

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

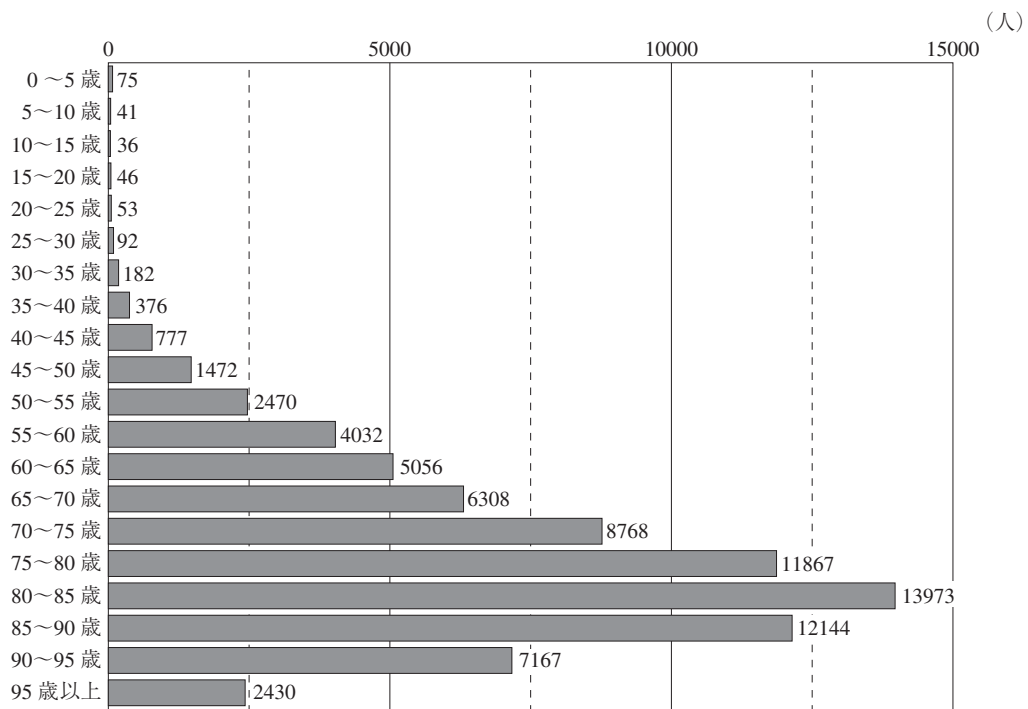
プライマリーケアの専門研究機関(NIVEL)が実施した「慢性疾患に関する10年調査」によれば、2006年の国内の死亡者総数は約135,000人であり、そのうち慢性疾患による死亡者は、77,000人であった。死亡原因となった主な疾患についてみると、癌が最も多く約40,000人に上り、そのほか脳卒中による死亡が約10,000人、認知症による死亡が約8,000人となっている。1996年から2006年の間に、慢性疾患による死亡者数は約6%増加したことが

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。

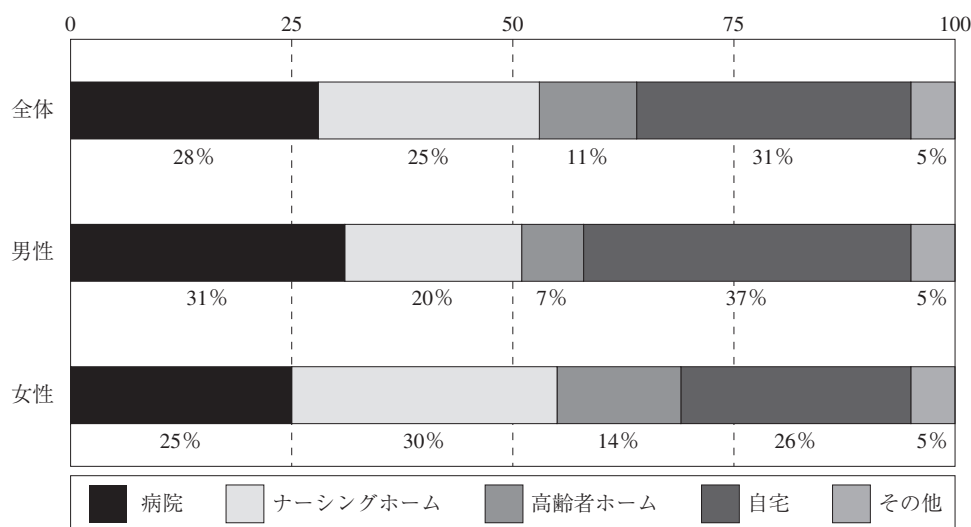
次に、終末の場についてみると、図2に示すように、2006年現在、慢性疾患により死亡した人びとのなかで、31%の人びとが自宅で死を迎えており、28%の人びとが病院で、25%の人びとがナースিংホームで亡くなっている。また、11%の人びとが高齢者ホームを終末の場としている。残りの5%の人びとは、それ以外の終末の場所となっているが、それは例えば、独立したホスピスまたは精神障害者施設などである。ここ数年間に、終末の場を病院とする比率がやや低下するいっぽうで、ナースিংホームとその他の場所の比率が若干高まっていることが報告されている⁴⁾。

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, Fancke, Hingstman, & Willems (2009), p. 3
- 4) Velden, van der, Fancke, 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)