

ドイツにおける終末期ケア

ー ネットワークによる在宅高齢者のサポート ー

藤本 健太郎

■ 要約

ドイツにおける終末期ケアは、可能な限り住み慣れた自宅で暮らせるようサポートすることが原則である。在宅重視は、介護保険法上もホスピス活動のガイドライン上も明記されている。終末期ケアに関し、医療改革 2001 によって在宅ホスピスが制度化されたが、ベルリンにおける現地調査によって、在宅ホスピス活動の実際の看取りはボランティアが行い、少数の常勤職員がバックアップしていること、在宅介護など地域の高齢者ケアの関係者とのネットワークによって在宅高齢者をサポートしていることを示した。このような在宅重視、公私の協働およびネットワークによる在宅高齢者のサポートを特徴とするドイツの取組みは、孤立化が進み、ソーシャルインクルージョンの視点に立ったサポートが必要なわが国の高齢者への終末期ケア、在宅サポートに関して示唆に富むものであると考える。

■ キーワード

在宅ホスピス、ボランティア、地域ネットワーク、ソーシャルインクルージョン

1 ドイツの概況

ドイツは 8000 万人を超える人口を有し、GDP の規模は世界第 3 位である。合計特殊出生率は 1.4 程度で推移し、わが国と同様に、総じて少子化が進む先進国の中でも最も低いグループに分類される。ドイツの基礎データについては、表 1 のとおりまとめた。

ドイツの社会保障制度はわが国と同様に社会保障制度が中心となっており、今回の特集が対象とする高齢者に深くかかわる年金制度、医療制度および介護制度は、いずれも社会保障方式で運営さ

れている。

このようにドイツは、人口規模も GDP の大きさも先進国の中でも屈指であること、社会保障が社会保険中心で運営されていること、合計特殊出生率が非常に低いことなど、日本との共通点が多い。実際、社会保障の政策課題についても、年金財政は厳しい状況に直面し、医療保険料率の上昇に苦慮するなど、我が国と同じ問題が生じており、社会保障に関して日本との国際比較を行う国として適していると思われる¹⁾。

ドイツの政治においては、保守系のキリスト教民主同盟・社会同盟と社会民主党が二大政党である。前政権であるシュレーダー政権は社会民主党と緑の党による連立政権であり、いわばリベラル勢力による政権であったが、現政権のメルケル政権は保革の二大政党による大連立政権である。このため、議席数に関しては安定多数を占めるが、主張に異なり大きい政党による連立であるため、政

表 1 ドイツの基礎データ

| | |
|---------|----------------------|
| 人口 | 約 8222 万人 (2007) |
| GDP | 2 兆 4238 億ユーロ (2007) |
| 高齢化率 | 19% (2005) |
| 合計特殊出生率 | 1.37 (2007) |
| 世帯数 | 3977 万世帯 (2006) |

出所：Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2008 等

策課題に関する政権内の意見調整は容易ではない。このため、メルケル首相は、大きな改革ではなく小さな改革を積み上げていくことを目指し、景気対策、老齢年金の支給開始年齢引き上げを柱とする年金改革²⁾など、個別の改革を着実に実行してきている。

2 ドイツの医療制度の概要

ドイツの医療制度は、日本と同様に社会保険方式によっているが、伝統的に自営業者や高所得のサラリーマンは任意加入であり、いわゆる国民皆保険ではなかった。しかし、医療改革 2007 によって皆保険が導入され、2009 年 1 月から、ドイツに居住するすべての人が何らかの医療保険に加入することとなった³⁾。

また、わが国の医療保険制度と大きく異なる点として、ドイツには高齢者を対象とする特別な医療保険制度は存在しない⁴⁾。ドイツの医療保険制度では、高齢者にも現役世代と同一の医療保険料率が適用され、いわゆる天引きによって年金から保険料が徴収される。ただし、被用者の保険料は労使折半であることから、単純に同じ保険料率を年金に課すと、現役世代の被用者の倍の負担となる。年金生活者の過重な負担を避けるため、使用者負担を代替する形で医療保険料の半分を年金保険者が負担している。

(1) 職種ごとに発達した保険者

ドイツの公的な医療保険は、法定医療保険 (*gesetzliche Krankenversicherung*) と呼ばれる。法定医療保険の保険者は行政機関から独立した非営利の公法人であり、疾病金庫 (*Krankenkasse*) と呼ばれる。ドイツでは、医療保険が職種ごとに発達してきたという歴史的経緯があり、疾病金庫は 8 種類に分立している。

最も代表的な疾病金庫は地域疾病金庫 (*AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse*) である。AOK は、ある地域の住民を対象とする医療保険者であり、ほか

の疾病金庫に加入していない保険加入義務者が加入する。AOK は、8 種類の疾病金庫の中で最も被保険者の数が多い。

ほかの種類疾病金庫としては、日本の健保組合と同様に企業を母体として設立される企業疾病金庫 (*BKK: Betriebskrankenkasse*) や、手工業者などの同業者組合ごとに設立される同業者疾病金庫 (*IKK: Innungskrankenkasse*)、被用者を対象とする 2 つの代替金庫 (*Ersatzkrankenkasse*) などがある。

(2) 医療費の財源

医療費の財源については、上述のとおり、日独ともに社会保険方式によっている。しかし、日本の医療保険では保険料財源と税財源がミックスされているのに対し、ドイツの医療保険は原則として保険料のみによってまかなわれ、税財源が投入されていない点は異なる。

ドイツの医療保険料は、日本と同様に定率であり、被用者の保険料は労使折半で負担される。保険料率は伝統的に保険者毎に異なっていたが、医療改革 2007 によって統一されることとなった。2009 年 1 月 1 日以降、各疾病金庫の保険料率は統一され、14.6% を労使折半で負担し、さらに特別保険料 (*Sonderbeitrag*) として被用者が 0.9% を負担することとなった⁵⁾。

(3) 保険給付と患者自己負担

医療保険の給付について、ドイツでは入院費や薬剤費における一部自己負担はあったものの、いわゆる 10 割給付が基本であった。しかし、2003 年の医療改革によって、外来診療に関する患者自己負担として診察料 (*Praxisgebuehr*) が導入され、3 カ月ごとに 10 ユーロを負担することとされたことにより、10 割給付に終止符が打たれた⁶⁾。

医療保険からの給付方法は、わが国の療養の給付と同様に現物給付であり、フランスのような償還

払いではない。給付内容については、現物給付のほか、傷病のために働けなくなった場合に支給される現金給付の傷病手当金もある。

(4) 保険者選択の自由とリスク構造調整

ドイツの医療保険制度の特徴として、被保険者が自ら加入する公的な医療保険者を選択できる点が挙げられる。1996年の医療制度改革によって、公的な医療保険者の選択は本格的に自由化された。その背景には、1996年の改正前も、ホワイトカラーは地域疾病金庫のほかに勤務先の企業疾病金庫や代替金庫を選択することができたが、ブルーカラーは選択の余地が少なかったため、法の下での平等に反するのではないかという問題があった。このため、従来はホワイトカラーを対象とする代替金庫(Ersatzkasse fuer Angestellte)とブルーカラーを対象とする代替金庫(Ersatzkasse fuer Arbeiter)とが並立していたが、2つの代替金庫には職種と関係なく加入できるようになり、企業疾病金庫および同業者疾病金庫についても、定款で定めれば、設立母体となっている事業所に勤務していない被保険者も加入させることができるようになった。

しかし、被保険者による保険者の選択制度を導入し、保険者間の競争を始める際、前提条件の整備が必要であった。各疾病金庫の給付内容はほぼ同一であるのに対し、1993年の保険料率は疾病金庫の種類によって、かなり違いがあったのである⁷⁾。このため、被保険者が自由に選択できるようになると、多くの人が保険料率の低い疾病金庫に移ることが予想された。疾病金庫間の保険料率の違いが運営の効率性などに起因するのであれば、保険料率の低い疾病金庫に被保険者が集中することは、正当な競争の結果とみることができる。しかし、保険料率の違いには被保険者の年齢構成や収入の違いなど、保険者の経営努力の及ばない要素が影響することが認識されていた。このため、公的な医療保険者の選択の本格的な自由化に先立ち、それ

ぞれの疾病金庫の保険集団の収入、性差および年齢構成の違いについて、財政調整を行う仕組みが1993年の医療改革によって導入された。この財政調整制度はリスク構造調整(Risiko Struktur Ausgleich)と呼ばれ、被保険者を年齢別、性別に分類してリスククラスを設定し、リスククラスごとに標準的収入および標準的支出を算出し、各被保険者の実際の収入および支出との差額について調整が行われた。しかし、リスク構造調整によってもなお財政力の格差が存在したことから⁸⁾、被保険者の有病率が高く相対的に保険料率の高いAOKはさらなるリスク構造調整を主張し、比較的健康的な被保険者が多く保険料率が相対的に低いBKKは、行き過ぎたリスク構造調整は保険者の経営努力の意欲を削ぐものとして反対していた。結局、AOKの主張に沿って、医療改革2001の中に有病率も含めたリスク構造調整が行われることが盛り込まれた⁹⁾。

(5) 医療改革2007

メルケル政権において連立を組んでいるキリスト教民主同盟・社会同盟および社会民主党は、医療政策について、従来は異なる立場に立っていた。2005年に行われた直近の総選挙では、社会民主党が従来は加入義務を免除されていた自営業者、高所得のサラリーマンや公務員を含めて全国民を強制加入の対象とする国民保険の導入を唱えていたのに対し、キリスト教民主同盟・社会同盟は、人頭割の定額保険料の導入を主張していた。

このため、メルケル政権内での意思統一は容易ではなかったが、意見調整の結果、改革案をとりまとめ2006年10月に閣議決定するまでにこぎつけた。公的医療保険競争強化法(GKV-Wettbewerbsstaerkungsgesetz)と名付けられた法案は、ドイツ連邦議会において可決され、ドイツ連邦参議院の同意も得て、2007年2月に成立した。

ドイツ連邦保健省の解説資料¹⁰⁾をもとに、同法の主なポイントをまとめると、以下のとおり。

①皆保険の実現

2009年1月1日以降、ドイツに居住するすべての人は何らかの医療保険と契約しなければならない。

②保険料率の統一

2009年1月1日以降、すべての疾病金庫の保険料率は統一される。

③疾病金庫連合会の統合、異種の疾病金庫の統合

従来は7つの疾病金庫連合会に分かれていたが、法定医療保険の連邦レベルの団体は一つに統合する。また、従来は同種の疾病金庫のみ合併できたが、疾病金庫の種別を超えた(kassenartenuebergreifend)合併も可能とする¹¹⁾。

④私的医療保険への基本料金表(Basistariff)の導入

2009年1月1日以降、私的医療保険は基本料金表を提供しなければならない。

基本料金表は、給付範囲、給付メニューにおいて、公的医療保険に相当しなければならず、法定医療保険の最高保険料(GKV-Hoehchstbeitrag)を超えてはならない。

⑤病院における外来診療の一部解禁

従来、外来診療を行う開業医と入院治療を行う病院との役割分担は厳格であった。しかし、特定の重大な疾患の患者¹²⁾は、病院において外来診療を受けられることとする。

3 ドイツにおける死亡者の状況

ドイツにおける死亡数の男女別推移は、表2のとおりである。1970年の97万5664人をピークとして、医療の進歩などにより、その後は漸減傾向にある。

そして、主な死因別の死亡数の推移について、直近の2000年から2002年までの状況をまとめたものが、表3である。大分類で見ると、死因の第一位は三年ともに循環器系疾患であるが、小分類で見ると、三年ともに死因の第一位は悪性新生物

表2 ドイツの死亡数の男女別年次推移

| | 合計 | うち男性 | うち女性 |
|------|---------|---------|---------|
| 1950 | 748,329 | 375,323 | 373,006 |
| 1960 | 876,721 | 446,999 | 429,722 |
| 1970 | 975,664 | 482,696 | 492,968 |
| 1980 | 952,371 | 455,924 | 496,447 |
| 1990 | 921,445 | 425,093 | 496,352 |
| 1991 | 911,245 | 421,818 | 489,427 |
| 1992 | 885,443 | 410,583 | 474,860 |
| 1993 | 897,270 | 415,875 | 481,396 |
| 1994 | 884,661 | 409,375 | 475,286 |
| 1995 | 884,588 | 410,663 | 473,925 |
| 1996 | 882,843 | 408,082 | 474,761 |
| 1997 | 860,389 | 398,317 | 462,072 |
| 1998 | 852,382 | 393,447 | 458,935 |
| 1999 | 846,330 | 390,742 | 455,588 |
| 2000 | 838,797 | 388,981 | 449,816 |
| 2001 | 828,541 | 383,887 | 444,654 |
| 2002 | 841,686 | 398,116 | 452,570 |

出所：Bundesministerium fuer Gesundheit, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005

である。

さらに、2001年の主要死因別死亡数を年齢別にまとめたものが表4である。45歳まではそのほかの罹患と死亡が最も多いが、45-65歳では新生物が第一位になり、65歳以上では、循環器系疾患が最大の死因となっている。

4 ドイツにおける終末期ケア

終末期をいかに過ごすかということは、どのように老後を過ごすかということとつながる。ドイツにおいては、老後生活の過ごし方として、可能な限り住み慣れた場所で老いることが重視されている。

ドイツの介護保険制度においては、在宅サービスが入所サービスよりも優先することが原則であり、社会法典第11章(法定介護保険)の条文上も明記されている¹³⁾。

介護保険制度の創設時にも、当初は在宅サービスのみでスタートし、入所サービスは一年遅れて

表3 ドイツの主要死因別死亡数の年次推移

| ICD10 コード | 死因 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-----------|---------------|---------|---------|---------|
| A00-T98 | すべての死因 | 838,797 | 828,541 | 841,686 |
| C00-D48 | 新生物 | 216,419 | 213,058 | 215,441 |
| C00-C97 | うち悪性新生物 | 210,738 | 207,619 | 210,043 |
| E00-E90 | 内分泌, 栄養, 代謝疾患 | 23,671 | 24,363 | 26,355 |
| E10-E14 | うち糖尿病 | 21,180 | 21,878 | 23,607 |
| I00-I99 | 循環器系疾患 | 395,043 | 391,727 | 393,778 |
| I10-I15 | うち高血圧症 | 18,775 | 20,805 | 23,261 |
| I20-I25 | うち虚血性心疾患 | 167,681 | 165,069 | 164,801 |
| I21 | うち急性心筋梗塞 | 67,282 | 65,228 | 64,218 |
| I64 | うち脳卒中 | 43,035 | 40,671 | 39,433 |
| J00-J99 | 呼吸器系疾患 | 51,806 | 48,535 | 53,646 |
| J10-18 | うちインフルエンザ及び肺炎 | 18,757 | 17,612 | 19,305 |
| K00-K93 | 消化器系疾患 | 40,712 | 40,918 | 41,849 |
| K70-K77 | うち肝疾患 | 18,428 | 18,140 | 18,341 |
| V01-Y98 | その他の罹患と死亡 | 34,523 | 34,201 | 34,296 |
| V01-V99 | うち交通事故 | 7,747 | 7,181 | 7,089 |
| W00-W19 | うち転倒 | 7,404 | 7,099 | 7,160 |
| X60-X84 | うち故意の自傷 | 11,065 | 11,156 | 11,163 |

出所：Bundesministerium fuer Gesundheit, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005

表4 ドイツの年齢別の主要死因別死亡数 (2001)

| ICD10 コード | 死因 | 合計 | 1歳未満 | 1-15歳 | 15-45歳 | 45-65歳 | 65歳以上 |
|-----------|---------------|---------|-------|-------|--------|---------|---------|
| A00-T98 | すべての死因 | 828,541 | 3,163 | 1,891 | 30,597 | 130,701 | 662,189 |
| C00-D48 | 新生物 | 213,058 | 25 | 348 | 6,182 | 54,301 | 152,202 |
| E00-E90 | 内分泌, 栄養, 代謝疾患 | 24,363 | 35 | 70 | 452 | 2,659 | 21,147 |
| I00-I99 | 循環器系疾患 | 391,727 | 35 | 124 | 4,431 | 35,438 | 351,699 |
| J00-J99 | 呼吸器系疾患 | 48,535 | 30 | 90 | 589 | 4,756 | 43,070 |
| K00-K93 | 消化器系疾患 | 40,918 | 18 | 31 | 2,423 | 11,399 | 27,047 |
| V01-Y98 | その他の罹患と死亡 | 34,201 | 80 | 580 | 10,597 | 8,253 | 14,691 |
| V01-V99 | うち交通事故 | 7,181 | 11 | 236 | 4,009 | 1,524 | 1,401 |
| W00-W19 | うち転倒 | 7,099 | 8 | 34 | 352 | 885 | 5,820 |
| X60-X84 | うち故意の自傷 | 11,156 | 0 | 48 | 3,941 | 3,797 | 3,370 |

出所：Bundesministerium fuer Gesundheit, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005

始まるなど、介護保険制度における在宅重視は徹底している。

医療保険制度においても、医療改革 2001 によって、高齢者が自宅を終の棲家^{ついで}とすることを支援する、在宅サービスとしての終末期ケアが導入されている。社会法典第 5 章(法定医療保険)の根拠条文¹⁴⁾によれば、疾病金庫は、入院治療を必要としない人を対象とする入所ホスピスに補助を行うとともに、入院治療を必要とせず、入所ホスピスも必要としない被保険者のために、ボランティアによる死への寄り添い(Sterbebegleitung)を行う在宅ホスピスステーション(ambulante Hospizdienste)への援助を行うこととされている。そして、疾病金庫が行う入所ホスピスおよび在宅ホスピスステーションに対する援助の財源として、2002 年には被保険者一人あたり 0.15 ユーロ負担することとされた。その後、このホスピスのための負担は、2007 年に 0.40 ユーロに達するまで毎年 0.05 ユーロずつ引き上げられることとされた。

医療改革 2001 によって財源の裏付けを得たこともあり、ドイツにおいてはホスピス施設と緩和ケア施設の整備が急速に進んでいる。表 5 のとおり、ホスピス施設は 1996 年には 30 施設しかなかったが、2002 年には 100 を超え、2008 年には 162 施設に達し、1996 年の 5 倍以上の数となっている。また、緩和ケア施設についても、1996 年には 28

施設しかなかったが、2003 年には 90 施設にまで増加して約 3 倍となり、2008 年には 166 施設に達し、ホスピス施設と同様に 1996 年の 5 倍以上の数となっている。

終末期ケアの在宅サービスも急速に増大しつつあり、表 6 のとおり、在宅ホスピスステーションおよび在宅緩和ケアステーションの数は、1996 年には 451 施設であったが、2002 年には 1000 施設を超え、2008 年には 1500 施設に達し、1996 年の 3 倍強の数となっている。

ホスピス活動においては、多くのボランティアが活動しており、ドイツホスピス・緩和ケア連盟(Deutsche Hospiz- und Palliativ Verband; DHPV)によれば、ホスピス活動を行うボランティアの数は約 8 万人にのぼる。

5 ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションにおける聞き取り調査

日本は欧米よりも病院での死が多いことの原因を探るのが、今回の企画のテーマである。ドイツにおいて在宅での死が多い理由としては、やはり高齢者に対する在宅ケアが充実していることが考えられる。中でも、筆者は在宅ホスピスセンターの活動に注目すべきであると考え。在宅のホスピスは、日本でも在宅看護サービスの一環で行われてはいるが、やはりホスピスは入所施設中心という印象が

表 5 ホスピス施設数および緩和ケア施設数の推移

| | 1996 | 1999 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2007 | 2008 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ホスピス施設 | 30 | 60 | 95 | 102 | 109 | 111 | 151 | 162 |
| 緩和ケア施設 | 28 | 40 | 74 | 77 | 90 | 95 | 139 | 166 |

出所：Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin und DHPV Datenbank

表 6 在宅ホスピスステーションと在宅緩和ケアステーションの推移(子どものための特別の施設を含む)

| 年 | 1996 | 1999 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2007 | 2008 |
|-----|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 施設数 | 451 | 684 | 927 | 1,156 | 1,305 | 1,350 | 1,460 | 1,500 |

出所：Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin und DHPV Datenbank

強い。在宅での看取りの支援が充実することは、住み慣れた場所で老いていき、やがて最期のときを迎えることを可能にする鍵の一つではないだろうか。

在宅ホスピスステーションによる死への寄り添いがどのように行われているのか、資料による調査だけでは把握が難しかったことから、静岡県立大学から得た海外研修の機会を利用して、2009年1月にドイツを訪問して、現地で聞き取り調査を行った。ドイツではキリスト教系の福祉団体が活発に活動し、重要な役割を果たしているが、今回は、宗教による死生観などの影響がないと思われる主要な福祉団体として、ドイツ赤十字を調査対象とした。そして、在ドイツ日本国大使館の山口高志一等書記官(社会保障担当)のご協力を得て、ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションの所長である Frau.Rehberg に聞き取り調査を行うことができた。

聞き取り調査においては、事前に依頼して、ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーション固有の状況だけでなく、可能な限り在宅ホスピスの全般的状況についても説明していただいた。聞き取り調査結果の主なポイントは以下のとおりである。

(1) 在宅ホスピスの理念

①在宅ホスピスの考え方

在宅ホスピスでは、看取りの必要な人の自宅を訪問する。しかし、ホスピスは死への助け(Sterb Hilfe)ではなく、生に寄り添うこと(Lebensbegleitung)である。対象となるのは死期の近づいた人ではあるが、残された人生をいかに生きるかということが問題である。

②在宅ホスピスの優先

ドイツ赤十字は入所タイプのホスピス施設も有しているが、できるだけ入所施設に入らずにすむよう、在宅でできるだけのことをする。

連邦ホスピス協会(Bundesarbeitsgemeinschaft

Hospiz)はホスピス活動に関するガイドライン¹⁵⁾を作成しているが、在宅ホスピスが入所ホスピスよりも優先されることは、ガイドラインにも明記されている¹⁶⁾。

(2) 在宅ホスピスステーションの構成

①在宅ホスピスステーションの常勤職員

在宅ホスピスステーションの常勤職員は若干名である。少ないところでは1人ということもある。ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションには常勤職員が3人おり、多い方である。在宅ホスピスステーションの常勤職員になるためには、実務経験や資格に関する要件¹⁷⁾がある。

②ボランティア

実際に在宅での看取りのサポートを行うのはボランティアであり、ボランティアになるためには特に要件はないが、人柄の良さが重要である。ボランティアになってくれる人を探し出すのは在宅ホスピスセンターの常勤職員の役割である。ボランティアには、活動を始める前に研修を受けてもらう。

ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションにおいて同時に研修を受けた15人のボランティアを例にとると、そのうち10人が大卒であり、3人は博士号を持っており、結果的に高学歴の人が多くなっている。年齢は20代から60代までさまざまである。

表7は、15人のボランティアの年齢と職業を一覧にしたものである。

③在宅ホスピスステーションの活動資金

疾病金庫からの助成が基本となっている。対象者からは料金を取ることはせず、無料である。2001年から疾病金庫の助成が始まったが、その前はベルリン州政府が若干の金額を補助していた。そのほか、いくつかの財団からの寄付もあるが、金額は少ない。ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピス

表7 ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスセンター
ボランティアリスト

| 年齢 | 職業 |
|----|----------------|
| 27 | 民族学者 |
| 56 | 社会教育学者 |
| 35 | 法律家 |
| 25 | 学生（神学） |
| 44 | システムアドミニストレーター |
| 60 | 年金生活者 |
| 46 | 法律家 |
| 57 | 定年前退職 |
| 20 | 職業訓練生 |
| 44 | 生物学博士 |
| 59 | 定年前退職（教師） |
| 52 | 社会学者 |
| 30 | 女優 |
| 62 | 記述なし |

出所：ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーション提供資料に基づき、筆者が作成

テーションの活動費については、ドイツ赤十字が負担している部分も小さくない。

④在宅ホスピスステーションの活動範囲

ベルリンには約20の在宅ホスピスステーションがあるが、大半は行政区をその活動範囲としている。ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションはベルリン全域を担当しているが、例外的である。

(3) 在宅ホスピスステーションの活動内容

①ボランティアの活動内容

ボランティアが具体的にどのようなことをするかはケースバイケースである。悩みの相談でも、一緒にカフェに行くのでも良い。その人にとって何が必要かを判断すれば良い。死のイメージ、死後のイメージについて話すこともあるが、トランプを続ける中で対象者と深い関係を築けたというケースもある。何も話したくないという人の場合、その人の配偶者の自由な時間をつくるために、ただ傍にいてもある。最期が近付くと、スピリチュアルな面で

一人ではないのだと知らせる。認知症の人で会話ができなくとも、手を握るだけで伝わることもある。

②常勤職員によるサポート

最初にボランティアが訪問するときには、常勤職員が同行する。また、常勤職員は、対象者あるいはその家族に対して助言も行う。例えば、ある人が不治の病で入院した場合、家族の相談を受けて、本人が自宅での生活を希望すれば、その地域で利用可能な在宅介護サービスや在宅看護サービスを紹介する。多くの人が自宅で暮らしたいと希望するが、そのためにどのようなサービスが受けられるかを教えるのも、ホスピスの役割の一つである。

③サポートの必要な対象者の把握～ネットワークによる対応

在宅の看取りのサポートが必要な人の情報は、地域の福祉関係者からもたらされることが多い。例えば、在宅の老人介護サービスを行っている事業所から独居老人の情報が赤十字に連絡されて看取りが始まることがある。老人介護ホームの施設長から依頼を受けて、老人介護ホームの入居者を対象に看取りのサポートを行うこともある。ネットワークの考え方で活動している。

④対象者とボランティアのマッチング

外部から問い合わせを受けると、どのボランティアの予定が空いているか確認して、マッチングを行う。ボランティアには、一度に一人または一家族のみを担当してもらっている。そして、いったん看取りを終えたら必ず休んでもらう。ボランティア自身が十分に休んだと言うまで休んでもらうことが重要である。一人の対象者を長期間ケアすることもあれば、比較的短期間の場合もある。ボランティアにも家庭や仕事があるため、週に一回くらい訪問するのが普通であるが、もうじき看取りを行うとなると、長時間の訪問が必要となり、そのような看

取りを可能にするためには、多くの人材のストックが必要である。

(4) 在宅ホスピスステーションの抱える課題

①財源の不足

疾病金庫からの補助があるといっても、それでまかなえるのは常勤職員の人件費やボランティアの研修を行う際の外部講師代くらいであり、在宅ホスピスの活動費全体がカバーされているわけではない。ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションは規模が大きく、ドイツ赤十字が母体となっているから比較的良いが、規模の小さいところは資金の確保が大変である。

入所型のホスピスの場合、介護金庫(Pflegekasse)¹⁸⁾からも支出されるが、在宅型の場合、例えば要介護認定のサポートをしても無報酬なのは残念である。

②ボランティアの募集の困難さ

ボランティアを探し出すのは大変である。特別な専門性が不要といっても、誰にでも務まるというものでもなく、実際に活動をするのは研修を受けた人の半数弱くらいである。ボランティアを探すには、組織の評判が大切である。やはり評判が良いと集まりやすい。

③社会的認知度の低さ

ドイツでもホスピスというと、入所型の方が社会的認知度は高い。在宅型のホスピスは理解されにくいのが悩みである。連邦ホスピス協会は自宅における緩和ケアについてのパンフレット¹⁹⁾を作成しており、ドイツ赤十字も在宅ホスピスの活動内容を紹介するリーフレット²⁰⁾を作成してPRに努めている。

6 終末期ケアに関するドイツの取組みの特徴と日本への示唆

(1) 明確な在宅重視

終末期ケアに関するドイツの取組みの特徴としてまず挙げられるのは、極めて明確な在宅重視の姿勢である。介護保険法においては在宅サービスが優先することが条文に明記されているが²¹⁾、ホスピスに関しても全国団体である連邦ホスピス協会のホスピス活動に関するガイドライン²²⁾に在宅ホスピスが優先することが明示されている。

Aging in place (住み慣れた場所で年老いること)の考え方は日本でも定着しつつあるが、ドイツほど明確には在宅サービスが入所サービスに優先されていない。

ドイツにおいては、明確な在宅重視の姿勢が病院での死を少なくし、自宅での死を多くしているものと思われる。

できる限り住み慣れた場所で生活したいという希望は、国境を問わず多くの高齢者にとって共通の願いであると思われる。日本においても、さらに明確に在宅重視の姿勢を打ち出していくことが望まれる。

(2) 在宅ホスピスの主力となるボランティア

ドイツの在宅ホスピスの特徴として、実際の看取りの主力がボランティアである、ということが挙げられる。ドイツ全国で約8万人ものボランティアがホスピス活動において活躍していることには、まず、その人数の多さに感銘を受ける。それに加え、ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションのボランティアの年齢構成が20代から60代まで幅広いこと²³⁾からも、仕事で忙しい現役世代も盛んにボランティア活動を行っていることがうかがえる。

日本でも、震災の救援活動などを契機にボランティア活動は盛んになってきているが、その多くは学生や高齢者であり、残念ながら、現役世代が日常的にボランティアを行う社会とはなっていない。

ドイツでは、ボランティア活動が盛んであるからこそ、医療改革 2001 において在宅ホスピスを推進するにあたり、看取りの主力はボランティアが務め、少数の常勤職員がバックアップすることを想定した仕組みが導入でき、新たな財源としては被保険者一人当たり 0.4 ユーロというわずかな負担²⁴⁾で済んでいると思われる。伝統的に充実した社会保険システムを保持しているドイツにおいても、社会保険料率の上昇は実質的な人件費の増大を意味し、雇用問題につながることから、社会保険料率をいわず青天井で上昇させることには否定的である²⁵⁾。もし実際の看取りも常勤職員が行う仕組みが想定され、労使折半の医療保険料率の大幅な引き上げが提案されていけば、反発も大きく、実現できたかどうかは分からない。

もちろん、社会保障費負担の増大を避けるためにボランティアに負担を押し付けるようなことはあってはならない。一方、およそ社会保障に関するサービスは何でも公費でまかなわなければならないということであれば、財政上の制約からも、できることは限られてしまう。日本においても、健全な公私の協働が進むことが望まれる。

(3) ネットワークによる在宅高齢者のサポート

ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションでの聞き取り調査の中で最も印象深かったのは、ネットワークによって在宅高齢者をサポートしている点である。

常勤職員わずか 3 名という小規模なドイツ赤十字の在宅ホスピスステーションが、独力でベルリン全域の高齢者の状況を把握し、孤独のうちに死期を迎えつつあり、看取りの支援を必要としている高齢者を見つけ出すことは不可能である。高齢者のケアを行うほかのサービス主体である在宅介護サービス事業所や在宅看護ステーションなどとの連携があって初めて、地域の高齢者のニーズを把握することができるのだろう。

わが国でも、医療と福祉の連携は数十年も前から提唱されており、地域医療・福祉におけるネットワークの必要性は認識されているものの、現状は必ずしもうまくいっていない。

ひきこもりなど社会との接点を失う問題は若い世代特有のものと思われがちだが、高齢者の人間関係も希薄化しつつあり²⁶⁾、未婚化の急速な進行もあいまって²⁷⁾、社会からの孤立化が進行していると思われる²⁸⁾。

実際に、都市部の旧ニュータウンを中心として、誰にも看取られることなく孤独のうちに最期を迎える孤独死の問題は深刻さを増している。ソーシャルインクルージョン(社会的包摂)の観点から、社会から孤立した高齢者を社会に包み込んでいくことは非常に重要な課題である²⁹⁾。ドイツの在宅ホスピスのように、最期が近づいたときに一人ではないと知らせることは意義深い活動であると思う。

地域のネットワークによって在宅高齢者をサポートする体制を築ければ、ドイツの在宅ホスピスステーションのように少人数の拠点であっても、地域の高齢者のニーズを把握して、支援することができる。職種の壁を越えて、医療や福祉のさまざまな専門家が緊密に連携して情報を共有し、地域のネットワークを構築して在宅高齢者をサポートする取り組みが、わが国でも広がることが望まれる。

注

- 1) 日独の社会保障制度が類似の課題を抱えていることを踏まえた比較研究については、土田武史・田中耕太郎・府川哲夫(2008)を参照されたい。
- 2) 老齢年金の支給開始年齢引き上げを柱とするメルケル政権の年金改革の詳細については、拙稿(2006)を参照されたい。
- 3) Bundesministerium fuer Gesundheit (2007a), p. 5
- 4) 医療保険の被保険者を所得ではなく年齢によって区別し、高齢者のみを対象とする特別な医療保険制度を設定している国のほうが例外的である。
- 5) Bundesministerium fuer Gesundheit (2009)
- 6) ドイツの医療保険がかつては 10 割負担であったため

- か、ドイツの介護保険も10割給付と誤解されることがあるが、年金などのほかの収入と合わせて介護給付に必要な費用が賄えるように、費用の一部を介護保険が保証するという部分保険(teiversicherung)の考え方で運営されており、実際には利用者負担は日本よりも大きい。なお、福祉サービスの利用者負担については、歳入を増加させる機能のほかに、スティグマの防止や権利性の確保などさまざまな論点があり、詳細については京極高宣(2009)を参照されたい。
- 7) リスク構造調整が導入される前の1993年には、全国平均の保険料率は13.22%であったが、BKKの平均保険料率は11.83%であったのに対し、AOKの平均保険料率は13.80%であった(Bundesministerium fuer Gesundheit, 2008, p. 1)
 - 8) 有病率も含めたリスク構造調整が盛り込まれた医療改革2001の前年である2000年には、全国平均の保険料率は13.75%であったが、BKKの平均保険料率は12.59%であったのに対し、AOKの平均保険料率は13.82%であり、なお1.23%の格差があった(Ibid., p. 1)
 - 9) 有病率も含めたリスク構造調整の詳細については、国民健康保険中央会(2007)を参照されたい。
 - 10) Bundesministerium fuer Gesundheit (2007b)
 - 11) たとえばAOKがBKKやIKKと合併することができるようになる。
 - 12) たとえばガン患者やエイズ患者。
 - 13) Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, Gesetzliche Pflegeversicherung, §3 Vorrang der haeslichen Pflege
 - 14) Sozialgesetzbuch, Fuenftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, §39a Stationaere und ambulante Hospizleistungen
 - 15) Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Leitlinien der Hospizarbeit
 - 16) *Ibid.*, 3. "Sterben zu Hause" zu ermoeöglichen ist die vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit, die durch den teilstationaeren und stationaeren Bereich ergaenzt wird, wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht zu leiten ist.
 - 17) 社会科学系の大学を卒業し、かつ終末期ケアの実務経験が3年以上あることあるいは看護師であること。
 - 18) ドイツでは公的な介護保険の保険者は介護金庫(Pflegekasse)と呼ばれる。名称が異なり、財政上は厳密な区分がなされているが、医療保険の保険者である疾病金庫が介護金庫を兼ねている。
 - 19) Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, "Schmerzpatienten zu Hause pflegen"
 - 20) Deutsche Rotes Kreuz, "Das Ambulante Hospiz"
 - 21) Sozialgesetzbuch, Elftes Buch, *op. cit.*
 - 22) Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, *op. cit.*
 - 23) 表7を参照されたい。

- 24) Sozialgesetzbuch, Fuenftes Buch, *op.cit.*
- 25) 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫(2008)第5章「介護保険の財政」において、田中耕太郎は、ドイツでは介護保険を導入する際に、企業立地を確保するためにこれ以上賃金付随コストとしての社会保険料の事業主負担を増やさないとという広範な合意があったことを指摘している。
- 26) 人間関係の希薄化については、平成19年版国民生活白書を参照されたい。
- 27) 国立社会保障・人口問題研究所の人口統計資料集(2009)によれば、2005年の生涯未婚率は男性が15.96%、女性が7.25%に達している。特に男性の生涯未婚率は急速に上昇しており、1990年の男性の生涯未婚率は5.57%であったことから、2005年までの15年間に約10%伸びている。
- 28) 高齢者の孤立化の状況については、拙稿(2009)を参照されたい。
- 29) 2006年3月に国連アジア太平洋经济社会理事会が主催した「日本の高齢者問題を考えるラウンドテーブル」においても高齢者の孤立化はテーマの一つであり、基調報告において炭谷茂は、ソーシャルインクルージョン(社会的包摂)の重要性を指摘している。

参考文献

- 古瀬徹, 塩野谷祐一編 1999『先進諸国の社会保障第4巻 ドイツ』東京大学出版会
- 松本勝明 2003『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』信山社
- 藤本健太郎 2006「ドイツの新連立政権の年金政策—少子高齢化をいかに乗り切るか—」『海外社会保障研究』第155号 pp. 14-21
- 田中耕太郎 2007「ドイツの社会福祉の現状と課題」松村祥子編著『欧米の社会福祉』財団法人 放送大学教育振興会
- 国民健康保険中央会(ドイツ医療保険制度調査団(団長 船橋光俊))2007『ドイツ医療保険制度調査(第4次)報告書』国民健康保険中央会
- 土田武史, 田中耕太郎, 府川哲夫編著 2008『社会保障改革』ミネルヴァ書房
- 松本勝明 2008「ドイツにおける2007年医療制度改革—競争強化の観点から—」『海外社会保障研究』第165号 pp. 69-79
- 藤本健太郎 2008「各国社会福祉の現状 ドイツ」萩原康生, 松村祥子, 宇佐美耕一, 後藤玲子編集代表『世界の社会福祉年鑑2008』旬報社
- 藤本健太郎 2008「ドイツの介護保険」増田雅暢編著『世界の介護保障』法律文化社
- 京極高宣 2009『福祉サービスの利用者負担—公共サービス料金の社会経済学的分析—』中央法規出版
- 蟻塚昌克 2009『証言日本の福祉1920-2008』ミネルヴァ書房

藤本健太郎 2009「社会保障のネットワーク化」『共済新報』
第 50 巻第 4 号 pp. 2-7

Bundesministerim fuer Gesundheit, 2005, Statistisches
Taschenbuch Gesundheit 2005

Abgeordnetenhaus Berlin, 2005, Fortschreibung des
Hospizkonzepts von 1998 (Hospizkonzept-Foerderung
der Hospizentwicklung im Land Berlin)

Bundesministerim fuer Gesundheit, 2007a, Die neue
Gesundheitsversicherung

Bundesministerim fuer Gesundheit, 2007b, Informationen zur
Gesundheimreform2007

Bundesministerim fuer Gesundheit, 2008, Gesetzliche
Krankenversicherung Allgemeiner Beitragssatz 1991 bis
2007,

Bundesministerim fuer Gesundheit, 2009, Ein Beitragssatz -
Unterschiede bei Service und Leistungen Kassenservice

(ふじもと・けんたろう 静岡県立大学准教授)