Navigating Interprofessional Care: The Past, Present & Future

Dawn Prentice, R.N., Ph.D., Brock University

１． Interprofessional Collaboration (IPC) と Interprofessional Education (IPE)へのこれまでの歩み

① チームの重要性

② ブロック大学看護学科での IPE の試み

③ IPE の学術的定義

④ 多職種連携におけるコンピテンシーのフレームワーク～６つのコンピテンシー
職種間コミュニケーション／患者（家族・コミュニティ含む）中心の医療／役割の明確化／チームの機能／リーダーシップ／紛争解決の技法

⑤ 学習活動
迅速ラウンド／IPE ラウンド／学習者主導の事例プレゼンテーション／ロールプレゼンテーション／TOSCE（オスキーのチーム版）／テーション：模擬臨床設定／チームが「患者」と対話する／ステーションごとに 1～2 人の専門家間評価者／フィードバック

＊TOSCE とは、標準化された評価で、マクマスターオタワチームベース客観的臨床能力試験（TOSCE）はマクマスターとオタワ大学の間の共同作業を通して 2006 年に開発された。OSCE ステーションの信頼性に基づく TOSCE ステーションと妥当性のガイドライン（Harden ＆Gleason、1979）によると、ツールは高い許容性と実現可能性、そして評価者間の信頼性と内的一貫性が確認されている。OSCE とは臨床実習を行う臨床能力を身につけているかを試す実技試験である。内容は医療面接、胸部診察、腹部診察、神経診察、救急、頭頚部診察、バイタルサイン等。

■ IPE ワークショップシナリオ；

シナリオ；カトリーナは 38 歳 G3P2。22 週の妊娠で最小限の斑点と軽い腹部のけいれんを ER に示した。 オンコール産科医に通知があり、評価。彼女は助産師の世話を受けていた。産科医は 2 週間前の小児科医の訪問から彼女の以前のカルテを取得した 産科医からの質問では、カトリーナはかかりつけ医は彼女の妊娠に気付いておらず、彼女が慢性的な痛みのためにかかりつけ医のケアを受けていることを助産師に明らかにしてない。

２．IPE と IPC に関する現在の論点：協働的技能と行動の展開における専門職間教育（IPE）と臨床教育ユニットの影響：現在パイロットケーススタディを継続中。

【IPC の利点】調整された患者ケア／患者満足度／チームメンバーの協力／コミュニケーションの向上／快適な意思疎通／院内環境における階層の減少／患者安全の確保／有害事象の減少／スタッフのモラルの向上／採用増加と戦力の保持／早期資格取得前教育／卒前共同練習の準備／カルチャーシフト

【IPC の障壁】

個人レベル；

チームメンバーの役割と知識を尊重／練習の展望／時間と資源のコミットメント／共同作業の評価
教育機関レベル；
リーダーシップ／全校からコミットメントがあるわけではない／カリキュラムで IPE を優先しない／IPE と IPC に関する教員の専門知識の欠如

３．IPE と IPC に関する今後の動向
主要な問題：　持続可能性／組織支援（学術および病院）／カリキュラムの組み立て問題／様々なレベルの学習者への取り組み
戦略：　資金調達／IPC に資する環境を提供する教育者は、時間とリソースが専門家間のコラボレーションに組み込まれることを確実にするために協力する必要がある。

International Empirical Study on Interprofessional Collaboration

（多職種連携についての国際的実証研究）

東京情報大学看護学部　医療管理学　教授　松下博宣

p 2～6：今日、日本でも多職種連携が大きく注目されている。しかし、縦割り・職種ごとの蛸壺体質が強い医療の世界では、科学的に多職種連携の実態を描写することは遅れてきた。そこで、多職種連携を学際的に研究するプロジェクトを組成し政府から科学技術研究費（19K10491　研究代表者：松下博宣）の援助を受け研究を進めている。本研究がスタートして約半年経過したが、今日はこれまでの研究成果などを報告したい。

多職種連携はワークスタイルの一つだが、組織風土や文化を含める社会の基層を視野に入れる必要がある。日本の医療文化の特質として、縦割りの専門性、縦割りの教育、硬直的な上下関係、年功序列人事、根拠が薄弱な診療報酬制度などが含まれる。本研究は、カナダ、北欧の研究者と連動して行っている。特にブロック大学には２大学から毎年短期留学に学生を派遣している。

p 8：倉敷中央病院で行ったサーベイの結果、自分が強いと認識している能力と多職種連携に必要と認識されている能力との間にはギャップがあった。継続教育のニーズを示している。

p 9～10：調査対象病院の従業員（平均年齢 34 歳）はそれぞれの分野の専門職としてのハードスキル（テクニカルスキル）を中心に学んできているが、多職種連携の継続教育はほとんど受けていない。これから大切なのは「T 型」人間である。「I 型」つまり狭い領域での深い専門的能力と、「―型」つまり、ノンテクニカルなコミュニケーション力、対人関係感受性、対人関係影響力、リーダーシップの両面を十全に持つ人間だ。このような両面の能力をもつ人が連携で強みを発揮して、真の多職種連携やチーム医療が実現されることとなる。

p 12～15：医療機関の全従業員から寄せられた意見を集約すると、多職種連携の促進要因と阻害要因

が計量的に明らかになった。いずれもが組織風土の奥底に沈殿するものだ。これらを改善していかなければ真の多職種連携とはならない。

p 16～18：AITCS-II は全部で 23 問。多職種連携の機能要件(functional requisite)に該当する。機能要件とは、文化・組織風土とは独立して発揮されるべき機能である。ゆえに、英語圏、スペイン語圏はもちろん、イタリア、韓国、日本でも利用することができる。部門間や職種間の多職種連携の程度やギャップを「見える」化できるのが、このスケールの利点だ。ただし、多職種連携の阻害要因や促進要因は組織風土、文化の層の影響を受けるので、これらの点を明らかにするために、我々のサーベイは「多職種連携風土サーベイ」という名称にしている。

p 21～22：2019 年の秋以降は①医療機関内部の多職種連携のみならず、②地域における地域包括ケアシステムでの多職種連携を研究対象にしてゆく。また、医療安全や医療の質に多職種連携がどのようなインパクトを与えるのか、についても実証的に研究してゆきたい。

多職種連携（いわゆるチーム医療）と患者安全

～　チーム医療が最良だというのは神話か？　～

文京学院大学　保健医療技術学部　公衆衛生学　教授　藤谷克己

１．はじめに

多職種連携について論ずる前に、日本ではチーム医療と言う言葉が独り歩きしている点に警鐘を鳴らしたい。松下氏が様々な論稿のなかで、「今日では 「 チーム医療 」 という用語は陳腐化しつつある…（中略）…医療は単独では医療たりえず、 居宅介護、介護予防、福祉、まちづくり、防犯、見守り 、認知症ケアサポート など、多様なヘルスケア資源、システムと連携、連携しなければならないからだ 。」再三述べているように、チームを前提としない取り組みは存在しない。むしろ連携の取り方は千差万別で、今やコミュニケーション１つとっても直接会話もあれば、メールやラインなどの SNS、クラウド等の IT ツールを駆使する場面は様々あり、連携の度合いや中身によって使い分けることが分化しつつある。まず重要なのは「連携ができているか」、「連携をどうやってとっているか」を知る事である。

２．プレゼンテーションの骨子

本プレゼンでは、あえてチーム医療と言う言葉を逆説的に使う。そして「チーム医療が最良だというのは神話か」という多職種連携に否定的な命題からスタートしている。だが決して論者はチーム医療否定論者ではない。しかしチーム医療に潜む落とし穴に注目したい。多くの論者はチーム医療で患者安全を担保できると主張する。しかし J.Reason がその名著、「組織事故」に中で組織であるがゆえに事故が起こる。乃至は事故が拡大すると警鐘を鳴らしている。

医療という不確実で危険な行為を多くの職種の意思が介在して、まるでバトンリレーのように日夜繰り広げている。高度な医療になればなるほど多くの要素が相互作用することで、複雑さは益々高まる。ともすれば全く違うことをイメージしながら、違う方向を向いて、各自の職責を全うしているのが現実で

ある。指揮者のいないオーケストラでは不協和音を生むであろう。言い換えて、これを映画製作に例えれば、誰が映画の主役で、だれが総合監督？　誰が助監督？　誰が編集監督？　誰が音楽監督で誰が広報宣伝担当‥‥‥。皆さんはどのように想像するであろうか。

チームで医療を行うことは決して、安全を担保するための妙薬ではない。寧ろ危険を内在している危ういシステムだと理解した方がいい。チーム医療は危ういからこそ、チームを評価することから始めなければならない。ここで多職種連携と言う言葉に戻すと、多職種連携を促進する要因は何なのか。多職種連携を阻害する要因は何なのか。今後研究を進めていく中でそれらが明らかになっていくことだと思う。

最後に、あなたの組織、病院や地域にも患者安全を阻害する要因がチームの中に潜んでいるかもしれない。早期発見、早期治療が最善の策である。

（以上）