

Miyagi University Research Journal

【キーワード】

認知症ケア, 多職種連携, 研修プログラム

Dementia care, Interprofessional Work, Training programs

【Correspondence】

出貝裕子

宮城大学看護学群

degaiyuk@myu.ac.jp

【Support】

本研究は科学研究費助成を受けた（代表者大塚真理子, 18H03115）

【COI】

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

Received 2020.12.9

Accepted 2021.1.5

認知症ケアに携わる専門職を対象とした連携力強化を目指した研修プログラムの評価

Evaluation of training programs aimed at strengthening collaboration among professionals involved in dementia care.

出貝裕子¹⁾, 大塚真理子¹⁾, 中込沙織²⁾, 成澤健¹⁾, 徳永しほ¹⁾, 桂晶子¹⁾, 萩原潤¹⁾, 國澤尚子³⁾, 丸山優³⁾, 畔上光代³⁾, 横道弘道⁴⁾, 斉藤文子⁴⁾

Yuko DEGAI¹⁾, Mariko OTSUKA¹⁾, Saori NAKAGOMI²⁾, Ken NARISAWA¹⁾,

Siho TOKUNAGA¹⁾, Syoko KATSURA¹⁾, Jun HAGIHARA¹⁾, Naoko KUNISAWA³⁾,

Yu MARUYAMA³⁾, Mitsuyo AZEGAMI³⁾, Hiromichi YOKOMICHI⁴⁾, Ayako SAITO⁴⁾

1) 宮城大学看護学群 2) 株式会社なご実 3) 埼玉県立大学 4) 公立黒川病院

1) School of nursing, Miyagi University 2) Nagomi Co., Ltd. 3) Saitama Prefectural University 4) Kurokawa Hospital

Abstract

Aims

This study aimed to conduct a collaborative dementia care training that the researchers have been developing in district A, observe for changes in self-assessments of interprofessional work competency between before and 3 months after the training, and obtain findings about the effectiveness of the training program.

Methods

Participants were 40 professionals who were members of “A Collaborating Association,” an organization composed of workers of public health, healthcare, and social service institutions of district A, who participated in the collaborative dementia care training. The participants’ multidisciplinary collaborative competency was assessed before and after the training to study their changes. The purpose of the training was to encourage mutual understanding of professionals and institutions involved in collaborative dementia care so that common goals are shared in order to improve collaborative dementia care provided in district A. The training was thus composed of lectures, groupwork, and inter-group sharing. The Otsuka Interprofessional work Competency Scale-Revision 24 (OIPCS-R24) was used to assess the outcomes.

Results

The highest numbers among 40 participating professionals were care managers (22.5%). They had a mean of 8.7 years of experience in their profession (SD=8.2). Mean OIPCS-R24 scores for the “Understanding and Respect for Others” subscale increased significantly 3 months after the training, from 20.8 points at baseline to 21.7 points after training ($p=.016$). Participants were divided into groups with fewer and greater numbers of years of professional experience to compare their self-assessments after the training to baseline. This resulted in a significant increase in scores for the “Understanding and Respect for Others” subscale only in the group with fewer years of experience. There were no significant changes in the other subscales.

Conclusions

The collaborative dementia care training was conducted and assessed on professionals in district A. The self-assessments of competency in multidisciplinary collaboration increased, which confirmed the effectiveness of the training program, though it was limited to professionals with less experience.

緒言

日本の高齢者福祉施策は、2000 年の介護保険制度によって大きく変化した。当初は介護の社会化として介護サービスが提供されていたが、3～5 年ごとに見直しが行われ、介護予防が加わり、地域包括ケアシステムの構築、さらに 2020 年の法改正では地域共生社会の実現を目指している（厚生労働省、2020）。同様に、認知症施策においても、超高齢社会の人口動態や認知症の有病率及び将来推計をもとに、2012 年には認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）が、2017 年には新オレンジプランが策定された（厚生労働省、2017）。新オレンジプランでは「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を基本コンセプトとしており、さらに 2019 年の認知症施策大綱（認知症施策推進関係閣僚会議、2019）において、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら『共生』と『予防』を車の両輪とする施策が推進」される。具体的な施策の一つに、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援として、早期発見・早期対応のために地域包括支援センターや認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターなどの質の向上と連携強化がある。いずれの施策においても、保健・医療・福祉に関わる機関間の連携及び異なる専門職同士の連携、さらには専門職と非専門職との連携、専門職と当事者である高齢者との連携が不可欠であり、保健医療福祉の一体的な取組が展開されるようになった。

保健・医療・福祉の多職種連携については、それぞれの分野での発展がある。病院では、多職種の国家資格化や近代医療の発展とともに 1970 年代にチーム医療が行われるようになった（細田、2003）。1990 年代には、地域医療の場で「保健医療福祉の連携・統合」（前田、1990）が実践された。2000 年の介護保険制度においては、ケアマネジメントでは多職種によるチーム活動が必要であることから、「チームアプローチ」という用語で多職種連携が推奨された。前述の新オレンジプランにおいては、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を目指すことが明記され、有機的な連携のツールとして認知症ケアパスや連携シートの活用が推奨されている（厚生労働省、2017）。認知症は進行する疾患であり、その時の容態に応じて必要となる支援の内容と量が変化する。従って医療と介護が柔軟に連携できる基盤がなければ、質の高い認知症ケアを提供することは難しく、多職種連携が不可欠となっている。

多職種連携が不可欠であることは共通認識となっている一方で、多職種連携における課題も指摘されている。地域における質の高い認知症ケア実践の障壁となることとして、病院と地域包括支援センター及びサービス提供者との連携、地域の認知症者に関する情報獲得が困難であること、認知症者が受診を拒むこと等が指摘されている（Hirakawa, 2017）。この他にも、地域包括支援センター職員と医療機関、特に医師との連携があまりとれていないことを示す調査結果（阿部、2019）（水上他、2015）があり、多機関、多職種での有機的な連携が充分機能しているとは言えない現状がある。

一方、国際的にみても、従来の医師や看護職、保健・医療・福祉の専門職の養成教育や現任教育で連携力に関する教育プログラムは存在しなかった。社会の変化や保健医療福祉の実践現場の必要性に応じて、専門職連携教育が誕生し、発展してきている（WHO, 1998, 2010）。英国の専門職連携教育推進センター（Center for the Advancement of Interprofessional Education: CAIPE）により専門職連携教育（Interprofessional Education: IPE）が定義づけられ（CAIPE, 2002）、IPE のガイドラインも作られている（Barr, 2017）。日本では、2000 年頃から保健医療福祉系大学で IPE が導入され（埼玉県立大学、2009）、専門職の養成教育及び現任教育にとりいれられるようになった。

しかし、専門職連携を系統的に教育するためには、連携力とは何か、そのコンピテンシーについて明らかにする必要があった。よって研究者らは、病院で IPW を実践していると看護管理者が判断した院内の中堅の専門職へのインタビューを通して 26 項目の IPW コンピテンシー自己評価尺度

(OIPCS-26)を開発し(國澤他, 2016),次に,病院の全職員を対象とした24項目のIPWコンピテンシー自己評価尺度(OIPCS-R24)(國澤他, 2017)を開発した。

以上の経過の中で,研究者らはWHOや英国のCAIPEが示した専門職連携実践(Interprofessional Work:IPW)の考え方をういて,専門職連携の教育や実践の研究を行ってきた。そして,経験学習理論,普及学,教育評価理論を理論的基盤とした「認知症連携ケア研修プログラム」を開発した。この研修プログラムにより研修受講者の研修直後の連携力向上と1年後の連携による実践の変化が明らかとなっている(大塚他, 20018)。しかし,この研修プログラムが対象者を変えても有用であるのか,研修直後に向上した連携力は維持できるのかは未検証である。

以上の研究成果を踏まえ,次の段階として上記の認知症連携ケア研修プログラムを社会実装し,地域に研修が定着して継続的に実施されることにより,認知症ケアに関わる専門職の連携力が向上,さらに維持できれば,認知症高齢者と家族の質の高い継続した暮らしにつながると考えた。そこで,本研究では,研究者らが開発してきた認知症連携ケア研修をA地域において実装し,その前後3か月間で,専門職連携実践コンピテンシー自己評価の変化を明らかにし,研修の有用性について示唆を得ることを目的とした。

研究方法

1. 対象者及びサンプリング方法

A地域の保健医療福祉機関職員から構成される組織である「A連携の会」のメンバーの内,当該研修会に参加した専門職62名全員に研究協力依頼をし,承諾の得られた59名を対象とした。この59名の内研修前のデータと研修3か月後のデータが得られた40名を分析対象とした。

A地区は,1市2町1村から成り,人口約10万人を抱える。A連携の会は主にA地区内の医療,介護,福祉,行政等の23事業所・機関の専門職が所属している(2019年時点)。A連携の会は,2010年に,A地区に存在する医療と介護の資源が手を取り合い,地区の住民が安心して生活できる環境を整備していくことを目的として発足し,毎年研修会やシンポジウムを開催している。

2. データ収集方法

1) 評価指標

本研究で用いた研修プログラムは,認知症者と家族の療養生活の経過の中で切れ目なく必要な支援を提供できるための方策の一つとして,機関内外を問わず多職種協働を可能とする専門職者の連携能力を向上することを目指している。従って,研修プログラムの評価指標としてIPW能力と実践における変化を設定した。IPW能力については,IPWコンピテンシー自己評価尺度大塚モデル改訂版(Otsuka Interprofessional work Competency Scale- Revision 24;以下OIPCS-R24)を用いた。OIPCS-R24は,4件法で自己評価し,6個の下位尺度から構成される尺度である(得点範囲:24-96点)。なお,OIPCS-R24は,事務職員も含めた病院の全職種を対象にして調査し,信頼性・妥当性を確認されている(國澤他, 2017)。多職種連携に携わるどのような職種であっても,有してほしい連携力を測定することが可能である。本研究では,現職者の連携力を強化する研修プログラムの評価に,OIPCS-R24が適切と考えた。

実践における変化に関しては,研修後3か月の実践における変化に関する記述内容から評価した。

2) データ収集方法

自記式質問紙調査によりデータ収集した。データ収集及び研修のスケジュールは図1の通りであり,研修プログラム実施前,研修直後,研修3か月後にデータ収集した。研修プログラム実施前・直後のデータは,研修会場で調査票に記入してもらい研修終了後に所定の場所に提出してもらい回収した。3か月後には,郵送留め置き調査によりデータを得た。

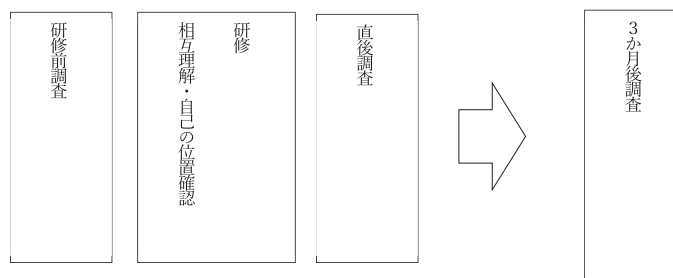


図1 データ収集のスケジュール

2. 研修プログラム

1) 研修対象と目的・目標

研修対象は、A 地区とその近隣地区の保健・医療・福祉事業所に所属する認知症ケアに携わるケア提供者であった。研修目的は、A 地区の認知症連携ケアの質向上のために、認知症連携ケアに携わる専門職や機関の相互理解を図り、目標を共有することであり、研修目標として、下記の2点を設定した。

①自分が行っている認知症ケアが、認知症の人と家族の継続的な暮らしのどこに位置づけられるのかを書き出し、多職種がどの様に継続してケアしているのか、多職種で相互に理解できる。

② A 地区で目指す認知症連携ケアの目標を話し合っ合意できる。

2) 研修方法

研修は、「多職種で認知症連携ケアを語ろう!!」とテーマを設定し、講義15分程度、グループワーク35分程度及びグループ間共有で構成し、合計90分で実施した。講義では、多職種連携に関する基本的用語と考え方の理解を目指した。グループワークは他機関・部署に所属する6～7名でグループを構成し、ファシリテーター1名が加わり実施した。

グループワークには、認知症連携ケアの研修ツールである「認知症の予防から介護・看取りまでの長期療養プロセスを継続していくための多機関・多職種連携の全体像：認知症の人と家族の療養プロセス」シート（以下、療養プロセスシート）（大塚, 2018）を用いた。これは、看取りまでの認知症の進行経過とケア提供の場の2軸で構成されたシートである（図2）。この中に、グループメンバーが認知症の進行に応じて、どの時期にどの場で、どのような支援ができるかを書き入れ図示するものである。この作業を通じて、各自の支援の認知症者の療養経過における位置づけが明確になるとともに、他者の支援内容が理解できる。これを基盤に、認知症高齢者の療養経過をイメージした支援が行いやすくなるとともに、ケアの継続を検討する際の具体的な橋渡し方法を選択できるようになることが期待できる。

グループワークにおけるファシリテーターの役割は、グループの凝集性を高められるように話しやすい雰囲気づくりと議論内容の可視化の促進であり、ファシリテーターには事前にオリエンテーションした。

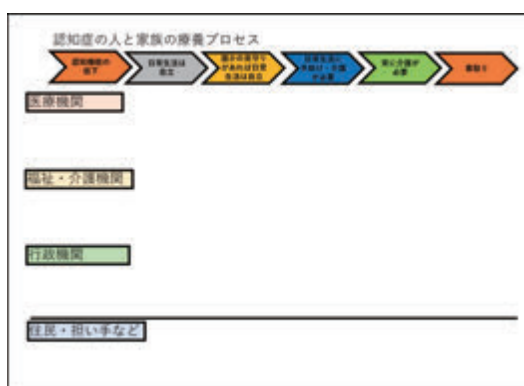


図2 療養プロセスシート（大塚, 2018）

3. 分析方法

OIPCS-R24 得点は、対応のある t 検定等により変化の有無を検証した。危険率は 5%とした。統計処理には、IBM SPSS statistics ver26 を用いた。質的データは、記述内容をその内容の類似性・異質性により分類整理した。

4. 倫理的配慮

宮城大学研究倫理専門委員会の承認を得て実施した（宮城大第 443 号）。研究協力を得るにあたり、文書と口頭で、自由意思による協力であること、協力する意思を撤回可能であること、研究協力が得られなくても研修受講には一切の支障がないこと、調査は無記名であり匿名性を担保すること、公表方法を説明し、調査票に協力するかどうかを記載してもらうことでその意思を確認した。また、本研究では研修前後の比較をするため、前後のデータを連結する必要がある。そこで、同じ 4 桁の番号を記入した研修前調査票と研修後調査票をセットにして配布し、研究者には、番号と対象者個人が連結不可能な状況とした。

結果

1. 研究対象者の概要

研修前後のデータが得られた 40 名の概要を表 1 に示した。職種で最も多かったのは、介護支援専門員（22.5%）、次いで社会福祉士（精神保健福祉士）と理学療法士が（17.5%）等であった。職務経験年数は平均 8.7 年（SD=8.2）であった。

表 1 対象者の概要

	平均 (SD)		名 (%)
年齢	39.3 (11.9)	職種	
職務経験年数	8.7 (8.2)	介護支援専門員	9(22.5)
		社会福祉士（精神保健福祉士）	7(17.5)
		理学療法士	7(17.5)
		看護師	6(15.0)
		医師	3(7.5)
		保健師	3(7.5)
		他	5(12.5)

2. 研修直後の感想

研修直後に自由に記述した感想を、内容の類似性から分類した結果、多職種に対する理解の深まり、自分自身の役割の再確認、認知症ケアにおける発見等に分類された。認知症ケアにおける発見としては、「それぞれの職種による視点はあるが、最終的には皆本人や家族の思いを受け止め支援に当たっている」「（医療機関では）多忙で昔の本人の状況は活かされないのだろうと思いついていたが、もっともっと寄り添いたいと暖かい気持ちでいることがよく分かった。」等、認知症の療養経過の中で自分と多職種の位置づけの再確認とケアの根本にある共通性を確認できたことが記述されていた。

3. 3 か月後の変化

研修時にイメージした認知症連携ケアを 3 か月後の調査時点で、実践していたのは 22 名（55.0%）、実践していなかったのは 15 名（37.5%）、無回答が 3 名（7.5%）であった。

実践していなかった理由として、実践する機会がないこと、取り組む余裕がないこと、認知症連携ケアを意識はしているが明確に実践できた実感がない、研修内容が抽象的で実践に結びつかない等

の意見が記述されていた。

研修前の OIPCS - R24 得点を表 2 に示した。なお、職務経験年数の中央値 6 年を基準に 2 群化し、6 年以下 (n=21) と 7 年以上 (n=19) の OIPCS - R24 得点も示した。対象者全体における研修前と研修 3 か月後の合計得点及び下位尺度得点を比較したところ、3 か月後に有意に上昇していたのは、他者の理解と尊重であり、研修前平均値 20.8 が研修 3 か月後平均値 21.7 であった ($p = .016$)。他の下位尺度は有意な変化は認めなかった (表 3)。また、職務経験別の 2 群でそれぞれにおける研修前と研修 3 か月後の合計得点及び下位尺度得点の有意な変化は、職務経験 6 年以下の群における他者の理解と尊重のみに認められた (表 4)。

表 2 研修前の OIPCS - R24 得点

平均値 (SD)

項 目	全体	職務経験 6 年以下	職務経験 7 年以上
事実やアセスメントの相互のやりとり	13.6(3.3)	13.7(3.3)	13.5(3.3)
私は他の専門職に認知症の高齢者と家族の情報を伝える	3.4(0.8)	3.4(0.9)	3.4(0.8)
私は他の専門職から認知症の高齢者と家族の情報を聞く	3.4(0.9)	3.5(0.9)	3.4(0.9)
私は他の専門職からの認知症の高齢者と家族に関する相談に応じる	3.4(0.9)	3.2(1.1)	3.5(0.8)
私は他の専門職に認知症の高齢者と家族に関して相談する	3.4(0.8)	3.5(0.8)	3.3(0.9)
チーム活動のマネジメント	10.8(3.4)	10.6(3.8)	11.0(3.1)
私は多職種で行った援助活動の評価を行う	2.5(1.1)	2.3(1.2)	2.7(0.9)
私は多職種で行う援助活動を計画する	2.6(1.1)	2.5(1.3)	2.7(0.9)
私は多職種で行う援助活動のプロセスを鳥瞰的 (全体を眺める) に観察する	2.6(0.8)	2.6(0.8)	2.6(0.9)
私は多職種で行う援助活動の目標を共有するように促す	3.0(0.9)	3.1(0.9)	2.9(0.9)
対話と議論の促進	11.6(2.6)	11.2(2.5)	12.0(2.7)
私は他の専門職司士のやり取りで議論の内容が整理できるような方法 (図解・板書等) を提案する	2.2(0.8)	2.0(0.7)	2.4(0.8)
私は他の専門職司士の議論がスムーズに合うように橋渡し役をする	3.1(0.9)	3.1(0.8)	3.0(1.1)
私は他の専門職司士のやり取りを聞き、相手が言いたいことを確認する	3.2(0.8)	3.1(0.9)	3.3(0.7)
私は他の専門職司士のやり取りで話しやすい雰囲気をつくる	3.2(0.8)	3.0(0.9)	3.3(0.7)
統合されたケアのための調整	12.2(3.2)	12.4(3.2)	12.0(3.2)
私は他の専門職と認知症の患者あるいは入居者と家族の援助方針を決定するために議論する	3.1(0.9)	3.0(0.9)	3.2(0.9)
私は自分自身が考える認知症の患者あるいは入居者と家族に対する援助方針を他の専門職に伝える	3.0(0.9)	3.0(1.0)	3.1(0.8)
私は認知症の患者あるいは入居者が必要なケアを受けられるように調整する	3.2(0.9)	3.4(0.7)	2.9(0.9)
私は認知症の患者あるいは入居者と家族を交えたケア会議の開催を必要に応じて提案する	3.0(1.0)	3.1(1.0)	2.8(1.0)
他者の理解と尊重	20.8(2.6)	20.0(3.2)	21.5(1.6)
私は他の専門職の役割を理解しようとする	3.7(0.5)	3.6(0.5)	3.7(0.5)
私は他の専門職の状況を知ろうとする	3.6(0.6)	3.5(0.7)	3.6(0.5)
私は他の専門職に自分の状況を伝える	3.1(0.8)	3.0(0.9)	3.2(0.6)
私は他の専門職を対等な仲間として尊重する	3.8(0.5)	3.6(0.6)	4.0(0.0)
私は他の専門職をねぎらう	3.5(0.7)	3.3(0.7)	3.7(0.6)
私は他の専門職との関わりを振り返る	3.2(0.7)	3.1(0.8)	3.3(0.7)
感情の共有と意味付け	6.2(1.3)	6.2(1.4)	6.2(1.2)
私は援助の満足感や達成感を他の専門職と共有する	3.1(0.7)	3.1(0.8)	3.1(0.7)
私は援助の不満足感や不全感 (不完全な思い) を他の専門職と共有する	3.1(0.7)	3.1(0.7)	3.1(0.7)

表3 対象者全体における OIPCS - R24 得点の研修前後の変化

平均値 (SD)

	n	研修前	研修3か月後
合計得点	34	74.8(11.8)	76.8(12.9)
下位尺度			
事実やアセスメントの相互のやりとり	37	13.6(3.3)	13.8(2.7)
チーム活動のマネジメント	35	10.9(3.4)	11.1(3.5)
対話と議論の促進	37	11.9(2.4)	12.4(2.4)
統合されたケアのための調整	37	12.5(2.8)	12.0(3.3)
他者の理解と尊重	36	20.8(2.6)	21.7(2.5)*
感情の共有と意味付け	37	6.1(1.3)	5.9(1.8)

* p<.05 検定方法：対応のある t 検定

表4 職務経験別 OIPCS - R24 得点の研修前後の変化

平均値 (SD)

	職務経験6年以下			職務経験7年以上		
	n	研修前	研修3か月後	n	研修前	研修3か月後
合計得点	16	72.3(12.9)	75.2(11.7)	18	77.1(10.5)	78.3(14.0)
下位尺度						
事実やアセスメントの相互のやりとり	19	13.6(3.5)	13.7(3.0)	18	13.6(3.3)	13.9(2.4)
チーム活動のマネジメント	17	10.4(3.9)	10.6(3.6)	18	11.3(2.8)	11.6(3.4)
対話と議論の促進	19	11.5(2.4)	11.9(1.9)	18	12.3(2.4)	12.8(2.9)
統合されたケアのための調整	19	12.6(2.9)	11.7(2.8)	18	12.4(2.8)	12.2(3.8)
他者の理解と尊重	18	20.1(3.3)	21.3(2.8)*	18	21.4(1.7)	22.0(2.0)
感情の共有と意味付け	19	6.1(1.4)	6.1(1.7)	18	6.1(1.2)	5.7(1.9)

* p<.05 検定方法：対応のある t 検定

考察

1. 研究対象者の特性

本研究の対象者 40 名の職種は、介護支援専門員、社会福祉士、理学療法士、看護師、医師等であり医療職と福祉職が大きく偏ることなく混在している集団である。よって本研究結果について特定の職種の特徴が反映されることもないと解釈できる。職務経験年数の平均値が 8.7 年、標準偏差 8.2 年であることから経験年数のばらつきは比較的大きく、経験の浅い対象者から熟練レベルの対象者までが含まれていた。しかし、研修前の OIPCS - R24 得点に経験年数の多少による有意差は認められず、経験年数が浅いとは言っても、一定水準の多職種連携コンピテンシーを有する集団であったと言える。

また、研修前の OIPCS - R24 得点を國澤他（2017）の調査結果と比較するとほとんどすべての項目で高い得点を示した。本研究の対象者は國澤らの調査対象者より職務経験年数は浅かったが、介護支援専門員や社会福祉士が相対的に多く、訪問系サービス従事者や地域包括支援センター従事者も対象となっていることから、日常的に機関内外を問わず広く多職種連携実践をしている集団であったと考えられる。このような背景により研修前の多職種連携コンピテンシーが高いという結果につながったと解釈される。加えて、多職種連携に関する研修会に主体的に参加した専門職を対象としていることから、多職種連携に関心が高い集団であることも得点に影響したと考えられる。

2. 研修プログラムの有用性

研修3か月後に変化が見られたのは他者の理解と尊重であった。この因子は、パートナーシップ及びコーディネーションといったコンピテンシーに関わる質問項目から構成される（國澤他，2017）。これらは多職種と協働する力であり、これがチームを動かす力につながると考えられている。つまり、他者を理解し尊重する能力を獲得することは、チームを動かすうえでの基盤として位置づけられる。多職種を理解することが職種間コミュニケーションを支えるものの一つである（春田，2016）との指摘も

Miyagi University Research Journal

あるように、本研究で検証した研修は、多職種連携実践能力を向上する上で基盤づくりに貢献できることが示唆されたものと考ええる。

3 か月後に変化したのは、他者の理解と尊重のみで限定的であった。しかし、他機関・多職種との連携の必要がある認知症高齢者のケアをする機会に恵まれなかった対象者も混在する中では、研修の成果としては十分といえると考ええる。特に、本研究で検証した教育プログラムは、認知症高齢者の療養経過の中で自分の位置づけ並びに多職種の具体的な支援内容を理解する内容であった。従って、自分以外の職種がいつどのような場でどのような支援をしているかを再確認することとなることから、他者の理解と尊重が向上するという結果は研修内容を直接反映したものと考ええる。

現在、看護基礎教育において保健・医療・福祉における協働はコアカリキュラムの項目に位置づけられている。同様に医学・薬学においても表現は異なるものの多職種連携に関連する内容が各コアカリキュラムに組み入れられている。大学教育における多職種連携教育に関する論文数も2000年代から増加してきており（小林他, 2017）、各専門職の基礎教育において多職種連携教育が拡大してきている。しかしながら、その教育の量と質は多様であり、多職種に関する理解にはばらつきがあると考えられる。

以上の基礎教育における課題を踏まえ、IPW コンピテンシー自己評価が上昇した集団である職務経験の浅い専門職にとっての多職種連携実践に関する研修の意義について考察する。職務経験の浅い専門職にとって、普段の業務では多職種を知る機会及び職務経験が少ない可能性があり、他機関の専門職と連携することは必ずしも容易ではないと推測できる。卒後3年までの看護師の場合、「保健医療福祉における協働と連携をする能力」の獲得に役立ったのは先輩等の助言・指導といった現任教育よりも基礎教育であると認識していることが報告されている（岩村他, 2016）。このことから業務上の直接的な他職種との連携・協働の場面を通じたOJTだけではこの能力の獲得は限定的になることが危惧され、施設内の現任教育のみならず、施設を超えて幅広い研修機会が必要であることが示唆される。

他方、職業的アイデンティティ発達の観点でみると、作業療法士の場合、「他職種の作業療法理解促進のための行動」が職業的アイデンティティ形成に関連する重要因子の一つであることが報告されている（吉田, 向, 2018）。そして、自分の職業を多職種に理解してもらう一方的なアピールではなく、お互いの職種の理解により自分の職業の理解が深まり、職業的アイデンティティが形成されることを指摘している。このことは、医療・介護に関わる他の専門職にも大筋で適用できると考えられる。従って、経験の浅い専門職は、業務上の連携場面のみならず、多職種で行う研修や業務外での多職種と付き合いを通じて、職業的アイデンティティを確固たるものにしていく途上にある集団であると考えることができる。こういった背景を考慮すると、業務上連携が現実的に必要となる可能性がある多職種の専門職と同じ時間・空間を共有し、同一テーマで話し合う機会は、多職種の役割、知識、価値観に対する理解を深める上で経験の少なさを補う重要な機会である。

一般的にキャリア中期以降の研修は、過去に獲得した知識・技術を整理・体系化することに有用であるとされ、狭い領域に陥りがちな実務家にとって新たな経験学習の方向性を見つける「気づきの場」としても機能すると言われる（松尾, 2011）。本研究における研修を通じて、多職種が認知症ケアにおいてどの時期にどのような場で支援しているのかを具体的に気づくことができたと考えられる。その上で、この気づきを刺激として新たな状況に適用し、具体的な経験をするという経験学習モデル（松尾, 2011）のサイクルを循環させることで行動が変化していくことが望ましい。本研究では行動の変化までは検証できていないが、そこに到る学習行動を促進する刺激として機能する可能性があることから、認知症連携ケア研修プログラムに一定の有用性があると考ええる。

3. 研究の限界

本研究は、研修プログラムを限定的な地域において実装して評価したものであり、このフィールドのもつ特性による影響を否めない。本研究の対象者は既存の多職種連携を目的として構築された組織の会員であり多職種連携に対する関心の高い専門職であること、またそれが自己の実践に対する厳しい自己評価につながった可能性もあると考えられ、参加者バイアスによる影響があることが考えら

れる。しかしながら、多職種連携コンピテンシーが比較的高い集団においても一定の効果が認められたことは評価できると考える。今後、多様な対象者に対する実装研究を継続することにより、さらなる研修プログラムの有用性を検証していく必要がある。

結論

研究者らが開発した認知症連携ケア研修を A 地区の専門職を対象に実装し評価した。その結果多職種連携実践コンピテンシー自己評価の下位尺度である「他者の理解と尊重」の得点が有意に上昇したことから、特に経験の浅い集団における有用性が確認できた。

Acknowledgement

本研究にご協力をいただいた関係者の皆様に深謝申し上げます。本研究の一部は、日本老年看護学会第 25 回学術集会において発表した。

文献

- Barr H. (2017) . Interprofessional education guidelines.
<https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s> (閲覧日 2020 年 11 月 27 日)
- CAIPE. (2002) . About CAIPE. <https://www.caipe.org/about-us> (閲覧日 2020 年 12 月 6 日)
- WHO. (1988). Learning Together to Work Together for Health: Report of a WHO Study on Multi-Professional Education of Health Personnel : The Team Approach.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37411> (閲覧日 2020 年 12 月 6 日)
- WHO. (2011) . Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ (閲覧日 2020 年 12 月 6 日)
- Yoshihisa Hirakawa, Chifa Chiang and Atsuko Aoyama. (2017) . A qualitative study on barriers to achieving high-quality, community-based integrated dementia care. J Rural Med, 12 (1) ,28-32.
- 阿部芳江. (2019) . 在宅高齢者支援における医療と福祉の連携の現状と支援システム構築に関する基礎的研究. 関西福祉大学研究紀要 ,22,151-162.
- 岩村龍子, 大川眞智子, 小澤和弘, 丹菊友祐子, 黒江ゆり子. (2016). 学士課程卒業者の卒後 1-3 年目の看護実践能力獲得状況. 岐阜県立看護大学紀要, 16 (1) ,51-61.
- 小林れい子, 野原真理, 水戸美津子. (2017) . 大学における多職種連携教育の現状と課題. 聖徳大学研究紀要,28, 113-118.
- 厚生労働省. (2017 年 7 月). 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(概要).
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan_gaiyou.pdf (閲覧日 2020 年 12 月 6 日)
- 厚生労働省. (2020) . 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和 2 年法律第 52 号)の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000640392.pdf> (閲覧日 2020 年 12 月 6 日)
- 國澤尚子, 大塚眞理子, 丸山優, 畔上光代. (2017) . IPW コンピテンシー自己評価尺度の開発(第 2 報)－病院に勤務する保健医療福祉専門職等全職員の IPW コンピテンシーの測定－. 保健医療福祉連携,10 (1), 2-18.
- 國澤尚子, 大塚眞理子, 丸山優, 畔上光代 (2016). IPW コンピテンシー自己評価尺度の開発(第 1 報) 病院に勤務する中堅の専門職種への調査から. 保健医療福祉連携, 9 (2), 141-156
- 春田淳志. (2016) . 専門職連携コンピテンシー 1. 多職種連携コンピテンシーの国際比較. 保健医療福祉連携,9 (2), 106-115.
- 細田満和子. (2003) . 「チーム医療」の理念と現実 看護に生かす医療社会学からのアプローチ. 日本看護協会出版会.
- 前田信雄. (1990) . 保健医療福祉の統合. 勁草書房.
- 松尾睦. (2011) . 経験からの学習 プロフェッショナルへの成長プロセス. 同文館出版. 東京都.
- 水上然他. (2015) . 地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係. 日本認知症ケア学会誌,14 (3), 667-678.
- 認知症施策推進関係閣僚会議. (2019) . 認知症施策推進大綱.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (閲覧日 2020 年 12 月 6 日)
- 大塚眞理子. (2018) . 認知症高齢者の長期療養を専門職連携実践で支える研修プログラムの開発. 平成 26 年度～ 29 年度科学研究費補助金・一部基金. 基盤研究(B) 研究成果報告書.
- 埼玉県立大学. (2009) . IPW を学ばー利用者中心の保健医療福祉連携. 中央法規出版.
- 吉田裕紀, 向文緒. (2018). 精神科作業療法士の職業的アイデンティティ形成に関連する重要因子について. 日本臨床作業療法研究 ,5,1-7.