

10. 多職種連携 (IPW) について

在宅ケアにおいては、多職種が病態、機能、心理、社会的問題を俯瞰的にみて、患者や家族の最善（幸せ）という共通の目標で協働することが重要である。つまり、IPWの成否が在宅ケアの質を決定するといっても過言ではなく、我々はよりよいチームをつくることに力を注がなくてはならない。

わが国の IPW の現状

2000年に施行された介護保険制度においては、ケースマネジメントの手法とともに、inter-professional work（多職種連携；IPW）の理念が取り入れられた。実際、介護保険制度が始まって以来、在宅ケアの現場において、多職種協働という言葉は定着し、その必要性については広く認識されるに至っている。しかし、わが国におけるIPWの歴史は浅く、その方法が十分確立し、普及しているとはいえない。

在宅医療における IPW の必然性

WHOは、ヘルsteamを「健康に関するコミュニティのニーズによって決定された共通の目的を持ち、ゴール達成に向かってメンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ他者の持つ機能と調整しながら寄与していくグループである」（1984年）と定義している。

在宅高齢者では、疾患が機能的な問題（障害）を引き起こし、疾患と障害が心の問題と密接に関係し、心身の問題が虐待などの社会的な問題を引き起こすというふうに、身体—心理—社会的な問題が渾然一体となって横たわっていることが多い。複雑なニーズを持った高齢者ケアにおいて最大のアウトカムを得るためには、チームが共通の目標を持ち、各専門家によって多面的なアセスメントがなされ、有機的に連携を図ることが重要である。

老年医学の分野でIPWが推奨される理由は、

IPWによって、高齢者と家族の医療的・心理的・社会的ニーズに対応した最適な支援を提供できるようになり、その結果、高齢者の健康とQOLの向上、介護者の介護負担の軽減に寄与できること、さらには、チームメンバーの知識と技能の分かち合いを促進し、高齢者ケアに関わるチームメンバーの仕事をより豊かで、興味深いものにするからである¹⁾。つまり、在宅ケアにおいては、IPWの成否がケアの質を決定するといっても過言ではない。

さらに、在宅ケアをめぐる今日の背景のなかで、IPWの必要性が高まっている。その理由の一つは、医療が治療モデル—辺倒から生活モデルへシフトしてきたことであろう。治癒しない慢性疾患が増加し、障害とともに生きる人々が増え、高齢者ケアや緩和ケアのニーズが増大するなかで、国民の医療への期待も救命第一から、QOLを保ちながら生きるための支援へと変化してきている。2つ目には、独居の増加に代表される家族機能の低下や精神疾患を持つ家族の増加など多重問題ケースが増加していること、3つ目に社会が複雑化し、社会の軋轢が増している一方、ソーシャルネットワークが脆弱化していることが挙げられる。また、対人援助のための制度や組織、技術が複雑化したこともIPWの必要性を高めている。

21世紀前半のわが国では、ケアを必要とする人口が急増する需要爆発が起こるが、それと同時に医療と介護の働き手が不足するという深刻な労働力危機が訪れる。わが国の在宅ケアの現場では医療とケアの分断を看過している余

裕は全くない。WHO が報告しているように、inter-professional education（多職種連携教育；IPE）の推進と、この労働力危機とは無関係ではない²⁾。

在宅医療のなかでの医師の役割

在宅チームのなかでの医師の基本的役割は、病態を把握し、治療方針をたて実行すること、予後（生命予後、機能的予後）、身体の状態（病態と機能）、生活を予測し、患者、家族およびチームに説明することである。特に、急性期の迅速なアセスメントと対応は、患者、家族、チームに安心感をもたらす、ケアの再構築のための基礎となる。

個別の事例で医師はチームリーダーである必要はないが、地域において質のよいチームを創るといふ点では、医師はリーダーとしての役割を果たすべきである。地域包括ケアシステムの構築のためには、医師（医師会）が、多職種の役割を理解し、多職種連携を推進することが重要である。

IPW の障壁

IPW が困難な理由の一つに職種による目標の違いが挙げられよう。治療モデルだけで考える医療職と、生活モデルで考える介護職では議論がかみ合わない場面が出てくることは容易に想像できる。在宅ケアにおいては、医療が生活モデルに立つことを前提に、多職種が病態・機能・心理・生活的問題を俯瞰的にみて、患者や家族の最善（幸せ）という共通の目標で協働することが重要である。

また、職種間の教育的背景や文化の違い、言語の違いも障害になり得る。英国では2003年に医学部を含む health care と social care 専門職の養成課程で IPE が必修化された。日本では医師を始めとした多くの専門職の基礎教育課程

において IPE が普及しておらず、他職種と交わる経験が乏しく、各専門職は、他職種の専門性や教育的・文化的背景、言語の違いなどについて十分理解しないままケアの現場に出て、ぶっつけ本番で他流試合を行わなくてはならない。

IPE の推進と在宅医療の面展開

在宅ケアを成功させるためには、よりよいチームをつくることに時間と労力を費やさなければならぬ。

WHO は、2010年の Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice²⁾ のなかで、地域単位（local context）での多職種協働のための研修（IPE）を推進し、多職種協働を実践（collaborative practice）することによって、地域のケアシステムが構築（strengthened health system）されていくということを示している。

つまり、地域単位での多職種連携研修が、地域におけるチームビルディングの機会となり、地域全体のケアシステムの構築をもたらす。わが国において包括的なケアシステムを構築するためには、医師（医師会）と行政（市区町村）を巻き込んだ地域単位の IPE を推進すること、具体的には質のよい在宅医療多職種連携研修を継続的に実施することが、地域における在宅ケアのシステム化をもたらす、ヘルスケアシステムを構築していく上で最も有効な方法であろう。

（平原 佐斗司）

《引用文献》

- 1) Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group: Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs: American Geriatrics Society Position Statement. Journal of the American Geriatrics Society 54(5): 849-852, 2006.
- 2) WHO: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/