

Ⅲ. 緩和ケアにおける医師の卒後研修の現状と展望

木澤 義之

(筑波大学大学院人間総合科学研究所)

はじめに

わが国における緩和医療の教育は、卒前卒後ともに十分整備されているとはいえ、ホスピス・緩和ケア病棟においても、また緩和ケアチーム診療においてもその人材不足が深刻となってきている。看護師に関する教育は、各種セミナーの開催、認定看護師制度の普及などもあり、ある程度の目処がついてきている。しかしながら、医師に対する教育は、現在ようやく形が見えてきているという段階にある。

本稿では、その教育対象を緩和医療専門医、一般医に分け、それぞれの現状と今後の課題について述べる。

緩和医療専門医に対する教育

ホスピス緩和ケア病棟の数は、2005年12月現在153施設、2,890床と増加し¹⁾、加えて全国の一般病院に40を超える緩和ケアチームが設置されていることを考えると、緩和ケアに専従する医師は増加しつつあると考えられる。しかしながら、いまだに緩和ケアに従事する医師の人材不足ははなはだしく、筆者の知っているかぎりでも多くの施設で医師の求人を行っている。加えて、緩和ケア診療の質の保証も十分に行われているわけではなく、人材の量的問題に加えてその質も昨今問われてきている。

この問題への対応として、日本ホスピス緩和ケア協会および日本緩和医療学会において医師用の教育カリキュラム¹⁾が作成されている。これらの文書には緩和医療の実践に必要な医師の能力について具体的に明記されており、その到達目標が

明らかにされている。また同時に、日本ホスピス緩和ケア協会および緩和医療学会の双方においてカリキュラムに基づいた教育セミナーが実施されており、徐々にその体制が整備されつつある。

日本ホスピス緩和ケア協会においては、年2回教育セミナーが開催されており、その特徴は「多職種教育 (multidisciplinary)」「症例ベースで (case based)」「体験を通して (experience based)」という3つに集約される。主として看護師の参加が多いが、医師にとっては知識を習得したり、リフレッシュするだけでなく、チームアプローチや患者・家族の評価に関して学習することができるセミナーであるということが出来る。また、日本ホスピス緩和ケア協会ではその教育活動の拠点を各地方の支部にもおこようになってきており、全国各地においてこのような教育機会の提供がなされることが期待される。

また、日本緩和医療学会では、年1~2回のペースで教育セミナー（以前はリフレッシュセミナーと呼称）を開催している。こちらは主として医師および認定看護師を対象とした講義形式のもので、数年間でカリキュラムの重要な部分を網羅するように作成されている。日本緩和医療学会ではこの教育セミナーをさらに充実させていく方針となっており、今後さらにその内容と頻度が充実することが期待される。

一般医に対する卒後教育

悪性腫瘍による死亡者数は年間約30万人であり、国民の死亡原因の第1位となっており、今後さらにその数は増えていくと考えられる。しかしながら、その多くはホスピス緩和ケアの恩恵を受

けていないのが現状であり²⁾、多くの国民が緩和ケアの提供を受けるためには、緩和医療専門医だけでなく、一般医に対して緩和医療の基礎的な能力を教育する必要がある。しかしながら、悪性腫瘍をはじめとする、生命を脅かす可能性のある疾患を持つ患者を診察することは多くの医師にとって避けて通ることのできない「common problems」であるが、その教育は卒前卒後を通して確立されていないのが現状である。

この問題を抜本的に解決するためには、国レベルでの抜本的な施策が必要となるため、その実施には多くのバリアが存在すると予想される。問題の早期解決のためには、まず緩和ケアに専従している緩和ケア病棟や緩和ケアチームの医師の能力を標準化し、彼らが特定の教材を用いて、各地方や各所属機関で緩和ケアの教育を行うことにより、日本全体の緩和ケアの普及と質の保証を行うことが現実的であると考えられる。

このような目的から、日本緩和医療学会および同教育研修委員会では日本緩和医療学会会員で、かつ緩和医療の教育に従事しているものに対してEPEC-O (the Education in Palliative and End-of-life Care-Oncology) セミナーを実施することを決定し、2005年12月に第1回目の教育セミナーを開催した。その内容は、下記のように米国のEPEC-Oプロジェクトに準拠するものであるため、以下にEPECおよびEPEC-Oプロジェクトについて述べる。

EPEC プロジェクト

EPEC-O について説明するためには、まずEPECプロジェクト (the Education in Palliative and End-of-life Care (以前は the Education for Physicians on End-of-life Care であった)) について述べる必要がある。

EPEC-O は、EPEC の腫瘍臨床に特化したものと考えてよい。EPEC は1997年より米国医師会 (AMA) とロバートウッドジョンソン財団により設立され、現在、本部はシカゴのノースウェスタン大学医学部に設置されている。このプロジェクトの目的はすべての医療従事者に対して基本

的な緩和ケア臨床能力を教育することであり、そのために指導者を養成するための「EPEC train the trainer workshop」という2日半の合宿研修の実施を核としたものである。このtrain the trainer workshopの参加者は、事前に修了後の具体的な教育計画を提出し、修了後EPECの普及に努めることが義務づけられる。

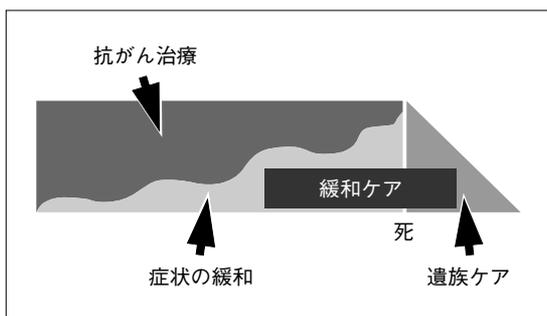
コースの内容は計17個のモジュールに分かれており、各セッションは成人学習理論に基づいて構成され、トリガービデオと呼ばれる臨床場面の会話をもとにワークショップ方式で進められる。このワークショップの修了者は、新規EPECトレーナーとして登録され、トレーナーズガイド、ハンドブック、教育スライド、トリガービデオ、などが与えられる。

これらの資料は商業目的で使用することは禁じられているが、教育目的には本部への報告を条件として、自由に使用し、また改編することも許されている。この資料を用いておのおのの現場へ戻り、必要な援助を受けながら指導を行うことになる。EPEC本部によれば、これまでに1,600人のEPECトレーナーと185,000人の「エンドユーザー」が誕生している。また、EPECのハンドブックだけでも、日常の緩和ケア診療の中で、大いに役立つリファレンスとなり、緩和医療の質の向上に寄与していると考えられる。EPECは現在、Web上で受講することが可能であり³⁾ (有料)、1997年度版のハンドブックは無料で公開されている³⁾。

一方EPEC-Oは、臨床腫瘍医を対象としたカリキュラムであり、EPECプロジェクトとASCOとの協働により開発され2005年6月に第1回目のtrain the trainer workshopが開催された。EPEC-Oの最大の特徴は、「包括的がん医療 (comprehensive cancer care)」という概念がその全体を通して貫かれている点である (図1)。つまり、緩和医療はがん治療の大きなコンポーネントのひとつであり、その診断時から抗がん治療と並行して緩和ケアが行われ、サポータティブケアから死別後のケアに至るまでの幅広いケアを切れ目なく提供しようとするものである。

また、EPEC-Oのもうひとつの特徴は、コミ

コミュニケーション教育にある。時間の約半分はがん告知、再発に際してのコミュニケーション、予後伝える、葛藤を解決する、目標を話し合うなどのコミュニケーションスキルの向上に費やされており、「どんな状況であっても臨床腫瘍医が患者と家族のよい援助者である」ことがポリシーとして貫かれている。また EPEC との相違点として、臨床試験、がんサバイバーシップ、医師のバーンアウトなどの腫瘍学に関する話題が取り上げられており、がんの臨床に携わるすべての医師にとって必要不可欠な内容になっている（表1）。



■図1 包括的がん医療

日本での EPEC-O の展開

日本緩和医療学会では、前記した 2005 年 6 月に開かれた train the trainer workshop に 2 名の医師を派遣し、その医師を中心に日本での EPEC-O セミナーの実施を計画、実行中である。そのプロジェクトは現在進行中であるが、2005 年秋から受講者に手渡すためのトレーナーズガイド、ハンドブック、教育スライド、トリガービデオ学習資料の日本語化を開始し、12 月に第 1 回のセミナーを開催した。セミナーには日本全国から 60 名を超える医療従事者が参加し、申し込みは募集開始から数日で募集人員に達した。

セミナーは表 2 のような内容で行われ、盛会に終了し、参加者アンケートの結果よりその反応はおおむね良好であった。問題点としては、資料の内容が日本の実情に合っていないことがその第一に挙げられ、今後はテキスト内容の吟味と改変、日本版の EPEC-O の作成を行い、年 2 回 60 名規模での train the trainer workshop を行っていくほか、セミナー修了者への資料提供（改変したテキスト、トリガービデオ、スライドなど）、セミナー修了者が開催する各地方や所属期間におけるセ

■表 1 EPEC-O の内容

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| Plenary 1 | : Gaps in Oncology |
| Plenary 2 | : Models of Comprehensive Care |
| Plenary 3 | : Charting the Future |
| Teach 1 | : Teaching Skills 1 |
| Teach 2 | : Teaching Skills 2 |
| Module 1 | : Comprehensive Assessment |
| Module 2 | : Cancer Pain |
| Module 3 | : Symptoms (16 個の小モジュールに分割されている) |
| Module 4 | : Loss, Grief, and Bereavement |
| Module 5 | : Survivorship |
| Module 6 | : Last Hours of Living |
| Module 7 | : Communicating Effectively |
| Module 8 | : Clarifying Diagnosis and Prognosis |
| Module 9 | : Negotiating Goals of Care |
| Module 10 | : Clinical Trials |
| Module 11 | : Withdrawing Nutrition, Hydration |
| Module 12 | : Conflict Resolution |
| Module 13 | : Advanced Care Planning |
| Module 14 | : Physician-Assisted Suicide |
| Module 15 | : Cancer Doctors and Burnout |

■表2 セミナーの内容

| ■ 12月10日(土) | | |
|-------------|--|-----|
| 時間 | 内容 | 形式 |
| 8:30 | 受付開始 | |
| 9:00 | プレテスト | 全体 |
| 9:20 | Plenary 1: 緩和医療概論 | 全体 |
| 10:00 | Module 1: 患者家族の包括的評 | 全体 |
| 10:50 | 休憩 | |
| 11:00 | Module 2: 疼痛コントロール | 全体 |
| 12:00 | 昼食 | |
| 13:00 | Module 7: 効果的コミュニケーション, M8: 診断と予後を伝える, M9: 治療のゴールを話し合う | |
| 13:00~13:10 | トリガービデオ: M8.9 (SGD) | 全体 |
| 13:10~13:45 | 小グループ討論 (SGD) | |
| 13:50~14:05 | 発表 (1G 3分 全体) | SGD |
| 14:05~14:35 | レクチャー (M7. 8. 9) | |
| 14:40~15:55 | ロールプレイ, フィードバック, SGでのまとめ (SGD) | SGD |
| 16:00 | 休憩 | |
| 16:20 | 「消化器症状 (嘔吐, 便秘, 腹水, 腸閉塞): M3」 | 全体 |
| 17:20 | 「呼吸器症状 (呼吸困難・胸水): M3」 | 全体 |
| 18:20 | まとめ・ポストテスト | 全体 |
| 19:00 | 終了 | |
| ■ 12月11日(日) | | |
| 時間 | 内容 | 形式 |
| 8:20 | プレテスト | |
| 8:40 | 「精神症状 (不安, 抑うつ, せん妄) M」 | 全体 |
| 9:40 | 休憩 | |
| 10:00 | 「M12: 葛藤の解決」 「M11: 輸液と栄養の中止」 | SGD |
| 10:00~10:10 | トリガービデオ (SGD) | 全体 |
| 10:10~10:30 | グループディスカッション (SGD) | |
| 10:30~11:20 | ロールプレイ, フィードバック | SGD |
| 11:20~11:40 | レクチャー | 全体 |
| 11:40~12:00 | レクチャー | 全体 |
| 12:00 | まとめ, ポストテスト | 全体 |

SGD: Small group discussion

セミナー開催の支援などを行っていききたいと考えている。

今後の展望

日本における緩和ケアの組織的教育は、今ようやく始まろうとしている段階である。医学部や看護学部における卒前教育、生涯教育、専門医制

度、卒後臨床研修制度など解決していかなければならない課題や問題は山積しているが、このEPEC-Oプロジェクトの実施およびEPEC-O日本語版の作成を通して、関連団体（大学病院の緩和ケアを考える会、死の臨床研究会、日本ホスピス緩和ケア協会、日本緩和医療学会、厚生労働省、文部科学省など）と連絡を取りながら、一步一步、歩みを進めて行きたいと考えている。

現在の状況を船旅にたとえれば、旅の目的地ははっきりしており、とりあえず西に向かえば目的地に到達することは分かっているが、海図がないためその具体的な航行計画が立てられず、行き当りばったりになっているというところであろうか。世の中の緩和医療に対するニーズから考えても、特殊な、勇気のある航海者しか到達できない

現在の状況を打開し、現在すでに航行している医師が安心でき、かつ緩和医療を実践したいと考える医学生や医師が気軽に航海できるような仕組みをつくることが要求されていると感じている。

文 献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ <http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>
- 2) Ida E, Miyachi M, Uemura M, Osakama M, Tajitsu T: Current status of hospice cancer deaths both in-unit and at home (1995–2000), and prospects of home care services in Japan. *Palliat Med* **16**: 179–184, 2002
- 3) EPEC ホームページ <http://www.epec.net>
- 4) http://www.jspm.ne.jp/ed/EPEC-O_051210.html