

特別寄稿

オーストラリア ビクトリア州における緩和ケア —モナシュ大学での研修からの学び—

Palliative Care Offered at Monash University in Victoria, Australia

種市ひろみ 森田 圭子 熊倉みつ子
Hiromi Taneichi Keiko Morita Mitsuko Kumakura

獨協医科大学看護学部
Dokkyo Medical University, School of Nursing

要 旨

〈目的〉本研修の目的は、1) 緩和ケアに関連するオーストラリアの看護教育システムを理解する。2) 緩和ケアに関連するオーストラリアの医療および福祉システムを理解する。3) 緩和ケアに関連するモナシュ大学の役割を理解することである。

〈方法〉モナシュ大学 医学・看護・健康科学部 看護・助産師学科 (School of Nursing and Midwifery, Nursing and Health Sciences, Monash University) にて実施された講義・演習への参加, 緩和ケア関連施設等への訪問, インタビュー

〈結果〉オーストラリアの緩和ケアは、がん患者に加えて、高齢者、小児などの治癒の見込みのない非がん疾患の患者を含む、すべての人を対象としており、在宅での緩和ケアを中心に、シームレスな緩和ケア提供への努力がなされている。このようなシステムの実現には、医療職のみならずプライマリケアを提供する専門職およびコミュニティ全体が緩和ケアを理解できる様な幅広い教育的支援が必要であり、スペシャリストとジェネラリストがそれぞれの役割を持ちながら効果的に連携するシステムが必要であることが理解できた。また、モナシュ大学は、学生への緩和ケア教育、研究にとどまらず、コミュニティ全体を見据えた、多様な人々への教育的支援を行う役割を果たし、社会全体で緩和ケアを提供しようとする試みがなされていた。

〈結語〉文化・地域の違いに関わらず、緩和ケアを社会に広く浸透させ、いつでもどこにいても緩和ケアを受けることができる環境作りのためには、教育が重要であるという認識を深めることができた。日本では、看護師や医師をはじめとする医療者への教育システムが動きだしているが、学士レベルの緩和ケア教育はまだ始まったばかりである。健康に関連する様々な分野での教育が日本にも必要であると考えられる。

キーワード：モナシュ大学, 緩和ケア, オーストラリア, 看護教育, 緩和ケア教育

I. 緒言

近年、日本では入院中心の施設内医療から地域医療への転換が求められ、地域包括ケアなどの地域医療体制の充実が急がれている。在宅療

養環境が整備されれば、患者が自宅で療養したいと希望した場合、住み慣れた自宅で、できる限り自分らしく日々を過ごすことや、家族に囲まれ介護を受けることが可能となる。しかし、

がんなどの生命を脅かす病を抱えながら療養する患者・家族には、より複雑なニーズがある。従って、このような人々には、「緩和ケア」が在宅で提供される体制を構築することが必要となる。緩和ケアは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切に評価・対応することを通して、苦痛を予防したり、緩和したりすることにより、患者と家族のQOLを改善する取り組みである」¹⁾と定義されている。このように緩和ケアは多面的であり、診断早期から終末期という時間的経過の中で適宜提供できる環境が必要となる。日本においては、各地で在宅緩和ケアに関する様々な取り組みが行われているが、在宅ケアとホスピスや緩和ケア病棟などの入院、入所施設との連携・協働は、これからの課題である。

オーストラリアの緩和ケアは、がん患者のみならず、高齢者、小児などの非がん疾患を持つ患者をも対象として、在宅での緩和ケアを中心に、治癒の見込みのない疾患を持つすべての人に、場所に関わらずシームレスな緩和ケアを提供する努力がなされている。従って、オーストラリアの緩和ケアの現状と課題を知ることは、地域医療への移行が求められている日本への示唆を得ることができると考える。そこで、オーストラリアのモナシュ大学で研修を行い、得た結果及び考察について述べる。

本研修の目的は以下の通りである。

- 1) 緩和ケアに関連する、オーストラリアの看護教育システムを理解する。
- 2) 緩和ケアに関連する、オーストラリアの医療および福祉システムを理解する。
- 3) 緩和ケアにおける、モナシュ大学の役割を理解する。

II. 研修方法

- 1) 研修期間：平成26年7月28日から9月6日 6週間
- 2) 研修場所：モナシュ大学 医学・看護・健康科学部 看護・助産師学科

(School of Nursing and Midwifery, Nursing and Health Sciences, Monash University)

3) 研修内容

- (1) モナシュ大学で実施された講義・演習への参加
- (2) 緩和ケア関連施設等への訪問及びインタビュー
 - ① School of Nursing & Midwifery, Monash University²⁾
名誉教授 Margaret O'Connor 氏へのインタビュー
緩和ケア教育に関わる教員へのインタビュー
 - ② 緩和ケア病棟：Peninsula Health Palliative Inpatient Care Unit³⁾
看護師長およびパストラルケアワーカーへのインタビュー
 - ③ 高齢者施設：Ti Tree Lodge (Residential Aged Care)⁴⁾
施設マネージャーへのインタビュー
 - ④ 訪問看護施設：RDNS (Royal District Nursing Service)⁵⁾
Peninsula Home Hospice team の一員である RDNS のスペシャリストナースへのインタビュー
 - ⑤ 高齢者入所施設等で構成されるコミュニティ (Multi-tiered retirement community) : Baxter Village
コミュニティ内の Village Nurse (Registered Nurse : RN) へのインタビュー
 - ⑥ 先住民コミュニティのための保健機関：Victorian Aboriginal Community Controlled Health Organisation (VACCHO)⁷⁾
の教育担当者へのインタビュー

III. 研修結果及び考察

1) モナシュ大学の概要

モナシュ大学は、オーストラリアのビクトリア州立の大学である。ビクトリア州は、オーストラリア連邦南東部に位置する州であり、大陸部の州としては最小であるが、人口は約570万人と、オーストラリア総人口(約2370万人)

の2割以上を占めている。州都はメルボルンで、州人口の70%はメルボルン地域に集中している。モナシュ大学は、1958年ビクトリア州で2番目の大学として設立された。1992年に、モナシュ大学、The Caulfield Institute of Technology、The Gippsland Institute of Advanced EducationとThe Victorian College of Pharmacyが統合し、オーストラリアで最も多岐に渡る大学となった²⁾。大学キャンパスは、ビクトリア州内に5カ所あり、各キャンパスには様々な学部が配置されている。モナシュ大学の全学生数は6万人以上(表1)、その約35%が海外からの留学生である。日本の大学とも提携しており、日本人留学生も多数在籍している国際的な大学である。

今回の研修は、モナシュ大学 医療・看護・健康科学部 看護・助産師学科 (School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences) の講師であり、緩和ケアリサーチチームのメンバーである下稲葉かおり博士のコーディネートによって実現した。研修では、緩和ケアに造詣の深い名誉教授へのインタビュー、看護・助産師学科の学部生及び大学院生の講義・演習への参加、緩和ケア病棟や高齢者施設等への訪問などを通して得た

各目標に対する結果と課題について考察する。

2) 緩和ケアに関連するモナシュ大学の教育システムについて

オーストラリア政府は、緩和ケアは医学、看護および健康に関連する全ての学部教育に必須であるとして、全国統一の緩和ケアに関するカリキュラム (Palliative Care Curriculum for Undergraduates: PCC4U) を推奨し、緩和ケア教育課程の統合をはかっている⁸⁾。PCC4Uは、緩和ケアの原則と実践を学ぶための4つのコアモジュール (Core modules) と特定のテーマに焦点化された4つのケース・スタディ (Focus topics) から成り、各モジュールあるいはケース・スタディでは、様々な命の限られた状態にある人のストーリーを通して、なぜ緩和ケアがヘルスケア分野において重要であるかが理解できる内容になっている。

2013年度の報告では、大学の90コースのカリキュラムにPCC4Uが活用されていた⁹⁾。その報告によれば、PCC4Uを「活用している」あるいは「検討している」と答えた割合は、看護、医学の全コースの89%を占めた。また、看護、医学以外の緩和ケアに関わるコースでの割合は、22% (2011年5月時点) から38% (2014年4月時点) に上昇していた。活用できない主

表1 モナシュ大学の各コースの学生数

コース	学生数
アート, デザイン, 建築 (Art, Design and Architecture)	1,782
芸術 (Arts)	10,308
ビジネス, 経済 (Business and Economics)	16,043
教育 (Education)	5,590
工学 (Engineering)	5,933
情報学 (Information Technology)	2,979
法学 (Law)	3,589
医学, 看護, 健康科学 (Medicine, Nursing and Health Sciences)	10,793
薬学 (Pharmacy and Pharmaceutical Sciences)	1,928
科学 (Science)	5,517
その他 (Other)	38
合計	64,500

モナシュ大学 HP²⁾ より加筆して作成

表2 各コースにおけるPCC4U活用状況⁴⁾

コース	活用している	活用を検討中	その他	合計
看護学 (Nursing)	27	6	2	35
ソーシャルワーク (Social work)	3	7	17	27
作業療法 (Occupational therapy)	11	6	2	19
医学 (Medicine)	10	5	4	19
理学療法 (Physiotherapy)	11	5	3	19
薬学 (Pharmacy)	10	3	5	18
栄養学 (Nutrition and dietetics)	6	5	5	16
言語病理学 (Speech pathology)	4	6	5	15
救命救急 (Paramedic)	4	4	6	14
診療放射線 (Medical radiation)	4	1	4	9
カイロプラクティック (Chiropractic)	0	0	3	3
東洋医学 (Natural / Chinese medicine)	0	0	3	3
合計	90	48	59	197

PCC4U：REPORT SYNOPSIS より加筆して作成

な理由としては、カリキュラムが過密である、緩和ケアに関する知識や技術を持つ大学教員が不足している、臨床実習の場がないことが挙げられていた。PCC4Uによる大学でのトレーニングを受けた学生を対象に、卒業後の2年間で追跡調査したところ、緩和ケアが必要な人々に対するケアに自信がもてたという報告が非常に多く寄せられた。また、大学での教育では、緩和ケアを必要とする領域に専門的実践を実施するだけの準備はできないとの意見も少数寄せられていた。

オーストラリアでは、看護学部教育は3年間で修了し、看護師 (Registered Nurse : RN) として登録される¹⁰⁾。RNは、緩和ケアも含め、幅広い対象者に看護支援を提供するジェネラリストとして看護を提供ができる。モナシュ大学における、学部教育終了後の緩和ケアに関わる看護専門教育には、修士コース (Master of Nursing Practice, Master of Advanced Nursing), 博士コース (Doctor of Philosophy) などがある。修士コースの Master of Nursing Practice を修了すると、様々な臨床現場で、急性期、高齢者そして緩和ケアなど専門的な知識

と技術をもったリーダーとしての役割を果たすことができる。また、Master of Advanced Nursing では、5年間の臨床経験、3年間の特定領域での経験等が受験条件としてあり、コース修了後はナースプラクティショナー (Nurse Practitioner : NP) として活躍することができる。学部教育のゴールは、緩和ケアのニーズに対するジェネラリストとしての技術と自信をつけることであるが、修士コースでは、スペシャリストとしての能力の獲得がゴールとなっている³⁾。このように、オーストラリアでは、ジェネラリストとスペシャリストの教育的背景及びその専門性と担う役割・責任が明確にされている。

オーストラリアにおける緩和ケアは、その対象者を、緩和ケアを必要とする人のニーズに合わせてプライマリケアニーズ (Primary care needs), 中程度のニーズ (Intermediate needs), 複雑なニーズ (Complex needs) と3つのグループに分けている (図1)。最も複雑なニーズを持つグループの人々には、特別なケアプランを作成し、実施し、評価するために、プライマリケア提供者と協働するスペシャリス

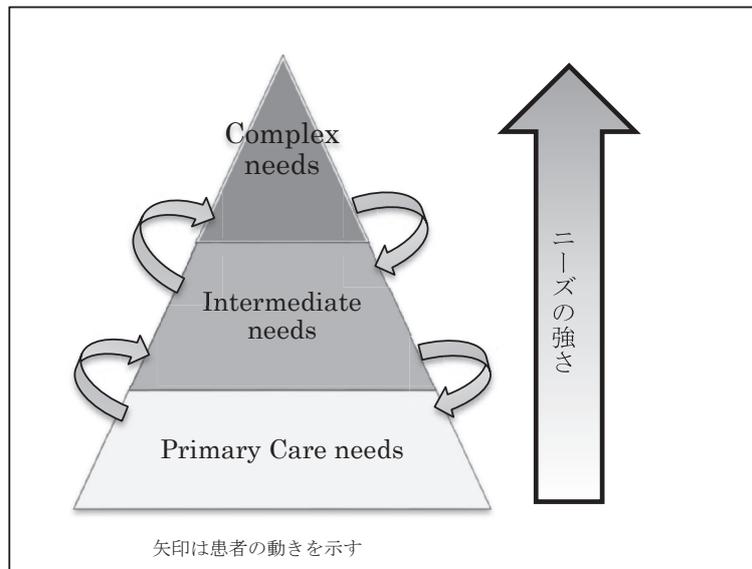


図1 オーストラリアにおける緩和ケア提供の概念モデル

A model of the level of need within the population of individuals with a life-limiting illness⁶⁾ をもとに筆者が作成

ト・プラクティショナー (Specialist practitioners) と呼ばれる、専門教育を受けた医師や看護師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士などが必要である。このグループの人々は、一般的にスペシャリスト緩和ケアサービス (Specialist palliative care service) に紹介される。中程度のニーズのある人々は、プライマリケアの提供者が提供できるケアよりも、もう少し注意が必要な身体症状の悪化や心理的ニーズのような問題が時々みられ、スペシャリスト緩和ケアサービスからのアドバイスを得ながらケアが提供される。プライマリケアニーズのある人々にはプライマリケアサービスが提供され、スペシャリスト緩和ケアサービスからの支援が必要な状況にはない¹¹⁾。緩和ケアを必要とする患者は、そのニーズの複雑さと強さに従って、それぞれのレベルに分けられ、状態が変化すればレベル間を移動することとなる。図1のとおり、複雑なニーズ、つまりスペシャリスト緩和ケアサービスを必要とする人々の数は限られている。一方、プライマリケアを必要とする人々が大多数であり、それらの人々に幅広くケアを提供する体制が必要である。プライマリケア提供者は、ジェネラリストであるかかりつけ医 (GP; General practitioner), NP, RN, 地域

看護師 (generalist community nurse), アボリジニのためのヘルスケアワーカー、そのほかプライマリケアを提供する健康に関連する職種によって提供される¹²⁾。緩和ケアがいつでもどこでも提供されるためには、スペシャリストの養成だけではなく、療養者および患者、家族にプライマリケアを提供する全ての人々が緩和ケアを理解する必要がある。さらに言えば、コミュニティ全体が緩和ケアを正しく理解することが、療養者および家族の QOL 向上につながる可言える。

以上のことから、プライマリケアを提供する専門職およびコミュニティ全体が緩和ケアを理解できる様な幅広い教育的支援の必要性が示された。M. O'Connor 氏はインタビューで、コミュニティにおける緩和ケアへの気づき (Community awareness) の重要性について触れており、また、効果的な緩和ケアの提供には、関連職種の熱意はもちろんのこと、オーストラリア政府の緩和ケアへの関心と関連機関への資金提供、教育活動推進が根底にあることも重要な点であると述べていた。日本においても、臨床現場で働く専門職への緩和ケア教育が推進・実現されている¹³⁾。しかし、オーストラリア政府が、専門 (specialist) 教育はもちろんのこと、

緩和ケアに関連する学部レベルでの教育カリキュラムを幅広く推進していることは特筆に値する。今後日本でも検討されるべき教育課題であると考えられる。

3) 緩和ケアに関連する医療および福祉システムについて

緩和ケアの対象者は、多様な疾患、幅広い年齢層にある。しかし、Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) の報告¹⁴⁾によれば、緩和ケアの対象者の74.2%ががん患者であり、次いで心不全(2.7%)、慢性閉塞性肺疾患(2.4%)である。また、緩和ケアを受けている入院患者の平均年齢が72.1歳、高齢者施設では85歳以上の入居者が59.7%を占め、85歳以上の54.9%が緩和ケアを受けている。つまり、緩和ケアは、高齢者ケア、がん患者のケアを含め包括的に捉える必要があることを意味する。本研修では、それらに関わる施設等を見学し、その関係者へのインタビューを行う機会を得た。

オーストラリアの緩和ケアシステムは、「ケアの3角形」(Triangle of Care)として日本にもよく知られている¹⁵⁾。急性期病棟・緩和ケア病棟・コミュニティのそれぞれが三角形の頂点となり、患者の状態を、連携を持って把握しながら、適切な時期に、適切な場所で、適切なケアを提供できる、機能的なシステムである^{15,16)}。

コミュニティにある施設として、今回、高齢者施設“Ti Tree Lodge”⁴⁾と“Baxter Village”⁶⁾を訪問した。“Ti Tree Lodge”と、“Baxter Village”内にある入所施設は、Aged Care Assessment Team (ACAT)によるアセスメントによって、入所に適格であるか審査を受ける必要がある。適格であると判断されれば、入所手続きを行い、空室があれば入所となる^{4,6)}。“Ti Tree Lodge”は、身の回りのことができる高齢者から、認知症や緩和ケアを必要とする高齢者もおり、スタッフは幅広い健康レベルの入所者への支援を行っている。私立の施設で、寄付は受けず入所者の保証金(4千万から1億円程度)を資金として運用し、政府からのサポートと入所者の自己負担金で利益を出しながら運営されている。入所者は、経済状態に応じた自己

負担金や日々の生活に必要なものを購入する費用が自己負担となる。施設はホテルのようで、また機能的でもあり、スタッフからもケアに対する熱意が感じられた。高齢者の安全を確保し、ホテル並のサービスを実現した背景には、“Ti Tree Lodge”が目指す、高齢者ケアにおける社会化(Socialization)がある。できる限り社会性を保ち、楽しみをもち、参加できる場所を作ることによって、高齢者のQOL向上を図っている。また、緩和ケアについては、緩和ケアスペシャリストである医師や看護師が“Ti Tree Lodge”を訪問し、サービスを提供している。施設では、ケアの質の向上には継続教育が重要であると考え、スタッフ全員が緩和ケアを含む知識と技術を得る機会を積極的に設けており、そこにモナシュ大学のスタッフが教育的支援を行っている。

一方、“Baxter Village”は1974年に創設されたカソリックの理念に基づく、750人以上の高齢者が住む広大なリタイアメント・コミュニティ(Multi-tiered retirement community)である。オーストラリアでは、老齢期を迎えるとそれまで住んでいた家を売り払い、リタイアメント・ビレッジで暮らす人も多くいる。リタイアメント・ビレッジは、リタイアメント・ビレッジ法(Retirement Village Act 1999)により定められた施設で、一般には自立者用施設(Self Care Units)と支援が必要な高齢者用施設(Serviced Apartments)が含まれる。ここでは、453の自立者のための住宅と、60の低い要介護度(Low level)の高齢者のための住宅、60の高い要介護度(High level)の高齢者のための住宅があり、さらに59床の低い要介護度の高齢者のための入所施設(Hostel)、60床の高い要介護度の高齢者のための入所施設(Nursing Home)がある。また、デイセンター(adult day centre)、Community Aged Care Package(CACP)によるホームケアサービス提供施設があり、重層的な施設が共存する1つのコミュニティを形成している。住民はビレッジバスや車を利用することによって、買い物や友人に会いに行く、また通院することもできる。Vil-

lage 内には、アート教室、陶芸教室あるいはクロケット、卓球といったレクリエーションが豊富にあり、社会的交流や活動ができる環境が整っている。自立者は、入居した住宅の大きさや造りによって決められた料金を支払い、住宅の内装を自由に変えたり、ガーデニングを楽しむことができる。様々なホームケアサービスを利用できる環境で、安心かつ自分らしく過ごすことができることなどの理由から非常に人気があり、入所待機者リスト (Waiting List) に登録しても、入所は10年後と言われている。また、自立者以外は、入所に際しACATの審査を受ける必要がある。介護に必要なサービスは、Village内で提供されている。医療サービスとしては、Village内に診察室があり、医師は特定の日に来所する。緊急時呼び出しスイッチが各住宅に備えられており、ビレッジナース (Village Nurse) が毎日24時間常駐し、適宜対応できる体制が整えられている。住民は67歳から103歳と高齢者が多く、看護サービスが必要とする対象者の住宅をビレッジナースが訪問し、一般状態の把握、服薬管理、注射や点滴などの処置、必要時は清潔援助などの日常支援を行っている。日によって差があるが、インタビューした日は20件の訪問予定があるとのことだった。住民が緩和ケアを必要とするようになった時、ビレッジナースのみでの対応が難しい場合は、緩和ケアスペシャリストにケアを依頼することもできる。適切なサービスの提供があれば、最期までVillageの住宅で過ごすことも可能である。高齢者を包括的に支援できるVillageであり、介護度や医療依存度が高くなっても、状況に応じてシームレスにサービスを受けることができるという緩和ケアのコンセプトが尊重されていることがわかった。住み慣れた自宅あるいは部屋で、状況に応じたサービスを受け、自分らしく最期を迎えるためには、サービスのあるところに人を移動させるのではなく、人に合わせてサービスが効率的に提供されるシステムの構築が有用であり、今後の日本の高齢者の暮らし方について、重要な示唆を得ることができたと考える。

Peninsula Home Hospice (PHH)¹⁷⁾ は、1987年に認定された非営利機関であり、コミュニティで緩和ケアを提供している。提供するサービスには、看護、医療相談、カウンセリング、芸術療法 (Art therapy)、音楽療法 (Music therapy)、スピリチュアルケア、ケアボランティアによる支援、および亡くなった後の介護者等へのグリーフケアを行っている。また、訪問看護サービス (RDNS)⁵⁾、病院を初めとする総合的なサービス提供機関 (Peninsula Health)³⁾、GPのネットワーク (Peninsula GP Network)、高齢者入所施設 (Residential Aged Care Facilities)、モナシュ大学と協働・連携しながら、コミュニティサービスや急性期、レスパイトや入院中の緩和ケアサービスを提供している。さらに、求められれば、他のコミュニティサービスとの連携も行っている。本研修では、緩和ケア病棟 (Peninsula Health Palliative Inpatient Care Unit) と訪問看護事業所であるRDNSを訪問し、訪問看護に同行する機会を得た。

緩和ケア病棟³⁾ は、2001年に15床でスタートし、現在さらに過ごしやすくするために改修が予定されている。シャワーとトイレがついた部屋に1から2名が療養しており、現在10名前後の入所待機者がいる。公立病院の緩和ケア病棟への入院であることから、医療費の自己負担はなく、最も若い療養者は7歳、最高齢は102歳と、幅広い年齢層である。疾患はがんが最も多く、変動はあるが78から80%を占めている。在院日数は9日から15日のことが多く、月に35から38名が死亡退院していく。しかし、緩和ケアによって症状が安定して退院し、緩和ケアが必要になったときに再度入院するなど、入退院を繰り返し、最終的に緩和ケア病棟で看取られる方も多い。病棟師長とのインタビューでは、緩和ケア病棟の機能が正しく理解されず、緩和ケア病棟=死ぬ場所として捉えられていることを残念に思うと述べられていた。緩和ケア病棟への入院は、急性期あるいは亜急性期病棟から、病院内のコンサルタントチームのアセスメントによって緩和ケア病棟への入院が適切であると判断され、本人の意向があれば入院とな

るが、その判断は非常に難しい。また、コミュニティに住む人が緩和ケア病棟に入院したいと申請があった時は、状況が切迫している場合が多く、状況に応じて優先的に入院できるようになっている。この病棟には緩和ケアスペシャリスト RN、与薬のできる准看護師 (Medication endorsed Enrolled Nurse)、医師、PT、OT、音楽療法士、芸術療法士、パストラルケアワーカー、ボランティアなどがおり、患者中心のケア (Patients Centered Care) を提供している。しかし、複雑なニーズや痛みのある人々へのケアの提供は、葛藤を抱える場面が多く、スタッフ間のピアサポートや、パストラルケアワーカー (病人やその家族の心のケアの役割を担っている) や看護師長によるコンサルテーション、チーム内での話し合い (デブリーフィング) などを行う必要がある。しかし、看護師長のような相談される立場にある者自身がサポートを受けることが難しいという現状もインタビューの中で知ることができた。

RDNS⁵⁾ は、主に訪問看護を担う非常に大規模な組織で、1600名のスタッフが雇用され、そのうち1200名以上が看護師である。メルボルン、ビクトリア、ニューサウスウェールズ、ニュージーランドの各地に事業所があり、9500人以上の在宅療養者に看護とヘルスケアを提供している。また、高齢者であれば、Home Care Packages (HCP)¹⁸⁾ によるサービスを提供している。この利用に関しては、日本の介護保険制度と似ているが、Aged Care Assessment Team (ACAT) あるいは Aged Care Assessment Service (ACAS) のアセスメントを受ける必要がある。アセスメントされたニーズによって4段階に分けられ、その段階に応じたサービスを利用することができる。かかる費用は所得に応じ、また上限額が設けられているため高額な支払いにはならない。RDNSでは、主にジェネラリストの訪問看護を提供し、必要時にスペシャリストのサービス提供をしている。スペシャリストのサービスとは、緩和ケア (Palliative care)、創傷ケア (Wound care)、慢性疾患 (Chronic disease)、糖尿病 (Diabetes)、認知症 (Demen-

tia care)、服薬 (Medication)、排泄 (Continence) など、多岐にわたるマネジメントを行い、多様な療養者のニーズに対応している^{5,19,20)}。また、ジェネラリストとしての訪問看護は、健康チェック、注射、点滴、服薬などのための短時間訪問で、1日10件程度訪問している。緩和ケアは、前述のとおりスペシャリストによる訪問看護として提供されており、その目的や状況に応じて、訪問時間や頻度が違う。また、スペシャリストの訪問看護を必要とする対象者数は相対的に少ない。そのため、今回同行させていただいた緩和ケアスペシャリスト訪問看護師は2カ所の事業所の療養者を担当している。

緩和ケアは、複雑なニーズに対応する必要があるため、十分に情報収集し、計画を実践・評価し、その情報・状況は緩和ケアチーム内で共有される。緩和ケアのシームレスな連携には、チームメンバー間の信頼と緊密な連携が必要であるが、さらに情報共有できるシステムが必要である。RDNSでは、主要な病院に退院コンサルテーションのスタッフを配置している。それによって、入院時から療養者の情報と信頼を得て、在宅移行前から準備が可能となり、療養者の退院後の不安を最小限にすることができる。また、再入院した場合も病院に入院している療養者を訪問看護師が訪問し、状況の把握やサポートを行うことができる。療養者が亡くなった後もサービスとして家族・介護者などに訪問や電話をかけることができる。残念ながら、日本では訪問看護サービスとして認められていないが、遺された家族等に対する緩和ケア (グリーフケア) として必須のサービスであると考えられる。

また、オーストラリア先住民の健康をサポートする最高機関である VACCHO⁷⁾ の教育担当者とのインタビューから、オーストラリアが抱える歴史と文化の問題が健康・医療にも大きく影響していることを知ることができた。オーストラリア先住民 (主にアボリジニ) の生活は年々多様化し、都市部で生活するあるいは遠隔地 (Remote Area) に集団で住んでいる場合もある。そのため、全てを一括りにして説明することは、適切ではない場合もある。しかし、統計

上、先住民とそうでない人々との比較において、平均余命が短く（約 10 年）、心臓循環器系の疾患（1.5 倍）、糖尿病（3 倍）にかかりやすく、インフルエンザや性感染症など、さまざまな感染症の罹患率が高い。がんなどは受診が遅れがちであるために、重症化し、死亡につながりやすくなる⁷⁾。食事や運動、喫煙などの不適切な生活習慣や、所得の低さ、医療に対する考え方の違い、また、多様な健康への価値観があり、それらの価値観を尊重しながら健康管理に向けて介入することが難しい場合もある。それに加え、遠隔地に住む先住民のコミュニティでは、GP や看護師などの医療者がいないこともあり、健康に関連する一連のトレーニングを受けたヘルスワーカーが医療的支援を担っている。NP がいるコミュニティもあるが、本研修では詳細を知ることはできなかった。インタビューでは、ヘルスワーカーへの負担が述べられた。ヘルスワーカーに対する先住民コミュニティの文化的期待が大きく、また家族の概念が広いためにヘルスワーカーも家族として捉えられ、夜遅くても住民が相談に来ることもある。そのため、ワーカーが疲弊してしまうこともある。また、遠隔地での重症患者は、ヘリコプターで専門病院まで搬送することになり（The Royal Flying Doctor Service²¹⁾）、その移動時間と手続き等を考えると、緩和ケアはもとより基本的な医療の都市部との格差は明らかである。人的、物的支援が必要であるが、限られた資源の中での支援であり、苦勞がうかがい知れた。さまざまな職種がこれらの支援に関わっているが、まず必要なことは先住民の方々の文化を理解することである。そして先住民に対する教育が重要な支援の 1 つであり、若い世代や、コミュニティの中心人物への教育およびサポートが、コミュニティ全体の健康問題の解決に有効であるとの意見を聞くことができた。

患者中心のケアは非常に重要である。しかし、緩和ケアに限らず、認知症のある高齢者、ALS などコミュニケーションの難しい状態にある人々、また小児など、意思決定や意思表示の難しい状況でのサポートは難しい。高齢者施設で

のインタビューでは、療養者の状況を見ながら、様々な意思決定を代行する代理人の決定を促すなどの方策をとっているとの答えを得た。また、核家族化、子供世帯の就労等の理由から、介護力不足は日本と同様の問題である。自宅で最期まで看取りたいと考えていても、実現が難しい場合もある。また、文化の違いや住む場所によっても、介護や看取りの状況が違う。しかし、医療費の増大を背景に、オーストラリア政府が 1997 年 Commonwealth Aged Care Act で提唱した“Ageing in place”²²⁾ は、住み慣れた地域で、その人の家でその人らしく最期まで過ごせることを謳っており、今オーストラリアが目指している方向性である。どのような場においても、さまざまな困難を抱えても、療養者が望む環境で支援を受け続け最期を迎えることを実現するために、解決しなくてはならない課題は多くあることを、本研修で理解することができた。日本は、オーストラリアよりも高い高齢化率（25.0 % vs. 14.4%）であり、緩和ケアを含む医療・介護体制整備を喫緊の課題として再認識する機会となった。

4) 緩和ケアに関連するモナシュ大学の役割について

モナシュ大学看護・助産師学科では、緩和ケア教育に関する主な活動として、以下の活動を行っている。

①教育

- ・学部, Post Graduate (Master, PhD), Master of Nursing Practice (ショートコース) における教育
- ・国際的に活躍できる人材の育成：海外からの留学生も多く受け入れており、現在 25 名がモナシュ大学の PhD を修了し、各国で活躍している。

②緩和ケアリサーチチーム (Palliative Care Research Team²³⁾)

- ・臨床の多様な専門職、関連団体や政府と協働し、主に、サービスシステムとそのアクセス、意思決定、職場と役割についての研究

③国際的活動 (International Work)

- ・国内外での学会への参加，講演
(特に，イギリスとの学術的協力関係が構築されている)
 - ・日本人医療者を対象とした「心のケア教育プログラム」と「緩和ケア教育プログラム」²⁴⁾
- ④コミュニティや関連施設で活動する，多様な専門職との交流および教育的支援

オーストラリアでは，1967年イギリスで始まった近代ホスピス運動に影響を受け，1980年代に在宅ケアにおける終末期ケアのニーズが高まり，それに沿う形で在宅緩和ケアが発展してきた。また，2000年に，National Palliative Care Strategyがオーストラリア政府より発表され，緩和ケアの方針，政策，サービスがオーストラリア全土を通して一貫性があること，そして質の高い緩和ケアが全ての亡くなりゆく人々に提供できることが提言された²³⁾。このような流れの中で，モナシュ大学における緩和ケアへの関わりは，学術的な研究，研究者およびケア実践者の養成，さらに現場で活躍する緩和ケア実践者や施設との関係性を構築し，教育的サポートの提供が挙げられた。

緩和ケアは，その国および地域の社会・医療制度や経済状態さらに文化的な違いなどによって影響される。オーストラリアは，その成り立ちから先住民 (Indigenous people)，移住者を含む多民族国家である。それに加え，モナシュ大学には海外からの留学生が多く，また国際的研究が積極的になされていることから，文化の多様性，重要性を深く理解することができる環境にある。一方，モナシュ大学には看護学，医学，理学療法学，作業療法学などのプライマリヘルスケアに関わる学際的なコースがあり，多彩な分野の学生が緩和ケアの科目を受講することができる環境にある。講義見学では，基礎的知識の提供とともに，教師と学生との多面的なディスカッションが活発に行われている様子を見ることができた。緩和ケア関連にとどまらず，様々な講義，演習に参加する機会を得て認識したことであるが，モナシュ大学における大

学生の学習姿勢は非常に積極的である。講義前にネット上で課題が出されていることや，すでに社会人として働いている学生が含まれていることも要因であるが，多民族が暮らすオーストラリアの文化の中ではぐくまれた，それぞれの文化的，教育的背景が影響する行動であるとも考えられる。オーストラリアの全人口の約半数(47%)は，本人あるいは両親のうちどちらかが海外で生まれている²⁵⁾。学生は，幼い頃から多様な文化的背景をもつ人々の中で，相互に影響し合いながら成長してきた。また，学校教育では，自らの意見をクラスメートの前で発表する機会がもうけられ，自分の意見を他者に伝える，他者の意見を受け入れる経験をする。それらの経験は，多様性を認識し，相互理解する方法を学ぶ機会になったと考えられる。このような社会・教育的環境が，学生のアサーティブな発言や，積極的な質問や疑問の発信となったとも考えられる。

緩和ケア教育では，緩和ケアに関連する人材を育成し，研究を深めるだけでなく，サービス提供者や一般の人々とともに活動することも重要であると考えられる。先進的に緩和ケアに取り組んでいるオーストラリアにおいても，コミュニティ全体が緩和ケアを正しく認識することが課題となっており²⁶⁾，緩和ケアサービスの効果的な利用につながるという視点から，コミュニティに積極的に情報発信を行うことが重要である。本研修では，教育，研究にとどまらない，大学としての役割を考える機会となった。

Ⅲ. 結語

本研修では，1) 緩和ケアに関連する看護教育システムの理解，2) 緩和ケアに関連する医療および福祉システムの理解，3) 緩和ケアに関連するモナシュ大学の役割の理解の3点を目標とし，研修した。その結果，文化・地域の違いに関わらず，緩和ケアが社会に広く浸透し，いつでもどこにいても緩和ケアを受けられることができる環境を作るために，教育が最も重要であるという認識を深めることができた。日本では，緩和ケアの教育を受けた専門性を持つ看護師が

求められる様になり、1996年からがん看護専門看護師、1999年から緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師など、緩和ケアに関わる看護師の認定制度が始まった。また、緩和ケアに関わる看護師への教育として、ELNEC-J (End-of-Life Nursing Education for Consortium)²⁷⁾、専門緩和ケア看護師教育カリキュラム (Specialized Palliative Care Education for Nurse: SPACE-N)²⁸⁾などの教育システムによって、より専門性の高い、発展的な教育活動がなされている。同様に、医師に対する緩和ケア教育プログラム (Palliative Care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education: PEACE)²⁹⁾など、医療に関連する専門職に対する教育もすすめられている。しかし、学士レベルの緩和ケア教育はまだ始まったばかりであり、オーストラリアのPCC4Uのように、健康に関連する多分野での教育が日本にも必要であると考ええる。

IV. 謝辞

本研修において、研修を受け入れていただいたモナシュ大学 Associate Professor Allison Williams, Associate Professor Debra Griffiths, Emeritus Professor Margaret O'Connor, そして講義等への参加やインタビューに応じていただいた皆様に心より厚く御礼申し上げます。また、快く研修に出していただきました獨協医科大学学長 稲葉憲之教授、看護学部学部長 鈴木純恵教授、在宅看護学 熊倉みつ子教授にも深く感謝申し上げます。そして、最後になりましたが、本研修全般を丁寧にコーディネートしていただき、また貴重なお話を聞かせていただきました、モナシュ大学講師 下稲葉かおり博士に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 恒藤暁, 内布敦子編: 緩和ケア (第1版), 4, 医学書院, 東京, 2007.
- 2) Monash University: Monash at a glance, <http://www.monash.edu.au/about/glance/>

- (2014-12-05)
- 3) Peninsula Health: Palliative Care Unit, <http://www.peninsulahealth.org.au/services/services-n-z/palliative-care/> (2014-12-05)
- 4) Ti Tree Lodge, <http://www.titree lodge.com.au/> (2014-12-05)
- 5) Royal District Nursing Service (RDNS), <http://www.rdns.com.au/> (2014-12-05)
- 6) Baxter Village, <http://www.villagebaxter.com/> (2014-12-05)
- 7) Australian Indigenous HealthInfoNet: Summary of Australian Indigenous health, <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/health-facts/summary> (2014-12-05)
- 8) PCC4U: Palliative Care Curriculum for Undergraduates, <http://www.pcc4u.org/> (2014-12-05)
- 9) PCC4U: REPORT SYNOPSIS, http://media.pcc4u.org/Documents/SYNOPSIS_PCC4U_Report_May2014.pdf (2014-12-05)
- 10) Nursing and Midwifery Board of Australia: National competency standards for registered nurse, <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=> (2014-12-05)
- 11) PCC4U: Activity 8: Who needs palliative care?, <http://www.pcc4u.org/learning-modules/core-modules/1-principles/2-caring/activity-8-who-needs-palliative-care/> (2014-12-05)
- 12) Palliative Care Australia: Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians, <http://www.palliativecare.org.au/portals/46/resources/StandardsPalliativeCare.pdf#search='standard+for+providing+Quality+Palliative+Care'> (2014-12-05)
- 13) 日本緩和医療学会: ELNEC-J, 2014-12-05, <http://www.jspm.ne.jp/el nec/>
- 14) Australian Institute of Health and Welfare: Palliative care services in Australia 2013, <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129545131> (2014-12-05)
- 15) 福田裕子: オーストラリアの高齢者緩和ケアの

- 現状と課題, 海外社会保障研究, 168, 59-72, 2009.
- 16) State Government of Victoria : Residential care, your choices, http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/resiguide/download/resi_guide_09.pdf (2014-12-05)
- 17) Peninsula Home Hospice (PHH) http://www.peninsulahospice.com.au/index.php?specialist_palliative_care=1 (2014-12-05)
- 18) Department of social Services, Australian Government : Home Care Packages, <http://www.myagedcare.gov.au/aged-care-services/home-care-packages> (2014-12-05)
- 19) Department of Health, State Government of Victoria, Australia : Hospital in the Home, <http://health.vic.gov.au/hith/> (2014-12-05)
- 20) Department of Health, State Government of Victoria, Australia : Victoria's Post Acute Care Program, <http://www.health.vic.gov.au/pac/> (2014-12-05)
- 21) The Royal Flying Doctor Service (RFDS) : Aboriginal and Torres Strait Islander Health, <http://yourhealth.flyingdoctor.org.au/health-services/aboriginal-and-torres-strait-islander-health/> (2014-12-05)
- 22) Australian Institute of Health and Welfare : Ageing in place Before and after the 1997 aged care reforms, <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=64424531> (2014-12-05)
- 23) Monash University : Palliative Care Research Team, <http://www.med.monash.edu.au/nursing/research/pcrt.html> (2014-12-05)
- 24) Monash University : 心のケア・緩和ケア教育プログラム, <http://www.med.monash.edu.au/nursing/professional-development/japanprogram-1.html> (2014-12-05)
- 25) グレアム・ヒューゴ : 近年の世界の国際人口移動から見た日本への含意—オーストラリアからの視座—, 人口問題研究 70(3), 224-243, 2014.
- 26) O'Connor Margaret : オーストラリアにおける終末期ケア 問題と傾向 (End-of-Life care in Australia : Issues and trends), 看護科学研究, 11, 48-53, 2013.
- 27) 日本緩和医療学会 : ELNEC-J について, <http://www.jspm.ne.jp/el nec/> (2014-12-05)
- 28) 田村恵子 : 「日本ホスピス緩和ケア協会 専門緩和ケア看護師教育カリキュラム 2012 年度版」実施可能性の検討. 2012 年度調査研究報告書, 23-32, 2012.
- 29) 日本緩和医療学会 : 医師に対する緩和ケア教育プログラム (Palliative Care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education : PEACE), <http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/peace-dl.html> (2014-12-05)