

2012 年 3 月 16 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 紀 伊 國 献 三 殿

施設名

医療法人 愛 和 会

代表者

理事長 山 田 友 雄

印

2011年度ホスピス緩和ケアドクター養成研究事業助成
に係る報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

1. 研究・研修事業 2011年度ホスピス緩和ケアドクター養成研究事業
2. 期 間 2011年 4月 1日 ～ 2012年 3月31日
3. 報 告 書
 - I 事業の目的・方法
 - II 内容・実施経過
 - III 成果
(上記 I～IIIをA4縦・横書 6,000字程度にまとめる)
 - IV 収支報告
 - ①助成金の使途(人件費以外は領収書等の証憑書類を添付)
 - ②当該助成金に関わる部分の決算書「写」
(貴機関の全会計決算書ではなく、当該助成計上部分のみで可)
※決算期の関係で2012年3月19日(月)までに「写」を提出できないときは提出予定日を記入
(提出予定日 2012年 4 月 2 日)
 - V 研修修了者報告書

以上

I 事業の目的・方法

ホスピス緩和ケアは、がん患者さんのケアとしては、なくてはならないものであると、感じている。しかしながら、働き手があまりにも少ないがために、ホスピス緩和ケアを受けられる人は、限られてしまっている。私の夢は、「ひとりでも多くの方が、ホスピス緩和ケアを受けられること」である。

私どもの病院がある長野市は、人口38万人。周辺市町村の人口を加えると、約50万人の医療圏だといわれている。隣町である小布施町には20床の緩和ケア病棟を持つ新生病院がある。さらに、私どもの病院は、48床と、比較的多くの緩和ケア病床を擁しているが、患者さんのニーズはそれを上回り、入院待ちをしていられっしやるがん患者さんも多い。入院待機が、1-3週間ほどで、緩和ケア病棟に入院でき、緩和ケアを提供できるが、入院待機をしている間に具合が悪くなり、緩和ケアを受けることを希望されいながら、私どもの病院に入院できない方もおられる。悲しいことである。入院待機をしないで入院を受けられるためには、さらに20床ほどの緩和ケア病床があってもよいと感じている。

私どもの病院には、66床の病床の許可を受けていながら、医師・看護師、などのスタッフが足りないために、運用ができない18床の緩和ケア病棟（南棟）がある。この南棟緩和ケア病棟が運用できれば、長野市を含む北信圏域に暮らす方が、緩和ケアを受えられるニーズは格段に向上するはずである。緩和ケアを荷うスタッフの養成が望まれる所以である。

長野市を含む北信圏域から目を転じ、長野県全域を眺めると、中信には人口24万人を擁する松本市があり、長野県がん診療連携病院である、信州大学病院と、同じくがん診療連携拠点病院である相澤病院がある。しかしながら、緩和ケア病棟がある病院はひとつもなく、がん診療連携拠点病院には緩和ケアチームはあるが、松本市を含む中信圏域で専門緩和ケアを受けることができる方は、限られてしまっている。がん治療はできても、緩和ケア過疎地とも言える地域が、すぐ隣にあることを思うと、さらに、緩和ケアを荷うスタッフの養成が急務であると、感じざるを得ない。

私どもの病院は、緩和ケア病棟で提供する、専門緩和ケアだけではなく、在宅緩和ケアにも力を入れており、昨年は、100名を超す方を、在宅で看取った。緩和ケアを受けながら、住み慣れたところで最期まで過ごすことができる患者さんには、笑顔があふれ、患者さんを支えるご家族も、満足されることが多い。緩和ケアを在宅で提供することは、患者さんの回りにいる、小さな子供たちの心にも印象的であるようで、緩和ケア病棟で提供される緩和ケアよりも、ずっと身近に緩和ケアが提供されるため、子供たちの心に、緩和ケアが印象付けられているのではないかと、感じている。これらの子供たちの心に印象付けられた緩和ケアは、将来芽を出し、次の世代の緩和ケアを荷ってくれるのではないかと、期待をしている。

在宅緩和ケアを提供することは、「ひとりでも多くの方が、ホスピス緩和ケアを受けられること」という私の夢に叶っている。また、緩和ケア病棟という入れ物がなくても、フレキシブルに緩和ケアを提供できる点で、「ひとりでも多くの方が、ホスピス緩和ケアを受けられる」ためには、緩和ケアを提供する方法としては、優れている。しかしながら、緩和ケア病棟と違って、在宅では様々なことを、一人で判断することが要求されることが多く、緩和ケア病棟で提供される緩和ケアより、より高度なスキルを要求される。緩和ケア病棟

で、専門緩和ケアを研修した後、在宅緩和ケアで独り立ちできるようになると考える。

緩和ケアを荷う専門家が足りない、その養成が急務であることは、これまで述べた通りであるが、養成の方法となると、ゴールデンルールがあるわけではない。緩和ケア病棟では、専門緩和ケアを提供するための症状コントロールの方法を習得していただくことはもちろんのこと、患者さんのスピリチュアルケアをするための、コミュニケーションスキルを習得することが、緩和ケアの専門家となってゆくためには、必須であると考え。しかしながら、薬剤の使い方は、容易に教えることができても、コミュニケーションスキルを教えることは容易ではない。そこで、金島医師には、3ヶ月、私について外来を見学していただき、病棟の回診にも、同行していただいた。また、緩和ケア病棟では、チームケアをすることが重要であり、病棟でのカンファレンスを通して、他職種との連携について、研修をしていただいた。担当する疾患も、頭頸部がん、婦人科がんなど、さまざまな疾患を担当していただき、どのようながん患者さんであっても、緩和ケアが提供できるように、心がけた。緩和ケア病棟では、ご家族もケアの対象者であると考え、家族ケア、悲嘆ケアが、重要である。家族ケアを習得することも、重要な研修目標として設定した。緩和ケア病棟では、症状コントロール、チームケア、コミュニケーションスキルの習得、家族ケアをアウトカムに設定した。

在宅緩和ケアでは、緩和ケア病棟研修のアウトカムに設定した項目に加え、介護保険制度、居宅療養支援専門員との連携、院外訪問看護ステーションとの連携、などに研修目標と設定されることが多い。症状コントロールひとつをとってみても、検査を施行することが容易ではなく、症状の評価を、身体症状で判断することが要求されたり、在宅で使える薬剤、使えない薬剤があること、その使い方にも、ルールがあることなど、緩和ケア病棟研修よりも、さらに多くの知識が要求される。緩和ケア病棟研修の先にある在宅緩和ケア研修であるが、できるだけ、在宅緩和ケアにも、携わることができるように、心がけた。

II 内容・実施経過

研修内容は、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指導指針 に基づき、指導を行った。

具体的な内容は、以下の通りである。

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、緩和医療を実践し、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 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
2. 心理社会的側面 以下のことを理解し、実行できる
- ◆心理的反応
 - 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
 - ◆コミュニケーション
患者の人格を尊重し、傾聴することができる
 - ◆社会的経済的問題の理解と援助
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
 - ◆家族のケア
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
 - ◆死別による悲嘆反応
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
3. 自分自身およびスタッフの心理的ケア
- 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
4. スピリチュアルな側面
- 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
5. 倫理的側面
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
6. チームワークとマネジメント
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
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
- 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

8. 研究、教育

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、緩和医療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

9. 腫瘍学

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

Ⅲ成果

金島先生に受け持っていた患者さんによって、上記のすべてが研修できたわけではないが、病棟のカンファレンスに参加することにより、チーム内での話しあいを通して、どのような患者さんが現れても、緩和ケア病棟で独り立ちして患者さんを受け持てる技量を身につけていただいた。

2012 年度、本院で臨床研究がスタートするため、金島先生にも参加していただく予定である。

また、在宅ホスピスケアを行う上での知識は、まだ不十分であるように思われるが、2012 年度も、本院で勤務していただけるため、さらに研修を進める予定である。