

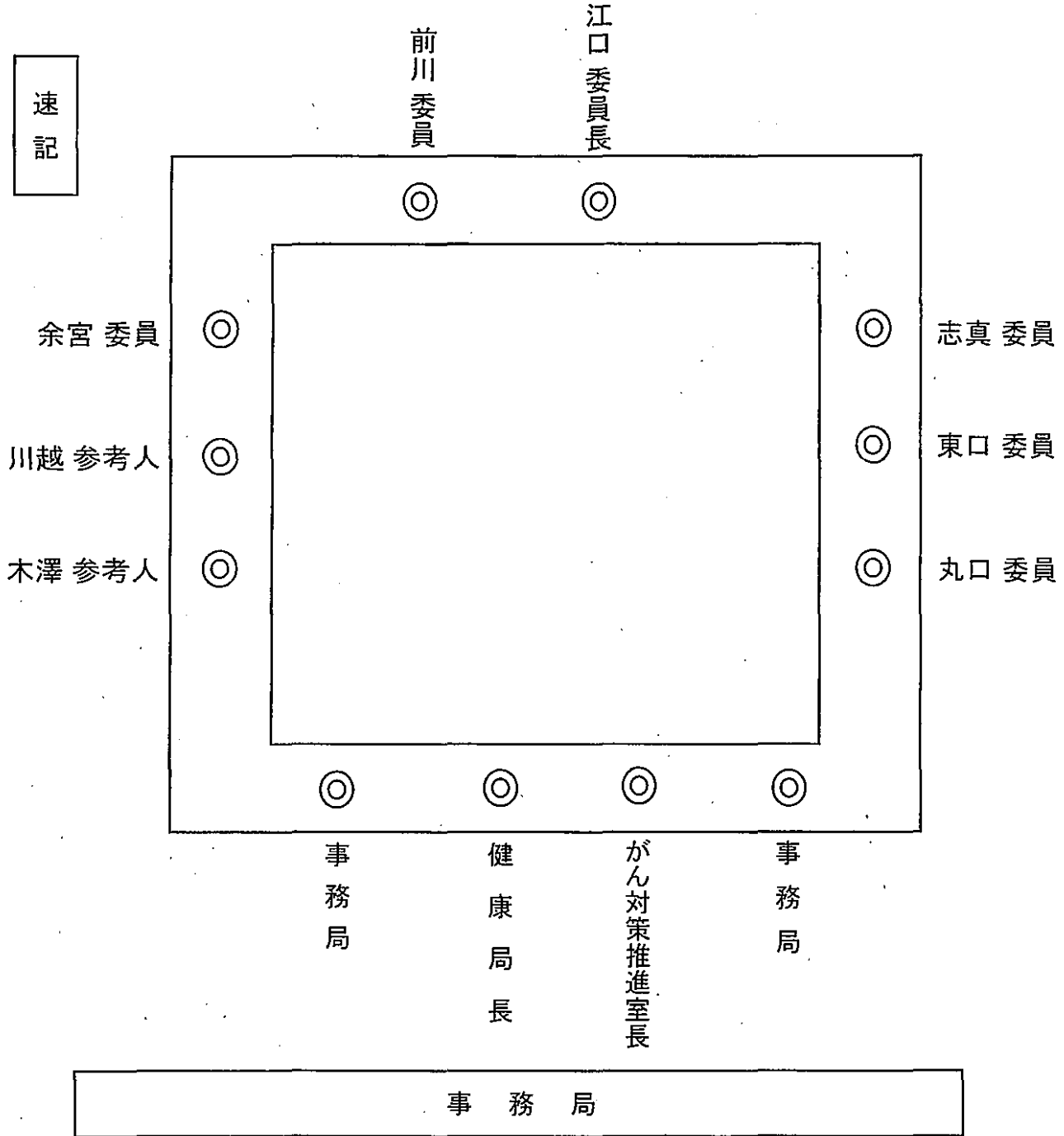
第2回緩和ケア専門委員会座席表

平成23年2月25日(金)14:00~17:00

厚生労働省 16階 専用第17会議室

(東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎第5号館)

速記



出入口

(傍 聴 席)

第2回がん対策推進協議会 緩和ケア専門委員会議事次第

日 時：平成23年2月25日（金）
14：00～17：00

場 所：厚生労働省専用第17会議室（16階）

【健康局長挨拶】

【議 事】

- 1 緩和ケアに関する研修について
- 2 その他

【資 料】

- 資料1 緩和ケア専門委員会委員名簿
- 資料2 緩和ケアに関する研修についての論点整理メモ
（委員長提出）
- 資料3 緩和ケアに関する研修の今後の課題と対応案について
（各委員から提出された意見）

- 参考資料 1 がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策事業の概要について
- 参考資料 2 がん診療連携拠点病院の緩和ケア調査に関する総括報告書概要
- 参考資料 3 緩和ケア対策の現状
- 参考資料 4 第1回緩和ケア専門委員会議事概要

川越参考人提出資料

木澤参考人提出資料

福井参考人提出資料

がん対策推進協議会
緩和ケア専門委員会 委員名簿

平成23年2月25日現在

| 区分 | 氏名 | 所 属 |
|------|---------------------|--------------------------|
| ◎ 委員 | えぐち けんじ 江口 研二 | 帝京大学医学部内科学講座教授 |
| 委員 | まえかわ いく 前川 育 | 特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表 |
| 専門委員 | あきやま みき紀 秋山 美紀 | 慶應義塾大学総合政策学部准教授 |
| 専門委員 | おおにし ひでき 大西 秀樹 | 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授 |
| 専門委員 | しま やすお夫 志真 泰夫 | 筑波メディカルセンター病院副院長 |
| 専門委員 | ひがぐち たかし 東口 高志 | 藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座教授 |
| 専門委員 | まるぐち ミサエ 丸口 ミサエ | 独立行政法人国立がん研究センター中央病院看護部長 |
| 専門委員 | よみや きのみ 余宮 きのみ | 埼玉県立がんセンター緩和ケア科 |
| 参考人 | かわごえ こう厚 川越 厚 | 医療法人社団パリアンクリニック川越院長 |
| 参考人 | きざわ よしゆき之 木澤 義之 | 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師 |
| 参考人 | なかがわ けいいち一 中川 恵一 | 国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授 |
| 参考人 | ふくい としこ子 福井 トシ子 | 社団法人日本看護協会常任理事 |

◎…委員長

(区分別、五十音順)(敬称略)

緩和ケアに関する研修についての論点整理メモ

1. 認定研修施設について

緩和ケア専門医を養成するための認定研修施設は、現在407施設が認定されているものの、大都市に集中しており地域偏在がある。認定研修施設を含めた専門的な緩和ケアを提供できる医療機関と緩和ケア病棟数及び緩和ケアチーム数は相関関係があり、地域における緩和医療の提供体制の偏在の是正のためにも、検討が必要である。

2. 緩和ケアに関する研修会の現状

(1) 医師に対する研修

1) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

ア. 指導者研修会

【実施主体】 国立がん研究センター、日本緩和医療学会

【対象】 緩和ケア研修会の講師担当医師等

【実績】 平成20年度から始まり、平成23年1月末現在、①身体症状の緩和に関する研修については1,034人、②精神症状の緩和に関する研修については482人が修了

【プログラム】 ①身体症状の緩和に関する研修が3日、②精神症状の緩和に関する研修2日

イ. 一般向け研修会

【実施主体】 都道府県、がん診療連携拠点病院、民間団体等

【対象】 がん診療に携わる全ての医師

【実績】 平成20年度から始まり、平成22年12月末現在、20,124人が修了

【プログラム】 研修期間は2日

2) その他

ア. 緩和ケアチーム研修会

【実施主体】 国立がん研究センター

【対象】がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームのメンバーとして実働している者。構成は、身体症状担当医師・精神症状担当医師・看護師、薬剤師を1チームとする。

【実績】平成19年度200人、平成20年度248人が修了

【プログラム】研修期間は2日。平成22年度から受講者のレベルに応じて、2段階に分けている。(緩和ケアチーム基礎研修会/緩和ケアチーム研修会)

イ. 小児科医のための緩和ケア基本教育 (CLIC)

【実施主体】個人

【対象】小児科医

【実績】平成22年度から始まり、現在68人が修了

【プログラム】研修期間は2日程度、厚生労働科学研究費がん臨床研究事業によりプログラムを作成

(2) 医師以外に対する研修

ア. がん看護専門分野研修 (緩和ケアコース)

【実施主体】国立がん研究センター

【対象】看護師

【実績】平成20年度から始まり、講義研修35人・実地研修4人が修了

【プログラム】研修期間は講義研修が4日、実地研修が3ヶ月

イ. 看護師に対する緩和ケア研修会 (ELNEC-J)

【実施主体】日本緩和医療学会

【対象】看護師

【実績】平成20年度から始まり、326人が修了

【プログラム】研修期間は2日、厚生労働科学研究費がん臨床研究事業によりプログラムを作成

ウ. ナースのためのホスピス緩和ケア研修

【実施主体】日本看護協会

【対象】看護師

【実績】平成10年度から始まり、現在1007人が修了

【プログラム】研修期間は6週間

3. 現状における緩和ケアに関する研修についての主な問題点

(1) 受講者数の増加について

- ・開業医の参加が難しい
- ・研修期間が長く参加が難しい
- ・病院の配置基準の関係もあり、職員が研修会への参加が難しい
- ・診療報酬等による評価のさらなる充実・拡大が必要

(2) プログラム内容について

- ・現行のロールプレイのやり方等について、患者目線でのさらなる検討が必要
- ・プログラムの中で、事前学習可能な項目についてはEラーニング等の導入が必要か

(3) その他

1) 各研修会との整理について

医師以外の医療関係職種に対する緩和ケア研修会の体制や位置付けが、不明確である。現行の関係団体や研究班が主催する研修との整理が必要か。

2) 研修会修了者の質の評価について

現行では診療報酬で評価されているが、妥当性についての検討が必要か。

3) 各専門分野に関する研修について（小児科医、薬剤師等）

各専門分野のニーズにあった体系的な研修システムがない。現在、小児緩和ケア研修に関しては、小児がん専門委員会においても検討しているところ。

| 課題 | 対応 | 目標 | 実行要員・場所 | インセンティブ | 現行体制との調整点 |
|---------------------------------|--|----------|---|---------|-----------|
| <p>【医師】</p> <p>①専門緩和医療・緩和ケア</p> | <p>指導者講習会 拠点病院主体・国研がん主体・ PEACE 指導者講習会 (学会主体) 在宅診療研修</p> | <p>※</p> | <p>暫定指導医は拠点病院 55%</p> <p>専門研修施設（実習）</p> | | |
| <p>②一般緩和医療・緩和ケア</p> | <p>PEACE（学会主体） 拠点病院主体 臨床研修医の研修カリキュラムに必修化 在宅診療研修 e-learning の位置づけ、運営主体 continuous education</p> | <p>※</p> | <p>専門研修施設（実習）</p> | | |
| <p>【分野別】 小児</p> | <p>CLIC日本版</p> | | | | |

| | | | | | |
|--|--|-------------------|--|--|------------------------|
| <p>【看護師】</p> <p>①専門緩和医療・緩和ケア</p> <p>②一般緩和医療・緩和ケア</p> | <p>(専門看護師・認定看護師“高度実践”コーステーマの整合性)</p> <p>看護協会 ELNEC-J 指導者講習会</p> <p>看護協会 ELNEC-J 拠点病院</p> | <p>※</p> <p>※</p> | | | <p>看護協会 がん看護学会</p> |
| <p>【薬剤師】</p> <p>①専門緩和医療・緩和ケア</p> <p>②一般緩和医療・緩和ケア</p> | <p>(カリキュラム作成中)</p> <p>緩和医療薬学会主体</p> <p>拠点病院 緩和医療薬学会主体</p> | <p>※</p> <p>※</p> | | | |

| | | | | | |
|--|---|----------|--|--|--|
| <p>【その他】 福祉行政担当者、 ケアマネージャー など地域連携スタ ッフへの研修教育</p> | <p>上記に付随させるか、 チーム研修として別 立てでおこなうか企 画自体を討議する必 要有り</p> | <p>※</p> | | | |
|--|---|----------|--|--|--|

※ 目標については、第2回緩和ケア専門委員会で討議

委員名：前川 育

| 課題 | 対応案 |
|---|--|
| <p>現在の研修会プログラムでは、緩和ケアを理解している医療者にとっては、当然のことと感じられ、緩和ケアをあまり知らない医療者には、内容が難しく感じられるのではないかと思う。</p> <p>①緩和ケア研修会の目的は、 基本的な緩和ケアの習得 「痛みをはじめとした、がんによる苦痛に対する緩和ケアの知識、技能、態度を習得し、実践できる」とある。ただ、参加者が2日間で緩和ケアを習得し、現場で実践できるかどうか不安である。</p> <p>②緩和ケア研修会の修了者（交付枚数）の中で、がん医療に関わっている医師と関わっていない医師の数の把握が必要。（研修会の参加者数だけでは、判断が難しい）</p> <p>③緩和ケア研修の目的・意義などを理解していない医師が、研修会の「協力者」（講師など）となっている場合もあるのでは。 ・形だけ整えて、「研修会を行っている」ということにしている病院もあるのでは。この2点を危惧している。</p> <p>④1つの施設で、1人の医師が研修を受けていれば、その施設では、関係する医師全員に診療報酬がつく。これが、研修会参加を遅らせている原因の一つではないかと考えられる。</p> | <p>次期基本計画においては、研修会プログラムの見直しをする。</p> <p>①研修会の目的を、広義なものから狭義なものへ変える。 実際に、医療現場ですぐに使い、役に立つものを。 例・第一段階「緩和ケアとコミュニケーション」 ～患者の気持ちを理解しよう～ 第二段階「疼痛コントロールを身につける」 ～患者の痛みを理解しよう～ (緩和医療学講座で学ぶ内容も入れる)</p> <p>②拠点病院の施設長（院長）と、がん医療に携わるすべての医師に、研修会受講を義務付ける。</p> <p>③研修会主催者は、緩和ケアを十分理解し、実際に患者の心に寄り添う医療をしている医師に、「協力者」となっていただくようにする。 実際の患者・家族の声（意見・思い）を聴く機会を設ける。</p> <p>④がん医療に携わるすべての医師が、例えば、1年目は三分の一、2年目は三分の二以上、5年間で、全員が研修を受けるなど段階的に行うようにしてはどうか。それを診療報酬で評価する。</p> |

専門委員会意見提出用紙

委員名： 秋山 美紀

今回も出席できず申し訳ありません。緩和の専門教育については門外漢であり、志摩先生ら専門の先生にお任せします。一応、思うところを以下（的外れな意見もあるかもしれませんが）記述しますので、よろしくご査収ください。（課題の番号→対応案の番号が対応するように記述します。）

| 課題 | 対応案 |
|---|---|
| <p>1. 教育の効果を測るのは難しいことはわかるが、緩和ケア講習の教育効果がきちんと評価できていないのではないかと（費用もかかっているため教育効果を検証できる必要がある）。</p> <p>2. 「がん診療医療に携わる全ての医師」数には、まだ受講者数が追いついていない。しかし、これから受講する人達は、初期で受けた人より、緩和ケアに対する意識や受講のインセンティブが低く、講習の効果が出にくい可能性がある。</p> <p>3. 受講済みの医師も、一度だけでなく継続した研修が必要である。</p> | <p>1. 短期的な知識を問う評価以外に、例えば麻薬の処方量が（自然増ではなく研修によって）どう変わったかなど、客観的な評価を入れる努力をする。また講習を受けたことで実際に患者の痛みがどれだけ取れるようになったか評価することを検討する。</p> <p>2. 引き続き、目標数に向けて、研修は継続すべきである。未受講者に受講させるインセンティブとして、以下3-1、3-2を検討してはどうか。</p> <p>3-1. がん診療拠点病院の認可条件の中に、がん診療に携わる医師（分母）が何名おり、研修を受けた医師（分子）が何名いるのかを明らかにさせ、拠点病院の更新条件にPEACEプログラムの受講割合規準（例：最低50%等）を入れる。（木澤先生どうでしょうか？）</p> <p>3-2. 医療用麻薬の免許更新の際に、簡単な研修（例えばe-learning）等を受けてもらう。</p> <p>5年に1回はレクチャーを受けてもらう仕組みをつくる。</p> |

4. 医学教育（卒前）の緩和ケア教育と、臨床現場での緩和ケア教育がうまくリンクしていない。

5. 看護師や薬剤師も緩和ケアチーム研修を受けることが望まれるが、対象人数が多いので難しい。

4. 基本法のような国の法律に基づいて、厚生労働省と文部科学省が力を合わせて、緩和ケア教育を効果的に組み入れる。

初期研修での緩和ケア教育とともに、後期研修の中で、1ヶ月は緩和ケア研修を受けるようにする。特に主要な診療科（内科、外科、婦人科、小児科等）の研修医は必ず教育を受けるようにすべき。

5. 当面は、ELNECのようなプログラムを積極的に推進すべき。

専門委員会意見提出用紙

委員名： 大西 秀樹

| 課題 | 対応案 |
|--|---|
| <p>【緩和ケアに関する研修について】</p> <p>精神腫瘍学を担当する講師の教育について</p> <p>精神腫瘍学研修会での担当領域</p> <p>研修後の学びを深める必要がある。</p> <p>研修会担当医師の確保を行う必要がある</p> | <p>日本サイコオンコロジー学会として、指導者研修に協力を行っている。</p> <p>研修会を受けた精神科医が、抑うつ、せん妄などの精神症状に関する講師の担当を行っている。</p> <p>研修会を受けた精神科医が、コミュニケーションスキルトレーニングに関する講師の担当を行っている。</p> <p>精神腫瘍学の研修を受けた医師が学びを深めるために「精神腫瘍学クイックリファレンス」、「精神腫瘍学ポケットガイド」などを作成し配布を行っている。</p> <p>日本サイコオンコロジー学会がオンライン講義をおこなっている。</p> <p>他にも e-learning など知識の維持向上に努めている。</p> <p>メーリングリストを作成し、担当講師を探す負担を軽減している。</p> |

平成23年2月25日 厚生労働省
第2回緩和ケア専門委員会資料

がん医療における精神科医
—緩和ケアの方向性と併せて—

がん医療における精神科医

- 1 がん医療において精神科医に求められる役割
- 2 がん対策において精神科医に求められる役割

がん医療における精神科医

- 1 がん医療において精神科医に求められる役割
- 2 がん対策において精神科医に求められる役割

がん患者における精神的問題

身体疾患で総合病院入院中の患者のうち
約30%(報告によるが、多いものでは60%)の
患者に精神疾患が合併

Harold et al. Psychosomatics 1998

入院/外来のがん患者の約半数が精神疾患を
合併

Derogatis et al, JAMA 1983

⇒精神医学的問題の頻度は高い

がん患者に多くみられる精神疾患

適応障害 10-30%

うつ病 3-12%

せん妄 30%-50%

終末期には約90%合併するという報告もある

Lowlor et al, Arch Intern Med 2000

Morita et al, J Pain Symptom Manage 2001

精神科医の参画がどうして求められるのか

緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへの十分なアクセスがしばしば欠如している。

すべての患者が系統的な心理状態のアセスメントを受け、適切な心理的支援を受けることを保証すべきである。

緩和ケア領域における精神科医の 役割のレベル

レベル1 精神保健の専門家としての知識・技術

レベル2 コンサルテーション・リエゾン精神科医と
しての専門的な知識・技術

レベル3 精神腫瘍医としての専門的な知識・技術

精神腫瘍医の役割

- がん患者における精神症状の対応
- 自殺企図への対応・自殺予防に向けた取り組み
- 鎮静を含めた終末期の問題、意思決定能力の判断などの倫理的な問題
- 家族へのケア・遺族へのケア
- 医療チームが行う精神心理的ケアの支援や教育
- 医療者-患者間のコミュニケーションの支援
- 燃え尽き症候群をはじめとしたがん医療に携わるスタッフのケア
- チームのコーディネート

⇒ 多岐にわたる重要な役割がある

がん医療における精神科医

- 1 がん医療において精神科医に求められる役割
- 2 がん対策において精神科医に求められる役割

がん対策において精神科医に 求められている役割

- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

がん対策において精神科医に 求められている役割

- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf

緩和ケアの提供体制について主な改正内容

- 緩和ケアチームの整備、組織上への位置付け
 - ①専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師
 - ②精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師
 - ③専従の専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師
- 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備
- カンファレンスの週1回程度の開催
- がん患者に対する必要な情報提供(院内への掲示等)
- かかりつけ医との協力・連携
- 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口の設置

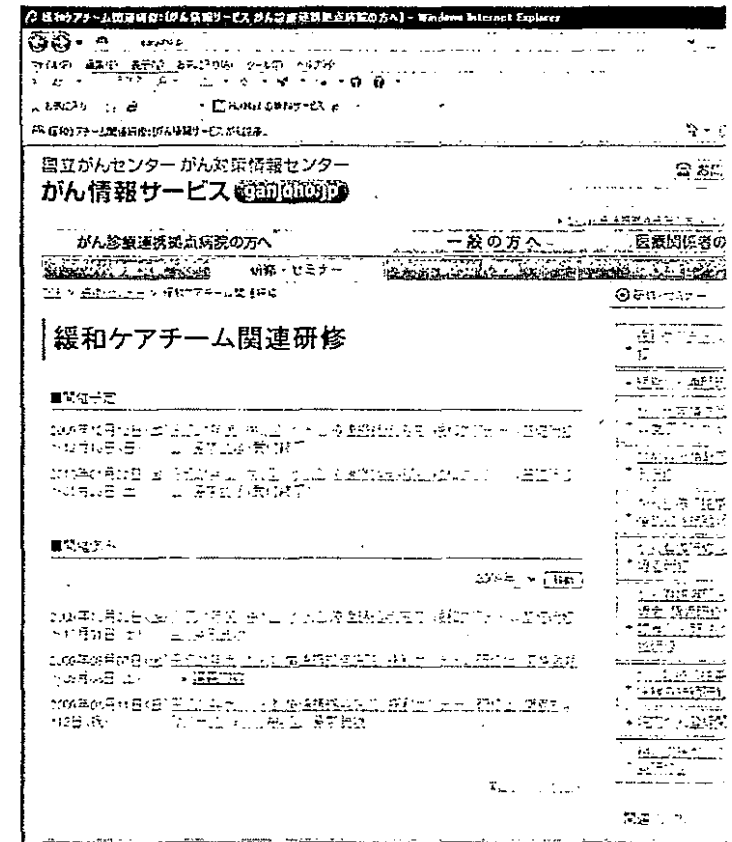
緩和ケアチームに参加する精神科医の育成

「緩和ケアチーム研修会」の開催

精神科医を含む緩和ケアチームを対象に、
緩和ケアチームの各職種連携と協働、
困難なコンサルテーションへの対応など、
グループワークを中心とした研修会を実施中

国立がんセンターがん対策情報センターにより、
平成19年度から開催。

講義で使用した資料については公開中
「緩和ケアチームの立ち上げ(精神科医向け)」
「精神科医が知っておきたい緩和ケアのエッセンス
ーオピオイドについてー」など



がん対策において精神科医に 求められている役割

- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

がん診療に携わる医師に対する 緩和ケア研修会の開催について

がん対策推進基本計画において、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられた。

がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、治療の初期段階からの適切な緩和ケアの提供体制を整備することを目的とする緩和ケア研修会が開催されている。

緩和ケア研修会標準プログラム

- ①がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について
- ②がん性疼痛の治療法の実際について
- ③がん性疼痛についてのワークショップ
 - ア グループ演習による症例検討① がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療
 - イ グループ演習による症例検討② がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
 - ウ ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習
- ④呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケアについて

緩和ケア研修会標準プログラム

⑤ 不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケアについて

⑥ がん医療におけるコミュニケーション技術について

⑦ がん医療におけるコミュニケーション技術についての

ア グループ討論による患者への悪い知らせの伝え方
についての検討

イ ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え
方についての演習

⑧ その他

ア 全人的な緩和ケアについての要点

イ 放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点

ウ がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点

エ 在宅における緩和ケア

緩和ケア研修会の指導者の育成

「精神腫瘍学の指導者研修会」の開催

全国で開催されている厚生労働省の
開催指針に基づく緩和ケア研修会において、
精神症状やコミュニケーションに関する
プログラムを指導できる精神科医を
育成するために、精神腫瘍学の
指導者研修会を開催中

国立がん研究センターと、
日本緩和医療学会により開催。

平成23年度 精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会 募集要項(がん情報センター 緩和ケア部 がん情報センター) - Windows Internet Explorer

国立がん研究センターがん情報サービス [がん情報センター](#)

一般の方へ 医療関係者の方へ がん診療連携拠点病院の方へ

研修要項

平成23年度 精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会 募集要項(受付中)

開催日時
開催日:2021年6月28日(土)~29日(日)

会場
〒104-8505 東京都中央区新富1丁目1-3 国立がん研究センター 研修棟5階
電話:03-436-0111 FAX:03-436-0112

主催・共催
主催:国立がん研究センターがん情報サービス 厚生労働省
共催:国立がん研究センター 日本緩和医療学会 一般社団法人 日本がん治療推進協議会

研修概要

1. 位置づけ
本研修は、がん診療連携拠点病院等において緩和ケアの推進を図るための研修として開催される。研修は、がん診療連携拠点病院等において緩和ケアの推進を図るための研修として開催される。研修は、がん診療連携拠点病院等において緩和ケアの推進を図るための研修として開催される。



開催日程

(会場は変更の可能性あります)

- 東京会場①**
2010年10月15日(金)~16日(土)
TKP東京駅日本橋ビジネスセンター
- 神戸会場**
2010年11月5日(金)~6日(土)
三宮研修センター
- 大阪会場**
2011年1月21日(金)~22日(土)
天満研修センター
- 東京会場②**
2011年2月10日(木)~11日(祝)
TKP東京駅日本橋ビジネスセンター

実施 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
 受講資格 がん医療経験3年以上の医師
 時間(予定) 1日目10:00~18:00 2日目9:00~16:00
 内容 腫瘍がん、再発、抗がん治療の中止など悪い知らせを患者に伝えるロール・プレイ

お申込み方法 本研修会への参加申込みは、一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会のホームページ
<http://www.jpoc-society.org/> からオンライン登録をお願いします。
 (FAX、e-mailでの申込みも可能です)

お問い合わせ 日本サイコオンコロジー学会 CST事務局
 〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F TEL:03-5981-8018 FAX:03-5981-8012 e-mail:net@jpoc.or.jp

平成22年度厚生労働省委託事業 がん医療に携わる医師のための コミュニケーション研修会

がん医療に携わる医師は、患者さんやご家族の方とコミュニケーションを図ることが、患者さんの治療や生活の質を向上させるために非常に重要です。本研修会では、がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション研修会を開催します。



| 全日程(8日間) | |
|----------------|-------------|
| 2010/ 12/17(金) | 13:30~18:30 |
| 12/18(土) | 9:00~15:00 |
| 2011/ 1/ 7(金) | 13:30~18:30 |
| 1/ 8(土) | 9:00~15:00 |
| 1/28(金) | 13:30~18:30 |
| 1/29(土) | 9:00~15:00 |
| * 2/10(木) | 9:00~18:30 |
| 2/11(祝) | 9:00~18:30 |

会場
 さわやからば稲垣プラザ
 千葉県柏市柏の葉4-3-1
<http://www.kplaza.pref.chiba.lg.jp/>
 ※TKP東京駅日本橋ビジネスセンター
 東京都中央区日本橋1-3-13
<http://testnet/>

実施 一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
 定員 12名程度
 受講資格 コミュニケーション技術研修会を受講したオンコロジスト
 または、見学研修したサイコオンコロジスト
 プログラム ファシリテートのロール・プレイ(6日間)及び、ファシリテートの実践(2日間)
 受講料 無料(宿泊・交通費は自己負担)

お申込みと問合せ 本研修会への参加申込みは、一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会のホームページ
<http://www.jpoc-society.org/> からオンライン登録をお願いします。

日本サイコオンコロジー学会 CST事務局
 〒112-0012 東京都文京区大塚5-3-13 小石川アーバン4F TEL:03-5981-8018 FAX:03-5981-8012 e-mail:net@jpoc.or.jp

平成22年度厚生労働省委託事業
 がん医療に携わる医師のための
 コミュニケーション技術研修会における
 がん医療に携わる医師は、患者さんやご家族の方とコミュニケーションを図ることが、患者さんの治療や生活の質を向上させるために非常に重要です。本研修会では、がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション研修会を開催します。

がん対策基本法後のSHAREの普及:2007-2010

参加者

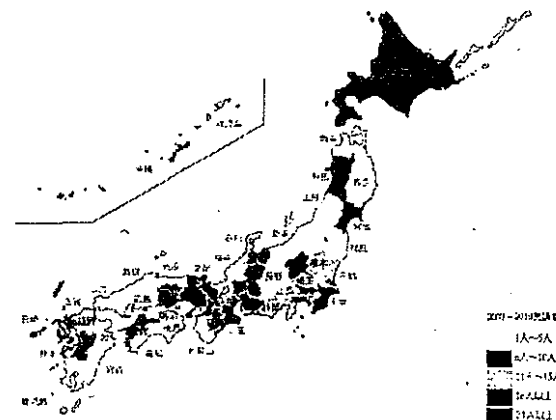
PEACE(3時間)

SHARE(10時間)



11,254

397

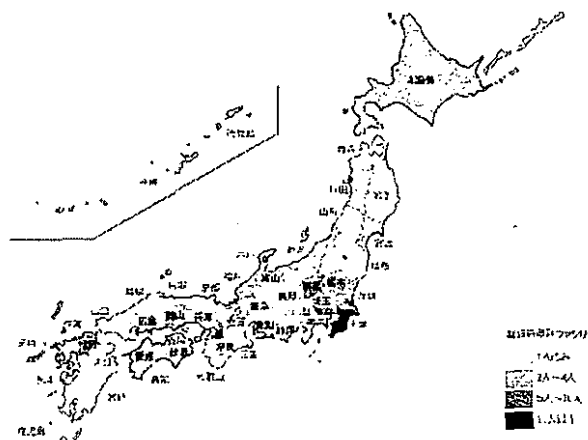


指導者



445

84



精神科医・心療内科医

がん対策基本法後のSHAREの普及:2007-2010

参加者

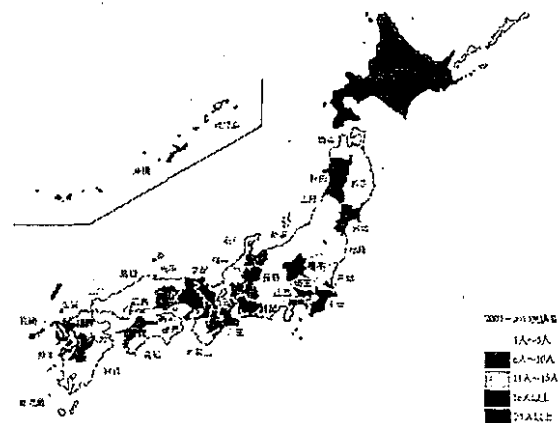
PEACE(3時間)

SHARE(10時間)



20124

397

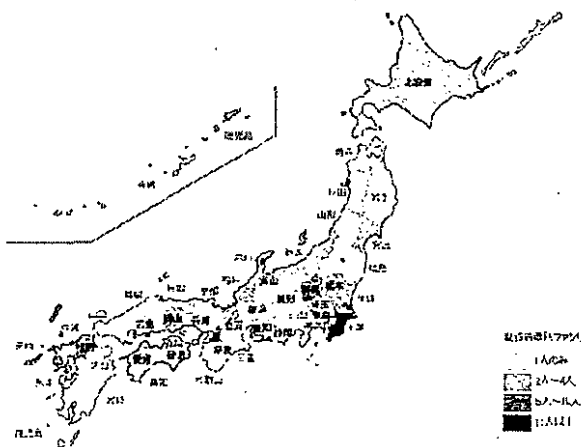


指導者



精432(身体971)

84



精神科医・心療内科医

がん対策において精神科医に 求められている役割

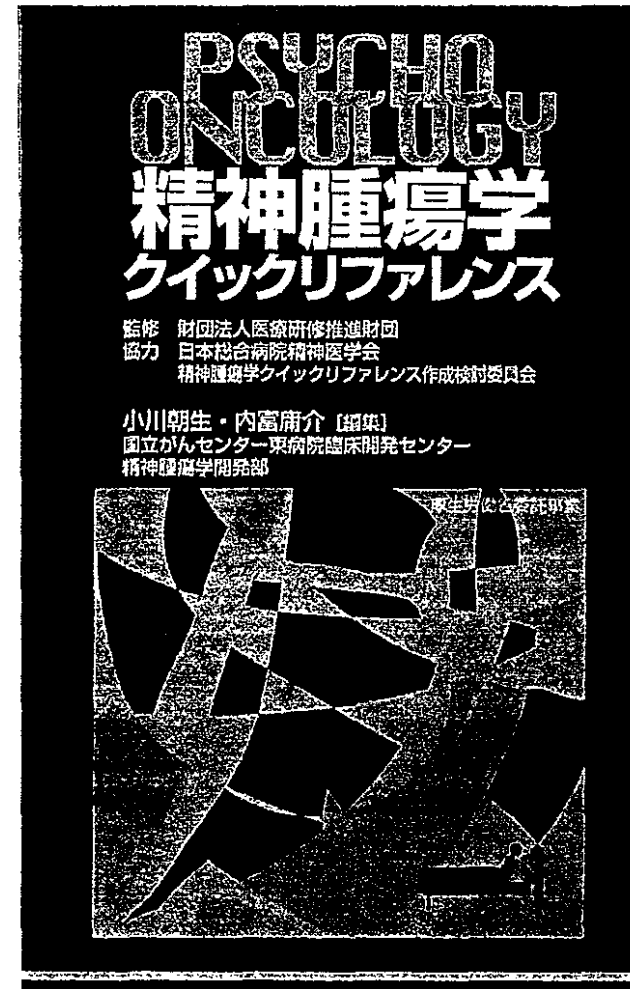
- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

精神腫瘍学の推進

「精神腫瘍学 クイックリファレンス」の作成

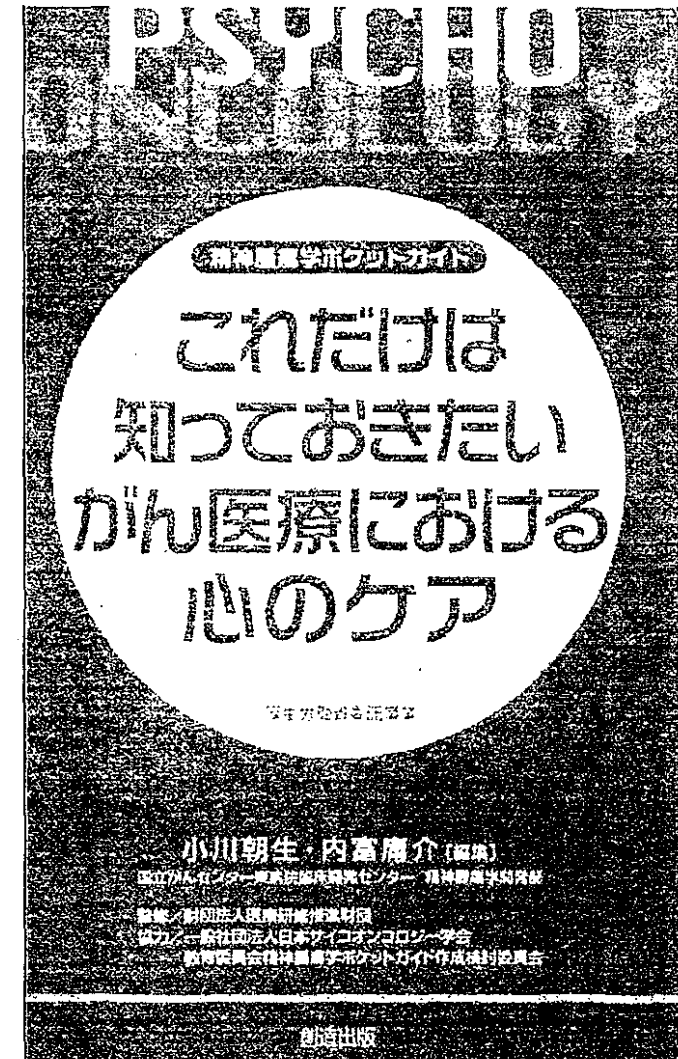
精神科医を対象に、精神腫瘍学の最新の知見、臨床に役立つ有益な指針などを、現場で即活用できるように作成された携行可能なハンドブックを作成

平成20年度、厚生労働省委託事業により、日本総合病院精神医学会が中心となり、日本サイコオンコロジー学会の協力のもと作成
(監修 財団法人医療研修推進財団)



精神腫瘍学ポケットガイドの作成

- がん診療連携拠点病院の担当医・病棟スタッフ・薬剤師・理学療法士・作業療法士・医療ソーシャルワーカーを対象に精神腫瘍学の基本を臨床場面に即して紹介
- 平成21年度厚生労働省委託事業として日本サイコオンコロジー学会が協力

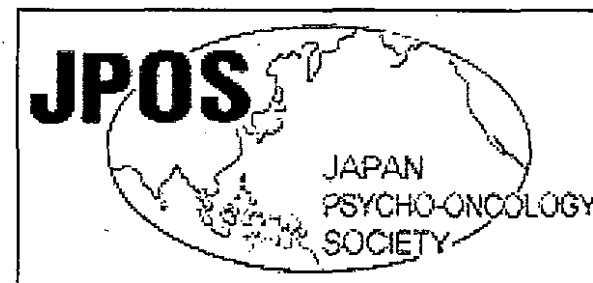


日本サイコオンコロジー学会編 オンライン講義

<http://www.jpos-society.org/>

厚生労働省委託事業

- ・精神腫瘍学e-learning
- ・コミュニケーション



基本計画と教育プログラム

| 基本計画 | 対象 | 対応するプログラム |
|------------------------------|---------|---|
| がん患者・家族に対する心のケアを行う医療従事者の育成 | 精神科医 | 精神腫瘍学クイックリファレンス eラーニング 日本サイコオンコロジー学会研修会 |
| | 看護師 | 精神腫瘍学ポケットガイド 日本サイコオンコロジー学会研修会 |
| | 緩和ケアチーム | 緩和ケアチーム研修会 |
| | 心理職 | 日本サイコオンコロジー学会研修会 |
| | 医師 | 緩和ケア研修会 医学生・初期研修プログラム |
| | PT・OT | がんのリハビリテーション研修 |
| 療養場所を問わず全人的な緩和ケアの提供 | | 2次医療圏の研修会 |
| 告知を受けた患者の精神心理的サポートをおこなう人材の育成 | | コミュニケーション技術研修会 (厚生労働省委託) |

支援体制の現状把握

- 拠点病院
- 精神腫瘍医



拠点病院に必要な支援体制の見積

- 拠点病院の支援体制ガイドライン
- 各職種に必要な技能・知識



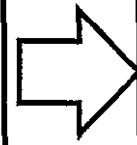
研修プログラムの整備

- 精神腫瘍医の育成
- 緩和ケアチームの研修
- 看護師教育

相談支援センター

- 相談員の教育
- 連携体制のモデル

ピア・サポートとの連携モデル



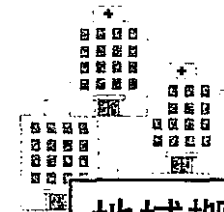
トレーニングを積んだ精神腫瘍医の配置



都道府県拠点病院50施設：
精神腫瘍医2名以上の配置
常勤医のいる30施設は全て会員
全病院に常勤精神腫瘍医を配置



地域拠点病院
(がん診療件数2000件以上の100施設)
常勤の精神腫瘍医1名配置



地域拠点病院
(がん診療件数2000件未満の225施設)
リエゾン精神科医1名配置

一般総合病院：リエゾン精神科医

まとめ

- がん対策が進み、がん患者の療養生活の質を維持向上させていくことの重要性が認識されるようになった
- 緩和ケアが広く普及していくとともに、がん患者や家族への精神心理的な苦痛への対応の要望が高まってきている
- がん医療従事者からも、精神科医のがん医療への参加や、医療従事者への教育が期待されている

**がん対策を推進するには
精神科医の協力が不可欠**

専門委員会意見提出用紙

委員名： 志真 泰夫

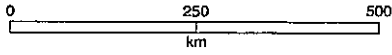
| 課題 | 対応案 |
|--|---|
| <p>●医師に対する基本教育のこの4年間の成果は？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成19年度は「指導者研修会」「緩和ケア研修会」の試行期間であった。平成20年度、21年度、22年度の3年間に「指導者研修会」および「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を本格実施した ・がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院とする）の緩和ケア研修会1回につき平均およそ20人程度の医師が受講した。したがって、20人×375拠点病院+αで年間およそ10,000人の研修修了者があり、平成22年度末で緩和ケア研修修了者はおよそ30,000人程度と見込まれる ・都道府県における緩和ケア研修会の効果として千葉県、長野県、岩手県、久留米市、弘前市などで質的な変化について研究報告がある ・指導者研修に関する質的量的な研究報告から緩和ケアおよび精神腫瘍の指導者研修会修了者1600人の効果は大きく、緩和ケア全体の底上げにつながっている ・医師以外の看護師、薬剤師への基本教育は第1次の基本計画では取り上げられていない | <p>●がん診療に携わる医師への緩和ケアの基本教育をどうするか</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床研修医の受講の必修化 <ul style="list-style-type: none"> ・新たな「がん対策推進基本計画」で臨床研修医への緩和ケアの普及を重点として取り上げるように提言する。 ・臨床研修医の緩和ケア研修の受講の必修化ありなら、医師の修了者は年間1,2000-15,000人と推測される ・臨床研修医の緩和ケア研修受講の必修化なしなら、今後緩和ケア研修会には年間5000-8000人程度の受講にとどまる ・臨床研修医（年間7000～8000名）が、毎年緩和ケア研修会を受講する場合、5年間で合計30,000-40,000人の臨床研修医が受講することとなる ・臨床研修医以外の医師の受講者が、現在の年間10,000人が5,000人に減少としたとしても、5年間で合計60,000-65,000人の医師が受講することになる。 ・30-40年後にすべての臨床医が緩和ケア研修会を受講し基本教育を修了しているインパクトは大きい |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">2. e-learning の導入<ul style="list-style-type: none">・ PEACEの一部をe-learningで受講できるように準備する・ 臨床研修医が緩和ケア研修を受けやすくするためには、e-learningの導入が必要である・ PEACEの教育プログラムにe-learning組み込んだ構造が望ましい3. 地域医療への普及<ul style="list-style-type: none">・ 日本医師会と日本緩和医療学会が協働して、緩和ケア研修会テキスト「緩和ケアガイドブック」改訂版を作る。・ 都道府県医師会、市区町村医師会の協力を得て、在宅療養診療所の届け出の要件として医師の緩和ケア研修の受講を必須とする4. 小児科医への基本教育<ul style="list-style-type: none">・ 小児科医、小児外科医を対象とした緩和ケアの基本教育プログラムとしてCLICが作成されている。・ 小児科医を対象に小児がんの「拠点病院」でCLICに基づいた研修会を実施する <p>●がん医療に携わる看護師、薬剤師への緩和ケアの基本教育をどうするか</p> <ul style="list-style-type: none">1. がん医療に携わる看護師への基本教育の実施<ul style="list-style-type: none">・ 看護師に対する緩和ケアの基本教育に関しては、日本緩和医療学会が作成しているELNEC-Jを提供する・ 緩和医療学会が主催しているELNEC-Jの指導者研修会 |
|--|---|

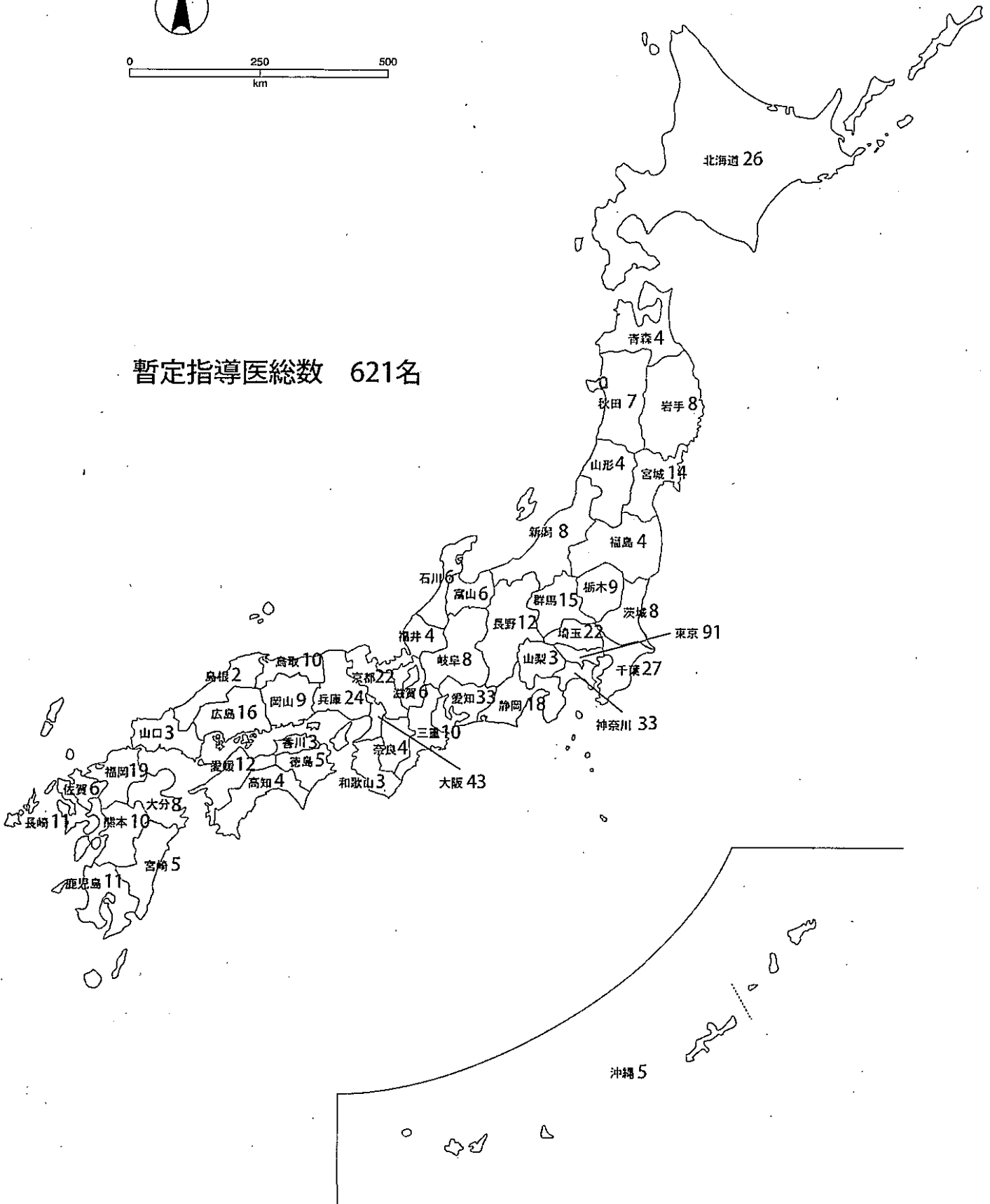
をがん看護学会、看護協会などと協力して行う

- ・ ELNEC-J 指導研修会修了者には実施主体である日本緩和医療学会等から指導者研修修了書を発行する
 - ・ 各地域の拠点病院には地域の病院・訪問看護ステーションの看護師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする
2. がん医療に携わる薬剤師に対する基本教育の実施
- ・ 緩和医療薬学会で23年度中には教育プログラムが完成する予定である
 - ・ 緩和医療薬学会が主催するが、緩和医療学会が協力して「指導者研修会」を行うことにする
 - ・ 対象は地域の病院・調剤薬局の薬剤師とし拠点病院が地域の薬剤師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする
 - ・ 基本教育を受講する看護師、薬剤師の数値目標を定める

暫定指導医数



暫定指導医総数 621名



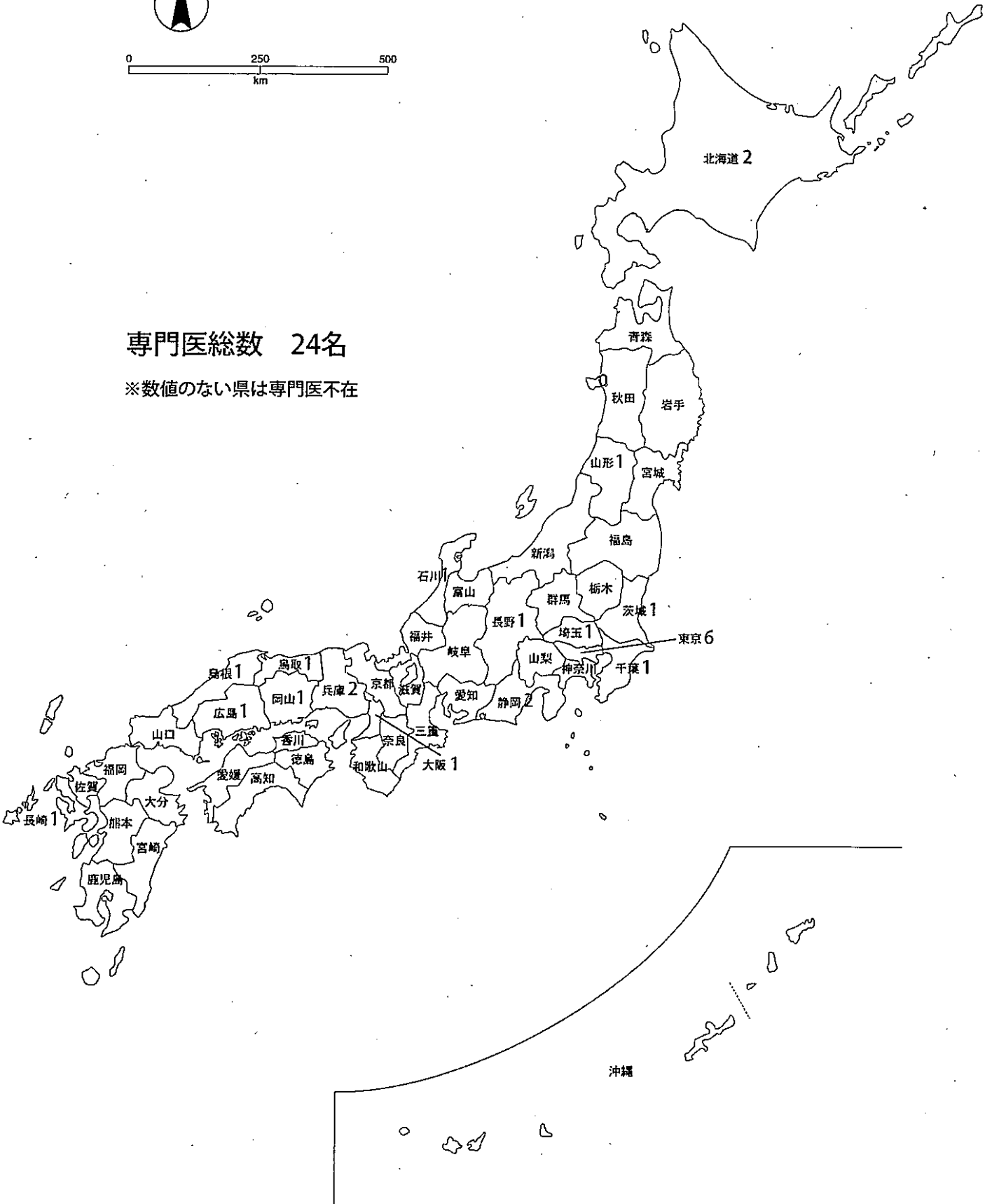
2011年2月14日作成
(2011年4月1日認定予定含む)

専門医数



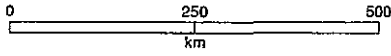
専門医総数 24名

※数値のない県は専門医不在

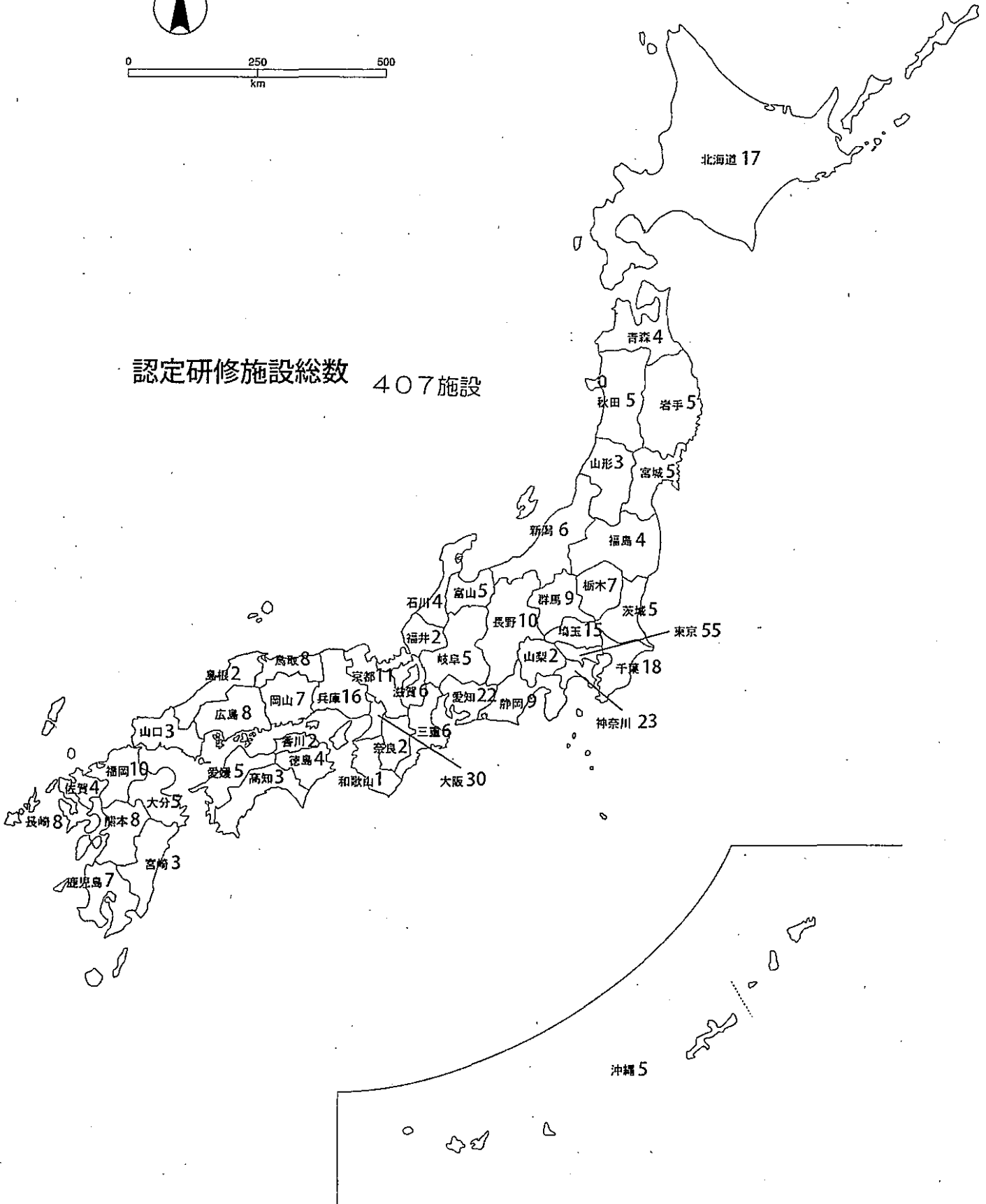


2011年2月14日作成
(2011年4月1日認定予定含む)

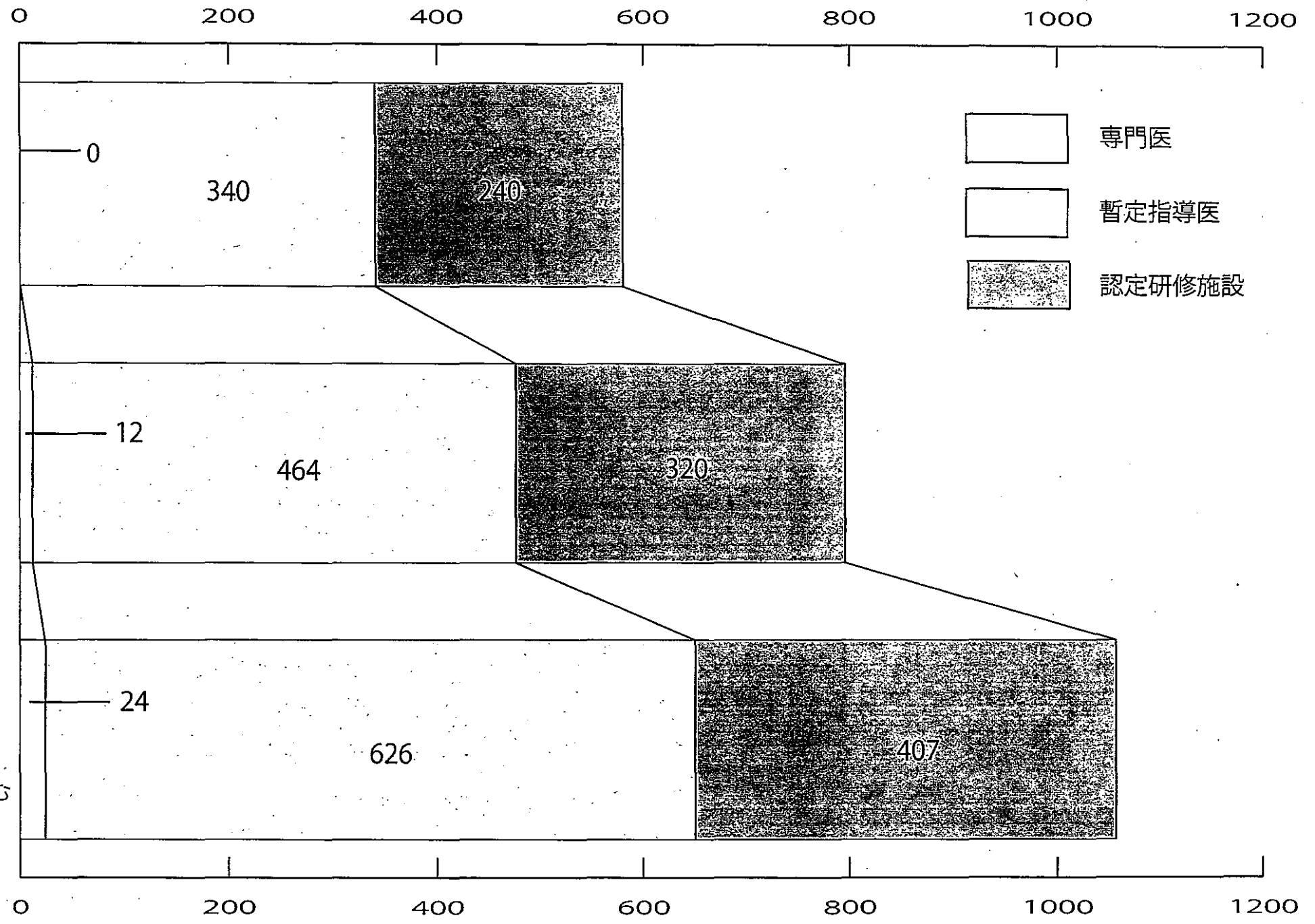
認定研修施設数



認定研修施設総数 407施設



2011年2月14日作成
(2011年4月1日認定予定含む)



緩和医療専門医の養成と活用

NPO 法人 日本緩和医療学会

専門医認定・育成委員会

有賀悦子

1) 目標値

- ・都道府県がん診療連携拠点病院に、1名以上の暫定指導医または専門医が配置される
- ・都道府県がん診療連携拠点病院の暫定指導医または専門医は、各都道府県内のがん診療連携拠点病院の専門医を育成し、5年以内に、全がん診療連携拠点病院（377病院）に1名以上の暫定指導医または専門医を配置する。
- ・全がん診療連携拠点病院の暫定指導医または専門医によって、地域医療機関へのコンサルテーションを通して、専門的緩和医療の教育指導を行う。10年間で全がん診療連携拠点病院に1名以上の専門医を育成する。

2) 現在までの進捗状況と目標値の根拠

・日本緩和医療学会専門医認定制度が平成20年に始動し、22年度までの3年間で暫定指導医の募集が終了した。

・2011年4月1日に公開されるものを含めると、暫定指導医621名・専門医24名、認定研修施設は407医療機関となっている¹⁾。2011年2月現在、全都道府県に暫定指導医は在籍している。

・全がん診療連携拠点病院の暫定指導医・専門医は在籍率55.1%（認定研修施設50.1%）、都道府県がん診療連携拠点病院の暫定指導医・専門医では在籍率92.2%（認定研修施設86.3%）であった^{1) 2)}。都道府県がん診療連携拠点病院51施設中47施設に暫定指導医（42施設）・専門医（5施設）が在籍し、4施設が不在であった。認定研修施設は44施設であったが、申請手続きによって、47施設は研修施設として認定を受けることが可能であることが確認されている³⁾。

・暫定指導医・専門医が在籍しているにもかかわらず、申請手続きが行われていない施設が100以上あることが判明しており、対応中である。よって、対象となる認定研修施設は500程度となる見込みである。

・緩和医療専門医は、「専門的な臨床実践、コンサルテーション活動、教育、研究」の4本柱が求められ、本制度は“国民から信頼される医師”を認定することを目指している⁴⁾。審査においては、症状緩和等に難渋する他の医師からのコンサルテーションに対応できる臨床能力を得ていることが重視され、また、客観的臨床能力試験 Objective Structured Clinical Examination : OSCE に準じた模擬患者を用いた面接試験を導入し質の維持に努めている。

・このような臨床能力を身につけるために、暫定指導医のもと、2年の研修を必須条件としている。500 認定研修施設において、その半数で育成が行われた場合、2年以上経過した後 200 名が受験し、半数が合格した場合、100 名と試算する。

・今後の課題として、地域格差が挙げられる。

3) 緩和医療専門医および暫定指導医の活用

・暫定指導医または専門医を、二次医療圏における緩和ケアのコンサルテーション対応を行う専門家として活用する。

・緩和医療の専門家を二次医療圏（がん診療連携拠点病院等）に計画的に配置するならば、専門医が施設を超えた臨床実践ができる体制が整備されることが望ましい。

・一例として、在宅医療に設けられている対診制度を病病連携においても拡大し、活用しやすい条件として見直すことなどがあげられる。

引用

1) 日本緩和医療学会 専門医認定・育成委員会資料

2) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス がん診療連携拠点病院の情報

<http://hospdb.gan.joho.jp/kyotendb.nsf/TopPage?OpenForm#01>

3) 平成 23 年 2 月 5 日専門医認定・育成制度委員会議事録

4) 日本緩和医療学会 専門医 Q&A <http://www.jspm.ne.jp/nintei/scnmon/2010ganda.pdf>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 東口高志

| 課題 | 対応案 |
|---|---|
| <p>① 緩和ケア研修会の普及が不十分である。</p> <p>② がん連携拠点病院内での修了者が不十分である。</p> <p>③ 研修会の開催が施設内で評価されていない</p> <p>④ 研修会のファシリテーター県内不足（派遣する施設の理解不足）</p> <p>⑤ 地域連携でのメリット（在宅診療との関連）が不明確</p> <p>⑥ 研修会の実施方法は好評</p> <p>⑦ 内容に関する意見 1）：研修会における WHO の方針がやや不明確である（研修生に建前上は WHO の内容に即しているというものの明確には示されておらず、緩和医療学会の方針と受け取られやすい）</p> <p>⑧ 内容に関する意見 2）：緩和ケア医のための研修会ととられている</p> <p>⑨ 内容に関する意見 3）：がん治療とともに緩和ケアを実施するためのものではない</p> | <p>1. 緩和ケア研修会のメリットを明確とすることが必要</p> <p>1)がん診療連携拠点病院のがん治療に携わる医師の研修義務化</p> <p>2) 診療報酬改正（がん性疼痛緩和指導管理料）：施設ではなく修了者個人に対して加算を、しかも点数アップが必要</p> <p>3) 折衷案：がん診療連携拠点病院ではがん治療医の登録制を実施し、研修を義務化して診療報酬上の加算を個人レベルで実施（当初拠点病院のみとしてその後一般病院へ広げる）</p> <p>4) がん治療にかかる学会の専門医・認定医制度にこの研修の修了を義務付けるように働きかける</p> <p>2. 実施内容の改正①：緩和医療の分野だけでなくがん治療にかかわる分野の代表者を含めたグループで改正案を練ることが必要</p> <p>3. 実施内容の改正②：WHO の方針を重視した内容を考慮</p> |

専門委員会意見提出用紙

委員名： 丸口ミサエ

| 課題 | 対応策 |
|--|--|
| <p>1 多くの緩和ケアに関する研修が行われているが、能力開発を促進するには教育内容が体系化されていない。</p> <p>各教育機関、施設の研修担当者の企画・立案に基づいた研修がほとんどである。</p> | <p>1 統一された教育プログラムにより緩和ケアに関する基本的教育を行い、質の担保を図る</p> <p>ELNEC-J(End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)看護師教育プログラムに基づく緩和ケア研修の実施 (資料1)</p> <p>2 国立がん研究センターのがん診療連携拠点病院対象のがん看護専門分野「緩和ケアコース」指導者研修の講義研修、実施研修の実施 (資料2)</p> |
| <p>2 専門的知識をもっている認定・専門看護師の活用が十分活用できる環境になっていない。</p> <p>がん看護専門看護師:250名(2010. 2. 1) (資料3、4)</p> <p>サブスペシャリティー「緩和ケア」70%(梅田、長谷川、2009) 拠点病院所属 67%(看護協会調査2009 64%)、ゼロの県 13県</p> <p>緩和ケア:912名 がん性疼痛看護:458名、(資料5、6)</p> <p>都市部に集中している。(合わせて10名以下の県12県)</p> | <p>1 緩和ケアにおける高度実践専門看護師及び高度実践認定看護師の養成と活用</p> <p>【育成】</p> <p>【高度実践専門看護師】:専門看護師が、さらに専門的な緩和ケア教育を受けることで緩和ケアを希望する患者や家族のニーズに応じた高度な実践や包括指示に基づく適切な症状マネジメントが出来る看護師</p> <p>2009年度より60名/年増加。2016年には600名強と予測される。</p> <p>このうち緩和ケアをサブスペシャリティーとする者300~350名となる</p> <p>【高度実践認定看護師】:緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師がさらに緩和ケアの実践及びコンサルテーションに関する教育を受けることで認定看護師として質の高い緩和ケアの実践モデルとなる。</p> |

現在、緩和ケア、がん性疼痛看護認定看護師の合計 1370名

緩和ケアチーム540施設(がん拠点病院265、大学病院81、その他218)、今後がん拠点病院に全部緩和ケアチームができると110施設の増加が予測される。

3 看護師確保困難の課題との関連において、一般看護職の実践力を向上させるための教育ができにくい環境がある

高度実践看護の教育の充実(資料7)

ELNEC-J看護師教育プログラムを一貫した教育プログラムに近づけより効果的に重なる教育を行う必要がある。

【活用】

- 1) 緩和ケア病棟：2次医療圏内の病棟が連動して、その地域のコンサルテーションサービスを医師と協働して行う
- 2) がん診療拠点病院：設置されている緩和ケアチームもしくは相談支援センターの機能として、地域の医療機関や在宅サービスとのつながりを義務として課する
- 3) がんプロフェSSIONAL事業：教育の提供だけでなく、コンサルテーションサービスについての検討を行う

1 がん看護実践力のあるジェネラリスト看護師の育成と定着を図る

- 1) がん診療連携拠点病院における実践力向上のための教育

がん診療連携拠点病院の連携による教育

- 2) がん診療連携拠点病院と地域連携診療拠点病院、訪問看護ステーションとの連携による教育

専門委員会意見提出用紙

委員名：余宮 きのみ

| 課題 | 対応案 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● がんを診療する医師の研修会修了数は未だ不十分である ・ 国が発行した修了証書数；<u>20,124人</u> (平成22年12月末現在) ・ 埼玉県 がん診療連携拠点病院11施設における調査結果 (平成23年1月末現在)； 在籍している常勤医師のうち、「がんを診療している医師数 ※」を分母として、研修会修了者の割合は、25% (がんを診療する医師948名のうち、修了者237名) ※「がんを診療する医師」とは、以下のいずれか一つ以上に該当するものとした。 ・ 外来で、がんまたは、がんの疑いのある患者を診療する機会のある医師 ・ がんの化学療法を担当する機会のある医師 ・ がんの放射線治療または放射線診断を担当する機会のある医師 ・ がんの手術または麻酔を担当する機会のある医師 ・ がんの終末期を担当する機会のある医師 ・ がんの精神症状を診療する機会のある医師 | <ul style="list-style-type: none"> ● がん診療拠点病院における、がん診療に携わる医師数の提示と、研修の必修化：がん診療連携拠点病院は、がん相談支援センターやカンサーボードなど、地域連携の中心的な役割を担っており、がん診療連携拠点病院で、がん診療に携わる医師が全員、緩和ケア研修を修了することは、緩和ケア推進に大きな効果になると考えられる。 ⇒がん診療連携拠点病院で、がんを診療している医師数を把握し、100%の受講を目標として掲げる。 ・ 「がん性疼痛緩和指導管理料」は、研修会修了者に限定して加算とする 現在、当管理料は、施設内に、研修修了者がいれば、研修会を修了していなくとも加算が可能である。しかし、実質的な内容としては、研修会を修了している医師のみに、加算可能とすべきである。また、研修会受講の動機につながる効果が期待できる。 |

● 研修会修了者の行動変容に十分につなげていない

(2011.1 秋山美紀委員の意見)

- ・ 埼玉県 がん診療連携拠点病院 11 施設のうち、施設長が修了している割合は、36% (11 名の施設長のうち 4 名)

● がん診療拠点病院の施設長の研修会の必修化

研修会で学習した緩和ケアが実践されやすい環境にするには、緩和ケアが病院の理念として位置づけられる必要がある。そのために、施設長が研修会を受講し、緩和ケアという言葉だけでなく、「内容」を理解する必要がある。

- ・ 緩和ケア研修会は、医師、看護師、薬剤師などが共に参加する

緩和ケアは、チームで対応し、方針を決定するのは当たり前であるが、従来の医療現場への浸透は難しい。現状は、医師が決めた方針にコメディカルが従うという従来のパターンが行われている。医師のための緩和ケア研修会において、多職種で研修やワークショップを行うことが、チーム医療の研修となり、チーム医療の浸透を促進すると考えられる。また、医師のみならず、多職種が同じ研修を行うことで、研修会での職種を超えて話し合う態度が、そのまま現場に生かされ、行動変容につながりやすい。

専門委員会意見提出用紙

参考人名：川越 厚（参考人）

| 課題 | 対応案 |
|--|---|
| <p>以下の課題は、「在宅緩和ケアの研修」に関するものに限定します。</p> <p>1) <u>在宅緩和ケアを研修するための、適当な研修場所が整備されていない</u></p> <p>2) <u>在宅緩和ケアを研修する際のお手本となるプログラムが少ない</u></p> <p>3) <u>大学病院などの研修病院で、死を看取る機会が減っている</u> (千葉大学医学部附属病院 地域連携室准教授の報告)</p> <p>以下は川越の個人的な意見です。1)～3)は前期研修医、4)以降は医学生を対象とした研修に関するものです。</p> <p>1) <u>在宅緩和ケア研修が机上の空論で終わる恐れがある</u> 医療的なことだけでなく患者の日常生活支援、家族支援が大きな研修テーマ。病院医療とパラダイムが異なる</p> <p>2) <u>在宅緩和ケアで重要な Team approach (TA) の意味が理解されておらず、それを研修する現場が少ない</u></p> | <p>第4回緩和ケア診療所・緩和ケア訪問看護ステーション合同連絡協議会（2010/8/14、診療所医師 13名、訪問看護師 13名、他2名参加）で議論した内容をまとめたものです。</p> <p>1) <u>研修にふさわしい在宅緩和ケアの専門診療所*を整備する</u>（*訪問看護と密接な連携を取り、一定規模以上の在宅死に関わっている診療所）</p> <p>2) <u>すでに作成されたものがある（資料5）ので、それをたたき台にして、模範となるものを作成する</u></p> <p>3) <u>在宅緩和ケアの現場を死の看取りの研修場とし、大学病院で不足しているものを補う</u></p> <p>これは、パリアン創設来10数年間の研修教育の経験を踏まえて作成したものです。</p> <p>1) <u>実地研修を必須にする</u> 病院主導の在宅緩和ケア研修を、在宅主導に切り替えなければならない。</p> <p>2) <u>TAをきちんとやっている診療所を認定し、そこで研修できるような仕組みを作る</u></p> |

福祉との連携や Inter-だけではなく Transdisciplinary な TA も研修する必要がある。

- 3) 前期研修が必ずしも専門性を決定してからの後期研修に繋がっていない。

医師が専門医となってから担当したがん患者が、治療終了後どのような生と死を迎えるかについて学ぶ機会が極めて少ない。特に在宅末期に関してはそうである。

- 4) 緩和ケアでとくに重要な意味を持っている「看護師の働き」を学ぶ機会が少ない

在宅緩和ケア研修はその意味で非常に貴重な経験である

- 5) 医学生は看護の視点を学ぶ機会が少ない

緩和ケア（というよりも医療のすべてと言えるかも知れない）は、主に医療と看護の総合として提供されなければならないことを学ぶ機会が少ない

- 6) 在宅緩和ケアの基本（これはホスピスケアの哲学）である、患者と家族は一つの単位である（a unit of care）ことを医学生は学ぶ機会が少ない

- 7) 医学生（に限らないが）は、受けたサービスに対して患者や家族の声を直接伺う機会が少ない

- 8) 医師に必要とされる社会性、人間としての常識などが備わっていない医師の卵が多い

在宅で TA を実際に学べる、緩和ケアを専門とする診療所を整備していく

- 3) 専門性を決めている研修医に対しては、可能な限り専門領域の患者を受け持たせるなどの工夫を行う

パリアンでは原則としてこのような形で、一か月間の研修を行っている。たとえば血液専攻のものに対しては白血病、耳鼻科の場合は咽頭癌患者を受け持つという形で

- 4) 医学生教育の中で、在宅緩和ケアのコマ数（今はどうなっているのか？）を増やす

- 5) 医学生と看護学生のペアで一人の患者を受け持ち、それぞれの発想、役割などを学ぶ、などの工夫を行う
(パリアンでは10年間この方法を用い、大きな成果をあげてきた。資料1参照)

- 6) 在宅緩和ケアとは、まさに病人と家族を一人の病人として医療者が関わる医療であるので、在宅緩和ケアを学ぶ機会を医学生に与える

- 7) 患者・家族の本音に接する場を、研修期間中に設ける
たとえば、遺族に経験を語っていただく機会を設ける

- 8) 実際の研修の場で、厳しく指導する
社会性、人間としての常識が特に問われる在宅医療は、医学教育の必須項目とする（すでになっている？）。

専門委員会意見提出用紙

委員名：中川恵一（参考人）

| 課題 | 対応案 |
|---|---|
| <p>現行の緩和ケア研修は、5年間で全ての「がん医療に携わる医師への研修を終える」ことになっているが、達成は無理な状況である。より現実的なプログラムを用意する必要を含めて、議論が必要であろう。</p> <p>*現行の緩和ケア研修は、5年間で全ての「がん医療に携わる医師への研修を終える」ことになっているが、達成は無理な状況である。今後も、現在の研修内容で研修を進めるのか、研修を受けてない医師は現在の研修終了を目指し、すでに、受けている医師に対する緩和ケア推進のための新たな研修を企画するのか、あるいは24年度からは、新たなメニューで研修をやるのか、の判断が重要と思われる。</p> | <p><現在の研修プログラム関係での意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 診療報酬で緩和ケア研修修了者を評価する仕組みをつくる。現状では、緩和ケア研修の伸び悩みの恐れがある。研修修了者を診療報酬で評価することで、研修会参加の増加を期待できると思う。 <p><次期基本計画で、新たな研修を考える場合の意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ● がん診療に深く携わる医師のための緩和ケアの「実地研修プログラム」を定め、全国10か所程度で、この「研修プログラム」に基づく研修を開始する。これは、緩和ケア研修を修了した医師の中で希望する医師に対して行う。ここでも、診療報酬での評価が必要。「共通の実地研修プログラムの作成」と「実施施設の指定及び、その医療機関への経済的補助」が必要である。 ● がん医療に従事する全ての医療者が、基本的な精神心理的ケアについて習得するようにする。そのために、研修会プログラムを作成して、修了者数の上昇を目指す。精神的な緩和ケアは、診断直後の治療の初期段階から、治療がなく |

なる段階まで幅広いニーズがある。基本的な精神心理ケアは、医師だけでなく、看護師、薬剤師など全ての医療従事者が習得することを目指すべきである。

- がん診療に携わる看護師のための専門的な緩和ケアの現地研修プログラムを定め、全国10か所程度で、「研修プログラム」に基づく研修を開始する。すでに、看護師、薬剤師等が緩和ケア研修に参加している実態も考慮する。

がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策事業

平成 22 年度予算額 平成 21 年度予算額

68,836 千円 (137,686 千円)

(事業概要)

がんの医療水準の均てん化に向け、がん医療を中核的に担っている医療機関において専門的な臨床実務研修を行うことにより、質の高いがんの専門的な看護師の育成・強化を推進するものである。

(対象経費) 謝金、賃金、旅費、印刷製本費、通信運搬費、会議費等

(か所数) 35 か所(がんの診療拠点病院)

(実施期間) 40 日間

(受講人数) 1 か所 20 人 × 35 か所 = 700 人

(補助先) 都道府県(委託可)

(補助率) 定額(1/2相当)

(創設年度) 平成22年度

※平成 18 年～21 年度まではモデル的に委託事業として実施。

※平成 22 年度から医療提供体制推進事業費補助金(平成 22 年度予算 306 億円)への統合により補助事業として実施。

がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策事業

(単位:千円)

| 都道府県 | 平成21年度 | | | 平成22年度 | |
|---------|--------------|--------------|------------|--------------|---------------|
| | 執行実績 (千円) | 受講予定者 (人) | 修了者 (人) | 執行見込 (千円) | 受講予定者 (千円) |
| 1 北海道 | 3,087 | 13 | 13 | 1,966 | 20 |
| 2 青森県 | 146 | 20 | 0 | | |
| 3 岩手県 | | | | | |
| 4 宮城県 | 4,371 | 20 | 10 | | |
| 5 秋田県 | | | | | |
| 6 山形県 | | | | | |
| 7 福島県 | 3,515 | 20 | 11 | 1,966 | 20 |
| 8 茨城県 | | | | | |
| 9 栃木県 | 3,731 | 20 | 7 | 1,966 | 20 |
| 10 群馬県 | 2,596 | 20 | 18 | 1,966 | 20 |
| 11 埼玉県 | 7,206 | 20 | 13 | 1,966 | 20 |
| 12 千葉県 | 3,819 | 10 | 10 | | |
| 13 東京都 | | | | | |
| 14 神奈川県 | | | | | |
| 15 新潟県 | 1,391 | 20 | 5 | 1,966 | 10 |
| 16 富山県 | 2,871 | 20 | 11 | 1,966 | 20 |
| 17 石川県 | 1,577 | 20 | 20 | 1,680 | 20 |
| 18 福井県 | 3,383 | 20 | 12 | 1,966 | 20 |
| 19 山梨県 | | | | | |
| 20 長野県 | 3,699 | 15 | 6 | | |
| 21 岐阜県 | | | | | |
| 22 静岡県 | 4,562 | 20 | 2 | | |
| 23 愛知県 | 4,149 | 20 | 20 | 1,966 | 20 |
| 24 三重県 | 2,906 | 20 | 11 | 1,966 | 20 |
| 25 滋賀県 | | | | | |
| 26 京都府 | | | | | |
| 27 大阪府 | 3,234 | 10 | 12 | | |
| 28 兵庫県 | 3,311 | 20 | 20 | 1,966 | 20 |
| 29 奈良県 | | | | | |
| 30 和歌山県 | | | | | |
| 31 鳥取県 | | | | | |
| 32 島根県 | | | | | |
| 33 岡山県 | 3,324 | 20 | 15 | | |
| 34 広島県 | | | | | |
| 35 山口県 | 4,061 | 20 | 8 | 1,966 | 20 |
| 36 徳島県 | 2,436 | 20 | 7 | 1,966 | 10 |
| 37 香川県 | 3,900 | 20 | 10 | 1,930 | 15 |
| 38 愛媛県 | 3,492 | 12 | 12 | 1,966 | 20 |
| 39 高知県 | 2,429 | 20 | 14 | 1,966 | 20 |
| 40 福岡県 | 5,095 | 20 | 22 | 1,966 | 20 |
| 41 佐賀県 | 4,772 | 20 | 13 | | |
| 42 長崎県 | 4,330 | 20 | 11 | 1,966 | 15 |
| 43 熊本県 | | | | | |
| 44 大分県 | 3,921 | 20 | 14 | | |
| 45 宮崎県 | | | | | |
| 46 鹿児島県 | 3,056 | 20 | 18 | | |
| 47 沖縄県 | | | | | |
| 合計 | 100,370 | 540 | 345 | 37,032 | 350 |

| | | | | | |
|-----|---------|--|--|--------|--|
| 予算額 | 137,686 | | | 68,836 | |
| 執行率 | 72.9% | | | 53.8% | |

がん診療連携拠点病院の緩和ケア調査に関する

総括報告概要

厚生労働省委託事業

がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業

緩和ケア小委員会

2011年1月26日

総括報告概要

- 方策1 拠点病院として緩和ケアの向上を図るために、理念、目標および年次計画を定め、公開すること
- 方策2 緩和ケアに従事する医療者を確保すること
- 方策3 身体症状の緩和に携わる医師が専従であることが望ましい
- 方策4 がん診療連携拠点病院のがん診療に携わる全ての医療者は基本的な緩和ケアの知識や技術を習得し実践する
- 方策5 拠点病院を中心として地域の緩和ケアに関わる医療機関や行政との地域連携をより強化し、地域での患者・家族の支援体制を改善させる
- 方策6 都道府県拠点病院は緩和ケアに関する役割をより明確に具体化し、都道府県内において地域拠点病院とより緊密な連携を図る

1 本総括報告概要の背景

がん診療連携拠点病院の指定要件は平成20年に「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）によって改訂され、緩和ケアに関しては（1）専任の身体症状の緩和に携わる医師、専従の看護師、精神症状の緩和に携わる医師を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること、（2）外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、（3）緩和ケアチーム並びに必要なに応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること、（4）院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行うこと、（5）かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと、（6）緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること、（7）当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること、などが含まれる形に機能強化が図られた。

平成20年度に指定要件が改訂された背景には、「がん対策推進基本計画」の策定がある。平成18年に成立したがん対策基本法に基づき平成19年6月にがん対策推進基本計画が策定された。がん対策推進基本計画では「重点的に取り組むべき課題」に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が掲げられた。

がん対策推進基本計画では、「拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく」とことと明記されている。この目的を達成すべく、平成19年度から平成21年度までの3年間、厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」として「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関わる調査」（以下、本調査）が実施された。本総括報告概要は、本調査の3年間の結果から拠点病院の現状に基づき、拠点病院の緩和ケア機能の問題点を明らかにし、今後、拠点病院の緩和ケア機能として取り組むべき課題を整理し、方策を提示するものである。

2 本総括報告概要の目的

がん対策推進基本計画に基づく、拠点病院の緩和ケア機能の整備がより一層推進されるためには、本調査で得られたデータをもとに現状について分析を行い、それを踏まえた今後の方向性を示すことが重要である。

拠点病院の役割として、専門的ながん医療を提供するとともに、地域のがん医療水準を向上させていくための拠点として役割が求められている。緩和ケアという側面から、がん

診療連携拠点病院の役割について整理を行うと、専門的な緩和ケアを提供していくとともに、地域の中においては緩和ケアを必要とする患者がどこでも適切な緩和ケアを受けることができるような体制を構築できるよう中心的な役割を担っていかなければならない。

そのためには、拠点病院は、自施設における緩和ケアの提供体制を整備するだけでなく、地域に対しても目を向け、がん患者とその家族が、いつでも、どこでも、切れ目なく適切な緩和ケアを受けることができるような体制を構築するために、地域の医療機関と連携するとともに、地域の医療者に対して基本的な緩和ケアに関する教育を行っていく必要がある。また、敢えて言うまでもないが、拠点病院においては、がん診療に携わる全ての医療者は、緩和ケアの基本的な知識や技術を身につけ、実践していることが求められる。

したがって、拠点病院の緩和ケアに関する機能を評価していく際には、(1) 病院として緩和ケアに関する姿勢を明確にしているか、(2) 基本的な緩和ケアを適切に提供しているか、(3) 専門的な緩和ケアを提供する体制が整っているか、(4) 地域の緩和ケアの水準を向上させるための取り組みを行っているかという点について評価を行っていくこととする。

3 現状

本調査の結果の概要については総括報告書に資料とともに詳細に記述した。ここには総括報告書に記載した要点のみ記す。

全体として3年間で拠点病院の緩和ケア機能は大きく進展した。特に「I. 病院の緩和ケアに取り組む体制」、「II. 緩和ケアに対する情報提供体制」、「IV. 専門的な緩和ケアの提供体制」のうち緩和ケアチームに関する事項の進展は著しい。全国の拠点病院に広く緩和ケアを提供する体制が整ったことは評価に値すると考えられる。

「I. 病院の緩和ケアに取り組む体制」においては、全体的に、特に緩和ケアチームの組織上の明確化、緩和ケアチームに対する専従の看護師の配置、緩和ケア研修に関する予算に関しては充足しつつあったが、病院としての院内や地域の緩和ケアの向上に取り組む理念や目標の明文化と公開、緩和ケアチームに対する専従医師の配置、常勤の精神症状の緩和に携わる医師の配置は充足していなかった。

「II. 緩和ケアに対する情報提供体制」においては、全体的に多くの項目で充足率が向上しており、取り組みの成果がみられたが、患者・家族向けの緩和ケアに関する図書や緩和ケアに関する診療実績の公開などは充足していなかった。

「III. 基本的な緩和ケアの提供体制」においては、全体として薬剤の採用と看護師向けの緩和ケアの研修会は平成19年度の時点で充足していた。医師向けの緩和ケアの研修会は80%程度の拠点病院での実施に留まっているが、前年度に対して大きく進展した。がん診療に携わる医師は殆どが麻薬施用者免許を保持しており、90%程度の拠点病院では院内で統一した疼痛の評価尺度があった。しかし、院内の緩和ケアに関するマニュアルの整備は70%

程度に留まっている。院内におけるコミュニケーションスキルに関する研修会やリハビリテーションの研修会の開催は今後の課題と考えられた。

「IV. 専門的な緩和ケアの提供体制」においては、全体的に緩和ケアチームの体制の整備が3年間で充足された。殆どの拠点病院の緩和ケアチームで活動指針や紹介の手続きが明文化された。平成19年には患者を週1回以上直接診療しない、カンファレンスや回診を行わないチームも30%程度みられたが、それぞれ10%程度まで減少した。その他の項目を含めて、緩和ケアチームの診療体制は大きく充足しつつある。専門的な緩和ケアの提供体制に関しては、専門的な麻酔科的治療や精神症状の緩和に携わる医師が患者を直接診療する体制の構築が課題である。また、緩和ケアチームの活動実態として、年間50名以上の患者の診療実績がある施設は大きく上昇しているものの75%に留まっている。診療実績は病院の規模を考慮して解釈する必要があるが、必ずしも量的に十分な緩和ケアの提供が行われているとは言えない現状が見られた。

「V. 多職種による緩和ケアの提供体制」においては、緩和ケアチームへの薬剤師・医療ソーシャルワーカーの参加、栄養管理・支援のための組織（栄養サポートチームなど）などの充足率は高いが、緩和ケアチームへの管理栄養士、リハビリテーション部門・医療心理に携わるメディカルスタッフの参加などは今後の課題である。

「VI. 緩和ケアの地域連携及び研修の実施体制」においては、全体的に充足度が不十分であり、数項目を除けば3年間であまり大きく変化していない。これらの地域連携及び研修の実施体制に関しては今後も一層の努力が必要である。

都道府県拠点病院と地域拠点病院の比較では、若干ではあるが都道府県拠点病院のほうがより緩和ケア機能が充足している。特にこの傾向は緩和ケアチームに対する専従医師の配置、常勤の精神症状に携わる医師の配置に顕著である。

緩和ケア診療加算の算定の有無別の比較では、全体的に緩和ケア診療加算を算定している拠点病院で緩和ケア機能が充足している。特に医師の専従、精神症状の緩和に携わる医師の体制などにおいては緩和ケア診療加算の要件であるため顕著である。

4 問題点

1. 拠点病院として緩和ケアに取り組む理念、目標や計画が明確ではなく、十分に公開されていない

緩和ケアは、必要とする患者に対しては、いつでも、どこでも、適切に提供されるべきであり、がん治療のように集約化すべきものではない。基本的な緩和ケアは、患者・家族が療養する場所で適切に提供されるべきである。一方、専門的な対応が必要となる緩和困難な苦痛に関しては、緩和ケアを専門とする医療者が、自施設のみならず、地域全体に対して対応していかなければならない。そのためには、拠点病院として緩和ケアに取り組む理念、目標や計画を明確にし、地域に対して公開される必要がある。本調査の結果では、

拠点病院として院内および地域に対して緩和ケアに取り組む理念や目標、体制の整備は不十分であり、緩和ケアに関する地域の患者・家族に対する情報公開も不十分である。これらの体制を充実することにより、拠点病院として院内で緩和ケアに対する取り組みの姿勢が整備されることが必要である。さらに、これらの情報が地域に開示され、患者・家族だけでなく地域の医療者にも、拠点病院が地域でどのような緩和ケアの機能を担えるかが明示され、地域の連携の強化と患者・家族が緩和ケアに関する必要な情報を拠点病院から入手できる体制が構築されることが望ましい。

2. 緩和ケアに従事する医療者が十分に確保されていない。

拠点病院は緩和ケアチームを設置することが要件に含まれている。この緩和ケアチームは専任の身体症状の緩和に携わる医師（専従であることが望ましい）、精神症状の緩和に携わる（専従であることが望ましい・常勤であることが望ましい）、専従の看護師を配置することが必須要件になっている。しかし、緩和ケアチームに専従の医師が配置されている施設は47%、常勤の精神症状に緩和に携わる医師が配置されている施設は68%にとどまっている。

現状では緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている施設は77%にとどまっている。チームのメンバーが、患者を十分に直接診療できていない施設が少なからずあり、その理由として、緩和ケアに従事する医療者が十分に確保されていないことが要因の一つと考えられる。また、身体症状の緩和に携わる医師が専任であり、専従の看護師がいるとすれば、そのような施設では上記の直接診療を行うことが可能であるが、医師の専任、看護師の専従に関して、実態を都道府県等が十分に把握しているとは言い難い現状がある。

3. 身体症状の緩和に携わる専従の医師が少ない

前項のとおり、緩和ケアチームは専任の身体症状の緩和に携わる医師が必須要件であり、専従であることが望ましいとされている。しかし、緩和ケアチームに専従の医師が配置されている施設は47%にとどまっている。

この結果、緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている施設は77%にとどまっていることは前述のとおりである。また、拠点病院は外来において緩和ケアを提供する機能を持つことが必須要件であるが、地域の患者が受診できる緩和ケア外来があり、年間10人以上を診療している施設は59%にとどまっている。拠点病院は入院中の患者だけでなく拠点病院を退院し在宅療養している患者や地域の他の医療機関において治療やケアを受けている患者に対しても緩和ケアを提供することが求められる。しかし、このように緩和ケアを提供する外来が十分に整

備されていない状況では、地域において全ての患者が緩和ケアを受けられる体制ができていないとは言えない。

ここで、これらの 2 項目について緩和ケア診療加算を算定している拠点病院と算定していない拠点病院で比較したところ、緩和ケア診療加算を算定している施設と算定していない施設では緩和ケアチームの診療体制、緩和ケア外来、精神症状の緩和に携わる医師の配置などで充足度が大きく異なっている。緩和ケア診療加算では専従の医師が必須であることから、緩和ケア診療加算を算定できる施設は診療体制が充実しており、このような差が出ていると推察できる。また、現在の医療制度では全ての拠点病院で緩和ケア診療加算を取得することは困難と考えられる。主たる理由として緩和ケアに専従で携わる医師を雇用することの経済的負担および緩和ケア医の不足、精神科医を専任として雇用することの経済的負担および精神科医の不足が考えられる。これらに関しては制度面の充実も必要かもしれない。必ずしも現状の緩和ケア診療加算を取得する必要はないと考えられるが、拠点病院が充実した緩和ケア機能を持つためには身体症状の緩和に携わる医師が専従であることが望ましい。

4. 基本的な緩和ケアの提供体制が不十分と考えられる

本調査において、がん診療に携わる医療者が行っている基本的な緩和ケアの提供体制について十分に評価を行うことは困難である。しかし、院内のがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の参加医師数が 10 人以上である施設は 79%である。院内で 10 名という基準は必ずしも十分ではないが、医師に関してはこの基準ですら充足されていない。また、院内に緩和ケアに関するマニュアルがあり、病棟から常に参照できる状態になっており、1 年以内に改訂されている施設も 71%にとどまっている。この状況を見る限りは、その体制が十分であるとは言い難いと考えられる。緩和ケアを適切に提供していくために、拠点病院内のがん診療に携わる全ての医療者に対して、基本的な緩和ケアを習得できるよう研修を実施していく必要がある。

5. 緩和ケアに関する地域連携が不十分である

緩和ケアに関しては、拠点病院を中心として地域の病院、緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ステーションなどの医療機関や行政が十分に連携を取ることが望ましい。

しかし、在宅療養に移行する患者のうち緩和ケアを必要とするがん患者について、診療所または訪問看護ステーションなどの病院外の職員が参加した退院時カンファレンスが行われた記録が年間 10 件以上ある施設は 64%であり、緩和ケアを担当することが明確にされた医療ソーシャルワーカーが少なくとも 1 名いる施設は 76%である。さらに、地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションと緩和ケアに関する地域連携について話し合う会議を年

1回以上開催している施設は53%と少ない。

拠点病院を中心として在宅医療体制が整備されることが望ましく、切れ目なく在宅ケアに移行するためにも、在宅療養に移行する患者に対しては積極的に地域医療者との合同カンファレンスが行われることが望ましい。また、拠点病院は地域の緩和ケアの中心となり、地域の緩和ケア体制のコーディネーションをすることが必要であり、地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションと緩和ケアに関する地域連携について話し合う会議を定期的で開催するなどして、地域の医療者や行政の連携を取るべきである。これらの実現のためにも、拠点病院は緩和ケアを担当することを明確にされた医療ソーシャルワーカーを配置することが望ましい。

さらに、地域のがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアの研修会の実施の充足度も高いとは言えず、拠点病院は地域の医療者に対する教育や研修の役割も果たすべきであり、都道府県拠点病院と地域拠点病院が連携をとり、都道府県内、地域での教育・研修体制の充足を図ることが望ましい。

また、専門的な緩和ケアとして、専門的麻酔科的治療や精神症状の緩和などに関しては各拠点病院で整備されることが望ましいものの、人員配置に関しては直ちに解決できる問題ではないため、少なくとも地域の医療機関で連携を取り、必要時に紹介や診療支援などを行える体制を確保しておかなければならない。また、拠点病院は緩和ケアを必要とする患者に対して緊急入院用のベッドを確保するなどの地域の患者が安心して加療できるための配慮も必要になると思われる。

現状では緩和ケア外来の整備や院外への緩和ケアに関する情報提供なども不十分であり、必要なときには地域の患者・家族が拠点病院を受診することにより緩和ケアを受けることができる体制の構築およびその情報提供、地域の病院、緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ステーションなどの医療機関や行政が十分に連携を取り、地域として患者・家族を支えるシステムを構築していくことが必要である。

6. 都道府県拠点病院と地域拠点病院の緩和ケアに関する役割が明確にされていない

拠点病院の指定要件では「都道府県がん診療連携拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の構築に関し中心的な役割を担うこと」とされている。しかし、都道府県拠点病院の緩和ケアの体制は十分とは言えない。都道府県拠点病院では緩和ケア診療加算を算定している施設が相対的に多いため院内緩和ケアチームに関しては充足していると考えられるが、都道府県の緩和ケアに関する連携協力体制の構築に関し中心的な役割を担っていることは本調査からは推測しえない。

この理由として都道府県拠点病院の指定要件に緩和ケアに関する具体的な内容が含まれていないことが考えられる。本来、都道府県はがん診療だけでなく、緩和ケアに関しても都道府県の拠点病院や一般病院の連携協力体制の構築に関し中心的な役割を担うべき存在

である。都道府県の緩和ケアの水準を保持するために、都道府県拠点病院は県内の地域拠点病院や緩和ケアに関わる医療機関の実態を把握し、それらのサポートやコーディネーションを行うべきである。そのためには、都道府県拠点病院を中心とした都道府県単位の緩和ケアに関するネットワークの構築が必要である。

都道府県拠点病院は都道府県の地域拠点病院や関連する医療機関に対して教育またはコーディネーションを行う立場にあるので、緩和ケアに関する専門家が存在し、可能であれば緩和ケア診療加算を算定できる体制が整っているべきである。専門的な緩和ケアを必要とする患者は少なくとも都道府県拠点病院では受け入れることができる体制を構築することが望ましい。

緩和ケアに関する研修に関しては、研修会などはある程度行われているものの、臨地研修は医師、看護師ともに十分には実施されていない。臨地研修を全ての拠点病院で実施するのは困難かもしれないが、少なくとも都道府県拠点病院は都道府県内の関係する医療機関からの研修を受け入れることができる体制を持ち、それが実施されることが望ましい。もし都道府県内に緩和ケア病棟など都道府県拠点病院以外に臨地研修にふさわしい施設が存在するとしたら、都道府県内の緩和ケアに関わる研修のコーディネーションを都道府県拠点病院が中心となって行うことが望ましい。

都道府県拠点病院は地域拠点病院や都道府県内の緩和ケアに関わる医療機関と連携を取りながら、都道府県の緩和ケアの水準の向上のためのネットワークの構築、医療機関の連携のコーディネーション、教育体制のコーディネーションを行っていくことが望まれる。都道府県拠点病院の緩和ケア機能に関しては、都道府県拠点病院で緩和ケアを専門とする医療者だけでなく、病院の管理部門や事務部門なども都道府県拠点病院の緩和ケアに関する役割を認識する必要がある。

5 取り組むべきことについて

方策① 拠点病院として緩和ケアの向上を図るために、理念、目標および年次計画を定め、公開すること

各拠点病院は院内および地域の緩和ケアの向上を図るために理念、目標および年次計画を定め、公開することが望ましい。具体的には緩和ケアチームの依頼件数や緩和ケア外来の有無などの拠点病院の緩和ケアに対する診療実績が地域の患者・家族・医療者に対してホームページにより公開することが望ましい。

方策② 緩和ケアに従事する医療者を確保すること

拠点病院の緩和ケアチームでは身体症状の緩和に携わる専任の医師、専従の看護師を確

保することが不可欠である。身体症状の緩和に携わる医師は専従であることが望ましい。精神症状の緩和に携わる医師を常勤で雇用することは困難な場合もあるが、地域の医療機関の精神科医との連携や必要時のコンサルテーションが行える体制を構築することが重要である。医療者は異動などが頻繁にあるため、これらの医療者の確保に関しては、随時都道府県が実態を把握しておく必要がある。

方策③ 身体症状の緩和に携わる医師が専従であること

拠点病院の指定要件に「望ましい」と記載があるように、身体症状の緩和に携わる医師が専従であることが望ましい。専従の医師が確保されることにより、緩和ケアチームが患者を毎日直接診療することが可能となり、院内緩和ケアチームや緩和ケア外来の体制が整備されることになる。このことを通して地域のがん患者に対して、より適切な緩和ケアが提供されることになると考えられる。現状では、全ての拠点病院が緩和ケア診療加算を算定することは困難であり、専従医師を確保することの経済的負担は小さくないことから、たとえば、現行の緩和ケア診療加算に加えて専従医師 1 人、専従看護師 1 人で何らかの経済的保証がなされるような診療報酬上の配慮がなされると、専従の医師の確保が進むと考えられる。

方策④ がん診療連携拠点病院のがん診療に携わる全ての医療者は基本的な緩和ケアの知識や技術を習得し実践する。

がん診療連携拠点病院において、緩和ケアを適切に提供していくために、拠点病院内のがん診療に携わる全ての医療者に対して、基本的な緩和ケアを習得できるよう研修を実施していくとともに、院内共通の疼痛の評価方法などの緩和ケアの標準化を進めていくことにより、拠点病院内の緩和ケアの水準が向上していくものと考えられる。

方策⑤ 拠点病院を中心として地域の緩和ケアに関わる医療機関や行政との地域連携をより強化し、地域での患者・家族の支援体制を改善させる。

緩和ケアに関しては、拠点病院を中心として地域の病院、緩和ケア病棟、診療所、訪問看護ステーションなどの医療機関や行政との連携をより強化し、地域での患者・家族の支援体制を改善させることが望ましい。在宅療養を希望する患者・家族のためには退院時に地域の医療者との合同カンファレンスが行われ、退院後の患者や地域の患者・家族のために緩和ケア外来等で必要に応じて治療・相談・支援が実施されることが望ましい。また、拠点病院は地域の緩和ケアの中心となり、地域の緩和ケア体制のコーディネーションをすることが必要であり、地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションと緩和ケアに関する

地域連携について話し合う会議を定期的を開催するなどして、地域の医療者や行政との地域連携を強化すべきである。さらに、都道府県拠点病院と地域拠点病院が連携をとり、都道府県内や各地域での教育・研修体制の充足や専門的な緩和ケアの整備・向上を図ることが望ましい。

方策⑥ 都道府県拠点病院は緩和ケアに関する役割をより明確に具体化し、都道府県内において地域拠点病院とより緊密な連携を図る。

都道府県拠点病院は、当該都道府県における緩和ケアの質の向上及びがん診療の連携協力体制の構築に関し中心的な役割を担うことが期待されている。しかし、現状では都道府県拠点病院の緩和ケアの体制および役割は十分とは言えない。拠点病院の指定要件において都道府県拠点病院は緩和ケアに関する役割をより明確に具体化する必要がある。また、都道府県拠点病院は緩和ケア診療加算を算定できる体制が整っていることが望ましい。さらに、都道府県拠点病院は地域拠点病院や都道府県内の緩和ケアに関わる医療機関とより緊密な連携を図りながら、県内の緩和ケアに関わる医療機関の実態を把握し、緩和ケアの水準の向上のためのネットワークの構築、医療機関の連携のコーディネート、教育・研修の推進を行っていくことが望まれる。

緩和ケア対策の現状

がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見一覧（平成23年2月23日現在）

※ 指標のベースラインについては、基本計画の対象期間が平成19年度からであることから、原則として①「平成19年4月1日現在」又は②「それ以前」の数値とする。ただし、①及び②の数値以外で、ベースラインとして適当な数値がある場合は、当該数値を用いるものとする。以上の方針に従ってベースラインが把握できない場合は、「0」又は「データなし」とする。

| 分野別施策 | 個別目標 | ベースライン | 進捗状況 | 今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見 |
|-------|--|---|---|---|
| 緩和ケア | すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること（10年以内） | ○開催指針に準拠した緩和ケア研修会の修了者数 0人（厚生労働省発行修了証書数） 【平成19年3月末現在】 | ○国（がん室）において発行した修了証書数にて把握 20,124人（厚生労働省発行修了証書数） 【平成22年12月末現在】 | ○がん医療に従事する医療従事者の実態把握 ○研修会の進捗内容のモニタリングや医師の行動変容等の研修効果の評価 |
| | 原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させること（5年以内） | ○国立がんセンター及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数 0人（厚生労働省発行修了証書数） 【平成19年3月末現在】 | ○「緩和ケア指導者研修会」修了者数 1,034人 「精神腫瘍学指導者研修会」修了者数 482人 【平成23年1月末現在】 | |
| | 原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備すること（5年以内） | ○緩和ケアチームを設置している医療機関数 326病院（参考値） 【平成19年5月】 ※【緩和ケアチームを設置している拠点病院数（平成19年5月）】＋【緩和ケア診療加算を算定している病院数（平成19年7月）】－【加算を算定している拠点病院数】 | ○緩和ケアチームを設置している医療機関数 612病院 （平成20年度医療施設調査） | ○緩和ケアチームの設置推進 ○緩和ケアチームの薬剤師や看護師等の医療従事者の育成 |
| | なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。 | ○（参考値）医療用麻薬の消費量 3835kg（日本のモルヒネ換算消費量） 【平成19年】 | ○（参考値）医療用麻薬の消費量 4152kg（日本のモルヒネ換算消費量） 【平成20年】 | |

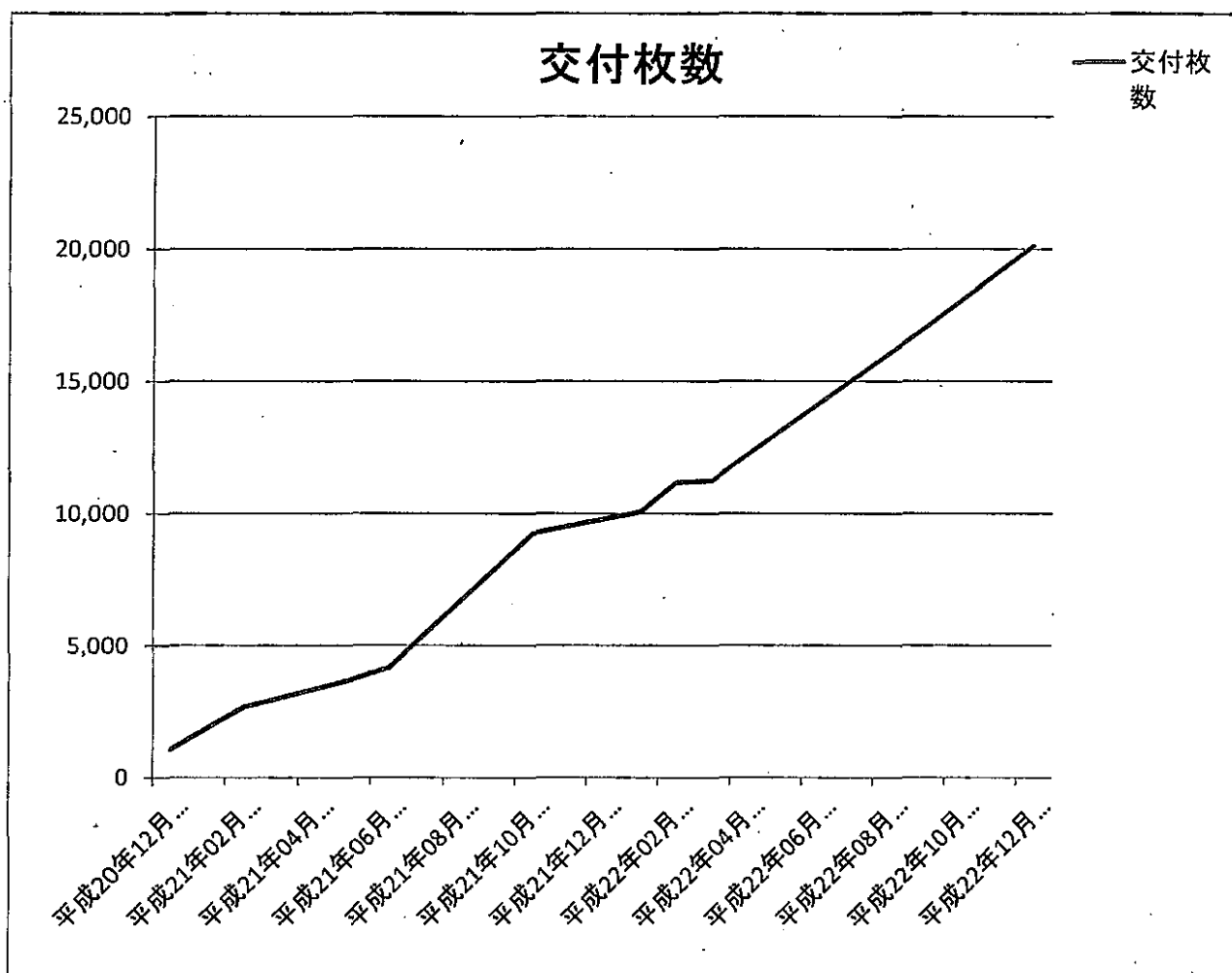
| | | | | |
|------|---|---|---|--|
| 在宅医療 | がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加させること | ○（参考値）がん患者の在宅での死亡割合 5.7%（自宅） 0.5%（老人ホーム） 0.1%（介護老人保健施設） （平成17年人口動態統計） | ○（参考値）がん患者の在宅での死亡割合 7.4%（自宅） 0.9%（老人ホーム） 0.3%（介護老人保健施設） （平成20年人口動態統計） | ○患者の希望する療養場所の提供体制の整備 ○病院と在宅を支える医療機関の連携体制の構築 ○在宅医療の質の評価指標の検討 ○医療と介護の連携評価指標の検討 ○在宅における緩和ケアの推進 ○がん治療に係る在宅医療の推進 （地域連携クリティカルパスの整備とコーディネート機能の整備） |
|------|---|---|---|--|

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 修了証書交付枚数等一覧

| | 都道府県 | 交付枚数 (A) | 開催回数 (B) | 1回あたりの研修会 修了者数 (A / B) | 悪性新生物 総患者数 (C) | 修了者1人あ たりの患者数 (C / A) |
|----|--------|-------------|-------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | 北海道 | 1,036 | 52 | 19.9 | 75,000 | 72 |
| 2 | 青森県 ※ | 177 | 16 | 11.1 | 21,000 | 119 |
| 3 | 岩手県 ※ | 401 | 20 | 20.1 | 18,000 | 45 |
| 4 | 宮城県 ※ | 260 | 14 | 18.6 | 23,000 | 88 |
| 5 | 秋田県 ※ | 291 | 22 | 13.2 | 20,000 | 69 |
| 6 | 山形県 ※ | 328 | 14 | 23.4 | 19,000 | 58 |
| 7 | 福島県 ※ | 304 | 20 | 15.2 | 25,000 | 82 |
| 8 | 茨城県 ※ | 383 | 26 | 14.7 | 35,000 | 91 |
| 9 | 栃木県 ※ | 382 | 16 | 23.9 | 25,000 | 65 |
| 10 | 群馬県 | 417 | 22 | 19.0 | 22,000 | 53 |
| 11 | 埼玉県 | 485 | 31 | 15.6 | 71,000 | 146 |
| 12 | 千葉県 ※ | 536 | 34 | 15.8 | 68,000 | 127 |
| 13 | 東京都 | 1,772 | 83 | 21.3 | 158,000 | 89 |
| 14 | 神奈川県 ※ | 473 | 28 | 16.9 | 108,000 | 228 |
| 15 | 新潟県 ※ | 255 | 23 | 11.1 | 32,000 | 125 |
| 16 | 富山県 ※ | 361 | 22 | 16.4 | 13,000 | 36 |
| 17 | 石川県 | 298 | 12 | 24.8 | 15,000 | 50 |
| 18 | 福井県 ※ | 300 | 15 | 20.0 | 10,000 | 33 |
| 19 | 山梨県 | 211 | 10 | 21.1 | 10,000 | 47 |
| 20 | 長野県 | 450 | 23 | 19.6 | 31,000 | 69 |
| 21 | 岐阜県 | 427 | 15 | 28.5 | 25,000 | 59 |
| 22 | 静岡県 ※ | 264 | 16 | 16.5 | 44,000 | 167 |
| 23 | 愛知県 | 991 | 48 | 20.6 | 76,000 | 77 |
| 24 | 三重県 | 370 | 18 | 20.6 | 21,000 | 57 |
| 25 | 滋賀県 ※ | 249 | 15 | 16.6 | 16,000 | 64 |
| 26 | 京都府 ※ | 599 | 24 | 25.0 | 33,000 | 55 |
| 27 | 大阪府 | 919 | 61 | 15.1 | 96,000 | 104 |
| 28 | 兵庫県 | 739 | 34 | 21.7 | 66,000 | 89 |
| 29 | 奈良県 | 244 | 11 | 22.2 | 18,000 | 74 |
| 30 | 和歌山県 ※ | 435 | 19 | 22.9 | 14,000 | 32 |
| 31 | 鳥取県 | 100 | 10 | 10.0 | 9,000 | 90 |
| 32 | 島根県 | 277 | 12 | 23.1 | 10,000 | 36 |
| 33 | 岡山県 | 506 | 19 | 26.6 | 22,000 | 43 |
| 34 | 広島県 ※ | 628 | 32 | 19.6 | 36,000 | 57 |
| 35 | 山口県 | 258 | 19 | 13.6 | 17,000 | 66 |
| 36 | 徳島県 ※ | 196 | 11 | 17.8 | 9,000 | 46 |
| 37 | 香川県 | 271 | 12 | 22.6 | 11,000 | 41 |
| 38 | 愛媛県 | 388 | 17 | 22.8 | 19,000 | 49 |
| 39 | 高知県 ※ | 177 | 8 | 22.1 | 11,000 | 62 |
| 40 | 福岡県 | 881 | 41 | 21.5 | 51,000 | 58 |
| 41 | 佐賀県 ※ | 172 | 10 | 17.2 | 12,000 | 70 |
| 42 | 長崎県 ※ | 348 | 17 | 20.5 | 15,000 | 43 |
| 43 | 熊本県 | 318 | 21 | 15.1 | 21,000 | 66 |
| 44 | 大分県 | 364 | 17 | 21.4 | 19,000 | 52 |
| 45 | 宮崎県 ※ | 229 | 14 | 16.4 | 15,000 | 66 |
| 46 | 鹿児島県 | 365 | 20 | 18.3 | 18,000 | 49 |
| 47 | 沖縄県 | 289 | 11 | 26.3 | 12,000 | 42 |
| | 合計 | 20,124 | 1,055 | | 1,515,000 | |
| | 全国平均 | | | 19.1 | | 75 |

(注)・※印は、単位型緩和ケア研修会を実施している都道府県
 ・(A)及び(B)は、平成22年12月末現在、厚生労働省において実施を確認したもの
 ・(C)は、平成20年患者調査における都道府県別悪性新生物患者数

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会
修了証書の交付枚数推移



注)上のグラフは、修了証書の交付枚数を月毎の伸び率換算したものの

緩和ケア研修会修了証書交付枚数集計表

| 公表日時等 | 集計時点 | 交付枚数 |
|-----------------------------|-------------|--------|
| 健康関係主管課長会議(平成21年2月6日) | 平成20年12月31日 | 1,071 |
| 第9回がん対策推進協議会(平成21年2月26日) | 平成21年2月26日 | 2,669 |
| 第10回がん対策推進協議会(平成21年6月24日) | 平成21年5月31日 | 3,730 |
| 平成21年度がん関係主管課長会議(平成21年7月3日) | 平成21年6月30日 | 4,175 |
| 第11回がん対策推進協議会(平成21年12月2日) | 平成21年10月31日 | 9,260 |
| 全国健康関係主管課長会議(平成22年2月4日) | 平成22年1月5日 | 10,067 |
| 第12回がん対策推進協議会(平成22年3月11日) | 平成22年2月28日 | 11,174 |
| 第13回がん対策推進協議会(平成22年5月28日) | 平成22年3月31日 | 11,254 |
| 第14回がん対策推進協議会(平成22年10月6日) | 平成22年9月1日 | 17,066 |
| 第1回緩和ケア専門委員会(平成23年1月11日) | 平成22年12月28日 | 20,124 |

第1回がん対策推進協議会 緩和ケア専門委員会 概要

日時 平成23年1月11日(水) 10:00~12:00
 於 厚生労働省第17会議室
 出席者 江口委員、前川委員、大西委員、志真委員、東口委員、丸口委員、
 余宮委員、川越参考人、中川参考人、福井参考人
 (※ 秋山委員は、所用によりご欠席)

【協議事項1：専門委員会設置について】

- ・がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会運営規定について了承
- ・協議会に対しては、専門委員会で意見をまとめ報告書を提出する

【協議事項2：緩和ケアの今後の検討課題について】

- ・前川委員：がんと告知された時の心の痛みが、なかなか思いやれていない。
 まずは心の痛みを取ってあげることが重要。
 初期の診断医には緩和ケアについて理解不足の医師がいる上に、十分な時間をかけられない。
 相談支援等のスタッフもいろいろ悩みや迷いがあると聞いている。
緩和ケア研修会の内容のレベルアップ、医師の参加促進が必要。
 (志真委員) 各地域の緩和ケア研修会の内容が十分でないことは指摘のとおりである。指導者研修会修了者の数もまだ少なく、研修を一層充実させてゆく必要がある。
 (余宮委員) 各科の連携については問題があると同感する。共感能力、コミュニケーション能力が高くないとうまくいかない。拠点病院の施設長もぜひ研修会を受講してほしい。
- ・秋山委員：(代読) 除痛が不十分のケース、緩和ケア研修会の参加者が少ない、チーム医療を推進すべき、在宅緩和ケアの体制作り、緩和ケアの情報提供の場が少ない等の問題について
- ・大西委員：精神腫瘍の緩和ケア研修会受講者数の約半数が、サイコオンコロジー学会員。
 受講者数の増加や若手精神腫瘍医の育成が必要。
 メンタルケアはベーシックケア、スペシャルケアの2段階。
 重症うつ病に関するケアも必要な場面があり、専門医の配置が必要である。
 拠点病院には常勤で精神科医の配置を求める必要があるのでは。
- ・志真委員：緩和ケアに関する患者と遺族によるアウトカム評価を行う必要がある。
 (江口委員) 調査は研究ではなく制度として毎年繰り返し行う必要があるの

ではないか。

(志真委員) 医療資源の乏しい地域も含めた全国調査が必要である。

拠点病院だけ調査すると、比較的恵まれた地域のみでの評価となってしまう恐れがある。

(川越参考人) 評価の目的を明確にすべき。在宅緩和はケースが多岐に渡り、評価困難。遺族評価も在宅と病院でプロセスが違うので一元的に評価するのは難しいのではないか。

緩和ケア研修会については、研修プログラムの変更（Eラーニングの導入による研修会日数の短縮化など）が必要であり、さらに、臨床研修医の受講必須化などを提案する。また、小児科医への緩和ケアの基本教育（CLIC）、看護師への基本教育（ELENC-J）に加えて、来年度は薬剤師への基本教育も充実を図る必要がある。

- ・東口委員：緩和ケア研修会への参加医師を増やすためには、参加をDutyとしなければ厳しいと感じている。研修医、関連学会の認定医・専門医への義務付けが必要ではないか。

緩和ケアチームに対するインセンティブも充実させる必要がある。緩和ケア病棟、ホスピス病棟、急性期病院からの転院とでは、患者、家族の死生観もそれぞれ異なる。地域連携がしっかりできていないと機能しない。これにもインセンティブが必要である。

(余宮委員) 患者が自分の好きな場所で緩和ケアを受けるには、緩和ケア病棟数が足りず3ヶ月待ちもザラである。経営的には、緩和ケア部門は不採算部門と言われてしまう。

- ・丸口委員：緩和ケアの専門知識を持った人材の確保が必要。専門看護師、認定看護師に対してインセンティブがほとんどないので、病院経営側からも長期研修に出せない現状がある。
- ・余宮委員：緩和ケア専門医育成が課題であり、認定研修施設の地域格差の是正や、Eラーニング等を導入した専門医育成セミナーを開発する必要がある。

【次回の専門委員会に向けて】

- ・次回は2月中に開催予定
- ・次回議論すべきテーマは、「緩和ケアに関する研修について」。医師以外への緩和ケアの基本教育を含めて議論する。
- ・次回以降については、
「在宅も含めた緩和ケアの在り方」、「緩和ケアのアウトカム評価」なども検討していく。

資料 1 われわれが行ってきた「在宅緩和ケア研修」の内容

医療法人パリアン理事長 川越 厚

医療法人パリアンでは創設（2000年6月）以来、在宅緩和ケアの研修と教育に力を入れてきた。具体的には医療法人パリアンの組織内に教育・研究部門を設け、現在、常勤職員2名（長は看護部長兼任、その下に専門職員）と非常勤の職員1名が在籍している。

最初にお断りしなければならないことがある。それはこの件に関する議論をする時の、パリアンの特殊性である。

小規模のクリニック（常勤医2名）と訪問看護ステーションを運営する当法人は、教育・研修を行うには非常に恵まれた、現段階では特殊な環境にある。教育・研究部長はもと看護大学教授、専門職員は工学博士、非常勤研究員は看護大学修士の肩書を持っている。また実際の教育にあたる医師はもと国立大学講師、10名の訪問看護師のうち4名が看護学修士（うち非常勤1）、1名が専門看護師（常勤）である。このような Back ground を持って行われる在宅緩和ケアであり、在宅緩和ケア研修であることをお断りしたい。

1. 学生・看護学生研修

医学生、看護学生（原則として看護大生）の実習でもっとも重視していることは、彼らが末期がん患者と家族の日常生活に触れ、患者の在宅での Life（いのち、生活）を最後まで支えるために医療者は何をしなければならないか、を身につけることである。

病院という土俵に患者が単独で（家族から離れてという意味）上がって行く病院医療と違い、在宅ケアでは医療者が患者宅という、いわば他人の土俵に上がらなければならない。すなわち、在宅医療の場では、主客の逆転がすでに起こっているのである。従って患者の決定はより重く我々医療者にのしかかってくるし、形ではなく実際的に、医療者は患者と同じ目線に立たざるを得ない。

在宅では、今回の提出用紙に指摘した様々な問題を避けることは難しく、一方学ぶ側からみれば、好むと好まざるとにかかわらず、掲げた問題と向き合わざるを得ない。その意味から、在宅緩和ケアの研修意義は大きい。

パリアンでは毎年6月下旬に、4～8名の医学部学生（帝京大5年生）と2～5名の看護学生（聖路加看護大4年生）を対象にした在宅緩和ケア研修を行っている。2010年末までの10年間に、46名の医学生と34名の看護学生を受け入れてきた。我々は医学部学生対象の研修プログラム（資料2）と看護学生対象のプログラム（資料3）をそれぞれ作成し、それらのプログラムに則って実際の研修を行っている。

パリアンにおける学生教育の最大の特徴は、医大生と看護学生が同時期、ペアを組んで実際の患者を受け持って学ぶことにある。その主な目的の一つは、医師の卵である医学生に看護とは何かを学んでもらうことである。特に、医師の行う医行為が空しくなりがちな終末期医療に

において、医療はまだまだやることがある。それは看護師を中心とした、患者を人間として最後まで大切にできるケアであること。とくに医学生にそのことを学んでほしいからこそ、このような形態を取った研修を組み立てている。

一週間の研修を終えた学生たち、とくに医学生が、在宅緩和ケアの実習を通して大きく変化し成長することを我々はしばしば経験する。我々の在宅ホスピスケアの実践的教育的評価は難しい問題であるが、Preliminary report として平成14年度笹川医学医療研究財団の研究成果として報告している。その抜粋を資料4（医学・看護学系基礎教育における在宅ホスピス・緩和ケアの実践的教育的教育に関する研究、25～47ページ）に示した。

次に、具体的な学生研修について述べたいと思う。

医大生は1週間（公衆衛生学地域医療実習）、一方看護学生は3週間の実習（ケアケア総合実習）をパリアンで受けるが、最初の1週間は医大生と看護学生が合同実習する。

実習をはじめるときに医大生と看護学生でペアを作り、一人の末期がん患者を受け持つ。学生は共同でケア計画を立案し、金曜日までの4日間、患者宅の訪問を行う。実習最終日の金曜日、それぞれのペアはケアの計画を含め、ケースを受け持って学んだことをパリアン内で発表し、医師や受け持ちの看護師、各大学の教師よりアドバイスをもらう。

実習にあたって、学生は患者情報を電子カルテと電子看護記録から自由に閲覧してよいが、受け持ち医師や看護師からの説明は必要最小限にし、学生がケースに対して予断を持たないような配慮を行っている。彼らが考え感じたことを、実習の中で最も重視しているからである。

帝京大の学生は後日、パリアンで研修したことを公衆衛生学の授業の場で発表し、同級生仲間に在宅緩和ケアに関する実習経験を伝えている。また聖路加の看護学生も同級生の前で同様の報告をして、成果をShareしている。発表の場には、パリアンの研修担当のスタッフが同席し、必要なアドバイスをを行うように努めている。

2. 前期研修医研修

学生研修と異なり、研修医の研修（前期研修2年目）で重視していることは、在宅緩和医療において医師が果たさなければならない重要な役割を、在宅緩和ケア医師として実際の患者を受け持つことによって学ぶことである。特に、在宅緩和ケアは単なる病院における医療の延長ではなく、患者の日常生活を支えるための医療であることを研修医は学んでいく。

2005年から2010年12月まで、毎年3～5名の前期研修医（帝京大）が1か月パリアンで実習していき（地域医療の実習）、延べ22名が研修を修了した。研修は1か月に及ぶ研修プログラム（資料5）に則って行われるが、自分の専門をほとんどの研修医がこの段階で決めているので、研修にあたっては可能な限り専門領域のがん患者を受け持たせ、学ばせるようにしている。

パリアンには常時20～25名の在宅緩和ケアを実施している患者が存在し、月に15名前後のがん患者が在宅死している。研修内容は在宅患者のケアにとどまらず、相談外来での相談業務、通院可能な末期がん患者を対象とした外来診療、毎週金曜日に行われているデイケア（現在、

在宅通所介護の点数請求を行っていない)への参加など、医師として患者に接するさまざまな機会を提供している。

オピオイドローテーション、モルヒネの持続皮下注射などは在宅緩和ケアのイロハである。微量注入ポンプの扱い、CVポートの管理、在宅高カロリー輸液の実施などの基本的手技を学ぶことも重要であるが、それよりも彼らに学んでほしいことは、在宅の緩和医療が手技的には病院となんら遜色ないものになっていることである。

とはいえ、在宅緩和ケアチームの力によって、在宅でどこまでの医療が可能かが違ってくる。そのことを学ぶことが、将来病院の勤務医として働くとき、責任ある在宅医へのバトンタッチにつながるからと、我々は考えているからである。

そのほか在宅緩和ケアで医師が果たす役割について、研修医には実践的な多くのことがらを学んでもらっている。第一に症状緩和、特に痛みや呼吸苦の緩和の実際。

疼痛や呼吸苦の緩和では単にオピオイドをどう使うか、というような基礎的なことよりも、余ったオピオイドをどう廃棄するか、麻薬処方の実際、オピオイドの増量などをどこまで看護師に委ねるか、など応用的な事柄が重要である。そのような問題を研修では実際に即して教えている。さらに詳細は省略するが、死亡診断の実際なども大きな研修テーマである。

また、病院では経験することが難しい他職種との Team approach に力点をおいた研修プログラムを準備している。訪問看護師との同行訪問、週3回の Case conference 出席などを通して、研修医は在宅緩和ケアのもっとも重要なパートナーである訪問看護師との連携を学び、また薬剤師 (Out sourcing) や PT (当院では1名常勤) などの医療者の働きをも学んでいる。

チーム内における情報共有、リアルタイムの情報交換なども重要な研修課題である。当法人では市販の電子カルテを使用して診療記録を行い、当院で開発した電子看護記録を用いて看護記録を残している。両者は共有のサーバーを用いた LAN の形で医師、看護師の情報共有を図っている。この情報システムになれることも、重要な研修項目である。ただし国レベルで見れば、これは将来の課題にぞくするであろう。

さらに詳細は省略するが、福祉との連携や介護保険の仕組みを学ぶことも重要課題であり、介護支援専門員やヘルパーの働きなど、病院では学べない福祉職の働きを1カ月の研修の中で学んでいる。

研修医の研修では医師としての自覚を培い、専門医として立っていく上の基礎を築き、助走をつけることができるよう、在宅緩和ケアの研修を構築している。病院の勤務医となった時、パリアンの実習を活かして、がん患者と家族の支援ができることを楽しみに、我々は研修を行っている。

3. パリアンにおける、在宅緩和ケア研修の今後

2011年4月より、当院は日本緩和医療学会認定の研修施設となるので、専門医育成にも努めていきたいと考えている。

帝京大学医学部衛生学公衆衛生学教室 実習

地域保健－在宅ホスピスケア

川越 厚（医療法人社団パリアン クリニック川越）

野村恭子（帝京大学医学部衛生学公衆衛生学）

【G10】

1. がん治療における「末期がん患者」の位置づけを理解する。
2. 「末期がん患者」を支える医療、特に家で過ごす末期がん患者に対する医療のあり方について理解する。
3. 在宅ホスピスケア (Home hospice care) の歴史・概念を理解し、施設ホスピスケア (Institutional hospice care) との連携について学ぶ。
4. 地域における在宅ホスピスケアの実際にふれ、在宅ホスピスケアに必要なシステムとケアについて学ぶ。

【SB0】

1. 在宅ホスピスケアの概念を説明することができる。
2. 在宅ホスピスケアに関わる専門職の法的根拠と役割を述べることができる。
3. 在宅ホスピスケアに必要な地域ケアシステムを説明できる。
4. 在宅ホスピスケアのチームケアの原則を説明できる
5. チームの一員としてカンファレンスで発言することができる。
6. 末期がん患者の死までの病状経過を述べることができる。
7. 末期がん患者のケア計画を立案することができる。
8. 末期がん患者の疼痛コントロールの方法を説明できる。
9. 末期がん患者と家族が抱える心理・社会・霊的な問題を説明できる。
10. 家族を失った人の悲嘆を理解し悲嘆のケアについて述べることができる。
11. 在宅死を前提とした「死の教育」について説明できる。
12. 末期がん患者と家族とのコミュニケーションの原則を理解した上でコミュニケーションをとることができる。
13. 在宅ホスピスケアにおける法的・倫理的課題を述べることができる。

【key words】

死と終末期ケア、チーム医療、心理・社会的側面についての配慮、

症例演習問題

ケース I

62 歳の男性がホスピス相談外来を受診した。「自分は肺がんの末期で、是非在宅ケアを受けたい」との希望である。詳しく話を聞くと、以下のような問題のあることが明らかになった。

発病は 2 年前。その段階では右の上葉に異常陰影、胸水貯留が発見されたが、胸水の細胞診、気管支鏡検査では癌細胞を発見することができなかった。肺がんと確診されないまま、ある地方の中核病院で放射線治療を受けることになった。その時点で予後 1 年以内、と本人に伝えられたとのことである。

医師に勧められるまま放射線治療は受けたものの、「どうせだめなんだから」と思って患者は外来通院をかってにやめてしまった。放射線治療後 2 年間は特に問題なかったが、最近になって血痰が再び出現し、やむなく再受診した。胸部レントゲンで胸水の貯留を認めたが、胸水細胞診の結果はやはり陰性であった。

現在の主治医は肺がんとしての経過に疑問を抱いており、都内のがん専門病院に行つて、診断と治療を受けるようにと患者に勧めたが、患者は、「どうせ検査をしても再発だったらだめなので、これ以上の検査や治療を受けたくない」と思って、紹介された病院を受診する前にホスピス相談外来へやってきたのだつた。

本人は至って元気で、「とにかく自分は家で死ぬのだ」と、涙ながらに訴えてきた。

問題 I-1

この様なとき、ホスピス相談外来の医師はどのように対応したらよいであろうか。

ケース II

患者は既婚の 36 歳男性で、胃がんの末期である。病名の告知などは一切されておらず、病気は胃潰瘍と説明されている。入院中の生活が見るに忍びない両親は、何とか患者を家に連れ帰り、残された時をできるだけ豊かに過ごさせてやりたい、と願っている。患者本人は治ると信じて療養生活を送っているが、病状が一向に好転しないので、入院後一ヶ月経過した頃からイライラが募っている。ある日、患者の両親が 2 人でホスピス外来へ相談にきた。

問題 II-1

両親に対してどのようなアドバイスをすればよいか。

数日して、患者の母親と妻がホスピス外来へ相談にきた。家で看病したいという点では両者の意見は一致していたが、患者自身の気持として、「病気の回復がはかばかしくないのに、家に帰れるのだろうか」という不安が強く、2 人ともそのことを強く懸念していた。問題解決のためには、真実を告げるのが一番よいと、医師は 2 人に勧めた。

告知に対する母親の意見は「この様な状態になってから告知するのは時期が遅すぎるので、家に連れて帰るにあたって告知して欲しくない」ということである。一方妻の方は、病院の医師から余命一ヶ月以内と説明を受けているので、「子供達（小学校 1 年の女の子と 3 歳の女の子）と自分に言葉を残して欲しいので、病気を正しく説明して欲しい」と願っている。両者とも「家に連れて帰りたい」という気持ちは同じであるが、告知すべきかどうかに関しては意見が全く異なっている。

問題 II-2

医療者は、この告知の問題に対してどのような姿勢でのぞむべきか。

病気についての正しい説明を受けることなく、日をおかずして患者は退院した。家に帰ってしばらく順調な日が続いたが、腹水の貯留、尿量の減少、食欲の低下等とともに全身状態の悪化が見られ、患者は家に帰ってきたことを喜ぶ一方、これでよいのかと不安を持ち始めた。

母親は依然として「がん」という言葉を告げてほしくない願っているが、妻はもうここまで来たのだからはっきりと病状を説明して欲しいと強く思っている。

問題Ⅱ-3

医療者はどのように対応すれば良いか。

家族の希望通り、患者は在宅死した。死亡直後、家族は理想の看取りが出来たと、悲しみの中でホスピス・緩和ケアチームに感謝していた。このケースについて デスカンファレンスを開く事が決まり、患者が亡くなって一週間経った時、医師と看護師が在宅ホスピスの経過について文章を書き、それを患者の両親と妻に送った。ところが、それを読んだ母親が非常に立腹し、父親を通してケアチームに抗議してきた。

問題Ⅱ-4

このケースはグリーフケアの難しさを物語っているが、ホスピス・緩和ケアチームはどの様な点に注意すべきだったのでしょうか。また、母親の抗議に対して、どの様な対応をすればよいか。

ケースⅢ

72歳男性、胃癌末期、肝転移

それまで在宅でのかかりつけ医として関わっていた A 医師は、土日休診でしかも 24 時間体制を取っていない。「できる限り家にいたい」という希望を持つ患者の状態が悪化してくると A 医師にはその対応ができないので、B 医師に「これから主治医になってほしい」と診療情報提供書を書いてそれを家族に渡し、「B 医師の外来へ行くように」との指示を与えた。ところがその日の夜 11 時、患者は家で息を引き取った。訪問看護師から B 医師へ連絡があり、死亡診断のために往診してほしいとの依頼があった。

問題Ⅲ-1

B 医師は死亡診断書を発行することができるのでしょうか？

B 医師は「自分はまだ患者を直接診察していないので、死亡診断は A 医師に書いてもらうように」と訪問看護師に指示した。

問題Ⅲ-2

B 医師の指示は妥当か？

再度、訪問看護師から B 医師へ往診の依頼があった。「朝まで待ったが、A 医師は往診してくれないので、先生お願いします」とのことであった。心やさしい B 医師は、「それでは」と言って、往診に出かけた。

問題Ⅲ-3

B 医師はどうすればよいのか？

| | |
|----|---------------|
| 設問 | がん患者の在宅ケアに関して |
|----|---------------|

(参考文献：川越 厚：「がん患者の在宅ケア Q&A」臨牀看護 第22巻第13号 1996年11月臨時増刊)

- Q 1. 在宅療養支援診療所とは何か？
- Q 2. 末期がん患者の在宅ケアがなぜ今求められているのだろうか？
- Q 3. かつては「家で生まれて家で死ぬ」のが当たり前であったが、末期がん患者の在宅ケアが難しくなった背景にはどのようなことが考えられるか？
- Q 4. がん患者が在宅死すれば、それだけで在宅ホスピスケアというのであろうか？
- Q 5. 在宅ホスピスケアを行う医療機関は、どのような条件を満たす必要があるか？
- Q 6. 患者がどのような状態のときに在宅ホスピスケアを始めればよいか？
- Q 7. 在宅ホスピスケアを始めるときどのような設備、器材が必要か？
- Q 8. 在宅でホスピスケアを受けるため、家族はどのような条件を満たす必要があるか？
- Q 9. 在宅ホスピスケアでは患者の苦しみはどのようなものがあるか？
- Q 10. 在宅ホスピスケアにおける疼痛管理はどのように行われるか？
- Q 11. 在宅ホスピスケアでは点滴はどうするか？
- Q 12. がんの種類によるケアの難しさはどのようなものがあるか？
- Q 13. 在宅ホスピスケアでは告知の問題をどのように考えればよいか？
- Q 14. 在宅ホスピスケアはどの時点で終了するか？
- Q 15. 家での看取りが難しいのはどのような場合か？
- Q 16. 在宅での看取りは本当に家族だけでできるか？
- Q 17. 医療者は看取る家族にどのように死を教えればよいか？
- Q 18. 在宅死の場合、家族にどのような注意を与えればよいか？また、法的な問題はないか？

| |
|-------------|
| 参考文献 (*は必読) |
|-------------|

- 1. *「在宅ホスピスケアを始める人のために」 川越厚編 医学書院 1996年
- 2. *「在宅ホスピス・緩和ケア—演習形式で学ぶケアの指針—」川越厚 めがカルフレンド社 2003年
- 3. *「家で死にたい」 川越厚 保健同人社 1992年
- 4. 「在宅ホスピスケアの基準」 川越博美、水谷哲朗 臨牀看護, 24, 1125-1129, 1998.
- 5. 「家庭で看取る癌患者—在宅ホスピス入門」川越厚編 メヂカルフレンド社 1991年
- 6. 「ガン告知を生きる」 川越厚他 日本基督教団出版局 1995年
- 7. 「生と死のはざままで」 川越厚 保健同人社 2000年
- 8. 「遺された言葉」 川越厚編著 日本基督教団出版局
- 9. 「やすらかな死」 川越厚 日本基督教団出版局 1994年
- 10. 「アクティブ・デス」 川越厚 岩波書店 1997年
- 11. 「がんの痛みはとれる—モルヒネの誤解をとく」 加賀谷肇、松本禎之 丸善 2000年
- 12. 「家で看取るということ」 川越厚、川越博美著 講談社 2005年
- 13. 「家で生きることの意味」 柳田邦男、川越厚編 青海社 2005年
- 14. 「がん疼痛治療のレシピ」 的場元弘、春秋社 2006年

【参考ビデオ】

- 1. 「在宅ホスピスケア—家庭で看取ること—」在宅ホスピス協会 企画、東京ソ・ビデオ株式会社 製作

2. 「家で看取った息子の死ー在宅医療で息子を送った家族と医療者の記録ー」レムナリ- '93、テレビ朝日、1993年4月25日
3. 「愛する人々へ 最後は家で・・・」サンデースペシャル、テレビ朝日 1993年12月5日。
4. NHKニュース”21” 特集21 NHKテレビ、1993年2月18日
5. 「話題の医学」 日本医師会ビデオライブラリー 2005年9月11日

【留意事項】

1. 服装は軽装すぎないように。ネクタイ着用の必要はない。
2. 聴診器を持参、白衣は必要ない。
3. 時間厳守。
4. 患者・家族、実習先の方々に失礼のないように十分留意すること。

【実習方法】

末期がん患者の訪問診療、訪問看護に同行し、医師、看護師をはじめスタッフやボランティアの活動を通じて在宅ホスピスケアについての学びを深める。実習課題として、それぞれが在宅ホスピスケアについて関心のあるテーマを選び、実習期間中にまとめ、実習最終日に発表する。

『実習スケジュール』

| | | | |
|---------|-------|--------|-------------------------|
| ○月●日(月) | 午前 | 学内 | 全体オリエンテーション、パリアン(両国)へ移動 |
| | 午後 | 刈ニツク川越 | オリエンテーション、医師の講義、テーマの選定 |
| ●日(火) | 午前 | 刈ニツク川越 | ケースカンファレンス |
| | 午後 | 刈ニツク川越 | 訪問、グループ学習、質疑 |
| ●日(水) | 午前 | 刈ニツク川越 | カンファレンス・ミーティング、療養通所介護参加 |
| | 午後 | 刈ニツク川越 | 療養通所介護参加 |
| | 15:00 | 刈ニツク川越 | 講義(川越先生) |
| | 18:00 | 刈ニツク川越 | カンファレンス(ケース発表) |
| ●日(木) | 午前 | 刈ニツク川越 | ケースカンファレンス、遺族の話 |
| | 午後 | 刈ニツク川越 | グループ学習、ケアプラン発表準備 |
| ●日(金) | 午前 | 刈ニツク川越 | ケースカンファレンス、グループ学習 |
| | 午後 | | ケアプラン発表準備 |
| ●日(月) | 全日 | 学内 | 報告会準備 |
| ●日(火) | 全日 | 学内 | 報告会準備 |
| ●日(月) | 全日 | 学内 | 報告会 |
| ●日(火) | 全日 | 学内 | 報告会 |
| ●日(水) | 全日 | 学内 | 試験・講義・試験解説・講評・表彰式 |
| △月●日(月) | 全日 | 学内 | レポート提出 |

資料 3 聖路加看護大学 学生実習

～総合実習 ターミナルケア～

◎総合実習の目標

- ・ 関心のある看護領域において、対象と環境との相互作用を力動的に把握し、対象の最適健康状態を生み出すことができるよう、メンバーの一員として主体的に自らの役割と機能を発揮し、働きかける能力を養う。
- ・ 看護実践を通して、看護の専門性について考え、自らの看護に対する看護観を深める。

◎実習目標

ターミナルステージにある人とその家族が、苦痛にさいなまれることなく人間としての尊厳を保ちつつ、その人にとって生と死が意義あるものとなるように援助できる。

＜具体的目標＞

1. ターミナルステージにある人の全人的苦痛 (Total Pain) を身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな側面から総合的に理解し、それを踏まえた看護を行うことができる。
2. ターミナルステージにある人とその家族および重要他者がおかれている状況、およびニーズや課題を多面的に理解し、看護を提供できる。
3. ターミナルステージにある人とその家族の Quality of life の向上に向けて、個別性を重視した援助を行う。
4. ターミナルステージにある人とその家族の Quality of life の向上に向けて行われるチームアプローチを理解し、チームの一員として主体的に援助を行う。
5. ターミナルステージにある人とその家族に対し、人としての尊厳を重んじる態度で援助を行うことができる。
6. ターミナルステージにある人とその家族との関わりを通して、自分自身を見つめると共に、生と死について自らの考えを深める。

聖路加看護大学・帝京大学 合同学生実習 予定

1 週目

聖路加看護大学(3 週間)/帝京大学 4 名(1 週間)

| 平成 22 年 7 月 | | 内容・場所 | 場所 | 担当 |
|-------------|--------------|---|-------------------|------------|
| 5 日 (月) | 13:00~13:30 | オリエンテーション | 両国 TY ビル 3 階 | 看護師 |
| | 13:30~ | 訪問看護同行 | | |
| | ~17:00 | グループディスカッション(振り返り) 講義:在宅ホスピスケア概論 パリアンの紹介 | 3 階 | 看護師 川越厚 |
| 6 日 (火) | 9:00~ 9:15 | 往診スケジュール確認 | 5階 | 事務 |
| | 9:30 頃~12:00 | 訪問診療同行(田實先生) / 相談外来同席 | | |
| | 12:00~13:00 | (昼食・休憩) | | |
| | 13:00~17:00 | 訪問診療同行(川越厚先生、田實先生) | | |
| 7 日 (水) | 9:00~9:20 | モーニングカンファレンス参加 | 3 階 | |
| | 10:00~ | 訪問看護同行 | | |
| | ~17:00 | グループディスカッション(振り返り) | 3 階 | 看護師 |
| | 17:00~18:00 | ケースカンファレンス参加 | 3 階 | |
| 8 日 (木) | 10:00~12:00 | ロールプレイ | 聖路加看護大 4階404号室 | 教員 |
| | 12:00~13:00 | (昼食・休憩) | | |
| | 13:00~17:00 | ケアプラン発表準備 | 3 階 | |
| 9 日 (金) | 9:00~9:30 | モーニングカンファレンス参加 | 3 階 | |
| | 9:30~12:00 | 訪問看護同行 | | |
| | 12:00~13:00 | (昼食・休憩) | | |
| | 13:00~15:00 | ケースプラン発表準備 | 3 階 | |
| | 15:00~17:00 | ケースプラン発表および総括 | 3 階 | 学生 |

- ※ 初日は、13:00 に両国 TY ビル5階に集合してください。
- ※ 訪問同行の交通手段は個別にご説明します。
- ※ 同行の前後の空き時間は自己学習やケースプラン発表の準備をしてください(3階)。
- ※ 聖路加は時機を見て、2 週目以降の個人テーマについて検討します。
(テーマ例:病院との連携、チームケア、グリーフケア、デス・エデュケーション、家族支援、在宅における症状緩和)
- ※ ケースプラン発表は、司会進行、タイムキーパーを学生自身で行ってください。
- ※ 患者情報は、基本的に担当看護師・医師から収集して下さい。漏洩しないよう厳重管理、注意して下さい。
- ※ 事務所のパソコンを使用することはできません。使用する場合は、ご持参ください。事務所のパソコンに個人の USB をつなげないでください。
- ※ 発表時の PPT は、パリアンの USB に全て保存してください。

2週目 聖路加看護大学5名

| 平成 22 年 7 月 | | 内容・場所 | 場所 | 担当 |
|-------------|-------------|-----------------------------|-----|-----|
| 12 日 (月) | 9:20~9:40 | モーニングカンファレンス参加 | 5 階 | |
| | 10:00~17:00 | 訪問看護同行・振り返り | 5 階 | |
| 13 日 (火) | 9:00~ 9:15 | 午前:自己学習 午後:PCU 見学、学内カンファレンス | | |
| 14 日 (水) | 9:00~9:20 | モーニングカンファレンス参加 | 5 階 | |
| | 10:00~ | 訪問看護同行 | | |
| | ~17:00 | 振り返り | 5 階 | 看護師 |
| | 17:00~18:00 | ケースカンファレンス参加 | 5 階 | |
| | 18:00~19:00 | 公開定例カンファレンス (参加は自由) | 3 階 | |
| 15 日 (木) | 10:00~17:00 | 7 月 19 日(月)分の振り替え休日 | | |
| 16 日 (金) | 9:00~9:30 | モーニングカンファレンス参加 | 5 階 | |
| | 9:30~12:00 | 訪問看護同行 | | |
| | 12:00~13:00 | デイホスピス参加(希望者3名まで) | 3 階 | |
| | 13:00~15:00 | 訪問看護同行 or テーマ別学習 | 5 階 | 学生 |

3週目 聖路加看護大学5名

| 平成 22 年 7 月 | | 内容・場所 | | 担当 |
|-------------|--------------|--------------------------|-----|-----|
| 19 日 (月) | 9:20~9:40 | モーニングカンファレンス参加 | 5 階 | |
| | 10:00~17:00 | 訪問看護同行・振り返り | 5 階 | 看護師 |
| 20 日 (火) | 9:00~ 9:15 | 往診スケジュール確認 | 5 階 | 事務 |
| | 9:30 頃~12:00 | 訪問診療同行 / 相談外来同席 / 訪問看護同行 | | |
| | 12:00~13:00 | (昼食・休憩) | | |
| | 13:00~17:00 | 訪問診療同行 / 相談外来同席 / 訪問看護同行 | | |
| 21 日 (水) | 9:00~9:20 | モーニングカンファレンス参加 | 5 階 | |
| | 10:00 ~17:00 | 訪問看護同行・振り返り | 5 階 | 看護師 |
| | 17:00~18:00 | ケースカンファレンス参加 | 5 階 | |
| 22 日 (木) | 10:00~17:00 | AM:発表準備 PM:個人テーマの発表および総括 | 3 階 | |
| 23 日 (金) | | 帰校日 | | |

- * 学生の個人テーマにより、退院前訪問、相談外来同席、サービス担当者会議等に同行する。
- * 実習時間中に受持患者さんが亡くなった場合には、死後のケアに同行する。

資料 4 平成14年度笹川医学医療研究財団

研究報告書

研究課題 医学・看護学系基礎教育における

在宅ホスピス・緩和ケアの実践的教育に関する研究

IV 在宅ホスピスケア実践的教育モデルの研究

2. 在宅ホスピスケア実践的教育モデルの評価

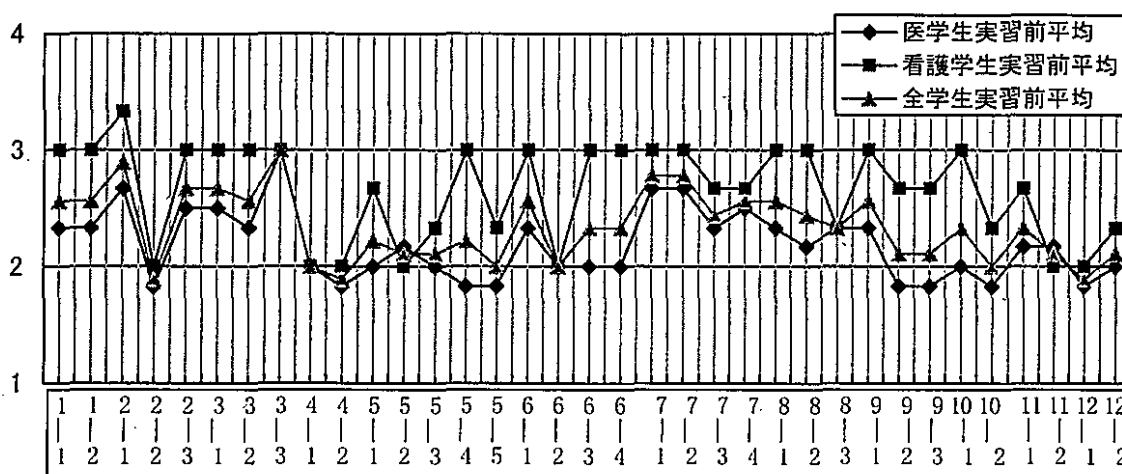
本研究で作成した実践的教育モデルに沿った実習を受けた学生(医学生 6 名、看護学生 3 名)が、実習により取得したこと、実習実習プログラムや在宅ホスピスケアに対してどのような感想や考えをもっているかを明らかにすることを目的として、①実習の目標達成度評価、②フォーカス・グループミーティングを行った。

2-1 実習目的達成度評価票

表IV-2 に示す評価票を、学生は実習の前後各1回、教員と実習指導者は実習終了後に記入した。

学生自身による評価を図IV-2(実習前)と図IV-3(実習後)、図IV-4(実習前後差)に示す。実習前後で比較すると、全体的に評価が上がっており、実習期間中に理解が深まっているといえる。看護学生の評価が実習前から高いためか、実習前後の比較では医学生の評価の方が増加している項目が多い。特に、在宅ホスピスケアの概念やチームケアの原則など基本的な項目は評価が高い。一方、ケア計画の立案に関する評価は変化が小さく、短期間の実習で習得することの困難さを示している。

また、実習後の評価を図IV-5(大学教員)、図IV-6(実習指導者)、図IV-7(医学生)、図IV-8(看護学生)に示す。全体的に学生の自己評価の方が低くなっているが、項目ごとの評価は教員、指導者、学生共に同じ傾向である。目標達成の程度に関しては指導側と学生側で同じ認識であることが示された。このことから、指導側が学生が達成できていない点を正確に把握しており、実習期間がより長期の場合にはより効果的な指導が見込まれると考えられる。



図IV-2 学生による評価(実習前)

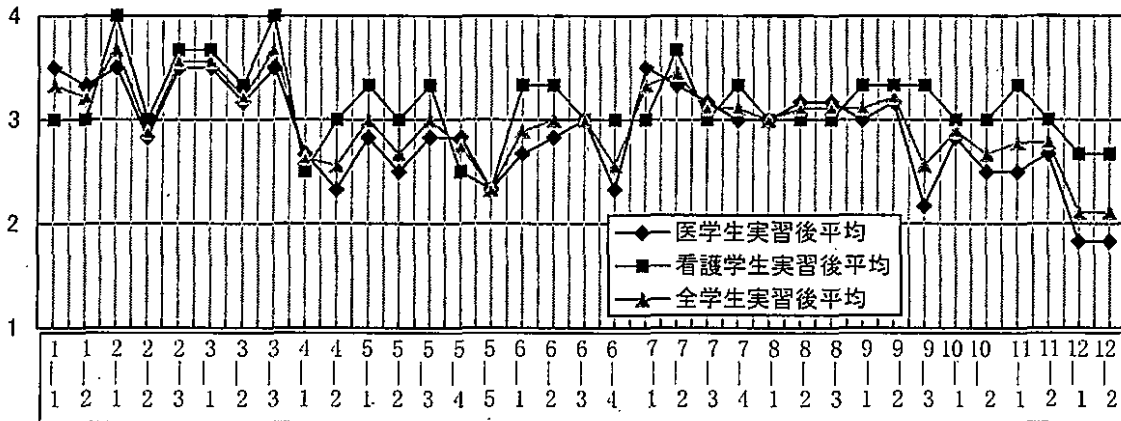
表IV-2 実習目標達成度 評価票

氏名 _____

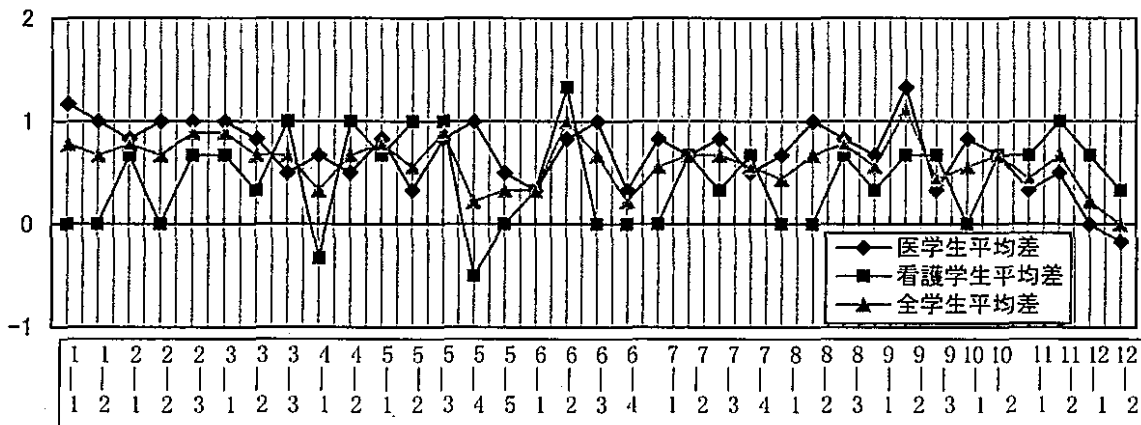
この実習のSBOに基づく以下の項目について、現時点でのあてはまる達成度にそれぞれ○をつけてください。

| | 全く できない | あまり できない | 概ね できる | よく できる |
|--|------------|-------------|-----------|-----------|
| 1. 在宅ホスピスケアの概念を説明することができる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ①ホスピスケアの理念について説明できる | □ | □ | □ | □ |
| ②在宅ホスピスケアの定義を説明できる | □ | □ | □ | □ |
| 2. 在宅ホスピスケアに関わる専門職の法的根拠と役割を述べるができる。 | | | | |
| ①関わる専門職を列挙できる | □ | □ | □ | □ |
| ②それぞれの法的根拠について述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| ③それぞれの役割について述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| 3. 在宅ホスピスケアのチームケアの原則を説明できる | | | | |
| ①在宅ホスピスケアにおけるチームケアの必要性について説明できる | □ | □ | □ | □ |
| ②在宅ホスピスケアのチームのあり方(interdisciplinary team)について説明できる | □ | □ | □ | □ |
| ③在宅ホスピスケアを支えるメンバー構成について説明できる | □ | □ | □ | □ |
| 4. チームの一員としてカンファレンスで発言することができる | | | | |
| ①カンファレンスの進め方における留意点を説明できる | □ | □ | □ | □ |
| ②専門職としての立場で意見を出すことができる | □ | □ | □ | □ |
| 5. 末期がん患者の死までの病状経過を述べるができる | | | | |
| ①経口摂取、排泄機能の変化について述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| ②循環動態の変化と具体的な症状を述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| ③呼吸状態の変化について述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| ④死の看取りの場面で、看取る者への心構えを述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| ⑤死亡の確認と死亡診断について述べるができる | □ | □ | □ | □ |
| 6. 末期がん患者のケア計画を立案することができる | | | | |
| ①情報収集(現状把握)ができる | □ | □ | □ | □ |
| ②アセスメントができる | □ | □ | □ | □ |
| ③対処方法を挙げるができる | □ | □ | □ | □ |
| ④評価方法(outcome)を挙げるができる | □ | □ | □ | □ |

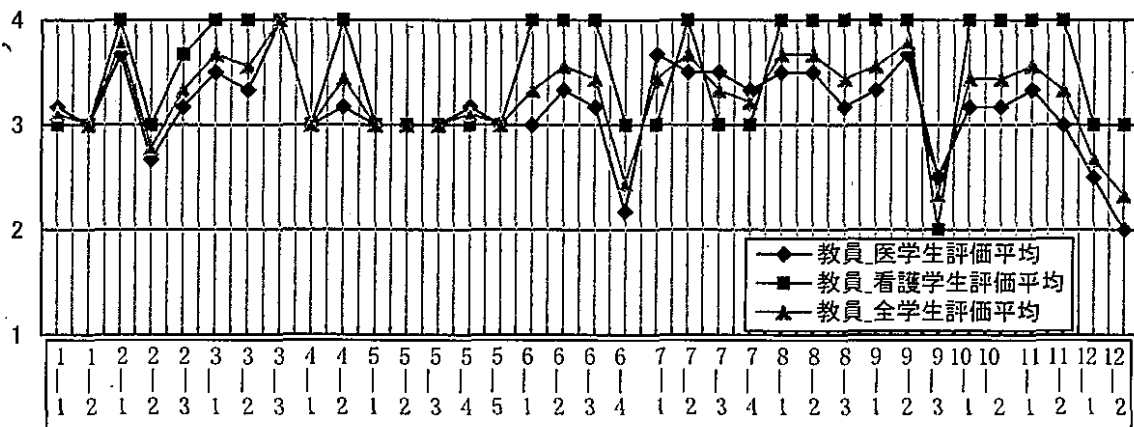
| | 全 く で き な い | あ ま り で き な い | 概 ね で き る | よ く で き る |
|--|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7. 末期がん患者の疼痛コントロールの方法を説明できる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ①がんの疼痛緩和の基本的な考え方を述べるができる | ----- | | | |
| ②全人的な痛み(トータルペイン)を構成する要素を挙げるができる | ----- | | | |
| ③痛みの緩和に用いられる方法、薬剤を挙げるができる | ----- | | | |
| ④モルヒネの副作用と対策について説明することができる | ----- | | | |
| 8. 末期がん患者と家族が抱える心理・社会・霊的な問題を説明できる | | | | |
| ①心理的な問題について説明できる | ----- | | | |
| ②社会的な問題について説明できる | ----- | | | |
| ③霊的な問題の具体例をあげることができる | ----- | | | |
| 9. 家族を失った人の悲嘆を理解し悲嘆のケアについて述べるができる | | | | |
| ①悲嘆のケアの必要性について述べるができる | ----- | | | |
| ②悲嘆のケアの時期と方法について述べるができる | ----- | | | |
| ③病的な悲嘆と対応方法について述べるができる | ----- | | | |
| 10. 在宅死を前提とした「死の教育」について説明できる | | | | |
| ①在宅における「死の教育」の本質(目的)について説明できる | ----- | | | |
| ②在宅ホスピスケアの具体的な「死の教育」について説明できる | ----- | | | |
| 11. 末期がん患者と家族とのコミュニケーションの原則を理解した上でコミュニケーションをとることができる | | | | |
| ①コミュニケーションの原則を述べるができる | ----- | | | |
| ②患者や家族と原則に則ったコミュニケーションをとることができる | ----- | | | |
| 12. 在宅ホスピスケアにおける法的・倫理的課題を述べるができる | | | | |
| ①法的課題を列挙することができる | ----- | | | |
| ②倫理的課題を列挙することができる | ----- | | | |



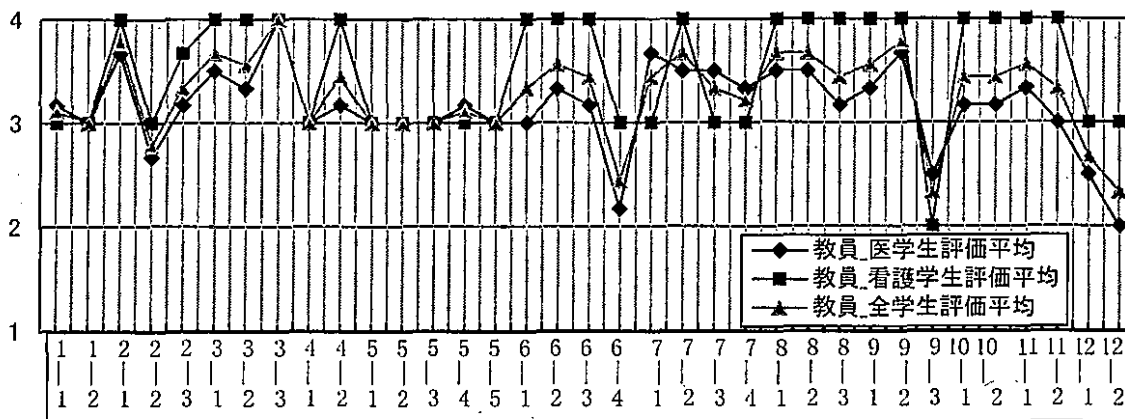
図IV-3 学生による評価(実習後)



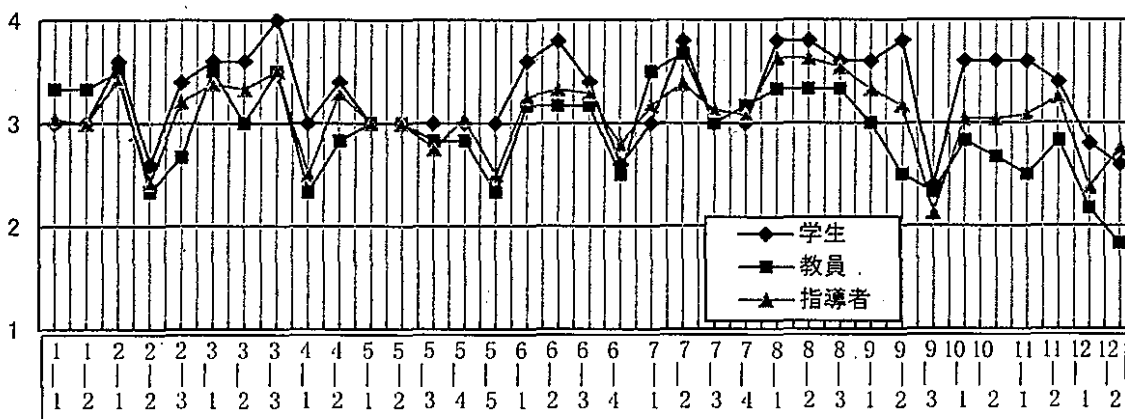
図IV-4 学生評価の実習前後差(+は評価の増加を示す)



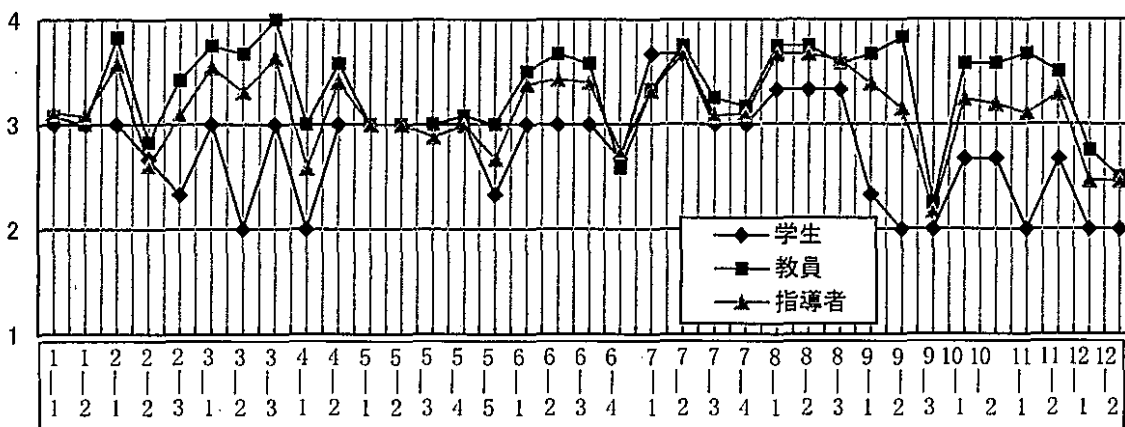
図IV-5 大学教員による学生評価(実習後)



図IV-6 実習指導者による学生評価(実習後)



図IV-7 医学生評価の平均(実習後)



図IV-8 看護学生の平均評価(実習後)

2-2 フォーカス・グループミーティング

本研究で作成した実践的教育モデルに沿った実習を受けた学生が、実習プログラムや在宅ホスピスケアに対してどのような感想や考えをもっているか、何を学んだかを明らかにすることを目的として、学生対象のフォーカス・グループミーティングを行った。

フォーカス・グループミーティングの学生以外の参加者はファシリテータ1名で、表IV-3に示すガイドに従って学生達の発言を促した。質問項目は、前半は在宅ホスピスケアに関する質問、後半は実習方法に関する質問を行った。ファシリテータは、質問に対する発言は促すが、意図的に意見を引き出したり、討論を指示したり発言を強制することなく、学生達が効果的に相互作用しつつ討論が進行するよう配慮した。時間は1時間とし、参加者の了承を得てカセットテープに録音・ビデオテープに録画した。録音テープから作成した発言の逐語録からその発言ごとにコード化し、それをカテゴリー化して質的分析を行った。

表IV-3 フォーカスグループミーティング インタビューガイド

1. 在宅ホスピスケアで大切なことは？－概念・理念を問う
2. チームケアを行う上で、Dr、Ns、ヘルパー、ボランティア、牧師など、それぞれの役割についてどう考えましたか？
3. 在宅ホスピスケアにおいてどのようなチームケアを行ったらよいと思われましたか？
4. ケアプランを立案してみて、何が難しかったですか？
5. 本人だけでなく、家族へのケアについてどう思いますか？(遺族の話などから)どうして家族へのケアが必要と考えますか？
6. 実際に訪問したり、ご遺族の話を聞いたり、家族と患者に接してみてどうでしたか？
7. 実習前と実習後で、亡くなっていく人の理解、亡くなっていく人へのケアについての考え方は変わりましたか？・・・どのように変わりましたか？
8. 患者さんや家族から、一番学んだものは何ですか？
9. 今回の実習で、初めての試みとして看護学生と医学生がグループを作り、合同で実習という形で行ってきましたが、このような実習の形態についてどう思いましたか？
10. 実際に患者を受け持って実習することに対してどう思いますか？
11. 事前に提供された情報についてはどうでしたか？
12. スタッフの関わり方、教員の関わり方はどうでしたか？

学生たちの学びの内容には各専攻により違いが見られたため、医学生・看護学生に分けて検討していくことにする。

1. 看護学生が学んだこと

看護学生の学びは、1) 専門職の役割と専門性を活かした関わりがある、2) 看護師の特性と役割がある、3) チームでケアをする、4) 在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族、5) 在宅ホスピスケアとは、6) 患者を理解することの難しさを知る、7) ケアする人としての自分と他者について考える、の7つのコアカテゴリーに分けられた。

これらのコアカテゴリーは、32 カテゴリー、114 コードからなっている。コード数の多かったコアカテゴリーは、「在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族(32 コード)」と「ケアをする人としての自己と他者(21 コード)」であった。看護学生は、実習を通して在宅ホスピスケアについて学ぶ一方で、終末期を生きる人々に接し、生きることや自分自身を振り返りながら、ケア提供者としてのアイデンティティ形成につながるような学び方をしていた。

以下に、看護学生の学びをそれぞれのコアカテゴリーから記述する。

1) 専門職の役割と専門性を活かした関わりがある

専門職の役割と専門性を活かした関わりがあるでは、①専門家には役割があり、固有の視点を持っている、②専門性を活かして患者と関わる、③ケアマネジメントが必要である、④医師の役割と医師と患者・家族関係のカテゴリーが抽出された。

看護学生は、患者の自宅を訪問する医師と訪問看護師に同行し、それぞれの専門職がどのように患者や家族と関わっているかについて学んでいた。「専門家として果たすべき役割」があることやその領域の「専門性を活かして関わる」こと、「ケアマネジメント」が重要であることに気づいていた。また、在宅ホスピスケアにおいては、医師の「真実を患者や家族に話す」役割が重要で、Bad News を伝えた後のサポートも医師の役割としてあげられた。このような医師との関わりがあることで、家族は「安心」し、医師は患者や家族から信頼を得ていると考えていた。

2) 看護師の特性と役割がある

看護師の特性と役割があるでは、①看護師は患者と多くの関わりがある、②看護師はその人らしい生活への援助をする、③ターミナルケアにおける看護師の役割、④看護の知識が必要である、⑤患者を理解するには感性が必要である、⑥わずかな変化に気づくのカテゴリーが抽出された。

看護師は「様々な局面で患者と関わり」、患者にとって「最も身近な存在」である。患者が自宅での生活を継続できるよう、患者や家族と「一緒に考え」、「その人らしい生活への」援助をする。いいかえると、自宅での生活には、患者や家族とともに「生活を組み立てる調整」をすることが重要であることを学んでいた。

また、「重症な患者のケアには看護師が責任」を持たなければならない。そのためには、基礎となる「看護の知識」だけでなく、患者の言語化されない思いをくみとれる「感性」を併せ持って、「わずかな変化に気づく」ことが重要になる。

3) チームでケアをする

在宅ホスピスケアでは、様々な専門職が患者に関わっているが、このことについても看護学生は学んで

おり、①チームケアの重要性、②患者－ホームヘルパー関係、③対話から得られるがカテゴリーとして抽出された。

在宅ホスピスケアでは、「チームケアが重要」であり、とくに患者や家族に「Bad Newsを伝えなければならぬとき」は、より重要となる。そのため、ケア提供者による「話し合い」は欠かすことができない。一人の患者へのケアに対して、「異なる見解を話し合う」ことで、「ケアの新しい視点が生まれ」てくる。ホームヘルパーには、「その資格から行えない医療行為がある」が、「患者にとって一番近い存在」である場合もあり、このことからチームでのケア提供やケア提供者同士による話し合いが重要になってくる。

4) 在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族

在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族では、①患者・家族の気持ち、ニーズ・価値を尊重する、②家族の役割、③患者・家族支援、④遺族支援、家族による看取りと遺族のカテゴリーが抽出された。

終末期を自宅で過ごすことを選択した患者や家族には、彼らなりの「思い」や「大切にしているもの」がある。看護学生は、そのような患者や家族の「価値」や「考え方を尊重して」関わりたいと思い、このことは「患者が望む生活を医療従事者が考えなければならない」ケア提供者の責務ともとらえた。しかしながら、「患者の思いに添えていだけでいいのか」や「遺族は患者が生きてのために試みたことを話していた」、「在宅ホスピスケアでは、看護師や医療従事者が手を出すことがいいことではない」のように、在宅ホスピスケアにおけるその人のニーズをどのように判断し、援助していくかという課題にも気づいた。

在宅ホスピスケアでは、家族は「ケアを提供する人」であり、「看取りにおいて重要な存在である」。ケア提供者としての家族は、「ケアを提供する立場の辛さ」があり、「ケアしながらケアされなければならない」存在であるとも考えた。

在宅療養においては、病気、つまりがんであることが問題なのではなく、「病気をもって暮らすために困ることが問題」になる。患者や家族が問題を抱えながら自宅での生活を継続しており、そのために「支援が必要である」。

家族は、看取りにおいて、亡くなっていく人から「生き方を学ぶ」。看取りを経験した家族は、その後「新しい家族の人生」を歩んでいくが、そこには、「生前の家族の思いが、遺族の生き方に影響」している。看護学生は、患者の亡きあと、その家族が新しい家族として再構築していく遺族の姿についても学んでいた。

5) 在宅ホスピスケアとは

在宅ホスピスケアでは、①生への希望を引き出せる場である、②在宅ホスピスは特殊なもの、③苦痛・症状の緩和をする、④メンタルケアをする、⑤生活に目を向ける、⑥病気をみる、⑦看取りをする、⑧終末期医療のあり方のカテゴリーが抽出された。

在宅ホスピスは、医療一般からみると「特殊なもの」であるが、自宅で過ごす患者に出会い、これまで看護学生が学んできた「病態生理以上の余命がある」ことを実感し、「患者の生への気持ちを引き出せる」のではないかと考えた。

在宅ホスピスケアでは、「苦痛をもたらしている症状を緩和することが大切」であり、苦痛から解放されることによって、「その人らしい生活ができるようになる」。また、病気よりも「生活に目を向け」、「最期まで人間らしい生活」を支援していく。生活という視点だけでなく、病気を持つ人として「病気をみる」こと「精神面のケア」も重要な課題であるととらえた。

死にゆく人を援助する在宅ホスピスケアでは、「看取りは重要」であるが、医療的ケアの提供については、

「重症な患者には必要な医療処置が行われる」。また、点滴のような「医療処置によって、わずかな延命効果が期待できるかもしれない」が、実際には「実施するかどうかの判断は難しい」ものであり、家族と患者の「思いにズレがあるときにはどうしたらいいか」、困難な状況を想定しながら終末期医療のあり方を考えていた。

6) 患者を理解することの難しさを知る

患者を理解することの難しさを知るでは、①入院・在宅患者イメージ、②病態生理を理解する難しさのカテゴリーが抽出された。

これまでの病院での実習を振り返り、「病院で患者は死刑宣告、死刑執行されているような状態」、「在宅では、患者が生きているという印象」と、終末期における入院治療のあり方を批判的に捉えながら、他方では「病院で最期まで、少しでも長く生きたい」と思う患者もあるとする。在宅ホスピスケアを受ける患者に接し、人生の終わりにおいても「その人の生きてきた過程」が表れていることに改めて気づいた。

看護学生は、患者の病態についても関心をもっていたが、メカニズムを理解するという点では、「病態生理がどうなっているか、不思議」という感覚的レベルの理解にとどまるか、「病態生理について調べたがよくわからない」のような理解することが容易でないというレベルであった。

7) ケアする人としての自分と他者について考える

ケアする人としての自分と他者について考えるでは、①人は違った考えをもつ、②人としての関わりを大切にす、③他者を尊重する、④普段の自分を振り返る、⑤生きることにについて考えたのカテゴリーが抽出された。

「人は皆、違った考えを持っている」ものであり、したがって「人それぞれのとらえ方がある」。在宅ホスピスケアにおいては、「看護師同士で見解が異なる」ことや患者と看護師でも「考えは違うことがある」かもしれない。このような差違を前提に、「患者との関係では、医療者であるよりも、人としてのかかわりを重視したい、また「人を尊重することが大切」であると考えた。

在宅ホスピスケア実習は、看護学生にとって自分と向き合う機会でもあった。接した患者や家族の様子から、自分自身を振り返り、「家族にも自分がいることの役割」を考え、「自分の思考や感じ方の傾向を意識しながら実習に取り組む」など、普段の自分を振り返りながら学びを深めていた。

このような学びの様式は、看護学生に生きることの「役割」や「存在価値」を考えさせる実習となっていた。在宅ホスピスケアを受けている患者は、「自然に根源的な問いを考える」、あるいは「自分たちは考えないようなことを、患者は自然に思わざるを得ない」状況があるように思えた。これまでの病院実習では見られない、生きる人としての感覚を持った在宅の患者に出会い、「遺族の話を聞いていても、患者の生へ気持ちを感じ」、「生きたいという気持ちは、余命を長くする」のではないかと考えた。

表IV-4 看護学生が学んだこと

| コアカテゴリー(コード数) | カテゴリー |
|---------------------------|------------------------|
| 専門職の役割と専門性を活かした関わりがある(13) | 専門家には役割があり、固有の視点をもっている |
| | 専門性を活かして患者と関わる |
| | ケアマネジメントが重要である |
| | 医師の役割と医師と患者・家族関係 |
| 看護師の特性と役割がある(14) | 看護師は患者と多くの関わりがある |
| | 看護師はその人らしい生活への援助をする |
| | ターミナルケアにおける看護師の役割 |
| | 看護の知識が必要である |
| | 患者を理解するには感性が必要である |
| | 患者のわずかな変化に気づく |
| チームでケアをする(8) | チームケアの重要性 |
| | 患者-ホームヘルパー関係 |
| | 対話から得られる |
| 在宅ホスピスケアにおける患者・家族・遺族(32) | 患者・家族の気持ち、ニーズ・価値を尊重する |
| | 家族の役割 |
| | 患者・家族支援、遺族支援 |
| | 家族による看とりと遺族 |
| 在宅ホスピスケアとは(18) | 生への希望を引き出せる場である |
| | 在宅ホスピスは特殊なもの |
| | 苦痛・症状の緩和をする |
| | メンタルケアをする |
| | 生活に目を向ける |
| | 病気をみる |
| | 看とりをする |
| | 終末期医療のあり方 |
| 患者を理解することの難しさを知る(8) | 入院・在宅患者イメージ |
| | 病態生理を理解する難しさ |
| ケアする人としての自己と他者について考える(21) | 人は違った考えをもつ |
| | 人としての関わりを大切にす |
| | 他者を尊重する |
| | 普段の自分を振り返る |
| | 生きることについて考えた |

2. 医学生が学んだこと

医学生の学びは、1) 諸専門職の存在と責任、2) 患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質、3) 在宅ホスピスケアにおけるチームケア、4) 家族の存在・気持ち・役割と家族支援、5) 看護・看護師に対する理解、6) 在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化、7) 患者理解とその難しさ、8) 医師(医学生)の特性を再認識する 8 コアカテゴリーに分けられた。

これらのコアカテゴリーは、36 カテゴリー、150 コードからなっている。コード数の多かったコアカテゴリーは、「在宅ホスピスにおけるチームケア(33)」、「患者理解とその難しさを知る(31)」、「家族の存在・気持ち・役割と家族支援(28)」であった。

医学生にとって看護学生の患者理解は、医学教育の中で受けてきた視点とは異なる患者理解の様式であり、それが新鮮なものとして映っていた。また、「在宅ホスピスの現状や将来の見通し」に関しては、医

学生のみからカテゴリ化されたものであった。

以下に医学生の学びをそれぞれのコアカテゴリーから記述する。

1) 諸専門職の存在と責任

諸専門職の存在と責任では、①諸専門職の存在がある、②諸専門職が責任を果たすのカテゴリーが抽出された。

医学生は、まず「患者と関わる様々な専門職」の存在があることを確認し、「看護師、医師、牧師など、それぞれの立場により異なるケアが提供される」ことを学んだ。

専門職は提供するケアに「責任を持ち」、「それぞれの役割を果たすことが大切である」。それは医師、看護師だけでなく、ホームヘルパー、牧師、ボランティアも同様で、それぞれの「立場によって提供されるケアは異なり、その違いが患者にとって意味を持つ」。

本実習場所が、スピリチュアルケアにおいて牧師の関わりがあること、ボランティアが活動していること、診療所と訪問看護・訪問介護サービスの事業所を併設していることから、在宅ホスピスケアに関わるこれらの人々の活動について学んだ学生たちは、牧師・ホームヘルパー・ボランティアを患者のケアに関わる専門職と認知し、多様なケアの提供が重要であると考えた。

2) 患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質

患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質では、①患者・家族と深い関係が築かれる、②スタッフの資質が求められるのカテゴリーが抽出された。

ほかの領域に比べて在宅ホスピスケアでは、「患者・家族と深い関係が築かれる」ことから「どのようなケアスタッフが関わっているかが重要になる」。ケアスタッフが患者の発言をどのように汲み取っていくかによって、「ケアプランが異なってくる」であろうし、「患者と医療者側の相違により、患者に害を与える」かもしれない。質の高いケアを提供するには、「最期を見据えたケアプラン」が必要であり、そのための「知識が必要」であると考えた。

3) 在宅ホスピスにおけるチームケア

在宅ホスピスにおけるチームケアでは、①各専門職の視点からケアをすることが患者の利益になる、②専門性を活かした相互協力により、情報を共有し、適切な時期にケアができることが重要である、③心の問題はケア提供者の領域を問わない、④患者・家族が選択をして専門職とかわる、⑤チームケアにおける医師のカテゴリーが抽出された。

「様々な専門職の視点からケアをすることが患者の利益になる」。例えば、看護師、ホームヘルパー、ボランティアなどが連携して患者宅を訪問することで、看護師が家族の話を聞くことができ、得られた情報を患者へのケアに活かせることがわかった。

このようなチームによるケアを提供するには、「専門性を活かした相互協力」が重要になる。また、在宅ホスピスケアでは、「時期を見逃さず」にケアが提供されなければならないことから、「カンファレンスのような話し合い」は欠かすことができない。

患者や家族の心の問題については、どの職種・立場のケア提供者であるか、「資格」が何かなどを「意識せず」、「チームメンバーで共有する」のがよいと考えた。

患者や家族は、「薬のことは医師や看護師」に話したり、「表に出さない裏の思いをホームヘルパー」に話したりと、相手を選んで話をしている。また、患者との関係において、「医師が患者から話を聞きたいと

思っても、聞き出せない状況が起こりうる」。それを「訪問看護師に聞きだしてもらいたい」とも思った。これらのことから、在宅ホスピスケアにおけるチームケアでは、チーム内で情報を共有し、チームメンバーが相互に協力する体制を整えておくことが重要であると学んでいた。

医師の役割については、在宅ホスピスケアに対する医学生の微妙な心理面が反映されていた。「薬の処方や病状の説明は、医師にしかできない」役割であり、医師の説明は「患者や家族に安心」感を与える。在宅ホスピス医に同行して、在宅ホスピス医の「経験した人にしか分からない経験の語り」は、「患者に共感を与える」こともわかった。ケアチームのなかで、医師が「全体の幅広い知識」を持つことによって、「リーダーシップ」を発揮し、「チームの統一を図る」ことも役割の一つとしてあげられた。他方、「患者の回復が期待できない在宅ホスピスでは、医師は一步後ろに下がったような感じ」がすると、医学生がイメージするような医師の役割を発揮できないのではないかという気持ちが表出された。

4) 家族の存在・気持ち・役割と家族支援

家族の存在・気持ち・役割と家族支援では、①家族の存在に気づく、②家族は患者の生を願い、努力をしている、③患者だけでなく周囲の人々にもケアが必要である、④医療者は、患者や家族の思いを察することが大切である、⑤医療者は家族が満足できるよう多方面から継続的に支援しなければならない、⑥家族には最期を看取る役割がある、⑦遺族には心残りがあり、患者の生前・死後の家族ケアでそれを軽くすることができるの категорияが抽出された。

患者宅への訪問によって、「患者が一人の人間」であり、自宅は「その人らしい」生活が営まれていること、その周りで世話をする「家族の存在」に改めて気づくことができた。家族は、「『頑張ろう』という気持ちで、在宅ホスピスケアを選択し、「少しでも長く生きて欲しい」と願い、「迷いながらも患者のために最善を尽くしている」ことがわかった。

家族のなかで誰かが「病気になる」と、患者だけでなく周りの人たちも心を病む」かもしれない、それゆえ「家族支援」も必要なケアであると感じた。医療従事者は、家族の「心情」や「言葉の背後にある意味や思い」を察することが重要であることを学んだ。

「在宅での看とりが家族の目的であれば、病院への入院は、家族の意に反することになる。「家族の満足が得られる」ためには、医療従事者による「継続的」かつ「多方向」からの家族支援が求められている。

看とりは「家族の役割」であるが、「患者のために最善を尽くしたとしても、遺族には心残りがある」。「医療従事者が生前に一生懸命家族のケアをしても、遺族には心残りがある」ことも、遺族の話からわかった。同時に、その心残りは医療従事者の支援によって「軽くすることができる」こともわかった。

5) 看護・看護師に対する理解

看護・看護師に対する理解では、①看護師は患者や家族にとって身近な存在である、②看護師は患者や家族との接触が多い、③看護師は患者・家族に関する情報が豊富にある、④看護学生(師)は、医学生と異なり、患者の立場で思考し、アプローチする、⑤マネジメントをする看護師は、在宅ホスピスケアにおいて重要な存在であるの категорияが抽出された。

医学生からみると、看護師は「患者・家族にとっていつでも来てくれる近い存在」、「患者に最も近い存在」である。「看護師が最も患者のところに行く回数」が多く、「看護師が患者と最も多く話をして」おり、したがって「患者に関する情報も多い」。

看護学生と一緒に実習に取り組んでみて、「看護学生が医学生と異なる視点から思考」していることに気づいた。医学生からみると、看護学生(看護師)は「患者の訴えを第一に考え」、「看護師は患者の精神

面にも配慮」しており、「患者の視点」に合わせるようにしていた。また、看護師は「患者にとっての必要性からアプローチ」していることもわかった。患者や家族にとって最も身近な存在として、看護師はマネジメントを行っている。在宅ホスピスケアにおいて、看護師が重要な役割を果たしていることを学んだ。

6) 在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化

在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化では、①終末期にある患者・家族は問題を抱えている、②在宅ホスピスについて情報を提供し、広めていくことによって、今後医療のあり方や死についての考え方が変わってくるかもしれない、③終末期における医療処置のあり方のカテゴリーが抽出された。

終末期を自宅で過ごす「患者や家族は困っている」のが実情である。「多くの人は、在宅ホスピスに関する情報を持っていない」し、「自分の死に場所を選べない現状」もある。病院の外来実習で医学生は「医師のところに次々と患者が訪れ」、「医師は治療を、看護師は看護師でケアプランを立てる」など、今回の在宅ホスピスケア実習の体験を通して、病院で提供される「ケアのマイナス面」に気づくことができた。

「これからの医療者は、在宅ホスピスについて情報を提供する役割」があり、医学生である自分たちにも「在宅ホスピスを広める」役割があると思った。今後、「在宅ホスピスケアが普及することで、医療全体が変化する可能性」があり、「在宅死の普及によって、その人らしい死に方を考えられるようになる」のではないかと考えた。

終末期における医療処置については、「状態が悪くなったときに、医療処置をしなくていいのか」、「点滴による延命効果が期待できるのではないかと」と、医師として治療の役割を担っていく立場から、医学生はその判断の難しさを肌で感じた。

7) 患者理解とその難しさに気づく

患者理解とその難しさに気づくでは、①末期患者は回復の見込みがない、②同じ末期状態でも入院中と自宅では、かなり様相が異なっている、③末期患者からは不安の訴えがなく、明るい人たちだった、④末期患者はやる気と辛さを持ち合わせ、死の恐怖を感じている、⑤末期患者の気持ちを聞くために初めて喋り、その心境を感じられた、⑥末期患者の医療ケアや患者の苦しみはまだわからない、⑦精神面を理解することは難しい、⑧言語的コミュニケーションの重要さに気づいたのカテゴリーが抽出された。

在宅ホスピスケアを受けている人たちは、病気の治癒を目指しているのではない。

在宅ホスピスケア実習前、医学生にとって亡くなっていく人のイメージは、「病院に入院している患者」で、「一見して病人と分かる状態」にある人であった。しかし、今回の実習で訪問してみると、「ターミナル患者が単に腰痛症の人」のように見え、「外来に来る高齢者」との違いを見いだせないほどであった。「自宅で過ごしている人は、入院中の人と同じ末期の状態にあるとは思えない」。入院患者と在宅患者では「治療法がない状態でも、ここまでの差がある」のかと、驚きに近い気持ちであった。

また、末期状態ということから、在宅ホスピスケアを受けている人は、「不安を表出している人が多いと思っていた」が、実際には「とても明るく、よく喋り」、医学生に「とても気を遣って」いた。

医学生は、この実習で「末期状態にある患者の気持ちを聞くために初めて喋った」が、「患者はやる気と潜在的な辛さを併せ持っている」のではないかと、予後について知らされている人は、「死への恐怖を感じている」のではないかなど、「死に向かう人の心境」について学ぶことができた。

看護学生とのグループディスカッションでは、人の「精神的な面」を理解することの難しさを実感していた。考えていることが人によりさまざま、先入観をもって見ていると、「とんでもないしっぺ返しを食らう」の

ではないかと容易に想像できた。

医学生は、家族の話聞いたとき、「家族の発言内容とその意味は、逆ではないか」と戸惑い、「患者や家族の言葉どおりに受け取り、その背後にある意味まで読み取ることは難しい」と思った。

8) 医師(医学生の)特性を再認識する

医師(医学生の)特性を再認識するでは、①治療的側面からの思考があり、患者の精神面や人間性への関心は低い傾向にある、②看護師の視点を考えるようにするの категорияが抽出された。

「医師(医学生)は治療的側面から思考する傾向」があり、医学生は「諸検査データから治療について考えることに慣れ」、「病気を治す」という視点から思考している。そのため、「患者の回復を目指す治療を、まず考え」、「精神面よりも病態生理に関心をもつ傾向がある。治療的側面の重視は、「患者の人間性を忘れてしまいがち」であり、例えば、病院の外来実習を振り返ると、「次々と患者が訪れてくる状況では、患者の人生(日常)を軽くみてしまう」自分にも気づくことができた。

看護ではどのような視点から考えるだろうかと自らに問うことで、患者理解の幅を広げられるのではないかも考えていた。

表IV-5 医学生が学んだこと

| コアカテゴリー(コード数) | カテゴリー |
|-----------------------------|--|
| 諸専門職の存在と責任(13) | 諸専門職の存在がある |
| | 諸専門職が責任を果たす |
| 患者-ケアスタッフ関係の特性とケアスタッフの資質(7) | 患者・家族と深い関係が築かれる |
| | スタッフの資質が求められる |
| 在宅ホスピスにおけるチームケア(33) | 各専門職の視点からケアをすることが患者の利益になる |
| | 専門性を活かした相互協力により、情報を共有し、適切な時期にケアができることが重要である |
| | 心の問題はケア提供者の領域を問わない |
| | 患者・家族が選択をして専門職とかわる |
| | チームケアにおける医師 |
| 家族の存在・気持ち・役割と家族支援(28) | 家族の存在に気づく |
| | 家族は患者の生を願い、努力をしている |
| | 患者だけでなく周囲の人々にもケアが必要である |
| | 医療者は、患者や家族の思いを察することが大切である |
| | 医療者は家族が満足できるよう多方面から継続的に支援しなければならない |
| | 家族には最期を看取る役割がある |
| | 遺族には心残りがあり、患者の生前・死後の家族ケアでそれを軽くすることができる |
| 看護・看護師に対する理解(15) | 看護師は患者や家族にとって身近な存在である |
| | 看護師は患者や家族との接触が多い |
| | 看護師は患者・家族に関する情報が豊富にある |
| | 看護学生(師)は、医学生と異なり、患者の立場で思考し、アプローチする |
| | マネジメントをする看護師は、在宅ホスピスケアにおいて重要な存在である |
| 在宅ホスピスにおける現実問題と将来の変化(14) | 終末期にある患者・家族は問題を抱えている |
| | 在宅ホスピスについて情報を提供し、広めていくことによって、今後医療のあり方や死についての考え方が変わってくるかもしれない |
| | 終末期における医療処置のあり方 |
| 患者理解とその難しさを知る(31) | 末期患者は回復の見込みがない |
| | 在宅ターミナル患者と入院中の末期患者は変わらないと思っていた |
| | 同じ末期状態でも入院中と自宅では、かなり様相が異なっている |
| | 末期患者からは不安の訴えがなく、明るい人たちだった |
| | 末期患者はやる気と辛さを持ち合わせ、死の恐怖を感じている |
| | 末期患者の気持ちを聞くために初めて嘔り、その心境を感じられた |
| | 精神面を理解することは難しい |
| | 言語的コミュニケーションの重要性に気づいた |
| 医師(医学生)の特性を再認識する(9) | 治療的側面からの思考があり、患者の精神面や人間性への関心は低い傾向にある |
| | 看護師の視点を考えるようにする |

2-3 実習内容評価票

実習を受けた学生に、実習プログラムについて問う評価票(表IV-4)への無記名での記入を依頼した。1-1 から 1-13 は内容に関する質問、2-1 から 2-5 は資料の量や時間的な長さに関する質問である。

評価の結果を図IV-9、図IV-10、表IV-7に示す。実習テーマの内容、スタッフの対応、今後の進路への影響については比較的評価が高かった一方、反対意見や少数意見の扱い方、発表準備へのアドバイス・指導内容についてはやや評価が低かった。これまでほとんど未知であった在宅ホスピスケアを実習で経験し、卒後の臨床に向けて意義ある刺激を受けた反面、初めて見聞きすることに対する学生一人一人の多様な考えが十分に議論されずに終わり、発表に向けてまとめ上げる過程でも疑問が残ったまま進めていた可能性がある。また、ケースの内容や提示の仕方については評価が二分され、課題として与えられたケースによって難易度、理解度に差があったと考えられる。

渡された資料の量は少ないと感じる学生が多く、より多くのことを学びたいと意欲的であると同時にこれまで在宅ホスピスケアに関する資料に触れる機会がほとんどなかったことが伺える。また、実習中の時間に関しては足りないと感じる学生が多く、1. 週間という短期間の中で実習目標の達成度が上がったにも関わらず、まだまだ不十分だという思いがある。

最後に、「この実習をもう一度受ける機会があったら、また受けたと思うか」に対しては9名中8名の学生が「受けたい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。さらに「この実習を後輩に勧めたいと思うか」という質問に対しては9名中8名の学生が「勧めたい」、1名が「どちらともいえない」と答えている。

以上のことから、学生は本実習プログラムに対しては満足度が高く、いくつかの不満な点はより深く理解したいと思う意欲の表れと考えられる。

表IV-6 実習プログラム評価票

今回の実習に参加した、あなたの感想をうかがいます。以下の各項目について当てはまる番号に一つ〇をつけてください。

グループ名:

| | | た。適切だ とても | た。適切だ おおむね | も 言えな ど ちらと | た。不 適切だ 少々 | た。不 適切だ ま ったく |
|------|-----------------------------|--------------|---------------|----------------------|------------------|------------------------|
| 1-1 | 実習でとりあつかったテーマの内容は？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-2 | ケース(症例)の内容や提示のしかたは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-3 | ケース(症例)やテーマの難易度は？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-4 | 実習中使われた資料・ビデオ等教材の質や理解しやすさは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-5 | 学生の質問や意見に対するスタッフの対応は？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-6 | 議論を活発にするような働きかけは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-7 | 反対意見や少数意見の取り扱いかたは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-8 | 学生の自主的な思考や討論を手助けできていたか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-9 | 資料や文献探しをする際のアドバイスは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-10 | 発表の準備段階でのアドバイス・指導内容は？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-11 | 取り扱ったテーマについて知識が深められたか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-12 | 今後の自分の進路を考える上で役に立ったか？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-13 | 全般的に見て、実習の内容は？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

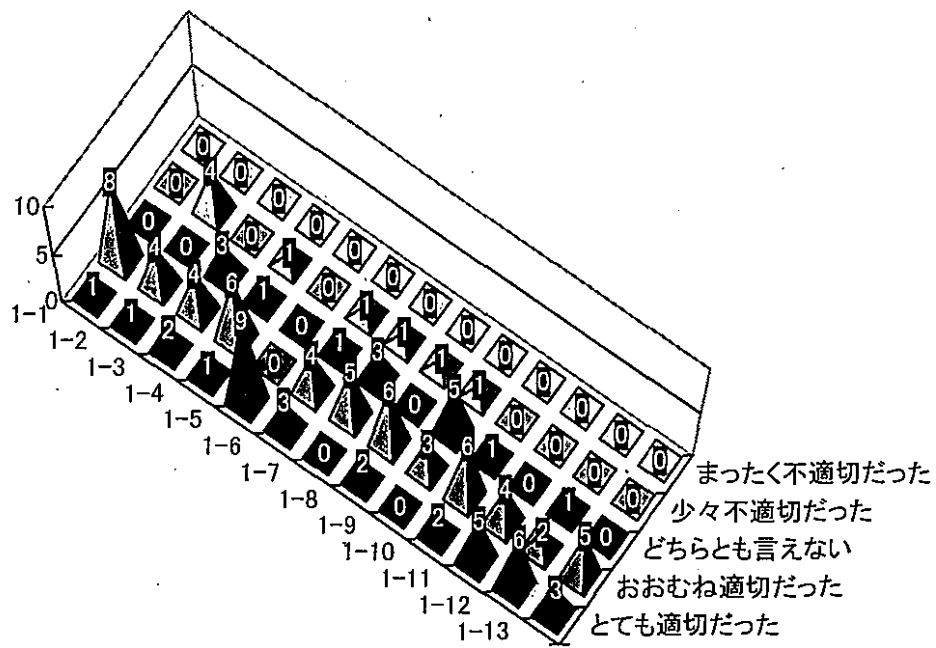
| | | と ても 多 い。 | 少 々 多 い。 | 適 切 で あ る。 | 少 々 足 り な い。 | ま った く 足 り な い。 |
|-----|----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 2-1 | 渡された資料・文献などの量は？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2-2 | 討論に使われた時間の長さは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2-3 | 発表準備に費やされた時間の長さは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2-4 | ケアプラン作成に費やされた時間の長さは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2-5 | 全般的にみて、実習の長さは？ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

この実習をもう一度受ける機会があつたら、また受けたいと思いませんか？

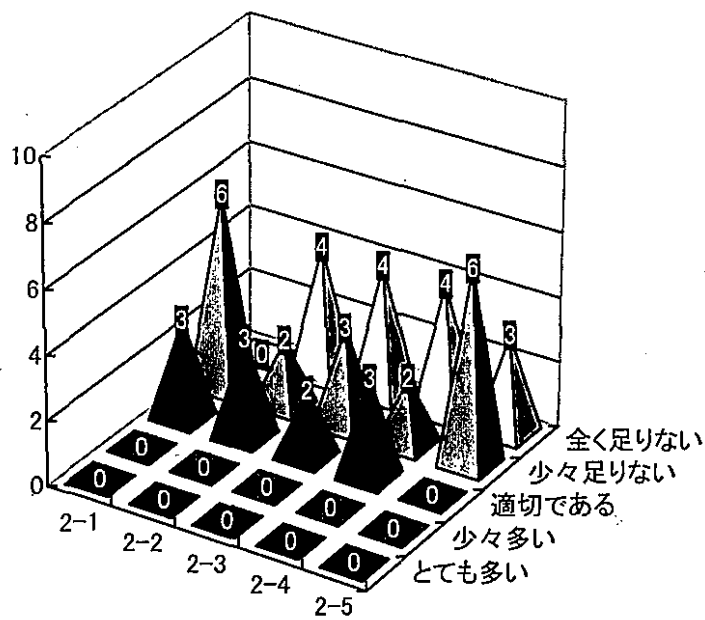
1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

この実習を来年受ける後輩に勧めたいと思いませんか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない



図IV-9 実習プログラム評価①(内容に関して。質問項目は表IV-6 参照)



図IV-10 実習プログラム評価②(資料の量・時間に関して。質問項目は表IV-6 参照)

表IV-7 実習プログラム評価③

| | はい | どちらともいえない | いいえ |
|-------------------------------|----|-----------|-----|
| この実習をもう一度受ける機会があったらまた受けたいと思うか | 8 | 1 | 0 |
| この実習を来年受ける後輩に勧めたいと思いますか | 8 | 1 | 0 |

資料5 新医師臨床研修制度におけるグループ・パリアンでの在宅ホスピスケア研修

2007年5月作成、2009年7月1日修正
パリアン 在宅ホスピス緩和ケア研修センター

到達目標：在宅ケアにおける基本的な緩和ケア(WHO 法式がん疼痛治療を含む)ができる。
Truth-telling、Death-education にかかわる問題への配慮ができる。
死にゆく人と家族への心理社会霊的側面への配慮ができる。
生活をささえるための地域におけるチームケアができる。
病院から地域ケアへの移行を支援することができる

概説：在宅ホスピスケア研修では、自宅でのホスピス緩和ケアを必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、在宅ケアにおける基本的な緩和ケア(WHO 法式がん疼痛治療を含む)、Truth-telling、Death-education にかかわる問題への配慮、心理社会霊的側面への配慮ができることを目指している。また病院とは異なる地域での生活をささえるためのチームケアの必要性と展開の方法を習得するとともに、地域ケアへの移行に際して適切な支援ができることを目指している

1. 研修内容

| | 研修内容 | 担当 |
|--------------------------|---|--|
| オリエンテーション | 研修方法 パリアンスタッフ・組織・診療報酬・カルテの使い方 ケア方法 (パリアン方式・24時間ケア・記録類) 訪問診療の準備 訪問看護の準備 相談外来の準備 退院前訪問の準備 | 医師 事務長 医師 医師 看護師 事務 RN |
| 訪問診療 | 訪問診療同行 (1週目)・担当患者訪問診療 (2週目より) 死亡確認・緊急訪問 | 医師4名 |
| 訪問看護同行 | RNの訪問看護に同行する (担当ケースを中心に) | |
| チームカンファレンス (事例勉強会) | 研修成果発表 | 医師・看護師 |
| ケースカンファレンス ナースカンファレンス | ケースカンファレンス：医師、看護師、ボランティア ナースカンファレンス：看護師 ナースへの指示の出しかた・連絡方法・相談の受け方 チームによる24時間ケア | 医師・看護師 看護師 医師 看護師 |
| 相談外来 | 随時同席と振り返り | 医師 |
| 退院前訪問 | 退院前訪問のフォーマットを学ぶ 退院前訪問を行う (看護師に同行) | 看護師 |
| 遺族ケア | グリーフレター作成 (担当したケース) グリーフ電話・訪問 (担当したケース) 遺族の話を聞く できればメモルの会に参加 | こころのケア 担当者 |
| 療養通所介護 | 金曜日午前参加 (午後は不定期な研修内容がない場合は参加する) 送り迎えにも必要ならば同行する | 看護師 |
| サービス担当者会議 | 看護師に同行 | 看護師 |

2. 評価

| 目標 | 具体的な目標 |
|---|--|
| 基本的な緩和ケア(WHO 法式がん疼痛治療を含む)ができる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本の緩和医療の歴史と現状を理解できる ・ 緩和療法的アプローチ(コミュニケーション含む)の基本を理解できる。 ・ 現症(身体・精神症状、社会的問題、実存的問題のアセスメント、医療や療養に関する希望など)、病歴、家族歴等詳細に情報を集めることができる。 ・ 身体症状、精神症状が評価でき、必要な際に専門医に適切にコンサルテーションすることができる(??)。 ・ がん性疼痛に対して薬物療法及び各種治療法、治療計画が作成できる(WHO 法式がん疼痛治療法を含む)。 ・ 疼痛以外の代表的な症状(呼吸困難、倦怠感、食欲不振、抑うつ、不安、せん妄など)に対して薬物療法および各種治療法、治療計画が作成できる。 ・ 在宅ホスピスケアに関する社会資源、地域ケアの方法を列挙できる。 ・ 在宅ホスピス・緩和ケアの提供形態を理解できる(病院との連携方法、相談外来、在宅医療)。 ・ 緩和医療に関する倫理的問題について列挙し、その解決方法を例示できる。 |
| Truth-telling、Death-educationにかかわる問題への配慮ができる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病状、今後の予測など「バッドニュースを伝える」具体的な方法と注意点を具体的に挙げるができる。 ・ 各期における Death education の重要性を理解し実施できる。 |
| 生活をささえるための地域におけるチームケアができる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ RN とチームを(指示・相談・連絡)組んでケアができる。 ・ 他の職種とのチームの組んでケアする方法(ボランティア・ヘルパー・ケアマネ等)を理解できる。 |
| 心理社会霊的側面への配慮ができる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和医療を必要とする患者・家族の心理的な問題を理解できる。 ・ 霊的・社会的問題が評価でき、必要な際に適切に他職種にコンサルテーションすることができる。 |
| 病院からの移行を支援できる | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院医師との連携ができる。 ・ 在宅での療養準備をチームのリーダーとしてマネジメントできる。 |

3. 研修スケジュール

| 1週目 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-----|-----------------------|--------|------------------------------------|--------|----------------------------------|
| 午前 | 全体会 (3F) オリエンテーション | 訪問診療同行 | RN カンファ (5F) (随時相談外来) (随時往診) | 訪問診療同行 | RN カンファ (3F) 訪問診療同行 療養通所介護 |
| 午後 | 訪問看護同行 申し送り (3F) | 訪問診療同行 | 不定期研修 自己学習 申し送り (3F) | 訪問診療同行 | 訪問看護同行 療養通所介護 |

| 2週目 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-----|----------------------------------|------|---|------|--------------------------------|
| 午前 | 全体会 (3F) 訪問看護同行 (or 随時往診) | 訪問診療 | (随時相談外来) (随時往診) | 訪問診療 | RN カンファ (3F) 訪問診療 療養通所介護 |
| 午後 | 訪問看護 or 不定期研修 申し送り (3F) | 訪問診療 | 不定期研修 自己学習 申し送り (3F) 定例カンファ (3F) | 訪問診療 | 訪問看護同行 療養通所介護 |

| 3週目 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-----|----------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------------|
| 午前 | 全体会 (3F) 訪問看護同行 (or 随時往診) | 訪問診療 | (随時相談外来) (随時往診) | 訪問診療 | RN カンファ (3F) 訪問診療 療養通所介護 |
| 午後 | 訪問看護 or 不定期研修 申し送り (3F) | 訪問診療 | 不定期研修 自己学習 申し送り (3F) | 訪問診療 | 訪問看護同行 療養通所介護 |

| 最終週 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|-----|----------------------------------|--------------|----------------------------|------|--------------------------------|
| 午前 | 全体会 (3F) 訪問看護同行 (or 随時往診) | カンファ 訪問診療 | (随時相談外来) (随時往診) | 訪問診療 | RN カンファ (3F) 訪問診療 療養通所介護 |
| 午後 | 訪問看護 or 不定期研修 申し送り (3F) | 訪問診療 | 不定期研修 自己学習 申し送り (3F) | 訪問診療 | 往診 療養通所介護 まとめの発表 |

★ 研修初日

- ・研修初日が土・日曜日・祝日にあたる時は、翌日が研修初日になります。
- ・研修初日は9時までにクリニック川越（両国TYビル5階）までおいで下さい。

★ 研修時間

- ・原則として9時から6時（昼休み1時間）です。
- ・土・日に1回、オンコールを受け持っていただきます。
- ・死亡確認・患者の状態によって夜間呼ばれることがあります。

★ 研修スケジュール以外に不定期に組まれる研修内容

- ・退院前訪問・ホスピス相談外来・死亡確認・サービス担当者会議・グリーフケア
- ・研修スケジュールは、不定期研修の項目が入るときは、随時変更されます。
- ・院外研修（事前案内が入口前のボードに貼り出されます）

★ 研修課題

- ・カンファレンスでの事例報告とディスカッション

★ 持ち物

- ・聴診器

★ 服装

- ・軽装でかまいませんが、訪問に適した服装をお願いします（Gパンはご遠慮下さい）。

★ オリエンテーション

- ・研修初日もしくは第1週目の各スタッフの指定する曜日に変更することがあります。

★ 参考書

- ・川越厚編:在宅ホスピスケアを始める人のために,医学書院,1996
- ・川越厚編:在宅ホスピスケア・緩和ケア演習形式で学ぶケア指針,メヂカルフレンド社,2003

医療法人社団パリアン クリニック川越
〒130-0021
東京都墨田区緑 1-14-4 両国TYビル5階
電話：03-5669-8302 FAX：03-5669-8310

PEACE プロジェクトについて

(Palliative care Emphasis program on Assessment and management for Continuous medical Education)

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

日本緩和医療学会教育研修委員会 委員長 木澤義之

1. PEACE の開発過程

1) 背景

2005 年日本緩和医療学会は、緩和ケアの基本的な知識の普及のために、米国医学会および米国臨床腫瘍学会が行っている教育プログラムである Education in Palliative and End-of-life Care-Oncology (EPEC-O) を導入、日本語化して指導者研修会を行っていたが、プログラムの文化社会的背景の違いから広く普及させることが困難であった。2007 年、がん対策推進基本計画で、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられ、医師に対する緩和ケアの基本的な知識等を習得するための研修会に関する健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」がだされた。これと並行して、我が国独自の開催指針に準拠した研修会のプログラムとして、Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education (PEACE) が 2007 ～ 2009 年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班（主任研究者 木澤義之）によって開発された。

2) PEACE プロジェクトとは

①目的：がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得する事により、治療の初期段階から終末期に至るまで切れ目なく緩和ケアが提供されるようになり、患者家族の QOL の向上に寄与すること

②活動内容

- 1) 指導者の養成：緩和ケアおよび精神腫瘍学の「基本教育に関する指導者研修会」を開催し、緩和ケア研修会の指導者を養成する
- 2) 緩和ケア研修会開催支援：研修会開催のための人材、教材、資金、運営のノウハウを提供、指導者のための教育法、教材の開発

3) PEACE プログラムの内容

PEACE プログラムは 2 日間にわたる計 780 分のプログラムで、表 1 の厚生労働省から出された開催指針で定める「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠している。本プログラムは、一般型研修会プログラム例として、アイス・ブレイキング、緩和ケアの概論、症状アセスメント、がん性疼痛をはじめとする身体症状の緩和、そして地域連携に関する研修など 11 項目からなっている。

表 1 緩和ケア研修会標準プログラムの要件（一般型研修会）

| |
|--|
| 1. 研修時間は全てで 2 日間以上、2 日以上に渡ること |
| 2. プレテストとその解説を行うこと |
| 3. アイス・ブレイキングの時間を設けること |
| 4. がん性疼痛の講義は、基礎、WHO 方式について、治療法を含むこと |
| 5. がん性疼痛のワークショップを 180 分以上行うこと (疼痛症例のグループ討論+オピオイド処方時の患者説明のロールプレイ) |
| 6. 呼吸困難の講義、消化器症状の講義を含むこと |
| 7. 精神症状（不安・抑うつ・せん妄）の講義を行うこと |
| 8. コミュニケーションの講義を行うこと |
| 9. コミュニケーションのワークショップを 30 分以上行うこと (bad news の伝え方のグループ討論+同ロールプレイ) ※こちらは合わせて 180 分（2 単位）以上で、同じ日に行われなければならない |
| 10. ワークショップ（疼痛・コミュニケーション）は、原則として 6～10 名程度のグループに分かれること |
| 11. 地域の状況が異なるため、以下の内容を含むこと |
| 1) 全人的緩和ケアの要諦 |
| 2) 放射線・神経ブロックの適応、専門的緩和ケアへの依頼の要諦 |
| 3) 療養場所の選択と地域連携 |
| 4) 在宅における緩和ケア |
| ※ワークショップ以外の講義には時間の条件設定がないが、おおむね単位の [1 単位=90 分以上] の時間設定に迫るのがよいと思われる |

表 2 PEACE プログラムで用意されている
プレゼンテーション

| |
|-----------------------|
| M-1 : 緩和ケア研修会の開催にあたって |
| M-2 : 緩和ケア概論 |
| M-3 : がん性疼痛の評価と治療 |
| M-4a : がん性疼痛事例検討 |
| M-5 : オピオイドを開始する時 |
| M-6a : 呼吸困難 |
| M-6b : 消化器症状（嘔気・嘔吐） |
| M-7a : 気持ちのつらさ |
| M-7b : せん妄 |
| M-8 : コミュニケーション |
| M-9 : 地域連携と治療・療養の場の選択 |

- 4) 開発提供されている資料：以下のものがある①プレゼンテーション（PDF形式で公開，14モジュール，表2参照）②参加者ハンドブック ③緩和ケア研修会開催の手引き ④7つの追加モジュール：各地方で学習者のニーズに対応できるように以下の追加モジュールが作成されている（M-6c 倦怠感、M-10 包括的アセスメント、M-11 治療・ケアのゴールを話し合う、M-12 アドバンス・ケア・プランニング、M-13 輸液と栄養、M-14 苦痛緩和のための鎮静、M-15 死が近づいたとき）

※なお、PEACEプログラムは、日本医師会発行の『がん緩和ケアガイドブック 2008年版』をテキストとして使用できるように作成されている。

2. PEACE 指導者養成研修会開催状況と評価の結果

1) 指導者研修会開催状況

現在、PEACEプロジェクトの進捗は順調で、2008～2010年度には「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会」が計15回、「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」が計9回行われ、緩和ケア1034名、精神腫瘍482名の指導者が誕生した。全国で指導者がいない都道府県は皆無である。これら全国の指導者の努力により2010年12月時点で緩和ケア研修会の修了者はプロジェクト開始から28カ月後で20,124人に達した。

2) 指導者研修会の評価

2008年9月1日～2009年3月31日までに日本緩和医療学会主催緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了した全医師568名を対象に調査。443名から回答、返送率78%。

修了者の57%ががん診療拠点病院に所属しており、64%が1回以上緩和ケア研修会を開催していた。別紙に示す通り指導者研修会の実施によって、修了者の緩和ケアの臨床および教育に関する自信と行動が有意に向上することが明らかとなった。

3) 研修会の評価

現在研修会の有用性評価のため、PEACE-Q88の開発を行っており、信頼性と妥当性の検証を行っている。

3. 現在の問題点

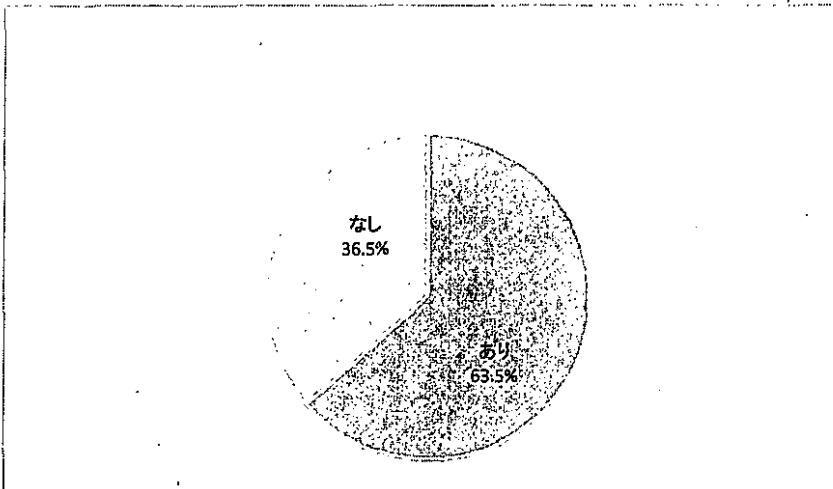
- ①プログラムの自由度がないこと：多様なニーズに対応できない
- ②参加申込者の減少：2日間拘束というプログラムの過密さ、今後は修了者の減少が予想される
- ③診療所医師の参加が少ない

4. これからの展望と提案

- ①緩和ケア研修会のプログラムに柔軟性を持たせ、参加者の多様なニーズにこたえ、かつがん以外の疾患にも応用できるものにする（例）前述した追加モジュールを自由に組み込むことができるようにすること
- ②特に講義部分についてe-learningで学習できるようにし、参加型の研修会は1日で済むようにし、参加者と指導者双方の負担を軽減すること
- ③緩和ケアの均てん化のために、このプログラムの受講を医師卒後臨床研修において必修化することを目指す。達成できれば年間8000名の医師が受講することとなり、10年後には8万人の修了者が誕生する。また、これと合わせて現在の研修会を合わせて行うことにより、10年間で10万人程度の修了者を見込むことが可能である。
- ④研修会の多職種化とくにケアギバーやヘルパー、他疾患への応用（高齢化社会への対応）
- ⑤遺族ケア、悲嘆ケアなどさらなる追加モジュールの開発、e-learning教材の開発

Ⅱ. 緩和ケア研修会の開催について

1. 今までに厚生労働省健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に基づく緩和ケア研修会(以下緩和ケア研修会と略)の企画責任者をしたことがありますか？

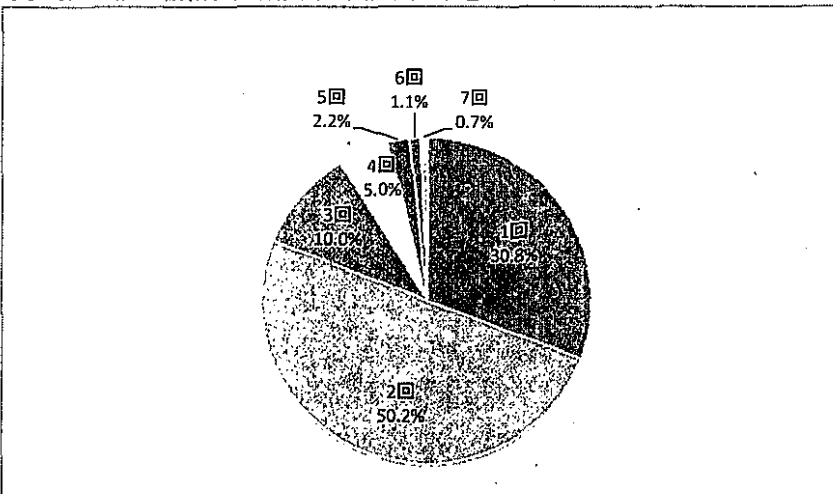


あり
なし

未回答

| | |
|-----------|-----|
| | 280 |
| | 161 |
| 合計 | 441 |
| | 2 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |

2. 今までに上記の緩和ケア研修会の企画責任者をした回数

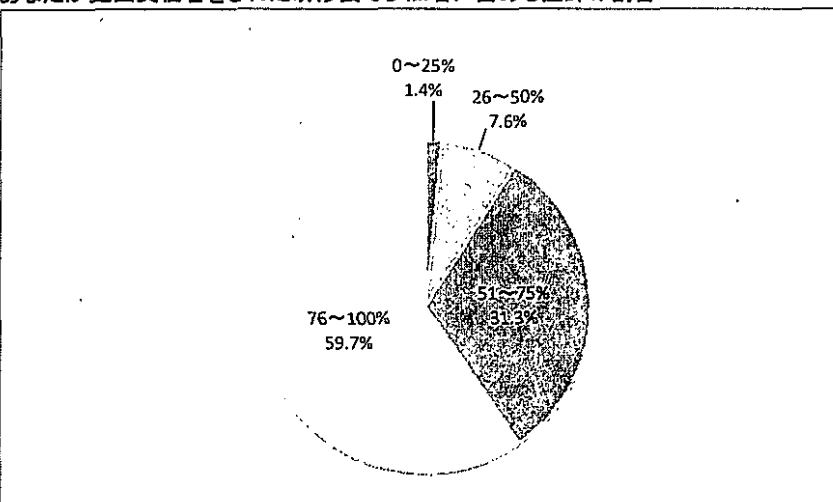


1回
2回
3回
4回
5回
6回
7回

未回答

| | |
|-----------|-----|
| | 86 |
| | 140 |
| | 28 |
| | 14 |
| | 6 |
| | 3 |
| | 2 |
| 合計 | 279 |
| 未回答 | 164 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |
| 最高値 | 7 |
| 最低値 | 1 |

3. あなたが企画責任者をされた研修会で参加者に占める医師の割合

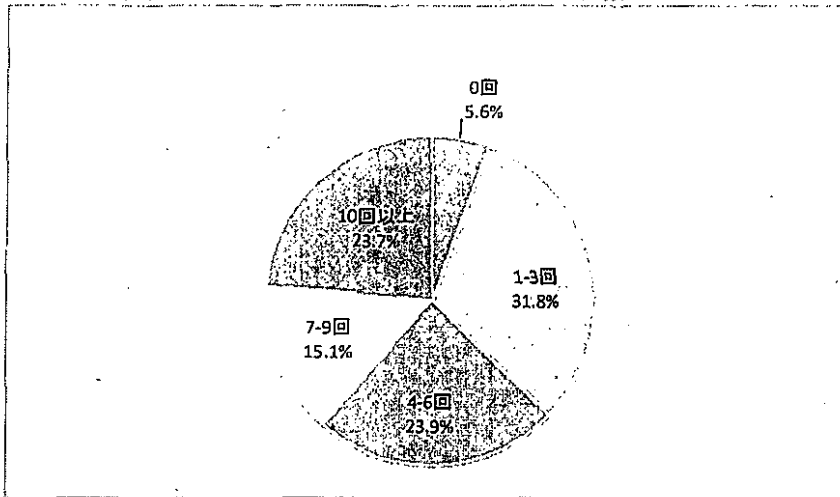


0~25%
26~50%
51~75%
76~100%

未回答

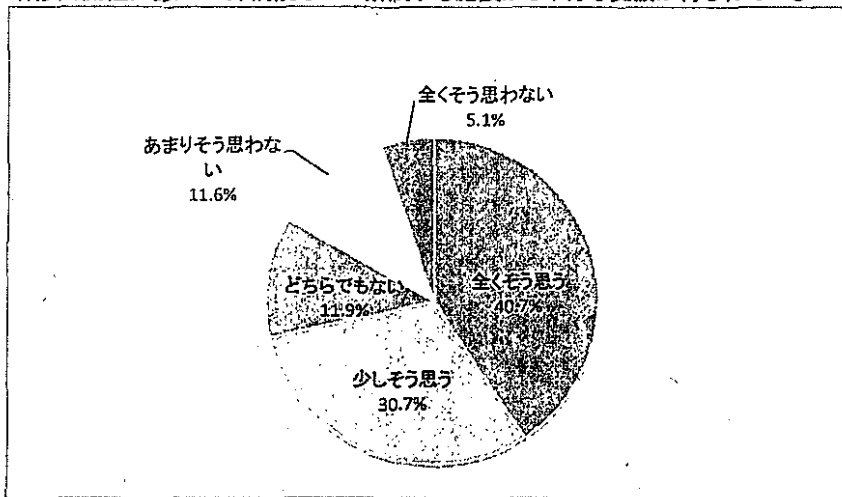
| | |
|-----------|-----|
| | 4 |
| | 21 |
| | 87 |
| | 166 |
| 合計 | 278 |
| 未回答 | 165 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |

7. 今までに緩和ケア研修会にファシリテーターとして参加した回数



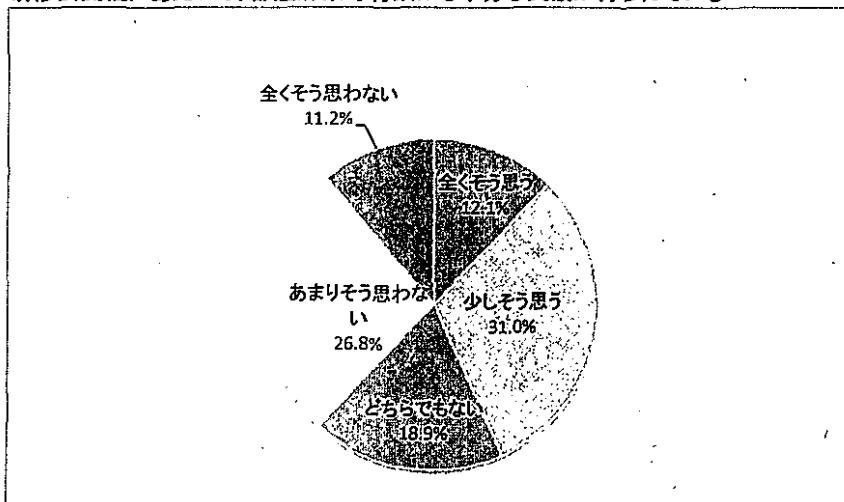
| | |
|-----------|-----|
| 0回 | 24 |
| 1-3回 | 137 |
| 4-6回 | 103 |
| 7-9回 | 65 |
| 10回以上 | 102 |
| 合計 | 431 |
| 未回答 | 12 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |

8. 研修会開催にあたって、病院などの所属する施設から十分な支援が得られている



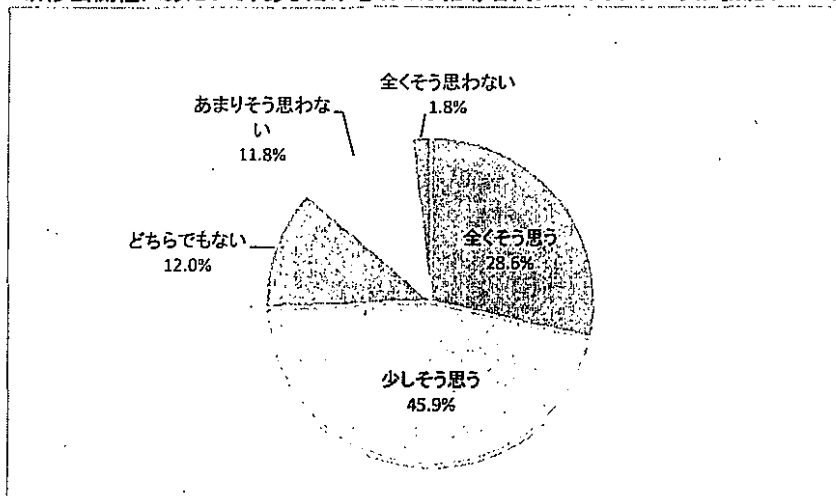
| | |
|-----------|-----|
| 全くそう思う | 175 |
| 少しそう思う | 132 |
| どちらでもない | 51 |
| あまりそう思わない | 50 |
| 全くそう思わない | 22 |
| 合計 | 430 |
| 未回答 | 13 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |

9. 研修会開催にあたって、都道府県等行政から十分な支援が得られている



| | |
|-----------|-----|
| 全くそう思う | 52 |
| 少しそう思う | 133 |
| どちらでもない | 81 |
| あまりそう思わない | 115 |
| 全くそう思わない | 48 |
| 合計 | 429 |
| 未回答 | 14 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |

10. 研修会開催にあたって、あなたの地域では指導者同士のネットワークが機能している

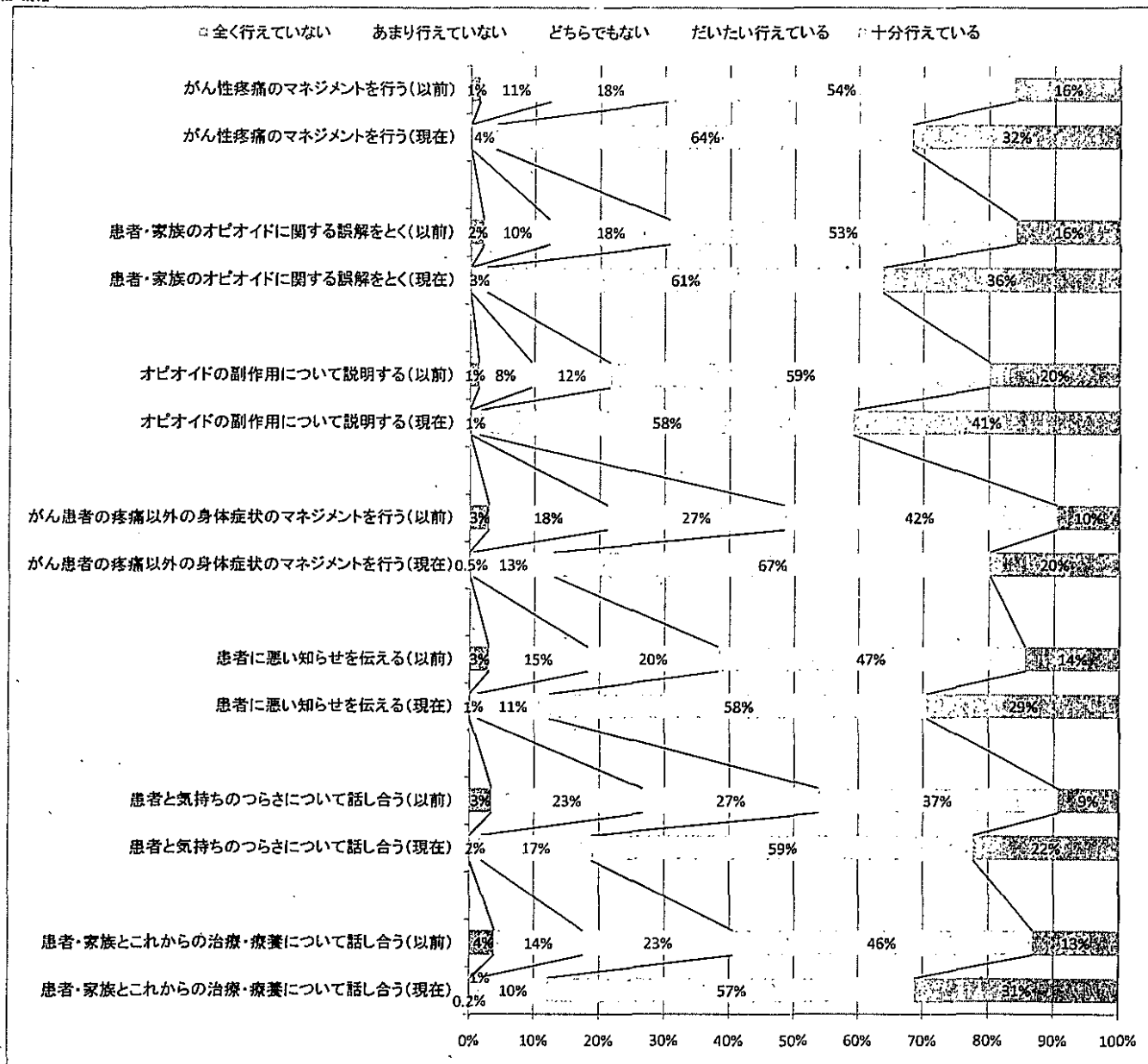


| | |
|-----------|-----|
| 全くそう思う | 124 |
| 少しそう思う | 199 |
| どちらでもない | 52 |
| あまりそう思わない | 51 |
| 全くそう思わない | 8 |
| 合計 | 434 |
| 未回答 | 9 |
| 未回答を含めた合計 | 443 |

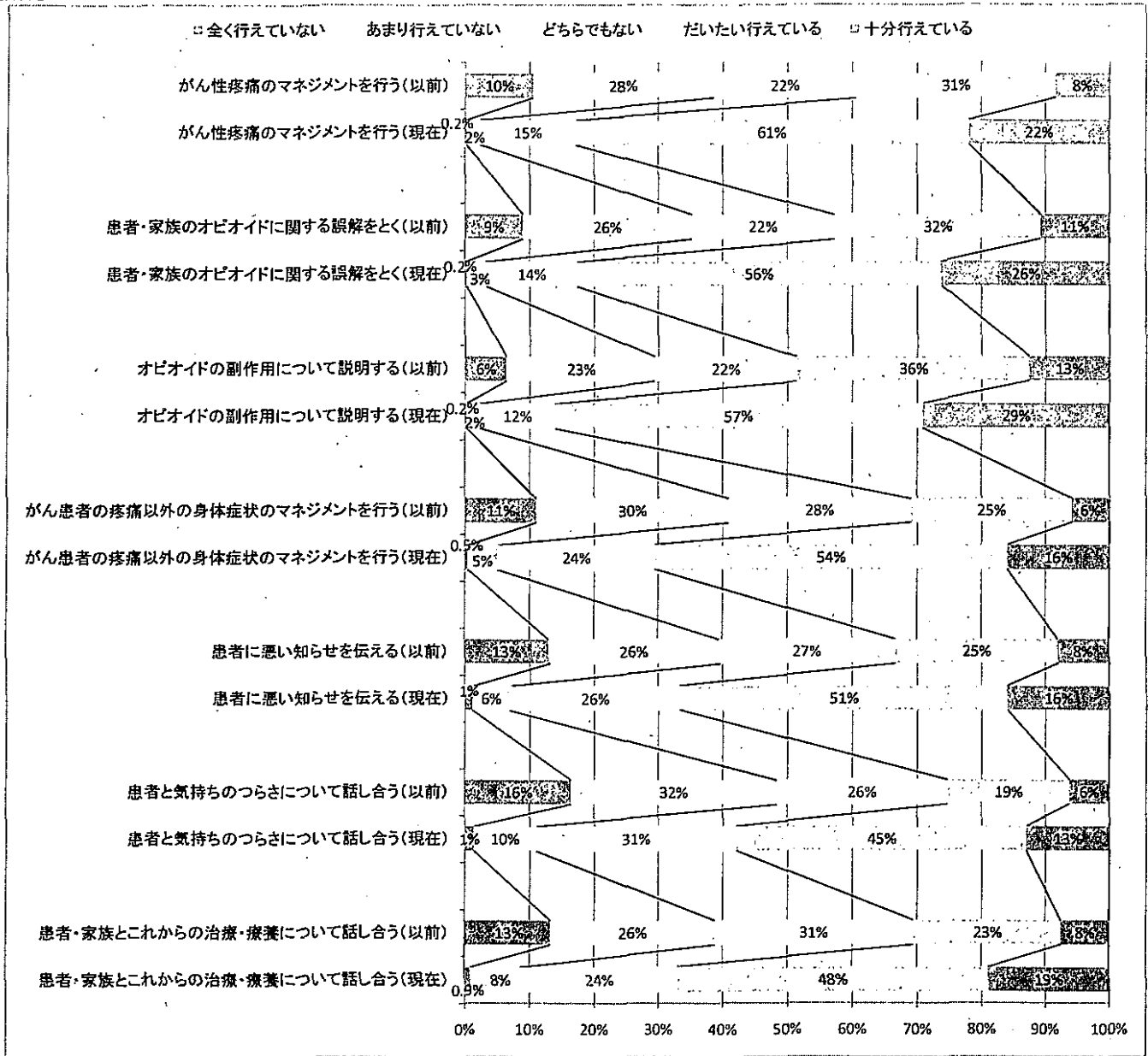
IV. 日本緩和医療学会主催『緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会』参加以前のあなたの診療および教育に関する状況について

※「V. 現在のあなたの診療および教育の状況について」と比較

【診療】



【教育】



ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)について

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
教育研修委員会 委員長 木澤義之

1. ELNEC-J 指導者養成プログラムの開発過程

1) ELNEC とは

ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) は、2000年に米国の American Association of Colleges of Nursing と City of Hope National Medical Center が共同して設立された。ELNEC はこれまでに、ELNEC-Core、ELNEC-Pediatric Palliative Care、ELNEC-Critical Care、ELNEC-Geriatric など、看護師の緩和ケアの質の向上を目指して、指導者を養成する教育プログラムを開発し、それらのプログラムは米国内のみならず世界 66 カ国において実施されている。2010年10月現在で 11,750 名の看護師が ELNEC の教育プログラムを修了している。

2) ELNEC-J とは

我が国では、様々な機関で緩和ケアについての看護師教育が行われてきていたが、その内容や質にはばらつきが多く、系統的・包括的な教育を展開するために、米国で開発された ELNEC の教育プログラムの導入に意義があると考えられ、2007年度より厚生労働科研や日本緩和医療学会で指導者教育の取り組みを開始している。効果的な教育方法に関する能力を習得した指導者を育成することにより、日本でエンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアに携わるすべての看護師が質の高いケアを提供できることを目標に、ELNEC-Core カリキュラムの日本版である、ELNEC-J 指導者養成プログラムが開発され、2011年1月現在までに、345名を超える ELNEC-J 指導者(ELNEC-J の教材を活用した教育を実践できる者)が誕生している。

<ELNEC-J 指導者養成プログラム開発の経緯>

- 2007年: ELNEC-Core カリキュラムの翻訳と翻訳チェック、日本の現状に合わせた修正*
- 2008年1月: ELNEC-J 指導者養成プログラム Pilot Study 実施*
- 2008年: ELNEC-J 指導者養成プログラム開催*
- 2008年: 「エンド・オブ・ライフ・ケアの教育についてのアンケート調査」(ELNEQ) 尺度開発
- 2009年~2010年: ELNEC-J 指導者養成プログラム開催(主催: 日本緩和医療学会、後援: 日本看護協会)
- 2010年: ELNEC-J コアカリキュラム指導者ガイド改訂**
- 2010年: ELNEC-J コアカリキュラム指導者ガイド Pilot Study**

* 2007 ~ 2009 年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班 (主任研究者 木澤義之、 分担研究者 竹之内沙弥香)

** 2010 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業) 「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班 (主任研究者 木澤義之、 分担研究者 笹原朋代)

<ELNEC-J コアカリキュラムの内容 (図 1)>

10 のモジュール(学習単位)で構成されており、エンド・オブ・ライフ・ケアや緩和ケアを提供する看護師に必須とされる能力習得のための系統的で包括的な教育プログラムである。

<ELNEC-J 指導者養成プログラムの特徴>

- ◇ 参加型の講義やワークが多く組み込まれ、修了者の効果的な教育に関する実践能力や自信を高める
- ◇ 各分野の専門家により洗練された Module を含む良質な教材を用いて教育法を伝授する
- ◇ 評価法が確立されている

図 1. ELNEC-J コアカリキュラムの内容

| Module | 内容 |
|-----------|-------------------------|
| Module 1 | エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護 |
| Module 2 | 痛みのマネジメント |
| Module 3 | 症状マネジメント |
| Module 4 | エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的問題 |
| Module 5 | エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化への配慮 |
| Module 6 | コミュニケーション |
| Module 7 | 喪失・悲嘆・死別 |
| Module 8 | 臨死期のケア |
| Module 9 | 高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア |
| Module 10 | 質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成 |

2. ELNEC-J 指導者養成プログラム開催状況と評価の結果

1) プログラム開催状況

| 開催年月日 | 場所 | 会場 | 受講者数 | 主催 |
|----------------|-------|-----------|------|---------------------|
| 2008年6月14-15日 | 大阪市 | 大阪アカデミア | 63 | ※厚労科研 |
| 2008年11月1-2日 | 東京都港区 | 日本財団ビル | 50 | ※厚労科研(日本対がん協会による助成) |
| 2009年7月11-12日 | 東京都港区 | 日本財団ビル | 72 | 日本緩和医療学会 |
| 2009年11月21-22日 | 東京都港区 | 日本財団ビル | 71 | 日本緩和医療学会 |
| 2010年7月24-25日 | 東京都 | 晴海グランドホテル | 70 | 日本緩和医療学会 |
| 合計 | | | 326* | |

*ELNEC-J 指導者には、上記受講者 326 名の他に、海外の ELNEC 指導者養成プログラムを修了した者 4 名や、ELNEC-J 指導者養成プログラムの開発者 15 名を含む、計 345 名が日本緩和医療学会に登録されている。

2) ELNEC-J 指導者養成プログラムの評価

＜「エンド・オブ・ライフ・ケアの教育についてのアンケート調査」(ELNEQ)の結果(表1)＞

表1のとおり、講習会前後比較から、受講者の教育に対する自信や、教育法に関する知識や技術、質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成への意欲や、自らが行う教育が及ぼす影響力が高まることが示唆され、ELNEC-J 指導者養成プログラムは効果的なプログラムであることがわかる。同様の結果は2009年に開催された2回の指導者養成プログラムにおける調査でも認められた。

表1. 2009年7月:ELNEC-J 指導者養成プログラム前後での受講者の変化(N=72)

| | 講習会前 | | 講習会后 | | P 値* |
|------------------|------|------|------|------|--------|
| | 平均 | SD | 平均 | SD | |
| 教育に対する自信 | 1.90 | 0.64 | 2.53 | 0.76 | 0.0001 |
| 教育への意欲 | 4.16 | 0.61 | 4.15 | 0.63 | 0.97 |
| 教育の方法 | 2.30 | 1.03 | 3.67 | 0.62 | 0.0001 |
| 質の高いEOLケアの達成への意欲 | 2.72 | 0.73 | 3.60 | 0.60 | 0.0001 |
| 教育の参加者への影響 | 2.83 | 0.76 | 3.37 | 0.64 | 0.0001 |

*P 値は(Wilcoxon の符号付き順位和検定)

3. これからの開催予定と展望

| 活動 | 目的 | 2011年度 | 2012年度 | 2013年度～ |
|--------------------------|---|---|-----------------------|--------------------------|
| ELNEC-J 指導者養成プログラムの開催 | 一般看護師を対象に緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアに関する能力を効果的に教育することができる指導者を養成する | ・2011/5/21(土)-22(日) 大阪 ・2011/11/12(土)-13(日) 東京 | 3回開催予定 | ELNEC-J 指導者の活動状況で開催回数を判断 |
| ELNEC-J 指導者フォローアップ研修会の開催 | ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの普及に向けたELNEC-J 指導者のサポート | ・2011/5/22(日)大阪 ・2011/7/30(日) JSPM 学術大会開催時併催 ・2011/11/13(日)東京 | N/A | N/A |
| ELNEC-J 指導者交流集会の開催 | ELNEC-J 指導者の活動状況と今後の課題に関する情報収集、ELNEC-J 指導者間の情報交換およびネットワーク作り | 2011/7/30(日) JSPM 学術大会開催時併催 | JSPM 学術大会開催時併催 | JSPM 学術大会開催時併催 |
| ELNEC-J 指導者の活動状況管理 | ELNEC-J 指導者の活動状況を継続的に把握し、ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラムの普及状況を把握する | ELNEC-J 指導者の活動状況管理システムの構築と始動 | ELNEC-J 指導者の活動状況管理の継続 | ELNEC-J 指導者の活動状況管理の継続 |

4. 5年後の目標

ELNEC-J 指導者養成プログラムを修了した ELNEC-J 指導者の拡充と、そのサポートの強化により、一般看護師を対象とした ELNEC-J 看護師教育プログラムの開催を推進する。その結果、2016年までに ELNEC-J 指導者を全国で約 1500 人養成し、ELNEC-J 看護師教育プログラムを修了し、緩和ケアに関する基本的知識を携えた一般看護師を 7 万人以上育成する。

補足資料

<目標値の根拠>

- ① ELNEC-J 指導者養成プログラムを修了した ELNEC-J 指導者数の目標値算出根拠について
各都道府県に 20 人以上、かつ全国のがん診療連携拠点病院に 2 人以上の ELNEC-J 指導者を養成することを目標とする。表 2 のようなスケジュールで達成可能である。

表 2. ELNEC-J 指導者数目標値の算出根拠

| 時期 | 指導者数 | 根拠 |
|------------|--------|--|
| 2011 年 3 月 | 345 名 | 2011 年 2 月時点での指導者数 |
| 2012 年 3 月 | 489 名 | 前年度の指導者養成プログラム(定員 72 名)×2 回開催により 144 名増加 |
| 2013 年 3 月 | 777 名 | 前年度の指導者養成プログラム(定員 72 名)×4 回開催により 288 名増加 |
| 2014 年 3 月 | 1065 名 | 同上 |
| 2015 年 3 月 | 1353 名 | 同上 |
| 2016 年 3 月 | 1641 名 | 同上 |
| 2017 年 3 月 | | 実働指導者数により開催回数を決定する |

- ② ELNEC-J 看護師教育プログラムを修了した一般看護師数の目標値算出根拠について
ELNEC-J 指導者養成プログラムを修了した ELNEC-J 指導者が 1) がん診療連携拠点病院 377 施設で、毎年約 40 名の一般看護師を対象に開催研修会を開催する 2) そのほかの施設や地域で、20 名の一般看護師を対象に開催する、と考えると表 3 のように修了者は推計できる

表 3. ELNEC-J 看護師教育プログラムを修了した一般看護師の目標値の算出根拠

| 年度 | ELNEC-J 指導者数 | ELNEC-J 看護師教育プログラム運営主体 | | 合計したプログラム修了者数 (人) |
|------|-----------------|----------------------------|----------------------|----------------------|
| | | がん診療連携拠点病院 (受講者 40 人/回) | それ以外 (受講者 20 人/回) | |
| 2011 | 345 名 | 40 人×30 施設 | 20 人×10=200 | 1400 |
| 2012 | 489 名 | 40 人×60 施設 | 20 人×20 施設=400 | 2,800 |
| 2013 | 777 名 | 40 人×120 施設 | 20 人×40 施設=800 | 5,600 |
| 2014 | 1065 名 | 40 人×377 施設=15080 | 20 人×50=1000 | 16,080 |
| 2015 | 1353 名 | 40 人×377 施設=15080 | 20 人×50=1000 | 16,080 |
| 2016 | 1641 名 | 40 人×377 施設=15080 | 20 人×50=1000 | 16,080 |
| 2017 | 1641 名 | 40 人×377 施設=15080 | 20 人×50=1000 | 16,080 |
| 合計 | | | | 74,120 |

参考：2008 年度の我が国の看護師総数は、1,397,300 人（平成 22 年度厚生労働白書より）であり、ELNEC-J 指導者養成プログラム及び ELNEC-J 看護師教育プログラムを修了し、緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの基礎知識を携えた看護師数である 74,120 人は、その約 5%に値する。



「小児科医のための緩和ケア教育プログラム」
CLIC (Care for Life-threatening Illnesses in Childhood)

開発の背景

救命と根治を目的とした小児医療は先進化の一途をたどっているが、その一方で根治困難な小児がん、先天性疾患、遺伝性疾患、神経筋疾患、脳性麻痺などの生命を脅かされる疾患に罹患した子どもとその家族に対する支援は十分とは言えないのが現状である。

成人のがん領域ではすでに緩和ケアの重要性に注目が集まっており、がん診療に従事する医師を対象とした緩和ケア教育プログラム「PEACE」が整備されているが、「PEACE」はあくまで成人のがん診療を念頭に作られたプログラムであり、小児緩和ケアの教育には適当でないため、小児科診療に特化した緩和ケア教育研修プログラムが必要であった。

本プログラムの特徴

「CLIC」は数十名規模の参加者による短期集中開催型（2日間）の研修会を想定しており、講義の他に、ビデオ教材を用いる、ロールプレイを行う、小グループでの事例検討などのグループワークが多く含まれ、教育効果を高める工夫がなされている。このような取り組みは小児緩和ケアの先進地である欧米でも類を見ず、我々の知る限り世界初のものである。教材内容には小児がんをはじめとした様々な小児難病を取り上げ、成長発達段階に応じて、薬用量やコミュニケーション法が変化していく小児科診療の特性にも配慮して開発が進められた。

表. プログラムの内容

| | モジュール名 | 時間(分) | 形式 |
|----|------------------|-------|-------------------|
| 1 | 小児緩和ケア概論 | 40 | 講義 |
| 2 | 基本的なコミュニケーション技術 | 40 | 講義 |
| 3 | 子どもの疼痛 | 70 | 講義 |
| 4 | 処置時の苦痛緩和 | 20 | 講義・DVD |
| 5 | 難しい場面でのコミュニケーション | 110 | 講義・ロールプレイ・小グループ討論 |
| 6 | 小児医療と倫理 | 100 | 講義・小グループ討議 |
| 7 | その他の症状緩和 | 45 | 講義 |
| 8 | 地域連携 | 60 | 講義・DVD |
| 9 | 死が近づいたとき—総論 | 60 | 講義・小グループ討論 |
| 10 | 死が近づいたとき—救急の場面で | 60 | 講義・ロールプレイ |
| 11 | ストレス・マネジメント | 35 | 講義・実技 |

本プログラムのもつ意義

本プログラムが提唱する小児緩和ケアのコンセプトが、広く小児科診療の現場に浸透していくことで、直接には治癒困難な疾患に苦しむ小児とその家族への支援の充実に図ることができると考えられる。また緩和ケアの手法を共有し、問題解決の道筋が示されることで、子どもの苦痛や死と直面している現場の医療者自身の悩みを減じる一助ともなる。本プログラムを通じた小児緩和ケアへの取り組みが、ひいては小児医療の質の向上、そして安心して子どもを産み育てることのできる社会の実現へとつながることが期待できる。

本プログラム開発について

2009年7月より厚生労働省科学研究費がん臨床研究事業42「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究（主任研究者：木澤義之）」によりプログラム作成を開始し、翌2010年3月に完成した。（内容供覧）

研修会開催実績

これまでに2010年5月、同11月の2回、以下の内容で小児科医対象の研修会を開催した。

・第1回研修会：2010年5月29日（土）～30日（日）、大阪

主催：「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班；参加者：35名

・第2回研修会：2010年10月16日（土）～17日（日）、日本財団ビル（東京都港区）

主催：多田羅竜平、永山淳、木澤義之；参加者：33名

今後の展望

- ①本プログラムがターゲットとする学習者は基幹病院の小児科医である。
- ②第1段階として今後2年間は、研修会の年2回程度の定期的開催を継続する。プログラムの内容や構成の検討を行い改善を図る。1回の研修会で30名受講とすると、2年間で本プログラムを修了する医師は、120名程度と考えられる。
- ③第2段階として、次の3年間でより多くの研修会を全国で展開する。例えば小児専門病院、大学小児科、地域基幹病院小児科などが研修会を主催するイメージである。各地での研修会開催のために、年2回程度、約30名を対象とした指導者研修会を行う。指導者研修会修了者が、各都道府県で30名規模の研修会を年1回主催すると仮定すれば、毎年1500名程の履修者が出るものと想定できる。これは厚生労働省が出している小児科医数15000人の約10%に相当する
- ④看護師や病棟保育士などの多職種が参加できるように、職種毎のニーズに合わせたモジュール内容の改変や、多職種参加を前提にしたモジュール作成が必要かもしれない

看護師の研修について

緩和ケア専門委員会

参考人 福井トシ子

本日の緩和ケア専門委員会には出席が叶わないため、書面にて意見を述べさせていただきます。

第1回がん対策推進協議会・緩和ケア専門委員会においては、看護師を対象とした研修の必要性に関する議論がなされました。第2回では「研修」が議題となっておりますので、看護師の研修について、以下の意見を述べさせていただきます。より質の高いケアの提供に向け、現状を共有いただきご検討くださいますよう、お願いいたします。

1. 研修の仕組みは一定あるが、十分に活用されていない状況

前回の専門委員会では、看護師の研修そのものが無い、とのご意見もありました。しかし、がん研修の機会やプログラムは散見され、がん診療連携拠点病院でも、多くの研修が行われております。日本看護協会においても、実務経験3年以上の看護師を対象に「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」(資料)を実施しております。研修修了者は13年で1,000人強です。また、国の事業として「がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策事業」が実施されているものの、事務局から提出された資料によれば、全ての都道府県で実施されているわけではありません。このように研修の仕組みは一定ありますが、それが十分に活用されない背景には、看護師が参加しにくい何らかの状況があるのではないかと推察します。

2. 研修参加を推進するための課題

研修参加が難しい要因は様々に考えられます。例としては、勤務している都道府県で研修が行われていない等の地理的な要因があります。全ての都道府県で研修が実施されることが必要ではないかと考えます。また、研修参加のためには、研修派遣元の医療機関は看護職員の配置基準を満たすための人員確保等が必要であり、このことも阻害要因と考えられます。このため、現状のままで研修への参加を促すだけでは実効性は乏しいのではないのでしょうか。

例えば、がん対策推進基本計画の個別目標において、研修を明確に位置づけることにより、都道府県においても研修実施が進み、また各医療機関からの研修参加も推進されるのではないのでしょうか。その上で、入院基本料において、安全管理等に係る職員研修の時間の取扱と同様に、がんに関する研修も実働時間数として計上できるようにすることも、実効力のある方策と考えます。

上記以外も含め、参加を阻害する要因を把握した上で、研修の実施や参加を推進するための方策を検討することが必要ではないかと考えます。

日本看護協会が実施する緩和ケアに係る研修について

1. 研修名

「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」

※平成 21 年度において、前身の「緩和ケアナース養成研修」カリキュラムを改正、

平成 22 年度より導入

※日本財団より助成を受け、笹川記念保健協力財団と共催

日本看護協会は、講義・演習を担当、笹川記念保健協力財団は、臨地実習を担当

2. 研修目標

死にゆく過程を生きる人とその家族へのケアの質の向上を目指して、ホスピス緩和ケアの基本と実際について学び、様々な場でホスピス緩和ケアを実践する看護師を育成する

3. 実施概要

(1) 研修対象

ホスピス・緩和ケア病棟、一般病棟、外来、在宅、病院以外の施設（高齢者施設等）で、死にゆく過程を生きる人とその家族の看護に携わっている実務経験 3 年以上の看護師

(2) 研修内容

講義・演習、事例検討、臨地実習（研修期間：6 週間）

○講義・演習（78 時間）

科目：ホスピス緩和ケア総論、進行がん患者に見られる身体的症状と看護、死にゆく人の心理とケア、死にゆく人の家族のケア、在宅におけるホスピス緩和ケア、終末期医療における倫理的問題と対応

※研修カリキュラムは、別紙参照

○事例検討（12 時間）

事例検討（グループワーク）、報告会

○臨地実習（90 時間）

実習施設：東札幌病院、聖ヨハネホスピスケア研究所、ピースハウス病院、
聖隷三方原病院*、淀川キリスト教病院、姫路聖マリア病院、
山口赤十字病院*、栄光病院（*地域がん診療連携拠点病院）

(3) 開催場所・開催回数

日本看護協会の研修施設（看護研修学校：東京都、神戸研修センター：兵庫県）にて各年 1 回開催

(4) 受講料

68,000 円（講義・演習：40,000 円、臨地実習：28,000 円）

4. 修了者数

【平成 10 年度～平成 22 年度（累計）】

修了者 1,007 名、修了見込者 55 名（延べ定員枠 1,060 名に対し、応募者 1,688 名）

「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」カリキュラム（例）

| 科目 | 講義テーマ | 時間 | 主な内容 |
|---------------------|---------------------------|-----|---|
| ホスピス緩和ケア 総論Ⅰ | がん医療の動向と腫瘍学 | 3 | がん医療の動向/がん対策支援法/がんの疫学/がんの病態生理/がんの診断・治療 |
| | ホスピス緩和ケア概論 | 3 | ホスピス緩和ケアの歴史と現状/ホスピス緩和ケアの基本理念/様々な場でのホスピス緩和ケア/トータルペインとトータルケアの概念/ホスピス緩和ケアにおける看護師の役割 |
| ホスピス緩和ケア 総論Ⅱ | 死生学 | 3 | 日本人の死(文化的、歴史的、統計的側面を含む)/死生観を育むことの重要性 |
| | がん患者への社会的支援 | 3 | 社会資源の活用/がん患者の社会的ニーズ/がんやホスピス緩和ケアのための医療保険制度・介護保険制度 |
| | チーム医療(チームアプローチ) | 3 | ホスピス緩和ケアにおけるチーム医療/チーム医療の特長/多職種チーム/チームマネジメント/チームメンバーの働き/チームにおける意思決定/カンファレンスの目的と運営 |
| | ストレスマネジメント | 3 | ホスピス緩和ケアにおけるスタッフのストレス/ストレスマネジメント |
| | ホスピス・緩和トピックス | 3 | エンゼルケア(臨死期のケアを含む) |
| 進行がん患者に見られる身体的症状と看護 | がん性疼痛 | 15 | 主ながん症状の病態生理/アセスメント/看護(臨死期のケアを含む) |
| | 消化器症状 | | |
| | 呼吸器症状 | | |
| | 精神症状 | | |
| 死にゆく人の心理とケア | コミュニケーションスキル | 15 | 死にゆく人の心理とコミュニケーション/コミュニケーション・スキル |
| | スピリチュアルケア | | スピリチュアリティ/スピリチュアルペイン/スピリチュアルケア(生きる意味・希望を支える看護) |
| 死にゆく人の家族のケア | 死にゆく人の家族のためのコミュニケーションスキル | 12 | 死にゆく人の家族の心理とコミュニケーション/グリーフケア/遺族ケア |
| | 家族看護 グリーフケア/遺族ケア | | |
| 在宅におけるホスピス緩和ケア | 在宅ケアの歴史と現状/施設と地域の連携 | 3 | 在宅におけるホスピス緩和ケアの概念/在宅ホスピス緩和ケアの歴史と現状/在宅における看取り/家族のサポート/施設間・地域・医療者間の連携 |
| | 在宅ケアの実践 | 3 | |
| 終末期医療における倫理的問題と対応 | がん終末期における倫理的諸問題(基礎編) | 9 | インフォームドコンセントと意思決定の支援/患者の権利/看護者の倫理綱領/事前指示/悪い知らせを伝えることの重要性と困難さ * 治療中止・治療不開始、尊厳死と安楽死、セデーション、終末期の輸液等 |
| | がん終末期における倫理的諸問題(応用編/事例演習) | | |
| 事例検討 | | 12 | 事例検討(グループワーク)/報告会 |
| 臨地実習 | | 90 | |
| 合計 | | 180 | |

診療報酬における専門看護師・認定看護師の評価

(2011年1月1日現在)

| 改定 | 診療報酬項目 | 点数 | 配置要件 | 研修要件(○専門看護師 ●認定看護師) | 認定者数 |
|-------------|---|-----------------|-------------|---------------------|-----------------|
| 2010 | 感染防止対策加算 | 100点 (入院初日) | 専従または 専任 | ● 感染管理 | 1,177 |
| | | | | ○ 感染症看護 | 9 |
| | 呼吸ケアチーム加算 | 150点 (週1回) | 専任 | ● 集中ケア | 531 |
| | | | | ● 新生児集中ケア | 191 |
| | | | | ● 救急看護 | 506 |
| | | | | ● 小児救急看護 | 111 |
| | | | | ○ 急性・重症患者看護 | 62 |
| | | | | がん患者カウンセリング料 | 500点 (1回に限る) |
| | ● がん性疼痛看護 | 458 | | | |
| | ● がん化学療法看護 | 625 | | | |
| | ● がん放射線療法看護 | 30 | | | |
| | ● 乳がん看護 | 135 | | | |
| | ● 摂食・嚥下障害看護 | 233 | | | |
| ● 皮膚・排泄ケア | 1,389 | | | | |
| ○ がん看護 | 250 | | | | |
| ○ 精神看護 | 93 | | | | |
| 栄養サポートチーム加算 | 200点 (週1回) | 専従または 専任 | ● 摂食嚥下障害看護 | 233 | |
| 2008 | 糖尿病合併症管理料 | 170点 (月1回) | 専任 | ● 糖尿病看護 | 248 |
| | | | | ● 皮膚・排泄ケア | 1,389 |
| | | | | ○ 慢性疾患看護 | 48 |
| 2006 | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | 500点 (入院中1回) | 専従 | ● 皮膚・排泄ケア | 1,389 |
| 2004 | 緩和ケア診療加算 ＜施設基準＞ がん診療連携拠点病院若しくはそれに準じる病院、又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること | 400点 (入院中1回) | 専従 | ● 緩和ケア | 912 |
| | | | | ● がん性疼痛看護 | 458 |
| | | | | ● 乳がん看護 | 135 |
| | | | | ● がん化学療法看護 | 625 |
| | | | | ● がん放射線療法看護 | 30 |
| | | | | ○ がん看護 | 250 |