

日本ホスピス緩和ケア協会ニュース

「ターミナルケア 14 巻 5 号」掲載（発行：青海社）

日本ホスピス緩和ケア協会ニュース

「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」は、2004年7月に「日本ホスピス緩和ケア協会」に改称されました。

「退任のご挨拶」

1991年に全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が5つの施設で発足してから、13年経過しました。その間に施設は135にまで増え、2004年7月の福岡に於ける年次大会には600名を越える参加者がありました。

ホスピス、緩和ケアは着実に日本に根差していると思います。公認の施設におけるケアのみならず、一般病棟に於けるケア、緩和ケアチーム、在宅ホスピス、診療所に於けるケアなどケアの広がりにも著しいものがあります。

このような流れの中で、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会も日本ホスピス緩和ケア協会と名称を変えて新たな出発をする事になりました。

13年間皆様に支えていただいて、無事会長の職を勤めさせていただきました。今後は山崎章郎会長、志真泰夫、田村恵子両副会長を中心にして、協会がますます発展していく事を心から願っています。本当に長い間ありがとうございました。



柏木 哲夫

「会長就任にあたって」

このたび2004年度第2回理事会において、柏木前会長の後任会長に選任されました。多大な緊張と重い責任を感じています。しかし、田村恵子および志真泰夫両ベテラン理事が副会長に選任されましたので、安心もしています。お互いに力を合わせて協会の発展に貢献できればと考えています。

さて、当協会が目指すべきことは、ホスピスの理念が多くの病む人々やそのご家族の支えになり、またケア提供者がいつでも立ち返るべき基本理念として我が国の様々な場面に定着することと理解しています。そのためにも協会は幾つもの挑戦すべき課題を持っていると考えます。

すでに取り組みされていることですが、会員のケアの質を利用者に保証する、社会的基盤としての協会の公益法人化、利用者と会員が共有できるホスピス緩和ケアプログラムの見直し、会員自らケアの質を自己評価できるような評価基準の作成、チームケアの基になる各職種のエデュケーションプログラムの具体的運用などです。

また緩和ケア病棟を中心に活動してきた全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が、在宅や有床診療所などでホスピスケアに取り組む皆様、あるいは緩和ケアチームの皆様とも、共にホスピスケアを目指すことの意義や重要性を認識し、その名称から病棟を外し、日本ホスピス緩和ケア協会として、新たな船出が始まりましたこともまた、当協会の挑戦の一つであると考えています。

さらには死の臨床研究会、緩和医療学会、日本ホスピス・在宅ケア研究会、在宅ホスピス協会、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団などの関連諸団体との連携や、共有できる卒前・卒後教育プログラムの開発も重要な課題であると認識しています。

以上のような課題が少しでも具体化されるように努力したいと考えています。会員の皆様のご理解とご協力を心よりお願いいたします。

なお、公益法人化に関しましては、行政当局が従来の公益法人のあり方を大幅に見直そうとしている社会情勢の中では、なかなか厳しいものがあるというのが実状ですが、地道に前進できればと願っています。

最後に、柏木前会長のこれまでのご尽力に、会員を代表して改めて感謝したいと思います。



山崎 章郎

新理事

会 長 山崎 章郎 (桜町病院 ホスピス科部長)
副会長 志真 泰夫 (国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟医長)
田村 恵子 (淀川キリスト教病院 ホスピス主任看護課長)

柏木 哲夫 (淀川キリスト教病院 名誉ホスピス長)
(金城学院大学 学長)

柴田 岳三 (日鋼記念病院 緩和ケア科科長)

前野 宏 (札幌南青洲病院 院長)

山室 誠 (東北大学病院緩和医療科 教授)

清水 千世 ((財)慈山会医学研究所付属坪井病院 看護課長)

木澤 義之 (筑波大学臨床医学系 講師)
(筑波メディカルセンター病院 非常勤医師)

斎藤 龍生 (独立行政法人国立病院機構西群馬病院 院長)

磯崎千枝子 (上尾甞生病院 医療福祉相談室室長)

西立野研二 (ピースハウス病院 院長)

高宮 有介 (昭和大学横浜市北部病院

内科系診療センター内科 専任講師)

井上 聡 (聖隷三方原病院 ホスピス所長)

渡辺 正 (厚生連海南病院 緩和ケア病棟部長)

久保山千鶴 (六甲病院 師長)

末永 和之 (山口赤十字病院 緩和ケア科部長)

正司 明美 (山口県立大学 助教授)

森 洋二 (松山ベテル病院 在宅部部長)

吉田 仁実 (もみのき病院 外来部長)

宮本 祐一 (佐賀県立病院好生館 副館長)

佐藤 博文 (大分ゆふみ病院 MSW)

中俣 直子 (相良病院 看護部長)

監 事 下稲葉康之 (特別医療法人栄光会栄光病院
副理事長・ホスピス長)

恒藤 暁 (大阪大学大学院人間科学研究科 助教授)
(関西労災病院 非常勤医師)

年次大会報告

第22回を迎えた「日本ホスピス緩和ケア協会」年次大会が、さる2004年7月10日(土)・12日(日)、栄光病院 副院長の下稲葉康之氏を大会長として、福岡県の福岡国際会議場を会場に開催された。

大会全体像

日本ホスピス緩和ケア協会(旧称:全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会)2004年度年次大会を、多くの方々のご協力とご支援のもと、盛会のうちに終えることができましたことを、まずここにご報告させていただきますと共に、大会長として皆さまに心から感謝申し上げます。九州・福岡での初めての開催となりましたが、当日は650名を超えるの方々のご参加を頂き、大変活気のある、充実した大会であったと思っております。

今年度の年次大会では、オーストラリアよりグリーンケアカウンセラーであるリンダ・エスピー女史をお招きし、日本において未開拓の分野である「グリーフケア」について基調講演を頂きました。それに引き続き、分科会「スタッフへのケア」では、グループワークを交えながら、実践的な学びをして頂きました。また、今年度の特別企画では、「国際交流・海外研修」と題して、そのご経験者お二人が、実体験に基づいた貴重な



大会長(下稲葉氏)挨拶

情報を提供して下さいました。

このように、コミュニケーション、スピリチュアルケア、グリーフケアなど患者さんやご家族、またスタッフ相互の関わりに重点を置いた講演・シンポジウム、また分科会が2004年度年次大会の特徴であったと言えます。

今回の年次大会をもって、会の発足当時から、会長としてその責務を果たしてこられた柏木哲夫先生が退

任されることとなりました。新会長には、山崎章郎先生が選任され、また会の名称も「日本ホスピス緩和ケア協会」と一新されました。日本のホスピス緩和ケアにとって大きな役割を担う本会が、また新たな門出を迎えようとしております。これからますますホスピスが増床され、関わるスタッフも増えていくことでしょう。しかし、その数やハード面の豊かさだけではなく、ホスピス（あたたかいもてなし）の心によるケアが提供され、患者さん・ご家族、そしてスタッフが互いに癒し癒される、そのようなホスピスケアが作り上げられて参りますようにと心から願ってやみません。

今年度の年次大会に多大なるご協力とご支援をいただきました柏木哲夫先生、また（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、また準備にあたりまして色々のご教示ご支援下さいました連絡協議会事務局スタッフの皆さま、また労しました栄光病院の大会事務局スタッフ、そしてご参加いただきました皆様へ、改めて心からの感謝を述べさせていただきます、大会長としてのご報告と代えさせていただきます。

（報告：大会長 下稲葉康之）



リンダ・エスピー女史

ことではなく、苦しみを共にすること（compassion）の大切さを強調した。

またグリーフケアに携わるスタッフのストレスにも触れ、自己認知やセルフケアの方法として、自分の仕事や限界、自分自身の悲嘆を知ること、振り返りの時間や自分の感情を表現する機会をもつこと、スーパービジョンを受けることなどの提案がなされた。

シンポジウムでは、最初に宮森正氏が在宅ホスピス・緩和ケア病棟を担当する医師の立場から家族支援について述べた。氏の経験から家族・家庭に関わる悩みを「家庭的苦痛」と表現し、その事態を示しながら援助形態として家族システム論的アプローチが重要であることを示唆した。

次いでホスピスケア研究所の看護師である蛭田みどり氏より、家族・遺族ケアの実情報告がなされた。家族の喪失への心の準備を整えることを目的としたパンフレット「これらのこと」、遺族の悲嘆援助として開催している遺族会の活動状況や郵送用に作成したパンフレット「大切な人を亡くした方へ」が紹介された。

最後に、患者家族という立場から、徳永悦子氏がホスピスで夫を看取ったときの経験を語られた。このような形でのフィードバックは医療者にとって大変貴重なものであり、徳永氏に敬意と感謝を表す大きな拍手が送られた。

そして個々のシンポジストに対するエスピー女史のコメントの後、会場との質疑応答がなされた。ホスピス・緩和ケアの本質に迫るには、グリーフケアは重要な課題であり、ここで学んだことを各施設に持ち帰り、実行に移して行きたいと感じさせられた。

（報告：中村めぐみ）

講演・シンポジウム

日時：7月10日 16:00～18:30

テーマ：グリーフケアにどう関わるか

基調講演：リンダ・エスピー（グリーフケアカウンセラー）

グリーフケア教育者・グリーフケアスーパーバイザー

シンポジスト：リンダ・エスピー（同上）

宮森 正（川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター所長）

蛭田みどり（聖ヨハネホスピスケア研究所）

徳永 悦子（患者家族）

座 長：恒藤 暁（大阪大学大学院人間科学研究科 助教授）

中村めぐみ（聖路加国際病院ナースマネージャー）

本年度の全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会年次大会の講演・シンポジウムは「グリーフケアにどう関わるか」というテーマで、始めにオーストラリア在住のグリーフケアカウンセラーのリンダ・エスピー女史が基調講演を行い、続いて3名のシンポジストの発表があった。

エスピー女史は、喪失と悲嘆について理論的な背景を提示しながら、グリーフを決定する要素や複雑なグリーフを引き起こす危険因子を明らかにした。

そして死別の悲しみにある人がもつニーズ、ホスピススタッフの役割を挙げ、サポートするということは、悲しみを取り去ろう、その経験を減少させようとする

特別企画

日時：7月10日 13:00～15:00

テーマ：国際交流・海外研修

講師：下稲葉かおり（オーストラリア・モナシユ大学看護学科講師）

田中 桂子（静岡県立静岡がんセンター緩和医療科副院長）
座 長：本家 好文（広島県緩和ケア支援センター センター長）
阿部まゆみ（広島県緩和ケア支援センター 支援室長）

海外留学体験者の田中桂子さん（静岡がんセンター）と下稲葉かおりさん（モナシュ大学看護学科）から、アメリカとオーストラリアでの体験を通じて学んだことや、わが国の緩和ケアのあり方や課題について改めて気が付いたことなどについて話題提供していただきました。

最初に田中桂子さんから、アメリカのホスピスやがん治療専門病院における症状緩和や緩和ケアの状況について紹介されました。わが国と違って人種や言葉、宗教が多様な価値観を持つ患者さんを対象とするアメリカの医療現場で、コミュニケーションを大切にしながらお互いを尊重しあうチームカンファレンスの重要性と、ひとり一人の個性を尊重することやオーダーメイドの治療やケアの必要性を強調されました。また患者さんが知りたいと思う情報が提供され、権利が保証されることの大切さについても述べられました。

田中さんの旺盛な好奇心とフレンドリーな人柄から、留学中にもたくさんの人々と接してこられた経験と、文学部卒業という経歴の田中さんならではの豊かな感性と表現力で、留学体験によって「視点」が変わり、「視野」が広がることを強調され、海外研修をする際に大切なことについて分かりやすくお話をいただきました。

また1997年に渡豪した下稲葉かおりさんは、オーストラリアの看護師免許を取得してホスピス病棟で働きながら緩和ケアについて学ばれました。看護体験を通して看護ケアに磨きをかけ、現在モナシュ大学の講師として活躍されています。

オーストラリアにおけるホスピス・緩和ケアの歴史は、1969年にモダンホスピスムーブメントが紹介されて以来、ホスピスケアがホスピスの壁を超え、緩和ケアコンサルタントによる一般病院での緩和ケアサービス、地域での緩和ケアの広がりへと独自に発展してきました。ホスピス、緩和ケアチーム、在宅ケアの3点を結んだ「ケアの三角形」モデルは、シームレスなケアへの提言として多職種によるチームアプローチで「繋ぎ目のないケアへの移行」を実践されてきました。

今後、日本においても患者さんと家族が望む場所で、QOLに深く関与した実践活動を推進していくためには、地域に根ざした「ケアの三角形」支援態勢を構築することが示唆されました。朗報としてモナシュ大学において日本人のための緩和ケア研修プログラムを開始していることが報告されました。

（報告：本家 好文・阿部まゆみ）



特別企画

テーマ別分科会

日 時：7月11日（日） 9:00～11:00

A 「緩和ケア診療加算」

座 長：高宮 有介（昭和大学横浜市北部病院
メンタルケアセンター緩和ケア科講師）
樋口比登実（昭和大学病院 緩和ケアセンター講師）
書 記：井上 聡（聖隷三方原病院 ホスピス所長）

一昨年度より緩和ケア診療加算の算定が始まり、全国的に「緩和ケアチーム」への取り組みが進んでいる。昨年に引き続き、その取り組みを始めている施設を紹介し、現状や問題点、今後の緩和ケアチームのあり方を検討した。

1) 現状

参加者は38施設、41名であった。まず、いくつかの施設より「緩和ケアチーム」の活動についての紹介があった。平成15年11月の時点で「緩和ケア診療加算」を算定している施設は29施設であった。しかし、今回の分科会参加施設では2施設にすぎず、算定せず活動している施設が5割弱、立ち上げを予定している施設が10施設であった。

2) 問題点

算定施設は増加傾向であるが、逆に算定をやめた施設もあり、ホスピス・緩和ケア病棟とは違い流動的であるため、全体を把握するのが困難であることが指摘された。「緩和ケア診療加算」算定上の問題点としては、点数が低いこと、常勤の精神科医が必要であること、専従の看護師を確保できないこと、看護師の資格（研修期間など）があいまいで都道府県によって対応が違うこと、休日の加算算定などが上げられた。また、質の確保と活動の評価や、精神科医の役割、基準には含まれていない臨床心理士や薬剤師、MSWの役割、主治医

や病棟スタッフとの関わり方、指示や処方のみならず、指示や処方のしかたなども議論された。

3) 今後の方向性

「緩和ケアチーム」がわが国に定着するためには、協会として基準や条件、点数などに関する要望をデータとしてまとめて厚労省に提出していく必要が強調された。しかし、現状では、算定施設のほとんどが当協会に入会しておらず、問題点や要望などをまとめていくのが困難であり、今後当協会への入会を勧め、全体の意見としてまとめていくことが課題であることが確認された。また、経済的なことではなく、本質的な意味でのあるべき「緩和ケアチーム」を確立し、結果として加算を算定できるようになるべきだという意見も出された。(報告：井上 聡)

B 「スタッフへのケア」

座 長：志真 泰夫 (国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟医長)
書 記：佐久間由美 (聖隷三方原病院ホスピス病棟課長)
コメンター：リンダ・エスピー (グリーンケアカウンセラー)

1. リンダ・エスピー氏によるレクチャー (30分)
「コンパッション」は苦しみと共にいることを言う。緩和ケアに携わる者にとってこれは重要なことだが、ケアする私たち自身も一緒に喪失、痛み、悲しみを体験しストレスを受けている。このストレスを予防するためにはスタッフ自身が自己認知をし、セルフケアすることが重要である。自己認知するためのポイントとして以下の3点を振り返る必要がある。1) 自分の喪失体験と悲嘆への対処の歴史 2) どんな家族の中に生きてきたのか 3) 家族の中で感情を表出してきたか。1) ~ 3) を掘り下げていく事で自分の痛みにもオープンになり患者の側にいる事ができるようになる。

2. グループワーク

リンダ氏から与えられた3つの質問を4人1組のグループで考える。質問 1) 私達を緩和ケアに惹きつけるものは何か 2) 患者や家族との関わりを通して心に何か触れた時、自分はどのような反応を起こすか 3) 職場でどのようなサポートシステムを持っているか。2グループが発表した。リンダ氏は2)の質問については、何故そのような反応となるのかを過去、生い立ちにまで遡り振り返る事が重要であるとアドバイスした。ここで行なったグループワークは同僚間のサポートのモデルである。1時間を週1回、または2時間を月1回行なえたら効果的であること。またチームとして互いを知り合

うことが大きなケアになるという。話し合いが他職種間で行なわれれば互いの経験を共有できること、また互いを深く知り合うことで上下関係を崩し横のつながりが強くなるというメリットがある。同じ職種だけで行なう場合には、例えば看護師であれば、そこに師長は入らないほうが良い。スタッフは自分を評価されるのではないかという思いが働き、言う事ができなくなるからである。この話し合いの中で最も守らなくてはならないルール、それは絶対に批判をしないこと。自分の過去を遡る内容を批判することは危険なことである。またここで何を言っても安心と思える環境作りが必要で、そのためには守秘義務を参加者に理解してもらう事が大切である。このようにリンダ氏の立てたプログラムの中で私達は、ここでは書き尽くせぬほどの多くのアドバイスをもらった。全員が多くの学びを得て、実際に明日から活かせる実感を持たれた印象を受けた。とても有意義な分科会となった。

(報告：佐久間由美)

C 「スピリチュアルケア」

座長 田村 恵子 (淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長)
沼野 尚美 (六甲病院緩和ケア病棟チャプレン)
書記 林 章敏 (聖路加国際病院ホスピス医長)

200名ほどの参加者が21のグループに分かれ、スピリチュアルペイン(以下SP)は有るという前提のもと、日ごろの思いを分かち合うことを目標とした話し合いがなされた。

はじめに座長の沼野氏が、グループで話し合う4つのポイントを示した。①SPを表出してもらうための信頼関係作り、②SPを捉えるポイント、③SPへのアプローチ、④SPを共有するための工夫などである。

① SPを表出してもらうための信頼関係作りでは、コミュニケーションと症状緩和の大切さが示された。人間理解、コミュニケーションスキルに基づいた関係作りと早期の症状緩和が信頼関係の構築に必要であるとの意見が出された。

② SPを捉えるポイントとして、患者様のサイン、スタッフ側の要因、システムなどが関係することが示された。「死にたい」、「情けない」、「何で私が」等の言葉と、攻撃的であったり、憤慨していたり、助けを求めるなどの態度が患者様のサインとして挙げられた。スタッフはSPを認識し、分かろうとする態度を示していくことが大切である一方、感

性や経験等の個人差を認識する必要性が指摘された。チーム医療に基づいたカンファレンスを通してSPを捉えるチャンスがあることも示された。

- ③ SPへのアプローチの基本は傾聴と寄り添いであり、言葉以外にマッサージ等の具体的働きかけの重要性が語られた。SPの内容の評価をしないことやスタッフの限界と無力さを知りあせらず時間をかけること、患者様と共に考え患者様を信じること、患者様から拒否される時には、スタッフも傷ついていることを伝えることも大切である。
- ④ カンファレンスと記録による言語化がアセスメントと情報の共有に有用であることが示された。SPを共有した後も、患者様ご自身がSPを語るまでは話題にしないこと等守秘への配慮が大切であることも語られた。

その他、スタッフ自身へのケアやチームを形作ることの難しさ、マンパワーの不足、入院期間の短縮による影響などの悩みが語られた。限られた時間ではあったが、参加者間の配慮と思いやりの中で日ごろの思いを分かち合うことが出来たと思われる。

(報告：林 章敏)

D 「在宅ホスピス」

座長 川越 厚 (ホームケアクリニック川越院長)
井田 栄一 (イエズスの聖心病院みこころホスピス医師)
書記 二見 典子 (ピースハウス病院看護部長)

テーマ：1. 在宅ホスピスにおける情報ネットワークの構築

2. 在宅ホスピスの地域拠点作りについて

現状：年間30万人のがん死亡の内、1万8000人が在宅死である。年間48名以上のがん在宅死を診ている無床診療所が5箇所ある(同117名が1箇所)。在宅医療総合診療を行っている医療機関は、全国で746箇所ある。

1. 情報ネットワーク：「末期がんの方の在宅ケアデータベース」(<http://www.homehospice.jp>)
2. 在宅ホスピスの地域拠点作りについて：各地の実践報告
 - 1) 無床診療所をベースとした多職種による総合ケアチーム(OT、ヘルパー、ボランティアを含めた)で展開する在宅ホスピス(仙台、岡部医院)
 - 2) 総合病院の無い地域における、地域密着型の有床診療所による在宅ホスピス(九州、堂園クリニック)

ク)

- 3) 地域のプライマリーチームへの緩和ケアコンサルテーション(岡山、加藤内科)
 - 4) 行政・医師会・市民活動・訪問看護ステーションが連携した地域緩和ケアセンター(岩手、北上市/山口、山口日赤)
 - 5) 総合病院のOpen System Bed、24時間対応機能が地域診療所のがん患者のサポートをする。入院主治医はPCU医師が受け持つ。(名古屋、掖済会/川崎、市立井田病院)
 - 6) ホスピス・緩和ケア病棟をベースとした在宅ホスピス
3. 改善すべき課題提案
- 1) 在総診の退院当日訪問診療の診療報酬保証
 - 2) 在宅ホスピスに特化した訪問看護ステーションの基準作り
 - 3) デイ・ケア・ホスピス：制度上、介護報酬上の規制緩和
4. まとめ

- 1) 患者・家族が在宅で過ごすことの不安は、在宅ホスピスチームが、熟練した症状緩和ケア、24時間対応、患者・家族の力を引き出す関わりによって変化し、過す場の決定は、患者・家族ができるようにサポートする。
- 2) 在宅で支えきれない理由として介護力の問題がある。その為には、医療職のみでない総合ケアチームが必要である。
- 3) これまで死の問題を医療が抱え込みすぎたのではないか？人を看取するという権利を地域や家庭に戻すことが、生活の中に死のリアリティーを取り戻すことになるだろう。(報告：二見 典子)

E 「経営と運営」

座長：下稲葉康之(特別医療法人栄光会栄光病院ホスピス長)
田島 誠一(聖隷福祉事業団常務理事)
書記：久保山千鶴(六甲病院師長)

ホスピス病棟における検査と治療について
「診断と治療」という医療行為が第一義的な意味を持たないホスピス病棟において、検査や治療の果たす役割は一般病棟のそれとは大きく異なり、QOLの向上や質の高いケアの提供を目的としつつも定額制という枠の中で病棟としての経営を円滑に行わなければならない。そこで、現状を調査する為に九州圏内の施設に調査を

依頼し 19 施設を分析対象施設とした。

「結果と考察」

①「費用（検査・治療・処置）」では定額収入に占める費用の割合では最大値 39.5%最小値 1.8%であった。これは費用の一人一日当たりの平均が¥628 の施設に対し最大値の施設は¥14919 であった。

②定額収入に占める費用の割合は全体平均で 12.9%と示された。

③「定額収入に占める費用の割合」の差に影響をもたらす要因では平均在院日数がその一要因として挙げられる。患者や家族の希望や疼痛コントロールの難易度によって「費用」が増減することも影響される。また各施設における緩和ケアの概念や使用薬剤の価値認識などによっても大きく影響を受ける。

④病床稼働率について、亡くなる患者が多い場合、病床がすぐに埋まらずに稼働率が減少してしまう、平均在院日数が減少しても稼働率が維持されることが理想であるといえる。

ホスピスという現場において、経営や運営といった課題を終始念頭においてケアに当たることは通常困難である。目の前におられる患者や家族に対応することが求められ、私達もその要望に出来る限り応えようと努力するからである。しかしアンケート結果より決して楽観視できない現状も明らかにされた調査結果を現実として受けとめ、今後新たなケア計画、病棟運営企画に役立っていくことが必要である。

参加者よりの質問

①稼働率を上げることは勿論であるが、本当に緩和ケアはどの位かかっているのか？

②室料差額があるが免除に対する規制がある。

③インターネット上から面談にこられる人も多くなり選ばれる病棟としてどんな工夫をしていくのか？

④医療機能評価を受けているか？

⑤稼働率を上げようとしているが看護師の方よりケアの質を上げようと一日一名の入院患者と入院の制限をすることが現状である。

参加メンバーより活発な質問が出て有意義な分科会であった。（報告：久保山千鶴）

協会事務局より

本年度の年次大会は、栄光病院の下稲葉康之先生、同病院のスタッフの皆様にご多大なご協力をいただき、盛会に終えることが出来ました。

本大会にご参加いただきました皆様へ厚くお礼申し上げます。

2005 年度は桜町病院が開催事務局となり、東京都内での開催となります。

第 6 回アジア・太平洋ホスピス大会のご案内

この度、2005 年 3 月 16 日から 19 日までの期間に、韓国ソウルにおきまして第 6 回アジア・太平洋ホスピス大会が開催されます。

アジア・太平洋地域と同じ志を持つ医療従事者と、互いに経験を分かち合い学ぶ機会となります。特別演者、教育講演、シンポジウム、一般口演、ポスター展示などが予定されています。多くの方々がこの大会に参加されますようご案内申し上げます。

テーマ 「ホスピス緩和ケアを通して
社会と人間のいのちを変える」

会 期 2005 年 3 月 16 日(水)～19 日(土)

会 場 韓国ソウル Sheraton Grande Walkerhill

会 長 Kyung Shik Lee

主 催 韓国ホスピス緩和ケア学会

公用語 英語

(日本から 50 人以上の参加がある場合、
日本語の同時通訳あり)

講演者 Ilora G Finlay (英国),

Ian Maddocks (オーストラリア),

Andrew Billings (米国),

Rosalie Shaw (シンガポール),

Enoch Y. L. Lai (台湾),

Kwan Wai Man Cecilia (香港),

Dae Seok Heo (韓国)など 8 カ国 18 名

対 象 医師、看護師、ソーシャルワーカー、
薬剤師、宗教家などホスピス・緩和ケアに
従事する者、大会に関心のある方

演題締切 2004 年 10 月 31 日

事務局 INSESSION International Convention
Services, Inc.

3rd Floor, 672-35 Yeoksam-dong,
Gangnam-gu, Seoul 135-915, Korea

Phone: +82-2-3471-8555

Fax: +82-2-521-8683

E-mail: aphc2005@insession.co.kr

<http://www.aphc2005.org/>