

---

**特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題**

---

## 医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育： 専門職的自律性，相互依存性，ネットワークの観点からの考察

山本 武志\*

---

### 抄 録

社会的分業は，商品の製造・販売やサービスの提供過程で労働が細分化されることであり，これにより品質を高め生産性を上げることが可能になる。医療分野の専門職の多くは戦後になってから専門分化した職種であり，法的には医師の指示に基づいて業務を行っている。医師を頂点とする医療専門職の階層化は，医師以外の専門職の地位を高めるための専門職性（高度な専門性や専門職的自律性の獲得）を追求しようとする各専門職（団体）の原動力となった。しかしながら，専門職性の追求はさらなる専門分化につながり，協業を複雑化させている。医療専門職は高度な専門性を修得し，チームでは専門職間で相互依存（チーム内で相互に支援し合う全体構造）的な関係を構築することが求められている。在院日数の短縮や在宅医療の推進など著しく変化する医療環境に順応し，患者・家族の多様なニーズに対応するためには，多様な医療専門職が患者・家族のケアに流動的にかかわることが求められる。このような新しいケア・支援の形態は「ネットワーク」（結び目）の概念としてとらえることができる。医療専門職は，高度な専門性を修得するとともに，IPE（Interprofessional Education）を通じた教育によって相互依存的に協働し，創発的なチーム医療に対応できるコンピテンスを育むことが求められている。

キーワード：専門職的自律性，相互依存性，社会的分業，IPE，ネットワーク

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.536-545.

---

### I 社会的分業による専門分化

社会的分業は，商品の製造・販売やサービスの提供過程で労働が細分化されることであり，これにより品質を高め生産性を上げることが可能になる。分業化された労働は，その専門性が深化することによってさらなる分業が引き起こされ，連携や協業（調整）が必要とされるようになる。分業プロセスにおいては専門分化が生じるが，専門分

化の進展により「支援サービス」が増大するといわれている〔坂井（2012）〕。「支援サービス」とは，専門分化による分業によって欠けた活動を補ったり，部分的な活動に分割された活動を相互的に補うことを意味する。したがって，分業は全体の活動を困難にするが，それを相互に支援し合う全体構造の存在によって1つの活動を維持することができる。こうして，分業・専門分化が進むほど，それらを統合するための業務や，場合によっては新たな職種が必要になる。

---

\* 札幌医科大学保健医療学部 准教授

医療分野の専門職は、医師・歯科医師、看護師・保健師・助産師等の看護職、薬剤師、一部の東洋医学の専門職を除けば、多くは戦後になってから専門分化する形で成立した。分業化は、法的にみれば医師の業務を分業する形で進められており、原則的に医師の指示に基づいてそれぞれの医療専門職は医療行為を行う。

このように、医師からの指示を受ける関係にある医療専門職は、専門職としての地位を確立するためにその専門性を追求し（専門的知識と技術の確立）、専門職要件の要である業務の専門職的自律性（autonomy：独立して意思決定を行い業務を遂行する）を確保するための活動に邁進することになる。このような専門性や専門職的自律性の追求は、ケアの質向上やそれぞれの学問分野の発展に貢献する一方、医療専門職種間の有機的な連携を困難にする一因にもなる。

例えば、専門看護師・認定看護師制度の目的は、「特定の専門看護分野の知識・技術を深めた」、「特定の看護分野において特定領域の熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる」者を社会に送り出すことにある〔日本看護協会〕。これらの制度は、高度で新しい知識・技術の開発や普及に対し効果的で、看護師の技術や専門性を高めることに貢献する。一方、技術や知識が職種内で階層化されることは、職種内や職種間での新たな連携システムを構築する必要性が生じることを意味する<sup>1)</sup>。

次章では看護職の専門性や専門職的自律性の追求を例に、その意義と専門職連携に与える影響について考察する。

## II 専門職化と連携：看護師の職務を事例として

### 1 専門職的自律性を追求する意義

専門職の定義にはさまざまなものがある。例えば、山本（2016）は「公衆への社会的サービスを提供する」、「専門的技術を有する」、「専門職の組

織化が図られている」、「専門職集団を規準とした専門職としての考えや判断が明文化されている」、「倫理綱領を有する」、「自律性が認められる」といった要素を満たす職業、と定義している。この定義を満たす聖職者、医師、法曹、建築家といった職業は完全専門職（Full-profession）、一部の定義を満たさない職業は準専門職（Semi-profession）と分類されることがある。教員や看護職は準専門職に該当し、教員は専門的技術が未熟であること（資格水準の低さや専門的知識と技術が未確立）〔市川（1986）〕、看護師や司書は官僚的組織に属し組織内において自律性の高い地位を得ていないことがその理由とされる〔薬師院（2010）・天野（1972）〕。

専門職的自律性の定義は、「外部専門職から評価されることなく、社会的に承認され、法的に規定された実践における意思決定の自由」〔古地（2015）〕や「他者からの干渉・忠告・規制を受けることなく自分の技能を実行に移す自由を持つということ」〔勝山（2014）〕等、とされている。看護師は「療養上の世話と診療の補助」（保助看法第5条）をその業とし、とりわけその後者について医師の指示に基づいて実施されなくてはならない（同第37条）ため、法的には看護師は医師に従属した存在であり十分な専門職的自律性を獲得していないとされる。

看護師の専門職的自律性を侵害するこのような職務上の制限により、看護師は自職種を専門職的自律性を有した職業へと変容させるための活動を行うことになる。米国等におけるNP（Nurse Practitioner）は、医師の指示を受けずに一定範囲の診断や治療などを行うことができるが、わが国におけるNPは特定行為にかかわる看護師の研修制度の一研修として認められているのが現状である。2015年10月に開始された特定行為に係る看護師の研修制度は、医師が独占している医行為の一部を医師による事前の指示書に基づき、一定の研修を修了した看護師が実施できるようにした制度

<sup>1)</sup> 看護職においては、中学校卒業以上の学歴を要する准看護師や、看護師においても5年一貫の高等学校専攻科から大学まで、看護師になるには多様な経路がある。それにより、医療専門職としての質の平準化や、地域および医療機能による看護師の棲み分けの問題も指摘されている。

である。看護職が専門職的自律性を得ようとした動きの中で、急性期医療〔木村（2018）〕や在宅医療〔星（2018）〕における医師の絶対的医行為（医師自らが行う医行為）を相対的医行為（医師の指示を要件とする医行為）へと、一部の医行為が医師から看護師へ委譲された制度変更といえる<sup>2)</sup>。

しかし、同制度については「看護師が自身の仕事についてより裁量をもって、自律的に医療行為を行える方向性には必ずしも向かない可能性がある」〔朝倉（2015）〕と、制度開始前から指摘がなされていた。同制度は看護師の高度な技量を評価するものであるが、看護師の専門職的自律性を高めるものではない。

では、専門職的自律性を獲得することが、看護師の職務にどのような影響をもたらすのであろうか。専門職的自律性を獲得するということは、意思決定の自由が認められるだけではなく、提供されるサービスについて自ら責任を持ち質を保障することを意味する。特定行為にかかわる看護師の研修制度について、平林（2015）が「医行為の範囲の拡大が、看護師による療養上の世話業務との関係で、よりよいサービスの提供にどのように役立つかがあらためて問われなければならない」と述べている。専門職的自律性の獲得についてもそれ自体を目的化せず、直接的、間接的にケアの質にどのような影響を与える可能性があるのか、今一度考える必要がある。

## 2 専門職概念の検討：専門職的自律性から相互依存性へ

先に述べたように、専門職的自律性は古典的な専門職論においては専門職の重要な1つの要件として知られている。しかしながら、(1) 患者中心の医療の推進、(2) 分業化による専門職連携の推進、(3) タスク・シフティング、の3点の医療環境

の変化から、専門職的自律性は専門職を規定する要素においてその重要性が低下していると考えられる。

Wade（1999）は看護職における専門職的自律性に関する1990年代までの論文をレビューしているが、古典的な自律性の定義について「外部からのコントロールなく自身の活動をコントロールすること」としている。しかし、この定義では、看護師—クライアント関係やアドボカシー（唱道・人権擁護）の概念が含まれないために不十分であることも指摘されている。また、山本（2016）は、2000年以降に各医療専門職団体が発行した、または掲げているプロフェッショナリズムに関する声明・綱領等において、プロフェッショナリズムを構成する要素として専門職的自律性を強調しているものはないことを明らかにしている。さらに、世界医師会（2007）が発行しているWMA医の倫理マニュアルにおいては、医師の自律性と患者の自律性を尊重するために起こりうる衝突への危惧が指摘されている。また、チーム医療の観点から、勝山（2014）は患者中心の医療では、医療関係者間で適度な受容的、協調的、忍耐的な相互作用が必要となるため、自律性が強すぎると協働が難しくなることや、専門職がチームのほかの職種から意見をいわれることを、他者から干渉・忠告・規制をうけ自律性を阻害されたと感じることを指摘している。

以上のように、専門職的自律性の重要性を強調しその獲得・維持を目指すことは、専門職としての地位向上に有用であろう。しかし、本章で述べてきたように、患者中心の医療が推進されていることや、複雑に分業化された現代の医療環境において専門職的自律性を過度に強調することは、患者やほかの医療専門職の意思決定や専門職種間の連携・協働を困難にするであろう。

<sup>2)</sup> 本論からは逸れるが、制度により委譲される医行為は、本来であれば相対的医行為ではなく看護行為としてとらえられるべきである。なぜなら、看護師が行う行為には、看護師および看護学上の観察や臨床的判断が必ず含まれているからである。その意味では、同研修は医師による医行為にかかわる知識・技術の相承ではなく、看護師の技術、経験知、メンタリティに裏づけされた、看護行為としての知識・技術の学びである必要がある。さまざまな施設・団体による特定行為にかかわる看護師の研修制度の内容は、残念ながら医師による医行為の相承として行われている。このような内容の研修が看護職の発展につながるかどうか、改めて検討する余地がある。

さらに、専門職的自律性の定義そのものの変容を議論する研究も認められる。籠谷ら(2015)は養護教諭の専門職的自律性について、専門職的自律性を発揮するプロセスを含む定義として「裁量」、「協働」、「職業的精神」、「成熟性」、「変革」の5つの構成概念を示している。この構成概念が構築される過程で、「裁量」概念に含まれていた「他者からのコントロールや権威に従属することなく」の文言が削除されていた。その理由は、専門職的自律性の定義が「協働」を含んでいるように、「養護教諭は専門職として自立しながらも、教職員と協働しながら働くことが重要であると判断」と述べている。ここでの「協働」は「教職員等と相互に理解し合うことで意思決定を共有し、対等な相互依存関係の中で調整しながら協力して職務を遂行する」と定義していることから、養護教諭においても他者によるコントロールからの解放を意味する従来の専門職的自律性概念の重要性は低下しているといえる。

看護師においては、Wade(1999)は専門職的自律性の概念において、相互依存性やコントロールの共有化を重要な要素の1つとして提示している。また、古地(2015)は臨床看護実践にかかわるclinical autonomyを「患者に最善なることに関心を寄せて行為すること、そして看護実践領域においては独自の臨床的判断を行い、(医学など他領域と)重複して看護実践が行われる領域では相互依存的に意思決定すること」と定義し、さらに、「現実の患者ケアにおいては、それぞれの職種が相互依存的に関連しながら目的達成に向かう」と述べている。

これらの論文の共通認識は「相互依存性」(Interdependence)である。高度な分業を伴う医療労働においては、他者によるコントロールを忌避することよりも、他職種の知識や技術を知り、それを相互に活用し、信頼し合える関係性を構築することが現代の医療専門職に求められているといえる。

### Ⅲ 相互依存性から「ネットワーク」へ

本章では医療チームに関する概念モデルを考察し、チーム医療において専門職種間で相互依存的な関係性が求められることを確認し、さらに新しい概念モデルを検討する。

#### 1 医療チームのモデル

医療チームのあり方として、マルチディシプリナリー・モデル、インターディシプリナリー・モデル、トランスディシプリナリー・モデルの3つのモデルが提示されている[松岡(2000)]。マルチディシプリナリー・モデルは医師を中心とする専門職種間に階層性があるチームのことで、短期間に集中的な治療を必要とする患者の治療場面で生じやすいチーム形態である。インターディシプリナリー・モデルは、チーム構成員間の階層性がなく、構成員間の相互作用性が高く各職種が自身の役割を果たすような、慢性疾患の患者のケアの場面に適しているチームモデルである。トランスディシプリナリー・モデルでは、インターディシプリナリー・モデルにおいて生じやすい職種間の役割の重複を解消したり、相互に参加したり、ケアに必要とされる職能の不足をカバーするためにそれぞれの職種がケアの範囲の過不足を調整して、必要に応じた患者へのかかわりをする。つまり、各職種の役割が固定されずに解放されているのがトランスディシプリナリー・モデルであり、医療専門職の高度な専門性と相互依存性によって成立するチームモデルといえる。

#### 2 ABC概念モデル

米国のデキサス大学アンダーソンがんセンターは、がん医療の効果的な多職種協働のためのABC概念モデルを開発した[Ueno et al.(2010)]。ABC概念モデルはがん医療の多職種協働によるチーム機能を区分したもので、(A)アクティブ・ケア、(B)ベースサポート、(C)コミュニティ・サポート、の3つを構成要素としている(表1)。(A)アクティブケアは、医師、看護師、リハビリテーション

表1 ABC概念モデルの概要

要素	要素を提供する主体	目的	方法
要素A：アクティブ・ケア	医師, 薬剤師, 臨床検査技師, 栄養士, 理学療法士, 作業療法士, 看護師	EBM(Evidence Based Medicine) の提供, 標準的ガイドラインが入手できない時にケアへの最善のアプローチについて合意に到達する	多職種協働による直接ケア
要素B：ベース・サポート	チャプレン, 臨床心理士, 音楽療法士, 芸術療法士, 看護師, ソーシャルワーカー, 家族, 友人, スピリチュアルアドバイザー	ケアへの患者満足を上げる, 医療的ケアの当事者意識もたせることで患者をエンパワーする	明瞭なコミュニケーション, 傾聴, カウンセリング, スピリチュアルガイダンス, 社会的・金銭的ニーズへの支援
要素C：コミュニティ・サポートA	患者アドボケイト, 製薬会社の従業員, リサーチ・サイエンティスト, 公務員, ソーシャルワーカー, 家族, 友人, スピリチュアルアドバイザー	要素A・Bのワークを容易にさせるような支援インフラを提供する, がん治療に影響を及ぼす社会的・経済的制作者を形作る, ヘルスケアの質を保証する	病院・診療所のインフラの整備, 調査, アドボカシー, 目標設定, 政策立案, 法制化の立案と実施

出所：Ueno N, et al. (2010) \*著者による翻訳。

ン職による直接的ケアを示し、(B) ベースサポートは、アクティブケアを効果的にするための支援的ケアのことで、ソーシャルワーカー、心理士、チャプレンらが対象職種に該当し、さらに患者を支える家族や友人もこのサポートを提供する行為者として挙げられる。(C) コミュニティ・サポートは、がん医療を支えるインフラ（社会・経済政策を含む）を提供する機能を指し、病院管理スタッフ、製薬会社スタッフ、医療の政策形成に関与する者や患者の人権擁護（アドボカシー）にかかわる組織のメンバーなどがこれに該当する。

ABC概念モデルは、患者を中心に多職種がかかわる複雑ながん医療を3つのチーム機能に分け、多職種チームにおける各職種の役割と連携・協働の必要性を明示したものである。このモデルの医療チームは前項で示したインターディシプリナリー・モデルが念頭にあり、それぞれの専門職の役割の線引きがはっきりしており、自職種に与えられた役割を果たすことが求められている。しかし、資源が限られている医療機関では、Aにかかわる医療専門職（特に看護師）がBやCを提供する必要があることや、財政的な問題やスタッフの配置や人数、専門的ケアの入手可能性が、それぞれの専門職が果たすべき役割に影響を与える、と述べられている。米国でこのモデルが開発された背景には、がん医療にかかわる人数の圧倒的な多さがあると指摘されている〔中野(2012)〕。1人のケアにかかわる医療専門職の数（及び人数）が少ない日本のがん医療では、表1に示す3つのチーム機

能に対する分業はより曖昧になる。その意味で、トランスディシプリナリー・モデルを念頭に置いた、医療専門職の柔軟な役割認知、役割分担によるケアが求められているといえる。

### 3 MTSモデル

米国のAHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality：医療研究・品質調査機構）が医療のパフォーマンス向上と患者の安全を高めるために開発したツール、チームワークシステムであるTeam STEPPSにおいて、1人の患者を複数のチームが取り巻くMulti-team system（MTS）モデルが提示されている〔AHRQ（2014）〕。MTSは、Core Team（患者の直接ケアを行う医療チーム）、Contingency Team（緊急対応を行うスタッフのチーム）、Coordinating Team（日常的なケア調整を行う：看護スタッフやクラーク）、Ancillary and Support Services（臨床検査や病理、放射線などの治療サポート）、Administration（それぞれのチームが役割を果たせるような枠組みを提供する管理チーム）のチームによって構成されている。これらのチームは日常的に存在しているというよりは、必要に応じて必要な人材が集合して意思決定を行うことが想定されている。

このチーム機能の構成は、ABC概念モデルの「(A) アクティブケア」の機能の内部に埋め込まれているチーム機能の要素といえるだろう。その意味では、1人の患者の周囲には、流動的な無数のチームが存在し、その意思決定の繰り返しによっ

て、治療効果、QOLや満足度の最大化がはかられていることがわかる。

#### 4 「ネットワーク・モデル」試論

本章ではチーム医療のモデルについて検証してきたが、これらの概念モデルではチーム構成員やチーム形態が固定的なチームが念頭に置かれている。近年の医療環境の変化として、急性期医療では在院日数が大幅に短縮されているなかで、チーム医療モデルの概念も転換期にあると考えられる。病院内で特定職種の特定人物がケアにかかわれる時間は限られ、一人の患者のケアに多くの専門職が参加する。また、退院後の生活やその後のQOLの変化に応じたケアや支援を含む退院計画が入院早期から検討される。そこには、アクティブケアを行う医療職だけでなく、さまざまな保健医療福祉専門職や家族を含めた多様な主体のかかわりが必要となる場合も多い。

すなわち、現代の医療環境では、チームそのものが固定的ではなく日々流動的な存在となり、随時、必要な場面で必要な主体が集合、離散を繰り返して迅速な意思決定を重ねていく必要があるといえる。そのようなチーム医療のあり方は、従来から提示されてきたチーム医療の枠組みではとらえ難く、新しいチーム医療のモデルが提唱されるべきであると考えられる。そこで援用できる概念として「ネットワークング」が挙げられる。

「ノット (Knot)」とは「結び目」を意味する言葉であるが、「ネットワークング」とは、「行為者や活動システムが、弱く結びついているにもかかわらず、急遽、即興的に響き合い、協働の行為を脈打たせ、互いの間に結び目を結び、ほどこき、また結ぶといった律動を繰り返していくような創発のつながり」〔山住, (2014)〕とされている。そして、「ネットワークング」における拡張学習では、「学び手は『いまだ存在していない何か』を、(1) 既存の実践に疑問を投げかけること、(2) 活動の新しい形態や発達をモデル化すること、(3) 新しいモデルを実行し試みること、といった学習行為を通して学んでいく」〔山住・Engeström (編) (2008)〕とされている。

エビデンスが明らかで、医師を中心に定型的な意思決定が行われるマルチディシプリナリー・モデルで展開される医療においては、創造的な意思決定を意味するネットワークングは参考にならないかもしれない。しかし、MTSで提示したように、急性期医療においても患者を取り巻くさまざまな機能を持つチームが(可視的ではないかもしれないが)存在し、連続的に迅速な意思決定する場面を想像すると、それはネットワークといえる営みとみなすことができる。さらに患者やその家族の価値観を基盤に生活・生命の質を考慮に入れた意思決定に比重が置かれる慢性期医療、セルフケア、終末期医療や在宅医療においては、意思決定や提供されるべきケアの決定に正しい解答はなく、そこには拡張的学習が含まれていると考えられる。以上により、ネットワークは21世紀の保健医療福祉専門職の連携・協働のありかたを示す概念モデルになり得る。

医療専門職に高度な相互依存性を要求するトランスディシプリナリー・モデルやネットワークを体現できる医療専門職はどのように育成できるのだろうか。Uenoら(2010)は、多職種・多チームが1人のケアにかかわる近年の医療環境では、互いの経験・領域、限界に関する誤解が非現実的な目標設定やケアの重複につながることから、治療に対するスキルや接近方法について根本的な相互理解のためのコミュニケーションが必要であると述べている。次章では、そのような人材育成を目指す1つのモデルであるIPEについて述べる。

#### IV IPEによる医療専門職の人材育成

英国専門職連携推進センター(CAIFE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education)によると、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、同じ場所でもに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」〔CAIFE (2002)〕と定義されている。異なる専門領域の学生が、将来的に効果的な協働・チーム医療を実践するための基盤づくりやチーム医療実践(実習)に取り組み、医療現場

では協働・チーム医療を改善するための学習を行うことを指す。本章では、高等教育機関で実践されているIPEのプログラムやその課題について概観し、医療専門職の学びに与える影響について考察する。

## 1 IPEの歴史

IPEは1960年代からカナダの大学で導入されている〔Szasz (1969)〕が、わが国の医療専門職の大学教育にIPEが取り入れられるようになったのは1990年代に入ってからである〔埼玉県立大学(編)(2009)〕。IPEの大きな推進力となったのは、文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム(特色GP)」及び「現代的教育ニーズ取組支援プログラム(現代GP)」において、IPEをテーマにしたプログラムが2004年以降に多く採択されたことである。その後、特色GPや現代GPに採択された大学を中心に日本保健医療福祉連携教育学会(JAIBE: Japan Association for Interprofessional Education)〔Takahashi and Sato (2009)〕や、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)〔Ito (2010)〕が組織され、学術的な発展と連携、情報共有がはかられている。

## 2 IPEのプログラム

IPEは高等教育機関で行われる卒前教育のIPEと、医療現場で行われる卒後教育のIPEがある。卒前教育のIPEについて、Barr (1996)はIPEで用いられる5つのインタラクティブな学習様式として、Exchange-based learning(講義等に基づく討論等)、Observation-based learning(多職種での患者訪問等)、Action-based learning(PBL: problem-based learning等)、Simulation-based learning(臨床実践のシミュレーション等)、Practice-based learning(多職種での臨床実習・臨床実践)を挙げている。高等教育機関でのIPEは、低学年のIPEではExchange-based learningで多職種連携の基礎を学び、Action-based learningによりpaper patientの症例を通じて学び、高学年ではSimulation-based learningやPractice-based learningなど、実際の症例

を通じて実践的な多職種連携を学んでいく。卒後教育のIPEにもさまざまな学習形態があるが、地域におけるpaper patientを用いた研修会〔吉村(2015)〕や災害事例に基づいたシミュレーション教材による演習〔酒井(2017)〕など多様な様式の教育が実践されている。

## 3 IPEのエビデンス

IPEのアウトカムとは、IPEの定義に遡れば「協働とケアの質を改善すること」にある。しかしながら、コクランライブラリーに掲載されているレビューによると、2013年までに評価の基準を満たしている研究論文は15しか掲載されていない〔Reeves(2013)〕。これは、IPEという教育方法を用いることによってケアの質が改善されるというエビデンスはほぼ存在していないことを意味する。IPEのエビデンスの不足は以前から指摘されていることであるが、解決すべき多くの問題がある。

問題の1つとして、エビデンスを評価する方法が、教育プログラムの評価に馴染まないことが挙げられる。医学研究では結果(罹患・死)と原因(生活習慣やウイルスなど)の反応関係は生物学的プロセスをたどるために明確で、両者を介在する可能性のあるほかの要因は交絡要因として位置づけられ、統計学的にも因果関係を明示することができる。一方で、教育プログラムの結果は学習者に依存しており、学習者の準備状況や学習の取り組み方によって結果が変化したり、学習効果という結果が表出されてくる時期も学習者によって異なる。

## 4 IPEが目指すもの

第1項で述べたように、日本国内の高等教育機関におけるIPEは、GP等による外部資金が1つの原動力になっており、それを実践する教員の立場からいえば、内在的な欲求(教育的意義によるIPE推進)ではなく外圧によって導入された教育方法といえる。ゆえに、IPEを導入することが目的化し、本来の意義、目的が見失われやすい状況にあると指摘できる。本項では、あらためてIPE

の教育モデルを検討し、その目的、意義について確認する。

Khalili (2013) らはUni-professional (単独教育) による社会化の問題点として、社会やメディアによって刷り込まれた専門職の役割が是正されることなく、自職種や他職種への正しい認識が損なわれる、と述べている。一方、IPEは多職種の垣根を取り払い、自職種集団とIPコミュニティ(わたしたち)の二重アイデンティティを形成することに寄与する。そこから実践的なチーム医療のあり方について学習を深めることになる。

カナダのトロント大学では、患者の健康アウトカムの最適化を目標とした専門職間のパートナーシップ(interprofessional partnership)や協働実践(collaborative practice)のため「トロント・モデル」を提示している[Nelson et al (2014)]。「トロント・モデル」では、導入(曝露)、発展(浸透)、実践の入り口(コンピテンシ)の3段階の学習の連続体を提示し、習得すべき知識、態度、スキル/行動が構造化されている。導入(曝露)では自職種の役割、責任、価値などを明確にしたうえで、それぞれがチームに貢献できること等を知識として学ぶ。発展(浸透)では、効果的な意思決定や個人/チームでのリフレクションのスキルを学んだりする。実践の入り口(コンピテンシ)では、多職種チームにおけるアセスメント、プランニング、ケア提供など、具体的な協働のスキルやリーダーシップについて修得する。

IPEの究極的な目標は確かにケアの質を改善するところにあるが、上記のようなIPEの意義に鑑みると、IPEの評価はより多角的に、教育プロセスに焦点を当てた方法・内容で取り組む必要があるだろう。さらにいえば、とりわけ卒前教育においては、教育の成果を「ケアの質改善」で評価すること自体が近視眼的でエビデンス主義の弊害といえる。

## V おわりに

本稿では、医療専門職は専門職的自律性の獲得を目指すよりも、相互依存性を修得する意義と重

要性を議論した。さらに、チーム医療のありかたも変容しており、固定化された有形のチームから、無形の流動的なチームによる連続的な意思決定(ネットワーク)が求められていることを指摘した。そのようなチームを機能させる医療専門職には高い専門性や連携・協働のための能力が求められるが、能力開発の結果、それぞれの専門職が専門職的自律性を認め合うことにつながると考えられる。IPEはその能力開発の手段の1つであるが、この目標に照らし合わせれば、現状では十分な結果を残しているとはいえない。

現在の医療専門職教育は、「サイロ型」すなわち専門教育の積み上げによって実践されている。ここでは学習者や教育者における職種間の交流や相互理解を深める機会はない。そして、多くの高等教育機関では、IPEは特別な科目として専門基礎科目や専門科目に付加される形で配置されている。しかしながら、IPEは特別な教育方法ではない。専門基礎科目や専門科目においても普遍的な教育体制としてIPEが組み込まれていくことが、実践的なチーム医療教育や卒後の固定的・流動的な協働に活かされていくと考える。職種別の特化した教育こそが、それぞれの職種の専門性を高めるといった意見は根強いが、むしろ、多職種での学びを通じて専門性が自覚され涵養されていくのではないだろうか。「IPE」という呼称が不要になること、それが21世紀のチーム医療教育の目指すべきところと考える。

## <謝辞>

本稿の執筆において、千葉大学大学院看護学研究科の酒井郁子氏により有益なコメントと、北星学園大学社会福祉学部の安部雅仁氏より論文構成にかかわるアドバイスを頂きました。ここに心からの謝意を示します。

## 参考文献

- AHRQ (2014) “Team STEPPS Fundamentals Course: Module 2. Team Structure,” <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/fundamentals/module2/igtteamstruct.html> (Accessed 12/07, 2018).
- 天野正子(1972)「看護婦の労働と意識：半専門職の専

- 門職化に関する事例研究」,『社会学評論』, Vol.22, pp.30-49。
- 朝倉京子 (2015)「看護師の専門職化はどう評価できるのか」,『保健医療社会学論集』, Vol.25, pp.1-6。
- Barr H (1996)“Ends and means in interprofessional education: towards a typology,” *Education for health*, Vol.9, pp.341-352.
- CAIPE (2002) <http://www.caipe.org.uk/> (Accessed 3/4, 2014, at.).
- Engeström Y・山住勝弘 (編) (2008)「ノットワーキング：結び合う人間活動の創造へ」, 新曜社。
- 古地順子 (2015)「看護職の自律性概念の探求 (第一報)：英語の文献から」,『日本看護倫理学会誌』, Vol.7, pp.26-35。
- 平林勝政 (2015)「保健医療福祉職の自律と法」,『保健医療社会学論集』, Vol.25, pp.7-17。
- 星 北斗 (2018)「急性期病院における特定行為研修修了看護師の活躍の可能性」,『病院』, Vol.77, pp.393-397。
- 市川昭午 (1986)「教師=専門職論の再検討」, 教育開発研究所。
- Ito T (2010)“Interprofessional Education through JIPWEN (Japan Interprofessional Working and Education Network),” *Niigata journal of health and welfare*, Vol.10, pp.73-78.
- 籠谷恵・朝倉隆司 (2015)「養護教諭における専門職的自律性の概念枠組みの提案」『学校教育学研究論集』, Vol.31, pp.27-41。
- 勝山貴美子 (2014)「看護職のチーム医療における協働と自律性：歴史的背景と調査結果からの考察」,『医学哲学 医学倫理』, Vol.32, pp.33-42。
- Khalili H, Orchard C, Laschinger HK and Farah R (2013)“An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students,” *J Interprof Care*, Vol.27, pp.448-453.
- 木村弘江 (2018)「特定行為研修を修了した認定看護師への期待：高度急性期病院での特定行為のニーズの増加に応じて」,『看護』, Vol.70, pp.52-53。
- 松岡千代 (2000)「ヘルスケア領域における専門職間連携：ソーシャルワークの視点からの理論的整理」,『社会福祉学』, Vol.40, pp.17-38。
- 中野絵里子 (2012)「チーム医療のコンセプト」, 北野敦子 (編), 山内英子 (監)『乳がん診療聖路加スタイル：最高のチーム医療をめざして』, 中外医学社。
- 日本看護協会,「専門看護師・認定看護師・認定看護管理者」, [http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/about\\_institution](http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/about_institution) (2018年12月3日最終確認)。
- Nelson S, Tassone M, Hodges B (2014)“Creating the Health Care Team of the Future: The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice,” *Ilr Pr*.
- Reeves S (2013)“Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update),” *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- 埼玉県立大学 (編) (2009)「IPWを学ぶ：利用者中心の保健医療福祉連携」, 中央法規出版。
- 酒井郁子 (2017)「医療職種教育に及ぼすIPEの影響と薬剤師に期待すること：看護師の視点から」,『薬学雑誌』, Vol. 137, pp.869-877。
- 坂井素思 (2012)「社会的支援の増大と産業社会の転換：なぜ支援サービスが日本で増加しているのか」,『放送大学研究年報』, Vol.29, pp.13-27。
- 世界医師会 (編) 樋口範雄 (監訳) (2007)『WMA医の倫理マニュアル』, 日本医事新報社。
- Szasz G. (1969)“Interprofessional education in the health sciences. A project conducted at the University of British Columbia,” *The Milbank Memorial Fund quarterly*, Vol.47, pp.449-475.
- Takahashi HE and, Sato S (2009)“Establishment of the Japan Association for Interprofessional Education and perspectives,” *Journal of Interprofessional Care*, Vol.23, pp.554-555.
- Ueno N, Ito TD, Grigsby RK, Black M, Apted J. (2010)“ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care,” *Nature Reviews Clinical Oncology*, Vol.7, pp.544-547.
- Wade GH (1999)“Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education,” *Journal of Advanced Nursing*, Vol.30, pp.310-318.
- 薬師院はるみ (2010)「病院図書館員の専門職化：司書をめぐる専門職論争の経験を参考に」,『病院図書館』, Vol.30, pp.173-179。
- 山本武志・河口明人 (2016)「医療プロフェッショナルリズム概念の検討」,『北海道大学大学院教育学研究院紀要』, Vol.126, pp.1-18。
- 山住勝広 (2014)「拡張的学習とネットワークする主体の形成：活動理論の新しい挑戦」,『組織科学』, Vol. 48, pp.50-60。
- 吉村 学 (2015)「コミュニティの再構築を目指すごちゃまぜIPE研修の試み」,『日本在宅ケア学会誌』, Vol.18, pp.23-27。

(やまもと・たけし)

## **Competencies Needed for Medical Professionals and Inter-professional Education: A Discussion from the Perspective of Professional Autonomy, Interdependence and Knotwork**

Takeshi YAMAMOTO\*

### Abstract

The social division of labor refers to the division of labor in the process of creating goods and services. It enables workers to increase the quality of their goods and services by carrying out specialized tasks, thereby increasing their productivity. Many professions in the field of medicine are occupations that became specialized after the Second World War, and they legally entail the performance of tasks based on physicians' instructions. The hierarchization of medical professionals, with doctors at the top, became the driving force for individual professions and professional bodies attempting to pursue professionalization (i.e., acquisition of a higher degree of professionalism and professional autonomy) to raise the position of professions other than physicians. However, the pursuit of professionalism resulted in further specialization, thereby complicating collaboration. Medical professionals are required to build interdependent relationships in interdisciplinary teams (i.e., entire structures of team-based mutual support) while acquiring high-level expertise. Adapting to the changing medical care environment, which is marked by the conspicuous reduction in hospital stays and increase in at-home medical care, calls for the flexible involvement of medical professionals with regard to the care of patients and their families. These new forms of care and support correspond to the concept of "knotwork," which has been gaining increased attention in recent years. Through education and learning via IPE, it will be necessary to cultivate competencies allowing medical professionals to collaborate interdependently and respond to the emergent field of team medicine.

Keywords : Professions, Autonomy, Interdependence, Social Division of Labor, IPE, Knotwork

---

\* Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University  
Department of Educational Development, Center for Medical Education, Sapporo Medical University  
Ph.D. Associate Professor