

民医連の医師研修方針(案)Ver.1.9

～民医連の初期研修から、Transitional Year 研修までを展望して～

2019 年 6 月 29 日 全日本民医連医師部・医師研修委員会

目次

■はじめに	・・・2
■民医連の医師研修の歴史と到達	
<u>民医連の研修整備・発展（新医師臨床研修制度[必修化]より前）</u>	・・・2
<u>新医師臨床研修制度導入と制度開始以後の 15 年間</u>	・・・3
■初期研修制度改定と新専門医制度	
<u>新専門医制度との関係</u>	・・・3
<u>2020 年の初期研修制度改定</u>	・・・4
■コンピテンシー基盤型医学教育とアウトカム像	
<u>研修目標の新しい考え方（コンピテンシー基盤型）について</u>	・・・5
<u>初期研修のアウトカム像</u>	・・・6
■研修を支えるしくみ	
<u>研修を支える体制について</u>	・・・7
<u>研修委員会（研修管理委員会）</u>	・・・8
<u>研修事務担当者の役割</u>	・・・8
<u>FD (Faculty Development)</u>	・・・9
<u>医師研修と多職種連携</u>	・・・10
<u>他医療機関との連携</u>	・・・10
<u>県連・地協・全日本民医連の役割</u>	・・・10
<u>外部評価 (Peer Review、JCEP 受審)</u>	・・・11
■民医連として重視する研修内容、具体的な研修場面	
<u>民医連として重視する研修内容</u>	・・・12
<u>具体的な研修場面</u>	・・・13
<u>研修期間</u>	・・・15
<u>研修医の働き方</u>	・・・15
<u>Transitional Year 研修</u>	・・・16
<u>研修医の仲間づくり</u>	・・・17
<u>医学生の後継者を迎えること</u>	・・・17
<u>具体的な Good Practice を共有しよう</u>	・・・18
<u>用語解説・Reference</u>	・・・19

■ はじめに

本文書は、民医連の医師研修の到達や日本の医師研修システムの変遷を振り返り、貧困・格差の進展や超高齢社会に対応して国民が求める医師を養成するための方針を議論して、2020年に予定されている初期研修制度の大幅な見直しに向けて研修プログラムの整備を促進すること、あわせて全日本民医連総会方針の「医療介護活動の2つの柱」の実践(注1)、健康の社会的決定要因(SDH)(注2)やいわゆる社会的処方(注3)・アドボカシー(注4)などの取り組みを各研修プログラムに反映する議論などを促進するために作成しました。

具体的な取り組み・先進事例は Good Practice としてまとめ、共有するためにリンク先なども使いやすいように積み重ねていく予定です。

現在、研修医自身はキャリアプランや新専門医制度に目が向きがちですが、この間の HPH(Health Promoting Hospitals and Health Services)(注5)に関連する活動や WHO における新しい IPCHS(integrated people-centred health services)(注6)の枠組みや、NCD(非感染性疾患)(注7)、PHC(primary health care)(注8)、UHC(universal health coverage)(注9)に関する議論などをみても、現代の世界で求められる医師の資質・能力(コンピテンシー)と民医連の目指す医師像とでは多くの面で共通しているとも言えます。私たちは、民医連でこそ世界の最先端レベルで医師のコンピテンシー(注10)を研修できるという自負と目標を持って研修プログラムを整備していきたいと考えます。

一方で、2004年からの初期研修制度(注11)の必修化以降、民医連らしさという点での研修内容や研修の質の低下(停滞)があるのではという議論もあります。研修病院のレベルで「少し上」のクラスで満足している可能性はないでしょうか？私たち民医連の医師が何を大切に、どのような集団を目指すのか、誰に引き継ぐのかという議論と並行して、医師研修の議論を深め、実践していきたいと考えます。

本文書は、全日本民医連研修委員会を中心に議論し、2019年6月に行われる全日本民医連研修委員長・プログラム責任者会議などで議論し、その後も各論部分は定期的にバージョンアップしていきます。

■ 民医連の医師研修の歴史と到達

民医連の研修整備・発展(新医師臨床研修制度[必修化]より前)

民医連では研修の課題を第一線医療の充実の課題と結びつけ、地域や患者の医療要求に応えることを出発点として研鑽を深め、さらに医療技術の発展をめざし、院外研修も行うと同時に、学んだ技術・知識を病院、地域や利用者に返すことで、地域の医療水準の向上に努めてきました。¹

人権を守る基本的、総合的な診療能力(主治医能力)を獲得するために、疾病を労働と生活の場から捉えることを重視し、その中で医療の社会性を学び(SDH)、最近注目されているアドボカシー活動とも言える、医療制度を改善する活動にも実践的に関わる機会がありました。

医学生や研修医の学ぶ要求にも向き合い、協力・共同して研修制度の改善に取り組みました(専門医法制化(注12)反対・保険医インターン(注13)反対の運動・研修必修化における身分、経済保障などの議論)。

民医連では基礎研修プログラムを独自に研究し、研修条件を整備するとともに、青年医師の会(注14)など研修医自身が主体者として研修を改善する力となってきました。主に大学病院の医局中心に行われていたストレート研修(注15)に対し、ローテーション研修(注16)や小規模病院や診療所での研修を整備し、多職種協働(民主的集団医療(注17)については、1970年代の半ばから医師の役割について論じられており、1980年には「民主的集団医療における医師集団(医局)の役割について」という文書をまとめています)や共同のいとなみという視点も重視しま

した。全日本や地協(地方協議会:ブロック)のスケールメリットも活かして研修を支え合い、研修受け入れや研修に関する支援を行いました。²

しかし、当時は研修指導体制が十分に整備されず、研修医の自ら学ぶ姿勢に依拠していた面や、研修目標・方略・評価(注 18)などカリキュラム(注 19)としての整備が不十分な面もありました。実際に日本で研修カリキュラムについて論じられるようになったのは 1975 年前後で、日野原重明氏らが 1973 年にオーストラリアで開かれた WHO のワークショップに参加し、日本医学教育学会(注 21)が WHO の後援で「指導医のためのワークショップ」(注 22)を 1974 年 12 月に始めています(現在のいわゆる「富士研ワークショップ(注 23)」で、医療研修推進財団(注 24)の指導医講習会(注 25)を経て、現在の厚生労働省が指針で定める指導医講習会に繋がっています)。日本全体として医師の卒後研修に関して議論が開始されていた時期に並行して民医連の研修も先駆的に整備・発展してきたとも言えます。

- *1 民医連における医師の受け入れと研修の新たな発展のために三たび訴える (1981 年)
 - *2 民医連の医師集団は何を目指すのか〜21 世紀の民医連運動を切り開くために (1998 年)
- 民医連基礎研修の課題と展望 (1999 年)

新医師臨床研修制度導入と制度開始以後の 15 年間

1994 年頃からの旧臨床研修制度の議論(保険医インターン制)への批判・反対運動(医学生運動との協力・共同)の拡がりを受けて、必修化に絞った国の検討会やそれを受けた国会議論などがあり、研修医の身分や経済保障が獲得されてきました(2000 年、医師法・医療法改正、参議院国民福祉委員会附帯決議(注 26))。民医連ではこの厚生労働省の研修制度改革の検討に、平行してプログラム整備を行ってきました。いくつかの臨床研修病院では総合診療病棟(注 27)を新たに開設、研修担当事務を配置するなど研修環境の整備を行い、指定基準の緩和もあり積極的に研修病院指定を目指し、最大 58 の基幹型臨床研修病院(注 28)となっていました。2004 年の新医師臨床研修制度開始時は 200 名を超える研修医が民医連での初期研修を選択しました。

この時期に EBM(注 29)の導入、ACLS/BLS(注 30)や感染症診療分野などで標準的な医療への整備が進められました。15 年を経過した現在、遅れている分野がないのかなど、全国や地協の力も借りて点検し見直していくことも求められます。

2010 年の研修制度改定では、中小規模病院への不当な攻撃がありましたが(いわゆる「アンダー3000 問題(注 31)」)、厚生労働省の訪問調査にも全国の連携で対応し、基幹型研修病院を維持しました。また、必修診療科(注 32)が減るなど研修プログラムの弾力化(注 33)がありましたが、プライマリケア能力の習得などの基本理念(注 34)を堅持して、多くの研修病院で 2004 年の初期研修制度スタート時のローテーション科を維持し、外来研修などは必修化以前からの取り組みを継続・発展させ、JCEP(卒後臨床研修評価機構)(注 35)の調査項目にも取り入れられるなどしました。

■ 初期研修制度改定と新専門医制度

新専門医制度との関係

- 初期臨床研修から専門研修へ

● 3 年目研修のあり方とキャリアプラン

専門医のあり方検討会(注 37)の報告書(2013 年 4 月)などを経て、2014 年から日本専門医機構(注 38)が設立されましたが、地域医療に対する影響など様々な懸念と各ステークホルダーの思惑があり、専門医機構執行部の入れ替えなどが起き、2018 年 4 月から 1 年遅れで開始されました。

しかし、多くの専門分野で市中病院での基幹施設申請が困難になり、総合診療専門医のプログラム申請では、専門医機構副理事長の不当な介入でいくつかのプログラムが審査で落とされる等の異常な事態が起きました。全日本民医連では 2015 年 1 月の「見解¹⁾」、2016 年 11 月の「提案²⁾」、2017 年 11 月の「質問³⁾」などを出して対応してきました。2017 年 9 月には「新専門医制度開始にあたって」を出し、「必修ではない」新専門医制度に初年度から参入しないで、それぞれの研修到達や将来像にあった 3 年目の後期研修も援助することも提案しました(Transitional Year 研修(注 39))。

各病院・県連単位で後期研修委員会を設置して、専門研修プログラムの整備、連携研修施設との調整、専攻医の募集・キャリア形成援助などの取り組みを強める必要があります。全日本民医連・地協での連携も引き続き検討します。また、後期研修(専門研修)からの民医連へ合流する医師への対応なども課題になります。

新専門医制度を中心とした後期研修に関する方針については情勢の変化や現時点においても専門医機構や関係する医学会などの様々な問題があり、この医師研修方針とは切り離して検討、全国での共有を図っていききたいと考えています。

新専門医制度に関して大切だと思われる対策は以下の通りです。

- 1) 医学生、初期研修医の時期を通じて、民医連と事業所の存在意義への共感、そこでの自己成長、キャリア形成の道筋・プランへの展望、当事者意識を形成すること。
- 2) 実効性と魅力ある Transitional Year 研修を準備し、初期研修後の 1 年間じっくり上記 1)を形成する時間を作る選択肢をもつこと。
- 3) 基幹型プログラム(注 40)をとれるところ、連携施設になれるところは積極的に準備する。連携施設となるプログラムは大学など基幹型施設との関係で「民医連での研修期間」を確保するスケジュールを追求し、その修練期間において「民医連医師としての成長」を実践上のアウトカムとして位置づける。
- 4) 「いったん離れること」は新しいつながりや、新しい技術・文化を取り入れるチャンスと位置づけ、「当該分野での技術がその地域の民医連医療にどう生かされるのか」を専攻医となる医師ともよく話し合い、県連・事業所の診療レベルの発展につなげる意義を医師集団で確認する。
- 5) 後期研修・専門医研修を担当する事務局を配置し、担当医師と共に、プログラムのプロモーション・ブラッシュアップと専攻医の確保、研修にかかわる実務、専攻医のフォローや定期的面談などを着実に進行。

※1 「新専門医制度に関する全日本民医連の見解」

※2 「国民本位の良質な専門医制度のために―新専門医制度の現局面における提案」

※3 「総合診療専門医プログラムの認定作業過程に関する質問」

2020 年の初期研修制度改定

- 2020 年改定への対応
- マイルストーン(注 41)の積極的活用

2020 年は今までにない初期研修制度の大きな見直しとなります。改定への医道審議会医師分科会医師臨床研

修部会(注 42)での議論では、専門学会や大学病院側からは、初期研修期間の短縮やプライマリケア研修を否定するような意見がありましたが、現在の卒前の参加型実習や医師国家試験を挟む現在の卒前・卒後の流れの中では十分ではなく、ワーキンググループの議論なども経て、基本理念や基本的な診療能力などは大きく変更しないこととなりました。2010 年に選択必修科になった外科・産婦人科・小児科・精神科が必修診療科に戻り、一般外来研修・在宅研修が必修になります。

今までは経験すべき症例や症候などをチェックしてレポートを提出するいわゆる履修型のカリキュラムでしたが、基本的なコンピテンシー(資質・能力)の概念が取り入れられ、不十分ではあるもののコンピテンシー基盤型(アウトカム基盤型)(注 43)のカリキュラムを目指しています。卒前のコアカリキュラム(注 44)と連動した研修到達目標には、プロフェッショナリズム(注 45)として 4 項目、資質・能力として 9 項目、基本的診療業務 EPA(遂行可能業務: *entrustable professional activity*)が取り入れられます。今後も行われていく卒前・卒後の医学教育改革を先取りする取り組みも研究していきます。

研修評価では 360 度評価やマイルストーンも取り入れられます。

全日本民医連では、数年前からマイルストーンプロジェクトを立ち上げて、研修委員会を中心に、米国 ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) (注 46) のマイルストーンについての研究を進め、いくつかのマイルストーン表の翻訳や総合診療専門医(注 47)のコンピテンシーなどへの適用を検討し、2017 年 9 月には米国 ACGME とマイルストーンガイドブック 2016 といくつかの邦訳したマイルストーン表のライセンス契約を結んでいます。

大学をはじめ、多くの臨床研修病院や指導医層が新専門医制度への対応に追われ、また初期研修を単なる通過過程と軽視する風潮の中、今こそ初期研修を重視してさらなる研修の充実を目指して準備を進めましょう。さらに私たちが進める研修の取り組みは、今回、一般外来研修・在宅医療研修や院内委員会への参加が必修化されたように、これからも日本の医師研修の標準を作ることに繋がっていくものと思います。

■ コンピテンシー基盤型医学教育とアウトカム像

研修目標の新しい考え方(コンピテンシー基盤型)について

- プロセス基盤型からコンピテンシー(アウトカム)基盤型へ
- ACGME のアウトカムプロジェクトと Next Accreditation System(マイルストーン)

コンピテンシー基盤型の教育は 1920 年代米国の産業界で始まり、1960 年代の教員養成改革で議論され、それが医学教育に取り入れられてきました。¹ 日本で指導医ワークショップ(富士研)が開始されて間もない 1978 年、WHO の報告書で William McGaghie らが、「コンピテンシー基盤型プログラムが意図するアウトカムは、地域の条件にあわせ、地域のニーズを満たすための、一定レベルの習熟度で診療できる医療専門家である」と定義しています。² その後、米国・カナダ・英国・オランダなどでコンピテンシー基盤型医学教育の議論が進み、米国では 1999 年に ACGME から以下のような 6 項目の一般コンピテンシーが公開されました(アウトカムプロジェクト)。

- ◇ 患者ケア
- ◇ 医学知識
- ◇ プロフェッショナリズム
- ◇ 対人コミュニケーション

◇ 診療に基づく学習と進歩

◇ システムに基づく診療

しかし、米国でも現実にはプログラム責任者や指導医のコンピテンシー基盤型教育に関する理解は進まず、従来の知識やスキル獲得に偏重した研修内容となっていました。有効な評価方法などは、2010 年代になり Next Accreditation System でマイルストーンなどの開発、適用を待たなければなりませんでした。

指導医がその場で知識を問う質問をしたり、評価尺度(rating scale)やチェックリストを用いたりではアウトカムを評価できず、マイルストーンを使うことで、指導者間や研修分野間、指導者と学習者でも求められるコンピテンシーが共通理解となりました。新専門医制度の議論で、総合診療専門医のコンピテンシーは議論されていましたが、多くの専門領域では具体的なコンピテンシーの議論は十分ではありません。コンピテンシー基盤型医学教育に関しては、多くの指導医講習会ではまだ十分には扱われていませんので、指導者側でもしっかりとした理解と準備が必要です。

*1 The Milestones Guidebook version 2016

<https://www.acgme.org/Portals/0/MilestonesGuidebook.pdf?ver=2016-05-31-113245-103>

*2 Competency-based curriculum development in medical education : an introduction

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/39703>

初期研修のアウトカム像

初期臨床研修の基本理念(医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令)は以下のようになっています。従来のものからの変更点はありません。

臨床研修は、医師が、**医師としての人格をかん養**し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき**社会的役割**を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、**基本的な診療能力**を身に付けることのできるものでなければならない。

2020 年からの臨床研修の改定では到達目標には以下のとおり、プロフェッショナリズムおよび医師に求められる具体的なコンピテンシー(資質・能力)、研修終了時にはほぼ独立して遂行できる基本的診療業務(EPA)が詳述されています。

A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
2. 利他的な態度
3. 人間性の尊厳
4. 自らを高める姿勢

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
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

厚生労働省が提案しているコンピテンシーの内容は、米国 ACGME のマイルストーンと比較すると必要最小限の範囲となっています。2020 年に向けて民医連の特色ある初期研修アウトカムを議論して各コンピテンシーの内容やその学習方略や資源、マイルストーンを含めた評価法などを豊かなものにしていきましょう(ただし、厚生労働省の定めるマイルストーンはオンラインで入力して全国集計するようなので、研修医や指導医の負担にならないような配慮が必要です)。

(マイルストーンに関しては後述)

民医連で診療する医師のありようとしては、かつては「general の基盤の上に subspecialty」という一定の像を描き、各人がプライマリケアをしっかり身につけることを共通基盤としてその上に得意分野を習得するスタイルで専門診療を大いに展開してきました。この約 20 年間、家庭医療学、総合診療がジャンルとして固有の位置を占めるように発展し、今日的には「総合性を自らの専門として高い力量を持つ総合医・家庭医」と「総合的基礎力を備えた専門医」がお互いに協働しながら地域のニーズに応える医療を実践するという医師像として認識されています。2019 年 2 月から「未来に向かって民医連の医師と医師集団は何を大切にするのか」¹ についての議論が始まっています。健康権(注 48)の保障・地域連携・まちづくり(注 49)・共同のいとなみ(注 50)・多職種協働・健康格差(注 51)にタックル・公正な保健医療(注 52)など、医師像に関するいくつかの議論テーマがあります。その議論を通じて初期研修のアウトカム像についても議論し確認していくことが大切です。この研修方針を検討してプログラムを見直して実施していくことで民医連を担う医師を増やすことになると考えます。

*1 「未来に向かって民医連の医師と医師集団は何を大切にするのか(案)」

■ 研修を支えるしくみ

研修を支える体制について

- 多職種が関わる研修
- 研修医自身が研修を改善する取り組み
- 研修担当事務・事務幹部
- 医師幹部
- 医局・医師集団の関わり
- 共同組織の関わり

民医連では、卒後臨床研修が必修化される前から、各事業所や法人・県連で研修委員会を整備し、研修医自らや看護をはじめとした多職種も参加するなどして、研修に関する学習や研修カリキュラムの整備に努めてきました。この多職種や研修医の参画は JCEP の評価も経て現代では標準となりつつあります。

(FD(注 53)については後述)

まだ全ての臨床研修病院で充足しているとは言えませんが、民医連以外の臨床研修病院よりは多くの研修担当事務を配置し、ローテーションや評価の管理をはじめとする事務作業や研修医のフォロー、指導医の教育活動の援

助などを行っています。全日本民医連や地協での連携も進んでおり、2018年7月には第4回の研修担当事務交流集会が開催されました。

事務幹部の医師研修における役割は重要で、研修担当事務の配置や教育・指導に限らず、研修医とのキャリアに関する面談や医学生担当者との連携の要となる役割があります。また新専門医制度では外部の研修施設との連携・対応も多くなり、民医連外で専門研修を行う専攻医との関わりも多くなってきました。制度を理解し事業所の管理会議などでも医師研修に関して課題や到達を共有しておくことも重要です。

医師幹部はプログラム責任者を務め、あるいは援助する関りだけではなく、初期から後期への進路選択・キャリアプランへの援助や、SDHの可視化やアドボカシー活動などへの取り組みを研修や日常医療活動の中でけん引する役割、専門研修施設との連携の役割があります。

医師研修はすべての全ての職種が関わる課題です。直接の指導医や研修委員会任せにせず、法人・事業所・医局全体の課題として議論し取り組みましょう。特に民医連として重視する研修内容や研修プログラムの基本については、定期的に医局・医師集団で議論すべきです。また、看護集団などで医師研修に関する議論を定期的に行うことなども検討しましょう。

メンター制度(注 55)なども検討し研修医のキャリアプランに助言できる仕組みを作りましょう。

研修指導者として医師以外の医療職や民医連の特徴でもある共同組織(注 56)がどのように医師研修に関わるか、単に360度評価を行うだけではなく、多職種協働のためのコンピテンシー、共同のいとなみやまちづくりの視点が重要です。すでに一部の研修病院で取り組まれています。研修医を支部・班会に所属させるなどして、地域のニーズを理解し、まちづくりの価値を意識できるアウトリーチ(注 57)活動を研修に取り入れましょう。指導医評価だけではなく指導者についての評価にも取り組みましょう。

研修委員会(研修管理委員会)

- 研修委員会(管理委員会)の機動性・構成メンバー
- 研修委員長・副委員長やプログラム責任者の援助

初期研修で必要とされる「研修管理委員会」のしくみだけではなく、日々の研修環境の改善や研修医や指導医からの要望や意見をタイムリーに検討する仕組みが重要です。2020年の改定では、全国共通のマイルストーン評価の実施と評価表の管理が求められます。

研修委員会の構成員には必ず研修医、他職種や、可能なら研修医と世代の近い上級医を入れましょう。外部の研修協力施設などからの参加が難しいところもありますが、形式的な委任状だけではなく、研修医のローテーションのタイミングなどで日頃から意見を聞いておく仕組みを作りましょう。

開催頻度は、最低でも年に4回、できれば毎月の開催を追求しましょう。

研修委員長・プログラム責任者が仕事しやすい環境整備や支える仕組みも検討しましょう。また、研修委員長らが医学教育学会、JCEPの会議、臨床研修研究会などで卒後医学教育について、情報収集し、学び発表する機会も、通常の医学会参加枠とは別にするなどして保証しましょう。

研修管理委員会の外部委員には、共同組織の方や教育関係者に依頼したり、地域で連携している医療機関に依頼したりして互いに出しているところがあります。特に共同組織の方には必ず参加してもらうように工夫しましょう。

実際の研修管理委員会の運営では、総括的な研修評価なども扱いますので、2部制にするなど工夫しているところもあります。

研修事務担当者の役割

- 研修事務担当者(注 59)の位置づけ・配置
- 研修事務担当者の業務基準
- 研修医・指導医とのかかわり
- 研修事務担当者政策
- 全国・地協の交流と新人スクール

民医連の臨床研修病院では、比較的、多くの研修事務担当者を配置していますが、新しい研修評価の仕組みや後期研修などへの対応を考えると、多くの施設で担当者を増員する必要があるでしょう。研修管理についてのスキル蓄積や、研修医とも継続して関わることを考えると、一定期間、モチベーションを持って継続して従事することが重要です。また若手の事務職の場合は、研修医と一緒に育ち合うという視点や事務職のキャリア形成という視点も重視しますが、事務職以外(看護師・薬剤師・臨床検査技師など)が医師研修に関わることもあり、それぞれの専門性も生かした関わりや工夫も共有する仕組みを作りましょう。宮城民医連では、医師関連事務政策を検討中です。

研修委員会の運営・報告／研修に関する情報提供、ニュースの作成

ローテーションの管理／評価表の依頼・回収・整理／研修手帳などの管理

プログラム責任者の補助(研修方針やプログラムの整備)

臨床研修に関する年次報告の作成／補助金の申請

指導医講習会受講者の管理

JCEP など外部評価への対応(病院機能評価、厚生局適時調査など)

研修医への目配り、体調管理の補助・把握、研修医室の管理、シミュレーター(注 60)やスキルズラボ(注 61)の管理

メンターの役割(2 年間に継続して研修医を見ていく役割)・管理

指導医の教育活動の支援(学習会や CPC(注 62)等の設定や資料準備など)

外部の研修施設や外部研修委員との連絡

研修医との面談設定、進路調査、面談報告の作成

医学生実習の準備、報告

民医連内の研修関連行事、地域などでの研修会の案内など

(その他、第 4 回研修担当事務交流集会で意見を多数いただいています)

研修事務担当者の交流や実務に関する情報交換などを目的に地協での集会なども位置付けましょう。2019 年 12 月には医学生担当分野と合同で新人対象とした「新人スクール」を予定しています。

FD(Faculty Development)

- FD講座
- 日常のFD活動
- 若手からの指導医講習会参加
- 指導医講習会の内容充実

現在、民医連内で年に 1～2 回程度の指導医講習会が開催されています。2020 年の改定やコンピテンシー基盤型医学教育に対応した指導医講習会を全日本民医連でも関わりながら開催していきます。

多くの病院で平均以上には指導医講習会を受講済みの指導医がいますが、1 回の指導医講習会受講だけでは、

例えば有効なフィードバックの方法を活用するのは困難で、研修委員会や医局単位での簡単な FD に関する学習会が必要です。特に協力型研修病院(注 63)・協力施設では、指導医講習会を受講していない指導医も多く、研修管理委員会でも議論して、指導医講習会の受講、継続した FD の取り組みを進めることが重要です。また、上級医の世代も教育に関わることで自ら学び直す効果は期待できますが、上級医任せにしないで指導医とのいわゆる「屋根瓦」を重視しなければなりません。卒後 3-4 年目から積極的に指導医講習会に参加して、研修指導の理論やスキルを身につけることも重視しましょう。

また、すでに指導医講習会を受講した指導医向けには、フィードバック法やマイルストーン評価の具体的な方法などを中心に、短時間の FD 講座(いまさら聞けない FD 講座など)を ICT も活用して行います。新しい取り組みや情報も発信していきます。

医師研修と多職種連携

- 多職種協働と研修指導者
- SDH や地域包括ケア(注 64)を意識した多職種カンファレンス(注 65)
- 多職種の教育への関与
- 360 度評価の準備

研修医の教育には、指導医や上級医だけではなく、多職種の関わりが重要です。民主的集団医療として培ってきた民医連の多職種協働の蓄積が大きな役割を發揮します。SDH や地域包括ケアを意識した多職種カンファレンスや、多職種で育ちあうしくみづくりが大切です。また、医療介護安全にも関わる多職種間のコミュニケーション改善や権威勾配を減らすことも教育のアウトカムとして検討しましょう。

また、若手看護師など職員教育に研修医自身が関わる取り組みなども検討しましょう。

2020 年の研修制度改定では、360 度評価が正式に取り入れられます。現時点では形式的な取り組みになっている研修病院も少なくありません。具体的に形成的評価として活かしていく仕組みを再構築しましょう。今から医師以外の職種での指導者としての関わりや評価の仕組みを学習し準備を始めましょう。

福岡の千鳥橋病院では、同期入職の多職種で地域診断フィールドワークを半年にわたって取り組んでいます。

他医療機関との連携

- 研修における他医療機関との連携
- 地方厚生局や県の地域医療対策協議会

基幹型研修病院と協力型研修病院・研修協力施設という制度内の連携だけではなく、地域で研修医を育てるための連携や総合診療・プライマリケアなどの分野での連携が重要です。先進例などを参考にそれぞれの地域で新しい連携を構築しましょう。都道府県や地方厚生局の動きなどに注目するとともに関係づくりも重要です。医師法改正に伴い県の地域医療対策協議会(注 66)に民間病院が参加するようになりました。初期研修や専門研修との関係でもその重要性は増えています。

コープおおさか病院、芦別平和診療所などいくつかの事業所で民医連外の研修病院からの地域医療研修を受け入れています。

県連・地協・全日本民医連の役割

- 県連研修委員会・医師委員会などの役割

- 地協の研修委員会・医師医学生委員会
- 全日本民医連研修委員会・医師部、イコリス
- 全国集会、自主研修会

基幹型臨床研修病院中心の研修システムになりがちですが、県連内の協力型病院・研修協力施設での研修を充実し、地協での連携を進めることなどに関しては県連研修委員会を設置して大局的に検討しましょう。

各地協の研修委員会(医師医学生委員会)を中心に地協内連携を進め、基幹型臨床研修病院がない県連の医師養成への援助や、地協単位での交流(オリエンテーション(注 67)・症例発表・学習会・回診など)も行われています。指導医の人事交流も検討しましょう。進んだ県連や地協のしくみを互いに学んで取り込み、さらに向上することも必要です。巻末に各研修病院などでの先進例 Good Practice を収集し共有するシステムを提案しています。

サイトビジットでは、民医連が重視している研修内容に注目するなど、JCEP の訪問審査などでは見ないところに重点を置いて研修の質を高めていく工夫が必要です。

地協内などで県連を越えた枠でローテーション研修をしている研修医には、各研修医の所属県連に対する帰属意識などへの配慮も必要です。

全日本民医連としては、民医連の理念や医療・介護活動の 2 つの柱、まちづくりなどの概念を医師研修の中でどのように取り組むか、2020 年の制度改定に向けての対応援助や Transitional Year 研修を含む後期研修への対応・援助が必要です。コンピテンシー基盤型を意識した指導医講習会の開催・援助や、イコリスでの情報発信、医療福祉生協連(注 68)と共催している臨床研修交流会(注 69)の開催を継続し内容の見直し、後期研修のプログラムや連携の整備などを当面の重点課題とします。

引き続きアンダー3000 問題への対応も必要で、援助や情報交換をする体制も取ります。2019 年度は新人研修担当事務スクールも行います。また若手指導医層らによるサイトビジット(注 70)も試行されています。地協内や全国で指導医が交流することで研修環境を一定の水準で統一・向上していくことも検討します。

全日本民医連や地協単位で行われている集会なども研修医の積極的な参加を促し、学習の場として位置付けることも検討しましょう(医療介護倫理交流集会(注 71)、HPH カンファレンス(注 72)、医療介護安全交流集会、学術運動交流集会、看護介護活動交流集会、共同組織活動交流集会、労災セミナー、平和学習、国会見学など)。すでに精神科や小児科では研修医向けの企画を行っていますが、自主研究会(注 73)は研修医に参加を促すだけではなく、スケールメリットを生かして後継者を育てるという点で集会や日常の活動を見直すことを提起します。各研修病院だけではできないような教育セミナーの開催も地協の援助などで検討します。

この医師研修方針についても、各レベルでの研修委員会で定期的に議論し、内容と実践のバージョンアップを図ります。

外部評価(Peer Review、JCEP 受審)

- 相互評価
- JCEP 受審

2020 年の制度改定では、第三者評価が強く推奨され、2025 年頃に予定される次期改定では必修となります。また、新専門医制度でもサイトビジットが行われる予定です。各地協を中心に研修委員長会議・医師医学生委員会などで各研修病院を相互評価し、必要な援助を行ってきました。現在は総合診療領域で全国的な相互評価 Peer Review の試みが始まっています。

現在までに、47 の研修病院中、38(80.9%)が JCEP の訪問審査を受け、おおむね高い評価を得ており、一般外

来研修などが JCEP の評価項目にも取り入れられてきました。JCEP の訪問審査はサーベイヤーによりバラツキはありますが、準備の段階から自分たちの研修体制や内容を振り返り病院全体で改善に取り組む機会とすることが重要です。引き続き、全病院が受審できるように地協を軸に議論や実際の模擬サーベイなどを援助していきます。指導医や研修事務担当者も積極的にサーベイヤーとして JCEP に関わるようにしましょう。

■ 民医連として重視する研修内容、具体的な研修場面

民医連として重視する研修内容

- 民医連綱領(注 74)を学ぶ
- プロフェッショナリズム(組織性)
- 多職種協働のためのコンピテンシー
- 医療・介護活動の 2 つの柱(特に医療倫理)
- 地域包括ケアのためのコンピテンシー
- アウトリーチ・まちづくり・ヘルスプロモーション(注 75)などを意識した研修
- 健康の物理的・社会的決定要因
- ヘルスアドボカシー(注 76)、エンパワーメント(注 77)

一般的に国の制度として求められる共通部分の研修目標では強調されていませんが、私たち民医連として重視する研修内容としては、民医連綱領を学ぶ機会、多職種協働における医師のコンピテンシー、医療・介護活動の 2 つの柱、地域包括ケア時代に向けたコンピテンシーなどがあります。アウトリーチを意識し、ただ病院の外に出るだけではなく、そこで学んだことを振り返ってまちづくりへの参画やヘルスプロモーションやヘルスアドボカイト(注 78)に繋げることを重視します。

民医連の研修の特徴は以下の 5 点にまとめられます。これらは指導医だけの課題としないことが大切で、研修医(学習者)自身がどう学ぶのかを考えることとともに、多職種協働・医療安全・医療倫理・アドボカシーなどは医師・医師集団だけではなく、全職種の職場教育(育成)の課題として取り組むことを検討しましょう。

- ① 地域で育つ
- ② 多職種・共同組織で育つ
- ③ 役割で成長する
- ④ 主体者として参加する
- ⑤ SDH を意識する実践の中で育つ

『医療・介護活動の 2 つの柱』

- ① 貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう無差別・平等の医療・介護の実践
- ② 安全、倫理、共同のいとなみを軸とした総合的な医療・介護の質の向上

例えば、多職種カンファレンスへの参加を位置づける、一般外来研修における担当症例の選び方や SDH を意識した振り返り、経済的サポートツール(注 79)などを使った社会的処方など、様々な具体的な工夫や多職種の関わり、継続して学習するしくみが重要です。マイルストーン表を独自に作成するなど検討しましょう。

東海北陸地協では、地協内の研修医の集会で、SDH を意識した症例検討会を行い、準備の段階から指導医も

巻き込んでいます。

制度教育の内容を学習者主体の企画となるよう、内容の充実を検討しましょう。京都の SDH カンファレンス(注 80)のように実際の症例検討の中で社会保障制度を学ぶ取り組みもあります。

プロフェッショナリズムについては、医学生の主に関心する低学年の段階から簡単な講義が行われていますが、日常診療場面などで医師や医療職としてプロフェッショナリズムを検討する事例はたくさんあり、指導医や多職種で事例を振り返り検討するしくみ、症例検討会やレジデントデイ(注 81)を利用して SEA(注 82)形式等で振り返って共有することも大切です。

健康の物理的・社会的決定要因(注 83)はそれを認知するだけではなく、問題解決や具体的な行動に結びつくようにプログラムを工夫しましょう。民医連が取り組んでいる、災害医療、放射線被ばく医療、公害医療、労災職業病医療(注 84)、薬害(注 85)への対応などからも学びます。

SDH などを可視化していく臨床研究のサポートについては、各地協や全日本民医連でアドバイス・サポートできるシステムを整備します。研究計画書をかけることを初期研修の目標として検討しているプログラムもあります。

これらの具体的な研修のカリキュラムに関して、全日本民医連として指導医講習会などでのワークショップを企画して、教育方法について共有、強化することを検討します。

ヘルスアドボカシー、エンパワーメントについては、CanMEDS(注 86)の framework 枠組み(Teaching and Assessment Tools Guide(注 87)のアドボカシーに関する主要部分は翻訳済み)や、カナダ家庭医療協会のベストアドバイス(日本 HPH ネットワークが翻訳)(注 88)なども参考にします。しかし、日常の診療場面での SDH についての気づきが基本となり(いわゆるミクロレベル)、指導医や多職種での日々の実践や関わり、ケアカンファレンスへの参加などが重要です。特に MSW との連携が重要なので、オリエンテーション時などに MSW の業務を学ぶ取り組みを検討しましょう。また、メゾレベルの視点では、患者や住民へのエンパワーメントという視点でのコンピテンシー獲得も検討しましょう。マクロのアドボカシーに関しては、政治的な発言や関りを敬遠させる日本の教育の問題もありますが、欧米の医師や医学会・医療団体の取り組みを学んだり、社会疫学の事実を学んだりする仕組みを検討しましょう。

具体的な研修場面

- オリエンテーション
- 病棟研修(内科・外科・小児科・産婦人科)
- 救急研修・精神科
- 一般外来研修
- 協力型研修病院・研修協力施設
- 地域医療研修
- 診療領域・職種横断的なチーム

オリエンテーションは、研修の開始時期に 2～3 週間程度の期間で行われており、可能な限り、講義形式を少なくするなど、学習効果の高い方法を取り、内容によっては実際の病棟研修開始後に組み込むなどの工夫も検討しましょう。内容としては次のような項目が推奨されています。(研修制度・プログラムの説明、医療倫理・守秘義務・ハラスメント、カルテ記載・保険診療・文書作成、採血・注射、BLS・ACLS、各種医療機器の扱い、コミュニケーション・接遇、医療安全管理、院内感染、災害時対応、多職種連携・チーム医療、地域連携、図書室・文献検索・EBM など)

病棟研修では、総合診療病棟や屋根瓦方式(注 89)の指導体制などの整備を検討しますが、DPC(注 90)など医療制度による入院期間の短縮もあり、急性期の病棟だけで学べることは以前ほど多くはありません。どうしても知識としての症例経験を積み重ねることや、スキル習得に偏りがちになる面があり、カンファレンスの持ち方や多職種の間が重要です。また、回復期病棟(注 91)や地域包括ケア病床(注 92)での研修についても検討が必要です。

内科、「入院患者の一般的・全身的な診療とケア及び一般診療において頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと」となり、24 週間(約 6 ヶ月)の研修期間が必要です。経験すべき症例・症候は別紙のマトリックス表(注 93) (JCEP の形式で制度改定に合わせて作り直してあります)を参照して下さい。内科専門医の経験症例の関係では、将来、内科領域の後期研修を考えている研修医に関しては、各病院・県連などの後期研修委員会とも相談して、J-OSLER(注 94)に登録するしくみ(指導医の登録も必要)を検討しましょう。

救急、「救急部(救急部がない場合には救急外来)等を適切に経験させることにより対応することとし、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。また、麻酔科における研修期間を、4 週を上限として、救急の研修期間とすることができる。この場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと」となっており、麻酔科との連携や他のローテーション中の並行研修、当直研修も正確にカウントするしくみが必要になります。

外科、「一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の修得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと」となり、4 週以上(8 週以上が望ましい)の研修期間が必要です。この期間、あるいはこれとは別に整形外科も含めるなどの検討もしましょう。

整形外科、必ずしも必修診療科ではありませんが、多くの病院で外科に含めるなどして必修対応をしています。整形外科は全年齢層の運動器に関わる疾病や外傷を対象とし、保存治療から手術、リハビリテーション等を行う診療科です。超高齢社会の到来やスポーツ人口の増加で日常診療や救急外来において運動器診療が必須となっています。総合的な力量が求められる民医連初期研修だからこそ運動器疾患の適切な診断と初期治療ができ、専門医にコンサルトできるよう、獲得目標の設定と指導方法、習熟度の確認ができるよう民医連整形外科診療委員会においても議論していきます。

小児科、「小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと」となり、同様に4 週以上(8 週以上が望ましい)の研修期間が必要です。小児の入院疾患の変化により、小児の入院患者数が減少している場合などは、他の協力施設などとの連携が必要になります。その場合でも外来診療などを学べるような工夫を相談しましょう。健常な小児に対する健診や思春期疾患など成育医療を含むように工夫しましょう。特に小児の心理・社会的側面のところは、貧困問題や学校での問題などにも目を向けた研修が必要です。

産婦人科、「妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと」となり、同様に 4 週以上(8 週以上が望ましい)の研修期間が必要です。妊婦や授乳中の女性に対する処方薬の注意なども取り入れましょう。

精神科、「精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来または精神科リエゾンチーム(注 95)での研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましいこと」となり、必ずしも精神科病棟研修ではなく、急性期の入院患者におけるリエゾン対応で研修できる機会を検討することになると考えます。ただし、以前からの研修病院の指定基準に入院患者数 100 人という記載があり、注意が必要です。

一般外来研修が2020年の制度改定で必修になりますが、病棟での入院期間短縮や地域包括ケアについての教育を考えると、**訪問診療**を含む一般外来研修は今まで以上の位置づけが重要で、8週以上の研修を目指して準備を進めましょう。できるだけ継続して診療することが重要なので、週に1回など可能な範囲で通年で継続するシステムも検討しましょう。研修医が担当する症例(病棟で担当した患者さんの退院後のフォローも含め)、患者さんへの同意取得、指導や振り返り、外来カンファレンスなどの工夫、病棟研修との単位調整などが必要です。患者中心の医療や、SDHに注目し、社会的処方についても経験できるように工夫しましょう。

また、3年目以降を展望した時に、EPAとしては、外来診療医における患者数などの具体的な目標も決めて段階を経ながら研修する必要があります。また、後期研修では慢性疾患の外来管理を学ぶ機会は減ることが予想されますので、初期研修の段階から慢性疾患管理や患者さんを全人的に主治医としてフォローする主治医性に関しても学ぶ必要があります。地域医療研修を実施する研修協力施設・協力病院での研修についても検討が必要です。時間外の小児科外来や救急外来は一般外来研修としては認められないので注意が必要です。一般外来としてダブルカウントが可能な科は、内科・外科・小児科・地域医療です。

協力型研修病院や**研修協力施設**となる小規模病院や診療所でも医師研修の役割を分担し、地域包括ケアや地域連携の学習カリキュラムを整備し、一般外来研修ではモデルづくりに取り組み、研修のリソース不足が予想される大学病院や地域の中核病院などからの地域医療研修なども積極的に受け入れましょう。

地域医療研修は、従来よりも地域医療やへき地・離島などの医療を意識する改定となります。小規模病院や診療所での研修も意識的に検討しましょう。その際、総合診療分野を除いては専門研修において診療所で研修する場面はごく限られますので、地域のニーズを身近に感じ、場合によっては将来の働き場所として考えてもらえるような期間や内容の工夫も検討しましょう。新制度では、在宅医療研修も重視されており、取り組みの不十分なところは整備が必要です。また、地域包括ケアシステムを構成する事業所や提供体制についても、机上ではなく、介護施設での研修や実際に地域ケア会議に参加するなど、アウトリーチや現場で学ぶくみを検討しましょう。「病棟研修を行う場合は、慢性期・回復期病棟での研修を含めること」という点では、多職種の関わりが重要になります。

また、これも2020年の制度改定で必修になりますが、病院内の**横断的な委員会や多職種チーム**などの活動も研修方略として検討が必要です(倫理委員会(注96)、ICT(注97)、栄養サポート(注98)、認知症ケア(注99)、退院支援(注100)、緩和ケア(注101)、褥瘡対策(注102)、ACLS委員会(注103)など)。

研修期間

- 研修期間の管理
- Transitional Year 研修

初期臨床研修の期間は2年以上となっており、研修内容やその取り組みによっては3年となっているところもあります。ただし、専門医制度の全国的な動きなどからは、2年間で国から求められる内容は終了できるようにプログラムを作成することも検討しましょう。後述のTransitional Yearも含めて3年間で専門分野を選択するという考え方も実際には検討可能です。

2020年からの制度改定では週単位で研修期間をカウントすることとなっており、4-8週でローテーションする科については、研修医の多い病院では従来の月単位とは異なるローテーション管理が必要になります。また、一般外来・救急外来などの並行研修を必修分野の研修中に行う場合には、研修期間を4週ではなく5週で計画するなどの工夫が必要です。ダブルカウントできるものとできないものを正確にしておくことも求められます。

女性医師も多く、産休・育休をはじめ研修休止期間の管理などが求められます

研修医の働き方

- 研修医の働き方
- ワークライフバランス(注 104)
- 女性医師などの働き方
- 多様な SOGI (Sexual Orientation and Gender Identity) (注 105) への理解促進
- 研修医の健康

2018年6月、「働き方改革関連法」が成立しました。厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」(注 106) が発表した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」に示された内容に対応し、医師労働の内容の基準(労働時間、研究、自己学習等)の考え方、医師の出退勤管理(特に当直明けの保障など)、タスクシフト(注 107)の推進など、法人・事業所で総合的な検討を進める必要があります。

現在、多くの病院で正職員として研修医を雇用していますが、時間外労働をはじめとした労務管理への取り組みは今まで以上に必要となります。特に注意するのは外部の協力病院や研修協力施設での研修中の管理です。地協内の各研修病院での対応などについて日頃から交流しておくことも大切です。

ワークライフバランスや女性医師に対する支援など、多様で柔軟な働き方の取り組みが進んだ県連・研修病院などを参考にしましょう。あらゆる性的指向、性自認の研修医が安心して働けるよう労働環境の整備や、職場教育を進めていきましょう。

研修医の健康に関する取り組みも、全国で共有します。メンタルヘルス対策やモチベーションを高める・維持するための取り組みとして、臨床心理士によるカウンセリングを取り入れている研修病院もあります。

専門研修と Transitional Year 研修

- 民医連内の専門研修プログラムの活用
- 他の研修施設との連携
- Transitional Year 研修の積極的位置づけ
- 研修医のキャリア支援
- 日本版の Transitional Year 研修プログラム整備(マイルストーン表、ローテーション例)
- Transitional Year 研修を含めた後期研修医向けの企画

現在、民医連内では、内科・総合診療・病理・整形外科・精神科・救急・麻酔科で基幹施設を持つようになるプログラムがあります。さらに地域の病院や大学と連携したプログラムがあり、初期研修医へのていねいなキャリア支援により、民医連内あるいは連携したプログラムを選んでもらえるよう取り組みます。また各プログラムの内容を民医連らしい視点で整備していきます。研修の条件を拡げる意味でカリキュラム制の採用も検討しましょう。

米国では医学部卒業前に日本の初期研修にあたる臨床実習(クリニカル・クラークシップ)(注 108)を終えて、卒業時に各専門分野のプログラムでマッチングをするシステムになっています(National Resident Matching Program(注 109))。将来の進路によっては Transitional Year 研修を推奨している分野もあり、全米で 135 のプログラムがあり、1300 名以上がこの方式で研修をしています。例えば米国インディアナ大学では、麻酔科、皮膚科、神経科、眼科、理学療法、リハビリテーション、放射線腫瘍学、または放射線医学の分野で Transitional Year 研修を推奨しており、その他、公衆衛生機関に勤務予定の医師、軍医の基礎教育、行政職や非臨床研究者になる医師なども対象となるようです。7 カ月の基本的臨床スキル(注 110)のローテーション後に将来進む分野によって選択研修

ができる仕組みになっています。

3 年目からの専門医研修は義務ではありません。現行の新専門医制度では、将来、専門分野に従事していく上で関連する領域の研修が十分整備されているとは言えません。初期研修 2 年目ではまだ専門分野を決められない研修医や 2 年間の初期研修では、その後の専門分野に特化した研修を進めていくうえで不足を感じている研修医にはこの方法での研修を勧めます。一般的に内科や総合診療分野では、Transitional Year 研修は必要ないと考えます。また、地域枠の民医連奨学生に対して、3 年目の研修として提案する試みも検討されています。

将来の専門分野や初期 2 年間の到達状況を把握して、ローテーションを検討し、ACGME の Transitional Year のマイルストーン表を参考に、各施設・研修医毎に目標を確認して研修を開始します。3～4 カ月毎(必要な場合はローテーション毎)に、マイルストーン表を使用して自己評価して指導医と一緒に振り返りの機会を持つようにします。専門研修の専攻医や Transitional Year 研修の研修医を単なる労働力・穴埋めとして使わないように研修委員会でも責任をもってプログラムを管理することが重要です。特に専門分野を決めていない TY 研修医に対しては定期的に面談するなどキャリア支援も重要です。

全日本民医連では、Transitional Year 研修を進める研修医を対象とした研修会も検討します。

研修医の仲間づくり

- 競争ではなく共に学ぶ
- 研修医の集団化(事業所・県連・地協・全日本)

人は集団の中で成長します。私たちの研修は競争ではなく、お互いに支え合って楽しく学ぶことが重要です。研修医の集団化も重視します。レジデントデイや研修医ミーティングなど、研修医が顔を合わせて振り返りができるしくみをつくりましょう。研修医がお互いを支え合うことでメンタル不調のサインに早く気付くなどの事例もあります。

少人数の研修病院では県連内・地協内での交流、地域その他施設の研修医や同期で入職する多職種の仲間との交流も重視しましょう。

各県連・地協の青年医師の会では学習会・交流会、合宿・小旅行などをとおして親睦を深めています。関東地協と北関東甲信越地協では合同で青年医師連絡会議を行い、毎年青年医師交流集会を開催しています。九州沖縄地協では実行委員会を設置し、毎年青年医師交流集会を開催しています。学習や講演をとおして医師としてのスキルアップを図り、地協内の青年医師の親睦と交流を図り仲間づくりをしています。

ACGME のキャンペーン、「Back to Bedside(注 111)」を紹介します。研修医のバーンアウトを防ぐための学習環境を議論しています。ACGME から助成金も出て、各研修施設がオリジナリティのある研修改革に取り組んでいます。

1. ベッドサイドで患者と過ごす時間を増やす、直接、ケアする時間を増やし、患者や家族と対話する
2. 多職種と研修医のチームワークと尊敬を共有
3. 非臨床や管理に費やす時間を少なくする
4. サポートしてくれる同僚
5. 臨床的に熟練と進歩し自立していける学習環境

J Grad Med Educ. 2017; 9(4): 551-554

医学生を後継者として迎えること

- 医学生委員会と研修委員会の協力
- 卒年を中心とした医学生対応
- 奨学生の育成指針・マッチング後の関わり
- 医学生の実習などでの研修医の協力

医学生を後継者として迎えることは組織をあげて取り組む課題であり、私たちは医学生に関わる活動において「2つの任務」を掲げて重視しています。

医学教育のモデル・コア・カリキュラム改訂(2017年)、卒前医学教育の変化で、「教育」が医学生を民医連の医療や介護の現場に向かわせるようになっていきます。大学との関係を強め、医学生の臨床実習(特にクリニカルクラークシップ)や自主的な活動、医学教育の機会では医学生委員会、研修委員会の協力が必要です。

卒年を中心とした医学生対応では研修委員会や研修担当医師(指導医層)・研修事務担当者の関わりが重要です。卒年対応の年間計画や合同研修(病院)説明会、医学生のつどいや地協・県連の取り組みなど情報共有を図り進めましょう。

中低学年からの奨学生の育成指針などについても研修委員会で並行して議論してもよいでしょう。民医連の初期研修の理解を進め、医学部での学び方なども援助しましょう。今後もマッチングで初めて民医連と出会う医学生も一定いますので、マッチングから入職するまでの約半年間の関わり方も検討が必要です。指導医やスタッフとの顔合わせや、民医連の活動を理解してもらうことや世代形成も視野に入れた企画を検討しましょう。

身近な先輩であり、より良い研修を一緒に作ろうとする研修医が医学生の実習や取り組みに関わってもらうことも大事な機会です。研修委員会や指導医、研修事務担当者でよく相談をして、研修医の参加、協力も位置付けましょう。また、研修医が学んだことを下の世代に教え、帰していくという文化も大切にしましょう。

具体的な Good Practice を共有しよう

現在までに全国の民医連研修病院で様々な進んだ取り組みがあります。具体的な Good Practice として、全国で共有しましょう。これは 2018 年内にも収集を始めます。各地協で相互評価 Peer Review 含めて進めましょう。

【基幹型臨床研修病院】 線は JCEP 未認定病院 線は JCEP 受審予定

勤医協中央病院

津軽保健生協健生病院

中通総合病院

坂総合病院

わたり病院

利根中央病院

埼玉協同病院

下越病院

甲府共立病院

長野中央病院

松本協立病院

船橋二和病院

みさと健和病院
東葛病院
大田病院
立川相互病院
川崎協同病院
汐田総合病院
城北病院 研修管理委員会を「研修を成功させる会」としている
みどり病院
協立総合病院
南生協病院
千秋病院
津生協病院
京都民医連中央病院
耳原総合病院
西淀病院
尼崎医療生協病院
土庫病院
和歌山生協病院
鳥取生協病院
松江生協病院
水島協同病院 多職種の表彰、同窓会
岡山協立病院
福島生協病院
広島共立病院
宇部協立病院
徳島健生病院
高松平和病院
愛媛生協病院
健和会大手町病院
千鳥橋病院 当直独り立ちのためのマイルストーン
米の山病院
上戸町病院
宮崎生協病院
鹿児島生協病院
沖縄協同病院
【協力型研修病院・臨床研修協力施設】

	解説用語	解説
1 .	医療介護活動の2つの柱	2016年の第42回全日本民医連定期総会で提案された、方針。第1の柱：貧困と格差、超高齢社会に立ち向かう無差別・平等の医療・介護の実践。第2の柱：安全、倫理、共同のいとなみを軸とした総合的な医療・介護の質の向上
2 .	健康の社会的決定要因（SDH）	SDH・健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）の略。健康は、遺伝子や生活習慣だけでなく、その人の社会経済的な地位をはじめとする社会的要因によっても決定される。世界保健機関欧州地域事務局が九八年に公表した「Solid Facts（確かな事実）」では、社会的決定要因として、▽社会格差▽ストレス▽幼少期▽社会的排除▽労働▽失業▽社会的支援▽薬物依存▽食品▽交通、をあげ、それらが健康に与える影響を説明した。近年、社会疫学の進歩により社会的要因が健康に与える影響について多くの根拠が示されている。また、生活習慣もその人が置かれた社会経済的地位や出生から幼少期までの環境に影響される。日本でも「健康日本21（第二次）」で「健康格差の縮小」と「社会環境の質の向上」等が政策課題として取り上げられている。
3 .	社会的処方	貧困や孤立など社会的なリスクによって病気になったり、治療がうまくいかない人々に対して、必要な社会的資源を「処方」することで疾病の予防やケアにつなげるとりくみのこと（social prescribing）。医療機関では、主に総合医・家庭医が患者のコミュニティの非医療的な支援資源につなぐしくみが求められているが、これまで十分対応できていなかった、患者の社会背景の問題、健康格差の問題にとりくむアプローチとして注目されている。社会的なストレスによる不安や抑うつ抑制など精神面の課題に加え、服薬の管理や適切な生活習慣の維持など、身体的な健康への効果も期待される。世界各国でとりくまれ、国内でも一部の医療機関で行われてきた・イギリスでは、国を挙げた制度化に乗り出しており、国民健康制度のもと、「社会的処方」に対応する機関が各家庭医（GP）と契約を結び、多様な福祉サービスや地域の自主組織と連携。チャリティの参画も進行。民医連で無料低額診療制度を適用したり、共同組織活動につなげることも「社会的処方」の重要な活動。
4 .	アドボカシー	権利を阻害された人たちのための権利擁護の活動。自らの専門性や影響力を用いて、当事者の代弁・行動だけでなく、患者団体やコミュニティとともに活動すること。2つの水準があり、1つは、障がい者の権利擁護や患者の苦情に応える病院のとりくみなど、個々人の権利擁護の活動。もう1つは、公共的な課題の解決や具体的な政策目標の実現のために広く社会と政策決定者および同決定プロセスに働きかけること。政策立案者への専門的な提案にとどまらず、まちづくり活動や社会保障運動など変革とたたかいの視点を持つことが重要。
5 .	HPH	Health Promoting Hospitals and Services：WHOの欧州事務局が、オタワ憲章で定められたヘルスプロモーションの5つの活動領域のうち「ヘルスサービスの方向転換」の具体的活動として開発したモデル事業
6 .	IPCHS	2016年のWHO総会で採択されたUHCを推進するための枠組みで、人々のニーズに対応したヘルスケア・システムの構築とSDHを広く考慮したヘルスサービスの統合を行い、全人的アプローチに取り組むことを求めた。
7 .	NCD	非感染性疾患（Non-Communicable Disease）、心臓血管病、がん、慢性肺疾患、糖尿病等の総称で全世界の死亡の原因の60%（3500万人）を占め、そのうち48%は心臓血管病、がん約20%、呼吸器系疾患約10%、糖尿病が3%を占めている。
8 .	PHC	WHOの「Health for All」Iの大目標の下、公平性、住民参加、住民ニーズ志向、予防活動重視などの実現を求めて形成された理念かつ方法論で、1979年のアルマ・アタ宣言が基礎となっている。
9 .	UHC	すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味し、すべての人が経済的な困難を伴うことなく保健医療サービスを受受することを目指しています。
10 .	コンピテンシー	「高い業績・成果につながる行動特性」と訳され、医師研修においては目標とするアウトカムにつながる資質・能力
11 .	初期研修制度	2004年から開始され、従来は努力義務であった卒後臨床研修を2年間必修化し、基本理念として「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学および医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」とした。
12 .	専門医法制化	1980年内科学会をはじめ20学会の認定医制関係者が、専門医認定制度の充実と発展を図る ために協議していくことで合意。その後専門医を取得したものだけに医療行為を制限する（ex.内視鏡検査など）「法制化」の動きがあり、地域医療の崩壊につながると医学生や民医連を中心に反対の運動がおこった
13 .	保険医インターン制	インターン制度とは、1946年に導入された医学部卒業後1年間の実地修練を行わなければ国家試験を受けられない制度で、無権利な状態に対して反対運動がおこり、1968年に廃止された。2004年からの卒後臨床研修必修化にあたり、臨床研修修了まで保険医資格を与えない、医師免許の取得と保険医資格を切り離す議論があり、実質インターン制度の復活として医学生や医療界から反対の運動がおこった。
14 .	青年医師の会	研修医を過ぎて後期研修、若手スタッフ医師として働く中で、近い世代で交流し悩みを出し合い必要な要望を出す集団として自発的に発生した集団。各県によって規定は異なるが卒後6～10年までの医師を対象とすることが多い。
15 .	ストレート研修	2004年の初期研修必修化前、主に大学病院医局に所属して研修をスタートした際に当該科の研修のみを医局あるいは関連病院で行っていた形式
16 .	ローテーション研修	2004年以前も行われていたが、主に医局でのストレート研修に対して、総合診療方式と言われていたスーパーローテートや、専門科の研修が中心だが、いくつかの科をローテーションして研修する方式
17 .	多職種協働	異なる専門性を持った職種が集まり、共有した目標に向けてともに働くこと。従来の医師主導のチーム医療からに対して近年注目されている
18 .	民主的集団医療	民医連の目指すチーム医療のあり方として提案された。チーム医療で職種間の関係性だけではなく、そこで患者の抱える社会的困難に目を向け解決に努力するという協働の目的、その協働を保障する民主的な組織運営のあり方、患者住民の主体的参加という内容も含んでいた（1998年33回総会方針）。
19 .	研修目標・方略・評価	医師研修において、学習のプロセスでカリキュラムの基本構造となるもの
20 .	カリキュラム	学習・教育の計画書で、研修目標・方略・評価・経歴症例など
21 .	日本医学教育学会	日本医学教育学会は、医学教育に関する研究の充実・発展ならびにその成果の普及を目的として、全国医学部長病院長会議の賛同のもとに、1969年に創立され、1997年には日本医学会に分科会として加盟を認められた。

22 .	指導医のためのワークショップ	富士研ワークショップをモデルに医療研修推進財団などが5日間程度の日程で開催していたワークショップで、必修化に伴い2泊3日あるいは1泊2日で16時間以上のFDを行うことが厚生労働省の指針となった。
23 .	富士研ワークショップ	牛場太蔵氏、館正知氏、日野原重明氏らが中心となって、1974年12月に第1回が開催された「医学教育者のためのワークショップ」。富士教育研修所（静岡県裾野市）で開催されたことから「富士研ワークショップ」と言われる。
24 .	医療研修推進財団	「医療に関する各分野を横断的かつ統合的に捉え、国民が願う良質の医療を提供するため、医療従事者を対象とした研修システムの開発とその実施、関係団体が実施する研修の支援および関係情報の収集、提供を行うことを目的として」（財団ホームページより）、平成7年10月に設立された。医師等の研修・講習会の開催、臨床研修ガイドブック（臨床研修協議会監修）の提供のほか、医師臨床マッチングプログラムの事務局を務めている。
25 .	指導医講習会	医師の臨床研修に係る指導医講習会。平成16年度から実施された新たな医師臨床研修制度において、臨床研修指導医（指導医）は、「研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有している」ことが求められ、「プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講していること」とされた。
26 .	医師法・医療法改正、参議院国民福祉委員会附帯決議	「医師及び歯科医師の臨床研修については、インフォームドコンセントなどの取組や人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症への理解を深め、更にプライマリーケアやへき地医療への理解を深めることなど全人的、総合的な制度へと充実すること。その際、臨床研修を効果的に進めるために指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること」
27 .	総合診療病棟	主にCommon diseaseや多疾患併存（multimorbidity）等、臓器別に分かれず様々な疾患を受け入れ、医師の初期臨床研修の場でもある病棟
28 .	基幹型臨床研修病院	「他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行う」病院。厚労省の定める指定基準を満たすことで、独自の研修プログラムを作成し、研修医の指導を行う。基幹型臨床研修病院が単独で満たす必要がある主な指定基準は、臨床研修を行うために必要な症例があること（年間入院患者3,000人以上　＊）、救急医療の提供、臨床病理検討会（CPC）の開催、研修医5人に対して指導医1人以上の配置、等。　＊制度見直し以前から指定を受けている年間入院患者数3,000人未満の病院については、個別に訪問調査を行い、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると認められる場合は、指定が継続される。
29 .	EBM	E B Mはevidence-based medicine の略で「根拠に基づいた医療」といわれます。「良心的に、明確に、分別を持って、最新最良の医学知見を用いる」（“conscientious, explicit, and judicioususe of current best evidence”）医療のあり方を指します。エビデンスに基づく医療とも呼びます。教科書や過去の論文などを広く検索し、時には新たに臨床研究を行うことで、できるだけ客観的な疫学的観察や実験に根拠を求め、患者とともに方針を決めることも含まれます。アメリカおよびカナダの医療現場が発祥地です。
30 .	ACLS/BLS	BLS（Basic Life Support）とは、心肺停止または呼吸停止に対する人工呼吸を含む心肺蘇生およびAEDの操作を行う一次救命処置のこと。ACLS（Advanced Cardiovascular Life Support）とは、二次心肺蘇生法のことであり、基本のCPR（気道確保・人工呼吸・心臓マッサージ）と共に、気管挿管などの確実な気道確保と高濃度酸素投与、電気的除細動、静脈路確保と薬物投与を主体とした手技によりなされる処置。
31 .	アンダー3000問題	2004年から始まった新医師臨床研修制度の見直しで、基幹型臨床研修病院の指定基準を「年間入院患者数が3000件以上」に制限する、と厚労省が打ち出した問題。13年には民医連の研修病院の約3分の1が該当しましたが、パブリックコメントなどを通して中小病院での研修の優位性を示す運動を広め、「個別に訪問調査を行い、適切な指導・管理体制があり、研修医が基本的な診療能力を修得することができると認められる場合は、基幹型臨床研修病院としての指定を継続する」こととなっている。
32 .	必修診療科	2004年度は7科目必修（内科、外科、救急、小児科、産婦人科、精神科、地域医療）でスタート。2010年度に「3科目必修（内科、救急、地域医療）+5科目（外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科）から2科目選択必修」に変更となった。2020年度からは再び、基本的な診療能力を身につけるために7科目必修に見直しされた。
33 .	研修プログラムの弾力化	2004年以降、大学病院で研修する研修医が減少したこと等を受け、2010年度の見直しで、多様なキャリアパスへの円滑な接続を図り、各病院で特色あるプログラムが組めるよう弾力化を実施。必修診療科を減らすことで基本的診療科の研修は1年間に短縮され、将来専門とする診療科での研修を長く行うことを可能とした。
34 .	基本理念	臨床研修は「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」とされている。（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令）
35 .	JCEP	国民に対する医療の質の改善と向上をめざすため、臨床研修病院における研修プログラムの評価や人材育成等を行い、公益の増進に寄与することを目的として設立された第三者機関。初期研修を行う臨床研修病院についてサーベイをおこない、改善点の指摘や認定をおこなっている。
36 .	新専門医制度	2017年3月に初期研修を終了する研修医から対象の新制度。これまで各学会が独自で制度設計し認定してきた専門医のあり方が国民にとってわかりづらく、専門医の質を担保するために、第三者による専門医の認定を目的としている。法的な義務ではないものの、医師は初期研修修了後、専門医資格を目的に後期研修を行うことが求められる。日本専門医機構が設立され、専門医資格の認定、更新を管理する。
37 .	専門医のあり方検討会の報告書	2011年10月から有識者で審議。2013年4月に公表。専門医の現状を「統一性がなく質が担保されていない」とし、「中立的第三者機関の設立、総合診療専門医を基本領域に加える、医師は基本領域のいずれか1つ専門医を取得等」の新しい仕組みを求めた。
38 .	日本専門医機構	専門医の認定や研修プログラムの認定・評価を統一的行う一般社団法人。日本専門医制評価・認定機構の後継組織として平成26年（2014）5月発足。学会から独立した中立的な第三者機関として、令和2年度（2020）から専門医の認定を行う。
39 .	Transitional Year研修	アメリカでは、日本の初期研修終了に相当する医学部教育の終了時期から専門研修に移る前の1年間の移行期研修について、トランジショナル・イヤー研修と呼ぶ。日本では、新専門医制度の導入にともない初期研修終了後に専門領域を決め、専門医取得にむけた研修を開始する流れが強まった。これに対し、すぐに専門領域を決めず、初期研修2年で不足した力量をつけたり、後進の教育に関わる役割を担う中で、さらに総合性を身につけるような研修をトランジショナル・イヤー研修として民医連では位置づけている。
40 .	基幹型プログラム	基幹型臨床研修病院が厚生労働省の定める指定基準を満たし、研修医の指導を行う独自の研修プログラム。臨床研修病院には基幹型臨床研修病院とプログラムの一部の担って研修できる協力型臨床研修病院がある。マッチングでは基幹型プログラムから選択する。

41 .	マイルストーン	医師としての能力を、到達段階のレベルごとに具体的に記載したものがマイルストーン。アメリカの研修医や専門医養成におけるコンピテンシー基盤型教育に対応した評価のためのツールとして開発された。民医連は早い時期に初期研修評価などにマイルストーン評価を取り入れてきたが、 2 0 2 0 年度からの新医師臨床研修制度の見直しにともない、国の制度としても、研修医の到達評価のためにマイルストーン評価が導入されることになった。
42 .	医道審議会医師分科会医師臨床研修部会	厚生労働省医政局医事課内に医道審議会医師分科会医師研修部会があり、適宜議題や内容によって政策の企画立案を行う。医師臨床研修制度は2004年に必修化され、5年に1度研修制度が見直される。主に医師臨床研修制度に関する議題を扱い、医療法および医師法の改正に伴う議論、臨床研修病院の指定基準や研修評価、地域ごとの定数、地域枠の扱いなどを議論している。
43 .	コンピテンシー基盤型（アウトカム基盤型）	従来の細かな研修目標や経験目標をひとつずつ積み上げていくプロセス型の研修方式ではなく、研修のアウトカムとして医師に求められる資質・能力（コンピテンシー）を設定して、そのコンピテンシーを獲得していくための研修方略や評価を行う教育方式。海外では2 0 0 0 年前後からこの方式の導入がすすめられてきた。
44 .	コアカリキュラム	教育課程の全体のうちの、中心となる課程。医学教育におけるコアカリキュラムは、「多様なニーズに対応できる医師の養成」をキャッチフレーズとして2016年（平成28年）に改訂され、文部科学省のホームページから閲覧できる。各大学における具体的な医学教育は、学修時間数の3分の2程度を目安にモデル・コア・カリキュラムを参考とし、残りの3分の1程度の内容は各大学が自主的に編成するものとされている。
45 .	プロフェッショナリズム	医師として求められる基本的な資質・能力の根幹となるものであり、①医の倫理と生命倫理、②患者中心の視点、③医師としての責務と裁量権 からなる、とコアカリキュラム内で提示されている。定義の一例として、「医師としての卓越性」「人間性」「説明責任」「利他主義」に分解されることがある。
46 .	ACGME	アメリカ卒後医学教育認可評議会（A C G M E）が示す医師の獲得すべきコンピテンシーの評価表。アウトカムベースで医師研修の到達度を指導医や研修医が評価することができる。全日本民医連医師臨床研修センター（イコリス）では、早くからこの評価手法に着目し、A C G M E から翻訳・利用の許諾も得て活用を促進している。
47 .	総合診療専門医	定義は様々で社会的にも明確でない。日本医師会は総合医を「自身の専門性を生かした『医療的機能』と『社会的機能』を備え、保健・医療・福祉の諸問題にも応じるなど全人的視点での対応を併せ持つ医師」と定義し、総合医≡かかりつけ医であり、総合医≠総合診療医と考えている。「かかりつけ医」の定義は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」としている。「総合診療専門医」は、新専門医制度では他の専門医資格と同様にある領域の専門性を示す名称として使われている。日本専門医機構では「総合診療医」を「主に地域をささえる診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」と定義。民医連では、「総合医」の定義を明確に定めていないが、「民医連の総合医養成」と表現する場合は、家庭医であれ、病院での総合診療医であれ、領域別に専門医療にとりくんでいる医師であれ、各々の各専門領域での能力の基盤として、基本的な総合性（基本的診療能力は勿論、平和や民主主義を大切にする姿勢、人権擁護やS D H の視座、憲法を活かす視点、倫理や安全への配慮など）を備え、民医連綱領の精神に沿って変革の視点で日々の仕事に臨める医師、という思いを込めている。
48 .	健康権	「到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受する権利(Right to health)」 WHO（世界保健機関）：ただ単に疾病がないとか弱っていないというものではなく、最高水準の健康実現のために必要なさまざまな施設、物資、サービス、条件、教育および情報を享受する権利。さらに、ヘルスケアのみならず、安全な飲み水、十分な衛生、安全な食料、栄養および住居の十分な供給、健康的な職業および環境条件、健康に関する教育や情報へのアクセスなど、健康の基礎となる前提条件に対しても及ぶ権利。
49 .	まちづくり	住民の主体的参加により住民の生活課題の改善に総合的にとりくむ活動のこと
50 .	共同のいとなみ	医療・福祉における権利の主体者が患者・住民にあり、患者・住民がその権利（健康権）を全面的に行使することを医療・介護・福祉従事者が専門的に援助し、共同で実現していくことを意味する。すべての専門職者が患者・家族と一緒にになって疾病とたたかうことと、そうした医療・福祉を保障するためにともに運動をすすめるという2つの内容を含んでいる。
51 .	健康格差	生育、住居、就労、年齢、医療・社会保障制度、各人の置かれた社会経済的状态によって健康状態に差があること。これらの社会的要因は、出生時から高齢期までのライフコースにわたる様々な場面で影響を及ぼし、喫煙や食事内容等、健康関連行動を決定する。それらの健康行動は、がんや心臓病など慢性疾患の原因となり、命の格差を生みだすこととなる。
52 .	公正な保健医療	「公平・公正なくみづくり（保健医療2035）」をはじめ”自己責任”と”受益者負担”を掲げ国民皆保険制度の解体が進められようとしています。 必要な医療が必要なだけ、保険給付として提供されること、そして、それは財政の事情や国策の方向性とは無関係に、あくまで独立した医師の専門性に基づく判断で提供されるために必要な「全国统一給付保障」「療養の給付」「フリーアクセス」を堅持し、健康格差を生じさせない保健医療。
53 .	FD	FD（Faculty Development） 「大学医学部教員・臨床研修病院指導医の教育能力の開発」 教育能力だけでなく、医師であれば臨床能力，また研究能力，リーダーシップおよびポリシーメイキング，管理運営能力ということも対象として含まれる。
54 .	地協（地方協議会）	全日本民医連理事会が県連を強化し、県連間の連携をすすめ、その地方の民医連運動の推進のために全国を7つのブロックに分けて設置した地方協議会の略称。特に、医師問題や経営問題といった民医連運動の重点的課題に関わるような法人・院所の様々な問題に対して、全日本民医連が県連を通じて機敏に具体的な指導・援助を行えるようになることの必要性和ブロックレベルの活動が具体的な問題を解決していくうえで有効であることを背景にして設定されている。
55 .	研修協力施設	臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であって、臨床研修病院及び大学、大学の医学部又は大学附置の研究所の附属施設である病院以外のものをいう。（例:へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等）
56 .	研修事務担当	医師臨床研修制度や新専門医制度等を熟知し、研修医が事業所の臨床研修プログラムに基づいた研修目標を達成できるよう、様々な事務作業や育成支援に関わる事務
57 .	メンター制度	医療者教育におけるメンタリング（Mentoring）は、先輩や指導者と研修者・学習者とが、薫陶・指導・支援といった多様な形で人格的にコミュニケーションする活動である。医療者が求めるメンタリングはカウンセリングでも、単純な進路サポートでもなく、もっと総合的で、“個人（人格や生活）のサポート”、“専門領域の継続学習のサポート”、“プロフェッショナルとしての成長のサポート”などを並行的に行うことと言われている。

58 .	共同組織	民医連の単なる応援団ではなく自立した医療・介護の住民運動組織として、地域ごとの支部や班を基礎に健康づくりや助けあい活動、子ども食堂や高齢者の居場所づくりなど、安心して住み続けられるまちづくりの活動を旺盛に進めている。また、健診や診療・介護活動の利用と内容の充実、各種ボランティア、経営参加と経営の改善強化、職員の確保と養成など「あらゆる活動のパートナー」と位置づけられている。
59 .	アウトリーチ	福祉の現場で使われ「支援者が支援が必要な人を発見し、積極的に情報や支援を届ける」と解説されている。医療の現場でも、「地域の実情、ヘルスニーズを知るためにも、医師それぞれの条件と得意分野を活かして事業所の外につながることから始めましょう」と提起（『未来に向かって民医連の医師と医師集団は何を大切にするのか』文書）。また、社会的に困難を抱え、孤立しがちで社会との接点がない人が、身体症状が悪化し、やむ得ず受診にいたる場合、医療機関の受診は福祉的ニーズのある人へのアウトリーチできる貴重な機会である。
60 .	臨床研修研究会	「臨床研修に関する調査および研究の促進および連絡提携を図り、臨床研修の進歩発展に貢献すること」を目的として、賛同する臨床研修病院の長を会員とする臨床研修協議会（臨床研修病院の約95%が入会）がある。この協議会の学術集会（1983年第1回開催）として年1回開催され、講演やシンポジウムをおこなっている。
61 .	シミュレーター	シミュレーションとは機材（シミュレーター）を用いて仮想的な方法で模擬動作を行なうこと。成人が楽しみながら臨床の場に必要な能力を無理なく身に付けることができるよう、動画による模範的手技の提示、インストラクターの指導による効果的訓練、自己の技能を客観的に振り返ることができるビデオ装置などを組み合わせて利用する。
62 .	スキルズラボ	スキルズラボとは、シミュレータ等を用いて医療技術を練習・習得するための施設。スキルズラボにおけるシミュレータは、患者に対して実際に診療を行う前にトレーニングできるモデルのことを指す。基本的な技術の習得を目的としたモデルには、呼吸音・心音の聴診・心臓マッサージ・人工呼吸などの救急処置、採血や静注、婦人科や泌尿器の内診、縫合等の外科処置をトレーニングできるものなどがある。内視鏡下手術や中心静脈穿刺、超音波診断、血管カテーテル挿入手技などの専門性の高いトレーニングを目的としたモデルもある。
63 .	CPC	Clinico-pathological conferenceの略。病理解剖を実施し、その症例の診療に関与した臨床医と病理解剖に関与した病理医を中心として、剖検例の肉眼的、顕微鏡的病理所見と臨床所見との関連について双方の立場から意見交換をし、詳細な病態および死因の解明に向けて検討を行うもの。
64 .	協力型研修病院	臨床研修病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（単独型臨床研修病院を除く）であって、管理型臨床研修病院でないもの
65 .	地域包括ケア	2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」で医療と介護の一体化、および地域包括ケアシステムにおける医療（病院）の役割が強調された。この報告書では、「治す医療」「病院完結型医療」から「治し・支える医療」「地域完結型医療」へのパラダイム転換を提唱した。同年の社会保障改革プログラム法で地域包括ケアシステムは初めて法的定義を与えられ、2014年診療報酬改定で「地域包括ケア病棟」が新設された。地域包括ケアの実態はネットワークであり、全国一律のモデルではない。ねらいは、居宅生活の限界点を高めることにあり、終末期あるいはそれよりももう少し長い期間の病院、施設への入院・入所の律と期間をできるだけ抑制することを目指していたが、実態はそうっていない。
66 .	多職種カンファレンス	医療にかかわるさまざまなスタッフの許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療を実践する一つの方法として、関連する様々な職種がかかわるカンファレンスのことを指すが検索しうる範囲では明確な定義はないようである。卒然医学教育でも重視されるようになり、互いに他の職種を尊重し、ケアの向上のためにそれぞれの見地から評価を行う訓練が実践されるようになった。
67 .	地域医療対策協議会	平成30年、医療法及び医師法が一部改正され、都道府県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場とされた。各都道府県において医師確保計画が開始される平成32年度以降は、医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整を行う。
68 .	オリエンテーション	新入職員に組織方針や事業内容を説明し、理解してもらう場ですが、民医連のオリエンテーションは、各事業所（病院）、県連、地方協議会、全日本民医連と重層的に行われています。それぞれ地域および全国で果たす役割や、課題を共有し理解することも大切な目的ですが、全国で働く同期の医師や職員との横のつながりを作ることも大きな目的です。仲良くしましょう。
69 .	医療福祉生協連	日本医療福祉生活協同組合連合会（略称：医療福祉生協連）は、医療・介護・福祉事業を主たる事業とする生活協同組合（医療福祉生協）と、日本生活協同組合連合会（日本生協連）が加入する、消費生活協同組合法（生協法）にもとづく連合会。医療生協の全国組織として、1957年に設けられた日本生協連医療部会（医療部会）を構成していた115生協の総意によって、2010年に設立された消費生活協同組合法にもとづく生協連合会。
70 .	臨床研修交流会	毎年秋に民医連と医療福祉生協連の共催で行われる、初期研修医、研修指導医、研修支援事務の活動交流会です。「全国の民医連、医療福祉生協連の事業所での医師養成のとりくみを交流して学ぶ」、「民医連、医療福祉生協連の中で医師研修（初期・後期）をどう発展させていくのか議論する」を開催目的に、2019年度は大阪にて開催され、31県連から135人が参加し交流をしました（2020年度はCOVID-19蔓延のため中止）。
71 .	サイトビジット	サイトビジットとは、プログラムマネジメントチームが、実際に実施している現場を訪問し、研究開発に関する意見交換を行うことです。現在民医連では、総合診療領域で、スキルやツールの全国的共有、指導医・研修医同士の交流、TY研修の質的向上などを目的に行われています。
72 .	医療介護倫理交流集会	民医連は、医療・介護の質向上の軸として倫理課題を位置付けています。この課題について集中的に交流及び論議をする場として、2005年から2年に1回「医療介護倫理交流集会」が開催されており、前期（第43期）では、「人生の最終段階の意思決定～どう行うか、どう支援するか～」をテーマに、全国の医療・介護現場の職員による論議、事例紹介、学習が行われました。
73 .	HPHカンファレンス	HPH（前述）に関する研究発表や、参加する施設間の実践例の交流などを目的に開催されるカンファレンス。日本HPHネットワーク主催の日本HPHカンファレンス、各国持ち回りで行われるHPH国際カンファレンスなどが開催されています。
74 .	自主研究会	特定の領域について関心をもつ人が集い、議論や報告、学術的活動を継続的に行う任意組織。
75 .	民医連綱領	すべての人が等しく人間として尊重される社会をめざし、民医連が掲げている理念や目標を内外に示すもの。
76 .	ヘルスプロモーション	WHO（世界保健機関）が1986年のオタワ憲章で提唱し、2005年のバンコク憲章で再提唱した新しい健康観に基づく21世紀の健康戦略のこと。「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義されている。
77 .	ヘルスアドボカシー	健康権の推進やヘルスプロモーションにおいて、人々や地域の権利擁護や代弁のほか、政策提言や個別の健康問題などへの対処を目的とした活動
78 .	エンパワーメント	WHOの定義では人々が自分の健康に影響のある意志決定と活動に対し、より大きなcontrolを得る過程
79 .	ヘルスアドボケイト	医師は、地域社会や患者集団の健康を高めるために、自身の専門知識や影響力を活用し、人びとと協力してニーズを抽出し、ときには人びとの代弁者として声をあげ、また変革を起こすための資源の動員を支援する役割を担う。この役割をヘルスアドボケイトという。

80 .	経済的サポートツール(医療・介護スタッフのための経済的支援ツール)	J-HPHが患者・利用者さんの経済状態を把握するために問診項目を整理し、現場で活用できる社会資源制度をリスト化してまとめたもの。経済的な貧困は病気の原因になるため、医療・介護スタッフは患者・利用者さんの経済状態を把握し、経済的に困窮している場合は社会資源を活用して支援することが求められる。https://www.hphnet.jp/whats-new/5185/ を参照のこと。
81 .	SDHカンファレンス	SDH的に問題を抱える可能性がある患者さんについて、必要な介入について検討するために、多職種参加型で行われるカンファレンス。気になる患者カンファレンスと呼ばれることもある。
82 .	レジデントデイ	総合診療科の専攻医と指導医が月1回、研修についての振り返りを行うための会議。専攻医は構造的な振り返りを言語化することで省察的实践を行い、事例検討（Clinical Jazz）により臨床現場での課題を明確化してnext stepを探索する。指導医は専攻医の振り返りを支持支援することで研修の質を向上させるとともに、ポートフォリオ作成の相談や支援を行う。
83 .	SEA	Significant Event Analysisの略で、研修の振り返り（reflection）の方式
84 .	健康の物理的決定要因	1980年代後半以降、集団の健康の改善や健康格差の緩和における情報キャンペーンなどの限界が明らかになるにつれ、公衆衛生の研究において医療社会学との連携が進み、人びとの健康や病気が、社会的、経済的、政治的、環境的な条件に影響を受けることが広く認識されるようになった。健康被害の不平等な分布の原因は、自然現象ではなく、不十分な社会政策、不公平な経済的再分配、つまりは政治的な問題であることが明らかにされ、WHOはその要素としてSOLOD FACTSを提唱した。「社会的」ではなく「物理的」と言う表現は、この問題に対する強い意志の現れと考えられる。
85 .	労災職業病医療	仕事が原因か、通勤途中の外傷などで障害や疾病を主に扱う医療で、振動病やじん肺なども含む
86 .	薬害	医薬品の有害性に関する情報を、加害者側が（故意にせよ過失にせよ）軽視・無視した結果、社会的に引き起こされる人災的な健康被害（サリドマイド・スモン・HIV感染など）
87 .	CANMEDS	カナダのRoyal College of Physicians and Surgeonsが作成した卒後研修の枠組み
88 .	Teaching and Assessment Tool Guide	CANMEDSフレームワークの研修医教育に関する指導医向けのガイドブック
89 .	ベストアドバイス	カナダの家庭医協会が作成した医師やスタッフ向けのガイドブックで、「健康の社会的決定要因」に関しては、J-HPHが翻訳して公開している
90 .	屋根瓦方式	臨床研修において、研修医と指導医という関係だけではなく、研修医も1年目・2年目がいて、さらに後期研修世代の医師なども重層的に研修指導する体制
91 .	DPC	急性期入院医療の診断群分類に基づく包括診療報酬制度
92 .	回復期病棟	地域医療構想において、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能に分けたもので、回復期リハビリテーション病棟や地域包括病棟を含む
93 .	地域包括ケア病床／病棟	急性期治療を経過し、病状が安定した患者さんに対して在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病棟/病床です
94 .	マトリックス表	JCEPが訪問審査の際に各分野が研修の内容・項目をどのように分担するのかを一覧にしたもの
95 .	J-OSLER	内科専門研修の標準化を図るため、オンラインで研修実績の登録と評価ができるシステムで、総合診療専門医の研修でも使用する
96 .	精神科リエゾンチーム	精神疾患を有する患者の身体的やさまざまな心理的問題を、専任の精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、臨床心理士などで包括的な医療サービスの提供を行うチーム医療。
97 .	倫理委員会	人間の生命尊厳上の倫理問題を審議する機関。終末期医療、遺伝子治療など医学の急速な進歩に対しての“生”や“死”に対する価値観や倫理上の問題点を第三者の評価も交え検討を行っている。
98 .	ICT	感染対策チームの略で、院内に起こるさまざまな感染症から患者・家族、職員の安全を守るために病院感染制御を行うための活動を行う。
99 .	栄養サポートチーム	略ではNST。多職種による患者への適切な栄養管理を実施し支援を行うチームで、静脈・経腸・経口栄養の一環管理を行う。栄養状態の改善は疾患や褥瘡の治療効果、合併症の予防に影響するだけでなくQOLを高めることが可能。
100 .	認知症ケアチーム	認知症の患者が入院時に抱えがちな身体的苦痛・日常生活との違いや治療に対する精神的不安を和らげることが必要。その上で安心して医療を受けられる環境づくりを支援する認知症の専門家を含めた多職種によるチーム。
101 .	退院支援チーム	退院後に必要とされる医療支援や生活支援、社会保障制度の活用など患者個人が退院後も安心して生活できる環境の整備や外部との連携を支援する多職種によるチーム。
102 .	緩和ケアチーム	緩和ケアを専門とする常勤医師、看護師等を含めた多職種による緩和ケアを提供するチーム。患者の身体・心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛を包括的に評価し、必要に応じて疼痛・身体症状の緩和に関する専門家や精神症状の緩和に関する専門家と協力して患者の療養を支援する。
103 .	褥瘡対策チーム	褥瘡の危険因子を評価して予防に努めるとともに、早期発見と早期治療に結び付ける。そして褥瘡や予防に関する正しい知識の啓蒙を図る多職種によるチーム。
104 .	ACLSチーム	院内のACLS/BLSなど急変時対応の質の向上を目的とした職種横断チーム
105 .	ワークライフバランス	仕事と生活の調和と訳され、「仕事」と育児や介護、趣味、休養、地域活動といった「仕事以外の生活」との調和をとり、両方を充実させる働き方・生き方。
106 .	SOGI	性的指向（Sexual Orientation）、性自認（Gender Identity）でLGBTが主体である「誰」を表すのに対して、SOGIは属性や特徴を表す概念
107 .	医師の働き方改革に関する検討会	一億総活躍社会をめざす働き方改革の一環として、医師の時間外労働に関する検討を議論するために設置。2017年8月から2019年3月まで22回の検討会が開催され、報告書がまとめられた。
108 .	タスクシフト	医師の働き方改革を進めるための議論で、医師が担っていた業務を、チーム医療の中で他の職種に移管していくこと。同じ業種内でもタスク・シフティングはある。
109 .	臨床実習（クリニカルクラークシップ）	医学部の学生が、高学年（4年生の後期～5年生）から大学病院などの各診療科の医療現場で実臨床を学ぶ実習。ECFMGの基準により各大学とも臨床実習の時間数を増やしてきている。
110 .	National Resident Matching Program	米国のメディカルスクール卒業予定者が、卒後研修先・分野を決めるためのマッチングプログラムで数学的アルゴリズムで研修先を決定する。フェローシップも同様に決めているようです。
111 .	基本的臨床スキル	米国のTransitional Year研修において、1年間の約半年をローテーションする分野で、インディアナ大学メディカルスクールでは、ICU・内科病棟・内科外来・家庭医療・救急の5つの必修ローテーション20週と、内科・小児科・救急・産科・泌尿器科・外科・家庭医療から2コマ、8週のローテーションを選択します。
112 .	Bach to Bedside	ACGMEが研修医の燃え尽き症候群を予防するなどを目的として開始したキャンペーン