

KBM に基づいた、医療・介護職間の危険予知トレーニング KBM based Kiken-Yochi-Training for Care Staff and Medical Staff

神山 資将¹⁾, 佐々木 由恵²⁾
KAMIYAMA Motoyuki¹⁾, SASAKI Yoshie²⁾

1) 一般社団法人知識環境研究会, 2) 日本社会事業大学
1) Association Chishiki Kankyo Kenkyukai, 2) Japan College of Social Work

【要約】医療依存度の高い介護サービス利用者が増加する中、医療と介護の連携が政策として積極的に推進されている。異なる専門性を背景にした専門職間で同一の問題事象を扱う医療介護連携場面では、介護職と医療職（特に看護師）のコミュニケーションギャップが問題となっている。特にコミュニケーションギャップによるリスクを低減させるため、本研究では、医療介護連携における専門職間教育の方法論として KBM に基づいた医療・介護職間の危険予知トレーニングを構想・提案する。さらに、その実験結果について考察する。

【キーワード】医療介護連携、コミュニケーション、専門職間教育

1. 研究の背景

1.1. 医療と介護の連携

介護職は日常生活支援の専門職である。しかし、医療依存度の高い介護サービス利用者が増加する中、介護現場に医療的なサービス（医療的ケア）を提供させ、両者の連携を図る政策が推進されている。厚生労働省は、2025年には後期高齢者が二千万人を超え、認知症や医療ニーズの高い重度の利用者が増加すると予測している。それに対応した質の高い人材を安定的に確保していくことが課題となっている。

このような政策の下、介護職は、従来の日常生活支援業務とは異質な、パラメディカル的な業務を担うことになる。しかし、これらの変化は十分な検討期間を経ることなく進められ、介護職にとっては医療的ケアの実施への不安は大きくなっている。佐々木（2010）は医療的ケアに携わる介護職の不安は、（医療的ケアを実施する上での）知識の欠如だけでは説明できず、報酬や責任、管理などを含めた実務上の様々な要素が複雑に影響していることを指摘している。中でも、介護職と看護職間のコミュニケーションギャップは大きな問題として認識されている（佐々木，2010）。

1.2. 介護職の専門性と専門職間教育

介護職が提供するケアワークは「他者の行動や感情、思考傾向からその生命活動（生活）上の不具合に気づき、その自己感を理解した上で、よりよく生きていこうとする力を支えていく労働」（西川，2008）である。その実践のために「課題の発見と設定」、「解決（改善）方針の策定と実施」、「結果のモニター」といった一連のプロセスを伴う知識労働であり、この3つのプロセスを円滑に循環させるため、「相互信頼のもとづくコミュニケーション、共感、多様な視点」を前提としている（西川，2008）。

さらに、介護職は、ケアワークを日常生活支援という文脈の中で提供し、利用者の尊厳に配慮しながら、各場面における意図を推測していく。そのため、その専門性は開放されたシステムにおける即応的かつ柔軟な意思決定が求められる。開放されたシステムであるため、関係するアクターも場面依存的に常に変動し、多種多様な文脈で関与することになる。たとえば、利用者の家族や近隣の住人、利用者の友人や知人、関係する福祉各職や医療職と関係を持ちながら、各場面で優先事項も変化する、問題事象の考え方自体も変化する、柔軟な対応を要求される中、ケアワークを提供していくのである。利用者の日常生活支援上関わることになる様々な専門職と緊密に連携することは必然的に要請されるため、介護職は異なる文脈や専門性との境界的な役割を果たしているともいえる。このような意味では、介護職の専門性はディシプリン型というよりは、トランスディシプリン型の要素が強いともいえる。

医療介護連携が強く求められている中で、2001年度スタートの介護福祉士養成カリキュラムで120時間が医療的基礎知識に充当した。旧カリキュラムでは90時間であったことから、医療的な知識の強化は進められている。しかしながら、そもそも介護職は境界的な役割を担ってきたのであり、一部とはいえ、医療職の専門性の領域に踏み込む。その意味では、介護職が担ってきた従来の連携とは質的に異なるものであるといえよう。

介護職は従来とは異なる専門職間コミュニケーションのあり方を探索しなければならないだろう。

一方、医療職では Inter-Professional Education (IPE, 専門職間教育) が重要な要素として認識されつつあるが、その研究や教育は、2000 年代に入ってから本格的に推進されるようになったばかりである (新井, 2007)。IPE への関心は高い一方、現場によって状況が異なり、関連するアクターの組合せや立場、考え方の違いによって、IPE のあり様は状況依存的なものとなっており、一般化された視点は構築しにくい。IPE の開発は探索的段階にあるとあっていいだろう。

1.3. 認知スキーマ

人間は様々な情報を認識し、理解、解釈し、グループ化して、認知を効率的に進めている。その際、機能するグループ化がスキーマ (schema) である。スキーマは、体験などを通じて構築される認知構造をいう (金沢, 1992)。事実や概念についてのスキーマや問題解決の戦略を立てる方略などがあるが、研究者によって、スキーマの定義は多岐にわたる。

本研究では、この認知スキーマが介護職と医療職の間で異なることが医療依存度の高い利用者への介護サービス提供の上で様々な危険状態を生起させるものと仮説した。

介護職は職務上、利用者の日常生活を支援し、日々寄り添いながら、利用者とのよりよいコミュニケーションができるように配慮している。その中で、介護職は自らの専門性に依拠した、職業文脈上のスキーマを構築していると想定される。いうまでもなく、個人個人の介護職は別の認知構造を持っており、介護職のスキーマがすべて同形であるというわけではないが、多くの介護職が持つ「特有の」スキーマがあることが想定できる。医療職についても同様に、専門性に依拠したスキーマが存在する。医療サービスと介護サービスの連携が進むからといって、医療職、介護職それぞれの専門性に依拠したスキーマを共通化することはできない。異なるスキーマを持つ専門職間の連携を図る際には、同じ事象を認知しても全く異なる判断をするだろうし、同じ判断であっても判断の帰属は異なることが想定され、このスキーマの違いが業務上のコミュニケーションで行き違いや取り違いなどの過誤を引き起こす原因となることが危惧される。

1.4. 知識非対称の専門職間連携におけるリスク低減についての考え方

医療的知識において非対称である介護職と看護職の連携において生起することが想定されるリスクをいかにして低減させられるだろうか。両職の知識の差をなくすことでコミュニケーションギャップによるリスクは低減するだろう。しかしながら、現実的にそれは不可能であり、介護職の専門性の固有性からいっても不可能であろう。そこで、両職が適切なコミュニケーションを通じて情報を共有し、医療的ケアもしくは医療依存度の高い利用者へのサービス提供を着実に行うことができるように組織的対応を図ることが適当であろう。

そこで、本研究では「危険予知トレーニング (Kiken-Yochi Training, 以下 KYT と略す)」の考え方を導入する。KYT は危険予知活動、危険予知訓練とも呼ばれるもので、危険をあらかじめ想定し、指摘し合う職場の小集団活動をいう。KYT の方法論としては、様々な形態のものが存在するが、一般には、危険が存在する状況設定を絵・図等で示し、「どんな危険がひそんでいるか?」(現状把握)、「これが危険のポイントだ」(本質追究)、「あなたならどうする」(対策樹立)、「わたしたちはこうする」(目標設定)という、4 つの質問を参加者に繰り返し問いかける。最後に、インストラクターが参考となる見方を例示しながら、考え方の筋道を教える。以上 4 種類の質問構成となっているので、これを 4 ラウンド法という。

元来 KYT は工場現場や工事現場のような労働環境における危険の除去をめざした小集団活動である。しかし、介護現場という介護サービス提供の現場における小集団活動として応用するには、前提状況が異なるため、整理が必要である (表 1)。表 1 に示したように状況を整理できるが、特に以下の 3 点が質的に異なる。

- (1) 介護サービス提供の現場は日常の空間であり、リスクを強く意識するような状況にない。そのため、リスクを完全には制御できない。(リスク制御)
- (2) 介護サービスは対人サービスであり、利用者との状況依存的な関係にあり、利用者本位で個別性に対応しなければならない。提供先の状況によって、提供するサービスの内容は異なる (状況依存性)
- (3) 特に医療と介護の連携においては、介護職と医療職は専門性が異なり、かつ共有部分が小さい。特に、数値を基にしたコミュニケーションは限定的で、双方がストレスを感じる状況にある。(共有知の限定性)

表1：工場・作業現場と介護サービス提供現場の違い

	工場・建築現場	医介連携の介護サービス提供現場
活動主体	作業員，工員，技術者など	介護職・医療職など
価値提供の対象	発注者（現場に不在）	利用者（直接にサービス提供）
作業対象	モノ	ヒト
作業環境の把握	ほぼ完全に可能 （申し送り，整理整頓など）	不完全 （訪問介護サービスなどでは環境のすべてを把握できないので，推測が大きなウェイトを占める）
作業上の連携	多職種が協力・連携が普通	多職種の連携を求められている
連携上の共有知識	連携時の共有知識がある 物理的に把握（数値など）	連携時の共有知識不完全 物理的に把握するのは困難
知識の性質	モジュール化された知識	介護職は非（未）モジュール知識が多い．状況依存的

リスク制御，状況依存性，共有知の限定性から，KYTをそのまま応用するのでは不十分である．そこで，この学習方略としての言語化の目標達成モデルを基にして，池田らが提案する知識構築法（Knowledge Building Method）（藤井ら，2010）（崔ら，2011）を参考とした．

2. 提案

本研究では介護職・医療職間のコミュニケーションギャップの原因の一つとして「認知スキーマの差」を仮定した．これは専門性に依拠した知識の差のみではない，職業によって生じる感情や行動様式といった要素が影響していると考ええる．医療職（本研究では看護職を対象とする），介護職それぞれが，互いの認知スキーマに配慮したコミュニケーションを行うことを通じて，危険予知のスキルを向上させる教育法として，「医療介護連携危険予知トレーニング（以下，医介連携 KYT と略す）」を提案する．さらに，この医介連携 KYT を2回にわたって介護職，看護職を対象に実験した結果を報告する．

本研究で提案する医療介護連携 KYT は，以下の3点を促す教育方法である（図1）．

- (1) 自己の認知スキーマの意図的な把握と表出
- (2) 互いの専門職の認知スキーマの比較対照と理解
- (3) 自他の認知スキーマの違いの理解と原因推測
- (4) 認知スキーマの違いを踏まえた現場の改善活動への動機づけ

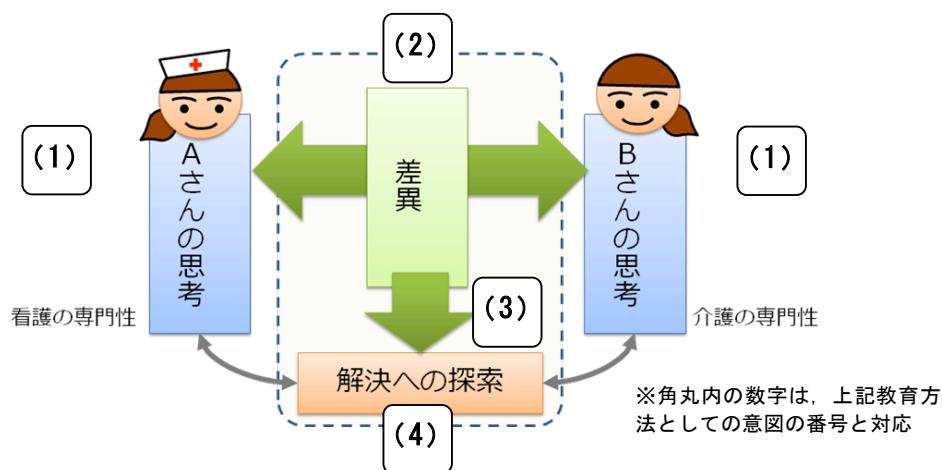


図1：医介連携 KYT の設計理念

異なる専門職がコミュニケーションをする場合，互いの行動は互いに依存しているため，自らの行動を決定するのは，相手の行動をどのように判断するかによって左右される．パーソンズは，二重の偶有性の解決に「共有された価値」という概念を提示した．ある価値が共有されていれば，相手の行為の可能性を縮減することができ，行為を予測することが可能になるというのである．医療介護連携 KYT では，パーソンズの「共有された価値」という考え方に近いアプローチであり，専門職間で互いの認知スキーマを理解する試みを行い，異なるスキーマを明確化させる過程が専門職間のコミュニケーションを促進し，同時に医介連携のリス

クを低減させるという思想に依拠する。よって、KBMにおける知識構築まで至ることはなくとも、医介連携 KYT を経験することによって、共有された価値を創出もしくは増強させることができればよいと考えるのである。

3. 実験

3.1. 実験の進行

開発した医療介護連携 KYT を、千葉市社会福祉協議会の協力の下、2012 年 9 月 30 日および 10 月 20 日に、介護職・看護職の研修として実施した。実験の被験者は各回別の被験者を募集した。被験者は各回 30 人で、それぞれの回で介護職 15 人、看護職 15 人で構成されている。実験の進行は表 2 のとおりである。

表 2：医療介護 KYT の実験進行

時刻	進行	所要時間
09:30	開講のあいさつ	5 分
09:35	レクチャー	60 分
10:35	動画（事例「多人数の前での吐しゃ」）視聴	5 分
10:40	短冊記入作業	45 分
11:25	休憩（昼食）・グループ分け発表	60 分
12:25	グループワーク	50 分
13:15	全体発表	15 分
13:30	動画（事例「腸ガス排気」）視聴	5 分
13:35	短冊記入作業	40 分
14:15	グループワーク	50 分
15:05	休憩	10 分
15:15	全体発表	15 分
15:30	宣言シート記入	20 分
15:50	宣言シート発表	35 分
16:25	講評	10 分
16:35	アンケート記入	10 分
16:45	解散	

3.2. レクチャー

医介連携 KYT は、最初にワークショップの前提となる知識をレクチャーする。ワークショップの効果を高めるため、被験者の姿勢を準備することが目的である。さらに、ワークショップ中で使用する語や概念を説明し、被験者の記入スキルを高める。本教育方法論は認知スキーマの共有と共創が目的であり、シート等への記入スキルの高低の影響を受けることは好ましくないからである。



図 2：実験会場の様子（左：レクチャーの様子，右：ディスカッションの様子）

3.3. 動画の視聴

次いで、被験者は医療介護連携の介護現場で典型的な事例を撮影した短い動画を視聴する。事例動画は本研究のために作成したものである。介護現場で生じることが多い、医療介護連携を必要とする事例について、8 場面を作成した。制作者の意図や予見を与えないよう、字幕による状況説明や情報提供をしていない。さらに、実際の問題としてとらえられるように、断片的な場面描写に限定し、「偶然、直面することになった介護の一場面」という設定となっている。

表 3：制作した動画

動画			動画		
事例	内容	サイズ	事例	内容	サイズ
事例 1	訪室時に、居室でうつぶせに倒れている	44 秒	事例 5	PEG 挿入者の挿入部から滲出	29 秒
事例 2	オイグルコン服用者の意識不鮮明状態	40 秒	事例 6	多人数の前での吐しゃ	34 秒
事例 3	脳梗塞で左片麻痺をもつ高齢者	35 秒	事例 7	終末期の利用者の夜間気管内吸引	50 秒
事例 4	便秘傾向者が多量排便後転倒した	49 秒	事例 8	腸ガス排気	29 秒

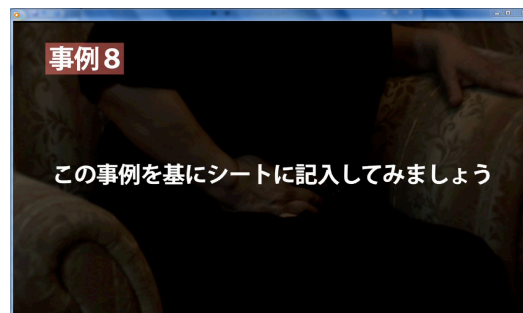


図 3：動画教材の字幕

使用した動画シーンは 2 種類で、一つは多人数の利用者がいる場所での吐しゃ物の処理、もう一つは腸内ガスの排気についてである。



図 4：動画教材（左：事例「多人数の前での吐しゃ」、右：事例「腸ガス排気」）

3.4. シート類の記入—記入の枠組み

次に、動画の事例について、被験者はどのような観察、判断を行ったのかシート類に記載してもらう。シートの記法は被験者の思考や認知をコントロールもしくは誘導する枠組みであり、現場における日常業務で構築された各自各職の認知スキーマとの間で違和感を認知させたり、意図的な認識を促したりするものである。

はじめに、テーマとなる動画シーンについて「自分であればどのように行動するか」を「エビデンス（事実）」「リーズン（理由）」「アクション（行動）」という 3 要素にまとめてもらう。この 3 要素は「認知スキーマ短冊」に記載する。この 3 要素は、各職が行動の背景にどのような根拠や理由があるのかを明確に記載し、さらにその行動が依拠する「観察された事実」を明示するための記載フォーマット

トである。診療録の記法として普及している SOAP やフォーカスチャージングとの対応は表4のとおりである。

表4：SOAP, Focus Charting との記入枠組み

医介連携 KYT	SOAP	Focus Charting (FDAR)
エビデンス (事実) : 観察されたデータで, 客観・主観 (この主観は対象者の主観で, 観察者の主観ではない) を問わない	S(Subject) : 主観的データ, 患者の話や病歴	F(Focus) : 患者に起こった介入が必要な出来事あるいは起こり得る状態の結論
	O(Object) : 客観的データ, 身体診察・検査から得られた情報	D(Data) : フォーカスを証明する主観および客観的情報
リーズン (理由) : エビデンスとアクションを論理的に関係づける根拠	A(Assessment) : 上記 S と O の情報の評価	A(Action) : 実際に行った行為, 治療, 処置
アクション (行動) : エビデンス, リーズンから立案した行動方針	P(Plan) : 上記 3 者を基にした治療方針	R(Response) : 行為/介入に対する患者の結果/反応

認知スキーム短冊に記入が済んだ上で, 被験者はグループに分かれ, グループディスカッションを行う。グループディスカッションでは, 他職種を交えて動画の観察記録を共有する。グループディスカッションで用いるシートは「違い認知シート」と「KYT 宣言シート」である。

表5：使用するシート類

シート名	目的	記入事項
認知スキーム短冊	(1) 認知：動画から何を読み取るか (2) 構造化：読み取った事実をどのように主観的な判断と客観的な指標から判断する	・エビデンス ・アクション ・リーズン
違い認知シート	(1) 異なる専門性, 異なる立場, 他者の認知スキーマを認知する (2) 何が異なっているのかを見出す	・エビデンスについての認知の違い ・アクションについての認知の違い ・リーズンについての認知の違い ・他職種との間で認知が異なる代表的な点
KYT 宣言シート	異なる認知スキーマをふまえて, どのように行動すべきか	・「わたしは, ○○します」 (アクション) ・どんな事実のとき (エビデンス) ・その理由 (リーズン) ・根拠となる事例番号 ・根拠となる違い番号

3.5. ディスカッション

(1) 違い認知シートへの記入

6名のディスカッショングループ (介護・看護同数) に分かれ, 自らの認知スキーム短冊の内容を発表し合い, 互いの行動, 理由づけ, 事実認識の違いを明確にして共有する。この段階では被験者に異なる行動, 理由づけ, 事実認識があることを認識させることが意図である。異なる職種や背景知識によって, どのように異なる観点があるのかを認識させることで, 各自各職が持つ認知スキーマに対する再確認や自問を促す。認識した互いの思考の違いを「違い認知シート」に記入する。違いの認識を通じて, 他職種の思考様式と自らの職種の思考様式の典型的な違いをまとめる。ここでは, 明確に事実, 理由づけ, 行動の枠組における違いを把握させ, その違いを生じさせる背景要因を推測させるように促すシート構成となっている (図5)。

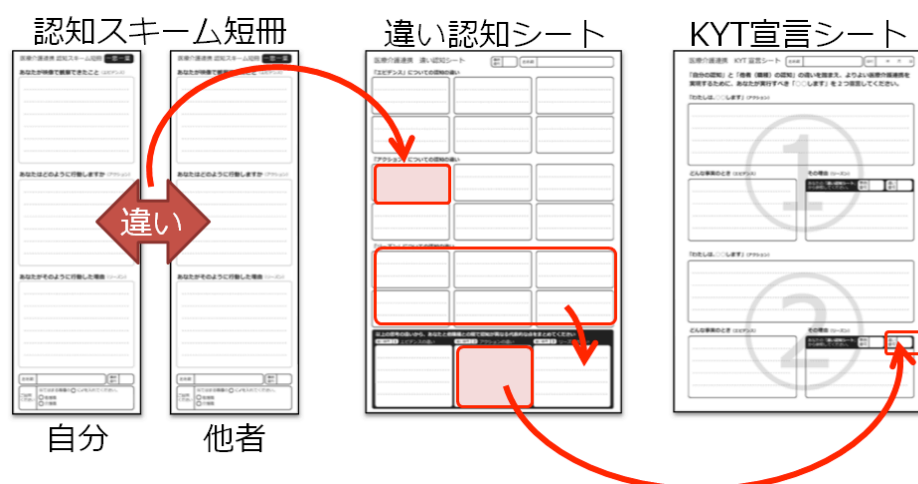


図 5：シート間の相互関係

(2) KYT 宣言シートへの記入

ディスカッションでグループ内での互いの違いを明確にした上で、次に、医療介護連携によるリスクを低減させるために策定すべき配慮点、対策を立案する。配慮点、対策はKYT 宣言シートに記入する。KYT 宣言シートは、違い認知シートで思考した「互いの違いを生じさせる背景要因」を克服するための対策という枠組みで記入を促している。この KYT 宣言シートを記入し終えることでワークショップの全プロセスは終了する。

4. 分析

以上の実験結果を分析する。

回収された認知スキーム短冊では、介護職、看護職ともに使用した動画シーンにおける事実の認知にそれほど大きな違いはなかった。しかし、理由づけや行動では視点の違い、そこから導出される行動の違いが明確になった。それらの多くは、具体的な行動の内容や理由づけが異なるというよりは、明確に理由づけと行動を分節化することができていなかったり、事実をさらに記入したりするといった「論理（記法）上の問題」に帰結できるものが大多数を占めた。このような結果の原因としては、

- (1) 記法のスキルに不足する部分があった
- (2) 論理的思考のスキルに不足する部分があった
- (3) 記法の設計上の問題があった

などが想定される。ただし、第 1 回の実験ではレクチャーが簡便に済まされていたが、第 2 回の実験ではレクチャーを十分に行った。第 2 回の実験結果では「論理（記法）上の問題」は少なかった。このことからもある程度スキルによる影響が生じていることが想定される。今後も実験を重ね、「論理（記法）上の問題」を縮減させるよう努力する必要がある。

次に、テキストマイニングによる分析を行った。10 月 20 日の事例「多人数の前での吐しゃ」の実験結果（認知スキーム短冊シートのエビデンス、リーゼン、アクションを分析対象とした）を基に、テキストマイニング分析を行い、その結果を得た。記述統計は、表 6 のとおりである。

表 6：記述統計

異なり語数	526
出現回数の平均	4.23
出現回数の標準偏差	12.00

5. 分析結果

テキストマイニングの結果、出現頻度の高い語は表 7 に示す語となった。最多の語は「嘔吐」で 91 回、次いで「悪い」が 59 回だった。さらに、共起ネットワーク図を作成した（図 6）。描画した語は出現頻度順で上位 60 語とした。出現頻度が高い語は大きな円で表示し、強い共起関係にある語との線は太くしてある。

表7：10月20日の実験結果

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
嘔吐	91	聞く	21	腹部	15
悪い	59	看護	20	利用	15
確認	38	観察	20	状況	14
状態	24	吐く	20	食べる	14
声	24	感染	18	判断	14
顔色	23	介護	17	必要	14
気持ち	23	お腹	16	様子	14
女性	21	原因	16	考える	13
他	21	行う	16	食事	13
体調	21	症状	16	測定	13
吐物	21	人	16	対応	13

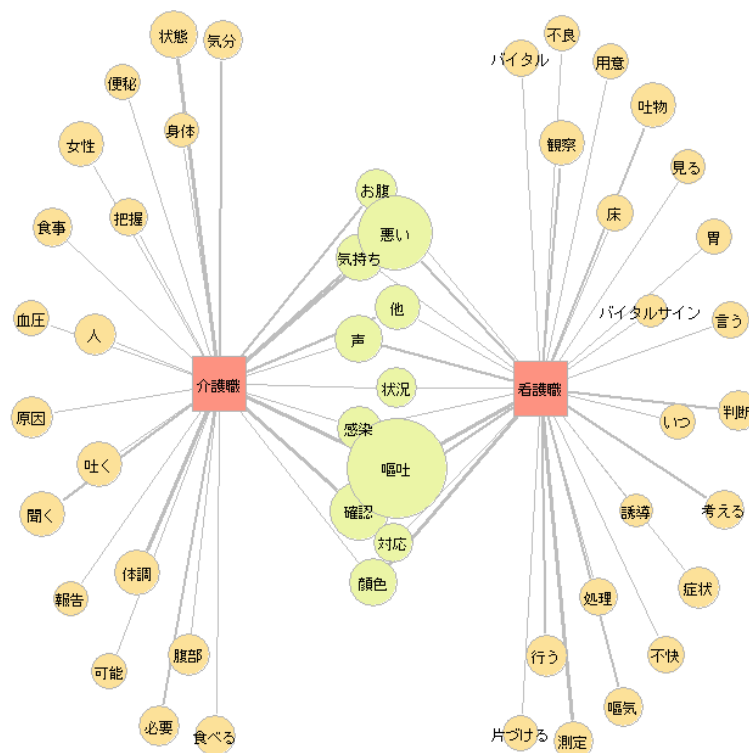


図6：共起ネットワーク図（介護職，看護職）

出現頻度が高い語は共起する可能性も高いことが推測される。また、描画語数を増やすと、両職で共起している語が増えるため、各職で特有に用いられている語に注目する必要があるだろう。

「嘔吐」や「悪い」「確認」「気持ち」などの出現頻度の高い語は介護職，看護職ともに用いている。それぞれの職種で特徴的な語は、介護職が「状態」「食べる」「体調」「腹部」「身体」といった日常性の延長線上にある語を使っていると考えられる。一方、看護職は「症状」「測定」「観察」「バイタル」や「バイタルサイン」「処理」などと、具体的な看護行動に関係した語が中心となっている。これは看護職がより医療の専門性に依拠した語を使用し、介護職が非医療の思考をしているということはいえない。たとえば、介護職は「血圧」という語を使用しているが、看護職は「バイタル」「バイタルサイン」といった語を使っている。「血圧」は「バイタルサイン」の一部であり、介護職は「バイタルサイン」という語を使っていないとしても、事実上、看護職の「バイタルサイン」とい語の背景にある思考と同じものであることも想定されるからである。

介護職の「血圧」と看護職の「バイタル」の出現部分を抜粋したのが表8である。この2語の用例では文脈はほぼ同一であるといえる。違いがあるとすれば、概念の意味する範囲の問題であるといえるだろう。

表 8：介護職「血圧」と看護職「バイタル」の用例

介護職「血圧」	看護職「バイタル」
● 対応、脈拍、<u>血圧</u>を測定する ● 体温、<u>血圧</u>、脈拍の測定で数値で具体的に判断できる ● 女性の健康状態(顔色、気分、<u>血圧</u>、体温、便秘の状況など)を把握し、吐瀉物の内容、色、状態、量等も併せて記録し、看護師へ報告する	● 本人に痛み、嘔気等の症状を聞き、<u>バイタル</u>測定を行う ● <u>バイタル</u>測定及び、状態観察をする ● 嘔吐後の血圧上昇と、通常の<u>バイタル</u>の比較

今後、各事例について分析の観点を設定し、事例動画の構造化を進めることで分析の精緻化を進めたい。

6. 教育方法論としての展開

以上、実験結果を分析したが、両職間で専門的知識の違いによる認知スキーマの違いがある部分が明確になった。しかし、得られた分析結果を単に実験結果として終えるのではなく、教育効果の向上に役立てることができると考えられる。

そこで、分析結果を被験者へフィードバックし、被験者が自己の認知スキーマを意図的に捉え直す機会を提供するとともに、医療介護連携におけるリスク低減に向けた、現場の改善活動にも分析結果を生かせるよう、教育方法論の改善を図った(図 7)。今後、フィードバックループとしてワークショップ一定期間後のグループワークを教育プログラムに組み込んでいきたい。

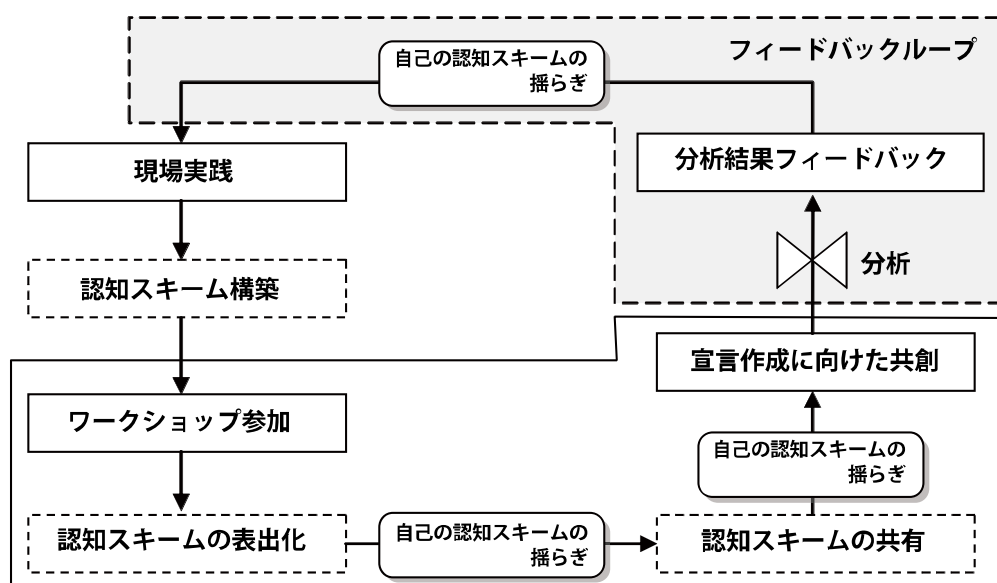


図 7：フィードバックループを組み込んだ医介連携 KYT

参考文献

- Persons, T., (1937) “The Structure of Social Action,” McGraw-Hill, 1937
 Persons, T., (1951) “The Social System,” The Free Press, 1951
 金沢吉展(1992)「異文化とつき合うための心理学」誠信書房
 Nishida, H.(1999) “A Cognitive approach to intercultural communication based on schema theory.” *International Journal of Intercultural Relations*, 23(5), pp.753-777.
 西田ひろ子(2000)「異文化間コミュニケーション入門」創元社
 Thomassen, Theo. (2001) “A first introduction to archival science,” *Archival Science*, Vol.1, pp.373-385.
 伊藤周平(2002)「『構造改革』と社会保障」萌文社, p71.
 新井利民(2007)「英国における専門職連携教育の展開」『社会福祉学』vol.48, No.1, pp.142-152.
 伊藤貴昭(2009)「学習方略としての言語化の効果－目標達成モデルの提案」, 教育心理学研究, Vol.57, pp.237-251.
 厚生労働省(2010)「平成 20 年度国民医療費の概況」平成 22 年 11 月 24 日

佐々木由恵ら(2010)「高齢者ケア施設における質の高い看護・介護を促進する現任者教育の在り方に関する調査研究事業報告書」, 厚生労働省平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健増進等事業分), 日本社会事業大学

佐々木由恵(2011)「介護現場における医療ケアと介護職の不安」社会評論社, pp.11-22.

崔亮, 神山資将, 鍋田智広, 小川泰右, 池田満(2011)「医療サービス改善のための知識共創を支える思考スキルの育成プログラム」知識共創, 第 1 号

藤井正基, 崔亮, 大澤郁恵, 池田満, 鍋田智広, 松田憲幸(2010)「医療サービス教育のためのケースメソッドの設計—医療者の思考モデルの表現法について—」教育システム情報学会研究報告, 25(2), pp.44-49.

連絡先

住所: 〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町 2-11-22 一般社団法人知識環境研究会

名前: 神山資将

E-mail: kamiyama@ackk.or.jp