

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2017A-007

(西暦)

2018年2月14日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

総合診療医教育における緩和ケア領域の学習到達目標の作成

所属機関・職名 筑波大学 医学医療系 講師

氏名 濱野 淳

研究報告書

I 研究の目的**【研究目的】**

本研究の主目的は、総合診療医が緩和ケア・アプローチ（参考資料 1 参照）を必要とする患者を目の前にした時に、総合診療専門医（参考資料 2 参照）に期待される患者を捉える視点、それを基盤にした具体的な考え方・行動を学ぶための教育資材を開発することである。本研究の成果物は、緩和ケア・アプローチに関して、指導医がどのような「気づきを促す問いかけ」を投げかけたら良いか？などを考えるための指針として活用すること、また、学習者は、緩和ケア・アプローチに関する日々の経験・学びを深め、状況を俯瞰的に理解するための手がかりとして活用することを目的とする。

【背景】

諸外国では緩和ケア専門家とともに、総合診療医が在宅医療の現場などで緩和ケアを提供することが期待され実践されている。そのため、各国で総合診療医における緩和ケアの教育目標が具体的に明示されている¹⁻⁴。わが国においても、プライマリ・ケアの現場で緩和ケア・アプローチを実践することが必要であり⁵、総合診療医育成を行っている学術団体の1つである日本プライマリ・ケア連合学会が、「家庭医が持つ特徴的な知識と技術」の中で「終末期のケア」「高齢者のケア」を明記し、総合診療専門医に必要な能力としている⁶。また、日本プライマリ・ケア連合学会はその専門研修において「在宅患者に対する計画的な訪問診療の研修」を必修としており、在宅における「終末期のケア」「高齢者のケア」の実践は、わが国の総合診療専門研修の特徴のひとつである⁷。

一方で、緩和ケアを実践するにあたって、総合診療医は様々な困難を感じているという報告があり⁸、総合診療医に対して、緩和ケアに関する系統的な教育や継続的な生涯教育が必要と考えられる。しかしながら、病棟や在宅など様々な場において緩和ケアを提供する総合診療医に必要とされる緩和ケア・アプローチは現在まで明確にされていない。

今後わが国で緩和ケアがさらに普及し、いつでも、どこでも質の高い緩和ケアを国民が享受するためには、様々な場で働く総合診療医の育成において緩和ケア教育の質の向上と標準化を行うことがその課題の一つであると考えられる。この課題を解決するためには、総合診療医に必要とされる緩和ケア・アプローチを、どのような臨床経験から、どのように学ぶべきかを明らかにする必要がある。

II 研究の内容・実施経過

【研究班】 総合診療、緩和ケアに関する有識者 8 名（表 1）からなる研究班を構成し、研究を実施した。

【実施経過】 主な研究活動は以下のように行われた。

1. 2017 年 4 月：研究班メンバーによるメール、およびテレビ会議にて研究の趣旨・目的を共有し、具体的なスケジュールを作成。
2. 2017 年 5～8 月：研究班メンバーによって、指針と学習の手引きの素案を作成。
3. 2017 年 9 月～10 月：有識者によるデルファイ会議を開催するために、研究班メンバー

で、外部デルファイメンバーを選定。外部デルファイメンバーに研究の趣旨・目的、具体的なタスクを説明し、研究への参加同意を取得。

4. 2017年11月：外部デルファイメンバーを対象に、デルファイ調査（郵送法）を実施し、結果を集計。

5. 2017年12月：研究班メンバー3名、外部デルファイメンバー12名（うち2名欠席）によるデルファイ会議を開催し、指針と学習の手引きの項目について、具体的な修正案を作成。修正案についてデルファイ調査を実施。

6. 2018年1月：デルファイ調査の結果、全ての項目について、基準を満たす同意を得られた。研究班メンバーで、項目の表現などに関する微修正を行い最終確定版を作成。最終確定版は、外部デルファイメンバーにも承認頂いた。

III 研究の成果

成果物の名称は、「総合診療医教育における緩和ケア・アプローチの学びと指導の指針」（以下、指針）となった。概要としては、以下の通りとなった。

1. 患者の「病いの軌跡」に合わせ「Rapid Functional Decline（主にごん患者を想定）」「Intermittent Functional Decline（主に臓器不全、認知症、フレイル患者を想定）」に分けて指針を作成
2. 2つの指針において総合診療医に求められる視点は、「本人・家族の全人的苦痛とニーズの評価（身体的、精神・心理的、社会的、スピリチュアル）」と「医師としての在り方（多職種協働、プロフェッショナリズム）」となった。
3. 病いの軌跡は、それぞれ異なるため、Rapid Functional Decline では、診断時（診断告知、治療方針の話し合い）、治療あるいはフォローアップ時（治療効果が得られているとき、治療効果が乏しくなってきたとき、積極的治療の中止）、看取り期（経口摂取量の低下、ADL 低下・身体ケアの増加、せん妄、日の単位、死亡診断の時、死別後）に分けて検討した。また、Intermittent Functional Decline では、緩和ケア・アプローチが必要な時期、緩徐増悪時、急性増悪時（症状出現時、症状回復時、治療困難時）、看取り期（経口摂取量の低下、ADL 低下・身体ケアの増加、せん妄、日の単位、死亡診断の時、死別後）に分けて検討した。

IV 今後の課題

本研究で作成した指針を現場で普及するにあたって、総合診療医を育成する各施設の研究環境や指導医の経験などによって、活用の可否が異なることが考えられる。今後は、この指針を普及するにあたって、どのような方略を実施していくかについて検討が必要である。また、この指針を活用することで、指導医、専攻医にどのような変化が起き、臨床現場の行動がどのように変わるか、そして、その結果、患者・家族に、どのようなメリットが生まれていくかということに関する検証が必要である。

V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

22nd World WONCA および国際学術誌にて発表予定である。

【引用文献】

1. The College of Family Physicians of Canada. Specific Standards for Family Medicine Residency Programs Accredited by the College of Family: PALLIATIVE MEDICINE: SPECIFIC STANDARDS OF ACCREDITATION FOR A ONE-YEAR PROGRAM OF ADDED COMPETENCE IN PALLIATIVE MEDICINE Physicians of Canada.
<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red Book English.pdf> (2013).
2. American Academy of Family Physicians. Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents: Palliative and End-of-Life Care.
http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint269_Palliative.pdf (2011).
3. The Royal Australian College of General Practitioners. The RACGP Curriculum for Australian General Practice 2011: Palliative care.
<http://curriculum.racgp.org.au/media/12338/palliativecare.pdf> (2011).
4. Practitioners RC of G. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS CURRICULUM: End-of-Life Care.
<http://www.rcgp.org.uk/~media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-3-09-End-Of-Life-Care.ashx> (2014).
5. 浜野淳、木澤義之. 日本における Primary Palliative Care: プライマリ・ケア医による Primary Palliative Care の普及と発展. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2014; 37: 268-272.
6. 日本プライマリ・ケア連合学会. 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会 専門医・認定医認定制度要項
<http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/senmonininteiyouko.pdf> (2015).
7. 日本プライマリ・ケア連合学会. 家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則
<http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/koukikensyusaisoku.pdf> (2015).
8. 大石愛、浜野淳、春田淳志、木村洋輔、菅野哲也、田中久也. 第4回日本プライマリ・ケア連合学会ワークショップ『ジェネラリストに必要な緩和医療のスキルとは?』報告. An Off J Japan Prim Care Assoc 2014; 37: 366-368.

参考資料 1：本研究における「緩和ケア・アプローチ」の考え方

本研究では、WHO が定義する緩和ケアの定義に基づいて、以下を緩和ケア・アプローチとします。

- ①クオリティ・オブ・ライフ（QOL）重視のアプローチ：疾患の治療や治癒より生活の質を重視する
- ②全人的アプローチ：緩和ケアを必要とする個人を、医療や社会的援助を必要とする「患者以上の存在」として捉える
- ③患者とその人にかかわる人たち（特に介護者）の両者を包含するケア：患者を取り巻く人々、すなわち「家族と友人」も同じようにケアの対象とする
- ④患者の自律と選択を尊重するアプローチ：たとえば、療養場所の選択や最期を迎える場所などについて、患者が何を望むかを明確にし、その目標の達成を支援する
- ⑤率直かつ思いやりのあるコミュニケーション：終末期における予後をどう伝えるか、といった困難な課題について、率直かつ思いやりのある話し合いを通じて人々を支える

参考資料 2：総合診療専門研修の目標

【日本専門医機構 総合診療専門研修整備基準（平成 29 年 7 月 7 日）より引用・抜粋】

1. 専門研修後の成果

地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む）を包括的かつ柔軟に提供できる。また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる。

具体的には以下の 7 つの資質・能力を獲得することを目指す。

1. 包括的統合アプローチ
2. 一般的な健康問題に対する診療能力
3. 患者中心の医療・ケア
4. 連携重視のマネジメント
5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
6. 公益に資する職業規範
7. 多様な診療の場に対応する能力

2. 総合診療の専門知識

総合診療の専門知識は以下の 6 領域で構成される。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などの環境（コンテクスト）が関与していることを含めて全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、コミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。

2. 総合診療の現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく患者・医師の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。

3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた

運営体制に貢献する必要がある。

4. 地域包括ケア推進の担い手として積極的な役割を果たしつつ、医療機関を受診していない人も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。

5. 総合診療専門医は日本の総合診療の現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、各現場で多様な対応能力を発揮すると共に、ニーズの変化に対応して自ら学習・変容する能力が求められる。

6. 繰り返し必要となる知識を身につけ、臨床疫学的知見を基盤としながらも、常に重大ないし緊急な病態に注意した推論を実践する。

3. 総合診療の専門技能

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成される。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技

2. 患者との円滑な対話と患者・医師の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法

3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力

4. 生涯学習のために、情報技術 (information technology; IT) を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力

5. 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力