

委員名：前川 育

課題	対応案
<p>現在の研修会プログラムでは、緩和ケアを理解している医療者にとっては、当然のことと感じられ、緩和ケアをあまり知らない医療者には、内容が難しく感じられるのではないかと思う。</p> <p>①緩和ケア研修会の目的は、基本的な緩和ケアの習得 「痛みをはじめとした、がんによる苦痛に対する緩和ケアの知識、技能、態度を習得し、実践できる」とある。ただ、参加者が2日間で緩和ケアを習得し、現場で実践できるかどうか不安である。</p> <p>②緩和ケア研修会の修了者（交付枚数）の中で、がん医療に関わっている医師と関わっていない医師の数の把握が必要。（研修会の参加者数だけでは、判断が難しい）</p> <p>③緩和ケア研修の目的・意義などを理解していない医師が、研修会の「協力者」（講師など）となっている場合もあるのでは。 形だけ整えて、「研修会を行っている」ということにしている病院もあるのでは。この2点を危惧している。</p> <p>④1つの施設で、1人の医師が研修を受けていれば、その施設では、関係する医師全員に診療報酬がつく。これが、研修会参加を遅らせている原因の一つではないかと考えられる。</p>	<p>次期基本計画においては、研修会プログラムの見直しをする。</p> <p>①研修会の目的を、広義なものから狭義なものへ変える。 実際に、医療現場ですぐに使い、役に立つものを。 例・第一段階「緩和ケアとコミュニケーション」 ～患者の気持ちを理解しよう～ 第二段階「疼痛コントロールを身につける」 ～患者の痛みを理解しよう～ (緩和医療学講座で学ぶ内容もいれる)</p> <p>②拠点病院の施設長（院長）と、がん医療に携わるすべての医師に、研修会受講を義務付ける。</p> <p>③研修会主催者は、緩和ケアを十分理解し、実際に患者の心に寄り添う医療をしている医師に、「協力者」となっていただくようにする。 実際の患者・家族の声（意見・思い）を聴く機会を設ける。</p> <p>④がん医療に携わるすべての医師が、例えば、1年目は三分の一、2年目は三分の二以上、5年間で、全員が研修を受けるなど段階的に行うようにしてはどうか。それを診療報酬で評価する。</p>

資料 3

委員名：秋山 美紀

今回も出席できず申し訳ありません。緩和の専門教育については門外漢であり、志摩先生ら専門の先生にお任せします。一応、思うところを以下（的外れな意見もあるかもしれませんが）記述しますので、よろしくご査収ください。（課題の番号→対応案の番号が対応するように記述します。）

課題	対応案
<p>1. 教育の効果を測るのは難しいことはわかるが、緩和ケア講習の教育効果がきちんと評価できていないのではないかと（費用もかかっているので教育効果を検証できる必要がある）。</p> <p>2. 「がん診療医療に携わる全ての医師」数には、まだ受講者数が追いついていない。しかし、これから受講する人達は、初期で受けた人より、緩和ケアに対する意識や受講のインセンティブが低く、講習の効果が出にくい可能性がある。</p> <p>3. 受講済みの医師も、一度だけでなく継続した研修が必要である。</p>	<p>1. 短期的な知識を問う評価以外に、例えば麻薬の処方量が（自然増ではなく研修によって）どう変わったかなど、客観的な評価を入れる努力をする。また講習を受けたことで実際に患者の痛みがどれだけ取れるようになったか評価することを検討する。</p> <p>2. 引き続き、目標数に向けて、研修は継続すべきである。未受講者に受講させるインセンティブとして、以下3-1、3-2を検討してはどうか。</p> <p>3-1. がん診療拠点病院の認可条件の中に、がん診療に携わる医師（分母）が何名おり、研修を受けた医師（分子）が何名いるのかを明らかにさせ、拠点病院の更新条件にPEACEプログラムの受講割合規準（例：最低50%等）を入れる。（木澤先生どうでしょうか？）</p> <p>3-2. 医療用麻薬の免許更新の際に、簡単な研修（例えばe-learning）等を受けてもらう。</p> <p>5年に1回はレクチャーを受けてもらう仕組みをつくる。</p>

<p>4. 医学教育（卒前）の緩和ケア教育と、臨床現場での緩和ケア教育がうまくリンクしていない。</p>	<p>4. 基本法のような国の法律に基づいて、厚生労働省と文部科学省が力を合わせて、緩和ケア教育を効果的に組み入れる。初期研修での緩和ケア教育とともに、後期研修の中で、1ヶ月は緩和ケア研修を受けるようにする。特に主要な診療科（内科、外科、婦人科、小児科等）の研修医は必ず教育を受けるようにすべき。</p>
<p>5. 看護師や薬剤師も緩和ケアチーム研修を受けることが望まれるが、対象人数が多いので難しい。</p>	<p>5. 当面は、ELNECのようなプログラムを積極的に推進すべき。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 大西 秀樹

課題	対応案
<p>【緩和ケアに関する研修について】</p> <p>精神腫瘍学を担当する講師の教育について</p> <p>精神腫瘍学研修会での担当領域</p> <p>研修後の学びを深める必要がある。</p> <p>研修会担当医師の確保を行う必要がある</p>	<p>日本サイコオンコロジー学会として、指導者研修に協力をしている。</p> <p>研修会を受けた精神科医が、抑うつ、せん妄などの精神症状に関する講師の担当を行っている。</p> <p>研修会を受けた精神科医が、コミュニケーションスキルトレーニングに関する講師の担当を行っている。</p> <p>精神腫瘍学の研修を受けた医師が学びを深めるために「精神腫瘍学クイックリファレンス」、「精神腫瘍学ポケットガイド」などを作成し配布を行っている。</p> <p>日本サイコオンコロジー学会がオンライン講義をおこなっている。</p> <p>他にも e-learning など知識の維持向上に努めている。</p> <p>メーリングリストを作成し、担当講師を探す負担を軽減している。</p>

がん医療における精神科医 —緩和ケアの方向性と併せて—

がん医療における精神科医

- 1 がん医療において精神科医に求められる役割
- 2 がん対策において精神科医に求められる役割

がん医療における精神科医

- 1 がん医療において精神科医に求められる役割
- 2 がん対策において精神科医に求められる役割

がん患者における精神的問題

身体疾患で総合病院入院中の患者のうち
約30%(報告によるが、多いものでは60%)の
患者に精神疾患が合併

Harold et al. Psychosomatics 1998

入院/外来のがん患者の約半数が精神疾患を
合併

Derogatis et al, JAMA 1983

⇒精神医学的問題の頻度は高い

がん患者に多くみられる精神疾患

適応障害 10-30%

うつ病 3-12%

せん妄 30%-50%

終末期には約90%合併するという報告もある

Lowlor et al, Arch Intern Med 2000

Morita et al, J Pain Symptom Manage 2001

精神科医の参画がどうして求められるのか

緩和ケア専門職だけでは心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへの十分なアクセスがしばしば欠如している。

すべての患者が系統的な心理状態のアセスメントを受け、適切な心理的支援を受けることを保証すべきである。

緩和ケア領域における精神科医の 役割のレベル

レベル1 精神保健の専門家としての知識・技術

レベル2 コンサルテーション・リエゾン精神科医としての専門的な知識・技術

レベル3 精神腫瘍医としての専門的な知識・技術

精神腫瘍医の役割

- がん患者における精神症状の対応
- 自殺企図への対応・自殺予防に向けた取り組み
- 鎮静を含めた終末期の問題、意思決定能力の判断などの倫理的な問題
- 家族へのケア・遺族へのケア
- 医療チームが行う精神心理的ケアの支援や教育
- 医療者-患者間のコミュニケーションの支援
- 燃え尽き症候群をはじめとしたがん医療に携わるスタッフのケア
- チームのコーディネート

⇒多岐にわたる重要な役割がある

がん医療における精神科医

- 1 がん医療において精神科医に求められる役割
- 2 がん対策において精神科医に求められる役割

がん対策において精神科医に 求められている役割

- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

がん対策において精神科医に 求められている役割

- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf

緩和ケアの提供体制について主な改正内容

- 緩和ケアチームの整備、組織上への位置付け
 - ①専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師
 - ②精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師
 - ③専従の専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師
- 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備
- カンファレンスの週1回程度の開催
- がん患者に対する必要な情報提供(院内への掲示等)
- かかりつけ医との協力・連携
- 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口の設置

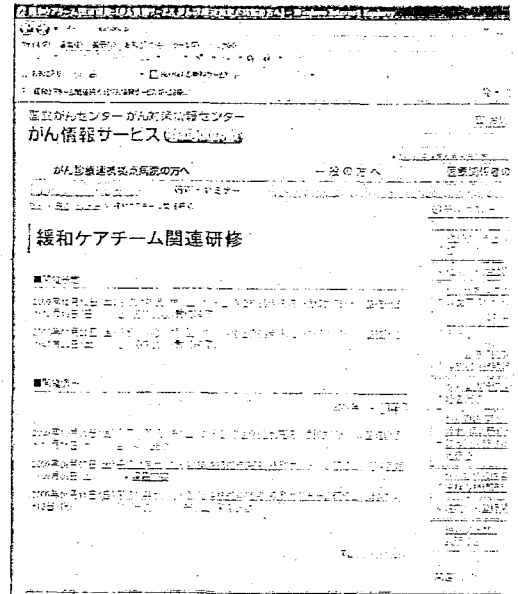
緩和ケアチームに参加する精神科医の育成

「緩和ケアチーム研修会」の開催

精神科医を含む緩和ケアチームを対象に、
緩和ケアチームの各職種の連携と協働、
困難なコンサルテーションへの対応など、
グループワークを中心とした研修会を実施中

国立がんセンターがん対策情報センターにより、
平成19年度から開催。

講義で使用した資料については公開中
「緩和ケアチームの立ち上げ(精神科医向け)」
「精神科医が知っておきたい緩和ケアのエッセンス
ーオピオイドについてー」など



がん対策において精神科医に 求められている役割

- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

がん診療に携わる医師に対する 緩和ケア研修会の開催について

がん対策推進基本計画において、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことが目標として掲げられた。

がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、治療の初期段階からの適切な緩和ケアの提供体制を整備することを目的とする緩和ケア研修会が開催されている。

緩和ケア研修会標準プログラム

- ①がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について
- ②がん性疼痛の治療法の実際について
- ③がん性疼痛についてのワークショップ
 - ア グループ演習による症例検討① がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療
 - イ グループ演習による症例検討② がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
 - ウ ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習
- ④呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケアについて

緩和ケア研修会標準プログラム

⑤不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケアについて

⑥がん医療におけるコミュニケーション技術について

⑦がん医療におけるコミュニケーション技術についての
ア グループ討論による患者への悪い知らせの伝え方
についての検討

イ ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方
についての演習

⑧その他

ア 全人的な緩和ケアについての要点

イ 放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点

ウ がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点

エ 在宅における緩和ケア

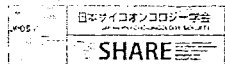
緩和ケア研修会の指導者の育成

「精神腫瘍学の指導者研修会」の開催

全国で開催されている厚生労働省の開催指針に基づく緩和ケア研修会において、精神症状やコミュニケーションに関するプログラムを指導できる精神科医を育成するために、精神腫瘍学の指導者研修会を開催中

国立がん研究センターと、日本緩和医療学会により開催。

The screenshot shows a webpage for a symposium. The main heading is "平成23年度 精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会 募集要項(受付中)". Below this, there are sections for "開催日時" (Date and Time), "会場" (Venue), "主催・共催" (Organized by), and "研修概要" (Symposium Overview). The text is in Japanese and provides details about the event, including dates, locations, and the purpose of the training for regional supervisors.



開催日程

(会場は変更の可能性がございます)

東京会場①

2010年10月15日(金)~16日(土)
TKP東京駅日本橋ビジネスセンター

神戸会場

2010年11月5日(金)~6日(土)
三宮研修センター

大阪会場

2011年1月21日(金)~22日(土)
天満研修センター

東京会場②

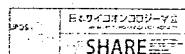
2011年2月10日(木)~11日(祝)
TKP東京駅日本橋ビジネスセンター

コミュニケーション 技術研修会

平成22年度厚生労働省委託事業
がん医療に携わる医師のための
コミュニケーション技術研修会

実 施 者 一般社団法人 日本サイコoncology学会
 受講資格 がん医療経験3年以上の医師
 時間(予定) 1日目10:00~18:00 2日目9:00~16:00
 内 容 緩和がん、再発、抗がん治療の中止など悪い知らせを患者に伝えるロールプレイ
 受講料・送料(宿泊・交通費は自己負担) 定 員 16名~32名

お申込み & 問合せ
 本研修会への参加申込みは、一般社団法人 日本サイコoncology学会のホームページ
<http://www.jpoc-society.org> からオンライン登録をお願いします。
 (FAX、e-mailでの申込みも可能です)
 日本サイコoncology学会 総務部
 〒112-8581 東京都武蔵野区三軒茶屋4-1-1 TEL:03-5461-5018 FAX:03-5461-5019



2010/	12/17(金)	13:00~14:00
	12/18(土)	9:00~15:00
2011/	1/ 7(金)	13:00~14:00
	1/ 8(土)	9:00~15:00
	1/28(金)	13:00~16:00
	1/29(土)	9:00~15:00
	2/10(木)	9:00~14:00
	2/11(祝)	9:00~14:00

その他からは自己負担
 〒112-8581 東京都武蔵野区三軒茶屋4-1-1
<http://www.jpoc-society.org>
 〒112-8581 東京都武蔵野区三軒茶屋4-1-1
 〒112-8581 東京都武蔵野区三軒茶屋4-1-1

実 施 者 一般社団法人 日本サイコoncology学会
 定 員 12名程度
 受講資格 コミュニケーション技術研修会を受講したoncologist
 または、夏学修したサイコoncologist
 プログラム ファシリテートのロールプレイ(6日間)及び、ファシリテートの実証(2日間)
 受講料 無料(宿泊・交通費は自己負担)

お申込み & 問合せ
 本研修会への参加申込みは、一般社団法人 日本サイコoncology学会のホームページ
<http://www.jpoc-society.org> からオンライン登録をお願いします。
 日本サイコoncology学会 総務部
 〒112-8581 東京都武蔵野区三軒茶屋4-1-1 TEL:03-5461-5018 FAX:03-5461-5019

がん対策基本法後のSHAREの普及:2007-2010

参加者

PEACE(3時間)

SHARE(10時間)



11,254

397

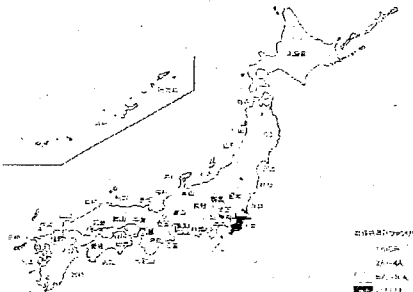


指導者





445

84



精神科医・心療内科医

がん対策基本法後のSHAREの普及:2007-2010

参加者	PEACE(3時間)	SHARE(10時間)
	20124	397
指導者	精432(身体971)	84
 精神科医・心療内科医		

がん対策において精神科医に 求められている役割

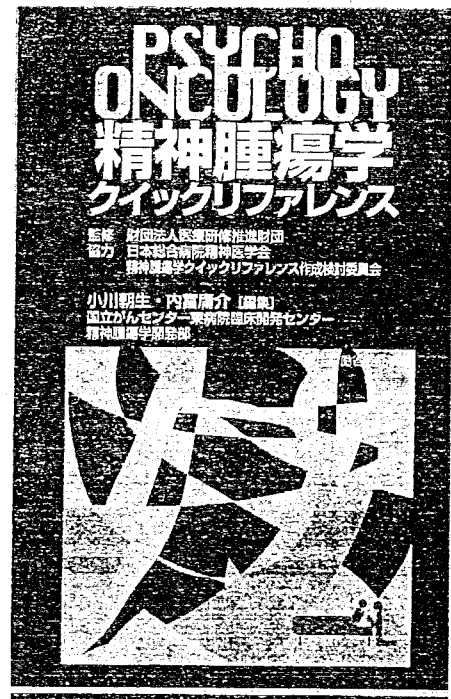
- 1 全人的な緩和ケアの一環として、
緩和ケアチームの一員としての役割
- 2 精神医学の専門家として、
医療従事者に対する教育
- 3 精神心理的負担に対する心のケアの実践
等

精神腫瘍学の推進

「精神腫瘍学 クイックリファレンス」の作成

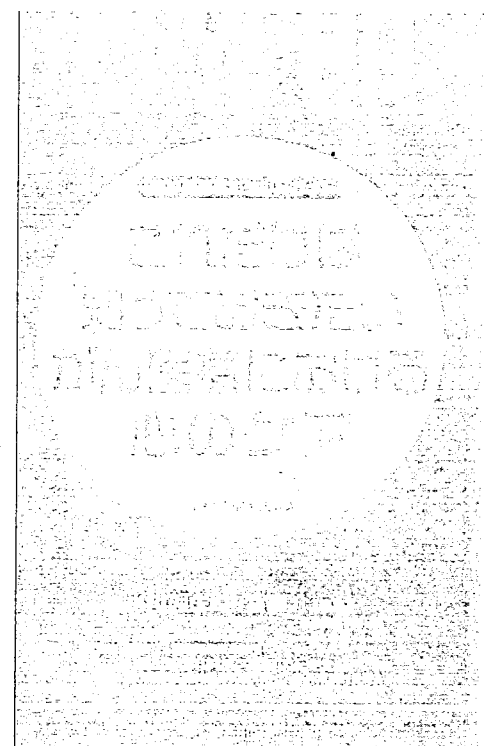
精神科医を対象に、精神腫瘍学の最新の知見、臨床に役立つ有益な指針などを、現場で即活用できるように作成された携行可能なハンドブックを作成

平成20年度、厚生労働省委託事業により、日本総合病院精神医学会が中心となり、日本サイコオンコロジー学会の協力のもと作成
(監修 財団法人医療研修推進財団)



精神腫瘍学ポケットガイドの作成

- がん診療連携拠点病院の担当医・病棟スタッフ・薬剤師・理学療法士・作業療法士・医療ソーシャルワーカーを対象に精神腫瘍学の基本を臨床場面に即して紹介
- 平成21年度厚生労働省委託事業として日本サイコオンコロジー学会が協力



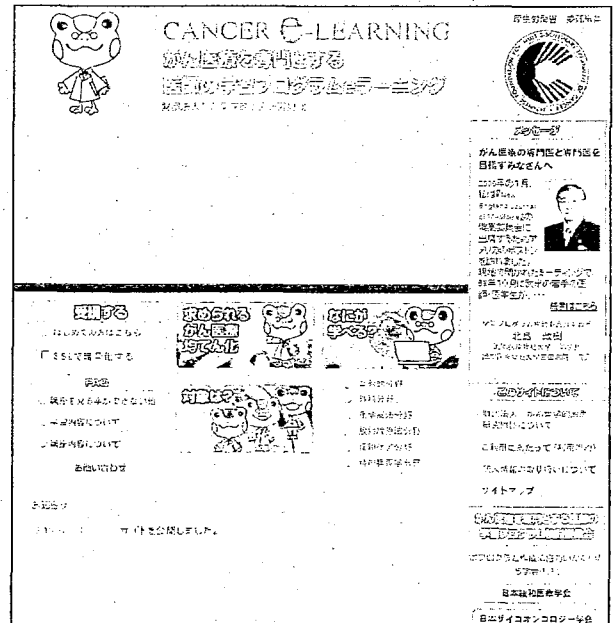
eラーニングによるがん診療に携わる精神科医の育成

「がん医療を専門とする医師の 学習プログラムeラーニング」の開設

精神腫瘍学をはじめ、がん診療に携わる
医師を対象としたeラーニングによる
学習プログラムを開発し、HPで公開中。
平成23年3月完成予定。

平成20年度から、厚生労働省委託事業
により、日本サイコオンコロジー学会、
日本緩和医療学会、日本臨床腫瘍学会、
日本放射線腫瘍学会、日本がん治療
認定医機構の協力のもと実施。

実施 財団法人がん集学的治療研究財団
<http://www.cael.jp/>



日本サイコオンコロジー学会編 オンライン講義

<http://www.jpos-society.org/>

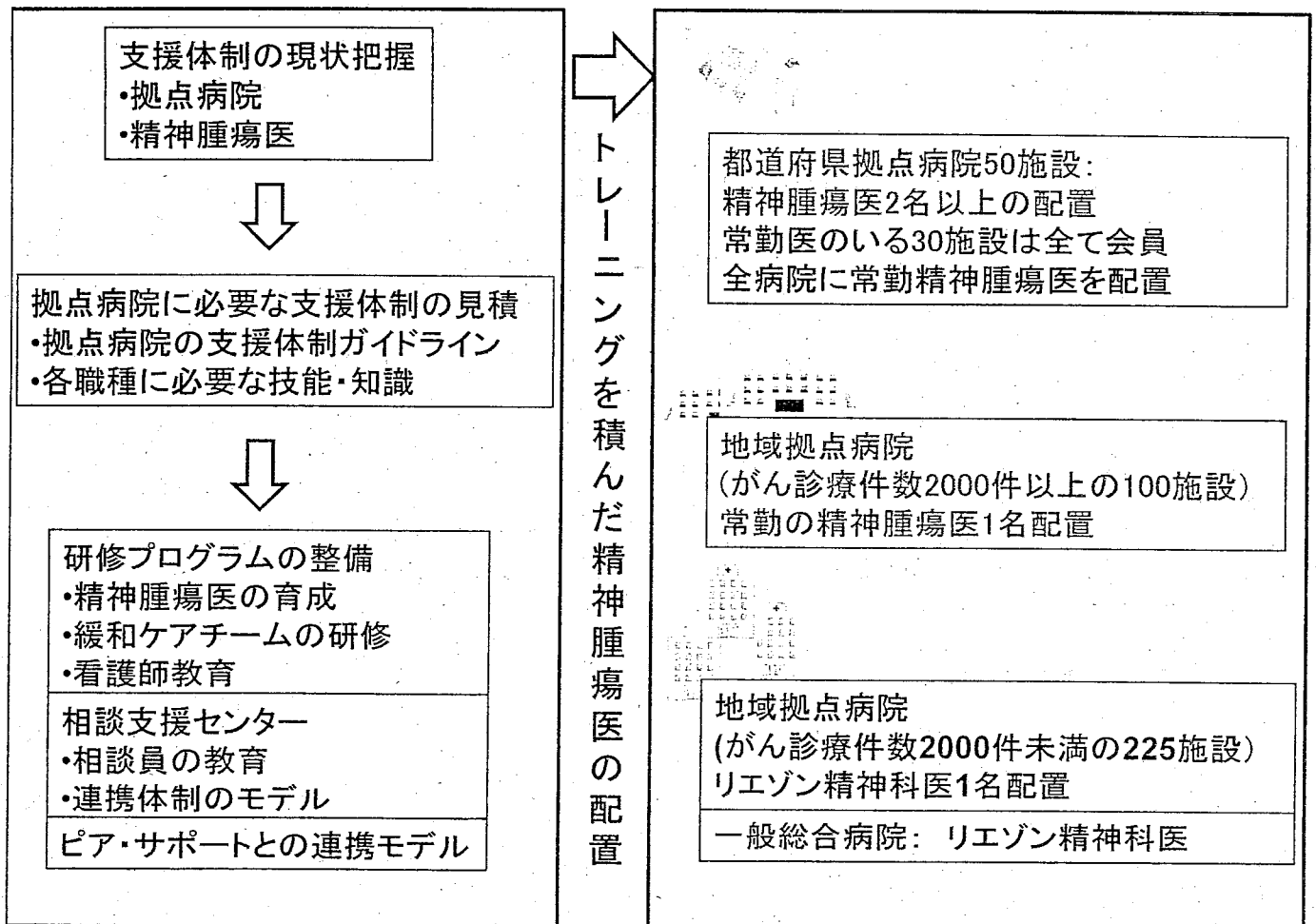
厚生労働省委託事業

- ・精神腫瘍学e-learning
- ・コミュニケーション



基本計画と教育プログラム

基本計画	対象	対応するプログラム
がん患者・家族に対する心のケアを行う医療従事者の育成	精神科医	精神腫瘍学クイックリファレンス eラーニング 日本サイコオンコロジー学会研修会
	看護師	精神腫瘍学ポケットガイド 日本サイコオンコロジー学会研修会
	緩和ケアチーム	緩和ケアチーム研修会
	心理職	日本サイコオンコロジー学会研修会
	医師	緩和ケア研修会 医学生・初期研修プログラム
	PT・OT	がんのリハビリテーション研修
療養場所を問わず全人的な緩和ケアの提供		2次医療圏の研修会
告知を受けた患者の精神心理的サポートをおこなう人材の育成		コミュニケーション技術研修会 (厚生労働省委託)



支援体制の現状把握

- ・拠点病院
- ・精神腫瘍医



拠点病院に必要な支援体制の見積

- ・拠点病院の支援体制ガイドライン
- ・各職種に必要な技能・知識



研修プログラムの整備

- ・精神腫瘍医の育成
- ・緩和ケアチームの研修
- ・看護師教育

相談支援センター

- ・相談員の教育
- ・連携体制のモデル

ピア・サポートとの連携モデル



トレーニングを積んだ精神腫瘍医の配置

都道府県拠点病院50施設:
精神腫瘍医2名以上の配置
常勤医のいる30施設は全て会員
全病院に常勤精神腫瘍医を配置

地域拠点病院
(がん診療件数2000件以上の100施設)
常勤の精神腫瘍医1名配置

地域拠点病院
(がん診療件数2000件未満の225施設)
リエゾン精神科医1名配置

一般総合病院: リエゾン精神科医

まとめ

- がん対策が進み、がん患者の療養生活の質を維持向上させていくことの重要性が認識されるようになった
- 緩和ケアが広く普及していくとともに、がん患者や家族への精神心理的な苦痛への対応の要望が高まってきている
- がん医療従事者からも、精神科医のがん医療への参加や、医療従事者への教育が期待されている

がん対策を推進するには 精神科医の協力が不可欠

専門委員会意見提出用紙

委員名： 志真 泰夫

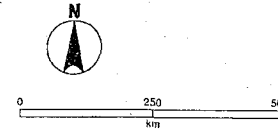
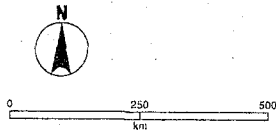
課題	対応案
<p>●医師に対する基本教育のこの4年間の成果は？</p> <ul style="list-style-type: none">・平成19年度は「指導者研修会」「緩和ケア研修会」の試行期間であった。平成20年度、21年度、22年度の3年間に「指導者研修会」および「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を本格実施した・がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院とする）の緩和ケア研修会1回につき平均およそ20人程度の医師が受講した。したがって、20人×375拠点病院+αで年間およそ10,000人の研修修了者があり、平成22年度末で緩和ケア研修修了者はおよそ30,000人程度と見込まれる・都道府県における緩和ケア研修会の効果として千葉県、長野県、岩手県、久留米市、弘前市などで質的な変化について研究報告がある・指導者研修に関する質的量的な研究報告から緩和ケアおよび精神腫瘍の指導者研修会修了者1600人の効果は大きく、緩和ケア全体の底上げにつながっている・医師以外の看護師、薬剤師への基本教育は第1次の基本計画では取り上げられていない	<p>●がん診療に携わる医師への緩和ケアの基本教育をどうするか</p> <ol style="list-style-type: none">1. 臨床研修医の受講の必修化 <ul style="list-style-type: none">・新たな「がん対策推進基本計画」で臨床研修医への緩和ケアの普及を重点として取り上げるように提言する。・臨床研修医の緩和ケア研修の受講の必修化ありなら、医師の修了者は年間1,2000-15,000人と推測される・臨床研修医の緩和ケア研修受講の必修化なしなら、今後緩和ケア研修会には年間5000-8000人程度の受講にとどまる・臨床研修医（年間7000~8000名）が、毎年緩和ケア研修会を受講する場合、5年間で合計30,000-40,000人の臨床研修医が受講することとなる・臨床研修医以外の医師の受講者が、現在の年間10,000人が5,000人に減少としたとしても、5年間で合計60,000-65,000人の医師が受講することになる。・30-40年後にすべての臨床医が緩和ケア研修会を受講し基本教育を修了しているインパクトは大きい

	<p>2. e-learning の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ PEACEの一部をe-learningで受講できるように準備する ・ 臨床研修医が緩和ケア研修を受けやすくするためには、e-learningの導入が必要である ・ PEACEの教育プログラムにe-learning組み込んだ構造が望ましい <p>3. 地域医療への普及</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本医師会と日本緩和医療学会が協働して、緩和ケア研修会テキスト「緩和ケアガイドブック」改訂版を作る。 ・ 都道府県医師会、市区町村医師会の協力を得て、在宅療養診療所の届け出の要件として医師の緩和ケア研修の受講を必須とする <p>4. 小児科医への基本教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児科医、小児外科医を対象とした緩和ケアの基本教育プログラムとしてCLICが作成されている。 ・ 小児科医を対象に小児がんの「拠点病院」でCLICに基づいた研修会を実施する <p>●がん医療に携わる看護師、薬剤師への緩和ケアの基本教育をどうするか</p> <p>1. がん医療に携わる看護師への基本教育の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師に対する緩和ケアの基本教育に関しては、日本緩和医療学会が作成しているELNEC-Jを提供する ・ 緩和医療学会が主催しているELNEC-Jの指導者研修会
--	--

	<p>をがん看護学会、看護協会などと協力して行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ELNEC-J 指導研修会修了者には実施主体である日本緩和医療学会等から指導者研修修了書を発行する ・ 各地域の拠点病院には地域の病院・訪問看護ステーションの看護師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする <p>2. がん医療に携わる薬剤師に対する基本教育の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和医療薬学会で23年度中には教育プログラムが完成する予定である ・ 緩和医療薬学会が主催するが、緩和医療学会が協力して「指導者研修会」を行うことにする ・ 対象は地域の病院・調剤薬局の薬剤師とし拠点病院が地域の薬剤師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする ・ 基本教育を受講する看護師、薬剤師の数値目標を定める
--	--

暫定指導医数

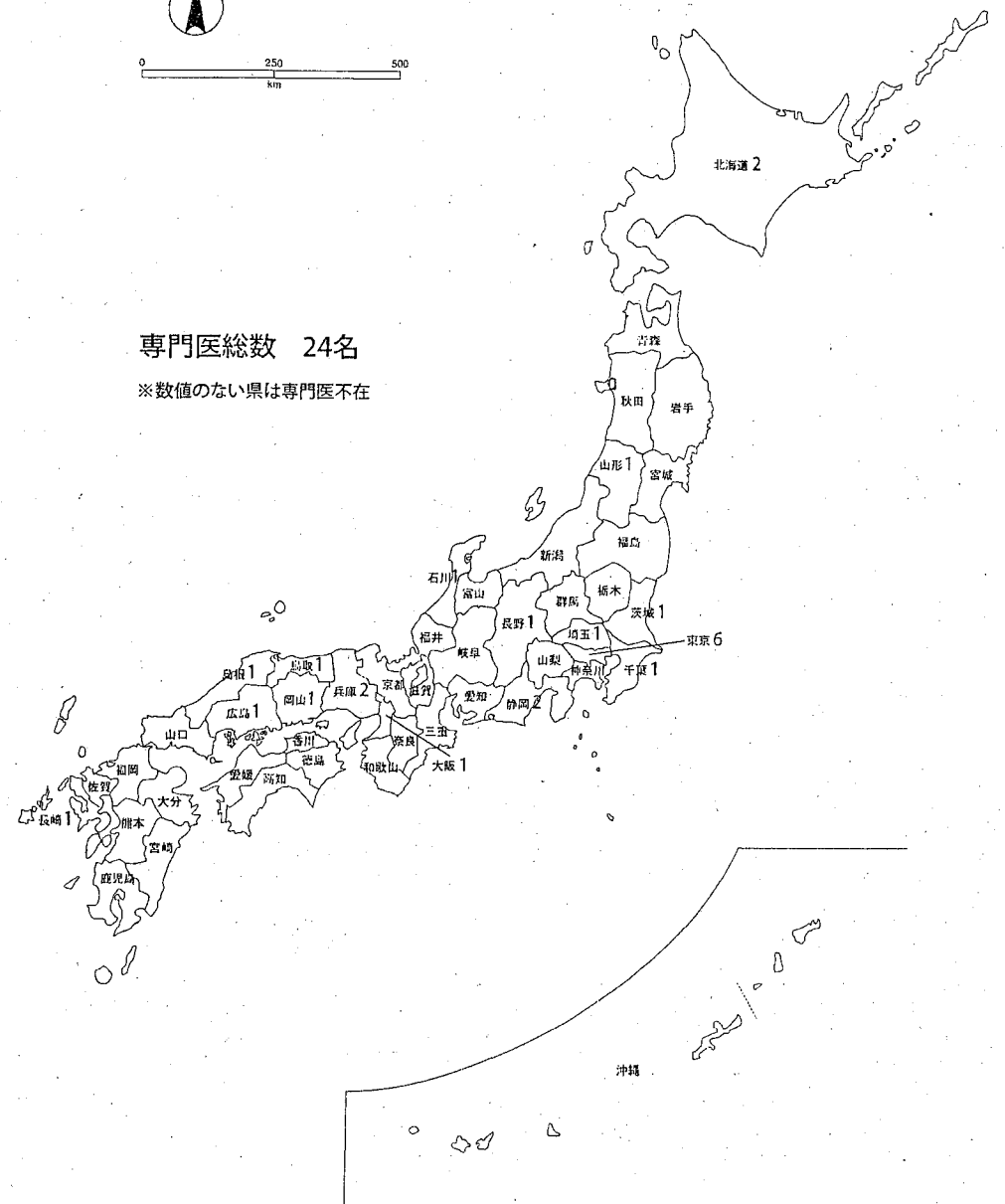
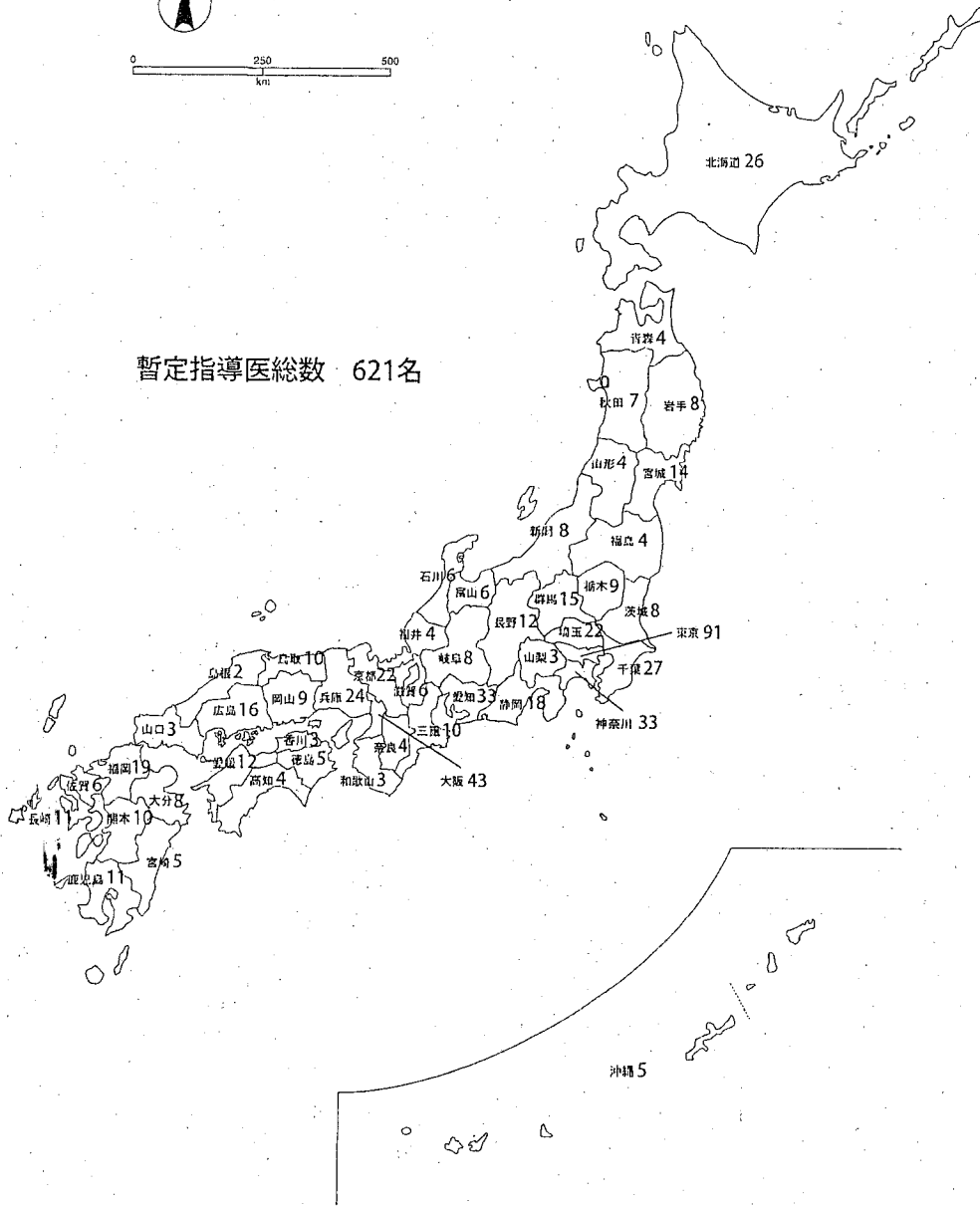
専門医数



暫定指導医総数 621名

専門医総数 24名

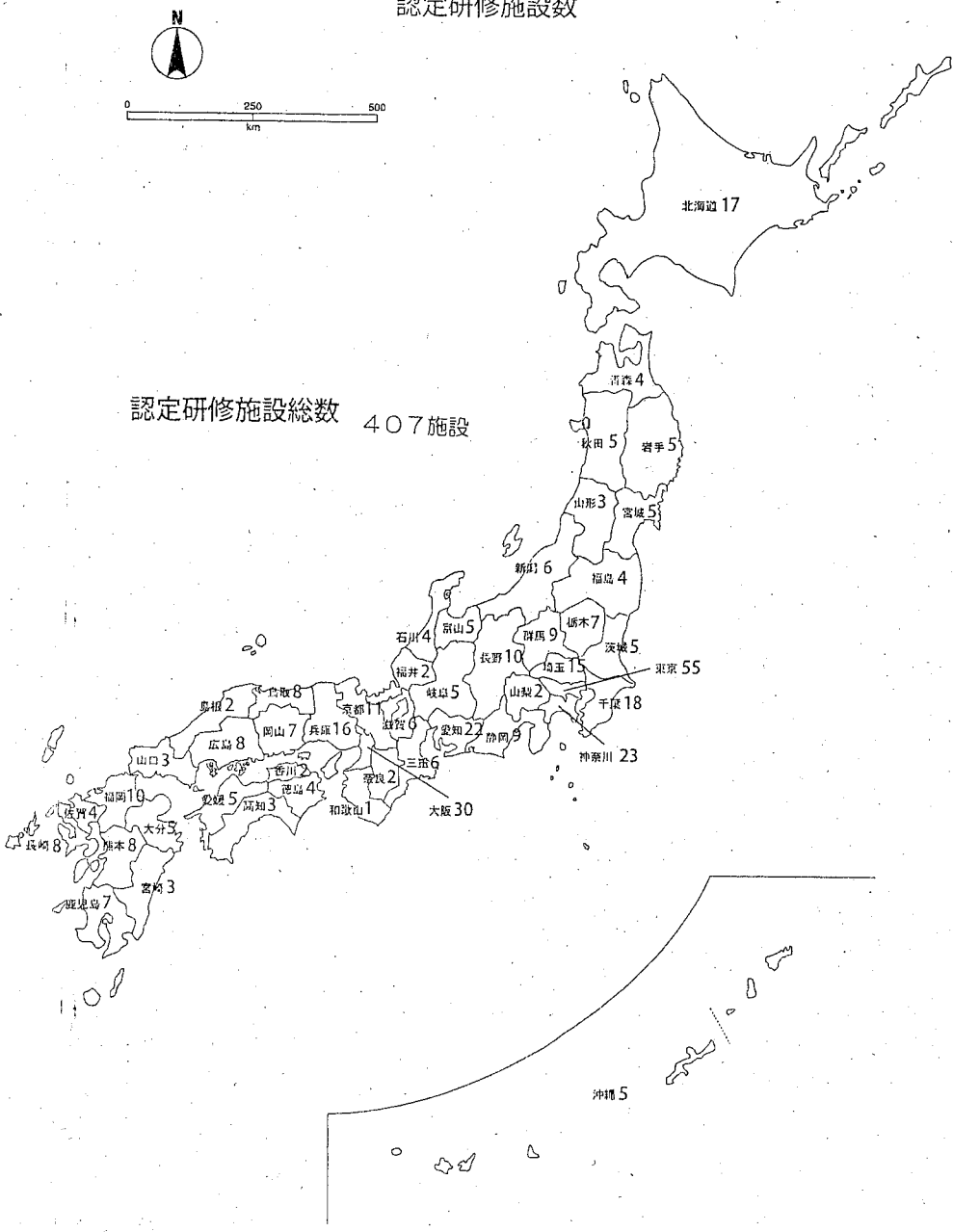
※数値のない県は専門医不在



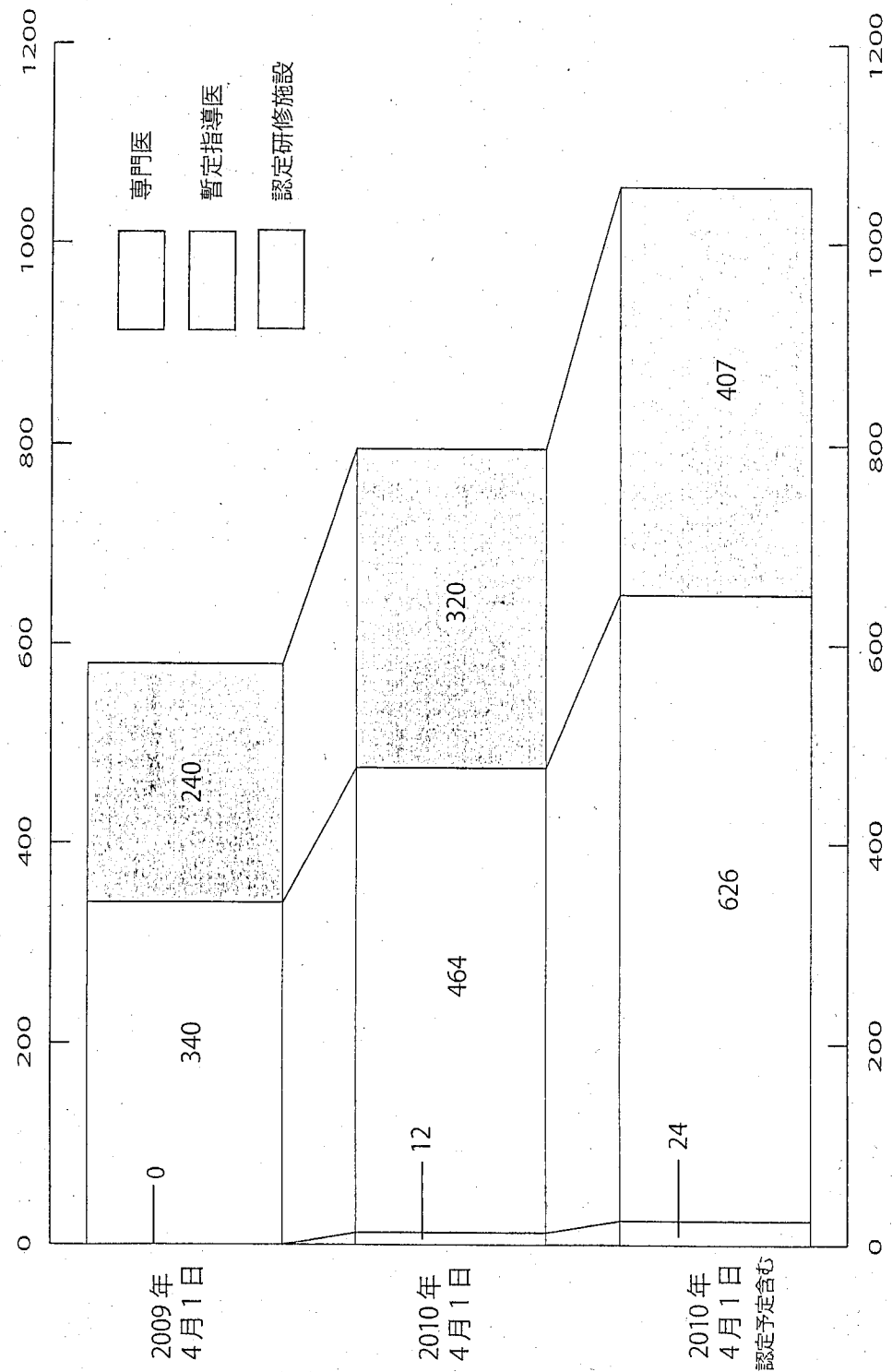
2011年2月14日作成
(2011年4月1日認定予定含む)

2011年2月14日作成
(2011年4月1日認定予定含む)

認定研修施設数



2011年2月14日作成
(2011年4月1日認定予定含む)



緩和医療専門医の養成と活用

NPO 法人 日本緩和医療学会
専門医認定・育成委員会
有賀悦子

1) 目標値

- ・都道府県がん診療連携拠点病院に、1名以上の暫定指導医または専門医が配置される
- ・都道府県がん診療連携拠点病院の暫定指導医または専門医は、各都道府県内のがん診療連携拠点病院の専門医を育成し、5年以内に、全がん診療連携拠点病院（377病院）に1名以上の暫定指導医または専門医を配置する。
- ・全がん診療連携拠点病院の暫定指導医または専門医によって、地域医療機関へのコンサルテーションを通して、専門的緩和医療の教育指導を行う。10年間で全がん診療連携拠点病院に1名以上の専門医を育成する。

2) 現在までの進捗状況と目標値の根拠

・日本緩和医療学会専門医認定制度が平成20年に始動し、22年度までの3年間で暫定指導医の募集が終了した。

・2011年4月1日に公開されるものを含めると、暫定指導医621名・専門医24名、認定研修施設は407医療機関となっている¹⁾。2011年2月現在、全都道府県に暫定指導医は在籍している。

・全がん診療連携拠点病院の暫定指導医・専門医は在籍率55.1%（認定研修施設50.1%）、都道府県がん診療連携拠点病院の暫定指導医・専門医では在籍率92.2%（認定研修施設86.3%）であった¹⁾²⁾。都道府県がん診療連携拠点病院51施設中47施設に暫定指導医（42施設）・専門医（5施設）が在籍し、4施設が不在であった。認定研修施設は44施設であったが、申請手続きによって、47施設は研修施設として認定を受けることが可能であることが確認されている³⁾。

・暫定指導医・専門医が在籍しているにもかかわらず、申請手続きが行われていない施設が100以上あることが判明しており、対応中である。よって、対象となる認定研修施設は500程度となる見込みである。

・緩和医療専門医は、「専門的な臨床実践、コンサルテーション活動、教育、研究」の4本柱が求められ、本制度は“国民から信頼される医師”を認定することを目指している⁴⁾。審査においては、症状緩和等に難渋する他の医師からのコンサルテーションに対応できる臨床能力を得ていることが重視され、また、客観的臨床能力試験 Objective Structured Clinical Examination : OSCE に準じた模擬患者を用いた面接試験を導入し質の維持に努めている。

・このような臨床能力を身につけるために、暫定指導医のもと、2年の研修を必須条件としている。500認定研修施設において、その半数で育成が行われた場合、2年以上経過した後200名が受験し、半数が合格した場合、100名と試算する。

・今後の課題として、地域格差が挙げられる。

3) 緩和医療専門医および暫定指導医の活用

・暫定指導医または専門医を、二次医療圏における緩和ケアのコンサルテーション対応を行う専門家として活用する。

・緩和医療の専門家を二次医療圏（がん診療連携拠点病院等）に計画的に配置するならば、専門医が施設を超えた臨床実践ができる体制が整備されることが望ましい。

・一例として、在宅医療に設けられている対診制度を病連携においても拡大し、活用しやすい条件として見直すことなどがあげられる。

引用

- 1) 日本緩和医療学会 専門医認定・育成委員会資料
- 2) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス がん診療連携拠点病院の情報
[http://hospdb.gan.joho.jp/kyotendb.nsf/\[TopPage?OpenForm#01](http://hospdb.gan.joho.jp/kyotendb.nsf/[TopPage?OpenForm#01)
- 3) 平成23年2月5日専門医認定・育成制度委員会議事録
- 4) 日本緩和医療学会 専門医 Q&A <http://www.jspm.ne.jp/nintei/senmon/2010qanda.pdf>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 東口高志

課題	対応案
<p>① 緩和ケア研修会の普及が不十分である。</p> <p>② がん連携拠点病院内の修了者が不十分である。</p> <p>③ 研修会の開催が施設内で評価されていない</p> <p>④ 研修会のファシリテーター県内不足（派遣する施設の理解不足）</p> <p>⑤ 地域連携でのメリット（在宅診療との関連）が不明確</p> <p>⑥ 研修会の実施方法は好評</p> <p>⑦ 内容に関する意見1）：研修会における WHO の方針がやや不明確である（研修生に建前上は WHO の内容に即しているというものの明確には示されておらず、緩和医療学会の方針と受け取られやすい）</p> <p>⑧ 内容に関する意見2）：緩和ケア医のための研修会ととられている</p> <p>⑨ 内容に関する意見3）：がん治療とともに緩和ケアを実施するためのものではない</p>	<p>1. 緩和ケア研修会のメリットを明確とすることが必要</p> <p>1) がん診療連携拠点病院のがん治療に携わる医師の研修義務化</p> <p>2) 診療報酬改正（がん性疼痛緩和指導管理料）：施設ではなく修了者個人に対して加算を、しかも点数アップが必要</p> <p>3) 折衷案：がん診療連携拠点病院ではがん治療医の登録制を実施し、研修を義務化して診療報酬上の加算を個人レベルで実施（当初拠点病院のみとしてその後一般病院へ広げる）</p> <p>4) がん治療にかかる学会の専門医・認定医制度にこの研修の修了を義務付けるように働きかける</p> <p>2. 実施内容の改正①：緩和医療の分野だけでなくがん治療にかかわる分野の代表者を含めたグループで改正案を練ることが必要</p> <p>3. 実施内容の改正②：WHO の方針を重視した内容を考慮</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 丸口ミサエ

課題	対応案
<p>1 多くの緩和ケアに関する研修が行われているが、能力開発を促進するには教育内容が体系化されていない。</p> <p>各教育機関、施設の研修担当者の企画・立案に基づいた研修がほとんどである。</p>	<p>1 統一された教育プログラムにより緩和ケアに関する基本的教育を行い、質の担保を図る</p> <p>ELNEC-J(End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan)看護師教育プログラムに基づく緩和ケア研修の実施（資料1）</p> <p>2 国立がん研究センターのがん診療連携拠点病院対象のがん看護専門分野「緩和ケアコース」指導者研修の講義研修、実施研修の実施（資料2）</p>
<p>2 専門的知識をもっている認定・専門看護師の活用が十分活用できる環境になっていない。</p> <p>がん看護専門看護師：250名（2010. 2. 1）（資料3、4）</p> <p>サブスペシャリティ「緩和ケア」70%（梅田、長谷川、2009）拠点病院所属 67%（看護協会調査2009 64%）、ゼロの県 13県</p> <p>緩和ケア：912名 がん性疼痛看護：458名、（資料5、6）</p> <p>都市部に集中している。（合わせて10名以下の県12県）</p>	<p>1 緩和ケアにおける高度実践専門看護師及び高度実践認定看護師の養成と活用</p> <p>【育成】</p> <p>【高度実践専門看護師】：専門看護師が、さらに専門的な緩和ケア教育を受けることで緩和ケアを希望する患者や家族のニーズに応じた高度な実践や包括指示に基づく適切な症状マネジメントが出来る看護師</p> <p>2009年度より60名/年増加。2016年には600名強と予測される。</p> <p>このうち緩和ケアをサブスペシャリティとする者300～350名となる</p> <p>【高度実践認定看護師】：緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師がさらに緩和ケアの実践及びコンサルテーションに関する教育を受けることで認定看護師として質の高い緩和ケアの実践モデルとなる。</p>

現在、緩和ケア、がん性疼痛看護認定看護師の合計 1370名

緩和ケアチーム540施設(がん拠点病院265、大学病院81、その他218)、今後がん拠点病院に全部緩和ケアチームができると110施設の増加が予測される。

3 看護師確保困難の課題との関連において、一般看護職の実践力を向上させるための教育ができていく環境がある

高度実践看護の教育の充実(資料7)

ELNEC-J看護師教育プログラムを一貫した教育プログラムに近づけより効果的に重なる教育を行う必要がある。

【活用】

- 1) 緩和ケア病棟: 2次医療圏内の病棟が連動して、その地域のコンサルテーションサービスを医師と協働して行う
- 2) がん診療拠点病院: 設置されている緩和ケアチームもしくは相談支援センターの機能として、地域の医療機関や在宅サービスとのつながりを義務として課する
- 3) がんプロフェッショナル事業: 教育の提供だけでなく、コンサルテーションサービスについての検討を行う

1 がん看護実践力のあるジェネラリスト看護師の育成と定着を図る

1) がん診療連携拠点病院における実践力向上のための教育

がん診療連携拠点病院の連携による教育

2) がん診療連携拠点病院と地域連携診療拠点病院、訪問看護ステーションとの連携による教育

専門委員会意見提出用紙

委員名: 余宮 きのみ

課題	対応案
<ul style="list-style-type: none"> ● がんを診療する医師の研修会修了数は未だ不十分である ・ 国が発行した修了証書数; <u>20,124人</u> (平成22年12月末現在) ・ 埼玉県 がん診療連携拠点病院11施設における調査結果 (平成23年1月末現在); 在籍している常勤医師のうち、「がんを診療している医師数 ※」を分母として、研修会修了者の割合は、25% (がんを診療する医師948名のうち、修了者237名) ※「がんを診療する医師」とは、以下のいずれか一つ以上に該当するものとした。 ・ 外来で、がんまたは、がんの疑いのある患者を診療する機会のある医師 ・ がんの化学療法を担当する機会のある医師 ・ がんの放射線治療または放射線診断を担当する機会のある医師 ・ がんの手術または麻酔を担当する機会のある医師 ・ がんの終末期を担当する機会のある医師 ・ がんの精神症状を診療する機会のある医師 	<ul style="list-style-type: none"> ● がん診療拠点病院における、がん診療に携わる医師数の提示と、研修の必修化: がん診療連携拠点病院は、がん相談支援センターやカンサーボードなど、地域連携の中心的な役割を担っており、がん診療連携拠点病院で、がん診療に携わる医師が全員、緩和ケア研修を修了することは、緩和ケア推進に大きな効果になると考えられる。 ⇒がん診療連携拠点病院で、がんを診療している医師数を把握し、100%の受講を目標として掲げる。 ・ 「がん性疼痛緩和指導管理料」は、研修会修了者に限定して加算とする 現在、当管理料は、施設内に、研修修了者がいれば、研修会を修了していなくても加算が可能である。しかし、実質的な内容としては、研修会を修了している医師のみに、加算可能とすべきである。また、研修会受講の動機につながる効果が期待できる。

- 研修会修了者の行動変容に十分につながない

(2011.1 秋山美紀委員の意見)

- ・埼玉県 がん診療連携拠点病院-11 施設のうち、施設長が修了している割合は、36% (11名の施設長のうち4名)

- がん診療拠点病院の施設長の研修会の必修化

研修会で学習した緩和ケアが実践されやすい環境にするには、緩和ケアが病院の理念として位置づけられる必要がある。そのために、施設長が研修会を受講し、緩和ケアという言葉だけでなく、「内容」を理解する必要がある。

- ・緩和ケア研修会は、医師、看護師、薬剤師などが共に参加する

緩和ケアは、チームで対応し、方針を決定するのは当たり前であるが、従来の医療現場への浸透は難しい。現状は、医師が決めた方針にコメディカルが従うという従来のパターンが行われている。医師のための緩和ケア研修会において、多職種で研修やワークショップを行うことが、チーム医療の研修となり、チーム医療の浸透を促進すると考えられる。また、医師のみならず、多職種が同じ研修を行うことで、研修会での職種を超えて話し合う態度が、そのまま現場に生かされ、行動変容につながりやすい。

専門委員会意見提出用紙

参考人名：川越 厚（参考人）

課題	対応案
<p>以下の課題は、「在宅緩和ケアの研修」に関するものに限ります。</p>	<p>第4回緩和ケア診療所・緩和ケア訪問看護ステーション合同連絡協議会（2010/8/14、診療所医師 13名、訪問看護師 13、他2名参加）で議論した内容をまとめたものです。</p>
<p>1) <u>在宅緩和ケアを研修するための、適当な研修場所以が整備されていない</u></p> <p>2) <u>在宅緩和ケアを研修する際、お手本となるプログラムが少ない</u></p> <p>3) <u>大学病院などの研修病院で、死を看取る機会が減っている</u> (千葉大学医学部附属病院 地域連携室准教授の報告)</p>	<p>1) <u>研修にふさわしい在宅緩和ケアの専門診療所*</u>を整備する（*訪問看護と密接な連携を取り、一定規模以上の在宅死に関わっている診療所）</p> <p>2) <u>すでに作成されたものがある（資料5）ので、それをたたき台にして、模範となるものを作成する</u></p> <p>3) <u>在宅緩和ケアの現場を死の看取りの研修場とし、大学病院で不足しているものを補う</u></p>
<p>以下は川越の個人的な意見です。1)～3)は前期研修医、4)以降は医学生を対象とした研修に関するものです。</p>	<p>これは、パリアン創設来10数年間の研修教育の経験を踏まえて作成したものです。</p>
<p>1) <u>在宅緩和ケア研修が机上の空論で終わる恐れがある</u> 医療的なことだけでなく患者の日常生活支援、家族支援が大きな研修テーマ。病院医療とパラダイムが異なる</p> <p>2) <u>在宅緩和ケアで重要な Team approach (TA) の意味が理解されておらず、それを研修する現場が少ない</u></p>	<p>1) <u>実地研修を必須にする</u> 病院主導の在宅緩和ケア研修を、在宅主導に切り替えなければならない。</p> <p>2) <u>TAをきちんとやっている診療所を認定し、そこで研修できるような仕組みを作る</u></p>

<p>福祉との連携や Inter-だけでなく Transdisciplinary な TA も研修する必要がある。</p> <p>3) <u>前期研修が必ずしも専門性を決定してからの後期研修に繋がっていない。</u> 医師が専門医となってから担当したがん患者が、治療終了後どのような生と死を迎えるかについて学ぶ機会が極めて少ない。特に在宅末期に関してはそうである。</p> <p>4) <u>緩和ケアでとくに重要な意味を持っている「看護師の働き」を学ぶ機会が少ない</u> 在宅緩和ケア研修はその意味で非常に貴重な経験である</p> <p>5) <u>医学生は看護の視点を学ぶ機会が少ない</u> 緩和ケア（というよりも医療のすべてとも言えるかも知れない）は、主に医療と看護の総合として提供されなければならないことを学ぶ機会が少ない</p> <p>6) <u>在宅緩和ケアの基本（これはホスピスケアの哲学）である、患者と家族は一つの単位である（a unit of care）ことを医学生は学ぶ機会が少ない</u></p> <p>7) <u>医学生（に限らないが）は、受けたサービスに対して患者や家族の声を直接伺う機会が少ない</u></p> <p>8) <u>医師に必要とされる社会性、人間としての常識などが備わっていない医師の卵が多い</u></p>	<p>在宅で TA を実際に学べる、緩和ケアを専門とする診療所を整備していく</p> <p>3) <u>専門性を決めている研修医に対しては、可能な限り専門領域の患者を受け持たせるなどの工夫を行う</u> パリアンでは原則としてこのような形で、一か月間の研修を行っている。たとえば血液専攻のものに対しては白血病、耳鼻科の場合は咽頭癌患者を受け持つという形で</p> <p>4) <u>医学生教育の中で、在宅緩和ケアのコマ数（今はどうなっているのか？）を増やす</u></p> <p>5) <u>医学生と看護学生のペアで一人の患者を受け持ち、それぞれの発想、役割などを学ぶ、などの工夫を行う</u> （パリアンでは 10 年間この方法を用い、大きな成果をあげてきた。資料 1 参照）</p> <p>6) <u>在宅緩和ケアとは、まさに病人と家族を一人の病人として医療者が関わる医療であるので、在宅緩和ケアを学ぶ機会を医学生に与える</u></p> <p>7) <u>患者・家族の本音に接する場を、研修期間中に設ける</u> たとえば、遺族に経験を語っていただく機会を設ける</p> <p>8) <u>実際の研修の場で、厳しく指導する</u> 社会性、人間としての常識が特に問われる在宅医療は、医学教育の必須項目とする（すでになっている？）。</p>
---	--

専門委員会意見提出用紙

委員名：中川恵一（参考人）

課題	対応案
<p>現行の緩和ケア研修は、5 年間で全ての「がん医療に携わる医師への研修を終える」ことになっているが、達成は無理な状況である。より現実的なプログラムを用意する必要がある、議論が必要であろう。</p> <p>* 現行の緩和ケア研修は、5 年間で全ての「がん医療に携わる医師への研修を終える」ことになっているが、達成は無理な状況である。今後も、現在の研修内容で研修を進めるのか、研修を受けてない医師は現在の研修終了を目指し、すでに、受けている医師に対する緩和ケア推進のための新たな研修を企画するのか、あるいは 2 4 年度からは、新たなメニューで研修をやるのか、の判断が重要と思われる。</p>	<p><現在の研修プログラム関係での意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 診療報酬で緩和ケア研修修了者を評価する仕組みをつくる。現状では、緩和ケア研修の伸び悩みの恐れがある。研修修了者を診療報酬で評価することで、研修会参加の増加を期待できると思う。 <p><次期基本計画で、新たな研修を考える場合の意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ● がん診療に深く携わる医師のための緩和ケアの「実地研修プログラム」を定め、全国 10 か所程度で、この「研修プログラム」に基づく研修を開始する。これは、緩和ケア研修を修了した医師の中で希望する医師に対して行う。ここでも、診療報酬での評価が必要。「共通の実地研修プログラムの作成」と「実施施設の指定及び、その医療機関への経済的補助」が必要である。 ● がん医療に従事する全ての医療者が、基本的な精神心理的ケアについて習得できるようにする。そのために、研修会プログラムを作成して、修了者数の上昇を目指す。精神的な緩和ケアは、診断直後の治療の初期段階から、治療がなく

なる段階まで幅広いニーズがある。基本的な精神心理ケアは、医師だけでなく、看護師、薬剤師など全ての医療従事者が習得することを目指すべきである。

- がん診療に携わる看護師のための専門的な緩和ケアの現地研修プログラムを定め、全国10か所程度で、「研修プログラム」に基づく研修を開始する。すでに、看護師、薬剤師等が緩和ケア研修に参加している実態も考慮する。