

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会

第2回指導医講習会

日時:2024年12月23日(月)～2025年1月14日(火)

オンデマンド開催

■プログラム

- 【1】日本緩和医療学会専門医制度～新制度の概要と研修カリキュラム～(P.1)
- 【2】研修の目標設定と振り返り(P.10)
- 【3】症例報告書作成の指導方法(P.18)
- 【4】緩和医療専門医・指導医のための Faculty Development プログラムの確立(P.25)
- ・修了レポート・アンケートのご案内(P.29)

本資料に掲載された内容の一部およびすべてを複製、転載または配布されることを固く禁じます。

日本緩和医療学会専門医制度
～新制度の概要と研修カリキュラム～

山口 健也
(九州病院 総合診療科/緩和ケア科)

日本緩和医療学会 指導医講習会

日本緩和医療学会専門医制度

～新制度の概要と研修カリキュラム～

Japan Community Health care Organization
九州病院 総合診療科/緩和ケア科 山口健也

特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

専門医育成・教育委員会：委員
指導医講習会WPG：WPG員長

1

メニュー

👉 ●はじめに

- 認定施設(研修認定施設群・基幹施設・連携施設)
- 認定医・専門医・指導医
- 研修カリキュラム



2

専門医制度が改定されました

日本緩和医療学会 JSPM

専門医認定制度

専門医認定委員会
2023年11月19日 理事会承認

日本緩和医療学会専門医制度改定概要

3

専門医制度改定の方向性

- 認定医による専攻医の指導を解消する
 - 基幹施設と連携施設を新設し、**研修認定施設群**を形成
 - 指導医を新設：基幹施設および施設群のカリキュラム責任者
- 専門医を増やし、拠点病院緩和ケアチーム、緩和ケア病棟への配置を目指す
 - インセンティブを付与し、**認定医から専門医への移行を促す**
 - 専門医取得の論文要件を緩和し、新規取得のハードルを下げる
- 日本専門医機構の認定を目指す

(現在は広告可能な専門医の要件である学会の医師会員比率を満たせない。
今後、機構認定専門医のみが広告可能専門医の条件となる方向性とされている)



4

日本専門医機構による専門医制度

初期臨床研修後、19領域の診療科のいずれかの専攻医として3年以上研修。
その後、サブスペシャリティとして認定される領域の専門医を取得する。

緩和医療 サブスペシャリティ領域への導入を目指して調整中

サブスペシャリティ領域
消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、リウマチ、消化器内視鏡、がん薬物療法、消化器外科、呼吸器外科、心血管外科、小児外科、乳癌外科、内分泌外科、放射線治療、放射線診断

基本領域（19領域）
内科、小児科、皮膚科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、病理、臨床検査、救急科、形成外科、リハビリテーション科、総合診療科

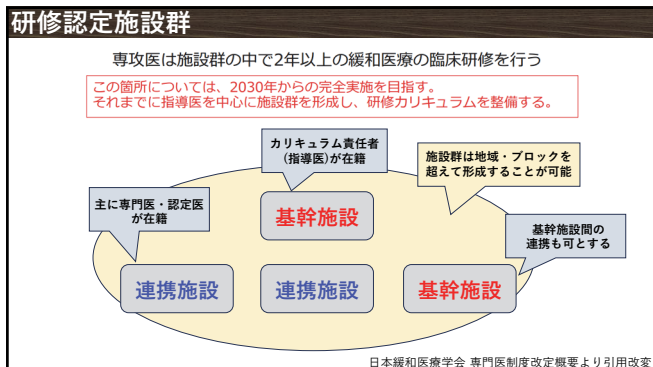
5

メニュー

- はじめに
- 👉 ●認定施設(研修認定施設群・基幹施設・連携施設)
- 認定医・専門医・指導医
- 研修カリキュラム



6



7

基幹施設 認定要件

- ①指導医が1名以上常勤していること
- ②がん診療連携拠点病院・「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設・「緩和ケア診療加算」届出受理施設・緩和ケアを実践している施設のいずれかに該当し、それぞれの申請条件を満たすこと
- ③緩和医療を提供する施設・病棟が開設してから、1年以上経過していること
- ④専門医を育成するための十分な施設、設備、学習環境が整備されていること
- ⑤緩和ケアチーム新規依頼数・緩和ケア病棟/病床入院患者数・在宅看取り数のいずれか1つが規定数を満たしていること
- ⑥当学会のカリキュラムに基づいた研修が可能であること

日本緩和医療学会ホームページより引用
(https://www.ispm.ne.jp/specialistCertification/trainingFacility/individual.html?entry_id=15241)

8

連携施設 認定要件

- ①指導医/専門医/認定医が1名以上常勤していること
- ②がん診療連携拠点病院等(国指定)・「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設・「緩和ケア診療加算」届出受理施設・緩和ケアを実践している施設のいずれかに該当し、それぞれの申請条件を満たすこと
- ③緩和医療を提供する施設・病棟が開設してから、1年以上経過していること
- ④専門医を育成するための十分な施設、設備、学習環境が整備されていること
- ⑤緩和ケアチーム新規依頼数・緩和ケア病棟/病床入院患者数・在宅看取り数・緩和ケア外来患者数・その他の緩和ケア患者数のいずれか1つ以上が規定数を満たしていること
- ⑥基幹施設と連携し、指導医による定期的な指導が可能であること
- ⑦研修カリキュラムを統括する1つの基幹施設とカリキュラム責任者を登録すること

日本緩和医療学会ホームページより引用
(https://www.ispm.ne.jp/specialistCertification/trainingFacility/individual.html?entry_id=1529)

9

連携施設の専攻医への指導

[2. 連携施設]

Q III-2-1 カリキュラム責任者が不在の連携施設では専攻医に対してどのような研修が行われるべきでしょうか。
A III-2-1 専門医研修の質を保つため、カリキュラム責任者（基幹施設の緩和医療指導医）には以下のことを求めます。

- 1) 指導医が在籍していない連携施設では、カリキュラム責任者が対面やWEB等で1か月に1回以上の指導を行い、研修の目標設定、振り返り、症例報告書の指導を行ってください。
- 2) 研修施設群合同カンファレンス（WEB可）を年に1回以上の頻度で開催し、専攻医およびカリキュラム責任者も参加し、到達度の評価や今後の課題を確認してください。
- 3) 専門医が在籍する連携施設では、専門医は専攻医の臨床指導や症例報告書の指導・署名を行うことができます。
- 4) 認定医のみが在籍する連携施設では、認定医は専攻医の症例報告書に指導・署名することはできませんので、基幹施設の指導医が指導・署名をしてください。

研修施設関連Q&Aより引用

10

有資格者要件 および 規定数

	基幹施設	連携施設
有資格者	指導医	指導医/専門医/認定医
PCT新規依頼数/年	100	50
PCU入院患者数/年	100	80
在宅看取り数/年	30	15
緩和ケア外来新規患者数/年（入棟相談は除く）		30
その他の緩和ケア患者数/年 ※その他の緩和ケアについては今後Q&A等で規定する		30

日本緩和医療学会 専門医制度改定概要より引用改変

11

基幹施設・連携施設 要点をざっくりと

基幹施設

- 指導医(カリキュラム責任者)の在籍が必須
- 施設群を形成した場合、連携施設の専攻医を定期的に指導する
- 基幹施設単独での研修も可能（施設群の形成は必須ではない）

連携施設

- 指導医/専門医/認定医 いずれかの在籍が必須
- 基幹施設と施設群を形成（2030年度からの見込み）
2029年度の専門医申請までは、連携施設単独での研修も可

12

補足 旧制度での認定研修施設・研修指導者

- 研修指導者・認定研修施設の新規認定：2024年4月1日認定が最終
- 認定研修施設が基幹施設の要件を満たし、基幹施設への移行を希望する場合には移行
- それ以外の認定研修施設は、認定研修施設として継続可能だが、更新時に基幹施設もしくは連携施設へ移行

13

メニュー

- はじめに
- 認定施設(研修認定施設群・基幹施設・連携施設)
- ➡ ● 認定医・専門医・指導医
- 研修カリキュラム

14

認定医・専門医・指導医の役割

認定医 ●一定の水準以上の専門的緩和医療の実践

専門医 ●より高度な専門的緩和医療の実践
●専攻医の臨床指導、症例報告書の指導やサイン
●拠点病院等への配置を目指す

指導医 ●基幹施設や施設群でのカリキュラム責任者
●臨床研究の指導

15

認定医 申請資格

1. 日本国の医師免許を有する者
2. 初期研修を含め7年以上の臨床経験を有する者
3. 専門的緩和ケアの現場（緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケア、その他の病院や診療所等で緩和医療に関する経験を積むことが可能な施設）で6ヶ月以上の臨床経験を積み、かつ同現場で50例の症例を担当した者
4. 下記の条件を満たす5例の症例報告書を提出すること
「痛み」「痛み以外の身体症状」「精神症状」「社会的な関わり」「スピリチュアルな関わり」の症例を1例ずつ、合計5例とすること ※指導医の承認は必須ではない
5. 本学会主催の学術大会に1回以上参加していること
6. 本学会主催の教育セミナーを1回以上受講していること
7. 緩和ケア研修会、または緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了していること
8. 申請時点で6か月以上継続して本学会員であり、当該年度の会費および認定医審査料を納めていること

日本緩和医療学会ホームページより引用
(https://www.jspm.ne.jp/specialistCertification/physician/individual.html?entry_id=1514)

16

認定医 大事なポイント①

- 認定施設(基幹施設等)での研修が不要
- 症例報告書
 - ・指導医の承認は必須ではない
 - ・指導医として関わった場合にはぜひ指導やチェックを
- 制度改定前と比し、症例報告書や筆記試験のレベルはアップ
 - ・症例報告書：書式は専門医出願と同様のA3用紙形式
 - ・筆記試験：専門医と同じ問題、合格基準は別に設定
 - ・口頭試験はなし
- 専攻医指導は可能だが症例報告書へのサインはできない

17

認定医 大事なポイント②

認定施設での研修が困難な場合にも専門医や指導医を目指す

- ① 認定医を取得
- ② 自施設を連携施設に
- ③ 指導医(基幹施設)の定期的な指導のもと、2年間研修
- ④ 専門医取得
- ⑤ 指導医取得

該当するような方がいらっしゃればぜひ上記プランをご紹介下さい！

18

専門医 申請資格

1. 日本国の医師免許を有する者
2. 5年以上の緩和医療の臨床経験を有する者または「がんプロフェッショナル養成プラン緩和医療専門医コース」を修了した者または19基本領域学会専門医資格を取得した者
3. 本学会が認定する基幹施設・連携施設・認定研修施設において2年以上の緩和医療の臨床研修を修了した者
4. 下記①～②の条件を満たし、自ら緩和医療を担当した20例の症例報告を提出すること
 - ①全例が基幹施設・連携施設・認定研修施設の症例であること
 - ②20例のうち、「身体症状(痛み)」「身体症状(痛み以外)」「精神症状」「せん妄」「終末期の鎮静」「社会的な関わり」「スピリチュアルな関わり」を中心とした症例が1例ずつ以上あること(症例はがん疾患に限らない)
5. 緩和ケア研修会、または緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了していること
6. 下記のいずれか1つの業績を有すること
 - a. 緩和医療に関する筆頭の原著論文(査読付き／共著不可)
 - b. 緩和医療に関する筆頭の症例報告(査読付き／共著不可)
 - c. 本学会誌での筆頭著者の活動報告
 - d. 本学会(全国大会)での筆頭の一般演題発表(口演あるいはポスター発表)
7. 本学会主催の教育セミナーを1回以上受講していること
8. 申請時点で2年以上継続して本学会員であり、当該年度の会費および専門医審査料を納めていること

日本緩和医療学会ホームページより引用
(https://www.ispm.ne.jp/specialistCertification/specialist/individual.html?entry_id=15533)

19

専門医 大事なポイント

- 論文要件が必須ではない
本学会での学会発表(全国大会)でもOK
- 教育歴は指導医の要件に変更
- 試験は筆記試験＋口頭試問
- 専攻医指導、症例報告書へのサインが可能



20

旧認定医→新専門医移行 申請資格 (2029年度受験まで)

1. 2024年4月1日時点で緩和医療学会認定医であること
2. 緩和医療認定医として認定された後、引き続き緩和医療に従事していること
3. 5年以上の緩和医療の臨床経験を有する者または「がんプロフェッショナル養成プラン緩和医療専門医コース」を修了した者または19基本領域学会専門医資格を取得した者
4. 自ら緩和医療を担当した7例の症例報告を提出すること

「身体症状(痛み)」「身体症状(痛み以外)」「精神症状」「せん妄」「終末期の鎮静」「社会的な関わり」「スピリチュアルな関わり」を中心とした症例1例ずつ(症例はがん疾患に限らない)
5. 下記のいずれか1つの業績を有すること
 - a. 緩和医療に関する筆頭の原著論文(査読付き／共著不可)
 - b. 緩和医療に関する筆頭の症例報告(査読付き／共著不可)
 - c. 本学会誌での筆頭の活動報告
 - d. 本学会(全国大会あるいは支部会)での筆頭の一般演題発表(口演あるいはポスター発表)
6. 本学会主催の教育セミナーを1回以上受講していること(認定医認定後に新たに受講)
7. 申請時点で2年以上継続して本学会員であり、当該年度の会費および専門医移行審査料を納めていること

日本緩和医療学会ホームページより引用
(https://www.ispm.ne.jp/specialistCertification/specialist/individual.html?entry_id=15171)

21

旧認定医→現専門医 移行要件 ポイント

- 基幹施設等での2年間の研修期間が不要
- 症例レポートが20例→7例に緩和
- 本学会での学会発表が支部学術大会でも可
- 試験は筆記試験＋口頭試問

**チャンスがある方がいらっしゃれば
ぜひ専門医受験をお勧め下さい！**



22

指導医 認定要件

1. 緩和医療学会専門医であること
2. 緩和医療に従事し、十分な診療経験を有すること
3. 緩和医療に関する筆頭の原著論文もしくは症例報告の業績を有すること* (Corresponding Author, equally contributed author可、査読がおこなわれていること) あるいは専門医指導・育成実績** (10例以上の症例報告書の指導・署名の実績) を有すること
4. 書類審査後一定期間内に「新」指導医講習会を1回以上受講すること
5. 緩和医療に関する教育歴を2件以上有すること
6. 当該年度までの会費を納めていること

*申請年より遡って10年以内のもの
**指導実績については、指導を受けた自身以外の医師が専門医に合格した場合に実績として認められる。
なお、2029年の専門医申請時までは指導者資格を持つ認定医による指導が可能。

日本緩和医療学会ホームページより引用
(https://www.ispm.ne.jp/specialistCertification/instructor/individual.html?entry_id=15320)

23

指導医 大事なポイント

- 認定要件は旧制度の専門医に概ね相当
- 論文、もしくは専門医指導・育成実績
- 基幹施設には指導医の在籍が必須
- 連携施設の専攻医を定期的に指導



24

更新要件

	認定医	専門医・指導医
合計*	30単位以上	50単位以上
学会・セミナー出席**	30単位以上	30単位必須・上限46単位 上限：学術大会、教育セミナー、専門医・認定医セミナー から40単位 関連学会：「安全・倫理・感染」講習 から6単位
学会発表		上限なし
論文・著書		上限なし
専攻医指導・育成実績 症例報告書の指導・署名(1名につき1単位 (専攻医1名につき10単位まで))		上限なし
教育実績・専門医試験問題作成・症例報告書審査		上限なし

- 専門医と指導医は同じ単位数
- 学会・セミナー出席の上限が46単位に拡大
- 指導・育成実績：指導医は単位取得しやすい

25

指導医・専門医に対する学会の支援

Faculty Development プログラム

作成が始まっています！



26

メニュー

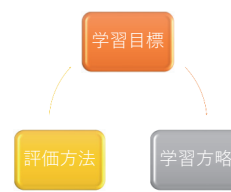
- はじめに
- 認定施設(研修認定施設群・基幹施設・連携施設)
- 認定医・専門医・指導医
- 研修カリキュラム



27

カリキュラムとは

学習者に価値ある変化をもたらすための、
あるいは学習者が教育目標に到達するための計画書



※「カリキュラムに基づいた研修が可能」が基幹施設の要件

28

緩和医療専門医研修カリキュラム



29

カリキュラム 目次

- I. はじめに
 1. 本カリキュラム作成の経緯
 2. 対象
 3. 指導医師と研修施設
- II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度
- III. 研修項目
- IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修



30

I. はじめに

1. 本カリキュラム作成の経緯

2009年

基本的な緩和ケアを行うための教育・支援体制が不十分であることから「緩和医療専門医をめざす医師のための研修カリキュラム」作成

2017年

専門的な緩和ケア教育のニーズに応えるため、緩和医療を学習する医師のための本カリキュラムとして改訂

2. 対象

緩和医療専門医を目指す医師

3. 指導医師と研修施設

※旧制度に基づいている点に留意

指導医：日本緩和医療学会専門医または研修指導者資格を有する認定医
研修施設：日本緩和医療学会の認定研修施設

31

カリキュラム 目次

I. はじめに

1. 本カリキュラム作成の経緯

2. 対象

3. 指導医師と研修施設

II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度

III. 研修項目

IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修



32

II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度

7項目

1. 医師は緩和ケアが患者の余命に関わらず、そのQOLの維持・向上を目指したものであることを理解する。患者や家族のニーズは常に変化し、ケアの目標も変化するため、常に見直しを行うことが必要である。
2. 全ての患者は、異なった人生を生き、死に直面している。医師は病気を疾患としてとらえるだけでなく、その人の人生の中で病気がどのような意味をもっているか(meaning of illness)を重要視しなければならない。医師は、患者、家族を全人的に、身体的だけでなく、心理的、社会的、霊的(spiritual)に把握し、理解する必要がある。

33

II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度

3. 医師は、患者のみならず、患者を取り巻く人々もケアの対象であることを理解する。
4. 医師は、患者にとって安楽なことが、個々人で全く違うものであることを理解し、患者の自律性や選択を重要視する。
5. 緩和ケアを実践する医師は医師として医学的判断や技術に優れていることが最も重要だが、それと同時にコミュニケーション能力も重要である。患者、家族、そして医療チーム内で良好なコミュニケーションをとることができる必要がある。

34

II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度

6. 医師は、診療にあたって十分な説明とそれに基づく患者および家族の同意(informed consent)を得ることが必要不可欠であり、必要に応じて、セカンドオピニオンに配慮する。
7. 医師は緩和ケアを行うチームの中でその一員として働くことが重要である。チームメンバーのそれぞれの専門性と意見を大切に、チームが円滑に運営されるよう常に心がける必要がある。

35

カリキュラム 目次

I. はじめに

1. 本カリキュラム作成の経緯

2. 対象

3. 指導医師と研修施設

II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度

III. 研修項目

IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修



36

III. 研修項目

●一般目標 (General Instructional Objectives: GIO)

患者の苦痛を全人的苦痛(total pain)として理解し、患者・家族のQOLの向上のために緩和ケアを実践し、さらに本分野の教育や臨床研究を行うことができる能力を身につける

●研修項目を22コース

●各コースで一般目標(GIO)を定め、さらに個別行動目標(Specific Behavioral Objectives:SBOs)を157項目定めた

37

コース一覧

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 包括的評価 | 12. 苦痛緩和のための鎮静 |
| 2. 痛みのマネジメント | 13. 疾患の軌跡 |
| 3. 痛み以外の身体症状のマネジメント | 14. 臨死期のケア |
| 4. 精神症状のマネジメント | 15. 家族ケア |
| 5. 非がん疾患の緩和ケア | 16. 遺族ケア |
| 6. 心理的反応 | 17. 医療従事者への心理的ケア |
| 7. 社会的問題 | 18. チーム医療 |
| 8. スピリチュアルケア | 19. コンサルテーション |
| 9. 倫理的問題 | 20. 地域連携 |
| 10. 意思決定支援 | 21. 腫瘍学 |
| 11. コミュニケーション | 22. 教育・研究 |

38

一般目標・個別行動目標

コース1 包括的評価

●一般目標 (GIO)

患者を全人的に理解し、苦痛だけでなく患者の支えとなるものをとらえることができる

●個別行動目標(SBOs)

- ①全人的苦痛の概念について述べるができる
- ②患者の苦痛を多面的にとらえることができる
- ③それぞれの苦痛に対して、マネジメントのプランを列挙することができる
- ④患者の希望、信念、価値観などの多様性について配慮し、患者の意向に沿った治療目標をたてるができる
- ⑤苦痛の早期発見、治療や予防について配慮することができる

39

一般目標・個別行動目標

コース3 痛み以外の身体症状のマネジメント

●一般目標 (GIO)

痛み以外の身体症状について評価を行い、薬物療法だけでなく、非薬物療法を含めた様々な手段を使い、それらの症状を緩和することができる

●個別行動目標(SBOs)：以下の症候や疾患に適切に対処することができる

- ①倦怠感
- ②食欲不振
- ③悪液質症候群
- ④悪心・嘔吐
- ⑤消化管閉塞
- ⑥・・・

全34項目

40

学習のための教材



研修カリキュラム に準拠



41

カリキュラム 目次

- I. はじめに
 1. 本カリキュラム作成の経緯
 2. 対象
 3. 指導医師と研修施設
- II. 緩和ケアを実践する医師の資質と態度
- III. 研修項目
- IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修

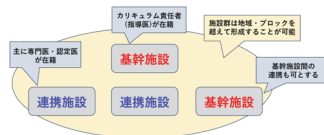


42

IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修

緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・緩和ケア専門外来・在宅緩和ケア

- それぞれの場所で担当医として臨床経験を積むことが望ましい
- 国内での短期研修や見学等の制度を活用する
→ 今後は、施設群の形成で多施設での研修がより円滑に



43

IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修

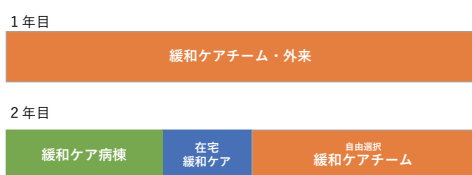
緩和ケア病棟を主として研修する場合



44

IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修

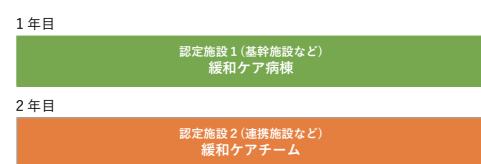
緩和ケアチームを主として研修する場合



45

IV. 研修カリキュラムに対応した臨床研修

2か所の施設で研修する場合



46

以上です

ご清聴
ありがとうございました



専門医を育成し
頼れる仲間を
増やしていきましょう！

47

研修の目標設定と振り返り

小杉 俊介

(飯塚病院 総合診療科/

九州大学大学院医学系学府

医学教育学講座 博士課程)

特定非営利活動法人
 日本緩和医療学会
 Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会 指導医講習会

研修の目標設定と振り返り

飯塚記念病院 内科/飯塚病院 総合診療科
 九州大学大学院医学系学府医学教育学講座 博士課程

小杉俊介

1

どうやったら「研修がうまくいった」と評価できるか？

カーバトリックモデル <https://en-college.en-japan.com/column/2020/686/>

Level 4: Results (成果)
 職場の業績向上度合いの評価
 + 業績に影響を与える先行指標の設定

Level 3: Behavior (行動)
 行動実容の評価 (インタビュー)
 + 行動実容を促進する仕組み (褒賞づけ、報酬など)

Level 2: Learning (学習)
 学習者の学習到達度の評価 (テスト、レポート)
 + 研修内容を活用する自信と意思を持てたか

Level 1: Reaction (反応)
 学習者の研修に対する満足度の評価 (アンケート)
 + 研修参加への主体性、業務との関連性への納得度

このあたりを狙っていきたい

参考書: <https://www.knaptrick.com/Our-Philosophy/The-New-World-Knaptrick-Model>

2

研修項目 =

緩和医療専門医に求められる能力

Competency コンピテンシー

3

緩和ケア医を志す若手医師の教育・研修に関連したニーズ

- 「人手が確保されていること」
- 「**研修プログラム・教育の質の担保**」
 - 研修のシラバス・チェックリストの明示
 - 研修医への研修の評価/フィードバック方法の確立
 - 多施設で多様な研修ができるプログラムをつくる
 - 現場の声を吸い上げて、研修プログラムに反映させるシステム
- 「ネットワークの充実」
- 「緩和ケア医を続けていくことへの障害の除去」
 - 進路・就職・ストレスマネジメント
- 「専門医として成長する道筋の確立」

緩和ケア医を志す若手医師の教育・研修に関連したニーズ—質的研究の結果から。
 西 智弘: Palliat Care Res 2013; 8(2): 184-91

4

日本での良い指導医とは

- 十分なサポートを提供する
- 研修医に考える機会を創出する
- 成長/改善が必要な点を指摘する
- 相談しやすい、必要なときに頼れる
- 練習する機会を作る
- 研修医の役割を明確化する
- 怒らない
- 熱意がある

サポートティブ
 学修者中心
 アクセスしやすい

Kikukawa M, et al.
 The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study.
 BMC Med Educ. 2013 ;13:100

5

忙しい中でも若手医師のニーズに答えながら良い研修環境を提供するための工夫とは

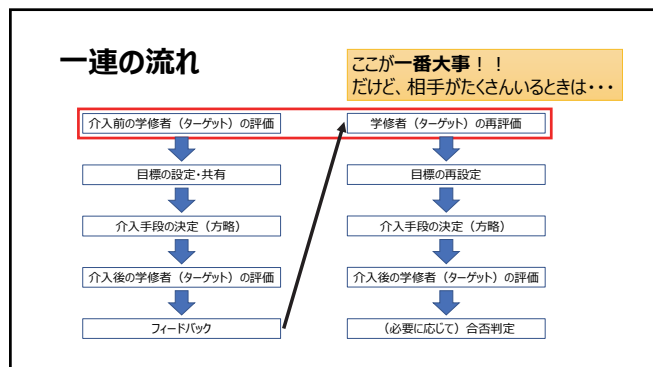
目標の明確化

長期目標 と 短期目標 の設定

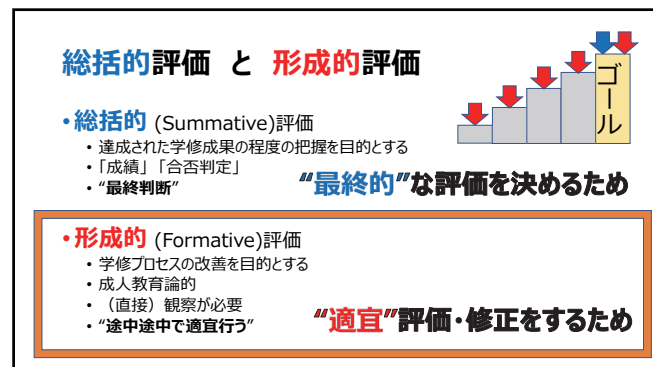
到達度評価

一定の間隔での評価・振り返り

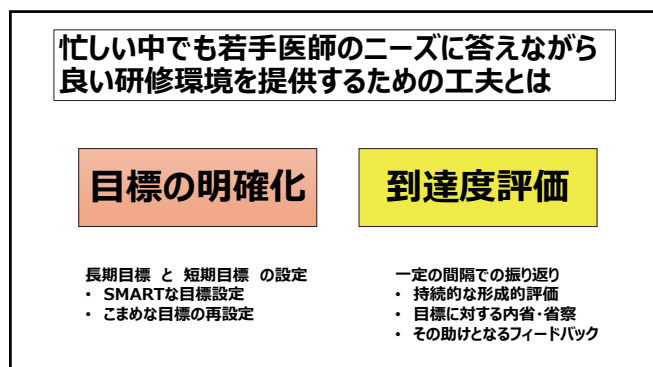
6



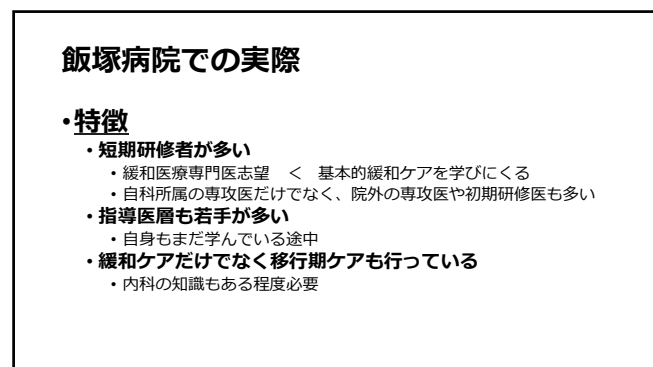
7



8



9



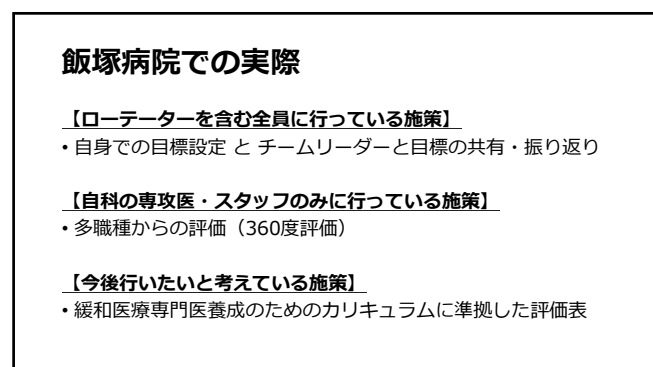
10

多彩なフィールドでの緩和ケア

研修期間	入院診療	訪問診療	コンサルトチーム	緩和ケア外来	独自プロジェクト	学術面での支援
3ヶ月	●	●				
6ヶ月 緩和医療認定医	●	●	○	○		○
2年～ 緩和医療専門医	●	●	●	●	●	●

● 経験できる ○ 部分的に経験できる

11



12

目標設定の肝

1. 現時点での学修者の評価

- 何ができていて何ができていないのか
- 何をできるようになりたいのか

2. 目標設定は“SMART”か

- Specific 誰が読んでもわかる程度に具体的か
- Measurable できるようになったかは測定可能か
- Achievable 達成可能なレベルの目標か
- Related 研修内容に関係のある内容か
- Time-bound 研修期間内に達成できる内容か

3. 上記を踏まえての学修方略策定

- ここは結構大変なので割愛

学修者中心

自己評価
他者評価

学修者評価

Gap

埋めるための

方略

目標

13

日本緩和医療学会 指導者講習会推奨の振り返りフォーマット（暫定版）

現在の自分の課題や改善したいところ

1.
2.
3.

どうすればなりたいたい自分になれるか？

ローテ終了後の自分（理想の自分）

1.
2.
3.

飯塚病院 連携医療・緩和ケア科 ローテーター向けシート より改変

14

使用方法

① 学習者に事前に記載してもらう

※所要時間：およそ15～30分程度

ローテーション開始時：目標と方略が妥当かをリーダーと相談

ローテーション終了時：目標達成度と評価を確認する

現在の自分の課題や改善したいところ

3つくらい

箇条書きでOK

緩和ケア関係なくてもOK

どうすればなりたいたい自分になれるか？

5W 1Hで考えよう

何を？

どんな方法で？

だれと？

いつ？

どこで？

どんなふうにする？

ローテ終了後の自分（理想の自分）

〇〇ができる！

〇〇な状態になる！

〇〇を取得する！

飯塚病院 連携医療・緩和ケア科 ローテーター向けシート
※Googleスライドデータとして共有している

15

例）学習者が自身で作ってきたもの

現在の自分

緩和ケアを系統的に学んだことはない

症状緩和の対応に不慣れ（医療麻薬の使用歴も数回程度）

面談・ACPIに自信がない

どうすればなりたいたい自分になれるか？

本を読んで知識をつける

学んだことを臨床に活かす

症例の振り返りを行う

多職種の方から教わる

ローテ終了後の自分（理想の自分）

緩和ケアを提供できるようになる

症状緩和の対応ができるようになる

1人で緩和ケアを勉強できるようになる

ケースごとの難易度がわかるようになる

16

② ローテーション前の面談で“SMART”に修正

※6週間ローテーションと仮定

現在の自分

緩和ケアを系統的に学んだことはない

症状緩和の対応に不慣れ（医療麻薬の使用歴も数回程度）

面談・ACPIに自信がない

どうすればなりたいたい自分になれるか？

本を読んで知識をつける

学んだことを臨床に活かす

症例の振り返りを行う

ローテ終了後の自分（理想の自分）

緩和ケアを提供できるようになる

症状緩和の対応ができるようになる

1人で緩和ケアを勉強できるようになる

ケースごとの難易度がわかるようになる

ここはあまり修正するところではない

事前に知っている学修者であれば現在の自分の認識が妥当であるかを確認するが、事前に知らない学修者であればその作業は難しい

「なにができるか」「なにができていないか」が共有できると目標を立てやすくなる

17

② ローテーション前の面談で“SMART”に修正

※6週間ローテーションと仮定

現在の自分

緩和ケアを系統的に学んだことはない

症状緩和の対応に不慣れ（医療麻薬の使用歴も数回程度）

面談・ACPIに自信がない

どうすればなりたいたい自分になれるか？

本を読んで知識をつける

学んだことを臨床に活かす

症例の振り返りを行う

ローテ終了後の自分（理想の自分）

緩和ケアを提供できるようになる

症状緩和の対応ができるようになる

1人で緩和ケアを勉強できるようになる

ケースごとの難易度がわかるようになる

次に目標を設定する

目標がその期間内に達成可能なのかを考える

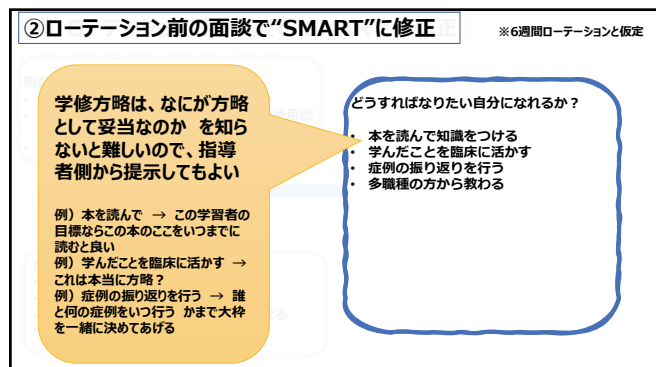
例）「緩和ケアを提供できるようになる」はかなり大きい目標なので、修正する

この作業をする際に後述するコンピテンシーが役に立つ

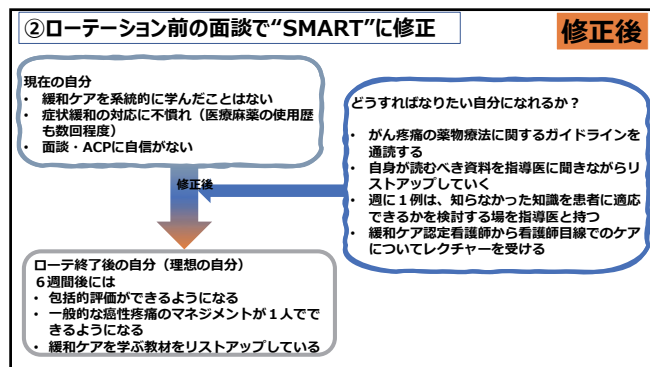
修正例「包括的評価と痛みのマネジメントが1人でできるようになる」

※修正する際の注意点：学修者が自身で修正することが大事

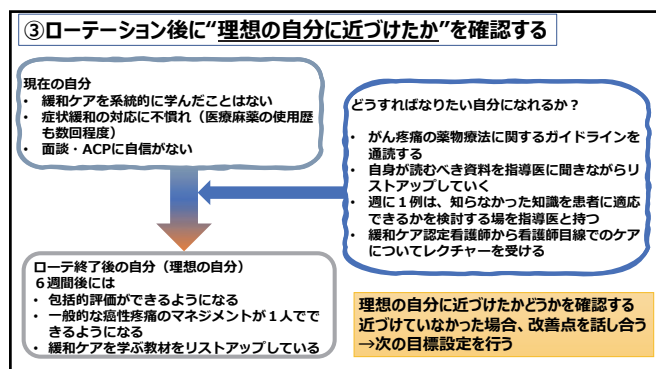
18



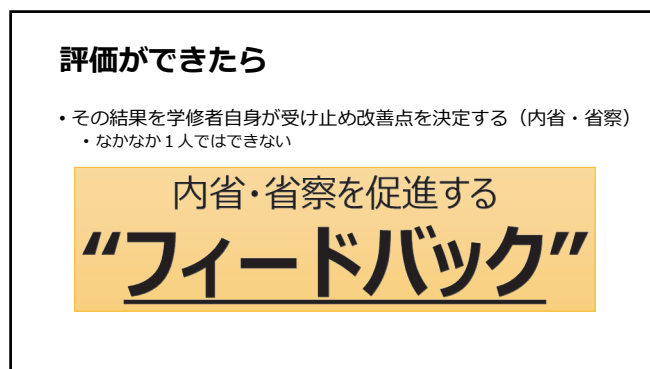
19



20



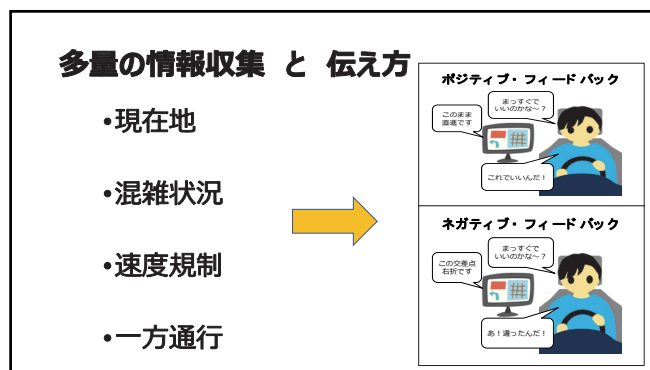
21



22



23



24

25

26

27

28

29

30

Competency (コンピテンシー) は形

個別行動目標

コース1 包括的評価

◆一般目標 (GIO) : 患者を全人的に理解し、苦痛だけでなく患者の支えとなるものをとらえることができる

・個別行動目標 (SBOs) ※個別行動目標は合計157項目あり

- ① 全人的苦痛の概念について述べるができる
- ② 患者の苦痛を多面的にとらえることができる
- ③ それぞれの苦痛に対して、マネジメントのプランを列挙することができる
- ④ 患者の希望、信念、価値観などの多様性について配慮し、患者の意向に沿った治療目標をたてるができる
- ⑤ 苦痛の早期発見、治療や予防について配慮することができる

https://www.science.org/doi/full/10.1093/advance/abaa005/5560000

31

Competency (コンピテンシー) は形

相性は良いけれども細かくしようとすればするほど評価するのにコストがかかる

・時間的コスト

・人力的コスト

https://www.science.org/doi/full/10.1093/advance/abaa005/5560000

32

飯塚病院連携医療・緩和ケア科での研修目標：内科ベースの緩和ケア診療ができるようになる

緩和ケアの3要素

コミュニケーション

- 意思決定支援
- アセスメントプランニング
- 臨床倫理
- コミュニケーションスキル
- 手直しコミュニケーション
- チームマネジメント
- コンサルテーションスキル

症状緩和

- 全人的苦痛の評価
- 鎮痛薬の調整
- 放射線治療
- インターベンション
- 副作用への対応
- 心理ケア
- スピリチュアルケア

社会資源調整

- 訪問診療、訪問看護
- 福祉用具
- 社会福祉施設連携
- 経済的な支援制度の理解
- 介護保険の活用
- ICTの活用

この項目を大まかに評価している

33

カリキュラムの「一般目標」を評価するでも良い

コース	一般目標 (GIO)
1 包括的評価	患者を全人的に理解し、苦痛だけでなく患者の支えとなるものをとらえることができる
2 痛みマネジメント	患者の痛みを評価し、薬物療法だけでなく、非薬物療法を含めた様々な手段を使い、痛みを緩和することができる
3 痛み以外の身体症状のマネジメント	痛み以外の症状について評価を行い、薬物療法だけでなく、非薬物療法を含めた様々な手段を使い、それらの症状を緩和することができる
4 精神症状のマネジメント	精神症状について評価を行い、薬物療法だけでなく、非薬物療法を含めた様々な手段を使い、それらの症状を緩和することができる
5 非がん関連患者の緩和ケア	非がん関連患者に対して、専門知識と能力を有する緩和ケアの適応について検討し、適切に緩和ケアを提供することができる
6 心理的反応	心理的反応を評価し、適切に対応することができる
7 社会的問題	社会的問題を評価し、適切に対応することができる
8 スピリチュアルケア	患者のスピリチュアルベインを正しく理解し、適切に援助することができる
9 倫理的課題	緩和ケアにおける倫理的課題を認識し、適切に対応することができる
10 意思決定支援	患者・家族の意向を尊重し、意思決定支援を行うことができる
11 コミュニケーション	患者の人格を尊重し、コミュニケーションをとることができる
12 苦痛緩和のための継続的評価	苦痛緩和のための継続的評価を行うことができる
13 終末期のケア	終末期における患者・家族に対して適切に対応することができる
14 臨死期における患者・家族のケア	臨死期における患者・家族に対して適切に対応することができる
15 家族ケア	家族が抱える問題に気づき、家族のケアを適切に行うことができる
16 遺族ケア	死別・喪失による悲嘆反応に気づき、適切に対応することができる
17 医療従事者への心理ケア	自分自身およびスタッフの心理的ケアを行うことができる
18 チーム医療	チーム医療を実践することができる
19 コンサルテーション	緩和ケアについてのコンサルテーションを適切に実施することができる
20 地域医療連携	地域の医療機関と連携し、それらの地域に適切な支援を提供することができる
21 臨床研究	臨床研究についての知識を得、患者にとって最善の医療の選択に関与することができる
22 教育・研究	緩和医療の専門家として、常に最新の知識を磨き、緩和ケアの教育・研究にも携わり、緩和医療の発展に寄与することができる

学修方略として、どの一般目標を、先に身につけてほしいか(優先順位)、どの研修の場で身につけてほしいかの検討は必要

34

評価方法

・どの能力が まだ独り立ちレベルではないのかを確認するイメージ

・自己評価と指導医評価にギャップがあるところや未経験の分野などを重点的に確認する

・誰が

- 研修生 (自己評価)
- 指導医 (他者評価: 直接ついた指導医が望ましい)

・いつ

- 定期的に
- ローテーションの変わり目
- ヶ月ごと

・どうやって

評価スケールに則って

1. 未経験/指導医が行っているのを観察するレベル
2. 指導医の完全指導下であればできる
3. 時折目を配る程度は必要だがある程度はできる
4. ほとんど1人で実施できるが、必要に応じて指導医のカバーが必要
5. 1人で問題なくできる

Rekman J, et al.
A new instrument for assessing resident competence in surgical clinic: the Ottawa clinic assessment tool.
J Surg Educ. 2016;73(4):575-582.

35

総括的評価 と 形成的評価

・総括的 (Summative) 評価

- 達成された学修成果の程度の把握を目的とする
- 「成績」「合格判定」
- 「最終判断」

“最終的”な評価を決めるため

・形成的 (Formative) 評価

- 学修プロセスの改善を目的とする
- 成人教育論的
- (直接) 観察が必要
- “途中途中で適宜行う”

“適宜”評価・修正をするため

ゴール

36

症例報告書作成の指導方法

大屋 清文

(ピースホームケアクリニック京都)

症例報告書作成の指導方法

大屋清文
(指導医講習会WPG)

1

症例報告で示してほしいこと

十分に緩和医療に精通していること
患者と家族を全人的に把握し、対応できる能力があること

新規性のあるケース、成功例を書いてほしいわけではない
(=よくある臨床状況、うまく行かなかったケースでもOK)

専門医としてふさわしい診療実践を行っていることを示せばよい

2

5つの評価項目

各5点 合計25点満点で評価

誤字脱字・用語

誤字脱字はないか？用語は適切に使用しているか？

必要な情報

【診療形態】～【介入時の現症】に必要な情報が記載されているか？

アセスメント

苦痛は適切に評価されているか？

治療・介入

治療・介入が十分に記載されているか？チームアプローチがみえるか？

考察

十分に記載されているか？文献やガイドラインに基づいているか？

3

作成指導のポイント

減点されないために

4

フォーマットを守る

明朝体で10ポイント以上 読み手にやさしい行間で

略語は断りを入れて使う 例：放射線治療（以下RT）

薬は一般名、一般名で用法・用量も単位を含めて記載

- ロキソプロフェン1回60mg, 1日3回
- X ロキソニン60mg 3T3× t.i.d.

5

確定診断名

略語を避ける

× DLBCL

○ びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

主病名は1つ

副病名は苦痛緩和に関係する主要なものを3つ以内

6

介入時の主訴

原則として**主なものを1つ**記載

2つ以上記載する場合、
「介入後の経過」でそれら全てに言及する必要がある

症例区分と整合性のある主訴のほうが読み手に優しい
(必須ではない)

7

既往歴・家族歴・生活歴

必要な内容に絞って記載する

必要な内容とは
介入後の経過や考察・学びを説明する上で必要な情報

介入後の経過や考察・学びなど
論点から逆算して整理するとよい

8

介入時までの現病歴

介入までの治療経過と主訴との関係がわかる記載を

がん治療の経過しか書いていないものは評価が下がる

9

2020年10月に食道がん 肝転移 Stage IVb と診断され、化学療法(5-FU + シスプラチン)が開始された。2020年12月に腹痛のため入院となり、緩和ケアチームへ紹介となった。

2020年10月に上腹部痛を主訴に受診し、腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され、当院外科へ紹介となった。精査の結果、食道がん肝転移 Stage IVb と診断され、化学療法(5-FU + シスプラチン)が開始された。上腹部痛はがん性疼痛が疑われ、**モルヒネ徐放製剤**が開始された。**60mg/日まで増量されたが、疼痛が次第に増強した。**疼痛コントロール目的に2020年12月に入院となり、緩和ケアチームへ紹介となった。

10

介入時の現症

アセスメントにつながる陽性所見・陰性所見を記載

特に痛みの強さは一般的に使われるスケールで

検査所見は単位も記載する

・特記すべき異常がない項目は「正常範囲」でよい

特に認定医審査では現症記載の欠除が散見されます

11

右季肋部に圧痛を認め、CTでは肝転移を認めた。採血データでは軽度の肝機能障害を認めた。

紹介時、疼痛のため**PSは3**だった。痛みは**上腹部から右季肋部にかけてNumerical Rating Scale(以下NRS) 4/10程度の鈍痛で、間欠的にNRS 7/10に増強していた。**身体所見上、右季肋部で腫大した肝を触知し、同部位に圧痛があった。造影CTでは肝臓はびまん性に腫大し、数cm大の腫瘍が多数存在していた。採血で血算は基準範囲内で、AST 40 IU/l、ALT 42 IU/l、LDH 202 IU/l、ALP 474 IU/lと軽度の肝機能障害を認めた。腎機能や電解質は正常範囲だった。

12

介入後の経過

症状に対するアセスメントを記載する

介入内容について、**その根拠や理由を明示する**

全人的な視点にたち、多職種アプローチが見えるように

13

よくある減点事例

苦痛を適切に評価していない

症状や病態の背景を推測・探索した形跡がない

患者・家族の気持ちや意向を聴き出せていない

プラクティスの根拠や思考過程が曖昧

チームアプローチの実践が読み取れない

14

患者はいつも流涙しており、スピリチュアルペインと考えられた。
スピリチュアルケアが重要であり、心理士介入をオーダーした。

患者は「先がないのだから生きていても意味がない」「誰もわかってくれない」「何の役にも立たず情けない」などの発言を繰り返し、涙を流すことが多かった。時間性、関係性、自律性の喪失によるスピリチュアルペインが存在していると考えられた。主治医、精神科医、看護師、臨床心理士と今後の支援のあり方を協議した。「ともにいること」をケアの大方針とし、傾聴、気持ちや思いの承認、尊厳の尊重、関係性の構築に多職種で取り組むことにした。

15

考察

治療やケアの妥当性・今後に向けての改善点を**論理的に**記載する

全人的な視点や多職種アプローチの実践が
表れていることが望ましい

出典は“筆頭著者名 誌名 発行年”を記載

例 Morita T. Lancet Oncol 2013

16

よくある考察の減点項目

後日談が書かれている

「単なる感想」になっている
（“学び”に昇華できているなら次の「学んだこと」で）

テーマに沿った考察ではない

不適切な引用が行われる

17

オキファストとセレコックスで疼痛緩和が得られた症例であった。
以前オピオイドの変更を行った際、患者の傾眠傾向が強くなってしまった経験があったため怖かったが、本症例では上手にオピオイドを変更することができた。

18

オピオイドの変更とセレコキシブ併用により、疼痛緩和が得られた症例だった。一般に、オピオイド増量により鎮痛が得られない場合、オピオイドの変更が有効な場合がある。ただし、換算比通りの変更では不完全な交叉耐性等により効果や副作用が強く出現する場合があるため、状況に応じて25%～50%減量した量での変更を考慮する (Fine PG. J Pain Symptom Manage 2009)。本症例でも50%減量してオキシコドン持続皮下注射を開始し、目立つ有害事象はなかった。

本症例において、仮に介入後も疼痛緩和が不良で、鎮痛補助薬の併用などでも効果が乏しい場合、難治性がん性疼痛に対するメサドンの適応が検討される。また、予後は切迫しておらず、腹腔神経叢ブロックも選択肢となり得ると考えられる。

19

本例から学んだこと

症例の反省点や今後の課題など

現場の実践の中から省察し
自ら学ぼうとする姿勢が表れているとよい

20

その他のポイント

倫理的に問題のある項目がないか確認しましょう

例：個人情報への配慮がない、倫理的妥当性が記載から読み取れない

鎮静の区分は要点が多いので注意しましょう

倫理4要件（相応性・医療者の意図・患者家族の意向・多職種判断）

実施方法（調節型鎮静・持続的深い鎮静 など）

テーマと合致した記載ができていないケースも散見されます

特に社会的・スピリチュアルな関わりの項目は注意

21

必ず確認をお願いします

専門医関連 Q&A

「専門医の医師像」「専門医申請書類 (6)症例報告書」

症例報告書記入上の注意

良い例

悪い例



学会HPのこのリンクから

22

状況設定

あなたは、緩和医療専門医の取得を目指している卒後 8 年目の医師の指導にあたっています。今回、あなたはこの医師から【社会的な関わり】に関する症例報告書の添削を依頼されました。あなたならどう添削してフィードバックしますか？ 100 文字以上 1000 字以内で記載してください。

注意

- ・この症例報告書で言及されている症例にあなたは直接関わったことがなく、あくまで症例報告書のみを見てフィードバックすることを想定してください。
 - ・課題が膨大にならないよう、実際に出される一般的な症例報告書よりも短い記載内容になっています。
-

症例報告書

テーマ：【社会的な関わり】

年齢：74

性別：男性

診療形態：入院（一般病棟、緩和ケアチームあり、緩和ケア病棟）

介入の経緯：院内から紹介

緩和医療を提供した期間：202X 年 Y 月～202X 年 Y+1 月

転帰：死亡（看取りあり）

確定診断名：膵頭部がん術後・腹膜播種再発

介入時の主訴：腰背部痛

既往歴：高血圧症、膵性糖尿病、慢性腎臓病

家族歴：なし

生活歴：妻と 2 人暮らし。ペット：猫

介入時までの現病歴

2020 年に黄疸がきっかけで近医を受診した。腹部腫瘍が疑われ A 大学病院を紹介受診した。膵がんの診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術と術後化学療法を受けた。その後の治療経過は良好だったが、202X 年に CT で腹膜播種を指摘された。その後も化学療法を継続したが PD となったことを契機に B 市立病院を紹介され、Y-1 月から同病院の外来通院を開始した。腰背部痛の増悪をきっかけに B 病院に入院となり、緩和ケアチームに介入依頼があった。

介入時の現症

介入時の PS は 3。心窩部に NRS 8/10 の痛みあり。血算では白血球数 $5680/\mu\text{L}$, Hb 10.0g/dL , 血小板 $39.2\text{ 万}/\mu\text{L}$ で軽度の貧血を認めた。生化学検査は BUN 28 mg/dL , Cre 1.2 mg/dL と軽度の腎機能障害を認めた。肝障害や電解質異常を示唆する所見はなかった。CT では腹膜に小結節や腫瘤様の肥厚があり、腹膜播種と考えられた。傍大動脈リンパ節の腫脹もみられた。覆水は軽度だった。

介入後の経過

腰背部の痛みがみられたが、介入後にモルヒネ塩酸塩の持続静注を行い症状は落ち着いた。最終的にはその後フェントス 2mg/日 の貼付に変更した。

介入当初から患者は「自宅に帰りたい」という思いを表出していたことため、自宅へ退院できるよう調整していくことにした。社会福祉士にコンサルトし、本人が自宅へ退院できるよう調整することになった。かかりつけ医や訪問看護と退院時共同指導を実施し、翌日に自宅退院とした。

退院後の約 3 週間で、自宅で動けなくなったことから救急搬送され、そのまま入院となった。高度な息苦しさがあり入院 3 日目に緩和ケア病棟へ移動となった。本人は「もう眠らせてほしい」「生きていても仕方がない」と訴えていたためミダゾラムを用いた鎮静を実施。翌日に亡くなられた。

考察

在宅療養を希望される患者の退院支援を行った一例だった。在宅医療導入に当たってはソーシャルワーカーに依頼することで速やかに退院調整できた。患者は親族のサポートも得られず、経済的にも困窮しており、配偶者も重度の認知症を抱えていたため在宅に戻ることは大変であることが予想されたが、患者との ACP では自宅へ戻ることを希望されていたため、なんとか達成できたので良かった。

最後は入院して緩和ケア病棟で看取りを行ったが、「生きていても仕方がない」といった訴えに対して速やかに緩和的鎮静を実施したのが良かった点だと思われる。

本例から学んだこと

緩和ケアチームとして在宅移行をどう進めたらよいかを学んだ。

緩和医療専門医・指導医のための
Faculty Development プログラムの確立

采野 優

(京都大学医学部附属病院 緩和医療科)

緩和医療専門医・指導医のための Faculty Developmentプログラムの確立

京都大学医学部附属病院 緩和医療科 特定講師
医学博士・緩和医療専門医
采野 優

KYOTO UNIVERSITY

1

背景

- ・日本緩和医療学会は、**がん診療連携拠点病院等に1人以上の緩和医療専門医の配置**を目指している。
- ・専門医認定委員会では、**緩和医療専門医数の増加等に向けた制度改訂**に取り組んでいる。
- ・緩和医療を取り巻く社会情勢から、専門医育成だけでなく、**リーダーシップ・マネジメント・組織変革等の能力も含めた、緩和医療専門医・指導医のための研鑽機会の充実**が望まれる。

KYOTO UNIVERSITY

2

緩和医療専門医の配置状況

- ✓ 専門医数 **361名**（2024年4月現在）
- ✓ **1名以上の専門医の配置があるがん診療連携拠点病院等400施設のうち97施設（24.3%）**
- ✓ 専門医数が5名以下の都道府県 **28の県**
青森、岩手、秋田、山形、群馬、新潟、富山、石川、福井、山梨、岐阜、滋賀、奈良、和歌山、鳥取、島根、広島、山口、徳島、香川、高知、長崎、佐賀、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄
（東京都 64名）

👉 **緩和医療専門医の育成と指導医の研鑽体制の充実が急務！！**

KYOTO UNIVERSITY

3

Faculty Development WPG設置

Faculty Development WPG

・2023年10月4日付け 理事会承認

（WPG員長） 采野 優

（WPG員） 伊藤 哲也 大塚 清文 小杉 俊介 高瀬 直人 宮地 由佳

- ・2023年10月～2024年9月 **FDプログラム開発**
- ・2024年10月～2025年3月 **FDプログラム収録**
- ・2025年4月～ **FDプログラム公開**

KYOTO UNIVERSITY

4

生涯学習とFaculty Developmentの違い

生涯学習：

人が生涯にわたり学び・学習の活動を続けていくこと。

Faculty Development (FD)：

医療専門家が、指導者、管理者、研究者としての知識、技能、行動を向上させるためのすべての支援的な活動

KYOTO UNIVERSITY

5

FDプログラム開発の進め方

日本緩和医療学会

医療者教育学の専門家派遣

日本医学教育学会

緩和医療“指導医”の**コンセンサス**確定

FDプログラムの**カリキュラム開発**

FDプログラムの**収録**

FDプログラムの**社会実装**

✓ **デルファイ** by 専門医・指導医
（医療者教育学の専門家・他職種・PPI…？）

✓ **e-learning**
講師
理論：日本医学教育学会から派遣を依頼
実践：緩和医療専門医・指導医

✓ プログラムの学会HP上での公開
✓ 専門医・指導医の更新単位化

KYOTO UNIVERSITY

6

FDに関する概念を幅広く取り扱う

Yvonneの成書では

- ✓ 臨床教育能力
- ✓ リーダーシップ・マネジメント
- ✓ 組織作り
- ✓ キャリア教育と支援
- ✓ 研究体制の構築

AMEE Guideでは

Box 2. The domains of FD activity.

The functions of each of these domains of FD activity should incorporate consideration of diversity, equity and inclusion in FD practice as well as culturally responsive teaching (Humphrey et al. 2020; Lupton and O'Sullivan 2020).

1. Enhancing teaching practice,
2. Enhancing educational design,
3. Supporting leadership development,
4. Supporting personal development,
5. Supporting career development,
6. Facilitating organisational change
7. Enhancing educational and faculty development scholarship.



ISBN: 9781032010000 (Online) journal homepage: <https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/20449381.2020.1811111>

Developing a programmatic approach to faculty development and scholarship using the ASPIRE criteria: AMEE Guide No. 165

7

指導者中心→学習者中心教育へ

- ・指導者中心の従来の履修主義教育
 - 例：30時間の講義を履修すれば、単位が認定される
 - ⇒ 学習者の成長（教育効果）が十分に計れない
- ・コンピテンシー基盤型教育やアウトカム基盤型教育
 - 例：疼痛緩和を適切に実施する上で必要な知識・技能・態度。
 - ✓ 疼痛の原因を適切にアセスメントする。
 - ✓ 適切な薬物療法を実践する。
 - ✓ 患者・家族の不安やつらさに寄り添う。
 - ⇒ 獲得した能力に着目した教育へ、考え方がシフトしてきている。

8

日本緩和医療学会 FDプログラム 概観

E-learningで主にカバーする

Disciplinary knowledge	Knowledge
Interdisciplinary knowledge	
Cognitive and meta-cognitive skills	Skills
Social and emotional skills	
Physical and practical skills	Attitudes & Values

学術大会・支部会等でFD教育企画を開催



教育効果の測定

- ✓ 臨床教育能力
- ✓ リーダーシップ・マネジメント
- ✓ 組織作り
- ✓ キャリア教育と支援
- ✓ 研究体制の構築

指導中の医療者数
専門医数
拠点病院への配置状況
等、定期的に現況調査

9

緩和医療指導医のコンピテンシー（草案 1/3）

①医療者教育者としてのプロフェッショナリズム

緩和医療の医療者教育者が備えるべきプロフェッショナル・スタンドを理解し、教育・診療・研究・管理業務において実践する。・医療者教育者にとって普遍的に必要な価値観・能力領域

I 緩和医療の臨床教育者としての役割を認識し、基本的学習法・Faculty Development・緩和医療におけるプロフェッショナリズムとロールモデル

②緩和医療の臨床教育能力

I 成人学習理論を理解し、学習環境を整備して、学習者主体の教育・成人学習理論を実践すること。・基本的学習法

II 学習者や自分自身、教育テーマや状況に応じて適切な教授法を選定・基本的教授法・フィードバックとコーチング

III 日本緩和医療学会 緩和医療専門医研修カリキュラムの内容を理解し、自施設や地域の状況に合わせた教育研修プログラムを開発・カリキュラム開発し、提供すること。

IV 自施設の緩和医療研修プログラムを適切に評価し、改善すること・カリキュラム評価

V 専門職連携実践（IPW）やその教育（IPE）に関する理論を理解し・専門職連携実践（Interprofessional work: IPW）を自らが一員として実践するだけでなく、学習者を評価し指導する・多職種連携教育（Interprofessional Education: IPE）こと。・連携医療教育

10

緩和医療指導医のコンピテンシー（草案 2/3）

③リーダーシップとマネジメント

最良の緩和医療と教育を提供するために、メンバー間の意見や・リーダーシップ理論とモデル価値観の相違を調整し、円滑で効果的なチームワークや教育をマネジメント理論先導すること。

II 緩和医療の臨床と教育の実践で個人に生じうる、さまざまな心理的反応に適切に対応すること。

III リーダーシップ・マネジメント能力を有する緩和医療専門医を育成すること。

④組織作り

I 緩和医療に応用可能な組織論と組織行動論の考え方を理解し、自施設等の組織に適用すること。

II 緩和医療に応用可能な組織変革理論を理解し、必要に応じて、自施設等の組織に適用すること。

III 社会に対する緩和医療の普及・啓発活動を実践すること。

IV 緩和医療に応用可能な実証科学的考え方を理解し、必要に応じて、自施設等の組織に適用すること。

⑤キャリア開発・支援

I 学習者の成長・発達段階やライフステージなどに応じたキャリア教育やキャリア開発支援を提供すること。

・キャリア教育とキャリア開発（形成支援）
・緩和医療特有のキャリア開発の課題

11

緩和医療指導医のコンピテンシー（草案 3/3）

⑥緩和医療の研究体制確立

I 緩和医療の臨床実践および教育に関する研究（量的・質的・混合研究法）の批判的吟味を実践し、指導すること。

II 緩和医療の臨床実践および教育に関して学会などで発表し、また学習者の発表を指導すること。

III 緩和医療の臨床実践および教育に関する経験を振り返り、症例報告やレターなどの執筆を指導すること。

IV 緩和医療の臨床実践および教育に関する研究を実施する上での個人・組織レベルでの障壁を理解し、遂行するための支援や組織作りを実施すること。

⑦緩和医療専門医としての臨床能力

I 日本緩和医療学会 緩和医療専門医研修カリキュラム2017年版の「II 緩和ケアを実践する医師の資質と態度」を達成し、評価し、向上に続けること。

・EBM (Evidence Based Medicine)
・緩和医療特有のEBMにおける課題
・研究パラダイム（実証主義、構成主義）
・EBM (Best Evidence Medical Education)
・構造化抄録
・プレゼンテーション
・座長スキル
・ケースレポートやレター
・アカデミックライティング
・Research Capacity Building
・国内の緩和医療研究体制のコンテキスト
・生命を脅かす疾患（非がんを含む）を有する患者とその家族に対する哀悼評価とケアの指導

12

結語

・日本緩和医療学会では、**緩和医療専門医数の増加と、地域における持続可能な緩和医療提供体制の確立**を見据え、Faculty Developmentプログラムを開発中である。

・同プログラムは、日本医学教育学会と共同で実施することで、**医療者教育学的見知からの正当性を確保しつつ、様々な地域の専門医・指導医の総意に基づくこと**で、その妥当性を担保する。

・まずは、**専門医・指導医・認定医へのE-learningプログラムの開発と実装**から取り組み、**徐々に対象や教育方略を拡大**することで、当学会のFD文化の涵養に努める。

KYOTO UNIVERSITY

第 2 回 指導医講習会 修了レポート・アンケートのご案内

この度は、第 2 回指導医講習会にご参加いただき誠にありがとうございました。

最後に本講習会の修了レポートのご提出とアンケートのご協力をお願いいたします。提出期限内に、下記 QR コードまたは URL よりレポート提出フォームにアクセスしていただき、ご回答をお願い致します。レポートの提出は修了条件となりますので、必ず期限内にご回答ください。

アンケートは今後の運営の参考にさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。



<https://forms.gle/tk6eDv3eFKh2Xgmz9>

【レポート提出期限：2025 年 1 月 14 日（火）まで】

【 注意事項 】

- 提出期限を過ぎますと「レポート提出フォーム」にアクセスできなくなります。
- レポートの提出は修了条件となりますので、必ず上記期限までにご回答ください。
- 回答後、指定したアドレス宛てに回答のコピーと、症例報告書の添削課題の追加資料をメールで送信されますので、事後学習にお役立てください。
- 回答のコピーが到着しない場合、回答の送信にエラーが起きている可能性があります。
その際はお手数ですが、下記学会事務局あてにお名前と講習会名とあわせてお問合せください。

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会事務局
〒550-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4-8
日栄ビル 603B 号室
E-Mail : jspm@a-youme.jp