東北大医保健学科紀要　**25**(1)：1～7，2016

総　説

オーストラリア Flinders Medical Centre（FMC）における乳がん看護の視察報告　第１報：乳がん診断後の生活の再構築を促進する支援

佐藤冨美子[1]，有 永 洋 子[2]

[1]東北大学大学院医学系研究科　保健学専攻　がん看護学分野
[2]東北大学大学院医学系研究科　地域がん医療推進センター

Breast Cancer Nursing at Flinders Medical Centre, Australia (Observation Report 1)：Support to Promote Lifestyle Rehabilitation Following Breast Cancer Diagnosis

Fumiko SATO[1] and Yoko ARINAGA[2]

[1]*Department of Oncology Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine*
[2]*Community Cancer Center Program Graduate School of Medicine, Tohoku University*

Key words：Australia, Breast Cancer, Cancer Survivor, Rehabilitation, Rebuilding of the Life

Based on a review of the efficacy of a long-term 'intervention program for the prevention and improvement of arm dysfunction following surgery for breast cancer', we aim to develop a comprehensive rehabilitation care program to promote life and lifestyle rehabilitation in breast cancer patients. This first report describes the support to promote lifestyle rehabilitation following breast cancer diagnosis that was observed at Flinders Medical Centre (FMC) in Adelaide, Australia during a one-week period from September 30, 2015. At FMC, breast cancer nursing, particularly specialist care, was practiced autonomously through interprofessional collaboration. At each stage from cancer diagnosis through to treatment and beyond, cancer patients and their families were provided with the information and resources required to transition to cancer survivorship. When developing a rehabilitation care program to promote lifestyle rehabilitation following cancer diagnosis, consideration should be given to factors such as patients' feelings and capabilities, treatment stages, resources, and program feasibility.

はじめに

がんリハビリテーションは，治療による後遺症をコントロールし，早期に社会復帰するために有効であることが多くの研究によって実証され，注目されている。日本リハビリテーション医学会は，国内外の医学論文をもとに，どんな患者に，どんなリハビリ方法が効果的かを検討し，「がんのリハビリテーションガイドライン」をまとめた[1)]。しかしガイドラインは，乳がんと診断され，治療予定の患者または治療が行われた患者の障害予防や機能を改善する運動療法に焦点があてられ，社会生活の適応を促進するリハビリケアについては言及していない。がん診断後も自分らしく生きら

れるように，がん体験者の生活と人生の再構築を促進する包括的なリハビリケアを構築する必要がある。

現在筆者らは，「乳がん体験者の生活の再構築を促進するリハビリテーションプログラム開発」に対して JSPS 科研費 26293460 の助成を受けている。本研究は「乳がん術後上肢機能障害予防改善に向けた介入プログラム」による長期介入効果の検証と，その検証をふまえた乳がん体験者の包括的な長期リハビリケアプログラムの構築および検証を課題にしている。本稿は乳がん体験者の長期リハビリケアプログラムの構築に向けて，2015 年 9 月末日から 1 週間，オーストラリアアデレード市にある Flinders Medical Centre（FMC）で視察した乳がん看護の報告である。ここでは乳がんの診断を受けた患者の生活の再構築を促進する医療ケア体制，外来看護，がん看護スペシャリスト，チーム医療に関して報告する。

1. FMC における乳がん医療ケア体制

乳がんはオーストラリア人女性で最も罹患率が高いがんであり，8 人に 1 人が罹患している。日本人女性の 12 人に 1 人と比べると高い罹患率である。2006 年～2010 年の乳がん 5 年生存率は 89.0% である。日本は 2007 年から 5 年間追跡した国立がんセンターが 92.2%（女性のみ）と報告している[2)]。乳がん生存率の高さは先進国に共通し，がんと共存して生き抜くがんサバイバーシップ獲得への支援が課題である。

FMC はがんイノベーションセンター（The Finders Centre for Innovation in Cancer ; FCIC）と協働し，がん患者および家族に対し，質の高い医療サービスと身体的・情緒的・実践的な支援体制を提供している（写真 1）。FCIC のがん医療ケア体制および活動は，がんクリニック，化学療法センター，臨床試験，がんケアコーディネータ，がんサバイバーシッププログラム，医学生や看護学生らの教育プログラムなどが含まれる。

FMC の乳がんに関連した医療ケアは，乳がん外来，乳房再建クリニック，リンパ浮腫研究所，形成手術クリニック，外科病棟，緩和ケアサービスがある。南オーストラリア乳がん患者の約半数は，FMC で治療を受ける。

2. Flinders 乳がん外来（Breast Unit）における支援

乳がんを専門とするナースプラクティショナー（Nurse Practitioner ; NP）の Rice 氏に乳がん外来における支援について聞いた。乳がん外来には，月 500～600 人が来院する。母親または姉妹に乳がん患者がいる遺伝性乳がんリスクが高い患者は，政府予算で遺伝学的検査が受けられる。オーストラリアでは対象の 95% にあたる年間 30～40 万人が遺伝学的検査を受けている。わが国では遺伝性乳がんに対する関心が近年高まっているが，遺伝学的検査に公的保険が適用されておらず，リスク低減手術も一般に実施されていない[3)]。しかし，家族歴を伴う高発症リスク者を評価し，遺伝学的検査および医療に関する適切な情報提供は，今後医療者に一層求められる支援だと感じた。

乳がん外来を訪れる人々は，開業医（General Practitioner）または一般病院医師のスクリーニングを経て，専門医の確定診断を受けるために来院する。マンモグラフィーおよび超音波診断機器が設備され，がん診断時や治療後年 1 回の再発スクリーニングに利用されている。初回治療後のフォローアップ期間は 20 年であり，日本で一般的な 10 年と比較して長い。外来には精神科医が週 1 回待機する。精神科医の診療は，医療者の診断または患者の希望があれば保険で受けられる。

写真 1. 中央左から Neil Piller 教授と Rice NP（Breast Unit にて）

写真 2.　My Journey Kit

FMC で乳がん体験者に提供される情報量は，膨大かつ詳細である。オーストラリアで乳がん診断を受けた全患者は，乳がんネットワーク（Breast Cancer Network Australia；BCNA）が作成した A5 サイズ 6 冊が納められた「My Journey Kit：私のがんと歩む道（注：著者訳）」（厚さ 6 cm 写真 2）を医療者から手渡される。My Journey Kit には，患者と家族が乳がんを理解し，がんの衝撃を乗り越え，治療選択やがんサバイバーとして生きるために必要となる情報が詳細に記述されている。各冊子のタイトルは「情報ガイド」，「がん治療に関する自記式記録」，「早期乳がん患者ガイド」，「再発乳がん患者ガイド」，「再発乳がん患者のサポート」，「乳がん患者パートナーのサポート」である。がんと診断された患者が次のステップに進むために必要な「情報ガイド」，「早期乳がん患者ガイド」の内容を表 1，表 2 に示す。日本とオーストラリアの医療保険制度やシステム，患者ニーズを比較検証し，My Journey Kit の情報が筆者らのプログラムに活用できるかを検討する価値がある。

My Journey Kit の一冊である「乳がん患者パートナーのサポート」を読んだ時に，日本の乳がん看護が必要としていたものはこれだと感じた。乳がんや再発の診断を受けた患者の家族は，患者と同様に衝撃や悲しみ・恐怖などを体験するがんサバイバーである。大切な人を失うかもしれない恐怖と，がん診断を受けた妻にどう向き合えば良いのか悩むパートナーは多い。しかし，日本の乳がん患者のパートナーは，医療者に不安や悲しみを率直に表現することが少ないように思える。そのようなパートナーに，がん診断が必ずしも死に直結するものではなく，乳がんと診断された女性の多くが生きているという事実や，乳がん治療後のボディイメージおよびセクシュアルの変化に対応

表 1.　情報ガイド：INFORMATION GUIDE

章	内容
1.　がんと診断時の反応	診断に合意すること，若年者や農村地域に生活する女性および乳がん男性への情報，異文化や英語圏以外の人へのサポート
2.　治療とケアの選択	医療チームの選択，医療相談の利用，インターネットを利用した情報とサポート，支援してくれる人々と組織，資源
3.　乳がんと治療	知らされること，手術療法，人工乳房，放射線療法，化学療法，分子標的治療，ホルモン療法，資源
4.　乳がんと共に生きる	情緒と身体の安寧，人間関係（夫またはパートナー・同性のカップル・子供・両親・友人），家族の乳がんリスク，セックスと親密さ，費用，遺書の作成，ブラジャーと下着，就労，資源
5.　治療後の生活	乳がんを乗り超えること，新しい自分，治療の継続した影響，乳房再建，ライフスタイルの変化，乳がん治療後に関係すること（乳がんネットワークなど），資源
6.　資源・オーストラリア乳がんネットワーク	

Endorsed by：Breast Cancer Network Australia

表 2. 早期乳がん患者ガイド：Guide for women with early breast cancer

章	内容
1. 乳がん	早期乳がんについて，乳がんの統計
2. 検査結果の理解	病理学報告
3. 治療	治療選択肢の理解，乳がん手術
4. 治療後	乳がんのフォローアップ，リンパ浮腫
5. サポートを見つけること	サポート（感情，家族および友人，乳がんとセクシュアリティ，実際的なサポート，保健医療チームや費用に関する質問），役に立つリンク，用語集

Endorsed by : Breast Cancer Network Australia

する方法を伝えるというような医療者の支援は参考になる。

一方で，冊子の情報量の多さには驚愕したが，冊子を受け取った乳がん体験者がこの情報を理解し，活用しているかという質問に対する回答はなかった。患者は疑問や質問があれば，病院の相談窓口，資源に記載されているがん協会（Cancer Council）などにアクセスし，スペシャリストの紹介や必要な情報の提供を受ける。乳がん体験者個々の病気や治療の受容状況，セルフケア能力をアセスメントし，特に患者の情緒的反応に気遣い，寄り添う日本の看護との違いを感じた。

手術前のオリエンテーションは，麻酔医と NP で行う。乳がんに関して，また退院後の活動について説明する。患者は手術当日に入院し，慢性疾患などの身体問題がなければ，通常術後 2〜3 日で退院する。早期退院は家族と過ごす時間が乳がん術後患者の精神的安寧に有効であり，加えて医療費削減の利点があると説明を受けた。乳がん手術と乳房を再建する同時再建術は，4 人に 1 人が受ける。国立がんセンター HP で同時再建術の実績をみると約 20% であるが，保険適用になった現在，その増加が予測される[4]。乳房再建術を受ける患者の看護についてはまだ確立されておらず，その治療の意思決定と術後のセルフケア支援に関する研究を推し進めていく必要がある。

日本では，術後ドレーンは排液量の減少を確認し，術後 4〜6 日に抜去することが多い。しかし，FMC では術後翌日に抜去し，それが患者の早期退院を可能にしていた。体液の貯留による漿液腫について尋ねると，週に 1 回外来で NP が穿刺し除去すれば合併症の心配はないとのことであった。それを裏づける先行研究がある[5,6]。退院後は乳がん外来で 2 週に 1 回診察を受ける。外来の診療時間は 8 : 00〜17 : 00 で，時間外に何らかの異常があれば救急外来で対応する。

患側上肢の運動は，非定型的乳房切除術であれば腋窩リンパ節郭清術の有無に関わらずドレーン抜去した術後 1 日目に開始する。肩・腕に問題がある場合は理学療法士が介入するが，通常は看護師が介入する。わが国の肩関節を最大限まで動かすリハビリ開始時期は，腋窩および創部の血清成分やリンパ液の貯留が増加し，ドレーン留置期間が延長するという理由でドレーン抜去翌日（術後 5 日以降）である[7]。ドレーン抜去やリハビリ開始時期の早さが，オーストラリアの在院日数の短縮化を可能にしている。日本も医療費削減対策で，在院日数の短縮化が推し進められている。在院日数と乳がん術後患者の QOL の関連を検証し，患者教育とケアシステムのあり方について今後議論が必要である。

オーストラリアは，BMI 30 以上の肥満者が 30% 以上占める国である。確かにアデレード市内を歩くと，BMI が 40 以上あるだろうと推測される体型の肥満女性が多いことに驚いた。乳がん関連リンパ浮腫の発症リスク要因には肥満がある。リンパ浮腫患者のアセスメントと予防，支援については第 2 報で報告する。

3. がん看護スペシャリストによる乳がん看護

がんケアコーディネータ（Cancer Care Co-ordinator）の Richards 氏に，がん看護スペシャリストの教育と活動について聞いた。がんケアコーディネータと面談する患者は，乳がん外来から紹介される。複雑な問題を抱えていたり，化学療法を受ける予定の患者が多い。主な活動は集団または個別教育，患者の問題解決に必要な専門職の調整である。

NP 教育課程で学びながら腫瘍内科の臨床コンサルタントとして活動する 30 歳代男性看護師の Fitzgerald 氏に，NP の活動について話を聞いた。NP は 4 年以上の実務経験と 2 年間の大学院教育を受けて認定される。NP には検査や薬剤処方の裁量権が認められている。

NP と面談する患者は，臨床腫瘍医から紹介される。化学療法を受ける患者が半数を占め，体重コントロール，栄養，運動に関するライフプランを立案する。遠隔地で生活する治療後がん体験者のフォローアップが求められるようになり，開業医（General Practitioner）に患者の記録を送り連携を図っている。また，がん診断を全く予期していなかった若年者や家族歴がない患者は，がん診断の衝撃が大きい。初発がん患者には「今とるべき最善の方法は，治療を受けること」を理解できるように教育する。乳がん体験者の子供にがんや治療に関して教育する場合は，ソーシャルワーカーが一緒に介入することもある。

日本の乳がん体験者は，術後の性の問題を話題にする人が少ない。オーストラリア人は性の問題についてオープンに話すかを尋ねると，がんや治療について本人の理解がないと話題にでないとのことであった。抗がん剤治療を受ける若年性乳がん患者には，卵子採取に関する情報を提供する。日本でも若年性乳がん患者の罹患率の増加に伴い，抗がん剤による妊孕喪失が問題視され，妊孕性温存療法に対する関心が高い[8]。がん診断から抗がん剤治療を行うまでの短期間で妊孕性温存療法を決めることは難しい。生殖年齢患者の権利として治療を理解し，医療者に相談できる体制が必要である。

抗がん剤治療の選択は，再発乳がんの場合その効果が不確かであるため難しい。患者と家族にとってより良い選択ができるように，治療のメリットとデメリット，治療効果を判定する情報を提供している。その情報をもとに患者と家族が治療を受けるかどうかについて協議し，1 週間以内にその決定の報告を受ける。完治が難しい患者の治療選択には，治療選択を判断できる情報と家族間で協議する時間の確保が必須だと感じた。

Fitzgerald 氏は，7～8 病院が参加するがんサバイバーシップケアガイドラインの開発プロジェクトに参加している。プロジェクトには臨床医，リハビリ医，がんコーディネータ，NP，薬剤師などが含まれる。このサバイバーシッププログラムの責任者である FMC の Koczwara 教授によると，ガイドライン開発は 2009 年に始まり，2016 年 1 月に完成する予定である。ガイドライン作成において重要なことは，既存の患者および団体のネットワークを活用し，情報を得ることであると教授は述べた。この情報を基盤に，ガイドラインには，がん体験者に起こりうる問題に対する助言，マネジメント，専門的な支援を得る場所などが含まれている。また，ガイドラインが多くの保健医療職者に活用されるためには，シンプルであることが大事だと強調された。ガイドラインの実行可能性を高めるためにも，がん体験者ががんと共に生きていく過程で起こりうること，患者や家族が対処できること，医療者が介入しなければならないこと，それらについて最も重要な情報を精選しなければならないということであろう。時間と労力を要する仕事である。今後筆者らが開発を目指すプログラムも，Koczwara 教授の助言をもとにシンプルさと実行可能性を追求していきたい。また，ガイドライン作成後の啓蒙方法に関してアドバイスを得た。一般的に医療者が活用するガイドラインは論文で公表される。Koczwara 教授はインターネット，患者会や専門団体を利用して全国のがんサバイバーがガイドラインにアクセスできるように計画していた。ガイドラインやプログラムは多くの対象者に活用されて，有効性が評価される。

公表と啓蒙の方法を検討していきたい。

4. FMC におけるチーム医療

ジャーナルクラブミーティング（抄読会），乳がんカンファレンス，腫瘍内科カンファレンスにも参加した。会議の参加職種はがんスペシャリストで構成され，専門医，看護師，薬剤師，栄養士，理学療法士などである。

この回のジャーナルクラブは，薬剤師やインターンらがそれぞれの立場で化学療法におけるカルボプラチンの投与量決定方法について系統的レビューなどの文献をもとに発表していた。ジャーナルクラブでは看護師も実践報告やがん看護に関する新知見を報告している。日本では看護師がジャーナルクラブに参加することはまずないが，各領域からの最新の情報を得ることができる貴重な機会であり，我が国もこのような活動が必要だと考える。

乳がんカンファレンスでは，乳腺外科医，形成外科医，腫瘍内科医，放射線医，病理学者など多岐にわたる専門医が各事例について熱く治療方針を検討していた。腫瘍内科ミーティングには，地域医療ネットワークコーディネータ，心理士も参加し，各々の立場で意見を交換していた。

また，がん病棟は化学療法，放射線療法，血液疾患の 16 床の病棟であったが，ベッドが足りず 19 床に，それでも足りず他病棟に患者がおり，病棟を渡り歩いて回診した。看護師は午前 5 人，午後 4 人，夜勤は 2 人の勤務体制である。この日は 8 人が化学療法を受けており，非常に忙しそうだった。FMC には現在緩和ケア病棟がないため，緩和ケアチームを交え週に 1 回緩和ケアカンファレンスを開いている。腫瘍内科カンファレンスの中で，緩和ケアを必要としている患者の多さが印象的であった。来年には Flinders 大学の関連施設である Daw House ホスピスが FMC に移転すると言う。それによって，FMC の緩和ケアがさらに充実したものになることが期待されている。

会議に参加していた臨床薬剤師の Megumi Ng. 氏（日本人）に話を聞いた。薬剤師は処方薬剤の準備，化学療法開始と 3 クールに 1 回，その他随時薬剤について患者に説明する。看護師は患者に薬物に関する基本情報，薬物治療による生活への影響，治療施設に関する情報を提供する。医師, 看護師, 薬剤師はがん病棟や化学療法センターで，患者の治療コンプライアンスや支援について協議する。FMC のチーム医療について尋ねると，チームメンバーは各職種に敬意をもち，自己の専門性に責任と誇りを持って活動している。それがチーム医療の質を上げる原動力になっていると感じた。

オーストラリアの看護基礎教育課程は，1993 年から全て 3 年間の大学教育となった。そのため，看護師は学士である。卒後は患者に医療安全と安心な環境を提供するために，徹底した教育を行っている。専門職のアィディンティが高いチーム医療メンバーと協働している看護師は，生涯教育の意識も高い。日本は緩和医療チームに，がん看護専門看護師やがん関連認定看護師が加わり，活動している。看護師の専門性がチームで共有され，ケア力を上げる存在として評価されることが職業のモチベーションを上げることになると実感した。

終 わ り に

FMC における乳がん看護，特にスペシャリストによるケアは多職種と協働で自律した実践がされていた。がん体験者や家族は，がん診断から治療の段階，それ以降の各段階で求められるがんサバイバーシップ獲得のために必要な情報が提供され，資源が準備されていた。がん体験者の生活と人生の再構築を促進するリハビリケアプログラムは，がん体験者の意思や能力，治療段階，資源，実効性などを考慮して構築する必要がある。

最後に FMC の視察プログラムをコーディネートして下さった Flinders 大学の Neil Piller 教授をはじめ，惜しみなく情報を提供して下さった Flinders Medical Centre スタッフの方々に感謝申し上げます。

文　　献

1） 日本リハビリテーション医学会がんのリハビリテー

ションガイドライン策定委員会編：がんのリハビリテーションガイドライン，金原出版，2013
2） 5大がんの生存率64%，朝日新聞2015年9月15日付朝刊
3） 日本乳癌学会編：科学的根拠に基づく乳癌診療ガイド2疫学・診断編，金原出版，東京，2015, 92
4） 矢形寛：再建を前提としたNSM，SSMの適応と課題点，園尾博司監修，これからの乳癌診療2015-2016，金原出版，東京，2015, 22-27
5） Dalberg, K., Johanssona, H., Signomklaoa, T., Rutqvista, L.E., Bergkvistc, L., Friselld, J., Liljegrene, G., Ambref, T., Sandeling, K.：A randomised study of axillary drainage and pectoral fascia preservation after mastectomy for breast cancer, Eur. Sur. Oncol., **30**, 602-609, 2004
6） Boman, L., Lindgren, A., Sandelin, K.：Women's pereptions of seroma and their drainage following mastectomy and axillairy lymph node disection Eur. J. Oncol. Nurs., **6**(4), 213-219, 2002
7） 日本乳癌学会編：科学的根拠に基づく乳癌診療ガイド1治療編，金原出版，東京，2015, 249
8） 高江正道，鈴木直：不妊症治療の現状と課題：悪性腫瘍と妊孕性温存療法について，母子保健情報，**66**, 29-38, 2012