

【論文】

IPE (InterProfessional Education) をめぐる経緯と現状、課題
—医療専門職養成の動向を中心に—

佐伯知子

The Present Situation and Issues
in InterProfessional Education of Medical Education

SAEKI, Tomoko

IPE (InterProfessional Education) とは、複数の領域の専門職者が主に連携・協働のためにともに学び合い、お互いを理解する専門職の教育・学習のあり方を指す。日本では 2008 年頃から、医療分野をはじめとする専門職養成に IPE が取り入れられ、広がりを見せてきた。本論は、これらを「医療系 IPE」と呼び、日本での展開経緯、現状や課題について検討するものである。

1. 日本の医療現場の現代的課題と IPW (InterProfessional Work) への着目

医療の現場はさまざまな職種の人びとが働く場である。表 1 をみると、医療現場従事者としてのイメージが強い医師・看護師・薬剤師のみならず、臨床検査技師・理学療法士 (PT) ・作業療法士 (OT) ・管理栄養士・介護福祉士などについても、各病院に一定数勤務していることがわかる。こうした傾向は今後、医療技術の進歩とともに多様な専門職種が誕生していく可能性を考慮すれば、ますます強まっていくものと思われる。

表1 職種別にみた病院の常勤換算従業者数（2011年10月1日時点）

（単位：人）

職種	従事者数	病院当たり	職種	従事者数	病院当たり
医師	199,499	23.2	診療エックス線技師	244	0.0
歯科医師	10,112	1.2	臨床検査技師	49,772	5.8
薬剤師	42,803	5.0	衛生検査技師	142	0.0
保健師	4,748	0.6	臨床工学技士	14,586	1.7
助産師	20,122	2.3	あん摩マツサージ指圧師	2,103	0.2
看護師	704,627	81.9	柔道整復師	565	0.1
准看護師	153,691	17.9	管理栄養士	18,824	2.2
看護業務補助者	196,894	22.9	栄養士	5,487	0.6
理学療法士（PT）	51,800	6.0	精神保健福祉士	7,723	0.9
作業療法士（OT）	33,021	3.8	社会福祉士	6,767	0.8
視能訓練士	3,436	0.4	介護福祉士	34,942	4.1
言語聴覚士	10,651	1.2	その他の技術員	16,692	1.9
義肢装具士	64	0.0	医療社会事業従事者	8,839	1.0
歯科衛生士	4,637	0.5	事務職員	185,825	21.6
歯科技工士	750	0.1	その他の職員	80,744	9.4
診療放射線技師	39,629	4.6			

出典：厚生労働省 統計情報部「平成23年病院報告」

では、このように多様な専門職者が働く現場は、実際にどのように連携し、機能しているのか。結論から言えば、個々の専門職の独立性は極めて高く、セクショナリズムが強い状態にあると言える。すなわち、それぞれが固有の専門職性を有する中、指示系統や情報管理も専門職別の、縦割りを基本とする組織体系となっているのである（図1）。

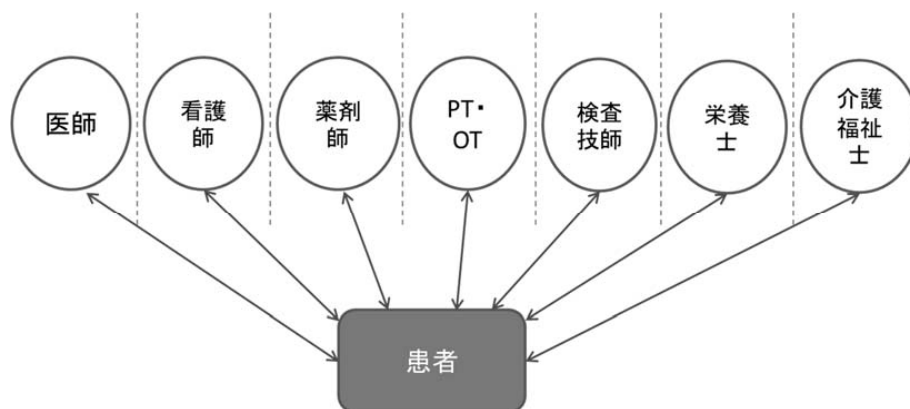


図1 医療現場におけるセクショナリズムのイメージ

だが近年、このような状況に対して、三つの次元から限界性が指摘されてきている。

第一に、個人で仕事を行うことの限界性である。日進月歩の勢いで医療技術が高度化・複雑化し、専門領域がより細分化される一方で、自身の専門領域のことに目を向けるだけで治療・ケアを行うことの困難性や課題が認識されるようになってきているのである。

第二に、縦割り型で仕事を行うことの限界性である。医療現場において、専門職同士の日常的な連携不足やコミュニケーションの不具合などによる医療過誤やケアの質の低下などは、近年ますます問題視されるようになってきている。そうした中、各々の専門職領域が縦割り型で仕事を行うという「常識」に、疑問が投げかけられるようになってきているのである。

第三に、単独領域で仕事を行うことの限界性である。医療界全体の議論の方向性として、患者の「疾病」のみをとらえその治療に終始するのではなく、一人の「生活者」として課題やニーズをとらえたケアを試みるものへとシフトしている。また、治療・ケアの場についても、病院などの施設から地域社会への移行を目指す流れにある。こうした変化はすなわち、保健・医療・福祉の広範囲にわたる連携が必要となることを意味するものである。

このようにして、一人の患者のケアを多領域の専門職者で協働して行う必要性・必然性が急速に増してきた。その中で注目されるようになったのが、IPW (InterProfessional Work) という発想である。そこでは、「一見、独自の体系をもつようにみえる諸分野も、本来、利用者の複雑なニーズを解決するために分化してきたものであ」¹るとの認識の下、「それらが IPW という方法論の下で再統合されることによって、利用者が本来求める有効な成果を生み出すことにな」²ることが期待されたのである。こうした考え方を踏まえ、図 2 のようなイメージで医療体制を組織することが求められるようになってきた。なお、これはあくまで一つの医療機関内での連携・協働イメージだが、地域医療という観点からすれば、社会福祉士やケアマネージャー、保健師やホームヘルパーなどより多様な専門職者が関わることとなり、網の目はさらに広がりをもつといえる。

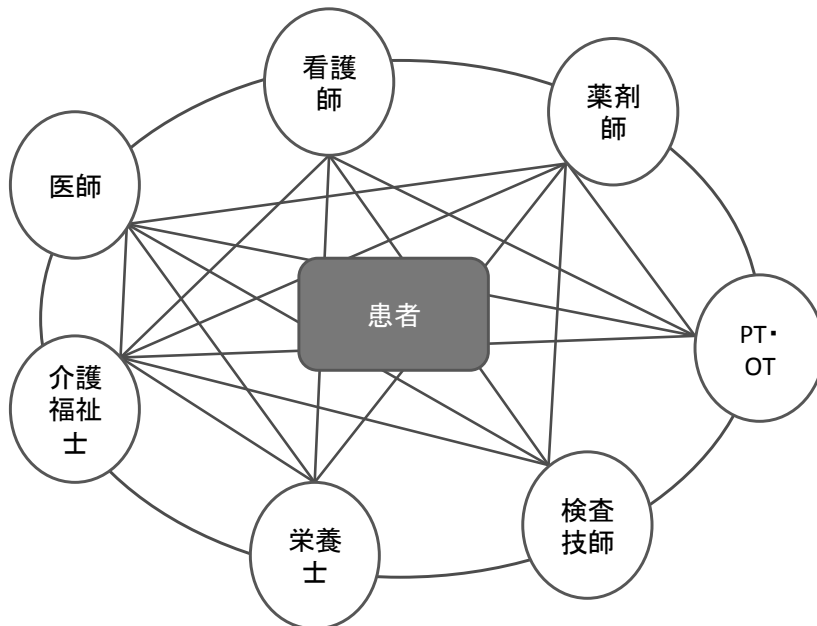


図2 IPW のイメージ

出典：埼玉県立大学編『IPWを学ぶ』（中央法規、2009、p.15）より一部変更して筆者作成

このような医療現場における働き方をめぐる発想の転換は、教育段階にも波及し、多職種連携を目指す IPE が展開されることとなった。

2. 日英における IPE 組織の設立と展開

日本で IPE が展開される上で重要な役割を果たしたのが、全国的な組織の設立である。ここでは、そのひとつである日本保健医療福祉連携教育学会（Japan Association for Interprofessional Education : JAIPE、以下 JAIPE）の設立と展開について、影響を与えたイギリスの IPE 組織である英国専門職教育推進センター(Centre for the Advancement of Interprofessional Education : CAIPE、以下 CAIPE)の事例とともに概観しておきたい。

（1）イギリスの IPE 組織—CAIPE を中心に—

1980 年代以降、イギリスでは医療過誤の問題が厳しく取りざたされていた。そこでは、問題の所在が個人ではなく、コミュニケーションやチームワークを阻害するシステムにあるとの認識から、多職種で連携・協働できるような現場改革、教育改革の重要性が指摘されたのである。こうした中、CAIPE は、コミュニティや教育機関、職場におけるさまざま

な専門職者や職業人が、次のような行動をとれるよう支援することを目的として誕生した (1987 年)。

- ・ 考えを共有すること。
- ・ 共に学び、共に働くこと。
- ・ お互いを尊重する気持ちを育むこと。
- ・ 連携・協働を阻むものを克服すること。
- ・ サービスの質、ケアの質を向上させるための協働的な活動を生み出すこと³。

その後 CAIPE は、IPE を以下のように定義した。この定義は、日本はもとより国際的にも広く認知されたものとなっている。

2 つ以上の専門職者が、連携・協働の質、ケアの質を向上させるために、共に学び、お互いから学び合いながら、お互いについて学ぶ機会⁴。

CAIPE の具体的活動は、IPE 関連の教育・研究活動の推進、関連文献の作成・提供、講演会の実施、多職種が交流するワークショップの実施、政府をはじめさまざまな関連機関への助言、国際的な IPE 組織との連携というように、多様に展開されてきている⁵。現段階では運営上の困難さも指摘されているが⁶、同組織がイギリスおよび国際的な IPE の理念的・実践的展開の基礎を築いてきたことは間違いないだろう。

(2) 日本の IPE 組織—JAIPE を中心に⁷—

2005 年、埼玉県立大学において日本初の IPE ワークショップが開催された。2006 年以降は、文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム (特色 GP)」などの採択を受けた医療系大学を中心に、IPE を軸にした教育プログラムが実際に構想・展開された。こうした流れの中、2008 年、CAIPE から理念的・実践的示唆を多分に受けつつ、日本的 IPE 組織として JAIPE が設立されたのである。

JAIPE の目的について、設立趣意書には以下のように記されている。

日本において大学等の教育職と現場の専門職とによる実践や研究成果の蓄積とそれらの共有は十分とは言えず、教育の内容や方法の開発や改善と、連携教育の理論の説明と効果の評価は極めて重要です。そして、現場におけるそれらの連携そして協働の必要性は大学等の高等教育のカリキュラムに反映されることが大切です。そして国際的な連携教育の関係組織・学会との情報交換・交流も推進していく時期にきています。それぞれの成果を、同じ場で発表し、相互に討論し、多様な専門職協働の現状を俯瞰し、共有できる本学会の設立には大きな意義があると信じます⁸。

JAYPE の設立により、IPE の理念は全国的に共有されてきているが、実践面においても、同機関の果たす役割は非常に大きいといえよう。というのも、「日本保健医療福祉連携教育学会」との学会名にあるように、保健医療福祉に関わるあらゆる専門職者の連携・協働を目指す IPE においては、一つの機関、一つの地域内で教育活動を完結させることはほぼ不可能であり、広範囲にわたって地域的・社会的リソースを活用していける連携が不可欠なのである。その意味でも、JAYPE の今後の展開が期待されるところである。

3. 医療系 IPE の具体的取り組みにみる IPE の到達点と課題、可能性

医療系 IPE においては、上述のように全国的組織が設立され、IPW を見据えた、保健・医療・福祉の枠を超えた専門職養成への道を着実に歩み始めている。最後に、こうした医療系 IPE の具体的取り組みについて概観しておきたい。

医療系 IPE は、さまざまな段階でさまざまなリソースを用いて行われており、現状として実態を正確に把握することは難しい。そこで本論では、(1) IPE の段階、(2) IPE の内容と方法、(3) IPE における教育担当者、の3点から具体的取り組みを整理し、医療系 IPE の到達点と課題および可能性について検討していく。

(1) IPE の段階

医療系 IPE の段階は、①養成段階（大学などの高等教育）、②現職教育段階（現場）の2つに大別できる。

現時点において、日本の医療系 IPE をめぐる議論および実践が主に展開されているのは①養成段階である。IPE という既存の発想、枠組みを大きく転換するには、養成段階からの地道な取り組みが有効との考えからである。そのような中、養成段階の IPE の成果として、学生たちが「学部による視点の違いに気づいた」「他の学部の学生は自分にはない専門的な知識があり、すごいと思った」「患者さんの問題を把握し、解決するためには、チーム医療が重要であることがわかった」など、他職種との連携・協働に前向きな姿勢をみせているとの報告⁹⁾は、注目すべきものといえよう。

②現職教育段階については、IPE の導入においてさまざまな困難性が指摘されている。現時点で最も可能性があるのは、①とリンクした形で普及がすすむことである。というのも現状として、養成段階で IPE を経験していない現職者の多くは、IPE 要素を取り入れた学生の現場実習を受け入れる際にはじめて、その発想に接するのである。そのような中、いくつかの実践例では、「専門職連携をあらためて考えてみた」「自分の病棟では、チーム医療が行われていないことが判った」など、現職者が受け入れの中で IPE の意義や可能性に気づくといった効果も指摘されている¹⁰⁾。こうした気づきがいかに IPW へとつながり、

また現職者自身の継続教育としての IPE につながるかといった点については、長期的な課題と言えるだろう。また、①の時期に IPE を学んだ学生が専門職者として現場の IPW を担うようになれば、継続的な現職教育・研修機会としての IPE も普及・定着していくことが期待される。

このように医療系 IPE の時期をめぐっては、大学教育における IPE と現場での IPE/IPW をどのように連結・調整していくかが、当面の鍵と言えるだろう。

(2) IPE の内容と方法

では、現時点で主に展開されている医療系 IPE の事例として、養成段階の内容と方法に注目してみたい。

ここでは、先進的な取り組み例として医療系の総合大学（医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部(看護学科、理学療法学科、作業療法学科)から成る）である昭和大学を取り上げる¹¹。同大学のカリキュラムにおいて IPE 関連科目は、附属の大学病院や地域の保健医療福祉施設との連携・協働の下、学部横断的な必修科目として 1 年次からの積み上げ型で設置されている（図 3）。

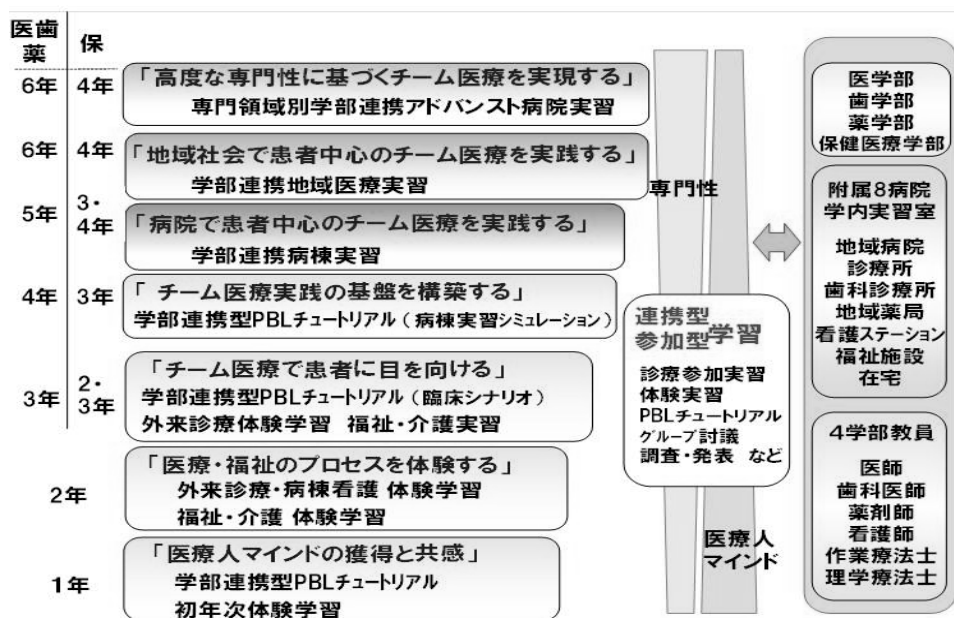


図 3 昭和大学における IPE の全体像

出典：昭和大学ホームページ「チーム医療を実現する体系的学士課程の構築」

http://www.showa-u.ac.jp/rsch_acad/mext_gp/2009/2009_001.html（閲覧日 2013 年 1 月 20 日）より一部抜粋

このうち、1 年次から 4 年次（学部によって異なる）にかけて展開される「PBL¹²チュートリアル」という授業は、学部混合の 10 名弱の学生が 1 チームとなり、具体的な問題事例として提示される「シナリオ」に沿った課題解決型のグループ学習を行うものである。1 年次は、「夜食」など医療・福祉・保健領域に関わる身近な話題に対し、グループで問題点や学習すべき項目を抽出し、自習したものをまとめて発表する。そこでは、コミュニケーション・スキル、プレゼンテーション・スキル、自己主導型学習法、情報検索法というように「学び方を学ぶこと」が目指されている。これが学年が上がると、患者の病歴や入院時の所見、看護記録といった具体的な症例に対し、医療チームとして何ができるかを討議し提案するというように、より専門的・実践的な内容となり、多職種の役割理解・尊重、患者の抱える問題の包括的理解・解決能力の育成へと発展していくのである。

また、3 年次から 5 年次（学部によって異なる）における「学部連携病棟実習」は、学部混合の 4、5 名の学生がチームを組み、同大学の附属病院において 1 週間、共通の患者を担当するグループ実習を行うものである。その中で IPE として目指されていることには、大きく 2 点ある。1 点目は、協働の実践である。学生たちは、実習期間中ミーティングを毎日行う。担当患者の情報をチームで収集・共有・整理する中、各々の専門領域からの知見を提示し合い、最善の治療やケアについて討議を重ねて行くのである。2 点目は、他職種理解である。実習期間中は、各々の専門に特化した実習も設定されているが、自分の実習に終始するのではなく、他学部学生やさまざまな医療スタッフの担当患者に対する診療、面談、検査、治療、ケア、リハビリテーションなども見学して回る。それによって他職種の業務内容の実際を知り、相互理解を深めるのである。

このように医療系 IPE の内容や方法をみると、他の専門職の役割を理解・尊重することや、多職種間で協働する意義を理解すること、具体的な協働のためのコミュニケーション・スキルを獲得することを目指したものとなっており、方法としても、まとまった知識を伝達するような一斉講義ではなく、小グループでの問題解決型の演習や実習形式が主となっている。もちろん、ここで挙げた医療系 IPE は、人的・物的リソースに恵まれた中での極めて先進的な取り組みであり、全国各地の医療系教育機関で同規模・同水準のものが展開されているわけではない。とはいえ、各機関・各地域で取り組まれている IPE を見ると、内容・方法の面ではおおよそこの事例のような傾向にあるといえよう。

なお、こうした IPE の性質上、獲得した知識や技能をテストや実技で問うのではなく、学習プロセス自体を評価する必要があるため、学生の提出物や振り返りなど学びに関わるあらゆる資料・情報を手がかりに評価しなければならない教員の負担¹³や、信頼性・妥当性のある評価手法の開発¹⁴などが今後の課題とされている。

（３）IPE における教育担当者

IPE における教育担当者としては、大きくは次の 4 タイプが考えられる。①教育機関の医療系専門職者、②教育機関の非医療系専門職者、③職場で指導に携わる医療系専門職者、

④職場で指導に携わる非医療系専門職者、である。具体的には、①②は大学教員などを、③④は主任などを指している。

すでに述べたように、日本の医療系 IPE が養成段階を中心に展開されている現状からすれば、現時点で医療系 IPE を主導しているのは教育機関の指導者であることがわかる。上記の分類で言えば、①医療系専門職者か②非医療系専門職者ということになるが、現状ではほとんどが①となっている。というのも、一般的に専門職教育においては、各々の専門領域の知識・技能を伝授することが重視されるあまり、当該領域の専門家がそのまま指導者として教育活動を行うことが圧倒的に多いのである。そこでは、どのような学習者のどのような学びをいかにして支援していくか、といった教育学的な要素は二次的なものであり、そのノウハウを磨くことは個人の経験的努力に任される傾向にある。

また、医療系専門職者が IPE を主導していると言っても、多くの機関においては、なぜ IPE が必要なのか、という共通理解をはかることから始めねばならないのが実状のようである¹⁵。まずは専門職教育者自身が IPE の意義や可能性を十分に理解し、専門領域を超えて連携・協働する姿勢を持ち続けられるかが鋭く問われているのである。

③職場で指導に携わる医療系専門職者については、人数として最も多いといえるが、めまぐるしく膨大な日常業務や養成段階で IPE を経験していない現実を考えると、IPE という新たな発想の意義や可能性を認識し実践していくことは最も困難であるといえよう。実際、学生の IPE 実習を受け入れるにあたって、現場の指導者が特別に開催されるカンファレンスなどを専門職連携と思い込んでおり、日々のあらゆる診療や活動そのものが他職種連携・協働によって成り立っている／成り立ちうることに気づいていない、というような指摘も少なからず見受けられる¹⁶。また医師については特に、かなりの「お膳立て」をしなければ IPE/IPW に引き込むことが困難との指摘もある¹⁷。

最後に、医療系 IPE の教育担当者をめぐって鍵となる役割を果たすことが期待されるのが、②④の教育機関や医療現場で指導に携わる非医療系専門職者である。とはいえ、現段階でその数は極めて少なく、特に④職場で指導に携わる非医療系専門職者についてはほとんど目にすることはない。こうした中、IPE を展開する上でかれらを医療専門職教育に巻き込む意義と可能性について、非医療系専門職者の中でも特に教育学の専門家の存在に関する、次のような指摘は注目される。

非医療系教育専門家の存在によって、医師は現場でずっと動きやすくなると考えている。医師免許を持たない（すなわち「医学の専門性がない」）がゆえにむしろ、医師との仕事上の棲み分けがしやすくなり、医師は「医師でなくてはできない仕事」に専念できる。さらに、指導医と研修医との間で「何が起きているか」を「非医療系」の教育専門家が分析し、指導医に伝えることで、医師自身の「省察的实践」に役立てることができる。これは真の専門家としてのしなやかな対応である。医学のパラダイムの中で人がどう働き、どう学んでいるか。それをどう評価するのか。非医療系教育学専門家は、「人が育つ」「人

を育てる」という（医学とは「別の専門性」の）パラダイムから、医学の世界をとらえ直すための「感覚（sense）」の提示を求められていると考える¹⁸。

この指摘をふまえると、IPEのように既存の枠組みを大胆かつ柔軟に変革していく上で、教育担当者をめぐっても、医療系／非医療系を問わずさまざまな領域の専門職者が介在することの意義は大きいと考えられる。実際、イギリスでは、医学教育の文系学位コースが設立され、医師免許を持たずに教育学の専門家として医学・医療者教育に携わる「非医療系教育専門家（Non-Clinical Educationalist）」が専任ポストを得るようになったとされる¹⁹。こうした取り組みは医療系教育者や現場の医療者に新たな気づきや刺激を与える効果を生んでおり²⁰、今後、日本の医療系 IPE の新たな可能性を拓く試みとして注目される。

4. おわりに

本論では、医療系 IPE の日本における展開経緯および現状と課題についてみてきた。医療系専門職に限らず、あらゆる専門職はその専門性ゆえに、養成から現場にいたるまで、ともすれば閉鎖的な環境におかれがちである。このように考えると、医療系 IPE が提起する問題は、専門職およびその養成に共通する現状や課題を見据え、今後の方向性を見極めていく上で大いに示唆的なものではないだろうか。こうした観点から今後、医療系の枠を超えた専門職 IPE の可能性についても検討していきたい。

¹ 埼玉県立大学編『IPWを学ぶ』中央法規、2009、p.5。

² 同上。

³ CAIPE リーフレット。

⁴ CAIPE ホームページ「IPE の定義」<http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>（閲覧日：2014年1月20日）。

⁵ CAIPE リーフレット。

⁶ 2013年8月22日、CAIPEの主要メンバーHelena Low に対するインタビュー調査。

⁷ なお、IPEの学術的な成果を集約するJAIPEに対して、制度的改革も含めたIPEの実際の普及・定着を目指す組織として、日本インタープロフェッショナル教育機関ネットワーク（Japan Interprofessional Practice and Education Network：JIPWEN）も設立されている。

⁸ JAIPE ホームページ「学会設立趣意書」<http://www.jaipe.jp/index12.html>（閲覧日：2014年1月20日）。

⁹ たとえば、木内祐二「昭和大学の体系的、段階的な学部連携チーム医療学習の方略と評価」（第45回日本医学教育学会大会発表資料、2012年）など。

¹⁰ たとえば、朝比奈真由美「プロフェッショナルへの初期教育の実践 専門職連携教育

(IPE) 一質の高い専門職連携 (IPW) をめざす卒前教育-」(『日本内科学会雑誌』第 100 巻第 10 号、2011 年、pp.3100-3105) や木内による前掲資料など。

¹¹ ここで取り上げる事例については、木内による前掲資料、昭和大学ホームページ <http://www.showa-u.ac.jp> (閲覧日 2013 年 1 月 20 日) を参照している。

¹² 問題基盤型学習 (Problem-Based Learning) の略。近年、実践的スキルを高めるために医療分野で取り入れられている課題解決型の学習手法。

¹³ 朝比奈、前掲論文。

¹⁴ たとえば、朝比奈真由美「IPE と OBE : 亥鼻 IPE のアウトカム評価」(第 45 回日本医学教育学会大会発表資料、2012 年)、前野貴美「Interprofessional PBL を用いた IPE プログラムとその評価-連携・協働できる医療人を養成するために- (同) など。

¹⁵ たとえば、酒井郁子「総合大学医療系 3 学部の専門職連携教育プログラムを開発した教職員の連携とコミュニケーション」(『日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌』第 4 巻第 1 号、2013 年、pp.26-30) など。

¹⁶ たとえば、朝比奈による前掲論文など。

¹⁷ たとえば、藤田さよりら「精神科訪問看護ステーションにおける他職種連携の実際-現場の声から IPW の重要な要素を知る-」(『第 2 回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会プログラム抄録集』2009 年、p.48) など。

¹⁸ 渡邊洋子ら「医学・医療教育は医師だけでするもの?」『週刊医学界新聞』第 2890 号、医学書院、2010 年 8 月 2 日。

¹⁹ 渡邊洋子「医学教育において非医療系教育専門家が果たす役割とその意義」『京都大学 生涯教育学・図書館情報学研究』第 9 号、2010 年、pp.1-13。

²⁰ 同上。