

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

多職種連携に求められる総合診療医の役割とは何か？

春田淳志^{1,2} 後藤亮平¹

要旨

多職種連携における総合診療医の役割について、論文レビューに基づき、3つのテーマについて論じた。

1. 多職種連携コンピテンシーとそれに基づいた総合診療医の連携教育・協働の役割

日本の多職種連携コンピテンシーは、患者・利用者・家族・コミュニティ中心、職種間コミュニケーションの2つのコア・ドメインと、職種役割を全うする、関係性に働きかける、自職種を省みる、他職種を理解するの4つのドメインからなる。これらは、総合診療医の強みと合致している。

2. 各専門職との関係性からみえる役割

総合診療医は、他の職種から連絡・相談を受けやすい存在であるため、多職種とコミュニケーションをとりやすい関係を構築することが求められる。

3. 地域包括ケアに求められる役割

総合診療医は、個や組織の越境によるイノベーションを生み出し、連携・統合の価値観を醸成し、ミクロからマクロの連携を紡ぐ役割を発揮するのに適した専門医である。

一部、下記の報告書、日本保健医療福祉連携教育学会に寄稿した原稿の内容を一部修正し、この報告書として活用した。

医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー
Interprofessional Competency in Japan http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryop/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf

春田淳志, 1. 多職種連携コンピテンシー 特集
専門職連携コンピテンシー, 保健医療福祉連携, 連携教育と連携実践, 9 (2), p106-115, 2016

1. 序論

複雑化した社会問題や高齢者の増加に伴い、患者の多くが multimorbidity (多疾病罹患) となり、従来のように、専門医が臓器中心の疾患のみを診ればよいという時代ではなくなりつつある。さらに、地域では、身体的・医学的問題としての multimorbidity だけでなく、心理社会的な問題を扱うことが求められる。医学的知識だけでなく、心理・社会の状況がど

のように身体の問題に関わっているかを保健医療福祉専門職や非専門職で協働して探索する必要がある。このような保健医療福祉の連携の充実、患者・利用者のケアの質の向上には多職種連携教育 (Interprofessional education: IPE) が必要とされ、特に連携・統合の価値観を有した総合診療医は、現場の連携やその教育を牽引する役割として最適な専門職である。

そこで本報告書では、多職種連携で求められる能力 (コンピテンシー) の概念整理から始め、そこから総合診療医に求められる能力について他の職種からのニーズ、地域包括ケアの視点から述べていく。

2. 多職種連携コンピテンシー

2-1. コンピテンシー基盤型教育

本邦では、昨今の高齢社会により複数の職種連携が必須となり、これらのケアの質の向上には多職種連携教育 (Interprofessional education: IPE) が必要とされる^{1,2)}。医療の進歩とそれに伴う専門分化の広がり、患者安全、医療の質保証、医療者の不足や偏在なども、IPE の必要性を後押ししている³⁾。

1. 筑波大学医学医療系 地域医療教育分野

2. 筑波大学附属病院 総合診療科

2010年WHOが出版したFramework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practiceでも専門職連携の継ぎ目のない教育と実践の必要性がいわれ、同年に出版されたLancet Commission for Health Professionals for 21st centuryでもニーズに合わせたTeam- Based Careを大学・養成校を卒業した者は提供できなければならないとの考えを表明した^{2,3)}。そこで、Interprofessional Education Collaborative (IPEC)やLancet commissionは卒業生が実践の場で何ができるようになるべきかを定義するCompetencyについて紹介し、昨今のCompetency-based educationの流れも相まって、各国でInterprofessional competency frameworkが開発された^{4,5)}。

コンピテンシー (Competency)とは、専門職業人がある状況で専門職業人として業務を行う能力であり、知識、技術の統合に加えて倫理感や態度も求められる。もって生まれた能力ではなく、学習により修得し、第三者が測定可能な能力である。コンピテンシーは専門職活動に密接に関連し、さらに個々のコンピテンシー同士が関連しあっている⁶⁾。似た言葉にコンピテンス (Competence)があるが、これは特定の文脈で、複数の領域あるいは行動(performance)の側面を統合した能力であり、文脈やトレーニングの段階との関連の記述である⁷⁾。また、現場やシステムの変化に適応できる能力としてケーパビリティ (Capability)もコンピテンシーと同様に海外では使用されているが、本邦ではなじみが薄く、評価等に組み込むことが難しい一面がある⁸⁾。

コンピテンシー基盤型教育(Competency-based Education: CBE)とは、専門職の成長段階に応じたコンピテンシーの獲得を教育の中に組み込んでいく方法論である⁴⁾。専門職は「新人」「初心者」「できる職業人」「熟達者」「エキスパート」の段階を経て成長する。「新人」とは断片的な個々の要素だけを知識として持つ段階である。「初心者」は要素を統合し、知識として持つものの、独り立ちしておらず、スーパーバイズを必要とする段階である。「できる職業人」は実際の現場で応用できる実践的能力を持ち、信頼できる行動をとることができる。そして、「熟達者」「エキスパート」となっていく⁹⁾。コンピテンシーを獲得することで、学生は研修生となり、独り立ちした専門家へと熟達していく。コンピテンシーは、知識、態度、技能全てを含む包括的かつ永続的な能力である。また、コンピテンシーが発揮さ

れるためには、知識と技術という異なる側面がある状況下で統合される必要がある。特に、連携に必要なコンピテンシーは、他者との関係とのなかで発揮されるため、態度やモラル、感情、および意思も要求される¹⁰⁾。

多職種連携教育でも、教育の基盤となる多職種連携コンピテンシーを開発することで、コンピテンシー基盤型教育が活用されることが期待される。そこで検討しなければいけない課題として、本邦の保健医療福祉領域の各専門職は同一職種内でも教育課程が大学教育～専門学校、実務経験から認定試験に至るまで多様であり、各専門職は各自の専門性の確立と社会化に力点を置き教育を受け、連携に関する教育内容・方法は軽視されてきたという点である。教育機会となる大学ではまだまだセクショナリズムが浸透し、他の学部と協働の学習機会を作ることが難しく、現場では職種間の権威勾配のため、指示する・指示される関係となり、建設的な話し合いや医師以外のリーダーシップ発揮が回避されている。またチームと連携という概念が顕在化していない日本文化の特徴(高コンテクスト文化、阿吽の呼吸など)もあり、教育現場・実践現場では専門職連携という価値観が医療・福祉の変革を阻んでいる可能性がある。加えて、それぞれの専門職でチーム医療や協働することがCompetencyとして含まれているが、それが共通していないという問題もある。

そこで協動的に職務を遂行できる医療人としての能力を育成することを目的に、卒前教育と臨床実践の継ぎ目のない教育プログラムの開発の基盤として多職種連携に関してもCompetencyの開発が必要となる。本邦でも2016年4月に、日本の専門職種がもつべき専門職連携に関わるCompetency(DomainとStatement)を明らかにした。

次項以降で、各国における専門職連携コンピテンシーのモデルについての概略をまとめ(表1)、その特徴と差異を上げながら、日本におけるコンピテンシー開発、多職種連携コンピテンシーを基盤にした教育における総合診療医の役割を述べる。

2-2. 多職種連携コンピテンシーのレビュー

2-2-1. 英国

このプロジェクトは英国の高等教育アカデミー(HEA: The Higher Education Academy)により公的財政負担を受け、シェフィールド大学とシェフィールドハルマン大学の合同(The Combined Universities Interprofessional Learning Unit: CUILU)でInterprofessional capability frameworkが作成され、

2010年に出版された。Interprofessional capabilityは他の専門職と協働実践ができる能力をさす。Capabilityのコンセプトはこのプロジェクトで開発された。Interprofessional capability frameworkは4つの領域：Collaborative working (CW)：協働の実践、Reflection (R)：省察、The Cultural awareness and ethical practice (CAEP)：異文化への気づきと倫理実践、The organizational competence (OC)：組織能力からなり、評価する方法についても記載されている。学習の最終成果としてのCompetencyというより、常に発展させていくといういみでCapabilityという言葉を使用している。

2-2-2. カナダ

このプロジェクトはカナダ保健省 (Health Canada)により公的財政負担を受け、CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative)のワーキンググループが文献や既存のフレームワークのレビューとその評価、利害関係者の相談を通じたフレームワークの改訂を行い、2010年に出版された。

以下の6つのコンピテンシー領域と能力レベルは、実践の場やコンテキストに関連した学生や実践者に適用することができる。このフレームワークは専門職連携協働者が複雑性やコンテキスト、質改善の必要性に応じて変化することを認め、CIHCはど

表1. 各国の多職種連携コンピテンシーのフレームワークの概略

フレームワーク	国 (出版された年)	背景	言葉	領域	評価
Interprofessional Capability Framework (Combined Universities Interprofessional Learning Unit)	英国 (2004)	将来の保健医療福祉専門科にむけて一貫し、統合され、患者中心のアプローチを現代の教育に提供すること、チームワークやパートナーシップ、職種間や関係組織との協働や患者との協働を促進するため	Capability	<ul style="list-style-type: none"> 実践の中の知識 倫理実践 専門職連携実践 省察 (学習) 	あり
National Interprofessional Competency Framework (Canadian Interprofessional Health Collaborative Working Group)	カナダ (2010)	国のコンピテンシーフレームワークに対する専門職連携協働の開発のため	Competencies	<ul style="list-style-type: none"> 専門職観コミュニケーション 患者/利用者中心のケア 役割理解 チーム機能 協働的リーダーシップ 専門職間のコンフリクト解決 	未だ妥当性が示されていない
Interprofessional Capability Framework (Curtin University)	オーストラリア (2011)	協働的であり、効果的・効率的に専門職チームで実践することができ、利用者や家族やコミュニティへ安全で質の高いサービスやケアを提供できる医療福祉専門職になるようなCapabilityを促進するため	Capability	<ul style="list-style-type: none"> コミュニケーション チーム機能 役割認識 専門職連携におけるコンフリクト解決 振り返り (個人とチーム) 	未だ妥当性が示されていない
Core Competencies for interprofessional Collaborative Practice (interprofessional Education Collaborative Expert Panel)	米国 (2011)	医療保健福祉の教育を変え、より患者中心やコミュニティに根差した安全なヘルスケアシステム構築のためのニーズを明言するため	Competencies	<ul style="list-style-type: none"> 専門職連携実践のための価値観/倫理 協働診療のための役割と責任 専門職間のコミュニケーションの実践 専門職連携チームワークおよびチームベースの診療 	未だ妥当性が示されていない

のように複数のコンテキストにフレームワークを適用できるかについてのいくつかの例を記載している。これを利用する者は教育者、学習者、管理者、実践者雇用者、認定者を意図している。しかしながら、どのようにコンピテンシーが評価されるべきか、学習者や実践者がコンピテンシーに達したかどうかを確かめる証拠をどのように集めるかについての示唆は記述されていない。

6つのコンピテンシー領域

- ① Interprofessional communication：専門職間のコミュニケーション
- ② Patient/client/family/community-centred care：患者/利用者/家族/コミュニティー中心のケア
- ③ Role clarification：役割の明確化
- ④ Team functioning：チーム機能
- ⑤ Collaborative leadership：協働的リーダーシップ
- ⑥ Interprofessional conflict resolution：専門職間のコンフリクト解決

2-2-3. オーストラリア

カーチン大学によって、2011年IPEを健康科学のカリキュラムのコア要素として入れるべくWHOの協力の下The interprofessional Capability Frameworkが開発された。このフレームワークは英国のSheffield Hallam大学とCIHCのフレームワークを援用している。専門職スタッフ、学生、産業の代表者、IPEの国際的な専門家、サービス利用者の代表者等とも相談をしながら開発した。また妥当性の検討中であるようだが、Interprofessional capability assessment toolも併行して開発された。

以下の3つのコア要素と連携協働実践に関わる5つの領域から構成され、3つのコア要素は5つの連携協働実践のCapability領域の土台となる。5つの連携協働実践は3つのコア要素を達成するために互いに相互作用を起こす。

1) 専門職連携の3つのコア要素

- ① 利用者/家族・コミュニティー中心のサービス/ケア
- ② 利用者の安全と質
- ③ 連携協働実践

2) 連携協働実践の5つの領域

- ① コミュニケーション
- ② チーム機能
- ③ 役割認識
- ④ 専門職連携におけるコンフリクト解決
- ⑤ 振り返り（個人とチーム）

2-2-4. アメリカ

アメリカ看護大学協会、アメリカ整骨医学大学協会、アメリカ薬科大学協会、アメリカ歯科教育学会、アメリカ医科大学協会、公衆衛生大学連盟の6つの組織によって作成された。16の大学からの専門職連携教育についての情報共有を受け、13人の委員会参加者によってCore Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel) が2011年に刊行された。翌2012年には日本保健医療福祉連携教育学会により日本語訳（専門職連携実践のためのコア・コンピテンシー）が作成・発行された。このプロジェクトで開発されたコンピテンシーでは、プライマリ・ケアといったヘルスケアを直接的に行う専門家と地域社会の状況を俯瞰できる公衆衛生専門家が役割と責任を分かち合い緊密に結びつけるものとしており、「患者および家族中心」と「地域社会及び地域住民重視」であることが行動の原則となっている。また、米国医学研究所（IOM: Institution of Medicine）のコア能力のひとつである「患者中心のケアを提供する」ことは専門職連携実践のための能力開発にとって中心的であることも述べられている。

以上を踏まえ国内に限らず全世界の文献、アメリカ保健専門職組織、アメリカ各地の教育施設間などの合意を踏まえ、以下の4つの専門職連携能力領域が挙げられた。

1) 専門職連携実践の能力領域

- ① 専門職連携実践のための価値観/倫理
- ② 協働診療のための役割と責任
- ③ 専門職間のコミュニケーションの実践
- ④ 専門職連携チームワークおよびチームベースの診療

これらの4つの能力領域の中で、特定の個々の能力は、資格取得前教育、あるいは認定前教育が終わるまでに達成される行動学習の目標であり、学習活動に関連があると同時に、その学習活動の目標を達成するための有効性の評価にも関連している。

2-3. 日本の多職種連携コンピテンシー

日本では代表的な保健医療福祉の連携に関するコンピテンシーとして「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 医療・保健・福祉の現場を支える『多職種連携力』を持つ人材育成プログラム開発事業」（主幹：三重大学）の一環で開発された多職種連携コンピテンシーがある（図1、表2）。ここでは、総合診療医にも関

わる，学生から実践家に至るまでの保健医療福祉専門職を対象にした多職種連携コンピテンシーの概略を提示する。

JAIFE（日本保健医療福祉連携教育学会）を始め，日本医学教育学会，日本歯科医学教育学会，千葉看護学会，日本薬学会，日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本栄養学教育学会，日本社会福祉学会，チーム医療推進協議会など多数の医療保健福祉の団体・協会の協力のもと2016年4月，日本の多職種連携コンピテンシーが完成した。このコンピテンシーは他国の多職種連携コンピテンシーと同様，専門職の連携協働を円滑に進めるための能力のなかでも，特に「協働的能力」として各専門職単独で学べる能力ではなく，複数の職種との連携協働を

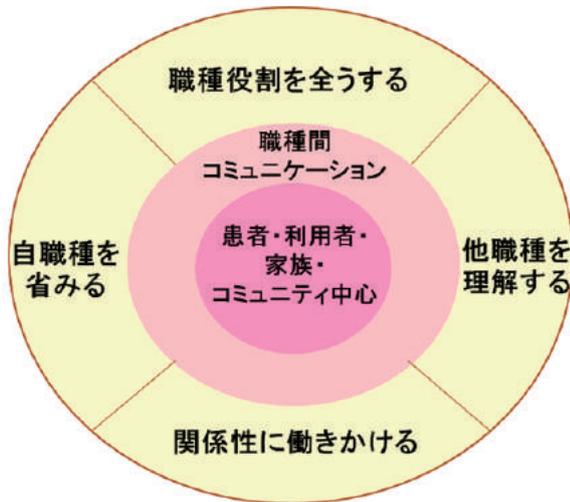


図1. 日本の多職種連携コンピテンシーの概念図

通じてはじめて学べる能力に焦点を当てている。また，複数の専門職種間で共通した理念をもとに，連携協働するために必要な協働的能力としての連携コンピテンシーを複数の専門職種間で明らかにすることで，養成教育から生涯教育に至るまでの専門職連携教育をすすめる道標となることを期待した。

1) 2つのコア・ドメイン

①患者・利用者・家族・コミュニティ中心

医療保健福祉の専門職はそれぞれの専門性を活かした視点を持っているがゆえに，各専門職が独立して掲げる目標設定が異なる可能性がある。だからこそ「患者・利用者・家族・コミュニティ中心に重要な関心事／課題に焦点を当て，共通の目標を設定することができる」ことが連携の目的であり，欠くことができない要素である。これを意味するため，図には連携コンピテンシーの中心に「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」のドメインを位置づけた。

また，患者・利用者・家族・コミュニティは医療保健福祉の各専門職が介入，あるいは支援の対象となる人，あるいは共同体である。コミュニティは，地域包括ケアや地域コミュニティという意味での地域コミュニティ，学校に関わるソーシャルワーカーや保健師などにとっては学校コミュニティ，職場に関わる産業医などにとっては職場コミュニティなどを指す。

②職種間コミュニケーション

職種間コミュニケーションは，職種背景が異なることに配慮し，互いに，互いについて，互いから職

表2. 日本の多職種連携コンピテンシーのフレームワーク

●コア・ドメイン

○患者・利用者・家族・コミュニティ中心：Patient-/Client-/Family-/Community-Centered

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために，協働する職種で患者や利用者，家族，地域にとっての重要な関心事／課題に焦点を当て，共通の目標を設定することができる。

○職種間コミュニケーション：Interprofessional Communication

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために，職種背景が異なることに配慮し，互いに，互いについて，互いから職種としての役割，知識，意見，価値観を伝え合うことができる。

●コア・ドメインを支え合う4つのドメイン

○職種としての役割を全うする：Role Contribution

互いの役割を理解し，互いの知識・技術を活かし合い，職種としての役割を全うする。

○関係性に働きかける：Facilitation of Relationship

複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。また，時に生じる職種間の葛藤に，適切に対応することができる。

○自職種を省みる：Reflection

自職種の思考，行為，感情，価値観を振り返り，複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し，連携協働に活かすことができる。

○他職種を理解する：Understanding of Others

他の職種の思考，行為，感情，価値観を理解し，連携協働に活かすことができる。

種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる能力である。「相互に」だけでは表し切れない双方向性のやり取りを明確にするために、CAIPEのIPEの定義に倣って、互いに、互いについて、互いから (with, about and from each other) という表現を使った。この職種間コミュニケーション能力は外側の4つのドメイン全てに関わる能力でもある。

2) コア・ドメインを支える4つのドメイン

コア・ドメイン以外の外側の4つのドメインは、コンピテンシーを活用する状況に応じて、各専門職が必要とする能力が変化するため、あえて大きさの違いや矢印などの関連性などは記載していない。コンピテンシーを活用する人がどのようにでも活用できるよう、そして関連ある独立した能力として俯瞰できるよう、そしてコア・ドメインを支え合うことを意味するために外側に4つのドメインを位置づけた。

①職種としての役割を全うする

様々なセッティングで働く保健医療福祉職にとって「互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合い、職種としての役割を全うする。」ことは専門性の一つである。病院・介護福祉施設・在宅などのセッティングや病期の違いで、専門職の役割が変化し、それを全うすることが求められる。

②関係性に働きかける

複雑な問題については互いの専門職が最大限に役割を認め合い、その相互作用から解決の糸口を探し、あるいはそのプロセスを共有し、問題を安定化させる戦略が必要である。また組織の発展の意味でも、互いの関係が比較的フラットになる関係をつくり、かつ個人の専門職とのやり取りができるよう「複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。」ことは重要な能力となる。また、葛藤を避ける傾向にある日本の文化的背景の中で「時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。」ことはチームが発展していく中で欠くことのできない能力である。

③自職種を省みる

各職種が「自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。」ことで、相互依存性である保健医療福祉専門職の中での自職種の強みと弱みを理解し、他の職種に対して憤りや抵抗を感じる自分を俯瞰し、自分の感情に気付く、他者への行為をマネジメントする能力が必要と

なる。

④他職種を理解する

これまでは、各職種が「他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。」ことを学ぶ機会は少なかった。私の経験上でも働くようになって、初めて話した職種も多い。現場では高齢者ケアを始め、社会的に複雑な患者・利用者に関わるが増え、保健医療福祉領域を横断しコミュニケーションをとる機会が増えている。それぞれの立場からは、自分が所属する領域以外の保健・医療・福祉の領域は異文化となり、コミュニケーションの障壁を感じるかもしれない。しかし、同じ患者・利用者・家族に関わる職種として、様々な職種役割に興味を持ち、知らないことは知っている他職種に働きかけるやりとりは、よりよい治療やケアにつながる。

2-4. 多職種連携コンピテンシーを基盤にした多職種連携教育・協働における総合診療医の役割

多職種連携コンピテンシーを基盤にした多職種連携教育・協働における総合診療医の専門性が活かせる役割について、以下の4点について述べる。

1) 総合診療医がもつ協働的能力の活用

医師の中でも総合診療医は、個々の専門的な能力や共通の能力に関するコンピテンシーの一部として協働的能力をもつ専門家として位置づけられている。そのため、総合診療医は専攻医の研修中から、連携コンピテンシーを基盤に研鑽しているため、医師会のコーディネーター、地域包括ケア会議の運営支援、複雑事例のコーディネーターなど高度で複雑な多職種連携協働が求められる。また、根強く残る医療の階層性をうまく活用し、多くの他職種の役割を引き出す役割も求められている。さらに、専門職種として高い協働的能力が求められる看護師や医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センターなどとともにコミュニティを体系的につなぎ、機能的に協働運営することが求められる。

2) 地域コミュニティという視点で行政と関わる ことができる医師

地域コミュニティという視点をもつ総合診療医は、保健医療福祉だけでなく、行政職種まで関わる事が多い。ヘルスプロモーションや地域診断などを実施できる総合診療医は、高いレベルで行政との連携協働することが可能である。多職種連携コンピテンシーに照らし合わせると、行政の役割を理解し、その関係性を円滑にするよう働きかけ、自職種の役割を省みながら、地域コミュニティの俯瞰した

目で専門性を発揮することができる医師は、他の専門医と比較しても総合診療医の強みと考えられる。

3) 専門性として獲得している教育能力の活用

各専門性の発展とともに教育内容が増え、各自の専門性の確立と社会化に力点を置いた教育をせざるを得なくなり、柔軟にカリキュラムを調整することが困難になっている。そのため、連携に関する教育内容や方法は軽視され¹¹⁾、大学内ではセクショナリズムが浸透し、他の学部と協働の学習機会を作るとは難しい状況が続いた。しかし、昨今連携教育が少しずつ広まり、学生時代から連携教育を受けてくる世代が増えてきている。このように、時代によって連携教育の経験者が増え、連携教育という言葉が醸成した時代の空気によって、徐々に世代間ギャップができ、若い世代とベテラン世代では他の職種との距離の取り方が変わってきている。そのため、総合診療医は、現場で根付いている階層関係を自明としているベテラン世代にも多様な価値観を受け入れるマインドを発揮し、さらに多職種の教育背景を理解した上で現場での連携教育を牽引し、他職種の振り返り支援やそれに基づく多職種役割の活用など、多職種連携教育においても総合診療医の強みを発揮することができる。

4) 地域コミュニティに貢献するという動機づけの伝播

忙しい臨床現場では、連携協働を振り返り、現場での連携実績の蓄積がないため、具体的な連携教育や協働実践の評価などについて共有されてこなかった。そのため、互いの職種の役割を活用し、地域コミュニティへの貢献といった動機づけが、組織全体に醸成していくことが難しかった。しかし、総合診療医は、地域コミュニティを専門性として捉えることができ、さらに医師としての役割に貢献しながら、現場の連携をメタ認知し、組織の連携がうまく発展できるよう、様々な職種や部署、組織に働きかけていく能力を研修の中で獲得してきているため、高い動機づけで医師が地域コミュニティに貢献することができる。その姿を多職種がみると動機づけが伝播されることは想像に難くない。地域コミュニティが変化するためにも、高い動機づけで地域コミュニティに貢献する総合診療医の役割は大きい。

3. 各職種との関係からみえてくる総合診療医の役割

3-1. 各職種から求められる総合診療医の役割に関するレビュー

60人のヘルスプロバイダーに対してインタビューした研究結果では、連携実践に必要な能力には専門職の役割と責任を理解し承認することが挙げられている¹²⁾。このように相互の職種理解がないと、患者を含んだ多職種のコミュニケーションや関係構築も難しくなる¹³⁾。そこで、多職種連携に関して著者2名により実施した総合診療医と看護師の関係性のレビュー、そして看護師以外の職種とのレビューを紹介する。

看護師との関係性におけるレビューは、質的・量的研究が混在しており、統一したフォーマットを作成することが困難であったため、Narrative Reviewを実施した。

医療の臨床現場では、医師と看護師の効果的な連携は無駄な時間の減少、処方プロセスの改善、治療までの期間の短縮、コストの軽減などの患者アウトカムを改善することが報告されている¹⁴⁻¹⁸⁾。52人のヘルスプロフェッショナルにインタビューした研究¹⁹⁾では、総合診療医とON (oncology nurse)に必要なのは「ミーティングの場」であるとしている。実際、総合診療医はONとディスカッションできる場を設けにくい、ONは複雑な臨床判断には総合診療医の意見を必要としている。また、専門医とはタイムリーな情報交換が困難なことがあり、その際は総合診療医をバイパスして専門医に相談することがあると報告されている。もう一つは、臨床現場の看護師を対象に、患者のケアにおける意思決定・社会的支援等の機会における看護師の役割認識と総合診療医との関係性についてアンケート調査した研究であった²⁰⁾。結果として、看護師は患者のニーズを明らかにした上で総合診療医につながる事が看護師の大切な役割であり、このような能力を獲得することが総合診療医との信頼関係を高めるために重要と考えていた。また、総合診療医との信頼関係を構築することが患者ケアにおける看護師の自由度を高めると報告されていた。

看護師以外のレビューは、2013年まで調査した系統的レビュー論文²¹⁾とその研究と同様の手法を用いて実施した2013年～2017年までのReviewをまとめ、結果を紹介する。

系統的レビュー論文では、薬剤師は総合診療医との関係において、連携においては薬剤師によるボトムアップとリーダーシップが求められる、との報告があった。また、総合診療医と薬剤師の双方の役割を知ることは、信頼関係を構築するための前提条件であった。さらに、良好なコミュニケーションをとるためには、施設基準や診療報酬などで連携協働をコントロールすることや卒前・卒後の多職種連携教育の必要性が報告されていた。精神保健福祉士との関係は、複数の関係施設や職種の視点や特定の状況に柔軟に適応した協働のモデルが支持を得ていた。実際には、定期的かつ構造化されたミーティング、プロジェクトマネージャーによる調整、一貫した患者・利用者のマネジメント、関連する職種の積極的参加がポジティブな影響を及ぼしていた。また、互いの役割について知る機会を作ることが期待されていた。一方で、対患者との関係において、医師の二極化した態度（過度に患者あるいは医師を守る態度）と精神保健福祉士の態度の違いが障壁となっていた。また、精神保健福祉士は、患者のケアだけでなく、チームの指導や支援を期待されていた。さらに、患者との継続的な関係構築のルールがないこと、金銭的、地理的、時間的な制約も協働における障壁として挙げられた。

他の職種に関するレビューでは、理学療法士ではリハビリの専門性やリハビリ処方権限が連携協働の障壁になり、ソーシャルワーカーには、チーム全体のリーダーシップや調整役として求められる一方で、階層関係や問題の優先順位の違い、相互の尊重と敬意の欠如、具体的にはコミュニケーションやケースカンファレンス不足が障壁として挙げられた。

2013年～2017年の総合診療医と看護師以外の職種との関係性についての General Practitioner (GP) だけでなく、Family Physician のキーワードを追加したところ、10件の論文が該当した。

GP と薬剤師の関係性では、3件の論文が該当した。一つは、GP と CP (community pharmacists) に行われたインタビュー調査であった²²⁾。結果として、GP と CP の間には階層関係があり、慢性疾患患者の管理に負の影響を与えているといわれている。また、GP は CP が慢性疾患管理に関するどのような知識を持っているか把握しておらず、そのことが連携の障壁になっていると報告されている。別の GP と CP を対象にしたインタビュー調査²³⁾では、職種間連携の障壁となる要因として、7つの内的要因

(共感/反感、信頼、お互いのことを知らないこと、やる気の欠如、知識の不足、情報を批判的にとらえる、偏見)、9つの外的要因(情報入手、威圧的な要求、互いのコンピテンシーに関する知識、限られた時間、誰かを介してのコミュニケーション、知識レベルの違い、過度な警告、施設間の距離、自己判断する患者)があり、GP と CP によるコミュニケーションの方法としては、10の組織要因(不適切な処方、ジェネリックへの変更、営業時間、特別な処方の扱い、処方箋の移送、病院からの退院、薬の在庫調達、費用の削減、相互が持つ情報や資源の利用可能性の向上、画期的なアイデアとその実行)、8つの投薬関連要因(不適切な処方、利用不能薬の交換、タブレットの正確な分割、患者への併用薬、服薬量と期間、曖昧な処方;軟膏等、患者の現状に関する情報交換;新しい吸入器を使用等、新しい市販薬)、4つの患者関連情報項目(アレルギー等、異常行動、患者の問題の扱い方;GP と CP の間、アドヒアランス)が挙げられた。さらに、GP と CP との連携協働の有用性の認識について、GP と CP にインタビューした結果、3つのレベル:ヘルスシステム(統合されたケアの準備、システムの効率向上)、GP と CP (仕事満足度の向上、患者中心性の向上)、患者(患者安全性の向上)において有用との認識が報告されている²⁴⁾。なお、この認識は連携協働の経験の有無に関わらず同様の結果であった。

GP と理学療法士 (PT: Physical Therapist) の関係性においては、GP と PT 間で共有すべき項目についてのインタビュー調査が該当した²⁵⁾。結果として、GP は現在の診断、これまでの経過、リハビリの目標と期間、理学療法の進捗等に関するフィードバックを挙げた。一方、PT は痛み・能力低下の評価に関するコミュニケーション、過去の病歴とフォローアップの予定、介入上の注意点、心理社会的問題等が挙げた。このことから、効果的な専門職コミュニケーションには、簡潔かつ分かりやすい、互いに必要としている情報の準備が求められていた。

GP と専門医、MA (medical assistants) との関係性については、2件の論文が該当した。一つは、総合診療医とがん専門家間のコミュニケーションや関係性を調査した報告であった²⁶⁾。結果として、1) 不十分かつ遅いコミュニケーション、2) 専門医に基づいた治療という専門医の認識、3) がん治療では家庭医の存在が重要という家庭医の信念、4) がん治療に対する家庭医の参加意欲、5) 家庭医の腫瘍学の知識/経験に関するがん専門医と家庭医の不確実性、6)

家庭医とがん専門医における役割認識の相違、の6つが明らかになった。この結果から、双方のコミュニケーションが重要であることが示された。また、MAとの関係についてエスノグラフィーを行った研究では、小さな診療所におけるMAの役割は、MA自身のキャリアモチベーションだけでなく、臨床医やナースプラクティショナーとの関係性によって決まっていたことが報告された²⁷⁾。

多職種からなるチームに求められるGPの役割と位置づけに関しては、4件の論文が該当した。一つは、高齢者の終末期における環境の変化の経験と影響を調査するため、患者、患者家族、かつ医療従事者を対象にインタビューした研究である²⁸⁾。結果として、GPは終末期ケアにおけるセッティングの移行や調整時には重要な職種として位置づけられているが、他の職種からはGPの専門性やガイドラインの遵守について批判的な意見があった。また、慢性疾患患者を対象にしたインタビューでは、IPT (interprofessional team) ミーティングにおいて患者が重要視するものとして、1)患者中心性、2)患者の参加機会、3)適切なチーム構成、4)構造化されたアプローチ、5)敬意をもったコミュニケーション、6)会議の結果を患者に開示すること、の6要因が挙げられた²⁹⁾。同様に、患者を対象に含んだ別の研究では、慢性疾患患者が、精神障害に対するケアを受けることに影響する要因をプライマリ・ケアにおける患者と医療者にインタビュー調査した研究があった³⁰⁾。結果として、患者は全人的ケア、サービ

スへのアクセスの良さ、ケアマネジメントを挙げ、家庭医を含む医療者は多職種連携協働、心理士へのアクセスの良さ、診療所等におけるコミュニケーションとサービス調整を挙げており、患者・医療者ともに似た傾向であった。最後に、プライマリ・ケアにおいてケアプランの作成に関連する多職種連携の要因について、家庭医を含む医療従事者にインタビューした研究では、1)患者関連要因、2)専門職関連要因、3)個人間の関係性の要因、4)組織要因、5)外的要因の5要因が抽出された (図2)³¹⁾。

3-2. 各職種から求められる総合診療医の役割

総合診療医は患者中心性や多職種連携協働能力を備えている専門医であるため、多職種から連絡・相談を受けやすい存在である。一方で、多職種からは医師としての権威やコミュニケーションの障壁を感じやすいのかもしれない。そこで、総合診療医は医師以外の職種がどのような専門性を持っているか、どのような情報提供を望んでいるかを理解し、多職種とコミュニケーションをとりやすい存在となるべく、普段から多職種と信頼関係を構築することが求められる。それが各職種から求められる総合診療医の役割であり、他の専門医の中では最も実践しやすい存在である。さらに、総合診療医が多職種と専門医をつなげる役割を担い、多職種と信頼関係を構築することで、多職種の自立性を高め、患者ケアの向上につながることは容易に想像できる未来である。

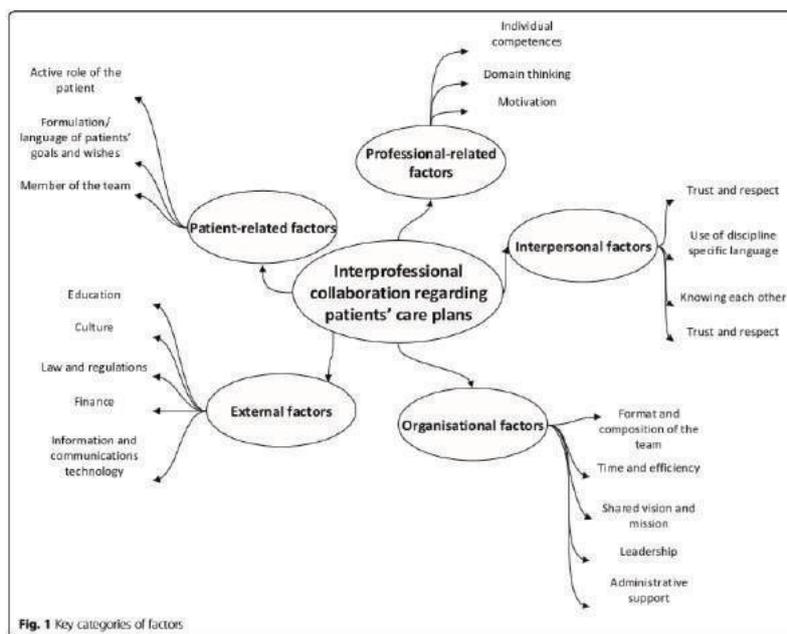


Fig. 1 Key categories of factors

図2. 1) - 5) の要因の概略

4. 地域包括ケアに求められる総合診療医の役割

総合診療医は、領域横断的な問題を扱うことが多いため、他の領域別専門医や多職種と連携して問題解決する機会が多い。また総合診療医が強みとする包括性や継続性が活かされる地域包括ケアシステムでは生活を基盤として、急性期から慢性期の連携を体系化したシステム構築が求められている。特に、2025年に本格始動される地域包括ケアでは、総合診療医に求められる役割は大きい。そこで、地域包括ケアに求められる総合診療医としての多職種連携における役割を地域包括ケアの概念枠組みとして紹介する。

4-1. 地域包括ケアにおける「連携」「統合」

2025年にむけて地域包括ケアが本格始動を迎えようとしている中で、生活圏単位での様々なサービスを「統合」していく上での基盤として多職種および多機関の「連携」が必要とされる。「連携」と「統合」についての言葉を整理すると、辞書には以下のように記載されている。

連携：連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする事（大辞林第3版）。

統合：複数の諸要素が相互に結合し、単一の全体性を獲得する過程で、分裂に対する概念（ブリタニカ国際大百科事典 小項目事典）。

このように、「連携」はコミュニケーションにより焦点化された言葉であり、「統合」は具体的には物理的・身体的・心理的・社会的結合を意味する言葉である。「連携」「統合」は相互に関連する言葉ではあるが、包含する概念は多少異なる。地域包括ケアの文脈では「統合」という概念から理論的枠組みを提供していることが多く、本稿ではこの枠組みを援用し、「連携」の意味を探索する。

(1) 「統合」という概念

「統合」についてはValentijnが統合の範囲を分析し、その範囲を1)人間中心のケアであるミクロの範囲、2)専門職や組織の統合であるメゾの範囲、3)システムの統合であるマクロの範囲、4)ミクロからマクロまでに渡る広範囲と整理した³²⁾。マクロレベルの統合不全はミクロレベルの統合を困難にし、逆にミクロレベルでの統合不全もマクロレベルでの統合を困難にすると指摘している。上記の3つの統合の範囲にはさらに、①臨床的統合（Clinical integration）、②組織的統合（Organizational integration）、③専門職的統合（Professional integration）、④システムの統合（System

integration）、⑤規範的統合（Normative integration）、⑥機能的統合（Functional integration）の6つが含まれている³³⁾。

1) ミクロの統合

①臨床的統合（Clinical integration）

人を中心としたミクロのレベルでの統合を意味する。総合病院で遭遇するのは、入院している患者に同じ病院内で様々な領域の専門医や専門職が協同して治療にあたる場合があげられる。ICUで救急医と外科医などが治療を統合し、科横断的に関わる緩和ケアチームやNST（Nutrition Support Team）などは該当分野のケアを統合することが該当する。

2) メゾの統合

②組織的統合（Organizational integration）

異なる組織間のケアの統合を意味する。例えば、独居高齢者の認知症の徘徊に対して、病院・診療所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、保健所や保健センター、ボランティアグループ等が協同して提供するサービスの統合が該当する。

③専門職的統合（Professional integration）

総合的なケアを提供する為に、専門職間で役割・責任と説明責任・能力を分担し、統合する。これは組織の内外において実践される。職種という単位ではメゾの統合であるが、ミクロからマクロすべてのレベルの統合において不可欠な統合である。

3) マクロの統合

④システム統合（System integration）

国や県など地理上の区分において、戦略的な計画や資金管理、プログラムの有効性、サービスのカバー率等の活動を統合する。政府や自治体の政策がこれにあたる。

4) ミクロ・メゾ・マクロに渡る広範囲の統合

⑤規範的統合（Normative integration）

上記のミクロ・メゾの統合のプロセスで「価値観」「文化」「視点」を統合する。全ての基盤であるが、ミクロ・メゾ・マクロの影響も受け、時間と労力が要される。地域包括ケアシステムの構築において、自治体に求められる機能の一つとして明記されているが、1)～3)のプロセスをどう紡いでいくかが成功のカギになる。

⑥機能的統合（Functional integration）

上記のミクロ・メゾの統合をマクロの視点からサポートする統合で、財務管理、人事、戦略計画、情報管理や品質向上などの重要なサポート機能の調整が含まれる。一カ所に集中したり標準化したりする必要はないが、それぞれのルールや機能を理解し、

様々な組織や機関がパートナー関係になることが重要だとされている。

(2)「統合」と「連携」

臨床的統合は主に、患者や利用者の情報を相互に共有することが主の目的となり、コミュニケーションの内容は患者や利用者に関する情報となる。臨床現場では、このプロセスが主な業務となるが、これだけではメゾやマクロの統合（組織的・専門職的・規範的統合）は難しい。メゾやマクロの統合を促進するためには、患者や利用者の情報に加え組織や専門職の役割を伝えあい、かつその背景にある組織や専門職がもつ価値観・文化・視点を学び合うことが重要となる。しかし、忙しい業務に忙殺されると、潜在化された相互の価値観・文化・視点の違いは意識されず、役割の押し付け合いになってしまい、他の組織や職種が自組織や自職種の役割を全うするときの制約となり、組織間・職種間の葛藤が生じる。そこで、組織や専門職の違いを意識下にするために、省察や価値観や視点を意識した対話的学習の仕掛けをつくることが重要となる。省察を含む対話と具体的業務の往復が、組織的・専門職的統合を可能とする。こうしたミクロ・メゾの統合が徐々に進み、関わる組織・専門職間の文化として徐々に規範的統合が創造される（図3）。

4-2. 地域包括ケアに求められる総合診療医の役割

組織運営や協働的能力を獲得している総合診療医は、このような統合を牽引し、単一職種や組織だけで考えていた視点（Uniprofessional）を徐々に

拡大させ、他の組織や専門職の役割を互いに理解できるようにし、それぞれの価値観・視点を尊重しながら互いの役割を活用し合うことができる（Interprofessional）。規範的統合が進んでいくと、自職種や自組織だけでなく地域に愛着が生まれ、地域の問題を自分事として考えることができ（内在化）、さらに地域での成功体験を繰り返していくことで、集团的効力感が醸成され、役割の境界を越えて職種・組織と協働できるようになり（Transprofessional）、組織・職種のアイデンティティが変容する³⁴⁾。

プライマリ・ケアにおける総合診療医の役割期待として、医師としては、1)患者中心性を基盤にした意思決定、2)診断や治療の専門的な知識の提供、3)オープンな情報管理と制度やルールの遵守が期待されていた。また、他の職種との関係としては、4)他の職種や専門医への橋渡し、5)医師としての関係調整、6)他の職種役割や価値観の情報提供者であることが求められた。さらに、地域全体を俯瞰する総合診療医の立場として、7)学習する組織として対話や省察を促すチーム学習を進める先導者であるが必要になる。

これらの要素は総合診療医に求められるコンピテンシーと合致するものが多く、まさに総合診療医は、教育と実践現場だけでなく、専門職種間をつなぐパイオニアとして、多くの個人や集団が境界と感じている境界を横断する越境者としての役割が求め

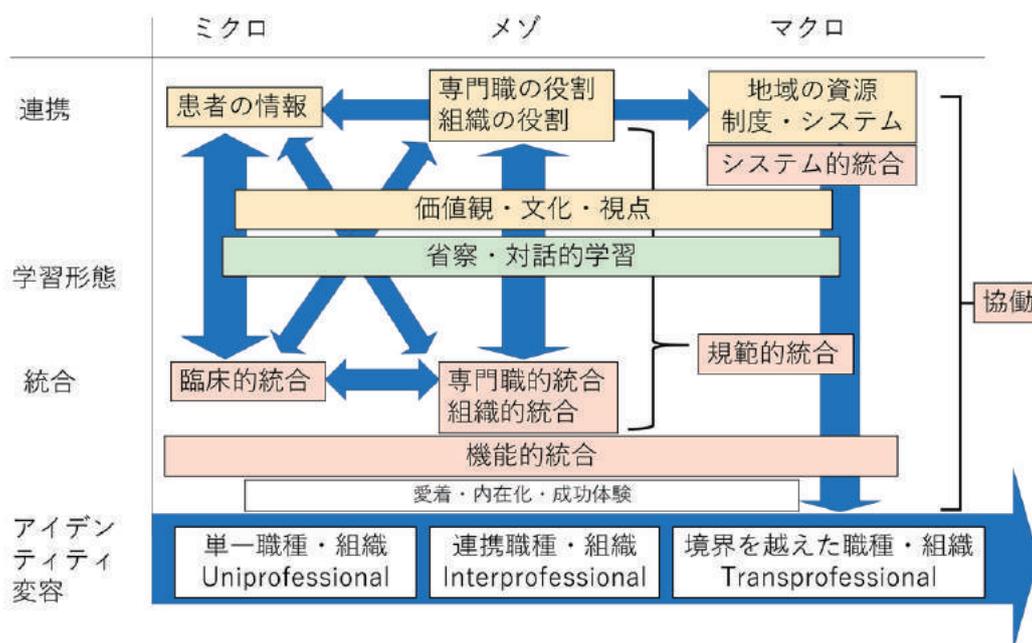


図3. 地域包括ケアにおける連携、学習形態、統合、アイデンティティ変容の位置づけ

られる。保健医療福祉の分野でも、社会環境が大きく変化する中で、文脈を横断、すなわち越境によるイノベーションの必要性が叫ばれている³⁵⁾。しかし、越境はそれほど簡単ではない。この越境論については、エンゲストロームの「水平的学習」と「ネットワーク」が参考になる。保健医療福祉専門職が、専門職としての行為を「アタリマエ」にできるよう熟達化していく過程を垂直的学習と呼ぶ。一方で、越境的な実践を通して「アタリマエ」の意識が変わる異化のプロセスを「水平的学習」と論じた。専門職として社会化するだけでなく、その社会化を異化するプロセスが現場の保健医療福祉専門職には必要となる。その仕掛けを作るのは、「水平的学習」にも慣れており、現時点では他の職種との関係では力を持ちやすい総合診療医が適任なのかもしれない。

またエンゲストロームは、越境に特徴的な、毎回異なるメンバーにそのつど結び目を結うような協働を「交渉によるネットワーク」と呼び、チームという集団から個人と個人の結び目への変化を紡ぐ必要性を論じている³⁶⁻³⁸⁾。青山も同様に「固定的なチームから、その場での協働という新しいスタイルへと、働き方が変わりつつあるという見方」を指摘している³⁵⁾。このように、保健医療福祉領域も、多くの集団が境界と認識している領域間の越境を通じて、チームや組織にしばられない新しい個と個の協働の関係性を学び、越境によるイノベーションを生み出す機会を作ることで、連携・統合の価値観を醸成することができるかもしれない。このような役割を担うことができるのは、現時点では他の職種とも近く、セクショナリズムや医師が階層関係の上位である認識が未だ残る保健医療福祉領域では、総合診療医が適任である。水平的学習やネットワークを作りつつ、多くの集団が抱えている階層関係を打破すべく、また Nurse Practitioner や各専門職に積極的に医師の役割を移譲するためにも、それらの職種に医療知識を共有し、他の職種の専門性を習う姿勢を謙虚に持ち続けることも大切な総合診療医の役割である。

5. 総括

本邦で保健医療福祉領域が連携協働を進めていくためには、専門職間だけでなく、教育と実践現場の体系的な融合が必要である。そのためにも、教育と実践の共通目標として日本における多職種連携コンピテンシーについて解説した。

専門職を対象にした教育としては、大学教育～専門学校、実務経験から認定試験に至るまで多様な中で、多職種連携コンピテンシーを基盤に教育を構築していく必要がある。各専門職は各自の専門性の確立と社会化だけでなく、職種を超えた領域横断的な教育と社会化が今後の教育には必要となってくるだろう。また、このような教育を受けた学生が現場で働くようになるにつれて、世代間ギャップが明らかになってくる。このギャップを埋めるためにも、現場の専門職に対しても多職種連携コンピテンシーを基盤にした On the job training や実際の連携協働をみせていく必要があるだろう。

多くの医師は自身の知識やスキルの高い専門性が故に、自己防衛的に自己役割を規定することがある。一方で、総合診療医は協働的能力を一つの専門性に掲げているため、他の職種の認識と自己評価を照らし合わせ、互いの認識の差を埋めることで円滑な連携をすすめることが得意である。教育や組織の運営マネジメントのスキルをもつ総合診療医は、自身の組織や職種の省察とともに他の組織や職種の理解を深めるために対話し、組織的統合や専門職的統合を進めていくことも可能となる。

そのプロセスにおいて、組織間・専門職間の関係性に働きかけることは、集団としての凝集性、地域への愛着、内在性を高めることになる。また、互いの強みを活用し合うことが集団の成功体験となり、規範的統合が強化される。このようなプロセスで、Uniprofessional から Interprofessional, そして、組織や職種の境界が不明瞭になる Transprofessional のアイデンティティが醸成される。この領域間の越境を総合診療医が牽引し、新しい個と個の協働の関係性を醸成し、地域コミュニティにおけるイノベーションを生み出すことが求められる。このような役割を担うことができるのは、総合診療医の強みである。また、包括性を強みとする総合診療医だからこそ、各職種に必要な医療分野の知識を共有し、他職種の専門性を理解しようとする姿勢を謙虚に持ち続けることが可能となり、これらの役割に総合診療医が貢献することで、日本の未来は大きく変わることが期待される。

文献

- 1) Robben S, Perry M, Van Nieuwenhuijzen L, Van Achterberg T, Rikkert MO, Schers H, et al. Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and

- behavior among primary care professionals. *J Contin Educ Health Prof.* 2012; 32(3): 196-204.
- 2) Gilbert JH V, Yan J, Hoffman SJ. A WHO Report: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Hopkins D, editor. *J Allied Health.* 2010; 39: 196-7.
 - 3) Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(9756): 1923-58.
 - 4) Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach.* 2010 Jan; 32(8): 631-7.
 - 5) Thistlethwaite JE, Forman D, Matthews LR, Rogers GD, Steketee C, Yassine T. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Acad Med.* 2014 Jun; 89(6): 869-75.
 - 6) ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005 Dec; 39(12): 1176-7.
 - 7) Frank JR, Snell LS, Cate O Ten, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* 2010; 32(8): 638-45.
 - 8) Walsh CL, Gordon MF, Marshall M, Wilson F, Hunt T. Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Educ Pract.* 2005; 5(4): 230-7.
 - 9) Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med.* 2002; 77(5): 361-7.
 - 10) 田川まさみ, 田邊政裕. コンピテンス基盤型教育. *千葉医学.* 2006 ; 82 : 299-304.
 - 11) 新潟医療福祉大学. 日本における多職種連携協働と連携教育の発展の経緯と現状 : 新潟県地域共同リポジトリ. 2012.
 - 12) Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care.* 2009; 23(1): 41-51.
 - 13) Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care* [Internet]. 2005 May [cited 2016 Oct 25]; 19 Suppl 1: 188-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096155>
 - 14) Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In: Zwarenstein M, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2016 Nov 10]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub2>
 - 15) Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, et al. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm* [Internet]. 2006 Feb [cited 2016 Nov 10]; 36(2): 79-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16528149>
 - 16) Ettner SL. An Alternative Approach to Reducing the Costs of Patient Care? A Controlled Trial of the Multi-Disciplinary Doctor-Nurse Practitioner (MDNP) Model. *Med Decis Mak* [Internet]. 2006 Feb 1 [cited 2016 Nov 10]; 26(1): 9-17. Available from: <http://mdm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0272989X05284107>
 - 17) TSCHANNEN D, KALISCH BJ. The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *J Nurs Manag* [Internet]. 2009 Nov [cited 2016 Nov 10]; 17(7): 796-803. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2008.00926.x>
 - 18) McCaffrey RG, Hayes R, Stuart W, Cassell A, Farrell C, Miller-Reyes C, et al. A Program to Improve Communication and Collaboration Between Nurses and Medical Residents. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2010 Apr 1 [cited 2016 Nov 10]; 41(4): 172-8. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00220124-20100326-04>
 - 19) Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapão LV. Teamwork in primary care: Perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract.* 2013; 14.
 - 20) Merrick ET, Fry M, Duffield C, Stasa H. Trust and decision-making: How nurses in Australian general practice negotiate role limitations. *Collegian.* 2015; 22(2): 225-32.
 - 21) Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. Vol. 37, *Journal of public health (Oxford, England).* 2015. p. 716-27.
 - 22) Rieck AM. Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context. *J Interprof Care.* 2014; 28(5): 440-6.
 - 23) Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, Seidling

- HM. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2017; 39(3): 495-506.
- 24) Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: Findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*. 2014; 28(4): 352-7.
- 25) Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev*. 2015; 16(3): 304-8.
- 26) Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, Lee MC, Roetzheim RG, Fetters MD, et al. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: A systematic review and mixed-methods meta-synthesis. *CA Cancer J Clin [Internet]*. 2017 Mar [cited 2018 Mar 24]; 67(2): 156-69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27727446>
- 27) Elder NC, Jacobson CJ, Bolon SK, Fixler J, Pallerla H, Busick C, et al. Patterns of relating between physicians and medical assistants in small family medicine offices. *Ann Fam Med*. 2014; 12(2): 150-7.
- 28) Hanratty B, Lawson E, Grande G, Payne S, Addington-Hall J, Valtorta N, et al. Transitions at the end of life for older adults - patient, carer and professional perspectives: a mixed-methods study. *Heal Serv Deliv Res [Internet]*. 2014; 2(17): 1-102. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr02170/>
- 29) Dongen JJJ, Wit M, Smeets HWH, Stoffers E, Bokhoven MA, Daniëls R. "They Are Talking About Me, but Not with Me": A Focus Group Study to Explore the Patient Perspective on Interprofessional Team Meetings in Primary Care. *Patient Patient-Centered Outcomes Res*. 2017; 10(4): 429-38.
- 30) Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu M-C, Benoit A, Brouillet H, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2016 Dec 13 [cited 2018 Mar 24]; 17(1): 134. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27620166>
- 31) Van Dongen JJJ, Lenzen SA, Van Bokhoven MA, Daniëls R, Van Der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: A focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1).
- 32) Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care [Internet]*. 2013 [cited 2017 Sep 17]; 13: e010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23687482>
- 33) Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, Boesveld I, Arends RY, Bruijnzeels MA. Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2015 Dec 22 [cited 2017 Sep 17]; 16(1): 64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25998142>
- 34) Junji Haruta HN, Kitamura Kiyoshi. How do health-care professionals and lay people learn interactively? A case of transprofessional education. *Asia Pacific Sch [Internet]*. 2017 [cited 2017 Sep 17]; 2(3): 1-7. Available from: <http://theasiapacificscholar.org/how-do-healthcare-professionals-and-lay-people-learn-interactively-a-case-of-transprofessional-education-2/>
- 35) 香川秀太, 青山征彦. 越境する対話と学び: 異質な人・組織・コミュニティをつなぐ. 新曜社; 2015.
- 36) Hall P, Weaver L, Grassau PA. Theories, relationships and interprofessionalism: learning to weave. *J Interprof Care*. 2013; 27(January): 73-80.
- 37) Bleakley A. Working in "teams" in an era of "liquid" healthcare: What is the use of theory? *J Interprof Care [Internet]*. 2013 Jan 10 [cited 2017 Aug 6]; 27(1): 18-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22780569>
- 38) Engeström Y. New forms of expansive learning at work: The landscape of coconfiguration. *Comput Collab Learn*. 2002;