

V. 緩和ケアにおける海外の教育研修プログラムと実際

1. アメリカ

森本 みき

(カリフォルニア、バークレー市在住、医師)

はじめに

アメリカにおける緩和ケアは、1970年代にホスピス運動として既存する医療の枠外から広がり、メディケアの保険給付対象となった1983年以降は、余命6カ月以内のすべての難治性疾患患者を対象に、主に在宅ケアを中心として発展してきたという歴史的背景を持っている。

地域型ホスピスは、すでにアメリカ全土に3,200以上存在し、約95万人がケアを受けているとされるが、この数は過去10年間で倍増している。2000年にはアメリカの総死亡者数の約25%、末期がん患者の実に40%が緩和ケアを受けおり、この数は緩和ケア先進国とされてきたイギリス、カナダ、オーストラリアにも劣らない。しかしながら、国民の9割以上が「家で最期を迎えたい」との希望を持っているにもかかわらず、未だ大多数が病院などの施設で亡くなっていることを考えると、アメリカの緩和ケアは、プログラムの充実や人材確保の面でさらなる改善を要する状況にあるといえるだろう¹⁾。

このような背景を踏まえ、アメリカの緩和ケア組織がどのような教育活動を行っているのか、卒後教育を中心に紹介するのが本稿の目的である。

教育研修プログラム（医師）

数の上で飽和した感のある地域型ホスピスとは対照的に、病院を基盤とした緩和ケアサービスは近年著しく増加し、現在800以上の病院で緩和ケアサービスを提供している。

こうした状況の中、大学などの教育機関病院を中心とした緩和ケア教育研修施設も増加した。1

年間以上の教育研修プログラムを有する施設は5年前にはわずか17であったが、今では小児科3施設を含む約50が登録されている²⁾。うち18施設は、2004年から始まった緩和医療審査委員会(Palliative Medicine Review Committee)の認可プログラムである³⁾。これは緩和ケア研修の質的統一および、国からの財政的補助を受けるうえで鍵となる卒後医学教育認可評議会(Accreditation Council for Graduate Medical Education)⁴⁾による正式認可への布石と考えられる。

ほとんどの研修プログラムが年間1~数名受け入れることを考えると、これから毎年100人以上の卒業生を出す見込みとなる。北米全体で過去5年間に研修を受けた約100名の卒業生のほとんどは、その後も緩和医療を専門として引き続き臨床または教育に携わっているという。これら緩和ケアフェローたちは、専門家として各地でリーダー的役割を担うことになる。

資格認定試験

1996年から、アメリカホスピス緩和医療認定委員会(American Board of Hospice and Palliative Medicine; ABHPM)⁵⁾による認定医試験が行われている。現在まで約2,000人が資格を取得し、応募者は年20%の割合で増加中という。受験資格は比較的厳しく、専門医認定機構(American Board of Medical Specialties)により認可された他分野での専門医資格を既得していることが条件の一つである。応募枠は、正式な研修プログラム修了者向けであるフェローシップ枠とその他の実験的枠とに分かれ、大多数は実験的枠での応募となる。医師のみで構成されるアメリカホスピス緩

和医療学会 (American Academy of Hospice and Palliative Medicine ; AAHPM) の会員約 2,000 名のうち、半数はこの資格を有しているとされる⁶⁾。

ABHPM は現在この資格に対して、米国内科学委員会 (American Board of Internal Medicine), 家庭医学委員会 (American Board of Family Medicine) への協賛を要請中であり、小児医学委員会 (American Board of Pediatrics) に対しては、別に小児緩和専門の認定試験の設立へ向けて協働を申請しているところである⁷⁾。

看護師においては、1993 年から緩和ケア専門ナースの認定が始まっており、2003 年までに 8,000 人以上が認定された。またアメリカの看護助手は、医療現場で緩和ケア患者に接する機会が多いとされ、彼らに対する認定試験も 2002 年より始まっている⁸⁾。

生涯教育

AAHPM, 全米ホスピス緩和ケア協会 (National Hospice and Palliative Care Organization)⁹⁾, 米国臨床腫瘍学会 (American Society of Clinical Oncology ; ASCO), 緩和ケアリーダーシップセンター (Palliative Care Leadership Center)¹⁰⁾, がんセンターや大学などの教育機関により多くの緩和ケア生涯教育が主催されている。教育者向けの 1 週間の集中コースから、チーム対象の緩和ケアサービスの設立運営、一般医向けへのオンライン学習や通信教育など形態もさまざま、多くは米国医師会の生涯教育 (Continuous Medical Education) 認定済みである。

しかし、中でも近年注目されるのは、米国医師会 (American Medical Association) の倫理機関とロバートウッド財団により設立された「緩和と終末期に関する教育プロジェクト」、いわゆる EPEC プロジェクトであろう。EPEC とは、“the Education in Palliative and End-of-life Care” の略であるが、もともとは “the Education for Physicians on End-of-life Care” という医師向けのカリキュラム¹¹⁻¹³⁾ を、すべての職種に広げようというものである。現在の本部は、イリノイ州シカゴのノースウエスタン大学医学部に設置されてい

る。

EPEC プロジェクト

今年で 8 年目を迎えるこのプロジェクトは「すべての医療従事者に対して基礎的な緩和ケア臨床能力を教育する」ことを使命とし、その普及に「指導者を指導する train-the-trainer」アプローチを用いていることが特徴である。本来、あらゆる難治性疾患において適応が認められているアメリカの緩和ケアであるが、大多数の医師は、これまで緩和ケアに関する教育を受ける機会がほとんどなく、トライアンドエラーでの限られた経験に基づいて対応してこざるをえなかった。このギャップを埋めるために設立されたのが EPECTM プロジェクトなのである。

同プロジェクトの核となるのは、「EPEC トレーナー養成コース」という 2 日半の集中コースである。これはその名の通り、緩和ケアを専門としない他の医療従事者を指導する “EPEC トレーナー” を養成するためのコースであり、参加者は、事前に修了後の具体的な指導計画を提出し、教育の普及に努めることに同意することが求められる。コース内容は 4 項目の総論を含む独立した計 17 のモジュール (表 1) に沿って行われると同時に、成人学習理論に基づいた指導スキルの習得が強調されている。各セッションは、患者家族と医師のさまざまな場面での会話のビデオをもとにワークショップ方式で進められる¹⁴⁾。

コース修了者は、新規 EPEC トレーナーとして参加者ハンドブック、指導要綱、スライド一式、ビデオまたは DVD などを携えて現場へ戻り、フォローアップを受けながら指導を始めることになる。本部の報告によると、これまでに 1,600 人の EPEC トレーナーが誕生し、延べ 185,000 人の “エンドユーザー” がこれらトレーナーから 1 モジュール以上の教育を受けたという。同時にエンドユーザー向けの教材はオンライン購入が可能であり、EPEC トレーナーを介さずとも学習できるようにもなっている。さらに無料の簡易インターネット版はノースウエスタン大学のホームページ上で閲覧可能である¹⁵⁾。

■表1 EPECハンドブックより

P1	終末期ケアにおけるギャップ
P2	法律問題
P3	終末期ケアの要素とモデル
P4	次のステップ
M1	事前ケア計画
M2	悪いニュースを知らせること
M3	包括的患者評価
M4	疼痛管理
M5	医師補助自殺
M6	うつ、不安、せん妄
M7	ケアのゴール
M8	突然の病
M9	医学的無益
M10	症状コントロール
M11	治療の差し控え/中止
M12	臨死期のケア
M13	医療者のセフルケア

(P:総論 M:モジュール)

同プロジェクトは、その使命に基づいてさまざまな分野でコラボレーションを行っている。次に紹介するEPEC-オンコロジー (EPEC-O) のほか、退役軍人に対するEPEC VA、プライマリケア分野でのEPEC PACE、アフリカ・ウガンダにおけるEPEC International、シカゴのマウントシナイ病院でのEPEC Mt. Sinaiなどがある。またローマ・カトリック、高齢者、アフリカンアメリカンなど特定人口に対しての項目の補完なども行われ、患者家族向けのプロジェクトも進行中とのことである。

EPEC-O

EPEC-Oは臨床腫瘍医を対象としたカリキュラムであり、ASCOとの協働により開発された。2004年に3日間のトレーニングを受けた15名の講師陣が選出され、2005年6月に第1回目の指導者養成ワークショップがヴァージニア州レストンで開催された(表2)。日本緩和医療学会からは木澤義之医師、向山雄人医師の2名が派遣され、第10回日本緩和医療学会・第18回日本サイコロジック学会総会合同大会のワークショップで紹介され、日本での必要性が討議された。

がん診断時からの抗がん治療と、同時に始まる

■表2 EPEC-O指導者養成ワークショップ(2004年)

[1日目(6月13日)] 午前7:30~午後5:45	
	腫瘍学におけるギャップ:総論1
	包括的患者評価
	がん疼痛管理
	効果的なコミュニケーション
	診断と予後
	症状/症候群
	ケアのゴールを話し合う
	指導技術を高める:総論2
[2日目(6月14日)] 午前7:30~午後6:15	
	包括的ケアのモデル:総論3
	臨床試験
	サバイバーシップ
	治療の差し控え/中止
	臨死期のケア
	事前ケア計画
	腫瘍医と燃え尽き症候群
	指導技術の実践/普及への準備:総論4
[3日目(6月15日)] 午前7:30~午後12:30	
	参加者による実践
	未来の方針を立てる:総論5

緩和ケア(がんサポーターティブケア)から死別後のケアに至るまでのケアを総称してEPEC-Oでは「包括的がんケア(comprehensive cancer care)」として提唱しており¹⁶⁾、病院型緩和ケアサービスの急速な増加と同時にこのモデルが浸透していくことが予想され、実際のがん治療のアウトカムが改善したという報告も出始めている¹⁷⁾。またEPEC-Oには臨床試験、サバイバーシップ、医師のバーンアウトなど終末期に限らないがんケアの問題が取り上げられており、治療を目指す患者から臨死期の患者まで幅広いコミュニケーションを要求されるがん専門医に対して、本カリキュラムは非常に有用であると考えられる。

より日本の文化社会に沿った形で緩和ケアの教育普及に貢献することを目標に、現在EPEC-Oの日本版が開発中であり、2005年12月に第1回目の教育セミナーが開催される予定である。

おわりに

本稿では、アメリカの緩和ケア事情を卒後教育を中心として紹介した。緩和ケアをとりまく医療社会システムはアメリカと日本で大きく異なると

はいえ、患者側のニーズに相違はない¹⁸⁾。「適切な患者に適切なケアを適切な時に、適切な費用で行う“the right patient, in the right bed, in the right time, with the right payment”」ために、より広い分野を取り込んだわが国での緩和ケアの発展が期待される。

文 献

- 1) EPEC participants' handbook. Northwestern University, p. 1-8, 2003
- 2) AAHPM fellowship program directory (<http://www.aahpm.org/fellowship/directory.html>)
- 3) Palliative Medicine Review Committee (<http://www.abhpm.org/content.aspx?ref=24>)
- 4) ACGM (<http://www.acgme.org/adspublic/>)
- 5) American Board of Hospice and Palliative Medicine (<http://www.abhpm.org/>)
- 6) Center for workforces studies “The supply, demand and use of palliative care physicians in the United States”. Sep. 2002
- 7) The American board of Hospice and Palliative Medicine & the American Academy of Hospice and Palliative Medicine “Application to American Board of Pediatrics for Co-sponsorship of Sub-specialty Certification in Hospice and Palliative Medicine”. April, 2005
- 8) Martinez J : Hospice and Palliative Care Specialty Certification for Nursing Assistants. Home Healthcare Nurse 21 : 193-194, 2003
- 9) National Hospice and Palliative Care Organization (<http://www.nhpco.org/custom/directory/main.cfm>)
- 10) At Center to Advance Palliative Care (<http://www.capc.org/>)
- 11) Ferris FD, et al : Ensuring competency in end-of-life care : controlling symptoms. BMC Palliat Care 1 (5), 2002
- 12) VanGeest JB : Process evaluation of an educational intervention to improve end-of-life care : The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) Program. Am J Hospice Palliat Care 18 : 233-238, 2001
- 13) Robinson K, et al : Assessment of the Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) Project. J Palliat Med 7 : 637-645, 2004
- 14) Cole BE : An EPEC weekend. Am J Hospice Palliat Care 16 : 467-470, 1999
- 15) Endlink-Resource for End of Life Care Education (<http://www.endoflife.northwestern.edu/index.cfm>)
- 16) EPEC-O participants' handbook. Northwestern University, p.2-9, 2005
- 17) Meyers FJ, et al : Disease treatment an palliative care throughout illness. J Clin Oncol 21 : 1412-1415, 2003
- 18) Sekimoto M, et al : Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. BMC Fam Pract 5(1): 1, 2004