

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

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）
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. オーストラリアの人口・疾病統計	113
2. オーストラリアにおける緩和ケアの変遷と現在	123
3. 医学教育	134
4. オーストラリアの「安楽死」に関する歴史	136
5. 医療制度と医療保障	140
6. まとめ	149
7. 参考文献	151

1. オーストラリアの人口・疾病統計

現在のオーストラリアの基本的健康関連情報を NIS (National Health Survey) 調査の結果よりまとめる。

人口

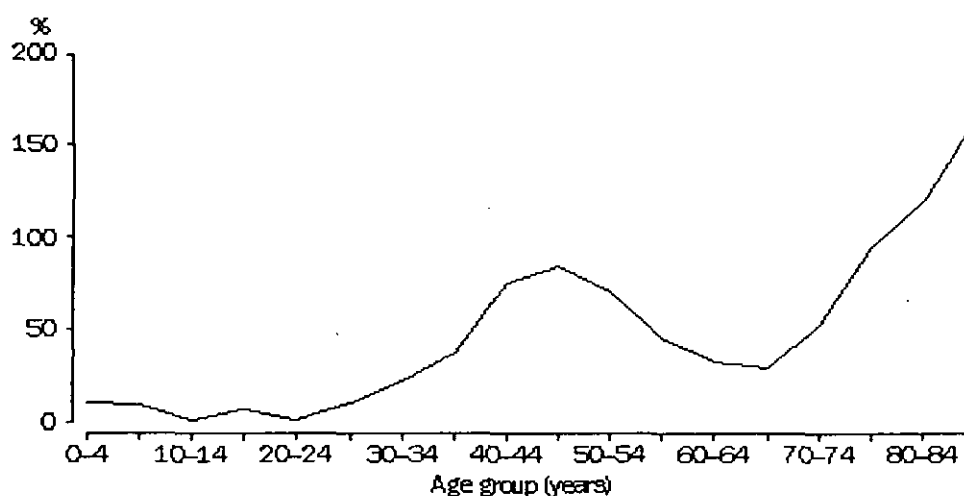
2002 年 6 月までの 12 か月間、オーストラリアの居住者数は 249,500 人増加し、計 19,662,800 人に達しようとしている。この間の成長率は過去 5 年間 (1996-2001 年) の平均年間成長率の 1.2% に比べて 1.3% を越え、2002 年までの 20 年間、人口は 4,478,500 人増えている (29%)。全州全準州で人口の増加がみられる中、クイーンズランド州のそれが最も高く (成長率 2.2%)、ビクトリア州と西オーストラリア州 (各 1.4%) がその後を次いでいる。

高齢化

オーストラリア人の年齢中央値は、過去 20 年で 1982 年の 6 月の 29.9 歳から 2002 年 6 月の 35.9 歳まで 6 歳高くなっており、低出産率による高齢化とともに平均余命が伸びている。全州全準州で最も年齢中央値が高いのは南オーストラリア州 (37.9 歳) で、タスマニア州が 2 番目 (37.7 歳)、タスマニア州は過去 20 年において最も大きな年齢中央値の成長率を示した (1982 年の 29.2 歳から 8.4 歳アップ)。

年齢構成

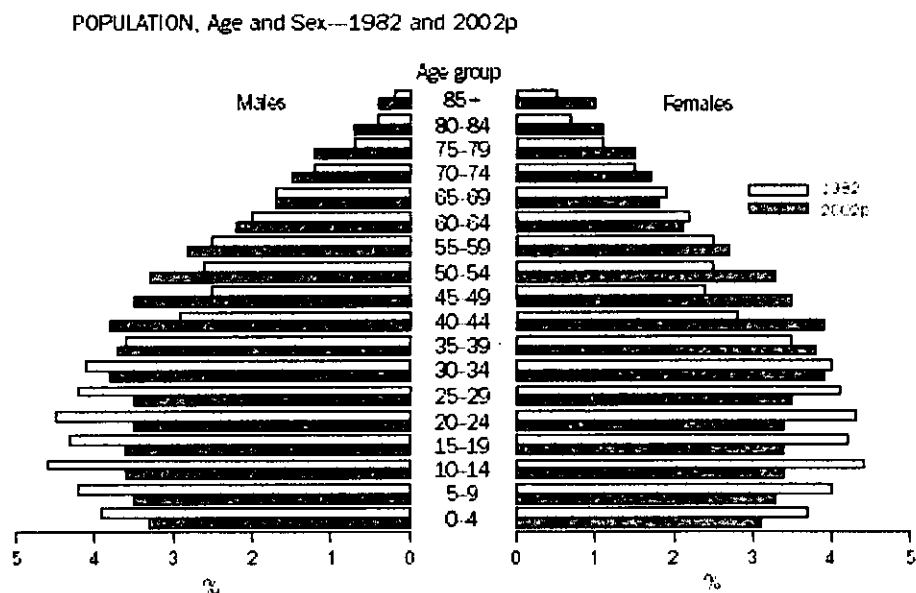
1982 年から子ども (0-14 歳) の数は緩やかに増加してきた (6%)。対照的に 15-64 歳の人口は 33% の増加率で、65 歳以上は 66% の増加率であった。この年齢による増加パターンの乖離は、全人口の年齢構成のシフトと高齢化を反映している。(グラフ 1)



グラフ 1 POPULATION CHANGE, Age group-1982 to 2002p

<子ども>

全人口に対する子ども(0-14歳)の割合は1982年の25%から2002年の20%まで減少、その反対に15-64歳の人口割合は同期間65%から67%に、65歳以上は10%から13%に増加している。(グラフ2)



グラフ2 POPULATION、Age and Sex—1982 and 2002

<成人>

年齢バランスとして、2002年6月までのその年に最も著明な人口増加が認められたのは85歳以上の高齢者で、この期間に265,200人から280,400人に増加している(成長率は5.7%)。この急速な高齢者の増加は、過去20年を通じての全人口の29%増加に対し、164%の増加に相当する。男女の平均余命の伸びはこの増加によるものである。より高い女性の平均余命を反映して、この年齢層では女子の数(192,600人)が男性(87,800人)の2倍以上になる。

国際間の比較

人口の高齢化は世界共通の現象といえる。イタリア、日本、ギリシャでは65歳以上の人口が既に0-14歳の子どもを超えている。これらの国の高齢化は低出産が続いた結果であり、比較的高い寿命とワンセットになっている。オーストラリアの65歳以上の人口は2020年までは0-14歳の子どもを超えないと予想されている。国連のプロジェクトによると、分析対象となった全ての国は2000年から2005年の間に子どもの人口が減少すると予想され、これらの国の大半は0-14歳の子ども人口の減少が15-64歳あるいは65歳以上の人口の増加と同時に起こると予想されている。ABSプロジェクト

ョンによるとオーストラリアでは子どもの減少が 1%以上になると予想され（2000 年の 20.7%から 2005 年の 19.3%）、一方 15-64 歳と 65 歳以上の人口はそれぞれ 1%（66.9%から 67.9%）と 0.5%（12.4%から 12.9%）上昇すると予想されている。イタリア、日本、ギリシャは 0-14 歳の減少とともに 15-64 歳の人口減少も迎えると予想されており、これらの国は 65 歳以上の著しい人口増加を迎えることになる。2000 年、オーストラリアの年齢構成はカナダやアメリカ合衆国に最も近い形であった。一般にヨーロッパや日本はオーストラリアに比べて子どもの人口が少なく高齢者が多い。反対にアジア諸国は子どもの数が多く高齢者が少なく、著しく高い出産率とオーストラリアよりも低い平均余命を反映していると考えられる。

3201.0 Population by Age and Sex, Australian States and Territories 2003¹⁾
より

死亡率

2001 年度時点において、オーストラリア人の死亡率は減少し続けている。訂正死亡率では 2000 年度より 5%、1981 年度より 36%減少している。2001 年度に登録された全死亡者数は 128,540 人であり、2000 年(128,290 人)に比べて数字字体およそ 250 人多いものの、過去 20 年以上、全州全準州において死亡率は低下し続けている。

平均余命

出生時の平均余命（平均寿命）は死亡率の減少を反映して伸び続けており、1999-2001 年に誕生した男児は 77.0 歳の平均余命、女児は 82.4 歳であった。1981 年以降平均余命は伸び続け、男性が 6 年、女性では 4 年寿命が伸びている。国際的にはオーストラリア人の男性平均余命は日本（78 歳）の次に位置し、スイス、香港、スウェーデン（それぞれ 77 歳）と並んでおり、ニュージーランド（76 歳）、英国（75 歳）、米国（74 歳）よりも長い。一方女性は、香港、スウェーデン（ともに 82 歳）に等しく日本（85 歳）、フランス、スペイン、スイス（それぞれ 83 歳）の次に位置し、カナダ、ギリシャ、ニュージーランド（いずれも 81 歳）がそのあとを次いでいる。国内で男性の平均余命が最も長いのがオーストラリア首都特別地区（78 歳）で、女性のそれはオーストラリア首都特別地区と西オーストラリア州（Western Australia）（ともに 83 歳）であった。一方最も短いのは北部準州で男性のそれが 72 歳、女性が 76 歳であった。

死亡率の多様性

乳児死亡率は 1000 人対 5.3 で、2000 年よりも 2%上昇、しかし 1981 年からみると 47%の減少になっている。2001 年の乳児死亡の 1/3 以上（39%）が生後 1 年以内の死亡である。なお全体の訂正死亡率は男性が女性よりも 58%高く、特に年齢別死亡率の 15-19 歳では男性の死亡率が女性の 3 倍以上を記録している。男女ともに結婚歴のない人は既婚者の約 2 倍の訂正死亡率を記録している。

先住民の死亡率

2001年には、減少している Aboriginal、Torres Strait Islander の中で、2100人の死亡が登録された。先住民全体では訂正死者数がオーストラリア全人口の平均と比べて、少なくとも2倍は高い。先住民の2001年の乳児死亡率（1000人に対し10.6人）は、オーストラリア全人口の乳児死亡率の2倍以上に昇る。なお先住民の死亡年齢中央値は54歳であり、全国の中央値（79歳）よりも24年若い。また平均余命も全国の平均と比べて20年は短く、男性が全国の77歳に比べて56歳、女性が全国の82歳に比べて63歳である。ニュージーランドおよび米国の先住民の平均余命はオーストラリア先住民の平均余命よりも長く、全人口との相違もオーストラリアほど大きくはない。1995-1997年のニュージーランドではMario人の平均余命が男性67歳で女性72歳であった。全人口の平均余命よりも男性が7年、女性が8年短い。1995-1998年の米国のアメリカンインディアンとアラスカ先住民は、平均余命が男性67歳、女性74歳で全人口のそれよりも男性は6年、女性が5年短い。

死亡原因

ここ10年間の2大死亡原因は虚血性心疾患と癌である。男女ともに最近の傾向として、癌が虚血性心疾患を凌ぐようになってきているが、これは虚血性心疾患の訂正死亡率が1981年から2001年にかけて男性で59%、女性で53%と長期的減少傾向にあるためである。同期間の悪性新生物の訂正死亡率は男性で13%、女性で6%の減少を示している。2001年、悪性新生物は最も大きな死亡原因で、全死亡者の29%にあたる36,800名が癌で死亡している。虚血性心疾患は2番目に多い死亡原因で全人口の20%にあたる26,299人が虚血性心疾患により死亡した。脳血管性障害（脳卒中）は全死亡者の9%で、慢性の呼吸機能障害が5%であった。

3302.0 Deaths, Australia 2002 ²⁾より

主要死因の傾向

2001年度、死亡登録者数は128,544名（男性66,835名、女性61,709名）で、2000年のデータ（128,291人）と比較するとわずか0.2%という増加であったが、1991年からみると7.9%の減少であった。訂正死亡率でいうと同期間で21%の減少（1991年では689.3、2001年で542.2）が認められ、いずれも平均余命の継続的向上に一致する結果であった。2001年度の基礎死因は、訂正死亡率とrelative proportionsでみる限り2000年度のそれと一致していた。しかしrelative proportionsを1991年から比べるといくつかの変化が認められている。2001年度において悪性新生物と虚血性心疾患はそれぞれ全死亡原因の29%と20%を説明しているが、1991年ではそれぞれ等しく26%で、トータルで52%を説明した。（表1）

表1 LEADING CAUSES OF DEATH

CAUSE OF DEATH	MALES	FEMALES	PERSONS	PROPORTION
	no.	no.	no.	OF TOTAL DEATHS %
All Causes	66,835	61,709	128,544	100.0
Malignant neoplasm (cancer) (C00-C97)	20,753	15,997	36,750	28.5
Ischaemic heart diseases (I20-I25)	13,906	12,328	26,234	20.4
Cerebrovascular diseases (stroke) (I60-I69)	4,852	7,294	12,146	9.4
Chronic lower respiratory disease (including asthma, emphysema and bronchitis) (J40-J47)	3,419	2,497	5,916	4.6
Accidents (V01-X59)	3,155	1,685	4,840	3.8
Diabetes mellitus (E10-E14)	1,639	1,439	3,078	2.4
Influenza and pneumonia (J10-J18)	1,184	1,518	2,702	2.1
Diseases of arteries, arterioles and capillaries (including atherosclerosis and aortic aneurysm) (I70-I79)	1,381	1,244	2,625	2.0
Heart failure (I50)	982	1,630	2,612	2.0
Intentional self harm (X60-X84)	1,935	519	2,454	1.9
All other causes	13,629	15,558	29,187	22.7

糖尿病と肺炎を除く全ての原因疾患において訂正死亡率は、1991年から2001年にかけて減少した。

外因 (External causes)

事故や毒物、暴力など外因による死亡は、2001年において7,876件であり全体の6.7%に相当した。1991年以降の外因による死亡を訂正死亡率で追うと14%の減少で、主な要因は交通事故による死亡の29%減少である。自殺者の訂正死亡率は全年齢で男性20.1、女性5.1であり、男性は2000年と比較して2.6%の増加、女性は不変であった。2001年に自殺で登録された人は2,454名で、2000年の実数よりも91人(3.9%)多い。この増加の大半は45-54歳に生じており、前年に比べて男性は20名、女性は39名多い。

薬物による死亡

薬物誘引死亡(アルコール、タバコ、揮発性溶解物は除く)とは、主な死亡原因が毒物や薬物の中毒によるエピソードや、依存症者が薬物使用によって引き起こされた死亡である場合を指す。2001年の全薬物誘引死亡は2000年に報告された数字より34%低い1,038件であった。

Aboriginal と Torres strait islander の死亡

先住民とそうでない人の死亡原因を比較すると複数の相違が認められる。両者の2大原因は同じであるが、先住民の虚血性心疾患による死亡は先住民以外の人を対象にした場合の21%に比べて18%、悪性新生物が原因による死亡は先住民以外の人を対象にした場合の29%に比べて16%であった。また外因は先住民の場合、そうでない人の6%に対して17%を占めていた。糖尿病は2%に対して7%であった。

複合的死因

複合的死因には死亡証明書で報告された全ての死亡原因と身体異常が含まれる(例えば基礎死因と関連死因)。外因による死亡は事故や中毒、暴力の結果生じたものであり、それらは落下事故や致命的外傷というようなイベントに従って分類される。外因による死亡の複合的死因には、死亡証明書に報告された他の死因とともに外傷か中毒かといった特性も含まれる。複合的死因の記録は近年になって利用されるようになってきたが、例えばその期待値と観測値の比を調べることによって、異なった死因間の関連の強さについて重要な情報が得られる。したがって複合的死因の分析は全ての状況において適切なわけではないが、基礎死因には挙げられづらい死因、つまり主要な死因に該当するものの合併症として現れやすい身体異常や疾患を含む、より完璧な死亡状況を提供し得る。オーストラリア人の高齢化が進むにつれて、これらの身体異常はより蔓延していくことが予想され、複合的死因の分析は今後ますます健康および人口学的研究において有効なツールになることであろう。

2001年、悪性新生物、虚血性心疾患、脳血管障害という主要な基礎死因は全死亡の58%を占め、それは同時に主要な複合的死因でもあり、全死亡者数の77%において基礎疾患あるいは関連要因として挙げられていた。複合的死因の第4位は全死亡の14%を占めたインフルエンザと肺炎で、それはまた基礎死因で7位に位置しており、全死の2.1%を占めていた。次の表は2001年に登録された複合的死因(基礎死因と関連死因)の上位10疾患である。それぞれの基礎死因としてのランクも記載されている。(表2)

表2 LEADING MULTIPLE CAUSES OF DEATH

CAUSE OF DEATH AND ICD CODE	MULTIPLE CAUSES UNDERLYING CAUSE				
	(a)..... no.	%	rank	%	Rank
Malignant neoplasms (C00-C97)	41,269	32.1	1	28.6	1
Ischaemic heart diseases (I20-I25)	37,761	29.4	2	20.4	2
Cerebrovascular diseases (I60-I69)	20,202	15.7	3	9.4	3
Influenza and pneumonia (J10-J18)	17,382	13.5	4	2.1	7
Heart failure (I50)	17,023	13.2	5	2.0	9
Chronic lower respiratory diseases (J40-J47)	13,508	10.5	6	4.6	4
Renal failure (N17-N19)	12,384	9.6	7	1.3	12
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T98) (b)	11,361	8.8	8
Diabetes mellitus (E10-E14)	10,325	8.0	9	2.4	6
Accidents (V01-X59)	7,248	5.6	10	3.8	5
Deaths from all causes	128,544	100.0	..	100.0	..

(a) Number of deaths and percentages may add to more than totals because a death certificate can report more than one leading multiple causes.

(b) Not coded as an underlying cause in accordance with ICD conventions.

2001年に登録された128,544件の死亡件数に対し364,472件の死因が報告され(15,827件の外傷も含む)、1死亡件数に対して平均2.8死因が認められた。全死の21%が単一の死亡因で登録され、1死亡に対する死因数は年齢、性別、基礎死因の種類によって異なっていた。外因による死亡は1死亡に対して外傷を含め4.3件の死因が報告され転落事故死で平均4.3死因であった。死因間の関連では、たとえば主要な基礎死因であり複合死因である悪性新生物は、報告された全ケースの39%では単独で報告され、他の主要疾患と平行して報告される割合は比較的低い。対照的に腎不全ではそれによる死亡数1,704件のうち、単独での報告は8.3%のみで多くは虚血性心疾患および心不全と一緒に報告されていた。

3303.0 Causes of Death, Australia 2002³⁾より

次に、2001年2月から11月にかけてAustralia Bureau of Statistics (ABS)により実施されたNational Health Survey (NHS)の結果まとめられた、国民の健康状態、ヘルスサービスの利用とそれ以外に人々が最近自分自身の健康のためにとった行動、健康関連のライフスタイルおよび健康リスク要因の中から、特にnational health priority area (NHPA)の一つである癌に関することと、健康関連行動の一つとして、個人健康保険への加入状況について述べる。これらのデータは、全ての州と準州、および全年齢層の約26900人が対象となっている。広範囲におよぶ健康問題に関する国民のベンチマーク(national benchmarks)が得られるよう、また健康問題の変化が経時的にモニターできるようにデザインされたものである。

Health status

<癌>

癌罹患者の調査について 2001 年度の NHS では、対象者に病院やナーシングホーム、回復者ホーム (convalescent home)、ホスピスの入所者を除いていることに注意を要する。癌患者におけるこれら対象者の除外は、他の疾患以上にデータ解釈に影響を及ぼすことが予想される。2001 年度の NHS 結果では、およそ 311,300 人(人口の 1.6%)が新生物の診断を受けており、そのうち 84%が悪性新生物であり 16%が良性あるいは確定されない新生物であった。癌で最も多いのは皮膚癌(悪性新生物の 36%)で、そのあとを消化器癌(11%)、乳癌(女性の悪性新生物罹患者の 26%)が次いだ。性特有の癌以外多くの場合は、男性の悪性新生物の罹患者率が女性のそれよりも高いが、罹患の年齢構成については男女間で相違が認められなかった。男女ともに皮膚癌の半数以上(53%)が 65 歳未満であり、女性では 45-54 歳の癌罹患者率が乳癌のそれに関連して高かったが、男女ともに最も癌の罹患人口が多いのは 65-74 歳と 75 歳以上であった(女性では 3%、男性で 8%の罹患者率)。

健康関連行動

<個人健康保険>

2001 年度の調査結果では 15 歳以上の人口の 51%が個人健康保険に加入していた。この中で 73%が病院および補助関係 (ancillary) の両方のカバーで、21%が病院のみ、6%が補助のみのカバーであった。カバーの水準とタイプは年齢層によって異なっており、全体的なカバーが最も高いのは 45-54 歳で最も低いのが 75 歳以上であった。しかし高齢者の場合は選択されたヘルスサービスについて無料あるいは有利な料金でアクセスできる government card を利用する人の割合がより高く、65 歳以上の人の 90%以上がこのようなカードでカバーされていた。

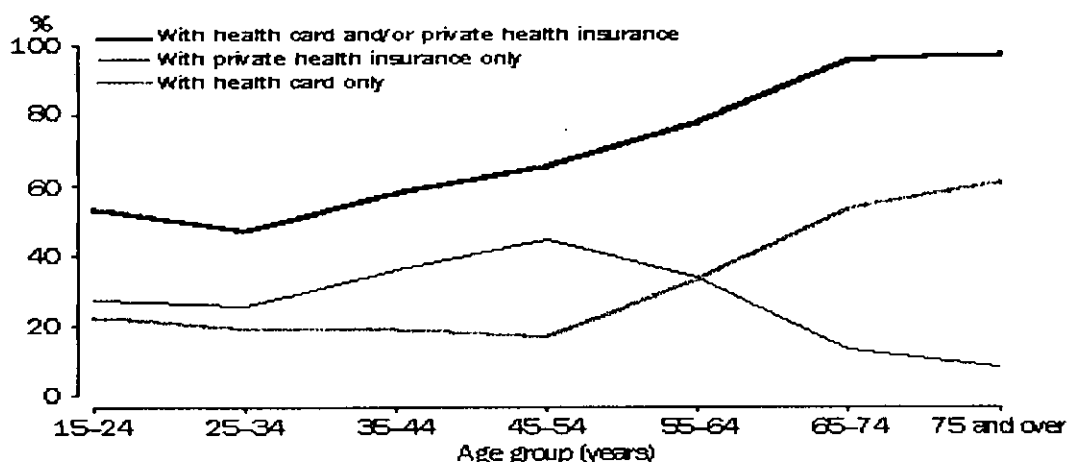
4364.0 National Health Survey-Summary of Results, Australia 2002⁴⁾より

個人健康保険加入について、2001 年度より以前のデータからその詳細をみると、1998 年 6 月において、38%のオーストラリア人が個人健康保険に、32%は病院のカバー(補足的カバーの有無に関わらず)で、30%が付加的カバー(病院のカバー有無に関わらず)に加入していた。個人健康保険の加入は 1980 年代中頃より一定に減少傾向にある。1988 年には 48%の国民が個人健康保険の病院カバーに、41%が補足的カバーに加入した。加入率は州、準州によって異なり、最も加入率の低いのがビクトリア (Victoria) 州とクイーンズランド (Queensland) 州で 35%、最も高い西オーストラリア (Western Australia) 州が 47%であった。病院カバーの加入が全域においてほぼ均一なのに対し、付加的カバーの加入率は病院カバーの有無に関わらず異なり、ビクトリア州の 22%から西オーストラリア州の 44%に至った。家族単位 (contributor unit) のタイプにより加入率は異なり、子どもの有無に関わらずカップルの加入率は高く、その中でも扶養する子どものいないカップルは 40%、いるカップルは 45%であった。最も低いのは単身者 (31%) で、扶養する子どもの

いない単身者は15%であった。また家族単位のタイプによって保険のタイプも異なり、扶養する子どものいるカップルは最も多く病院と付加的カバーの両方に加入しており(31%)、子どものいないカップルは27%であった。病院のカバーのみというタイプは子どものいないカップル(10%)に最も多く、付加的カバーのみというタイプは子どものいるカップルに多かった(7%)。

また個人健康保険の加入率は年齢、性別、収入といった人口学的社会経済的特性によっても異なり、15歳以上の男性の37%に対して、女性は39%が加入していた。性別による加入の相違は25-34歳と74歳以上で異なり、そこでは女性の加入がそれぞれ6-7%高かった。また年齢別では、一般に中年層で最も加入率が高く、45-54歳が49%、55-64歳が45%であり、対照的なのが25-34歳の28%であった。タイプごと(病院と付加的カバー)の割合は若い年齢層では似ており、両者が合体したカバーは45-54歳で最も多く、それ以上の年齢層では低下する。合体型はピークの45-54歳における34%から75歳以上の21%まで13%減少していた。対照的に病院のみの保険は年齢と共に増加し15-24歳の5%から65-74歳では15%に至っている。収入に関してはそれが高いほど加入率は高く、年収が20,000ドル未満の人の加入率20%から100,000ドル以上の76%まで至る。

個人健康保険に加入しない人の11%がその理由として、政府の健康 benefit あるいは entitlement card でカバーされていることをあげ、特に高齢者にとってそれが保険未加入を決断する際の決定要因であることが示唆された。15歳以上の全人口の34%が health card でカバーされているのに対し、そのうち22%は個人健康保険にも加入していた。個人健康保険の加入率は年齢が高くなるにつれて低下し、一方 health card の人は増加している。65歳以上ではわずか3%のみが health card あるいは個人保険でもカバーされていなかった。(グラフ3)



グラフ3 PROPORTION INSURED OR WITH HEALTH CARD(a)

(a) Issued by DVA (Department of Veteran's Affairs) or DfaCS (Department of Family and Community Services)

個人保険に加入する理由は、安全／防御／心の平安が 47%で、医師の選択が 25%、治療までの待ち時間を短くするが 23%、いつももっている／親が入っている／仕事の条件が 22%であった。一方、加入しない人の中で 66%はその理由として、保険料が高くて支払いができないことを挙げている。他には、必要がない／健康状態がよい（未加入者の 15%）、医療カバーが十分ではない(14%)、金額分の価値がない(13%)などであった。過去 2 年間でやめた人の理由は、高額で支払えないが 69%で、次に金額に見合う価値がない(22%)であった。過去 12 か月の間に入院した 15 歳以上の個人保険加入者の中で、71%が最近入院した病院が民間病院であったと、13%が公立病院の個人患者として入院したと報告している。公立病院の Medicare の患者であった 15%は、そのうちの 43%が病院や個人入院 (private type) を選べない立場であったことから、25%が料金の安いことから public patient として入院したと報告している。

4335.0 Health Insurance Survey, Analysis 1999 ⁵⁾より

2. オーストラリアにおける緩和ケアの変遷と現在

ホスピス、緩和ケアとはもともと英国で生まれ、最初にそれを取り入れたのはカナダであり、次にオーストラリア、ニュージーランドというように、主に英連邦国を中心に広がった。最終的には

米国にも伝わり、1980年代にはヨーロッパ各地に広まった。1930年代よりオーストラリアでは、公立病院において宗教的な規範に基づくホスピスケアが提供されていたが、1960年代に英国で現代版ホスピス（modern hospice）と緩和ケア運動が生じると、症状コントロールや病気や死という体験そのものに焦点をあてたその運動が、1980年代にはオーストラリア全土でも受け入れられ、それに伴って終末期患者やそれを介護する者は、その代行を病院のケアに求めるようになった。そもそもオーストラリアでは、全ての事項についてオープンな情報をもって支援すること、全スタッフによる正直でオープンなコミュニケーションがあって初めて医療が成り立つという考えが浸透しており、その背景にある前提は、「人は皆、死について準備したい」と思っているという認識である。

現在オーストラリアでは、癌と診断がついた人の半数が、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%である。癌患者と非癌患者を併せた全体では、病院が50%、ホスピスが10%、ナーシングホームが25%、自宅が15%であり、相対的に癌患者の場合に、病院で亡くなる人が多い。かつてのホスピスは、長期入院を想定した施設であり、それに相当する規模の施設が建設されていた。その後40-50床数のホスピスが出来て、現在の平均病床数は16床とさらに減少、平均在院日数も8日に短縮した。その理由としてホスピスの利用目的が、休息として入所する、死に至る最終段階で、あるいはいよいよ家庭で看ることができなくなった時に入所する、というように変化してきたことによる。

現在、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い。したがって今後の課題は、ナーシングホームにいかに関与を導き、必然的に、施設ケアから在宅ケアへのシフトが求められるようになる。在宅ケアはボランティアや家族の力を借りなければ成り立たず、そこで、地域医療やケアに携わる人、家族や友人に対する緩和ケア教育の提供も、今後の課題の一つといえよう。なお、以下にオーストラリアの医療制度の変遷に伴って、緩和ケアの位置づけがどのように発展してきたかを述べる。

1980年代初頭に連邦政府のもと行われたヘルスケア・病院サービス財政改革では、ヘルスケア政策の新しい方向付けとともに、有床施設におけるサービス、在宅ケアとその支援サービス、さらに自立度の低い人のための居住施設ケアサービスそれぞれに対する資金改革の要綱が示された。1984年2月ヘルス財政改革の第一段階として連邦政府は、法的枠組みの中で国民全員に基本的な医療サービス（公立病院のサービス）を提供するために

メディケアを導入した。これはまた、急性期治療病院の入院期間短縮を意図したのもであった。35 日を超過した入院患者に対する費用支払いの削減、民間病院の長期入院患者に対する資金援助の撤退、また州によるコミュニティヘルスサービスに対する連邦政府の資金援助を通じて、入院期間の短縮がすすめられた。

1988 年、連邦政府は casemix development unit を設立し、入院患者に対する医療サービスの臨床的区分をはかった。これは、ヘルスケア改革の目的である人口対ベッド数を国際レベルに引き下げること、人口増加地域に病院を再分配すること、医療費の更なる削減を達成するための方策であったが、casemix を通じてなされたナショナルリサーチやプログラム開発は、結局、臨床分類の DRG' s (Diagnostic Related Groups) オーストラリア版を生むこととなった。1992 年に導入されたこのシステムは、診断カテゴリーを使用し、かつ急性期治療用にデザインされているために、現在、亜急性期サービスとしてまとめられている緩和ケアや高齢者ケア、リハビリテーション、精神科疾患など、比較的長期入院と多領域のケアが求められる疾患患者のニーズを測るには、不適切な指標といえる。そこで casemix では、長期入院患者を例外扱いし、メディケアはそのようなケースをナーシングホームの適格者に分類するようになった。このような動きは結局、病院が緩和ケアや長期滞在者に対するケアにおいて、質の高いサービスを提供しようとする姿勢を妨害する結果となり、1992 年、オーストラリアホスピス緩和ケア協会 (Australian Association for Hospice and Palliative Care) は、緩和ケアに関する casemix の分類基盤として DRG' s を用いることを拒否している。

1984 年に発表されたとおり、改革の第 2 段階は、虚弱高齢者や障害者に対するヘルスサービス、居住サービス、在宅支援サービスなどに関することである。Commonwealth Home and Community Care Act (1985) において導入された HACC (Home and Community Care) は、以下の政策に則って草案された。

- ・ 施設ケアとコミュニティケアのバランス修正 (そのアンバランスは施設ケアへの早期入所や不必要な入所を許している)。
- ・ 虚弱高齢者や若い障害者が利用可能なケア選択肢の拡大。
- ・ コミュニティケアの新しい方向づけと統合をすすめること。
- ・ サービス提供に先立って個々人のアセスメントを確実にすること。
- ・ コミュニティケアのための資源を至急増加すること。

当初連邦政府と州は、172.1 百万豪ドルの基本資金を分担して HACC を導入、9 項目に絞られた在宅ケアサービスは全州にわたって急速に拡大していった。HACC の資金は 1988 年から 1989 年で計 355.7 百万豪ドルと、当初の倍に増額されている。これらのサービスは、在宅看護、ホームヘルプ、食事宅配、ランドリーサービスなどで、虚弱高齢者や若い障害者の身体的、精神的、日常的、社会的ニーズを満たすべくデザインされた基本的なメンテナンスサービスである。したがって HACC では、援助対象から施設や補助器具の提供といった関連支援サービスは明確に除外し、リハビリテーションサービスや特別の障害者サービス、急性期以降のケアや緩和ケアについてはプログラムの範囲を限定している。さら

に連邦政府は、急性期以降のケアと緩和ケアがヘルスケアシステム成否の鍵を握っていると考え、州政府が公立・民間病院の亜急性期患の入院期間短縮化を至急にすすめることを望んだ。

こうして、HACC プログラム導入後、連邦政府は大掛かりな、高齢者・障害者用の居住施設ケアサービスの再構築に取り組んだ。その戦略は、当時高齢者と障害者のわずか 9% にしか提供されていなかった居住施設ケアサービスを、23%に至るよう国の資金投資先を再指揮することであった。一方、1985 年までの数十年間に、ナーシングホーム建設に巨額な資金が供給され、その結果は 75,281 床のベッドとそのための維持費が 940 百万豪ドルまでに及んでいた。そこで改革プログラムでは、ナーシングホームを「臨床的ケアを伴う施設サービス」から、「対象のニーズアセスメントを経て入所が統制される、自立度の低い人に援助的環境を提供する場所」と再定義し、入所者の依存度を 5 レベルに区分(RCI; Resident Classification Instrument)、それに準じて必要看護量とケアに対する援助資金を決定した。その結果ナーシングホーム入所者の自立レベルが急速に低下し、それとともに入所期間も短縮、1994 年から 1995 年の退所者では 60%が死亡によるものだった。また自立度による資金決定 (The dependency funding formulae) には、以下の方策も含まれている。

- ・ 入所に対する適格条件の査定から居住施設ケアの査定までが、国の基準に照らし合わせて強制的に行われること。
- ・ 政府がケアの質を保証するためにモニターするアウトカム標準を導入すること。
- ・ 居住者の分類やスタッフ分配率に関して、その妥当性を確立すること。
- ・ 資源を再分配し、ナーシングホームとホステルサービスの比率を調整すること。

ところで、以上 RCI や連邦政府のケアアウトカムスタンダードでは、入所者に終末期医療を提供する上でのナーシングホームの役割について明確な説明をしていない。また実際に、ナーシングホームに効率の良い緩和ケアを提供する余裕はなかった。

1989 年、連邦政府は Aged Care Reform Strategy に対する中期的レビューを行い、依存度が高く施設入所を必要とする人に、ホステルレベルのケア・パッケージを導入することで、在宅／施設ケアの比率の修正を目指した。CACPs (Community Aged Care Packages) は最初、70 歳以上の人口 1000 人に対するホステルの 2.5 件分のケア代行をはたすものとして設定されていた。つまり当初国が目標とした指標は、ナーシングホーム 40 件、ホステル 57.5 件、CACPs が 2.5 件であった。その後政府は、国民の要望に答えてさらにその割合を修正し、1994 年には 40 対 50 対 10 とした。

1980 年代、ヘルスケアと財政、病院サービス、在宅ケアとそのサポート計画、自立度の低い人のための居住施設ケア計画、といった政策が進められる中で、連邦政府は、Medicare Incentives Package (MIP) の導入に至る。MIP 資金は、1988 年のメディケア同意で連邦から州に渡されるようになったもので、よりコスト削減につながる医療方法を見つけてこれを公認の医療実践として確立することを目的とした。また 1993 年以降は、急性期以降のケアと緩和ケア提供のための MPI 資金についても是認されたが、MIP 緩和ケア資

金特有のその目的は、在院日数を短縮するために地域で緩和ケアを提供することであった。さらにそれとは別に Commonwealth Palliative Care Program も設定され、これら両資金は各州に分配されて、コミュニティベースのケアが強調されながらも、公立、民間セクターで緩和ケアが浸透するためのインフラ整備およびネットワークの統合に使用され、各州がそれぞれ独自の形で緩和ケアサービスを展開していった。

医療経済政策において緩和ケアが緊急に進められたことは、オーストラリアのヘルスケアシステムの中でそれが関連する問題を浮き彫りにしていった。1980年代初頭から連邦政府レベルの保健医療システムに関する政策は、急速な医療技術の進歩の一方で、医療提供の場を施設から在宅ベースのケアへと移行させようとするものであった。1990年代に継続された緩和ケアのための連邦政府による資金援助は、コミュニティベースの緩和ケアが発展する結果、在院日数を短縮することを目的とした。ビクトリア州にて実施された調査によると、緩和ケアのほとんどが（急性期治療）病院でなされているという国際的動向に対し、オーストラリアでは、1995年、地域で支えられていた終末期患者の半数が自宅で死亡し、その数は1988年のMCP資金導入により確実に上昇していると報告された。1996年では40%が病院で死亡し、10%がホスピスサービスの中で死亡、1994年度に行われた同ビクトリア州の調査では、急性期病院のベッドの4.5%が終末期の入院患者の治療やケアのために使用されたという。一方、連邦政府や州政府の緩和ケアのための資金調整がされる中、両者の間で厳しい葛藤が生まれている。連邦政府が州に対して Commonwealth specific-purpose payment を支払うのは、在宅、ホスピス、病院という3か所のケアの連続性を推し進めようとする目的がある。それに反し、毎年どれだけの人々が緩和ケアを必要としているかについて連邦政府は知らされていない。さらにそれとは別に、メディケア同意では、連邦政府が全入院ベッドに対して20分の1をカバーする資金提供、州政府はコミュニティと入院患者へのサービスを提供することとなっているが、これら3つの分断した資金資源は、緩和ケア対象者の継続的なケアを推し進める有効な手段となっていない。

1993年、ビクトリア州の病院に casemix funding が導入され、1994年には南オーストラリア州で、他の州でも計画的に病院資金に casemix funding principle が導入されたが、これらは病院や他の医療サービス資金の基本的な改革を促した。またそれは、casemix funding が基盤とする DRGs が不可欠であること、しかしその DRGs は、病気が複雑になると適応できず、結局は医療費の評価として平均日数を使用せざるを得ないことを明らかにした。ビクトリア州では、緩和ケアやリハビリテーションの入院患者が casemix funding の対象から除外され、そのかわりに interim per diem funding arrangement が導入された。現在、亜急性期ケアとされている緩和ケアやリハビリテーションのための臨床区分システムを開発すべくパイロットスタディが進められ、連邦政府 Health and Family Service 部門の SNAP (National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Project) 設立につながっている。SNAP プロジェクトは、ニューサウスウェールズを先導地域として1995年12月に始まり、1996年後半には全国レベルのデータが収集されている。このプロ

プロジェクトの目的は、Sub-Acute and Non-Acute 期患者入院サービスの casemix funding 開発に寄与することであり、SNAP とこれに類似したビクトリア州 Health and Community Service 部門では、1995-1996 年に Casemix Classification system 開発の弱点と緩和ケアのコストの妥当性を調査している⁷⁾。

次に、現在オーストラリアで規定されている緩和ケアの水準について述べる。

現在オーストラリアにおける緩和ケアの場は、community setting、designated palliative care beds in hospices、acute hospitalsの3種があり、designated palliative care beds in hospicesについては、人口10万人に対して年間295人の患者が平均7病床日の緩和ケア病床を必要とし、85%の居住地区レベルにて、最低6.7のdesignated palliative care bedsが求められているという。最近のデータによると、癌患者と非癌患者の年間死亡数は共に人口100,000人に対して187人と見積もられているが、まず癌患者については、その90%がアセスメントされること、70%が相談業務レベルのケアを受けること、20%が直接的なケアを享受すること、次に非癌患者では、その50%がアセスメントを依頼できること、30%が相談業務レベルのケアを受けること、10%が直接的なケアを受けることが求められている (表 3)。

表3 CURRENT AND EXPECTED DEATHS PER 100,000 POPULATION AND REFERRALS TO PALLIATIVE CARE SERVICES ANNUALLY

Table 3: Current and expected deaths per 100,000 population and referrals to palliative care services annually

Diagnosis Group	Actual Deaths	Current referrals per 100,000	Recommended referrals for assessment per 100,000	Ongoing consultancy per 100,000	Direct Care per 100,000
Cancer	187	94-168 (50-90%)	168 (90%)	131 (70%)	37 (20%)
Non-Cancer	187	17-30 (9-16%)	94 (50%)	56 (30%)	19 (10%)
TOTAL	374	111-198	262	187	56

さらに、各専門家の役割については、以下のようにまとめられている。

Medical

緩和ケアの質は、緩和ケア専門医 (Specialist palliative care medical practitioners)

にどれだけアクセスできるかによって決まってくる。継続的に専門性を発展させ、将来期待に答えられるような臨床サービスが提供されるには、高度の訓練を受けた人々がより多く活躍しなければならない。Specialist palliative care medical practitioners は、general practitioner の、また他の専門医（例えば内科医、外科医）のコンサルタントに応じること、学際的チームの他メンバーに対してサポートとスーパービジョンを提供し、緩和ケアの質を高めるために教育と研究に寄与することを努めとする。なお、緩和ケアのために必要とされる各医師の必要人数は表4のとおりである。

表4 MEDICAL STAFFING LEVELS FOR PALLIATIVE CARE SERVICES PER 100,000 POPULATION

Table 2: Medical staffing levels for palliative care services per 100,000 population

Positions	Community-based service*	Acute hospital consultative service**	Palliative care designated beds***	Comments
MEDICAL Palliative care specialist	←	1.5	→	Specialist and registrar positions have both community and inpatient responsibilities.
Registrar	←	1.0	→	
Resident medical officer	-	-	0.25	Resident positions attached to designated palliative care beds only.
Liaison psychiatry	←	0.25	→	It is expected that between 30 - 50% of referrals will have a diagnosable mental illness.

* EFT per 100,000 population

** EFT per 125 beds

*** EFT per 6.7 beds (within acute hospital, hospice etc)

Nursing

緩和ケアナーススペシャリスト (Specialist palliative care nurse) は、緩和ケアの対象患者へ直接的なケアとコンサルタントサービスの両方を提供し、患者にとってインフォーマルで専門的なケア提供者になる。緩和ケアサービススペシャリスト (Specialist palliative care service) の臨床看護相談者 (clinical nurse consultant) は、地域の generalist (generalist community) と急性期ケアナース (acute care nurse) にコンサルタント的なサポートを提供し、複雑なニーズをもった患者には直接的なケアを提供、看護および他の学部生と大学院生の指導に寄与する。全部門にいる正看護師 (registered

nurse) の多くが、緩和ケアの卒後教育を受けるべきであろう。緩和ケアのために必要とされる各ナースの必要人数は表5のとおりである。

表5 NURSING STAFFING LEVELS FOR PALLIATIVE CARE SERVICES PER 100,000 POPULATION

Table 3: Nursing staffing levels for palliative care services per 100,000 population

Positions	Community-based service*	Acute hospital consultative service**	Palliative care designated beds***	Comments
NURSING Clinical Nurse Consultants (CNC)	1.0 plus 2 Clinical Nurses	0.75		Community and acute care consultation teams require CNC level nurses to act independently, provide consultation to primary carers (nursing and medical), and to coordinate, monitor and review patient care. Clinical Nurses are senior palliative care nurses who work under the direction of the CNC.
Registered and enrolled nurses			6.5 hours per patient per day	Designated palliative care beds require a mix of direct care. This care will include CNC, Clinical Nurses, RN and EN level staff, with a predominance of RNs over ENs. Patient carers may also be part of the staff mix.
DISCHARGE LIAISON	←	0.75	→	This role could be included in a nursing or social work position.

* EFT per 100,000 population

** EFT per 125 beds

*** EFT per 6.7 beds (within acute hospital, hospice etc)

Allied Health

Palliative Care Australia は、学際的緩和ケアチームは医療、看護スタッフに加えて医療関係者 (allied health personnel) も加わって構成されることが、総合的な緩和ケアを実践するための必須条件であると、国際的な見解を保障している。急性期治療病院の状況であれば医療関係者 (allied health personnel) は、既存の一病院部門のローテーションに入るといふよりはむしろ、緩和ケアチームの一員として機能できるようデザインされることが望ましい。専門家集団は多様な技術を有する個々のチームメンバーから構成されているが、少なくとも医療関係者チーム (allied health team) として、心理的なサポート、患者と一緒にグループワークとファミリーワークないし死別のためのグループワーク、公衆衛生でのイニシャチブを含む社会的サポート、退院計画、死別サポートなどが提供できなければならない。緩和ケアのために必要とされる各 Allied Health の必要人数は表6のとおりである。

表 6 ALLIED HEALTH STAFFING LEVELS FOR PALLIATIVE CARE SERVICES PER 100,000 POPULATION

Table 4: Allied health staffing levels for palliative care services per 100,000 population

Positions	Community-based service*	Acute hospital consultative service**	Palliative care designated beds***	Comments
ALLIED HEALTH				
Psychology	0.25	0.1	0.1	
Social work	0.5	0.25	0.25	
Bereavement support	0.25	0.1	0.1	
Pastoral care	0.25	0.25	0.25	Pastoral carers offer spiritual support that is quite distinct from the psychological and social support offered by other professionals.
Speech pathology	0.2	0.2	0.2	Speech pathologists assess and treat swallowing dysfunction, and support communication skills, particularly for people with worsening physical disability.