



海外社会保障研究

AUTUMN 2009

No.168

特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題

特集の趣旨	池上 直己	2
イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状		
—日本への教訓—	加藤 恒夫	4
フランスにおける終末期ケアの現状と課題	松田 晋哉	25
ドイツにおける終末期ケア		
—ネットワークによる在宅高齢者のサポート—	藤本健太郎	36
オランダにおける終末期ケアの現状と課題	廣瀬真理子	48
オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題	福田 裕子	59

書評

倉田賀世著		
『子育て支援の理念と方法』	高島 淳子	73
笠木映里著		
『公的医療保険の給付範囲—比較法を手がかりとした基礎的考察』	柴田洋二郎	78

特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状 趣 旨

「終末期ケア」から連想されるイメージはがんであり、高齢者である。日本における死因の第一位はがんであり、75歳以上の後期高齢者は死亡者の3分の2を占めるので、両者のイメージが重なっても不思議ではない。だが、がんは子供を含めてあらゆる年齢で発症し、また女性の後期高齢者における死因のトップはがんでなく、心疾患である。すなわち、「終末期ケア」はがんという疾患、及び高齢者という年齢層に限られておらず、また高齢者ケアには終末期ケア以外にも予防や健康増進の課題がある。

そこで、まず「終末期ケア」の対象を整理する必要がある、その際、Lynnらが提示した終末期の3類型は有用といえよう¹⁾。第1のタイプは、典型的にはがんの場合であり、亡くなる数週間前までは生活は自立していて、自分で食事もでき、トイレに行くこともできるし、頭もはっきりしている。それが死亡の2週間ぐらい前に急激に落ちるので、この時点から改善の見込みがない「終末期」と規定できる。

第2は、機能が徐々に低下しながら死亡する心・肺・肝・腎等の慢性疾患の場合で、今回が最後の入院となるかどうかは入院時点では分らないので、いつから治癒の見込みのない終末期として規定するかは困難である。すなわち、入院によって改善する可能性は常に存在するが、その可能性は病気の進行に伴って徐々に低下し、また改善した場合の機能レベルも、しだいに低下するので、いつの時点で積極的な治療を断念して「終末期」とするかは難しい判断である。

第3は、機能が年単位で低下する老衰や認知症等のパターンで、いつの時点から「終末期」とするか最も難しい。そのうえ認知症そのものは治療によって治すことはできないが、併発した肺炎は治せるので、例えば誤嚥性肺炎になった場合に、治療の内容を経口の服薬・注射・点滴のいずれまで実施するか、あるいは再発を予防するために治癒後に胃瘻を作るべきかの判断は難しい。

これら3つのパターンのうち、第1については高齢者ケアとの重なりが最も少なく、第2が中間で、第3が最も多い。諸外国における終末期ケアは、一般に第1のパターンに対応するためのホスピスケアの創設で始まり、その後、対象者はがん以外の第2のパターンにもしだいに広がった。それと平行して、ホスピスケアにおいて開発された苦痛に対する心身のケアのあり方は、「緩和ケア」として終末期の患者以外にも対象を広げた。このような対象者の大幅な増加に対応するため、緩和ケアは医師・看護師全員にとっての必須の医学的知識に位置づけられ、現場を支援する形で専門の緩和ケアチームが急性期病院と地域にそれぞれ整備された。一方、緩和ケアを提供するための専門病棟は、看取りだけでなく、在宅でのケアを可能にするための通過施設に位置づけられるようになった。

一方、第3のパターンは、かつては長期療養の病院を中心に対応がなされていたが、しだいにナースィングホームにおけるケア、あるいはプライマリーケアの診療所医師や訪問看護師等による高齢者住宅を含めた在宅におけるケアに置き換わっている。このようなナースィングホームや在宅において終末期ケアを可能にしているのは、こうした現場における医療体制の整備と、必要に応じた緩和ケアチームの支援である。

このような終末期ケアに対応した体制を構築するためには、「事前指示」(advanced directive)の法整備も必要であり、アメリカでは特にアルツハイマー病の場合には作成が推奨されている。事前指示は、生前の意思

表示(リビングウィル)と、意思表示ができなくなった時に備えて代弁者(advocate)の選定により構成され、後者は終末期において本人が治療内容について意思を伝えることが出来なくなることが多いので必須である。

さて、日本で終末期ケアと高齢者ケアが混同されている大きな要因は高齢化があまりにも急速に進んだため、医療費適正化の対象として高齢者医療が中心に据えられ、その中に終末期ケアも位置づけられたことにある。その背景には、わが国では死亡する場所の8割を病院が占めており、比較的高いイギリスでも58%、低いオランダに至っては34%に過ぎないレベルと比較して突出している事情がある²⁾。

しかしながら、まず高齢化によって医療費は増えても、終末期医療費は必ずしも大きな割合を構成せず、厚生労働省の推計によると、死亡前1カ月間の医療費は、医療費全体の3%、9千億円(2005年)に留まっていた³⁾。次に、確かに病院で死亡する割合が高い理由の一つとして、欧米ではナーシングホームが担っている役割を、日本では35万床の療養病床が果たしていることを考慮する必要がある。だが、特別養護老人ホームが41万床、介護老人保健施設が31万床も存在するにも関わらず、これら2つの施設種における死亡者が全体の3%に過ぎないことにも着目するべきであり、病院以外では終末期ケアに十分対応できていない日本の事情を如実に示している。

こうした問題を根本的に解決するためには、終末期ケアの体制を確立するための教育・研修体制の整備と財源の確保が必要である。諸外国と比べると、日本は大幅に遅れており、緩和ケア病棟の対象患者は、事実上、がんとエイズに対象が限られており、がんについても同病棟で亡くなるのがん死亡全体の6%に過ぎない⁴⁾。なお、こうした状況下で、緩和ケアの対象が2007年のがん基本法において、終末期だけでなく、早期のがんにも拡大したが、とても対応できていないのが現状である。

以上、終末期の3つのタイプと日本の事情を念頭に置いて、本特集の論文をお読みいただければ幸いである。各国とも終末期ケアは高齢者ケアとは独立した分野として扱われており、高齢者に限った終末期ケアの施策は、2008年度の診療報酬の改定で、後期高齢者に限って導入された終末期相談支援料が、世論の反発を受けて凍結されたことから明らかなように、決して成果をあげないであろう。

注

- 1) Lynn J, Adamson DM: *Living well at the end of life: WP-137*. Rand Corporation, 2003.
- 2) Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, et al. Population-based study of dying in hospital in six European countries. *Palliative Medicine* 2008; 22: 702-10.
- 3) 厚生労働省「医療費の将来見通しに関する検討会」, 社会保険旬報 2311 : 24-25, 2007.
- 4) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2008; 17: 612-20.

(池上直己 慶應義塾大学教授)

イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状

— 日本への教訓 —

加藤 恒夫

■ 要約

各国の看取りの場所の比較は、それぞれの、歴史的、社会学的、政治的眺望の中から、事態を客観的に語られなければ、単なる政治や経済活動の結果としての「看取りのありよう」として捉えられる危険がある。ひとが「死すべき存在」である現実と、かれらが生きてきた「文化」の接点から、より広く観察するとき、緩和ケアの異なった姿が見えてくる。緩和ケアは、決して技術論や緩和ケアの専門家的立場のみから語られるのではなく、社会学的で歴史的な光の中から考察されなければならない。本小論は、英国の緩和ケアを、その文化・宗教・政治などの歴史的背景から概観し、日本の今後の終末期ケアの運動論・組織論の参考に寄与できるよう試みた。

■ キーワード

ホスピス、緩和ケア、歴史、看取りの場所、英国

I はじめに

1. 筆者の立場

本稿において筆者に与えられた役割は、英国の終末期医療の現状を、その国の経済と人口動態の中から眺望することである。しかし、執筆の準備をするにあたり、資料収集をしている過程で、英国における終末期医療を論じる際に、その社会的・歴史的検証を抜きに語ることがいかに危険であるかということを考えるようになった。

なぜ危険かというと、死をめぐる社会的現実（死亡の場所や専門職による対処の枠組みと市民の反応など）は、その国の死をめぐる宗教と文化や政治と密接に結びついた社会現象であるから、死亡場所の変遷を単に統計的数字の変遷として日英比較をすることは、表面的な現象の一瞥に終わり、その背景にある社会的課題の考察を見落とすからである。

筆者の調査した過程から得られた日本のこれま

での終末期医療にかかわる文献は、多くの場合、上記の視点を持っていないように思える。したがって、その観点は、日本の死をめぐる社会史とその背景から現代的課題を整理するのではなく、単に、死を取り扱う制度的・技術的問題に終始しているように思える。そこから生まれてくるものは、日本の政治的・文化的・宗教的・医療的歴史と連続性がなく、その意味で、日本の社会現象から遊離した表層的な結論になる傾向があるからである。

筆者は内科を標榜する一開業医である。そして、あることから終末期医療に興味を持ち、過去20年余の実践を経てきた。そして、自らのモデルとして英国型の在宅ケアをえらび、その普及に手を染めてきた。その過程で、英国の終末期ケアの様々の断面に触れる機会に恵まれた。

本小論は、それらの見聞に、幾つかの文献的考察を加えたものであり、筆者の実践家としての立場上、いたずらに学問的仔細にとらわれず、自由な記述を試みた。しかし、可能な限り、事実に基づ

づく記載を心がけたが、その学問的裏づけや意味づけについては、その道の専門家をお願いしたく考えている。筆者のここでの役割は、英国の「死」のケアの、社会現象的側面からの紹介であると考えている。

2. 考察の視点：社会活動の総合的帰結としての「死」の現象

筆者が、本小論を執筆する上で多くの示唆を得て、引用をした *Reflections on Palliative Care* の中で、David Clark は次のように述べている¹⁾。

死亡の問題を語る上で、歴史的、社会学的、政治的眺望の中から、事態を客観的に眺める必要がある。死は、過去の 50 年に比して、より多く取り上げられ、記載されるようになっていく。しかし、その反面、以前よりも増してタブー視されていることも事実である。

しかし、ひとが「死すべき存在」である現実と、かれらが生きてきた「文化」の接点から、より広く観察するとき、緩和ケアの異なった姿が見えてくる。緩和ケアは、決して技術論や緩和ケアの専門家的立場のみから語られるのではなく、社会学的で歴史的な光の中から考察されなければならない。緩和ケアの社会的影響を語る時、それは、①宗教的多元性、②医療に対する懐疑、③資源・財産の消費、④身体と「自我」、などの多面的な文脈の中で生まれたことを心に留め置かなければならない。緩和ケアは「死」を通して、死に行く人をケアする、現代的な新しい倫理を作り上げてきたのである。

本小論が、英国の緩和ケアの歴史を通して、民族・宗教・ライフスタイル・政治など、今後、日本社会においてもますます多様性をます 21 世紀の「生と死」を考える参考になれば幸甚である。

II 英国の現状

1. 1974 年から 2003 年までの英国の死をめぐるトレンド

Higginson らの調査によると²⁾、イングランドとウェールズを合わせて 1974 年から 2003 年までの間に、人口の増加は 6.7% であり、死亡は 8% 減少している。その結果、人口 100 人あたりの死亡率は、1974 年には 11.8% であったものが、2003 年には 10.2% まで減少した。しかし、85 歳以上の人たちの死亡は倍増している。

自宅での死亡は、1974 年には 31.1% であったものが 2003 年には 18.1% に減少している。そのうち、非がん患者の自宅での死亡は、31.0% から 16.7% に減少したのに比して、がん患者の死亡は、31.2% から 22.1% への減少であった。取り分け、1993 年から 2003 年の間では、自宅での死亡が 19.4% から 18.1% に減少したのに対し、NHS (National Health Service) の病院での死亡は、54.3% から 57.8% に増加し、ナーシングホームなどでの死亡は 19% から 17.2% に減少している。

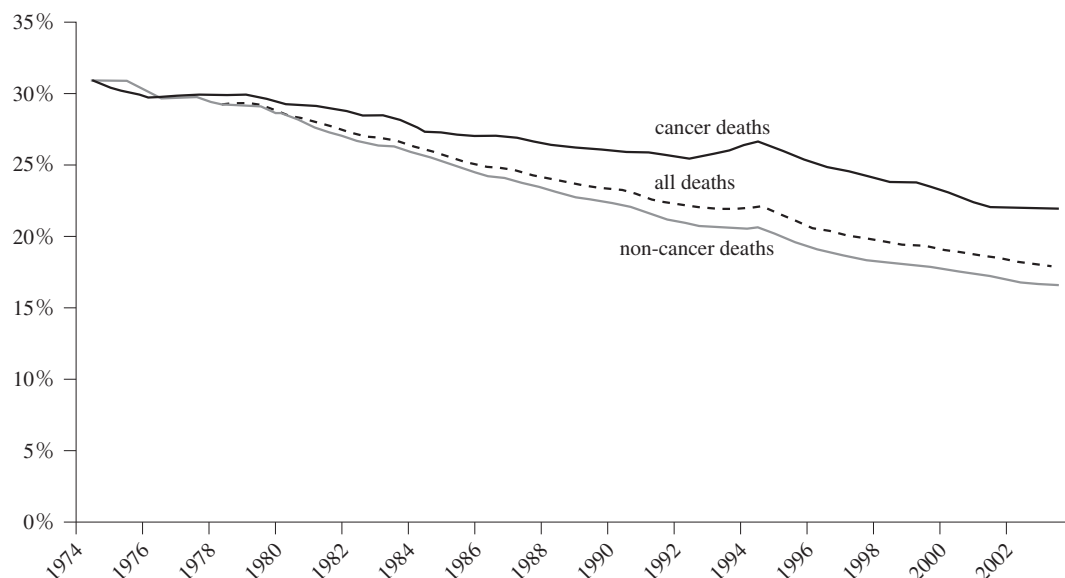
また、同報告書では、過去 5 年の在宅死の減少割合が今後とも続くと、2030 年には在宅死は 9.6% まで減少し、10 人に 1 人しか自宅で死ねなくなるだろうと予測している。

これから見える英国の現状は、地域差はあるものの、下記のような手厚い在宅サービスがあるにもかかわらず在宅死が減少している実態であり、日本で報道されているような甘い状況ではないことがわかる(図 1)。

2. 英国の緩和ケア関連サービス(2009 年 6 月 Help the Hospice ホームページより)

2009 年 6 月時点の緩和ケア関連サービスは、

- 緩和ケア施設またはホスピス：217 施設、3,194 ベッド(1995 年 208 施設、99 年 236 施設)
- 在宅ケアサービス：308 チーム(1995 年 385 チーム)



B. Gomes and I. J. Higginson
 Where People die (1974–2030): past trends, future projections and implications for care
 Palliative Medicine January 1 2008; 22(1): 33-41

図1 英国の在宅死亡率の推移

ム、99年476チーム)

- Hospice at Home : 105 機関(この概念は1990年代後半に出現)
- デイケアセンター : 279 施設 (1995年220施設、99年251施設)
- 院内サポートサービス : 345 チーム (1995年250チーム、99年347チーム)

となっている(かっこ内は当時の Directory of Hospice & Palliative Care Service より)。

この中で、在宅ケアサービスとは、主として非営利団体 (Macmillan Nurse や Marie Curie Nurse など) により提供される地域サポートサービスであり、日常的なケアの提供主体はあくまでも、地域のプライマリケアチームである。

III 英国ホスピスの歴史

1. 近代的ホスピス始まりは宗教・文化・政治などの様々の歴史の中で準備された

中世のイングランドおよびヨーロッパ大陸の田舎では、ホスピスの対象は特別な病気の者ではなく、貧困者、高齢者、虚弱者、巡礼者に親切さ (hospitality) と身の回りの世話 (care) を提供していた。そのような意味で、初期のホスピスは、病者、貧者、虚弱者そして死にゆく人たちを等しく世話する、包括的なケア提供の先駆者であった。そして、近代ホスピスは、その先導者達の名前をつけることで、サービス提供主体の宗教団体が秘めていた使命と倫理を、自覚的に維持しようとした(p. 66)。

また、女性の宗教的規律は19世紀に拡大した。それは、地域社会における貧者の救済や教育と同

時に、死に行く人たちへの世話も含まれていた。また、博愛主義 (philanthropy) は当事のホスピス運動の拡大に重要な役割を占めていた。それは、英国とアイルランドでキリスト教徒の自主的義務として行われた。また、それは、同時に中流階級の行動基準・規範として重視された (p. 69)。

このような思潮の影響を受け、1879年、Dublin に Our Lady's Hospice for the Dying が、Sister of Charity (キリスト教団体) により開設された。その後、同団体は、1890年 Sydney に Scared Heart Hospice を開設、1905年には St Joseph's Hospice が London に開設された。同様の活動は続き、1891年、London では Free Home for the Dying (Hostel of God) が博愛主義者の醸造業者 William Hoare と Anglican 教団の St Jame's Servants of the Poor の合同事業として開設された。当事 (1899) 開設された St Columba's Hospital (Home of Peace) は、がん患者の終末期ケアの場所として初めて開設されたことも特記すべきであろう。そして、それらの施設での医療提供 (治療すること) は 20 世紀になるまで議論の対象にはならなかった。そして、その多くは第 2 次大戦が終わるまで存在し、それらは、後日、その理論と実践方法を変革し近代ホスピスとして誕生した (pp. 67-9)。

このように、ホスピスの出発は極めて宗教色と近代思潮の影響を受けた、地域性の強いものだったと言える。そして、これは、後の近代ホスピスが、地域性の強い慈善ホスピスとして急成長することと大きく関係している (p. 74)。

2. 近代科学の発展と病院医療の歴史的相関

英国の病院は Poor Law (救貧法) の流れを汲み、Workhouse (救貧院) として出発している。1700 年代には、病める貧者のための収容施設である St Bartholomew 病院と St Thomas 病院、そして精神病院である Bethlem 病院以外には病院は無かった (p. 66)。

これらのこと、つまり、出発時の英国のホスピスや病院の対象者が広く救貧的な色彩を持ち、疾患を限定しなかったことが、その後、英国のホスピスケアをがん以外の人たちに拡大する上で重要な布石となる歴史的事実であると、筆者は考えている。

その後、科学の進歩の時代であった 19 世紀後半から 20 世紀前半にかけては、近代科学は急激な発展の時期を迎える。その影響を受けて、医療は、解剖学と理学的所見と統計学を重視した、近代医療へと変貌していく。その過程で、医療は、かつての医師と患者間の対話中心の医療から、生物学的アプローチを重視した手法へと変化した。医療は、科学が病気の治癒に何か役に立つものと考えられ、その目的を Care から Cure へと変化させていった (Higginson 2001: p. 2)。

この間に Brompton Hospital (1841 年) が、そして Royal Masrden Hospital (1851 年) が開設された。これらは、新しく、近代医学に基づく医師教育を使命としていた。そして、同時代には 1860 年、Nightingale が St Thoma's において新しい科学的枠組みの看護教育を開始した年でもあった (p. 67)。

これらの新しい病院は、上記の近代科学の影響を受け、急性期の疾患治療に焦点を当てており、慢性病、高齢者、死に行く人達、そしてなかんずく、貧者はこれらの慈善病院 (Voluntary hospital) では歓迎されなかった。そして、その状況は第 2 次大戦の終了と NHS の開設まで持続する (p. 69)。

3. 近代的・分析的医療の発展と「統合体としての個の喪失」への挑戦

その中での医療をめぐる思潮は、多くの人たちにとっては、近代医療が置き去りにしたものを疑問視する動きにも繋がった。つまり、近代医療が人格を持った個人から機能不良の身体のみにも焦点を移してしまったということである。Aneurin Bevan が NHS の予算申請を国会で行ったとき、「できることならば、有能で利他的だが冷たい雰囲気の大

病院の中で生かされ続けるよりも、小さくても良い、あふれるような共感に満ちた環境で死んでいく方を選びたい」と述べている(Higginson 2001: p. 2)。

このように、20世紀後半に向けて、疾病中心の医療は、その内外から様々の挑戦を受けることになる。多くの歴史家たちは、非人格化され高度医療と専門家たちに圧倒された「医療」の置かれた状況は、20世紀という、近代的な時代の「死」の特徴的側面であると指摘している。そして、病院での死は、この好例である。したがって、よき死(good death)という考え(ideology)は、医療が置かれた時代状況への反応と言えよう(p. 63)。

このような考えは、近代的文化の中の「個」の確立と強く結びついている。それは、事実を知らせること(truth telling)や開放的な状況認識(open awareness)、感情の率直な表出、生きる意味(meaning)とお互いの信頼(trust)など、身体的症状だけではなく、社会心理的、たましい(Spirit)のおかれた状態(spirituality)などを重視する、最近の医療のあり方とも一致している。近代ホスピスの誕生は、まさにそのような歴史的土壌の中で準備されていたのである(p. 63)。

4. NHS の設立と終末期ケア：近代ホスピスの誕生への道

1948年に創設されたNHSは、「揺り籠から墓場まで」と言う掛け声とは裏腹に、その優先順位は急性期医療とリハビリテーションであった。NHSの最初の10年は、第2次大戦前の社会から受け継いだ欠点だらけの医療資源を近代的な姿に変革し、変貌する社会ニーズに合わせて提供することであった(p. 62)。

NHSの創設者たちは、必要な人的・物的資源の無い中からこの事業を開始しなければならなかった。その設立・運営には、科学的発展、なにかなく、医学・医療の発展の助け以外何もなかった。そして、社会的には人口構成や疫学的環境は大きく変化し

ていた。

1901年に5%だった65歳以上の人口は、1951年には10%に増加していた(p. 70)。1951年Mary Curry Memorial FoundationとQueen's Institute of District Nursingは自宅にいる7000人のがん患者の調査を行い、その報告書の中で、貧弱な物質的環境とより良い施設ケアの提供の必要性を報じた。Memorial Foundationは幾つかのナーシングホームを開設したが、Dr Glyn Hughesの調査では(Peace at the Last 1960)「意図は良いのだが、ターミナルケアにおける手順の開発の遅れ」を指摘している(Higginson 2001: p. 3)。

また、その報告書で、「在宅ケア」の望ましさを指摘しているが、当時(1950年代)には、「病気で他者に依存しなければ生活できない人たちの面倒を、家族がどこまで気持ちよくみられるか」についての議論があった。戦後の住宅政策の影響で、人口の多くの部分は、郊外の新しい住宅地に移動し、伝統的なコミュニティーと家族扶助ネットワークの崩壊が大きな関心事であった(p. 71)。

Dr Glyn Hughesの報告書が出版されるまでに、死に行く人々への医療的関心を呼び起こす幾つかの報告書が出版された²⁾。そして、これらの出版が、新しい医療分野(老人医療、痛みの医療ともに1950年代の誕生)の出発に繋がっている。そして、それが、合流してCicely Saundersへと受け継がれ、1967年、St Christopher's Hospiceとして近代ホスピスが誕生した(p. 71)。

David Clarkはその著書の中で、Cicely Saundersの業績が認められた理由を次のように分析している(pp. 72-3)。

- ①彼女の強い使命感：取り分け、キリスト教的文化の影響
- ②彼女の執筆活動：ターミナルケアの特徴を医師、看護師、ソーシャルワーカーなど、医療関係者たちの議論の俎上に載せたこと³⁾
- ③英国が持つ強力な社会システムのネットワーク

を活用したこと(しかし、医療的援助の獲得は最後であった)

5. ホスピスの発展の歴史で重要なこと

【1】地域主導のホスピス建設

当時 hospice movement とか palliative care という言葉はまだ使われていなかったにもかかわらず、1967年以降の hospice の急速な拡散は歴史もしくは社会学的研究の対象である。hospice の発展は、基本的には地域の宗教団体が主導する慈善事業として、それぞれの地域社会を中心にホスピス建設が拡大していった(pp. 73-4)。

施設ホスピスとして拡大した理由は、建物の方が、理念の象徴として目に触れやすく、地域の中の最高の寄付として皆の賛同を得やすかったからである (the highest giving in the community: Lewis 1989: 67 p. 135)。そして、1970年代初頭、英国内のほかの地域にも登場した(1971年 Sheffield の St Lukes', Manchester の St Anne's)。

当時のホスピスは、多忙で技術至上主義的な病院文化よりも、静かに死んでいく落ち着いた場所を提供するという意味を含んでおり、NHS 本体からの分離した出発は意味あるものであった(p. 74)。

しかし、その後、NHS 病院にも継続的ケア病棟 Continuing care unit が開設され、12の施設が作られ、「病院の中での緩和ケア」という新たなテーマが出現する。しかも、その建設は National Society for Cancer Relief という慈善団体の手でなされ、運営は NHS が責任を負うという、行政と非営利団体の共同モデルが出現したのである(p. 75、後述)。

【2】ケアの多様性：在宅サービス、病院内チームなど

1969年 St Christopher's は在宅サービスを開始。そして、地域社会の中での在宅ケアに寄与したのが Macmillan Nurse である。それは、1970年初頭から活動を開始し、主として primary health care team に対して、専門的技術的アドバイス・教育と、ホスピスケアの紹介を行った。

一方、Mary Curry Foundation は1950年代から活動を開始し、取り分け夜間のケア提供を行った。そして両者はお互いに補完しながら、地域ケアを提供した。1990年代半ばには、1000名の Macmillan Nurse と400の Home Care Team、そして5,000名の Marie Curie Nurse が存在した(p. 75)。

1976年には St Thomas's Hospital に初めて Hospital support team が設置された。それは、それより2年早くチームが活動を開始した、New York の St Luke's Hospital と同様に、医師、看護婦、ソーシャルワーカー、牧師などの多職種で構成されており、身体的症状のみでなく、感情やたましいの問題をもケアの対象とした(p. 75)。

【3】デイケア

1975年、最初のサービスが Sheffield の St Luke's で開始され、1990年代後半には200以上のプログラムが提供されている。デイケアへの参加者は、症状マネジメントもなされるが、主として創作活動を中心とした社会的ケアや、衛生管理サービスが提供されている。そして、このプログラムは“a day out for patients and a day off for the carers”を合言葉として、その後、急速にその数を増していった(pp. 75-6)。

【4】公衆衛生的アプローチ

時々、英国モデルをホスピスの見本とする傾向があるが、ホスピスは、決して一つのモデルに縛られるものではない。それは、その国、地域、文化に基づきサービスを提供する、多様性を持った存在であるべきであろう。

緩和ケアが世界的に拡大した今日、WHO の Cancer and Palliative Care Program は公衆衛生的手法を重視し、無計画なホスピスの建設拡散に警告をしている。Stjernsward は1997年に、「末期がんの苦悩からの開放は、率先して成し遂げなければならない緊急の優先課題である。そして、それは公衆衛生的手法で達成可能である」と述べている。その戦略は、既存の知識の周知や、政府が苦

悩を緩和する政策を実行し、疼痛緩和用薬剤をより公正でかつ使いやすくするよう資源活用の改革である(pp. 77-78)。

また、この流れは、連綿と今日に受け継がれ、2007年の第10回ヨーロッパ緩和ケア学会で、緩和ケアがヨーロッパの健康政策の対象と認識され、WHOや国際ホスピス・緩和ケア協議会(International Association of Hospice Palliative Care; 以下 IAPC)と連携しながら公衆衛生的取り組みを開始したことであろう。つまり、人の生死に当たっての「苦悩からの予防」を正式な課題としたことである。

[5] 社会保障政策の展開と緩和ケア

早期のホスピス運動の指導者たちは、政治的問題にかかわることを避けていた。そして、「社会のすべての人が well-being で良い QOL (Quality of Life) が達成できること」という緩和ケアのゴールは、社会保障政策の中の、どこに、どのように位置づけられれば良いのかという根本的な問題はあまり問われなかった(p. 131)。

そのような中で、多くの慈善団体が、St Chrisstoper's の成功にあやかり、その地域の実情に関する細やかな配慮の無いまま、資金集めを行い、英国中に数多くのホスピスが建設されていた。そして、当時の英国保健省は、どのようなサービスが、どこで、どのくらい、誰によって、どのように提供されているのか、適切な情報収集をしていなかった(p. 135)。

誰のために、誰が、どのようにして、ヘルスケアを提供するのか、と言うことは、どこの国においても健康政策の中心的課題である。NHSは、1948年、設立当初、「国民すべての医療費が無料である」という目標を達成するために、これまで慈善事業が行っていたこと、つまり他者に依存しなければ生活できない者への援助を代わって NHS が実行することをしようとしていた。さらに、慈善事業の道義的基礎である博愛主義の変革、つまり、市民の社会的役割(social citizenship)の名の下に個人的健康

状態への介入的調査を官僚主義的に開始しようとしていた(p. 133)。

丁度そのようなときに、近代ホスピスが出現したのである。それは、当時の NHS と同様、相互に矛盾する要素を秘めていた。かたや、死に行く人たちのケアを改善するために、近代医学を基礎にした疼痛緩和の方法を模索しつつ、他方では、上述のように NHS が取って代わろうとしていた、慈善と篤志に基づく世界に立脚していた(p. 134)。

前述したように、St Chrisstoper's は NHS の外部に設立された。しかし、NHS と新設ホスピスは対立関係にあったのではない。地方保健当局は、そのような施設の必要性を認めていたが、それを独自に建設・運営する余力がなかった。彼らはホスピス建設に合意し運営費の面で協力することを約束していた。しかも、それは、建設資金集めに成功したときのことであつたし、彼らは、実際に資金が集まるとは思っていなかった(Wilkes 1980, Clark 1999: p. 134)。

[6] 施設から地域へ：NHS とターミナルケアの管理

当分の間、ホスピス運動の先駆者(Visionary)と NHS の健康政策立案者とは緊張関係の中で共存していた。つまり、ホスピスの無原則的拡張は、NHS の側からすると、維持する上で容易でない役割を強いられることであつたし、ホスピス活動家にとっては、NHS との共存が施設の長期存続の保障上必要であつた。

また、Wilkes とその共同者(Working Group on Terminal Care 1980)は、これ以上の、ホスピスの建設は、適切なスタッフの欠如と必要な資金不足の両面から、制限されるべきであると考えていた。さらに、かれらは、死に行く人々を、既存の地域サービスから遠ざけ、「特殊なホーム」に収容(隔離)することに懐疑的だった(Wilkes 1980)。

彼らは、ターミナルケアの理念を、保健医療サービス(health service)の全領域に拡大し、プライマリケア、病院内治療、そしてホスピス活動が連携し

たサービス提供ができるようするべきであると考えた(Working Group on Terminal Care 1980, Clark 1999: p. 137)。

また、地域ごとのターミナルケアの提供能力の相違は、無視できない状態であった。そして、上記の報告書の執筆者たちは一様に次のように述べている。「今後の方向は、収容型施設よりも在宅療養支援チームを優先的に育成すべきであり、病院内サポートチームの結成も同様促進されるべきである。そして、将来的なケアの提供は、非営利団体と NHS が協力して連携・調整なされるべきである(p. 137)。

【7】保守党による医療改革と緩和ケア：社会性から効率性へ

(1) サッチャー政権による NHS の改革

1980年代の NHS の理解のためには、以下に述べる広い政策的変化の視野から見る必要がある(p. 139)。1979年、Margaret Thatcher の地すべりの勝利の後、福祉の状況は最悪となっていった。つまり、第1に、経済の重視の結果、社会福祉政策は常に「経済的に良い状況(economic well-being)」という価値観の下位に置かれ、第2に、私的企業でできると思われるものには、公的立場(public sector)からは一切手を出さない方針がとられ、第3に、制服組の利益誘導と自己防衛主義が生み出した型どおりの「非効率」であった。

その非効率性を排除するために NHS 内部に general manager 制度をしき、私的企業の価値観と効率主義を持ち込んだ。また、NHS 自身も、経営委員会(management board)を設置し、Chief Executive を配置した。その結果生じたことは、‘診療におけるチーム内同意の後退と、管理の進行’だった。そして、これらの事項は、次の10年間の保険制度改革((内部市場)internal market)の形成と補足的サービスの外注化(contracting out)への重要な布石となった(p. 139)。

保守党による NHS に対する改革は ‘purchasing

cycle’ に基づいていた。そしてそれは、「内部市場(quasi market)」の考えに基づき、効率(efficiency)と有効性(effectiveness)という2つの中心的価値要素(essential policy elements)が与えられていた。そして、それは次の5項目、①ヘルスニーズアセスメント ②購入戦略(purchasing strategy) ③サービス(提供するケア)内容の特化(service specification) ④契約(contract) ⑤質の保証(quality assurance) から成り立っていた(p. 140)。

このような状況のもとで、それぞれの地区における医療提供は、そこでのニーズの明確な分析に基づいたものであることが要求された。また、それは、①包括的戦略的視野に基づくものでなくてはならず、②その中で、それぞれの特化領域に必要とされるケア(service)提供が詳しく計画されていること、③契約上合意されたことが、指定サービス提供者と論議されていること、④そして、ケアの提供が質、量ともに、合意の範囲で監視(monitor)されていることが要求された。そして、緩和ケアも例外ではなく、この政策に対応していかなければならなかった(p. 141)。

1990年の Community Care Act は、NHS の設立以来、最も大きな保健制度上の変化をもたらした。医療の利用(消費)と供給は、購買側(purchaser)と供給側(provider)に分けられた。購買側は(demand side)地区保健当局と GP ファンドホルダーであり、地域の人たちに必要な医療を購入する役割を担った。供給側は、新しく NHS trust を形成したが、最も大きな役割を担われたのが非営利民間団体と私的医療(保険)提供者であった。つまり、国家が提供する医療費を減少させることを目的として、経済的な混合医療(私と公)が登場したのである。つまり、市場志向と統括管理の考え方が、企業倫理的判断基準と考え方とともに、医療に持ち込まれたのである(p. 140)。

これらは、新保守主義(new right)の考え方から導き出された。国営の医療は高価で非効率的で非

計画的だとされ、活発な力を有する市場主義の中へと方向付けられた。同時に、健康と疾病はライフスタイルの問題として個人の責任に帰せられた。そして、国民は‘消費者(consumer)’として、自らの医療ニーズを変化させるよう求められ、医療サービスの消費は、偏見の目で見られるようになった。そして、これらのことが中心的考えをなし、自己監査(audit)、質の保証(quality assurance)、苦情提案手順(complaint procedure)、地域の人たちの視点(views of local people)などが、以前にも増して強調された。そして、かつて、Community Careがそうであったように、プライマリケアが優先(重視)された(p. 140)。

その後のNHS改革は、700のhospital board(初期のホスピスは一部その援助下にあった)を解体し、地方当局と地区当局に再編した。さらに、資源の適正再配分改革委員会(Resource Allocation Working Party)は、急性期病院から地域・長期療養システムへと、資源配分を移動させた(p. 136)。

(2) NHS改革の波とホスピス運営の軌道：パートナーシップと多様性の準備

1987年、保健省の初めてのターミナルケアに関する公式の出版が刊行された。それは、それまでになかった多くの点を明確化している。つまり、地区保健当局が終末期患者に対する総合的で、集学的なケアの提供を計画し連携を調整するうえでのリーダーシップをとること、次いで、非営利セクターと相談しつつ、家庭医委員会、サービス利用者の嗜好やニーズにあっていくかどうか、また、サービスの欠如やスタッフの教育が適切かどうかの評価が適当に機能するよう、義務付けた。

このような中で、当時、急増していたホスピスは、その存亡をかけて、より管理的で戦略的色彩を強めていたNHSとの連携を深めてゆくこととなる。すなわち、その援助者をhospital boardから地区保健当局との連携の中に見出さざるを得なくなった。そのことは、地方の医療体制と協力し、将来

に向けた緩和ケア供給計画を作成せざるを得なくなったことを意味した。このようにして、この時代のホスピスケアは、入院施設の長期的運営と地域ケア双方の視点から、より、大きな枠組みに取り込まれ、その結果、在宅ケアやデイケアに関心が向けられていった。

丁度この時期に、National Society for Cancer Relief (NSCR = 現 Macmillan Cancer Support)がサービスの改革を刺激し調整する作業を開始した。1980～1983年に55の新しいサービスが開設されたが、それらは主として、在宅サポートチームか病院内チームであり、多くは緩和ケアの提供が、まだ、未熟な地域に創設された。そのうち、78%をNSCRが設立したが、NHSはまだそれらの活動に積極的ではなかった(p. 137)。

1980年代終盤の政府の様々な声明を見ていくと、その意図は、ホスピスサービス提供のために、保健当局が慈善団体と可能な限り共同することであった。そして、政府は50-50モデル⁴⁾を宣言し、その実行のために、8百万ポンドの提供を行った。次いで、2千万ポンド、1993年には4300万ポンドにまで増額した。しかし、その問題点は以下の通りであった。①無計画なホスピス造設を抑制するどころか促進してしまった ②宣言は、天井知らずの結末のないものであった(open-ended) ③それらの資金は非営利団体対象に限られており、NHS傘下のサービスには使用されず、結果として緩和ケアサービスに対する差別意識(忌避)が生じた。その結果、NHSのサービスは非営利団体(慈善)と協力して使用できる資金探しを開始した(Clark 1993: p. 139)。

一方、地域保健当局を通じて提供された資源配分はホスピス業界で多大な議論を呼んだ。

それらは、①資金の利用をめぐる値域内での競争 ②資金提供を受けることのできる資格基準の不明確さ ③地域当局の資金未使用に関する申し立てなどである。

いずれにしても、これらは、政府の中心課題となっている保険制度の新市場 (new market) に向けた「賭け」であった。そして、政府は、5年間の‘50-50 partnership’を終了し、その理論的整備の方向は「契約に向けた準備 (preparation for contracts)」の段階へと入って行った (p. 141)。

(3) Calman-Hine Report の登場：目標の設定と標準的ケアのあり方の提示

1995年、Expert Advisory Board Group on Cancerの最終レポートが発表され、社会的注目を集めた (Calman 1995)。それは、他のヨーロッパ諸国と英国とのあいだの、無視できないがんの生存率の差を埋めようとする政策的試みの集大成であった (p. 148)。その方向性は、3層からなるケアの集約的仕組みであった。すなわち、①がんケアにおけるプライマリケアの強化 ②地区がんセンター (Cancer Unit) ③地域がんセンター (Cancer Centre) の設立による集学的で、つなぎ目の無い (seamless) がんケアの提供であった。

また、Calman-Hineは、人口単位における緩和ケアの提供策をも明示しており、緩和ケア関係者にとっても政策的発展のチャンスとして迎えられた。例えば、人口50万人に対して、緩和ケア専門医 (fulltime consultant) が2人居ること、25の専門的緩和ケアの病床があること、12人のがん専門看護師が存在すること (2人が病院に、10人が地域に)。Cancer Centreには、少なくとも2人のがん専門看護師と1人の専門的緩和ケア医を含むチームがあること、などである。この報告書は、その後、長期間にわたり英国のがん政策に多大な影響を与えることになる (p. 148)。

このレポートは、がん医療の中心を明瞭にプライマリケアに移すことを宣言しており、1992年発行されたCommunity Care Actと同じ流れの政策的意図と言っても過言ではない。筆者は2008年、英国3カ所 (Newcastle, Manchester, Leeds) の腫瘍センターと地域のかかわりを視察したが、どの施設

運営も本レポートを基準にしていた。本レポートの要点を、さらに要約して追加する。

①緩和ケアがすべての医療における共通の基礎的な技能と知識であることができるよう各職種の教育を充実する。

②地域社会のCharity Organizations (非営利民間団体) と協力関係を強化する (Macmillan Cancer Support, Marie Curie Cancer Care など)。

③彼らとの協力の下に、治療期から終末期にいたる切れ目のないケアを提供する⁵⁾。

④看護師の教育機会の強化とそれに基づく権限を拡大し、現場に近いところで患者の視点に立った質の高いケアを提供することができるよう工夫する (医師不足は日本でも英国でも共通の課題であり、医師の既得権限を、質を確保しつつかに他職種、とりわけ看護師に譲るかが大きな医療経済上の、また、社会的課題である)。

(4) 専門的ホスピス・緩和ケア協議会の設立：その背景と影響

1992年、Standing Medical Advisory Committee と Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee は ‘The Principles and Provision of Palliative Care’ のなかで、緩和ケア提供の広範囲な連携における、ホスピスのケア提供 (hospice service) の位置付けについて述べている。このレポートの中心的論点は、がん以外の疾患にどのように緩和ケアを拡大していくか、そして、それを、施設内部で単独で行うのではなく、必要なときどこでも、個人のニーズに応じて提供されるべきである、というものであった。

そして、それは、緩和ケアの分野でますます多岐に広がっていく用語の定義も行った。また、20の推奨策を総合的に提案しており、方略、組織、教育に基づく供給にまで及んでいる。そして、成功のための2つの基礎的事項が示唆されている (p. 141)。

第1：すべてのレベルの医療関係者の中で利用でき

る教育体制の作成

第2：新設の購買者(purchaser)は人口動態の中から緩和ケアニーズを把握し、それに基づく適切なサービスプランをNHS内部に作ること
しかし、何はともあれ、それは、どのようにして地区レベルで緩和ケアサービス供給体制を整備するかという議論の土台を提供し、その後、多くの専門的出版物や、カンファレンス、専門職団体が登場した。1987年には、緩和医療が専門職として認められ、1991年には、全国ホスピス緩和ケア専門家協議会(National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services)が設立された。もし、National Councilがなかったならば、これほどまでの緩和ケアの発展はなかったであろう。これらは、前の10年(1980年代)よりも多くの発展の礎を作った(詳細は後述)。

1967年から1997年の間、英国の緩和ケアの発展は啓蒙に始まり途方もない拡大へと到達した。この成果は、政府の健康・社会政策の土壌なくしては達成できなかったものである。初期のホスピス運動開始者はNHSの外部から出発し、経験的にNHSとの強調へと進んだ。ホスピス運動は、NHSとの注意深い共同抜きにして孤立主義を貫くことでは、同時代を生き残ることすら不可能だっただろう。丁度このようなとき、全国協議会が登場し、緩和ケアの中で影響を及ぼし始めた(p. 149)。

【8】英国ホスピス緩和ケア協議会の歴史と緩和ケア推進における役割機能

英国緩和ケア協議会(National Council for Palliative Care：以下英国協議会)⁶⁾は、英国緩和ケアを代表する組織であり、イングランド、ウェールズおよび北アイルランドの多くの緩和ケアにかかわる団体を傘下に擁する。同協議会の役割を大きく分けると以下のように整理できる。

(1) 緩和ケアを広める役割

- 英国の政府、国会議員、行政諸団体および関係者、メディアに向けて、ホスピス緩和ケア関連諸組

織の代表的な見解と関心のあるポイントを示す。

- 英国協議会の代表者たちが政府の中で、重要な活動ができる立場につくことをめざす。それは、社会保障の枠組みの中で緩和ケア政策実現の優先順位を高くする、ケアの水準を向上させるためである。
- 英国協議会を代表する定期刊行物の発行。それには、協議会と連携している個人や諸団体のものも含まれる(協議会発行の代表的刊行物を参考文献に掲載する)。

(2) 緩和ケアの水準を向上させる役割

- 厚生省と協力し緩和ケアの国家的水準を確立し、かつ実践の成果を目に見えるよう向上させる。また全国的によりよい緩和ケアとは何かを明らかにし、その普及を図る。
- ケアの品質管理のあり方を点検評価し、緩和ケアを提供する諸組織の認定を行う。また、その方法や現状を全国的に広報する活動を行う。
- 専門職としての基準を設け臨床指針を確立する。この作業は、患者の見解を考慮に入れ、この問題に関心のある諸団体と協力しつつ行う。
- 緩和ケアにかかわるすべての面で、良質の専門教育と研究の促進を図る。これは、大学や王立医学会、王立看護学会、国際諸組織と緊密に協力しつつ行う。
- ホスピス・緩和ケアサービス発展のためにフォーラムを開催する。その目的は、その領域で活動している人たちが、全国的、または地方的な知識や情報や経験をともに分かち合うことである
- 緩和ケアにかかわる臨床指針や論文の刊行を行う。それらは品質管理、臨床の統括管理(clinical governance)、連携活動、倫理問題や研究に関する事項などが含まれる。

(3) 他の分野と連携を促進させる役割

- 非営利民間(voluntary)諸組織、保健当局や地区行政当局の各部門が、相互により良い連携関係を築くことができるための方針を策定し、またさ

さまざまな領域での財政的需要のある場所を確認し、それを満たすことができるよう活動する。

- ホスピス・緩和ケアにかかわる諸団体にほかの組織との連携の方法をアドバイスする。それは、保健当局や、プライマリケアグループ、地方行政、そのほかの国民生活に関連ある行政団体などのかかわり方である。
- 標準化されたデータ (minimum data set) の刊行。これはサービス提供の運営管理や政策立案を援助するものであり、St. Christopher's Hospice の情報サービス部門やこの分野で活動するほかの団体と協力しつつ実施されている。

(4) 政策への影響力の行使⁷⁾

- 英国協議会のもとに傘下組織 (umbrella organization) を作り、英国における緩和ケアの共通の要素を拾い出し、その上で、実践のための指針を作り、国民の誰もが最高水準の緩和ケアが受けられるようにする。
- さまざまな出版物を発行して専門家の緩和ケアにかかわる意見を世に公表し、国民や多くの医療関係者や政治家たちに緩和ケアの意義を広めると同時に、協議会の名声・評判 (reputation) を高める。
- 政府内部の人たちと緊密に連絡を取りながら活動する⁸⁾。
- 政治家、政党や議会とのかかわりの重視 (All Party Hospice Group など)。

IV 英国における緩和ケアの提供： その多様性

1. 病院内の緩和ケア

病院内緩和ケアチームの活動は1976年 St. Thomas Hospital から開始された。これらの発展は大衆の緩和ケアへの認識の高まりによるところも大きい。Willkes は1984年、若い医師と看護師の50%

以上が、自分たちの終末期ケアに関するトレーニングが不適切であると感じていること、そして、病棟が死に行く人をケアするのに不適切であることを報告した (p. 152)。

Hospital Palliative Care Team (HPTC) の中で中心的役割を果たしたのが Macmillan Cancer Relief であったことは疑う余地がない。彼らは、NHS の病院に、新しい医療文化である緩和ケアのポストを3年間補償した。そして、このことが、その後の非営利団体と公的病院の協力の基礎を形成した。HPCT は病院内の緩和ケアニーズを持つ患者を対象にサービスを提供する役割を持っていたが、同時に地域のホスピスや在宅チームとのリンクを形成していた。そして、その責任は、それぞれの機構内の緩和ケアの知識レベルや患者・家族のニーズにより異なっていた (pp. 152-4)。

2. 自宅での緩和ケア

すべての死に行く人に対する自宅でのケアの提供は、これまで長い間健康政策のゴールと受け止められていた。1992年に発表された Advisory and Standing Nursing and Midwifery Advisory Committees の推奨は、がん以外で死んでいくすべての人々に同等に緩和ケアが提供されなければいけないと述べている。しかし、最近の調査では、ケアの連続性の欠如と、患者とケア提供者のニーズにそぐわないケアが大部分であることも明らかになった (p. 158)。

1995年に Addington-Hall は67%の人たちが家で死にたいと述べていたが、実際にそれが可能だったのは、30%の人たちであったと述べている。Hunt(1997)は、血液腫瘍、急な展開をたどる疾患、高齢者、社会的・経済的に下層な状態、緩和ケアサービスに手が届かないこと、などが施設死の重要な因子であったと述べている。また、彼は、家族の役割に対する価値観、病院でのケアと過程でのケアの価値観の相違などが、人々がどこで死ぬかの

決め手にもなっていると、さらに付け加えている (p. 157)。

最も重要なことは、家庭という環境で緩和ケアニーズがうまく満たされるかどうかは、その環境で、友人や家族という非公式なケア提供者の存在と、彼らがどれだけ密接にケア提供にかかわるにかかっている (Hunt 1997)。また、それと同時に、非公式なケア提供者への適切なサポート、および適切な医療と看護がどれほど提供できるかが、患者が自宅に留まれる時間を長くし、かつ、自宅で死ぬことができる割合を増加させる (Hunt 1997, Clark 1999: p. 158)。

1999年、Bosanquetは、英国における様々のサービス提供のあり方の、コストとベネフィットの研究が、今後なお必要であり、今後の重要な方向性は、プライマリケアとセカンダリケアの連携であり、GPの緩和ケアにおける役割が重要となると述べている。

3. プライマリケアチームによる緩和ケアの提供

英国では、プライマリケアチーム (primary health care team) は、自宅にいる人たちに健康問題が生じたときに最初にコンタクトを取る人たちである。その中心的存在である GP は、平均的には、1500～3000人の患者を受け持っている。そして、年間に専門的緩和ケアの必要性のある人たちに遭遇する機会約2人である (NCHSPCS Specialist palliative Care; Statement of Definitions) (pp. 159-60)。

GPたちの緩和ケアにおける役割はかなり個人差があり、多くのGPたちは、自らの実践の中で、緩和ケアを優先順位の高いものと考えている (Collaborative Project of Royal College of GPs & MCR; 1995)。

しかし、1990年、Higginsonは、LondonのGPが提供している緩和ケアの状態はひどいものであったと報告している。そして、同報告書によると、その原因の多くは、一人で開業している医師が提

供していること、代理診療 (夜間の代診) を利用していること、地区保健婦を利用できないことなどの地域のケアの調整が十分行われていないことに原因している (p. 160)。

一方、ほかの報告では、痛みの症状緩和は比較的良くできているものの、ほかの症状緩和は十分ではなく、看護師の死にゆく人へのケアは、緩和ケアニーズが、肉体的・社会的・心理的に、適切に評価されておらず (McCarthy 1997)、したがって、質的に不十分であったと報告されている (p. 159)。

非悪性疾患の人たちへの終末期ケアは、主としてプライマリケアチームにより提供されているが、緩和ケアとしての提供は非常にまれであることがHigginsonの調査で明らかになった。Thorpeは、1993年に彼の調査報告の中で、患者自身の症状が十分にコントロールされていないことが大きな原因の一つではあるが、それを見る家族のストレスも、また、最終的には病院で死を迎える大きな要因であるとしている (p. 159)。

4. ほかの一般的サポートサービス

自宅で療養中の患者のケアサービスは、プライマリケアチームが中心であるが、彼ら (患者) はそのほかの、行政および篤志団体のサービスの提供を受けている。社会的サービス (Social service) では、ホームヘルパー (home care worker)、食事の宅配サービス、ソーシャルワーカー、洗濯や失禁サービスなど、保険サービス (Health Care Service) では、理学療法、足のケア (chiroprody)、ほかの診療機関からの専門的サービスが含まれる (ストーマや乳がん看護の専門家など)。ボランティアサービスは、地域の支援グループからのサービスで、レスパイトケアや離別後のケア、買い物などである (p. 161)。

しかし、これらのサービスの利用状況は、地域による偏りがあり、緩和ケアニーズの一部の人たちにより消費されているに過ぎない。プライマリケアチームは在宅緩和ケアの提供者の主体であり、篤

志によるサービスは、それらが利用可能であることがわかっているにもかかわらず、ごく一部の人们によってしか利用されていない(p. 161)。

その原因は、ホームヘルプや食事の宅配利用が社会的階層調査の一環と考えられ、多くの人们がそれらの利用を思いとどまる傾向があることである。また、ほかの原因は、多くの人们が、それらのサービスの利用方法を知らないことである。そのほか、基本的課題であるが、サポートサービスの多くは、社会的・実践上の多様な緩和ケアニーズがあるにもかかわらず、それに対応した柔軟なサービス提供できていないこと、また、一人でもケア提供者と一緒に住んでいる人は、独居者よりもケアサポートを受けにくい傾向があることであろう。

非悪性疾患の人们(COADや心臓病など)は、社会的孤立や自宅でのケア提供が計画的になされていない。彼らは、社会的・感情的・心理的・情報提供(information needs)の評価を持続的に受ける必要があるが、ほとんどの人们は、適切に対処されていない(Skilbeck, Clark 1999: p. 161)。

5. 専門的在宅ケアサービス

専門的在宅ケアサービスの提供者は様々な機関に所属しており、しばしば、病院内サービスとの境界はあいまいである。つまり、自宅で療養している人们にケアを提供する専門家たちは、ホスピスをベースにしていたり、病院ベースであったり、地域のユニットだったり、独立していたりする(p. 162)。

Hockleyは、「ナースバンク」の雇用基盤の元に専門的ホスピス看護師を雇用し、弾力的に運営されている在宅休息(レスパイト)ケアの有効性について述べている(Clark 1997: p. 162)。

Macmillan Nurseは緩和ケアにおける専門的臨床看護師であり、主として、カウンセリングに基づく支持的な機能を担っているが、ソーシャルワーカーや医療関係者とともに専門的サポートチームと

しての役割を果たしている。同様に、Marie Curie Nurseは、専門的に教育を受けた看護師を常備することなく、生活上の実際的な看護ケアを提供している。そして、両者ともに、自らの篤志(チャリティー)による資金の供給と同時に、NHSからも一部の援助を受けている。Macmillan Care Schemeは最近の専門的緩和ケアサービスの端緒をきった(Ferguson, Clark 1999: p. 163)。

1995年には347のhome care serviceがあった。そして、同年に、彼らは約120,000人にサービスを提供し、そのうち65,000人はそのチームからケアを提供されているうちに死亡し、15,000人は退院することができた。そのうち96.3%ががんの患者で、平均的には2~3カ月の期間ケアの提供を受けていた。Addington-Hallは1990年にはがんの患者の29%がこれらの在宅サービスを受けたと報告している。また、Eveは1997年、1990年代終わりに在宅サービスの需給者が急増していると報告している(p. 163)。

在宅専門チームへの患者紹介の大部分はGPからであった。しかし、SouthamptonでのPughらの調査によると、GPの紹介のパターンには、彼らの在宅専門チームへの考え(思い)や診療方針により広く相違することがわかった。あるGPは頻回に専門的サービスを使っており、ほかのGPはそれほどでもない。紹介をしなかった最も多い理由は、「非公式のケア提供者(informal carer)たちだけで十分に対処可能であった」と言うものである。さらに、一部のGPたちは、他者と協働でケアすることを好まなかった。また、GPたちは専門的看護師による24時間体制の現場ケアを適切とは考えていなかった。このことが、GPたちをして専門的サービスの利用から遠ざけたのかもしれない(p. 163)。

Boydの報告によると、専門的サービスは、時として、明瞭な目標やマネジメントを欠いていたし、ほとんどが医療的サポートを受けていなく、かつ、プライマリヘルスケアチームとの連携が取れてい

なかったことを指摘している(p. 163)。

これらのことは、よく問題となるサポートサービスの欠点であったが、近年、それぞれの役割の重複や患者のケアに関する責任の範囲と所在、協力体制などが改善され、専門的在宅緩和ケアチームの役割が認知されるようになった。また、時間外の患者サービスは大きな問題だったが、近頃、GPは、専門チームと協働で患者を診るといった新しいケアのあり方(twilight)を喜んで受け入れるようになった(pp. 163-4)。

Higginsonは1990年に、在宅ケアは患者の不安を著しく取り除き症状緩和を改善すること、また、患者と家族のコミュニケーションをも改善することを報告している。Hintonは在宅ケアが苦悩からの開放と安楽の提供に大いに有効であると結論付けている。また、彼は、かつて、専門的在宅ケアのチームからケアの提供を受けていない人たちが苦しんだような、激しい痛みや苦悩を感じることを避けることができると述べている(p. 164)。

6. ホスピス デイケア

緩和ケアニーズのある人々へのデイケア提供の擁護者は、このサービスは、医療と看護のニーズを満たし、リハビリテーションを提供し、かつ、患者とその家族に社会的支援と休息を与えると主張する。それは、時には、おおむね併設されているホスピスへの「渡り廊下」と評価されたり、不治の病の多くの困難な所業を受け入れていくことを学ぶ安心で安全な環境を提供すると考えられた(Fisher 1996, Clark 1999: p. 165)。

しかしながら、最近では、デイケアはほかの形態のサービスに比して価値あるものであるかどうかの疑問が投げかけられている。そして、SheffieldのSt Luke's Hospiceのデイケアは、家庭でのサービス提供が地域社会で生活する患者やその家族に最も有効であるとの意見から、閉鎖を余儀なくされている(p. 165)。

Faulknerは、125のデイケアの長期通所者(1年以上)を調査し、利用期間に多くのばらつきがあることを報告している。ある施設では27人の長期通所者がおり、その平均は1～5年に達すると報告している。これらの所見は、デイケアの提供が、患者のニーズを良く評価しないで、その場限りで行われていること、提供しているサービスが、ほかの非専門職による社会的サービスに置き換えることができることも示唆されている(p. 165)。

また、Eveは、デイケアは、男女、高齢者と若年者、がんと非がん患者の間に公平にサービスが提供されていないと報告している。すなわち、デイケアの利用者の96%ががん患者であり、また、圧倒的多数の独居者は女性が多く、デイケアで提供されるレクリエーションプログラムは女性に人気がある。その結果、参加者は女性が多く、男性が極めて少ない(Eve 1996, Clark 1999: p. 165)。

7. 入院施設

入院型のホスピスは緩和ケア提供の原型であり、英国の緩和ケアの発展に根本的な影響を与えた。篤志に基づくホスピスは、すなわち、独立した自発的意思に基づく運営を意味する。また、NHSの緩和ケア病棟もしくは緩和ケアセンターは、NHSの資金、契約関係(提供者と購入者)、政策ガイドラインなどと密接に関連しながら発展してきた(p. 165)。

1997年のEveの報告によると、施設ホスピスのサービス提供に男女差は見られない。しかし、少数民族への提供は限られている。さらに、規模の小さなホスピスに入所する人たちの平均在院日数は13日で、より規模の大きな施設のそれは15～16日である。1994～1995年の間のがん罹患者のうち17.5%の人たちが、ホスピスのケア提供を受けている(Eve 1997, Clark 1999: p. 166)。

1年あたり1ベッドの死亡と退院の数は1.6～31.8人と、施設により大きく異なっている。そして、

常勤の専門医師 (consultant) のいる施設では、その回転率は増加傾向にある。そのような施設では、医療的な検査や処置が多くなる傾向にあり、急性期病院と同様の手順により運営されている傾向がある (Johnson 1990, Clark 1999: p. 167)。

さらに、死の医療化 (medicalization) と脱医療化 (demedicalization) が近年の大きな課題となっているものの、結果としては医療の主流 (main stream) の中に再度組み込まれている。様々の調査研究の結果から得られる示唆は、ホスピスケアを受けているすべての人たちが重視していることからは、彼らに人間的な取り組みが提供されることであり、患者と家族の不安が少なくなり、コミュニケーションが改善されることであり、高い質の看護が提供されることである (pp. 167-8)。

8. 高齢者施設における緩和ケア

多くの長高齢者の死の直前のケアは、ナーシングホームか介護付き高齢者住宅 (residential home) で提供される。英国では、1990年代に、NHSの病床を高齢者ケアのために利用することを制限したことや、長期療養施設建設の財政的援助を行ったことで、これらの私的施設が急増した。1990年代初頭には、85歳以上の50%の人たちはこれらの施設で生活し、すべての死亡の15%はそこで生じている (p. 168)。Doncasterの調査では、social class 4～5の高齢者は、ほかの階層の人たちよりもこれらの施設で死亡することが多いことが明らかとなっている (Sims 1997, Clark 1999: p. 168)。

介護付き高齢者住宅や介護施設 (nursing home) への入居は、高齢者や親族にとっての大きな心配の種である。それは、施設の「不便で暗いイメージ」のみでなく、選択肢の狭さと施設への移行過程で生じる運営管理の限界 (まずさ) の反映と言える。施設ケアへの移動は慢性病の急性化の治療の後に突然起こり、彼らの長期間にわたるケア環境や人間関係の根本的変化を意味する (pp. 168-9)。

高齢者施設で生活する多くの人たちは、多くの慢性疾患を持っており、また、それらが相互に影響して肉体的にも認知力でも、自宅や家族とともに生活する人たちよりも劣る傾向がある (Cartwright 1990, Clark 1999: p. 169)。

高齢者施設は、多くの人たちの緩和ケアニーズに応えるために重要な役割を持っている。しかしながら、そこにおけるケアの状態や基準は高齢者と家族にとって、また、評論家たちにとっても大きな関心の的であったし、今後もそうであり続けるだろう。

ホスピスと高齢者施設という、入居者のQOLと死にかかわる2つの施設における文化的相違について、Shemmingsの報告では次のように語られている。「鍵になる根本的な相違は、ケアスタッフが死について語ることを望まないことである。この文化は、高齢者施設では常日頃より死に対する選択肢や対処方法が無い状況にあることを意味する (p. 170)」。

Gibbsは1995年、nursing homeにおける不適切なケアの実態や、ケアスタッフの劣悪な労働条件について報告している。そのようなケアスタッフへの、全面的な依存と、ケアスタッフの継続的教育の欠如が、高齢者施設の悲惨な状況を生み出すことは明らかなことである (Gibbs 1995)。しかし、Komaromyの調査の結果では、ケアスタッフは、入居者が死亡するまで喜んでケアすると述べており、早急な彼らの処遇の改善が望まれる (p. 171)。

GPは彼らに対する医療的管理を一手に引き受けている。しかし、多くの私的施設はGPによるケア提供を嫌い、GPたちは不適切なレベルのケアを提供するよう強要されている。終末期を迎えた患者を、そのような施設から急性期病院へ移送することは、このような中における最後の解決手段として仕方のないことである。しかし、これらの施設からの移送は、ほかのどのようなケアの場所からよりも少ない。また、これらの私的施設における医薬品

の使用はでたらめで、その結果痛みの制御は不十分である。急性期病院においてさえ高齢者の痛みが見落とされるのだから、教育を受けていないスタッフのいる施設ではなおさらである(p. 171)。

Maccabee は、1994 年、長期療養の必要な患者を入院施設から nursing home へ移すことを常に要求する傾向があり、それが、患者と家族の緩和ケアニーズにあったケアを提供できなくなっている一因であると報告している。そして、その原因として次の事項を列挙している。

第1に、緩和ケア関連団体が推進する教育プログラムの対象に、高齢者施設が入っていないこと、第2に、高齢者施設はほかのサービス提供機関との連携が貧弱であること、第3に、緩和ケアニーズのある人たちに熟練したケアを提供できない根本的な問題として、低い給与と十分な教育を受けていない職員たちに入居者のケアを依存していることである。そして、最も根本的で緊急な問題は、施設ケアを受けている高齢者に緩和ケアを提供するための資源確保と、誰がその資金を負担するかという問題を解決することである、と述べている(Maccabee 1994, Clark 1999: p. 172)。

将来的には、多くの人たちが、ホスピスよりも、病院か専門的援助のない施設で死ぬようになることは間違いない。最近の調査では、終末期の患者と家族が、悪性疾患でないという理由で、死を迎える場所やケアの選択ができない状態にあることを報告している。このような人たちは、緩和ケアが、がん患者のみに提供されているために、その恩恵にあずかれないのである(p. 172)。

終末期における患者と家族のためのケア調整(coordination)は、ケア提供の場所や提供者が患者の状態に応じて移行するにつれ、移り変わることが重要であり、政策の重要性はプライマリケアの役割重視へとシフトしている。そして、すべてのサービスはその周りを取り巻くようになるべきである(p. 172)。

V 2020 年をめざした社会保障改革としての緩和ケア—英国協議会の軌跡より—

筆者は、本章を始めるにあたり、1997 年以来、労働党ブレア政権により行われた上記の様々な改革は、サッチャー政権下での医療改革を受け継ぎ、その、課題を修正したものと言えることを、まず、記しておきたい。それらは、事実に基づく臨床判断(evidence based decision)、監査制度(audit)、非営利民間団体とのパートナーシップの促進など、原型はすでに前政権のなかで準備されていた医療の効率化と品質の確保の軌道があっこそ成し遂げられたものである。

また、1999 年に設立された、National Institute of Clinical Excellence についても触れて置く必要がある。本組織は、NHS の外郭団体として組織され、多くの疾患に関する「根拠に基づく医療」の提供に当たって、信頼性ある情報の提供を行う組織である。そして緩和ケアに関しては、2004 年第1版が発行され、誰でもが WEB 上で参考にすることが出来る。そして、これは、サッチャー政権下の「質の確保と効率性の追求」という、一貫したテーマに基づく政策実践の財産があったからこそ成し遂げられたものであることを銘記すべきであろう。

筆者が、本執筆にあたり論旨の縦糸として使用した D. Clark らによる「Reflections on Palliative Care」の出版は 1999 年であるので、その書の中におけるブレア政権に移行してからの緩和ケア政策の記述は限られている。その部分については、サッチャー政権下で組織され、ブレア時代に花開き、彼の社会保障政策に大きな影響を与えた英国協議会の活動を元に、その後の軌跡を紹介する⁹⁾。

1. 非がん疾患に緩和ケアの適応と少数民族の権利擁護

近年、急速に多民族化の道を歩みつつある英国では、言語と文化と宗教の相違ゆえのマイノリティ

表 1 英国の社会保障政策としての緩和ケア¹³⁾**3 カ条の基本理念**

- (1)国民は誰でも、その必要に応じて、適切な緩和ケアの恩恵を受ける権利を有する。
- (2)国民は誰でも、自らの終末期ケアの選択を検討する権利を有する。
- (3)国民は誰もが、「よりよく死ぬ」権利を有する。

4 項目の公約

- (1)毎年 100 万ポンド(約 220 億円)の追加予算を緩和ケアの促進のために支出する。そのうち 50 万ポンド(約 110 億円)は、がん以外の患者が緩和ケアの恩恵にあずかることができるよう、サービスの開発に使用されるべきである。他の 50 万ポンドは、NICE Guidance on Supportive and Palliative Care の実施の援助として使われるべきである。
- (2)2006 年から 2007 年までの間に、NHS 統括者と合意の上で、NHS の患者に対して、その状態に合ったサービスを提供している非営利団体・NHS 診療機関双方に対して、年間 100 万ポンドの資金を提供する。
- (3)NHS の広範な機構の業務管理の重要事項として、死のプロセスにある人たちのケアの質の点検(monitor)を行う。
- (4)重症で進行性の疾患の患者のケアを担当する医療ならびに福祉担当専門職が、継続的かつ全国的な計画として、緩和ケアのトレーニングを受けることができる道をつける。

の社会的立場の脆弱性がさまざまな面で問題となっているが、彼らはこれまで医療面でも適切な緩和ケアを享受できずにいた。協議会は 1995 年にその問題を報告書で指摘している¹⁰⁾。また、死亡数の 4 分の 1 にしか過ぎない「がん」について、公的であれ私的(チャリティ)であれ、あまりにも多くの資源が偏って使われていることを大規模調査(Health Care Needs Assessment)により明らかにし、ほかの命を脅かす疾患に対して適切な緩和ケアを提供できる道を開くことができるよう、政策を変更すべきだと 1998 年に指摘している¹¹⁾。

2. 2020 年までの目標 —緩和ケアの担い手をブライマリケアチームに—

さらに、協議会の 2001 年以降に発行された報告書の数々は、2000 年まで 10 年をかけた長い議論の末に英国の緩和ケアが「緩和ケアの本質」に立ち返る過程を示している(「緩和ケアは命を脅かされる病気のすべての患者と家族の QOL を高めるための対処法である」WHO、2002)。

また協議会は、これからの英国の緩和ケアを、単に医療のみでなく社会保障政策全体の変革として位置づけ、21 世紀前半を射程に入れた 20 年という長期的視野に立った方向を鮮明に打ち出した。それは、高齢者人口の増加、団塊世代の退職と彼らの特徴であるライフスタイルの多様化などによる利用者本位の医療サービスの提供の必要性、あるいは労働力の減少から必然的に生じる移民の増加による多民族国家としての対応など、考察は人口動態から説き起こしており、幅は広く奥行きも深い¹²⁾。

3. 緩和ケア宣言書の採択；政策への影響力強化

協議会の政治への関与として、2004 年に画期的な出来事があった。「緩和ケア宣言書」案(Palliative Care Manifesto)が議会に提出される見通しがついたことである。これは 2004 年 5 月に起草され、同年 7 月、The House of Commons (英国下院)の All-Party House of Commons Health Committee Report としてまず採択された。

これによって、緩和ケアは英国のこれからの社会保障政策の柱の一つとして位置付けられる見通しがついたと言えよう。下表に記すように、3カ条の基本理念と4項目の公約から構成されている緩和ケア宣言案は、協議会の2020年に向けた転換の動きに一段と弾みをつけるにちがいない。

VI 結論：日本の緩和ケアの道—プライマリケア重視と非営利団体の育成—

筆者が、序論で述べたように、看取りの場と緩和ケアの対象疾患の時代的变化は、その国の文化や時代精神、宗教、政策の変遷と密接不可分である。単に、経済の視点からのみ諸外国の統計上の数字と比較することは、緩和ケアがその国独自の歴史と文化に基づく医療文化であるという視点を欠落させる。そして、その結果、社会保障政策の底流にある政策原理の見直しをも置き去りにし、長期的な視点から緩和ケアを社会保障政策の中に位置付けることを不可能とする可能性があると思われる。

本稿では、ホスピスの理念が近代医療批判の中から生まれたことを重視し、英国の緩和ケアの歴史を、その文化や歴史的背景の中から浮かび上がらせてみた。丁度、執筆中の今の時期は、がん対策基本法のもと、拠点病院の要件としての緩和ケア講習会が全国各地で開催されている。しかし、在宅ケアの受け皿としてのプライマリケアの整備はまだその範疇に入っておらず、予算もつけられていない。

日本の社会が、今後、少子高齢化時代を迎え、死亡の数が急激に増加し社会的負担がますます増加していく日本にとって、プライマリケアを重視しサービスを多様化してきた英国の緩和ケアの歴史的足取りは、社会保障政策作りの上で示唆に富んでいると言えよう。

注

- 1) Clark D, 1999, pp. 177-179を参照。同書を多く引用しているが、これ以降でかつこ内に頁数のみ記載されているものは、本書の引用である。
- 2) 1961 Exton-Smith: pain levels and awareness of dying. 1963 John Hinton: assessing levels of physical and mental distress associated with terminal illness. 1959 Aitken-Swan; nursing patients with advanced cancer at home などである。
- 3) その引用・記述の分野は、医学の新しい専門分野である痛み、腫瘍学、老人医療を巻き込み、看護、哲学、宗教学、芸術、人文学、そして社会科学に及んでいた。さらに、大量の出版と講演を、英国はもとより、米国やヨーロッパ各地で行った。
- 4) 慈善的に提供されたものと同額の出資を緩和ケアに行うという声明のこと。
- 5) 英国の緩和ケアは、上述の通り、非営利民間団体がなければ成立していない状況であり、それは既に全国的な医療文化として成熟し社会に定着している。
- 6) 1991年、NHSの勧めにより、Derek Doyle氏やDame Cicely Saunders氏により設立され、現在では非営利民間団体の1つとして運営されている。Peter Tebbit(英国協議会、元全国緩和ケア開発推進アドバイザー)によると、設立の動機は「関係者の意見の多様性であった」とのこと。つまり、英国協議会が設立される直前までは、ホスピス・緩和ケアにかかわる多くの団体が乱立し、それぞれがばらばらの意見を述べ、かつ政府に対してまとまりのない要求をする傾向が出てきた。そのため、それらの声を1つにまとめる(single voice)ようにとの指導が入り、政府主導で設立されたとのことである。
- 7) 本部分は、筆者が2006年医学界新聞に投稿したものの(第2720号:2007, 2452号:2001年)、および2008年篠原出版より刊行した「地域で支える患者本位の在宅緩和ケア」より、両社の許可を得て転載したものである。
- 8) それらの結果、2000年6月には「National Plan and Strategic Framework for Palliative Care 2000-2005」が発表され、今後につながる国民的な緩和ケアの方向が新しく示された。
- 9) 両政権下における英国の医療政策の変遷は、平成21年7月に出版された「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」集英社新書がコンパクトで分かりやすい。
- 10) Opening Doors: Improving Access to Hospice and Specialist Palliative Care Services by Members of the Black & Ethnic Minority Communities, Occasional Paper 7. Hill D/Penso D, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care, Jan. 1995.
- 11) Reaching Out: Specialist Palliative Care for Adult with

- Non-Malignant Diseases, Occasional Paper 14. Addington-Hall J, June 1998.
- 12) 20:20 Vision-The Shape of the Future of Palliative Care, National Council for Palliative Care, Jan. 2005..
- 13) 本部分の一部は、医学界新聞への投稿原稿(第 2720 号: 2007)を、許可を得て転載したものである。
- 引用・参考文献
- Addington-Hall J., McCarthy M. Dying from cancer: results of a national population based investigation. *Palliative Medicine*, 9: 295-305, 1995.
- Boyd K. The role of specialist home care teams: views of general practitioners in South London. *Palliative Medicine* 9: 138-44, 1995.
- Calman K, Hine D. A policy Framework For Commissioning Cancer Services, A Report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales: 1995 Department of Health.
- Cartwright W. The Natural History of a survey: an Account of the Methodological Issues Encountered in a Study of Life before Death. King's Fund London. 1990.
- Changing Gear: Guidelines for Managing the Last days of Life in Cancer, The Research Evidence, Multi-professional Working Party on Clinical Guidelines, 1997.
- Clark D. Whether the hospices? The Future for Palliative Care. Buckingham: Open University Press 1993.
- Clark D, Hockley. The evolution of hospice approach, New Theam in Palliative Care, pp. 88-90 Open University Press, Buckingham: 1997.
- Clark D, Seymour J. Reflections on Palliative Care. Open University Press, Buckingham, 1999.
- Dilemmas and Directions: The Future of Palliative Care, Occasional Paper 11. Doyle D / Working Party on the Future of Palliative Care, February 1997.
- Education in Palliative Care, Occasional Paper 9. Doyle D / Working Party on Education, February 1996.
- Eve A. Hospice and palliative care services in the UK 1990-5, including a summary trends 1990-5. *Palliative Medicine* 11: 31-43, 1997.
- Eve A. Survey of hospice and palliative care inpatient units in the UK and Ireland 1993. *Palliative Medicine* 10: 13-21, 1996.
- Feeling Better: Psychosocial Care in Specialist Palliative Care, Occasional Paper 13. Dix O / Glickman M / Working Party on Psychosocial Care, August 1997.
- Ferguson C. The role of the Macmillan Care in a new Community care service. *International Journal of Palliative Nursing* 4:6-13, 1998.
- Fisher R, McDaid P. ed. *Palliative Day Care*. London, Arnold: 1996.
- Focus On Policy-Branching Out: New Directions in Palliative Care Policy, May 2005.
- Focus On Heart Failure-A National Survey of Heart Failure Nurses & Their Involvement with Palliative Care Services, January 2006.
- Gibbs G. Nurses in private nursing homes: a study of their knowledge and attitudes to pain management in palliative care. *Palliative Medicine* 9: 245-53, 1995.
- Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. *British Medical Journal* 301: 277-81, 1990.
- Higginson I, Addington-Hall J, ed. *Palliative care for Non-Cancer Patients*. Oxford University Press, 2001.
- Higginson IJ, Gomes B. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications. *Palliative Medicine* 22: 33-41, 2008.
- Hunt R. Place of death of cancer patients: choice versus constraint. *Progress in Palliative Care* 5: 238-41, 1997.
- Hinton J. Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? *Palliative Medicine*, 8: 183-96. 1994.
- Maccabee J. The effect of transfer from a palliative care unit to nursing homes-are patients' and relatives needs met? *Palliative Medicine* 8: 211-14, 1994.
- Making Palliative Care Better: Quality Improvement, Multiprofessional Audit and Standards, Occasional Paper 12. Glickman M / Working Party on Standards, March 1997.
- McCarthy M. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12: 404-9, 1997.
- National Survey: Neurological Conditions, June 2006.
- Outcome Measures in Palliative Care. Higginson I / Working Party on Clinical Guidelines, June 1995.
- Palliative Care 2000: Commissioning through Partnership, Tebbit P, March 1999.
- Palliative Care in the Hospital Setting, Occasional Paper 10. Glickman M / Working Party on Palliative Care in Hospital, October 1996.
- Palliative Care Services for Different Ethnic Groups; Mount J, et al, July 2001.
- Positive Partnerships: Palliative Care for Adults with Severe Mental Health Problems, Addington-Hall J, May 2000.
- Promoting Partnership: Planning and Managing Community Palliative Care: National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1998.
- Proposals on the Future Direction and Role of the National Council, June 2004.

- Sims A. Social class variation in place of cancer death. *Palliative Medicine* 11: 369-73, 1997.
- Skilbeck J. Nursing care for people dying from chronic obstructive airway disease. *International Journal of Palliative Nursing* 3: 100-6, 1997.
- Sykes NP. Quality care for the terminally ill: the carer's perspective. *Palliative medicine* 6: 227-36, 1992.
- The House of Commons Health Committee Inquiry into Palliative Care, 2004.
- Thrope G. Enabling more dying people to remain at home. *British Medical Journal* 307: 915-918, 1993.
- Wilks E. Report of the working group on terminal care, 1980.
- (かとう・つねお かとう内科並木通り診療所院長)

フランスにおける終末期ケアの現状と課題

松田 晋哉

■ 要約

高齢化の進展とともに、慢性疾患、特にがんや脳血管障害後遺症を持つ患者の終末期医療のあり方が、多くの国で議論の対象となっている。フランスでは1986年のラロック通達により終末期ケアに対する患者の権利と看取りの重要性が法的に確立され、その後、1999年～2001年、2002年～2005年、2008年～2012年の3回にわたる終末期ケアの推進に関する3カ年計画および2003-2007対がん計画により終末期ケアのインフラ整備が大きく進んだ。また、尊厳死については2005年のレオネッティ法が法的基盤となっている。

フランスにおける終末期ケアのインフラとしては病院における終末期ケア病床、終末期ケアチーム、在宅ケアを支える在宅入院制度、そして終末期ケアネットワークがあり、それぞれに財政措置がされている。

■ キーワード

終末期ケア、尊厳死、在宅入院、レオネッティ法、フランス

I. はじめに

高齢化の進展とともに、慢性疾患、特にがんや脳血管障害後遺症を持つ患者の終末期医療のあり方が、多くの国で議論の対象となっている。死はすべての人に訪れる。その人生の終末期を各個人の尊厳と生活の質(QOL)を保ちながら、どのように支えるかが課題となっている。

終末期ケアのあり方については、わが国でも尊厳死の法制化を求める要望が日本尊厳死協会などから出されている。ここで、尊厳死は、塩化カリウムなどの投与による安楽死(自殺補助)ではなく、「傷病により「不治かつ末期」になったときに、自分の意思で、死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をやめてもらい、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」と定義されている(日本尊厳死協会, 2009)。しかし、尊厳死については終末期にある認知症の高齢者や障害者などの治療が本

人の意思とは関係なく打ち切られる可能性もあるとして、慎重な対応を求める意見も出されている。

日本人は終末期の問題に正面から向き合うことを長い間避けてきた。あと10数年すると年間170万人が死亡する時代がやってくる。高齢社会において人生の最後をどのように過ごすのかは、現在の日本において真摯に検討されなければならない喫緊の課題である。そこで、本論文ではわが国における終末期ケアのあり方を考えるための基礎資料を提供する目的で、フランスにおける終末期ケア(soins palliatifs)の現状と課題について説明する。

なお、終末期ケアは筆者が専門とする研究分野ではない。したがって、踏み込んだ内容の議論は筆者の能力の範囲を超えるものである。ここではフランス公衆衛生大学校(ENSP)における筆者のクラスメートで終末期ケアの研究者でもある Pierre Abarea 氏(IGAS, France)からの私信と ATEMIS の報告書(ATEMIS, 2008)をもとに論述したい。

II. 社会経済状況について

1. 政治体制

フランスの政治体制は大統領(任期は5年)を元首とし、国民会議(下院:任期は5年)と元老院(上院:任期は6年)の2つからなる議会制民主主義となっている。現在の、大統領はニコラ・サルコジ(Nicolas Sarkozy 保守派 国民運動連合)である。

フランスは伝統的に中央集権国家であり、各地方(州に相当)および各県に国の出先機関があり知事が配置されている。行政を担う高級官僚の多くは国立行政学院(ENA)などのエリート養成校の出身者である。

欧州連合の動向を受けて、近年は地方分権化が進んでおり、医療行政においても地方病院庁(ARH)あるいは地方保健庁(ARS)などが創設されるというように、地方単位で種々の政策が行われるようになってきている。

2. 人口動態

2007年度のフランス人口は6,375万人である。平均寿命は男性77.6歳、女性84.5歳で世界でも有数の長寿国である。フランスにおいても少子化は深刻な問題であったが、近年合計特殊出生率は上昇しており、1997年の1.73が2007年には1.96まで上昇している。この理由としては、いわゆる事実婚を公的に認めたこと、手厚い児童手当などの効果などが指摘されている。

フランスは1890年にすでに65歳以上人口が7%に達するというように先進工業国の中で最も早く人口高齢化を経験している。その後緩やかに高齢化が進み、65歳以上割合は2005年で16.5%となっている(表1)。男女別では男性が13.9%、女性が18.9%で、女性における高齢化が顕著である。

死亡原因としては悪性腫瘍が最も多く(155,407人、人口千対2.56:2005年以下同じ)、次いで循環器系疾患(149,839人、人口千対2.47)となって

いる(表2)。悪性新生物を男女別に見ると、男性は肺がん、女性は乳がんが最も多い。

3. 経済状況

2007年度の経済成長率は2.2%で、一人あたり名目GDPは41,511ドルと前年比で13%の増加となった。しかしながら、2008年秋のサブプライムショック以降経済は悪化しており、政府はその対応に追われている。2008年12月サルコジ大統領は「フランス経済復興計画 Plan de relance de l'économie française」を発表し、国による投資の増強、雇用政策の強化、社会保障給付の拡大など、矢継ぎ早に種々の政策を展開している。

失業率は従来10%を越えることが常であったが、2007年には男性7.4%、女性8.5%まで改善した。しかしながら、サブプライムショック以後は再び上昇している。フランスの失業問題については若者の失業率が高いことが大きな問題となっており、月収1,000ユーロ以下の貧困若年者が急増している。根本には教育格差の問題があり、サルコジ政権下における教育予算の削減がさらに状況を悪くしているという批判が多い。

III. 医療制度について

図1はフランスの医療制度の概要を示したものである。フランスの医療制度の特徴は、わが国と同様の国民皆保険と自由開業制である。伝統的にフランスの医療制度においては、患者における医師および医療機関選択の自由、そして医師には出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動の自由が認められていたが、近年の医療制度改革によって、かかりつけ医制度など自由度に一定の制限が加えられている。

フランスの疾病保険制度は職域をベースに構成されており、それを4つに大別すると、国民の80%をカバーする被用者保険制度、その他をカバー

表1 フランスの年齢階級別・性別人口の経時的推移（1960-2005）

	年齢階級	1960	1970	1980	1990	2000	2005
	合計	0-4	3,990	4,130	3,655	3,803	3,677
5-9		3,957	4,283	4,160	3,861	3,625	3,704
10-14		4,058	4,155	4,229	3,737	3,839	3,691
15-19		2,785	4,153	4,356	4,263	3,921	3,908
20-24		2,885	4,211	4,224	4,268	3,738	3,969
25-29		3,191	2,953	4,237	4,340	4,186	3,794
30-34		3,261	3,060	4,280	4,252	4,224	4,265
35-39		3,296	3,332	2,991	4,276	4,355	4,300
40-44		1,985	3,350	3,027	4,241	4,253	4,389
45-49		2,835	3,295	3,223	2,909	4,204	4,239
50-54		2,933	1,956	3,183	2,892	4,096	4,152
55-59		2,791	2,682	3,060	3,017	2,775	4,013
60-64		2,356	2,647	1,759	2,908	2,697	2,696
65-69		1,840	2,352	2,299	2,692	2,704	2,568
70-74		1,499	1,805	2,084	1,454	2,469	2,492
75-79		1,074	1 213	1 604	1,706	2,094	2,160
80-84		634	753	981	1,285	973	1,667
85-89		245	336	438	678	848	642
90-94		53	93	135	217	363	401
95-99		7	13	23	39	80	105
100+	0	1	2	3	8	11	
65歳以上(%)	11.7	10.8	11.4	14.2	16.1	16.5	
男	年齢階級	1960	1970	1980	1990	2000	2005
	0-4	2,035	2,111	1,871	1,947	1,884	1,971
	5-9	2,014	2,186	2,131	1,975	1,855	1,896
	10-14	2,067	2,114	2,165	1,912	1,963	1,888
	15-19	1,426	2,111	2,216	2,175	1,999	1,991
	20-24	1,471	2,152	2,132	2,157	1,890	2,009
	25-29	1,631	1,530	2,144	2,169	2,098	1,908
	30-34	1,660	1,578	2,187	2,115	2,102	2,135
	35-39	1,650	1,706	1,542	2,143	2,156	2,138
	40-44	988	1,695	1,538	2,146	2,098	2,167
	45-49	1,397	1,633	1,618	1,476	2,083	2,079
	50-54	1,436	956	1,569	1,438	2,042	2,041
	55-59	1,346	1,280	1,465	1,467	1,378	1,980
	60-64	1,052	1,228	817	1,366	1,296	1,320
	65-69	720	1,041	1,017	1,206	1,245	1,206
	70-74	569	713	863	618	1,070	1,103
	75-79	382	403	604	657	837	881
	80-84	216	230	308	432	351	609
	85-89	75	90	107	190	254	203
	90-94	14	22	29	46	84	99
95-99	1	3	4	6	14	19	
100+	0	0	0	1	1	2	
65歳以上(%)	8.9	10.1	11.1	11.4	13.4	13.9	
女	年齢階級	1960	1970	1980	1990	2000	2005
	0-4	1,955	2,019	1,784	1,856	1,793	1,878
	5-9	1,943	2,097	2,029	1,886	1,769	1,808
	10-14	1,991	2,041	2,064	1,826	1,876	1,803
	15-19	1,359	2,042	2,139	2,088	1,921	1,917
	20-24	1,414	2,059	2,093	2,111	1,848	1,960
	25-29	1,560	1,422	2,093	2,171	2,088	1,886
	30-34	1,601	1,482	2,093	2,137	2,122	2,130
	35-39	1,645	1,626	1,450	2,133	2,198	2,162
	40-44	997	1,655	1,489	2,096	2,155	2,222
	45-49	1,438	1,662	1,605	1,434	2,121	2,160
	50-54	1,497	1,001	1,614	1,454	2,055	2,110
	55-59	1,445	1,401	1,595	1,550	1,396	2,033
	60-64	1,305	1,418	941	1,541	1,400	1,376
	65-69	1,120	1,311	1,282	1,486	1,460	1,362
	70-74	929	1,092	1,221	836	1,399	1,388
	75-79	691	810	1,000	1,048	1,257	1,279
	80-84	419	523	672	853	622	1,058
	85-89	170	245	331	488	595	439
	90-94	39	70	107	170	279	301
95-99	5	10	19	33	66	86	
100+	0	1	2	3	7	10	
65歳以上(%)	14.3	15.6	16.8	16.8	18.7	18.9	

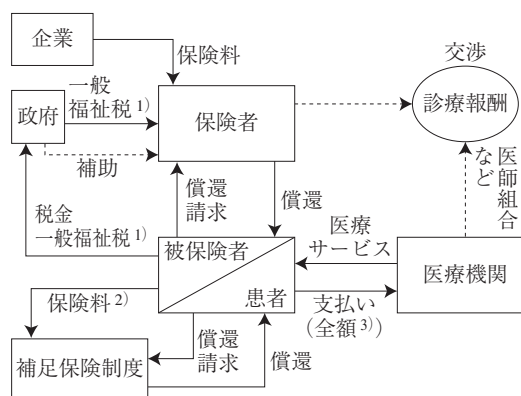
出典：INSEE

表2 フランスにおける主要死因（2005）

	実数			人口千対		
	男	女	合計	男	女	合計
悪性新生物	92,106	63,301	155,407	3.13	2.03	2.56
口腔・咽頭	3,358	746	4,104	0.11	0.02	0.07
食道	3,258	668	3,926	0.11	0.02	0.07
胃	3,045	1,789	4,834	0.10	0.06	0.08
結腸	6,381	5,905	12,286	0.22	0.19	0.20
直腸	2,367	1,946	4,313	0.08	0.06	0.07
気管・気管支・肺	23,242	6,082	29,324	0.79	0.20	0.48
乳房	201	11,308	11,509	0.01	0.36	0.19
子宮頸部	0	734	734		0.02	0.01
子宮体部	0	2,228	2,228		0.07	0.04
前立腺	9,099	0	9,099	0.31		0.15
白血病	6,691	5,920	12,611	0.23	0.19	0.21
内分泌疾患	8,318	10,965	19,283	0.28	0.35	0.32
糖尿病	5,391	5,905	11,296	0.18	0.19	0.19
精神疾患	7,195	9,864	17,059	0.24	0.32	0.28
アルコール中毒	2,387	622	3,009	0.08	0.02	0.05
循環器系疾患	70,037	79,802	149,839	2.38	2.56	2.47
急性心筋梗塞	22,985	17,612	40,597	0.78	0.57	0.67
脳血管障害	14,328	19,578	33,906	0.49	0.63	0.56
呼吸器疾患	18,039	17,017	35,056	0.61	0.55	0.58
消化器疾患	12,456	10,720	23,176	0.42	0.34	0.38
外傷性疾患	22,682	15,123	37,805	0.77	0.19	0.62
交通事故	4,016	1,361	5,377	0.14	0.04	0.09
自殺	7,826	2,881	10,707	0.27	0.09	0.18

出典：INSERM

する自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の完全な自由が認められている。被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（処方薬がある場合は薬局での費用を含めた領収証）を所属する疾病保険金庫に送ることで償還を受ける。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっている。フランスは他国に比較すると、自己負担割合が高く設定されているが、この自己負担分をカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の80%は何らかの相互扶助組合などに加盟している。



- 注：1）現在は一般税化が進んでいる
- 2）多くの場合は労働協約に従って雇用者が負担
- 3）公的病院の入院医療は一部負担のみ（第三者支払い方式）

図1 フランスの医療保険制度（償還制）

フランスの病院医療は公的病院と民間病院とによって提供されている。公的病院は24時間すべての患者を受け入れることを条件に公的病院サービス参加病院 (Participant Service Hospitalier Public: PSHP) として認可され、診療報酬以外の収入(補助金など)を受けることができる。入院医療に関する診療報酬はフランス版 DRG (GHS) による支払いが中心となっている。民間病院は主に急性期医療を担当しており、その設置主体は個人、私法人、企業など種々である。患者がこれらの施設に入院した場合の医療費の支払いは公的病院の場合と同様、Doctor's fee と Hospital fee とに区分されるが、前者については後述の協約料金による出来高払い、後者についてはGHSによる包括払いとなっている。

開業医医療については専門医と一般医¹⁾とによって提供されている。一般医と専門医の診察科目については医療行為規定 (Code Déontologie) によって厳密に規定され、その規定に反する医療行為を行うことはできない。また、専門医と一般医とでは同じ医療行為を行っても報酬が異なっている。開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病保険金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による。開業医への支払いは償還制が原則で、患者が医師に全額を支払った後、患者自身が所属する疾病金庫に償還を請求する。

なお、現在この仕組みをICカードと通信回線を用いて自動化するプログラムが進行中である。ちなみに2004年の医療制度改革によってかかりつけ医制度が導入されている。この制度では16歳以上のすべての被保険者は自分のかかりつけ医を登録することを求められる。登録医を通してほかの医師にかかった場合は協約料金どおりの支払いとなるが、登録医を通さずに直接ほかの医師にかかった場合、この医師は協約料金以上の請求を行うことができ、しかも被保険者には協約料金分の償還しか行われれないという仕組みとなっている。このようなソフトなゲートキーピングが導入されたことが、

近年のフランスにおける医療制度改革において最も重要な変化であろう。

本特集との関連で重要となる看護師に関してフランスに特徴的な制度としては、開業看護師制度がある。フランスでは国家資格を得た看護師は自由に開業することができる。医師の包括的処方箋のもと、開業看護師は在宅患者を対象に点滴や服薬管理、在宅における看護ケアなど一定の裁量を持って行っている。

本特集との関連で重要となるもう一つの枠組みは在宅入院制度である (HAD : Hospitalization à domicile) (松田, 2009a)。在宅入院制度は1970年12月31日病院法によって導入されたもので、その基本的枠組みは2000年5月30日雇用連帯省通達によって定められている。この通達によるとHADは「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ決められた期間に(患者の状態により更新可能)、医師及びコメディカル職によるコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービス」と定義されている。図2はその概要を示したものである。

在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として組織されており、コーディネート担当医師

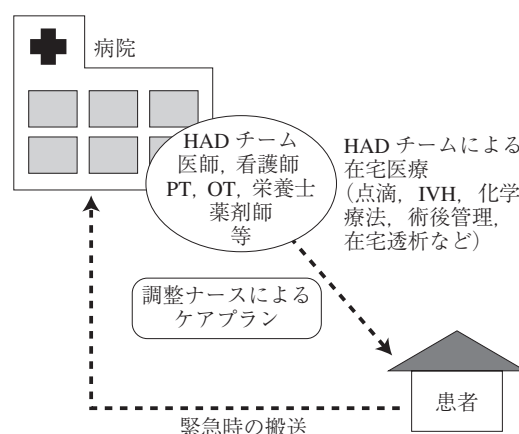


図2 フランスにおける在宅入院制度 (Hospitalization à Domicile : HAD)

と看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種から構成されている。HADにおいて中心的な役割を果たしているのは調整看護師(Infirmière coordonatrice)である。医師の指示箋を受けて調整看護師はHADが必要となる患者に対して総合的な窓口(guichet unique)として機能する。すなわち、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、ほかの在宅サービスの調整、患者や患者家族の相談など、調整看護師がポータルサイトとなることで総合的なサービス提供を安定的に行う仕組みとなっている。

HADは入院医療の一環であり、その病床数は地方医療計画(SROS)によって規定されている。予定されたレベルまで病状が回復し、「入院医療」が必要ないレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や自立給付制度(APA:日本の公的介護保険制度に相当)による在宅介護サービスを受けることになる。

フランス政府はHADの推進に積極的で、2000年の4,000床を将来的に8,000床まで増やすことを計画している。

IV. フランスにおける終末期ケアの展開過程

1. 歴史的展開過程

戦後、イギリスやアメリカでは終末期ケアの体制整備を目的としてホスピス運動がおこった。これらの国と比較して、フランスにおける終末期ケアの体制整備の開始は遅く、1986年のラロック通達(終末期の患者のケアと看取りの組織化に関する通達, circulaire Laroque)がその端緒となっている。この通達は終末期ケアに対する患者の権利と看取りの重要性を法的に確立した画期的なものであった。この背景としては、当時、悪性腫瘍患者の終末期ケアのあり方が社会問題化していたことがある。その後、モーリス・アビヴァン医師(Maurice Abiven)

らの先駆的な取り組みにより、終末期ケアの体系化が徐々に進んでいった。そして、1999年6月9日法により終末期ケアへのアクセスは終末期にあるすべての患者の権利として位置づけられることとなった。その後、1999年～2001年、2002年～2005年、2008年～2012年の3回にわたる終末期ケアの推進に関する3カ年計画および2003-2007対ガン計画により財政措置が行われフランスにおける終末期ケアのインフラ整備は大きく進んだ。

この間、地域で終末期ケアを進めるためのモデル事業も行われ、全国で終末期ケアのネットワーク作りやそれを支援するための財政基盤として「質の高い在宅ケアの推進基金:FAQSV」や「財政補助及び医療ネットワーク構築支援のための補助金:DDR」からの財政支援も制度化された。

以上のようなシステム化を支えたのは医療職の自主的なイニシアティブであり、1991年には医師、看護師、臨床心理士などが「フランス終末期ケア・看取り協会:SFASP」を創設している。さらに、1992年にはフランス協会(Fondation de France)が「終末期の看取りと終末期ケアプログラム」を策定し、終末期ケア協会全国連合(UNASP)が設立された。

終末期ケア体制の整備をモニタリングするために、国レベルでは2006年2月9日政令で「終末期ケアと看取りに関するモニタリング委員会」が創設されている。そして、尊厳死に関する倫理指針を定めるものとしてレオネッティ法(Loi Léonetti 2005年4月22日法)も制定された。これは交通事故後、四肢麻痺、視覚障害、聴覚障害が進行したヴァンサン・ウムベール(Vincent Humbert)という三歳児について、その母が痛ましい姿と将来に悲観しバルビツールを静注して安楽死させることを試みたが、結局失敗し、その2日後に児の治療に当たっていたショソワ医師(Chaussoy)が昏睡状態になっていた患者に塩化カリウムを投与して安楽死させた2003年のヴァンサン・ウムベール事件の検討の

結果として制定されたものである。検討にあたっては医師、法律家、宗教家、歴史家などのヒアリングとともに安楽死が制度化されているオランダとスイスの訪問調査も行われている。

レオネッティ法では治癒が望めない終末期の病状にある患者およびその後見人が治療の中止を求めた場合、医師はその結果を十分説明する義務があり、その上で患者がそれを望むのであれば、一定の期間の後、治療を中止することができること、そしてその経緯についてはカルテに記録すること、尊厳死を求められた医師がその判断を迷うときにはほかの医師団の意見を聞くことなどといった手続きが示されている。ここで重要なことは、規定されているのは「人工的な延命治療」の中止であり、積極的な「安楽死・自殺補助」ではないことである。ただし、苦痛を除去するための鎮静剤の投与と、その副作用(二重効果²⁾)としての呼吸停止による停止はこの法律の中では予見されている。

以上のような法制化に対して、尊厳死協会(Association pour le droit de mourir dans la dignité)はより積極的な安楽死・自殺補助の法制化を求めている。

2. 終末期ケアの考え方

レオネッティ法の考え方からも明らかなように、フランスにおける終末期ケアはオランダやスイスのような積極的な安楽死・自殺補助を明示的には認めていない。終末期ケアは人生の自然な経緯である「死に行く過程」を、その人の尊厳を最大限尊重しながら、苦痛なく迎えることができるように、身体的、精神的、そしてスピリチュアルなケアを総合的・積極的に行うものと規定されている。

このような終末期ケアの考え方の背景には、フランスが本来カトリックの国であることも影響している。確かにフランスにおけるカトリック人口は年々減少し、現在は60%程度になっているとされているが、社会の根底にはカトリックの文化が根

付いている。バチカンのカトリック教会本部は安楽死についてはそれを非難しているが、終末期ケアについてはそれを否定していない。このようなカトリック教会における見解もフランス人の終末期ケアの考え方に大きな影響力を持っていると思われる。

3. 終末期ケアの体制

フランスにおける終末期ケア体制は大きく病院、在宅、福祉施設の3つに分けることができる。

①病院における終末期ケア

病院における終末期ケアは、急性期、亜急性期、慢性期のいずれの施設においても行われている。各施設には終末期ケア病床が用意されている。終末期ケア病床は終末期ケアユニット(USP)という専用病床と、状況に応じて終末期ケア病床として利用される終末期ケア認定病床(LISP)の2種類がある。表3は終末期ケア病床の経時的変化を示したものである。1999年に742床だったものが2007年には4012床まで増加している。また、施設内および複数の施設合同で終末期ケアチーム(EMSP)が組織されている場合もある。EMSPは医師、看護師、臨床心理士などの医療職で組織され、院内コンサルタント的に終末期ケアにあたっている。さらにEMSPは後述の在宅入院の枠組みで在宅患者の終末期ケアを担当する場合もある。

終末期ケア病床や終末期ケアチームの整備には地域差が大きく、USPについては人口10万人あたり0.40床から7.56床、LISPについては人口10万人あたり0.77床から14.52床、と約19倍の格差が、そしてEMSPについては人口20万人あた

表3 フランスにおける終末期ケア病床の経時的推移

	1999	2002	2005	2007
終末期ケアユニット病床	—	316	1908	3075
終末期ケア認定病床	742	834	825	937
終末期ケア病床合計	742	1150	2733	4012
終末期ケアチーム	184	291	328	340

出典：DHOS

り 0.35 チームから 3.45 チームと約 10 倍の格差がある。

病院における終末期ケアへの診療報酬は急性期病院の場合はフランス版 DRG である GHS による包括支払い、亜急性期と慢性期は地方病院庁と各施設の契約による 1 日あたり費用額による支払いとなっている。

②在宅における終末期ケア

在宅における終末期ケアは大きく分けると開業医による通常の診療(外来と往診)、在宅医療、終末期ケアネットワーク、在宅入院(HAD)の4つの形態で行われている。このうち開業医による通常の診療で行われているものは終末期ケアとしての認識が薄く、したがって実態に関する公的な統計はない。

終末期を対象とした在宅医療についても 1999 年 6 月 9 日法およびこの適用に関する 2002 年 3 月 3 日デクレでその契約内容について法的に規定されたものの、今日に至るまで疾病金庫と医療職(開業医および開業看護師)との間で契約が行われた事例はない。

医師、看護師、臨床心理士、ホームヘルパーなど多職種による終末期ケアに関する地域ネットワークはフランスの各地域でモデル的に開始され、相当数が存在していると推定されているが、それに関する正式の統計はない。政府が把握している限りにおいて 2007 年現在全国で 103 のネットワークが稼働している。表 4 は地域別の状況を示したものであるが、40 の県ではひとつもネットワークがなく、65 の県でネットワークの数は医療計画に定めた目標を下回っている。ネットワークの中心的役割を果たすのはかかりつけ医で、その包括的な処方箋に基づいて開業看護師、臨床心理士、ホームヘルパーなどが終末期にある患者の在宅ケアを担当している。ネットワークには地域の病院も参加しており、必要に応じて後方病院としての受け入れや、麻酔科医による疼痛管理なども行われている。

表 4 終末期ケアネットワークの整備状況

県別の状況	ネットワークなし：40 県
	1 ネットワーク：34 県
	2 ネットワーク：14 県
	3 ネットワーク：7 県
	4 ネットワーク：2 県
6 ネットワーク：2 県	
目標値以下の県	65 県

出典：DHOS

ネットワークに対する診療報酬は、通常の外来や入院医療とは別に地方単位で予算化されており、それが体制と実績に応じてネットワーク単位で支払われる仕組みとなっている。

2007 年現在フランス全土で 189 病院の 205 の在宅入院ユニットが稼働しており、入院延数は 17,829 件、入院完了は 9,954 件、その平均在院日数は 21.8 日となっている。いずれの HAD においても対象者の 30%から 40%が終末期ケアの患者であり、HAD はフランスにおける在宅の終末期ケアを支える重要な枠組みとなっている。HAD の支払いは 1 日あたり定額で行われている。現在は、その推進のために比較的有利な点数設定がされている。ただし、患者の病態によって必要なサービスは異なることから、現在、主傷病、副傷病および ADL 依存度の組み合わせによる診断群分類 (groupes homogène de prise en charge : GHPC) の開発が行われており、将来的にはこれを用いた 1 日あたり定額払い方式への移行が予定されている。

③福祉施設

終末期ケアが行われる場所としては、老人ホームなどの福祉施設もある。しかしながら、福祉施設は医療制度の枠外にあるために、公的なデータとして終末期ケアに関する情報はない。また、福祉施設は生活施設であり、そこでは死は人生における自然な過程の一つとしてとらえられており、「看取り」のあり方については多くの検討が行われているが、積極的に終末期ケアのあり方を考えるという

姿勢はないようである。

4. 人材の育成

終末期ケアに関する人材の育成は重要な課題であり、1986年のラロック通達以降、それに関する種々の法的規定が策定されている。具体的には疼痛管理、終末期ケアおよび看取りは卒前医学教育の3年次および4年次の必修科目となり(1997年3月4日アレテ)、また大学医学部の卒後コース(ディプロマを取得できる)過程も全国で30コース創設されている(2007年1月26日アレテ)。さらに、開業医(主に一般医)を対象とした生涯教育においても終末期ケアの講座が開設されている。

看護教育においても1999年6月法により、その初期教育課程に終末期ケアが取り込まれているが、総時間数は11時間から30時間(平均20時間)であり、さらなる充実が必要と考えられている。

コメディカルスタッフの終末期ケアに関する生涯学習については、「病院職員のための生涯教育全国協会(ANFH)」が種々のセミナーを行っている。この中ではボランティアを含めた非医療職の教育も行われている。

以上のように過去10年間で終末期ケアに関する教育はかなりの進捗を見ているが、会計検査院は現状に関して厳しい評価をしている。すなわち、「フランスの終末期ケアに関する教育は内容および量に関して施設間で大きな差があり、全体としては不十分である。また、これらの教育は高齢者や障害者における緩和ケアについてより一層の充実をはかるべきである」とされている(Cour des Comptes, 2007)。

V. おわりに—わが国への示唆—

冒頭でも述べたように終末期ケアは筆者の研究領域ではないため、法的な枠組みも含めた精緻な議論は筆者の能力を超えるものである。そこで、

ここではシステムのハード面を中心にわが国の終末期ケアを考える上でフランスから学べる点に焦点を絞って検討を行う。

ほかの欧米諸国に比較してフランスにおける終末期ケアの体制整備は遅れていたが、この20年間で大きく進歩した。その最も大きな推進力は政府の継続的かつ強いイニシアティブにある(ATEMIS, 2008)。この20年間、フランスでは左派と右派との間の政権交代や連立などが相次ぎ、政治的には必ずしも安定していなかった。にもかかわらず、一貫して終末期ケア体制の整備が進められてきたことは注目されて良いだろう。生死にかかわる政策はその国の文化に根ざすものであり、政治的信条の違いはあっても一貫した政策が求められるのである。

フランスにおいて近年終末期ケアが進んだ要因として、筆者はi)在宅ケア体制の整備と連携体制、ii)開業看護師の存在、iii)尊厳死を規定する法律(レオネット法)の制定の3つが重要であると考えている。以下、これら3点について筆者の見解を述べてみたい。

1. 在宅ケアの整備と連携体制

わが国と同様、フランス国民の多くは住み慣れた自宅で終末期を迎えることを望んでいる。しかしながら、耐え難い疼痛や出血・吐血、そして精神的錯乱など、終末期には本人や家族の予想を超える種々のストレスフルなイベントが生ずる。このような状況に対応するためには終末期をチーム医療の枠組みで支え、かつ状況に応じて在宅と入院を柔軟に使うことができる仕組みが必要となる。フランスではそのための仕組みとして在宅入院制度、病院における終末期ケア病床と終末期ケアチームがある。そして、在宅医療と入院医療を柔軟に提供する体制を構築するために終末期ケアネットワークが組織され、それに対しては別途報酬が設定されている。しかも、これらの組織化は地方医療計画に具体的な数値目標として規定され、その進

捗状況がモニタリングされる仕組みとなっている。

わが国においても「長崎 Dr ネット」のように、医療施設間の連携をベースとした在宅終末期ケアの先進的な事例が存在している。もし、わが国で終末期ケアを推進するのであれば、このような事例を参考に、それを推進するための新しい診療報酬体系が必要であると思われる。

また、悪性腫瘍の入院医療における終末期ケアに関して言えば、わが国には「急性期入院」と「緩和ケア入院」はあるが、その間を支えるための入院医療および地域ケアの体系化が行われていない。この点も今後の解決すべき課題であると考えられる。

2. 開業看護師の存在

フランスにおける在宅終末期ケアでは、開業看護師が果たしている役割が非常に大きい。医師の包括的処方箋に基づいて在宅患者の看護ケアを行っているという点において、わが国の訪問看護ステーションの持つ機能と類似しているが、フランスの開業看護師はより大きな裁量権と自由度を持っている。24時間365日体制で在宅患者を支える開業看護師がシステムの調整役として機能することで、終末期ケアを含む在宅医療が支えられている。

筆者は以前、全国の済生会組織を対象に重度要介護高齢者の在宅ケア事例を調査し、それが可能になる条件について整理したことがある(済生会, 2001)。その結果によると、図3に示したようにかかりつけ医がいること、後方病院があることに加えて24時間体制で救急およびターミナル期に対応できる訪問看護サービスがあることが重要な条件となっていた。この仕組みで在宅医療を提供する主体となるのはかかりつけ医であるが、かかりつけ医のみで24時間365日患者とその家族を支えることはできない。ソプロラクティスの多いわが国の診療所がそれを行おうとすれば、担当医師がバーンアウトしてしまう可能性が高い。そこで24時間体制

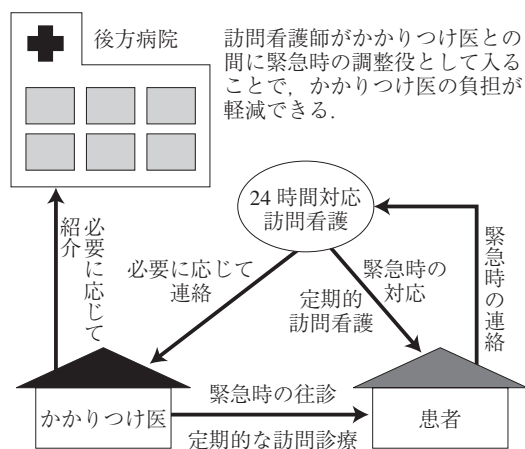


図3 在宅医療を支える上で非常に重要な訪問看護師の役割

の訪問看護が間に入って患者の状態を評価し、医療が必要な場合は、日中のかかりつけ医、夜間・休日は後方病院につなげるというような仕組みをとることで、在宅医療が安定的に運営されていた。在宅医療を支えることができる訪問看護体制をいかに作っていくかが在宅医療推進のポイントであろう。

3. レオネッティ法

筆者は法律の専門家ではないので、詳細な検討を行うことはできないが、尊厳死に関する規定を定めたレオネッティ法が制定されたことで、医療職が法的な裏づけをもって終末期ケアに当たれるようになったことの心理的効果が大きいと Abarea は指摘している(私信)。わが国では、尊厳死の法制化に関して議論が続いているが、終末期ケアのあり方を考える上で、この問題を避けて通ることはできない。一部の専門家だけにこの問題の解決を委ねるのではなく、国民全体が自らの問題として関心を持ち、議論を深めることが必要であろう。この際、諸外国における事例は必ずしも参考にならないことは銘記されるべきである。生死にかかわることはそれぞれの文化に根ざしていることであり、普遍的な解決策はない。

以上、フランスにおける終末期ケアの現状と課題について論考した。

謝辞

本論文を作成するにあたり貴重な意見と資料を提供してくれた Pierre Abarea 氏 (IGAS, France) に深謝する。

注

- 1) 卒後研修課程の改革により、2005 年以降、一般医も専門医の一つとして位置づけられている。詳細については松田(2009b)を参照されたい。
- 2) 二重効果 (double effect) : 終末期の患者に対して、これ以上根治を目的とした治療を行わないという決定を行った後は、疼痛治療および緩和ケアが治療の第一の目標となる。疼痛緩和を目的として大量の麻薬性鎮痛薬を必要とする場合、呼吸抑制などの致死的副作用が生じうる。このように患者の利益のために行った医療行為が逆に意図としない不利益を生じること

を二重効果 double effect という。終末期ケアを法制化している欧米諸国の場合、死に至らしめることを第一の目的としない症状緩和処置の二重効果として、結果的に患者が死亡したとしても、それは倫理的に正当化されると考えられている。

参考文献

- ATEMIS. 2008. Etats des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national synthese, Rouen: ATEMIS.
- Cour des Comptes. 2007. Le rapport 2006 de la Cour des Comptes.
- 社会福祉法人恩賜財団済生会 2001「ハイリスク在宅高齢者に対するケアマネジメント手法の開発に関する調査研究報告書」.
- 日本尊厳死協会. www.songenshi-kyokai.com (平成 21 年 6 月 24 日アクセス)
- 松田晋哉 2009a「英仏の在宅入院制度と日本への導入可能性」『社会保険旬報』No.2380 pp.10-15.
- 松田晋哉 2009b「フランスの医師養成システムと偏在問題」『社会保険旬報』No.2386 pp.10-16.
- (まつだ・しんや 産業医科大学教授)

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。

ほかの種類別の疾病金庫としては、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 Pallativ 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	11	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)

オランダにおける終末期ケアの現状と課題

廣瀬 真理子

■ 要約

オランダでは、慢性疾患を抱えた高齢者に対する緩和ケアは、伝統的にナーシングホームが担ってきた。だが、1990年代後半以降、政府の奨励策により、ホスピスなど緩和ケアの提供施設が急増し、また家庭医を中心とした在宅緩和ケア体制が積極的に整備されてきた。そしてこの背景には、死に対する国民の意識の変化や、緩和ケアへのニーズの高まりとともに、「安楽死法」が緩和ケアの発展を促した面があることも見逃せない。

現在では、緩和ケアを一般医療に統合していく政策方針が示されているが、患者のQOLの達成と、生命維持を優先する医学モデルとの調整には課題も多く残されている。また、医療改革における民営化やサービスの再編が、終末期にある患者の「尊厳ある死」を今後どのように実現していくのか、注目する必要がある。

■ キーワード

緩和ケア、ナーシングホーム、ホスピス、在宅ケア、自己決定

はじめに

オランダは、世界で最初に安楽死を法的にみとめた国として近年、注目を集めているが、終末期ケアに関してみると、例えば国内にホスピスが創設されたのは1990年代を迎えてからであり、その取組みは周辺諸国に比べて遅れたといわれる。しかし他方で、そこでは、医療機関として設立されたナーシングホームが中心となって、終末期ケアを担ってきた伝統があり、また、家庭医を中心とした在宅ケアの担い手が、終末期の段階にある患者に対して優先的にサービスを提供してきたという見方もある。

このように終末期ケアの発展の経緯に関して見解は分かれているものの、オランダでは政策的には1990年代後半以降、その取組みが本格的に促進されるようになり、このところ終末期ケアの整備が急速に進められている。

迫り来る高齢化による医療ニーズの高まりと医療費財源の確保のディレンマを抱えながら、終末期ケアは、近年のオランダの医療・福祉改革の文脈においてどのように位置づけられているのだろうか。以下では、オランダの高齢者の終末期ケアに焦点を当てて、その主な特徴と課題について明らかにし、これからのわが国の終末期ケアの示唆となる点を見出すことにしたい。

1. オランダの終末期ケアの背景

(1) 高齢化と医療費支出

統計局のデータによれば、2008年現在、オランダの全人口は約1640万人であり、高齢化率は14.5%である。平均余命は男性が78.4歳、女性が82.4歳となっている。オランダでは、65歳以上の高齢者が成人した子どもと同居する割合は1割に満たず、高齢期の生活は、夫婦のみまたは、ひとり暮らしが中心である¹⁾。

近年の高齢化の進行により、オランダでも医療費の財源確保が論議的となっているが、OECDデータに沿ってGDP対比でのオランダの医療費支出割合をみると、2007年現在、9.8%であり、それはOECDの平均値(8.9%)をやや上回る水準となっている²⁾。

(2) 死亡原因となった慢性疾患と終末の場

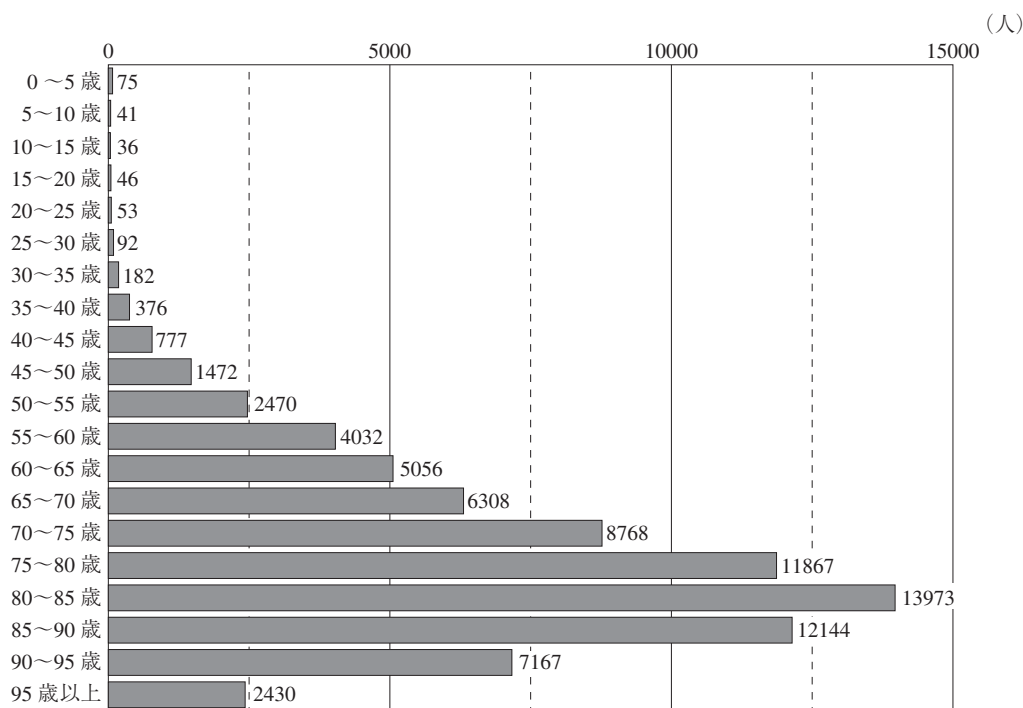
プライマリーケアの専門研究機関(NIVEL)が実施した「慢性疾患に関する10年調査」によれば、2006年の国内の死亡者総数は約135,000人であり、そのうち慢性疾患による死亡者は、77,000人であった。死亡原因となった主な疾患についてみると、癌が最も多く約40,000人に上り、そのほか脳卒中による死亡が約10,000人、認知症による死亡が約8,000人となっている。1996年から2006年の間に、慢性疾患による死亡者数は約6%増加したことが

明らかにされている³⁾。

図1は、この慢性疾患死亡者数を年齢別にみたものであるが、70歳以上の高齢者が全体の約4分の3を占めていることがわかる。

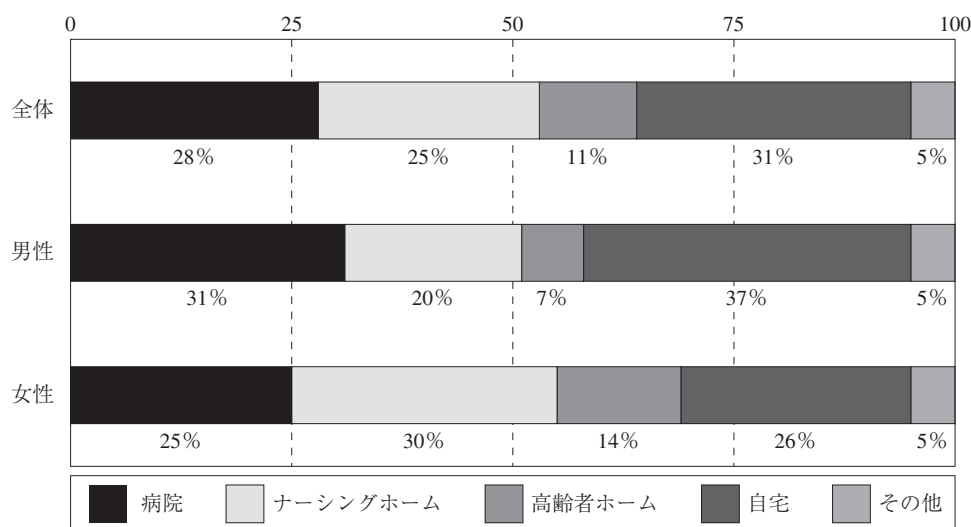
次に、終末の場についてみると、図2に示すように、2006年現在、慢性疾患により死亡した人びとのなかで、31%の人びとが自宅で死を迎えており、28%の人びとが病院で、25%の人びとがナーシングホームで亡くなっている。また、11%の人びとが高齢者ホームを終末の場としている。残りの5%の人びとは、それ以外の終末の場所となっているが、それは例えば、独立したホスピスまたは精神障害者施設などである。ここ数年間に、終末の場を病院とする比率がやや低下するいっぽうで、ナーシングホームとその他の場所の比率が若干高まっていることが報告されている⁴⁾。

年齢別にみると、相対的に年齢が若い層で自宅



出典：Velden, van der, Fancke, Hingstman, & Willems (2009), p. 5 Figure 2 より

図1 年齢別にみたオランダの慢性疾患による死亡者数 (2006年)



出典：Velden, van der, Fancke, Hingstman, & Willems (2009), p. 8 Figure 5 より

図2 オランダの慢性疾患患者の終末の場（全体・男女別）（2006年）

を終末の場とする比率が高く、慢性疾患のために70歳未満で死亡した人びとの約半数は、自宅で終末を迎えている。終末の場はまた、男女間で差があり、男性は女性に比べて、自宅または病院で終末を迎える比率が高い。それに対して、女性は男性よりもナーシングホームや高齢者ホームで終末を迎える比率が高くなっている。高齢になって虚弱になった場合に、オランダでも自宅から施設への入居を余儀なくされているようすがうかがえる。

2. オランダにおける「緩和ケア」の定義

終末期医療や緩和ケアの概念は、国ごとに宗教・文化・伝統などの違いによって異なることから、画一的な定義を見出すことはむずかしい。そのなかで、WHOが1990年と2002年に示した緩和ケアの定義が、国際的にしばしば用いられている⁵⁾。

オランダでもWHOの1990年の定義に沿って、腫瘍専門看護協会(VvOV)が1996年に次のような定義を設けている。つまり、「緩和ケアとは、医学的な見地から治療にもはや成果を期待できないと

きに、患者と患者の愛する人びとに対して、学際的なチームが行う継続的で、積極的で統合的なケアである。緩和ケアの第一の目的は、患者と患者の愛する人びとにとっての可能なかぎり最高の生活の質(QOL)を実現することである。患者は平等に責任をもつパートナーとなる。緩和ケアは、身体的、心理的、社会的、そしてスピリチュアルなニーズに対応し、患者と死別した人への支援もそこに含める」としている⁶⁾。

緩和ケアの目的としてQOLを最優先する点は、WHOの定義に沿っているものの、オランダの定義にはWHOとは異なった緩和ケアに対する見方も示されている。

Janssens & Haveは、その違いについて言及しているが、例えば、WHOが緩和ケアを終末期にかかわらず提供されるものであるとみているのに対して、オランダでは終末期の患者への限定したケアという見方をとっていると指摘する。そのため、オランダでは「緩和ケア」という用語を使う場合に、「終末期の(terminale)」という言葉の間にはさんで用い

られることが多い。

また、WHOが緩和ケアの対象を「患者とその家族」としているのに対して、オランダでは「患者と患者の愛する人びと」という表現を用いて「家族」の概念を広くとらえている。そのほか、オランダの定義では、患者を「平等に責任をもつパートナー」として位置づけているが、それは個人の自律性や自己決定を尊重するオランダ独特の視点といえる。さらに興味深いのは、WHOの定義では、「緩和ケアとは、死期を早めたり引き伸ばしたりするものではない」と言及されているのに対して、オランダでは、この点についてまったく触れられていないことである。それは、安楽死を緩和ケアの一部に含めるかどうか、という国内での論争に関係しているといわれる⁷⁾。

3. 緩和ケア政策の展開

次に、オランダの緩和ケア政策の展開過程にはどのような特徴がみられるのか、(1)1990年代なかばまでの民間非営利団体の活動、(2)1996年からの政府の緩和ケア促進政策、(3)最近の政策動向の順に、時代をふり返ってみることにしよう。

(1) 民間非営利団体の活動

オランダで政策的に緩和ケアへの取り組みが明確に示されるようになったのは1990年代半ば頃からであるが、それ以前に民間非営利団体の活動としては、1970年代から終末期ケアの改善活動が展開されていた。当時、国内では、医療技術の発達による延命治療に対して、それを疑問とする見方から緩和ケアへの関心が集まった。他方で、国際的には、イギリスのホスピス活動に触発されて、イギリスとの間で緩和ケアに関する交流がはじまった時期と重なる⁸⁾。

1975年には、ロッテルダム市と民間非営利団体の財政支援に加え、政府が補助金を投じて、ナーシングホーム「アントニウス・アイセルモンド」(Antonius Ijsselmonde)において、終末期にある患

者のケアの改善プランが実施された。同ナーシングホーム内には、その後、1993年にオランダで最初の「緩和ケアユニット」が創設されている。

また、オランダで独立したホスピスが創設されたのは、1991年にフレウテンに設立された「ヨハネス・ホスピス」(Johannes Hospice)であるといわれる。その後、1992年には、アムステルダムに「ホスピス・クリア」(Hospice Kuria)が設立され、1994年には、ローゼンダールに「ホスピス・ローゼンヘウベル」(Hospice Rozenheuvel)が設立されるなど、独立型のホスピスがじょじょに建設されるようになった⁹⁾。

しかしこの頃まで、終末期ケアは、ナーシングホームが担うものと考えられていたため、伝統的にその役割を果たしてきたナーシングホームの専門医たちからは、ホスピスの設立に対して冷ややかな反応があった。他方で、改革をのぞむ専門家たちは、緩和ケアが見過ごされてきたことをあげ、一般医療における緩和ケアの遅れを指摘していた¹⁰⁾。

1996年には、「終末期の患者のためのオランダ緩和ケアネットワーク」(Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patienten Nederland:NPTN)が創設され、ヨーロッパ緩和ケア協会(EAPC)と歩調をあわせて緩和ケアへの取り組みを進めることになった。

(2) 緩和ケア奨励策

政府の緩和ケアへの本格的な取り組みは、1996年の「緩和ケア奨励策」にはじまった。その背景には、それまで長い間タブーとされてきた死について国民の意識が変化したことや、医療技術の発達による延命治療に対する批判が高まったことなどがある。

政府は、奨励策の導入の理由について、将来に向けて緩和ケアのニーズが高まることを予想したためと説明しているが、注目すべきは、同時に政府が、緩和ケアの充実が安楽死を減らすであろう、という見通しを示したことである¹¹⁾。その後、オラ

ンダ国内では、質の高い緩和ケアが提供されれば、安楽死の要望はなくなる、という意見と、緩和ケアの質にかかわらず安楽死の要望はなくなる、という意見が対立し、この点をめぐって論争が続いた¹²⁾。

政府の奨励策は、3つの基本プログラムを中心にすえて進められたが、それらは、①医療研究開発機構(ZonMW)を中心とした調査研究と技術革新プロジェクトの促進、②6大学の医学部の協力を得て設置された緩和ケア開発センター(COPZs)による緩和ケアの促進、そして③ホスピスケア統合プロジェクト(PIH)によるホスピスと一般医療の統合の促進、であった。以下にそれぞれのプロジェクトの達成状況と課題について簡単に整理しておこう。

1997年から2002年にかけて医療研究開発機構は「終末期における緩和ケアプログラム」を実施したが、同研究において、オランダでは緩和ケアが急速に整備されている一方で、個々の機関の間に調整や協力が欠けていることが明らかにされた。

また、1998年から2003年にかけて、6つの大学に緩和ケア開発センターが設置されたが、ここでは緩和ケア部門の構造的な改革とケアの調整を行い、緩和ケア部門の知識の蓄積と実践を拡大することを目標にして16の研究プロジェクトが実施された。各センターは、全国に9カ所設置されている包括的癌センター(IKC)との連携をはかり、取り組みを進めたが、2001年にはIKCに統合された。

そしてさらに、ホスピスケア統合プロジェクトにおいては、1999年から2001年にかけて既存の3種類のホスピス(独立型ホスピス、ボランティアによるホスピス、病院や施設に併設されるホスピス)を統合できるかどうかの調査が行われた。また、ホスピスを中心に、自宅、病院、ナーシングホーム、高齢者ホームの5つの場所を基盤にしたパイロットネットワークを設置してその評価を行なった。その結果、緩和ケアの提供機関の協力関係が改善さ

れていることが明らかになった¹³⁾。

(3) 最近の緩和ケア政策

2000年代を迎えて、オランダでは、緩和ケアを一般医療に統合する方針を基盤にすえて、緩和ケアのネットワークづくりが急速に進められている。2006年には、専門ホスピスとホスピスハウスとを合わせた独立型ホスピスの過半数が、ネットワークに参加するようになった。2008年にはネットワークのための新たな補助金が設けられている。しかしながら需要と供給がマッチしている地域はまだ限られていることも同時に指摘されている。

また、「統合癌センター」が提供する在宅医療の担い手(主に家庭医)に対して実施される相談・助言機能も緩和ケア奨励策において重視され、その数は1999年から2000年にかけて406件であったものが、2004年には5,289件に増えている¹⁴⁾。さらに政府は、医療研究開発機構を通じて、「指標」を用いた緩和ケアの質の枠組みの開発にも取り組んでいる。

最近の政府の高齢者政策の方針においても「尊厳ある死」をキーワードにした緩和ケア政策が重視されているが、ここでは治療と緩和ケアを並列に位置づける段階を設けて、治療から緩和ケアへとじょじょに置き換えていく案が示されている¹⁵⁾。

だが、政府の政策は、施設を急速に増やすことに終始しており、すべての市民に緩和ケアへのアクセスを保障するものになっていないという批判もある¹⁶⁾。また、近年の緩和ケアの急速な発展について、安楽死法に対する国際的な批判をかわすために、それを整備せざるをえないオランダの事情を指摘する声もある¹⁷⁾。

では、オランダでは、終末期の患者を対象として具体的にどのようなケアが提供されているのだろうか。次に、施設ケアと在宅ケアに分けて、それぞれの緩和ケアの主な特徴について紹介していこう。

4. 施設における終末期ケア

(1) ナーシングホーム

ナーシングホームは、慢性疾患を抱える患者を対象として、24時間介護に対応する施設であり、日本の特別養護老人ホームにあたる施設であるが、オランダでは医療機関として位置づけられており、ナーシングホーム専門医が常駐している。

ナーシングホームへの入居条件に年齢制限はないが、実際には高齢者の入居が多く、女性の比率が高い。前述したようにオランダでは長い間、ナーシングホームがホスピスの役割を果たしてきたといわれるが、最近では、ナーシングホームのなかで終末期のケアに対応する場には、「緩和ケアユニット (palliatieve zorg unit)」や「ホスピスユニット (hospice afdeling)」といった特別な名称がつけられている。これらの「ユニット」は、終末期に複合的な医療を必要とし、自宅や病院、高齢者ホームなどに滞在できない(または滞在を希望しない)人びとに適する施設として設立されている。ナーシングホームにおけるケアは長期医療・介護費用をまかなう医療保険制度の対象になっている。

2009年現在、緩和ケアユニットを併設するナーシングホームは全国に92施設(387床)ある¹⁸⁾。

(2) 高齢者ホーム

65歳以上の人びとを対象とした介護サービスつきの高齢者ホームは、当初は居住施設であったが、現在では長期医療・介護費用をまかなう医療保険制度の対象施設になっている。近年の在宅ケアの推進にあわせて地域のなかに高齢者向けの小住宅を整備したことで、高齢者ホームへの入居者は減少すると予想されていたが、現実には予想に反して入居者数はそれほど減らず、待機者問題も生じている。

そのため、緩和ケアの提供施設に適しているとはいえないが、高齢者ホームのショートステイ機能(最高で12週間)が、緩和ケアのニーズを有する人

びとに利用されている。高齢者ホームにおける医療サービスは、最終的には家庭医の責任により提供される。そのほか看護師や介護士が、ボランティアとともに日常的なケアを提供する。

2009年現在、緩和ケアユニットを併設する高齢者ホームは、全国に48カ所(115床)ある¹⁹⁾。

(3) 独立専門ホスピス

1990年代になってから独立型のホスピスが設立されるようになったが、独立専門ホスピスでの医療は、患者自身が契約してきた家庭医により提供されることもあるが、多くの場合、専門ホスピスの医師または専門ホスピスとの協力関係にある医師によって担われている。看護の主な担い手は看護師であるが、専門職だけでなくボランティアと連携した活動も行われている。

これらの専門ホスピスは、主に自宅での治療が難しくなった患者を対象としているが、複合的な疾患など重症の患者のみを受け入れるホスピスもあれば、それほど問題が深刻ではない患者を受け入れているところもある。2009年現在、独立専門ホスピスは全国に46カ所(266床)設立されている²⁰⁾。

独立専門ホスピスに対する評価は二分されており、従事者からは、医療面では特に痛みや症状を管理する分野についての知識や技術が不足しており、緩和ケアの教育が不十分という指摘もある²¹⁾。

(4) ホスピスハウス(または「家庭に近いハウス」)

オランダには独立専門ホスピスのほかに、「ホスピスハウス (hospicehuis)」または「家庭に近いハウス」(bijna-thuis-huis)」とよばれる独立型のホスピスが存在する。これらのホスピスは、介護技術を有するボランティアにより地域のなかで民間住宅などを使って運営される小規模(1床から6床まで)なホスピスである。医療は、患者が契約を結んでいる家庭医や訪問看護師などの専門スタッフにより提供される。ボランティアは、患者の家族や親戚、

また友人などを巻き込んで日常の介護や生活支援を行う。

ホスピスハウスは、病院での治療が不適当な患者や在宅ケアが困難な人びとを対象としているが、医療よりもむしろ心理的・社会的なケアを必要とする患者に最も適した場所と考えられている。専門医療施設に比べて、温かさや配慮があり、愛情のこもったケアが提供されているという報告があるが、他方で、これらのホスピスにおけるサービスの質に対して疑問も投げかけられている²²⁾。

2009年現在、これらのホスピスは、全国に52カ所(181床)ある²³⁾。そこで提供される医療・介護サービスは、特別医療費(補償)制度によりまかなわれている。しかし、施設の維持・管理や運営については、自治体からの補助金や寄付などに頼っている部分もある。

以上のようなナーシングホームや高齢者ホーム、またホスピスなどへの入居を希望する高齢者は、地域の要介護認定機関(CIZ)に申請し、医療や介護の専門職員による認定審査を受ける。2008年には、施設サービスを申請する場合の要介護認定方法が変更され、新たな「要介護区分(Zorgwaartepakket: ZZP)」を用いてサービスを利用するしくみとなった²⁴⁾。

高齢者ケアに関しては、10の区分が設けられたが、そのなかで緩和ケアは、10番目の項目(VV10)として設定されている。その対象となるのは自宅での療養が困難になった終末期の患者であり、3か月を限度としたナーシングホームやホスピスなどへの入居と集中ケアにかかる費用がカバーされる。施設入居の際には、自己負担が課されるが、それは入居期間、世帯構成、収入状況によって算定され、低所得者の負担が重くならないように配慮されている。

(5) 病院併設の緩和ケアユニット

オランダには2009年現在、130弱の病院があるが、そこには8つの大学病院と腫瘍専門のクリニックが2施設含まれる。これまで病院ではもっぱら治療を優先してきたため、緩和ケア部門の併設には積極的ではなかったが、最近では急性期の医療から緩和ケアへの関心もじょじょに高まっている。

同ユニットは、主に急性期の疾患の治療と緩和医療を提供する場であることから、病状が回復した患者は、自宅または、独立専門ホスピスやホスピスハウスなどに戻るようになる。大部分の専門家は、病院は緩和ケアを行うのにふさわしい場所ではない、という点で意見が一致している²⁵⁾。にもかかわらず、前述したように、病院を終末の場とする患者の比率はそれほど低下していない。

2009年現在、全国の13の病院(48床)に緩和ケアユニットが併設されている²⁶⁾。そのなかでロッテルダムにある腫瘍専門クリニックでは、治療面で複合的な問題を抱える癌の終末期の患者のみを受け入れている。病院への短期入院にかかる費用は、健康保険制度によりカバーされる。

5. 在宅での終末期ケアの担い手

(1) 家庭医(GP)

オランダでは、各家庭が地域で開業する家庭医を選び、年間契約を結んで医療を受けるいわゆるGP制度が導入されている。家庭医は、登録された世帯の構成員全員の病歴や治療歴、また現在の健康状況などを把握する。この世帯単位の登録システムは、例えば往診を通じて、患者や患者をとりまく家族の状況を観察し、適切な治療を提供するのに役立っている。

家庭医は、在宅での緩和ケアの中心的担い手であるが、疼痛治療やそのほかの症状に対応するだけでなく、患者とその家族の精神面のサポートに重要な役割を果たしている。しかしながら、これまで終末期医療に関する教育が不足していたことか

ら、2000年に家庭医(GP)協会は、「緩和ケアコース」を設置して、家庭医へのアドバイザーの養成をはかっている。2007年現在、約8,700人の家庭医が活動しているが、最近では女性の家庭医の比率が高まり、全体の約35%を占めている²⁷⁾。また、かつてのような単独の診療から、最近では複数の家庭医による協働や、ほかの医療専門職(訪問看護師、理学療法士、助産士、薬剤師など)や、ホームヘルパーやソーシャルワーカーなどとの連携をはかりながらのグループ診療が増加している。家庭医による診療は、健康保険制度の対象となり、その報酬は、人頭報酬制となっている。

(2) 在宅ケア協会

オランダでは、要介護状態にある人びとに対する在宅サービスは、伝統的に地域ごとに宗派別に結成された民間非営利の訪問看護団体とホームヘルプ団体が中心的な役割を果たしてきた。現在では両団体は統合されて「在宅ケア協会」として活動を行っている。

在宅での緩和ケアを支える訪問看護とホームヘルプサービスを提供する在宅ケア協会は、全国に約120団体あるが、そのなかで2009年現在、緩和ケアを提供している団体は、67団体である²⁸⁾。在宅の終末期ケアの利用を希望する場合、要介護認定機関(CIZ)に申請して、「緩和ケアのための認定(PTZ: Palliatieve Terminale Zorg)」を受けてからサービスが開始される。在宅サービスを利用する際には自己負担が課されるが、その額は、1時間当たりの基礎額(12.6ユーロ;2009年)と利用時間をもとに、利用者の年齢、所得状況、世帯構成にもとづいて算出される最高負担額(4週間単位)までを負担するしくみになっている²⁹⁾。つまり、所得に応じた自己負担が設定されており、サービスへのアクセスが保障されている。在宅ケア協会は、家族などの「インフォーマルな介護者」に対する支援も行っている。

(3) ボランティア

オランダでは終末期を迎えた患者とその家族などに対して、実践的な、また精神的なサポートをするためのボランティアが重要な役割を果たしている。1980年代に結成された終末期の患者の在宅ケアのためのボランティア団体(Stichting Landelijke Samenwerking Terminale Thuiszorg)とホスピスでボランティア活動を行ってきた団体(Nederlandse Hospice beweging)は、2004年に「終末期の緩和ケアボランティアの全国組織(Landelijk Steunpunt voor Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg)」に統合された。

同団体は2008年現在、全国に210の傘下団体を有するが、そこには70のホスピスも含まれる。全国で約8,000人のボランティアと420人のコーディネーターが活動しているが、約8割の団体のコーディネーターは有給職として雇用されている。財源は、コーディネーターの人件費のほか、ボランティアの訓練や保険、またそのほかの活動に対して政府の補助金(2009年は約1200万ユーロ)が支給されるほか、民間団体からの寄付などにより賄われている³⁰⁾。

ボランティアの活動の場についてみると、約7割の団体が、在宅の患者に対する支援を行っている。そのほか、約半数の団体は、ナーシングホームとホスピスでそれぞれ活動している。活動内容は、患者と家族への傾聴や、夜間の付き添い、家族のためのレスパイトケア、簡単な家事と軽度の身体的ケアなどを提供している。また、希望があれば、患者が死亡した後の家族への訪問も行う。

患者の家族からのボランティアに対する評価は、患者をなじんだ環境のなかで見送れたことや、家族介護の負担が緩和されたことなどに満足感が示されている。他方でボランティアにとって在宅での終末期を迎える患者への支援には困難が多いことから、最近では在宅ケアよりもホスピスなどの施設でのボランティアへの希望が多くなっている³¹⁾。

6. 医療保険制度

最後に、医療・介護の費用をまかなう医療保険制度について概観しておこう。

オランダの医療保険制度は、短期医療にかかる費用をカバーする制度と長期医療・介護費用をまかなう制度に分かれている。これらの2つの制度が全住民を対象とする強制保険であるが、さらに任意の契約を結ぶ民間保険が追加的なサービスを提供している。

短期医療保険制度は、これまで職域と所得によって3種の公私混合の制度に分立していたが、2006年の抜本的な改正により、18歳以上の全住民を対象とした「健康保険制度(法: Zorgverzekeringswet)」に一本化され、その運営が「民営化」された³²⁾。家庭医の診療や1年以内の入院などが給付対象となっている。被用者の場合、保険料は、所得比例部分(使用者負担)と定額部分(本人負担)の拠出となる。自営業者や退職者は両者をともに拠出する。制度の民営化にともなって、低所得者に対しては、医療手当制度(法: Wet op zorgtoeslag)を設立して保険料を補填する給付を行い、医療へのアクセスを保障している。

他方、ナーシングホームや高齢者ホーム、ホスピス、また訪問看護やホームヘルプなどの在宅ケアにかかる費用は、全住民を対象とした公的な長期医療・介護保険制度として設立されている特別医療費(補償)制度(法: Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten)によりまかなわれている。

同制度の財源は、本人負担の保険料と国庫負担および医療・介護サービス利用時の患者負担によりまかなわれている。治療と施設サービスは現物給付であるが、在宅介護サービスには、現物給付のほかに、「現金給付(Persoonsgebonden budget)」が設けられており、選択できるしくみになっている。

また、2007年には、新たに社会支援制度(法: Wet op Maatschappelijk Ondersteuning)が施行され、在宅の軽介護サービス(家事援助)が同制度の

対象とされるようになり、医療保険制度の給付から、公費による給付へと切り替えられた。そうすることで、医療保険は相対的に重度の医療・介護サービスのみを対象とするように変更されている。

以上の制度に加えて、民間医療保険会社が提供する補足的なサービスが任意契約によって提供されている。そのなかで、緩和ケアに関しては、ホームヘルプサービスや家族介護、また、ナーシングホームの中の緩和ケアユニットにかかる費用などが契約項目としてあげられている。

オランダ国内で2007年に実施された医療保険団体を対象とした緩和ケアに関する調査によれば、39団体のうち29団体が以上のような緩和ケアに関するサービスを契約項目に含めていることが明らかにされている。しかしその内容は、団体間でそれほど大きな違いはみられず、保険者間の競争を促すまでにいたっていない³³⁾。

おわりに

以上、オランダの高齢者の終末期に焦点を当てて、緩和ケア政策の主な特徴について考察した。オランダで、緩和ケアに関して政策的に取り組むようになったのは比較的最近のことであるが、それ以前にも民間非営利団体による活動や、ナーシングホームが中心となって緩和ケアを担ってきた伝統がある。

1990年代後半以降はもっぱら政府の奨励策によって、ホスピスなどの緩和ケアの提供機関が急速に増加した。また、各地に拠点を設置したネットワークづくりがすすめられ、専門機関による相談業務の充実もはかられている。その根底には、緩和ケアを一般医療に統合する政策方針が示されているが、患者のQOLの達成をめざす緩和ケアの理念が、生命維持を優先しがちな医学モデルとどのように調整をはかっていくのかという点については、今後の課題といえよう。

また、緩和ケアをめぐる議論が、安楽死問題と切り離せないこともオランダの特徴といえる。緩和ケアの充実が、安楽死を減らすことになるか、という点に関しては、国内でも意見が二分されている。興味深いのは、医療費抑制策にもとづく医療改革が進められている時期に、緩和ケアには予算を投じて短期間に整備が行われた点である。安楽死法をめぐる国際的な批判を避けるために緩和ケアを整備せざるをえないという指摘もあるが、見方をかえれば、オランダでは、安楽死法が緩和ケアを予想以上のスピードで発展させることになったともいえる。

そして、患者の自律性と自己決定の尊重は、オランダの緩和ケアにおける基本的視点となっている。近年の医療改革における民営化やサービスの再編が、終末期の患者の「尊厳ある死」をどのように実現していくのか、という点についてもオランダの事例は、多くの興味深い示唆を含んでおり、注目に値するといえよう。

注

- 1) CBS (2009), p. 1
- 2) OECD (2009), p. 1 なお、OECD 統計とオランダ国内統計の定義にはギャップがあり、OECD 統計には含まれていないオランダの医療保険制度でカバーされている高齢者ホームや在宅ケア、また障害者ケアなどをここに含めると、医療費支出総額は約 720 億ユーロとなり(2006 年現在)、GDP 対比では約 14%に上る。〔CBS (2008) p. 78〕
- 3) Velden, van der, Francke, Hingstman, & Willems (2009), p. 3
- 4) Velden, van der, Francke, Hingstman, & Willems (2009), pp. 9-10
- 5) WHO による緩和ケアの定義(1990 年・2002 年)については、日本ホスピス緩和ケア協会が紹介している。〔日本ホスピス緩和ケア協会(2009)〕
- 6) Have & Janssens (eds.)(2001), p. 14, p. 27
- 7) Have & Janssens (eds.)(2001), pp. 14-17
- 8) Martin-Moreno, Harris, Gorgojo, Clark Normand and Centeno (2008), pp. 1-2
- 9) Schumann (2005), p. 231 Francke (2003), p. 31,
- 10) Have & Janssens (eds.)(2001), p. 9
- 11) Have & Janssens (eds.)(2001), p. 18

- 12) Francke (2003), p. 27
- 13) Francke (2003), p. 20
- 14) Kooiker (2008), p. 98,
- 15) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005), pp. 85-86
- 16) Kooiker (2008), p.97 Kuin (et.al)(2004), pp. 59-60
- 17) Schumann (2005) p. 231
- 18) Agora (2009), p. 1
- 19) Agora (2009), p. 1
- 20) Agora (2009), p. 1
- 21) Schumann (2005), p. 252, Have & Janssens (eds.)(2001), pp. 22-23
- 22) Have & Janssens (eds.)(2001), p. 22
- 23) Agora (2009), p. 1
- 24) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009), p. 1
- 25) Gronemeyer, Fink, Globisch, & Schumann (2005), p. 238
- 26) Agora (2009), p. 1
- 27) 廣瀬(2008), pp. 50-51
- 28) Agora (2009), p. 1
- 29) CAK (2009), pp. 21-22
- 30) VPTZ (2009), p. 1
- 31) Kooiker (2008), p. 97
- 32) オランダの医療保険制度改正については、廣瀬(2006)を参照されたい。
- 33) Jansen, Visers, Zuurmond, van Montfort, Rhebergen, and Loer (2009), pp. 2-5

参考文献

- Agora (2005), *Themamiddag "Palliatieve zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen"* Agora, Utrecht
- CAK (2009), *Eigen bijdrage Zorg zonder Verblijf 2009*, CAK, Den Haag
- CBS (2008), *Statistical Yearbook 2008*, CBS Voorburg
- Francke, Anneke L. (2003), *Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport, Den Haag
- Have, H..ten & R.Janssens (eds.)(2001). *Palliative Care in Europe*, IOS Press, Amsterdam
- Have, H..ten & Jos Welie (2005), *Dutch and Medical Power*, Open University Press, London
- Jansen, Wim J.J., Kris C.P. Vissers, Wouter W.A. Zuurmond, Guus P.W.P. Monfort van, Andre Rhebergen, and Stephan A.Loer (2009), "Palliative care is not yet a well-defined product within the Dutch health care insurance system", in *Health Policy* 19 Elsevier
- Janssens, Rien JPA & Henk AM ten Have (2001), "The Concept of palliative care in the Netherlands", in *Palliative Medicine*, Vol.15 No.6 SAGE, London

- Kompanje, Erwin J.O. (2006), "Care for the dying in intensive care in the Netherlands", in *Intensive Care Med*, 32
- Kooiker, Sjoerd (2008), "Dying with dignity" in Campen, Cretien van (ed.), *Values on a grey scale*, SCP, Den Haag
- Kuin, Annemieke, Annemie M.Courtens, Luc Deliens, Myrra J.F.J. Vernooij-Dessen, Lia van Zuylen, Barbara van der Linden, and Gerrit van der Wal (2004), "Palliative Care Consultation in the Netherlands", in *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol.27, No.1, Elsevier,
- Luijkx, Katrien & Jos. M.G.A.Schols (2009), "Volunteers in Palliative Care Make a Difference", in *Journal of Palliative Care*, Spring 2009, 25-1 Centre de recherche, Institut universitaire de geriatrie de Montreal
- Martin-Moreno, Jose M, Meggan Harris, Sydia Gorgojo, David Clark, Charles Normand, and Carlos Centeno (2008), *Palliative Care in the European Union*, European Parliament
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005), *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*, (English version: *Policy for older persons in the perspective of an ageing population*), VWS, Den Haag
- Schumann, Felix (2005), "Netherlands", in Reimer Gronemeyer, Mechaela Fink, Marcel Globisch, Felix Schumann, *Helping People at the End of their Lives*, Lit verlag, Berlin
- Velden, Lud FJ van der, Anneke L Fancke, Lammert Hingstman, and Dick L Willenms (2009), "Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands" in *BMC Palliative Care (online february 4)*, BMC, Utrecht
- VPTZ (2009), VPTZ FACR SHEET, VPTZ, Bunnik
- 廣瀬真理子(2006)「オランダの医療保険改革の動向」『けんぽれん海外情報』No.70, 健康保険組合連合会
- 廣瀬真理子(2008)「オランダの高齢者福祉政策」『オランダ医療関連データ集 2007年版』医療経済研究機構
- ホームページ
- CBS (2009), Population ; Key figures, <http://statline.cbs>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009), *Zorgzwaartebekostiging*, <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/voor-clienten>
- OECD (2009), *OECD Health Data 2009 How Does the Netherlands Compare*, <http://www.oecd.org/dataoecd/46/8/38980162.pdf>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2009), *Nationale Atlas Volksgezondheid*, RIVM Bilthoven <http://www.zorgatlas.nl>
- 日本ホスピス緩和ケア協会(2009)「ホスピス緩和ケアとは—歴史と定義」<http://hpcj.org/what/definition.html>

(ひろせ・まりこ 東海大学教授)

オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題

福田 裕子

■ 要約

オーストラリアの緩和ケアは、1980年代よりコミュニティベースで普及しており、緩和ケア専門のコンサルテーションチームがプライマリーケア提供者と連携を取り合いながら、適切な時期に、適切な場所で、適切な緩和ケアがすべての死に直面している人々へ提供されている。2000年にオーストラリア政府が策定した National Palliative Care Strategy では、これからあるべき緩和ケアの姿が打ち出され、現在、コミュニティを中心に様々なプログラムが行われている。また、人口の高齢化に伴い緩和ケアのニーズが高まってきたため、高齢者へより良い緩和ケアが提供できるように、General Practitioner¹⁾(家庭医、以下 GP とする)や高齢者介護施設のスタッフへの教育、ガイドラインの作成に力を入れている。社会の情勢を見越し、政府と現場とのコミュニケーションを密にとっているオーストラリアでの緩和ケアの取り組みは、わが国でも学ぶべき視点があるであろう。

■ キーワード

オーストラリアの緩和ケア、高齢者緩和ケア、コミュニティ、スタッフ教育

I. はじめに

オーストラリアの緩和ケアは、政府の方針で1980年代より地域中心型のサービスとして発展し、現在はオーストラリアのヘルスケアシステムの中でも、重要な地位を確立し普及している。これは、高齢者、小児、がんの患者のみならず、非がん疾患を持つ患者をも対象とし、それぞれが有する特有の問題に焦点をあてている。

また、オーストラリアは、連邦政府と8つの州・準政府からなる連邦国家であるが、日本の22倍もある国土に、海沿いの都市部を中心に人々は生活している。そのため、内陸部に居住している人々への緩和ケアの提供の希薄さも独自の問題であり、治癒の見込みのなく死に直面しているすべての人々へできるだけ質の高いサービスが拡差なく提供できるような取り組みがなされている。

本稿では、人口の高齢化によりニーズの拡大が予想される高齢者緩和ケアに主に焦点をあて、①オーストラリアの死の現状、②オーストラリアの緩和ケアの現状、③オーストラリアの緩和ケアのシステム、④オーストラリアの医療制度と医療費、⑤オーストラリアにおける高齢者への緩和ケア、⑥コミュニティでの取り組み、について報告する。

II. オーストラリアの死の現状

2005年度のオーストラリアの全人口は約2110万人で、年間約13万人が死亡した。2005年度の死亡原因を疾患別にみると、悪性腫瘍(28.7%)、虚血性心疾患(17.6%)、脳血管系疾患(8.6%)の順となっている(表1)。2003年度より悪性腫瘍が虚血性心疾患を抜いて死因の第1位となり、死亡者数の3人に1人は悪性腫瘍で死亡している現状は

表 1 疾患別による死因順位 総合上位 10 疾患 (2005 年度)

順位	死因	Total		男性		女性	
		人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
1	悪性腫瘍	38380	28.7	21609	31.5	16771	25.7
2	虚血性心疾患	23570	17.6	12433	18.1	11137	17.1
3	脳血管系疾患	11513	8.6	4668	6.8	6845	10.5
4	慢性呼吸器疾患	5428	4.1	3025	4.4	2403	3.7
5	不慮の事故	5267	3.9	3317	4.8	1950	3
6	糖尿病	3529	2.6	1775	2.7	1754	2.7
7	インフルエンザ・肺炎	3034	2.3	1331	1.9	1703	2.6
8	器質性精神障害	2838	2.1	908	1.3	1930	3
9	血管系疾患	2386	1.8	1217	1.9	1169	1.8
10	心不全	2225	1.7	835	1.2	1390	2.1
11 以下	その他	35569	26.6	17438	25.4	18131	27.8
	総死亡者数	133739	100	68556	100	65183	100

出典：World Health Organization (2008) Country Health Information Profiles より一部修正・翻訳

わが国と類似する。また、悪性腫瘍の死亡原因は、肺がん、大腸がん、乳がんの順に多い(WHO, 2008)。

死亡場所に関しては、一般病院 54%、緩和ケア病棟 20%、自宅 16%、介護施設 10%であった(Caresearch palliative care knowledge website)。死亡者のうち 37.3%が緩和ケアを受けているが、その死亡場所別内訳は、自宅 34.8%、緩和ケア病棟 29.9%、一般病院(コンサルテーションチームあり) 24.6%、一般病院(コンサルテーションチームなし) 4.6%、ナーシングホーム 3.2%、その他 3%の順であった(Palliative Care Australia, 1999)。一般に住み慣れた自宅での死を望む人が多いが(McNamara B.& Rosenwax L., 2007)、実際に緩和ケアを受けていても約 3 割の人しか自宅での看取りができていないのが現状であるが、死亡するまでの 1 年間は 90%の人が自宅で過ごしている(Palliative Care Australia, 1999)。緩和ケアを自宅で受けている患者の平均在宅日数は 108 日であり(AIHW, 2007a)、多くの人は最後の時間を自宅で可能な限り過ごしていることがわかる。ちなみに、緩和ケア病棟の平均在院日数は公立病院で 12.8 日、私立病院で 10.7 日であった。また、緩和ケア患者の 73%が悪性腫瘍と診断されており、残り 3 割は

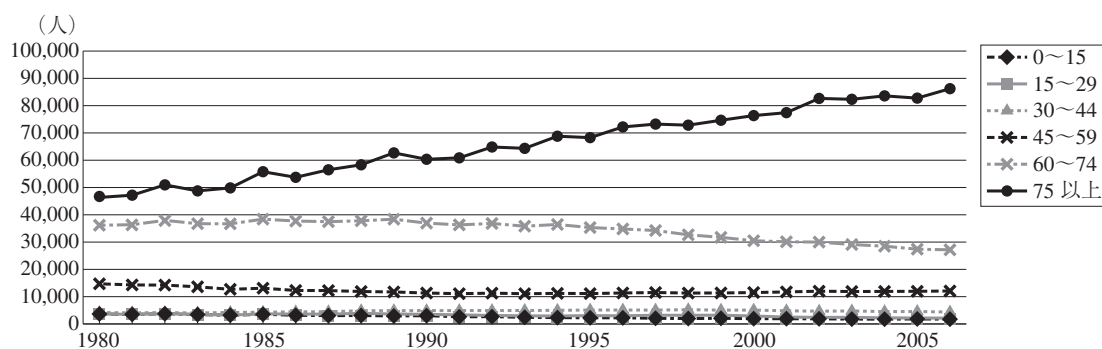
悪性腫瘍以外の疾患であった。

平均寿命は、男性 78.7 歳、女性 83.5 歳と、この 20 年間で男性が 5.8 歳、女性が 4.3 歳、寿命が延びており(WHO, 2006)、高齢者人口が著しく増加している(図 1)。Australian Productivity Commission's (オーストラリア生産性委員会)は、65 歳以上の人口が 2003 年より 2044 年には 13.0%から 24.5%へ、また 2051 年までには 620 ~ 790 万人になると予測している(AIHW, 2008)。オーストラリアもわが国同様、高齢化が深刻な問題になっている。人口の急速な高齢化により、ニューサウスウェールズ州では 1998 年から 2006 年の間、緩和ケアの需要は 17.3%増加しているとの報告がある(NSW Department of Health)。また、年間 77000 人が終末期であると診断されており、そのうち 65 歳以上が 71%を占めている。この 25 年間をみても著しく高齢者の死亡者数が増加している(図 2)。今後進展する高齢化によって、緩和ケアのニーズがますます高まることが予想される(AIHW, 2006)。

Ⅲ. オーストラリアの緩和ケアの現状

1. オーストラリアの緩和ケアの歴史

オーストラリアの最初のホスピスは、1884 年



出典：Australian Institute of Health and Welfare 2008 より修正

図1 オーストラリアの年齢別死亡数の推移

Sisters of Charity 修道会の修道女たちが設立した、シドニーの Sacred Heart Hospice である。その後 1938 年に、メルボルンに Caritas Christi Hospice を開き、行き場ない末期患者をケアしていた (Aranda & Kristjanson, 2006)。

世界最初の近代緩和ケアのホスピス、St. Christopher Hospice が 1969 年にイギリスに設立され、ホスピスムーブメントの波が世界中に広がる中、オーストラリアにも緩和ケアが 1980 頃より徐々に普及してきた。高齢化を懸念した政府も緩和ケアの必要性を重要視するようになり、1987 年には医療サービス (国民皆保険：Medicare²⁾) として緩和ケアが提供できるようになった (川越, 2007)。

1987 年にはサウスオーストラリアの Flinders University で、世界最初の緩和ケア学部が設立され、専門分野としての確立が始まった。また、1990 年に The Australian Association for Hospice and Palliative Care Inc が設立され、Australian National Hospice Palliative Care Conference がアデレードで開催された (現在は、Palliative Care Australia と名称を変更し、キャンベラに本拠地を置き、その支所が各州・準州に設置されている。ここが中心となってオーストラリアにおける緩和ケアの普及と教育を中心となって行っている)。2000 年には、政府の緩和ケアへの基本方針 National Palliative Care Strategy が出され、それをもとに、

緩和ケアの普及は進み、現在、各州・準州にて様々な取り組みが行われている。

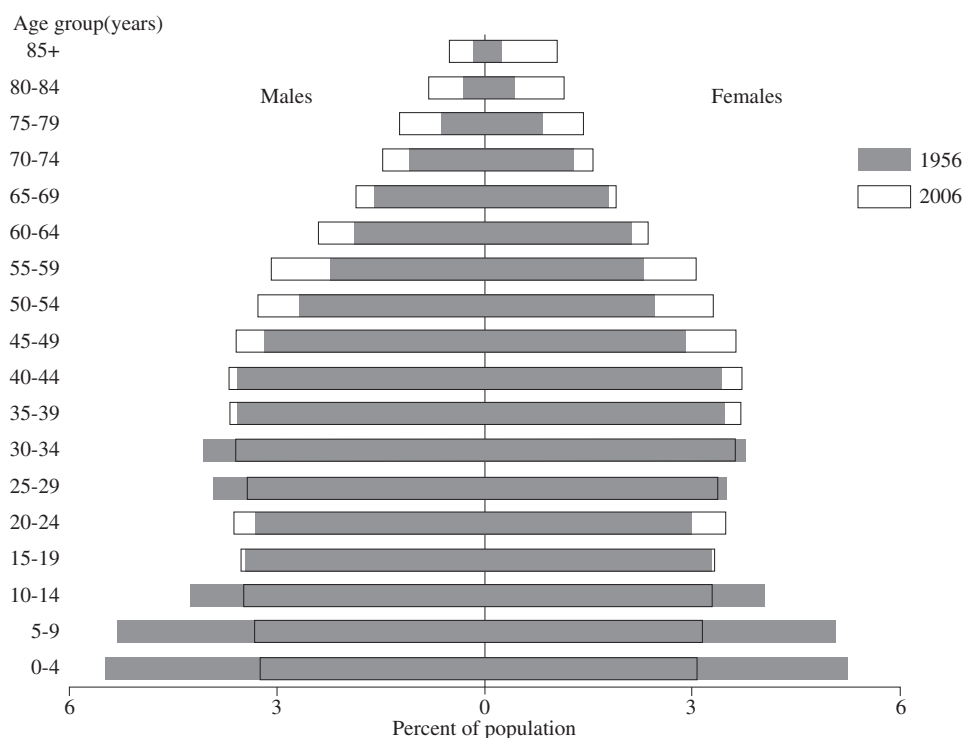
2. 緩和ケアの定義と対象

WHO は緩和ケアの定義を、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな (霊的な、魂の) 問題に関して適切な評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ (生活の質、生命の質) を改善するためのアプローチである。」(日本ホスピス緩和ケア協会 ホームページの翻訳より) と定めている。

WHO の緩和ケアの概念を基本に、オーストラリア保健高齢省 (Department of Health and Ageing : DoHA) は緩和ケアの目的、基本理念を、「緩和ケアを受ける対象は、活発性で、進行性の疾患を持ち、治療の見込みが少ない、もしくはない人である。緩和ケアの目的は、個々の患者、家族へのクオリティー・オブ・ライフの向上を図ることである。

緩和ケアの基本理念とは、

- 生命を尊死し、死に逝くことを治療することはノーマルなプロセスである。
- 死を早めたり、遅らせることはしない。



出典：Australian Institute of Health and Welfare 2008

図2 人口ピラミッドの推移（1956年と2006年との比較）

- 痛みや他の苦痛を取り除く。
- それぞれに必要な身体的、精神的、社会的、感情的、スピリチュアルな側面を統合的に評価、管理を行う。
- その人が死に逝くまで可能な限り活動が出来るようなサポートシステムを提供する。
- 患者の療養中や死別に対して家族へのサポートシステムを提供する。」

と定めている。

また、緩和ケアの対象者については、すべての年齢の死を免れない病気にかかっている者とその家族、介護者とし、がん、HIV/AIDS、運動ニューロン疾患、筋ジストロフィー、多発性硬化症、末期の認知症など、特定の疾患に限らないと述べている (DoHA website)。

3. オーストラリア政府の緩和ケアに対する取り組み

(1) National Palliative Care Strategy (緩和ケア国家戦略)

WHOの緩和ケアの定義を基盤として、すべてのオーストラリアの死に逝く人々へより質の高い緩和ケアのサービスを、適切な時、適切な場所で提供できるように、連邦政府と各州政府が2000年にNational Palliative Care Strategyを掲げ、政府としての緩和ケアの方針を専門家との協議のもと策定した。このNational Palliative Care Strategyには、3つの大きな柱がある。

① 認識と理解

コミュニティと医療者の緩和ケアに対する認識と理解、緩和ケアに携わる医療者の責務のあり方、また、サポートが必要な死に逝く人々とその家族への緩和ケアの実践をする。

②質と効果

オーストラリア全域のすべての緩和ケアサービスの質と効果を継続的に向上させる。

③ケアのパートナーシップ

死に近づく人々とその家族へケアを提供するために、ケアのための基礎となる設備と、高い質の援助の提供、また効果的な緩和ケアがすべての療養場所で提供できるようにパートナーシップの推進を行い支援をする。

(DoHA, 2000a)

連邦政府、州・準州政府、地方自治体は、この戦略を基に、緩和ケアに関する様々な補助金の交付を行っている。さらに、連邦政府と州政府との共同プロジェクト(総称 National Palliative Care Program)を実施している(Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

(2) National Palliative Care Program (緩和ケアプログラム)

このプログラムは2003年に始まった。緩和ケアへのアクセスの拡大と質の向上を目的とし、医療サービス、介護サービス、教育、研究などに対し、包括的に政府からの資金供給がなされた。その資金は、連邦政府から州政府へ支給され、州政府は不足分を補填しながら様々な緩和ケアの提供を運営している(Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

政府はまず本プログラムに先駆けて、コミュニティにおける緩和ケアの質の向上のために、2002年から4年間0.55億豪ドル(43億円)を資金供給した。そして、National Palliative Care Programとして2003年から2008年までの5年にわたり、Medicareの一部であるAustralian Health Care Agreementsから、2.012億豪ドル(158億円)が州政府へ供給された。2006年からは、新たにPalliative Care in the Community(地域緩和ケア)に0.628億豪ドル(48億円)(2006年～2010年の間)

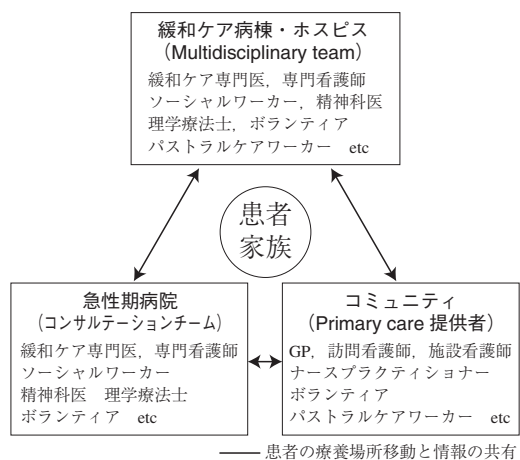
がコミュニティの緩和ケア基準の向上のために供給された。さらに、2005年から2011年にかけてLocal Palliative Care Grants(地域緩和ケア助成金)の0.34億豪ドル(26億円)が、地域に住む緩和ケアの必要な人々とその家族がサポートを受けられるよう健康関連のサービスを提供する目的で追加された。これらの資金を基に、州政府は4つの領域に焦点をあてさまざまな独自のプログラムを、定められた期間を通して地域自治体と共同で開発してきた。

- コミュニティの患者、家族と介護者のサポート
- コミュニティでの緩和ケア治療薬のアクセスの拡大
- 教育、トレーニング、労働者のサポート
- 研究、緩和ケアサービスの質の向上

政府は、人口の高齢化と増え続ける医療費のために、特にコミュニティへの緩和ケアの普及に力を入れてきた。その実現に向け、現在、様々な医療サービスの提供や、教育や研究などに焦点を当てた37のプロジェクトが各州で独自に試行されている(Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

IV. オーストラリアの緩和ケアのシステム

オーストラリアの緩和ケアは、在宅緩和ケアを中心に、治癒の見込みのない疾患を持つすべての人が場所に関わらずシームレスに緩和ケアを受けられることを目指している。そのため、都市部では、在宅緩和ケアサービス、入院緩和ケア施設、急性期ケアと急性期病院における緩和ケアコンサルタントチームが連携をとり合い、適切な療養環境へのスムーズな移行を支援するためのシステムが構築されている(Victorian Government Department of Human Services, 2000)。これが日本でも以前より紹介されている、Triangle of Care(ケアの三角形: 図3)であり、急性期病院・緩和ケア病棟・コミュ



出典：Victorian Government Department of Human Services(2000)と、Mapcare website の文章をもとに筆者作成。

図3 ケアの三角形

ニティ緩和ケアそれぞれが三角形の点となり、患者の状態を連携を持って把握しながら、適切な時期に、適切な場所で、適切なケアを提供している。

(1) 急性期病院の役割

急性期病院には、緩和ケア専門医、看護師(施設によりナースプラクティショナーを含む)、ソーシャルワーカーなどで構成されるコンサルタントチームがある。入院患者で緩和ケアが必要な場合、担当医師がこのチームへコンサルテーション(症状コントロール、精神的社会的サポート、ターミナルケア)を依頼する。チームはその患者をアセスメントし、必要なケアの介入を行う。症状が不安定な場合は、緩和ケア病棟への入院となる。また、緩和ケア病棟の入院患者で、疼痛コントロール目的での放射線治療や神経ブロック等が必要な場合は、一時的に急性期病院へ入院するか、通院をして専門医による治療を受ける。

(2) 緩和ケア病棟・ホスピスの役割

緩和ケア専門医、看護師(施設によりナースプラクティショナーを含む)、ソーシャルワーカー、パ

ストラルケアラー、理学療法士などの緩和ケアの経験豊富な専門職で構成される multidisciplinary team (専門的多職種チーム)により全人的ケアが提供される。

緩和ケア病棟への入院の理由は：①プライマリーケア提供者ではコントロールできない複雑な症状がある、②急性期病院から自宅へ移行する時に、自宅で迎える準備や環境を整えるための期間が必要である、③最後の時を何らかの理由で自宅や介護施設で迎えない場合、④1～2週間のレスパイトケア(家族のケア)が必要である の4つに分けられる(Mapcare website)。チームで定期的にミーティングを行い、お互いの情報を交換し患者の今後の方向性が話し合われる。症状が安定した患者に対してはすぐに家族ミーティングが行われ、次の療養場所を決定する。その患者の自立度、または生活環境により、介護施設または在宅へ移行する。介護施設への移行が必要と判断した場合は、コンサルテーションチームの看護師が、高齢者アセスメントチーム(Aged Care Assessment Team: ACAT³⁾)にまず連絡を取る。アセスメントが行われ、入所基準に達した場合には入所することができる。また、在宅へ移行する場合は、訪問看護ステーションと連絡をとり、自宅で必要な物品や介護サービスを検討し介入を行う。

(3) コミュニティ

コミュニティ緩和ケアを受ける場所としては主に在宅と介護施設があり、プライマリーケア提供者(GP、訪問看護師等)が主体となって緩和ケアアプローチを行っている。在宅では、訪問看護師が日常ケアを行い、在宅で薬剤の処方や診察を行う GP との連携をとっている。その間もコンサルテーションチームは訪問看護師・GP との連携を取り、24時間体制で患者の状態を把握し継続して介入を行う。もし、在宅で症状コントロールが困難になった場合やそのほかの理由により在宅で療養ができな

くなった場合には緩和ケア病棟への入院となる。診療や薬剤処方 GP が行う。また、介護施設での診療や薬剤の処方も GP が行う。

急性期病院、緩和ケア病棟、コミュニティとも、コンサルテーションチームがパイプ役となりそれぞれの医療者、介護者との連携を取っている。このことにより、場所を問わずに緩和ケア患者がこの三角形の中を療養することが出来ている。また、1つの地区には数名の緩和ケア専門医がおり、定期的なミーティングを通じて、どの医師も登録された緩和ケア患者の把握を行っている。

V. オーストラリアの医療制度と緩和ケアの医療費

1. オーストラリアの医療制度

オーストラリアの Medicare は税金のみを財源に確立されており、基本的に国民は全国一律に収入の 1.5% が医療費として課税される (Private Insurance (個人保険) に加入していない人は、さらに 1% の税金を納めている)。Medicare 加入者は、誰でも医療が利用することが保障されている (AIHW, 2008)。各診療領域に対する医療費に関しては、Australian Health care Agreement に基づき連邦政府と州政府間の契約が 5 年毎に見直されており、2003 ~ 2008 年度の緩和ケアの政府予算は 2.012 億豪ドル (158 億円) となっている。2006 年度の総医療費⁴⁾に占める緩和ケアの費用は約 0.005% であった。また、オーストラリアの緩和ケア団体は 80% が公的援助で、20% は独自に集めるといった政府からの指示があり、公的資金のみでは提供できない補助サービス (セラピストやカウンセラー) を寄付金や募金などで行っている。そのため、施設ごとにサービス内容は異なってくる (川越、2007)。

2. 緩和ケアに必要な個人の医療費

緩和ケアに対する国民の医療負担額は、療養場

所によって異なっている。ただし、介護、福祉は政府からの補助があり、ごく小額で受けることが出来る。

公立の急性期病院、緩和ケア病棟の入院費用は、ともに Medicare でカバーされるため基本的に無料である。35 日以上継続して入院が必要な場合は、医師の申請書があれば延長して療養する事ができる (DoHA, 2000)。ただし、私立病院の緩和ケア病棟の場合はそれぞれの施設によって異なることもある (Mapcare website)。

在宅では、コミュニティサービス (訪問看護、ホームヘルプ、配食サービス、デイケア等) に対する費用は個人の収入、地域やサービス提供者によって異なるが、連邦政府・州・準州政府の補助金が交付されており、自己負担額は低く抑えられている。2005 年より GP による診療にかかる医療費は 100% メディケア給付となったため、医療診療費は無料である (DoHA, 2000b)。また、介護施設では ACAT がアセスメントし、入所基準を満たせば、設定された金額を支払って入所することができる⁵⁾。

3. コミュニティにおける薬剤に対する取り組み

在宅・介護施設での薬剤費は基本的に実費であるため、長期にわたり薬剤の利用を余儀なくされる終末期の患者にとっては、自己負担が過多になってくる。そこで、Pharmacy Benefit Scheme (PBS) や薬剤費セーフティネット (PBS Safety Net Thresholds) と呼ばれる政府からの給付システムが設けられている。

PBS とは、メディケア受給資格を有する人を対象に、処方箋代を補助する薬剤給付制度のことである。PBS リストにある認可された薬剤に対して、上限以上の金額が薬剤給付制度から支払われる。緩和ケア薬剤は麻薬など取り扱いに慎重を有するものが多く、コミュニティでの使用に関しては Palliative Care Medicines Working Group (PCMWG) が設置されている。本グループは、緩

表2 現在 PCMWG において認可されている薬品 (2009 年 3 月)

Carmellose Sodium (4 items)	Bisacodyl enema (2 items)
Hyoscine Butylbromide (2 items)	Bisacodyl (6 items)
Promethazine Hydrochloride (6 items)	Morphine Sulphate (6 items)
Sorbitol with Sodium Citrate and Sodium Lauryl Sulfoacetate enema (2 items)	Methadone Hydrochloride (Liquid) (2 items)
Glycerol (6 items)	Fentanyl Lozenge (6 items)
Diclofenac Sodium (6 items)	Clonazepam (6 items)
Indomethacin (4 items)	Diazepam (4 items)
Sulindac (4 items)	Oxazepam (4 items)
Ibuprofen (4 items)	Nitrazepam (2 items)
Lactulose (2 items)	Temazepam (2 items)
Macrogol 3350 (2 items)	Paracetamol modified release tablets (2 items)
Benzylamine Hydrochloride (2 items)	Paracetamol suppositories (2 items)
Naproxen oral suspension (2 items)	Naproxen (8 items)
Sterculia with Frangula Bark (2 items)	Naproxen Sodium (2 items)
	Naproxen oral suspension (2 items)

出典：Palliative Care Medicines Working Group (2006)

和ケア薬剤へのアクセスや、使用に関する質の向上に加えて、現在 PBS で認証されていない薬剤に対しても、質の高い緩和ケア薬剤が提供できるように活動を行っている (DoHA website)。現在 PBS リストに載っている薬剤は表 2 のとおりである。

薬剤費セーフティネットとは、長期間在宅で療養する人々の薬剤費の負担を軽減するためのシステムである。ある一定額を月または年毎に支払い、その額以上に薬代がかかる場合には政府からの援助が受けられる。1 薬剤につき、32.90 豪ドル (低所得者 5.30)、多くの薬剤を使用する場合は年間 1264 豪ドル (低所得者は 318 豪ドル) を年間支払うと、それ以上は政府が負担する。PBS リストに載っている薬剤はこの制度が適応されるが、リスト外の薬剤の場合は自己負担となる (DoHA, website)。

VI. オーストラリアにおける 高齢者への緩和ケア

1. 高齢者介護施設での緩和ケアに関する問題

高齢者の介護施設には、主にナーシングホーム (24 時間看護を必要とする人のための施設) や、ホテル (多少の援助があれば自立した生活が出来る人のための施設) がある。2006 年にはオーストラリ

ア全土の 2931 の施設で、164,008 人の高齢者が入所サービスを受けていた。2005 年度の退所理由の 87% が死亡である。死亡退所者の入居期間は 3 カ月以内 17%、3 カ月以上 1 年未満 19%、1 年以上 5 年未満 45%、5 年以上 20% であった (AIHW, 2007b)。

高齢者介護施設の緩和ケアに対し、Palliative Care Australia は以下の 6 点が課題となると述べている (Palliative Care Australia website)。

- 緩和ケアアプローチの開始時期
- 高齢者介護施設と緩和ケア専門サービスとの連携
- GP の緩和ケアに対する知識
- 高齢者介護施設で働くスタッフの技術の複雑化
- 高齢者介護施設で働くスタッフへの緩和ケアアプローチについての教育
- 適切な施設へのアクセス

以上のポイントを中心に様々なプロジェクトが進行している。

2. 高齢者緩和ケアに対する取り組み

(1) 高齢者緩和ケアに対するガイドライン

オーストラリアではもともと高齢者ケアの基準と緩和ケアの基準が個々に存在していたが、高齢者

介護施設で緩和ケアを提供する際に特有の問題が生じたため、Australian Palliative Care in Aged Care Project (APRAC) のプロジェクトチームが設置され、医学的根拠に基づくガイドライン、*Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care*: (高齢者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドライン) が 2004 年に作成された。これには、緩和ケアへのアプローチ、事前指示、身体的、精神的症状の管理、スピリチュアルケア、家族ケアまで、79 項目の緩和ケアに必要な要素が含まれている。本ガイドラインは、政府認可の高齢者介護施設に配布され、高齢者への緩和ケアサービスの普及に役立てられている。また、APRAC のチームメンバーは、2005 年から 2006 年にかけてすべての州・準州でこのガイドラインに対するワークショップを開き、高齢者介護施設のすべてのスタッフの意識改革とガイドラインの普及を図っている。現在、参加者からのフィードバックをもとにさらに新しいガイドラインの作成を行っている。

高齢者介護施設で緩和ケアを受けている患者は年々増加しているが、全体の 7% にしか過ぎず、多くの高齢者は自宅で療養している。そのため、現在コミュニティの高齢者緩和ケアの質の向上を目的として結成された Community Palliative Aged Care (ComPAC) チームが *Guidelines for Palliative Approach for Aged Care in the Community Setting* (コミュニティにおける緩和ケアアプローチのガイドライン) を製作中である (Caresearch Palliative Care knowledge network website)。

また高齢者は、日常生活の中で何らかの痛みを感じているため (Madjar & Higgins, 1997; McLean & Higginbotham, 2002)、高齢者介護施設での疼痛コントロールのガイドライン *The PMG Kit for Aged Care* が National Palliative Care の一プロジェクトとして作成されている (Commonwealth of Australia, 2007)。

(2) 医療者への教育

コミュニティでの高齢者緩和ケアの充実を図るため、プライマリーケア提供者、特に GP に大きな期待が寄せられているが、現状としては年間平均 5～7 人の緩和ケア患者にしか関わっていないという統計がある。症状コントロールに対する知識不足や患者に関わる時間が取れないなどの理由で、あまり GP が緩和ケアに携わることができないというのである (Yuen et al, 2003)。そこで、いくつかの緩和ケア病棟では、GP の患者が緩和ケア病棟に入院する場合、GP 自らが主治医となり継続して患者をケアすることが出来るシステムをとっている施設もある。また、National Palliative Care Program の中の Program of Experience in Palliative Care Approach (PEPA) として、医師のみならず、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、ミュージックセラピスト、ボランティアなど緩和ケアに携わるすべての人が無料で緩和ケアを学ぶためのプログラムが提供されている。これは、緩和ケア病棟での実習やワークショップに参加できるというものであるが、特に緩和ケアへのアクセスが困難な地域の医療者と都市部にある緩和ケアチームとのネットワークを繋ぐきっかけとなっている。Palliative Care Australia が主体となり、各州にある支部で独自にプログラムを行い、2004 年には 200 人以上の医療従事者がこれを修了している。

GP の緩和ケアに関する教育と同時に、コンサルテーションを行う緩和ケア専門家の interdisciplinary team (学術的チーム) の教育も必要になってくる。現在 114 名の緩和ケア専門医が常勤で勤務しているが、高齢化のために人口 100,000 人に対して 1 人の緩和ケア専門医が今後必要となる。その基準に達するまでには、まだ 97 人不足していると言われている (Medical Search Australia & NZ website)。そこで、サウスオーストラリア州では、裁量権や専門知識を持つナースプラクティショナーの育成にも力を入れていくべきであると考え、2016 年までに

表 3 事前指示に関する各州の法律

state	Financial	Personal	Health
ACT	EPA <i>Powers of Attorney Act 2006</i>	EPA <i>Powers of Attorney Act 2006</i>	EPA <i>Powers of Attorney Act 2006</i> Direction <i>Medical Treatment (Health Directions) Act 2006</i>
NSW	EPA <i>Powers of Attorney Act 2003</i>	EPG <i>Guardianship Act 1987</i>	EPG <i>Guardianship Act 1987</i>
NT	EPA <i>Powers of Attorney Act 2000</i>	none	Direction <i>Natural Death Act 1988</i>
QLD	EPA <i>Powers of Attorney Act 1998</i>	EPA (personal) <i>Powers of Attorney Act 1998</i>	EPA (health) and Advance Health Directive (includes a personal attorney) <i>Powers of Attorney Act 1998</i>
SA	EPA <i>Powers of Attorney and Agency Act 1984</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1983</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1983</i> MPA and Anticipatory Direction <i>Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995</i>
TAS	EPA <i>Powers of Attorney Act 2000</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1995</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1995</i>
VIC	EPA (financial) <i>Instruments Act 1958</i>	EPG <i>Guardianship and Administration Act 1986</i>	EPA (Med Treatment) and Refusal of Treatment Certificate <i>Medical Treatment Act 1988</i>
WA	EPA <i>Guardianship and Administration Act 1990</i>	none	none

出典：Government of South Australia (2007) South Australian Advance Directives Review Background Paper.

現在州に2人のナースプラクティショナーを23人にまで増やしていく方針である(Government of South Australia, 2008)。在宅、コミュニティでの緩和ケアにはプライマリーヘルスケア提供者の充実が不可欠であり、医療者の教育、GPやコミュニティー看護師への教育が重要視されている。さらに、専門分野の追求としてFlinders Universityの緩和ケア学部の大学院では、高齢者緩和ケアのコース(Master of Aged Palliative care)も開講されている。

(3) 事前指示(Advanced Directive : AD)と認知症に関する問題
死に直面している緩和ケア患者にとって、自分

の人生を自分自身で決めるADは、治療などさまざまな面でその人の人生を尊重するために必要なものであり、権利である。オーストラリアでは、法的に書面にしたADが意味をなすか否かは州毎に判断が異なる。表は、各州がそれぞれに制定した法律である(表3)。それぞれ独自にADに関するフォームがあり、州政府の公式ホームページなどで簡単に取得することが出来る。

しかし、医療者側の認識として、約80%が患者への医学的な情報提供を行い、患者の希望にそった治療を行っているという報告があるが(Seal et al., 2007)、アメリカやUKの様にADは浸透しておらず、その意味や有効性を知る患者、また医療者が少ないのが現状である。いくつかの調査結果

で、正式のADの文書が診療カルテに約1%しか挿まれていないという報告もある(Nair et al., 2000; Seal et al., 2007)。

高齢化に伴いアルツハイマーのADに関する問題が表出しており、Alzheimer's Australia(2006)が提出した「緩和ケアと認知症」の論点ペーパーの中にも、末期の認知症患者のケアには、認知症患者と家族が処置や管理に関する問題を事前に検討するべきだと述べられている。

また、オーストラリアでは、ある一定の年齢になれば、

- The Medical Power of Attorney (MPA)：医療行為に対する委任－医療者からの説明を受けたり、医療行為を決定する代理人
- The Enduring Power of Guardianship(EPG)：持続後見人－医療行為だけでなく生活習慣に関するすべての決定を行う代理人
- The Enduring Power of Attorney (EPA)：持続後見人委任－経済的な決定を行う代理人
- The Anticipatory Direction (事前指示書)－事前指示、リビングウィル

を決めておくことが推奨されている。患者のクオリティエンドオブライフを尊重するためにもADの必要性の浸透、医療者のADへの認識の向上は、今後の課題の1つである(Seal et al., 2007)。

(4) 家族ケア

終末期を自宅で共に過ごす家族の負担をいかに軽減するかは大きな課題である。自宅で療養する要介護者の場合、家族などによる介護だけに頼っている者は34%で、医療サービスを利用している者は4%のみである(AIHW, 2008)。また、オーストラリア全土に454,000人の65歳以上が配偶者やパートナーを自宅で介護しており、これからますます高齢化が進む中、高齢者が高齢者を介護する、老老介護が多くなっていくことも課題の1つである(Carers Australia, 2009)。オーストラリアでの家族

への取り組みをいくつか挙げる。

①介護給付金

在宅の療養には家族への支援は必須である。そのため、政府は介護者手当の給付やレスパイトケアサービスの支援にも取り組んでいる。介護給付金は、長期に渡り障害があり介護が必要な家族などに対して在宅ケアを行っている16歳以上が対象で、医師の証明と適切な介護が行われているかの証明が必要となる。

単身の場合、2週間ごとに562.10豪ドル(約4万5000円)、夫婦の場合、それぞれに469.50豪ドル(約3万8000円)が給付される(Centrelink website)。

②レスパイトケア

家族が継続して在宅で介護を行うには、家族の負担軽減が必要となる。そのため、緩和ケア患者はホスピス・介護施設・デイケアセンターにて、一時的に滞在しレスパイトケアを受けることができる。ただし、利用料金は、それぞれの施設によって異なる。

③ピリブメントケア

家族ケアの中で、死後のメンタルケアは非常に重要であり、各地区のソーシャルワーカーやカウンセラーが患者の死後、家族へのケアを行っている。中には24時間電話でのカウンセリングができる施設もある。

VII. コミュニティ緩和ケアへの取り組み

広い国土を持つオーストラリア全域で、先述したケアの三角形による、シームレスな緩和ケアを受けられる訳ではない。急性期病院や緩和ケア病棟などの医療設備の整った都市部では、コンサルテーションチームの介入により患者の状態にあったケアが受けられるが、地方の終末期ケアは緩和ケアの専門家ではないコミュニティにいるプライマリーケア提供者に主に委ねられている(Palliative Care Australia, 2005)。

Tel Health は、ウェスタンオーストラリア州、タスマニア州などで取り入れられているシステムである。これは、遠隔地域で直接コンサルテーションが難しい患者をビデオや電話を使用して都市部のコンサルテーションチームに依頼したり、家族ミーティングなどに電話で参加してもらうなど、距離があっても専門のコンサルテーションを受けることができるシステムをとっている(DoHA website)。

コミュニティ医療を支える GP への取り組みとして GP Super Clinic を設立することを目的に、政府は 2008 年から 4 年間に 2.75 億豪ドル(約 217 億円)の予算を組んでいる。これは、オーストラリア全土 31 箇所の都市や地方の町などに複数の GP や看護師、その他の医療者で形成されたクリニックを設立し、プライマリーケアを充実させるための取り組みである。現在はまだ準備状態であるが、ここにもオーストラリア政府のプライマリーケアの充実を図っていくとする意向が見られる。

VIII. まとめ

高齢化問題は、世界的に深刻な問題になってきている。医療費の高騰や医療スタッフ不足により、多くの高齢者の受け皿として、どうしても自宅での療養が余儀なくされる方向にある。そのためには、介護福祉への資金投入とコミュニティスタッフへの教育が必須となる。また、患者の状態に応じた適切な緩和ケアを提供するために緩和ケア専門チームとコミュニティケア提供者との連携強化が重要となる。

National Palliative Care Program では、高齢者介護施設へのガイドラインの作成やワークショップなどを通じて、知識や緩和ケアの普及を図るなど、地道で息の長い取り組みがなされている。また、コミュニティへの緩和ケア普及のために様々な取り組みもなされている。社会情勢によりさまざまな課題が押し寄せているが、政府は緩和ケアに関する

長期的な基本の方針を掲げ、現場との密なコミュニケーションをとりながら系統立てて今必要なことに資金を供給していく姿勢を示している。このことはわが国も学ぶべき視点ではないだろうか。

注

- 1) オーストラリアの医師は、一次診療を行う General Practitioner (家庭医: GP) と、GP からの紹介患者を診療する専門医に分けられている。医師は、医学部を卒業後、インターンシップを終了し、その後 GP 若しくは専門医になる選択をする。そして、それぞれに特別な研修を受ける。GP は、内科、外科、小児科、産科領域における包括的な診療を行う。General Practice という用語の意味は国際的な文献では統一されておらず、Royal Australian College of General Practitioners はオーストラリアでの定義を、「General practice とは、すべての医療領域での包括的な一次医療を、個人、家族、その地域に継続して提供することである」と述べている(Royal Australian College of General Practitioners website)。
- 2) Medicare は以下の 3 つを総称している。
 - Australian Healthcare Agreement: 州立病院の入院費用などに運用される資金
 - Medicare Benefit Schedule: 公立病院私立病院での入院治療にかかるドクターフィーの一部を負担する
 - Pharmacy Benefit Scheme (PBS): 薬剤費の一部を負担
- 3) ACAT: 連邦政府は 1985 年から高齢者ケア改革(Aged Care Reform Strategy)を行い、高齢者を介護施設から在宅へ移行する取り組みを始めた。同時期に設置された、医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士などによって構成されるチーム(ACAT)によって、入所者のアセスメントが行われている。これにより増加する施設で療養する高齢者を在宅へ移行させている(瀬間, 2008)。
- 4) 2006 年度の年間総医療費の支出額は、940 億豪ドル(約 7.3 兆円)で、GDP 比 9.0%、平均 1 人当たり医療費は約 4,507 豪ドルであった。1995 年度に比べ、GDP 比は 1.5% 上昇するとともに、年間総医療費は毎年約 8% 上昇している。オーストラリア政府は年々膨張する医療費に対応し、2000 年から消費税を 10% に増税している(AIHW 2008)。また、政府は Private insurance にも加入することも推奨し、政府の医療費の削減をはかっている。現在、国民の 44.6% が加入している(Private Health Insurance Administration Council, 2009)。それらの保険料の 30% は年末調整で返金さ

れることになっている。

- 5) 現在の料金等は政府のウェブサイト 'New Funding Model for Residential Aged Care' <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-acfi-subsidy-rate-0708.htm> を参照の事。

引用文献

- Aranda & Kristjanson, (2006), Australian and New Zealand Models of Health and Palliative Care, Palliative Care Nursing, pp. 1160-1165, Oxford, London.
- Alzheimer's Australia (2006), Palliative Care and Dementia Alzheimer's Australia Discussion Paper 7.
- Australia Institute Health Welfare, (1998), AIHW analysis of 1998 ABS Survey of Disability, Ageing and Carers Confidentialised Unit Record File.
- Australia Institute Health Welfare, (2005a), Australian hospital statistics 2003-04. Health Services Series no. 23. AIHW cat. no. HSE 37. Canberra.
- Australia Institute Health Welfare, (2005b), AIHW forthcoming. National palliative care performance indicators: report on the trial national palliative care performance indicator data collection.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007a), Australian Hospital statistics 2005-2006. Health Services Series no. 30. AIHW cat. no. HSE 50. Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007b), Residential aged care in Australia 2005-06.a statistical overview Aged care statistics series no. 24 . AIHW cat. no. AGE54. Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (2008) , Australian's Health 2008, < <http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah08/ah08.pdf>>(最終アクセス 2009年6月15日)
- Carers Australia, (2009), Carers Australia Strategic Plan 2009-2012, Canberra.
- Caresearch Palliative Care knowledge network website, National Palliative Care Program.<<http://www.caresearch.com.au/caresearch/WhatIsPalliativeCare/NationalPalliativeCareProgram/tabid/83/Default.aspx>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Centerlink website, Care Payment, <http://www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/payments/carer_adult.htm> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Commonwealth of Australia (2007), The PMG Kit for Aged care, ISBN:1741862329, pp. 3-1609, Canberra.
- Department of health and Aged Care (2000a), National Palliative Care Strategy, Canberra.
- Department of Health and Ageing (2003), Media Releases - \$4.5 million for palliative care programs <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/>

[health-mediarel-yr2003-kp-kp03017.htm](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Palliative+Care-1)>(最終アクセス 2009年6月15日)

Department of Health and Ageing website, Palliative Care, <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Palliative+Care-1>> (最終アクセス 2009年6月15日)

Department of Human Services (2000) Hospice Unit General Brief, Aged, Community and Mental Health Division, Melbourne.

Government of South Australia (2007) South Australian Advance Directives Review Background Paper.<<http://www.health.sa.gov.au/advancedirectives/>>(最終アクセス 2009年6月15日)

Government of South Australia (2008), Palliative Care Services Plan 2008-20016, unpublished document, The National Library of Australia Cataloguing-in-Publication, South Australia.

日本ホスピスケア協会, ホスピスケアとは, <<http://www.hpcj.org/what/definition.html>> (最終アクセス 2009年6月15日)

川越厚, 岡部健, 下山直人, 平林勝政, 矢野栄二, 福井小紀子, 阿部郷子(2007)在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究, 厚生労働科学研究データベース <<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>> (最終アクセス 2009年6月20日)

Mapcare website, < <http://www.mapcare.org.au/>>, (最終アクセス 2009年6月20日)

Madjar, I & Higgins, I.J. (1997), Unrecognized pain in nursing home resident, Veterans Health, 60, pp. 13-15.

McLean, W.J. & Higginbotham, N.H. (2002), Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales, Medical Journal of Australia, 177, pp. 17-20.

McNamara B.& Rosenwax L., (2007) Factors affecting place of death in Western Australia, Health & Place, Vol14, issue 2, June 2007, pp. 365-367.

Medical Search Australia & NZ website, Aust has about the palliative care experts needed, <http://www.medicalsearch.com.au/News/Aust_has_about_half_the_palliative_care_experts_needed-38910> (最終アクセス 2009年6月15日)

Nair, B., Kerridge, I, Dobson, A., McPhee, J., & Saul, P. (2000). Advance care planning in residential care. Australian & New Zealand Journal of Medicine, 30(3), pp. 339-343

New South Wales Department of Health, (2001) NSW Palliative Care Framework-A guide for the provision of palliative care in NSW, Sydney.

Palliative Care Australia (1999), State of The Nation 1998 -

- Report of National Census of Palliative Care Services, Canberra.
- Palliative Care Australia (2003), Palliative Care - Service Provision in Australia: A Planning Guid, 2nd Edition, Canberra.
- Palliative Care Australia (2005), A Guide to Palliative Care Service Development- A population based approach, Canberra.
- Palliative Care Medicines Working Group, (2006), Palliative Care Medicines Working Group progress report and work plan November 2006, Canberra.
- Private Health Insurance Administration Council, Industry Statistics, <<http://www.phiac.gov.au/>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Royal Australian College of General Practitioners website, What is general practice? <<http://www.racgp.org.au/whatisgeneralpractice>>(最終アクセス2009年7月30日)
- Seal, M. (2007) Patient Advocacy and Advance Care Planning in the Acute Hospital Setting, Australian Journal of Advanced Nursing; Jun-Aug, 24,4 ProQuest Health and Medical Complete pd.29.
- 瀬間あずさ(2008), 高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と医療との連携の現状, 海外社会保障研究, no.162 pp. 76-92
- Therapeutic Guidelines (2005), Therapeutic Guidelines Palliative Care, version 2, Melbourne.
- Victorian Government Health Information, Victoria' Palliative care Program, <<http://www.health.vic.gov.au/palliativecare/background.htm>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- Victorian Government Department of Human Services, (2000), Hospice Unit generic Brief, the Aged, Community and Mental Health Division, Melbourne.
- Yuen, J.K., Behrndt, M.M., Jacklyn, C. & Mitchell, G.K., (2003), Palliative Care at home: general practitioners working with palliative care team, The Medical Journal of Australia, 179 (6), S38-S40.
- World Health Organization (2008) Country health Information Profiles, - Australia Regional Office for the Western Pacific, < <http://www.wpro.who.int/countries/2008/aus/>> (最終アクセス 2009年6月15日)
- (ふくだ・ゆうこ 元神戸市看護大学助教)

倉田賀世著
『子育て支援の理念と方法』

(北海道大学出版会、2008年)

高島 淳子

本書の意義

本書は、ドイツの子育て支援政策を家族の社会的効用に注目することで、社会全体で子育てにかかる経済的負担を分担するその公平なあり方を検討し、日本でこれまで十分になされてこなかった総合的な子育て支援策への示唆を導き出すことを目的とする。

子育て支援の政策には、育児休業や仕事と育児の両立を容易にする多様な勤務制度の導入といった労働環境の整備、保育所をはじめとする保育サービスの充実、さらには子育てに伴う経済的負担の軽減策がある。日本では、少子高齢化に対する問題意識の高まりも受け、前二者については国の政策も充実しつつあるが、児童手当に代表される所得保障は若干の改善がみられるものの依然として十分とはいえない。また、社会保障給付費の内訳を見ても、高齢者を対象とする給付が圧倒的な割合を占めている。最近でこそ、子育てを担う若年世帯や子どもが貧困状態にあるとの指摘がなされるが、経済的支援は数ある子育て支援策の中でも劣位にあるといえる。

また、日本の子育て支援策についての議論状況をみると、規範的な立場から、それも多岐にわたる子育て支援策に通底する法規範についての議論は十分になされているとはいえない。この点本書は、基本法6条1項の家族の保護の解釈をめぐって多くの連邦憲法裁判所の裁判例を有するドイツを比

較対象とし、社会保障給付だけでなく税制度も検討対象とすることで、子育て支援政策を貫く法規範の導出に成功している。今後ますます重視される少子化対策の立法論に対し、本書が果たす意義は大きいといえよう。

本書の構成と概要

ここでまず、本書の構成と概要を見ておこう。

「はじめに」では、本書の目的が明確に示される。すなわち、多数の育児支援策のうち他に劣後している経済的負担の軽減策を取り上げ、かつ、税制度まで網羅した総合的な子育て支援策を検討対象とし、多数の裁判例の蓄積のあるドイツを比較対象とすることで、単なる制度比較ではなく、法規範の導出とそこから日本への示唆を得ようとする。

以下、第1章から第4章までドイツでの子育てへの経済的支援のあり方が、制定史や連邦憲法裁判所の裁判例の分析を通じて明らかにされる。

第1章は、「婚姻および家族は、国家秩序の特別の保護を受ける」と規定されるドイツ基本法6条1項の解釈・適用を取り上げる。それに先立ち、家族がなぜ国の特別な規範的保護を受けるのかを、ワイマール憲法からの規定の形成史と家族の機能の2側面から検討する。ここでは、子育てに見出される社会的効用が規範的に承認される過程が明らかにされ、家族がそうした公共性を有するがために特別な保護の対象となることが示される。

第2章では、基本法6条1項の「保護」の解釈を連邦憲法裁判所の裁判例から考察する。その結果、連邦憲法裁判所は、基本法6条1項を婚姻や家族に対する特別な保護をせよという客観的価値決定規範であると認め、それにより、国家には家族に対する不利益取扱いを禁止し、さらには促進の命令に基づいてその不利益を改善することも求められる。こうした手法を通じ、本書の問題関心の対象である「子どもを養育する者」と「子どもを養育しない者」との間に生じる不利益は、国家により積極的に是正されることになる。

続いて第3章・第4章では、その不利益取扱いの禁止と促進の命令が具体的に展開される場面を、公的年金保険制度と所得税法制度をもとに詳述する。本書の中心部分に該当するため、ここでもやや詳しく紹介したい。まず第3章では、公的年金保険制度での子育てへの考慮の歴史的展開をみる。公的年金保険制度では、被保険者間の連帯に基づいて社会的調整がなされ、被保険者集団内部での格差が社会的に是正される。しかしながら、被用者年金を基礎とするドイツでは、子育てを理由に職業生活から離脱した場合には強制被保険者とならず、被保険者集団内部で行われる「社会的調整」の対象とはならない。子育て負担の軽減は、社会保険内部ではなく、国家の責務の下で行うことだと認識されるのである。しかし、連邦憲法裁判所判決が基本法3条1項の平等原則に基づき子育てで生じる保険料未納期間を是正するよう求めたことをきっかけに、保険料負担の軽減策など子育てへの考慮が公的年金制度の中に取り入れられ、その後も拡充を見せる。

本書では、子育てへの考慮に関する具体的手法を①被保険者に保険事故が発生した際に、子育てを付加的に考慮するもの、②女性自身の年金権を充実させるためのもの、③子育ての意義を積極的に評価することを目的としたもの、の3つに分類したうえで検討する。

まず①に、子のいる被保険者への付加給付である児童加算がある。児童加算はライヒ保険法の時代から存在し、ナチス時代には人口政策的観点から増額されたが、税を財源とする連邦児童手当法の拡充に伴い、縮小・廃止された。①はすでに被保険者である者を対象とし、純粋に子育てによって生じる追加的な経済負担を軽減するための給付であるため、保険原理に基づく社会保険制度の中で正当化することは難しく、後述するように、社会保険制度固有の正当化が必要となる。

②のうち、本稿では、寡婦(夫)年金と考慮期間に触れる。まず、寡婦(夫)年金をめぐるのは、1963年と1975年の連邦憲法裁判所第一法廷判決が、いずれも寡夫に追加的要件を課すことが基本法の定める男女同権に反しないかを論じる。特に後者は、性別に代わって遺族の所得保障の必要性を遺族が年金権を獲得できなかった理由に基づいて判断することを提案し、その理由の一つに育児による稼得不能を示した。これを受け、遺族年金および育児期間に関する法(HEZG、1985年)が制定され、子一人につき1年間、被保険者の平均賃金の75%を得て労働していた場合と同様に保険料納付があったとみなされるようになった。同法は、子育て期間を公的年金受給権を基礎付け、年金受給額を増額させる要素としてはじめて承認した。

1992年・年金修正法(1989年制定)では、算入される子育て期間が1年から3年に延長され、また考慮期間が導入された。考慮期間とは、10歳未満の子を持つ被保険者が、保険料納付義務ある就労をしたがその収入が平均所得を下回る場合に、平均所得を得て保険料を納付したのと同様の効果を与えるため、報酬点数を加算するものである。2人以上の子を養育している場合には、就労に基づく保険料納付がない場合でも加算される。考慮期間は、育児のために就労を中断したり、職場復帰をしてもパートタイム労働であったりするために、将来の年金受給額が低額にとどまるという問題に

対処するもので、子が1人の場合は、職場復帰するとさらに年金制度上有利に扱われ、子育てと就労との両立支援という側面を強化した策と位置付けられる。

③には、1986年施行の児童養育期間がある。これにより、子一人につき3年間、子育てに従事する者は年金保険法上の強制被保険者となり、保険料を拠出せずとも被保険者の平均賃金を得て保険料を支払ったのと同様に評価される。保険料納付義務ある就労に従事した場合には、みなし納付分が合算される。また、児童養育期間は年金受給権を取得するのに必要な5年の待機期間にも算入されるため、子どもを2人以上育てると、保険料納付義務ある就労を一度もしなくても老齢年金を受給できる。

こうして、子育ては年金制度上、平均収入を得ているのと同様の評価を受けることとなったが、1992年と1996年の連邦憲法裁判所判決で、さらに子育ての独自性が指摘されるに至る。すなわち、1992年第一法廷決定では、年金保険という世代間契約システムの中で、子育てに制度存続保障という意義を与え、また、基本法6条1項の家族の保護と結びついた基本法3条1項の平等原則によって、子育てを失業や疾病などとは別に扱うことが規範的に要請されるとし、1996年判決でも、子育ての意義の独自性が改めて確認された。ここでは、育児と就労を行った者の場合、平均所得以上の収入を得ると考慮期間の恩恵が受けられない点が、育児のみを行う者との間で基本法3条1項の平等原則違反かが争われ、育児と就労を同時に行う者への考慮を立法者に義務付けた。その結果、1999年・年金修正法により、育児をしながら就労による収入を得た場合にも、保険料算定限度額までは自らの保険料納付に加えて育児による貢献分が加算されることとなった。

続いて第4章では、所得税法上での子育ての考慮、具体的には児童扶養控除の変遷が取り上げら

れる。子育てを理由とする控除はワイマール共和国時代に現れ、第二次世界大戦後は、控除額が引き上げられるとともに児童手当法が制定される。その後、1990年の連邦憲法裁判所が租税算定基礎から家族構成員の最低生活費も控除することが規範的な義務であると明らかにしたのをきっかけに、児童手当が所得税法に組み入れられた。現在では、受給権者は戻し税として支給される児童手当と児童扶養控除の有利なほうを選択するが、所得が中低位であれば、児童手当から児童扶養控除による租税軽減額を差し引いた利益が出る仕組みとなっている。さらに、児童扶養控除に保育費や教育費、職業教育費も考慮することとなったが、特に保育費については、親が家庭で保育する場合にも控除を認めた。このように、租税法の基本理念である応能負担原則も、基本法6条1項に基づく家族の促進という要請から修正を受けてきたことが示された。

最後に第5章では、これまでの検討をもとに、日本の少子化問題への立法政策指針の導出が試みられる。日本の所得税法にも扶養控除と特定扶養控除が存在し、児童手当の組み入れはないものの、ドイツと類似した手法で子育ての経済的負担を緩和している。しかしながらドイツでは控除制度を構築する際に、所得税から控除すべき最低生活費額を公的扶助の最低生活費額と一致させよとの判示や憲法規範に適合するよう家族構成員の最低生活費額をも控除の対象とするよう求めるといった形で裁判所の規範的裁量統制がなされており、これを日本との大きな違いとする。

また年金保険法では、ドイツの公的年金は被用者を対象とし、日本の国民年金のような普遍的な制度ではなく、第3号被保険者制度もないこと、また通常老齢年金の待機期間は5年と短期であるという違いが指摘される。こうしたドイツの年金の特徴ゆえ、主に子育てに従事する女性の年金受給権を確立するには、子育てを積極的に評価して被

保険者の範囲を拡大し、子育てをしたことで保険料納付済みとみなすという議論に向かいやすかったといえる。日独法制度の違いは考慮されるが、所得税法と同様、ドイツでは基本法6条1項による立法裁量の統制がなされている点が示唆的で、日本においても、日本国憲法14条の平等原則をもとに、同様の議論を展開し、立法政策の指針を抽出し得ると結論付ける。

若干のコメント

続いて、本書の特徴を挙げながら、若干のコメントを加えることとしたい。

まず注目すべきは、本書が子育てに諸制度の維持・存続という社会的効用を見出し、子育てをする者への一方的な支援ではなく、現実に子育てに携わらない者も子育ての受益者として、社会全体で子育てにかかる負担を公平に分担しようという発想に根ざしている点である。確かに、従来から「育児の社会化」として負担を社会全体で支える仕組みが議論されてきたとはいえ、あくまで子育てする者の「負担」に注目が集まり、子育てにより社会全体が「利益」を受けているという点には目を向けてこなかった。その理由は、本書も指摘するように(2頁)、子育ての社会的効用を強調することは人口政策的意図と結びつきやすい点にあらうが、子育てに社会的効用を見出すことで、家族を他の社会集団とは異なる子育て共同体とみることができ、家族への特別な保護が正当化されうる。ドイツでは、この家族の私的領域でなされる子育てに社会的効用があることを規範的に承認し、基本法6条1項による保護の対象とし、具体的な子育て支援策の指針を得ている。

次に、本書が制度横断的な分析を行っている点である。本書が取り上げる年金制度における子育ての考慮、所得税法上の児童扶養控除、ドイツでは近年所得税法に取り入れられた児童手当、いずれも子育ての経済的負担を軽減するという共通の

目的をもつ。本書での検討を通じて、ドイツでは、いずれの制度でも子育ての社会的効用に着目し、家族を国家からの特別な保護を受ける対象とする点が確認された。特に租税と社会保障給付の関係に着目することは、児童の貧困防止という観点から給付つき税額控除という形で具体的な政策に取り上げられようとしている今日、大きな意義がある。給付つき税額控除をめぐる現在の議論は、税制の逆進性を緩和し、親の就労意欲を損なわずに所得保障をなしうる点に注目が集まっているようであるが、ここに、本書が提示する憲法規範をもとにした具体的政策のあり方を検討する視点を加える必要があるらう。

そして何よりも、総合的な子育て支援策を貫く法規範の導出に成功している点は高く評価しなければならない。こうした法規範は、場当たりの政策立案を制御する重要な指針になりうる。ともすれば学問上の議論も、また執行面でも制度ごとに分断しがちであるが、総合的な視野で検討することで、より本質的な議論に至る可能性を本書は示唆する。

残された課題は、やはり日本の具体的制度をもとにした検討であらう。例えば第5章で述べられる第3号被保険者への評価であるが、筆者は、子育てをする第2号被保険者と第3号被保険者を比較し、第2号被保険者に用意される育児休業期間中の保険料免除措置を稼得活動の中断に対する補償とみて、この理論構成では第3号被保険者が行う子育てに経済的評価を与えることは難しいとする。確かに、第3号被保険者は実際に子育てをするか否かにかかわらず、すでに被保険者の地位を与えられ、保険料の拠出なくとも受給権を得ることができる。子育てに従事している者が(だからこそ稼得活動に参加できず)、年金保険制度から排除され、相当な不利益を被っていたドイツの法制度とは大きく異なる点である。ドイツの議論を前提とし、第2号被保険者と比較したうえで第3号被保険者

に不利益性を見出すのではなく、むしろ、第1号被保険者に着目したほうが、不利益性は意識されやすいように思われる。なぜなら、第1号被保険者(その配偶者も)は、収入があるか否か、子育てに従事しているか否かにかかわらず、一定額の保険料を拠出しなければならないからである。しかしその場合でも、子育てに従事しない第1号被保険者とのバランスを考慮して、免除期間を一定年数

に限るなど慎重な議論が必要となろう。

改めて指摘するまでもなく、家族のあり様は多様化している。その中で、さまざまな「差」が生じるが、どのカテゴリー間に生じる差を是正すべき不利益とみて解消していくのか。本書は、持続的な年金制度の構築のため不可欠な議論を深化する重要な契機となろう。

(たかはた・じゅんこ 京都産業大学准教授)

笠木映里著

『公的医療保険の給付範囲 — 比較法を手がかりとした基礎的考察』

(有斐閣、2008年)

柴田 洋二郎

I 本書の問題意識と分析視角

「社会保障給付がいかなる水準・範囲のものであるべきかという問題は、あらゆる社会保障制度について、多様な問題関心から論じられ得る基本的かつ重要な論点である。」(i頁)この「基本的かつ重要な論点」に対し、本書は、「公的医療保険の給付範囲という問題について、法的な観点から考察を加えるものである。」(1頁)

このような著者の課題設定は、これまで給付範囲の問題が必ずしも十分に議論されてこなかったことのみを背景とするものではない。医療技術の進展、患者の価値観の多様化、医療保険財政の逼迫といった医療保険を取り巻く近年の状況変化のなかで、相次いで一部負担金が引き上げられており、また、混合診療の可否に関する議論は近年の判決(東京地判平19・11・7判時1996・3)を受けてさらに活況を呈している。このように、公的医療保険の給付範囲に関する議論が必要性を増していることをも背景としている。

こうしたなかで、本書は、①医師の給付提供行動に先立って給付範囲を決定する規範と、②この規範の遵守を事後的に審査し担保・具体化する制度に着目する。そして、これらに対し、医療保険にかかわる多様な当事者の経済的利益や専門的知見がいかに反映され、調整されているのかという観点から分析を加える。これにより、公的医療保険

の給付範囲という問題をどのような観点から議論し、いかなる法的枠組みを用いて解決するかという基本的な論点に関する考察を提供することを本書の目的と位置付ける。

II 本書の構成と内容

1 本書は、序章のほか、公的医療保険制度における給付範囲の決定の態様を国ごとに考察した3つの編(日本、ドイツ、フランス)と、それらを通じた比較法的考察を中心とした総括(第4編)から構成されている。各国の考察では、それぞれの国における医療保険制度の全体像を意識しつつ、Iで述べたように、医師の給付提供行動の事前・事後に区分し、経済的利益や専門的知見の反映・調整という分析軸から検討が進められていく。

2 わが国について、本書の問題意識との関連で注目すべき分析は次の3点である。①保険医療の給付範囲を種類の面から決定している診療報酬点数表は、同時に給付の価格決定の基礎となる規範でもあること。②事前の給付範囲にかかわる診療報酬点数表と療養担当規則という2つの規範に共通して、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)が諮問という形で関与していること。さらに、中医協の原型にまで遡った歴史的考察から、中医協の諮問は給付範囲や価格の決定において支払側(保

険者・被保険者・事業主など)と供給側(医師など)との交渉・合意のプロセスが意識されていることを指摘する。③給付範囲の事後的な担保・具体化の場面において、審査支払機関に大きな判断権限が付与されていることがわかること。しかし、審査支払機関の審査手続に係る法令上の定めは詳細とはいえない。以上の分析を前提として、続く2つの編で独仏の検討が行われる。

3 ドイツにおいて、給付範囲を事前に画している規範のうち、法律上の規範として、給付提供の場面で機能する給付準則(経済性原則、専門性原則、給付の良質性)が重要な役割を果たしている。なかでも、治療目的のために必要十分な給付のみが提供されることを求める経済性原則について、ほかの給付準則と密接に関連しながら果たしている役割と、事後的な給付範囲の担保・具体化制度との連続性という点から重要性を指摘する。また、法律の下位規範として、①給付範囲の決定と医療給付の経済的価値の決定という2つの役割を担う一覧表(EBM)と、②必要な医療給付を給付範囲へ導入し、不適切な給付を排除する役割を担うことで、経済性原則を具体化する連邦委員会指針(以下、指針)がある。これらにより決定された給付範囲は、医師による給付提供後、医師が治療において経済性原則を遵守したかどうかを監督する経済性審査を通じて事後的に担保・具体化される。

ドイツでは、これら法制度・法規範の作成や担保は、当事者(特に、医師と保険者[金庫])による規範構築や制度運営の仕組みである「共同自治」と呼ばれる仕組みのなかで行われる。具体的には、EBMを作成する評価委員会、指針を作成する連邦委員会にはいずれも医師および金庫の代表が関与し、経済性審査の審査主体である経済性審査機関も医師と金庫の同数代表で構成される。また、指針の役割・機能の変遷から、個別の医療給付を給付範囲に包含すべきか否かを決定するという重

要な権限が、EBMから指針へと——したがって、連邦委員会へと——移行していることを明らかにする。

これらを踏まえて、給付範囲を決定する仕組みについて、以下の3つのことを指摘する。①事前に給付範囲を決定する規範である経済性原則と、これを事後的に担保・具体化する制度である経済性審査に制度的な連続性・一貫性が存在すること。すなわち、事前・事後にわたり医師と保険者が関与し、審査方法として経済性原則との結びつきが強い指標が重視される。②連邦委員会が特定の医療給付の給付範囲への導入や排除という重要な権限を行使する際に行う勧告にあたり検討対象とする事項からは、給付範囲の決定という問題は、専門的・医学的な問題としてとらえ直されていること。③連邦委員会への権限委譲と連邦委員会における決定手続とを考慮すると、給付範囲の決定を当事者間交渉による利益調整によってではなく、専門家による評価・決定によって解決しようとする傾向がわかること。

4 フランスでは、法律上の規範(給付の必要性の要請、節約義務)の果たす役割は小さく、一覧表、医師倫理規程、全国協約、医療職指標といった法律の下位規範が多様に存在し、事前の給付範囲の決定において法律上の規範を具体化する役割を果たす。これらを通じて決定される給付範囲は、複数の制度により事後的に担保・具体化されることになる。特に、給付の必要性の要請や節約義務といった給付準則に反する治療(濫用的な治療)に関しては、医師倫理規程の遵守を担保する2種類の懲戒裁判、全国協約や医療職指標の不遵守に対する制裁措置がそれぞれ医師との関係で独立に機能する。

フランスの仕組みは、給付範囲の決定主体と当事者利益や専門的知見の調整・反映という観点から2つに区分できる。まず、①給付類型により給

付範囲を決定する規範である一覧表である。近年の法改正に基づく新しい一覧表(CCAM)には、利益代表者の関与を完全に排した専門家機関である高等医療局が意見聴取という形で関与する。これに対し、報酬設定機能をも有していた従来の一覧表(NGAP)の作成には、当事者代表を中心とする常任委員会が関与していた。つまり、一覧表から医療行為の経済的価値の評価が切り離されるに伴い、専門家機関による専門的知見を反映して給付範囲が決定されるようになったことが確認できるとする。そして、②医師の給付提供行動を規律することで給付範囲に影響を及ぼす諸規範(医師倫理規程、全国協約、医療職指標およびそれらの遵守を担保する制裁措置)である。いずれの規範についても、医師の集団がその作成から事後的な担保・具体化に至るまで必ず何らかの形で関与する点を特徴として挙げている。

また、①と②に共通して、保険者(金庫)には、近年の法改正により、医師が給付範囲を決定する諸規範を遵守しているかどうかを事後的に審査・確認する権限が付与されており、そこでは、金庫の顧問医集団である保険者の医療監視部門による医学的観点が中心的な役割を担っているという傾向を見出している。

こうしてフランスでは、全体として、給付範囲の決定にあたり、医学的・専門的な観点が重視されていると指摘する。そこには、質的な観点への着目と医療の良質性とが費用の抑制につながるとする「医療費の医学的抑制」という政策理念を背景とする制度があることにも注目する。

5 総括として、独仏の法制度の比較検討を行い、日本法に対して大きく2つの示唆を導き出す。

給付範囲を決定する法制度のうち、給付類型を示す一覧表は次の3点で独仏に共通の傾向が窺える。①給付範囲の決定という問題を給付の経済的価値という問題から切り離すようになっており、②

利益代表者による交渉・調整ではなく、専門的・医学的な知見が反映されるようなプロセスに委ねられてきていること。そのとき、③医療給付の範囲の問題を給付の良質性という価値と関連付けて理解しようとしていること。こうして、わが国において給付範囲の問題の位置付けを明確にする必要性を指摘する。具体的には、1つの規範に保険給付の種類決定と給付の経済的価値決定という2つの問題の解決を委ねるか、あるいは切り離して考えるのか。そして、給付範囲決定の問題と医療給付の質——良質性や有効性・安全性——の問題を結び付けて考えるのか、あるいは切り離して考えるのか。

さらに、事前に給付範囲を示す規範と、事後的に給付範囲を担保する法制度とを、互いに関連付けて議論する必要性があると述べる。特に、独仏の比較検討からは、事前に示される給付範囲が抽象的である場合には、事後的に給付範囲を担保・具体化する法制度が重要な役割を担っていることからすれば、事前の規範の抽象性の程度が事後の制度の果たす役割の大きさと関連性を有することを考慮する必要があるとする。そして、独仏とも、事前・事後の給付範囲決定が連続性・一貫性を有する制度を構築しようとしていることを指摘し、わが国でも、事前の給付範囲決定の趣旨が事後的な担保・具体化の際に適切に反映・実現されることを意識した議論が必要となると述べている。

また、間接的な示唆にとどまっているが、一覧表とは別に医師の行動を規律する規範(給付準則)が医師や被保険者に及ぼす影響の程度が両国で異なること(ドイツで強く、フランスで弱い)を費用支払方式の違いから説明する点は興味深い。つまり、第三者払い方式(ドイツ)と償還払い方式(フランス)では、診療報酬の支払主体に対する費用請求者が医師か(ドイツ)、被保険者か(フランス)という違いがみられ、そのことが医師の給付提供行動の医療保険制度からの独立性の強さに——ひいては、被

保険者の給付請求権に——違いをもたらす。それは、償還払い方式の趣旨が医師の治療上の自由の保護——第三者(保険者)が診療報酬を背景として医師の給付提供行動に影響を及ぼすことを防ぐこと——にあることから補強される。これらの指摘は、費用支払方法が当事者の権利に及ぼす影響を明らかにするものであり、これまでにない視角からの分析として著者の慧眼ぶりが窺える。

Ⅲ 本書の意義

本書は医療保険制度の変遷を分析する歴史研究を主眼とするものではない。もちろん、必要とあらば制度や規範(規定)の起源・原型にまで遡ったうえで、基礎資料を渉猟しつつ時代背景にも言及しながら変遷過程を丹念に考察することを厭うものではなく、その点で制度史として十分な意義を有する。しかし、本書の最大の意義は、これまで深く研究されてこなかった医療保険給付の範囲の決定のあり方を検討する本格的な研究書であるという点にある。本書により、医療保険の給付範囲は、複数の法規範や法制度が、医療給付の事前・事後にわたって影響を及ぼす複雑な構造のなかで決定されていることと、これら法規範・法制度の作成からその遵守の担保・具体化に至るまで実に多様な当事者がかかわりあうことにあらためて気づかされる。そして、実態の複雑さや当事者の多様性を再認識させるだけでなく、著者はそれらを幅広く視野に収めたうえで、鮮明で一貫した分析視角に基づく緻密な検討を行い、わが国における議論において有意義な示唆を析出していることにこそ注目すべきである。付言すれば、随所にまとめとして問題意識との関連性が明確にされていることにより、読み手は、難解さを感じることなくこの壮大な研究を迷わず進んでいくことができるだろう。以上からすれば、今後の解釈論や政策論議において手がかりとなる基礎的考察を示すという著者の意図は十

分に果たされていることは疑いない。

評者の理解力不足を棚にあげ、あえて疑問点にも触れておくと、独仏に共通してみられる傾向である、給付範囲の決定の問題を専門的・医学的観点から解決しようとする自体の是非を検討する必要性はなかったか——それとも、そもそも批判的立場に立った議論や学説はみられないのだろうか。なぜなら、こうした傾向は、極論すれば、医療給付の受益者である患者・被保険者を排除した専門家による医療給付の統制につながりうるからである。独仏ともに医学的な判断に対する裁判所のコントロールは相対的に弱いことを加味すれば、こうした危惧はいっそう強まる。以上のことを考えると、たとえ医療の良質性という理念と結びついたものであるにせよ、なお、専門的・医学的観点からの給付範囲の決定には一定の問題が潜んでいると思われる。もっとも、この点は本書の高い学術的評価を些かも減じるものではなく、批判的視点からの分析を加えることにより、今後の議論をさらに深化させることができると考えたゆえの指摘である。

また、これだけ高度な分析がなされているとさらなる知的刺激が喚起される。たとえば、独仏でみられる方向性は純粋に理念のみに衝き動かされたものといえるのか(政治的な意思が影響を及ぼしてはいないのか)、医療費の抑制という目的からみて給付の良質性や医学的・専門的知見はどの程度有効といえるのかなどである。そして何よりも、本書の分析をわが国にあてはめた場合の具体的な制度設計について、著者がいかなるモデルを提示するのかに興味をそそられるが、残念ながら本書では詳細な言及はなされていない。もちろん、これまで十分に議論がなされてこなかった給付範囲の決定という問題の解決に向けて、検討の視点を提供することを目的とする本書(だからこそ、タイトルは「基礎的」考察となっているのだろう)に対して、こうした指摘が本書の主題から外れたものであることは自覚している。さらにいえば、著者はこれらに

対する応答を放棄しているわけではない。なるほど、本書は、本書の研究をふまえて展開されるいくつかの課題を提示して締め括られている(そして、その1つとして、具体的な制度像を示すことも含まれている)。現在、ひとまず日本を離れて在

外研究を行っている著者は、自らに課した課題に対し彼の地でいかなる知見を広めているだろう?著者が今後どのような解答を示されるかを心待ちにしているのは評者だけではない。

(しばた・ようじろう 中京大学准教授)