

あり、全死因の25.1%を占めていた。高齢化が進み、死因としても大きな位置を占めることから、国家政策としてがん関連施策が検討されている。

英国では、自宅での死を希望する者が70%を越えるとの報告があるが、現実には自宅死はがん患者の4分の1程度であり、在宅緩和ケアあるいは、自宅傍の一般病院での緩和ケアチームによる緩和ケアが行われるための政策がなされている。

緩和ケアの方向性は、財政面及びマンパワーの問題から、施設ケアから在宅ケアへと移ってきていることが明らかとなり、患者のプライマリケアを担当するGP（家庭医）に対する緩和医療教育などが積極的に行われるようになっていく。

安楽死と尊厳死における法的側面については、英国内にも様々な意見がある中で、「安楽死は受け入れないが、疼痛治療・緩和医療を推進し、治療選択に関しては、医の慣行に照らして患者の最大の利益になるように、治療を中止する場合には一定の要件に従って判断する」といった中庸的な結論を導き出していることが明らかとなった。

D. 考察

英国及び日本共に高齢化が進み、医療経済が逼迫している状況には類似性が認められる。患者自身の意思を尊重し、介護する家族の満足感をも考慮に入れた場合、積極的に在宅で緩和医療を行えるシステムを作ることが効率的であることが明らかとなった。緩和ケア施設は、緩和ケア教育や一時的休養の場として提供され、家庭医や開業医が積極的に緩和医療を導入することが出来るような教育及び医療者間のネットワーク作りの重要性が認めら

れた。

安楽死の法的背景については、司法判断（法律）が積極的に介入することなく、当事者同士の関係性や医師の職業倫理を重視する点、医師患者関係に暗黙のパターナリズムが存在する点など、宗教的背景の違いはあるものの、日本の今後の緩和ケアのあり方に参考になる部分が多いように思われた。

英国国民は、「威厳を持った死」を迎えるため、また家族も含めたよりよいQOLを実現するために積極的に自らの権利を主張し、その実現のための具体化のために議論を進めている。緩和医療の普及は、政府推進ではなく、民間非営利団体が積極的な活動を行い牽引車となり、政府が財政的に援助するという形を取っている。両者の協力関係が対等で円卓であるのも重要な要素であると思われた。

E. 結論

緩和医療先進国である英国においても、施設緩和ケアから在宅緩和ケアあるいは緩和医療チームによるケアに方向性が変化してきていることが明らかとなった。有効な資源の活用のため、GPを中心とした家庭医に対して緩和医療教育を導入していく動きが見られた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

「英国における終末期医療および尊厳死の実態」として報告書を資料にまとめた。

学会発表

なし

II. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特に行っていない。

英国における終末期医療および尊厳死の実態

研究協力者：野口 海（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野）
主任研究者：松島英介（東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野）

目次

1. 統計	72
2. 医療システム	79
保健医療サービス	79
サービス内容と水準	79
高齢者保健福祉政策	81
財源	86
3. 緩和医療	87
定義	89
緩和ケアの具体的な提供方法	92
4. 法律的側面	96
1990年代以前の展開	96
トニーブランド事件	97
貴族院医療倫理委員会報告書	98
英国医学協会ガイドライン	99
5. 緩和医療教育	102
6. まとめ	103
7. 参考および引用文献	104

1. 統計

①人口

イギリスの総人口は、2001年の統計調査で約5880万人（男性2860万人：女性3020万人）、16歳以下1190万人（約20%）、男性65歳以上・女性60歳以上が1080万人を占めている。

(<http://www.statistics.gov.uk/cencus2001>)

表1. イギリスの人口 (<http://www.statistics.gov.uk/cencus2001> より引用)

総人口	58.8million
16歳以下	11.9million
男性16-64歳、女性15-59歳	36.1million
男性65歳以上、女性60歳以上	10.8million
男性	28.6million
女性	30.2million
男女比	0.95

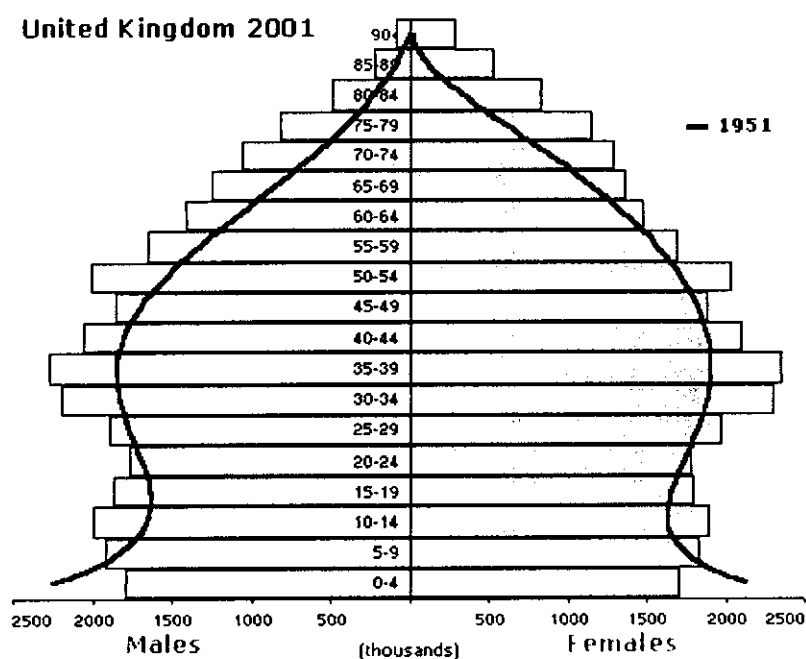


図1. 年齢別人口（1951年及び2001年との比較）
(<http://www.statistics.gov.uk/cencus2001> より引用)

1951年のデータと比較すると、60歳を超える人口（約21%）が、16歳以下の人口（約20%）よりも多くなっている。また85歳以上の人々が、11万人（約1.9%）を占める様になっており高齢化が進んでいることが伺われる。2014年には、65歳以上の人口が、16歳以下の人口を上回る見込みである。

②死因における悪性腫瘍の位置づけ（イングランド、ウェールズ、北アイルランド）

2000年の全死亡（535664人）の内、悪性新生物の死亡は、第2位で、134793人で全死因の25.1%を占める。第1位は、循環器系疾患（207228人：38.7%）、第3位は肺炎（56329人：10.5%）と続いている。

表 2. 死因別死亡数 (2イギリス医療関連データベースより引用)

ICD9コード	イングランドおよびウェールズ										北アイルランド									
	1993 (2)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	1993 (2)	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000				
全死因	578,799	553,194	569,683	560,135	555,261	555,015	556,118	535,664	15,633	15,114	15,310	15,218	14,971	14,993	15,663	14,903				
自然死 (3)	559,649	534,354	550,936	541,429	536,422	536,396	537,166	516,804	14,871	14,325	14,516	14,528	14,276	14,331	14,942	14,296				
感染症・寄生虫病 (4)	3,257	3,318	3,682	3,636	3,496	3,410	3,613	3,767	55	39	44	54	61	53	47	73				
消化器の感染症	194	222	277	339	384	418	476	547	-	2	1	1	-	-	1	4				
肺結核	423	418	353	310	289	283	299	279	9	6	13	-	8	4	7	3				
その他の結核	193	180	161	166	148	170	138	148	6	3	1	3	3	2	-	4				
百日咳	-	3	2	2	1	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-				
細菌性咽頭感染症	173	149	196	235	242	210	217	199	4	4	4	5	4	6	4	9				
はしか	4	1	1	-	3	3	3	1	-	1	-	-	-	-	-	-				
マラリア	4	11	4	11	12	8	13	17	1	-	-	-	-	-	-	-				
梅毒	6	11	9	6	9	3	9	1	1	-	-	-	-	-	1	-				
新生物	142,535	141,747	141,297	139,459	137,618	138,306	136,181	134,793	3,705	3,665	3,565	3,715	3,669	3,769	3,654	3,647				
胃癌	7,548	7,990	7,077	6,756	6,613	6,442	6,139	5,779	194	201	170	200	171	215	187	180				
呼吸器癌	32,614	32,143	31,627	30,810	29,976	30,199	29,493	29,029	812	788	752	816	773	775	781	792				
乳癌	13,115	12,918	12,623	12,246	12,047	11,835	11,670	11,433	339	338	329	309	267	299	286	289				
子宮癌	1,308	1,241	1,329	1,303	1,291	1,296	1,231	1,333	32	37	28	28	35	34	26	33				
子宮頸癌	1,483	1,370	1,339	1,315	1,225	1,158	1,107	1,106	33	38	19	45	26	33	36	30				
白血病	3,559	3,507	3,540	3,464	3,587	3,551	3,680	3,570	84	94	83	92	107	93	104	91				
良性もしくは特定できない新生物	1,544	1,580	1,784	1,647	1,624	1,605	1,656	1,733	55	47	51	60	53	121	67	60				
内分泌、栄養、代謝および免疫障害	7,924	7,430	7,883	7,502	7,383	7,542	7,560	7,247	75	74	66	61	106	85	118	122				
糖尿病	6,266	5,938	6,240	5,994	5,890	5,938	5,773	5,773	44	45	43	49	77	55	93	89				
栄養不良	85	66	80	70	65	72	59	60	-	1	2	-	1	1	3	2				
その他の代謝性免疫疾患 (4)	1,119	1,052	1,138	1,048	1,038	1,169	1,150	1,054	25	20	38	28	17	26	20	22				
血液および造血器の疾患	1,974	1,898	1,929	1,986	2,008	1,937	1,855	1,791	29	29	29	22	20	24	24	122				
貧血	786	660	711	724	681	641	584	554	8	15	10	11	9	14	9	13				
精神疾患	7,780	8,042	9,149	9,296	9,725	10,430	11,173	10,866	56	91	78	100	138	145	190	207				
神経系および感覚器の疾患	9,143	9,010	9,724	9,772	9,772	10,035	10,192	9,632	189	187	224	236	235	240	284	245				
脳卒中	218	170	209	245	224	216	182	206	15	4	1	7	8	4	3	6				
循環器系疾患	257,989	242,213	243,390	237,669	228,446	226,677	219,087	207,228	7,137	7,011	6,929	6,633	6,505	6,367	6,423	577				
リウマチ性心疾患	1,834	1,719	1,714	1,682	1,481	1,629	1,638	1,551	47	30	47	29	38	29	35	33				
高血圧性疾患	3,052	2,800	2,862	3,026	3,084	3,122	3,324	3,184	67	79	94	75	73	72	68	75				
虚血性心疾患	146,302	135,440	133,861	129,047	122,432	121,037	115,119	108,417	4,245	4,168	4,086	3,856	3,764	3,654	3,568	3,235				
肺動脈その他の心疾患	21,341	25,795	26,891	26,170	26,609	26,377	26,462	25,139	678	633	641	655	635	680	768	637				
脳血管疾患	61,172	58,768	59,957	59,723	57,747	57,516	56,051	52,516	1,722	1,738	1,690	1,653	1,646	1,602	1,680	527				
呼吸器系疾患	90,981	81,485	91,298	88,630	92,517	90,192	91,755	92,461	2,756	2,398	2,656	2,749	2,664	2,627	3,161	942				
インフルエンザ	439	62	251	179	347	129	585	509	17	3	9	6	8	2	5	39				
肺炎	54,524	48,917	55,318	54,137	56,719	54,631	59,273	56,329	1,814	1,595	1,781	1,817	1,775	1,727	2,130	2,026				
気管支炎、気腫	5,715	4,969	4,907	4,249	4,116	3,523	3,452	2,961	151	116	104	137	99	108	93	75				
喘息	1,701	1,516	1,459	1,349	1,366	1,366	1,364	1,272	58	30	42	31	32	44	38	33				
消化器系疾患	18,399	18,635	19,466	19,946	20,406	21,025	21,698	22,134	445	424	449	483	450	499	507	531				
胃、十二指腸潰瘍	4,222	4,111	3,999	4,111	3,959	3,935	4,011	4,007	97	100	87	102	95	80	80	89				
胃癌	124	113	101	102	125	144	133	139	1	3	6	-	4	2	3	5				
胆嚢ヘルニアその他の消化器疾患	1,855	1,814	1,975	1,967	2,106	2,042	2,126	2,117	43	50	39	52	42	47	49	44				
慢性肝疾患および肝臓癌	2,979	3,244	3,612	3,789	4,107	4,494	4,718	4,770	66	66	71	88	68	104	92	101				

表 3. 男性の年度別死因の推移 (イングランド、Rates per 100,000 population)

(<http://www.doh.gov.uk/HPSSS> より引用)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
総計	1,045.3	1,024.4	1,014.0	1,034.2	971.5	989.6
悪性新生物総計	279.2	271.6	273.2	280.2	260.3	276.0
胃がん	16.3	15.5	15.0	15.1	13.5	13.5
大腸がん	30.3	30.1	29.6	29.6	28.1	29.1
膵臓がん	11.0	10.8	10.9	11.1	11.3	11.3
肺がん	77.4	74.0	73.5	72.0	68.2	69.2
前立腺がん	34.2	32.9	33.1	35.0	31.4	34.7
糖尿病	11.0	10.5	10.6	11.5	10.2	11.4
循環器系疾患	442.1	422.6	412.6	423.9	377.9	394.8
虚血性疾患	273.1	258.4	251.3	247.5	226.8	227.8
冠動脈疾患	86.3	83.6	82.0	91.9	73.8	88.9
肺炎	83.5	86.6	82.9	53.5	88.7	49.4
気管支炎及び感染症	60.0	60.0	57.8	59.5	53.8	51.3
肝疾患	8.6	9.6	10.7	11.3	11.0	12.7
事故及び外傷	22.8	24.4	23.5	22.8	24.4	23.9
交通事故	8.9	9.4	8.9	8.8	9.0	8.8
自殺	14.2	13.8	15.5	11.0	14.2	10.1

1 : 10 万人

表 4. 女性の年度別死因の推移 (イングランド、Rates per 100,000 population)

(<http://www.doh.gov.uk/HPSSS> より引用)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
総計	1,099.4	1,091.2	1,078.5	1,082.3	1,039.9	1,033.9
悪性新生物総計	248.9	244.8	242.6	245.4	235.9	243.0
胃がん	9.4	9.6	9.2	8.6	7.9	7.9
大腸がん	28.7	27.6	26.9	26.9	24.9	24.7
膵臓がん	11.4	11.2	11.1	11.6	11.4	11.7
肺がん	41.8	40.8	41.6	41.4	40.8	41.4
乳がん	45.9	45.0	43.8	44.2	42.0	43.0
子宮がん	9.9	9.4	9.1	4.1	9.0	3.7
糖尿病	11.9	11.7	11.5	12.1	11.3	11.8
循環器疾患総計	464.9	445.9	439.0	439.8	396.2	409.5
虚血性疾患	220.0	208.5	203.9	192.6	178.4	175.0
冠動脈疾患	141.3	135.3	134.1	143.4	121.8	134.9

肺炎	124.5	130.7	122.8	85.5	126.2	72.4
気管支炎及び感染症	43.0	44.0	43.3	42.5	42.8	38.9
慢性間疾患	5.7	6.2	6.3	6.9	6.8	7.2
事故及び外因死	16.6	17.0	16.1	16.4	17.2	17.6
交通事故	3.5	3.4	3.3	3.2	3.2	2.9
自殺	4.8	4.7	4.8	3.1	4.9	2.8

悪性腫瘍発生率

ONS の 1997 年調査によると発生率としては、対 10 万人比で、肺がん (104.4)、乳がん(96.2)、大腸がん (78.7)、前立腺 (56.1)、胆のうがん (34.0)、胃がん (24.9) などとなっている。

Number of cancers per 100,000 of the population, 1997

		104.4	Lung
		96.2	Breast
		78.7	Colorectal (bowel)
		56.1	Prostate
		34.0	Bladder
		24.9	Stomach
		24.0	Non-Hodgkin's lymphoma
		18.9	Oesophagus
		18.0	Pancreas
		17.0	All leukaemias
		16.6	Ovary
		11.4	Uterus
		9.3	Cervix

* This excludes the most common form of cancer - skin - which generally involves far less complex treatment than others

図 2. 悪性腫瘍発生率 (4ONS 1998、5NHS Cancer Care in England and Wales を引用)

5 年生存率

2000 年の Coleman らの調査では、イギリスにおける悪性腫瘍の 5 年生存率では、乳がん (74%)、子宮がん (73%)、子宮頸がん (64%)、胆のうがん (62%)、前立腺 (49%) などとなっている。生存率も時間推移と共に上昇してきている。

Five year survival (diagnosed between 1991-3)

74%	Breast
73%	Uterus
64%	Cervix
62%	Bladder
49%	Prostate
47%	Non Hodgkin's lymphoma
41%	Colorectal (bowel)
30%	All leukaemias
29%	Ovary
10%	Stomach
6%	Oesophagus
5%	Lung
2%	Pancreas

図 3. 5年生存率 (1991~1993年に診断された者) (5,6を引用)

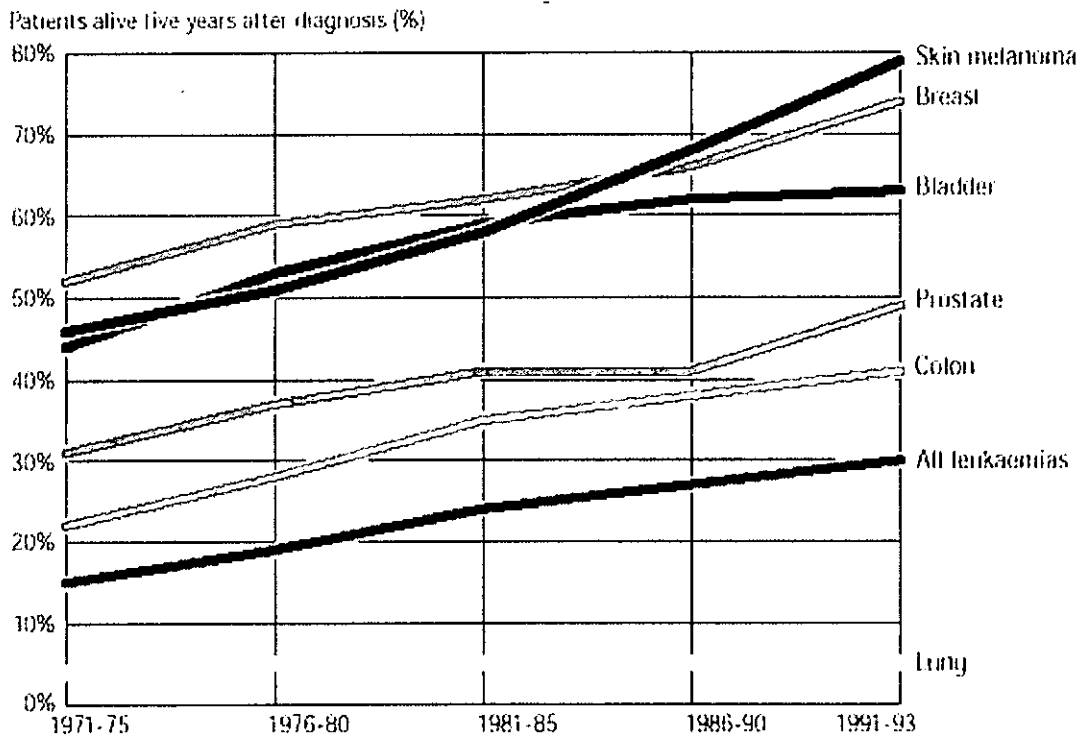


図 4. 5年生存率の年度推移 (5,6,7を引用)

がんで死ぬ人の看取り場所

Michael Richards 教授の報告では、1885 年は、自宅で亡くなる方が 89%であったが、次第に病院での死、ホスピスでの死が増えてきており、1992 年では、病院死が 51%、ホスピスが 18%、自宅が 25%、その他が 6%となっている。

表 5. 死に場所の推移 (8より引用)

	病院	ホスピス	自宅	その他
1885 年	3%	—	89%	8%
1956 年	45%	—	50%	5%
1974 年	59%	5%	31%	5%
1992 年	51%	18%	25%	6%

1998 年の Higginson らのデータでは、がん患者の 27%が家でなくなり、47%は NHS 病院でなくなり、26%は、NHS 系でないホスピスやナーシングホームなどでなくなっている。

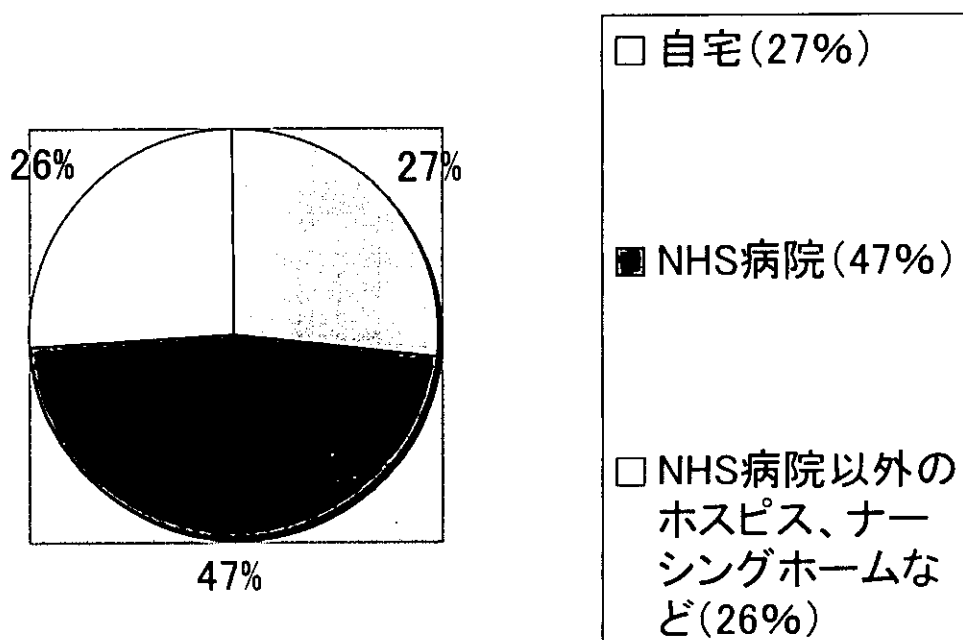


図 5. 死に場所の割合 (1998 年) 9より引用

2. 医療システム

イギリスにおいては、労働者互助組織である友愛組合という伝統の下、1911年の国民保険法によって社会保険制度が創設され、第二次世界大戦中に出された「ベバリッジ報告」により社会保障制度の全体像が示され、戦後、そのシステムが整備されていった。

所得保障として、①全ての国民を対象とする保険料を財源とする拠出制給付、②租税を財源とし、所得にかかわらず支給される非拠出制給付、③租税を財源とし、低所得者を対象とした所得関連給付の別がある。また、医療は、税財源で原則として無料の医療サービスを行うイギリス独特の国民保険サービス（NHS）として実施されている。

イギリスの医療制度は、国営医療システムとして知られている。その基本的な形態は、国営の病院による病院サービスの提供、一般医（GP）と国との請負契約の締結によるプライマリーケアの提供等、医療サービスの提供に国が深く関与し、財源を税及び所得に比例した保険料に求めることによって、国民に原則として無料で医療サービスを提供しようとするものである。8,10,11

①保険医療サービス

保険医療サービスとしては、1948年に創設された国民保険サービス（NHS）によって、すべての住民に対して疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを原則として無料で提供している。租税財源を用いて、国の事業として保健医療を全般的に提供している点に特徴が見られる。この制度が生まれたのは、第2次世界大戦後の1948年で、それ以前は日本と同様の医療保険制度であった。1942年の「ベバリッジ報告」で、社会保険を通じて全国民に対して最低限度の所得を保障していくため、受診時に経済的な負担を伴わない医療保障制度の必要性が強調され、受診時の患者負担を無料化した制度が実施される事になった。

Jeremy Hurst は、医療政策の一般的な目標を①医療機会の適切性と公平性の確保、②医療費の保障、③総医療費の適正化、④個別医療費の適正化、⑤消費者選択の自由の確保、⑥提供者の自由裁量の確保、であると述べているが、税方式で運営してきたイギリスの国民保健サービスは、前3者の目標はうまく達成されたが、後3者について問題があり、それが課題であると述べている。10,12

サービス内容と水準

国民医療サービス制度で提供されるサービスは、①家庭医（GP）の医療や薬剤サービス、②病院での専門医による医療と地域看護婦や保健婦等による地域保健サービスとがある。1996年以降、これら全てのサービスが統一的に管理されることになった。

一般医（GP）が国民保健サービスとしての第一次診療を行い、救急以外では患者は一般医の紹介を通じて、病院の専門医による診察・検査・入院医療を受けるという体制をとっている。GPは勤務医のような形態ではなく、独立した開業医として国と契約することになる。あらかじめ名簿に登録された受け持ち患者の第一次医療を24時間体制で引き受

けることとなるが、時間外の診療については、代わりの医者を雇っても良いことになっている。

診療のおよそ 15%が往診となっているという。GP は、第一次医療を担い、問題があれば、病院の専門医へコンサルトする役割だけでなく、他の保健・福祉機関や各種サービス団体等へのつなぎ役としての役割も重要な要職となっている。

多くの GP は、患者を家族ぐるみで長期間にわたり受け持ち、患者の家庭環境を把握しており、患者が専門医による治療を受ける場合でも治療後、その所見は GP に届けられ、その後のフォローは GP が受け持つという体制になっており、継続的な医療を果たす上で重要な位置を占めている。転居などで患者の受け持ちが変わる場合、診療記録は新しい GP に引き継がれる。

国民は、平均すると年に 4~5 回 GP の診察を受けているという。このような受診傾向に変化は見られないが、GP が病院専門医にコンサルトする割合は増加しており、1991 年のデータでは、GP は平均して年に 7000 回診察し、そのうちの 2400 回について病院の専門医に紹介している。

約 93%の国民は GP の名簿に登録している。GP は、患者に対して名簿登録を拒むことも出来、登録を受けてくれる GP を見つけることが出来ない国民については、保健当局が受け持ちの GP を指名し、登録することとなっている。

GP は、1995 年のイングランドで 2 万 6702 名、GP1 人当たりの受け持ち患者は、1887 名（うち 65 歳以上、296 名）で、受け持ち患者数は、GP の増加と共に低下している。患者は、診療をうける際には、費用を負担しなくて良いことになっているが、GP が薬剤を処方し、患者が薬局で処方に基づいた薬剤の支給を受ける場合は一定の負担がある。国民保健サービスの創設時の段階では、薬代の負担はなかったが、現在では、1 処方ごとに定額の負担が課せられている。（1998 年で 5.65 ポンド）。ただし、16 歳未満、60 歳以上、妊娠中の者、出産後 1 年未満、公的扶助受給世帯など低所得世帯、特定疾患障害者、などは負担が免除され、免除処方件数は、全体の 85%に達している。

GP への報酬は、登録患者数による人頭報酬、基本資料手当、出来高払い部分、費用部分の合計が基本で、保健当局から支払われる。1991 年の NHS 改革によって、GP Fund Holder 制度（GPFH 予算管理一般家庭医）が導入されたが、これは GP が患者代理人として病院サービスを購入する仕組みで、GPRFH は、保健当局から個人的報酬に加える形で、病院サービス購入のための予算も受け取っているため、疾病予防や薬剤処方の適正化、あるいは効率的な病院サービスの購入（不必要な入院の回避や適切な病院の紹介）のインセンティブになると期待されていた。病院サービスについては、従来、保健当局が直接病院を運営していたが、1991 年の NHS 改革により各 NHS 病院は NHS トラストという独立法人となり、保健当局が NHS トラスト病院と病院サービスの購入に関して契約を結ぶという「購入者とサービス提供者との分離」が導入された。NHS という予算制をもった枠組みの中で、購入者とサービス提供者とを分離してサービス提供者間の競争を促進するという内部市場を形成する事で、サービス提供の効率化及び医療費の適正化を図ろうとしていると言える。

②高齢者保健福祉政策

65歳以上の全人口に占める割合は16%を超えており、2000年以降は、人口の高齢化が徐々に加速することが予想されている。ただし、85歳以上の高齢者割合は増加傾向にあり、これが高齢者に対する対人社会サービス急増の原因の一つとなっているのが現状である。保健福祉サービスは、国民保健サービス（NHS）によって提供される医療サービスと、地方公共団体による社会福祉サービスとに分けられる。在宅サービスとしては、NHSの一環として行われる保健指導・訪問看護、地方公共団体により行われる訪問看護、給食、デイサービスなどがある。施設サービスとして、病院、長期療養施設（ナーシングホーム）、援助があれば施設内移動が可能な程度の者が入所する「レジデンシャルホーム」などがある。在宅福祉政策の重視、効率的な福祉サービスの提供の観点から、個々のサービスについて、別々に需要を判定し、サービスの実施の決定を行うようになっている。また、サービス供給自体を地方自治体の直接運営方式から、地方公共団体のケアマネージャーが総合的に対象者の需要を判定し、ケアプランを作成し、民間事業者、非営利団体等による外部サービスを購入する方式へと転換しつつある。

サービス提供の仕組み

高齢者に対する対人社会サービスは、①地方公共団体が実施するサービス、と、②民間団体が独自に実施するサービスとに分けられる。①については、1990年 NHS およびコミュニティケア法（NHS and Community Care Act of 1990）等に基づくケアマネジメント制度の仕組みが採用されており、ケアマネージャーが受給者の要望を評価し、ケアプランを作成した上で、その内容に基づきサービスが提供される。なお、提供される各サービスの利用条件は、地方公共団体により異なり、これが地方公共団体のサービスの大幅な格差の原因の一つとなっている。

また、地方公共団体が実施するサービスについては、地方公共団体の担当官が、サービスの質やコスト面を総合的に勘案した上で、最善のサービスを、直営・民間（営利・非営利）団体のサービスの中から選択し購入することとなっている。民間に委託された場合のサービスも、地方公共団体が行うサービスと総称されている。

一方、各種民間団体も、多彩なサービスを独自に実施している（公共的な助成金を受け取っている場合も多い）が、民間団体が実施するサービスの中には、実際には、民間団体独自実施分と地方公共団体委託分とが混在してサービスを行っている場合（例えば、老人ホーム、デイセンター等で一定定員数の利用委託契約を交わしている場合）も多いのが現状である。

入所サービス

高齢者の入所施設等としては、NHS 病院、ナーシングホーム、老人ホーム、住宅（シエルタード・ハウジング、グループホーム、シェアードハウス等）が存在する。

NHS 病院

NHS 病院は、リハビリ病棟等で脳卒中等の患者を対象に急性期の医学的リハビリを実施する。

ナーシングホーム

常時看護を必要とする介護度の高い者のための入所施設。看護婦による 24 時間の看護サービスが特徴となっている。民間団体運営のナーシングホームは、保健当局の登録を受けなくてはならない。民間団体運営ナーシングホームは、1980 年代後半～1990 年代前半にかけて施設数が急増した。保健省推計によれば平均入所期間は 1.5 年であるが、入所期間が 4 年以上の者は、全体の約 10%にあたる。

ナーシングホームは、居室、ラウンジ、デイルーム、食堂、浴室やトイレ（補助具つき）等により構成されている。①看護婦、②ケアアシスタント（名称は施設により異なっており、国家資格制度は無いが、教育訓練プログラムを実施しているところが多い。）、③調理師、④事務職等により構成される。医師は常勤せず、施設との契約の医師、または地域の NHS の GP が定期的に往診することとなっている。

入所定員数や施設整備状況などは、施設によりかなり異なっており様々である。総じて、小規模な施設が多いが、系列化された大型施設を持つ企業もあり、現在の最大規模企業（BUPA ケアホームズ社）は 210 以上の総施設数（総ベッド数 1 万 5000 床以上）を有している。ただし、経営管理上の観点から、1 施設 100 床以上の入所定員をもつ場合であっても、各施設内は家庭的な雰囲気が保たれる様に棟に細分化する等の工夫を行っている。なお、末期がん患者の短期入所施設であるホスピスは、形式的には登録ナーシングホームであるが、これは主に民間団体立施設が NHS から一部補助を受け運営しているものであり、地方公共団体は関与していないものである。ナーシングホームで、在宅の高齢者に対し、ショートステイ、デイケア、配食サービス等を実施する施設もある。

老人ホーム

常時看護を必要としない者のための入所施設。

定員 4 人以上の民間団体の老人ホームは、地方公共団体の登録を受けなくてはならない。老人ホームは、地方公共団体にサービス提供義務があるが、1980 年代後半以降、地方公共団体運営が激減する一方、民間団体運営が激増した。保健省推計によれば、平均入所期間は 3 年であるが、入所期間が 4 年以上の者は、全体の約 25%に当たる。

入所定員数は施設により異なるが、家庭的な小規模施設が多い。居室（個室が多いが夫婦部屋等もある）、ラウンジ（談話室）、デイルーム、食堂、浴槽やトイレ等により構成され、スタッフは介護者・調理師・事務職等により行われている。

入居対象者は（車椅子や杖等を利用して）居室から食事のために食堂まで移動できる能力のある者となっている。入居に当たっては、それまで自宅で使用していた家具等を持ち込むことが認められている。老人ホームで、在宅の高齢者に対し、ショートステイ、デイケア、配食サービス等を実施する施設もある。

シェルタードハウジング

管理人（warden）が滞在する集合住宅。

①管理人が平日のみ通いでくるタイプ、②管理人住込みタイプ、③管理人住込み+専用ケアチームが滞在するタイプ（実態としては、老人ホームの形態に近い）の3種類に分けられる。

グループホーム、シェアードハウス等

高齢者を対象にした小規模な住宅が民間団体等により運営されている。これらの施設は介護度の低い高齢者を対象にした住宅で、食事は共同のダイニングルームで提供されるが、料理人、管理人等のスタッフやアラームの配置の有無等に関し、施設の特徴は様々である。

在宅サービス

在宅サービスとして、ホームケア、ショートステイ、デイケア、ランチクラブ、配食サービス、移動サービス、相談助言等のサービス、介護関連機器の貸与および住宅改造に際してのサービス、アラームおよび緊急電話サービス等があげられる。入所サービスと同様に①地方公共団体が実施するサービス（①直営、②民間（営利・非営利）団体委託）と②民間団体が独自に実施するサービス、があり、在宅サービスについても、コミュニティケア法制定以降、民間団体委託が進められるようになった分野がある。

NHS 病院の外来では、医学的デイケアがおこなわれるほか、近年では在宅リハビリが重視され、地区レベルに理学療法士、作業療法士等を配置し、GP や地区看護婦と連携をとりながら、在宅リハビリを進める動きが活発となっている。

旧式の長期療養病棟の閉鎖に伴い、高齢者の病院の入院患者数および平均在院日数は減少傾向にあり、在宅に近い形でのサービスの需要が増大の原因となっている。

ナーシングホームや老人ホームと異なり、現在のところ在宅サービスを行う民間（営利・非営利）団体に関し法令に基づく登録制度はない。

ホームケア

ホームケア（日本のホームヘルプに相当。従事者の名称は、地域等により異なる）のサービスは、主に、①家事援助サービスと②身体介護サービスに大別される。

日中や夜間の付き添い、会話・励まし等による感情面のサポートも広義のホームケアのサービスに含まれるが、地方公共団体が行うサービスとしては、普及度は低く、一般的には、地方公共団体が行う24時間介護等の長時間ホームケアは、施設入退所の前後や緊急時の限定的なサービスと考えられている。

家事援助サービスとしては、例えば、①炊事、②掃除、③洗濯、④年金等の各種手続き代行、⑤買い物代行、等があげられ、身体介護サービスとしては、①起床・就寝の介助、②衣服着脱の介助、③食事介助、④洗顔・排泄・入浴の介助、⑤歩行等の介助、⑥一定の投薬介助（毎回の摂取する薬が個別包装されている場合や看護婦により小分けされている

場合等の一定の条件下での投薬介助に限られる) や一定のカテーテルのバック交換、等が挙げられる。

地方公共団体が実施するホームケアは、従来は家事援助サービスが中心であったが、近年在宅の要介護度の高い高齢者が増加したことから総じて身体介護サービスに重点を置く地方公共団体が増加する傾向にある。

民間非営利団体については、各種老人福祉団体をはじめ多数の団体がホームケアを実施しているが、民間非営利団体の特徴は、①家族介護を行っている者に対する休息（レスパイトケア）の専門のためのケアラーを派遣する団体、②住宅提供に付随してホームケアサービスを実施する団体等、多様性に富んでいる。

民間営利団体については、団体数、売上高ともに急激な伸びを見せたが、民間営利団体はほとんどが非上場企業のため、詳細な企業情報は公開されていない。民間営利団体は、多くは家政婦派遣会社といった形態をとっており、時間単位料金で利用者の要望に応じたホームケアを提供する会社が多い。民間営利団体の中には、看護婦等を在宅に派遣し専門的な医療サービスを提供する企業もある。

ショートステイ

レジデンシャルホームやナーシングホームの中には、介護者の休息や介護、リハビリ等のサービスの提供を目的として、ショートステイ（1泊2日から約6週間までの期間）用にベッドを確保している施設もある。ショートステイは、ベッドが空いていれば日単位や、週単位での自由な利用が可能である。

デイケア及びランチクラブ

音楽・絵画等の芸術活動・各種療法やレクリエーション活動、昼食、団欒等を提供する施設（デイセンター）におけるサービスをデイケア、昼食（準備時間中における団欒等の社交活動も含む）の提供のみを行うものをランチクラブという。

典型的な形態は、毎日、朝から夕方まで施設に集合し、午前午後各種レクリエーション活動等を行い（参加は自由）、昼食、お茶等を提供し、団欒を楽しむといった形態になっている。なお、デイセンターの中には、定期的に散髪、入浴、NHSの保健医療期間関係者の訪問治療、外出（買い物、遠足）等のサービスを行っているところもある。来所のために、送迎バスが提供される場合が多い。

配食サービス

在宅高齢者に食事の配達を行う形態のものやランチクラブ等施設に食事を配達する形態のものがある。配食サービスは、民間非営利団体の王立女性ボランティアが1943年にサービスを開始したことがはじまりと言われている。現在でも活動は、ボランティア約6万8000人により行われていて、年間1500万食（全国の配食サービスの約5割強を占める）の配食サービスを実施し、約30の地方公共団体と委託契約を結んでいる。その一方、とりわけ都市部ではさまざまな移民が多数居住しているため、そのニーズにあった複数の

食事メニューを提供することが求められているという背景があるため、地方公共団体委託により複数のメニューを低価格で提供する民間各種企業も表れている。

相談助言等のサービス

各種の医療相談助言、支援、情報提供（社会保障給付に関する手続きを含む）等に関する業務は、ソーシャルワーカーが、患者の居住する場所または地方公共団体の事務所で実施することが多い。一方、病院のソーシャルワーカーは、入退院患者に対するソーシャルワーク活動を行う。民間非営利団体としては、各地域レベルにある市民相談所が各種の社会保障給付やサービスの申請、法律問題等に関する幅広い相談助言活動を行っているほか、多くの老人福祉関連団体が多様なサービスを実施している。

アラーム及び緊急電話サービス

在宅の高齢者が緊急訪問サービスが受けられるよう、非常ボタン（ペンダント型などの携帯のもの、壁に設置してあるもの等）や電話回線により 24 時間監視体制のセンターに直結するサービスがある。

費用

地方公共団体が実施するサービスの費用

地方公共団体が実施するサービスに要する費用は、各地方公共団体により様々で、同じ地方公共団体でも直営か民間委託か、民間委託の場合には、委託契約の相手方や契約方法がどうか、等により費用が大幅に異なってくる。ただし、一般的には、民間営利団体と地方公共団体との契約によるサービスの価格は、交渉の結果安く設定される場合が多いため、民間営利団体の私的利用契約に基づく価格は、地方公共団体との契約単価より高く設定される場合が多い。（民間団体の価格設定は自由）

地方公共団体が実施するサービスの費用徴収

入所サービスについては、地方公共団体は、本人に対して、以下の国の費用徴収基準に基づき求めたい費用徴収額を請求することになっている。

- ① 本人および配偶者の資産が合計で 1 万ポンド未満の場合は、費用徴収しない。
- ② 本人および配偶者の資産が合計 1 万ポンドを越える場合は、超えた分の金額について 250 ポンドにつき 1 ポンドを乗じた金額とする。（ただし、資産が合計 1 万 6000 ポンド以上ある場合は、地方公共団体による入所は行わず、私的契約となる。なお、費用徴収される場合でも、新聞代等個人的消費充当分として個人支出手当てに相当する金額は手元に残される）

一方、地方公共団体が実施するデイケア等の在宅サービスについて、地方公共団体は費用徴収について大幅な裁量が認められている（例；①無料、②毎回定額を支払う（低所得者の減免制度あり）、③費用徴収基準（在宅サービスの所要費用、本人収入等を基に算定）

により費用徴収額を決定する、等) ため、地方公共団体による費用徴収の差が大きい。
なお、NHS により提供されるため保健医療サービスは、入院・在宅とも原則無料（各種の一部負担を除く）であることに留意する必要がある。

監査

入所施設については、定員 4 人以上の老人ホームは、地方公共団体の監査部門による監査が、ナーシングホームについては、保健当局による監査が行われ、監査が毎年最低 2 回実施される。監査の際は、施設・設備やサービスの内容、労働安全衛生の状況等が点検されると、地方公共団体は地方公共団体と施設との間のサービス提供契約に基づく適切なサービスが行われているかを点検する。

一方、在宅サービスについては、施設サービスのような法定監査制度はない。地方公共団体では、在宅サービスを委託している民間団体に対し委託契約に基づく在宅サービスが適切に行われているかを一応点検しているが、一部助成を行っている民間団体や独自に活動を行っている民間団体に対する点検は十分に行われているとはいえない。

財源

国民保険については、被用者本人及び雇用主が保険料を負担するが、被用者の所得によって保険料率は異なる。一定の基準を満たす職域年金及び個人年金に加入している者は、国の所得比例の付加年金への加入をのがれ、その分、保険料は免除される。自営業者の場合には、定額の保険料に加え、一定所得以上の者は所得比例で一定料率の保険料が徴収される。国民保険のために集められた保険料の一部は、国民保険サービス（NHS）などに回される。NHS については、国民保険からの拠出金以外は、原則ほとんどの資金が国庫負担によって賄われている。児童手当、単親給付、障害者介護手当金、所得補助などは全額国庫負担によって賄われている。14

3. 緩和医療システム

世界における緩和医療の広がり

1996年のセントクリストファーホスピスの調査によると以下のとおり、緩和医療を実施している地域は、世界各国に及んでいる。15

表6. 緩和ケアの緩和ケア施設数（15より引用）

	国	サービス数
ヨーロッパ	英国	726
	その他ヨーロッパ地域	585
アフリカ		61
アジア		75
北アメリカ	アメリカ合衆国	2504
	カナダ	580
ラテンアメリカ		15
オーストラリア	オーストラリア	160
	ニュージーランド	35
総計		4741

イギリスにおいては、1980年代からホスピスの増加と共に、サポートチームの急増が目立っている。英国はホスピス発祥の地であり、多くの患者がホスピスで亡くなっているような印象を抱くが、実際にホスピスで亡くなる方は20%前後であり、それ以外の病院やナーシングホームや自宅などで亡くなる方にたいしての緩和医療の普及と共に需要の急増に伴い、緩和チームが増加した経緯がある。

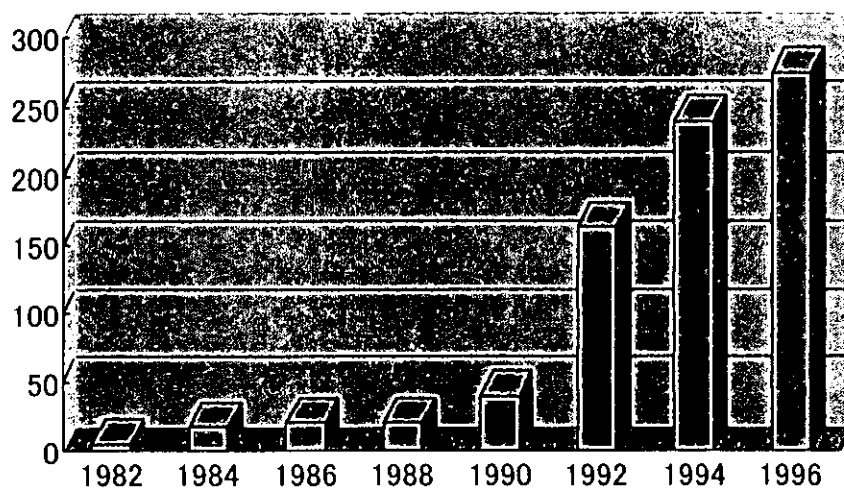


図7. 緩和ケアチーム増加の推移 16,17