

フランス及びヨーロッパにおける 看取りの実情

Marie-Anne BRIEU –MD-
ILC-France 研究部長
於東京
2012年2月3日

概要

1. ヨーロッパ
2. フランス
3. 研究:「日本の看取り、世界の看取り」
日本とヨーロッパの比較

ヨーロッパにおける看取り： 医療の概要

- ヨーロッパでは近年、死をとりま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、高齢、または非常に高齢で死亡しており、その場所は多くの場合病院やケアホームである。また、より幅広い治療法や緩和ケアも利用できるようになった。患者側としては、何としてでも命を長らえようとするよりは、安らかに死にたいと思う人が多い。
- このような変化の結果、医療専門職は、患者の死を早めかねない医学的判断に直面することが増えている。またいくつかの国では、終末期患者の権利・安楽死の妥当性・その他終末期の決定に関する議論が浮かび上がった。

ヨーロッパにおける看取り： 現在の法制度

- オランダとベルギーの国会では、2001年と2002年に、安楽死に賛成する内容が採択された。
- スイスでは長年、幫助自殺が暗黙のうちに認められている。
- ドイツでは、SGB V(社会保障法典第37項b及び第132項d)で、いつでも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謳われた。
- スペインの法律は、国際機関(WHO、EU)が作成した原則や勧告にほぼ沿った形となっている。
- EUは、第24次の勧告を作成した(2003)。
- フランスでは、2005年4月に「レオネッティ法」が制定され、2006年2月に施行された。本法の下、もし死を早めるとしても、医師が不要な治療を差し控えたり、痛みの緩和を強化することが認められる。

ヨーロッパにおける看取り： 現在の法制度

実際には、全ての国で患者の権利または事前指示書に関する一般的な法律が存在する。

ヘルスケアに関する他の法規は、主に特定の緩和ケアの場における財源や規則（ベルギー、オランダ、イギリス、フランス、ドイツ）、ケアのより良い調整に向けたインセンティブ（ドイツ）、緩和ケアへの平等なアクセス（スペイン）に関するものである

ヨーロッパにおける看取り： まず痛みの緩和

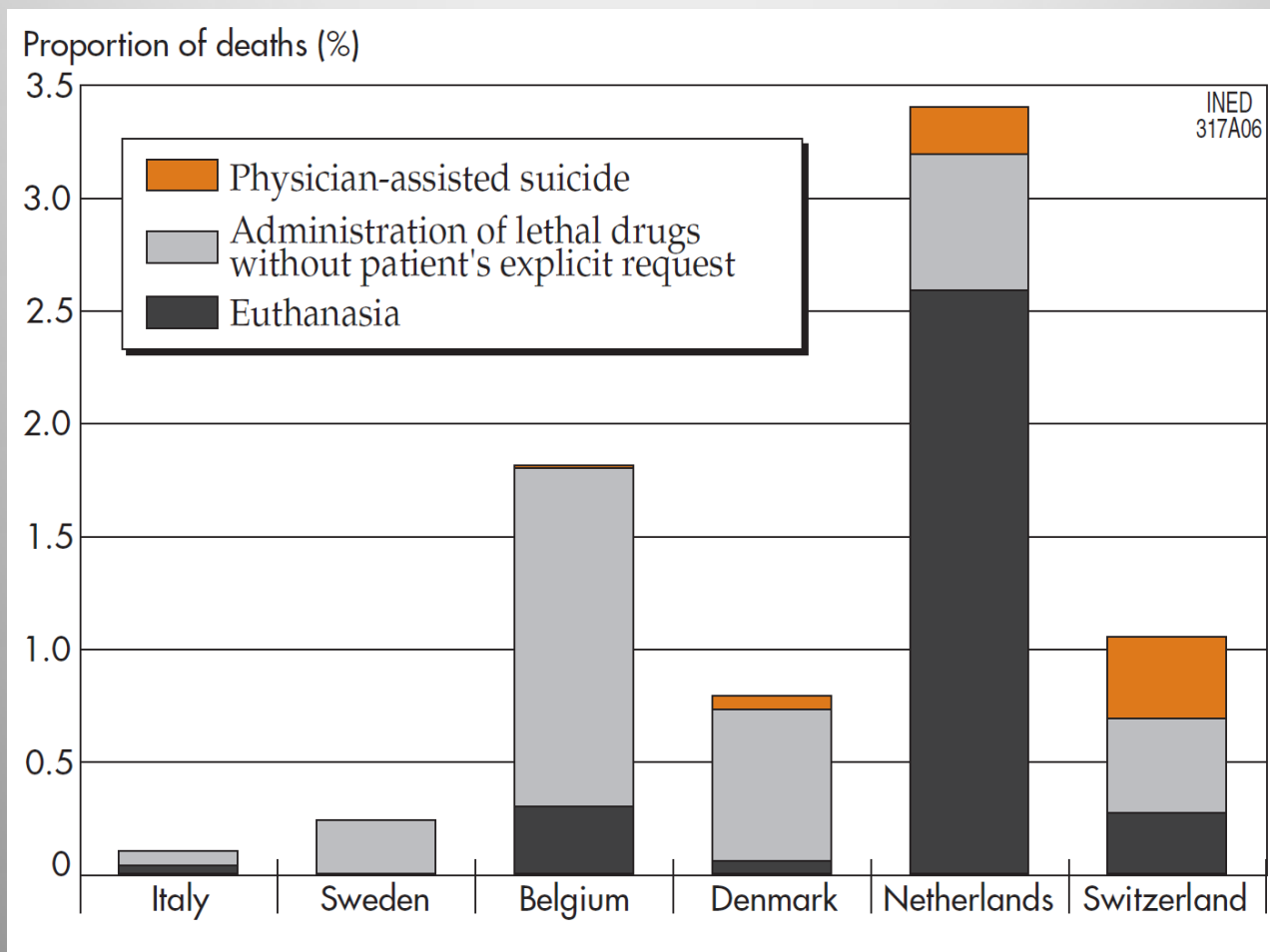
- 投与される痛み止めは通常、強オピオイド（76%（イタリア）～96%（オランダ）のケース）で、投与方法は各国で大きく異なる。
- 最後の24時間に投与される量は様々だが、通常は300mg未満のモルヒネ口頭摂取相当である（ベルギーでは83%のケース、スウェーデンでは93%のケース）。

ヨーロッパにおける看取り:

突然死以外の死の1/3のケースでは、生命を短縮する可能性がある医療的判断が行われている

- 生命を短縮する形での痛みや症状の緩和: 全死亡の19%(イタリア)、26%(デンマーク)。
- 治療の差し控えまたは取り止め: 死の4%(イタリア)、14%(スウェーデン・デンマーク・ベルギー)、20%(オランダ)、28%(スイス)。
- 患者の死を積極的に早めるために薬を投与する医師幫助自殺は、数は上記に比べると非常に少ないが、全ての国で存在する: 死の0.1%(イタリア)、1.8%(ベルギー)、3.4%(オランダ)。最後に記した2国では、調査時点で安楽死が合法化されていなかったにも関わらず、上記の結果が示されている。

ヨーロッパにおける看取り： 安楽死 (Euthanasia) は稀である





E
U
R
O
P
A
L

EUROPAL : 欧州7カ国継続比較研究 主催 : European Public Health Executive Agency

欧州における緩和ケア 優良実践の定義

- 緩和ケアにおける患者のQOL向上
- 緩和ケアの質の評価
- 欧州における緩和ケアの質の指標作り

<http://www.europall.eu/project-group-members/malteser-krankenhaus-palliativ-medizin-bonn/birgit-jaspers> - europal@anes.umcn.nl - k.vissers@anes.umcn.nl

研究グループ:

Karen Van Beek¹, Kathrin Woitha², Nisar Ahmed³, Birgit Jaspers⁴, Jean-Marc Mollard⁵,
Wojciech Leppert⁶, Sam H Ahmedzai³, Johan Menten¹, Kris Vissers², Yvonne Engels²,
Paz⁷ - ¹Belgium, ²Netherlands, ³UK, ⁴Germany, ⁵France, ⁶Poland, ⁷Spain

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)

EUROPAL : 質の国際指標(51項目)が開発・認証 され、欧州諸国の優良実践を定義づけている

- 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

ヨーロッパにおける看取り： 緩和ケア発展のバリア

- 1) 金銭的・物的資源不足。
- 2) オピオイド処方に関する問題：厳しい手続きと否定的なステレオタイプ。国によっては法外な価格。
- 3) 緩和ケアへの社会的認知度不足。また患者重視の「ケア」より疾病に重きを置く「治療」モデルにおいて、緩和ケアを専門領域として政府が認識しにくい現実。
- 4) 医学部や看護学部でのカリキュラムにおける、緩和ケア教育・養成プログラム不足。

フランスにおける看取り：
レオネットィ法が2005年4月に制
定され、2006年2月に施行。

レオネット法： 終末期患者の権利に関する法律

- 本法は、終末期に対してフランスの人々が表明した以下のような不安に応えるものである。
 - 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
 - 見捨てられ一人で死んでいくことへの不安
- 医療専門職に決定の枠組みを提供。
- 医療の決定における手続きを課す。

レオネットィ法： 終末期患者の権利に関する法律

- レオネットィ法は以下の価値観に基づいている
 - 患者の意思の尊重(自律の原則)
 - 患者及び代理の情報の必要性
 - 人間の尊厳
 - 痛みの緩和
 - 治療の中止や治療拒否は、緩和ケアの確立を伴って行われなければならないという原則
- レオネットィ法では、医療の決定に手続きを課している
 - 治療を中止または制限する決定における合議制。
 - 議論の報告義務：決定は医療ファイルに記録されなければならない。
主要人物の意見・会議の日付・関係者の氏名および資格に加え、チームとの協議にかかった時間も記録される。

レオネットィ法の主な条項

1. 不理尽で頑固な対応の拒否
2. 患者による治療拒否
3. 成人であれば誰でも、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・中止する際の合議プロセス
5. ダブル「効果」の原則：もし対応が死を早めるものだったとしても、苦痛を軽減することが処方者の意図
6. 患者の尊厳の保護：「尊厳は、その人がどのような状況であれ、絶対的かつ比類なき人類の価値を描くものである」
7. 国際的な倫理原則の保護：自律の原則・慈善の原則・「悪意なし」の原則

「まず、害を及ぼさないこと」

フランス緩和ケア学会の勧告:

もし3つ以上の答えが「Yes」であれば、緩和ケア専門チームの利用を要検討

	質問	補足	YES/NO
1	現在の知識では治る見込みのない疾病を有する患者	この質問への「Yes」の回答は、Pallia 10を用いて以下の質問を行う必要条件である。	
2	予後悪化因子が存在する	腫瘍科で認められるもの: 低アルブミン血症、炎症性症候群、リンパ球減少、カルノフスキー尺度のパフォーマンスステータス > 3	
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	緩和ケアへのアクセス権保障(1999年6月9日付の法No. 99-477)	
5	第一線の治療を実施しても、症状が持続する	ケアの間における不随意的痛み、呼吸困難、嘔吐、閉塞性症候群、混乱、興奮等	

フランス緩和ケア学会の勧告：

もし3つ以上の答えが「Yes」であれば、緩和ケア専門チームの利用を要検討

	質問	補足	YES/NO
6	患者及び／又は近親者に心理的な脆弱性要素が認められる	悲しみ、不安、引きこもり、攻撃的行動障害、コミュニケーション障害、家庭内の争い、患者及び／又は近親者に以前からみられた精神疾患	
7	患者及び／又は近親者に社会的な脆弱性要素が認められる	孤立、不安定、身体的な依存、仕事の不安定性、財政難、扶養が必要な近親者や小さな子供の存在	
8	患者及び／又は近親者が、疾病及び／又は予後に関する情報を理解するのに困難を要する	病気の悪化に直面する中で患者や近親者は不安感を増し、その結果、心理的防御機制により、コミュニケーションが困難となり、緩和ケアの実施を複雑化させる可能性がある。	

フランス緩和ケア学会の勧告：

もし3つ以上の答えが「Yes」であれば、緩和ケア専門チームの利用を要検討

	質問	補足	YES/NO
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	疑問点の例：●採用、●水分補給・栄養補給・抗生物質・プローブの設置・輸血・患者のモニタリング（HGT・モニタリング等）の指示、●鎮静剤の指示、●最適な支援の場所、●蘇生の状況	
10	例えば以下のような点において、適切な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	レオネッティ法は、患者の権利及び終末期に関するもので、治療の拒否及び／又は、判断能力／意識がある全ての者及び自らの意思を表明する状況にない患者への治療を制限するにあたっての決定条件について対応するものである。	

フランスの緩和ケア機関の拠り所

- 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

フランスにおける緩和ケアの提供状況 (2010年12月31日現在)

	緩和ケアユニット数 (USP)	緩和ケアユニットの病床数	1164施設における緩和ケア認定病床 (LISP) 数	緩和ケア移動チーム数
フランス	107	1176	4826	353

緩和ケア2008-2012年計画の中間時点では、緩和ケアベッドの数は、計画前の2,000から6,000近くとなった。進捗報告では、計画が重点を置くべき2点として、「病院緩和ケア提供者の地域ネットワーク完成」と「ナーシングホーム及び在宅における緩和アプローチの普及」を挙げている。

日本の看取り、世界の看取り

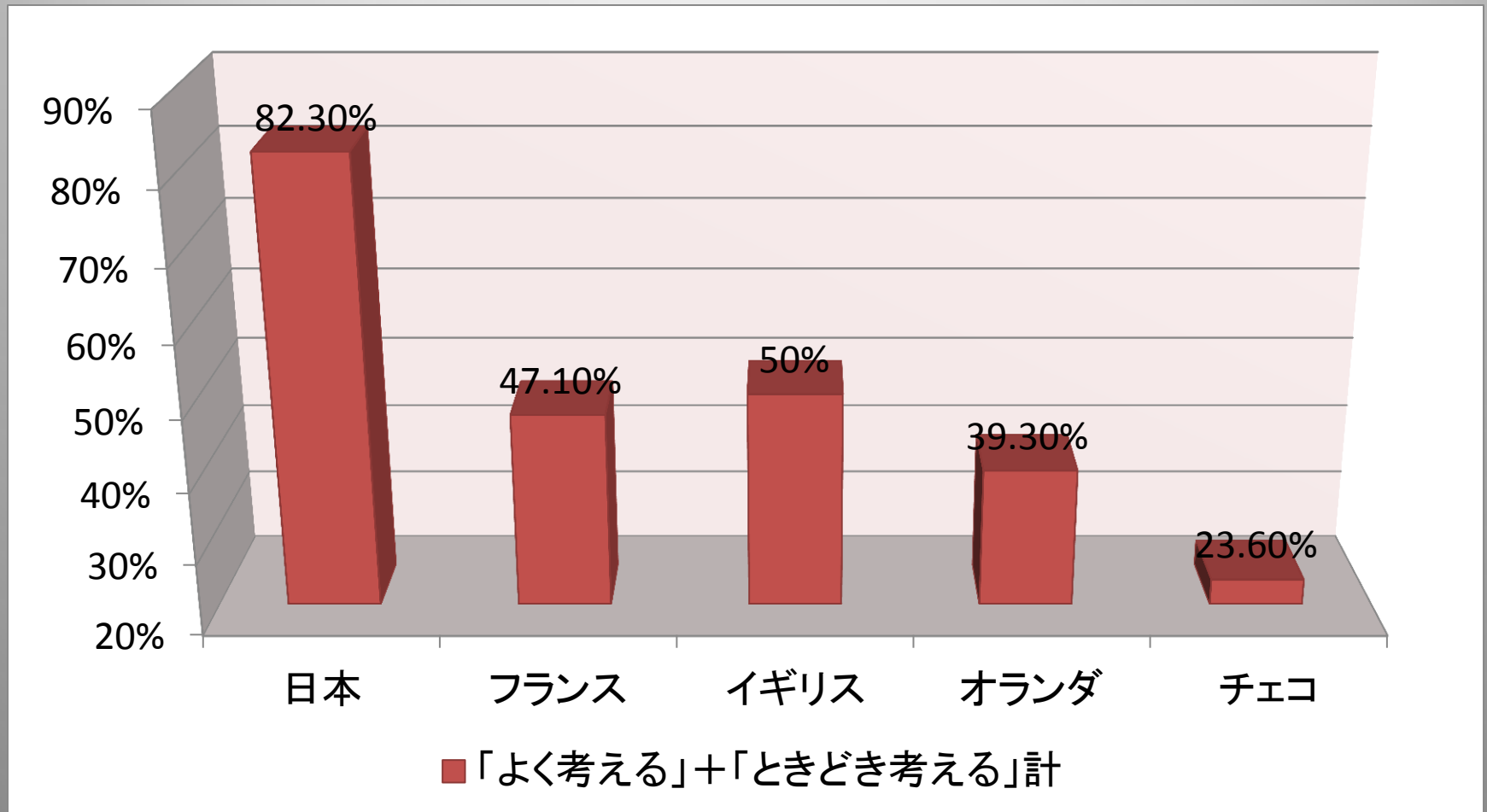
在宅介護・医療と看取りに関する
国際比較研究

日本と欧州諸国の比較

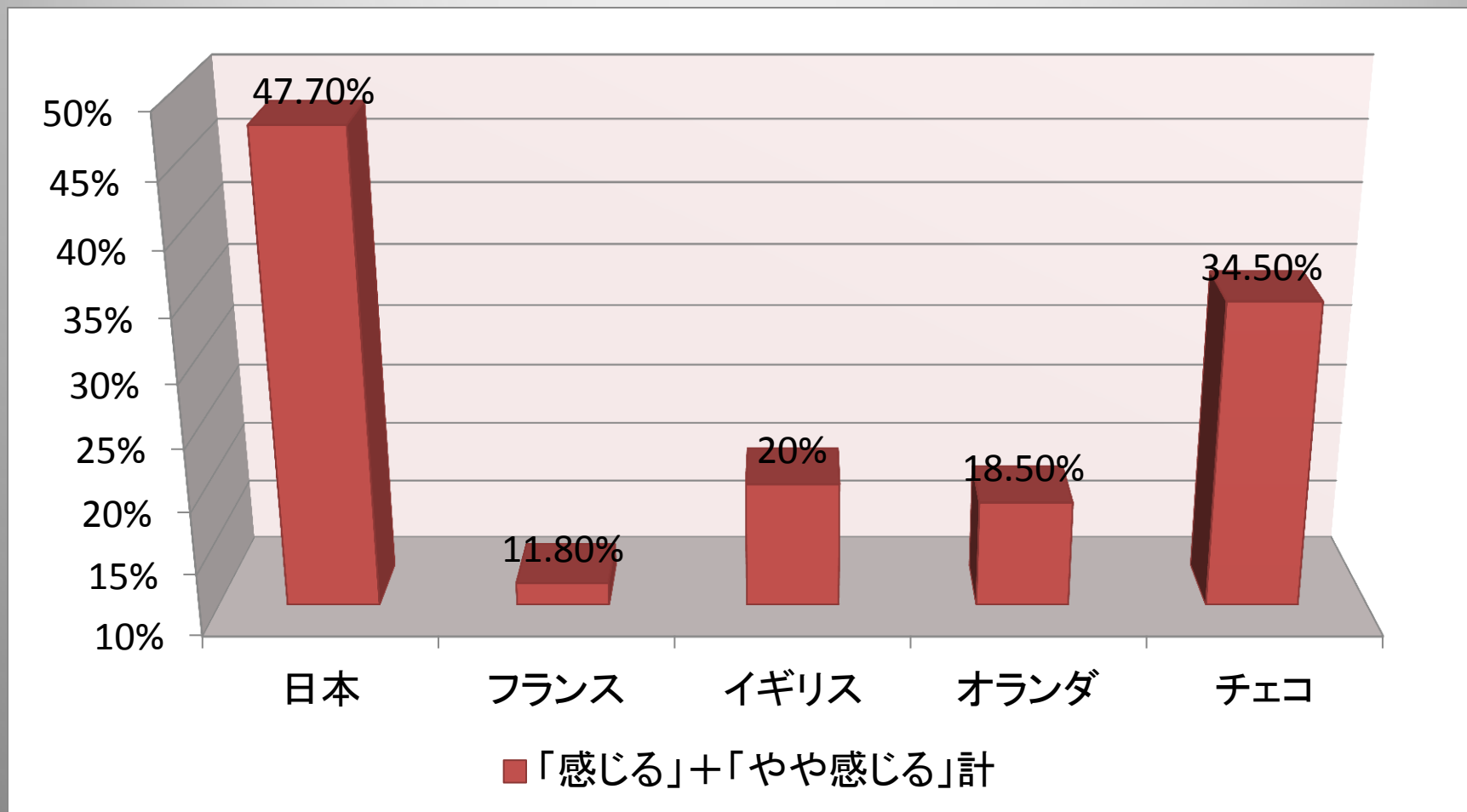
主な結論 (1)

- 日本とEUで大きな文化的相違が見られた結果
 - 死についての考え
 - 死に対する不安感
 - 最期に共に時間を過ごすこと
 - 可能な限りの医療や介護を受けること
 - 患者が最後に苦しむ期間を短くしたい
 - 患者の宗教・文化的儀礼に適った対応を行いたい

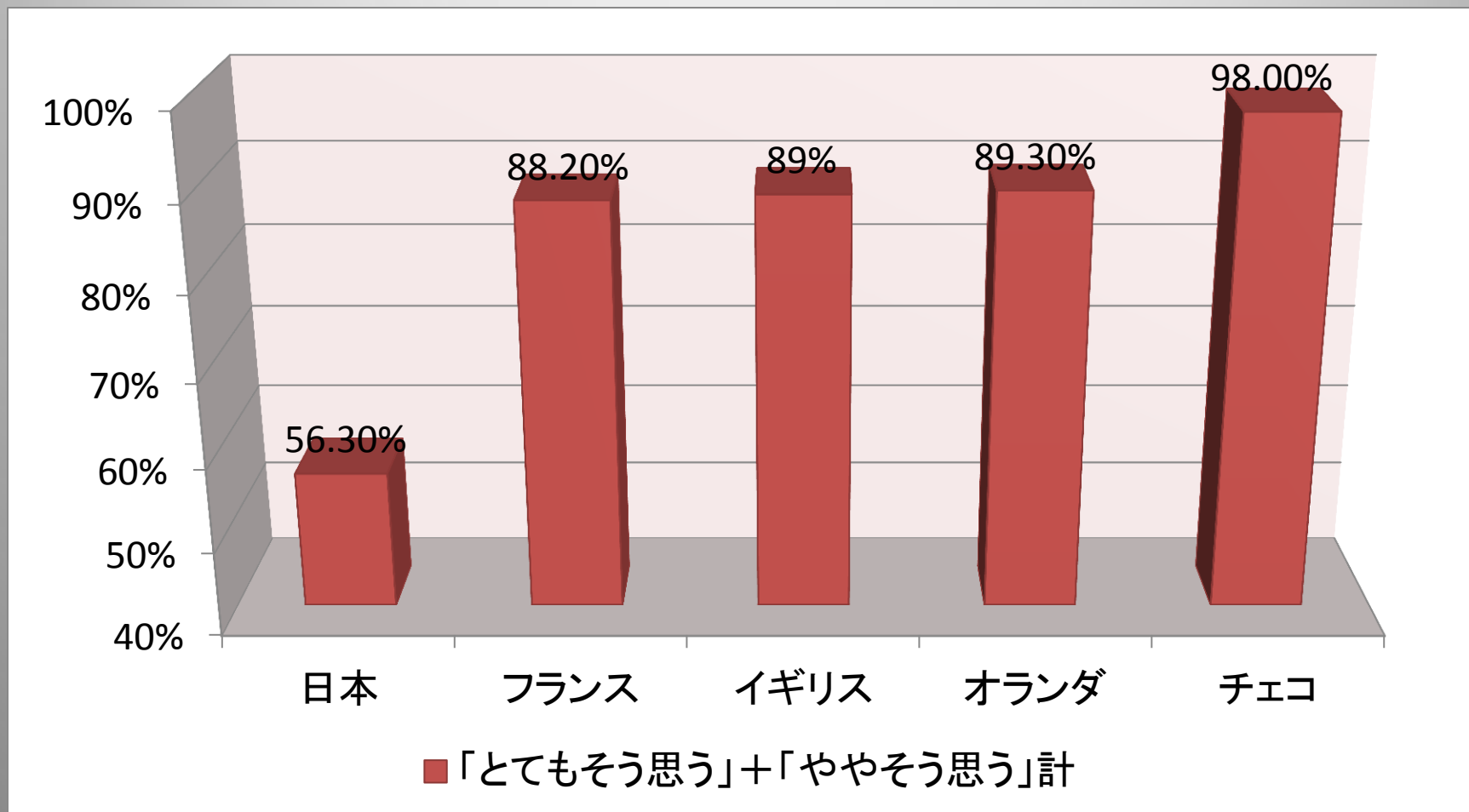
あなたは、ふだん死について考える ことがどの程度ありますか？



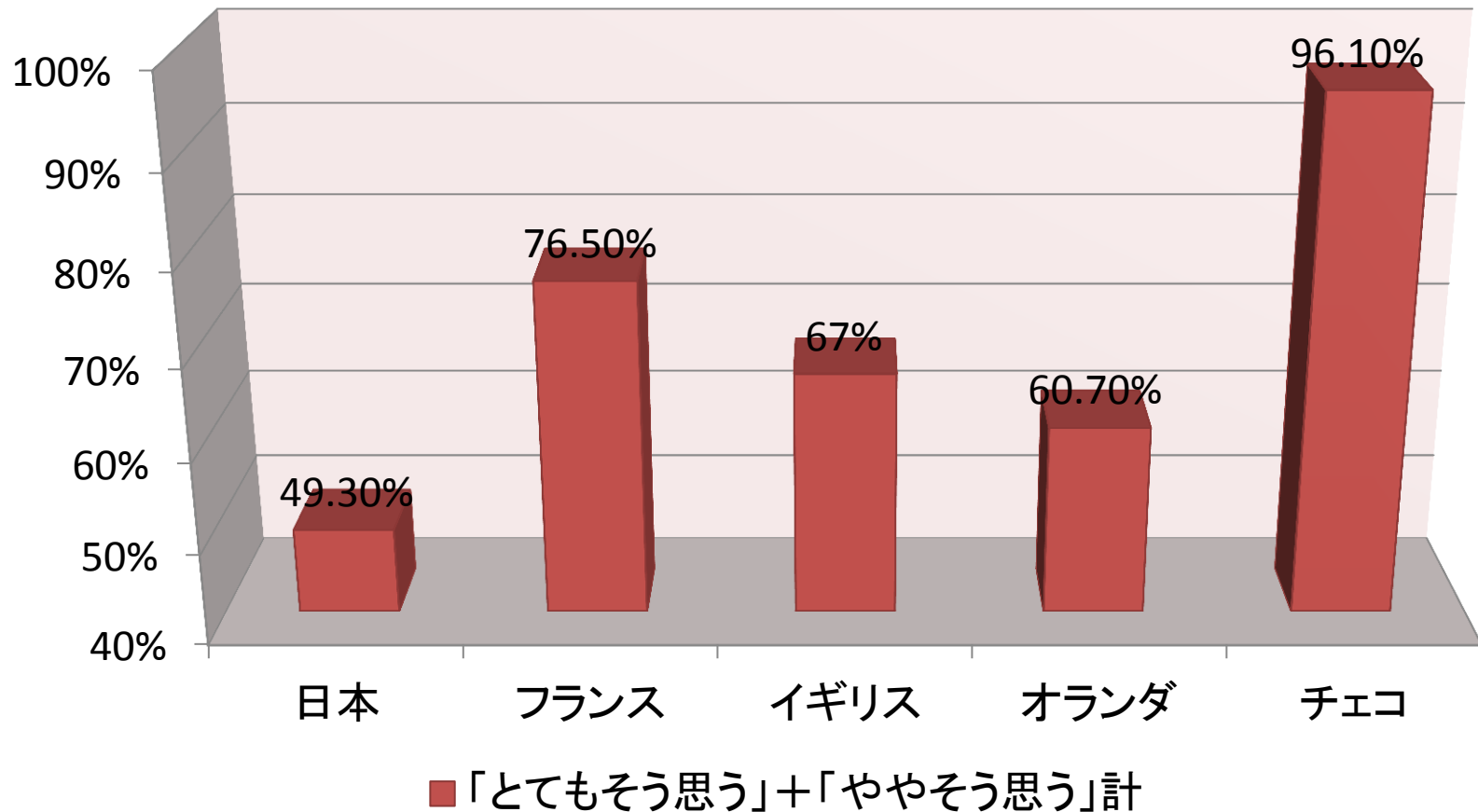
あなたは、ふだん死への不安・恐れを感じることがありますか？



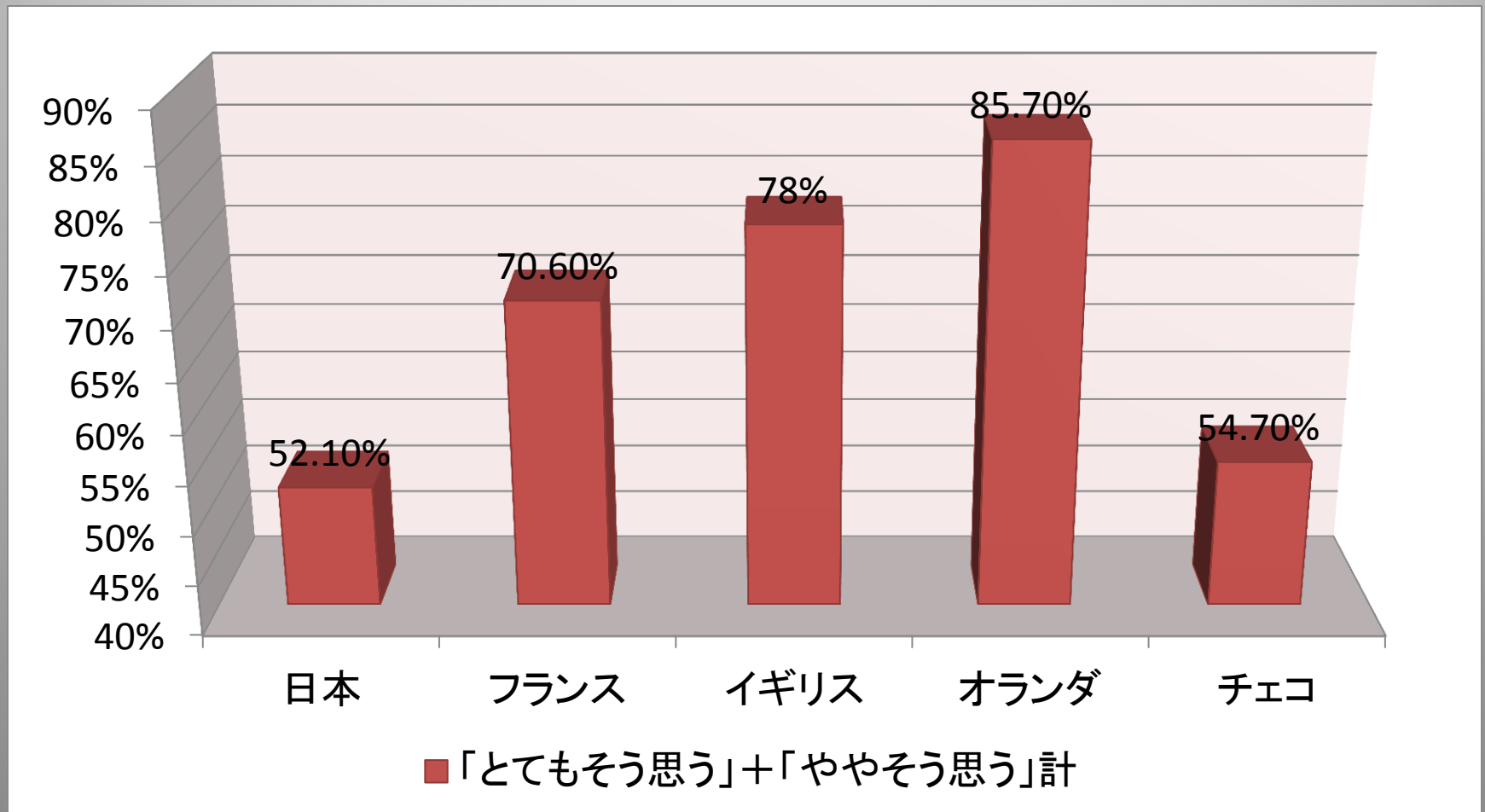
理想の看取り: 会話ができなくても、できる限り 長い時間をともに過ごしての看取り



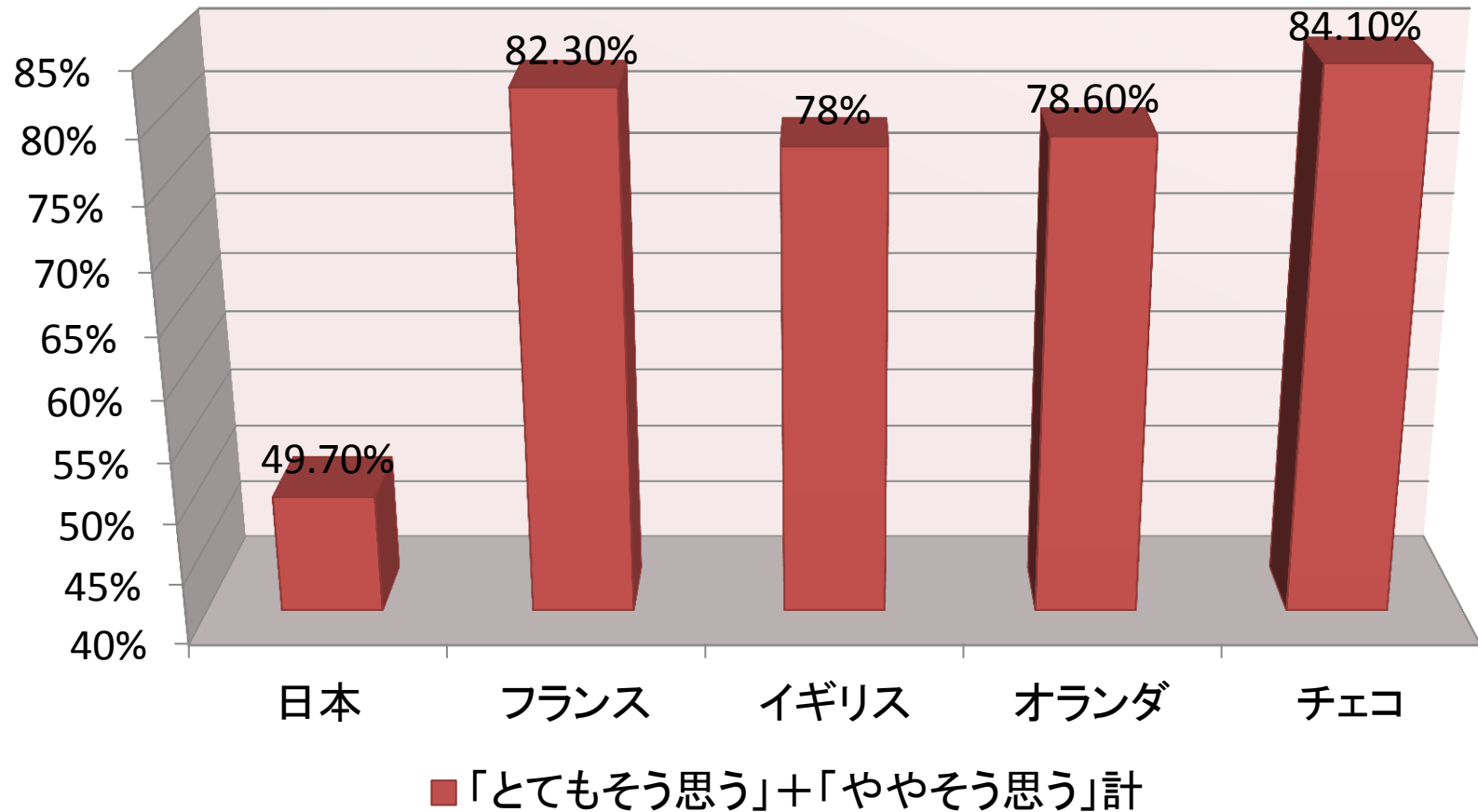
理想の看取り: 可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り



理想の看取り: 本人の闘病が短い短期間での看取り



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

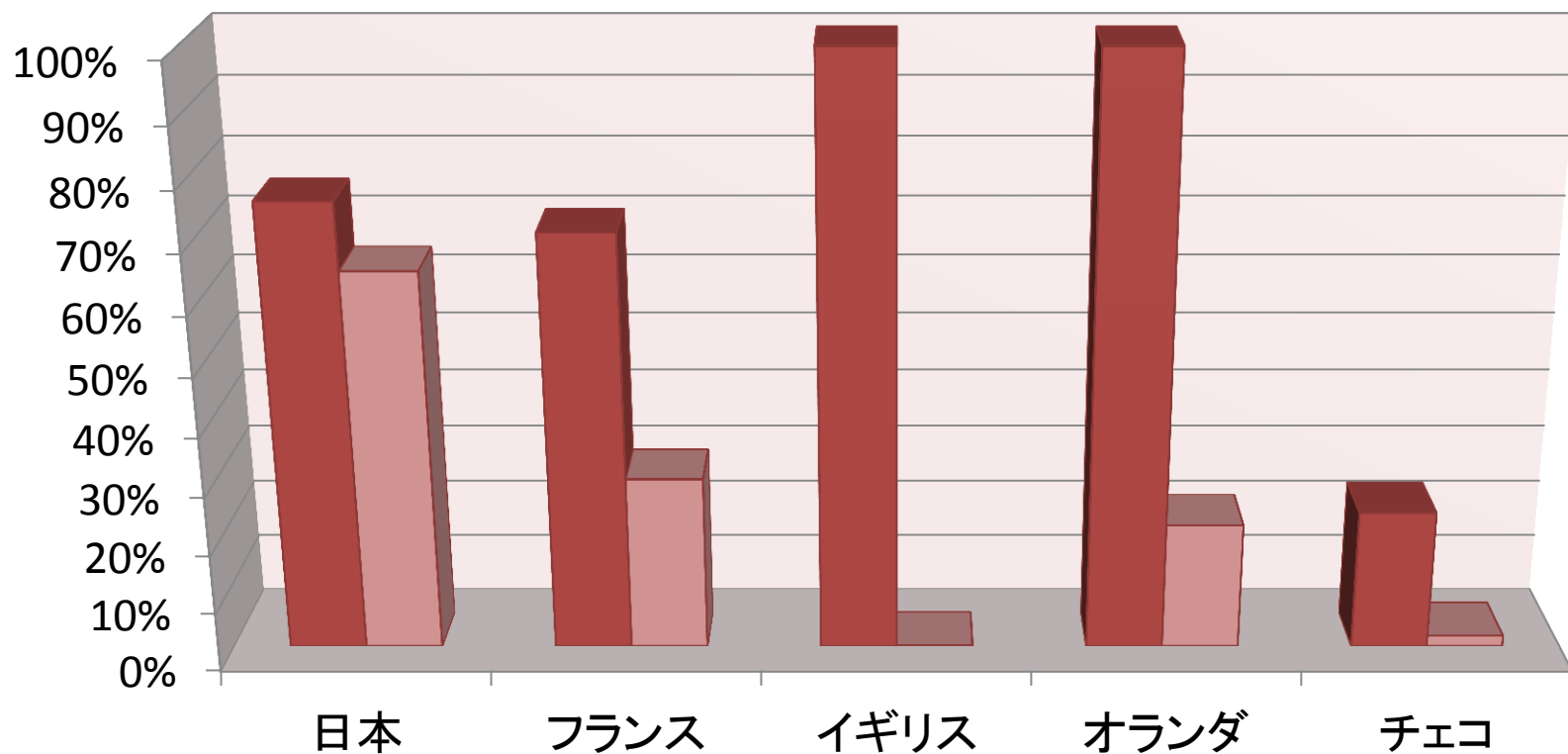


主な結論 (2)

- 終末期ケアの実践に関する国ごとの相違
 - 誰が治療や看取りの方針を決定するかに関する意見

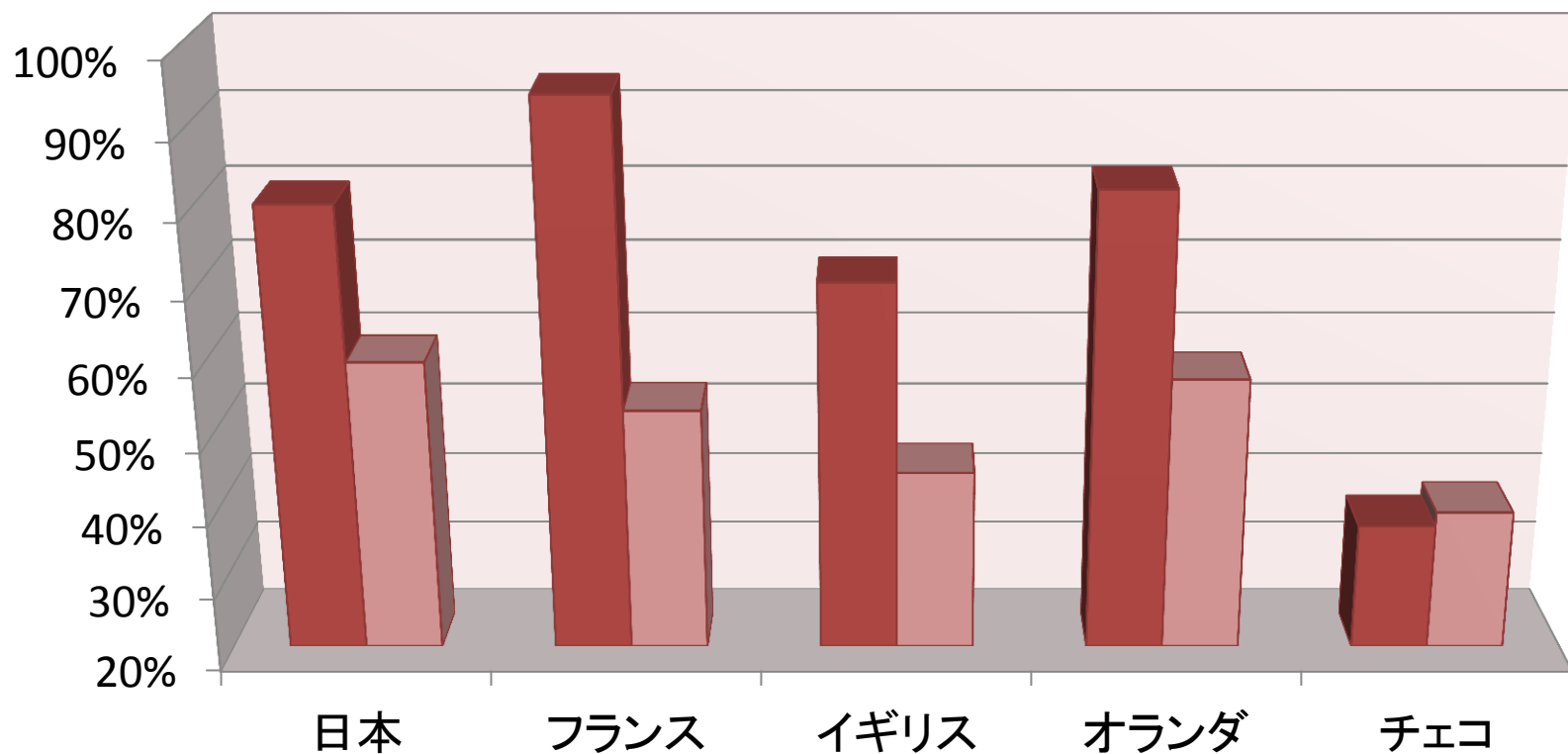
Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことが「もっともふさわしい」と思いますか？

■ 「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



B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」=妻 ■ 過去の経験を踏まえた「実際の主導権」=妻

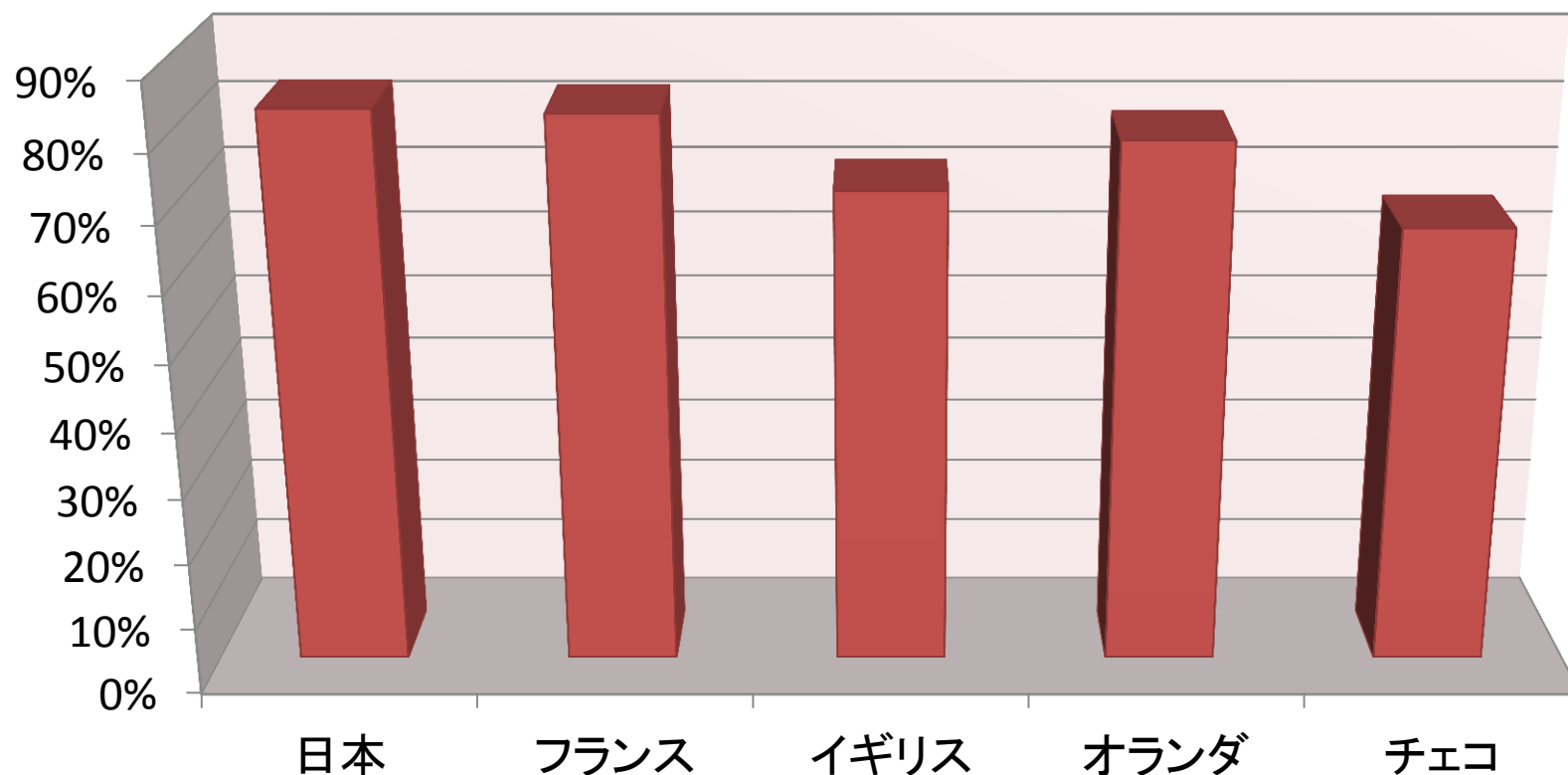


主な結論 (3)

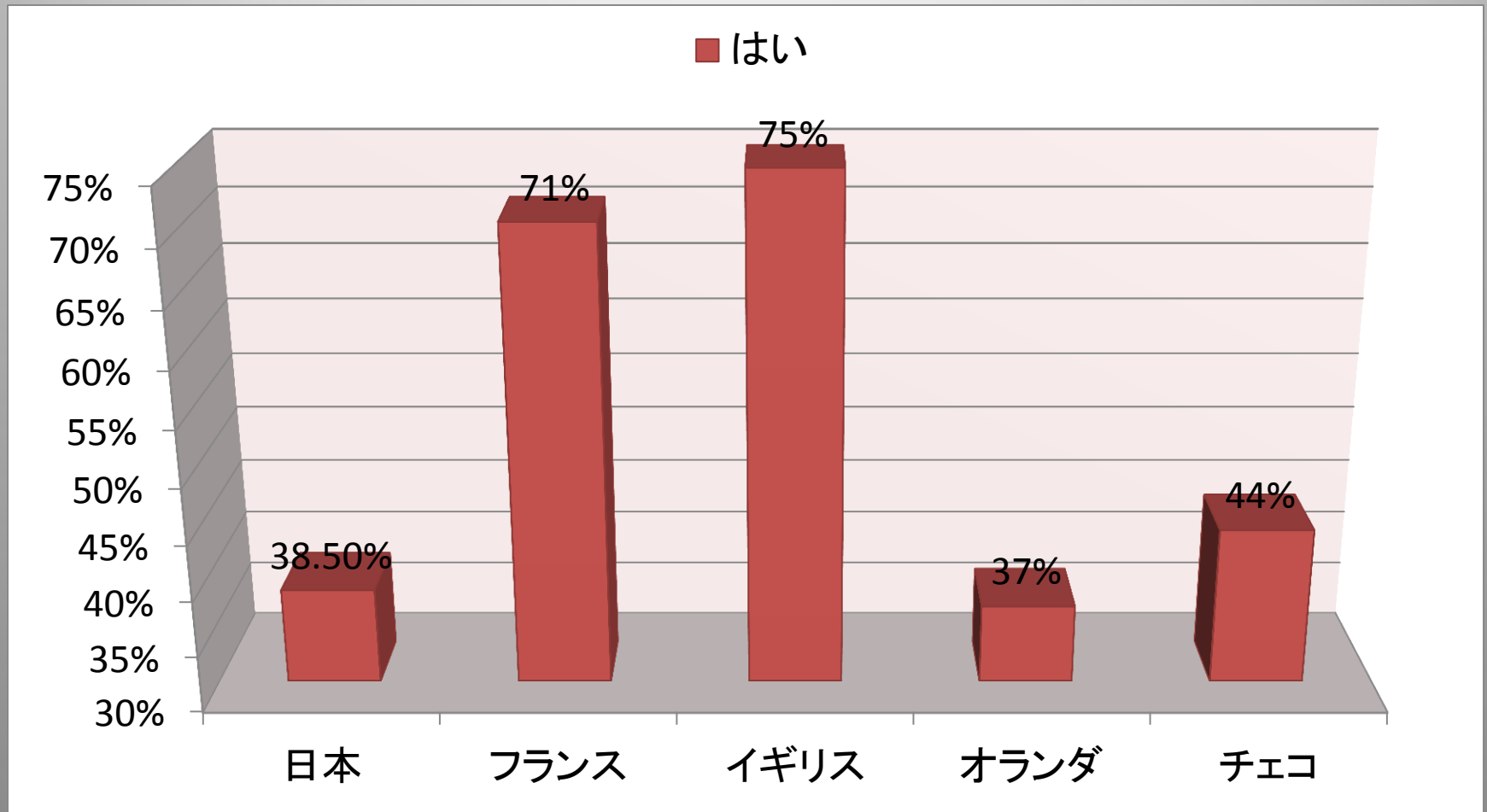
- Aさんに対する看取りの意見や実践は各国で類似しているが、Bさんに対しては異なる。
 - Aさんに対しては、痛みのコントロールのみで積極的な治療を行わない事が最も多い
 - Bさんは「終末期」なのか？ Yes or no?
 - Bさんに人工栄養補給を行うのか？ Yes or no?

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？

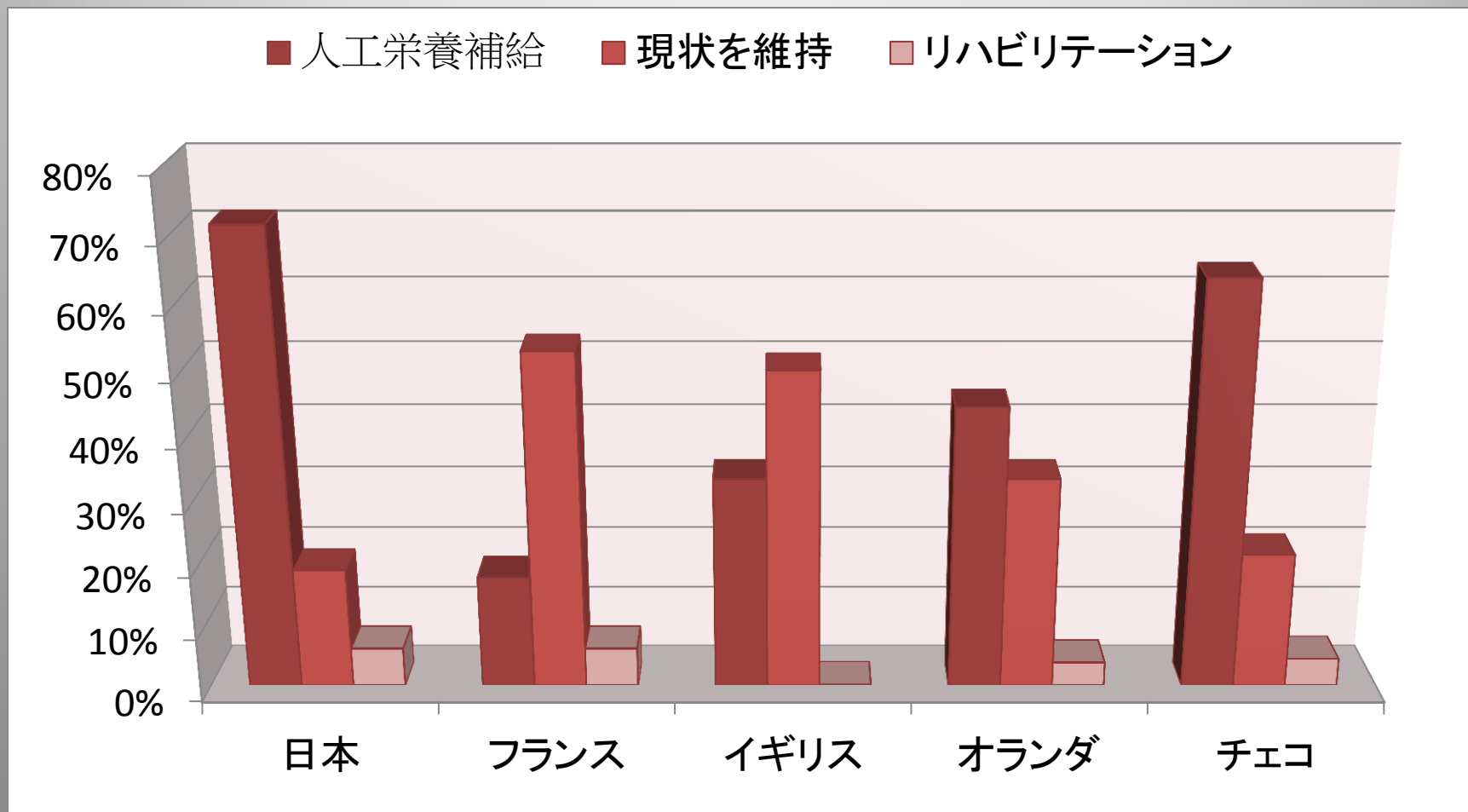
■ 痛みのコントロールのみ(積極的な治療なし)



Bさんの状態を「終末期」と考えますか？

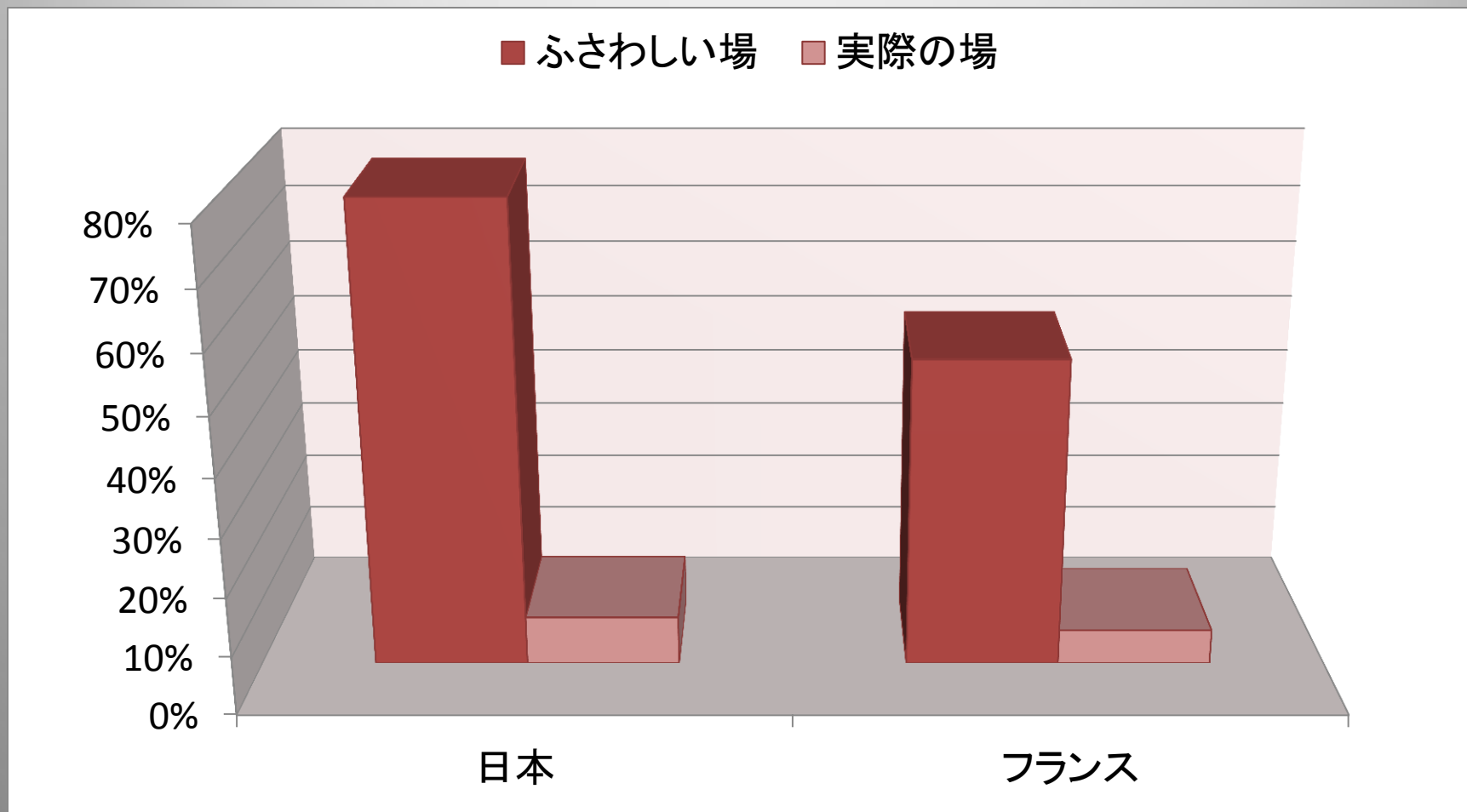


これまでの経験も踏まえ、Bさんへの対応の基本方針として、実際にとる選択はどれと考えますか？



フランスの調査結果に関する コメント

Aさんにとって終末を迎える「ふさわしい場」は「自宅」だが、それは実現できていない



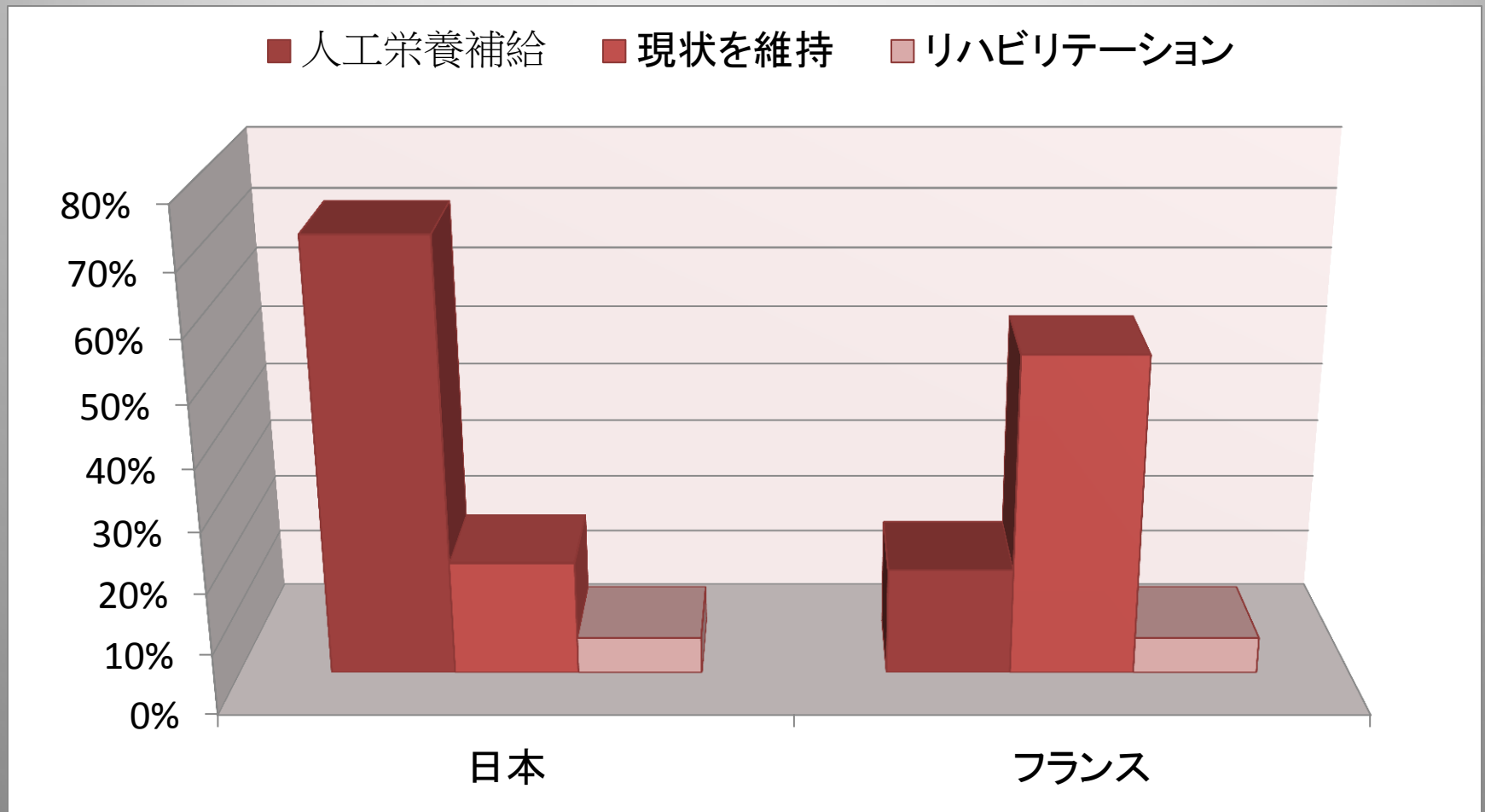
フランスにおける看取り： 文化的な理由による、在宅での看取りに 対する親族の受け入れ困難

フランスでは、人々はどこで死ぬのか？

2010年のIGAS（社会問題監察総局）報告書によると、フランスではこの30年間、医療機関で死亡する人の割合はほぼ変わらず（58%）、在宅での死は27%、老人ホームでの死は11%、路上での死は2%である。

しかしながら、生から死への道のりには地域差がある：
フランス南部（イタリアと類似）では、北部（イギリスと類似）と比較して在宅での死が多い。

なぜBさんへの対応の基本方針として実際にとる選択が、フランスでは日本のように人工栄養補給ではないのか？



フランスにおける看取りと経腸栄養

- フランスではBさんは終末期として捉えられると強く考えられ、実際にBさんへ人工栄養を勧められることはないと考えられる。水分補給はいかなる場合でも、必要に応じてSCまたはIVにより実施。
- 患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合、レオネッティ法により、頑固な治療及び栄養補給は推奨されない。
- さらに我々は、FNCLCC(全国癌センター連盟)が策定したガイドラインに従わなければならない。
- - 経腸栄養は、PS(Performance status＝活動度。またはWHO基準:0＝健常／普通に活動、1＝何らかの症状があるが就労活動が可能、2＝症状により就労が困難、3＝半日以上寝ていなければならない、4＝寝たきり)が2を超える、あるいは余命が3カ月未満の場合、提供されない。
- - 経腸栄養の効果とリスクは熟慮が必要だが、在宅入院(HAD)であれば自宅でPEGも可能。

2011年1月:

フランスの世論は緩和ケアへ前向きにシフトしているが、安楽死法には慎重となっている

- 本世論調査は「幫助を伴う死」に関する2つの選択(=緩和ケア及び／又は安楽死)を分析するものである。
- 回答者の60%が、安楽死の合法化よりも緩和ケアの発展を望んでいる。
- 52%が、安楽死法が「悪用のリスク」につながると考えている。
- 57%が、「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。
- 56%が、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。
- これらの結果は、既存の調査とかなり異なっている。例えばIFOP(フランス世論研究所)向けに2010年11月に行った調査では、フランス人の94%が安楽死に賛成だという結果が示されている。しかしこの調査では、緩和ケアのテーマにはふれられていなかった。



Thank you very much