

東札幌病院 緩和ケア内科 研修プログラム

令和4年2月7日制定

目次

1. 目的
2. 対象
3. 研修指導体制
4. 緩和ケアの定義と理念
5. 研修者に求められる資質と態度
6. 研修項目/修得目標
7. 全体計画
8. 評価

1. 目的

緩和医療・ケア領域における日常的治療水準の向上を目指し、その基盤となる知識、技術、医療倫理等の研修機会を提供し、同領域において優れた医療とケアを実践する医師の養成に資する。

2. 対象

本研修プログラムは、以下の医師を対象とする。

- 1) 緩和ケアの認定医、専門医を目指す医師（これらに関して、日本緩和医療学会緩和医療認定医、専門医の資格取得を目指す医師）
- 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. 研修指導体制

- 1) 研修期間：認定医・専門医資格取得希望の有無や必要とする研修内容等、研修希望者個々の要望をもとに、合意によって研修期間を定める。
- 2) 待遇：実臨床での研修を主体とするため、研修期間内は東札幌病院の規定に従い、職員として待遇する（常勤を原則とする）。
- 3) 受け入れ人数：若干名
- 4) 申請方法：東札幌病院研修指導担当者まで問い合わせ（TEL 大代表 011-812-2311）、随時
- 5) 研修指導責任者：緩和ケア内科 中村健児

4. 緩和ケアの定義と理念

緩和ケアとは、患者を多面的、即ち身体的、心理的、実存的（スピリチュアル）、社会的な問題を抱えた一人の人間全体として捉え、そのトータルなニーズに応えるべく、QOLの向上を第1の目標としつつ、各側面の問題点を早期に見出し、的確に評価することで、解決に向かわんとするケアのアプローチである。

今後の方向性としては、

- 1) 医療の各専門領域の中で、このような理念が実現すべく、各専門領域の診療を行う医療者と緩和ケア専門医が協働して行う disease-specific

palliative care (primary palliative care と emergency palliative care)

2) 各専門領域に共通する、専門的医療よりも終末期特有の諸問題の解決が主となるよう最終末期を専門とする end-of-life specialized palliative care の2つへの発展が考えられ、当院では、上記1), 2) 双方に対応できる緩和ケア認定医、専門医の養成を目指す。

5. 研修者に求められる資質と態度

現代医療の主たる現場である”hospital”は、“もてなす者”と“もてなされる者”の双方を意味する”hospes”（ラテン語）を語源とし、元来「人間が人間に向き合う場」となって然るべきであった。しかし、いつの間にか、“もてなされる者（人間＝患者）”以上に“もてなしの内容（hospitality）”（即ち、“人”ではなく“事”）の方を重視するのが当然とされる状況となってしまった。そこでは、いかに臓器を修復するかが問われ、患者自身が、その臓器が病むことで人間としてどのようなトータルな苦悩の中にいるかは等閑に付されてきた。

その現状を憂い、“hospes”の人間中心思想に回帰し、患者のトータルなニーズに応じて行こうとしたのが、現代の緩和医療の源流であるシシリー・ソンドラスの“hospice”運動であった。（“hospice”は、同じ”hospes”を語源とし、正しく「人間が人間に向き合う場」を意味する。）

そして、この人間中心医療としての”hospice”ケアの精神を（名称は変わったが）そのまま受け継いだのが”緩和”ケアであった。しかしながら、がん診療ががんの縮小と臓器の修復にしか目を向けなかったように、緩和ケアもいつのまにか患者の「症状改善の専門科」と化し、患者全体とそのトータルなニーズが見えなくなってきたとしたら、将来、緩和ケアも誤った方向性をとってしまったと判断されるであろう。

当院においては、緩和ケア医を目指す医師の第1の資質として、この”人間（患者）中心思想”を特徴とする”ホスピス精神”に医師として生きんとする望みを抱くものであることを挙げたい。その上で、患者のトータルなニーズに応えるべく、身体的な症状改善の為の知識と技術の習得に偏る事なく、広く視野、関心を広げ、特に精神医学、ソーシャルワークを含む社会学、そして、実存的苦悩にも対応できる哲学等の幅広い領域の研修を受けんことを希望する者を求めたい。また、当

院の創設時からのモットーである「医療における“やさしさ”」即ち、人間中心的な態度を基盤に、一人の人間としての“共感”を持って患者に臨む医療文化、を共有可能な人材を求め、その育成をはかりたい。

6. 研修項目/修得目標

【習得目標・研修の方向性】

1. 緩和ケア哲学の理解と応用

- 1) 基本的人権、自由等、医療にまつわる倫理哲学の基本が理解、説明できるようになる。
- 2) 緩和ケアの実際の歴史を学び、上記1)との関連を理解し、緩和ケアの本質についての見識を深められるようになる。
- 3) 実存哲学的、生命哲学的、或いは臨床死生学的な側面から、がん診療を含む一般医療と緩和ケアの位置付け（Palliative Oncology を含む）について考察できるようになる。
- 4) 哲学的基盤を身につけ、VSED（Voluntary Stopping Eating and Drinking）、CDS（Continuous Deep Sedation）、医師による自殺幫助、安楽死等についても、自ら考察できるようになる。

上記目標の達成を目指して研修を進め、自身で医療や緩和ケアのあるべき姿について考えることができ、新たな方向性を創造するに必要な基本的な哲学的知識を身につけ、ディスカッションでそれを応用できる医師を養成する。

2. コミュニケーション

- 1) 一人の人間として患者、家族に共感しつつ、良好なコミュニケーションを行いながら、共同で最善のケアを追及してゆくことができる。
- 2) 一人でも自己の臨床経験において、自己の内面を内省しつつ、コミュニケーションを改善することができる。

上記目標を達成するために、研修は具体的診療と切り離さず、できるだけ診断、治療の実践訓練と統合した形式で行う。また、実際の患者、家族との面談時のコミュニケーション分析や“Simulated Patient”を用いたセッション等を通して、コミュニケーション・スキルの伝達、基本的態度の習得に留ま

らず、研修を受ける医師の患者に接する時の無意識を含む内面の動きにまで着目し、研修者に必要なコミュニケーション能力、応用力、実践力を涵養する。

3. チーム医療

- 1) 患者の人間全体を見つめ、そのトータルなニーズの解決を主眼とする緩和ケアの特質から、多職種のプロフェッショナルがチームで緩和医療を行うことの必然性を理解し、これを臨床で実体験することができる。
- 2) チーム構成員が自己の“人間としてのアイデンティティ”を失わないまま、それを患者理解の共通基盤としつつ、しかも各々の専門領域的視点をも併せ持ち、その専門性を持ち寄って他職種と協働することこそが緩和ケアにおける真のチーム医療であることを理解し、これを実臨床で実践することができる。

上記目標の達成を目指して研修を進め、多職種のプロフェッショナルがチームで医療を行う必然性と意義を、理論だけではなく、実臨床のなかで体得させ、緩和ケアにおける真のチーム医療を実践する能力を涵養する。

4. 症状マネジメント

- 1) 包括的アセスメント
 - a) 包括的アセスメントの方法論と実践を学び、身体的症状、心理的症状、社会的問題、実存的問題等を断片的に捉えるのではなく、常に全体的なパースペクティブの中で位置付けることができる。
 - b) 各種のツールを用い、全身状態、QOL、予後予測等について客観的に評価すること意識し、実臨床に活用することができる。
- 2) 身体症状
 - a) 下記の身体症状についてのマネジメントを経験する。
 - がん疼痛
 - 倦怠感
 - 食欲不振・悪液質症候群
 - 悪心・嘔吐
 - 消化管閉塞
 - 便秘

- 下痢
- 腹水・腹部膨満感
- 嚥下障害・吃逆
- 口腔の問題
- 黄疸
- 呼吸困難
- 咳嗽
- 胸水
- 気道分泌過多
- 下部尿路症状
- 上部尿路閉塞・腎不全
- 皮膚の問題
- 神経・筋の障害
- 発熱

b) 上記症状のマネジメントにおいて以下の項目を達成する。

- i) 病歴聴取ができる。
- ii) 基本的な身体診察ができる。
- iii) ツールを用いて、症状をできるだけ客観的に評価、記載ができる。
- iv) 必要な基本的な腫瘍学の知識も身につけ、患者の症状を、画像診断を通して分析して、その原因や性質を推測することができる。
- v) 症状コントロールに資する基本的医療技術を習得し、これを実施できる。
- vi) 非オピオイド、オピオイド系鎮痛薬の臨床薬理学的知識の習得と、それを踏まえて臨床において思慮深く投薬ができる。
- vii) 鎮痛補助薬の臨床薬理学的知識の習得し、それを踏まえて患者の疼痛の性質に相応しい薬剤の選択ができるようになる。
- viii) 呼吸困難感や吐き気等、疼痛以外の症状に対して、臨床薬理学的知識を駆使しつつ的確な薬剤選択ができる。
- ix) 緩和ケアの症状コントロールで使用される主要な薬剤の相互作用の知識を獲得し、臨床において、それを考慮した投薬ができるようになる。

3) 精神症状

- a) 睡眠障害、不安・抑鬱状態、適応障害、うつ病、身体表現性障害等、緩和ケア領域の患者の罹患する頻度の比較的高い精神疾患に対する知識を身につけ、実際に臨床で接し、診断ができる。
- b) 身体因を有するせん妄やその他の精神症状について知識を持ち、それを鑑別できる。(一部の高カルシウム血症や辺縁系脳炎、トルソー症候群等の腫瘍随伴性疾患を含む。) また、薬剤性の精神症状も鑑別ができる。
- c) 患者の転移や治療者の逆転移や投影、両者間のコルージョン等の基本的な精神分析的概念を理解し、患者と医療者のコミュニケーション障害の分析もできる。
- d) 向精神薬の基本的な臨床薬理学的知識を獲得する。特に、各薬剤の受容体特性に習熟し、それに基づいて、実際に臨床で、患者の精神症状に相応しい薬剤の選択、組み合わせができる。
- e) 緩和医療領域の主要薬剤の精神症状に関わる副作用の知識を獲得し、臨床でそれらを鑑別することができる。
- f) 精神科医（精神腫瘍医）との良好な協働関係を築く為に、コンサルテーションの的確なタイミングに習熟し、また、精神科医（精神腫瘍医）への全面的依存ではなく、スーパーバイザーとスーパーバイジーとしての良好な関係を築けるよう努めることができる。

緩和ケア医を目指す者は、緩和ケア医の日常臨床の実質半分近くが患者の心理的問題に関わるものであるという現状を理解し、プライマリー・ケアとしての精神医学的知識と経験が必須であることを十分理解しておく必要がある。また、緩和ケア医が精神科医（精神腫瘍医）との協働において、如何に良好な関係を築くかが、良質な緩和ケアを提供するための鍵となることも承知しておくべきである。精神分析学領域の基本的知識も習得してもらいつつ、実臨床のなかで上記目標を達成すべく研修を進める。

4) 実存的（スピリチュアルな）苦悩への対応

- a) 実存的（スピリチュアル）であるとは、どういうことなのか、言い換えると、スピリチュアリティ（実存性）の普遍的定義とは何なのかについて、考察できる。
- b) ごく普通の患者のスピリチュアリティの表現様式を理解し、それぞれの

職種が、それをどう扱っていったら良いのかを考えられる。

- c) スピリチュアリティと“意味”追求の関連を知り、Breitbart 等の“意味中心精神療法”が、ごく普通の患者の実存的問題の解決に寄与しうることをも理解できる。
- d) 実存的（スピリチュアルな）苦悩の解決が緩和ケア・終末期患者の QOL へ与えるインパクトを知り、その解決に向けてモチベーションを持つことができる。
- e) チーム医療の中で、チャプレンや臨床宗教師等のこの領域のスペシャリストをどのように位置付け、それらとどう関わっていったら良いのかを考えられる。（緩和ケア、終末期ケア、サイコオンコロジーと宗教との関わりを含む。）

人間はハイデガーの言う「死への存在」であり、Sheldon Solomon が Terror Management Theory で提示したように、「文化的世界観と自尊心」の創造と保持を通して死の恐れを普遍的に回避する存在である。このことを踏まえれば、これらに重大な障害を生じていることの多い緩和ケア（終末期）患者にとっては、時に実存的苦悩は、潜在した最重要課題であるかもしれないことをはっきりと認識すべきである。そして、日本をはじめとする現代世界において、その苦悩を宗教へと結ぶ者は少数派である。多くの場合、それら（実存的苦悩）は日常的な事象の中に象徴化されて存在している。したがって、この領域の専門家である宗教家には、かえって扱えない領域でもあることにも目を向けるべきであり、研修を通じて、実存的苦悩に関しては、チャプレンや臨床宗教師等この領域のいわゆる“専門家”に“まる投げ”する態度は避けなければならないことも理解する必要がある。研修では、「スピリチュアリティ（実存性）の普遍的定義とは何か」、に関する過去の緩和ケア領域での追求の経緯（歴史）を知り、「何が問題であったのか」を理解してもらう。また、問題解決のためには、どうしたら良いのかを自ら考えるために必要な基盤的な知識を提供するとともに、基本的な考察を共有しつつ、今後の視点構築の基礎を固めていく。

5) 社会経済的問題の理解とそれへの対応

- a) 患者や家族が、患者の病気を巡って抱える社会的、経済的問題に目を向け、それが患者のトータルなニーズを満たすために重要な位置を占めて

いることが理解できる。

- b) 患者の社会経済的問題について、患者や家族から直接、或いはソーシャル・ワーカー等の他職種の得た情報を活用し、課題を見出すことができる。また、それ等の問題の患者に及ぼしている影響の程度と広がりも知ることができる。
- c) 相応しいタイミングで、ソーシャル・ワーカーと連携を取ることができる。
- d) ソーシャル・ワーカーと協働して、必要な場合には、対人関係の調整をアレンジしたり、経済的困窮の場合には、使用できる社会的資源を調べ出し、患者、家族と協働して、それらが利用できる。

病気による患者の対人（家族、友人、職場の同僚等）、対社会的状況の変化（会社や地域社会等での役割の変化等）や、経済的困窮等の問題は、患者の心理的、身体的、時には実存的（スピリチュアルな）領域へも重大な影響を及ぼし得る。研修では、これらに配慮し、Palliative Social Worker と連携しつつ、問題解決にあたることができる基本的な事柄の習得を行う。

6) 家族・遺族ケア

- a) 日常臨床において、家族の心理的、実存的状況を配慮しながらのコミュニケーションができる。また、その中で介入すべき家族の問題にも気づくことができる。（コミュニケーション・スキルの獲得と無意識を含む内面的態度の内省ができるようになることーコミュニケーションの項を参照。）
- b) 「看取り」の段階で、家族の心理的負荷を理解し、状況に相応しい患者への対応と家族とのコミュニケーションができる。（看取りのアートを身につける。）
- c) 「看取り」の段階で、患者の死後に家族に起こり得る問題を察知、予測できないかを気遣い、情報収集に配慮できる。
- d) ビリーヴメントに関心を持ち、患者の死後、家族の気持ちを配慮して、適切な行動を取ることができる。
- e) 患者の死を巡る家族の心の状況（の変化）を理解し、必要に応じて死後も家族（遺族）の心理的問題に的確に介入できる。

実臨床を通じて研修を行い、家族の心理的問題や実存的苦悩にも目を向け、時に必要に応じて、そこにも介入することで家族自身の癒しだけでなく、家族による患者サポートの改善を通して患者ケアまでも改善し得ることを理解して行動し、死後も家族（遺族）の心理的問題に的確に把握し、必要に応じて適切に介入できる人材を養成する。

7) 論文による学習と臨床研究について

- a) 自分の臨床疑問から、論文を検索し、できるだけ質の高いエビデンスが得られるよう論文を選定し、そこから知識を得ることができる。
- b) 日常の臨床シーンから、重要な clinical question を見出すことができる。また、その解決に向け、論文の作成、学会発表、臨床研究の新規計画等の学術的行動に結びうる知的基盤を習得し、その重要性を理解できる。

緩和医療は、クリティカルな終末期がん患者を中心に扱う性質上、RCT 等の質の高い臨床研究を行うことが困難な状況にあることが多い。既に多くのガイドラインが公表されてはいるものの、エビデンスによる確証を持って、日々の臨床における医療行為の選択できる状況までには至ってはいない。したがって、研修を受ける者は、このような状況を鑑み、少しでも臨床に役立つエビデンスを入手すべく、日々世界中の新しい論文にも目を通しつつ、臨床と臨床研究の方向性を探るスキルを身につけることが必須である。また、必要な情報を論文から得られない場合には、自らがエビデンスの創出の側に回る決意も必要だろう。このように論文を調べて臨床に適用する能力と日々の臨床中で意味のある clinical question を見出し、問題意識を持って患者にあたり、それを前向きな臨床研究に結びつけていくことができるような基本を身につけるべく、研修では、指導者がその過程に必要な基盤的知識を研修者と共有し、その過程を理解してもらう。

7. 全体計画

1) オリエンテーション

研修カリキュラムの概要を説明し、研修の目標設定を明確化する。また、知

識基盤の習得を補助するために、東札幌病院緩和ケア・テキストブックを配布するとともに、論文等による最新知見の取得による積極的な自己学習を促す。研修について具体的なタイムスケジュールを公開し、認定医、専門医取得可能となる時期についても告知する。教育スタッフの紹介も行う。

2) 臨床講義

月1回の重要テーマに関する講義と、毎週ペースのよりカジュアルなより小さな項目に関するティーチング。

3) 病棟研修

- a) 指導医の回診への同行とベッドサイド・ティーチング。患者家族面談への同席と、時に研修者自ら、患者や家族への病状説明を含めた面談実習。
- b) 処方や注射箋記載等、電子カルテ上で指示を出すことの実際を学ぶ。
- c) PICC カテーテル、CV カテーテル挿入、胸腔穿刺、腹腔穿刺等の処置への立ち合いと、研修者の研修歴によっては、実際に手技を行うことを指導する。
- d) 指導医等が“Simulated Patient”となって、患者とのクリティカルな場面でのコミュニケーションのトレーニングを行う。時にその様子をビデオ撮影して、後にそれを参照しながら、研修者の内省をも含めて批評する時を持つ。
- e) 一般病棟、緩和ケア病棟双方での緩和ケア・カンファレンスに参加する。
- f) 月毎の緩和ケア病棟難渋症例検討カンファレンスに出席する。

4) 外来研修

- a) 緩和ケア初診外来に同席し、初診時の患者・家族への対応の仕方や、問診や患者の意向確認の流れを学ぶ。また、紹介医との関係構築について、情報提供書の作成の詳細を通して学び、理解する。
- b) 緩和ケア外来再診に同席し、緩和ケア外来患者の外来フォローアップのポイント、特にオピオイド等の処方薬の調整の仕方の詳細について学ぶ。

5) Palliative Social Work

Palliative Social Worker の患者、家族との話し合いに同席し、Social Work

の緩和ケアにおける役割について現場で学ぶ。特に「全人的な」見地から、患者にアプローチするソーシャルワークの方法論について実地で学び、医師として振る舞いながら「人間的視点」を失わないスタンスとはどのようなものかについて理解する。

6) 訪問医療・訪問看護

当法人に属する在宅クリニックの医師や院内に設置されている訪問看護ステーションを利用し、訪問医、訪問看護師に同行して在宅医療の特質や、外来診療が患者の自宅ではどのように展開されているのかを直接見聞し、在宅医療の重要性を学ぶとともに、緩和ケア外来の問題点を理解する。

7) 学会・講演会

可能な場合は指導医と共に日本緩和医療学会に参加する。地域での緩和ケアに関する講演会やセミナー、外部講師による院内講演へも適宜参加する。

8) 研究発表・論文投稿

資格取得を希望しない研修者、認定医資格取得志願者は、研修期間内に日本緩和医療学会総会、地方会等での年1回以上の発表を目標とし、専門医取得志願者は、研修期間内に日本緩和医療学会総会や海外の緩和医療系学会での口頭発表1回以上に加え、原著論文1編以上の投稿を必須とする。

8. 評価

- 1) 日々の研修状況の振り返りの中で、評価票(別添資料)等を用い、詳細な研修項目一つ一つの評価をその都度リアルタイムで行う。
- 2) 研修の終了時に総括的評価を行う。