

—医学教育トピックス—

多くの職種が参加する医療者教育

—Inter-professional Education

福島 統

東京慈恵会医科大学教育センター

A Medical Education Attending Multi-professional Health-care Providers

Osamu Fukushima

Center for Medical Education, Jikei University School of Medicine

(日本医科大学医学会雑誌 2012; 8: 255-259)

Key words: medical education, inter-professional education, team working, patient safety, off-campus practice

はじめに

Inter-professional Education (IPE: 多職種連携教育) は医学教育の一つの重要なキーワードとなってきた。本稿では、IPE がどのような経緯で世界の医学教育に取り入れられたのか、現在わが国ではどのような IPE が行われているのか、医科単科大学である慈恵医大で行っている IPE プログラムを紹介し、最後にこれからの医師が身に付けなければならないチーム学習の意味について考えてみたい。

2000 年初めに英国で起きた事件

英国の General practitioner (GP) である Harold Shipman は 2000 年に、218 名の患者を、麻薬を用い殺害したとして終身刑が言い渡された (2004 年に獄中で自殺した)。Shipman は、警察が立証できなかった数を含めると 1975 年から 1998 年にかけて 450 名以上の高齢者を殺害したと推定されている¹。英国では GP は地域の「Surgery」と呼ばれるクリニックで、複数の医師、看護師、薬剤師、理学療法士、診療所職

員などとともに働いている。しかし、この事件では同じクリニックで働いていたスタッフが彼の犯罪に気づいていなかった。同じく 1990 年、ブリストル王立小児病院の麻酔科医が、同病院の二人の心臓外科医の手術後の死亡が多いことを病院長に内部告発したが、この内部告発が黙殺されるという事件が起きた (その後マスコミ報道などで 1998 年に病院長と心臓外科医たちは処罰された)。多くの病院関係者はこの病院での心臓外科医の能力に疑問を持っていたが、一人の麻酔医の内部告発以外の活動はなかった²。2000 年に 8 歳の少女ビクトリアが救急搬送された病院で、低体温と低栄養で死亡した。この少女が虐待を受けていたことを地域の GP、救急病院、小児保健センター、保健師、ソーシャルワーカー、そして近所に住む住民も知っていたが、それぞれが持っている情報は共有されず、ビクトリアは死亡した。

この 3 つの事件に共通している問題点は、医療における多職種連携協働が機能していないことにある。英国政府はこの事件後、医療系大学における IPE の推進を行うようになった。英国で始まった IPE は多くの国で取り入れられるようになり、わが国でも平成 17 年 (2005 年) 度文部科学省特色ある大学教育支援プ

表1 多職種連携教育の様々な形態

-
- 多職種の教員からの講義
 - 多職種の学生が事例をもとに討論学習
 - 多職種学生によるフィールドワーク
 - 他職種の職場での体験学習
 - 臨床の現場での多職種学生によるケース・カンファレンス
 - 臨床実習病院での多職種間ワークショップ
 - 職場での360度評価
-

ログラムに東京慈恵会医科大学と埼玉県立大学のIPEの取組が採択され、その後、多くの大学でIPEが実施されるようになった。

わが国でのIPE

IPEに関して日本医学教育学会でも、2010年(第42回大会)、2011年(第43回大会)と連続してシンポジウム、パネルディスカッションが組まれている。第42回では、筑波大学、千葉大学、神戸大学、埼玉県立大学、新潟医療福祉大学から³、第43回では慈恵医大、昭和大学、長崎大学、新潟県魚沼地区、佐久総合病院からの報告がなされた⁴。2008年11月には新潟医療福祉大学の髙橋榮明学長(当時)のもと、医学部だけでなく多くの医療系学部が参加する保健医療福祉連携教育学会が設立された⁵。

現在、学部教育で行われているIPEの学習形態を表1にまとめた。

慈恵医大のIPEプログラム

—私立単科医科大学としてのIPE

慈恵医大では5年次の臨床実習に入る前に、1年次に福祉体験実習、2年次に重症心身障害児療育体験実習と地域子育て支援体験実習、3年次に在宅ケア実習、そして4年次に病院業務実習をそれぞれ1週間単位で実施している。4年次の病院業務実習は1989年に看護業務見学実習として導入したものを、期間を延長し看護部だけでなく栄養部や薬剤部での実習も追加したものであるが、それ以外の実習は平成8年のカリキュラム改革とともに新規に作られたものである1年次の福祉体験実習では施設スタッフの介護福祉士、生活指導員、ボランティアが、2年次の重症心身障害児療育体験実習では、療育センターの病棟スタッフや特別支援学校の教員が、3年生の在宅ケア実習では訪問看護師が、4年次の病院業務実習では病棟看護師、栄養士、薬剤師が学生の指導者となる。すなわち、これ

らの実習は職場体験を通じたIPEである。私立の単科医科大学では、ほかの医療系学部の学生との合同授業は不可能である。そこで、慈恵医大は学生を多職種の職場で、多職種の指導をうける体験学習としてIPEを設定した。この多職種の職場での学習は、IPEだけでなく、「職場の中で学ぶ力」を養成するという意味もある⁶。

1) 福祉体験実習

1年次のこの実習では、学生は地域の授産更生施設へ1週間派遣される。知的障害者、精神障害者、身体障害者のための通所施設が実習先となる。この実習で学生は、就労支援活動の一部として行われる作業に障害者やスタッフとともに参加する。

2) 重症心身障害児療育体験実習と地域子育て支援体験実習

2009年に「重症心身障害児療育体験実習」を必修化した。この実習は、都内の療育センター、心身障害児総合医療療育センター、東京小児療育病院、神奈川県総合リハビリテーションセンターそして、都内の14校の特別支援学校で行われる。この実習と並行し、同時期に健康な子どもを対象とする実習「地域子育て支援体験実習」も行っている。地域の児童館、保育所、幼稚園、そして地域の子供たちに遊び場を提供するプレーパークなどを実習施設としている。多職種連携ということがよくいわれ、医師とほかの医療職者との連携が求められているが、本来の多職種連携とは医療者だけでなく、地域や行政(社会資源)との連携も含めてチームとして一人の患者を支えていくものだということを学生に示す実習でもある。

3) 在宅ケア実習

1998年に3年次の必修科目として、訪問看護ステーションの実習を開始した。在宅医療は地域医療の大きな柱の一つであり、介護保険導入により、ますますその重要性が増す分野でもある。訪問看護ステーション

は高齢者医療ばかりでなく、難病の長期支援、慢性疾患のフォロー（例えば、在宅リハビリなど）、末期癌患者の在宅ケアなども行っている。この実習では、多くの学生が在宅での神経難病患者に会う。大学附属病院では経験しない地域医療ニーズを学ぶことにもなる。慢性疾患の継続医療では、大学附属病院では考えもしない「患者の生活」を知ることになる。例えば、Duchene 型筋ジストロフィーの患者さんは 30 代、40 代の人がいる。今から 30 年前、私の学生時代には、例えば、Duchene 型筋ジストロフィーは 20 歳になる前に呼吸器感染症で亡くなると教わった。今は、在宅の管理が向上したので 40 代にまで平均寿命が延びた。この年齢に達するという事は患者の sexual activity を無視することはできない。このような問題を看護師とともに考える機会ともなっている。

4) 病院業務実習

1989 年に当時の阿部正和学長は、「看護業務見学実習」を 4 年次に導入した。学祖、高木兼寛の言葉「医師と看護婦は車の両輪のごとく」をカリキュラムに組み入れた。この実習は 2 日間であったが、平成 8 年のカリキュラム改革により 1 週間のプログラムに拡充され、学生は看護部(夜勤もあり)だけでなく、薬剤部、栄養部も見学するようになった。臨床実習の始まる 5 年生の前に、病棟構造や病院での多職種連携を知る科目となっている。

5) チーム医療構築ワークショップ (旧医療の安全教育ワークショップ)

2003 年 9 月に青戸病院医療事故が報道された。その後、様々な事故防止のための方策が取られたが、そのなかの一つに、「医療の安全教育ワークショップ」がある。医療安全は病院システムの改善だけでなく、教育という息の長い活動でこそ定着するという考えで企画された。2009 年からは名称を「チーム医療構築ワークショップ」と変え継続している多職種間コミュニケーションワークショップである。毎月第 3 土曜日の午後 4 時 45 分～6 時 15 分、附属病院 (本院、葛飾医療センター、第三病院、柏病院) において実施している。2004 年から 2009 年までの 5 年間は「医療の安全管理と倫理ワークショップ」として青戸病院医療事故を題材に合計 55 回のワークショップに延べ約 5,000 名の学生・教職員が参加した⁷⁾。

このワークショップは医師、研修医、医学生 (5 年生: 必修)、看護学科生 (4 年次: 必修)、看護学校生 (3 年次)、看護師、診療技術系職員、一般職員と病院

に関するすべての職種がグループワークに参加するもので、わが国ではユニークな取り組みである。ワークショップは病院ごとに開催される。学生はワークショップ開催時に臨床実習で配属されている病院でワークショップを受講する。グループ構成は医師、医学生、看護学生、診療技術系職員、一般職員が各 1 名、看護師が 2~3 名の合計 7~8 名構成である。グループ討論は「この病院での多職種連携の問題点」をテーマに 2 時間かけている。グループメンバーはすべて同じ病院で働く(学ぶ)者であるので、職種が異なっても、発言内容を自分の日々の病院内での活動と直結して考えるようである。このワークショップに参加した 5 年次の学生のコメントを引用する: 「1 年近くポリクリを行ってきた時点で今回のワークショップは自分にとって、臨床実習ということを再考する良い機会になったと思う。臨床実習とそれ以前の段階には大きな隔りがある。それは対象が教科書から患者さんが変わるということである。臨床とは自分の勉強のための場ではなく、患者さんの問題を改善するための場である。患者さんは私たちの勉強を助けるために病院に来ているのではないのだから、私たちは学生であるが、患者さんに貢献することを考え、そのための手段としての医療、技術、知識を学んでいかなければならない。そうした姿勢は、学生はもちろん医師になってからも継続していく必要がある」。職員のレポートの中には、学生の発言によって自分が自身の職業文化の中に埋没し、忘れ去っていた感覚を学生によって気づかされた、というものもあった。同じ病院で学び、働く人たちのグループ討論ではお互いが学習資源となっていることが示唆されている⁸⁾。

IPE からチーム医療、そしてチーム学習へ

2009 年の英国 General Medical Council の「Tomorrow's Doctors」⁹⁾ (英国における卒前医学教育指針) の第 22 節「Learn and work effectively within a multi-professional team」の記載を引用する。「(a) Understanding and respect the roles and expertise of health and social care professionals in the context of working and learning as a multi-professional team. (b) Understanding the contribution that effective interdisciplinary teamworking makes to the delivery of safe and high-quality care. (c) Work with colleagues in ways that best serve the interests of patients, passing on information and handing over care, demonstrating flexibility, adaptably and a

problem-solving approach. (d) Demonstrate ability to build team capacity and positive working relationships and undertake various team roles including leadership and ability to accept leadership by others.」

様々な専門職が協働することで質の高い医療が提供できる。また、チームとは学習する組織でもある。学生がチーム学習の能力を持ち、ほかの専門職を患者ケアに欠かせない専門家として尊重でき、そのチームの中で学び続けることができれば、その学生は医師としての生涯学習者になるであろう。チームメンバーとして共同学習するときの原則を波多野誼余夫は次のように述べている。「仲間同士の共同活動はお互いの違いを認めることから始まり、自分がないところを補完しあうものとして位置づけ、知識を共有しあう契機になっている。共同活動を通じてメンバー全員が必ずしも一つの共通の理解に到達するとか、同じ知識を共有しあうということだけが仲間との共同活動を考えていくときに重要なのではない。それぞれのメンバーが持っている『最近接発達領域』にお互いに刺激を与え合い、理解を促進させていくということが仲間との共同活動が持っている機能的意味なのである」¹⁰。専門を異にする人々が、共通の目的である「この一人の患者のケア」のもとに、それぞれの個性が尊重され、お互いの持てるものを持ち寄り、お互いがそれによって成長しながら活動する能力こそがIPEのアウトカムでなければならない。ここで最も大事なことは、医療チームの同僚として多職種を尊重する心であろう。チームメートが行う話し合いは討論ではなく、ダイアログ(dialogue)でなければならない。Peter Senge¹¹は、「チーム学習というディシプリンは『ダイアログ』で始まるそれは、チームのメンバーが、前提を保留して本当の意味で『ともに考える』能力である。ギリシャ人にとって、『dia-logos』は、『個人では得ることのできない洞察をグループとして発見することを可能にするような、グループ全体に自由に広がる意味の流れ』を意味した。(中略)ダイアログは、より一般的な『ディスカッション』とは異なる。『ディスカッション』は、『叩打(パーカッション)』や『衝撃(コンカッション)』を語源としていて、文字通り、勝者がすべてを得る競争の中で考えをお互いにお互いにつけ合うことである」と述べている。多分、われわれの言葉の「傾聴」に通じるのであろう。

余談になるが、ダイアログの力を学生に身に付けてもらうには、卒前でのコミュニケーション教育で(特に低学年から)、①グループメンバーは、一人ひとり

は異なる経験と知識を持っていること(人はその人のストーリーとヒストリーを持っている:他者尊重)、②話し手は、自分の意見を言葉にして説明することを通じて、矛盾がないかどうかを確認しながら自分の考えをまとめること(振り返り)、③相手を説得する、教える行為を通じて自分自身の理解が深まること(相互教授:reciprocal teaching)、④聞き手として、相手の話をその文脈の中で聞くことで、相手の話を論理的に傾聴するトレーニング(Critical thinking)をすることが求められる。

最後に

シップマン事件、ブリストル事件、ビクトリア事件の反省からIPEが始まった。シップマン事件やブリストル事件では、医療者がお互いを見られ合う間にならなければならないこと(peer review)、多職種が連携して協働することが患者安全につながることを示された。ビクトリア事件にはこれとは異なった視点がある。それは、この事件では医療者だけでなく、近隣住民にもこの虐待を防ぐ手立てがあったということである。

多職種連携、チーム医療という言葉は医療職種のみを対象にしているように聞こえるが、私はもっと広い範囲の連携をいうのだと考える。患者、家族だけでなく、地域の社会資源を含むものである。慈恵医大で行っている学外実習では、地域授産厚生施設、特別支援学校、地域の子ども支援団体、訪問看護ステーションに学生を送り出す。彼らは、安定期の統合失調症の患者さんたちに就労支援をしている福祉施設という社会資源、自閉症スペクトラムで学校になじめずに居場所を求めにやってくる地域の子どもの支援施設などの社会資源、高齢者が利用する介護サービスという社会資源を知ることになる。大学附属病院のような急性期疾患しか扱わない医療とは異なる多職種連携協働が地域には存在する。そして、地域では病を持ちながら自分の生活をしようとする多くの患者が存在する。地域では広い範囲の社会資源を含めた上での多職種連携協働が求められている。大学附属病院という限られた場所だけで医学教育を行ってはならない。なぜならば、われわれ医科大学の社会的責任は、大学附属病院の医師を作るのではなく、国民が求める国民のための医師を養成することにあるのだから。

文献

1. http://www.gmc-uk.org/Bulletin_issue_13_May_2010

- _32639517.pdf (Accessed on 5th, May, 2012).
2. 森臨太郎：イギリスの医療は問いかける。2008; 医学書院, 東京。
 3. 第42回日本医学教育学会大会予稿集. 医教育 2010; 41 (Suppl) : 29-31.
 4. 第43回日本医学教育学会大会予稿集. 医教育 2011; 42 (Suppl) : 15-17.
 5. 高橋榮明：学会誌「保健医療福祉連携—連携教育と連携実践」の創刊にあたって. 保健医療福祉連携 2009; 1: 1.
 6. Fukushima O: Jikei University School of Medicine: An interprofessional medical education program. Advanced initiatives in interprofessional education in Japan. In : Watanabe H, Koizumi M (eds). 2010; pp 49-56, Springer.
 7. 福島 統：医療安全教育—東京慈恵会医科大学での取り組み（事故の振り返りなど）—。医療の質・安全学会誌 2011; 6: 371-373.
 8. 福島 統：医学教育の新しい流れ. 慈医誌 2010; 125: 39-50.
 9. http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf (Accessed on 5th May, 2012).
 10. 認知心理学5 学習と発達. 波多野諠余夫編, 1996; 東京大学出版会, 東京.
 11. Senge P: 学習する組織. 枝廣淳子, 小田理一郎, 中 小路佳代子訳. 2011; 英治出版, 東京.

(受付：2012年5月7日)

(受理：2012年5月18日)
