

第XI次生涯教育推進委員会答申

『新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育のあり方』

令和4年6月

日 本 医 師 会
生涯教育推進委員会

令和4年6月7日

日本医師会
会長 中川 俊男 殿

生涯教育推進委員会
委員長 長谷川 仁志

第XI次生涯教育推進委員会答申

令和2年12月25日に開催した第1回委員会において、貴職より「新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育のあり方」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では令和2年度、令和3年度の2年間にわたり検討を行い、このたび審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

生涯教育推進委員会（XI次）名簿

委員長	長谷川仁志	秋田大学大学院医学系研究科 医学教育学講座教授
副委員長	尾崎 治夫	東京都医師会長
委員	牛村 繁	石川県医師会理事
〃	小野 晋司	京都府医師会副会長
〃	草野 英二	栃木県医師会常任理事
〃	櫻井 晃洋	北海道医師会常任理事
〃	篠崎 毅	宮城県医師会常任理事
〃	高橋 毅	熊本県医師会理事
〃	竹村 洋典	東京女子医科大学 総合内科学・総合診療科分野教授
〃	星賀 正明	大阪府医師会理事
〃	松本 祐二	島根県医師会常任理事
〃	毛利 博	藤枝市立総合病院事業管理者
〃	若林 透	長野県医師会総務理事

（委員長、副委員長以下、五十音順）

新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育のあり方

目 次

本答申の全体像	iv
本答申のキーワード解説.....	vii
参考：医療連携のための自己評価チェックシート.....	xi
はじめに.....	1
第1章 医療連携の全体像を把握して生涯教育の在り方を考える.....	2
1. すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っている.....	2
2. 教育体制構築の重要性.....	3
第2章 医療連携に関する教育の現状	5
1. 50 年来の重要課題としての医療連携の充実	5
2. 医学教育の各段階における医療連携に関する教育内容.....	6
1) 生涯教育の世界基準（世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード）	6
2) 日本医師会生涯教育制度.....	9
3) 各医療関係機関・団体.....	14
4) 卒前教育（文部科学省：医学教育のモデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版）	17
5) 卒後臨床研修制度（厚生労働省：医師臨床研修指導ガイドライン2020年度版）	21
6) 各専門学会における医療連携に関する教育内容.....	23
第3章 実際の医療現場における医療連携の現状と教育体制の課題.....	27
第4章 新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育における強化目標 — 日本医師会が主導する次世代の理想的な医療の実現に向けた委員会からの提言 —	33
総括	37

本答申の全体像

会長諮問「新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育のあり方」を踏まえ、今期委員会では、日本の将来を見据えた、これからの医療連携に資する医師の生涯教育の理想的な方向性について提言することを目標に2年間討議を進め、第1章から第4章にまとめた。その概要を以下に示す。

第1章：医療連携の全体像を把握して生涯教育の在り方を考える

本諮問を検討する上で重要な、すべての医師が理解しておくべき医療連携の全体像についてまとめた。急性期の専門診療から慢性期の医療まで、すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っていることを確認した上で、理想的な医療を実現するための各チームにおける教育体制構築の重要性について述べている。

第2章：医療連携に関する教育の現状

医療連携に関する教育機会の充実は、世界的にも重視されてきた。日本でも、卒前教育、卒後臨床研修制度、各分野専門学会、各種診療ガイドライン、各医療関係機関・団体、日本医師会生涯教育制度などの各段階で幅広く実施されている。本章では、世界基準から国内の各段階における医療連携に関する教育まで、その具体的な内容や現状についてまとめた。卒前教育～卒後臨床研修から一貫して生涯教育で向上していくべき内容として重要である。

第3章：実際の医療現場における医療連携の現状と教育体制の課題

各委員による地元の医療現場における連携の実態とその教育面での現状と課題について情報収集を実施し委員会で検討した。その結果、次表の内容を含む多くの現状と課題が見えてきた。

今回の検討で見えてきた日本における医療連携に関する教育の課題

- 1) 個々の医療現場によって、医療連携に関する教育への意識に差があり、結果として様々な連携に関する教育を活かして医療の質を向上させているところと、そうでないところの格差が大きい。
- 2) 1) の背景には、各種チーム内の個々の医師における「教育的な姿勢」、「教育体制構築への意識」、医療連携の基盤となる「総合的な診療能力」の差が存在し、それが各現場における医療連携に関する教育体制の格差に直結

している可能性がある。

3) 比較的医療連携に関する教育が充実しているところでも、以下の状況にあるところが多い。

- ・日々の各診療場面での様々な課題やニーズをそのチームで抽出し、教育システムに載せて継続的に改善していくなど、個々のチームの実情に合わせた一定期間（6か月～1年など）ごとの目標（マイルストーン）を設定した生涯教育が計画されていない。さらにそれを評価し、継続的に改良する教育体制がほとんど構築されていない。
- ・基盤となる各チームの教育体制構築やチームビルディングの重要性に関する認識が十分でない医療現場が多く、ノンテクニカルスキルを重視した生涯教育が十分に行われていない。

4) ICT を活用したデジタル教育が、効果的に活用されていない。

このような課題を解決するための教育について、卒前・卒後教育には限界があり、卒前・卒後から引き続き一貫して生涯教育における重要事項として捉える必要があると考えられた。

第4章：新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育における強化目標

医療の質向上のために、これからの医師の生涯教育では、第3章で示す課題を改善する視点に立った教育の強化が必要と考えられた。これらを踏まえて、2年間にわたり本委員会で検討した結果、新たな時代の医療連携に資する医師が修得し生涯にわたって向上すべき生涯教育の強化目標として、次の10項目を提言して本答申をまとめている。

提言：新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育における強化目標

医師は、

1. 生涯にわたり自己研鑽を続けることで、専門領域の診療能力のみならず医療連携の質につながる総合的な診療能力を向上し、学びを各チームのメンバーで共有できる。
2. 個々の現場における医療連携の全体像を把握し、すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っていることを理解して診療できる。
3. 各現場の医療の質向上には、同医療職種のみならず多職種連携教育の推進など医師の教育体制構築の意識が重要であることを理解して実践できる。

4. 各現場における診療上の課題や医療チームのニーズを把握できる。
5. 各現場の課題解決のために各チームで一定期間（6か月～1年など）の目標を定め計画的に実践する教育体制を構築できる。
6. 継続的に発展する理想的なチーム・組織を構築する（チームビルディング）ためのノンテクニカルスキルを実践できる。
7. 各種医療専門職の枠を超え患者・家族、社会を含んだチームを構築し、すべてのメンバーを尊重し、思いやりを持ってチーム医療を推進するリーダーシップを発揮できる。
8. 効果的・効率的な各種デジタル教育を各チームで活用することにより、医療連携のための教育を推進することができる。
9. ICT等を活用して多言語の診療や疾患のグローバル化に対応できる。
10. 各現場の医療の質向上のために実践してきた教育の取り組みの内容や効果について、一定期間（6か月～1年など）ごとにチーム内で、その妥当性、課題などについて議論し、評価を行って、常に現場の実情に合った継続的な見直しや改良を実現する教育体制を構築できる。

本答申の中に頻出する重要なキーワードについて、以下に解説する。

その後、本答申のポイントを理解していただいたうえで実践に結びつけるために、参考として「医療連携のための自己評価チェックシート」を作成した。

あらかじめ確認いただき、理解を深めていただけると幸いです。

＜本答申のキーワード解説＞

用語	解説
<p>チーム医療 (P2：図1、P3：表2、 P4：図2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の専門的な診療から慢性期の診療、地域包括ケアまで、すべての診療は、同医療職種（医師同士、看護師同士など）～多職種（医療に関わるすべての職種）、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っており、このような各種チームによる医療をいう。 ・病院・診療所等の同一施設内のチームがイメージされることが多いが、各種医療施設・介護施設・薬局の連携も地域包括ケアのチーム医療として重要性が増してきている。 ・現場の各チームのニーズを把握して実情に即した教育を効果的に計画・実践する教育体制を構築するなど、医師・医療者の各チーム内教育を重視する姿勢が重要である。
<p>多職種連携教育 (Interprofessional education：IPE) (P2：図1、P4：図2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前述の各種チームを構成する複数の専門職種（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員（ケアマネージャー）等）間の連携を向上するための教育をいう。 ・医療の質向上には、それぞれの役割をしっかりと理解した上で、同じ職種同士の学びだけではなく、このIPEの充実が必須となっている。 ・近年は、講義形式から症例ベースの検討会、実践シミュレーション研修、オンラインを活用した教育まで充実してきており、各分野でIPEの質向上のための研究が行われている¹⁾²⁾。
<p>各種医療専門職の枠を超え、患者・家族、社会も含めた連携教育 (Transprofessional education：TPE) (P4：図2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・上記IPEの各種医療専門職の枠を超えて、患者・家族や社会もチームの一員として医療を充実するためのさまざまな教育・研修をいう。 ・今回のCOVID-19対応は、まさにTPEの重要性を認識する機会となっている。これを契機に各分野の診療においても、これまで以上にTPEの強化が期待され、そのための生涯教育の展開が必要である。
<p>チームビルディング</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化・高度化・多様化がすすむ医療のさらなる質向上のためには、個々の医師・医療者の能力開発だけでは効

	<p>果は不十分であり、チーム全体としての能力を高め、さらに継続的に発展できる組織になることが目標とされる。それを実現するための理想的なチーム・組織作りを言う。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 個々の現場において医療の質を継続的に向上するために、すべての医師は、チームビルディングに結びつく教育をチーム全体で進める意識を持つべきであり、そのための生涯教育を充実させていく必要がある。
テクニカルスキル	<ul style="list-style-type: none"> • 医療を進めるうえで必要な診療全般における医学・医療の専門的な知識・技術をいう³⁾。 • 理想的な医療を展開するためには、テクニカルスキルのみならず、次項に述べるノンテクニカルスキルも含めた教育を重視する必要がある。
ノンテクニカルスキル	<ul style="list-style-type: none"> • 組織人として良質のチームをつくり、人を育て、業務をマネジメントしていくための『リーダーシップ』、『コーチング』、『ファシリテーション』、『ストレス管理』、『人材育成』、『良好な職場環境づくり』などを包含した主にコミュニケーションの技術をいう。テクニカルスキルとともに、理想的なチームビルディングのための必須の技術とされる³⁾。 • ノンテクニカルスキルについては、組織力の向上が経営の生命線である各種企業などにおいて推進されてきたが、日本の医療界では対応が遅れているところも多く、医療施設やチームによる温度差が大きいことが課題である。この領域についても卒前教育での実践力修得には限界があり、次世代に向けた理想的な医療実現のために生涯教育でより重視される必要性が高い。 • 近年、様々な分野で医療の質向上のための研究が行われてきている⁴⁾⁵⁾。
リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> • ノンテクニカルスキルの重要な要素で、チーム・組織のメンバーに組織の目的達成に貢献しようという意識変化を積極的に促す行為をいう。 • リーダーシップを発揮するためには、①目標達成行動（目標達成に向けて計画を立て、立案した計画を遂行するために指示を与える、規則順守を徹底する等）とともに、②集団維持行動（メンバ

	<p>一間の葛藤や緊張を緩和したり、各メンバーに対しては個々の尊厳を重んじて自主性を促し、メンバー間の相互依存関係を促進する等) も含めた両方をバランスよく発揮することが理想とされる⁶⁾。</p> <ul style="list-style-type: none"> 理想的な医療を進めるには、組織内各部門にリーダーシップを持つ人材が多数育成されるような教育体制の構築が重要である。
<p>コーチング</p>	<ul style="list-style-type: none"> 一方向性に知識・技術を詰め込み式で教えるティーチングだけでは、個々の能力開発には限界がある。日々の教育や指導において、学習者（チームも含む）の自主性を促し、能力や可能性を最大限に引き出しながら答えを聞き出すなど、目標達成に向けて学習者自らがモチベーションを高めて自立的に学習力を向上するように意識づけるための指導者側のコミュニケーションスキルのことをいい、ノンテクニカルスキルの重要な要素である。 日々、新しい各分野の情報が溢れている医療界では、すべてを教えることは不可能であり、長期的視点から個々のモチベーションや能力を最大限引き出すことが重要となる。したがって、コーチングは、各種チーム医療の質向上のために必須のスキルである。
<p>ファシリテーションスキル</p>	<ul style="list-style-type: none"> 会議やカンファレンスなど、様々な取り組みがスムーズに進むように調整するスキルをいう。 ミーティングを進行する際、メンバー同士の相互作用を促進し、議論を充実させる、公平に意見を求めるなど、段階的なスキルが示されている。 理想的な医療の実現には、医師・医療者がこのスキルを発揮して、各医療現場における日々の会議やカンファレンスを活性化させる意識が重要である。
<p>ICT を活用した教育 (デジタル教育)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ICT を活用した教育には、『講演・セミナー動画・資料等の教材の配信』、『確認テストによる評価や解説の充実による自学教材の向上』、『ワードや動画による課題提出』、『シミュレーション教育のオンライン併用化』、『オンライン上の検討会やカンファレンスの実現』、『動画を使った問題集型コンテンツ(評価のデジタル化)』などがあり、

	<p>学習や評価に効果的効率的な無限の可能性が広がってきている⁷⁾。</p> <ul style="list-style-type: none"> • これにより学ぶ場所、時間の制限がなくなり、学ぶ側にとっても教育側にとっても環境は大きく発展した。従来の対面学習との併用により、より効果的な学びができるようになっている。忙しい医療者にとってチーム全体で最大限に活用することができれば、その効果は計り知れない。 • これからは、すべての医師が個人や現場チームの向上のため、さらには患者・家族、社会全体のためにデジタル教育を最大限活用する教育体制を構築すべきである。
<p>継続的専門職能力開発 (Continuing Professional Development : CPD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 医師の生涯教育は、世界的に英語圏では『医師生涯教育 (Continuing Medical Education : CME)』とされてきた。近年、知識の向上とともに、診療能力の質保証に重点をおいた実践的な内容を自ら学ぶ意義づけの意味で、『継続的専門職能力開発 (Continuing Professional Development : CPD)』と⁸⁾されてきている。
<p>教育の連鎖 (P4 : 図 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • これまで述べてきた様々な視点における医師の教育力や教育を重視する姿勢は、同じチーム内の医師・多職種のメンバーに伝わる。これにより多くの教育的な配慮ができるメンバーが育成され、それぞれの周囲で同じような教育が進められることにより、常に向上する理想的な医療チームへとつながる。 • 各種チームを確実に継続的に発展させる視点からも、必ずしも医師がすべてのチームの教育を統括するのではなく、各チームの特性に合わせて様々な職種が教育のリーダーシップを発揮する環境づくりも重要である。 • 本答申では、生涯教育によって個々の医師・医療者の教育力を向上することにより、このような意識を持つ医師・医療者が増え、各チーム内に教育力ある人材が広がっていく理想的な展開を意識して『教育を連鎖する』と表現した (図 3)。

参考：医療連携のための自己評価チェックシート
 (日本医師会生涯教育推進委員会作成)

	評価項目	<input checked="" type="checkbox"/>
1	医療を進める上で必須の専門領域の診療のみならず、卒前教育から一貫した総合的な診療能力を向上し、各チームメンバーで学びを共有できる。	<input type="checkbox"/>
2	各診療場面で連携している同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々なチームを列挙し、それぞれの役割を理解できる。	<input type="checkbox"/>
3	日々の診療は、様々なチームが連携することで成り立っていることを常に意識して診療できる。	<input type="checkbox"/>
4	担当患者が利用している地域包括ケアにかかわる多職種連携の中で、どの部分が不十分なのか把握してチームで対応できる ⁹⁾ 。	<input type="checkbox"/>
5	患者・家族、社会も医療チームの一員と認識して、教育を広げることができる。	<input type="checkbox"/>
6	医療連携にかかわるすべてのチームメンバーの多様性を尊重し、共感と思いやりを持って対応できる。	<input type="checkbox"/>
7	常に同職種のみならず多職種連携チームの課題を抽出し、その改善のために教育の目標を設定し実践できる。	<input type="checkbox"/>
8	一定期間の教育効果を評価し、継続的な教育の改良を推進できる。	<input type="checkbox"/>
9	理想的な組織作り（チームビルディング）のためのノンテクニカルスキルを理解し実践できる。	<input type="checkbox"/>
10	リーダーシップ（①目標を達成するための行動、②チームメンバーを尊重し自主性を促進ための行動など） ⁶⁾ を理解し、バランスよく発揮することができる。	<input type="checkbox"/>
11	チームの各職種メンバーにも、リーダーシップを発揮させることができる。	<input type="checkbox"/>
12	人への接し方を改善し、良好な医療現場の環境づくりができる。	<input type="checkbox"/>
13	コーチングスキルを活用してチームメンバーや患者教育を向上できる。	<input type="checkbox"/>
14	カンファレンスや会議のファシリテーションを向上できる。	<input type="checkbox"/>
15	チーム内や患者・家族との人間関係の対立をマネジメントできる。	<input type="checkbox"/>
16	常に各種業務改善を検討し実施できる。	<input type="checkbox"/>
17	ICTを活用してチーム全体の学習機会を充実できる。	<input type="checkbox"/>
18	ICT等を活用して多言語の診療や疾患のグローバル化に対応できる ¹⁰⁾ 。	<input type="checkbox"/>

はじめに

医療連携に関する教育の重要性は、将来の人口動態に伴う医療体制のニーズ予測を背景に50年以上前からすでに指摘¹⁾され、卒前教育から一貫して医療連携に関する教育の充実が図られてきた。

このような中、2020年12月25日に開催された第1回委員会において、中川会長より「新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育のあり方」について諮問を受けた。

本委員会は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大のため、第1回から第6回まですべて原則オンライン開催となった。COVID-19は、社会や医療に様々なマイナス要素をもたらした。一方でこの状況への対策が、医師の総合的な診療能力を向上し、医療連携を充実するための生涯教育をさらに推進していく必要性が高いことを認識させるとともに、デジタル教育の推進など、これまでの重要課題を解決するきっかけともなっている。（表1）

表1 COVID-19 感染症対策が影響した医療連携やその教育に関する事象

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 医師が、専門性を持ちつつも総合的な診療能力を向上することにより、院内・外の各種医療チームとの連携を充実していくことの重要性が再認識された。2. 同職種や多職種など医療専門職間のみならず、患者・家族とともに社会全体で医療を学んで（TPE）実践し、医療問題を実際に解決していくことの重要性が実証され、実際にその体制が大きく促進された。3. 日本の課題であった各種デジタル教育が急速に普及した。4. さらなる医療のグローバル化への対応を加速する必要性が認識された。 |
|---|

このようなタイミングの中、今期委員会では、日本の将来における理想的な医療の実現を見据えたこれからの医療連携に資する医師の生涯教育の在り方について、毎回、充実した議論が展開された。その経過と委員会からの提言を次の第1章から第4章にまとめた。

第1章 医療連携の全体像を把握して生涯教育の在り方を考える

1. すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っている

医療連携向上のための教育は、長年、課題も多く、卒前・卒後教育から生涯教育まで様々な取り組みが進められてきた。近年は、医療の専門化・細分化、少子高齢化、患者の疾患背景や生活環境の多様性など、それぞれの医療現場や各チームの実情に合わせて教育内容を継続的に改良していく必要性が高まってきており、これまで以上に生涯教育の役割が重要視される。

図1および表2に、これからの医療連携に資する生涯教育を考えていくうえで重要な医療連携の全体像についてまとめる。急性期の専門的診療から、慢性期の診療、地域包括ケアまで、すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っていることがわかる。各医療現場における多職種のメンバーそれぞれの役割を理解し、目の前の患者にとってどの部分が不十分なのかを常に把握してチームで対応する意識が重要である。近年は、③医師・医療者とといった各種の医療専門職を超えて患者・家族や社会を含む連携も重要視されてきている。

図1 医療連携の全体像

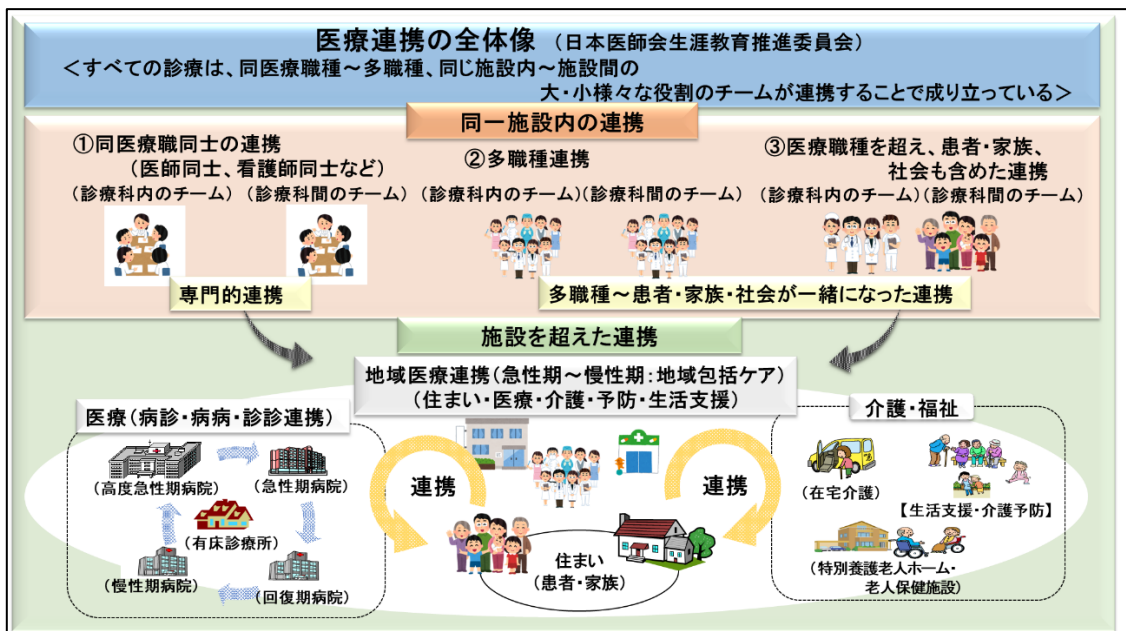


表 2 医療連携の種類

1. 職種の連携

- 1) 同医療職同士(医師同士、看護師同士等)の連携
- 2) 多職種連携
- 3) 医療職種を超え患者・家族・社会も含めた連携

2. 医療施設内・外の連携

1) 同じ施設内

- ① 診療科内のチーム
- ② 診療科間のチーム
- ③ 施設内全体のチーム

2) 施設間・医療圏における連携(地域包括ケア:急性期～慢性期・緩和ケア)

- ① 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能を有する病院間の連携(病病連携)
- ② かかりつけ医(在宅を含む)と病院との連携(病診連携)
- ③ 病院・診療所と介護・福祉施設等との連携

2. 教育体制構築の重要性

これからの時代に各医療現場で継続的に発展する理想的な医療を実現するためには、図1の各種連携における教育の充実が必須となる。そのためには、各チームのニーズに合った教育を計画し実現する教育体制構築が重要である(図2)。

図3に示すように、教育体制構築により、教育力が医療連携に関わるチーム内の多くのメンバーに伝わり、各部門でもそれが徐々に連鎖して広がっていくことにより地域医療の質向上につながる。

図2 医師が理想的な医療を展開するために意識すべき医療連携教育の対象

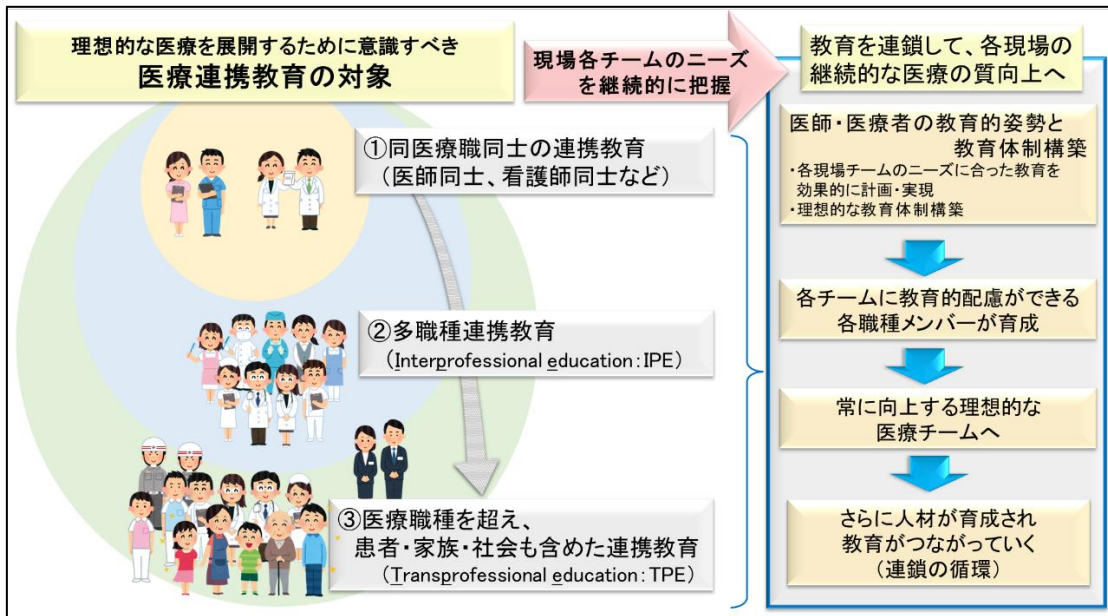
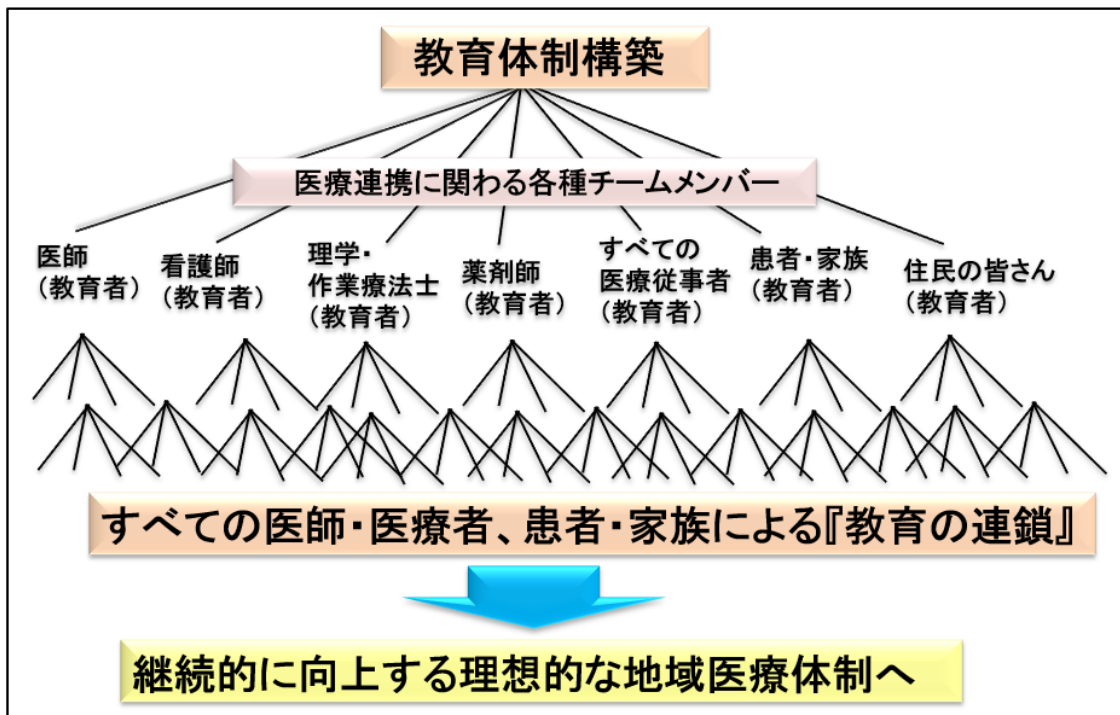


図3 教育体制構築によって生じる『教育の連鎖』の重要性



第2章 医療連携に関する教育の現状

1. 50年来の重要課題としての医療連携の充実

20世紀を通じて医学の各分野は細分化・高度化、多様化が著しく進んできた。特に20世紀後半は、圧倒的な進歩の速さに対応するために各医療現場の努力で専門診療や急性期医療を各種チームの医療連携で支える体制も構築されてきた。

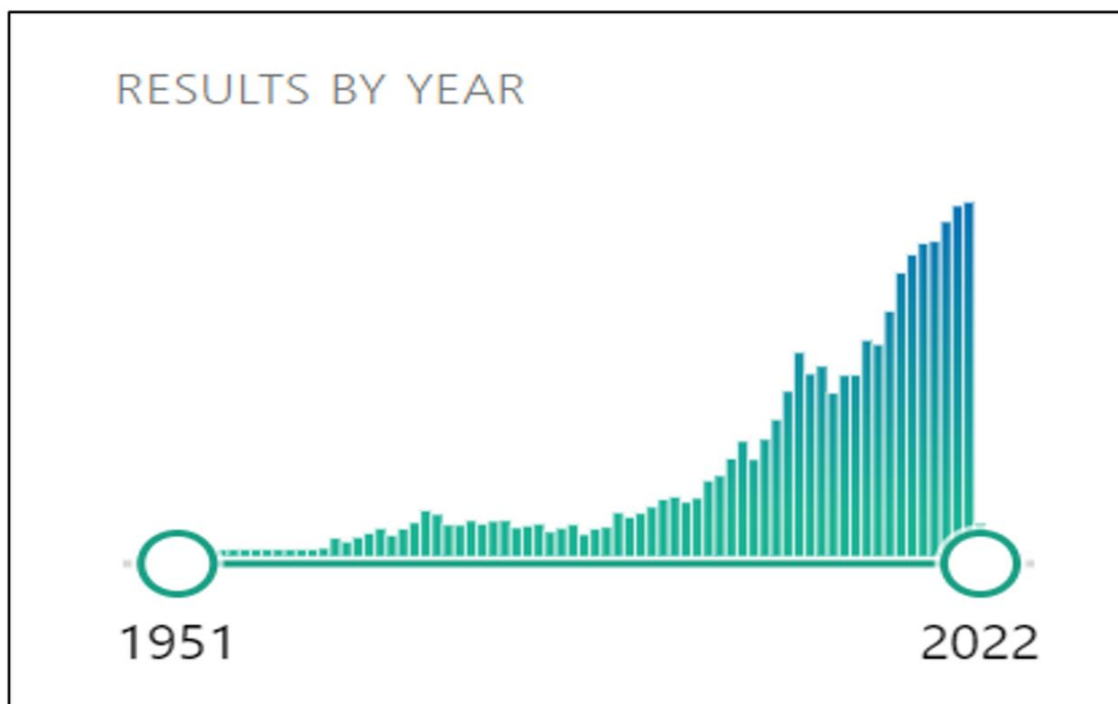
一方、将来の人口動態、高齢化に伴う医療予測を背景に、急性期の専門医療のみならず慢性期～緩和ケアまで、様々なレベルの医療連携の需要が圧倒的に増すことが予測されていたのに、卒前教育のバランスが、情報量が急増する各分野専門的内容に偏重していることが50年以上前から危惧されていた¹¹⁾。

このような背景から、卒前教育では医師免許の質保証として、すべての医師に必要な総合的な診療や医療連携の実践力修得にかかる教育バランスを重視する方向で改善が進められてきた経緯がある。実際、近年の卒前教育では、各専門分野の膨大な内容の中からすべての医師が知識として知っておくべき範囲を精選して学びながら、卒前教育の本幹となる総合的な診療能力やコミュニケーション、多職種連携、地域包括ケアについてなど、医療連携に関わる学修のバランスが考慮されてきている。このような卒前教育の流れは、医師免許の質保証として、卒後臨床研修制度、日本医師会生涯教育制度まで一貫して構築されてきている¹²⁾。

さらに、各専門分野の学会においても、同職種の医師のみならず多職種が参加する様々な企画が実施され、各分野の診療ガイドラインなどで、急性期のみならず慢性期以降も含めた医療連携・多職種連携の重要性や具体的な取り組みに関する内容が充実してきている。

このような状況は、教育や臨床の発展のために重要な研究論文において反映される。医学文献に係るデータベースで知られるPubMed¹³⁾では、『IPE』で検索すると約20,000件の論文が掲載されており、2000年ころから急に増えてきている(図4)。また、医師・医療者による国内向けの日本語論文については、医中誌Web¹⁴⁾にて『多職種連携』を検索すると15万2000件の文献が表示され、その重要性や関係する医師・医療者が多いことが示唆される。

図4 PubMedのIPE検索による論文数の年次推移 (文献13より引用)



2. 医学教育の各段階における医療連携に関する教育内容

本項では、これからの医療連携の在り方を考えるための共通認識として以下の1)～5)に示す視点で、それに関する教育の内容をまとめる。いずれの内容も生涯教育で一貫して学んでいくべき重要事項であり、各現場のニーズにあった教育体制を構築するために参考となる項目であることから、関係する項目を抜粋して引用する。

1) 生涯教育の世界基準（世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード）

①WFME*グローバルスタンダードにおける医師の生涯教育の定義と医療連携

本委員会では、まず世界基準における医師の生涯教育において医療連携教育はどのように位置づけられているかについて検討した。

医師の生涯教育の世界基準として、WFME Global Standard Continuing Professional Development The 2015 Revision (CPDの質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード(2015年改訂版))¹⁵⁾が制定されている。その冒頭に新たな医師の生涯教育としてCPDが定義されており、表3に示すように明記されている。

* WFME : World Federation of Medical Education, 世界医学教育連盟

表3 WFME グローバルスタンダードにおける生涯教育の定義 (文献 15 より抜粋)

生涯教育の定義

『医療の多面的な特質、すなわち高度な医療を実践するために必要とされる知識やスキルに加えて幅広いプロフェッショナリズムの領域(医学的、管理学的、社会的、個人的問題)にわたる継続的な自己研鑽を示す。これは医師が患者に対応するために必要とされる知識、スキルそして態度を、維持、更新、開発そして向上するために、公式、非公式に行うすべての活動を含んでいる』

このように医療連携に関する教育については、『プロフェッショナリズムの領域(医学的、管理学的、社会的、個人的問題)』の部分で生涯教育全体の定義に幅広く含まれている。

②WFME グローバルスタンダードにおける生涯教育の成果

生涯教育の成果については、表4のように義務づけられており、同僚や他の各種の医療専門職、患者およびその家族への対応や、学びの共有についてなど、医療連携に関する内容が広く強調されていることがわかる。

表4 WFME グローバルスタンダードにおける生涯教育の成果 (文献 15 より抜粋)

1. 使命と成果

1.3 CPD の成果

医療専門職は、CPD で到達すべき成果を、以下のように定義しなければならない。

基本的水準：

- ・医師個人、医師集団、患者および社会のニーズに応えるために必要な資質・能力の開発と維持に適している。(B 1.3.1)
- ・医師が同僚や他の医療専門職、患者およびその親族に敬意をもって適切に行動することを保証する。(B 1.3.2)

質的向上のための水準：

医療専門職は、専門職団体との協議を通じて、

- ・CPD 活動からの学びが同僚と共有されること。(Q 1.3.1)が保証されるべきと明示されている

その後、6. 教育資源の項目においても、医療連携に関連して、表5のように記載されている。

表5 教育資源

(文献 15 より抜粋)

6. 教育資源

6-4：同僚との相互交流の項に、

- ・『CPD 活動において医師相互、およびその他の医療従事者との協力を奨励しなければならない (B6. 4. 1)
- ・医師に対して、研修医、学生、関連医療従事者相互の能力開発に関与することを奨励すべき (Q6. 4. 1)

このように生涯教育の世界基準では、専門的知識や診療技術とともに、医師としての連携の役割に関する学びとその教育を連鎖していくべきことが重視されていることを強く認識する必要がある。

③各医療現場のニーズを重視した継続的な改良の必要性

WFME グローバルスタンダード第9章に、生涯教育に関する継続的な改良の意識や体制構築の重要性が強調されている。表6に示すように、このうち多くが医療連携も含んだ内容となっている。

現状、日本の医療現場では、『各医療現場のニーズに即した生涯教育になっているか』、『確実に成果を上げているか』など現状の評価や、それに基づく継続的な改良については十分に検討されていない。

今後は、理想的な医療の質向上を目指して、現場の各チームの過去の経験や現在の活動を背景として生涯教育の一定期間の目標を明確にし、継続的な改良が展開できるような教育体制構築が重要と考えられた。

表6 継続的な改良の重要性 (文献15より抜粋)

<p>9. 継続的な改良</p> <p>基本的水準：</p> <p>医療専門職は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの進行、構造、内容、成果/能力、評価、学習環境について、定期的に見直し改訂するための手続きに着手しなければならない。(B 9.0.1) ・文書で示されたCPD活動の欠陥を是正しなければならない。(B 9.0.2) ・CPD活動の継続的な更新に資源を配分しなければならない。(B 9.0.3) <p>質的向上のための水準：</p> <p>医療専門職は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改良の過程は、前向き研究・解析、地域での評価結果そして医学教育文献に準拠させるべきである。(Q 9.0.1) ・改良と再構築の過程が、過去の経験、現在の活動、および将来の展望に合致した、CPD活動の方針と実践の改正に繋がることを確実にすべきである。(Q 9.0.2) ・CPD活動の改良の過程で、以下の事項に取り組むべきである： ・使命と成果を、科学的、社会経済的、および文化的な社会発展に適応させる。

(Q 9.0.3)

- 医学の進歩と社会のニーズの変化を具現化するために必要な能力とは何かを再検討し定義づけを行う。(Q 9.0.4)
- 学習の枠組みと教育方法が適切で関連性のあるものである点を確保するために、それらを見直す。(Q 9.0.5)
- 医師の生涯学習を促進するため、自己評価法と実践に基づく学習方法を開発する。(Q 9.0.6)
- 医師が質の高いケアを提供して患者の新たな需要に応えることを支援するための、組織と運営の仕組みを開発する。(Q 9.0.7)
- 教育内容と学習方法の省察および継続的な改善を行う。(Q 9.0.8)

2) 日本医師会生涯教育制度

日本医師会生涯教育制度においても、長年にわたり医療連携に関する内容が重視されてきた。実際、表7に示すように日本医師会生涯教育カリキュラム2016(2022年4月版)¹⁶⁾には、医療連携に関する内容が多く含まれている。

表7 日本医師会生涯教育カリキュラム2016(2022年4月版)における
医療連携に関連する項目

I. 総論 : CC1. プロフェッショナリズム CC4. 医師-患者とコミュニケーション CC5. 心理社会的アプローチ CC6. 医療制度と法律 CC10. チーム医療 CC12. 地域医療 CC13. 医療と介護および福祉の連携 CC14. 災害医療、他
II. 症候論 : CC16~72 (すべての主要症候で「患者の病態に応じて適切に専門医等に紹介できること」が目標となっている)
III. 継続的なケア : CC73 慢性疾患・複合疾患の管理 CC80. 在宅医療 CC81 終末期のケア CC82 生活習慣 (他のCCにおいても、患者の病態に応じて適切に専門医等へ紹介できることや患者・家族との連携、他の医師や多職種との連携を目標としている。)

日本医師会、都道府県医師会等では、これらの項目に関連して次の①②の取り組みを主催・企画している。

①日本医師会主催の取り組み

i) 講習会・講演会・ワークショップ等

(2019年度)

開催日	医療連携関連テーマ
2019. 5. 16 9. 26	医療対話推進者養成セミナー導入編 ・患者・家族の思い ・病院取り組み事例 ・医療メデイエーション総論B+医療と法
2019. 5. 26	日医かかりつけ医機能研修制度 2019年度応用研修会 ・医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築 ・多疾患合併症例 ・かかりつけ医の社会的処方
2019. 7. 13	第31回日本医師会「指導医のための教育ワークショップ」 ・社会が求める医師の基本的臨床能力 ・教育目標・教育（学習）方略・指導医のあり方・教育（学習）方略・教育評価
2019. 8. 25	2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会 （糖尿病、認知症、脂質異常症、高血圧症、服薬管理、禁煙指導、健康相談、介護保険、在宅医療）
2019. 10. 22 11. 3 2020. 1. 13	日本医師会 J M A T 研修統括 J M A T 編・ロジスティクス編 （総論、情報の共有と実際、被災地における活動、災害関係制度、災害医療概論、情報の共有・記録、日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有）
2020. 2. 19	医療政策シンポジウム 2020 ・全世代型社会保障改革ー持続可能な社会に向けてー ・“積極的・全世代支援型・参加型” 社会保障へ ・全世代型社会保障の将来 ・全世代型社会保障改革に向けて ・上手な医療のかかり方の広報

(参考：2021 年度)

開催日	医療連携関連テーマ
2021. 7. 18 9. 12 11. 14	日医かかりつけ医機能研修制度令和 3 年度応用研修会 ・地域医療連携と医療・介護連携 ・地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割 ・リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害 ・地域連携症例
2021. 10. 2	令和 3 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 ・専門医制度について～その目的と課題～ ・研修医、若手医師に対する医師会の本気度を問う
2021. 11. 27 11. 28	第 32 回日本医師会「指導医のための教育ワークショップ」 ・あなたが今思う「理想の医師はどんな医師？」 ・教育（学習）方略・教育評価・SEA Session

ii) 日医 eラーニング（生涯教育講座）

日本医師会ホームページ（生涯教育 on-line）で配信している日医 eラーニングコンテンツとそれによる単位取得状況（2019 年度）¹⁷⁾ は表 8 のとおりである。

表 7 に掲げた項目に加え、臨床現場で頻繁に遭遇する多様な症候について、個々の会員による学習を支援している。ほとんどの内容がすべての医師が理解しておくべき医療連携に関与していることがわかる。毎年新たなコンテンツの制作・配信を推進しており、2021 年度においても、本委員会で承認した 8 テーマ（心房細動、心不全、認知症、ACP、メンタルヘルス、CKD、ポリファーマシー、両立支援）について、順次制作が始まっている。いずれも医療連携に関わる重要なテーマとなっている。

表 8 日医 eラーニング配信コンテンツと 2019 年度単位取得状況

CC	テーマ	2019年度 取得者数
1	専門職としての医師の使命	1,047
2	【専門医共通講習-医療倫理】医療倫理の重要性と基本的考え方	982
2	【専門医共通講習-医療倫理】公平・公正な医療	741
3	【専門医共通講習-医療倫理】いま、医師に求められる研究倫理	777
4	医師・患者関係とコミュニケーション	764
4	医師のためのメディカルサポートコーチング	526
4	外国人医療について 一実践上の注意点一 ※2020年度配信	—
4	医療通訳ってどんなもの～これだけは知っておきたいルールとスキル～ ※2020年度配信	—

5	医療者のための心理社会的アプローチ	686
6	【専門医共通講習-医療制度と法律】医療制度と法律	745
7	【専門医共通講習-医療安全】医療の質と安全	695
7	【専門医共通講習-医療安全】医療安全	606
8	【専門医共通講習-感染対策】感染対策 クリニックにおける感染対策の実際	977
8	【専門医共通講習-感染対策】薬剤耐性（AMR）とその対策 ※2021年度配信	—
9	医療情報	605
10	チーム医療	610
11	予防と保健	584
12	【専門医共通講習-地域医療】地域医療	707
13	【専門医共通講習-医療福祉制度】医療と福祉の連携	677
14	災害医療	631
15	臨床問題解決のプロセス	582
20	不眠症の診断と治療 [改訂版]	5,865
20	身体疾患と不眠 [改訂版]	4,398
20	睡眠障害の診断と治療 [改訂版]	3,386
21	消化器がんの化学療法－話題の医学－	676
26	外来で遭遇する皮膚疾患とその対応	775
26	アトピー性皮膚炎における外用療法の実際	444
26	浅在性皮膚真菌症の病態および診断と治療	300
26	帯状疱疹の診断・治療と疼痛管理	676
27	肝がん予防に向けたc型肝炎治療 [改訂版]	566
29	アルツハイマー型認知症（Alzheimer's Disease）診療の実際	360
29	アルツハイマー型認知症（Alzheimer's Disease）診療の実際 [改訂版]	644
31	めまい ～その診断と治療～	866
42	胸痛	716
42	胸痛の医療面接・臨床推論実践ポイント－医療面接・身体診察による事前確率推定の重要性－ ※2020年度配信	—
42	胸痛－問題集型コンテンツ ※2021年度配信	—
44	心肺停止-医療従事者が行う一次救命処置・二次救命処置-	645
45	ACOS（喘息とCOPDのオーバーラップ症候群）の診断と治療－話題の医学－	421
47	誤嚥	727
57	子ども虐待対応における医療機関の役割～気づいて寄り添ってつなげよう！～ ※2020年度配信	—
58	褥瘡の予防および管理	468
59	膵がんの診断と治療－話題の医学－	399
62	変形性膝関節症の診断と治療－話題の医学－	381
62	かかりつけ医が知っておくべき希少疾患 ～低ホスファターゼ症～	239
63	かかりつけ医が知っておくべきファブリー病	495
66	進行前立腺がんの治療－話題の医学－	399

73	リウマチ膠原病の診断と治療－話題の医学－	374
73	高尿酸血症・痛風の治療 ※2020年度配信	—
74	高血圧症	379
75	脂質異常症の病態と診断・治療の最前線 ※2020年度配信	—
75	脳心血管疾患予防を目指した脂質異常症の管理 ※2021年度配信	—
76	かかりつけ医による糖尿病注射療法－インスリン製剤とGLP-1受容体作動薬－	691
76	高齢者の糖尿病～糖尿病と上手につきあうためには～	698
77	骨粗鬆症の診断と治療－話題の医学－	472
78	脳卒中治療ガイドライン 2015－話題の医学－	433
79	成人喘息の病態および診断と治療 [改訂版]	693
80	在宅医療－地域包括支援の在り方	716
81	終末期のケア	750
82	禁煙支援・治療 ※2021年度配信	—
	計	41,994

iii) 日本医師会雑誌 (2019年度)

2019年度に発行した日本医師会雑誌における特集テーマおよび単位取得者¹⁷⁾は表9のとおりである。

多くのテーマが分野横断的に医療連携に関連した共通知識の構築を目的としていることがわかる。

表9 特集テーマ一覧と単位取得状況

発行日	特集テーマ	問題解答 単位取得者 (※2題出題)
2019.4.1	終末期患者の医療	3,746
5.1	妊娠と薬の使い方	7,583*
6.1	血液浄化療法の現状と展望	3,778
7.1	医療関連感染対策	8,073*
8.1	免疫異常と眼炎症	6,976*
9.1	命と機能を守る頭頸部がん診療	6,954*
10.1	働き方改革における産業保健の推進	7,045*
11.1	サルコペニア・フレイルの診療最前線	7,305*
12.1	てんかん診療の最前線	7,080*
2020.1.1	がんの分子標的薬, 免疫療法薬の知っておきたい副作用	3,368
2.1	ウイルス肝炎の最新動向	7,163*
3.1	不妊症・不育症の標準的治療と先端技術の課題	3,495
2019.6.15	特別号1 指定難病ペディア 2019	7,254*

10.15	特別号2 動脈硬化診療のすべて	6,332*
	計	86,152

②都道府県医師会・都市区医師会主催の取り組み

各地域においても、それぞれの現場のニーズに合った学びの機会として各種連携に関わる講演会等を開催し、生涯教育単位の認定を行っている。

具体的には、都道府県医師会、都市区医師会等が主催する講習会や体験学習（共同診療）等であるが、COVID-19の影響の少なかった2019年度では、在宅医療、糖尿病、地域包括ケア、脳卒中・心不全などの循環器疾患、COPD、産婦人科関連、骨粗しょう症、緩和ケアから希少疾患に至るまで、幅広いテーマで医療連携・多職種連携に係る内容の講習会等が実施されていた。

その数（講習会名・演題名に「連携」等を含むもの）は、全国で年間4,000回以上（全国医師会研修管理システムより抽出）にのぼり、まさに、どの地区の医師会においても日常診療における医療連携のための生涯教育を展開していることがわかる。

3) 各医療関係機関・団体（文献18より改変して引用）

各医療関係機関・団体による取り組みには、日本専門医機構による総合診療専門医プログラム、全日本病院協会や日本プライマリ・ケア連合学会による総合医育成プログラム、日本病院会による病院総合医育成事業、全国国民健康保険診療施設協議会による地域包括医療・ケア認定制度、日本臨床内科医会による認定制度などがある。多くの制度で日本の医療問題を解決する鍵となる総合的な診療能力の向上のみではなく、地域包括ケアのための医療連携の向上のための教育を重視した目標となっていることがわかる。以下に概要を示す。

①総合診療専門研修プログラム（日本専門医機構）

専門医制度として、総合的な臨床能力を保証するための具体的な目標や研修内容（方略）、多角的な評価からなるカリキュラムが綿密に構築されている。総合的な診療能力育成の規準となる制度である。（原則3年間の研修期間）

i) 目標

経験すべき疾患・病態、診察・検査、手術・処置、地域医療の経験等、幅広い実践目標が細かく設定され明記されており、各種評価によりこれらをクリアすることが目標となる。

ii) 研修内容

目標を達成するために一定の基準を満たし認定された研修施設において、

指導医（講習会受講と試験で認定される）により指導を受ける。上述の細かい経験目標をクリアするために必要な診療科のローテーション期間が設定されている。さらに、規定の講習受講や学術的な経験が認定の必須要件とされる。

iii) 評価

ICT への登録を活用して目標となる実践経験や態度・技術の達成度評価を確実に実施している。さらにポートフォリオの提出、必修講習の受講、学術活動の提出が義務化され、最終的には客観試験・面接試験により認定が行われている。目標達成のための知識・技術・態度の評価が継続的に行われており、実践力の質保証における信頼性が高い。

②全日病総合医育成プログラム（全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会）

自院の医師に個々の有する専門性や経験を生かしつつ、35 回の体験型ワークショップ（各項目 8 時間）受講を特徴とする。（2 年間で標準）

i) 目標

自院の医師に個々の有する専門性や経験を生かしつつ、さらにプライマリ・ケアを実践できる能力を身につけてプライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること目標を達成するための体験型ワークショップの目標は具体的に設定されている。

ii) 研修内容

自院（認定制度なし）における診療実践指導医の支援を受けながら自施設で診療・実践を行う。

「診療実践コース」22 回、「ノンテクニカルスキルコース」10 回、「医療運営コース」2 回の 3 コース（詳細は次項）から構成される体験型のワークショップ形式の集合研修（1 回 8 時間）を行い、それぞれ所定の単位数を受講することを修了条件とする。

③病院総合医育成制度（日本病院協会）

日本病院会の会員病院における総合的診療能力を育成する制度で、目標とするスキルに関して日々の診療の中で身につけることを目指している。（原則 2 年間）

i) 目標

目標とする 5 つのスキル（インテグレーションスキル、コンサルテーションスキル、コーディネーションスキル、ファシリテーションスキル、マネジメントスキル）や経験すべき診療、症候や病態に関してチェックリスト化されており、日々の診療の中で身につけることを目指している。

ii) 研修内容

日本病院会の会員病院において指導医のもと、日々の診療の中で5つのスキルについて研修する。

④JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム (地域医療機能推進機構 (JCHO))

全国 57 施設の地域医療機能推進機構 (JCHO) の病院で、個々のニーズにあった診療実践を経験することにより認定される。

i) 目標

①総合診療を実践するために必要な臨床推論、臨床疫学、マネジメント等、②内科を中心とした救急医療、③循環・呼吸器管理 (集中治療)、④一般的な感染症管理、⑤在宅医療、⑥5 疾病をはじめとした複合疾患、⑦緩和・終末期医療、⑧フレイル・認知症、⑨放射線読影・超音波手技全般の修得を目標としている。個々のニーズに沿って診療する。

ii) 研修内容

個々のニーズに合った全国 57 の認定施設 (JCHO) 病院および診療科での 2 年間勤務による実践研修が認定条件となる。個々の希望により、申請時に総合診療重点病院、地域研修病院、専門研修病院 (診療科・手技) の中から、最初に研修を希望する 2 つの病院を提出 (必ず地域研修病院は含まれる)。

⑤地域包括医療・ケア認定制度 (全国国民健康保険診療施設協議会、全国自治体病院協議会)

全自病協あるいは国診協の会員施設、あるいは地域包括医療・ケアを実践している施設における診療実践による研修が特徴である。

i) 目標

地域包括医療・ケアの専門性の確立と向上、地域包括医療・ケアを実践している医療機関の機能の向上が目標となっている。

ii) 研修内容

規準を満たした施設での地域の医療機関との病診 (病病・診診) 連携、チーム医療、在宅医療・ケアの診療実践が研修内容となる。

⑥日本臨床内科医会認定医・専門医制度 (日本臨床内科医会)

臨床内科医会が認定する生涯教育、講習会等の単位取得により認定される。

i) 目標

臨床内科医としての資質の向上をはかり、より良質な医療を提供することを目標とする。

ii) 研修内容

日本臨床内科医会が認定する学会、研究会、ビデオ教材、雑誌、学会発表、日医生涯教育の単位、等の出席と研修単位の実績で認定する制度になっている。専門医は、これに加えて論文と筆記試験を要する。

4) 卒前教育（文部科学省：医学教育のモデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版¹⁹⁾より）

卒前教育は、①高齢社会である卒後の医療現場では、どの分野の医師でも総合的な判断が必要な機会が増えているが、未だ卒前教育が各科専門知識に偏重している点、②卒後の臨床現場は常に多職種の共同作業であるにもかかわらず、卒前教育ではそれらの学びが少ない点などを課題としながら改革が進められてきた。それらはいずれも医療連携の充実につながる内容であり、具体的には「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）」¹⁹⁾の中でも多くの項目で記載されている。その内容は、卒前教育と一貫した生涯教育の医療連携に関する教育においても重要であることから、以下に関連する項目を抜粋する。

表 10 A 医師として求められる基本的な資質 (文献 19 より引用)

A 医師として求められる基本的な資質・能力
1 プロフェッショナリズム
2 医学知識と問題対応能力
3 診療技能と患者ケア
4 コミュニケーション能力
5 チーム医療の実践
6 医療の質と安全の管理
7 社会における医療の実践
8 科学的探究
9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

当該モデル・コア・カリキュラムのはじめに明示されている『医師に求められる資質』では、すべての項目が医療連携の質向上と関連している。

表 11 A-3 診療技能と患者ケア (文献 19 より抜粋して引用)

A 医師として求められる基本的な資質・能力
A-3 診療技能と患者ケア
A-3-1) 全人的実践的能力
学修目標：①病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、社会歴・職業歴、システムレビュー等）を適切に聴取するとともに患者との良好な関係を構築し、必要に応じて患者教育を行える。

- ⑤患者の病状（症状、身体所見、検査所見等）、プロブレムリスト、鑑別診断、臨床経過、治療法の要点を提示し、医療チーム構成員と意見交換ができる。
- ⑥診療チームの一員として救急医療に参画できる。
- ⑦医療を提供する場や制度に応じて、診療チームの一員として慢性期医療に参画できる。
- ⑧患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行える。

表 12 A-5 チーム医療の実践

（文献 19 より抜粋して引用）

A 医師として求められる基本的な資質・能力

A-5 チーム医療の実践

保健・医療・福祉・介護及び患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する。

A-5-1) 患者中心のチーム医療

ねらい：医療チームの構成員として、相互の尊重のもとに適切な行動をとるとともに、後輩等に対する指導を行う。

学修目標：①チーム医療の意義を説明できる。

②医療チームの構成や各構成員（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他の医療職）の役割分担と連携・責任体制を説明し、チームの一員として参加できる。

③自分の能力の限界を認識し、必要に応じて他の医療従事者に援助を求めることができる。

④保健、医療、福祉と介護のチーム連携における医師の役割を説明できる。

表 13 A-7 チーム医療の実践

（文献 19 より抜粋して引用）

A 医師として求められる基本的な資質・能力

A-7 社会における医療の実践

医療人として求められる社会的役割を担い、地域・国際社会に貢献する。

A-7-1) 地域医療への貢献

ねらい：地域医療・地域保健の在り方と現状及び課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を獲得する。

学修目標：①地域社会（離島・へき地を含む）における医療の状況、医師の偏在（地域、診療科及び臨床・非臨床）の現状を概説できる。

②医療計画（医療圏、基準病床数、地域医療支援病院、病診連携、病病連携、病院・診療所・薬局の連携等）及び地域医療構想を説明できる。地域包括ケアシステムの概念を理解し、地域における保健（母子保健、学校保健、成人・高齢者保

健、地域保健、精神保健)・医療・福祉・介護の分野間及び多職種間(行政を含む)の連携の必要性を説明できる。

- ③かかりつけ医等の役割や地域医療の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を獲得する。
- ④地域における救急医療、在宅医療及び離島・へき地医療の体制を説明できる。
- ⑤災害医療(災害時保健医療、医療救護班、災害派遣医療チーム(Disaster Medical Assistance Team)、災害派遣精神医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team)、日本医師会災害医療チーム(Japan Medical Association Team)、災害拠点病院、トリアージ等)を説明できる。

表 14 B-4 医師に求められる社会性 (文献 19 より抜粋して引用)

B 社会と医学・医療

B-4-1) 医師に求められる社会性

ねらい： 文化的社会的文脈のなかで人の心と社会の仕組みを理解するための基礎的な知識と考え方及びリベラルアーツを学ぶ。臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かすことができるよう、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学(主に医療人類学・医療社会学)の視点・方法・理論について、理解を深める。

学修目標：①医療人類学や医療社会学等の行動科学・社会科学の基本的な視点・方法・理論を概説できる。

- ②病気・健康・医療・死をめぐる文化的な多様性を説明できる。
- ③自身が所属する文化を相対化することができる。
- ④人々の暮らしの現場において病気・健康がどのようにとらえられているかを説明できる。
- ⑤人の言動の意味をその人の人生史や社会関係の文脈の中で説明することができる。
- ⑥文化・ジェンダーと医療の関係を考えることができる。
- ⑦国際保健・医療協力の現場における文化的な摩擦について、文脈に応じた課題を設定して、解決案を提案できる。
- ⑧社会をシステムとして捉えることができる。
- ⑨病人役割を概説できる。
- ⑩対人サービスの困難(バーンアウトリスク)を概説できる。
- ⑪経済的側面や制度的側面をふまえた上で、医療現場の実践を評価できる。
- ⑫在宅療養と入院または施設入所との関係について総合的な考察ができる。

- ⑬多職種の医療・保健・福祉専門職、患者・利用者、その家族、地域の人々など、様々な立場の人が違った視点から医療現場に関わっていることを理解する。
- ⑭具体的な臨床事例に文化・社会的課題を見いだすことができる。

表 15 G 臨床実習

(文献 19 より抜粋して引用)

<p>G 臨床実習</p> <p>G-1-1)-(3) 学生を信頼し任せられる役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. 患者さんの申し送りを行う・受け取る。 9. 多職種のチームで協働する。 <p>G-4-1) 必ず経験すべき診療科</p> <p>G-4-1)-(1) ○○○科 ⑥どのように○○○科にコンサルテーションすればよいかわかる。</p> <p>G-4-1)-(6) 総合診療科 ③家族や地域といった視点を持ち、心理・社会的背景により配慮した診療に可能な範囲で参加する。④在宅医療を体験する。⑤多職種連携を体験してその重要性を認識する。⑥臨床現場において、保健・医療・福祉・介護に関する制度に触れる。</p> <p>G-4-1)-(7) 救急科 ③チーム医療の一員として良好なコミュニケーションを実践できる。④家族や地域といった視点を持ち、保健・医療・福祉・介護との連携を学ぶ。⑤救急隊員との連携を通じて、病院前救護体制とメディカルコントロールについて学ぶ。⑥地域の災害医療体制について学ぶ。</p> <p>G-4-3) 地域医療実習</p> <p>ねらい： 地域社会で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して地域医療と地域包括ケアシステムを一体的に構築することの必要性・重要性を学ぶ。⑤人類学・社会学・心理学・哲学・教育学等と連携し、行動科学・社会科学的（主に質的）な視点から地域における生活の中での医療を知り体験する学習機会を作る。</p>

このように卒前教育の目標では、「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）」¹⁹⁾ の多くの部分が医療連携に関わる内容になっている。一方で、医療連携に関する実践力の修得に関しては、卒前教育の限界があり、引き続き次の卒後臨床研修制度における重要事項となっている。

5) 卒後臨床研修制度（厚生労働省：医師臨床研修指導ガイドライン 2020 年度版²⁰⁾）

医師臨床研修指導ガイドライン—2020 年度版—²⁰⁾ では、特に以下の項目に医療連携に関わる目標が掲げられ、卒前教育から一貫した医療連携に関わる教育が、より具体的実践的に重視されてきている。

① 「I 到達目標」

I 到達目標の B. 資質・能力では、9 項目のほとんどの内容が医療連携の向上に関連するが、特に 3. 診療技能と患者ケア、4. コミュニケーション能力、5. チーム医療の実践、9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢の 4 項目に深く関わる記載がある。

表 16 B. 資質・能力

（文献 20 より抜粋して引用）

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。①患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。②患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。③診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

<解説>

患者に対面し、主として言語を介したコミュニケーションにより病歴を把握したうえで、身体診察、検査を行う。そうして得られたさまざまな情報に基づいて病態を把握し、診断を下し、治療を行う。患者に危害を加えることのないよう最大限の注意を払いつつ、この一連のプロセスを繰り返し、安全かつ効率的な診療行為を身に付けなくてはならない。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。①適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。②患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。③患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

<解説>

他者への思いやり・優しさを患者からの信頼感獲得につなげるためには、社会人としての エチケット・マナーを身に付け、思いやり・優しさを適切に表出できなくてはならない。患者アウトカム（症状の軽減・消失、QOL の改善、疾病の治癒、生存期間の延長など）は、患者が医師を信頼しているかどうかによっても左右されると考えられている。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携

を図る。①医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。②チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。

<解説>

今や、医師一人で完結させることのできる医療はほとんどなくなったといえよう。したがって、医師にはない知識や技術を有するさまざまな医療職と協働する必要があり、そのような他職種との役割を理解しコミュニケーションをとり、連携を図らなくてはならない。また、慢性疾患のマネジメントでは、とりわけ患者や家族の役割が重要となる。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。①急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。②同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。③国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療を含む。）を把握する。

<解説>

医学の発展速度は早く、提供する医療は複雑化し、複数の医療者が関わらざるを得ない場面がますます多くなってきている。新しい知識や技術を滞りなく身に付けるためには、診療現場で同僚や他の多くの医療職と共に学ぶこと（ピア・ラーニング）が必須とされる。場面によっては、患者と共に、あるいは患者から学ぶ姿勢も望まれるところである。

I 到達目標のC. 基本的診療業務では、1から4のすべてに医療連携が関連している。

表 17 C. 基本的診療業務

(文献 20 より抜粋して引用)

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

1. 一般外来診療 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。
2. 病棟診療 急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域医療に配慮した退院調整ができる。
3. 初期救急対応 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。
4. 地域医療 地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

<解説> 指導医がそばにいない場合でも、必要時には連絡が取れる状況下であれば、一般外来、病棟、初期救急、地域医療などの診療現場で、一人で診療し

でも対応可能なレベルまで診療能力を高めることが研修修了の要件である。

② 「Ⅱ 実務研修の方略」

Ⅱ 実務研修の方略のオリエンテーションでは表 18 に示す項目が関連している。

表 18 オリエンテーション

(文献 20 より抜粋して引用)

オリエンテーション

- 4) 患者とのコミュニケーション：服装、接遇、インフォームドコンセント、困難な患者への対応など。
- 5) 医療安全管理：インシデント・アクシデント、医療過誤、院内感染、災害時対応など。
- 6) 多職種連携・チーム医療：院内各部門に関する説明や注意喚起、体験研修、多職種合同での演習、救急車同乗体験など。
- 7) 地域連携：地域包括ケアや連携システムの説明、近隣施設の見学など。

○⑬全研修期間を通じての研修内容

感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP・人生会議）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

このように、卒後臨床研修では、卒前教育から一貫した医療連携に関わる教育が、より具体的かつ実践的内容として重視されている。このような現状を認識した上で、引き続き生涯教育においても、医師は医療連携に関わる内容を学び、実践力を向上することが重要と考えられる。

6) 各専門学会における医療連携に関する教育内容

近年、各分野専門学会においても、医療連携・多職種連携の質を保証して充実するための教育の取り組みが進み、医師のみならず各医療職種の会員制度を導入し、チーム医療・多職種連携の企画や患者・家族と共に進める教育の取り組みも行われてきている。また、専門医制度のみならず、多職種の様々な専門技術を認定しているところも増えてきている。

例として、図 5 に 4 学会により作成された循環器分野における多職種連携を重視したガイドライン²¹⁾を、図 6 に 9 学会・団体により作成された患者教育用

オンライン教育例（HPより改変）²²⁾を示す。急性期の専門治療におけるチーム医療の視点のみならず、慢性期、緩和ケアの視点から、関連する学会同士が連携し、医師同士の連携や多職種連携に加え、患者・家族や社会をチームの一員に含んだ形での医療連携を重視した取り組みも充実してきている。

図5 多職種連携を重視したガイドラインの例 (文献21より改変)

4学会が連携して、ACP、コミュニケーション、多職種チームビルディング、在宅医療など、多職種連携向上のための緩和ケアの在り方が記載されている。

2021年3月27日発行	
日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン	
2021年改訂版	
循環器疾患における緩和ケアについての提言	
JCS/JHFS 2021 Statement on Palliative Care in Cardiovascular Diseases	
合同研究用参加学会	
日本循環器学会 日本心不全学会 日本脳卒中学会 日本緩和医療学会	
2. アドバンス・ケア・プランニング (ACP) と 事前指示のあり方 …………… 16	9. 多職種チームビルディング …………… 47
2.1 ACPをめぐる概念の整理 …………… 16	9.1 多職種チーム構成 …………… 47
2.2 緩和ケアにおけるACPの目的と 必要な要素 …………… 17	9.2 各職種の役割 …………… 47
2.3 ACPの効用と害 …………… 18	9.3 多職種チーム医療の実践 …………… 49
2.4 ACPの実践方法 …………… 18	9.4 多職種チームの現状と課題 …………… 50
2.5 緩和ケアにおける臨床倫理 …………… 21	10. 在宅医療における緩和ケアのあり方 …………… 50
3. 予後予測モデル …………… 21	10.1 在宅医療と地域社会資源の活用 …………… 50
3.1 急性冠症候群 (ACS) の予後予測モデル … 22	10.2 病診連携 …………… 51
3.2 心不全の予後予測モデル …………… 22	10.3 社会的苦痛 …………… 51
3.3 予後予測モデルの適用タイミングと 注意点 …………… 25	10.4 身体的苦痛 …………… 52
4. コミュニケーション …………… 26	図17 多職種チームにおける各種医療モデル …………… 48
4.1 患者・家族とのコミュニケーション …… 26	表19 非がん患者における入院医療と在宅医療の比較 …………… 50
4.2 基本的なコミュニケーションスキル …… 26	表20 地域の社会資源サービスと保険適用 …………… 51
4.3 悪い知らせの伝え方 …………… 27	表21 入院前カンファレンスにおける地域から病院への 情報提供 …………… 51
4.4 対応がむずかしい場合の コミュニケーション …………… 27	
4.5 医療従事者間における コミュニケーション …………… 28	

図6 患者教育用オンライン教育教材の例 (文献22より改変)

関連する9学会・団体が連携して患者教育用のオンライン教材が作成されている。

厚生労働科学研究費補助金

地域におけるかかりつけ医等を中心とした
心不全の診療提供体制構築のための研究

心不全教育スライドダウンロード

「心不全教育スライド」のご利用について

どなたでも無料で利用可能ですが、著作権は、循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」班が保有しており、商用利用や改変でのご利用はお控えください。

pdf版の心不全教育スライドは、印刷してご利用になれます。
また、教育、啓発のためのツールとして配布資料としてお使い頂くことも可能です。

<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～もっと詳しくコツを知りたい方へ</p> <p style="font-size: 8px;">2019.09.09 PDF: 0.7MB MP4: 4.8MB (2分57秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～第1～4話</p> <p style="font-size: 8px;">2019.09.11 PDF: 6MB MP4: 41MB (22分58秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～第1話</p> <p style="font-size: 8px;">2019.09.09 PDF: 2MB MP4: 5MB (3分5秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～第2話</p> <p style="font-size: 8px;">2019.09.09 PDF: 1.1MB MP4: 4.8MB (2分54秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～第3話</p> <p style="font-size: 8px;">2019.09.09 PDF: 2.6MB MP4: 20MB (11分26秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～第4話</p> <p style="font-size: 8px;">2019.09.09 PDF: 1.5MB MP4: 11MB (5分38秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>心不全と上手に付き合うためには～心不全自己管理のすすめ～第5話</p> <p style="font-size: 8px;">2021.01.25 PDF: 9.3MB MP4: 94MB (9分33秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	
<p>介護サービスに関するよくある質問</p> <p style="font-size: 8px;">2021.01.25 PDF: 890KB MP4: 53MB (5分18秒)</p>		ダウンロード (PDF) →	ダウンロード (MP4) →	

協力団体

- 日本医師会
- 日本在宅医療連合学会
- 日本循環器学会
- 日本循環器看護学会
- 日本心臓病学会
- 日本心臓リハビリテーション学会
- 日本心不全学会
- 日本プライマリ・ケア連合学会
- 日本老年医学会

第3章 実際の医療現場における医療連携の現状と教育体制の課題

第2章で述べたように、卒前教育・卒後臨床研修から生涯教育まで一貫して医療連携に関する教育は重視されてきている。しかし、実際、これらの教育は、全国各地の医療現場でどの程度生かされているかについての詳細や医療連携の向上のための教育の現状および課題については必ずしも明らかではない。

本委員会では、所属または近隣の都道府県における医療連携とその教育に関する現状と課題についての各委員からの情報を踏まえて、今後の医療連携に資する医師の生涯教育のあるべき姿や具体的な教育展開について検討を行うこととした。各項目とも多くの情報が得られ、それをもとに委員会では議論が行われた。その概要を示す。経時的な順番は前後するが、はじめに委員会での〈議論のまとめ〉を、その後、各委員からの〈具体的な意見〉を抜粋して記載する。

1 医療連携に関する教育の現状と課題

〈議論のまとめ〉

- ・すべての診療は、大小様々な役割のチームが連携することで成り立っていることを認識して、医療の質向上のための教育的配慮を強く意識している医師・医療者は必ずしも多くない。
- ・医療連携およびその教育が進んでいる臨床現場・分野もあるが、分野が異なる場合など、十分でないところも多く、領域や現場によって温度差が大きい。特に、医師の意識によって医療現場に大きな差が生じる。
- ・その背景には、医療連携に必要なになってくる総合的な診療能力が、個々の医師によって十分に質保証されていないことがある。何科の医師にも必要な総合的な診療能力は、医師免許の質保証として生涯教育の重要課題である。
- ・理想的な医療連携には、医師の教育的姿勢と教育体制構築が必要であるが、これらのチーム作りのためのノンテクニカルスキルを認識している医師が多くないのではないか。
- ・医療連携教育の意識が高いチームでも、一定期間の目標設定を行って、それまでの教育の評価と課題抽出を行い、継続的改良へつなげるような教育体制を構築しているところが少ない。
- ・卒前教育から一貫して医療連携に資するためのカリキュラムの目標は充実しておりその教育体制も整備されてきてはいるが、実践レベルで質保証するには現場での医療連携に関する生涯教育の強化が必要である。
- ・医療連携・チーム医療や良質なカンファレンスなど教育的な人材育成のために参考となるロールモデルや動画教材が必要である。
- ・教育を連鎖させていくには、医師が必ずしもすべて自分で教えようとするのではなく、バランスよくリーダーシップを発揮して、各チーム内での教育体制を構築することが重要である。

〈委員からの具体的な意見〉

- 1) 医療連携は一定程度できているとする意見

- ・心不全、糖尿病、透析など、症候や病態によっては、綿密な多職種チームカンファレンスなども含めた医療連携が行われてきており、学ぶ機会も多くなっているとする地域もある。一方で、現場の格差は大きい現状もある。
- ・医療連携に関しては、学会の演題・シンポジウム企画や、各種診療ガイドラインにおける記載も充実してきている。
- ・慢性腎臓病（CKD）や糖尿病の患者に対しては、早くから医療連携の重要性が指摘され、国の対策のみならず、日本糖尿病対策推進会議、各都道府県等の糖尿病対策推進会議など、関係団体による多職種連携の取り組みが進んでいる。地域による濃淡はあるにせよ、適切な段階での患者紹介、多職種による「療法選択外来」などにより、透析導入の意思決定に係る適正化の推進（Shared Decision Making（SDM））などが図られている。
- ・循環器分野、とくに高齢心不全の分野においても、診療科間（歯科医も含め）の医師医師連携、病病連携、病診連携を模索しており、チーム医療の重要性はあらゆる医療職（MSW 含め）のみならず介護分野にまで及んでいる。
- ・病院では日常的に多職種カンファレンスが行われ、個々の患者に対する様々な問題点を共有する体制が構築されているほか、合併症への対応のための他の診療科との連携もできている。
- ・診療情報提供書を介した連携、地域独自の医療情報ネットワークを整備し、県内の病院、薬局、介護事業所などとの間で患者の情報を共有する運用が開始されている地域もある。
- ・医療資源が少ないがために、むしろ医療連携が進んでいる。
- ・医療安全においてはチームステップスの理解が進んでいる。
- ・コロナ禍において回数は減少しているものの、各専門分野での研修会、研究会は実施されており、これにより専門診療科同士の連携は維持されている状況である。

2) 医療連携教育は十分ではないとする意見

- ・ロールモデルとなる医師に巡り合う機会が少ない。
- ・チームビルディング・「リーダーシップとは何か」に対する理解が不足している。
- ・参考となるような良質のカンファレンス・勉強会を見たことがない。今後、動画の活用が重要になってくる。
- ・日本医師会の生涯教育の利用の周知やキャリア転換の際の学びなおしの体制構築が必要である。

①同じ専門分野（診療科）同士の医療連携教育

- ・以前から施設内や医療圏内において専門分野（診療科）の勉強会は、適宜、行われていることが多い。しかし、一定期間（6か月～1年など）の目標を明確にして継続的に評価して理想に向けての改善を進め、チーム全体のレベルの質向上を図るような展開にはなっておらず、個々の医師の自主性のような状況にある。

- ・広義のチーム医療を意識した多職種を巻き込んだ取り組みは、多くの専門領域の学会で行われている。診療ガイドラインにも多職種連携や患者教育に関する記載が充実してきている。しかし、しっかりと質保証の目標を持った教育と評価が実施され、各現場の継続的な改善が意識されているところは少ない。施設内よりも医療圏内の連携では、さらに地域や連携機関によって温度差がある。その格差は、医師の姿勢によるところが大きい。

②専門分野（診療科）を超えた医療連携教育

- ・生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常）などの合併症で、診療科を超えた連携は、一部の病院や医療圏では行われている一方で、必ずしも構築できていない場合も多く差が大きい。
- ・都道府県、二次医療圏など、より広域の視点で捉えた場合には、自分の専門分野の診療科や職種を超えた連携教育や継続的な改善の教育的な取り組みは十分にはできていない。しっかりと質保証の目標を持った教育と評価が実施され、継続的な改善が意識されているところは少ない。
- ・平時、有事に対応可能な仕組みとしての地域包括ケアシステムを医師が十分に理解していない。
- ・各科医師の役割として、科を超えた連携を向上するような基本的診療に関する教育・研修が行われていない。
- ・ポリファーマシーなど、すべての医師、多職種が共有すべき事項が必ずしも理解されておらず、解決の糸口がない状況の課題が多い。こういう視点でも診療科を超えた医療連携教育は鍵となる。
- ・総合病院では、総合診療部門など総合的に各科診療をコーディネートする担当部門がないと連携教育の質保証は困難である。

=====

2. 医療職を超えて、患者・家族、社会も一緒になった連携教育について (Transprofessional Education (TPE))

<議論のまとめ>

- ・分野によっては進んでいるが、医療現場ごとに温度差があり、医師の意識が最も重要である。
- ・近年、専門学会では、診療ガイドラインへの記載や動画教材などを充実させて積極的に取り組む領域が多くなっているが、一部の分野にとどまっている。
- ・今回の COVID-19 対応は、患者・社会も一体となった学びである TPE の圧倒的な展開例であり、今後、他の領域でも加速が期待される。

<委員からの具体的な意見>

- ・この 20 年、糖尿病、心不全、腎不全などの概念の社会へ普及によって適切な段階での受診が増えるなど、医師、医療関係者、行政等の取り組みにより、患者の受診行動に一定の成果がみられる領域もある。
- ・生活習慣に関しては患者の知識と実践（改善行動）に解離が見られるが、行動変容のステージに沿って、適切な指導を行うことのできる人材は限られて

おり、医療側の思うような効果が出ていないとの指摘がある。行動科学と医療連携コミュニケーションの生涯教育が必要である。

- 医療は患者と医療従事者の信頼関係を基礎にした共同作業であることについて、共有できていない。思いやり、共感、パートナーシップの意識が欠如している医師も多い。
- 患者とのコミュニケーション能力を高める研修体制やマニュアルなどによる体系的な患者教育の体制整備ができていない。
- そのほか、ポリファーマシーの問題、在宅医療患者に対する専門疾患への対応、小児期から成人期への移行の際の連携など、患者との連携が不十分と思われる実態が報告されている。多くが、医師のコミュニケーション意識の不足、チームビルディング意識の欠如、基本的診療技能の不足による意見が多い。
- 高齢患者や認知症患者の意思決定など、患者だけでなく家族や介護従事者との連携が必要な場面において、コミュニケーションが十分に取れないことがあるが対応が十分に教育されていない場合がある。生涯教育で強化すべきである。
- インフォームドコンセントが適切に行われていない、EBMの批判的な吟味ができないなど、医師の基本であるはずの総合的な診療能力に課題がある場合がある。
- 患者中心のアドバンスケアプランニング（ACP）の普及啓発が十分ではない。
- 健診・検診結果で何らかの所見を有する人に対して、適切に医療につなげられていない。
- 患者・家族の診療対応に課題がある場合もある。ただし、医師には、様々な患者家族が理解できるような説明や、患者の行動変容を見据えた伝え方など、プロとしてのコミュニケーションスキル・患者教育スキルが必要である。患者・家族の診療対応を理由にするのは、この医師・医療者側の対応が前提となる。

=====

3. チームビルディングの視点

<議論のまとめ>

- 理想的な組織・連携チームを育成する教育体制構築が重要であり、その意識を現場の医師・医療者が持つことが重要であることは認識しているが、そのような教育を受けた経験がないので、実践に結びつけるのは難しい。
- 診療科を超えた基本的な部分の内容の教育・研修がほとんどないので、基本的な連携がなかなか向上していない。日々、科を超えた連携のつまずき、不十分な点が改善されずに繰り返されている。教育・研修で改善する方向性が見いだせていない。
- 理想的な各チームや組織づくりのためのチームビルディングの向上に関する教育は受けたことがない。現状の生涯教育では不十分ではないか。
- 地域包括ケアの多職種カンファレンスは、医師の適切なリーダーシップにより良好に行われてきているところもあるが、多くのところで課題も多い。意

見の調整（ファシリテーション）がうまい医師はよいが、カンファレンスの在り方や各職種の業務内容を理解・尊重して専門性を生かす姿勢が不十分な医師もあり、その場合、カンファレンスが充実しない。

- ・リーダーシップ（Performance（目標達成）機能・Maintenance（集団維持）機能）が理解できていない医師がいる。
- ・医師の生涯教育による医療連携向上のためのリーダーシップやコミュニケーションスキルなどのノンテクカルスキルの標準化、アップデートが必要である。

<委員からの具体的な意見>

- ・多職種連携の会合では医師がリーダーの役割を担うことが多いが、医師の思いだけを伝えて終わりになっている現状もある。独裁的な姿勢とリーダーシップを勘違いしている医師がいる。
- ・必ずしも毎回、医師が主導したり、参加しなくても、多職種チームメンバーで企画・計画してその領域の教育研修を改善するようなチームの教育体制構築を推進すべき。各現場の医療に携わるすべての医師・医療者メンバー全体が、無理なくレベルアップするためになんらかの教育的な意識を持ち、教育の連鎖を進める意識が重要である。
- ・一定の年代以上になると、医療連携については、医師免許取得後の実臨床で見様見真似の個人経験に基づいて行われている。現在は、大学医学部教育や卒後臨床研修において、大分改善されているとされるが、その後の生涯教育を含めて、医療連携の基本（スキル）、チームや組織づくりを学ぶ体制、コミュニケーションスキルが必ずしも十分に確立されていない現場も多い。
- ・人間関係がフラットでなければ、コミュニケーションとチームステップスは回らないが、組織によっては上下関係、縦割り体質が根付いているところも多い。
- ・大学では、多職種、患者とのよいコミュニケーションの中で、医療者中心ではなく患者中心となるような取り組みを進めていたが、それを在宅医療や中小病院などの地域の医師にも参加してもらうなど、更なる取り組みが必要である。
- ・診療所と大病院との間の連携不足、世代の違う医師のコミュニケーション不足などを指摘する声も多い。
- ・地域包括ケアにおける会議等、多職種が集まる会議体への医師の参加率の低さや多職種連携に対する医師の認識不足のため、連携が進んでいない実情もうかがえる。
- ・専門性に主眼を置いており、ジェネラリストとして幅広い医療知識を習得し、患者（弱者）に寄り添うという視点が欠落している医師も多い現状がある。
- ・医師不足の中で、病診、病々連携の構築が必ずしも十分に出来上がっておらず、かかりつけ医の位置づけも明確になっていない地域もある。
- ・同じ診療科の中でも多職種の連携向上のための診療・コミュニケーションポイント、ピットフォールまで含めた日常診療のトレーニングがなされていない

い。評価と検証の上に改善していく体制が必要。

- ・看護師、薬剤師など、各医療職の生涯教育の状況には、課題が多く、今後共同して推進していくことが、責任的な立場にある医師の役割として理想であるのでは。
- ・多職種連携の重要性とともに、その中で医師はどのような役割を果たすべきか（リーダーシップとは何か）十分に教育されていない。
- ・シミュレーション教育など医師、看護師、技師などが共同で研修できるシステムが構築されていないところも多い。
- ・少人数によるディスカッション形式を主とした実践的な講演会や研究会が少ない。
- ・疾患別ではなく、症候に絞った教育が充実していない。
- ・専門のごく狭い範囲の対応しかできない。（卒前教育からの一貫性）
- ・患者を1人の人として、疾患のみならず、理解度、行動変容レベル、背景・環境因子や機能障害全般を捉える症例・事例ベースのトレーニングを受けていない。（卒前教育からの一貫性）

=====
4. デジタル教育の推進について

<議論のまとめ>

- ・多忙な医師にとって時間と場所を選ばない効果的・効率的なデジタル教育の活用が必須である。
- ・各種評価にも効率的に活用できるので質保証にも役立つが十分に活用されていない。
- ・各機関でデジタル教育システムが構築されているが、周知が不十分であることに加えて、利用する医師側のスキル不足（ITリテラシーの格差）もあり、期待された医療連携教育の効果が見られていないことも多いのではないかと。
- ・特に様々なチームで一定の目標を定めて活用するなど、ICTの活用で効果的な展開が期待できるのではないかと。
- ・ポスト新型コロナウイルス感染症時代には、全国の地方都市でもニーズが増すことが予想される医療のグローバル化対応には、これまで以上にICTを活用した多言語の診療を検討していく必要がある。

<委員からの具体的な意見>

- ・参考となる各種の理想的なカンファレンスの動画教材が一定の重要症例・事例ベースであると効果的である。
- ・各種会議等のリモート開催が増えたことにより、座学の機会は圧倒的に増え、全国的に地区による格差は減少したが、他の診療科や多職種等との有機的な結びつきが滞っている。
- ・ポスト新型コロナウイルス感染症時代には、全国の地方都市でも外国人旅行者の発熱受診など、ニーズが増すことが予想される。英語なら、まだどうにかなるが、その他の言語では対応困難であり、ICTの活用が必須である。現時点で、対応は不十分である。

第4章 新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育における強化目標

－日本医師会が主導する次世代の理想的な医療の実現に向けた委員会からの提言－

第2章で述べたように、医療連携に関する教育は長年重視され、卒前教育から卒後臨床研修制度、各分野専門学会、日医生涯教育まで、多くの教育教材や学ぶ機会が一定程度実現できている。

一方で、第3章で述べたように、その教育の現状や体制については表19の内容を中心として多くの課題があることがわかってきた。

表19 今回の検討で見えてきた日本における医療連携に関する教育の課題

- 1) 個々の医療現場によって、医療連携に関する教育への意識に差があり、結果として様々な連携に関する教育を活かして医療の質を向上させているところと、そうでないところの格差が大きい。
- 2) 1) の背景には、各種チーム内の個々の医師における「教育的な姿勢」、「教育体制構築への意識」、医療連携の基盤となる「総合的な診療能力」の差が存在し、それが各現場における医療連携に関する教育体制の格差に直結している可能性がある。
- 3) 比較的医療連携に関する教育が充実しているところでも、以下の状況にあるところが多い。
 - ・日々の各診療場面での様々な課題やニーズをそのチームで抽出し、教育システムに載せて継続的に改善していくなど、個々のチームの実情に合わせた一定期間（6か月～1年など）ごとの目標（マイルストーン）を設定した生涯教育が計画されていない。さらにそれを評価し、継続的に改良する教育体制がほとんど構築されていない。
 - ・基盤となる各チームの教育体制構築やチームビルディングの重要性に関する認識が十分でない医療現場が多く、ノンテクニカルスキルを重視した生涯教育が十分に行われていない。
- 4) ICT を活用したデジタル教育が、効果的に活用されていない。

これらの課題を克服して医療連携をより向上するためには、各現場における教育体制構築など医師の教育的な姿勢が重要であり、そのための生涯教育における継続的な後押しが必要不可欠である。その際、従来のような医師個人に対する自主的な教育を推進するだけでなく、各種医療連携に関わる様々な関係者とともに学ぶ理想的な組織づくりを理解し、多くの教育的な配慮ができるメンバーを育成し、それぞれの周囲で同じような教育を進めることができる（教育を連鎖できる）という新たな視点での教育の取り組みを、これまで以上に強化していく必要がある。

本委員会では、今回の議論の結果を踏まえて、前期および前々期委員会でとりまとめている卒前教育、卒後臨床研修から一貫した生涯教育の展開を基盤として、新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育の強化目標を具体的に提言することで、本答申を締めくくりにした。以下に、強化目標を提言する。

【提言：新たな時代の医療連携に資する医師の生涯教育における強化目標】

医師は、

1. 生涯にわたり自己研鑽を続けることで、専門領域の診療能力のみならず医療連携の質につながる総合的な診療能力を向上し、学びを各チームのメンバーで共有できる。（*1）
2. 個々の現場における医療連携の全体像を把握し、すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大小様々な役割のチームが連携することで成り立っていることを理解して診療できる。
3. 各現場の医療の質向上には、同医療職種のみならず多職種連携教育の推進など医師の教育体制構築の意識が重要であることを理解して実践できる。
4. 各現場における診療上の課題や医療チームのニーズを把握できる。
5. 各現場の課題解決のために各チームで一定期間（6か月～1年など）の目標を定め計画的に実践する教育体制を構築できる。
6. 継続的に発展する理想的なチーム・組織を構築する（チームビルディング）ためのノンテクニカルスキルを実践できる。（*6）
7. 各種医療専門職の枠を超え患者・家族、社会を含んだチームを構築し、すべてのメンバーを尊重し、思いやりを持ってチーム医療を推進するリーダーシップを発揮できる。
8. 効果的・効率的な各種デジタル教育を各チームで活用することにより、医療連携のための教育を推進することができる。（*8）
9. ICT等を活用して多言語の診療や疾患のグローバル化に対応できる。（*9）
10. 各現場の医療の質向上のために実践してきた教育の取り組みの内容や効果について、一定期間（6か月～1年など）ごとにチーム内で、その妥当性、課題などについて議論し、評価を行って、常に現場の実情に合った継続的な見直しや改良を実現する教育体制を構築できる。（*10）

【*解説】 具体的内容を以下に示す。

- *1： 医療連携に重要となる専門領域の診療能力に加えて、以下に示す幅広い視点から総合的な診療能力を向上できる。
- 1) 主要症候、病態に対する適切な臨床推論（病歴、身体診察、検査所見）、EBMの批判的な吟味に基づく一般的な治療をおこない、専門家、専門部門へのコンサルトの必要性やそのタイミングについて判断できる。
 - 2) 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度について、ピットフォールを意識しながら速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。
 - 3) 院内・外の医師同士、多職種医療チームメンバーとともに、全人的見地からニーズに合った診療ができる。
 - 4) 医療にかかわる多職種チームメンバーの役割を理解し、多様性を尊重した対応ができる。
 - 5) 各医療連携・地域包括ケアの中で、どの部分が不十分なのか把握して対応できる⁹⁾。
- *6：
- 1) 医師に必要なリーダーシップ（Performance（目標達成）機能およびMaintenance（集団維持）機能⁶⁾）を理解し、自らバランスよく発揮できる。
 - 2) チーム内の各部門にもリーダーシップを発揮できる人材を育成することができる。
 - 3) 各種チームミーティングを活性化するためのファシリテーションスキルを実践できる。
 - 4) 継続的に個々のチームにおける教育を改良していく体制を可能とするチームを構築できる。
 - 5) 業務内容の工夫により、効果的・効率的に業務ができるチームを構築できる。
 - 6) メンバーの自発的な成長を促すコーチングスキルを実践できる。
 - 7) チームのメンバーが、速やかに業務を修得し、安全・正確に実施続けることができるよう、チーム内における仕事の教え方を工夫できる。
 - 8) チーム内や患者・家族との人間関係の対立をマネジメントできる。
- *8：
- 1) 目標を達成して医療連携を充実するための各種デジタル教育の効果的・効率的な活用を連携チームで計画できる。
 - 2) デジタル教育を、講義、演習、評価の視点で幅広くとらえてチーム内の学習内容を共有し、学習効果を向上できる。
 - 3) デジタル活用による目標の明確化および反復学習によりチームの質保証を実現できる。

<デジタル教育の具体例>

デジタル教材例（動画レクチャー＋テスト or テスト＋解説形式、）

- ・ノンテクニカルスキル修得デジタルコンテンツ

- (①リーダーシップ、②コーチング、③ミーティングのファシリテーション、④チーム内の問題解決力向上、⑤業務改善、⑥人材育成、⑦人間関係対立のマネージメント、⑧良好な職場環境づくり)
- ・チーム医療コンテンツ（診療科横断、診療科別、多職種連携、患者を含む）
 - ・理想的なリーダーシップ育成コンテンツ（医師会の各種講習会でも利用可能）
 - ・理想的な各種カンファレンス動画コンテンツ
 - ・主要症候・病態セット（頭痛、胸痛、腹痛、めまい、しびれ、全身倦怠感、貧血、電解質異常、EBMの批判吟味、Choosing wisely）
 - ①動画も活用した症例ベースの臨床推論・初期対応演習問題＋解説
 - ②診察所見のオンライン演習
 - ・地域包括ケア実践研修（医師用・多職種用、患者を含んだ方向性）、在宅医療、認知症患者の意思決定、緩和ケア、ACP
 - ・オンラインによる各種ワークショップの推進
 - ・シミュレーションセミナーのオンライン化推進

*9 :

- 1) ポスト新型コロナ感染症の社会においては、全国各地でよりグローバルな医療の対応が必要になることを認識して、各現場におけるニーズを把握し、教育の目標に設定できる。
- 2) 多文化医療教育の必要性を認識し、世界各国の医療に関する習慣・認識に関する情報を検索できる。
- 3) 翻訳機器等の ICT を活用して多言語の診療を安全に実践できる。
- 4) 医療通訳者と正しく協働して安全に診療できる¹⁰⁾。

*10 :

- 1) 具体的な評価の例
 - ①関係するチームメンバーにアンケート形式で意見記載や自己評価を行ってもらって見直しや改良につなげる。
 - ②チームのミーティングの際に、定期的に状況報告、意見交換して継続的な改善につなげる。

もし、実現可能であれば、上記に加えて客観性を高める評価も考慮される。

 - ③（紙ベースでもよいが、）eラーニングのチェックテスト機能を活用して、学んだ知識を評価する。
 - ④医療現場で実際の対応を観察して評価する。同僚評価でも可能。
 - ⑤チームによる症例ベースのシミュレーション等により模擬的な環境下で評価する。
 - ⑥医療安全、患者アンケートなどのデータで解析する。（医療現場での有害事象の減少、患者からの意見の変化など）
- 2) 評価結果から、チームのミーティングの際などに、目標や教育内容（コンテンツ、期間、内容など）の継続的な見直しや改良へと結びつける。

総括

第1章で述べたように、すべての診療は、同医療職種～多職種、同じ施設内～施設間の大・小様々な役割のチームが連携することで成り立っている。

各医療者と共にチームの質を向上するために、医師の役割は今後、ますます重要になってくる。

まさに、日本医師会は、ポスト新型コロナ感染症時代に向けた全国の医療現場や社会のニーズをしっかりと把握し、将来の理想的な医療の実現のために、一歩先を見越した生涯教育制度を展開していくことが求められる。

具体的には、本委員会で提言した第4章の強化目標を推進するため、医療連携に資する新たな教育目標の設定や教育資材の提供、さらにその継続的な改善を可能とする教育体制を構築するなど、教育面で強力に支援していくべきであろう。さらに、eラーニング等のデジタルコンテンツを充実させ、医療連携チームを向上できるリーダーシップを備える医師・医療者を各医療現場に育成していくための対応も急務である。

社会や医療の大転換期（2021～22年）に活動した第XI期日本医師会生涯教育推進委員会の総意として、本答申で提言してきたこれら生涯教育の改革が、地域医療現場の各種チーム力の継続的な向上につながり、超高齢社会、人口減少社会の中で患者・地域住民のための理想的な医療の実現に結びつくものとなることを強く期待するものである。

文献

1. Forse R, Bramble JD, McQuillan R :Team training can improve operating room performance Surgery. 2011 Oct;150(4):771-8.
2. Shaw M, Pelecanos AM, Mudge AM , Evaluation of Internal Medicine Physician or Multidisciplinary Team Comanagement of Surgical Patients and Clinical Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020;3(5):e204088. Epub 2020 May 1.
3. 前野哲博：日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会 資料（令和2年5月24日）
<https://www.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/20200524kakari/04leader.pdf>
4. Allard M.A, Blanie A, etc. : Learning non-technical skills in surgery, J Visc Surg, doi: 10.1016/j.jviscsurg.2020.03.001. Epub 2020 Apr 25.
5. Griffin C, Aydin A, etc. : Non-technical skills: a review of training and evaluation in urology, World J Urol. 2020; 38(7): 1653-1661. Published online 2019 Sep 17. doi: [10.1007/s00345-019-02920-6](https://doi.org/10.1007/s00345-019-02920-6)
6. 小野善生：最強の「リーダーシップ理論」集中講義，日本実業出版社，東京，2013.
7. 長谷川仁志，尾崎治夫他：新しい世代に主眼を置いた生涯教育制度の円滑な運用と環境整備，第X次日本医師会生涯教育推進委員会，2020
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200624_2.pdf
8. 清水貴子，石原慎，青松棟吉他：初期臨床研修と医学教育（第4回）卒後臨床研修制度の見直しにみる医師の生涯学習，医学教育 2018，49(2)，日本医学教育学会，東京，2018；135-142.
9. 竹村 洋典：【識者の眼】「多職種連携を実際に行うための5つの要素」．日本医事新報 2020；No.5035：53.
<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=15560>
10. 押味貴之 特集 多文化共生時代の医学教育 2. 医療現場における医療通訳者との協働 2-2 医療通訳を通して学ぶ多文化医療、医学教育 51 (6) : 650~654、2020、
11. 織畑秀夫：基礎医学，シンポジウム I 医学教育（日本医学協会編），医学書院，東京，1966；6-19.

12. 長谷川仁志, 尾崎治夫他: 卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方, 第IX次日本医師会生涯教育推進委員会, 2018
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180620_4.pdf
13. NLM (米国国立医学図書館: National Library of Medicine), NCBI (米国国立生物科学情報センター: National Center for Biotechnology Information): PubMed.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> (2022. 2. 1)
14. 医学中央雑誌刊行会: 医中誌 Web. <https://login.jamas.or.jp/> (2022. 2. 1)
15. 日本医学教育学会第18期生涯教育委員会: WFME Global Standard Continuing Professional Development The 2015 Revision CPDの質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード(2015年改訂版)日本語訳.
http://jsme.umin.ac.jp/com/ct/WFME_GS_CPD2015_JP.pdf (2022. 2. 1)
16. 日本医師会: 生涯教育カリキュラム2016(2022年4月版).
https://med.or.jp/cme/about/jissi/curriculum_2016_202204.pdf (2022. 4. 1)
17. 日本医師会: 2019年度「日本医師会生涯教育制度集計結果報告書」, 2021: 24-25
18. 前野哲博: 令和3(2021)年度厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野政策科学総合研究(政策科学推進研究)事業「卒前教育から生涯教育に至るシームレスな総合診療医の養成・確保に関する研究」, in press
19. 永井良三, 齋藤宣彦他: 文部科学省「医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)」.
https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf (2022. 4. 27)
20. 福井次矢他: 厚生労働省「医師臨床研修指導ガイドラインー2020年度版ー」.
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/ishirinsyokensyu_guideline_2020.pdf (2022. 4. 27)
21. 安齊俊久他: 日本循環器学会ガイドラインシリーズ「2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言(日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン)」.
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf (2022. 4. 27)
22. 磯部光章他: 厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」.
<https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/> (2022. 4. 27)