

社会福祉と医療はどう連携するのか

——新型コロナ禍の中で考える——

日本福祉大学最終講義 2021年1月30日

藤井博之

要旨

私は臨床医として診療と教育・研究の二足のわらじを履き、地域医療、農村と都市はどう連帯するかを考えてきた。新型コロナ禍の中で「命か経済か」のどちらを優先するかという議論がある。これは社会福祉と保健・医療が地続きの分野であることに関わる問いを改めて突き付けている。

いくつかの教育実践を取り上げて振り返ることで、この問いについて考えたい。①社会福祉学部や経済学部で「医学概論」を担当してきたが、この科目で医学について何を学ぶよう学生に求めるかを問い直す必要がある。②コロナ禍の下で2020年度は編成を変更し、ふくしの論理に医療の論理をつなぎ病気の社会的側面について考えるなどの試みを行う機会になった。③医師である教員として学生が医療の現場を訪ねる機会を作ることも、大事な役目である。在任中は、専門演習5クラス、地域研究プロジェクト3クラスを担当し、9回の合宿と14回のフィールドワークで、フィールド24箇所を訪ねた。④卒業論文では6年間に5つの専門演習クラスを担当し、52人全員が論文を提出して卒業した。インタビュー調査25、事例検討11、量的調査6、統計研究6、参与観察2、インタビュー調査と事例検討の混合研究2、テーマは多彩で、保健・医療や病いは10数本に過ぎなかった。卒業後社会人2年目に自ら生命を絶った者があった。大学教員は学生が就職・進学しただけで役割を果たしたとは言えず、生きぬく力を伝える責任がある。⑤講義科目リハビリテーション医学（2015～2020年）では、リハビリテーションという言葉を本来の意味で使うべきだと伝えてきた。

保健医療と社会福祉を含む多職種連携について、本学では教育と研究、地域での実践の機会を豊富に与えられた。在任中に私としては2つ目の博士論文（社会福祉学）を提出し、数冊の書籍を出版できた。研究成果には、多職種連携の基盤となる4つの共通理解、多職種連携に影響する要因、職場の連携状況評価尺度の開発、response shiftの指摘などがある。IPEの学習過程での専門分野間の対立、多職種連携の暗黒面を上手に乗り越えることは教員の援助のポイントである。日本の現状では、医療系と社会福祉学部が参加するIPEは限られている一方で、各職種の

国家試験で多職種連携に関する出題が増加しつつあり、中でも社会福祉士では33.3%（2020年）と高比率である。日本福祉大学のIPEでは、幅広い学部構成という強みを活かすために、教員が履修学生の中で起こる学びや葛藤を学部を超えて共有し、教員同士の多職種連携の経験知を高めるなどの課題に取り組むよう期待する。

1. はじめに

本日は最終講義の機会を設けていただき、ありがとうございます。お忙しい中、本学の学生、院生、教職員の皆さん、卒業生や大学院修了生の皆さん、全国各地で一緒にしてきた研究仲間や古くからの友人の皆さんがこの講義を聴いてくださることに、感謝いたします。

私が本学の教員になったのは2015年です。専任教員として籍を置いた期間は6年間ですので、何十年も教えてこられた教員の「最終講義」のような厚みのあるお話しにはならないと思います。それでも、担当した講義や演習、講演ではお話しする機会がなかったことを中心に、大学での教育と研究、地域社会での実践について、考えてきたことをお伝えしたいと思います。

本日お話しすること—大学教員として、研究者として、臨床家として

本日お伝えしたいことは、以下の5つです。まず、大学の講義では、ほとんどお話しする機会はありませんでした私の略歴についてお話しします。次に「新型コロナ禍の中で」、つまりいままさにこの時、社会福祉と医療の実践者、それを支える大学の教育と研究に携わる者が、「思いと知恵と力を合わせる」ことの必要性和意味についてお話しします。3点目に、それを考える一環として社会福祉学部の教育において、医師である教員が担当する講義や演習、その代表が「医学概論」ですが、そのあり方について経験と意見を述べます。4点目に、私が20数年前から考え続けてきた多職種連携と多職種（連携）教育について、本学での教育と研究の経験、成果、それらを通じて考えたことをお話しします。最後に、これから取り組みたい研究や実践のテーマと、そして日本福祉大学への要望に触れます。

私の略歴と世の中のできごと

私は、医師になった20代後半から、地域医療の実践と教育・研究の二足のわらじを、自分なりに履き続けてきました。私の歩みと、世の中の出来事のうち、私の思想とキャリアに大きく影響したと思われる出来事を年表にしてみると、世の中の出来事にそのつど影響されてきたことがわかりました（図表1）。大きかったと思うできごとを3つ挙げましょう。

学生時代には、学費値上げ反対やカリキュラム改善の学生運動に参加しました。またサークル活動で「医学概論研究会」という小さなグループをつくり、あおぞら裁判（川崎製鉄（当時）を被告にした大気汚染裁判）の原告、その多くの方が喘息や肺気腫の患者さんですが、その方々の家を訪ねてお話をうかがうフィールドワークを行いました。この時、社会がもたらした病気であ

図表 1 私の略歴と世の中のできごと

職歴&主な著作	世の中のできごと
1961	国民皆保険
1968 中学 3 年	東大闘争
1975 千葉大学医学部入学	あおぞら裁判、救急車たらい回し
1978	プライマリ・ヘルスケアのアルマ・アタ宣言
1981 船橋二和病院研修医&千葉大公衆衛生学教室研究生	AIDS報告、6.1診療報酬改定
1984 みさと健和病院	
1985	第1次医療法改正（地域保健医療計画）
1989	ゴールドプラン、薬害エイズ訴訟
1990 みさと健和団地診療所/所長	ベルリンの壁崩壊
1992	第2次医療法改正（特定機能病院、療養型病床群）
1994 みさと健和病院/内科系診療部長	
1995	阪神淡路大震災
1997 健和会臨床疫学研究所/所長	第3次医療法改正（地域医療支援病院）
1999 『佐久病院史』（勤草書房）	小児科医過労自殺事件、横浜市大事件
2000 地域ケア支援まちかどひろば/ひろば長	介護保険制度、回復期リハ病棟
2001	第4次医療法改正（一般病棟・療養病床、医師臨床研修必修化）
2002 『戦後日本人史』（農文協）	
2003	診断群分類包括評価（DPC）
2004	医師新臨床研修制度
2005 柳原リハビリテーション病院/院長	
2006	疾患別リハ、「医療崩壊」
2008 『保健医療福祉のくせものキーワード事典』（医学書院）	
2011 佐久総合病院/リハ科・地域ケア科	東日本大震災
2014	第6次医療法改正（地域医療構想など）
2018 『ラーニングシリーズ1P』（協同医書出版）	
2019 『地域医療と多職種連携』（勤草書房）	
2020	新型コロナウイルス禍

る社会病の当事者の方たちの側に立つ医師になろうと考えました。もう一つ、当時社会問題化していた「救急車のたらい回し」について考え、目の前の患者を断らない腕のある医師になろうと思いました。その結果、1981年に医師として社会に出て、同時に公衆衛生学の研究生として、二足のわらじをスタートすることにつながりました。

私は学生時代から、医学部の学生よりも教育学部や工学部、人文学部、園芸学部、あるいは看護学校、保育専門学校の学生と話す方が面白いタイプでした。ある時「地域」をテーマに学部を超えた自主ゼミを開き、プライマリヘルスケア、地域看護、都市計画、自治体論などについて学んだことが、地域ケアや多職種連携への関心になっていまでも生きています。

医師になって、忙しく、本当に夜も昼もなく働く中でも、この志は持ち続けていたつもりでした。ところが、1989年の薬害エイズ裁判では臨床医が血友病の患者さんにHIV感染を引き起こしていたこと、その背景にミドリ十字という、旧日本陸軍の細菌戦部隊である731部隊の血を引く企業とのつながりがあったことが明らかになります。さらに1999年以降の医療事故の社会問題化の中で、私が勤めていた病院でも医療事故に警察が入りTV報道されるという経験をしました。TV記者会見に頭を下げる先輩医師達の姿を見て、被害者の側に立とうと思ってきたのに、自分は何か間違えたのだろうか？と考えこみました。

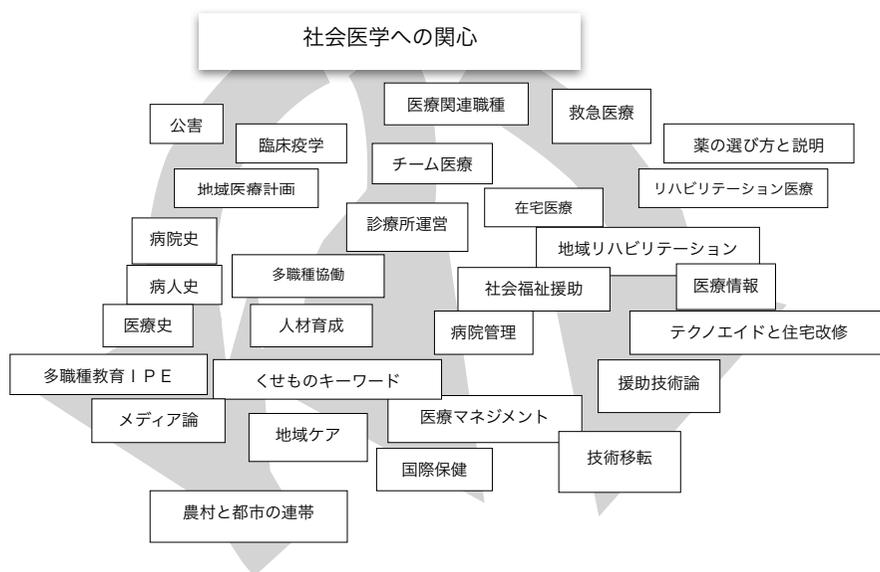
そして1995年の阪神淡路大震災、2011年の東日本大震災を、関東地方の病院で働いている時に経験しました。もともと在宅医療や地域リハビリテーションに興味をもっていましたが、この

頃から離れたところにある地域社会と地域社会がどう支え合うのか、そのために自分がどう行動するか真剣に考えはじめました。たまたま2011年に、東京の柳原リハビリテーション病院から長野県の佐久病院に移ったことが、農村と都市の間の人、資源、資本・お金の流れ、農村と都市がいかに連帯するか、地に足を付けて考えるきっかけになりました。

私の考えてきたテーマ

いささか気恥ずかしいのですが、私が考えてきたことを図にしてみました(図表2)。我ながらよくいえば多彩、もっとはっきり言えば散漫で、いささかまとまりを欠くと言わざるをえません。それでも、医学と社会のつながるあたり、これを私は社会医学と漠然と呼んできましたが、そこへの関心は一貫しており、臨床医と在野の研究者、病院組織の管理者として経験を積む中で、医療史、技術論、多職種協働、地域ケアなど、思索と実践の方法と領域が定まってきたように思います。

図表2 私の考えてきたテーマ



2. 「新型コロナ禍の中で思いと知恵と力を合わせる」

新型コロナ禍の中で、われわれはどう考え行動していくか。この1年間、我々はこの病気と社会生活、医療と社会経済についていろいろなことを考えさせられました。

1年前は新種のウイルスで分かっていないことが多かったのですが、現時点ではウイルスの性質、感染した方の身体の中で何が起るか、どのように周囲に広げるかの性質は分かってきました。感染力も病毒性も季節性インフルエンザより何倍も強く、しかも症状が出ていない感染初期

の人から周囲にうつること。高齢者や呼吸器・心臓・血管・免疫系に持病のある人で死亡率が高いこと。飛沫や接触によって広がる感染症の例に漏れず、人と人の接触を制限することで広がりが抑えられることなどです。

ワクチンが、1年間という極めて短い期間で開発・実用化されつつあることは、最新の医療技術の威力を示していますが、それを多くの人に接種するのは簡単ではありません。ワクチンの保管・供給、集団接種の方法、ワクチンの副反応やワクチン禍への不安にどう応えるかなどなど、効果的で安全な、さらに一人ひとりが安心できるかという医療技術システムの課題に、我々はいま直面しています。

ハンマーとダンス

社会集団における病気への対処については、疫学、公衆衛生学という学問分野が多くの知見をもって、the Hammer and the Dance という考え方もその一つです (Pueyo 2020)。

社会が集団免疫、人口の一定以上の割合が個人免疫を獲得した状態にいたるまで、パンデミックは収まりません。新型コロナの場合は、人口の60%くらいで集団免疫が成立すると言われるますが、変異株の動向によってこの比率は変化します。問題は、集団免疫に至るプロセスです。感染しても、いちどきに重症化する人が少しでも少なく、みんなが必要な医療を受けられるのか、それとも一気に多くに患者が発生して、社会が用意している医療機関が必要な医療を提供しきれなくなる、それどころか医療機関自体が感染源となって機能不全に陥ってしまうのか、それは、感染拡大の速さ、時間によって影響されます。それを説明するのがこのハンマーとダンスです。

感染症のパンデミックが発生したとき、何もしないあるいは不徹底な軽減策では感染拡大に歯止めがかからない。必要な医療が確保できなくなる道です。それに対して the Hammer つまり強力な抑制策をとることではじめて感染者数を減らすことができる。感染者数、重症者数のピークをなるべく低い山で乗り越えることで、その社会がもつ医療の範囲で対応できるようにする。同時に、ワクチンなどより安全な免疫獲得技術の登場まで時間を稼ぐことができるというわけです。

しかし、いったん減った感染者数はその後また増えてきます。社会の構成員の間で感染が活発に広まれば、また急激な感染拡大の山がやってきます。それを防ぐために、都市封鎖のような強力なハンマーではないけれど、病原体の性質に合わせて感染拡大をふせぐ日常的な取り組み、つまりダンスを踊る必要があるということです。

ちなみに、これを「感染が減ったら楽しくダンスを踊る」とTV会見である知事が表現したのを観たことがあります。これは間違った認識です。この場合のダンスは、別に楽しいことではありません。

緊縮財政が奪う命 経済政策で人は死ぬか？公衆衛生学から見た不況対策

新型コロナへの対応を巡って「命か経済か」を対立させ、どちらを優先するかという議論をする人がいます。ハンマーのような強力な行動制限を行って感染者の増加を抑えることばかり優先すると、経済活動が低下して、企業が倒産し国際競争力が低下するなどの悪影響が生じ、働く人々にも失業や不安、抑うつ、自殺などの深刻な影響が及ぶことを懸念する意見です。

この問題について、2014年に出版されたデビッド・スタックラーらの『経済政策で人は死ぬか？』が重要な示唆を与えています（スタックラー2014）。1929年の大恐慌とその後のニューディール政策、あるいはソ連の崩壊後の東ヨーロッパなど、この100年間に世界が経験してきた大きな経済危機の後、各国がどのような経済政策を採ったか、それが人々の暮らしと健康状態にどのような影響を与えたかを分析しています。社会経済の困難な局面、例えばリーマンショックで社会保障への投資を絶やさなかったアイスランドでは、そうしなかったギリシャよりも人々の暮らしへの被害が少なく、経済的な復興も早かったというのが結論です。

昨年6月に著者スタックラーさんへのインタビューが朝日新聞に載りました（スタックラー2020）。彼は各国が採るべき経済政策の3つの原則として、①経済政策の中心に健康と人を置くこと、②大企業の救済だけでなく、収束後に人々が復職できるように段階を踏んだ対策を行うこと、③公衆衛生への投資を行うことを挙げています。

いま日本の急性期医療は逼迫しています。集中治療の施設やマンパワーが足りない、医療機関の中に新型コロナに対応できないところがある。心配です。

これまで医療費削減を優先課題として、急性期病院と慢性期病院を分化させ、前者ではそこそこの医療機能、マンパワーと医療設備を確保しましたが、後者での医療機能の充実を怠り、地方の公立・公的病院の統廃合を提言したり、国公立のみならず私立病院を赤字経営に追い込んできた医療政策のツケは、簡単には返せません。

なにより、この状況に応じてこれまでとは異なる役割を果たせるように急激な自己変革、いわば変身できる技術的・経営的余力を持った医療機関がどれだけあるか。予断を許しません。

シンポジウム 新型コロナ禍のもとで思いと知恵と力をあわせるーパンデミック下の多職種連携ー

一方で、社会的な行動制限によって、生活に直接ダメージを被る人々がいることは事実です。学校教育、保育、介護、障害者支援など、人と人があい対し、時には身体的接触が必要な対人支援の場は、その最たるものです。

医療機関や保健所は感染し重症化した人々を直接支えています。人員体制についてみると、保健所もこれまでの政策で人減らしが行われてきた影響が大きく深刻な人手不足、それも専門職の不足に陥ることが早くから予測されていました。

保健・医療・福祉の領域を超えて、思いと知恵と力をあわせる必要があると考えて企画したのが、新型コロナ禍のもとで思いと知恵と力をあわせるーパンデミック下の多職種連携ーというシンポジウムです。パンデミックが始まった2020年の春に企画し、10月に日本保健医療福祉連

携教育学会の学術集会で開催しました。シンポジストに、障害をもつお子さんの母・看護師の新井香葉子さん、つくろい東京ファンドの稲葉剛さん、半田市社協の前山憲一さん、日本の在宅医療のリーダーのお一人和田忠志さんにご登壇いただきました。

ニッセイ財団 40 周年記念特別委託研究『地域共生社会の実現にむけた地域包括支援体制構築の戦略—0 歳から 100 歳のすべての人が安心して暮らせる地域づくりをめざして—』2017-19 年

社会福祉と保健・医療は地続きの分野です。地域社会の課題に、分野をまたがって一緒に取り組むことについては、2017 年から 19 年に本学がニッセイ財団の委託を受けて取り組んだ「地域共生社会の実現にむけた地域包括支援体制構築の戦略—0 歳から 100 歳のすべての人が安心して暮らせる地域づくりをめざして—」でも研究テーマとなりました（ニッセイ財団 2019 年）。

看護学部の白尾久美子先生、NPO 法人地域福祉サポートちたの岡本一美さん、市野恵さんと私が一緒に取り組んだ「知多半島 5 市 5 町の多職種研修プロジェクト」もその一つです。

知多半島で開かれている多職種研修会

この研究プロジェクトの調査によれば、知多半島の 5 市 5 町で、地域福祉と保健医療をまたいだ多職種が参加する研修会は、1 年間に 70 回以上開催され、2393 人が参加しています。半数の市町では 3 種類以上の研修会が企画されています。

地域福祉と保健・医療をまたがって、さらに言えば、市町などの行政圏域の境界も越えて、地域包括ケアの取り組みに参加する人々が学びあう機運が、知多半島にはすでに存在していると言えます。

一方で、「これからの課題」として挙げられた中には、「医師、医療職の参加が少ない」「医師会への情報共有が難しい」「障がい支援系事業所の参加が少ない」「医療・介護に関する知識不足がある」「在宅医療に携わる職種の力量」など、医療と福祉の間に壁、あるいは谷間があることを示唆しているものが少なくありませんでした。知多半島のような先進的な地域でも、具体的に医療と福祉の間の壁を越えるのは簡単ではないということが窺われます。

第 13 回延世大学・日本福祉大学日韓定期シンポジウム 日本の地域包括ケアと韓国のコミュニティ・ケア 2018 年 11 月 24 日延世大学原州キャンパス

社会福祉と医療の間の壁が、必ずしも低くないことを感じさせられたのが、本学と韓国・延世大学の定期シンポジウムです。

私は、本学に着任した年から、本学と韓国・延世大学の日韓定期シンポジウムに参加する機会をいただきました。2015 年から 17 年までのテーマは、医療の管理、経済、経営などが前面に出ていました。こうしたテーマで議論に参加できる研究者が、本学でも多くはなかったことで、私に声がかかったと理解しています。しかし、私の研究テーマは医療の中ではむしろマイクロからメゾに限定されていたので、毎回苦心して勉強し報告や発言を準備していました。率直に言っ

て、こんなところにも社会福祉と医療が研究の世界で交流する難しさが表れているのか？とも思いました。

ところが、奇しくも最終回となった2018年第13回は延世大学側が用意した「日本の地域包括ケアと韓国のコミュニティ・ケア」がテーマになったのです（延世大学・日本福祉大学2018年）。背景には、韓国でコミュニティ・ケアの推進が打ち出されたことでした。日本における地域包括ケアの推進に相当する政策で、延世大学の医療管理や経営の専門家の先生方が、韓国社会のケアにおける課題を幅広く論じられていることに、驚き感銘を受けました。

ご参考までに、指定討論で私がおこなった発言は「地域包括／コミュニティケアにおける『統合的ケア』の実現方法について」「韓国のコミュニティケア：ファン報告について」「日本の先進自治体である大垣市での地域包括ケアの取り組み：篠田報告」「『統合的ケア』はいかに実現されるか？」「国家行政機関の連携」「ネットワークシステムの構築」「人々と交流する生活を支える」の7点でした。

残念ながら、この定期シンポジウムはこの2018年を最後に中断されています。地域包括ケアに関心をもつ研究者は、本学でも豊富におられます。これからという時に残念でなりません。

3. 医学概論はこれでいいのか？社会福祉学部などいくつかの学部で授業を担当して考えたこと

在任中には、社会福祉学部、大学院保健医療福祉マネジメント専攻、経済学部、全学教育センター、福祉経営学部、看護学部で講義や演習を担当しました。その実績とそこで考えたことをお話しします。

「医学のダイジェスト」から「社会福祉を学ぶための医学」へ

社会福祉学部や経済学部で、「医学概論」の講義を担当するのは、なかなか難しいことだと今でも思っています。学生の得手不得手もありますが、何よりも、社会福祉学や経済学を学びに来ている学生に、医学について何を学ぶことが要請されるのかが、必ずしも私の胸に落ちていませんでした。

注) この点については、平野隆之教授が研究分担者として「保健医療福祉資格に共通して求められるコンピテンシーの検証と教育カリキュラムの構築に関する研究」（主任研究者：堀田聰子教授・慶應義塾大学）の中で調査に取り組みされており、藤井も参加しています。

新型コロナ禍と「医学概論」2020年度は構成を大きく変更

社会福祉学部の「医学概論」を例に申し上げます。2019年度までは教科書（新・社会福祉士養成講座1人体の構造と機能及び疾病（中央法規出版））の目次に沿い、人体の構造・機能、疾病、障害を説明し、国家試験の問題も提示する方法をとっていました。

極端に言えば、医学部で解剖学、生理学、生化学、細菌学、公衆衛生学、内科学、外科学等、20ほどの科目で2年以上かけて行われる講義のダイジェスト版を半年間15回で講義するよう感じがありました。考えてみるとこれは、学生にとっても、教員にとっても、大いに迷惑な話です。案の定、学生からの授業評価アンケートの結果は、例年はかばかしいものではありませんでした。なによりも、1年生で履修するこの科目で、「医療のことがすっかり嫌いになった」という話しを、4年生の専門演習で何人かから聞いて、愕然としました。

そもそも、社会福祉学を修めるべき学生が、医学について何を学ぶべきなのか。身体の仕組みや病気の知識なのでしょう。残念ながら、社会福祉士／精神保健福祉士の国家試験の「人体の構造・機能・疾病」の問題は、そうした知識を問う問題が大半です。

しかし、社会福祉学を修めた人が、医学について何より知っておくべきことは、人々が向き合っている生活課題の中で、病気や健康のことがどのような位置を占め、そこを援助する時に考慮すべき医療・保健の専門職や機関はどのような考え方、行動の仕方をするのかでしょう。もちろんそれを理解するために、一定の「医学的」知識も必要になりますが、そんなことを国家試験で聞いてもあまり意味はありません。なぜなら、医療従事者といえども全ての医学知識を全て記憶しているわけではありません。むしろ、目の前の患者さんを支援する度に、必要な医学知識を調べます。そういうことを知ることの方が、社会福祉専門職にとっては有益でしょう。

2020年度は、新型コロナで開講が遅れました。履修する学生は、社会的行動制限の影響を大きく受けて、期待していたとは異なる方法で大学での学びをはじめたことを余儀なくされていました。こうした状況を考えて、今年度の「医学概論」は講義編成を大きく変更しました（図表3）。

図表3 医学概論 2020 授業スケジュール

第1回	5月13日	本科目の進め方、新型コロナ肺炎を医学する(1)
第2回	5月20日	新型コロナ肺炎を医学する(2) 3章7,14節・2章2節5・7章5節
第3回	5月27日	医学は疾病と健康をどうみるか 2章1節・7章2節・3章1,5,6節
第4回	6月3日	生活と医療:いのち・疾病・生活機能 1章1-2節・2章2節9・7章1節・6章1節
第5回	6月10日	人体の制御:神経・ホルモン・免疫 2章2節7,8,14・3章3,6,9節
第6回	6月17日	高齢者の病気・障害 1章3節・2章2節1・3章17節・4章8節・7章3節
	☆6月17日~6月24日	Web小テスト
第7回	6月24日	疾病の理解(1) 運動と感覚の疾患 2章2節7,10-12・3章3,12,13節・4章1-4節
第8回	OD6月25日~	疾病の理解(2) 循環器・消化器疾患 2章2節3,6・3章4,8節・4章5節
第9回	7月1日	疾病の理解(3) 生と死と病気 3章2,15,16,17,18
第10回	OD7月2日~	疾病の理解(4) 体液水電解質平衡を妨げる疾患 2章2節12,4・3章9-11節
第11回	7月8日	疾病の理解(5) 精神とこころ 1章2節・4章6-7,9,10節
第12回	7月15日	障害とリハビリテーション医療(1) 6章2-4節・5章1-5節
第13回	OD7月16日~	障害とリハビリテーション医療(2) 5章2-5節
第14回	7月22日	プライマリヘルスケアと地域福祉 7章1,4,6-7節
第15回	7月29日	前期試験(Webによる授業内試験)

注1) 章・節は「新・社会福祉士養成講座1 人体の構造と機能及び疾病(中央法規出版)」

注2) ODはオンデマンド(ZOOMでのリアルタイム講義はなく、講義映像を視聴する)

新型コロナウイルスを医学する

まず、第1回と第2回で「新型コロナを医学する」と題して、生活と人制御、全身の疾病・障害、医療と社会福祉の重なりを考える機会を大きく増やしました。同時に、新型コロナに関する不確かな情報が飛び交うなかで、メディアやネットの情報に騙されない力を学ぶ必要を例年以上に強調しました。第3回以降の講義でも、ほぼ毎回新型コロナの話題を取り上げ、新しい情報へのアクセスを促しました。例年より情報量が少なくなっただけではありませんが、出席が不足せず、期末試験を受験した全ての学生が単位を取得してくれました。これは、例年以上の好成績でした。

ふくしの論理に医療の論理をつなぐ

そして、新型コロナを入りに、医療の考え方と社会福祉、ひらがなのふくしの考え方、それぞれの特徴を考えることを課題にしました。病気の医学的分類は、医学が病気を分類・理解する古典的枠組みである病理学の話です。これは覚える必要はありませんが、授業では繰り返し登場させました。また、保健指標で社会の健康状態を捉えること、それを入りに健康の社会的要因や国際保健活動についてもお話ししました。

先ほど申し上げましたように、新型コロナは症状が出る前に人に伝染し、軽症でも肺炎が生じることがあり、血管炎や免疫系の暴走などが死因に関係し、インフルエンザより死亡率が高い(約5倍)こと、パンデミック対策は長期に亘ると予測されること(“ハンマーとダンス”)を医学と疫学が教えている。そうしたことをふくしはどう活かすかという提起もしました。

病期とライフステージで専門職の役割は変化する

また、さまざまな医療職とその役割について、救命救急から生活支援の間の連続性と不連続性について示して、考えるきっかけを提供しました。

救命救急時、手術や集中治療では、医療、医師の役割が大きい。しかし、その期間はなるべく短い方がよい。いわば対人支援の例外的な時期が、急性期医療の時期です。医療の中でも回復期、慢性期では、医療(医師)の役割は小さくなり、介護や相談援助の役割が大きくなります。生活期では、医療はさまざまな支援のひとつ one of them になります。これが、いわば平時における医療の社会的位置です(図表4)。

ところで、パンデミックのような特殊な状況での対人支援では、どうなるでしょうか?ハンマーとダンスの例えは、急性期医療、慢性期医療、生活期の支援と一定の類似性があると思います。

新型コロナ感染が人間(社会)に強いていること

もう一つ、今年の「医学概論」では、病気の社会的側面について、新型コロナ禍の下でのできごとを例に、考える機会をもちました。新型コロナ感染の医学的側面、病気の特徴、感染拡大を

図表 4 病期による医療の場・目標と当事者及びチームの関係

病期	目標	場所	援助技術	援助者-当事者関係	チーム構成	チーム内の関係	チームのモデル
救命救急	救命	ER 手術室 集中治療室	医療 看護 機能訓練 介護	親-幼児的	医師 看護師 ほか	超中央集権的	連絡モデル
急性期	疾患の治療	急性期病棟	医療 看護 機能訓練 介護	親-一年長児的	医師 看護師 薬剤師 ME ほか	中央集権的	連絡モデル
回復期	機能活動の回復	回復期 リハ病棟	医療 看護 機能訓練 介護 相談	親-一年長児 ↓ 成人-成人	医師 看護師 PT・OT・ST・CP SW・CWほか	分権的	調整モデル ↓ 連携・協働モデル
生活期	生活の 支援と拡大	施設介護 在宅ケア	医療 看護 機能訓練 介護 相談	成人-成人	医師 看護師 PT・OT・ST ケアマネ・ CW・SWほか	分権的	連携・統合モデル ↓ 統合モデル
慢性期	疾患の治療 危険因子のコントロール	外来医療 在宅医療	医療 看護 機能訓練 介護 相談 教育	成人-成人	医師 看護師 薬剤師 ME SWほか	分権的	連絡モデル 調整モデル 連携・協働モデル

コントロールするために何が必要か、新しい感染症について毎日のように新しい情報があらわれ、それを取捨選択していくスキルが必要なことなどです。

また、新型コロナ感染対策には、負の側面があることも事実です。5月8日の朝日新聞「声」欄に載った小児科医の投書（稲葉 2020）によれば「新型コロナウイルスの影響が広がり、子どもたちの間で大変なことが起こりつつあると、小児科医の間で問題になっています。ストレスによると思われる、心身の不調の事例が激増しているようなのです。」そして、「今はまだ序の口かもしれませんが、緊急事態、そしてこうした生活がさらに続くと、子どもたちの「精神崩壊のなだれ」が起きかねないし、先々にトラウマが残るかもしれない。そう恐れます。社会の宝である子どもたちを守る取り組みが必要です」とあります。学生たちには、この投書について考えてもらいました。

「社会的処方」にこれだけの問題点 むしろ多職種連携への認識を深めよう

「医学概論」の授業の話してから一旦離れます。社会的孤立などの課題をもつ人に、医療機関が社会的つながりへの参加を提案、アドバイスする活動を「社会的処方」と呼ぶこと、それを診療報酬制度に組み込む、つまり医療機関の収入につながるようにしようという動きに警鐘を鳴らした論説を医療と介護 2040 という web メディアに 2020 年 12 月に書きました（藤井 2020）。

医療機関が、一人暮らしで、誰とも話さずに暮らしている高齢者が社会とのつながりを取り戻せるように支援するのは、もちろん大事なことです。私自身も、週 1 回の診察室でやっていることは、多かれ少なかれ同じ方向のことです。ただし、こうした活動を「処方」つまり医師が患者に服用する薬を指示する行為として表現することには、私はどうしても抵抗があります。ましてやそれに診療報酬をつけるのは、不正請求と医療と社会福祉の分断を招きかねません。

薬の処方権を医師以外の職種、薬剤師や看護師が獲得することについては、英米では長年政治

的な対立点になってきました。社会的処方とソーシャルワークの関係をどう考えるのか。社会福祉援助側との対話抜きに進めようとする中で、パワーゲームの道具になってしまうことに危険があるのです。社会的処方がはじまった英国は、医療とソーシャルサービスの間の断絶が厳しく、それが IPE InterProfessional Education 多職種教育がはじまった理由なのです。

社会福祉と医療の間の壁・溝が現実に存在することを認識し、いわば多職種連携の暗黒面から目を背けずに、ひとつひとつの課題に対応していくべきだと考える次第です。

フィールドワークと卒論でみる演習の醍醐味

大学・大学院での授業を担当して、社会福祉と医療が「連携」することに関して気づいたことの2つ目に演習授業についてお話しします。

私は、着任した2015年に、社会福祉学部1年生の総合演習、2年生の地域研究プロジェクト、3年生の専門演習、そして大学院の専門演習・佐久病院フィールド調査を、2016年からは2年生、3年生、4年生、大学院生の演習を担当してきました。学年によって違いはありますが、共通しているのはフィールドワークと論文指導に力を入れてきたことです。

学部生と訪ねたところ 合宿とフィールドワーク

合計すると専門演習5クラス、地域研究プロジェクト3クラスを担当しました。9回の合宿と14回のフィールドワークに同行することができ、一緒に訪ねたフィールドは24箇所になります(図表5)。このほか、学生だけで訪問したところも5箇所あります。知り合いのつてを頼って、

図表5 学部生と合宿・フィールドワークで訪ねたところ

2015	県立一志病院@三重県 聖隷三方原病院@浜松市 杉浦診療所&名古屋市総合リハセンター&武豊サロン@名古屋市 Auckland大学@New Zealand
2016	柳原病院&東埼玉総合病院@東京都足立区&埼玉県幸手市 杉浦診療所&NPO法人ピスターリ@名古屋市&知多市 ごちゃまぜIPE@岐阜市 南牧村診療所&佐久総合病院@長野県佐久市&小海町
2017	佐久総合病院@長野県 聖隷三方原病院@浜松市 東海市サロン(平島、大池)&ケアラーズカフェ@東海市 白十字訪問看護&マギーズ東京&新宿ヒロクリニック@東京都新宿区&江東区
2018	杉浦診療所@名古屋市 常滑市民病院@常滑市 半田市社会福祉協議会@半田市
2019	にしはらたんぼハウス&熊本県社協&水俣協立病院@熊本県西原町&熊本市&水俣市 ハンセン病資料館@東京都清瀬市 半田市社会福祉協議会@半田市
2020	静岡県立子ども病院&聖隷三方原病院@静岡市&浜松市→中止 半田市社会福祉協議会@半田市

東海地方や長野県、静岡県、東京都・埼玉県、熊本県、そして Auckland @ New Zealand の、医療機関や地域福祉事業所を訪ねています。いずれも、特徴ある実践を展開しているところで、見学したことが後々まで財産になること間違いなしと保証できるフィールドです。

いちおう私の演習のテーマは「地域医療はいかに構築されるか」で、それを見て応募してきた人々がゼミ生になっているわけです。しかし、演習でおつきあいした学生たちで、医療機関に就職した人は一部です。そう考えると余計に、こうした医療機関でのフィールドワークの経験は貴重だと思えます。

6年間で123人と、限られた人数ではありますが、医療の現場を社会福祉学を学ぶ学生と一緒に訪ねる機会を作るのは、医師である教員の役目だと思います。

卒業論文のテーマと方法から

次に卒業論文です。6年間に5つの専門演習クラスを担当し、52人の卒業生を送り出しました。その全員が卒業論文の制作に取り組み、①字数1万6千字以上、②引用文献10本以上の条件に加えてさらに、③独自の調査を行っているという、厳しい条件をクリアした論文を提出していきました。調査方法は、インタビュー調査が25、事例検討11、量的調査6、統計研究6、参与観察2、インタビュー調査と事例検討の混合研究2でした。テーマを見ると、私の「専門」である狭い意味での保健・医療や病いに関するものはわずか10数本です。高齢者、障害者、終末期など近いテーマも含めると29本で半数を超えますが、教員の専門外の論文が多くを占めています。医療福祉コースや医療専修の学生も、社会福祉の幅広いテーマに関心をもっていることがわかります（図表6）。

図表6 卒業論文のテーマと方法から

領域	テーマ	人数
高齢者	介護殺人/柔道整復師の介護事業参入/高齢者虐待/高齢者ドライバー/高齢者が在宅で暮らす/高齢者の買い物/認知症高齢者の自己決定支援/福祉用具	8
障害者	就労支援/障害者と私たち/結婚・出産・子育て/意思決定支援/終末期/スポーツと居住地/スポーツの社会化過程	7
医療・保健	患者の自己決定/暮らしやすさと在宅医療/医療獲得行動/保健・医療・福祉複合体のSW/健康格差	5
「病い」と生活	めまい/網膜色素変性症/パーキンソン病/高次脳機能障害/恋愛依存	5
終末期	人生の最終段階のあり方/死の選択/グリーフケアと葬送儀礼/終末期ケアの終結	4
LGBT	学校制服/偏見はどこから生まれるか/性転換者/LGBT者への印象はどう形成されるか	4
災害	集中豪雨と災害弱者/早期福祉支援/物資配給の平等と公平	3
同世代の行動	ひきこもり/「語り場」/ポジティブかネガティブか	3
動物	犬の社会的処遇/アニマルセラピー/象の社会的立ち位置	3
経済と生活	ひとり親世帯/経済への意識	2
生活困窮	ホームレス襲撃事件/生活保護裁判	2
奨学金	奨学金と学費/奨学金とコロナ	2
地域	コミュニティ活動の地域格差/人口移動	2
ソーシャルワーク	ワーカーとクライアントの関係	1
国家試験	合格率と合格基準の変動	1

私にとって専門外のテーマには、同世代の行動、奨学金と学費、国家試験など自分達の周辺への問題関心があります。LGBT、障害など「多様性」への理解を深めようとするヴィヴィッドなテーマに取り組む学生が毎年いました。私にとってもほとんどのテーマが、地域医療、地域リハ、プライマリヘルスケアの文脈で関心を寄せてきたものであり、何よりも豊かな思索の機会になりました。

とはいえ、私の指導が社会福祉と医療の壁を越えられていたかどうか、狭い意味での「論文指導」だけでなく、学生たちのテーマについて一緒に考え学ぶ相手でありえたかどうか、卒業生にいつか聞いてみたいことです。

話しが卒業論文から少し変わりますが、私の専門演習の目標は、①全員が卒業論文を提出する、②全員が希望する進路に就職、進学する、③希望する全員が国家試験に合格することです。①②は毎年達成してきました。しかし②で就職した後のことには深刻な課題があることを申し上げなければなりません。卒業後、社会人2年目に自ら生命を絶った者があったのです。

本学を卒業し巣立つ先の社会は、ともすれば立場と立場、人と人が対立することを強いられ、競争と衝突を繰り返させられる異常な世界です。卒業後の進路については、就職・進学できれば大学教員として役割を果たしたとは言えないのです。

私自身もその一員である大学の教員は、学生たちに生きぬく力を伝える責任があります。はたしてその責任を全うできているかどうか。今もこの問いを反芻し続けています。

リハビリテーションとは何か

大学で担当した授業を通じて考えたことの3点目に、リハビリテーションとは何かということを書きます。講義科目「リハビリテーション医学」を2015年から2020年まで担当しました。これは、二木立前学長が社会福祉学部教員時代に開講され、近藤克則教授が引き継がれ、私が3代目で担当した科目です（図表7）。

図表7 リハビリテーション医学2020 講義スケジュール

第1回	5/14	リハビリテーションとリハ医学
第2回	5/21	国際生活機能分類 (ICF) とリハビリテーション・アプローチ
第3回	5/28	リハ医学の方法1：診断と評価、ADLと参加、体験としての障がい
第4回	6/4	リハ医学の方法2：目標（ゴール）と当事者への働きかけ
第5回	6/11	リハ医学の方法3：専門職の価値観・対象・方法
第6回	6/18	リハ医学の方法4：環境への働きかけ、補聴器具・福祉用具、住宅改修
第7回	6/25	チームワーク論：「病期」と多職種協働、医療・介護とリハ
第8回	6/25-7/2	Web小テスト
第9回	7/2	リハ医療の実際1：リハ科医師の一日
第10回	7/9	リハ医療の実際2：ある脳卒中患者の社会復帰
第11回	7/16	リハ医療の実際3：障がい者の自立生活を支える
第12回	7/17-22	(オンデマンド) リハ医療の実際4：ICUからのリハ
第13回	7/23	多重問題とリハ医療：緩和ケアの現場で
第14回	7/24-29	(オンデマンド) 多重問題とリハ医療：ある家族をめぐる
第15回	7/30	授業内試験

「リハビリテーション医学」で、何を伝えようとしたか

科目名は「リハビリテーション医学」ですし、医療福祉コースや医療専修の就職先としても格好の職場である回復期リハビリテーション病棟も、通所リハや訪問リハに介護保険事業所も、いまや沢山あります。こうした現場とそこでの仕事を紹介するだけでも十分なのかも知れません。

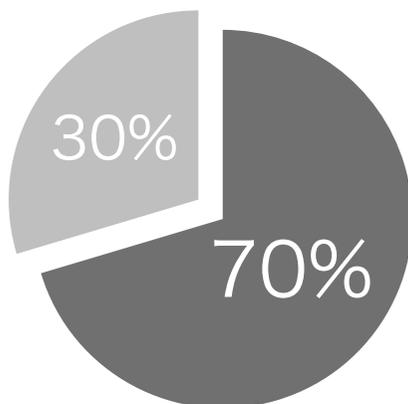
しかし、毎年気になったのは、履修する学生の多くが、リハビリテーションとリハビリテーション医学・医療の区別がついていなかったことです。

もう一つは、障害者福祉や高齢者福祉の科目との整合性がとれていたか？です。ご担当の教員とこのことでお話をしたこともなかったのは、今になってみると深く反省しなければなりません。

今年度の医学概論の履修生（主として1年生）に「リハビリテーションとは、病院などで行う訓練のことで、理学療法、作業療法、言語聴覚療法がある」という文章に対して、正しいと思うか、間違っていると思うかを尋ねました（図表8）。私が期待する答えは、リハビリテーションとは全人的復権のことだから、リハビリテーション医療よりも広い概念であり、ましてやリハビリテーション医療の一部である理学療法、作業療法、言語聴覚療法のことだと言ってしまうのは間違いだ、というものです。

図表8 2020年度「医学概論」第12回の予習問題への解答

リハビリテーションとは、病院などで行う訓練のことで、理学療法、作業療法、言語聴覚療法がある。



医学概論の履修者は、社会福祉学部の1年生です。30%の学生が私の期待する答えを選んでいるのは、結構なことかも知れません。しかし、7割の学生は、リハビリテーションとはリハ医療の中のPT、OT、STのことだという答えを選んでいるわけです。

少し心配しているのは、同じ質問を他の学部の学生、例えば健康科学部のリハビリテーション学科にしたら、どういう答えが返ってくるかです。私の経験上、医療関係者ほど、「リハ＝PT、OT、ST」と考えがちなところがあります。

rehabilitation of Philippines society after typhoon Yolanda

「医学概論」と「リハビリテーション医学」では、1枚のポスターを紹介しています。私が働いてきている長野県にある佐久病院の、国際保健医療科・国際保健委員会が2014年に行った講演会のポスターです。この前年に、Philippinesをおそった台風30号、現地の名前でYolandaの被害を受けたPhilippines大学レイテ分校のSchool of Health Scienceを支援する取り組みの一環として、分校の校長先生であるDr. Buddy Desturaをお招きして開いた講演会のポスターです（佐久総合病院国際保健委員会 <http://www.sakuhp.or.jp/ja/globalhealth/globalcafe.html>）。

このとき、Dr.Buddyは、まだ道が修復されていないことを、道路のリハビリテーションが済んでいないと表現されました。人間だけでなく、例えば、災害で使えなくなった道路の修復のことを、リハビリテーションと呼ぶ場合もあるのです。

リハビリテーションを医療に限定して使うのは、言葉の意味を考えるとおかしいことです。これは、日本の医療の世界で医療費や介護費用を決める診療報酬や介護保険の制度で、PT、OT、STの行う訓練のことを「リハビリテーション」と呼んでいることが影響しているのではないかと、私は考えています。せめて社会福祉学部では、リハビリテーションが本来の意味で使われてほしいと思います。

4. 多職種連携教育 IPE : InterProfessional Education に取り組む

保健・医療・福祉、あるいはそれにとどまらず、多職種がいかに連携するか、それを準備するための教育や学習のあり方は、学生時代から考えてきたテーマでした。本学に赴任してから、教育と研究、地域での実践の各方面でこれに関わる機会を豊富に与えていただきました。ここでは、多職種連携教育の国際的に共有されている考え方であるInterProfessional Education : IPEについておさらいした上で、日本福祉大学で経験した多職種連携教育を振り返ります。そして、IPEでは、それを開発・運営する教職員が自ら多職種連携に取り組む必要があり、その出来不出来が教育に反映する事を指摘します。そして、本学の教員として出版した書籍「IPの基本と原則」（協同医書出版2018）、「地域医療と多職種連携」（勁草書房2019）について紹介？宣伝？させていただきます。

Interprofessional Education

IPEの国際的な定義は、"Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care" (CAIPE 2002) です。（注 CAIPE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education, UK）

つまり、IPE InterProfessional Educationは、2つ以上の専門職が、一緒に、お互いから、

お互いについて学ぶことで成立し、連携協働とケアの質を改善することにつながる。

これは、単に「連携することが大事だよ」とか「連携するためにはこうなさい」とかを教員が教えることではありません。専門を異にする学習者が共に学ぶ場を用意し、そこで起こる様々な出来事をマネジメントしていくことなのです。日本の厚生労働省や文部科学省は、このことをどこまで理解しているかかなりあやしいですが、少なくとも大学教育に携わる者は、知っておかなければならないと思います。

多職種連携教育の7つの原則

IPEには、7つの原則 principle があるとされています（CAIPE1996）。「1）支援の質を改善する」、これが目的です。「2）支援の利用者と、同時に支援を提供する者のニーズの両方に同時に焦点を当てる」。「3）支援の利用者と提供者の両方を巻き込む」かたちで、教育・学習が展開されます。そして、定義にもあった「4）一緒に、お互いから、お互いを学ぶ」。「5）学習する者が、お互いの良心と貢献に敬意を払うこと、相互の立場と専門性へのリスペクトを育てる」。さらに「6）IPEに参加することで、それぞれの専門職の「専門的な実践」が強化される」。その結果「7）支援者・専門職としての満足を強めることにつながる」というわけです。

IPEの長期的効果と働く職場の影響—学生時代にIPEを経験した保健医療福祉職への質問紙調査

ここで、急いでつけくわえておかなければならないことがあります。それは、IPEにはリスクがあるということです。

IPEの学習過程では、現場と類似して、専門用語や視点の違い、そこからくる意見の対立が顕在化することがあります。これはいわば、多職種連携の暗黒面で、医療や地域包括ケアの現場では珍しい出来事ではありません。そうした場面を上手に乗り越えることが課題ですし、教員の援助のポイントの一つもそこにあります。そして、それだけではありません。

私が病院に勤めていたころ、1997年から2005年に専門職教育を受ける学生を集めて、「対人援助のワークショップ」というIPEに参加した人々を対象に、2017年に行った調査結果があります（図表9）。9年間にわたる全14回の参加者合計185人（医学生43人、看護学生23人、

図表9 IPEの長期的効果と働く職場の影響—学生時代にIPEを経験した保健医療福祉職への質問紙調査

	はい	いいえ	どちらとも いえない	合 計
問1 複数の職種での連携・協働が大切だと思う場面がありましたか？	24	0	0	24
問2 他職種との連携・協働は難しいと思う場面がありましたか？	19	2	3	24
問3 「対人援助のワークショップ」で学んだことで、役に立ったなと思う経験がありましたか？	23	0	1	24
問4 「対人援助のワークショップ」で学んだことで、かえって邪魔になった経験がありましたか？	4	18	2	24
問5 卒前教育での多職種連携教育は必要だと思いますか？	22	0	2	24
問6 社会人教育（現場での研修や人材育成、職能団体などでの研修）で多職種連携教育は必要だと思いますか？	22	0	2	24

PT・OT学生90人、社会福祉学生37人など)のうち、調査時点での連絡先が判明した人が79名に調査票を郵送し、24名から回答をえました。回答からは、卒前の多職種連携教育が学習者に長期的な影響をもたらす可能性が示唆されました(藤井2019 pp217-218)。

しかし、学生時代にこのIPEに参加して学んだことで、かえって邪魔になった経験があると答えた人が4名いました。6人に1名といえはわずかでしょうか?多職種連携の大切さをせっかく学んで卒業しても、現場ではまだタテ割り、サイロが残っていて、連携が大事だという新人が辛い思いをすることもあるのです。

IPEは、資格取得前だけでなく、現任教育でも必要です。それだけでなく、両者のつながり方も重要であると私は考えています。

日本の大学における多職種連携教育

日本では、IPEはどのくらい取り組まれているのでしょうか?

2005年の全国調査によれば、「他学部・他大学と協力したカリキュラム」があったのは9学科/128学科でした(大嶋2009)。2016年に、専門学会である日本保健医療福祉連携教育学会の第9回学術集会で報告されたIPEプログラムを、演題集でチェックしたところ、15大学32学部52学科ありました。2018年3月に、私がWeb等で確認できたIPEプログラム(正課)は55大学、2専門学校、192学科です。ただし、医学部と社会福祉学部の両方を含むのは5プログラムだけでした(藤井2019 pp45-46)。日本の大学におけるIPEの数は増えているが、医学部を含む医療系と社会福祉学部が参加するものは限られているといえます。

現在、最新の状況の調査が取り組まれていると聞いています。どういう結果になるか、興味深いところです。

国家試験に出た多職種連携

一方で、保健・医療・福祉の専門職養成の世界で、多職種連携は着実にそのポジションを高めています。毎年のように、何らかの職種に関する指定規則・カリキュラム改正が行われますが、それぞれ「多職種連携」が入ってきています。しかし、厚労・文科行政のタテ割りによって、各学部を超えた柔軟な科目編成は許されていない矛盾もあります。

国家試験でも多職種連携について出題されるようになってきました。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士の2017年から2020年に実施された国家試験問題について、1)当該職種以外の職種名が、問題文・選択肢に含まれる、2)複数の事業所、機関の役割・業務についての知識が問われている問題を、多職種連携関連問題として数えた結果をまとめてみました(図表10)。

医師国家試験では2.2%から6.5%に3倍になりました。理学療法士、作業療法士はそれよりは少なめです。看護師では10%が出題されています。そして、社会福祉士では、2017年から19年までは約24%だったのが、2020年実施では33.3%と、他の職種を圧倒する高比率です。いず

図表 10 国家試験に出た多職種連携

		2017年	2018年	2019年	2020年	
医師	2017年	500問	11問	13問	20問	26問
	2018年～	400問	(2.2%)	(3.25%)	(5.0%)	(6.5%)
看護師	240問	25問	16問	29問	26問	
		(10.4%)	(6.77%)	(12.1%)	(10.8%)	
理学療法士	200問	1問	2問	2問	7問	
		(0.5%)	(1.0%)	(1.0%)	(3.5%)	
作業療法士	200問	5問	6問	10問	11問	
		(2.5%)	(3.0%)	(5.0%)	(5.5%)	
社会福祉士	150問	37問	37問	36問	50問	
		(24.7%)	(24.7%)	(24.0%)	(33.3%)	

注) 各職種の国家試験の全ての問題を読み、以下の条件を満たす問題数を集計した。

- 1) 当該職種以外の職種名が、問題文・選択肢に含まれる
- 2) 複数の事業所、機関の役割・業務についての知識が問われている

れにしても、どの資格でもこの4年間に多職種連携関連問題の比率は概ね増加しつつあります。

日本福祉大学で参加した多職種連携科目

本学で私が担当した IPE 科目と、それを構成する大学・学部・学科・コースを見ると（図表 11）、初年度の開講を私が直接担当した科目は 2 科目だけです。地域連携科目など IPE を立ち上げる基盤があったことで、大きな苦勞をせずに担当することができました。

大学院は、院生さん達がかつとも様々な職種構成です。私が直接担当しただけでも、ソーシャルワーカー、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、管理栄養士と、バラエティに富んでいました。担当科目である佐久病院フィールド調査、保健・医療・福祉サービス論（近藤克則先生と共同開講）、ケースメソッド演習は立派な IPE です。

藤田医科大学（当時の藤田保健衛生大学）の IPE であるアセンブリⅢに、本学社会福祉学部の木戸利秋先生とご一緒に担当し、毎回学生約 30 名で参加しました。この科目は、社会福祉学部の「地域マネジメント実践Ⅲ」として 2020 年度に正規科目になりましたが、新型コロナの影響で残念ながら今年度は休講となり、正規科目の担当教員としては参加することができませんで

図表 11 日本福祉大学で参加した多職種連携科目

大学院・保健医療 福祉サービス領域	佐久病院フィールド調査
	保健・医療・福祉サービス論
	修論指導
	ケースメソッド演習
藤田医科大学 & 社会福祉学部	アセンブリⅢ
社会福祉学部 & 看護学部	地域研究プロジェクト
全学教育センター	ふくしフィールドワーク実践
	ヒューマンケアのための多職種連携

した。

「地域研究プロジェクト」は3年間担当しました。まさに地域連携科目で2015、16年度は地域福祉の場で学ぶプログラムを行いました。そして2018年度は、看護学部におられた渡邊亜紀子先生たちが組織された看護学部生の自主ゼミと合同でIPEとして取り組みました。

「ふくしフィールドワーク実践」は、半田市社協のご協力をいただき、2018年度にIPEとして開講し、現在に至っています。

「ヒューマンケアのための多職種連携」は、オンデマンド科目ですので、IPEとはいえません。しかし、多職種連携の基盤を学んでもらうために、複数の学部の教員が参加して、つまり教員の多職種連携 InterProfessional Collaboration で開発した科目です。

藤田医科大学のアセンブリⅢに参加した学生の振り返りから

このようにIPEに参加する機会に恵まれましたが、実は反省していることがあります。履修学生の中で起こっている学びや葛藤を教員間で共有する機会は不十分だったことです。

IPEに参加した学生は、教員の想像を超えて様々な学びをしています。社会福祉学部の多職種連携教育委員会で、藤田医科大学のアセンブリⅢに参加した教員が、学生たちの発言やようすを観察して、意見交換した記録の一部を紹介します。

患者中心の視野に立つ医療系学生と、周辺環境を含めた視野に立つ本学の学生が、討論の際にぶつかり合うような場面もあったが、概ね肯定的にとらえているようである（木戸委員）。

本学学生が、医療系学生に「ソーシャルワーカー」とは何をする人かを説明するいい機会があった。他職種の学生に説明することで、自らの役割について再確認することができ、職種理解を深めることができたようである。参加前は、医療系学生にどのようなことを言われるのだろうと否定的なイメージを持っていたが、参加して学びが広がったためとても良かったという感想が多い（伊藤委員）。

学生にとって「必要だ」「ためになる」だけでなく、「面白い」「成長できる」という理由で、教員にも参加を推奨し、学生も参加を検討して欲しい（藤井委員）。

IPEに参加した学生は新しい体験をしています。学びとともに葛藤も経験し、教員の援助も必要です。そして、教員自身が「多職種連携」を経験しないとそのような援助はできません。

教職員間の多職種連携は？

さて、それでは、科目開発で多職種連携を経験された教員のみなさんは、どのような振り返りをされているのでしょうか？

本学の多職種連携に関する基盤的な課科目として開発されたオンデマンド科目「ヒューマンケアのための多職種連携」には9学部22名の教員と学外のゲスト講師2名が参加しました。2019年度に開講し7学部から908人が、2020年度には8学部から1479人が履修し、スタートを切りました。

現在、開発に参加した教職員の間で振り返りを行って、平野隆之教授の下で厚生労働科学研究に参加して調査を進めています。

1月29日の時点で回答をいただいた12名の先生方の声をまとめました。「大学の教員が他学部の教員と科目を共同開発することに意義があると思うか？」という質問には、8名がとても意義がある、4名がある程度意義があると回答されました。一方で、「他学部の教員と科目の共同開発を経験されたことがあるか？」では、はじめてが8名、2～3回目が4名でした。そして、「この科目の共同開発の経験は、ご自分の教育、研究にどのような影響を与えるか？」には、3名が大いに影響する、8名がある程度影響すると回答されています。

IPEは学部・学科を超えて開発するものです。本学の学部・学科構成は、学部を超えたIPEの豊かな可能性があります。しかし、教員同士の大学教育における多職種連携の経験知は、必ずしも高くないともいえます。その理由は、3つのキャンパスが離れているという地理的条件もあります。大学教員こそが専門性の壁の中でもものと考えているという面も否定できません。

もともと学生同士は、専門性に過度にとらわれずに交流します。本学でも、サークルや災害ボランティアセンターや生協学生部で、学部を超えた「連携」の経験を積んでいる学生は少なくありません。教員は、むしろ彼らに多職種連携を学ぶべきなのかもしれないのです。

そして、せっかく学部・学科を超えて開講したIPE科目が、指定規則による要件で別々に開講することを余儀なくされる例もあるやに聞いています。縦割り官庁の統制がIPEの阻害要因であることは間違いありません。

多職種連携教育では、その組織で権限をもった者のコミットメントの有無と質が決定的だと、IPEの国際的なオピニオンリーダーであった故Scott Reeves教授は述べています(藤井2018 pp50-65)。その意味で、本学の大学改革委員会の下に置かれた多職種連携教育推進委員会の果たす役割は重要です。その責任と権限を充実させていく必要があると考えます。

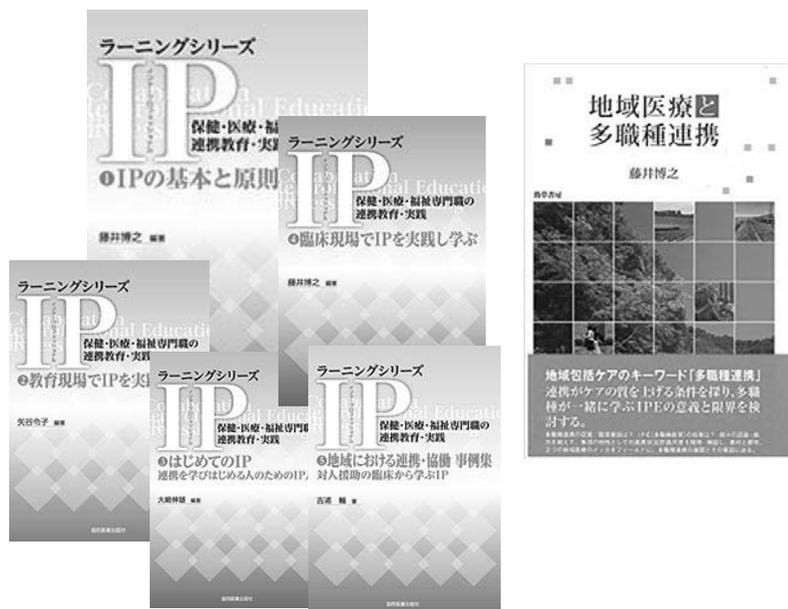
この分野では教科書も学術書も少なく、書店にも置き場所がないらしい？(苦笑)

幸い、本学在任中に、多職種連携に関する数冊の書籍を出版する機会に恵まれました。ラーニングシリーズIPは、協同医書出版から出版した、第1巻が総論、2巻が学生、3巻が教員、4巻が現場むけ、そして5巻が教材事例集で構成される全5巻のIPEの教科書です。私は、シリーズ全体の編集チームに入り、第1巻と第4巻の編著者をいたしました。このような体系的なIPEの教科書は、日本でははじめてです。また、「地域医療と多職種連携」勁草書房は、本学大学院に2018年度に提出した博士論文を出版したものです。

ところが、この多職種連携に関する出版物というのは、ジャンルとしてまだ未確立なようで、大きな書店に行っても置き場所がよくわかりません。名古屋の三省堂でもジュンク堂でも、そもそもどの棚を探せばいいか、戸惑ってしまいます。その意味で、礎石を据える試みなのだと思います。機会があればぜひお手にとっていただければと思います(図表12)。

これらの書籍やそのもととなった論文で述べた知見のうち、大事な点をお話します。

図表 12 ラーニングシリーズ IP 全 5 巻（協同医書出版 2018）と「地域医療と多職種連携」（勁草書房 2019）



多職種連携の基盤となる 4 つの共通理解

まず、異なる歴史をもつ専門職が一緒に、連携、協働して仕事をしていくために必要な共通基盤、4 つの共通理解で構成されるのではないかと思います。これは、私が 20 年来続けている「臨床協働研究会」という小さなサークルで検討して立てた仮説です。4 つの共通理解（藤井 2018 pp41-42）とは、(1) 自職種の専門性、対象・技術・価値観を、他者に分かるように言語化できること。(2) 当事者についての共通理解を、ICF のような共通言語や、多職種が参加する事例検討などで育む。(3) 専門職同士が他者であるお互いを理解する。これには、学生時代に、他の分野の学生と一緒にお互いからお互いについて学びあう多職種教育つまり IPE InterProfessional Education が必要だと考えています。そして (4) チームがどういう状態に置かれているか、職場の経営状態、制度、社会状況など広く深い状況の理解、これらの共通理解が必要だと考えています。

多職種連携に影響する要因

多職種連携に影響し、そのあり方を決定する要因について、従来はマイクロ、メゾ、マクロに対応する 3 つで考えられていました。例えば Martin-Rodriguez らは、それを関係性、組織、システムと表現しています (Martin-Rodriguez ら 2005)。私の研究では、専門職 35 人への聞き取り調査をもとに、6 つの要因に拡張しました (藤井 2019 pp120-128)。

(1) 患者のニーズは多職種連携に大きく影響します。そのニーズは、少子高齢化、疾病の動向、家庭や職場の環境など、社会状況に規定されます。(2) 働き手の能力には、連携して働く経

験の程度、危機管理能力、権威主義的態度を取るか、仕事を他職種に押しつけるかどうかなどが挙げられます。(3) 働き手の間の関係性としては、そもそも連携したいと思っているかどうか、共通の理念や目標を持っているか、顔見知りになっているか、権威の勾配があるかなどがあります。(4) 職場の構造・機能・運営も重要で、ベテランの職員や専門職が足りているか、その事業所の地域社会における役割、話し合い・カンファレンスが有効に機能しているか、職場に対する帰属意識があるかどうかなどが、連携の在り方に影響するとされます。(5) 制度が多職種連携に影響した例としては、診療報酬や介護報酬におけるチームワークの加算、書類の増加、専門職制度の新設などがあります。さらに、(6) 技術的な要因もあります。先ほどの病気によるチームの変化を示した図表4にあったように、手術室では医師・術者が中央集権的な権限をもつのですが、近年普及している腹腔鏡下手術では、術野を複数の医師が共有して討論する場面が増えているそうです。このようにテクノロジーの進歩が手術室の医療チームの役割を変容させつつあることなどは、興味深い点です。電子カルテなど医療情報システムが、チーム関係にどう影響しているかも、大きな要因です。

こう考えると、多職種連携を行う現場で、働き手同士が努力したり、あるいは事業所・組織のマネジメントがうまく機能するかどうかも大事ですが、いわば外部の要因である、支援を必要とする人のニーズ、制度、技術なども合わせて考えねばなりません。この点は、これまでの多職種連携に関する研究で軽視されてきたのではないかと、私の論文では、ミクロを働き手の能力と関係性に、マクロを患者のニーズ、制度、技術に分けています。これによって、現場レベルでも、政策レベルでも、より課題を明確にし働きかけやすくなったと考えています。

職場の連携状況評価尺度の開発

「地域医療と多職種連携」のもととなった研究では、20項目からなる職場の連携状況評価尺度(図表13)を斉藤雅茂先生のお力を借りて開発しました(藤井2019 p177)。

多職種連携を評価する尺度は、国内外でさまざま開発されています。これらを検討すると、その多くが回答者個人の連携に関する経験や能力、準備状況を問うものになっています。これらは、多職種連携を構成する要因のうち、個人の能力に力点を置いた評価方法です。それに対して、個人の能力ではなく、職場の集団全体の連携状況を評価する評価尺度を開発したのが、職場の連携状況評価尺度です。

連携状況を評価してみると…response shift との遭遇

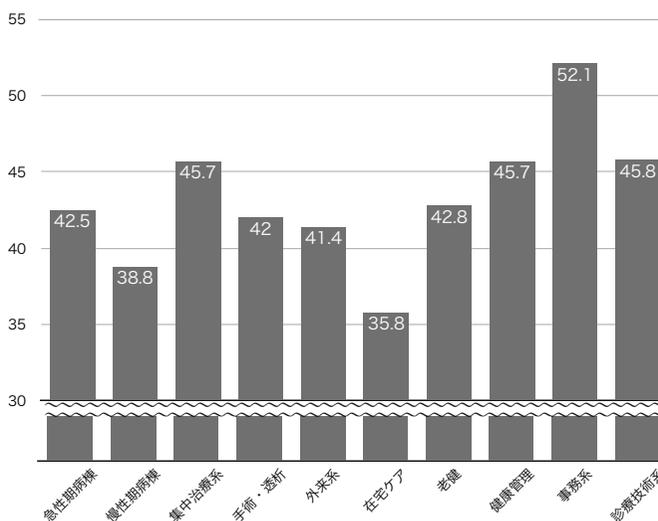
この評価尺度の得点を、回答者の職場別に集計したものが(図表14)です(藤井2019 p194)。得点が高いうちの事務系、診療技術系すなわち診療放射線技師、臨床検査技師、薬剤師などは、実は1職種で構成されている職場です。健康管理部も保健師・看護師と事務系で構成される比較的少ない職種構成の職場です。それ以外の職場は、医師、看護師、技術系など3つ以上の職種、すなわち比較的多職種が働くところです。この中で比べると、連携状況の尺度得点が高いのは、

図表 13 職場の連携状況評価尺度の 20 項目

患者中心の、職場全体のまとまり	メンバーがチームの全員を視野に入れている
	誰かが気にかけている事を全体で取り上げる
	患者の価値観に配慮の要る問題は全員一致で決める
	患者への支援の目標・足並みが揃っている
	他職種への不満を言わない
職員間の協働性	他職種に一方的に仕事を押しつけない
	しんどくても一緒に頑張る楽しさがある
	一緒に働いたことのある人がいる
	他職種に教わる事ができている
	顔を合わせて話し合っている
	情報が共有されている
	問題の原因よりは、解決を志向している
	目標が共有されている
	医師とざっくばらんに話ができる
	各職種が十分に専門性を発揮している
連携のための活動	遠慮ない話し合いができている
	他職種の特徴を相互に理解している
	カンファレンスに多職種が参加している
	カンファレンスで皆が発言できる配慮がある
	退院後、地域ケアに切れ目なく繋げている

出典：藤井博之、斉藤雅茂：医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発。厚生
の指標。第65巻第8号。P22-28

図表 14 職場別の連携状況尺度得点



出典：藤井博之、斉藤雅茂：医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発。厚生
の指標。第 65 巻第 8 号。P22-28

集中治療系，急性期病棟，老健で，低いのが在宅ケア，慢性期病棟です。

より複雑な多職種連携を経験しているはずの在宅ケアで「連携状況の尺度得点」が低いのをどう解釈するか？悩ましいところでした。これに関連すると思われる問題は，別の集計でも現れました。病院で行われている多職種研修，新人研修，各種の委員会・勉強会，事例検討会，院内の

研修会、院外の研修会、その他の機会への参加経験者率と、連携状況評価尺度の関連を見ると、多職種が参加する経験をした人ほど自分の職場の連携状況の評価が有意に低いのです（藤井2019 p194）。

これを説明する概念が response shift でした。山崎喜比古先生に教えていただきました。回答者のもつ評価基準が、経験や学習によって変化することによる影響です。この場合は、在宅ケアや慢性期病棟での高度で複雑な連携を経験し、あるいは多職種研修で学ぶことで、自分の職場の連携状況への評価が「辛く」なったということです。実は IPE の先行研究で response shift に触れている文献はありません。今後はこの現象を織り込んだ上で、連携や IPE の効果を考えていかななくてはならないということです。

5. これからのテーマそして日本福祉大学への要望

最後に、これから思索していきたいテーマについてお話しします。

来年度からは拠点を長野県上田市に移して、教育・研究と診療・地域活動を継続するつもりです。私が住民兼働き手として知っている地域は、生まれ育った首都圏のほか、本務地と佐久病院のある長野県東信地域、そして本学で知り合った教職員や地域福祉サポートした、5市5町の皆さんのおられる知多半島の3箇所になります。移動の回数は減りますが、これからも「参与観察」を続けたいと思います。

新しい任地では、引き続き医療の側からの社会福祉教育に参加します。新型コロナ禍の中で社会福祉をはじめとする専門教育の間の行き来をどう活発にしていけるか、微力を尽くすつもりです。

研究テーマとしては、まず、農村と都市、これは日本国内についても国と国の間についても、地域社会同士がどう繋がり合うのか、その可能性を何処に求めればいいのか、考えています。その場合、連携という言葉より、やはり連帯という言葉の方がしっくりくると思います。連携は目標を共有して一緒にすることですが、連帯 solidarity には行動とともに相互を思う気持ちが含まれます。ややロマンティックな物言いかも知れませんが、この社会を変えていくには連携より連帯かなと思う次第です。

そういいながら私も今はまだ連携という言葉を使いますが、多職種連携については、保健・医療・福祉を超えたそして何よりも当事者・当人と協働する営みの全体像を視野に入れた、技術論的・歴史的研究に取り組みたいと思います。対人援助職の専門性の特徴は相互比較ではじめて明らかになります。またそうした専門性が育まれてきた歴史的ルーツもまた、横断的な歴史研究ではじめて示すことができるはずで、そうした検討はまだほとんどされていません。

そして、このような連携と連帯の基礎を踏まえて、「多様性」が高まるこの社会で「不寛容」な動きも強まっていることに、どう対峙していくのかを考えていきたいと思います。このような問題意識については、先に挙げました学生たちが書いた卒業論文のテーマから計り知れない影響

と示唆を、私は得てきました。本当に教育は学生と教員の相互作用だと思わずには居られません。

一方で、彼らが卒業して巣立っていった社会は、まさにこの「多様性」と「不寛容」が酷薄にぶつかりせめぎ合っている場所です。これまで世に出た卒業生がどう生き延び、活躍していくかに、教員はいつまでも関心を寄せないわけにはいきません。

この最終講義を視聴してくれている卒業生もいると思いますが、これからも友人として共に生きぬいていこうというメッセージを送ります。

来年以降も日本福祉大学の大学院やいくつかの学部・センターで非常勤講師をさせていただく予定なのですが、この最終講義の最後に、日本福祉大学への期待、要望を述べたいと思います。

この大学が、これからも日本の社会福祉教育と研究、地域活動の先頭に立つことは疑いありません。その上で、8つの学部と6つの大学院研究科をもつ大学の潜在的な強みを、研究面でも教育面でも活かしていられることを要望します。そのために大学人の多職種連携、専門を超えた InterProfessional Collaboration IPC をもっともっと強めてください。連携が必要なのは、専門職間だけではありません。地域社会のあらゆる主体、行政組織の中、市町村の間、農山漁村と都市の間でどのように4つの共通理解を築いていけるか。その際、果たして連携というやや相手を操作するようなニュアンスの言葉を使うのか。それとも、多様な主体が護り合いながら社会を造り変えるという意味で連帯を選ぶのか。そのことがいずれ問われるときが来ると思います。

以上で、私の日本福祉大学での最終講義とさせていただきます。本日は拙い話しを聴いていただき、ありがとうございました。

文献リスト

CAIPE (1996). Sustaining collaboration between general practitioners and social workers. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-1996-sustaining-collaboration-between-general-practitioners-and-social-workers> (2021/05/05)

CAIPE (2002). Interprofessional Education- Today, Yesterday and Tomorrow. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h> (2021/05/05)

デビッド・スタックラー, サンジェイ・パス. (2014) 経済政策で人は死ぬか? 公衆衛生学から見た不況対策. 草思社.

デビッド・スタックラー. (2020) (インタビュー) 緊縮財政が奪う命 新型コロナ. 朝日新聞デジタル. 2020年6月6日 (<https://digital.asahi.com/articles/DA3S14503255.html>) (2021/05/03)

藤井博之 (2018) IP の基本と原則 (ラーニングシリーズ IP 保健・医療・福祉専門職の連携教育・実践 ①). 協同医書出版.

藤井博之 (2019) 地域医療と多職種連携. 勁草書房

- 藤井博之 (2020) 「社会的処方」にこれだけの問題点 むしろ多職種連携への認識を深めよう. 医療と介護 2040 【特集】社会的処方って、なんですか? 2020/12/03
- 稲葉八興 (2020) (声) コロナ禍, 子どもの心身が「悲鳴」. 朝日新聞デジタル 2020年5月8日 (<https://digital.asahi.com/articles/DA3S14468061.html>) (2021/05/05)
- Martín-Rodríguez 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
- ニッセイ財団 (2019) 第33回ニッセイ財団シンポジウム「高齢社会を共に生きる」記録集
- 大嶋伸雄 (2009) : 保健医療福祉系大学におけるインタープロフェッショナル教育 (IPE) の認知度と今後の発展性に関する全国調査. 保健医療福祉連携. 1 (1) 27-34
- Pueyo T. (2020) Coronavirus: The Hammer and the Dance (Mar.20 2020 <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>) (2021/05/03)
- 延世大学・日本福祉大学 (2018) 「第13回延世大・日本福祉大日韓定期シンポジウム 日本の地域包括ケアと韓国のコミュニティ・ケア」報告集