埋め込んでいくことを医療領域の実践家のみならず、政策担当者にも求めた2010年の“Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice”の中で、これまで検討に50年以上の時

間をかけた結果、効果的なIPEこそが連携の実践、すなわちIPWを可能にらしめるものとして奨励に値する根拠があることを明言している(WHO 2010: 7)。グローバルな規模でヘルスシステムが抱える問題を緩和する役割を、WHOはIPWとIPEの両者に期待しているのであり、そのためにも加盟国が自国の医療保健福祉政策立案にあたってこのフレームワークを活用していくことを奨励しているのである(Gilbert, et al. 2010, 松岡, 2013)。

こうした動きを見れば、松岡(2013)が指摘しているように、もはや今日においてIPWとIPEの必要性は至って自明のことであり、当たり前前に実践されなければならないものであること、少なくともWHOはそうした認識に立っていることを如実に示していると言えよう。当然、WHO加盟国としての日本も、今日の医療介護や社会福祉を取り巻く制度的な疲労を前にして、このフレームワークに応じた対策が急務になっているといえる。取りようによっては、IPWとIPEを国家レベルで展開していくことについての「外圧」にそれはなっていると見なすこともできるだろう。

さてIPEについては、英国専門職連携教育推進センター(CAIPPE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education)による「複数の異なる領域の専門職者が連携(協働の意)およびケアの質を改善(向上)するために、同じ場所でもとに学び、お互いから学びあいながら、お互いのことを学ぶこと、(またその機会)」という2002年の定義が知られている(CAIPPE, 2002, 邦訳は田村, 2015)。これを受ける形で小川らは「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でもとに学び、お互いから学びあいながら、お互いのことを学ぶ」とIPEを定義している(小川ら, 2014: 66)。いずれにせよ、参加者が「ともに相手のことも含めて、相手から学びあう」という相互学習としての要素と、同じ時空間を共有しての学習であるという、以上2つの点はその大きな特徴に

なっている。

ただ日本のみならず世界的に見ても、専門職養成はこれまでは縦割りのシステムの中で実施されてきており、例えば医師は医学部、看護師は看護学部、ソーシャルワーカーは福祉系学部学科での養成課程を経て、それぞれ資格を取得していくことになる。つまりは、専門領域別の「場」とカリキュラムでもって各専門職の育成が意図されてきたのである。加えて、他専門職との連携に関するコンピテンシーは当該専門職のそれの中に取り込まれてしまい、当然、多職種連携のコンピテンシーは例えばソーシャルワーカーのそれへと矮小化されてしまうことになる。そして、ソーシャルワーカーのコンピテンシーという位置づけであれば、その習得はソーシャルワーカー養成教育の中のみで果たすことは可能という理屈になる。

この「論理操作」の結果、各々の専門職養成の枠内 (within the professions) のみで多職種連携の教育がなされてきたのであった (Schaefer & Larkin, 2015)。こうした伝統的な養成システムを前提とする限り、たとえそこで多職種連携を学んだといえども他専門職と実際に接するのは現場に出てからであり、具体的な連携スキルもおのずから現実に他職種との連携場面に直面する中で経験的に学び取っていかざるを得なかったのである (伴, 2016)。

IPE では、そうした伝統的な専門職教育の発想とは異なり、「同じ場所」で「ともに学ぶ」ことが強調される。学生たちは卒業するまでに、所属する学部学科や将来自分が就くことになる専門職といった垣根の違いを超えて、共同学習や可能であれば共同での実習を果たしていくことが意図される。専門職養成教育、それも卒業前教育における「場」とカリキュラムを、部分的ではあるにしても統合化することこそが IPE の核心であり、従前の専門職教育に対する大きな革新ポイントになっていることが理解できよう。

ただし先の伴は、Frenk らによる 2010 年の論文を引用する形で、こうした IPE の実践すらも

IPW と同じく医療ケア領域に偏っていた点是否めず、今後はさらには社会的ケア領域の専門職、ひいては地域住民までも含めての IPE の展開が求められるという。なお、Frenk らはこうした教育モデルに“transprofessional”というネーミングを行っている (伴, 2016)。この IPE の社会ケアへの拡張版 (transprofessional education: TPE) として、伴はすでに日本では長野県佐久地域における若月俊一の活動や広島県御調町の山口昇らの活動にその先駆的な取り組みを認めることができると指摘している。しかし、そうした優れた活動が実際に大学などでの専門職養成教育までに取り込まれたかという点では、やはり不十分であったことも認めている (伴, 2016)。

伴が指摘するように、日本での地域レベルでの実践がむしろ世界に先駆けた IPE の発展への起爆剤となる可能性があったことは記憶にとどめておいてもよいことであろう。いずれにせよ、医療ケアのみならず地域をベースに社会的ケアも含めた IPW の展開を円滑に行える人材の確保という意味では、IPE (Frenk らのいう TPE) は IPW の成否を左右するといつてよい。そこでは、職種を超えた「地域包括ケアのコンシェルジュ」(種田 2016) 育成とでもいうべき重要な実践的、かつ教育的な目標が追求されるのである。

なお、この IPE についてはヨーロッパを中心にすでに世界各地で様々な取り組みが展開されているのだが、日本でも埼玉県立大学と慈恵医科大学が 2005 年に文部科学省の教育 GP に採択されて以来、札幌医科大学、群馬大学、筑波大学、千葉大学、神戸大学、山梨県立大学などでも IPE 関連のプログラムが GP として採択され、その成果が報告、共有されるに至っている (神山ら, 2011)。さらには日本における IPW, IPE の普及・発展に寄与することを目的にして 2008 年に日本保健医療福祉連携教育学会 (JAIBE) が発足し、毎年の研究実践報告も増加してきている。もっとも、IPE にしても実際に導入した各大学ではその実現に至るまでには相当な労力が必要であったこ

とは否定できないし、それは先行してきたヨーロッパ諸国でも同様であったとされることは銘記しておくべきだろう(木下, 2015)。

さて、日本の先駆的な取り組みの1つである山梨県立大学のそれを扱った論文では、IPEの世界的な先駆的な取り組みとして、英国のロンドン大学キングスカレッジ、オックスフォード・ブルックス大学、先のCAIPEの取り組みが、また米国ではミシガン大学PQE (Partnerships for Quality Education) プログラム、ミシガン大学ターナークリニックPQEプログラムの内容がそれぞれ紹介され、それらと日本の取り組みとの相違点についての考察が試みられている(神山ら, 2011)。この論文では、日本のプログラムとして山梨県立大学のみが比較対象になっているのだが、たとえ1校だけであっても彼我の共通部分と相違点が示唆されていると考えられるので、以下に紹介してみたい。

まず両者の共通点として挙げられているのが、①教員間の相互理解と連携、②学内体制の組織化、③教員のファシリテート力の必要性、④幅広い視点からの評価、そして⑤実践現場との連携、の以上である。これらの中で⑤に関しては、後述する埼玉県立大学での取り組みでも重要視されていた点であった。一方、相違点はむしろ少なく、①推進体制の違い、②教育方法やプログラムの蓄積、の2点のみであった(神山ら, 2011)。①はそれぞれ国の制度的環境が異なることを思えば当然のことと頷けるものであり、②についてもこの面で先駆的な英米が日本に比べて先行している以上は不思議ではないものと考えられる。

先にIPWとIPEの「地域社会化」を課題として挙げたのであるが、日本におけるIPEの先駆者の1つである埼玉県立大学の取り組みは、この課題に正面から向き合ったものであるといえる。同大学では、そのIPEの取り組みを「地域に根差した」ものにしていくためには地域と大学の連携を土台に据えることが欠かせないという判断の下、埼玉県に8か所の「地域専門職連携推進会議」

を設けて、活動が進められてきた(小川ら, 2014)。その取り組みを会議での議事録、メモ等を、ドキュメント分析を用いて検証を試みた結果、大学でのIPEに資することを主眼としていた会議が次第に地域のIPW展開の場として発展していった様子が浮かびあがってきており、IPEとIPWが連動することによって地域における各種の支援の質が担保されていく機会になり得ることが示唆されている(小川ら, 2014)。同時に、IPWの場として成長した実践の場が、その発展の過程も含めて、そこに参加している各種の専門職間の相互教育、すなわちIPEの場としても機能していたことも見逃せない点であろう。

なお他専門職との連携に効果的に取り組むためには、自己の価値観や信念について深く考えることが要求されることになる(大嶋, 2011)。その結果、必然的に自らの専門性に関してエンパワメントを果たしていく契機になり得る。大学でのIPEに職員を派遣し、それをもとに職場内OJTをとおしてIPWを展開するようになった施設の事例報告では、それによって以前はリーダーシップを取ることを嫌がり、キャリアアップへのモチベーションが低かった介護職員の姿勢に大きな変化が生じたことが示されている(酒本・大塚, 2013)。

当たり前のことであるが、IPEの展開は卒業前教育のみに限定されるものではない。地域包括ケアの展開の中で、また後述する「地域社会化」されたIPWを成功させていくためには、地域の実践現場での継続的なIPE展開が欠かせないことは言うまでもない。その観点からは、狩野・広瀬(2016)が紹介するようなQC (quality control) サークル活動の一環としてIPEを実施していくことも現場でのIPE展開の参考例として挙げられるだろう。いずれにせよ、IPWの前提として実践現場でのIPEにより各専門職のエンパワメントが果たされること、それがIPWの円滑化にさらに結びついていくという好循環が生まれることが、もちろん実際には様々な制約があるにして

も、今後において期待されているのである。

5. 認知症ケアとIPW

ここでは、認知症ケアにおけるIPWを取り上げた最近の研究論文を紹介し、その動向を眺めてみることにしたい。

まず、老年精神医学雑誌は2014年第25巻第4号から14回に亘って「老年期の精神医療における多職種協働の実践例報告」を募集し、集まった事例を掲載してきた。そこで取り上げられた事例は必ずしも認知症に限定されていないが、高齢者の精神科領域においてもIPWが注目されていることの裏返しともいえる連載であったといえる。

しかし、その最終回(2015年第26巻第5号)において、松田は連載で取り上げられたいくつかの事例で他専門職から学ぶことの意義が繰り返して強調されているにもかかわらず、多職種連携に向けての各専門職の教育的な努力がまだ欠如していることを指摘している。同時に、松田は各専門職の間で人間としての信頼関係醸成が欠かせないとも述べている(松田, 2015)。実際に、認知症高齢者の家族支援にIPWで取り組んだ事例を連載の中で報告している大塚によれば、専門職間の信頼関係醸成がIPWの大きな促進要因になったことを指摘しており、そうしたスキル醸成のためにもIPEの必要性があることを強調している(大塚, 2014)。いずれにせよこの連載をとおして、認知症も含めた高齢者精神科領域でのIPWとIPEの重要性、それらの成果と課題が読者の間に共有されたことは大きな意義があったといえるだろう。

次に、認知症ケアとIPWの関連についてのいくつかの論文を取り上げていくことにする。藤沼(2015)は、家庭医は地域における認知症ケアの最初の窓口たる役割を期待されているのであるが、認知症ケアの場合は必然的に家庭医もIPWを採用せざるを得ないという。家庭医の場合には「地域基盤型プライマリ・ケア担当総合診療医」

という立場にあることから、対応する健康上の問題に関連して、単に身体上の問題に止まらず、心理・社会・文化・倫理的な範疇まで取り扱うことが多い。必然的に、その取り扱う問題は「臨床問題の複雑性」に直面することになり、この「臨床問題の複雑性」の程度と、いかなる介入目標を立てるか、という両者との関連性が重要になってくることになる。そこで藤沼は、MartinとSturnbergが2005年に発表した論文を引用する形で、「臨床問題の複雑性」の分類を試みている。以下に、藤沼の引用に従って、この分類と介入目標との関連性を見てみたい(藤沼, 2015)。

MartinとSturnbergは、複雑性(complexity)を、① Simple, ② Complicated, ③ Complex, そして④ Chaoticの4つに分類している。まず①はガイドラインなどで対応できる問題であり、②はこのSimpleな問題がいくつか組み合わせられて生じ、相互に影響を及ぼしあっているもので、ガイドラインは無いのだが一般化可能な対応方法を探ることは可能とされる。以上の①と②では、「問題解決(problem solving)」を行うことが介入の目標になるという。次に③は、②の状況にあることに加えて、そのケースの個別的な事情による要因や時間軸、地域性などが多く影響しているために対応の一般化が難しいものである。そして最後の④は、コントロールが難しい問題が無秩序に絡み合っている状態で、今後の予測を立てることも難しい。そして、これら③と④の場合には、「安定化(stabilizing)」が介入ゴールになるとされる。

ここでいう「問題解決」とは「通常の医学的診断から治療に至るプロセス」(藤沼, 2015: 1026)そのものであるのに対して、「安定化」とは「とりあえず状況を落ち着かせる、あるいはクライシスに陥らせないこと」(藤沼, 2015: 1026)を意味している。家庭医は、どうしても前者のアプローチが唯一採るべき選択肢であると考えがちであるが、直面する「臨床問題の複雑性」の程度次第で、それとは異なるゴールの設定が可能であることを指摘しているのであって、藤沼が

この分類を有用であると評価する点もまさしくそこにある。そして重要なのは、認知症ケアにおいては、Martin と Sturnberg の分類に従って③か④になるようなケースが少なくないということであろう。藤沼はそうしたケースにおいては、多職種チームの形成が不可欠なることを指摘し、IPW の枠組みを採用すること、および IPE についての知識や技術習得を奨励している。以上はあくまでも認知症ケアにおける医療的側面のみに着目した議論ではあるが、上記にいう「安定化」が目標になること、ゆえに安定を前提とした、また安定を支えるための支援が必要になってくるのであり、そのために IPW が必須になるという議論は、後述する「生活支援」と IPW の関係についての主張につながるものがある。

さて、入院中であった認知症のある利用者の在宅介護への移行支援は、IPW が展開される重要な局面の1つになる。永田ら(2015)は認知症疾患医療センター(以下、医療センター)と地域包括支援センター(以下、包括)での IPW の実態について、医療センターが展開している在宅療養継続支援を取り上げて、その実態を調査分析している。調査は、熊本県にある医療センター7か所の連携担当者9名(精神保健福祉士7名、社会福祉士1名、看護師1名)と包括8か所の職員8名(保健師3名、社会福祉士2名、介護福祉士2名、精神保健福祉士1名)に面接を行なう形で実施された。その結果抽出されたカテゴリーは、連携に関していえば、「医療センターの役割」「医療センターと包括の日常的な連携」「包括の役割」の3つであった(7つのサブカテゴリー、19コード)。以下、これらのカテゴリーをもとに、永田らの研究結果を紹介してみる。

それによれば、包括が求める「医療センターの役割」とは、鑑別診断、早期診断、専門医療相談、在宅生活状況に応じた治療のサブカテゴリーから構成されていた。包括では対応できないこれらの専門的な機能が医療センターに求められていることが理解できる。一方で、医療センター側が

求める「包括の役割」カテゴリーには治療と生活の継続支援の1サブカテゴリーが含まれており、治療継続の支援や介護保険サービス導入手続きのコードからなっていた。すなわち、認知症高齢者やその家族が治療を継続できる環境を整えると同時に、それを支えるための社会資源活用こそが包括のスタッフに対して求められている機能であるといえる(永田ら, 2015)。以上は IPW というよりは組織間連携の範疇に含まれるべき、かつ組織間の資源調達モデル²⁾的な分析で把握し得るものかもしれないが、注目すべきは同じ職種であっても所属する機関が異なればそれによって期待される機能もまた左右されることが示唆された点であろう。職種の相違と機関の相違のどちらが IPW においてより重要な要素になるのか、この点は今後の研究課題の1つになる。

一方、包括の中での IPW の展開はどのような実態なのだろうか。この点については、北村・永田(2015)による、熊本県にあるすべての包括79か所の職員196名を対象に IPW (北村・永田は「チームアプローチ」と表記している)を取り上げた質問紙調査結果の報告が参考になるだろう。承知のように包括では、看護職(保健師、看護師)、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種による IPW が展開されている。そこで、北村・永田は、包括の職員に事前面接を実施して構成した70項目からなる質問紙を使って、先述した対象に調査を行っている。以下にその結果を示す。

調査項目を探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)にかけた結果、7つの因子(認知症疾患医療センターとの連携、認知症高齢者の支援に必要なネットワークの構築と家族・地域の啓発、認知症高齢者の緩和ケアと終末期ケア、認知症高齢者の権利擁護とそのための地域資源の開発、認知症高齢者とその予備軍と所在・状況の把握、介護サービス利用のためのアドボカシー、家族介護支援)が得られたことが報告されている(累積寄与率54.3%)。用意された調査票の項目に従えば、調査対象者である各専門職は IPW の具体的

な展開を以上の7つに分類していることが示されたといえる。また、因子分析に最終的に採用された44項目についてのみ、3つの専門職ごとの「実施／非実施」状況を示し、カイ二乗検定を試みているが、その結果だけでは具体的にどの職種にどのような傾向が見いだせるのかは明らかではない点が惜しまれるところである（北村・永田、2015）。

先に、組織間関係における資源調達モデルが展開されている可能性を指摘したが、看護職の視点から、看護職が医療連携において提供し得る「資源」は何かを分析したのが、千葉ら（2015）による認知症対応型共同生活介護（グループホーム）において終末期ケアに携わった看護職を対象とした調査である。千葉らは全国10か所のグループホームで、計12名の管理者・看護職者に半構造面接調査を実施した結果、「アセスメント」「ケアと医療の実施」「教育・相談」「調整」の4カテゴリーが抽出されたことを報告している。特に、看護職は介護職員に対して、認知症利用者の終末期ケアに関する様々な「教育・相談」とそれに基づく「調整」を実施しているほか、終末期にかかわる「アセスメント」「ケアと医療の実施」などが看護職であるからこそ提供できる独自の「資源」としてそこに浮かび上がってきている（千葉ら、2015）。千葉らの調査結果では介護職側の有する「資源」についてまでは分析されていないが、何らかの独自の「資源」を看護職に対して提供している可能性はある。こうして2つ職種間において、松岡（2016）がいう、各専門職が自ら有する独自資源を提供しあいつつ、相手職種の依存を避けて自己の独自性維持を図ろうとする「資源調達モデル」がそこに成立している可能性が示唆されているといえるだろう。

以上のように、認知症ケアにおいてはもはやIPWを当然視し、その実践分析や具体的な実証研究が展開される段階に至っていることが理解できる。こうした中で、改めてクローズアップされるべきことは、先にも述べたIPWの「地域社会

化」の問題ではないかと考える。この問題を検討するにあたっては、認知症高齢者の「生活支援」との関連で次に述べてみることにする。同時に、認知症高齢者のIPWにおいてソーシャルワーカーが果たし得る独自の役割は何かについても触れていくことにしたい。

6. 認知症高齢者の「生活支援」とIPW

高齢者領域の法令の中で「生活支援」という用語が頻出するようになってきたのは、地域包括ケアシステム導入の議論と時期を同じくしており、2010年ごろからとされる（栗田、2015）。栗田は、この用語がこれまで障害者領域で用いられてきた経緯も踏まえて、認知症高齢者の「生活支援」のあり方を議論している。そこでは、ICF（国際生活機能分類）で描かれた生活機能の各要素（心身機能・構造、活動、参加）の相互作用という観点から、特に認知症高齢者の「参加」の問題が等閑にされがちであったことを批判する。そのことを踏まえて、認知症高齢者との人間関係づくりを土台にして、トータルなサポートが提供されること、またそれを可能とならしめる地域社会を社会関係資本として定着、醸成させていくことこそが認知症高齢者の「生活支援」に他ならないことを指摘している（栗田、2015）。また今井は、たとえ利用者に認知症などの精神疾患があっても彼・彼女の日常生活を豊かにする各種の支援を“Disease management”と称しているのだが（今井、2014）、それも「生活支援」と重なるものと見なせるだろう。そしてそれには当然、医療のみならず各種社会サービスとの結合が欠かせないのであって、必然的に「地域社会化」されたIPWという形での展開なくしては実現できないものであることは間違いない。

次に、宮島は「住まい」との関連で認知症高齢者の「生活支援」を論じているが、認知症高齢者の場合は、いくら「病室や施設とは違う、住まいらしい住まい」を確保できたとしても、そこにブ

ラスして外付けのサポートなくしては「住まい」でも暮らしは成立しない。この「住まい」に対する外付けの支援こそが、端的に言って「生活支援」ということになる（宮島，2015）。その際には、各種の医療保健ケア、介護サービスも含めた組み合わせが欠かせなくなり、必然的に「生活支援」とは「地域社会化」されたIPWとしての性格を帯びざるを得ない。そうした中でのソーシャルワークの役割を考えた場合、特に初期のIPW展開において「認知症の人が、これからどうやって生きていくか、暮らしていくかということと一緒に相談」し、もって「認知症によって失われた関係性の回復」を図る役割がソーシャルワーカーに期待されると宮島が言うときに、IPWの枠内においてソーシャルワークが創造的に独自の役割を果たす可能性がそこに示唆されているようで、興味深いものがある（宮島2015）。

この認知症高齢者の「生活支援」、そしてそれを可能とならしめる「地域社会化」されたIPWにおいて、ソーシャルワークがこれまでの実践の蓄積から貢献できる側面は他にもありそうである。例えば、地域で暮らす認知症高齢者を支援する場合には、自己決定（意思決定）支援が大きな課題の1つになってくる。ソーシャルワークが特に歴史的にも自己決定尊重をその実践上の土台に位置づけてきたことを考えれば、IPWにおける利用者の自己決定支援とは「ソーシャルワーカーらしさ」の発現を見いだせる局面の1つである可能性がある。そうした問題意識から、IPWの上で展開される自己決定支援の特質を質的調査で探索したのが、藤原と新保（2002）の研究である。そこでは、ある県に存在する、それぞれ別の特別養護老人ホームで10年以上勤務しているベテラン生活相談員5名を対象に半構造化面接形式でインタビューが行なわれ、継続的比較分析法を使っでの探索研究が試みられている。

その結果として得られたストーリーラインは以下のようなものである。まず利用者やその家族は当然として、関係する多職種からの情報収集を行

うことで、本人の意向確認のみならず支援の方向性を定めるための参考にしていく。加えて、揃い上げた情報を、利用者・家族・多職種に対して提供していく。そうした一連の作業を何度も繰り返しながら、得られた情報の深化を図ると同時に利用者をはじめとした関係者間の関係性を深めることに役立たせている。加えて、利用者・家族・多職種がこの過程の中で支援目標達成のための環境面での「気づき」をもたらし、もっと具体的な支援の調整にも役立てることが可能になっていく（藤原・新保，2002）。

このように、認知症のために利用者の自己（意思）決定があいまい、ないしわかりにくい状況でのIPWにおいて、ソーシャルワーカーは多職種からそれぞれの視点でとらえた利用者の情報を入力し、それを利用者の希望や自己決定に沿って整理しなおした形でフィードバックしていく役割を果たしていることを藤原・新保（2002）は示唆しているといえる。それによって「多職種の利用者や家族、その希望に対する捉え方や支援の方向性、具体策についての考え方の変容を促していく」役割をソーシャルワーカーが果たし得るといえることになるだろう。ただこのことは、あくまでも施設内における認知症ケアという限定条件の上での結論であることには留意しなければならない。しかし、そうであってもIPWにおいてソーシャルワーカーの果たし得る役割を考える上で藤原と新保の研究は示唆的であることは間違いない。特にここでは、IPWを活用することが先述した円環的な過程（IPW → IPE → IPW）の大前提になっていることを認識すべきであろう。そのことを思えば、（ソーシャルワーカーが参加する）IPWによってこそ、認知症がある利用者の自己決定尊重に基づく支援が実現可能になり、もってIPEが促され、IPWがいつそう円滑に機能していくことをも示しているといえるのである。

また、日本において認知症高齢者の社会的ケアに関する実際的なIPWの場として考えられるものの1のとして「地域ケア会議」が挙げられるだ

ろう。介護保険法の中に位置づけられた地域ケア会議では、困難事例を多職種で検討すること、そこに高齢者本人や家族の参加が奨励されていること、個別ケースの検討を通じて地域づくり、資源開発、政策形成につなげていくというマイクロ・メゾ・マクロの各レベルの実践のすべてをカバーし得るポジショニングであることが、その特徴になっている(高山, 2016)。高山が指摘するように、地域ケア会議をどのようにマネジメントしていくことができるのか、ソーシャルワーカーにとっての課題になっている。それは、そのまま「地域社会化」されたIPWに関するコンピテンシーの課題にもつながっていくことになる。

最後に、先の今井がいきみじくも指摘しているように、認知症高齢者のIPWの「地域社会化」を考えるにあたって、大きなネックになるのが医療ケアと社会ケアとのブリッジングである(今井, 2014)。医療保険制度と介護保険制度・社会福祉制度という制度的な相違から、必然的にそこには大きな溝が存在しているのであるが、この溝の上に橋渡ししていくことが欠かせない。ソーシャルワークの、IPWの「地域社会化」に果たし得る貢献の1つにこのブリッジング機能があるとすれば期待のしすぎになるだろうか。ソーシャルワークにシステムの相違を超えていく「浮遊力」があると自負するのであれば、IPWの展開においてこのブリッジングを意識しながら実践していく役割を自らに引き受けていくこともソーシャルワーカーには必要になってくるのかもしれない。

7. 認知症高齢者支援におけるIPW, IPEとソーシャルワークの課題

先述した通り、ソーシャルワークにとって、他の専門職との連携はけっして新しい概念ではない。むしろその面では、相対的にも豊富な歴史を有しているといえるだろう(Schaefer & Larkin, 2015)。しかし、その自負がIPWへのソーシャルワーカーの参加やソーシャルワーク教育をIPE

と一体化させていくことへの躊躇へとつながっているのであれば極めて皮肉なことというしかない。本論では、IPWがこれまで医療ケア中心に語られていたからこそ、本論では地域包括ケアシステムが構想される中での認知症高齢者支援においてIPWが「地域社会化」されるべき必要性を論じたのであるが、そもそもそのようなことを課題として取上げて論じなければいけないこと自体に、期待されているほどにIPWへのソーシャルワークの統合が進んでいないことを示している。加えて、先述したようにIPEにおいても、先駆的な取り組みでも医療系大学がほとんどであり、福祉系学部の参加はまだ少ない現状がある。しかし、例えば、今日状況の中でIPEを無視することは、SchaeferとLarkinが警告するように、他専門職(の学生たち)が使っている「IPEの言語」取得の上で決定的な不利益をもたらすことになりかねない(Schaefer & Larkin, 2015)。

米国でも、2009年に看護、薬学、歯学、医学、公衆衛生学、整体医学の各教育連盟によってIPEC(The Interprofessional Education Collaborative)が結成されたのであるが、ソーシャルワークは当初はそこに加入していなかった。しかし、それでも2016年に他の8領域の専門職教育連盟と同時にCSWE(The Council on Social Work Education)がIPECに加わっている(Schaefer & Larkin, 2015)。CSWEの“Final 2015 Educational Policy”においても、ソーシャルワーカーのコンピテンスの中に多職種連携的な要素が含まれるに至っており(CSWE, 2015)、米国のソーシャルワーク教育もIPE志向を明確にしていることは間違いない。認知症高齢者支援にかかわるソーシャルワーカーも含めてすべからくIPEを経て養成され、IPWという場でもってその業務を果たすことが世界的に見て当然になっていくだろう。

もちろん、IPW, IPEの展開にしても様々な課題があるのも事実である。まずIPWであるが、実践記録における職種間での相違がネックになる

ことから、その可視化と専門職間での情報共有を果たしていくことが課題になってくる。そのためにも、近年ではITも活用しながら、その種の記録方法の開発が行われている（畠末・小嶋, 2016）。また認知症高齢者に対するIPWを念頭に、在宅のサービス利用者に発行され、それがかかりつけ医、認知症専門医、事業者の間で情報共有のツールとして活用される、熊本県の「火の国あんしん受診手帳」制度なども、この課題克服への取り組み例であろう（池田, 2015）。

また、専門職間の葛藤はIPWにおいて避けられない要素であるが、IPE段階も含めてその対応のための有効なツール開発も課題になっている点の1つである。松岡（2013）は、医師や看護師が認知症高齢者の心身の健康状態を第一義に置くのに対して、ソーシャルワーカーは「社会生活の中の保健医療という発想」（松岡, 2013: 191）が強いことを指摘し、両者間の摩擦は必然的であることを示唆する。こうした摩擦に関しては、例えば小嶋ら（2015）によって「IPWのリフレクションシート（葛藤）」が試行開発されており、今後も研究の深化が期待されている領域である。同じく、田中らも、ライフストーリーカルテの作成をとおして、多職種間での患者の生活史を共有することで摩擦軽減を目指す試みを報告している（田中ら, 2014）。今後は、認知症高齢者の事例をもとにしながら、こうした葛藤解消のスキル取得を目指す手立てが深まっていくことが望まれる。

一方で、今井が指摘しているように、情報共有に伴う情報漏洩の問題は、IPWにおけるリスクとして常に念頭に置いておかなければならないものであろう（今井, 2014）。そのためのリスクマネジメントをどうするのかという問題は、特に認知症高齢者の分野におけるIPWの実践の中では、人権擁護的な意味も含めて極めて重要な意味を持つてくることになる。

次にIPEに関しては、まず1つはソーシャルワークを学ぶ学生だけの教育と比較して、その準備も含めて多大な時間を要することは間違いない

（Schaefer & Larkin, 2015）という点がある。そもそもIPW自体が「煩雑化」と表裏一体にあると言われているのに（今井, 2014）、それを「地域社会化」とすれば、なおさら煩雑になることは避けられない。

カリキュラムのIPE対応についても、その道は平坦ではないかもしれない。日本の社会福祉士や精神保健福祉士の養成教育を眺めてみれば、そのシラバスは規定に縛られたものになっており、内容の自由度が低いのは否めないところである。それに加えて、その規定も伝統的な、個別の専門職養成教育イデオロギーに厳格に立脚したものであることは言うまでもない。その意味では、日本のソーシャルワーク教育においてIPEへの統合化を図ることは、まだ現実的とはいえない要素は確かにある。しかし、そうはいつでも医学部や看護学部の教育が規定に縛られていないとはいえず、むしろその厳しさはソーシャルワーク以上である。それにも拘らず、日本でも医療系の大学を中心にIPEが展開されているのは上に見てきた通りである。

また、IPEは第一義的に「鉄は熱いうちに打て」とばかりに、卒業前教育での取り組みが重視されているのであるが（松岡, 2013）、この点については次のような指摘もある。Molyneuxは、多職種によるチームワークについて論じる中で、その成功の鍵を握る要素としてチームメンバーたる各専門職の柔軟性、適応性の存在を指摘している。それに関連して、彼女が強調しているのが“professional adulthood”という概念である。この概念は、元来はLaidler（1991）が持ったタームなのであるが、自らの専門性と役割に対する十分な信頼感であり、それがあって他専門職との効果的な協働を行う際に、仮に各々の専門的オートノミーを犠牲にする事態になったとしても安心していられることができるという。逆に各専門職がもしその段階までに達していないのであれば、相互に嫉妬と葛藤を招き、多職種チームの実践は損なわれてしまう（Molyneux, 2001）。もちろん、

卒業前段階では学生たちは“professional adulthood”に達しているとは到底いえないだろう。そうであれば果たして、そのような段階でIPEを行うことは本当に効果的なのかどうか、あるいは逆に“professional adulthood”に達すると、Molyneuxが言うように柔軟性、適応性が本当に発揮されるのか、むしろ実際は逆にそれらが失われてしまって硬直してしまうのではないか、という疑問もある。IPEと専門性発達との関連についても、今後その実証的な研究展開が望まれるところであろう。

最後に、IPW、IPEの展開のためには、個人の価値の問題はもとより、サービス利用者やその家族の多様な価値を生み出す背景、特に認知症であるがゆえの生の戦略ともいえる高齢者の独自の生活行動パターンといった利用者サイドの要素に加えて、それぞれの出身専門職、所属組織の文化、歴史的な相違などの専門職サイドの要素も無視できなくなってくる。それらをきちんと分析し、実践に反映させていくためには、社会学、心理学、行動科学、比較文化などの人文社会科学系との連携もまた必要になってくるのである（大嶋，2011）。付け加えると、認知症も障害の1つとして位置づけることになることから、認知症と社会との関係については障害学などの知見を参考にすることも欠かせないと思われる。そのように考えると、ことはIPWやIPEに直接関係する学問領域だけの問題ではなくなっていることを私たちは銘記しておくべきであろう。

8. おわりに

今年（2016年）9月において、関西学院大学で日本社会福祉教育学会第12回大会が開催され、「社会福祉教育におけるIPEの取り組みとグローバル化への対応」をテーマにシンポジウムが開催された。同月に京都の佛教大学で開催された日本社会福祉学会第64回大会でも、IPW、IPEを取り上げた自由研究報告、ポスター報告が多く見ら

れた。それらは、社会福祉、ソーシャルワークにおいてもIPW、IPEに対する関心が高まっていることを象徴的に物語っているといえる。しかし、8月に東京・昭和大学で開催された第9回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会での報告数と比較して、見劣りしていたのも事実である。加えて昭和大学の集会では、ソーシャルワークの存在は「影が薄い」印象を免れなかった。

IPW、IPEは社会福祉、ソーシャルワークでも関心が寄せられるようになってはいるが、他領域、特に医療領域においての関心の度合いとはまだ比較にならないレベルであるといえすぎであろうか。いずれにせよ、このままでは、「地域社会化」されたIPW、そしてそれを支えるIPEにおいて、ソーシャルワークが後手に回りかねないという懸念を抱かざるを得ない。もちろん、それは単にソーシャルワークにとってというだけではなく、結果的に認知症高齢者にとっても不利益を生じかねないことを危惧してのことである。本論でいう「地域社会化」されたIPWとIPEの円滑な実現のために、社会福祉、ソーシャルワークが果たし得る役割は、上で見てきたようにけっして少なくはないと考えたい。

すでに本文でも述べたように、グローバルなレベルにおいてIPW、IPEは価値志向アプローチが強調されている。2016年9月に英国オックスフォードで開催されたATBH（All Together for Better Health）の第8回大会では、“Value based IPE and practice”がテーマであった。医療領域ではすでにこの動向をキャッチし、専門書の邦文翻訳も行われている。この点でも、社会福祉、ソーシャルワークは周回遅れの感がある。しかし、いずれはこれまでそうだったようにグローバルな影響を受けて、この領域でのIPW、IPEは大きく展開していくことになるだろう。もちろん、グローバルな動きを直輸入すればいいというものでもない。長野県佐久地域や広島県御調町での世界的に見ても誇り得る実践例を日本は有しているのである。こうした、いわば国内発の取り組みとうまく

掛け合わせながら、日本の実状にあわせた取り組みを開発していくべきであろう。認知症高齢者支援におけるソーシャルワークのあり方もそれに伴って、どのように変改すべきなのか問われてくることは間違いない。

注

- 1) 「健康」は、人口・疾病構造、保健医療体制、社会・経済構造の変化に影響を受けて転換するという概念で、第1相「感染症」、第2相「慢性疾患」、第3相「老人退行性疾患」と転換するとされる(松岡, 2011)。
- 2) 専門職間関係や組織間関係を、相手職種・組織の有する資源を相互に利用しつつ、それが相手への依存を意味することから、それを回避し、職種、組織としての独立を維持しようとする2つの方向(依存と独立)間の力学作用と見なすモデル(松岡, 2016)。

参考文献

粟田主一(2015)「認知症の暮らしを支える『生活支援』とは何か」『老年精神医学雑誌』26(5): 487-492.

伴信太郎(2016)「多職種協働のための教育——IPEからIPTへ」『病院』75(6): 408-412.

Centre for The Advancement of Interprofessional Education(2002) Interprofessional Education: The definition. (<http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>) accessed 2016/09/22.

千葉真弓・渡辺みどり・松澤有夏・曾根千賀子・細田江美・有賀智也・橋本品子・川喜田恵美(2015)「グループホームにおける終末期ケアに必要な医療連携のための看護実践」『日本看護福祉学会誌』20(2): 141-155.

Council on Social Work Education(2015)Final 2015 educational policy. (<http://cswe.org/File.aspx?id=79793>) accessed 2016/09/17.

Frenk J., Chen L., Bhutta ZA, et al.(2010) Health professional for a new century: Transforming education to strengthen health system in an independent world. *Lancet*, 376 (9756): 1923-1958.

藤沼康樹(2015)「認知症や経済問題などが絡む複雑困難事例への対応と臨床教育/臨床研究」『日本心身医学雑誌』55(9): 1025-1033.

藤原ヨシ子・新保幸男(2002)「ソーシャルワーカーが多職種と連携して行う自己決定支援の特徴——特別養護老人ホームの生活相談員へのインタビュー調査から」『技術マネジメント研究』14: 3-12.

Gilbert, J. Yan, J. & Hoffman, S.(2010) A WHO Report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Allied Health*, 39(3 pt 2): 196-197.

池田学(2015)「認知症の医療連携——熊本モデルの概要と今後の課題」『日本病院会雑誌』57: 189-199.

今井幸充(2014)「老年期の精神医療における多職種協働の可能性と課題」『老年精神医学雑誌』25(4): 449-455.

神山裕美ほか(2011)「英米教育成果に基づく専門職連携教育の開発——学際統合型専門職連携プログラムより」『山梨県立大学人間福祉学部紀要』6: 47-56.

狩野稔久・広瀬強志(2016)「TQMを活用したIPE/IPWの可能性」『病院』75(6): 438-441.

菊地和則(1999)「多職種チームの3つのモデル——チーム研究のための基本的概念整理」『社会福祉学』39(2): 273-290.

木下正信(2015)「わが国における専門職連携教育・専門職連携実践(IPE・IPW)の重要性と今後の展望」『医療ジャーナル』51(12): 51-53.

北村育子・永田千鶴(2015)「地域包括支援センターによる認知症高齢者の在宅生活継続支援: 専門職間の連携に着目して」『日本福祉大学社会福祉論集』133: 1-16.

小嶋章吾・寫末憲子・大石剛士(2015)「地域包括ケアを志向するソーシャルケアの職能団体基盤型IPWのモデル構築(中間報告)」『地域ケアリング』17(8): 94-97.

厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ(2011)「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>) accessed 2016/09/18.

Laidler, P.(1991) Adult, and how to become one. *Therapy weekly*, 17(35): 4.

Martin, C. M. & Sturnberg, J. P(2005) General practice? chaos, complexity and innovation. *Medical Journal of Australia*, 183: 106-109.

松田修(2015)「実践例からみる多職種協働の可能性

- と課題』『老年精神医学雑誌』26(5)：550-555.
- 松岡千代 (2000) 「ヘルスケア領域における専門職間連携——ソーシャルワークの視点からの理論的整理」『社会福祉学』40(2)：17-38.
- 松岡千代 (2009) 「多職種連携のスキルと専門職教育における課題」『ソーシャルワーク研究』34(4)：40-46.
- 松岡千代 (2011) 「『健康転換』概念からみた高齢者ケアにおける多職種連携の必要性」『老年社会科学』33(1)：93-99.
- 松岡千代 (2012) 「ヘルスケアにおける多職種連携の特徴」『JIM』22(3)：184-188.
- 松岡千代 (2013) 「多職種連携の新時代に向けて：実践・研究・教育の課題と展望」『リハビリテーション連携科学』14(2)：181-194.
- 松岡克尚 (2016) 『ソーシャルワークにおけるネットワーク概念とネットワーク・アプローチ』関西学院大学出版会.
- 宮島俊彦 (2015) 「認知症の人のための『住まい』と『生活支援』の議論の枠組みについて」『老年精神医学雑誌』26(5)：525-529.
- Molyneux, J.(2001) Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional care*, 15(1): 29-35.
- 永田千鶴・松本佳代・北村育子・清水麻子 (2015) 「認知症膝下に両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の連携による支援内容の分析」『山口医学』64(3)：183-189.
- 永由義広・鈴木克己・高橋明美・伊東弘一・岩井誠・久保田康之 (2014) 「認知症高齢者の福祉と経済問題——福祉の現場から見えること」『老年精神医学雑誌』25(6)：636-643.
- 野中猛 (2007) 『図説ケアチーム』中央法規出版.
- 野中猛・野中ケアマナジメント研究会 (2014) 『多職種連携の技術(アート)——地域生活支援のための理論と実践』中央法規出版.
- 小川孔美・原和彦・木下聖 (2014) 「専門職連携実践(IPW)と専門職連携教育(IPE)——埼玉南専門職連携推進会議7年間の実践からの考察」『埼玉県立大学紀要』16：61-68.
- 大嶋信雄 (2011) 「専門職間連携教育の変遷と現状」『老年社会科学』33(3)：472-477.
- 大塚真理子 (2014) 「専門職の連携協働による認知症高齢者の家族支援——IPE / IPW の促進によるケアの質向上を目指して」『日本認知症ケア学会誌』13(3)：568-578.
- 酒本隆敬・大塚真理子 (2013) 「専門職連携教育(IPE)の受け入れにより生じた職員の行動変容と介護現場における専門職育成の取り組み」『認知症ケア事例ジャーナル』6(1)：72-80.
- Schaefer, J. & Larkin, S.(2015) Interprofessional education in undergraduate social work education. *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 20: 179-188.
- 寫末憲子・小嶋章吾 (2016) 「地域包括ケアシステム時代のIPWを促進する実践の可視化——求められる生活記録法のIT化」『地域ケアリング』18(1)：81-85.
- 高山由美子 (2016) 「ソーシャルワーク実践としての『地域ケア会議』——その意義と活用の視点」『ソーシャルワーク研究』42(1)：13-21.
- 田村由美 (2010) 「なぜ今IPWが必要なのか」『看護実践の科学』35(10)：41-47.
- 田村由美 (2015) 「専門職実践論：専門職連携教育(IPE)から専門職連携実践(IPW)へ」『医療ジャーナル』51(12)：2771-2776.
- 田村由美 (2016) 「地域包括ケア政策とIPW」『看護実践の科学』41(2)：50-55.
- 田中寛之・山本祐子・永田優馬・小城遼太・日垣一男・西川隆・植松正保 (2014) 「ライフヒストリーカルテの作成——生活史を多職種で共有する意義」『老年精神医学雑誌』25(7)：801-808.
- 種田憲一郎 (2016) 「多職種チームをまとめ、患者の多様なニーズに応える『地域包括ケア・コンシェルジュ』の育成——エビデンスに基づいたチームトレーニングのすすめ」『病院』75(6)：414-419.
- World Health Organization (2010) Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. (http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/) accessed 2016/09/18.

Interprofessional work and interprofessional education in support for elderly people with dementia and their family from the point of view of social work in Japan

Katsuhisa Matsuoka^{*1}, Chiyo Matsuoka^{*2}

Department of Social Work, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University^{*1},

Department of Nursing School of Health Sciences Bukkyo University^{*2}

The purpose of this paper is to discuss the current situation and the issues of the Interprofessional Education (IPE) and Interprofessional Work (IPW) that are essential for the support of elderly people with dementia and their family from the point of view of social work in Japan.

In steady promotion of the “5-year plan for promotion of policy measures against dementia” popularly called the Orange Plan and started in 2013, a collaboration of health care and long-term care corresponding to condition of the elderly people with dementia and their family is emphasized. IPW and IPE efforts are advanced in the medical and health care field. In the social work field, these have been recognized as important but have lagged behind especially at the undergraduate education level. “Comprehensive life support” including social care in addition to health care is essential to support the clients afflicted with dementia and chronic diseases, as well as their families.

Therefore, social welfare and social work need to learn about and absorb advanced knowledge and practices of IPW and IPE in the health care field.

First, we will review the literature of the study of IPW and IPE as it pertains to dementia care. Next, based on this review, the issues and tasks of IPW and IPE in the social work field for the elderly people with dementia will be discussed.

Key words: support for the elderly people with dementia, interprofessional work, interprofessional education, community comprehensive care system