

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

研究報告

在宅緩和ケアセンターの開設による
在宅緩和ケアの仕組みの開発

【研究成果】

[I]実績

① 医師および医学生の教育研修の実施

a) 卒後研修医受け入れ・・・岡山大学、他

期間	氏名	所属
平成 15 年 2 月 23 日～3 月 21 日	●西 ●	岡山大学
平成 15 年 3 月 22 日～4 月 18 日	●川 ●子	岡山大学
平成 16 年 9 月 1 日～9 月 7 日	●倉 ●子	愛媛中央病院
平成 16 年 11 月 1 日～11 月 6 日	●宅 ●博	岡山大学
平成 16 年 11 月 8 日～11 月 13 日	●合 ●	岡山大学
平成 17 年 1 月 24 日～1 月 29 日	●水 ●幸	岡山大学
平成 17 年 1 月 31 日～2 月 5 日	●本 ●和	岡山大学

b) 学生実習受け入れ・・・岡山大学、他大学

期間	氏名	所属	
平成 15 年 4 月～平成 16 年 3 月	●破 ●博	岡山大学	医学部医学科
平成 15 年 4 月～平成 16 年 3 月	●橋 ●幸	岡山大学	医学部医学科
平成 15 年 4 月～平成 16 年 3 月	●み●る	岡山大学	医学部医学科
平成 15 年 8 月 22 日～9 日	●内 ●有	岡山大学	医学部保健学科
平成 15 年 8 月 22 日～9 日	●本 さ●み	岡山大学	医学部保健学科
平成 16 年 3 月 11 日～16 日	●崎 ●裕	川崎大学	医学部
平成 16 年 4 月～平成 17 年 3 月	●藤 ●穂	岡山大学	医学部医学科
平成 16 年 4 月～平成 17 年 3 月	●山 ●子	岡山大学	医学部医学科
平成 16 年 4 月～平成 17 年 3 月	●島 ●穂	岡山大学	医学部医学科
平成 17 年 3 月 28 日～3 日	●下 真●子	岡山大学	医学部医学科

c) 医学部生実習スケジュール

平成15年度

4月17日 ガイダンス
5月23日 第1回カンファレンス
6月20日 第2回カンファレンス
7月21日 第3回カンファレンス
8月25日～30日 夏期実習(第1班)
8月29日 第4回カンファレンス
9月1日～9月6日 夏期実習(第2班)
10月3日 最終カンファレンス

平成16年度

4月23日 ガイダンス
5月29日 第1回カンファレンス
7月2日 第2回カンファレンス
8月11日 第3回カンファレンス
8月26日～9月4日 夏期実習
9月12日 第4回カンファレンス
10月8日 第5回カンファレンス
11月26日 最終カンファレンス

② プライマリ・ケアチームの研修・教育の実施および緩和ケア専門チームと
プライマリケア・チームの連携作り

a) カンファレンス実施日時

平成15年	2月17日	平成16年	1月16日
	4月13日		3月26日
	6月27日		5月28日
	8月22日		7月23日
	10月31日		9月17日
			11月19日

b) 医療倫理研修会

平成17年 1月15日

③ 緩和ケアセンター設立(諸資源のセンターへの集中)

- a) 平成 16 年 6 月 「がんの悩み電話相談室」を移設
かとう内科並木通り診療所敷地内の 2 階建て一軒家を無料にて提供し市民活動の拠点とした。
 ☆電話相談事業
 ☆相談員養成事業
 ☆ホスピスボランティア養成講座の運営
 ☆「がんの患者と家族のためのクラブ」の運営
- b) 平成 16 年 12 月 緩和医療研究会事務局を、かとう内科並木通り診療所内に移設

④ 在宅緩和ケア研究グループの組織化

- a) 在宅緩和ケアグループ活動研究

研究員	所属
加藤 恒夫	かとう内科並木通り診療所
矢部 正浩	新潟市民病院 総合診療科
山口 三重子	広島県立保健福祉大学 保健福祉学部看護学科 助教授
森 恵子	岡山大学医学部保健学科看護学専攻コース
下妻 晃二郎	流通科学大学 サービス産業学部医療福祉サービス学科 教授
島津 望	流通科学大学 サービス産業学部医療福祉サービス学科 教授
福島 智子	京都大学大学院 人間・環境学研究科
斎藤 信也	高知女子大学 看護学科 教授

研究会開催日程

第 1 回	平成 15 年 2 月 16 日 (日) 14:30~21:00	おかやま三光荘
第 2 回	平成 15 年 3 月 17 日 (月) 16:00~21:00	かとう内科並木通り診療所
第 3 回	平成 15 年 5 月 9 日 (金) ~10 日 (日)	おかやま三光荘
第 4 回	平成 15 年 5 月 28 日 (水) 15:00~20:00	流通科学大学
第 5 回	平成 16 年 6 月 6 日 (金) 10:00~19:00	おかやま三光荘
第 6 回	平成 16 年 6 月 25 日 (水) 14:00~	流通科学大学
第 7 回	平成 16 年 7 月 25 日 (金) 13:00~19:00	おかやま三光荘
第 8 回	平成 16 年 9 月 15 日 (月) 16:00~	おかやま三光荘
第 9 回	平成 16 年 1 月 23 日 (金) 17:30~	おかやま三光荘

b) 学生教育チームの創設

- ◇ 加藤 恒夫
- ◇ 鈴木 富雄

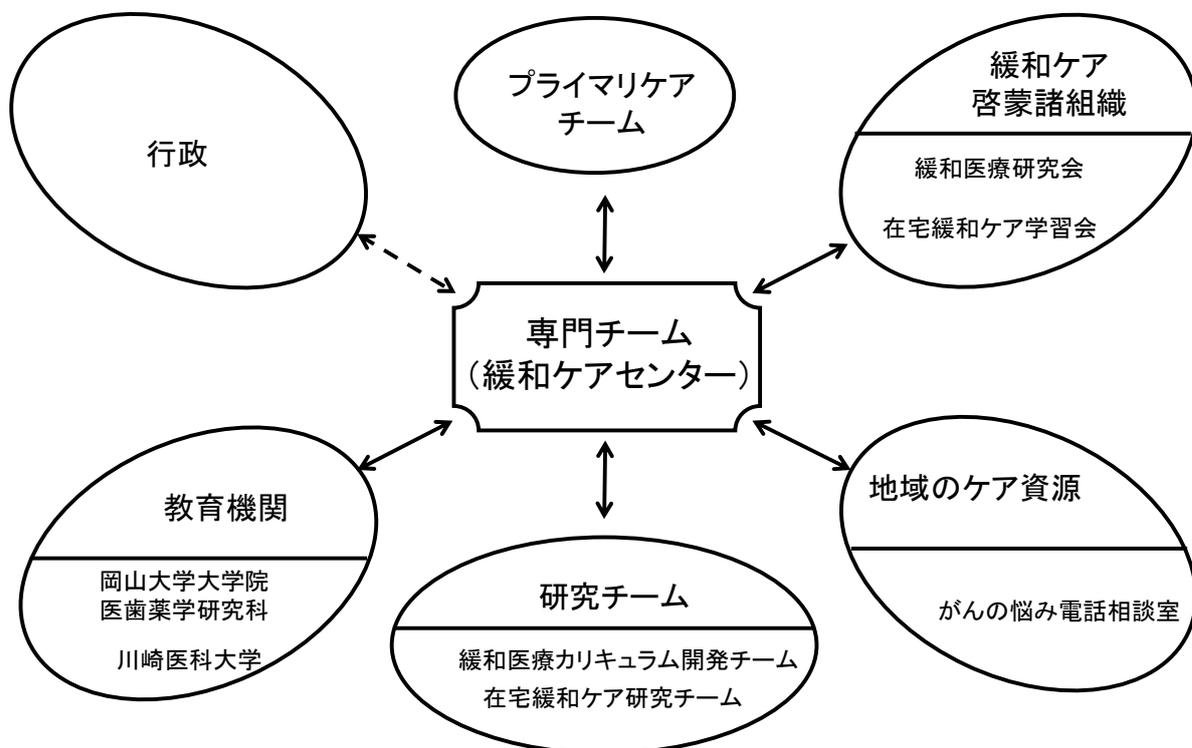
c) 学会発表実施

- ◇ 第6回在宅医学会、下妻他
- ◇ 第28回日本死の臨床研究会 加藤、横山
- ◇ 第36回医学教育学会 鈴木、加藤
- ◇ WONCA Asia Pacific Regional Conference2005 鈴木

[Ⅱ]緩和ケア岡山モデルの概念図

以上の結果、下記のようなネットワークが完成した。

緩和ケア岡山モデルの将来



地域社会における 実践 — 研究 — 教育 のゆるやかな統合モデル

【報告書総括】

[I] はじめに

われわれは、在宅医療助成 勇美記念財団の助成を得て、英国の緩和ケア事情および日本の緩和ケア事情について調査研究を続けてきた。それらは、既に、報告書や、さまざまなメディアを通じて紹介してきた。とりわけ、本研究と関連のある重要事項は①英国緩和ケア専門家協議会の目指す方向②緩和ケアの卒後教育(とりわけプライマリーケアとの関連)と卒前教育の開発の歴史である。英国の緩和ケアが①全国協議会のもとに統一した方向性を模索し続けていること(緩和ケアを癌以外に他の領域に拡大する)②緩和ケア以外の医療の中に普遍的に組み込もうとしていること(「専門的ホスピス・緩和ケア協議会」の名称を、単に「緩和ケア協議会」と変更した)③また、そこでは、在宅ケアがすでに主流となっており、それをプライマリーケアチームと共にさらに強固なものとして開発しようとしていること、③大学での緩和医療の教育が、医学教育のコアカリキュラムとしてさまざまな専門分野に組み込まれていること、などを紹介してきた。

振り返って、わが日本の現状を見てみると、たしかに緩和ケア病棟(以下 PCU)という名の施設は増えたものの、そこにはまだ緩和医療の専門家はおらず、また施設から在宅へという流れは遅々として進んでいない。

わたしは、1997年、在宅ケアの基地として独立型の PCU を開設し、近隣のプライマリーケア担当の人達とともに在宅緩和ケアの普及に心がけてきた。そして、その過程でいくつかの調査・研究を通して、今後、日本の緩和ケアの進むべき道を模索してきた。今回の研究はそれらを基盤として、これからのあるべき姿を、緩和ケア岡山モデル(緩和ケアセンターの設立)として実証するものである。

[II] 日本型緩和ケアの特徴 – 英米と比較して –

①ホスピス・緩和ケアの運営方法

1) 非営利民間団体(voluntary organization)の力量

1999年、St Christopher's Hospice 発行の Hospice Directory によると、英国のホスピス・緩和ケアのサービスは多様な形態により供給されている(表 1)。中でも目に付く事実は、近年在宅緩和ケア普及のためのサービスの拡充が目立ち、とりわけ、デイホスピスや、既存の医療チームを、専門性を持って支援・共同診療する緩和ケアチームの設立が著しい(表 2)。

●表1 英国のホスピスの種類と数(1999年)

入院サービス	病棟	ベッド数
慈善事業による独立型病棟	157	2283
マリー・キュリー・がんセンター	11	286
スー・ライダー・ホーム	7	141
NHS (国営緩和ケア病棟・ホスピス)	61	622
計	236	3342

地域緩和ケアサービス	400
長期在宅看護ケア	76
デイ・サービス	251
病院内看護支援サービス	138
病院内緩和ケアチーム	209

出典: Directory 1999 (Hospice & palliative Care services in UK)

●表2 英国における緩和ケア(1980,1995の比較)

	1980 ¹⁾	1995 ²⁾	
入院施設	58	208	360%増
Home care teams	32	385	1203%増
Hospital support teams	8	250	3125%増
デイ・ケア・センター	0	220	

1) Lunt B, Hiller R. Br. Med. J. 1981; 283: 595-8
 2) 1995 Directory of Hospice & Palliative Care Service

また、その開発の歴史の担い手は、非営利民間団体が主体であり、国家(NHS; National Health Service)が関与し始めたのは比較的新しく、1990年からである(表3)。

●表3 Hospiceの成立過程と政府の関与の国際比較

英国	慈善団体(Macmillan Cancer Relief)主導で出発し、NHSが運営の一部を保障したのは1990年である ⁽¹⁾
米国	民間・地域主導で出発し、政府が1982年に医療保険の適応を認めた ⁽²⁾
日本	医療保険制度の枠内で出発した。(1981年、聖隷事業団が保険医療として開始、次いで1990年政府が診療報酬として認可) ⁽³⁾

出典: (1) Tears and Smiles; The Hospice Handbook
 イギリス政府緩和ケア報告 1996
 (2) American Journal of Palliative Medicine July/Aug. 1996
 Public Law 97-249-9, 3, 1982
 (3) 末期医療に関するケアのあり方の検討会 1989年 厚生省(当時)

●表4 米国と日本におけるホスピスの種類と数

米国(1996年)⁽¹⁾

HHA	HOSP	SNF	FSTG	TOTAL
815	526	22	791	2,154

注) HHA: 在宅ケア型 (non profit) HOS: 病院のPCU
 SNF: 特設ナースングホーム FSTG: 独立型ホスピス (non profit)

日本(2001年11月)⁽²⁾

病院	独立型	診療所併設
88	2	1

出典: (1) The Hospice Association of America Hospice Facts and Statistics 1997
 (2) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会

次に、米国の緩和ケアサービスの実態を表4に示す。発祥は1974年ウィスコンシン州においてであり、やはり非営利民間団体の手による。医療保険や、メディケイド、メディケアーの対象に包括されるようになったのは、1982年のことである(表3)。ここでも目に付くことは、そのサービスメニューの豊富さであり、一方、そこで協力する専門職ボランティアの多さである(表5)。

●表5 米国のホスピスのスタッフとボランティアの割合

職種	正規雇用者	ボランティア
カウンセラー	2090	1389
看護婦	12985	791
医師	1405	953
ソーシャルワーカー	3316	166
ホームメーカー	1662	2204
他	17795	31879
計	39253	37382

出典: The Hospice Association of America 1996: Hospice Facts and Statistics 1997

2) 診療報酬頼みで、包括プログラムが不可能な日本型 PCU
 緩和ケアとは、すべからく予防のケアである。痛みの予防、苦悩の予防、悲嘆の予防などと、この姿勢は、薬物の使用方法から家族・遺族ケアに至るまで、全で一貫した基本理念である。

しかし、日本における緩和ケアのコストの体系は、診療報酬制度という一物一価制度(出来高払い制度)の基本構造の枠内で取り扱われており、予防という概念により対処されていない。

たしかに、PCU 入院中は包括点数であるが、その支払い対象の範囲は、あくまでも入院期間のみであり、発病から終末期に至るまでの肉体的・社会的・心理的、そしてたましいの苦悩や、家族の苦悩までを対象とはしていない。

しかし、疾病保険制度としての診療報酬でこれら全てをカバーするよう要求すること事態が土台無理なことなのである。子供を始めとする家族のケアや離別後の遺族のケアにまでプログラムの手が届かない原因は、まさに日本の PCU を取り巻くこの経済的枠組みにあるといっても過言ではない。

3) 在院日数短縮化の落とし子 —増加しつづける日本の PCU—

日本のがん医療に必要な平均在院日数は OECD 加盟諸国に比べると著しく長く、これが医療費の高騰の原因であるとも言われている。クリティカルパスの導入に代表される入院日数の短縮化は、その半面で、病院の経営資源としてのがん患者の受け皿を PCU として衣替えさせた。これが近年の PCU 増加の真の姿であり、そこにあるものは資本の経済原理であり、患者・家族の生命・生活の質 (QOL) の優先とはいえない。

4) 在宅ケアの促進に取り組めない日本の PCU—在宅ケアの促進は経営資源の喪失—
したがって、日本の多くの PCU にとって在宅ケアの促進は、入院患者の減少という経営資源の喪失となるし、家族や遺族ケアへの取り組みは診療報酬とはならず、病院にとっては資金の持ち出しとなるため、取り組もうにも取り組めない課題であるといえよう。

5) 日本のホスピス・緩和ケア運動の誤り

—プログラム作りではなく、施設作りを目的化—

最近では緩和ケアの施設基準が緩和されその数がますます増えている。しかし、これまでと同じ過ちを再度犯そうとするものであろう。施設の数よりも、これから必要となる緩和ケアのプログラムを問題にすべきである。入院を前提にするよりも患者・家族の QOL を重視した在宅ケアをも可能にする、多様な選択肢をどのようにすれば開発できるかを論じるべきである。また、PCU が地域の資源としてどのように活用されるべきか、そのための手段はどうすればよいのかを模索すべきである。

これらのことを考えるにつけ、1967年 Sicily Saunders が、St Christopher's Hospice を NHS(国民保健サービス)の枠外に創設したのは、非営利民間団体の自由な創造性と活動性を引き出すという意味において卓見であったし、Claud Regnard がニューカスル地区におけるケアニーズアセスメント(1997)でしめしたように、「ホスピスが出来るると周辺の在宅ケアが減少すると」という事実もわたしたちは貴重な教訓にしなければならない。

②抱え込みの在宅医療—少ない PCU と家庭医の連携—

既に他の研究で報告したが、英国には数多くの'Hospice at Home'が存在する。また、

在宅ケアの維持は原則として PCU と家庭医や訪問看護婦などプライマリーケアチームとの連携として行われている。また、在宅ケアの継続中に生じたさまざまな問題を即座に、現場で解決する専門的アドバイスチームとして、Crisis Response Team や Community Support Team などさまざまなサポートチームが存在する。

しかし、わたしたちが2000年－2001年にかけて実施した全国調査によると(H13年笹川医学医療財団研究報告)、日本のほとんどの在宅ホスピス・緩和ケア実行機関のあり方は、例外なく単独の医療機関で行われている。PCU が中心になり、あたかもネットワークにおけるハブのように家庭医を数多く組織したり、彼らの教育の中心となったり、在宅ケアのサポートチームのような支援者として機能しているところはまだない。

この状況では、「緩和ケアとはとても大変なケアで誰にでも出来るものではない」というプライマリーケアチームの困難感をいつまでも解決できず、その結果、緩和ケアの知識・技術・態度が彼らの中に広まらず、日本の在宅ケアが実行できる範囲は、「在宅ホスピス」を掲げている診療機関の周辺にとどまり、面としての広がりを獲得できない。

一方、PCU の側では、どのようにすれば自宅に帰ることができるか、そこではどのような困難があり、それを克服するためにはどのような工夫が必要なのかという在宅ケアの実態がわからず、患者を自宅に帰そうという発想さえ湧いてこない。(平成11年日本財団研究報告)。

しかし、このようなサポートチームの創設やプライマリーケアチームとの相互教育のためには、かなりの経費と労力がかかり、一医療機関が単独で診療報酬の中から賄うるものではない。ここでもまた、地域全体のケアの質の向上を目指す非営利民間団体の創設や活躍が必要であろう。

③緩和医療の教育の不在

ホスピス・緩和医療の中心は看護婦をはじめとする多職種チームであるとはいうものの、その置ける医師の理解と役割はとても重要であることは言うまでもない。

2005年4月現在で日本のPCUは147施設を数えた。しかし、そこで医療を担当する医師たちの多くが、苦悩のさなかに居たり、人生の終末期を迎えようとしている患者・家族の身体と心のケアについての教育を受けていない。なぜならば、日本には緩和ケアの医学教育が無いに均しいから。

また、近年の医学教育の中ではすさまじい速度で広がる新しい科学の分野の知識(バイオロジカルモデル)の教育に目を奪われ、他者の痛みをどのようにすればわかることができるかという、臨床医としての基礎教育が蔑ろにされている。このような中での緩和医療の教育は望むべくもない。

プライマリーケアチームの教育問題についてはすでに現状と解決策を述べたのでここでは割愛する。

④大学の役割－地域社会とともに－

次に、大学と地域社会とのかかわりについて考えてみたい。私は、これまでの9回に渡る英国の旅で、多くの大学の緩和ケア学科とPCUのかかわりについて学んだ。それらは、キングズカレッジと St Christopher's Hospice, サウザンプトン大学と

Countmountbutten House、ニューカッスル大学と St Oswald's Hospice、の関わりなどである。

これらの大学で共通していることは、単に緩和医療の教育と研究という役割のみではなく、地域社会のがん医療や緩和医療に関わるケアニーズの調査（ニーズアセスメント）を地元の行政関係者とともに行い、それまで行われてきた施策の有効性を検証したり、それにもとづいた、その地域独自の有効でかつ質の高いケアの仕組みを開発していることである。

つまり、このことは、大学は自らの持てる知識と技術を常に地域社会の発展のために提供していること、一方で、PCUもそのような社会的役割という視点から日頃の実践に取り組んでいることを意味している。日本の大学や PCU にもこの姿勢が必要である。

[Ⅲ] 岡山における緩和ケア活動の育成

①緩和医療研究会の育成と日本で初めての緩和医療教育の実現

岡山のホスピス・緩和ケアの活動は1991年緩和医療研究会の結成に始まると考えてよい。活動の目的は医師のみを会員として、まず、純粹に医療的問題を考えることだった。多職種による活動として開始しなかったのは、当時の時代背景による。当時岡山では、すでにこの領域の看護活動は始まっており、良質のケアを提供するための次に満たさなければならない条件は良好な症状の緩和であり、当時の医師の症状緩和に関する知識も技術もとても不足した状態にあると、わたしたちは判断していた。そのような中でまずなすべきは問題をまず医学的側面に絞り込み、医師の教育から開始すべきと戦略を立てた。そして、初期の会員は150人を数え、現在に至っている。活動の主な領域は、海外文献の翻訳、機関誌の発行や国際的な人々を招聘すること、そしてケースカンファレンスを開くことなど、緩和医療のさまざまな知識と技術の普及であった。

財団の補助のおかげで、学生教育には多くの資源を投入できた。それは、在宅緩和ケア教育の実施である。とりわけ、医学教育の専門家を招聘することができ、学生教育の成果を、1) 学生への効果 2) 患者・家族への効果 3) 教育者への効果、として評価することができた。それらは、第36回日本医学教育学会に発表されており、また、2005アジアパシフィック世界家庭医学会(WONCA;平成17年5月)に発表予定である。

また、これらの活動は、他の補助事業としての「医学部緩和医療カリキュラムの開発」と相乗的に効果を発揮し、平成17年2月から、岡山大学の「緩和医療学講義」としてコアカリキュラム化された。(表6)

●表6 選択必修としての緩和医療（岡山大学の一例）

	担当講座等	担当教官	講義題目	授業内容
1	消化器・腫瘍外科	田中紀章 岡山大学	緩和医療総論	緩和ケアの歴史、概念について概説する
2	法生命倫理学	李 惠英 岡山大学	緩和医療と生命倫理	家族のケア、スピリチュアルケア、ケアする人のケア等について説明を行う
3	非常勤講師	加藤 恒夫 かとう内科並木通り診療所	緩和医療とコミュニケーション —いかに悪いニュースを伝えるか？—	悪いニュースを伝える(How to break the bad news)方法を事例を通して説明する
4	非常勤講師	斎藤 信也 高知女子大学	症状マネジメント① —疼痛マネジメントの基礎—	疼痛緩和についての基礎的な理論解説
5	非常勤講師	古口 契児 かとう内科並木通り診療所	症状マネジメント② —疼痛マネジメントの応用—	疼痛緩和について事例をもとに具体的なそのマネジメント法について講義を行う。「全人的な痛み」の緩和という視点が理解できるような講義とする
6	非常勤講師	斎藤 信也 高知女子大学	症状マネジメント② —その他の症状の緩和—	吐き気、嘔吐、倦怠感、呼吸困難、神経症状等の緩和について、病態整理との関連性が理解できるように説明を行う
7	消化器・腫瘍外科	田中紀章 岡山大学	緩和医療とホスピスケア —施設緩和ケアの実践—	ホスピスケアについて、近代ホスピス運動の歴史から説き起こし、その現状と将来について解説する
8	非常勤講師	加藤 恒夫 かとう内科並木通り診療所	在宅緩和ケア —望ましい緩和ケアとは—	住み慣れた家でその人らしい死を向かえるために、どのようなケアの提供が必要か。在宅緩和ケアの事例に基づいて講義を行う

岡山大学医学部 平成16年度 シラバスより抜粋・改編

② 岡山の緩和ケアの特徴—プライマリーケアグループと共に作る在宅ケア—

岡山は1978年、日本プライマリーケア学会第一回総会が開かれた土地である。岡山大学には、当時、家庭医療を教える総合診療部はなかったが、当時の社会医学系学科がその役を担当し、また全国で初めての総合診療部が川崎医科大学に設置され、岡山は当時のプライマリーケアの先進地だった。

したがって、岡山のホスピス緩和ケア運動は、その開始当時から在宅ケアを強く意識したものであり、またそれなりの実績も当院独自の活動を中心としてあげて来た。これらを背景に1997年に設立された当院の緩和ケア施設は、開設の当初から在宅ケアの基地として、家庭医などと共に運営することを目標に掲げ、研究—実践を繰り返してきた。

その結果、2000年からは、在宅緩和ケアを進めるコアグループを、1) 当院の専門チーム、2) 医学教育の専門家、3) 地域の家庭医、4) 訪問看護ステーションやケアマネジャーの協力の元に結成し、相互学習の機会を創設し在宅ケアの推進の便宜をはかって来た。その結果、多くの人たちの在宅療養が可能となって来た。

③ 緩和ケア活動の研究—評価に基づく実践の強化:研究グループの育成—

前書きでも述べたように、日本の緩和ケアの欠点は、地域と大学教育・研究とが一体化していないことである。われわれは、早くから、われわれの教育と実践を評価する研究グループを組織し、その評価を行ってきた。これらの結果は、既に述べたように、内外の各種の学会で報告されている。

④ 緩和ケアセンター —ボランティア活動の中心;地域社会と共に—

1996年には、がん患者への電話カウンセリングを行うボランティア組織「がんの悩み電話相談室」が開設され、その事業として、「ホスピスボランティア養成講座」および「電話相談ボランティア講座」が毎年行われ、その実績は8回を迎え、既に、

ボランティア 781 人、電話相談員 187 人の受講終了者を岡山に生み出した。また、患者と家族のための自助組織である「クラブ並木広場」が開設され、ボランティア活動は着実に発展している。さらに、平成 15 年からは、がんの在宅療養を援助する専門職ボランティアの教育を行い、現在では 12 名の医師と看護師ボランティアが活動中である。

岡山に於けるこの緩和ケアの特徴の一つは、活動の当初からボランティア活動として展開されていることであり、ボランティアを育てることに力点が置かれていることである。その意図は、ボランティア活動を緩和ケアに活用するというと同時に、ボランティアを医療全体の変革者として位置付けられていることである。それは、彼らと共に、生きること・死ぬことを見つめることを通して、1) やさしい地域作りと、2) やさしい医療者の育成を目指したものである。

ボランティア活動とは、する側とされる側が相互に影響しあい、貢献し合うものであると、私は考えている。当院は、緩和ケアにかかわるさまざまな活動の事務局業務と、空間と、スタッフの時間と労力を提供し、緩和ケアセンターの創設を行い、岡山における緩和ケアの発展に寄与している。

⑤ 緩和ケアを癌以外の人たちへ拡大する

私たちは、緩和ケアとは医療の基本的考え方であり、かつその実践であると考えている。つまり、終末期を迎えたあらゆる人の苦悩と共に向き合い、病の旅路に寄り添うことである。この考えは、ヨーロッパ WHO が推進している概念であり、第 9 回ヨーロッパ緩和ケア学会（2005 年 4 月）の中心的課題でもあった。しかし、日本では、まだ、この考えは一般的ではなく、今後概念と実践の拡大が要求されている。

⑥ 日帰り緩和ケアの実践－既存の資源の活用－

私たちは、コアグループのメンバーと共に日帰り緩和ケアの実践と評価を行ってきた。これからの緩和ケアは、がんに特化したものとしてのみ開発されるものでなく、さまざまな既存のケア資源を活用しながら、十分に実施できることが予測される。本研究の重要な一項目である日帰り緩和ケアについては、われわれの実践に基づく調査研究を別項にて述べる。

[IV] 15 年目の再スタート ー地域包括的な緩和ケアのプログラム作りに向けてー

岡山において、これまで自由で柔軟な活動が出来たのは、これまでの一切の運営が行政の補助なく維持・展開されてきたことによると言っても過言ではない。なぜならば、もしこれらが行政の支援を受けていたならば、ここまでの自由さと柔軟さを保つことは出来なかったことだろう。

しかし、いまやその活動は拡大・発展し、緩和ケアの総合的なプログラムとして確立すべき時期に到達している。そのためには、ケアの体制はもちろんの事、そのための資金・人材を含めたあらゆる側面より活動を見直し、補強し、新しいモデルとして再出発しなければならないだろう。

緩和ケアセンター ―新しい活動への指針―

1. 目的

- ① 岡山の緩和ケアプログラムを総合的に開発する。それは、在宅ケア(community care)を重点課題とし施設ケアとの連携を目指す
- ② 岡山の、医学、看護、および他の医療職と社会福祉の各部門におけるホスピス・緩和ケアの教育体系を整備する

2. 戦略

①モデル開発のための資金と人的資源の確保手段を強化する

- 1) 資金源としての基金を整備する
- 2) さまざまな活動を(ボランティア活動を含む)連携あるものとし整備する

②影響の波及の方法

- 1) 緩和ケアの活動を行っている各組織(大学、地方自治体、ボランティア組織など)が協力し、多彩な啓発活動を展開する。専門家(医療職・福祉職)養成のための教育システムを整備する
- 2) 域社会におけるホスピス・緩和ケアの実態・あるべき姿・その効果を、学際的に(医学薬学、看護学、福祉学、社会学、倫理学などと提携しながら)研究し、結果を実践に生かす方法を考える。
- 3) 専門教育の革新
緩和医療研究会と医学部や保健学科などが協力し、教育方法を開発し、緩和ケアの知識・技術・態度を持った専門職を育成する
 - i)第1に、学部の医学教育で
 - ii)第2に、卒後の継続的医学教育で
 - iii)第3に、医学以外の保健・福祉・医療従事者の教育において
- 4) 健康関連行政当局に、新しい保健・医療・福祉政策を提案する

3. モデルの構造

- ① キーステーションを、かとう内科並木通り診療所に置く。このモデルには、中央行政も地方行政も含まれない。それは、このモデルの柔軟性と迅速な意思決定ができる組織構造を保つためである。
- ② 専門的知識をもった人的資源として共有するため「岡山緩和ケア専門家チーム」を設置する(別添)。これは、特別な研修を受けた医師、看護婦、ソーシャルワーカー、作業療法士、カウンセラーなどにより構成され、運営は基金により賄われ利用は無償である

③ 情報共有

コンピュータを使った、医療や看護の記録や経験の共有化、意見の交換の方法を開発する

④ 協力者

- 1) 緩和医療研究会
- 2) 岡山大学医学部
- 3) 岡山市内の緩和ケア施設および緩和ケアの実践チーム
- 4) 在宅緩和ケアに関心を持つ家族医と訪問看護ステーション
- 5) 各種のホスピス・緩和ケアに関わるボランティア組織
- 6) その他、この活動に賛同する団体および個人

以上は、以下のように枠組みが作られ実践に移されている

本事業は「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により実施されました