日本ホスピス緩和ケア協会ニュース

会長からのメッセージ

会長　山崎章郎氏

2007年はわが国のホスピス緩和ケアの歴史にとって記念すべき年として，いつまでも記憶されることになるだろう．この4月から施行された「がん対策基本法」には，私たちが長らく実践してきた緩和ケアが，取り組まれるべき重要なケアの在り方として，しっかりと書き込まれているし，そして何よりも当協会が従来以上に，多くの困難に直面しているがんなどの患者さんたちや，そのご家族の力となれるように，より社会性を持ったNPO法人として新たな船出を開始することになった年だからだ．

さて，私たちが目指し，実践していくことは，7月14日に開催されたNPO法人設立総会で，皆様に承認された「NPO法人設立趣旨書」にもあるように，適切なホスピス緩和ケアをより多くの人々に，施設，在宅を問わず，その人たちが望む療養の場で提供していくことである．そのためにはまず，ホスピス緩和ケアが困難な時を生きる人々の尊厳を守り，自立を支え，最後の時まで，その生を支えるケアのあり方であることを，多くの人々に知っていただく必要がある．会員には様々な場面で，そのことを広報していただきたい．

また実臨床の場では，正会員は協会が提示する「ホスピス緩和ケアの基準」にそったケアを，きちんと提供していくことが求められる．そのことが出来なければ正会員として入会することは出来ないし，また協会として会員の提供するケアの質を患者さんとご家族に保証するためにも必要なことである．

ところで，ときどき年会費を払ってまで当協会に入会することのメリットは何だろうという意見を耳にすることがあるが，最大のメリットは当協会の会員であることを知った利用者の皆さんが，そうであれば安心して，適切なホスピス緩和ケアを受けることができると思っていただけることであろう．つまり，会員であることのメリットは前述したように，協会が会員のケアの質を利用者の皆さんに保証することである．もちろん，協会はあらゆる機会を通して，協会の役割と存在を世の中にアピールし，多くの国民および厚生労働省や各都道府県の関連担当部局にも，広く認知されるよう努力していくことは言うまでもない．会員は協会の提示するホスピス緩和ケアを誠実に実践する必要があるが，協会の会員であることを誇りに思ってケアに専念できるだろう．あるいはまた，ホスピス緩和ケアの広がりに協会を通して貢献できることの意義も大きいはずである．ホスピス緩和ケアをきちんと理解し，実践しようとしている人々は，理念を大切に生きる人々のはずで，現実的なメリットだけを追求するホスピス緩和ケアはありえない．

いずれにせよ，ホスピス緩和ケアは今後ますます，多くの人々に必要なケアとして位置づけられることになるだろう．会員は臨床のみならず，支部活動も充実させ，切磋琢磨し，国民の保健，医療，福祉に貢献しようではないか．

（日本ホスピス緩和ケア協会会長　山崎章郎）

年次大会報告

第25回を迎えた「日本ホスピス緩和ケア協会」年次大会が，さる2007年7月14日（土）・15日（日），愛和病院 山田　祐司氏を大会長として，ビックハット・若里市民文化ホール（長野県長野市）を会場に開催された．各プログラムの内容と報告は右の通り．

〔7月14日（土）〕
13:00〜13:10　大会長挨拶
13:10〜14:20　総　会
14:40〜15:25　基調講演
15:30〜17:30　シンポジウム
〔7月15日（日）〕
8:45〜 9:30　全体会
9:40〜11:30　分科会

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）

大会長報告

大会長　山田祐司氏

思いがけないことは，いつ起こってもおかしくはなく，準備はしておかなくてはならないと思いつつ，7月の台風の来襲までは予想をしませんでした．山に囲まれている長野の地は，普段，台風の被害からは縁遠く，台風の走行などはあまり気にしなくてすむのですが，大会前日は，会員の皆様に長野までおいでいただけるかどうか，心配をしました．さすがに，沖縄，九州の参加者の中には，欠席をされる方もおられましたが，予想よりも多くの方々に参加をしていただき，感謝したいと思います．ただし，大会終了後，台風が太平洋沖に近づき，JRが不通になってしまい，空路も乱れ，皆様が，無事お帰りになることができたかどうかが，気にかかりました．台風に翻弄された大会でありました．大会終了翌日には，新潟県中越沖地震があり，長野にも被害が出て，自然の猛威を感じざるを得ませんでした．

さて，今回の大会は，日本ホスピス緩和ケア協会が，NPO法人として，新たな一歩を踏み出す大会でありました．ホスピス緩和ケアが，施設ケアから，緩和ケアチーム，さらに在宅ケアにまで広まる，第一歩を歩み始めたとも言える，記念すべき大会であったと思います．ホスピス緩和ケアは，今後，高齢化社会を迎え，ますます必要性が増すことが予測されます．今回の大会が，ホスピス緩和ケアの広がりの，新たな起源となったのではないかと感じられます．

さらに，大会を通してホスピス緩和ケアの広まりを意識する一方で，会員同士の地域連携を強く意識する大会ともなりました．大会2日目は，長野オリンピックアイスホッケー会場であるビックハットで，支部ごとの話し合いがもたれました．地域によって事情はまちまちでありましょうが，普段，近いようで遠い存在である地域の会員同士が，広い開放的な雰囲気を持つ会場で話し合うことができたことは，大会の大きな成果でした．会場内に点在する地域ごとのつながりが，大きなホールの中に統合されて，全体としてひとつの方向に向く，まさしく今後の協会の姿を象徴するような雰囲気であったと思います．今回の話し合いを通して，支部ごとの新たなつながりを作ることができたのではないかと思います．今後は，支部活動を通して，ホスピス緩和ケアがさらに広まりを持つものと思われます．

今回の大会では，会員同士の新たなつながりを持っていただくことが，大きな目的のひとつでありました．今回の大会を通して培われた，会員同士のつながりが，今後の，ホスピス緩和ケアの広がりに，大きく寄与することと思います．会員の皆様の更なるご活躍を期待したいと思います．

（報告：大会長 愛和病院院長 山田祐司）

特別講演

テ ー マ：「国の医療政策と緩和ケア」
講　　演：原　徳壽（厚生労働省保険局医療課課長）
座　　長：山崎章郎（日本ホスピス緩和ケア協会会長）

原　徳壽氏

総会にひき続き厚生労働省保険局医療課課長の原徳壽氏による「国の医療政策と緩和ケア」と題した特別講演があった．特別講演の内容をまとめ以下に報告する．

まず原氏は，自身は緩和ケアが専門分野ではないということを前置きしたあと，日本の医療制度の変遷について話した．戦後の昭和23年に制定された医療法に始まり，老人保健法，介護保険制度と，日本の医療の流れが詳細に説明された．一般病床で入院していた高齢者患者が，慢性期病状に転帰し退院することなくそのまま入院生活を送ることになってできた療養病床が，現在あわせて125万床あるという．さらに現在の状況から推計される将来入院患者数は，30年後には1.64倍の増加とな

るという．また，団塊の世代が100歳になるときに第3ベビーブーマー世代がいないため，約60万人の高齢者を支えるものがいない等，平成12年に開始した介護保険法，訪問介護，訪問看護が制定された背景が詳しく説明された．さらに氏は，増加の一途をたどる高齢社会に対応するために平成20年4月から開始される，75歳以上を対象にした後期高齢者医療制度の基本方針も述べた．それは医療計画の見直しを行い，情報の公開と情報交換，予防対策をしっかりとする，訪問診療，訪問看護の充実など，予防と在宅に視点を当てた方策であった．

次に平成19年4月に施行されたがん対策基本法について述べた．この法に基づき，緩和ケアについては放射線療法や化学療法の初期の段階から緩和ケアが並行して行われ，診断，治療，入院，在宅等，どの場面においても切れ目なく実施されることの必要性があると述べた．

原氏の講演で医療保険や介護保険の成り立ち，また今後どのように医療制度が変化していくか，変えていくべきかが改めて理解できたと会場にいた多くの者が感じたはずである．いかなる病気にかかった場合でも，住み慣れた地域で患者や家族が安心して療養できる医療であること．またどういう状況になってもしっかりと連携の取れたチーム医療であること．それは個人，法人，行政等の境をなくしたチームワークが必要だと考える．緩和ケアに携わる私たちも医療制度全体のことをより深く理解した上で，がん医療の均てん化をはかるべく教育に力をいれ，緩和ケア全体の質の向上に努めていきたいと考えた．

今講演は，巷はもちろんのこと行政にも広く深く，緩和ケアを知ってもらい，またお互いを知るという大変有意義な時間であったと感銘を受けた．

（報告：高知厚生病院看護部長 岩本　泉）

シンポジウム

テ ー マ：「緩和ケアネットワーク
—地域で暮らすために共に支え合う—」

シンポジスト：江口研二（日本緩和医療学会理事長）
海辺陽子（癌と共に生きる会事務局長）
本田麻由美（読売新聞東京本社社会保障部記者）

討論参加：原　徳壽（厚生労働省保険局医療課長）
山崎章郎（日本ホスピス緩和ケア協会会長）

座　　長：志真泰夫（日本ホスピス緩和ケア協会副会長）
田村恵子（日本ホスピス緩和ケア協会副会長）

特別講演に続けて「緩和ケアネットワーク：地域で暮らすために共に支え合う」をテーマにシンポジウムが開催された．座長の志真・田村両副会長から「地域を基盤とする緩和ケアネットワークの構築に向けて方向性を明らかにする」という趣旨の表明があった後，江口研二氏，海辺陽子氏，本田麻由美氏の三名のシンポジストが発表を行った．

江口氏からは，地域の緩和ケアネットワークの基本的な概念図が提示され，克服すべき課題について指摘があった．氏は，「診療現場で患者の苦痛を緩和することはもちろん，予防から緩和に至る一連の流れの中で，患者が希望する場で治療を受けられる環境を整備し，『がん難民』を作らないようにすることが大切だ」と主張．地域緩和ケアチームや相談支援センターを中心とする連携ネットワークを現実に立ち上げるに当たっては課題が山積していることを踏まえ，「国内で先進的な取り組みを成功させている地域の事例を検証し，モデル化した上で全国的に普及させることが重要だ」との見解を示した．

海辺氏は，父の喉頭がん，母の胃がんの体験から，「元気な日を一日でも長く」という，医療を受ける立場からの切実な願いを伝えた．「患者と家族が望むのは，今日ある機能をできるだけ明日も維持し，『普通の生活』を継続できるような医療．医師にも，諦めず，よりそい続けてほしい」と語った．父を自宅でケアした経験から，在宅ケアの要件として，疼痛管理の実現，介助者としての家族の存在，家族をサポートする専門スタッフの存在を指摘．患者と家族が十分に納得できる選択をすることがギアチェンジや喪失の受け入れにもつながること，遺族のこころのケアも大切であることを，会場に呼びかけた．

本田氏は，乳がんを経験したジャーナリストという立場から，「在宅ケアを推進する根拠として，医療費の

問題だけでなく，『人生の最後の生活を送る場として病院はふさわしいのか』という問いかけも大切なのではないか」と提案．お酒をしみこませたガーゼを唇にあてがう「晩酌」と孫の挨拶を楽しみに自宅で過ごす方のケースなどを紹介した．氏はまた，「ギアチェンジは，病院の中だけの問題ではなく，地域医療の連携不足にも原因がある」と指摘し，患者の揺れる思いに寄りそうことのできる，病院・ホスピス・在宅ケア間の往来の「可逆性」を，地域緩和ケアネットワーク構築のキーワードとして提起した．

シンポジウム

シンポジストの発表後，原徳壽氏と山崎会長をまじえ，会場から多数寄せられた質問に応える形で討論が行われた．「地域のがん患者のトータルケアを誰がコーディネートするのか？」という質問に対しては，「在宅医が役割を担うのが自然．ケアマネジャーや訪問看護師も適任」（原氏），「個人の診療の中心と地域の緩和ケアの中心は区別し，前者はケースの担当者の中から患者と家族が選び，後者は相談支援センターや緩和ケアチームを中心に地域にシステムを作る」（江口氏），「十分な情報提供を前提に，患者本人がコーディネートする」（山崎氏）といった意見が上がった．また，「『ホスピス』の負のイメージにどう対処すればよいか」という内容の質問に対しては，「『君にはまだ必要ない』と言われると『じゃあ必要になったときって，いつ？』と考えてしまう」（本田氏），「死の受け入れを重視する従来型のホスピスと，治療からのなだらかな移行を目指す緩和ケア病棟に分かれてはどうか」（海辺氏），「緩和ケア病棟で抗がん剤の使用を禁じているわけではない．現場から本当に必要だという意見が上がれば，点数を検討したい」（原氏）という壇上からの指摘のほか，会場の柏木哲夫氏より，「各機関で行っているケアの内容を明らかにした上で，患者に選んでもらうことが大切」というコメントがあった．

（報告：静岡県立静岡がんセンター医療ソーシャルワーカー主任 福地智巴）

地域緩和ケアネットワーク・全体会

日　　時：7月15日（日） 8:45〜9:30

テ ー マ：「がん診療連携拠点病院の役割と地域緩和ケアネットワーク」

内　　容：1．地域緩和ケアネットワーク検討会中間報告

2．広島県緩和ケア支援センターにおける地域緩和ケアネットワーク

3．ホスピス緩和ケア地域連携パス―長野市の試み―

司　　会：志真泰夫（日本ホスピス緩和ケア協会副会長）
本家好文（日本ホスピス緩和ケア協会地域緩和ケアネットワーク検討会座長）

2007年4月より「がん対策基本法」が施行され，厚生労働省は「がん診療連携拠点病院」を中心とした「がん医療の均てん化」を推進している．今後は都道府県ごとに，「がん対策推進計画」が策定され，実施されることになる．緩和ケアの領域では，がん患者及びその家族のQOLを高めるため，「治療の初期からの緩和ケアの実施」「緩和医療の均てん化」を目指した取り組みを「がん診療連携拠点病院」を中心として，地域における緩和ケアネットワークを構築することとなると思われる．当協会としては，他のホスピス緩和ケア関連団体と協力して，基本方針と今後の行動計画を示していくことが重要課題である．これらの経緯を踏まえて，「がん診療連携拠点病院と緩和ケアネットワークのあり方に関する検討会」が発足され，以下の報告がなされた．

全体会

志真副会長からは，がん診療連携拠点病院が中心となって，緩和ケア病棟，緩和ケアチーム，在宅療養支援診療所，訪問看護ステーションなど，地域ごとに顔の見える連携を築くこと，実態を把握した上での患者の要望に応じた円滑な運用を行うこと，スタッフの教育プログラムの作成・研修会の開催などの重要性が指摘され，「がん診療連携拠点病院と緩和ケアネットワークのあり方」の中間報告がなされた．本家氏からは，行政が中心となっている地域連携のモデルとして，「広島県緩和ケア支援センターにおける地域緩和ケアネットワーク」についての報告があった．緩和ケア推進拠点である広島県緩和ケア支援センターが中心となって，広島県がん対策推進会議，地域がん診療連携拠点病院連絡協議会，広島県地域保健対策協議会の協力・調整を行い，がん診療連携拠点病院・緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどのネットワークを活用した在宅緩和ケアが推進されていることが紹介された．また，広島県緩和ケア支援センターはスタッフの研修事業，情報提供，総合相談なども行っていることが報告された．山田氏からは，長野県愛和病院における「ホスピス緩和ケア地域連携パス」についての紹介があった．急性期病院用パスは，患者に在宅のメリット・デメリットおよび現在の症状コントロールを含めた治療内容を理解していただくこと，主治医に在宅ケア担当医を決めてもらうことなどを，目標として作成されている．在宅ケア主治医用パスは，治療に対する役立つ資料，患者のスピリチュアルケアや家族の悲嘆ケアの理解を目標として作成されている．患者用パスは，様々な患者用の情報が掲載されている．これらのパスには，在宅ケア主治医一覧表や訪問看護ステーション一覧表なども掲載されている．

これらの全体会での報告を踏まえ，1）地域緩和ケアをどのように構築していくか，2）そのコーディネータは誰が適当か，3）人材の育成はどのように行うか，4）ケアの質の確保をいかに行うか，5）ホスピス緩和ケアの啓発・普及などについて，その方向性を各地域のメンバーで探る作業が分科会に託された．

（報告：西群馬病院院長 斎藤龍生）

地域緩和ケアネットワーク・分科会

日　　時：7月15日（日） 9:40〜11:30

北海道

ファシリテーター：柴田岳三（日鋼記念病院緩和ケア科科長）
書　　記：前野　宏（札幌南青洲病院院長）

以下の3つのポイントについて話し合った．

1．がん拠点病院を中心としたネットワークの構築について

がん拠点病院の相談窓口特にMSWがコーディネーター役になることが現実的である．また，各医療機関のMSW同士の連携も重要になるであろう．今後当協会が各拠点病院に働きかけ，協会に加入してもらい，協働して行くようにする必要がある．さらに，地域でネットワークを作る際，開業医の参加が少ないのが問題であるという意見も出された．

2．地域での緩和ケアを担う人材の教育について

札幌以外の地域では緩和ケアを担う人材が極端に不足しているようである．しかし，いくつかの病院では認定看護師が中心となって勉強会などが開かれており，頑張っている医療機関もある．10月13，14日の札幌で開催される協会の教育セミナーに多くの方が参加して下さるようにアピールがあった．

3．各地の既存の緩和ケア病棟，緩和ケアチームの連携について（現状認識）

各地域ごとに報告がなされた．札幌市は現在5カ所の緩和ケア病棟が稼働しているが，各病棟間の連絡は十分には行われていない．今後，MSWを中心に情報

交換をもっと密に行う必要があるのではないか．函館市では二つの緩和ケア病棟が情報交換を行っているとのことであった．また，西胆振では日鋼記念病院と洞爺温泉病院との間で情報交換を行っているようである．旭川市では厚生病院に緩和ケアチームが立ち上がったが，地域における浸透はまだなされていない．今後，緩和ケア病棟および緩和ケアチーム間の連絡をさらに密に取り，地域の緩和ケア発展のために協力をする必要があることが確認された．

（報告：札幌南青州病院院長 前野　宏）

東　北

ファシリテーター：小笠原鉄郎（宮城県立がんセンター緩和ケア部長）

書　　記：清水千世（坪井病院看護部副部長）

東北支部分科会は12施設，医師8名，看護師18名，MSW 2名，ケアマネジャー1名，ボランティアコーディネーター1名，事務職2名の総数33名の参加で少人数ながら小笠原鉄郎医師の司会により，和やかな雰囲気の中で話し合いがもたれた．今回の年次大会は，「何処にいても，どのような状況にあっても，切れ目なくホスピス緩和ケアが受けられるようにするための，地域におけるネットワークの構築」が主題となり，前半の特別講演，シンポジウムを受け，分科会でも各県ごとに現状や課題を述べ合い，忌憚のない意見交換がなされた．各県ともに内容の差はあれ，自治体単位での研修会，行政と連携したモデル事業，医師会主体の在宅診療連携，NPO緩和支援ネットワークの立ち上げなど，地域間での連携に対する取り組みはなされており，その重要性と必要性が再確認された．

また，複数の施設からホスピス緩和ケア病棟のあり方についての検討が求められた．条件が整わず在宅療養が不可能なケースも多く，入院日数が延長し，急を要する患者の受け入れが困難となることもあり，ホスピス緩和ケア病棟であっても急性期と慢性期の住み分けが必要になるのではないかとの意見があげられた．患者・家族が望む所で，かつ，生活を主した施設でホスピス緩和ケアを受けられることも必要になってくる．残念ながら現状では，受け皿が少なく希望する施設に入るというよりは，空いた施設に入らざるを得ない状況があり，看取りを含めた質の高いホスピス緩和ケアが提供されているとはいい難いようである．患者・家族の意向を尊重した対応を推進するためにも一般市民，医療従事者を問わず，多くの方々にホスピス緩和ケアを理解していただけるような働きかけが，まだまだ必要である．

討論のまとめとして支部長より，方法を考えることも大切ではあるが，地域の中での人材育成が急務であるとの指摘があった．ヒエラルヒーはじめ在宅が病院とは異なることを知り，介護保険という狭義の枠の中で捉えるのではなく，それぞれの職種が各々の職域を果たし，患者の周りにどうチームを作っていくかが大切であるとの方向性が示された．司会の小笠原医師の提案で先ずは1つでいいので施設ごとに達成できる目標を掲げ，次年度に成果を報告し合えるよう約束し，会は終了した．

（報告：坪井病院看護部副部長 清水千世）

関東甲信越

ファシリテーター：高宮有介（昭和大学医学部医学教育推進室専任講師）

書　　記：渡辺　敏（千葉県がんセンター緩和医療科部長）

標題をテーマに，各県別（長野・山梨は合同，東京は23区・その他で2分割）計10グループに分かれ，小グループで討論が行われた．国の方針を受け，すでに都県レベルで施策が動き出しているところもある一方，その動きが見えていない地域もある（例：新潟）．総じて今後は行政の施策に協働してネットワーク化に意識を置く必要がありそうで，都県毎の差異はそれほどのものはないと思われる．千葉県では，本年4月の「がん対策基本法」施行のもと，「がん対策推進計画」の策定を企図し「がん対策戦略プラン検討部会」が組織化された．その下部委員会として「在宅がん緩和ケア小委員会」が設置され，すでに数回の会がもたれている．当面は「モデル事業」と「教育・研修」を課題

としている．茨城・群馬も行政の動きを本協会会員施設担当者が把握できているようである．行政やがん診療拠点病院との接点を欠く地域もあるようだが，財政的基盤を有する部分もあり，これらへの働きかけが今後は必要で，拠点病院毎の緩和ケアの質の把握（必要となれば向上も企図）も含め，本協会会員施設の積極的関わり・リーダーシップが問われることになる．

分科会（関東甲信越）

討論を通して，現時点での問題点として，医療全般的な医療者の地域的偏在性（都県毎の一括的対策は非現実的），在宅緩和ケア担当医の底辺が広がらないこと，訪問看護部分の減少・脆弱化，医師・看護師不足に起因する地域中核病院のバックアップベッドの縮小化，などが挙げられた．各地域の当面の課題として，地域連携に必要な各職種の業務状況などの調査・リストアップ化，顔の見える連携が重要とのことで連絡協議会の設置・定期的開催が挙げられた．また現実的に患者をコーディネートするシステムが不十分であり，これを何が（どこが）担うか，という部分もディスカッションされた．究極的には地域ごとの「在宅緩和ケア支援センター（仮称）」構想の現実化が目標であり，がん診療施設・入院緩和ケア担当施設と在宅緩和ケア担当の医師・訪問看護師・介護系施設とのスムースな連携システムの構築と，それに組み込まれる地域連携パス・電子化的カルテ共有システムなどの整備，そして運営のための人的配備などが課題となろう．

（報告：千葉県がんセンター緩和医療科部長 渡辺敏）

東海北陸

ファシリテーター：井上　聡（聖隷三方原病院ホスピス所長）
書　　記：谷　一彦（福井県済生会病院緩和ケア病棟所長）
福地智巴（静岡県立静岡がんセンター医療ソーシャルワーカー主任）

まず，速記での記録のため不正確な部分もありうることをお断りする．

54名の参加予定で，台風などの事情により実際には32名の参加であったが，活発な討議が行われた．

参加したA会員15施設のうち，10施設で地域連携に向けたなんらかの取り組みが認められたが，以前からの個人的つながりに基づくものや，独自の取り組みの段階で，県全体の体系的なものはまだ認められなかった．

行政の関わりが認められたのは7県中3県のみで，とりあえず地域拠点病院連絡協議会や県のがん対策推進基本計画のメンバーが決められ，地域の実態調査や人材・施設の調査などが計画・実行されている段階である．

医師会の理解，協力はほとんどの地域で得られておらず，大きな課題となっていた．しかし，個々の開業医には特に若手に在宅ケアに熱心な医師がいることが6県で報告された．

研究会活動はどの地域でも活発に行われていたが，製薬メーカーがスポンサーになっているために行政が関わりにくい可能性や，また，教育機能としては座学に終わって身につかないこと，実地にでかけて実践を通じての教育効果が高いことなどが話し合われた．

なお，複数の緩和ケア病棟がある地域において，研究会や個人的なつながりはあっても具体的な連携はなく，患者が複数の施設に入院予約を行っている状況で，地域のベッドを有効に活用し，患者・家族の入院の相談に適切に対応するための緩和ケア病棟同士の連携も必要と考えられた．

上記実態から，国と地方自治体の意識に大きな差があること，医師会の意識もまだ乏しいことなどが浮き彫りとなり，会員からはできるだけのことをやってい

るが，個人や単独施設での取り組みに限界があり，協会としても国にだけでなく，地方自治体並びに医師会にも積極的に働きかけてほしいとの意見がみられた．特に，地域拠点病院連絡協議会や県のがん対策推進基本計画に協会員が加わることが重要との指摘があった．

とりあえず現実的な取り組みとしては各地域の熱心な開業医や訪問看護ステーションなどとの連携からモデル作りを行うのが有効ではないかとの意見が多かった．

最後に，静岡県浜松市において，聖隷三方原病院を中心に，厚労省の戦略研究事業として地域連携モデル事業が本年度から開始されたことが報告され，その成果が期待される．

（報告：福井県済生会病院緩和ケア病棟所長 谷　一彦）

近　畿

ファシリテーター：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：久保山千鶴（六甲病院師長）

地域のネットワークの構築として，がん診療拠点病院のネットワークがまず必要であり，拠点病院は相談支援センターを設置しているので，その支援センター同士のネットワークが重要となってくる．そのためには拠点病院，緩和ケア病棟，緩和ケアチーム，在宅医とで集まり，顔の見える人的なネットワークづくりに取り組むという課題が上がった．また，情報を得る手段として，地域の訪問看護ステーション，ホスピスケア・がん性疼痛認定看護師などのネットワークを大いに活用していくことも重要である．

ケアコーディネーションの重要性では，コーディネーターの役割は重要で退院の調整や，介護力の薄い家族と地域への橋渡しなど，バックアップ体制の構築という役割を担って欲しい．また，在院日数の関係で，ケアが充分でない状況で在宅になるケースも多いので，今後「がんよろず相談所」という役割が必要とも考える．地域連携室がその役割を担っている施設もある．地域によっては文化的背景が強く影響していて患者に緩和ケアに対する抵抗が大きく難渋しているとの報告もあった．

人材育成においては，在宅緩和ケアについてのネットワーク，教育を（地域ごとに）進めているところや，地域に呼びかけても医師の反応が良くなく，緩和ケアに興味のある医療者も少なく学べる場も少ないところがある．拠点病院になる為に，緩和ケアチームをつくったがうまく機能していないという拠点病院もあった．医師会の研修を利用，研修医として１ヶ月間緩和ケアの研修をして欲しいという要望もあり，今後の課題として，地域の行政へ協力を要請しつつ，病院や医師会ともうまく連携をしながら，緩和ケア医の育成を切望する．　（報告：六甲病院師長 久保山千鶴）

中国四国

ファシリテーター：本家好文（広島病院緩和ケア科部長）

書　　記：森　洋二（松山ベテル病院在宅部部長）

広島・岡山，山口，および四国の３グループに分かれて話し合いを持った．

地域緩和ケアネットワークの構築，地域連携については，各県，各地域での取り組みに大きな差と違いがある．広島では広島県緩和ケア支援センターを中心に緩和ケア病棟と在宅との連携のあり方，即ち症状緩和後在宅移行を原則とし，在宅医師，訪問看護，療養施設スタッフとの連携で，患者・家族の不安を取り除く方向で努力しているが，各病院，各地域の特性があり，経済的負担などのため継続入院になるケースが多い．また「戻るべき療養場所がない」という地域の現状も挙げられた．多職種症例検討会を長年継続開催することにより，在宅医と緩和ケア医の関係形成，看護師間，MSW 等との顔の見える関係作りをしていくことが肝要であるという意見が出された．

山口では，ホスピス緩和ケアに従事する施設，事業所の日本ホスピス緩和ケア協会への入会を勧め，相談支援センター（地域連携室）の充実を図り，各地域の多職種の勉強会を開催し，市民への情報提供，インターネットを使っての学習，研修なども行い，裾野を拡

げていく．自地域で行っていることを県に返し，行政を巻き込んだ事業展開をしていくことが今後の課題であるというまとめがなされた．

四国でも四県で各々事情が大きく異なり，ネットワークの構築，地域連携がまだ難しいのが現状である．高知では1995年から高知更生病院を中心に，緩和ケア研究会が啓蒙活動を継続しているが，患者会と協力して高知県に働きかけ，NPO法人を設立する方向で活動している．行政も高知市内の在宅医療の充実に協力的で，さらに全県内の問題も明確化して，県，NPO，拠点病院が役割分担して緩和ケアの事業展開をしていく願いをもっている．愛媛県では，愛媛ターミナル研究会が1990年から啓蒙活動を行っている．四国がんセンターに県内二箇所目の緩和ケア病棟が出来，がんセンターの相談支援センターで，患者のスクリーニング，社会資源調整を行っている．松山ベテル病院では毎週火曜日に在宅ホスピスカンファレンスを，毎月在宅ホスピス勉強会とスピリチュアル勉強会を，それぞれオープンで行っている．ホスピス医の働きかけで松山市医師会の支援診療所の医師が集まり，緩和ケアの勉強会が始まる予定である．

（報告：松山ベテル病院在宅部部長 森　洋二）

九州沖縄

ファシリテーター：井田栄一（熊本ホームケアクリニック院長）
書　　記：中俣直子（相良病院看護部長）

九州支部は，範囲が広く，沖縄など陸続きではない県を含むという特徴がある．よって，支部全体でネットワークを構築していくことは困難で実用性が少ない．現時点では，県，地域単位で，ネットワーク作りを始めており，それぞれの取り組みが紹介された．

福岡は，A，B会員合わせて19施設あり，それぞれの地区でネットワークを作り，活動している．また，「在宅ホスピスガイドブック」を作成した施設があり，今後このガイドブックを各ホスピス緩和ケア病棟，在宅支援診療所，一般病院，家庭に配布し，在宅への移行をスムースにしていくための検討がなされている．長崎，宮崎では，医師会が中心となり，緩和医療医や在宅医の医師ネットバンクを作成し，拠点病院，一般病院とホスピス緩和ケア病棟，在宅の連携促進を図っている．また，長崎では，がん診療相談支援センターを医師会病院に設置しており，コーディネートしているということであった．熊本は，在宅も含め施設間レベルでのネットワークを早くから作って活動しており，在宅患者の入院がスムースに行われるよう空床数や入院待ち日数などが分かるようになっている．その他，施設単独で地域の在宅医がどこまで緩和の患者の受入ができるかのリストを作成している所もあった．

上記のように各県でネットワーク構築への取り組みは様々であり，互いに参考になる意見交換がなされたが，同時に現状の問題提起もなされた．ある施設からは，在宅への移行を行い，その指標として，ホスピス緩和ケア病棟における死亡退院率や長期入院の割合を下げようと努力しているが，家族のマンパワーの問題もあり，在宅での受け皿が作れない，また，緩和ケアに興味のない医師が多いという県もあり，ネットワーク作りが困難であるという話も出た．それに対し，体験入院というシステムや治療中の方の受入れ，レスパイトケア等を行うことで市民や医療者の理解が得やすいのでは，という意見や県内のホスピス緩和ケア病棟が合同のパンフレットを作成し，配布するなどしてみてはいいのでは，という意見が出た．

教育については，各県各施設，医学生，看護学生，卒後教育，市民向け講座等を積極的に行っており，啓発や教育を通し，緩和ケアの必要性を理解してもらうことでネットワークを広げていければという意見であった．

（報告：相良病院看護部長 中俣直子）

次年度年次大会のお知らせ

2008年度は岡部医院が開催事務局となり，7月19日（土），20日（日）に宮城県での開催が予定されています．