

朝比奈 真由美^{*2}

はじめに

英国では1970年頃から保健・医療・福祉の現場で起こった様々な事件の検討を通じて専門職間の連携が必要不可欠であること、さらにそのための教育方法としてIPEの必要性が認識され始めた¹⁾。1987年にIPEを推進する目的でIPE推進センター (Centre for the Advancement of Interprofessional Education : CAIPE) が設立され、IPEは「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所で共に学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」(2002)²⁾と定義された。その後IPEの理念は世界に広がり、多くの大学や医療の現場で様々なプログラムが実施されるようになった。日本でも2000年代からいくつかの大学でIPEが実施され始めた³⁾。現在では学生や医療者、教育者、教育プログラム作成者のレベルにとどまらず、2010年には世界保健機構 (WHO) からIPE実施のためのより大きなフレームワーク⁴⁾、2015年には米国医学研究所 (Institute of Medicine : IOM) から社会的規模の評価の必要性⁵⁾が提唱されるなど社会政策的なムーブメントになってきている。しかしながら、どのような教育プログラムをどの時期にどの期間、実施すれば専門職連携能力が上がるのか、等のプログラム作成の課題、あるいはIPEを実施することにより、多職種間の連携は本当にうまくいくようになるのか、診療の質は本当に向上するのか、等の効果判定についてはいまだエビデンスの蓄積を待っている段階である。ここでは、2007年と2016年のIPEに関するBest Evidence Medical Education (BEME) による文献レビューの結果

⁶⁾からエビデンスを紹介するとともに、IOMの「保健医療専門職教育の革新についての世界フォーラム」において2011年から2013年にかけて世界全域にわたる国と専門職 (18領域) を代表する専門職教育のエキスパート55名によるIPEについてのWebパネルディスカッションの成果⁷⁾から現時点でのIPEに関するある程度普遍的な認識を紹介する。またその中で日本におけるIPE実施の現状についても言及する。

IPEに関するエビデンスと普遍的認識

IPEに関する文献レビューは、Best Evidence Medical Education (BEME) Collaborationの活動として英語で発表された論文のうち2007年に25編⁸⁾、さらに2016年に21編が抽出され、合計46編 (1981~2014年) について検討⁶⁾されている。

文献レビュー⁶⁾の対象文献46編の内訳は以下のとおりである。

- ・地域：ヨーロッパ 26編、北米 17編、オーストラリア 3編
- ・対象：卒前学生 25編、大学院学生 1編、専門職者 18編、混合 2編

それらは1) 前提となる要件、2) 実施の過程、3) 成果の評価の3項目について分析⁹⁾されており、ここでもその枠組みを踏襲して解説していくが、本文中に (著者、年) のように示す個々の論文の出典については、以下のURLに示すReevesらによる文献レビュー⁶⁾の文献リストを参照されたい。

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2016.1173663>

また、文末に(F)と記載がある文章は、前出のIOMのフォーラム⁷⁾によるものである。

(1) 前提となる要件

専門職は独自の言語を持っている。そのことが

^{*1} Interprofessional Education

^{*2} Mayumi Asahina 千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター

専門職を超えたコミュニケーションを難しくしている(F)。IPEの実施には多職種連携やチームワークを向上させることにより患者に対する診療・ケアの質とサービスを向上させたいという熱意があることが重要である。IPE実践への駆動力はトップダウン(政策、専門職団体)あるいはボトムアップ(地域の取り組み、組織的支援)の両方があるが、教育者のみによるボトムアップは失敗しやすい(Fuhrmann, 2009)。

時間、エネルギー、資源の投資はIPEの実践と革新的学習、教育戦略に不可欠である(F)。組織によるリーダーシップは不可欠であり、組織の支援が限られてきた場合、時間、場所、資金での問題が発生する。65%が外部資金による支援を受けているが、期間限定の資金では持続が困難となるため、実施組織が引き受けたり、教育側と臨床側の協働を進めることで対応している。すなわちIPEの導入は構造的な制約のため複雑なものとなっており、長期間かつ持続的な計画と実践が必要である(F)。日本においても外部資金により開始されたものでは、期限の終了とともに継続が困難となったり、組織の上位者の交代により教育方針が変わると継続が困難になる例がある。

教員側の条件として、FDでファシリテーションの能力を担保すること(Morison, 2003)、学生が省察する実践者として成長するために協働的社会的学習支援と倫理的発達に関する教育理論を修得する機会を確保すること(Richardson, 2010)が必要である。また安全な学習環境を整備すること、すべての学生の参加の機会を平等にすること、専門職間の摩擦を最小限にし、各人が平等の価値とパワーを持っていることを確信させること(Wattsl, 2007)が重要である。

学生側の条件として、IPEに対する意欲、就労体験、年齢、性別が学習に影響する。しかし性別については影響しないという報告(Bradley, 2009)(McFadyenl, 2010)もある。また、専門職に対するステレオタイプな思い込み、専門職間のヒエラルキーの認識も学習に影響する(Bradley, 2009)。

(2) 実施の過程

IPEが革新的な教育実践であることに關係して、患者中心あるいは地域ベースの学習、教育を促進する方法として新たな革新的教育、学習方法が試され、実践されている。それらの中には、反転授業、ワールドカフェ、シミュレーションが含まれている(F)。ファシリテーターの役目として学習者のリフレクションを促進するファシリテーション、コーチングやメンタリング、デブリーフィングが重要であり、シミュレーションではシナリオの作成、役を演じる(LeFlore, 2009)(Hobgood, 2010)こともある。多くのプログラムにおいて、さまざまな学習理論が援用されているにも関わらず、実施の過程では明白に説明されていない。学習者がカリキュラム作成に参加しているのはまれである。多くは推進集団やカリキュラム開発委員会が行っているが、現場の専門職者、研究者、患者が参加している場合もある。

IPEの定義は普遍的ではない、IPEの意味するものについてはたくさんの解釈が存在する(F)。文化的要素に配慮したケアができる能力に関するガイドラインはすべての専門職教育課程で実践されるべきである(F)。IPEプログラムは、地域、機関、指導者、学習者のニーズ等に合わせてオーダーメイドされるが、学習者の特性、能力や観点の相違が大きい場合はうまくいかないこと(Pollard, 2005)もある。学習者としては専門職者では希望者が参加しているのに対し、卒前では必修、選択どちらの場合もある。このことは学習者のニーズや学習態度に影響する。

地域ベースのIPEは導入しやすい(F)。専門職者を対象とした18編のうち9編がプライマリ・ケア、または地域を対象としている。

日本におけるIPEの実施状況は、2012年に我々が行った全国調査¹⁰⁾と前野らによって2016年に医学部を対象として行われた調査¹¹⁾がある。

2012年の調査では、全国の保健、医療、福祉の専門職教育課程を有する大学431校にIPEに関する質問紙を送り、183校から回答を得た。そのうち51校(27.8%)がIPEを実施、26校(19.7%)が計画中であるとの結果であった。2016年の医学部を対象とした調査では81校中64校が回答し、そのうち

46校 (71.9 %), がIPEを実施 (必修は42校 (65.5%)) と回答した。教員に対するFDを行っているのは14校であった。IPEを障害する要因として挙げられたものは、学科間のスケジュール調整、教員不足であった。

(3) 成果の評価

IPEの評価法や計測法は多数存在する。しかし、IPEの評価および専門職間の連携実践や患者ケアに対する信頼性、妥当性の高い評価法は確立されていない(F)。評価のレベルはKirkpatrickの教育効果モデルを基にした尺度 (Barr, 2005) が利用されている。レベル1: 反応、レベル2a: 認識や態度の変化、レベル2b: 知識や技術の習得、レベル3: 行動変容、レベル4a: 組織の変容、4b: 患者・利用者の利益。文献レビューの結果を表に示す。

レベル1は32編、IPEに価値がある、満足した、楽しいなどのフィードバックに注目している。

レベル2aは26編、学生を対象として対照群を置いた長期的調査では、IPEに支持的態度を持つようになり、それが継続する結果になった (McFadyen, 2010)、資格取得時に自職種内での関係はよいがIPEに否定的態度を持つ学生でも、9-12カ月には連携実践に積極的な態度を示す (Pollard, 2008) という報告がある。

レベル2bは26編、知識や技術に対しインタビューや自己評価尺度による調査が行われている。自己評価尺度では前後の評価とインタビューを組み合わせることでデータの客観性を向上させた (Carpenter, 2006)、前後にIPEシミュレーション

を行って効果を判定した (Hobgood, 2010) 報告がある。

レベル3は20編、行動に対するインタビューや自己評価が用いられることが多いが、自己評価では低い評価をつけがちである (Davis, 2006)。その中で、トレーニングした評価者等を用いて行動を他者評価した報告 (Morey, 2002) (Cooke, 2003) がある。

レベル4aは14編、このうち12編は専門職者を対象としたIPEである。評価されている項目は多岐にわたっており、サービス実施の範囲の拡大、疾病予防、患者スクリーニング、患者の機関間の移動、医療安全などの改善である。

レベル4bは11編、このうち8編は専門職者を対象としたIPEである。多くは死亡率、インシデント、患者満足度などの改善が効果判定項目である。学生を対象としたIPEでは、IPEトレーニング病棟で患者満足度が高い (Reeves, 2002)、糖尿病診療で学生チームが受け持った患者の血圧とコレステロール値が改善した (Shiyanbola 2014) という報告がある。

まとめ

英語圏を中心としたエビデンスと世界の様々な地域のエキスパートからの意見を集約したものはある程度普遍的なIPEに対する認識であり、これらは日本のIPEに対しても当てはまるものである。医師が上位のヒエラルキーの存在、その優位性のため保健医療の資源の配分構造が医学と治療優位となっていること、医師以外の専門職者が公正、公平に扱われないという問題、また各専門職教育がサイロのように分断された状態で長期間行

表 IPE成果の評価⁶⁾

レベル	レベルの説明/評価	有効	無効	有効無効の混合	記載なし
レベル1	反応	25	0	7	14
レベル2a	知識や態度の変化	14	1	11	20
レベル2b	知識や技術の習得	19	1	6	20
レベル3	行動変容	15	0	5	26
レベル4a	組織の変容	11	1	2	32
レベル4b	患者・利用者の利益	9	1	1	35

われる結果、専門職中心主義、すなわち専門職の孤立、エリート意識、縄張り意識、を醸成している問題が鮮明になっている(F)。それに対しIPEを実施するためには関わる人間が多職種連携やチームワークを向上させることにより患者に対する診療・ケアの質とサービスを向上させたいという熱意があることがまず重要である。

IPEの実施には上位の責任者からの支援、関係部署間の時間調整、運営資金が必要であり、さらに安定して持続的に運営するためにはそれらの継続が不可欠である。外部資金の支援を受けている場合、IPEの実施を促進もしているが、同時に教育内容に対する干渉や性急な有用性に対するエビデンスを求められることにもつながっている可能性がある。

安定した継続のためにもIPEの教育効果を明確にすることのできる評価法の開発が必要であるが、客観性のある普遍的な評価法は現時点では報告されていない。IPEは新しい教育プログラムであり、様々な教育理論、新しい教育方法が取り入れられている。しかしIPEの改善はそれ自体が目的ではなく、フォーラムでの討論にも示されている通り、保健医療専門職教育課程の改善は保健医療システムの改善と同調したものでなければならぬし、どちらが欠けても進めることはできない(F)。同様に、IPEにおける革新は保健医療システムの革新と合致しなければならない(F)。

■文 献

- 1) 酒井郁子, 宮崎美砂子, 石井伊都子, 田邊政裕, 朝比奈真由美, 井出成美, 飯田貴映子, 山本利江. 医療系学部基礎教育課程における専門職連携教育の推進を目指したマネジメント. 保健医療福祉連携

- 2009; 1: 35-42.
- 2) Barr H. Interprofessional Education Today, Yesterday and Tomorrow 2002.URL: https://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf (最終閲覧日: 2017.10.18).
- 3) 大塚真理子. IPW/IPEの理念とその姿. IPEを学ぶ(埼玉県立大学編), 中央法規, 東京, 2009, p.7-12.
- 4) Barr H. The WHO Framework for Action. *J Interprofessional Care* 2010; **24**: 475-478.
- 5) Institute of Medicine. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. The National Academies Press, Washington (DC), 2015.
- 6) Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical teacher* 2016; **38**: 656-668.
- 7) Meleis AI. Interprofessional Education: A summary of Reports and Barriers to Recommendations. *J Nursing Scholarship* 2017; **48**: 106-112.
- 8) Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Med Teach* 2007; **29**: 735-751.
- 9) Biggs J. From theory to practice: a cognitive systems approach. *High Educ Res Dev* 1993; **12**: 73-85.
- 10) Ogawa S, et al Current situation, challenges and issues related to IPE implementation and practice. The proceedings of the fifth Annual Conference of Japan Interprofessional Education 2012, p45.
- 11) 前野貴美, 高屋敷明由美, 吉本尚, 春田淳志, 後藤亮平, 前野哲博. 医学部医学科における卒前専門職連携教育に関する全国調査. 医学教育2017; 第48回日本医学教育学会大会予稿集**48**(Suppl): 119.