

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	

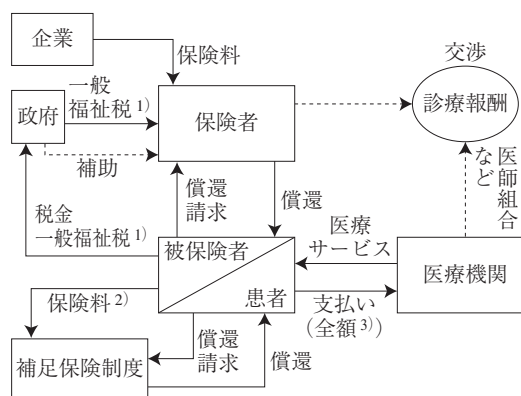
出典：INSEE

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

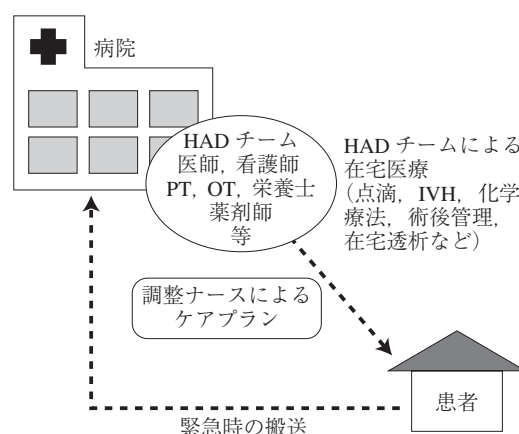


図2 フランスにおける在宅入院制度 (Hospitalization à Domicile : HAD)

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のように、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。ソロプ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

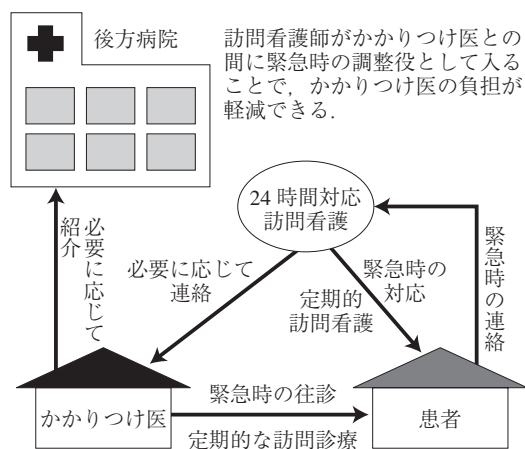


図3 在宅医療を支える上で非常に重要な訪問看護師の役割

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)