

[総 説]

わが国における薬剤師の緩和ケア教育の現状と問題点

杉浦 宗 敏

東京薬科大学薬学部医薬品安全管理学

(2013年9月18日受理)

【要旨】 2007年のがん対策基本法が施行され、がん患者に対する早期からの緩和ケアの導入が進められることになった。同時に、緩和ケアを担う医療従事者の養成は、がん診療拠点連携病院が中心となって行うことになった。薬学教育は6年制へ移行したが、緩和ケアに関する卒前教育は、大学間に大きな相違が存在していた。卒後臨床教育は、さまざまな団体や施設がスキルアップなどを目的としたプログラムを展開していた。医学教育においては、カリキュラムの標準化を進める検討を開始していた。医師および看護師における卒後臨床の教育は、日本緩和医療学会と各医療施設が連携をとりながら、体系的な教育システムの構築が進んでいた。薬剤師の緩和ケア教育においては、卒前教育の標準化とともに、卒後臨床教育について学会が中心となった体系的な教育システムの構築を進めることが、今後の課題と考えられた。

キーワード：緩和ケア，卒前教育，卒後臨床教育，PEPLe

はじめに

緩和ケアの代表的なテキストである「Oxford Textbook of Palliative Medicine」には、緩和ケアの専門性の必要条件として、①倫理の実践ができる、②継続的な専門家としての研鑽をする、③チーム医療ができる能力を有する、④患者中心である、⑤問題点を標準化し、その結果・効果を評価して再度戦略をたてることができる、⑥常に変化し改良されて進歩する医学に、興味をもち学ぶことができる、⑦コミュニケーション能力を有する、の7点を挙げている¹⁾。この7つの必要条件を満たす専門性を有した医療従事者を育成するためには、幅広い分野の知識、態度の習得を促す必要がある。したがって、緩和ケア教育は、大学における卒前教育から卒後臨床教育につながる体系的な教育システムの構築が望まれる。

2007年のがん対策基本法が施行され、がん患者に対する早期からの緩和ケアの導入が進められることになり、同時に、緩和ケアを担う医療従事者の養成はがん診療拠点連携病院を中心に行われることになった²⁾。緩和ケアの実践には、医師、看護師、薬剤師など多職種の協働によるチーム医療が不可欠である。2008年の診療報酬改定では、緩和ケア診療加算を算定するために必要な施設基準に、「緩和ケアの経験を有する薬剤師（麻薬が投薬される悪性腫瘍患者に対する薬学的管理および指導などの緩和ケアの経験）」の参加が明記された。一方、2007年、薬剤師が他職種との連携を強化し、専門性を究め、社会に貢献するために、日本緩和医療薬学会が設立された。薬剤師に対するさまざま

表1 日本緩和医療薬学会における緩和ケア教育関連の一般発表演題数の推移

回	年	口頭	ポスター	計	発表総数
1*	2007	—	8	8	187
2*	2008	—	21	21	251
3	2009	4	11	15	246
4	2010	4	15	19	389
5	2011	5	14	19	270
6	2012	4	11	15	279

*第1回および第2回年会は口頭発表のエントリーなし。

な教育活動は、日本緩和医療薬学会が中心となって推進している。表1に、日本緩和医療薬学会の年会における緩和ケア教育に関係する発表演題数の推移を示した。2007年の第1回年会から演題数は増加傾向にあり、緩和ケア教育に対する関心の高さがうかがえる。また、その内容別の内訳を図1に示した。第1回年会では、他職種に対する教育に関する発表が中心であった。しかし、その後は徐々に卒後臨床教育に関する発表が中心となり、6年制薬学部の1期生が5年次生となった2010年以降は、卒前教育に関する発表も目立つようになった。現在は、薬剤師に対する緩和ケア教育に関する発表が半数以上を占め、卒前および卒後臨床教育に対する問題意識が高いことが理解できる。

以上のように、わが国の緩和ケアに関する状況はこの10年で大きく展開している。本稿では、その根幹を支える緩和ケア教育について、薬剤師における現状について整理し、今後の課題について考察をする。

卒前教育の現状

6年制の薬学教育では、薬学教育モデルコアカリキュラム(2002年8月)³⁾の中で、「A ヒューマニズム」ととも

に、「C14 薬物治療 (4) 疾患と薬物治療 (精神疾患等)」に【緩和ケアと長期療養】を挙げ、緩和ケアに関して習得すべき知識、技能、態度等と到達目標を定めている (図2)。各大学の緩和ケアに関する卒前教育は、この薬学教育モデルコアカリキュラムに基づいて実施されている。

各大学の卒前教育についての大規模な実態調査は、過去に2度行われている。大柄根ら⁴⁾は、2003年度に全国の薬系大学計48校に対して、薬剤師の緩和ケアに関する卒前教育についてアンケート調査を実施している。回答があった36校 (回答率67%) のうち、緩和ケアに関する講義・実習等を実施していたのは18校 (50%) で、そのほとんどが対象となる科目の一部の講義の実施であった。また、実施コマ数は0.5~3コマだった。一方、伊勢ら⁵⁾は、

薬学教育が6年制に移行後の2010年に同様のアンケート調査を、全国の薬系大学計74校に対して実施している。回答があった53校 (回答率72%) のうち、緩和ケアに関する講義・実習等を実施していたのは42校 (79%) で、その形式も講義のほかグループワークや事例検討など多彩であった。また、実施コマ数は2~7コマが最も多く、16コマ以上実施する大学もあった (表2)。しかし、71%の大学が現在の講義内容やコマ数に対して不十分と回答していた。

薬学部5年次生の実務実習における卒前教育に関する、一部の施設や大学からの報告もある。興石ら⁶⁾は、2011年度に東京医科大学八王子医療センター薬剤部で実務実習を行った5年次生のうち、緩和ケアチームの実習を受けた

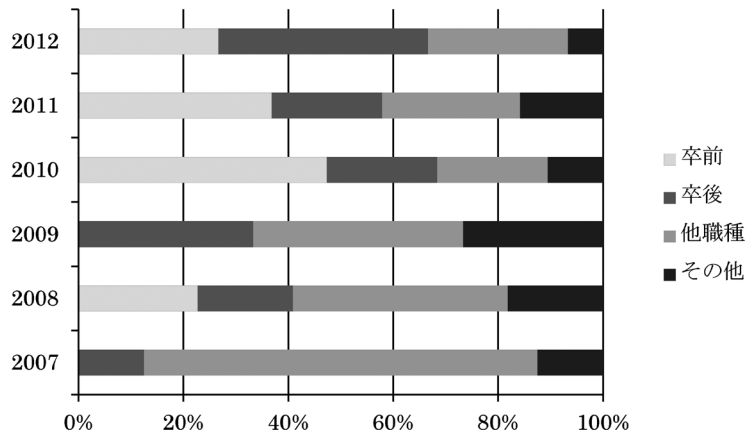


図1 日本緩和医療薬学会における緩和ケア教育関連の一般発表の内容別推移。

C14 薬物治療	
一般目標：疾病に伴う症状と臨床検査値の変化などの確かな患者情報を取得し、患者個々に応じた薬の選択、用法・用量の設定および各々の医薬品の「使用上の注意」を考慮した適正な薬物治療に参画できるようになるために、薬物治療に関する基本的知識と技能を修得する。	
(4) 疾患と薬物治療 (精神疾患等)	
【緩和ケアと長期療養】	
到達目標：1) 癌性疼痛に対して使用される薬物を列挙し、使用上の注意について説明できる。	
2) 長期療養に付随する合併症を列挙し、その薬物治療について説明できる。	

図2 薬学教育モデルコアカリキュラム (2002年8月) —緩和医療に関連する項目の抜粋—。

表2 全国薬系大学における薬剤師の緩和ケアに関する卒前教育に対するアンケート調査

	回答校 / 調査対象校 (回答率, %)	講義・実習等実施校 (実施率, %)	実施コマ数*
大柄根ら ⁴⁾ (2003)	36/48 (67)	18 (50)	0.33 ~ 3
伊勢ら ⁵⁾ (2010)	53/74 (72)	42 (78)	1 ~ 16

* 1コマ = 90分で換算。

16名に緩和ケアの知識評価テスト (Palliative Care Knowledge Test) を実施している⁷⁾。緩和ケア知識評価尺度として、「理念、疼痛、呼吸器症状、精神症状、消化器症状」の計5項目について実習前後で比較したところ、「疼痛、消化器症状」の正答率の有意な上昇と他の3項目の正答率の上昇傾向が認められた。また、総合得点では正答率が有意に上昇していた (表3)。著者らは、実習を行うことが知識の習得につながっていたが、「呼吸器症状、精神症状」で正答率の有意な上昇が認められなかったのは、該当する症状を有する症例を検討する時間が十分に確保できなかったことを理由に挙げていた。なお、「理念」については、実習前後とも正答率は100%であり、緩和ケアの概念に関して正しい認識を示していた。

名徳ら⁸⁾は、大阪大谷大学の2010年度5年次生121名に、実務実習施設での緩和医療に対する5段階の選択式によるアンケート調査を実施している。すべての項目に回答があった113名 (回答率93%) の学生のうち、緩和医療に関する教育を受けた学生は薬局で54名 (48%)、病院で83名 (74%) であった。緩和医療を受けている患者 (評価項目計5項目) および医療用麻薬 (評価項目計8項目) に対するイメージについては、薬局実習後でそれぞれ「副作用、幻覚・せん妄、生活」の3項目が、「寿命への影響、幻覚やせん妄の出現、耐性や依存の出現、副作用、意識状態、医療用麻薬の安全性」の6項目が、病院実習後でそれぞれ「幻覚・せん妄、生活」の2項目が、「寿命への影響、幻覚やせん妄の出現、耐性や依存の出現、副作用、麻薬中毒、意識状態、医療用麻薬の安全性、ドラッグとの相違」の8項目が有意に低下していた (改善していた)。一方、緩和医療に関する現在の考え (評価項目計6項目) については、薬局実習後で「緩和医療に積極的に取り組みたい」の1項目が、病院実習後で「緩和医療にやりがいを感じる、緩和医療に積極的に取り組みたい」の2項目が、有意に上昇していた。また、他の項目についても、実習後に上昇傾向が認められた (表4)。

2回の実態調査から、薬学教育は6年制へ移行し、緩和ケアに関する卒前教育の充実に向けた準備が徐々に進められていたが、カリキュラムの標準化など十分な内容には

至っていなかった。一方、実務実習モデルコアカリキュラムの中には「緩和ケア」や「緩和医療」に関する項目はないが、実務実習の中でさまざまな工夫を凝らすことで効果的な卒前教育を実施できることが示された。

卒後臨床教育の現状

卒後臨床教育については、さまざまな団体や施設が、スキルアップなどを目的としたプログラムを展開している。

日本緩和医療薬学会は、2007年の第1回年會に合わせ教育セミナーを開催している。教育セミナーは、主に緩和ケアに必要な基本的な知識の習得を目的としているが、その後も継続して定期的に開催され、学会会員の卒後臨床教育に貢献していた。また、2008年には「臨床緩和医療薬学」の出版を、2009年には「緩和薬物療法 e-learning」の配信を開始している (学習内容は図3参照)。これらは、「緩和薬物治療における薬剤師への期待に対して、緩和医療の精神を理解し緩和薬物療法に関する知識を修得し、医師、看護師、その他医療従事者とともに患者治療に資する薬剤師を育成する」との目的のもとに、日本緩和医療薬学会が2009年より立ち上げた「緩和薬物療法認定薬剤師」に必須となる知識を吟味して作成したものである。この資格申請には、「過去5年以内に、認定対象となる講習等を所定の単位 (計100単位、毎年20単位) 以上履修していること。過去5年以内に、がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会 (厚生労働省、麻薬・覚せい剤乱用防止センター等主催) に1回以上参加していること」と自己研鑽に関する条件がある⁹⁾。日本緩和医療薬学会では、2007年から、緩和薬物療法認定薬剤師申請の際に所定の単位として認められる種々の講習会を認定し、学会独自の講習会も開催している。2012年に日本緩和医療薬学会が認定対象とした講習会は、423が開催されていた。これら講習会の開催都道府県別内訳をみると、大都市周辺や緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM) が実施¹⁰⁾されたモデル地区での開催が目立ち、5県では1度の開催もなされていないなど地域格差も認められた (図4)。さらに、2012年から、PEOPLE (Pharmacy Education for Oncology and Palliative care Leading to happy

表3 緩和ケア実習プログラム実施前後でのPCKT各項目における正答率

項目	正答率 (%)		p 値
	実習前 (n = 16)	実習後 (n = 16)	
理念	100	100	n.s.
疼痛	58.3	83.3	0.0253
呼吸器症状	25.0	50.0	0.0619
精神症状	62.5	75.0	0.1005
消化器症状	25.0	50.0	0.0099
総合得点	50.0	70.0	0.0007

文献6) より一部改変して作成。

表4 実務実習前、薬局・病院実習後のアンケート結果

設問内容	実務実習前	薬局実習後	病院実習後	p 値	
				実習前 vs 薬局実習後	実習前 vs 病院実習後
II. 緩和医療を受けている患者はどんなイメージですか？					
痛み	3.19 ± 1.23	2.88 ± 1.10	2.96 ± 1.14	0.028	0.116
副作用	3.73 ± 1.11	3.41 ± 0.95	3.43 ± 0.96	0.011	0.020
幻覚・せん妄	2.77 ± 0.93	2.40 ± 1.00	2.27 ± 1.04	0.001	0.000
生活意識状態	3.43 ± 1.00	2.75 ± 1.08	2.88 ± 1.12	0.000	0.000
意識状態	2.69 ± 0.88	2.48 ± 0.97	2.45 ± 1.03	0.070	0.019
III. 医療用麻薬はどのようなイメージですか？					
寿命への影響	2.81 ± 1.20	2.33 ± 1.11	2.04 ± 1.02	0.000	0.000
幻覚やせん妄の出現	2.90 ± 1.05	2.52 ± 0.92	2.20 ± 0.97	0.001	0.000
耐性や依存の出現	3.15 ± 1.04	2.77 ± 1.11	2.44 ± 1.20	0.003	0.000
副作用	3.66 ± 0.88	3.31 ± 0.95	3.30 ± 1.00	0.002	0.001
麻薬中毒	2.46 ± 1.11	2.27 ± 1.00	2.02 ± 1.04	0.131	0.000
意識状態	2.76 ± 1.00	2.40 ± 0.92	2.14 ± 0.82	0.002	0.000
医療用麻薬の安全性	2.75 ± 1.00	2.36 ± 0.90	2.26 ± 0.86	0.000	0.000
ドラッグ（麻薬）との相違	1.74 ± 1.08	1.62 ± 0.95	1.51 ± 0.84	0.148	0.012
IV. 緩和医療に関して現在の考えを教えてください。					
緩和医療に興味がある	3.81 ± 0.94	3.88 ± 0.84	3.98 ± 0.95	0.505	0.086
緩和医療は重要である	4.65 ± 0.58	4.69 ± 0.54	4.73 ± 0.55	0.461	0.112
緩和医療を今以上に勉強したい	4.04 ± 0.79	4.16 ± 0.80	4.22 ± 0.83	0.117	0.032
緩和医療にやりがいを感じる	3.74 ± 0.96	3.90 ± 0.86	4.18 ± 0.78	0.087	0.000
緩和医療に積極的に取り組みたい	3.80 ± 1.08	4.05 ± 0.85	4.21 ± 0.75	0.012	0.000
緩和医療に薬剤師が積極的に参加すべきである	4.55 ± 0.82	4.50 ± 0.61	4.58 ± 0.66	0.454	0.616

文献 8) より一部改変して作成。

I. 緩和医療総論
II. 緩和腫瘍学
III. 全人的苦痛と痛みの評価
IV. がん疼痛治療
V. 非オピオイド性鎮痛薬
VI. オピオイド性鎮痛薬各論
VII. 副作用対策
VIII. 精神的な苦痛に対する対応
IX. チーム医療としての緩和ケア
X. 服薬指導
XI. 麻薬・向精神薬の管理

図3 「臨床緩和医療薬学」の目次。

End-of-life) プログラムの開催も開始している¹¹⁾。PEOPLE プログラムは、グループワークやロールプレイにより、患者対応などコミュニケーション能力の育成を目指した「態度教育」を中心とした研修内容のプログラムである¹¹⁾。知識だけではなく、患者さんの幸せな最期をリー

ドできるような人材を育成することを目標としたプログラムとして展開を進めている。

東京都病院薬剤師会は、2004年から、緩和医療領域薬剤師養成研究会を年5回開催している。本研究会は、講義とともに、模擬患者を用いたロールプレイや、グループワーク形式の症例検討を実施している。症例検討では、知識のみならずコミュニケーション能力や、グループワークにおいて受講者が能動的に取り組むための技能が要求される。緩和ケアの知識のみならず、態度・技能も同時に身につけられるように工夫された内容である¹²⁾。

岡山県薬剤師緩和ケア研究会は、地域医療における緩和ケアの普及を目的として、2008年から緩和ケア講習会を開催している。2008年度は、肺がんの模擬患者に対する緩和医療を6病期に分類し、2病期ずつ3回の講習会を実施した。今村ら¹³⁾は、本講習会の受講者のうち、のべ290名から得られた講習会開催の有用性に関するアンケート調査を解析している。0～10の数値的評価スケール(NRS)による緩和ケア知識の自己評価は、病院薬剤師が第1回4.8、第2回4.4、第3回4.0で、薬局薬剤師がそれぞれ2.9、2.7、3.3となり、第1回および第2回では有意な差が認められた。講習会の難易度評価は、病院薬剤師が第1回4.5、第2回4.7、第3回5.7で、薬局薬剤師がそれぞれ5.2、5.0、5.9となり、第1回では有意な差が認められた。講習会の役立ち度評価は、病院薬剤師が第1回6.8、第2回6.1、第3回7.0で、薬局薬剤師がそれぞれ6.6、

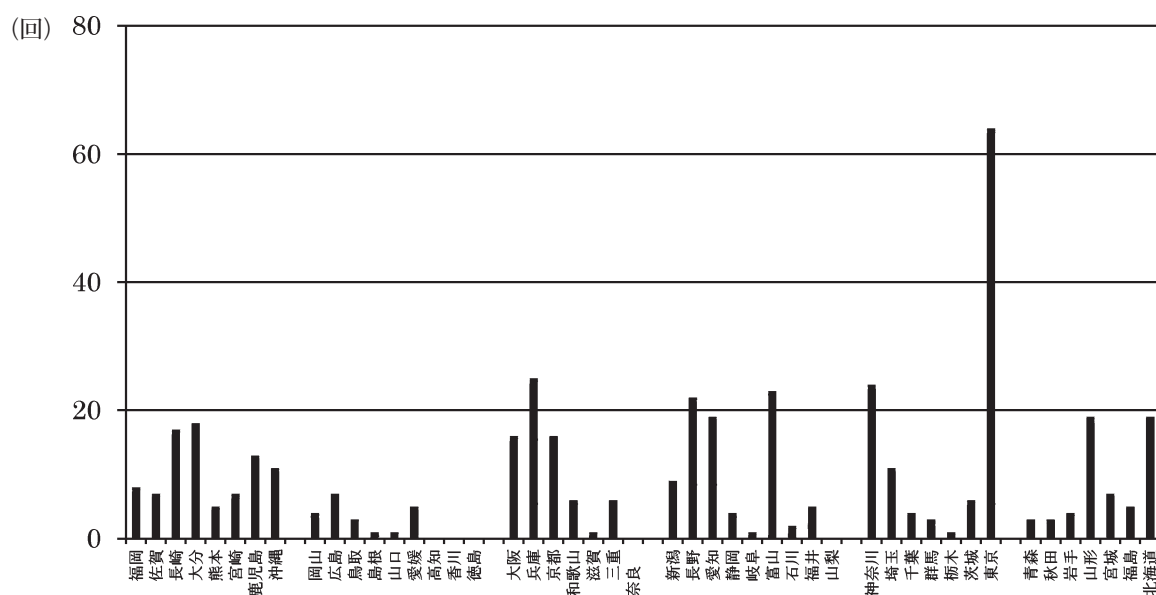


図4 日本緩和医療薬学会認定講習会の都道府県別開催回数 (2012年)。

5.3, 5.7 となり, 第3回では有意な差が認められた。また, 病院薬剤師の76%, 薬局薬剤師の55%が, 緩和ケア業務に関して新たな自信につながったと評価していた。以上のように, 各実施回のテーマによって, 病院薬剤師と薬局薬剤師の評価に相違がみられた。著者らは, 薬局薬剤師の在宅緩和への意識の低さが影響した可能性を, 理由として挙げていた。しかし, 受講者の講習会に対する全体的な評価は高く, 模擬症例を用いた講習会が, 緩和ケア業務経験に乏しい薬剤師の知識と自信の向上に有用であることが示された。

卒後臨床教育については, さまざまな団体や施設が効果的なプログラムを展開していたが, 体系的な教育プログラムの構築は進んでいなかった。

他職種の卒前および卒後臨床教育の現状

医学生の緩和ケア教育のあり方を検討するために, 大学病院の緩和ケアを考える会は全国80大学医学部に対して, 医学生に対する卒前教育の実態調査を過去5回実施している。高宮ら¹⁴⁾が実施した2009年のアンケート調査では, 80校中66校(回答率83%)から回答が得られた。講義の実施率は, 65校(99%)で, 実施コマ数は平均5.5コマ(最大20コマ, 最少1コマ)であった。形式は, 講義が65校(99%), 事例検討17校(26%), グループワーク12校(18%), ロールプレイ11校(17%), その他実習, ビデオ学習, PBLT (Problem Based Learning Tutorial) など多彩であった。講義の実施率は, 1994年初回調査の44%から徐々に増加し, ほぼすべての大学で実施していた。また, 木澤ら¹⁶⁾は, 医学生が卒業時に習得すべき緩和ケアに関する能力を明確化するために, 2009年に大

学医学部・医科大学における緩和ケアの学習目標を作成した。自治医科大学では, この到達目標に沿った方略・評価の開発を進め, 1年生から6年生まで系統的な講義をモデル的に作成し, 実施している。今後は, 医学部卒前教育カリキュラムの標準化につながる展開が期待されている¹⁵⁾。一方, 日本緩和医療学会は, アメリカ臨床腫瘍学会(ASCO)が中心となって開発したEPEC-O (Education in Palliative and End of life Care Oncology)の日本版を開発し, 2005年からトレーナーズワークショップを実施していた。さらに, わが国のがん医療と緩和ケアの実情に合う, 医師に対する緩和ケア卒後教育プログラムPEACE (Palliative care Emphasis program of symptom management and Assessment for Continuous medical Education)を開発し, 2008年からPEACEプロジェクトを実施している¹⁷⁾。PEACEプロジェクトでは, まず緩和ケア領域に一定の経験を有する医師を対象に「緩和ケア研修会」を, 企画運営する指導者の育成を目的とした「指導者研修会」を開催する。「指導者研修会」修了者は, 「緩和ケア研修会」の企画責任者としての資格を得る。「緩和ケア研修会」は, がん診療に携わるすべての医師を対象に, 緩和ケアの基本的な知識・技術・態度について学ぶことを目的にがん診療連携拠点病院で定期的に開催される。平成25年3月末現在, 「指導者研修会」修了者は1,814名, 「緩和ケア研修会」修了者は30,013名となる。なお, 現在は, 「緩和ケア研修会」への他職種(看護師, 薬剤師, ソーシャルワーカー, 臨床心理士など)の参加も可能(修了証書の発行はできない)となり, 他職種における卒後臨床教育の一端を担いつつある。

看護系大学や短期大学は, 社会のニーズに応じた人材養

成を、各教育機関がそれぞれの教育理念に基づいて主体的に決定しており、看護学生に対する緩和医療に関する教育内容はさまざまである¹⁸⁾。清水¹⁹⁾は、全国の看護系大学・短大で「緩和ケア教育」を実践している教員92名に対し、講義内容の実態と取り組みに関する調査を実施している。調査対象校のすべてで、緩和ケアの概念についての講義が実施されていた。しかし、教育内容は担当教員にゆだねられており、学校間で教育内容や使用する教材、教育方法に大きなばらつきが認められた。2011年に文科省が開催した、大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会において、「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」が報告された²⁰⁾。今後、これらが各大学の緩和ケア担当教員らに活用されることで、緩和ケアに関する看護基礎教育の質の担保と、さらなる充実が期待される。一方、アメリカ看護大学協会(AACN)とCity of Hope National Medical Centerが協力して設立した組織ELNEC(End of Life Nursing Education Consortium)が開発した緩和ケア教育プログラムELNEC-Coreの日本語版(ELNEC-J)を、2007-2008年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班が開発した²¹⁾。日本緩和医療学会は2009年より、ELNEC-Jコアカリキュラム指導者養成プログラムを実施している。エンドオブライフケアや緩和ケアの教育を行う立場の看護師を対象に、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムの開催が行える「ELNEC-J指導者」の育成が目的となる。ELNEC-J指導者は、日本看護協会が推奨するクリニカルリーダーⅡ(看護実践の場面において単独で看護を提供できる、チームリーダー的役割や責務を認識し遂行できる、自己の学習課題に向けた学習活動を展開できる能力を有する看護師)相当の看護師を対象に、人々へ質の高いEOL(End of Life)ケアを提供できるように、知識・技術の習得を目的として、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムを開催する¹⁸⁾。平成25年5月10日現在、「ELNEC-J指導者養成プログラム」修了者は680名となり、全国で「ELNEC-Jコアカリキュラム」の開催を進めている²²⁾。

医師における卒前教育は、カリキュラムの標準化を進める検討が始められていた。また、医師および看護師における卒後臨床教育については、日本緩和医療学会とがん診療拠点連携病院を中心とした医療施設が連携を進めながら、体系的な教育の導入が進められている。

今後の課題

2012年8月に、がん対策推進協議会により、「今後の緩和ケアのあり方」について6つの提言がなされた²³⁾。その中に緩和ケアに関する卒前教育の項目があるが、「医療に

携わることを目指す学生には、緩和ケアに関する卒前教育を履修させること」とした。また、その具体的な施策には、「医学部・看護学部・看護学校・薬学部など卒前教育の中に、統一的なカリキュラムに準じて、実習を含めた教育プログラムを策定する」と明記されている。しかし、各職種を養成する大学等において、標準的なカリキュラムの構築は進んでいないのが現状である。特に、薬学部においては、薬学教育モデルコアカリキュラムに基づいた各大学の教育カリキュラムは非常に過密であり、6年制教育への移行に伴い臨床系科目の新たな導入が困難である。また、緩和ケアに関する講義を展開するためには、薬学的な知識のみならず、コミュニケーションや患者心理など、臨床的に経験が豊富な医療従事者の協力も必須と考えられる。このことも、緩和ケアに関する講義・実習等を実施する多くの大学が、独立した科目として実施できない理由と考えられた。いずれの職種の卒前教育も、標準的なカリキュラム構築に明確な方向性は十分に見出されていなかった。したがって、医療系学部間における教員の相互派遣や臨床施設と大学の相互交流などを進め、標準的なカリキュラムの構築を相互に補完し合う方法も有用と考えられる。その際、医療系総合大学等で導入されている多職種学生の協働によるカリキュラム^{24, 25)}、複数の大学間によるチーム医療教育カリキュラム^{26, 27)}や、著者が以前勤務していた医療機関の緩和ケアチームの構成職種による薬学部学生に対する緩和ケア講義²⁸⁾などの試みも、標準的なカリキュラムの構築において参考となるだろう。

一方、卒後臨床教育については、医師・看護師教育で学会が中心となって進めている体系的な教育システムを、薬剤師教育においても早急に構築することが重要と考えられる。学会が中心となって指導者の養成を先行して行い、指導者が一般の薬剤師に対して指導するという方法は、非常に効率的な教育システムである。さいわい、日本緩和医療薬学会は、病院薬剤師、保険薬局薬剤師、研究者、大学教員などさまざまな立場の薬剤師が一堂に介する学会である。薬学との連携を強化することにより同じ目標を明確に掲げて対応することが、その構築を進める一助になると考えられる。

おわりに

わが国における薬剤師の緩和ケア教育は、現状からみてまだ道半ばであり、多くの課題を乗り越える必要がある。しかし、国民の高齢化率は急速に進み2025年には65歳以上の人口比率が30%を超えることが予想されている²⁹⁾。高齢化が急速に進むことによって、緩和ケアの対象となる患者の増加も急速に進むことは自明である。したがって、これからの10年間に実施されるさまざまな対応が非常に重要となる。「緩和ケアに薬剤師として貢献する」という

熱い気持ちをすべての薬剤師がもち、質の高い緩和ケアを供給できる薬剤師の育成が進むことを期待する。

文 献

- 1) Kenneth Calman. Education and training in palliative medicine. Oxford Textbook of Palliative Medicine 3rd, Oxford University Press, Oxford, 2004; p. 1155.
- 2) 厚生労働省 がん対策推進協議会. がん対策推進基本計画 2007.6.15.
- 3) 日本薬学会 薬学教育カリキュラムを検討する協議会. 薬学教育モデルコアカリキュラム 2002.8.
- 4) 大柄根いつみ, 宮崎貴久子, 与那嶺司, 他. 全国薬学教育機関における緩和ケア教育に関するアンケート調査. 医療薬学 2006; 32: 34-45.
- 5) 伊勢雄也, 細谷 治, 塩川 満, 他. 薬剤師の緩和ケアに関する教育. ホスピス・緩和ケア白書 2012; 62-64.
- 6) 奥石 徹, 奥山 清. 薬学部実務生の緩和ケアに関する知識習得状況および緩和ケア実習の評価. 日緩和医療誌 2012; 5: 49-52.
- 7) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al. The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliat. Med. 2009; 23: 754-766.
- 8) 名徳倫明, 浦嶋庸子, 小西廣己, 他. 薬学部5年次生での実務実習が薬学生にもたらす緩和医療における効果—緩和医療や医療用麻薬に対するイメージの変化および緩和医療への意識の変化—. 日緩和医療誌 2012; 5: 73-81.
- 9) 加賀谷肇. 緩和薬物療法認定薬剤師. 緩和医療学 2009; 11: 60-66.
- 10) 山岸暁美, 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—がん対策のための戦略研究「OPTIM プロジェクト」—. 緩和ケア 2008; 18: 248-250.
- 11) http://jpps.umin.jp/file/120719_people_program.pdf/ PEOPLE プログラム開催.
- 12) 岸田悦子, 伊勢雄也, 伊東俊雅, 他. 緩和医療領域における薬剤師の専門性向上に対する東京都病院薬剤師会の取り組み—第2報. 第5回日本緩和医療薬学会年会要旨集 2011; p. 209.
- 13) 今村牧夫, 芝崎由美子, 岡崎宏美, 他. 地域の薬剤師に対する緩和ケア教育の必要性和有用性. 日病薬誌 2010; 46: 963-968.
- 14) 高宮有介. 緩和ケアにおける教育と今後の展望. 緩和ケア 2009; 19 (Suppl); 30-34.
- 15) 高宮有介. 医師卒前教育の実態調査と進行中の活動. ホスピス・緩和ケア白書 2012; 52-56.
- 16) Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, et al: Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. Palliat. Med. 2012; 26: 744-752.
- 17) 山本 亮. 医師に対する緩和ケア教育—PEACE プロジェクト. ホスピス・緩和ケア白書 2012; 55-57.
- 18) 竹之内彩弥香. 看護師の緩和ケアに関する教育. ホスピス・緩和ケア白書 2012; 58-61.
- 19) 清水佐智子. 看護学生への「緩和ケア教育」の実態. 死の臨床 2010; 33: 101-106.
- 20) 文部科学省 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会. 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告 2011.
- 21) 竹之内彩弥香, 田村恵子. End-of-life nursing education consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム. ホスピス・緩和ケア白書 2009; 38-42.
- 22) <http://www.jspm.ne.jp/elneec/elneclist.html/> ELNEC-J 指導者 都道府県別リスト.
- 23) 厚生労働省 がん対策推進協議会 緩和ケア専門委員会. 今後の緩和ケアのあり方について 2012.8.23.
- 24) 石井伊都子. 医・看・薬の専門職連携教育 (IPE). 調剤と情報 2011; 17: 1211-1215.
- 25) 木内祐二. 昭和大学における体系的, 段階的なチーム医療教育. 調剤と情報 2011; 17: 1519-1523.
- 26) 中嶋幹郎, 手嶋無限, 坂本仁美. 薬学連携を基盤とする在宅チーム医療教育の展開. 調剤と情報 2011; 17: 925-930.
- 27) 小茂田昌代. 2つのチーム医療教育を通じて臨床で発信できる薬剤師を養成. 調剤と情報 2011; 17: 1079-1083.
- 28) 杉浦宗敏, 黒田誠一郎, 坂本岳志, 他. 薬学生に対する緩和医療卒前教育への取り組み (第2報)—講義受講前後における臨老式死生観尺度を使用した死生観に関する意識変化の解析—. 第18回日本緩和医療学会学術大会要旨集 2013; p. 534.
- 29) 内閣府 共生社会政務統括官. 高齢化の状況. 平成24年度版高齢社会白書 2011.

The Current Situation and Issues in Palliative Care Education for Pharmacy Students and Pharmacists in Japan

Munetoshi SUGIURA

Department of Drug Safety and Management, School of Pharmacy,
Tokyo University of Pharmacy and Life Sciences,
1432-1 Horinouchi, Hachioji, Tokyo 192-0392, Japan

Abstract: The Cancer Control Act was enacted in 2007 to promote early palliative care for cancer patients. Simultaneously, the training of medical practitioners involved in palliative care was to be focused on hospitals tied to regional cancer centers. Although pharmacy education became a six-year program, the training that students receive on palliative care prior to graduation differs greatly among universities. Pharmacists are able to receive training after graduation in a clinical setting through programs offered by various organizations and facilities for the purpose of improving skills. In medical education, discussions are underway on promoting the standardization of medical school curriculums. Post-graduation training in a clinical setting for doctors and nurses is to be provided through a systematic training system created by Japanese Society for Palliative Medicine in collaboration with the respective medical facilities. In palliative care training for pharmacists, there is a need for standardization of the training given prior to graduation and the creation of a systematic post-graduation training system led by an academic association.

Key words: palliative care, prior to graduation education, post-graduation training, PEPL