

生活環境支援理学療法

高齢者ケアに関わる理学療法士はなにをすべきか・なにができるか*

備酒伸彦**

はじめに

この小論では、高齢者ケアの現場で、あるいは高齢者ケアのシステムを考えると、「理学療法士はなにをすべきなのか」そして「なにができるのか」について、高齢者ケアの過去と現在、北欧と我が国を比較しながら考えてみることにする。

表は筆者の職歴と、高齢者ケアに関わる制度の変遷を併記したものである。20年ほどの間に我が国の高齢者ケアを取り巻く環境が大きく変わったことがわかる。このように過去を振り返ることは、将来を考えるうえで欠かすことのできないものである。たとえば、2006年からはじまった介護予防事業は、1982年に施行された老人保健法による機能訓練事業・健康教室を再検証すれば、その発想も、方法論もほとんど既視感の中に埋没する。このように過去を検証して、本当に役立つ方法論を制度論の中で組み立てることは、理学療法士がすべきことで、また、できることである(表)。

理学療法士はその専門性から、高齢者ケアに限らず、幅広く人々の福祉に関わる分野で仕事をする職種である。それだけに、専門職として関わった分野で「なにを行って、どのような結果を得たのか」を蓄積して、将来を考える知見を積み重ねていくことは、個々の理学療法士に求められる努力であると同時に、専門職として認められる「理学療法士」の欠かすべからざる役割であることをはじめに述べておきたい。

技術論と制度論

今や、病院を退院した人が、翌日には庭先に座り訪問看護師が寄り添う姿がごく当たり前のものとなった。ほんの15年前のケア現場では想像すらできなかったものである。薄暗い部屋の中で寝たきりとなって、その枕元には途方に暮れた妻が座っている姿が普通で、毎日が褥瘡との戦いであった頃と比べると隔世の感がある(写真1)。

さて、このように世の中を大きく変えたものはなんなのかと考えると、「技術論」と「制度論」という結論にたどり着く。

褥瘡を例に解説すると、1990年代の初頭、褥瘡に対しての技術論は「乾かす」「消毒する」が一般的であった。すなわち、

表

1983年	民間老人病院	家族介護(お世話) 医療が介護ニーズの受け皿 ゴールドプラン(1989年)
1991年	県立総合病院	
1994年	兵庫県地方機関	新ゴールドプラン(1994年) 介護保険(2000年)
2005年	現職	介護保険見直し

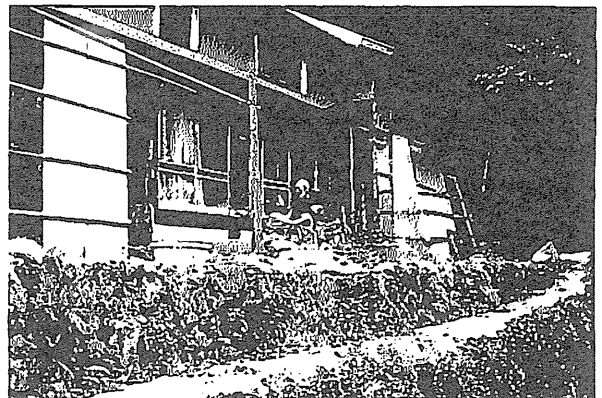


写真1

2005年に公表された「褥瘡局所治療ガイドライン」¹⁾に照らせば、「患者データに基づかない」、「行わないよう勧められる」方法が一般的な技術論であったわけである。1990年代半ば頃からはじまった技術改革がなければ、今も褥瘡の悲劇は衰えていなかったはずである。

では、技術論さえあれば褥瘡は克服できたのかと問われれば、答えは否である。その技術を、現場に届ける「制度論」があってこそ技術が活かされたわけである。もうひとつ大事なことは、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、さらには介護保険という制度論は、決して魔法のように生まれたものではないということである。これらは、様々な臨床現場から寄せられた知見や要請によって築かれたものである。

現場で働く理学療法士は、「技術論」を習得し、さらに発展させることに止まらず、その技術をあまねく現場に届けるための「制度論」を築くことにも重く関わっているということを忘

* What Should PT Do, What Can Be Done at Eldely Care

** 神戸学院大学総合リハビリテーション学部

(〒651-2180 神戸市西区伊川谷町有瀬518)

Nobuhiko Bishu, PT: Kobegakuin University, The Faculty of Rehabilitation

キーワード: 高齢者, ケア, 理学療法士

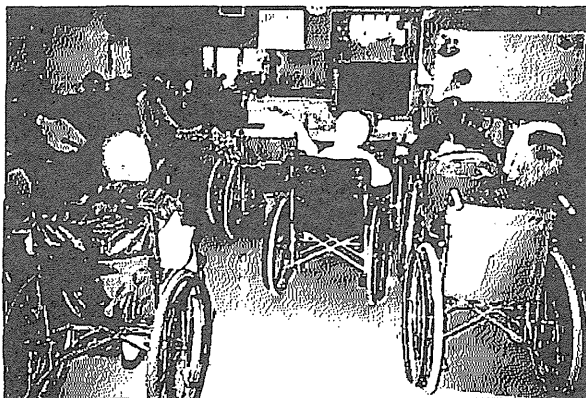


写真2



写真4

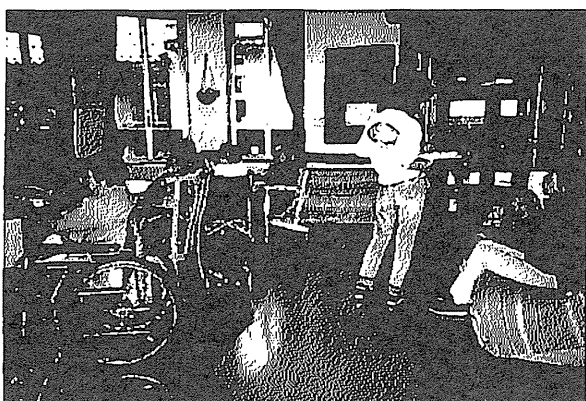


写真3

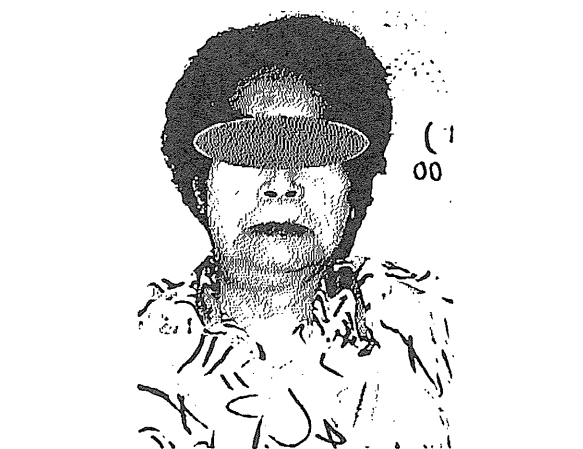


写真5

れないでおきたい。

次の項からは、技術論と制度論の発展に重責を担う理学療法士に求められる振る舞いに焦点を当てて考えていくことにする。

慣れからの脱却

前項で述べたように、我が国の高齢ケアは時代とともにあきらかによくなっている。しかし、個々の現場に目を向ければ、受け入れがたいケアがあることも事実である。

写真2、写真3はともに特別養護老人ホームの風景である。解説を加えるまでもなく、両者の差は歴然としている。いったいこのような差異はなにによって生まれてしまったのだろうか、あるいは改善されないのだろうか。

個々の要因を挙げれば数多にのぼるが、総体的にいえば「閉鎖された環境では、素晴らしいサービスが生まれる一方で、劣悪なサービスが見過ごされる」ということである。そして、その大きな原因が、そこで働く人の「慣れ」である。

研修会で、写真4を示して「この場面に出会ったら、あなたは何をしますか」と問えば、多くの人が「声をかけます」「姿勢を正そうと試みます」と答える。ところが、実際に写真の場面に出会った数人のケアスタッフは、この異常さにまったく気づかず、筆者に微笑んで通り過ぎていった。すなわち彼らには、机に突っ伏した姿が見えていなかった訳である。

このように、慣れによってあきらかに異常な姿でさえ見慣れ

た風景になってしまい、改善の機会を失うリスクを、専門職であるだけに特殊な環境で仕事をする理学療法士は背負っていることを心しておきたい。

このリスクを回避するためには、自分自身で自らの「慣れ」を疑うことと、それぞれの職場で「慣れ」について毅然とした態度で議論することが有効である。時に、自らを、あるいはそれぞれの職場を、さらには理学療法士という職能を厳しく見つめることが、それぞれが負うリスクを軽減するに有効な方策となる。紙幅の制限で紹介にとどめるが、三隅不二²⁾が1966年に提唱したPM理論が職場での振る舞いの参考になる。

他者への振る舞い

特別養護老人ホームで、車いすに座った女性に「写真を撮って下さい」と声をかけられた。「はい」と答えてカメラを向けると、微笑みのない顔がファインダーの中にある(写真5)。その後聞いた彼女の言葉は「ここでも写真はよく撮ってもらう。ただ、その度に「はい、笑って」と言われる。世話になっている人が笑えというからそうするけれど、一枚くらいちゃんとした顔の写真がほしかった」というものであった。

写真を撮る時「はい、チーズ」と声をかけるのはごく普通のことと、そこに悪意はない。ところが、撮ってもらった人はいつも笑った写真ばかりがほしい訳ではない。「写真は笑って」という思いが、写真を撮ってもらった人の本心を押さえつけて



写真6

いるとしたら、とても怖いことである。少なくとも写真の女性はそんな辛さの中にあっただけである。

さて、理学療法士は、患者や利用者という「他者」に対してどのように振る舞うべきだろうか。この小論は「他者」を哲学的に思索するものではないので、平易に「自分ではない人」すなわち「自分自身とは考えを異にする人」と捉えれば答えは簡単である。「尋ねる」「聞く」「話す」ということを丁寧に繰り返せばよいわけである。ところがこれが難しい。理学療法士は専門性をもって、客観的合理性のある方法を患者や利用者へ伝えようとする。それが善意で行われるだけに、案外「尋ねる」「聞く」「話す」が省略されているところがある。

日々の仕事の中で、あらためて他者に対する振る舞いを点検してみたいものである。

普通を大切に考える

写真6は、デンマークにあるグループホームの食事風景である。

10人ほどの利用者に対して、1～2人のケアスタッフで楽しく食事が進んでいく風景は、我が国の現状を知る者としては驚きでさえある。

我が国でこのような風景を実現するためにはなにが必要か、端的に述べれば、1. ちゃんと座って、2. 美味しく食べることにふたつに尽きる。

さて、理学療法士は高齢者ケアの現場で、「ちゃんと座る」ことに十分な注意を払い、具体的な仕事ができているだろうか。シーティング技術をもち出す前に、「ちゃんと座って美味しく食べているかな」と思い巡らし、その実現に向けて理学療法士が活躍すれば、我が国の障害高齢者の食事風景は確実によく変わるはずである。

写真7には、我が国ではまず見ることのできない“火の灯ったロウソク”がある。この施設を訪れた日本人メンバーのひとりが「ロウソクは危なくないですか」と尋ねたところ、先方のスタッフが「えっ、私達は食事の時にはロウソクを灯すんですよ」と答えた。

このとき筆者の頭に去来したのは「彼らは、利用者の“普通の生活”を支えるためにケアを提供している。それに対して我々は、ケアのために生活を縛っているのではないか」という



写真7

反省であった。

普通の暮らしを支えるために理学療法があると考え、我々の仕事の幅はますます広いものになっていくだろう。

生活機能≠身体機能

Robert L. KaneらはEssentials of Clinical Geriatrics³⁾の中で、人のFunctionはphysical capabilities, medical management, motivationという3要素の掛け算によって表現できるとしている。

たとえば、10の身体機能がある高齢者に、適切なケア10が掛け合わせられれば100に、そこに10の意欲が掛け合わせられると1,000の機能が発揮されるというものと解釈できる。逆に、10の身体機能があっても、ケアが0.5、意欲が0.5なら25の機能になってしまうという考え方で、高齢者ケアの現場では実感として極めて受け入れやすいものである。

先述のように、地域リハビリテーションのありようは時代とともに変わっていく。褥瘡に対する取り組みが主であったような時代は、当然、「身体機能」に対する取り組みが重視されたし、サービス資源の多くがそこに投入された。地域リハビリテーションの形が「生物モデル」であった時代は、式の「身体機能」にほとんどの焦点が合わせられていたということになる。

ただし、その時代は今や過去となった。これからの地域リハビリテーションに関わる者は、職種の別なく「人の生活モデル」を支えるために、式の右辺すべてを動員して高齢者の生活支援に向かっていかねばならないということを十分に認識しておく必要がある。

このことを実際の場面で教えてくれた事例を紹介したい。

80歳で脳血管障害を発症し、右片麻痺となり家に帰った男性である。病院での治療・リハビリテーションはスムーズに進み、自ら歩いて退院したものの、ほどなくしてほぼ寝たきりの状況に陥ってしまった。

目の前で廃用性の機能低下を示す男性について、カンファレンスでは慎重な討論が行われた。その中で、この方が60年にわたって牛を飼うこと一筋に生きてきたことから、「牛小屋に行ってみよう」というアイデアが生まれた。この時、男性が牛小屋に出かけることについて、1. 過度の身体的負担にならな

いか、2. ケアチームが行うこのような関わりによって、家族とケースの間に溝を生じさせないか、3. 我々のサービス提供に継続性が担保されているか等といったことについて十分な検討をしたうえで、ケースに対して「牛小屋に行ってみませんか」という提案を行った。さて当日、家から数百メートル離れた牛小屋に車いすでたどり着いたケースは、自ら立ち上がり、捨ててしまいたいといっていた麻痺した手で牛の身体を撫でて歩いた。6ヵ月寝たきりであった人がである。

人は「動けることに加えて、動きたいと思うから動く」。理学療法士はその「動ける」「動きたい」双方に関わることできる有為な専門職である。それだけに、今、目の前のケースにとって必要なことはなにかを常に考えて、自らの振る舞いを律する必要がある。

おわりに

牛小屋の事例を通じて述べたように、理学療法士は高齢者ケアの担い手として幅広い守備範囲をもっている。このことから、理学療法士は医療職かケアに関わる職かということは、筆

者に私にとってはまったく興味のないディスカッションである。医療の現場で理学療法士は極めて有効な仕事ができることはすでに自明である。同時に、人の生理・運動機能から、基本動作、ADL、生活までを連続して試みることのできる理学療法士は、ケアの領域でマネジメントに当たる職種として、作業療法士と並んで適格性を有する希有な職種であることを述べておきたい。

それだけに、これからの高齢者ケアを支え、創造するに足る技術と見識を磨いていきたいものである。

文 献

- 1) 日本褥瘡学会(編): 科学的根拠に基づく褥瘡局所治療ガイドライン, 照林社, 東京, 2005.
- 2) 三隅二不二: 新しいリーダーシップ集団指導の行動科学, タイヤモンド社, 東京, 1966.
- 3) Kane, RL, Ouslander JG, *et al.*: Essentials of Clinical Geriatrics, 5th ed. The McGraw-Hill companies, New York, 2004.

【論文 10】

要介護高齢者に対する
自宅退院支援の現状と課題

川越 雅弘

静岡県医師会報

1493, 6-9, 2012.9

要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題

国立社会保障・人口問題研究所

室長 川越 雅弘

はじめに

入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、平均在院日数の短縮化が推進されている。こうした中、円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。本稿では、退院支援の機能強化に向けた制度・報酬改正の動向を整理するとともに、要介護高齢者の自宅退院事例調査から見てきた課題と対策について言及したい。

I 求められる退院支援の機能強化

2011年6月30日に公表された「社会保障・税一体改革成案」で提案されているのは、現行の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期病床に分けた上で、現時点の一般病床全体の平均在院日数（約19日）を、2025年には一般急性期病床で9日程度に短縮するというものである。

高齢化の進展に伴い、入院患者の高齢化（入院患者の半数が75歳以上）、家族介護力の低下（高齢者のみ世帯の増加）が進んでいる。長期入院の受け皿となる療養病床数も38.4万床（2005年）が35.7万床（2008年）に減少している。したがって、病院と在宅関係者間の連携をより一層強化し、“高齢者の自宅への早期退院”を支援するシステムを、地域レベルで早急に構築する必要がある。

II 退院支援強化に向けた報酬改定の流れ

平均在院日数の短縮を図るためには、医療機関間、医療機関と介護関係者間の連携強化が必須と

なる。厚生労働省はまず、急性期治療を担う病院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

さらに、医療機関と介護関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院関係者が介護支援専門員に対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を2010年に、介護支援専門員の退院支援への関与を評価する“退院・退所加算（Ⅰ）（Ⅱ）”を2009年に新設した。2012年の同時改定では、早期退院支援の強化をはかるべく、これら各種加算の算定要件の見直しなどを行った。こうして、急性期入院から自宅退院までの退院支援強化を目的とした報酬設定がほぼ完成したのである。今後問われるのは、“退院支援の質”となる。

III 要介護高齢者への自宅退院支援の現状—退院事例調査から—

昨年10月、静岡県内の全居宅介護支援事業所（971カ所）を対象に、自宅退院患者の入退院時特性、退院支援プロセス、退院後ケアプラン内容等に関する質問紙調査を実施した（回収事業所数：619事業所、回収率63.7%）。本章では、回答事業

所に所属する介護支援専門員1,464人が有する直近の退院1事例（合計1,464事例）に対する退院支援の実態調査の主な結果を示す。

1. 回答者（介護支援専門員）の基礎資格

回答者1,464人の基礎資格をみると、「介護福祉士」が59.8%と最も多く、次いで「看護職」17.6%、「社会福祉士」9.3%の順であった。

2. 入院の状況

1) 入院元の病床種類

入院元の病床種類をみると、「急性期病床」が66.6%と最も多く、次いで「回復期リハビリテーション（以下、リハ）病床」24.6%、「療養病床」4.0%、「その他の病床」3.2%の順であった。

2) 入院原因疾患

入院原因疾患を病床種類別にみると、急性期病床は「悪性腫瘍」15.1%、「肺炎」12.8%、「脳梗塞」8.0%の順、回復期リハ病床は「大腿骨骨折」29.4%、「脳出血」18.3%、「脳梗塞」17.2%の順、療養病床は「脳梗塞」15.5%、「悪性腫瘍」「大腿骨以外の骨折」10.3%の順であった（表1）。

3. 退院時の患者特性－要介護度－

退院時の要介護度を病床種類別にみると、急性期病床は「要介護4」18.7%、「要介護3」16.8%の順、回復期リハ病床は「要介護2」23.3%、「要介護1」21.9%の順、療養病床は「要介護4」「要介護5」22.4%の順であった。ここで、重度要介護者（要介護4以上）の割合をみると、「急性期病床」35.2%、「回復期リハ病床」24.7%、「療養病床」

44.8%と、療養病床からの退院者の要介護度は他の病床に比べて重度であった。

4. 退院支援プロセス

1) 介護支援専門員の担当時期

介護支援専門員が入院前から担当していた割合（＝要介護者の入院割合）を病床種類別にみると、「急性期病床」67.0%、「回復期リハ病床」38.9%、「療養病床」53.4%であった。これを入院原因疾患別にみると、「肺炎」が83.7%と最も多く、次いで「消化器疾患」72.2%、「心疾患」67.9%、「呼吸器疾患」67.1%の順であった。

2) 退院前訪問指導の実施状況

退院前訪問指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」13.1%、「回復期リハ病床」46.9%、「療養病床」34.5%であった。

退院前訪問指導への専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」75.0%、「介護支援専門員」56.3%、「理学療法士（PT）」32.0%の順、回復期リハ病床では「PT」87.0%、「介護支援専門員」73.4%、「OT」60.9%の順であった。

3) 退院前ケアカンファレンス（以下、退院前CC）の実施状況

介護支援専門員が参加した退院前CCの実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」58.8%、「回復期リハ病床」73.6%、「療養病床」75.9%であった。

退院前CCへの病院専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」93.4%、「MSW」55.1%、「医師」39.6%の順、回復期リハ

表1. 病床種類別にみた入院原因疾患

	総数 (n=1,464)	急性期病床 (n=975)	回復期リハ (n=360)	療養病床 (n=58)
第1位	大腿骨骨折 12.2%	悪性腫瘍 15.1%	大腿骨骨折 29.4%	脳梗塞 15.5%
第2位	悪性腫瘍 11.3%	肺炎 12.8%	脳出血 18.3%	他の骨折 悪性腫瘍 10.3%
第3位	脳梗塞 10.6%	脳梗塞 8.0%	脳梗塞 17.2%	
第4位	肺炎 10.0%	消化器疾患 7.4%	他の骨折 10.6%	肺炎 8.6%
第5位	他の骨折 7.0%	心疾患 7.3%	脊椎障害 4.2%	脳出血 大腿骨骨折 8.2%

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

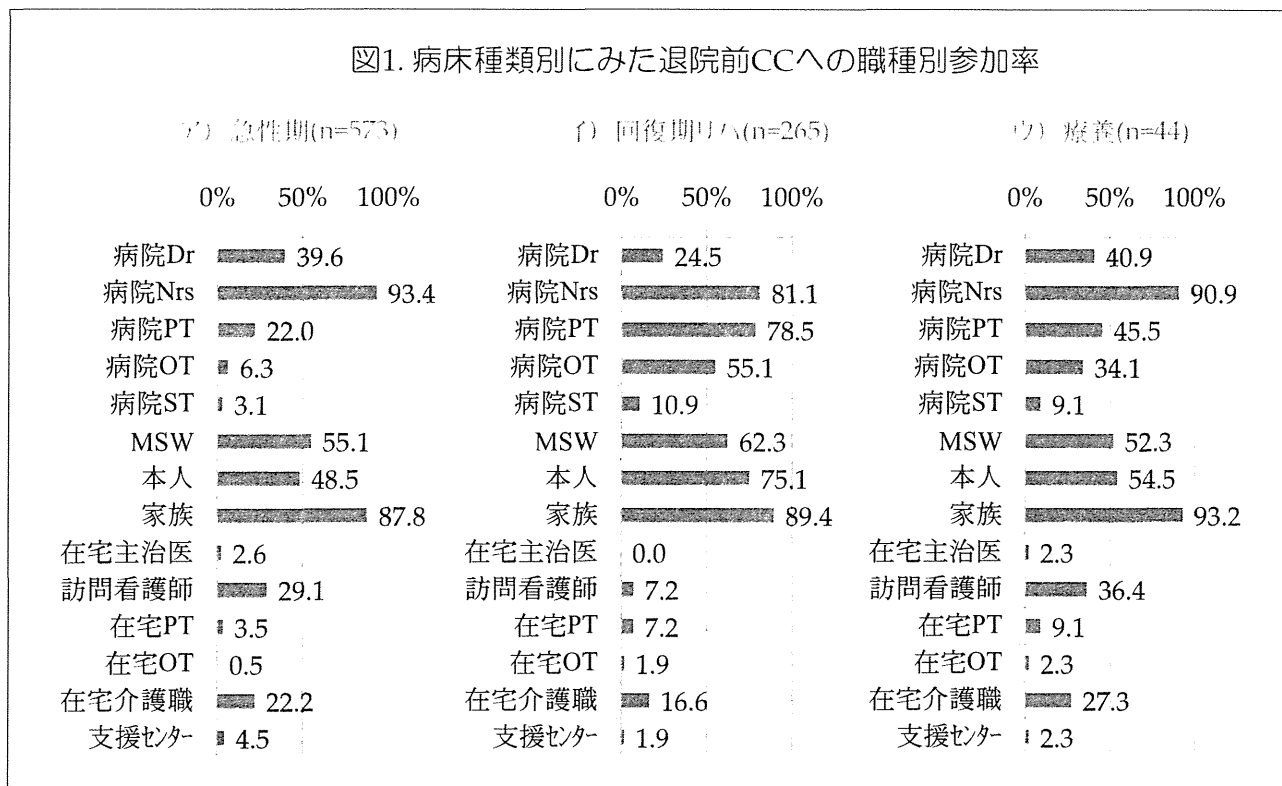
ケアプランへのサービス導入率を病床種類別にみると、急性期病床では「福祉用具」68.6%、「訪問介護」35.9%、「訪問看護」35.2%、「通所介護」34.3%の順、回復期リハ病床では「福祉用具」69.2%、「通所介護」46.4%、「通所リハ」38.3%、「訪問介護」25.0%の順、療養病床では「福祉用具」69.0%、「訪問看護」39.7%、「訪問介護」「通所介護」34.5%の順であった。

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 11】

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¹⁾。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」)^{m)}や介護サービスである「個別自律手当」(Allocation Personnalisée D'autonomie :「APA」)^{m)}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亡者数は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、全死亡者数の3分の2である322,158人と推定される。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解を繰り返し、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。

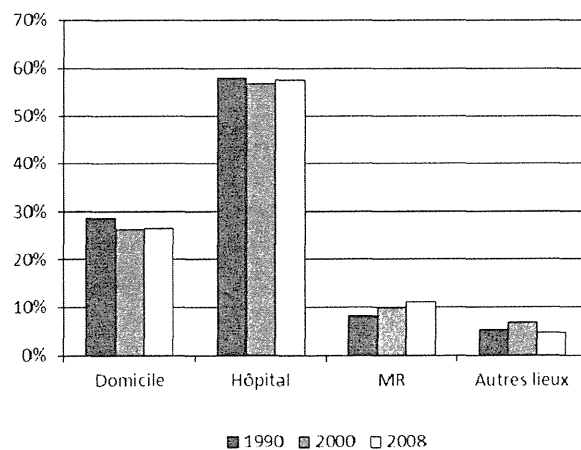


図1 フランスにおける死亡場所

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」 「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¹⁰⁾。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までもない。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的な固執 (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) 不合理的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、不合理的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)

治癒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ない、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」⁹⁾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 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