

上記は、18HIS データによる緩和ケアチームもしくは緩和ケア看護チームをもつ英国内の病院の推移である。1990年代以降病院内の緩和医療チームは急増している。

その半面で、19,20 下記のグラフ (The Hospice Information Services.) のように英国には地域格差が大きいといった特色もなり、地域によって緩和医療ベッド数や緩和医療チームの数に大きな較差 (2倍以上) があるという現状も上げられる。

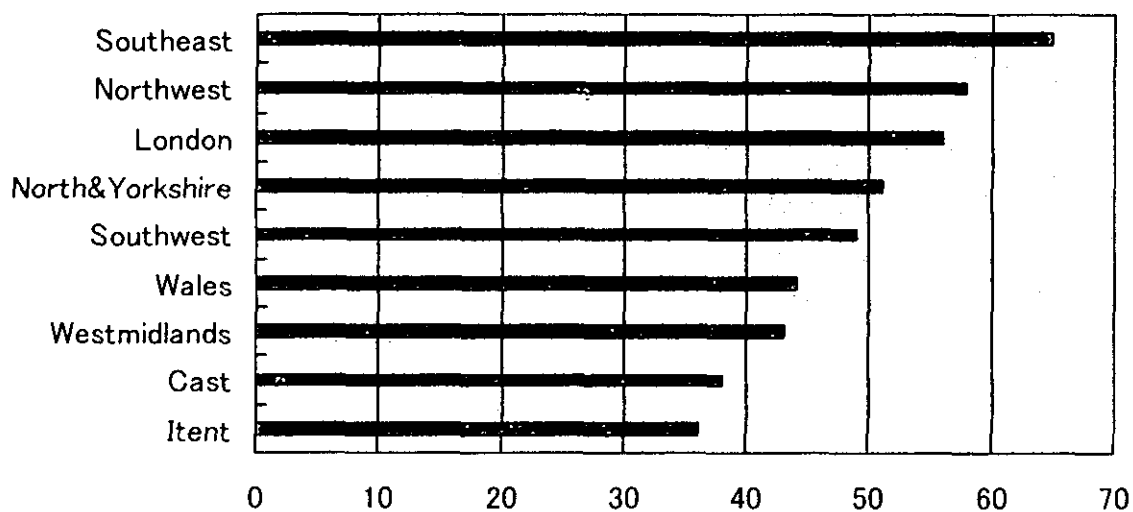


図 8. 緩和ケアチームの地域間格差(8,19,20 より引用)

要約

緩和ケアは、患者の全人的 QOL に焦点をあわせ、身体・心理・社会・スピリチュアリティ面を統合し、積極的治療の対象でなくなった患者に対して行われる全人的なケアのことである。²² その形態においては、チームアプローチによる共同したチームアプローチとしての取り組みが必要であり、在宅・ナーシングホーム・レジデンシャルケアホーム・病院・専門病棟において提供されるものである。患者および介護者のニーズを満たすべき緩和ケアの提供およびサポート期間は、患者の闘病生活の期間中から介護者が患者と別離する期間までの長期の間、取り組まれるべきである。その期間は、対応としての緩和ケアアプローチから治療としての専門的緩和ケアまで及ぶことになる。

緩和ケアアプローチや確かな知識と情報に裏づけられた優良な臨床ケアは、保健医療の一部を構成するものであり、それを必要とするすべての患者が利用できるものでなければならない。そのため、緩和ケアサービスは、NHS のみでなく、NHS 外の非営利民間部門の参加が重要である。患者ニーズに対応していくため、NHS と非 NHS 機関との統合化された共同サービスが考案されている。

定義

緩和ケア

緩和ケアは、患者の疾患が治療に反応しなくなった場合に、複数の専門職から成るチームアプローチにより、患者とその家族に対して積極的に行われる全人的なケアである。

緩和ケアサービス

地域社会及び入院施設の両場面における提供を包含する広い言葉である。サービスの主体は、NHS の場合も非営利民間団体の場合もある。複数の専門職による場合、単一の専門職の場合もあり、個人もしくはチームの場合もある。専門的緩和ケアサービスの定義に合致するサービスもあるし、そうでないものもある。すべての形態で、緩和ケアに関して広範囲の経験を有する専門職から成り、さらに緩和ケアに関する特別なトレーニングを終了した専門医を含んでいる。

緩和医療

進行性の疾患に患って余命が限られている患者に対して行われる医学的ケアであり、QOL が焦点となる。緩和医療には、患者の闘病期間中の家族のニーズを考慮することが含まれている。

専門的緩和ケアサービス

緩和ケアの核となる、専門性のあるサービスのことである。専門的緩和ケアサービスは、死が予知される人々の中でも極めて少数の人に必要とされるものであり、次のように提供される。

ホスピスおよびホスピスケア

特定の目的を持つ建物あるいは、サービスというよりも、ケアの哲学であり、したがって、幅広いどんな場面においても対応できるケアのプログラムと一連のスキルを含んでいて良い。近代のホスピス運動は、ホスピスの広範なネットワークの構築に向けて、公的にも商業的にもかなりの支援を受けており、研究に裏づけられた知見に基づいて実践されるようになってきている。

ターミナルケア

緩和ケアの重要な部分であり、普通は、患者の衰弱がはっきりした状態の時点から死亡までの数日間あるいは数週間あるいは数ヶ月にわたる患者へのケアのことである。ターミナルの患者は、進行性疾患を患い、治療の見込みがないか治療の適応がなく、予後がどうみても 12 ヶ月以内と予想される人々のことである。

緩和ケアの提供

マリーキュリー財団が、がん患者のニーズ調査を行って 40 年たち、ロンドンのセントクリストファーホスピスが創設されてから 30 年が経とうとしている。入院施設に始まったがんのケアのネットワークは、発展を遂げている。教育と研究だけでなく、複数の専門家によるチームを使う高品質のケアと全人的アプローチにも打ち込むこのモデルは、英国全土だけでなく多くの国々においても広がっている。高品質のケアを提供するホスピスのこのモデルは今や一般病院及び地域病院の入院病棟、病院のサポートチーム、デイホスピス、コミュニティ緩和ケア（マクミラン）チームやマリーキュリー看護婦など広範な場面での提供を促してきている。

患者総計

Hospice Information Service によって行われた調査¹⁸によると、英国では年間 10 万人あまりの患者（主にがんを罹患）が在宅で緩和ケアナースのケアを受けている。この数は、がんで死ぬ患者全体の 2 分の 1 を超える。そして、約 2 万 8 千人がホスピスで死んでいる（がんによる死亡数は年間 16 万人）。

表 7. 緩和ケア及びホスピスの病棟・ベッド数 8,19

入院患者病棟	病棟数	ベッド数
非営利民間団体により運営されるホスピス病棟	142	2196
NHS 管理の病棟	46	533
マリーキュリーがんケアセンター	11	290
スーライダー・ホームズ	9	163
		3182

(ホスピス病棟当たりのベッド数は、2~62 床)

具体的な施設、サービスの提供

ホームと病院サポートサービス

現在、在宅ケアチームは、約 385 チームあるが、その 3 分の 1 以上が、ホスピスの入院病棟に付属している。大半が、がん救済マクミラン財団による資金提供によりスタートしている。また、マクミラン看護婦 (200 名) とマクミラン医師 (91 名) を含むサポートチームを有する病院は 240 箇所である。

デイホスピス

現在、220 を越えるデイホスピスがあるが、その約 3 分の 2 が、ホスピスあるいは専門的緩和ケアユニットに付属している。これらのサービスは、がん救済マクミラン財団により大規模に援助されてきている。

マクミラン財団について

1979 年に設立され、それ以後ほとんど英国の緩和ケアはこの財団を通じて行われている。創立開始から 3 年間の看護婦あるいは医師の報酬を支援し、3 年経過したら政府の保健当局がそれ以降の資金的な負担を引き継ぐという形になっている。しかし、それ以降もこのチームは、「マクミランチーム」という名前で活動を続けている。後でケアを受けた家族が財団に寄付をすることが出来るからである。

在宅ケア

在宅ケアのモデルには 3 タイプが用意されている。

モデル 1

参加型 (セント・クリストファーズ・ホスピスなど)

地域の看護婦や医師がチームを組んでケアに当たるというもの。ナース 1 人当たり平均 15 名の患者を担当している 24 時間体制が一般的で、いつでも電話をかければナースの訪問を受ける事が出来る体制になっている。通常の場合は、看護婦、医師、ソーシャルワーカーがチームとなって活動している。

モデル 2

アドバイスサービス

実践的に動くと言うよりは、電話などでのアドバイスが主体となるもの。
教育的な側面が強く、担当症例も看護婦 1 人で多いときには 50~60 名を扱う。

モデル 3

包括モデル

現在あまり使われていないが、ホームケアチームがそのまま患者の主治医と担当看護婦になってサービスを提供するというもの。ナース 1 名当たり 4~6 名の患者を担当する。

具体的な活動

患者が紹介されると、チームは家庭訪問し、患者の評価を行う。毎朝チームカンファレンスが行われ、患者と家族にどのようなケアが出来るかを検討する。そしてかかりつけ GP と連絡を取り、チームの見解を伝える。その後チームと GP でその後のケアを検討する、というプロセスでケアは提供される。

NHS による緩和ケア

NHS 短期トラストあるいは地域トラストによって管理された専門的緩和ケアユニットは、46 箇所、全 533 床である。大半が現在も各種団体の寄付を通して運営経費の 20~30% を調達している。がん救済マクミラン財団の資金もかなりの部分がサポートされている。約 6000 名のマリーキュリー看護婦の経費は、NHS と非営利民間団体のマリーキュリーがん財団とで分担している。マリーキュリー看護婦は、介護者の負担を減らすために患者の自宅で丸一日、あるいは夜間シフトでケアを提供し、プライマリヘルスケアチームに利用されている。全ての臨床における実践は、緩和ケアアプローチの影響を受けるのが望ましい。Cancer Research Macmillan Fund による GP ファシリテータ・プロジェクトは、家庭医による緩和ケアの提供と理解の向上を目指している。

がん救済マクミラン財団は、緩和ケアの医師と看護婦の配備のために、最初の 3 年間の経費援助を行っており、1994 年の拠出額は、医師に対して 160 万ポンド、看護婦に対して 1100 万ポンドであった。現在 1200 名を超えるマクミラン看護婦のうち、約 3 分の 1 が資金援助されているわけである。同財団のこうした資金援助は、医師の訓練ポスト、教授のポスト、緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの講師、臨床専門ナースの対しても行われている。

緩和ケアの具体的な提供方法

患者が自宅、レジデンシャルケアホーム、ナーシングホーム、GP が診察を担当する地域病院 (community hospital) にいる場合。

緩和ケアサービスは、プライマリヘルスケアチームの責任の下で提供される。

ナーシングホームかレジデンシャルケアホームのスタッフは、デイホスピスに患者を紹介する事が出来る。また、必要な場合には、緩和ケアサービスにアドバイスを求める事が出来、その場合、原則 1 回限りのアドバイスが提供され、在宅緩和ケアサービスの関与が提案される。

患者が入院している場合

主治医は、緩和ケアのスペシャリストにすぐに連絡を取ることが出来、アドバイスを受けたたり、必要があれば引き続きその患者をケアする事も出来る。患者が自宅に戻るか、レジデンシャルケアホームやナーシングホームに入所した場合、緩和ケアサービスは、プライマリヘルスケアチームと各施設のスタッフによって提供される。この形態は、上記と同様、専門的緩和医療チームにアドバイスを請うことが出来る。ナーシングホーム及びレジデンシャルホームでの緩和ケアの質は、それらのスタッフが緩和ケアアプローチの訓練をどの程度受けているかによるところが大きい。

特別な場合

少数の患者の特別なニーズに対応するため専門的緩和ケアユニットによって緩和ケアが提供される。自宅、ナーシングホームまたはレジデンシャルケアホーム、一般病院または地域病院、専門センターなどから患者が送られてくる。

専門的緩和ケアサービス (Specialist palliative care service)

訓練を受けた専門職による高度な技能と、患者の数に対して高い比率のスタッフが必要である。患者へのサポートは、患者がどこにしようとも可能でなくてはならない。

特徴

複数の専門職が協力し合うチームアプローチにより、様々なスキルを用いて身体、心理、社会、スピリチュアルな全人的医療を行う。

チームアプローチのリーダーとなるべき存在の者は、少なくとも緩和ケアの訓練を受けて認定専門家である必要がある。患者や家族は、サポートを受けるだけでなくケア計画を管理する事にも参加する。

患者は、どこでケアを受けたいか、どこで最後を迎えたいかを意思表示するよう奨められる。介護者と家族は、離別後もサポートやケアを受ける事が出来、遺族のニーズは理解される。

患者がどこにいても、プライマリヘルスケアチーム、病院、在宅ケアサービスは協力して患者をケアする。ボランティアの援助は、認知され重視される。このサービスは、直接間接的に、学術的な公認の外部教育（施設外教育）という役割を有する。

ケアの基準は、提供される教育及び訓練に相応して設定される。品質保証プログラムは、まさしく実施されるべきもので、継続的に業務をレビューするのに用いられる。

配備

スタッフの最低限の基本的な要素として、卒後専門教育を受けてからさらに緩和ケアサービスの資格認定訓練を受け臨床経験を積んだスタッフがいないといけない。

その有資格者とスタッフ全体の比率は、しかるべき学術的な専門職団体との間で意見の一致を図った上で、遵守されなければならない。

以下に具体的に必要なスタッフを示す。

- ・本サービスの要件を満たす技能を提供する看護スタッフ 1 名。看護婦全員が少なくても緩和ケアの原理と実践について入門的な教育を受けている事。より上級職の看護婦は全員が、認定登録後の資格（修士以上のもの）を有するか、同等の経験およびそれに匹敵する処理能力を有するものでなければならない。
- ・緩和医療の認定資格を有する医師 1 名以上。その医師は、General Medical Council の専門医登録をしているかまたは登録資格を有して、主にその専門医療に従事していること。専門的緩和ケアユニットの入院患者、あるいは在宅ホスピス患者に対して、24 時間ベースの責任あるサービスが提供されている場合、通常の医療および看護のスタッフは 24 時間いつでも利用出来る体制にななければならない。

フルタイムあるいはパートタイムでもよいが、通常の体制として以下のスタッフがいることが必要とされている。

- ・患者・家族・介護者の心理社会的なニーズを満たすための訓練を特別に受けたスタッフ。
たとえば、ソーシャルワークやカウンセリング、家族療法、種々のサービスや資源の利用、それに死別ケアを行う。心理学者、精神科医、カウンセラー、福祉職員、家族療法士など。
- ・理学療法士
- ・作業療法士
- ・死別ケアの責任者で、死別ケアとサポートを提供する者 1 名。この立場の者は、死別ケアとサポートを担うための適切な訓練を受けたスタッフとボランティアを、管理コーディネートする。
- ・宗教（あるいはそれと同等）の聖職者としての訓練を受け、それになり得る者か、あるいは死期の迫った人とその介護者のケアを提供またはコーディネートした経験のある、スピリチュアルコーディネーター 1 名。スピリチュアルケアにおいては、患者の文化、信仰の有無に関わらず、すべての患者のスピリチュアルニーズへの対応が提供されなければならない。

さらに、緩和ケアユニット内あるいは、他の保険医療提供者との連携を通して、下記を利用可能でなければならない。

- ・他の文化に関する知識を有し、英語以外の言語が堪能なボランティアまたは専門職。
- ・栄養士

- ・薬剤師
- ・他の専門分野における臨床の専門的知識
- ・臨床検査設備、例えば X 線撮影、病理検査
- ・腫瘍学に基づくサービス及び放射線療法によるサービス
- ・ペインクリニック

患者が望むなら下記のサービスを利用できるようにするべきである

- ・創作活動（例えば音楽、演劇、アート）を推進するスタッフ。
- ・補完療法（マッサージ、アロマセラピー）の提供資格を有するスタッフ。

上記の様に、定義をしっかりと掲げ、具体的な達成基準を明確にすることによって緩和ケアの方向性を示している。8,16-22より引用

4. 法律的文化的背景・安楽死 23-33

生命倫理の分野では極めて保守的であるとされているイギリスにおいても、安楽死・尊厳死をめぐる議論が盛んに取り上げられるようになってきている。その背景には、医療技術の発達をもたらした延命治療・終末期医療のあり方に対する疑問や不安といった問題意識に加え、オランダにおける医師幫助による安楽死の実践、西欧諸国での安楽死議論の高まりなどの要因があげられる。イギリス国内でも、安楽死・尊厳死に関わる事例が表沙汰となり、世論の関心が高まり、医学界・国会・政府を含め、社会全体が具体的な対応を迫られてきている。

イギリスでは、いわゆる尊厳死については法制化までには至っていない。また現在のところ医師による安楽死が合法化される見込みは極めて低いものと考えられ、国民皆保険による医療制度あるいは歴史的に医師患者間の信頼関係の基盤に流れる医療パターンリズムの存在という視点を考慮すると、わが国の医療環境と共通する部分が多い。

包括的な流れを要約すると、判例、医療倫理委員会、議会、政府の見解は「安楽死を受け入れないが、疼痛治療・緩和医療を推進し、治療選択に関しては、患者本人の自己決定を尊重し、判断能力のない者に対しては、医の慣行に照らして、患者の最大の利益になるよう、治療を中止する場合には、一定の要件にしたがって判断する（医師の治療義務の限界論）」ということである。

自殺や慈悲殺に対して伝統的に厳格なイギリスではあるが、世界に先駆けて 1936 年に安楽死合法化法案が上院に提出されている。この法案は、現在のイギリス安楽死協会の前身で、その前年に設立された世界初の安楽死擁護団体であるイギリス安楽死立法化協会の支援によるものであった。法案は、全 9 か条、付則に安楽死許可申請の様式を添付したもので、要件を定め、適正に実施されることを計ろうという意図であったが、第二議会で退けられた。その後、安楽死合法化へ向けての表立った動きは、第 2 次世界大戦中のナチスによる安楽死政策の影響から一旦は中断するが、1969 年になって、再び上院に安楽死合法化法案が提案された。尊厳を伴う死か長引かされた苦痛や苦悩を伴う死か、そのいずれかをとるかの選択権を、個人の「合法的で人間的な権利」と認めるよう、全 10 か条の法案を提出した。この法案は実質審議がなされたが否決された。

一方、この間、安楽死・自殺幫助関連の事例が問題となった。

1957 年のアダムズ医師事件である。ジョン・ボドキン・アダムズ医師は、患者から報酬を得て多量モルヒネ等を注射し、死亡させたとして殺人罪で起訴された。実際は、報酬とされたものが必要経費に相当するものであったことが明らかになり、陪審は無罪の判決を出したが、デブリン判事の説示がその後の医療界への指針として参考となった。

その骨子は、殺人罪の認定は社会通念によるとして、医療関係者に特別な抗弁を認めるものではないとしながらも、正当な治療行為により多少の生命の短縮を副次的に導くことにつながったとしても、社会通念上は医師の行為が患者の死を引き起こしたとは言わない、

とする因果関係論に依拠したものであった。また、アーサー医師事件におけるファーガソン判事の説示では、重篤な障害をもつ新生児に、医師が救命救急措置を講じないで自然の成り行きで死亡させた場合には、当該医師が謀殺という行為を行ったということは出来ない、とした。これに対して、近親者など医師以外の者が積極的安楽死を行った場合には、限定責任能力を認めて軽減した上で有罪が限定されたものが見受けられる。

上記の様に 1990 年以前は、医師の裁量に対して内容に不透明さが目立ったといえる。

1992 年 8 月、ウィンチェスターのナイジェル・コックス医師が長年担当してきたリューマチ患者に患者の要望に基づいて塩化カリウムを注射し死亡させる事件が発覚した。オグナル判事は、陪審に対して医師には患者の苦痛除去を目的とするものであるなら、患者の死を早める副次的な作用をともなったとしても、あらゆる措置を講ずることが許されるが、主たる目的が患者の死を早める点にある場合は正当化されないとして、行為者の意図という主観的要素に重点を置いた説示を行った。コックス医師は有罪とされたが、実刑を科することは公益の要請するところとは思われないとして、拘禁刑 1 年、執行猶予 12 ヶ月を宣告した。本件は、イギリスにおいて医師が有罪とされた初めての安楽死事例となったが、General Medical Council は、コックス医師の免許を剥奪せず、従来通り病院に勤務することを認めた。この事件をきっかけに立法を含めて、適切な解決策を求める声が高まった。

トニーブランド事件貴族院決定

1993 年、尊厳死についても最高裁判所としての貴族院で注目すべき判断が下された。トニー（アンソニー）・ブランドは、17 歳の時、ヒルスプロウ球技場の惨劇とよばれる事故で重度の胸部挫傷を負い、低酸素症により 3 年半にわたっていわゆる遷延性植物状態にあった。大脳皮質は不可逆的な損傷を負ったが、脳幹機能は正常に機能しており、自発呼吸及び消化機能は維持していた。M チューブによる人工栄養法及び水分補給を受けていた。トニーの治療を担当していた NHS 信託エアロデル病院の医師らの一致した見解は、トニーは意識回復および状態改善の望みはなく、一切の治療行為は無意味であり、延命治療を打ち切るべきであるというものであった。この見解に、トニーの家族も同意していたが、前年のコックス医師事件のこともあり、エアロデル病院は「患者が尊厳をもって安息に死を迎えられるようにするための措置を除いて、人工呼吸、人工栄養法、及び水分補給を含むあらゆる人為的な生命維持治療及び医療的サポートを適法に中断することができる」旨の宣言判決をトニー本人を原告とした民事訴訟を高等裁判所に求めた。高等法院家事部、控訴院を経て、上院の 5 人の裁判官は全員一致で訴えを棄却した。

この問題は、わが国の最高裁にあたる貴族院に持ち込まれた。論点は多岐に渡るが、まとめると、①判断能力を持つ患者の場合、医師はその患者の選択に従う義務がある、②判断能力を有していないか意思表示が不可能な場合は、医師は患者の最善の利益に適した選択をしなくてはならない、③本件では、患者の回復見込みはなく、延命治療は患者の最善の利益に適うものではなく、したがって医師は治療継続する義務を負っていない、④治療

の打ち切りは、治療の不開始と同じく不作為であって、積極的に死を惹起する作為を行った場合とは区別される、⑤この場合には、医師は単に患者を死にゆくに任せたにすぎず、患者の死の原因は患者に内在している疾患に求められ、謀殺にはあたらない、ということになる。さらに、⑥人工栄養法及び水分補給は治療行為ないしは医療的ケアであると認定され、⑦本件同様に、患者の意思が不明であって最善の利益の認定が困難な事例については、本件と同じく裁判所に宣言判決を求める方式が望ましい、としている。

イギリスでは、患者の意思が不明な場合、医師には、患者の最善の利益にあたらぬと医師らが判断した治療方法を患者に施す義務はないとされている。したがって、治療行為であれば、医師らが患者の最善の利益にあたるか判断した治療方法以外の一切の行為は、患者の死の原因とはならないことになる。しかし、治療行為にあたるか否かは、元来、医療政策的考慮を加味して、技術的に決められる性質を有しており、患者の死が法的に誰の責任かという問題とは次元を異にするはずである。治療行為というカテゴリーに一括して分類されることで、このような法的考察が回避されている点に特徴がみられる。

裁判所は、何が患者の最善の利益に当たるかを判断するにあたっては、医療専門者による判断基準を重視しており、その判断過程に「生命の質 (QOL)」という概念を用いている点である。その後、トニーの延命措置は全て中止され、1993年3月3日、トニーは両親に看取られながら息を引き取った。

貴族院医療倫理特別委員会報告書

ブランド事件貴族院決定などの流れを背景に、上院の特別委員会が安楽死・尊厳死を含めた倫理的・法的・臨床医学的諸問題につき考察し、報告をまとめた。本報告書の骨子は、①患者の治療拒否権は、治療の性質及び理由の如何に関わらず、尊重されなければならない、②高等法院によってこれが覆される場合には、その理由が示されなければならない、③任意的安楽死を含めて、安楽死及び自殺幇助については、従来の法状態を維持すべきであるが、謀殺罪については、刑を見直し、同時に、新たに慈悲殺人という犯罪類型を設けるべきである、④緩和ケアでも患者の苦痛を除去出来ない例外的事例においては、死を早める副作用がある措置を含め、医師は苦痛除去のためにしかるべき医療実務に基づいてあらゆる措置を講じることが出来る、⑤同意能力のない患者のための医療上の決定を下す制度を整備すべきであり、治療の不開始・中断の決定においては、患者の生命の質を考慮しつつ、医療ケアチームおよび患者の家族や近親者などによって十分議論された上でなければならないが、その際に費用を含む医療資源に対する考慮を入れるべきではない、⑥判断の代理制度ではなく事前の意思表示制度を拡充すべきであるが、それは立法よりもむしろ医療関係諸機関によるガイドラインを共同制作すべきである、というものであった。

上院委員会の見解も政府の見解も、健常者の治療に対する同意の拒絶を個人の権利として認めているものであり、またそれはコモンロー上の権利でもある。問題となるのは、無能力者の場合である。ブランドの事例で紹介したが、判例は確立された医の慣行を考慮して、患者の最良の利益と照らし合わせるとして、治療の中止を認めている。

英国医学協会 (British Medical Association BMA) ガイドライン

イギリス最大医療団体である BMA は、1996 年「延命治療の不開始及び中止——方針決定のためのガイダンス」と題するガイドラインを発表した。構成は、序文に続いて 5 部から構成されている。

第 1 部では、医療の目的は患者の利益追求であり、延命治療がもはや患者の本当の利益に合致するものでない場合は、治療行為の正当性は失われ、延命治療は中止され得るが、その判断においては患者の「生活の質」を考慮することが不可避である。

第 2 部では、患者の治療拒否権と事前の意思表示の有効性が確認されるが、医師には、治療の有益性・患者の予後を考慮して、あらゆる治療要請に答える義務はないこと、良心に反する治療を義務付けられることはないこと、医療資源が限られている場合には、たとえ患者の利益に資する治療であっても請けられない場合があること、延命治療を望む事前の意思表示についても、患者の最善の利益を判断する際の資料とはされるが、必ずしも絶対的ではないことなども規定される。

第 3 部では、意思決定能力が失われ、有効な事前の意思表示も残していない患者からの延命治療の中止が、成人、幼児、および未成年者の場合についてそれぞれ規定されている。

治療の不開始、中断の判断は、基本的に担当医をはじめとする医療専門家を基準として行われ、近親者による代行判断は否定されている。

また、治療が、臨床医学上の目的を達成出来ず、あるいは患者の差し迫った死が不可避である場合には、積極的治療は利益に資するものとは考えられず、不開始、中止が許容されるが、その場合であっても基礎看護は継続されるべきことも規定されている。さらに延命治療の中止が患者の死に至ることの予見は、患者の生命を終結させる目的とは根本的に異なり、医師による自殺補助及び安楽死に強く反対する BMA の従来の姿勢に変わりのないことが述べられているなど、全体的に医療専門家の判断が尊重されている点が特徴的である。

重要な項目をピックアップすると、①少なくとも 6 ヶ月の間は、治療にあらゆる努力を尽くすこと、②PVS 診断後も、12 ヶ月は治療の中止はしないこと、③担当医以外の二人の他医師の診断を仰ぐこと、④医師は、患者自身の見解や価値観を知ることが出来たら、それを考慮するべき、⑤患者の直近の者の意見は重みを持つが、それだけで決定してはならない、⑥延命治療中止の決定は、診断や予見について患者をケアするチームの中に異議を唱えるものがいたら延期する、⑦患者の治療中止について良心的異議を唱える者は、他の部署に移ることが出来る、⑧延命治療が一定の要件のもとに中止されることが受け入れられるかは、裁判所が確認する、⑨人工栄養及び水分補給停止については、裁判所の判断を仰ぐこと、となっている。

NHS 危機とデビットへの治療継続 (生きる権利) 訴訟

BMA ガイドラインは、不安定な法的状態に置かれていた医師達に好意的に迎えられた

が、一部では医療主導による弱者の切捨てが生じているとの指摘がなされている。

1999年7月2日、ある家族が息子、デビットの治療継続を求めて起こしていた訴訟で、控訴院は、控訴棄却の決定を下した。重度の障害を持つデビットの治療について、担当医らは、延命治療を打ち切り、鎮痛剤による尊厳ある死を迎えさせるべきとの方針を決定したが、家族らはこの決定は家族の意思に反しており、また裁判所の判断を仰ぐことなく行われたとして、その違法性の確認を求めていたものであった。この「生きる権利」訴訟と称された問題の処理にあたって、裁判所は、司法審査という切れ味の鋭い刃物(blunt tool)で扱うには、微妙すぎる問題であるとの消極的な姿勢を示した。

一方、1999年11月に各種団体による22ヶ月に及ぶ調査の結果、NHSが高齢者に対して、差別的に治療を打ち切っている実態が明らかになったと報告された。問題は上院でも取り上げられ、既に60件以上が捜査当局によって調査された。

トニーブラント貴族院決定で、複数の法官貴族が延命治療打ち切りの可否については、個別に裁判所に宣言判決を求めるべきであると示したにも関わらず、このような手続きにしたがったのは、わずか20数件にしかすぎず、大多数の事例は、医師側の判断によって行われているものと考えられた。

限られた医療資源を前に、医師らは患者の選択を余儀なくされている現実が浮かび上がる。一人の患者の延命措置中止は、一台の空きベッドを意味するとして、医療サイドは医療経済上あるいは経営上、ある種の患者の治療継続に消極的になる事情が存在すると指摘されている。

新たな立法の動きと今後の展望

治療（安楽死防止）法案

1999年12月、議員提案として治療（安楽死防止）法案が下院に提出された。法案はわずか3条からなっており、実質的には、第1条がその内容を規定している。

「第1条：患者のケアに責任を負う者が、患者の治療または栄養・水分補給措置を開始せずもしくは中止することは、その目的が患者の死を早め、もしくは死を惹き起こすことであるときは、違法である」と規定されている。

本法案の実質的な目的は、生命の終結における医師の判断を牽制することにおかれていると考えられる。

BMAなどの医療サイドはこれに激しく反発した。医師の責任を民事上のものに限るという修正案や、訴追には法務総裁ないしは、公訴局長官の同意を必要とするなどの修正案が出された。

結局、最終的には審議未了のまま廃案となった。

今後の展望

1990年以降も継続的に任意的安楽死あるいは医師による自殺幫助の合法化を求める法案が議会に提出されているが、現在のところ、これらが成立する可能性は低いと考えられ

る。

しかし、自殺幇助事例も相次いでおり、謀殺罪の法定刑の軽減や慈悲殺人という犯罪類型の創設を含めて、引き続き立法上の展開が予想される。

さらに尊厳死についても、政府内でも事前の意思表示に関する法制度が検討されているとも伝えられている。

特に2000年10月2日、1998年人権法が施行され、欧州人権規約で保障された権利の侵害に対して、欧州人権裁判所ではなく、イギリスの裁判所に救済を訴えることが可能となり、いわゆる「死ぬ権利」や「生きる権利」をめぐる、裁判所の判断が求められる機会が増えると思われる。

5. 緩和医療教育³⁴

英国全土の 30 医科大学で緩和医療教育がなされている。大学によってばらつきがみられるが平均すると 20 時間程度の教育を施している。以前は、基礎教育過程で指導されていたが、専門教育に要求される内容が増加したため、現在は主に臨床教育の中で指導されている。かつては、「症状コントロール」や「ペインコントロール」の授業がメインであったが、最近では、感情面に焦点をあてた授業や、コミュニケーション技術を教えることに焦点が置かれつつある。

卒前教育では、「概念」を指導し、卒後教育では GP を対象に実践的な教育がなされている。具体的な例としてサウザンプトン大学での教育を挙げると、1 年時にコミュニケーションスキルや **breaking bad news** に関連する内容を領域横断的に教育し、3 年次設けられている 4 週間の高齢者医療教育の 1 週間を緩和医療 (**small group teaching**) に当てている。

4 年次には、「研究コース」が設けてあり最大 6 人の学生が研究プロジェクトを実施する事が出来るようになっている。5 年次では、選択的に緩和医療を最大 5 週間学ぶ事が出来る。この時期には、外科学や内科学など臨床各科の教育も始まっており、具体的な臨床現場における緩和医療の技術と知識が学べるようになっている。

教育担当者は多職種から構成され、緩和医療専門医 3 人、専門医訓練中の医師 3 人、緩和ケア専門看護婦、ソーシャルワーカー、OT,PT,チャプレンなどとなっていて、多面的な教育に配慮されている。

卒業して医師資格を取得した後は、研修期間中に緩和医療を教育するように計画されてはいないが、GP 教育期間には数時間～数週に及ぶ様々な緩和医療コースが用意されており、参加が義務付けられている。「GP 教育には GP が当たるべきであり、専門家が講義するよりも教育効果がある」と言う考えが現在は主流となっており、英国王立家庭医学会は様々な分野で GP ファシリテーター（教育育成者）の育成に乗りだしている。緩和医療教育の分野においても、マクミラン財団と協力して育成者養成に力を入れている。GP ファシリテーター中心に相互援助型の 7-8 人から構成されるワークショップを各地で開催し、GP を 1 週間程度ホスピスに招待する実践教育などもなされている。GP の間では、緩和ケアは小児科について 2 番目に人気のある卒後教育になっている。

「教育」という観点から、大学の緩和医療科が中心となって、各地域社会のがん医療や緩和医療に関わるニーズ調査を地元の行政官と共に行い、それまでの政策の有効性の検討や地域独自の有用で質の高い緩和ケアの仕組みの開発に力を入れている。大学は自らの持つ知識と技術を常に地域社会の発展のために提供し、一方緩和ケア病棟は実際に行われている情報を大学や行政に提供するという良好な関係基盤が形成されている。

6. まとめ

「緩和ケア先進国」「ホスピス発祥の地」ともてはやされる英国でも、がんで死亡する70%以上の人たちが自宅で死ぬことを希望しているが、実際にそれが可能であるのは27%程度に過ぎないのは意外であった。現在、政府・民間非営利団体を中心に、少しでも患者が希望すれば、在宅死が可能となるべく、地域の緩和ケア専門家と GP を中心としたプライマリヘルスケアチームの連携の強化が推進されている。

このことは、日本における今後の緩和医療のあり方を考えていく上で、大いに参考になると考えられた。つまり、緩和医療の普及に当たっては「ハード（施設）ではなく、いかにソフト（ケア提供者、ネットワーク）を充実させていくか」という視点を意識して議論が進められていかななくてはならない。英国においても、緩和医療施設の出来た地域で在宅死が減少してしまう、という面が見られはじめているという。施設に頼るばかりに、在宅死を希望してもそれが出来ない環境になってしまっているのである。

緩和ケア施設の増加ばかりを重点政策とするのではなく、在宅を広めていく為のホスピス・緩和ケア教育プログラムをいかに卒前教育や卒後教育に組み入れていくのかが、今後の日本での緩和医療普及政策の重要な論点になると思われた。

英国においては「GP の緩和ケアレベルを向上させる」ことが迅速な緩和医療普及には最も効率的であるとして、GP の教育に力を入れている点も参考となる。施設に入る事が出来ない在宅患者の中にも、信頼関係を築いた GP に最後を看取られることを希望される場合が多いし、GP もそうすることで患者を手放さなくてもすむという経済効率的な面もあり、教育制度が有効に機能している。日本でも、開業医に緩和医療教育を施し、その知識をつけることが医師の収入面でも有利であるような政策を作り上げることが出来れば緩和医療導入にはそれ程時間がかからないように思われた。

英国の安楽死の考え方においては、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まだ厳然と存在するという点で、宗教的背景の違いはあるものの、日本の今後の議論にも参考になる部分が多いように感じられた。

英国国民は「威厳をもった死」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、その実現のために積極的に声を上げている。また、目標達成後は同様に希望している者たちを支えるために慈善行為、寄付行為を当然のように行い、システムが機能し続けるように努力している。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滑であるのも重要な要素であると思われた。

7. 参考および引用文献

1. Census 2001, Office for National Statistics (<http://www.statistics.gov.uk/census2001>)
2. 医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書」イギリス医療関連データ集 1997年版～2001年版, 医療保険業務研究会、
3. Department of Health. The National Cancer Plan. (<http://www.doh.gov.uk/HPSSS>)
4. Office for National Statistics, Cancer Survival Trends 1999
5. National Service framework assessments. NHS Cancer Care in England and Wales December 2001.
6. Coleman, M et al. Cancer survival in England and Wales, 1991-1998. Health Statistics Quarterly 6:71-80. 2000
7. Coleman M et al. Cancer survival trends in England and Wales 1971-1995: deprivation and NHS region. London: HMSO, 1999.
8. 緩和医療研究会「全国ホスピス・専門的緩和ケアサービス協議会特別報告書」翻訳シリーズ 1～6」、2002
9. Higginson IJ, Aston P & Dolan S. Where do cancer patients die? Ten years trends in the place of death cancer patients in England. Palliative Medicine 1998;12:353-363.
10. 一圓 光彌「国民保健サービス」. 武川正吾・塩野谷祐一 編 「先進諸国の社会保障 1 イギリス」東京大学出版会 1999, pp229-262
11. 厚生省「イギリスにおける医療保険制度について」 厚生白書 平成 11 年版
12. 片桐 由喜「イギリス医療保障制度の現状と課題」、社会保障法、1994 年 5 月、日本社会保障法学会 pp.33-42
13. 大森 正博「イギリスの医療制度改革と「準市場 (Quasi-Market)」」、城西大学大学院研究年報 (13)、1997 年 3 月、城西大学大学院経済学研究科 pp19-42
14. 北村 彰「対人社会サービス(1) 高齢者」、武川正吾・塩野谷祐一 編 「先進諸国の社会保障 1 イギリス」東京大学出版会 1999, pp263-280
15. St Christopher's Hospice. Annual Abstract of Statistics 2002 Edition
16. Higginson, I. Needs Assessment Palliative & Terminal Care. Radcliff Medical Press. 1997
17. Higginson I. Palliative care: A review of past changes and future trends. Journal of Public Health Medicine 1993 ; 15(1):3~8
18. The Hospice Information Service. Hospice facts and figures. Fact sheets 7HIS, London, 1996
19. The Hospice Information Service. Hospice and Palliative Care Facts and figures 2001. St Christopher's Hospice. London, 2001
20. National council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, Palliative Care 2000: Commissioning through Partnership. 1999
21. National council for Hospice and Specialist Palliative Care Services and the Hospice Information Service

22. World Health Organisation, Technical Report Series 804, Geneva: World Health Organisation. 1990
23. 三木 妙子「イギリスの植物状態患者トニー・ブランド事件」『ジュリスト』1061:050-060
24. 日本安楽死協会編『安楽死とは何か——安楽死国際会議の記録』 三一書房, 209 p. 950
25. 西村秀二「第3章 医療の打ち切り—イギリスの場合」安楽死・尊厳死・末期医療 資料 生命倫理と法Ⅱ 信山社出版 1999
26. 阿南成一『安楽死』弘文堂, 185p. 980 三鷹 490
27. 五十嵐敦子「イギリスにおける変遷—安楽死と治療の中止」死をめぐる自己決定について 批評社 1997
28. 谷直之「イギリスにおける安楽死・尊厳死をめぐる現代的展開」産大法学 34 巻 3 号
29. 渡辺 保夫「安楽死と陪審裁判（上）」（ろーあんぐる・イギリス法幻視考）『法学セミナー』38-02(458):016-017
30. 甲斐克則「安楽死と刑法 医事刑法研究第1巻」成分堂
31. 甲斐克則 「安楽死・尊厳死に関する世界の動き」年報医事法学 11（1996）89-90
32. 町野朔・西村秀二、他編 「安楽死、尊厳死、末期医療」信山社
33. 星野一正 「緩和ケアをめぐる問題 イギリスの自発的安楽死法案草案」 時の法令 15
34. 加藤恒夫 英国における緩和医療の奇跡と現状 (<http://www.kato-namiki.or.jp>)

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

オーストラリアにおける終末期医療および尊厳死の実態

分担研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
研究協力者 松下年子 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野

研究要旨 オーストラリアの医療システムとその背景、緩和ケア・尊厳死の歴史および現状等について調査した。日本と同様に高い平均寿命と、近い将来迎えることになる高齢社会を背景に、オーストラリアは世界で最も短い在院日数を記録している。それを可能としたのが、オーストラリア独自の医療保障ないし医療制度であり、イギリス型の保険制度とアメリカのそれを上手に取り入れたオーストラリア独自の健康保険制度は、国民の医療に関わる基本的権利を連邦政府が保障する一方で、個人のニーズを満たすよう積極的に民間保険を導入している。また医療費削減を目指して推進された病院から地域・在宅医療への転換は徹底しており、今後日本が医療改革を進める上で、最も模倣しやすいモデルといえよう。緩和医療においても同様で、病院・ホスピス・在宅 3 拠点の強靱な連携をその特徴とした緩和ケアのシステム作りは、日本の三歩先を行くものであり参考にできる点が多い。さらに尊厳死に関しては、オーストラリアでは世界ではじめて積極的安楽死、中でも医師による自殺補助を認めた法律が準州にて可決している。

A. 研究目的

オーストラリアの医療システムとその背景、緩和ケア・尊厳死の歴史および現状等について把握し、日本との異同を明らかにすることで、わが国の今後の緩和医療制度構築にむけたモデルおよび示唆を得る。

B. 研究方法

政府発行の資料よりオーストラリアの人口・疾病統計等の基本データを、また国内外の著書および論文、さらにインターネットを通じて、オーストラリアの医療制度、緩和医療、安楽死に関する情報を得てまとめた。

C. 研究結果

人口・疾病統計

オーストラリアの人口は 19,66 万人、ここ 20 年間 65 歳以上の人口増加率は 66%である。全死亡者の 29%が悪性腫瘍で亡くなり、最も多いのが皮膚癌である。

緩和ケアの変遷と現在

現在、癌の診断のついた人の半数が、その癌を原因として死亡しており、オーストラリア全体の病院死と在宅死の割合は、癌患者の場合で、急性期病院が 60%、ホスピスが 20%、

ナーシングホームないし自宅が 20%であり、相対的に癌患者の方が病院で亡くなる人が多い。現在のホスピス平均病床数は 16 床と減少傾向にあり、平均在院日数も 8 日に短縮している。また大病院の大半が緩和ケアプログラムを備えている一方、ナーシングホームでは備わっていない場合が多く、今後の課題として、ナーシングホームにいかに関和ケアを導入するかということ、また在宅ケアへのシフトにあたりボランティアをはじめとする地域医療・ケアに携わる人、家族に対する緩和ケア教育の提供などがあげられる。

緩和ケアプログラムを推進するにあたり、地域・ホスピス・急性期病院 3 拠点の連携と緩和ケア専門家の育成は不可欠とされている。そのためのシステム作り、また casemix funding の対象になりづらい緩和ケア用の臨床区分の開発、緩和ケアコスト妥当性の調査等が進められている。

医学教育

緩和ケア専門医の資格は、普通の医師免許習得後、緩和ケア専門医トレーニングコースを終了した上で得られる。トレーニングは 3 年間フルタイムの研修で、パートタイムトレーニングも可能であるが、少なくともハーフ

タイムまでとされている。

「安楽死」に関する歴史

当代のオーストラリアにおいては、多文化社会で文化や宗教の多様性を受け入れる寛容さのためか、知的判断力のある不治の病の患者が、自分の価値観や信念に基づいて死の迎え方を自己決定して自発的安楽死を求めることを許容する考え方を支持するようになってきていた。1995年、ノーザン・テリトリー準州では、世界最初の積極的安楽死（そのなかでも「医師による患者の自発的安楽死ならびに自殺補助」）を認めた法律、「終末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act）」が可決されている。しかしその後、それを無効にするための「安楽死の法律の法案1996」が可決され、1997年、「終末期患者の権利法」は効果を失い、また、将来準州で「医師の補助による患者の自発的安楽死と自殺補助を容認する法律」を制定する権限を奪っている。

医療制度と医療保障

オーストラリアでは、公的病院を中心とした医療の無料サービスという原則のもとで、私的病院や公的病院の一部の患者には、「プライベート患者」として医師を指名でき、費用の一部を医療保険から償還されるという特別な選択が用意されている。病院での待ち時間や手術の待機時間の長さに対する不満、主治医の選択や個室の使用に対する希望など、より快適な医療サービスを求める患者には、民間保険を活用してその医療ニーズを満たせるようになっている。

オーストラリアの医療サービスの提供は、救急医療を除いてGPを基本とし、主にGPの紹介により専門医や急性期治療病院（acute care hospital）等に紹介される。開業医への支払いは出来高払いで、メディケアの範囲内以上の医療費を患者に請求することもできる。また公立病院は、医療のみならず保健分野と福祉分野を巻き込んだ3者の拠点、つまり保健医療福祉を統合した地域の拠点となっている。長期慢性疾患の入院治療はナーシングホームで提供されるが、メディケアの枠組みから外れて一般財源で賄われる。

D. 考察

緩和医療に関しては、オーストラリアが近年前面に推し進めているのが、病院、ホスピス、在宅という3拠点における緩和医療の連携であり、「縫い目のない」ケアの連続性である。それを可能にしているのは、在宅医療を

含むコミュニティ医療の強靭さであり、オーストラリアと日本国民の意識の違いはあるものの、今後の日本における在宅医療やコミュニティ医療の浸透が期待される。次に特徴的なこととして、世界トップを誇るオーストラリアの在院日数の短さが示すように、退院指導や外来医療のプログラムをはじめとするケア・マネジメントおよび評価システムが、効率と的確性において徹底していることがあげられ、これらは緩和医療において特に、3拠点の移動がスムーズに行われるための準備性として機能していると考えられる。他に、緩和ケア（ホスピス）プログラムが急性期病院や、在宅医療においても浸透していること、緩和ケア専門スタッフ育成のシステムが確立されているところなどは、今後日本が大いに取り入れたいところといえよう。

E. 結論

現状をふまえて今後の日本の緩和医療のあり方を考えると、圧倒的多数である一般病院で亡くなっていく入院患者に対し、緩和ケアが提供されるよう緩和ケア（ホスピス）プログラムを一般病院にも取り入れていくこと、そのためのスタッフ教育やスタッフ指導者の育成、体制作りを注ぐことが重要と思われる。尊厳死の問題は、ある意味で緩和ケアが十分提供される環境が整ってはじめて、真の討論ができるのではないかと考える。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

「オーストラリア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

H. 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。