



No. **39**
30.Aug.2017

日本ホスピス緩和ケア協会

NEWS LETTER ニューズレター

Hospice Palliative Care Japan

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

ピースハウスホスピス教育研究所内

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

Website <http://www.hpcj.org/> E-mail info@hpcj.org

メッセージ：2017年度 年次大会を終えて がんとの共生を支援する緩和ケアを目指して



特定非営利活動法人
日本ホスピス緩和ケア協会
副理事長 田村 恵子

● 緩和ケアと新たながん対策推進基本計画

2017年度年次大会は 7月15日(土)・16日(日)の両日に渡り、東京ビックサイトで開催されました。大会テーマは「緩和ケアと新たながん対策推進基本計画」であり、総会終了後、講演「がん対策基本法改正とがん対策推進基本計画について」、パネルディスカッション「新たながん対策推進基本計画と緩和ケアの役割」を企画しました。がん対策基本法の制定から10年経ち、がん治療が進み、治療後も社会で活躍できる人が増えてきた一方で、通院のため退職を余儀なくされる患者も増えるなど、新たな課題が出てきていました。こうしたことから、議員立法として改正案が提出され、2016年12月 9日、衆院本会議で可決、成立しました。

改正法では、基本理念として、がん患者が尊厳を保持しながら安心して暮らすことのできる社会の構築を目指すことを掲げ、がん患者への国民の理解が深まるようにすることが求められています。そして、「がん予防」「がん医療の充実」「がんとの共生」の3点を柱とする「第3期がん対策推進基本計画」(案)が制定され、パブリックコメントなどを経て閣議決定される見通しであることが紹介され、それらを受けて、パネルディスカッションを行いました。

● がん緩和ケアの方向性と協会の責務

「第3期がん対策推進基本計画」(案)では、緩和ケアはがんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現することを柱の一つとして位置づけています。そして、これまでがん診療連携拠点病院を中心にその整備が推進されてきましたが、まだまだ患者・家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に行われていないことが指摘され、今後は拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟での緩和ケアの実態や患者のニーズ調査の必要性が掲げられています。協会会員施設の大部分が拠点病院以外の病院の緩和ケア病棟・緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等であることから、今後は会員施設が中心となって、緩和ケアを充実させていくことが求められているといえます。そのためには、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・在宅緩和ケアにおける専門性とは何かについて、議論を深めて、社会に対して明示していくことが肝要であると考えます。また、既に何度も指摘されていることですが、地域包括ケアシステムのもとで、いかに切れ目のない質の高い緩和ケアの提供ができるのかについて、地域の実情に応じて病院と在宅医療の連携体制の要になるようとする姿勢が必要で期待されていることを改めて感じています。専門緩和ケアを担う団体として、皆さまとともにしっかりとその責務を果たしていきたいと考えています。



2017年度 年次大会 報告

2017年7月15日(土)・16日(日)に東京ビックサイト会議棟(東京都江東区)に於いて開催された年次大会は、700名余りの参加をもって盛会裏に終了いたしました。各プログラムの報告を掲載いたします。

2017年度年次大会を振り返って



石原 辰彦

日本ホスピス緩和ケア協会
副理事長/中国支部 代表幹事

岡山済生会総合病院 診療部長
緩和ケア担当責任者(ホスピス長)

東京ビックサイト会議棟での開催も3年連続となりましたが、2日間たいへん良い天気にも恵まれました。700名以上の参加者にとって、実り多き大会になったのではないかと感じます。今回は大会運営支援を中国支部が担当しましたので、1日目についてご報告いたします。

1. 総会

会員数は着実に増え正会員数が459となりました。うち緩和ケア病棟は334施設 6878床であり、加入率は87%にとどまっています。40以上ある未入会施設への入会への勧誘が引き続き求められます。

2016年度事業報告では、「ホスピス緩和ケア病棟における質向上の取り組みに関する認証制度」が始まり161施設が認証を受けたこと、ホスピス緩和ケア週間での全国各地の企画数は124となり年々増加していること、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムが4支部で開催され148名が修了したことなどが報告されました。

2017年度事業計画では、新たに「SPACE-Nフォローアップセミナー」を開催すること、インターネット遺族調査を将来実施するためにパイロットスタディーを5~6施設で行うことなどが説明されました。

Asia Pacific Hospice Conference 2021(APHC2021)の日本での開催に立候補することが表明されました。APHCは2年に1度開催されており、誘致できれば日本は2回目となります。また2021年は当協会設立30年の節目となる年です。(その後2021年秋に神戸で開催することに決まりました。)



[総会の様子]

総会の最後に、受動喫煙防止対策強化に関する意見が数名から出されました。昨年秋に厚生労働省のヒアリングに当協会から提出された、医療機関の施設内禁煙の例外として緩和ケア病棟内での分煙を認めてほしいという要望に対して、賛成と反対の両方の意見がありました。家族や医療従事者の健康を守ることは大切なことであり、患者の最後の願いを叶えるために許容できることはどこまでなのか、大変深い課題です。

2. Life asked death日本語版の上映

Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN)が制作した映像作品「Life asked death」日本語版が上映されました。日本語版の制作に当協会が協力し、ホームページで閲覧できるようになっています。

3. 講演会

前厚生労働省健康局がん・疾病対策課課長補佐の濱卓至先生に「がん対策基本法改正とがん対策推進基本計画について」と題して講演していただきました。

濱卓至先生は7月1日に日本医療研究開発機構臨床研究・治験基盤事業部へ異動されたばかりですが、前職の3年間の任期中にがん対策基本法の一部改正や次期がん対策推進基本計画の策定に直接携わってこられました。それらの施策の決定過程における細やかな配慮が言葉の端々にあり、緩和ケア医としての経験が反映されたすばらしい仕事をされたのだと感じました。様々な意見を国の施策へ取り入れてもらうためのノウハウを身につけておられますので、ホスピス緩和ケアのために今後の大きな活躍を期待させていただきます。



4. パネルディスカッション

「新たながん対策推進基本計画と緩和ケアの役割」と題し、パネリストとして、池永昌之先生(淀川キリスト教病院 緩和医療内科 主任部長)、関本翌子先生(国立がん研究センター東病院副看護部長)、山崎章郎先生(ケアタウン小平クリニック院長)、波多江伸子先生(福岡がん患者団体ネットワークがん・バツテ



[パネルディスカッション]

ン・元気隊代表)の4名に、濱卓至先生を加えて、それぞれの立場からの発言がありました。「早期からの緩和ケア」を求めて「緩和ケア病棟」にアクセスしても断られてしまう。同じ「緩和ケア」と言う言葉を使っているのは患者の立場では混乱する、と言う指摘があり、言葉の定義が重要であることを再認識させられました。

5. 懇親会

懇親会の運営を当中国支部が担当いたしました。安芸市民病院の松浦将浩先生の司会、柏木哲夫先生の乾杯のご発声で会は始まり、企画として中国5県のおみやげ抽選会を行いました。それぞれの県から日本酒や焼き物など名産品を紹介し当選番号を読み上げ、予想以上に盛り上がり参加者には喜んでいただけたと思います。締めのご挨拶は恒藤暁先生にいただき、盛会に終了いたしました。

報告の最後に、受付や会場案内などの運営支援に携わった中国支部会員には30名以上に協力していただき、たいへん感謝いたします。



おみやげ
抽選会



分科会報告

本報告は、それぞれの分科会を担当した方々に執筆いただきました。

分科会1

在宅ホスピス緩和ケアの質を問う

－在宅緩和ケア充実診療所は地域緩和ケアにおいて機能しているのか？－

担 当：医療・介護保険委員会

今回、医療・介護保険委員会は分科会1)において「在宅ホスピス緩和ケアの質を問う－在宅緩和ケア充実診療所は地域緩和ケアにおいて機能しているのか？－」をテーマに、①在宅緩和ケア充実診療所(以下在緩充実診)医師の立場から前野宏先生、②緩和ケア病棟医師の立場から中橋恒先生、③緩和ケアチーム医師の立場から橋口さおり先生、④MSWの視点から島根大学医学部附属病院 太田桂子様、⑤MSWの視点から穂波の郷 大石春美様、⑥特別発言1として前厚労省医政局長 神田裕二様、特別発言2として山崎章郎先生からご発表をいただいた。

まず①前野先生からは、協会におけるアンケート調査結果が発表された。現在、在宅療養支援診療所は全国で11624カ所あり、その内、在緩充実診は500程度にすぎない。協会内のアンケートでは、会員30のうち26カ所(86.7%)が在緩充実診であった。在緩充実診になっていない理由としては、医師確保や年間看取り20件、連携型の強化型在支診となるとレベルが下がるなどが挙げられた。活動としては地域における市民啓発活動や教育研修活動を率先して行っているという報告があった。②の中橋先生からは、愛媛県在宅緩和ケア推進モデル事業を通して緩和ケア病棟と在宅緩和ケア診療所が連携しホットラインシステム、コーディネーター育成などで在宅看取り率を10.5%まで引き上げることができたという報告があった。③橋口先生からは、

都市型の緩和連携にて診療所がハブ機能を有し多職種連携でリソースマップを作成することが有用であることが示された。④太田様からは、医療関係者の83%が在緩充実診を周知していないことをあげるとともに、今後在宅でより専門的な緩和医療的処置が必要な場合に他の診療所と連携する可能性を述べた。⑤大石様は、コミュニティ緩和ケアの重要性を上げ、より生活に密着したがんサロンなどで活躍する緩和ケアコーディネーターの養成などにより自助共助につながる在緩充実診の役割の可能性について事例を交えて報告された。⑥神田様からは、在緩充実診についてまだまだ数が少なく認知されていないことを前提に、今後はハブ機能を強化し、緩和機能を有する病院や施設等と連携することで地域包括ケアとも連動し、発展を期待したいと



【シンポジストの発表】

の発言があった。⑦最後に山崎先生から、在宅ホスピス緩和ケアの基準を早く作成し、在緩充実診が基準に含まれる遺族ケアなども行い、地域の緩和ケアセンター機能を担うようそのケアの内容の充実を求めるとともに、協会としてより多くの在緩充実診が協会に入会していただくように呼び掛けが必要であると述べられた。

報告：矢津 剛（矢津内科消化器科クリニック）

分科会 2

緩和ケア病棟のケアの質

担 当：認証委員会
緩和ケアデータベース委員会

参加者のうち認証申請した施設からの参加が、半数強くらいであった。申請しなかった理由は、病院の方針、師長の交代、事務的な勘違い、病院医療機能評価と重なった、開設間近で意義がわからなかった、遺族調査の準備ができなかった、J-HOPEが院内IRBで通らなかったなどであった。

分科会は、担当の委員会から「認証制度の経過」、「J-HOPE 3 および J-HOPE2016 調査から見えるもの」、「施設概要・利用状況調査」について報告し、その後、「認証制度の“問題点”と“これから”～認証制度の活用について～」をメインテーマとして次の1)～3)のテーマについてグループに分かれて意見を出してもらった。

- 1) 遺族調査（第三者評価）は施設による独自調査を認めるか：独自調査では、調査内容が担保できない、マンパワー的に困難、返信先が他機関なので返信しやすいというような意見が出された。
- 2) J-HOPE 4 研究は郵送費を施設負担（有料）でも参加するか：自施設で行うのは難しいし、費用負担は仕方ない、自由回答が良いフィードバックになり、緩和ケア病棟側にメリットがあるので有料でも参加するという意見が多数であった。
- 3) 認証結果の一般公表について：一般公開は、時期尚早という意見があり、その理由は、認証制度の意義が会員に十分に認知されていない、認証制度はケアの改善に活かすのでスタッフのみに周知すれば良い、公表に向く項目と向かない項目があるなどの意見が出た。HPCJ会員が意義・内容を把握できていない現状では一般市民には誤解される恐れもある。一方で、協会会員であれば参加は義務であり、公開しないという意見は出なかったグループもあった。

● 認証制度に対する意見

第三者評価は、医療機能評価または遺族調査以外にも、ISO、地元の関連する病院・診療所などからの評価があっても良い。緩和ケア病棟側にメリットがあるので有料でも参加するという意見が多数あった。遺族調査の評価が悪くても認証としては認められることになるが、それで本当に質保証になるのか。

● 遺族調査に対する意見

全患者に遺族調査を行いたい、全国値との比較が有用だった、医師が1名の場合はフィードバックが匿名化できない、悪い評価でも共有することでケア改善につながる、フィードバックになり受けてよかった、という意見があった。宮下委員長から、郵送費自己負担になった場合は、施設側にメリットがあるように、施設独自の調査項目追加など工夫の余地はある、また、遺族調査評価を認証に反映させることにすると評価が悪そうな遺族には送付しないというバイアスがかかる可能性がある、というコメントがあった。



【調査結果の報告】

最後に、志真理事長から、認証制度を理解してもらうことが必要で、各自施設内でもアピールをお願いしたい。第3期がん対策推進基本計画では、がん診療連携拠点病院以外の病院での緩和ケアに関する情報が求められる可能性がある。厚労省等から調査されるのではなく、協会の取り組みが反映できるように働きかけていきたい。来年度の認証制度はマイナーチェンジで行う予定、公表については委員会内で検討する、という話があった。

報告：丸口ミサエ（認証委員会 委員）

分科会 3

死が近づいたときのケア

—多職種チームで支える—

担 当：多職種教育支援委員会

分科会3は、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、MSW、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ボランティアコーディネーターと、まさに多様な職種のおよそ130名の参加者が集い開催された。会の冒頭、石原辰彦委員長から、①前半は、PEACEプロジェクト追加モジュールM-15「死が近づいたときのケア」を体験すること、②続く後半は、その体験に基づいて各職種としての気づきや改善点などの意見を集約することが主な目的であることが説明された。

前半・後半ともに、5～6名、22グループでワークを進めた。初対面の参加者同士であったが、開始と同時に、活発な意見交換が始まった。M-15体験後の気づき



【グループワーク】

では、多くの参加者が、同じ情報からであっても、職種によって関心を持つ視点や対応が異なることがわかったと語った。医師による適切な病状の判断、看護師による患者の成り行きを見通したケアの判断と実施、MSWによる患者・家族のニーズに応じた社会生活の視点からの情報提供、作業療法士・理学療法士らからの日常生活動作の工夫やリラクゼーションケアなど、具体的かつ現実的な意見が次々と集約された。

また、看取りの時期では、MSWの役割を想像することの難しさがあり、たとえば「死が近づいた時点で『家に帰りたい』という患者の意向があった」や「自宅での生活から病状が厳しくなった時点における療養の場（自宅、病院、緩和ケア病棟等）の調整の場面」、「死別後の家族のケアの場面」など、MSWの専門性がキラリと光る設定に向けた要望が出された。

これらの意見は、M-15が2011年に作成されており、その後のがん終末期の患者の療養をとりまく社会情勢の変化の中で、治療方針や療養の場の意思決定支援におけるケアのあり方も変わってきていることを反映していると考えられた。M-15を用いた多職種での学習の最大の成果は、それぞれの職種の専門性を理解しあいながら検討し、患者・家族への最善となるケアを導き出せることが、当分科会を通して得られた示唆であった。

報告：宮原知子（神奈川県立がんセンター）

分科会 4

臨死期のケア～Last few days of life と看護～質の高いケアを患者・家族に 届けるために

担 当：看護師教育支援委員会

本分科会の参加登録者は144名、参加者は139名であった。参加者は緩和ケア病棟に所属している看護師が大半を占めた。

会の冒頭に田村委員長より、看護師教育支援委員会の活動について説明があった。看護師教育支援委員会ではELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムの受講の推進とともにSPACE-Nプログラムを継続開催しており今年度も定員数を超える応募があったこと、これまでに152名のSPACE-N修了者が誕生していることの報告があった。次に、新幡委員より、SPACE-Nプロ

グラムの有効性検証の調査の経過報告がされた。修了者に対する主観的評価では、専門的緩和ケアの実践における問題・課題に対して、“問題の本質を掘り下げて考えていき”、“自己と他者の前提・価値観の違いを認識し”、対話の必要性を認識するとともに、状況を“俯瞰的に捉える”ことを通して問題の本質に早期に気づき、問題の本質に沿った看護実践を行うという変化が報告された。また、上長による評価では“メンバーの価値観を大切にし、共に考えるようになった”、“メンバーを巻き込みながら問題に対応するようになった”等の変化が報告された。

続いて、東北大学大学院医学系研究科緩和ケア看護分野、青山真帆先生より、「遺族によるホスピス緩和ケアの質の評価に関する研究」の付帯研究の中から、「遺族からみた終末期がん患者の家族の希望を支え将来に備えるための望ましいケア」、「終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護」、「終末期がん患者の家族が患者の死を前提として行いたいことに関する研究」について、具体的な看護ケアの示唆を含めた報告がされた。

後半は、これらの調査からのご遺族の声を踏まえグループワークを行った。明日から提供する専門的緩和ケアを質の高いものにできるようにはどうしたらよいか、各グループでディスカッションテーマを決め具体的なアイデアや意見を出し合った。グループのディスカッションテーマは「尊厳を保ちつつ療養するためには」、「希望を持ち心残りを少なくするケアとは」、「大切にされていると感じるケアとは」、「スタッフのモチベーションを保つ教育とは」など多岐にわたっていたが、それぞれが、明日から実施できる質の高い緩和ケアの実践のために活発に話し合いを行った。



【グループディスカッション】

最後に、二見委員より緩和ケア病棟全体のELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムの修了者割合が4割を超えたこと、ELNEC-J修了者が病棟看護師の50%以上である施設が全体の1/3となったことが報告され、ELNEC-Jコアカリキュラムを基盤とした教育を進めること、教育の内容が具体的な個別のケアの中に意味づけられ、ケアとして役に立つようになる、それがまた教育に反映される循環ができることよとの話があった。

報告：川村 三希子（札幌市立大学看護学部）



分科会 5

緩和ケアチームのやりがいを高める

担当：恒藤 暁（京都大学大学院医学研究科
人間健康科学系専攻教授）
岡本 禎晃（市立芦屋病院 薬剤科部長）

分科会5では参加者82名で「緩和ケアチームのやりがいを高める」をテーマにグループワークを中心に行った。

最初に自己効力感についての講義の後、医師、看護師、その他の職種に分かれてグループワークを行った。グループワークは「緩和ケアチームの活動における課題」と「課題に対する解決策」を話合った。引き続き、各職種が均等になるようにグループを再編し、同じグループワークを行い、その後各グループで発表を行った。

発表内容としては「依頼件数の増加」「チームと病棟スタッフとのコミュニケーション」「チーム内でのコミュニケーション」などコミュニケーションに関する課題が多かった印象がある。それぞれの課題に対する解決策も、各グループで建設的に行われていた。



【各グループからの発表】

次に「強み」についての講義の後、2人1組でグループワークを行った。同じ質問を繰り返されることで、「自己の強み」について気づきを得ることができた。

このことについての発表では「ネガティブなことがあったが、このグループワークで元気になった」「自分の強みに気づくことができた」や強みに対する深く掘り下げた意見も出て、参加者の満足度は高まったように感じた。

最後に24種類の強みについての講義の後、総合討論を行った。そこでは「今日のグループワークを自院の緩和ケアチームなどで再現したい」や「自己効力感についての理解が深まった」、「StrengthsとPositive Thinkingの違いが理解できた」などといった意見があった。

今回の分科会を通して自らが所属する緩和ケアチームの力と自己の強みについて改めて考える機会となり、緩和ケアチームのやりがいが高まれば幸いである。

報告：岡本 禎晃（市立芦屋病院）

分科会 6

質向上の文化を創るには

担当：質のマネジメント委員会

当分科会は、緩和ケア病棟において質向上の取り組みを継続的に進める文化を創るために必要なことをテーマとし、参加者62名で開催しました。

まず、質のマネジメント委員会より、患者家族のQOL(Quality of life)・QOD(Quality of Death)をできるだけ向上できる質の高いケアを提供するためには、

- 1) 患者・家族が遠慮なく話せる医療者との関係性
- 2) 多様なニーズを受け止め忌憚なく話し合えるチーム内の関係性
- 3) 患者の希望に応える改善を行えるチームメンバーと管理者との関係性

を育む必要があることを提起しました。そして当協会が2年に1回行う「自施設評価共有プログラム」は、チーム内の話し合いを活性化することによって質の改善につなげることを意図しており、昨年このプログラムに参加した施設の80%において何らかのケアの改善が行われたことを紹介しました。

その後のグループ討論では、まず現状の各施設の問題点を話し合いました。医師と多職種・医師と医師同士の連携が難しい場合があること、業務と安全の確保に追われてケアの質向上に向けた取り組みを行う余裕がないこと、カンファレンスが活発なものにならないこと、新人スタッフの育成に悩むこと、などの課題が報告されました。その後、「質の評価から質向上の文化を育てるためにできること」をテーマとして再度討論を行い、自施設評価共有プログラムをうまく活用できた施設がある一方で、評価は行ったが共有カンファレンスの開催が難しかったという施設や、カンファレンスも行ったが実際の改善には結びつかなかったという施設からの報告も聞かれました。

最後に、各グループの代表者によるパネルディスカッション形式の討論を行い、各種の評価によるケアの改善のきっかけづくり、病棟の新人を対象としたステップアップ型プログラムによる教育の必要性、病棟スタッフと病院管理者との定期的な意見交換の場の有効性、などについて多くの意見交換が行われました。

報告：安保 博文（六甲病院）



【グループワーク】

第3回 緩和ケア病棟運営管理者セミナー実施報告

「カンファレンスの持ち方」

担 当：質のマネジメント委員会 参加者：215名（166施設）

このセミナーは、緩和ケア病棟の管理者である病棟師長・医長を対象に、より質の高い病棟運営を行うためにベースとなる考え方や具体的なノウハウを共有することを目的として、年次大会二日目の午後に開催しています。第3回目となる今回は、「カンファレンスの持ち方」をテーマとして行いました。

セミナーの前半では、まず質のマネジメント委員会から「なぜ緩和ケアのカンファレンスは難しいのか」（六甲病院 安保担当）・「みんなが意見を言えるカンファレンスをもつために」（辻仲病院 柏の葉 柏谷担当）のプレゼンテーションを行いました。二つのプレゼンテーションでは、緩和ケアの目標である患者家族のQOLは多様な要素で成立していること、それを支援するチームには多様な価値観が求められること、チームメンバーの価値観の違いから生じる意見の不一致を前提として情報共有と合意形成を行うプロセスがカンファレンスであること、が述べられ、患者の自律に踏み



込むことがケアの本質であることを踏まえつつ、患者家族のみならずスタッフ同士でもお互いの自律心を損なわず「大切にされていること」が感じられるSafeな場を創ることが重要であることが強調されました。

このあと、一施設の具体的な取り組みとして、六甲病院緩和ケア病棟 宮田師長より「カンファレンスの持ち方 いろいろ悩んで工夫してきた」と題し、カンファレンスを活性化させる方策が報告されました。この中では、カンファレンス前に業務の手はずを整えておくことや、意見を求める際に「何かないですか」ではなく「今日はどうですか」と問いかけること、院内院外の関係部署にも参加を求めること、ときどきスタッフ内アンケートを行ってみること、などの工夫を行っていることなどが話されました。

セミナーの後半は、約7名ずつのグループに別れてグループ討論を行いました。多くの施設で多職種が参加するカンファレンスでみんなが発言することの難しさがあり、それを乗り越えるための工夫（司会者がファシリテートする、テーマを決めて行う、医師や師長が少しズレたコメントをすることでみんなが発言しやすい雰囲気をつくる、倫理の4分割シートやSTAS-Jを活用するetc.）などが話し合われていました。

セミナー終了後に「カンファレンスは緩和ケア病棟の永遠のテーマですね」という声が聞かれたのが印象的でした。

報告：安保 博文（六甲病院）

第4回MSWセミナー

「患者・家族の想いを繋ぐ連携とは -ソーシャルワークに基づく意思決定支援とは-」

担 当：多職種教育支援委員会 MSWワーキンググループ 参加者：108名

多職種教育支援委員会MSWワーキンググループでは、MSWセミナーをよりソーシャルワークの専門性を実践的に学習する機会とするために協議を重ね、昨年度から以下のように3年1コースで系統立てて企画している。

テーマとして「患者・家族の想いを繋ぐ連携とは」

2016年：「ソーシャルワークの価値・倫理」

2017年：「ソーシャルワークに基づく意思決定支援」

2018年：「患者を中心としたネットワーク構築」

2年目となる今年度は、「患者家族の想いを繋ぐ連携とは -ソーシャルワークに基づく意思決定支援とは-」をテーマに、昨年と同じ仮想事例を用いて「連携」を軸においた、ソーシャルワークにおける意思決定支援および患者・家族にとっての最善にいきつくための臨床実践について学べる構成とした。

事前参加申込者は113名で、当日参加者は108名だった。内、昨年度からの継続受講者が約半数であった。

最初に、福地 智巴委員（神奈川県立がんセンター）より、本セミナーの3年計画の意図と昨年度の学びの振り返り講義が行われた。引き続き、田村 里子委員（WITH医療福祉実践研究所）より、緩和ケアにおける



ソーシャルワークに基づく意思決定支援と題し、MSWがその支援に携わるための理解や支援の実践がさらに深められるような講義を受講した。その後休憩を挟み、1グループ7～8人、全14グループでアイスブレイクを太田多佳子委員（松山ベテル病院）のファシリテートにて実施した。橘より、食道がん患者で摂食方法の課題を抱えた患者の退院支援事例を紹介した。各グループで、事例における患者・家族それぞれの考える『最善』をどのように意識するか討議し、続いて患者・家族の合意としての『最善』にいきつくためにどのように介入していくかを協議した。患者本人に丁寧に

関わる過程や、患者の家族や医療者の立場性を理解しながら支援を展開していくソーシャルワーク実践を再認識できた機会となった。

受講者によるアンケート結果では、日常のMSW実践に重なるとの評価を得られ、次年度のネットワーク構築をテーマにしたセミナーへの受講希望が多数寄せられた。最終年度である来年度は、3年で完結するセミナーのあり方や引き続いた開催の意向についても参加者からの評価を得たうえで、ワーキンググループとして検討したいと考えている。

報告 橘 直子（山口赤十字病院）

厚生労働省へ 政策提言を提出しました



2017年8月17日（木）、当協会医療・介護保険委員会の矢津剛委員長、山崎章郎委員、河 幹夫委員、松島たつ子事務局長が、厚生労働省を訪問し、

「平成30年度健康保険および診療報酬改定に向けた提言」
「平成30年度介護保険および介護報酬改定に向けた提言」
を、大臣官房審議官 渡辺 由美子氏（医療保険担当）、大臣官房審議官 伊原 和人氏（医療介護連携担当）に提出いたしました。

本提言書は、過去に提出した政策提言のうち実現されなかったが、引き続きその実現が必要と思われる提言に、会員と関連施設を対象に実施した「平成30年介護保険改定に向けたアンケート調査」結果、年次大会分科会での議論に基づいた提言を合わせたものを委員会で作成し、常任理事会による修正を経て正式な提言書としたもので、主な項目は下記の通りです。



【左から 厚生労働省 伊原氏、渡辺氏、
ホスピス緩和ケア協会 矢津委員長、山崎委員】

【健康保険および診療報酬に関する提言】

1. 「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設が「外来緩和ケア管理料」を算定できるように施設基準を改定すること
2. 麻薬を投与していない患者にも「外来緩和ケア管理料」を算定できるように施設基準を改定すること
3. 在宅緩和ケア充実診療所以外の診療所における末期がん患者を対象とする、緩和ケア訪問診療料を新設すること
4. 非がん患者の在宅看取り時における訪問看護の医療保険の適応を拡大すること
5. 末期がん患者等に対する急性期呼吸不全に対するHOT適応を新設すること
6. 緩和ケア診療加算に関する施設基準の「イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師」に「非常勤医師」を追加し、施設基準を改定すること
7. 緩和ケア診療加算に関する施設基準の職種「ア～エ」に社会福祉士等の生活相談員を追加すること
8. がん診療連携拠点病院以外の一般病床、回復期病床、療養型病床における緩和ケアを充実させること
9. 20歳から39歳までのいわゆるAYA世代の末期がんについて、医療費軽減や在宅療養の支援等の社会的支援が得られるようにすること

【介護保険および介護報酬に関する提言】

1. 「末期がん状態」という表現とともに「緩和ケアが主体となる状態」という表現も追加すること
2. 「末期がん状態」と記載がある場合、暫定で「要介護2程度」の介護度が下りることを前提として、迅速なケアプラン作成を徹底すること
3. 介護支援専門員や介護保険調査員等に緩和ケアの理解を深めるように研修等を実施すること
4. 緩和ケアを受ける患者が利用する機会が多い看護小規模多機能あるいは小規模多機能介護サービス、療養通所介護サービス、定期巡回型訪問介護などの安定的な経営が可能になるような施策がなされるようにすること
5. 介護保険関連介護施設での緩和ケアの普及を促進すること

提言の詳細な内容は協会ウェブサイトでご覧いただけます → http://www.hpcj.org/info/teigen_index.html

Asia Pacific Hospice Conference 2021 日本での開催が決定！！



2017年7月26日～29日、Asia Pacific Hospice Conference (APHC) 2017が、シンガポールにて開催され、大会翌日の7月30日、新理事会が持たれた。会議の議案のひとつが、APHC2021の開催に関する事で、2021年のAPHC開催を申請したオーストラリアと、日本からのプレゼンテーションが行われた。APHNの理事を務める木澤義之 神戸大学大学院教授が、日本開催の意義、運営体制、収支計画、開催地としての安全性や観光名所などを説明した。また、APHNの顧問を務める当協会の柏木哲夫顧問が日本開催を支援する体制など応援メッセージを述べた。両国からの発表を受けて、理事による協議の結果、日本での開催が決定した。「日本ホスピス緩和ケア協会」が主催し、国内の緩和ケア関連団体で協力して開催する方向で、4年後に向けての準備がスタートすることとなった。

APHCの日本開催が日本の緩和ケア関係者の輪の広がり、ケアの質の向上につながることを期待したい。



▲厚生大臣を迎えてのAPHC2017
開会式



▲開催招致のプレゼンテーション
をする木澤教授



▲開催支援を述べる柏木協会顧問

ホスピス緩和ケアの基準が改定されました

「ホスピス緩和ケアの基準」は、2009年が最終改定となっており、2016年より理事会で内容の見直しを行ってまいりました。2017年7月15日に開催された理事会にて、改定案が承認されましたので、ご報告いたします。

この基準は、自宅や施設でホスピス緩和ケアを受ける患者・家族とケアを提供する専門職とボランティアが共通の理解を得るための拠り所として作成した。

1. ホスピス緩和ケアの理念

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL(人生と生活の質)の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

2. ホスピス緩和ケアの基本方針

- ◆痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する。
- ◆生命を尊重し、死を自然なことと認める。
- ◆無理な延命や意図的に死を招くことをしない。
- ◆最期まで患者がその人らしく生きてゆけるように支える。
- ◆患者が療養しているときから死別した後にいるまで、家族が様々な困難に対処できるように支える。
- ◆病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する。
- ◆患者と家族のQOLを高めて、病状に良い影響を与える。

3. ホスピス緩和ケアを提供する形態

- 1) ホスピス・緩和ケア病棟
- 2) 緩和ケアチーム(病院・地域)
- 3) ホスピス・緩和ケア外来
- 4) 在宅ホスピス・在宅緩和ケア(在宅療養を支援するサービス)

※「在宅療養」とは、自宅以外の居宅系施設における療養も含むこと

※ホスピス緩和ケアの基本的なケアは疾患、職種、臨床領域、療養場所等を問わず、様々な形態で提供することができる。上記の1)～4)の形態は、主として専門的なプログラムに沿ったケアを提供する形態を示す。

4. ホスピス緩和ケアを受けるための条件

- 1) 悪性腫瘍等の生命を脅かす様々な疾患に罹患し、ホスピス緩和ケアを必要とする患者およびその家族等の介護者を対象とする。
- 2) 患者と家族、またはその何れかがホスピス緩和ケアを望んでいることを原則とする。
- 3) ホスピス緩和ケアの提供時に患者が病名・病状について理解していることが望ましい。もし、理解していない場合、患者の求めに応じて適切に病名・病状の説明をする。
- 4) 家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別はしない。

5. ホスピス緩和ケアで提供するケアと治療

- 1) 提供するケアと治療は、患者あるいは家族の求めに応じて相談の上で計画・立案する。
- 2) 痛みなど苦痛となる症状は、適切なケアと治療で緩和する。

- 3) 提供したケアと治療については、適切に記録する。
 - 4) 症状緩和を行った上で患者と家族がもつ身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズ（要求）を確かめて、誠実に対応する。
 - 5) 患者との死別前から家族や患者にとって大切な人へのケアを提供するように計画を立てる。
 - 6) 家族が患者と死別した後、強い悲しみのために日常生活が普通に送れない状態になった場合、適切な医療の専門家を紹介する。
- 6. ホスピス緩和ケアを提供するチーム**
- 1) ここでいうチームは、ホスピス緩和ケアを提供する場所の如何にかかわらず患者と家族を中心として医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアで構成されるものを指す。
 - 2) チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換をする。そして、ホスピス緩和ケアの目的と理念を共有し、互いに支え合う。
 - 3) チームの構成員は、教育カリキュラムに基づいた計画

的なプログラムのもとで研修を受ける。そして、継続評価によってチームの成長を図る。

7. ボランティアについて

- 1) ボランティアはチームの一員であり、大切なケアの提供者である。
- 2) ボランティアは自由意思によって、チームに参加する。そして、チームにおける役割を明確にした上で応分の責任を果たす。

8. ケアの質の評価と改善について

- 1) チームは提供したケアと治療およびチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う。
- 2) 評価と見直しは、「自施設評価共有プログラム」「第三者評価」「遺族による評価」等の多面的な評価により、チームとして自主的に行う。
- 3) 当協会に設けられる「質のマネジメント委員会」は、自主的および多面的な評価の結果に基づいて、ケアの質を向上させるための働きかけを行う。

(2017.7.15改定)

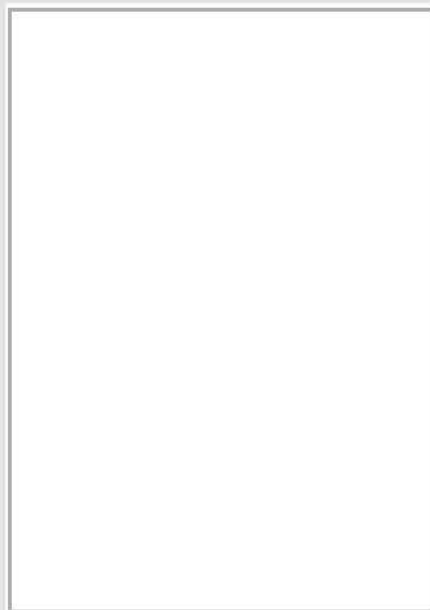
ホスピス緩和ケア週間



当協会では、「世界ホスピス緩和ケアデー（World Hospice & Palliative Care Day）」を最終日とした一週間を「ホスピス緩和ケア週間」とし、ポスターの掲示及びセミナーや見学会の実施などを通して、緩和ケアの普及啓発活動に取り組んでいます。

今年度のホスピス緩和ケア週間は、10月8日(日)～14日(土)の期間を予定しており、現在、同時期にセミナー・講演会、コンサート等を企画している施設・団体を、協会ウェブサイトで公開しています。なお、企画登録および、ポスター・チラシの追加申込みについては、随時受け付けしております。ウェブサイトからも申込みが可能ですので、ご利用下さい。

【ウェブサイト http://www.hpcj.org/hpcw/hpcw_index.html】



事務局通信

2018年度年次大会日程

2018年7月14日(土)・15日(日)、東京ビッグサイトを会場として開催予定です。プログラムなどの詳細は、2018年1月発行予定のニューズレターでご案内いたします。

2017年度 年次大会報告 ホームページ公開

当協会のウェブサイト上で、会員を対象に、本ニューズレターと共に当日の資料を公開しております。閲覧には専用のIDとパスワードが必要となり、公開は2017年9月5日～12月20日迄の期間限定となります。閲覧に関する詳細をニューズレターに同封してお送りしておりますのでご確認下さい。

2017年度 入退院患者集計フォームを配付開始

当協会の会員専用ウェブサイトにて、2017年度の入退院患者集計フォームの配付を開始しております。集計フォームをご利用いただきますと、2018年4月に実施する施設概要・利用状況調査の際にご回答いただくデータが、自動的に集計されます。予め、入力を進めていただきますようお願い申し上げます。