II

各国からの報告 ❸

フランス及びヨーロッパにおける看取りの実情

マリー・アンヌ・ブリウー ILC-France 研究部長

■ ヨーロッパにおける看取りの法制度

ヨーロッパでは近年、死を取り巻く状況が変化している。大半の人は長期にわたる慢性疾患を経て非常に高齢で亡くなっている。その場所も多くの場合は病院や老人ホームである。患者としてはなんとしても命を永らえようとするよりは安らかに死にたいと思う人が多くなり、幅広い治療法や緩和ケアを利用できるようになってきた。

それを支える各国の看取りの法制度としてはまず、オランダとベルギーにおいて、安楽死法が2001年、2002年にそれぞれ成立した。スイスでは長年、患者の死を積極的に早めるために薬を投与する医師による幇助自殺が暗黙のうちに認められている。また、ドイツでは、いついかなる状況でも専門的緩和ケアへアクセスする権利が社会保障法典で謳われており（第37項bおよび第132項d）、スペインの法律は、WHOの原則・勧告にほぼ沿った形となっている。さらにEUは2003年にヨーロッパ各国での法制化について第24次の勧告を打ち出し、フランスでは2005年に「レオネッティ法」が制定された。

また、EUのすべての国で患者の権利や事前指示書に関する法律がある。その他にベルギー・オランダ・イギリス・フランス・ドイツでは緩和ケアの財源や規則について制定され、またケアの調整のインセンティブ（ドイツ）、緩和ケアへの平等なアクセス（スペイン）というものもある。

■ ヨーロッパにおける緩和ケアの実際

ヨーロッパにおいて痛みの緩和として投与される薬は通常、強オピオイドであり、イタリアでは76%、オランダでは96%投与される。最期の24時間で投与される量にはばらつきがあるが、だいたいはモルヒネの経口投与相当、300mg未満である。

また、突然死以外の死亡の3分の1のケースでは、死を早める可能性のある医療的な判断が行われている。このような痛みや症状の緩和は、イタリアでは全死亡の19%、デンマークは26%で行われている。治療の差し控え、取り止めはイタリアで4%、スウェーデン、デンマーク、ベルギーは14%、オランダ20%、スイス28%である。

また、積極的安楽死については、すべての国で存在するが、数としては非常に少ない。ただし、オランダでは3.4%と他国に比べて高い数値になっている。（図1）。

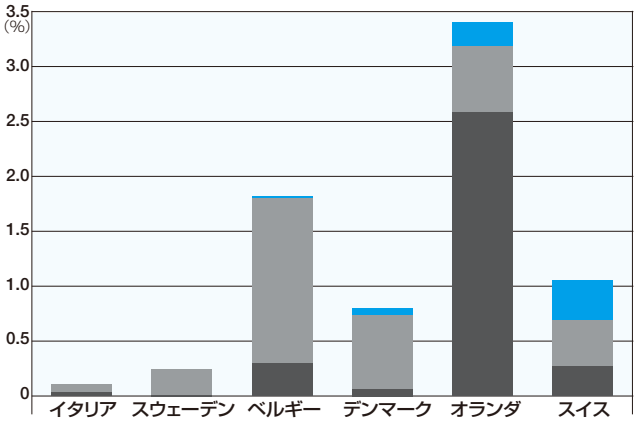

図1　死亡者に占める割合

■ 医師幇助自殺　■ 患者の明確な要求なしでの致死薬投与
■ 安楽死

Population & Societies, 430, January 2007-Eureld study2002

■ 欧州7か国継続比較研究（EUROPAL）

「欧州7か国継続比較研究」は、欧州保健省が「欧州における緩和ケアの実践モデルの定義」のために、緩和ケアにおける患者のQOLの向上、ケアの質の評価、そしてケアの質の指標作りを目指し行っているものである。

EUROPALの質問票では、緩和ケアの提供と財源、緩和ケアニーズを測定するシステム、死亡場所などが項目として挙げられている。

EUROPAL：質問票の内容

1. 緩和ケアの提供と財源に関する医療システム
2. 人々の緩和ケアニーズを測定するシステム
3. 死亡場所
4. 緩和ケアに関する国や地域の政策
5. 緩和ケアに関する法律
6. 緩和ケアとその実施に関する保健計画
7. 国・地域の緩和ケア協会
8. 緩和ケア資源の数と説明
9. 緩和ケアを提供または受給するバリアとインセンティブ
10. 緩和ケアの教育と専門化
11. 緩和ケア機関におけるボランティアの役割とボランティア養成
12. 研究（国・地域の研究計画、財源）

http://www.europall.eu/project-group-members/malteser-krankenhaus-palliativ-medizin-bonn/birgit-jaspers

また、質の国際指標として51項目が開発・認証され、欧州諸国の実践モデルを定義づけているが、緩和ケアの発展に関しては、ヨーロッパで共通の課題がある。

第1点は、金銭的・物的資源不足である。これは官僚政治体制と政治の不安定さが原因である。

2番目にオピオイド処方に関する問題として、非常に厳しい手続き、また否定的なステレオタイプの考え方があるということである。国によっては法外な価格となっている。

3番目は、緩和ケアの社会的な認知度が低いことである。また、政府の緩和ケアへの認識が疾病重視の「治療」モデルであり、患者重視の「ケア」モデルとしての認識が薄い点である。

4番目としては、医学部・看護学部でのカリキュラム、緩和ケア、教育・養成プログラムの不足である。

EUROPAL：質の国際指標

- 緩和ケアサービスの定義
- 緩和ケアへのアクセス
  - アクセスと供給力
  - 時間外診療
  - ケアの継続性
- 基礎構造
  - インフラ
  - ケアに関する情報
  - IT システム
- アセスメントツール
- 人材
  - チーム
  - スタッフ教育及び研修
  - 情報共有
  - ケアの編成
  - サポートシステム
- 臨床データの記録
  - カルテ
  - タイムリーな記録
- 質と安全
  - 質に関する方針
  - 有害事象の報告
  - 苦情処理
- 臨床活動報告
- 全国・国際
  - 国の緩和ケア政策
  - ガイドライン
  - 医療保険政策
  - 緩和ケアネットワーク
- 緩和ケア研究
- 緩和ケア教育

EAPC Congress 2010 Glasgow P159 Abstract reference number: A-238-0016-00564

■ フランスにおける看取り

1） レオネッティ法

フランスではレオネッティ法が議会で2005年に採決され、2006年の2月に施行された。このレオネッティ法は、終末期患者の権利に関する法律で、終末期に対してフランスの人々が表明している不安に応えるものである。

つまり、苦しむことへの不安、自分の意思を表明できないことへの不安、アグレッシブな治療を受けることへの不安、見捨てられ1人で死んでいくことへの不安である。

「レオネッティ法」は患者の意思の尊重（自律の原則）、患者及び代理人の情報の必要性、人間の尊厳、痛みの緩和、治療の中止や治療の拒否の際は必ず緩和ケアの確立が伴っていなければならないという原則、価値観に基づいている。

また、医療における意思決定に関する手続きを課している。治療を中止または制限する決定は合議制で行わねばならず、議論での決定事項は医療ファイルに記録することが義務づけられている。

「レオネッティ法」の主な条項

1	不合理な執拗さの拒否
2	患者による治療の拒否
3	成人であれば将来自らの意思を表明できない場合に備えて「事前指示書」を書くことができる
4	自らの意思を表明できない患者の治療を制限・中止することができる（合議制による）
5	ダブル「効果」の原則（命を縮め、苦痛を軽減）： 終末期の患者の苦しみと、その患者の命を縮めなければ軽減することができないとわかった場合、医師は患者と家族にその旨を伝えなければならない
6	尊厳の保護
7	国際的倫理原則の保護： 自律の原則・慈善の原則・「悪意」がないことの原則

2） フランス緩和ケア学会の勧告

フランス緩和ケア学会では、「緩和ケア学会の勧告」として10の質問項目を設け、その内の3項目以上「Yes」であった場合には緩和ケアを利用するよう勧めている。

フランス緩和ケア学会の勧告 - 10の質問項目

1 現在の知識では治る見込みのない疾病を有する
2 予後悪化因子が存在する
3 疾病の進行が急速である
4 患者または親族が緩和ケア及びサポートを要求している
5 第一線の治療を実施しても、症状が持続する
6 患者・近親者に心理的な脆弱性要素が認められる
7 患者・近親者に社会的な脆弱性要素が認められる
8 患者・近親者が、疾病・予後に関する情報を理解するのに困難を要する
9 医療チームのケアの一貫性に疑問点又は矛盾がみられる
10 以下の点において対応に疑問点が見られる：治療の拒否、治療の制限又は決定、安楽死の要請、価値観の対立の存在

3） 緩和ケアの拠点とベッド数

フランスの「緩和ケアに関する拠点」は緩和ケアユニット(USP)、緩和ケア移動チーム(EMSP)、緩和ケア認定病床(LISP)、在宅入院サービス(HAD)、緩和ケアネットワークという種類がある。

緩和ケアの2008～2012年国家計画の中間時点での緩和ケアのベッド数は、計画前の2,000から6,000に増えた。現在、緩和ケアのユニットの数は107で、病床数が1,176、緩和ケア移動チームが353、緩和ケアの認定病床が4,826(施設数1,164)である。

■ 日本と欧州諸国の看取り比較

ILC-Japanの「理想の死と看取りに関する国際比較調査」の結果に基づき、日本と欧州諸国の調査結果を報告する(事例と調査項目については4～5ページ参照。)。

1） 文化的相違

まず、個人の死生観において日本と欧州諸国に大きな相違が見られた。日本は死について80%以上の人がふだんから考えているのに対し、欧州諸国は24~50%程度であった。また、死への不安や恐怖については、日本は48%であるのに対し、フランス、イギリス、オランダは20%以下であった。

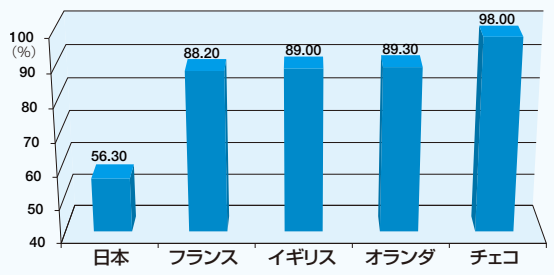

図2 理想の看取り：会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り
■「とてもそう思う」＋「ややそう思う」計

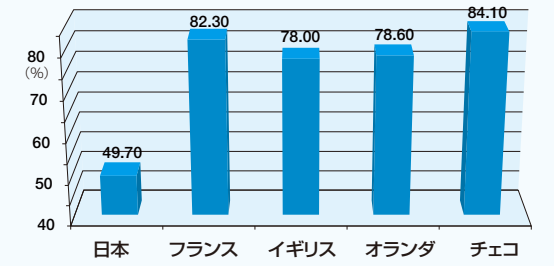

図3 理想の看取り：患者が信仰する宗教ないし文化的な儀礼に適う看取り
■「とてもそう思う」＋「ややそう思う」計

次に、配偶者や近親者への理想の看取りについては、「最期にともに時間を過ごしたい」、「可能な限りの医療や介護を受ける環境を整えたい」、「患者が最期に苦しむ時間を短くしたい」、「患者の宗教・文化的儀礼に適った治療をしてほしい」といった点で日本と比較して欧州諸国の方が「はい」と答える割合が高い。特に、「最期にともに時間を過ごしたい」と「患者の宗教・文化的儀礼に適った治療」については、日本は「はい」と答えている割合が約50%程度であるのに対し、欧州諸国は約90%である(図2、3)。

2） 末期ガンの患者Aさんの場合

「誰が治療や看取りの方針を決定するか」ということについて、末期ガンのAさんの場合、その議論の主導権を持つのは理想としては「Aさん本人」というのが各国共通で多い。しかし、実際に主導権をもつ人については各国でバラつきがある。

また、Aさんへ実際に行う対応の基本方針としては、「痛みのコントロールを行う」と各国ともに答えている(図4、5)。

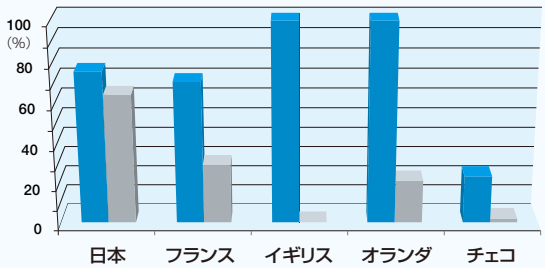

図4 Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことが「もっともふさわしい」と思いますか?

■「ふさわしい人」=Aさん
■ 過去の経験を踏まえた「実際の主導権」=息子

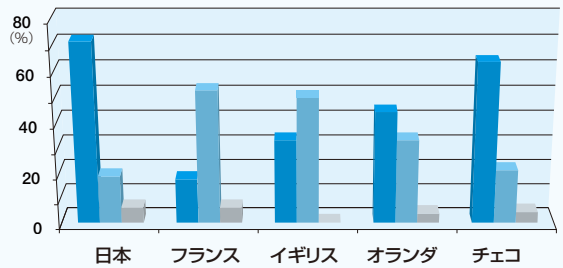

図6 これまでの経験も踏まえ、Bさんへの対応の基本方針として、実際にとる選択はどれと考えますか?

■ 人工栄養補給 ■ 現状を維持 ■ リハビリテーション

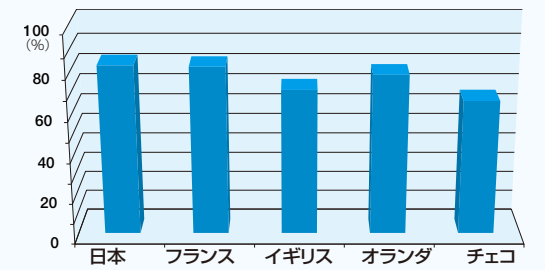

図5 これまでの経験も踏まえ、Aさんへの対応の基本方針として、実際にはどのような選択をすることになると考えますか?

■ 痛みのコントロールのみ(積極的な治療なし)

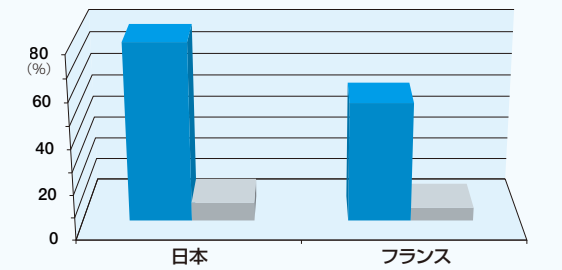

図7 Aさんにとって終末をどこで迎えるのがふさわしいと思いますか?
(「自宅」の割合)

■ 理想 ■ 実際の場

3) 認知症のBさんの場合

「Bさんは終末期かどうか?」と聞くと、「終末期である」と答えたのは日本39%、フランス71%、イギリス75%、オランダ37%、チェコ44%で、国によって違いが出てくる。

また、Bさんに関して、実際にとる今後の対応の基本方針については、日本では「人工栄養補給」が推奨されている一方、フランス、イギリス、オランダでは少なくなっている(図6)。

この理由として、フランスではBさんをまさに終末期であると判断するため、レオネッティ法が適用されるからである。つまり、患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合、執拗な治療及び栄養補給は推奨されないのである。

ただし、水分補給は点滴や皮下注射により実施する。

4) 死を迎える場所

フランスでも日本でも末期ガンのAさんにとって終末を迎えるにふさわしい場所は自宅(フランス52.9%、日本79.2%)が多いが、それは実現できていない(フランス5.9%、日本8.2%)。両国とも理想と現実の間には非常に大きなギャップがある(図7)。

フランスでは、58%が医療機関で死亡するというのが、この30年間ほぼ変わらない。在宅での死亡は27%、老人ホームは11%、路上では2%である(社会問題観察総局IGAS報告書2010)。

しかし、これには地域差がある。フランスの南部はイタリアと似ていて、医療機関での死が少ない。逆に北部の場合には在宅の死は少なく、イギリスと似ている。

■ 看取りの今後の展望

フランスでは緩和ケアに関して前向きであると言える。2011年1月に行われたあるフランスの世論調査では60%が緩和ケアの発展を望んでいる。つまり、安楽死の合法化より緩和ケアのほうが良いと考えているという結果が出ているのだ。52%が、安楽死法は「悪用のリスク」につながると考えている。57%は、患者の同意なしに安楽死させられる可能性を懸念している。また56%は、弱い立場の患者が安楽死を受け入れるよう圧力をかけられる可能性があると考えている。

これは以前の調査結果とは大きく異なる。2010年にフランス世論研究所が、安楽死の問題について調査したときは94%が安楽死に賛成となっていた。ただ、この時点では「緩和ケア」には触れていなかった。

長い時間がかかると思われるが、一般の人たちに緩和ケアについての認知度をあげること、またさまざまな専門家を育成することが今後必要と考える。