2. 小児緩和ケアの現状と展望
G. 小児医療に携わる医師のための緩和ケア研修プログラム（CLIC）

永山　淳
（国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 緩和医療内科）

背　景

生命を脅かす疾患（Life-threatening illnesses；LTI）の子どもたちとその家族にとって，緩和ケアが適切に提供されることが大切であることは論をまたない[1,2]。しかし，わが国では医学教育や臨床研修の場において，小児緩和ケアを系統だって学ぶ機会は十分であるとはいえない状況があった。2011年に世界各国の小児緩和ケアの発展レベルの系統的評価が示されているが[3]，それによれば，わが国の小児緩和ケアは全4段階のうちの第2段階とされていて，医療先進国のなかでは際立って低い評価にとどまった。小児緩和ケアの組織化や経済的基盤整備の遅れとともに，研修機会の提供が十分でない点が指摘されている。

こうした状況に変化をもたらす取り組みの1つとして，筆者たちは，小児医療に従事する医師を対象とする小児緩和ケアの基本的な知識や技術，診療態度に関する教育プログラム「小児科医のための緩和ケア教育プログラム（Care for Life-threatening Illnesses in Childhood；CLIC）」を開発した。2010年から開催している研修の成果とともに報告する。

教育プログラムの開発

「平成20～21年度厚生労働省 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（木澤班）」の活動の1つとして，小児緩和ケア教育プログラム開発プロジェクトは2009年に活動を開始した。プロジェクトチームは，日本緩和医療学会に所属する，LTIの子どもの診療経験が豊富で，小児緩和ケアに造詣の深い，小児科医，緩和ケア医，看護師，臨床心理士らで構成された。プロジェクトチームは，プログラムに含まれるべき学習項目とプログラムの構造を，国際的な水準[4,5]や国内の実臨床と照らし合わせながら検討した。プログラムは，小児緩和ケアの概論に始まり，疼痛の評価とマネジメント，侵襲的処置時の苦痛緩和，アドバンス・ケア・プランニング，臨死期のケアなどのモジュールから構成されている。特に子どもや保護者とのコミュニケーションを重視して，多くの時間を割いている。また，生命維持治療の中止と差し控え，子どもの自己決定権をめぐる倫理的なディスカッションを行うセッションを設けているのも本プログラムの特徴である。研修会は，2日間の集中開催形式をとり，インタラクティブ講義，小グループディスカッション，ロールプレイ，ビデオ学習という4つの要素からなる教育ワークショップとして設計されている（**表1**）。

研修会の開催

2010年5月に初回の研修会を開催し，以後は年に2～4回の開催を継続している。初年度から2年間は研究班研究補助金のほか，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，笹川医学医療研究財団の事業助成を受けて開催された。2012年度からは，厚生労働省委託事業「小児がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」として，日本小児血液・がん学会主催（協力・日本緩和医療学会）のもと，開催を継続してきた。これまでに国内から多くの小児医療に携わる医師が研修会を修了しており，小児がん医療に携わる医師はもち

表1　プログラム概要

	モジュール	時間(分)	形式	内容
1	小児緩和ケア概論	40	IL	小児緩和ケアの定義と歴史, 全人的苦痛の概念 LTIの疫学と分類 成人緩和ケアとの類似点と相違点
2	基本的なコミュニケーション	35	IL/RP	医療コミュニケーションのゴール 共感的コミュニケーションの技術
3	子どもの疼痛	80	IL	疼痛の評価:言語的コミュニケーションが可能/不可能な場合に応じて 世界保健機関(WHO)ガイドラインに則った薬物療法
4	処置時の苦痛緩和	35	VL	プリパレーション・ディストラクションの紹介
5	希望を支えるケアプラン	90	SGD	治癒が見込めない神経芽腫の模擬症例を用いたアドバンス・ケア・プランニング
6	小児医療と倫理	120	IL/SGD	生命維持治療の中止と差し控え 子どもの自己決定権
7	難しい場面でのコミュニケーション	100	IL/RP	予期せぬ知らせを伝える 子どもへの説明を拒む保護者との対話 子どもからの思わぬ質問に対処する
8	死が近づいたとき:総論	80	SGD	神経芽腫の模擬症例を用いて, 臨死期の治療・ケア, 患者・家族とのコミュニケーションについて医療チームで検討する
9	死が近づいたとき:救急の場面で	120	SGD/RP	インフルエンザ脳症の模擬症例を用いて, 共感的に救命不可能であることを保護者へ伝える
10	ストレス・マネジメント	25	IL	緩和ケア従事者自身のストレスへの対処

IL：双方向性講義，RP：ロールプレイ，VL：映像教材，SGD：小グループ討議

ろんのこと，小児神経科医，新生児科医，小児救急医などさまざまなサブスペシャリティの医師が含まれている。

2010 ～ 2011 年度は，計 4 回の研修会を開催し，151 名が研修を修了した。厚労省委託事業となった 2012 年度以降，年 3 ～ 4 回の研修会開催を継続し，2016 年度途中までに 639 名が研修会を修了している。研修会修了者の概略を**表2**に示す。

CLIC プログラムの効果

研修会受講の有効性を実証するため，質問紙形式の調査票（Questionnaire for survey on CLIC program efficacy；QLIC）を作成した。質問紙は，小児緩和ケアに関する知識について，研修プログラムの内容から正誤を問う 30 問と，緩和ケア診療における自信と困難感を 5 段階リッカート尺度（「強く同意する」から「強く同意しない」）で評価する 20 問から構成されている。質問紙の内容は，いくつかの小児緩和ケア教育カリキュラムを参考にしながら[6]，複数の小児緩和ケアの専門家によって妥当性を検討した。プログラムの効果を評価するために，研修会開始直前と終了直後に，参加者に QLIC の同じ質問に回答してもらい，研修会前後での変化を測定した。この調査は，2015 年度から開始され，これまでに 146 名のデータが集計されている。集計途上であり，統計学的な検討も十分なされてはいないが，参加者の知識，自信と困難感のいずれもが，研修会の前後で改善する傾向にあった（**図 1, 2**）。

考　察

CLIC では，Train-the-trainer 形式をとる国内外の他の緩和ケア研修会[6, 7]とは異なり，開発プロジェクトチームメンバーがそのまま研修会ファシリテータを務めている。2016 年現在でファシリテータは約 20 名と，少数精鋭での運営を行って

表２　研修終了者概要

開催年	開催回数	研修会修了者数	
2010	2	68	
2011	2	83	
2012	3	110	
2013	3	74	
2014	4	98	
2015	4	135	
2016(2016年11月まで)	3	71	
総計	21	639	
性別		人数	(%)
男性		391	61.2
女性		242	37.9
不明		6	0.9
年齢		範囲	中央値
		27～67	37
小児診療の経験年数		人数	(%)
15年未満		394	61.7
15年以上		235	36.8
不明		10	1.6
サブスペシャリティ		人数	(%)
小児血液･腫瘍		324	50.7
小児神経･発達		69	10.8
新生児		42	6.6
小児循環器		17	2.7
小児感染症･アレルギー		18	2.8
小児腎･泌尿器		10	1.6
小児救急･集中治療		12	1.9
一般小児科		23	3.6
外科系(小児外科･脳外科･整形外科)		50	7.8
その他(在宅医療, その他)		67	10.5
不明		7	1.1

いる。各モジュールの制作意図を十分理解したメンバーがファシリテータを務めることで，研修会の質を高く保つことが可能となっている。また研修会での経験を直接フィードバックすることで，教材のブラッシュアップにもつながっている。研修会の対象者を小児医療に携わる医師に絞り込んだことで，少ないマンパワーであっても，研修会の継続開催が可能となっている。

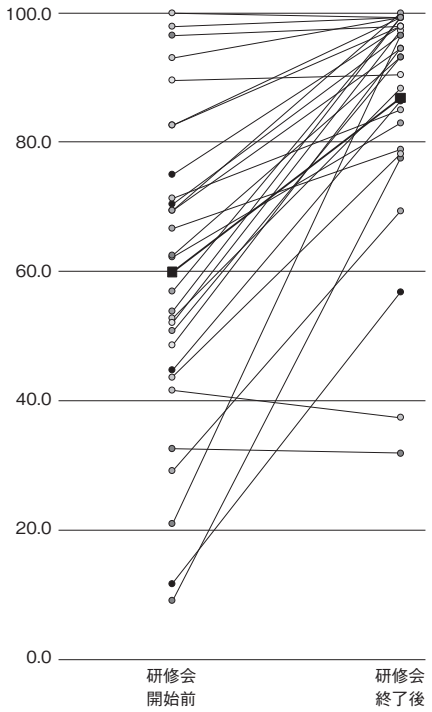

図１　研修会修了者の知識の変化（n=146）

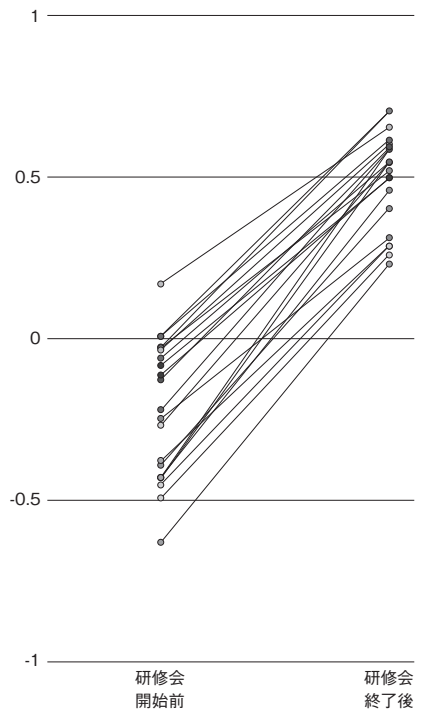

図２　研修会修了者の態度・自信の変化（n=146）

これまでに医療従事者に対する緩和ケア教育プログラムの開発と効果に関するさまざまな報告があるが[7,8]，小児緩和ケアに関するものは決して多くない。北米では，Education in palliative and end-of-life care（EPEC）や，End-of-Life Nursing Education Consortium（ELNEC）など，医療従事者の緩和ケア教育に先進的な取り組みが知られている。2012年からは小児科医と専門看護師を対象としたEPEC–pediatricsによる，Train–the–trainer形式での研修が開始されており，その効果については現在検証が進められている[9]。今回のQLICによるCLICの研修効果判定では，研修会前後である程度の教育効果があることが示唆されているが，より詳細な統計学的検討が必要である。また，研修修了からの遠隔期において，修了者の知識，自信の持続性を確かめることも求められる。修了者の自信や態度の変化については，質的研修での検討が適当かもしれない。本来，CLICの最終的な成果は，小児緩和ケアの提供対象であるLTIの子どもたちや家族の福利を生むことである。その意味では，彼らの苦痛が軽減され，満足を生み出しているか否かを確かめることが望ましい。

まとめ

小児医療に携わる医師を対象とした小児緩和ケア教育研修プログラム「CLIC」の経緯を振り返り，現況と今後の課題を明らかにした。修了者の専門性は小児がん領域にとどまらず，LTIの子どもたちの診療に携わる，さまざまなサブスペシャリティにわたっていた。研修による一定の学習効果があることが示唆されるが，さらなる検討が求められる。

文献

1) Himelstein BP, Hilden, JM, Boldt AM, et al：Pediatric palliative care. N Engl J Med **350**（17）：1752–1762, 2004
2) Hain R, Heckford E, McCulloch R：Paediatric palliative medicine in the UK：past, present, future：Figure 1. Arch Dis Child **97**（4）：381–384, 2012
3) Knapp C, et al：Pediatric palliative care provision around the world：a systematic review. Pediatr Blood Cancer **57**（3）：361–368, 2011
4) Goldman A, HainR, Liben S（eds）：Oxford textbook of palliative care for children. Oxford University Press, 2012
5) Kolarik RC, Walker G, Arnold RM：Pediatric resident education in palliative care：a needs assessment. Pediatrics **117**（6）：1949–1954, 2006
6) Schiffman JD, Chamberlain LJ, Palmer L, et al：Introduction of a pediatric palliative care curriculum for pediatric residents. J Palliat Med **11**（2）：164–170, 2008
7) Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al：Outcome evaluation of the palliative care emphasis program on symptom management and assessment for continuous medical education：nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. J Palliat Med **18**（1）：45–49, 2015
8) Ferrell BR, Dahlin C, Campbell ML, et al：End-of-life nursing education consortium（ELNEC）training program：improving palliative care in critical care. Crit Care Nurs Q **30**（3）：206–212, 2007
9) Widger K, Friedrichsdorf S, Wolfe J, et al：Protocol：evaluating the impact of a nation-wide train-the-trainer educational initiative to enhance the quality of palliative care for children with cancer. BMC Palliat Care **15**（1）：12, 2016