

活動と資料

オーストラリア アデレードの 緩和ケアの実際と緩和ケアチームの活動



前田美和子¹⁾、豊田久美子²⁾

¹⁾彦根市立病院、²⁾滋賀県立大学人間看護学部

はじめに

オーストラリアは人口約1億9200万人、イギリス、アイルランド、イタリア、ドイツなどヨーロッパ諸国、また中国、インド、ベトナムなどのアジアの国々から移民した民族で成り立っている移民国家である¹⁾。移民たちはその独自の文化を持ち込み、そして現在の多様で色彩豊かなオーストラリア社会形成に貢献していった。

筆者は2002年にサウスオーストラリア州立フリンダース大学コンバージョンコース修了後、サウスオーストラリア州看護師免許を取得、翌年にはアデレード大学にてガン看護を学び、また現地の病院において研修を修めた。またフリンダース大学にて、乳ガン患者のサポートシステムの日豪比較を修士論文とした。文化がいかに人々の死生観、病気、治療に対する考えに影響について考察し、看護師を含む医療従事者にその気付きが必要であることを提言した。また実際に公立病院のガン病棟において看護師として2年勤務した。様々な文化、バックグラウンドをもつ患者、スタッフと働くことを通じ、自分の文化をもち、それを誇りとし、主張することの重要性、またそれを受け入れるオーストラリアという国の寛大さに強く感銘を受けた。

ガン病棟には完治するものもいれば、再発にて再入院する患者もある。病状の進行、または治療上の副作用にて様々な症状に苦しむ患者を目の当たりにし、民族によっては告知を受けいれず、また感情を表現することを好まない患者もあり、臨床の現場において困惑する場面もあった。そのような経緯を経て、現在フリンダース大学パリアティブケア学部の提供する通信コースにて、緩和ケアの場面における症状マネージメント、コミュニケーション論などを勉強中である。

本稿においてはその緩和ケアコースを通じ、また現地のホスピス見学において学んだことを中心にまとめ、報告を行う。現地の緩和ケアチームが根拠とする理念、法また目的を述べ、次にチームがどのように各施設と連携をとり、ネットワークをむすび、多様な患者、家族のニーズに responding しているのかをまとめていきたいと思う。

1. 緩和ケアの基本理念と法律

オーストラリアは連邦制であり、その州ごとの独自の法律、システムを元にヘルスケアを展開している。サウスオーストラリア州においては、WHOの緩和ケアの概念、そして、Palliative Care Act 1995という法律を元に、医師、看護師を含む医療従事者は患者に対してケアを提供する(表1, 2参照)

Palliative Care Act 1995は、1995年より施行されているサウスオーストラリアの緩和ケアに関する法律である。緩和ケアにおける医療上の事項と別に、6つの条項中4項目は患者の自己決定を保障するものであり、また医療従事者がその権利を尊重しなければならない義務をもつことを述べている²⁾。ケアに関して患者と機会をもち議論を行うこと、その意思を表明する権利、医療従事者がその全てを尊重すべきであると強調する²⁾。緩和ケアを受ける患者の権利を保障すると共に、医療従事者のケアに対するあるべき姿勢を示したものである。以上の理念、法をもとに、緩和ケアチームはケアの目的を設定し、患者、家族にアプローチを行っている(表3)。

表1 WHOによる緩和ケアの概念⁷⁾

緩和ケアは、生命に危機を及ぼす病気、また関連した問題に直面している患者、家族のQOLを改善するために、痛み、他の身体的、精神的、スピリチュアルの問題の早期発見、アセスメントと治療を行うアプローチである。

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：前田 美和子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

2. 緩和ケアチームのアプローチ—Southern Adelaide Palliative Service の活動を中心に

Southern Adelaide Palliative Service(SAPS)はアデレード南地区での緩和ケアの中心的存在であり、各施設、スタッフと共同で患者、家族にケア、サポートを提供する。このチームは、Repatriation General Hospital (RGH)という総合病院内にある Daw House (ホスピス)を拠点とし、緩和ケアナーススペシャリスト、医師、ソーシャルワーカー、牧師、悲嘆ケアチーム、またトレーニング

表2 Palliative Care Act 1995²⁾

1. 医療従事者は、医療行為、治療の予測される結果、リスクについて、治療を行わないことで起こりうる結果、代わりとなる治療法について説明する義務がある。
2. 医療従事者は、同意を得て、信頼、誠実さを持って、患者を無視することなく専門職としての適切な基準に則り、QOLの維持、改善に向けて医療行為を行っている場合、法の下での保護を受ける。
3. 患者は、もし自分が判断できなくなった場合に、自分の代わりに治療について判断してくれる代表者を指名することができる。
4. 患者は、自分が判断できなくなった状況に備えて、自分の受けたい治療、受けたくない治療についての意思を残すことができる。
上記の代表者がこの文書を使って、治療に同意、または拒否を行うことができる。
5. 医療従事者は、ターミナル期にある患者に治療、ケアを行う場合、ある状況の下で法の保護を受ける。
痛み、苦痛をとる治療を行った場合、それが偶発的に死を早めることになっても、その治療が同意、同意を得て、信頼、誠実さを持って、患者を無視することなく、専門職としての適切な基準に則ったものであれば法の保護を受ける。
6. もし患者がターミナル期にあり、代表を立てず、治療に対する希望を表現しておらず、治療が、回復の望みがなく、植物状態の状態、ただ生命を引き伸ばすものであるなら、医療従事者は生命維持の措置を取る義務を負わない。

ングを受けたボランティアなど他職種から成り立っており、患者の身体的、精神的、スピリチュアル、社会的ニーズに応じたケアを提供している。

・アプローチの開始

SAPSによる緩和ケアアプローチは、プライマリーケアチーム、または患者、家族から電話、書面による依頼によって開始される³⁾。患者、家族に複雑な身体的、社会精神的問題が発生し、緩和ケアが必要と考えられた場合、また現在のケアに加え更なるサポートが必要と判断された場合に、プライマリーケアチームは緩和ケアチームに依頼を行う^{4) 5)}。依頼を受けた緩和ケアチームから医師、または看護師が外来、患者の入院している施設、自宅などを訪れ、患者、家族のニーズをアセスメントする⁶⁾。RGHのほかに、アデレード南地区には Flinders Medical Centre, Noalunga Health Centre という公立総合病院が緩和ケア外来を設置しており、自宅療養中の患者も訪れ、医師、看護師がアセスメント、ケアの提供を継続的に行っている³⁾。

表3 緩和ケアの目的⁶⁾

- ・QOLを高め、患者を最期の時まで可能な限り活動し、生活できるよう、サポートを提供する。
- ・患者の闘病中、また死後で悲嘆の中にいる家族が受容できるようにサポートを提供する。
- ・痛み、他の苦痛な症状の緩和
- ・死を自然なプロセスとしてみなし、患者の残された生活を支援する
- ・死を早めたり、引き伸ばすことを目的としない
- ・心理的、またスピリチュアルな側面を組み込み、ケアを行っていく

表4 緩和ケアに関わる他職種^{5) 7)}

- ・RDNS(Royal District Nurses)：訪問看護師チーム
- ・Respite Centre: 休息介護センター
- ・GP：かかりつけの町医者
- ・器具のレンタルサービス
- ・ボランティア
- ・ピリブメントケア：悲嘆ケアチーム、全ての家族対象にカウンセリングサービスを提供している。悲嘆のリスクアセスメントを行い、地域ともネットワークを結び、悲嘆に対するケアを提供している。

・他施設、職種との連携

患者の状態、地域の有効な資源、サポートシステムを含めた初期の包括的アセスメント後、緩和ケアチームドクター、ナースはプライマリーケアチームと患者の予後、治療のゴールについて話し合いを行う。同時にケアをうける患者、家族ともゆっくりと話し合う時間を持つ。そして病状や経過、現在の状況をどのように理解しているかを明確に捉え、今後の希望、症状のコントロールについて話し合い、ゴールを確認する。その後必要に応じて他の専門分野のスタッフ（表4）にも介入を依頼し、チームアプローチを展開していく。

地域においても同様で、緩和ケアチームが患者の入所施設、または家庭を訪れてアセスメントした後、地域の訪問看護チーム、または施設のスタッフとディスカッションし、患者、家族が適切なケアを受けられるようにコーディネートしていく。その際には現在受けているケアを入れ換えたり、変更したりするのではなく、患者、家族のニーズに見合ったサービスが何かを判断した上で、必要な分をさらに提供、手配するという形を取っている⁶⁾。このような訪問、アセスメント、コーディネートは状況に応じて継続的に行われている。

このような様々な職種による共同アプローチが可能で

あるのは、各々の施設、職種の役割が明確であり、また緩和ケアチームがそれぞれを結ぶ役割を行っているからだと思われる。病院、地域の役割、そのネットワークの状況を以下の図に示す（図1）。ネットワークを結ぶことで、緩和ケアチームはプライマリーケアチーム、患者の施設のスタッフに治療に関するサポートを提供でき、また逆に施設、プライマリーケアチームが患者、家族の情報を緩和ケアチームに伝えることで、状況がタイムリーに把握でき、迅速なアセスメント、対応へとつなげることができる。患者、家族にとってもサポート、サービスに関する情報を得ることが出来、結果としてこの共同アプローチ、ネットワークは QOL により影響を及ぼすことが出来る。

3. ホスピスにおけるケア

ホスピスに入所する理由には大きく分けて以下の3つがあげられる。

- ・患者、家族の休息介護
- ・症状コントロール
- ・ターミナルケア⁷⁾

患者の身体的症状が複雑で、緩和ケアチームのアドバイスだけでは改善がみられない場合、また、複雑な精神

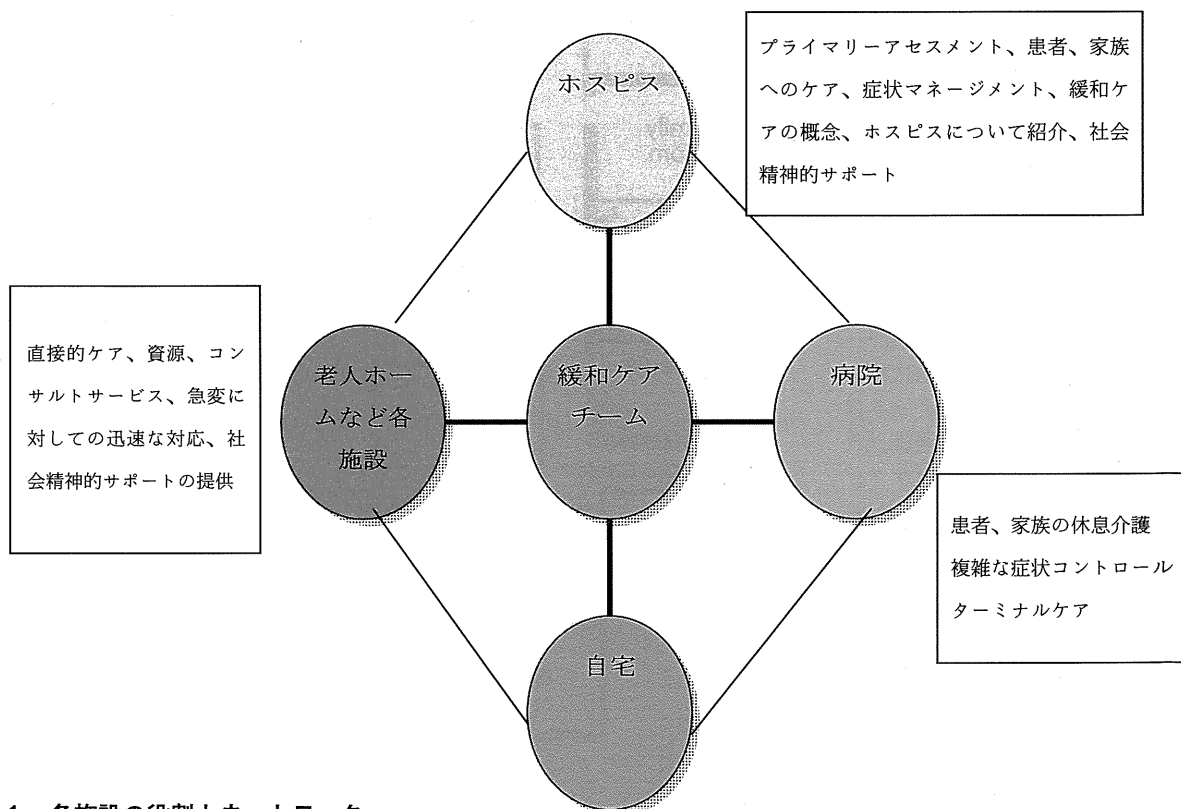


図1 各施設の役割とネットワーク

的、社会的、スピリチュアルの問題が発生し、集中的ケアが必要な場合にホスピスへの入所がすすめられる。

Daw Hospice はRGH内に位置し、個室、二人部屋で構成される全15床のホスピスである⁹⁾。30人の看護スタッフがパートタイムで、三交代で勤務しており（フルタイムスタッフに換算すると23.4人分）、一人の看護師につき患者数は3人を越えないようになっている⁹⁾。これは死に直面している患者の精神面にケアの重点が置かれているためであり、看護師たちは患者、家族とじっくりと話をする時間を持ち、必要なケアを提供している⁹⁾。

広いラウンジは患者、家族がくつろげるような空間になっており、キッチンでは家族が患者の好きな食事、飲み物がつくれるように開放されている。また中庭やホスピスのすぐ外にある閑静な庭では、患者、家族がゆっくりとした時間を過ごすことができる（構造については図2参照）。病室は患者が自宅にいるような雰囲気ができるように、私物をもってきたり、写真、絵を飾れるなど、できるだけリラックスして過ごせるような配慮がされている。その他にこのホスピスでは患者、家族のニーズ、要望に応じて、医療、看護ケア以外にも、表5に示すように様々なサポートサービスを提供している。

オーストラリアのホスピス、緩和ケア病棟は基本的に急性期ケア病棟であり、もし患者が長期にわたるケアを必要とするか、または状態が安定している場合には、連携している施設に転科するなどの形を取る⁹⁾。しかし他の施設、または自宅に移った後も緩和ケアチームのサポートは提供され、アセスメントも継続されるため、患者、家族は必要なケア、資源サービスを受けることができる。

4. リサーチ・教育の実践

エビデンスに基づいたケア、よりよいケアの実践のため、SAPS独自のリサーチ部門が医学、看護研究を行っている。また大学と連携したアカデミックユニットも設立されており、その講師陣と共同で研究が進められている。またその研究が倫理

にかなっているものかを審査する倫理委員会もRGH内に設置されており、内外の厳しい姿勢でリサーチに取り組んでいる。そのように行われた研究は病院内で発表される以外に、国内外で開かれる学会において発表が行われている。緩和ケアに携わる様々な医療従事者が活発に意見交換を行ない、リサーチの成果を具体的にケアの質向上へとつなげている。

アカデミックユニットはまた、スタッフ教育にも力を入れており、適宜フィジカルアセスメント、スピリチュアルケアなど、臨床実践に関する講義を行っている。このユニットは、サウスオーストラリア州立プリン

Daw House Hospice Floor Plan

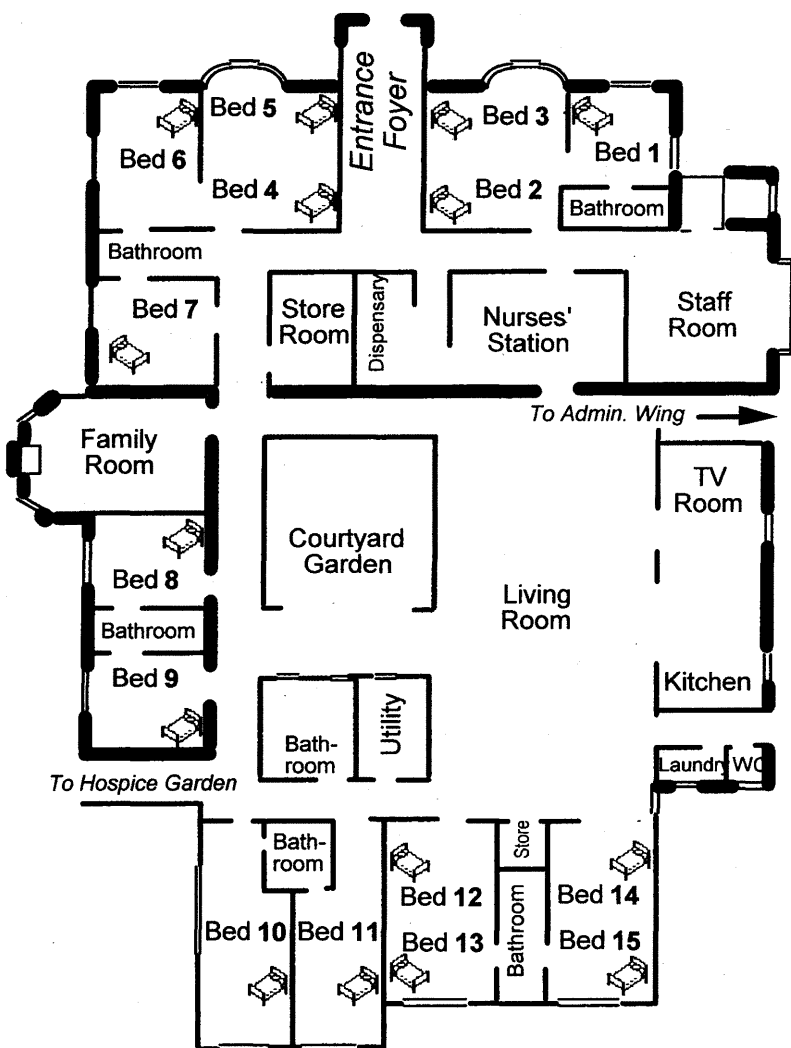


図2 ホスピス平面図⁹⁾

表5 ホスピスにおけるサポートサービス³⁾

- ・コンプリメンタリーセラピー：リラクゼーション、マッサージ、音楽療法、アートセラピーなど
- ・ビリーブメントケア（悲嘆に対するケア）：家族へのカウンセリングサービスの提供
- ・ボランティアサポート：トレーニングを受けたボランティアが、要請に応じてホスピス内、または患者の家庭を訪問し、話し相手、また本の朗読や音楽、マッサージなどのサービスを提供している。

ダース大学と提携を結んでいる。この大学は、The Department of Palliative and Supportive Service という緩和ケア学部を設立し、緩和ケアに携わる世界中の医療従事者を対象にその緩和ケアにおける知識、技術を深めるための通信教育コースを提供している。Web サイトを通じ、教材にアクセスすることが出来、また講師、他の生徒とコミュニケーションをとることも出来る。あらかじめ日時を設定し、インターネット上でディスカッションも行われ、活発に意見交換もされている。そしてそのコース内容は多岐にわたり、死にゆく患者、家族とのコミュニケーション、症状マネージメント、リサーチ法、小児、老年期患者の緩和ケア、など様々なニーズに見合うものとなっている。

まとめ

本稿において、アデレードの緩和ケアチーム、SAPS がどのように各施設と連携をとり、ネットワークをむすび、患者・家族のニーズに対応しているのか概説を行った。終末期には様々な症状、ニーズが出現するため、患者、家族が安心して自宅で過ごすには、病院、地域、そして緩和ケアのチームが連携して、患者、家族、そしてチームでケアのゴールを設定し、継続して関わるのが不可欠である。SAPS はそのネットワークの中心的存在、役割を担い、患者、家族の希望に応えるべく、活動を行っている。日本ではまだそのような地盤となるチームも少なく、システム、またネットワークも不備であるために、終末期における患者、家族のニーズに対応しきれていないのが現状である。そのため緩和ケア病棟に入院し、症状コントロールを行い状態が安定しても、社会的資源、サポート、ネットワークが充分でないために、自宅に戻るタイミングを逸し、なくなられてゆく患者もあった。「この方にとって、このような最期の迎え方はよかったのだろうか。終末期において、この方は何を思っ

て過ごしておられたのだろうか」と考えさせられることもしばしばである。日本、オーストラリアでのガン看護、緩和ケアにおける経験、学びから、オーストラリアのシステム・実際のケアから学び、導入できる点は多数あると筆者は考える。例えば緩和ケアチームの存在、チームを中心とした各施設の連携とケアの継続性は日本の緩和ケアにおいても有用であると思われる。今後さらにニーズやサービス、システム、各職種のネットワークなど様々な点で比較、考察を行い、導入すべき点を検討することが必要である。

最後になりましたが、本稿執筆にご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) Australian Bureau Statistics, 2005, viewed 15 August 2005, www.abs.gov.au
- 2) Department of Health, An explanation of the key provision of the consent to medical treatment and palliative care act 1995: Guide for health professionals, Government of South Australia, Adelaide, 1995.
- 3) Repatriation General Hospital, Southern Adelaide Palliative Services, Repatriation General Hospital, Adelaide, 2004.
- 4) Palliative Care Australia, A guide to palliative care service development: a population based approach, Palliative Care Australia, ACT, 2005.
- 5) Pritchard, C. 2005, e-mail, 14 August 2005, Pritchard.Christine@nwahs.sa.gov.au.
- 6) Glaetzer, K. 2005, e-mail, 7 August 2005, karen.glaetzer@rgh.sa.gov.au.
- 7) Glaetzer, K, 'What is palliative care?: Program of experience in a palliative approach', presented at the meeting at RGH, Adelaide, 2005.
- 8) Southern Adelaide Palliative Service, Information booklet for patients and visitors: Daw house hospice, Repatriation General Hospital, Adelaide.
- 9) Swetenham, K. 2005, e-mail, 1 September 2005, Kate.Swetenham@rgh.sa.gov.au