専門職連携教育および
連携医療のための行動の枠組み
本書は "Framework for action on interprofessional education & collaborative practice" というタイトルで、World Health Organization（以下、WHO）によって2010年に発行された。© World Health Organization 2010

WHOの事務総長の承認を得て、三重大学が日本語版の翻訳および日本での出版権を得た。日本語訳の質と正確性は、三重大学がその責任を負う。原作（英語版）と日本語版の記載に矛盾が生じている場合、原作である英語版の記載に戻り、内容を確認下さい。

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み
© 三重大学 2014

監訳・監修
筑波大学医学医療系 地域医療教育学／総合診療科 講師 吉本尚
三重大学大学院医学系研究科 家庭医療学 教授 竹村洋典
三重県立一志病院 院長 四方哲

翻訳分担者
三重大学大学院医学系研究科 地域医療学講座 助教 後藤道子
三重県立一志病院 護師 古田友彦
三重大学医学部看護学科 成人・精神看護学講座 教授 池川真弓
三重大学医学部看護学科 基礎看護学講座 教授 今井奈妙
三重大学医学部看護学科 基礎看護学講座 教授 林智子
奈良学園大学 保健医療学部 看護学科 助教 出原弥和

謝辞
本冊子は「文部科学省 未来医療研究人材養成拠点形成事業 リサーチマインドを持った総合診療医の養成「三重地域総合診療網の全国・世界発信」」および「文部科学省 成長分野などにおける中核的専門人材養成の戦略的推進事業 地域の医療・介護を支える「多職種連携力」を持つ中核的専門人材育成プログラム開発」の事業の一環で作成・配布された。
専門職連携教育および
連携医療のための行動の枠組み
目次

謝辞......................................................................................................................................................6
主要メッセージ...........................................................................................................................7
要旨......................................................................................................................................................9
世界の健康のための専門職連携教育と連携医療の妥当性 .................................................10
医療と教育の統合方針の推進 ..................................................................................................................10
行動要請 ..................................................................................................................................................................11
健康改善に向けた連携のための共同学習 ............................................................12
専門職連携へのニーズ ..........................................................................................................................14
健康アウトカム改善のための専門職連携教育と連携医療 .................................................18
医療システムおよび教育システムの役割 .......................................................................................20
医療提供における行動様式の変化 .........................................................................................22
推進に向けた取り組み ..........................................................................................................................23
専門職連携教育: 連携医療の即戦力となる医療人材の養成 .................................................24
連携医療: 最適な医療サービスの実現 .....................................................................................28
医療システムおよび教育システム: 健康アウトカムの改善 ..............................................31
結論 ...................................................................................................................................................36
状況把握 ..............................................................................................................................................38
実行 ..........................................................................................................................................................39
推進 .....................................................................................................................................................40
専門職連携
教育および
連携医療の
ための行動
の枠組み

参考文献 42
付録 46
付録1 WHO 専門職連携教育・連携医療研究班のメンバー 47
付録2 提携組織 48
付録3 方法 53
付録4 WHO 専門職連携教育・連携医療研究班結成に関する公示 56
付録5 WHO 医療従事者向け多職種連携教育研究班の1988年
専門報告書における重要な推奨事項 58
付録6 専門職連携教育（IPE: Interprofessional Education）に関
するシステマティックレビューから得られた研究エビデンスの概要表 60
付録7 連携医療に関する厳選されたシステマティックレビュー
から得られた研究エビデンスの概要表 61
付録8 連携医療に関する厳選された国際ケーススタディーの概要表 62

表
表1. 健康アウトカムの改善に向けて
専門職連携教育を推進するための行動 27
表2. 健康アウトカムの改善に向けて連携医療を推進するための行動 30
表3. システムレベルで専門職連携教育
と連携医療を支援するための行動 35
表4. 専門職連携教育と連携医療を形成するものとして
特定されたメカニズムの概要 38

図
図1. 医療システムおよび教育システム 9
図2. 専門職連携教育 12
図3. 連携医療 12
図4. 回答者の施設において専門職連携教育を受講した学習者の種類 16
図5. 専門職連携教育における研修担当者 17
図6. 医療システムおよび教育システム 18
図7. 実践レベルにおいて専門職連携教育を形成するメカニズムの例 23
図8. 実践レベルにおいて連携を形成するメカニズムの例 29
図9. システムレベルで専門職連携教育と
連携医療に影響を与える要因の例 32
図10. 統合医療人材戦略の実行 39
謝辞

『専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み（Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice）』は、WHO 専門職連携教育・連携医療研究班（全メンバーの一覧については付録1参照）により、John HV Gilbert と Jean Yan の指導のもと、Steven J Hoffman が率いる事務局の支援を得て作成された。


さらに、この枠組みの作成には、Peter Baker、Hugh Barr、David Dickson、Wendy Horne、Yuichi Ishikawa、Susanne Lindqvist、Ester Mogensen、Ratie Mpofu、Bev Ann Murray、Joleen Tirendi が重大な貢献を果たし、カナダ専門職連携医療共同体（Canadian Interprofessional Health Collaborative）から多大な支援を得た。

Virgie Largado-Ferri と Alexandra Harris からは事務的・技術的支援を得た。レイアウトおよび図形デザインは Susanna Gilbert が担当した。主執筆者は Andrea Burton、Marilyn Hammick、Steven J Hoffman である。

専門職連携教育は、未来の医療従事者教育に対するわたしたちの考え方を変革する機会である。未来の医療従事者教育に対するわたしたちの考え方を変革する機会であると同時に、一歩進んだ立場から従来の医療制度について再検討する機会でもある。これにより従来教育の変革にとどまらず、医療とヘルスケアの行動様式を変革することを意味するといえる。

―学生リーダー
専門職連携

専門職連携教育とは、効果的な連携を実現し、健康アウトカムを改善するために複数の専門分野の学生が互いに学習し合うことである。

専門職連携教育は、現場の医療ニーズにより的確に対応できる、連携医療の即戦力となる医療人材の育成に不可欠なステップである。

連携医療の即戦力となる医療従事者とは、専門職連携チームとして職務を遂行し、なおかつその職務遂行能力の高い人材である。

連携医療とは、異なる専門分野の複数の医療従事者が患者、家族、介護者、コミュニティと連携して最高品質のケアを提供することである。連携医療により、医療従事者は、医療現場における目標達成を実現するスキルを持ち合わせたあらゆる個人との連携が可能となる。

約50年に及ぶ調査から、世界保健機関（WHO）とそのパートナーは、専門職連携の教育と連携医療の実践が、世界的な医療従事者不足の危機を緩和する上で重要な役割を果たす革新的戦略であると認識している。

専門職連携教育を実現するための行動の枠組み

世界保健機関（WHO）とそのパートナーは、専門職連携の教育と連携医療の実践が、世界的な医療従事者不足の危機を緩和する上で重要な役割を果たす革新的戦略であると認識している。

専門職連携教育は、効果的な連携を実現し、健康アウトカムを改善するために複数の専門分野の学生が互いに学習し合うことである。

専門職連携教育は、現場の医療ニーズにより的確に対応できる、連携医療の即戦力となる医療人材の育成に不可欠なステップである。

連携医療の即戦力となる医療従事者とは、専門職連携チームとして職務を遂行する方法を習得し、なおかつその職務遂行能力の高い人材である。

連携医療とは、異なる専門分野の複数の医療従事者が患者、家族、介護者、コミュニティと連携して最高品質のケアを提供することである。連携医療により、医療従事者は、医療現場における目標達成を実現するスキルを持ち合わせたあらゆる個人との連携が可能となる。

約50年に及ぶ調査から、世界保健機関とそのパートナーは、効果的な連携医療を実現するメカニズムは、すべての医療システムと連携したもののではない。医療政策決定者は、医療政策決定者は、医療現場や地域の実態に見合った最も適切かつ妥当なメカニズムを活用すべきである。

専門職連携教育と連携医療を形成するメカニズムは、すべての医療システムに共通したものではない。医療政策決定者は、医療現場や地域の実態に見合った最も適切かつ妥当なメカニズムを活用すべきである。

専門職連携教育と連携医療の状況把握、実行、推進に取り組む医療リーダーは、医療に関わるミレニアム開発目標（MDGs: Millennium Development Goals）の達成を促すような医療システムを構築する。

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み
要旨

世界的な医療従事者不足の課題に直面する現在、政策決定者は世界における医療従事者の拡大を図る政策やプログラムの開発を実現する革新的戦略を模索している。『専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み』では、世界各国における専門職連携の現状を明確にし、優れた連携チームワークを形成するメカニズムを特定し、政策決定者が現場の医療システムに適用できる一連の行動項目について概説する（図1）。この枠組みは、医療政策決定者が各管轄区内において最も有益なる専門職連携教育・連携医療の要素を実行するために役立つ戦略や概念の提供を目的とする。

図1. 医療システムおよび教育システム
世界の健康のための専門職連携教育と連携医療の妥当性

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組みは、世界各国の医療システムが細分化され、満たされていない医療ニーズへの対応が難航していることを確認している。現在および将来の医療人材は、医療課題がより一層複雑化する中で医療サービスを提供していくという課題に直面している。エビデンスにより、これらの医療従事者が医療システムの中で勤務する過程で、専門職連携を経験する機会を得ることが、連携医療の即戦力となる人材に加わるのに必要なスキルの習得に役立つことが示されている。

連携医療の即戦力となる人材とは、専門職連携教育において効果的なトレーニングを受けた医療従事者を指す表現である。専門職連携教育とは、効果的な連携を実現し、健康アウトカムを改善するために複数の専門分野の学生が互いに学習し合うことである。専門職連携による職務遂行方法を習得した学生は、連携医療チームの一員として勤務を開始できる即戦力となる。これは、医療システムの細分化から強化への移行における重要なステップである。専門職連携医療チームは、各メンバーのスキルを最大限に発揮させる方法を把握しているほか、ケースマネジメントを共有し、患者やコミュニティに対し、より優れた医療サービスを提供する。これにより、医療システムは強化され、健康アウトカムの改善につながる。

医療と教育の統合方針の推進

医療人材戦略の調整においては、医療システムと教育システムの連携が必須である。医療人材計画と政策決定を統合することにより、専門職連携教育と連携医療の全面的支援が可能となる。

専門職連携教育の開発および提供は、複数のメカニズムにより形成される。この枠組みでは、これらのメカニズムの一部として挙げ、教育者メカニズム（すなわち大学職員のトレーニング、推進責任者、組織的支援、管理者の関与、学習目標）と、カリキュラムメカニズム（すなわち事業計画およびスケジュール管理、プログラム内容、参加の義務付け、目的の共有、成人学習の原則、文脈に即した学習、評価）の2つのテーマに分類している。政策決定者は、これらのメカニズムを現場の状況と照らし合わせて検討することにより、各メカニズムに付随する行動のうち、どの行動によって各自の管轄区内でより強固な専門職連携教育を実現できるかを判断できる。

同様に、連携医療の導入と実施を形成するメカニズムも存在する。これらのメカニズムの一例については、組織的支援メカニズム（すなわち管理モデル、構造化されたプロトコ
専門職連携
教育および
連携医療の
ための行動
の枠組み

ル、運用資源の共有、人事方針、支援的経営管理、職務遂行における行動様式メカニズム（すなわちコミュニケーション戦略、問題解決のための方針、意思決定プロセスの共有）、環境メカニズム（すなわち構築環境、施設、空間設計）の3つのテーマに分類している。これらのメカニズムは、連携医療の即戦力となる医療人材の配置後に、各人材が連携医療を支えるために取るべき行動を決断するために役立つ。

医療システムと教育システムには、医療サービス提供と患者保護を形成するメカニズムも存在する。この枠組みでは、医療サービス提供メカニズム（すなわち資本計画、報酬モデル、資金調達、委託、資金供給の流れ）、患者安全メカニズム（すなわちリスク管理、認定、規制、職業登録）を例として挙げている。

行動要請

政策決定者は、グローバルな視点からこの枠組みを検討することが重要である。医療システムは千差万別で、それぞれの現場の課題とニーズに即し、これらに対処できる新たな政策と戦略を導入しなければならない。この枠組みは、規定、または一連の推奨や必要な行動を提示することを意図したものではなく、政策決定者に対し、既存の医療システムの状況を把握し、専門職連携教育と連携医療の原則の実行に取り組み、地域のパートナー、教育者、医療従事者と共に専門職連携教育の利点を推進していく方法の概要を提示することを意図したものである。

専門職連携教育と連携医療は、世界各国の医療システムが直面する数多くの課題を緩和する上で重要な役割を果たす可能性を秘めている。この枠組みで特定している行動項目にあり、管轄区域や地域で医療システムの強化が推進され、最終的にはそれが健康アウトカムの改善につながるだろう。この枠組みは、政策決定者、意思決定者、教育者、医療従事者、コミュニティのリーダー、世界的な健康の推進者に対し、あらゆる提供サービスに専門職連携教育と連携医療を組み込んでいくための行動と前進を促す行動要請である。
プライマリヘルスケアの原則に基づき医療システムを強化する必要性は、世界各国の政策決定者、医療従事者、管理者、コミュニティメンバーにとって緊急の課題の1つとなっている。医療人材不足は危機的状況に達している。世界全体で430万人の医療従事者不足が発生していることが、医療に関わるミレニアム開発目標達成の重大な障壁となっていることは誰もが認めるところである(1, 2)。2006年に開催された第59回世界保健総会(WHO)では、医療人材不足の危機への対応としてWHA59.23決議を採択し、「先進国と開発途上国における教育のための革新的アプローチ」の使用を含むさまざまな戦略を通して医療人材育成の迅速な拡大を呼びかけている(3)。

世界各国の政府は十分な医療人材を供給し、適切な医療人材の組み合わせを確保し、配置するための革新的かつシステム改革を実現する解決策を模索している。その中でも最も期待できる解決策は、専門職連携の中に見出すことができる。

図2. 専門職連携教育

図3. 連携医療
専門職連携

教育および連携医療のための行動の枠組み

WHO加盟国は、この戦略の実施方法について理解を深めることで、限りある資源を最大限に活用しながら現場の医療ニーズに対応できる柔軟な医療人材を育成することが可能だろう。

医療従事者が効果的に連携して健康アウトカムを改善するには、異なる専門分野を持つ複数の医療従事者が互いに学び合う機会提供が必要である。

専門職連携教育は、効果的な連携を実現し、健康アウトカムを改善するために、複数の専門職種の人々が互いに学習し合うことである。

* 専門家とは、コミュニティの身体的、精神的、社会的健康に貢献する知識およびスキルを持った個人に言及する包括的な用語である。

連携医療とは、あらゆる状況で最高品質のケアを提供するために異なる専門分野を持つ複数の医療従事者が患者、家族、介護者、コミュニティと連携して包括的サービスを提供することである。

* 医療には、診断、治療、監視、医療コミュニケーション、管理、衛生工学などの、臨床および非臨床の医療関連業務が含まれる。

医療および教育システムはそれぞれ、健康の増進・回復・維持、そして学習の円滑化を主な目的とした全ての組織、集団、連携、行動により構成される。これらのシステムには、健康の決定因子に作用する取り組み、直接的な健康改善活動、ならびに医療従事者のキャリアのあらゆる段階における学習の機会が含まれる。

* 健康とは、病気でないか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう（世界保健機関、1948）。

* 教育とは、行動、情報、知識、理解、見解、価値観、スキルにおけるあらゆる向上として位置づけられる、学習を促すあらゆる公式または非公式のプロセスのことといいう（国際連合教育科学文化機関、1997）。

WHO加盟国は、この戦略の実施方法について理解を深めることにより、限りある資源を最大限に活用しながら現場の医療ニーズに対応できる柔軟な医療人材を育成することが可能だろう。

医療従事者が効果的に連携して健康アウトカムを改善するには、異なる専門分野を持つ複数の医療従事者が互いに学び合う機会提供が必要である。このような専門職連携教育は、さまざまな医療現場でスタッフが連携して包括的なサービスの提供を可能にする、連携医療の即戦力となる医療人材の育成に必要不可欠である。このような環境が整った医療現場においてこそ、医療システム強化に向けた大きな前進が実現可能となる。

政策決定者、ならびに医療計画のためのこの革新的な人材対策プログラムを支援する人々は、この枠組みを使用し、以下の行動を実践することにより、最適な医療サービスと健康アウトカムの改善を推進できる。

* 現場のニーズと能力を判断するために、現場の状況を審査する。

* 新規または既存のプログラムへの専門職連携の導入に取り組む。

* 優れたイニシアチブとチームを推進する。
専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組みは、医療システムの機能を強化し健康アウトカムを改善するための専門職連携教育・連携医療戦略の有効活用について、医療システムおよび教育システムのあらゆるレベルで検討する貴重な機会を提供する（図2、3）。

専門職連携の推進に対し、大きな関心が寄せられる一方で、HIV/AIDS、および/または結核の流行、医療費の高騰、自然災害、人口の高齢化、その他の世界的健康問題などの切実な危機への対応に追われ、このような長期計画への取り組みが二の次にされることが多い。幸いにも多くの政策決定者は、有能かつ柔軟で連携して職務を遂行できる医療人材こそが、これらのきわめて複雑な健康課題に対処する最善の手段の1つであると認識している。近年では、複数の地方・国・地域の学会や研究教育拠点が設立され、専門職連携に向けた取り組みが勢いを増していることがうかがえる。

家族とコミュニティの健康
母子の健康は、国全体の福利の絶対条件である。世界では、毎日1500名もの女性が妊娠や出産時の合併症で亡くなっている。医療チームの各メンバーの主な強みをチーム全体で把握し、これらの強みを活かして出産に臨む家族全体に関わる複雑な健康問題を管理することのできる医療従事者は、上記の憂慮すべき、なおかつ予防可能な状況を改善させる上で重要な役割を果たすだろう。

HIV/AIDS、結核、マラリア
世界的に蔓延するHIV/AIDS、結核、マラリアなどの疾患の発見、治療、予防は、医療システム内のあらゆる種類の医療人材の連携が必要となる。疾患管理プログラムや教育および意識向上を成功に導くには、現場の状況に即した対応を取る能力と資源を兼ね備えた専門職連携チームの存在が必要不可欠である。
危機的状況における医療措置
人道的危機や紛争の状況下では、計画的な緊急対応が不可欠である。水、食料、医療用品の不足に対応するには、医療従事者は医療システム内やコミュニティ全体で入手可能なあらゆる資源や専門的技術を動員する知識とスキルを兼ね備えていなければならない。専門職連携教育は、非常時におけるケア提供の調整を図るのに必要なスキルを提供する。

健康安全保障
感染症の蔓延、パンデミックは医療システムを突如に逼迫させる。日常生活的に連携医療チームの一員として職務を遂行する者は、鳥インフルエンザのような健康安全保障問題への地域の対応能力を高めることができる。世界的な伝染病や自然災害が発生した場合、医療従事者間の連携が危機収束の唯一の手段となる。

非伝染性疾患とメンタルヘルス
専門職連携チームは、認知症、栄養失調、喘息などの慢性疾患の予防と管理のためのより包括的アプローチを提供できることが多い。これらの疾患は複雑で、連携による対応を必要とすることが多い。

医療システムとサービス
専門職連携教育と連携医療は、医療従事者の強みとスキルを最大限に活かし、最大限の能力発揮を可能にする。430万人もの医療従事者不足を抱える現在、逼迫する医療システムを運営・管理していく上で、このような革新的な対策の必要性はより一層高まるものと考えられる。

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組みでは、政策決定者が専門職連携を実行し、維持するために役立つ一連の実践レベルおよびシステムレベルのメカニズムを列挙している。医療システムおよび教育システムには現実のニーズと要望を反映すべきであるという認識を踏まえ、この枠組みは、世界各国の意思決定者が各自の管轄区域のニーズに応じて重要なメカニズムと行動を適用するための指針を提供する構成となっている。また、医療政策決定者が必要に応じて検討・採用することのできる国際的に通用する概念を提示している。

エチオピアのジンマ大学（Jimma University）におけるチーム学習
1990年以来、ジンマ大学は医学、看護学、薬学、実験科学、環境衛生分野を専攻する最終学年の学生20〜30名を地域医療施設に派遣している。学生らは地域の医療施設やさまざまな専門分野の学生と関わりながら、栄養促進からプライマリケア、基本的な臨床検査サービスに至るまで、さまざまなサービスを提供する（51）。
専門職連携教育の実態の国際環境調査
世界各国における専門職連携活動の現状を把握するために、WHO 専門職連携教育・連携医療研究班は 2008 年 2 月から 5 月にかけて国際環境調査を実施した。調査の目的は次のとおりである。
* 世界における専門職連携教育の現状把握
* 成功事例の特定
* 専門職連携教育の成功、障壁、成功要因の例示

世界に 6 つある WHO 地域それぞれから合計 42 か国を代表する 396 名の回答者より、それぞれの専門職連携教育プログラムについての回答を得た。これらの回答者は、医療 (14.1%)、経営管理 (10.6%)、教育 (50.4%)、研究 (11.6%) などのさまざまな専門分野を代表する。

調査の結果、さまざまな所得分類に所属する国々や医療現場において専門職連携教育が実施されていることが明らかになった。内科、産科、看護学、社会福祉、その他医療関連職など、さまざまな専門分野の学生が専門職連携教育に参加している。

回答者の大半が、専門職連携教育の受講が必要であったと回答している。受講生は主に学部生で、全学年で比較的均等分布している。学生の評価方法は、グループ評価が最も多く (先進国では 46.9%、開発途上国では 36.8%)、個別評価、筆記試験、その他の手法がこれに続く。通例、専門職連携教育は対面により行われるが、情報技術を活用する選択肢も注目されつつある。

図 4. 回答者の施設において専門職連携教育を受講した学習者の種類

回答者の出身国は、世界銀行の所得分類体系に従って分類した。
専門職連携教育における研修担当者

国際的に専門職連携教育を提供するためのスタッフ養成が実施されている例は少ない。短期コースが主流で、その内容にはばらつきがあり、系統的な専門職連携教育活動が実施されているとはいえない。また、専門職連携教育が健康アウトカムやサービス提供に与える影響を定期的に評価されている例も稀である。

しかし、その一方で回答者は、専門職連携教育が実施された結果として、教育面、医療政策面で数々のメリットを実感したと報告している。その一例を以下に示す。

教育上のメリット
* 学生が実際の医療現場の体験と知識を得ること
* 各種専門分野のスタッフからプログラム開発へのアドバイスを得ること
* 学生が他の医療従事者の職務を学べること

医療政策上のメリット
* 職場における実務と生産性の改善
* 患者アウトカムの改善
* スタッフの士気向上
* 患者の安全の向上
* 医療へのアクセス改善

国際的に認められた成功事例が反映された専門職連携イニシアチブの確立、実行、評価を確実にするには、依然として多大な努力を必要とする。
健康アウトカム改善のための専門職連携教育と連携医療

約 50 年に及ぶ調査から、専門職連携教育が効果的な連携医療を実現し、それによって医療サービスの最適化、医療システムの強化、健康アウトカムの改善が実現されることを示唆する十分なエビデンスが得られている（図 6）（6-21）。救急医療、プライマリケアのいずれの現場でも、連携チームによる治療によってより高い満足度が得られ、治療へのコンプライアンスが改善し、健康アウトカムが改善することが患者から報告されている（22）。

研究から得られたエビデンスにより、下記の成果が示されている。
* 連携医療により、次の事項を改善できる。
  - 医療サービスへのアクセスと医療サービスの調整
  - 専門医により提供される医療資源の適切な活用
  - 慢性疾患患者の健康アウトカム
  - 患者のケアと安全（23-25）
* 連携医療により、次の事項を軽減できる。
  - 患者の合併症の総数
  - 入院期間
  - 介護者間の緊張や対立
  - スタッフの配置転換、離職
  - 入院
  - 医療ミスの発生率
  - 死亡率（18-20、22、23、26-29）
  - メンタルヘルスの地域医療現場では、連携医療により、次の事項を実現できる。
  - 患者と介護者の満足度向上
  - 治療へのコンプライアンスの改善
  - 治療期間の短縮化
  - 治療費軽減
  - 自殺率の低下（17、21）
  - 精神疾患通院件数の増加（30）
  - 外来患者の通院回数の減少（30）

図 6. 医療システムおよび教育システム

- 慢性疾患患者の健康アウトカム
- 患者のケアと安全（23-25）
- 連携医療により、次の事項を軽減できる。
  - 患者の合併症の総数
  - 入院期間
  - 介護者間の緊張や対立
  - スタッフの配置転換、離職
  - 入院
  - 医療ミスの発生率
  - 死亡率（18-20、22、23、26-29）
- メンタルヘルスの地域医療現場では、連携医療により、次の事項を実現できる。
  - 患者と介護者の満足度向上
  - 治療へのコンプライアンスの改善
  - 治療期間の短縮化
  - 治療費軽減
  - 自殺率の低下（17、21）
  - 精神疾患通院件数の増加（30）
  - 外来患者の通院回数の減少（30）
医療危機時の分野横断的専門職連携

2005年、パキスタン北部は数千人のけが人を出す大地震に見舞われた。孤立した山間部での救助活動は非常に難航した。やがて、建築中のホテル内に医療救護所が開設され、水の供給源がなく、感染対策は困難を極めた。このとき、ボランティアの医療従事者が自ら率先して熟練した配管工をみつけ、48時間以内には医療救護所内で洗浄水の常時供給が可能となった。これにより、通常の医療チームの枠組みを越えた専門家の協力を得ることにより、困難な状況下でも質の高い医療サービスを被災者に提供できた一例である（52）。異分野間の連携が健康アウトカム改善の鍵となりうる非常事態において、上述のような対応がとられる例はよくみられる（48）。

数の異なる専門分野や管轄区域をまたがるプロジェクトでは、最大限の効率を達成するための活動調整が必要である。これは、緊急時にはなおさらのことである。これができてこそ、専門職連携チームは公衆衛生緊急事態への対応に最大限の貢献を果たすことが可能となる。十分な調整を図り、円滑な業務遂行を行うことにより、より効率的かつ効果的な対応や、助けを必要とする人に対する迅速な支援の提供が可能となる。

国家公衆衛生職員

チームベースの在宅看護を受けられる終末期患者や慢性疾患患者では、次の事項が確認されている。
- ケアに対する満足度が向上する。
- 患者は、通院回数が減少したと述べている。
- 症状の訴えが減少する。
- 患者は、健康全般が改善したと述べている（24、31）。

連携医療には次に示す費用削減実績があることから、連携医療の導入は医療システムにとって有益であると考えられる。
- 高齢の慢性疾患患者を対象とするプライマリヘルスケアチームの結成と展開にかかる費用（31）。
- 重複した医療検査の費用、ならびに関連経費（32）。
- 心不全患者の管理のための分野横断的戦略の展開にかかる費用（19）。
- 病院における中心静脈栄養チームの展開（18）。

このエビデンスは、地域の保健衛生従事者、経済学者、医療情報科学者、看護師、管理者、ソーシャルワーカー、獣医などの標準的・補完的専門分野の医療従事者を含む、連携医

専門職連携教育および連携医療のための行動枠組み

チームメンバーと個人のなかかわりを持つことが、信頼関係の構築につながった。互いに信頼し合うことで、連携に対してより一層積極的になれたと感じた。

― 地方の医療従事者

地方の医療従事者連携医療の批判的考察

デンマークのいくつかのプライマリヘルスケアクリニックでは、連携による職務遂行についてスタッフ間で考察し、率直に議論し、改善していくことを目的として、各地理から医療従事者が提供するサービスの記録を保管している。このプロセスは、成功事例の共有を促し、団結心を高める（53）。

専門職連携教育は、さまざまな臨床現場における資格取得前・資格取得後の教育（例：基礎トレーニングプログラム、大学院課程、技術者継続教育、より高品質なサービス提供のための学習）の一環として実施される。一般的に、専門職連携教育は参加者に好評で、参加者はコミュニケーションスキルを学び、批判的考察能力を高め、チームによる職務遂行の課題とメリットについての知識を深める。効果的な専門職連携教育は、さまざまな医療専門職間の相互尊重を育み、有害な固定概念を払拭し、職務遂行における患者を中心とした倫理観を形成する（8）。

多くの医療従事者が、すでにチームで職務を遂行し、同僚と積極的にコミュニケーションを取っている。調整と協力は、連携の基礎を築くものであるが、それだけでは連携医療とはいえない。連携医療では協力関係をさらに一歩前進させて連携医療の即戦力となる医療人材を動員し、複雑または緊急な問題に対応する態勢を整え、連携して問題解決を図る。これらの医療従事者は他の専門分野の同僚と連携する方法を心得ており、同僚の価値観と信念を尊重しながら、専門職連携によって得られる知識を行動に反映するスキルを持ち合わせている。どのような専門職種の医療従事者とも交流・協議し、共同で職務を遂行することができる。

専門職連携教育と連携医療は、医療システムが直面するあらゆる課題に対する万能の解決策というわけではない。しかし、専門職連携教育と連携医療が正しく適用されることによって、医療従事者はますます複雑化する世界の医療システムが直面する課題に対応するために必要なスキルや知識を習得することができる。

医療システムおよび教育システムの役割

世界各国において、医療システムおよび教育システムがどう編成されるかは、地域問題、満たされていない医療ニーズ、現場の状況により左右される。現場の状況は千差万別だが、6つの共通する構成単位がある。医療システムを構成するこれら6要素のそれぞれにおいて、連携医療が実施されていることが確認できる。

1. 医療人材
2. サービス提供
3. 医療用品・ワクチン・医療技術
4. 医療システムにおける資金調達
5. 医療情報システム
6. リーダーシップと管理（32）

連携医療の批判的考察

デンマークのいくつかのプライマリヘルスケアクリニックでは、連携による職務遂行についてスタッフ間で考察し、率直に議論し、改善していくことを目的として、各地理から医療従事者が提供するサービスの記録を保管している。このプロセスは、成功事例の共有を促し、団結心を高める（53）。

4月以降WHOの和訳.indd   20
4月以降WHOの和訳.indd   20
2014/09/01   14:01:05
2014/09/01   14:01:05
医療従事者の満足感と働きやすさ

オーストラリアとイギリスのプライマリケアチームに所属する医療従事者からは、非常に働きやすいという報告がされている。問題を共有して互いにサポートし合うことで連携して職務を遂行することにより、職場での摩擦が起こりにくくなる（54-56）。

医療が行われる地域にはそれぞれ固有の特徴があることから、現場ニーズの課題に即した連携医療戦略を検討する必要がある。地域によっては、患者の安全確保を推進すること（34、35）、限られた医療資源を最大限に有効活用すること、ケアを救急医療現場からプライマリケア現場に移行すること、業務の一元化を推進すること（36、37）が、チームベースのケアアプローチの重点課題となるだろう。また、医療従事者の仕事への満足度向上や、チームで職務を遂行する際の各医療従事者の役割の明確化などといった、個の受療者の福利厚生を重点課題とする地域もあるだろう（22）。

連携医療が導入される現場の状況にかかわらず、チームによる医療提供アプローチはチームに貢献する各医療従事者の強みとスキルを最大限に発揮させることができ研究によるエビデンスや経験によって示されている。これによって、サービスの重複が少くなり、より適切な医療機関への患者紹介が積極的に行われ、ケアの一貫性と調整が促され、患者と連携した意思決定が行われるようになることから、チームの効率が向上する（22）。また、医療従事者の確保と維持にも有効で（29）、医療従事者の流動化を軽減する効果もあると考えられる。

ブラジルのファミリーヘルスチーム

ブラジルでは、1980年代後半に流行が影響を及ぼすために、統合型医療システム（SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde）が確立された。これに対応し、医師1名、看護師2名、複数名の地域医療従事者からなるファミリーヘルスチームが結成された。各ファミリーヘルスチームは、所定の地域に暮らす一定の世帯数を対象に、一連の医療ニーズのモニタリングを担当する（57）。統一型医療システム（SUS: Unified Health System）の確立から20年、ファミリーヘルスチームプログラムの発足から15年を経た今、28,000のファミリーヘルスチームと16,000の口腔ファミリーヘルスチームにより、8,800万人を超えるブラジル人口の追跡が行われている（57）。2006年には、国家ブラジルヘルスケア方針により、国民との結びつきを持つファミリーヘルスチームという広域基盤に根差したSUSにおけるヘルスケアネットワークの拡大・強化に取り組むブラジル政府の姿勢が再確認されている（58）。
医療提供における行動様式の変化

専門職連携教育と連携医療を実施するメリットの1つとして、これらの戦略によってケアを提供する際の医療従事者間の交流に変化が生じることがあげられる。いずれの戦略の鍵を握るのも人である。施設内で弊害なく連携医療を実現できるよう尽力するのは医療リーダーおよび政策決定者であり、サービスを提供するのは医療従事者であり、医療従事者に必要なトレーニングを提供するのは教育者であり、何よりも大切なものとし、そのサービスを必要としているのは個人およびコミュニティである。互いへの印象や交流の仕方が変わることで、職場環境の行動様式やスタッフの考え方の変化が生じ、スタッフにとって働きやすさが増すばかりでなく、コミュニティ全体としてのメリットも高まる。

いまや世界各国において、専門職連携教育と連携医療は世界的な医療人材不足の危機緩和に貢献しうる確かな戦略として位置づけられている。専門職連携が医療従事者やシステム、さらにはコミュニティの利益に供与することを示すエビデンスや研究基盤の拡大が続いている。専門職連携教育と連携医療を推進するために、この枠組みでは、システム全体で専門職連携への移行に踏み切る際に政策決定者や市民社会リーダーが足掛かりとして活用することのできるメカニズムについて概説する。

変化のプロセスの重要性を改めて認識した。チームが適切に機能することは患者の利益につながる。チームが適切に機能しなければ、それは患者にも影響を与えてしまう。また、将来自分がどのような働き方をしたいのかについても再認識した。

― 薬学生
専門職連携教育と連携医療を実現するには、その両者を形成するメカニズムの見直しと評価が必要となる。この枠組みでは、研究文献のレビュー、専門職連携教育の実態についての国際環境調査の結果、国別のケーススタディー、主要情報提供者の専門的知識などから、複数の重要なメカニズムを特定している。これらのメカニズムを3つの広義のテーマに整理し、1) 専門職連携教育、2) 連携医療、3) 医療システムおよび教育システムに3分類し、各分類について、医療政策決定者が現場の状況に合わせて実行できる行動項目を特定した。一方、上述の広義の分類である「専門職連携教育」と「連携医療」へのメカニズムと行動の割り付けを行ったが、部分的な重複が多く、割り付けられたメカニズムの多くはいずれの分類にも影響するものである（図7）。これらの戦略が導入、拡大されれば、専門職連携教育と連携医療の定着が進み、医療システムが強化され、健康アウトカムが改善されることになるだろう。

図7. 実践レベルにおいて専門職連携教育を形成するメカニズムの例

推進に向けた取り組み
専門職連携教育：連携医療の即戦力となる医療人材の養成

専門職連携教育を形成するメカニズムは、次の要素によって推進されるメカニズムに大別される。
* 専門職連携教育の開発、提供、資金供給、管理を担当するスタッフ
* 専門職連携カリキュラム

専門職連携教育の開発、提供、評価を行うための十分なトレーニングを指導員に提供することも重要である（10、14、40、41）。多くの教育者にとって、互いから学び合う方法を学生に指導することは、困難かつ新たな試みである。カリキュラムおよび一連のトレーニングの中で専門職連携教育が確実に定着するには、初期の段階でスタッフが確実な手応えを感じる必要がある。これにより、スタッフの継続的関与が促され、学生のフィードバックに基づき、さらにカリキュラムの充実化を図ろうとする意欲が高まる。

カリキュラムメカニズム。世界各国の医療と教育は、異なる時間と場所で幅広いサービスを提供するさまざまな種類の教育者と医療従事者によって提供される。そのため、専門職連携教育指導員およびカリキュラム作成者は、綿密な調整を行わなければならず、挑戦的な取り組みを推進するためには、参加を義務付け、柔軟なスケジュールにすることの重要性がすでに明らかになっている。研究によると、専門職連携教育の効果は次の条件下で高まる。
* 成人学習の原則（例：問題解決型学習と行動学習のセット）を適用する。
* 教育者が学生が体験する実際の医療が反映された学習法である（39）。* 学生間の交流がある。
* 学習活動、予期される成果、学習評価が関連付けられたカリキュラムが、効果的な専門職連携教育の鍵となる（42）。予期される成果は、学生の物理的・社会的環境、ならびに教育レベルに左右される点に留意することが重要である。綿密に構成されるカリキュラムメカニズムには、作成者が持つ職場の要件を満たす必要がある。カリキュラムの作成者は、指導員および参加者の関与を深めることで、カリキュラムの定着に貢献できる。

教育者の要件には、カリキュラムの作成と実施、学生の学習成果の評価、学生の支援、スタッフの教育等が含まれる。カリキュラムを作成するためには、専門家と学生の間の交流が必要である。カリキュラムの作成者は、学生の学習成果の評価に役立つ情報を提供するための教育者を必要とする。カリキュラムの作成者は、学生の学習成果の評価に役立つ情報を提供するための教育者を必要とする。カリキュラムメカニズムにおいては、カリキュラムの作成者が、カリキュラムの作成者の役割を果たすことが重要である。

カリキュラムメカニズム。世界各国の医療と教育は、異なる時間と場所で幅広いサービスを提供するさまざまな種類の教育者と医療従事者によって提供される。そのため、専門職連携教育指導員およびカリキュラム作成者は、綿密な調整を行わなければならない。挑戦的な取り組みを推進するためには、参加を義務付け、柔軟なスケジュールにすることの重要性がすでに明らかになっている。研究によると、専門職連携教育の効果は次の条件下で高まる。
* 成人学習の原則（例：問題解決型学習と行動学習のセット）を適用する。
* 教育者が学生が体験する実際の医療が反映された学習法である（39）。* 学生間に交流がある。
* 学習活動、予期される成果、学習評価が関連付けられたカリキュラムが、効果的な専門職連携教育の鍵となる（42）。予期される成果は、学生の物理的・社会的環境、ならびに教育レベルに左右される点に留意することが重要である。綿密に構成されるカリキュラムメカニズムには、作成者が持つ職場の要件を満たす必要がある。カリキュラムの作成者は、指導員および参加者の関与を深めることで、カリキュラムの定着に貢献できる。

教育者の要件には、カリキュラムの作成と実施、学生の学習成果の評価、学生の支援、スタッフの教育等が含まれる。カリキュラムの作成者は、学生の学習成果の評価に役立つ情報を提供するための教育者を必要とする。カリキュラムの作成者は、学生の学習成果の評価に役立つ情報を提供するための教育者を必要とする。カリキュラムメカニズムにおいては、カリキュラムの作成者が、カリキュラムの作成者の役割を果たすことが重要である。
された学習目標は、何をすべきか（すなわち知識）、どのような方法で知識を適用するか（すなわちスキル）、その知識に基づき適切な倫理的枠組みの中でどのタイミングでスキルを活用するか（すなわち考え方と行動）の習得を前提とする。

専門職連携教育を通じた医療現場の体感
1996年、スウェーデンのリンショーピング大学（Linköping University）は、保健科学分野の全学生を対象に、大々的な専門職連携教育への取り組みに踏み切った。全学生を対象に、カリキュラムの最長12週間が専門職連携教育に当てられる（60）。この取り組みの一環として、リンショーピング大学の保健科学部に、初の専門職連携学生訓練棟が開設された（61）。近隣のカロリンスカ研究所でも1998年以降同様のトレーニングプログラムを提供しており、訓練棟において医学、看護学、理学療法、作業療法分野の学生を対象に2週間の必須課程として専門職連携コースを提供している。5～7名の学生がチームで患者ケアの計画と構成を担当し、指導教官が指導に当たる。各シフトの終了後、学生チームは指導教官と共に学習経験を振り返る（62）。

専門職連携カリキュラムの開発と提供
ネパールのトリブバン大学（Tribhuvan University）のマハラジガンジキャンパスにある看護学部では、看護学部と医学部の教職員が参加したワークショップにおいて、新しい新生児医療カリキュラムを策定した。参加者は、協力し合いながら新カリキュラムの必須要素の特定を行った。基本の新生児医療などの分野では看護学部の教職員の知識とスキルが優れているのに対し、先進医療の分野では医学部の教職員の知識とスキルが優れていることが確認された（63）。

インドのヴェールールにあるキリスト教医科大学（Christian Medical College）では、看護学科の学生は専門職連携チームの役割、および専門職連携チームメンバーの対人関係が、患者やスタッフ間のコミュニケーションに影響することを学んでいる。学生は、紹介サービスの強化を通じ、連携を改善させるさまざまな方法について学習する（64）。

サウサンプトン大学の新世代プロジェクト（New Generation Project）では、複数のヘルスケア分野が実際の現場で共同学習を行うという最前線の取り組みを行っている。このプロジェクトでは、教育者と研究者により構成されるチームでシラバスが新たに開発されている。それは、共通の理解、相互尊重、コミュニケーションを通じて複数の異なるヘルスケア分野の結びを促す内容となっている。（65）。

必須の専門職連携教育
スウェーデンの臨床教育プロジェクトセンターは、医学、看護学、理学療法、作業療法分野の学生を対象とした2週間の専門職連携コースの評価を実施した。その結果、専門職連携臨床コースを必須課程とすることにより、教職員、スタッフ、学生の交流の機会が増え、関係者全員がこのような交流の継続に関心を示したことが確認された（66）。
これらの学習目標を、専門職連携学習に関わる領域ごとにまとめた1例を以下に示す。

1. チームワーク:
   - チームリーダーとしてもチームメンバーとしても機能できること。
   - チームワークの弊害となる要因を把握すること。

2. 役割と責任:
   - 自身、ならびにその他の医療従事者の役割、責任、専門知識を理解すること。

3. コミュニケーション:
   - 同僚に対して的確に自分の意見を述べること。
   - チームメンバーの意見を聞くこと。

4. 学習と批判的考察:
   - チーム内での自身の対人関係について批判的に考察すること。
   - 専門職連携教育で学習した内容を勤務現場で応用すること。

5. 患者との関係、および患者のニーズの把握:
   - 患者の利益を最優先にして連携して職務に当たること。
   - ケア管理のパートナーとして患者、家族、介護者、コミュニティとの関わり合いを持つこと。

6. 倫理綱領:
   - 自身や他の医療従事者が持つ、他の医療従事者に対する固定概念を把握すること。

専門職連携教育は学習者に対し、連携医療の即戦力となる医療人材の一人となるのに必要なトレーニングを提供する。連携医療即戦力を身につけて後の実務体験の形成に役立つものとして、さらにいくつかのメカニズムと行動が存在する（表1）。医療システム計画者と医療教育者は、連携医療を展開するにあたり、教育現場から医療現場へと踏み出す学習者を支援する方法について話し合う必要がある。
<table>
<thead>
<tr>
<th>行動</th>
<th>参加者</th>
<th>行動レベルの例</th>
<th>予想される成果</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 専門職連携教育の共通のビジョンと目的について、全ての学部および組織の主要関係者と合意する。</td>
<td>意思決定者、政策決定者、医療施設の施設長および管理者、教育リーダー、教育者、医療従事者</td>
<td>状況に応じた行動</td>
<td>全ての医療従事者教育を、専門職連携のビジョンと目的に基づき実施する。</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 適正な教育実践の原則に基づき、専門職連携教育カリキュラムを作成する。</td>
<td>カリキュラム作成者、教育者、教育リーダー、研究者</td>
<td>状況に応じた行動</td>
<td>医療従事者教育を、専門職連携のビジョンと目的に基づき実施する。</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 次の目的のために組織的支援を提供し、十分な資金と時間を割り当てる。</td>
<td>医療施設の施設長および管理者、教育リーダー</td>
<td>実行</td>
<td>連携医療の即戦力となる医療人材。</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 医療従事者トレーニングプログラムに専門職連携教育を導入する。</td>
<td>政策リーダー、政策決定者、教育リーダー、教育者、カリキュラム作成者、医療施設の施設長および管理者</td>
<td>実行</td>
<td>連携医療の即戦力となる医療人材。</td>
</tr>
<tr>
<td>5. 専門職連携教育の開発、提供、評価を担当するスタッフが、その職務を遂行する能力を備え、計画されている専門職連携教育の内容に対応した専門知識を有し、専門職連携教育の推進責任者のサポートを得ていることを確認する。</td>
<td>教育者、教育リーダー</td>
<td>実行</td>
<td>連携医療の即戦力となる医療人材。</td>
</tr>
<tr>
<td>6. 教育機関、ならびに関連する全ての医療現場や勤務現場のリーダーが専門職連携教育の実行に取り組んでいることを確認する。</td>
<td>教育リーダー、医療施設の施設長および管理者</td>
<td>推進</td>
<td>他の医療専門家に対する態度の改善。</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表1. 健康アウトカムの改善に向けて専門職連携教育を推進するための行動
連携医療：最適な医療サービスの実現

連携医療は、医療を受ける集団のニーズに合わせて構成し、地域での医療提供の実態を考慮することにより、最大限の効果を発揮する。専門職連携という新たな概念の導入方法を決定する際には、集団またはニーズに即したアプローチが必要となる。連携医療の単純な医療人材は、連携医療の有効性を確立するために必要不可欠なメカニズムだが、それだけで最適な医療サービスの提供が保証されるわけではない（図8）。連携医療の有効性は、組織的支援、職務遂行における行動様式、環境などの他の実践レベルのメカニズムによって実現される（表2）。

組織的支援
組織的メカニズムは、チーム連携による職務遂行を形成し、職務の細分化ではなく相乗効果を生み出す効果がある（43）。連携医療に参加するスタッフには、明確な管理モデル、構造化されたプロトコル、共通の業務手順が必要である。また管理者が、チームワークを支援し、なおかつチームメンバー間で医療サービス提供の責任を分担することを支持していることがスタッフに伝わる必要がある。専門職連携とケアの提供のための十分な時間と空間が確保されている必要がある。同時に、人事方針において連携医療を認知・支援し、公平かつ平等な報酬を提供する必要がある。

情報通信技術を活用した専門職連携教育の提供
仮想学習環境では、異なる医療専門分野の学生らが医療チームの各メンバーの役割と責任について理解を深める。複数の大学の国際的ネットワーク、ウーニウェルシタース21（Universitas 21）の事例は、固定概念を払拭し、患者のケアにおける平等なパートナーシップを推進するために情報通信技術の活用が有効であることを示している（67）。

効果的なコミュニケーション戦略
インドのタミルナードゥの精神病院では、メンタルヘルスチームが専門職連携による患者へのケア提供に取り組んでいる。この医療現場では、全ての専門家が意思決定プロセスに関わるように、共同で回診を行っている。このチームに所属するスタッフは、責任についての明確な理解、専門家間の信頼、オープンかつ率直なコミュニケーション、患者ケアへの家族の関与が成功の決め手であることを強調している（68）。

専門職連携教育に対する学生の見解
オーストラリアのクイーンズランド大学で行われた発達性協調運動障害の小児についての専門職連携ワークショップの実施後、コミュニケーションや人の話に耳を傾けることの必要性についての理解が深まったことが学生から報告されている（69）。

意思決定の共有のための仕組み
インド都市部の地域医療クリニックでは、医療従事者チームがケアの管理に当たっている。医療従事者あたりの患者数は3,000名を超え、毎週診療時間中に医師によるサポートが提供される（64）。

4月以降WHOの和訳.indd 28
2014/09/01 14:01:14
他の医療従事者の役割と責任、チームとしての職務遂行、職場における働きやすい人間関係づくりについての理解を深めるのに非常に役立つコースであった。

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み

図8. 実践レベルにおいて連携を形成するメカニズムの例
表 2. 健康アウトカムの改善に向けて連携医療を推進するための行動

<table>
<thead>
<tr>
<th>行動</th>
<th>参加者</th>
<th>行動レベルの例</th>
<th>予期される成果</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 意思決定の共有、定期的なコミュニケーション、コミュニティの関与を促すプロセスを構築する。</td>
<td>医療施設の管理者および施設長、医療従事者</td>
<td>状況把握</td>
<td>意思決定の共有の原則、ならびに複数の専門分野をまたがるコミュニケーションの成功事例に即した連携医療モデル。</td>
</tr>
<tr>
<td>2. サービス施設内および施設間の専門職連携医療を促進、奨励、拡大する構築環境を設計する。</td>
<td>政策決定者、医療施設の管理者および施設長、医療従事者、資本計画担当者、建築技師、空間設計者</td>
<td>状況把握</td>
<td>意識疎通の改善。</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 連携医療を認知・支援し、公平かつ平等な報酬モデルを提供する人事方針を策定する。</td>
<td>政府、医療施設の管理者および施設長、政策決定者、規制/労働当局</td>
<td>実行</td>
<td>より健全な職場環境、ならびに医療従事者の働きやすさの向上。</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 専門職連携とケア提供に取り組むための十分な時間と空間を確保できる医療提供モデルを構築する。</td>
<td>医療施設の管理者および施設長、政策決定者、医療従事者</td>
<td>実行</td>
<td>職場環境の改善</td>
</tr>
<tr>
<td>5. チームワーク、ならびに医療サービス提供の責任をチームメンバー間で分担することを規範的行動として定めた管理モデルを構築する。</td>
<td>医療施設の管理者および施設長、政策決定者、政府リーダー</td>
<td>推進</td>
<td>職場で専門職連携を定着させるための継続的取り組み。</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ビジョン、およびプログラムの目的

ネパールでは、高い新生児死亡率への対策として、新生児救命（Saving Newborn Lives）と称される国家戦略が実行された。看護学部と医学部の教職員を結集した、この共通の目標は、統合カリキュラムの開発と両専門分野間の関係強化の原動力となった（56）。

連携医療と構築環境

連携医療のための物理的環境は、専門職連携チームにより提供されるケアの質を大きく左右する。精神疾患や慢性疾患などのようなデリケートな健康問題に対処する医療従事者が、質の高い、配慮の行き届いた、患者を中心のケアを提供するには、プライバシーの守られた静かな場所が必要不可欠である（47）。
連携医療を支援する法律

2008年、カナダのブリティッシュコロンビア州政府は、専門職連携に関わる条項が盛り込まれた条例を可決した。これを受けて、ブリティッシュコロンビア州に所属する各規制機関は、「(k)その任務の遂行および本条例に定められた権限を行使するにおいて、(ii)登録者および他のヘルスケア分野に従事する者との間の専門職連携を促進、奨励すること」を要請されている（45）。

ノルウェーにおける専門職連携教育を形成する政府メカニズム

1972年、ノルウェー政府は、専門分野の枠組みを超えて職務を遂行できる学生を育成し、専門職連携を推進するには、ヘルスケア分野を専攻する学生らを対象に共同教育を行う必要があると言明した。1995年には、看護学、ソーシャルワーク分野、その他医療関係職の学部課程プログラムに「科学理論」、「倫理学」、「コミュニケーションと連携」、「科学的手法および社会保障制度の理解」を網羅した共通の必須カリキュラムを盛り込むよう勧告した。これを受け、全ての総合大学学部にて、この共通の必須カリキュラムの採択が決行された。政府は共同学習を奨励したが、専門分野の種類が少ない総合大学学部や、共同学習のパートナーとなりうる施設との距離が離れている総合大学学部に対しては、かなり柔軟な対応を取った。

医療システムおよび教育システム：健康アウトカムの改善

医療システムと教育システムの連携を図ることで、将来、スタッフは適切な資格を持ち、適時・適所に配置されることになる。医療システムおよび教育システム内で勤務する団体および個人は、専門職連携を支える環境作りに貢献することができる。連携医療を実現するには、教育環境から実務環境への展開方法について医療従事者と医療教育者との間で議論する必要がある。専門職連携教育や連携医療への移行のための指針というものがあるとの関連性、方針統合、複数レベルでのシステム変革、連携リーダーシップが含まれる。また、連携医療プロセスにはサービス利用者である患者・介護者・家族の全員が関与する点に留意することが重要である。

法律は、医療システムと教育システムの構築・監視・管理を形成する重要なメカニズムである。法の改正は、医療従事者の教育・認定・規制・報酬の制度に影響を及ぼす可能性があることから、専門職連携教育と連携医療の開発・実行・継続性は、法律によって大きく左右されるといえる（図9）。また、政府が連携医療への障壁を排除する法律を制定することに合意した場合、それは専門職連携の推進に大きく貢献することになる。法に関わる議題においては、
規制が大きなウェイトを占めることが多い。医療従事者の多様化が進む中、政策決定者は、新たな専門職種（特に、特別なスキルの組み合わせからなるもの）を認知・支援する上で規制が果たすことのできる、または果たすべき役割について検討する必要がある。

図 9. システムレベルで専門職連携教育と連携医療に影響を与える要因の例

規制が大きなウェイトを占めることが多い。医療従事者の多様化が進む中、政策決定者は、新たな専門職種（特に、特別なスキルの組み合わせからなるもの）を認知・支援する上で規制が果たすことのできる、または果たすべき役割について検討する必要がある。

医療サービス提供。医療システムおよび教育システムにおける資金調達・資金供給・委託の制度によって、専門職連携教育と連携医療の成功が左右されることがある。たとえば、医療従事者が、互いとの連携のためにどの程度の時間を費やすか、学生を対象としたチームワークの実地指導のためにどの程度の時間を費やすかは、医療従事者の報酬制度によって変わってくる可能性がある。さまざまな医療従事者報酬モデル、資金供給の流れ、リスク管理プロセスが、患者のケアや学生の学習にどのように影響を及ぼすかについて検討することは、専門職連携教育と連携医療を推進していく上で極めて重要である。

資料

© WHO/M. Gary

‡ 資金調達（financing）は資金の調達方法、資金供給（funding）は資金の使い方、委託（commissioning）はサービス提供者を選択するプロセスを意味する。
専門職連携
教育および
連携医療の
ための行動
の枠組み

要である。同時に、
チームベースの統合
サービスの開発・提
供を可能にする医療
サービス政策の調整
を図ることは、次の
ことを意味する。

* 社会的ケア、教
育、住宅、司法
など、他の公共
政策分野の関与
を得ること。

* 全国の戦略的
方針として、専
門職連携教育と連
携医療の実践をシステム化する
こと。

* 連携医療の原則に即した医療
サービスや教育サービスの委託
を円滑化すること。

患者の安全。システム全体に適用さ
れる基準を設定し、
患者の安全を支援す
る管理メカニズムを
使用することによ
り、専門職連携教育
と連携医療を医療シ
ステム内に定着させ
ることができる。世
界各国で採用されて
いる管理メカニズム
の多くは、患者とコ
ミュニティを守るた
めにある。規制が厳
しすぎれば、プロセ
スが細分化されてしま
う可能性があり、費用増大や医療シ
ステムの負担増を招く結果となる。一方、規制にある程度の柔軟性があ
る場合は、医療において専門職連携
教育を定着させる機会が増えること
になる。

穆ニティにおけ
る他の学生や教員
のサポート、仲間
意識、協力を得られたこと
が励みになった。また、互
いに学ぶ側と教える側の両
方を体験する機会にも恵ま
れた。異なる専門分野間に
存在するいくつかの誤解に
ついて知ることができたほ
か、自身の専門分野の限界
についても認識できた。

医学生

日本では、神戸市が、新生児死亡率の減少をねらった母子健康のための連携医療モデル
に取り組んでいる。サポート室と称されるこのプログラムでは、連携を通じてさまざまな
専門分野のスタッフにより、包括的サービス（産前産後のサービス、幼児期のサービ
ス）が提供される（71）。

支援メカニズムとしての統合医療・教育方針

イギリスでは、医療政策の抜本的改革により、医療専門家を養成する全ての大学で、校
内学習と実習での専門職連携教育の展開と統合が義務付けられた（6）。カナダでは、ロ
マノウ委員会（Romanow Commission）（72）により、カナダの未来の医療システムモデ
ルについてのレビューと提言が発表され、その成果の1つとして、チームによる職務遂
行の促進を明確な目的として据えた専門職連携教育の推進を促す勧告が発表されている
（73-74）。

タイでは、コンケン大学（Khon Kaen University）が、世界的な医療従事者不足へ
の対策として、地域の医療従事者や教育者を支援するプログラムを開発するために、地
域病院、行政組織、大学教職員を招いた会合を開いている（75）。


総合的な政策的取り組み

日本では、神戸市が、新生児死亡率の減少をねらった母子健康のための連携医療モデル
に取り組んでいる。サポート室と称されるこのプログラムでは、連携を通じてさまざまな
専門分野のスタッフにより、包括的サービス（産前産後のサービス、産後期のサービ
ス）が提供される（71）。

支援メカニズムとしての統合医療・教育方針

イギリスでは、医療政策の抜本的改革により、医療専門家を養成する全ての大学で、校
内学習と実習での専門職連携教育の展開と統合が義務付けられた（6）。カナダでは、ロ
マノウ委員会（Romanow Commission）（72）により、カナダの未来の医療システムモデ
ルについてのレビューと提言が発表され、その成果の1つとして、チームによる職務遂
行の促進を明確な目的として据えた専門職連携教育の推進を促す勧告が発表されている
（73-74）。

タイでは、コンケン大学（Khon Kaen University）が、世界的な医療従事者不足へ
の対策として、地域の医療従事者や教育者を支援するプログラムを開発するために、地
域病院、行政組織、大学教職員を招いた会合を開いている（75）。
専門職連携教育と患者の安全

アメリカ合衆国では、医学研究所が2003年に『医療専門家教育: 品質への架け橋 (Health Professions Education: A Bridge to Quality)』(76)と題した画期的な報告書を発表し、専門職連携教育と連携医療の必要性を強調している。この報告書は、1999年に発表された『人は誰でも間違える (To Err is Human)』(77)、2001年に発表された『医療の質 - 谷間を越えて (Crossing the Quality Chasm)』(78)の2つの報告書の続編である。どの国にも、専門職連携教育と連携医療の障壁とも成功要因ともなりうる法的構造が存在する。医療施設の認定要件や学生の登録基準もまた、教育や医療の変容をもたらす要因となりうる。(42)たとえば、ある政府は、付帯規則の一部として専門職連携教育を盛り込むことを取締機関に義務付ける条項を医療法令に加えている(45)。また、ある政府は、医療専門家教育プログラムの応募者選考委員会の一角としてコミュニティのメンバーを加えることを義務付ける規定を設け、医療専門家教育を監視する専門機関を設置するほか、初期専門教育の一環として専門職連携教育を体験する機会を学生に与えるべきであることを強く指摘している(46-48)。政策決定者や政府リーダーは、専門職連携教育や連携医療に関する条項を法規、認定要件および／または登録基準に盛り込むことにより、専門職連携を積極的に推進していくことができる。『人は誰でも間違える (To Err is Human)』で取り上げられた患者の安全に関わる問題を受け、米国医学研究所は2003年、『医療専門家教育: 品質への架け橋 (Health Professions Education: A Bridge to Quality)』と題した画期的な報告書を発表し、その中で専門職連携教育と連携医療の必要性について強調している（表3）。

[図表]

専門職連携教育プロジェクトの前

は、学生たちはお

互いを一人の人間としてで

はなく、医師や看護師とし

て見ていて、人間的な面を

見過ごしていた。それが、
今では肩書にとらわれず、
お互いにもっと相手を尊重

してコミュニケーションが

取れるようになった。この
プロジェクトを通じて学生た

ちがお互いを一人の人間と

して見るようになったこ

とは、大きな変化である。

― 教育リーダー
表 3. システムレベルで専門職連携教育と連携医療を支援するための行動

<table>
<thead>
<tr>
<th>行動</th>
<th>参加者</th>
<th>行動レベルの例</th>
<th>予期される成果</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 国家レベル、地域レベルで人材の能力育成に取り組む。</td>
<td>政府リーダー・医療施設の管理者および施設長・教育リーダー・政策決定者</td>
<td>状況把握・パートナーおよび医療リーダーと集中的議論を行う。</td>
<td>• 専門職連携人材のための短期、中期、長期計画。 • 医療計画のための明確に定義された人材方針。</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 医療従事者教育プログラムの認定基準（専門職連携教育が実践されていることを示す明確な証拠があること、など）を設ける。</td>
<td>教育リーダー・取締機関・国会議員</td>
<td>状況把握・現行の認定基準を見直し、今後の認定基準には専門職連携教育や連携医療に関する項目が確保されるようにする。</td>
<td>• 専門職連携教育と連携医療という共通のテーマが盛り込まれた、新たな認定基準。</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 教育者と医療従事者による連携推進と連携による職務遂行を支援するための方針や規制の枠組み（新たな役割や、ケアモデルを含む）を作成する。</td>
<td>政府リーダー・専門家団体・規制当局・教育リーダー・国会議員</td>
<td>実行・政府に対し、連携医療を支援する適切な法的モデルの構築を働きかける。</td>
<td>• 専門職連携教育と連携医療を支援する法と規制の枠組み。</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 医療従事者の生涯学習の一環として、明確な専門職連携目標の枠組みを作成し、資金を割り当てる。</td>
<td>専門家団体・取締機関・政府リーダー・政府機関・教育リーダー・国会議員</td>
<td>実行・資格取得前、資格取得後の教育に適したプログラムとコースを開発する。</td>
<td>• 医療従事者のための一貫した資金供給モデル。 • 医療システムのあらゆるレベルでのコミュニケーションの改善。 • 成功事例やエビデンスのデータベースの作成。</td>
</tr>
<tr>
<td>5. 専門職連携教育と連携医療を支援する人材計画、資金調達、資金供給、報酬に関わる成功事例を共有できる環境づくりをする。</td>
<td>政府リーダー・研究者・教育リーダー・医療施設の管理者および施設長</td>
<td>推進・成功や課題について話し合うために地域における推進者を招いて会合を開く。</td>
<td>• 専門職連携のための一貫した資金供給モデル。 • 医療システムのあらゆるレベルへのコミュニケーションの改善。 • 成功事例・エビデンスのデータベースの作成。</td>
</tr>
</tbody>
</table>
結論

世界保健機関（WHO）は、専門職連携教育と連携医療の実践が、世界的な保健人材不足の危機を緩和する上での重要な役割を果たす革新的戦略であると認識している。「専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み」は、政策決定者に対し、世界各国で専門職連携教育と連携医療がどのように機能しているかの概要を示すことを目的とする。この枠組みは、研究から得られたエビデンス、ならびに世界各国の既存のプロジェクトから得られたさまざまな例を使用し、専門職連携教育と連携医療を各地域で適用・統合する方法について新たな知見を読者に提供する。

専門職連携は、最善の患者ケアを提供する鍵であることかわっている。つまりわれわれは、保健社会福祉分野の学生が入学直後の早期段階で開始される専門職連携教育を通じて、必要な知識とスキルを確実に習得できるようにする必要がある。

専門職連携教育は、説明、理解、実施が困難な概念であるといえる。多くの医療従事者、他の医療従事者と共同で職務を遂行しているというだけで連携医療を実践していると思い込みがちである。実際のところ、各個人が共通の目標の達成のために自身のスキルを使用することに合意し、グループの中で働いているだけのことが多い。しかしながら、連携に、単に合意とコミュニケーションではなく、創造と相乗効果が関係する。連携とは、互いに補い合えるスキルを有する異なる専門分野の人々が、交流を通じ、誰も思いついたことのない、もしくは自分一人では考え付かなかったような共有の知識を生み出すことである。医療従事者が連携したとき、そこには、それまでにはなかった何かが存在することになる。

専門職連携は、最善の患者ケアを提供する鍵であることかわっている。つまりわれわれは、保健社会福祉分野の学生が入学直後の早期段階で開始される専門職連携教育を通じて、必要な知識とスキルを確実に習得できるようにする必要がある。

専門職連携教育は、説明、理解、実施が困難な概念であるといえる。多くの医療従事者、他の医療従事者と共同で職務を遂行しているというだけで連携医療を実践していると思い込みがちである。実際のところ、各個人が共通の目標の達成のために自身のスキルを使用することに合意し、グループの中で働いているだけのことが多い。しかしながら、連携に、単に合意とコミュニケーションではなく、創造と相乗効果が関係する。連携とは、互いに補い合えるスキルを有する異なる専門分野の人々が、交流を通じ、誰も思いついたことのない、もしくは自分一人では考え付かかないような共有の知識を生み出すことである。医療従事者たちは、そこには、それまでにはなかった何かが存在することになる。
世界各国の医療組織の役割

国際治療組織が医療方針に与える影響はますます高まっている。国際的な医療機関、非政府組織、機器供給機関は、専門職連携教育と連携医療の支援と推進に重要な役割を果たす可能性を持つ。

専門的な医療組織が専門職連携の牽引役として果たせる役割の例を次に示す。
* 国家の医療方針決定者による専門職連携教育と連携医療の導入、実現、維持に向けた取り組みを支援する。
* 専門職連携教育と連携医療が盛り込まれ、なおかつ教育イニシアチブと医療イニシアチブが結び付いたプロジェクトやプログラムの開発が確実に行われるようになる。
* 地域、国家、現場レベルの連携医療への取り組みを促すような資金供給の流れを作る。
* 医療システムと教育システム間の調整をサポートする。
* 専門職連携教育と連携医療の推進を支持し、国際的な健康課題の議論においてこれらが常に優先事項として扱われるようになる。
* 専門職連携教育と連携医療を用いて既存または新規のプログラムを強化できる可能性を模索し、その機会を活かすために、組織の枠組みを越えた取り組みを行う。
* 専門職連携教育と連携医療の実行と推進を国際的に進めていくことにより、グローバルリーダーシップを発揮する。

者であり、さまざまな専門分野の学生が互いから学び合うことの重要性を理解しているのは教育者であり、各施設内で支障なく連携医療を実践することを可能にするために尽力しているのは医療リーダーと政策決定者である。そして、何よりも大切なのは、医療従事者が協力し合って可能な限り最善のサービスを提供してくれるものと信じて医療サービスを必要とし、使用する個々の人々である（表4）。

この枠組みは、専門職連携教育と連携医療の導入と実行に関する一連の手順と推奨を提示しているのではなく、世界各国の政策決定者に対し、即座に行動を起こすことを呼びかけている。政策決定者は、各現場のニーズと能力を確認するために現場の状況を調査し、新規および既存のプログラムに専門職連携を組み込むことにより、最善の医療サービスと健康アウトカムの改善に向けて歩み出すことになる。
表 4. 専門職連携教育と連携医療を形成するものとして特定されたメカニズムの概要

<table>
<thead>
<tr>
<th>専門職連携教育</th>
<th>連携医療</th>
<th>医療システムと教育システム</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>教育者メカニズム</td>
<td>組織的支援</td>
<td>医療サービス提供</td>
</tr>
<tr>
<td>・推進責任者</td>
<td>・管理モデル</td>
<td>・資本計画</td>
</tr>
<tr>
<td>・組織的支援</td>
<td>・人事方針</td>
<td>・委託</td>
</tr>
<tr>
<td>・管理者の関与</td>
<td>・共通の業務手順</td>
<td>・資金調達</td>
</tr>
<tr>
<td>・目的の共有</td>
<td>・構造化されたプロトコル</td>
<td>・資金供給の流れ</td>
</tr>
<tr>
<td>・スタッフトレーニング</td>
<td>・支援的な経営管理</td>
<td>・報酬モデル</td>
</tr>
<tr>
<td>カリキュラムメカニズム</td>
<td>職務連行における行動様式</td>
<td>患者の安全</td>
</tr>
<tr>
<td>・成人学習の原則</td>
<td>・コミュニケーション戦略</td>
<td>・認定</td>
</tr>
<tr>
<td>・評価</td>
<td>・問題解決のための方針</td>
<td>・職業登録</td>
</tr>
<tr>
<td>・参加の義務付け</td>
<td>・意思決定プロセスの共有</td>
<td>・規制</td>
</tr>
<tr>
<td>・状況把握</td>
<td>・環境</td>
<td>・リスク管理</td>
</tr>
<tr>
<td>・学習目標</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>・事業計画およびスケジュール管理</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>・プログラム内容</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

状況把握

全く同じ医療システムというものは世界のどこにも存在しない。医療の提供制度に影響する要因として、構造、プロセス、重要な医療課題、医療従事者の種類、文化的背景などがあげられる。より連携型の医療への移行を模索する状況下で、各国のスタート地点は異なり、克服すべき課題も異なる。

以上から、連携医療の即戦力となる医療従事者を育成・輩出するには、まず現時点で容易に対応可能な事項は何かについて評価を行い、これを推進の足掛かりとするよう、この枠組みでは提案している。現実的な成功の可能性があり、なおかつそのための方法や達成すべき目標が実現可能なものであってこそ、専門職連携教育と連携医療を実行に移することが可能となる。コミュニティにおける強いパートナーシップの構築、維持、促進が、医療システム変換の鍵となる。

政策決定者が当該管轄区域において、専門職連携教育と連携医療に向けた状況把握を行うために取ることのできる行動の一例を次に示す。
* 専門職連携教育と連携医療がこのコミュニティにおいて有益なのか、そして地域の施設・組織の主要関係者がどう協力していればその有益性を現実のものとするかについて合意する。
* 意思決定の共有、定期的なコミュニケーション、コミュニティの参加を促すようなプロセスを構築する方法について検討する。
* 地域、国家、地方レベルで、医療システムと教育システムとで一貫した統合人材能力開発計画を導入する。
実行

医療システムについての状況把握と、取り組みを進めていく領域の特定が完了すると、医療システム改革のための革新的戦略として、専門職連携を進めていくための取り組みを実行に移すことができる（図10）。

この種の取り組みは、様々な形態を取り得る。一部の地域では、専門職連携教育と連携医療を支持するエビデンス（特に研究や評価）が必要であることが示されている。効果的な専門職連携教育と連携医療によってもたらされる良い影響については、特に、この種の取り組みから個人的利益を利用した人々の体験から多くのことが知られているが、まだ知られていないことも多くある。

医療従事者や政策決定者は、このような研究に支援する強力な世界的取り組みから恩恵を得ることができるとする。

専門職連携教育と連携医療を実現するための革新的方法の実行に向け、医療および教育分野のリーダーが連携して取り組むことは、医療システム強化に向かえた最も重要なステップの１つであることが多い。医療システムと教育システムを結びましたリーダーシップによって、法規制など、連携医療への従来の障壁が見直されることが保障される。中核の部分でリンクしているこれら２つのシステム間で調整を行わないかぎり、連携医療の即戦力になるために必要なステップを踏むことは医療従事者にとって困難である。

政策決定者が当該管轄区域において、専門職連携教育と連携医療に向

図10. 統合医療人材戦略の実行
けた取り組みの姿勢を示すために取ることのできる行動の一例を次に示す。

* 医療に関わるすべての教育・トレーニングプログラムに専門職連携教育を導入する。
* 連携医療を認知・支援するために入事方針を改正し、公平かつ平等な報酬モデルを提供する。
* 連携医療への障壁を確実に無くするために、医療プログラムにおける資金供給、資金調達、委託の仕組みを整合化する。

変革に向けたパートナーとしての学生リーダー

2005年、カナダ全土から数千人の医療専門分野の学生が集まり、専門職連携教育を推進する草の根活動として、全国学生健康科学連合（National Health Sciences Students' Association）を結成した。学生リーダーは、大学/専門学校を拠点とする22の支部からなるネットワークと20種類を超える医療専門分野の知見を駆使し、各拠点で連携医療を促進していくための教育プログラム、社会プログラム、コミュニティサービスプログラムを設計し、実行する。たとえば、この連合に加盟するトロント大学支部は、大学の「疼痛管理ウィーク（Pain Week）」と称する専門職連携カリキュラムと平行して一定の社会的イベントを開催した。ダルハウジー大学支部は、乳癌チャリティーイベントの開催に数百名の医療専門分野の学生の参加を募り、互いから学び合う機会を提供した。ブリティッシュコロンビア大学を拠点とする地方支部は、州政府保健省と提携し、小学生と高校生を対象とした革新的な健康プログラムの開発に協力して取り組んだ。

推進

革新的構想の多くについて言えることだが、専門職連携教育と連携医療を推進するには、現状の医療システムは理想的または存続可能とは言えず、連携して職務を遂行できる医療人材の育成を推進することが医療システムの強化と改革に向けた最善の手段の一つであることを認識する推進責任者の存在が必要である。最終的な目標は、医療従事者の教育や職務遂行において連携医療が欠かすことのできない要素となり、全ての医療従事者のトレーニング、ならびに全ての医療サービスの提供において連携医療が定着することである。連携医療を行うことが当然のこととなるべきだが、この目標を達成するには、人々の考え方やシステム、運営体系を変えていく必要がある。

改革の推進には、政治や政策が大きな役割を果たし、専門職連携教育と連携医療の推進責任者を特定・支援し、連携医療を推進支援するような適切な政策が確実に施行されるようにし、連携プログラムの成功事例の成果を共有することは、世界各国での専門職連携の普及拡大に向けた小さいながらも重要なステップである。
専門職連携

専門職連携の推進

専門職連携教育と連携医療の推進を支援する医療人材計画モデル、資金調達モデル、資金供給モデル、委託モデル、報酬モデルから得られた教訓を共有する。

管理者に対し、チームワーク、ならびにチームメンバー間での医療サービス提供責任の分担をサポートするよう促す。

専門職連携教育と連携医療は、世界各国の医療システムが直面する数多くの課題を緩和する上で重要な役割を果たす可能性を秘めている。医療提供制度の改革、医療システムの強化、そして最終的には健康アウトカムの改善を実現する可能性を持つこれらの戦略の実行に向けて、今こそ行動を起こす時である。管轄区域、地域、国によって課題やニーズは異なるが、この枠組みは、現在進められている取り組みをさらに強化していくための提案やアイデアを提供し、将来実行可能な専門職連携教育と連携医療のための重要なイニシアチブについて対話と議論を展開していくことを目的とする。この枠組みが原動力となって専門職連携教育と連携医療が世界各国の政策決定者によって受け入れられることが、WHO専門職連携教育・連携医療研究班の願いである。

専門職連携を促す戦略を実行することにより、システムは、細分化された状態から、医療システムが強化され、健康アウトカムが改善された状態へと変貌を遂げる。

互いから学習しあう未来の医療リーダーたちの意欲的な様子を見ていて、今後数年間でわれわれの医療システムがどのように変化し、新しく生まれ変わっていくのかと思うと感無量である。結局のところ、全てはそのための取り組みである。

― 看護師長

専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み
23. Lemieux-Charles L et al. What do we know...
44. Newton C, Bainbridge L. Space design can enhance interprofessional health education and collaborative practice. (In preparation.)
付録
付録１　WHO 専門職連携教育・連携医療研究班のメンバー

中央指導チーム
(Central Leadership Team)
* John H V Gilbert, University of British Columbia, Canada (Co-Chair)
* Jean Yan, Human Resources for Health, World Health Organization (Co-Chair)
* Steven J Hoffman, Human Resources for Health, World Health Organization (Project Manager)

専門職連携教育ワーキンググループ
(Interprofessional Education Working Group)
* Peter G aker, University of Queensland, Australia (Theme Leader)
* Marilyn Hammick, Centre for the Advancement of Interprofessional Education, the United Kingdom
* Wendy Horne, Auckland University of Technology, New Zealand
* Lesley Hughes, University of Hull, the United Kingdom
* Monica Moran, University of Queensland, Australia
* Sylvia Rodger, University of Queensland, Australia
* Madeline Schmitt, Universit of Rochester, the United States
* Jill Thistlethwaite, University of Sydney, Australia

連携医療ワーキンググループ
(Collaborative Practice Working Group)
* Yuichi Ishikawa, Kobe University, Japan (Theme Leader)
* Susanne Lindqvist, University of East Anglia, the United Kingdom
* Sharon Mickan, Oxford Brookes University, the United Kingdom
* Ester Mogensen, Karolinska Institutet, Sweden
* Ratie Mpofu, University of the Western Cape, South Africa
* Louise Nasmith, University of British Columbia, Canada

システムレベルの支援構造についてのワーキンググループ
(System-level Supportive Structures Working Group)
* Debra Humphris, University of Southampton, the United Kingdom (Co-Theme Leader)
* Jill Macleod Clark, University of Southampton, the United Kingdom (Co-Theme Leader)
* Hugh Barr, Journal of Interprofessional Care, the United Kingdom
* Vernon Curran, Memorial University of Newfoundland, Canada
* Denise Holmes, Association of Academic Health Centers, the United States
* Lisa Hughes, Department of Health (England), the United Kingdom
* Sandra MacDonald-Renz, Health Canada, Canada
* Bev Ann Murray, Health Canada, Canada
付録2 提携組織

オーストラリア専門職連携医療・教育ネットワーク（AIPPEN: Australasian Interprofessional Practice and Education Network）

AIPPENは専門職連携学習・教育・実践の研究、提供、促進、支援に取り組む個人、団体、機関、組織のネットワークである。メンバー間のコミュニケーションと連携を促進するネットワークを構築することにより、オーストラリアとニュージーランドにおける専門職連携学習を通して医療の成果を高めること、連携医療を促進することを主要目的とする。

AIPPENは次に示す目標を掲げている。
* 医療専門家教育部門と医療部門、大学、職業教育・トレーニング部門、政府、医療従事者、サービス利用者（患者）をリンクするネットワークの構築を促す。
* 情報や経験を共有するための一連のセミナーや会議を開催する。
* オーストラリアとニュージーランドにおける人材政策や医療改革への働きかけを行う。
* 専門職連携学習の医療上、経済上のメリットを実証するために、異なるチーム間の研究、評価、連携を奨励する。
* 専門職連携学習に関する情報配信する。

カナダ専門職連携医療共同体（CIHC: Canadian Interprofessional Health Collaborative）

CIHCは、健康教育、医療サービス、カナダ国民の健康の改善を目標とし、「患者中心の連携医療のための専門職連携教育（IECPCP: Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice）」についてのエビデンスの基盤を拡大するためにカナダ全土のパートナーを結集した共同体である。

CIHCは、典型的な共同体を構築し、専門職連携教育と連携医療の成功事例を特定・共有し、それによって得られた知見を、医療改革を行う人々のための情報源として配信している。

CIHCは次に示す目標を掲げている。
* 専門職連携教育と連携医療に関する知見の蓄積、交換、適用を促す。
* 教育・研究・実践における専門職連携を実現する戦略的、革新的パートナーシップを奨励する。
* カリキュラムの開発と改革に向けた協調的アプローチを推進する。
* 専門職連携教育と連携医療の研究・評価課題を明確にし、これを推進・支援する。
* 専門職連携教育と連携医療におけるリーダーシップを支援する。
* カナダ専門職連携医療共同体の強化を図り、組織・部門内、および組織・部門間の専門職連携アプローチをモデル化する。
専門職連携教育ネットワーク（EIPEN: European Interprofessional Education Network）

EIPENは連携医療、ならびに医療における複数機関事業の改善に向け、効果的な専門職連携学習と教育についての情報を共有し、これらを展開していくために、パートナー国における人々や組織の継続的・包括的ネットワークを構築することを目的とする。EIPENは、次に示す相互に関係する目標を掲げている。
* 参加国の大学や雇用者を結集した国境を越えたネットワークを構築する。
* 医療における専門職連携学習・教育の成功事例を広める。

高等教育パートナーおよび雇用者パートナーの出身国はベルギー、フィンランド、ギリシャ、ハンガリー、アイルランド、ポーランド、スロベニア、スウェーデン、イギリスである。

専門職連携医療誌(Journal of Interprofessional Care)

専門職連携医療誌（Journal of Interprofessional Care）は、経験、政策、研究エビデンス、理論的観点・価値観を世界各国に配信していくための伝達手段である。この雑誌は、個人、家族、コミュニティの健康状態とケアの質を改善することを目的とし、医学、看護学、獣医学、他の健康関連学問、公衆衛生、社会福祉、ならびに関連専門職種間の教育、実践、研究における協働を紹介する。

世界各国の数多くの政府から、より多くの実践分野（例：小児や老人向けのケア、刑事司法、特別支援教育、HIV/AIDS、少年司法、メンタルヘルス、緩和ケア、身体障害・学習障害など）にてより緊密な連携を求める声を受け、この雑誌で網羅する範囲は拡大し続けている。これに反映し、この雑誌は異なる分野、専門職、国々のさまざまな投稿者や読者を抱えている。
カナダの全国学生健康科学連合（NaHSSA: National Health Sciences Students’ Association）

2005年1月に設立された全国学生健康科学連合（NaHSSA: National Health Sciences Students’ Association）は、世界初の全国学生専門職連携団体である。NaHSSAは、大学および専門学校を拠点とする支部からなる多様なネットワークとして、連携による1患者中心ケアを提供するために必要な考え方、スキル、行動を促進する一方で、カナダの保健社会福祉分野の学生を専門職連携教育に積極的に関与させるという未だ満たされていないニーズへの対応に取り組んでいる。NaHSSAは、カナダの次世代の医療提供者の教育と専門能力育成に貢献するものとして有望視されており、この分野において大きな成果を達成する可能性を秘めた唯一無二のカナダ全土学生連合として期待されている。NaHSSAは次に示す目標を掲げている。

* 高度患者中心の連携医療に向けた取り組みを推進する学生推進責任者を育成する。
NaHSSAはいわゆる「連合の連合」であり、現時点で18の大学および専門学校を拠点とする支部（ダルハウジー大学、ニューファンドランドメモリアル大学、マギル大学、マックマスター大学、クイーンズ大学、モントリオール大学、シャープルック大学、ラヴァル大学、アルバータ大学、ブリティッシュコロンビア大学、マニトバ大学、セントジョンのニューブランズウィック大学（ニューブランズウィック・コミュニティカレッジ）アトランティック・ヘルスサイエンス・コーポレーション、オタワ大学、サスカチュワン大学、トロント大学、ウォータールール大学、ウェスタンオンタリオ大学、ヨーク大学）ならびにさらに4つの学校（ジョージブラウンカレッジ、カルガリー大学、ノーザン・ブリティッシュ・コロンビア大学、ビクトリア大学）の健康科学分野の学生らにより構成され、20以上の保健社会福祉分野を網羅する。

* 協働による患者中心の連携医療に向けた専門職連携教育を推進する。
* 専門職種間の交流を促し、交流の機会を増やす。
ザ・ネットワーク：トワード・ユニティ・フォー・ヘルス（The Network: Towards Unity for Health）

ザ・ネットワーク：TUFH は、教育、研究、サービスを通じて当該コミュニティにおける健康の改善と維持へ努力する医療専門家教育機関の世界連合である。

ザ・ネットワーク：TUFH 加盟機関は、コミュニケーションの健康を改善するために各医療システムとの連携を通じて医療専門家教育と医療サービス業務の一貫化を図ることを目的とする。また、ザ・ネットワーク：TUFH 加盟機関は、この任務を達成するために革新的な教育アプローチ（例：コミュニティベースの教育、問題解決型学習）についての調査を行っている。ザ・ネットワーク：TUFH は教育に関する研究、優先されるべき医療ニーズに関する研究、医療サービスの有効性に関する研究の重要性について指摘している。これらを取り組みにおいて、ザ・ネットワーク：TUFH は同じ志を持つ組織との協働を歓迎する。

北欧専門職連携ネットワーク（NIPNet: Nordic Interprofessional Network）

NIPNet は、教育、実践、研究における専門職連携を促進するための学習ネットワークであり、主に北欧のヘルスケア分野の教育者、医療従事者、研究者を対象とする。このネットワークのメンバーはデンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデンにおける専門職連携教育イニシエイトの推進者である。

NIPNet は次に示す目標を掲げている。

* 専門職連携の理論とエビデンス基盤を調査する。
* 専門職連携学習・実践のアプローチや手法、評価をを開発する。
* 北欧の国々の連携や、専門職連携教育の研究・開発における国際的連携を推進する。
専門職連携教育推進センター（CAIPE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education）

CAIPE は 1987 年に創設された独立慈善団体で、相互支援および相互利益のネットワークを構成する 300 名のメンバーを抱えている。これらのメンバーにはイギリスの法的部門、ボランティア部門、独立セクターの組織や個人が含まれ、国際的メンバーも拡大しつつある。元来はプライマリケアを専門としていた団体だが、現在では地方自治体、高等教育、専門家協会、英国医師会、専門職規制機関、ボランティアおよび民間部門の個人・組織メンバーを抱えるまでに拡大した。CAIPE は、大学および医療現場で行われる専門職連携教育のための全国的、国際的規模の情報源である。

CAIPE は法定、あるいは非法定の公共サービスを提供する医療従事者や組織間の連携を改善するための手段として、専門職連携教育を促進・展開し、地域コミュニティにおける医療の統合を支援する。CAIPE は、コミュニティ、教育機関、医療現場の専門家や従事者が、学習や職務遂行において協力し合い、相互尊重の精神を養い、連携への障壁を克服し、共通で業務を遂行することを可能にするような制度の模索に取り組んでいる。CAIPE は、サービス利用者や地域コミュニティを必要不可欠なパートナーとして積極的に関与させる専門職連携学習を促進している。システムティックレビューを通じて専門職連携教育のエビデンス基盤を確立した取り組みと密接な関わりを持つ CAIPE は、専門職連携教育の質の確保に努め、関連する研究や事例から得られた知見を配信している。
専門職連携教育、2）連携医療、3）システムレベルの支援構造からなる3つのワーキンググループに振り分けた。専門職連携教育と連携医療に関するWHOの過去の報告書*が発行されて以降達成された大きな進展を足掛かりとし、WHO研究班は以下の任務を請け負った。

*WHO医療従事者向け多職種連携教育研究班（WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel）の1988年の報告書をレビューし、この報告書の成果、ならびにほとんどまたは全く進展のない領域について評価する。

*専門職連携教育と連携医療に関する研究エビデンスの現状を評価し、国際的な観点からエビデンスを統合し、今後の研究で取り上げられるべき、エビデンスが存在しない領域を特定する。

*現時点での専門職連携教育と連携医療の普及率を確認し、この分野で現在明らかになっている成功や障壁、成功要因、成功事例を特定するための国際環境調査を実施する。

*専門職連携教育と連携医療のためのグローバル事業計画の立案にあたり、WHOおよびそのパートナーが検討・対応すべき重要な問題を特定するための概念的枠組みを作成する。

*専門職連携教育と連携医療のためのグローバル戦略の一環として推奨可能な促進要因、インセンティブ、行動の手段に関するエビデンスを特定、評価、統合する。

*WHO研究班の取り組みと貢献を評価する。
これらの付託条項に遵守するために、WHO研究班は独自に実施した研究のエビデンスや既存の研究エビデンス、ならびにプライマリヘルスケアの原則に基づき、『専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み』を作成した。2007年9月11日にはスイスのジュネーブ（中央指導チームとテーマリーダーが参加）にて、2008年6月1日にはスウェーデンのストックホルム（WHO研究班が全員参加）にて会議が開かれ、これらの会議の補足のために３つのワーキンググループが参加した数回の電話会議が開催されている。この取り組みが社会的に通用するものであるようにするために、また専門職連携コミュニティや世界保健コミュニティ全体からできるかぎり多くの人々の関与を得るために、次の組織とのパートナーシップが構築された。

1. オーストラリア専門職連携医療・教育ネットワーク（Australasian Interprofessional Practice and Education Network）
2. カナダ専門職連携医療共同体（Canadian Interprofessional Health Collaborative）
3. 欧州専門職連携教育ネットワーク（European Interprofessional Education Network）
4. 専門職連携医療誌（Journal of Interprofessional Care）
5. カナダの全国学生健康科学連合（National Health Sciences Students’ Association）
6. ザ・ネットワーク：ワールド・コミュニティ・フォー・ヘルス（The Network: Towards Unity for Health）
7. 北欧専門職連携ネットワーク（Nordic Interprofessional Network）
8. 専門職連携教育推進センター（Centre for the Advancement of Interprofessional Education）

徹底した研究文献のレビュー、ならびに協議プロセスに加え、WHO研究班はさらにいくつかの取り組みを通じてこの枠組みのためのさらなる情報収集を行い、世界各国で実行されている革新的イニシアチブの代表的事例を提示した。

*2008年2月〜5月にかけて、専門職連携教育の実態把握のための国際環境調査を実施した。独自に考案した記述式のアンケートを作成し、高等教育機関で専門職連携教育の立案、提供、評価に従事する人々を対象に一問行った。WHOカントリーオフィス（WHO Country Office）、WHO協力センター（WHO Collaborating Centre）、国際専門家協会15団体†のメンバーを含む、幅広い組織を網羅した配信リストを使用してメールにより回答者を募った。参加者の出身国は42か国で、世界に6つのWHO地域それぞれから回答が得られた。

† 参加候補者が対象とする国際組織、各国際組織のメンバー、ならびにメール配信リストを使用した。Association for Prevention Teaching and Research, the United States; Australasian Interprofessional Practice and Education Network; Canadian Interprofessional Health Collaborative; Centre for the Advancement of Interprofessional Education; the United Kingdom; Council of Deans of Health, the United Kingdom; European Interprofessional Education Network; Higher Education Academy, the United Kingdom; International Association for Interprofessional Education and Collaborative Practice; International Pharmaceutical Federation; Journal of Interprofessional Care, Informa Healthcare; Linköping University, Sweden; Nordic Interprofessional Network; Secretariat of the All Together Better Health IV Conference (2–5 June 2008, Karolinska Institutet & Linköping University, Sweden); Secretariat of the North American Interprofessional Education Conference (24–26 October 2007, University of Minnesota, the United States); The Network: Towards Unity for Health.
際的ケーススタディーの一環として、世界に6つあるWHO地域全体を対象に標的を絞った電話調査実施。

* 関連する国際政策資料、政府刊行物、世界保健報告書を包括的に収集し、レビューした。
* 複数の声明、電話会議、ならびに2008年6月にスウェーデンのストックホルムで開催された第6回健康改善協力会議（All Together Better Health IV Conference）でのワークショップや総会発表を含む会合を通じて、幅広い専門職連携医療コミュニティの関与を得た。
* 研究文献や、WHO研究班メンバーからのインプットに基づき、さらには他主要情報提供者の協力を得て、反復プロセスに使用して定義を定めた。たとえば、「連携医療 collaborative practice」の定義は、重要な出版物のレビュー、オンタリオ専門職連携医療運営委員会（Ontario Interprofessional Care Steering Committee）による既存の定義の一部抜粋、ならびにグローバルな観点の反映を確実にするため、徹底した議論を経て付け加えられた新要素に基づくものである。その結果、「連携医療」の定義においては、「医療従事者 health worker」という国際的に認められた用語が使用され、医療提供における家族、介護者、コミュニティの重要性が認識され、ケアがさまざまな場で提供されているという現実が反映された。この実用的定義は2008年6月にスウェーデンのストックホルムで開催された第6回健康改善協力会議（All Together Better Health IV Conference）の総会発表の中で幅広い専門職連携コミュニティに提示され、連携医療ワークショップ（Collaborative Practice Working Group）によってさらなる改善が加えられた。同様に、「専門職連携教育 interprofessional education」の定義についても、世界の医療の実態をより的確に反映するために、イギリスの専門職連携教育推進センター（Centre for the Advancement of Interprofessional Education）およびLesley Bainbridgeによる研究によって示された定義より一部抜粋した。専門職連携教育のためのスタッフ育成や学習目標などの重要な問題についての幅広い知見を得るための文献レビューを複数実施した。

この枠組みでは、専門職連携教育と連携医療に関わる主要な政策関連問題の多くを取り上げてはいるが、決して全ての問題を余すところなくカバーしているわけではない。この枠組みの中で概説した取り組みが、持続的変化の発端となり、世界各国の医療システムにおいて、各現場の状況に応じた専門職連携教育と連携医療の実行が開始される原動力となることが、WHO専門職連携教育・連携医療研究班の願いである。

---

§ Centre for the Advancement of Interprofessional Education and Collaborative Practice, the United Kingdom, 2002.
付録 4 WHO 専門職連携教育・連携医療研究班 ** 結成に関する公示

WHO 専門職連携教育・連携医療研究班

JEAN YAN, RN, PHD¹, JOHN H. V. GILBERT, PHD², & STEVEN J. HOFFMAN, BHSC³

¹Co-Chair, WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice and Chief Scientist for Nursing & Midwifery, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland, ²Co-Chair, WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice; Principal and Professor Emeritus, College of Health Disciplines, University of British Columbia, Vancouver, Canada; Project Lead, Canadian Interprofessional Health Collaborative, ³Project Manager, WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland

近年、世界各国のヘルスケア分野の人材育成が緊急課題であることが、『2006 年世界保健報告書：健康への取り組みのための協力(World Health Report 2006: Working Together for Health)』によって明らかにされている。この報告書では、世界全体で推定 430 万人の医師、助産婦、看護師、サポートスタッフが不足していることが示されている¹。第 59 回世界保健総会(World Health Assembly)では、この危機を認識した上で、2006 年に決議案を採択し、「先進国と開発途上国における教育のための革新的アプローチ」の使用を含むさまざまな戦略を通じて医療人材育成の迅速な拡大を呼びかけている²。

世界的な医療人材不足の課題に対処するための革新的戦略の 1 つとして、われわれ WHO 専門職連携教育・連携医療研究班を結成した。国際専門職連携教育・連携医療協会 (InterEd: International Association of Interprofessional Education and Collaborative Practice) との連携によって進められるこのイニシアチブは、WHO が 1978 年に初めて専門職連携教育をプライマリヘルスケアの重要な構成要素として特定し、1988 年にこのテーマに関わる専門的報告書⁴を発行して以来、この分野において達成されてきた大きな進展を足掛かりとする。WHO 研究班は、きわめて必要性の高い国際環境調査、ならびにこの分野に関する研究の実態評価を行うばかりでなく、専門職連携教育と連携医療のためのグローバル戦略の一環として採択可能な促進要因、インセンティブ、行動の手段に関するエビデンスを特定、評価、統合する（添付書類 1）。この取り組みは、今後の施策の基盤となるものであり、将来の活動ができるかぎり最善のエビデンスに根差したものであることを確実にする。

WHO 研究班には世界各地域の教育、医療、政策分野の第一人者 25 名が名を連ね、メンバーらによって Peter G. Baker 教授（クイーンズランド大学：オーストラリア）が率いる専門職連携教育チーム、Yuichi Ishikawa 教授（神戸大学：日本）が率いる連携医療チーム

専門職連携
教育および
連携医療の
ための行動
の枠組み

WHO 医療従事者向け多職種連携教育研究班（WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel）の1988年の報告書（WHO, 1998）をレビューし、この報告書の成果、ならびにほとんどまたは全く進展のない領域について評価する。

専門職連携教育と連携医療に関する研究エビデンスの現状を評価し、国際的な観点からエビデンスを統合し、今後の研究で取り上げるべき、エビデンスが存在しない領域を特定する。

現時点での専門職連携教育と連携医療の普及率を確認し、成功、障壁、成功要因を示す事例を把握し、この分野で現在明らかになっている成功事例を特定するための、国際環境調査を実施する。

専門職連携教育と連携医療のためのグローバル事業計画の立案にあたり、WHOおよびそのパートナーが検討・対応すべき重要な問題を特定するための概念的枠組みを作成する。

専門職連携教育と連携医療のためのグローバル戦略の一環として推奨可能な促進要因、インセンティブ、行動の手段に関するエビデンスを特定、評価、統合する。

WHO 研究班の取り組みと貢献を評価する。

参考文献

添付書類1. WHO 専門職連携教育・連携医療研究班の任務


- 専門職連携教育と連携医療に関する研究エビデンスの現状を評価し、国際的な観点からエビデンスを統合し、今後の研究で取り上げるべき、エビデンスが存在しない領域を特定する。

- 現時点での専門職連携教育と連携医療の普及率を確認し、成功、障壁、成功要因を示す事例を把握し、この分野で現在明らかになっている成功事例を特定するための、国際環境調査を実施する。

- 専門職連携教育と連携医療のためのグローバル事業計画の立案にあたり、WHOおよびそのパートナーが検討・対応すべき重要な問題を特定するための概念的枠組みを作成する。

- 専門職連携教育と連携医療のためのグローバル戦略の一環として推奨可能な促進要因、インセンティブ、行動の手段に関するエビデンスを特定、評価、統合する。

- WHO 研究班の取り組みと貢献を評価する。

添付書類2. 参加組織

1. オーストラリア専門職連携医療・教育ネットワーク（AIPPEN: Australasian Interprofessional Practice and Education Network）
2. カナダ専門職連携医療共同体（CIHC: Canadian Interprofessional Health Collaborative）
3. 欧州専門職連携教育ネットワーク（EIPEN: European Interprofessional Education Network）
4. 専門職連携医療誌（JIC: Journal of Interprofessional Care）
5. カナダの全国学生健康科学連合（NaHSSA: National Health Sciences Students' Association）
6. ザ・ネットワーク・トワード・ユニティ・フォー・ヘルス（The Network: Towards Unity for Health）
7. 北欧専門職連携ネットワーク（NIPNET: Nordic Interprofessional Network）
8. イギリス専門職連携教育推進センター（CAIPE Centre for the Advancement of Interprofessional Education）

ム、Dame Jill Macleod Clark 教授（サウサンプトン大学：イギリス）が率いるシステムレベルの支援構造チームからなる独立した3チームが結成された。さらに、WHO研究班は、世界各国の人々から得られる専門的知識や現場の知見を最大限に活用しつつ、この歴史的イニシアチブの際に幅広いコミュニティの関与を促すために、専門家や擁護者からなる既存のいくつかコミュニティとのパートナーシップを構築している（添付書類2）。

今こそが専門職連携教育と連携医療の進展のための好機であることは明らかである。健康改善のために協力していくことの重要性はこれまでになく高まっており、WHO研究班とそのパートナーは、この重要な課題について理解を深めていくのと同時に随時最新情報を配信していく存在である。

参考文献
付録 5  WHO 医療従事者向け多職種連携教育研究班の 1988 年専門報告書における重要な推奨事項

1988 年、WHO 医療従事者向け多職種連携教育研究班（WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel）により作成された報告書の中で提案された推奨草案を下記に示す。

8. 多職種連携教育の概念の推進

上述の推奨草案は、施設レベル（大学、ならびに医療従事者向けのその他の専門学校や、その他の教育施設、医療専門家団体など）、施設間レベル（複数の教育機関による共同行動）、国家レベル（厚生労働省や文部科学省）などの、異なるレベルにおける各種機関による行動について言及している。

8.1 施設レベル

* おばるレベルの医療専門家による相互コミュニケーションを奨励し、改善すべきである。
* 現場でのチームアプローチの強化に向けて、医療チームの全メンバーに対する、継続的な共同実務トレーニングを提供すべきである。
*  次の事項について審査を行うグループを教育施設内で結成すべきである。
  - 学生やスタッフの選考のためのシステム
  - カリキュラム、学習資料、ラボなど
  - 学生や教員の成果を評価するためのシステム
  - 物理的レイアウト、オフィスに対するニーズやオフィスの利用実態、現場施設、交通機関など
  - プログラムの統合
  - 個々のスタッフの役割と責任
* 教育機関における全ての教員および運営・管理スタッフを対象とした、チームアプローチに関するワークショップを開催すべきである。
* 異なる学科や学部間で共同教育活動を確立、維持する上で浮上する特定の組織的問題、事業計画上の問題について認識し、資金計画においてそれらの問題に対処するための資金を確保しておくことが重要である。

* 地域社会開発サービスと教育部門の統合を強化すべきである。
* チームアプローチを奨励するためのインセンティブシステムを導入すべきである。
* コミュニティの参加を促すべきである。
* 教育施設や医療サービス施設による医療チームアプローチに関する研究を開始、または強化すべきである。
* チームアプローチの活用の実態を追跡調査するための多職種連携委員会を設立すべきである。
* 多職種連携教育プログラムの国際要覧は、多職種連携教育に関する情報配信を促すのに役立つだろう。

8.2 国家（または地方）レベル

* 関係する省庁や教育機関側が、チーム方針に対する強い持続的取り組みの姿勢を持つことが重要である。
* 関係省庁による医療チーム方針の実行を実現するために、当該関係省庁の資源の開発と強化が図られるべきである。
* プライマリヘルスケアアプローチの活用を普及させ、医療チーム方針を適用する目的のために、医療システムの組織的構造の見直しを行うべきである。
* 医療人材需要について確認し、それらの需要を満たすために健康科学分野の教育施設が果たすべき役割を定義すべきである。
* あらゆる医療従事者を対象とする評価・監督システムを、チームアプローチにおけるシステムの持続可能性の観点から見直すべきである。
* チームメンバー全員の職務内容をすべての医療施設に配信し、必要に応じて職務を変更するための枠組みの構築に努めるべきである。
* 医療チームメンバーの職種別の役割の記述を公表することをよい。
* この記述には、各分野のスキルや知識によってチームの機能がどう改善されるかが示されているべきである。これらの記述は、医療部門や教育施設全体で誰もが閲覧できるようになっているべきである。
### システマティックレビュー

<table>
<thead>
<tr>
<th>実施者</th>
<th>名称</th>
<th>目的</th>
<th>研究件数</th>
<th>結果</th>
<th>著者の結論</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Reeves S et al.</td>
<td>Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, Issue 1.</td>
<td>同じ医療専門家が個別に学習する教育介入に対して</td>
<td>64件</td>
<td>4件の研究において、救急科における行動様式や患者の満足度、連携チームの行動、家庭内暴力の被害者に提供するケアの管理などの領域においてIPEがプラスのアウトカムをもたらすことが示された。2件の研究において、重複したアウトカムが報告され、6件中2件の研究において、IPEは専門的実務や患者のケアに影響しないことが報告された。</td>
<td>これらの研究により、なんらかのプラスのアウトカムが報告されているが、IPEおよびその有効性についての一般的な推論を導き出すことはできなかった（研究件数が少ないこと、介入の異質性、方法論的限界による）。</td>
</tr>
<tr>
<td>Hammick M et al.</td>
<td>A best evidence systematic review of interprofessional education. Medical Teacher, 2007, 29: 735–751.</td>
<td>同様に医療専門家が個別に学習する教育介入と比較した場合のIPE介入の有効性を評価すること、ならびに教育介入なしと比較した場合のIPE介入の有効性を評価すること。</td>
<td>21件</td>
<td>学習者は誰もが自身や他者について独自の価値観を持つことから、スタッフ養成がIPEの有効性を左右する鍵となる。IPEの信頼性とカスタマイズは、IPEのプラスのアウトカムをもたらす重要なメカニズムである。全体として、専門職連携教育は好評で、連携して職務を遂行するために必要な知識とスキルの習得が可能であるが、サービス提供チームにおいては、他者に対する考え方や職掌の明確な効果が低かった。品質改善とインターセプトを推進する状況においては、専門職連携教育が実務の発展とサービスの改善を可能にするメカニズムとして活用されている。</td>
<td>IPEのアウトカムの測定により、世界各国で推進されるさまざまなIPEイニシアチブの効果について情報に基づく判断が可能となり、確固とした科学的知識の確立に向けた進展が継続してい。</td>
</tr>
<tr>
<td>Cooper H et al.</td>
<td>Developing an evidence base for interprofessional learning: A systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2001, 35: 228–237.</td>
<td>学部生向けの医療専門家プログラムへの多職種連携教育が導入された研究を要約するためのシスチームティックレビューを実施した研究の第1段階について報告したのである。</td>
<td>141件</td>
<td>多職種連携教育は、医学を専攻する学部生にとってメリットがあることが示され、主として知識、スキル、考え方、信念の変化などのアウトカムに効果があった。評価の厳密性における改善を、質的、定量的な枠組みの双方にて維持する必要がある。段階的な目標を立て、IPEを継続的に展開していく必要がある。</td>
<td>専門的実務への効果については確認されなかった。また、教育的介入の開発のための指針として教育的理論や心理学的理論が使用されていることは間違いない。</td>
</tr>
<tr>
<td>Reeves S.</td>
<td>A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2001, 8: 533–542.</td>
<td>精神疾患を持つ成人患者へのケアを提供するスタッフに対するIPEの実施により、プラスのアウトカムがもたらされたことについて報告している。</td>
<td>173件</td>
<td>19件全ての論文において、精神疾患を持つ成人患者へのケアに従事するスタッフに対するIPEの実施により、プラスのアウトカムがもたらされたことについて報告している。ただし、これらの研究を評価した結果、どの研究でも次に示すいくつかの問題点が確認され、専門的実務への効果については確認されなかった。また、教育的介入の開発のための指針として教育的理論や心理学的理論が使用されていることは間違いない。</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
付録 7 連携医療に関する厳選されたシステマティックレビューから得られた研究エビデンスの概要表

<table>
<thead>
<tr>
<th>システマティックレビュー</th>
<th>研究の目的</th>
<th>研究件数</th>
<th>結果</th>
<th>著者の結論</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Malone D et al. Commu
  nity mental health te
  am (CMHTs) for peo
  ple with severe men
  tal illnesses and
disordered personal
  ity. Cochrane Data
  base of Systematic
eviews, 2007, Issue
  2 (Art. No.: CD00
  0270. DOI: 10.100
  2/14651858.CD00
  0270. pub2). | 重度の精神疾患を持つ患者への対応において、チームによる通常の管理と比較した場合のコミュニティメンタルヘルスチーム（CMHT: Community mental health team）による治療の効果を評価すること。 | 特定された研究：86件、組み込まれた研究：3件 | CMHTによる管理により、自発的死亡率の減少に有意差はみられなかったが、全体としては、CMHT群で自発的死亡件数が減少した。CMHT群では、通常のケアを受ける群と比較し、サービスに対する不満を持つ人が有意に少なかった。また、CMHT群では、通常のケアを比較し、入院件数が有意に低かった。救急救命科への入院件数、ライフマーチャーへの受診件数、社会的サービスの受診件数では、同群間に統計学的有意差はみられなかった。 | コミュニティメンタルヘルスチームによる管理が、あらゆる重要な面でチームによる管理よりも優れているとも考えられる。治療へのコンプライアンスの改善においてはCMHTの方が優れていた。また、入院件数の減少や自死の予防においてもCMHTの方が優れているという考えられる。コミュニティアーカに向けた動きが患者、介護者、臨床医、コミュニティ全体制に及ぼす大きな影響を考慮すると、CMHTベースのケアに関するこのエビデンスは不十分なものである。 |
| Holland R et al. System
  atic review of multi
  disciplinary interven
tions in heart failu
  re. Heart, 2005, 91:
  899–906. | 多専門職による介入が心不全患者の入院件数や死亡率に与える影響を確認すること。 | 特定された研究：74件、組み込まれた研究：30件 | 多専門職による介入により、あらゆる原因による入院件数、全ての死因による死亡数が減少した。これらは、感度分析においてもほとんど変動が見られなかった。 | 多専門職による介入は、心不全患者のための多専門職による介入により、入院件数と全死因死亡率の双方が減少する。最も有効な介入の少ないくとも一部は在宅にて提供された。 |
| McAllister FA et al. Mul
tidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. Journal of the American College of Cardiology, 2004, 44:810–819. | 多専門職による介入戦略により、心不全患者のアウトカムが改善されるかどうかを確認すること。 | 特定された研究：29件、ただし大きな異質性がみられ統合は行われなかった。 | 事前に、各介入は統合に適した同質のグループに振り分かれた。 | (病院または病院以外の現場における)多専門職チームによる経過観察を組み込んだ戦略により、死亡率、心不全による入院件数、あらゆる原因による入院件数が減少した。費用の評価を行った18件中15件の試験において、多専門職による介入戦略は経費削減につながった。 |
| Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, Issue 1. | 看護師と医師の連携を改善するための介入が患者にとっても患者にとっても効果を評価すること。 | 特定された研究：6件、組み込まれた研究：2件 | 1件目の試験では、普段入院期間の短縮の有効性に統計学的有意差がみられなかった。2件目の試験では、患者の合計入院期間においては介入群（看護師）と対照群（病棟）の間に有意差はみられなかった。死亡率に有意差はみられなかった。 | 連携強化により、患者ならびに医療管理者にとって必要なアウトカムが改善した。これらの改善は中等度のものであり、アウトカムということはあるがまたその効果を示すものである。これからの結果を検証するには、今後さらなる研究が必要である。 |

文献の批判的分析を行い、成人入院患者を対象とした中心静脈栄養（TPN: total parenteral nutrition）の施行における多専門職によるTPNチームの有効性について調査した。
# 付録8 連携医療に関する厳選された国際ケーススタディーの概要表

<table>
<thead>
<tr>
<th>国</th>
<th>医療現場</th>
<th>関係者</th>
<th>課題と促進要因</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>カナダ</td>
<td>都市部にある家族医療を専門として研修医の受け入れを行っている1つの病院</td>
<td>慢性疾患や精神疾患などの難病を抱える患者。家庭医、メンタルヘルス從事者、看護師、ナースプラクティショナー、栄養士、薬剤師、保健師、応対係、ソーシャルワーカー。</td>
<td>課題：電子カルテが導入されていないこと、対人関係の衝突、構造化されたプロトコルがないこと。促進要因：報酬モデル、専門家間で責任を分担する管理モデル、専門職連携による回診、熱心なリーダーシップ。</td>
</tr>
<tr>
<td>デンマーク</td>
<td>都市の都市部や地方の一般内科病院、各病院の診療患者は1600〜2500名。</td>
<td>あらゆるタイプの患者。一般医、運営・管理スタッフ、看護師、臨床検査技師。</td>
<td>課題：オフィスや事務所空間が全ての業務に適したものではないこと、異なるスタッフグループ間の責任と業務の分担が不明瞭であること。促進要因：患者の自己登録、一般医とスタッフの合同による症例検討。</td>
</tr>
<tr>
<td>インド</td>
<td>都市の1つの精神病院。</td>
<td>精神疾患患者（小児、青年、成人）。看護師、作業療法士、精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、特別支援教育の教員およびサポートスタッフ。</td>
<td>課題：コミュニケーション不足。促進要因：オープンなコミュニケーション、チームメンバーの親しみやすさと適応能力。</td>
</tr>
<tr>
<td>日本</td>
<td>都市のあらゆるタイプの医療サービス。</td>
<td>婦人と小児。臨床心理士、歯科衛生士、栄養士、小児科医、看護師、ソーシャルワーカー。</td>
<td>課題：特になし。促進要因：支援的な法律、構造化されたプロトコル、チーム会議。</td>
</tr>
<tr>
<td>ネパール</td>
<td>都市の1つの病院と1つの教育機関。</td>
<td>母親と新生児。看護師と医師。</td>
<td>課題：時間的制約、従来のケア提供モデル。促進要因：エビデンス、政策方針。</td>
</tr>
<tr>
<td>オマーン</td>
<td>都市の4つの地域医療センター。</td>
<td>あらゆるタイプの患者。医師、看護師、薬剤師助手、臨床検査技師、放射線技師、栄養士、健康教育士、看護助手。</td>
<td>課題：扱いにくいスタッフへの対応、スタッフの配置転換。促進要因：高官レベルの政策決定者による取り組み、コミュニケーションスキルの育成を含む継続的なスタッフトレーニング、明確なガイドライン、医療従事者とシステム計画者との間の会合、チームワークの精神。</td>
</tr>
<tr>
<td>スロベニア</td>
<td>1つの地域医療センター。</td>
<td>あらゆるタイプの患者。歯科医、看護師、医師、理学療法士、ソーシャルワーカー。</td>
<td>課題：新メンバーのチーム参加。促進要因：支援的な医療法令、全ての専門職で共通した資金体系、チームワークに着目した専門家養成プログラム。</td>
</tr>
<tr>
<td>スウェーデン</td>
<td>都市の4つの大病院。</td>
<td>あらゆるタイプの患者。医学、看護学、作業療法、理学療法分野の学生。</td>
<td>課題：専門家の先入観や物の考え方。促進要因：標準プロトコル。</td>
</tr>
<tr>
<td>タイ</td>
<td>地方部の1つの地域診療所。</td>
<td>あらゆるタイプの患者。看護師と医師。</td>
<td>課題：時間と資源の不足。促進要因：大学、政府機関、政府による支援的な方針、共通の目標、共同の目標、効果的支援、信頼関係。</td>
</tr>
<tr>
<td>イギリス</td>
<td>都市部にある1つの外来クリニック。</td>
<td>尿失禁患者。看護師、作業療法士、理学療法士。</td>
<td>課題：チーム間の不和、時間的制約、管理者によるサポートの不足。促進要因：定期的な対面会議、他の専門職の尊重。</td>
</tr>
</tbody>
</table>