

# 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

主催：多職種連携コンピテンシー開発チーム

2015年2月11日 第0版

2016年3月31日 第1版

## 序文

この資料は、日本における医療保健福祉分野の多職種連携教育および実践における、職種を超えた共通コンピテンシーについて包括的に記載している。この資料の情報は定期的に再検討・改変される予定であり、状況に応じて変更される。変更があった場合、表紙にその都度変更日時、版数を明記する。

この資料は無料で、その一部ないしは全体を査読、要約、複製、翻訳してよいが、商業目的で用いたり、販売したりしてはならない。使用時には適切に引用を行うこととし、改変した場合にはその旨がわかるように記載を行う。この資料に記された意見の文責は以下に存する。

文責 2013-2014 年度 文部科学省委託事業 事業責任者 吉本尚

2015年度 多職種連携コンピテンシー開発チーム 責任者 春田淳志



この作品はクリエイティブ・コモンズ表示 - 非営利 4.0 国際ライセンスの下に提供されています。

(以下、記載引用 <https://creativecommons.jp/licenses/>)

あなたは以下の条件に従う限り、自由に：

共有：どのようなメディアやフォーマットでも資料を複製したり、再配布できます。

翻案：資料をリミックスしたり、改変したり、別の作品のベースにしたりできます。

あなたがライセンスの条件に従っている限り、許諾者がこれらの自由を取り消すことはできません。

あなたの従うべき条件は以下の通りです。

表示：あなたは適切なクレジットを表示し、ライセンスへのリンクを提供し、変更があったらその旨を示さなければなりません。あなたはこれらを合理的などのような方法で行っても構いませんが、許諾者があなたやあなたの利用行為を支持していると示唆するような方法は除きます。

非営利：あなたは営利目的でこの資料を利用してはなりません。

## 開発までのプロセスに関わった方々（敬称略、JAIPE：日本保健医療福祉連携教育学会）

2012年11月～2014年10月 Stage1 文献レビュー、Stage2 意見の収集

大塚真理子	埼玉県立大学、JAIPE
酒井郁子	千葉大学、JAIPE
下井俊典	国際医療福祉大学、JAIPE
春田淳志	東京大学、JAIPE
相馬仁	札幌医科大学、JAIPE
神山裕美	山梨県立大学、JAIPE
小林毅	千葉県立保健医療大学、JAIPE
藤林慶子	東洋大学、JAIPE
畔上光代	埼玉県立大学、JAIPE

2014年10月～2015年3月 Stage3 プロトタイプ作成、Stage4 パブリックコメント

大塚真理子	千葉大学、JAIPE	森洋平	三重大学、文科省事業
酒井郁子	千葉大学、JAIPE、千葉看護学会	吉本尚	筑波大学、文科省事業
下井俊典	国際医療福祉大学、JAIPE	市川周平	三重大学
春田淳志	東京大学、JAIPE、文科省事業	松井俊和	藤田保健衛生大学、日本医学教育学会
相馬仁	札幌医科大学、JAIPE	俣木志朗	東京医科歯科大学 日本歯科医学教育学会
神山裕美	山梨県立大学、JAIPE	中村明弘	昭和大学、日本薬学会
小林毅	千葉県立保健医療大学、JAIPE	吉元洋一	鹿児島大学、日本理学療法士協会
藤林慶子	東洋大学、JAIPE	陣内大輔	国際医療福祉大学、日本作業療法士協会
畔上光代	埼玉県立大学、JAIPE	中村丁次	神奈川県立保健福祉大学、日本栄養学教育学会
後藤道子	三重大学、文科省事業	小原真知子	東海大学、日本社会福祉学会
吉田和枝	三重大学、文科省事業		

2015年12月～2016年3月 Stage5 合意形成・最終案の作成

森洋平	三重大学	松井俊和	藤田保健衛生大学、日本医学教育学会
後藤道子	三重大学	俣木志朗	東京医科歯科大学 日本歯科医学教育学会
吉田和枝	三重大学	石川さと子	慶應義塾大学、日本薬学会、日本薬学教育学会
市川周平	三重大学	吉元洋一	鹿児島大学、日本理学療法士協会
吉見憲二	佛教大学	小林毅	千葉県立保健医療大学、日本作業療法士協会
吉本尚	筑波大学	中村丁次	神奈川県立保健福祉大学、日本栄養学教育学会
春田淳志	筑波大学	小原真知子	日本社会事業大学、日本社会福祉学会
吉村学	宮崎大学	上原優子	榊原病院
鈴木一吉	愛知学院大学	八田重雄	多摩ファミリークリニック
牧野孝俊	群馬大学		
山岸紀子	諏訪中央病院		

## 開発の経緯と経過

2012年度から多職種連携コンピテンシーの開発に関わってきた JAIPE の IPE 推進委員会と 2014 年度から三重大学が文部科学省より委託された「成長分野における中核的人材養成の戦略的推進事業」（以下、文科省委託事業）は協働して「多職種連携コンピテンシーの開発」を行うことを合意し、図に示すような 8 領域の学会・職能団体の協力を得ながら、議論を進めてまいりました。

予定では Figure1 が示すように 2015 年度にパブリックコメントの返事、最終案の作成会議を行う予定となっておりましたが、主幹校の変更等の様々な事情で 2015 年度の文科省委託事業が不採択となりました。元々単年度事業であったため予想される事態ではありましたが、残念ながら文科省委託事業として本コンピテンシー開発を継続していくことが難しい状況となりました。複数回話し合いを設け、本コンピテンシー開発は一度 JAIPE を含む 9 学会・職能団体による文科省委託事業としての組織形態は解散とし、改めて 2015 年度からはこれまで開発に協力いただいた学会・職能団体、文科省事業メンバー、もしくは有識者による有志でのコンピテンシー開発活動として発展的・継続的な取り組みを行っていくこととなりました。上記組織改編を行ったため、合意形成・最終案の議論は 2015 年 12 月に入って再開しております。

全国の IPE/IPW に関わるものにとって、医療保健福祉の多職種連携コンピテンシーが明らかになることは、複雑な問題の対処、さらに高齢化する社会のなかで地域包括ケアの推進などによる IPE/IPW の必要性が一段と増す中で、非常に重要です。各学会・職能団体を巻き込んで、形を変えながらも継続して議論を行い、引き続き多職種連携コンピテンシーを発展させていければと思っております。

これまで作成してきたコンピテンシーに関しては「一個人・一団体がコンピテンシーを開発し、利用するというのではなく、多くの団体が協力してコンピテンシーを作り上げ、賛同した団体がこれを自由に利用できるという形が望ましい」という当初からの考えを重要視し、事業ホームページ（<http://ipeipw.org/>）等に継続してアップし、どなたでも使えるようにしていきたいと考えております。

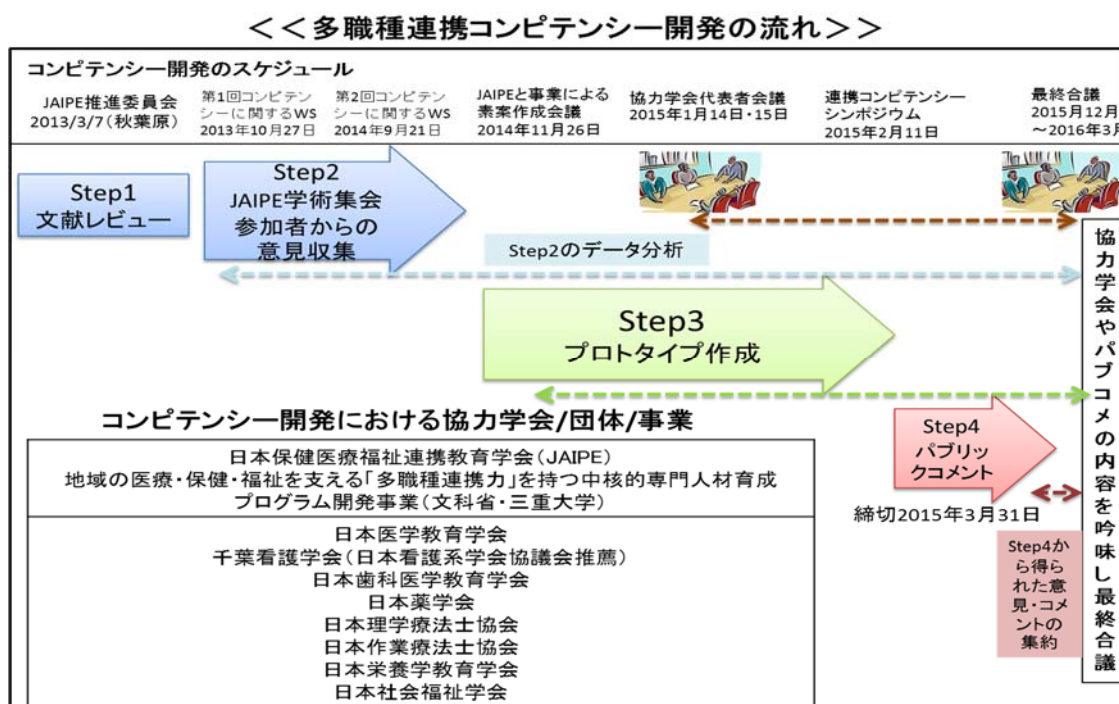


Figure 1 : 多職種連携コンピテンシー開発の流れ

## 目次

1. 序文	.....	1
2. 開発までのプロセスに関わった方々	.....	2
3. 開発の経緯と経過	.....	3
4. コンピテンシーとコンピテンシー基盤型教育	.....	5
5. 背景と目的	.....	6
6. コンピテンシー開発プロセス	.....	7
7. 各国の多職種連携コンピテンシーの比較と日本の現状		
1)共通する領域	.....	8
2)相違する領域	.....	8-9
3)日本の状況	.....	9
8. 協働的能力としての多職種連携コンピテンシー	.....	10
9. コンピテンシー領域（ドメイン）と記述（ステートメント）		11
10. コンピテンシーの解説	.....	12-13
11. Reference	.....	14-18
12. 謝辞	.....	19

## 1. コンピテンシーとコンピテンシー基盤型教育

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、そこには知識、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は関連しあっている (1)。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 (2)。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 (3)。本プロジェクトでは、それが測定可能であること、およびそれをもとに多職種連携教育を実践できることを一つの目標とすることから、コンピテンシーという言葉を採用した。

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(5-7)。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(8)。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 (9)。

多職種連携教育でも、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。

## 2. 背景と目的

本邦での多職種連携教育は、未だ黎明期にある。医療保健福祉領域では、同一職種内でも教育課程が大学教育から専門学校と多様であり、資格がなければ実務ができない医師・看護師・薬剤師・放射線技師などの業務独占の職種もあれば、理学療法士や作業療法士、栄養士、社会福祉士など資格がなくても実務はできるが、資格がないと名称を名乗ることができない名称独占の職種もある。資格取得後も実務経験での研修から認定試験を要する職種がある。このような状況の中で医療保健福祉の各専門職は、各自の専門性の確立と社会化に力点を置いた教育を受け、連携に関する教育内容や方法は軽視されてきた(10)。大学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ことは難しい状況が続いた。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きた(11)。さらに、日本は高コンテキスト文化であり、阿吽の呼吸が重視されるなど、チームと連携という概念の違いが顕在化していない。

そこで本プロジェクトでは、学生から現場の専門家までを対象とした日本の専門職種がもつべき多職種連携に関わるコンピテンシーの領域(ドメイン)と記述(ステートメント)を明らかにすることを目的とした。本プロジェクトで開発した日本独自の多職種連携におけるコンピテンシーは、学生や教員、実践家、管理者など、医療保健福祉に携わるすべての人にとって共通の目指すべき目標となりうると期待している。

### 3. コンピテンシー開発のプロセス

多職種連携コンピテンシーの開発は、inductive qualitative research methodology (IQRM) を用いた (12)。IQRM の手順に従って、文献レビュー、幅広い意見収集、専門家によるプロトタイプづくり、パブリックコメント、合意形成・最終合議の5つのStageを経た (Table1)。また、意見収集が際行われた World caféの様子をFigure2 に示す。

Stage	日付	参加者	方法
Stage1 文献 レビュー	2012年 11月～ 2013年3 月	JAIPE所属の IPE推進委員会9名	PubMed, Embase, CINHAL, PsycINFO, and Google-Scholarで 論文を探索し、委員が集まった会議 で論文を吟味した
Stage2 意見収集	①2013 年9月 ②2014 年10月	①2013年度JAIPE学術集 会参加者のうち21名 ②2014年度JAIPE学術集 会参加者のうち30名	①卒前、卒後、組織内、組織間連携 のテーブルに別れたワールドカフェ ②学生、研修生、シニアスタッフ、 管理者のテーブルに別れたワールド カフェ
Stage3 プロト タイプ作成	2014年 11月～ 12月	5名のJAIPE所属のIPE推 進委員5名+三重大学文科 省事業に関わった3名の教 員	Stage2のデータをもとにテーマ分 析を実施し、顔を合わせたミーティ ングで骨組みを作成し、E-Mail等で プロトタイプを作成した。
Stage4 パブリック コメント	2015年1 月～3月	医学・看護・薬学・理学 療法・作業療法・社会福 祉などの学会代表者、大 学/養成校教員、現場のス タッフ、学生	顔を合わせたミーティングやシンポ ジウム、パブリックコメントを介し て様々な意見を聴取した。
Stage 5 合意形成 最終案の作成	2015年 12月～ 2016年3 月	医学・看護・薬学・理学 療法・作業療法・社会福 祉・精神保健福祉などの 有識者	パブリックコメントをもとに、顔を 合わせたミーティングにてプロトタ イプを修正し、最終案を合議した。

Table 1 : Interprofessional competencies 開発の 5 Stage



Figure 2 : 2014 年 10 月の JAIPE 学術大会での World café の模様



## 4. 各国の多職種連携コンピテンシーの比較と日本の現状

多職種連携コンピテンシーは、これまでにカナダ、米国、オーストラリア、英国などで開発・運用されている。以下に各国の多職種連携コンピテンシーの共通する領域と相違する領域を概観し、改めて日本で多職種連携コンピテンシーを開発する際の留意点について言及する。

### 1) 共通する領域

各国の多職種連携コンピテンシーのフレームワークを俯瞰すると「チーム」「職種理解」「コミュニケーション」という言葉が共通してみられる(30)。チーム医療と多職種連携の違いは何か?と問われることもあるが、多職種連携の領域の一つにチーム(医療・ケア)が位置づけられており、多職種連携にはチーム(医療・ケア)よりも広い意味が含まれていることが各国のコンピテンシーの比較からうかがえる。

### 2) 相違する領域

多職種連携コンピテンシーは保健医療システムや文化的背景から国によって記載が異なる。国家間での多職種連携コンピテンシーを比較することで、各国が強調している領域の違いを理解することができる。

例えば、カナダでは、「協働的リーダーシップ」を一つの領域として用いており、患者/利用者中心の領域ではパートナーという言葉も使用している。英国ではパートナーシップという言葉が頻出する一方で、米国やオーストラリアではリーダーシップやパートナーシップという言葉はあまり使用されていない。「リフレクション(省察)」は英国とオーストラリアではみられるが、他国のコンピテンシーではみられない。「患者・利用者中心」という言葉は国によって位置づけが異なっており、カナダやオーストラリアでは多職種連携の中核として位置づけられているが、それ以外の国ではコンピテンシーには含まれていない。「患者・利用者中心」をコンピテンシーに含まない国では、価値観や倫理という言葉で代用している可能性がある。「コンフリクト解決」は、カナダおよびオーストラリアでは一つの領域として使用している。

このように「リーダーシップ」あるいは「パートナーシップ」、「リフレクション(省察)」、「患者/利用者中心」、「コンフリクト解決」などの言葉を使用している背景やコンピテンシーに含まれている意義を鑑みると、各国は医療保健福祉システムや文化的背景などを踏まえ、言葉の選び方に配慮したうえで、自らの国で多職種連携を実践するために必要なコンピテンシーの領域の選択に重みづけを行っていることが分かる。日本で多職種連携コンピテンシーを開発する際も、次項にある日本の状況に配慮し、コンピテンシーに含める能力の取舍選択や重みづけ、用いる用語の選択には留意する必要がある。

### 3) 日本の状況

各国で共通して用いられている「職種理解」「コミュニケーション」は本邦のコンピテンシー領域でも中核を占める可能性がある。プロフェッショナルリズムの議論が進行中の日本で、専門職の価値観や倫理という言葉を用いるか、「患者・利用者中心」という言葉を明示的に使用し、その中に連携の価値観や倫理を含めることにするかは議論が必要である。また、「チーム」という言葉は、大病院や在宅医療では、特定のメンバーからなる「チーム」より、専門職との流動的な連携が必要となる場面も多い。「チーム」と連携との相違が顕在化されていない日本では、そのまま「チーム」という言葉を用いてよいか、慎重な議論が必要である。また、「リーダーシップ」「パートナーシップ」「リフレクション（省察）」は、英語とその日本語訳とで意味やイメージが異なる可能性があるため、英語あるいはカタカナで表現するか、日本語表記を用いるか、特にコンピテンシーの活用が期待される現場からの意見が求められる。さらに、英国で用いられている「異文化理解能力」をコンピテンシーの一つとして用いることは、異文化理解という言葉が国際理解と同義で使用している場合もあるため、国際的な異文化理解だけを取り扱う能力のように誤解されてしまい、混乱を招く可能性がある。(52) また、比較的単一民族と意識している日本の医療保健福祉職の中で職種の違いで「異文化理解能力」を使用することの違和感も予想される。

医療保健福祉専門職の教育過程から生涯学習に至るまで多職種連携コンピテンシーを活用するためには、コンピテンシーに含める能力の取捨選択や重み付け、用いる用語の選択吟味には各専門職の学術的専門家だけでなく現場で働いている専門職の参加が必要である。

以上の点をコンピテンシー開発の議論として留意した。

## 5. 協働的能力としての多職種連携コンピテンシー

Hugh Barrによると、多職種連携能力には3つの基盤となるコア・コンピテンシーがある (Figure 3) (26)。1つ目は他の専門職と区別できる専門職能力 (Complementary)、2つ目は全ての専門職が必要とする共通能力 (Common) である。例えば、医師にとって診断や治療選択することは専門職能力に当たり、医療保健福祉に共通する価値観や患者や利用者へのコミュニケーション能力は共通能力に該当する。3つ目は、他の専門職種と協働するために必要な協働的能力 (Collaborative) である。Hugh Barrは、これらの3つの能力が備わることで、専門職間の連携協働が円滑に機能すると述べている。

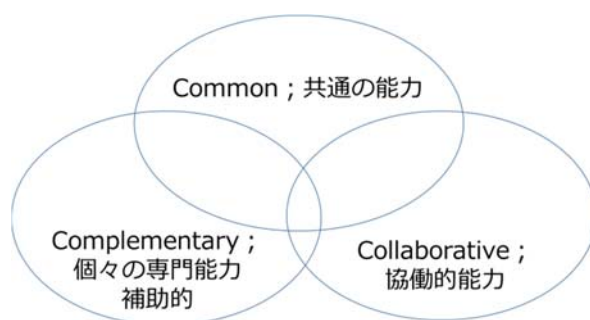


Figure3 : 多職種連携のコア・コンピテンシー

医療保健福祉の各専門職の中には、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チーム医療や協働的能力を含めている専門職もある。しかし、日本では教育課程から現場の専門職種に至るまでに必要とされる複数の専門職種間で共通した協働的能力に関する記述はない。

そこで本プロジェクトでは、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、**特に協働的能力に焦点を当て多職種連携コンピテンシーを開発した**。協働的能力は、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通じてはじめて学べる能力である。もちろん、各専門職が開発したコンピテンシーにチーム医療や職種間協働の能力がすでに含まれていることもあるだろう。しかしながら本プロジェクトでは、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多職種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多職種連携教育をすすめる道標となることを期待している。

## 6. 協働的能力としての多職種連携コンピテンシーモデル

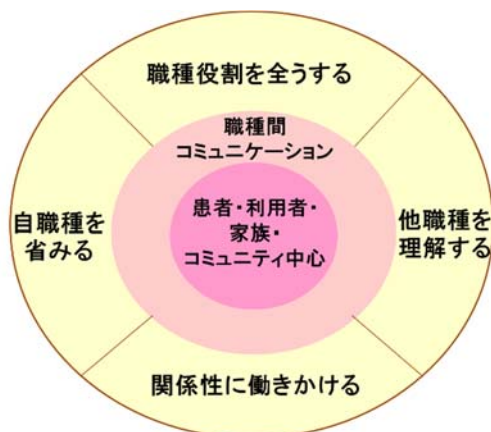


Figure4 : 多職種連携コンピテンシーの対象者 : 医療保健福祉に携わる職種

### ● 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 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 for 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。

## 7. コンピテンシーの解説

### 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

医療保健福祉の多職種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」ことが多職種連携の目的であり、欠くことができない要素である。これを意味するため、図には多職種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、学校に関わる医師・薬剤師・保健師などがいうところの学校をコミュニティ、職場に関わる医師・看護師・保健師などがいうところの職場コミュニティなどをいう。

#### 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 の定義に倣ってあえて、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。

外側の 4 つのドメインは、コア・ドメインを支える部分集合として関連ある独立したドメインとして表現した。**職種としての役割を全うする能力**は**自職種を省みる能力**と**他職種を理解する能力**が関わり、**関係に働きかける能力**が基盤となる。また**関係に働きかける能力**も、自職種の役割に責任をもたないことで関係構築がうまくいかないことがあるように、互いの**職種としての役割を全うする**ことが欠くことのできない能力である。さらに、そこには**他職種を理解する能力**と**自職種を省みる能力**も関連する。

また関係に働きかける能力は時間軸の意味を含んでおり、自分も含んだ複数の職種の関係構築からその後の維持・成長の支援・調整全ての関係性に働きかける能力である。関係性の発展という意味では、チームや組織全体がより良くなるように他職種に働きかける能力も関係に働きかける能力に含まれる。

## 8. Reference

1. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005 Dec;39(12):1176-7.
2. 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.
3. 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.
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. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med.* 2002;77(5):361-7.
6. 佐藤 純. コンピテンシー評価モデル集 改訂増補第 5 版: 各社事例にみる評価と活用. 生産性労働情報センター; 2015. 154 p.
7. 睦松尾. 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; 2006. 272 p.
8. ライル・M. スペンサー, シグネ・M. スペンサー, Jr., Lyle M. Spencer, Signe M. Spencer, (翻訳) 梅津 祐良, 成田 攻 横山 哲夫. コンピテンシー・マネジメントの展開. 生産性出版; 456 p.
9. 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.
10. 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.
11. Morinaga K, Ohtsubo Y, Yamauchi K, Shimada Y. Doctors' traits perceived by Japanese nurses as communication barriers: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2008 May;45(5):740-9.
12. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. sage; 1998.
13. Macdonald MB, Bally JM, Ferguson LM, Lee Murray B, Fowler-Kerry SE, Anonson JMS. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse Educ Pract.* Elsevier Ltd; 2010;10(4):238-42.
14. Tashiro J, Byrne C, Kitchen L, Vogel E, Bianco C. The Development of Competencies in Interprofessional Healthcare for Use in Health Sciences Educational Programs. *J Res Interprof Pract Educ.* 2011;2(1):63-82.

15. Wood V, Flavell A, Vanstolk D, Bainbridge L, Nasmith L. The road to collaboration: developing an interprofessional competency framework. *J Interprof Care*. 2009 Nov;23(6):621–9.
16. Pecukonis E, Doyle O, Bliss DL. Reducing barriers to interprofessional training: promoting interprofessional cultural competence. *J Interprof Care*. Taylor & Francis, Abingdon UK; 2008;22(4):417–28.
17. Hammick M, Olckers L, Campion-Smith C. Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*. 2009 Jan;31(1):1–12.
18. Guitard P, Ont OTR, Dubouloz C, Savard J, Metthé L, Caslpo R, et al. Assessing Interprofessional Learning during a Student Placement in an Interprofessional Rehabilitation University Clinic in Primary Healthcare in a Canadian Francophone Minority Context. *J Res Interprof Pract Educ*. 2010;1.
19. Baker C, Pulling C, McGraw R, Dagnone JD, Hopkins-Rosseel D, Medves J. Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. *J Adv Nurs*. Wiley-Blackwell Publishing Ltd; 2008;64(4):372–9.
20. Collaborative CIH. A national interprofessional competency framework. [Internet]. 2010. Available from: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)
21. Macdonald CJ, Archibald D, Trumpower DL, Casimiro L, Cragg B, Jelley W. Designing and Operationalizing a Toolkit of Bilingual Interprofessional Education Assessment Instruments. *Education*. 2010;1(3):1–13.
22. Conway JF, Little P, McMillan M, Fitzgerald M. Determining frameworks for interprofessional education and core competencies through collaborative consultancy: The CARE experience. *Contemp nurse a J Aust Nurs Prof*. 2011;38(1-2):160–70.
23. Banfield V, Lackie K. Performance-based competencies for culturally responsive interprofessional collaborative practice. Informa UK Ltd London, UK; 2009 Oct 20;
24. Sargeant J, Hill T, Breau L. Development and testing of a scale to assess interprofessional education (IPE) facilitation skills. *J Contin Educ Health Prof*. 2010;30(2):126–31.
25. Bainbridge L, Nasmith L, Hon F, Orchard C, Wood V. Competencies for Interprofessional Collaboration. *Heal San Fr*. 2010;24(1):6–11.
26. Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. Informa UK Ltd UK; 1998;12(2):181–7.
27. Barr H. Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. Learning. Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2002;(1).



28. Hamilton J. Two birds with one stone: addressing interprofessional education aims and objectives in health profession curricula through interdisciplinary cultural competency training. *Med Teach*. 2011;33(4):e199–203.
29. Curran V, Hollett A, Casimiro LM, McCarthy P, Banfield V, Hall P, et al. Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric (ICAR). *J Interprof Care*. 2011;25(5):339–44.
30. 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.
31. Gardner A, Hase S, Gardner G, Dunn S V, Carryer J. From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice. *J Clin Nurs*. Blackwell Publishing Ltd; 2008;17(2):250–8.
32. Musolino GM, Burkhalter ST, Crookston B, Ward RS, Harris RM, Chase-cantarini S, et al. Understanding and Eliminating Disparities in Health Care : Development and Assessment of Cultural Competence for Interdisciplinary Health Professionals at The University of Utah — A 3-Year Investigation. *J Phys Ther Educ*. 2010;24(1):25–36.
33. Verma S, Paterson M, Medves J. Core competencies for health care professionals: what medicine, nursing, occupational therapy, and physiotherapy share. *J Allied Health*. 2006;35(2):109–15.
34. Weber JM. Core competencies for health care professionals. *Journal Of Allied Health*. 2006. p. 185.
35. De Leon Siantz M Lou. Leading change in diversity and cultural competence. *J Prof Nurs Off J Am Assoc Coll Nurs*. 2008;24(3):167–71.
36. Harrison R, Mitchell L. Using outcomes-based methodology for the education, training and assessment of competence of healthcare professionals. *Med Teach*. 2006;28(2):165–70.
37. Riesen E, Morley M, Clendinneng D, Ogilvie S, Ann Murray M. Improving interprofessional competence in undergraduate students using a novel blended learning approach. *J Interprof Care*. Informa HealthcareLondon; 2012;
38. Peter Fayers DM. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*, 2nd Edition - Peter Fayers, David Machin. 2007.
39. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3(3).

40. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1(May):39–48.
41. Thistlethwaite J, Moran M. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *J Interprof Care*. Informa Healthcare London; 2010;24(5):503–13.
42. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1).
43. Gillan C, Lovrics E, Halpern E, Wiljer D, Harnett N. The evaluation of learner outcomes in interprofessional continuing education: A literature review and an analysis of survey instruments. *Med Teach*. 2011;33(9):e461–70.
44. Whitehead C. The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate? *Med Educ*. 2007 Oct;41(10):1010–6.
45. Rodger S, J Hoffman S. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *J Interprof Care*. 2010;24(5):479–91.
46. Reeves S, Goldman J, Oandasan I. Key factors in planning and implementing interprofessional education in health care settings. *J Allied Health*. 2007;36(4):231–5.
47. Paquette-Warren J, Roberts SE, Fournie M, Tyler M, Brown J, Harris S. Improving chronic care through continuing education of interprofessional primary healthcare teams: a process evaluation. *J Interprof Care*. Informa UK Ltd. London; 2014 May 22;28(3):232–8.
48. Young AS, Chinman M, Forquer SL, Knight EL, Vogel H, Miller A, et al. Use of a consumer-led intervention to improve provider competencies. *Psychiatr Serv*. 2005;56(8):967–75.
49. Lindquist I, Engardt M, Garnham L, Poland F, Richardson B. Physiotherapy students' professional identity on the edge of working life. *Med Teach*. Informa UK Ltd UK; 2006 May 3;28(3):270–6.
50. Baggs JG, Schmitt MH. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Res Nurs Health*. 1997;20(1):71–80.
51. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63(3):263–300.
52. 竹内愛. 「異文化理解能力」の定義に関する基礎研究. 共愛学園前橋国際大学論集. 2012;105–12.

53. 大塚真理子、酒井郁子、相馬仁、下井俊典、神山裕美、小林毅、春田淳志、畔上光代、藤林慶子：JAIPE IPE 推進委員会の活動と展望、保健医療福祉連携、連携教育と連携実践、2015;8(1);27-29

# 謝辞

この多職種連携コンピテンシー開発に関しては日本保健医療福祉連携教育学会、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・協会の多大なご協力をいただきました。多職種連携コンピテンシー開発チーム一同、ここに厚く御礼申し上げます。

なお、本プロジェクトは「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）の助成を受けて 2015 年 3 月まで実施され、第 0 版として成果がまとめられました（53）。

さらにその成果を発展させる形で、2015 年 9 月から 2016 年 3 月まで「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』選定事業 筑波大学『次世代の地域医療を担うリーダーの養成』」の助成を受けて作成されました。

