

福井参考人提出資料

日本看護協会が実施する緩和ケアに係る研修について

看護師の研修について

緩和ケア専門委員会
参考人 福井トシ子

本日の緩和ケア専門委員会には出席が叶わないため、書面にて意見を述べさせていただきます。

第1回がん対策推進協議会・緩和ケア専門委員会においては、看護師を対象とした研修の必要性に関する議論がなされました。第2回では「研修」が議題となっておりますので、看護師の研修について、以下の意見を述べさせていただきます。より質の高いケアの提供に向け、現状を共有いただきご検討くださいますよう、お願いいたします。

1. 研修の仕組みは一定あるが、十分に活用されていない状況

前回の専門委員会では、看護師の研修そのものが無い、とのご意見もありました。しかし、がん研修の機会やプログラムは散見され、がん診療連携拠点病院でも、多くの研修が行われております。日本看護協会においても、実務経験3年以上の看護師を対象に「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」(資料)を実施しております。研修修了者は13年で1,000人強です。また、国の事業として「がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策事業」が実施されているものの、事務局から提出された資料によれば、全ての都道府県で実施されているわけではありません。このように研修の仕組みは一定ありますが、それが十分に活用されない背景には、看護師が参加しにくい何らかの状況があるのではないかと推察します。

2. 研修参加を推進するための課題

研修参加が難しい要因は様々な考えられます。例としては、勤務している都道府県で研修が行われていない等の地理的な要因があります。全ての都道府県で研修が実施されることが必要ではないかと考えます。また、研修参加のためには、研修派遣元の医療機関は看護職員の配置基準を満たすための人員確保等が必要であり、このことも阻害要因と考えられます。このため、現状のまま研修への参加を促すだけでは実効性は乏しいのではないのでしょうか。

例えば、がん対策推進基本計画の個別目標において、研修を明確に位置づけることにより、都道府県においても研修実施が進み、また各医療機関からの研修参加も推進されるのではないのでしょうか。その上で、入院基本料において、安全管理等に係る職員研修の時間の取扱と同様に、がんに関する研修も実働時間数として計上できるようにすることも、実効力のある方策と考えます。

上記以外にも含め、参加を阻害する要因を把握した上で、研修の実施や参加を推進するための方策を検討することが必要ではないかと考えます。

1. 研修名

「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」

※平成21年度において、前身の「緩和ケアナース養成研修」カリキュラムを改正、平成22年度より導入

※日本財団より助成を受け、笹川記念保健協力財団と共催

日本看護協会は、講義・演習を担当、笹川記念保健協力財団は、臨地実習を担当

2. 研修目標

死にゆく過程を生きる人とその家族へのケアの質の向上を目指して、ホスピス緩和ケアの基本と実際について学び、様々な場でホスピス緩和ケアを実践する看護師を育成する

3. 実施概要

(1) 研修対象

ホスピス・緩和ケア病棟、一般病棟、外来、在宅、病院以外の施設(高齢者施設等)で、死にゆく過程を生きる人とその家族の看護に携わっている実務経験3年以上の看護師

(2) 研修内容

講義・演習、事例検討、臨地実習(研修期間:6週間)

○講義・演習(78時間)

科目:ホスピス緩和ケア総論、進行がん患者に見られる身体的症状と看護、死にゆく人の心理とケア、死にゆく人の家族のケア、在宅におけるホスピス緩和ケア、終末期医療における倫理的問題と対応

※研修カリキュラムは、別紙参照

○事例検討(12時間)

事例検討(グループワーク)、報告会

○臨地実習(90時間)

実習施設:東札幌病院、聖ヨハネホスピスケア研究所、ピースハウス病院、聖隷三方原病院*、淀川キリスト教病院、姫路聖マリア病院、山口赤十字病院*、栄光病院(*地域がん診療連携拠点病院)

(3) 開催場所・開催回数

日本看護協会の研修施設(看護研修学校:東京都、神戸研修センター:兵庫県)にて毎年1回開催

(4) 受講料

68,000円(講義・演習:40,000円、臨地実習:28,000円)

4. 修了者数

【平成10年度～平成22年度(累計)】

修了者1,007名、修了見込者55名(延べ定員枠1,060名に対し、応募者1,688名)

「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」カリキュラム(例)

科目	講義テーマ	時間	主な内容
ホスピス緩和ケア総論Ⅰ	がん医療の動向と腫瘍学	3	がん医療の動向/がん対策支援法/がんの疫学/がんの病態生理/がんの診断・治療
	ホスピス緩和ケア概論	3	ホスピス緩和ケアの歴史と現状/ホスピス緩和ケアの基本理念/様々な場でのホスピス緩和ケア/トータルペインとトータルケアの概念/ホスピス緩和ケアにおける看護師の役割
ホスピス緩和ケア総論Ⅱ	死生学	3	日本人の死(文化的、歴史的、統計的側面を含む)/死生観を育むことの重要性
	がん患者への社会的支援	3	社会資源の活用/がん患者の社会的ニーズ/がんやホスピス緩和ケアのための医療保険制度・介護保険制度
	チーム医療(チームアプローチ)	3	ホスピス緩和ケアにおけるチーム医療/チーム医療の特長/多職種チーム/チームマネジメント/チームメンバーの働き/チームにおける意思決定/カンファレンスの目的と運営
	ストレスマネジメント	3	ホスピス緩和ケアにおけるスタッフのストレス/ストレスマネジメント
進行がん患者に見られる身体的症状と看護	がん性疼痛	15	主ながん症状の病態生理/アセスメント/看護(臨死期のケアを含む)
	消化器症状		
	呼吸器症状		
	精神症状		
死にゆく人の心理とケア	コミュニケーションスキル	15	死にゆく人の心理とコミュニケーション/コミュニケーション・スキル スピリチュアリティ/スピリチュアルペイン/スピリチュアルケア(生きる意味・希望を支える看護)
	スピリチュアルケア		
死にゆく人の家族のケア	死にゆく人の家族のためのコミュニケーションスキル	12	死にゆく人の家族の心理とコミュニケーション/グリーフケア/遺族ケア
	家族看護 グリーフケア/遺族ケア		
在宅におけるホスピス緩和ケア	在宅ケアの歴史と現状/施設と地域の連携	3	在宅におけるホスピス緩和ケアの概念/在宅ホスピス緩和ケアの歴史と現状/在宅における看取り/家族のサポート/施設間・地域・医療者間の連携
	在宅ケアの実際	3	
終末期医療における倫理的問題と対応	がん終末期における倫理的諸問題(基礎編)	9	インフォームドコンセントと意思決定の支援/患者の権利/看護者の倫理綱領/事前指示/悪い知らせを伝えることの重要性と困難さ *治療中止・治療不開始、尊厳死と安楽死、セデーション、終末期の輸液等
	がん終末期における倫理的諸問題(応用編/事例演習)		
	事例検討	12	事例検討(グループワーク)/報告会
	臨地実習	90	
	合計	180	

診療報酬における専門看護師・認定看護師の評価

(2011年1月1日現在)

改定	診療報酬項目	点数	配置要件	研修要件(○専門看護師 ●認定看護師)	認定者数
2010	感染防止対策加算	100点 (入院初日)	専従または専任	● 感染管理	1,177
				○ 感染症看護	9
	呼吸ケアチーム加算	150点 (週1回)	専任	● 集中ケア	531
				● 新生児集中ケア	191
				● 救急看護	506
				● 小児救急看護	111
				○ 急性・重症患者看護	62
	がん患者カウンセリング料	500点 (1回に限る)	専任	● 緩和ケア	912
				● がん性疼痛看護	458
				● がん化学療法看護	625
● がん放射線療法看護				30	
● 乳がん看護				135	
● 摂食・嚥下障害看護				233	
● 皮膚・排泄ケア				1,389	
○ がん看護	250				
○ 精神看護	93				
	栄養サポートチーム加算	200点 (週1回)	専従または専任	● 摂食嚥下障害看護	233
2008	糖尿病合併症管理料	170点 (月1回)	専任	● 糖尿病看護	248
				● 皮膚・排泄ケア	1,389
				○ 慢性疾患看護	48
2006	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	500点 (入院中1回)	専従	● 皮膚・排泄ケア	1,389
2004	緩和ケア診療加算 ＜施設基準＞ がん診療連携拠点病院若しくはそれに準じる病院、又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること	400点 (入院中1回)	専従	● 緩和ケア	912
				● がん性疼痛看護	458
				● 乳がん看護	135
				● がん化学療法看護	625
				● がん放射線療法看護	30
○ がん看護	250				