

推薦の序

諸専門職と一緒に学ぶことが、よりよい協働をもたらすとは、WHOの明言するところ です¹⁾。日本の大学における多職種連携教育 (IPE : Interprofessional Education) の先駆者が述べていることを、より簡略に述べれば、次のように言い表せます。

『専門職が、共に、お互いから、お互いについて学ぼうとしなければ、相互の信頼と尊敬を養うことは難しい。互いの教育と実践の比較から類似性と違いを見だし、専門知識を結び合わせて、当事者、家族、地域社会の複雑なニーズに、一つの専門職の限界を超えて応じることも、同様である』

日本各地で起こった多職種連携の運動が合流し、それを担う世代として学生や教員たちが成長しつつある時に、彼らと経験を共有する責任が、先駆者たちにはあります。この難しい課題に、本シリーズ5冊の編著者と執筆者たちは応えようとしています。

実践での協働を進めるためのIPEは、チームワークが普及するに従って広がっています。人口構成が高齢化する中で、人生の質を支える医療の分野では、それはとりわけ顕著です。政府の支持を得て、他国の経験に依拠しながら、専門職が連携して働くことに焦点をあてた教育を、日本の大学は編み出してきています。そこでは、厳密な教育評価がなされています。見いだされた知見は、国内外の学生、教員、大学の間で、広く誠実に共有され²⁻⁴⁾、オリジナルな研究ツール⁵⁾と概念の枠組み⁶⁾が生まれています。

日本と英国の交流は当初から、学生の相互訪問、教育カリキュラムの共同開発、プロジェクトの評価、翻訳など、創造的に進められてきたことが特徴です^{7,8)}。

“All Together for Better Health” という国際学会が2年に一度開催されています。その第6回は2012年に神戸学院大学で開催され、日本インタープロフェッショナル教育機関ネットワーク (JIPWEN : Japan Interprofessional Working and Education Network)⁹⁾と、日本保健医療福祉連携教育学会 (JAIBE : Japan Association for Interprofessional Education)¹⁰⁾が主催しました。このイベントによって日本は、多職種連携の国際的なコミュニティの心をつかみました。テーマは「新たな地平を拓く : IPEと協働実践の多様性と特徴 (Exploring New Horizons : Diversity and Quality in Interprofessional Education and Collaborative Practice)」という時宜にかなったもので、太平洋を越えた多職種連携の発展に日本が参画する宣言でした¹¹⁾。日本と太平洋を挟んだ隣人との協働は、その後の5年間に速度を増し、IPEはいたるところに肥沃な土壌を得るに至りました。

多職種連携を進める世界的な運動は、日本もその重要なメンバーに加わって、以下の主張を繰り広げています。すなわち、一つの学問分野として認識されるために、確固とした基準に基づく規範と、一貫した理論的枠組に根ざして、多様で変化し続けるニーズに応じ

ながら、基本原則を柔軟に適用し、限りある資源を節約し、新しい専門職教育によって患者へのケアの変化を促そうとしているのです¹²⁻¹⁴⁾。

全5冊からなる本シリーズは、この大志を実現するために、太平洋を超えたパートナーシップによって日本で生み出された、実例といえる作品なのです。

Hugh Barr

President

CAIPE : the Centre for the Advancement of Interprofessional Education

London, UK

引用文献

- 1) World Health Organization (WHO) : Learning together to work together for health ; report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel ; the Team Approach. WHO, 1988.
- 2) Endo K, Magara A et al. : Development and practice of interprofessional education in Japan ; modules, sharing, spreading. Niigata University of Health and Welfare with others, 2012.
- 3) Maeno T, Takayashiki A et al. : Japanese students' perception of their learning from an interprofessional education program ; a qualitative study. International Journal of Medical Education 4: 9-17, 2013.
- 4) Ogawa S, Takahashi Y et al. : The Current Status and Problems with the Implementation of Interprofessional Education in Japan ; An Exploratory Study. Journal of Research in Interprofessional Practice & Education 5:1-15, 2015.
- 5) Sakai I, Takahashi Y et al. : Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency ; a pilot study in Japan. Journal of Interprofessional Care 31:59-65, 2017.
- 6) Haruta J, Sakai I et al. : Development of an interprofessional competency framework in Japan. Journal of Interprofessional Care 30:675-7, 2016.
- 7) Barr H, Koppel I et al. : Effective Interprofessional Education ; Argument, Assumption and Evidence. Blackwell, 2005.
- 8) Freeth D, Hammick M et al. : Effective Interprofessional Education ; Development, Delivery and Evaluation. Blackwell, 2005.
- 9) Watanabe H, Koizumi M (eds.) : Advanced Initiatives in Interprofessional Education in Japan. Springer, 2010.
- 10) Takahashi H, Watanabe H et al. : Foundation of the Japan Association for Interprofessional Education (JAIPE) [Forman D, Jones M et al. (eds.) : Leadership and Collaboration ; Further Developments for Interprofessional Education]. Palgrave Macmillan, 2015, pp47-67.
- 11) Lee B, Celletti F et al. : Attitudes of medical school deans towards interprofessional education in Western Pacific Region countries. Journal of Interprofessional Care 26:479-483, 2012.
- 12) Barr H : Interprofessional Education ; the Genesis of a Global Movement. CAIPE (Online), <<https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>>, 2015.
- 13) Frenk J, Chen L et al. : Health professionals for a new century ; transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376:1923-1958, 2010.
- 14) World Health Organization (WHO) : Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO, 2010.

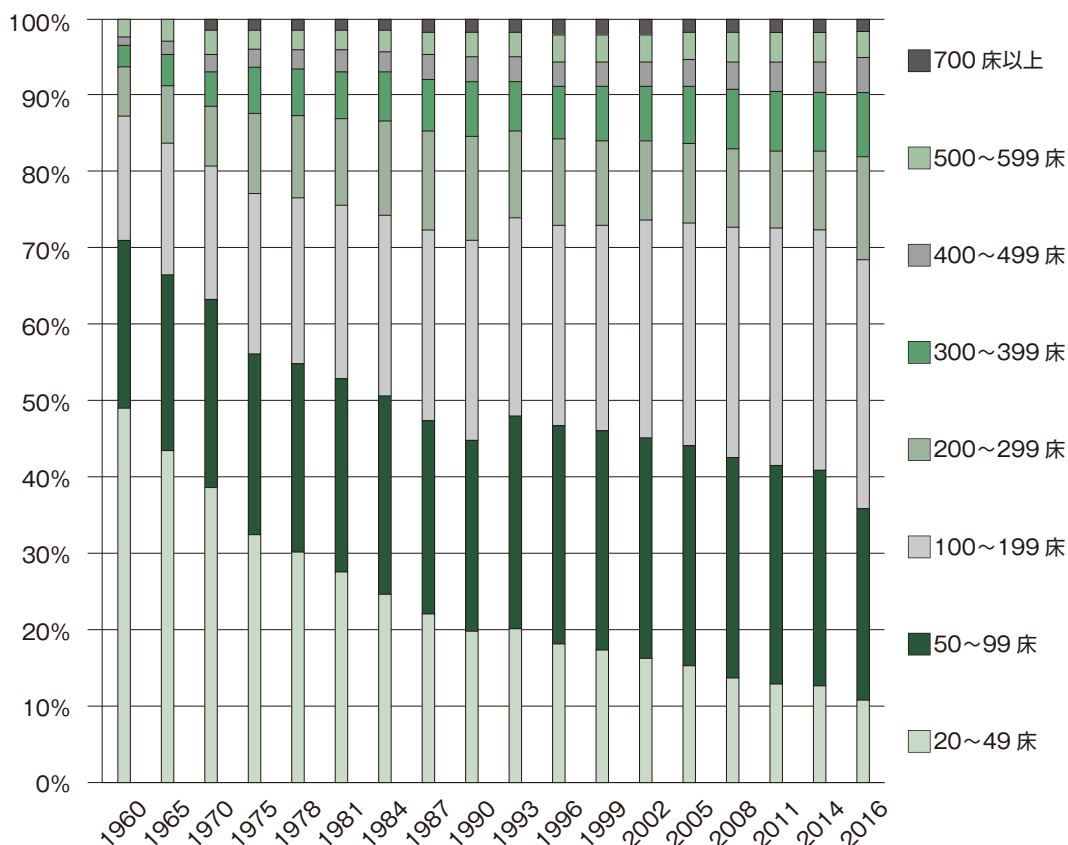


図1-1 病床規模別病院数の年次推移（一般病床）

た」¹⁹⁾。高度経済成長、高齢化、低成長、バブル経済とその崩壊、格差拡大、少子化という変化の中で、援助ニーズの変化や拡大に対応するために、「保健・医療・福祉の総合化」が課題となったものの、種々の理由で「遅れた」²⁰⁾。

(4) 社会における葛藤と軋轢★¹¹

暮らしを営むうえでの問題の背景には、しばしば社会的・経済的要因がある。それが援助の過程で当事者と援助者あるいはそれぞれの内部での葛藤や軋轢を生み、連携協働のハードルを上げている。

例えば、社会経済的格差の存在がある。貧困★¹²は、日本が軍国主義の下にあった戦前・戦中から、高度成長期にも相対的貧困は解消されず、バブル崩壊後から現在に至ってはワーキングプアなど新しい貧困と格差の拡大が社会問題になっている。

★¹¹ … ⑤事例2、3、5、14、15、19参照

★¹² … 【貧困、多重問題とは何か】(③p154) 参照

各専門職の生涯教育制度と専門分化

医師は専門分化が最も進んだ職種である。我が国では、1968年の麻酔専門医を皮切りに、専門医制度が次々に作られ、2013年には88種に達していた。ただし、これらはいずれも各専門医学会が独自に定めたもので、専門医の質の担保につながらないとの批判もあった。さまざまな取り組みを経て、2014年に日本専門医機構が作られ、専門医制度の再編・再構築が現在も行われている⁴⁾。

看護師では、1994年に専門看護師（11分野*）、1995年に認定看護師（21分野*）、1998年に認定看護管理者の各制度が、日本看護協会により作られている⁵⁾。

理学療法士では、2010年に認定理学療法士（23領域*）、2013年に専門理学療法士（7分野*）の各制度が、日本理学療法士協会により作られている⁶⁾。

作業療法士では、2003年に認定作業療法士、2009年に専門作業療法士（8分野）の各制度が、日本作業療法士協会により作られている⁷⁾。

社会福祉士では、2011年に認定社会福祉士制度が、日本社会福祉士会によって作られている⁸⁾。

（*…2016年1月時点）

テーテル)を通して治療する技術が開発・普及したことで、「心血管インターベンション治療」の専門医が生まれた。あるいは、消化器内視鏡による診断・治療技術が開発・発展・普及したことで「消化器内視鏡専門医」ができたことも、その例といえる。

第二に、技術を行使する者を限定し、集中することで技術水準を上げるという要因である。

かつては一人の外科医が消化器、呼吸器、循環器、骨・関節、脳神経の複数の領域にまたがって手術を行うことは、珍しくなかった。1980年代には、そうした外科医は都市部の病院にもいて、幅広い病気の治療で役割を果たす総合的な外科医は一つの確立されたスタイルでもあった。

しかし、今日ではそれぞれ消化器外科、呼吸器外科、循環器外科、整形外科、脳神経外科の専門の医師が手術を行い、複数の領域の手術を行う外科医は例外的といえる。

第三には、技術システムの効率化という要因がある。

在宅医療を例に挙げよう。往診や訪問診療は、戦前からある医師の診療スタイルの一つで、どの科の医師も行っていた。1970年代から病院が大型化し、救急時には患者が病院を受診することが圧倒的に多くなったが、退院後に患者の家を訪問する医師は、数は少なかったが存在し、役割を果たしていた。1980年代後半から在宅医療を拡大する医療機関が増加してくると、個別の医師が病院での業務の合間に患者宅に赴くよりも、在宅医療担当

病期	救命救急	急性期	回復期・亜急性期	慢性期	生活期
目標	救命	疾患の治療	機能・活動の回復	治療・危険因子のコントロール	生活支援
場所	救命救急室 手術室 集中治療室	急性期病棟	回復期リハ病棟 地域包括ケア病棟	外来医療 在宅医療	施設介護 在宅ケア
援助技術	医療 看護 機能訓練 介護	医療 看護 機能訓練 介護	機能訓練 介護 相談	医療 看護 機能訓練 介護 相談 教育	医療 看護 機能訓練 介護 相談
援助者—当事者 関係	親—幼児的	親—年長児的	親—年長児的 ↓ 成人—成人	成人—成人	成人—成人
チーム構成	医師 看護師 臨床工学技士 理学療法士 作業療法士 ほか	医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 社会福祉士	医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 臨床心理士 社会福祉士 介護福祉士	医師 看護師 薬剤師 臨床工学技士 社会福祉士 ほか	医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 ケアマネジャー 介護福祉士 社会福祉士
チーム内の関係	中央集権的	中央集権的	分権的	分権的	分権的

図2-3 医療から生活支援への移行過程での当事者・援助者関係の変化

慢性期の再発予防を、それぞれ専門（specialty）とする専門医が存在している。同時に、複数の時期にまたがって役割を果たす医師も存在している。このことは、医師という専門職は、状況に応じて役割を変えながら、医師としての一貫性も保持していることを意味している。同様のことは、看護師や薬剤師、理学療法士など他の職種についてもあてはまるようになりつつある。

また、各専門職は、お互いに一定の代替性を持つ。例えば、機能訓練中にトイレでの排泄が必要になった場合、それを援助するのは、訓練を支援している理学療法士や作業療法士でも、看護師でも、介護福祉士でも、もちろん医師でもいい。あるいは、1970年代の日本の病院では、医師と看護師と少数の理学療法士だけで脳卒中患者を受け入れ、それまでより水準の高いリハビリテーション医療を提供していたことが知られている¹⁶⁾。これは、看護師が理学療法士や作業療法士の、あるいは理学療法士が作業療法士の機能を、ある程度代替できることを示している。

専門職の仕事の間で、こうしたことがなぜ可能なのだろうか。

一つは、ある専門職の専門性はさまざまな側面を持っていることで説明される。専門職は、援助の場面に応じて、必要な側面を発揮している。個々の側面に特化して能力を開発していくのがspecialistの方向であり、どの側面についても能力を発揮することを重視する

- ・ ロールモデル、協働的な学習の手本となりうる能力
- ・ 柔軟性（グループ内に存在する専門性の違いを創造的に活用すること）

他の小グループ教育と同様に、ファシリテーターはチームの構成と成長を注視し、全ての参加者が平等な形で活動に参加できるよう安全な環境を整え、支援を行う必要がある、IPEファシリテーターとしてもう一つの核となるスキルは、専門職種間に存在する伝統的な力のヒエラルキーが表面化する瞬間を捉え、参加者を患者ケアのために一つにまとめられた計画という共通のフィールドに立たせる能力である。

(7) 概念的モデル

IPEに関する文献を引用すると、近年、米国医学研究所（IOM：Institute of Medicine）⁴⁰⁾がIPEの学習と教育アプローチに関する、つながっていながら互いに異なる構成要素についての理解を助ける概念的フレームワークを開発している。

図3-1に示されるように、IPEは公式の教育課程と非公式の学習課程を併せて、学部（資格取得前）教育から大学院、そして資格取得後の卒後研修（生涯教育）への連続した学習の流れに沿って、頻度を増しながら行われるのが理想的である。この図は、多くの促進要因

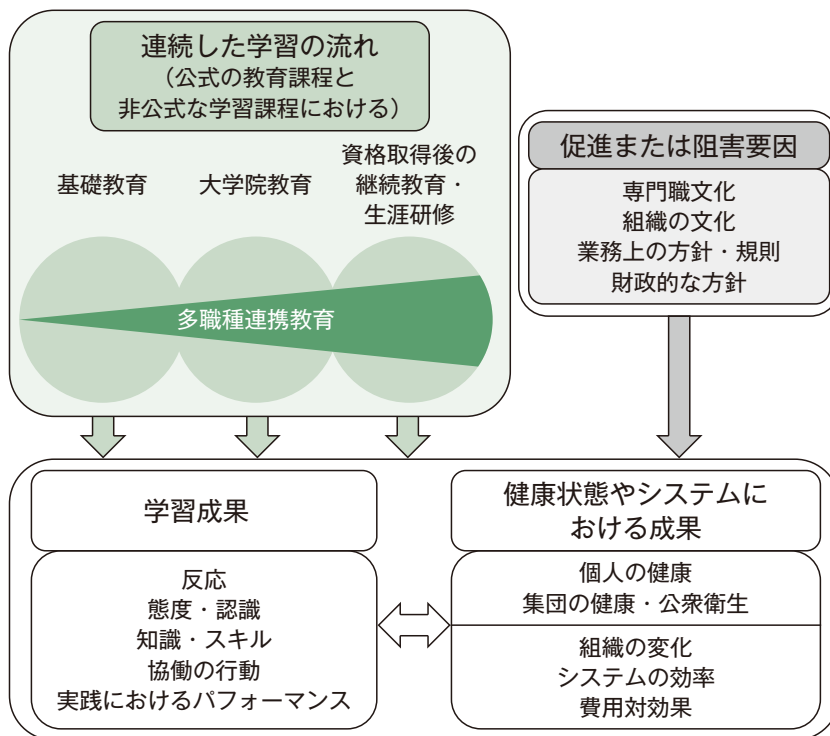


図3-1 IPEの概念的フレームワーク