

# 多職種連携を導入した地域基盤型医学教育モデルの開発

村上 学

北海道大学 大学院医学研究科・医学部 国際連携室  
(助成時：北海道大学大学院医学研究科・法医学分野 助教)

北大医学研究科国際連携室の村上と申します。専門は医学教育なのですが、当時の所属は法医学分野になっております。よろしくお願い致します。

## 【ポスター -1】

まず研究のキーワードについて紹介をさせていただきます。

1つ目が地域基盤型医学教育です。

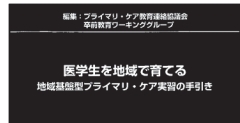
従来のように医学生を大学や付属病院で教えるのではなくて、地域の医療現場で指導するという方法で、一般的な症例を経験でき、かつ診療技能も向上するという報告があります。ここに書かれているような、例えば栄養状態の把握、慢性患者のプランのこと、予防接種など、医学の専門だけでは当然完結できないようなことで、かつ地域の実践の現場で役に立つような教育も期待できるということです。

## 【ポスター -2】

2つ目のキーワードを紹介させていただきます。「多職種連携教育」です。

今の時代背景で、患者が高齢化してきていること、疾病構造が慢性化へと変化してきていること、それから医学の専門分化がどんどん進んでいること、このようなことを背景として、医師だけの教育ではもう限界とされ、複数職種の医療者や学生が共に学び教えあう教育の重要性が指摘されるようになってきています。診療上のエビデンスも存在しており、例えば救急診療とか、チームの相談が必要なメンタルヘルスとか、そういった特にチームでのコミュニケーションが必要となるようなチーム医療の場面で効果

## ポスター 1



1. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第一  
2. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第二  
3. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第三  
4. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第四  
5. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第五  
6. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第六  
7. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第七  
8. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第八  
9. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第九  
10. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十  
11. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十一  
12. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十二  
13. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十三  
14. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十四  
15. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十五  
16. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十六  
17. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十七  
18. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十八  
19. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第十九  
20. 豊川 三井物産株式会社 豊川 第二十

プライマリ・ケア教育連絡協議会HP  
<http://www.reference.co.jp/primary-care/>

### 地域基盤型医学教育

大学以外の、地域の実践的な病院・診療所で行う医学教育[1].

学習者・指導者・地域住民の、いずれにも有効というエビデンス.

医学的専門知識がなくてもできる(それだけではできない)教育がある.

(例)

1. 学校の身体測定・栄養状態把握.
2. 慢性患者の在宅ケアプラン.
3. 予防接種活動への参加.
4. 地域の社会・文化事情の把握.


## ポスター 2

### 多職種連携教育

**定義[2]:**  
複数職種の医療者や学生が、共に学んだり、互いに教え合ったりして、協調性や、診療の質の向上を目指す教育.

**時代背景:**  
患者の高齢化、疾病構造変化、医学の専門分化.

**診療上のエビデンス[3]:**  
救急診療でのエラー減少.  
メンタルヘルス診療の能力向上.  
チームのコミュニケーションスキル向上



北海道大学地域医療学授業資料。  
(板本に先生のご厚意による。)

を發揮すると言われていました。

この写真は北大で授業を実際に依頼している先生が紹介して下さいましたもので、多職種が一堂に会したカンファレンスを、掲載させていただいています。

今回は、このような地域基盤型の医学教育に多職種連携の考え方を組み入れて指導モデルを考える研究計画を立案しました。

【ポスター -3】

それでは研究の背景と目的について紹介をさせていただきます。

多職種連携教育は海外でも研究が進んでおり、円滑に行うための要因として、ここに書かれているように、例えば政策支援ですとか地理的な特性を考える、物的資源を考える、人的資源を考える、このようなことがありますけれども、私たちはこの中でも特に人的資源に着目して、多職種が連携して教育を行う際の意見をまず調査するという計画を、第1段階で立案しました。地域での教育は、当然、当事者の住民の意見も欠かすことができないと考え、それも含めて意見をまず集約してみようと考えました。

ポスター 3

**背景・目的**

(多職種連携教育に影響する要因[2])

- ・ 政策的支援(資金援助含む)
- ・ 地理的特性
- ・ 物的資源
- ・ 人的資源(教育資源) ← 本研究の位置づけ

前沢敦次, 大学外の資源を活用する.  
(前述手引p.70, 図18-1教育資源, より.)

1. 医療職(医師, 看護師・保健師, 薬剤師, MSW), 一般地域住民の教育上の意見(要望・ニーズ)を集約.
2. その結果をベースにした, 実現可能な教育計画の立案.

【ポスター -4】

具体的な方法ですが、人口が1万人以下で近隣の大都市からは道路距離で70キロ以上離れている地域の中から、各職種だいたい5から8名程度選び、合計32名に半構造化面接を実施しました。当初、研究計画を出したときはグループインタビューを考えていたのですが、地域は個人つながりが密なので、一緒だとどうしても忌憚ない意見が言えなくなってしまうという意見もあって、半構造化面接に切り替えることにしました。

ポスター 4

**方法**

- 半構造化面接法.
- 近隣の大都市から、道路距離で70km超.
- 医師, 看護師・保健師, 薬剤師, MSW, 地域住民の計32名。(24歳~88歳, 平均62歳.)
- 1人45~60分程度のインタビュー.
- 研究のための問いに対する回答の主題(テーマ)を抽出.

(イメージ図)

約100km

(インタビューガイド)

最初に、その地域で中心となって活躍されている医療者にインタビューを行って、その後から、重要な意見が得られそうな人を紹介していただくという形で、次々に調査を続けていきました。

インタビューはここに書かれている部屋のイメージで、手順、順番はここに書かれているとおりに45から60分程度行って、内容を全て録音、逐語化し、複数名で検討して意見

を抽出していきました。

### 【ポスター -5】

結果について紹介させていただきます。非常に重要な意見が得られています。

地域住民の意見なのですが、「医学的知識が医師の教育に必要なことから、医師がいなくては教育が成立しない」。従来の職種縦割り型の教育を想起させるような意見が、出ておりました。

看護師、保健士、薬剤師をまとめさせてもらいましたが、ここでは、介護職よりも看護職が上だとか、医師と看護師の間にもそのような関係があるといった、ヒエラルヒーを意識したような意見が出てきておりました。

それからソーシャルワーカーで多かったのが、「自分たちの役割がチームの中で意識されていない」というもの。

医師に聞いてみると、医学生が多職種連携に抱くマイナスイメージがあがってきたということでした。

非常に特徴的な意見が、複数職種からあがってきたということになります。

### 【ポスター -6】

今後の研究の考察で、WHOで以前から多職種連携を実施していく上で困難だといわれている点がありまして、それをベースに、今回出された意見が合致しているかどうかを検討してみたところ、ここに記されている1番とか3番、7番あたりが一致しているということが分かってきました。

特に他職種への理解不足とか、協力しあうとか、グループで学習するとか、そういった点が非常に弱いことが分かってきました。

私たちの大学では自分の職種以外に教える機会は非常に少なく、その場合でも、例えば保健師や薬剤師の先生を招へいして個別に講義形式で授業を行っているのが実情です。しかし、そのスタイルだと地域での教育の推進としては非常に弱点になることが分かってきました。

### ポスター 5

## 結果（発言例と内容説明）

1. 地域住民 ~ 多職種連携の概念や重要性の認識が浸透しておらず、医学的な専門知識のみが医師に必要な教育であると考えている。  
発言例：「医師がいないところで医師の教育はできるはずがない。」
2. 看護師・保健師・薬剤師 ~ 多職種連携の重要性は認識しているが、古典的なチーム医療のイメージから、ヒエラルヒーを意識している。  
発言例：「（介護職よりも）看護職が上。（中略）医者と看護師の間にも（どちらが上とか）あるんです。医者から指示しないと何もしない。」  
「（処方間違っただけでも）チーム構成や責任の所在を気にしてしまう。」
3. ソーシャルワーカー ~ 自分達の役割をもっと認識して欲しいと考えている。  
発言例：「自分たちの役割をもっと伝えたい。地域の医師にもっと使ってほしい。」
4. 医師 ~ 多職種連携の教育に対する、医学生のイメージを懸念する。  
発言例：「医学生側のモチベーションが低かったり、マナーが悪かったりすると、ネガティブなものが流れる。」

### ポスター 6

## 考察

(WHOから指摘されている困難な点)[4]

1. 学習・指導者の教育・職歴上の背景の相違.
2. 職種毎の目標・プライオリティーの相違.
3. 職種を超えた学習・他の職種への理解不足.
4. グループ学習の経験不足.
5. 適切な教育方法・評価方法の不足.
6. 実務の繁忙による教育時間・労力の不足.
7. 新たな学習内容・自分のテリトリーが守られないことへの恐れ.

今回の研究  
↓  
3.と7.に合致

【ポスター -7】

実際の教育に結び付けていかなければならない研究ですので、ニーズを実際の教育に結び付けるために、「地域包括ケア実現のための多職種連携教育」と題するワークショップを企画しました。

この表は、地域医療のリーダー的存在として佐賀県の診療で活躍されて50歳の若さで逝去された白浜先生が、患者さんを多面的に捉えるために開発された臨床倫理の4分割法です。そこに今回の研究成果…グルー

プでの学習、かつ、他職種への理解といった内容を盛り込む形で実際に実施してみました。薬剤師2名、ソーシャルワーカー1名、ヘルパー1名、医師3名の職種と6名の医学生がそれぞれグループに入り、それから複数の職種の先生方が必ず入るようにして、自らの知識、経験をもとにコメントを出しながら医学生を指導できるようなワークショップを、90分の授業の時間で構成してみました。

参加者は22歳から66歳、平均年齢は36歳でした。

【ポスター -8】

ワークショップに対する考察です。

WHOで指摘されている、多職種連携教育を立案する上でのキーポイントを、ここに羅列しました。それをもとにワークショップを検討してみたところ、従来の指導方法を変えて実施した多職種連携教育の特色が、この2番で示している「グループ学習・問題解決型学習形式の導入」に相当するということが見えてまいりました。

今回企画したやり方が非常に学生からも好評で、講師からも「自分だけでは気付かない点が指摘されて、面白い。勉強になる。」という意見が出されました。

【ポスター -9】

最後に、まとめ・結論について述べたいと思います。

私たちの研究では、地域基盤型医学教育に多職種連携教育の考え方を組み入れた指導モデルを開発するための意見を集約し、実践例としてグループ学習、問題解決型学習形式導入を取り入れたワークショップを企画、実施しました。

ポスター7

## ワークショップ

### 地域包括ケア実現のための多職種連携教育

Medical Indication 医学的適応 (Beneficence Non-maleficence 恩恵・無害)	患者の意向 (Autonomy 自己決定の原則)	
チェックポイント 1 診断と予後 2 治療目標の確認 3 医学的効用とリスク 4 無益性(futility)	チェックポイント 1 患者さんの判断能力 2 インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3 治療の拒否 4 事前の意思表示(Living Will) 5 代理決定(代行判断・善悪利益)	●この目的 1. 多職種連携教育の重要性を、参加者の関心・関与を促すことと、倫理・法・医学的知識の習得を目的とする。 2. 地域包括ケアの実現に向けて、参加者の意識の向上、多職種連携の推進を図ることを目的とする。 3. 参加者の知識・技能の向上を図ることを目的とする。 4. 参加者の態度・行動の向上を図ることを目的とする。 5. 参加者の自己学習能力の向上を図ることを目的とする。 6. 参加者のチームワーク能力の向上を図ることを目的とする。 7. 参加者のコミュニケーション能力の向上を図ることを目的とする。 8. 参加者のリーダーシップ能力の向上を図ることを目的とする。 9. 参加者の問題解決能力の向上を図ることを目的とする。 10. 参加者の創造力・発想力の向上を図ることを目的とする。 11. 参加者の柔軟性・適応力の向上を図ることを目的とする。 12. 参加者の責任感・使命感の向上を図ることを目的とする。 13. 参加者の誇り・自信の向上を図ることを目的とする。 14. 参加者の達成感・満足感の向上を図ることを目的とする。 15. 参加者の成長・発展の向上を図ることを目的とする。 16. 参加者の健康・幸福の向上を図ることを目的とする。 17. 参加者の生活の質の向上を図ることを目的とする。 18. 参加者の社会貢献力の向上を図ることを目的とする。 19. 参加者の国際化力の向上を図ることを目的とする。 20. 参加者の持続可能性の向上を図ることを目的とする。
QOL (Well-Being 幸福追求)	Contextual Features 周囲の状況 (Justice-Utility 公平と効用)	
チェックポイント 1 QOLの定義と評価 2 誰がどのような基準で決めるか 3 偏見の危険 何が患者にとって最善か 3 QOLに影響を及ぼす因子	チェックポイント 1 家族や利害関係者 2 守秘義務 3 経済的負担、公共の利益 4 施設の方針、診療形態、研究教育 5 法律、慣習、宗教 6 その他(診療情報開示、医療事故)	

白浜雅司. 臨床倫理の4分割法.  
<http://square.umin.ac.jp/massaha/4box.html>

ポスター 8

## 意見を反映した教育計画立案

(WHOから指摘されている多職種連携教育立案のキーポイント)[4]

1. 地域で多職種連携教育を行うための課題の選定.
2. グループ学習・問題解決型学習形式の導入.
3. 指導を受ける学習者の選定.
4. 指導役を担う職種の選定.
5. 必要となる資源の準備.
6. 指導を行う場所の選定.
7. 学習の流れの立案.
8. 学習メリット・目的の明確化.
9. 学習者の評価方法の明確化.

(今回の研究による成果)

1. PBL形式の導入.
2. 講義→グループ学習.
3. Multi→Interへ。(多職種混合型の指導方法導入.)
4. 各職種からのニーズの盛り込み.



今後の研究に関する課題が大きく2点あります。

1つ目として、バックグラウンドがそれぞれ多職種で、皆さん異なりますので、関係者の皆が納得する客観的かつ妥当性のある評価をどうするかという点です。それから2つ目は、持続可能性…サステナビリティです。本研究にご協力くださったファイザーヘルスリサーチ振興財団の方々に厚く御礼を申し上げる次第ですが、これでもまだ一実例モデルを作成したにすぎないので、今後実際の教育の費用負担をどうカバーしていくかといった点を考えてときに、競争的資金以外の手段を考慮しなければならないと考えました。

## ポスター 9

### まとめ・結論

(研究成果の要約)

半構造化面接による要望・ニーズ調査と、それをベースにしたワークショップによる地域で多職種連携教育を行うための教育計画立案。

(今後の研究への課題)

1. 計画に対する客観的かつ妥当性のある評価方法の問題。
2. 持続可能な研究・教育を行っていくための費用の問題。

(参考文献)

1. Gibbs T. Community-based or tertiary-based medical education: so what is the question? Med Teach. 2004;26:589-90.
2. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Med Teach. 2007;29:735-51.
3. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008;1:CD002213.
4. World Health Organization. Learning Together to Work Together for Health. Report of WHO study group on multiprofessional education for health personnel: The team approach. Technical report series 769. Geneva: WHO; 1988.

## 質疑応答

**会場：** 多職種連携の教育を進める以前に、お互いに何をする人なのかが分かっていないというのが結果に出ていたように思うのですが、共有教育…要するに看護師も薬剤師も医師も、ある意味では同じ教育を受けていくという共有教育の基盤を、先生はどうお考えになりますか。教えてください。

**村上：** 非常に重要なご指摘をありがとうございます。先ほどもちょっと述べたのですが、まず根本として、本当にこういう教育が必要なのだろうかとか、いろいろな意見が、こういう研究をやると必ず出されてきます。それぞれの職種を理解していないと、当然お互いにどういうことが言えるかということも分からないし、自分の立場でどういうことを言っているかということも分からないので、絶対必要だと思うのです。われわれ総合大学で、例えば1年目に、複数のバックグラウンドの人が混じる教養教育の課程があるので、そういうときにそれぞれの職種を理解するような場を作れないか。この研究は、それが背景にあったのです。そういう多職種のバックグラウンドをお互いに理解し、職種毎に目的も違うものをどうやって理解させたらいいか。他の職種のことをチーム連携で理解していかなければ、教育としては成り立っていないし、そういうのも評価対象になる時代になってきたので、それは非常に重要な点であると理解して進めておりました。

**座長：** 医学教育全部がこれではないですよ。この方法で何を目的にしたのかが、ちょっと見えなかったです。インタビューをされておられる方も、何を問われているの

か、ちょっと分からなかったのではないかという気がするのですが。

**村上：** 先生のおっしゃるとおり、まず多職種連携への理解がそもそもないと、医学の教育との関係も、研究目的も分からない。医師なのだから医学の教育をしていればよいのでなく、看護師とか保健士とかワーカーさんが入ってチームカンファレンスといったものをやっていく上でのベースとなる教育ということを念頭に、そういう背景的知識を持ってこちらは研究を実施したのだけれど、実際にはあまりそういう点が伝わりませんでした。インタビューした、特に地域住民の方からは、「何でこれが必要なの。」と、まさに先生のおっしゃるとおりに質問を受けました。詳しい背景をそのときに説明をして、「あ、そうだったか。」と言われたのです。すみません、ちょっとそのところが説明が足りなかったかなと思います。

**座長：** 目的がはっきりすると、何が欠けているのかというのが、私のような素人にも分かってきます。ちょっとそここのところが気になったので、質問させていただきました。