

その他

オーストラリアの高齢者施設における
エンドオブライフ・ケアに関する視察報告
A Report of End-of-Life Care in a Residential Aged Care Facility
in Australia

間瀬由記*

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

Yuki Mase

School of Nursing, Faculty of Health and Social Work,
Kanagawa University of Human Services

抄 録

2019年9月9日から13日までニューカッスル大学との共同研究のための訪豪研修を実施した。その際、高齢者施設であるBaptist Care Orana Centerを視察し、オーストラリアの高齢者施設におけるエンドオブライフ・ケア(End-of-Life Care: EoLC)の現状を知ることができた。オーストラリアでは、高齢者施設の充実に要する財政負担の増大と、高齢者が自宅で自立した生活をするのが尊厳につながるという考えから1985年にハック法(Home and Community Care Act: HACC法)が施行された。これにより高齢者ケアの場が在宅へと転換し、在宅・地域ケアプログラムの充実が図られた。高齢者施設におけるEoLCは、連邦政府の主導により2004年に医学的根拠に基づいたガイドラインが作成され、普及が強力に進められた。EoLCパスウェイを用いることにより、アドバンスケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)、症状・状態の観察、心地良いケアの提供、看取りの準備などが確実に実施されていた。

キーワード: 高齢者施設、エンドオブライフ・ケア、オーストラリア

Key words: Residential Aged Care Facility, End-of-Life Care, Australia

1. はじめに

我が国の高齢化率は2019年9月15日時点で28.4%であり、今後も上昇を続け、2025年には30.0%、第2次ベビーブーム期に生まれた世代が65歳以上となる2040年には35.3%になると推計されている(総務省統計局, 2019)。このような状況のなかで2006年の介護報酬改定の際には、介護老人福祉施設における看取り加算が加えられ、

2009年には介護老人保健施設、2012年には有料老人ホームへとその範囲が広がり、高齢者施設での看取りが推進されている。

しかし、高齢者施設の介護職員は必ずしも看取りケアに対して積極的ではないことが指摘されている(原, 小野, 大畑, 岩郷, 沼本, 2010)。また介護職員は看取りケアを通して無力感(小野, 原, 2011)や不全感(小楠, 萩原, 2007)を経験していることが示されている。大河原, 深堀, 廣岡, 宮下(2016)は、高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する文献検討を行い、看取りの質の改善には、施設長・看護管理者への支援、入居している高齢者とその家族の意思決定支援、施設職

著者連絡先: * 間瀬由記

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

E-mail: mase-y@kuhs.ac.jp

(受付 2020.9.9 / 受理 2020.12.1)

員を対象とした教育プログラムの開発などが必要であると述べている。これらへの取り組みを施設ごとに行うには限界があることから、看取りのためのケアプログラム、施設職員への支援や教育プログラムのモデルを作成し、それを普及する必要があると考える。

エンドオブライフ・ケア (End-of-Life Care : EoLC) とは、診断名、健康状態、あるいは年齢にかかわらず差し迫った死あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時点まで最善の生を生きることができるように支援することであり、その人とその家族と専門職者との合意形成のプロセスである (長江, 2018)。高齢者施設の看護師・介護職員は、高齢者の入所から最期のときまでをその人らしく生きることを支援することから、高齢者施設におけるケアは、EoLC とリンクするといっていよい。今回、ニューカッスル大学との共同研究のために訪豪する機会を得て、オーストラリアの高齢者施設を視察することができたため、オーストラリアの高齢者ケアの概要と高齢者施設における EoLC の現状について報告する。

II. 研修目的

高齢者施設における看取りの看護実践能力に関するニューカッスル大学との共同研究を検討するとともに、オーストラリアの高齢者施設におけるアドバンスケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) を含む EoLC の現状を知り、両国の比較調査への示唆を得る。

III. 研修の概要

研修は、2019 年 9 月 9 日から 13 日までの 5 日間であった。共同研究のパートナーであるニューカッスル大学保健・医療学部看護・助産学科 (School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health and Medicine, The university of Newcastle) の Dr. Sarah Jeong (Associate Professor) の所属するセントラルコーストキャンパス (Central Coast Campus) においてミーティングを実施した。また、高齢者施設である Baptist Care Orana

Center を視察した。

IV. 研修の実際

1. オーストラリアの高齢者ケアの概要

1) 施設ケアから在宅・地域ケアへの転換

オーストラリアの福祉は、原則としてイギリス型を受け継いでおり、1970 年代までは介護が必要になった高齢者は希望すれば高齢者施設に入所することができた。しかし、高齢化率の上昇に伴い高齢者施設の充実による財政の負担が増大した。また、その人が暮らしている場所で自立した生活を継続することが人間の尊厳の保持につながるという考えから 1985 年にハック法 (Home and Community Care Act : HACC 法) が施行された。これにより高齢者ケアの場は、在宅・地域へと転換が図られた。また、HACC 法以前の高齢者福祉に関する法律は、州ごとに制定されていたが、HACC 法に一本化され高齢者ケアが連邦政府と各州政府の共同事業になったことにより、ケアの質の地域格差が改善した。2018 年の調査では、高齢者の 66% が在宅支援 (home support)、21% が施設ケア (residential care)、10% が在宅介護 (home care) を受けていることが報告されている (Department of Health, 2019)。

2) 在宅・地域ケアプログラム

高齢者の在宅・地域における生活を支援するプログラムは、統合・刷新、創設を経て、現在は、①連邦在宅支援プログラム (Commonwealth Home Support Program : CHSP)、②在宅ケアパッケージプログラム (Home Care Package Program : HCPP)、③高齢者施設ケア (Residential Aged Care : RAC) がある。

2015 年にスタートした CHSP は、高齢者が自宅で自立した生活が継続できるように在宅支援を提供するプログラムである。提供されるサービスは、①関連する医療・リハビリテーション (作業療法、理学療法など)、②家事援助 (掃除、洗濯、買い物など)、③住宅・庭のメンテナンス、④住宅の修繕、⑤食事サービス (食事、食事の準備、栄養アドバイスなど)、⑥パーソナルケア (入浴や整容の介助な

ど)、⑦社会的支援(訪問や電話/Webの連絡、イベントへの同伴など)、⑧専門的支援(失禁や認知症への助言、クライアントアドボカシーなど)、⑨移動、⑩補助器具や設備(補高便座、移動補助具の設置など)、⑪レスパイトケアなど多岐にわたっている(Department of Health, 2020)。

HCPPは、介護依存度が高くなった高齢者が自宅で生活できるよう在宅ケアを提供するプログラムである。ケアの利用に関する意思決定に高齢者自身が関わることを重視し、2013年に3つのケアプログラムを統合・刷新して提供されている。

RACは、自宅での生活が難しくなり施設に入所した高齢者に、生活に必要なパーソナルケア、看護、一般的なヘルスケアサービスを提供するプログラムである。

3) 高齢者ケアの評価プログラム

高齢者が政府の助成を受けたケアを受ける資格があるかを判断するために、在宅評価サービス(Regional Assessment Services:RAS)と高齢者ケア評価プログラム(Aged Care Assessment Program:ACAP)の2つの評価プログラムがある。高齢者やその家族は、直接、オンラインまたは電話で評価の申請ができる。

RASは、自宅での生活において比較的軽度の支援が必要となる可能性のある高齢者を対象としており、前述のCHSPを利用する際の評価を行う。

一方ACAPは、レスパイトを含む在宅ケアや高齢者施設への入居など、より複雑なニーズをもつ高齢者を対象にしている。評価チーム(Aged Care Assessment Teams:ACATs)は、高齢者2万人に対し1チームの割合で設置されており、連邦政府によって任命される。チームメンバーは、老年科医師、内科医師、看護師、ソーシャルワーカーなどで構成されており、必要に応じて理学療法士、作業療法士、認知症の専門職が加わるなど、柔軟に構成員が追加される。評価は、高齢者の身体的、医学的、心理的、社会的ニーズを把握して包括的に行われる。ACATsは、支援ニーズを把握し、サービスの種類を決定して支援計画を立案するだけでなく、必要なサービスを手配してその開始を見届ける。高齢者施設への入所を希望する場合は、施設入居者分類基準

(Resident Classification Scale:RCS)に基づいて評価し、8段階評価で1から4がハイケア、5から8がローケアの対象となる。

2.Baptist Care Orana Centerの概要

本研修で訪問したBaptist Care Orana Centerの母体であるBaptist Careは、非営利のキリスト教を基盤とするケア組織であり、1944年から首都キャンベラ周辺地域とニューサウスウェールズ州において約160施設とプログラムを通じてケアサービスを提供している。

Baptist Care Orana Center(写真1・2)は、1973年からニューサウスウェールズ州セントラルコースト、ポイントクレアに開設された高齢者施設であり、連邦政府の補助金を受けている。施設のビジョンは、“the trusted name in life-transforming care.”であり、目的は、“transforming lives by expressing the love of Christ.”である。そして、“responsive”“empowering”“supporting”“personal solutions”“enriching”“communicating”“togetherness”をケアに具現化することを使命としている。

ハイケア、ローケア、認知症の3つのユニットがあり、計128床を有している。また、隣接地にある高齢者住宅(写真3)の入居者や地域の高齢者にホームケアを提供している。施設では、日常生活上のケアに加え、緩和ケア、レスパイトケア、牧師などによるスピリチュアルサポート、専門職によるヘルスサービス(理学療法、マッサージ療法、かかりつけ医の診察、歯科診療など)、理髪サービス、社交の場の提供などのサービスを行っている。このようなサービスにより、高齢者が別の施設に移動するという労力をかけずに、個々に応じたケアプログラムを組むことができるように努力している。

2階建ての施設は、居室・公共スペースともに広く、ラウンジには書棚、水槽、絵画などの調度品が設えてありホテルのような雰囲気がある。認知症ユニットにも陶器が飾られたガラス扉の棚や大きな水槽が置かれており、日本ではあまり見ない光景に少し驚きを感じた。しかし、ケア用品は職員占有のバックヤードに、そして日常的に使用する雑貨類などは壁面と同調した収納庫に格納されており、フロア全



写真1 Baptist Care Orana Center の
正面ロータリー



写真2 Baptist Care Orana Center の
認知症ユニットの中庭



写真3 Baptist Care Orana Center に
隣接する高齢者住宅

体が整然としている。高齢者のソファでくつろいだり、家族と談話したりする姿から、高齢者がフロアを安全で日常的な場であると認識していることが伺えた。

3. Baptist Care Orana Center におけるエンド オブライフ・ケア

1) Baptist Care における緩和ケアのアプローチ

緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する人とその家族に対し、痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質を向上させるためのアプローチである（WHO, 2002）。Baptist

Care における緩和ケアは、WHO の定義に則り、“affirm” “balance” “comfort” のアプローチを用いてケアを提供している。

Affirm は、ACP と同様に、高齢者、家族、ケアチームが協力して、高齢者のケア目標、病気の各段階での症状管理について明確かつオープンにコミュニケーションを取り高齢者の理解を深めることにより、高齢者の生活の質を重視したライフスタイルの選択と目標を特定するプロセスを意味している。

Balance は、治療などに反応せず彼らの生命が脅かされている状況にある高齢者のニーズについて、全ての関係者が緩和ケア会議に参加して見直し、共通認識のもとに継続的で最適なケアができるように調整することを意味している。

Comfort は、高齢者の人生の最期の日々に快適なケアとサポートを提供することを優先することを意味する。このアプローチは、高齢者とその家族の選択、宗教的および文化的信念、そして尊厳をもって死ぬ権利に焦点を当てたケアであり、パーソン・センタード・アプローチ（a person centered approach）を可能にする。また、家族やケアチームに対する死別や死後のケアを含んでいる。

オーストラリアは、事前指示書（Advance Directive：AD）が法制化されているが、ADの作成が一般的とはいえず、終末期に生じる問題への関心は高くないとのことであった。したがって、Baptist Care では、高齢者が入所してから、家族を含めて、終末期に生じる身体的・心理社会的問題、スピリチュアルペイン、疼痛をはじめとする症状マネジメントなどについて説明し、理解を促す死の準備教育がなされている。ACP は、高齢者、その家族、ケアチームの間の生き方に関する情報共有と合意のプロセスであり、Baptist Care における緩和ケアの3つのアプローチによって ACP が促進されると考える。

2) エンドオブライフ・ケアを提供する

看護・介護スタッフと専門性

Baptist Care Orana Center では、入居している高齢者、その家族、施設職員を“My team”のパー

トナーと位置づけている。パーソナルケアは、その高齢者のライフスタイルの選択や好みを知っている少数のスタッフが行うことを原則にしている。高齢者の看護・介護に関わる職種を図1に示す。各職種の、資格、権限、業務範囲、勤務帯ごとの業務内容などが明文化されており、各職種を管理する立場の者が、定期的に査定する。

オーストラリアの看護師の専門資格と資格の取得に必要な要件を表1に示す。登録看護師（Registered Nurse：RN）が、日本の正看護師にあたる。オーストラリアの看護師免許は国家資格ではない。オーストラリア看護・助産協議会（Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council）に認可された大学において、看護学士教育課程（Bachelor in Nursing）を履修し、全科目の審査に合格することが必要である。さらにオーストラリア看護・助産協議会が定めている「登録看護師のための全国共通適性基準」に従って、実習病棟で全ての項目において基準を満たせば各州の Nursing and Midwifery Board of Australia に免許申請ができる。RN は、ケアチームを管理する立場にあり、高齢者のアセスメント、ケアプランの立案・実施・評価、ACP や緩和ケア・カンファレンスの実施・評価などを行う。

高齢者への直接的ケアは、日本の准看護師にあたる Enrolled Nurse（EN）が担っている。EN は、

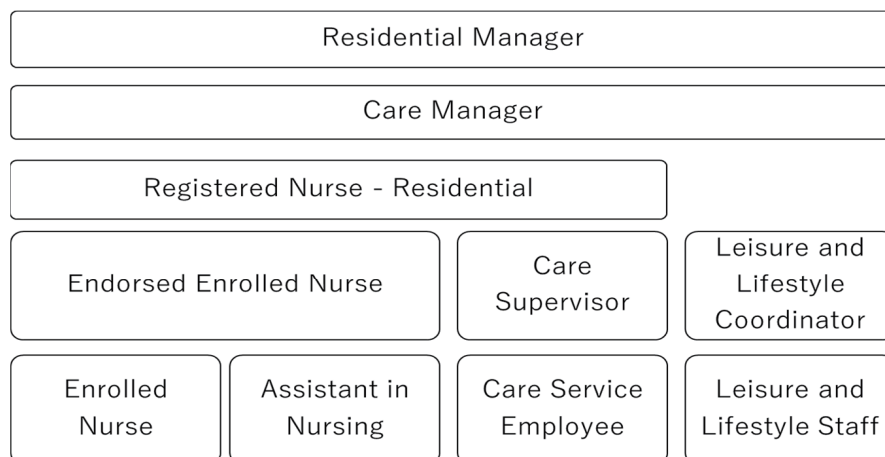


図1 高齢者の看護・介護に関わる職種

表1 看護師の専門資格と資格の取得に必要な要件

看護師の専門資格	資格の取得に必要な要件
Nurse Practitioner : NP	・ ANMC*に認可された大学院の修士課程を修了 ・ 看護の専門分野において実務経験を有している
Clinical Nurse Consultant : CNC	・ 修士課程修了は必須ではないが、同じレベルの教育を受けている ・ 看護の専門分野において実務経験を有している
Clinical Nurse Specialist : CNS	・ RNの実務経験4年以上で、臨床看護学のgraduate certificate（1年）を修了
Registered Nurse : RN	・ ANMCに認可された大学の看護学士教育課程（Bachelor of Nursing）3年を修了 ・ ANMCが定める「登録看護師のための全国共通適性基準」に従って実習病棟で全ての項目を満たす
Enrolled Nurse : EN	・ TAFE**または民間機関において看護師教育課程（Diploma of Nursing）1年を修了
Assistant In Nursing : AIN	・ 保健サービス教育課程（Health Services Assistance）において、約120時間の臨地実習を含む基本的な訓練を受ける

*ANMC : Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council

**TAFE : Technical and Further Education

皮下・静脈注射を含む与薬、バイタルサインの測定・モニタリング、パスウェイを使った観察などを行う。また、看護助手（Assistant In Nursing : AIN）は、移送、更衣、入浴介助などの日常生活上のケアを行う。これらケアスタッフへのEoLCに関する教育は、RN以上の資格をもつ看護師が行っている。視聴覚教材やリーフレットの入った教育用パッケージがケアスタッフ個々に配布され、緩和ケアやACPなどの概念の解説からパスウェイの使用法の指導まで行われている。

3) 高齢者施設におけるエンドオブライフ・ケア・ガイドラインとパスウェイによるケア

オーストラリアは、連邦政府主導で高齢者施設における緩和医療の質の向上に取り組んでおり、その推進に大きく貢献しているのが連邦政府発行の「高齢者施設における緩和ケアアプローチ（Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care）」である。日本と同様にオーストラリアでも、高齢者ケアと緩和ケアのガイドラインは別であった

が、2004年に医学的根拠に基づく本ガイドラインが作成された。政府認可の高齢者施設に本ガイドラインの普及が進み、現在は2006年版に基づいた緩和ケアが展開されている。

また、ケアを行動レベルに落とし込んだパスウェイは、The Brisbane South Palliative Care Collaborative(BSPCC)RAC EoLC パスウェイTMが用いられている。このパスウェイの開発にも連邦政府が資金援助している。EoLCは、死を意識したときから始まるケアという広義のとらえ方と、死が差し迫ったときのケアという狭義のとらえ方がある。このパスウェイは狭義のEoLCに適用され、パスウェイの開始であるSection 1から死後のケアのSection 5までである（表2）。それぞれのパスウェイは、医療・ケア記録を兼ねている。パスウェイの他に緩和ケアのアセスメント、カンファレンス、ACP（表3）など、情報収集や確認・観察事項を詳細に記載した様々なシートが作成されており、これらを併用してケアが行われている。本報告は、パスウェイについて述べる。

表2 Residential Aged Care End of Life Care Pathway : RACEoLCP

Section 1	Commencing a Resident on the Pathway
Section 2	Medical Intervention and Advance Care Planning
	Care Staff Intervention
Section 3	<ul style="list-style-type: none"> ・ Part A : Care management ・ Part B : Comfort Care Chat ・ Part C : Further Care Action Sheet
Section 4	Multidisciplinary Communication Sheet
Section 5	After Death Care

表3 Advance Care Record : Your Preferences*

体調不良の場合		Yes	No
生命を脅かす可能性のある感染症に対する抗生物質の経口与薬			
生命を脅かす可能性のある感染症に対する抗生物質の静脈内与薬			
生命維持のための静脈注射液（点滴）			
重篤状態になった場合			
<p>緩和ケアと疼痛緩和は人々の権利です。緩和ケアとは、疼痛やその他の症状を緩和して快適に過ごし、尊厳のある死を迎えるためのあらゆる手段を意味します。</p> <p>脳卒中や心臓発作などの重篤な状態になり、有意義な生活や生活の質を回復する可能性が極めて低くなった場合、次のどの治療を受けたいと思いますか。いくつかの治療は病院への転院を必要とします。</p>			
処置		Yes	No
生命を脅かす可能性のある感染症に対する抗生物質の経口与薬			
生命を脅かす可能性のある感染症に対する抗生物質の静脈内与薬			
生命維持のための静脈注射液（点滴）			
生命維持のための経腸栄養（PEG**または経鼻胃管栄養）：鼻からまたは胃の中にチューブを挿入します。			
心肺蘇生と生命維持：これには、心臓を再び動かすために電気ショックを与えることが含まれます。救急隊員や病院のスタッフが気道内にチューブを入れて呼吸させることがあります。			
緩和ケアの最終段階になったとき、（植込み型）除細動器やペースメーカーを解除して欲しいですか？	N/A	Yes	No
他の選択・コメント			
この時点で、あなたを幸せにしたり、あなたにとって重要と感じたりするものは何ですか？			
あなたへのケアにおいて大切なことや今後実現したいことは何ですか？			
起こってほしくないことは何ですか？			
起こることを心配したり、恐れたりしていることはありますか？			

*Baptist CareのAdvance Care Recordから抜粋、一部改変、著者訳

**PEG : Percutaneous Endoscopic Gastrostomy（経皮内視鏡的胃ろう造設術）

表4 Residential Aged Care End of Life Care Pathway
Section 1 : Commencing a Resident on the Pathway*

以下のリストの徴候と症状は、人生の終末期が差し迫っていることを示すと考えられる（‘Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care’, Australian Government of Health and Ageing, 2006）。これらの兆候と症状の3つ以上が高齢者に当てはまる場合、パスウェイを開始する。パスウェイを開始する最終決定は、GP、学際的チーム、そして可能であれば高齢者および／またはその代理人の見解に裏付けられた臨床的決定である。場合によっては、高齢者はパスウェイを開始され、状態が改善したらパスウェイから外される。		
終末期に関連する徴候と症状	Yes	No
・日々の急速な不可逆的な悪化		
・より頻回な処置が必要		
・昏睡を伴う意識低下		
・嚥下能力の著しい低下		
・食べ物、液体、経口薬を拒否する、または服用できない		
・不可逆的な体重の減少		
・急性のイベントが発症し、治療目標の修正が必要である		
・深刻な衰弱		
・呼吸パターンの変化		

*Section 1 のパスウェイシートの一部、著者訳

Section 1（表4）は、パスウェイ開始の判断基準が示されている。パスウェイ開始には高齢者の主治医（General Practitioner：GP）の承認が必要である。GPに連絡できない場合は、緩和ケアメディカルオフィサー（Palliative Care Medical Officer：PCMO）、緩和ケアナーススペシャリスト（Palliative Care Nurse Specialist：PCNS）、またはシニア RACF 登録看護師（Senior Residential Aged Care Facilities Registered Nurse）のいずれかから暫定承認を得る。承認は口頭でもよいが、GP、PCMO、PCNS、RNらによって48時間以内に記載される必要があり、最低でも3日ごとに再評価を行う。

Section 2 は、パスウェイの開始についての高齢者とその家族と話し合いをすること、そして、経口摂取ができなくなった場合の栄養法、病院への搬送、

抗生物質の使用、蘇生などにまつわる議論と合意が指示されており、GP、PCMO、PCNS、RN が実施、記載する。

Section3 は、日々、高齢者をケアする EN が使用する。3つのパートで構成されており、Part A は、スピリチュアルニーズへの対応、高齢者とその家族とのコミュニケーション、コンフォートをもたらすケア計画について指示されている。ここでのコミュニケーションには、家族に高齢者の死期が迫っていることの説明がなされているか、差し迫った問題が議論されているか、家族の悲嘆へのアプローチがなされているか、などが挙がっている。Part B は、コンフォートが維持されているかをアセスメントするための情報シートであり、①疼痛などの症状マネジメント、②口腔ケアなどのコンフォートケアの評価、③スピリチュアルニーズの状態など心理社会的

状態について、経時的に観察し、記録する。そして Part C は、追加の観察やケア項目とそれに対する行動計画を記載するフリーシートになっている。

Section4 は、EoLC を提供する学際的チームが共有すべき事項を記録し、Section5 は、ケアを担当した EN が、死後のケアを記述する。

パスウェイは、EoLC における必要事項が漏れなく、コンパクトにまとめられている。特に、蘇生や病院への搬送など、いわゆる ACP に関連した事項が具体的に記されていることにより、高齢者やその家族、スタッフの話し合いの状況が把握しやすく、高齢者の望む最期への合意形成を促進すると考える。しかしパスウェイがあるから上手くいくということではなく、入所したときから、高齢者を深く理解するというケアの姿勢で EoLC や ACP についてオープンにコミュニケーションを取り、高齢者の生活の質を重視したライフスタイルの目標に向かう日々のケアがあってこそ、尊厳のある死を迎えることができるといえる。

4. 共同研究に向けた活動

筆者は、高齢者や慢性疾患をもつ患者のエンドオブライフ・ケアに関心があり、Dr. Jeong に研究パートナーを依頼した。Dr. Jeong は、2008 年からセントラルコースト ACP ワーキンググループの主要メンバーであり、病院、診療所、高齢者介護施設、地域において ACP を推進している。また、オーストラリアの文化的および言語的に多様な地域に居住する 65 歳以上の高齢者 229 名を対象に終末期ケアプランの準備状況 (planning ahead) を明らかにする (Jeong, S., Ohr, S., Pich, J., Saul, P. & Ho, A., 2015) など、ACP に関する研究を行っている。

研修では、高齢者施設の看取りの看護実践能力に関する研究計画案の概要を説明した。そして、調査対象、看護実践能力の測定用具、追加の文献検討、研究スケジュールなど、両国の比較調査を実現するための具体的検討を行った。

比較調査を踏まえて高齢者施設における看護師の教育プログラムや EoLC パスウェイを作成することは、ケアの継続性や質の担保につながるだけでなく、高齢者とその家族に ACP を促すツールとなり

高齢者の望まない延命や医療処置を減らすことができると思う。

V. まとめ

ニューカッスル大学との共同研究の過程で実現した訪豪研修において、オーストラリアの高齢者ケアの概要と高齢者施設における EoLC の実際を知ることができた。日本では、2005 年介護保険法改正において「地域包括ケアシステム」という用語が登場し、在宅・地域における高齢者ケアが推進されている。オーストラリアは、それより約 20 年前に高齢者の尊厳に言及し HACC 法のもとに高齢者ケアの転換が図られており、高齢者ケアの先進国といえる。介護が必要になった高齢者へのケアサービスの充実もさることながら、日本での要支援にあたる高齢者が自宅での生活を継続するための支援が豊富であることが特徴といえる。したがって、ニューカッスル大学との研究・協力に関する連携協定を活かし、地域・在宅における高齢者の支援内容とその提供方法、ケアの受け手である高齢者の利用状況などについて多角的にデータを得ることは、日本における高齢者施設のケアを充実させるだけでなく地域の互助の組織作りや活動へと応用した実証研究を可能にすると思う。

謝辞

共同研究のパートナーおよび本研修をお引き受けくださった Dr. Sarah Jeong、Orana Center の視察をガイドしてくださった Dr. Miran Kim、ならびに Orana Center スタッフの皆様、訪豪をバックアップしてくださった本学の教職員の皆様に心より感謝申し上げます。

本研修は、神奈川県立保健福祉大学とニューカッスル大学との研究・協力に関する連携協定による Visiting Scholar Program の一環として実施した。なお、本研修の内容の一部は、2019 年 12 月 18 日に本学で開催された地域貢献研究センター国際協働部門 FD で発表した。

参考・引用文献

- Baptist Care. BaptistCare Orana Centre. 2020.9.5, <https://baptistcare.org.au/centre/baptistcare-orana-centre>
- Department of Health, Australian Government. About the aged care assessment programs. 2020.9.2, <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/aged-care-assessment-programs>
- Department of Health, Australian Government. (2019). Key facts from the 2018-19 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997. 2020.9.4, https://www.gen-agedcaredata.gov.au/www_aiahwgen/media/ROACA/ROACA-Key-Facts-2019.pdf
- Department of Health, Australian Government. (2020). About residential aged care. 2020.9.5, <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/residential-aged-care/about-residential-aged-care>
- Department of Health, Australian Government. (2020). About the Home Care Packages Program. 2020.9.5, <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/home-care-packages-program/about-the-home-care-packages-program>
- Department of Health, Australian Government. (2020). Delivering services under the Commonwealth Home Support Programme (CHSP). 2020.9.5, <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/commonwealth-home-support-programme-chsp/delivering-services-under-the-commonwealth-home-support-programme-chsp>
- 原祥子, 小野光美, 大畑政子, 岩郷しのぶ, 沼本敦子. (2010). 介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ. *日本看護研究学会雑誌*, 33 (1), 141-149.
- Jeong, S., Ohr, S., Pich, J., Saul, P. & Ho, A. (2015). Planning ahead among community-dwelling older people from culturally and linguistically diverse background: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 244-255.
- 小楠範子, 萩原久美子. (2007). 特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方—終末ケアにおける「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てて—. *老年社会科学*, 29, 345-354.
- 長江弘子. (2018). 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア(pp. 5). 東京:日本看護協会出版会.
- National Health and Medical Research Council. (2006). Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. 2020.9.5, https://dcnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/au09_06Guidelines.pdf
- 大河原啓文, 深堀浩樹, 廣岡佳代, 宮下光令. (2016). 日本の高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する研究の動向. *Palliative Care Research*, 11 (1), 401-412.
- 小野光美, 原祥子. (2011). 介護老人保健施設における看取りケアに携わる介護職者の経験. *島根大学医学部紀要*, 34, 7-16.
- 総務省. (2019). 統計トピックス No.121 統計からみた我が国の高齢者. 2020.9.1, 総務省統計局: <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1210.html>
- World Health Organization. (2002). WHO definition of palliative care. 2020.9.7, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>