

Positions	Community-based service*	Acute hospital consultative service**	Palliative care designated beds***	Comments
Dietician	←	0.2	→	Dieticians with a particular skill and interest in palliative care can enhance quality of life by planning enjoyable and attractive food within the constraints imposed by the patient's condition.
Physiotherapy (PT)	0.4	0.2	0.2	PT and OT are valued by patients for providing practical help and positive intervention. Ideally the two will work closely together.
Occupational therapy (OT)	0.4	0.2	0.2	<ul style="list-style-type: none"> • PTs help to keep patients mobile and safe, as well as providing short-term symptom relief for people with lung congestion, etc • OTs work with both patients and carers to promote the patient's function, safety and independence in the home and hospital environment • Lymphoedema symptom relief is shared between PT and OT.
Pharmacist	-	0.25	0.1	Both of these positions would have a role in supporting the community-based team. An extensive network of community pharmacists provides valuable primary healthcare for palliative patients in the community by assisting with advice, documentation of medication histories, dosage compliance, and the disposal of medications not required.
Music therapy, art therapy, and/or massage, narrative, diversional, complementary therapies etc	0.5	-	0.25	<p>These therapies can significantly increase quality of life and provide positive, normalising activities. The appropriate mix will depend on locally available skills and needs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Music and art therapy are professional degree courses, and include a high level of training in psychological and communication skills. • Complementary and other therapists have widely varying levels and types of training, and practitioners' skills will vary. <p>Much can be done in these areas at a group level, rather than one-to-one contact.</p>

* EFT per 100,000 population

** EFT per 125 beds

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

Volunteers

多様な緩和ケアサービスモデルがある中で、ボランティアの利用は伝統的である一方、革新的なことでもある。ただし、ボランティアに臨床サービスを代わってもらうのではな

く、それを補足してもらうべきであることを十分認識する必要がある。またボランティアは賃金をもらう就業者とは異なるが、彼らと同じように尊重されるべきであり、かれらの時間は自由であっても、彼らをサポートするインフラは一定でなければならない。表 7 は、人口ベースではなく就業しているボランティアベースでボランティアコーディネーターの必要数を表している（一人のボランティアの活動時間：週 4 時間）。人口ベースの緩和ケアボランティアの必要数はサービスモデルあるいはコミュニティの資源や期待によって異なってくることだろう⁸⁾。

表 7 COORDINATOR OF VOLUNTEERS PER NUMBER OF VOLUNTEERS EMPLOYED

Table 5: Coordinator of Volunteers per number of volunteers employed

Positions	Community-based service	Acute hospital consultative service	Palliative care designated beds	Comments
COORDINATOR OF VOLUNTEERS	1 per 40 volunteers providing direct patient support	1 per 50 volunteers providing direct patient support	1 per 50 volunteers providing direct patient support	The role of the Coordinator of Volunteers includes: <ul style="list-style-type: none"> • providing psychological and social support as well as practical coordination and supervision • screening, recruitment, training and debriefing • attention to the specific occupational health and safety issues, together with quality of service issues, for volunteers.
	1 per 65 "process" volunteers (e.g. routine practical tasks)	1 per 65 "process" volunteers (e.g. routine practical tasks)	1 per 65 "process" volunteers (e.g. routine practical tasks)	

Palliative Care Service Provision in Australia: A Planning Guide 2nd Edition. 2003

⁸⁾より

さらに、Standards and Guidelines for Residential Aged Care Services Manual⁹⁾より、入所高齢者に対する緩和ケアについて提言されている内容をまとめると、まずその目標は、「終末期にある入所者の安楽と尊厳を維持すること」であり、全ての入所者は尊厳をもって死ぬ権利を有し、終末期入所者のニーズはそれぞれのケア計画の中に明確に記録されるべきであるとしている。サービスは施設の哲学と入所者およびその家族からの要望を考慮したもので、疼痛管理や保存的治療、情緒的・スピリチュアルなケアなど多様な内容を含んでいなければならない。専門家のサポートが地域の病院やホスピスから利用できること、また、スタッフが各入所者の信仰的、文化的信念を配慮すること、入所者とその代表者、医療チーム関係者間で行われた相談を記録していくこと、入所者の望みを明確にして記録すること、本人、家族、スタッフにとって利用し得るサポートサービスの情報などが、条件として満たされる必要があるとされている⁹⁾。

最後に、緩和ケアに不可欠な存在であるとされているのは palliative care nurse consultant (PCNC) についてまとめる。現在、急性期治療病院という状況下における緩和ケアについてはほとんど記載されておらず、ましてこの領域で活躍する palliative care nurse consultant (PCNC) の役割についてはより知られていない。緩和ケアのための理想的な環境がコミュニティであり、ホスピスであることがこれだけ強調されている中、それは当然かもしれない。しかし、現実の問題として病院がよき緩和ケアを提供していくことが強く求められている中、急性期治療病院において緩和ケアの需要はないのだろうか？

病院ベースの palliative care nurse consultant は、急性期病院がしばしば死にゆく場所になること、緩和ケアは癌患者に限られているわけではないこと、多くの緩和ケアが急性期という場で行われてきたとの認識が広まるとともに誕生した。在宅や入所ホスピスのサービスが発展していく中で、依然患者は急性期病院で死んでいく。1991-4 年の調査によると、オーストラリアでは乳癌で死亡する人の 60%が、白血病で死亡する人の 100%が、また大腸癌の 58%が急性期病院で死亡している。以上の患者も、他の状況下における緩和ケアで提供されているのと同じ水準のケア技術や症状コントロールを必要としている。当初緩和ケアサービスの焦点は癌患者であったが、他の治癒が見込めない進行性の疾患もこれらのサービスの恩恵を受けるべきであろう。癌以外の疾患で死亡した患者はより急性期病院でケアを受けることが多く、訓練されたナースによる治癒を目的とした援助なされる場合が多い。これらの疾患では進行の予測が立てづらいことが、在宅緩和ケア及びホスピス入所を難しいものにしていく。加えて、終末期の高齢者では先に症状コントロールが必要で、緩和ケアが先に延ばされることもあり、このようなケースはホスピスケアの対象とされないことが多い。また主流サービスの中に緩和ケアを統合することは、適切なサポートサービスと症状コントロールをより早期より開始することにつながる。WHO により提唱されたその統合モデルは、緩和ケアサービスがケアという連続体の一部であり、したがって終末期のみならずいかなるステージにあらうとも、実践し得るものであるという見方を促進している。それゆえに患者が最初の治療を受ける急性期治療病院においても、当然これらのサービスは提供されるべきであり、そのために急性期治療病院では、経験ある緩和ケアナースが不可欠となっている。

PCNC は多様な経路で発展してきたが、全ての PCNC に共通している機能がある。一般に clinical nurse consultant は、リソースパーソンとして活躍し、臨床サービスを提供するとともに専門とする領域の教育、研究にも携わり、医療スタッフへの相談サービスも担当する人と捉えられている。もちろんその前提として、PCNC には症状コントロールと対人的コミュニケーション技術および知識が求められる。主な PCNC の役割は、Being a resource to others、Counseling、Specialist Knowledge、Discharge planning、Education、Research の 6 件である¹⁰⁾。

3. 医学教育

緩和ケア専門医は、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に参加した場合に認められる。一例として、王立オーストラリアカレッジにおける緩和ケアフェローシップトレーニングコースの概要を下記に示す。

まず Fellowship of the Chapter of Palliative Medicine (FAC hPM) になるために、医師は既にオーストラリアあるいはニュージーランドの大学ないし学部における他の fellowship を終え、その上で Chapter training Program に望まねばならない。これは一般に“lateral entry”と呼ばれるものである。海外の training specialist の場合は、Australian Medical Council (AMC) あるいは New Zealand Medical Council (NZMC) を通じて査定を受けなければならない。もしその結果、彼らが自身の専門領域においてオーストラリアまたはニュージーランドにおける specialist 登録の適格条件に該当すると認められれば、Chapter training Program に参加することができる。つまりオーストラリアまたはニュージーランドの州ないし準州の Medical Board による specialist registration の認可がなくして、Chapter training に参加することはできない。

Training は 3 年間フルタイムの研修である。パートタイム training 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。Training の内容は、それぞれ 6 か月の計 6 modules から構成されており、各 module は mandatory と non-mandatory に区分される。また最低限度求められる training は、複数の mandatory modules と、さらにもう 1 つ追加の module (mandatory または non-mandatory のどちらでも可) で構成されるが、これは最初の trainee の査定後に ChTC (Chapter Training Committee) により決められる。各 module の内容を以下に示す。

<Mandatory Modules>

Module 1 : Palliative Medicine Unit or Hospice

Designated Palliative Medicine Unit ないし Hospice における実践で、これにより trainee は、入院患者に提供する学際的な緩和医療について経験を積むことが可能である。

Module 2 : Palliative Medicine Community Setting

地域医療 (アウトリサーチ/在宅ケアサービス) の中での実践であり、地域への、またはクリニックでの緩和医療提供サービスを経験することになる。

Module 3 : Palliative Medicine Teaching Hospital Consultation Service

教育病院でのコンサルテーション・サービスの実践であり、教育病院の中で緩和医療スタッフによって営まれる他部門へのコンサルテーション活動を体験する。

以上、mandatory palliative care modules の入院患者、地域、病院内のコンサルテーション活動それぞれの研修は、均等に体験されることが望まれる。

<Non-Mandatory Modules>

Module 4 : Clinical Oncology

さらに内科腫瘍学あるいは放射線科腫瘍学の training のためには、oncology の position が認められていなければならない。

Module 5 : Other Specialities

trainee は、緩和医療に強く関連する他領域で働くこと、そうした体験を得ることが望まれる。ChTC は 1 人の trainee がどれだけの関連領域を引き受けるべきかを決定している。その中には、HIV 医療、呼吸器科、一般医療、老年医療、臨床薬理学、疼痛管理、集中医療、リエゾン精神医学、医療管理などが含まれる。

Module 6 : Research or Academic Study

MD ないし PhD、あるいは ChTC によって是認されたプロジェクトないし学会のプログラムに向けて行われる公認された研究活動のことで、trainee は、関連学会の資格が公認されるために 12 か月間、研究ないし業務を行わねばならない。

Module 4、5、6 の credit は、適切な研修実践または、優先される学問的業績に対して与えられる。また 6 か月の module ごとに、スーパーバイザーからの「良し」とするレポートが必要であり、研修期間中は毎年 1 つのプロジェクトを完遂することが求められる¹¹⁾。

4. オーストラリアの「安楽死」に関する歴史

1995年5月、オーストラリアのノーザン・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幫助」）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。この法律は1996年7月に施行されたが、その後「安楽死の法律の法案1996」が連邦議会に提出され、これが1997年3月25日に可決された。この法律は北準州の法律を無効にするためのもので、オーストラリア提督がこれに署名した1997年3月に「終末期患者の権利法」は効果を失い、また、将来準州で「医師の幫助による患者の自発的安楽死と自殺幫助を容認する法律」を制定する権限を奪った。この期間で法律に則って死亡したのは4名である。

当代のオーストラリアにおいては、人種差別や宗教上の緊張状態がほとんどない多文化社会で、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。オーストラリアの有数な世論調査機関が、無作為抽出したオーストラリア国民に「もし、回復する見込みが全くない終末期患者が激しい苦痛にさいなまれていて、致死量の薬を求めた場合に、医師は、患者に致死量の薬を与えるべきか、与えるべきでないか」という質問を三回にわたり繰り返し世論調査した結果1962年には、アンケートに答えた人々の中の47%が「与えるべき」、39%が反対、残りが分からないと答えたのに対して、1983年には「与えるべき」と答えた人々が67%に増え、1994年にはさらに78%まで増加した。

オーストラリア医師会のブレンダン・ネルソン会長は、1994年10月に「自発的安楽死は、ある状況のもとでは正当な行為であり、自分自身でも患者の生命を終焉させる特別な処置をしたことがある」と公表した。ところが、ネルソン会長は、安楽死の法制化には反対であり、オーストラリア医師会も反対の立場をとっていた。一方、オーストラリアの医師達の意見調査によれば、大多数の医師たちは安楽死の法制化に賛成であり、意見を求められた三人に一人近くの医師が、不法行為であると知りながら、少なくとも一人の患者に自発的安楽死をさせていたことがあると言っていた。安楽死の反対意見は、ローマン・カソリックの教義などの宗教上の理由から、50年以上も前にドイツのナチスが行ったような生命の終焉への無法行為の恐怖あるいは「滑りやすい坂理論」など種々であり、自発的安楽死を刑法的に合法化すれば、安楽死を容認したり同意する能力のない患者が無節操な医師によって生命を短縮させられて死亡する危険があるという反対意見もあった。これに対し、クレー教授は「オーストラリアのような多民族・多文化・多宗教の人々からなる国家社会においては、ひとつの宗教、たとえばローマン・カソリックの教義によって、全国民を束縛するべきではない」と強く主張し、「パチカン1980年安楽死宣言」を批判した。伝統的なローマン・カソリックの教義では「医師が患者に十分量の鎮痛剤や苦痛の除去剤を与え、それによって患者が死を早める可能性があることを知っていても、それは倫理的に、また法的にも許容される。しかし、患者の生命を短縮して終焉させるのを目的として

十分量の鎮痛剤や苦痛の除去剤を与えることは、倫理的に許容されるべきではない」とした。クーズ教授は、なぜ、患者の生命を終焉させる目的で投与するのは倫理的・法的に許されず、同じ結果をもたらすことを知っていながら、死亡させることを目的にしないのであれば、たとえ結果的に患者が死亡しても投与して差し支えないとするか、理解ができなると批判した。

このような、本人の意思による死の選択／安楽死をめぐる社会的・法的状況にあつて、1995. 5. 25、オーストラリア・ダブリン市のノーザン・テリトリー準州議会において、終末期患者の要請に基づいて医師が行う自発的安楽死あるいは自殺幫助により患者を死へ導くことを許容する法案である「終末期患者の権利法案」が、世界で初めて可決された^{12, 13, 14}。

なお、可決された「終末期患者の権利法案」は、以下のとおり要約される。

「末期患者の権利法案」

第一部

- 1 法律の略称
- 2 解釈

第二部 幫助の要請ならびに提供

- 3 生命の自発的終焉への幫助の要請
- 4 臨床医の対応
- 5 外部の配慮に影響されない臨床医の対応
- 6 臨床医が幫助できる場合の条件
- 7 要請書に署名できない患者
- 8 要請を撤回する権利
- 9 誤った行為

第三部 死亡の記録と報告

- 10 保存されるべき医療記録
- 11 死亡に関する証明書
- 12 検死官に送られるべき要請書の写し

第四部 その他

- 13 法律の解釈
- 14 要請書は証拠資料
- 15 遺言、契約ならびに議会制定法の解釈における効果
- 16 保険あるいは年金の証書
- 17 免責

(別表)

人道的かつ尊厳を保つ方法で私の生命を終焉させる幫助に対する要請書

私は、私のかかっている臨床医から、私はおそらく 12 か月以内に死に至るであろうと聞いており、別の臨床医も同意しているという終末期疾患にかかっています。私は、私の病気の性状、今後迎えるであろう経過や、私が受けることのできる緩和ケアを含む医療について、十分な説明を受けており、現状で私が受け入れられる医療が考えられないことを確信しています。私は、私がかかっている臨床医に、人道的かつ尊厳を保つ方法で、私の生命を終焉させるための幫助を要請いたします。

私は、本要請を、いかなる時でも、撤回する権利を持っていると理解しております。

署名年月日
(証人の宣誓)

○私は、次のことを宣言致します。

- 1 本要請書に署名している人物を、私は個人的に知っております。
- 2 この人物に、私がケアしている患者であります。
- 3 この人物は、私と本要請書の第二の証人のいるところで署名いたしました。
- 4 この人物に、知的精神的判断能力があり、自分の生命を終焉させる決定を自由に、自発的に、

しかも十分に考慮を重ねた上で行ったことに、私は満足しています。

署名
患者がかかっている臨床医

○私は、次のことを宣言致します。

- 1 本要請書に署名している人物を、私は知っております。
- 2 私は、本件について、本人ならびに本人がかかっている臨床医と話し合いました。
- 3 この人物は、私と本人がかかっている臨床医のいるところで署名いたしました。
- 4 この人物は、知的精神的判断能力があり、自分の生命を終焉させる決定を、自由に、自発的

に、しかも十分に考慮を重ねた上で行ったことに、私は満足しています。

- 5 本法律第六条の条件に従っている、あるいは従うであろうことに、私は満足しています。

署名
第二の臨床医

本法律は、人道的な方法で自分の生命を自発的に終焉させるべく、資格のある医師に幫助を要請する終末期患者の権利を確認し、幫助する人物に、法的障害なしに、ある条件下

では幫助をすることを認め、本法律で認められた権利の悪用を防ぐための訴訟手続を規定する¹²⁾。

法案の注目すべき条項として橋本¹⁵⁾は、以下の要点をあげている。

- 1) 患者の死亡あるいは要請された死亡をめぐる「幫助」には、薬剤の処方、薬剤の準備や薬剤を患者自身で内服するために患者に薬剤を与えたり、薬剤を患者に投与することが含まれる。
- 2) 資格のある臨床医とは、北准州で開業資格のある臨床医を意味する。本法案においては、少なくとも五年間の経験のある臨床医が決断を下すべきである。二人の臨床医の間に職業上あるいは家庭的な関係があってはならず、患者の主治医と何ら関係のない臨床医のみがセカンド・オピニオンを与えることが許される。
- 3) 患者は満一八歳に達していること。
- 4) 患者の病気が、患者に激しい疼痛、苦痛あるいは苦悩を与えていること。
- 5) 幫助をする臨床医、証人となる臨床医あるいは近親者またはそれらの人々の中のだれかの関係者が、患者の死亡によって直接的にあるいは間接的に経済的な利益(医療行為に対する正当な報酬以外)を得るであろうということを信ずるに足る理由を、幫助する臨床医が知らないこと。
- 6) 患者の自殺を幫助する際に、担当の臨床医は、患者が死にたいと思いつけているということに疑うような根拠がないこと。
- 7) 担当の臨床医は、自分自身で患者の死への幫助をするか、臨床医の指示の下に幫助が行われている間と患者が死亡するまで、その場に居続けなければならない。
- 8) もし、自分がかかっている臨床医に、自分の生命を終焉させて欲しいと口頭で告げたが、要請書に署名することが身体的理由からできない場合には、担当の臨床医あるいは第二の臨床医以外の一八歳に達した者ならばだれでも、患者の要請があれば、患者と二人の証人である臨床医の前で、患者の代わりに署名してよい。
- 10) 患者自身による死への幫助の要請は、いつでも、また、いかなる手段でも撤回することができる。
- 11) 本法律のもとで患者の生命を終焉させるに際し、臨床医あるいは他の人に報酬を与える約束をしたり与えたりしてはならず、また、要請された幫助を拒否または承諾するようにと強要したり説得する目的で、手段を選ばず損害を与えたり損害を与えると脅迫してはならない(一万ドルの罰金刑)。
- 12) 偽ってまたは不適當な影響を与えて要請書の署名あるいは証人を得てはならない(二万ドルの罰金刑あるいは四年間の懲役刑)。
- 13) 本法律のもとに与えられる幫助の結果として起こる死亡は、予期されない死亡、非自然死、あるいは検死法第四部を適用した報告すべき死亡の定義にある目的のための暴力とは解釈されず、麻酔中に起こったという理由で届出を要する死亡であるとも解釈されない。

5. 医療制度と医療保障

オーストラリアの医療保障の歴史は短く、1984年にメディケア制度が発足する以前は、年金受給者・失業者・低所得者に対する医療保険制度は存在していたものの、それ以外の国民は民間保険に任意加入することで医療保険サービスを受けていた、つまりオーストラリアの医療保険は、民間保険を軸に運営されていた。この民間保険に対して連邦政府は、医療給付費の30%の補助や民間保険の保険料に対する税控除（払い戻し）制度を設けていたが、無保険状態の発生、保険会社・州ごとに保険料や給付率、税控除が異なることから生じる複雑な事務手続き、民間保険の定額保険料が低所得者に不利に働くなどの問題が指摘され、公的医療保険制度の導入が検討された。最初の公的医療保険制度は1975年7月にメディバンク制度として導入されたが、その後、改変・廃止を経てメディバンクも民間保険の一種となった。労働党政権により今日の医療保障が開始されたのは1983年以降である。メディケアは連邦政府が運営する国民全員加入の健康保険で、オーストラリアの国民は全て、メディアケアのために所得の1.5%を支払う。一方国民の30%はアメリカ合衆国に見られるような民間会社の健康保険にも加入している。病院には公立病院と民間病院があり、わが国とは異なり民間病院の数は少なく、民間病院では民間会社の健康保険が活用される。つまりオーストラリアでは、国民皆保険のもとで保険診療がほぼ全ての医療サービスをカバーするわが国の制度体系とは異なり、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。いわゆる保険診療と自由診療とによる混合診療である。入院患者は、私的治療を選ばなければ、その治療や食事や病室滞在につき何の費用も請求されない。救急部門と外来は無料である。また民間病院を使うか公立病院で私的患者としての治療を選べば、病院で〈私的患者〉であることを選択することもできる。一方多くの患者にとって、保健システムへの最初の触れ合いは開業医を通じてであり、開業医の多くは一般医（GP=general practitioner）である。患者は救急の場合でなければ、直接病院を受診することはできず、まずGPに相談するのが基本である。そして病院や開業の専門医を受診するにはGPの紹介が必要である。つまり、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）等に紹介されるイギリス型といえる。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おり、地域保健センターも病院の所属で、公衆衛生部は、事務所を院内に置いている。訪問看護・訪問リハビリテーション・デイケア・配食サービスのセンターも病院にあり、高齢者の虐待防止にも取り組んでいる。病院は医療

保障のうえでも、公的病院と私的病院でその扱いに大きな相違があり、公的病院では、経営・管理の合理化・効率化の観点から病院財政補助金の支払方法の見直し（ケースミックスシステム等）が導入されている。なお、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ので、日本の老人保健制度のように医療保険を軸とした財源調達とは異なる¹⁶⁾。

オーストラリアでは連邦制度により、国が所得税やほとんどの公共財源を徴収し、6つの州政府それぞれは国から財源の交付を受けて保健医療福祉サービスの大部分を提供している。公共病院やそのほかの施設による医療サービスは主に州が提供し、連邦の予算が使われる。また連邦政府の財源提供には、2種類の国家補助金の枠組み、メディケアと薬剤共済がある。連邦政府と州政府は公立病院のサービスに連帯で財源提供し、そのためにそれらは患者に無料提供され、ここ25年間、オーストラリアの保健システムの中心の特徴となっている。また州政府はこのために、幅広い分野について直接的なサービスの提供に責任を負うことになる。州立病院の運営はその最も大きなもので、そのほか医療従事者の登録、私的病院（private hospital）やナーシングホームの開設許可・規制・各種保健プログラムの推進等を行っている。また地方政府と共同して食品保健、水質保全、予防接種等の各種の公衆衛生プログラムも実施している。オーストラリアの高齢者ケアにおいては、地方自治体の役割が比較的小さく、高齢者医療サービスはコモンウェルス・メディケア・システム（連邦高齢者医療健康保険制度）を基礎として確立され、実質的に、大規模病院以外の民間の開業医にかかる費用の全てがカバーされるようになっている。しかしそれでも高齢者の3分の1は、民間の医療保険に加入してそれ以外のサービスを受けている。病院の支援は注目されるもので、医療の中の病気や障害に対する予防志向が強く存在している¹⁷⁾。以下に、オーストラリアの医療供給体制について詳細を述べる。

①医療施設

入院医療のための施設類型は、病院、ナーシングホーム、ホステルの3つがある。ナーシングホームは、急性期以外のケアを必要とする者に対するケア施設で、わが国でいえば療養型病床群、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームを包括した機能を有する。一方病院は、一般的に急性期医療のための施設を意味し、精神病院についてはとくに精神病院（psychiatric hospital）と明記されて区別される。

1) 公的病院（Public Hospital）

公的病院はオーストラリアにおける医療サービスの中心的役割を果たしており、各州ごとに州法によってその運営等が定められている。公的病院の運営は、州政府等を通じた補助金（連邦政府からの補助金を主たる財源としている）がほぼ100%を占め、患者負担や利子収入などは3%程度にすぎない。州政府の交付する補助金の算定方法は各州で異なっている。患者からの収入は、私的患者（private patient）から得られるもので、入院料などホスピタルフィーと診療報酬表に基づいて算定された医師・歯科医師など専門家によ

るドクターフィーで構成されている。その請求額は病院の収入となり、医師・歯科医師などの専門家は他の職員と同様に給与が支払われるが、病院に雇用されていない medical officer と呼ばれる医師のドクターフィーは自分の収入となる。

2) 私的病院 (Private Hospital)

私的病院とは州政府等から補助金を受けていない病院をいう。私的病院は小規模の施設が多く、約半分が 50 床以下である。このため比較的軽症の患者を扱うことが多かったが、近年は ICU (集中治療室) や救急医療のより高度な医療を行う施設が増加し、急性期病院の病床総数の約 4 分の 1 を私的病院が占めるようになった。私的病院は、公的病院と異なり、診療サービスに対するドクターフィーの支払いと入院料や手術室使用料等のホスピタルフィーを請求されるが、非救急手術 (elective surgery) の待ち時間が少なく、医師や入院環境の選択ができる。

3) ナーシングホーム (Nursing Home)

ナーシングホームは、主に高齢者の長期慢性ケアを必要とする者が入院しており、そのほか、若年の身体障害者や精神障害者が入院している。開設主体は民間が多く、営利・非営利とも存在している。ナーシングホームの運営費は、民間、州立を問わず 75% 以上が公的病院に対するメディケアの補助金とは別の財源から州政府より補助されており、その他は患者からの費用徴収によって経営されている¹⁶⁾。1997 年 6 月現在、オーストラリアには、1,466 か所のナーシングホームがあり、計 7 万 4,233 床、1 ホームあたり平均 51 床である。21-40 床のナーシングホームが 43%、41-60 床が 28%、20 床以下が 7% である。ベッド数換算で、48% のナーシングホームは民間営利団体によって運営されており、38% が民間非営利団体、残りの 14% が州・市町村である。入所期間は、1997 年の時点で、入所期間が 3 か月未満の者は 9% に過ぎず、3 か月以上 1 年未満が 21%、1 年から 5 年未満が 50%、5 年以上が 20% となっている¹⁸⁾。

4) ホステル (Hostels)

1997 年 6 月において、オーストラリアでは 1,547 か所のケア付き住宅があり、6 万 4,825 人にサービスを提供している。1 住宅あたりの平均定員は 42 人で、21-40 人が 36%、40-60 人が 26%、100 人以上が 3% である。定員換算で 92% のケア付き住宅は民間非営利団体が経営しており、営利団体立は 3%、州その他の公共団体立は 6% にすぎない。これら 3 形態の住宅すべてにおいて定員が増大している。

② 医療従事者と専門家によるサービスの提供

医療従事者は各州の政府ごとにそれぞれ免許制度が定められている。オーストラリアでは、医師 (medical practitioner) を含め 24 の医療専門関連職種が存在するが、厳密には州ごとに異なる。メディケアのもとで診療報酬支払いの対象となるサービスは、医師、

歯科医師 (dental practitioner)、検眼師 (optometrist) が行うサービス (professional services) に限定されており、これがドクターフィーに相当する。

1) 医師

医師は一般医 (GP) と専門医に大別される。GP は以前は専門資格をもたない開業医を総称としていたが、現在は、学会による GP の認定医制度が確立している。専門医はそれぞれの学会における認定医制度があり、また各州ごとに医師法 (Medical Practitioner Act) による専門医の登録制度もある。オーストラリアもわが国同様に医師過剰が問題となっている。とくに GP は 1991 年において人口 10 万人あたり 230 人に上っており、その過剰が問題となっている。しかし、郡部や過疎地では不足傾向があり、地域的な偏在が大きな課題となっている。同じく、専門医の間でも診療科目によって過剰・不足の領域が指摘されている。GP のほとんどは開業しており、プライマリケアの担い手として活躍しているが、その多くがグループ診療に従事していることが大きな特徴であり、単独で診療を続けている GP は 2-3 割に過ぎない。診療報酬表のうえで GP のみが算定できる診療項目があり、その適用を受けるために GP はメディケアの登録医にならなければならない。患者は自由に GP を選択できる。

GP と専門医との関係については、医師法では GP と専門医とで診療行為の制限はなく、GP も専門医が行う診療を提供できるが、診療報酬表のうえで、GP が専門医の診療を行っても低い報酬設定となっており、逆に専門医が GP にのみ適用される診療行為・報酬項目について行っても支払われない仕組みになっている。また、専門医が行うある種の診療項目は、他の医師や専門家からの紹介がなければ算定できない仕組みとなっており、その多くは GP からの紹介によるものである。専門医による診療形態は、病院に雇用 (常勤・非常勤) されて診療するものから、自分の診療所だけで診療、自分の診療所をもちながら病院と契約を結んで診療するなど様々である。診療報酬はそれぞれの専門医が該当する診療報酬項目が設定されている。

2) 歯科医師

歯科医師の約 8 割が一般歯科医師であり、専門歯科医師は約 1 割にすぎない。また、約 8 割が開業歯科医師である。歯科診療のうちメディケアで支払われるのは、専門医たる歯科医師 (Approved Dental Practitioner、Specialty of Oral and Maxillofacial Surgery = Oral Surgeon) が行う医療行為である¹⁶⁾。

3) 看護婦教育制度

ちなみに一般の学校教育は州の所管であって、特に義務教育については州によって制度が異なる。通常、就業前教育は小学校に付置された建物で 4-5 歳の児童に行われ、義務 (初等・中等) 教育は 6-15 歳、後期中等教育は 18 歳までとなっている。看護婦の育成は、以前は公立病院や大きな民間病院で行われていたが、1980 年代前半の調査で、教育レベル

が各施設によって差があり病院での看護婦養成は望ましくないとの見解が出された。その結果看護教育の変革が始まり、1990年以降は3年制の大学教育に一本化された。国家試験はなく、大学を卒業すれば看護婦の資格が与えられ、各州の看護婦登録所に登録し登録看護婦(RN)として働くことができる。大学卒業後の教育は多くの機関で提供されている。またRNとは別に、一年間の教育を受けたエンロールナース(EN)という日本の准看護師に相当する資格があり、その業務は登録看護婦の指示のもとで行われる。アシスタントナースとって正規の教育を受けていないスタッフもいるが、そのほとんどはナーシングホームなど高齢者ケア施設で勤務している。また、オーストラリアでは看護婦のキャリアパスが確立されており、それに準じた給与体系が明確にされている。正看護婦は①管理、②臨床、③臨床教育、④大学教育の4つのキャリアを選ぶことができる¹⁹⁾。

③医療費支払い方式

1) 専門家による診療報酬請求方式

専門家が診療サービスを提供した場合、患者に対してそのたびごとに請求するのが基本である。ただし、患者の利便と競争原理を担保するため、a) 診療報酬表に基づいて算定する出来高払い方式をとっているが、それを上回って請求してもよい。b) 現物給付方式(Direct Billing または Bulk Billing) であり、すなわちメディケア償還額と同額(診療報酬表に基づく算定額の85%)を直接、保険者であるHIC(Health Insurance Commission)に請求する方法である。

2) 専門家に対する患者の支払方法

患者による専門家に対する支払いは3つの方法がある。a) 専門家にその請求額すべてを自費で支払った後にHICに請求し、保険給付の対象額を償還してもらう。b) 患者がHICに専門家から受け取った請求額を請求し、HICから償還額分の専門家あて小切手を受け取り、これに自己負担分の差額を加えて専門家に支払う。c) 専門家が現物給付方式を採用している場合、HICが専門家らに対して全額支払うので患者は支払いに関与しない。

3) 診療報酬表

専門家によるサービスに対するメディケアの給付額の算定は、連邦政府が作成する「診療報酬表」に基づいておこなわれ、診療報酬表は毎年改定される。また、実務上の便宜のために「診療報酬表マニュアル」が連邦政府により編集されている。また、個々の医療行為が診療報酬表の収載項目に該当してメディケアの給付が可能かどうかの検討は、連邦政府の要請に基づいて Medicare Benefits Advisory Committee (MBAC) が行うこととなっており、MBACは8人の医療専門家と連邦政府職員より構成され、そのうちの5人が医師でなければならないという規定になっている。診察報酬表のうち、検査項目の収載内容の検討はMBACではなく、PSTC(Pathology Services Table Committee)が設置されており、このPSTCは検査に関連する5人の専門家と5人の連邦政府関係者により構成され、診療

報酬表の検査部分の内容について、価格も含めて変更すべき事項を連邦政府に助言する仕組みがとられている。オーストラリアの診療報酬表は複雑であり、前述のマニュアルのなかにカテゴリー1から6として区分、収録されている（一般医療サービス(General Medical Attendance)のカテゴリー1が専門家による診療、カテゴリー2が診断、カテゴリー3が治療・その他、カテゴリー4が口腔外科、カテゴリー5が放射線診療、カテゴリー6は検査）。これら各カテゴリーは関連事項の定義のほか、内容を説明した注釈と診療行為ごとの価格を示した価格表により構成されている。

4) 薬剤給付スキーム (Pharmaceutical Benefits Scheme : PBS)

薬剤の給付は、メディケアとは別建ての公的仕組みが設けられており、患者に対する連邦政府からの補助金のもとで薬剤に対する医療保障給付がなされている。これは1950年に開始されたもので、PBSは1995年7月時点で全薬品使用額の約65%をカバーしている。薬剤給付スキームの財源は、連邦政府からの一般歳出によってまかなわれており、給付対象は外来において医師が処方した薬剤であり、そのほとんどは処方箋がなければ購入できない医療用医薬品となっている。薬剤は調剤薬局で調剤され、患者は自己負担額を各薬剤の品目ごとに薬局窓口で支払い、薬局は保険者であるHIC (Health Insurance Commission) に薬剤費を請求する。「薬剤給付表」に基づく薬剤費のほか、薬剤料や卸業者費用等によって算定する。患者の自己負担額は、年金給付者等の優遇被保険者 (Concessional Beneficiaries) とその他一般被保険者 (General Beneficiaries) とでは異なる。一般保険者は各品目当たり高い自己負担額となっているが、1995年8月の時点で上限16.80豪ドルとなっている。また1996年1月時点で負担軽減として、一家族当たり暦年で600豪ドルを超えると、その後は優遇被保険者の自己負担額、薬剤1品目に対する2.60豪ドルが適用される。なお、同一成分・規格で複数の医薬品が収録されている場合、最低価格制度が適用される。これは、補助対象となる最低価格の品目より高価格の品目を使用した場合はその差額が自己負担となるものである。

5) メディケア

メディケアの給付対象と償還率・患者負担は、以下の表の通りである。

表8 メディケアの給付対象と償還率・患者負担

サービス内容	メディケアによる償還率**、患者負担
一般開業医 専門開業医	85%または自己負担額のうち 50.10 豪ドルを超えた額を償還
保険診療	入院：無料サービスの提供 日帰り手術：無料サービスの提供 外来：無料サービスの提供（薬剤費を除く）
プライベート患者*	入院：専門家によるサービス 75%を償還（入院料等は給付外） 日帰り手術：専門家によるサービス 75%を償還（入院料等は給付外） 外来：85%または自己負担額のうち 50.10 豪ドルを超えた額を償還
私的病院	入院：専門家によるサービス 75%を償還（入院料等は給付外） 日帰り手術：専門家によるサービス 75%を償還（入院料等は給付外） 外来：85%または自己負担額のうち 50.10 豪ドルを超えた額を償還

注：*プライベート患者：医師を指名する患者

**償還額：償還額は診療報酬表をもとに算定、専門家は、診療報酬表の料金に拘束されず、それを超える請求額になった場合、その分は患者負担になる。

藤崎清道，高木安雄：医療制度と医療保障，小松隆二，塩野谷祐一編：先進諸国の社会保障②ニュージーランド オーストラリア，東京大学出版会，東京，2000¹⁶⁾より引用

6) 民間保険 (Private Health Insurance)

民間保険はメディケアの導入以前において、病院以外での医師・歯科医師など専門家によるサービスに対する支払いをカバーしていた。現在の民間保険はメディケアが給付しない入院費用と専門家によるサービス費用を償還する制度に変わっている。民間保険は、病院や医師との取り決めが必要だが、メディケアが給付外とする自費診療分について保険商品の開発が可能となり、保険診療との混合診療を補完する機能を果たすことが期待されている。民間保険のもうひとつの機能として付加的給付 (Ancillary Benefits) があげられる。これは、メディケアや民間保険の基本契約では給付対象とならないサービスに対するものであり、一般歯科医療が約 50%と最も多くなっている。このほか、カイロプラティックや理学療法などや眼鏡などの用具の購入などが含まれる。

最後に共同保険事業であるが、民間保険のうち登録された民間保険会社は、医療サービスのうち特殊なケースについて医療保障のための共同支払事業を義務づけられている。1989年より入院期間にかかわらず 65 歳以上の高齢者すべてに適用され、老人医療費の増加に対して民間保険の共同支払事業による財源調達が行われている¹⁶⁾。

④退院支援

一部の病院を除き、医療は患者の生活を考えて予防を重視したり、ケアを重視したりという面倒なことをしなくなってしまう。収入に繋がらないので、いっそうそうになったと思われる。オーストラリアの老年科では、急性の症状がおさまると数日でリハビリテーションが開始され、社会復帰に大きな力が注がれる。2名のナースがチームを組んで、毎日2回30分ずつ入院高齢者を援助して歩かせるという、何ということもない援助も行って、入院日数の減少があったという。どのように退院に導くかという退院計画のために、入院当初から、問診票で退院に関わる情報収集をする。病院には、重要な任務として退院計画を専任に行う、病院内のことにも地域のことに熟知した有能な看護婦が配置されている。様々な職種による民主的な病棟ミーティングがもたれ、退院患者はまずコミュニティー・ナース（日本の保健婦より、医学的臨床業務に多く従事）に引き継がれる。次に特徴的なのは、リハビリテーション退院チームが活動することである。看護婦・理学療法士・作業療法士で編成されたチームが、患者の退院後4週間、強力なリハビリテーションを患者宅に訪問して行う。また病院には多数のソーシャルワーカーもいる。連邦政府は1998年に介護者休息センターcarer respite centreを全国50か所に設置した。6週間を限度として、例えば睡眠をとれない介護者への泊まり込み支援を含めた訪問看護、ショートステイなど、介護者の休息などの支援を行う。これらは無料であるが、寄付を受け取られる仕組みになっている²⁰⁾。

⑤高齢者の医療システム

オーストラリアの場合、年金、家族手当、生活保護等の「所得保障制度」、メディケアと呼ばれる「医療保障制度」、高齢者ケア、障害福祉、児童福祉といった「社会福祉制度」がある。民間による退職後の所得保障制度として、被用者個人ごとに積み立てる強制貯蓄制度である退職年金制度がある。オーストラリアの高齢者保健福祉施設の概要を日本と比較すると、その相違として、1)所得保障制度及び医療保障制度が社会保険方式でなく、原則的に一般財源で賄われている。2)所得保障制度が所得・資産審査にもとづく必要性に応じた個別的、限定的な給付であるのに対し、医療・福祉サービスは国民を対象にする普遍的なサービスである。3)連邦、州、地方公共団体、民間団体という多様な主体が機能的に分担し、並列的な立場でサービスを提供することがあげられる。高齢者ケアでは、介護施設ケアサービスと地域・在宅サービス事業 HACC (Home and Community Care)、特にホーク労働党政権の時代の1985年に開始された高齢者ケア改革 (Aged Care Reform Strategy) が特徴といえ、例えば専門職チームによるアセスメントの実施 (高齢者ケア・アセスメントチーム (ACATs) による全国的な、対象ニーズに基づく評価機構、入所高齢者ケアについての全国的な認定制度の枠組み)、ナショナル・ケアラー・サポート・ストラテジー (全国介護者支援計画) による介護者支援および入所ケア、また「シームレス (縫い目のない) サービス」として登場したコミュニティ・ケア・パッケージなどが注目される。最後のケア・マネージメントサービスは、「複雑なニーズ」をもつ利用者への在宅ケ

ア調整の必要性を認めたとえでのサービス提供であり、重要なのは、「複雑なニーズ」をもつ利用者にケア・マネージメントが限定されていることである。

⑥オーストラリアから学べること

基本的な枠組みに関しては、a)医療保障制度における公的病院の位置づけ、b)オーストラリアにおける公的医療保険の枠での患者とプライベート患者の両者による医療保障のあり方、c)医療保障の財源調達のうえでの民間保険の役割などが、オーストラリアの医療システムを有効に機能させている要因といえる。オーストラリア社会において人々は、誰もが最低レベルのヘルスケアを受ける基本的な権利を持っているという確固たる認識を有している。公的な保険制度はこの基礎的なヘルスケアを受け持ち、私的保険は「快適さ」において機能している。一般的にメディケアがカバーする内容は国民が必要と考えるなら選挙を通じて変えることができる。ただし保険税はそれに応じた形で騰がる、と言うように国民の中で理解されている。オーストラリアにおけるもう一つの特徴は政府による私的保険への強力な介入である。第一に、保険料は一般的に安くおさえられており、所得の低い層でも加入が可能であること、さらには政府自身が最も大きな私的保険会社を自ら運営しており、そのことによって保険料を適切なレベルに押さえるなど効果的な介入を可能にしている。オーストラリアの保険制度は政府によって強力にコントロールされる私的保険によって補完されており、公私の区別は非常にあいまいなものとなっているが、これは、公的保険によって、最低限度確保されなければならない「効果」を確保し、私的保険と役割分担することによって、公的保険にありがちな「不効率」を極力押さえることを意味する²²⁾。

6. まとめ

高度医療技術の推進と高齢化に伴う医療費高騰の問題は、少なくとも各先進諸国にとって共通の課題といえよう。そのための方策として、いずれの国も目指しているのが、病院医療から在宅医療へのシフトであり、在院日数の短縮である。また近年になって導入されたアメリカの DRG's (Diagnostic Related Groups) は、経済効率をとことん突き詰めた結果生まれた臨床分類であり、プロトタイプとして他国でも模倣されつつある。しかし DRG's を基準とする健康保険の医療費支払いシステムは、保険会社の営利目的に見合った保険体制ではあっても、個々の国民が抱える医療ニーズを十分満たすための体制としては不十分かもしれない。医療経済からみた効率性と国民の QOL から捉えた医療の質的側面の向上は、ややもすると相反する結果となりやすい。

緩和医療という、スピリチュアルな面へのケアをも包含した全人的医療は、まさしく医療の質的側面におけるアウトカムを究極的に求める領域であり、医療経済から捉えた効率性ととの両立ないしバランスはなおさら難しいといえよう。さらにその国独自の緩和医療のあり方を探るには、各国がたどってきた緩和医療、少なくとも末期医療の歴史や、国民の死生観、緩和医療に対する意識、コミュニティ意識、信仰性など、国民性やその国の文化的・経済的特性を十分踏まえて検討する必要がある。

オーストラリアは、高齢化等の人口学的問題、疾病動態、医療保険システムの大枠、経済等に関して、日本のそれと比べて著しい差は認められず、わが国が模倣しやすい対象といえよう。特に健康保険体制に関しては、アメリカ型の民間保険会社の導入と、イギリス型の全国民を対象とした政府主導の皆国民健康保険、つまり国民のベーシックな医療ニーズを満たすためのメディケア導入により、両体制の利点を上手に生かして、基本的人権の遵守と医療経済の効率性をはかっているところは参考にできる。

そのオーストラリアが近年、緩和医療に関して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。また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といえよう。さらに国民のボランティア率の高さや、高い選挙投票率にもその片鱗がみられるが、政治や医療、地域に関する国民の意識の高さも、在宅医療やコミュニティ医療の普及に関与しているかもしれない。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ところが挙げられる（これまでの高齢者ケアの推進などにおいて培われたノウハウと思われる）。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。3番目に、ホスピスという言葉がホスピスプログラムを指すように、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が挙げられる。もちろん施設や地域による相違はあるであろうが、基本的なところでスタッフにその意識が備わっていること、そのための専門スタッフ（緩和ケア専門医、

緩和ケア専門ナースなど)の配置の必要性が関連協会でも明文化され、さらに人材育成(教育)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。

以上より、日本の在宅死に対する病院亡の比の高さと、在宅医療の現状、またホスピスないし緩和ケア病棟数の極端な少なさを考えると、全面的にホスピスや在宅緩和ケア病棟の増設、また在宅緩和医療の推進を目指すというよりも、むしろそれらを目標としながらも、実際の問題として、圧倒的人数である一般病院で亡くなっていく入院患者に緩和ケアを提供できるよう、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、資金作りに力を注ぐべきであろう。

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。なぜならば、尊厳死を望まねばならぬ背景には、緩和医療に関する国民の無知、また緩和医療が患者の尊厳をどこまで遵守できるかという点に関する不信や誤解もあると思われるからである。もちろん国民のそうした期待に十分答えるには、医療関係者全体の緩和医療に対する関心を高めること、緩和医療の実践に基づいた調査・研究のさらなる推進が望まれよう。