

## 7. 参考文献

- 1) 3201.0 Population by Age and Sex, Australian States and Territories 2003. Australian Bureau of Statistics, An agency of the Australian Government.  
<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs>
- 2) 3302.0 Deaths, Australia 2002. Australian Bureau of Statistics, An agency of the Australian Government. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs>
- 3) 3303.0 Causes of Death, Australia 2002. Australian Bureau of Statistics, An agency of the Australian Government. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs>
- 4) 4364.0 National Health Survey-Summary of Results, Australia 2002. Australian Bureau of Statistics, An agency of the Australian Government.  
<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs>
- 5) 4335.0 Health Insurance Survey, Analysis 1999. Australian Bureau of Statistics, An agency of the Australian Government. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs>
- 6) 今井正信, 岩田美枝子, 高井一志 (2001) オーストラリアにおける医療と福祉 (第 I 報) 高齢者医療保険制度および最近のホスピスケア. 三豊総合病院雑誌 ; 22 : 122-144.
- 7) Rosemary V. Calder (2000) Dimensions of Change in Health Care; Implications for Palliative Care. p56-67. In Judith M. Parker, Sanchia Aranda : Palliative Care: Explorations and Challenges. MacLennan+Petty, Sydney, Philadelphia, London.
- 8) Palliative Care Service Provision in Australia : A Planning Guide 2nd Edition. Palliative Care Australia. (2003) Email:[pcainc@pallcare.org.au](mailto:pcainc@pallcare.org.au) Web:  
[www.pallcare.org.au](http://www.pallcare.org.au)
- 9) Standards and Guidelines for Residential Aged Care Services Manual. p2-9. Aged and Community Care Division, Commonwealth Department of Health and Aged Care. (1998)
- 10) Kate White (2000) The Role of the Nurse Consultant in the Acute Hospital Setting. p218-228. In Judith M. Parker, Sanchia Aranda : Palliative Care: Explorations and Challenges. MacLennan+Petty, Sydney, Philadelphia, London.
- 11) The Royal Australasian College of Physicians (2002) ANZSPM Newsletter March 2002 ; Training for Fellowship of the Chapter of Palliative Medicine  
[www.anzspm.org.au/newsletter/02mar/training-for-fellowship.html](http://www.anzspm.org.au/newsletter/02mar/training-for-fellowship.html)
- 12) 星野一正 (1995) 民主化の法理医療の場合 本人の意思による死の選択 オーストラリアで世界初の安楽死法可決. 時の法令 1500 号 p64-69.
- 13) 星野一正 (1995) 民主化の法理医療の場合 本人の意思による死の選択 オーストラリアの安楽死をめぐる社会的・法的現況. 時の法令 1498 号 p72-77.
- 14) 星野一正 (1997) 民主化の法理=医療の場合 31 オーストラリア北准州の安楽死法は無効となる. 時の法令 1544 号 p50-55.
- 15) 橋本 雄太郎 (1995) オーストラリアにおける安楽死法をめぐる論議. 『杏林社会科学研究』 11-3:28-40.

- 16) 藤崎清道, 高木安雄 (2000) 「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.
- 17) Hal Kendig (1999) オーストラリアにおける老年学および高齢者ケアについて—日本との比較—. GERONTOLOGY ; 11 (2) : 145-150.
- 18) 平山卓 (2000) オーストラリア—保守と革新とが並存する若い国②. COMMUNITY CARE ; 7 : 90-93.
- 19) 岩田美枝子, 高井一志, 今井正信 (2001) オーストラリアの高齢者ケア. 三豊総合病院雑誌 ; 22 : 193-208.
- 20) 生田清美子 (2001) 高齢者の生活を大切にするオーストラリア. 老年科医療 (『平成13年度神奈川県衛生短期大学公開講座』より). 神奈川県衛生短期大学紀要 ; 34 : 25-30.
- 21) 加瀬裕子 (2001) オーストラリアの在宅ケアとの比較から. Journal of Japan Academy of Home Health Care ; 5 (1) : 15-19.
- 22) 山本 至 「オーストラリア社会保険制度に関する研究ノート」. 西シドニー大学大学院 [sfunaki@fpu.ac.jp](mailto:sfunaki@fpu.ac.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

オランダにおける終末期医療および尊厳死の実態

分担研究者 高島 敦子 F.C. Donders Centre

研究要旨：わが国における尊厳死を求める患者に対して、真摯な議論を行う上で必要となってくる情報収集の一環として、オランダにおける終末期医療の現状について調査した。また、オランダの人口動態、死因、医療保険システムの状況を把握し、悪性腫瘍の位置づけ、終末期患者の現状について明らかにした。さらに、オランダに特有である、安楽死の歴史的背景、その問題点、現状の手続きについても報告した。

A. 研究目的

わが国における、尊厳死を求める患者に対して、真摯な議論を行う上での基礎的な資料の収集を行うためには、諸外国における現状の調査をし、国内の現状と比較検討する必要がある。オランダでは、賛否はあるものの、安楽死や自殺補助も含めて患者の権利を最大限に尊重した終末期の医療システムがとられており、その状況の利点や問題点を把握することは、国内の終末期のあり方を検討する上で参考になると考えられる。

B. 研究方法

オランダにおける倫理学会、ホスピス学会などの動向を調査し、学会誌をレビューした。政府発行の資料をもとに疫学的調査の実態を把握した。また、インターネットを用いて情報を収集するとともに、学会や患者家族サポート団体などが発行している雑誌やリーフレットを取り寄せ、情報提供のあり方がどのような形態でなされているかを調査した。さらに、各種団体や患者会などが現在抱えている問題点を調べ、サポート活動の可能性とその限界や問題点について情報を集めた。  
(倫理面の配慮)

本研究は特に個人データを取り扱うものではなく、すでに研究論文として発表され、あるいは一般的に明らかにされた調査内容を集めて分析したものであり、直接、間接的に倫理面に触れるものではない。また、聞き取り調査においても、個人が特定されないよう十

分配慮した。

C. 研究結果

オランダの人口約 1600 万人中、悪性腫瘍は死因の第 2 位で年間約 4 万人 (27.8%) にのぼった。

オランダではもともと、緩和ケアはそれぞれの地域の医療機関、ホームなどで行われてきた。しかし、他の先進国同様、高齢化が進むにつれ、癌やその他慢性疾患で死亡する割合が増加しており、隣国イギリスに遅れをとりつつも、1980 年代後半より緩和ケア部門の独立、および、その方面を重要視する方向性が見られるようになった。また、1990 年代には政府も緩和ケアの全国的な発展をめざして予算分配をしてきている。これによって、包括的な調査や全国レベルでのシステム作りが可能となり、より多くの人たちがかわわりを持ち、システム自体も広域をカバーするようになってきている。2000 年代に入って、これからは地域システムの中に緩和ケアを組み入れていく方向に進んでいる。

オランダにおいては個人の考えが重要視されており、自分の死を求める権利も安楽死合法化という形で認められている。しかし、合法化に至るまでには様々な討議がなされ、色々な運動が現状につながったといえる。法的に認められているとはいえ、生命を終結するということは安易に認められるものではなく、それを行うにあたっては、十分な配慮が必要となってくる。合法化に伴い、届出の手順なども整理され、安易に行われなような、また状況が透明で、現状が把握できるような

システムとなった。

医療教育の方面では、まだ終末期医療に関する制度は整理されておらず、現在、卒前、卒後教育のカリキュラムなどを各大学が検討している段階である。

#### D. 考察

他の先進国同様、オランダでも慢性期の悪性腫瘍で死亡する率は高い。高齢化に伴い、老人問題、医療費の問題、終末期患者の地域医療システムのあり方について、オランダ政府が十分な予算を分配して、調査し、発展を促している状況である。

「ひたすら苦しむだけの生命は果たして生きる価値があるといえるのか」という問題提起に対し、オランダは安楽死を認める考えを合法化した。それは、個人の意思を尊重するという国民性があってこそ可能となったことである。また、自分のあり方を決定するにあたっては、医療上の担当者であるかかりつけ医の存在は欠かせなかったといえる。治療法に関しては当然のこと、在宅ケアなど地域のケアシステムの利用に当たっても橋渡しの役割をするのはかかりつけ医である。このように、医療機関の窓口として、かかりつけ医がとても重要な位置を占めている。

終末期において、患者がよりよい方法を選択できるように、それぞれがそれぞれの立場での十分な知識をもって判断する、そのために必要な教育機関の発展とシステム作り、情報の提供のあり方についてオランダは全国レベルで模索しているところといえよう。

#### E. 結論

オランダにおける安楽死の合法化はオランダ人の国民性、オランダにおける医療設備の基準の高さが背景にあって可能となっているところである。しかしながら、安楽死が安易に行われないうために、近年安楽死合法化と平行して、終末期医療のケアシステムの発展も重要視されるようになった。オランダでは、現存する地域システムを利用しつつ、発展させていくために、全国的調査をし、システムの包括化、より効率的な利用のあり方について、現在状況の発展を全国レベルで行っている状況にある。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

論文発表

「オランダ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。

オランダにおける終末期医療  
および尊厳死の実態

分担研究者：高島敦子 (FC Donders Centre)

## 目次

1. 統計	159
① 人口	159
② 死因における悪性腫瘍の位置づけ	159
③ 死亡場所	160
2. 医療システム	163
① 病院	164
② ホスピス	165
③ その他の施設	165
④ 政府の動向	169
1) 終末期医療プログラム	169
2) 終末期医療推進センター	169
3) ホスピスケア統合プロジェクト	169
3. 医療保険制度	172
4. 安楽死	178
① 法律	178
② 歴史	179
③ 一般論	184
④ 報告	189
5. 国民性、民族性、文化的背景	190
6. 医学教育	192
7. まとめ	194
8. 参考文献および資料	195

## 1. 統計

### ① 人口

オランダの人口 16,192,572 人<sup>1</sup> (2003.12.8 現在) (<http://statline.cbs.nl>)

65 歳以上の人口 2,220,456 人<sup>1</sup> (2003 年) (<http://statline.cbs.nl>)

表 1 オランダの人口

Population: key figures													
Subjects	Population by sex			Population by marital status				Population by age					
	Total population	Males	Females	Never married	Married	Widowed	Divorced	Absolute	0 to 20 years	20 to 40 years	40 to 65 years	65 to 80 years or older	
Periods	1950	10026773	4988251	5028522	5284496	4232241	435532	74504	3742499	2951369	2562311	670995	99599
1955	10680023	5320759	5359264	5481327	4658053	459762	80881	4000883	2997145	2792024	765017	124954	
1960	11417254	5686152	5731102	5730715	5103163	495131	88245	4331042	3098779	2968611	864423	154399	
1965	12212269	6090529	6121740	6025009	5547842	549790	89628	4631281	3227357	3191097	976752	185782	
1970	12957621	6465081	6492540	6104254	6121941	616504	114922	4657606	3650362	3338678	1089232	221743	
1975	13599092	6771613	6827479	6099415	6626364	688197	185116	4646232	4026470	3466969	1201043	258378	
1980	14091014	6994280	7096734	6190940	6835014	751355	313705	4431785	4441579	3602326	1303447	311877	
1985	14453833	7149620	7304213	6285610	6869619	808543	490061	4084506	4795956	3843625	1359038	370708	
1990	14892574	7358482	7534092	6464971	6956510	853599	617494	3822205	4912128	4252617	1477909	427715	
1995	15424122	7627482	7796640	6735614	7081536	875647	731325	3760155	4981153	4649238	1557819	475757	
2000	15863950	7846317	8017633	7048699	7071202	882071	861978	3873008	4761504	5076996	1652103	500339	
2001	15987075	7909855	8077220	7138972	7079502	882162	886439	3908053	4727104	5177417	1657864	516637	
2002	16105285	7971967	8133318	7241077	7063982	881876	918350	3940636	4685727	5280208	1667107	531607	
2003	16192572	8015471	8177101	7321665	7052176	879742	938989	3968999	4624170	5378947	1676486	543970	

<sup>1</sup><http://statline.cbs.nl>より引用

オランダも徐々に高齢化が進んでおり、2003 年時点で 65 歳以上の人口は約 222 万人 (13.7%) であるが、2010 年以降は戦後人口が増え 2040 年には人口の約 25% が 65 歳以上になる見込みである<sup>2</sup>。2002 年 1 月の時点で、何らかの施設に入所中である 65 歳以上の人口は 135 万人である<sup>3</sup>。

これからますます高齢化社会になるのに伴い、慢性期の疾患を患う人口が増えることが予想され、このための医療費の増大、また、在宅医療、老人ホームなどケアに関わる費用の増大も予想される<sup>4</sup> (図 1～3)。

### ② 死因における悪性腫瘍の位置づけ (2002 年 : 表 2 参照)<sup>5</sup>

全死因数 142,355 人

悪性腫瘍数 39,677 人(27.9%)

1 位 心血管系 47,992 人(33.7%)

2 位 悪性腫瘍 39,677 人(27.9%)

3 位 呼吸器系 13,511 人 (9.5%)

③ 死亡場所

全死亡者の死亡場所 <sup>6</sup>	病院	35%
	看護ホーム	20%
	高齢者ホーム	15%
	自宅	30%

癌患者の死亡場所 <sup>6.7</sup>	自宅	65%
	病院	>25%
	看護ホーム・ケアホーム	6%
	ホスピス	<1%

癌患者の多くは自宅で死亡する（75%）<sup>6</sup>。また、終末期にある患者のほとんどは自宅での死亡を希望している<sup>8</sup>。

Expenditure on care

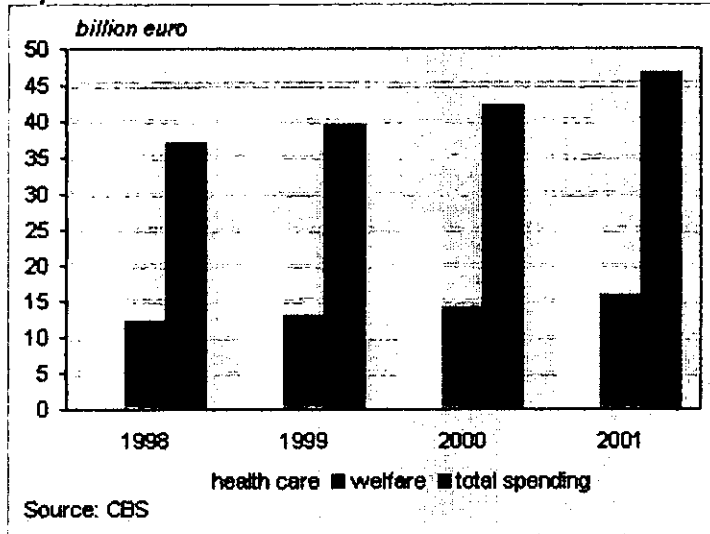


図1 ケアに関わる支出

ケアに関わる支出は2001年でGDPの11%を占めた。これは1998年、1999年、2000年に比べて、10.5%増である。1都市あたり約2,906ユーロの出費であった。



Employment in care

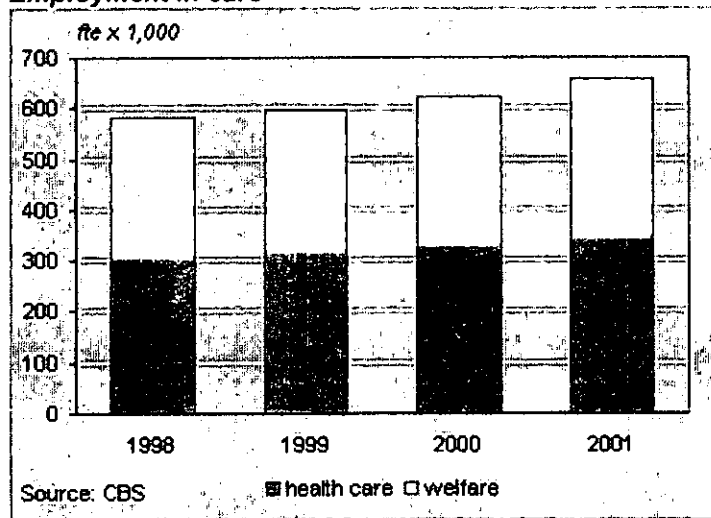


図2 ケアに関わる雇用数

ケアセクターの労働雇用数の増加

ケアセクターにおける労働量も実質的に増加した。1998-2001年の間、ヘルスケアと福祉ケアにおける労働量はそれぞれ13%、12%の増加がみられた。この間、増加率は年々増大した。

Spending on care by source of funding

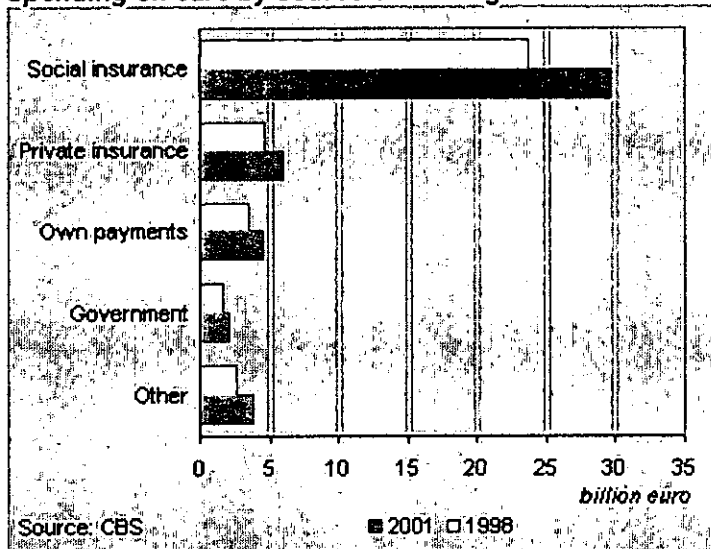


図3 ケア支出の財源

社会保障がもつとも多い財源

政府と社会保障が、ケア支出の財源の大半を占めた。2001年におけるこの割合は、全支出の70%近くを占める約320億ユーロであった。私設健康保険の割合は60億ユーロであった。家庭、施設、会社の健康、福祉ケアに対する支出は約90億ユーロであった。

図1～3 <sup>2</sup>[www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/archive](http://www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/archive) より引用

表2 原因別死亡率<sup>5</sup>

Age	Sex	Period	Topic: All causes of death									
			1 Infectious and parasitic diseases	2 Total neoplasms	3 Total infectious and parasitic diseases	4 Endocrine, nutritional and behavioural disorders	5 Mental and behavioural disorders	6 Total mental and behavioural disorders	7 Diseases of the nervous system	8 Diseases of the circulatory system	9 Diseases of the respiratory system	10 Diseases of the digestive system
Total	male	1996	137,561	1,601	38,271	362	4,080	4,173	2,934	51,313	13,055	5,160
	and female	1997	135,783	1,452	38,087	363	4,127	4,282	2,947	49,761	13,176	5,014
	all	1998	137,482	1,511	38,361	386	4,059	4,458	2,905	49,826	14,013	5,054
	age	1999	140,467	1,534	39,129	397	4,113	4,591	3,209	49,591	14,399	5,031
	es	2000	140,527	1,530	39,805	367	4,317	5,133	2,880	49,191	14,677	5,337
	es	2001	140,377	1,648	39,013	411	5,193	5,872	3,077	47,843	13,378	5,358
	es	2002	142,353	1,739	39,677	515	4,925	6,452	3,316	47,992	13,511	5,574

Age	Sex	Period	Topic: 10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence									
			10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence	10 Diseases of 12 Diseases of 18 Causes of 16 Symptoms of 17 External causes of injury and violence
Total	male	1996	485	694	2,657	23	626	6,085	520	626	6,085	5,309
	and female	1997	479	856	2,580	15	657	6,422	417	657	6,422	5,148
	all	1998	485	821	2,553	23	638	6,933	502	638	6,933	4,914
	age	1999	554	913	2,733	19	808	7,179	518	808	7,179	5,189
	es	2000	498	812	2,609	18	601	7,744	531	601	7,744	5,169
	es	2001	432	933	2,827	14	610	6,193	528	610	6,193	5,444
	es	2002	405	953	2,801	20	523	7,883	545	523	7,883	5,318

<sup>5</sup>http://statline.cbs.nl/StatWebより引用

## 2. 医療システム

オランダで医療機関にかかる場合、まず登録してある地域のかかりつけ医(*general practitioner / huisarts*)を受診することになる。さらに専門的な治療が必要とかかりつけ医が判断した場合のみ、この医師によって専門病院が紹介されるシステムになっている。オランダにおけるかかりつけ医は、医療のすべての面においての窓口機関でもあり、余程の緊急を要さない限り、救急車の手配ですら、かかりつけ医を通して行うことになる。また、在宅ケアなど地域ヘルプサービスを受ける場合も、その地域ネットワークとの橋渡しは、かかりつけ医が行っている。

医療機関の 1999 年時点での数を以下に示す<sup>9</sup>。

表 3 オランダにおける医療提供者の数<sup>9</sup>

Table 1 Providers in Dutch health care, 1999

a. Health professionals	
2,400	General practitioners
7,300	Dentists
10,000	Medical specialists
43,800	Physiotherapists and other therapists
13,400	Pharmacists
380,000	Nurses and auxiliary nurses
240,000	Administrative and other personnel
b. Institutions	
123	Home care organisations, with 156,000 staff, about 350,000 clients per annum
1,200	Retirement homes, with 110,000 beds and 104,600 staff
327	Nursing homes, with 50,000 beds and 84,000 staff (including 20 rehabilitation clinics)
143	Hospitals, with 55,400 beds, 197,600 staff plus 8,000 self-employed specialists, of which
	102 General hospitals, with 44,300 beds
	33 Specialised hospitals, with 4,000 beds
	8 Teaching hospitals, with 7,100 beds
154	Institutions for handicapped persons, with 36,200 beds and 99,900 staff
148	Mental care institutions, with 28,100 beds and 56,300 staff

Source: MoH 1998a; NIVEL 1999

医療機関の利用の割合を以下の表に示す<sup>10</sup>。

表4 医療機関の利用率

Use of medical facilities		All periods										
drop variables here		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Subject												
Contacts with the GP	Contacts with the GP in 1 year	75.6	76.3	75.2	75.2	75.5	75.6	75.5	75.6	76.1	74.5	
Contacts with the medical specialist	% Persons with contact in 1 year	39.7	39.5	36.9	37.6	37.4	38.1	38.4	38.0	37.8	37.6	
Contacts with the dentist	Contacts with the dentist in 1 year	74.0	73.9	74.6	74.4	76.1	77.6	77.1	76.2	77.7	78.3	
Contacts with the physiotherapist	% Persons with contact in 1 year	13.7	13.7	13.6	13.2	15.2	15.3	15.6	16.2	16.7	17.2	
Contacts with alternative health care	% Persons with contact (excl.GP) in 1 yr	5.7	6.0	6.2	5.3	6.1	6.4	6.8	5.9	6.9	6.6	
Hospital admission	% Admitted persons in 1 year	7.3	6.4	6.6	6.8	5.8	5.9	5.9	5.6	5.4	5.9	
Medicines	% Persons with prescription	13.3	12.0	13.1	12.1	12.5	13.0	12.8	12.1	12.8	12.1	
	% Persons with prescribed medicines	31.8	31.0	33.2	32.9	32.9	32.6	34.3	33.6	35.3	35.6	
	% Medicines not on prescription	25.9	27.0	28.5	29.5	31.9	32.5	33.5	34.5	35.6	37.4	
Contraceptive pill (%) women 16-49 yrs)		43.4	45.0	42.8	45.5	43.3	42.7	43.2	43.1	43.1	41.9	
Health centres	% visit health care centre in 1 year	69.6	68.7	69.0	69.0	68.9	69.6	69.5	68.1	69.0	69.8	

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/> より引用

① 病院

オランダの総病院数は2002年8月の時点で137施設あり（うち、大学病院 8施設、癌専門クリニック 2施設）、ベッド総数は56,500である<sup>7</sup>。

病院の主目的は治療であるため、院内に palliative care unit を有している施設はこのうち3施設のみである。しかし、多くの病院は地域の palliative care network と連携をもっている。1998年保健福祉スポーツ省は、palliative care 地域システムの推進を図るため、終末期医療推進センター（COPZ）の創設を決議した。これらのセンターは全国の6都市に拠点を置き、各センターは少なくとも1つの医療施設や大学病院と連携をとっている。そして多くの場合、その担当地域の入院外来患者治療提供施設や全国で9ヶ所にある癌センター（IKC）とも連携をとっている。これらシステムの構築と調整ならびに情報の蓄積を目的として、政府はCOPZに1998年から2003年の間、予算分配をした<sup>7</sup>。

オランダでは、すでに癌センターと地域の医療システムとは連携体制をとっており、今後このシステムに終末期医療を組み込んでいく方向性が現在検討されている。しか

し、終末期医療は癌患者以外の患者も含むことになるため、これらの患者の扱いについて、癌センターとのさらなる調整を図っていく必要性が課題として挙げられている<sup>7</sup>。

2003年のCOPZの活動終了とともに、2004年以降はターミナルケアの窓口はCOPZに代わりIKCが担っている。全国的にはNPTN(the Netherlands Palliative Care for Terminally Ill Patients)がネットワーク機構として引き続き機能している<sup>11</sup>。

## ② ホスピス

オランダではもともと、地域医療システムや在宅ケアシステムの範疇で終末期医療もまかなってきただけで、隣国イギリス、ドイツ、ベルギーと比べて独立したホスピスの数自体は少ない。1980年代、イギリスの Dame Cicely Saunders(イギリスにおけるホスピスの開拓者)と面識をもったオランダのソーシャルワーカーたちによって、ホスピス運動が創始された。最初にホスピスとして認識されたのが Nieuwkoop の “Bijna-thuis-huis”である。実際にホスピスが最初に独立した施設として登場したのは1992年(VleutenのJohannes Hospitium、AmsterdamのKuria Hospice)である。2003年9月現在の施設数は、Almost-home houses (bijna-thuis-huis) 29施設(89病床)、専門ホスピス(High-care hospice) 23施設(134病床)、小児ホスピス5施設(46病床)である<sup>12</sup>。現在なおホスピスの数は年々増加傾向にある。

オランダにおけるホスピスは、なるべく普段の住宅環境を提供できるように工夫されている。High-care hospiceでも1施設あたり4-10病床、Almost-home housesではもう少し規模が小さく、1施設あたり1-6病床である。

High-care hospiceでは看護師が主なスタッフであるが、ボランティアの協力も得ている。医療はかかりつけ医が担当することもあれば、ホスピスの医師が対応することもある。また、他の医療サービスもオンコールで受けられるようになっている。

Almost-home housesはボランティア主体で経営されている。ボランティアは可能な限り、家族と共に日常的なケアを提供するようにしている。ここでは、医療はかかりつけ医が担当している。必要に応じて在宅ケアスタッフの専門家の援助を得ることもできる<sup>7</sup>。

## ③ その他の施設

2003年9月現在、終末期医療設備をもっている総施設数は、看護ホーム43施設(196病床)、高齢者ホーム32施設(69病床)である。また、在宅ケア団体数は175にのぼり、約5000人のボランティアが登録されている<sup>13</sup>。

近年、全国で30のpalliative care consultationチームが設立された。これによってオランダ全体では現在、介護者の約4分の3が居住地のチームに相談できるほどに広域を網羅している。このチームは専門医師、専門看護師によるコアチームより形成されているが、ネットワークを介して、麻酔科医、宗教家、放射線科医、栄養士などの援助も得られるようになっている<sup>7</sup>。

- ・ 看護ホーム

もともとオランダの看護ホームでは、入居者が終末期を迎えたときの身体的、精神的ケアを提供していた。2002年8月の時点で、オランダの看護ホーム数は330、ベッド数は57,600、対応可能外来患者数は4,600である<sup>7</sup>。

2003年9月現在、終末期患者に palliative care を提供する unit を有しているホーム数は43施設（196病床）である<sup>13</sup>。ホーム居住者以外に外部からも緩和ケア unit の利用を受け入れている施設が増えてきている。これらのベッド入所期間は大体2～3ヶ月に限られている。これらの unit は大概、ホーム内かホームと同じ敷地内に設置されていることが多く、個室であり、見舞い者用の宿泊設備も整っている。看護師やケアワーカーによって専門的なケアが提供されると共に、それぞれのホームの担当医師、牧師、心理士、理学療法士などの援助を受けることも可能である<sup>7</sup>。

- ・ 高齢者ホーム

高齢者ホームでは、入居者が死亡するまで可能な限りの援助を提供することが本来の目的であるため、ここで死期を迎える人も多い。1999年における高齢者ホーム数は1,366施設（112,441人）であり、2000年の報告では22,000人が高齢者ホームで死亡している<sup>14</sup>。

高齢者ホーム内に palliative care を提供する unit を有しているホームは32施設（69病床）である<sup>13</sup>。これらの unit では、専門スタッフがボランティアの協力を得て活動している。医療面に関しては、患者のかかりつけ医が担当している。滞在期間は看護ホーム同様2～3ヶ月である<sup>7</sup>。

- ・ 在宅ケア

オランダでは病気になるとまず、かかりつけ医にかかるシステムになっている。オランダ全体で約7,800人のかかりつけ医（実際に診療を行っていない医師数も含む）が登録されており、これは人口約2,500あたり1人の割合である<sup>7</sup>。

オランダ人の多くは終末期を自宅で迎えることを希望しており、実際に30%の人は自宅で死亡している<sup>6,8</sup>。自宅で介護が必要となると、かかりつけ医の紹介を受け、在宅ケアに関連したスタッフがかかわるようになる。在宅ケアでは、看護、ケア、日常生活の援助が主な内容となってくる。一部の在宅ケア団体は、在宅にて専門的なケア（点滴の管理、疼痛緩和薬用のポンプの管理など）が行える専門看護スタッフを有している。1997年以降、政府はさらに家族など公的介護者以外の人々へのサポート（介護家族のカウンセリング、アドバイス、指示、情報提供など）も始めた<sup>7</sup>。

表5 施設とベッド数<sup>7</sup>

Table 1 Providers and financing sources of palliative care in the Netherlands in mid-2002<sup>1</sup>

Providers of palliative care		overall number	most important sources of finance
General practitioners		approx. 7800 <sup>2</sup>	- patient's private insurance or health insurance fund insurance
Home care organizations	registered financed under the AWBZ	approx. 120	- national insurance (AWBZ) and small patient personal contribution
	miscellaneous	number not known	- financing by patient
Nursing homes	without hospices unit (n = approx. 283)	approx. 330	- national insurance (AWBZ) and small patient personal contribution
	with hospices unit (n = 37)		- incidental donations, sponsorship, grants etc. (in the case of hospice unit)
Care homes	without hospices unit (n = approx. 1339)	approx. 1385	- national insurance (AWBZ) and small patient personal contribution
	with hospices unit (n = 25)		- incidental donations, sponsorship, grants etc. (in the case of hospice unit)
Independent professionally staffed hospices		16	- private or health insurance fund insurance; AWBZ insurance (for medicines, care from doctors or other professionals etc.)
Volunteer-run hospices		21	- incidental donations, sponsorship, grants etc. - often also patient contribution towards cost of maintenance and accommodation
Hospitals	without hospices unit (n = approx. 134)	approx. 137	- patient's private or health insurance fund insurance
	with hospices unit (n = 3)		- incidental donations, sponsorship, grants etc. (in the case of hospice unit)
Volunteer organizations	members of the VTZ	approx. 170	- government grant (for coordination of volunteers)
	miscellaneous	number not known	- incidental donations, sponsorship, grants etc.
Informal carers of terminally ill patients		over a period of 3 years: 6% of the population	- usually unpaid - in some cases payment under a client-linked budget (PGB) - informal carers can receive contributions under the Career Break Financing Act <sup>3</sup>

<sup>1</sup> In around 2006 the Dutch health care insurance system will be radically changed, see Ministry of Health, Welfare and Sport (B). This implies that the financing sources for palliative care will also undergo important changes.

<sup>2</sup> Including GP's without practices

<sup>3</sup> A monthly maximum of about € 400/€ (?)

表6 Hospice unit の数 (2003年9月現在) <sup>13</sup>

**SPECIALISED PALLIATIVE CARE FACILITIES IN THE NETHERLANDS  
dd. September 2003**

"ALMOST-HOME HOUSES"	29	WITH	089	BEDS
HIGH-CARE HOSPICES	23	WITH	134	BEDS
CHILDREN HOSPICES	05	WITH	046	BEDS
NURSING-HOMES	43	WITH	196	BEDS
HOMES FOR THE ELDERLY	32	WITH	069	BEDS
HOSPITALS	03	WITH	014	BEDS

**VOLUNTARY HOME CARE**

**Support of the terminally ill patients and their relatives at home  
complementary to professional home care**

ca. 175 ORGANISATIONS WITH ca. 5000 VOLUNTEERS

**TEAMS FOR CONSULTATION ON PALLIATIVE TERMINAL CARE**

**To advice general practitioners and nurses**

30 TEAMS THROUGHOUT THE COUNTRY

<sup>13</sup>[www.palliatief.nl/nationaal](http://www.palliatief.nl/nationaal) (2004.1.4 consult) より引用



#### ④ 政府の動向

##### 1) 終末期緩和医療プログラム Palliative care in the terminal phase programme (1997-2002)

政府は、ZonMw(健康保健研究発展評議会・医療科学に対する研究補助金)の一環としての研究と推進プロジェクトの奨励を行った。

第1段階 オランダにおける終末期医療の現状調査

第2段階 今後終末期医療がどの程度必要となってくるかの見通しを立てるための調査研究

第3段階 終末期医療の向上を図るためのプロジェクトの推進 (少数民族、小児、ALS 患者を含む)

- ・ かかりつけ医の指導者を育成するための教育コースの設定と運営
- ・ ボランティアの教育、システムの設置、地域への協力
- ・ ケアワーカーの技術や機器の向上を図るための基準やモデル作り

##### 2) 終末期医療推進センター (COPZ) (1998-2003)

1997年保健福祉スポーツ省により、終末期医療の推進と補助を目的として決議され創設されたセンターである。

これらセンターは、1998年より6都市に拠点を置いて活動を開始した。同省は終末期医療部門の推進のため、これらの6施設を6年間補助し、必要なガイダンスを提供することにした(1998-2003)。

- ・ 地域コンサルテーションチームの設置  
Palliative care の専門的知識を持ったコンサルテーションチーム  
現在、全国に30ヶ所設置されており、全国の75%の地域をカバーしている
- ・ Palliative care の教育コースの設置、調整 (データベースの作成)
- ・ 疫学的調査  
患者のニーズや抱えている問題、Palliative care の活動範囲に関する情報収集

##### 3) ホスピスケア統合プロジェクトグループ (PIH) (1999-2001)

現在存在するさまざまな形式の palliative care を統合し、施設間のネットワークを構築することによって相互の利用を可能とし、ニーズに沿ったよりよい地域終末期医療を提供できるようにすることを目的とした計画である。

- ・ ネットワークモデルの発展 (2001-2002年 試験的ネットワークの試み)
- ・ 試験的ネットワークの評価と次のステップへの情報提供

4) 上記1)～3)までの研究・活動の結果をもとに、政府は今後の方針として次の点を挙げている：

- ・ Palliative care の質の向上（教育計画、機器の発展）のための予算分配
- ・ Palliative care の地域ネットワークの発展  
ホスピス施設の地域保健システムへの統合  
すでに存在している全国9ヶ所の癌センターのシステムへ、終末期医療を組み入れていく方針であるが、そのための調整や教育  
Palliative care 地域ネットワークとの協力体制の設立
- ・ Palliative care の財源  
ボランティア組織、またその調整に関わる予算を増大  
ネットワークの調整を行っている組織への予算の分配  
看護ホーム、高齢者ケアホームの palliative care unit への予算を増大
- ・ ケア提供者の専門技能の向上、情報交換、国際レベルでの情報の共有

2003年 COPZ の活動の終了に引き続く、国家予算の大々的な分配は残念ながら得られず、これまでの成果によって築かれた基盤をもとに、個々のフィールドで今後の活動は発展していかなければならない状況である。

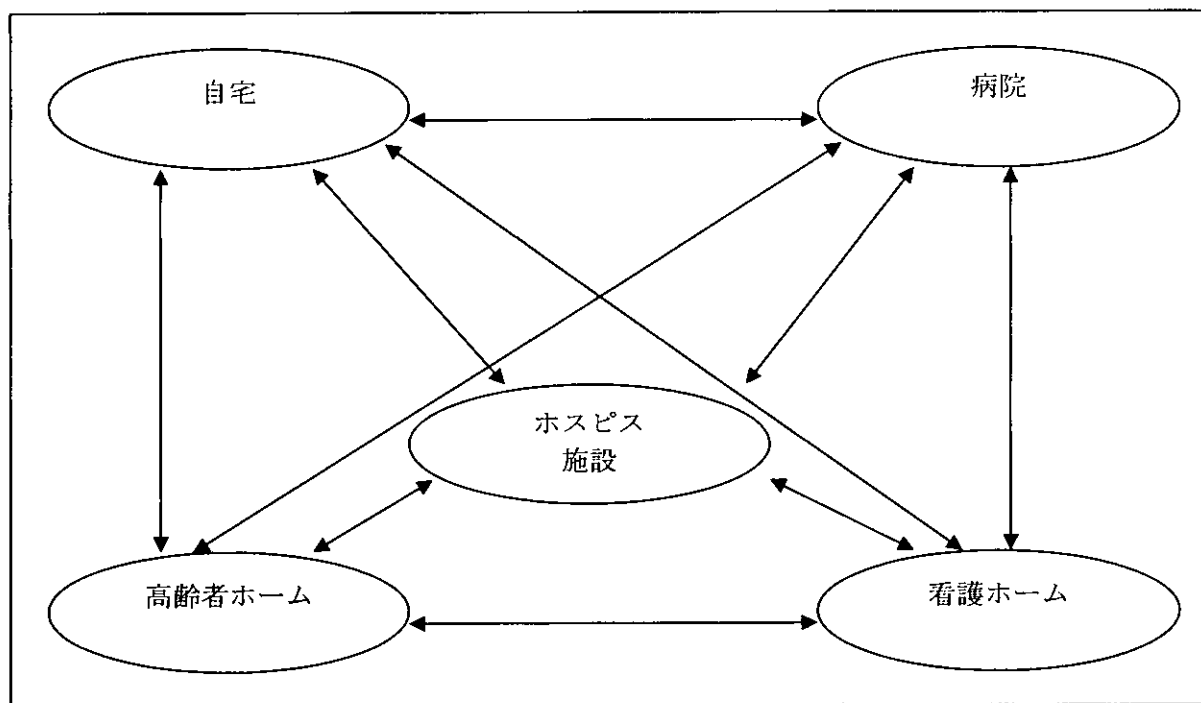
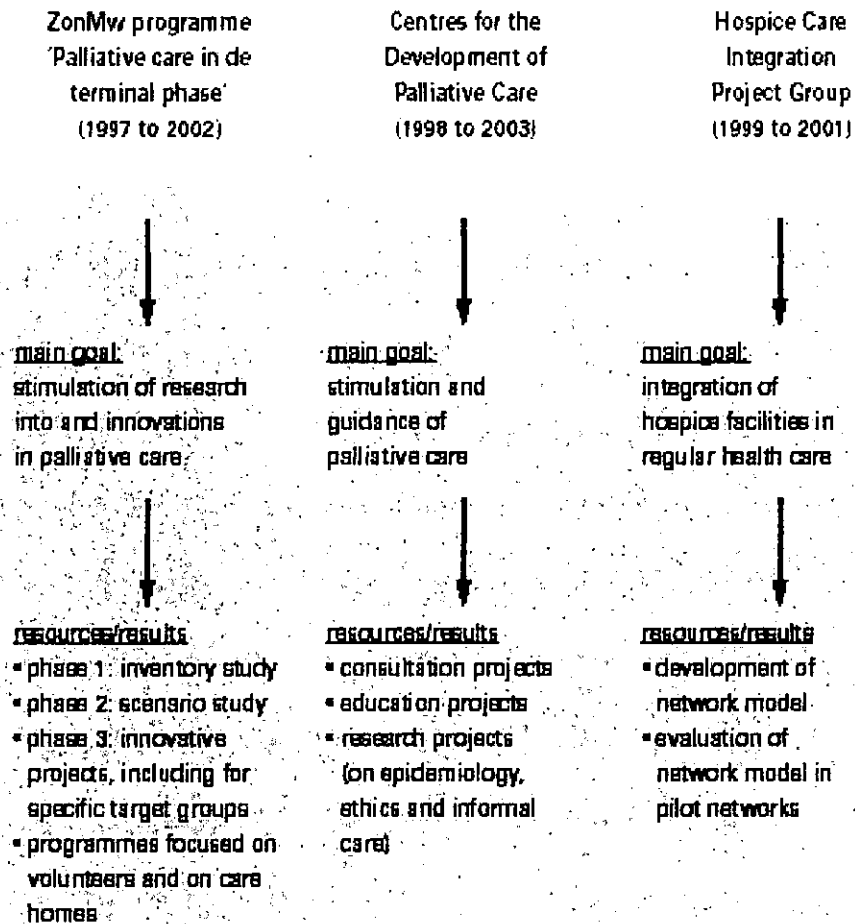


図4 ネットワークモデルの概要図

(文献7より和訳)

Figure 1 Dutch government policy on palliative terminal care between 1996 and 2000



The programmes are discussed in greater detail in the following sections.

図5 終末期医療における1996年～2000年のオランダ政府の動向<sup>7</sup>

### 3. 医療保険制度

オランダの健康保険は3区分より成り立っている。

#### 第1区分 (特別医療費保険)

・特殊医療費法 General Medical Expenses Compensation Act (AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)

この保険料は収入額に応じて税金の形で徴収されている。保険料は収入の10.25% (2000年)。

1年以上の長期入院や障害者ケア、在宅ケア、看護、看護ホーム、高齢者ホーム、障害者施設の費用は、これにより賄われる。

表7 2001年、2002年のAWBZの収入と支出<sup>9</sup>

#### AWBZ (AFBZ) income and expenditure

in millions of euros	2001	2002
<b>Expenditure</b>	<b>15,973.3</b>	<b>17,223.6</b>
Provision of care and grants	15,833.7	17,079.3
Management costs	139.6	144.1
<b>Income</b>	<b>16,066.1</b>	<b>16,242.6</b>
Income-related contributions	12,774.1	12,189.7
Patient contributions	1,707.9	1,769.8
State contributions	5.9	6.2
BIKK (Contributions to the Cost of Discounts)	1,672.3	2,391.0
Other income	94.1	113.5
<b>Surplus</b>	<b>92.84</b>	<b>980.9</b>
<b>Expenditure</b>	<b>530.7</b>	<b>450.7</b>
<b>Income</b>	<b>202,601.9</b>	<b>211,708.3</b>
<b>Rate</b>	<b>10.25</b>	<b>10.25</b>

Source: VWS