

V. 緩和ケアにおける海外の教育研修プログラムとその実際

2. カナダ

樽見 葉子

(Division of Palliative Care Medicine, Department of Oncology, University of Alberta, Edmonton, Canada)

はじめに

カナダにおける緩和医療の卒前教育、卒後研修プログラムについてはこれまで報告してきた^{1,2)}。本稿では、これまでの報告以降のカナダにおける教育研修プログラムの発展についておもに報告する。

Educating future physicians in palliative and end-of-life care (EFPPEC)³⁾

2005年4月にカナダのすべての医学部の学長、副学長を含む教育責任者と緩和医療専門医、Canadian Hospice Palliative Care Association がカナダの厚生労働省にあたる Health Canada からの出資のもとに緩和医療と終末期ケア (end-of-life care) の卒前、卒後臨床教育のカリキュラムの構築をはじめたことは、緩和医療教育における一つのエポックメイキングといえる。

最初の会議において、教育担当責任者のネットワークづくりとそれを基盤とした共同活動により、卒業までに医学生が確実に学ぶべき目標 (core competencies/learning outcomes) をで設定した (表1)。このプロジェクトは2008年まで Health Canada から活動資金を受け、その間、カナダ全体で統合された教育カリキュラムを完成させることが使命である。

その一つに Learning Commons というソフトウェアのプールの構築がある。ここにはすべての大学で使用されている緩和医療の教育のマテリアル (カリキュラム、小グループで使用する症例、パワーポイントプレゼンテーション、ビデオ、ウェブ上でのインターラクティブな症例検討な

ど) がウェブサイトで誰でもアクセスでき、使用可能にすることである。将来的にはカナダ国外の緩和医療分野の教育従事者が自由に教材にインターネットを通してのアクセスが可能となる。最新の教材として、『Palliative Medicine : A case-based manual』(第2版) が挙げられる。この教科書は第1版を全面的に改訂し、第1版と同様、医学生をはじめ緩和医療のレジデントに必須教科書として配布される⁴⁾。

卒前医学教育の推移

これまでの科学的なアプローチに焦点をおいていた医学教育全体のカリキュラム見直しは急速に進んでおり、この数年、カナダの医学卒前教育においては、生化学、生理学、解剖学、薬理学、病理学などの科目ごと学習を撤去し、最初の学期から模擬患者への対応のしかたの実践から開始される。講堂における講義はほとんど消滅したかわりに、小グループで各症候ごとの問題思考型の課題を学生に与え、患者への対応を総合的にアプローチする方法にとってかわられた⁵⁾。学生が健康医学的問題を抱えている患者に対応する技術を高めていくことを狙いとしている。

■表1 Core competencies/learning outcomes

卒業までに医学生は以下のことができる。

1. 疼痛とその他の症状を見極め、適切に対処
2. 心理社会スピリチュアルな問題に対処
3. end-of-life における意思決定とプランづくり
4. 効果的なコミュニケーション
5. 多職種 (interprofessional) チームにおいて共同作業
6. 苦痛の状況にある人間に付き添うことができる (attend suffering)

医学生が医学に取り組む姿勢は臨床能力（知識、技術）と臨床実践の場においてどのように対応するかに強く影響する⁶⁾。医学部に入学する学生の姿勢は一般に高いことが知られているが、この大切な姿勢は年次をおうごとに低下することが知られ、調査報告されている^{7~9)}。これには新入医学生が医学部教育の過程で、現実的な医学、医師の役割に失望し、さらに彼らの共感的態度を向上させる医学カリキュラムの欠損に寄与している可能性が考えられている^{9,10)}。カナダの Queen's 大学の医学部卒前教育においては少人数グループとプリセプターの医師とで緩和医療対象の患者を家庭訪問するプログラムが試みられ、意義深い経験を享受した学生からの高い評価を得ている。

緩和医療が医学部卒前教育全体に及ぼす影響の可能性として、学生が死に行く患者の症状マネジメント能力を獲得するのみではなく、医師-患者間のポジティブな関係性を経験することで学生が元来備え合わせている共感的姿勢を高め、身体的、心理的、社会的な多元的なアプローチを獲得し、その過程で、自己成長を見出すことであるかもしれない。

卒業教育

① 一般レジデントの緩和医療トレーニング

アルバータ大学における家庭医学、腫瘍内科医学、放射線腫瘍医学のレジデント・トレーニングプログラムには、緩和医療学臨床におけるそれぞれ2週間、4週間、4週間の必須ローテーションが組み込まれている。それぞれの専門医研修終了時には、緩和医療学の基本を身につけていることが要求される。さらに、緩和医療の対象となる患者を診療するうえで、緩和医療学の専門的な知識、技術が必要な状況においては、緩和医療専門医と連携して診療を継続することができる能力も備えていることが要求されている。

この家庭医、腫瘍内科専門医、放射線腫瘍学専門医と緩和医療医との緊密な連携により、それぞれの状況にある患者が必要なレベルの緩和医療にアクセスすることができ、主治医として継続的に医療を提供することを可能にする。他の専門医学

レジデントにおいては選択ローテーションとして、随時、緩和医療のローテーションを組むことになる。

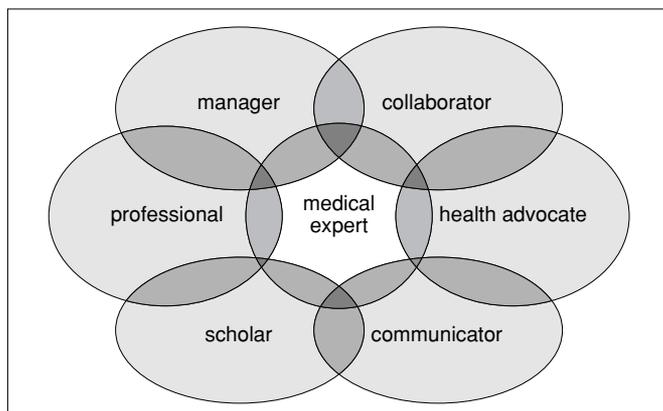
② 緩和医療学専門医（コンサルタント）への道

緩和医療の専門性は1999年より、カナダ内科学、外科学専門医学会（Royal College of Physicians and Surgeons of Canada）とカナダ家庭医学専門医学会（College of Family Physicians of Canada）により認定され、これらの医学会の管轄のもと、カナダの国レベルでのレジデントトレーニングプログラムの一つとして発達してきた。このため、レジデント・トレーニングを受けるためには、カナダにおける家庭医学専門医または内科専門医をはじめとして、各種専門医としてのカナダ国内でのトレーニングをすでに終了していることが要求されている。

カナダの緩和医療学会は緩和医療を「緩和医療とは進行した病気とともに生きる人、そしてそのために死に行く人、またはその病気のために悲嘆している人の苦痛を和らげ、quality of life をできる限り高める医療のことである」と定義している。この定義に基づき、緩和医療学のレジデントトレーニングの終了時には、緩和医療の現場において、他の医師とその患者へのケアを支援できるレベルのコンサルタントとしての専門性を身につけることが狙いである。さらに、緩和医療の分野におけるリサーチなど学際的な活動をするための基本を身につけることも期待されている。

カナダのすべての専門医養成課程において1996年から強調されていることは、優れた臨床家としての専門医（medical expert）としての明確な役割の確立である（Canadian Medical Education Directions for Specialists ; CanMEDS）。CanMEDSは専門医としての臨床能力のほか総合的な能力を併せ持つことがmedical expertであるとしている（図1）。

具体的なレジデントトレーニングの目標、内容は以前に報告してきた^{1,2)}。このトレーニングを提供するためには、救急を含む急性期そして慢性期の緩和ケア病棟、長期療養施設、在宅医療、外来などすべての現場での経験を提供しなければな



medical expert：真の専門医，communicator：効果的なコミュニケーションができる，collaborator：効果的にチームワークをこなせる，manager：管理者としての能力，advocator：患者やより脆弱な立場にある人への支援的でときに代弁者である，scholar：学問的である，professional：プロフェッショナルであることである。

図1 CanMEDS：Canadian Medical Education Directions for Specialists

らない。さらに、基本的な文献の解釈のしかた、リサーチの姿勢と経験を提供することも要求されている。アルバータ大学では1年間の臨床重点型の研修終了後、2006年度より2年目にリサーチ中心の研修を提供することを計画している。

現時点におけるカナダの医療現場におけるコンサルタントの需要が非常に高く、緩和医療学専門医レジデントのポジション増加が望まれている。しかし、緩和医療の臨床活動そのものへの需要が漸増し、コンサルタント医師への教育と臨床の両方からの時間的体力的な圧力が高まっていることは否めない事実である。

現在活動中の臨床家への教育，啓蒙— Pallium Project

2003年11月にHealth Canadaからの430万ドルの活動資金を得、医療者への継続的な緩和医療教育活動の一環として、知識と実践の統合、それを提供する基盤となる教育マテリアルの作成とそのマテリアルを使用できるファシリテーターの研修トレーニング、第一線で活動する医師、薬剤師、看護師を含む医療者への国内各地でのワークショップの提供をしてきた。この活動資金は2006年3月までの活動に充てられ、このプロジ

ェクト終了後は各地の緩和医療プログラムの責任でこの活動を継続発展させることになる。

このマテリアルは、緩和医療のトピックを網羅し、エビデンスに基づいた適正な情報を提供している。また、少人数による討論、症例検討、各トピックに沿った豊富な内容のビデオ教材を伴っている。特徴的なのは、医療者自身の日常臨床における葛藤や疑問、悩み等を積極的に取り上げ、高い動機を維持しながらワークショップに参加することができるようになっている。

ワークショップは、典型的には週末3日間の集中型で各地で参加希望する第一線で活動中の医療者を対象としている。また、新人教育の教材としても使用され、好評を得ている。

今 後

緩和医療学の教育がそれほど必要であるとされる理由は、一つに医療そのものが国家予算を逼迫し¹¹⁾、適正な医療を行うことが必至である現実と、基本的人権、人間の尊厳への意識が高まり、各個人が医療の選択肢をの提供を求め、自分らしい生き方を求める現代の文化を反映していることでパターンリズムの医療が時代遅れになったことが背景にあるかもしれない。英国をはじめと

してヨーロッパの数カ国においては緩和医療，終末期医療が国の政策としての優先権を得ている。高齢化に伴う悪性腫瘍の罹患数の増加，治療法の向上と適切な治療を適切な病期に応じて提供することにより，治癒に至らなくとも転移がんと共存する患者の数の増加，そして後天性免疫不全，心疾患，呼吸器疾患，腎不全，神経疾患などこれまで積極的な緩和医療の対象とみなされていなかった疾患における緩和医療分野からのアプローチの必要性の意識が高まってきたことが関係していると考えられる。

既存の医学の情報量は膨大化し，それにとりまう教育時間の需要は高まるばかりで，比較的新しい分野の医学への時間の供与には限界がある。緩和医療は ad hoc な医療分野として独立するのではなく，既存の医学の基盤に包含されながら全体の質を高める役割を担うことになるであろう。

文献

- 1) Tarumi Y, Watanabe S : カナダでの緩和ケア医の育成. 緩和医療学 **6** : 305-311, 2004
- 2) Tarumi Y, Slade D : カナダにおける緩和医療学 卒後教育. 緩和ケア **15** : 32-35, 2005
- 3) <http://www.afmc.ca/efppec/pages/symposia.html>
- 4) McDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D ed : Palliative Medicine : A case-based manual. 2nd ed, Oxford, New York, 2005
- 5) Aaron S : A new curriculum for the MD degree at the University of Alberta. Clin Invest Med **23** : 22-26, 2000
- 6) Newble DI : Assessing clinical competence at the undergraduate level Med Educ **26** : 504-511, 1992
- 7) Griffith CH III, Wilson JF : The loss of student idealism in the third year clinical clerkships. Eval Health Prof **24** : 61-71, 2001
- 8) Wilkinson TJ, Gowe S, Sainsbury R : The earlier, the better : the effect of early community contact on the attitudes of medical students to older people. Med Educ **36** : 540-542, 2002
- 9) Woloschuk W, Harasym PH, Temple W : Attitude change during medical school : a cohort study. Med Educ **38** : 522-534, 2004
- 10) Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al : An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ **38** : 934-941, 2004
- 11) OECD in Figures 2005-Health spending and resources (<http://www.oecd.p4.siteinternet.com/publications/doifiles/012005061T002.xls>)