

基本的な緩和ケアの研修について

国立がん研究センター東病院
精神腫瘍科
小川朝生

1

主な内容

1. 研修の現状
2. 明らかになった課題
3. 検討が望まれる項目
4. 対応策

2

緩和ケアの教育

- 専門的緩和ケア： 複雑な問題への対処
 - 専門家の育成
- **基本的緩和ケア**： 基本的な症状緩和のスキル
 - 症状緩和を担う医療従事者の育成：
医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャル・ワーカー、リハビリ関連職種、等
- 緩和ケア的アプローチ： 医療者の基本的な姿勢
 - QOLを重視する姿勢、オープンなコミュニケーション、等

3

がん対策推進基本計画（改定） 個別目標

- 教育研修：
3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、**5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること**を目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。
- 体制の整備：
また3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。
- 達成すべき目標：
こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする。

4

緩和ケアと研修

職種	役割	対応する研修
医師（緩和ケアチーム）	拠点病院における専門的な緩和ケアの提供 迅速に緩和ケアを提供する診療体制整備	緩和ケアチーム研修会（国立がん研究センター） 緩和ケアチームの実地研修
医師	基本的な緩和ケアの提供	緩和ケア研修会 （コミュニケーション技術研修） （がん治療学会eラーニング）
看護師（緩和ケアチーム専従）	拠点病院における専門的な緩和ケアの提供 迅速に緩和ケアを提供する診療体制整備	緩和ケアチーム研修会（国立がん研究センター） 緩和ケアチームの実地研修
看護師（専門・認定）	専門的・基本的な緩和ケアの提供等	がん医療に携わる看護研修事業（日本看護協会）
看護師		（ELNEC-J）
薬剤師（緩和ケアチーム専任）	拠点病院における専門的な緩和ケアの提供 迅速に緩和ケアを提供する診療体制整備	緩和ケアチーム研修会（国立がん研究センター） 緩和ケアチームの実地研修
薬剤師		（緩和医療薬学会）
リハビリ		がんリハビリテーション研修
相談員	基本的な緩和ケアの提供	相談員研修の一部
全ての人（家族・介護者）		

5

主な内容

1. 研修の現状
2. 明らかになった課題
3. 検討が望まれる項目
4. 対応策

6

明らかになった課題

- **臨床への負荷**
 - 研修会の企画・運営が大変
 - 参加者の負担が大きい
- **受講率が上がらない**
- **効果に対する疑問（拠点病院の緩和ケアは向上したのか）**
 - 評価：受講者数
 - 痛みの緩和や症状緩和が進んでいないのではないか
 - 求める結果（評価）と教育効果とのギャップ
- **教育研修の場の設定が適切か**
 - 緩和ケアの教育は基礎教育ではないか
 - 臨床で行うのならば、臨床活動の改善を目指した研修ではないか
 - 医学教育の中での議論
- **拠点病院以外の場所での緩和ケアの教育・研修が検討されていない**
 - 一般病院（拠点病院以外）での症状緩和をどうするか
 - 在宅（地域）
 - （施設）

7

教育効果は臨床の結果で評価できるか

- 初期研修医に対しての痛みに関する教育的な介入の試み

処方箋や診療録調査から、オピオイドへの理解や依存への恐怖は減った（すなわち、教育効果はあった）
しかし、患者の痛みについては改善なし

教育効果の測定は、直接の臨床評価では難しい。
研修医から緩和ケアチームへのコンサルテーションの件数等のほうが、評価としては望ましいのではないかと。

(Ury, et al., 2000, 2002)

ポイント

- 教育は教育として必要
- ただし、痛みの緩和などの臨床活動の結果を直接変える効果は期待しにくい。臨床の結果を変えることを意識するならば、網羅的な基礎教育ではなく、行動の変化を直接目指した介入プログラムを検討する。

8

明らかになった課題

- **臨床への負荷：費用対効果が未検討**
 - 研修会の企画・運営が大変
 - 参加者の負担が大きい
- **受講率が上がらない：費用対効果が未検討**
- **効果があがっていないのではないかという疑問（拠点病院の緩和ケアは向上したのか）**
目標の未設定、対象の未検討
 - 評価：受講者数
 - 痛みの緩和や症状緩和が進んでいないのではないか
 - 求める結果（評価）と教育効果とのギャップ
- **教育研修の場の設定が適切か：結果の未検討（求める効果とのギャップ）**
 - 緩和ケアの教育は基礎教育ではないか
 - 臨床で行うのならば、臨床活動の改善を目指した研修ではないか
 - 医学教育の中での議論
- **拠点病院以外の場所での緩和ケアの教育・研修が検討されていない：セッティングの問題が未検討**
 - 一般病院（拠点病院以外）での症状緩和をどうするか
 - 在宅（地域）
 - （施設）

9

主な内容

1. 研修の現状
2. 明らかになった課題
3. 検討が望まれる項目
4. 対応策

10

教育研修は介入である

- 目標（求める結果）を定める必要
- 効果とコストを考える必要（費用対効果）
 - コスト： 費用、動員する人員（企画者、参加者）
 - 「質の向上」だけでは際限がなくなる
- 方法を考える（「理解」と「行動」には距離がある）
 - 「正しい理解」を得られたとしても「正しい行動」を行うにはハードルがある
 - 臨床を変えるためには、求められる「行動」を示し、実践できるようにする

11

研修プログラムの設計（疫学、行動科学）

1. 誰に（Who）
2. どんな場面・状況で（Antecedents）
3. どう行動してほしいのか？（Behavioral goal）
4. 行動の結果、何が変わるのか？（Outcome）
5. そのために何をするのか？（What）
6. どのように伝えるか？（How）

12

例) 教育の対象：Who



外科医
☆☆☆



腫瘍内科医
☆☆☆



一般医
☆☆☆☆☆



在宅医
☆☆☆☆



看護師
☆☆☆

場面・状況, 行動のゴール, アウトカム

場面・状況Antecedent	行動のゴール Behavioral goals	アウトカム Outcomes
告知・治療期	① 身体症状・精神症状の最低限の アセスメント ② 基本的な症状緩和 ③ 専門家・緩和ケアチームへの コンサルト	治療の副作用対策： 社会的な支援、疾病教育の実施
再発・転移		治療の副作用対策： 不安への対応、社会的な支援
緩和ケアへの移行		身体症状・精神症状の緩和 治療中断の意思決定支援
終末期		疼痛コントロール：オピオイドの使用 など

最低限必要な行動目標を設定

到達目標の設定

拠点病院

- 基本的な緩和ケアの研修は実施
- 今後、痛みのアセスメントを実施する、診断時に心理社会的なサポートを提供するように進めるためには、その行動を起こすための介入プログラム（仕組み）が必要

項目	目標
専門的緩和ケア	緩和ケアチームの実地研修 チーム医師、看護師の技術向上
基本的な緩和ケア	実際に担当するがん治療医と担当看護師が、 <ul style="list-style-type: none"> • 痛みのアセスメントを臨床で実施できる • オピオイドを処方できる • 治療方針を決める際に、心理社会的な問題のアセスメントを実施できる • 心理社会的な問題への初期対応ができる • 緩和ケアチームにコンサルトができる

プログラム案： 診断時からの緩和ケア（そのうちの基本的な支援）ができるようにする）

具体的な場面で、何を求めるかを明確にする

だれ	治療開始時： 担当医、看護師
なにを	<ol style="list-style-type: none"> 1. 痛みのアセスメントを実施できる 2. 心理社会的なアセスメントができる 3. 治療開始時に疾病・治療についての情報提供と理解の確認、補足の説明が提供できる 4. 不安に対するセルフケアの教育ができる 5. 就労支援や孤立の予防など最低限の社会的支援ができる 6. 必要な専門的支援につなげることができる
どのよ うに	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介入プログラム（ワークショップ）+ 資材の提供

15

拠点病院以外の一般病院

- ・ 専門的緩和ケアを用意する人的な余裕はなし
- ・ 基本的な緩和ケアについても、人的な余裕はないギリギリの状態。
- ・ 一部の地域では、緩和ケア病棟が新設されたことにより、がん患者が緩和ケア病棟に集中し、一般病院の診療機会が減ってきている地域もある。
- ・ 費用対効果を考えた、実施可能な基本的緩和ケアを提供する体制を目指す必要。（チームの新設よりも、今の診療体制の中でできるプログラムを用意するのが望ましいのでは）

項目	目標
専門的緩和ケア	拠点病院や地域の資源（ペインクリニックなど）を紹介する形で利用
基本的な緩和ケア	現在の体制のなかで、実践できる行動やプログラムを提案する <ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みのアセスメントを診療の中で実施する ・ オピオイドを処方できる ・ 身体的な苦痛のアセスメントを診療の中で実施できる ・ 専門家にコンサルトができる

16

プログラム案： 一般病院で、基本的な苦痛への対応ができるようになる

基本的な教育は実施するが、費用対効果を踏まえた実施可能な形に修正する

だれ	病棟担当医、看護師（指導的な立場、主任クラスなど） （プライマリ・チーム）
なにを	1. 痛みのアセスメントを実施できる 2. オピオイドを処方できる 3. 苦痛のアセスメントができる 4. 専門家に紹介を出すことができる
どのよ うに	今のケアの体制のなかで実施できる介入をおこなう （病棟に1名教育を受けたスタッフがいて、アセスメントなどを入院患者に定期的におこなう仕組みを作る） <関心がある> ・ 介入プログラム（ワークショップ）+ 資材の提供 <関心がない> ・ 教材・資材の提供

17

まとめ： 考えること

- ・ 目標の設定： 何を変えるために何をするのか
- ・ 最低限の目標を定める（「緩和ケア」という言葉を具体的な行動に落とす）
- ・ 対象を絞る
 - ・ 最も患者への影響の大きい教育の対象はだれか
 - ・ すべての医師というのは広すぎて、タッチポイントをつくれな
→効果的な介入が難しい
- ・ できていないと困ることは何かを明らかにする：
 - ① 痛み・身体症状・精神症状の最低限のアセスメント：アンテナを立てる
 - ② 基本的な症状緩和→具体的な数値を示す
 - ③ 緩和ケアチームへのコンサルト
- ・ 具体的なターゲット
 - ・ 痛み：スクリーニング→オピオイドの処方（適切に処方は上級）
 - ・ せん妄：スクリーニング→ケアの工夫
- ・ 費用対効果という観点の必要性：「質の向上」という目標設定はリソースの無限投入という地獄に陥る

18