

チーム医療推進を目的とした研修の受講者への フォーカス・グループ ——チーム医療推進のための調査——

佐野 樹

Itsuki Sano : An Intervention to Promote Team-based Care : Two Focus Groups
—What Promotes Team-based Care?—

近年、精神科でもチーム医療を求める声はますます強まっている。しかし、医師が自施設でそれをどのように進めればよいかはほとんど明らかにされていない。チーム医療には専門職間のコミュニケーションや協働が必須であり、効果的な多職種連携教育はそれを促進する。本研究の目的は、医師が各種の研修会を通して、自施設で多職種連携を、そしてチーム医療をどのように進めていけばよいかを明らかにすることである。今回、チーム医療を推進する人材を養成する研修を受講した看護師を対象にフォーカス・グループを行った。結果として、異なった専門職が集い、相互に学び合うことを意図した interprofessional education の研修構造が適していることが示された。また、受講者が現場で、職種間、部署間に起きる対立、葛藤、衝突、軋轢に遭遇していることも示され、連携を促進するようなシステム上の変化も意図する必要があると思われた。今後の研究への示唆、医師がチーム医療を進める上での注意点も合わせて考察した。

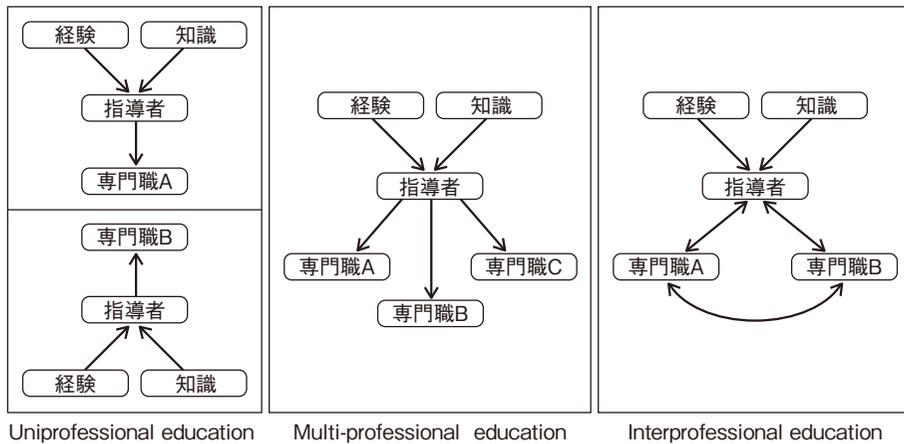
<索引用語：患者ケアチーム、チーム医療、現職教育、多職種連携教育、多職種協働>

はじめに

近年、精神科でもチーム医療を求める声はますます強まっている。昨今、厚生労働省¹⁶⁾でも安全で質の高い入院医療を提供できるよう、チーム医療を前提として、急性期病床の人員配置を厚くする方針が打ち出されたことは記憶に新しい。一方で、医師がチーム医療をどのように進めればよいかはほとんど明らかにされていない。

チーム医療には専門職間のコミュニケーションや協働が必須であり、効果的な教育はそれを促進

する²³⁾。特に異なった専門職が集い、相互に学び合うことを意図した interprofessional education (IPE) (図1) の構造が適している。また、この教育は連携について知る(知識獲得)を目的とするのではなく、連携行動がとれること(行動変容)や連携によって患者ケアの質が向上すること(患者の利益)を目指す必要がある。連携について知っていても実践できなければ教育効果があったとはいえないからである。個人に向けた教育活動以外に、連携を促進するようなシステム上の変化



Uniprofessional education
他の専門職とは隔てられて学ぶ教育のこと。

Multi-professional education
専門職はお互いの学習経験を共有はしているが、相互の交流はない教育のこと。例えば、合同講義のようなもの。

Interprofessional education
異なる専門職が集い、相互に学び合うことで、協働的な実践を通して患者ケアを改善することを意図した教育のこと。

図1 専門職教育の構造

も意図する必要があるかもしれない^{4,18,29,33}。

医師は各種の研修会で教育に携わる機会も多いが、著者の知る限り、精神科医による多職種連携教育の報告はない。連携のための能力は本来備わっている資質ではなく、教育によって身に付けるものであるが¹¹、本邦の多職種連携教育は、卒前でその端緒についたばかりの現状である²。チーム医療が叫ばれる今、医師が研修会を通して自施設でどのように多職種連携を促していけばよいのかを明らかにすることは非常に重要である。

I. 背景

当院では、チーム医療を推進する人材を養成しようと、2009年から集合研修（以下、人材育成研修）を開始した。当時、モデルとなるIPEプログラムはほとんどなく、委員が数年かけて構想を練り、研修は手探りで始まった。研修受講者は約10科目を2日間で履修することとし、半年後に実践を振り返る1日間のフォローアップ研修に参加してコース修了とした。正規職員を対象とし、各部署から毎回10~20名ほどが選ばれ、順にコースに参加した。この4年で看護師、事務員、栄養士、薬

剤師など、全職員の約3分の1が研修を受けた。絶対数としては看護師が7割近くを占めた。

この研修には「チーム医療のポイント」「カンファレンスの持ち方」などのチーム医療科目のほか、「精神疾患」「精神療法」「薬物療法」などの基礎科目も用意された。基礎科目の履修によって、専門職間に共通言語や共通認識が生まれ、連携がしやすくなるとの見方があったためである。

医師である著者は人材育成研修の初年度から委員としてその企画・運営に携わり、「精神療法」の科目で教鞭もとった。委員の多くはIPEに理解を示したものの、グループ学習に不慣れであったこともあって、ほとんどは講義形式となった。結果的に知識獲得を重視した内容となってしまう、医師や経験豊富な看護師の目には知っている情報しか提供できない魅力の低い研修と映り、その受講が滞ってしまった。

また、残念なことに研修内容は実践には活かしくいとの評価もみられるようになった。受講者からは研修自体は満足できるものだが、「現場に活かしていない」「チーム医療はまだ進んでいない」といった厳しい意見をいただくようになった。

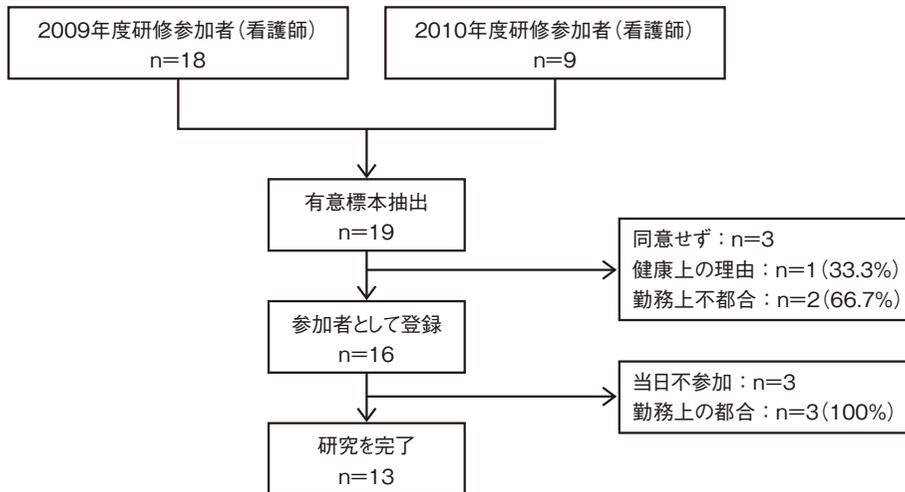


図2 研究のフローチャート

た。そうした評価を背景に、業務の傍ら研修の運営を担ってきた委員からは、「疲弊した」などの声が聴かれ始めた。

こうした声に耳を傾ける中で、著者は、受講者が「精神療法」の研修を通じてどのように変化をしたと感じているのか、なぜ現場でそれを活かせていないと感じているのかを十分に把握できていないことに気付いた。こうした受講者の認識をふまえて研修を改善していかなければ、研修は現場と乖離したものとなり、ますます現場で活かされないのではないかと考えた。

そこで、研修の主たる対象者である看護師を対象に、その認識を調査することにした。このような人の認識についての探索的調査には、質的研究法、特にインタビューが適しており、今回は複数の受講者に同時にインタビューするフォーカス・グループの手法を用いた。研修を受けた年の異なる2つの看護師グループを設定して、研修による変化が時間経過でどうなるのかも調査することにした。

II. 目 的

本研究では、現場では連携が進んでいないという現実を前に、「研修ではどのように変化したのか」「それをふまえて今後の研修をどう改善する

か」という問いを立て、その答えを研修受講者の認識を通して探究することを目的とした。その過程で、これまで明確になっていなかった根底にある問題を分析、構造化し、研修改善の足がかりを得ることを考えた。

III. 対 象

「精神療法」の研修に、2009年12月に参加し11ヵ月が経過した看護師、2010年9月に参加し2ヵ月が経過した看護師を調査の対象とした。2009年の研修に参加した看護師は18名、2010年のそれは9名であった。フォーカス・グループに適すとされる1グループ6～10名の参加を目標として、2009年からは10名を有意抽出、2010年からは9名全員を抽出した(図2)。2009年の研修参加者は各病棟から2名ずつが選ばれていたため、母集団を代表しやすいように調査対象者も各病棟から原則1名を選抜するようにした。また、一般的にフォーカス・グループでは参加者の同質性が高いほうが議論を深めやすいとされており³¹⁾、本研究ではより同質のグループが抽出されるように配慮した。つまり、対象者を病棟所属の看護師に絞り、上下関係が生まれることを避けるため師長・副師長クラスは除いた。

人材育成研修の科目は、各委員の意見だけでな

く、院長、診療部長、看護部長などの意見もふまえて、合議のもと委員会で決定された。科目「精神療法」に関していえば、精神療法について知ること、専門職間に共通言語や共通認識が生まれ、連携がしやすくなるという前提のもと、この科目が設定された。著者は委員の一人として科目「精神療法」を担当することになり、企画の時点で2つの研修目標を設定した。1つは精神療法の基礎知識の獲得で、もう1つは省察的な姿勢の重要性を認識することであった。精神療法で患者とよりよい関係を築くためには、患者との相互関係や自身の価値観に敏感であることも重要と考え、後者の目標を加えた。

目標を達成するために、講義とグループ学習を組み合わせた。IPEの構造を視野に入れ、グループ学習により多くの時間をあてた。この分野で先駆的な役割を果たしている英国の専門職連携教育開発センター (Center for the Advancement of Interprofessional Education: CAIPE) は、IPEを「2つ以上の異なる専門職者が、保健医療福祉サービスの質向上を目指して連携・協働の質を向上するために、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機会である」と定義しており⁵⁾、本研修でもCAIPEの定義にならって、各グループは2つ以上の異なる専門職からなるように構成した。また、同じグループの看護師は、異なる所属 (異なる病棟、病棟看護師と訪問看護師など) からなるようにした。

事前のニーズ調査では、「精神療法ってなに?」「どこからが精神療法?」といった疑問が出され、やはり専門職間で、あるいは同一職種内でも精神療法の認識に不一致があることがうかがえた。これを受けて、まず精神療法の定義と、その治療的要素の大部分は希望を与える励ましや暗示などの非特異的要素からなっていることを講義で示すことにした。その上で、自分が患者側になったときの経験を振り返る個別学習をして、「日常のケアの中にこそ精神療法がある」と意味付けをすることにした。また、事前のニーズ調査では、グループの人数が増えると、グループに占める看護師の

割合が増えて専門用語が頻繁に使用されるようになり、事務員や検査技師は話題についていけなくなることもわかり、グループ学習は二人一組のペア学習を中心とし、一部に小グループでのディスカッションを混ぜることにした。

Ⅳ. データ収集方法

調査はフォーカス・グループの手法を用いて行った。この手法は、研究対象となる条件や経験を個別に有する、あるいは共有する複数の人たちに同時にインタビューをするもので、参加者がお互いの発言に触発され、一人一人が今まで言語化していなかった経験を言語化して表明することを促進する²¹⁾。この手法はまた、調査対象者の属する文化への理解を深め、その文化に適した対策の開発に役立つ情報を得ることもできる¹³⁾。フォーカス・グループ・インタビューと同義であるが、インタビューと観察の両側面を有するため、最近ではフォーカス・グループとだけ呼ぶことが多い²¹⁾。

調査は2つのグループにそれぞれ1時間ずつ実施した。勤務日の昼休みを利用して参加してもらい、病棟から離れた場所にある和室で行った。私費で謝礼やお菓子なども用意した。インタビューアは集団療法の経験が豊富な臨床経験20年の院内臨床心理士に依頼した。著者はインタビューに同席せず、インタビューアとそのアシスタントも人材育成研修とは無関係なスタッフを起用した。研修を知らないインタビューアを起用することで、得られる情報に深みがなくなってしまうリスクがあったが、それを覚悟の上で調査現場から研修関係者を排した。こうすることで、参加者からポジティブな意見が出そろってしまい、教育側への気遣いがにじみ出ているだけで研修改善の方向性が見いだせないという結果に終わることを避けたいと考えた。また、医師を排することで、教育側に立つ医師に関する問題も抽出することをねらった。

インタビューはガイドに沿って行ってもらい、参加者の発言は全て録音した。インタビューガイドは、①目的やルールの説明、②ウォーミング・

表1 意見の照合でまとめられた「暫定的な分析結果」

グループ A (研修から 11 ヶ月経過した看護師グループ)

*数字は人数, 全7人中

主要な論点	全然違う	どちらかという と違う	どちらとも いえない	どちらかという と その通りだ	その通りだ
看護師として自分が患者に役立つことはなにかを考えるようになった (患者-看護師の関係性の意識)	0	0	0	3	4
多職種連携の重要性を意識し行動するようになった	0	0	0	0	7

グループ B (研修から 2 ヶ月経過した看護師が中心のグループ)

*数字は人数, 全6人中

主要な論点	全然違う	どちらかという と違う	どちらとも いえない	どちらかという と その通りだ	その通りだ
スタッフ間のコミュニケーションが増え, リラックスすることで, 患者に対する考え方の視野が広がった	0	0	3	2	1
自分の傾向に気づき, 変化しようと考えた (例: 時間を大切にしていない)	0	1	0	4	1
研修自体に癒し効果があった	0	0	3	2	1

アップ, ③認識や行動の変化についての質問, ④研修の改善点についての質問, ⑤要約, ⑥意見の照合, ⑦終わりの言葉からなり, ③④には質問のリストも付けた。録音した内容は, 著者が逐語録に起こした。

インタビューアーとアシスタントの印象では, 両グループの参加者は非常に緊張しており, 録音が終わるまではお菓子も口にできなかった。それでも, 研修から 11 ヶ月が経過した看護師のグループでは, 隠していたというよりは議論の中で再発見される形で批判的な意見も出された。2 ヶ月のグループでは, 個々に自分の意見は言えていたが, それを共有, 翻訳して話題を広げる意見が不足した。消極的な参加者の態度が全体に影響し, 賛否を問えるような論点の抽出が十分にできなかったとの印象だった。

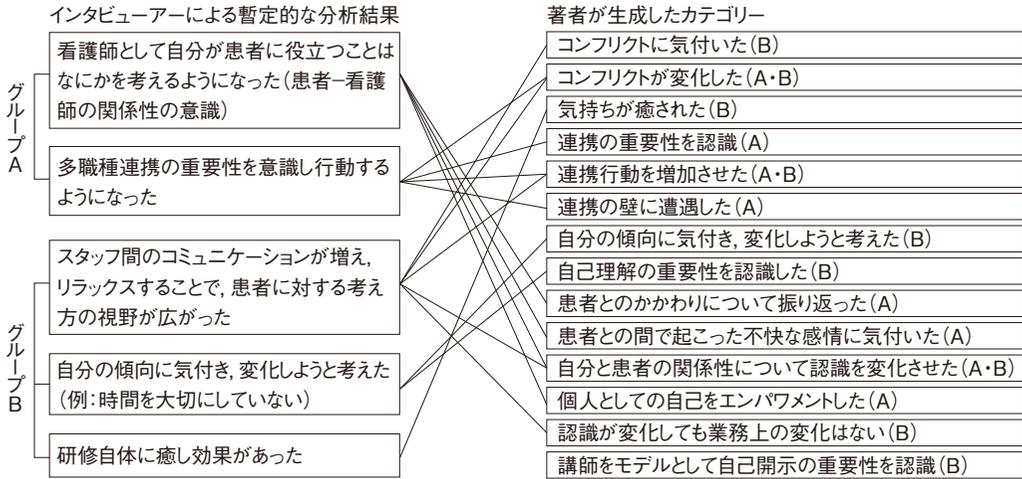
なお, 調査対象者には, 事前に本調査の目的と方法, プライバシー保護の厳守などをはじめとした倫理事項を書面で説明し, 同意を得た。研究に伴うその他のリスクを避けるため, 本論文は人材育成委員長 (臨床心理士), 研修センター長 (看護

部長) の添削を受けた。

V. 分析方法

分析はインタビューアーと著者の 2 名で協力して行った。そうすることで複数の研究者の視点が入り, 研究の信頼性を高めるプロセスをふむことができると思った。具体的にはまず, インタビュー実施中にインタビューアーが「暫定的な分析結果」を得た³¹⁾。⑤要約において, 参加者から出された重要な考えを再確認し体系化して, 主要な論点を明確にした。また, ⑥意見の照合において, 主要な論点について参加者それぞれがその意見にどれくらい強く同意するか, またはしないかを, 5 段階の尺度上で示してもらい, それを「暫定的な分析結果」とした (表 1)。

インタビュー実施後, 著者が逐語録をコード化, カテゴリー化した。コード化とはデータにデータの内容を表すようなコード (キーワード) を付すことであり, カテゴリー化とはコード化したデータをグループに分けることである²¹⁾。カテゴリー化が終了したところで「暫定的な分析結果」



採択されなかったカテゴリー

カテゴリー	代表的なデータ
講師をモデルとして自己開示の重要性を認識	先生は子どもの話など、結構自己開示していて、共感を受けた (B*)
	患者さんが共感できそうな部分を多少自己開示してコミュニケーションをとるのは大事だと思った (B*)
	精神療法は患者さんがリラックスした状態で話を引き出さないと難しいと思った (B*)

* (B) はグループBから抽出されたデータであることを示す。

(B*) は、当初グループAに参加する予定であった2名から抽出されたデータであることを示す。

図3 暫定的な分析結果と著者が生成したカテゴリーの対応関係

と突き合せて、対応関係にあるカテゴリーのみを採択した (図3)。14項目のカテゴリーのうち13項目 (93%) が対応関係をもった。そして、採択した13項目のカテゴリーを概念化し、浮かび上がってきた理論を記述した。このように概念化とはただグループ化するだけでなく、グループそのものを抽象化して、既存の理論などの中の一構成要素として位置付けることを指す²¹⁾。コード化にあたって文脈の意味が曖昧な場合には、その参加者の発言の解釈についてインタビュアーと相談した。

VI. 結 果

19名の調査対象者のうち、16名の同意が得られ、実際に13名の看護師がフォーカス・グループに参加した (図2)。3名は同意が得られず、3名は勤務が多忙で当日研究に参加できなかった。研究に同意しなかった3名、研究に参加できなかった

3名と、研究参加者のプロフィールに差はみられなかった。

研究参加者13名のうち9名 (69%) は研修から11ヵ月が経過した看護師であった。うち7名は予定どおり、研修から11ヵ月が経過した看護師のグループ (グループA) に入った。しかし、残りの看護師2名は調査日時を誤り、研修から2ヵ月が経過した看護師のグループに加わるというアクシデントが起こり、グループBは計6名での調査となった。

参加者の概要を表2に示す。この年度の人材育成研修が5年目前後の、いわゆる中堅の看護師を対象としたこともあって、調査対象者もほとんどがこの層であった。

なお、本文中の「 」はコード化したデータ、< >はカテゴリー化した言い換え、【 】は概念を意味する。

表2 本研究参加者と研修の全参加者のプロフィール

	グループ A (n=7)	グループ B (n=6)	研修の全参加者 (n=64)
年齢, 歳			
平均 (SD)	35.9 (4.6)	36.3 (1.5)	37.7 (7.9)
中央値 [範囲]	36 [28-42]	36 [35-39]	37 [25-56]
性別, n (%)			
男	3 (42.9)	4 (66.7)	24 (37.5)
女	4 (57.1)	2 (33.3)	40 (62.5)
研修参加年度, n (%)			
2009 年度	7 (100)	2 (33.3)	21 (32.8)
2010 年度	0 (0)	4 (66.7)	21 (32.8)
2011 年度	0 (0)	0 (0)	9 (14.1)
2012 年度	0 (0)	0 (0)	13 (20.3)
職種, n (%)			
看護師	7 (100)	6 (100)	48 (75.0)
作業療法士	0 (0)	0 (0)	4 (6.3)
事務	0 (0)	0 (0)	4 (6.3)
精神科ソーシャルワーカー	0 (0)	0 (0)	2 (3.1)
臨床心理士	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)
臨床検査技師	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)
管理栄養士	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)
放射線技師	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)
薬剤師	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)
介助手	0 (0)	0 (0)	1 (1.6)
当院での経験年数, 年			
平均 (SD)	5.9 (0.9)	5.2 (1.3)	7.3 (6.1)
中央値 [範囲]	6 [5-7]	5 [3-7]	6 [1-32]

* グループ A, B は調査時 (2010 年 11 月) での集計, 研修の全参加者は現在 (2012 年 11 月) の集計

1. 研修によってどのように変化したか

グループ A から 15 件のデータが, グループ B からは 13 件のデータが抽出された. グループ B から抽出されたデータのうち 8 件は, 研修から 11 ヶ月が経過した看護師 2 名の発言であり, 総じてみると 82% (23/28) のデータは 11 ヶ月が経過した看護師から抽出されたものであった. 2 ヶ月が経過した看護師からはわずか 18% しかデータが提供されていなかった. このことは, グループ B では賛否を問えるような論点の抽出が十分にできなかったとのインタビューアーの印象をよく説明できると思われた.

表 3 に示すように研修による変化は大きく 3 つに概念化できた. 【多職種連携の重要性の認識と連携行動の増加】【自分の傾向の認識とそうした自己理解の重要性の認識】【自分と患者の関係性

の意識】である.

1) 多職種連携の重要性の認識と連携行動の増加
参加者は, 他の職員との間に起きていた対立, 葛藤, 衝突, 軋轢など, いわゆる<コンフリクトに気付いた>. グループ学習で「リラックスして多職種の人とコミュニケーションとってほしい視野が広がった」ことで<コンフリクトが変化し>, それによって<気持ちが癒された>. さらに<連携の重要性を認識>した参加者は, 研修後に<連携行動を増加させ>, 「医師が連携の場に来ない」といった<連携の壁に遭遇した>.

グループ A, B, それぞれから同程度にデータが抽出されたが, 発言者をみるとそのすべてが研修から 11 ヶ月が経過した看護師であった. この論点のデータは総じて量が多く, 特にグループ A においては意見の照合で参加者の全てが最も強い同

表3 研修によってどのように変化したか？

カテゴリー	代表的なデータ
【多職種連携の重要性の認識と連携行動の増加】	
コンフリクトに気付いた	転棟させるとかでも他の病棟とつてくれよって気持ちがいっぱいあった (B*)
	なにかと槍玉にあがるし、気持ちがささくれだっていた (B*)
コンフリクトが変化した	リラックスして多職種の人とコミュニケーションとってだいぶ視野が広がった (B*)
	自分は一方通行の考えだったなと反省した (B*)
	相手の事情もより理解した上でこちらも物が見えるようになった (A)
気持ちが癒された	いい気分転換になった (B*)
	結構、あの研修で気持ちが癒された (B*)
連携の重要性を認識	多職種の人との連携が大事ということもすごく学んだ (A)
連携行動を増加させた	用事がなくてもちょっと声をかけて情報を教えてもらうようになった (A)
	自分の考えをみんなに伝えるようになった (B*)
	周りの人の意見も取り入れていくようになった (B*)
	施設入所に向けてケースワーカーさんと話す機会が多くなった (A)
連携の壁に遭遇した	医師が連携の場に来ないのがネック (A)
	医師は診察にも来ないので、距離感を近づけるといいう機会が少ない (A)
【自分の傾向の認識とそうした自己理解の重要性の認識】	
自分の傾向に気づき、変化しようと考えた	自分自身が時間をぜんぜん大切にできていないなと気付いた (B)
自己理解の重要性を認識した	自己理解で他者理解が始まる (B)
【自分と患者の関係性の意識】	
患者とのかかわりについて振り返った	事務員に「看護師さんのかかわりはこんなんでもいいのか」と言われたことがあった (A)
患者との間で起こった不快な感情に気付いた	自分がどういったところで患者さんの役に立つのか疑問だった (A)
	どこまでこの人たちが良くできるんだろうと限界を感じていた (A)
	自分のやっていることになかなか手ごたえを感じられなかった (A)
自分と患者の関係性について認識を変化させた	患者さんとの普通のおしゃべり、それも精神療法である (B)
	かかわるってことは治療の手助けになっていると意識していかなきゃいけない (B)
	精神療法は、医者がやっただけではなくて僕らが日々やっていることだ (A)
	傾聴も、安心感を与えられたらそれでも1つの治療の一環 (A)
個人としての自己をエンパワメントした	迷ってる部分が少し解決された、救われた感じがした (A)
	自分のモチベーションを上げるのに役立っているところ、自分がこの先も役立っていくために目を向けなければいけないところに目を向けるようになった (A)
	精神療法が特にナースがかかわる部分で、意欲につながる、モチベーションにつながるのとらえるようになった (A)
認識が変化しても業務上の変化はない	業務的には正直、なにかが変わったかと言われたら変わっていない (B)

* (A) (B) はそれぞれグループ A, B から抽出されたデータであることを示す。

(B*) は、当初グループ A に参加する予定であった2名から抽出されたデータであることを示す。

意を表していた。認識の変容だけでなく実際に行動を変化させた（行動変容）というデータが抽出された唯一の論点でもあった。

2) 自分の傾向の認識とそうした自己理解の重要性の認識

参加者は<自分の傾向に気づき、変化しようと考えた>。そして<自己理解の重要性を認識>した。この論点に良好に反応した参加者は、この変化が自分の価値観を探索しその経験を振り返るペア学習によってもたらされたものだと指摘した。

データの量は少ないものの、意見の照合ではグループBの参加者の多くが<自分の傾向に気づき、変化しようと考えた>ことに同意しており、ペア学習はグループBの参加者に一定の認識変容をもたらしたと考えられた。グループAからはこの論点は抽出されなかった。

しかし、このようにして参加者に精神療法に関連する共通認識が生まれても、連携に関する認識や行動の変化が起きた（例えば、精神療法に関する話題が職種間でしやすくなった、またそうした話題を進んでするようになった）というデータは抽出されなかった。

3) 自分と患者の関係性の意識

参加者は自分と<患者とのかかわりについて振り返り><患者との間で起こった不快な感情に気付いた>。「患者さんとおしゃべり、それも精神療法である」と<認識を変化させ>、それによって<個人としての自己をエンパワメントした>。この論点に良好に反応した参加者は、この変化が精神療法の意味についての講義と個別学習（経験の振り返り）によってもたらされたものだと指摘した。

この論点は主にグループAから抽出されていた。意見の照合でもグループAの参加者の多くが同意しており、参加者に一定の認識変容をもたらしたと考えられた。しかし、このようにして参加者に精神療法に関連する共通認識が生まれていても、<業務上の変化はない>とされ、連携に関する認識や行動が変化したというデータは抽出されなかった。

なお、精神療法の定義や認知療法の理論といった講義のみの内容は、データが全く抽出されなかった。

2. 研修の改善点は

グループAから17件のデータが、グループBからは23件のデータが抽出された。グループBから抽出されたデータのうち11件は、研修から11ヵ月が経過した看護師2名の発言であり、総じてみると70% (28/40) のデータは11ヵ月が経過した看護師から抽出されたものであった。これは11ヵ月が経過した看護師の、参加者に占める割合(69%)とほぼ同等の数字であった。

表4に示すように研修の改善点は大きく6つに概念化できた。【多職種連携教育を充実させてほしい】【なぜ、その科目を学ぶのかを明らかにしてほしい】【患者経験を重視した新たな展開をしてほしい】【グループ学習への戸惑いに配慮してほしい】【受講者の心に火をつけてほしい】【さらに学びを深める機会を提供してほしい】である。

1) 多職種連携教育を充実させてほしい

グループAの参加者は、チーム医療を推進できる人材を養成する研修ならば、職種、年代、経験年数に関して<もっと多様な参加者が必要>であると指摘した。その上で、「先生や、ケースワーカーさんや作業療法士の人、もっと参加させて、ごちゃ混ぜにして日ごろ思っていることとか話し合える」ような相互交流のある研修がよい>とした。

また、この論点に良好に反応した慢性期閉鎖病棟の看護師は、現場では<特に、医師とのコンフリクトが問題>となっており、<連携の不具合は患者ケアにも悪影響>を及ぼしていることを報告した。

ドクターがなかなか連携の場に来ないし、診察も来ない。そこで患者さんがよくなってきているけれども看護師からは言えない。患者さんも先生がめったに来ないから、たまに来たときに全部の思いをぶわーっと言うので調子悪く先生にうつってしまっ、ちょっとかわいそうな面があると思う。

表4 研修の改善点は？

カテゴリー	代表的なデータ
【多職種連携教育を充実させてほしい】	
もっと多様な参加者が必要	多職種連携ならもっといろいろな職種を参加させてほしかった (A)
	年代, 経験年数も似たり寄ったり, それだけではあまり変わらない (A)
相互交流のある研修がよい	先生や, ケースワーカーさんや作業療法士の人, もっと参加させて, ごちゃまぜにして日ごろ思っていることとか話し合えたらもっとうまくいく (A)
特に, 医師とのコンフリクトが問題	先生のいいところがああたりとか, わかりにくくなっている (A)
	なぜ病棟に来れないとか, 来れるように努力してくれてるのかさえもわからない (A)
連携の不具合は患者ケアにも悪影響	職種の壁を感じ, 不平不満がある (A)
	患者さんが調子悪く先生にうつってしまっかわいそう (A)
医師も参加してほしい	病棟に来ない先生とか参加してもらいたかった (A)
	医師が入ることでお互いがわかり合える部分ももっとあった (A)
	先生と意見交換できたらもっと病院良くなるのではないかと思う (A)
【なぜ, その科目を学ぶのかを明らかにしてほしい】	
科目の寄せ鍋のようになっている	人材育成研修はごちゃごちゃいろいろ, 寄せ鍋みたいにやっちゃっている (B*)
	人材育成研修の中に, この精神療法の研修が入ったという感じだった (B)
なぜ, その科目を学ぶのか, わからない	人材育成研修というのと, 精神療法の研修というのであまりつながっていない (B*)
記憶が薄れた	先生の内容もファジーになっている (B*)
テーマを絞ってほしい	精神療法なら, 全体で精神療法という研修やったほうがよかった (B*)
	1つのテーマについてじっくり時間をかけてやってもらってもよかった (B)
【患者経験を重視した新たな展開をしてほしい】	
患者経験には重要な意味がある	自分が受けてみるというのも相手を知るという意味では重要 (B)
	自分たちが実体験してみるというのは還元する意味でいいと思う (B)
患者経験を重視した教育のアイデア	病院体験ツアーみたいなものやってみたらどうか (B)

* (A) (B) はそれぞれグループ A, B から抽出されたデータであることを示す。

(B*) は, 当初グループ A に参加する予定であった 2 名から抽出されたデータであることを示す。

その上で, 研修にはく医師も参加してほしい> とした。この論点は, 人材育成研修の改善点の中では比較的データの量が多かった。ただ, 消極的な参加者の態度が全体に影響したグループ B では, こうした一見すると批判的ともとれる論点は抽出されなかった。

2) なぜ, その科目を学ぶのかを明らかにしてほしい

この論点はグループ B から抽出された。グループ B の参加者は, 人材育成研修の問題点をく科目の寄せ鍋のようになっている> と感じ, それぞれの科目についてくなぜ, その科目を学ぶのか, わからない> と指摘した。

カテゴリー	代表的なデータ
【グループ学習への戸惑いに配慮してほしい】	
講義だけでは寝るか、忘れる	正直、講義内容は忘れてしまった (B)
	講義を聴いているだけでは絶対寝てしまう (B)
グループ学習は苦手	グループワークが心の中で、あまりみんな得意ではないのかもしれない (B*)
内容は満足できた	この研修はすごく面白かった (B)
	内容的にはすごくわかりやすかった (A)
	日常で普通に私たち看護師も使っていける感じ (A)
講義が少なかった	とにかくグループでの活動が多かった (A)
	先生の講義です、というので流れていってもよかった部分も多かった (A)
グループ学習が多くて、盛りだくさんだった	日々を振り返って、みんなで話し合うことも多く、濃かった (B*)
	グループで話をしている時間が長くて、結構盛りだくさんだった (A)
もっと時間をかけてほしい	時間が過ぎて内容を理解したころには終わるみたいなことがあった (A)
学習支援環境を整えてほしい	どういう進め方をすればいいか、本当にそれで合っているのか、不安になった (A)
	去年はあったのに今年はお菓子とかジュースがなかった (B)
他の看護師へ伝えやすくしてほしい	他の人には、グループワークをしたんですとしか言いようがなかった (B*)
	病棟に持って帰ってこういうもの受けてきたんですと言にくい (B*)
【受講者の心に火をつけてほしい】	
人材育成研修には嫌々参加している	嫌々、研修に参加しているところがある (B*)
	意欲的に参加する研修ではない (B*)
病棟代表という自負	病棟の人たちの代表として行っているという思いもあった (B*)
【さらに学びを深める機会を提供してほしい】	
仕事に活かせるようにもっと学びたい	もっといろいろやって、もっと自分自身のこととかも理解を深めたかった (B)
	さわりだけだとあまりあとの仕事に活かせるような学びにつなぎにくい (B)
定期的な学びの機会がほしい	定期的にやっていただければと思った (B)

人材育成研修というのと、精神療法の研修というので、あまりつながっていない。人材育成の研修をする上で精神療法というツールを使ったということなのでしょうか。

それによる悪影響の1つとしては、研修内容の<記憶が薄れた>。そのため<テーマを絞ってほしい>とした。この論点は【なぜ、その科目を学ぶのかを明らかにしてほしい】と概念化した。

3) 患者経験を重視した新たな展開をしてほしい
この論点はグループBから抽出された。グルー

プBの参加者は研修を通して、チーム医療を推進するには<患者経験には重要な意味がある>と感じ、「病院体験ツアー」などの<患者経験を重視した教育のアイデア>を示した。

この論点の背景には、患者経験を重視した教育で、チーム医療に必要な能力を患者の視点で再開発し、それを教育に反映することで患者に「還元する」必要があるのではないか、という考えの存在がうかがわれた。この論点は【患者経験を重視した新たな展開をしてほしい】と概念化した。

4) グループ学習への戸惑いに配慮してほしい

参加者は「講義だけでは寝るか、忘れる」としながらも、かといって「グループ学習は苦手」という両価的な態度を示した。これは、グループ学習が中心であった本研修について、研修の「内容は満足できた」としながらも「講義が少なかった」「グループ学習が多くて、盛りだくさんだった」との印象を参加者がもったことをよく説明できると思われた。

苦手なグループ学習に取り組むときの配慮としては、「もっと時間をかけてほしい」「学習支援環境を整えてほしい」といった希望が出されており、ここでの論点は【グループ学習への戸惑いに配慮してほしい】と概念化した。また、研修後に「他の看護師へ伝えやすくしてほしい」といった要望も抽出された。これは、データとして抽出されていないが、他の科目はほとんどが講義形式であり、そのスライド資料は「病棟に持って帰ってこういうものを受けてきたんです」と言いやすいという考えの存在が想定された。

この論点は、抽出されたデータの量が比較的多かった。グループAからもBからもデータは同程度に抽出され、多くの看護師がグループ学習に戸惑ったことがうかがわれた。

グループBでは「正直、講義内容は忘れた」との指摘があり、研修後2ヵ月ですでに講義内容は抜け落ちていくという新たな視点が提示された。このことは、研修によってどのように変化したか、という質問で、講義のみの内容はデータが全く抽出されなかったことをよく説明できると思われた。

5) 受講者の心に火をつけてほしい

この論点はグループBから抽出された。グループBの参加者は「人材育成研修には嫌々参加している」とし、「病棟の代表という自負」が研修への参加を促している」と指摘した。このデータからは、研修前あるいは研修中に研修内容について「もっと学びを深めたい」という教育的介入が必要ではないか、という分析が成り立ち、ここでの論点は【受講者の心に火をつけてほしい】と概念

化した。

6) さらに学びを深める機会を提供してほしい

この論点はグループBから抽出された。グループBの参加者は「仕事に活かせるようにもっと学びたい」と意欲を示し、「定期的な学びの機会」を希望した。このデータからは、研修中に研修内容についても「もっと学びを深めたい」という教育的介入がすでになされていたのではないかと、という分析が成り立つ。この論点に良好に反応した看護師は、ペア学習の中でそのように感じたことを指摘した。

せっかくであればもっとじっくりやりたかった。もっと時間を使って、もっといろいろやったら、もっと自分自身のことも理解が深められて、自分自身をわかってないと他人を理解できないところもあると思うから、精神療法に関してもっと時間をとってもらえると、もっと仕事に活かせる効果につながっていくのではないかと考えた。

Ⅶ. 考 察

本研究では、現場では連携が進んでいない、という現実を前に、「研修ではどのように変化したのか」「それをふまえて今後の研修をどう改善するか」という問いを立てた。また、異なる2つの看護師グループを設定して、研修による変化が時間経過でどうなるのかも調査した。

1. 連携に関する変化とその課題

グループAの看護師(2009年の研修参加者)は、グループ学習によって連携の重要性を認識し、連携行動を増加させた。Kirkpatrick¹⁴⁾が提唱した教育プログラムの4段階評価モデル^{*1}を概念的な枠組みとして分析すると、2009年の科目「精神療法」でのグループ学習は、認識の変容(Level 2)、行動変容(Level 3)といったより意義のある変化をもたらした、という解釈が成り立つ。ただ、連携行動を増大させた看護師は、現場で現実の壁に遭遇し、むしろその点で連携が進んでいないと

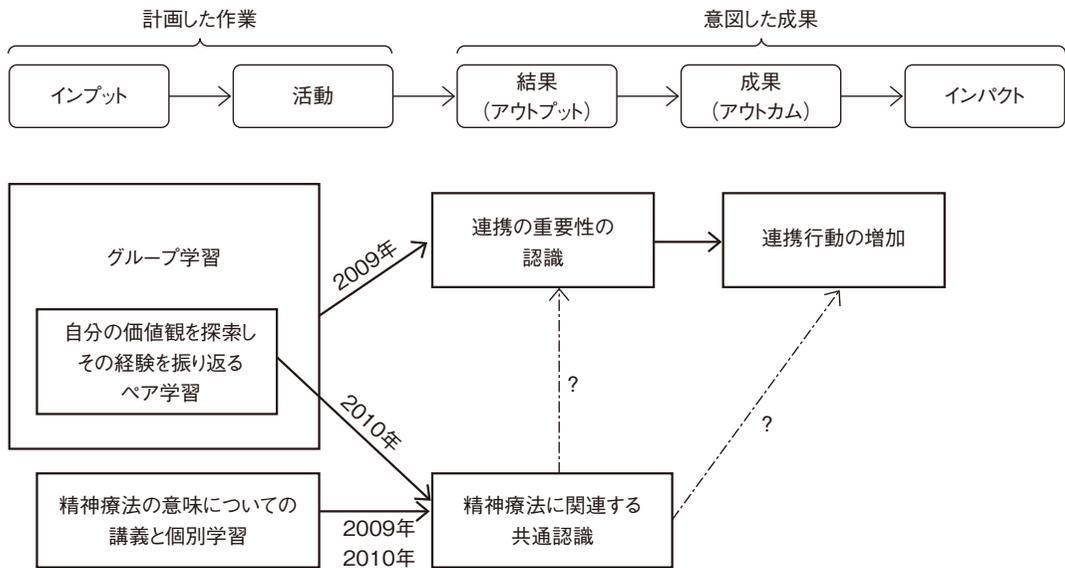


図4 基本ロジックモデル

インプットとは人的、財政的、組織的な資源のことであり、活動とはこれらの資源を利用して何を行うかを示す。アウトプットとは活動の直接の産物で、Kirkpatrickのモデルでいう学習者の反応や学習成果（Level 1か2）のことである。アウトカムとは学習者の行動変容（Level 3）、インパクトは組織変革や患者への利益（Level 4）に相当する。

結論していた。

2010年の研修参加者からは、連携に関する変化は報告されなかった。彼らが属したグループBは、アクシデントによってグループの異質性が高まってしまった。一般的に異質性が増すと、内面を深く掘り下げる質問は適さなくなる³¹⁾。2010年の研修参加者は「研修によってどのように変化したか」の論点では、全体のわずか18%のデータしか提供できておらず、賛否を問える論点が十分に抽出できなかったと考えられる。残念ながら、同じ理由でグループAとBの時間経過を加味しての比較も困難になった。一方で、網羅的に論点を集める質問では、一定の異質性があったほうがむしろ多様な視点が持ち込まれる³¹⁾。2010年の研修参加者は、「研修の改善点はなにか」の論点では全体の30%のデータを提供しており、こちらは十分な

論点の抽出が行えたと思われる。

精神療法に関する共通認識を生むというもう一つの研修目標も達成されていた。しかし、そうした共通認識は、研修への反応（Level 1）として観察されるだけであり、連携に関する認識や行動（Level 2～3）への影響はみられない、という解釈が成り立つ。これをロジックモデル²⁰⁾にあてはめて分析すると、「精神療法について専門職間の共通言語や共通認識が生まれると、連携がしやすくなる」という前提を再検討する必要が出てくる（図4）。

この前提は果たして正しかったのだろうか。IPEでは専門職間コミュニケーションの問題への戦略として、情報の発信側が専門用語をできるだけ使わないように、という方策が多く採られる^{11,28)}。これは一般的に発信側のリテラシーとかヘルスリテラシーの能力と呼ばれる。チームのメ

*¹Kirkpatrick¹⁴⁾は医療者教育評価のレベルに関して、満足度など学習者の反応（Level 1）、態度や認識の変容と知識やスキルの獲得（Level 2）、行動変容（Level 3）、組織変革と患者の利益（Level 4）の4段階を示した。一般的にレベルは上がるほうが、より社会的な観点からインパクトは大きいだが、妥当性の高い評価はより難しくなる。

ンバーや患者、家族に理解しやすい情報を提示できることは、安全で質の高い多職種連携に役立つと説明されている。これに対し、情報の受信側に専門用語や専門知識を理解させ、専門職間のコミュニケーションを改善したという報告は見当たらない。

なぜ、根拠の乏しい前提が生まれてしまったのか。前提が委員の合議の中で生まれた。院内の専門職が「必要な科目はなにか？」という視点で合議してしまった。患者や社会へのインパクトという観点からは「多職種連携に必要な行動・能力はなにか」という視点が重要であるはずなのに、そうした視点を提示する患者、家族、地域住民などのステークホルダーは委員に入っておらず、専門職が自身の享受してきた伝統的教育内容を重視して研修を企画した。その結果、根拠の乏しい前提を生み、ロジックモデル (図4) でいう研修によるアウトプットとアウトカム・インパクトの関連が弱くなってしまった、と考えられる。

本研究では、他にも科目中心型の教育の弊害と考えられる分析結果が抽出されている。研修の改善点として「なぜ、これを学ぶのか、わからない」「患者経験を重視した新たな展開をしてほしい」「科目の寄せ鍋のようになっている」「テーマを絞ってほしい」「さらに学びを深める機会を提供してほしい」が抽出された。つまり、研修の目的がわかりにくい、一貫性がない、重複や欠落がある、順次性や継続性がないといった視点が想定され、これらは一般的に科目中心型の教育による弊害とされている⁹⁾。特に2010年の研修参加者からその多くが指摘されており、2010年の研修では科目中心型の教育の弊害がより強く出ているのかもしれない。

こうした弊害に対し、今まさに医学教育の文脈ではコンピテンシー (アウトカム) 基盤型教育の必要性が叫ばれている³²⁾。この教育では、まず患者や社会のニーズを分析することで、アウトカムを最初に設定し、そこから遡ってインプットや活動を計画する。そうすることで、図4の5つのボックスの関連性をより強固にすることができる。米

国ではすでに大学を中心として多職種連携に必要なコンピテンシーを同定する研究が進んでおり¹¹⁾、IPE活動はこれらの習得を目指すものにシフトしてきている。手法としては、多職種チームで事例を検討する中で相互交流やチームワークを発展させる問題基盤型学習 (Problem-based learning : PBL) や小グループディスカッションが主流である¹⁾。今後はこうした知見を参考に、コンピテンシー基盤型教育を段階的に導入することが有用かもしれない。

2. 多職種連携教育のさらなる充実のための課題

本研究では、多職種連携教育のさらなる充実のためには、職種、年代、経験年数に関してより多様な参加者が必要との指摘もなされた。この指摘の背景には、人材育成研修の対象者もまた院内の職員に限られ、しかも7割が看護師で、さらに研究対象とした年の受講生の多くが中堅であることが関連していると思われた。近年は、専門職だけでなく非専門職、特に地域住民や政策担当者の参加も含めて理想的なIPEが議論されるようになってきており、IPEは今ではtransprofessional educationとも表される⁷⁾。今後はこうした視点からの研修の発展も期待される。

IPEでは、教育者と受講者、あるいは受講者同士のフラットな関係性が必須であり (図1)、今後、参加者が多様化すればするほど、実務上での上下関係や専門職間のヒエラルキーなど、普段の文脈から抜け出す仕掛けが重要になってくるとされる。本研修では土日を使用し、業務から離れて服装も私服で参加してもらっている。科目「精神療法」ではグループ学習を多く取り入れ、著者は知識を授けるというより対話を促進する役割に時間を割いた。グループ学習では実務上の上下関係が薄い人同士を同じグループにした。音楽を流し、可能な時にはジュースやお菓子なども用意し、極力、従来のUniprofessional education, Muti-professional education (図1)を連想させないようにした。本研修ではこうした受講者との関係性への配慮が、IPEの構造を保証したのかもしれない。

れない。

本研究ではグループAからもBからも研修の改善点としてグループ学習での戸惑いへの配慮が挙げられた。「研修自体に癒し効果があった」という論点にも意見の不一致がみられており(表1), グループ,あるいは個人によっては戸惑いの強さが大きかったことがうかがえる。こうした戸惑いの的確に対応しなければ研修は多くの受講者にとって嫌悪的な経験になってしまう危険がある。本研究では著者一人で3~5つのグループ学習を運営した。今後はそれぞれのグループにファシリテーターを配置することが望ましいが,それに伴う教育側の人的・技術的な負担は増えるかもしれない。ただ,2007年のIPEに関するレビュー¹²⁾でも,IPEを成功させるメカニズムの1つとして,グループファシリテーションを改善するスタッフ教育が挙げられており,ファシリテーターの養成は今後の研修の発展において重要な案件である。なにより,教育側が教えることをサポートするプログラムを発展させ同時にそれを記述していくことは,研修の再現性という観点からも,もっと強調されてもよい。

受講生の心に火をつける必要性も指摘された。受講生は,研修前,「人材育成研修には嫌々参加する」と感じており,むしろ「病棟代表という自負」が研修への参加を促していると指摘した。いったん研修に参加してしまえば,ペア学習は受講生の心に火をつけ,受講生は研修内容についてもっと学びを深めたと報告した。鈴木²⁷⁾は教育のパターンには,講義,個別学習,グループ学習の3つがあり,3つの形から最適なパターンを選択し,組み合わせることで,受講生の心に火をつけることができると指摘した。本研究では,ペア学習が機能する準備がその前の講義や個別学習で養われたのかもしれない。

今後,研修が受講者にさらなる行動変容をもたらしていくには,こうした情意領域の目標を研修成果としてしっかり扱う必要がある²⁷⁾。例えば研修の企画段階で,「受講者は研修によって,研修内容についてもっと学びを深めたいなり,継続して

多職種連携教育に参加するべきだと思うようになる」という目標を立て,この到達を図るべきである。また,教育者の究極の目標は,受講者を自らの専属教育者として育て上げることであり²⁷⁾,いつまでも研修を受けに来なければ学べないような依存的な受講者をつくっては意味がない。「受講者は,継続して自己主導的に学習できるだけの,自学自習のためのノウハウを身につける」という技能目標も常に視野に入れる必要がある。

3. システムへのアプローチについて

本研究では主に現場での医師とのコンフリクトが多職種連携の壁として報告された。今後,教育活動と双壁をなすものとして,こうした問題へのアプローチも同時に進めなければ,連携は進まないばかりか,連携行動を増加させた受講者がますます強くコンフリクトを感じるかもしれない。

こうした医師-看護師間のコンフリクトはこれまでもしばしば報告されており,その背景には医師を頂点としたヒエラルキーへの不満があり,コンフリクト自体は自然発生的なもので悪いものではないとされている。問題は建設的に働くか,破壊的に働くかである。本研究では看護師と医師とのコミュニケーション不足が患者ケアにも悪影響を及ぼしているという指摘までなされた。私たち医師は,これを医師への批判と感情的に片付けるのではなく,連携を促進するようなシステム上の変化を意図し,コンフリクトをうまく管理していく必要がある^{4,18,29,33)}。特に背景にある要因を解明していくことで,多職種連携を進める手がかりを得ることができるとされる²⁶⁾。

本研究の参加者は医師の診察や医師の参加するカンファレンスの頻度など,チーム医療の構造的な部分に問題があると認識していた。この論点に良好に反応した看護師は慢性期閉鎖病棟に勤務している看護師だった。仁木¹⁹⁾は,慢性期閉鎖病棟では現況のシステムで反応しない治療抵抗性患者が多く存在し,そこで働く看護師は他の病棟と比べて医師の関与を求める機会が相対的に多くなっていることを記述した。医師の関与を求める機会

が多いが、その関与を担保する構造が欠けているとすれば、慢性期閉鎖病棟の看護師は医師とのコンフリクトを強く感じているという本研究の結果を説明できるかもしれない。

本研究の参加者は、また部署間のコンフリクトについても報告した。この論点に良好に反応した看護師は、急性期病棟に勤務している看護師だった。この看護師は、患者の転棟に際して他の病棟の看護師が期待する反応をしてくれないというコンフリクトを指摘し、それがグループ学習によって変化し気持ちが癒されたとした。一般的にこうした部署間のコンフリクトは、医師や薬剤師などの第三者がいる状況で、互いの目標が例えば患者の症状改善という高次レベルでは一致していることを確認し、創造的な解決策を見出すことで変化していくとされる²⁶⁾。年に1度、せいぜい1時間ほどの本研修が、受講者にこうした変化をもたらしているのは驚きでもある。この結果からも、カンファレンスやチームラウンドなどの部署や職種をまたぐコミュニケーションの不足が強く示唆される。

こうしたコンフリクトに遭遇し、戸惑う受講者に対しては、私たちがができることは何だろうか。おそらく研修後すぐに、受講者は現場で現実の壁を感じるはずであり、そこで受講者をエンパワメントし、行動変容を促すサポートが欲しい。近年は、協働促進における現場のシニアクラスの人材の役割^{24,30)}や、継続的なオンラインでのIPE¹⁷⁾に注目が集まっている。著者も、対面での相談のほか、メール、Facebook、Skypeなどを利用し、様々な人からサポートを受ける中で、現場でIPE活動を進めている。研修受講者にも、希望者にはこうしたサポーター(あるいはサポートグループ)を提供できるとよいかもしれない。

IPEはこのように、組織のレベルに合わせて段階的に、くり返し実施されないと効果が出てこないことはもっと強調されてもよい。多くの病院がそうであるように、当院も理想的な多職種連携が実践されているとは言い難い状況であり、これはIPEを進める上での大きな障壁になる。つまり、

委員をはじめ職員の普段の言動や行動、標準的な状態や全体の文化というものが、受講者の多職種連携に対する価値観や態度に強い影響を及ぼす。本研究の参加者は医師を「連携の壁」と認識しており、それはつまり参加者が学習したいと感じるか感じないかにかかわらず、現場でそのような教育的処方を受けてしまっていることを指す。さらには、「医師は連携のための研修にも参加しにこない」という追加的処方も受けていることすらうかがえる。これは一般的に「隠れたカリキュラム」と呼ばれており、IPEではこの教育効果は無視できないほどに強い¹⁰⁾。

これからの精神科医には、「連携の壁」のような周囲の認識を打ち破り、連携について組織内で新たな文化を根付かせることが期待されているのかもしれない。本調査時、著者は精神科医となって4年目で、当院では最も若い医師であった。研修参加者からの「医師と意見交換できたらもっと病院良くなるのではないかと思う」といったメッセージは、当時の著者には身に余る要望と感じられると同時に、温かい励ましの言葉にも思えた。周囲からの期待があり、もとより協働の推進が患者や社会の利益に結び付くなら、それもこれからの精神科医の重要なコンピテンシーであろう。医療チームのパフォーマンス向上を目指したプログラムteamSTEPPS²⁸⁾では、組織内で新たな文化を根付かせるための8段階のステップ¹⁵⁾、*2が紹介されており、一定の参考になる。望ましくは、卒後に指導医のサポート下でこうした組織変革のステップを実践に移す機会が若い精神科医にも与えられることであり、卒前で組織論やリーダーシップ論に触れる機会が医師に与えられることがいっそう望ましい。コンフリクトマネジメントのガイドラインも作成され、配布されることが望ましいし、そうすることで不平不満に即座にそして効果的に対処することができる。

4. 本研究の限界について

本研究の限界はいくつかある。まず、参加者からの意見はポジティブなものに偏りがちであった

かもしれない。特に、研究対象を看護師のみとしたことでのバイアスは大きい。著者は、看護師4名と薬剤師1名のグループにおいて、ある看護師が小グループディスカッションの中で、まるでその話題の専門家であるかのように振る舞い、専門用語を多用しながら、熱弁をふるうのを目にした。結果、ディスカッションの中で、そのグループの薬剤師は一言も話せていなかった。看護師や医師のように高いステータスをもつメンバー^{3,8,22,25)}、しゃべりすぎるメンバー^{6,22)}は、ディスカッションに強い影響を与えることが報告されている。影響を与えた側の看護師は、往々にしてそのことに気付かないものであるし、実際、熱弁をふるった看護師は本研究にも参加しているが、そのことを報告していない。残念ながら、本研究では影響を被った側の薬剤師からのデータはない。

サンプルサイズは小さく、この結果をすべての多職種連携教育に一般化することはできない。本研究の対象は精神科病院に勤務する中堅看護師である。他の看護師、看護師以外の職種を対象にした場合には、結果は違ったものになるかもしれない。ただ、本研究は一般化を究極的な目標にはしておらず、本研究での発見を足がかりに、後の調査で一般化された発見を確立することを目標としている。本研究の結果を他の看護師や看護師以外の職種に一般化できるかを次に調査し、それをふまえながら研修やシステムへのアプローチを改善して、現場での連携が進むかを確認する予定である。現在、本研究の結果が他の看護師に一般化できるかどうかについては、研究が進行中である。

また、本研究では教育側に立つ医師の課題についても、受講者である看護師の認識を通して探究した。より一般化可能性のある知見を得るには、現場の参与観察、個人へのインタビュー、特に医師側へのインタビューなどを組み合わせる必要が

あるかもしれない。

分析はインタビューアールと著者の2名で協力して行った。インタビューアールが得た「暫定的な分析結果」と、著者が生成したカテゴリーは良好な対応関係にあった。しかし、質的研究の特色として、データ分析のプロセスに主体的な解釈を積極的に用いており、バイアスはあったかもしれない。コード化、カテゴリー化、概念化が個々にどの程度の信頼性をもっているのかは、検討できていない。

おわりに

本研究では、異なった専門職が集い、相互に学び合うことを意図したIPEの研修構造が受講生の連携行動を増大させたことを示した。卒後教育における多職種連携教育について記述することで、この分野の研究が進めば、1つのモデルを提示できるかもしれない。

本研究ではまた、連携行動を増大させた受講者は、医師とのコンフリクトという現実の壁に遭遇し、その点で連携は進んでいないと結論していた。今後は、連携を促進するようなシステム上の変化も意図する必要があると思われた。コンフリクトを強めている要因の1つとしては、カンファレンスやチームラウンドなど、現場での職種、部署をまたぐコミュニケーションの不足が示唆された。今後は、このようなチーム医療の構造的な部分の検討を進めることで、連携に影響を及ぼす要因についてさらに理解を深めることができるかもしれない。本研究の結果を一般化する1つの方法としては、新人看護師、看護師以外の職種を対象とした質問紙調査やフォーカス・グループを行うことであろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

*28 段階のステップは、①危機意識を高める、②推進チームを作る、③変化ビジョンと戦略を立てる、④ビジョンを周知する、⑤行動しやすい環境を整える、⑥短期的な成果を生む、⑦継続してさらなる変化を進める、⑧新たな文化として根づかせる。リーダーシップおよび組織変革の領域で第一人者として世界的に広く知られるジョン・P・コッター教授¹⁵⁾が提唱したモデルである。

文 献

- 1) Abu-Rish, E., Kim, S., Choe, L., et al. : Current trends in interprofessional education of health sciences students : A literature review. *J Interprof Care, Early Online* ; 1-8, 2012
- 2) 伴信太郎, マイケル・フェターズ : 日本の保健医療専門家教育—今こそ変わるべき時. *ランセット オンライン*出版 ; 21-22, 2011 (download.thelancet.com/flatcontentassets/series/japan/comment6.pdf)
- 3) Baxter, S. K., Brumfitt, S. M. : Professional differences in interprofessional working. *J Interprof Care*, 22 ; 239-251, 2008
- 4) Campbell, J. C., Coben, J. H., McLoughlin, E., et al. : An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med*, 8 ; 131-138, 2001
- 5) Center for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) : <http://www.caipe.org.uk>.
- 6) Clark, P. G. : Learning from education : What the teamwork literature in special education can teach gerontologists about team training and development. *Educational Gerontology*, 22 ; 387-411, 1996
- 7) Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., et al. : Health professionals for a new century : transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376 ; 1923-1958, 2010
- 8) Hall, P. : Interprofessional teamwork : professional cultures as barriers. *J Interprof Care*, 19 ; 188-196, 2005
- 9) Harden, R. M., Crosby, J. R., Davis, M. H., et al. : AMEE Guide No. 14, Outcome-based education : Part 5—From competency to meta-competency : a model for the specification of learning outcomes. *Med Teach*, 21 ; 546-52, 1999
- 10) Institute of Medicine Committee on the Health Professions Education Summit. *Health Professions Education : A Bridge to Quality* (ed. by Greiner, A. C., Knebel, E.). National Academy Press, Washington, D. C., 2003
- 11) Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC) : Core competencies for interprofessional collaborative practice : Report of an expert panel. Interprofessional Education Collaborative, Washington, D. C., 2011
- 12) Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., et al. : A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide No. 9. *Med Teach*, 29 ; 735-751, 2007
- 13) 木原雅子, 木原正博 : 現代の医学的研究方法 : 質的・量的方法, ミクストメソッド, EBP. *メディカル・サイエンス・インターナショナル*, 東京, p.46-59, 2012
- 14) Kirkpatrick, D. L. : Evaluation of training. *Training and Development Handbook : A Guide to Human Resource Development* (ed. by Craig, R. L.). McGraw Hill, New York, 1976
- 15) Kotter, J.P., Rathgeber, H. : Our Iceberg is Melting : Changing and Succeeding under Any Conditions. Harvard Business School Press, Boston, 2005 (藤原和博訳 : カモメになったペンギン. *ダイヤモンド社*, 東京, 2008)
- 16) 厚生労働省 : 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 : 今後の方向性に関する意見の整理, 2012 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea7d.pdf>)
- 17) Luke, R., Solomon, P., Baptiste, S., et al. : Online interprofessional health sciences education : From theory to practice. *J Contin Educ Health Prof*, 29 (3) ; 161-167, 2009
- 18) Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., et al. : Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training : evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*, 37 ; 1553-1581, 2002
- 19) 仁木崇之 : 「置き去りにされる慢性期病棟」について一石を投げたい. *精神看護*, 15 ; 50-54, 2012
- 20) 大西弘高 : 医療者教育におけるプログラム評価. *日本の医学教育の挑戦* (岐阜大学医学教育開発研究センター 鈴木康之, 藤崎和彦ほか監). 篠原出版新社, 東京, p.23-28, 2012
- 21) 大谷 尚 : 質的研究とは何か : 教育テクノロジー研究のいつそうの拡張をめざして. *教育システム情報学会誌*, 25 ; 340-354, 2008
- 22) Pagliari, C., Grimshaw, J. : Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development : an observational study. *J Eval Clin Pract*, 8 ; 145-153, 2002
- 23) Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., et al. : Interprofessional education : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008

- 24) Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., et al. : An intervention to improve interprofessional collaboration and communications : a comparative qualitative study. *J Interprof Care*, 24 (4) ; 350-361, 2010
- 25) Schofield, R., Amodeo, M. : Interdisciplinary teams in health care and human services settings : Are they effective? *Health Soc Work*, 24 ; 210-219, 1999
- 26) 篠田道子：多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル. 医学書院, 東京, p.59-62, 2011
- 27) 鈴木克明：インストラクタによる研修についてのIDの動向. 「IT インストラクタスキル標準作成・審査検討委員会」報告書. (財)日本情報処理開発協会中央情報教育研究所, 2002 (<http://www.gsis.kumamoto-u.ac.jp/ksuzuki/resume/books/2002b2.html>)
- 28) 種田憲一郎：診療の安全と質を向上させるツール. *日本内科学会雑誌*, 100 ; 226-235, 2011
- 29) Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C., et al. : Identification and management of domestic violence : a randomized trial. *Am J Prev Med*, 19 ; 253-263, 2000
- 30) 宇城 令, 中山和弘：病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因. *日看管会誌*, 9(2) ; 22-30, 2006
- 31) Vaughn, S., Schumm, J. S., Sinagub, J. : *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. Sage, Thousand Oaks, 1996 (井下 理, 田部井潤, 柴原宣幸訳：グループ・インタビューの技法. 慶應義塾大学出版会, 東京, 1999)
- 32) 吉村仁志：アウトカム / コンピテンシー基盤型教育. 日本の医学教育の挑戦 (岐阜大学医学教育開発研究センター 鈴木康之, 藤崎和彦ほか監). 篠原出版新社, 東京, p.33-36, 2012
- 33) Young, A. S., Chinman, M., Forquer, S. L., et al. : Use of a consumer-led intervention to improve provider competencies. *Psychiatric Serv*, 56 ; 967-975, 2005
-

An Intervention to Promote Team-based Care : Two Focus Groups
—What Promotes Team-based Care?—

Itsuki SANO

Mie Prefectural Mental Medical Center, Human Resource Development Committee

There has recently been interest in new models of care delivery that promote a team-based approach in psychiatric care. The aim of the study was to clarify the way in which to promote a team-based approach in psychiatric hospitals. Two focus groups were held to collect data from psychiatric hospital nurses who underwent the intervention to improve collaborative behavior. The results indicated the effectiveness of the program to encourage different professionals to meet and interact in learning to improve collaborative practice. We commented on the importance of conflict management and system change. The results are discussed in relation to previous research and practical implications.

< Author's abstract >

< **Keywords** : interprofessional care, interprofessional collaboration, team-based care, teamwork, focus group >
