

病床では「看護師」81.1%、「PT」78.5%、「MSW」62.3%の順、療養病床では「看護師」90.9%、「MSW」52.3%、「PT」45.5%の順であった。在宅ケア関係者の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「訪問看護師」29.1%、「介護職」22.2%、回復期リハ病床では「介護職」16.6%、療養病床では「訪問看護師」36.4%、「介護職」27.3%の順で、在宅サービスに従事するリハ職やかかりつけ医の参加率は低位であった（図1）。

#### 4) 退院前CCでの看護／リハ継続の必要性に関する指導の実施状況

退院前CCでの看護継続の必要性に関する指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」68.8%、「回復期リハ病床」46.0%、「療養病床」70.5%、リハ継続の必要性に関する指導の実施率をみると、「急性期病床」52.2%、「回復期リハ病床」89.8%、「療養病床」70.5%であった。

#### 5) ケアプランへの看護／リハ導入に関する事前相談の実施状況および専門職の判断状況

ケアプランへの訪問看護導入に関する専門職への事前相談率を病床種類別にみると、「急性期病床」52.1%、「回復期リハ病床」39.2%、「療養病床」48.3%であった。相談実施時の専門職の判断状況をみると、「導入すべき」46.4%、「出来れば

導入すべき」19.9%、「必要なし」29.1%、「未回答」4.7%であった。

次に、ケアプランへのリハ導入に関する専門職への事前相談率を病床種類別にみると、「急性期病床」42.6%、「回復期リハ病床」79.7%、「療養病床」53.4%であった。相談実施時の専門職の判断状況をみると、「導入すべき」42.8%、「出来れば導入すべき」36.3%、「導入の必要なし」16.1%、「未回答」4.9%であった。

#### 6) ケアプランへのサービス導入状況

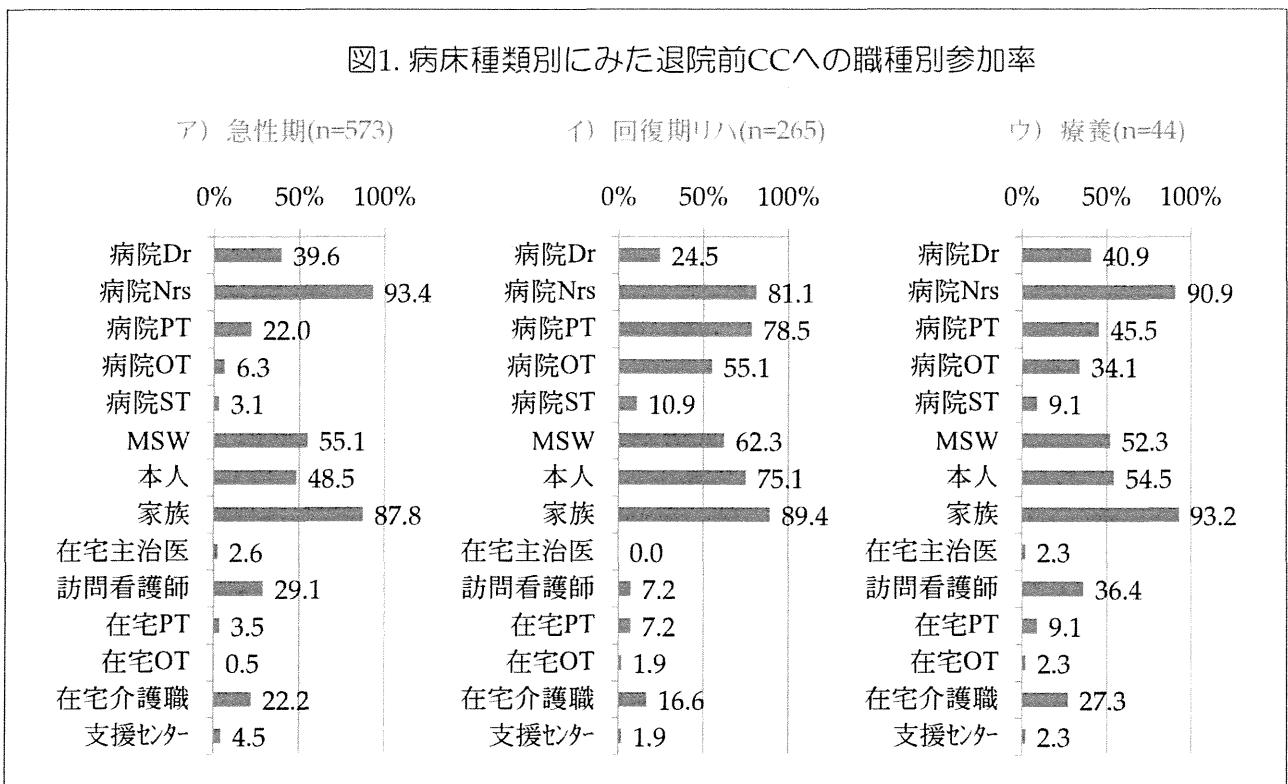
ケアプランへのサービス導入率を病床種類別にみると、急性期病床では「福祉用具」68.6%、「訪問介護」35.9%、「訪問看護」35.2%、「通所介護」34.3%の順、回復期リハ病床では「福祉用具」69.2%、「通所介護」46.4%、「通所リハ」38.3%、「訪問介護」25.0%の順、療養病床では「福祉用具」69.0%、「訪問看護」39.7%、「訪問介護」「通所介護」34.5%の順であった。

### IV 退院事例調査からみえてきた課題と対策

退院事例調査からみえてきた課題を2点挙げる。

1点目は、急性期病床と介護支援専門員間の連携強化による円滑な退院支援を如何に実現するか

図1. 病床種類別にみた退院前CCへの職種別参加率



である。本調査からわかった、1点目に関連する主な事実としては、

- ①急性期病床から直接自宅に退院する者が全体の約7割を占めていた。
- ②急性期病床退院者への退院前訪問指導の実施率は約1割と、病院スタッフによる自宅環境把握や自宅環境下での日常生活行為の確認はほとんど行われていなかった。
- ③急性期病床からの約3割に、退院前CCが実施されていなかった。
- ④退院前CCに在宅主治医やリハ職はほとんど参加していなかった。

などが挙げられる。

急性期病床の場合、平均在院日数も短く、多忙なため、退院支援に十分な時間やスタッフを割く余裕がないと思われる。平均在院日数の短縮化がさらに進めば、これら傾向が強まるだけでなく、入院中の看護やリハの提供、退院患者指導などが完結しないままの退院が増加する可能性は高い。今後、①病院の看護と訪問看護師、病院のリハ職と在宅サービスに従事するリハ職の連携強化（申し送り機能の強化）、②入院早期での介護支援専門員から病院への入院時情報提供の促進、③介護支援専門員から病院への退院後の状況に関する情報のフィードバック（病院の退院支援の質向上への貢献）などを進め、退院支援の質を高めつつ、急性期病床が安心して退院させられる環境を、在宅ケア関係者主導で構築していく必要があると考える。

2点目は、退院患者に対する退院後のケアマネジメント力の強化である。本調査からわかった、2点目に関連する主な事実としては、

- ①肺炎、心疾患による入院患者の7-8割は要介護者の入院であった。
- ②脳梗塞による入院患者の約4割は要介護者の入院であった。
- ③回復期リハからの退院患者に対する看護の継続性に関する指導の実施率、ケアプランへの訪問看護の導入率は、他の病床に比べて低かった。

などが挙げられる。

現在、介護支援専門員の約7割を福祉系の基礎資格者が占めており、今後その割合は年々増加すると見込まれている。肺炎、心疾患、脳梗塞など

の医療リスクのマネジメント方法（医療専門職への適切な連絡・報告を含む）の強化を図り、これら疾患による入院をできるだけ減らすための方法論を、医療専門職と介護支援専門員間で検討、構築していく必要があると考える。

## 謝辞

本調査は、静岡県地域医療再生計画(全県域版)「静岡県在宅医療推進センター事業」の一部として実施したものである。調査にご協力頂いた静岡県内の居宅介護支援事業所、ならびに同事業所の介護支援専門員の皆様に心よりお礼申し上げます。なお、調査結果の詳細については、静岡県在宅医療体制整備・推進協議会-退院支援システム検討部会の「退院時ケアマネジメントの実態調査報告書」(本号同封)を参照頂きたい。

### 川越雅弘(かわごえまさひろ)氏ご略歴

|           |                            |
|-----------|----------------------------|
| 1985年3月   | 大阪大学工学部応用物理学卒業             |
| 1987年3月   | 大阪大学大学院工学研究科前期課程応用物理学専攻修了  |
| 1987年4月～  | 川崎製鉄株式会社                   |
| 1990年8月～  | 帝人株式会社                     |
| 1997年1月～  | 株式会社経営総合研究所                |
| 1998年4月～  | 日本医師会総合政策研究機構              |
| 2005年11月～ | 国立社会保障・人口問題研究所室長(現職)       |
| 2012年2月   | 広島大学大学院保健学研究科博士課程後期保健学専攻修了 |

【論文 3】

フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆

篠田 道子

日本福祉大学社会福祉論集

127, 1-17, 2012.9

## フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆

篠田道子

### 要旨

フランス終末期ケアは、政府主導によるインフラ整備により、量・質ともに大きく進んだ。本稿では、ここ20年間のフランス終末期ケアの基本法と関連制度を概説し、尊厳死法と呼ばれる「レオネッティ法」の理念、延命治療の差し控え・中止にかかる意志決定の手続きを整理する。レオネッティ法により、治療を差し控えたり、中止しても刑事訴追される心配がなくなったこと、医師が手順に沿って丁寧に説明するようになったので、結果として医師と患者・家族のコミュニケーションが増えたという副産物が得られたことは意味深い。また、緩和ケア認定病床やモバイルチームなど柔軟な病床運営、地域緩和ケアネットワークシステムなど多職種連携による緩和ケアが功を奏している一方で、サービスの地域格差が生じているなど課題も多い。これらインフラ整備は、がんに注力されており、死亡者の3分の2を占める非がんの整備は手薄いなど、わが国と同様の課題を抱えている。

キーワード：フランス、終末期ケア、レオネッティ法、尊厳死、地域緩和ケアネットワーク

### はじめに

秀でた社会保障制度を持つフランスは、意外なことに終末期ケアへの取り組みは遅い。イギリスで「セント・クリストファー・ホスピス」が設立されたのは1967年であるが、フランスの終末期ケア病棟の設立は、それより20年後の1987年である。しかし、ここ20年間、政府主導のインフラ整備により、終末期ケアは量・質ともに大きく進んだ<sup>1)</sup>。具体的には、①終末期ケアに関する基本法と関連制度の整備、「緩和ケア推進プログラム」など大きな国家プロジェクトの実施、②既存病床活用による緩和ケア病床の整備、③緩和ケア教育の充実による人材育成にまとめられる。

ただし、これらインフラ整備は、わが国と同様に「がん」に注力されており、死亡者の3分の

2を占める「非がん」の整備は手薄い。しかしながら、すべての国民が緩和ケアを受ける権利を認めた「緩和ケア権利法」(1999年)、医師と患者が対等な立場で治療方針など話し合う中で、患者の自己決定が尊重され、質の高い医療を受ける権利を定めた「患者の権利および医療システムの質に関する法」(2002年)、さらには、患者の意思を尊重しつつ、医療チームが最後まで尊厳ある看取りを行うことを定めた「終末期患者の権利および生命の末期に関する法」(レオネッティ法、2005年)の3つの基本法が制定され、終末期ケアの枠組みが整備されたことは大きな前進である。さらに、緩和ケアの普及と発展を目的とする「フランス緩和ケア・看取り協会」(Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs :「SFAP」)が1990年に、緩和ケアの研究調査に基づいて政策提言を行う「国立終末期研究センター」(Observatoire national de la fin de vie「ONFV」)、が2010年に設立されている。

また、在宅緩和ケアのキーパーソンであるかかりつけ医や開業看護師を、後方支援する「地域緩和ケアネットワーク」が1997年に誕生し、フランス全土に広がっている。終末期を自宅で過ごす患者と家族を医療・福祉・介護の面から支えるために、地域の社会資源をネットワーク化したものである。コ・メディカル職の自由開業が広く認められ、個人主義の強い国民性ゆえに連携が難しいとされているフランスにおいて、本ネットワークの取り組みは期待されている。

ただし、ネットワークの地域偏在やサービスの質の格差が生じていること、「在宅入院制度」(Hospitalization a Domicile :「HAD」)<sup>4)</sup>や介護サービスである「個別自律手当」(Allocation Personnalisée D'autonomie :「APA」)<sup>5)</sup>という既存のネットワークや制度との連携において、どこがイニシアチブを取るべきなのか、という課題も抱えている。

本稿では、終末期ケアの基本法と関連制度を概説し、尊厳死法と呼ばれる「レオネッティ法」の理念や延命治療の差し控え・中止にかかる意思決定の手続きを整理する。さらに、緩和ケア提供体制の整備状況やサービス内容などを紹介しながら、フランスの終末期ケアの強み、弱み、限界を整理しつつ、わが国の終末期ケアの課題を整理する。

## 1. フランス医療制度の概要

### 1) 国民皆保険で公的医療保険と補足医療保険の2階建て

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度(船員や国鉄職員など)、農業制度、非被用者制度(自営業者や聖職者など)がある。このうち被用者一般制度に国民の80%が加入している。保険者は疾病金庫(Caisse)である。

2001年1月に、低所得者を対象とした普遍的医療給付(converture medicale universelle : CMU)を導入して国民皆保険を徹底した。CMUとは、国、公的保険、補足的医療保険組織が共同出資したもので、医療保険に加入できない低所得者や無保険者にも、同等の医療サービスを無料で受けられるようにしたもので、2006年にはCMUの加入者は500万人にも達している。

フランスでは、公的医療保険で給付されない医療費（自己負担金、私費診療の医療費など）をカバーする補足医療保険が発達している。強制加入ではないが、国民の93%が加入している。運営は共済組合、相互扶助組合、一般の保険会社などである。このように、公的医療保険と補足医療保険の2階建て制度という、手厚い給付体制を誇り、実質自己負担はほとんど発生しない仕組みになっている。

## 2) 医療機関と医療費の支払い

フランスの医師・看護師は、団塊世代の退職を控えているものの、現時点では十分な数が確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2日と短い。フランスの病院は設置主体により、公的病院、民間非営利病院、営利病院に区分され、公的病院が多くを占める。機能分化も進んでおり、急性期病院、中期医療施設（わが国の亜急性期病床や回復期リハビリテーション病棟に該当する）、長期療養施設、精神病院に分かれている。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。

入院医療費は、公的保険でカバーされる部分については、疾病金庫から病院に直接支払われる。給付率は80%であり、自己負担部分の20%を一旦支払い、後日補足医療保険者に請求する。外来医療費は償還払いが基本である。償還率は医療行為によって異なる。たとえば、医師の外来診察料は70%、看護師やリハビリテーション技師等によるセラピーは60%である。

## 3) 近年の医療費抑制政策

2008年フランスの医療費はGDPの11%であり、人口の伸び率より医療費の伸び率が高い状態が続いていた。医療機関へのフリーアクセス、自由開業制、手厚い医療体制、低い自己負担などから医療費が増大する仕組みとなっていた。

医療費を抑制するため、2004年に医療制度を改革した。主な取り組みとして、①「かかりつけ医制度」の導入、②保険免責制度、③その他（有効性が低い薬剤の償還率の低下、患者カード導入による医療情報の共有化）である。本稿では①と②について述べる。

### ① 「かかりつけ医制度」によるフリーアクセスの制限

16歳以上の国民は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することが義務づけられた。かかりつけ医を経由せずに、直接専門医に受診した場合は、自己負担額が増額されるペナルティが課せられた。2006年6月には、国民の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている。

### ② 保険免責制度による自己負担の増額

国民にコスト意識を持ってもらうために、診察1回当たり1ユーロを自己負担する制度である（開業看護師やリハビリテーションなどの医療サービスも同様）。この自己負担については、補足医療保険でもカバーされないため、実質自己負担が増えた。ただし、1年間の負担上限額は50

ユーロである。また、入院医療費、18歳未満と6ヶ月以上の妊婦、CMUの受給者については適用されない。

## 2. フランス終末期ケアの歴史～政府主導によるインフラ整備～

### 1) 緩和ケア対象患者推定数と死亡場所

国立終末期研究センター（ONFV）が2012年2月14日に発行した「終末期の現状調査報告書」によれば、2008年におけるフランス総死者数は535,451人、うち、病死者数は503,696人（94%）、事故死者数は31,755人（6%）である。死亡場所の内訳は、自宅（Domicile）27%、病院（Hôpital）58%、老人ホーム（MR：Maison de Retraite）11%、その他（Autres Lieux）5%である。図1は、1990年から2008年までの死亡場所の割合を示したものであるが、ここ18年間ほとんど変化していない。緩和ケアが必要な人は、全死者数の3分の2である322,158人（64%）と推定される。うち、実際に緩和ケアを受けた患者数は119,000人で、緩和ケアが必要な人の37%である。

Lynn（2003）らは、高齢者の死に至る経過には、3つのパターンがあり、それぞれ3割ずつ見られると報告している。パターンAは、がんなどの場合で、一般的に死亡の数週間前までは機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し死に至る。パターンBは、心臓・肺・肝臓など臓器不全で、慢性疾患を持ち増悪と緩和を繰り返す、全体としては2～5年で下降線をたどる経過の後半になると治療して改善するかどうかの予測は困難である。パターンCは、認知症や老衰の終末期ケアであり、5年以上をかけて徐々に機能が低下し、肺炎などを合併して死亡する。日本福祉大学終末期ケア研究会の宮田（2004）らが行った、訪問看護を受けていた高齢者を対象とした1000人規模の全国調査でも、3つのパターンはそれぞれ3割ずつ見られていた。

ONFVが2008年に行った調査によれば、パターンAは154,861人（48%）、パターンBは128,617人（40%）、パターンCは38,680人（12%）という割合であった。

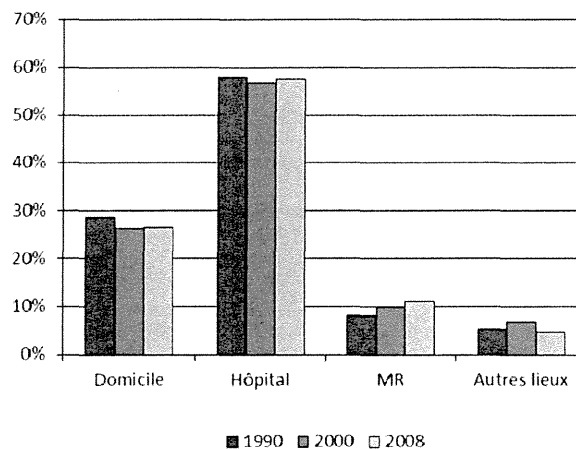


図1 フランスにおける死亡場所

出典：国立終末期研究センター（ONFV）「終末期ケアの現状調査報告書」P 78. (2012)

## 2) 基本法と関連制度の整備

1986年8月26日に「終末期患者のケアと看取りの組織化に関する通達」（以下、「ラロック通達」）を公布した。これは、終末期ケアを医療として認め、患者の権利と看取りの重要性を法的に確立したものであり、この年を国内における看取り元年と位置付けている。1987年にフランス初の緩和ケア病棟が誕生する。これ以降、フランスは独立型ホスピスを設立するよりは、老人病床や慢性期病床を緩和ケアのベッドとする病床転換が主流となる。

ラロック通達後に、すべての患者に緩和ケアを受ける権利を認めた「1999年6月9日法」（以下、「緩和ケア権利法」）が施行された。さらに、「2002年3月4日法：患者の権利および医療システムの質に関する法」（以下、「患者の権利と医療の品質法」）が制定され、患者に自分の病期を理解する権利、情報開示とプライバシーの保護、尊厳の尊重、最良の医療を受ける権利等が保証された。

ナチス・ドイツによる安楽死計画への反省もあって、フランスでは安楽死への議論はタブー視されていた。そんな中、2003年に安楽死事件「ヴァンサン・アンベール事件」が起こった。この事件は、交通事故で四肢麻痺、視覚障害、聴覚障害となった当時21歳の消防士ヴァンサン・アンベールが、残された意思伝達手段である右親指でシラク大統領（当時）に安楽死を求める手紙を書いた。母親とシラク大統領は面会までこぎつけたが、大統領からは「人生をもう一度好きにならなければならない。これは大統領命令です」という言葉を受けた。「せめて人間らしく死ぬ権利が欲しい」と訴えていた息子はこの言葉に絶望したため、悩んだあげく母親は安楽死を図ったが（ゾンデからバルビツール系鎮痛剤を注入）、死亡させることはできず昏睡状態に陥らせた。その2日後、事情を知る主治医は「これ以上の延命処置は無意味」と判断し、人工呼吸器を外し、塩化カリウムを投与して安楽死させた。主治医は母親と共に罪に問われた（両者ともにレオネッティ法制定後の2006年2月に免訴となる）。

この事件をきっかけにフランスでは尊厳死の議論が加速する。医師で国会議員であるジャン・レオネッティ氏が中心となり、1年半にわたって国会で議論され、「2005年4月22日法：終末期患者の権利および生命の末期に関する法」（以下、「レオネッティ法」）が制定された。この法律は、最期まで患者の尊厳を守ることを前提にしつつも、治癒が望めない終末期にある患者およびその後見人が延命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、一定期間の後に延命治療を中止できるものである。レオネッティ法における延命治療中止の原則と手順については、後述する。

表1にフランス終末期ケアに関する主な施策についてまとめた。1999年「緩和ケア権利法」で、すべての国民に緩和ケアを受ける権利を保障し、2002年「患者の権利と医療の品質法」では、医師と患者が対等な立場で治療方針など話し合う中で、患者の自己決定が尊重されることを定めた。さらに、2005年「レオネッティ法」では、終末期医療において患者の尊厳を守るために、医師等が行うべき義務と、延命治療の中止を含む手順を定めた。

終末期ケアのプロジェクトは、1999年～2001年、2002年～2005年、2008年～2012年の3回



にわたる「緩和ケア推進プログラム」、および2003年～2007年「対がん5カ年計画」で大きく整備された。特に2008年7月13日に発表した「緩和ケア推進プログラム」では、①医療機関、老人ホームなど医療・社会福祉施設や在宅ケアにおける緩和ケアの充実、②緩和ケアの研修・研究の充実、③緩和ケア文化の普及を柱としている。目標達成のために5年間で国家予算2億2900ユーロが投じられている。このようなことから、終末期ケアの調査研究を積極的に行うために、2010年2月に国立終末期研究センター（ONFV：Observatoire national de la fin de vie）が設立された。ONFVの年間活動予算は、45万ユーロ、そのうち研究員（6名）の人件費は34万3813ユーロである。

さらに、ノーラ・ベラ高齢者担当相は、2010年6月8日にこのプログラムの具体策を5つ掲げた。①患者と介護者への付き添い介護師の育成開始、②フランス老年医学・老年学会協会による在宅緩和ケア研修のためのツール（冊子やDVDなど）の開発、③要介護高齢者施設（EHPAD）など社会福祉施設における緩和ケアの提供を改善する、④社会医療施設における緩和ケアモバイルチームを受け入れ、ケアの内容を改善する、⑤緩和ケア専門施設をつくる。

2011年3月2日の政令では、自宅で終末期ケアを受ける患者に付き添う家族への手当（看取り手当）を、1日53ユーロ、最長21日までの支給を決めた。これは、1999年に導入された「看取り休暇」（最長6週間）を取得している人にも適応されるものである。

在宅ケアに関しては、2002年3月4日法で「ヘルスネットワーク」が正式に認定され、一つのタイプとして「地域緩和ケアネットワーク」が組織化されるようになった。本ネットワークは、「緩和ケアネットワークの組織化に関する通達」（2008年3月25日）を根拠とし、終末期を自宅で過ごすため患者・家族を全人的にケアするために、多職種が職種や機関を超えてネットワークを形成し、緩和ケアのキーパーソンであるかかりつけ医と開業看護師を支える仕組みである。現在フランスには、124のケアネットワークが稼働している。

表1 フランスの終末期ケアに関する主な施策

| 年 月 日       | 主 な 施 策                                       |
|-------------|---|
| 1986年8月26日  | 「終末期患者のケアと看取りの組織化に関する通達」（ラロック通達）              |
| 1987年       | フランス初の終末期ケア病棟設立                               |
| 1990年       | フランス緩和ケア・看取り協会（SFAP）設立                        |
| 1999年6月9日   | 「緩和ケア権利法」                                     |
| 1999年～2001年 | 「緩和ケア推進プログラム1999～2001」                        |
| 2002年～2005年 | 「緩和ケア推進プログラム2002～2005」                        |
| 2002年3月4日   | 「患者の権利および医療システムの質に関する法」<br>「ヘルスネットワーク」が始まる    |
| 2003年～2007年 | 「がん5年計画」                                      |
| 2005年4月22日  | 「終末期患者の権利および生命の末期に関する法」（レオネットティ法）             |
| 2008年3月25日  | 「緩和ケアネットワークの組織化に関する通達」                        |
| 2008年7月13日  | 「緩和ケア推進プログラム2008～2012」を発表。5年間の国家予算は、2億2900ユーロ |
| 2010年2月     | 国立終末期研究センター（ONFV）設立                           |
| 2011年3月2日   | 看取り手当の創設（在宅で看取る家族への給付）                        |

このような政府主導のインフラ整備が進んだことで、2010年7月、英国「エコノミスト」の調査部門「エコノミスト・インテリジェンス・ユニット（Economist Intelligence Unit：EIU）」「死の質—世界40か国の終末期ケアのランク付け」では、フランスは総合12位（6.1点）である。この調査は、OECDの加盟国30か国とその他の10か国を対象とした「死の質指数」（10点満点）に基づいてランキングしているものである<sup>10)</sup>。ランキングは評価項目や方法によって大きく変動するなど、危うい側面を持っているので、あくまでも参考指標に留めると言うのもない。しかし、ランキングの差が政策の戦略性に帰するというコメントは参考に値する。

### 3) 人材育成

国家主導によるインフラ整備とともに、フランス緩和ケアを引き上げたものは、緩和ケアに従事する人材育成である。こちらは、国家主導というよりは、専門職の自主的な活動が先行した。

1990年に医師や看護師等が発起人となって、緩和ケアの普及と発展を目指した「フランス緩和ケア・看取り協会」（Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs：「SFAP」）が設立された。この協会はフランス緩和ケア学会とみなされているNPO法人であり、医療介護職（医師、看護師、臨床心理士他）5000人以上、ボランティア団体200以上で構成され、2011年12月末で25,000人の会員を擁している。

1991年にはパリ大学医学部で緩和ケア教育プログラムがスタートした。「緩和ケア認定医」という国家資格はないが、緩和ケア病棟には、緩和ケアの専門教育を受けた医師の配置が求められている。医学部の緩和ケア教育は、3年または4年次に必修科目となった。SFAPにおいては、2001年3月22日に「医学部基礎課程教育改正法」が発令されたのを機に、組織内に「大学の緩和ケア教育研究会」を設立して、緩和ケア教育改善のための研究活動を行っている。基礎課程、専門課程、緩和ケア資格取得コース（生涯教育）など7つの研究グループがある。医師以外にも、薬学部、臨床心理学部、リハビリテーション学部にも門戸を広げている。

看護師養成学校での緩和ケアは、1999年6月9日法（緩和ケア権利法）により、必須科目となった。緩和ケアに関する講義が30時間、事例検討20時間である。

ボランティアに対しても、緩和ケア権利法で研修を義務づけている。SFAPでも「緩和ケアは、進行性または末期の重篤な疾患に罹患した人への全人的かつ積極的なアプローチである。緩和ケアは、在宅でも施設でも、患者とその家族、親しい人々に対して提供されるもので、介護者やボランティアへの支援と教育も重要である」とし、ケアチームと家族を補佐するためのボランティアが果たしうる積極的な役割を強調している。研修機関は認定を受けたNPO法人が担っており、基本研修プログラムの時間は、30～40時間である。

### 3. レオネッティ法にみるチームでの意思決定

15条からなるレオネッティ法は、公衆衛生法典（Code de la santé publique）を一部改正した

ものである。過剰医療または無駄な延命治療としての不合理な固執（obstination deraisonnable）を避けるという枠組みの中で尊厳死が語られている。あくまでも「人工的な延命治療」の停止、あるいは制限を認めているもので、ベルギーやオランダで制度化されている積極的な安楽死を認めたものではない。以下、抜粋を紹介する。本田まり氏が優れた訳を書籍にまとめているので参考にされたい。

### 1) 不合理な固執ゆえに治療を続ける行為の禁止（レオネッティ法第1条）

すべての人は、現在知られている医学の限りで、安全かつ効果が予見でき、期待される利益がリスクを上回ると考えられる、最も適切な治療を受ける権利を有する。この治療は、不合理な固執によって続行されてはならない。これらの治療が無益、不均衡、または生命の人工的な維持という効果のみをもたらすに過ぎない場合には、これらの行為を停止または差し控えることができる。そのような場合でも、医師は患者の最期を尊厳あるものとすべく質の高いケアを施す義務がある。

### 2) 治療の制限・中止を決断する際の具体的な手順

#### ① 患者の意思を確認できる場合（レオネッティ法第6条）

治療不可の患者がすべての治療の制限または中止を希望した場合、医師はその決定がもたらす結果の予見を十分に説明した後、患者の意思を尊重する。患者の意思決定はカルテに記載される。最期まで患者の尊厳を守るための終末期ケアを施す。

#### ② 患者の意思が確認できない場合（レオネッティ法第9条）

医師は、医師の職業倫理規定（Code de déontologie médicale）第37条に規定されている「集団合議手順」を遵守し、「事前指示書（directives anticipées）」がある場合は、それを尊重して「信頼できる代理人（personne de confiance）」や家族と相談した上で、無益で、度が外れた、または人工的に生命を維持することのみを目的とする治療行為を制限または中止することができる。これらの意思決定手順はカルテに記載される。さらに、「ケアの継続または開始が患者に利益をもたらせることなく、生命の人工的な維持という結果に過ぎないと判断される場合は、緩和ケアのみに制限することができる」（37条）としている。

「集団合議手順」では、主治医による治療の制限または中止の決断は、複数の専門職からなる医療・ケアチームと協議し、最低もう一人の医師（多くはかかりつけ医が担っている）の賛同を得るものとしている。ただし、もう一人の医師からの助言は、努力義務であり、強制力を持つものではない。

### 3) 「事前指示書」と「信頼できる代理人」の指名

すべての成人は、将来意思を表明できなくなった場合のために「事前指示書」を作成することができる。これは、①終末期の治療の制限または中止に関する希望を書面に残すことができる

(内容はいつでも取り消しができる)。②意識不明になる3年以内に作成されていなければならず、医師はすべての医療行為を決定する際には、その内容を考慮するよう定められている(第7条)

また、すべての成人は「信頼できる代理人 (personne de confiance)」(以下、「代理人」)をひとり指名できる。代理人は家族、近親者または主治医から選び、本人が意思を表明できなくなった場合に最終的な決定を伝えることができる。この指名は文書化し、取り消し、変更も可能とする。患者が希望する場合、代理人が医師と治療上の決定や話し合いに立ち会うことができる。

事前指示書と信頼できる代理人の制度がどれだけ定着しているのか、筆者が2012年3月にフランス最大のホスピスである「メゾン・メディカル・ジャンヌ・ガルニエ」<sup>9)</sup>のチーフドクターであるダニエル・デルヴィル氏にインタビューした。

デルヴィル氏によれば、このホスピスは年間1000人を超える患者を受け入れているが、事前に代理人を指名し、自らの意思を事前指示書に記している人はほとんどいないため、多くは家族が意思決定を代理している状況である。そのため、患者以上に家族との会話と説明のために多くの時間を費やしていること、「家族だけで判断する」という心理的負担を軽減させる役割が医師に求められており、これらを法律が守ってくれるとのことだ。

#### 4. 終末期医療提供体制

フランスの終末期医療の提供体制は、大きく分けて入院ケアと在宅ケアがあり、さらに前者は、①緩和ケアユニット (USP: Unites de Soins Palliatifs)、②緩和ケア認定病床 (LISP: Lits Identifiés de Soins Palliatifs)、③緩和ケアモバイルチーム (EMSP: Equipes Mobiles de soins Palliatifs) の3種類がある。在宅ケアは、①通常の診療 (外来と往診)、②地域緩和ケアネットワーク、③在宅入院 (HAD: Hospitalization a domicile) の3種類がある。以下にこれらの概要(表2)と推移(表3)をまとめた。

USPやLISPは、専門的な緩和ケアを提供する病床であり、USPは日本の緩和ケア病棟に相当する。前述した「メゾン・メディカル・ジャンヌ・ガルニエ」のような独立型ホスピスから、一般病床や長期療養病床に併設されたものまで様々である。日本の緩和ケア病棟のように、入院患者をがんとエイズに限定してはいないが、約90%はがん患者である。USPは1176床、LISPは4800床整備されている。LISPは以前から存在していたが、2008年3月25日「緩和ケアの組織化に関する通達」によって、役割や必要条件が明確になったため、数が急増している。

EMSPは緩和ケアモバイルチームであり、2004年頃から増加して2010年には353チームが活動している。医師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーで構成されたチームで、院内だけでなく、院外や在宅にも赴いている。在院日数の短縮化から、早期に在宅医療に移行するため、HADと連携することが多い。地域緩和ケアネットワークについては後述する。

表2 フランス終末期医療の提供体制（2010年）

|      | 種類                 | 概要  | 整備数            | 支払い   |
|------|--------------------|---|----------------|---|
| 入院ケア | 緩和ケアユニット (USP)     | 終末期の患者に対し、緩和ケアを専門に提供するための病床。日本の緩和ケア病棟やホスピスに該当する。                            | 107施設<br>1176床 | 急性期病院はGHS（フランス版DRG）による包括支払それ以外は地方病院庁と各施設による1日あたりの費用額の支払 |
|      | 緩和ケア認定病床 (LISP)    | USPがない病院などで、終末期の患者に対して病床を転用して緩和ケアを提供する。緩和ケアを提供した場合に、「緩和ケア入院費用」を診療報酬から請求できる。 | 4826床          |   |
|      | 緩和ケアモバイルチーム (EMSP) | 入院患者に緩和ケアを提供するための多職種チーム（医師、看護師、臨床心理士等）。コンサルタント業務が中心。                        | 353チーム         |   |
| 在宅ケア | 外来と往診              | 開業医による外来と往診   |                | 疾病保険  |
|      | 地域緩和ケアネットワーク       | かかりつけ医師が中心となり、看護師、臨床心理士、メディエーターなど多職種による在宅終末期ケア。医療、心理、社会福祉の面からケアを提供する。       | 124か所          | 全国被用者疾病保険金庫の基金から給付                                      |
|      | 在宅入院 (HAD)         | 病院勤務医または開業医によって処方される患者の居宅における入院。予め決められた期間に、多職種によりコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行う。  | 4000か所         | 1日あたりの定額  |

出典：緩和ケア普及実態調査報告書 2010 より筆者作成

表3 フランス終末期医療の提供体制の推移

|                    | 1999年 | 2004年 | 2005年 | 2007年 | 2010年 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 緩和ケアユニット (USP)     |       |       |       |       |       |
| 施設数                | 87    | 78    | 80    | 90    | 107   |
| 病床数                | 742   | 783   | 825   | 942   | 1176  |
| 緩和ケア認定病床 (LISP)    |       |       |       |       |       |
| 病床数                | —     | 1281  | 1908  | 3060  | 4826  |
| 緩和ケアモバイルチーム (EMSP) |       |       |       |       |       |
| チーム数               | 184   | 317   | 328   | 337   | 353   |

出典：緩和ケア普及実態調査報告書 2010 より筆者作成

## 5. 地域緩和ケアネットワーク

### 1) 地域緩和ケアネットワークとは

フランスの緩和ケアネットワークは、1980年代末から1990年にかけて、エイズ患者の在宅ケアのためにNPOが自主的に立ち上げたネットワークが始まりで、その後高齢者ケア、糖尿病、緩和ケアなど、様々な分野に拡大した。

2002年3月4日法（患者の権利と医療の品質法）で、「ヘルスネットワーク」として正式に認

定されて以来、その数は急速に増加しているが、地域によって偏在がある。「地域緩和ケアネットワーク」は、「ヘルスネットワーク」の一つで、在宅終末期患者を対象に2つの役割がある。一つは、終末期を在宅で過ごし、緊急再入院を避けるために、緩和ケアのエキスパートとしてアドバイスと支援を行うことであり、二つ目は、緩和ケアのパーソナルプログラムの作成とサービスのコーディネートである。2008年3月25日付「緩和ケアネットワークの組織化に関する通達」が、これらネットワークのガイドラインになっている。

在宅緩和ケアのキイパーソンである、かかりつけ医や開業看護師を、後方支援するもので、コーディネートのみで直接的ケアは実施しない。

## 2) ネットワークの数

2010年末に稼働している地域緩和ケアネットワークは124件である。表4、図2に示すように、州（region）単位で見ると「0」件～「19」件と地域差が大きい。パリを含むイルドフランス州が19と最も多く、一つもない州も3か所ある（海外県・領土含む）。

## 3) 財源と給付額

ヘルスネットワークの主要活動財源は、2007年度から「医療の品質とコーディネーション基金」(FIQCS) から拠出されている。これは、以前の財源であった「医療の品質とコーディネーション改善基金」(FAQSV) と「ネットワーク拡大支援国家基金」(DNDR) を一本化したもので、2007年国民健康保険法（第94条）で、全国被用者疾病保険金庫の新しい基金として開設された。2010年の給付総額は、2億5440万ユーロで、そのうち「ヘルスネットワーク（730件）」への給付額は、1億7360万ユーロである。「地域緩和ケアネットワーク」への給付額は2820万ユーロである。

表4 地域緩和ケアネットワークの稼働状況

|          |             |
|----------|-------------|
| ネットワークなし | 3州（海外県・領土2） |
| 1ネットワーク  | 4州（海外県・領土3） |
| 2ネットワーク  | 3州          |
| 3ネットワーク  | 1州          |
| 4ネットワーク  | 2州          |
| 5ネットワーク  | 4州          |
| 6ネットワーク  | 1州          |
| 7ネットワーク  | 2州          |
| 8ネットワーク  | 3州          |
| 9ネットワーク  | 1州          |
| 11ネットワーク | 1州          |
| 19ネットワーク | 1州          |

Répartition des réseaux en France en 2010

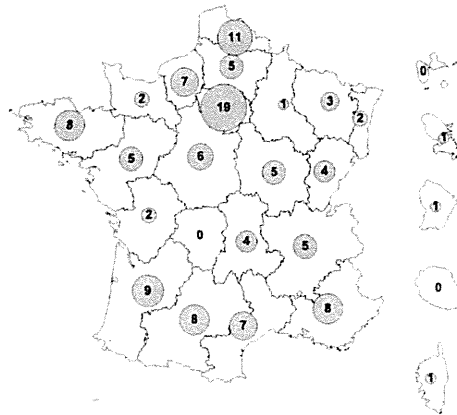


図 2 地域緩和ケアネットワーク散布図

出典：国立緩和ケア促進プログラム実行委員会

フランスの健康保険財政の悪化に伴い、基金が減少している。収入源を拡大するために、各ネットワークの自主的な対応が迫られている。たとえば、最大のネットワークである「ル・パリアム」では、提携病院から特殊医療機材などの無償提供、職業訓練のための有料セミナーの開催、製薬会社からの寄付金など財源の多角化に取り組んでいる。

## 6. 地域緩和ケアネットワーク「ル・パリアム」

フランス地域緩和ケアネットワークのモデルとされているのが、「ル・パリアム」である。当時開業医であったノエル・ヴェスコヴァリ氏が、在宅重症患者の困難な状況に際して、孤立しがちな、かかりつけ医を支援するために 1997 年に開設した。イルドフランス地方のイヴリン県（135 市町村）の開業医、コ・メディカル開業者、社会医療機関（老人ホーム、身体障害者施設など）、病院、ボランティア団体などがチームを組んで、全人的ケアに取り組んでいる。筆者は 2012 年 3 月 21 日に訪問し、担当者にヒアリングを行った。

管轄対象地区の住民で、かかりつけ医の承諾があれば、年齢を問わず誰でもネットワークのサービスを受けることができる。利用料は無料で、開業者へは診療報酬から別途支払われる。登録患者のうち、がん患者が 85%を占める。2011 年の登録がん患者は 427 人、常時 120～130 人の在宅患者をフォローしている。在宅死亡率は 47%で、平均利用期間は 119 日である。2003 年の在宅死亡率は 60%と高かったが、ここ数年は 50%前後に低下している。当初は、ネットワーク活動の目的は在宅死を増やすことであったが、患者が希望すれば病院死も選択肢に入れ、結果として患者・家族が満足すれば病院死も挫折ではないことを学んだとのことだ。

専属スタッフは 6 名である。内訳は、ディレクター（1 名）、コーディネーター医師（1 名）、コーディネーター看護師（3 名）、臨床心理士（1 名）である。

活動は大きく分けて4つある。以下に概要をまとめた。

- ① コーディネーション業務：かかりつけ医の承諾が必要。インテーク～アセスメント～パーソナルケアプラン作成～モニタリング～評価を定期的実施している。かかりつけ医への後方支援がメインであり、コーディネーター医師が麻薬のプロトコールや副作用などモニタリング項目を提案することが多い。コーディネーター看護師は、かかりつけ医や開業看護師と連携して、ケアプランを作成する。また、義務ではないが、病院医師やかかりつけ医や病院医師に報告書を提出している。
- ② 24時間体制の電話相談：相談内容は、疼痛や症状のコントロールに関するものが多い。心理的不安や経済的支援などが続く。平日はネットワークが対応しているが、夜間・休日は、契約している開業医等に電話が転送される。
- ③ 患者と家族のための心理的支援活動
- ④ ケアチームのための研修セミナー

課題として、担当地域が135市町村と広域である。片道1時間以上かけて患者宅を訪問するなど、移動時間が長い。また、かかりつけ医を支援することが目的であるが、当事者からのアクセスが少ない。中には「患者を取られる」と誤解している医師もおり、説明に苦慮している。かかりつけ医の許可がないとネットワークが稼働しないシステムになっているので、彼らへの啓蒙活動が重要になっている。

在宅看取り率はここ数年50%前後で推移している。全国調査では自宅で死亡する割合は27%に留まっているので、本ネットワークの活動は結果が出ている。ただし、124あるネットワークのサービスの質は様々で、均一ではない。今後は量・質ともに底上げが必要である。

## 7. まとめとわが国への示唆

### 1) 患者の尊厳を守り、延命治療の差し控え・中止から医療職を守る

わが国では、2006年4月に起こった、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機に、尊厳死の法制化の議論が高まったものの、正面から議論することを避けてきた。一方で、認知症が進行し、経口摂取が困難になった高齢者に対する人工的な栄養・水分補給を実施すべきか、それともこれらを差し控え、自然に委ねるべきか、倫理的ジレンマが現場を悩ませている。

厚生労働省でも2007年1月より3回にわたり「終末期医療の決定プロセスのあり方についての検討会」が開催され、同年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(以下、ガイドライン)が策定された。ガイドラインでは、終末期ケアのあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本とすることや、終末期医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが明記された。ただし、延命治療の中止や差し控えという行為の免責要件については、言及



されていない。このガイドラインを皮切りに、2007年8月「終末期医療のガイドライン」（日本医師会）、2007年11月「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」（日本救急医学会）、2009年5月「終末期医療に関するガイドライン」（全日本病院協会）が策定されている。いずれも法的な拘束力はないが、チーム医療の指針として活用されている。

このような状況の中、自然死（川上 2008）や平穏死（石飛 2010）という高齢者の最期のあり方を問う書籍が相次いで出版され、過剰な医療による弊害や尊厳死に社会的関心が集まっている。また、日本老年医学会は、2012年1月28日に、胃瘻など人工栄養や人工呼吸器の装着は慎重に検討し、差し控えや中止も選択肢として考慮するとの「立場表明」をまとめた。

フランスのレオネッティ法は、オランダやベルギーのような積極的安楽死・自殺補助を認めてはいない。あくまでも患者の尊厳を尊重しながら、自然な看取りを整えるための全人的なケアを提供することに力点が置かれている。事前指示書や代理人が位置付けられ、法的なバックアップが整備されたことで、「治療の差し控え・中止」という選択をしても、医療職が罪に問われるリスクが少なくなったことが最大のメリットのようだ。

レオネッティ法が制定されて6年が経過したが、事前に代理人を指名し、自らの意思を文章化している人はほとんどいない。家族が意思決定をしている状況は変わらないが、手順に沿って丁寧に説明するようになり、結果として医師と患者・家族のコミュニケーションが増えたという副産物が得られた。

わが国でも「リビング・ウィル」の考え方に賛成する人の割合は徐々に増えてきているが、法制化について、否定的な意見が6割を超えている。法律を制定しなくても、「医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方法を決定する」という意見が多かった。ただし、51～67%の人が医師と患者の間で十分な話し合いが行われていないと回答している。看取りの文化は、その国の伝統や文化、価値観などに根付いたものであり、他国の取り組みをそのまま移植することはできないが、これまで発表されたガイドラインを活用しながら、本人・家族が参加するカンファレンスで丁寧に議論を重ねることは、当面できることである。

## 2) 医師など医療従事者への後方支援

在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）の届け出数は、2010年では1万2千か所であり、4年間で3割増えた。ただし、在支診の平均医師数は1.6人と小規模な所が多く、24時間対応や急変時の対応など看取りをする体制が取りにくく、2010年の1年間で4割の在支診は一度も在宅で看取っていない。24時間一人の医師が対応するのは限界がある。複数の在支診が連携してグループ診療を提供できるような仕組みが求められている。

フランスの地域緩和ケアネットワークは、かかりつけ医師や開業看護師を後方支援する仕組みである。孤立しがちな開業者をサポートし、チームで患者を支えるものである。ただし、ネットワークに「患者を取られるのでは」と心配する医師も多く、医師への説明と安心感を持ってもらうという地道な取り組みが続いている。

当初ネットワーク活動の目的は在宅死を増やすことであったが、患者が希望すれば入院し、結果として患者・家族が満足すれば病院死も挫折ではないことを、チームメンバーが学んだことは大きい。

日本福祉大学終末期ケア研究会の宮田らが行った調査（2004）でも、「在宅死にも『質の低い死』がある」という結果が浮かび上がってきた。この結果を受け、さらに緩和ケア用のアセスメントツールである MDS-PC（Minimum Data Set-Palliative Care）を用いて、在宅と緩和ケア病棟の患者の状態を調査した（2007）。その結果、いくつかの臨床指標で在宅ケアを受けている患者で苦痛を示す割合が多かった。

これらの実証研究から、単純に在宅死亡割合の数値で質を評価することの危うさが明らかになった。大切なことは、「どこで看取るかではなく、どのように看取るか」であり、死亡場所ではなく、患者・家族の主観的な意向を大切にしながら、丁寧なケアマネジメントを提供することが質を高めるという結論を得た。

わが国でも「最後まで自宅で療養したい」「自宅で療養して、必要になれば医療機関や緩和ケア病棟に入院したい」を合わせると、自宅での療養を希望している人は 60%以上である。ただし、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている人が多い。国を超えて最期まで自宅で過ごすことは難しいようだ。いざという時に入院できる後方病院の整備も必要であろう。

### 3) 非がんの終末期ケアは道半ば

地域緩和ケアネットワークはがん患者に限定していないが、現実にはがん患者が中心で、老衰、認知症や脳卒中など非がんのインフラ整備はほとんど進んでおらず、わが国と同じ課題を抱えている。USP や LISP も疾患を限定していないが、入院患者のほとんどはがん患者である。これから増加する認知症の終末期ケアにどのように対応するかは、道半ばである。

死亡者の 3 分の 2 を占める非がんの終末期ケアは、慢性疾患の増悪や認知症から要介護状態になり、その後死を迎えることが多い。余命予測や意思確認が難しく、長期の生活を支援する体制構築が必要になるなど、がんモデルをそのまま当てはめることはできない。

わが国では、在院日数の短縮化など医療政策から考えると、これまで通りに 8 割の人が医療機関で終末期ケアを受けるのは困難な状況である。池崎（2012）らが指摘しているように、特別養護老人ホーム 41 万床、介護老人保健施設 31 万床が存在しているにも関わらず、両者を合わせた死亡者は全体の 4.3%に過ぎず、医療機関以外では終末期ケアに十分対応できていない現状に注目すべきである。

わが国には USP や LISP は存在しないが、このように介護保険施設が 80 万床あるという強みがある。「死亡場所ではなく、どのように看取るか」というプロセスを重視した終末期ケアが質を高めるとする知見を参考に、どこでも一定レベルのケアが受けられるという体制づくりが必要であろう。

注

- i) フランスでは、「緩和ケア」(soin palliatif)と「終末期ケア」(fin de vie)は明確に分けていない。本稿では同義語として使用している。
- ii) 在宅入院(HAD)とは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」(2000年5月30日)によれば、「病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。予め限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供するサービス」と定義されている。患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。月30時間を限度に行われる多職種・他機関による集中的なケアマネジメントである。在宅入院の目的は、平均在院日数を短縮しつつ、居宅生活への円滑な移行を支援することである。
- iii) 個別自律手当(Allocation Personnalisée D'autonomie:「APA」)は、社会扶助の位置づけで、2002年1月1日から実施されている。APAの概要は以下の通りである。

【対象者】

①フランス国内に15年以上合法的に居住している。②60歳以上である。③自律の一部を喪失したために、日常生活に支障のある者で、要介護認定で要介護者(GIR1~4)と判定された人である。虚弱者(GIR5)及び自立者(GIR6)は給付対象にはならない。

【給付までの手続き】

- ① 本人または家族、法的代理人が県の窓口申請する。
- ② 申請後に書類が送付されるので、申請者は必要事項を記入し、添付書類(ID証明書、納税書類等)を返送する。
- ③ 県の社会医療チーム(医師、看護師、ソーシャルワーカー)が申請者宅を訪問し、要介護度認定のアセスメントを行う。
- ④ 申請から2ヶ月以内に、県の担当課がAPAの給付の有無を通知する。施設入所者においては、医師の監督のもと施設内で行われる。

【要介護認定と評価項目】

要介護認定は日本のシステムに似ている。県の社会医療チームが、17項目のアセスメント項目(理解、認知、排泄、身体清潔、更衣、食事、屋内外の移動、遠隔通信、家事、資産管理など)について、3段階:「一人で行える」、「部分的に行える・介助を要する」、「できない」で評価する。その結果、6段階の要介護度(GIR)に分類される。

- iv) 調査項目は、「基本的な医療環境」(配点ウエイト:20%)、「終末期医療の供給可能性」(25%)、「終末期ケアにかかる費用」(15%)、「終末期ケアの質」(40%)の4部門である。部門ごとの加重評価と平均寿命や医療費などの基本統計を組み合わせてランキングを算出している。ちなみに、1位はイギリス(7.9点)で、2位はオーストラリア(7.9点)、3位はニュージーランド(7.7点)で、日本は23位(4.7点)であった。フランスにおいては、「基本的な医療環境」(7.3点)は第3位で、国主導によるインフラ作りが評価されている。「終末期医療の供給可能性」(3.0点)は23位と順位を落としているが、「費用」(8.8点)は第5位と手厚い補給給付による自己負担の軽減策が評価されているものと思われる。「終末期ケアの質」(6.4点)は17位である。
- v) 非営利団体であるキリスト教団が管理している独立型ホスピス「メゾン・メディカル・ジャンヌ・ガルニエ」は、1874年に設立された歴史あるホスピスである。フランス医療評価機構から優良ホスピスと認定されている。手厚い人員配置と、質の高い研修プログラムはフランス政府からも高い評価を得ている。年間入院患者数は約1000人、平均在院日数:19日、院内死亡率:80%(2010年)。医師は常勤換算で6名、コーディネート看護師6名、看護師35名、介護職員、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、ボランティアなど。患者1.4対1(看護師やコ・メディカルスタッフも含む)という手厚い人員配置である。

【文献】

- ・フランス緩和ケア・看取り協会「SFAP」 <http://www.sfap.org/> (2012年3月1日アクセス).
- ・Gauderer MW (1999): 「Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy: Origin And evolution of a concept and its expanded applications. *Gastrointestendosc* 50, 879-883.
- ・本田まり (2008): 終末期医療と生命倫理—病者の権利および生命の末期に関する 2005年4月22日の法律370号による改正を経た, 法典の関連する規定—. 太陽出版, 223-237.
- ・樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 近藤克則 (2010): 高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール. 中央法規出版, 東京
- ・池崎澄江, 池上直己 (2012): 特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析. 厚生労働省, 59 (1), 14-20.
- ・石飛幸三 (2010): 「平穏死」のすすめ—口から食べられなくなったらどうしますか. 講談社, 東京
- ・厚生労働省 (2007): 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 平成19年5月
- ・厚生労働省 (2009): 人口動態調査
- ・川上嘉明 (2008): 自然死を創る終末期ケア—高齢者の最期を地域で看取る. 現在社, 東京
- ・菊地広子 (2011): フランス終末期医療事情—治療中止を合法化, 緩和ケア政策も進む. *日経メディカル*, 2011年3月号, 40-45.
- ・Lynn. j. Adamson, D. M. (2003): *Living Well at the End of Life*. WP-137. Rand corporation.
- ・宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編 (2004): 在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ. 中央法規出版, 東京
- ・日本医師会 (2007): 終末期医療のガイドライン. 平成19年8月
- ・日本救急医学会 (2007): 救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン). 平成19年11月5日
- ・日本老年医学会 (2012): 「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. 平成24年1月28日
- ・日経メディカル編集部 (2011): 治療差し控え進むフランス—法整備を機に緩和ケアが充実. *日経メディカル*, 2011年12月号, 70-73.
- ・Observatoire National de la Fin de vie Rapport (2011)
- ・Stffen M (CNRS-Grenoble University) (2010): The French health care system. liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35 (3), 353-387.
- ・杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 篠田道子, 五十嵐智嘉子, 池上直己 (2007): 緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性. *病院管理*, 44 (3), 243-250.
- ・篠田道子 (2009): フランス介護制度の動向と日本への示唆. *健保連海外医療保障*, NO 83, 15-21.
- ・篠田道子 (2010): フランスにおける長期入院への対応 - 在宅入院制度の展開から, *健保連海外医療保障*, NO 87, 21-28.
- ・篠田道子 (2011): フランスにおける医師と看護師の役割分担—看護師の「固有の役割」を中心に. *海外社会保障研究*, 第174号, 30-41.
- ・ヴァンサン・アンベール, 山本知子訳 (2004): 「僕に死ぬ権利をください—命の尊厳を求めて」. NHK出版, 東京
- ・全日本病院協会 (2009): 終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために—. 平成21年5月