



NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会

ニュースレター

2010年8月20日発行

【日本ホスピス緩和ケア協会 事務局】

〒259-0151

神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1000-1

ピースハウス病院内

TEL 0465-80-1381/FAX 0465-80-1382

E-Mail info@hpcj.org

新体制がスタートします

当協会は、2010年7月に役員の任期満了を迎え、7月17日（土）の総会にて役員の改選が行われました。また、山崎章郎氏が今期にて理事長を退任され、新理事長に志真泰夫氏が就任することとなりました。

理事長退任のご挨拶

山崎 章郎（ケアタウン小平クリニック 院長）



山崎 章郎

私が当協会の前身である全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会に参加するようになったのは、桜町病院ホスピスで働き始めた翌年の1992年からだったと記憶している。協議会は1991年10月から活動を開始しているので1年遅れの参加ということになる。会員の数はまだ多くはなかったが、皆、一般病棟では叶えられなかった患者・家族中心のチームケアであるホスピス緩和ケアの大いなる可能性に、胸をワクワクさせながらケアに取り組んでいた。当時、すでにがんは我が国の死因のトップで、年間20万あまりの人々ががん死していたが、そのほとんどが不十分な終末期医療体制の一般病棟で、適切なケアや症状コントロールも受けられず、見捨てられるように死んでいった。協議会の参加者はその現実に胸を痛め、状況の打開を計るべく自らの存在をかけて立ち上がった人々で、皆やけどしそうなぐらい熱かった。

その後、ホスピス緩和ケア病棟に対する社会的ニーズや診療報酬の増額など医療政策上の後押しもあり、会員の数は、毎年、変動はあったが右肩上がりに増加した。協議会は1997年には会員のケアの質を確保することを目的に「ホスピス緩和ケアプログラム基準」を策定した。2004年には、それまで病棟中心だった協議会は、ホスピス緩和ケアが、病棟のみならず、在宅、また一般病棟における緩和ケアチームとその活動の幅が広がり始めたことを受け、その名称から病棟を外し、日本ホスピス緩和ケア協会と改称し、さらなるホスピス緩和ケア普及のために活動することになった。その時点から、私は柏木先生の後任として会長の役割を担う事になった。

活動の幅を広げ、会員数も増加し、評価委員会、教育研修委員会なども活躍していたが、協会は、未来に向けてどのような体制であるべきかなど、課題も多かった。2005年より、協会の新たな委員会として「あり方委員会」が発足し、まさに協会のあり方について論議してきた。その検討の結果の一つとして2007年協会は、その組織形態をNPO法人とし社会的立場を明確なものにした。それに伴い私の立場は会長から理事長へと変更された。

一方では、がん対策基本法の成立によって、緩和ケアの急速な整備が求められるつなみの如きうねりの中で、古くから地道にホスピス緩和ケアに取り組んできた会員も翻弄され、協会の存在意義や、会員であることのメリット等に対する疑義も持たれるようになってきた。協会の定款にあるミッションの旗の下、質の高いケアを提供する事業者集団であることを誇りに思えば、それも会員としての大きなメリットであると思っているが、いずれにせよ、今は我が国のホスピス緩和ケアの先導者としての役割を果たしてきた協会が、今後どう進むべきかを再確認する時期でもあると考えた。この時期に当たり、現状の打開と人心の一新を図るべく、私は理事長を退任することにした。今後は志真新理事長のリーダーシップのもと、諸問題を解決しながら、真の意味のホスピス緩和ケアの発展に尽くし、国民の期待に応えられる協会として活躍し続けられる事を祈念したい。私は今後も健康保険・介護保険検討委員会の一員として、また一理事としてお役に立てればと心新たにしている。

最期に理事長として会員の皆様の期待に十分には応えられなかったことを心よりお詫び申し上げます。また、協会のエンジンとして過重なまでに活躍して下さった松島事務局長はじめ、事務局の皆さんに心より感謝いたします。ありがとうございました。



志真 泰夫

まず、2004年から6年間にわたり理事長をお勤めいただいた山崎章郎先生に心から感謝をし、「お疲れ様」と申し上げたいとおもいます。この6年間は当協会にとって大きな変化を経験した時期でした。「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」から「日本ホスピス緩和ケア協会」へ組織を再編成し、

さらに特定非営利活動法人を取得するという大変な事業を成し遂げました。その結果、緩和ケア病棟関係者の情報交換やホスピス緩和ケアの啓発普及を目指した施設の集まりから、ケアの質の向上や多職種教育の実施など協会の目指す目標も変わりつつあります。会員数が増え、正会員に緩和ケアチーム、在宅関係者も加わりました。そのため協会の活動方針や方向性について、理事会等で討議されてはいますが、会員に伝わりにくくなっています。「協会の会員である意義、メリットが感じられない」という会員の声が聞かれるようになりました。

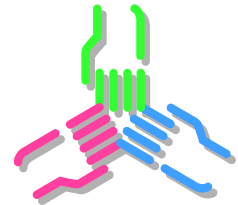
一方、緩和医療学会はじめ緩和ケアに関する団体が急増し、その活動も活発になっています。わたしもこの2年間日本緩和医療学会の副理事長として、その活動に多くの力を割かざるを得ませんでした。そこで2010年年次大会の基調講演でお話したように当面する課題を整理して、次の5つの解決策を提案したいと思います。

まず、協会の5つの事業を「**選択と集中**」の原則に基づいて整理したいと思います。

次に、人材を得るために「**協会会員施設の若い力と協会外の力**」を活用したいと思います。さらに、協会の理事や支部の幹事はできるだけ**協会の活動に専念**してほしいと思います。そのうえで**年次大会や支部活動の見直し、緩和ケア領域の団体との連携**を進めてゆきたいと考えます。

年次大会開催は協会としても大きな事業で、1月から具体的な準備作業に入り、8月の報告書作成まで、多大なエネルギーを注いでいます。年次大会終了後のアンケートでも、「いろいろな立場の人と意見交換ができた、多くの気づきを得られた、勇気を与えられた」等々、肯定的な意見が多く聞かれる一方、「学会との違いは何か、協会の独自性は」など、疑問も出されるようになっています。また、2005年度より全国8支部に対して、各支部の正会員の会費の2割を活動費として提供し、支部幹事を中心に支部大会の開催やニュースレターの発行などが行われていますが、独自に活動を積極的に進めている支部、な

んとか活動しているが学会等の活動と重なり協会としての意義は何かと疑問を持っている支部等、様々です。これらの課題に対して、今後、早急に対処し活動を立て直していく必要があると考えています。理事会活動・専門委員会活動・支部活動など、互いの関係、位置づけを明確にし、それらを推進していく理事会のリーダーシップが求められていると考えます。



新役員一覧

※：常任理事

- 理事長 志真 泰夫（筑波メディカルセンター病院）※
- 副理事長 田村 恵子（淀川キリスト教病院）※
- 理事 本家 好文（県立広島病院）※
- 中谷 玲二（洞爺温泉病院）
- 嘉藤 茂（外旭川病院）
- 長田 明（つくばセントラル病院）
- 渡辺 敏（千葉県がんセンター）
- 山田 祐司（愛和病院）
- 井上 聡（総合病院 聖隷三方原病院）
- 龍澤 泰彦（石川県済生会金沢病院）
- 堀 泰祐（滋賀県立成人病センター）
- 末永 和之（総合病院 山口赤十字病院）※
- 山口 龍彦（高知厚生病院）
- 福重 哲志（久留米大学病院緩和ケアセンター）
- 矢津 剛（矢津内科消化器科クリニック）
- 小野 充一（早稲田大学人間科学学術院）
- 高宮 有介（昭和大学医学部医学教育推進室）
- 山崎 章郎（ケアタウン小平クリニック）※
- 恒藤 暁（大阪大学大学院医学系研究科）
- 林 章敏（聖路加国際病院）
- 正司 明美（公立大学法人 山口県立大学）
- 山口 聖子（順天堂大学医学部附属順天堂医院）
- 岡部 健（医療法人社団 爽秋会）
- 田島 誠一（日本社会事業大学専門職大学院）※
- 柏木 哲夫（淀川キリスト教病院／金城学院大学）
- 監事 西立野研二（ピースハウス病院）
- 齋藤 龍生（西群馬病院）
- 柴田 岳三（緩和ケアクリニック恵庭）

2010 年度年次大会、盛会裏に終了



さる 2010 年 7 月 17 日 (土)・18 日 (日)、当協会の 2010 年度年次大会が、聖隷三方原病院の井上 聡氏を大会長として、アクトシティ浜松コンgresセンター (静岡県浜松市) を会場に開催されましたので、ご報告いたします。なお、「基調講演」については、9 月発行予定の「緩和ケア Vol.20, No.5」(発行元: 青海社) に掲載されます。
参加人数: 546 名 (医師 165 名、看護師 269 名、ソーシャルワーカー 52 名、その他の職種 60 名)

プログラム

7 月 17 日 (土) - 第 1 日目 -

大会長挨拶

総 会

基調講演

「ホスピス緩和ケア協会の当面する課題と中期展望」

シンポジウム

「ホスピス緩和ケア協会の役割と今後の活動」

- 1) ケアの質の評価への取り組みと今後の展望
- 2) チームアプローチに関する課題と今後の展望
- 3) 医師に対する教育の課題と今後の展望
- 4) 地域緩和ケアにおける協会会員の役割と活動

懇 親 会

7 月 18 日 (日) - 第 2 日目 -

分科会「各領域において当面する課題と今後の方向性」

- 1) 緩和ケア病棟: ケアの質の評価と向上に向けて
- 2) 緩和ケア病棟: 病棟運営の課題とその改善に向けて
- 3) 一般病院における緩和ケア:
緩和ケアチームの課題と今後の方向性
- 4) 在宅ホスピス緩和ケアの課題と今後の方向性

全 体 会

全体像報告



大会長 井上 聡

今年も梅雨の時期に全国で局地的な豪雨による被害が出ていましたが、浜松では、年次大会開催当日に梅雨も明け、いきなりの猛暑となりました。

本大会は、福井から浜松への開催地変更となりましたが、予想を上回る 540 名余の参加で大盛況でした。

「アクトシティ浜松」での年次大会開催は、2000 年度～2002 年度以来でありました。

当協会は、1991 年 10 月に「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」として活動を開始し、その後「日本ホスピス緩和ケア協会」と改称し、2007 年 10 月に NPO 法人の認証を受けました。そして、2011 年度に創立 20 周年を迎えることになり、20 周年記念大会を予定しています。本大会は、その前年となるため、今後の当協会の活動の方向性を示す重要な大会でした。

当協会の創立当初には、予想しえなかったほどにホスピス緩和ケアの概念は広がり、提供する形態も多様化しています。さらには、社会のニーズの高まりと共に「がん対策基本法」施行以来の国による様々な緩和ケアの普及政策により、ホスピス緩和ケアを取り巻く状況は大きく変化しています。このような状況のなかで、もう一度当協会の存在意義を見つめ直す必要がありました。

本大会では、これまでの協会の歴史を振り返り、今後の協会の役割と活動の展望について志真副理事長より基調講演をして頂き、「選択と集中」として人とお金と力とを何に向けるかというメッセージを頂きました。引き続いて行われたシンポジウムでは、ケアの質の評価、チームアプローチ、医師に対する教育、地域緩和ケアの観点から当協会の役割と今後の活動について話し合われました。

2 日目には、分科会が行われ、緩和ケア病棟のケアの質の評価と向上、病棟運営、一般病院における緩和ケアチーム、在宅ホスピス緩和ケアの各領域において当面する課題と今後の方向性についてグループワークを通して活発な意見交換がなされ、様々な提案が出されました。

懇親会にも、参加者の 6 割を超える 330 名余の方が参加され、熱心に多くの会員と情報交換や歓談をされていました。



懇親会

シンポジウム報告

ホスピス緩和ケア協会の役割と今後の活動

- シンポジスト1) : 小野 充一 (早稲田大学人間科学部 教授)
2) : 正司 明美 (公立大学法人山口県立大学 教授)
3) : 高宮 有介 (昭和大学医学部 講師)
4) : 本家 好文 (広島県緩和ケア支援センターセンター長
／広島病院 緩和ケア科部長)

座 長 : 末永 和之 (山口赤十字病院 副院長・医療社会事業部長)
田村 恵子 (淀川キリスト教病院 ホスピス主任看護課長)

これまで協会が取り組んできた活動のうち、ケアの質の評価、ケアの質の向上のためのチームアプローチ、教育研修、地域連携の4つの観点から現状を整理すると共に、今後、協会が取り組むべき活動の方向性を明らかにすることを目的としてシンポジウムが開催された。

トップバッターの小野充一氏は「ケアの質の評価」の観点から、評価とは何か、医療の質の評価とは何か、何故ケアの質の評価が必要なのかといった基本的考え方を整理した後、これまでの協会としての活動の推移を説明された。さらに、現在、医療機能評価で行われている緩和ケア付加機能評価(Ver2.0)の改訂作業の概要と試行調査予定についても報告された。評価の効用や限界を踏まえた上で、協会として、従来から行っている自己評価、遺族によるケアの質の評価に加えて、第3者評価としての緩和ケア付加機能評価の受審を提案された。続いて、正司明美氏は「チームアプローチ」をキーワードとして、2006年及び2009年の会員調査に基づくチームの構成メンバーと勤務形態等を整理して、チームアプローチに関する現状として報告された。結果より、ホスピス緩和ケアにおいては「死に直面した患者と家族の全人的痛み」をチームで軽減し解決を図ることに主眼が置かれているにも関わらず、医師及び看護師を除くコメディカル職種の特任・専任は少なく、日常的に学際的合組チームを形成してアプローチすることが困難な状況にあることを示された。こうした現状の課題を解決するため、今後、協会としてはチームアプローチに関する研修システム構築等に取り組むことを提案された。三番目に登壇した高宮有介氏は「教育研修」の中でも特に「医師に対する教育」について、2008年から取り組んでいる緩和ケア病棟における医師研修検討会の経緯を整理し、検討の途上で直面した2つの課題について説明された。また、2010年3月に実施した「緩和ケア病棟における医師研修の実態調査」の結果についても報告された。さらに、課題となっている研修内容と研修方法について、現段階での案を具体的



シンポジウム

に提示してフロアよりの意見を呼びかけた。最後に本家好文氏が「地域連携」の観点から、これまでの国のがん医療における取り組みの連携の変遷を整理し、がん対策推進基本計画における緩和ケア推進について説明された。今後、がん診療連携拠点病院を中心としたがん診療の整備が進んでいく中で、協会の主な会員である緩和病棟の立場から、ケアの質の担保、地域連携のコーディネーション、緩和ケアの啓発活動に積極的に取り組んでいくことを提案された。

4人のシンポジストの発表を受けて、フロアの参加者より、医師に対する研修項目とその内容、方法について意見が出され論議がなされた。さらに、診療報酬と協会活動との関係、化学療法科などのがん治療と緩和ケアとの関係などについても論議が及んだ。特に、臨死期における患者・家族への対応など倫理的側面もふまえ、知識・技能に限らず知恵としての態度、コミュニケーションのあり方等について活発な意見交換があった。限られた時間ではあったが、これまで協会会員が大切にしてきたホスピスマインドを基盤に、できるだけ具体的な実践レベルで協会活動の方向性を明確にしてゆくことが確認された。(文責：田村 恵子)

分科会報告

分科会1「ケアの質の評価と向上に向けて」

基調報告：池永昌之 (淀川キリスト教病院 ホスピス副部長)

司 会：斎藤龍生 (独立行政法人国立病院機構 西群馬病院 院長)

書 記：清水千世 (慈山会医学研究所付属 坪井病院 看護副部長)

分科会1「ケアの質の評価と向上に向けて」は、淀川キリスト教病院ホスピス副部長の池永昌之先生に1. ケアの質の評価がなぜ必要か、2. ケアの質の評価をどのように行うか、3. ケアの質の評価をどのように利用するかをメインテーマに基調講演をいただき、その後に検討課題を設けグループ討論、全体会と3部構成で行った。

池永先生の講演の中で実際の評価方法など具体例が示されたため、グループ討論では自施設の現状に照らし合わせ、どのようにして評価をケアの改善に役立てるか活発な意見交換が行われた。全体会は各グループから提出された報告書の中から論点としてあげられていた STAS-J、J-HOPE、医療機能評価の緩和ケア機能について取り組んでいる施設から意見を聞き、ディスカッションするかたちですすめられた。



分科会 1

STAS-J については方法や回数にばらつきはあるもの、多くの緩和ケア病棟が取り組んでおり、評価手段のみにこだわらずアセスメントやケアプロセスを大切にすることも意義があり、カンファレンスの時間短縮など業務の効率化に貢献しているとのことであった。一般病棟の利用方法としては緩和ケアチームへ介入を依頼する場合に STAS-J を使用して申し出ているという施設や、温度版の中に身体症状の項目を入れ日々活用しているという施設もみられた。J-HOPE については参考になりスタッフのモチベーションの向上につながるという意見もあったが、遺族への配慮やリストの作成、郵送などスタッフの負担も大きく、もう少し簡便にできないものかと複数のグループから意見としてあげられた。それに対し担当者の宮下先生より、入院期間や遺族の属性など様々な因子が加わるため、これ以上の簡略化は難しくこと、郵送などの業務は医事課のスタッフにお手伝いいただくことも一案であるとの意見をいただいた。また、今回の J-HOPE2 について参加する施設が少ないことから会場に意見を求めたところ、施設独自に全遺族に対し同様の調査を行っており重複調査で遺族の負担が増すことを考慮し参加しなかったとの意見が上がり、グループ討論の報告書からも同様の意見がいくつか見られ、今後の課題と考える。病院機能評価付加機能については、既に一度受審し現在 Ver.2 の受審の準備を予定している施設があり、新たに Pc.1.4 として地域連携の項目が入ったことでさらにスタッフの負担が大きくなったとの現場の声が聞かれた。協会への要望としては、協会独自の評価システムの構築や

ケアの問題点のフィードバック、会員が自由に意見交換のできる場の提供などがあげられ、全体としては3部構成で中身のある分科会となった。

評価するということは手段だけが目的なのではなく、結果をどのようにチームで共有し、ケアの改善に役立てていけるのかということが大切である。よければ嬉しい、悪ければがっかり。評価というのは一連の流れであり、まずは「自己を振り返る」ことから始まるのではないかと結ばれた司会の斎藤先生の言葉に評価の本意が込められていたように感じる。

分科会 2 「緩和ケア病棟： 病棟運営の課題とその改善に向けて」

基調報告：林 章敏（聖路加国際病院 緩和ケア科医長）
司 会：二見 典子（ピースハウス病院 副院長・看護部長）
書 記：田村 里子（東札幌病院 診療部Ⅱ部長・MSW 課課長）

分科会 2 は、聖路加国際病院の林章敏先生による基調報告、ピースハウス病院の二見典子さんの司会によるグループワークと全体共有・討議を行った。全国から参加の 159 名は、医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務長他であり、院長や病棟の管理者が多かった。

まず基調報告は「緩和ケア病棟：病棟運営の課題とその改善に向けて」と題し、歴史・年次大会の統計資料からの現状・課題が提起された。

参加者の現状把握の目的で大会の一日目の受付時に、「あなたが所属する緩和ケア病棟の運営上のもっとも改善したい課題 1 つ」「病棟の強み・良いところ自慢を 1 つ」の簡単なアンケートを実施した。79 名とほぼ半数の回収が得られ、その結果をもとに 8 つのテーマを抽出しグループワークを行った。テーマと主な内容は以下の通りである。

- ①「病棟の多職種チームが活性化するための工夫」
多職種チームによる回診や合同カンファレンス、情報シートの活用等を工夫する。
- ②「スタッフが辞めたくない PCU 作り」
教育やスキルアップを柱に、やりがいや喜びを自分たちのものとする。ストレスをチェックし、信頼関係を病棟全体に充実させる。
- ③「地域から求められる PCU の姿」
在宅療養患者の緊急受け入れ等の安心の場、看取りの場。
- ④「PCU を院内へ、地域へどうアピールするか？」
院内では電子カルテや入棟会議等、地域では市民向け講座やホームページの活用。
- ⑤「有効な PCU 運営 入棟・退棟・病床コントロール」

運営主体や地域によって様々な現状。入院目的の明確化の必要を紹介元にフィードバックし、病棟をどのように活用して欲しいか発信する。

⑥「PCUでもっと磨きをかけたい領域は何か? ; ケアの質の視点で」

チーム間のスタッフの温度差を改善するため、チーム内での勉強会でモチベーションを高め、認めて、ほめてのばす。病棟の社会的役割を高めていくための、緊急入院ベッドの確保。地域連携力の強化のための、近隣医院への研修や訪問看護ステーションとの協力体制。

⑦「ヒットした研修プログラム」

ロールプレイ等の参加体験型、本人をビデオ取りしたものをもとに実施したもの。

⑧「教育的カンファレンスの持ち方」

倫理検討シート、STAS シート、スピリチュアルケアシート等のシートの活用が、問題の共有と可視化に有効。多職種で行うことに教育的意味がある。



分科会 2

全体討議では、多職種で行う意味や、意見の違いからの対立を、大切に尊重できることが病棟運営のリーダーシップに求められること、日常のカンファレンスが、病棟運営の問題改善の糸口となること、共有確認された。

アンケートで自身が所属する緩和ケア病棟の「強み」に、「チームワークの良さ」と「ケアへの熱意」が最多であったことや、当日の参加者の活発な議論に、現状の課題や改善点への活路を感じる分科会であった。

分科会 3 「一般病院における緩和ケア： 緩和ケアチームの課題と今後の方向性」

基調報告：木澤 義之（筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師）
司 会：山口 聖子（順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護師長）
書 記：伊藤 智子（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム薬剤師）

分科会のねらい

1. 緩和ケア病棟をもつ施設の緩和ケアチームともたな

い施設の緩和ケアチームの特徴を明らかにする

2. 院内及び地域の緩和ケア病棟と緩和ケアチームの連携上の課題を明らかにして、今後 1 年間の行動計画を立て全体で共有する

討議のスケジュールと流れ

1. 分科会の出席者を、緩和ケア病棟を持つ病院を 6 グループと持たない病棟を 3 グループ計 9 グループに分けた。
2. 基調講演 [10 分間]
3. 各施設 2 分で施設紹介、緩和ケア病棟との連携の課題を発表。[20 分間]
4. 連携上の課題とその解決方法の話し合い。[40 分間]
5. 各グループで討議された内容を全体で発表し共有。[30 分間]
6. これからの 1 年で各々の施設ですべきことを具体的に挙げ、その計画をたて共有。[10 分間]
7. まとめ、終了

討議された発表の要旨

1. 緩和ケア病棟のある施設

◇課 題

- ・一般の医療従事者に「緩和ケア＝終末期」という固定概念がある。
- ・緩和ケア病棟の受け入れの優先度は外来患者の方が一般病院からの患者より高くなってしまい転院を受けにくい。
- ・主治医の認識によって緩和ケアチームへの紹介の時期が異なる。
- ・病病連携に緩和ケアチームが役割を果たしにくい。
- ・緩和ケア病棟と緩和ケアチームが混同されやすい。

◇解決方法

- ・PEACE のような緩和ケア研修会によって知識や概念の普及をする。
- ・緩和ケアチームが早期からかわられるように一般病棟に働きかけていく。
- ・研修医や看護師に早期から緩和ケアの教育を行う。
- ・地域連携に関する勉強会を行う。

2. 緩和ケア病棟のない施設

◇課 題

- ・緩和ケア病棟の実情がよくわかっていないためイメージがはっきりせず、患者家族が希望しない。
- ・転院先の事情により転院のタイミングが遅くなりがちである。
- ・患者家族が緩和ケア病棟を看取りの場と認識しており転院に対してバリアがある
- ・化学療法の期間が延長しており、緩和ケア病棟へ

の紹介のタイミングが難しい。

◇解決方法

- ・患者及び患者家族に緩和ケア病棟の見学をしてもらうことで緩和ケア病棟をイメージ化してもらう。
- ・医療者間同士で連携し緩和ケア病棟の情報を提供する。(例：緩和ケアチームが緩和ケア病棟の情報やメリットを補足説明する)
- ・がん療養外来などの外来で、緩和ケア病棟の情報提供をしていく。
- ・行政とタイアップして市民公開講座の開催など様々な啓発をする
- ・緩和ケア病棟と緩和ケアチームの人事交流を行う。
- ・緩和ケア病棟のスタッフが緩和ケアチームで研修する、もしくは緩和ケアチームのスタッフが緩和ケア病棟で研修する。
- ・緩和ケア病棟と緩和ケアチームとで合同カンファレンスを行う。
- ・病院の中に緩和ケア病棟の窓口をつくり相談しやすい環境にする。



分科会3

分科会4「在宅ホスピス緩和ケアの課題と今後の方向性」

基調報告：二ノ坂保喜 (このさクリニック 理事長)

司 会：矢津 剛 (矢津内科消化器科クリニック 理事長)

書 記：蛭田みどり (ケアタウン小平訪問看護ステーション 管理者)

日本ホスピス緩和ケア協会の在宅ホスピス緩和ケア評価基準検討会で2008年4月から検討を重ねてきた「在宅ホスピス緩和ケアの基準」が、この大会で参加者に配布された。この検討会のメンバーの一人でもある二ノ坂保喜氏の基調報告後、参加者全体で活発な意見交換が行われた。

- 1) **基調報告**：作成の経緯、基準内容の説明、活用方法・現場での使い方などについての提案がなされた。基準は協会として在宅ケアの質を底上げしていくため

のものとしている。手順書やマニュアル作成を行う上では、共通の判断基準・言語が必要である。現場では、事例検討会や学習会を行い一つ一つ積み上げていくことや、日常的な顔の見える関係性が大切である。次にデイホスピスの取り組みを通して、ボランティアが参加することによって療養者が社会との繋がりを感じる機会となっており、療養生活を豊かにしているとの報告があった。また、医療者自身も自らボランティアたれと、制限された保険制度の枠にとらわれずに、療養者や家族に必要なことは無報酬でも積極的に行う、あとで点数化されていくものであるという話があった。

2) 全体討議

① ケアの質、基準について

この基準は憲法のようなものでこれに業務手順、マニュアルが必要である。二ノ坂氏は身近なところでも少しずつマニュアル作成を行っていきたいと考えている。他のパンフレットや小冊子などを併せて地域に合わせて作っていくことも必要ではないかという意見があった。また、この基準をより多くの診療所や訪問看護ステーションなどに浸透させていくために、理事会で最終的に認証された後に最終修正してホームページで配信すること、協会事務局が意見や質問の窓口となることが確認された。

② 連携・レスパイトについて

退院前カンファレンスはできるだけ行うようにしているが、時間の設定は難しくそれぞれ工夫していた。介護保険の申請に関しては、病院側に退院前準備として早めに進めていただく必要があるが、在宅側でも退院と同時に早急な対応ができれば、病院側の負担も少ないのではないかという意見があった。レスパイトを求めても受け入れ施設が少ないため、介護施設も含めた人材育成が急務である。近くの開業医をバックアップすることも視野に入れた活動や、看取りに対する介護関係者に対



分科会4

する教育も必要である。これらに関しては協会の活動の一つとして取り組める可能性もある。病院側に在宅での様子を理解してもらうために、合同の事例検討会、在宅での様子の写真一枚でも送る、在宅ケアを体験してもらうなどの意見があった。

③ 地域啓発・ボランティア

「自らがボランティアたれ」という二ノ坂氏の話に対し、今の医療界が一番欠けていることかと思う、協会で啓発すべきことではないかという意見があった。苦しむ人ときちんと向き合える人材育成に尽きると思うという意見もあった。

4つ目のテーマとして考えていた「広がり・新たなシステムの創造」について話し合う時間はなくなってしまった。しかし、これに関連して「どういう状態でも在宅が無理ということはないと思うが現実的には資源がない」「がん診療連携拠点病院と在宅療養支援診療所との連携がますます大切」「小規模多機能は認知症患者対象なので、医療ニーズが高い人に使えれば違ってくるのではないか」という意見もあった。

ホスピス緩和ケア週間

2010年10月3日(日)～9日(土)

Sharing the care

支えあう
分かちあう
パートナーシップ

病気を抱えながら暮らし慣れた地域社会の中で尊厳を持って生きていくことができるように
からだの痛みや心のつらさひとりで抱えないで
支えあい、分かちあう
クオリティ・オブ・ライフの向上を目指して

いつでもどこでもケアを必要とするすべての人へホスピス緩和ケアを

ホスピス緩和ケア週間
2010年10月3日(日)～10月9日(土)

日本ホスピス緩和ケア協会 平成22年度厚生労働省委託事業 JSPM 日本緩和医療学会

詳細はホームページ <http://www.hpcj.org/> をご覧下さい

協会創立 20 周年 2011 年度 年次大会の予定

総会

開催日:2011年6月18日(土) 10:30-17:00
会場:東京ステーションコンファレンス

20周年記念大会

開催日:2011年8月27日(土) 10:30-17:30
懇親会 18:00-20:00

会場:東京国際フォーラム

大会長:高宮 有介

(昭和大学医学部医学教育推進室 専任講師)

これまで年次大会は7月に開催し、会期内に総会を開いてきましたが、2011年度は時期を2つに分けて開催することとしました。そのように決定された経緯をご報告します。

1) 日程と会場に関して

2011年度の日本緩和医療学会の学術大会が7月下旬に開催されるため、直前の開催は日程的に不適切と考え、6月～7月上旬で会場を探しましたが、大会と総会を一緒に開催する場所を確保できるのは、8月以降という状況でした。一方、NPO法人として会計年度終了後3ヶ月以内の7月末までに総会を開催する必要があります。

2) 総会を独立して開催することに関して

ここ数年、「年次大会は、各施設が抱える課題の検討など、ビジネスミーティングにしていくのがよいのでは」という意見が多く聞かれるようになりました。一方、交流や学びの場としての意義を期待される声も多く、ビジネス中心の会にする難しさがありました。そこで、会場が取りにくい事情をむしろ好機と捉え、協会が直面している課題について、十分な意見交換をできる正会員中心の会(総会)を独立して持つこととしました。

2011年度は協会創立20周年ということで、様々な職種、また若いスタッフの方々にも参加していただき、協会全体の活性化に繋がるような大会としたいと考えています。一緒に20周年を祝い、今後の協会発展に向けて、盛り上げていただきますよう、皆様のご参加をお待ちしています。

プログラムなどの詳細は後日ご案内いたします。