

米国ミシガン大学における保健医療福祉専門職の チーム連携教育と実践

錦戸典子^{*1}・佐藤幹代^{*1}・稗田里香^{*2}・花山耕三^{*3}・小原眞知子^{*2}

The interdisciplinary team education and the practice of the health, medical and social worker at the University of Michigan in USA.

Noriko NISHIKIDO^{*1}, Mikiyo SATO^{*1}, Rika HIEDA^{*2}, Kozo HANAYAMA^{*3} and Machiko OHARA^{*2}

〈抄録〉

多職種によるチーム連携を推進するための教育（以下、チーム連携教育）についての有効な手法や、実際の取り組み事例などについての知見を得て、伊勢原校舎3学科におけるチーム連携教育の導入・推進に向けた示唆を得ることを目的に、2011年3月にミシガン大学を訪問し、多職種連携に向けた先進的な教育・実践についての聞き取りと現地視察を行った。これらを通じて得られた情報および資料をもとに、チーム連携教育およびその実践を広めるために活かせる知見を整理し、今後の本学におけるチーム連携教育の推進方や留意点について検討した。

本学健康科学部・医学部の連携教育の具体化の取り組みには、両学部のカリキュラムの確認を行い、カリキュラム改変時に合わせてカリキュラム自体に入れ込むなどの大掛かりな取り組みとともに、少しの工夫で現在のカリキュラムに取り入れることのできる内容もあると考えられ、両面から検討していく必要があるだろう。基礎教育のうち、全学生向けの必修科目と、関心を持つ学生への選択科目、さらには大学院教育、卒後の継続教育など、多層的なプログラムマップづくりを視野に入れることも必要と考えられる。

Key words：チーム連携教育、インタープロフェッショナルエデュケーション（IPE）

I. はじめに

本学伊勢原校舎には健康科学部（看護学科、福祉学科）および医学部（医学科）の2学部3学科の学生が学んでおり、いずれも保健医療福祉系の対人援助専門職を目指す学生であることから、学部学科を越えた教育連携の一環として、多職種チーム連携教育に関するFD活動に取り組んでいる。患者中心のチーム医療が推進されている昨今（厚生労働省 2010）、学士課程におけるそれら教授法の工夫が求められている（文部科学省 2008）。これらを踏まえ、第4回伊勢原校舎FD研究会（2009年

1月）において、チーム連携能力育成に関する教育の先進事例を学ぶ機会として、元ミシガン大学老年医療センター付属ターナークリニックの医療ソーシャルワーク部門の部長であったRuth Campbell氏による基調講演により（Ruth Cambell, 2009）、チーム連携教育の基本概念を学ぶとともに、本学教員とRuth氏を含めたパネルディスカッションを実施した（東海大学伊勢原校舎FD研究会, 2009）。その後、健康科学部FD委員会ならびに医学部FD委員会の協働により、連携教育に関する必要性の認識や実現に向けたアイデアの共有などをおこなってきており、一定の成果が得られたが、一方で推進に向けた課題も多く認められた。

*1 東海大学健康科学部看護学科（Department of Nursing School of Health Sciences Tokai University）

*2 東海大学健康科学部社会福祉学科（Department of Social Work of Health Sciences Tokai University）

*3 東海大学医学部専門診療学系（Faculty of Medicine, School of Medicine Tokai University）

そこで、今回、チーム連携教育についての実際の取り組み事例を詳細に学ぶことにより、有効な手法や留意点についての知見を得て、伊勢原校舎3学科におけるチーム連携教育の導入・推進に向けた示唆を得ることを目的に、2011年3月にミシガン大学および関連施設を訪問し、多職種連携に向けた先進的な教育と実践についての聞き取りと現地視察を行ったので、報告する。

Ⅱ. 方 法

2011年3月6日～13日の期間で、米国ミシガン大学（University of Michigan）アナーバー校および関連施設を訪問し、担当者および関連職種への聞き取りと質疑応答、および実践場面の見学を行った。研修内容は表1に示したとおりであり、下記にそのうち主なものについて述べる。これらを通じて得られた情報および資料をもとに、多職種によるチーム連携を推進するための教育（以下、チーム連携教育）、およびその実践を広めるために活かせる知見を整理し、今後の本学におけるチーム連携教育の推進方策や留意点について考察する。

1. PQE に関する情報収集

ミシガン大学老年医療センター附属ターナークリニック（以下、ターナークリニック）において2001年から

2003年に実施された教育プログラム Partnership for Quality Education（以下、PQE）について、主担当であった医学部医学科 Brent Williams 教授、ならびに医療ソーシャルワーカー Mariko Foulk 氏より説明を受け、質疑応答を行った。

2. 実践現場の見学

ミシガン州アナーバー市の保健医療機関・施設（大学、病院、高齢者居住施設、ホスピス、等）における多職種連携の実施状況について、実践場面（多職種が参画しての患者・家族のアセスメント場面、およびチーム会議、等）の見学、およびその後の質疑応答などを通して把握した。

3. 学びの振り返りに関するディスカッション

研修途中ならびに研修実施後の計3回にわたり、本学における今後の保健医療福祉専門職のための基礎教育および継続教育に、多職種連携教育をどのように導入することが望ましいか、その課題と方策について、参加者（看護学科教員2名、社会福祉学科教員1～2名、医学科教員1名）間でディスカッションを行った。

表1 研修プログラム行程

日 程	内 容
2011 3/7	ミシガン大学老年医療センター附属ターナークリニックにて ① New Patients Assessments：医師、ソーシャルワーカー連携による新患アセスメント見学 ② PQE（Partnership for Quality Education）：教育プログラムに関する講義
3/8	ミシガン大学老年医療センター附属ターナークリニックにて New Patients Assessments：医師、ソーシャルワーカー連携による新患アセスメント見学
3/9	ミシガン大学老年医療センター附属疼痛治療クリニックにて Interdisciplinary Team Meeting：Pain Management：多職種連携チームによる疼痛マネジメント見学
3/10	ミシガン大学付属病院にて ① 9 C Team Meeting（Psychiatry Unit, Interdisciplinary Team Care Meeting）：精神神経科病棟における多職種連携チームによるケアミーティング見学 ② M-Healthy（Employee Health Programs）：ミシガン大学および大学病院における従業員健康プログラムに関する講義 ③ Geriatric Inpatient Consult Team and Elder Life Program（for Prevention of Delirium for Elderly Inpatients）：老人病棟におけるせん妄予防の実践や医師、看護師、ソーシャルワーカーチームによる退院支援の実践に関する講義

（全行程より、多職種連携関連のものを抜粋）

Ⅲ. 結 果

1. PQEの実施状況、成果、課題

1.1 PQEの実施状況

①プログラム概要

PQE は、ロバート・ウッド・ジョンソン基金からの助成金を受け、ハーバード大学医学部の教授がチェアをしている PQE 本部の指導のもと、全米50数か所の応募の中から選ばれた6か所の施設において、プログラムが展開された（そのうち1か所は途中でドロップアウトし、最終的には5か所となった）。実施施設の1つがターナークリニックで、2001年～2003年の3年計画で、学際的チームアプローチによる教育プログラムが展開された。プログラムの対象者である内科医レジデント、ナースプラクティショナーを目指した看護大学院生（修士課程）、ソーシャルワーク大学院生（修士課程）、薬学大学院生（修士課程）が、講義・演習と、実際の診療場面でのアセスメントやケアプランの作成・評価等を通して、多職種連携や協働について学び合った。研修目的は、他職種の職務に関する知識と態度・認識の向上と、研修生間のコミュニケーション行動の強化であった。専門職になってから連携を学ぶのではなく、学生時代から、患者中心の医療・ケアを実践するために必要なチームアプローチの知識や技術を学ぶことを意図して実施された（Brent C. Williams, et al.,2006）。評価は、プログラム受講前後の知識と態度のアセスメント、中間フィードバック、終了後の評価により行われた（James Fitzgerald, et al.,2006）。

②スケジュール詳細と展開方法

PQE の具体的な手法は、表2の「PQE のプログラム内容」に示すとおりである。

第1週目の午前中は、医学部医学科の Brent Williams 教授、ならびに医療ソーシャルワーカーの Mariko Foulk 氏による講義とディスカッションが行われた。自己紹介から始まり、「なぜ今、多職種連携が必要なのか」という問題提起に応じて、学生たちが考察する。プログラム参加へのモチベーションを高めるために、個人の体験（例えば自分の身内の入院などヘルスケアに関する自分のストーリー）を語ってもらった。その後、4週間の研修内容と、個々の職種のクリニックでの役割（例えばミニ・メンタル・ステート調査はナースプラクティショナーが行うなど）の説明を行った。また、チームの種類、有効性のエビデンス、連携に必要なコミュニ

ケーションに関する講義を行った。

第1週の午後は、各専門職の指導教官も同席し、一人の学生に対し一人の教官がつくという形で展開した。つまり学生4人、4職種の場合、教官も、例えば医師、ソーシャルワーカー、薬剤師、ナースプラクティショナーと4職種、4人で構成されるチームとした。この体制は、学生だけではなく教官側にとっても多職種内で生ずる葛藤への対処など、濃厚な関わりを伴うセッションとなり得る。研修の実際は、最初にクリニック活動の打ち合わせを行い、4職種による新患アセスメントを行った。その際、学生は、ロールモデルである同じ専門職の指導教官のアセスメント場面に立ち会った後、新患アセスメントのためのケアプラン会議に参加し、さらに最新患者のケアの場面に立ち会うこととした。最後に、コミュニケーションや視点、態度等を中心とした振り返り（ディブリーフィング）を行った。

第2週の午前は、1週目で体験したディブリーフィング、包括的老年医学アセスメント、認知症のアセスメント・マネジメントの講義、チーム会議実施時の司会の仕方に基づいて、模擬事例を用いたケアプラン会議演習を行った。

第2週の午後は、第1週の午後とほぼ同じプログラムで、別の患者を対象にした面接を、他職種メンバーと一緒に見て、他職種のアセスメントの方法を学んだ。例えば看護学生とソーシャルワーク学生が一緒に同席して、それぞれの専門領域のアセスメントを行ったり、医師とソーシャルワーク学生が同席して、相手のアセスメントの実際を見学し、最後に、指導教官のファシリテートによるディブリーフィングを実施した。

第3週の午前は、第2週の振り返りを行った後、チャット（CHAT：グループによるゲームシミュレーション）の方法を用いて、限られた保健医療福祉資源をどのように優先順位を付けて割り当てるかというゲームを、他職種で話し合いながら行った。さらに、慢性疾患ケア・モデルの講義や、糖尿病患者の事例に関する模擬ケアプランを作成し、最期にディブリーフィング、特にコミュニケーションの振り返りを行った。

第3週の午後は、第2週の午後と同様のプログラム内容とした。

第4週の午前は、ケアの質の向上（クオリティ・インブルーメント）に向け、ケアの質の評価を PQE の本部から派遣されたスタッフが実施した。この評価は、研修前と後に行う質問票や、Clinical Pathways、HEDIS Reports、利用者による満足度評価等など、様々な評価ツールを用いて、専門領域ごとに行った。さらに、ケー

ス会議を実施し、最後に4週間の研修の振り返りと評価を行った。

第4週の午後も、第3週の午後と同様のプログラム内容とした。

以上の通り、PQEは、多職種混合の小グループ（1グループ6人程度）内でディスカッションを実施し、その様子を指導スタッフが丁寧に観察して、事後にディブリーフィングを行う手法であることが説明された。ディスカッションによって、学生個々の職種や専門経験の違いから生じる様々な差異や葛藤などの力動を媒体にしな

がら、多様な専門的視点を持つ専門職連携に必要な葛藤解決や相互理解のプロセスを体験し、連携と協働におけるコミュニケーション方法（態度・視点）を実践的に身につけることができるよう、指導スタッフがファシリテートを行うことが重要となるとのことであった。

③コミュニケーション手法の特徴

コミュニケーションスキルに関するディブリーフィングにおいては、「枠付け」「アドボカシー」「尋ねる」という3つの概念が、他職種との連携において大変重要と

表2 PQEのプログラム内容

1 週目	
(午前) 講義とディスカッション (医師と SW)	(午後) 各専門職教官も同席
- 自己紹介 - 問題提起—なぜ今多職種連携？ - ERでの例 - 参加者の個人的体験を振り返る 4週間の研修の説明 - 個々の職種のクリニックでの役割説明 - チームの種類と有効性のエビデンス - 連携に必要なコミュニケーション（講義）	- クリニック活動の打ち合わせ - 実際の新患アセスメント - 同じ専門職の指導教官のアセスメントに立ち会う（ロールモデル） - 新患アセスメント—ケアプラン会議 - 再診患者のケア - 振り返り（ディブリーフィング）・コミュニケーションや視点、態度
2 週目	
(午前) 講義と演習	(午後) 各専門職教官も同席
- 第1週を振り返って - 包括的老年医学アセスメント（講義） - 認知症アセスメントとマネジメント - 司会の仕方の提示 - 事例を使つてのケアプラン会議	- 打ち合わせ - 新患アセスメント：他職種メンバーと一緒に患者面接。多職種のアセスメントを見て学ぶ - 新患ケアプラン - 再診患者ケア - 振り返り
3 週目	
(午前) 講義と演習	(午後) 各専門職教官の同席
- 第2週の振り返り - CHAT（グループによるゲームシミュレーション）限られた医療福祉資源をどのように優先順位をつけて割り当てるかを話し合い決めていく - 慢性疾患ケア・モデル（講義） - 糖尿病患者ケース提示：ケアプラン - ケアプラン会議の振り返り（コミュニケーション、態度など）	第2週目午後と同じプログラム
4 週目	
(午前) 講義と話し合い	(午後) 各専門職教官の同席
- ケアの質の向上（クオリティ・インプループメント）—質の評価方法・基準、個人やシステム向上の方法（clinical pathways、HEDIS reports、利用者による満足度評価等） - ケース会議 4週間の研修を振り返って 4週間研修の評価・研修後テスト	第2週目午後と同じプログラム

なることについて、下記のような詳細な語りが得られた。「枠付け」とは、フレーミングとも言われる。具体的には、「もしかしたら他者に見えていることが自分には見えていないかもしれない」、あるいは、「自分に見えているものが、他者には見えていないかもしれない」と仮定することである。つまり、ただ漫然と同意する必要はないが、なぜ他者がそう考え、そう行動するのかを分かろうとすることである。「自分が問題だ」、「これはあの人が問題だ」と思っているような行動でも、なぜそうなったかの経緯を分かろうとする。そして、「その人の態度は問題かもしれないけど、その人をそこまで追い詰めたことに、もしかしたら自分も影響を及ぼしているかもしれない」という気づきから、「自分は何ができるだろうか」という態度、フレーミングをしていくことが、他職種連携には不可欠である。「アドボカシー」は、自分が見えていること、考えていることを「伝える」ことであり、なぜ自分がそう考えるかを他者が見えるように手伝うということである。「こういうデータを私はこう解釈したから、私はこう思う」というのを丁寧に伝えるというのがアドボカシーである。さらに「尋ねる」とは、他者がどんなふうに受け止めているかを知らうとすることである。すなわち、自分が見落としているかもしれないことを見つける手伝いを、他者にしてもらおうということである。相手が話している内容に関して、どういうところからどのように考えて、そうなったのかを教えてください」というように聞くのが、「尋ねる」ということである。例えば、予想外のサプライズ、エラー、反対意見に遭遇した際に、「何故そのようなことが起きたのか？そのように考えたのか？」というように、謙虚かつ単刀直入に尋ねる姿勢が非常に重要である。つまり、「伝える」ことと「尋ねる」ことは、シーソーに例えることができる。「伝える」比重が大きくなると、自分の考えの押し売りのようになり、逆に「尋ねる」比重が大きくなると、「あの人はよく話を聞いているが、いったい何を考えているか分からない」と相手に思われてしまう。したがって、シーソーのように、「伝える」ことと「尋ねる」ことのバランスをとることが大事である。

④ PQE の評価

PQE の評価は、PQE 本部の指示により、研修生からの中間フィードバック、知識と態度のアセスメント（研修開始前と終了後）、終了後の研修生の評価を、質問紙調査によって実施された。その際、各領域の学生の感想も交えながら検討した。研修前の評価には、Collaborative Inter-professional Team Education (CITE),

The Revised Facts on Aging Quiz 1 (FAQ1), The Maxwell-Sullivan Attitude Scale (MSAS), The UCLA Geriatrics Attitudes Scale の4つを用いた。研修後評価には、研修前に実施した4つの評価方法に加え、Learner Overall Evaluation の質問紙を用いた。また、コントロールグループ用の尺度として、各研修終了時（月末）に、FAQ, MSAS, The UCLA Geriatrics Attitudes Scale による評価を実施し、学年の始めと終わりには、CITE を実施した。さらに、研修参加者の毎週の評価として、午前終了後に、Learner Education Session Evaluation、午後クリニック終了後に、CITE ICP（多職種連携ケアプラン）、Feedback Form を実施した。

評価結果として、教える側からは、「やりがいがあった」、「非常に密度の濃い、集中研修」、「ときにははっかり気落ちする」などの感想が得られ、学ぶ側からは「知識と態度の向上」、「価値ある体験」との評価が得られた。

さらに専門職別では、内科のレジデントは、看護、福祉、薬学系の学生に比べて、研修体験を低く評価していた。また、「このような体験は非常に大事」、「今まで医学教育に欠けていた」と高く評価したレジデントから、「時間のむだだった」というような低い評価まで、評価のばらつきの幅が大きかった。看護の大学院生からは、ナースプラクティショナーでもあったことから、「何でもこれを医師がやらなくてはならないのか、私もできるのに」など、医師との役割の重複に関する発言があり、混乱を招く結果となった。薬学部の大学院生は、ヘルスケアのチームの中で、「他者と平等で独立した意思決定ができる立場は初めてだった」こともあり、評価は非常に高かった。ソーシャルワークの大学院生も、「同じテーブルに招かれたというのが非常によい体験であり、その体験から役割とスキルの視野が広がった」など、全職種の中では「楽しかった」という項目の評価が最も高かった (James Fitzgerald, et al., 2006)。

1.2 PQE を実施しての成果と課題

Brent Williams 教授、ならびに Mariko Foulk 氏の兩名より、PQE プロジェクトを実施しての成果と課題が、次のように語られた。

成果としては、PQE を通して、参加学生たちが他職種といかに関わっているかについて指導スタッフからのフィードバックによって振り返ることにより、学生自身の他職種との関係性に関する気づきを促す上で大変有効であったようだ、との感触が語られた。また、指導スタッフ自身も事前の研修過程を通して、他職種への理解が深まり、連携スキルが向上したことが語られ、現在も良



(中央 Brent Williams 教授、右から3番目 Mariko Foulk 氏)

好な連携関係を築けているとのことであった。

一方、課題としては、参加学生の職種や実務経験期間の違いなどから生じる参加意欲や、研修満足度の差異に対する指導スタッフのファシリテートが重要であることから、指導スタッフの事前研修など、本教育手法の準備・運営に多大なエネルギーを要することも語られた。

2. 実践現場の見学および担当者からの聞き取りから得られた多職種連携状況

2.1 ターナー老人クリニックにおける新患アセスメント

新規外来患者に対するアセスメントに関して、ソーシャルワーカーの評価の後、その情報を得た老年科医師が診察を行い、最終的に両者が同席して活発なディスカッションを行った上で、治療方針を決定するというプロセス全般にわたり、延べ7事例の見学をさせていただいた。アセスメントは、健康面、社会面、機能面を含む包括的なものであり、ソーシャルワーカーは場面によりうつ状態や知的側面のスクリーニングを行っていた。問診内容が両者で重複している部分はあったが、ソーシャルワーカーも医師もそれぞれ全体を把握しようと試みていた。その上で、注目すべき情報と望ましい治療方針について、

それぞれの専門の視点から対等にディスカッションすることによって、より適切なアセスメントと治療計画づくりに繋がっていると感じられた。役割分担として完全に分離しているのではなく、患者にかかわること全体のコーディネートをソーシャルワーカーが行う中で、特に医療面のコーディネートを老年科医師が行う形で、円滑な協働が行われていることが示された。

2.2 ミシガン大学病院 ヘルスシステム 疼痛治療クリニック (Spine treatment clinic) におけるカンファレンス場面の見学

医師・心理専門職・理学療法士・職業カウンセラー・ソーシャルワーカーらによるチームカンファレンスを、約1時間見学させていただいた。通常看護師も参加するが、見学の時は不在であった。10数例の患者の背景や経過、今後の治療方針に関する理学療法士またはソーシャルワーカーからのサマリー報告に続いて、それぞれの職種から自由に意見が述べられていた。形式的ではない大変自然でリラックスした様子で話し合いが行われており、チーム連携の良さが伝わってきた。司会役の男性医師は、あまり多くを語らず、各々の意見にじっくり耳を傾け、柔らかな雰囲気で見守り、意見が出尽くしたと見ると総括して、次の事例に移っていた。最後に私たち研修団にも質問はないか尋ねるなど、細やかな心配りが見られた。

2.3 ミシガン大学病院・老人病棟でのチーム医療

近年、米国では日本と同様に、社会保障費の抑制や医療の効率化を図るために、高齢者を中心とした在宅ケアへのスムーズな移行が社会的に要請されている。そのため、医療・保健・福祉サービスの連携は不可欠なものとなっているとのことであり、ミシガン大学病院・成人病棟では、その要請に応えるべく、例えば高齢入院患者の



(生理学者、理学療法士、医師、ソーシャルワーカー、職業カウンセラーらによるチームカンファレンス)



(左から2番目 臨床実習中の医学部学生、後方医師、中央 高齢者専門看護師、右から3番目ソーシャルワーカー)

せん妄予防に関して評価シート (CAM:Confusion assessment method、The Hospital Elder Life、2011) を用いてチームで共有するなど、医師・看護師・ソーシャルワーカーがチームを組み、協働して治療や支援にあたっていた。このチームは、連携をとり始めてまだ日が浅く試行的に連携を模索している段階であったが、成果や手ごたえは感じているという。このような地道な取り組みを積み重ね実績を上げることによって、病棟内に多職種連携を定着させていきたいという抱負を語っていた。

さらに、チーム医療の実践の場面を医学部学生が臨床実習の場として体験していた。医学生にとってこのような実習体験は、知識として理解していた連携の重要性を体感することによって、より実践に直結する貴重な学びであるとの感想が、医学生本人から語られた。

2.4 ミシガン大学とアナーバー市全体との連携

ミシガン大学の M - Healthy (Employee Health Programs: ミシガン大学病院における従業員健康プログラム) 担当者より、アナーバー市全体がミシガン大学と密接に関係しあっている状況が語られた。もともと、学生や教員、病院職員などを対象とした健康推進プログラムを実施しているが、これらの学生・教職員の住民に占める率が高いこともあり、ミシガン大学を拠点とし、大学内外の機関同士の連携を推進しており、医療をはじめ、アナーバー市の学校・企業等の地域を対象とした健康増進活動など、さまざまなサービスが提供されているとのことであった。これらの活動には各種保健医療専門職のみならず、大学の経営陣や自治体関係者等を含む、政治・経済・産業・教育分野等の多くの職種が参画・連携しているとのことであった。

V. 考 察

1. PQE プロジェクトからの示唆

今回、ターナークリニックにおいて実施された PQE プロジェクトに関して、実際に担当された方々に詳しい話を聞き、討議することができ、PQE の手法の利点と課題に関して、以下のような示唆が得られた。

まず、PQE のプログラムは、臨床での連携場面を実際に見るなど臨場感があり、その体験を基に自分たちでグループワークを行って話し合うなど、参加型の学習方法であり、また適切なフィードバックを得ることによって、自らの潜在的な連携意識を含めて、様々な気づきを得られることが利点として挙げられる。実際に、連携に関する知識と態度の一部に関して、有意な改善が見られたと報告されている (Fitzgerald et al., 2006)。知識だけでなく、意識や態度の振り返りを中心とした教育となっているので、より深い学びとなっており、自らの連携に関する態度や行動の改善に繋がりがやすかったと考えられる。

また、PQE プロジェクトに関わる教員自身も事前の研修プログラムの受講が必須となっており、本プロジェクトの遂行を通じて、教育スタッフ自身の連携スキルが向上したことも大きな意義があったと考えられる。プロジェクトの実施前には、医師・看護師・ソーシャルワーカーの関係性は必ずしも良くなかったとのことだが、実施後には良い連携関係が築かれたとのことであった (Williams et al., 2006)。

一方、PQE プロジェクトを実践しての課題として、研修生の職種による満足度のばらつきが見られたことが注目される。研修後の評価において内科医レジデントの満足度が一番低く、ソーシャルワーク・薬学の大学院生の満足度が高かったことに、内科医レジデントが最も実践での経験が豊かであったことが影響している可能性が考えられる。研修生の臨床経験レベルを合わせることも重要であるとの示唆が得られる一方で、経験の長さだけでなく、職種間の立場の対等性をいかに実現し得るかに関する配慮が必要であるとも考えられる。その意味からも、指導スタッフのファシリテートやデブリーフィングの力量が重要と考えられ、指導スタッフの事前研修の大切さとともに、それに費やす一定の時間とエネルギーの確保が必要であることが示唆された。

2. 実践場面の見学・聞き取りからの示唆

今回、新患アセスメントやカンファレンスの場面など、ミシガン大学関係の様々な実践場面の見学を通して、医

師や看護師、ソーシャルワーカーなどの間に、対等でお互いを尊重した関係性が築かれていることが実感できた。連携教育の必要性が叫ばれる背景の1つとして、それぞれの専門職が実践で尊重されていない、特に医師に関心を持たれていないと感じている保健医療職が少なくないと思われる。連携教育の目的は、他職種の専門性についての知識を得ることだけでなく、円滑な連携のための行動変容であると考えられる。今回、研修医がそれぞれの指導医について病院内で研修している場面（ターナークリニックでの新患アセスメント、ならびに老人病棟の回診場面）を2通り見学することができたが、他職種と良好な関係性を築いている医師を指導医に持つ研修医は、ごく自然な形でその行動モデルを学んで身につけていると感じた。すなわち、指導医が多職種連携に関して積極的に開かれた視点を持ち、多職種との協働を実践していることが、教育上きわめて重要であることが示唆された。良好な多職種連携のロールモデルを身近に見て育つ学生は、自然にその必要性と行動様式が身につく可能性が高いと言って良いであろう。

3. 本学の連携教育への示唆

PQE プロジェクトに関する聞き取りおよび実践現場の見学から得られた情報から、今後のチーム連携教育の企画や実践に活かせるヒントについて研修参加者間で話し合いを行い、下記のような示唆が得られた。

第1に、学生たちにとっても強い関心を持って学べるように、臨床上重要な題材を用いることが望ましいことが改めて浮き彫りになった。救命救急センター、集中治療室、一般病棟、地域で慢性疾患をもって患者が生活する場合など、いくつかの特徴的な医療場面に関する多職種連携チームのあり方を学ぶことは、有益と思われる。その際のテーマの選び方としては、多分野の学生の興味を引きやすく、分かりやすいものが最適であろう。例えば疼痛はすべての職種が共通に理解でき、事例検討の題材として取り上げやすく、連携教育の事例として適していると考えられる。

第2に、実践事例に基づいて多職種でのグループワーク・ディスカッション等を体験し、振り返りを行うプログラムの場合、職種間の経験レベルを揃えることが望ましいことが示唆された。学生はその専門性の確立において発展途上であるが、一定程度の実践（実習）経験を有した上で、臨場感を持って多職種チームにおける連携のあり方を考え、ディスカッションに参加することが望ましいと考えられる。従って、看護学科・社会福祉学科の4年生、および医学科の4年生以上を対象としたプログ

ラム、または、ミシガンのPQEのように、大学院修士課程レベルの学生または新任スタッフや研修医レベルを対象としたプログラムを検討することが、より効果的と考えられる。特に、実践に出る直前または直後に、他職種との関わり方について、専門的視点を持った他者から適切なフィードバックを得る機会は、保健医療福祉専門職としての成長に向けて、非常に有効な示唆を与えることが期待される。一方、それより低学年が対象の場合は、PQEのように個人ごとに細やかなフィードバックを行う学習ではなく、連携についての一般的な知識を習得する講義型教育や、話題や事例に基づいて自由に意見交換するような形の参加型学習でも十分意義があると考えられる。

第3に、日頃から教職員が病院内や地域との連携に関する高い意識を持ち、学生への良いモデルとなれるように、自らの実践状況を振り返り連携スキルを向上させる必要があることが示唆された。連携教育の事前準備として、教育に携わる教職員同士が対等な関係で連携が図れるようなトレーニングが必要である。そのためには、教員や病院職員が連携教育の重要性についての共通認識を持ち、効果的なグループワークのファシリテート手法を学ぶ研修機会を設けることや、本学の状況に合った新たなモデルを共同開発するなどの研究的な取り組みも求められる。このようなプログラムを実現するためには、実践現場と教育現場との互いの理解と協力が必要であり、学部・学科を超えた教職員同士のこれまで以上の連携強化も必要となるだろう。

第4に、今回聞き取りを行ったPQEのプログラムは、大人数の学生に展開しにくいというデメリットを合わせ持つ側面も示唆された。実践的な事例や現場を見せて、学生同士で考察・討議させ、適切なフィードバックを加えるという、本手法の根幹はシンプルであるが、教員の事前学習や学生に十分に見せて、考えさせ、討議させる時間が必要であり、それらを教員が適切にチェックして、学生にとって受け入れ易いフィードバックを行うには、多くの時間とエネルギーを要する。

すでに、多職種連携教育の試行に関するいくつかの報告があるが（亀井 2005、丸山 2007、酒井 2008、埼玉県立大学 2009）、このプロセスを、目的や対象人数に合わせてどのように本学で展開するかを十分検討する必要があると考えられた。また、連携教育の実践評価についても並行して検討し、アウトカムを明確にしていく必要があるだろう（Remington, et al., 2006）。

以上を総括すると、基礎教育のうち、全学生向けの必修科目と、関心を持つ学生への選択科目、さらには大学

院教育、卒後の継続教育など、多層的なプログラムマップづくりを視野に入れることも必要と考えられる。本学医学部・健康科学部、および大学院医学研究科・健康科学研究科の連携教育の具体化の取り組みには、各学科・研究科のカリキュラムの確認を行い、カリキュラム改変時に合わせてカリキュラム自体に新科目として、あるいは既存科目の教育内容に入れ込むなどの大掛かりな取り組みとともに、少しの工夫で現在のカリキュラムに取り入れることのできる内容もあると考えられ（佐藤、錦戸ほか 2011）、両面から検討していく必要があるだろう。その際、対象学年と、取り上げる教材・素材が合っているかの吟味を行う必要があると考えられる。何よりも、教育スタッフである教職員が学部・学科や職種の枠を越えて、平等のパートナーシップの理念の基に互いの役割への理解を深めることが求められる。患者・利用者主体の支援の質向上に向けてより良い連携のあり方を探求していくことが、各職種の学部学生、大学院生、新人スタッフにとっての何よりのロールモデルとなると期待される。

今回のアメリカ、ミシガン州アナーバー市での聞き取りと見学での学びを通して、できるところから関係者間の話し合いを進め、チーム連携教育を深めていきたい。

謝 辞

本調査を行うにあたり、ご尽力いただきました多くの皆様に、深く感謝申し上げます。

本調査は、平成22年度文部科学省科学研究費東海大学健康科学部 間接経費（10XB00000）、国際共同研究推進準備計画の一環で行われた。

文 献

- Fitzgerald, J. T., Williams, B. C., Halter, J. B., Remington, T. L., Foulk, M. A., Persky, N. W., & Shay, B. R. (2006): Effects of a geriatrics interdisciplinary experience on learners' knowledge and attitudes. *Gerontology and Geriatrics Education*, 26(3), 17-28.
- 亀井智子、辻彼南雄、橋本泰子、黒川由紀子、田中耕太郎、フォーク阿部まり子、梶井文子（2005）：高齢者への学際的チームアプローチの向上を目的とした保健医療福祉

専門職学生合同老年学教育プログラムの効果。聖路加看護大学紀要、(31), 36-45.

厚生労働省 HP チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）（2010）：shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf”

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>.

文部科学省 HP 学士過程教育の構築に向けて 第3章 学生課程教育の充実を支える学内の教職員の能力開発（2008）： http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2008/12/26/1217067_001.pdf.

Ruth Cambell (2009)：第4回 東海大学伊勢原校舎 FD 研究会 資料「Interdisciplinary team care at the University of Michigan Geriatric Center :How to train flexible, creative team. 多職種チームケア」.

Remington, T. L., Foulk, M. A., & Williams, B. C. (2006) : Evaluation of evidence for interprofessional education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(3), 66.

酒井郁子、宮崎美砂子、山本利江、石井伊都子、中村智徳、根矢三郎、朝比奈真由美（2008）：千葉大学医療系学部基礎教育課程における専門職連携教育の取組み 看護学部、薬学部、医学部必修教育プログラムの開発と実施。千葉大学看護学部紀要、(30), 49-55.

佐藤幹代、錦戸典子、稗田里香、上野滋（2011）：看護学科・社会福祉学科・医学科におけるチーム連携教育トライアル「学生カフェ2010」の成果と課題、日本保健医療福祉連携教育学会 第4回学術集会抄録集、p46.

埼玉県立大学（2009）：IPWを学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携ー（初版）. 東京：中央法規.

The Hospital Elder The Confusion Assessment Method (CAM) (2011.11)：LifeProgram<http://www.hospitalelderlifeprogram.org/public/public-main.php>.

東海大学伊勢原校舎（健康科学部・医学部）FD研究会（2009）：第4回東海大学伊勢原校舎 FD 研究会資料「チーム連携能力の育成に向けた教育方略」.

Williams, B. C., Remington, T. L., Fonterdisciplinary geriatrics ambulatory care: A case study. *Gerontology and Geriatrics Education*, 26(3), 29-45.

参考文献

山梨県立大学（2011）：平成20～22年度文部科学省「質の高い大学教育推進プログラム（教育 GP）」採択 学際統合型専門職連携教育開発プロジェクトー最終報告書ー、山梨県立大学教育 GP 執行部.