

日本ホスピス緩和ケア協会ニュース

「緩和ケア Vol. 16 No. 5」掲載（発行：青海社）

日本ホスピス緩和ケア協会ニュース

第24回を迎えた「日本ホスピス緩和ケア協会」年次大会が、さる2006年7月15日(土)・16日(日)、松山ペテル病院 森 洋二氏を大会長として、愛媛県民文化会館(愛媛県松山市)を会場に開催された。各プログラムの内容と報告は以下の通り。

プログラム

7月15日(土)

13:00-13:10 大会長挨拶

13:10-14:00 基調講演

14:10-16:00 分科会

16:30-18:30 総会

7月16日(日)

9:00-11:30 看護師長会

9:00-11:30 ソーシャルワーカー部会

9:00-11:30 フォーカスミーティング

参加人数：446名(医師134名・看護師218名・ソーシャルワーカー74名・その他の職種20名)



大会長(森氏)挨拶

2006年度年次大会では、私たちの協会の理念と思想を表すロゴマークが選ばれ発表された。このマークが大会で、今の時期に決められたということには、協会の歴史とこれから歩む道を示す大きな意味が含まれていると思う。

2004年度に協会の名称は“病棟”という言葉がはずされて『日本ホスピス緩和ケア協会』と改められた。協会が視野に入れていた在宅ホスピスへの展開へと取り組み始めたわけだが、つい厚生労働省は終末期医療を病院から在宅へのシフトを図る為『在宅療養支援診療所』を新設し、診療報酬を改定した。これにより日本全国に10万近くある診療所の一部が動き始めている。しかし、現在までのホスピス緩和ケアに携ってきている病院の在宅支援については、診療報酬の適正な改定はされていないことを指摘する向きもある。一方では、緩和ケアチームへの診療加算が始まって4年、全国59施設においてチームの緩和診療が行われているが、その実態にはいろいろ問題があるようだ。がん対策基本法が打ち出され、がん治療の中でのホスピス緩和ケアも見直されようとしている。医療現場、患者、家族、市民の場から生まれてくる運動としてホスピス緩和ケアと、医療福祉行政、医療費抑制の一環として作られてくる医療福祉制度とのかみ合わせ、せめぎあいのなかで、どのように折り

合いをつけていくのか?ここで舵取りをするのが、協会のひとつの大切な役割ではないだろうか。

諸難問を厚生労働省と交渉するという大変な仕事もある。協会はターニングポイントにさしかかっており、『変わらないといけない』という共通認識がある。と同時に変えてはいけない私たちの協会の基本理念を今後とも提唱していかなければならない。

世界ホスピスマーブメントに日本も参加することが総会で提案され2006年度第2回理事会で、今年度からホスピス緩和ケア週間(10月1日から7日間)を設定することが決定した。この週間を私たちの初心に帰る時として大切にしたい。そして、新しく出来た協会のロゴマークを胸にする事が、私たちの誇りとなるように心から望んでいる。

最後に松島さんはじめ事務局の皆様のご卓越したお働きのゆえに、四国松山での年次大会が無事執り行われ、懇親会でも楽しいひと時が持てた事を感謝してお礼を申し上げたい。

(報告：大会長 森 洋二)



「Care」の頭文字であるCを茎とする葉で英文名称を包み、上方に向かって伸びる複数の葉に、病棟、チーム、在宅など様々な場でのホスピス緩和ケアの発展および協会の更なる成長を託した。

基調講演

テーマ：「これからのホスピス緩和ケア」

演者：志真 泰夫（評価委員会委員長）

（筑波メディカルセンター病院緩和医療科診療部長）

座長：井上 聡（聖隷三方原病院ホスピス所長）



志真 泰夫氏

「日本ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」は、1990年に「緩和ケア病棟入院料」の設定を契機に1991年東京にて第1回が開催された。その後、「ホスピス緩和ケアプログラムの基準」や「緩和ケア診療加算」の新設など新しい状況に対応して「日本ホスピス緩和ケア協

会」(以下、協会)と名称を変えた。

協会の当面の課題は1「量的拡大と質的向上」、2「教育と研究」、3「地域を基盤としたネットワーク」である。第1の課題である「量的拡大」については、緩和ケア病棟承認施設は、年々増加しているものの、地域的(都道府県ごとの)偏在が顕著となっているため、今後、都道府県ごとの目標値を設定することが必要である。また、「病院緩和ケアチーム」も拡大する必要がある。

「質的向上」について、協会は昨年新しい「ホスピス緩和ケアの基準」に基づいて作成した「ホスピス緩和ケア評価指針」に基づいて緩和ケア病棟承認施設に対して自己評価調査を行った。質的向上には、自己評価・第3者評価・遺族評価等の方法を用いた臨床カル・オーディットの導入が有用である。また、ケアの質の改善のためには、目標と基準の設定→臨床実践の観察と評価→結果の還元と臨床の改善というオーディットサイクルが重要であり、今回、自己評価を通して明らかになった全国レベルと自施設のレベルを比較して、改善点を見つけることが必要である。改善策としては、例えば、教育研修の充実、ソーシャルワーカーの導入等が挙げられる。

第2の課題である「教育と研究」については、以下のようなホスピス緩和ケアにおける研究の意義がある。1「ケアの評価」研究はケアの質の確保や改善につながり、治療の標準化もはかられる。2「新規治療・薬剤の開発と評価の研究」は症状マネジメントの進歩や患者・家族の負担軽減につながる。3「倫理・実存面の研究」は社会的な貢献としても重要である。ホスピス緩

和ケアの質の評価の研究を通して、わが国のホスピス緩和ケアの長所・短所が多面的に明確になり、臨床に生かすことができるであろう。また、教育の現状について、協会以外にも、日本緩和医療学会やホスピス・緩和ケア研究振興財団等により、看護師、医師、メディカルの教育が行われている。教育研修の充実、ケアの質を改善し、社会的な信頼を得ることができ、ひいてはホスピス緩和ケアの専門性が確立することにつながると考える。

第3の課題である「地域を基盤としたネットワーク」は、患者が望む療養の場所として、家庭(訪問チーム)・病院(緩和ケアチーム)・ホスピス緩和ケア病棟が、地域的に連携して緩和医療を提供できるような切れ目のない緩和医療提供体制を作ることである。全国の各地域において、地域のネットワークをつくる時期と考える。(報告：正司 明美)

テーマ別分科会

日時：7月15日(土) 14:10~16:00

A 「いかにケアを評価するか」

座長：丸ロミサエ(国立看護大学校教授)

話題提供：笹原 朋代(東京大学大学院成人看護学・緩和ケア看護学)

書記：磯崎千枝子(たけは乳腺クリニック緩和ケア相談室室長)

参加者：120名(医師16名、看護師93名、MSW6名、その他5名)

分科会の流れとしては最初に笹原氏からケアの評価の必要性・評価の基本的サイクル・評価することの利益についての見解と評価者別(患者・家族/遺族・医療者・第3者)に6つの評価方法(MDASI-J・CES・STAS-J・デスカンファレンス・SASA・ヨークシャーピアレビュー)について概観する解説を約30分間していただき、その後全体で情報および意見交換を行った。

笹原氏の「評価は必要。身近なできることからやってみる。評価してよかったことをスタッフみんなが実感することが大切」とのまとめを受けて、参加者から評価の実践例を挙げていただき、質疑応答を行った。全例に毎日プロセス評価を行っている実践例には多くの質問があり、関心の高さが窺えた。また「サイクルの短い現場でどのように活用するのか」「STAS-Jを採用しているが実施する時間がとれない」等の疑問・悩みに対して「まずプライマリーナースが評価づけをし、

それを基に話し合う」「評点づけ中はインターフォン対応の担当者を決めて“座れる”体勢づくりをしている」等の工夫が挙げられた。実施の利点として「疼痛コントロールの評価について医師・看護師間で共通理解ができた」「MSW もカンファレンスに参加しているので看護師の視点を知ることができチームケアに発展していく」等が発表された。「妥当性のあるツールを使用することが大切」という話題提供者他の意見に対して「自施設で工夫したスケールではよくないのか」との疑問も出された。最後に座長の求めに応じて評価委員会関係者から「本年 3 月に行った協会の自己評価はケアの方向性など長いスパンでの評価ツールであるが評価に際しては誰が、何のために、何を、どのように評価しているのかを常に念頭においておく必要がある。公認された方法でなければいけない訳ではない」という私見が出され、拍手された参加者もあった。また遺族でもある参加者からの「ケアの標準化や評価は必要であるが心も身体も日々変化している患者に寄り添う姿勢が大切だと痛感する。それがあつた上でのスケールであつて欲しい」との意見に座長は「そのお言葉で分科会を閉めたい」と応じられた。

(報告：磯崎 千枝子)

B 「いかにホスピス緩和ケアを教えるか」

座長：高宮 有介(昭和大学横浜市北部病院呼吸器センター専任講師)

話題提供：田村 恵子(淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長)

書記：二見 典子(ピースハウス病院看護部長)

参加者：102名(医師35名、看護師58名、MSW7名、その他2名)

内容：分科会 B では、教育研修専門委員長の高宮氏より協会主催の教育セミナーの実際と教育研修専門委員会の活動についての報告、教育実践例として、淀川キリスト教病院ホスピスとピースハウス病院の教育プログラムの概要について、田村氏と二見が報告をした。その後、1)協会本部の教育と支部教育の連携をどのようにしたら良いか？ 2)各施設の教育方法で工夫している点について、10グループに分かれて意見交換をした。

意見：

1)協会本部の教育と支部教育の連携をどのようにしたら良いか？

①本部と支部で行う教育の意味の違いを明確にする。(例えば、総論は本部・各論は支部、本部でテーマを

絞り支部に提案、教育できる人材養成を本部で、支部へは講師を派遣するもしくは支部教育の人的支援)②職種別教育を本部で企画して欲しい。③支部の地域が広すぎる、支部活動が不明確なので、本部での企画の方がかえって参加しやすい。④本部で医師の教育について実施して欲しい。⑤各支部にいる認定看護師の活用をして、支部内の教育活動を考える。

2)各施設の教育方法で工夫している点

①在宅ケア研修を教育プログラムに組み込んでいるが個別性や生活理解に効果的、②自己学習プログラムと日常のカンファレンスでの教育的意味合いの理解、③業務テストを取り入れ、学習した事が現場で使えているかを評価している。④教育カリキュラムを自施設用にアレンジし、事例検討・日常のカンファレンスを活用して実施している。

3)その他

①医師の系統だった教育が受けられるシステムが必要②緩和ケア病棟立ち上げに際して、運営も含めた教育的サポートを受けた経験は貴重で効果的な方法だった。教育研修委員がそのような時期の教育活動を個別施設の要請にしたがって行うのはどうか。③一人職種や小人数の職種が学習する機会が得にくいので、それらをカバーする仕組みが必要。

まとめ：これらの意見を参考に、教育セミナーのあり方や教育研修専門委員会の活動方針、支部活動との連携について検討して行きたい。また、学会や研究会の教育プログラムの目的や役割の違い、あるいは調整もする必要がある。(報告：二見 典子)

C 「いかに切れ目なくケアを提供するか」

座長：前野 宏(札幌南青洲病院 院長)

話題提供：本家 好文(広島県緩和ケア支援センター センター長)

書記：中山 康子(在宅緩和ケアセンター“虹”代表理事)

本セッションでは、初めに平成18年4月に診療報酬改定で設定された「在宅療養支援診療所」と介護保険制度で新設された「療養通所介護」が自宅で過ごすがん患者を支援する仕組みになると紹介され、討論は、在宅療養支援診療所とデイホスピスの課題について行われた。

切れ目のないケアを追及する際に、わが国では受け皿の整備を急がなければならない。今回の「在宅療養支援診療所」の制定は期待される仕組み作りの一歩となる。しかし、在宅療養支援診療所として今回申請し

た医院中、これまで緩和ケアの経験がある診療所は宮城県の場合、70 箇所中 4 箇所ほどで、今後、全国で 8500 箇所に及ぶ在宅療養診療所のホスピス・緩和ケアに関する成長をどのように調整するかは大きな課題であることが指摘された。また、ケアマネージャーなど在宅ケアで協働するスタッフのホスピスケアの教育基盤が同等でない場合、ケアの捉え方や連携の課題が残ることや密室ケアになりやすい在宅ケアでは、提供したケアを同じ指標で評価する仕組み作りが必須であることが確認された。

病院からのケアの連携に関しては、現在、緩和ケアチームが患者と家族の療養の場の選択に関わっており、緩和ケアチームの活動のひとつとして確立してきている。

また、このような情勢の中、今後のホスピス・緩和ケア病棟の役割は、ホスピス医が往診医の緩和ケアにおける教育的サポーターとなったり、コンサルタントの役割を担う方向が挙げられた。

一方、地方都市の場合、緩和ケア病棟数や往診医が限定されるため、病院からの往診も必要であり、診療報酬上、その道も残して欲しいという意見も出た。また、従来から切れ目ないケアを実践されている緩和ケア病棟からは、緩和ケア病棟の医師が往診し、訪問看護ステーションと連携し自宅生活をサポートする現在の方法が効果的である報告がされた。

デイホスピスに関しては、家族のレスパイト効果や日中独居の事例が症状管理を受けながら生活支援を受けられる仕組みとして実践者から発言され、発展が期待された。

今後は明らかに施設を含めたコミュニティでケアを考えなければならない。患者・家族のためにどのようなホスピス・緩和ケアが必要か国に提言できるよう、協会でも具体的に明示する事が必要である事が認識された。

(報告：中山 康子)

D 「なぜホスピス緩和ケアの研究が必要か」

座長：志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院緩和医療科診療部長)

話題提供：恒藤 暁 (大阪大学人間科学研究科助教授)

宮下 光合 (東京大学医学系研究科緩和ケア看護学分野助手)

書記：木澤 義之 (筑波大学大学院人間総合科学研究科講師)

本セッションではホスピス緩和ケアの臨床実践には、教育研修と研究が必須であることが示され、その実際や問題点、今年から実施される遺族調査について詳し

い説明があった。

臨床研究の意義としては、①ホスピス緩和ケアの進歩のため、②新規治療薬や治療法の開発のため、③ホスピス緩和ケアの質の評価のため、などが挙げられた。

ホスピス緩和ケア領域における研究の条件としては、①患者家族の弱い立場への配慮、②患者家族に十分な判断能力があること、③患者家族スタッフ間に信頼関係があること、④良質なホスピス緩和ケアが提供されること、などが挙げられた。

本領域における研究の問題点としては、①対象者の問題（ヘテロ、全身状態不良、重傷度、高齢者、経過観察期間の短さ、症例数が集まりにくい）、②環境の問題（研究の知識技術教育の不十分さ、人的経済的資源の不足）、③研究方法の問題、などが述べられた。

本年度は遺族調査が予定されている。これまで遺族調査は 1999 年、2003 年に行われた。大まかに言えば、これらの調査では 80% を越える方が満足と評価していた。2006 年の調査では CES (Care Evaluation Scale) の短縮版 10 項目を用いて 100 施設、8000 名の遺族を対象とした調査を検討している。

わが国の遺族調査は世界に類をみない独特のものである。今後 CES、Good Death Inventory など定期的に調査することを通してケアの質を定期的に評価し、公開するとともにケアの改善に努めていきたい。

また、遺族調査がどのような項目と手順で行うかが説明された。今回は 3 回目の調査で、特徴としては質の評価に加えて、付帯研究を行うことが特徴である。今まで、late referral に関して、緩和ケア病棟のイメージの変化、鎮静の評価については、わが国において多施設研究が行われた。

今回の付帯研究としては、緩和ケアの実態調査、家族の求めている支援、臨終前後の望ましいケア、遺族の悲嘆ケアおよび遺族ケアのニーズなどを調査する予定である。

研究の結果として、ケアのプロセス評価と施設間差、望ましい死の達成と施設間差、ケアのプロセスの評価と good death に関連する要因、遺族の介護経験の評価、遺族の QOL などが明らかになる。

付帯研究としては、①遺族の求める緩和ケアシステムについて、②緩和ケア病棟を受診する意志決定のモデル、③遺族の悲嘆・遺族ケアのニーズ、④遺族からみた臨終前後の望ましいケア、⑤遺族からみた経口摂取ができないときの望ましいケア、⑥遺族からみたスピリチュアルペインに対する望ましいケア、⑦遺族からみた望ましい宗教的ケア、⑧希望を支えながら将来に備える余命告知のあり方、⑨遺族からみた死前喘鳴

に対する望ましいケア、⑩診療記録類調査（一部施設のみ）、が行われる予定となっている。

この後、発表者と参加者によって、特に遺族調査について盛んに討論が行われた。今後さまざまな研究が行われ、その結果により臨床の質や患者家族の QOL が向上することを願ってやまない。

（報告：木澤 義之）



分科会 D

フォーカスミーティング

座 長：末永 和之（あり方検討委員会委員長）
（山口赤十字病院緩和ケア科部長）
志真 泰夫（筑波メディカルセンター病院緩和医療科診療部長）
書 記：井田 栄一（熊本ホームケアクリニック 院長）

今後の日本ホスピス緩和ケア協会（以下、協会）のあり方について議論がなされた。司会は末永和之氏（山口赤十字病院）と志真泰夫氏（筑波メディカルセンター病院）が担当した。末永氏から山口市におけるホスピス緩和ケアに関するネットワークシステムの紹介があった。グループ討論と全体討議の 2 部構成で、意見や情報の交換が活発に行われた。全体討議の内容について報告する。

協会に所属するホスピス緩和ケア病棟（A 会員）および病院・診療所（B 会員）の役割は、地域により異なると思われる。ホスピス緩和ケアを利用する人々が求めるものは何かについて、協会の立場から調査する必要性を感じるとの発言があった。多くの人が苦しみの中にあり、手を差し伸べてほしいと願っていることに基づき、協会の役割について話し合いがなされた。

今回の意見交換の中心は、在宅ホスピス緩和ケアに関するものであった。このテーマは、今後、協会として取り組むべき大きな課題であるとの共通した認識に至ったと思われる。とくに 2006 年 4 月より創設された在宅療養支援診療所に関する内容に強い関心が寄せられていた。協会において、在宅療養支援診療所の専門

部会を新設し、その機能の中身を明確にすることを望む提案があった。

日本のホスピス緩和ケアも徐々に在宅ホスピス緩和ケアにシフトしてきているとの指摘がなされた。ホスピス緩和ケア病棟は、人生の最期までゆっくりと過ごせる場として紹介されることが多いと思われる。しかし、症状が落ち着くときは、ホスピス緩和ケア病棟から自宅への一時的な退院もありうると思われる。そのことを患者・家族に知っていただいた上での入院が望ましいとする意見も出された。また、ホスピス緩和ケア病棟にも急性期と慢性期に対応する 2 つのタイプが必要であるとの思いも示された。

地域のホスピス緩和ケアを構築するためには、診療所の医師および訪問看護ステーションの連携が要となる。在宅ホスピス緩和ケアを実践する医療者に協会の会員となってほしいと願う声も明確になってきた。そのためには、在宅ホスピス緩和ケアの医療機関や団体などに、協会を知っていただく必要性があるとの認識が深まった全体討議であった。

（報告：井田 栄一）



フォーカスミーティング

各専門部会

看護師長会

世話人：浅川 知子（諏訪中央病院）
末廣 洋子（独立行政法人国立病院機構 山陽病院）

参加者：122 名

議題 1 任期満了に伴う師長会世話人の選出

退任：末廣洋子（任期 3 年を満了）

新任：森國秀美氏（安岡病院）を選出

議題 2 各支部における師長会の活動と年次大会にお

ける師長会の関連について

各地区ブロックにおける現状の報告

- ・北海道支部：まだ活動していない。
 - ・東北支部：在宅ホスピスケアを分科会でたちあげる。5月に施設を巡って歩き、内情を見たり相談をしたりしている。
 - ・関東甲信越支部西東京師長会：年に1回勉強会をしている。医師、看護師、ケースワーカー参加。
 - ・関東甲信越支部甲信ブロック：年2回集まり、症例検討・講演会・連絡会を行っている。
 - ・東海北陸支部東海ブロック：5年前から年2回の活動をおこなっている。そのうち1回は師長会を設けている。
 - ・近畿支部：2005年11月、師長会開催。問題点をあげ、多いものから解決をしている。
 - ・中国支部：年1回の集まりあり。施設見学・研修会を企画している。
 - ・四国九州支部：報告なし。
- 今後どのようなスタイルでやっていくか検討していく必要がある。

協会理事である田村恵子氏より、次の意見が挙げられた。今までの師長会の経緯を知っている人が少なくなっている。師長会を始めた頃より施設数が増えている。話し合う機会をどうしていくか、また今後も師長会を継続すべきかどうか、世話人を中心として検討していかなければならない。ブロックでの活動ができていけば、全国での師長会は不要になるのではないか。今後、支部を中心に活動していき本部はビジネスミーティングのみではどうか。

議事3 各ブロック別での交流タイム

支部としてどう活動していくかを検討。

- ・北海道支部：現状は施設としての問題、スタッフ教育について支部として会を開いていき、全国会で深めていきたい。
- ・東北支部：全国師長会は継続してほしい。支部の活動としては診療報酬や卒後教育などについて勉強会をしたり、トピックスについても検討が必要。
- ・関東甲信越支部：地域が広範囲で多施設にわたっているため、エリア分けをして学習会を企画していく。各エリアの活動状況は、メーリングリストにて公開していく。エリアをオープンにして活動していく。全国会は残していき、セッションや勉強会の場にする。
- ・東海北陸支部：東海エリアと北陸エリアを同じメンバーで統合していくことが必要。全国会は、全体の交流の場にしていき、教育・セミナー・セッションができるとよい。

- ・近畿支部：各支部における役割は、支えとなる会・報告する会としてステップアップしていく。本部は、他の支部の動きが分かるので必要。今後NPOに繋がってシステムの改善の場として活動できるとよい。
- ・中国支部：本部は交流の場として残す。メールでもいいのでなんらかの活動がわかるようにしていきたい。
- ・四国支部：全国会は情報を共有するのに必要。都市部での活動はスタッフ教育、カンファレンスでの話し合いなど、お互いの施設での現状を詳しく発表する。
- ・九州支部：動きを知るためにも全国会は必要。支部としても総会をしている。師長会の組織化が必要。各地区の組織の差が出ないように調整していくとよい。

その他、意見交換の中では、スタッフ教育・ベッドコントロール・判定会議・機能評価・看護師の採用・認知症の受け入れなどについてが話題となった。

次年度においては、これらの意見を参考にして、全国師長会の方向を探り、支部の活動の充実に向けて話し合いが進展することを考えていきたい。

(報告：浅川 知子)

ソーシャルワーカー部会

司 会：高野 和也 (いばらき診療所こづる)

書 記：福地 智巴 (静岡県立静岡がんセンター)

本年度のソーシャルワーカー部会 (以下、SW 部会) は、昨年同様、前半を各報告、後半をワークショップという2部形式で行われた。参加者数は66名。

第I部では、理事の正司氏より理事退任・新任の報告、SW業務の分析や研究発表の必要性、関連学会入会のお誘い、スキルアップ研修会の今後の予定等の話しがあった。

第II部のワークショップでは、「ホスピス・緩和ケア施設への転入院相談～受診受療援助のソーシャルワーカー～」をテーマに、前半は東札幌病院の田村氏による講義、後半はロールプレイを通しての実践的演習を行った。講義では、SWが担う入院相談の面接は、入院判定の審査や単なるオリエンテーションが目的ではないことが強調され、日々の業務を振り返る機会となった。SWの役割は、患者・家族が療養の場を選択するプロセスに寄り添い、現状と気持ちとの折り合いをつけていく作業を心理的に支援しながら、必要な情報提供や、

人や機関との関係調整といった社会的援助も行っていくことが再確認された。さらにそういった支援の前提となる心理社会的アセスメントの重要性が語られ、有効な面接技法として、ソリューション・フォーカス・アプローチ（SFA）の質問の型（アウトカム・クエスト/リレーションシップ・クエスト/コーピング・クエスト）について講義が進んだ。

後半は講義の内容を踏まえ、SFAの質問の型をどのように活用するかについて、演習を行った。事例は、「積極的治療の適用がないと言われて、勧められるままに緩和ケア病棟への入院相談に来訪した妻（CL）」。悲嘆、怒り、絶望など様々な感情を整理できないまま来訪した妻との面談で、SWはCLとどのように出会い、どのように支援するのかをロールプレイの体験を通してトレーニングした。4～5人1組のグループになり、ロールプレイを行う中、ファシリテーターがラウンドしながらグループにアドバイスを与えていく方法を取り、最後に全体で体験した感想や困難を感じたことを共有した。

今回は、普段、入院相談の面接の中で困難に感じている点を参加者から挙げてもらい、ファシリテーターになったSWにデモンストレーションしてもらおうという、モデリングの効果も試みた。理論だけでなく、演習を通して学ぶことで、より実践的なスキルアップが図れたのではないと思われる。

実際に、部会に関するアンケート結果では、ロールプレイの体験について、9割強が肯定的な評価をしている。自由記載には「研修を継続して欲しい」「地区毎でも研修できるようにして欲しい」などの要望も挙げられており、研修の機会を渴望している実態とともに、年次大会のSW部会が非常に重要な学びの機会になっていることを痛感した。こうした要望にどのように応えていくかが今後の課題である。

（報告：福地 智巴）

次年度年次大会のお知らせ

2007年度は愛和病院が開催事務局となり、7月14日（土）、15日（日）に長野県での開催が予定されています。