

医学教育 2007, 38(3): 181~185

報 告

カナダにおける専門職間教育の新しい流れ

奥谷 珠美^{*1,2} 浜田 久之^{*1,3} ヘレン P バティアー^{*1}
大谷 尚^{*4}

要旨:

- 1) 多くの専門職が働く北米の医療現場では、医療サービスが細分化、専門化されているために、臨床業務の中で専門職がより有機的、協力的に結びつく Interprofessionality という概念が必要とされている。
- 2) Interprofessionality を導入するためには、異なる専門職が交わって学ぶ専門職間教育が必要であり、カナダ政府は、患者中心のための医療改革のひとつとして、多額の予算をかけて専門職間教育を推進している。
- 3) 2006年トロント大学では、専門職間教育を推進するリーダーを育てる教育者コースを設立した。著者らはこれに参加し、日本にも同様のコースの必要性を強く感じた。

キーワード: 専門職間教育, 患者中心医療, ファカルティ・ディベロップメント, カナダ

A New Trend toward Interprofessional Education in Canada

Tamami OKUTANI^{*1,2}, Hisayuki HAMADA^{*1,3}, Helen P. BATTY^{*1}, Takashi OTANI^{*4}

- 1) The concept of interprofessionality, i.e., cohesive and cooperative practice between professionals, is necessary in North America because health professionals specializing in various fields work together on medical services.
- 2) To introduce the concept of interprofessionality, interprofessional education, in which many kinds of health professionals or students learn together, is extremely important. The Canadian government has been promoting and generously subsidizing interprofessional education as a way of improving public health and emphasizing patient-centered medicine.
- 3) In 2006, the University of Toronto established a new certificate course for future educational leaders who promote interprofessional education. We participated in this course and recommend that a course of this type be introduced to Japan.

Key words: interprofessional education, patient-centered practice, faculty development, Canada

*1 トロント大学医学部ファカルティ・ディベロップメント・センター, Department of Medicine, Center for Faculty development, University of Toronto, Canada

*2 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科生体機能再生再建学, Field of Study of Biofunctional Recovery and Reconstruction, Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama University

*3 国立病院機構長崎医療センター臨床教育センター, Clinical Medical Education Center, National Hospital Organization Nagasaki Medical Center, Japan

[〒856-8562 長崎県大村市久原 2-1001-1]

*4 名古屋大学大学院教育発達科学研究科, Department of Educational Sciences, Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University

受付: 2006年6月19日, 受理: 2006年9月27日

Interprofessionality と interprofessional education

多くの異なる医療専門職が働く欧米の医療現場では、医療サービスは細分化、専門化、高度化する傾向にある。それぞれの専門職がお互いの理解が不十分なままに、それぞれの視点で、医療サービスを提供することにより、患者・家族へ混乱や不利益、社会的には高いコストをもたらすことが問題となった。そこで、患者中心医療のために interprofessionality (異なる専門職の間で、互いの仕事内容を理解し、結束して業務にあたり医療サービスを向上、発展させる。以下、IP) という概念が生まれた¹⁾。

さらに、IP を実施するために、異なる職種の間で、共有できる教育機会が求められるようになった。1988年、ジェノバにおける World Health Organization (WHO) のワーキンググループでは interprofessional education (以下、専門職間教育) を「異なる教育的な背景を持つ医療職に従事する者または学生のグループが、健康に関する増進的、予防的、治癒的、機能回復的なサービスを提供する際に、協力的に相互作用することを重要な目標として、一定の教育期間に共に学ぶ過程

である」と定義し、推奨した¹⁾。

北米における少子高齢化、移民の増加、胎児の権利の問題、家族構成の複雑化などの近年の医療を取り巻く環境の複雑化や職種間の競争とコミュニケーションの不足により、専門職間教育の必要性が認められてきている¹⁾。さらに、専門職間教育は患者中心の医療を協力的に行うための職業システム、医療者教育システムの再構築の側面を伴っている (図1)²⁾。

図1が示すように、患者中心医療を実践するための専門職間教育モデルは教育システムと専門職システムの相互作用より成立する。医療現場の中では、多くの専門職が患者へ関わっており、患者のニーズに合致した専門職間の目的の共有と機能的な組織的ケアが患者中心医療に必要である。この患者と多専門職集団の関係は、教育システムでの学習者と教育者の関係と類似している。学習者と教育者は、学習契約により目的を共有し、良好な教育環境が学習の成果を生む。ある専門職種者が、学習者となることにより、学習者—教育者関係がどのように働くかを経験し、専門職としての適性を獲得してゆく。さらに、多職種で学ぶことにより、共通の言語を習得してゆき、所属意識も芽生え、効率的な職場の管理体制が取れるように

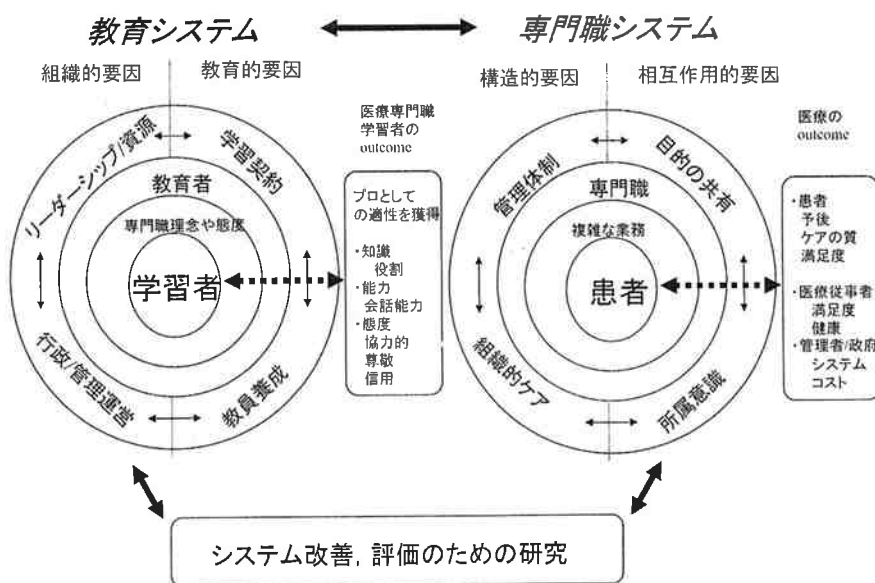


図1 患者中心医療を実践するための専門職間教育モデル

D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care* 2005 May; 19 Suppl 1: 15.

なる。個人の学習経験は、最終的に患者—専門職集団の関係を良好に構築することにつながり、医療のアウトカムに貢献する²⁾。

カナダにおける interprofessional education (専門職間教育)

1990年代初頭より、カナダ政府は医療現場や大学に専門職間教育の推進を促し、2000年には政府系の機関 Health Canada は、プライマリ・ケアの改革に8億カナダドル(約800億円)を投じた。その柱のひとつに、患者のニーズに合ったプライマリ・ケアにおけるIPと専門職間教育、その研究を置いている。2003年には、Health Canada は、「専門職間教育は、患者中心医療に必要な知識、技術、態度を医療従事者が獲得するために、将来の医療者教育の柱となる」と位置づけた¹⁾。

資格取得前の学生教育では、医学生、歯学生、看護学生が同じプログラムで学ぶ試みが各大学で数年前より開始されている。(例えば、エドモントン大学の解剖学や生理学、トロント大学の疼痛治療コース) 資格取得後の医療従事者教育においても、リハビリテーション科、家庭医学科などで、さまざまな試みが始まっている。

また、この分野のリサーチも欧米では行われている。例えば、高齢者の病態の評価や管理、虐待症例の救急部でのフォロー、性行為感染症のスクリーニング、成人の予防注射、大腿骨頸部骨折症例のケアなどでは、専門職間教育を行ったほうが、治療効果や医療サービスなどの医療のアウトカムが向上するというエビデンスが出されている³⁾。しかし、資格取得前の教育に関しては、効果があるというエビデンスは今のところ出されていない³⁾。

2006年、トロント大学医学部の生涯教育部や教員養成センターなどが、専門職間教育を推進するリーダーを養成するコース(Intereprofessional Applied Practical Teaching and Learning in the Health Professions) 設立した。筆頭筆者は受講者として、共著者(HH, HPB)は、企画者として参加したので報告する。

Intereprofessional Applied Practical Teaching and Learning in the Health Professions コース⁴⁾の参加体験

【コース目的】IPを実践できる教育的指導者となるために、異なる専門職間の共通言語となる成人教育理論を学び、グループ活動を通して、理論の実践を行う。

【期間・スケジュール】表1に示したように、第1週目に成人教育理論の講義や事例を学ぶ。この間に、自分の臨床現場における教育的な問題点を挙げ、それを解決するための理論の構築を行う。同様の問題を抱えた参加者同士、3~5人のグループを作り、第2週目には各グループが自分たちでワークショップを主催する。第1週から第2週までに3か月の期間があり、この間、医療者教育に関する3冊の本の書評と、自身や同僚の教育方法についてのレポートを提出する。第2週のワークショップ終了後、各自のテーマに関する論文を提出する。終了後、評価を受け、臨床教師step1の資格が与えられる。講師は、カナダ、アメリカの医学部、看護学部、教育学部の大学教授が中心であった。

結果：終了時に全員へ20項目のアンケートを行った。一部を下記に示す。

【参加者背景】31名の参加者があった。海外より4名、トロントのあるオンタリオ州より21名、他州より6名。職種は、看護師10名、医師7名、作業療法士2名、理学療法士3名、ソーシャルワーカー3名、事務2名、その他4名。教育的地位は、プリセプターなど臨床現場の指導者11名、大学などの教員・講師クラス8名、コースディレクター・教授クラス4名、これから教育職を目指す人8名。

【参加動機】昇進のため10名、個人的興味16名、病院の要請4名、その他1名。

【費用(日本円で約25万円)は誰が支払ったか】参加者自身12名、病院など12名、奨学金2名、その他6名。

【第1週から第2週までの3か月間の宿題の量についての感想】宿題が多すぎと思った人10名。適量と思った人15名。その他6名。

表1 トロント大学の医療従事者のためのIP理論を用いた教育ワークショップのスケジュール

		月	火	水	木	金
第1週 2006年 2月	午前	<ul style="list-style-type: none"> 自己紹介 コースの目的 自分の発表テーマ選択とグループ分け 良い教師とは 	<ul style="list-style-type: none"> 小グループ学習理論 教育実践のための組織形成理論 	<ul style="list-style-type: none"> 相互作用方法を用いた教授法 	<ul style="list-style-type: none"> 各自のテーマの選択理由を発表し質疑、応答 	<ul style="list-style-type: none"> 評価方法理論 学生評価 教師評価 プログラム評価
	午後	<ul style="list-style-type: none"> 成人教育理論とは 学習契約とは メンターの利用(食事会) 	<ul style="list-style-type: none"> フィードバック法 省察学習理論 	ワークショップ <ul style="list-style-type: none"> 文献検索方法 Power Pointの使い方 メンターとの討論 	<ul style="list-style-type: none"> 午前の続き(食事会) 	<ul style="list-style-type: none"> 第1週目のサマリーと評価
3月～ 4月	宿題	<ul style="list-style-type: none"> 教育学関連の本を3冊読んで、レビューを書く。 自己の教え方、同僚の教え方を客観的に観察し10枚程度のレポートを出す。 				
第2週 2006年 5月	午前	<ul style="list-style-type: none"> ワークショップの主催の仕方 最新の医学教育の動向 	<ul style="list-style-type: none"> 学習カリキュラム作成理論 ITを用いた学習 	<ul style="list-style-type: none"> 政府系機関講師によるIP理論の応用についての講演 	<ul style="list-style-type: none"> 教育三者理論 マッピング法 学習スタイル ロールプレイ法 	<ul style="list-style-type: none"> 評価方法理論2 学生評価 教師評価 プログラム評価
	昼食	<ul style="list-style-type: none"> ポスターによる各自学習成果についての発表、討論 				
	午後	午後は3～4名の各グループ主催による3時間のワークショップ				<ul style="list-style-type: none"> 第2週目のサマリーと全体評価
6月	宿題	<ul style="list-style-type: none"> 教育理論を自分の臨床現場への応用を目的とする10枚程度の論文を提出する。 				

【3か月の間にグループ間で何回、直接会ったか】5回以上9回5名、2回以上4回15名、1回4名、無回答6名。

【ワークショップについての感想】非常に満足または満足25名、普通3名、やや不満足3名。

日本人の視点より

臨床医として働き始めた頃、看護師や理学療法士がどのような学習をしてきて、どのような視点で患者をみているか理解しておらず、職種間のカンファランスなどに参加しても、議論がかみ合わない思いをした経験がある。カナダにおいても同様な現象はあるようだが、IP理論を用いて相互理解

に基づく効率的合理的な医療を目指そうとする試みの1つがこのコースにあった。

総論的な成人教育理論を理解させ、その理論で、自分の周りの教育環境を分析し、最終的に現状改善のための各論的な方法を立案するという合理的な考えの下に、コースが作られていた。参加者は、宿題などをこなしながら、徐々に共通言語である教育理論を修得してゆくので、最終的に、職種を越えた激しい議論となることに驚いた。背景には、議論し主張することを是とする個人主義、民主主義の北米文化があり、職種間のコミュニケーションや社会を巻き込んだ議論でのみ医療の問題が解決できるという前提があるのかもしれ

ない。また、コメディカルは日本よりも高い学歴（専門職資格取得には高卒後4～6年の期間がかかる）と現場での広い裁量権を持ち、どの職種も対等に活躍し評価されるべきという主張を機会あるごとに行っている。

国民皆保険制度を持つカナダにおける医療や医学教育の問題は、日本と類似する点も多く⁵⁾、日本においても職種の枠を超えた、専門職間教育のワークショップやコースなどが必要な時期に来ているのは間違いないと思われる。患者中心の医療をめざすための、全医療職を巻き込んだ新しい日本的な教育ムーブメントを当学会が中心となり起こす必要があると異国の地で強く思った。

文 献

- 1) Barr H, Koppel I, Reeves S, et al. Effective Inter-professional Education: Argument Experience and Evidence. Blackwell Pub, Boston, 2006.
- 2) D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care* 2005 May; **19** Suppl 1: 8-20.
- 3) Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care* 2005 May; **19** Suppl 1: 148-65.
- 4) University of Toronto, continuing medical education Information Management: a proposal. September 2005. URL: <http://www.cme.utoronto.ca/PDF/PHS0601-C.pdf>
- 5) 浜田久之, リサ・F・フリーマン, ヘレン・P・バティアー, 他. 自己決定的な学習と地域立脚型クリニック・クラークシップ. *医学教育* 2006; **37**: 67-77.

て が み ・ CORRESPONDENCE ・ て が み ・ CORRESPONDENCE ・ て が み

英国での研修医評価

『医学教育』第38巻・第2号143ページに文献紹介として英国での研修医制度（Foundation Programmes）の紹介をしました。その後、臨床実習での学生評価についてOT・PTの学校の先生とメールでやり取りをしている中で、その先生から、民医連関西臨床研修センターのサイト（<http://www.kansai-rinken.net/html/sidoui-keijiban/061225-hyouka-tool.html>）を教えてくださいました。文献紹介で述べた、Mini-CEX, DOPS, CbD, Mini-PATの評価表が日本語で載っています。研修医のcompetenceの評価として、研修医が実際に診療に携わっているworkplace

での評価表です。研修医指導に当たっている先生方や、臨床実習の学生評価に悩んでいらっしゃる先生方に参考になると思います、「てがみ」を書きました。

臨床実習は「職場」での学びです。医学生が臨床実習で患者さんから学ぶとき、指導者は医師に限られるわけではないと思います。医学生が臨床実習で学ぶ時、病棟の看護師の受け入れ状況がその学習に大きく影響するという報告もあります。医学生が病棟、外来、在宅で臨床実習をする時、医療チームの全スタッフがその教育に携わっているという文化を作っていくことが重要だと再確認しました。

（東京慈恵会医科大学教育センター 福島 統）