

ドイツでの緩和ケアから見た 日本での終末期の課題と解決策の考察

Study problems and solutions of the terminal care in Japan from the palliative care in Germany

家族・地域支援学科 山路 憲夫

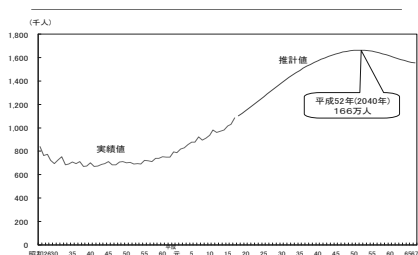
論文・研究ノート

I はじめに

1 本研究の目的と問題意識

本稿は先進的な取り組みを進めるドイツでの在宅緩和ケアの経緯と現状，医療保険制度での位置づけを明らかにしたうえで，ドイツとの比較から日本での終末期ケア，その中での緩和ケアの役割と課題を明らかにし，地域包括ケアの構築という観点からその充実のための解決策を探ろうとしたものである。

日本での高齢者の死亡は今後 10 年間で年間 40 万人増え，160 万人にも上る (表 1)。



(表 1)

病院で亡くなる高齢者が 8 割を占める日本でも，在宅での看取りは否応なく増え続ける。高齢化がさしあたってのピークを迎える 2025 年度までに，国は地域包括ケア体制の構築を目指す介護保険法改正並びに医療介護確保法を成立させた。全国の市町村はそれを受けて 2015 年度からその取り組みを本格化させつつある。

日本の場合，病院で死亡を迎えるのは，全体の 8 割に上るが，37 万床ある療養病床の削減も進む。慢性期の症状を抱える高齢者の社会的入院の受け皿となってきた療養病床を削減，急性期，亜急性期を中心とした先進医療にシフトさせる一方で，在宅医療の充実，強化をはかる政策を国は急ピッチで進めつつある。その方向には，筆者も異論はない。「暁の上で死にたい」という言葉にもあるように，古来から多くの日本人は自宅で最期を迎えたいと望んで来た。今もそれは変わらないにもかかわらず，病院での死亡が欧米に比べ突出して多いのは，在宅ケア，とくに終末期ケアの整備が立ち遅れてきたからである。

住み慣れた自宅で，地域でどう最期を迎えるのか。その受け皿づくりを制度だけではなく実質的に作り上げていくのか。それは地域包括ケア構築の中でも喫緊の課題である。

そのためには，在宅で看取りができる制度改革，環境の整備，終末期のあり方をめぐるコンセンサス (終末期をどう迎えるのかの意識) つくりも避けて通れない。

終末期ケアには二つの潮流があるとされてきた。メディケアの伝統的なホスピスケアともう一つは緩和ケアである。ところが日本ではこの二つが混在して使われてきた。ここでは病棟でのホスピスケア (入所型) ではなく，在宅での緩和ケアに絞って考えたい (注 1)。

2 先行研究から見た本研究の意義

ドイツの緩和ケア、とくに本研究で取り上げたSAPV(Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung=専門在宅緩和ケア)については浅見省吾氏による詳細な紹介と医療保険制度での位置づけ、課題についての研究がある。

近年のドイツの医療保険制度改革については健康保険組合連合会や国民健康保険中央会の調査団報告書(例えば国民健康保険連合会の「ドイツ医療保険制度(最終)調査報告書」2009年10月)に詳しく紹介されている。さらに土田武史氏らによる高齢者ケアを支える医療保険制度、介護保険制度の課題も多角的に紹介、分析されている。

一方、日本の緩和ケアについては、佐藤智・編集代表「明日の在宅医療」全7巻(中央法規、2008年10月)の第3巻「在宅での看取りと緩和ケア」で日本での緩和ケアの現状と課題、国際的な動きも含め紹介された。それまで個別的な研究や実践報告はあったが、その全体を俯瞰できる第3巻により、日本での緩和ケアについての知見が明確になったといえよう。ただ、第四章で加藤恒夫「緩和ケアの世界的動向と日本における課題——英国と比較して——」でイギリスの緩和ケアの紹介、日本との比較はあるが、イギリスに限定したものでドイツについての紹介はなく、世界的動向の紹介とは言い難い。とくに地域包括ケアの本格的な取り組みが始まっていないこともあって、地域包括ケアの構築から見た緩和ケアの役割という視点は当然ながら出されていなかった。

本稿は日本で始まった地域包括ケアの構築を進めていく上で、在宅での看取り体制の充実強化が避けられないこと、その中で緩和ケアがきわめて重要な役割を持つことをドイツとの比較から明らかにしようというもので、これまでの研究や実践報告で不十分だった視点での研究となろう。

3 研究方法

本稿は以下の方法により、ドイツでの緩和ケアの経緯と現状を明らかにし、日本との比較をしたものである。

① 緩和ケアに関する文献、資料収集及び分析の整理

② ドイツのケルン市での専門的在宅緩和ケアチーム「SAPV Köln」の医師、同じくケルン市で自ら経営する高齢者住宅でホスピスケアに取り組む「クラインアート」の施設長、及び「ノルドライン・ヴェストファーレン州疾病金庫「ラインランド・ハンブルグ」(デュッセルドルフ市)の担当者を対象としたヒアリングを2014年8月末実施した。

③ 日本での在宅医療、緩和ケアについての文献、資料収集及び分析の整理

II 緩和ケアの歴史とドイツでの進化

1 緩和ケアの歴史と近年の進化

緩和ケアはケシから作られるアヘンの発見から始まった。紀元前1552年のパピルスにケシの医薬品としての価値が記載され、紀元前1200年頃に使われたとされる、ケシから作られるアヘンを吸うパイプが、キプロス島で近年発掘された。古代エジプト、ギリシャ、アラブ地域でアヘンは医師によって処方され、8世紀から9世紀にかけて、ペルシャ、インド、中国に広まった。西ヨーロッパには11世紀から12世紀にかけて十字軍によって持ち込まれた。

19世紀中頃、ドイツでアヘンからモルヒネが分離され、鎮痛作用を持つ医薬品として広く受け入れられるようになった。モルヒネの発見もあって、1878年、アイルランドのダブリンで、終末期患者の収容施設が設けられたのが、最初のホスピスケアとされる。

その後、イギリスのロンドンで末期がんのホスピスが作られるなどイギリスでホスピスケアが進展、イギリスのソンドース医師が、基金を募って

1967年に近代的なホスピスがロンドン郊外に開設、これを拠点に鎮痛研究と教育施設を進め、在宅ケアも広げていった。緩和ケア病棟として制度化され、このホスピス運動は世界に広がっていった。

ソンダースは収容施設在宅型の緩和ホスピス活動の推進に尽力、日本の医師にも大きな影響を与え、1990年代には日本でも施設型だけではなく、在宅緩和ケアが広がっていった(注2)。

2 ドイツでの緩和ケアの歴史——1980年代から本格化

ドイツでの緩和ケアの取り組みは30年前から始まった。

1983年にケルン大学の大学病院がドイツで初めて緩和ケア部門を設置した。これをきっかけに病院を中心としてホスピスが広がった。「ドイツがん支援協会」も1980年代から緩和ケアの普及に尽力、こうした広がりを受けて、1997年ヨーロッパではじめて緩和ケアを法制化した。入所またはデイケア・ホスピスの利用者は医療保険制度の適用となる受給権が認められた。

2001年、外来と在宅での緩和ケアの受給権が認められ、2007年には同サービスを子どもにも拡大された。

さらに2007年にSAPVも法制化され、ドイツ社会法典に定められた。SAPVの目的、内容、チームの資格要件も示され、医師、看護師、コーディネーターからなるチームが作られることとなった。日本の中医協(中央社会報酬診療協議会)にあたるG B A(共同連邦委員会)がガイドラインを制定し「家庭的環境において重病人が慣れ親しんだ環境で継続して生活できる」ようにした(注3)。

SAPVが緩和ケア全体の中で、どういう位置づけになるのか。緩和ケアの供給構造をみると、緩和ケア病棟とSAPVとがあり、ホスピスは入所型ホスピスと在宅ホスピスとの4種類に主として分けられるが、実際にはこのほかの形態もある。

保険給付でみると、主に家庭医や看護・介護

スタッフによる一般的な在宅緩和ケアが全体の90%を占め、10%が専門的な医師、スタッフによるSAPVと在宅ホスピスサービスが位置づけられる。ホスピスサービスは訓練されたボランティアの派遣とホスピスの看護師とソーシャルワーカーによる外来相談サービスの提供である(注4)。

緩和ケアの目的として「進行性の不治の病の重病患者のQOLと自己決定を維持・向上させ、彼らに尊厳ある生活を死ぬまで可能にすること」「病気の治癒ではなく、症状と苦痛の緩和が最重要であり、患者と患者に近い人間のニーズが(ケアの)中心に位置する」とされた(注5)。

同法に基づく緩和ケアのうち、入所型ホスピスの給付条件として①余命が限られ在宅ホスピスはできず、病院での治療が不要な患者②家族的な施設(8~16人)③緩和ケアだけでなく、精神的なケア、基礎介護も保障する④緩和ケアの専門教育を受けた経験ある看護師が中心となる——などがある。

入院が不要な一般的な在宅患者に対する緩和ケア(在宅ホスピス)の提供を医療保険で認める給付条件は①緩和ケアの専門コースを修了し、三年以上の経験を持つ看護師、介護職②緩和ケアの経験を持つ介護・看護事業者、開業医と提携③有資格のボランティアが15人以上いること(追加的に子供向けホスピスを行う場合は追加的に子供用ホスピスの有資格者10人)④ボランティアにはスーパービジョンを保障する——の4つがある。

さらに在宅ホスピスの柱となる給付内容は看取り、緩和ケアに関する相談、病気と関わる苦悩の緩和、心理的な支援(死をめぐる疑問、コミュニケーションなど)、患者本人その家族の自助体制の促進である。

同時に入所型ホスピスには医療保険でかかった費用の90%(子どもの場合は95%)が償還される。残りは寄付により賄われる(注6)。これは州によってやや異なる。

緩和ケアのうち保険給付の対象となるSAPVについては、その法的な裏付けとなるドイツ社会法典によると「治癒不能な進行性の病に罹り、その病がかなり進行し余命が限られ、とくに費用のかかるケアが必要な場合、被保険者はSAPVへの請求権を持つ、そして医療的サポートや看護サポート、それらの組み合わせで、痛みや様々な症状をコントロールし、親しい人に囲まれた住み慣れた環境で被保険者をケアすること」との内容が規定されている(注7)。

これに基づき、ドイツ各地で、医師、看護師、コーディネーターによる通常8人程度)のSAPVのチームが次々とつくられ、一つのSAPVが平均25万人程度の住民が住むエリアを担当する。ドイツの人口規模でみると3200のチームが作られていることになるが、実際にはいまだカバーされていない空白地域もある。

III ドイツでの在宅緩和ケアの取り組み

1 SAPVの取り組み——病院死が70%から45%に減少

SAPVの一つ、SAPV Köln(正式には Palliativ Team SAPV Köln rechtsrheinisch =緩和チームSAPV「ケルン」ライン川右岸)はドイツ・ケルン市の東部にある。

スタッフには医師、看護師、コーディネーターの三職種、さらに事務職がいる。

「ケルン」に在籍する医師は9人。うち5人は家庭医、4人は病院勤務医。医師は特別な資格を持つ。専門医教育を受け、追加して緩和ケアの資格を医師会から得る。専門はガンの疼痛治療、中毒医、麻酔医。すべて病院勤務やホスピスの経験者である。

看護師は9人、うち7人の看護師が週40時間勤務。このほか担当するコーディネーター3人(週40時間勤務)がおり、看護職もコーディネーターを担当する場合もしばしばある。コーディネーターは緩和ケアを専門に勉強したか、ソーシャルワーカーの資格を持つ専門職で、患者、家族、ボ

ランティア団体との連絡をとる。看護師は緩和ケアの専門教育を受けたうえで、少なくとも2年間の緩和ケアの実務経験を持ち、在宅ケアの現場をよく知る専門看護師たちがほとんどを占める。

対応してくれたトーマス・ヨースト医師は40代後半の働き盛り、近くに診療所を持つ家庭医。そのうち週1回ここに来て、まる1日24時間をカバーする。

「緩和ケアは死ぬための医療ではない。生命を肯定する。人生が短くなることに反対し、医療を無駄に施すことにも反対する。患者に負担をかけない。残りの人生をよりよく生きる。そのために、私たちは人生の最期を担当する医師として患者が苦しむことなく生きることを手助けするのです」と在宅での緩和ケアにかける思いを語った。

SAPV「ケルン」がカバーするエリアはケルン市右岸にある地域(人口約45万人)で、60人の患者を抱える。9人の医師でローテーションを組み、24時間対応をする。患者のために24時間待機、7台の車があり、毎日患者宅に行ける。昼は患者5人対3人の医師がいる。夜間は介護士と医師1人が当直(自宅待機)し、緊急時にも対応できる。

昼間は毎日4方面に訪問診療をする。担当の看護師は1日に平均5回、看護師は緩和ケアについての高い能力を持つだけに、医師が度々関わるわけではない。死亡診断はその場になくても、翌日医師が訪問して証明書を書く。

訪問した日の2014年8月21日の宿直日誌を見ると、担当の医師は22時43分出動、その後は午前6時に呼び出されただけだった。

SAPVを希望する場合、申請できるのは、家庭医、専門医、病院の医師である。ほとんどの患者は重病の状態にあり、SAPVによるケアを受けてから、死亡するまでの平均日数は「ケルン」の場合40日という。

ドイツの場合、開業医は予算制だが、SAPVにはそうした予算枠はない。投薬のポンプを使ったり、補助具も使える。注文があってから、12

時間以内に納品できる。新患が出た場合、医師と看護師が面談する。在宅ケアを受けるには何が必要か、プログラムに基づきケアプランを決める。

ヨースト医師によると、この地区で、病院で死を迎える人々が70%だったのが、SAPVが始まってから45%に減った、という。その意味で「ケルン」はスタートしてからこの2年間で着実に成果を挙げつつある。

課題もある。がん治療と緩和ケアとの関係をみると、病院でのガンの専門医は緩和ケアへの認識が高いとはいえ、SAPVへの連絡はぎりぎりになったこともしばしばある。終末期の医療を学んできていないことが大きいとヨースト医師はいう。

家庭医も終末期医療を学んだ医師は少ないが、在宅の現場の問題に日々直面しているために、ほとんどは早い段階で連絡してくるという。

SAPVの限界もある。在宅の重病患者をSAPVが担当しているが保険給付の基本は看取りまでの40日間である。安楽死を希望する患者はオランダ、ベルギー、ルクセンブルグ、スイスに行く(注8)。「ドイツでは安楽死を認めていないから。コンセンサスはドイツではまだありません」とヨースト医師は言った。

ボランティアの役割も大きい。ケルン市のこの地域には5つのボランティア団体がある。1団体40人～50人おり、「ケルン」以外にも常時50人以上のボランティアが関わる。在宅緩和ケアを受けることになった患者には「ボランティアの関与を希望するかどうか」を聞く。患者の50%は病院から回されて来るが、その時ボランティアも一緒に来ることが多い。もともと病院の患者となった時からボランティアが関わっているケースも少なくない。ボランティアの関与を希望する患者はほぼ半数いる。

「ケルン」と密接なつながりを持つボランティア組織に属する一人、アルディン氏はトルコ移民の一人。ケルン市にもトルコ移民が多くトルコ語しか話せない移民も多いため、ボランティアに登

録、主にトルコ移民のボランティアをするようになったという。死ぬ前に「海を見たい」と希望すれば連れて行ったりすることもある。

後述するように、今回調査したホスピスや認知症高齢者の緩和ケアで、ボランティアがきわめて大きな役割を果たしているのも日本との大きな違いである。

2 高齢者住宅での認知症の緩和ケアとボランティアの役割

緩和ケアでのボランティアの役割は大きい。「ケルン」と同じケルン市にある在宅(高齢者住宅を含む)の緩和ケアに取り組む「クラインオート」を訪ねた。「クライン・オート」のコーディネーター(運営責任者)のマレーネ・ヘンケンさんも丁寧にその取り組みの概要を説明してくれた。

「クラインオート」は「セントビンセント・ハウス」内にある。

ドイツの福祉関連施設の多くはキリスト教が母体の法人が多く「セント・ビンセントハウス」もその一つである。同ハウス内には、老人ホームとしてスタートした建物があり、現在は20人の認知症高齢者がこのケア付き住宅で生活する。さらにデイケアサービスも持ち、認知症高齢者の緩和ケアに取り組む。常勤職員は130人のほかにさらに常時100人ものボランティアを抱える。

これだけのスタッフを抱えるのは同ハウス内に認知症グループホームを20も抱えるなど入居者、利用者の多さによる。二人部屋は二つ、残りは個室があり、各階に3人のスタッフがいる。一人は看護師、二人は介護職員だが、中にはソーシャルワーカーもいる。それ以外に家事専門の職員(入居者も巻き込んで)もいる。一人当たり月2000～3000ユーロの費用を要する。その多くは人件費である。

緩和ケアは5年前からスタート、2012年にボランティアの養成に本格的に取り組み始めた。

最初の半年でボランティアを養成。①死とどう向き合うか②病気とどう向き合うか③緩和ケアの

基礎的知識④認知症というものの基礎知識——
4段階の研修を受ける。

一般の認知症ケアに関わるボランティアはまず30時間の研修(基礎的・医学的知識)を受け、それに加えて様々な能力向上訓練も経て、ようやくボランティアの仕事につける。ボランティア教育に要する時間は120時間、4段階の教育をし、実際の研修を入所型の施設で実施ボランティア教育に要する時間は120時間、4段階の教育をし、入所型の施設で実習をした後、ようやく緩和ケアボランティアとして認められる。

30時間の研修でも認知症ケアのボランティアとなれるが、緩和ケアボランティアとして望まれているのは、120時間もの研修を受講することだという。

この研修に要する年間費用計3万ユーロのうち2万ユーロは疾病金庫からの補助金でまかなわれる。残り1万ユーロは修道会が助成する。

クライノートのボランティアは無償だが、有償ボランティアもあり、最低賃金より低く、交通費も含むが一時間7.5ユーロ(介護金庫から償還)もらえる。

ドイツは年間2400ユーロまでは税控除がある。こうしたボランティアへの支出はあるが、結果として市は社会援助の予算を抑制できると考えているという。

100人のボランティアのほとんどは退職した年金生活者ではなく、子育てを終えた主婦や早めに仕事をリタイヤした人々で、高齢者というより40代～60代の年齢層が多い。

ケルン市には「ビンセント・ハウス」と同じように緩和ケアに取り組む8つもの同じような緩和ケアに取り組む事業所がある。

そこでボランティアはどのような役割を果たすのか。

ヘンケン施設長によると、本人に寄り添い、ライフ・ヒストリーを見て、好きなことを知ることがまず大事だという。

30年前に比べ、「その人が何を考えているか」

重視するようになった。風呂に入っていない本人が「歌を歌いたい」といえば、歌う。げんこつを作れば「なぜげんこつを作ったのか」、最後の瞬間「何をしたいのか」、わからないが、ボランティアは感度を高める。この活動は本人の過去を知り、本人に寄り沿うスピリチュアルな活動であり、ボランティアは直接の介護はしなくてもいい。

「家族、病人本人はホスピスと聞くと不安がある。最後を迎える瞬間まで本人が何を求めているのか。場合によってはなにもしなくてもいい。そこにいるだけでもいい。感度を高め、本人が何をしたいのかつかむことが大事です」とマレーネ・ヘンケンさんはいう。

関わるボランティアの人々が多いこともさることながら、ドイツのPCの現場を質の高いボランティアが支えていることを今回のドイツでの調査は教えてくれた。

IV 保険者(疾病金庫)による緩和ケアの取り組み
緩和ケアを保険診療に位置付けているノルドライン・ヴェストファーレン州最大の疾病金庫「ラインランド・ハンブルグ」はデュッセルドルフ市にある。ノルドライン・ヴェストファーレン州はドイツにある16の州のうち最も人口が多い。ドイツはさまざまな医療制度改革を進めて来ており、保険者である疾病金庫も統廃合が進み、2014年5月現在で、ドイツ全体で132まで減った。

「ラインランド・ハンブルグ」は加入者201万人で、年間扱う保険料は98億ユーロ(ドイツ全体で約700億ユーロ)に上る。同疾病金庫は2005年から2008年にかけて、緩和ケアについて積極的に推進してきた。この部門では疾病金庫間の競争(提供するサービスの競い合い)は止めることとなった。緩和ケアにおいて、そうしたサービスでの競争は避けるべきとの考えからである。

緩和ケアを担当するトルセン・ヤンセン氏(選択的契約部門担当)は、緩和ケアの目的の一つとして「本人だけでなく家族の負担を減らすことにある」とした。

同疾病金庫によると、ドイツでの「どこで死ぬか」調査(2004年統計)では、病院42.3%、介護高齢者施設15~25%、自宅25~30%。一方「どこで死にたいか」の希望調査によると、自宅66%、ホスピス11%、病院の緩和ケア4%、森の中8%。日本と同様に「病院より自宅で死にたい」との希望が圧倒的に多い。

そうしたニーズを受けて緩和ケアについては「ラインランド・ハンブルグ」としても積極的に取り組み、在宅緩和ケアを提供する事業者との契約も結んだ。

在宅の中で一般的事業者と専門的事業者(介護の手間がかかる)に分かれる。専門的事業者は24時間サービスをカバーできるようにする。そのためには、緩和ケアを担える医師の養成である。この結果、緩和ケアについての40時間の基礎的な研修を受けた医師1398人にも上り、緩和ケア患者の疾病管理をできるようになった。このうち365人の医師が160時間もの緩和ケアについて専門研修を受け、SAPVを担う。

緩和ケアについて40時間の研修を受けた医師は病院の緩和ケア病棟でも働け、痛み止め注射はできる。160時間教育を受けた医師はモルヒネ使用量を決められる。治癒ではなく、痛みの管理ができるようになる。

160時間の研修を受けた医師はケルン市の緩和ケアチームSAPV「ケルン」のようなSAPVのスタッフとなれる。SAPVのような終末期の緩和ケアは緩和ケアを受ける患者全体の10%が保険対象となる。残りの90%程度が一般的、基礎的な緩和ケアは40時間研修を受けた医師が担うという役割分担がなされている。

2012年時点で、ドイツでSAPVを担える医師(150時間研修を修了)は225人(ドイツ保険医協会所属)いるが、全国のニーズに応えるためには320人の医師が必要という。

ノルドライン・ウェストファーレン州でもSAPVがカバーできない空白地域はある。

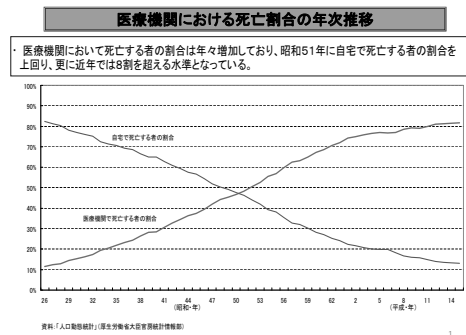
しかし、緩和ケアの重要性の認識は年々高

まり、医師の試験でも2013年から緩和医療(Palliative Medicine)が試験科目になった。

V まとめと考察——緩和ケア体制の拡充をどう進めるか

1 立ち遅れた日本の医療制度改革

自宅で最期を迎える。戦前から戦後の一時期まで日本人の終末期はそれが当たり前だったが、1970年代の中ごろを境に病院での死が自宅での死を上回った(表2)。



(表2)

2012年厚生労働省「人口動態調査」によると、自宅で死を迎えた人は12.8%だったのに対し、医療機関での死は76.3%にも上った。

その節目となったのは老人医療費が無料となった1973年である。

病院での死が増え始めたのは老人医療費無料化が大きな原因となった。それは高齢者の外来が急増し、開業医にとっては、往診をしなくても外来だけで十分な収入増につながったからである(注9)。

老人医療費の無料化が実施された1973年は、公的年金の大幅な引き上げと合わせて「福祉元年」といわれ、国民の多くから歓迎されたが、それを機に医療給付費は大幅な増加を続けた。1973年に3兆9000億円だった国民医療費は翌74年に対前年比36.2%、さらに75年には同20.4%もの伸びを示した。無料化は高齢者による病院のサロン化やいくつものハシゴ受診現象も引き、医療機関の側にも必要以上に薬を出し検査をし、長期入院させるといった「乱診乱療」も引き起こした。

老人医療費の無料化は、日本の診療報酬体系の大きな特徴である出来高払い制と結びつき、爆発的な給付増をもたらした。

その増加による医療保険財政の悪化から、政府は老人医療費を廃止、現役世代から高齢者医療に仕送りをし、入院に偏った治療中心から予防、健康づくりを柱とした老人保健法をスタートさせたのは、そうした背景による。

老人医療費の無料化は、医療保険制度を危機に陥れただけでなく、開業医から往診、在宅医療を遠ざける大きな原因となった。

その後の医療保険制度改革は大きく立ち遅れた。欧米に比べ、ホスピタルより開業医が占める比率が高かったこともあって、開業医中心で組織化された日本医師会が政治的に大きな影響力を發揮していたことが、改革を遅れさせた(注10)。

1990年代から2000年初めにかけて医療費は年平均4%、老人医療費は同7~8%伸び続けた。大半は高齢化によるものだが、医療制度改革の立ち遅れが、それに輪をかけた。バブルがはじけて以降の長引く不況で、勤め人の収入は頭打ちとなり、勤め人の収入にリンクする医療保険料収入も横ばいを続けたために、医療保険財政は1990年代の後半から危機的な状況に陥った。

世界に冠たるはずの日本の医療保険制度がこのままでは維持できない。その危機感を持った当時の政府与党(自民、社会、さきがけの自社さ連立政権)協議会は「21世紀の国民医療」と題した四本柱(診療報酬、薬価、医療提供体制、高齢者医療)についての医療制度改革の報告書をまとめたが、医療制度改革はほとんど進まなかった。

本格的な医療制度改革が始まったのは、2006年度からの医療制度改革関連法の成立を受けてからである。

厚生労働省の2006年度からの制度改正は、かつて老人病院と呼ばれた療養病床の削減により、社会的入院をなくす。その受け皿として、在宅医療の強化、在宅で看取りできる仕組みを作ることに大きな狙いがあった。「病院で死ぬ」時代

に終止符を打ち、在宅(住み慣れた地域での在宅に近い施設も含む)でケアを受け、最後を迎える時代に転換する、ということである。

これまでの老人保健制度に代わり、2008年度から始まった後期高齢者医療制度の大きな狙いは、急性期以外はできるだけ医療的ケアを減らし、高齢者の生活機能を重視した在宅ケアを介護と医療の両面からみていこうという点にある。

遅まきながら、この時点でようやく「予防」と「在宅化」への軌道が敷かれたのである。

さらに2015年度からは市町村で地域包括ケアの計画づくりと具体化が本格的に始まった。

緩和ケアについても徐々にではあるが進展してきてはいる。日本でも地域、在宅での緩和ケアの取り組みは、拠点病院や診療所で展開されてきている(注11)。

2006年の医療保険制度改正で、24時間365日体制で相談体制をつくり、場合によっては往診や訪問看護をする在宅療養支援診療所を新設、看取りをした場合には10万円の看取り加算を設けた。

さらに2007年に厚生労働省は医療計画の策定にあたる都道府県職員向けに出した「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」で①一次的な医療の窓口として機能し、時間外診療や往診の実施②開業医が交代で在宅当番医制度のネットワークをつくる③自宅に死に至る患者を看取る24時間体制を推進する——と今後の開業医の位置づけを明確にし、在宅での看取りもその役割の柱とした。2008年度からスタートした後期高齢者医療制度も、この流れを受け、昼間だけの外来診療中心のあり方からの転換を促すものであり、その後の診療報酬改定も在宅加算の流れを加速させている。(注12)

しかし、地域の現実を見ると、残念ながらそうした流れとは無縁な開業医も依然多い。筆者が介護保険運営協議会で関わる東京都多摩地区の小平市、東村山市、小金井市、国立市での現状を見ても国立市以外は、在宅医療に関わる医師が依然として少ない。東村山市はニーズに対応できる在宅

医療に取り組む医師が依然少なく、周辺市からの在宅医療を受けざるを得ない現実が一向に改善されない。地区医師会の動きは鈍い。

2 ドイツと日本との比較

以上、ドイツでの緩和ケアを中心とした終末期ケアの現状と課題を見、ようやく地域包括ケアの構築にたどりついた日本の医療制度改革の経緯を在宅ケア、在宅医療の観点から振り返った。

そこから、以下の点が明らかになった。

ドイツのSAPVは、中心となる医師の研修が少なくとも150時間以上課され、高い専門性を持つ医師が担っていること、医師だけではなく、同じように専門的な教育、研修を受けた看護師やソーシャルワークが多職種としての連携チームができてきていること、さらにケルンの例から見ても、病院から在宅で最期を迎える人々が顕著に増え、大きな成果を挙げていることがうかがえた。

それを可能にしたもう一つの要因はボランティアの存在の大きさである。看取りには、常時寄り添うボランティアの存在が重要である。しかも、「クライノート」でのボランティアを見ると、100時間以上の研修を受けた専門性を持つボランティアがおり、そうしたボランティアは有償ボランティアとして処遇され、終末期ケアの中で大きな役割を果たしていることもわかった。

日本で進められている地域包括ケア体制づくりの中で、介護予防・日常生活支援総合事業の柱として、NPOやボランティア、住民によるインフォーマルサポートの活用が掲げられている。終末期ケアの中でも、それなりの研修を受けた住民が大きな役割を果たし得ることをドイツの例からも学びたい。

もう一つ見逃してはならないのが、ドイツの保険者機能の強さである。

緩和ケアの重要性を認識し、保険制度上に位置付けたのはノルドライン・ヴェストファーレン州最大の疾病金庫「ラインランド・ハンブルグ」の

ような強い保険者である。

ドイツはビスマルクによる社会保険制度を世界で最も早く作り上げた「保険の国」だが、作り上げた制度に安住することなく、医療保険制度も日本以上に絶えざる改革を繰り返してきた(注13)。

その改革の柱が日本の保険者にあたる疾病金庫である。かつては1400以上あった疾病金庫は、統廃合を繰り返し2014年には200以下にまで減った。加入者を増やすための効率化というだけでなく、それによる交渉力の強化とシンクタンク機能の充実を実現してきた。

それに比較して日本の保険者はどうだろうか。市町村ごとに分立していた国民健康保険の保険者はようやく2年後に都道府県単位に再編されるが、財政の一元化はまだ先である。中小企業の従業員、家族を対象にした「協会けんぽ」は全国同一組織の下で都道府県単位の運営となったが、大企業の従業員、家族が加入する組合健保は、いまだ1500近くの組合に分立したまま、目立った統廃合の動きもない。

ドイツに比べ、診療報酬の決定や制度改革に関わる保険者としての機能は、日本の場合きわめて弱いと言わざるを得ない。

安心して最期を迎えるための条件とは

日本での高齢化は否応なく加速する。120万人を超えた年間の死亡者は2025年には160万人に達する。「多死社会」の到来である。病床数も削減される中で否応なく在宅での受け皿の強化を進めていかざるを得ない。2015年度から市町村で始まった地域包括ケア体制づくりは在宅医療の一層の充実強化がなければ進まない。

緩和ケア、看取りの体制の強化も大きな課題である。

安心して在宅で、あるいは在宅に近い場(例えば、サービス付き高齢者住宅、グループホームなど)で、住み慣れた地域で最期を迎えられるためには「ドイツと日本との違い」で指摘した点に加え、次のような条件整備が、団塊の世代が75歳

を迎える2025年までに不可欠である、と考える。

① 在宅医療を担える総合医の養成システムの確立と在宅医療にシフトさせる診療報酬の改定

② 医師と医師以外の在宅ケアを支えるコ・メディカル(訪問看護師、介護職、OT、PT、栄養士、社会福祉士、保健師など)との多職種連携

③ 医療や介護だけでなく生活支援サービスを担う地域のNPO、ボランティアなど地域住民によるフォーマル、インフォーマルサポートの確立

④ 病院と診療所の連携、医療と介護の連携

そして⑤として緩和ケアの充実、強化である(注14)。

緩和ケアの充実と強化は①～④の進展がなければ、有効に機能しないことはいまでもない。

今後、日本で在宅での緩和ケアを推進させていく上で、次のような課題を指摘したい。

ドイツでの緩和ケアと比べると、専門性の高い緩和ケアを担う医師と看護師を中心とした24時間対応できる緩和ケアチームの取り組みが、日本ではまだまだ不十分である。

東京都小平市で20年前から末期がんを中心とした在宅緩和ケアに取り組んで来た山崎章郎医師は、今、進められようとしている地域包括ケアのあり方に懸念を投げかける(注15)。

山崎医師が関わってきた在宅緩和ケアの患者の4分の1は通院治療が難しくなり訪問診療開始から2週間以内に、半数は4週間以内という短期間に亡くなった。その間の心身のさまざまな苦しみに対応するために専門性の高い医師、看護師が夜間も含めて24時間対応できるチームが求められる。ドイツのケルン市で見たSAPV「ケルン」のようなチームであろう。

今、進められようとしている地域包括ケアの対象は主に慢性疾患を抱える要介護要支援の高齢者であり、終末期の痛みが伴うがん患者らの看取りはその対象としての取り組みが進んではいない。山崎医師が取り組んで来たきめ細かい専門性が求められる在宅緩和ケアの体制づくりはまだこれからである。

しかし、その体制づくりは避けて通れない。痛みの伴う末期がんの患者も病床削減の中で、在宅で最期を迎えたいという高齢者も増えてくると考えられるからである。

それを可能にするためには、医療保険の適用を受けられるドイツのSAPVのような専門性の高い在宅緩和ケアを担える専門職チームの養成と制度化であろう。それは「多死時代」を迎える日本にとって緩和ケア、看取りの体制の強化は緊急の課題である。

本文をまとめるにあたって、本調査での調査先の紹介と通訳、さらに緩和ケア関連の法律や論文の翻訳にあたって頂いた吉田恵子氏(社会保障制度研究者、東京医科歯科大学で政策科学の博士号取得、フランクフルト在住)に多大なお世話になった。心から感謝したい。

本調査は白梅学園大学短期大学教育・福祉研究センターの助成金を受け、2014年8月実施したものである。

(注)

(注1)加藤恒夫「緩和ケアの世界的動向と日本における課題——英国と比較して」(明日の在宅医療第三巻「在宅での看取りと緩和ケア」所収、中央法規、2008年)

(注2)鈴木壮一「在宅での看取りの意味」(同上)

(注3)吉田恵子氏の訳による

(注4)浅見昇吾「ドイツのSAPVの現状と課題」(富山大学「生命倫理研究資料集Ⅷ」所収、2012年4月)

(注5)同上

(注6)吉田恵子氏の訳による

(注7)オランダは世界で初めて2001年に安楽死法が成立、ベルギーは2002年、ルクセンブルグは2009年にそれぞれ安楽死法が成立、スイスは刑法で、自己の利益目的の自殺は処罰対象となるが「患者のため」の自殺ほう助は法解釈で容認(毎日新聞2014年11月16日朝刊)

(注8) 浅見昇吾「ドイツのSAPVの現状と課題」
(富山大学「生命倫理研究資料集Ⅷ」所収, 2012年4月)

(注9) 山路憲夫「国民は在宅医療に何を求めているか」(明日の在宅医療第1巻「在宅医療の展望」所収, 中央法規, 2008年)

(注10) 山路憲夫「医療保険がつぶれる」(法研, 2000年)

(注11) その具体的な取り組みは小笠原一夫「ホスピス——家庭医——専門医のトライアングル」(明日の在宅医療第三巻「在宅での看取りと緩和ケア」所収, 中央法規, 2008年)などいくつかの先進的な実践報告が紹介されている。

(注12) 山路憲夫「地域包括ケア構築の実践的課題——東京都国立市の取り組みからの検証」(現代公益学会編「東日本大震災後の公益学と労働組合」所収, 文眞堂, 2014年9月)

(注13) ドイツ医療保険制度調査報告書(国民健康保険中央会ドイツ医療保険制度調査団, 2009年10月)

(注14) 山路憲夫「看取りにおける社会的状況」(新田國夫編著「家で死ぬための社会的状況——在宅看取り学の実践」所収, 医歯薬出版2007年9月)

(注15) 山崎章郎「多死社会で患者と家族を支える」(産経新聞2014年8月27日朝刊「正論」欄)

(参考文献)

長谷川正「認知症の人と家族の立場からみた在宅ケア」(明日の在宅医療第一巻「在宅医療の展望」所収, 中央法規, 2008年)

佐藤幹夫「認知症ケア最前線」(岩波新書, 2011年)

坂井かおり「がん緩和ケア」(岩波新書, 2007年)

シャボットあかね『安楽死を選ぶ——オランダ「よき死」の探検家たち』(日本評論, 2014年)

山崎章郎「地域に開かれたホスピスケア」(明日の在宅医療第三巻「在宅での看取りと緩和ケア」所収, 中央法規, 2008年)