

# 研修プログラム整備基準 Ver.1

2020年6月

## 1 理念と使命

### I 領域専門医制度の理念

長寿社会の到来と急性疾患から慢性疾患への疾患構造の変化を背景に、病や障がいを持ちながら地域で生活する人が増加している。

このような中で、いのちの質（QOL）の向上とその人らしい暮らしの継続に価値をおいた、支える医療の重要性がますます高まっている。

在宅医療は、その人の価値観に敬意を払い、その人の生き方に寄り添い、家族を支援することを通じて、その人らしい人生と暮らしの継続を支援し、国民の幸せに貢献することを第一の目的とする医療である。

### II 領域専門医の使命

重い障がいを持つ人や暮らしにくさを持つ人、医療にアクセスできない人、いのちの問題に直面する人たちに、家や地域において優先的にかかわる。

その人の価値に基づいた医療を提供することを通じて、また、ケアチームと協働して適切なケアを提供することを通じて、さらに家族や社会に働きかけ、生活環境を整えることによって、その人の生きる力を引き出し、その人らしい人生と暮らしの継続を支える。

## 2 専門研修の目標

### I 専門研修後の成果

在宅医療専門医は、以下の6つの資質・能力（コアコンピテンシー）を獲得することを目指す。

- ・在宅医のプロフェッショナリズム（公益に資する職業規範）
- ・継続的支援
- ・包括的支援
- ・家族の支援と療養環境の調整
- ・地域に根差した活動
- ・在宅医療の質向上への貢献（マネジメント、教育・研修、研究）

## 1) 在宅医のプロフェッショナリズム（公益に資する職業規範）

「在宅医のプロフェッショナリズム」とは、暮らしの場で本人本位の適切な医療とケアを提供することである。そのためには、人生と生活の質を重視し、本人の価値観に基づく医療、尊厳と自律、権利擁護、暮らしの継続の視点に基づく、十分なコミュニケーションが重要である。

加えて、暮らしの場で最期まで生きることを支援すること、医療にアクセスできない人にも質の高い医療を届けること、そしてチームアプローチの重視は在宅医療の基本的価値である。

このために在宅医は、気づきと省察力、自らのあるべき姿を自覚し追求する態度（卓越性）が求められる。

- (1) 本人の価値観を重視した医療を提供し、その人らしい人生と暮らしの継続を支え、生きる力を引き出し、最期まで生きることを支える。
- (2) 本人の希望や意向を理解し、意思形成に必要な十分な情報提供を行った上で、本人の自律と選択を尊重し、優先する。
- (3) 訪問診療を必要している人は当然のこととして、様々な理由で医療にアクセスできない人にも良質な医療を届ける（ユニバーサルヘルスカバレッジ（\*1））。
- (4) 本人の人権と尊厳を守るために、最後まで逃げることなく、向き合い続ける。
- (5) 本人の人生に敬意を払い、相互の信頼を得るための努力を怠らない。
- (6) 常に省察（\*2）と自己研鑽を怠らず、地域に求められる診療能力を向上させるように努める。

### 【注釈1】ユニバーサルヘルスカバレッジ（Universal Health Coverage : UHC）

UHCは、2012年に国連総会で議決された理念で、「誰もが、どこでも（アクセスが公平であること）、お金に困ることなく（支払い可能であること）、必要な質の高いプライマリ・ヘルスケア（質の高い医療サービス）を受けられる状態」を示す。

### 【注釈2】省察（せいさつ）

専門医には「省察しながら成長し続ける」という省察的実践の能力が重要である。予期せぬ出来事に対処している時に、何とかその場を切り抜けるためには行う一連の振り返りを「行為の中の省察」（reflection-in-action）と呼ぶ。そしてこれらの事態が終了したあとにも振り返りを行い、言語化する。この事後的振り返りを「行為に基づく省察」（reflection-on-action）という。さらに、自分自身の課題を認識し言語化するプロセスは近年「行為のための省察」（reflection-for-action）と呼ばれる。

## 2) 継続的支援

在宅医療における「継続性」とは、利用者の視点での継続性を指すものであり、病状の全経過（病や障がいによる暮らしにくさを持った時点から、看取りを含む人生の最終段階まで）を可能な限り継続的に支援するため、あるいは、療養の場や担当者が変わった場合でも良質な医療を継続的に提供するための以下の能力をさす。

- (1) 病や障がいの軌跡を踏まえ、在宅医療の諸相に応じた支援とそれらの移行期の支援を行う。
- (2) 病状の変化に迅速に対応するために、24時間連絡できる体制をとり、病状の変化に伴う適切

な医療とケアを提供するとともに、暮らしのニーズの変化をアセスメントし、継続的に協働意思決定（\*3）を行う。

### 【注釈3】協働意思決定

協働意思決定とは、医療者と医療を受ける人が今利用できる最善のエビデンスを共有して一緒に治療方針を決定するプロセスのことである。Shared decision making (SDM) の日本語訳であるが、共有意思決定、共同意思決定などとも訳されている。特に、どの治療法が最善かわからない場合には SDM が重要となってくる。

SDM では、「医療者のもつ情報」と「患者の持つ情報（価値観、希望、社会的役割、背景を含む）」を照らし合わせ、複数の選択肢を吟味し、協力して意思決定を行うことで、情報、目標そして責任をシェア（分かち合う）する。このためには、9つのステップ、①意思決定の必要性を認識する ②両者が対等のパートナーと認識する、③可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる、④選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する、⑤医療者が患者の理解と期待を吟味する、⑥意向・希望を提示する、⑦選択肢と合意に向けて話し合う、⑧意思決定を共有する、⑨共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談することが重要とされている。

## 3) 包括的支援

在宅医療における「包括性」とは、多様な病状や障がいに伴うからだやこころのつらさ、暮らしにくさを持ち、生きがいを失いがちな本人に対し、生活の場で支援するために必要な以下の臨床的、社会的能力のすべてを指す。

- (1) 複雑な病状と障がい、からだやこころのつらさに対しての総合的な医療・ケアが提供できる。
- (2) 医療・ケアと生活支援の統合的アプローチができる。
- (3) 身体・心理・社会的問題への包括的アプローチができる。
- (4) 本人および家族主体のチームアプローチ（IPW）を推進できる。
- (5) 多様な制約のある場における適切な臨床判断ができる。

## 4) 家族の支援と療養環境の調整

「家族の支援と療養環境の調整」とは、家族（\*4）の持つ力を強化することを通じて、本人を支え、「家」（居住系施設を含む暮らしの場）が回復環境（\*5）として機能するように療養環境を整える以下の能力を指す。

- (1) 家族の歴史と関係性（システムとしての全体像）を理解し、家族との信頼関係を構築できる。
- (2) 家族のもつ力を引き出し、家族のケア能力を高める支援ができる。
- (3) 家族も支援の対象ととらえ、家族にも適切なケアを提供できる。
- (4) 回復環境としてのすまい（家）の役割を理解し、療養環境の調整ができる。
- (5) 居住系施設を含む多様な療養の場でのケアの質改善に貢献できる。

### 【注釈4】家族

ここでいう家族とは、血縁関係だけでなく、本人を支えている人も含み、居住系施設に住まう利用者

においては施設スタッフも含まれる。

#### 【注釈5】回復環境

回復環境とは、もともと環境心理学で用いられている言葉で、ストレス軽減や精神疲労からの回復促進効果をもつ環境のことを示している。そして、人にとって重要な回復環境として、自宅（The Home as a Restorative Environment）の役割が認識されている。自宅が回復環境として機能するためには、逃避が得られやすいこと、プライバシーが調整されることなどの条件が必要とされている。

### 5) 地域に根差した活動

「地域に根差した活動」とは、地域共生社会の実現に向けて、あらゆる次元の医療・ケア（\*6）と介護の統合を推進し、地域の医療・介護、福祉および行政との協働および住民主体の活動を促進する以下の能力を指す。

- (1) 地域における多職種連携教育(IPE)を通じて、地域の医療および介護に関わる職種、機関（病院および診療所を含む）、団体（地区医師会を含む）との協働を促進できる。
- (2) 地域のニーズに基づいた地域づくりに参画し、市民の主体的活動を推進できる。

#### 【注釈6】医療・ケアに関する日本在宅医療連合学会の共有認識について

日本においては「医療」と「ケア」を区別し、「ケア」は介護分野を示す言葉ととらえている人も多い。一方、ケアという言葉は「インテンシブ・ケア・ユニット（ICU）」といったように医療分野でも用いられており、また、「地域包括ケアシステム」という概念が現在広く用いられているように、本来「ケア」という英語の概念は、医療介護を包括する概念である。さらに、「在宅医療」と「在宅ケア」は現実的には区別することの意味はあまりない状況となっている。したがって、医療とケアを区別する必要はなく、本来はケアに統一してもいいはずであるが、ケアに統一した場合、混乱が生じる可能性があるため、ここでは医療・ケアとして標記した。

### 6) 在宅医療の質向上への貢献（マネジメント、教育・研修、研究）

「在宅医療の質向上への貢献」とは、組織のマネジメントに関わり、在宅医療の教育・研修や研究活動に参画することによって、在宅医療全体の質向上に貢献するための以下の能力を指す。

- (1) 診療の質向上と安全、ならびにケア提供者のケア（\*7）と教育に関わるマネジメントができる。
- (2) 専門職に対する適正な教育・研修の機会を提供できる。
- (3) 在宅医療にかかわる科学的根拠（エビデンス）の適応ができ、エビデンス構築のための研究・調査に参画できる。

#### 【注釈7】「ケア提供者のケア」

ケア提供者のケアとは、ケア提供者としての自分自身のケア（セルフケア）および協働して活動するチームメンバーに対するケアのことを示す。在宅医療の現場は、常に病や障がいそして死と向

き合う場面も少なくなく、時に大きな葛藤、ストレス、不安等にさらされるため、日常的にそれらに対応するケアを心がけることが必要不可欠である。

## II 到達目標（習得すべき、知識・技能・態度など）

### i 専門知識

（専門知識の範囲と要求水準）

- 1 高齢障がい者や進行期のがんを持った方、各慢性疾患や変性疾患等の進行期の方、障がいをもつ小児など本人が抱える複雑で多様な病態を統合的に理解できる。
- 2 さまざまな機能の障がいを理解し、それぞれの障がいのアセスメントの方法、ならびに治療とケアの内容、リハビリテーション医療による統合的アプローチを理解している。
- 3 多様な疾患の終末期の容態や変化、生ずる苦痛とその評価法および対応方法について理解し、看取りのために必要な視点と具体的なケアを理解している。
- 4 慢性疾患の多様な病の軌跡を理解し、本人の病の軌跡を俯瞰（ふかん）し、移行期、下降期、臨死期における変化と支援方法について理解している。
- 5 制限された環境の中で複雑な病態を総合的に把握し、アセスメントする方法や適切な臨床推論（\*8）を理解している。
- 6 家族を多面的に理解するための基本的な視点と家族ケアやアプローチの方法を理解している。
- 7 チームアプローチの必要性、重要性を理解し、医療および介護専門職の役割およびチームアプローチの原則と視点を理解している。
- 8 セルフケアおよびチームメンバーに対するケアの方法を理解している。
- 9 本人の状態を規定する社会的背景をアセスメントする視点を理解し、介護・福祉制度を利用し、社会へ働きかけるための方法（社会的処方）について理解している。
- 10 地域包括ケアの概念を理解し、地域包括ケアシステム構築のための方法について理解している。

### 【注釈8】 臨床推論

臨床推論とは、ここでは臨床医が診断を下したり治療を決定したりする（すなわち臨床決断を下す）際の思考過程をあらわす言葉とする。

### ii 専門技能

（専門技能の範囲と要求水準；自分で実施可能なものと、指導をうけて実施可能なもの等）

1. 本人の多様な病態や障がい、つらさを包括的に評価できる。
2. 様々な領域の知識や技能を応用し、本人の複雑な病態と障がい、つらさに対して、どのような状況においても、治療・ケア、緩和ケア、リハビリテーションなどを統合したアプローチができる。
3. 共感をもって、本人の人生に寄り添うコミュニケーションができる。本人および家族との信頼関係を構築し、本人の価値観と本人・家族のニーズに沿った医療を提供できる。
4. 在宅ケアに関わるあらゆる職種と円滑なコミュニケーションをとり、協働できる。

5. 家という制約された医療環境においても、適切な臨床判断ができる。
6. 回復環境としての家の優位性を医療とケアに生かすことができる。
7. 複雑な病態・障がいと病の軌跡をわかりやすく説明し、本人の価値観に基づき、家族の状況やナラティブや環境を斟酌したうえで、意思形成に資する具体的提案ができる。
8. 本人の意思表示と選択を支援し、本人の価値観に基づく医療を提供できる。
9. 病の軌跡の諸相とその移行期において、継続的に本人および家族に寄り添い、本人・家族が変化に対応するためのコミュニケーションができる。
10. 社会的複雑性をもつ事例に対して、本人主体の医療の原則を用い、本人の身体的・心理的・社会的課題、スピリチュアルな課題について総合的に評価でき、医学的・社会的手段を駆使し、暮らしおよび人生を支援できる。
11. 家族を一つの単位としてとらえ、家族の価値観や関係性に注意を払い、家族の力を引き出ししながら、療養者を支えることができる。
12. 本人・家族中心の医療・ケアチームを構築できる。多職種によるチームアプローチの実践を通じて、質の高い在宅ケアを提供できる。
13. 地域包括ケアシステムの構築と療養の主体としての市民の活動を支援できる。
14. 在宅医療の質向上のために、在宅医療のシステム改善や教育、調査、研究に積極的に参画できる。

### iii 学問的姿勢

(科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度、教育)

- 1 個々の在宅医療の事例に対してエビデンスに基づいた在宅医療の実践を行う。
- 2 省察的实践の中で認識された課題を、研究を通じて探求することができる。

### iv 医師としての倫理性、社会性など

(医師としての倫理性、社会性等、医療倫理、医療安全、医事法制、医療・介護・福祉制度、医療経済、地域医療などの理論とそれに基づく実践)

1. 医師としてのプロフェッショナリズムおよび在宅医としてのプロフェッショナリズムを追及し続ける。
2. 主治医として本人の健康や幸福に対する責任を共有し、チームとして緊急時も含めた責任ある対応と診療の継続を保証する。
3. 在宅医療が密室における医療であることを自覚し、害を与えないこと（無危害原則）を肝に銘じ、常に自らの医療の在り方を省察し、質向上に努める。
4. 在宅医療が密室における医療であることを自覚し、自らおよびチームメンバーの安全を考慮し、働く現場の環境整備を常に心がける。
5. 倫理的課題については、本人の価値観および自律を優先し、家族・関係者や多職種チームの中で十分な議論を重ねたうえで、実践する。
6. 医療者として、地域に対する責任を自覚し、地域包括ケアの発展に資する。

### Ⅲ 一般目標 (コアコンピテンシーに対しての具体的目標)

#### 1). 在宅医のプロフェッショナルリズム

「在宅医のプロフェッショナルリズム」とは、暮らしの場で本人本位の適切な医療とケアを提供することである。そのためには、人生と生活の質を重視し、本人の価値観に基づく医療、尊厳と自律、権利擁護、暮らしの継続の視点に基づく、十分なコミュニケーションが重要である。

加えて、暮らしの場で最期まで生きることを支援すること、医療にアクセスできない人にも質の高い医療を届けること、そしてチームアプローチの重視は在宅医療の基本的価値である。

このために在宅医は、気づきと省察力、自らのあるべき姿を自覚し追求する態度(卓越性)が求められる。

- (1) 本人の価値観を重視した医療を提供し、その人らしい人生と暮らしの継続を支え、生きる力を引き出し、最期まで生きることを支える。
- (2) 本人の希望や意向を理解し、意思形成に必要な十分な情報提供を行った上で、本人の自律と選択を尊重し、優先する。
- (3) 訪問診療を必要している人は当然のこととして、様々な理由で医療にアクセスできない人にも良質な医療を届ける(ユニバーサルヘルスカバレッジ(\*1))。
- (4) 本人の人権と尊厳を守るために、最後まで逃げることなく、向き合い続ける。
- (5) 本人の人生に敬意を払い、相互の信頼を得るための努力を怠らない。
- (6) 常に省察(\*2)と自己研鑽を怠らず、地域に求められる診療能力を向上させるように努める。

(1) 本人の価値観を重視した医療を提供し、その人らしい人生と暮らしの継続を支え、生きる力を引き出し、最期まで生きることを支える。

- ・本人の生命(「からだ」と「こころ」)だけでなく、人生や暮らしの視点を重視した包括的医療を提供できる(態度)。
- ・本人の価値観を引き出すコミュニケーション力を発揮できる。(技能)
- ・本人のナラティブ(物語)に焦点をあてた医療・ケアを提供できる。(態度)
- ・本人の生きがいを引き出し、最期の時までその生きがいを持ち続けることを支えることができる(態度)。

(2) 本人の希望や意向を理解し、意思形成に必要な十分な情報提供を行った上で、本人の自律と選択を尊重し、優先する。

- ・本人に意思決定に必要な医療情報を、理解度に応じて、真摯な態度で、わかりやすく、理解できているか確認しながら、技能)。
- ・本人の希望や意向を引き出すコミュニケーション力(説明)ができる(コミュニケーション力を持っている(技能))。
- ・本人の自律や選択を優先した意思決定支援ができる(技能・態度)。

(3) 訪問診療を必要している人は当然のこととして、様々な理由で医療にアクセスできない人に

も良質な医療を届ける（ユニバーサルヘルスカバレッジ）。

- ・行政や地域包括支援センター等の諸機関と連携し、認知症独居高齢者や引きこもり、頻回救急搬送患者など医療にアクセスできない人に対してアウトリーチを行い、継続的な支援体制を構築できる（技能・態度）。
- ・地域全体が医療にアクセスできなくなる自然災害等への様々な事態に備えた対応の準備ができている（知識・態度）。

（４）本人の人権と尊厳を守るために、最後まで逃げることなく、向き合い続ける。

- ・本人の人権と尊厳、自律は、どのような病状あるいは状況においても最大限に尊重されるべきであることを認識し、そのための具体的な行動ができる（態度）。

（５）本人の人生に敬意を払い、相互の信頼を得るための努力を怠らない。

- ・本人の、これまでの生き方や暮らし方がどのようなものであったかを問わず、その物語に敬意を払い、真摯に対応できる（態度）。

（６）常に省察と自己研鑽を怠らず、地域に求められる診療能力を向上させるように努める。

- ・本人および家族の個別性や多様性および刻々変わる病状や容態を常に念頭に置き、多職種で提供されている医療・ケアの具体的な内容、提供の仕方、各職種の関わり方、方向性、共有する最終目標等について、評価を行いながら振りかえり、必要に応じて修正を加えることができる。（態度）
- ・本人および家族の医療ニーズに応じることができるよう、また地域で求められる診療能力の開発や向上のため、知識、技能、態度に関して、自己学習や学会・研修会を通じて、自己研鑽に努める。（態度）
- ・関係する学会等で、調査・研究の発表を行うよう努める（態度）。

## ２） 継続的支援

在宅医療における「継続性」とは、利用者の視点での継続性を指すものであり、病状の全経過（病気や障がいによる暮らしにくさを持った時点から、看取りを含む人生の最終段階まで）を可能な限り継続的に支援するため、あるいは、療養の場や担当者が変わった場合でも良質な医療を継続的に提供するための以下の能力をさす。

- （１）病や障がいの軌跡を踏まえ、在宅医療の諸相に応じた支援とそれらの移行期の支援を行う。
- （２）病状の変化に迅速に対応するために、24時間連絡できる体制をとり、病状の変化に伴う適切な医療とケアを提供するとともに、暮らしのニーズの変化をアセスメントし、継続的に協働意思決定を行う。

（１）病や障がいの軌跡を踏まえ、在宅医療の諸相に応じた支援とそれらの移行期の支援を行う。

導入期—安定期—急性期—下降期—臨死期など、在宅医療の諸相とそれらの移行期において、必要とされる適切な医療とケアを提供し、家や地域という暮らしの場において、その人らしい人生と生活が継続できるような支援ができる。

本人の医療的・社会的状況に基づいて、治療・ケアや療養の場の移行について適切に判断し、支援



できる。

① 導入期のマネジメントができる

- ・導入期の臨床課題について包括的なアセスメントとマネジメントができる。(技能)
- ・導入期に、本人をとりまく環境(家族、居住環境、社会資源等)について適切なアセスメントとマネジメントができる。(技能)
- ・導入期に、本人および家族のニーズに適切に対応できる多職種のチームづくりに寄与し、関係者に対して医療の立場から適切な助言ができる(技能・態度)。
- ・退院時等療養の場や諸相の移行期においても、様々な職種・機関と連携・調整できる(技能)。

② 急性期のマネジメントができる。

- ・訪問看護師等との連携を密にし、24時間電話連絡できる体制をとり、病状に応じて往診を行うことができる(態度)。
- ・制約された医療環境の中で、適切な急性期のアセスメントと臨床判断ができる。(知識・技能)
- ・急性期の病状や本人および家族の希望に応じて、受け入れ先となる病院への円滑な入院を依頼できる(態度)。
- ・本人の急性期の複雑な病態(引き金となる疾患の管理、背景となる障がいとその管理、合併症・併存症への対応等)とそれらに伴う苦痛や心理的な反応に対して、適切にマネジメント(治療・ケア、および説明等)できる。(知識・技能)
- ・訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員、介護福祉士などの地域の医療・介護専門職と協力し、急性期の治療・ケアのためのさまざまな工夫ができる(技能・態度)。
- ・本人および家族が急性期の病状と生活の変化に適応できるよう、地域の医療・介護専門職と協力し、さまざまな支援が提供できる(技能・態度)。

③ 安定期のマネジメントができる。

- ・安定期の課題(病態・障がい・つらさ等)を適切に抽出し、マネジメントができる。(知識・技能)
- ・多職種チームと協働し、適切な栄養・口腔管理とリハビリテーション医療によって、身体機能の維持・向上をはかることができる。(技能)
- ・本人および家族のQOLを向上させる様々なとりくみを支援できる(態度)。
- ・家族の介護負担について、関係する専門職との協働でアセスメントし、適切なアドバイスができる(態度)。
- ・今後の病状の経過を予測し、起こりうる事象に対しての予防対策(事象が起こった時への対応方法について説明や備え等)を行うことができる(知識・技能・態度)。
- ・適切なタイミングで、本人および家族ならびに専門職を交えた将来に向けた話し合いを提案し、意思形成と意思表示、選択(Advance Care Planning(ACP))の支援ができる。(技能・態度)

④ 下降期、臨死期のマネジメントができる。

- ・本人の下降期、臨死期の臨床課題、とりわけ病態、障がい、つらさについて適切にマネジメントできる(知識・技能)。
- ・下降期においても、急性増悪を防ぎ、機能の低下を最小限に抑え、安定させるマネジメントができ

る。

- ・本人および家族のつらさを適切に評価し、疾患を問わず、総合的な緩和ケアを提供できる。(知識・技能)
- ・看取りの場についての意思決定支援を行うことができる。(技能・態度)
- ・予測される軌跡や症状等の変化について説明し、看取りにかかわる多職種とケアの目標を共有しつつ、看取り期のケアとケアマネジメントを支援できる(技能・態度)。
- ・家族の看取り準備と看取りを支援できる。(技能)
- ・地域や家族が持っている看取りの文化について配慮し、その希望に沿った対応を行うことができる(態度)。

(2) 病状の変化に迅速に対応するために、24時間連絡できる体制をとり、病状の変化に伴う適切な医療とケアを提供するとともに、暮らしのニーズの変化をアセスメントし、継続的に協働意思決定を行う。

その人の生き方と価値観への理解、「患者-医師関係」を基盤に置き、本人主体の意思決定支援を通して、その人の生き方や価値観に基づいた選択、あるいは本人の意思を反映した家族の考えに沿った選択を支援し、変化に適応するための支援を行うことができる。

- ① 意思の形成、意思の表明と選択をとりまく様々な背景について適切にアセスメントできる。
- ・本人のナラティブ(物語)から価値観を理解し、選択の嗜好を推定できる(技能・態度)。
  - ・本人の医療同意能力とヘルスリテラシー(\*9)を適正に評価できる。(技能・態度)
  - ・家族の価値観、本人-家族間の関係性、ヘルスリテラシー等について適切に評価し、家族の思いに配慮した本人中心の意思決定支援ができる。(技能・態度)

**【注釈9】**：ヘルスリテラシー (health literacy)

ヘルスリテラシーは、健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力のことである。また、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断し、あるいは意思決定をすることで、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができる能力を指している。

② 本人や家族の状況に応じた説明ができる

- ・本人や家族のこれまでの人生に敬意を払い、誠実な態度で説明を含めた対話を行うことができる。(技能・態度)
- ・本人の病態や機能、予後や予測される病状の経過などについて、本人および家族のそれぞれの医療同意能力とヘルスリテラシーを配慮したわかりやすい説明ができる(技能・態度)
- ・適切なディシジョンエイド(\*10)を活用し、チームとして意思表明と選択の支援に継続的に取り組むことで、本人および家族の理解を高める工夫ができる。(技能・態度)
- ・本人の病態に基づき、価値観や選択の嗜好、ヘルスリテラシーを配慮した上で、治療やケアの選択、療養の場等についての選択肢を提示できる。(技能・態度)

**【注釈10】**：ディシジョンエイドとは

ディシジョンエイドとは「意思決定ガイド」と呼ばれるもので、パンフレット、ビデオ、ウェブなど

で治療の選択肢についての情報を提供し、患者が自分の価値観と一致した選択肢を選べるように支援するためのツールである。

③ 本人および家族が変化に適応できるように適切な意思表示と選択の支援ができる

- ・ 病の軌跡の適切なタイミングで、意思表示と選択の支援を適切に実践できる。(技能・態度)
- ・ 本人の意思と周囲の考えが異なる場合、本人の意思を擁護し、本人主体の意思決定を貫くことができるよう支援できる。(技能・態度)
- ・ 適切な診療、意思表示と選択の支援を通じて、本人および家族との信頼関係を構築できる(態度)
- ・ 医療や療養の選択における倫理的葛藤について、適切に対処できる。(技能・態度)

### 3) 包括的支援

在宅医療における「包括性」とは、多様な病状や障がいに伴うからだやこころのつらさ、暮らしにくさを持ち、生きがいを失いがちな本人に対し、生活の場で支援するために必要な以下の臨床的、社会的能力のすべてを指す。

- (1) 複雑な病状と障がい、からだやこころのつらさに対しての総合的な医療・ケアが提供できる
- (2) 医療・ケアと生活支援の統合的アプローチができる
- (3) 身体・心理・社会的問題への包括的アプローチができる
- (4) 本人および家族主体のチームアプローチ (IPW) を推進できる
- (5) 多様な制約のある場における適切な臨床判断ができる

- (1) 複雑な病状と障がい、からだやこころのつらさに対しての総合的な医療・ケアが提供できる
- ・ 多様な障がいと、からだやこころのつらさ、暮らしにくさをもつ人に対して、従来の「治す医療」に加え、緩和ケアやリハビリテーション医療などを含む「支える医療」を提供し、本人のさまざまな局面において、つらさ(緩和ケア)一機能(リハビリテーション医療)一病態(治療・ケア)という3つの視点のバランスをとりながら、総合的な診療ができ、それぞれの局面で最善の方法を選択できる(技能・態度)。
  - ・ 在宅療養者の老年症候群(ADLの低下、摂食嚥下障がい、排泄障がい、低栄養、運動器・感覚器の障がい、認知機能の障がい、褥瘡等)について適切にアセスメントできる。(知識・技能)
  - ・ 在宅療養者の慢性疾患(心不全、非がん性呼吸器疾患、慢性腎障がい・肝不全等)の進行期の病態や障がい、つらさに対して適切にアセスメントでき、マネジメントできる。(知識・技能・態度)
  - ・ 認知症について適切な診断、アセスメントができ、かつ適切な診療とケアによる介入ができる。(知識・技能)
  - ・ 認知症に伴う行動心理徴候(BPSD)に対して、適切にアセスメントし、非薬物療法や環境整備、教育的介入、薬物療法等による総合的なアプローチができる。(知識・技能)
  - ・ 加齢や活動低下等に伴う高齢期の問題(サルコペニア、フレイル)のアセスメントと対処ができる。(知識・技能)
  - ・ 高齢者の急性期の課題(肺炎などの感染症、脱水、転倒・骨折、譫妄等)に対して適切なアセスメントと治療ができ、ケアの導入ができる。(知識・技能)

- ・神経筋疾患（神経難病）に伴う障がいや諸症状、つらさに対して適切にアセスメントでき、対応できる。（知識・技能）
- ・進行したがん疾患をもつ本人の病態やからだやこころのつらさに対して、適切にアセスメントでき、対応できる。（技能・態度）
- ・慢性疾患や認知症等の非がん疾患の下降期・終末期の状態にある本人のからだやこころのつらさに対して、適切にアセスメントでき、対応できる。（技能・態度）
- ・精神疾患を抱える本人のニーズに対応できる。（技能）
- ・多疾患（multimorbidity）を持つ本人に対して、複雑な病態、障がい（身体障がいおよび臓器不全）、つらさなどをアセスメントし、これらの臨床課題に適切に対応できる。（知識・技能）
- ・専門医（病院勤務医など）と協働して重度心身障がい児、医療的ケア児等の訪問診療とケアマネジメントができる。また、トラジションの課題についても適切に対応できる。（知識・技能）

## （２）医療・ケアと生活支援の統合的アプローチができる

在宅医療は生活の場における医療であり、生活の基盤の上に成り立つ。本人および家族にとっての最善をもたらすために、医療、ケア、生活支援にかかわる専門職種とチームとして連携・協働する。

- ・ICF（国際生活機能分類）の理念を理解している。（知識）
- ・睡眠、食事、移動、排泄、清潔、交流など基本的な生活行為について観察する視点をもつ。（知識・態度）
- ・本人および家族の抱える問題に関わる社会資源や制度についての十分な知識を有し、活用できる。（知識・技能・態度）
- ・本人の健康に影響を与える「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）」（\*12）について理解し、社会的視点をもったアプローチ（社会的処方）ができる。（知識・技能）
- ・在宅医療に携わる全てのスタッフと協働し、本人および家族のニーズに基づくチームアプローチを実践できる。（態度）
- ・生活の場において、多職種と協働して、本人および家族にとっての最善の医療・ケアを提供できる。（態度）

### 【注釈 12】 健康の社会的決定要因

健康の社会的決定要因とは、個人または集団の健康状態に違いをもたらす経済的、社会的状況のことである。

## （３）身体・心理・社会的問題への包括的アプローチができる

- ・本人の生き方および価値観を理解し、家族の価値観と関係性を踏まえた上で、複雑な身体・心理・社会的な問題に対して、サイエンスとアートを駆使して、総合的、包括的なアプローチができる。（技能・態度）
- ・本人の身体・心理・社会的な複雑な問題について、そのニーズに沿って、さまざまな臨床的、社会的な手段を駆使し、また、必要に応じて他の専門職種と協働しながら、適切なゴールに導くことができる。（技能・態度）

- ・虐待や機能不全家族、多問題家族などの困難事例に対してチームで適切に対応できる。(技能)

(4) 本人および家族主体のチームアプローチ (IPW) を推進できる

- ・在宅医療に関わる医療・介護専門職のそれぞれの役割を理解し、チームとして効果的効率的に機能するために調整役あるいはリーダーとして役割を果たす。(態度)
- ・チームとして機能するためには、互いに対等な立場を尊重すること、協力的な雰囲気を作ることの重要性を認識している。(態度)
- ・チームの方針に関しての医療的責任を引き受けることができる。(態度)
- ・カンファレンスの重要性を認識している。(態度)

(5) 多様な制約のある場における適切な臨床判断ができる

- ・「家」という制約のある非医療的環境で実施できる技能・医療的アプローチを用いて、臨床課題をアセスメントし、臨床判断ができる。(技能)。
- ・「家」という制約のある非医療的環境において、医学的な知識と技能を適用し、適切に医療とケアを提供できる。(技能)

#### 4) 家族の支援と療養環境の調整

「家族の支援と療養環境の調整」とは、家族の持つ力を強化することを通じて、本人を支え、「家」(居住系施設を含む暮らしの場)が回復環境して機能するように療養環境を整える以下の能力を指す。

- (1) 家族の歴史と関係性(システムとしての全体像)を理解し、家族との信頼関係を構築できる。
- (2) 家族のもつ力を引き出し、家族のケア能力を高める支援ができる。
- (3) 家族も支援の対象ととらえ、家族にも適切なケアを提供できる。
- (4) 回復環境としてのすまい(家)の役割を理解し、療養環境の調整ができる。
- (5) 居住系施設を含む多様な療養の場でのケアの質改善に貢献できる。

- (1) 家族の歴史と関係性(システムとしての全体像)を理解し、家族との信頼関係を構築できる
- ・家族を一つの単位としてとらえ、家族の歴史や価値観、関係性を理解し、システムとして家族の全体像を把握できる。(態度)
- ・家族図の作成および家族関係の把握ができ、課題を抽出できる。(技能・態度)
- ・家族の多様なあり方を受け止めることができる(態度)。
- ・本人の医学的状況をふまえ、家族の価値観や関係性、家族の介護能力等を総合的に評価した上で、医療・ケアの方針を提示できる。(技能・態度)
- ・家族が抱える健康問題の評価ができ、家族の健康課題に対して適切な医療的介入が行える。(技能・態度)
- ・在宅で行われる医療・ケアへの家族の関わりを家族の状況に応じて提案できる。(技能・態度)
- ・介護者・家族等による虐待を察知し、適切に介入できる。(技能・態度)

(2) 家族のもつ力を引き出し、家族のケア能力を高める支援ができる

- ・家族レジリエンス（\*注釈13）の概念を理解し、家族への教育的支援を行い、家族をエンパワメントできる。（知識、技能・態度）
- ・家族をケアチームの一員として認識し、ケアに家族が積極的に参画できるような環境を整備できる。（技能・態度）
- ・独居世帯、多問題家族など家族機能の脆弱な在宅療養者の療養環境の調整できる（知識、技能）

#### 【注釈13】家族レジリエンス

レジリエンスとは、「弾力」や「反発力」を意味する物理学用語であるが、心理学用語としては、「回復力」「復元力」と訳され、困難な状況にもかかわらず、うまく適応する過程や結果、その能力と定義される。家族レジリエンスとは、家族の「危機適応の力を表す概念」で、「家族が困難な状況にもかかわらず、うまく適応する過程や結果、その能力」のことをいう。

(3) 家族も支援の対象にとらえ、家族にも適切なケアを提供できる

- ・家族も本人と同様に様々なつらさを抱えていることが意識できる。（技能・態度）
- ・家族の持つ様々なつらさおよびニーズを多職種協働でアセスメントできる。（技能・態度）
- ・家族の持つニーズに多職種協働で対応できる。（技能・態度）
- ・可能な限りその家族らしい暮らしが継続できるよう配慮できる。（技能・態度）
- ・臨死期の家族ケアはグリーフケアとして重要であることを認識できる。（技能・態度）
- ・家族のもつ文化や習慣および宗教的儀礼に配慮できる。（知識・技能・態度）
- ・家族による代理意思決定を支援できる。（技能）
- ・悲嘆の援助、看取り後の家族へのグリーフケアが実践できる。（技能）

(4) 回復環境としてのすまい（家）の役割を理解し、療養環境の調整ができる

- ・生活の質を高める場としてのすまい（家）の意義を理解している。（知識・態度）
- ・加齢や傷病による機能の障がいに対応した住環境の特性を理解し、ヘルスケアの観点からすまい環境の課題を抽出できる。（知識、技能）
- ・すまいの環境の改善策を提示し、適切な療養環境の整備を支援できる。（技能・態度）

(5) 居住系施設を含む多様な療養の場でのケアの質改善に貢献できる

- ・居住系施設の特性を理解したうえで本人および家族の療養の場の選択に対して助言できる。（技能）
- ・居住系施設において、家族だけでなく、他入居者や介護職員との関係性も考慮し、最適なケア方針の策定に関して助言できる。（技能・態度）
- ・居住系施設の専門職と連携し、施設に対する教育的支援ができる。（技能）

#### 5) 地域に根差した活動

「地域に根差した活動」とは、地域共生社会の実現に向けて、あらゆる次元の医療・ケアと介護の統合を推進し、地域の医療・介護、福祉および行政との協働および住民主体の活動を促進する以下の能力を指す。

- (1) 地域における多職種連携教育(IPE)を通じて、地域の医療および介護に関わる職種、機関（病院および診療所を含む）、団体（地区医師会を含む）との協働を促進できる
- (2) 地域のニーズに基づいた地域づくりに参画し、市民の活動を推進できる

よび診療所を含む)、団体(地区医師会を含む)との協働を促進できる

- ・本人および家族にとっての最善を提供するために、地域のあらゆる専門職や機関と立場や場を超えて協働し、急性期病院や後方支援を担う病院、地域にある施設とも連携体制を構築する。(知識・技能・態度)
- ・地域の他職種と相互に高めあう関係性を構築できる。(技能・態度)
- ・医師会をはじめとした地域の諸団体、行政、地域住民と連携し、地域課題の解決に取り組むことができる。(技能・態度)
- ・地域包括ケアの推進と地域包括ケアシステムの構築に貢献できる。(知識・技能・態度)

(2) 地域のニーズに基づいた地域づくりに参画し、市民の活動を推進できる

- ・市民とのパートナーシップを築きつつ、地域のニーズに基づく地域づくり(まちづくり)を行うことができる。(技能・態度)
- ・人生と療養の主体としての市民が、主体的に健康と医療を考えることを支援できる。(技能・態度)

#### 6) 在宅医療の質向上への貢献(マネジメント、教育・研修、研究)

「在宅医療の質向上への貢献」とは、組織のマネジメントに関わり、在宅医療の教育・研修や研究活動に参画することによって、在宅医療全体の質向上に貢献するための以下の能力を指す

- (1) 診療の質向上と安全、ならびにケア提供者のケアと教育に関わるマネジメントができる
- (2) 専門職に対する適正な教育・研修の機会を提供できる
- (3) 在宅医療にかかわる科学的根拠(エビデンス)の適応ができ、エビデンス構築のための研究・調査に参画できる

(1) 診療の質向上と安全、ならびにケア提供者のケアと教育に関わるマネジメントができる

- ・本人主体の視点に基づき、医療機関のマネジメントとシステムを改善し、チームケアを促進し、在宅医療の質を向上させる。(技能・態度)
- ・ケア提供者も様々なつらい環境の中で働いていることを念頭に置き、自分自身を含めて適切なケア(労働環境の改善を含め)を行うことができる。(態度)

(2) 専門職に対する適正な教育・研修の機会を提供できる

- ・医学生等の医療・福祉の専門職をめざす学生や研修医に向けての教育、研修の機会を提供し、指導できる。(技能・態度)
- ・地域の医師、多職種に対する生涯教育や研修活動に積極的に関わる。(技能・態度)
- ・基本的な教育手法を習得し、専門職に対して在宅医療に関する教育・研修の機会を提供し、適正に指導できる。(技能・態度)

(3) 在宅医療にかかわる科学的根拠(エビデンス)の適応ができ、エビデンス構築のための研究・調査に参画できる

- ・在宅医療に関連したリサーチクエスション(研究課題)の抽出ができる。(技能)
- ・それぞれのエビデンスやガイドラインを在宅医療の場に適応できる(知識・技能)
- ・研究手法の基本について理解している。(知識)

- ・利益相反や研究倫理について理解している。(知識)
- ・学術集会の発表の方法を理解し、研究成果を発表できる。(技能)
- ・研究論文の書き方を理解し、研究論文を投稿できる。(技能)
- ・在宅医療にかかわる研究および調査に参画できる。(態度)

## IV 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）

### i) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達目標を満たすことが求められる。なお、この項目以降での経験の要求基準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とする

以下に示す一般的な疾患や病態、状態に対して、在宅の場で、適切にアセスメントができ、判断ができる

サルコペニア、フレイル、摂食嚥下障がい、口腔ケア、低栄養、認知症、運動器の障がい（整形疾患）、転倒・骨折、排尿障がい、排便障がい、褥瘡、肺炎、脱水、譫妄、老年症候群、廃用症候群、慢性呼吸不全、腎不全、心不全、脳血管障がい、ALS、パーキンソン病、その他の神経筋疾患（神経難病）、精神疾患全般、非がん疾患の緩和ケア、がん、身体障がい、重度心身障がい児、医療的ケア児

### ii) 経験すべき診察、検査等

嚥下機能のベッドサイド評価、転倒、褥瘡のリスク評価、  
採血、検尿、腹部超音波、心臓超音波、婦人科・泌尿器科、血管超音波、  
嚥下内視鏡、レントゲン、CT、MRI 画像の読影、神経心理検査

### iii) 経験すべき手術、処置等

膀胱留置カテーテル、間欠的導尿、膀胱瘻、腎瘻、浣腸、褥瘡処置（含デブリードメント）、抗菌薬治療、在宅人工呼吸療法、経管栄養（胃瘻、経鼻胃管、腸瘻、PTEG）、末梢輸液、皮下輸液、中心静脈栄養の管理（PICC 含む）、持続皮下注射、補完代替療法、腹腔穿刺、胸腔穿刺、関節穿刺と注射、トリガーポイント注や簡単なブロック（仙骨ブロック等）

### iv) 地域医療の経験（病診・病病・診診連携、地域包括ケアなど）

- 1 様々な地域における在宅医療の違いを知る
- 2 多様な居住系施設における診療ができる
- 3 退院前カンファレンスに参加する
- 4 多職種によるカンファレンスに参加する
- 5 医師会や地域包括ケアの推進にかかわる場に参加する
- 6 様々な地域づくりの場に参加する

### v) 学術活動

#### 1 教育

- 1) 医学生に対しての見学実習を指導することができる。



- 2) 他の専門職に対しての見学実習を指導することができる。
- 3) 初期研修医の実習を指導することができる。
- 4) 指導医として、在宅医療専門医の指導ができる。

## 2 研究

- 1) 多分野のエビデンスを在宅医療の臨床に適応することができる。
- 2) 利益相反や倫理的基準を順守し、学会発表ができる。
- 3) 量的研究や質的研究などの研究手法の基本を理解し、研究計画をたてることができる。