

## オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題

福田 裕子

### ■ 要約

オーストラリアの緩和ケアは、1980年代よりコミュニティベースで普及しており、緩和ケア専門のコンサルテーションチームがプライマリーケア提供者と連携を取り合いながら、適切な時期に、適切な場所で、適切な緩和ケアがすべての死に直面している人々へ提供されている。2000年にオーストラリア政府が策定した National Palliative Care Strategy では、これからあるべき緩和ケアの姿が打ち出され、現在、コミュニティを中心に様々なプログラムが行われている。また、人口の高齢化に伴い緩和ケアのニーズが高まってきたため、高齢者へより良い緩和ケアが提供できるように、General Practitioner<sup>1)</sup>(家庭医、以下 GP とする)や高齢者介護施設のスタッフへの教育、ガイドラインの作成に力を入れている。社会の情勢を見越し、政府と現場とのコミュニケーションを密にとっているオーストラリアでの緩和ケアの取り組みは、わが国でも学ぶべき視点があるであろう。

### ■ キーワード

オーストラリアの緩和ケア、高齢者緩和ケア、コミュニティ、スタッフ教育

### I. はじめに

オーストラリアの緩和ケアは、政府の方針で1980年代より地域中心型のサービスとして発展し、現在はオーストラリアのヘルスケアシステムの中でも、重要な地位を確立し普及している。これは、高齢者、小児、がんの患者のみならず、非がん疾患を持つ患者をも対象とし、それぞれが有する特有の問題に焦点をあてている。

また、オーストラリアは、連邦政府と8つの州・準政府からなる連邦国家であるが、日本の22倍もある国土に、海沿いの都市部を中心に人々は生活している。そのため、内陸部に居住している人々への緩和ケアの提供の希薄さも独自の問題であり、治癒の見込みのなく死に直面しているすべての人々へできるだけ質の高いサービスが拡差なく提供できるような取り組みがなされている。

本稿では、人口の高齢化によりニーズの拡大が予想される高齢者緩和ケアに主に焦点をあて、①オーストラリアの死の現状、②オーストラリアの緩和ケアの現状、③オーストラリアの緩和ケアのシステム、④オーストラリアの医療制度と医療費、⑤オーストラリアにおける高齢者への緩和ケア、⑥コミュニティでの取り組み、について報告する。

### II. オーストラリアの死の現状

2005年度のオーストラリアの全人口は約2110万人で、年間約13万人が死亡した。2005年度の死亡原因を疾患別にみると、悪性腫瘍(28.7%)、虚血性心疾患(17.6%)、脳血管系疾患(8.6%)の順となっている(表1)。2003年度より悪性腫瘍が虚血性心疾患を抜いて死因の第1位となり、死亡者数の3人に1人は悪性腫瘍で死亡している現状は

表 1 疾患別による死因順位 総合上位 10 疾患 (2005 年度)

順位	死因	Total		男性		女性	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
1	悪性腫瘍	38380	28.7	21609	31.5	16771	25.7
2	虚血性心疾患	23570	17.6	12433	18.1	11137	17.1
3	脳血管系疾患	11513	8.6	4668	6.8	6845	10.5
4	慢性呼吸器疾患	5428	4.1	3025	4.4	2403	3.7
5	不慮の事故	5267	3.9	3317	4.8	1950	3
6	糖尿病	3529	2.6	1775	2.7	1754	2.7
7	インフルエンザ・肺炎	3034	2.3	1331	1.9	1703	2.6
8	器質性精神障害	2838	2.1	908	1.3	1930	3
9	血管系疾患	2386	1.8	1217	1.9	1169	1.8
10	心不全	2225	1.7	835	1.2	1390	2.1
11 以下	その他	35569	26.6	17438	25.4	18131	27.8
	総死亡者数	133739	100	68556	100	65183	100

出典：World Health Organization (2008) Country Health Information Profiles より一部修正・翻訳

わが国と類似する。また、悪性腫瘍の死亡原因は、肺がん、大腸がん、乳がんの順に多い(WHO, 2008)。

死亡場所に関しては、一般病院 54%、緩和ケア病棟 20%、自宅 16%、介護施設 10%であった(Caresearch palliative care knowledge website)。死亡者のうち 37.3%が緩和ケアを受けているが、その死亡場所別内訳は、自宅 34.8%、緩和ケア病棟 29.9%、一般病院(コンサルテーションチームあり) 24.6%、一般病院(コンサルテーションチームなし) 4.6%、ナーシングホーム 3.2%、その他 3%の順であった(Palliative Care Australia, 1999)。一般に住み慣れた自宅での死を望む人が多いが(McNamara B.& Rosenwax L., 2007)、実際に緩和ケアを受けていても約 3 割の人しか自宅での看取りができていないのが現状であるが、死亡するまでの 1 年間は 90%の人が自宅で過ごしている(Palliative Care Australia, 1999)。緩和ケアを自宅で受けている患者の平均在宅日数は 108 日であり(AIHW, 2007a)、多くの人は最後の時間を自宅で可能な限り過ごしていることがわかる。ちなみに、緩和ケア病棟の平均在院日数は公立病院で 12.8 日、私立病院で 10.7 日であった。また、緩和ケア患者の 73%が悪性腫瘍と診断されており、残り 3 割は

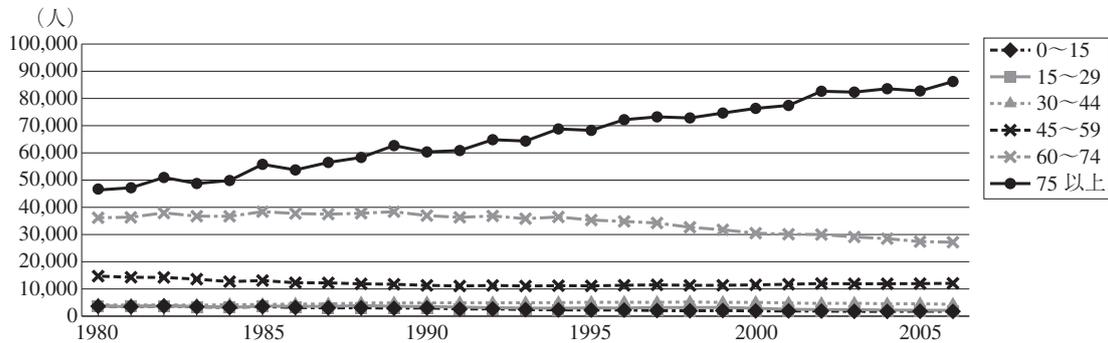
悪性腫瘍以外の疾患であった。

平均寿命は、男性 78.7 歳、女性 83.5 歳と、この 20 年間で男性が 5.8 歳、女性が 4.3 歳、寿命が延びており(WHO, 2006)、高齢者人口が著しく増加している(図 1)。Australian Productivity Commission's (オーストラリア生産性委員会)は、65 歳以上の人口が 2003 年より 2044 年には 13.0%から 24.5%へ、また 2051 年までには 620 ~ 790 万人になると予測している(AIHW, 2008)。オーストラリアもわが国同様、高齢化が深刻な問題になっている。人口の急速な高齢化により、ニューサウスウェールズ州では 1998 年から 2006 年の間、緩和ケアの需要は 17.3%増加しているとの報告がある(NSW Department of Health)。また、年間 77000 人が終末期であると診断されており、そのうち 65 歳以上が 71%を占めている。この 25 年間をみても著しく高齢者の死亡者数が増加している(図 2)。今後進展する高齢化によって、緩和ケアのニーズがますます高まることが予想される(AIHW, 2006)。

### Ⅲ. オーストラリアの緩和ケアの現状

#### 1. オーストラリアの緩和ケアの歴史

オーストラリアの最初のホスピスは、1884 年



出典：Australian Institute of Health and Welfare 2008 より修正

図1 オーストラリアの年齢別死亡数の推移

Sisters of Charity 修道会の修道女たちが設立した、シドニーの Sacred Heart Hospice である。その後 1938 年に、メルボルンに Caritas Christi Hospice を開き、行き場ない末期患者をケアしていた (Aranda & Kristjanson, 2006)。

世界最初の近代緩和ケアのホスピス、St. Christopher Hospice が 1969 年にイギリスに設立され、ホスピスマーブメントの波が世界中に広がる中、オーストラリアにも緩和ケアが 1980 頃より徐々に普及してきた。高齢化を懸念した政府も緩和ケアの必要性を重要視するようになり、1987 年には医療サービス (国民皆保険：Medicare<sup>2)</sup>) として緩和ケアが提供できるようになった (川越, 2007)。

1987 年にはサウスオーストラリアの Flinders University で、世界最初の緩和ケア学部が設立され、専門分野としての確立が始まった。また、1990 年に The Australian Association for Hospice and Palliative Care Inc が設立され、Australian National Hospice Palliative Care Conference がアデレードで開催された (現在は、Palliative Care Australia と名称を変更し、キャンベラに本拠地を置き、その支所が各州・準州に設置されている。ここが中心となってオーストラリアにおける緩和ケアの普及と教育を中心となって行っている)。2000 年には、政府の緩和ケアへの基本方針 National Palliative Care Strategy が出され、それをもとに、

緩和ケアの普及は進み、現在、各州・準州にて様々な取り組みが行われている。

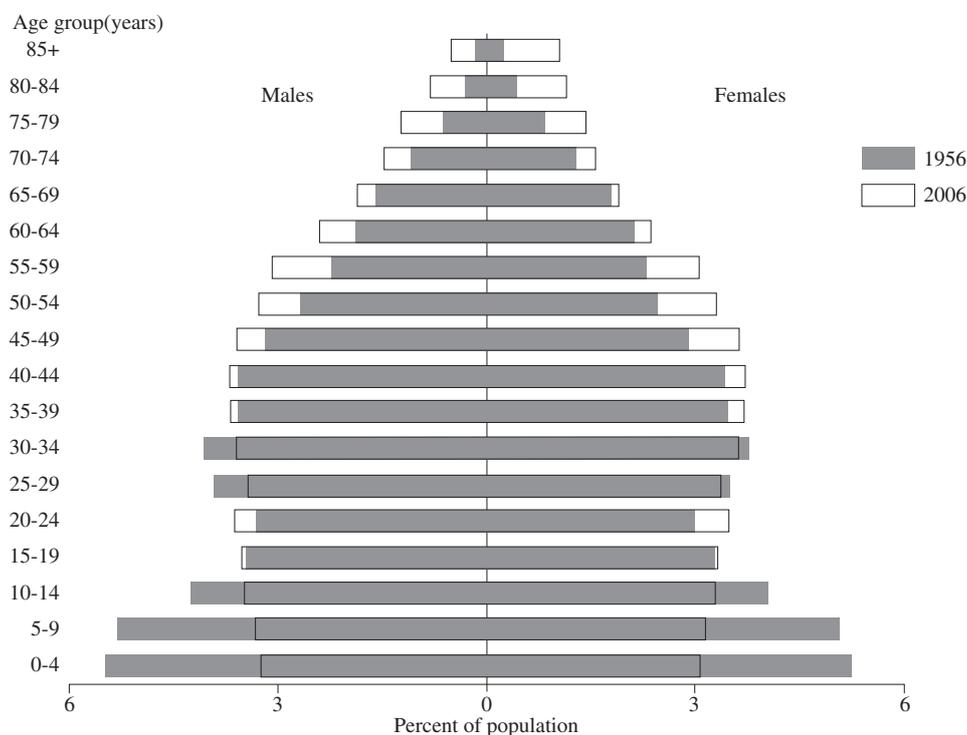
## 2. 緩和ケアの定義と対象

WHO は緩和ケアの定義を、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな (霊的な、魂の) 問題に関して適切な評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ (生活の質、生命の質) を改善するためのアプローチである。」(日本ホスピス緩和ケア協会 ホームページの翻訳より) と定めている。

WHO の緩和ケアの概念を基本に、オーストラリア保健高齢省 (Department of Health and Ageing : DoHA) は緩和ケアの目的、基本理念を、「緩和ケアを受ける対象は、活発性で、進行性の疾患を持ち、治療の見込みが少ない、もしくはない人である。緩和ケアの目的は、個々の患者、家族へのクオリティー・オブ・ライフの向上を図ることである。

緩和ケアの基本理念とは、

- 生命を尊死し、死に逝くことを治療することはノーマルなプロセスである。
- 死を早めたり、遅らせることはしない。



出典：Australian Institute of Health and Welfare 2008

図2 人口ピラミッドの推移（1956年と2006年との比較）

- 痛みや他の苦痛を取り除く。
- それぞれに必要な身体的、精神的、社会的、感情的、スピリチュアルな側面を統合的に評価、管理を行う。
- その人が死に逝くまで可能な限り活動が出来るようなサポートシステムを提供する。
- 患者の療養中や死別に対して家族へのサポートシステムを提供する。」

と定めている。

また、緩和ケアの対象者については、すべての年齢の死を免れない病気にかかっている者とその家族、介護者とし、がん、HIV/AIDS、運動ニューロン疾患、筋ジストロフィー、多発性硬化症、末期の認知症など、特定の疾患に限らないと述べている (DoHA website)。

### 3. オーストラリア政府の緩和ケアに対する取り組み

#### (1) National Palliative Care Strategy (緩和ケア国家戦略)

WHO の緩和ケアの定義を基盤として、すべてのオーストラリアの死に逝く人々へより質の高い緩和ケアのサービスを、適切な時、適切な場所で提供できるように、連邦政府と各州政府が 2000 年に National Palliative Care Strategy を掲げ、政府としての緩和ケアの方針を専門家との協議のもと策定した。この National Palliative Care Strategy には、3つの大きな柱がある。

##### ① 認識と理解

コミュニティと医療者の緩和ケアに対する認識と理解、緩和ケアに携わる医療者の責務のあり方、また、サポートが必要な死に逝く人々とその家族への緩和ケアの実践をする。

②質と効果

オーストラリア全域のすべての緩和ケアサービスの質と効果を継続的に向上させる。

③ケアのパートナーシップ

死に逝く人々とその家族へケアを提供するために、ケアのための基礎となる設備と、高い質の援助の提供、また効果的な緩和ケアがすべての療養場所で提供できるようにパートナーシップの推進を行い支援をする。

(DoHA, 2000a)

連邦政府、州・準州政府、地方自治体は、この戦略を基に、緩和ケアに関する様々な補助金の交付を行っている。さらに、連邦政府と州政府との共同プロジェクト(総称 National Palliative Care Program)を実施している(Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

(2) National Palliative Care Program (緩和ケアプログラム)

このプログラムは2003年に始まった。緩和ケアへのアクセスの拡大と質の向上を目的とし、医療サービス、介護サービス、教育、研究などに対し、包括的に政府からの資金供給がなされた。その資金は、連邦政府から州政府へ支給され、州政府は不足分を補填しながら様々な緩和ケアの提供を運営している(Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

政府はまず本プログラムに先駆けて、コミュニティにおける緩和ケアの質の向上のために、2002年から4年間0.55億豪ドル(43億円)を資金供給した。そして、National Palliative Care Programとして2003年から2008年までの5年にわたり、Medicareの一部であるAustralian Health Care Agreementsから、2.012億豪ドル(158億円)が州政府へ供給された。2006年からは、新たにPalliative Care in the Community(地域緩和ケア)に0.628億豪ドル(48億円)(2006年～2010年の間)

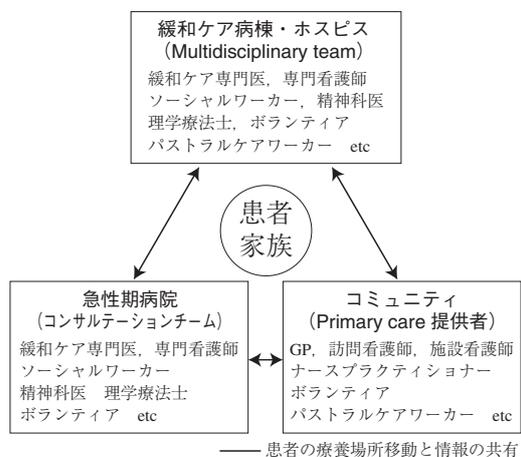
がコミュニティの緩和ケア基準の向上のために供給された。さらに、2005年から2011年にかけてLocal Palliative Care Grants(地域緩和ケア助成金)の0.34億豪ドル(26億円)が、地域に住む緩和ケアの必要な人々とその家族がサポートを受けられるよう健康関連のサービスを提供する目的で追加された。これらの資金を基に、州政府は4つの領域に焦点をあてさまざまな独自のプログラムを、定められた期間を通して地域自治体と共同で開発してきた。

- コミュニティの患者、家族と介護者のサポート
- コミュニティでの緩和ケア治療薬のアクセスの拡大
- 教育、トレーニング、労働者のサポート
- 研究、緩和ケアサービスの質の向上

政府は、人口の高齢化と増え続ける医療費のために、特にコミュニティへの緩和ケアの普及に力を入れてきた。その実現に向け、現在、様々な医療サービスの提供や、教育や研究などに焦点を当てた37のプロジェクトが各州で独自に試行されている(Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

IV. オーストラリアの緩和ケアのシステム

オーストラリアの緩和ケアは、在宅緩和ケアを中心に、治癒の見込みのない疾患を持つすべての人が場所に関わらずシームレスに緩和ケアを受けられることを目指している。そのため、都市部では、在宅緩和ケアサービス、入院緩和ケア施設、急性期ケアと急性期病院における緩和ケアコンサルタントチームが連携をとり合い、適切な療養環境へのスムーズな移行を支援するためのシステムが構築されている(Victorian Government Department of Human Services, 2000)。これが日本でも以前より紹介されている、Triangle of Care(ケアの三角形: 図3)であり、急性期病院・緩和ケア病棟・コミュ



出典：Victorian Government Department of Human Services(2000)と、Mapcare website の文章をもとに筆者作成。

図3 ケアの三角形

ニティ緩和ケアそれぞれが三角形の点となり、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、適切なケアを提供している。

(1) 急性期病院の役割

急性期病院には、緩和ケア専門医、看護師(施設によりナースプラクティショナーを含む)、ソーシャルワーカーなどで構成されるコンサルタントチームがある。入院患者で緩和ケアが必要な場合、担当医師がこのチームへコンサルテーション(症状コントロール、精神的社会的サポート、ターミナルケア)を依頼する。チームはその患者をアセスメントし、必要なケアの介入を行う。症状が不安定な場合は、緩和ケア病棟への入院となる。また、緩和ケア病棟の入院患者で、疼痛コントロール目的での放射線治療や神経ブロック等が必要な場合は、一時的に急性期病院へ入院するか、通院をして専門医による治療を受ける。

(2) 緩和ケア病棟・ホスピスの役割

緩和ケア専門医、看護師(施設によりナースプラクティショナーを含む)、ソーシャルワーカー、パ

ストラルケアラー、理学療法士などの緩和ケアの経験豊富な専門職で構成される multidisciplinary team (専門的多職種チーム)により全人的ケアが提供される。

緩和ケア病棟への入院の理由は：①プライマリーケア提供者ではコントロールできない複雑な症状がある、②急性期病院から自宅へ移行する時に、自宅で迎える準備や環境を整えるための期間が必要である、③最後の時を何らかの理由で自宅や介護施設で迎えない場合、④1～2週間のレスパイトケア(家族のケア)が必要である の4つに分けられる(Mapcare website)。チームで定期的にミーティングを行い、お互いの情報を交換し患者の今後の方向性が話し合われる。症状が安定した患者に対してはすぐに家族ミーティングが行われ、次の療養場所を決定する。その患者の自立度、または生活環境により、介護施設または在宅へ移行する。介護施設への移行が必要と判断した場合は、コンサルテーションチームの看護師が、高齢者アセスメントチーム(Aged Care Assessment Team: ACAT<sup>3)</sup>)にまず連絡を取る。アセスメントが行われ、入所基準に達した場合には入所することができる。また、在宅へ移行する場合は、訪問看護ステーションと連絡をとり、自宅で必要な物品や介護サービスを検討し介入を行う。

(3) コミュニティ

コミュニティ緩和ケアを受ける場所としては主に在宅と介護施設があり、プライマリーケア提供者(GP、訪問看護師等)が主体となって緩和ケアアプローチを行っている。在宅では、訪問看護師が日常ケアを行い、在宅で薬剤の処方や診察を行う GP との連携をとっている。その間もコンサルテーションチームは訪問看護師・GP との連携を取り、24時間体制で患者の状態を把握し継続して介入を行う。もし、在宅で症状コントロールが困難になった場合やそのほかの理由により在宅で療養ができな

くなった場合には緩和ケア病棟への入院となる。診療や薬剤処方 GP が行う。また、介護施設での診療や薬剤の処方も GP が行う。

急性期病院、緩和ケア病棟、コミュニティとも、コンサルテーションチームがパイプ役となりそれぞれの医療者、介護者との連携を取っている。このことにより、場所を問わずに緩和ケア患者がこの三角形の中を療養することが出来ている。また、1つの地区には数名の緩和ケア専門医がおり、定期的なミーティングを通じて、どの医師も登録された緩和ケア患者の把握を行っている。

## V. オーストラリアの医療制度と緩和ケアの医療費

### 1. オーストラリアの医療制度

オーストラリアの Medicare は税金のみを財源に確立されており、基本的に国民は全国一律に収入の 1.5% が医療費として課税される (Private Insurance (個人保険) に加入していない人は、さらに 1% の税金を納めている)。Medicare 加入者は、誰でも医療が利用することが保障されている (AIHW, 2008)。各診療領域に対する医療費に関しては、Australian Health care Agreement に基づき連邦政府と州政府間の契約が 5 年毎に見直されており、2003 ~ 2008 年度の緩和ケアの政府予算は 2.012 億豪ドル (158 億円) となっている。2006 年度の総医療費<sup>4)</sup>に占める緩和ケアの費用は約 0.005% であった。また、オーストラリアの緩和ケア団体は 80% が公的援助で、20% は独自に集めるといった政府からの指示があり、公的資金のみでは提供できない補助サービス (セラピストやカウンセラー) を寄付金や募金などで行っている。そのため、施設ごとにサービス内容は異なってくる (川越, 2007)。

### 2. 緩和ケアに必要な個人の医療費

緩和ケアに対する国民の医療負担額は、療養場

所によって異なっている。ただし、介護、福祉は政府からの補助があり、ごく小額で受けることが出来る。

公立の急性期病院、緩和ケア病棟の入院費用は、ともに Medicare でカバーされるため基本的に無料である。35 日以上継続して入院が必要な場合は、医師の申請書があれば延長して療養する事ができる (DoHA, 2000)。ただし、私立病院の緩和ケア病棟の場合はそれぞれの施設によって異なることもある (Mapcare website)。

在宅では、コミュニティサービス (訪問看護、ホームヘルプ、配食サービス、デイケア等) に対する費用は個人の収入、地域やサービス提供者によって異なるが、連邦政府・州・準州政府の補助金が交付されており、自己負担額は低く抑えられている。2005 年より GP による診療にかかる医療費は 100% メディケア給付となったため、医療診療費は無料である (DoHA, 2000b)。また、介護施設では ACAT がアセスメントし、入所基準を満たせば、設定された金額を支払って入所することができる<sup>5)</sup>。

### 3. コミュニティにおける薬剤に対する取り組み

在宅・介護施設での薬剤費は基本的に実費であるため、長期にわたり薬剤の利用を余儀なくされる終末期の患者にとっては、自己負担が多くなっていく。そこで、Pharmacy Benefit Scheme (PBS) や薬剤費セーフティネット (PBS Safety Net Thresholds) と呼ばれる政府からの給付システムが設けられている。

PBS とは、メディケア受給資格を有する人を対象に、処方箋代を補助する薬剤給付制度のことである。PBS リストにある認可された薬剤に対して、上限以上の金額が薬剤給付制度から支払われる。緩和ケア薬剤は麻薬など取り扱いに慎重を有するものが多く、コミュニティでの使用に関しては Palliative Care Medicines Working Group (PCMWG) が設置されている。本グループは、緩

表2 現在 PCMWG において認可されている薬品 (2009 年 3 月)

Carmellose Sodium (4 items)	Bisacodyl enema (2 items)
Hyoscine Butylbromide (2 items)	Bisacodyl (6 items)
Promethazine Hydrochloride (6 items)	Morphine Sulphate (6 items)
Sorbitol with Sodium Citrate and Sodium Lauryl Sulfoacetate enema (2 items)	Methadone Hydrochloride (Liquid) (2 items)
Glycerol (6 items)	Fentanyl Lozenge (6 items)
Diclofenac Sodium (6 items)	Clonazepam (6 items)
Indomethacin (4 items)	Diazepam (4 items)
Sulindac (4 items)	Oxazepam (4 items)
Ibuprofen (4 items)	Nitrazepam (2 items)
Lactulose (2 items)	Temazepam (2 items)
Macrogol 3350 (2 items)	Paracetamol modified release tablets (2 items)
Benzydamine Hydrochloride (2 items)	Paracetamol suppositories (2 items)
Naproxen oral suspension (2 items)	Naproxen (8 items)
Sterculia with Frangula Bark (2 items)	Naproxen Sodium (2 items)
	Naproxen oral suspension (2 items)

出典：Palliative Care Medicines Working Group (2006)

和ケア薬剤へのアクセスや、使用に関する質の向上に加えて、現在 PBS で認証されていない薬剤に対しても、質の高い緩和ケア薬剤が提供できるように活動を行っている (DoHA website)。現在 PBS リストに載っている薬剤は表 2 のとおりである。

薬剤費セーフティネットとは、長期間在宅で療養する人々の薬剤費の負担を軽減するためのシステムである。ある一定額を月または年毎に支払い、その額以上に薬代がかかる場合には政府からの援助が受けられる。1 薬剤につき、32.90 豪ドル (低所得者 5.30)、多くの薬剤を使用する場合は年間 1264 豪ドル (低所得者は 318 豪ドル) を年間支払うと、それ以上は政府が負担する。PBS リストに載っている薬剤はこの制度が適応されるが、リスト外の薬剤の場合は自己負担となる (DoHA, website)。

## VI. オーストラリアにおける 高齢者への緩和ケア

### 1. 高齢者介護施設での緩和ケアに関する問題

高齢者の介護施設には、主にナーシングホーム (24 時間看護を必要とする人のための施設) や、ホテル (多少の援助があれば自立した生活が出来る人のための施設) がある。2006 年にはオーストラリ

ア全土の 2931 の施設で、164,008 人の高齢者が入所サービスを受けていた。2005 年度の退所理由の 87% が死亡である。死亡退所者の入居期間は 3 カ月以内 17%、3 カ月以上 1 年未満 19%、1 年以上 5 年未満 45%、5 年以上 20% であった (AIHW, 2007b)。

高齢者介護施設の緩和ケアに対し、Palliative Care Australia は以下の 6 点が課題となると述べている (Palliative Care Australia website)。

- 緩和ケアアプローチの開始時期
- 高齢者介護施設と緩和ケア専門サービスとの連携
- GP の緩和ケアに対する知識
- 高齢者介護施設で働くスタッフの技術の複雑化
- 高齢者介護施設で働くスタッフへの緩和ケアアプローチについての教育
- 適切な施設へのアクセス

以上のポイントを中心に様々なプロジェクトが進行している。

### 2. 高齢者緩和ケアに対する取り組み

#### (1) 高齢者緩和ケアに対するガイドライン

オーストラリアではもともと高齢者ケアの基準と緩和ケアの基準が個々に存在していたが、高齢者

介護施設で緩和ケアを提供する際に特有の問題が生じたため、Australian Palliative Care in Aged Care Project (APRAC) のプロジェクトチームが設置され、医学的根拠に基づくガイドライン、*Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care*: (高齢者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドライン) が 2004 年に作成された。これには、緩和ケアへのアプローチ、事前指示、身体的、精神的症状の管理、スピリチュアルケア、家族ケアまで、79 項目の緩和ケアに必要な要素が含まれている。本ガイドラインは、政府認可の高齢者介護施設に配布され、高齢者への緩和ケアサービスの普及に役立てられている。また、APRAC のチームメンバーは、2005 年から 2006 年にかけてすべての州・準州でこのガイドラインに対するワークショップを開き、高齢者介護施設のすべてのスタッフの意識改革とガイドラインの普及を図っている。現在、参加者からのフィードバックをもとにさらに新しいガイドラインの作成を行っている。

高齢者介護施設で緩和ケアを受けている患者は年々増加しているが、全体の 7% にしか過ぎず、多くの高齢者は自宅で療養している。そのため、現在コミュニティの高齢者緩和ケアの質の向上を目的として結成された Community Palliative Aged Care (ComPAC) チームが *Guidelines for Palliative Approach for Aged Care in the Community Setting* (コミュニティにおける緩和ケアアプローチのガイドライン) を製作中である (Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

また高齢者は、日常生活の中で何らかの痛みを感じているため (Madjar & Higgins, 1997; McLean & Higginbotham, 2002)、高齢者介護施設での疼痛コントロールのガイドライン *The PMG Kit for Aged Care* が National Palliative Care の一プロジェクトとして作成されている (Commonwealth of Australia, 2007)。

## (2) 医療者への教育

コミュニティでの高齢者緩和ケアの充実を図るため、プライマリーケア提供者、特に GP に大きな期待が寄せられているが、現状としては年間平均 5～7 人の緩和ケア患者にしか関わっていないという統計がある。症状コントロールに対する知識不足や患者に関わる時間が取れないなどの理由で、あまり GP が緩和ケアに携わることができないというのである (Yuen et al, 2003)。そこで、いくつかの緩和ケア病棟では、GP の患者が緩和ケア病棟に入院する場合、GP 自らが主治医となり継続して患者をケアすることが出来るシステムをとっている施設もある。また、National Palliative Care Program の中の Program of Experience in Palliative Care Approach (PEPA) として、医師のみならず、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、ミュージックセラピスト、ボランティアなど緩和ケアに携わるすべての人が無料で緩和ケアを学ぶためのプログラムが提供されている。これは、緩和ケア病棟での実習やワークショップに参加できるというものであるが、特に緩和ケアへのアクセスが困難な地域の医療者と都市部にある緩和ケアチームとのネットワークを繋ぐきっかけとなっている。Palliative Care Australia が主体となり、各州にある支部で独自にプログラムを行い、2004 年には 200 人以上の医療従事者がこれを修了している。

GP の緩和ケアに関する教育と同時に、コンサルテーションを行う緩和ケア専門家の interdisciplinary team (学術的チーム) の教育も必要になってくる。現在 114 名の緩和ケア専門医が常勤で勤務しているが、高齢化のために人口 100,000 人に対して 1 人の緩和ケア専門医が今後必要となる。その基準に達するまでには、まだ 97 人不足していると言われている (Medical Search Australia & NZ website)。そこで、サウスオーストラリア州では、裁量権や専門知識を持つナースプラクティショナーの育成にも力を入れていくべきであると考え、2016 年までに

表 3 事前指示に関する各州の法律

state	Financial	Personal	Health
ACT	EPA <i>Powers of Attorney Act 2006</i>	EPA <i>Powers of Attorney Act 2006</i>	EPA <i>Powers of Attorney Act 2006</i> Direction <i>Medical Treatment (Health Directions) Act 2006</i>
NSW	EPA <i>Powers of Attorney Act 2003</i>	EPG <i>Guardianship Act 1987</i>	EPG <i>Guardianship Act 1987</i>
NT	EPA <i>Powers of Attorney Act 2000</i>	none	Direction <i>Natural Death Act 1988</i>
QLD	EPA <i>Powers of Attorney Act 1998</i>	EPA (personal) <i>Powers of Attorney Act 1998</i>	EPA (health) and Advance Health Directive (includes a personal attorney) <i>Powers of Attorney Act 1998</i>
SA	EPA <i>Powers of Attorney and Agency Act 1984</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1983</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1983</i> MPA and Anticipatory Direction <i>Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995</i>
TAS	EPA <i>Powers of Attorney Act 2000</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1995</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1995</i>
VIC	EPA (financial) <i>Instruments Act 1958</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1986</i>	EPA (Med Treatment) and Refusal of Treatment Certificate <i>Medical Treatment Act 1988</i>
WA	EPA <i>Guardianship and Administration Act 1990</i>	none	none

出典：Government of South Australia (2007) South Australian Advance Directives Review Background Paper.

現在州に2人のナースプラクティショナーを23人にまで増やしていく方針である(Government of South Australia, 2008)。在宅、コミュニティでの緩和ケアにはプライマリーヘルスケア提供者の充実が不可欠であり、医療者の教育、GPやコミュニティー看護師への教育が重要視されている。さらに、専門分野の追求としてFlinders Universityの緩和ケア学部の大学院では、高齢者緩和ケアのコース(Master of Aged Palliative care)も開講されている。

(3) 事前指示(Advanced Directive : AD)と認知症に関する問題  
死に直面している緩和ケア患者にとって、自分

の人生を自分自身で決めるADは、治療などさまざまな面でその人の人生を尊重するために必要なものであり、権利である。オーストラリアでは、法的に書面にしたADが意味をなすか否かは州毎に判断が異なる。表は、各州がそれぞれに制定した法律である(表3)。それぞれ独自にADに関するフォームがあり、州政府の公式ホームページなどで簡単に取得することが出来る。

しかし、医療者側の認識として、約80%が患者への医学的な情報提供を行い、患者の希望にそった治療を行っているという報告があるが(Seal et al., 2007)、アメリカやUKの様にADは浸透しておらず、その意味や有効性を知る患者、また医療者が少ないのが現状である。いくつかの調査結果

で、正式のADの文書が診療カルテに約1%しか挿まれていないという報告もある(Nair et al., 2000; Seal et al., 2007)。

高齢化に伴いアルツハイマーのADに関する問題が表出しており、Alzheimer's Australia(2006)が提出した「緩和ケアと認知症」の論点ペーパーの中にも、末期の認知症患者のケアには、認知症患者と家族が処置や管理に関する問題を事前に検討するべきだと述べられている。

また、オーストラリアでは、ある一定の年齢になれば、

- The Medical Power of Attorney (MPA)：医療行為に対する委任－医療者からの説明を受けたり、医療行為を決定する代理人
- The Enduring Power of Guardianship(EPG)：持続後見人－医療行為だけでなく生活習慣に関するすべての決定を行う代理人
- The Enduring Power of Attorney (EPA)：持続後見人委任－経済的な決定を行う代理人
- The Anticipatory Direction (事前指示書)－事前指示、リビングウィル

を決めておくことが推奨されている。患者のクオリティエンドオブライフを尊重するためにもADの必要性の浸透、医療者のADへの認識の向上は、今後の課題の1つである(Seal et al., 2007)。

#### (4) 家族ケア

終末期を自宅で共に過ごす家族の負担をいかに軽減するかは大きな課題である。自宅で療養する要介護者の場合、家族などによる介護だけに頼っている者は34%で、医療サービスを利用している者は4%のみである(AIHW, 2008)。また、オーストラリア全土に454,000人の65歳以上が配偶者やパートナーを自宅で介護しており、これからますます高齢化が進む中、高齢者が高齢者を介護する、老老介護が多くなっていくことも課題の1つである(Carers Australia, 2009)。オーストラリアでの家族

への取り組みをいくつか挙げる。

#### ①介護給付金

在宅の療養には家族への支援は必須である。そのため、政府は介護者手当の給付やレスパイトケアサービスの支援にも取り組んでいる。介護給付金は、長期に渡り障害があり介護が必要な家族などに対して在宅ケアを行っている16歳以上が対象で、医師の証明と適切な介護が行われているかの証明が必要となる。

単身の場合、2週間ごとに562.10豪ドル(約4万5000円)、夫婦の場合、それぞれに469.50豪ドル(約3万8000円)が給付される(Centrelink website)。

#### ②レスパイトケア

家族が継続して在宅で介護を行うには、家族の負担軽減が必要となる。そのため、緩和ケア患者はホスピス・介護施設・デイケアセンターにて、一時的に滞在しレスパイトケアを受けることができる。ただし、利用料金は、それぞれの施設によって異なる。

#### ③ピリブメントケア

家族ケアの中で、死後のメンタルケアは非常に重要であり、各地区のソーシャルワーカーやカウンセラーが患者の死後、家族へのケアを行っている。中には24時間電話でのカウンセリングができる施設もある。

### VII. コミュニティ緩和ケアへの取り組み

広い国土を持つオーストラリア全域で、先述したケアの三角形による、シームレスな緩和ケアを受けられる訳ではない。急性期病院や緩和ケア病棟などの医療設備の整った都市部では、コンサルテーションチームの介入により患者の状態にあったケアが受けられるが、地方の終末期ケアは緩和ケアの専門家ではないコミュニティにいるプライマリーケア提供者に主に委ねられている(Palliative Care Australia, 2005)。

Tel Health は、ウェスタンオーストラリア州、タスマニア州などで取り入れられているシステムである。これは、遠隔地域で直接コンサルテーションが難しい患者をビデオや電話を使用して都市部のコンサルテーションチームに依頼したり、家族ミーティングなどに電話で参加してもらうなど、距離があっても専門のコンサルテーションを受けることができるシステムをとっている(DoHA website)。

コミュニティ医療を支える GP への取り組みとして GP Super Clinic を設立することを目的に、政府は 2008 年から 4 年間に 2.75 億豪ドル(約 217 億円)の予算を組んでいる。これは、オーストラリア全土 31 箇所の都市や地方の町などに複数の GP や看護師、その他の医療者で形成されたクリニックを設立し、プライマリーケアを充実させるための取り組みである。現在はまだ準備状態であるが、ここにもオーストラリア政府のプライマリーケアの充実を図っていくとする意向が見られる。

## VIII. まとめ

高齢化問題は、世界的に深刻な問題になってきている。医療費の高騰や医療スタッフ不足により、多くの高齢者の受け皿として、どうしても自宅での療養が余儀なくされる方向にある。そのためには、介護福祉への資金投入とコミュニティスタッフへの教育が必須となる。また、患者の状態に応じた適切な緩和ケアを提供するために緩和ケア専門チームとコミュニティケア提供者との連携強化が重要となる。

National Palliative Care Program では、高齢者介護施設へのガイドラインの作成やワークショップなどを通じて、知識や緩和ケアの普及を図るなど、地道で息の長い取り組みがなされている。また、コミュニティへの緩和ケア普及のために様々な取り組みもなされている。社会情勢によりさまざまな課題が押し寄せているが、政府は緩和ケアに関する

長期的な基本の方針を掲げ、現場との密なコミュニケーションをとりながら系統立てて今必要なことに資金を供給していく姿勢を示している。このことはわが国も学ぶべき視点ではないだろうか。

## 注

- 1) オーストラリアの医師は、一次診療を行う General Practitioner (家庭医: GP) と、GP からの紹介患者を診療する専門医に分けられている。医師は、医学部を卒業後、インターンシップを終了し、その後 GP 若しくは専門医になる選択をする。そして、それぞれに特別な研修を受ける。GP は、内科、外科、小児科、産科領域における包括的な診療を行う。General Practice という用語の意味は国際的な文献では統一されておらず、Royal Australian College of General Practitioners はオーストラリアでの定義を、「General practice とは、すべての医療領域での包括的な一次医療を、個人、家族、その地域に継続して提供することである」と述べている(Royal Australian College of General Practitioners website)。
- 2) Medicare は以下の 3 つを総称している。
  - Australian Healthcare Agreement: 州立病院の入院費用などに運用される資金
  - Medicare Benefit Schedule: 公立病院私立病院での入院治療にかかるドクターフィーの一部を負担する
  - Pharmacy Benefit Scheme (PBS): 薬剤費の一部を負担
- 3) ACAT: 連邦政府は 1985 年から高齢者ケア改革(Aged Care Reform Strategy)を行い、高齢者を介護施設から在宅へ移行する取り組みを始めた。同時期に設置された、医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士などによって構成されるチーム(ACAT)によって、入所者のアセスメントが行われている。これにより増加する施設で療養する高齢者を在宅へ移行させている(瀬間, 2008)。
- 4) 2006 年度の年間総医療費の支出額は、940 億豪ドル(約 7.3 兆円)で、GDP 比 9.0%、平均 1 人当たり医療費は約 4,507 豪ドルであった。1995 年度に比べ、GDP 比は 1.5% 上昇するとともに、年間総医療費は毎年約 8% 上昇している。オーストラリア政府は年々膨張する医療費に対応し、2000 年から消費税を 10% に増税している(AIHW 2008)。また、政府は Private insurance にも加入することも推奨し、政府の医療費の削減をはかっている。現在、国民の 44.6% が加入している(Private Health Insurance Administration Council, 2009)。それらの保険料の 30% は年末調整で返金さ

れることになっている。

- 5) 現在の料金等は政府のウェブサイト 'New Funding Model for Residential Aged Care' <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-acfi-subsidy-rate-0708.htm> を参照の事。

#### 引用文献

- Aranda & Kristjanson, (2006), Australian and New Zealand Models of Health and Palliative Care, Palliative Care Nursing, pp. 1160-1165, Oxford, London.
- Alzheimer's Australia (2006), Palliative Care and Dementia Alzheimer's Australia Discussion Paper 7.
- Australia Institute Health Welfare, (1998), AIHW analysis of 1998 ABS Survey of Disability, Ageing and Carers Confidentialised Unit Record File.
- Australia Institute Health Welfare, (2005a), Australian hospital statistics 2003-04. Health Services Series no. 23. AIHW cat. no. HSE 37. Canberra.
- Australia Institute Health Welfare, (2005b), AIHW forthcoming. National palliative care performance indicators: report on the trial national palliative care performance indicator data collection.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007a), Australian Hospital statistics 2005-2006. Health Services Series no. 30. AIHW cat. no. HSE 50. Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007b), Residential aged care in Australia 2005-06.a statistical overview Aged care statistics series no. 24 . AIHW cat. no. AGE54. Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (2008) , Australian's Health 2008, < <http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah08/ah08.pdf>>(最終アクセス 2009年6月15日)
- Carers Australia, (2009), Carers Australia Strategic Plan 2009-2012, Canberra.
- Caresearch Palliative Care knowledge network website, National Palliative Care Program.<<http://www.caresearch.com.au/caresearch/WhatIsPalliativeCare/NationalPalliativeCareProgram/tabid/83/Default.aspx>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Centerlink website, Care Payment, <[http://www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/payments/carer\\_adult.htm](http://www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/payments/carer_adult.htm)> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Commonwealth of Australia (2007), The PMG Kit for Aged care, ISBN:1741862329, pp. 3-1609, Canberra.
- Department of health and Aged Care (2000a), National Palliative Care Strategy, Canberra.
- Department of Health and Ageing (2003), Media Releases - \$4.5 million for palliative care programs <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/>

[health-mediarel-yr2003-kp-kp03017.htm](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Palliative+Care-1)>(最終アクセス 2009年6月15日)

Department of Health and Ageing website, Palliative Care, <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Palliative+Care-1>> (最終アクセス 2009年6月15日)

Department of Human Services (2000) Hospice Unit General Brief, Aged, Community and Mental Health Division, Melbourne.

Government of South Australia (2007) South Australian Advance Directives Review Background Paper.<<http://www.health.sa.gov.au/advancedirectives/>>(最終アクセス 2009年6月15日)

Government of South Australia (2008), Palliative Care Services Plan 2008-20016, unpublished document, The National Library of Australia Cataloguing-in-Publication, South Australia.

日本ホスピスケア協会, ホスピスケアとは, <<http://www.hpcj.org/what/definition.html>> (最終アクセス 2009年6月15日)

川越厚, 岡部健, 下山直人, 平林勝政, 矢野栄二, 福井小紀子, 阿部郷子(2007)在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究, 厚生労働科学研究データベース <<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>> (最終アクセス 2009年6月20日)

Mapcare website, < <http://www.mapcare.org.au/>>, (最終アクセス 2009年6月20日)

Madjar, I & Higgins, I.J. (1997), Unrecognized pain in nursing home resident, Veterans Health, 60, pp. 13-15.

McLean, W.J. & Higginbotham, N.H. (2002), Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales, Medical Journal of Australia, 177, pp. 17-20.

McNamara B.& Rosenwax L., (2007) Factors affecting place of death in Western Australia, Health & Place, Vol14, issue 2, June 2007, pp. 365-367.

Medical Search Australia & NZ website, Aust has about the palliative care experts needed, <[http://www.medicalsearch.com.au/News/Aust\\_has\\_about\\_half\\_the\\_palliative\\_care\\_experts\\_needed-38910](http://www.medicalsearch.com.au/News/Aust_has_about_half_the_palliative_care_experts_needed-38910)> (最終アクセス 2009年6月15日)

Nair, B., Kerridge, I, Dobson, A., McPhee, J., & Saul, P. (2000). Advance care planning in residential care. Australian & New Zealand Journal of Medicine, 30(3), pp. 339-343

New South Wales Department of Health, (2001) NSW Palliative Care Framework-A guide for the provision of palliative care in NSW, Sydney.

Palliative Care Australia (1999), State of The Nation 1998 -

- Report of National Census of Palliative Care Services, Canberra.
- Palliative Care Australia (2003), Palliative Care - Service Provision in Australia: A Planning Guid, 2nd Edition, Canberra.
- Palliative Care Australia (2005), A Guide to Palliative Care Service Development- A population based approach, Canberra.
- Palliative Care Medicines Working Group, (2006), Palliative Care Medicines Working Group progress report and work plan November 2006, Canberra.
- Private Health Insurance Administration Council, Industry Statistics, <<http://www.phiac.gov.au/>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Royal Australian College of General Practitioners website, What is general practice? <<http://www.racgp.org.au/whatisgeneralpractice>>(最終アクセス2009年7月30日)
- Seal, M. (2007) Patient Advocacy and Advance Care Planning in the Acute Hospital Setting, Australian Journal of Advanced Nursing; Jun-Aug, 24,4 ProQuest Health and Medical Complete pd.29.
- 瀬間あずさ(2008), 高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と医療との連携の現状, 海外社会保障研究, no.162 pp. 76-92
- Therapeutic Guidelines (2005), Therapeutic Guidelines Palliative Care, version 2, Melbourne.
- Victorian Government Health Information, Victoria' Palliative care Program, <<http://www.health.vic.gov.au/palliativecare/background.htm>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Victorian Government Department of Human Services, (2000), Hospice Unit generic Brief, the Aged, Community and Mental Health Division, Melbourne.
- Yuen, J.K., Behrndt, M.M., Jacklyn, C. & Mitchell, G.K., (2003), Palliative Care at home: general practitioners working with palliative care team, The Medical Journal of Australia, 179 (6), S38-S40.
- World Health Organization (2008) Country health Information Profiles, - Australia Regional Office for the Western Pacific, < <http://www.wpro.who.int/countries/2008/aus/>> (最終アクセス 2009年6月15日)

(ふくだ・ゆうこ 元神戸市看護大学助教)