

平成24年 3月 6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 医療法人社団誠広会
岐阜中央病院
緩和ケア科部長・医師

研修者氏名 西村幸祐



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

オーストラリア・ヴィクトリア州におけるホスピス緩和ケア研修

2. 研修期間

平成23年 8月21日 ～平成23年10月 7日

48 日間

3. 研修先 (日本語にて)

タッターサル・ペニン斯拉緩和ケア病棟

ペニン斯拉・ホスピスサービス

サウスイースト・パリアティブ・ケア

モナシュ大学・メディカルセンター・マカラックハウス

モナシュ大学・フランクストンキャンパス

(以上ヴィクトリア州)

オーストラリア緩和医療学会 (ケアンズ)

4. 研修報告書

別紙 (正1部、副3部)、CDR等 [有 (1 枚) ・]

(注 研修報告書はA4判横書き8,000字程度以上)

このたび、笹川記念保健協力財団の助成を受け、緩和ケアの先進国であるオーストラリアのメルボルンにて研修する機会を得たので以下に報告する。

1. 研修期間

平成 23 年 8 月 21 日から 10 月 7 日（7 週間）

2. 研修施設

- ① Tattersall's Peninsula Palliative Care Unit. (Frankston Hospital, 周辺の公立・私立病院を含む)
- ② Peninsula Hospice Service ならびに在宅ケア
- ③ South East Palliative Care ならびに在宅ケア
- ④ McCulloch House. (Monash Medical Center; Clayton, Moorabbin を含む)
- ⑤ Monash University Frankston Campus
以上すべて、ビクトリア州の東部（ビクトリア州の健康省 “Department of Health” のいう区分では Southern Metropolitan Region）に属す地域。
- ⑥ Australian Palliative Care Conference (Cairns) への参加。

3. 研修の目的

- a) 滞在国における緩和ケアの成り立ち・現状・将来展望を知る。
- b) 非がん以外の疾患も含め、症状緩和の方法について多面的なチームアプローチを学ぶ。
- c) 地域住民のホスピス・緩和ケアに対する考え方を知る。また、いのちに対する考え方や、地域住民へのホスピス緩和ケアの情報提供・いのちの教育がどのように行われているかを学ぶ。
- d) ホスピス入院中の患者さんの暮らしや思いを知る。また、家族の思いを伺う。
- e) ホスピス緩和ケアを支える、国家としてのシステムと、地域連携について学ぶ。このシステムが国民にもたらす利益を学ぶ。
- f) スタッフの消耗や悲しみなどのストレスケアをどのように行っているかを知る。
- g) これらを通して、国際交流を深めるきっかけを得る。

4. 研修内容

① オーストラリアと緩和ケア

オーストラリアのビクトリア州は国土の南東に位置し、州都はメルボルン市で、人

口は約 530 万人（兵庫県が同程度の人口。面積は日本の本州と同程度）。今後 10 年で 645 万人まで増加すると見込まれている。州住民の平均余命は男性 80.3 年、女性 84.4 年（2007 年）で、日本と変わらない。特殊合計出生率は 1.83（国連 2008 年版）（日本は 1.27《現在は 1.39》）。州政府はビクトリア州を 8 つの地域（Metropolitan 3 地域、Rural 5 地域）に分け、保健・厚生行政を行っている。しかし、その区分とは別に地域内に医療区分（“・・・Health” というグループ名がつけられており、研修は Peninsula Health と Southern Health の 2 つのグループ内の施設やそれがカバーする地域であった）が構成されており実際はそのグループが地域医療を統括している。同じ医療区分内のカルテ用紙書式は同一で地域内で患者が移動してもスタッフは同じ『土俵』で情報の入手や記載が可能である。

緩和ケア病棟は Metropolitan には合計 10 ヶ所、Rural に合計 21 ヶ所（ただし、緩和ケア病棟という名前はなく入院可能施設、あるいは専門緩和ケアサービスベッドをもっている病院）存在する。一方コミュニティーケア（訪問緩和ケア専門とした看護師とさまざまなスタッフがチームを作っているステーション。研修した 2 ヶ所もコミュニティーケアの専従医師はいなかった）providers としては、Metropolitan には合計 7 ヶ所、外来を持っているクリニック（palliative care clinic）が 1 ヶ所、Rural には各医療地域（5 ヶ所）が 5 から 8 つのステーション（Team/Service/Inc/Care/Group/Care service/Hospice care/Health など名称が多岐にわたっている）をもっており連携している。それ以外に ALS（筋萎縮性側索硬化症）などの（運動神経疾患、motor neuron diseases; MND）の患者さんとその介護者へのサービスや小児と、その介護者への緩和ケアの施設やサービス、あるいは、いのちを脅かす疾患に罹患している小児の家族や、小児の遺族となった家族へのサポートサービス（Very Special Kids。プログラムと Very Special Kids House という施設がある。ピンクの豚がマスコットで、マーケットでも見かけて募金を呼びかけていた）がある。

1938 年、ビクトリア州に派遣修道女が介護者となって看取りの施設（カリタス・クリスティ・ホスピス）ができたことが歴史の始まりとされる。（1884 年シドニーでホスピスが成立したという）。1967 年イギリスでシシリー・ソンドースによって、近代緩和ケアの基盤が築かれ、程なくオーストラリアにも導入された。キャサリン・キングスベリーという看護師が回復不能な病に侵されたとき “I want to die at home” というレポート書いたところ、これがメディアで取り上げられ在宅で最後を迎えることを社会が支える機運がさらに強まったという。1988 年、法律が制定され緩和ケアへの社会基盤は整えられた。この流れから理解できるのは「オーストラリアの緩和ケアは在宅ホスピスから始まった」ということになる。

対象疾病は癌に限らず、運動神経疾患や心不全・肝不全など、いのちを脅かす疾患す

べてを対象としている。また、病期に限らず早期からの介入がなされる場合も少なくない。緩和ケア病棟の平均在院日数はどこの施設もおおよそ 10 から 12 日程度（日本では緩和ケア病棟は 40 日から 50 日程度。数週の施設もあれば、100 日を越える施設もある）。一般急性期病棟ではなんと 3 から 4 日程度という。日本は急性期が 14 から 21 日程度と考えられ、日本のほうが急性期にせよ緩和ケア病棟にせよ病院滞在日数が多いことがわかる。



(モナシュ大学フランクストンキャンパス入り口。看護学部がある)

② 目的別研修報告

a) 滞在国における緩和ケアの成り立ち・現状・将来展望を知る。

緩和ケアの成り立ち・現状については、一部前項で触れた。研修した施設ではいずれも医師・看護師だけではなく、理学療法士、作業療法士、パストラルケアワーカー、ソーシャルケアワーカー、カウンセラー、そしてボランティアがケアに参加していた。また、医師・看護師だけでなく所謂コメディカルのスタッフも必要に応じて患者宅を訪れていた。訪れる地域の広さは日本と比べて圧倒的に広く 100km を移動することもあり小旅行になることもあった。しかしそれは特別なことという感覚はなく当たり前車を飛ばしていた。(日本と違い、道が広く、郊外は信号も多くなく、平均的にスピードは一般道でも高速道路並であった。車は日本製が圧倒的に多く中型車が一番多いような印象であった。ガソリンの値段もリッターあたり 1 ドル (オーストラリアドル) 40 セント前後 (滞在時のレートでは 1 AS=80 円、したがって、110 円/1 程度か。オーストラリアは石油を輸入しているとのことで、日ごとに変化していた) と決して安くはない状況にも拘らず、自動車社会であった。訪問診療・看護を支えるための交通費も

決して馬鹿にならないとおもわれた。往診・コンサルテーション中にスタッフがガソリンを給油する場面にも立ち会ったが、その地域の医療グループ（そのときは Peninsula Health）が貸与しているカードで支払っていた。当然といえば当然だが、ビクトリア州全体では、かなりの交通費を必要とするであろうことが容易に想像できた。なお、研修時のオーストラリアは、消費が盛んで景気がいいほうだ、と何人かの証言を得たが、税金の高さを嘆いていた。しかし所得税が 50%を越える北欧に比べ、高所得者でも 30 から 40%とのことで、日本とそれほど変わらないようだ。

ビクトリア州では、人口の 60 から 70%が病院でなくなっており、10%が緩和ケア病棟、在宅（ナーシングホーム＝老人施設を含めて）は 30%前後ということであった。60%程度は在宅死であろうと予想していたが、そうではなく日本と似たような状況であった。



（メルボルンの中心地。シティーと呼ばれる。手前はヤラ川）

緩和ケア病棟は穏やかな空気が流れており、落ち着いた雰囲気であった。この点は日本も決して引けは取らず、ハード的にはさらに整った環境を持つところもあり、当然歴史の新しいほうが先人から学んで改良するということができたとと思われる。ボランティアや寄付によるさまざまな施設内の癒しの設備（キルトや絵画など）は、歴史を感じるものであった。

Peninsula palliative care unit(以後 PPCU と省略)はメルボルン市から 40km ほど南にある Frankston (フランクストン)市に存在する 16 床の公立の緩和ケア病棟で、活動を開始して十数年過ぎたところとのことであった。フランクストン市はメルボルン市から半島《Mornington (モーニントン)半島》に向かう電車の終点の町で、穏やかな海辺の町である。PPCU から車で 10 分足らずの場所にビクトリア州でも有数の大病院 Frankston Hospital (フランクストン病院)があり、緊密な連携をとっていた。この病院は、研修指定病院でもあり大勢の研修医がトレーニングし、数多くの学習会が開

催され、研修医だけでなく、教授クラスもともに参加されていた。フランクストン病院以外にも半島にある公立・私立病院との連携をしていた。しかし、距離が極めて遠いため、周辺病院はそれらの病院自体が緩和ケア病棟にならざるを得ない、といった状況であった。



(PPCU の風景。一つのビルに、入院施設である PPCU とホスピスがある。注:この場合のホスピスは、在宅ケアを指す)

Dr. Brian McDonald (ブライアン・マクドナルド医師)は、この PPCU をホームベースとして、医療グループ内の病院での診療のほかにコミュニティーケア（在宅診療と看護）を提供しているグループ・施設に対して緩和ケアのコンサルテーション(相談・調整とでも言おうか)を行っている。PPCU での研修はブライアン医師の指導を受け、あちらこちらに随行させていただいた。

PPCU は、医師 5 名(緩和ケア専門医 2 名、研修医 2 名、非常勤の開業医 1 名)、看護師 34 名（3 交代、フルタイム、パートタイムを含む、チームナーシング）、PT 1 名、OT 1 名、パストラルケアワーカー 2 名(フルとパートタイム 1 名ずつ)、ソーシャルケアワーカー、薬剤師（兼務）、心理士（1 名兼務）、栄養士(兼務)、ボランティア、といったスタッフの布陣であった。

平均在院日数は 1 2 から 1 4 日程度で、翌週には入院患者がほとんど入れ替わっているような状態であった。高齢者が多いが、小児も引き受けるということであった。疾患は、癌はもちろん、非癌の患者さんも引き受けていた。研修中には、心移植後の心不全・肝硬変・脳梗塞など、今日本でも死因の上位を占める疾患の患者さんも入院していた。目的は、症状のアセスメントとマネージメント、あるいは、最後の時間を過ごすことであった。

ほぼ全員病名は告げられていたが、中には前の主治医とのコミュニケーションが十分でなく、予後が厳しいにもかかわらず、強い希望を持ったままの方もいた。PPCU では抗がん剤の治療中であっても、苦しい症状があっても在宅ではすげせない場合でも症状緩和を目的に入院を受けていた。抗がん剤の副作用対策も緩和ケアの役割であると考えられているようであった。

研修医は日々患者の状態を把握し、薬剤の処方・病状や今後の見込みについての説明・カルテ記載(研修中に電子カルテはどこにも見なかった。大病院でさえ手書きであった。そういった IT は日本のほうが進んでいるのではないか、ということであった)に忙しかった。しかし、人数も多いせいか、あまり、ぼたぼたした感じはなく朝には、10 時過ぎるとモーニングティータイムをとりスタッフみなで本当によく話し込んでいた(おしゃべりもあるようだが)。週に 2 回総回診があるが、このときも半分終了したところで休憩が入る。ただ、病院においては日本の急性期の大病院と同じく非常に忙しくしており、スタッフに余裕の表情はなかった。スタッフの種類と人数は一見して多く、在院日数 3・4 日を支えている原動力の一つではないかと思われた。一方で、就業終了は 17 時で日本のように真夜中まで連日、ということはないようであった。

看護師も、朝から半日や午後から半日、夜勤など、さまざまな形態で勤務が組まれていた。そうして少しでも資格がある人で勤労意欲のある人が柔軟性を持って働けるようにしている。また、看護師バンクから日雇いで看護師が派遣されることもあるという。もちろんシフトを組む管理者は大変で、うんざりする仕事であることは間違いない。残業は時にはあっても日本のように、サービス残業は極力ないようにしている

ようだ。タイムマネジメントができないということは、能力を疑われる。また、次のシフトの看護師がやってくるとちゃんと仕事が引き継ぐことができるという。日本のように、「この人でないといけない」ということも患者側にも多くないようであった。

総回診は医師・看護師だけでなくそのほかのスタッフも随行したり、医学生がついたり大勢である。中でもパストラルケアワーカーは必ず随行しており、所謂心のケアを担当していた。病状説明した医師や看護師が去ったあと一人病室に残って気持ちを聞いていた。回診時は、辛い気持ちを延々と医師に述べることはなく、かなりあっさりしているが、これは、その後に行われるケアが後ろ盾になっているのだ。無論、回診以外でも医師・看護師は病室を訪問して、長いディスカッションや傾聴を患者・家族と行っていることもあった。が、平均して、医師がそれに費やす時間は報告者の施設よりも短い印象であった。



(PPCU での回診。医学生も含めた職種で行われる)

次に研修した McCulloch House はメルボルン市に隣接する Monash 市にある公立の緩和ケア病棟である。母体は、Southern Health で Monash 大学の付属病院である Monash Medical Centre に隣接する。この緩和ケア病棟も周辺の複数の病院と連携しており、症状のマネジメントと在宅へのつなぎ、そして看取りの場所の提供を行っている。建物は、独立 3 階建てで、歴史を感じるレンガと石造りの建物であった。半分が病棟で、16 床(個室 8 室・4 人部屋 2 室)保有している。スタッフは医師 7 名 (専門医 4 名・研修医 2 名・インターン 1 名)、看護師は 4 名の緩和ケア専門看護師を擁していた。ほかに、薬剤師(兼任)、理学療法士(専任)、作業療法士(兼任)、ソーシャルワーカー、パストラルケアワーカーが勤務している。ボランティアコーディネーターは、10 人前後のボランティアと活動をしているとのことであった。2 匹の猫が常駐し「スタッフ」とされていた (PPCU でも看護師長が時々犬を病棟に連れてきていた。以前は、競馬のジョッキーが入院したとき、馬もやってきた、ということだった。ペットによる癒しは定着しているようであった)。平均在院日数は 14 日で年間入院はおおよそ 400 名。7 割ががん患者という。やはり 7 割はこの緩和ケア病棟でなくなるとのことであっ

た。



(McCulloch House 全景)



(ダイニング)



(病室)



(右端の Kate Jackson 先生ら McCulloch House のスタッフ。日本人ナースが 2 名勤務。国籍は多彩)

緩和ケアを国もしくは州政府は、重要な領域と認めている。聞き取りによるものであるが財政面での支援は以前から比べて良好であるという。現在オーストラリアは好景気であり個人消費は堅調とのことであったが、物価がかなり上昇している。今後の経済の見通しは先進国に共通して決して楽観的ではなく、人口構成の高齢化とそれに伴う医療・福祉への財政負担は急速に増している状態とのことで、当然緩和ケアの領域も決して楽観出来ないという。コミュニティーケアを担当する専門看護師からの聞き取りであるが、病院もしくは緩和ケア病棟に入院すると 2 週間で平均 7800 オーストラリアドル (約 72 万円) の経費(患者負担ではない)がかかる一方で、在宅であれば 12 週間で 2800 オーストラリアドル(約 20 万円)ですむという。政府側は、やはり在宅にシフトさせたいし患者も多くは在宅を望んでいるので、コミュニティーケアのほうには今後も力点がおかれるであろう。しかし、病院側や、緩和ケア側からの聞き取りや統計によると、4 割から 7 割はどこかの施設でなくなっている。したがって、ナーシングホームを含む在宅での見取りは、患者・家族の希望・もしくはやむをえない状況(症状が強いことや看取りの不安など)で病院や緩和ケア病棟に入って安心できる環境が後ろ盾になって発展していくであろう、という意見が最も納得できた。

緩和ケアの中心的な学会は Palliative Care Australia であり、政府にも働きかけをして幅広い支援を勝ち取ろうとしている。オーストラリアの厚生大臣 (Health Minister) に支持 (endorse) された "National Palliative Care Strategy (NPCS) 2010" では、すべてのオーストラリア国民が質の高い "need-based care" を受けられる機会を提供されることが求められ、協同的かつ先進的かつ効率的なリーダーシップとそれを支える経済支援が約束されたという。

医学の歴史的な変遷として①診断と治療②公衆衛生 (public health)③高齢化と死が、テーマとしてあげられるが、オーストラリアでは、③について早くから医療界だけでなく国家的なプロジェクトとして対応が進んでいるといえる。日本は③のうち高齢化についてはさまざまな対策を政府は進めてきているが死についてはやっと端緒につきそしてここ数年進歩しているといった状況かと考える。

b) 非がん以外の疾患も含め、症状緩和の方法について多面的なチームアプローチを学ぶ。

前述のように、緩和ケアの対象は、日本のように癌やエイズ（後天性免疫不全症候群）の患者に限っておらず、その他の疾患でもいのちを脅かす疾患であれば患者の意思を聞きつつ積極的にかかわろうとしていた。それが当たり前、という考えであり、日本の状況を話すと首をかしげていた。ただ、非がんの患者の場合の、症状緩和のための薬剤（とくに鎮痛補助薬）投与についてしっかりとした evidence は少なく、「（がん患者と）同じように使っているのかはわからない」と正直な考えをブライアン医師は述べていた。苦しい症状をやわらげたいという熱意は同じであり、患者側もそれを期待しているわけで緩和ケアの必要性は当たり前に認識されていると感じた。無論、非がんの患者であっても全人的かつ多職種によるケアは提供されており、それは、在宅においても同じであった。癌であれ、それ以外であれ、予後が限られている可能性についてはきちんと患者に話がなされ、患者が自律性を持って自分の道を歩いていけるようにするという緩和ケアのスピリッツがそこに貫かれていると思われた。

c) 地域住民のホスピス・緩和ケアに対する考え方を知る。また、いのちに対する考え方や、地域住民へのホスピス緩和ケアの情報提供・いのちの教育がどのように行われているかを学ぶ。

病棟に通院・入院中の患者さんや、また往診で患者さん自身やご家族から直接、緩和ケアについての印象を聞く機会を得た。（無論全体を代表した意見ではない。）その中で、緩和ケアがあることで、苦しみから解放してくれることが有益であるという意見が聞かれた。また、自宅で、入院と同じようなケアを受けられることはうれしいことである、という意見もきくことができた。しかし一方で、あるタクシーの運転手からは、「（緩和ケア病棟って）モルヒネをたくさん使って最後を迎えさせるところだろ？」という典型的な誤解を聞くこともできた。実際にケアの対象になって、その恩恵をこうむらないと緩和ケアのよさは本当にはわからない、という点は、日本での経験と大差は無いように思われた。また、緩和ケア病棟を紹介されたとき、「自分はもう長くないのだ」ということを思い知らされた、と話す患者さんもいた。日本と同じように、緩和ケア病棟に対しネガティブな印象をもっている方がいるということは事実のようである。

いのちに対する考え方は先述のとおり、民族の垣塙・人種の垣塙であるゆえに非常に多岐にわたっている、とのことであつた。これほど差異があるので、市民を集めて、命についての講演などやりようが無い、ということであつた。

ただしフランクストン市の PPCU ではボランティアの募集のために Ambassador としてさまざまな集会に出かけ、ホスピスの活動の紹介をしてリクルートする活動を展開しているとのことであつた。

すべての人に訪れる死についてさまざまな人々が語り合い、その中でホスピス緩和ケアを広めていく、といった活動に触れることはなかつた。むしろ、「元氣なうちから死について語る、あるいはしっかり意識することは本当に必要なことなのだろうか？ わたしはそうは思わない。そういうことをはやくから考え続ける暮らしとはいかがなものか。」と語つた、指導医のブライアン先生の言葉があり、印象に残っている。

今回多くの資料やパンフレットが研修施設から提供していただいたが、それを眺めると、病気に直面したときに如何に情報がスムーズに提供されるか、または手に入れられるか、という点を充実させることに力が注がれているように思われた。

一方、パストラルケアワーカーから学んだことであるが、オーストラリアには **Spiritual Care Australia** という全国組織があり、**Clinical Pastoral Education ;CPE** というカリキュラムを1年間受講した上での認定制度のもと、スピリチュアルケアワーカーが活躍している、とのことであつた。この点は、とてもユニーク（是非は別にして）だと感じた。彼らの活動の中心は病気を得た後から起る苦しみで大部分のフォーカスがあたっているようで、健康な人に「そのとき」の処し方を考えてもらう活動はほとんどないようであつた。

d)ホスピス入院中の患者さんの暮らしや思いを知る。また、家族の思いを伺う。

母国語が通用しない環境で、しかも急な面談を異国の医師が行うということは本当にその患者さんや家族の気持ちを理解できるのだろうか、という困難さはあつた中で、幾人かの患者さんやご家族から伺つたお話や様子を報告する。

腎がん骨転移で入院中の女性は、ここ（ホスピス）の生活は快適ではあるけれど、家に帰りたいたいという意思をしっかりと持っていた。自宅はホスピスから80 kmほど南にあり、家に帰りたいたい。ときどき嘔吐をして食欲も十分ではないけれど、点滴をしてほしいとは思わない、とも。特定の宗教を信仰はしておらず、しいていいなあと思うのは仏教かな、とのことであつた。病気になつたのは仕方がないけれど、死んでいくのはつらい、と涙を流されていた。

ホスピスというところは、人によっては異空間には違いがなく、その人が心から過ごしたい場所ではないのだと感じた。

マケドニアからの移民の30台の乳癌の女性は、オーストラリアで2回結婚し2回

離婚する中で、元夫が子供をネグレクトするにいたり、子供を施設に入れざるを得なくなっていた。両親はマケドニアにいて、娘の病状は知らされておらず、しかし予後は厳しいものであった。州政府の機関に問い合わせ、彼女と両親が会えるようにできないかという努力がなされた。あまりの短い時間の中、多くの未解決の問題を残して彼女は亡くなった。

家族のケアをしようにも普段日本では考えもつかないような状況の多様さがあるなかで、主治医は自分の無力さを涙を流しながら嘆いていたのが印象的であった。

大腸がんの肝転移のため、黄疸と肝不全のある70代の男性は眠っておられることの方が多く、回診時にも、数回口を開く程度であった。家族が同室していることもあったが、静かに見守っている様子であった。「死を待っているために生きているようなものだ」と話していた、とスタッフから聞いた。

スピリチュアルケアが必要で、今を生きる意味を見出そうという促しができるようにとわれわれ日本人も深く考えることになるケースかと思われたが、特に何かを見つけられた、とも見つけられなかった、ともいずれもないご様子で、昏睡に入り永眠された。

報告者の施設でも同様な症例がしばしばあり、国は違えど、無為の中に過ごされている（ように見えた）患者さんがいるのだ、と思われた。そして、そのケアについては決定的に有効な手段はないのであるように感じられた。パストラルケアワーカーにそのあたりを訪ねると、「傾聴に努めて、オウム返しをしていくことがケアそのものだ。」と日本で言われているスピリチュアルケアの姿をいみじくも同様に話されたことが印象的であった。

家族へのケアはホスピス緩和ケアでもとくに重要は働きであるが、面談室で、家族を集めて何度もコミュニケーションをとるといふ姿はあまり見受けられなかった。それは、主に、ナースやパストラルケアワーカーが随時行っているからであろうと思われた。また、常に率直な会話がなされていて、特に別室に移っていただく、といった日本的？な区別がないからではないかとも思われた。ある日、遺族が、スタッフにお礼をするために病棟を訪れた（事後に遺族がお礼に訪れるということもあるのだと分かったのだが）。その際、思い出を少し話され涙があふれるのを見たスタッフは、回診を中止し、ほぼ全員応接室に入りみなで傾聴を行った。その流れはスマートで臨機応変であった。患者・家族の悲しみに間髪を入れず自然によりそう、という姿を目の当たりにし、自主性を重んじるという、ともすればやや冷たい印象を受けてしまうこちらの思い込みを一掃する出来事であった。

研修中に総じて感じたことであったが、日本人と比較して、意思決定に際しては、なにかと決断が早い場合が多いと思われた。私見であるが、教育や生き方において自律性を要求されているからではないか、また、選択された道筋でうまくいかない場合でもケアするシステムがあることや、（選択や決定の）失敗からのやり直しのチ

チャンスが常に開かれているといった国民性があるのではないか、一人一人の存在や立場や考え方を尊重する（あるいは、良し悪しは別にして、他人の目を気にしない・されない）風土があるからではないかとも考えた。

e) ホスピス緩和ケアを支える、国家としてのシステムと、地域連携について学ぶ。このシステムが国民にもたらす利益を学ぶ。

オーストラリアの国家としての緩和ケアの取り組みについては、先述のように National Palliative Care Strategy (NPCS) 2010 として政府機関 (Department Health and Ageing) から示されている。1998 年にはじめられ 2000 年に指示認定されたこの戦略は 2005 年にレポートがまとめられた。健康福祉にかかわるすべての機関に緩和ケアの理解を増やすこと、各州・準州に重点項目を示すこと、国家緩和ケアプログラム (National Palliative Care Program) に総括的な方向性を示すことを行い、レベルを上げてきた。しかし、一方で格差や、不足している点も明らかとなり、均質化された質の高い緩和ケアの供給に向かって NPCS2010 が策定されている。

この戦略エリアは 4 点で、① 知ることと理解すること (awareness and Understanding) ② 適切さと有効性 (Appropriateness and Effectiveness) ③ 指導力と管理統括 (Leadership and Governance) ④ 容量と能力 (Capacity and Capability) に分類されて、それぞれのエリアの中で、ゴールとそこにいたるアクションプラン、そして評価の方法が策定されている。



(豪州緩和医療学会。左：アボリジニーの子供たちの伝統的ダンスと学会首脳陣)

日本ではがん対策基本法が施行され、また、日本緩和医療学会など様々な学会・団体が進めようとしている方策が実行に移されているが、様々な end-of-life care の場で、より深く広い戦略が統合的に示されている印象を受けた。

緩和ケア病棟に入院している患者の疾患からもわかるように、オーストラリアでは、緩和ケアとは、悪性腫瘍に罹患している患者に限定された概念ではない。WHO が 2002 年に示した定義通りに進められていると実感した。

医師の教育についても、GP(**general physician**)にとっても必須の領域とされ、緩和ケアを修めないと認められないとされている。PPCU でのプライアン医師のような専門医の教育はもちろん、政府出資の教育プログラムとして広くプライマリーケアに携わる医療者への教育の仕組みもできていた (**Program of Experience in the Palliative Approach :PEPA**)。教育・研修の機会は豊富であると感じられた。GP 広くが緩和ケアについてしっかりとした理解があることが一つのキーポイントであると考えられている。そし緩和ケアの専門家とプライマリヘルスの従事者が、互いに協力して、「患者のニーズに応じた緩和ケア:**Need-based care**」を提供するモデルが実現されてきている。患者がどこで過ごしていても、例えば在宅であっても緩和ケアへのニーズが高度であれば専門家チームのケアが受けられるといったことだと理解した。

地域連携については、非常にスムーズであり、特に印象的であったのは、在宅ケアであった。

日本の訪問看護ステーションにあたる RDNS (**Royal District Nursing Service**) が各地域に設立されており、積極的に在宅の支援を行っていた。特に感銘したのが SEPC(**South East Palliative Care**)であった。それは、RDNS の訪問看護師たちが緩和ケア対象の患者を担当している場合、SEPC の専門看護師をはじめとするケアチームが実際の訪問も含めスーパーバイズするという働きを担っている施設である。つまり、在宅の患者と家族を支える仕組みが 2 段構えになっているということである。このオフィスには、高度な知識と技術・経験に裏打ちされた専門看護師のほかに、心理士、パストラルケアワーカー、ソーシャルワーカー、作業療法士、ボランティアコーディネーター (ボランティアの登録は 23 人とのこと)、音楽療法士、芸術療法のセラピストなどが多職種でサポートにあたっていた。主治医は、地域の GP (**general physician**) であるが、病院や、ホスピスでの主治医とも随時連絡が取れる形になっており、症状が在宅で悪化した折など、どうしても入院が必要な場合でも入院はスムーズであったその際使用される車両も地域にはあり、日本のような救急車と、少し余裕がある場合に出動する救急車との 2 種類があり、患者の救急の度合いによって、要請車両を選べるということであった。



(South East Palliative Care.左：入口。地域の診療所と同建物。右：SEPCの入り口)

SEPCのスタッフの勤務は日勤のみ(時に夜間に対応するとも言われていたが)で、夜間はRDNSが対応する。日中は、患者宅に訪問し、1時間程度ゆっくり話をしていた。自宅で、麻薬を持続投与している場合などは、状況を細かく聞いていて指導をしていた。また、ある時は脳性麻痺の末期の6歳の男児の訪問に随行したが、男児はすでに持続鎮静がかけられていて、コミュニケーションはできなかったが、訪問看護師は母親の悲しみにゆっくり寄り添っていた。オピオイドも含め、持続皮下注射が普通に施行されていたが、驚いたことに麻薬のアンプルが自宅に常備されており、切ったアンプルは専用の容器にほかのアンプルと一緒に廃棄されていた。日本の方が圧倒的に嚴重(ということは使用手続きが面倒)であると分かった。



(左:訪問先で持続皮下注射の薬剤を充填する。右:SEPCのCEOのHelenさん)

PPCUにも在宅部門がしっかりと設立されていた。SEPCと同じように地域をスーパーバイズし、同じ建物の中にある緩和ケア病棟と密接に連携をとっていた(2010年は平均月63名の紹介と40名の見取り、また、月平均169名のケア対象とのこと。在宅での見取りは32%で、82%が悪性疾患であった)。カンファレンスが定期的に行われており、在宅の患者の場合は、電話会議が行われ、電話の声がすべてのスタッフに聞こえ、さらにスタッフの発言もGPに伝わるなど、十分な連携を取れるように

工夫されていた。そのような網目の中の橋渡しとして、Dr. Brian McDonald は緩和ケアの教育とコンサルテーションに、病院に、家に、地域チームの会議に“神出鬼没に” 出かけ、seamless かつ質の高い緩和ケアができるように力を注いでいた。



(ブライアン先生のコンサルテーションとカンファランス。電話会議の後で)

このようにどこにいてもどのような病気であろうともきめ細やかな緩和ケアがなされていると思われた。ただ、それは、ヴィクトリア州のメルボルン都市近郊での見学による印象に過ぎないかもしれない。実際は広大な国土によるケアの質の良し悪し、多様な民族や価値観の差異による困難さは十分には埋められていないし、ホスピス・病院・ナーシングホームなど施設によるケアの違いの改善もまだ十分ではないようであった。

研修中には、ニュージーランドから移ってきた肺がんの患者さんの自宅に伺った時、「この国の health system は自分の国（ニュージーランド）より、質が高い。将来に不安はあまりない」という声を聴くことができた。在宅の在り方がとても安心できる、と述べていた。その一方で、ある、ナーシングホームを訪ねた時、看護職員の患者・家族への配慮が足りないことを専門の看護師が嘆く場面もあった。

このような重厚な緩和ケアの仕組みがあるにもかかわらず、がんの緩和ケアが十分ではないことやマンパワーが不足しているということなど、NPCS2010 に策定されているように、さらに広く深いケアが目指されていた。

f) スタッフの消耗や悲しみなどのストレスケアをどのように行っているかを知る。

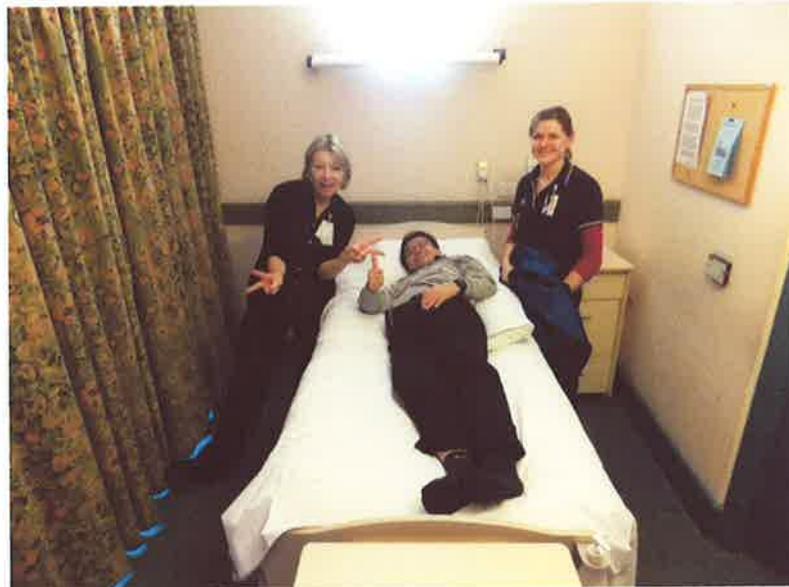
滞在中に経験したスタッフのケアの 2 つの場面があった。ひとつは、Southeast

palliative Care を訪れた際、1日の終了時に“Pow-Wow”（先住民との話し合いという意味もあるらしい）なる、反省会である。この15分程度の反省会で、pow：今日うまくいかなかったこと、wow：うまくいったこと・よかったこと・感動したことをスタッフ間でのべ、分かち合う。これにより、お互いのケアがなされているようであった。

また、臨床心理士やパストラルケアワーカーが、患者に当たるように、個別にスタッフの相談に乗ることは日常行われている、とのことであった。ただ、職場環境は残業や勤務外出勤の多い日本とは異なり、オンとオフをしっかりと区別して切り替えている様子が強かった。

スタッフは、非常によく話し合いをしており、また、休憩時間もしっかりと取って、リラックスして過ごし、切り替えをしっかりとしているようであった。

ナースはじめほとんどのスタッフは、時間通りの勤務で、日本のように勉強会や委員会、病棟会などと勤務時間外に出勤するというのではなく、残業も極めて少ないようであった。むしろ遅くまで残っていると、先述のようにタイムマネージングができない、というマイナスの見方をされるということさえあるとのことであった。特にナースのシフトは効率よく組まれており、半日の勤務のスタッフも見受けられ、家庭との両立がしやすいようであった。女性が家事担当という発想はあまり強くない、男性も家事育児に積極的に取り組むことが当然のように求められているようであった。ある男性看護師は、「そうしないと離婚させられてしまう」とやや悲哀を含んだ様子で語ってくれた。



(McCulloch House のスタッフと。ナースの腰に優しい患者移動の実習)

日本でも大きな問題になっているスタッフ、特にナースのストレスマネージメン

トについては、やはりマンパワーが日本と比べて豊富であること、その上において様々なケア・相談のチャンネルが用意されているのだ、と理解できた。

g) これらを通して、国際交流を深めるきっかけを得る。

今回、流暢とは言えない英語力で研修を行う機会を得た。コミュニケーションの中で、感情の機微をも察知できるほどの関係性を気づくことはできなかったが、周囲のスタッフは、非常に親切であった。ティータイムなどに日本の習慣や作法、そして、3月に起きた東北大震災のことについて説明する機会が何度もあった。日本の様子について多少なりとも伝えることができたと思われる。平成24年1月には今回指導をいただいたブライアン医師が来日することになっており、日本でのご講演などが予定されている。今後も交流を継続し、情報の交換ができるように努めていきたい。

また、メルボルンの日本人会の方とも交流することができ、実際に長く彼の地に暮らしていらっしゃる日本人の方の考えや感想をうかがえる機会も得た。実際にまみえることはできなくても、昨今のIT技術を用いて、現地の方々とさらに交流継続し、深めることができると思われた。



(Monash 大学内の日本文化研究施設。同大学は日本文化の研究で豪州内でも有名な大学とのこと)

5. 研修・滞在を通じての印象

今回の研修は実際の住民の方と触れ合うことにより緩和ケア・生きることと死ぬことについての考え方（哲学・感情）をじかに体感することであった。端的に言って、彼の地の人々は、自宅で暮らすのが当たり前であるという感覚が強いということ、病院はあくまでも仮のすみかである感覚が強いということを感じた。また、医療者に対する期待は比較的あっさりしており、あえて言えば、医療者に対

する期待が日本ほど大きくないように思われた。自分の意見を持って主張できる人が多かったように思う。多様な民族を背景としていけばそうならざるを得なく、医療者も、従来からの価値観だけでケアを進めていくことはもはや不可能であることがア・プリアリとしてあると感じられた。

変わりゆく日本のありように合わせて、そして世代の感覚が移り変わっていくことに合わせるようにして、また一方で同世代であっても個別性が高まっていくと（予想される）いう状況に合わせて、ケアの提供者も変わらなければならないであろう。ただ、複雑すぎるがゆえにそれほどどこかであえて他者と距離を置くこと、あきらめること、あっさりする場面もわれわれ医療者は選択せざるを得ないとも思われる。具体的には、例えば社会的苦痛の緩和において、患者家族のそれぞれの意見を調整し、患者ケアのハーモニーを形成するような働きを遂行することは、命に対する考え方や価値観の多様化の深化によってさらに難しくなるのではないか。彼の地の人々の、自分のことは自分で決めなければならないしんどさ、あるいは孤独感、といったものが日本にも広がるように感じられ、今後一層その傾向は、好むと好まざるとにかかわらず強まらざるを得ないと感じられた。

それらの困難を超えて、国家的にまた市民レベルでも緩和ケアの仕組みを豊かにしてきたオーストラリアという国から学び感じたものは非常に多く、これからの活動に大いに参考になるのではないかと考えられた。

6. 謝辞

近代ホスピスの考え方は、「舶来」であります。舶来の概念が普通に用いられている国の人々と仕組みにじかに触れ日本の姿を考えることが長年の夢でありました。その夢をかなえてくださった笹川記念保健協力財団の皆様にご心より深く感謝申し上げます。特に、10年ほどにわたって、見守り続けてくださいました事務局長の原田秀夫様、研修全体のコーディネートをしていただきましたモナシユ大学の下稲葉かおり先生、道を開いてくださいました大阪大学大学院の恒藤暁教授、そして、現地で素晴らしいご指導とご縁をいただいた Dr. Brian McDonald はじめ多くのスタッフの皆様と患者様・介護者の皆様に深謝申し上げます。また、2か月余りの研修期間を得ることをご許可くださり支えてくださった岐阜中央病院のスタッフの皆様に衷心から謝意を申し上げます。

参考文献：

- ① Kaori Shimoinaba: Lecture Topic④, ⑤ : Monash University
- ② Australian Government: Supporting Australians to Live Well at the End of Life (National Palliative Care Strategy 2010)
- ③ Palliative Care Australia: National Palliative Care Consensus Statement 2010
- ④ State of Victoria, Department of Health: Strengthening palliative care: Policy and strategic directions 2011-2015