緩和ケア病棟における 医師研修指導指針 2011年版

NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会

緩和ケア病棟における医師研修検討部会 メンバー *部会長(以下五十音順)

氏名	所属	肩書き
高宮 有介*	昭和大学医学部医学教育推進室	専任講師
小穴 正博	社会福祉法人聖ヨハネ会桜町病院	ホスピス科部長
三枝 好幸	聖ヶ丘病院	ホスピス長
茅根 義和	東芝病院	緩和ケア科科長
林 章敏	聖路加国際病院	緩和ケア科医長
堀 夏樹	NTT 東日本関東病院	緩和ケア科部長

教育支援委員会 メンバー *委員長(以下五十音順)

氏名	所属	肩書き
田村 恵子*	淀川キリスト教病院	ホスピス主任看護課長
木澤 義之	筑波大学大学院人間総合科学研究科	講師
高宮 有介	昭和大学医学部医学教育推進室	専任講師
茅根 義和	東芝病院	緩和ケア科科長
林 章敏	聖路加国際病院	緩和ケア科医長
二見 典子	ピースハウス病院	副院長・看護部長
福地 智巴	静岡県立静岡がんセンター	疾病管理センターよろず相談主査
山口 聖子	順天堂大学医学部付属浦安病院	看護部がん治療センター師長
余宮きのみ	埼玉県立がんセンター	緩和ケア科科長

発行にあたって

1990年4月に緩和ケア病棟入院料が設けられ、翌1991年10月に当協会の前身である「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が発足して、20年が経とうとしている。ホスピス・緩和ケア病棟の数も226施設(2011年2月現在)となり、その質と役割が問われている。今日、ホスピス・緩和ケア病棟の診療の質の向上とともに、ホスピス緩和ケアの領域で働く医師の育成が急務である。日本ホスピス緩和ケア協会(以下、当協会とする)が2010年3月に行った調査ではホスピス・緩和ケア病棟に勤務する常勤医が1名以下の施設が37%であり、常勤の平均医師数は2.05名とわずかに2名程度という状況である。ホスピス・緩和ケア病棟の常勤医師の勤務する職場環境は厳しいと言わざるを得ない。

ホスピス緩和ケアの専門医に関しては、2009 年より日本緩和医療学会認定の緩和医療専門医制度が発足した。本年4月までに緩和医療専門医 24名、暫定指導医 621名の合計 645名が認定されており、当協会加盟施設で勤務している医師も多い。さらに、2008年から始まったがん医療に携わる医師に対する緩和ケアの基本教育は全国的な広がりを見せており、こうした基本教育のための緩和ケア研修会を修了した医師には知識だけではなく、ホスピス緩和ケアの基本的な技能や態度を身につけるために、ホスピス・緩和ケア病棟での実地研修の実施が期待されており、実習のための標準的な医師研修プログラムを待つ声は大きい。また、制度面でも2008年の健康保険の診療報酬の改定では「緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること」という施設要件が示され、当協会加盟施設に対して実地研修を推進する役割が期待されているといってよい。

当協会では、2008 年から教育研修委員会(高宮有介委員長)において実地研修のための標準的な研修プログラムの検討が始まり、2010 年からは教育支援委員会(田村恵子委員長)に設けられた「緩和ケア病棟における医師研修検討部会」にホスピス緩和ケアに携わる中堅、若手の医師が集まって、精力的な研修プログラムの作成作業が進められた。そして、今般「緩和ケア病棟における医師研修指導指針2011 年版」が完成し公表することとなった。この指導指針の作成に携わった部会のメンバーおよび教育支援委員会の委員の皆さんに心からお礼を申し上げたい。

当協会としては、この指導指針をもとに協会加盟の各施設における教育研修の環境整備や教材、教育ツールの作成など標準的な医師研修プログラムの普及と支援に取り組んでゆきたい。ホスピス・緩和ケア病棟における医師の実地研修は、人材育成という面からその必要性がクローズアップされているが、同時に、ホスピス・緩和ケア病棟の各施設の診療やケアの質の向上にも役立つことは言うまでもない。この指導指針がわが国のホスピス緩和ケアの専門性の確立と質の向上、そしてホスピス緩和ケアの技能や態度をもつ人材の育成に役立つことを願ってやまない。

2011年5月

NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会 緩和ケア病棟における医師研修検討部会長 高宮 有介 理事長 志真 泰夫

目 次

発	行に	こあたって			2
I.	1. 2.	はじめに 本指針作成の経緯 対象 指導医師と研修施設			4
II	. 彩	愛和ケアを実践する医師の資質と態 原	度		5
II		肝修項目			6
	1.	症状マネジメント	6.	チームワークとマネジメント	
	2.	心理社会的側面	7.	看取りの時期における患者・家族への対	応
	3.	自分自身およびスタッフの心理的ケア	8.	研究、教育	
	4.	スピリチュアルな側面	9.	腫瘍学	
	5.	倫理的側面	10.	その他	
I	7. 矿	肝修スケジュール		1	.2
資	米	<u> </u>		1	.8
	1.	研修における目標設定や評価のためのツー	ーノレ	列	
	2.	1ヶ月研修用ワークシートの1例			
	3.	緩和ケア病棟での医師研修の実態調査と	その)	結果	

I. はじめに

1. 本指針作成の経緯

2008年に日本在宅医学会から日本ホスピス緩和ケア協会に対して、緩和ケア病棟での医師研修に関する依頼を受けたことをきっかけとして、協会としての医師研修プログラムの作成が始まった。理事会では、今後依頼が予想される多くの団体からの要請に応えて、汎用できる標準プログラムの作成が必要ではないかとの指摘があり、本プログラムの作成に着手した。

この過程で二つの課題に直面した。一つは、研修の対象となる医師の臨床経験年数や内容、診療科、研修期間、研修目的などが様々であり、研修プログラムの対象となる医師を限定できないということであった。二つ目は、講義やロールプレイなどの教育方法はある程度確立してきているが、医師向けの実地研修については、手本となるプログラムがないことであった。

そこで検討部会では、まず、研修項目を検討した。すでに、日本ホスピス緩和ケア協会の多職種向けカリキュラムを元に、日本緩和医療学会で専門医向けのカリキュラムが作成されており、複数の学習目標があって利用者が混乱することを避ける目的もあり、日本緩和医療学会の専門医カリキュラムを基本的に採用し、それに協会として修正を加えた。

研修の目標を設定する方法については、様々な状況の研修医師に対応するため、近年ビジネスや医学教育などで使用されているポートフォリオを参考とした。実地研修は、基本的に研修者自身が目標を設定し、その目標を達成するように努め、指導者とともに確認していく作業である。記録が少し煩雑であるが、研修者と指導者、また、緩和ケア病棟の他のスタッフとのコミュニケーションに役立つと期待する。

また、2009 年 12 月の理事会で、緩和ケア病棟で行われている医師研修の実態調査を施行する必要性も指摘された。日本緩和医療学会の専門医や暫定指導医がいる施設、認定研修施設になっている施設と研修実績の関係を把握する等、その実態を少しでも詳細に明らかにするために、毎年行っている緩和ケア病棟に対する質問用紙に当検討部会で作成した調査用紙を付加して実施した。その結果も合わせて報告する。

2. 対象

本研修指針は、以下の医師を対象とする。ただし、1)は6カ月以上の研修とする。

- 1)緩和ケアの専門医を目指す医師 (緩和ケアの専門医:緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅緩和ケアに専従する医師)
- 2)緩和ケアを専門としないが、緩和ケアの研修を希望する医師

3. 指導医師と研修施設

- 1) 指導医師
 - ア. 日本緩和医療学会の暫定指導医または緩和医療専門医であること。
 - イ. 緩和ケア病棟での2年以上の勤務があること。 アかつイを満たすこと。
- 2) 研修施設
 - ア. 日本ホスピス緩和ケア協会加盟正会員施設であること。
 - イ. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設であること。
 - ウ. 日本緩和医療学会の認定研修施設であること。 ア、イ、ウすべてを満たすこと。

Ⅱ 緩和ケアを実践する医師の資質と態度

緩和ケアの定義

緩和ケアは、生命を脅かすような疾患、特に治癒することが困難な疾患を持つ患者および家族のクオリティー・オブ・ライフ(QOL)の向上のために、療養の場にかかわらず病気の全経過にわたり医療や福祉及びその他の様々な職種が協力して行われるケアを意味する。緩和ケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供され、その要件は以下の5項目である。

- (1) 痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する
- (2) 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる『死への過程』に敬意を払う
- (3) 患者・家族の望まない無理な延命や意図的に死を招くことをしない
- (4) 精神的・社会的な援助やスピリチュアルケアを提供し、最後まで患者が人生を積極的に生きていけるように支える
- (5) 病気の療養中から死別した後に至るまで、家族が様々な困難に対処できるように支える
- 1. 医師は緩和ケアが患者の余命に関わらず、その QOL の維持・向上を目指したものである事を理解する。患者や家族のニードは常に変化し、ケアの目標も変化するため、常に見直しを行うことが必要である。
- 2.全ての患者は、異なった人生を生き、死に直面している。医師は病気を疾患としてとらえるだけでなく、その人の人生の中で病気がどのような意味をもっているか (meaning of illness) を重要視しなければならない。医師は、患者、家族を全人的に、身体的だけではなく、心理的、社会的、霊的 (spiritual) に把握し、理解する必要がある。
- 3. 医師は、患者のみならず、患者を取り巻く人々もケアの対象である事を理解する。
- 4. 医師は、患者にとって安楽なことが、個々人で全く違うものであることを理解し、患者の自律性や 選択を重要視する。
- 5. 緩和ケアを実践する医師は医師として医学的判断や技術に優れていることが最も重要だが、それと同時にコミュニケーション能力も重要である。患者、家族、そして医療チーム内で良好なコミュニケーションをとることができる事が必要である。
- 6. 医師は、診療にあたって十分な説明とそれに基づく患者および家族の同意(informed consent)を 得ることが必要不可欠であり、必要に応じて、セカンドオピニオンに配慮する。
- 7. 医師は緩和ケアを行うチームの中でその一員として働くことが重要である。チームメンバーのそれ ぞれの専門性と意見を大切にし、チームが円滑に運営されるよう常に心がける必要がある。

Ⅲ 研修項目(緩和ケア病棟での医師研修)

ここでは緩和ケア病棟での医師研修における研修目標を以下の項目に分けて提示した。 尚、 $1\sim6$ 、 $8\sim10$ は日本緩和医療学会の緩和医療専門医 医師カリキュラムに準拠しており、7 は日本ホスピス緩和ケア協会にて新たに追加した項目である

一般目標 (General Instructional Objectives: GIO)

悪性腫瘍をはじめとする生命を脅かす疾患に罹患している患者・家族の QOL の向上のために、緩和ケアを実践し、さらに同分野の教育や臨床研究を行うことができる能力を身につける。

個別行動目標 (Specific Behavioral Objectives:SBOs)

1. 症状マネジメント

態度

- 1) 患者の苦痛を全人的苦痛(total pain)として理解し、身体的だけではなく、心理的、社会的、 霊的(spiritual)に把握することができる
- 2) 症状のマネジメントおよび日常生活動作(ADL)の維持、改善が QOL の向上につながることを理解することができる
- 3) 症状の早期発見、治療や予防について常に配慮することができる
- 4) 症状マネジメントは患者・家族と医療チームによる共同作業であるということを理解すること ができる
- 5) 症状マネジメントに対して、患者・家族が過度の期待を持つ傾向があることを認識し、常に現 実的な目標を設定し、患者・家族と共有することができる
- 6) 自らの力量の限界を認識し、自分の対応できない問題について、適切な時期に専門家に助言を 求めることができる

技能

- 1) 病歴聴取(発症時期、発症様式、苦痛の部位、性質、程度、持続期間、推移、増悪・軽快因子など)を適切にすることができる
- 2) 身体所見を適切にとることができる
- 3) 症状を適切に評価することができる
- 4) 鎮痛薬(オピオイド、非オピオイド)や鎮痛補助薬を正しく理解し、処方することができる
- 5)薬物の経口投与や非経口投与(持続皮下注法や持続静脈注射法など)を正しく行うことができる
- 6) オピオイドをはじめとする症状マネジメントに必要な薬剤の副作用に対して、適切に予防、処置を行うことができる
- 7) 非薬物療法(放射線療法、外科的療法、神経ブロックなど)の適応について考慮することができ、適切に施行するか、もしくは各分野の専門家に相談および紹介することができる
- 8) 患者の ADL を正確に把握し、ADL の維持、改善をリハビリテーションスタッフらとともに行うことができる
- 9)終末期の輸液について十分な知識を持ち、適切に施行することができる
- 10) 以下の疾患および症状、状態に適切に対処できる
 - 疼痛

• がん性疼痛

• 侵害受容性疼痛

• 神経障害性疼痛

• 非がん性疼痛

② 消化器系

• 食欲不振

・嘔気

• 嘔叶

• 便秘

下痢

・消化管閉塞

・腹部膨満感

腹痛

・消化管穿孔

• 吃逆

• 嚥下困難

・口腔・食道カンジダ症

• 口内炎

黄疸

• 肝不全

• 肝硬変

- ③ 呼吸器系
 - 咳

- 痰
- 呼吸困難
- 死前喘鳴

胸痛

- 誤嚥性肺炎
- ・ 難治性の肺疾患
- ④ 皮膚の問題
 - 褥瘡

- ・ストマケア
- 皮膚潰瘍
- 皮膚掻痒症
- ・がん性出血
- ⑤ 腎・尿路系
 - 血尿

- 尿失禁
- 排尿困難
- 膀胱部痛
- ・水腎症 (腎瘻の適応を含む)
- 慢性腎不全
- ⑥ 中枢神経系
 - · 原発性 · 転移性脳腫瘍
- 頭蓋内圧亢進症
- ・けいれん発作
- ・四肢および体幹の麻痺
- 神経筋疾患
- · 腫瘍随伴症候群

- ⑦ 精神症状
 - 抑うつ

• 適応障害

- ・不安

• 不眠

・ せん妄

怒り

- •恐怖
- ⑧ 胸水、腹水、心囊水
- ⑨ 後天性免疫不全症候群 (AIDS)
- ⑩ 難治性の心不全
- ① その他
 - 悪液質

- 倦怠感
- リンパ浮腫
- 11) 以下の腫瘍学的緊急症に適切に対応できる
 - ・高カルシウム血症
 - 上大静脈症候群
 - ・大量出血(吐血、下血、喀血など)
 - 脊髄圧迫
- 12) 患者と家族に説明し、必要時に適切なセデーションを行うことができる

知識

- 1) 痛みの定義について述べることができる
- 2) 痛みをはじめとする諸症状の成因やそのメカニズムについて述べることができる
- 3) 症状のアセスメントについて具体的に説明することができる
- 4) 痛みの種類と、典型的な痛み症候群について説明することができる
- 5) WHO 方式がん疼痛治療法について具体的に説明できる(鎮痛薬の使い方 5 原則、モルヒネの 至適濃度の説明を含む)
- 6)神経因性疼痛について、その原因と痛みの性状について述べ、治療法を説明することができる
- 7) 症状マネジメントに必要な薬物の作用機序およびその薬理学的特徴について述べることができる
- 8)様々な症状の非薬物療法について述べることができる
- 9) セデーションの適応と限界、その問題点について述べることができる

2. 心理社会的側面

◆心理的反応

態度

1) 喪失反応が色々な場面で、様々な形で現れることを理解し、それが悲しみを癒すための重要な

- プロセスであることに配慮する
- 2) 希望を持つことの重要性について知り、場合によってはその希望の成就が、病気の治癒に代わる治療目標となりうることを理解する
- 3)子どもや心理的に傷つきやすい人に特に配慮することができる

技能

- 1) 喪失体験や悪い知らせを聞いた後の以下のような心理的反応を認識し、適切に対応できる
 - ① 怒り
 - ② 罪責感
 - ③ 否認
 - ④ 沈黙
 - ⑤ 悲嘆

知識

1)病的悲嘆をきたしやすい条件(risk factor)を具体的に述べることができる

◆コミュニケーション

態度

1) 患者の人格を尊重し、傾聴することができる

技能

- 1) 患者が病状をどのように把握しているかを聞き、評価することができる
- 2)患者および家族に病気の診断や見通し、治療方針について(特に悪い知らせを)適切に伝えることができる
- 3) よいタイミングで、必要な情報を患者に伝えることができる
- 4) 困難な質問や感情の表出に対応できる
- 5) 患者や家族の恐怖感や不安感をひきだし、それに対応することができる
- 6) 患者の自律性を尊重し、支援することができる

知識

1) 悪い知らせを患者・家族に伝える具体的な方法について述べることができる

◆社会的経済的問題の理解と援助

熊度

1) 患者や家族のおかれた社会的、経済的問題に配慮することができる

技能

1) 患者・家族の社会的、経済的援助のための社会資源を適切に紹介、利用することができる

知識

- 1)診療を行う地域において、社会的、経済的援助のために利用することができる
- 2) 社会資源をあげることができる

◆家族のケア

態度

1) 家族の構成員がそれぞれ病状や予後に対して異なる考えや見通しを持っていることに配慮できる **技能**

- 1) 家族の構成員が持つコミュニケーションスタイルやコーピングスタイルを理解し適切に対応、 援助をすることができる
- 2) 家族の援助を行うための社会資源を利用することができる

◆死別による悲嘆反応

技能

- 1) 以下のことを行うことができる
 - ① 予期悲嘆に対する対処
 - ② 死別を体験した人のサポート
 - ③ 家族に対して死別の準備を促す
 - ④ 複雑な悲嘆反応を予期し、サポートする
 - ⑤ 抑うつを早期に発見し、専門家に紹介する

知識

1) 主な死別による悲嘆反応のパターンについて述べることができる

3. 自分自身およびスタッフの心理的ケア

態度

- 1) チームメンバーや自分の心理的ストレスを認識することができる
- 2) 自分自身の心理的ストレスに対して他のスタッフに助けを求めることの重要性を認識する
- 3) 自分自身の個人的な意見や死に対する考え方が患者およびスタッフに影響を与えることを認識する
- 4) ケアの提供にあたって体験する自分の死別体験、喪失体験の重要性を認識する

技能

- 1) ケアが不十分だったのではないかという自分、および他のスタッフの罪責感をチーム内で話し合い、 乗り越えることができる
- 2) スタッフサポートの方法論を知り、実践することができる
- 3) スタッフが常に死や喪失体験と向き合っているということを理解し、正常の心理反応といわゆる燃え尽き反応を区別することができる

4. スピリチュアルな側面

熊度

- 1) 診療にあたり患者・家族の信念や価値観を尊重することができる
- 2) 患者や家族、医療者の死生観がスピリチュアルペインに及ぼす影響と重要性を認識する
- 3) スピリチュアルペイン、および宗教的、文化的背景が患者の QOL に大きな影響をもたらすことを認識する
- 4) 患者・家族の持つ宗教による死のとらえ方を尊重することができる

技術

1) 患者のスピリチュアルペインを正しく理解し、適切な援助をすることができる

知識

- 1) スピリチュアルペインの代表的なカテゴリーを列挙することができる
- ※ 注釈:日本人のスピリチュアルペインは予備的な質的研究により以下のようにカテゴリー化されている。

カテゴリー名	定義	例
精神的な穏やかさの喪失	精神的に穏やかでない状態	落ち着かない、心配だ、怒りを感じる
意味・目的の喪失	人生や生きていることに意味・目的・価値を感じられない状態	無駄だ、生きていても仕方ない
自分らしさ	自分らしい生活がおくれる一自分らしくない	マイペースでいたい、こんなのは自分ではない
寂しさ・支えのなさ	家族と時間や気持ちを共有できないことに関連する苦悩、さびしさ	○○といっしょにいたい、さびしい、気持ちをわかってほしい
家族の準備の心配	残される家族についての心配に関連する苦悩	残される○○が心配、○○を残していくのが辛い
関係についての葛藤	人間関係における具体的な葛藤やわだかまりに関連する苦悩	〇〇とのもめごとがある
負担をかけてる思い	家族の負担になりたくない・なっていると感じることに関連する苦悩	迷惑をかけたくない、つらい気持ちを知らせたくない
身体的コントロールの喪失	身体機能の喪失によるコントロール感の喪失(依存の増大)に関連した苦悩	何もできない、からだが動かない、情けない
認知的コントロールの喪失	精神機能の喪失によるコントロール感の喪失に関連した苦悩	しっかりしていたい、自分で自分のことが決められない
将来のコントロールの喪失	将来に何が生じるか不確実であることによるコントロール感の喪失に関連した苦悩	この先どうなるのか?、先がわからない
役割の喪失	それまでの役割を果たせなくなることに関連した苦悩	役に立ちたい、仕事に戻りたい
楽しみの喪失	それまで楽しみにしていたことができなくなることに関連した苦悩	楽しいことが何もない
自分らしさの喪失	自分らしい生活を送れなくなることに関連した苦悩	自分にあった介護をしてほしい、私らしく生きたい
しておきたいこと	やりのこしたこと、しておかなければならないことが未解決であることに関連した苦悩	別れ・感謝をいいたい、○○に会っておきたい、ひきつぎ、 葬式、相続の段取りをしておきたい
こころの準備・死の不安	死を受け入れられないこと、こころの準備ができないこと、あるいは、死後の生命に関連した苦悩	死がこわい、死にたくない、死後どうなるのか?
希望のなさ	希望を持つことができないことに関連した苦悩	何の希望もない
宗教/信仰に関する苦悩	宗教/信仰に関する苦悩あるいは特定の宗教を背景とした苦悩	「神を信じたいんだけど(何か信仰があればいいんだけど)信じられない」 死後に罰せられる、天国・浄土に行くことができない

5. 倫理的側面

態度

1) 患者や家族の治療に対する考えや意志を尊重し、配慮することができる

技術

1)緩和ケアにおける倫理的問題に気づくことができる

- 2) 患者が治療を拒否する権利や他の治療についての情報を得る権利を尊重できる
- 3) 患者・家族と治療およびケアの方法について話し合い、治療計画をともに作成することができる
- 4) 尊厳死や安楽死の希望に対して、適切に対応することができる
- 5) 個々の倫理的問題を所属機関の倫理委員会に提出することができる

知識

1) 医療における基本的な倫理原則について述べることができる

6. チームワークとマネジメント

態度

1) 他職種のスタッフおよびボランティアについて理解し、お互いに尊重し合うことができる

技能

- 1) チーム医療の重要性と難しさを理解し、チームの一員として働くことができる
- 2) リーダーシップの重要性について理解し、チーム構成員の能力の向上に配慮できる
- 3) 他領域の専門医に対して緩和ケアのコンサルタントとして適切な助言を行い、協力して医療を 提供する事ができる
- 4)他領域の専門医に対して適切にアドバイスを求め、療養に関する幅広い選択肢を患者・家族に 提供し、互いに協力して医療を提供する事ができる
- 5) 自分が所属する組織の地域における役割を述べ、周囲の医療機関と協力して適切に医療を提供することができる

知識

- 1) チームにおいて各職種およびボランティアの果たす役割を述べることができる
- 2) 基本的なグループダイナミクスとその重要性について述べることができる
- 3)緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアについてそれぞれの役割について述べることができる
- 4)緩和ケア病棟、緩和ケアチームおよび在宅緩和ケアに関する医療保険・介護保険制度について 具体的に述べることができる

7. 看取りの時期(予後2, 3日以内)における患者・家族への対応

態度

- 1) 患者が死に至る時期および死後も、患者を一人の人として、尊厳を持って接することができる
- 2) 看取りの時期の患者の状態を全人的に評価し、適切に対応することができる。
- 3) 看取りの時期および死別後の家族の心理に配慮することができる

技能

- 1) 看取りの時期の状態を適切に判断できる
- 2) 患者と家族の意向を尊重し、患者の病態に合わせて、必要な対処として中止すべきものを中止し、看取りに向けて必要な指示を出すことができる
- 3)看取り前後に必要な情報を適切に家族に説明し、その悲嘆に対処することができる
- 4) 家族の意向に配慮して、死亡確認を適切に行うことができる

知識

- 1) 看取りの時期の病態を説明することができる
- 2) 死亡時に必要な事柄(死亡診断、死亡診断書の作成、死亡後に必要な処置、対処) を述べることができる

8. 研究、教育

態度

- 1) 臨床現場で起こる日常の疑問について、常に最新の知識を得るよう心がけることができる
- 2) 臨床研究の重要性を知り、緩和ケアに関する未解決な問題に対して行われる臨床研究に参加することができる

技能

- 1) 医学的論文の批判的吟味を行うことができる
- 2) Medline や医学中央雑誌などの医学文献データベースを利用し体系的文献検索を行うことができる

- 3) 二次資料(Uptodate や Cochrane library など)を適切に利用することができる
- 4) 教育の基本的な手法について知り、実践することができる
- 5) 所属する各機関およびその地域に於いて緩和ケアの教育・啓発・普及活動を行うことができる
- 6)緩和ケアに関する学会・研修会等に積極的に参加し、診療・研究業績を発表することができる

知識

- 1) 医学統計および医学判断学の基本を述べることができる
- 2) 成人学習の原則について述べることができる
- ※ 注釈:緩和ケアに従事する者にとって、研究についての能力を持つことが必要である理由は以下の3点に まとめられる。
 - ①日常に起こる臨床疑問についての解決方法を得るために、文献検索を行うことは必須であること
 - ②文献を読むためにはまずその文献の質(研究方法やバイアス、限界)を評価する必要があること
 - ③緩和ケアは未発達な部分が多く、今後研究によって治療方法を探索、開発する必要が大きいと考えられること
 - また、教育についての能力を持つ必要性は以下の3点にまとめられる。
 - ①ともに医療にあたる同僚に対して、必要な能力の伝達を行うことが必須であること
 - ②教育を行うことが緩和ケアに関する生涯学習につながること
 - ③地域における緩和ケアの充実のため、他施設や診療所の医師をはじめとする医療従事者に緩和ケアの教育を行うことは必要不可欠であること

9. 腫瘍学

態度

- 1) 常に最新の基本的な腫瘍学に関する知識を身につける
- 2) 各分野の専門家と協力して患者の診療にあたることができる

知識

- 1) 各種悪性腫瘍の基本的な治療方法を具体的に述べることができる
- 2) 外科療法(外科・整形外科的治療) の適応とその方法について述べることができる
- 3) 放射線療法の適応とその方法について述べることができる
- 4) 化学療法の適応とその方法について述べることができる
- 5) わが国におけるがん医療の現況について述べることができる

10. その他

知識

1) 我が国におけるホスピス・緩和ケアの歴史と現状、展望について概説できる

Ⅳ 研修スケジュール

緩和ケア病棟での研修をするにあたり、標準的なスケジュール案を作成した。研修期間に応じた目標を設定し、それを習得するためのスケジュールをめざしている。活用にあたっては、各施設の状況や研修者の背景などへの配慮が求められる。

日々の研修の中での推奨

- 1. 通常の回診に加えて、患者の状態に合わせて適宜診察する
- 2. 病棟回診や医師カンファレンス等を通して、他の医師が担当する患者についても学ぶ意識を持つ
- 3. 多職種カンファレンスに積極的に参加し、他の職種の意見からも学ぶ
- 4. 他の担当医の患者を看取る時にも共に居ることを心がける
- 5. 患者入院時の研修医が立てた初期診療計画は、必ず指導医が見直す

スケジュール例

	月	火	水	木	金
8:15	担当患者回	診		抄読会	担当患者回診
9:00	Dr ミーティ	イング			
9:30ごろ	各自病棟業	務			指導医面談
12:00ごろ	昼食				
13:30~	多種職カン	ファ			
14:00~	病棟回診			ΟP	病棟業務
16:00~	担当患者回	診			

OP: オプションで、研修施設で行っている病棟業務以外の業務(緩和ケアチーム、在宅診療など) について学ぶことが望ましい。

短期見学での学び

1~2週間程度の病棟見学の場合は、指導担当医師に同行することで態度や技術を学ぶ なお、短期間見学の場合にも、できるだけ看護実習やボランティア実習ができるように配慮する

	月	火	水	木	金
8:15	各自病棟業	務		抄読会	各自病棟業務
9:00	Dr ミーティ	・ング			
9:30ごろ	各自病棟業	務			指導医面談
12:00ごろ	昼食				
13:30~	多種職カン	ファ			
14:00~	病棟回診			ΟP	病棟業務

OP: オプションで、研修施設で行っている病棟業務以外の業務(緩和ケアチーム、在宅診療など)について学ぶことが望ましい。

緩和ケア病棟における医師研修スケジュール (1ヶ月)

到達目標:下記8つの学習項目について、基本的な態度と知識、技術を身につけ、指導医の下で適切な診療を行う事ができる

松谷		第1週	第2週	第3週	第4週
		各種オリエンテーション			
		看護実習			
		ボランティア実習			
学習項目	症状マネジメント	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	心理社会的側面	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	自分自身及びスタッフの心理的ケア	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	スピリチュアルな側面	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	倫理的側面	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	チームワークとマネジメント	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	臨死期の患者・家族への対応	病棟患者診療の中、自己学習	己学習等で学ぶ		
	その色	病棟患者診療の中、自己学習	自己学習等で学ぶ		
	研究と教育			文献的学習のまとめと発表	
	腫瘍学	病棟研修以外で学習するよう努める	努める		
評価					自己、教育担当者からの評価を行う
	-				

緩和ケア病棟における医師研修スケジュール (3ヶ月)

到達目標:下記8つの研修項目の態度と知識、技術を身につけ、オンコールを担当するなど自らの判断で基本的な対応をする事ができる

		1ヶ月				2 $ au$ \mathbb{A}				3ヶ月			
内容		第1週	第2週	第3週	第4週	第5週	第6週	第7週	第8週	第9週	第10週	第11週	第 12 週
	各種オリエンテーション	0											
	看護実習	0											
	ボランティア実習	0											
学習項目	症状マネジメント	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	等で学ぶ								
	心理社会的側面	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	等で学ぶ								
	自分自身及びスタッフの心理的ケア	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	いががず								
	スピリチュアルな側面	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	いかがず								
	倫理的側面	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	等で学ぶ								
	チームワークとマネジメント	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	いかがず								
	臨死期の患者・家族への対応	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	等で学ぶ								
	その色	病棟患者診療の	%療の中、	自己学習等で学ぶ	いががず								
	研究と教育(文献的学習のまとめと発表)			0				0				0	
	腫瘍学	病棟研修のなか、		もしくはそれ以外で学習するよ	以外で学	習するよう	う努める						
評価	目標設定及び自己、教育担当者からの評価を行う	0			0				0				0

緩和ケア病棟における医師研修スケジュール (6ヶ月)

到達目標:下記8つの研修項目の態度と知識、技術を身につけ、他職種や後進の指導に当たることができる

		1ヶ月				2 ヶ月				3ヶ月				4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
-		ļ	ļ							. .	1		ļ			
松谷		第1週	第2週	第3週	第4週	第5週	第6週	第7週	第8週	第 9 週	第10週	第11週	第12週			
	各種オリエンテーション	0														
	看護実習	0														
	ボランティア実習	0														
学習項目	症状マネジメント	病棟患者	病棟患者診療の中、	Щ	己学習等で学ぶ											
	心理社会的側面	病棟患者	病棟患者診療の中、	4111	己学習等で学ぶ											
	自分自身及びスタッフの心理的ケア	病棟患者	病棟患者診療の中、	Щ	己学習等で学ぶ											
	スピリチュアルな側面	病棟患者	病棟患者診療の中、	4111	己学習等で学ぶ											
	倫理的側面	病棟患者	病棟患者診療の中、	自日	学習等で学ぶ											
	チームワークとマネジメント	病棟患者	病棟患者診療の中、	自己	学習等で学ぶ											
	臨死期の患者・家族への対応	病棟患者	病棟患者診療の中、	自己	学習等で学ぶ											
	その他	病棟患者	病棟患者診療の中、	ДЩ	己学習等で学ぶ											
	研究と教育 文献的学習のまとめと発表			0				0				0	0	0	0	0
	研究	研修中に	研修中にテーマを定め	,	研究成果をま	582										
	教育の実践(後進や他職種)													0	0	0
	腫瘍学	病棟実習のなか、		もしくはそ	くはそれ以外で学習す	学習するよ	う努める									
評価	目標設定及び自己、教育担当者からの評価を行う	0			0				0				0	0	0	0

緩和ケア病棟における医師研修スケジュール (1年)

到達目標:下記8つの研修項目の態度と知識、技術を身につけると共に、チームのリーダーとしての役割を果たすことができるようになる。また、緩和ケアに関する研究

テーマを定め、一つの研究に取り組むことができる

				,															\vdash	-	-	_	-	
				1ヶ月	_{Ir}	}		2ヶ月				3ヶ月				4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8 7 月	9ヶ月 1	10ヶ月	11 ヶ月	12ヶ月
₩,	内容			第1週	第2週	第3週	第4週	第5週	第6週	第7週	第8週	第9週	第10週	第11週	第12週									
		各種オリエンテ	エンテーション	0																				
		看護実習		0																				
		ボランティア実習	イア実習	0																				
小	学習項目	症状マネジメント	ジメント	病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
		心理社会的側面	均側面	病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
		自分自身及	自分自身及びスタッフの心理的ケア	病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
		スピリチェ	スピリチュアルな側面	病棟』	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
16 -		倫理的側面	旦	病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
		チームワー	チームワークとマネジメント	病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
			チーム内マネジメントの実践																					0
		臨死期の息	臨死期の患者・家族への対応	病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
		その他		病棟	病棟患者診療の中、		自己学習等で学	等で学ぶ																
		研究と教育	文献的学習のまとめと発表			0				0				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			研究	実習1	実習中にテー	ーマを定め、		研究成果をま	502															
			教育の実践(後進や多職種)													0	0	0	0	0	0	0	0	0
			コンサルテーションへの対応																0	0	0	0	0	0
		腫瘍学		がん関	貴連のカン	がん関連のカンファレンス等に積極的に	ス等に積	極的に参;	参加する															
盐	評価	目標設定及び	目標設定及び自己、指導担当者からの評価を受ける	0			0				0				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

緩和ケア病棟における医師研修スケジュール (2年)

到達目標:1年間の病棟研修を踏まえ、コンサルテーションや外来、在宅診療など異なる診療環境においても適切な緩和ケアを提供する事ができる

一年目は前頁のスケジュールで研修を行い、二年目は下記を参考に種々の診療環境における緩和ケアを学ぶ

	2年目		
研修内容	1~4ヶ月	5~8ヶ月	$9{\sim}12~$
緩和ケアチーム	0		
在宅緩和ケア		0	
緩和ケア外来	0	0	0
緩和ケア病棟			0

資料

1. 研修における目標設定や評価のためのツール例

ワークシートの活用の仕方

はじめに

このワークシートは自己評価を通して研修を振り返り、自己の成長につなげていくためのツールとして提示しています。**指導者と研修者が相談の上ワークシートの運用を決めてください**。あくまでツールの一つですから<u>必須ではありません</u>。ワークシートの一部を活用するというのでも構いません。最も大切なことは、自ら前向きに学び続けようとする姿勢や態度です。

また、2)、3)、5)を指導者による研修者の評価ツールとして使用することも可能です。

1)目標書き出しシート

①研修全体の目標、②月単位の目標、③週単位の目標、④今日1日の研修前の目標などの設定、⑤研修 後のふりかえりの中で思いついたものをどんどん記入していきます。

「目標設定日」「私の目標」「研修領域 No. *」「体験できた日」を記入し、特に大事な私の目標に◎をつけます。

※研修領域 No.: 1. 症状マネジメント 2. 心理社会的側面 3. 自分自身およびスタッフの心理的ケア

- 4. スピリチュアルな側面 5. 倫理的側面 6. チームワークとマネジメント
- 7. 臨死期の患者・家族への対応 8. 研究と教育 9. 腫瘍学 10. その他

書いた目標すべてが体験できなくてもかまいません。まずは自分の思いや気持ちからでよいので、とにかく書いてみることが大切です。

2) 日々の体験シート

今日一日の臨床研修の中で研修項目にあてはまるものがあれば記入します。体験したことから「価値ある学び」や「この仕事の魅力」に気付く心が大切です。「自己評価」は研修目標と照らし合わせて評価するのがポイントですが、予期していなかった気付きや感想も書いてみましょう。シートを書き終えたら指導者に渡して「職場からの評価」を書いてもらいサインして返してもらいます。

3) ふりかえりシート Self-assessment

シートを活用して研修医同士や指導医と定期的にふりかえりを行います。

1.教育目標のうち達成できたもの、2.改善すべきと考えること、3.今の気持ち、感情、4.今後学びたい内容について、週1回程度(全体の研修期間により自由に設定)、あるいは研修の区切れ目などで振り返ってみるのも一つのやり方です。

4) 成長エントリーシート

振り返りごとにこのシートを活用して必要な研修項目が研修できているかを確認します。体験シートの評価やふり返りシートを改めてみたりして、そこから自分の成長や変化、身に付けたことなどを、 どんどん記入していきます。

5) 成長報告書(公的評価と2枚でセット)

成長したことベスト3

成長エントリー用紙に記載したリストから成長ベスト3を考え、選び記録します。

ここで得たことを、どう活かしますか?

いつ・どこで・どんな状況で・誰にどのように・・・具体的にイメージして書いてください。

他者評価

指導医、看護師、薬剤師等、研修にかかわった施設スタッフが他者評価を行います(他に研修者同士で評価することも可能)。研修のねらいがわかっている人たちに評価してもらいます。評価する者は具体的で役立つ評価を記述し、サインします。

成長報告書はこの2枚がセットとなります。

ワークシートを活用することで期待されること

- 1. 今よりもっと良くありたいと願い、そこへ向っていく前向きな姿勢をもつこと。
- 2. 自己評価は自己否定だけに終わらず、「ここがいい」と思えることが大切で、自分を肯定し大切にすることが人を大切にすることにも繋がる。
- 3. 一人の人間としての成長や、研修者としてのモチベーションの向上に効果的であり、学び続ける 心を持った医師を育む。

文献:鈴木敏恵著、ポートフォリオ評価とコーチング手法、医学書院、2006

※: 文献からの一部引用、ホスピス緩和ケア研修用に一部改変して使用することについて、鈴木先生および医学書院からの許諾を得ています。

1) 目標書き出しシート (1.研修全体の目標 2.月単位の目標 3.週単位の目標 4.今日1日の研修前の

目標などの設定や、5.研修後のふりかえりの中で思いついたものをどんどん記入していきます。)

目標設定日	私の目標	研修領域 No. **	体験できた日

**研修領域 No.: 1.症状マネジメント 2.心理社会的側面 3.自分自身およびスタッフの心理的ケア 4.スピリチュアルな 側面 5.倫理的側面 6.チームワークとマネジメント 7. 臨死期の患者・家族への対応 8. 研究と教育 9. 腫瘍学 10.その他 ◎特に大事な私の目標

2) 日々の体験シート 今日-日の臨床研修の中で研修項目にあてはまるものがあれば記入します。

<体験シート>	年	月	日 ()

職場名	1. ホスピス緩和ケア病棟 2. その他()
研修者氏名	
仕事の内容や特徴、 体験したこと	
研修領域	1.症状マネジメント 2.心理社会的側面 3.自分自身およびスタッフの心理的ケア 4.スピリチュアルな側面 5.倫理的側面 6.チームワークとマネジメント 7. 臨死期の患者・家族への対応 8. 研究と教育 9. 腫瘍学 10.その他
体験した 研修項目 (資料「研修項目」参照)	
価値ある学び	
この仕事の魅力	
自己評価 (研修目標と照 らし合わせて)	
職場からの評価 (研修者の目標に 照らし合わせて)	サイン

3) ふりかえりシート

Self-assessment

シートを活用して研修医同士や指導医と定期的にふりかえりを行います。

1. 教育目標のうち達成できたもの	2. 改善すべきと考えること
2 公の与体ナ 成体	4 公然学では、内容
3. 今の気持ち、感情	4. 今後学びたい内容

氏名_____

年 月 日()

4)	成長エントリーシート	振り返りごとに、このシートを活用して必要な研修項目が 研修できているかを確認します。
		切 じさしいるかを唯祕しより。

<u>氏名</u>

日付	成	長	し	た	٢	٤		研修領域 No.**

[※]1.症状マネジメント 2.心理社会的側面 3.自分自身およびスタッフの心理的ケア 4.スピリチュアルな 側面 5.倫理的側面 6.チームワークとマネジメント 7. 臨死期の患者・家族への対応 8. 研究と教育 9. 腫瘍学 10.その他 (

5) 成長報告書

+ = +1 ++ ++

成長したことベスト3 成長エントリー用紙に記載したリストから成長ベスト3を考え、選んで記録します。
1.
2.
3.
ここで得たことを、どう活かしますか? ・いつ・どこで・どんな状況で・誰にどのように・・・具体的にイメージして書いてください。

指導医、看護師、薬剤師等、研 行います。(他に研修者同士で				タッフが他者評価を	他者評価	fi
	年	月	<u>日</u> -	指導医		
	年	月	月			
			-			
	年	月	<u> 日</u>			
			-			
	年	月	——			
			<u>н</u> -			

指導医、看護師、薬剤師等、研修にかかわった施設スタッフが他者評価を

2. 1ヶ月研修用ワークシートの1例

ワークシートの活用の仕方

はじめに

緩和医療専門医としてではなく、がんに携わる医師として身につけるべき態度、技能、知識を日々の研修を通じてセルフチェックするためのツールです。全体は三部に分かれていて、研修領域にそって、行うべき具体的課題、日々行った研修(Diary)および1月間のまとめセルフチェック表(Check)になっています。

1) 具体的課題

日々の研修において、指導医とともに on the job training を行う際、指導医がつねにこころがけているのと同じ目標を達成するための具体的行動規範であり、この形にそって緩和ケア病棟で、チームの一員として研修を受けるようにするものです。各施設で異なる部分もありますので、指導医とともに適宜変更を加えていただくのは問題がないと思われます。

2) Diary

患者や家族の情報収集から始まり、診察、ケアプランの作成など1ヶ月の間にどれくらい実践できたかをチェックします。研修半ばで指導医とともに survey し、後半の研修で不足した部分を重点的に補う目安にしてください。

3) Check

目標をどれくらい達成できたかを、研修修了間際に振り返るためのセルフチェックリストです。すべてを網羅する必要はありませんが、指導医とともにふりかえることで、不足部分を補完し、その部分の知識だけは身につけるようにして、一般がん診療に戻ったときに役立てるようにするものです。

他者評価

研修にかかわった施設指導医とディスカッションしながら、評価を受けます。

評価はランク付けをするのではなく、自らの研修を振り返り、今後必要と思われる部分や研修で不足した部分を明確にする狙いがあります。最終的に、指導医とのディスカッションで相互に納得がいったところで、指導医または研修を行った部署の責任者に、Diary と Check にサインをもらい、そのコピーを施設に残します。

具体的課題 (一般目標、行動目標は常勤医師と同様)

. 1 2 8 4

工体口部	c	-		-	٥	_	40	4	4.5	7.7	-	-	1,	-	Č	ç	ç	ç	70	7.0	,	7	00	00	5	Г
	c 2 1	4	n	۰	0	n	2	+	-	4	2	0	+	<u>2</u>	-	-	+		7 7	C7	-	+	-	-	-	
月/日																										
Static information																							•			
入院中患者のプロファイル取得																										
新規入院患者のプロファイル取得																										
Communication																										
(患者へ) 自己紹介と診療の了解																										
(家族へ) 自己紹介と診療の了解																										
Dynamic information																										
入院中患者の苦痛の評価																										
新規入院患者の苦痛の評価																										
Record																										
筒潔なサマリーの記載																										
指導医によるチェック																										
Clinical exercise																										
疼痛緩和プランの設計		<u> </u>																								
疼痛緩和プランの評価		<u> </u>																								
呼吸症状緩和プランの設計																										
呼吸症状緩和プランの評価		/																								
消化器症状緩和プランの設計																										
消化器症状緩和プランの評価																										
その他の身体的苦痛緩和プランの設計																										
その他の身体的苦痛緩和プランの評価																										
(具体的苦痛の記入)																										
精神的苦痛緩和プランの設計		/																								
精神的苦痛緩和プランの評価																										
(具体的苦痛の記入)																										
心理社会的苦痛緩和プランの設計																										
心理社会的苦痛緩和プランの評価																										
spiritual pain緩和プランの設計																										
sedation の適応判断と説明、設計																										
sedation の評価																										
Informed concent:記録/文書手渡含む																										
Lecture and Reference																							•			
指導医による講義																										
文献抄読																										
	氏名						4	研修病院	完:					架	指導医署名	署名										
							4							\downarrow												٦

知 輔	スピリチュアルペインカテゴリー	精神的穏やかさの喪失	意味・目的の喪失	自分らしさ	寂しさ・支えのなさ	家族の準備の心配	関係についての葛藤	負担をかけている思い	身体的コントロールの喪失	認知的コントロールの喪失	将来のコントロールの喪失	役割の喪失	楽しみの喪失	自分らしさの喪失	しておきたいこと	こころの準備・死の不安	希望のなさ	宗教/信仰に関する苦悩	(インメロ)												一 人	, i	研修期間: 年	В В~ В В	中	病院	指導医署名		
		#1		兴				メント	業務		I.)対応									アの歴史・展望				#				30年
研修項目	6. 倫理的側面	医療上倫理的問題への気づき	患者権利の理解・尊重	患者協同での治療計画作成	尊厳死・安楽死への対処	倫理委員会へ問題提出		7. チームワークとマネジメント	チーム一員としての姿勢と業務	チーム構成員の能力向上	他専門医からの選択肢提示	周辺医療機関との協力		8. 研究•教育	医学論文批判的吟味	体系的文献検索	二次資料の利用	教育基本手法習得·実践	啓発·教育·普及活動	研究会参加・業績の発表		9. 臨死期患者・家族への対応	臨死期への全人的対処	臨死期・死後の心理配慮	病態に合致した治療選択	家族へ看取り情報の提供	家族受容判断と死亡確認	剖検必要時の説明・支援		10. その他	本邦ホスピス・緩和ケアの			2. 腫瘍学	各悪性腫瘍の基本的治療法	外科治療の適応・方法	放射線治療の適応・方法	化学療法の適応・方法	* サライン 下海の国づり 対応
態 技 知度 能 職																																							
知研修項目	3. 心理社会的側面	心理的反応	怒り	罪責感	A 認		影嘆		コミュニケーション	病状把握状況・評価	診断(悪い知らせ)・方針伝達	時機に適した必要情報伝達	困難な質問・感情への対応	恐怖・不安の表出と対応	自立性尊重と支援		社会経済的問題の理解と援助	社会資源の紹介と利用		家族のケア	家族スタイルの理解・対応・援助		死別による悲嘆反応	予期悲嘆への対処	死別体験者のサポート	家族への死別準備の促進	悲嘆反応の予測・対処	抑うつの早期発見·専門家紹介		4. 自分自身およびスタッフの心理的ケア	ケア罪責感話合いと乗り越え	スタッフサポート法認知と実践	燃え尽き反応の鑑別		5. スピリチュアルな側面	スピリチュアルケア	(補足説明参照)		
n 研修項目 態 技	1. 症状マネジメント(続き)	腎·尿路系	血原	尿失禁	排尿因難	膀胱部痛	水腎症	慢性腎不全		中枢神経系	原発·転移脳腫瘍	頭蓋内圧亢進	けいれん発作	四肢·体幹麻痺	神経筋疾患	腫瘍随伴症候群		精神症状	押うつ	適応障害	不安	不眠	せん妄	怒り	恐怖		その他	悪液質	倦怠感	リンパ浮腫	認知症		緊急症への適切な対応	高Ca血症	上大静脈症候群	脊髄圧迫		Har.	一
態 技 度 能 職	六																																						
研修項目	1. 症状マネジム	がん疼痛	侵害受容性	神経障害性	非がん疼痛		消化器系	食欲不振	嘔気	一個	便秘	屋 上	消化管閉塞	腹部膨満感	腹痛	吃逆	嚥下困難	口腔食道カンジダ	口内炎	黄疸	肝不全	肝硬変		呼吸器系	图	敚	呼吸困難	死前喘鳴	胸痛	誤嚥性肺炎	難治性肺疾患		皮膚の問題	褥瘡	ストマケア	皮膚潰瘍	皮膚掻痒症		

3. 緩和ケア病棟での医師研修の実態調査とその結果

NPO 法人 日本ホスピス緩和ケア協会

教育支援委員会 緩和ケア病棟における医師研修検討部会

メンバー:高宮 有介(部会長、昭和大学医学部)

小穴 正博 (桜町病院)

三枝 好幸(聖ヶ丘病院) 茅根 義和(東芝病院)

林 章敏(聖路加国際病院)

堀 夏樹 (NTT 東日本関東病院)

はじめに

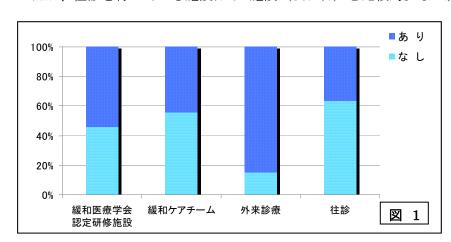
緩和ケア病棟における医師研修検討部会では研修プログラムの作成にあたって、緩和ケア病棟における医師研修の実態を把握し、研修プログラムに対するニーズを確認するために実態調査を行った。

実態調査は 2010 年 3 月に、日本ホスピス緩和ケア協会に属する緩和ケア病棟 194 施設に対して別紙 1 の調査票を郵送し、回答は協会事務宛の FAX にて回収した。有効回答は 143 (回答率: 73.7%) であった。

1. 全体の集計結果

1) 施設について [図 1]

日本緩和医療学会認定研修施設は 77 施設 (53.8%) であった。また緩和ケアチームを持つ施設は 63 施設 (44.1%) であった。外来診療を行っている施設は 120 施設 (83.9%) と大多数を占めていたが、往診を行っている施設は 52 施設 (36.4%) と比較的少ない結果となった。



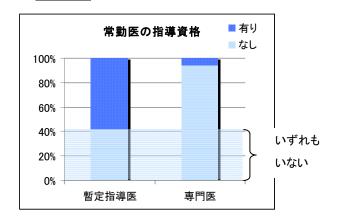
2) 医師の体制 [表 1、図 2]

常勤医数の平均は 2.0 名であったが、常勤医 1 名体制の施設が 50 施設(35%)と約 1/3 を占めていた。また、常勤医 $1\sim2$ 名の施設が全体の 72% を占めており、常勤医が研修指導に十分な時間を割くことは難しい現状と考えられる。尚、常勤医師数は兼任医師を 0.5 と計算して算出した(表 1)。日本緩和医療学会の暫定指導医がいる施設は 82 施設(57.4%)、専門医のいる施設は 8 施設(0.6%)であったが、暫定指導医、専門医いずれもいない施設が 57 施設(40%) あった(図 2)。

表 1

常勤医師数	施設数	割合
0名	3	2.1%
1名	50	35.2%
1.5 ないし 2 名	53	37.3%
2.5 ないし 3 名	18	12.7%
4名	11	7.7%
5名	4	2.8%
6名	3	2.1%
合計	142 施設(5	平均 2.05 名)

図 2



3) 研修実績 [表 2・表 3・図 3]

研修受け入れ実績のなかった施設が 59 施設(41.2%)と全体の 4 割であった。研修実績の有る施設でもほとんどの施設で年間 10 名以下の実績であった(表 2)。研修実績の内訳では、院内研修およびがんプロフェッショナル養成プラン(以下がんプロと略す)以外の 1 ヶ月以内の研修が最も多く 37.7%を占めていた。次いで院内研修 1 ヶ月以内、院内研修 $1\sim3$ ヶ月の順であった(表 3)。研修後の進路では緩和ケアを専門とする勤務に就いている医師が 13%であった(図 3)。

表 2

受け入れ人数	施設数	割合
0名(実績無し)	59	41.5%
1~10名	64	45.1%
11~20名	8	5.6%
21 名~	11	7.7%
合 計	142 カ	—————————————————————————————————————

図 3

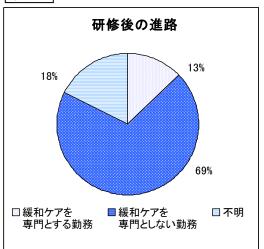
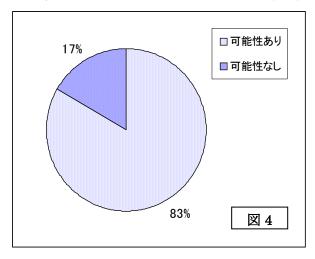


表 3

院内研修	計 317 (46.3%)	
①1ヶ月以内	②1~3ヶ月	③3ヶ月~1年
195 (28.5%)	100 (14.6%)	22 (3.2%)
がんプロ	計 31 (4.5%)	
①1ヶ月以内	②1~3ヶ月	③3ヶ月~1年
10 (1.5%)	12 (1.8%)	9 (1.3%)
上記以外	計 336 (49.1%)	
①1ヶ月以内	②1~3ヶ月	③3ヶ月~1年
258 (37.7%)	39 (5.7%)	39 (5.7%)
総計	694 (1	00%)

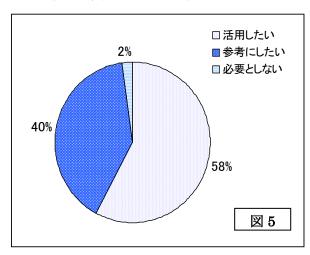
4) 今後の研修受け入れの可能性 [図 4]

研修受け入れの可能性については119施設(83.2%)が、可能性があるとの回答であった。



5)研修プログラムについて 図5

日本ホスピス緩和ケア協会が、緩和ケア病棟での医師研修プログラムを提案した場合の活用の可能性については、活用したい (82 施設:57.3%)、参考にしたい (57 施設:40%) と研修プログラムに対して期待している施設がほとんどであった。



以上、全体の結果をまとめたが、素データを見ていくと常勤医師数の少ない施設、常勤医師が日本 緩和医療学会の指導資格(暫定指導医または専門医:以下指導資格)を持っていない施設において研 修受け入れが難しいと考えられる傾向が見られたため、常勤医師数と常勤医師の指導資格で全体を二 群に分けて比較検討を行った結果を以下に示す。

2. 常勤医師数 「表 4~7]

常勤医師数 1 名以下 (以下群) と 1.5 名以上 (以上群) の二群に分けると、以下群は 53 施設 (37%)、以上群は 90 施設 (63%) であった。

施設については以下群で緩和医療学会の認定研修施設である施設が 16 施設(30%)と少なかったのに対して、以上群では 61 施設(67.8%)と 2/3 の施設が認定研修施設であったことが大きな違いであった(表 4)。

表 4

		緩和医療学会 認定研修施設	緩和ケア チーム	外来診療	往診
常勤医師 1名以下	あり	16 (30.2%)	22 (41.5%)	15 (28.3%)	41 (77.4%)
(53 施設)	なし	37 (69.8%)	31 (58.5%)	38 (71.7%)	12 (22.6%)
常勤医師 1.5 名以上	あり	61 (67.8%)	41 (45.6%)	37 (41.1%)	80 (88.9%)
(90 施設)	なし	29 (32.2%)	49 (54.4%)	53 (58.9%)	10 (11.1%)

医師体制を見ると指導資格のある医師の割合が以下群では37.7%にとどまっているのに対し、以上群では72.2%の施設が指導資格のある医師を有していた(表 5)。

表 5

	指導資格	暫定指導医	専門医	どちらもいない
常勤医師1名以下	あり	20 (37.7%)	0 (0.0%)	33 (36.7%)
(53 施設)	なし	33 (62.3%)	53 (100.0%)	33 (30.770)
常勤医師 1.5 名以上	あり	62 (68.9%)	8 (8.9%)	25 (27.8%)
(90 施設)	なし	28 (31.1%)	82 (91.1%)	29 (21.8%)

また、研修受け入れ実績では、以下群で 52.8%が受け入れ実績なしであったのに対し、以上群では 受け入れ実績なしの施設は 33.3%であった。(表 6)

表 6

	受け入れ				すべての受け
	実績	院内	がんプロ	左記以外	入れ実績無し
常勤医師1名以下	あり	15 (28.3%)	2 (3.8%)	14 (26.4%)	28 (52.8%)
(53 施設)	なし	38 (71.7%)	51 (96.2%)	39 (73.6%)	20 (92.070)
常勤医師 1.5 名以上	あり	35 (38.9%)	15 (16.7%)	35 (38.9%)	30 (33.3%)
(90 施設)	なし	55 (61.1%)	75 (83.3%)	55 (61.1%)	00 (00.0%)

研修受け入れの可能性を見ると、以下群では 73.6%にとどまるのに対し、以上群では 88.9%の施設 が受け入れ可能と回答しており、以下群で研修受け入れの可能性がやや少ない結果となった。(表 7)

表 7

常勤医師1名以下	可能性あり	39 (73.6%)
(53 施設)	可能性なし	14 (26.4%)
常勤医師 1.5 名以上	可能性あり	80 (88.9%)
(90 施設)	可能性なし	10 (11.1%)

3. 常勤医師の指導資格 [表 8~表 10]

指導資格のある医師が常勤で勤務していない施設(無し群)が58施設、暫定指導医または専門医が常勤で勤務している施設(有り群)が85施設であった。

施設については緩和医療学会認定研修施設である施設数は、無し群ではわずか 1 施設であったが、有り群では 76 施設(89.4%)であった。緩和ケアチームの有無、外来通院サービスの有無においても大きな違いが見られた。緩和ケアチームは無し群で 16 施設(27.6%)にとどまるのに対し、有り群では 48 施設(56.5%)が緩和ケアチームをもっていた。外来通院サービスについては無し群の 20 施設(34.5%)で外来通院サービスが行われていたが、有り群では 79 施設(92.9%)で外来通院サービスが行われていた。病棟業務以外の研修機会において両者には大きな差が認められた(表 8)。

表 8

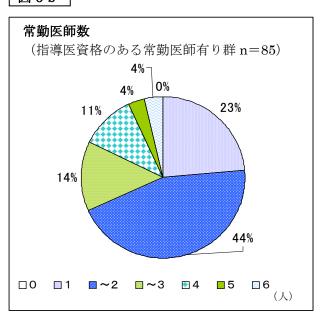
		緩和医療学会	緩和ケア		
		認定研修施設	チーム	外来診療	往診
指導医資格の ある常勤医師	あり	1 (1.7%)	16 (27.6%)	20 (34.5%)	21 (36.2%)
無し群 (58 施設)	なし	57 (98.3%)	42 (72.4%)	38 (65.5%)	37 (63.8%)
指導医資格の ある常勤医師	あり	76 (89.4%)	48 (56.5%)	79 (92.9%)	31 (36.5%)
有り群 (85 施設)	なし	9 (10.6%)	37 (43.5%)	6 (7.1%)	54 (63.5%)

常勤医師数は無し群で平均 1.6 人、有り群で平均 2.0 人と無し群で少ない傾向になった。常勤医師 1 名以下の施設の割合は無し群で 56.9%であったのに対して、有り群では 23.5% と大きな差が認められた(図 6-a、図 6-b)。

図 6-a

常勤医師数 (指導医資格のある常勤医師無し群 n=58) 2% 0% 3% 5% 10% 52% □0 □1 ■~2 ■~3 ■4 ■5 □6 (人)

図 6-b



研修実績でも、無し群では研修受け入れ実績の有る施設が22.4%と低いのに対し、有り群では65.9%と高い実績がみられた(表9)。

また、研修受け入れの可能性を見ても無し群では 65.5%にとどまっているのに対して、有り群では 95.3%とほとんどの施設で受け入れ可能との回答であった(表 10)。

表 9

		院内	がんプロ	左記以外	すべての受け入れ 実績無し
無し群	あり	14 (24.1%)	2 (3.4%)	13 (22.4%)	31 (53.4%)
(58 施設)	なし	44 (75.9%)	56 (96.6%)	45 (77.6%)	31 (95.4%)
有り群	あり	36 (42.4%)	15 (17.6%)	36 (42.4%)	29 (34.1%)
(85 施設)	なし	49 (57.6%)	70 (82.4%)	49 (57.6%)	29 (34.1%)

表 10

無し群(58施設)	あり	38 (65.5%)
無 し作 (30)地段)	なし	20 (34.5%)
有り群(85 施設)	あり	81 (95.3%)
有り件(80 肥政)	なし	3 (3.5%)

まとめ

今回の実態調査の結果以下のことがわかった。

1. 緩和ケア病棟の実態

緩和ケア病棟を持つ施設のうち 54%の施設が日本緩和医療学会の認定研修施設であった。緩和ケアチームもある施設が 44%であった。外来診療を行っている施設が 84%であったのに対し、往診を行っている施設は 36%であった。

常勤医数の平均は 2.0 名であったが、常勤医 1 名体制の施設が 35%、常勤医 2 名以下の施設が 72%を占めていた。

2. 研修受け入れ実績

41%の施設で医師の研修を受け入れていたが、2年間での受け入れ人数はほとんどの施設で 10 名以下であった。

研修期間では、1 か月以内の研修が 66% と大多数を占めていた。1 ヶ月以内の研修では院内からの研修よりも院外からの研修の方が多かったが、逆に 1~3 ヶ月の研修では院内からの研修の方が多かった。

研修受け入れの実績は常勤医が1名以下の施設では低く、常勤医が日本緩和医療学会の指導資格を有する施設では高かった。ただし、数は少ないが常勤医が1名の施設でも2年間で10名以上の研修を受け入れている施設があった。

3. 研修受け入れ施設の望ましい条件

今回の調査の結果、研修受け入れ施設として望ましい条件として以下の3点が考えられた。

- ①指導医は日本緩和医療学会の専門医または暫定指導医であること
- ②認定研修施設として届け出ていること
- ③常勤で専従医師が2名以上勤務していること

【別紙1:調査票】

設名:	0	答者名:			
彩	爰和ケア病棟での図	医師研修の実施	態調査		
あなたご自身についてお	3伺いします。 あてはま	■ るアルファベッ	トに○をおつ	けくださ	54.Y ₋
	2. 年齢 a. 20-				
	a. 1-4 年 b. 5-	-9 年 c. 10-1	9 年 d. 20	-29 年	e. 30 年以上
4. 緩和ケアの臨床経験年数	a. 1-4 年 b. 5-	-9 年 c. 10-1	4年 d.5-	-19 年	e. 20 年以上
貴施設についてお伺いし		 をチェックして	ください。		
	□認定研修施		□認定研	修施設で	はない
2. 緩和ケアチームの活動	動□有		□無		
→ 活	動有の場合、緩和ケア		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	□無	
3. 在宅緩和ケアについる		話師による往診)		□無	
	外来通院(再	診)	□有	□無	
貴施設の医師の体制につ	いてお伺いします。【	】内を埋めて	てください。		
1. 常勤医 【	名】				
	名 】 暫定指導医 【 名	,】 内日本緩和医	療学会 緩和医療	専門医【	名】
内日本緩和医療学会	暫定指導医【 名				
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性	暫定指導医【 名				
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳	暫定指導医【 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績	きす。 (実地研修で	*あり、1~2 E	日の見学は	は含まない)
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間	暫定指導医【 名 をについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研	です。(実地研修で	あり、1~2 E	日の見学は	は含まない)
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1.過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1カ月以内: 名	暫定指導医【 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研	きす。 (実地研修で	*あり、1〜2 E 1関係 名	日の見学は	t含まない) 記 以外 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1 カ月以内: 名 ②1~3 カ月: 名	暫定指導医【 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研 名	きす。 (実地研修で	があり、1~2 E 1 関係 名 名	日の見学は	t含まない) 記 以外 名 名
内日本緩和医療学会	暫定指導医【 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研	きす。 (実地研修で	*あり、1〜2 E 1関係 名	日の見学は	t含まない) 記 以外 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路	暫定指導医 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研究 名 名 名 名 名	を がんプロ	があり、1~2 E 1 関係 名 名	日の見学は	t含まない) 記 以外 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路	暫定指導医 名 EICついて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研究 名 名 名 務 ②緩和ケアを専	をす。(実地研修で 修 がんプロ	があり、1~2 E 1 関係 名 名	日の見学は	t含まない) 記以外 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内部 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤	暫定指導医 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研名 名 名 名 務 ②緩和ケアを専名	きす。 (実地研修で がんプロ 門としない勤務	*あり、1~2 E 1 関係 名 名 名	日の見学に 左	t含まない) 記 以外 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修	暫定指導医【 名 を	* す。 (実地研修で * がんプ ロ ・	*あり、1~2 E * リス 名 名 名 名 名 名 名	左 に	t含まない) 記以外 名 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1 カ月以内: 名 ②1~3 カ月: 名 ③3 カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修費無	暫定指導医【 名 を	* す。 (実地研修で * がんプ ロ ・	*あり、1~2 E * リス 名 名 名 名 名 名 名	日の見学に 左	t含まない) 記以外 名 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修	暫定指導医【 名 EICついて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研 名 名 名 名 名 の緩和ケアを専 名 り間等により研修費が 乗し □研修費が	* がんプロック かんプロック かんプロック かんプロック かんプロック かんプロック かん 	*あり、1~2 E * リス 名 名 名 名 名 名 の 不明 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	左 左 を	t含まない) 記以外 名 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内訳 受入期間 ①1 カ月以内: 名 ②1~3 カ月: 名 ③3 カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修費無	暫定指導医【 名 EICついて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研 名 名 名 名 名 第期間等により研修費が 無し □研修費	下す。(実地研修で	*あり、1~2 E ***	五の見学に 左 ((((((((((((((((((t含まない) 記以外 名 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内部 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修費集 研修期間等	暫定指導医【 名 EICついて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研 名 名 名 名 名 第期間等により研修費が 無し □研修費	下す。(実地研修で	*あり、1~2 E * リス 名 名 名 名 名 名 の 不明 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	五の見学に 左 ((((((((((((((((((t含まない) 記以外 名 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内部 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修費類 研修期間等 金 額	暫定指導医【 名 Eについて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研名名名 名 名 名 多期間等により研修費が無し 口研修費で 円/日のいずれかにこ 円/日のいずれかにこ	下す。(実地研修で がんプロ で で で で で で で で で で で で で	*あり、1~2 E ***	五の見学に 左 ((((((((((((((((((t含まない) 記以外 名 名 名 名
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内部 受入期間 ①1 カ月以内: 名 ②1~3 カ月: 名 ③3 カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修 研修期間等 金 額 4. 今後の研修(1週間)	暫定指導医【 名 EICついて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研 名 名 名 名 多 多期間等により研修費が 無し □研修費を (いずれかに) 以上)受け入れの可能	下す。(実地研修で がんプロ がんプロ に関としない勤務 名 に関いる場合、それ 有り に関・月 のでのけて下さい) 他の に関・口有	*あり、1~2 E *** ** ** ** ** ** ** ** **	古の見学に 左 に さい) (与を支系 約 約	t含まない) 記以外 名 名 名 名 月 円 / 月
内日本緩和医療学会 研修実績と今後の可能性 1. 過去2年間で研修を 内部 受入期間 ①1カ月以内: 名 ②1~3カ月: 名 ③3カ月~1年: 名 2. 研修後の医師の進路 ①緩和ケアを専門とする勤 3. 研修費に関して(研修費集 研修期間等	暫定指導医【 名 EICついて、お伺いしま 受け入れた実績 院内ローテーション研 名 名 名 名 多 多期間等により研修費が 無し □研修費を (いずれかに) 以上)受け入れの可能	下す。(実地研修で がんプロ がんプロ に関としない勤務 名 に関いる場合、それ 有り に関・月 のでのけて下さい) 他の に関・口有	*あり、1~2 E *** ** ** ** ** ** ** ** **	古の見学に 左 に さい) (与を支系 約 約	t含まない) 記以外 名 名 名 名 月 円 / 月

緩和ケア病棟における 医師研修指導指針

2011年6月18日 発行

発 行:日本ホスピス緩和ケア協会 編 集:日本ホスピス緩和ケア協会

教育支援委員会

緩和ケア病棟における医師研修検討部会