

## 「ドイツでの緩和ケアから見た日本の終末期の課題」

家族・地域支援学科 山路 憲夫

### 1 研究目的(申請書に記した研究目的を略述する。)

近年の私の研究テーマ「地域包括ケアの構築」の中で、日本から見て先進的な取り組みを進めるヨーロッパの中で、大きな違いの一つは終末期ケアの在り方の違いである。本稿は専門的在宅緩和ケア(SAPV)で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明確にしようとした。

### 2 研究成果の報告

ドイツのケルン市の専門的在宅緩和チームSAPV「ケルン」とドイツ最大の州ノルドラインヴェストファーレン州の疾病金庫「ラインランド・ハンブルグ」(デュッセルドルフ市)、高齢者住宅ホスピス「クライノート」とそこでのボランティア組織を調査した。

その調査の結果、以下の点が明らかとなった。

ドイツのSAPV(専門在宅緩和ケア)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いて、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、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べるだろう。

もう一つ、日本と比較して、改めて明らかになったのは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。

その改革の柱が日本の保険者にあたる疾病金庫の統廃合である。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。

この研究成果の詳細は 2015 年度年報論文「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」で参照されたい。