

平成24年3月30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 東北大学 大学院歯学研究科・助教

研修者氏名 細川 亮一



2011年度ホスピス緩和ケアスタッフ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) 在宅ホスピスにおける歯科の役割に関する調査

ニュージーランドでは、在宅での終末ケアを行っており、その際の歯科医師、歯科衛生士の役割について、日本ではまだ不明な点が多く、その点について調査を行う。

(2) ホスピス病棟における歯科の役割に関する調査

日本においても、終末期の口腔ケアは行われているが、他国今回はニュージーランドでの実情の調査を行う

2. 研修期間

平成23年 12月 4日 ～

平成23年 12月 15日

平成24年 3月12日 ～

平成24年 3月 30日

31 日間

3. 研 修 先 (日本語にて)

- 1) ニュージーランド厚生省
- 2) ウェイリントン病院
- 3) オタゴ コミュニティー ホスピス
- 4) オタゴ大学 医学部・歯学部
- 5) マーシー ホスピス

4. 研修報告書

別紙 (正1部、副3部)、FD・MO・CDR等 [有 (1 枚) ・ 無]

始めに

最初に、今年度は東日本大震災があり、受け入れ先であったニュージーランド、クライストチャーチ市に於いても震災が発生し、さらに受け入れを表明してくれていた **Dr. Ting** が、東日本大震災の対応のためしばらく連絡が出来ない間に母国のオランダに帰国されたため、計画を一から立て直さなければならず、多くの方にご迷惑をかけながら本研修を実施することが出来ました。また、震災以降スタッフの過労もあり教室員の病欠もある等、外来医長の立場で一ヶ月という期間の研修が難しくなったため、二回に分けての例外を認めて頂き、さらに中々研修期間が決められないこちらの事情を考慮して頂き、最善のサポートをして頂いた関係者に深甚なる感謝を申し上げます。

背景

私自身は歯科医師として東北大学病院の緩和ケア入院中の患者様の口腔内の問題を軽減するために、看護師と歯科衛生士とのチームで緩和ケアに於ける口腔ケアに従事して参りました。「死に水をとる」というように死期が近くなると口が渇いてくることは以前から知られていました。また近年、抗がん剤、放射線療法の結果、がん患者の多くが口渇を訴えています。これらの唾液量の減少により、口腔カンジダ症、口腔粘膜炎、歯周炎の急性化などの口腔疾患の悪化が問題になっております。また、口渇に伴って、発音、嚥下の困難や味覚障害など **Quality of Life (QOL)** に直結する機能障害も問題となっております。このような問題は以前から言われているのですが、東北大学病院のように医学部と歯学部とが併設されている環境においても、緩和ケアでの医科歯科連携が難しい現状があります。これらの要因として、私自身は二つ観点から着目致しました。一つは医療保険制度が異なり歯科は独自に保険請求を行います。また公衆衛生などの健康増進制度も歯科は独自に行っており、日々の臨床や制度の整備のなかで両者が共同で作業を行うことは少ないように思われます。また、教育において医学部と歯学部とはほとんど接点がなく、それだけではなく歯学部と看護学部、歯科衛生専門学校と看護学部などの接点は教育レベルでは皆無に等しいのです。このような日本の状況の中で緩和ケアを始めとする医療福祉の先進国と考えられているニュージーランドの制度を学びつつ、日本での緩和ケアにおける口腔ケアにおいて医科歯科連携を円滑に行える環境整備について学ばせて頂く機会を頂きました。

ニュージーランドの緩和ケアの事情

ニュージーランド政府は2009年から2013年の4年間にホスピス ケアの拡充のため6千万 NZ ドル（約4億2千万円）の予算配分を行いました。また、ニュージーランドは国土が我が国の4分の3であり、人口は30分の1の約400万人であります。その中でニュージーランドの産業は畜産を主として農業であり、人口が国土の全体に分散しており隣国のオーストラリア程ではないが、病院への通院が困難な地方が数多く存在します。そこで、ニュージーランド政府は、往診を中心とした緩和ケア医療体制の確立を目指していると

Otago University の公衆衛生学の Thomson 教授からお聞きし、更に Auckland 歯科医師会の理事、Ting 先生のサポートを受けつつ、ニュージーランドに於ける緩和ケアでの歯科医の役割を研修させて頂く予定でしたが、Dr. Ting が急遽母国であるオランダに帰国してしまったため、ニュージーランド厚生省の Dr. Heisman の協力を得て、制度の異なる保健上の行政区(District Health Boards)における、それぞれの歯科医の緩和ケアにおける取り組みについて研修させて頂いた。渡航後に、実際研修を行ってみて分かったことではありますが、日本と同様、そこで働く歯科医師を始めとするスタッフによって制度的な充実度は異なるようでありました。お会いした歯科医師全員から Dr. Ting が帰国される前に来ることが出来ればと話す程、Dr. Ting の個人の努力によって緩和ケアでの歯科の制度は確立されて来たようであっただけに、今回お会い出来なかったことは大変残念でありました。

ニュージーランドの歯科事情

日本の歯科教育は、入れ歯を作る等の治療学を基礎とした学問大系を基盤としているため、歯を削る、抜歯、入れ歯を作るといった処置を伴う疾患には対応出来るのですが、抗がん剤などの医学の進歩による副作用への対応は遅れています。イギリスやアメリカ合衆国東海岸では、Oral Medicine（日本では口腔内科学と翻訳されている）という投薬等内科的なアプローチによって口腔疾患に対応する治療体系が確立されています。ニュージーランドは歴史的にイギリスの影響が強いため、歯科医とくに公立病院に勤める歯科医師の専門は Oral Medicine であり、Xerostomia (dry mouth)や抗がん剤の副作用の口腔粘膜炎の治療を専門としています。そこで、今回研修では、日本では馴染みの薄い Oral Medicine の専門医であるウェイリントン病院の Dr. Rose Mary の元で研修を行わせて頂き、Oral Medicine 的なアプローチについて研修を行わせて頂きました。

研修内容

先にも述べてように、Dr. Ting がご家族の事情で急遽母国のオランダに帰らなくてはならなくなったため、また、ニュージーランドの震災と、東日本大震災の混乱とで、帰国に関する連絡がうまくいかなかったため、当初の予定を変更せざるを得なくなりました。今回は前述の Thomson 教授の仲介でニュージーランド厚生省の Dr. Heisma を紹介して頂き、主要な District Health Boards (DHB)での緩和ケアにおける医科歯科連携について研修を行わせて頂きました。ニュージーランドでは、県や市町村より大きな単位で20のDHBが設定されておりそれぞれのDHBが独自の健康保険行政を行っています。DHBが提供するサービスとしてはPrimary care (プライマリー ケア)、公立病院、公衆衛生、高齢者への介護サービス等を提供しており、この中にPalliative care (緩和ケア)は含まれています。

今回ニュージーランドを研修先に選んだ理由として、地理的類似点、高齢化社会、大学教育システムの類似という日本との共通点があることが挙げられます。地理的類似点としては五つの大都市以外は、山間部に分散し小規模な集落が散在しており都市の病院までの通院が大変な状況です。これは東北地方等の農村や山村と同様の状況です。通院が困難状況から現在ニュージーランド政府は往診を中心とした緩和ケアの体制の確立のを目指しています。またニュージーランド厚生省の資料によると高齢化社会よって、緩和ケアが必要な人口は15年間で25%増加し、2061年までには現在の二倍になるであろうと試算されており、緩和ケアの整備は重要課題の一つになっています。次に教育制度の相違点をご説明します。欧米を中心として医学部、歯学部は Under Graduateと言われる4年生の一般学部を卒業後、専門学部として4年間の専門課程となっていることが多いのですが、ニュージーランドは、日本同様、高校卒業後に医学部、歯学部に進学することになっています。医学部が6年生で歯学部が5年生となっています。事前の調査不足であったのが、その数の少なさに驚きました。人口が30分の1ではありますが、医学部が2校、歯学部に至っては1校というのは少ないように思われました。逆を言えば、海外で教育を受けた後、移住して来た歯科医師を除けば全ての歯科医師は同窓生であり、私自身がメールでの研修プログラムに関する交渉を進めた際、歯科医師同士の連携がスムーズで

あった要因であったと思われます。しかしながら、実際に医学部と歯学部教育の段階での接点は皆無に等しいようでした。私が研修を行わせて頂いた **Middlemore Hospital** には口腔外科医と歯科医師が勤務していますが、私が **Palliative Care Unit** の往診に同行させて頂いた際、**Dr. Lindamman** が歯科部門に私を紹介に行った際が初対面でした。このように、両者に意識して作っている壁がある訳ではないのですが、教育段階から卒後トレーニングと両者はほとんど接点がないためお互いを知らないまま日々の臨床が行われている点は、日本と同様のように思われました。また、その国の現在の医療を知る為には、その国の文化、歴史的背景、人種的背景、教育システムなどその国の一般的な成り立ちと保険システム、公衆衛生の取り組みなど医療に直接関係する部分の成り立ち等を理解することが不可欠となります。特に、日本で生まれ日本で教育を受けると文化や人種的背景がどのように一般の生活に影響を与えるか理解しにくいのですが、私自身は6年に渡るアメリカ生活と、アメリカの大学での教育経験からそれらが大きく保健行政に影響を与えることを痛感しております。

そこで、**Ministry of Health** で現在のニュージーランド政府の健康保険政策と今後の政策について各部署の技官から説明を受け、また、ニュージーランド政府が、ホスピス ケアの先進国としてどのような政策を行って来たかについて説明を受けました。

Ministry of Health での研修について

ニュージーランドの歯科行政を統括している **Dr. Haisman** の協力を得て、1) **Ms. Louise Delany**、2) **Dr. Shankar Sankaran**、3) **Ms. Kate Thomason and Ms. Ricarda Vandervorst**、4) **Mr. Guan Lye Chua** とのミーティングの機会を頂きました。

1) **Ms. Louise Delany** とのミーティングでは、ニュージーランドが直面している健康行政の一般的な説明を受けました。その中で、女性の喫煙者率が高いこと、その理由としてヨーロッパ系の女性はファッションの一環として未だにタバコを吸っていること、さらにマオリ（ヨーロッパ系の移民が移入する以前より住んでいた民族）では、タバコの習慣がありさらに健康に対する意識が低く50代に亡くなる人が多いこと等の説明を受けました。そして、今後の保健行政においてもっとも大きな問題になるのが高齢化社会の問題であるということでありました。この高齢化社会の背景もホスピス施設や介護施設の充実ならび

介護施設とホスピス施設の連携といった政策を押し進める要因でありました。ニュージーランドの平均寿命が2007年で80.2歳です。しかしながら、人口の約25%が前述のマオリなどの健康行動に問題がある民族が占めており、その平均寿命が72歳であることを考えますと人口の約7割を占めるヨーロッパ系の民族の平均寿命は日本人に近いと考えられます。

2) Dr. Shankar Sankaran は、厚生省の高齢者医療と介護制度の責任者であり、ニュージーランドには DHB が提供する高齢者向けの施設には、1) Regular hospital、2) Partner hospital、3) Security Unit の三つがあるとの説明を受けました。Regular Hospital は通常の高齢者向けの施設で特に重篤な全身的疾患がない人が対象となります。Partner hospital は、脳梗塞等による運動制限や重篤な疾患を有しており24時間の集中的なケアが必要な人が対象の施設となります。Security Unit は、認知症等が進行し行動に問題がある高齢者が対象となる施設であります。後述しますクライストチャーチ市立病院での往診の研修は、民間が提供する Regular Hospital と DHB が提供している Security Unit で行われました。

3) Ms. Kate Thomason and Ms. Ricarda Vandervorst の両名は、がん患者への緩和ケア政策を策定する立場にあり、現在厚生省が進めている緩和ケア政策についての説明を受けました。前述のように各 DHB のにおいて独自の健康保険行政を行うため、DHB 間の格差が生じてしまうため、その格差を是正する為に政策と予算を作成するのが厚生省の仕事となっています。このミーティングの中では、現在、厚生省が地域への一般開業医に対する緩和ケア的アプローチ教育プログラムと Advance Care Planning (ACP)の導入のための教育プログラムの充実を行っているとの説明を受けました。私自身は歯科医であり、緩和ケア病棟に歯科医師として口腔ケア関連について関わっていますが、ACP の概念は聞いたことがなかったため、詳しく説明を受けました。ACP は1980年代に国際的に導入された概念であります、ニュージーランドでは近年の導入であるため医学部学生教育や卒後プログラムの充実を進めているそうです。私が受けた説明の概略を示しますと、がんと診断された場合にこれからの受ける治療の副作用や代替案等と一緒に、識別力がしっかりしているうちから緩和ケアやホスピスについて、家族を交えて話し合いを始めておくとのことでした。ここ

には、患者個人とその家族の信条や価値観や死生観など多くのことが関わるためゆっくりと話し合いを進めていくそうです。ニュージーランドは他民族国家であり、民族間の価値観の違い等があるため2011年にACPのガイドを作成し普及に努めていました。実際、私が受講させて頂いたオタゴ大学 医学部での緩和ケアに関する講義もACPの説明から始まっていました。また、後述するウェイリントン コミュニティー ホスピスの項で詳細は述べますが、患者の家族が遠方からホスピスへ来られる際の交通費や、離婚等で家族の問題を抱えている場合のソーシャルワーカーの費用等は、2009年から予算化されているホスピス ケア関連予算で賄われるそうです。

4) Mr. Guan Lye Chua は歯科保健行政の解析を担当しており、ニュージーランドの歯科における公衆衛生的取り組みや保険制度についての説明を受けました。最初に驚いたのは、歯科医師と歯科衛生士の少なさでありました。前述のように歯学部は一校しかなく1クラス75名であるため、ニュージーランド全体で1,867名（日本：94,593、平成18年）であり、歯科衛生は371名（日本：103,180、平成22年）であり、ニュージーランドの人口が日本の約30分の1であることを考慮してもかなり少ないように感じられました。この少なさの後述しますが、医療の現場では本当に少ないように感じ、日本で行っている口腔ケアプログラムをニュージーランドで導入するのは難しいことが分かりました。ニュージーランドでは、歯科保健行政は主に18歳以下の齲蝕の抑制に力点が置かれています。ニュージーランド独自のシステムにデンタルセラピストがあります。日本の小児歯科と歯科衛生士の間のような業種であり、乳歯の抜歯や乳歯の充填を行うことが可能であり、更に齲蝕予防や予防指導を行っています。デンタルセラピストは682名登録されており、100%公務員であり、小学校に併設されている診療室で独自に診療を行っています。特に、都会への通院が困難な地域では、厚生省が全校国一律に同じ見取り図の施設を建築しており、ここで無料の診療を受けられます。前述したようにニュージーランドの山間部は集落が散在しており、歯科治療に都市部に通院するのに一週間位泊まり込みながら治療を受けることも一般的である為、このデンタルセラピストの為の施設を週末に民間の歯科医が使えるよう準備を進めているところだそうです。この問題は、緩和ケアやガンの治療に影響を与えていました。私がウェイリントン市立病院で研修を行った時に、診察を行わせて頂いたがんの

患者様は、放射線に照射の前に歯科治療が必要となったのですが、通院が困難なためモーターに泊まって一週間で歯科治療を進める準備をすぐに進めていました。この際、後述しますがリエゾン看護師とソーシャルワーカーが日程の調整を行ってくれます。また、ニュージーランドでは、原則的に歯科治療は健康保険が使えません。しかしながら、がん、白血病、心臓血管系の病気と診断されると上記のような歯科治療は全て保険で支払われます。

ウェイリントン市立病院での研修

ここでの研修では、頭頸部がんカンファレンスを通して医科歯科連携のシステムについてと ACP による緩和ケア的アプローチについて研修をさせていただきました。前述したように各 DHB は独自に保健行政や公立病院サービスを提供しますが、がんや心臓血管病等の治療前の治療に対して対応出来ない規模の小さな DHB も存在します。その場合、DHB の枠を超えて診療することが可能になります。当病での頭頸部がんカンファレンスでは、隣接するハッチ DHB からの頭頸部外科グループもカンファレンスに参加していました。カンファレンスの構成要員は、腫瘍内科医、放射線医、頭頸部外科医、形成外科医、病理医、緩和ケア医、歯科医、リエゾン看護師、言語聴覚士でありました。このカンファレンスは二週間毎に行われており、今回は 16 名の患者様について CT、MRI 像、病理組織所見の説明が行われました。その後、腫瘍内科の外来に全員で移動し 16 名の患者様の診察が開始されました。かなり遠方からの患者様もいる為、事前の CT 撮影や生検を行った際に、リエゾン看護師がカンファレンスの日程に併せて通院となるよう事前に日程調整を行ってくれるので、このような全ての専門医で一斉に診察が行えるというのが可能だそうです。ウェイリントン病院でもミドルモア病院でもソーシャルワーカーやリエゾン看護師が、実に手際良く複雑にまたがった専門医の予約を効率よく入れていくので、どのようなトレーニングを行っているのか尋ねたところ、上記業種になる為には先ずは看護師として各専門外来や病棟で経験を積み診療内容を熟知したのち、病院長の推薦で専門のコースに進学するそうです。また、この診察の中で二名の患者について Oral medicine の専門医と一緒に、歯科的な診察を行わせて頂きました。一名の方はステージの進行した頬部の皮膚がんの患者様であり、放射線療法と手術に関する治療法とその予後について説明を行っていました。我々歯科医師は、放射線治療中の口腔内の問題に説明を行い、歯科治療を可能な限り早く開始出来

るようリエゾン看護師に日程調整をお願いしました。この際 ACP 的なアプローチが行われ、どこまで、どのような治療を行うかについて相談を形成外科医、放射線医、緩和ケア医から説明が行われていました。その後、リエゾン看護師が受診すべき専門医の一覧表（写真 1）を渡し、遠方の家族がこちらに来られるようにソーシャルワーカーと手続きを始めていました。APC 的アプローチが始まると、宿泊施設の手配等多くの事を公的機関で出来るようです。これは、今後緩和ケアやホスピス ケアに移行していく際に家族にとって大変心強いサポートであると思われました。

オタゴ大学 医学部の緩和ケアに関する講義

オタゴ大学 医学部の一部がウェイリントン病院に併設されています。私がウェイリントン病院を訪れた時のランチ カンファレンスが ACP に関する講義で行われていた為、講義に参加させて頂きました。講義には学生はもちろんですが、医師や看護師等病院のスタッフも多く参加していました。講義の冒頭に前述しました ACP の概念が説明され、実際に患者様が抗がん剤の治療に対して「No」と言った場合というタイトルで講義が行われました。講義の中では具体的に 40 代の乳ガンと 30 代の腎ガンの症例提示があり、なぜその二名がガン治療について「No」と言ったのか既往歴や個人の信条や価値観について説明があり、医師や看護師などのスタッフがどのように患者様と接したかについての説明が行われました。実は私自身歯科医師として大学病院で、放射線や抗がん剤治療前の歯科治療を行う際に患者様と話している時に、『手術を受けたくない』とか『抗がん剤の治療をやめたい』等と言われ、『代わりに主治医に電話して欲しい』と言われることもあります。私自身はその場合、その場で主治医に電話し患者さんへの対応について、主治医の意見に沿った形で患者様とお話をするように心がけております。このような状況に歯科医師や歯科衛生士もおかれておりますので、ACP の概念や実際にどのように患者様と接すべきかの講義を歯科教育の中でも充実していく必要性を痛感致しました。

オタゴ コミュニティー ホスピスでの研修

当初オタゴ大学歯学部とダニーデン市立病院で研修を行う予定にしていたが、オタゴ大学の歯学部には、40 年前からホスピスにおける歯科治療を行っていたファーガソン教授がいましたので、ファーガソン教授とマックファーガディ

エン教授のご協力でおタゴ コミュニティー ホスピスでの研修を行いことが可能となりました。ニュージーランドには35のホスピスが存在しますが、前述のとおり歯科医師、歯科衛生士ともに少なく、ホスピスに常勤の歯科医師や歯科衛生士は存在しないため、研修としては歯科医師がホスピスに往診に行く際に同行させて頂くスタイルになってしまいます。

当ホスピスと歯学部病院は車で約5分の距離にあります。ホスピスから歯痛や口腔に関する相談があった場合、看護師から歯学部への担当者である歯科技工士に連絡が入ります。ここで、日本とニュージーランドの歯科技工士の制度の違いを説明しなければなりません。日本の歯科技工士は法律上患者様に触れることが出来ません。ニュージーランドでは、3年間の学校を終了し資格取得後、4年間のコースを終了すると歯科技工士が、印象から実際に口の中に義歯を入れるまでの一連の流れが出来ます。当然、義歯の修理も独自に出来ます。日本では、歯科医師が作成した模型に併せて義歯を模型上で作成するのみで、患者に口腔内を触ることはありません。義歯の不具合が一番訴えとして多い為、窓口が歯科技工士となっています。

このホスピスに勤務している医師の説明では、このホスピスで亡くなることはかなり少ないそうです。痛みがひどい等一時的に鎮痛の管理等が必要な場合のみ入所し症状が改善したところで、自宅もしくは介護施設に戻りそこで亡くなられることが多いそうです。入所にあって、個人の希望を看護師によって聞き取りが行われます。聞き取り表（写真2）に沿って希望を聞いていくのですが、かなり細かいことまで聞くようです。看護師の話しによると、死を迎える間際に口の中に入れたいもの、または、窓を開けて欲しいかなどかなり詳細です。また、その希望の中に義歯を入れておきたいかと聞くそうです。家族が義歯のない顔貌になれていることもあるので、入れた顔貌と入れてない顔貌どちらが良いかを聞くそうです。このような理由から義歯に関する問い合わせが多いようです。

また、前述したように当ホスピスでは家族との関わりについて趣を置いています。運営資金の60%が地域社会と教会からの寄付で賄われ、40%が政府からの支援になります。政府からの支援に関しては、家族のグリーフケアを含めたケアに重点が置かれます。近年では日本でも離婚も増えていますが、欧米社会は離婚した家族の数は日本よりまだまだ多く、実際に離婚等で家族関係が複雑になっている場合も多いのですが、患者様が希望されればソーシャルワーカー

一が仲介し、離れている家族がホスピスを訪れることが出来るように調整するそうです。その際の交通費等を政府がホスピス重点の為に計上している予算から支払うことが可能だそうです。また、ホスピスに隣接している二件の民家（写真3）は、一軒がスタッフ教育の為に研修の為に宿泊施設で、もう一軒が家族の為に宿泊施設だそうです。また、お亡くなりになられてから一年後に記念日として家族をお呼びしてグリーフケアを行う等、家族へのサポートが非常に充実しているように感じました。ここで、歯科医師や歯科技工士に聞いたのですが、ここで行われている歯科治療は我々が現在東北大学病院で行っているのと同様に原則的にはボランティアとして行われているそうです。大学病院としての社会的責任を果たす機会を頂いていること、ならびに人の最期に貢献出来るという専門家として最も栄誉の時間を頂いていることが全てだと言っていました。ニュージーランド厚生省の担当者からも、政府が医療について言えることは効率や売り上げではなく、技術だけではない患者様や家族のサポートを含めた医療の質を如何に向上させるかだけだと言われました。やはり医療従事者やその制度に関わるスタッフの人間的成熟度が大切だと痛感致します。

また、オタゴ大学では当初予定になかったのですが、ニューヨーク大学（NYU）歯学部の副学部長の **Dr. Spielman** の講演を聴く機会に恵まれました。私が南カルフォルニア大学に在籍していた際に、歯学部と看護学部が統合するというニュースでアメリカの歯学部教育関係者の間で話題になっていたのです。もちろん、他大学に在籍していた私にはその意図は分かりません。その当時は、最先端の医療の研究にしか興味のなかった私でしたので、あまりに分野が違うので不思議に思ったのを明確に覚えていました。その講演会の中で、統合した理由と統合後のカリキュラムについて説明がありました。繰り返しになりますが、歯科医師も人々の健康を担うプロフェッショナルであります。洋の東西を問わず歯学教育では、歯痛や歯を失った時の咬合の回復法など、歯に特化した予防や治療を教えることに集中していて、他のヘルスケア プロフェッショナルとの交流はほとんどありません。この問題点の解消の為に統合で、小児検診時の注意点等を看護学科の教官が歯学部の学生に教育する等の実習を行っているそうです。このような異業種の教育段階での交流を進めることは、日本でも取り組まなければならない最重要課題の一つと言えます。

クライストチャーチ市立病院での研修

研修とは直接関係ありませんが、東日本大震災の直後から私が個人的に関わっている東松島市の仮設住宅にお住まいの被災者の方々が作られた千羽鶴を同じ被災に合われたクライストチャーチの市民の方にお届けいたしました。千羽鶴の意味や被災者がクライストチャーチ復興を祈願して折ったことを伝えたところ、その繊細さと美しさに感動され、病棟の入り口に復興と病気の回復の願いを書いたメッセージと一緒に飾って頂くことになりました。このようなこともケアとして大変大切だとソーシャルワーカーが感動しておりましたことをご報告致します。さて、実際の研修ですが、クライストチャーチが属しているカンタバーニ DHB が運営する Security Unit に片道二時間かけて往診に伺わせて頂きました。往診といっても日本で行うような移動式の歯科治療用の道具を持っていく訳ではなく、診察をするだけです。事前に先方の病院から Fax が届いていてそれに基づいて診察を行い、治療が必要な場合は、その場で看護師とソーシャルワーカーと診察の日程調整を行います。通院が困難なためクライストチャーチ病院の近くに宿泊施設を確保し、さらにその移動手段を確保するという感じです。この移動手段や宿泊施設の費用を DHB でサポートをするという方式でした。これはニュージーランドの歯科医師数の少なさからくる独自の問題のように感じられました。

オークランド病院での研修

オークランド 緩和ケアユニットでの研修を行わせて頂きました。オークランドには、ニュージーランド全体で35あるホスピスのうち9がオークランド DHB にあり、関係スタッフの数も多く、オークランド緩和ケアユニットでは、病棟内の緩和ケアチームの活動と9つのホスピスとのマネジメントを行っていました。説明してくれた看護師の話では、通常はホスピスに入所か、もしくは自宅での緩和ケアが一般的で、全身疾患等の悪化等により全身状態の管理が必要な場合、オークランド市民病院に入院し症状が安定すると、コミュニティー ホスピスもしくは自宅に帰られるそうです。また、オークランドシモン病院の緩和ケアユニットは、緩和ケアに関わるスタッフの教育プログラムを作り、DHB 内で働くスタッフ、並びに隣接するオークランド大学医学部の学生に教育を行うことも大切なミッションでした。プログラムは先ずインターネット上にある教育プログラムを終了させ、その後役者を使ったロールプレーを行い、

実習を行いその対応についてディスカッションをしながら進めていくという流れでした。我々歯科関係者も、がんの治療から緩和ケアまで患者様の関わりますが、このような教育プログラムは皆無に等しく、個人の対応にかかっています。今後、歯科医師、歯科衛生士もこのような教育プログラムを受講する必要性があり、医学部と協力してこのようなプログラムを帰国後すぐに立ち上げる必要性を感じました。

翌日は **Mercy** ホスピスで研修を行わせて頂きました。**Dr. Foggo** にホスピスの概要の説明を受けました。現在ホスピス内のベット数が16で、300名程が自宅でのホスピスケアを受けているということでした。朝に入院中の患者様のケースカンファレンスに参加させて頂き、それが終わってから口腔内に問題を抱える患者様の診察を行わせて頂きました。やはりここでも、歯科医師や歯科衛生士が往診に来ることはなく、ニュージーランドのシステムではまだ、そのようなことは難しいのが実情でした。その後、ファミリーコーディネーターから、家族に関するグリーフケアに関する説明を受け、さらにスタッフの **Supervise** のシステムに関する説明がありました。ニュージーランドでは、緩和ケアに関わるスタッフならびにボランティアの精神的な相談を受ける為に **Supervise** という仕組みがあり、匿名性を担保されて状態で様々な相談に乗って頂ける仕組みを充実されているそうです。我々歯科が関わる場合もこの観点を忘れてはいけないと学びました。

3日目は、緩和ケアユニットと歯科医師による頭頸部がん患者さんの診察を一緒に行わせて頂きました。緩和ケアユニットのメンバーはがん治療認定看護師と言語聴覚士と患者様の通院や家族のサポート等を行っている **Cancer Association** からのスタッフでした。**Cancer Association** のスタッフは、オークランド市民病院で腫瘍内科の看護師として10年、血液免疫科で10年勤めたあと、**Cancer Association** に移られているので、患者様の全身状態の把握はもちろん、病院内のスタッフとの連携もスムーズでした。実際 **Cancer Association** は、患者様の通院の予約を調整し、100km以上遠方の場合ボランティア運転手による通院の手配、また、**Cancer Association** のビル内に無料の宿泊施設があり、宿泊の手配等を引き受けます。また、買い物等が体調で困難と判断された場合は、買い物のボランティアを派遣します。ここでもニュージーランドの歴史的な背景がこのようなボランティアの充実に関わっています。ニュージーランドは移民の国で、古い家族でもまだ移民三世ぐらいです。このため核家族

が主で、地域社会で支え合うのが基本となっています。ニュージーランドでもアジア系の移民は大家族が多く、家族が看病を行うのが基本となっているようです。お昼ご飯を食べながらこの話題を話し合ったのですが、日本でも古くは家族が看病するのが基本でしたが、核家族化が進んでおりニュージーランドのようなシステムを導入する必要がありますが、市民の考え方を変えていくには、ニュージーランドのような制度があることを広めていく必要があるように感じられました。

最後に

このような研修の機会を与えて頂きましたことに笹川記念保健協力財団に感謝申し上げます。また、例のない大震災に直面し、研修の実施が困難状況で常に励まし支えて頂きました職員の方々に厚く御礼申し上げます。また東北大学病院予防歯科の外来が大変な時期に長期間に研修を可能にするため支えて頂いた予防歯科学分野教室員および外来スタッフに心からの感謝を申し上げます。また、緩和口腔ケア研究会の機会を頂き、ご協力を頂きました大田 洋二郎先生、大野 友久先生、武田 康男先生、向山 仁先生、宮沢 玲子先生に感謝申し上げます。緩和ケアにおける口腔ケアを通じての医科歯科連携はこれからだと考えます。今後ともご支援の程よろしくお願い申し上げます。

Contact Information

Carer	Name	Contact
Oncology / Palliative Care Nurse		
District Nurse/s		
Social Worker		
Cancer Society		
Occupational Therapist		
Physiotherapist		
Field Worker		
Respiratory Nurse		
Pharmacy		



SECTION 1: INITIAL ASSESSMENT continued (to be completed by doctor and nurse)	
SPIRITUALITY / RELIGION	Goal 2: The relative or carer has had a full explanation of the facilities available to them and a facilities leaflet has been given. Achieved ☐ Variance ☐ Facilities may include: car parking, toilet, bathroom facilities, beverages, payphone, accommodation
	Goal 3.1: The patient is given the opportunity to discuss what is important to them at this time eg. their wishes, feelings, faith, beliefs, values. Achieved ☐ Variance ☐ Unconscious ☐ Patient may be anxious for self or others. Consider specific religious and spiritual needs. Did the patient take the opportunity to discuss the above Yes ☐ No ☐ Unconscious ☐ Religious tradition identified, please specify: Patient's own Minister/Priest/Spiritual adviser: Name: Phone no: Date/time: Contacted Yes ☐ No ☐ N/A ☐ Support of the facility spiritual support team/person offered: Yes ☐ No ☐ N/A ☐ Facility spiritual support adviser: Name: Tel no: Date/time: Contacted Yes ☐ No ☐ N/A ☐ If patient's wishes are known re: burial or cremation, document at top of 'Section 3 - Care After Death' Needs now: Needs at death: Needs after death:
CULTURAL NEEDS	Goal 3.2: The relative or carer is given the opportunity to discuss what is important to them at this time e.g. their wishes, feelings, faith, beliefs, values. Achieved ☐ Variance ☐ Did the relative or carer take the opportunity to discuss the above Yes ☐ No ☐ Comments:
	Goal 3.3: The patient is given the opportunity to discuss their cultural needs at this time. Achieved ☐ Variance ☐ Unconscious ☐ Comments: Needs now: Needs at death: Needs after death: Goal 3.4: The relative(s) or carer(s) is given the opportunity to discuss their cultural needs at this time. Achieved ☐ Variance ☐ Comments: Needs now: Needs at death: Needs after death:



写真 3