最終提出版

緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシー開発

Development of a Domains, Competencies and Performance Statements for Board Certified Pharmacist of the JPPS

熊本大学大学院社会文化科学研究科
教授システム学専攻 博士前期課程

159g8806
川村和美

主指導教員：都竹 茂樹教授
副指導教員：鈴木 克明教授、中野 裕司教授

2017年3月

目次

要旨（日本語） ---------- 4

要旨（英語） ---------- 5

序章

第１節 研究の背景 ---------- 7

第１項 専門医制度の問題と薬剤師認定/専門資格の現状 ---------- 7

第２項 緩和薬物療法認定薬剤師制度の問題点と課題 ---------- 9

第２節 研究の目的 ----------11

第３節 先行・関連研究 ----------11

第１項　コンピテンシーの定義に関する研究 ----------11

第２項　近年のコンピテンシー開発に関する動向----------14

第３項　専門職とコンピテンシーの関係に関する研究 ----------16

第４節 本論文の構成----------17

第１章 緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシーの開発手順

第１節 ibstpi®コンピテンシー開発手順の概要 ----------18

第２節 本研究のコンピテンシー開発手順の概要 ----------19

第２章 文献のレビュー

第１節 テキスト『緩和医療薬学』と緩和薬物療法認定試験出題状況の分析---------20

第２節 緩和医療関連の倫理規定の分析 ----------21

第３節 他学会/関連団体のコンピテンシー調査----------22

第４節 緩和医療関係職種のコンピテンシー調査 ----------24

第５節 薬剤師のコンピテンシー調査----------26

第３章 実践のレビュー

第１節 緩和薬物療法認定薬剤師の要件 ----------28

第２節 病院薬学認定薬剤師制度研修カリキュラムにおける PEOPLE の該当項目----29

第３節 緩和薬物療法認定薬剤師の主観的な職務実践----------30

第１項 認定薬剤師へのインタビュー ----------31

第２項 ワールドカフェによる意見収集 ----------32

第４節 緩和薬物療法認定薬剤師の客観的な職務実践----------33

第５節 患者家族の意識調査----------36

第４章 コンピテンシーの同定と検証

第１節 緩和薬物療法認定薬剤師によるレビュー ----------43

第２節 ID 専門家によるエキスパートレビュー**エラー! ブックマークが定義されていません。**

第３節 緩和薬物療法専門家によるエキスパートレビュー ----------47

第５章 コンピテンシーの改訂と最終的な合意

第１節 コンピテンシー案改訂作業の実施 ----------48

第２節 日本緩和医療薬学会会員を対象とした重要性/妥当性調査 ----------48

第３節 コンピテンシー確定作業の実施 ----------54

第６章 開発した緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシー

第１節 領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書 ----------56

第２節 教育面における申請要件との関連付け----------60

終章

第１節 結論----------64

第２節 緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシー開発の課題と展望 ----------64

謝辞----------66

引用・参考文献 ----------66

要旨（日本語）

日本緩和医療薬学会では、2010年より医療用麻薬を始めとする緩和医療に用いる薬剤に精通した人材を輩出しようと、「緩和薬物療法認定薬剤師」の制度を敷き、人材育成をしている。ところが、設立当初より制度の推進が優先され、認定側も受験者側も、緩和薬物療法認定薬剤師の人材像が不明確なまま、資格制度を運用している状況である。業務遂行能力が定まらないと当該審査者任せの症例審査、当該試験委員によって作成された筆記試験内容のばらつきが否めず、資格そのものの質の保証が不安定といえよう。

本研究ではibstpi®の開発方法に沿って、緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーを開発することを目的とする。コンピテンシーの定義は様々なものがあり、近年のコンピテンシー開発は質的帰納的内容分析法を用いた方法が主流である。しかし、“帰納的”方法には明確な定義がないゆえに、その解釈は研究者によって異なり、採っている開発方法がいずれも曖昧であることが否めない。そこで本研究においてはibstpi®の定義のもと、The ibstpi® Competency Development Modelに準じて、コンピテンシーの開発手順を踏んだ。

具体的には、試験問題の出題先であるテキスト『緩和医療薬学』の章立てを軸にして、文献のレビューと実践のレビューを行い、次に、本コンピテンシーに責任の持てるメンバーによるコンピテンシーの同定と検証を繰り返し行って、緩和薬物療法認定薬剤師の領域とコンピテンシー案を考えた。コンピテンシー案について、緩和医療薬学会会員による適合性の評価を行ってコンピテンシーを確定し、緩和医療薬学会が提供している教育研修と紐付けを行う。

現在、薬剤師の認定/専門資格は現在45も存在し、社会の要請とはかけ離れた形で乱立を続けている。いずれの資格制度もコンピテンシーを設定しておらず、その質の保証が問題視され、資格そのものの意義が疑問視されている。これでは資格どころか職種の信頼が失われる結果になってしまうかもしれない。本来、認定/専門資格は、国民に高いサービスを提供するために設けられた制度のはずである。本研究の結果により、薬剤師の認定/専門資格制度が見直され、集約化して、広く社会に認められる制度となることを願う。

要旨（英語）

Since 2010, Japanese Society for Pharmaceutical Palliative Care (JPPS) and Sciences has been developing pharmacists under the system of "the Board Certified Pharmacist of the JPPS" to produce the pharmacists familiar with medicines used for palliative care including opioids. On the other hand, neither the certification side nor the candidate side are operating the qualification system with priority to the promotion of the system at the beginning, while the concrete image of the Board Certified Pharmacist of the JPPS is unclear. We can't guarantee the quality of the qualification itself unless the ability of the qualified pharmacists is fixed.

In this study, I aim to develop the competencies of the Board Certified Pharmacist of the JPPS according to the developmental method of ibstpi® . There are various definitions of competencies, and the recent development is mainly based on qualitative inductive content analysis method. However, since there is no clear definition of the "inductive" method, the interpretation of the meaning "inductive" differs among researchers. Every developmental method we are using is very ambiguous. Therefore, we followed the competencies development procedure under this ibstpi® definition according to The ibstpi® Competency Development Model.

Specifically, we have reviewed the practice and the literature in all chapters of the text "Palliative Medical Medicine" which is the standard textbook for the qualification examination of the Board Certified Pharmacist of the JPPS. Next, I repeated the identification and verification of the competency proposal by the members responsible for the competencies. This competency proposal was evaluated conformity by members of the JPPS, then I have tied up with the educational training provided by the Palliative Medicinal Pharmaceutical Society.

Currently, 45 certification / professional qualifications for special pharmacists are existed, and they continue to stand in a way far apart from the social needs. None of the qualification systems have established competencies,

the assurance of quality is regarded as a problem. The significance of the qualification itself is questioned. The trust for the certification or professional qualifications may be lost. Originally, certification / professional qualification must be established to provide high service to citizens. Based on the results of present study, I hope that the certification / professional qualification system for special pharmacists will be reviewed, integrated and widely accepted by society.

序章

第１節 研究の背景

第１項 専門医制度の問題と薬剤師認定/専門資格の現状

現在、医療者の資格制度が乱立し、資格の質のバラつきが顕著化するとともに、類似した資格名も少なくなく、患者側にわかりにくい点も問題視されている。日本の専門医資格制度は、1962年に日本麻酔学会が「日本麻酔指導医制度」を導入したところからスタートし、以降、各学会が独自の基準を設けて、それぞれに専門医を認定するようになっていった。とりわけ、専門医の広告が可能になった2002年以降は、制度を導入する学会が著しく増加して、現在、医師の資格制度は80を越している[1)]。

こうした問題を受け、2011年に「専門医の在り方に関する検討会」が発足して議論が重ねられ、①各学会が独自に運用しているため、学会の認定基準の統一性や専門医の質の担保に懸念がある、②専門医としての能力について医師と国民との間にとらえ方のギャップがある、の問題点が指摘されて、「専門医の質を高め、良質な医療が提供されること」を目的に[2)]、2014年5月に第三者機関である「日本専門医機構」が発足した。

同機構は、日本医師会、日本医学会連合、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会、日本がん治療認定医機構、および各診療科別の学会などで構成される専門医の育成・認定・評価を担う一般社団法人である[3)]。専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義し、良質かつ適切な医療を提供するために、2017年7月に専門医制度新整備指針（代1版）を公表している[4)]。

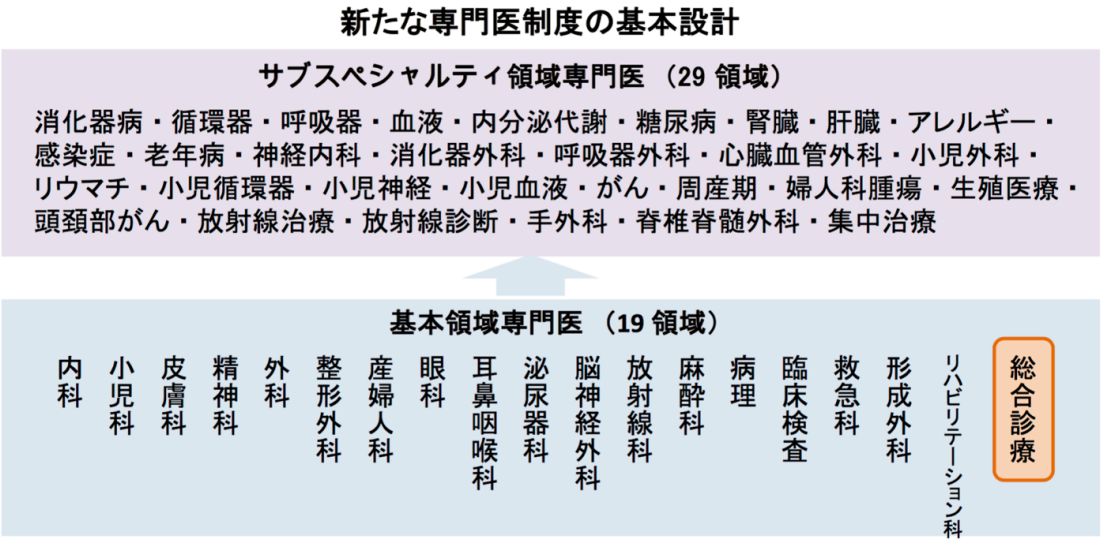

図１．専門医の領域、認定・更新 専門医の在り方に関する検討会報告書
(平成 25 年 4 月 22 日)図表より

薬剤師認定/専門資格は、専門医制度に追随して拡大し、2016年7月現在、特定の領域の知識・技能を習得した薬剤師を認定する「認定薬剤師制度」は28団体35種類に及び、「専門薬剤師制度」は6団体10種類に上っている[5)]。薬剤師の活動範囲の拡大という名目の下、いまも認定・専門薬剤師制度は次々と立ち上げられており、安易な認定者の輩出に疑念の声が上がっている。

専門薬剤師制度については、2008年に日本学術会議が「質の保証には第三者評価期間により保証された研修・認定の仕組みが不可欠」と提言し、2014年に厚生労働科学研究班は専門薬剤師制度を整備するための指針をまとめた。しかし、学会等の団体が整備すべき基本的事項を示した指針を遵守しているかどうか不明だという[6)]。

さらに、認定薬剤師は野放し状態で、質が保証された制度に向かおうとするコンセンサスが各学会や職能団体の間に得られておらず、一層乱立状態が進んでいる状況にある。新たに制度を立ち上げる学会等の団体は、中身よりも資格付与ありきで制度を押し進めており、「何のための認定がわからないものが多い」「意味がない」との指摘すら聞かれる。これでは、各学会や職能団体における薬剤師制度の意義が明確になっておらず、国民のために貢献する人材を輩出する制度となっていない可能性がある[6)]。

表１．認定薬剤師・専門薬剤師一覧

団体	認定薬剤師（名称）	専門薬剤師（名称）
日本薬剤師研修センター	研修認定薬剤師	
	漢方薬・生薬認定薬剤師（生薬学会）	
	小児薬物療法認定薬剤師（小児臨床薬理学会）	
日本病院薬剤師会	がん薬物療法認定薬剤師	
	感染制御認定薬剤師	感染制御専門薬剤師
	精神科薬物療法認定薬剤師	精神科専門薬剤師
	妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師	妊婦・授乳婦専門薬剤師
	HIV 感染制御薬物療法認定薬剤師	HIV 感染症専門薬剤師
	日病薬病院薬学認定薬剤師	
日本医療薬学会	認定薬剤師	がん専門薬剤師
		薬物療法専門薬剤師
日本臨床腫瘍薬学会	外来がん治療認定薬剤師	
日本緩和医療薬学会	緩和薬物療法認定薬剤師	
日本化学療法学会	抗菌化学療法認定薬剤師	
日本結核病学会	抗酸菌症エキスパート	
日本腎臓病薬物療法学会	腎臓病薬物療法認定薬剤師	腎臓病薬物療法専門薬剤師
日本リウマチ財団	リウマチ財団登録薬剤師	

日本褥瘡学会	認定師	
日本静脈経腸栄養学会	栄養サポートチーム（NST）専門療法士	
日本臨床救急医学会	救急認定薬剤師	
日本プライマリ・ケア連合学会	プライマリ・ケア認定薬剤師	
日本禁煙学会	認定指導者	認定専門指導者
日本在宅薬学会	在宅療養支援認定薬剤師	
日本医薬品情報学会		医薬品情報専門薬剤師
日本臨床薬理学会	認定薬剤師	
	認定 CRC	
糖尿病療養指導士認定機構	糖尿病療養指導士	
日本アンチドーピング機構	スポーツファーマシスト	
日本医療情報学会	医療情報技師	
日本薬局学会	認知症研修認定薬剤師	
日本医薬品安全性学会	認定医薬品安全性指導者	医薬品安全性専門薬剤師
日本集団災害医学会	災害医療認定薬剤師	
日本くすりと糖尿病学会	糖尿病薬物療法認定薬剤師	
薬局共創未来人財育成機構	高齢者薬物治療認定薬剤師	
日本老年薬学会	老年薬学認定薬剤師（未定）	
日本麻酔科学会	周術期管理チーム認定薬剤師	
日本臨床栄養協会	サプリメントアドバイザー	

第２項 緩和薬物療法認定薬剤師制度の問題点と課題

一般社団法人日本緩和医療薬学会では、緩和医療の均てん化を目指し、2010年より医療用麻薬を始めとする緩和医療に用いる薬剤に精通した「緩和薬物療法認定薬剤師」を認定している。病院30症例、薬局15症例の症例報告をし、緩和薬物療法に関する経験が認められた者は、筆記試験の受験資格が与えられる。筆記試験で7割以上の正答率だった者に「緩和薬物療法認定薬剤師」の認定資格が与えられる。これまでに8回の試験が開催され、2017年1月の試験までに605名の認定者が全国に輩出されている[7)]。

設立当初より、緩和薬物療法認定薬剤師は「緩和医療に用いる薬剤に精通している」というだけで、求められる人材像や具体的な業務遂行能力が不明確なまま、制度の推進が優先されて来た。つまり、当学会においても、会員、理事・社員の間に質が保証できる制度に向かうためのコンセンサスが、十分に得られているとは言い難い状況であった。さらに、2018年より「緩和薬物療法認定薬剤師」の上位の資格として「緩和薬物療法専門薬剤師」制度を敷くにあたり、認定薬剤師との違いは何か、そもそも緩和薬物療法認定薬剤師は何ができる人なのか、という能力の可視化が欠かせない状況になってきた。

2015年10月19日の第1回合同委員会会議で、専門制度委員長より、認定委員長は専門薬剤師制度の細則作成に、試験員会は専門薬剤師の試験問題作成に、教育研修委員会は認定施設における教育モデル・コア・カリキュラムの作成に着手するよう依頼を受けた。しかし、専門薬剤師のコアカリを作成するにも、試験問題を作成するにも、規定や細則を作成するにも、認定薬剤師および専門薬剤師の人材像が明確ではない現状況において、実働することは困難である。

医師の専門医制度は、前述のように資格乱立の問題を改善するために2011年から取り組み、2018年4月以降、日本専門医機構による研修プログラム認定の標準化等が始動する予定となっている。薬剤師についても第三者機関による制度や研修プログラムの査定の必要性が指摘されており、当学会もその評価に耐えうる制度とする必要がある。

認定薬剤師ならびに専門薬剤師の人材像について、ここでコンセンサスを得ておかなければ、専門薬剤師制度も枠組みありきになってしまい、真に国民のための人材を輩出することにはならない。2016年3月、専門制度委員会、試験委員会、認定委員会、代表理事と副代表理事に教育学的手続きに沿った、国民を始めとする会員を取り巻くあらゆるステークホルダーのためになる資格制度にして、世に出す必要性を訴えた。

緩和医療薬学会専門制度合同委員会における経緯から、コンピテンシーは必要不可欠であるとの理解が得られ、他認定制度のコンピテンシーの設置状況からも、日本緩和医療薬学会における本研究の目的「緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシー開発」は、緩和医療薬学会の喫緊の課題であると考えられた。5月30日の第2回合同委員会会議の際、コンピテンシー草案を提示し、専門制度委員長から正式なコンピテンシー作成の依頼を受けた。

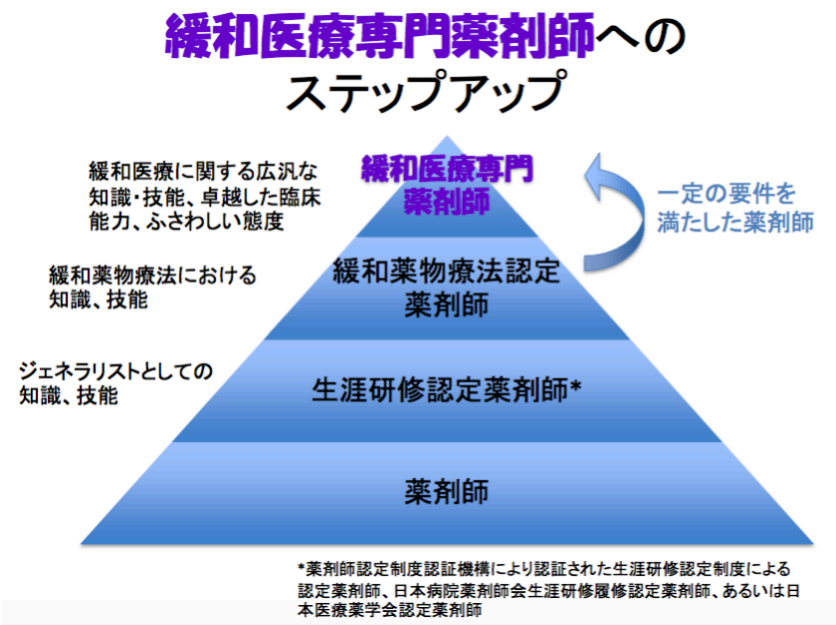

図２．認定薬剤師・専門薬剤師の位置付け

第２節 研究の目的

本研究の目的は、教育学的手法を用いて緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーを適切に開発し、薬剤師の資格制度のあり方に問題を提起することである。コンピテンシーの定義は様々なものがあるが、本研究においてはibstpi®の定義のもと、The ibstpi® Competency Development Modelの開発方法[8)]に沿って緩和薬物療法認定薬剤師の領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書を明らかにする。

さらに、開発した緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーと認定の要件を紐付け、要件の根拠を示し、医療専門職におけるコンピテンシー基盤型教育（Competency-based Education:CBE）の必要性を明確化する。

第３節 先行・関連研究

本節では、緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーを開発するために、コンピテンシーの定義に関する研究、近年のコンピテンシー研究に関する動向、専門職とコンピテンシーの関係に関する研究について調査した。

第１項　コンピテンシーの定義に関する研究

コンピテンシーとは、「一定の職務や作業において、絶えず安定的に期待される業績をあげている人材に共通して観察される行動特性。豊富な知識や高い技能、思考力のある人が必ずしも業績をあげられない事実に着目し、好業績を達成している人材にみられる行動、態度、思考パターン、判断基準などを特性として列挙したもの（日本大百科全書）」を指す[9)]。

コンピテンシーは1973年、アメリカ国務省から「学歴や入省試験結果が似通った人物でも外交官としての実績に差がでるのはなぜか」との調査依頼に基づき、ハーバード大学心理学教授の David C. McClelland（1917-1998）らが行った研究内容から生まれた概念と言われている[10)]。

日米におけるコンピテンシー概念に関する先行研究をレビューした加藤によると、コンピテンシーに対する共通の定義は、アメリカにおいても得られていない状況であり、日本においても未だ共通の定義を見ないという（表1、2）。加藤は日本企業のHRMにおけるコンピテンシー概念を「行動によって見極められる動機、自己効力感、思考、スキル、知識などを含む総合的な能力の概念であり、高業績につながると予測されるもの」と再定義している[11)]。

表２．コンピテンシー移行期のアメリカにおける主な研究者の定義

論者	発表年	定義
White	1959 年	コンピタンスは動因や本能ではないモチベーションの側面.
McClelland	1973 年	コミュニケーション能力、忍耐力、適度の目標設定や自尊心の発達といったパーソナリティ変数がコンピタンス．変化を評価することによってモチベーションを起こさせるもの.
McLagan	1980 年	コンピテンシーとは，つまり効果的な職務業績の背後にある知識やスキル.
Klemp	1980 年	“職務”のコンピテンシーは，個人のコンピテンシーとは区別されるものであり，ある職務において効果的な業績を出すのに十分なもの．それは，ある職務で効果的かつ（もしくは）優れた業績という結果を生む人の根源的な特徴.
Boyatzis	1982 年	ある職務において，効果的かつ（もしくは）優れた業績という結果を生む人の根源的な特性. 人の根源的特徴とは, 動機, 特性，スキル，自己概念もしくは社会的役割といった側面, もしくは人が使用する知識の総体
Spencer &Spencer	1993 年	ある職務または状況に対し，基準に照らして効果的，あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性．具体的には，動因，特性，自己概念，知識，スキル.
Mirable	1997 年	ある職務における高業績に関わっている知識，スキル，能力（ability）その他の特徴．例えば，問題解決，分析的思考，リーダシップなどといったもので，いくつかの定義では動因（動機），信念，価値観をも含む.
Losey	1999 年	知能＋教育＋経験＋倫理＋ /－興味＝コンピテンシー
Athey & Orth	1999 年	コンピテンシーは観察可能な業績の要素（dimensions）であり，高業績につながり，持続可能な競争優位を組織にもたらす集団的なチーム（collective team），プロセス，組織的な能力，行動と同様に，個人の知識，スキル，態度，行動.
Lucia & Lepsinger	1999 年	ある人の職務（役割もしくは責任）の主要部分に影響する知識，スキル，そして態度のまとまり．それは職務を遂行することに関連があり，よく受け入れられている基本と比較して測定することができ，教育訓練と能力開発を通して開発することができる.
Zwell	2000 年	個人の業績を決定づける永続的な特性または性向.

※加藤の表に著者追記

表３．日本における主な研究者のコンピテンシーの定義

大きな枠組み	定義キーワード	定義	論者
能力	能力，特性	コンピテンシーとは，行動に表れる能力，特性．結果や成果と結びつく能力，特性	人事院（2006）
	能力	高い成果を生み出すために，行動として安定的に発揮されるべき能力	ヘイコンサルティンググループ（2001）
	業務遂行能力	既存の能力指標や職務分析による職務特性（要件）とは異なっており，行動として顕在化し観察可能であるが，個人が内的に保有し学習によって獲得される，職務上の高い成果や業績と直接的に関連した，職務遂行能力に関わる新しい概念	古川（2002）
	発揮能力	継続的にその職務に求められる達成すべき最終成果責任を生み出すために効果的な行動を選択し，実際に行動に結びつけるという行動にフォーカスした能力で，しかも顕在的で他者から観察し得る行動レベルでの発揮能力	谷内（2001）
	実力	成果に結びつく行動力という点で，「実力」にほぼ等しい概念	根本（1998）
行動	実力，競争力，高成果行動力	コンピテンシーは，高い成果をあげるような行動特性（いわば優等生モデル）ということで，もし和訳すれば実力とか競争力とか高成果行動力	日本賃金研究センター（2001）
	行動特性	特定の役割において高業績者が持つ行動特性	ウィリアム・マーサー社（2000）
	行動様式・特性	特定の職務や状況下において成果に結びつけることのできる個人の行動様式や特性	アーサーアンダーセン（2000）
	行動，姿勢，こだわり，思考	継続的に高い業績をあげる人に特徴的に見られる，物事の考え方や仕事に対する姿勢，こだわり，行動特性	相原（2002）
思考	行動についての自己効力と思考	高業績者とそうでない者を区別し，経験的に望ましい業績に結びつくことを証明できる考え方や行動についての自己効力	日詰（2005）
	思考	成果をあげる高業績者に見られる，行動特性に着目し，その背景にある“考え方”，“価値観”などを抽出したものである	渡辺（2005）

第２項　近年のコンピテンシー開発に関する動向

近年のコンピテンシー開発の方法は、質的帰納的内容分析法を用いたものが多い。たとえば、文部科学省委託事業として2012年度より進められてきた「多職種連携コンピテンシーの開発」の研究は、日本保健医療福祉連携教育学会IPE推進委員会と三重大学が協働し、複数領域の学会・職能団体の協力を得ながら、inductive qualitative research methodology (IQRM) の手順を用いてコンピテンシーを開発したと報告している[12)]。

IQRMの手順とは文献レビューを行い、続いて日本保健医療福祉連携教育学会学術集会参加者からの意見収集をして、専門家によるプロトタイプを作成、パブリックコメントを介して意見を集約し、合意形成・最終合議の5つのStageを経て、最終案の作成に至るという方法である。

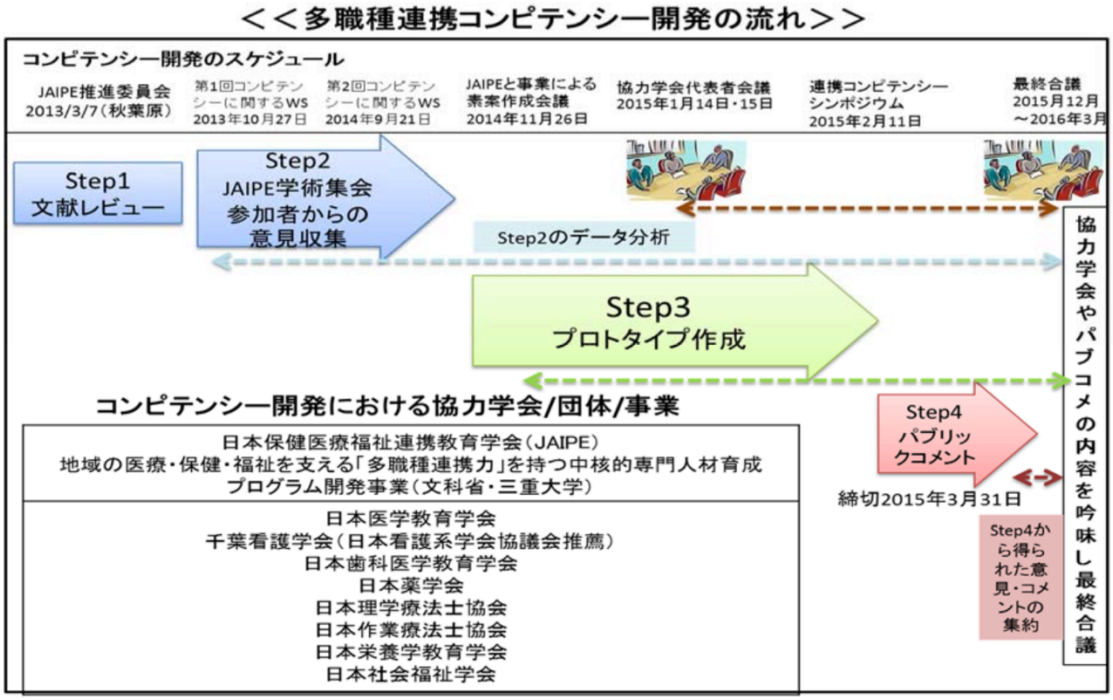

Figure 1：多職種連携コンピテンシー開発の流れ

図３：多職種連携コンピテンシー開発の流れ
（医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー2016年3月31日第1版Figure1）

表４：Interprofessional competencies開発の5Stage
（医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー2016年3月31日第1版Table1）

Stage	日付	参加者	方法
Stage1 文献 レビュー	2012年11月～2013年3月	JAIPE所属の IPE推進委員会9名	PubMed, Embase, CINHAL, PsycINFO, and Google-Scholarで論文を探索し、委員が集まった会議で論文を吟味した
Stage2 意見収集	①2013年9月 ②2014年10月	①2013年度JAIPE学術集会参加者のうち21名 ②2014年度JAIPE学術集会参加者のうち30名	①卒前、卒後、組織内、組織間連携のテーブルに別れたワールドカフェ ②学生、研修生、シニアスタッフ、管理者のテーブルに別れたワールドカフェ
Stage3 プロトタイプ作成	2014年11月～12月	5名のJAIPE所属のIPE推進委員5名+三重大学文科省事業に関わった3名の教員	Stage2のデータをもとにテーマ分析を実施し、顔を合わせたミーティングで骨組みを作成し、E-Mail等でプロトタイプを作成した。
Stage4 パブリックコメント	2015年1月～3月	医学・看護・薬学・理学療法・作業療法・社会福祉などの学会代表者、大学/養成校教員、現場のスタッフ、学生	顔を合わせたミーティングやシンポジウム、パブリックコメントを介して様々な意見を聴取した。
Stage５ 合意形成 最終案の作成	2015年12月～2016年3月	医学・看護・薬学・理学療法・作業療法・社会福祉・精神保健福祉などの有識者	パブリックコメントをもとに、顔を合わせたミーティングにてプロトタイプを修正し、最終案を合議した。

看護分野では、管理領域にコンピテンシーが評価票のスタイルで、キャリアラダーやマネジメントラダーに組み込まれて普及・定着している。木村らによる報告では、看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度を開発するため、文献レビューを行い、専門家による質的帰納的内容分析法を用いて、コンピテンシーに関する概念定義を抽出し、90の質問項目を作成。この質問項目について、全国病院一覧から中規模病院を層化無作為抽出法により抽出して、500施設に対して回答を依頼して、その信頼性・妥当性を検証している[13)]。また、西澤らによる報告では、皮膚・排泄ケア認定看護師が褥瘡管理体制を組織化するための調整力自己評価尺度開発をするために、質的帰納的研究手法を用いている[14)]。

他、養護教諭のコンピテンシーモデル（以下CP）に基づくスキルラダーの開発（中村(2013)）では、優れた養護教諭の行動を抽出するために、文献レビューと中間養護教諭11名へのインタビューから養護教諭の支援の特徴を明らかにし、優れた実践についてのfocus groupインタビュー（熟練養護教諭９名と管理職8名）を行って、CP案を作成した。CP案についてデルファイ法調査（熟練養護教諭300名と養護教諭養成大学教員100名）を行い、内容と到達レベルの妥当性を確認した。さらにfocus groupインタビュー（養護教諭2名と養護教諭養成大学教育1名）を行って、CPモデル案を精錬した[15)]。

いずれも仮設を立てるために、様々な言語データから質的帰納的内容分析法を用いて、コンピテンシーや尺度開発を行っている。

飯野は薬局薬剤師のコンピテンシーを構築するために、薬局の職務分析を行い、その結果から82項目の質問票を作成して、651名の薬剤師を対象に調査を行った。同時に行動のインタビューを行い、レベル定義をしてコンピテンシー・モデルを開発した[16)]。

第３項　専門職とコンピテンシーの関係に関する研究

専門職とは、長期の教育訓練を通じて習得される高度の専門的知識・経験を必要とする職位、ないしはそのような職位を担当する人をいう（ブリタニカ国際第百科事典）。幅広い職域において、専門職としてのコンピテンシーが定義されており、これらは専門職業務を行使する際に求められる能力を規定するのみならず、専門職概念をも規定しているという点で[17)]、コンピテンシーの果たす役割は極めて重要である。

WHOでは、2006年よりGlobal Competency Modelを作成し、結果を出す仕事ができる人材育成の方針を明らかにし、コア・コンピテンシー7項目、マネージメント・コンピテンシー3項目、リーダーシップ・コンピテンシー7項目の計13項目について、定義、効果的行動特性、非効果的行動特性を整理している[18)]。Gonczi らによれば“コンピテンシー（臨床能力）”とは医療専門職としての実践に必要な知識・技術・態度などの組み合わせであるという[19)]。この定義によるならば、いずれの医療者にもコンピテンシーは欠かせない。米国における公衆衛生プロフェッショナルの育成は、8領域68項目の共通コンピテンシーおよび専門分野別コンピテンシーに基づく教育・研修が主流になっている。コンピテンシー導入の理由は、専門職の役割定義が明確になり、コンピテンシー項目の発揮レベルを定めることができると明記されている[20)]。

専門分野別コンピテンシーについて、アメリカ医科大学協会（Association of American Medical Colleges）のCore Entrustable Professional Activities for Entering Residency Curriculum Developers' Guideには、レジデントのコンピテンシーがリストとなっており、専門職概念（Professionalism）の項目がある（図4）。レジデント1日目にできることを「信頼して任せることのできる仕事（Entrustable Professional Activities ; EPA）」として明示しており、このEPAは、これから日本でも取り入れられてくると思われる概念であるという[21)]。

我が国でも2017年1月12日まで、卒前カリキュラムのコアカリ改訂のパブコメ公募が行われており、カリキュラム中にはプロフェショナリズムのことが取り上げられている[22)]。臨床研修の到達目標の改訂の議論も行われており、ここでもプロフェッショナリズムが取り上げられている[23)]。

国際薬剤師・薬学連合（FIP）の薬学教育開発チーム責任者のイアン・ベイツ教授（ロンドン大学）と、プロジェクトコーディネーターのアンドレア・ブルーノ博士も「政府

当局、国民に対し、我々の持てる能力、つまりコンピテンシーを示すことができなければならない。そのための専門職としての教育、研修が重要になり、学部教育のあり方も変える必要が出てくる。結果が重要であり、コンピテンシーを実績に結びつけていかなければならない」と強調し、「薬剤師を含めた医療従事者が発展していくためには、専門職としての評価、透明性、最終的に辿り着いたかではなく、どうやって辿り着いたかを評価していくことが重視されている」と述べている[24)]。岩沢の報告のように、アメリカではコンピテンシーがキャリアラダー表やチェックリストとなって、薬剤師教育に定着していることがわかる[25)]。

前述のように、看護管理の分野においてコンピテンシーは看護師を評価する目的で普及しており、夥しい文献の他、評価方法や作成方法に関する書籍がいくつか出版されている[26),27)]。

5. PROFESSIONALISM: Demonstrate a commitment to carrying out professional responsibilities and an adherence to ethical principles

- P 1 Demonstrate compassion, integrity, and respect for others
- P 2 Demonstrate responsiveness to patient needs that supersedes self-interest
- P 3 Demonstrate respect for patient privacy and autonomy
- P 4 Demonstrate accountability to patients, society, and the profession
- P 5 Demonstrate sensitivity and responsiveness to a diverse patient population, including but not limited to diversity in gender, age, culture, race, religion, disabilities, and sexual orientation
- P 6 Demonstrate a commitment to ethical principles pertaining to provision or withholding of care, confidentiality, informed consent, and business practices, including compliance with relevant laws, policies, and regulations

図４：Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency Curriculum Developers' Guide

第４節 本論文の構成

本論文は、以下の8つの章からなる。以下に、各章の構成を示す。

まずは、序章で研究の背景と研究の目的を述べ、先行・関連研究として、コンピテンシーの定義に関する研究、近年のコンピテンシー研究に関する動向、専門職とコンピテンシーの関係に関する研究について把握する。本論の第１章では、緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシーの開発手順を述べるため、ibstpi®コンピテンシー開発手順の概要を紹介する。第２章からはコンピテンシー開発手順に沿って、文献のレビューを実施した結果を、第３章では実践のレビューを実施した結果を説明する。第４章ではコンピテンシーの同定と検証を、第５章ではコンピテンシーの改定と最終的な合意を実施した結果を述べる。第６章では開発した緩和薬物療法認定薬剤師の領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書と、緩和薬物療法認定薬剤師の教育面における申請要件との関連付けを提示する。終章では、本研究をまとめた上で、緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシー開発の課題と展望を述べる。

第１章 緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシーの開発手順

第１節 ibstpi®コンピテンシー開発手順の概要

ibstpi®とは、International Board of Standards for Training, Performance and Instructionの略で、標準（スタンダード）を定めることでコミュニティに対するリーダーシップを取ることを目指した非営利団体のことである。AECT（Association for Educational Communications and Technology）とISPI（International Society for Performance and Instruction；当時のNSPI）の合同タスクフォースとして誕生した[28)]。

ibstpi®は、トレーニング、パフォーマンス、インストラクションの各分野の標準について研究開発を行い、その中でも、インストラクタ、トレーニングマネージャ、インストラクショナルデザイン、インストラクショナルエバリュエータを含む一部領域について標準、コンピテンシー、パフォーマンスを開発・検証し、公表している[28)]。

ibstpi®によると、コンピテンシーとは「ある職業に係る活動を効果的に遂行したり、雇用者側の期待に沿うレベルで機能することを可能にする知識・スキル・態度（A knowledge, skill or attitude that enables one to effectively perform the activities of a given profession or function to the standards expected in employment）」であり、コンペテンス（能力、力量）＝高く評価された状態、コンピテンシー＝能力が遂行されたことの決め手と成る方法を記述すること、と定義している[28)]。

ibstpi®は、コンピテンシー標準を開発・普及させることで、教育専門家の職能を開発することを個人・組織の学習・職務遂行を高め、教育専門家の実践の質と品位を向上させることをミッションとし、定められた研究手続きに基づいて、インストラクター・インストラクショナルデザイナー・研究管理者・評価者の各コンピテンシーリストを公開している[29)]（http://www.ibstpi.org/）。

ibstpi®のコンピテンシーは教授システム学が基盤となっており、関連あるコンピテンシーをまとめた論理的集合の「領域（Domain）」、複雑な努力や工夫を示す短い・一般的な行動の記述である「コンピテンシー（Competency）」、より詳細な観察可能な行動を記述した「パフォーマンス記述（Performance Statement）」の3層構造として作成されている[30)]。

ibstpi®のコンピテンシー開発手法は、職務上の役割を定義し、文献と実践のレビューによって、現在の職務実践、パフォーマンス標準、倫理と価値観、将来ビジョンの4つからコンピテンシーのドラフトを作成する。続いて、専門家によるレビューを繰り返し行って、コンピテンシー（知識・スキル・態度）の同定と検証を行う。続いて、コンピテンシーの改定を行い、領域・信頼度や妥当性の調査を行って、最終的な合意を得る。各段階でサーベイとレビューを繰り返すという厳格な手続きを踏み、教育専門家のためのコンピテンシーを教育専門家が開発しているところに特徴がある[8)]。

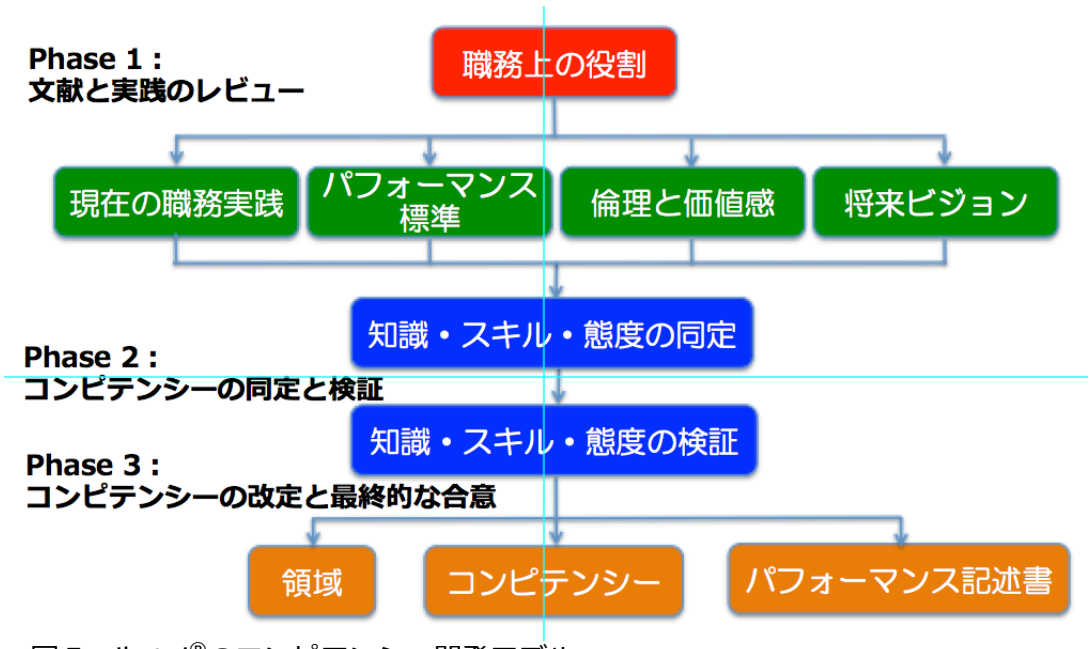

図５：ibstpi®のコンピテンシー開発モデル
INSTRUCTIONAL DESIGNER COMPETENCIES.,
The Standards, Fourth Edition 2013, p.11)

第２節 本研究のコンピテンシー開発手順の概要

コンピテンシーの開発方法は、序章の先行・関連研究の第3節で述べたように、質的帰納的内容分析法を用いた方法が主流である。しかし、“帰納的”方法には明確な定義がないゆえに、その解釈は研究者によって異なり、採っている開発方法がいずれも曖昧であることが否めない。開発されたコンピテンシーのスタイルも、領域やパフォーマンス記述があるものやないもの、スキルスタンダートやチェックリストの様式を採っているものや、コンピテンシーとコンピテンシー・モデルの区別がなされていないなど問題が多い。

そこで、本研究は世界450以上の組織で活用[31)]されている国際標準であるibstpi®のコンピテンシー開発手法（The ibstpi® Competency Development Model）に準じて、コンピテンシーを開発することが望ましいと考えた。ibstpi®のコンピテンシー開発手法は、コンピテンシーの定義もある上、コンピテンシー策定における責任の所在が明確であるという点で信頼できる。

認定薬剤師には、規定単位数の講習の受講や集合研修の修了、一定数の症例報告、筆記試験が課されており、認定薬剤師は国民に対して最適な緩和薬物療法を実践することはもちろん、一般薬剤師の指導者として教育者的役割を担う。これらの役割を果たすためには、認定薬剤師に課している教育をコンピテンシーに結びつけ、本人はもちろんのこと、協働する医療者/介護者、そして患者/家族に、求められているどんな能力（知識・スキル・態度）を保持しているか示さなければならない。

第２章 文献のレビュー

第１節 テキスト『緩和医療薬学』と緩和薬物療法認定試験出題状況の分析

緩和薬物療法認定薬剤師の求められる知識の標準を定めるため、緩和薬物療法認定薬剤師の試験問題の出題領域について分析を行った。2014年度以降の試験問題は、2013年に筆者が編集責任者として発刊した『緩和医療薬学』のテキスト[32)]から出題されているため、2014年度ならびに2015年度の試験問題を入手し、2014年度についてテキストの章立てに沿って出題状況を分類した。なお、2014年に発刊した『緩和医療薬学問題集』[33)]は、この試験問題をベースに作成している。

表５．テキスト『緩和医療薬学』章立てと認定試験問題出題内訳

採用数	作成数	緩和医療薬学　項目	
		第１章	緩和医療総論
1	2		A　定義(緩和医療とは)
			B　歴史
			C　緩和医療で期待される薬剤師の役割
		第２章	緩和薬物療法
1	2		A　疼痛マネジメント
1	2		A1　疼痛の病態生理
1	2		A2　疼痛のアセスメント
1	2		A3　WHO 方式がん疼痛治療法
1	2		A4　非オピオイド鎮痛薬
5	9		A5　オピオイド鎮痛薬：1 定義と概要、2 各オピオイド鎮痛薬の特徴
4	9		A5　オピオイド鎮痛薬：3 オピオイド鎮痛薬の副作用対策、4 依存と耐性、5 オピオイド・スイッチング、6 PCAポンプの使い方
3	6		A6　鎮痛補助薬
1	2		A7　非薬物療法
2	4		B　[概論]精神症状マネジメント
			B1　病態生理
1	2		B2　薬物療法
1	2		B3　コミュニケーション
4	8		C　他の身体症状マネジメント
		第３章	がんの基礎知識
4	8		●概論
			A　５大がんの特徴と標準薬物療法
			B　抗がん剤の主な副作用と対策
		第４章	医療連携

2	4		● [概論]連携の必要性について
			A 多職種の役割
			B 緩和ケアチームの役割
1	2		C 在宅緩和ケア
1	2		D カンファレンス
		第５章	包括的アセスメント
1	2		A 包括的アセスメントとは
			B 終末期ケア
1	2		C アドバンス・ケア・プランニング
			D 臨床倫理
		第６章	参考資料
3	6		A 麻薬･向精神薬の取り扱い
			B 緩和医療を取り巻く制度と保険点数
			C 評価ツール
40	80		

これらの結果から、2014年度以降はテキストからまんべんなく出題されており、テキストに記載された言語情報を問う試験内容となっていることがわかった。つまり、緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーを作成するにあたり、認定試験の出題先となっているテキストの章立てを、パファーマンス記述書の軸とすべきである。

第２節 緩和医療関連の倫理規定の分析

さらに、『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2014年版）[34]』を調査したところ、倫理や価値観に関する項目はなかった。『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン（2010年版）』には、今後の検討点として生命倫理学的・法学的項目に倫理に該当する①2重効果の原則の役割、②複数の専門家による法学的見解の妥当性、③倫理的問題に関する臨床倫理委員会等の組織的検討、の3つが挙げられ、臨床的・医学的項目に価値観に該当する①鎮静により苦痛が緩和されている根拠の明示、②耐え難い苦痛の妥当性（患者評価に加えて，社会一般に納得できるものであることが必要か)、③鎮静の決定をするのに必要十分な意思決定能力の評価方法，基準、④文書同意の必要性、⑤家族の同意の必要性、⑥鎮静開始時における情報提供と意思確認についての具体的方法の検討、⑦鎮静の適応となる身体条件としての「原疾患の増悪」の妥当性、⑧鎮静による生命予後への影響の検討、⑨各鎮静薬が鎮静を経ずに苦痛緩和作用を有しているかの検討が挙げられていた。

また、緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーを作成するにあたり、学会創設の意義を記した日本緩和医療薬学会の提言[35)]に沿う必要がある。

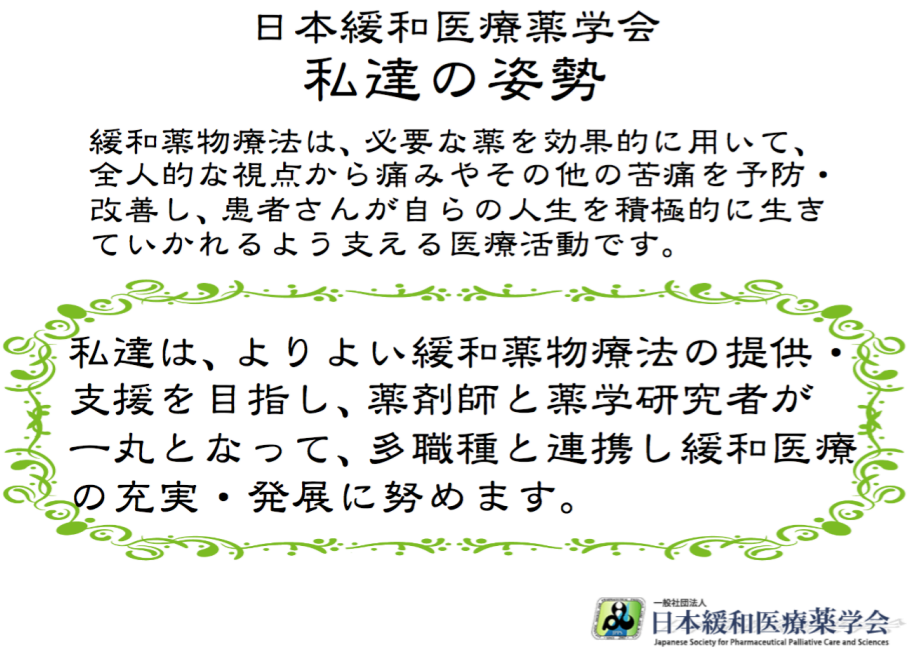

図６．日本緩和医療薬学会「私達の姿勢」

第３節 他学会/関連団体のコンピテンシー調査

本研究では、専門・認定薬剤師ガイド2015年版、月刊薬事 増刊、じほう、2015に掲載された35に2つの資格を加え[36)]、既存の37ある薬剤師の認定・専門の資格制度を調査した。その後、2016.7.27の薬事日報、第11752号に現状の専門・認定薬剤師制度一覧に掲載された45の資格[5)]を追加し、全52資格について再度、調査を行い、全専門・認定薬剤師制度を分類・表化（認定が黄色、専門が青色、認定薬にも専門にも該当しない資格をピンク色に分類）した。

調査の結果、いずれの資格も制度ありき、資格付与ありきとなっており、コンピテンシーや研修目標どころか、資格の創設目的が定義、制度規程がない資格制度まであることがわかった。ほとんどの資格が国民のために貢献する人材を輩出する制度となっておらず、乱立された医療職の資格制度乱立による質の保証問題が浮き彫りとなった。調査した52資格のうち、コンピテンシーを示している資格は、1つも存在しなかった。

表６．認定/専門薬剤師一覧

認定/専門薬剤師（名称）	コンピテンシー	研修目標	創設目的	定義	更新間隔	制度規程	申請要件	実施要領	備考
日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師	×	×	×	○	3年	×	○	○	
漢方薬・生薬認定薬剤師	×	×	×	×	3年	×	○	○	
小児薬物療法認定薬剤師	×	○	×	×	3年	×	○	○	
がん薬物療法認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
感染制御認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
精神科薬物療法認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
妊婦・授乳婦薬物療法認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
HIV 感染制御薬物療法認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
日病薬病院薬学認定薬剤師	×	×	○	×	6年	○	○	×	
日本医療薬学会認定薬剤師	×	×	○	×	5年	○	○	×	
外来がん治療認定薬剤師	×	×	○	×	3年	×	○	×	
緩和薬物療法認定薬剤師	×	△（PEOPLE のみ）	○	×	5年	×	○	×	
抗菌化学療法認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
抗酸菌症エキスパート	×	×	×	×	5年	○	○	×	
腎臓病薬物療法認定薬剤師	×	×	○	×	5年	○	○	×	
リウマチ財団登録薬剤師	×	×	○	×	5年	○	○	×	
日本褥瘡学会認定師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
栄養サポートチーム（NST）専門療法士	×	×	×	×	5年	○	○	×	
救急認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
プライマリ・ケア認定薬剤師	×	×	×	×	3年	×	○	○	
日本禁煙学会認定指導者	×	×	×	×	5年	×	○	×	
在宅療養支援認定薬剤師	×	×	×	×	3年	×	○	○	
日本臨床薬理学会認定薬剤師	×	×	○	×	5年	○	○	×	
日本臨床薬理学会認定 CRC	×	×	○	×	5年	○	○	×	
糖尿病療養指導士	×	×	×	×	5年	×	○	×	
スポーツファーマシスト	×	×	×	×	4年	×	○	×	
医療情報技師	×	○	×	×	5年	○	○	×	
認知症研修認定薬剤師	×	×	×	×	3年	○	○	×	
認定医薬品安全性指導者	×	×	×	×	5年	○	○	×	
災害医療認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
糖尿病薬物療法認定薬剤師	×	×	×	×	5年	○	○	×	
高齢者薬物治療認定薬剤師	×	×	×	×	3年	×	○	×	

老年薬学認定薬剤師（未定）	×	×	×	×	5 年	×	○	×	
周術期管理チーム認定薬剤師	×	×	×	×	3 年	○	○	×	
サプリメントアドバイザー	×	×	×	×	5 年	×	○	×	
感染制御専門薬剤師	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
精神科専門薬剤師	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
妊婦・授乳婦専門薬剤師	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
HIV 感染症専門薬剤師	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
がん専門薬剤師	×	×	○	×	5 年	○	○	×	
薬物療法専門薬剤師	×	×	○	×	5 年	○	○	×	
腎臓病薬物療法専門薬剤師	×	×	○	×	5 年	○	○	×	
日本禁煙学会認定専門指導者	×	×	×	×	5 年	×	○	×	
医薬品情報専門薬剤師	×	×	×	○	5 年	○	○	×	
医薬品安全性専門薬剤師	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
高齢者薬物治療専門認定薬剤師	×	×	×	×	3 年	×	○	×	
インフェクションコントロールドクター（ICD）	×	×	○	○	5 年	×	○	×	
骨粗鬆症マネージャー	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
認定クリニカル・トキシコロジスト	×	×	×	×	5 年	○	○	×	
禁煙支援薬剤師	×	×	○	×	5 年	×	○	○	
認知症サポート薬剤師	×	○	×	×	-	×	×	×	

第４節 緩和医療関係職種のコンピテンシー調査

国内の緩和医療関連の医療関係職種について、コンピテンシーの有無を調査したところ、緩和医療に特化したコンピテンシーを示していたのは、日本ホスピス緩和ケア協会の「緩和ケア医のコア・コンピテンシー」[37)]のみであり、日本看護協会の「看護師に対する緩和ケア教育テキスト」には“コンピテンシー”という言葉が用いられていただけだった。

「緩和ケア医のコア・コンピテンシー」の項目は、以下の通りであり、これらの項目は緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーを作成する上で、参考にすべき項目が少なくない。

図７．緩和ケア医のコア・コンピテンシー

緩和ケア医のコア・コンピテンシー（緩和ケア医に期待される特性）

2015 年 9 月

日本ホスピス緩和ケア協会 教育支援委員会

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者と家族の QOL を改善するアプローチである。緩和ケア医はその目的のため、以下の 7 つのコンピテンシーを身につけることが期待される。

1. 全人的ケア

患者・家族を全人的にとらえ、身体的だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルに把握し支援することかができる。全ての関わりにおいて、患者・家族を一人の人 間として尊厳をもって接することができる。

2. コミュニケーションスキル(癒しを含め)

患者・家族へのスピリチュアルケアを含めた癒しのまなざしを持ち、希望を支え、互いに伝え伝わることを通して、患者自身の力を引き出すことかができる。

3. 症状緩和力

医学的判断や技術に優れ、苦痛となる症状を早期から認識し、適切な評価と対応をすることで、速やかに緩和することができる。

4. チームケアの実践

患者と家族を支える多職種のチームにおいて、個々の力を引き出し、総合力が発揮されるチームを育むことができる。

5. 医師・人間としての態度

愛、誠実さ、謙虚さ、柔軟性、思いやりをもち、学ぶ姿勢を持ち続けることができる。

6. 看取り

臨終前から死別後に至るまで、患者と家族に尊厳をもって配慮することができる。

7. セルフケア

自分自身を知り、バランス感覚を持って、自分やチームのストレスマネジメントをすることができる。

第５節 薬剤師のコンピテンシー調査

続いて、薬剤師のコンピテンシーを検索すると、International Pharmaceutical Federation (FIP ; 国際薬剤師・薬学連合)とApproved by the National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA ; 薬学調整機構)がヒットした。日本薬学会、日本薬剤師会、日本薬剤学会、日本病院薬剤師会の4団体はFIPの正会員であり、後者はカナダの薬剤師を対象としたコンピテンシーであった。これらについて和訳を行った。

FIPのコンピテンシーでは、1. 薬学的公衆衛生に関するコンピテンシー、2. 薬学的ケアに関するコンピテンシー、3. 組織や経営に関するコンピテンシー、4. プロフェッショナル/個人のコンピテンシーの4領域からなる100項目を挙げていた。緩和に特有の項目は見当たらなかったが、「チームの価値を認識する」や「メンバー相互の能力を尊重する」など、緩和薬物療法を行う上でも欠かせない項目があった[38)]。

NAPRAはカナダの薬剤師を対象とし、1. 倫理、法律、職業上の責任、2. 患者のケア、3. 医薬品の供給、4. 実務環境、5. 健康促進、6. 知識と研究への応用、7. コミュニケーションと教育、8. 職種内・専門職種間の協力、9. 品質と安全の9項目のコンピテンシーが挙げられていた[39)]。

また、American College of Clinical PharmacyのClinical Pharmacist Competencies（臨床薬剤師に必要な能力）には、①薬物治療の知識、②臨床判断・問題解決能力、③医薬品/薬物治療情報の評価/マネジメント能力、④コミュニケーション・教育能力、⑤患者集団マネジメント能力の5領域が挙げられていた[40)]。

表７．テキスト『緩和医療薬学』章立てと緩和医療関係職種のコンピテンシー調査

緩和医療薬学　項目		緩和ケア医のコアコンピテンシー	薬剤師のコンピテンシー		
			FIP	NAPRA	ACCP
第１章	緩和医療総論				
	A　定義(緩和医療とは)	緩和ケアとは		2.患者のケア	
	B　歴史				
	C　緩和医療で期待される薬剤師の役割	1.全人的ケア			
第２章	緩和薬物療法		2.薬学的ケア	3.医薬品の供給 6.知識と研究への応用	1.薬物治療の知識 3.医薬品/薬物治療情報の評価/マネジメント能力
	A　疼痛マネジメント	3.症状緩和力			
	A1　疼痛の病態生理				
	A2　疼痛のアセスメント				
	A3　WHO方式がん疼痛治療法				
	A4　非オピオイド鎮痛薬				
	A5　オピオイド鎮痛薬：1 定義と概要、2 各オピオイ				

	ド鎮痛薬の特徴				
	A5　オピオイド鎮痛薬：3 オピオイド鎮痛薬の副作用対策、4 依存と耐性、5 オピオイド・スイッチング、6 PCAポンプの使い方				
	A6　鎮痛補助薬				
	A7　非薬物療法				
	B　[概論]精神症状マネジメント				
	B1　病態生理				
	B2　薬物療法				
	B3　コミュニケーション	2.コミュニケーションスキル		7. コミュニケーション	4.コミュニケーション
	C　他の身体症状マネジメント				
第３章	がんの基礎知識				
	●概論				
	A　5 大がんの特徴と標準薬物療法				
	B　抗がん剤の主な副作用と対策				
第４章	医療連携	4.チームケアの実践	3.組織や経営	8.職種内・専門職種間の協力	5.患者集団マネジメント能力
	●　[概論]連携の必要性について				
	A　多職種の役割				
	B　緩和ケアチームの役割				
	C　在宅緩和ケア				
	D　カンファレンス				
第５章	包括的アセスメント		1.薬学的公衆衛生		2.臨床判断・問題解決能力
	A　包括的アセスメントとは				
	B　終末期ケア				
	C　アドバンス・ケア・プランニング				
	D　臨床倫理			1.倫理	
第６章	参考資料				
	A　麻薬･向精神薬の取り扱い			1.法律	
	B　緩和医療を取り巻く制度と保険点数				
	C　評価ツール				
その他		5.医師・人間としての態度 6.看取り 7.セルフケア	4.プロフェッショナル/個人	1.職業上の責任 4.実務環境 5.健康促進 7.教育	4.教育能力

第３章 実践のレビュー

現在、日本におけるがんの罹患数予測は約101万例、死亡数予測は37万人と算出されており(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html)、統計が作成され始めた1970年代から一貫して増加している。並行して、がん疼痛を緩和する緩和医療の重要性が年々高まっている。

2006年6月に「がん対策基本法」が公布[41)]、翌年4月1日より施行されたことを受け、日本の緩和医療の更なる充実を目指して、2007年に一般社団法人日本緩和医療薬学会は設立された。前述のように、2010年より医療用麻薬を始めとする緩和医療に用いる薬剤に精通した「緩和薬物療法認定薬剤師」を輩出している。

第１節 緩和薬物療法認定薬剤師の要件

緩和薬物療法認定薬剤師の要件[42)]を以下に示す。

緩和薬物療法認定薬剤師認定試験を受験する者は、次の各項の条件をすべて満たす必要がある。

I. 日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた見識を備えていること。

II. 申請時において、薬剤師としての実務歴を 5 年以上有する日本緩和医療薬学会（以下、本学会）の会員であること。

III. 申請時において、薬剤師認定制度認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師、日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師、あるいは日本医療薬学会認定薬剤師のいずれかであること。

IV. 申請時において、引き続いて 3 年以上、緩和ケアチームまたは緩和ケア病棟を有している病院、診療所等のいずれかの施設において緩和ケアに従事している薬剤師であること（所属長の証明が必要）、あるいは申請時において、引き続いて 3 年以上、麻薬小売業者免許を取得し、かつ、がん診療を行っている在宅療養支援診療所等の医療機関と連携する保険薬局等に勤務し、緩和ケアに従事していること（依頼する医師および薬局開設者の証明が必要）。

V. 過去 5 年以内に、認定対象となる講習等を所定の単位（計 100 単位、毎年 20 単位）以上履修していること。過去 5 年以内に、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会（厚生労働省、麻薬・覚せい剤乱用防止センター等主催）に 1 回以上参加していること。

VI. 薬剤師として実務に従事している期間中に、本学会年会あるいは別に規定する学術集会において緩和ケア領域に関する学会発表を 2 回以上（少なくとも 1 回は発表者）行っていること。

VII. 病院等に勤務する薬剤師は緩和ケア領域薬剤管理指導の実績について本学会所定の様式に従い 30 症例以上提示できること。保険薬局に勤務する薬剤師は緩和ケア領域服薬指導等の実績について本学会所定の様式に従い 15 症例以上提示できること。

VIII. 所属長（病院長あるいは施設長等）または保険薬局においては開設者の推薦があること。

IX. 上記 ⅰ～ⅷのすべてを満たした者は本学会が行う緩和薬物療法認定薬

剤師認定試験を受験できる。
X. 認定試験に合格した者は認定の申請を行うことができる。

緩和薬物療法認定薬剤師の要件から、領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書に関わる文言を、以下にすべて抜き出した。

> 薬剤師として優れた見識を備えている、実務歴を 5 年以上有する、なんらかの生涯研修認定薬剤師である、3 年以上緩和ケアに従事している、過去 5 年以内に所定の単位以上履修している、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会に参加している、緩和ケア領域の実績について所定の症例以上提示できる、上長の推薦がある

第２節 病院薬学認定薬剤師制度研修カリキュラムにおける PEOPLE の該当項目

日本病院薬剤師会では、2015年4月より日病薬病院薬学認定薬剤師制度を開始した。生涯研修は自己研鑽が基本であるとはいえ、個人の興味に基づいた研修では偏った知識と技術しか得られず、国家資格である薬剤師としての職能を発揮し、社会の期待に応える資質を身につけるには十分とは言えないとの観点から、この制度では5領域16項目に分類された研修カリキュラムを、まんべんなく履修することが認定に必要とされている[43)]。

表８．日病薬病院薬学認定薬剤師制度研修カリキュラム

	研修番号	項目	目標
Ⅰ. 医療倫理と法令を順守する	Ⅰ－１	薬剤師の使命と責任	生命の尊さを認識し、臨床現場における生命倫理の重要性を理解する。
	Ⅰ－２	医療制度	質の高い医療を提供するため、医療に関する制度を理解する。
	Ⅰ－３	法令順守	質の高い医療を提供するため、薬剤師業務に関わる法律を理解する。
Ⅱ. 基本的業務の向上を図る	Ⅱ－１	調剤	患者情報を収集し、薬歴に基づいた処方監査、疑義照会を経て、調剤し交付する。
	Ⅱ－２	製剤	ガイドライン等に準拠し、必要な院内手続を経て、品質を保証した製剤を供給する。
	Ⅱ－３	医薬品情報	適正使用のための医薬品情報を収集・評価し、適切に情報提供する。
	Ⅱ－４	医薬品管理	医薬品の適正使用を目的として、品質の確保など法に則り適正な医薬品等の管理・供給の役割を担う。
	Ⅱ－５	マネジメント	業務の適正化、職能拡大のために経営的視野を含めたマネジメント力を養成する。
	Ⅱ－６	教育・研究	質の高い医療人養成を目指した実務実習を支援し、医療の高度化、多様化に対応できる研究マインドをもつ。
Ⅲ. チーム医療を実践する	Ⅲ－１	病棟・外来業務（医療コミュニケー	患者に最適な薬物療法を提供するため、治療効果の

		ション）	向上と副作用の防止に努め、チーム医療を実践し患者の利益に貢献する。
	Ⅲ－２	連携	薬剤師の役割を理解し、職種間・施設間で協働して薬物療法を支援する。
Ⅳ. 医療安全を推進する	Ⅳ－１	リスクマネジメント（医薬品安全管理）	医療事故は日常的に起こり得ることを認識し、適切な情報を基にした医薬品の安全使用をはじめ、安全・安心の医療を実践する。
	Ⅳ－２	感染制御・管理	消毒薬、抗菌薬の適正使用など、感染制御・管理を通じて安全で適切な環境作りを支援する。
Ⅴ. ファーマシューティカルケアを実践する	Ⅴ－１	医薬品（製剤）特製	医薬品（製剤）の特性を理解し、適切な薬物療法を支援する。
	Ⅴ－２	疾病・薬物療法	疾病と病態を理解し、適切な薬物療法を支援する。
	Ⅴ－３	患者特性	患者特性に応じて、適切な薬物療法を支援する。

医療者の認定資格として、倫理観醸成のための教育は欠かせないと考え、PEOPLEプログラムのセッションⅣ「包括的アセスメント」では、症例の倫理的な分析方法を教えている。日本病院薬剤師会認定薬剤師制度研修カリキュラムのⅠ-1をクリアできる研修は大変に珍しいという点で特徴がある。コンピテンシー草案では、テキストとベース・コンピテンシーのプロフェッショナリズム/倫理の項目を設けており、この領域は特にPEOPLEプログラムで学習できる項目である。

表９. PEOPLE各セッションの該当項目

開始時間	終了時間	セッション	研修番号
9 時 00 分	9 時 10 分	はじめに	
9 時 10 分	10 時 45 分	Ⅰ　疼痛・症状マネジメント（95 分）	V-2　1 単位
10 時 45 分	10 時 55 分	休憩	
10 時 55 分	12 時 25 分	Ⅱ　在宅緩和医療と地域連携（90 分）	Ⅲ-2　1 単位
12 時 25 分	13 時 15 分	昼食・休憩	
13 時 15 分	14 時 55 分	Ⅲ　コミュニケーション（100 分）	Ⅲ-1　1 単位
14 時 55 分	15 時 05 分	休憩	
15 時 05 分	16 時 45 分	Ⅳ　包括的アセスメント（100 分）	Ⅰ-1　1 単位
16 時 45 分	17 時 00 分	閉会式	

第３節 緩和薬物療法認定薬剤師の主観的な職務実践

認定資格を取得した薬剤師へのインタビューと、ワールドカフェによる意見収集を行って、緩和薬物療法認定薬剤師の主観的な職務実践を見出した。

第１項 認定薬剤師へのインタビュー

現在の職務実践を把握するため、認定薬剤師16名と来年度の取得を目指している薬剤師1名に、あなたを含む周囲の緩和薬物療法認定薬剤師の職務実践の現状について、SNSによるインタビュー調査を行った。結果は以下の通りである。

表10. 認定薬剤師が考える職務実践の現状

イニシャル・性別・勤務先	認定取得年度	職務実践の現状
Y. T.さん♂（病院勤務）	2010年（第1回）	知識だけある人はいるが、応用となるとまったくできていない。
S.M.さん♀（病院勤務）	2010年（第1回）	緩和ケアに携わる上のプライドとして取得している人が多い。薬に特化した部分しか関与できていない。
S.T.さん♂（薬局勤務）	2011年（第2回）	認定を持っていると、声がかかったり、使命されたりする。薬物療法の質問を多職種から受けることが多くなった。
T.M.さん♀（病院勤務）	2011年（第2回）	各施設で緩和薬物療法の中心となって活動している人が多い。
I.M.さん♂（病院勤務）	2012年（第3回）	緩和ケアという言葉を患者も知るような時代になっているため、認定があると最期まで支え続けることができる薬剤師だという安心感を与えられる。
S.J.さん♂（大学勤務）	2012年（第3回）	薬剤師は医師のような狭く深い知識よりも、ある程度広く抗がん治療と緩和の知識を持っている人が求められているように思う。
A.M.さん♂（薬局勤務）	2012年（第3回）	臨床で十分な活用ができているかどうかわからないが、少なくとも試験に合格するために勉強した知識があるため、ワンランク上の業務ができている。在宅の現場では、医師への薬学的なアプローチと、患者へわかりやすく伝える力が必要。
U.M.さん♀（大学勤務）	2013年（第4回）	個人的には頑張っていると思うが、医師や看護師をうまく味方にして組織的な活躍ができる薬剤師を増やす必要がある。
K.M.さん♀（病院勤務）	2013年（第4回）	主治医は緩和領域に関して無知な方が多く、緩和薬物療法に関する提案をすることが多い。
M.H.さん♂（病院勤務）	2013年（第4回）	資格をとってPCTのメンバーになれた。後輩の指導をできている。ただ資格取得がエンドポイントになっている感じ。
K.M.さん♂（病院勤務）	2014年（第5回）	この資格を所持していることで、実臨床の中で役に立てているか疑問。
H.S.さん♂（病院勤務）	2014年（第5回）	資格だけ取得して終わっている人もいれば、大きな成果をあげている人もいる。本人のやる気の違いによると思う。また、昇格して臨床から離れた人は、活かされていないと思う。
U.T.さん♂（薬局勤務）	2015年（第6回）	在宅では多職種から医療用麻薬についての質問を多く受けるため、認定取得の知識が大いに役立っている。
I.M.さん♂（病院勤務）	2015年（第6回）	資格を取得してから他職種から緩和医療に関する質問を多く受けるようになった。後輩の育成に注力するようになった。
I.Y.さん♂（病院勤務）	2016年（第7回）	緩和ケアチームに所属したり、ガン患者の入院病棟に配属されている人は知識を活用して仕事ができているが、そうでない配属の場合、資格を持っていても活用できていない。
F.T.さん♂（病院勤務）	2016年（第7回）	いまやPCTに属するには認定は必須。院内のマニュアル作成などに主導的な役割を担い、院内の緩和ケアの環境整備に大きく貢献している。配属先で疼痛緩和に関する介入を行い、活用できている。
S.A.さん♀（病院勤務）	今後取得予定	緩和ケア病棟のある病院では、活躍するフィールドを持っているが、薬剤師単独では資格の有無に拘らず、有効活用することは困難。しかし、PCTがないような地域病院の方が、緩和医療に対するニーズは高い。

認定薬剤師が考える職務実践の現状に関するインタビューから、コンピテンシーとパフォーマンス記述書に関わる文言を、以下にすべて抜き出した。

知識はあるが応用はできていない、緩和ケアに携わる上のプライドとして取得、薬に特化した部分しか関与できていない、薬物療法の質問を多職種から受けることが多くなった、緩和薬物療法の中心となって活動している、最期まで支え続けることができる薬剤師、安心感を与えられる、狭く深い知識よりも広く抗がん治療と緩和の知識を持っている人、試験に合格するために勉強した知識がある、医師への薬学的なアプローチ、患者へわかりやすく伝える力、医師や看護師をうまく味方にして組織的な活躍ができる、医師への緩和薬物療法に関する提案、後輩の指導、やる気の違いによって成果も違う、在宅では多職種から医療用麻薬についての質問を多く受ける、他職種から緩和医療に関する質問を多く受ける、知識を活用、院内のマニュアル作成などに主導的な役割を担い、院内の緩和ケアの環境整備に大きく貢献、疼痛緩和に関する介入を行い、薬剤師単独では有効活用することは困難

第２項 ワールドカフェによる意見収集

2016 年 6 月 3-5 日に開催された第 10 回日本緩和医療薬学会年会で、緩和薬物療法認定薬剤師の同窓会を企画し、取得者が考えるコンピテンシーをワールド・カフェスタイルで出し合った。任意に参加者を募ったところ、20 名の修了生が参加した。ここでは特に、認定と専門に求める項目の違いについて挙げてもらった。

回収した文言を分析したところ、認定薬剤師に求める項目について、以下のように実践に関する知識：13 項目、技術：14 項目、態度：13 項目のキーワードが挙げられた。専門薬剤師に求める項目については、研究や指導に関する知識：12 項目、技術：11 項目、態度：11 項目のキーワードが挙げられた。

表 11. 認定薬剤師に求める項目

	認定	専門
知識	・多くの症例を知っている ・中心になれる知識 ・テストを受ける知識 ・実際の症例に対応できる知識 ・一定の知識を持っていて周囲に広げられるようなのも ・薬物療法について通常の臨床に必要な知識を身につけている ・臨床応用できる知識 ・症状緩和に関わる薬の知識 ・教えることが出来る知識 ・一般的な知識、保険診療としての知識を理解している、ガイドラインの理解 ・緩和に関わる薬物についての知識 ・緩和に対する知識（臨床において）の普及 ・ガイドラインに即した知識	緩和に対する知識（研究など）の向上 ・教科書的な内容から外れている場合に様々な情報を元に対応する ・保険制度全般 ・薬物療法について今後新たな使用方法に繋がる知識がある ・アカデミックなもの ・臨床だけでなく基礎の視点からも考えられる知識 ・自分がやったことを形にして（例えば論文）他者から評価をうける機会 ・研究レベルでの知識 ・患者さんの療養する全てのステージ（病院・薬局・施設）での現状や関わり方などを知っている事 ・緩和以外の幅の広い知識（介護保険のことなどを含め地域包括ケアシステムのことなど） ・痛みの先になる訴えを読み取れる力（④と⑤両方）

		・ガイドラインを作るための知識
技術	・問題点を見つけて考える ・聴く力、傾聴する ・チーム内の発言力 ・コミュニケーション能力 ・通常の臨床に必要なコミュニケーションスキル ・目の前にいる患者を見て、医療スタッフと患者に対して薬物療法のアドバイスか出来ること ・臨床での知識の活用スキル ・認定という一定の知識を持っており周囲に伝達できる ・正確に伝える能力 ・同職種、多職種への緩和教育 ・知識をうまく伝えること ・学んだこと、知識を自分以外のスタッフへ共有すること ・チームをコーディネートする ・緩和ケアチームを立ち上げられる	後進の育成力 ・問題を見つけ考え解決する ・誰でも出来る体制・システムを作る ・自分の実績を小論文にして査読を貰い会誌に載せる ・論文記述能力 ・開発 ・地域連携能力、地域あの緩和ケアチームを結びつける ・知識を上手に伝える ・認定の方々に指導する技術（一般の薬剤師にも） ・高いプレゼンテーション能力 ・臨床で自分のやって来たことを形（論文等）にする（成功も失敗も）
態度	・各施設において緩和薬物療法のリーダー的ポジション ・院内に教える ・相手を承認して話しをきく ・傾聴、共感 ・共調力 ・傾聴する ・後進の指導力 ・院内院外の連携を図るリーダーシップ（おしつけのない） ・主に患者や家族への適正な使用への普及を行なう ・あらゆる人に対して門戸を広げた人望 ・患者さんを指導していく中で寄り添い、ケアしていく ・処方提案だけにとらわれない患者さんとの信頼に基づく行動変容などを促す力、態度 ・患者に対する態度は認定も専門も区別される物ではない ・常に学ぶ気持ち	地域に教える ・指導力 ・認定薬剤師も含め臨床面で緩和領域に関して指導する ・患者家族だけでなく多職種、地域への普及を行える ・医師からも頼られるような態度 ・職場での肩書き ・後進の指導力 ・医療間を超えた指導能力の必要性 ・薬物以外にも患者さん・家族の必要性に応える（応えられる人へ繋げられる連携力） ・緩和薬物療法の先駆者 ・エリアの緩和医療に関する相談役

第４節 緩和薬物療法認定薬剤師の客観的な職務実践

現在の職務実践を把握するため、認定薬剤師と協働している医師5名と看護師5名に、緩和薬物療法認定薬剤師の職務実践に望むことについて、SNSによるインタビュー調査を行った。結果は以下の通りである。

＜医師の認識＞

U.Y.医師♂

支持療法・緩和療法の「薬物療法」のプロフェッショナルとして、最先端のエビデンス・標準治療を理解する意欲と臨床研究に参加する意欲を持ち、それらを説明できる能力を持つこと。

A.E.医師♀
薬剤師は4年制と6年制で互いに扱い辛さを感じていたり、臨床実践能力の個別生が高かったりするため、薬剤師間でもチームになりきれていない印象がある。そういう実感から専門性の高い薬剤師には、薬剤師の臨床教育ができること、論文を読んで臨床に活かすことができること、チームマネジメントができること。教育技法を身につけている薬剤師は本当に少ない。

O.I.医師♂
緩和領域の薬剤情報に精通しており、常にアップデートしていること。鎮痛薬よりも抗腫瘍薬や制吐薬など、オンコロジー領域の知識も豊富な方がいい。臨床疑問も持ち続けて、わからないことは徹底的にかつ迅速に調べられる力があると秀逸。その上でPCTはもちろん関係者と仲良くできる薬剤師なら最高。

M.D.医師♂
私は緩和ケア病棟やホスピスでの勤務経験がない中で在宅緩和ケアをしているため、緩和薬物療法認定薬剤師には薬の使い方をアドバイスして欲しい。大病院の処方も医師によってまちまちで、どうしたらよいかわからないことも多々ある。

S.K.医師♂
知識はもちろんだが、それを所属する組織にうまく提供する組織人としての振る舞いがまずは必要。

＜看護師の認識＞
U.S.看護師♀
現場で症状緩和に至らないとき、内服抗がん剤を続けている患者さんへの関わりやほかの薬との兼ね合い、原疾患の薬物管理と症状緩和とのバランス、ADL低下等に伴う投与経路や在宅での薬物管理の検討、投与経路が限られている患者の在宅管理、複雑な自壊創への薬物選択などなど…日頃、薬剤師さんに助けてほしい場面はたくさんあるが、在宅にはほとんど緩和専門の薬剤師はいない、苦戦している。
認定と専門との違いは、認定は対象のみ、専門は自分の組織外も含めたリソースとして存在する点で、対象が広いことが一つの特徴だと思う。そして活動のスキル：コミュニケーションやファシリテーション、チームビルディング、倫理的な調整などが、実践以外にも、医療やケアの質向上に向けて、組織や地域でより活動の幅を広げたり深めたりするのに必要になると思う。視野の広さや課題を見極めたりしながら、専門的な知識・技術を生かして新たな方略を開発したり、それを実践していく力、周りを巻き込んでいく力が求められるのではないかと思う。
私としては、地域全体を見た時に、専門薬剤師が組織を超えて、日ごろ地域を支えてくださっている薬局薬剤師さんたちのサポーターとして、スーパーバイズや協働していただき、質の底上げをしていただきたいこと、それをリソースが少なかったり、緩和ケアの経験が浅い在宅医や看護師の支援にもつなげていただけたら、とても心強いな、と思う。

Y.G.看護師♂
緩和薬物療法認定薬剤師は、医師の薬剤に関する質問に答えることが主な役割になっている。看護師にも薬物療法の根拠となるデータの提示や、投与にあたっての形

態変化が可能か、注射で薬剤投与する際に混注が可能か、薬価の高い安い等、説明して欲しい。薬の中止等で突然、異変が起こる場合など、看護師にその可能性を伝えておいてくれると、家族へのアプローチもできる。

T.Y.看護師♀
当院の緩和薬物療法認定薬剤師は、医師・精神科医・臨床心理士・がんリハＰＴ・がん性疼痛&緩和ケア認定看護師とともに、週2回緩和ケアラウンドに回って患者さんのアセスメントをして医師にアドバイスをしている。認定を持っている方とそうでない方とは知識に差があると思う。認定の先生自身は薬剤にも臨床にも詳しく経験が豊かで素晴らしいが、私の今の病棟にくる先生とクオリティが違いすぎて…若いもしくは経験の浅い先生方の底上げをしてもらえたらなあ、と思う。
専門薬剤師の先生には、コミュニケーション能力の向上を望む。認定看護師にも言えることだが、専門性が高まってもスタッフと連携が図れないと宝の持ち腐れになってしまう気がする。高い専門性という肩書きが高い壁にならないといいなと思う。素晴らしい能力を実際に患者さんに還元されている方は、どの方もとても話しかけやすく温かい。専門薬剤師の先生方も癒し人でありますように♡

K.Y.看護師♀
私が驚いたのは、これらの資格認定機関が異なること。看護の場合は基本的に看護協会が認定している。また、同じ名称において、認定と専門というようにランクがつくということは、看護の認定の世界ではない。看護師の立場からすると、誰が緩和医療薬物療法認定薬剤師なのかは、明確に公表されていないので、活用しようのない状況。また、当院はがんセンターであるために、薬剤師であれば全員ががんに関する薬物の専門的知識を有していなければならない、有しているはず、という目で薬剤師のことを見ている。
他職種の立場からすると、対応した薬剤師が窓口となり、わからないなら薬剤部内で相談して解決してから、回答してくれ。というのが日常だと思う。認定資格を明確にしてもらうと、あの薬剤師さんに聞いてみようという気持ちになる。専門看護師もそうですけど、「何をしてくれる人なのか」ということは、明確に示されていないので、周囲の活用が進まない。特別な認定資格そのものは、他職種のためというよりは、薬剤師を対象として薬剤師内の質を向上させるための役割が大きいと思う。
結論としては、数ある資格の相違点を明らかにして、何をしてくれる人なのか、どんな能力があるのかということを明確にしてもらえると、他職種としては活用できると思う。

N.M.看護師♀
当院には専門・認定の薬剤師がいないが、セミナーを受けて症例を集めて、それでどんな薬剤師になるのだろうか？変われるのだろうか？と心配。学校に行かない教育課程の限界だなと感じる。専門薬剤師に期待することは、複雑な問題を持つ患者さんへの介入、専門的な薬物療法の知識と技術で安全で適切な薬物療法のスタッフ指導をしていただきたいことと、高いコミュニケーションスキルで患者さんのアドヒアランスを高めてもらいたいこと、また、病院だけの活動にとどまらず、病院と調剤薬局・訪問薬剤師との連携の要になっていただきたいと思う。最新のエビデンスをもとに、院内の合意をとりまとめて、組織の薬物療法のマニュアル作りを中心となって行なっていただけると、とてもありがたい。さらに、高齢者のポリファー

マシーの対策など、大事だと思っていても組織でできていないことをシステム化する、それが専門薬剤師の大切な役割ではないかと思う。病院や調剤薬局を巻き込み、一歩先まで読めなくても半歩先を見通して組織の改革者となっていただきたい。

認定薬剤師と協働している医師/看護師が考える職務実践の現状に関するインタビューから、コンピテンシーとパフォーマンス記述書に関わる文言を、以下にすべて抜き出した。

支持療法・緩和療法の「薬物療法」のプロフェッショナル、最先端のエビデンス・標準治療を理解する意欲、臨床研究に参加する意欲、説明できる能力を持つ、薬剤師の臨床教育ができる、論文を読んで臨床に活かす、チームマネジメントができる、教育技法を身につける、緩和領域の薬剤情報に精通、常に薬剤情報をアップデート、オンコロジー領域の知識、臨床疑問を持ち続ける、わからないことは徹底的にかつ迅速に調べられる力がある、関係者と仲良くできる、薬の使い方をアドバイスして欲しい、組織人としての振る舞い、専門は自分の組織外も含める、コミュニケーション、ファシリテーション、チームビルディング、倫理的な調整、専門的な知識・技術を生かして新たな方略を開発する力、専門的な知識・技術を実践していく力、周りを巻き込んでいく力、医師の薬剤に関する質問に答えること、看護師にも薬物療法について説明して欲しい、若いもしくは経験の浅い先生方の底上げ、コミュニケーション能力の向上を望む、がんに関する薬物の専門的知識を有している、薬剤師を対象として薬剤師内の質を向上させる、複雑な問題を持つ患者さんへの介入、専門的な薬物療法の知識と技術、安全で適切な薬物療法のスタッフ指導、高いコミュニケーションスキル、病院だけの活動にとどまらず、病院と調剤薬局・訪問薬剤師との連携の要、最新のエビデンス、組織の薬物療法のマニュアル作り、ポリファーマシーの対策、組織でできていないことをシステム化、組織の改革者

これらの結果から、認定資格を取得した本人でも、その職務の認識や要件はバラバラで、他職種が求めるレベルもかなり幅広いばらつきがあることがわかった。どこまでできることが認定資格に求められているか、職種内外にコンセンサスは得られていないことが窺えた。

第５節 患者家族の意識調査

2010年に実施した患者会を対象とした緩和医療に携わる薬剤師に関するアンケート（n=247）を分析し、患者・家族が求める緩和薬物療法認定薬剤師像を見出した。

アンケート回答者のうち50歳代が最も多く30%、次いで60歳代が27%、40歳代が20%だった。回答者の性別は87%が女性であった。

分析結果から、約半数の回答者のみが薬の相談を薬剤師にすると答えており、その理由として薬剤師のコミュニケーション力が、どちらかというと低いと感じていることがわかった。

なお、アンケートは各地域の患者会に郵送し、ご記入いただけたところから回収した結果、回収数は247となったため、対象数（配布数）は明確ではない。

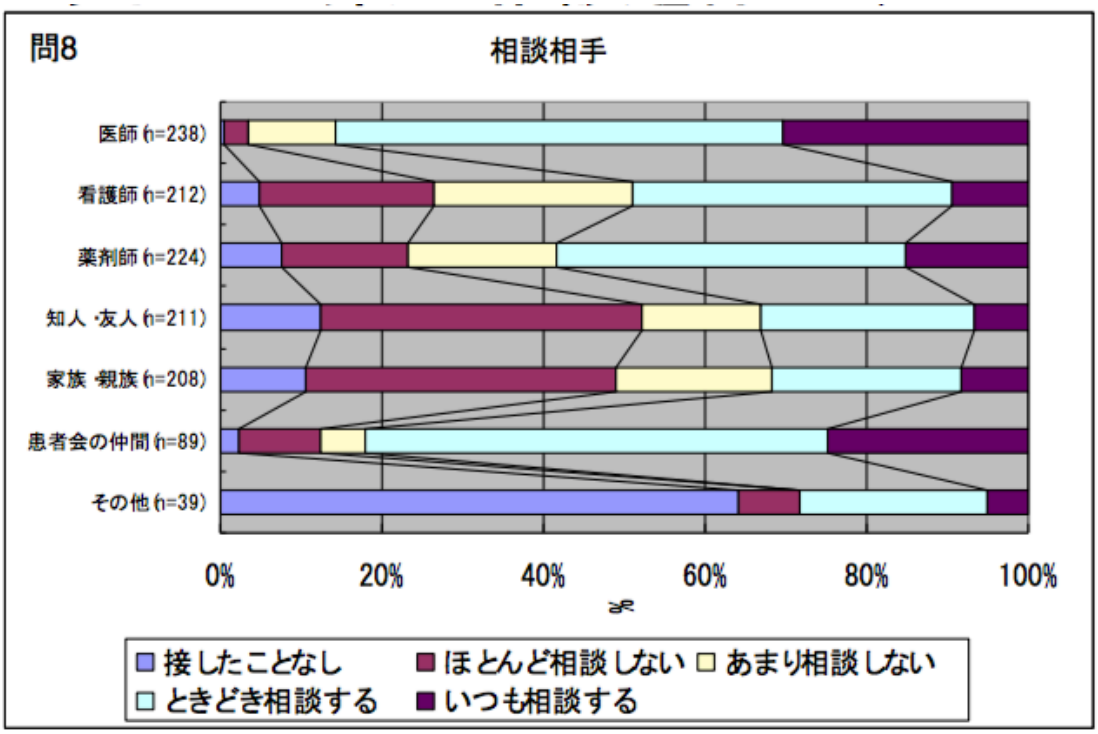

図８．薬の相談を誰にするか

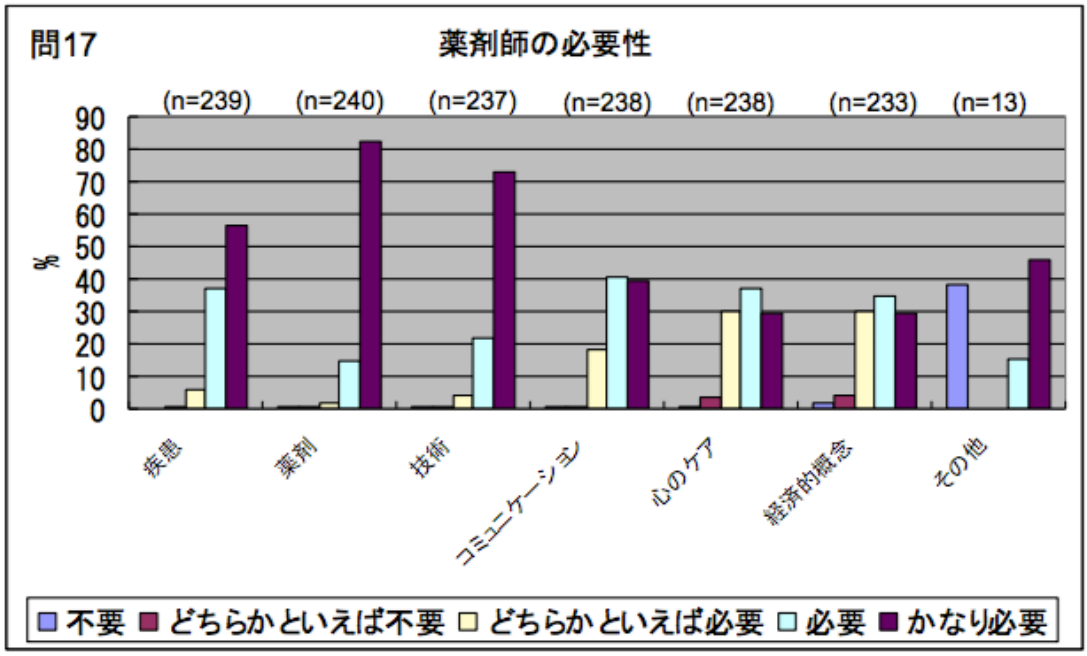

図９．薬剤師に必要な能力

患者会を対象としたアンケートの自由記入の回答から、領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書に関わる文言を、以下にすべて抜き出した。

薬の効果や副作用、相互作用の相談、薬に関する知識と技術、疾患に関する知識、患者の生活に関心を向けること、医師と患者間の太いつなぎ役に、中心となるのは患者自身、患者の声に耳を傾ける、服薬時の患者の不安な気持ちを和らげる、状況を考えながら接する、１人１人の理解度に応じた説明、治療に関わる意識、積極的に患者に関わる姿勢、価値観の理解、個別のケア、精神的ケア、信頼できること、人間性、わかりやすい説明、症状理解、丁寧な説明、薬の微調整、十分な説明、不安への対応、内服の効果・副作用・かかる費用、納得できる説明、確実な答え、薬全般を把握、アレルギーに関する知識、他医療関係者との情報共有・連携、プライバシーの保護、医師へ処方変更等のアドバイス、患者の認知度、性格等の理解、医師の説明理解、単に効能の説明ではが募る、情報交流、人間関係の構築、薬剤の最新知識、主治医の指示通り以上は出来ない、患者の体質について理解、チーム医療に目に見える形で参加、日常生活上の情報提供、コミュニケーション能力、正確で新しい薬の情報、副作用の実例等の情報、飲食物との相互作用の説明、患者は触れられたくない内容もある、気軽に相談できる窓口、主治医の補佐的説明、患者の症状や副作用の理解、治療の経過の理解、ノンアドヒアランスへの適切なアドバイス、他科複数処方薬の総合的な把握、処方薬の必要性の説明、最適な医薬品の判断、GE 薬の説明、親切に対応、なんでも相談できる、副作用軽減、言葉がけの配慮、しっかりとした説明、迅速な回答、豊富な経験、医療者間の連携、人間理解、精神的ケア、経済的な負担、副作用対策、プロとしてのアドバイス、身近な存在、笑顔、長期服薬の影響、飲み合わせの情報、主治医と議論、個人情報の保護、周囲への配慮、相談しやすい環境作り、気持ちを汲み取る、希望が感じられる、優しさ、思いやり、正確な調剤、発言に注意を払う、専門知識を活かす、傾聴、コミュニケーションのスキルアップ、迅速な調剤、良好な人間関係、情報の発信源、こころのケア、処方変更の実践、患者向け勉強会の開催、個別的な判断、医師との連携、心ある対応、親切な対応、近い位置、存在意義を明確に、自信を持って対応、患者に寄り添う、新薬の情報提供

表12．テキスト『緩和医療薬学』章立てと認定要件ならびに意識調査結果の内訳

緩和医療薬学　項目		認定要件	認定薬剤師	医師/看護師	患者/家族
第１章	緩和医療総論	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会に参加			
	A　定義(緩和医療とは)				
	B　歴史				
	C　緩和医療で期待される薬剤師の役割		後輩の指導、	支持療法・緩和療法の「薬物療法」のプロフェッショナル、臨床研究推進、後進育成力、論文を活かす力、緩和領域の薬剤情報に精通、薬剤情報アップデートカ	服薬指導、最適な医薬品の判断 GE 薬の説明、親切に対応、正確な調剤、専門知識を活かす、迅速な調剤、存在意義を明確に、自信を持って対応、新薬の情報提供
第２章	緩和薬物療法	症例報告	広く抗がん治療と緩和の知識を持っている人、薬剤師の専門性	最先端のエビデンスと標準治療の理解力、専門知識の獲得、最新のエビデンス	薬の効果や副作用、相互作用の相談、内服の効果・副作用・かかる費用、薬の微調整、確実な答え、薬剤の最新知識、正確で新しい薬の情報、副作用の実例等の情報、飲食物との相互作用の説明、副作用対策、長期服薬の影響、飲み合わせの情報、 処方変更の実践、しっかりとした説明、迅速な回答、豊富な経験、、確実な答え、日常生活上の情報提供、ノンアドヒアランスへの適切なアドバイス、
	A　疼痛マネジメント		疼痛緩和に関する介入		
	A1　疼痛の病態生理				
	A2　疼痛のアセスメント				
	A3　WHO 方式がん疼痛治療法				個別のケア
	A4　非オピオイド鎮痛薬				
	A5　オピオイド鎮				

	痛薬：1 定義と概要、2 各オピオイド鎮痛薬の特徴				
	A5　オピオイド鎮痛薬:3 オピオイド鎮痛薬の副作用対策、4 依存と耐性、5 オピオイド・スイッチング、6 PCAポンプの使い方				
	A6　鎮痛補助薬				
	A7　非薬物療法				
	B　[概論]精神症状マネジメント				服薬時の患者の不安な気持ちに対応、精神的ケア、性格等の理解、人間理解、
	B1　病態生理				疾患に関する知識
	B2　薬物療法				
	B3　コミュニケーション		安心感を与えられる	コミュニケーション能力の向上、高いコミュニケーションスキル	丁寧な説明、不安への対応、コミュニケーション能力、なんでも相談できる、言葉がけの配慮、わかりやすい説明、優しさ、思いやり、発言に注意を払う、傾聴、コミュニケーションのスキルアップ、心のケア、笑顔、気持ちを汲み取る、心ある対応、親切な対応
	C　他の身体症状マネジメント				
第３章	がんの基礎知識	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会に参加	広く抗がん治療と緩和の知識を持っている人	オンコロジー領域の知識、がん治療の専門的知識	
	●概論				
	A　５大がんの特徴と標準薬物療法				
	B　抗がん剤の主な副作用と対策				
第４章	医療連携		組織人としての振る舞い	チームビルディング、関係者と仲良くできる、	人間関係の構築、医療者間の連携、人間理解、
	●　[概論]連携の必要性について				相談しやすい環境作り、
	A　多職種の役割		組織的な活躍	安全で適切な薬物療法のスタッフ指導、薬剤師単独では有効活用	他医療関係者との情報共有・連携、気軽に相談できる窓口、主治医

				することは困難	の補佐的説明、医師の説明理解、
	B　緩和ケアチームの役割		職種への情報提供、医師への薬学的なアプローチ、医師への緩和薬物療法に関する提案、	チームマネジメントができる、看護師にも薬物療法の説明	医師と患者間の太いつなぎ役、十分な説明、副作用軽減、良好な人間関係、近い位置、
	C　在宅緩和ケア		多職種との連携	病院と調剤薬局・訪問薬剤師との連携の要、組織外も含めたファシリテーション力	患者向け勉強会の開催
	D　カンファレンス		院内のマニュアル作成などに主導的な役割、薬物療法の質問を多職種から受ける	薬の使い方をアドバイス、専門は自分の医師の薬剤に関する質問に答える力、後進の底上げ力	医師へ処方変更等のアドバイス、情報交流、チーム医療に目に見える形で参加、処方薬の必要性の説明、プロとしてのアドバイス、主治医と議論、医師との連携
第５章	包括的アセスメント		応用力	専門的な知識・技術を生かして新たな方略を開発する力、専門的な知識・技術を実践していく力、周りを巻き込んでいく力、ポリファーマシーの対策、	治療に関わる意識、積極的に患者に関わる姿勢、症状理解、アレルギーに関する知識、患者の認知度、他科複数処方薬の総合的な把握、症状や副作用の理解、治療の経過の理解、希望が感じられる、個別的な判断
	A　包括的アセスメントとは	優れた見識		教育技法、	患者の生活に関心を向ける
	B　終末期ケア		最後まで支える医療		周囲への配慮、患者に寄り添う
	C　アドバンス・ケア・プランニング				患者の声に耳を傾ける
	D　臨床倫理			倫理的な調整	価値観の理解、プライバシーの保護/配慮、個人情報の保護、中心となるのは患者自身、状況判断力、経済的な負担
第６章	参考資料				
	A　麻薬･向精神薬の取り扱い		院内の緩和ケアの環境整備に大きく貢献	組織の薬物療法のマニュアル作り	
	B　緩和医療を取り巻く制度と保険点数	実務歴５年以上、緩和ケア３年以上の実績			

	C　評価ツール				
その他		生涯教育、上長の推薦			人間性、信頼感、主治医の指示通り以上は出来ない、身近な存在、

第４章 コンピテンシーの同定と検証

第１節 緩和薬物療法認定薬剤師によるレビュー

病院、保険薬局、大学所属の7名の緩和薬物療法認定薬剤師によるレビューを実施し、コンピテンシー案を検証した。これらの意見を集約して、再度、レビュアーに確認するという方法を3回繰り返して、コンピテンシーを同定した。レビュアーから得られたコメントは表の通りである。

表 13. レビュアーのコメント

認定薬剤師	専門薬剤師	レビュアーのコメント
1.1. プロフェッショナリズム/倫理 1.1.1. 患者を唯一無二の存在と捉え、関心を寄せることができる。 1.1.2. 患者/家族に優しく親切に接することができる。 1.1.3. 関係者一人一人の業務を理解し、その能力を知っている。 1.1.4. 限りある資源は公正に分配しなければならないことを知っている。 1.1.5. 業務上、知り得た秘密を保持し、個人情報の取り扱いに留意する。 1.1.6. 利益相反行為を回避し、誠実に行動する。	1.1. プロフェッショナリズム/倫理 1.1.1. 患者の意向を尊重できる。 1.1.2. 患者/家族に愛情と思いやりを以って接することができる。 1.1.3. 各関係者の意向を尊重できる。 1.1.4. 未来まで見据え、限りある資源を公正に分配できる。 1.1.5. 守秘義務と情報共有のバランスの取り方を適切に判断できる。 1.1.6. 薬物療法の責任者として相応に振る舞い、信頼関係を構築できる。	認定1.1.2『理解し』を入れた方が良い 認定1.1.4『知っている』では低レベルなので、 知っていて行動できるという意味で『努めることができる』に変更してはどうか。 認定 1.1.5 個人情報の取扱に留意するのは医療職者であれば当然の責務であり、認定以上の資格職者であれば、適正に取り扱えて当然。 専門 1.1.6. ”薬物療法の責任者”という文言は、やや引っかかる印象。薬剤師国家試験（厚労省指導）でも、処方提案はできるが、あくまで医師の指導や合意のもと＝責任は医師というスタンスで一貫している。（医師の指示なく）用法変更をしたなどもNG 扱い。 「緩和薬物療法の有効性や安全性を積極的に支援するよう・・・」など医師のサポーターという記載が無難。 専門薬剤師の項目にも”利益相反”という文言は必要では？
1.2. 関連制度/法規 1.2.1. 安全かつ適正な薬剤使用を推進できる。 1.2.2. 麻薬・向精神薬を適正に取り扱うことができる。 1.2.3. 緩和医療を取り巻く制度や保険診療、ガイドラインを把握している。	1.2. 関連制度/法規 1.2.1. 安全かつ適正な薬剤使用を啓発できる。 1.2.2. 麻薬・向精神薬の適正な取り扱いを啓蒙できる。 1.2.3. 緩和医療を取り巻く制度や保険診療、ガイドラインを修正・追加するような情報（研究発表 /論文公表）を発信できる。	専門1.2.2.「啓蒙」は差別用語なので、啓発を使う方がよい。 1.2.3.認定：標準治療（ガイドライン）の実践、専門：標準治療（ガイドライン）の実践ができ、かつより難易度の高い症例、標準治療で難渋するような症例に対するより高度な緩和薬物療法（化学療法）の実践と緩和も明確にしてはどうか。 専門 1.2.3. ガイドラインを修正・ 追加するような情報を発信するのはやはり並大抵のことではないので、１個人のコンピテンシーとしては少しトーンを下げた方がいい
1.3. 自己研鑽と教育 1.3.1. 専門知識と技術の修得	1.3. 自己研鑽と教育 1.3.1. 修得した専門知識や技	認定 1.3.1「緩和薬物療法の水準を維持できる。」→水準というのが明確ではないので、「ガイドライン等に準じた緩和医療の標

に努め、緩和薬物療法の水準を維持できる。 1.3.2. 患者・家族教育を行い、同僚や他職種に緩和薬物療法の知識を普及できる。 1.3.3. 臨床疑問を持ち続け、貪欲に学習する。	術を社会に還元し、緩和薬物療法の発展に貢献できる。 1.3.2. 緩和薬物療法教育を行い、同僚や他職種の知識レベルを向上できる。 1.3.3. 後進の指導や学術的なサポート等の教育技法を有する。	準的知識を維持できる。」などはどうか。 専門1.3.1.自己の緩和薬物療法の知識や技術の専門性を高め、緩和薬物療法の技術を継続的に向上できる。としてはどうか。 専門に「認定薬剤師の教育を行う」を課すか？
2.1. 緩和医療総論 2.1.1. WHO の緩和ケアの定義、日本緩和医療学会の緩和医療の定義、ならびに日本緩和医療薬学会の「私達の姿勢」を知っている。 2.1.2. 身体的だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルの各側面から患者・家族の苦痛を捉えることができる。 2.1.3. 緩和医療の歴史を紹介・解説できる。 2.1.4. 緩和領域の薬剤情報を常にアップデートし、わからないことは徹底的にかつ迅速に調べられる力を有している。	2.1. 緩和医療総論 2.1.1. 緩和医療における緩和薬物療法の意義を根拠に基づいて説明できる。 2.1.2. 患者・家族の全人的苦痛を把握し、支援することができる。 2.1.3. 緩和医療浸透のための施策を講じられる。 2.1.4. 緩和領域の薬剤に精通し、最新のエビデンスを活用できる。	専門にも「2.1.1. WHO の緩和ケアの定義、日本緩和医療学会の緩和医療の定義、ならびに日本緩和医療薬学会の「私達の姿勢」を知っている。」は、必要なのではないか？ 認定2.1.3『歴史』とは、シシリー・ サンダースのホスピス運動の話などを紹介できれば良いのか、ギアチェンジ⇒シームレス⇒ パラレルといった緩和ケアの変遷を説明できれば良いのか？という点を踏まえると、『歴史と変遷』にしてはどうか。 専門 2.1.3. 緩和医療浸透のための施策を講じられる」は、具体的にどのような活動？「講演活動、院内外のがん事業等への参画」か？
2.2. がんの基礎知識 2.2.1. 肺がんの病態生理と標準薬物療法ならびに抗がん剤の副作用を説明できる。 2.2.2. 胃がんの病態生理と標準薬物療法ならびに抗がん剤の副作用を説明できる。 2.2.3. 乳がんの病態生理と標準薬物療法ならびに抗がん剤の副作用を説明できる。 2.2.4. 大腸がんの病態生理と標準薬物療法ならびに抗がん剤の副作用を説明できる。 2.2.5. 血液がんの病態生理と標準薬物療法ならびに抗がん剤の副作用を説明できる。	2.2. がんの基礎知識 2.2.1. 肺がんの病態生理と標準治療法を理解するとともに、抗がん剤の副作用対策が講じられる。 2.2.2. 胃がんの病態生理と標準治療法を理解するとともに、抗がん剤の副作用対策が講じられる。 2.2.3. 乳がんの病態生理と標準治療法を理解するとともに、抗がん剤の副作用対策が講じられる。 2.2.4. 大腸がんの病態生理と標準治療法を理解するとともに、抗がん剤の副作用対策が講じられる。 2.2.5. 血液がんの病態生理と標準治療法を理解するとともに、抗がん剤の副作用対策が講じられる。	認定 2.2.1～5『各がんの病態生理を概説しなさい』と言われると、恐らく多くのがん専門薬剤師であっても躊躇すると思う難問。緩和認定薬剤師のレベルではこれは荷が重い。標準的な薬物療法とその副作用を知るぐらいが適当では？ 認定 2.2.1～5 疼痛マネジメントの項目では、認定も「遂行できる」となっている。認定薬剤師にも「標準的な副作用対策が実施できる」くらい求めてもよいのでは？ 専門 2.2.1～5 病態生理に加え、薬物療法以外も含めた標準的治療法について概説ができるレベルまで理解し、薬物療法に関しては実践と副作用管理ができることが適当と考える。 専門2.2.1～5「副作用対策が講じられる」は良いと思うが、専門とはいえ緩和に携わる薬剤師ががん治療における標準薬物療法を『実践』するだろうか。「標準薬物療法をサポートする」くらいが個人的にはしっくりくる。 専門 2.2.1～5 緩和ケアチームの相談先となるような、「標準治療では難渋する症例に対しても、より高度な副作用対策を講じられる」など、差別化してはどうか？ 認定・専門とも 5 大がんの知識だけでよいか？　例えば、 認定：”5 大がん以外のがん治療において

		も、病態および既存の標準的治療を理解し、その副作用対策を講じられる。 専門：5 大がん以外のがん治療においても、病態および既存の標準的治療を理解する他、標準治療では難渋する症例に対しても、より高度なその副作用対策が講じられる。
3.1. 疼痛マネジメント（薬物代謝機能に障害のない患者に対して） 3.1.1. 疼痛の病態生理を理解し、疼痛アセスメントが行える。 3.1.2. WHO 方式がん疼痛治療法に沿った薬物療法を遂行できる。 3.1.3. 非オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた薬剤選択ができる。 3.1.4. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた薬剤選択ができる。 3.1.5. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、副作用対策やスイッチングを提案できる。 3.1.6. 鎮痛補助薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた選択ができる。	3.1. 疼痛マネジメント（薬物代謝機能に障害のある患者に対して） 3.1.1. 疼痛の病態生理を理解し、疼痛アセスメントが行える。 3.1.2. WHO 方式がん疼痛治療法に沿った薬物療法を遂行できる。 3.1.3. 非オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた薬剤選択ができる。 3.1.4. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた薬剤選択ができる。 3.1.5. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、副作用対策やスイッチングを提案できる。 3.1.6. 鎮痛補助薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた選択ができる。	認定：（薬物代謝機能に障害のない患者に対して）、専門：（薬物代謝機能に障害のある患者に対して）、がわかりにくくいので、例えば専門を ”腎機能障害、肝機能障害、高齢者、小児、妊婦授乳婦などのスペシャルポピュレーションに対する疼痛管理についても、適切な薬剤選択が提案できる” を追加してはどうか？
3.2. 精神症状マネジメント 3.2.1. 精神症状に対する標準的な薬物療法を説明できる。 3.2.2. 向精神薬の薬物相互作用による悪影響を説明できる。 3.2.3. 向精神薬の副作用対策を説明できる。 3.2.4. 緩和臨床に望ましい精神的支援の姿勢を説明できる。	3.2. 精神症状マネジメント 3.2.1. 精神症状に対する薬物療法を原疾患に応じて幅広く提案できる。 3.2.2. 向精神薬の薬物相互作用による悪影響を回避できる。 3.2.3. 向精神薬の副作用対策を講じられる。 3.2.4.緩和臨床に望ましい精神的支援の姿勢を実践できる。	認定と専門で文言が同じ、差別化がない？
3.3. 他の身体症状マネジメント 3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる。 3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状へのマネジメント方法を説明できる。	3.3. 他の身体症状マネジメント 3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法を要するとき、各専門家につなげられる。 3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状へのマネジメントを実践できる。	専門 3.3.1 各専門家に『適切にコンサルテーションできる』の方が良いと思う。
4.1 コミュニケーション・スキル 4.1.1. アサーションスキルを用いて、自分の意見を述べられる。 4.1.2. 患者/家族にわかりやすい丁寧な説明ができる。	4.1 コミュニケーション・スキル 4.1.1. コーチングスキルを活用して、他者と対話できる。 4.1.2. 状況に応じて患者/家族が納得できる説明を行える。	誰にアサーション、コーチングするのか明確ではない印象。例えば、”他医療者（薬剤師含む）に対して”を入れると明確になるのでは？

4.1.3. 礼儀をわきまえ、医療者間/介護者間に業務上支障のない意思疎通が図れる。	4.1.3. 医療者間/介護者間と信頼関係を構築し、効率的な意思疎通が図れる。	
4.2. チーム医療/多職種協働 4.2.1. 緩和ケアチーム/在宅緩和ケアチームの役割を理解し、チームの一員として協働できる。 4.2.2. 関係者（患者/家族、各医療職種/各介護職種）の役割を理解し、相互協調に努められる。 4.2.3. 施設内において緩和薬物療法に関するリーダーシップを発揮できる。	4.2. チーム医療/多職種協働 4.2.1. 緩和ケアチーム/在宅緩和ケアチームの一員として貢献し、チームの役割を果たせる。 4.2.2. 関係者（患者/家族、各医療職種/各介護職種）相互の能力を活用して、チームマネジメントを実践できる。 4.2.3. 施設外との連携に努め、施設内外において緩和薬物療法に関するリーダーシップを発揮でき る。	専門 4.2.2『期待された』（チームの）役割を果たせる、の方が良いと思う。
4.3. 包括的アセスメント 4.3.1. 患者・家族の苦痛を多面的に捉え、問題点に優先順位をつけられる。 4.3.2. 終末期状態や過程を説明できる。 4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。 4.3.4. 倫理的な側面からも問題を分析できる。	4.3. 包括的アセスメント 4.3.1. 患者/家族を取り巻くあらゆる課題を多面的に捉え、問題解決に取り組める。 4.3.2. 終末期医療を支援できる。 4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングを支援できる。 4.3.4. より妥当性のある最善策を選択/提案できる。	ACP については、日本の文化に合わないとか、主治医のやる気を…等実地医療では、なかなか進まないのが実際です。全ての認定者の施設で実施できない点でやや時期尚早な印象？ 4.3.2. 過程→死にゆく過程
		緩和薬物療法認定薬剤師パフォーマンス記述書の英訳は（Performance Statements for Board Certified Pharmacist of the JPPS）となっており、緩和薬物療法専門薬剤師パフォーマンス記述書は（Performance Statements for Board Certified Palliative Care Pharmacy Specialist）となっている。 専門薬剤師の英訳はストンと受け入れることができましたが、緩和薬物療法認定薬剤師の英訳が少し引っかかる。 Board Certified Pharmacist of the JPPS だと、日本緩和医療薬学会認定薬剤師であり、緩和薬物療法認定ではないと思う。 Board Certified Pharmacist in Palliative Care とした方が、緩和薬物療法認定薬剤師に近い表記になるのでは？

第２節 ID 専門家によるエキスパートレビュー

ibspti®の理事に、エキスパートレビューを依頼した。コメントは以下の通り。

コンピテンシー開発モデルとの整合性についての意見は、1点目に、それぞれ何をやったかは列挙されているが、それらが最終的な、または検討段階で、どのように成果物に生かされているのか不明瞭。2点目に、いろいろな人に協力を仰ぎ、多角的なデータをも

とにコンピテンシーの同定や検証をされていることは分かったが、コンピテンシーを同定、検証していて、確定する人たちはどんな人たちなのか、成果物を作成しているグループについても明確にするとよい。

2点が明らかになれば、ibspti®のコンピテンシー開発モデルを参考にしているとしても問題ない。

第３節 緩和薬物療法専門家によるエキスパートレビュー

続いて、緩和医療薬学会コンピテンシー策定に責任をもつ、代表理事、副代表理事、教育関連委員会各委員長に、コンピテンシー改訂案について意見を募ったところ、意見は以下の通りであった。これまで作成にあたり、委員会や理事会における繰り返しの意見収集、報告を行って作成してきたため、新たな提案はなかった。

代表理事：とてもよく草稿された緩和薬物療法認定薬剤師ならびに専門薬剤師のコンピテンシーをお作り頂き、大変感謝いたしております。このパフォーマンス記述書は一度e-理事会にお諮りいただき、理事の目を通してから社員、一般会員に提示する手順が宜しいかと思います。川村先生の草案作成のご努力に敬意と称賛をお送りしたいと思います。是非このコンピテンシー評価書が薬学関係の基準書となりますことを期待しております。

副代表理事：ご尽力を心より御礼申し上げます。未来像をイメージでき、わかりやすさも加味され、本会発信にふさわしいものとなりましたこと、先生のご尽力に、ここに心より感謝申し上げます。

試験委員長：素晴らしい内容ですね。他の専門制度にもかかわっていますが、これだけはっきりとそのスキルを明示しているものは見たことがありません。今後専門性を目指す薬剤師にとってもその到達点が明確になり、目指す専門薬剤師像が描けるのではないでしょうか。試験委員会としましても、今後の専門試験に向けての協議を開始したいと思います。やはり、筆記や面接のみではなく、緩和医療学会のように模擬患者を立てた試験も視野に入れておく必要性を感じます。

認定委員長：行動目標として具体的なパフォーマンスを提示することはとても素晴らしい方法だと理解します。今後は各パフォーマンスをどのように評価するかが課題でしょうか。コンピテンシーの確定に関して、全会員に提示し意見を募るのは大賛成です。専門制度の規定と合わせて実施すべきかとも思います。

専門制度委員長：私としては的確なコンピテンシーの項目かと思います。段階を踏んで、認定から専門へステップアップするのがよくわかります。ただ、４項目のコンピテンシーが箇条書きのままなので、パフォーマンスが併記されていても少しわかりにくいかなと推察します。少し文章化しては、いかがでしょうか。

第５章 コンピテンシーの改訂と最終的な合意

第１節 コンピテンシー案改訂作業の実施

7名の緩和薬物療法認定薬剤師によるレビューと代表理事、副代表理事、教育関連委員会各委員長から得られた意見を、基本的に尊重してコンピテンシーを改訂した。但し、あまりにも具体的だったり限定的と思える文言は、所属施設の違いや薬剤師の置かれた環境によって達成できなくなってしまうため、汎用性が低いと思われた文言は既存の文言を残しながら、教育研修委員会8名による擦り合わせ作業を行った。

第２節 日本緩和医療薬学会会員を対象とした重要性/妥当性調査

2016年11月7日から21日までの2週間、日本緩和医療薬学会ホームページ上の会員専用ページを利用して[44)]、全会員を対象とした「緩和薬物療法認定・専門薬剤師コンピテンシー重要度調査」を実施した。本調査は総務委員長経由で、聖隷浜松病院臨床研究審査委員会に提出し、承認の審査結果（受付番号：2260）を受けている。

日本緩和医療薬学会

緩和薬物療法認定・専門薬剤師コンピテンシー重要度調査

以下に作成したコンピテンシー（能力や具体的な行動）が緩和薬物療法認定・専門薬剤師コンピテンシーの要素として重要かどうか、5段階で評価してください。
また、自身が考えるコンピテンシーの要素として追加すべき能力や具体的な行動があれば、自由に記載してください。

アンケート登録フォーム　入力画面

下記の項目を入力後、【確認画面へ】ボタンをクリックして下さい。
※ 必須 印がついた項目は入力必須項目です。

会員番号	必須	709-216-1224
氏名	必須	川村　和美

領域	1. 緩和薬物療法認定薬剤師のベース・コンピテンシー	能力	1.1. プロフェッショナリズム/倫理

コンピテンシー		緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーとしてどれくらい重要な能力か？				
具体的な行動		非常に重要である	やや重要である	どちらでもない	あまり重要ではない	全く重要ではない
1.1.1. 患						

者を唯一無二の存在と捉え、関心を寄せることができる。	必須	○ 5	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
1.1.2. 患者/家族に優しく親切に接することができる。	必須	○ 5	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
1.1.3. 関係者一人一人の業務を理解し、その能力を尊敬できる。	必須	○ 5	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる。	必須	○ 5	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1

図 12. 緩和医療薬学会ホームページ

11/22現在の会員数は3,696名、アンケート回答数は478名であった。

全体の平均回答分布から、コンピテンシー記述書の95%は会員に重要視されていることがわかった。

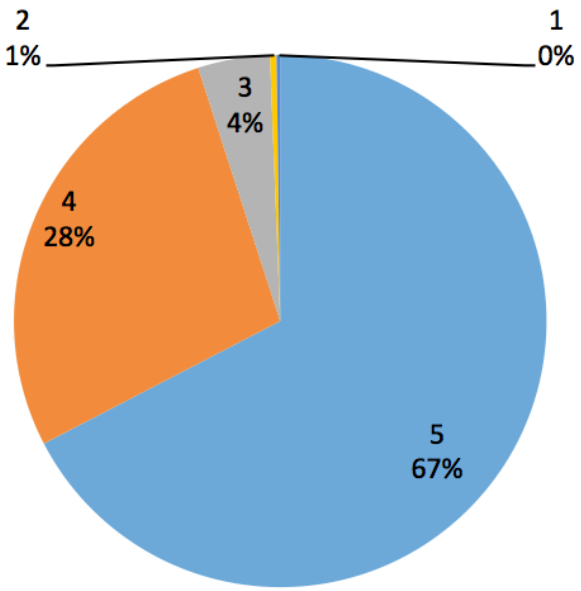

図 10. 緩和薬物療法認定・専門薬剤師コンピテンシーの妥当性

続いて、特に重要度が低かった項目を抜粋して以下に示す。

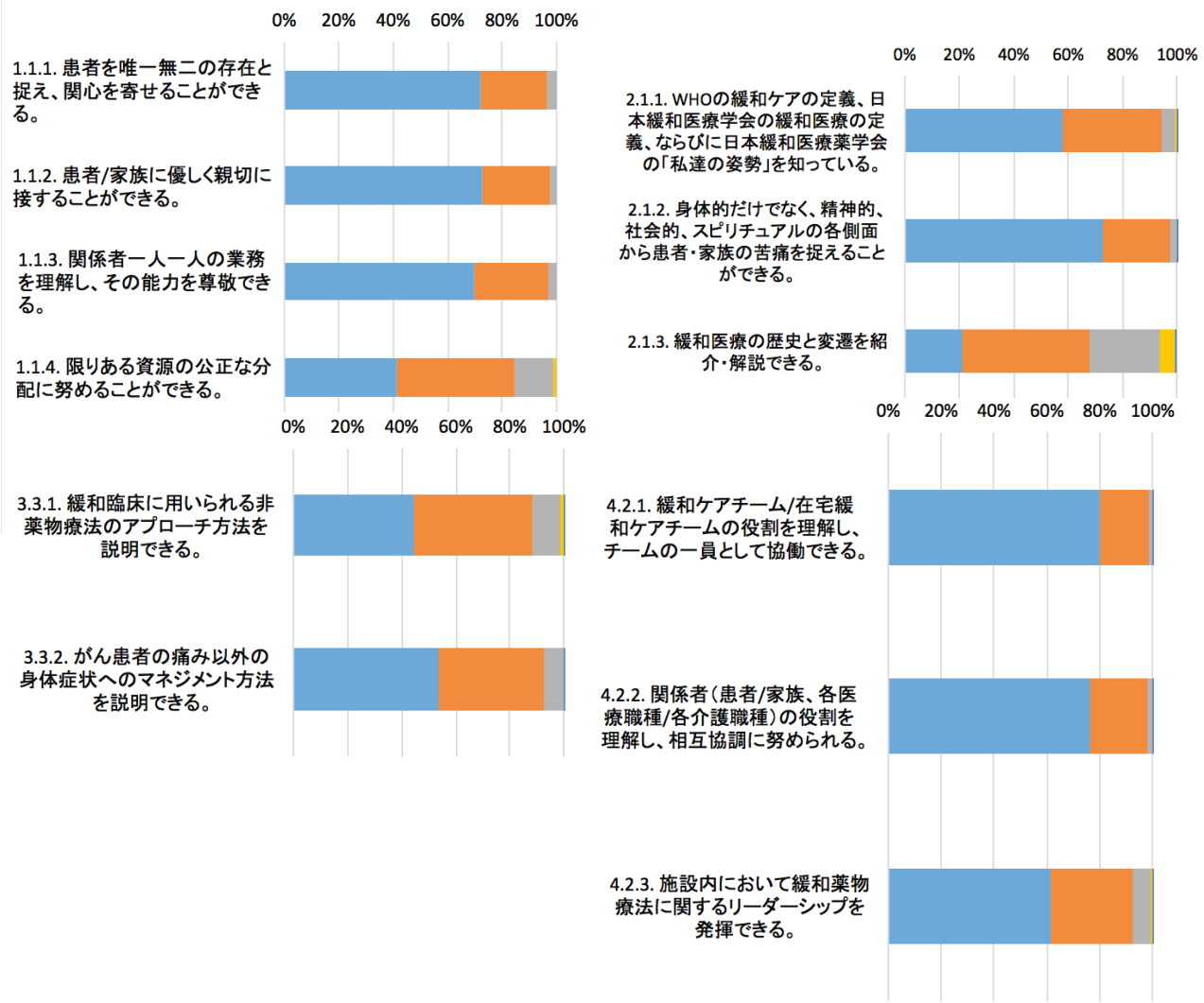

図 11. 緩和薬物療法認定・専門薬剤師コンピテンシー重要度調査

1.1. プロフェッショナリズム/倫理のコンピテンシーのうち、「1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる」の重要度が低い。自由記入欄を見ても、「限りある資源の意味がわからない」「何を意味のかわからない」との記入があった。日本では高齢者人口増に伴う医療費の爆発的な増加によって、健康保険組合はいくつも破綻し、医療費の削減はまったなしの状況である。ところが、医療費は全国民の必要善に位置付けられ、医療者ですらもも無限のような感覚を持っている。そのため医療者自身も費用対効果を度外視で、よりよい治療効果の高い治療や延命を追い求める風潮がある。医療費の公正な配分は、医療者には欠かせない能力であり、特に治療費の大半を占める医薬品の責任者である薬剤師に、限りある医療資源の配分が使命として課されている[45)]。

2.1. 緩和医療総論では、「2.1.3. 緩和医療の歴史と変遷を紹介・解説できる」の重要度が顕著に低い。テキスト『緩和医療薬学』でもわずか2ページの紹介に終わっているた

め、臨床で緩和薬物療法を実践する上で、緩和医療のバックグランドなど知らなくても構わないと考えているのではないかと思われる。実臨床で歴史に関する知識は、確かに直接必要のないように感じられるが、新たな判断に迫られたとき、緩和医療の歴史や変遷が適切な判断の方向を断じることもあるだろう。現在の緩和医療は、過去からの人間の歩みの集大成である。認定薬剤師が一般薬剤師や後進の育成を担う指導的立場にあることを考えると、このパフォーマンス記述も欠かせない。

3.3. 他の身体症状マネジメントは、「3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる」「3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状へのマネジメント方法を説明できる」のいずれも重要度が低かった。前者は、薬物療法の専門家になるのだから、「非薬物療法の知識なんて必要ない」、後者は「痛みの専門家になるのに、痛み以外の身体症状なんて知らなくてもいい」と思う回答者が多かったのだろう。しかし、患者の中には薬物療法の効果がない患者もいることを考えると、非薬物療法のアプローチ方法も知っておく必要がある。患者は必ずしも痛みだけに苦しんでいるのではないため、これらのパフォーマンス記述も必要である。

4.2. チーム医療/多職種協働では、「4.2.3. 施設内において緩和薬物療法に関するリーダーシップを発揮できる」の重要度が低かった。チームの一員として協働したり、相互強調に努めることは必要だが、薬剤師がリーダーシップを取る必要は、それほどないと考えているのだろうか。チーム医療が叫ばれて久しいが、専門化・細分化に伴って関係職種が増え、医療行為の責任の所在が曖昧になってきている。チーム医療の質を向上するには、さまざまな職種が専門の領域でリーダーシップとともに責任を取ることである。

重要度の低かったコンピテンシーは、コンピテンシー作成の意図が会員に伝わっていない、なくてはならない能力であっても会員にそのような認識がない、というギャップが原因であると思われた。

表 14. パフォーマンス記述（認定）に対する否定的回答の割合

パフォーマンス記述（認定）	否定的回答
2.1.3. 緩和医療の歴史と変遷を紹介・解説できる。	6.1(n=29)
4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。	2.3(n=11)
4.3.2. 終末期状態や死にゆく過程を説明できる。	1.7(n=8)
2.2.5. 血液がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	1.5(n=7)
2.2.3. 乳がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	1.5(n=7)
2.2.1. 肺がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	1.5(n=7)
2.2.2. 胃がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	1.5(n=7)
2.2.4. 大腸がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	1.5(n=7)
4.3.4. 倫理的な側面からも問題を分析できる。	1.5(n=7)
1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる。	1.3(n=6)
4.3.4. 倫理的な側面からも問題を分析できる。	1.3(n=6)
1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる。	1.3(n=6)
3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる。	1.0(n=5)
1.1.5. 利益相反行為を回避し、誠実に行動する。	1.0(n=5)

表 15. パフォーマンス記述（認定）に対する非肯定的回答の割合

パフォーマンス記述（認定）	非肯定的回答
2.1.3. 緩和医療の歴史と変遷を紹介・解説できる。	32.4(n=155)
1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる。	15.5(n=74)
4.3.2. 終末期状態や死にゆく過程を説明できる。	12.6(n=60)
4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。	11.9(n=57)
3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる。	11.7(n=56)
2.2.5. 血液がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	11.5 (n=55)
1.1.5. 利益相反行為を回避し、誠実に行動する。	11.1(n=53)
4.3.4. 倫理的な側面からも問題を分析できる。	10.3(n=49)
2.2.3. 乳がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	9.8(n=47)
2.2.1. 肺がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	9.2(n=44)
2.2.2. 胃がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	9.2(n=44)
2.2.4. 大腸がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	9.2(n=44)
2.2.5. 血液がんの病態生理を理解し、標準薬物療法をサポートするとともに抗がん剤の副作用対策が講じられる。	8.2(n=39)

表 16. パフォーマンス記述（専門）に対する否定的回答の割合

パフォーマンス記述（専門）	否定的回答
2.1.3. 緩和医療浸透のための施策を講じられる。	1.5(n=7)
1.2.4. 緩和医療を取り巻く制度や保険診療、ガイドラインに提案するような情報（研究発表/論文公表）を発信できる。	1.3(n=6)
3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状マネジメントを行える。	1.0(n=5)
2.2.5. 血液がんの病態生理を理解し、標準薬物療法をサポートするとともに抗がん剤の副作用対策が講じられる。	0.8(n=4)
2.2.3. 乳がんの病態生理を理解し、標準薬物療法をサポートするとともに抗がん剤の副作用対策が講じられる。	0.8(n=4)
2.2.2. 胃がんの病態生理を理解し、標準薬物療法をサポートするとともに抗がん剤の副作用対策が講じられる。	0.8(n=4)
2.2.1. 肺がんの病態生理を理解し、標準薬物療法をサポートするとともに抗がん剤の副作用対策が講じられる。	0.8(n=4)
2.2.4. 大腸がんの病態生理を理解し、標準薬物療法をサポートするとともに抗がん剤の副作用対策が講じられる。	0.8(n=4)

表 17. パフォーマンス記述（専門）に対する非肯定的回答の割合

パフォーマンス記述（専門）	非肯定的回答
2.1.3. 緩和医療浸透のための施策を講じられる。	11.9(n=57)
1.1.4. 未来まで見据え、限りある資源を公正に分配できる。	10.0(n=48)

※　否定的回答は「まったくそう思わない」+「あまりそう思わない」

※　非肯定的回答は否定的回答+「どちらとも言えない」

「まったくそう思わない」+「あまりそう思わない」は、明らかに意志をもって「否定」する意見として否定的回答とし、ここに「どちらでもない」を加えた意見を非肯定的回答として分析を行った。記述を修正する上で前者は重要であるが、後者には判断しかねる文言、わからない情報、関心のない内容が含まれると思われ、記述の表現に変更が必要であると考えた。

まず、「2.1.3. 緩和医療の歴史と変遷を紹介・解説できる」の重要度が顕著に低い。テキスト『緩和医療薬学』でもわずか2ページの紹介に終わっているため、臨床で緩和薬物療法を実践する上で、回答者は「緩和医療のバックグランドなど知らなくても構わない」と考えているのではないかと思われる。歴史に関する知識は、直接の臨床現場では必要ないように感じられるかもしれないが、新たな判断に迫られたとき、緩和医療の歴史や変遷に関する知識が、適切な判断の方向を断じることもあるだろう。現在の緩和医療は、過去から集積された人間の苦痛に対する医療の集大成である。認定薬剤師が一般薬剤師や後進の育成を担う指導的立場にあることを考えると、このパフォーマンス記述も欠かせないため、臨床に必要な知識であることを理解できるような表現への変更が必要であると思われた。

「4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる」の重要度が低い理由としては、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning ; ACP[1]）自体が理解されていない結果ではないかと考えられた。日本におけるACPは未成熟で、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation[2]）と混同されてしまうこともあり、薬剤師が自信をもって説明をできるものではないと考えていることが伺われた。ACPはテキストに取り上げられている必要な知識であると思われるが、医療現場への浸透度を考えると、現場に沿った内容に修正する必要があると思われた。

本コンピテンシーはテキストの章立てを軸にして、パフォーマンス記述を開発していった。その結果、「2.2.1.～2.2.5. ５大がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる」と５大がんを1項目ずつ取り上げたのだが、会員によると「なぜ5大がんだけなのか」「他のがん種も知識が必要」「非がんの疼痛緩和も必要ではないか」との意見があり、この項目はテキストと会員の認識に齟齬が感じられたため、修正の必要があると思われた。

「4.3.4. 倫理的な側面からも問題を分析できる」が低い理由として、薬学における倫理教育の問題が考えられる。6年制の薬学に教育では、医療倫理と称して薬害の話を聞いたり、患者体験記に触れたり、高齢者システムを用いて不自由体験をしたりする。医療系の多職種を抱える大学では、多学部でディスカッションを取り入れたりしているが、自身の職業にプロフェッショナリズムが未だ育まれていない。職務におけるコンフリクトを経験したことがない学生同士が、いくら話をしたところで倫理的な課題の解決に至るのか甚だ疑問である。なお、4年制卒の薬剤師は倫理教育を受けていない。そのため倫

[1] 患者当人、患者の家族、そして医療・ケア提供者の話し合いのプロセス。「事前ケア計画」、「患者の意思決定支援計画」などと呼ばれることもある。

[2] いかなる治療にも反応しない不治の進行性病変で、死が目前に迫っている患者が心停止に陥った時、心肺蘇生を行わないことを前もって指示しておくこと。

理的な側面からも問題を分析できる必要性が実感できないという問題と、取り扱う自信がないという問題が挙げられよう。

「1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる」の重要度が低い。自由記入欄を見ても、「限りある資源の意味がわからない」「何が言いたいのかわからない」との記入があった。日本では高齢者人口増に伴う医療費の爆発的な増加によって、健康保険組合はいくつも破綻し、医療費の削減はまったなしの状況である。世界的に見ても、医療費の公正な配分は医療者には欠かせない能力として挙げられており、治療費の大半を占める医薬品の責任者である薬剤師には、特に限りある医療資源の配分が使命として課されている[2)]。ところが、我が国において医療費は全国民の必要善に位置付けられ、医療者であっても無限のような感覚を持っている。そのため医療者自身も費用対効果度外視で、よりよい治療効果の高い治療や延命を追い求める風潮がある。この点は、意識改革をしなければならない喫緊の課題である。

3.3. 他の身体症状マネジメントについて、「3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる」「3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状へのマネジメント方法を説明できる」のいずれも重要度が低かった。前者は、薬物療法の専門家になるのだから、「非薬物療法の知識なんて必要ない」、後者は「痛みの専門家になるのに、痛み以外の身体症状なんて知らなくてもいい」と思う回答者が多かったのだろう。しかし、患者の中には薬物療法の効果がない患者もいることを考えると、非薬物療法のアプローチ方法も知っておく必要がある。他職種の知識や技術を知り、協働するためにも、これらのパフォーマンス記述も必要である。

「1.1.5. 利益相反行為を回避し、誠実に行動する」について、自由記入欄に「利益相反は回避するものではなく、透明性を高めることが重要であるため開示するように変更すべき」との意見があった。利益相反はその行為を自覚し、回避すべき行動をとることが求められるのだが、医療界では「利益相反とは開示さえすれば何をしていてもO.K.」のような間違った広がり方をしていることが露呈した。

専門のパフォーマンス記述は、いずれも1%台だったことから、分析を割愛する。

第３節 コンピテンシー確定作業の実施

いずれの施設でもどんなに大切な能力であっても、記述した理由が十分に伝わらなかったり、言葉の意味が理解できないような記述では設ける価値がない。重要度（グラフ）と自由記入（テキスト）から、特に重要度が低くネガティブなコメントが多かったパフォーマンス記述につき、以下のように修正した。

1.1.4.：資源が何を示すのかわからないという回答が多かったため、「1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる」を「限りある医療資源（人的資源・物的資源・財的資源・情報資源）の公正な分配に努めることができる」に加筆した。

2.1.3.は実臨床と結びついていないことが原因と考えられるため、「2.1.3. 緩和医療の歴史と変遷を紹介・解説できる」を「緩和医療・終末期医療の歴史と変遷を理解し、適切な緩和医療を実践するための姿勢を身につける」に加筆した。

2.2.1.～2.2.5.は5大がんに限らず、「主ながんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる」に変更するとともに、「がんの支持療法を理解し、標準的な栄養管理、輸液管理を講じられる」を追加した。

3.3.1.はアプローチ方法が何を意味するのかわかっていないと考えられたため、「3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる」を「緩和臨床における薬物療法の限界を理解し、非薬物療法（放射線治療、神経ブロック、理学療法等）の選択肢を説明できる」に加筆した。

「3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状へのマネジメント方法を説明できる」をより具体的に「がん自体に伴う苦痛症状や、OPE後のリンパ浮腫への対応、転移、浸潤に伴う症状緩和を担う」に変更した。

なお、自由記入から本コンピテンシーの記述が十分に伝わっていなかったり、言葉の意味が理解できていないことがわかったため、別途解説書を作成し、コンピテンシーとともに配布して、コンピテンシー作成の意図を伝えることとする。

第６章 開発した緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシー

第１節 領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書

テキスト『緩和医療薬学』の章立てに多角的な調査と、教育研修委員会と外部委員によるレビューを繰り返し、現在の職務実践（Current Practice）、パフォーマンス標準（Standards of Performance）、倫理と価値観（Ethics and Values）、将来ビジョン（Vision of the future）の項目を考慮した緩和薬物療法認定薬剤師のパフォーマンス記述書の項目を見出した。続いて、専門家によるレビューと全会員による意見を分析して、それらの意見を教育研修委員会と外部委員によるレビューにより採用する記述を精査し、最終案を決定した。

《領域（Domains）》

1. 緩和薬物療法認定薬剤師のベース・コンピテンシー
2. 緩和医療概論/がんの基礎知識に関するコンピテンシー
3. 緩和薬物療法に関するコンピテンシー
4. 緩和薬物療法認定薬剤師の対人コンピテンシー

《コンピテンシー（Competencies）》

1. 緩和薬物療法認定薬剤師のベース・コンピテンシー
   - 1.1. プロフェッショナリズム/倫理
   - 1.2. 関連制度/法規
   - 1.3. 自己研鑽と教育

2. 緩和医療総論/がんの基礎知識に関するコンピテンシー
   - 2.1. 緩和医療総論
   - 2.2. がんの基礎知識

3. 緩和薬物療法に関するコンピテンシー
   - 3.1. 疼痛マネジメント
   - 3.2. 精神症状マネジメント
   - 3.3. 他の身体症状マネジメント

4. 緩和薬物療法認定薬剤師の対人コンピテンシー
   - 4.1. コミュニケーション・スキル
   - 4.2. チーム医療・多職種協働
   - 4.3. 包括的アセスメント

《緩和薬物療法認定薬剤師パフォーマンス記述書
（Performance Statements for Board Certified Pharmacist of the JPPS）》

1.1. プロフェッショナリズム/倫理
- 1.1.1. 患者を唯一無二の存在と捉え、関心を寄せることができる。
- 1.1.2. 患者/家族に優しく親切に接することができる。
- 1.1.3. 各医療職種/各介護職種の業務を理解し、その能力を尊敬できる。
- 1.1.4. 薬剤費の有限性を理解し、患者・家族にとって最善の薬剤選択が提案できる。
- 1.1.5. 業務上、知り得た秘密を保持し、個人情報を適正に取り扱える。
- 1.1.6. 自分自身の利益相反行為を把握し、求めに応じていつでも開示できる。

1.2. 関連制度/法規
- 1.2.1. 安全かつ適正な薬剤使用を推進できる。
- 1.2.2. 麻薬・向精神薬を適正に取り扱うことができる。
- 1.2.3. 緩和医療を取り巻く制度や保険診療、ガイドラインを把握している。

1.3. 自己研鑽と教育
- 1.3.1. 専門知識と技術の修得に努め、緩和薬物療法の標準的な知識を維持できる。
- 1.3.2. 患者/家族教育を行い、同僚や他職種に緩和薬物療法の知識を普及できる。
- 1.3.3. 臨床の疑問を持ち続け、継続的に学習する。

2.1. 緩和医療総論
- 2.1.1. WHO の緩和ケアの定義、日本緩和医療学会の緩和医療の定義、ならびに日本緩和医療薬学会の「私達の姿勢」を知っている。
- 2.1.2. 身体的、精神的、社会的、スピリチュアルの各側面から患者・家族の苦痛を捉えようとすることができる。
- 2.1.3. 緩和医療・終末期医療の歴史と変遷を理解し、適切な緩和医療を実践するための姿勢を身につける。
- 2.1.4. 緩和領域の薬剤情報を常にアップデートし、わからないことは徹底的にかつ迅速に調べられる。

2.2. がんの基礎知識
- 2.2.1. 主ながんの標準薬物治療を説明できる。
- 2.2.2. 主ながん治療の支持療法について説明できる。
- 2.2.3. がん患者に対する標準的な栄養管理、輸液管理について説明できる。

3.1. 疼痛マネジメント
- 3.1.1. 疼痛の病態生理を理解し、疼痛アセスメントが実践できる。
- 3.1.2. WHO 方式がん疼痛治療法に沿った薬物療法を提案できる。
- 3.1.3. 非オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた標準的薬剤選択が提案できる。
- 3.1.4. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた標準的薬剤選択やスイッチングが提案できる。
- 3.1.5. 鎮痛補助薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた標準的薬剤選択が提案できる。

3.2. 精神症状マネジメント
3.2.1. 緩和臨床で頻発する精神症状に対して、標準薬物治療を説明できる。
3.2.2. 緩和臨床に見られる向精神薬の副作用対策を説明できる。
3.2.3. 鎮痛薬や抗がん剤と向精神薬の薬物相互作用による悪影響を説明できる。
3.2.4. 緩和臨床に望ましい精神的支援の必要性を理解している。
3.3. 他の身体症状マネジメント
3.3.1. 緩和臨床における薬物療法の限界を理解し、非薬物療法（放射線治療、神経ブロック、理学療法等）の選択肢を説明できる。
3.3.2. がん自体に伴う苦痛症状や、OPE 後のリンパ浮腫への対応、転移、浸潤に伴う症状緩和を説明できる。

4.1 コミュニケーション・スキル
4.1.1. 礼儀をわきまえ、相手を配慮しながら、自分の意見が述べられる。
4.1.2. 患者/家族にわかりやすい丁寧な説明ができる。
4.1.3. 医療者間/介護者間で業務上支障のない意思疎通が図れる。
4.2. チーム医療/多職種協働
4.2.1. 緩和ケアチーム/在宅緩和ケアチームにおける自身の役割を理解し、チームの一員として協働できる。
4.2.2. 関係者（患者/家族、各医療職種/各介護職種）の役割を理解し、相互協調に努められる。
4.2.3. 施設内において緩和薬物療法に関するリーダーシップを発揮できる。
4.3. 包括的アセスメント
4.3.1. 患者/家族の苦痛を多面的に捉え、問題点に優先順位をつけられる。
4.3.2. 終末期状態や死に行く過程を説明できる。
4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。
4.3.4. 患者/家族の倫理的・法的・社会的課題についても検討できる。

《緩和薬物療法専門薬剤師パフォーマンス記述書
（Performance Statements for Board Certified Palliative Care Pharmacy Specialist）》

1.1. プロフェッショナリズム/倫理
1.1.1. 患者の意向を尊重できる。
1.1.2. 患者/家族に愛情と誠意を以って接することができる。
1.1.3. 各医療職種/各介護職種の意向を尊重できる。
1.1.4. 限りある医療資源（人的資源・物的資源・財的資源・情報資源）を公正に分配できる。
1.1.5. 守秘義務と情報共有のバランスの取り方を適切に判断できる。
1.1.6. 利益相反行為を回避し、誠実に行動する。
1.2. 関連制度/法規
1.2.1. 安全かつ適正な薬剤使用を啓発できる。
1.2.2. 麻薬・向精神薬の適正な取り扱いを推奨できる。
1.2.3. 緩和医療を取り巻く制度や保険診療、ガイドラインの作成に資するような情報（研究発表/論文公表）を発信できる。

1.3. 自己研鑽と教育

1.3.1. 修得した専門知識や技術を社会に還元し、緩和薬物療法の発展に貢献できる。

1.3.2. 自施設や地域の緩和薬物療法の知識レベルを向上できる。

1.3.3. 後進の指導や学術的なサポート等の教育技法を有している。

2.1. 緩和医療総論

2.1.1. 緩和医療における緩和薬物療法の意義を根拠に基づいて説明できる。

2.1.2. 患者・家族の全人的苦痛の理解に務め、支援することができる。

2.1.3. 緩和医療・終末期医療の問題点を把握し、その改善に向けた施策（緩和医療浸透のための講演活動や院内外のがん事業等への参画等）を講じられる。

2.1.4. 緩和領域の薬剤について最新のエビデンスを活用し、どんな症例についても解決に取り組むことができる。

2.2. がんの基礎知識

2.2.1. 主ながんの集学的治療（化学療法、放射線治療、外科的治療等）を説明できる。

2.2.2. 主ながん治療の支持療法を実践できる。

2.2.3. がん患者に対する標準的な栄養管理、輸液管理を実践できる。

3.1. 疼痛マネジメント

3.1.1. 疼痛の病態生理のほか、心理、社会およびスピリチュアルな点からも疼痛アセスメントが実践できる。

3.1.2. WHO 方式がん疼痛治療法に沿った標準的治療による症状緩和が難しい患者に対しても、何らかの解決策を提案できる。

3.1.3. 慎重な配慮を要する患者（肝腎障害、小児/妊婦授乳婦/超高齢者等）にも適切な非オピオイド鎮痛薬を選択・提案できる。

3.1.4. 慎重な配慮を要する患者（肝腎障害、小児/妊婦授乳婦/超高齢者等）にも適切なオピオイド鎮痛薬を選択・提案できる。

3.1.5. 慎重な配慮を要する患者（肝腎障害、小児/妊婦授乳婦/超高齢者等）にも適切な鎮痛補助薬を選択・提案できる。

3.2. 精神症状マネジメント

3.2.1. 緩和臨床で頻発する精神症状に対して、原疾患に応じた薬物治療を提案できる。

3.2.2. 緩和臨床に見られる向精神薬の副作用対策を講じられる。

3.2.3. 鎮痛薬や抗がん剤と向精神薬の薬物相互作用による悪影響を回避できる。

3.2.4. 緩和臨床に望ましい精神的支援を実践できる。

3.3. 他の身体症状マネジメント

3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法を要するとき、各専門家に適切なコンサルテーションができる。

3.3.2. がん患者の痛み以外の身体症状へのマネジメントを実践できる。

4.1 コミュニケーション・スキル
4.1.1. 相手の目標達成や問題解決策を自主的に促す対話ができる。
4.1.2. 患者/家族が納得できる説明を状況に応じて行える。
4.1.3. 医療者間/介護者間と信頼関係を構築し、効率的な意思疎通が図れる。
4.2. チーム医療/多職種協働
4.2.1. 緩和ケアチーム/在宅緩和ケアチームの一員として貢献し、期待された役割を果たせる。
4.2.2. 関係者（患者/家族、各医療職種/各介護職種）相互の能力を活用して、チームマネジメントが実践できる。
4.2.3. 施設外との連携に努め、施設内外において緩和薬物療法に関するリーダーシップを発揮できる。
4.3. 包括的アセスメント
4.3.1. より妥当性のある最善策を選択/提案できる。
4.3.2. 終末期医療を支援できる。
4.3.3. 必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを支援できる。
4.3.4. 患者/家族を取り巻くあらゆる課題の問題解決に取り組める。

第２節 教育面における申請要件との関連付け

緩和薬物療法認定薬剤師ならびに専門薬剤師のパフォーマンス記述書の作成方法は前述の通りである。ここには、緩和医療薬学会が提供しているどの教育を修めたとき、ここに挙げた項目が達成できるか略記した。

略記は以下の通りである。

「学会主催の教育セミナーやeラーニングの受講」→ 講習

「緩和薬物療法認定試験の受験」→ 試験

「認定申請のための症例報告」→ 症例

「薬剤師の緩和ケア教育プログラムの受講」→ PEOPLE

《緩和薬物療法認定薬剤師パフォーマンス記述書
（Performance Statements for Board Certified Pharmacist of the JPPS）》

1.1. プロフェッショナリズム/倫理
1.1.1. 患者を唯一無二の存在と捉え、関心を寄せることができる。講習 PEOPLE
1.1.2. 患者/家族に優しく親切に接することができる。講習 PEOPLE
1.1.3. 各医療職種/各介護職種の業務を理解し、その能力を尊敬できる。講習 PEOPLE
1.1.4. 薬剤費の有限性を理解し、患者・家族にとって最善の薬剤選択が提案できる。PEOPLE
1.1.5. 業務上、知り得た秘密を保持し、個人情報を適正に取り扱える。試験 PEOPLE
1.1.6. 自分自身の利益相反行為を把握し、求めに応じていつでも開示できる。講習 PEOPLE

1.2. 関連制度/法規
1.2.1. 安全かつ適正な薬剤使用を推進できる。講習 試験
1.2.2. 麻薬・向精神薬を適正に取り扱うことができる。講習 試験 症例 PEOPLE
1.2.3. 緩和医療を取り巻く制度や保険診療、ガイドラインを把握している。講習 試験 PEOPLE
1.3. 自己研鑽と教育
1.3.1. 専門知識と技術の修得に努め、緩和薬物療法の標準的な知識を維持できる。講習 試験 PEOPLE
1.3.2. 患者・家族教育を行い、同僚や他職種に緩和薬物療法の知識を普及できる。講習 症例 PEOPLE
1.3.3. 臨床の疑問を持ち続け、継続的に学習する。講習 症例 PEOPLE

2.1. 緩和医療総論
2.1.1. WHO の緩和ケアの定義、日本緩和医療学会の緩和医療の定義、ならびに日本緩和医療薬学会の「私達の姿勢」を知っている。講習 試験
2.1.2. 身体的、精神的、社会的、スピリチュアルの各側面から患者・家族の苦痛を捉えようとすることができる。講習 試験 症例 PEOPLE
2.1.3. 緩和医療・終末期医療の歴史と変遷を理解し、適切な緩和医療を実践するための姿勢を身につける。講習 試験
2.1.4. 緩和領域の薬剤情報を常にアップデートし、わからないことは徹底的にかつ迅速に調べられる。症例 PEOPLE
2.2. がんの基礎知識
2.2.1. 主ながんの標準薬物治療を説明できる。講習 試験 PEOPLE
2.2.2. 主ながん治療の支持療法について説明できる。講習 試験 PEOPLE
2.2.3. がん患者に対する標準的な栄養管理、輸液管理について説明できる。講習 症例

3.1. 疼痛マネジメント（薬物代謝機能に障害のない患者に対して）
3.1.1. 疼痛の病態生理を理解し、疼痛アセスメントが実践できる。講習 試験 症例 PEOPLE
3.1.2. WHO 方式がん疼痛治療法に沿った薬物療法を提案できる。講習 試験 症例 PEOPLE
3.1.3. 非オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた標準的薬剤選択が提案できる。講習 試験 症例 PEOPLE
3.1.4. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた標準的薬剤選択やスイッチングが提案できる。講習 試験 症例 PEOPLE
3.1.5. 鎮痛補助薬の特徴を理解し、病態や併用薬に応じた標準的薬剤選択が提案できる。講習 試験 症例 PEOPLE
態や併用薬に応じた薬剤選択ができる。
3.2. 精神症状マネジメント
3.2.1. 緩和臨床で頻発する精神症状に対する標準薬物治療を説明できる。講習 試験 PEOPLE
3.2.2. 緩和臨床に見られる向精神薬の副作用対策を説明できる。講習 試験 症例 PEOPLE

3.2.3. 鎮痛薬や抗がん剤と向精神薬の薬物相互作用による悪影響を説明できる。講習 試験 症例 PEOPLE

3.2.4. 緩和臨床に望ましい精神的支援の必要性を理解している。講習 試験 症例 PEOPLE

3.3. 他の身体症状マネジメント

3.3.1. 緩和臨床における薬物療法の限界を理解し、非薬物療法（放射線治療、神経ブロック、理学療法等）の選択肢を説明できる。講習 試験 症例 PEOPLE

3.3.2. がん自体に伴う苦痛症状や、OPE 後のリンパ浮腫への対応、転移、浸潤に伴う症状緩和を説明できる。講習 試験 症例 PEOPLE

4.1 コミュニケーション・スキル

4.1.1. 礼儀をわきまえ、相手を配慮しながら、自分の意見が述べられる。講習 PEOPLE

4.1.2. 患者/家族にわかりやすい丁寧な説明ができる。講習 PEOPLE

4.1.3. 医療者間/介護者間で業務上支障のない意思疎通が図れる。講習 PEOPLE

4.2. チーム医療/多職種協働

4.2.1. 緩和ケアチーム/在宅緩和ケアチームにおける自身の役割を理解し、チームの一員として協働できる。講習 PEOPLE

4.2.2. 関係者（患者/家族、各医療職種/各介護職種）の役割を理解し、相互協調に努められる。講習 PEOPLE

4.2.3. 施設内において緩和薬物療法に関するリーダーシップを発揮できる。講習 PEOPLE

4.3. 包括的アセスメント

4.3.1. 患者/家族の苦痛を多面的に捉え、問題点に優先順位をつけられる。講習 PEOPLE

4.3.2. 終末期状態や死に行く過程を説明できる。講習 試験 PEOPLE

4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。講習 試験 PEOPLE

4.3.4. 患者/家族の倫理的・法的・社会的課題についても検討できる。講習 PEOPLE

緩和薬物療法認定薬剤師のパフォーマンス記述書に対する会員の調査結果から、学会の教育施策の強化ポイントを検討した。「ややそう思う（＝やや自信がない）」～「全くそう思わない」（＝全く自信がない）」÷「そう思う＝自信がある」の何倍にあたるのかソートすれば、大きな値の項目ほど少しの教育により「とてもそう思う」になる群へと転じられる可能性が高い。つまり、値の大きな項目には伸び代があると予測できるため、何らかの強化策を講じればコンピテンシーが格段に上がると思われる。

表 18. 教育施策の強化ポイント

パフォーマンス記述（認定）	比率
2.1.3. 緩和医療の歴史と変遷を紹介・解説できる。	368.63 (478/102)
2.2.5. 血液がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	156.99 (478/186)
2.2.1. 肺がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	151.58 (478/190)
2.2.3. 乳がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	150.26 (478/191)
2.2.2. 胃がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	150.26 (478/191)
2.2.4. 大腸がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。	148.96 (478/192)
1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる。	142.64 (478/197)
4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。	128.71 (478/192)
3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる。	125.47 (478/209)
4.3.2. 終末期状態や死にゆく過程を説明できる。	123.36 (478/214)

例えば、「3.1.5. オピオイド鎮痛薬の特徴を理解し、副作用対策やスイッチングを提案できる。」などは、既に90%の会員に自信があり、伸び代はわずか10%である。ここを更に強化する必要はないと思われる。

一方、「2.2.1～5. 各種がんの標準薬物療法を理解し、標準的な抗がん剤の副作用対策を講じられる。」「1.1.4. 限りある資源の公正な分配に努めることができる。」「4.3.3. アドバンス・ケア・プランニングについて説明できる。」「3.3.1. 緩和臨床に用いられる非薬物療法のアプローチ方法を説明できる。」「4.3.2. 終末期状態や死にゆく過程を説明できる。」といった項目は、記述が十分に伝わっていない可能性があるという見方もできるが、自信のある回答者の同数～1.5倍自信のない回答者がいるという見方もでき、これらの項目に対する教育の強化は、学会員の質の向上や底上げ、日本の緩和医療全体の利益になると思われた。

終章

第１節 結論

本研究はibstpi®の定義のもと、The ibstpi® Competency Development Modelの開発方法[8)]に沿って、緩和薬物療法認定薬剤師の領域、コンピテンシー、パフォーマンス記述書を明らかにした。さらに、開発した緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシーと認定薬剤師を目指す薬剤師に対し、学会が提供している一連の教育と紐付けを行い、要件の根拠を示して、医療専門職におけるコンピテンシー基盤型教育（Competency-based Education:CBE）の必要性を明確化した。

医療には不確実性と限界があって、「やってみないとわからない」ことが少なくない。つまり、100%確実な診断や治療、経過予測はあり得ないため、患者の不安を0%にすることはできない。患者の不安を軽減する1つの方法が、資格制度による医療者の質の保証である。ところが、本研究によって薬剤師の資格制度は、そのほとんどが有資格者を輩出することだけに重きが置かれ、その質の保証が十分に説明できるものとは言い難いことがわかった。

資格とは、①あることをする場合の、その人の立場や地位、②一定のことを行うために必要とされる条件や能力（大辞林 第三版）と定義されている。医療者の資格は、医療者個人の立場や地位に関係する場合もときにはあるだろうが、概ね専門的な業務を行うために必要とされる条件や能力と定義できるだろう。つまり、その資格の有無によって、サービスの質が変わる可能性があるため、有する能力はサービスの受け手（国民）に明示されるべきである。認定/専門制度を敷くにあたり、まずコンピテンシーを設定し、そのコンピテンシーを達成できる教育を設計して、有資格者の能力の質を確実に保証すべきである。

第２節 緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシー開発の課題と展望

今回作成した緩和薬物療法認定薬剤師コンピテンシーは、現行の認定制度が求めている知識を集約したテキスト『緩和医療薬学』をベースに、ibstpi®の定義のもと、The ibstpi® Competency Development Modelの開発方法[1)]の手順に沿って作成した。多角的な調査とレビューを徹底的に繰り返し、会員の意見を募ることによって、緩和薬物療法認定がおかれた医療の現状と認定制度の齟齬が見出された。そこを丁寧に擦り合わせながら、コンセンサスの得られた最終案を作成できたことは、良かったのではないかと思う。

しかし、医療は日進月歩であることから、2013年の時点で緩和薬物療法認定薬剤師に求められていた知識を集約したテキストをベースとしていたのでは、現時点で緩和薬物療法認定薬剤師に求められている知識との間にギャップが生まれてしまう。これまでの試験やテキストには触れられていないような領域や、水準の記述がもとめられる時代が

まもなく来るだろう。日本緩和医療薬学会では、今後も会員を対象とした調査を定期的に行い、教育研修委員会ならびに理事会で検討するなどして、常に国民の期待に応じられるレベルを決定し、保証する対策を講じる必要がある。

専門制度に関しては、専門薬剤師を輩出する前に、コンピテンシーを作成することができたわけだが、このコンピテンシーに沿った教育プログラムや研修施設における実務実習を設計することは大変に大きな課題である。

ibstpi®によると、コンピテンシーとは「ある職業に係る活動を効果的に遂行したり、雇用者側の期待に沿うレベルで機能することを可能にする知識・スキル・態度」であり、「能力が遂行されたことの決め手と成る方法を記述すること」である。

今回は、緩和医療に携わる薬剤師のコンピテンシーについて調査研究を行ったが、コンピテンシーの開発は医療者全般の資格制度はもちろんのこと、多くの対人援助職における資格制度に応用できるものであると思われる。

世の中はますます多様化・複雑化し、聞きなれない資格がごまんと存在する。これらの資格制度の設計において、教育工学のアプローチにより、信頼できる高いレベルの専門家が様々な分野から輩出されることを願う。

謝辞

本論文は、熊本大学大学院社会文化科学研究科博士前期課程教授システム学専攻在学中に行った研究をまとめたものである。

まずは、主査をお引き受けくださいました都竹茂樹教授、副査の鈴木克彰教授、中野裕司教授、エキスパートレビューを快くお引き受けくださいました合田美子准教授に感謝の意を表します。

コンピテンシーの同定と検証、改訂にご意見と賜りました日本緩和医療薬学会代表理事/明治薬科大学臨床薬剤学研究室　加賀谷　肇教授、日本緩和医療薬学会副代表理事/星薬科大学薬理学教室　成田年教授、日本緩和医療薬学会理事・専門制度委員長/昭和大学薬学部薬物療法学講座 医薬情報解析学部門加藤裕久教授、日本緩和医療薬学会理事・試験委員長/日本医科大学付属病院薬剤部　片山志郎薬剤部長、日本緩和医療薬学会理事・認定委員長/北里大学薬剤部・北里大学病院薬剤部　平山武司講師、ならびに日本緩和医療薬学会教育研修委員のすずらん診療所　天川雅彦氏、名古屋市立大学大学院 薬学研究科神経薬理学分野　大澤匡弘氏、倉敷成人病センター 薬剤科　今村牧夫氏、大阪薬科大学臨床薬学教育研究センター内田まやこ氏、名古屋記念病院薬剤師　壁谷めぐみ氏、京都大学医学部附属病院薬剤部・准教授/副薬剤部長 臨床研究総合センター治験管理部・副部長　中川貴之氏、住友別子病院薬剤部主任　矢野琢也氏、外部委員の岩手医科大学附属病院　薬剤部佐藤淳也氏に厚く御礼申し上げます。

インタビューにご協力いただきました薬物療法認定薬剤師のみなさま、重要度調査にご回答くださった日本緩和医療薬学会会員の皆様に、心より感謝を申し上げます。

最後に、本研究を進めるにあたり、日々多くの知識と素晴らしい学習環境を与えてくださった熊本大学大学院社会文化科学研究科ならびにeラーニング機構の諸先生方に厚くお礼申し上げます。

引用・参考文献

1) 厚生労働省（2016）第44回社会保障審議会医療部会　資料2-1、2-2、2-3
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000113047.html（参照日2016.9.21）
厚生労働省（2016）規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループ（第10回）ヒアリング
http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/131009/item2.pdf（参照日2016.9.21）
2) 厚生労働省（2013）専門医のあり方に関する検討会 報告書
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf（参照日2016.5.15）
3) 一般社団法人 日本専門医機構（2016）公式サイト
http://www.japan-senmon-i.jp/
4) エムスリー（2016）新専門医制度、2018年度開始に向け前進　日本専門医機構、社員総会で「新整備指針」了承2016年12月17日(土)配信
https://www.m3.com/news/iryoishin/487033（参照日2016.12.22）
エムスリー（2016）新専門医制度、2017年度の全面実施見送りへ　学会認定で実施、日本専門医機構の関与は「学会次第」2016年6月9日配信
https://www.m3.com/news/iryoishin/431975（参照日2016.12.22）
5) 薬事日報（2016）第11752号
6) 日本学術会議 薬学委員会 専門薬剤師分科会（2008）提言 専門薬剤師の必要性と今後の発展-医療の質の向上を支えるために-
http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-12.pdf（参照日2016.8.21）
7) 日本緩和医療薬学会（2017）認定薬剤師制度
http://jpps.umin.jp/test/（参照日2017.3.1）
8) Koszalka, T., Russ-Eft, D., Reiser, R (with Senior-Canela, F.Grabowski, B. & Wallington, C.J.)(2013) Instructional Design Competencies: The Standards (4th Ed). Information Age Publishing, Charlotte, NC
9) ニッポニカ（1994）小学館　日本大百科全書

10) 井村直恵（2005）日本におけるコンピテンシー-モデリングと運用．京都マネジメント・レビュー，7：93-106

11) 加藤恭子（2011）日米におけるコンピテンシー概念の生成と混乱．産業経営プロジェクト報告書 34（2）：1-23

12) 多職種連携コンピテンシー開発チーム（2016）医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー
http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryo/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf（参照日2016.10.9）

13) 本村 美和（2013）中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発．日本看護研究学会雑誌，36（1）：61-70

14) 西澤 知江，戸ヶ里 泰典，真田 弘美，須釜 淳子（2012）皮膚・排泄ケア認定看護師が褥瘡管理体制を組織化するための調整力自己評価尺度開発における初期的研究
質的帰納的研究成果に基づいた尺度項目の信頼性と妥当性の検証．日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌，15（4）：282-291

15) 中村 富美子（2013）養護教諭のコンピテンシーモデルに基づくスキルラダーの開発
file:///C:/Users/hmseirei/Downloads/32206A182_youshi.pdf（参照日2016.5.11）

16) 飯野直子（2006）薬局における薬剤師のコンピテンシー−薬剤師のキャリア開発を視点としたコンピテンシーマネジメントの導入−．保健医療科学，55(2)：133-146

17) 橋本鉱市（2013）日本の専門職の構造について、日本図書館情報学会シンポジウム
http://www.jslis.jp/events/130316/130316_hashimoto.pdf（参照日2016.11.1）

18) World Healh Organization, WHO GLOBAL COMPETENCY MODEL（2006）
http://www.who.int/employment/competencies/WHO_competencies_EN.pdf（参照日 2016.8.28）

19) 水嶋春朔，遠藤弘良（2006）WHOにおけるコンピテンシーに基づく人材育成．保健医療科学，55（2）：112-117

20) 綿引信義，Jonathan P. GUEVARRA（2013）米国におけるコンピテンシーに基づく公衆衛生専門職の育成について．保健医療科学，62（5）：475-487

21) Association of American Medical Colleges（2014）Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency Curriculum Developers' Guide

https://members.aamc.org/eweb/upload/core%20EPA%20Curriculum%20Dev%20Guide.pdf（accessed 2016.11.28）

22) 厚生労働省（2016）第12回医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000145967.html（参照日2016.12.22）

23) 法務省民事局商事課（2016）医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）（案）に関する意見募集の実施について http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=PCMMSTDETAIL&id=185000863&Mode=0（参照日2016.12.22）

24) 城西国際大学薬学部・講演会（2016）薬事医療業界ニュース、レベル高い薬剤師要請を-薬学教育の世界的潮流を紹介 http://www.pharmacist-magazine.com/news/article/922.html（参照日2016.11.28）

25) 岩沢真紀子（2016）米国で生き残るための自発的な薬剤師育成. 月刊薬事, 56（13）：74-79

26) 武村雪絵編（2014）看護管理に活かすコンピテンシー．メヂカルフレンド社，東京

27) 看護管理コンピテンシー研究会編（2015）看護管理者のコンピテンシー・モデル事例集　書き方とその評価．医学書院，東京

28) 一般財団法人　日本教育学習評価機構（2016）公式サイト http://www.jeiel.or.jp/233981240312392307403135 0.html#competency（参照日 2016.8.9）

29) 鈴木克明・根本 淳子・松葉 龍一（2007）教授システム学専攻修了生コンピテンシーの外的妥当性 http://www.gsis.kumamoto-u.ac.jp/ksuzuki/resume/papers/a70924.pdf（参照日 2016.5.11）

30) 国立大学法人 熊本大学（2010）トラックA インストラクショナルデザイン世界標準の動向、e-Learning Conference 2010 Winter http://www2.gsis.kumamoto-u.ac.jp/~idportal/wp-content/uploads/b0126elcW_ID.pdf（参照日 2016.5.11）

31) 熊本大学 e ラーニング推進機構　ランチョンセミナー　青木太郎（2010）第 71 回

ibstpi のインストラクターコンピテンシー：日本での普及の条件
http://cvs.ield.kumamoto-u.ac.jp/wpk/wp-content/uploads/2010/12/luncheon_pp_71th.pdf（参照日 2016.5.11）

32) 日本緩和医療学会教育研修委員会編集（2013）．緩和医療薬学．南江堂，東京

33) 日本緩和医療学会教育研修委員会編集（2014）．緩和医療薬学問題集．じほう，東京

34) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会編集(2014)がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版．金原出版，東京

35) 日本緩和医療薬学会（2014）私たちの姿勢
http://jpps.umin.jp/file/141014_declaration.pdf（参照日 2016.8.8）

36) 専門・認定薬剤師ガイド 2015 年版（2015）月刊薬事 増刊．じほう，東京

37) 日本ホスピス緩和ケア協会(2015)緩和ケア医のコア・コンピテンシー
www.hpcj.org/med/dr_comp.pdf（参照日 2016.6.12）

38) International Pharmaceutical Federation（2012）Pharmacy Education Taskforce A Global Competency Framework
http://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/GbCF_v1.pdf（accessed 2016.5.11）

39) National Association of Pharmacy Regulatory Authorities（2014）Professional COMPETENCIES for Canadian PHARMACISTS
http://napra.ca/content_files/files/comp_for_cdn_pharmacists_at_entrytopractice_march2014_b.pdf（accessed 2016.5.11）

40) John M. Burke, Pharm.D., FCCP, William A. Miller, Pharm.D., FCCP, Anne P. Spencer, Pharm.D., Christopher W. Crank, Pharm.D., Laura Adkins, Pharm.D., etc.（2008）The American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy*, 28(6):806–815
https://www.accp.com/docs/positions/whitePapers/CliniPharmCompTFfinalDraft.pdf（accessed 2016.5.11）

41) 厚生労働省（2006）がん対策基本法（平成十八年六月二十三日法律第九十八号）
http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18HO098.html（参照日 2016.5.8）

42) 日本緩和医療薬学会（2013）緩和薬物療法認定薬剤師申請資格

http://jpps.umin.jp/test/order_qualification.html（参照日 2016.5.25）

43) 日本病院薬剤師会（2015）日病薬病院薬学認定薬剤師制度について
http://medical.radionikkei.jp/byoyaku/byoyaku_pdf/150330.pdf（参照日 2016.5.25）

44) 日本緩和医療学会会員専用ページ
https://a-youme.jp/jpps/member2/login_do.php

45) FIP STATEMENT OF PROFESSIONAL STANDARDS Code of ethics for pharmacists
http://fip.org/www/uploads/database_file.php?id=351&table_id=