

ケアマネちゃんぽん

2013・第21号・平成25年10月1日
発行
長崎市介護支援専門員連絡協議会報

発行責任者：長崎市介護支援専門員連絡協議会事務局 協議会事務局住所：〒852-8104 長崎市茂里町3番24号 長崎県総合福祉センター 県棟4階
TEL/FAX: 095-848-2230 E-mail: nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp

特集1 (p2-3)

「認知症の介護家族から
介護支援専門員に望むこと」

長崎県支部
「認知症の人と家族の会」

特集2 (p4-5)

「地域ケア会議」と
ケアマネジャーの役割

長崎市緑が丘地域包括支援センター

シリーズ 神経難病 (p6)

「筋萎縮性側索硬化症」
について

その他

- ☐ トピックス (p.8)
- ☐ ケアマネかわら版 (p.7)
- ☐ 事務局だより (p.7)
- ☐ かい語ろく (p.8)
- ☐ 役員紹介 (p.8)



長崎市介護支援
専門員連絡協議会

新たな宣伝活動に活用して
みませんか!!

料金

3ヶ月 ￥7500～
(長期契約にて割引有り)

申込連絡先

TEL (095) 848-2230
協議会事務局 (担当：緒方)

<http://www.cmchanpon.net>

バナー広告募集

「次期介護保険制度改正に向けて」

長崎市介護支援専門員連絡協議会
副会長 神村 紀行

九月の声を聞いて、少しはこの暑さから逃れられるのではと思っていたら、台風襲来のニュース。暑い時は救急車の音を1日数回も聞き、利用者が熱中症で搬送されたのではないかと心配し、台風が来たら来たで一人暮らしの方や、夫婦世帯の方は大丈夫だろうか、ケアマネジャーの心配ごとは尽きない。こんなケアマネジャーの思いをどれだけの方が分かってくれているのだろう？

国は、2015年(平成27年)の介護保険改正に向けて審議を進めており、特に予防給付を市町村事業へ移行させ、介護保険からはずすということ、現在1割である利用者負担を、所得に応じて2割負担などに引き上げること、中重度者への重点化による施設入所の問題等があげられると思う。「利用者のより良い生活を目指す」というよりも、介護保険制度をいかに維持していくかに重点が置かれたものであることは、誰がみても一目瞭然である。今後、ますます利用者支援を生業とするケアマネジャー業務も、尚一層の専門性が問われるのは、必定です。

長崎市介護支援専門員連絡協議会では、約500名の会員のスキルアップと情報提供、交流を目的に4ブロックが連携を図りながら、取り組んでいます。全体研修会、各ブロックによる研修会、ブロック会議や、交流会などの実施をしており、全体研修では、業務について1年末満のケアマネジャーを対象に「新人研修会」を実施し、59名の参加がありました。そして今年度より、「地域包括ケアの実現」に向けて重要な役割を担う主任ケアマネジャーを対象に「主任介護支援専門員研修会」を実施しており、100名を超える参加がありました。今後も当協議会では、会員の皆様と一緒に「より良い利用者支援」に向けて取り組んでいきますので、ご協力お願いいたします。

F A X 0 9 5 (8 1 8) 0 2 0 8
T E L 0 9 5 (8 1 8) 0 2 0 7



● 介護タクシー・移送支援サービス

● 障害・介護保険住宅改修

● 介護福祉用具 貸与・販売

(株)長崎住環境システム

介護のすけさん

広告募集

ケアマネちゃんぽん

広告を載せてみませんか？

福祉に関するものであれば、内容は問いません。

料 金：1区画 ￥20,000

(サイズ8.7cm×8.7cm)

問合せ：当協議会事務局

(電話：095-848-2230)

認知症の介護家族から介護支援専門員に望むこと

公益社団法人認知症の人と家族の会 長崎県支部世話人 松尾文子

はじめに

● 認知症の人と家族の会とは？

公益社団法人認知症の人と家族の会（以下家族の会）について述べさせていただきます。家族の会は、全国組織です。33年前京都で発会いたしました。京都で20家族ほどの組織を作るつもりで結成総会を開催したところ、全国から90人もの方が集まったとの事です。簡単な会則と役員を決めるとあとは家族同士の話し合いが行われました。

ところがこの話し合いが涙、涙になり、みんな泣きながら介護体験を語り合う状況だったといわれます。その後各地でつどいが開催され現在の県支部に発展しています。

（参考文献：「ああ認知症家族」高見国生著）

● 家族の会の活動

家族の会は「家族・本人のつどい」「相談（電話相談含む）」「情報の提供」を主な3本柱として活動を行っています。長崎県支部では、現在14箇所の地区会で、「つどい」「相談」「講演会」など地域にあった活動をしております。長崎市内では、あじさい会が毎月第4火曜日の午後1時からもりまちハートセンターで「つどい」を開催しています。

介護支援専門員に対する家族の想い

前文に掲載に紹介いたしました、県内各地区で開催している「つどい」で話された言葉、家族へのアンケートに寄せられた内容を以下にまとめました。

【実際に対応を受けた家族の想い】

『介護支援専門員の良かった行動について』

- 親身になって相談にのってもらった。また気軽に相談できた
- 尋ねたことに必ず返事が返って来る。必要なことを教えてくれた
- 家族・本人のことを考えてプランを立てて貰った
- 明るい。会って話すと元気をもらう。話術で本人の笑顔を引き出してもらった
- 親切で優しく丁寧に接してもらった

『介護支援専門員の困った行動について』

- 所属する法人内のサービスしか紹介してもらえなかった。情報をもらえなかったので自分で探した。
- 家族が言う事にハイハイと言うだけで何の意見もない人でした。
- 色々な計画を一応相談に乗ってくれる振りをするけど、結局は自分が立てた計画通りにされた。家族としても「まあ～良いか～」と思うようにした。
- 家族が考えを言ったら怒られた。
- 相談があまり出来なかった。
- 連絡しても折り返し連絡してくれない。
- 毎月の利用計画書が届かない。毎月の訪問がない。
- ショートステイの日程を変更したとき、連絡ミスで翌日のディサービスの日に迎えが来なかった事がある。
- 約束の時間に来なかったし、連絡もなかった。
- 介護支援専門員によって知識、行動力の差がある。担当の方は若い男性で、父母がサービスを受けられるように情報提供や、電話、足をはこぶことが家族から言わないと動いてくれない。

- 随分ケアマネさんとは会っていない。確認書類をディサービスの送迎の職員に託して印鑑を押して下さいと・・・。
- 患者に馴れ馴れしく行動するのは如何なものか。最初は神妙に振舞っていたが、時間の経過と共に地がでてきたという感じ。礼儀をわきまえて欲しい。
- 家族、世話をしている人の心配をしているように言われるが、言葉だけで心がない様に感じた事がある。

【介護支援専門員に望むこと】

- サービスの利用計画を立てる時に、利用者本人だけでなく家族のことも考えていただきたい。
- 計画作成時は、利用者本人の気持ちも忘れないで。つい家族との話し合いだけになってしまいがちになる。（家族自身の反省も含まれています）
- 机上のプランでなく、家庭訪問をして状況を十分に把握した上で立てて欲しい。
- 企業のためだけの計画はやめて！
- 受けられるサービスの情報提供を家族・本人に十分示して欲しい。
- 介護支援専門員一人で全部の対応は無理。ネットワークを沢山持って欲しい。
- 地域の児童民生委員との連携を十分に取ることも大事と思う。
- 人間的に信頼できる人、責任感のある人であって欲しい。
- 家族の思いを聞いてくれて、気持ちよく相談に乗ってくれる人。
- 認知症のことを理解して欲しい。認知症の家族は非常に敏感になっており、態度、言葉遣いで遠慮してしまうことも多い。
- お世話を受けるようになって3か月。これから信頼関係を築いていきたいと思う。

【介護支援専門員の立場を思う時】

- 所属する事業所と利用者側の板挟みになられることも多いのではないだろうか。
- 家族も時には無理な注文や苦情を訴える場合があるだろう。
- 介護支援専門員も一人で抱え込まないで。ネットワークを利用して多くの人の知恵を借りて対応して欲しい。
- 介護支援専門員の仕事は本当に大変。皆さん頑張って下さい。家族も頑張ります。

――まとめ(以上の意見を受けて)――

認知症を介護する家族にとって、介護保険のサービスを利用する上で介護支援専門員はなくてはならない人です。専門職として、もっと責任と誇りと勇気をもって仕事にあたって欲しいと思います。しかし、「家族の困った行動」から考えると現状ではその力が発揮されていないように思います。原因は、介護保険制度の問題点かもしれないし、職場環境かも知れないし、個人の問題かも知れません。多くの要素が絡み合っているように思います。

6月初旬に家族の会の本部総会が京都であり、「介護保険のあり方を考える」分科会では、介護支援専門員に関する意見も出ておりました。資質の向上、仕事に対する報酬の引き上げもその一つです。介護が必要になった時、本人も家族も共に安心して介護が続けられ、安定した生活が営める社会制度を望みます。

おわりに

この度は、貴重な紙面を与えていただきありがとうございました。認知症の介護家族は日々変化していく症状に手探りで対応し、戸惑うこともしばしばです。しかし、皆さんの支援で、家族も力をもらい介護を続けております。

今後、家族の会も社会資源の一つとして、関係する方々にご紹介いただければと思います。よろしくお願いいたします。

特集2 今後の介護保険制度を考える

「地域ケア会議」について

長崎市緑が丘地域包括支援センター
センター長 深堀 優

はじめに

少子高齢化や要介護（支援）認定者数の増加、単独世帯や認知症高齢者の増加、介護の担い手の不足などを背景に、地域包括ケアシステムの構築が求められています。地域包括ケアは、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルの多様な社会資源を本人が活用できるようにするため、包括的および継続的に支援することです。一人のご利用者に対して、介護保険サービスだけで対応しようとしても限界がありますが、地域の社会資源、様々な分野の専門家に関わってもらいながら、多職種協働で、チームとして支援することで、在宅の限界点を高めることができます。その結果、最後まで自宅で安心して暮らすという地域包括ケアにつながるものと期待されています。国民の6割以上が在宅での最後を希望しているにもかかわらず、8割の方が病院で亡くなっている現状と、高齢者数の増加に伴い、今後は病院や施設では受け入れに限界を生じることを踏まえ、今後自宅で安心して最後を迎えることができるような体制づくりが求められています。

地域ケア会議が制度に導入された経緯

次に、地域包括ケアシステムとは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるように地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、『概ね30分以内に駆けつけられる圏域』を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする」とあります。

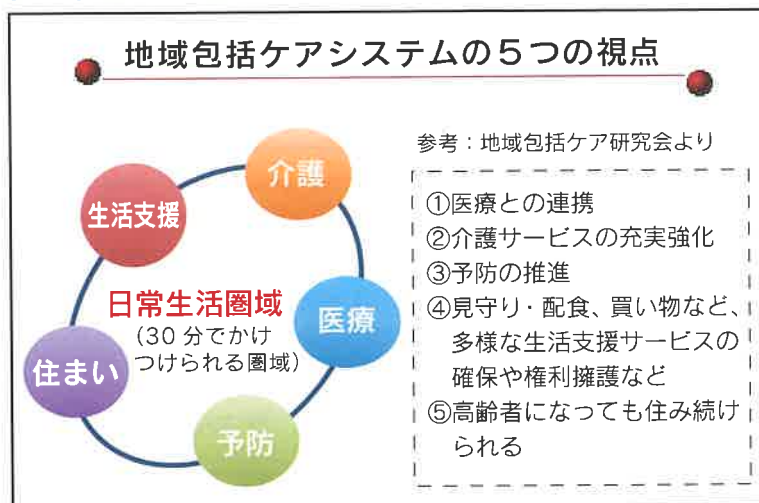
（※地域包括研究会報告書より抜粋）

そうはいつても、地域の実情はそれぞれ異なるため、全国一律のものではなく、地域ごとの特性に応じたシステムが必要となります。それぞれの地域で、これまでも地域包括ケアシステムの構築に向けた、様々な取り組みがなされてきましたが、具体的に地域包括ケアシステムを構築するための有効な手段として、今回「地域ケア会議」が位置づけられました。

地域ケア会議の機能

地域ケア会議は、地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設置・運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体」と定義されています。会議の構成員は、行政職員、包括センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整するとされています。地域ケア会議の目的として、個別ケースの支援内容の検討を通じた、①地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、②高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、③個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握、とされています。但し、①に関して、そのケースを担当している介護支援専門員等の実践をただ単に批判することはありません。地域ケア会議は利用者や家族の抱えている課題に向けた対応を検討する場です。その検討を通して、介護支援専門員は実践力を高めることができます。

地域ケア会議は、個別ケースを通して多職種協働による支援を行い、その積み重ねによってネットワーク構築を図るというものです。また、個別ケースの積み重ねから、この地域ではどうすることが課題になっているのか



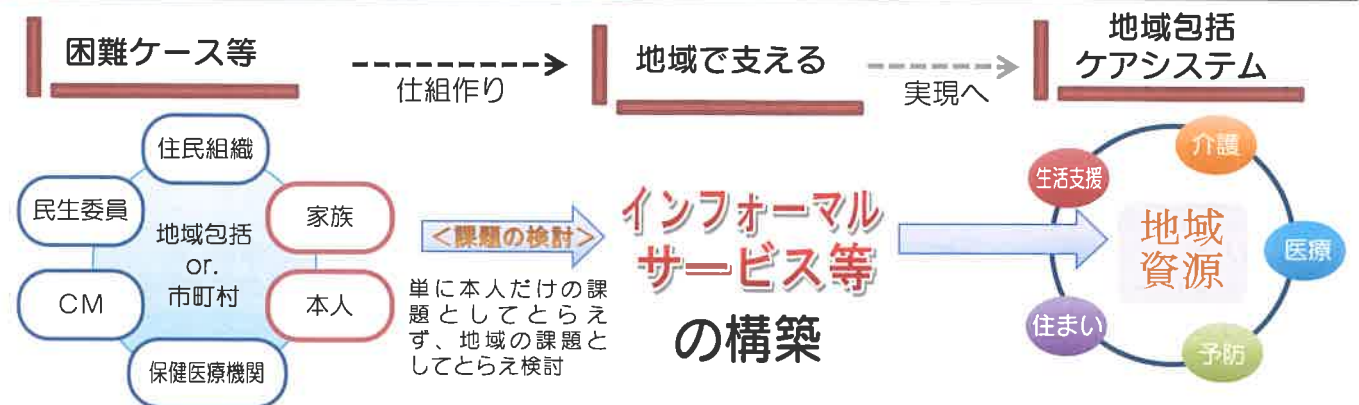
も明らかにしていき、課題解決に向けた新しい社会資源の開発や地域づくり、政策形成への提言などを行っていきます。そうしたことの積み重ねで、誰もが安心して地域で生活できる体制、すなわち地域包括ケアシステムにつなげていくというものです。

地域ケア会議とサービス担当者会議との違い

サービス担当者会議と違って、地域ケア会議は開催主体が地域包括支援センターまたは市町村となっており、参加者も居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族等などだけではなく、行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織、本人・家族等、ケースによってメンバーは異なりますが、より多くの関係者が集まり会議を行います。通常サービス担当者会議では解決困難な課題等を多職で検討する内容になっています。例えば、支援が必要だと判断されるがサービスにつなげていないケース、権利擁護が必要なケース、地域課題に関するケースなどです。

地域ケア会議の構成と機能

※イメージ図



地域ケア会議	項目	サービス担当者会議
地域包括支援センターまたは市町村	開催主体	介護支援専門員
ケース当事者への支援内容の検討、ネットワーク構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握など	目的	利用者の状況等に関する情報共有、サービス内容の検討および調整など
行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織、本人・家族等	参加者	居宅サービスの計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族等
サービス担当者会議で解決困難な課題等を多職種で検討（支援者が困難を感じているケース、支援が必要だと判断されるがサービスにつなげていないケース、権利擁護が必要なケース、地域課題に関するケース）	内容	- サービス担当者の状況等に関する情報の担当者との共有 - 当該居宅サービス計画原案の内容に関する専門的見地から意見聴取

おわりに

地域ケア会議に介護支援専門員が参加する場合、「どういことを聞かれるのか？」と不安もあると思います。ただ、前述したとおり、介護支援専門員の実践を批判する場ではありませんので、「実践力を高める」「地域や関係機関とのネットワークを作る」「役割分担をしておかせる負担を分散する」などの利点も多いことを踏まえ、積極的に地域ケア会議に参加していただければと思います。介護支援専門員や地域包括支援センターの職員1人1人の活動が、長崎市の地域包括ケアシステムの構築につながるよう一緒に取り組んでいきましょう。

特定疾病の対応について ～各専門的視点～ (シリーズ: 3 回目)

筋萎縮性側索硬化症(ALS)協力: 長崎記念病院
文責: 松尾 智香子

◆ 専門家からの意見 ◆

理学療法士

長崎北病院 作業療法士 岡本 康広

皆さん良くご存知とは思いますが、病気のことを少し説明します。ALSは運動神経の変性疾患で筋肉が動かせなくなる病気です。手足の筋肉が萎縮し動けなくなります。また、舌や咽頭筋が萎縮し、構音障害や嚥下障害などの症状が発現します。ALSは筋肉が動かない病気だと説明しましたが、基本的な症状はそれに尽きます。他の症状はほとんどなく、認知症状、排尿障害も少ないです。褥瘡も自律神経が良く保たれているためでにくいです。逆に、手足を動かすのにも拘わらず、感覚に障害がないので、手足や関節の痛みを鋭敏に感じるようになります。認知症がないので、病気のことをしっかり理解していますし感覚もはっきり感じているわけです。他の症状がないというのは、良いといえば良いのですが、却って認識できることが、精神的に辛くなることもあります。ALSの陰性徴候、つまり、筋萎縮・筋力低下の他には症状がないことが多いということを知っておくことは重要です。

残念ながら現状ではALSは完治できないわけですが、患者さんやご家族の方にとって実際に望まれることは、QOLを出来る限り良い状態を維持するということだと思います。QOLの改善には医療的なことは勿論必要ですが、精神的な面も大切であり患者さんの会等に参加されて精神的な支援を得て、苦勞をねぎらい合うことも重要なことだと思います。

QOL改善のためには、疾患の理解、リハ、環境の整備など、重要なことが沢山ありますが、やはり日常生活において出来る限り自分自身で自立して行うことが基本的に重要です。日常生活動作を繰り返すことは、リハ的な意味合いがあります。頑張ってリハをするというのではなく、日常動作の中で、自分が困っていること、したいことを整理することが大切です。自分ができないこと、不得意なことに関して、どう工夫すれば良いのか、ここに手すりがあればとか、この距離がもっと狭い方が良いとか、椅子は少し高めが良いとか、それぞれの環境に即した工夫をしていただきたいと思います。また、この病気は進行していきますのでまだできるうちに将来のことを考えて環境装置(スイッチ等)の検討も必要です。またQOLを考えるうえでコミュニケーションは大切だと思います。「あいうえお表」等を使って目でしょうと思えば結構できます。細かい内容表現は無理でも、イエス・ノーとかの返事は目だけでできますが、動作ができる早いうちからパソコンなどコミュニケーションエイドを検討して、できなくなってきたときにすぐに使えるという状況を設定すべきだと思います。環境設定・環境装置についての工夫や設定についてはお近くのOTにご相談いただければ手助けになるかと思います。

薬剤師

長崎記念病院 薬剤師 井上 春菜

● ALSの治療薬 ●

筋萎縮性側索硬化症(ALS)の治療には、ALSの進行を遅らせる作用のある薬としてリルゾール(商品名 リルテック)という薬が使われます。この薬は、現在ALSの治療薬として国内で使用可能な唯一の薬です。

但し、この薬は根本的に病気を治す薬ではなく、進行を遅らせる薬であり、筋力の低下や食べ物が飲み込みにくくなるなどの症状の進展を抑制する効果があります。症状が改善したり、軽減したりする働きはありません。効果にも個人差があります。

リルゾール(商品名 リルテック)は、ALSの原因と考えられているグルタミン酸の生成や取り込みをブロックするほか、興奮性アミノ酸受容体や電位依存性Na⁺チャネルと言われるものをブロックするなどにより神経細胞を保護する作用を示します。

また、ALSでは筋力低下や痙縮に伴って様々な二次的の症状が出現してきます。体の自由が効かないことや、病気にに対する不安や抑うつ等の治療には安定剤や抗うつ薬を用い、痙縮が著しい場合は、抗痙縮剤を用います。筋力低下に伴って関節の痛みや関節の拘縮が出現することがあり、痛みに対しては鎮痛剤や湿布薬を使用し、関節拘縮の予防には定期的なリハビリが必要になってきます。

● 今後の治療薬の発展 ●

最近では、ALSの病勢を遅らせるために、メコバラミンの大量投与やエダラボンの投与等が試験的に行われています。

また、失われた神経細胞をうまく補充して元のように戻せないかという全く新しい治療法が注目されています。それが「神経再生」です。新しく神経細胞を生み出す力をもった「神経幹細胞」を利用して失った細胞を補う治療法、つまり細胞補充療法の開発が世界中で注目を集めています。

今、現在もこのように世界中でALSの治療法について様々な研究が行われています。上記にご紹介した対症療法とリハビリテーションで症状の緩和が可能です。

ケアマネかわら版

タイトル：無 題

皆さん、最近、旅行に行かれたことはありますか。

私は、子供が小学生なので遠出しても熊本のグリーンランドくらいです。絶叫マシーンも昔は好きだったのに、歳を取ると段々、苦手になり子供達のパワーに押されぐったりして帰ってきました。仕事から解放されて、ゆっくり温泉にでも行きたいですね。

担当のご利用者の方で80代後半で旅行に行かれるご夫婦がいます。

要支援2のご主人は「若い頃に家内に迷惑を掛けたので、喜んでもらうことをしたい」と要介護3の奥様中心にプランを考えます。

豪華客船の旅も自費での訪問介護の協力を得ながら2回行かれました。済州湾、台湾などに行かれ、帰ってきて土産話を聞きながら満面の笑顔の写真もたくさん見せて頂きました。ご主人は、船酔いで診察を受けたり大変だったようです。晚餐会ではフォーマルな衣裳に身を包み、ご夫婦共にとても楽しまれたようです。

いくつになっても、障害があっても旅行に行けたらいいですね。

しかし、お金がない・・・一生かかっても船の旅はできないだろうな・・・でも、死ぬまでにエジプトのピラミット、カナダのナイアガラの滝、行きたいところはたくさんあります。いつか、いつの日か行けたらいいですね。



タイトル：無 題

先般、厚生労働省から、「平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査の集計結果が速報されました。ご存知の方も多いと思いますが、自分で判断できなくなった時の事前指示書作成に賛成している方が、国民・医療職者・施設職員等で増加傾向にあります。ターミナル期以外の方でも、利用者と家族間での終末期医療の治療希望を日頃より話し合い、その方や家族が希望される終盤に備えたいと思う今日この頃です。私每ですが、心肺疾患・気管切開をされている方が「物を食べたい」と自己表現がありました。最近の医療治療は本人の強い意思表示があれば、以前では無理だと思われていた、治療も前向きに治療を検討していただけるようです。



事務局便り

今年度より、主任介護支援専門員の方を対象とした研修会を開催致しましたところ、多数の方にご参加頂くことができました。ありがとうございます。今後も第2回全体研修会やブロック毎に研修会を計画しておりますので是非ご参加ください。

また、ホームページには研修案内、行政関係資料等様々な情報を掲載しております。是非チェックをお願いいたします。

ご不明な点は各ブロック連絡先または事務局までご連絡ください。どうぞよろしくお願いいたします。



TOPICS トピックス

2015 年度 介護保険改定の案件について

今年の8月に入り、新聞マスコミ各社から一斉に発表されました「2015年度の介護保険改定の案件について」今後、国会や社会保障審議会の介護保険部会で議論を本格化させることになっています。今回のトピックスではその案件についてご紹介いたします。

● 軽度者の介護保険制度切り離し

要支援認定者を介護保険制度から切り離し、市町村独自の事業（地域包括推進事業※仮称）に移行する。

● 高所得者の自己負担「1割」を引き上げ

所得が高く加入者本人が課税対象となっているうち、夫婦の年収で300万～400万円程度を上回る所得層の対象者の自己負担を引き上げる。

● 特別養護老人ホームは中重度者に重点化

特別養護老人ホームに入所できる高齢者を要介護3以上の中重度者とし、比較的中度の要介護1、2の高齢者は新規の入所を制限する。

● 食費や居住費の補足給付の支給の条件について資産状況を勘案する。

現行は、世帯の課税状況や課税対象の所得状況にて、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受ける形になっているが、その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全される可能性があるため、世代内の公平の確保の観点から、資産状況も補足給付の条件とする。

● 低所得者の第1号保険料について、軽減措置を拡充する。

「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇に対するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乘じることにより負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充する。

● 第2号被保険者（40歳～64歳）の「介護納付金」について

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえて検討。

編集後記

今回、特集されていた「認知症の介護家族から介護支援専門員に望むこと」日ごろの姿勢を振り返る良い機会となりました。認知症を抱える方だけでは無く、ご担当をさせて頂く全ての方々に共通する事です。パーフェクトなんて難しい事ですが、これからも「常に笑顔で」「誠心誠意をもって」頑張っていこうと思います。残暑が厳しく体調を崩し易い季節です。会員の皆様、美味しいものをたくさん食べて、元気に暑さを吹き飛ばしましょう。

か い 語 ろ く 「ホスピスケアとは？」

現在、日本では緩和ケアとして使用されています。語源は「ホスピティウム」（ラテン語）に由来し「暖かく迎える」という意味です。中世初期、キリスト教の聖地巡礼に伴う宿泊施設（多くは修道院の一角）が、旅人にホスピス的な対応をしていたことからきています。

因みに、イギリスやアメリカなどの英語圏では「ホスピスケア」を使用し、カナダなどのフランス語圏、あるいはスウェーデンなどの北欧では、パリアティブケア（ラテン語）を使用しています。パリアティブケアはパリウムに由来し「マント」のことであり、「マントで暖かく包む」という意味です。

	ブロック長	副ブロック長
南部	榎本 哲子 (青葉苑)	大町 由里(さんわケアプランセンター) 志岐美津子(恵珠苑居宅介護支援事業所)
中央	戸村 孝章 (株)ゲイ・カルネネットワーク	松尾 史江(ケアプランセンターゆめライフ) 井上 明紀(ケアプランセンターRE・楽)
北部	神村 紀行 (滑石・横尾包括支援センター)	高橋 律子(長崎ダイヤモンドスタッフ(株)) 吉川 光義(光風台病院) 中尾 勉(居宅介護支援事業所 鳴見)
施設	碓野 優子 (サンハイツ青山)	近藤 成人(なでしこ荘)
編集委員会	委員長: 和田 公一(リエゾン長崎) 委員: 吉田 裕(指定居宅介護支援事業者 サンハイツ) 田中 秀和(岩屋地域包括支援センター) 上原しのぶ(長崎県看護協会ケアプランセンター) 畦倉 修二(ケアプランセンター日見やすらぎ荘) 松尾智香子(長崎記念病院指定居宅介護支援事業所) 福田しずか(三原の里)	