

## 地域包括ケアと多職種連携

藤井博之

### 1 イントロダクション

私は、保健・医療・福祉における多職種連携 Inter Professional Collaboration について報告します。はじめに、多職種連携が日本の医療と介護の両分野で政策的に推進されている状況に触れ、地域包括ケアを構築する上でのポイントの1つとなっていることを述べます。2つ目に、多職種連携とチーム医療という2つの言葉について、その異同を検討します。3つ目に、多職種連携の意義や評価などをめぐるいくつかの論点をご紹介します。そして最後に、多職種連携を進めるための方略として注目されている多職種連携教育 InterProfessional Education IPE について述べます。

### 2 多職種連携の推進を象徴する2つの施策

10年ほど前から、多職種連携を促進する象徴的とも言える2つの施策が実施されてきました。1つは、医療保険の診療報酬制度における「チーム医療の評価」で、2つ目は、在宅ケアにおける「在宅医療連携拠点事業」です。

まず、診療報酬における「チーム医療の評価」は、2002年の「褥瘡対策未実施減算」の新設が画期となりました。この「減算」は、医師、看護師のチームによる褥瘡対策の計画、体圧分散マットレスなどの使用を行っていない場合に、診療報酬を減額するものです。日本褥瘡学会の全国調査によると、その後、入院患者の褥瘡有病率が低下したことが報告されています(Sanada et.al. 2008)。これによって、日本の多くの病院で褥瘡対策チームが活動するようになりました。皮膚・排泄ケア認定看護師が重要な役割を果たしたこと、医師、看護師以外に薬剤師、管理栄養士、理学療法士などさまざまな専門職がチームの構成メンバーとして、褥瘡回診やカンファレンスで褥瘡患者の評価、診療とケアの方針の立案を行っていることが、その特徴です。

それ以後、診療報酬改定のたびに、新たな加算などが新設されてきました。これまでに、緩和ケア、感染防止対策、呼吸ケア、介護支援連携、栄養サポート、リハビリテーション総合計画

価、糖尿病透析予防指導、精神科リエゾン、患者サポート体制、移植後患者指導管理、外来化学療法、在宅患者訪問褥瘡管理指導、認知症ケア、外来緩和ケア、退院支援などで、複数の専門職がチームをつくることを要件とした診療報酬がつけられています。厚生労働省は2010年にさまざまな職種の団体、研究者が参加する「チーム医療推進会議」を設置しました。現在では、これらの施策に全国の多くの病院が取り組むようになっていきます。

ここでは、これらのチームを課題別医療チームと呼ぶことにします。今日、日本の病院ではチーム医療というと、もっぱら診療報酬で評価されたこの医療チームのことを指すようになっていきます。これについては、チーム医療について1970年代から幅広い実践と研究がされてきたことを考えると、若干の戸惑いも覚えます。

図表1 診療報酬に位置づけられた課題別医療チーム

	職種構成													診療報酬 記載			
	医師	看護師	薬剤師	P T	O T	S T	管理 栄養士	C W	M E	歯科 医師	歯科 衛生士	診療放射線 技師	臨床検査 技師		臨床心 理士	社会福 祉士	精神保健 福祉士
褥瘡対策	◎	◎	△	△	△	△	△	△									2002
緩和ケア	◎	◎	△	△	△	△	△			△	△	△		○	△		2002
感染防止対策	◎	◎	◎										◎				2010
呼吸ケア	◎	◎		◎					◎								2010
介護支援連携	◎	◎	◎	◎	◎	◎									◎		
栄養サポート	◎	◎	◎			△	◎			◎	△						2012
リハビリテーション 総合計画評価	◎	◎	△	◎	◎	◎	△	△						△	◎	△	2012
糖尿病透析予防	◎	◎	○	△			◎										2012
精神科リエゾン	◎	◎	○		○									○		○	2012
患者サポート体制	◎	◎	◎	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		◎	△	2012
移植後患者指導管理	◎	◎	◎														2012
外来化学療法	◎	◎	◎														2012
在宅患者訪問褥瘡 管理指導	◎	◎	◎	◎			◎										2012
認知症ケア	◎	◎	◎	◎	◎		◎								◎	◎	2016
外来緩和ケア	◎	◎	◎														2016
退院支援		◎													◎		2016

◎必須の職種、○必須では内が記載のある職種、△制度にはないが参加している例のある職種  
(各年度の「診療報酬早見表」(医学通信社)をもとに藤井が作成)

2つ目の、「在宅医療連携拠点事業」は、医療的支援が必要な高齢者・障害者を地域で支える医療と介護・福祉の連携を推進するための施策です。2011年に全国10箇所が、2012年度には105箇所が指定されました。「多職種協働による在宅医療の支援体制を構築」することなどを目的に、在宅医療・在宅ケアに取り組む医療機関、介護事業所、地域包括支援センター、行政機関などが参加する、グループワーク等の多職種参加型研修など8つの事業に取り組みました。これ

は、「地域包括ケアシステムの構築」における、「医療側から介護側へのアプローチ」として有効と評価され（厚生労働省医政局指導課 2013）、2015 年度には「在宅医療・介護連携推進事業」として制度化されました。全国の 1741 市区町村を対象にした 2016 年の調査によれば、医療・介護関係者の研修は平成 27（2015）年度は 675、平成 28（2016）年度は 1060 の市区町村で実施されています（厚生労働省老健局 2017）。<sup>（注1）</sup>

### 3 多職種連携とチーム医療

ここまで多職種連携とチーム医療という 2 つの言葉を厳格に区別せずにお話ししてきました。チーム医療は医療の中でのチームワークを指し、多職種連携は医療にとどまらない広い意味で用いられる言葉といえます。しかし、その区別は実は曖昧です。

#### チーム医療と多職種連携に関する文献数の推移

チーム医療（または医療チーム、以下「チーム医療」）という言葉は、日本では私の知り得た範囲では、1958 年に出現しています。すなわち、1958 年の厚生省公衆衛生局長通知「保健所における医療社会事業の業務指針」の中で、医療社会事業を定義して「医療ならびに保健医療機関などの医療チームの一部門として、社会科学の立場から医師の診断を助けるとともに、疾病の治療、予防、更生の妨げとなる患者や、その家族の経済的、精神的、あるいは社会的諸問題を満足に解決もしくは調整できるように、患者とその家族を援助する一連の行為をいう」とした記述があるとされています（上山崎 2010）。

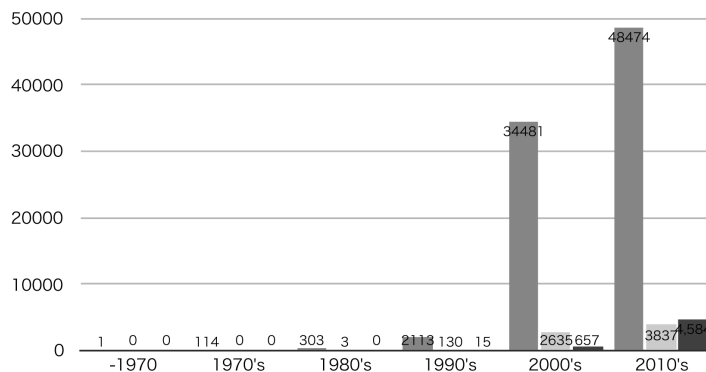
多職種連携については、（専門）職種間連携、専門職連携、多職種協働など類似した用語がありますが、これらのいずれか（以下「多職種連携など」とします）が使われた文献を医学中央雑誌 Web 版と国立情報学研究所情報ナビゲータで検索すると、最も古い文献は 1998 年でした。2000 年までに発表された 21 の文献は、原著論文 1、解説論文 16、症例報告 1、会議録 3 で、掲載誌は、医学系雑誌 5、看護学系 7、リハビリテーション系 2、介護系 3、大学紀要 4 でした。テーマは、医療と介護または福祉の連携に関するもの 17、リハビリテーション医療 3、看護教育 1 で、医療と、介護または福祉にまたがる連携を扱ったものが大半でした。

「チーム医療」および「多職種連携など」を含む文献数を比較するために、医学中央雑誌 Web 版で得られる文献数とその年次推移をみました。「チーム医療」を含むものは合計 85748 で、1979 年以前に 115 発表されており、1980 年代に 303、90 年代に 2113 と増加していましたが、2000 年代に 34481 と激増し、2010 年代には 48474 に達しています。このうち、介護または地域ケア、地域包括ケアを含むものは、6605（7.7%）で、年代別では 1980 年代に 3（1%）、90 年代に 130（6.2%）、2000 年代に 2635（7.6%）、2010 年代に 3837（7.9%）と、実数も比率も増加傾向にありました。また、「多職種連携など」を含む文献数は、1990 年代に 15、2000 年代に 657、2010 年代に 4584 と、特に 2010 年代に入って急激な増加傾向を認めます。<sup>（注2）</sup>

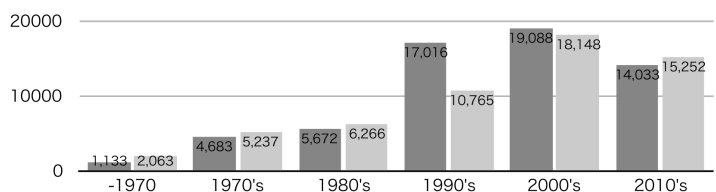
以上から、日本の文献数では、「チーム医療」が「多職種連携など」に比べて圧倒的に多く、

特に2000年代に激増していること、「チーム医療」で検索される文献のうち、約7%は介護や地域（包括）ケアについても触れており、その数は2000年代までは「多職種連携など」で検索される文献数を上回っていたことがわかります。

図表2 チーム医療と多職種連携に関する文献数の推移



医学中央雑誌Web版  
 チーム医療：チーム医療、医療チーム、  
 チーム医療&介護：（チーム医療、医療チーム）&（介護、地域（包括）ケア）  
 多職種連携：多職種連携、多職種協働、専門職（間）連携、専門職（間）協働、  
 職種間連携、職種間協働）を含む文献数



PubMed  
 (Patient Care Team)、(interprofessionalまたはmulti-professional、  
 inter-disciplinary, multi-disciplinary)をタイトルまたは抄録に含む文献数

### 病院における多職種連携の変遷と発展

次に、病院におけるチームワークは1980年代からすでに、在宅ケアや介護との多職種連携に踏み出していたことを、最近行ったインタビュー調査に基づいてお示します。

病院で行われるカンファレンスに参加する職種の構成とその時代推移について調べたものです。調査対象は、農村・山間地に立地する佐久総合病院で、心臓外科、脳外科などの急性期医療から、老人保健施設、在宅医療まで幅広い事業に取り組んでいます。調査対象は1982年から2005年から働いてきた、医師4名、看護師2名、ソーシャルワーカー3名、理学療法士2名、作業療法士2名、言語聴覚士1名で、半構造化面接を行い、それぞれの経験してきたカンファレンスの種類と参加職種について年代別にまとめました。

図表 3 佐久病院におけるカンファレンス参加職種の時代推移

年代	佐久総合病院本院						小海分院				
	ICU 救急	外科	内科	回復期 リハ 病棟	地域包括 ケア病棟	地域ケ ア・訪問 看護	一般病棟	療養病棟	小海 診療所	老健 佐久	老健 こうみ
1980	医師 看護師	医師 看護師	医師 看護師 (SW)	未開設	未開設	未開設	未開設	未開設	未開設	未開設	未開設
1990	医師 看護師	医師 看護師 管理栄養士 (SW)	医師 看護師 管理栄養士 (SW)	医師 看護師 PT OT ST SW	制度 なし	仕診医師 看護師 訪問看護師 管理栄養士 OT/PT 看護師 在宅SW 在宅介護支 援センター	未開設	未開設	医師 看護師	SW CW 看護師 PT OT	未開設
2000	医師 看護師	医師 看護師 管理栄養士 (SW)	医師 看護師 管理栄養士 (SW)	医師 看護師 PT OT ST SW CW 薬剤師	制度 なし	医師 看護師 SW PT OT ST 薬剤師 管理栄養士	医師 看護師 SW PT OT ST CW 管理栄養士	医師 看護師 SW PT OT ST CW 管理栄養士	医師 看護師 SW PT OT	SW CW 看護師 PT OT	未開設
2010	医師 看護師	医師 看護師 SW PT OT (管理栄養士 (PT))	医師 看護師 SW PT OT (管理栄養士 (PT))	医師 看護師 OT ST PT SW CW 薬剤師 管理栄養士	医師 看護師 OT ST PT SW CW 管理栄養士	医師 看護師 SW PT OT ST CW 管理栄養士	医師 看護師 SW PT OT ST CW 管理栄養士	医師 看護師 SW PT OT	SW CW 看護師 PT OT	SW CW 看護師 PT OT	未開設

SW ソーシャルワーカー  
 PT 理学療法士  
 OT 作業療法士  
 ST 言語聴覚士  
 CW ケアワーカー  
 CM ケアマネジャー  
 ( ) は必要時のみ参加  
 ( ) 聞き取り調査をもとに藤井が作成

これによると、1980年代あるいはそれ以前から、病棟で、医師と看護師が参加するカンファレンスが行われ、診療の情報や方針などの共有が図られてきました。1988年に老人保健施設が開設されると、入所の可否を判定する多職種参加のカンファレンスが開かれるようになりました。同時期にこの病院は、訪問診療、訪問看護、訪問リハの在宅医療を統括する部門である地域ケア科を開設し、そこで、在宅医療側の医師、看護師、病棟側の医師、看護師とソーシャルワーカーが参加するカンファレンスがはじまります。

1990年代には、リハビリテーション医療の方針を決めるために医師、看護師、理学療法士、作業療法士らが参加するカンファレンスも開かれるようになりました。

2000年代には、急性期の病棟や外来診療部門で、医師と看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士など多くの職種が参加するカンファレンスももたれるようになりました。その理由のひとつは、治療終了後も退院が困難なケース、病状経過が思わしくないケースについて、多職種で検討するようになったことでした。また、先に述べた課題別医療チーム、すなわち褥瘡対策、栄養サポート、循環器などのチームが立ち上げられ、そこで多職種が参加するカンファレンスももたれるようになりました。

以上から、1980年代から2010年代に病院で行われるカンファレンスは、病棟カンファレンスを中心に参加職種が多様化していったこと、同時に、1990年前後からは、在宅医療や介護施設で、医療職と介護や福祉職などが参加するカンファレンスも行われてきたことがわかります。

チーム医療と、医療と介護、社会福祉を含む多職種連携にはオーバーラップがあること、そして、病院がその事業範囲を、急性期医療から、リハ医療、在宅ケア、施設介護へと拡大する過程で、保健・医療・福祉の多職種連携の機会が形成されてきたことが示されています。<sup>(注3)</sup>

#### 4 多職種連携をめぐる論点

次に、多職種連携をめぐるいくつかの論点を紹介します。

##### 何のため、誰のための連携か

多職種協働の必要性が社会的に強く認識されたきっかけには、医療事故の多発、あるいは子どもの虐待死などの社会的事件がありました。これは、日本でも、あるいは英国やアメリカでも共通です。

英国では、Bristol 王立病院において1988年から1995年に先天性心疾患小児の手術で大量の術後死亡が起こっていたことが社会問題化し、チームワークやリーダーシップの欠如、部門間の分裂(split)がその原因に挙げられました。

また、2000年におこったVictoria Climbié事件は、8歳の少女が虐待によって死亡した事件です。多数のソーシャル・サービス、警察、医療機関が関わっていたにもかかわらず、彼女の死を防げなかったことが、社会的議論のテーマになり、原因は地域や国レベルの組織間の連携と、そこで働く専門職間の連携の欠如に求められました。

これらの事件の結果、英国では、2006年にほぼすべての医療、社会サービスの専門職養成段階で、多職種連携教育に、専門職を統制する多くの機関が参加することがルールになりました。

一般に、多職種連携が必要となる社会的なニーズとして、医療と福祉サービスの複雑さの増大、専門知識の増加と専門分化、資源の合理的利用などが挙げられます(Leatherd 1994, p7)。ここには医療的ニーズと社会的ニーズが含まれています。社会的な背景をより広げて、①疾病構造の変化、②生活課題の多重問題・複雑化、③医療技術革新、④援助職の専門分化、⑤医療機関の大型化と機能分化、⑥不連続な制度設計下での援助ニーズの拡大、⑦社会における葛藤と軋轢などを挙げるができます(藤井 2018)。

##### メリットとデメリット

多職種が連携する必要性は明かですが、それを実行することは必ずしも容易ではありません。例えばBarrら(2005)は、専門職間の関係を難しいものにしていくさまざまな要因として、コミュニケーション不足、増加する専門職、複雑さへの対処、チームにおける働き方、幅広い連携、競争の解決、サービスの質の改善、保健医療福祉のマンパワー、教育の改革を挙げています。

これを、多職種連携のメリットとデメリットという切り口で見ると、メリットとして、①スタッフをより効率的に使い、②効果的にサービスを提供し、③仕事の環境より満足できるものにし、④ケアの目的を十分に、そして経済的に達成できること、逆にデメリットとして、①相談に時間がかかること、②管理や意思疎通にコストがかかる、③リーダーシップのスタイルの違い、④専門職間の用語や価値の違いが挙げられます(Leatherd 1994)。

実際、時間や機会コストやコンフリクト、マネジメントの破綻による損失の程度によっては、

メリットが打ち消される可能性もあると考えられます。藤田保健衛生大学の才藤は、「チームワークは効率から考えた場合、必要悪」だとまで指摘しています（才藤 2003）。

#### 多職種連携をどう評価するか

多職種連携の状況を評価する方法にはどのようなものがあるのでしょうか。はじめに、福井らによる「在宅医療介護従事者における顔の見える関係」を評価する尺度をご紹介します。これは、森田らの先行研究（森田 2013）をもとにした、7つのカテゴリーつまり、①他の施設の関係者とやりとりができる、②地域の他の職種の役割がわかる、③地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる、④地域の多職種で会ったり話し合う機会がある、⑤地域の相談できるネットワークがある、⑥地域のリソース（資源）が具体的にわかる、⑦退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい、で構成されています（福井 2014）。これを使った、過疎地域における医療・介護関係者 398 人を対象とした横断的質問紙調査では、「多職種で会ったり話し合う機会」の得点が低く、「他施設の関係者とのやりとり」「病院と地域の連携」が高いという結果が示されています。

福井らは、この他に、「連携意識力」「連携行動力」を評価する必要があるとし、その尺度を翻訳あるいは開発しています（福井 2015）。

#### 多職種連携の促進・阻害要因

では、多職種連携に影響する要因、とくにその促進・阻害要因にはどのようなものがあるのでしょうか。私が実施したインタビュー調査の中で、この点を質的に分析したところ、多職種連携に影響する要因には、①患者のニーズ、②働き手の能力、③働き手の間の関係性、④職場の構造・機能・運営、⑤制度、⑥技術の変化がありました。このうち、②から⑤は（Martin-Rodriguez, 2005）や（Van, 2013）の先行研究の結果とほぼ一致していました。例えば Van によれば、②に相当する働き手要因として、専門職としての経験、役割についての共通認識、期待を、③に相当する関係性要因として開かれた意思疎通、信頼と尊敬、共に働こうとする意思を、そして④⑤に相当する環境要因としては、働き手へのアクセスしやすさ、規則・約束事、多職種連携教育、報酬を挙げています。

これに対して、①患者のニーズ、⑥技術の変化の2つの点は、先行研究では指摘されていなかった点でした。①では、「患者のニーズの広がり」「困難ケース」など連携を促進する要因と、「患者が伝えて欲しくない情報は共有しない」など阻害する要因などがありました。また⑥では、内視鏡手術の普及が手術におけるチームワークの在り方を変えたことや、医療技術の専門分化によって多職種連携が要請された面と、専門職がたこつぼ化して連携が難しくなった面があります。

## 5 多職種連携教育の可能性と限界

多職種連携に影響する要因の中に、働き手に関する要因に働きかけて、連携のための能力を開発する多職種連携教育があります。私の報告の最後に、この IPE について触れたいと思います。

### 多職種連携教育 IPE とは何か

資格取得前の学生や、現場で働く専門職に、「連携は大事だ」「こうすれば連携できる」と教えるのが、IPE だと思われがちです。もちろん連携のための能力開発は IPE の大事な目的ですが、それだけでは IPE の要件を満たしません。

IPE の国際的に受け入れられた定義は、次のようなものです。

“Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care”

IPE は2つ以上の専門職が、一緒に、お互いから、お互いについて学び、連携とケアの質を改善しようとするものである (CAIPE 2002, 藤井訳)

つまり IPE は、専門を異にする学習者が、学習の場を共有し、双方向的に相互に影響を与え合う教育方略を意味するのです。

### IPE の広がり

WHO では、医療の人材を育成する上でチームでの教育が有効だとする議論が 1970 年代からされてきました (WHO 1988)。当初は医療資源の制約が大きい開発途上国で医療人材を確保するための方略として受け止められる面もありました。しかし、北米やヨーロッパなどで医療職の専門分化が進み、職種間の連携の必要性が明らかになってゆきました。例えば、北米では 1960 年代から多様な医療専門職が出現し、その教育が議論になっていました (Institute of Medicine 2013)。特に IPE を進める上で画期となったのは、英国における Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) の設立 (1987 年) で、IPE の国際的センターができたことでした。

国際的な学会も組織されており、1997 年にはじまった All Together for better health はカナダ、米国、スウェーデン、日本、英国で開催されてきました。

IPE の専門ジャーナルには、CAIPE が発行する Journal of Interprofessional Care のほかに、3誌が新たに創刊されています。<sup>(注4)</sup>

日本ではどうだったのでしょうか。1972 年に藤田保健衛生大学が「アセンブリ教育」と呼ぶ IPE を開始しています (藤田 1989)。これは、国際的にも極めて早い、大学での IPE です。その 16 年後の 1998 年に、IPE の概念が日本に紹介され (池川 1998) と、CAIPE の視察など海外との交流や、IPE カリキュラムの開発などが、いくつかの大学で行われてきました。2008 年には日本保健医療福祉連携教育学会 (JAIPE) が設立され、大学を中心とした多職種連携教育の実践と研究の成果が蓄積されつつあります。

また、これら大学・教育機関ほかに、医療機関、福祉事業所、あるいは地域ケアのネットワークなどで、現任者や社会人の参加する IPE が取り組まれています。先行研究によると、多職種連携を目的とした院内研修、課題別チームの研修、新人研修、事例検討会、専門職団体や大学な



どが行う院外の研修などがあります。先ほど挙げた佐久総合病院での、全職員 2400 人を対象にした質問紙調査（回答者 1325 人回答率 55%）によれば、全職員の 90%がいずれかの研修に参加していました。

**IPE をめぐる論点と課題**

**(IPE の効果評価)**

多職種連携教育の成果・効果を評価する方法について触れます。

教育の評価には、Kirkpatrick の 4 段階の分類 (Thackwray 1997 : 柴田 2014) が有名で、IPE の分野ではこれをもとにした修正 Kirkpatrick 分類 (Freeth et. al. 2002) がよく用いられます。これは、教育／学習後の学習者の成果を、レベル 1 反応、レベル 2a 態度／認識の変化、レベル 2b 知識／スキルの獲得、レベル 3 行動の変容、レベル 4a 事業体における実践の変化、レベル 4b 患者／クライアントの利益に分けたものです。IPE の意義を検討する上では、概念的・個別的な成果 (1, 2a, 2b) より以上に、実践的・組織的な成果 (3, 4a, 4b) によりたいところですが、先行研究の中でレベル 3 以上を測定している文献はあまりありません (Reeves 2010 : Reeves 2013)。

図表 4 IPE の成果についての修正 Kirkpatrick 分類

1	反応	多職種連携を学んだことへの学習者の見方
2a	態度 / 認識の変化	学習参加者間での態度と認識の双方向的な変化、特定のクライアントをケアするためにチームでアプローチすることとその価値についての態度や認識の変化
2b	知識 / スキルの獲得	多職種で協働することにつながる知識やスキルを含むこと
3	行動の変容	多職種で学んだことを個々の参加者が実践場面に意識的に持ち込み、専門職としての実践が変化すること
4a	事業体における実践の変化	事業体におけるケアの提供が、広い範囲で変化すること
4b	患者 / クライアントの利益	患者／クライアントの健康／幸福が改善されること
(Freeth et. al. 2002, p14) (筆者仮訳)		

**(教育目標としての Competency)**

Kirkpatrick のレベル 2a, 2b, 3 を測定するために、実際に仕事で発揮できる能力であるコンピテンシーを概念化する作業が、カナダ、アメリカなど各国で行われました。日本でも、複数の大学や職能団体が参加して「医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー」が開発されています (多職種連携コンピテンシー開発チーム 2016)。

これらは実は、個人の能力の概念化です。これに対して菊地は、チームワークについてのコンピテンシーには、個人のコンピテンシー (インディビジュアル・コンピテンシー) のほかに、チームのコンピテンシーがあり、それはチームの特性、統合的な能力だと指摘しています (菊地

図表5 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー  
Interprofessional Competency in Japan



多職種連携コンピテンシー開発チーム 2016/03

2004).

これまでに、個人を対象にしたチーム・アプローチのコンピテンシーを評価する尺度はいくつも開発されていますが、チーム・コンピテンシーについては尺度の開発は、私が調べた限りでは見られません。

多職種連携に影響する要因には、個人要因以外のものも多いわけですから、個人の能力を開発するだけで多職種連携を進めることは難しいといえます。今後はチーム・コンピテンシーとそれを測定する尺度の開発が課題だと考えます。

(専門職養成の flexibility について)

専門職に共通するコンピテンシーが議論されるなかで、保健・医療・福祉の専門職制度のあり方に柔軟性 flexibility をもたせることを検討する課題もあげられます。実際、職種養成の共通化あるいは統合に取り組んでいる国もあります(笹谷 2013)。

この点では、わが国でも動きがあり、厚生労働省の『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部が、福祉の資格の養成に共通の基礎課程を作ることを検討しています。これは、「医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し」で、「複数の医療・福祉資格を取りやすくし、医療・福祉人材のキャリア・パスを複線化」するためとされています。資料によれば、資格の例には、医療職では看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、福祉職では社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保育士が挙げられています(厚生労働省 2015; 二木 2016, P64)。

ただし、こうした制度改革を進める上では、それぞれの職種の歴史と専門性、専門職制度のその国における定着状況を踏まえる必要があります。同時に、養成過程に関する国際的標準化などの動き、職種や職能団体の利害も絡みます。どのように進むかは予断を許さないと、私は考えています。(注5)

以上、保健・医療・福祉における多職種連携とその開発方略について、簡単にお話ししました。ご静聴ありがとうございました。

注1) 日本で地域包括ケアが推進されていることについては、この合同シンポジウムでもたびたび報告・討論されてきました。この概念はいまや、日本の医療と介護、さらには子育てや障害者支援など福祉の分野のキーワードのひとつになっています。本文で触れたように、多職種連携は地域包括ケアに必要な要素とされています。地域包括ケアについて検討を重ねてきた「地域包括ケア研究会（座長：田中滋）」も、2009年から2017年までの6つの報告書で、毎回、多職種連携の必要性に触れています。

注2) 参考までに、英文の文献について、PubMedを用いて検索される文献数を見ます。チーム医療に相当する検索語としてPatient Care Teamを用い、多職種連携に相当する検索語としてはInterprofessional, multi-professional, inter-disciplinary, multi-disciplinaryのいずれかを含む文献を検索しました。どちらを含む文献も1970年より前から発表されており、それぞれ、1969年以前には1133, 2063, 70年代には4683, 5237, 80年代に5672, 6266と推移し、その後も増加しています。90年代にPatient Care Teamが17000以上で、Interprofessionalの約10000の1.7倍になりますが、その後は2000年代の約19000, 18000, 2010年代の約14000, 15500と、ほぼ同じくらいの数の文献が発表されています。

注3) シンポジウム当日の討論者平野隆之教授から、佐久病院が地域ケア科を開設したことが、病院と地域の行政や介護事業所などの多職種カンファレンスのきっかけになったことのご指摘を参考に、記述を変更し、病院の組織運営が多職種連携の機会を形成することがある点を補足しました。

注4) 3誌とは、Journal of Research of Interprofessional Practice and Education, Health and Interprofessional Practice and Journal of Interprofessional Practice and Educationです。

注5) 注3と同じく、シンポジウムでの討論で、専門職養成におけるflexibilityの必要性について丁炯先教授から問題提起があり、それについての二木立教授のご指摘・紹介に基づいて補足しました。

## 文献リスト

- Barr, Hugh et.al. (2005): Effective Interprofessional Education Argument, Assumption & Evidence, 2005, Blackwell,
- CAIPE (2002) <https://www.caipe.org> (2017年9月30日)
- Freeth D. et.al. (2005): Effective Interprofessional Education Development, Delivery & Evidence, Blackwell, (邦訳) (2005) 『役に立つ専門職連携－開発・提供・評価』. 新潟医療福祉大学ほか
- 藤井博之ほか (2018) : シリーズ IP (インタープロフェッショナル) ～保健・医療・福祉専門職の連携教育・実践 第1巻 IPの基本と原則, 協同医書 (印刷中)
- 藤田啓介 (1989) : 「チーム医療で期待される医師像－アセンブリ (全員集合) を必須科目とする医学教育」 『かく生かされかく語りき一』 p184-201, アセンブリ書店
- 福井小紀子 (2014) : 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検」日本在宅医学会雑誌, 16 (1), p5-11
- 福井小紀子, 藤田淳子, 池崎澄江ほか (2015) : 「顔の見える関係」ができたあとの多職種連携とは? 連携力の評価の視点 (第1回) 「連携」の中身を評価しよう 連携力の3つのレベルと評価尺度, 訪問看護と介護, 20 (11), p936-942
- 池川清子, 田村由美, 工藤桂子 (1998-1999) : 連載 今, 世界が向かうインタープロフェッショナルワークとは－21世紀型ヘルスケアのための専門職間連携への道, Quality Nursing, 4 (11) p965 - 5 (5) p386
- Institute of Medicine (2013). Interprofessional education for collaboration: Learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice. Washington

- DC: National Academies Press.
- 上山崎悦代 (2010) : 医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察, 帝塚山大学心理福祉学部紀要, 6, p67-81
- 菊地和則 (2004) : 多職種チームのコンピテンシー—インディビジュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理—, 社会福祉学, 44 (3), p23-31
- 厚生労働省 (2015) : 新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム 誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—, 平成 27 年 9 月 17 日, <http://mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kushougai/hoken/fukushibu-Kikakuka/bijon.pdf> (2015 年 12 月 26 日)
- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 (2013) : 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業総括報告書, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073809.pdf> (2017 年 8 月 18 日)
- 厚生労働省老健局老人保健課 (2017) : 在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査・市町村支援実施状況調査報告書, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/cyousahoukoku.pdf> (2017 年 8 月 18 日)
- Leathard A. (1994) : Inter- professional developments in Britain An overview, Going Inter- Professional Working Together for Health and Welfare, Hove and Philadelphia, p3-37
- Mart-n-Rodr-guez L.S, Beaulieu M-D.,D' Amour D., Ferrada-Videla M. (2005): The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies, Journal of Interprofessional Care, 19:sup1, 132-147, DOI: 10.1080/13561820500082677
- 森田達也, 井村千鶴 (2013) : 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発, Palliative Care Research, 8 (1) : p116-26
- 二本立 (2016) : 『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房
- Reeves S.,Zwerenstein M.,Goldman J.,Barr H., Freeth D., Koppel I., Hammick M. (2010): The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review, Journal of Interprofessional Care, 24 (3): p230-241
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J et al. (2013) : Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, CD002213.
- 才藤栄一 (2003) : 『FIT プログラム 総合的高密度リハビリ病棟の実現に向けて』医学書院
- Sanada H, et.al. (2008) : The Japanese pressure ulcer surveillance study: A retrospective cohort study to determine the prevalence of pressure ulcers in Japanese hospitals. WOUNDS. 20 (6) : p176-182
- 笹谷春美 (2013) : 『フィンランドの高齢者ケア—介護者支援・人材養成の理念とスキル—』明石書店, p178-184
- 柴田喜幸 (2014) : インストラクショナルデザインと多職種連携教育への活用, 医学教育, 45 (3), p183-192
- 多職種連携コンピテンシー開発チーム (2016): 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー, [http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai\\_iryu/pdf/](http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryu/pdf/)
- Thackwray B (1997) Effective evaluation of training and development in higher education, London: Kogan Page.
- Interprofessional\_Competency\_in\_Japan\_ver15.pdf (2017/10/16)
- Van C.,Mitchell B., Krass I (2011) :General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services., Journal of Interprofessional Care, 25, p366-372
- WHO (1998): Learning together to work together for health, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37411/1/WHO\\_TRS\\_769.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37411/1/WHO_TRS_769.pdf) (2016/1/31)