2011年　12月　14日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長　紀伊國　献三　殿

所属機関・職名　社会医療法人財団佐世保中央病院看護部
緩和支援看護課

研 修 者 氏 名　　福田　富滋余　印

2011年度日本財団ホスピスナースネットワーク会員に対する海外研修助成
研　修　報　告　書　の　提　出　に　つ　い　て

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

1．研 修 課 題

①実働できる病診連携のあり方。（CCACの役割、成果、課題）
②がん患者の退院調整、在宅支援。
③マクロ的視点での知識吸収。

2．研 修 期 間　2011年 9月 10日 ～ 2011年 9月 18日（9日間）

3．研　修　先　　カナダ　トロント＆バンクーバー

「研修名：デーケン先生と行くカナダホスピス視察研修」

4．研修報告書

別紙　（正1部、副３部）、FD・MO・CDR等［ 有　（　　枚）・ 無 ］

（注　研修報告書はＡ４判横書き８，０００字程度）

「研修報告書」

Ⅰ　本研修の成果：学んだこと、今後役立つと思う点。

１．　研修課題を「在宅支援」におき、①実働できる病診連携・在宅支援のあり方(CCACの役割、成果、課題)、②がん患者の退院調整、在宅支援。③マクロ的視点で知識を吸収することを目標に研修に望んだ。

２．　研修中心がけた点。
１）臨床看護師の視点で、カナダにおける終末期医療・高齢者医療の現状を捉える。
２）カナダの医療事情を知り、良いケアを臨床に活かせないか。
３）研修目的「超高齢化社会が急速に進む日本では、人間らしい死に方とはどうあるべきか、そして、終末期にある人々にどのようなケアを提供できるか」の考察。

３．印象的な学び。
１）「退院支援・在宅医療は看護師の活用が鍵。」カナダの在宅支援システム（CCAC）は看護師が持つ看護の専門性と多職種を繋ぐ役割を評価し、専門看護師を在宅支援のリーダーに据え実績をあげている。
２）カナダでは「死をタブー視する」ことなく高齢者の死を自然のことと捉える文化が確立しつつある。(医学の進歩は長寿を生み出したが延命に焦点をあてるのではなく、いかに自分らしく死ねるかが社会の成熟と死生観が問われている時代。
３）参加者に医師が多い。スピリチュアルケア（苦悩）の必要性も医師が認識されている。

４、自己の課題。
①「議論や意見をまとめ発表する事に慣れていない。」
②積極的姿勢を医師に学ぶ。(行動力と積極性）命を預かる医師に課せられた責任は重い、自己の責任として貪欲に学び、成長する自覚が医師にはある。(教育課程で培われているのだろうか。)
③組織を動かすマネジメント力は医療者として必要な分野である。認識が薄く弱い部分だと感じた。
④コミュニケーション能力が問われた。語学的意味ではなく、自分の考えをみんなに解るように表現し協調できる能力。

５、心に残る出来事。
①　循環器の医師が「循環器患者にこそ緩和ケアが必要だ」と真剣であった事。循環器疾患をもつ患者は常に突然死のリスクを背負っている。死は人間にとって最大に恐れである、医師として人間としてやさしさを感じた。
②　長年ボランテアをされた方の豊富な経験と洞察力に学ぶべきものが多くあった。

③　毛沢東の影に周恩来あり、アルフォン・デーケンの影に美しい秘書木村さんあり、見えない分分で物事は動いている。裏の根回し、コーデネーション役割の存在の大きさを体験できた。

６．認定看護師として課題。

1)　すべての臨床実践を研究につなげ発表する意識をもつ。

２）　緩和ケアを 「急性期」、「慢性期」、「終末期」と病期を明確にすることでメンバー間の情報共有、目標設定ができる。許される範囲で電子カルテに病期表現を行う。

３）医療環境は急激に変化している,変化を敏感に捉え、時代要請、世の中が求めていることを考え行動する。①医療・ケアの質が問われている。②患者中心の医療。③医療技術・医療費の透明性（情報公開・開示）。④医療の効率性（資源の有効活用）。 ⑤常識的行動ができる医療人である事。⑥上目線で考えていないか、自己を振り返る。

４)地域連携：カナダの CCAC（地域医療）はケース・マネジャー（専門看護師）制度を導入し、病院から地域医療を繋ぐ役割を任せることで成果をあげている。繋ぐ役割は、知識、経験、自律性、判断力、倫理的思考、批判的思考など高度に医療の専門性が要求される。看護師のもつその役割を評価し、任せることで成果をあげている。（ＣＣＡＣはインターネットを通じ世界に情報発信している）この効果的なシステムを現場で生かす事ができないだろうか。

５）日本では、在宅は介護中心の支援体制でケアマネージャーがマネジメントする。しかし、治療の限界や入院治療の必要性が問われる時代になり、在宅医療が見直され在宅医療も医療の専門的知識が無ければマネジメントできない状況にある。

６）日本では、高齢者医療の限界が議論されないまま、際限なく医療が提供されている現実がある。さらに、「死をタブー視する」風潮がある。患者・家族が現状に満足されているのだろうか。

６）在宅医療について普段医療を必要としない健康な人々は知らない。医療・介護の現実を情報公開し、医療資源の有効活用についても議論を深める必要がある。

７．「カナダ」と「日本」の相違点。

１．建物、電子化などハード面とケアの面では日本もカナダも差がない。

２．日本は国民皆保険制度が公平な医療提供の面で優れている。

３．日本の「死をタブー視する医療」は、医療費が際限なく使われ、国民の負担増に繋がり、ひいては経済全般に影響を及ぼしている面が否めない。カナダでは、高齢者医療の中心にケアをおき「ケアホーム・ナーシングホーム」で対応、高齢者の死を人間としての自然経過と捉える考え方が浸透している。日本でも検討されるべき課題だと感じた。（高齢者の胃瘻も見直されるべきである。）

８．研修後の行動変化。

１）　積極的に医師に意見が言えるようになった。医師と身近に話をする機会があり、同じように悩み一生懸命であること。医師は責任が重い分、発言や行動も慎重にならざるを得ない。当然表現にも制限がありストレスも大きいと理解する事ができた。

２）　循環器医師の「いつ死が訪れるか解らない、循環器患者にこそ緩和ケアが必要なのです。」の発言に、深い考えの医師がいたのかと「眼から鱗」の体験であった。以前から自分でも、「なぜ、がん患者だけに緩和ケア」なのだろうと疑問があり共感できた。
３）「遺族会」を開催してきたが、今回の第８回に４人の外科医が参加してくれた。医師に死を語れる時代になりつつあると感じるイベントだった。
４）　財源を度外視した医療はできない。国民皆保険の中で効率的活用が求められ、経済性を度外視した医療は出来ない。
５）　社会にむけて「高齢者医療（キュアー）の限界」、「死は避けられない事実」をと伝える必要を感じる。特に、働く世代（20 歳から 60 歳前後）へ広報する（親世代を介護する側の子供や孫世代に伝えることが大切。）メデアを介して、あるいは医療者側が働く場に出向き、医療・介護の実情（老老介護、高齢者医療の限界、医療費など）を伝え、議論のきっかけとする。
６）　現状を変えるには政治を動かすことが必要である。現場にいる１人１人が問題だと考えていることや課題を声をあげることも重要である。（問題・課題・改善すべき点を発言し続ける。（「ヒト」・「モノ」・「カネ」を動かす。）

９．忘れてはならないこと。

医療職以外の方々との交流ができたことは大きな収穫であった。医療者は概して「自分たちにしかできない」と考えがちである。医療を利用される側の意見は決めつけや縛りがなく、生活者の目で捉らえ、感性が素直で、示唆に富み、ケアの原点を考えなおすチャンスであった。

10. 視察報告（抜粋）

＊2011/9/12　「ＣＣＡＣ視察研修」

2008 年カナダ：オンタリオ州は、「病院ベッドを占有している慢性期患者を在宅医療に移行し、救急患者を受け入れる包括的戦略」の一環としてＣＣＡＣ（包括的地域ケアシステム）を立ち上げた。

カナダでは病院待機時間の長さが問題となり、緊急を要し金銭的に余裕のある人は隣国米国で医療を受けることが一般化していた。カナダの医療衰退を危惧した政府は大きな問題と捉え本格的に対策に取り組んだ。

＊ＣＣＡＣ組織概要

組織は政府管轄、保健省長期ケア省（州の組織）が統括責任省である。非営利団体で理事会（地域組織）が方針・指針を決める。公的組織ではないが、公的資金援助を受けている。

オンタリオ州では 14 地域に区分、それぞれが州政府から資金を受け、成果が求められ決損は出せない（日本の公的組織とはかなり違う）。ＣＣＡＣは１～14 区域を７地区に分け１日 1900 人をサポートしている。スタッフ（ケース・マネージャー）150 名、その内 100 人のケース・マネージャーを 26 病院に配属、慢性期患者を在宅へ帰す役割を担い病院とは良い関係にある。

ケース・マネージャーはＣＮＳ（専門看護師）である。在宅療養に必要な医療機器や看護、ケアをマネジメントし早期退院を目指す。）

ケース・マネージャー１人のケース担当は年間 150 人、CCAC への電話相談は月 23000 件（全体）、家庭から長期ケア（ナーシングホーム）移行は月 240 件、特別なニーズを持つ子供対応は月 1700 件、在宅リハビリ依頼　月 700 件、退院支援　月 7000 件。

＊CCAC 業務

1．ケース・マネジメント。 2．家庭（在宅）のサービスをコーディネート。 3．患者情報の提供、依頼。（対象者をクライエントと呼ばず顧客と呼ぶ。） 4．サービスを必要としている人々が、最初にコンタクトする場所がＣＣＡＣとなる。 5．ＣＣＡＣは病院からケアホーム、地域へリンクしていくことが役割。

＊具体的なケース・マネジメント

①まずサポート、身の回りのサポート、食事介助、入浴介助。 ②．看護。 ③．ソーシャルワーク。 ④．栄養カウンセリング。 ⑤．セラピー（言語、理学、作業ほか）。 ⑥．看護サービス機器（ﾒﾃﾞｨｶﾙ・ｻﾌﾟﾗｲ）等を家庭に届ける等。

＊2010 年 2 月「トロントセンターCCAC」の改革。

1．人口に根ざしたケースロードに改革。

2．いろいろなタイプを優れたケース・マネージャーに集め、①小児科・家族、 ②緩和ケア、 ③精神科、④老人、 ⑤普通の老人、 ⑥成人で長期サポートを要する方々（短期サポート）できる、7 チームでサービスを提供。

＊ＣＣＡＣにおける緩和ケアサービスの特徴

① 余命（12 ヶ月より少ない）。
② 基準、生活を制限する条件を本人・家族が知っている。
③ 緩和的アプローチを望む（根治ではなく）。
④ がん疾患患者のパフォーマンス・スケール（ＰＳ）60%以下。
⑤ 9 人のケース・マネージャーが 1 人 50 人を受け持ち、月で 550 人を担当。
⑥ 70%がん患者　平均 170 日、 30%がん以外　平均 350 日支援。
⑦ 平均年齢 72 歳、25%（65 歳以下）、幼児、100 歳以上もある。
⑧ 新規 10 人前後/月、 死亡 10 人前後/月。 ６８%は家庭で死ぬことを選択。できる限り家庭で過ごし、その後、緩和ケア、ホスピスを利用。 救急病院受診を極力避ける。

＊ケース・マネジメントの実際

①．依頼後、48 時間以内にコンタクト（電話）
②．面接、入院中の病院ナースマネージャーと面談、家庭へケース・マネジメント
③．アセスメント立案、ケアチーム全体をマネジメント。
④．家庭医、緩和専門ナース、サポートワーカーをコーディネーション。
⑤．病状進行につれ心理、社会、スピリチュアルケアが重要になり、様々なスタッフへサポート依頼。

＊トロントの緩和ケアは３種類ある。

①ホスピス緩和ケア病棟。
②在宅緩和ケア（家庭医）。
③病院チームが外に往診するホスピスチーム（家庭に出向きケア）。
ケース･マネージャーは今後の予測やプランニングを話し合い、本人の意思を尊重する。
④. 死が近くなると家族の心理的ケアは高くなる。　家族のケアも必要になる。
⑤. チーム・ミーテイングは１回/W、事例の変化にあわせアセスメントする。

＊課題

①状態悪化、再入院の場合もケース・マネージャーが病院に出向く。余命が短い患者に慣れない環境、スタッフに気を使うなど新しいストレスはかけない。
②最初に介入するケア・コーデイネートの役割がとても重要である。末期患者の病院救急外来受診は絶対に避ける。

＊2012 年の計画

①チームケアの受け持ちの責任範囲が明確を明確にする。緩和医、病院看護師・医師の責任範囲を明確にする。
②チーム・ミーテイングを確実実施する。
③州保健省が中心のコーデネーションシステムの確立。
④多職種シームレスを維持し、より良いコーデイネートを追求。
⑤それぞれの職種が同じ事を聞く、これは患者・家族の負担になる。有効な情報共有の方法を探る。
⑦ケアチームは患者の眼にどう映るか、常に考えて行動する。
⑧病院、在宅の統合。

＊CCAC の特徴

①チームは多職種で構成。
②専門家特化、ケース・マネージャーは専門看護師。
③１患者の受けるサービスは多数ある。
④結果を保健省がチエックし評価する。
⑤末期患者の救急病院受診は避ける。

＊課題

より良くコーデイネートされたチームに成長すること。　老人、緩和ケア、困難な老人、困難な幼児、子供など 6 つの枠に区分専門的支援の強化。

＊マネジメント実際

①専門的ケース・マネジメント。　（実際に家行き側にいて手助けをする事も必要。）　②多職種専門家のアセスメント。（それぞれ専門職が責任を持つ。）　③ベストサービス提供。　④辿る（予測される）ケアのすべてのナビゲーションをしていく。　⑤ケアチームの対価はＣＣＡＣが行い、ケア内容をみて支払うシステム。ケアチエックは独自なアイデアで対処。良いサービスにはシェアーが必要、カルテをシェアー（分配）する等はケアの一体感の為に必要。

今後、緩和ケアチーム活動を評価し、研究発表していく。

①システム。　②死にも質がある。　③患者・家族の調査。　④2012 年ＲＡＩ（国際的ツール）を使用し家庭での疼痛、症状を評価。　⑤がん末期患者の病院受診、入院を避ける。（病院治療費は非常に高価）。　⑥弱い患者は病院に行く事でより感染の危険が高まる。

＊カナダ医療の特徴

①医薬品は入院中無料。　②家庭では薬代も雇用者は組織が支払う。　③医療を州に任せず国が統一している。

＊カナダの医療制度（医療システム）

①カナダの保健法で保証されている。　②健康保健証は、家庭医、病院、クリニック、その他の医院で有効。ホームケア（ＣＣＡＣ）でも有効。　③医療費負担は原則無料である、しかし、カナダ国民である事が前提条件（納税者）。　④一次医療のアクセスは無料。　⑤カナダ政府は税金として一括して徴収する。カナダの消費税は１３％で、国民が消費税１３％の高負担に反対せず、皆保険制度の税適応を支援している。　⑥税金の 48%は医療費として消費される。　⑦直接医療だけでなく、ホームヘルパー負担へも適応する。

＊ケアギーバーの負担を減らすには（トロント多人種、多民族　１００の言語を持つ）

①信頼性を築く。②家族が介護負担に燃え尽きて入院とならないよう、家族もサポート。③老老介護の問題（家庭調査必要）。④ＥＢＭに基づく、トリートメント・パスウエイ作成。⑤サービス提供の適切なマネジメント。⑧優先順位は在宅医療、救急病院は避ける（国の方針）。⑨ケア提供者、サポーターは「死のプロセス」を理解する必要がある。　⑩家族も心配になり病院へ行きがちである。適切なベッド配分、コストなど結果を調べ改善していく。

＊質疑

１．オンタリオ州全体トロント市の 68%（家庭で亡くなる）月 550 人。

２．患者の意思確認での注意点は。

（回答）

①患者のステータス、状況を正確に弁えでいるか。　②時期を考え（まだ元気）。　③病院にＭＳＷ配置。　④患者に会いアセスメント。　⑤この段階でのコーディネートが重要、本人の反応により洞察し判断する。　⑥家族が「本人には言わないでくれ」というケースもある。　⑦州の決まりは患者の意思が最優先、しかし、答えは一つではない。　⑧家族が合意していない場合難しい。　⑨様々な事例に遭遇する、相手より態度を変えるケースもある。　⑩ドクターは 24 時間待機が必要。56 時間/W（ 8 時間 X7 日）。　⑫集中的かつ継続的ケース・マネジメントが必要。かなりの時間をとってみていく。ケース介入機関 170 日/平均。

３．日本の場合は医師に集中しているが？

（回答）

①カナダでも Dr に頼る事もあるが、殆どは Dr には関係のないことが多い。　②効果的な Dr オンコール制度へと進めていきたい。「基本的に個人主義の国、自分の事は自分で決めて責任を持つ。」

４．在宅をフィジカルにみていくのは誰か。

（回答）
①腫瘍科受診時は家庭医＋腫瘍科医。　②緩和ケア時は緩和ケア医が一次ドクターになる。　③家庭医の診療報酬は省から支払われる、家庭医は州と契約。州の緩和医 27 名。　④家庭医をどのように巻き込んでいくかが課題。家庭医は往診はしない。症状コントロールに自信が無い。そのため緩和ケア医が面倒をみている。⑤チームを組んでやっている、Dr が CCAC と組んでやっている。
５．CCAC スタッフの報酬。
（回答）
①ケース・マネージャー55000 ドル～75000 ドル、②NS 給与　85000 ドル位、Dr 給与はその 2 倍。　トロントでは政府から 40%の予算を貰っている。
６．日本ではドクターがすべてをコーディネートする、カナダはどうか。
（回答）
①医師の気持ちも重要だが、ケース・バイ・ケース。　②医師が少ないのも理由の一つ、他の方々が役割を持っている。　③ケアチームが話し合って決める。
７．どこで死にたいか、はっきり質問するか。
（回答）そうする。自宅で死にたいと言われる。
８．具体的なスピリチュアルケアは。
（回答）リストがある。患者が頼めば専門的な人を派遣する。

＊2011/9/13　「プリンスマーガレット・ホスピタル」視察研修

歴史：「オンタリオがん研究所」として 1958 年設立 。大学ヘルスネットワーク→①プリンス・マーガレット・ホスピタル。　②トロント総合病院。　③トロントウエスタンホスピタルが連携。がん教育はオードリー・フリードマン方式を作用、大学ヘルスネットワークが実施。

「がん教育」オンタリオ州のキャンサーケアも受け持っている。がん教育は（１）　患者・家族に対するがん教育。　（２）病院に対する影響。（３）専門家に対する教育。

１）患者・家族に対するがん教育

①昔は医師がすべてプランニング。今は、患者を中心としたケア、アプローチ。　②患者が決定権も持ち、ニーズを明確に定義する時代。ピッカー（基準を決定していく組織）が満足度を図ることで教育に対し患者が評価できる。　③患者の多様な価値観、ニーズに対応。　④患者の肉体的安楽さ。　⑤情報提供と教育。　⑥コミニテイへの移行、アクセスケア。　⑦コーディネーション。　⑧情緒的支援。　⑨家族の支援。などを目的とする。

PEKKER 調査では、患者の要望は、①どのような治療をしてくれるのか（３８．１%）　②がんについて知りたい（１２．８%）　③リハビリ（１２．２%）　④プロブレム（問題・課題）

⑤情報　⑥対処方法　⑦人間関係　⑧どのくらいお金がかかるのか　⑨法的支援　⑩医療システム　⑪身体のイメージ変化など。 治療プログラムは、①リスク受容　②副作用　③オプション（自由選択）　④代替・補完医療　⑤検査などである。

＊患者教育センターの取り組み。

①患者教育→患者の希望に則り教育。　②患者・家族を知り。　③患者・家族がどのくらい知っているのか？　④患者・家族の信念。に配慮、パートナーシップを持ち患者を中心にアプローチする。

教育の効果　①患者が理解し参加し、行動も変化する。　②パートナーシップが築ける。　③ニーズを掴める。　④自助の気持ちも芽生える。　⑤自分を支えるスキルも芽生える。等。

＊組織内の教育センター役割。（患者が能動的に行動できる。）

①患者の知識、理解度、どんなトリートメントを受けているか。　②治療に対するコンプライアンスができてくる。　③自分のケアマネジメントもできてくる。　④生存するチャンスも高くなる。　⑤QOL も UP。　⑥余命も長くなる。　⑦患者が決定する力を与えてゆく。等、評価されている。

＊病院からみた利点

①同意を得やすくなる。　②病院のリソース（供給源、資源、財源）を効果的にできる。　③ER の飛び込みが減少。　④ケアの質の高まり、転落、転倒も防げる。　⑤内服する事により治る効果高まる。　⑥セルフケアにより満足度向上。　⑦自己管理できる事で満足度向上がある。

＊工夫している点。

1.　トロントでは 150 の言語がしゃべられる。（英語、中国語、北京語、広東語、ポルトガル語、イタリア語、ベトナム語、スペイン語他。言語に考慮、文化、健康保険、病院機能を知っているか、読めるか、ビデオ、学習能力、視力、聴力、もろもろに考慮する。

2.　患者教育の要点　①病院でやっている。　②専門家に対しては教育のスキルトレーニング。　③どうした情報をあければよいか。コンサルテーションしていく。　④研究を発表する。　⑤患者・家族のリソース・ケア。　⑥IT（インターネット） WEB 利用。　⑦患者・家族の図書室（学習環境を整える）　⑧それぞれのクリニックにコンピューター、パンフレット、本も置く。　⑨図書係、コーデネーター、ボランテアが患者を手助けする（ボランテアに対するトレーニングも大切。身体を超えたプロブレム、情緒的教育、話し方の指導、スキルを身につけて貰うためにアシスト。

＊気をつけていること。

①多くの言語を認める様努力（本など）患者の知る権利を尊重する。

②ツールを用意。　ドクターの説明が解らない場合、ステップを追って理解できるよう工夫。DVDが良いか、コンピューターベース教育も実施。（自分のペースで学習できる。）音、アニメ、など興味を切らさず患者をつなぎとめる工夫。

③WEB を開発「エンド・オフ･ライフ」、「ケモ」、「放射線」などの質問も送ることができる。研究として、患者・家族の意見もとりいれ公表する。

④ワークショップ→同時通訳してくれる。

⑤「ニューズ・レター」発行、患者も投稿できる。

⑥図書利用時一人ひとりにバインダーを渡す。チームメンバー、トリートメント、フォローアップも解るようになり、心強いものになっている。

⑦どうすれば良いティーチャーになれるか提供側に教える。情報、患者側からカードを使いリクエストできる。

⑧専門家の間で情報共有してゆく（各科を超えてお互いが教えあう、Dr 同士、スタッフ同士）

⑨患者教育部門　38 名（教育者、オペレーター、研究者、言語学者、WEB メンバー他）のスタッフ。（病院各課）スタッフに患者に対するコミュニケーション教育も行う。

⑩自前でスキル開発もしている。

＜質疑＞

１．医療者側の抵抗はないか。　（回答）抵抗は無い、自分たちの治療の手助けをしてくれるから。２．費用は、（答）補助金、寄付で賄う（プリンセス・マーガレット財団）　３．患者、家族からフィードバックは。　（答）多数ある。患者委員会があり（45 名）開発に携わる。　ピッカー（評価機構）が患者がきちんと情報を受け取ったかが評価している。

＊患者教育システムの結論

1. 正しい情報を理解して頂くことは医療システムに大きな利益になり、コスト的にも効果がある。１＄が４＄の効果がある。　２．おおきな意味で要望があった。　３．患者教育の名を借りて医療

者教育をもしている。（隠された効果）

＊2011/9/13 テミー・レイター・センター（ターミナルケア）視察

カナダ医療制度は、連邦制度　州が医療の総責任（州で違うが・・）をもつ。支払いは一箇所だけ国が支払う。地域別の予算制でカナダ連邦政府が方向性を示す。カナダの医療法はすべてのカナダ国民が対象者（国民皆保険）

カナダの緩和ケア歴史、緩和ケアは草の根運動から始まり、市民が主導権をとってきた。カナダの緩和ケア医教育は１０年前にトレーニングコースが認証されたが、緩和医療学は確立していない。ドクター４００名、認定看護師１２００名、３年後認定医制度確立予定。緩和ケアは１０年前に市民権を得た（病院認定証に必ず緩和ケアは必要。）

プリンセス・マーガレット病院における臨床的緩和ケアは１０年の歴史を持つ。良好なケア提供、教育、研究。カナダがんセンターにはすべて緩和ケアがある。エンド・オフ・ライフケアは強制ではない。カナダには１７の医学大学、医学校はカリキュラムに含まれている。看護学校教育に導入中　専門看護師制度は、RN(正看護師)。学士を持つナースプラクショナー１５０名（NP）修士課程進学者は多い。

組織　：テミー・ライナーセンター（１９９９年）教育病院であり、総合病院でがんの手術は多い。プリンセス・マーガレット病院は化学療法が多く、お互いが補完している。

３つのサービス教育プログラム。　①コンサルテイグ。　②ホームケアプログラム。　③子供のプログラム。スタッフは事務職７人、リサーチコーデネーター１人、カウンセラー２人、ドクター１９人（小児科医１人）

歴史：１９８６年～８８年にかけ一人の看護師が緩和ケアのきっかけを作った。始めドクターがいなかった。２年後にDr リーバークが赴任。３０人が３００人へと増加した。緩和ケアに対し、特に腫瘍科は受け入れなかった。

１９９１年　ドクターリーバックが家庭での在宅緩和ケア開始（ホームケアプログラム）。１９９３年には６００件以上（在宅緩和ケア）になる。１９９９年、医師の報酬改定を政府に働きかけホームケアを変えるきっかけになった。ホスピス、パリアテイブケア・ネットワーク、ナースとも密接に関り、看護のポリシー、カルテ記入のスタンダードを確立することになった。２００５年　子供センター開院。

今後、広くパートナーシップを結ぶ。アカデミック（学問の分野で正統的で堅実、学究的役割）

な役割。組織の高度化。多職種チームの確立。ホームケアエリアを変えていく。

家庭での緩和ケア、 現在１５人のGP（家庭医）が対応、カナダでは往診報酬低い。コミュニテイナースから往診医の要望があがった。地域受け持ち制度を導入。６０００件～７０００件往診、２４時間電話対応している。（本人、家族、NS）、政府からではなく自発的に開始。一番大きなパートナーはCCAC、医師役割以外は全部やってくれる。CCACが確立していこうとしているのは、チャレンジだが正式な多職種共同の確立。２４時間/7日、毎日（２４時間）提供できる体制確立である。

＜質疑＞

１．現在の在宅看取り数の比率は。　（回答）２０％（在宅死）、緩和ケアの良い地域６５％（在宅死）

２．コンサルトはどの程度行くか。　（回答）早期に介入する、オピオイド増量時などが増えたケース・バイ・ケース。

３．ドクターのホームケアの具体的内容は。　（回答）①朝電話、デュレクターがドクターなのでオンコール･ドクターの確認。　②前日のカルテ書き。　③患者宅へ電話訪問を決める。　④新患フォローアップ。　⑤５～８回訪問/M　電子カルテは患者宅でも記入し更新していく。　⑥情報共有（オンコール・ドクターも見ることができる。５０人/Dｒ。オンコール・ドクター２回/月、8～９件/年。

４．訪問看護の管理は。（回答）CCACが管理、８つのナーシング・センターと契約。

５．ホームケアプログラムのアクセスは。（回答）病院、NS,CCAC非常に人気があるプログラム。

６．バックベッド体制は。（回答）プランニングして在宅死、予測していく。ERへおくる事もある。

＊トロント大学

リーバック教授講義

緩和ケア部は新設されたがリソース（資源）が限られている。６時間の実習義務があり、１４００人の学生が履修、学術的にも眼が向けられつつある。必修科目は院生２年目　１週間小グループで問題討議。３．４年目　家庭医教育、実習も含む。選択型で３～４週間就労に関る。レジデント教育と平行していく。コミュニケーションスキルは全体の学生が受講。

＊コミュニケーション教育（ロバート・バックマン教授？）

「コミュニケーション教育はすべての学生、スタッフへ必要」。　ビジョン：最上の教育。

医師を育てることを中心に、①知識。　②自信。　③意欲。　④実証主義（EBM）の仕事が出来る。⑤協調性。　⑥疾患マネジメントができる。　⑦倫理観を有している。　⑧自分の人生とのバランス、ワークバランスをとれる。　⑨調和のとれたプロフェッショナル育成を目指す。

将来　①広い知識　②エンド・オフ・ライフ・ケア　③最新の知識：システムに適応し周囲も変えられる能力。　高いプロフェッショナル、倫理、誠実さを持つ。　④不確実性に対して耐える、この患者は解らない、複雑なニーズに対処できる。　⑤患者は特に終末期のニーズは多様。　⑥カナダでも強調されている事。医師としての臨床能力の高い教育が求められている。コミュニケーション能力をどのように図っていくか？教える人に伝えていくことが大切。

コミュニケーションの核となる能力は、①パリアテイブ・メデイスンエキスパート。　②コミュニケーション能力。　③協調・協力できる。　④マネジメント。　⑤複雑なニーズに対処。　⑥学者として研究できる人。　⑦プロとして倫理観、誠実さ、などである。

コミュニケーションプログラム

①病院で経験を積む（マウントサイナリ病院）　②ホームベースのケアの実習（コミュニテイへ出かける）　③PC セミナー（シリーズ）　④専門誌を読む　⑤複雑なケーススタデイ　⑥チームの経験を積む（本人の能力で実習してもらう）。

セミナーのシリーズ‥‥‥①スピリチュアケア（苦悩）　②コミュニケーション　③症状マネジメント　④高カルシュウム血症　⑤緩和ケアの倫理　⑥疲労、倦怠　⑦摂食障害　⑧悪疫質　⑨最期の数時間を実施。

＜質疑＞

トロント大学のシステムを教えて欲しい。　（回答）医学部合格は難しい。大学４年＋２年＋２年それからレジデデント。

＊コンサルテーション　（マウントサイナイ病院医師）
・コンサルテーションの実際
①医師グループのコンサルテーション 2.5 人　2.5 人の Dr ケース 400～500 件/年、1.5 ケース/日/２時間位かかる。　②入院患者のコンサルテーション。　③外来クリニック患者のコンサルテーション。
④医学生が抱えているコンサルテーション。　⑤フォローアップ（初回以外は、患者は変化する）。⑥GP（家庭医）とも連携。　⑦カナダでは CNS・MSW と連携。

・依頼内容
①症状マネジメント　②決定支援　③退院　④終末期ケア　⑤倫理的　⑥挿管について
⑦セデーション
・依頼先
①内科　がん　70%、　非がん　30%（増えつつある。）　脳卒中、認知症老人、骨壊死、ペイン、OP できない人等　②外科（肉腫、がん）　③心臓科（心不全）→教育病院はコンサルテーション科常設。　④ＩＣＵ（家族も含む。）　⑤救急外来。　⑥NICU（産科）家族サポート。　⑦外来腫瘍科。

＊コンサルテーション後 400～500 人/ 年3分の1は病院内でなくなる。 3 分の1は家庭に返す（ホームケア）、ホスピスへ、緩和ケア病棟へ、リハビリ病棟へエンド･オフ･ライフ･ポリシーで関わる。

＜質疑＞
1. コンサルテーションで退院までの期間に関連するか。
（回答） ①研究データはない。 ②コンサルテーションで短くなると思われる。リソース（資源）はできていない。 ③チームの初期アセスメントが重要、内容は①疼痛、②症状、③心理、社会的
2. 現場のコンセンサス（合意）は得られるか。
（回答） ①現場でやっていることを 100%反対はしない。 ②20 年間やっている。 ③難しいケースは、チームのトップへ話をする。
3. 終了時評価は。依頼内容に対する依頼主の評価をしているか。

（回答） ①やっていない、リードドクターと話し評価を考える。②全体のドクターは少ない。③ペイン･シンプトン･ドクター（痛み症状を探るドクター）

＊2011/9/15　バンクーバーゼネラルホスピタル視察研修（バンクーバー）

ビクトリア州の医療システム。まず、カナダについて、3 分の 1 がアメリカ国境隣接。人口 3400 万人、10 州、３準州からなる。１０００万平方キロ（ロシアの次に大きい）、１００以上の言語、多民族。

２００９年度　死亡疾患分類→①臓器不全３４％、②老齢、認知症３０％。③がん２８％９０％が亡くなる予測ができるが、PC を受けている人は３０％。死亡数、今後も増加する。２０５６年４８万人死亡する。　２００７年　２３％が深刻な死の世話をした。１２０万人（毎年）影響を受けている。

＊カナダ医療の中の緩和ケアの位置。

医療システムの中で２つの役割、位置づけ、国家方針に基づき、地方政府が目的達成に向け活動。

国→州→地方へ。地域に保健局。良い点：１．優先順位をつけ計画実施している。　課題：１．一貫性がない。エンド・オフ・ライフケアには、GP（地域医･家庭医）の確保は重要。２．ホームケアから予算を出していることもあり、地域間格差がある。３．PCのコスト分担７０％医療システム、２７％家族が支払う（家族の経済的苦しみでもある）２％寄付から捻出（２５０億ドル：２兆円を超える。）

＊カナダの緩和ケア　政府思いやりケア（エンド･オフ･ライフ･ケア）

１．６Wは家族の経済保証をする。２６週にプランニング。　２．研究、教育（Dr、Ｎｓ、MSW）にエンド･オフ･ライフ･ケアカリキュラム導入。　３．２００４年１０００件/日　バーチャルホスピス。４．子供やホームレスの人にもナーシングホーム、田舎の人に対しても適応していこう。　５．緩和ケアのコストのかなりの部分無料（ブリテッシュコロンビアはすすんでいる。）　６．問題もある、現代は死を認めない文化に生きている、死をなかなか認知しない時代にある。　７．サービスの結合、アクセスのとれるシステムベスト・プラクティシュはどのようなものか？教育にも予算配分をしていく。　８．ケアギーバーのサポート。心理、スピリチュアルケアも大切に。　９．死への対策、GP（家庭医）、NSの不足に対処。　10．人口密度に比例した予算配分。システムに乗っていない人（刑務所、ホームレス他）への配分も必要、ケアを平等に提供していく。

＊緩和ケア病棟

①「予後」１年以内、１５００人/年（家庭で亡くなる）。　②４５０人/日が毎日ケアを受けている。　③ドクターのコンサルト４７０人/日。　⑤ホスピス　２６８人/年間。　スタッフ　：PT,OT,MSW,栄養師、担当NS,患者担当NS,CNSミュージック・セラピスト、スピリチュアルケアアドバイザー（多宗教配慮）、牧師、ケアスタッフの中心に看護師がいる。（２４時間）、RN,LPM,ボランテイア多数。ホスピスに特化した特別なトレーニング（２４時間トータルのトレーニン）を受けたボランテアもいる。

・病棟運営　死亡　４００件/年　、平在院日数　１２．０日、　ベッド数　１４床、　オーバーオファー（限度を超えた予約）のベッドもある。　稼働率１０１％、　ミュ＾ジック・セラピスト、アートカード（絵画が選べる）、　パテイオ（中庭）管理。

遺族ケア　①ボランテアが電話をする。２回/年　②記念日を決める。メモリアルサービス。　③患者の３分の２院内から紹介される、その他は直接家庭から入院。

緩和ケア病棟で実施する事

１．複雑な症状のマネジメント。　２．コンサルタントグループ活動（病棟で働くのではなく、医

師とCNSが各科へ出向きコンサルテーション）。７００件/年、多数が当病棟へ転床。

コンサルテーション内容

１．症状コントロール　２．家族サポート　３．退院計画　４．今後について。　５．エンド・オフ・ライフケア　６．家庭への支援

＜質疑＞

１．待機期間は。　（回答）家庭からは待たせない。入院中は他科で待って貰うこともある。待ち時間がある場合家庭へ出向く（コミュニテイケアチーム）、それでもダメならERへ。

２．特徴的計画は。　（回答）　①他科患者の予測できる状態を、早期にコンサルテーション。②バックｸﾞﾗﾝﾄﾞを知る。徐々知っていく家族と会う、コミュニテイチームと関りから情報収集。③入院は一本化され、緩和ケアアクセスライン化、情報共有がでる。　④電話の対応も、人間的コミュニケーションができる。

＊施設の特徴。　ヒーリング・ガーデン（外の空気）に触れる場、窓を植物で隠すように飾りつけ、自室の絵画が自分で選択できる。

＊2011/9/16　　小児ホスピス「カナック・プレイス」訪問

歴史：１９６０年「ホスピス運動」をDrシシリーソンダースが始めた。　１９９４年ドクター：マウントがバンクーバーで開始。　子供ホスピス１９８０年スタート。　１９９５年カナック・プレイス開院（ナース：ブレンダがイギリスで研修を受ける）。彼女は開設にお金がかかるのに気づいていなかった。ホッケーチームを持っている男性と出会った。カナックチームが優勝した（昨年）ホッケーチームの寄付で開設した。　１５年目になるがチームはもっと寄付してくれている。カルガリー、オタワでもこのことは起った。ホッケープレイヤーはヒーロー。カナック・プレイスの名前の由来。

＊小児ホスピスの特徴

①小児緩和ケアは子供だけでなく家族ケアもだいじ。　②生きるということが死よりもだいじ。③今を生きる、その日を生きるのがだいじ。　④セラピー思いやりが大切。殆どの家族が治ることを考えている。多くの子供がケモ・セラピー、輸血、人工呼吸器も使用している。最期までやり通す。⑤ケアはチームであたる。　⑥ケアギーバーへのサポートもする。どの緩和ケアも同じ。

＊小児緩和ケアの違い。

①病名が珍しいもの。　②長期間生きている（１０年以上）。　③先進国ではすぐ死なない。④多数の子供は何人かの病人をかかえている。　⑤小さい子供に対し親が決定する。⑥親は大きな責任を持つ（選択、他の家族への・・）。　⑦子供は成長する。我々もついていかなければならない。

＊子供の仕事は、①遊ぶこと　②学校にいくこと→学校と遊びは切れない関係。仕事（遊び）は切り離せない。

＊子供の死。

①何世代にも影響がある（祖父母、父母、子供世代）。　②悲しみは長く、複雑になる。　③１０代の子供は決定に参加させることが重要。　④１０～１５年前と比べると、IC（インフォームド･コンセント）などの技術を使うようになってきた。　⑤子供にどんどん利用して欲しい。　⑥慢性病の子供にも時間がある。　⑦DNR の決定はむずかしい。大人は DNR 同意するが子供の親には DNR は強要しない。　⑧１年に１回話をする。DNR、死ということ、そのときのこと。免疫を与えているようなものかもしれないが。　⑨死とか亡くなる時の話をするので、ER でも DNR について話をするので、頭に残っているだろう。答えも期待していないが、恐れすぎないようにしている。予防接種が効いている。　⑩蘇生をして欲しいと強く望む親は、それほどいない。

＊イギリスの発表～子供ホスピスには４つのグループがある。

①治療して治る、治らないがある。かなりのがんが治る。まず、親は治療を試す。　②キュアはできないが生命を維持する事はできる。膿泡性肺線維症、筋ジストロフィーなど子供は成人になれるようお世話する。　③キュアはない。遺伝にかんするもの。症状を何とかする。癲癇、呼吸、栄養の問題など、永い経過があるが早期のところ関わっていく。　④脳損傷の子供たち。これら４種類の小児に対応するニーズを満たすことが大切。

＊現在利用中子供の疾患構成

①４１％ 筋肉の問題（筋肉疾患は１５％の死亡率）。　②神経系、心臓、肺は７（％）。　③がんは非常に少ない１％（死亡率は高い１％ の５０％ は亡くなる）エンド･オフ･ライフ･ケア。がんの小児の親は治療に奔走している、暇が無い。

＊２０１０年度実績

①２３７名の小児。　②１４９の家族の死別・悲嘆ケア。　③３８６件のケア提供。　④レスパイトケアも実施。子供を預け、家族が自分達の時間を持てる。一緒泊まる事もできる。子供病院、家庭へも出向き終末期ケアケアを提供している。

・チームメンバー、Dr５名・RN、LPN,カウンセラー、小児レクレーション、３５０名のボランテイア、キッチン・テイチャー（学校の先生）、ハウスキーパー、コミュニケーション、財務部他、みんなが子供に関わっている。）チームカンファレンスにも参加する。広範囲にカバーしている。

・DNR について、兄弟にも話す、祖父母からみると自分の子供が苦しんでいる。神経疾患患者は子供自自身がしゃべれないので。

＜質疑＞

①日本でも神経、筋ジストロフィー患者は３０歳まで生存する、小児科で診ているのか。　（回答）そのほうが良いのではないだろうか。経過を知っているし、信頼関係も築けている。

②小児の専門看護師はいるのか。　（回答）成長、発達に NS は専門的に関われる。小児科ナースがいるが選ぶのは経験のある腫瘍科、ICU,新生児ナースが多い。

③. 決定に何歳くらいで子供が参加するか。　（回答）子供一人、一人違う。関りたいか質問する。（子供に準備が出来ているか聴いていく）、アートセラピーに表現することもある。親をサポートすることも多い。

④. カナダでの小児ホスピスは。　（回答）子供ホスピスは５つの病院。子供病院の中へコンサルテーショングループがある。

⑤. 経済・財源は。　（回答）３０％はホッケーチームの寄付、３０％は政府、５０％いろんな寄付で成立。

６. 小児科医として大切にしている事は。　（回答）　①治せなくても、子供の生活、人生を変えることができる。　②ホスピスのスローガンである生命（life）をだいじにする。どうすれば、より良くするにはどうしていくか、考えている。　③モットーとしている事→驚かないこと。子供がいつも驚かせてくれるので・・・。

＊日本の医療の現状　①高齢化社会の進行、②病院死の急増、③安易で無理な延命治療などによる、医療機器に囲まれた「痛々しい」死の急増、④死の定義の曖昧化（脳死と心臓死の論争）、⑤「生きること」の意義の喪失と、その蔓延。⑥社会の荒廃とそれに伴う自殺や犯罪の増加。」

Ⅲ　本研修助成についての改善点及び当財団に対するご意見ご要望など。

笹川記念財団に研修費援助を頂き、カナダの医療事情を学ぶ事ができたことに深く感謝する。

参考文献

・Cross Cancer Research ーがん医療と緩和ケアの接点ーエリアフォーカス　海外レポート「カナダ・エドモントの緩和医療の現状と研修プログラム」　樽見　葉子　　2009ＶＯＬ．１．No.2 August

・インターネット～「カナダの医療システム」　医療経済研究機構専務理事　岡部陽二

・インターネット～　特集：地域包括システムをめぐる国際的動向「カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題」　和田　耕治・鹿熊　律子・川越　雅弘

・「評価と説明責任の時代」の医療改革を　公的医療費の拡大を打ち出したカナダ医療改革委員会勧告　　近藤克則　　週間医学界新聞　2518 号

・第 42 回　日本看護学会抄録集　看護管理　学術集会会長　大森綏子　公益社団法人　日本看護協会

・緩和ケア　ＶＯＬ２１　No.５ No6 2011 「平成 23 年 12 月 4 日平成 23 年 12 月 4 日平成２３年１２月４日（代）工藤良治　有限会社　科学図書館

・退院後のがん患者支援ガイド　編集　日本ホスピス・在宅ケア研究会　（株）プリメド社

・がんを生きるガイド～「がん難民」にならないために　日経メデイカル編　（株）加藤文明社

・「始末」ということ　山折哲雄　角川学芸出版

・「選択の科学」　シーナ・アイエンガー　櫻井裕子/訳 文芸春秋刊　　他。