

## オーストラリアにおける緩和ケア (Palliative care) について

## Palliative care in Australia

土屋八千代<sup>\*1</sup>Yachiyo Tuchiya<sup>\*1</sup>

## I. はじめに

今回「在外研究員等派遣旅費」によって、「オーストラリアにおける高齢者ケア並びに緩和ケア」についての研修を行った。研修の目的は、看護学科におけるカリキュラムの有効な運用並びに担当科目に関する情報収集と知識の確認、視野の拡大による多様性の認識を深めることをねらいとしたものであり、教育機関並びに看護の実践施設の見

学と実地での研修を含むものであった。研修スケジュールは表1に示した。

看護学科開設初年度末の慌ただしい業務の合間をぬっての計画・実施であったことで、成果が充分とは言えないが確かな手応えのある研修でもあった。出発直前に最愛の弟をがんで亡くした私にとって、緩和ケアやターミナルケアに関する関心はさらに深まっており、研修目的以上の何かを求めて

表1 オーストラリア研修スケジュール

Day/Date	Facility	Topics
Saturday March 23th, 2002	Departure Narita	JL 761 21:45pm
Sunday March 24th, 2002	Arrival Australian Brisbane	
Monday March 25th, 2002	* Australian Catholic University  * Aged Care Queensland Institute	Undergraduate Nursing Education • Post Graduate Education • New Graduate Preparation • Aged and Palliative Care • Australian Aged Care • Education for Nursing · Assisutants
Tuesday March 26th, 2002	* Mount Olivet Community Health Service	• Legal, Ethical Issues • Residential Aged Care Service • Interim Care Services • Transitional Care • Palliative Care Services • Organizational Structure • Infection Control • Wound Management
Wednesday March 27th, 2002	* hopewell Hospice Services Inc.	• Palliative Care • Respite Care
Thursday March 28th, 2002	* St Luke'd Nursing Services	• Home Health • Aging in Place
Friday March 29th, 2002	Free Time	
Saturday March 30th, 2002	Departure Australian Brisbane	JL 762 9:30am

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

いたように思う。

喪失体験覚めやらぬ思いでオーストラリアに向かった私は、緩和ケア研修で訪問したMt Olivet Community Service Palliative Care Servicesで、Care Centre ManagerのDenyse Hasemanから手渡された写真集「Passing Time」を開いたとき強烈な衝撃を受けた。その写真集には、この緩和ケア病棟で死を迎えた92名の患者と家族の病室での生活の場面が映し出されていたのである。パラパラとめくってみた。患者と家族が手を握りあっている場面が多く、患者・家族の思いの全てがその手に表現されているように見え、＜手＞がキーワードなのだと感じた。中でも特に衝撃を受けたのはJoanneの項であった。Joanne（年齢の記載はないがまだ10代初期であろう）は1998年10月10日に死亡した。その彼女の死の直前から死後までの経過が母親の手記と共に数頁に渡って掲載されている。意識のないJoanneの額に手を振れている場面や手を握り語りかけている母親の姿、シーツが取り払われJoanneの遺体の全身が映し出されている場面、医療者によって霊安室への移送のためにシートに包まれてベットからストレッチャーに移動されていく場面が連続コマのネガフィルムそのままに頁1枚に描写されている、その連続コマの中に病室の片隅で見守っている幼い妹たちの姿が、また最終頁にはJoanneのなくなったベッドの前で泣きはらした顔で呆然と佇んでいる母親と3人の幼い妹達の姿……（ここまで映すのか、遺体の全身像を写真に残す、日本では考えられない）と私は思った。しかし、しかしである。この写真集は決して強制でも要請でもない。これはそれぞれの人の生きた証であり、魂の姿であり、この写真集が残されることを患者も家族も望んで

きあがったものであると説明された。Joanneの母親の手記の中に、Joanneが昏睡に入る前に‘There, there mum, don’t cry. It’s going to be all right.’と言ったこと、そして母親は手記をこの言葉で締めくくっていた。「She will be forever in my heart.」

Palliative Careに関わる者として対象の魂の姿をありのままに受け止めること、また家族への配慮が不可欠であることが実感される写真集であった。いまや日本もWHO Expert reportを受けて緩和ケア推進の傾向にある。しかし、ホスピスや緩和ケア病棟は不足しており、多くの患者・家族はいわゆる一般病棟で終末を迎えることになり、特に精神的・霊的ケアへの配慮が不足、あるいはなされないこともある。結果、私のような喪失体験をトラウマとして残す家族を輩出しているのではなかろうか。

以上のような私自身の最近の状況から、今回は看護教育者として、また科目担当者としての今後の課題を検討したいと考え、特に緩和ケア(Palliative care)に焦点をあてて報告する。

## II. Palliative careについて

Palliative care（緩和ケア）とは、治療目的が有効ではなくなった患者への積極的な全人的ケアであり、その目標は患者や家族にとって可能な限り最高のQOLを実現することで、ケアの内容は疼痛緩和や苦痛な症状コントロール、精神的・社会的・霊的ケアを包含するものである。これらは終末期にのみ適用されるものではなく、WHOでは1989年のジュネーブ会議で緩和ケアはがん治療のはじめから推進されるべきケアであるとし、6点の基本方針を提唱した。（表2）

表2 緩和ケアの6つの基本方針

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>①生命を尊重すると同時に、死への過程を誰にも訪れるものとしてとらえる</li> <li>②死を早めることも延長することも企てない</li> <li>③痛みを始めとする諸症状の緩和をはかる</li> <li>④心理面の問題や霊的（spiritual）な痛みへのケアを行う</li> <li>⑤死が訪れるまで患者ができる限り活発に生きられるように支援する体制を持つ</li> <li>⑥病人を持ったことや死別の悲しさを切り抜けられるよう家族を支援する体制を持つ</li> </ul> |
|--|

（武田文和監修（1990）Palliative careをめぐる最近の話題，p.77，メデイカルレビュー社より）

日本の場合1990年の診療報酬改定により、末期の悪性腫瘍患者対象に「緩和ケア病棟入院料」が新設され、その後1994年には後天性免疫不全症候群 (AIDS) 患者も対象となった。厚生労働省の調査によると、平成12年12月現在でホスピス・緩和ケア病棟を有する医療機関は83施設 (病床数1,537床) となったが、需要にはほど遠いと言わざるをえない。平均在院日数は47日であり、近代的ホスピス発祥の地であるイギリスの約2週間に比べて長くなっているが、遺族の満足度は9割近くが満足 (アステムNews No. 910 平成13年6月11日) していたことも踏まえて、ホスピスや緩和ケア病棟の増設や一般病院・病棟においてもホスピス的・緩和ケア的なケアの提供が望まれる。

### III. オーストラリアの医療体制

#### 1. 人口動態などの背景とQLD (QUEENSLAND) の特徴

##### 1) 社会的背景

オーストラリアの国土面積は7,682,000km<sup>2</sup>, 2000年度の人口は1,900万人で、65歳以上の将来推計は2000年 (12%) で2020年には17% (日本は17%→27%へ), 平均寿命は男性76歳, 女性81歳, 粗死亡率7.0% (1996年), 死因は上位より, ①虚血性心疾患, ②脳血管疾患, ③肺癌, ④慢性閉塞性肺疾患, ⑤結腸直腸癌である。<sup>1)</sup>

##### 2) 地理的背景

オーストラリアの国土は日本の約20倍の広さがある。訪問したQLD州ブリスベン空港には、日本から飛行機で約9時間で到着し、日本との時差は1時間しかない。季節的には日本と反対であり、年間晴天日は290日で気候が安定していて暖かく、訪問した3月は夏にあたり、平均気温は最高27℃, 最低19℃, 水温25℃で雨量は205mmと紹介された。真っ青な空と燦爛と降り注ぐ太陽が目にも痛いほどであったが、湿度が高くないのかカラッとしていた。ブリスベンはオーストラリア第3番目の大都市であり自然環境抜群で、車で1時間ほどの所にあるゴールドコーストは50キロの美しい白浜の海岸や緑豊かな森林が広がり世界の観光地となっている。ま

た、ブリスベンでの宿泊ホテルの前を流れるブリスベン川は悠々としており、夜間のライトアップを含めてホテルからの展望は昼夜とも何度見ても飽きない魅力があった。

#### 2. 医療体制

オーストラリアは6つの州と2つの特別区があり、それぞれが独自の医療体制を有しているが、資料から共通する事項について述べる。

National Health Insurance Systemとして次の2つがある。<sup>1)</sup> ①国による医療保障制度 (Medicare): 1984年に発足した制度。基本的医療は誰で受けられること、公立病院 (Public Hospital) で無料で医療が受けられること。国は負担を軽減するために②民間の健康保険制度 (Private Health Insurance) の加入を推進しているが、加入率は45%程度となっている。この2つの保健制度の違いは、医療費の患者負担の有無、担当医の選択権の有無、入院 (所) までの待機期間の長短となる。Public Insuranceの場合は医療費の患者負担がない代わりに、担当医の選択権はなく待機期間も数ヶ月と長期になる場合が多い。1998年統計では約15万のベッドのうち、General Hospital (Public約55,700。Private約23,000), Nursing Home (Public約10,000。Private 64,000) の割合であった。

### IV. QUEENSLANDのPalliative care

オーストラリアのPalliative careについては「Palliative Care Australia」や「Palliative Care Service Provision in Austratia: A Planning Guide」「Multicultural Palliative Care Guidelines」などの資料を入手したが膨大で訳せずにいる。ここでは訪問したQLD州の施設におけるPalliative careについてのみ紹介する。

#### 1. Mount Olivet Community Service (緩和ケア)

キリスト教会の事前事業団体 (カリタス: 信仰・希望・愛の対神三徳のうちの最高の徳の意味) 経営のPrivate Hospitalで、主としてブリスベンに

における Community Service と Palliative Care Service を行っている。今回の訪問では、Residential Aged Care Service (在宅高齢者ケアサービス)、Interim Care Service (当座の暫定措置的なケアサービス)、Transitional Care Service (短期滞在型のケアサービス)、Palliative Care Service (緩和ケア)、Organizational Structure (組織と管理)、Infection Control (感染管理) と Wound Management (創管理) について、それぞれの担当者から説明があった。特に Wound Management として、高齢者などの皮膚の特徴に応じたスキンケアが徹底されていることに驚かされた。昼食後に病院と併設している高齢者ケア施設並びに緩和ケア病棟を見学した。高齢者ケア施設は明るい雰囲気与生活の場が整備されており、入所の方々の顔も明るかったが、2つの点で驚かされた。1つは患者を抱え上げてはいけなことが法律に規定されているということ、もう一つは Health Insurance System の違いによる病棟の差 (Public と Private) であった。緩和ケア病棟ではナースステーションの正面にスタッフ紹介の一覧表が掲示されていたが、このサービス部門のトップは看護職 (Care Centre Manager)、病棟医はその下に配属されており、オーストラリアの看護職の位置の確かさをかいま見た思いであった。そしてその Manager である彼女に前述した写真集を渡されたのである。ここでは疼痛コントロールはもとより精神的・霊的ケアが患者・家族に提供されており、家族には予期的悲嘆への準備教育もなされていると説明された。その後病棟を見学したが、病棟は静かであり廊下に患者の姿はなかった。家族のための部屋があることも説明されたが、丁度使用中であり覗くことはできなかった。また病室は患者が在室しているので詳細に見学することはできなかった。前述した写真集から見てみることにする。3人部屋の場合はテレビが1台、ベットの横に2人はかけられる椅子があり、患者や家族はそこで作業をしている。出窓式になっているので窓際には花や写真がいっぱい飾られている。前述の Joanne の病室は個室であり、彼女のベットには熊や犬のぬいぐるみが置か

れ壁際には写真が飾られており、隣室は冷蔵庫やレンジのあるキッチンとなっている。

## 2. Hopewell Hospice Services (ホスピス)

ゴールドコーストのホスピス訪問のため朝8時30分に出発。訪問した Hopewell Hospice は、Hope Island の閑静な住宅地の一角にあり、大きな松の木や南国の花々に囲まれた普通の大きめの住宅といった建物であった。施設長は看護師であり、以下は主として彼の説明による。ここでは8人が入居でき外泊・外出は自由とのことであった。入所者たちは一緒に料理や食事をする一方、静かな一時をもつことも可能である。通常の家での生活 (日本でのグループホームみたいな) を営むことができること、気が向けばいつでも自宅への長期的な外泊も可能であり、現在個室の患者は外泊中であった。ここでは通常疼痛緩和のモルヒネは大体1,000mg程度 (以上?) 投与され、患者の QOL 保証のために有効であると説明された。

現在、70~90%のがん患者で痛みを消失させる鎮痛薬使用法が確立している。これは1980年代に数カ国の医療機関で試行され、WHO方式がん疼痛治療法として有効性が実証されている。この方式では鎮痛薬の使用法は、①できる限り経口投与に、②時刻を決めて一定の時間感覚で規則正しく、③除痛ラダーにそって効力の順に (非オピオイド±鎮痛補助薬→この処方に軽度から中等度の痛みを用いるオピオイド鎮痛薬を加える→中等度から高度の強さの痛みを用いるオピオイド)、④患者ごとの個別的な量で (オピオイド鎮痛薬には標準投与量はなく、患者の痛みが消える量を<適切な投与量>と言う。経口モルヒネで4時間ごとの投与の場合、1回量が5mgから1,000mg以上にわたる、⑤そのうえで細かい配慮を、の5点に要約される。<sup>2)</sup>武田はこの「WHO方式がん疼痛治療法」の普及活動を行っているが、治療効果は向上したが、日本の場合、医師はモルヒネへの恐怖心のためか使用量が少ないことを指摘している。私の場合も WHO 方式への認識が浅く、Hopewell で看護長より1,000mgと聞いて驚いてしまったが、患者の QOL 保証のために WHO 方式を実施していた

ことが分かった。武田の報告でも、オーストラリアは世界でも最も多種類のオピオイド鎮痛薬が使える国と言われるようになったが、がん疼痛治療先進国の一つであり、研修を受ける日本の医師や看護婦も増えている（週刊医学界新聞第2436号，2001.5.14）とのことである。Hopewellでも日本からの訪問者が多く、玄関には訪問者から贈呈された扇子が飾られていた。また、入り口近くに礼拝堂が設置されていたが、イエス・キリスト像と仏陀が安置されていた。看護長の話によると、礼拝堂は入所者の誰れもが心のよりどころとして安心できる場であり、このため宗教に拘ることはないが、入所者の意向も踏まえてもっと多くの宗教関係のものを安置してあるとのことであった。

## V. 今後の課題

今回はオーストラリアの高齢者ケアにも緩和ケアにも感動した。高齢者に対する国の徹底した施策には日本の施策の貧困さと比較して羨望の思いであった。訪問した老人施設での高齢女性の華やかな衣装や顔の輝きは、ブリスベンの澄み切った青空と妙に符合して感動を覚えた。また、高齢者施設では日本にはまだ馴染みのないダイバーショナルセラピストが複数配置され、楽しそうに行事やゲームの準備をしていた。（ダイバーショナルセラピー (DT) とは日本では「気晴らし療法」と訳されており、痴呆症のケアに導入されている。高齢者の感情を刺激し気持ちを落ち着かせる効果があるという（読売新聞，2002年12月10日）。日本にDTが存在しているか否かは不明であるが、多分レクリエーション療法に包含されて行われているであろう。

Palliative careも含めて、医療福祉に関する費用は政府から資金がでるので患者の自己負担はないし、ボランティアが資金を得るための活動を行っている。また毎年「ホスピス週間」がありメデイ

アが市民への啓蒙活動として特別行事を開催しているなど、国民性の違いを痛感した。オーストラリアの北部準州で末期患者の本人の意思による選択で、世界初の安楽死法が可決され1996年7月から施行されたが、この法案は翌年3月連邦会議で無効とされた。詳細は不明であるが、オーストラリアの国民は生命の尊厳と自己決定権等に関する意識が高いことが伺えるし、国家の種々の施策はそのような国民の意思を尊重していることを示している。このあたりが日本とは異なるように思える。日本の場合も国民1人1人が自他の生命や決定権を尊重し、医療に主役として参加していくこと、更には国民の保健・医療・福祉に対する国の施策の充実が求められると言えよう。

看護教育においても、このような社会の変遷を踏まえて、常に生命尊厳を基盤としながら患者・家族の自己決定権の行使への援助が実施できる看護職の育成が責務であろうこと、そのためには教員自身の研鑽が基盤となることを痛感している。今回の研修の成果を教育にどのような形で反映していくか、理念や基本的な考え方は前述した通りであるが、これを教授－学習過程にどのように組み込み展開していくかについて、シラバスを前にして思案している。

最後になりましたが、このような貴重な研修の機会を与えて下さった方々、またこの間の教育業務を担って下さった方々に感謝します。

## 文 献

- 1) NURSING IN THE WORLD Ourth Edition : The International Nursing Foundation Of Japan 2000, p.194-200
- 2) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放－WHO方式がん疼痛治療法第2版－，金原出版株式会社，1996