

# 医療系総合大学における多職種連携教育の あり方に関する考察 —北海道医療大学の現状と課題—

安部 博史<sup>1,\*</sup>, 矢田 浩紀<sup>2</sup>

<sup>1</sup>北海道医療大学心理科学部・大学教育開発センター

<sup>2</sup>山口大学大学院医学系研究科保健学系学域臨床看護学分野

Framework of interprofessional education in medical universities.  
Status and challenges in Health Sciences University of Hokkaido.

Hiroshi ABE<sup>1,\*</sup>, Hironori YADA<sup>2</sup>

**Abstract :** Interprofessional working (IPW) has been recognized to be inevitable component in health systems. Interprofessional education (IPE) in higher educations is needed for students to achieve IPW competency. However, its contents, education strategies and evaluation tools have not been established yet in Japan. In this paper, we examined how IPE should be initiated in medical universities, based on the advanced efforts in some universities, and suggesting the ideal framework of IPE in Health Sciences University of Hokkaido.

**Key words :** Interprofessional Education, Interprofessional Working, Medical Education

## はじめに

北海道医療大学は、本邦における数少ない医療系総合大学である。医学部は設置されていないものの、薬学部（薬学科）、歯学部（歯学科）、看護福祉学部（看護学科・臨床福祉学科）、心理科学部（臨床心理学科）、リハビリテーション科学部（理学療法学科・作業療法学科・言語聴覚療法学科）を有する。歯学部附属歯科衛生士専門学校（歯科衛生科）とともに、保健、医療、福祉の分野における国家資格に関連した専門職業人の育成を行っており、卒業生は北海道、東北地方を中心として全国で活躍している。

多職種連携協働（IPW : Interprofessional working）は、社会構造の変化および保健、医療、福祉領域における多様なニーズに対応するために、欧米を中心とした展開をみせており、本邦においても重要な取り組みのひとつである。また、臨床におけるIPWを支えるための卒前・卒後教育、すなわち多職種連携教育（IPE : Interprofessional education）のあるべき姿についても活発な議論が交わされるとともに、教育内容や評価方法についての実証的な検討が始められている。北海道医療大学においては、全学および各学部においてIPEのあり方の検討と様々な実践が始まっている。しかしながら、各学部が漸進的に設置されてきた本学の特徴のためか、複数の学部学生が「相互に作用する」ようなIPE科目は多くない。IPEよりも、各学部の専門教育における「チーム医療」教育に重点

平成27年8月30日受理

\*corresponding author : Hiroshi Abe (E-mail : abehiro@hoku-iryo-u.ac.jp).

が置かれてきたためと考えられる。IPEでは、積み上げ式で系統的なカリキュラムが理想的であるが、現在のIPE科目は講義、演習、実習を含めて単発的であり、教育理念に裏打ちされた系統性および一貫性が整っているとはいえない状況である。

本学では、2009年度に立案された、より魅力ある大学作りの改革・改善計画案である「2020行動計画」に基づいて、2020年までに「全学的な見地からの多職種連携教育の推進」を行うべく努力が続けられている。そこで本論文では、先進的な取り組みを行っている諸大学からの報告を取り上げ、医療系総合大学におけるIPEのあり方について論じながら、北海道医療大学における系統的なIPEを2020年までに整備することを目指して、その現状と課題について考察し、改善に向けた取り組みのための視座を提供することを目的とする。

本論文は、4章により構成される。以下に概略を示す。1章「IPEの理念と背景」においては、本邦にIPEが導入された経緯を要約した（1章1節）後、IPEに関連する概念と用語が収斂・統一されつつある現状について（2節）記述した。1章3節では、国際的な教育・研究機関であるCAIPEによるIPEの定義と本邦におけるIPEコンピテンシー（試案）について記述した。1章4節においては、IPWに関わる諸大学の理念を紹介した後、5節では、北海道医療大学の教育理念におけるIPWおよびIPEの位置づけとあるべき姿について考察した。2章「IPEの方法」においては、多くの大学で採用されているIPEカリキュラムの大枠について紹介した後（2章1節）、北海道医療大学におけるIPE関連科目の現状やあるべき姿について考察を行った（2章2節）。2章3節においては、諸大学におけるIPEの実践を整理し紹介した。その後、IPEにおける情報技術（IT）活用必要性（2章4節）、実習先などのリソース確保と新規開拓の必要性（2章5節）、教育効果を明らかにするためのIPEアウトカム評価の必要性（2章6節）について記述した。3章「IPE推進室の設置・持続的なIPEの展開のために」においては、はじめに諸大学におけるIPE運営組織を紹介した（3章1節）。その後、IPE推進室（仮称）が、カリキュラム構築・維持（3章2節）、情報の収集・発信（3章3節）、他大学および外部組織との連携（3章4節）、大学改革・教育支援プログラムへの申請（3章5節）にとって必要不可欠であることを記述した。4章「医療系総合大学のIPEのあり方について（まとめ）」においては、上記の論考を踏まえ、医療系総合大学におけるIPEのあり方について要約するとともに、北海道医療大学において取り組むべき課題と解決の方向性を提案した。

## 1. IPEの理念と背景

### 1.1. 本邦におけるIPEの導入

英国におけるIPEは、地域ケア、プライマリーケア、学習障害、精神保健、高齢者ケア、緩和ケアなどの領域から1960年代に同時的に出現し、1980年代にはひとつの潮流として収斂し、1990年代後半には英国全土に渡って確立されていった（Barr H., 1996）。英国における実践的取り組みの中で、組織化され成熟していった英国専門職連携推進センター（CAIPE；Centre for the advancement of interprofessional education）は、IPWおよびIPEに関する国際的な研究・教育拠点として先進的な問題に取り組み続けている。世界保健機関（WHO）は、2010年にIPEの必要性を唱えるWHOフレームワークを提示したほか、20名の世界中の専門家から構成される「21世紀のための保健医療専門職教育を考える全世界的な独立委員会（Education of health professionals for the 21<sup>st</sup> century：a global independent commission）」もまた、国境と個々の職業間の壁を越えた保健医療の向上を目指す提言のひとつとして「IPEの推進」を掲げた（Frenk et al., 2010）。

本邦においては、文部科学省審議会答申である「21世紀医学・医療懇談会第2次報告」および「第4次報告」（それぞれ1997、1999年）において、保健、医療、福祉領域における専門職間の連携

の重要性と、IPWを見据えた教育の必要性が指摘されている。また、文部科学省による大学改革・教育支援プログラムとして採択された先進的な取り組み（3章5節参照）は、高等教育機関におけるIPEおよびチーム医療教育を深化・推進させるとともに、教員および事務職員の意識を大きく変化させた。一方厚生労働省により設置された「チーム医療の推進に関する検討会」報告書（2010年3月）においても、チーム医療の推進とその教育の必要性が指摘されている。さらに、医学教育、歯学教育、薬学教育および歯科衛生教育、全てのモデルコア・カリキュラムにおいて、身につけるべき基本的な資質として「チーム医療」または「多職種連携」が明示されている。

上述の提言、報告、取り組みにおいては、主に医療にたずさわる専門職間の連携についての記述に重きが置かれているものの、現在では社会福祉士に代表されるような福祉領域における専門職との連携にも関心が寄せられている。さらに、日本学術会議健康・生活科学委員会、高齢者の健康分科会における審議の報告書「地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて（2011年9月）」では、従前の保健・医療・福祉領域の専門職の連携についての記述に加え、心理臨床家の参加についても記載されていることは注目すべきことである。医療系総合大学には珍しく、北海道医療大学には心理科学部臨床心理学科および大学院心理科学研究科が設置されている。「公認心理師法」が国会において可決、成立（2015年9月）し、2017年度から施行され、「公認心理師」が国家資格化すること、および本学もその養成にたずさわることを考えれば、福祉および心理領域の専門職をも対象とする本学IPEは特色ある取り組みとなる。

## 1.2. IPEに関連する概念および用語の収斂と統一

様々な大学が、その教育理念、学部構成、実習施設などの違いに基づいて、独自のIPEを展開しているものの、教育内容、教授方法および評価方法の妥当性に関する検討が十分には進んでいないことも事実である。ひとつの原因としては、使用される用語概念と日本語訳が統一されていない問題がある。たとえば、本稿において「多職種連携教育（IPE）」とよぶものは、“Interprofessional education”の訳語であるが、この用語は「多職種間連携教育」や「専門職連携教育」と訳されることもある。しかしいずれにせよ“Interprofessional”という単語には「連携」という意味が明確に含まれているわけではない。また、“professional”の訳としては「専門職」というニュアンスを組み入れたいところであるが、「多職種（間）連携」ではそれが充分ではない。また、医療の現場においては、「多職種連携・専門職連携」と「チーム医療」の用語の違いに頓着しない者も多い。そもそも、この“Interprofessional education”という用語が、“Multidisciplinary education”や“Interdisciplinary education”などと混在して使用されてきた歴史もある（大嶋、2015）。

このような概念の曖昧さを回避するために、日本保健医療福祉連携教育学会（JAIBE）用語委員会は、英語で記述された論文や成書をもとに、IPWおよびIPEに関わる専門用語とその用例を選び出し、用語概念の明確化と共に邦訳を行い用語の統一を図り、用語集である「IPE/IPW glossary JAIBE 2014」を2014年に刊行した。一例を挙げると、これまでcompetence（competency）という用語は、（実践的）能力、専門的能力、実践力、コンピテンス（コンピテンシー）、素質、など様々な訳されてきたが、用語集においては「能力」に統一されている。また前述の“Interprofessional education”は、「専門職連携教育」、「Multidisciplinary education」を「学際的教育、多くの学問領域にわたる教育」と区別して邦訳している。さらに、“Interdisciplinary education”は「学際的教育（チーム医療教育）」と訳し、「複数の専門職領域の訓練生が学習過程で協働して専門職連携関与（interprofessional interactions）の推進を目標に行われる教育手法」との定義を与えている。このように、混在する様々な用語、概念の異同について明確に記述することで、今後のIPW・IPE研究を支える

ものとなっている。

### 1.3. 英国専門職連携推進センター（CAIPE）によるIPEの定義と日本保健医療福祉連携教育学会（JAIBE）によるIPEコンピテンシー案

本邦の大学で採用されるIPEの定義の多くは、英国のCAIPEの定義をそのまま、もしくは様々な修正を加えたものである。CAIPEでは、IPEを次のように定義し、公式ホームページ上で公開している（<http://caipe.org.uk/>, 2015年8月アクセス）。

“Those occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care.”

協働とケアの質を向上させるために、二つ以上の専門職がお互いについて学び、相手から学び、共に学ぶことである（下線は筆者による）。

しかしながら、1997年には、IPEは次のように定義されていた（Barr et al., 2000）。

Interprofessional education takes place on : -

“Occasions when two or more professions learn together with the object of cultivating collaborative practice.”

二つ以上の専門職が、協働的实践を洗練させることを目的として、共に学ぶ場面にIPEは生じる。

この変化に注目すれば、IPEでは「共に学ぶ」だけでなく、「お互いについて学ぶ」、「相手から学ぶ」ことの重要性が認識されるようになったことがうかがえる。そこには学ぶ者たちの間の「相互作用」の重要性が明確に打ち出されている。

IPEにおいて習得することが求められているもの、すなわちIPEコンピテンシー（能力：competency）がどのようなものであるべきかについての検討は現在も続けられている。たとえばThis-tlethwaite & Moran（2010）は、1988年から2009年までの88の論文を吟味し、IPEにおいて求められるコンピテンシーは、6つの領域（チームワーク、役割／責任、コミュニケーション、学習／リフレクション、患者、倫理／態度）に分類できることを明らかにした。本邦では、JAIBEと三重大学が、関連諸学会（日本医学教育学会、千葉看護学会、日本薬学会、日本栄養学教育学会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本社会福祉学会）と協議し、6つのコンピテンシーからなる「多職種連携コンピテンシー（日本版）案」を提案し（表1）、パブリックコメントを受け付けた後、2015年8月に集約することになっている（大塚ら、2015）。

### 1.4. IPWに関わる諸大学の理念

IPEに関する研究報告を行っている大学の教育理念には、IPWやIPEに関わる項目がほぼ間違いなく存在する。諸大学のIPW・IPEと関連する教育理念などは下記の通りである。

昭和大学：「学部の枠を越えてともに学び、互いに理解し合え、協力できる人材を育成する」という大学の教育理念のもとに「チーム医療に積極的に貢献できる医療人の養成」を目的として、2006年度よりカリキュラムを整備した（木内ら、2014）。



表1. 多職種連携コンピテンシー（日本版）案（大塚ら，2015より抜粋）.

- 
1. 患者・利用者中心：患者，サービス利用者，家族，コミュニティ中心性。  
患者／サービス利用者のケア向上のために，協働する職種間で患者／サービス利用者，家族，コミュニティにとっての重要な関心事／問題に焦点を当て，目標を共有することができる。
  2. コミュニケーション：職種間コミュニケーション。  
患者／サービス利用者のケアの向上のために，職種背景が異なることに配慮し，専門的知識や意見を互いにやりとりすることができる。
  3. パートナリシップ：信頼関係を築く。  
患者／サービス利用者に協働したケアを提供するために，相手を尊重し，信頼関係を築くことができる。
  4. 相互理解と職種活用：互いに理解し，互いの専門性を活かす。  
患者／サービス利用者に協働したケアを提供するために，職種の特徴や役割および活動状況を理解しあい，活かすことができる。
  5. ファシリテーション：円滑な相互作用を促進する。  
患者／サービス利用者に協働したケアを提供するために，関係構築を援助し，各専門職が能動的に関われるように働きかけることができる。また，時に生じる職種間の葛藤に対応することができる。
  6. リフレクション：協働する視点から省察する。  
他者と協働する能力を高めるために，連携協働した経験を俯瞰し，自身や他者の感情，思考，行為，役割，価値観を再考することができる。
- 

埼玉県立大学：『「連携と統合」の建学の理念のもと，『高度化，複雑化する保健医療福祉の課題を解決するためには，それぞれの分野が他の分野と『連携』し，利用者に『統合』したサービスを提供することが必要である』と意味づけた体系的な教育』としてIPE科目を設けている（田野ら，2011）。2006年度からの試行を経て，2009年度から必修科目としてIPW演習を実施している。2007年に教育目的を整理し「地域の保健医療福祉の場で専門職連携を学ぶ」こととしている（田野ら，2011）。

札幌医科大学：最終的には「地域医療の充実に貢献する医療人の育成」を目指し，IPEでは「地域の中の限られた資源のなかで多職種が協働する重要性を学び，必要な能力を身につけること」を目標とする。広大な面積を有し，医療資源が都市部に偏在しているという北海道の特徴を意識した教育理念を掲げている（横山・相馬，2015）。

首都大学東京：「専門職連携教育を通じた専門職育成により，サービス全体の底上げを図ると同時に，他の専門性を視野に入れたマネジメント教育，さらにはリーダーシップ教育へと発展させて，保健・医療・福祉領域におけるサービスの対象者（患者）を中心とした質の高いサービスと技術を提供できる高度な専門職を育成すること」を教育目標としている（大嶋，2013）。IPEを実施している大学の多くが，「連携」や「チーム（医療）」などのキーワードを用いているのに対し，首都大学では「マネジメント」，「リーダーシップ」という単語を使用している。単なる「連携」ととどまらない，積極的なチーム運営に関わることでできる人材の育成方法としてIPEを位置づけていることがうかがえる。

千葉大学：「患者・サービス利用者を中心においた，コミュニケーション能力，倫理的感受性，問題解決能力の育成」を教育目的として，IPEプログラムを実施している（酒井ら，2014）。

筑波大学：「チーム活動において協調し、建設的に行動出来る態度と習慣を身につける」ことを掲げ、連携・協働、チーム医療を実践する能力を備えた医師の養成のために、IPEプログラムを用意している（前野，2014）。

### 1.5. 北海道医療大学の教育理念におけるIPWおよびIPEの位置づけ

本学のIPWに関わる教育理念は「保健と医療と福祉の連携・統合を目指す創造的な教育」の推進であり、各学部のディプロマ・ポリシー（表2）においても「連携」の重要性が掲げられている。

薬学部のディプロマ・ポリシーにおいては、「チーム医療」および「他のスタッフと協調して医療に貢献」との文言があるものの、必ずしも積極的にIPWを意図した記述ではない。従前の「医療」という概念は、現在の「保健、医療、福祉」のすべてを包含する広義なものと考えられてきた。しかしながら、IPWに耳目が集まるようになり、「保健、医療、福祉」という一体化した用語が盛んに用いられるようになってきている現況において、「医療」という用語を単独で使用することは、狭義の意味で「医療」をとらえているという無用な誤解を招きかねない。同様に、「チーム医療」という用語の使用にも注意を払わなくてはならない。たとえば、歯学部では「チーム医療（保健と医療と福祉）」のように、チーム医療の範囲を明記して補うことにより、誤解が抱かれない配慮がなされている。

心理科学部のディプロマ・ポリシーにおいては、IPWに関連する項目が存在しない。これまで先進的な取り組みを行ってきた他の大学においても、心理臨床に関わる学部（学科）、研究科が存在していなかったことから、心理臨床を学ぶ学生に対するIPEのあり方や実践に関する検討がほとんど報告されてこなかったものと推察する。しかしながら、心理臨床家は多くの他職種と連携してその業務を全うしており、心理臨床家（とそれを目指す学生）に対してもIPEを実施することを求める社会的要請は高まりつつある。たとえば、日本学術会議健康・生活科学委員会、高齢者の健康分科会による「提言：地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて（2011年9月）」においては、「医、歯、看護、介護、福祉の専門領域と連携して、心理的支援を行う専門職を教育し養成することは、在宅高齢者の健康と尊厳を守り、自律した生活の質的向上に有効であり、高等教育において専門職を養成することが望まれる」と提言されている。

表2. 北海道医療大学各学部のディプロマ・ポリシーにおける多職種連携協働（IPW）・多職種連携教育（IPE）関連項目。

学部など	IPW・IPEに言及した項目
薬学部	チーム医療を担う一員として、他のスタッフと協調して医療に貢献できる態度と能力を身につけている。
歯学部	チーム医療（保健と医療と福祉）において強調し建設的に行動できる態度と能力を身につけている。
歯科衛生士専門学校	チーム医療に貢献できるコミュニケーション能力や実践力を養成する（ディプロマ・ポリシーは設定されていないため、教育目標より抜粋）。
看護福祉学部	保健・医療・福祉をはじめ人間に関する様々な領域の人々と連携、協働できる実践的能力を身につけている。
心理科学部	[直接的に言及した項目は無い]
リハビリテーション科学部	関係職種と連携できる実践的能力を身につけている。 保健・医療・福祉の分野において、地域包括ケアの視点をもって専門技術を提供できる能力を身につけている。

同様に、本邦における福祉領域の学生（社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士）に対するIPEの取り組み例も多くはない。本学臨床福祉学科および心理科学部の学生・大学院生のIPEへの参加は、地域包括支援が重視される社会状況および本学附属地域包括ケアセンターの設置と重なり本学IPEを特色あるものとするであろう。

## 2. IPEの方法

### 2.1. IPEのカリキュラム、IPWコンピテンシーとその教授方法

IPWにおいて必要とされる能力、すなわちIPWコンピテンシーについては表1の通りである。

また、小林ら（2012）は、IPEを実施している保健医療福祉大学から報告された25の文献をレビューし、IPEの主な教育効果として、「チームとして患者に関わるための視点」、「専門性に対する理解・意欲の向上」、「多職種チーム推進のためのスキル」の3つのカテゴリーが期待されていることを示唆した。しかし、試案で示された6つのコンピテンシー（表1）についても同様であるが、それらのコンピテンシーを習得するためのカリキュラムの有効性および持続性については、今後の実証的な研究報告を待たなければならない。現在、IPEにおける教育内容、教育方法、および評価システムについては、各大学で独自の実践と検討が行われている。しかし、最終的な目標は同じものであることから共通点を見いだすことができる。各大学の具体的な取り組みについては以降の2章3節で取り上げるが、おおむね共通しているカリキュラムを、図1と対応させながら説明する。

① 講義：IPWが必要とされる背景（患者中心主義、資源の効率的活用、専門職種の多様化と細分

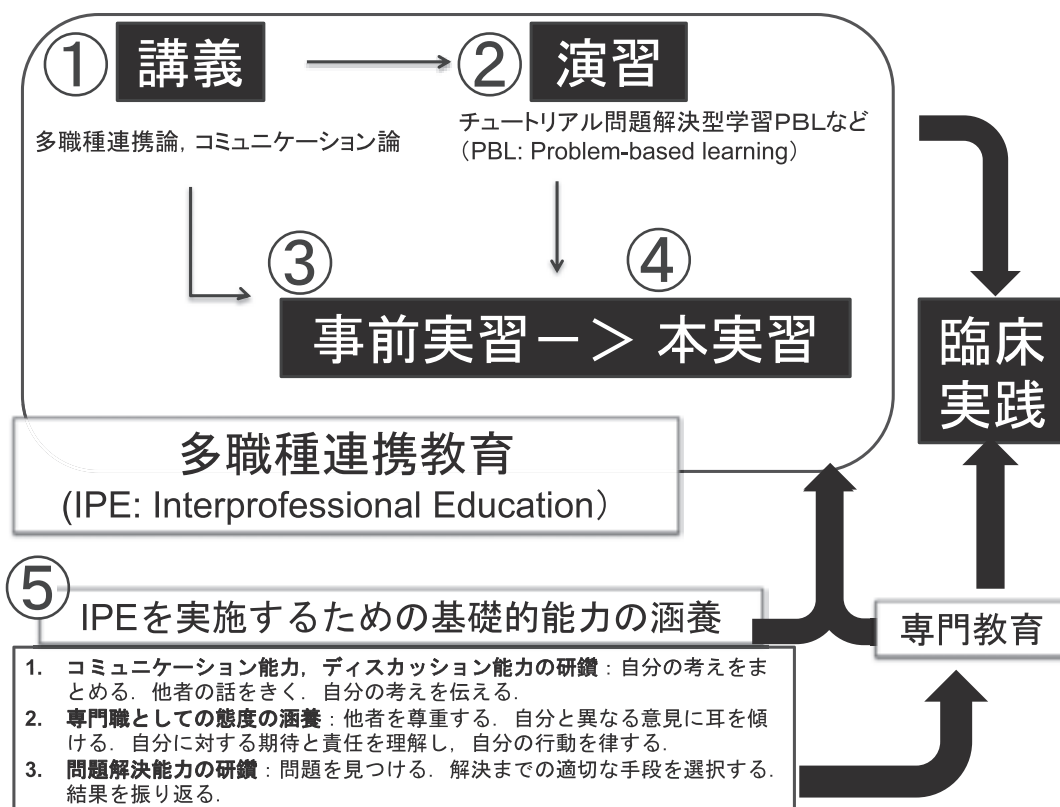


図1. 多職種連携教育（IPE）のカリキュラムと個々の科目の位置づけ。

化など), チームワーキング論, コミュニケーション論に関する講義と若干のグループワーク。1年次に行われることが多い。

- ② 演習: 良好なチームワークを維持しながら問題を解決するための実践的能力の習得。問題解決型学習 (PBL: Problem-based learning) などが用いられる。比較的低学年次から始められている。
- ③ 事前実習: 臨床現場におけるIPWを意識し, 模擬患者・模擬支援例を用いたIPW演習。3, 4年次に実施されることが多い。実習そのものは, 2, 3日から数週間にわたって行われる。
- ④ 本実習: 臨床実習などに組み込まれたIPW実習。看護学科, 理学療法学科などでは3, 4年次, 医学科, 薬学科では5, 6年次に行われる。

②の演習が③に組み込まれた形で行われることもある。また, ①の講義には, IPWが行われている病院, 福祉施設などへの見学が組み込まれることもある。見学実習を独立した科目として設定している大学もあるが, いずれも低学年次においてである。

上記に加えて, IPEのためだけに準備されているわけではないが, 「大学における学習の準備教育」として, コミュニケーション能力, 自ら調べ自ら学ぶ態度, プレゼンテーション能力などの習得を目標とする「基礎ゼミナール」のような演習が初年次に行われている (図1の⑤)。しかしながら, ここでの学習目標としているコミュニケーションに関する知識, 態度, 実践は, 3年次以降のIPW演習や実習においてチームで問題を解決するために必要とされるような, チームアプローチやコミュニケーションスキルとは必ずしも一致しない。コミュニケーションスキルに関する講義・演習は専門教育でも行われる。しかしそれは, 診察室や病室における患者とのやり取りに関する内容が中心であり, グループワーク, チームアプローチにおけるコミュニケーションのあり方とは異なる。IPWのためのコミュニケーションスキルを演習 (図1の②) の中で学ぶことができるように配慮するか, たとえば新潟医療大学では, 基礎ゼミナールを学科混成にするとともに, その内容を単なる「大学における学習の準備教育」にとどまらない内容にすることで, IPEにおける基礎的科目としている (真柄, 2013)。

## 2.2. 北海道医療大学におけるIPE

教育理念やディプロマ・ポリシーにはIPW・IPEと関連する記述があるものの, CAIPEによるIPEの定義に合致するような取り組みは, 2014年度まではあまり行われてこなかった。現時点の本学における既存の科目で, IPE科目と考えられる科目, IPE的要素が含まれている科目, および今後若干の修正を行うことでIPE科目とすることができる科目を抽出し, 表3および図2に示した。

「個体差健康科学・多職種連携」: 2014年度に科目が新設された。1年次前期に実施される同科目は, 講義とグループワークからなる。講義においては, IPWの意義や, 保健, 医療, 福祉の現場における具体的なIPW実践についての説明が行われる。そして, 講義の内容と関連した課題をグループで話し合い発表を行う。入学して間もないことから, 学生には専門職に関する知識は皆無に等しいが, 専門教育が進み独自の“学部文化”が形成され, 職業間のヒエラルキーが形成されてしまう前に, チームで問題解決に取り組むために必要なコミュニケーションについて, 体験的に理解, 習得してもらうことを目的としている。しかし, 見知らぬ他人といきなり小グループで作業を行うことに抵抗を示す学生が少なくない一方で, 十分なアイスブレイキングを行う時間が用意されてい



表3. 北海道医療大学における多職種連携教育（IPE）科目および多職種連携協働（IPW）関連科目一覧。

授業科目	単位数	開講年次・時間数								履修者数(2014または2015年度)		
		1年		2年		3年		4年				
		必修	選択	前期	後期	前期	後期	前期	後期			
リハビリテーション科学部	個体差健康科学(個体差健康科学)	2		30						全学合同	講義・演習	209
	地域連携(地域包括ケア演習)		1					30		学部内合同	講義・演習	28
	地域連携(メディカルカフェをつくるI)		1			30				全学合同	演習	0
	多職種連携(多職種連携論)	1						30		看護福祉と合同	講義・演習	135 看護福祉学部は選択
心理科学部	個体差健康科学(個体差健康科学・多職種連携入門)	2		30						全学合同	講義・演習	69
	地域連携(メディカルカフェをつくる)		2	30						全学合同	演習	0
	地域連携(地域ボランティア論)		2	30						心理のみ	講義・演習	12
歯学部	個体差健康科学(個体差健康科学・多職種連携入門)	2		30						全学合同	講義・演習	83
	基礎ゼミナール(医療人間学演習)	2			30					歯学のみ	演習	83
	地域連携(メディカルカフェをつくる)		[2]	30						全学合同	演習	5 卒業単位に含まず
	多職種連携(看護福祉概論)		2	30						歯学のみ	講義	83 連携について1.5コマ
	多職種連携(医薬品の科学)		2		30					歯学のみ	講義	89 連携について1コマ
	多職種連携(リハビリテーション科学概論)		2				30			歯学のみ	講義	55 連携について1コマ
	多職種連携(医療行動科学)		2						30	歯学のみ	講義	61
歯科衛生士専門学校	個体差健康科学・多職種連携入門	2		30						全学合同	講義・演習	
薬学部	個体差健康科学(個体差健康科学・多職種連携入門)	2		30						全学合同	講義・演習	177
	地域連携(早期体験学習)		2	30						薬学のみ	演習	177
	地域連携(メディカルカフェをつくる)		[2]			30		30		全学合同	演習	1 卒業単位に含まず
看護福祉学部	個体差健康科学(個体差健康科学・多職種連携入門)	2		30						全学合同	講義・演習	185
	地域連携(地域ボランティア論)		2		30					学部内合同	講義	未定 体験実習あり
	地域連携(メディカルカフェをつくる)		2	30						全学合同	演習	4
	多職種連携(多職種連携論)		1					30		リハと合同	講義・演習	63 リハビリテーション科学部は必修

いことには改善が求められる。それに加えて、グループワークにおいては、各人が与えられた役割を果たし、話し合いをすすめ発表を準備するという一定の活動が要求されるが、チームワーク論やグループワークにおけるコミュニケーションの取り方について学ぶ時間は用意されておらず、グループによっては十分な活動ができていないところもある。また、学生によっては、日常における基本的なコミュニケーションのルールを身につけていないものもあり、そのような学生の存在がグループワークの大きな障害になってしまっている場合もある。これらの問題を解決するためには、基本的なコミュニケーションのあり方と、グループワークにおけるコミュニケーションのあり方に関する講義および理論に基づいた演習を行い、円滑な問題解決型のグループワークが遂行できるような基本的知識、態度、実践を習得させる必要がある。

「基礎ゼミナール」：各学部において、初年次教育として「基礎ゼミナール」が行われている。ここでは主に学部の担当教員がオムニバス形式の講義・演習で、友人作り、コミュニケーションの基本、大学での学習態度（問題をみつける、調べる、解決する、報告する）などを学ばせている。教員による担任制の少人数グループを対象に行われる場合もある。このように各学部で実施されている基礎ゼミナールを学部横断的なグループ構成にして、本来の目的（大学における学びのための知識、態度、技能の習得）とともに、IPEで必要とされるグループワークにおけるコミュニケーションの基本について学ばせることができれば、IPEの基礎的科目と位置づけることができる。相応のFD研修が必要ではあろうが、ともすれば担当教員の裁量に任されがちで、その教育内容に大きな差が生じていることが予想される基礎ゼミナールを有効に活用するひとつの方法である。それ以外にも初年次に学科混成の科目を新設することや、既存の「個体差健康科学・多職種連携」を修正・拡張することも一案である。どのような形であれ、本学では初年度に、「連携」を意識したコミュニケーションとチーム形成に関わる知識、態度、技能の習得を目指すことが望ましい。

	看護福祉学部	リハビリテーション科学部	心理科学部	歯学部	薬学部	歯科衛生士専門学校
4年前期				多職種連携（医療行動科学） n= 61 ㊟		
3年後期						
3年前期		地域連携（地域包括ケア演習） n= 28 ㊟ 1		多職種連携（リハビリテーション科学概論）n= 55 ㊟	地域連携（メディカルカフェをつくる）	
2年後期						
2年前期		n=不明 ㊟ 1		多職種連携（医薬品の科学） n= 89 ㊟	n= 1 ㊟ [2]	
1年後期	地域連携（地域ボランティア論） n=不明 ㊟			基礎ゼミナール（医療人間学演習） n= 83 ㊟		
1年前期	地域連携（メディカルカフェをつくる） n= 4 ㊟			n= 0 ㊟   n= 5 ㊟ [2]		
			地域連携（地域ボランティア論） n= 12 ㊟	多職種連携（看護福祉概論） n= 83 ㊟	地域連携（早期体験学習） n= 177 ㊟	
	個体差健康科学（個体差健康科学・多職種連携） n= 185 ㊟	n= 209 ㊟	n= 69 ㊟	n= 83 ㊟	n= 177 ㊟	㊟
	看護福祉学部	リハビリテーション科学部	心理科学部	歯学部	薬学部	歯科衛生士専門学校

図2. 本学における多職種連携教育（IPE）および多職種連携協働（IPW）関連科目における学部連携と学年進行。n：履修者数，㊟：必修科目，㊟：選択科目。㊟または㊟に続く数字は単位数を示す。単位数が[ ]の科目は卒業単位に含まない。

「地域連携（メディカルカフェをつくる）」：2007年度に札幌医科大学と合同で取り組んだ「現代的教育ニーズ取り組み支援プログラム（広域型）、双方向型医療コミュニケーション教育の展開」をきっかけに設置された科目である。当初は大学間および学内において様々な学部学生が協働して、地域の保健医療を向上させるためのプログラムを考案し、地域住民を対象に実施するというIPE科目であった。しかしながら現在、大学間での直接的な連携はなく、また履修者も極めて少ない状態であり、当初の目的が充分には達成されていない状況である。履修者が少ない原因には、「選択科目である」、「正規の授業時間外の活動が少なくない」ことなどが想定されるが、今後検討と修正を行わなくてはならない。

「地域連携（地域連携ボランティア論）」：看護福祉学部および心理科学部における「地域連携（地域連携ボランティア論）」は、講義と演習からなる科目であるが、学部別に実施しておりIPEではない。いずれの取り組みも、地域の病院、福祉施設などにおけるボランティア活動の講義および演習という構成からなる。そのため、たとえば学部混成で実施するなど内容を若干修正することでIPE科目とすることができる。看護師、介護福祉士、社会福祉士を目指す看護福祉学部の学生と、心理臨床や一般就職を目指す心理科学部の学生が協働して学ぶ取り組みは、従来行われてきた保健、医療の領域を中心としたIPWにとどまらない、福祉・心理領域での連携に注目する新しい取り組みであり、地域包括支援の時代におけるIPWを見据えた特色ある連携教育となる。

「地域連携（早期体験学習）」：薬学部においては、「地域連携（早期体験学習）」が用意されており、薬剤師が勤務する様々な施設への見学実習を中心としている。他学部の学生が、薬剤師の働く場とその職業内容を知ることは有益であり、他学部生の参加および薬学部生との協働が行われることにより、IPE科目とすることも可能である。リハビリテーション科学部における「地域連携（地域包括ケア演習）」についても同様である。

「地域医療連携」：札幌医科大学が実施する「地域医療連携」の地域滞在実習と講義の一部に本学学生が参加し、地域医療の場におけるIPWを学んでいる。札幌医科大学では、事前・事後に多くの講義・実習の時間を配分しており、また、同実習は1年次から3年次まで3年間にわたる積み上げ式の系統的な科目である。それに比較すると、本学の学生は実習1回（数日間）と数回の講義への参加しか行わないため、実習参加の体験を十分に活かしてないところがあり、事前・事後の講義などの拡充が期待される。たとえば、参加学生のリフレクション、参加しなかった学生との知識・経験の共有を意図し、実習参加後の発表会や、発表準備のためのグループ学習などを行うことはひとつの解決策である。

「多職種連携（多職種連携論）」：3年次を対象として、看護福祉学部とリハビリテーション科学部が本年度より実施している。IPW論の講義とグループワークを用いた演習が行われており、初年度の成果についての報告が待たれる。

歯学部におけるIPW・IPE関連科目：歯学部においては、1年次の「多職種連携（看護福祉概論）」にはじまり、「多職種連携（医薬品の科学）」、「多職種連携（リハビリテーション科学概論）」、「多職種連携（医療行動科学）」と、毎年1科目ずつ必修科目を履修する。歯学部生のみを対象とし、他学部教員がそれぞれの専門領域で講義・演習を行うほか、歯科との連携について講義する。その

ためIPEというよりは、「専門教育において他職種の業務内容や技術を学ぶ」といった、いわゆる「単一職種教育 (Uniprofessional education)」の色彩が濃いと考えられる。すなわち、CAIPEが定義する意味でのIPE科目ではない。講義をもとに、他学部の学生となんらかのグループワークを行うなどの内容を追加することで、IPE科目にすることができる。しかし、一方で専門教育として「他職種の仕事を学ぶ」という内容は希薄になる。単一職種教育として学ぶべき内容であれば、無理にIPE科目化する必要はない。専門教育とIPEの割合についての大局的な判断が必要となる。また、1年次の「基礎ゼミナール (医療人間学演習)」で、福祉施設や歯科内科クリニックにおいて演習を行っている。他学部の学生が参加することで、IPE科目とすることは可能である。

昭和大学、千葉大学、埼玉県立大学のように大規模なIPEを展開している大学はその運営組織も大きい。本学のように大規模かつ常設の運営組織をおくことが困難な状況では、独自にカリキュラムを開発していくよりも、まずは他大学の取り組みを本学の教育理念に合致する形に修正しながら取り入れていくことが現実的である。上述のように、既存の専門科目に他学部の学生を参加させ、協働して課題に取り組ませることで新たなIPE科目を作成することは可能である。しかしながら、ただ協働させれば良いわけではなく、明確な教育理念・目標に基づくものでなければならない。

### 2.3. 諸大学におけるIPEの実践

学部・学科構成、地域で求められる保健、医療、福祉サービスのあり方は様々であり、それぞれの大学は独自の工夫を行いながらIPEに取り組んでいる。下記に諸大学における実践を紹介する。

群馬大学：IPEの基礎として、1年次前期に「全人的医療論 (保健学科・医学科合同)」と「チームワーク原論 (保健学科単独)」後期に「チーム医療 (選択科目)」が配当されている。講義科目が3つも用意されているのは、他の大学と比較すると充実している。IPEの中心的な科目は、3年次前期に行われる保健学科 (看護学専攻、検査技術科学専攻、理学療法学専攻、作業療法学専攻) 必修の「チームワーク実習 (全45回)」である。160名の学生が、9名前後の学科混合チームに編成され、約20の施設に配当される。総勢約30名の教員が、20グループの学生の指導にあたる。医学科はカリキュラムの都合により2年生が選択科目として参加する (小河原ら, 2011)。

昭和大学：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) の全学を対象にIPEを推進している。低学年次においては、学内外での体験実習、PBLチュートリアルなどの問題解決学習を通して、チーム医療の基盤作りを行っている。特に1年次は全寮制ということもあり、必修で3週間にわたる内容豊富な体験実習が行われる。PBLは高学年次まで3年間にわたって実施され、その内容は体系的であり、段階的に実践的なものとなる。医歯薬においては5年次、その他の学部では3、4年次の学生を対象として、1週間の学部連携病棟実習が行われる。また、医歯薬6年、他学部4年次生を対象に、地域医療を学習する学部連携地域医療実習 (2週間)、高度先進医療におけるチーム医療を経験する学部連携アドバンスト病院実習などの豊富な内容を、段階的、体系的に学ぶことができる (木内ら, 2011; 2014)。

札幌医科大学：医学部医学科および保健医療学部 (看護学科、理学療法学科、作業療法学科) の4学科合同で、1年次から積み上げ式によるIPEが行われている (相馬ら, 2013)。講義・演習は、学科混成のグループで行われ、医学科ではすべてが必修、他学科では選択となっている。カリキュラ

ムは、地域滞在型の実習と学内教育の大きく二つに分けることができる。地域滞在実習においては、北海道の様々な地域に滞在し、地域医療の理解、保健医療の実際、課題の探求などを通して地域医療マインドを身につける。毎年3日前後の滞在中、1年次から3年次まで行われる。これらの学外実習と同時に、1年次よりIPWを意識したコミュニケーション能力を醸成するための講義・演習が4年次まで行われる。これらの活動においては、地域の小中学生、高齢者を対象とした健康教育、高校訪問やオープンキャンパスにおける学習成果の発表など、地域の住民との密接なコミュニケーションを介した学生主体の活動が行われる。医学科生は、これらの経験を地域滞在型の診療参加型臨床実習へと繋げていく。

首都大学東京：健康福祉学部（看護学科、理学療法学科、作業療法学科、放射線学科）の定員200名がIPEの対象である。英国の大学との交流（人的交流や教育・研究交流協定）に積極的であり、IPEを学ぶ海外短期留学（2，3，4年次）が行われていることが特徴的である。IPEとして4科目と1つの連携実習からなる「連携協働マネジメント科目群」が用意されている。必修または選択の判断は学科にゆだねられている。講義としては、チーム医療に関する内容を含む「保健医療概論」を1年次に学ぶ。2，3，4年次に、慶応義塾大学薬学部、医学部、看護学部と合同で実施する医学系学生交流セミナーにおいて、グループワークによる症例検討が行われる（大嶋，2013）。2014年度より、演習科目として「専門職間連携演習Ⅰ」、実習科目として「専門職間連携演習Ⅱ」が行われている。

千葉大学：医学部、看護学部、薬学部の必修科目としてIPE科目が設置されている。独自に開発したIPWコンピテンシー評価尺度を用いて、コンピテンシーの構成要素をモデル化している。これらのコンピテンシー習得を目指し、4段階に設定された学習到達目標を基本にして、授業内容の吟味、行動目標の設定、学習方法の検討が行われている。学年進行に沿って学習到達目標および行動目標がスモールステップで明文化されていることから、学生の到達度を評価することで、教育内容の妥当性を随時、吟味・修正することができる。すべての学年において、IPEは体験学習とグループ討論を基本とし、必要に応じて講義が行われる（酒井ら，2015；2014）。

神戸大学：医学部医学科と保健学科（看護学科、臨床検査学科、理学療法学科、作業療法学科）を対象にIPEが行われる。講義形式では、1年次生に対し「IPW概論」、「医学概論」および「現代医療と生命倫理（最終回には、学科混成のグループワーク）」、実習としては1週間の「初期体験臨床実習（神戸薬科大学も参加）」が行われる。様々な施設におけるチーム医療の現場を1年次生が見学するプログラムでは、内容および施設との調整に様々な工夫が行われている。また、4年次には「合同PBLチュートリアル」を実施している（平井，2014）。

埼玉県立大学：保健医療福祉学部（看護学科、理学療法学科、作業療法学科、社会福祉子ども学科、健康開発学科）において、1年次から4年次までの積み上げ式、かつ学科横断式で「保健医療福祉科目」をIPEとして学ぶ（大塚，2014）。1年次では、講義として「ヒューマンケア論」、体験実習として「ヒューマンケア体験実習」が開講されている。4年次の「IPW実習」では、地域基盤型のIPEにおいて、チームとして連携・協働しながら問題解決を行う実習が行われる。この準備科目として、2年次前期に「IPW論」、3年次後期に「IPW演習」が用意され、IPWの理論的背景および問題解決のためのケアマネジメントの基本を習得する。IPW実習では、埼玉医科大学の医学科4



年生も参加する（大塚，2014）。

筑波大学：医学群（医学類，看護学類，医療科学類）の学生を対象に，IPEとして学類混成のグループを対象に3つの科目が用意されている。1年次では，新入生同士のコミュニケーションを経験することを目的として，5名程度の少人数のグループで討論を行う。2年次には，医学類と茨城県立医療大学（看護学科，理学療法学科，作業療法学科，放射線技術科学科）の学生を対象に，Team-based Learning（TBL）を用いた必修の演習が行われる。3年次のPBLを用いた演習（看護学類および医療科学類の学生は4年次）はすべての学類で必修であり，東京理科大学薬学部5年次学生と合同で行われる（前野，2014）。

山梨県立大学：看護学部・人間福祉学部を対象に，地域包括支援センターをフィールドとした「専門職連携演習」を開講している。同演習の目標は，「地区踏査や高齢者の訪問調査などを通して地域住民の生活及び健康ニーズを把握し，両学部の学生が互いの専門性を知り，多職種と連携することの意義を学ぶ（吉澤ら，2011）」こととしている。病院や福祉施設を対象とした演習・実習は多くの大学で行われているが，「地域包括支援センター」を拠点として，地域の生活・健康ニーズを自ら調べるといった試みは，地域包括ケアセンターを大学附属施設として設置予定の本学には大変参考になる。

## 2.4. 情報技術（IT：Information Technology）の活用

IPE科目に限ったことではないが，効果的かつ効率的な学習のためには，ITの活用が必須である。IPE科目においては，学部を問わず当該学年の学生すべてを対象に同一内容の講義を行う場合がある。複数の教室に分割して，複数の教員が同じ内容を個別に教授するやり方もあるが，その内容に精通した教員を同時に複数配置する必要がある。一方，オムニバス形式にして教員とその講義を提示する順序をクラス毎に変えればこの問題は解決できるが，クラス毎に学習内容の順序が異なり，系統的な内容の積み上げが難しくなる。早い段階で教授すべき基礎的な内容もあるであろう。そのため，ビデオやライブ配信などによる講義の一斉配信システムと大規模な講義において注意を持続させるために，教員が学生と随時インタラクションできるシステムの整備が望ましい。

講義内で提示した資料や動画などの復習やeラーニングのための教育用サーバを準備する必要がある。チームワークにおいて生じる葛藤場面の提示および理解には，動画を用いた資料提示が必須である。また，模擬患者のカルテ情報，画像，種々のデータなどについては教員が冊子体などで提供するよりも，学生が模擬電子カルテにアクセスして必要な情報を取得する方が効率的かつ実践的である。IPW論では，共通の内容を一斉に講義できるが，講義時間内で十分に説明することができないそれぞれの専門職種との関わりについては，eラーニングなどにより，各自で学習できる教材の準備と自由にPCを利用するための情報処理室の開放が望ましい。

グループワークにおいては，興味の対象や進度により，必要とする情報がグループ毎に異なる。学生が主体的に授業時間内に情報にアクセスするために，ノートPCと無線ネット接続環境が必要である。PCは必ずしも一人一台に提供される必要は無く，グループ毎に1台あれば，最低限の要求は満たされる。

また，IPEにおけるグループワークにおいては，授業時間外の作業や話し合いなどが必要になることもある。たとえば埼玉県立大学では，学生グループ毎に自由に利用できる電子掲示板がWeb上に用意されており，初回講義で出会う前から掲示板でやり取りさせることでアイスブレイキング

の機会も提供している（大塚，2014）。

グループ活動における各人の遂行を評価するにあたり，個人毎の学習ポートフォリオなどを作成し，継続的に教員が評価する方法がある。体系的なIPEを実施するのであれば，初年次から卒業するまでの一貫したポートフォリオを導入しても良いであろう。長期間の使用における紛失，汚損などの可能性を考慮すれば，電子的に管理するe-ポートフォリオ（酒井，2014）などの導入も検討すべきである。

## 2.5. リソースの確保と開拓

保健，医療，福祉における専門職教育では，学外リソースの利用が不可欠である。特にIPEにおいては「現場での協働」が最終的な目標であるために，実習施設および実習対象の確保が必要である。実習対象としては，模擬患者を初めとして，自宅で療養している者，病院に入通院する患者，福祉施設に滞在・通所している利用者などが含まれる。特に，福祉領域における実習では，支援対象者の経済状態，家族関係等の濃厚な個人情報が無ければニーズに合致した福祉の提案を行うことができない。情報の管理に最大限留意しながら，新規の実習協力者への参加要請，継続的に協力を依頼している対象者に関する個人情報の共有と引き継ぎを行う必要がある。

見学，演習，実習にあたっては，病院，福祉施設などの実習先の確保と新規開拓が不可欠である。たとえば，昭和大学では，8つの附属病院（3200床）で臨床実習を行っている（木内ら，2011）。距離的にも関係的にも最も近いのは附属病院であり，本学においても2つの附属病院を活用したIPEを行うべきであろう。また，本学では附属の地域包括ケアセンターを建設中である。地域に密接した保健，医療，福祉実践の場として，本学IPEへの活用を積極的に検討すべきである。たとえば前述の山梨県立大学では，地域包括支援センターをフィールドとした「専門職連携演習」を開講しており参考になる（吉澤ら，2011）。札幌医科大学は，地域滞在実習において病院や福祉施設だけでなく，地元経済を担う産業施設を実習場所とすることで，住民の生活基盤を知ることから始めている（相馬ら，2013）。本学各学部は，その専門教育の演習，実習において，病院，薬局，福祉施設，学校など様々な場所を利用させていただいている。このような場所をIPE演習や実習にも利用させていただいたり，本学卒業生が関係する病院，福祉施設への依頼も拡大して検討すべきである。本人自身の体験および他のグループの発表などを通して，多様な現場とそこで展開される活動を見聞することは，広く深い視野と見識を持つ専門職の育成に有益である。

実習に際しては，よほど大きな施設で無い限り，一度に複数のグループを受け入れることはできない。一方で，実施時期をグループによって変えると，事前・事後指導のための時間の確保や，学部毎に異なる専門教育の開講時期との調整に大きな困難が生じる。そのため同時期に一斉の実習を行うために，多くの施設を実習先として確保する必要がある。たとえば，千葉大学では県内50カ所，埼玉県立大学では80カ所の医療福祉介護施設から協力を得ている（酒井ら，2014；大塚，2014）。千葉大学ではそのうち半数から継続して協力を得られているとのことであるから，残りの半分については恒常的に実習先を開拓する必要があることが推察される。

## 2.6. IPEにおけるアウトカムの評価

すべてのカリキュラムは，教育理念や目標と合致したアウトカムを想定し，構成・実施され，その教育効果を検証するための評価が行われるべきである。しかしながら，IPEの現状においては，必ずしもそれが保障されているわけではない。たとえば，Thistlethwaite & Moran（2010）は，1988年から2009年までの88の論文を吟味して，必ずしもすべてのIPEの取り組みが，アウトカムや教育

目標を明確にして実施しているわけではない問題点を指摘した。

IPEの効果を評価する尺度としては、Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) が知られており (Parsell & Bligh, 1999), 様々な国の言語に翻訳されている。本邦において Tamura ら (2012) は RIPLS の日本語版を作成し、看護師、臨床工学士、理学療法士、作業療法士の養成課程に在籍する学生を対象としてその妥当性について検討した。また、IPE のアウトカムを測定することを意図したものではないものの、チームワークに対する態度を評定することを目的として作成された Attitudes Toward Health Care Team Scale (ATHCT) (Heinemann et al., 1999) が使用されることもある。一方、臨床現場における IPW に対する IPE の効果を評価することを目的として、Yamamoto ら (2014) は評価尺度の作成を試みているが、この尺度は現職者を対象に作られたものであり、学生にそのまま適用できない。また、この尺度においては、卒後 IPE が尺度得点に影響を与えることはあっても、卒前 IPE は有意な影響を与えないことも示されており、大学教育における IPE の効果を測定する尺度としてはそのまま使用することができない。

本学においては、IPE のアウトカムを教育理念や目標と厳密に対応させながら評価するシステムが、必ずしも充分には整備されていなかった。IPE のあり方は、大学の教育理念、目標と合致させる必要があることから、その評価項目も一定の共通部分をのぞけば独自のものとなるはずであり、作成が急がれる。たとえば山梨県立大学では、独自に作成した 5 つの大項目とそれに関連する 20 の小項目からなる「学生自己評価表」を用いて、各項目を 4 段階で評価している (吉澤ら, 2011)。群馬大学では、学習到達度・自己評価アンケート (小河原ら, 2011)、埼玉県立大学では、4 つの目標を具体化した 20 の評価項目からなる独自の評価表を用いている (大塚, 2014)。筑波大学では、独自の IPE 調査票および RIPLS 日本語版を使用し (前野, 2014)、札幌医科大学でも同様に RIPLS を修正したものと「対人関係を円滑にするスキル」を評価する KiSS-18 (菊池, 2004) を使用している (横山・相馬, 2015)。

このように、研究レベルで検討されている評価尺度および、本邦の諸大学で使用されている評価尺度を勘案すると、ATHCT と RIPLS を基礎として本学用の尺度を作成し、社会的スキル評価のために KiSS-18 を実施すればよいと考えられる。学部構成や地域性の違いを考慮すれば、評価尺度にも独自性があるべきではあるが、近々 JAIBE より上梓される「多職種連携コンピテンシー (日本版)」(表 1) と整合性のあるものが望ましい。また、IPE のアウトカムについては、長期の効果についても検討する必要がある。たとえば千葉大学においては、専門職連携評価尺度 (CICS29) を用いた IPE の長期効果について検討が行われており、その報告が待たれる (酒井ら, 2014)。

IPE のアウトカム評価においては、多項目からなる質問紙や評価表 (票) を用いた自己評価、教員評価が中心である。しかしながら、これらは抽象的な文言で既述されている場合もあり、学生および教員にとっては具体的にどのような行動様式を習得することが求められているのかが明確でない。千葉大学では、IPE 科目におけるポスター発表のパフォーマンス評価に、学習目標に合わせた「ルーブリック」を導入し、習得すべき具体的な行動と目標を透明かつ明確にしている。また、教育プログラムの事後 (または事前も含む) に行われる評価だけでなく、学習ポートフォリオを用いて学習過程を体系的に評価する試みも注目すべきである (酒井ら, 2014)。

### 3. IPE推進室の設置. 持続的なIPEの展開のために

IPE の推進・維持においては、持続的に様々な問題を解決するための組織が必要である。たとえば科目新設に際しては、学部間において教育内容、実施時期、時程を調整する必要がある。また、

一貫した評価、講義・演習・実習を実現するための学内環境（IT環境含む）の整備、IPEに関するFD研修、実習先および他の高等教育機関とのやりとり、IPW・IPEに関する情報収集、情報発信、情報共有、文科省などを中心とする大学改革・教育支援プログラムへの応募など、さまざまな課題への対処が要求される。これは教員個人や単独の学部において担うべき業務ではない。また、学内外において一貫した対応が必要であるため、期間限定的に設置される組織によって担うことはできない。そのため、これらの諸業務を統括するIPE推進室（仮称）の設置が必要である。以下に、IPE運営にたずさわる各大学の学内組織の紹介を行った後、IPE推進室の果たす役割について論考する。

### 3.1. 諸大学におけるIPE運営組織

多くの大学においては、学内にIPE運営に関する組織を設置しているが、札幌医科大学の例のように地域実習に関わる学外関係者も含めた連絡会議を組織している大学もある。

群馬大学：IPEの中心的な科目のひとつである「チームワーク実習」の運営は、Interprofessional Education Committee for Gunma University（IPEC-GU）によって行われている。保健学科の各専攻（看護学専攻、検査技術科学専攻、理学療法学専攻、作業療法学専攻）から選ばれた教育スタッフと事務スタッフの計21名からなるIPEC-GUを核として、実習では総勢32名の教員が指導を行う。また、医学部教務委員会（医科学部会委員3名、保健科学部会委員3名、医学研究科長（兼医学部長）、保健学研究科長（兼保健学科長）の8名からなる）は、IPEC-GUから報告を受け、審議を行うことでIPE運営を支援している（小河原ら、2011）。また、注目すべき点として、医学部保健学科においてIPEに関わる「学生組織」を設置し、教員の指導を受けながら国際会議出席やWHO訪問など、国際的なレベルでの活動を学生が主体的に行う環境が整えられている（時田ら、2015）。

札幌医科大学：IPEのカリキュラムは、医療人育成センター教育開発研究部門の教員8名を中心として企画立案し、実施にあたっては全学部からの教職員を組織して実施している。地域滞在実習では、学内教員のみならず、地域の保健、医療、福祉、行政関係者が参加する地域医療教育連絡会議において実習前後に計画立案や反省会を行っている（横山・相馬、2015）。

首都大学東京：学部長直轄の大学連携支援室（特任助教1名、非常勤スタッフ3名）と複数の教員からなる大学連携支援室会議がIPEを推進している。IPE科目の実施をサポートするだけでなく、IPE海外短期研修に必要とされる様々な交渉や手続きを行っている。

筑波大学：医学教育企画評価室は、教員12名（専任5名、兼任7名）、専任技術職員18名からなり、IPEを含む卒前医学教育に関する企画・実施・評価を担当している（前野、2014）。

### 3.2. IPEカリキュラム構築・維持におけるIPE推進室の役割

IPEは、複数の学部・学科に及ぶほか、系統的な積み上げ式のカリキュラムが望ましいことから、入学から卒業間近の臨床実習に至るまで実施される。そのため、教員個人や特定の学部が単独でIPEを運営することはほとんど不可能である。そこで、IPEの企画、運営、維持を行うための学内組織が必要となる。たとえば、IPEで想定される教育効果について文献レビューを行った小林ら（2012）は、IPEの主な課題として、「IPEカリキュラム・評価システムの構築」、「基礎教育と実践現



場の連携」および「運営組織の改革」を抽出した。そして「IPEカリキュラム・評価システムの構築」を妨げる要因として、「学部学科別教員間のヒエラルキー」の関与を指摘した。カリキュラムの構築には、上述のように学部・学科を横断して教育内容、学年配当、実施時期・時程、担当教員の割りあて、担当教員に対するFD研修など、様々な調整を行う必要がある。また、評価にあたっては、異なる学部間で一貫した評価を実施するための標準化された手続きを準備する必要がある。特定の学部・学科に所属する教員は、自分が所属する組織の意向を無視することは難しく、意識的かつ無意識的に所属組織の文化や権利を擁護するような言動をとってしまうことが予想される。このことは、「IPEカリキュラム・評価システムの構築」の妨害要因として、「教員間のヒエラルキー」が挙げられたこととも関係するであろう。そこで、特定の学部や学科に所属しない一般教養部や教育開発センターのような部門に所属する教員が担うことが望ましいと考えられる。また、「基礎教育と実践現場の連携」に関しては、病院や福祉施設、その他の実習先などの学外組織との対外的な交渉が求められる。教員個人のコネクションにより実習先を開拓・維持していくことが重要なのは言うまでも無いが、そのような取り組みを支援するとともに、独自の開拓・維持も行う学内組織は実習先の安定的な確保に資するものである。

### 3.3. IPEに関する情報収集、共有、発信

IPE推進室を中心として、国内外のIPEに関する最新の情報を常時収集・整理し、本学におけるIPE推進の基本的な資料とし、学内の教職員が参照できるリソースとして提供するほか、FD研修などにおいて活用する。そのような情報の中には、学術論文、成書、報告書、国内外の学会の動向、関連省庁から公布される文書、他大学の取り組み、研修やシンポジウムなどの情報が含まれる。また、一定の条件を満たせば無償で利用可能な、模擬症例に関する資料や映像資料などへのリンクなども有用な情報となる。一方、本学で実施しているIPEに関する教育理念および取り組みについては、専用ホームページを用いて発信し情報の公開に努める。

### 3.4. 他大学および外部組織との連携

IPWやIPEに関わる情報交換などの協力体制を構築し、国際シンポジウムの開催、海外からの参加者を受け入れたIPEトレーニングコースを主催している「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（JIPWEN: Japan Interprofessional Working and Education Network）」が2008年6月に設立され（外里ら, 2013）、現在11大学が加盟している（2015年8月現在）。本学が加盟することのメリットも大きいと考えられるが、組織として加盟するためには、持続的な対応が可能な常設の学内組織の設置が必要であろう。他大学との連携についても同様である。

### 3.5. 大学改革・教育支援プログラムなどへの申請

IPEの導入や、IPEにおける大規模な変更には大きな困難がともなう。これは、IPEには様々な学部・学科が関与すること、多くの教職員の動員が必要となること、学生数が極めて大規模となることなどが挙げられる。各大学において、IPEの導入や関連する大きな改革は、文部科学省による大学改革・教育支援プログラムなどの支援を得て実施されていることが多い。予算的支援を得たことにとどまらず、プログラムとして承認されたことによる教職員間におけるモチベーションの変化によるところも大きいと推察する。すなわち、できない要因に注目してしまい、推進に消極的であった教員や学部の方針も、プログラムとして認められた以上、期間内に成果を上げなくてはならないというプレッシャーのなかで、困難を乗り越えて結果を出すベクトルへと向かうのである。この



ような動機づけは学内のみならず、大学間の連携に取り組む場合も有効であるように思われる。今後、IPE推進室を窓口としてこのようなプログラムへの申請も視野に入れた取り組みを行うことが望ましい。

#### 4. 医療系総合大学のIPEのあり方について（まとめ）

医療系総合大学におけるIPEの推進・維持においては、解決しなくてはならない様々な課題があることを示してきた。これらの論考をもとにして、最後に北海道医療大学において取り組むべき課題と解決の方向性を提案する。

- ① 教育理念の整備：全学における教育理念、各学部のディプロマ・ポリシーには、IPW・IPEを意識した項目を設定する。
- ② 教育目標の明確化：教育理念、ディプロマ・ポリシーを実現するための教育目標を設定する。大目標に加え多数の小目標を設定し、IPEにおいて習得すべき能力を明確にする。
- ③ IPEの体系化：体系的なIPEの教育目標を達成するために必要な科目を各学年に配置する。各科目においては、学習到達目標と行動目標を明文化する。授業内容と学習方法の妥当性の吟味は、学生の学習到達目標の達成度を評価・参照することを中心に実施する。
- ④ IPE科目の充実：低学年次においてはIPW・IPE論、およびコミュニケーション論に関する講義を実施する。また、グループワークにおける実践的なコミュニケーション能力の習得を目指す演習科目を設置する。高学年次には臨床実習に近い形でのIPW実習を行う。また、同実習の準備的な内容として、前年度にIPW演習を行う。ただちに体系化できない場合は、既存科目を修正しIPE科目化することなどにより、漸進的に本学IPEの理想的な形に近づけていく。
- ⑤ 評価法の検討：ATHCTおよびRIPLS、KiSS-18を元に、本学の教育理念に合致したIPE評価尺度を作成する。IPE全課程の一貫性を保ちつつ、スモールステップに分割された学習到達目標と行動目標の達成度を、各科目において適切な方法で評価する。
- ⑥ IT環境の充実：講義内および講義時間外における情報の取得・共有のためのPCおよびネット接続環境を充実させる。情報処理室を可能な限り開放する。eラーニングおよび資料（動画含む）提供のためのサーバを設置する。
- ⑦ IPW、IPEに関する継続的なFDを行う。
- ⑧ IPE推進室（仮称）の設置：IPEカリキュラムの構築・改善、IPE科目における一貫した評価、IPEの長期的効果の検討、IPW・IPEに関する情報収集、共有、発信、外部組織との対応を行うために、IPEに関する業務を統括する常設の組織を設置する。

IPEの教育内容、学習形態、評価方法はいまだ発展途上であり、今後も実証的な研究の成果により次々と改訂されていくことが予想される。これまで保健・医療の領域において実施されてきたIPWが、福祉および地域連携にまで広げられて検討が始められていることや、心理臨床に関わる「公認心理師」の国家資格化への動きも少なからぬ影響をもたらしている。保健、医療、福祉を支える医工学、ITの発展のめざましさはとどまる所を知らず、これらの成果をも取り込みながら、連携の枠組みはますます拡大の一途をたどると予想できる。本邦のIPEにおいて先進的な取り組みを行ってきた大学は、すでにこれらの変化に対処するため、連携対象の拡大、教育内容・手法、評価法の改定など、休むことなく新しい課題に取り組んでいる。

IPEのカリキュラムが、一朝一夕に完成されるものではないことは、様々な大学の実践報告から

明白である。以前は先進的な取り組みであったIPEも、いまや目新しいものではなく、保健、医療、福祉領域におけるIPWコンピテンシーの習得は、卒前教育の必須項目となりつつある。北海道医療大学のIPEにおいても、2020年の「全学的な見地からの多職種連携教育の推進」という行動目標はスタートラインに過ぎず、その後も継続的な展開や改善を行わなければ、社会の要請に応えることはできないであろう。

## 引用文献

- Barr, H. (1996) Interprofessional education in the United Kingdom. Some historical perspectives 1966–1996. Available from : <http://caipe.org.uk/silo/files/cipw-historical-perspectives.pdf>. Accessed August 30, 2015.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010) Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923–1958.
- Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Brallier, S. A. (1999) Development of an Attitudes Toward Health Care Teams Scale. *Evaluation & the Health Professions*, 22(1), 123–142.
- 平井みどり. (2014) 【多職種連携教育】多職種連携教育について 神戸大学の場合. *医学教育*, 45 (3), 173–182.
- 菊池章夫. (2004) KiSS-18研究ノート. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 6 (2), 41–51.
- 木内祐二, 中村明弘, 増田豊, 高木康, 高宮有介, 片岡竜太, 向井美恵, 下司映一, 田中一正, 倉田知光. (2011) 昭和大学の体系的, 段階的なチーム医療教育. *保健医療福祉連携*, 4 (1), 32–39.
- 木内祐二, 倉田なおみ, 高木康, 高宮有介, 馬谷原光織, 片岡竜太, 下司映一, 鈴木久義, 田中一正, 倉田知光. (2014) 【多職種連携教育】昭和大学の体系的, 段階的なチーム医療教育カリキュラム. *医学教育*, 45 (3), 163–171.
- 小林紀明, 黒白恵子, 鈴木幸枝, 大宮裕子, 堤千鶴子. (2012) 日本の保健医療福祉系大学におけるインタープロフェッショナル教育 (Inter-Professional Education) の動向. *目白大学健康科学研究*, 5, 85–92.
- 前野貴美. (2014) 【多職種連携教育】筑波大学における専門職連携教育の取り組み 大学間連携により展開する専門職連携教育プログラム. *医学教育*, 45 (3), 135–143.
- 真柄彰. (2013) 【医療・福祉系大学における多職種連携・チーム医療教育の現在と未来】【新潟医療福祉大学】新潟医療福祉大学の保健医療福祉連携教育. *保健医療福祉連携*, 6 (1–2), 31–32.
- 小河原はつ江, 内田陽子, 金泉志保美, 浅川康吉, 岩崎清隆, 牧野孝俊, 松井弘樹, 久留利菜葉, 風間寛子, 李範爽, 安部由美子, 外里富佐江, 篠崎博光, 渡邊秀臣. (2011) 群馬大学におけるチーム医療教育. *保健医療福祉連携*, 4 (1), 24–31.
- 大嶋伸雄. (2013) 【医療・福祉系大学における多職種連携・チーム医療教育の現在と未来】【首都大学東京】首都大学東京健康福祉学部における専門職間連携教育. *保健医療福祉連携*, 6 (1–2), 41–45.
- 大嶋伸雄. (2015) 【IPEの達成とこれから「地域で学ぶ」を中心に】患者教育を実践する専門職連携協働のための連携教育 英国における地域医療の現場から. *看護教育*, 56 (2), 136–139.
- 大塚真理子. (2014) 【多職種連携教育】医学部がない大学におけるIPEの取り組み 大学間連携に

- によるIP演習の実現. *医学教育*, 45 (3), 145–152.
- 大塚真理子, 酒井郁子, 相馬仁, 下井俊典, 神山裕美, 小林毅, 春田淳志, 畔上光代, 藤林慶子. (2015) JAIPE IPE推進委員会の活動と展望. *保健医療福祉連携*, 8 (1), 27–29.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999) The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33(2), 95–100.
- 酒井郁子, 朝比奈真由美, 前田崇, 関根祐子, 黒河内仙奈, 山田響子. (2014) 【多職種連携教育】取り組み事例 千葉大学の場合. *医学教育*, 45 (3), 153–162.
- 酒井郁子, 大塚真理子, 藤沼康樹, 山田響子, 宮古紀宏. (2015) 【IPEの達成とこれから「地域で学ぶ」を中心に】専門職連携コンピテンシーの確立 千葉大学亥鼻IPEの展開から. *看護教育*, 56 (2), 112–115.
- 相馬仁, 山本武志, 苗代康可, 白鳥正典, 佐藤利夫, 赤坂憲, 亀田優美, 島本和明. (2013) 【医療・福祉系大学における多職種連携・チーム医療教育の現在と未来】【札幌医科大学】札幌医科大学におけるIPE教育. *保健医療福祉連携*, 6 (1–2), 33–34.
- Tamura, Y., Seki, K., Usami, M., Taku, S., Bontje, P., Ando, H., et al. (2012) Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 56–63.
- Thistlethwaite, J., & Moran, M. (2010) Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 503–513.
- 田野ルミ, 大塚真理子, 國澤尚子, 萱場一則, 新井利民, 小川孔美, 兼宗美幸, 横山恵子. (2011) インタープロフェッショナル演習に臨む前の学生の不安. *保健医療福祉連携*, 4 (1), 2–11.
- 時田佳治, 高橋麻衣子, 篠崎博光, 渡邊秀臣, 西村明日実, 小川将太. (2015) 【IPEの達成とこれから「地域で学ぶ」を中心に】SIPEC (群馬大学の学生組織) の活動と学生たちの声. *看護教育*, 56 (2), 130–134.
- 外里富佐江, 時田佳治, 安部由美子, 金泉志保美, 内田陽子, 浅川康吉, 牧野孝俊, 松井弘樹, 久留利葉菜, 李範爽, 齋藤貴之, 篠崎博光, 渡邊秀臣. (2013) 【医療・福祉系大学における多職種連携・チーム医療教育の現在と未来】【群馬大学】群馬大学の紹介. *保健医療福祉連携*, 6 (1–2), 38–40.
- Yamamoto, T., Sakai, I., Takahashi, Y., Maeda, T., Kunii, Y., & Kurokuchi, K. (2014) Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: a pilot study in Japan. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), 45–51.
- 横山まどか, 相馬仁. (2015) 【IPEの達成とこれから「地域で学ぶ」を中心に】滞在実習で育む地域医療マインド. *看護教育*, 56 (2), 122–128.
- 吉澤千登勢, 佐藤悦子, 神山裕美, 柳田正明, 河野由乃, 井出成美, 清水恵子, 泉宗美恵, 望月宗一郎, 伊藤健次, 須田由紀, 田中彰子, 森田祐代. (2011) 看護学部・人間福祉学部の学生による専門職連携教育の成果と課題 学生の自己評価からの検討. *保健医療福祉連携*, 4 (1), 12–23.