健保連海外医療保障

No.115　2017年９月

■特集：高齢者ケア①

●フランス
フランス終末期ケアの動向と尊厳死法の改正 …… 篠田 道子

●イギリス
イギリスにおける新しいケアの展開と可能性 …… 堀 真奈美

●カナダ
カナダの高齢者ケア ―現状と取り組み― …… 岩﨑 利彦

■参　考　掲載国関連データ

●フランス／イギリス／カナダ

健康保険組合連合会　社会保障研究グループ

健保連海外医療保障

No.115　2017年9月

健康保険組合連合会　社会保障研究グループ

特集：高齢者ケア①

フランス終末期ケアの動向と尊厳死法の改正

日本福祉大学教授
篠田 道子
Shinoda Michiko

本稿の目的は、フランス終末期ケア提供体制の動向を概観し、尊厳死法であるレオネッティ法を改正した「終末期にある者のための新しい権利を創設する法律」（通称；クレス・レオネッティ 2016年法）の公布までの経緯と法律のポイントを整理することである。さらに、前法との相違点である、①死に至るまで意識を失わせる継続的で深いセデーションの合法化、②事前指示書の充実と効力の強化に焦点を当てて述べる。最後に、わが国における事前指示書とガイドライン、看取り期の医療行為の実態について、フランスの現状に引き付けながら、意思決定支援や人材活用の課題について述べる。

はじめに

フランスの終末期ケアへの取り組みは最新国のイギリスに比べると意外にも遅い。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、フランス初の緩和ケア病棟の設立は、それより20年後の1987年である。しかし、ここ20数年間、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。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、「緩和ケア推進計画」など大きな国家プロジェクトの実施、②緩和ケア病床、在宅入院（HAD）、緩和ケアチームなどの整備、③緩和ケア教育の充実による人材育成にまとめられる。

さらに、2009年７月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、保健予防、医療、福祉までを含めた総合的な行動計画が策定されるようになった。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、在宅入院（HAD）や緩和ケアチームをモバイルチームとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた。

フランスでは、以前から安楽死の合法化について議論が行われてきたが、一貫して否定してきた。しかし、しばしば延命治療の拒否や安楽死を求める事例が発生し、尊厳を保ちながら死期を早める法案の成立を求める声があがった。

このような経緯から、2005年に尊厳死法であるレオネッティ法が成立し、公布された。この法律は、過剰な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位置付けられていた。しかし、国民の認知度は低く、事前指示書の作成や信頼できる代理人の指名は、低位にとどまっていた[1)]。さらに、安楽死事件が再び起こり、国民の安楽死や尊厳死に関する議論が再燃した。

終末期ケアを充実させる新しい法律は、オーランド前大統領（社会党）の公約「終末期の患者が尊厳を保って死を迎えられるための医療を法制化する」が出発点となっている。そのため、前法であるレオネッティ法を策定したジャン・レオネッティ議員（保守党）とアラン・クレス議員

表1　フランス緩和ケア患者数と死亡者数の推移

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
MCO　患者数	117,084	120,815	126,729	131,301	139,000
死亡者数	79,633	82,692	88,559	89,434	92,485
SSR　患者数	30,552	31,315	32,388	32,427	33,000
死亡者数	19,255	19,426	20,011	20,016	16,207
HAD　患者数	22,809	24,715	26,854	27,870	28,000
死亡者数	10,214	10,912	12,087	12,823	13,274

出典：緩和ケア推進計画（2015-2018）

（社会党）が中心となって新法案を策定し、３年間の議論を経て、2016年１月27日に「終末期にある者のための新しい権利を創設する法律」Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.（通称：Loi «Claeys-Leonetti»クレス・レオネッティ2016年法）が2016年１月27日に可決成立し、2016年２月２日に公布された。

この法律は、前法と同様に安楽死や自殺幇助を認めたものではない。患者の自己決定権を医師や多職種で支え、緩和ケアの充実により尊厳ある死を確実に実行する手続きを強化したものである。本稿では、フランス終末期ケア提供体制を概観したうえで、法改正までの経緯を整理し、前法との相違点である、①継続的で深いセデーションの合法化と、②事前指示書の内容の充実と効力の強化に焦点を当てて述べる。

なお、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する。

1. フランス終末期ケア提供体制の推移

フランス国立統計局（INSEE）の調査では、2014年フランスの総人口は6,127万2,886人、死亡者数は55万9,293人である。また、社会問題観察総局IGAS報告書（2010）によれば、死亡場所の内訳は、自宅（Domicile）27％、病院（Hopital）58％、老人ホーム（MR：Maison de Retraite）11％、その他（Autres Lieux）５％である。ここ30年間ほとんど変化していない。

2014年に緩和ケアを受けた患者数と死亡者数は、一般病床（MCO：Médecine Chirurgie obstétrique）は患者数13万9,000人／死亡者数９万2,485人、リハビリテーション病床（SSR：Soins de suite réadaptation）は３万3,000人／１万6,207人、在宅入院（HAD：Hospitalization a Domicile）は２万8,000人／１万3,274人であり、いずれも増加している（表1）。

フランスの終末期医療の提供体制は、2008～2012年緩和ケア計画により強化された。主な提供場所は医療機関、高齢者施設、在宅の３種類である。医療機関は、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 Identifies de Soins Palliatifs）、③緩和ケアモバイルチーム（EMSP：Equipes Mobiles de soins Palliatifs）の３種類に分けられる。高齢者施設は、医療付き要介護高齢者滞在施設（EHPAD：Etablissements d'Hébergement pour PersonnesÂgées Dépendantes）という60歳以上の介護の必要な高齢者を受け入れる施設が主流である。在宅は、①通常の診療（外来と往診）、②在宅入院（HAD）、③地域緩和ケアネットワークの３種類である。

（1）医療機関で提供される終末期ケア

USPは日本の緩和ケア病棟に相当する。LISPは独立型ホスピスから、MCOやSSRに併設されたものまで様々なタイプがある。両者ともに対象疾患はがんに限定していないが、入院患者の90％はがんである。EMSPは緩和ケアモバイルチームである。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、高齢者施設や在宅にも赴いている。

表2　フランス緩和ケア提供体制の推移（医療機関）

	2005年	2007年	2010年	2013年
緩和ケアユニット（USP）　施設数	80	90	107	127
緩和ケアユニット（USP）　病床数	825	942	1,176	1,412
緩和ケア認定病床（LISP）　病床数	1,908	3,060	4,826	4,961
緩和ケアモバイルチーム（EMSP）　チーム数	328	337	353	430
小児緩和ケアチーム（ERRSPP）　チーム数	—	—	—	21

出典：DREES
＊2008～2012年緩和ケア国家計画により、緩和ケア提供体制が強化された。
小児緩和ケアチームは、2010年から400万ユーロを投じて、地方圏ごとに開設した。

さらに、2010年にはヨーロッパ初となる小児緩和ケアチーム（ERRSPP：Equipe Régionale Ressources en Soins Palliatifs Pédiatriques）が設立され、2013年にはフランス全土で21チームが活動している。地方圏別の取り組みで、ERRSPP連盟が統括している。

2013年時点で、USPは1,412床、LISPは4,961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、役割や必要条件が緩和されたため、病床数が増加している。EMSP数も微増しており、430チームが活動している（表２）。

（2）医療付き要介護高齢者滞在施設（EHPAD）で提供される終末期ケア

EHPADは日本の医療療養病床に近い機能を持っており、2011年時点での施設数は7,752施設、入居者数は59万2,970人である。

「EHPADにおける終末期ケア報告書」（2013年９月）によれば、EHPAD内での死亡割合は74％と高く、次いで病院の25％、USPはわずか１％である。EHPAD施設内の年間死亡数は、１施設につき平均20人である。29.4％の施設が緩和ケアコーディネーター看護師を配置している。看護師の配置が施設内看取りを高める要因であるためである。

終末期にある入居者の39.7％が、死亡前２週間にレオネッティ法に基づいて、治療の制限と中止の決断を受けた。また、54.3％の入居者がオピオイド系鎮痛剤（モルヒネなど）の投与を受けた。「痛みがコントロールできた」と医師が判断した入居者は78.3％（逆に言うと、21.7％の人が痛みのコントロールが不十分）であると報告している。

また、2007年の関係法改正により、HADとEMSPがモバイルチームとしてEHPADに緩和ケアを提供できるようになった。３分の２のEHPADがHADとEMSPと業務協定を結んでいる。実際の利用率（終末期にある入居者に対する利用割合）は、EMSPについては62.5％と比較的高いが、HADはわずか８％にしかすぎない。利用が伸び悩んでいる理由は、EHPAD側のHADに対する認知度の低さや、医療と介護の連携不足である。EHPADにおける終末期ケアの詳細については、篠田（2012, 2013, 2016）を参照にされたい。

（3）在宅入院（HAD）と地域緩和ケアネットワークで提供される終末期ケア

在宅終末期ケアの代表的なサービスであるHADと地域緩和ケアネットワークについて説明する。

HADとは、患者の自宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、HADが病院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[2)]。HADのサービスの26.1％は緩和ケアである。コーディネーターは、医師または管理看護師が担っている。

地域緩和ケアネットワークは、在宅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役割を担う。終末期を自宅で過ごし、緊急の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い、直接的ケアは実施しない。わが国の地域包括ケアセンターに近い機能を持っている[3)]。コーディネーターは、医師または管理看護師が担っていることが多い。2010年末に稼働している地域緩和ケアネットワークは124か所である。地域緩和ケアネットワークを通して緩和ケアを受けた患者数は、2014年については１万4,000人であり、微増している。

2. クレス・レオネッティ 2016年法の公布までの経緯

フランス終末期ケアの歴史は政府主導で展開されてきた。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年の尊厳死法である「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、延命治療の差し控え・中止を含む手順を定めた。

15条からなるレオネッティ法は、過剰な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位置付けられている。あくまでも「無意味で人工的な延命治療」の停止、あるいは制限を認めたもので、オランダ等で制度化されている安楽死を認めたものではない。本田まり氏が優れた訳を書籍にしているので、参考にされたい。

レオネッティ法が施行されても、安楽死をめぐる問題はくすぶっていた。たとえば、嗅覚神経芽細胞腫という悪性腫瘍による顔面および鼻腔の変形と激痛に耐えかねた女性が、2008年に大審裁判所に安楽死の許可を求める申請を行ったが、その請求を棄却する判決を下した。判決後、この女性は大量の睡眠薬を服用し、自らの命を絶った。この不幸な事件をきっかけに安楽死に関する議論が再燃した。

このようなことから、2012年１月末に、大統領選の主要候補者フランソワ・オーランド氏が政権公約No.21で、「終末期患者の耐え難い苦痛を和らげる手段が無くなった場合に、明確で厳格な条件の下で、尊厳を保って命を終えるための医療手段を要求できるようにすることを提案する」と宣言した。

2012年７月には、当選を果たしたオーランド大統領は、終末期実態調査「シカール・ミッション」の実施と新規の緩和ケア推進計画の策定を発表した。シカール・ミッションとは、ディディエ・シカール教授（パリ・デカルト大学名誉教授で、1999～2008年まで国立倫理審議委員会会長）が団長となり、６か月間に渡って、フランス全国で実施された市民との討論会による終末期実態調査を実施した。

2012年12月には、シカール調査報告書が発表された。この報告書では、フランス文化に容認され難い安楽死と自殺幇助を除外して、終末期医療の改善と現法であるレオネッティ法の強化を提案した。

この報告書を受けて、前法であるレオネッティ法を策定したジャン・レオネッティ議員（保守党）とアラン・クレス議員（社会党）が中心となって新法案を策定し、３年間の議論を経て、「終末期にある者のための新しい権利を創設する法律」Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.（通称：クレス・レオネッティ2016年法）が2016年１月27日に可決成立し、2016年２月２日に公布された。

クレス・レオネッティ2016年法は、前法と同様に安楽死や自殺幇助を認めたものではない。

患者の自己決定権を医師や多職種で支え、緩和ケアの充実により尊厳ある死を確実に実行する手続きを強化している。レオネッティ法からクレス・レオネッティ2016年法が成立するまでの経緯や、法律の詳細については、岡村（2017）が優れた論文をまとめているので、参考にされたい。

3. クレス・レオネッティ 2016年法のポイント―前法との相違点を中心に―

前法との相違点は、大きく分けると次の２点に集約される。①終末期患者の継続的で深いセデーションの合法化である。前法では、一時的なセデーションは認められていたが、新法では、死に至るまで継続的で深いセデーションが合法化された。②事前指示書の内容の充実と効力の強化を図った。前法では、患者が意思表示できない場合、事前指示書を尊重して、最終的に医師が医療の中止を決定した。新法では、救急時以外は、医師は患者が残した事前指示書に従わなければならないという強制力が与えられた。ただし、明らかに内容に問題がある場合は、他の医師と協議のうえ、例外が認められる。以下、①と②について述べる。

（1）継続的で深いセデーションの合法化

医療従事者向けの継続的で深いセデーションに関する説明書（フランス連帯・保健省）と継続的で深いセデーションの実践ガイド（フランス緩和ケア・看取り協会SFAP：Societé Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs）に詳細が記されている。要約すると以下のような内容である。

①終末期患者が、不合理で過剰な治療を拒否して、全ての苦痛を避けることを要求した場合、下記の２つのケースについて、死に至るまで意識を失わせる継続的で深いセデーション処置を疼痛治療、全ての延命治療の中止と合わせて、施すことができる。

ⅰ）終末期患者の死が近づき、他の医療手段で和らげることができない苦痛がある場合。

ⅱ）治療の中止を決めた終末期患者の死が近づき、耐え難い苦痛を引き起こす可能性がある場合。

②不合理で過剰な治療を拒否していた患者が、自分の意思を表現できなくなった場合、医師は死に至るまで意識を失わせるセデーション処置を疼痛治療と合わせて施すことができる。

③継続的で深いセデーションと疼痛治療の処置は、医療スタッフ間で定められている協議手続きに沿って実施する。

④継続的で深いセデーション処置は、患者の自宅、高齢者施設等でも行うことができる。

⑤上記の手続きの内容は、患者のカルテに記載する。

（2）事前指示書の充実と効力の強化

事前指示書の内容を充実させ、効力を強化した。以下、事前指示書に関する2016年８月３日付けアルテ（省令）と、高等保健機構のサイトに紹介されている解説をまとめた。

①全ての成人は、自分の意思を表現できなくなった時に備えて、事前指示書を作成して、終末期の治療または医療行為の継続、制限、中止、拒否について、自分の意思を表現することができる。

②事前指示書は、いつでも取り消し、変更が可能で有効期間は無期限である。

③事前指示書は、AとBの２種類の様式がある。Aの様式は、作成時に重度な病気を患っている終末期の人、Bの様式は、健康な人または重度な病気を患っていない人を対象にしている。両様式はほとんど同じであるが、Aの様式は、心肺蘇生（人工呼吸器や人工透析装置の装着含む）や、人工栄養等の開始・不開始、拒否、中止について具体的に記入するようになっている。

④両様式ともに鎮痛剤とあわせた継続的で深いセデーション（つまり死に至るまで昏睡

状態にするための処置）を希望するか否か、意思を記入する。

⑤救急時以外は、医師は患者が残した事前指示書に従わなければならない。

4. 緩和ケア推進計画（2015-2018）

フランスでは1999年以降、緩和ケア推進計画が継続的に展開されている。社会事業・保健・女性の権利大臣であるマリソル・トゥーレン氏は、2015年12月３日に「緩和ケア推進計画（2015-2018）」の内容を発表した。予算規模は１億9,000ユーロである。本計画は、次の４つの目標で構成されている。

1.「クレス・レオネッティ2016年法」で認められている終末期の権利を国民に広く知らせる。

国立緩和ケア・終末期センター（Le Centre national des soins palliatifs et de fin de vie；前国立終末期研究センターと緩和ケア情報センターを合併）を開設して、緩和ケアの研究・教育を強化し、国民向けの広報活動を実施する。このセンターは、2016年１月５日付のデクレ（政令）で設立した。

2. 在宅や高齢者施設での緩和ケアを発展させる

・2016年に、全国に30の緩和ケアモバイルチームを新規に開設する。

・在宅終末期に従事する専門職（かかりつけ医、看護師、心理療法士、運動療法士）とボランティア[4]のコーディネーションを強化する。

3. 緩和ケア教育研修の充実化と拡大

・総合的な緩和ケア教育研修の体系化[5]。

・医学部に緩和ケア・倫理・終末期の専門教育を義務づける。

4．緩和ケアへのアクセスの平等化

・緩和ケア施設のない地域にUSPを新設する。

・2016年に新規USPを６件開設。2018年には、全ての地方圏において、住民10万人当り最低１ベッドを確保できるようにする。

・地方保健局と提携して、各地方圏で緩和ケアへのアクセス改善計画を策定する。

5. まとめとわが国への示唆

わが国はすでに多死亡時代に入り、国立社会保障・人口問題研究所の調査によれば、2015年の死亡数は126万人であるが、ピークの2040年には170万人が死亡すると推計されている。超高齢化に伴い死亡場所も少し変化しており、自宅や老人ホーム（有料老人ホーム含む）で死亡する人の数は微増している（ただし、自宅の死亡割合は横ばいである）。なかでも特別養護老人ホーム（以下，特養）で最期を迎える入所者は増えている。これは、2006年に「看取り介護加算」が創設され、終の棲家としての役割が期待されているからである。

ただし、特養の入所者の９割以上が認知症（「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクⅡ以上）であり、他の介護保険施設も同様の状態である。このようなことから、介護保険施設における認知症者に対する意思決定支援が課題となっている。

本稿では、事前指示書とガイドライン、看取り期の医療行為の実態について、フランスの現状に引き付けながら、わが国における意思決定支援や人材活用の課題について述べる。

（1）事前指示書やガイドラインの必要性の認識と、実際の利用にはギャップがある

フランスを含むEU諸国には、患者の権利や事前指示書に関する法律があるが、わが国には厚生労働省や学会等が定めたガイドラインのみである。厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007）には、「終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである」と記載されている。

池上（2017）によれば、ガイドラインは現在

の法規程に基づいて作成されているので、ガイドラインに従って対応し、それが適切に記録されていれば、法規制上の問題は発生しないと判断すべきと記している。

事実、ガイドライン策定後（2007年以降）は、延命処置の中止をめぐる大きな事件は起きていない。さらに、当事者が死ぬ権利を求めて訴訟を起こす事例も発生していない。

人生の最終段階における医療に関する意識調査（2014）では、厚生労働省のガイドラインの使用状況は、特養22.9%、病院21.6%にとどまり、「知らない」と回答したのは、特養31.0%、病院27.0%であった。

全日本病院協会の実態調査（2011）の結果でも、終末期ガイドラインを利用していない施設は、病院66.7%、介護保険施設47.2%、グループホーム52.2%、訪問看護ステーション63.9%であった。終末期ガイドラインの策定など終末期ケアに関する体制作りを求める声は大きい。しかし、現実には、必ずしもこれらを活用しているわけではなく、必要性の認識と実際の利用状況にはギャップがある。

また、人生の最終段階における医療に関する意識調査は、事前指示書の利用状況と一般国民の意識調査も実施している。事前指示書の利用状況について、特養は59.7%と高く（「施設の方針として用いる」と「施設の方針は特に決めていないが、用いていることもある」の合算）、病院は44.9%である。

一般国民については、「人生の最終段階における医療について、家族と話し合っている」は42.2%、「リビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の作成」賛成が69.7%であった。ただし、「リビング・ウィルの作成状況」では、作成している3.2%にとどまっている。また、「リビング・ウィルの取り扱い」については、一般国民の65.3%が、家族等や医師または医療・ケアチームの判断も取り入れながら、治療して欲しい」と回答している。

日本もフランスと同様に、事前指示書の意義は認めるも、書面に残すという行為には心理的負担が伴うこと、さらに、医療チームとの丁寧な話し合い（カンファレンス等）を望んでいることは共通している[6)]。

（2）医療チームは地域の資源、地域包括ケアに舵を切ったシステムづくりが求められる

医療経済研究機構（2005）の調査によれば、療養病床において看取り期（死亡前２週間）に実施された医療行為は、酸素投与（75.2%）、点滴（73.5%）、喀痰吸引（69.2%）に次いで、経管栄養（23.3%）、心臓マッサージ（18.9%）、昇圧剤投与（13.4%）と続いている。鎮痛・鎮静剤の投与状況については報告されていなかった。療養病床はがん以外の疾患、脳卒中や認知症などが多いのが影響しているものと思われる。

平川ら（2007）は、療養病床の新規入院患者の家族を対象に、心肺蘇生と急性期病院への転院の希望を調査した。その結果、心肺蘇生の希望を持っていた家族は16%、急性期病院への転院を希望した家族は37%であった。

これらのことからも、療養病床の終末期では、一定の医療行為が実施されている。ただし、療養病床は医師と看護師の配置は手薄く、十分な医療行為が提供できる体制ではない。

一方で、2016年１月時点で、全国で513の緩和ケアチームが活動するなど、医療機関の終末期ケア体制は徐々に整備されている。わが国は地域包括ケアシステムの構築を目指していることから、これらの人材を活用したいものである。フランスのように、地域全体を大きな施設として捉え、在宅入院（HAD）や緩和ケアチームをモバイルチームとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みは参考になる。緩和ケアチームなどの医療チームは重要な社会資源である。地域全体で有効活用できる仕組み、すなわち、地域包括ケアに舵を切ったシステムづくりが求められる。

＊本稿は、JSPS科研費16H05611「終末期ケアマネジメントと多職種チームの意思決定に関する研究」（研究代表者　篠田道子）による研究成果

の一部である。

注

1） レオネッティ法の適用状況については、全国の医療機関で死亡した4,871人を対象した結果「フランスの終末期医療の決断－アンケート調査報告書－」(2013)と、ONFV（前国立終末期研究センター）が「在宅終末期医療実態調査 - 2013年度調査報告書」(2013)にまとめている。以下、概要である。

①レオネッティ法に基づいて、延命治療を制限または中止した人は45%、そのうち18.8%が疼痛治療の強化により、結果として死期を早めた可能性があると報告している。これは、患者の尊厳を守るためのものであり、レオネッティ法に則っている。

②事前に代理人を指名している人は38%で、うち98%が家族の一員を選んでいる。

③事前指定書を作成している人は、死亡患者の2.5%に留まっている。しかしながら、事前指示書がある場合には、それが多職種チームでの意思決定の重要な要素であると、医師の72%は回答している。

2） HADの人員基準と勤務体制（公衆衛生法典第712 条-37より）は以下の通りである。

①人員基準：６床当たり常勤換算で職員１人以上を配置。医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保有者とする。さらに、30床以上の許可を得た組織は、管理看護師を１人以上配置すること。

②勤務体制：３または２交替による24時間体制。

③専門職の配置と役割

コーディネート医師（診療との兼務可能）、コーディネート看護師、訪問看護師、開業看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、薬剤師、介護士、ソーシャルワーカー、心理臨床士、検査技師、放射線技師、看護助手、事務員などを配置する（コ・メディカルについては、常勤職員でなく、委託契約を結んだ個人開業者でも可能）。

④提供されるケアの分類

提供されるケアは、患者の状態により、以下の３種類に分類される。

ⅰ） 一時的ケア：高度複雑な技術を要するケア。患者の状態は不安定であるが、ケア提供期間が予め計画できる。頻回に反復される。抗癌剤による化学療法など。

ⅱ） 継続的ケア：ケア提供期間が予め計画できない。高度複雑な技術を要するケア、看取りや生活介護などもある。

ⅲ） リハビリテーションケア：ケア提供期間が予め計画できる。産後や急性期治療を終えた段階の患者で、亜急性期の状態にある。

3） フランス最大の地域緩和ケアネットワークである「ル・パリアム」では、登録患者のうち、がん患者が85%を占める。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である。

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。①コーディネーション業務（かかりつけ医の承諾が必要）②24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） 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

4） 緩和ケアに対するボランティアの役割を高く評価し、研修制度も整っている。

「フランス緩和ケア・看取り協会」(SFAP：Societé Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs)でも「緩和ケアは、進行性または末期の重篤な疾患にり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、緩和ケアの基本研修プログラムの時間は、30～40時間である。

5） 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。「フランス緩和ケア・看取り協会」(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。

６)　終末期カンファレンスの実施状況について、日本慢性期医療協会(2008)の調査では、医療療養病床の実施率は、「70％実施している」22.4％、「40～70％実施している」9.9％、「10～40％実施している」19.7％であり、「ほとんど実施していない」と「全く実施していない」を合わせると44.4％であった。

参考文献

・フランス国立統計経済研究所(INSEE)
https://www.insee.fr/en/statistiques/2382601?sommaire=2382613
(2017年８月１日アクセス)
・フランス連帯・保健省「医療従事者向けの継続的で深いセデーションに関する説明書」
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf
(2017年８月１日アクセス)
・フランス緩和ケア・看取り協会(SFAP)「継続的で深いセデーションの実践ガイド」
http://sfap.org/system/files/fiche_repere_sfap_miseenoeuvre18mai2017_0.pdf
(2017年８月１日アクセス)
・フランス緩和ケア推進計画(2015－2018):Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.
(2015年７月27日アクセス)
・フランス高等保健機構
http: //www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2619435/fr/la-personne-deconfiance-document-d-information-et-formulaire-de-designation-avril-2016>
(2017年８月１日アクセス)
・平川仁尚、益田雄一朗、葛谷雅文(2007)「療養型病床群１施設における心肺蘇生および急性期病院への転院に関する家族の希望」日本老年医学会雑誌、44(４)、P497-502
・池上直己(2017)「日本の医療と介護－歴史と構造、そして改革の方向性」日本経済新聞出版社、P155
・医療経済研究機構(2005)「療養病床における医療・介護に関する調査」平成27年３月(療養病床における全死亡症例における２週間以内に実施した処置)
・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、法典の関連する規程－』太陽出版、P223-237
・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」
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf
・厚生労働省(2010)「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/06.pdf
・厚生労働省　平成22年　第５表　死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf
・厚生労働省　終末期医療に関する意識調査等検討会(2014)「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(平成26年３月)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.pdf
・みずほ情報総研(2014)「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業報告書」
・日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編(2010)『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版』金原出版
・岡本美保子(2017)「終末期医療と『安楽死』『尊厳死』－法制化の現状」国立国会図書館調査及び立法考査局レファンス、793号、P89-115
・篠田道子(2012)「フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆」日本福祉大学社会福祉論集．第127号、P1-17

・篠田道子（2013）「フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆－2012-2013年に発表された調査結果の分析を中心に－」健保連海外医療保障、No100、P８-15
・篠田道子（2016）「医療・介護ニーズの質的変化と地域包括ケアへの取り組み－フランスの事例から－」社会保障研究、1（３）、P539-551
・国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）；出生中位・死亡中位仮定による推計結果
http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp2017
・全日本病院協会（2011）「平成23年度「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」報告書
http://www.ajha.or.jp/voice/message.html

特集：高齢者ケア①

イギリスにおける新しいケアの展開と可能性

東海大学教授
堀 真奈美
Hori Manami

イギリスNHSおよびソーシャルケア改革の大きな課題として、コミュニティを基盤とした統合ケアの推進とケアの財源確保があげられる。前者は、スタートしたばかりであり全土に普及しているとは言えないが、イギリスにおける新しいケアモデルとして期待されている。一方、後者は、高齢化の進展とともに関心が高まっており、先の総選挙でも政治的争点になったが、解決に至るまでの道は長いと思われる。本稿では、キャメロン政権以降、現在の第二次メイ政権のケア改革の動向を述べることにする。

はじめに

近年のイギリスNHSおよびソーシャルケア改革の大きな課題として、コミュニティを基盤とした統合ケア（インテグレーティドケア）の推進とケア（特に高齢者介護）の財源確保の問題があげられる。

前者については、サッチャー政権時代よりコミュニティケアの推進が政策課題となっているし、ブレア政権時代でも退院遅延対策に焦点をあてた高齢者医療とソーシャルケアの連携[1)]が重要視されており、決して新しい潮流というわけではない。だが、キャメロン政権以降は、制度の異なるケアの統合的な提供のみならず、組織、財源の統合も視野に入れた動きであり、従来のケアの連携・協働を超えるものである。後者のケアの財源確保の問題は、高齢化の進展により需要が増え、政治的なプレッシャーが高まっている。そうした中、ケア法が制定されたが、財源確保の問題が解決されたわけではない。

ここ数年のEU離脱やテロ対策など政治情勢は混沌とした状態であるが、イギリスのNHS、ソーシャルケア改革は着実に進行しており、点ではなく線で見ないと潮流を見誤ることになりかねない。

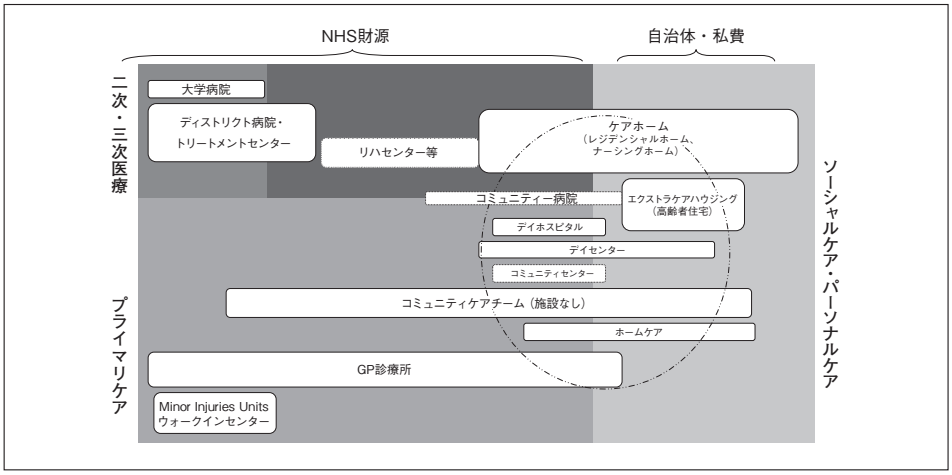
だが、紙面の制約もあるので過去については堀（2016）に譲り、本稿では、①統合ケアの推進、②ケアの財源確保という近年のケア改革の２つの潮流について述べることにする。

1. 医療とソーシャルケアの関係性

まず、図１に医療とソーシャルケアにおける財源、サービス提供機関の一覧図（概念図）を示した。そして、図２、３に、キャメロン改革前後の患者の目から見た医療とソーシャルケアの関係性（概念図）を示した。いずれも概念図であり、単純化したものである。

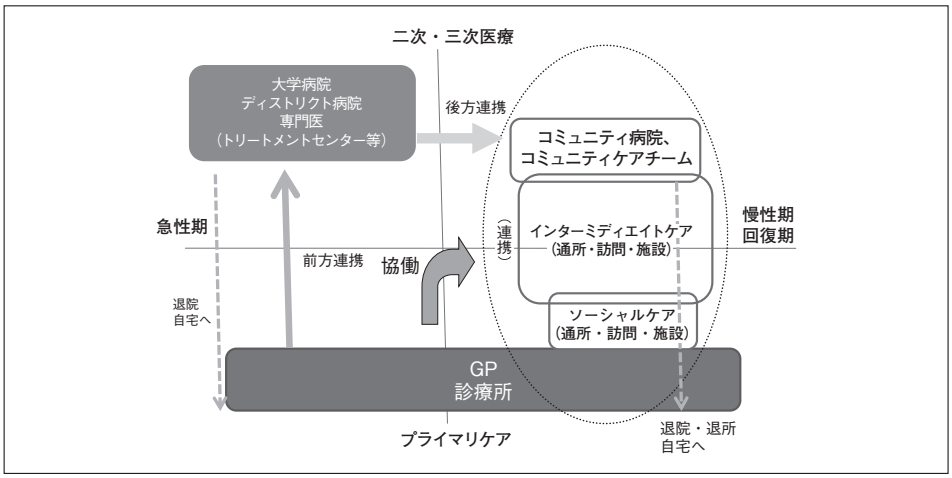
図１に示したように、医療はNHS、ソーシャルケアは自治体の財源または私費となっている。点線の範囲のサービスが、インターミディエイトケアと呼ばれるものが含まれるが、具体的に何を含むかは地域によって異なる。図２、３の縦軸は、上が二次・三次医療、下がプライマリケア、横軸は左が急性期、右が慢性期・回復期を示す。これらの図に示すように、改革後は、より広範囲のサービスがコミュニティの中で提供可能になったことを示す。しかし、これらの図はあくまで概念図で、エリアごとに大きな相違が

図1　医療とソーシャルケアの関係性



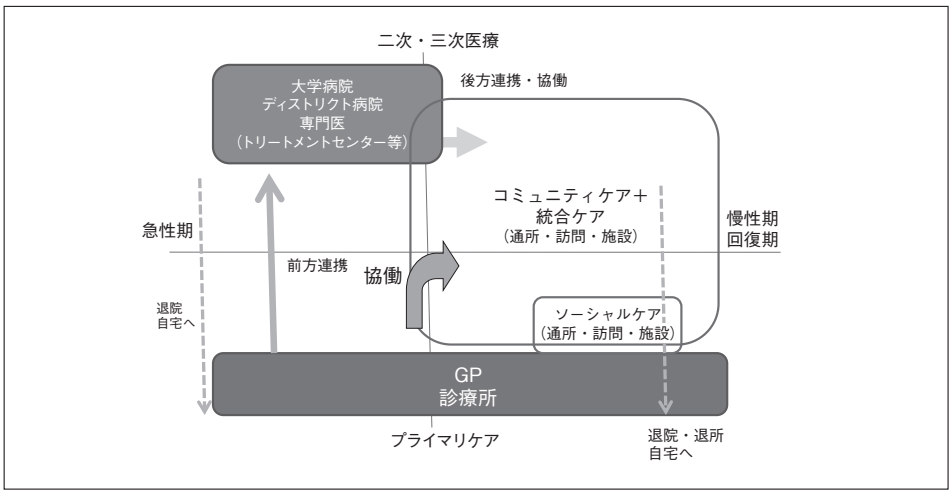
著者作成

図2　キャメロン改革前：患者の目からみた医療とソーシャルケア



著者作成

図3　キャメロン改革後：患者の目からみた医療とソーシャルケア



著者作成

あり、全国一律にとらえることはできない。

（1）統合ケアの推進

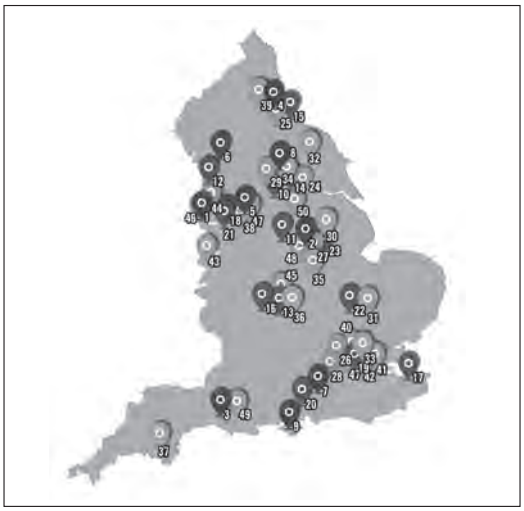
2010年５月の総選挙で誕生した第一次キャメロン政権は、官僚機構の肥大化の是正、効率化の向上という視点から、「NHSの自由化：公平性と卓越」という白書を公表し、組織・機構の統廃合、法改正を伴う大規模なNHS改革を断行した（堀, 2016）。こうした一連の改革により、保健省の役割・機能に変化が生じ、NHSのサービス供給全般の規制に関しては、「モニター（現在は、NHSインプルーブメント）」という独立機関に、そして、サービスのコミッショニング（委託・契約等）や予算配分に関する規制監督の機能が「NHSイングランド（NHSコミッショニング委員会）」に移行した。

こうした組織・機構の見直しが落ち着いた2014年10月、NHSイングランドは、「NHS ５か年改革展望（NHS Five Year Forward View）」[2]を公開した。これは、これまでの保健省発行の白書と異なり、全国で同じ画一的なモデルを目指すというものではなく、地域ごとのニーズや実情にあわせたモデルを目指すことが意識されたものとなっており、2015年１月には、新しいケアシステムの先進事業となるバンガード（Vanguards[3]）の公募が行われた。

まず、第一陣として、2015年３月に29エリアが先進事業のバンガードとして選定された。これらは、大きく分けると３つのタイプに分けられ、①プライマリケアと急性期ケアを統合したモデル（PACS[4] モデル）、②ケアホームでの医療提供の拡大モデル、③コミュニティでの多職種専門家のサービス提供モデル（MCPs[5] モデル）である。なお、①のタイプでは、GP（一般医）、病院、コミュニティ、メンタルヘルスサービスが協働、連携するのに対し、②は、高齢者がケアホーム（日本でいうケア付き高齢者集合住宅・介護施設に相当）においても、連携、コーディネートされた医療、ケア、リハビリテーションを利用することができるというものである。③は、専門家のケアを病院ではなくコミュニティベースで行うものである。なお、進捗状況報告によると、緊急再入院、緊急入院日数の伸びを見ると、①のPACsモデルは1.1％、③のMCPsモデルは1.9％、他のイングランドエリア全体の3.2％よりも低いことが報告されている（NHS England, 2017）。

さらに、2015年７月には８つのバンガードが追加され、④病院の救急救命部門のプレッシャーを減らし、サービスの質を高める救急医療の新しい提供モデルも追加された。2015年９月には13のバンガードが追加され、⑤地域全体のケアや有効性のばらつきを減らすことを目的に地域病院とリンクして、臨床および財政的な実行力を高める急性期ケアのコラボレーションのモデル（ACCs[6] モデル）が追加された。こうして、イングランド全土で50エリアのバンガード（イングランドの約10％にあたる500万人をトータルでカバー）[7] が誕生した。

図 4　バンガードの地域分布



資料：RCGP（王立家庭医学会）

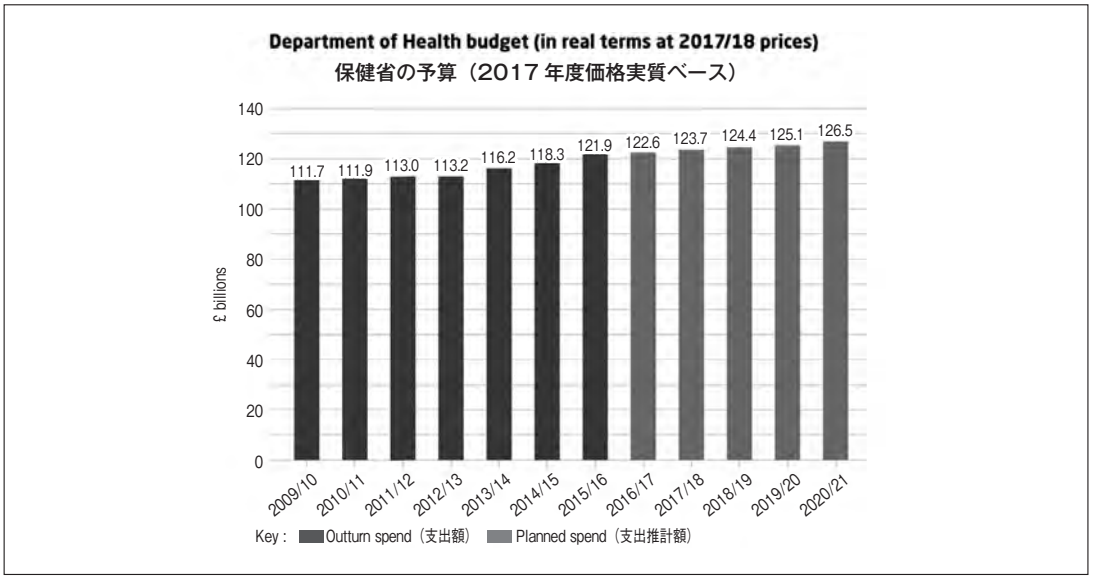
（2）STPs（持続可能性と変革のための計画）の策定

前述の「NHS ５か年改革展望」では、バンガードの公募だけでなく、全エリアにおいて、コミュニティのケアニーズに基づく総合的計画（2016年10月から2021年３月まで）であるSTPs（Sustainability and Transformation Plans）の立案が求められた。なお、STPsのP

は、提示された当初は、プランであったが、近年では、緩やかな組織連携・財源統合の在り方を模索するという意味から、Sustainability and Transformation Partnershipsとパートナーシップという用語が使用されるようになっている。

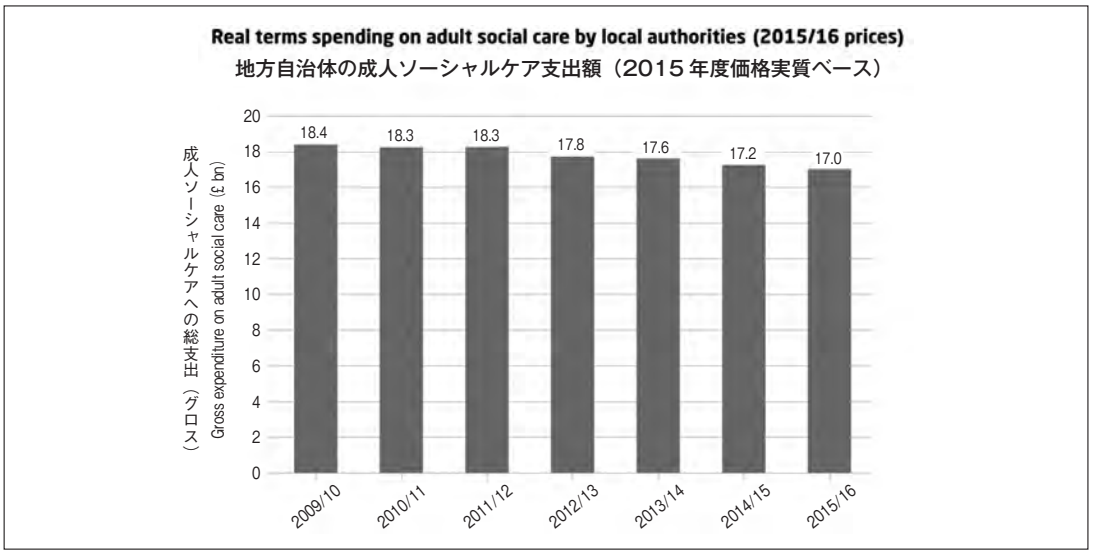
すでに述べたように、医療（プライマリケア、セカンダリケア含む）とソーシャルケアは、前者はNHSで国、後者は地方自治体の施策であり、財源とともに制度的な分断があった。ケアの提供で連携・協働が進み退院遅延が緩和（結果としてNHS予算の節減）したとしても、ソーシャルケアを提供する地方自治体の財源は削られる一方であった。実際、ここ数年のNHS予算は政治的な公約もあり緊縮財政とは言っても微増傾向であるが（図5）、ソーシャルケアの支出は減少傾向にある（図6）。この状態では、構造的に医

図5　NHSの予算の推移



資料：Kings Fund

図6　地方自治体のソーシャルケア支出の推移



資料：Kings Fund

療とソーシャルケアの連携が進まないということから、統合ケアの推進に向けて制度を超えて、組織、財源の統合に道が開かれることになった。

STPsでは、個々の組織単位ではなく、エリア単位で、そのエリア住民のニーズにあわせた提案書を複数の組織が協力・連携して作成することが前提となっている。現在イングランドにおいて、44エリアで計画が策定され、その内容はすべてHP[8]で公開されている。

STPsの作成に際し、イギリス医師会（BMA）は、①透明性の確保、②エビデンスに基づくこと、③臨床スタッフと市民の意見を反映させること、④適当な財源を付与されること、⑤コスト節約以上に患者のケアに焦点をおくこと、という方針を打ち出している。BMA（2017）によると、これらの基準にすべて合致したものは少なく、特に、③と④で大いなる懸念があると指摘している。

広域エリアの計画を策定するという意味では、キャメロン改革以前にあった戦略的保健局の計画に近いようにも感じるが、行政主導ではなく、エリア内の複数組織が統合ケアの実践にむけて協力連携して作成するというところが大きな違いであろう。なお、これらの連携において重要なカギを握るのがGPやナースプラクティショナーと呼ばれる診療可能な看護師であり、彼ら・彼女らは“social prescribing service（社会的処方）”といって、二次医療だけでなく、プライマリケア、メンタルヘルス、コミュニティサービス、自治体が責任をもつソーシャルケア（提供主体は営利、チャリティと呼ばれる非営利組織など多様）のサービスの紹介が可能となっている[9]。

将来的には、STPsは、アカウンタブルケアシステム（Accountable Care Systems）に移行することが望ましいとされており、現在８つ[10]がACSになると見込まれている。ACSとは、健康増進、ソーシャルケアの責任を持つ地方自治体と、プライマリケアの提供と二次医療のアクセスマネジメントを行う地域のGP拠点（多くはCCG）が協働して、サービス、組織を水平的・垂直的に統合することを意味する。これにより、制度、財源、サービスの壁を超えて、組織が共同して統合的なサービス提供を行うことが期待されている。統合はバーチャルなものから実質的な統合まで様々であるが、最終的には、単体の契約主体となり、アカウンタブルケアオーガニゼーション（Accountable Care Organisations）[11]を設置することが見込まれている。

2. ケアの財源確保の問題

上述のように医療とソーシャルケアの統合的なケアの推進は図られる一方で、財源の統合も一部図られようとしているが、全体としてはあくまで一部の動向であり、主流とまでは言えない。

現在でも、図１に示したように医療はNHS、ソーシャルケアは自治体予算または個人の自費負担が基本となっている。ソーシャルケアの財源は、中央政府からの補助金と地方税（カウンティタックス）歳入とサービス利用料によって賄われており、ソーシャルケアを利用できるかどうかは、ニーズ・アセスメントおよびミーンズ・テスト（資産・資力調査）の結果によって決まる。国税と国民保険料等の財源により原則無料で受けられるNHSの医療サービスと異なり、高齢者介護を含む各種ケアは、所得・資産を持っているかどうかのみならず、どこに住んでいるかどうかで大きな差があり、「ポストコード・ロッテリー（郵便番号によるくじ）」と揶揄されている[12]。

さらに、ベビーブーマー（1945年から54年生まれ）の高齢化により、高齢者ケアの需要・ニーズがこれまで以上に急速に拡大・多様化する中、このままでは増加する需要への対応は困難ということから、ブラウン政権時代より介護の財源確保が社会問題として認識されるようになった。そうした社会情勢を背景に、キャメロン第一次政権誕生後に、ケア財源問題に関する独立委員会（介護の財源に関する独立委員会（Commission on funding of care and support）が設置された。

（1）ディルノット報告の提言

ケア財源問題に関する独立委員会（介護の財源に関する独立委員会）は、経済学者ディルノット（Andrew Dilnot）を座長とし、2011年６月に「より公正なケアの財政（Fairer Care Funding）」報告書（以下、ディルノット報告）を出した。ディルノット報告によると、イングランドの65歳以上人口の約半数は、介護費用のため生涯に２万ポンド以上を支払っており、65歳以上人口の約１/４は、５万ポンド以上を、約10％は10万ポンド以上を支出しているという。

これだけの額を自助努力で備えようにも、多くの場合、民間保険ではこれらの膨大な費用をカバーすることはできず、人々はいくらかかるかわからない介護に十分に備えることが困難であると指摘している。一方、政府は、資産や貯蓄をすべて使いつくした人々に対してのみ支援を行うにすぎず、それでは今後の急速な高齢化に対応できる仕組みにはなっていないという。

以上を背景として、ディルノット報告は、国民が生涯に支払う介護費に上限額（２万5,000から最大５万ポンド、委員会の推奨は３万5,000ポンド）を設け、それ以上は国が負担する制度の導入を提唱する。さらに、ディルノット報告は、施設入所の必要性が認められても、自宅を売却しない限り支援を全く受けることはできない人々がいることを問題とし、それを改善すべく、施設入所の受給資格が認められる保有可能な資産の上限額を現行の基準額である２万3,250ポンドから10万ポンドまで引き上げることを提唱した。さらに、自宅を担保に自治体が低金利のローンを運営し死後に売却・償還する仕組みを構築することや、自治体ごとに異なる受給要件を将来的に全国統一のものにすべきであると指摘した。

ディルノット報告を受けて、多様な利害関係者からの意見を聴取、政党間の議論を重ね、2012年６月に、介護改革に関する白書（Caring for our Future, Progress report on Funding Reform）が出されると同時に、改革を実行するために必要な法案の草案が発表された。草案は、インターネット上での一般意見聴取等を経て、2014年５月に「ケア法2014」が成立した（施行は2015年３月）。

（2）ケア法の特徴

ケア法は全国統一の受給資格フレームワークの導入や介護費用の生涯個人負担の上限額（施設の居住費、食費などホテルコストは含まれない）などディルノット報告の勧告に対応した内容が多く含まれている。ただし、具体的なサービスは地方自治体が地域ニーズに合わせて提供することに変わりはない。

また、同法は、これまで複数に分かれ複雑であった法律を統合するものであり、これまで以上に地方自治体の役割が重要視されている。利用者および家族に介護に関する十分な情報を提供すること、重度化の予防に取り組むこと、医療と連携し、利用者が包括的なケアを受けることができるように環境整備することが求められる。

より具体的には、受給要件とニーズ・アセスメントで認められた人に対し、ケア・支援計画を作成することを地方自治体に義務付けている。介護を必要とするすべての人がニーズ・アセスメント（着替えなどに介助が必要かどうか、家族に介護者がいるかなど介護の必要性の査定）を無料で受ける権利が認められるだけでなく、介護者の支援も法律で定められており、介護者もアセスメントを受ける権利が認められることになった。また、ケア・支援計画の作成過程に利用者および家族も参加できるようにすることや希望者は「ダイレクト・ペイメント」[13] にすることも可能にすると述べられている。このほか、地方自治体には、引越をしても利用者が不利益を受けないように移動先の地方自治体と協力することや虐待防止の措置が求められている。

なお、介護費用の自己負担は、これまで通り支払能力に応じて支払うことに変わりはないが、ディルノット報告の提唱のように、生涯における自己負担の上限額が設定された。ディルノット報告では３万5,000ポンドが推奨されていたが、設定金額は７万2,000ポンド（政府の当初発表案では７万5,000ポンド）と高い設定となっ

ている（ただし、勤労可能な年齢層には低い負担上限の設定あり）。この上限額を超えた場合は、国が全額を負担することになるのだが、後述のようにこの上限設定は未だ導入はされていない。

また、施設入所の受給資格が認められる保有可能な資産の上限額を現行の２万3,250ポンド未満から、12万3,000ポンドと引き上げられている（なお、ディルノット報告では10万ポンド）。つまり、これ以上の資産のある人は、施設入所はできないということになる。

（3）見通し不透明な財源確保の問題

ケア法のプランを実現するには、2015-2020年までに、トータルで10億ポンドの国庫負担が必要であると見込まれた。この財源の一部は、相続税の非課税枠の固定期間の延長や公的年金の一層化（報酬比例部分で国家第二年金制度（State Second Pension）を廃止し、公的年金を一層構造にする年金改革）による国民保険納付額の増加から賄われるとされた。だが、財政状況の厳しさから、上限制度の導入は2016年の予定であったが、2020年まで延期予定となっているが、現在でも実施見通しは立っていない。

なお、今年６月の総選挙でメイ政権は、新たにマニフェスト（公約）で、介護費用の自己負担が課せられる上限額を現行の２万3,250ポンドから10万ポンドまで引き上げるとしたが、その査定対象となる資産に持ち家[14]（高齢者が生前中はそのまま住宅売却を求められることはないが死後に清算）を含めたことから、「認知症税（tax on dementia）」と揶揄されるなど、大きな批判を受けて実質的に数値については撤回をしている。介護財源については政府の緑書を待って改めて議論するとしている。

以上のように、ケアの財源改革は当初の予定通りには進んでいない。選挙結果を見てもすぐに決着がつくように思われない。他方、ケアの質については、虐待などのスキャンダル報道[15]が相次いだこともあり、ケア法で提唱されたような規制強化が徹底され、ケアの標準化を図るNICEやケアの品質監査を行うCQCの権限が強化されている[16]。

（4）認知症ケアの啓蒙活動

このほか、イギリスの取り組みとして世界的に知られるものとして、認知症ケアの啓蒙活動の推進がある。2012年５月にキャメロン首相時代に「認知症に対する首相の挑戦（The Prime minister's Challenge on Dementia）」という報告書に引き続き、認知症国家戦略が出された。これにより、認知症研究財源を2015年までに倍増すること、診断率向上や診断の技術的革新やアルツハイマー協会などと協力しながら認知症フレンドリーなコミュニティづくりに貢献した組織に表彰・資金供与を行うこと、2015年まで３か年の認知症ケアの改善プログラムを実施することと調査研究の推進を図ることなどが提唱された。

さらに、イギリスは歴史的に民間慈善団体の活動も盛んであり、認知症フレンドリーコミュニティや認知症フレンドリー病院の設置など認知症フレンズ活動が展開されている。なお、この活動の一部は、日本における「認知症サポーターキャラバン」の活動を参考にしたという。

この他、イングランドの認知症対策で興味深いと考えることの一つに終末期ケアがある。アルツハイマー協会が2012年に発行した報告書「死までの私の人生―認知症になっても良質な死を（My Life until the End: Dying well with Dementia）」によると、認知症患者の人の苦痛やストレスを改善することが終末期において重要であると指摘している。こうした動きを受け、NCPC（National Council for Palliative Care）という組織が、認知症患者のための緩和ケアのガイダンスを発行している。これは、認知症患者のみならず、終末期ケアのケアパスの作成など、すべての国民の終末期ケアが重要な課題と認識される国だからこそかもしれない。

ちなみに、これらの具体的な動きは研究機関や慈善団体も含めた政府からは独立した民間機関主導の動きである。前述のケアの財源確保の

問題に決着がつかないことからも明らかなように、認知症ケアを政策的に推進しているかどうかは判断が分かれるであろう。

最後に

イギリスと日本は制度枠組みが大きく異なることから、その違いばかりに焦点が当てられる。実際、細部でみると、違うところも多数ある。アカウンタビリティ、ガバナンスの在り方が大きく違うし、財源構成も違う。しかし、供給体制における公私ミックスが進むという意味では、日本との相違はこれまで以上に少なくなっていると考えられる。

特に、統合ケアの流れは、日本における地域包括ケアシステムの流れと類似するところもある。ゲートオープナーでもありゲートキーパーでもあるGPというケアのアクセスをマネージメントとするプライマリケア医の存在有無など未だ違いもあるが、日本においてもGPと同等の役割を担う地域におけるアクセスマネージャーが、介護のケアマネージャーや介護予防の地域包括支援センターのコーディネート機能と連携できるようになれば、日本のほうがより進んだシステムを構築しうる可能性があると感じた。

他方、介護の財源確保の問題は、ベビーブーマーの高齢化に伴い、ここ数年の政治的な課題であるが、方向性が確定しているとは言えない。メイ政権が打ち出した公約は、ディルノット報告の延長線上の改革案でもあったが、利用者本人および家族にとって、生涯の自己負担上限額の設定は単純でわかりやすい一方で、高齢者人口の増加および平均寿命の伸長に伴い、需要増が見込まれることから、国庫負担など必要な公的負担の推計を出すのは容易ではない。また、ソーシャルケアで安定的な財源確保ができない場合は、ソーシャルケアの需要がNHSに向かい、イギリス版社会的入院とでも言える退院遅延問題が深刻化するということにもなりかねない。

統合ケアの推進と財源確保の問題は、「車の両輪」のような関係でもあり、イングランド全土に統合ケアを推進するためには、財源確保の問題の解決がなければならないのではなかろうか。今後の動向を注視したい。

注

1） インターミディエイトケア、シームレスケアなどとも呼ばれることもある。

2） 2015年12月には、行政指導ガイダンス（Delivering the Forward View: NHS planning guidance）が出され、2017年３月にその進捗状況報告（Next steps on the NHS Five Year Forward View）が発行された。

3） なお、バンガードとは、日本語では、船の前衛、先陣という意味である。

4） Primary and Acute Care Systemsの略。

5） Multispecialty Community Providersの略。

6） Acute Care Collaborations

7） 2015年度は１億1,400万ポンド、2016年度は１億1,200万ポンドの予算がつけられた。

8） https://www.england.nhs.uk/stps/view-stps/参照。

9） 第一次キャメロン政権下の組織・機構改革では、CCGｓがGPの提供するプライマリケアサービスをコミッショニングすることは利益相反になるとされ認められなかったが、現在は二次医療以外にも多様なサービスを提供、紹介することが可能となっている。

10） 2017年６月現在、以下の８つがACSに移行することになっている。

1) Frimley Health including Slough, Surrey Heath and Aldershot、2) South Yorkshire & Bassetlaw, covering Barnsley, Bassetlew, Doncaster, Rotherham, and Sheffield、3) Nottinghamshire, with an early focus on Greater Nottingham and Rushcliffe、4) Blackpool & Fylde Coast with the potential to spread to other parts of the Lancashire and South Cumbria at a later stage、5) Dorset、6) Luton, with Milton Keynes and Bedfordshire、7) Berkshire West, covering Reading, Newbury and Wokingham、8) Buckinghamshire

https://www.england.nhs.uk/2017/06/nhs-moves-to-end-fractured-care-system/参照。

11) アカウンタブルとは、説明責任を意味する用語で、アカウンタブルケアオーガニゼーションとは、オバマケア改革の際にケアの質の向上とコスト削減の試みとして米国で誕生した概念である。

12) 地方自治体は、地域における財源の優先順位に基づき、ソーシャルケアに対し財政的なサポートをするかを決定する。また、ミーンズ・テストの結果、一定額以上の資産・資力がある人は、自費でサービスを購入することが求められる。そのため、ソーシャルケアを利用するために資産である自宅売却する人や介護のために離職を迫られる人もいる。

13) 事業者と利用者が契約をして直接支払う仕組みのこと。ソーシャルケアや慢性疾患の一部で導入されている。

14) 現行では、ケアホームに移動すると持ち家が資産としてカウントされるが、在宅ケアの場合は貯蓄のみカウントされ持ち家などの資産はカウントされない。このマニフェストの案ではどこでケアを受けようと資産として持ち家がカウントされることを意味する。この結果、UKホームケア協会によると、これまで在宅ケアで介護を受けていた人も死後に持ち家を売却しなければならなくなるという。

15) スタッフォード病院というイングランドの地方病院のケアの虐待(怠慢)といったスキャンダルを受けてフランシス報告という介護に関する勧告が出された。これにより、ケアの品質向上、ケアの品質監査を行うCQCの権限強化、新しい業績評価システムの構築、従事者の教育、虚偽報告の禁止などがケア法で強化されている。さらに、ウィンターボーン・ビュー(Winterbourne View)病院という民間病院(障害を持つ患者に対しリハビリ治療や療養を中心の病院、民間病院であるがNHS資金供与を受けていた)での高齢者の虐待(主にネグレクト)が行われていたということが2011年に発覚した。これは前述のスタッフォード病院の不祥事にも類似するが、フランシス報告でも教育訓練の強化や組織の透明性強化など改善勧告が出されている。

16) CQCの権限強化により、質の確保が難しい民営ケアホームなどの廃止(廃業)が進んでいる。

参考文献

・井上 恒男(2016)『英国における高齢者ケア政策―質の高いケア・サービス確保と費用負担の課題』明石書店
・堀真奈美(2016)「イギリス医療保障の潮流を問う ―EU離脱問題に焦点を当て」『週刊社会保障』No2885
・堀真奈美(2016)『政府はどこまで医療に介入すべきか―イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』ミネルバ書房
・堀真奈美(2017)「キャメロン NHS 改革の軌跡と新しい NHS 改革の方向性」『日本医師会民間病院イギリス医療福祉調査団報告書2017年』
・NHS England, 2014, *NHS Five Year Forward View*
・NHS England, 2015, *Delivering the Forward View : NHS planning guidance*
・NHS England, 2017, *Next Steps on the NHS Five Year Forward View*

参考URL

・https://www.england.nhs.uk
・https://improvement.nhs.uk
・https://www.conservatives.com/manifesto

特集：高齢者ケア①

カナダの高齢者ケア―現状と取り組み―

関西学院大学非常勤講師
岩﨑 利彦
Iwasaki Toshihiko

急速に進む超長寿社会を見据えた医療システム改革がカナダで進み始めている。「病院や施設ケアを中核とした従来の医療システムから自宅やコミュニティで医療を提供する方式に医療を一変させようとする」計画が始まっている。そして、プライマリケアとホームおよびコミュニティケアの統合、一体化がホームおよびコミュニティケアの強化として進められている。このような中での高齢者ケアの現状と取り組みを主要２州を中心に概観する。

1. はじめに：人口動向の寸描

カナダの高齢者ケアを考えるに当たって、まずカナダの人口動向を概観しておきたい。カナダの出生時の平均寿命（2010年～2012年の３年間平均）は、女性83.6歳、男性79.4歳であり、そして65歳時点での平均余命は女性21.7年、男性18.7年となっている[1)]。なお、人口予測中位シナリオでは、2062/2063年における出生時の平均寿命は、女性89.2歳、男性87.6歳にまで伸びると見込まれている（Canada 2015）。

2016年のカナダ人口は約3,515万人であり、10年前と比較して11.2％増加している。このうち65歳以上の人口は、約570万人で総人口の16.5%を占めている。85歳以上の人口を見てみると、約77万人で総人口の2.2％となっている。人口は、今後も増加すると予測されている。

カナダの人口は、今後2031年まで高齢化が急速に進み（2031年の65歳以上の人口は23.4％）、そして最終的には高齢者人口の割合は現在の日本の水準と同じ程度になるだろう（カナダ統計局2017.05.03）。中位シナリオでは、2063年には総人口に占める65歳以上の人口は27.8％になり、80歳以上の人口は10.6％になると予測されている。

このように、カナダでもこれから高齢化が急速に進むと見られ、これを睨んだ医療分野における改革や施策が急務となっている。かつて医療保障将来委員会は、2002年11月の『ロマノウ報告』[2)]（略称）のなかで、財源が税金である公的健康保険制度の擁護と高揚の必要性を指摘したが、医療費増加、人口の高齢化の進むなかでプライマリケアおよびホームケアに新たな焦点を当てるべきとも勧告している。本稿では、ホームおよびコミュニティケア[3)]を中心にカナダの高齢者ケアの現状と取り組みについて考察することにしたい[4)]。

2. カナダのホームおよびコミュニティケア

カナダでは医学的に必要な医療サービスは、それぞれの州政府が直接運営する健康保険によってすべて無料であり、医師が患者負担や追加負担を請求することも禁止されており、外来の処方薬剤についてのみ所得に基づいた一部患者負担がある。

しかし、高齢者のケアサービスについては、医療サービスのように州政府が独占的単一保険

者（供給者）としてサービスを提供するのではなくて、ほとんどの州においてサービス利用者（以下、クライアントとする）は、公的補助による提供者と私費による私的提供者の二層的供給のかたちのなかで、ケアおよび援助を得ることが可能となっている。公的補助のあるこれらサービスをクライアントが受ける場合、原則的には所得に見合った負担を求められることが多い。

ブリティッシュ・コロンビア州（以下、BC州とする）では、公的補助のあるホームおよびコミュニティケア・サービスは無料となっている。その他の費用は、州とクライアントとの間で負担する。クライアントの負担額は利用者料金と呼ばれ、定額料金ではなくてクライアントの所得収入に基づいて決まる。その利用料金は受けるサービスの内容次第であるが、この利用者料金についても支払負担によって経済的困難（費用負担によって配偶者や家族が経済的困難に陥る場合も含む）となる場合には、減額料金が一時的に適用される。ここで言う経済的困難に該当するのは、以下の支払に支障をきたす場合である：①満足の出来る程度の食費、②月々の住宅ローンあるいは賃貸料、③十分な暖房費[5]、④処方薬の一部負担の費用、あるいは、⑤必要と規定された医療サービスの費用である。

公的補助によるホームおよびコミュニティケアのサービスは、救急的、長期的、緩和的あるいはリハビリ的な医療ニーズのある人々に対して、多様な医療サービスや支援サービスを提供している。保健当局から提供されるこれらのサービスは、ニーズに応じて短期または長期で支援を受けることができる。

この公的補助によるホームおよびコミュニティケア・サービスは、自宅で自立して日常生活を続けることが可能な人、および支援のある住居環境のもとでこれらのケアを必要としている人に提供される。よって、利用対象者は高齢者のみに限られているわけではない。

BC州における公的補助によるホームおよびコミュニティケア・サービスは以下のものがあるが、それぞれのサービスを受けるには各サービスごとに定められた必要度評価基準（needs assessment criteria）を満たす必要がある：

・コミュニティ・ナーシング・・・有資格の看護専門職によってコミュニティ[6]内で救急的、長期的、緩和的あるいはリハビリ的支援を必要としているクライアントに対して短期的に提供されるサービスで、自宅に限らずグループホーム等の多様な場所で提供されている；
・コミュニティ・リハビリ・・・有資格の理学療法士あるいは作業療法士によって救急的、緩和的あるいはリハビリ的支援を必要とするクライアントに提供される；
・成人のためのデイサービス・・・多くが居住型ケア施設（residential care facilities）[7]とつながっているが、別個に独立運営されていることもある。クライアントの医療ニーズおよび(あるいは)後述する介護者のレスパイト・ニーズを満たすために、グループ単位の設定のもとで身の回りのパーソナルケア、医療、および治療的なソーシャル活動、リクレーション活動のためのプログラムを含む；
・在宅支援・・・日常生活動作に支援を必要とするクライアントに対して、コミュニティヘルスワーカーが提供する。必要な場合は、安全のための見守りが補足されることもある；
・自立生活支援選択権（CSIL）[8]・・・CSILは、クライアント本人、もしくはクライアントが指名した代表者またはクライアント支援グループが、在宅支援サービスを購入する資金を直接受け取り、利用サービスプランの計画・手配についての全責任を持つことが想定されている；
・介護者レスパイト[9]・・・介護者のためのレスパイトケア（respite care）は、介護者に一時的に介護疲れを救援するケアである。レスパイトは、個人の自宅、あるいは居住型ケア施設、ホスピス、あるいは成人のためのデイセンターのようなコミュニティケアにおいて提供されるサービス形態をとることもある[10]；
・終末期ケアサービス・・・終末期ケアは、末期症状、慢性疾患の末期ステージ、あるいは

死に直面している人とその家族の生活の質を改善するための支持療法および温情的なケアである。本稿で詳しく後述する；

・アシスティッド・リビング（assisted living）・・・このサービスは、自立生活、自己決定が可能であるものの、身体的および健康上の理由で支援的環境を必要とする成人に住居、ホスピタリティ・サービス、およびパーソナルケア・サービスを提供する[11]；

・グループホーム・・・このサービスは自立生活を最大限に高めることを意図している。非認可であり１戸建て住宅から集合住宅まであり、通常４人～６人を収容している；

・ファミリーケアホーム・・・このサービスは非認可の１戸建て住宅で提供され、居住型ケア施設では適正に満たすことのできない特別なケア・ニーズのあるクライアントを２人までしか収容できない。わが家にいるような雰囲気、栄養食、洗濯および家事サービス、監督を提供する。また、日常生活動作への援助は、必要に応じて提供される；

・居住型ケアサービス（residential care services）・・・短期サービスと長期サービスの２つがある。短期サービスは、通常３か月未満の短期間において提供され、予後療法、居住型のホスピス緩和ケア、および上述したレスパイトケアが含まれる。余命の限られた最後の数日あるいは数週間の生活における安らぎ、尊厳、および質をサポートする必要のあるクライアントにも提供される。長期サービスは、複合的ケアニーズがあり、自宅、あるいは上述したアシスティッド・リビング住宅でケアを受けることが出来なくなった人に対して提供される。

3. ホームケア・ニーズの充足度

カナダ統計局のマーティン・ターコット（Martin Turcotte, 2014）は、ホームケアを必要としているものの、まだホームケア・サービスを利用していないカナダ国民に情報を提供する目的で、2012年一般社会調査[12]データを使って、カナダ国民の感じているホームケア・ニーズの充足の程度を分析し、支援あるいはケアの欠如から生じる個人の幸福（well-being）および心の健康への影響を検討している。以下で見てみよう。

2012年に、15歳以上のカナダ人の８％（220万人）が長期の健康障害、身体障害あるいは高齢化による障害のために自宅で支援あるいはケアを受けている。この支援とケアの提供者は、家族や友人といった介護者あるいは専門職である。そして、15歳以上のカナダ人の1.6％（約46万１千人）が、調査前12か月間に支援あるいはケアを慢性的健康障害によって支援あるいはケアを必要としたのに受けていなかった（この人たちを、ホームケア・ニーズの「満たされなかった」人と呼ぶ）。この割合は、75歳以上の高齢者において少し高かったがほぼ３％未満であった。

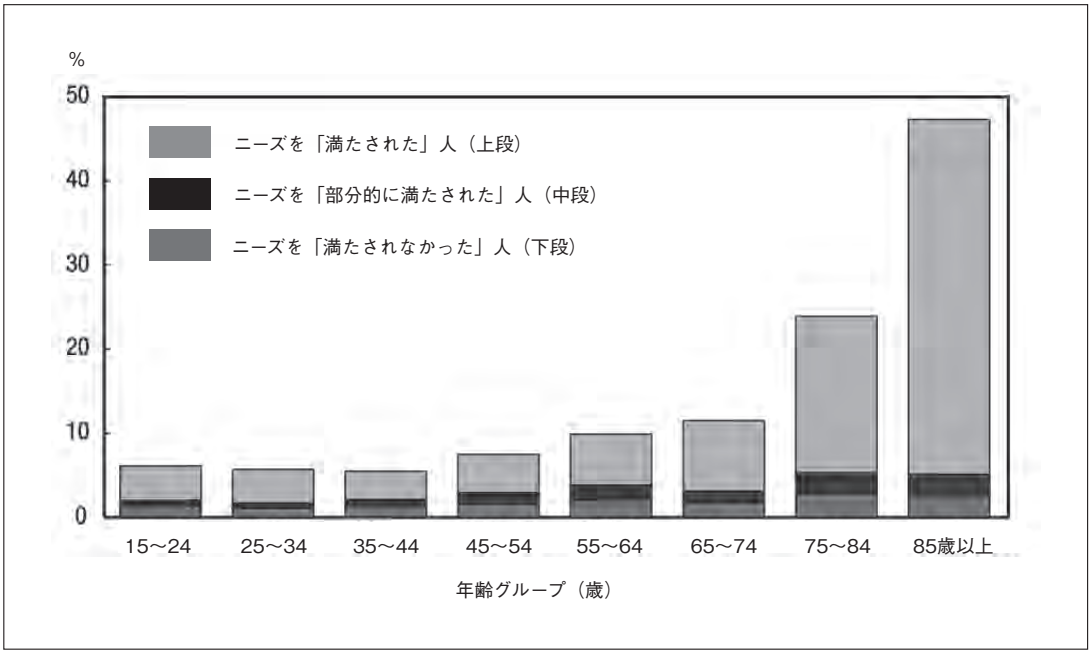
一方、ホームケアを受けた220万人のうちの15％（33万１千人）は、必要とした支援のすべてを100％完全に受け取れたわけではなかった（この人たちを、ホームケア・ニーズの「部分的に満たされた」人と呼ぶ）。この「部分的に満たされた」ニーズを受けた人は、身体障害があってホームケアを受けた人（18％）の方が、障害がなくてケアを受けた人（10％）よりも多かった。

図１は、2012年におけるホームケア・ニーズが「満たされた」人、「部分的に満たされた」人、「満たされなかった」人を年齢グループ別で表している。ニーズが「満たされた」人は、85歳以上の高齢者がもっとも高かった。

また、この分析によると「満たされなかった」あるいは「部分的に満たされた」ニーズの人に、高水準のストレスやネガティブな感情のあった人が多かった。例えば、ケアを「部分的に満たされた」ニーズを受けた人の62％が孤独感を経験している。これと比較して、ニーズが「満たされた」人のそれは31％と低かった。

ターコットは、この論文の結論で次のように述べている。ホームケア・ニーズの「満たされなかった」人、すなわちホームケアを受けなかった人は、一定の社会経済的グループ（一特に、低い所得の人、55歳～64歳の人、および自身が介

図1　ホームケア・ニーズの充足度の比較（2012年、年齢グループ別）



Source : Statistics Canada, General Social Survey, 2012. Cited: Turcotte, 2014. p. 2, chart 1

護者である人―）に多かった。そして、カナダの高齢者人口の増加の一部分をなしている移民にも「満たされなかった」ニーズの人が多い。カナダでは今後も移民の増加が見込まれるので、注視する必要があるとしている。

また、「部分的に満たされた」ニーズだった人に関しては、社会経済的立場および受けたケアのタイプによって異なるという。例として、専門職によるケアを１週間に10時間以上受けた人には、ニーズが「部分的に満たされた」と感じることが少なかった。そして、社会経済的な相違を考慮に入れても、ニーズが「満たされなかった」人、あるいはニーズが「部分的に満たされた」人には、強い孤独感、強いストレスおよび睡眠障害の人が多かった。

ターコットも指摘するように、健康悪化のリスク（―早期の施設入居の可能性―）はホームケア・ニーズが満たされていない場合において顕著に増加すると先行研究[13]は示しているし、またもっとも多くの社会的支援やホームケア・サービスを受けている高齢者は施設入居者になることは少ないとされている[14]（Turcotte, 2014, p.1）。

4. オンタリオ州におけるホームおよびコミュニティケア強化のアクションプラン

オンタリオ州は、2015年５月に『患者ファースト：ホームおよびコミュニティケア強化のロードマップ』（Ontario 2015）をアクションプランとして公表した。その冒頭のメッセージで州保健・長期ケア大臣で医学博士のエリック・ホスキンズ（Eric Hoskins）はつぎのように述べている：「人々が高齢化するにつれて、ホームおよびコミュニティケアがとても重要になってくる。オンタリオ州民は、自宅で自立して生活することを助ける医療システムを望んでいるし、またふさわしいものと思っている…ホームおよびコミュニティケアを強化することは、医療を一変させようとする政府の努力の証しである」。

このことは、病院や施設ケアを中核とした従来の医療システムから「自宅やコミュニティでケ

アを提供する方式に医療を一変させようとする（Ontario 2015, p.5）」計画のスタートをロードマップは担っているということになる。

オンタリオ州では、2003年以降、ホームケア・サービスへの資金を倍以上に増やしている。公費補助の資格のあるホームケア患者の93％が、承認されて５日以内に最初の看護訪問を受けており、また複合的ニーズのあるホームケア患者の84％が５日以内に有償のパーソナル・サポート・ワーカー（personal support worker：略称PSW）[15] の訪問を受けている。また、約140万人（大部分が高齢者）が食事、移動、介護者支援といったコミュニティサポート・サービスを受けている。

オンタリオ州は、ホームおよびコミュニティケアの強化の５目標を掲げている：

①クライアントと介護者を最重要視する・・・クライアント、介護者ファーストということ；

②クライアントと介護者の経験を改善する・・・クライアントと介護者は、期待できる支援に何があるかを理解できるようになり、そしてタイムリーで、敏速に応答してくれるシステムを経験できるようになる；

③ケアの優れた質、一貫性、透明性を推進する・・・州全域で提供されるサービスとプログラムの質を高めるために標準化されたツールと支援をする；

④ケアの収容力計画の作成と収容力の増強を計る・・・収容力増加と成果の改善に投資する；

⑤ケアの提供方法を現代的にする・・・資金モデルの刷新、一貫した評価方法、柔軟性のある契約、安定した労働力確保、および技術改善を当該部門で行う、

の５目標である。

これらの目標を達成するために強化のための10の新構想を定めて、2015年から2017年までの３年間の実施タイムスケジュールを公表している。根底にあるのは、クライアントと介護者の経験を改善するという重要な視点である。オンタリオ州では、病院、施設中心のケアからホームおよびコミュニティケアへの重心の移行を目指した医療システム改革が動きだしている。

5. BC州における高齢者のためのホームおよびコミュニティケア強化のアクションプラン

BC州には約85万３千人の高齢者がいる（2016年現在）。高齢者は自ら選択をし、できるだけ長く自立し、そして支援的なコミュニティに取り囲まれる自由を得るに値するとして、BC州は2017年３月に『高齢者のためのホームおよびコミュニティケア強化のためのアクションプラン』（BC 2017）を公表した。

このアクションプランは、複合的な保健医療ニーズや虚弱をだんだんに経験する高齢者には、ホームヘルスサービスから施設ケアまでの一連のケアにおいて、十分にコーディネートされ、一体化された統合的サービスにアクセスできることが重要であると指摘し、そのような高齢者のニーズに取り組むとしている。

そして、高齢者の経験する医学的症状の多くは、治療よりもむしろ症状を抱えてどう生活するか、可能なベストの生活の質でどのように生活するかに纏わるものの方が多いとし、特に虚弱は老化の始まった身体という現実と関連していると指摘する。よって、これら高齢者は健康と幸福（well-being）の維持のために、通常の医療以上のものを望むようになるという。

そのような望みには、できるだけ医学的症状のインパクトから解放されたい；自立した生活を続けてコミュニティと係わり続けられるように身体機能を維持したい；有意義な活動に参加し、社会や家族との関係を維持しつつ今を生きることの日々の喜びをエンジョイしたい、などがあるという。そして、これらの望みをすべてを叶えることが政府の役割とは思えないが、医療サービスに加えて、全体的な観点から高齢者のケアの支援に関わることは可能であり、また関われる多くのコミュニティ支援があるとする。かくて、介

入と治療に集中した医療システムのなかで、医療実践を再検討する必要があるとしている。

そして、鍵となるアクションプランとして、次の４つを挙げている：

①健康な高齢化に焦点を合わせる・・・これによって、年老いて虚弱で劣った心身になることを防止、最小化、強いては逆転させることも可能であるとする。具体的には、BC州の「高齢化いきいき作戦（Aging Well Strategy）」を構築する[16]などが挙げられている；

②複合的医療ニーズおよび（あるいは）虚弱の高齢者に、良くコーディネート、統合されたコミュニティケアを提供する・・・BC州にある61の地理的保健サービスエリアのそれぞれに、向こう４年間で統合されたプライマリおよびコミュニティケア・サービスシステムを確立する；

③新たな「コミュニティケアおよびアシスティッド・リビング法」の規定を実施するために、アシスティッド・リビング居住者と協働する；

④居住型ケアの役割と質を改善する、である。

州保健省は、アクションプラン実施のために向こう４年間で追加の５億ドルを支出する。これに加えて、保健当局は、ホームおよびコミュニティケア・サービスの需要増加に備えて収容力拡大のために行政区に２億ドル拠出する計画である。

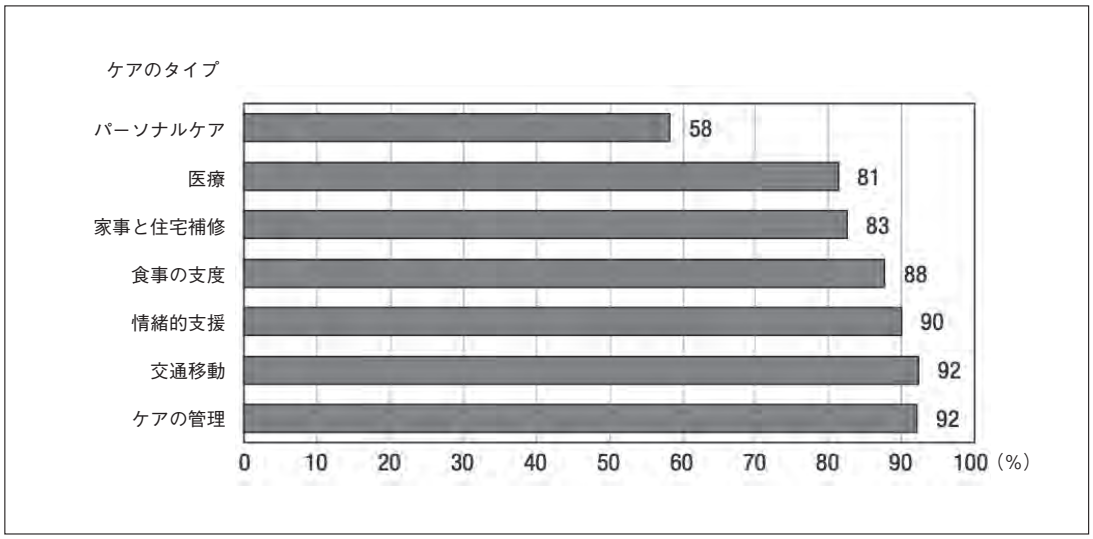
6. カナダにおける認知症の現況とBC州の認知症に対するアクションプラン

カナダの45歳以上の国民のうち、一般世帯の約0.8％（10万9,500人）と長期居住型ケア施設の居住者の推定45％（11万8,000人）が認知症と診断されている[17]。

一般世帯の認知症の人の大多数が、パーソナルケア（58％）、医療（81％）、家事と住宅補修（83％）、食事の支度（88％）、情緒的支援（90％）、交通移動（92％）、ケアの管理（92％）に援助を受けていた（図２参照）。

また、援助を受けている人の85％は（少なくとも一部を）家族、友人あるいは隣人に依存していた。そして、主たる介護者は配偶者（46％）もしくは成人した子ども（44％）ーそのほとんどは娘（71％）ーであった。また、主たる介護者の大多数が同一世帯で生活しており（83％）、日常

図２　インフォーマルな援助を受けている認知症の人の割合（2011年、ケアのタイプ別）



Source: 2011 Survey on Living with Neurological Conditions in Canada. Cited: Wong et al. (2016). p. 12, Figure 2.

的にケア（86％）に携わっていた（Wong et al. 2016）。

認知症は、認知症の人だけでなくその介護者や家族をも苦しめることになる。BC州は、認知症の人およびその家族に対して州政府の継続したコミットメントを明らかにすることを意図して、2012年に『BC州認知症に対するアクションプラン』（BC 2012）を作成している。そこでは４つの目標を立てていた：

①BC州民の健康と幸福の向上のために有効な健康増進、予防および自己管理；

②BC州民は、ほとんどの医療ニーズが質の高いプライマリおよびコミュニティ・ベースの医療と支援サービスによって満たされること；

③必要となったときに、質の高い病院サービスにアクセスできること；

④医療サービス提供での刷新と生産性および効率性の向上、である。

認知症ケアの改善が健康成果に良いインパクトをもたらすことになり、結果として救急部門や病院ケアの減少につながり、それはまた居住型ケア施設への入居のニーズを減少もしくは引き延ばすことが可能になるとしている。

このアクションプランでは、BC州には推定６万人ないし７万人の認知症の人がいるが、今後BC州の人口高齢化が進行するので、認知症になる人の数は増加すると予測される。

7. BC州の終末期ケアのアクションプラン

BC州における終末期および緩和ケアについて、BC州の公表している資料に基づいて検討することにしたい。BC州では、2006年に終末期ケアに対する州の枠組を公表している。ケアは、クライアントがいずこに居住していても、つまり自宅、アシスティッド・リビング住宅、ホスピス、居住型ケア施設、病院などを問わずに提供される。

終末期および緩和ケア・サービスには、ケアのコーディネートと相談、苦痛と症状の管理、コミュニティ・ナーシングサービス、コミュニティ・リハビリサービス、ホームサポート[18]、介護者のためのレスパイト、および居住型ホスピスケアがある。

終末期および緩和ケアの費用負担については、自宅でケアを受ける場合はコミュニティ・ナーシングサービス、コミュニティ・リハビリサービスは無料である。一定の薬剤と緩和用品、機器は、BC州緩和ケア給付プログラムによって受給資格のある患者は無料であり、さらにホームサポート・サービスも無料である。

また、公費補助による居住型ホスピス緩和ケアには、１日当たり32ドル50セントの費用を支払う必要があるが、低所得あるいは経済的困難（費用負担によって配偶者や家族が経済的困難に陥る場合も含む）の場合には減額料金が適用される。

BC州は、アドバンス・ケアプランニング（advance care planning）についても情報を提供している[19]。これは、将来、自身の弁護や自身の意思決定能力を失った時に備えて、事前に自己の信念、価値観、願望に基づいて自身の将来の医療治療についての願望と指示を文書で作成しておくことである。こうしておけば、将来、医師あるいは医療関係者から医療治療方法についての意思決定を、本人の代理の意思決定者に求められた場合に備えられるし、本人指示が尊重されることになる。長寿社会になれば、このアドバンス・ケアプランニングの重要性が増すであろう。BC州は、アドバンス・ケアプランニングの州の法律を改正している。

最後に、2013年に策定された『BC州民のための終末期ケアのアクションプラン』（BC 2013）を見ておきたい。このアクションプランは、医療供給者たちが、余命の限られた終末期をなんとか耐えようとしている人のニーズを満たす方法を改善するために、主たる優先順位と達成可能な行動について概説している。これは「プライマリおよびコミュニティケア・サービスを連携、一体化しようとする計画について、医療当局者、医師、医療提供者およびコミュニティ組織に説明することを意図している。

このアクションプランは、余命の限られた症状の個人が自宅に留まれるように援助すること、入院あるいは救急部門に行く必要性を減少すること、およびすべての当該場所でのケア連携を改善することに焦点を絞って、BC州での良質のホスピスならびに緩和および終末期ケア・サービスを支援する」ものである（BC 2013 p.4）。

そして、個人の医療ニーズが余命の限られた病状進行過程において変化していくことを考慮して、「終末期ケアは、患者、その家族、家庭医、専門医、ナース・プラクティショナー[20]、コミュニティ・ヘルスチーム、およびその他の関係者を入れた一体化した統合チームというやり方（an integrated team approach）を通じて、複合的ニーズを持った患者のニーズを満足させるのが最も有効である（BC 2013 p.4）」としている。

そして、アクションプランは、つぎの３つの優先すべき施策を示している：

①タイムリーで、よく組織化された終末期ケアを提供するために医療サービスを再設計する；

②個人、介護者、医療提供者に緩和ケアに関する情報、教育、ツール、資源を提供する；

③医療制度におけるアカウンタビリティーと効率性を強化する、である。

このように、BC州では終末期ケアについて、プライマリケアとコミュニティケアの統合をするという戦略のもとに、保健省と保健当局は、患者や家族の状況と願望を十分に反映させることによってプライマリおよびコミュニティケア・サービスを再設計、再編成するべく、医師やその他の医療提供者、コミュニティ組織、研究者と一体となって作業を推進している。

そして、アクションプランによる行動が達成できれば、「BC州の公的財源によって賄われている州医療制度の維持可能性を助長する（BC 2013 p. 17）」こともつながるとしている。

8. まとめと残された課題

本稿では、カナダの高齢者ケアの現状とその対策をホームおよびコミュニティケアに焦点を絞ってオンタリオ州、BC州を中心に見てきた。また高齢者ケアで避けて通れない認知症ケアおよび終末期ケアについて、オンタリオ州やBC州のアクションプランを概観した。そこから窺えることは、人口の高齢化に合わせた医療システム改革の方向性である。それは、カナダのアイデンティティとも言われる公的財源による健康保険制度の維持と人口高齢化を踏まえた展開である。従来の「病院や施設ケアを中核とした従来の医療システムから、自宅やコミュニティでケアを提供する方式に医療を一変させようとする」重心の移行である。今後の動向が注目される。

本稿で取り上げなかったが、大変重たい、しかし重要な残された課題は、ホームケアの質および真の費用をしっかりと吟味する必要があるのではないかということである。医学雑誌*CMAJ News*でローレン・ヴォーゲルは、諸政府が高齢者のケアを施設ケアからホームケアに移行しようとしている正にその時期に、ホームケアの質と真の費用をきちんと計算しているのかと問いかけている[21]。提供されるホームケアの質についてもっと議論するべきではないか、またホームケアが安上がりに見えるのは私的費用をカウントしない場合にのみ当てはまるのではないかという指摘である。

そして、カナダがオランダや日本のように、高齢者ケアに社会保険モデルを将来選択するのかどうか別にしても、カナダ国民は高齢者ケアをインフォーマルな介護者にシフトすることの真の費用について「率直な会話」をする必要があるという。

カナダのホームおよびコミュニティケアにおいて、常に介護者視点が明白に示されていることは、本稿で指摘してきたところである。社会保険モデルといえども、別の視点からこの議論をするべき課題であるかも知れない。

注

1） カナダ統計局は、1950年～1952年の３年間平均で表示して以降、カナダの平均余命を年齢別

死亡率の３年間平均データを使って、公式には３年間平均で平均寿命を公表している。

2） 正式には、『価値の樹立－連邦医療保障将来委員会最終報告書』。略称名は、委員長が前サスカチュワン州首相のロイ・ロマノウ（Roy Romanow）に因む。なお、カナダの中央部に位置するサスカチュワン州は、カナダの公的健康保険発祥の地である。

3） カナダでよく使われる“home and community care”という表現は、ホームケアとコミュニティケアと別個の意味で考えるのではなくて、むしろ１つの概念として把握した方が実際の意味を理解できるのではないかと思われる。筆者には、残念ながら適切な日本語でまだ表現できていない。

4） 本稿ではホームケア（home care）などとカタカナ表記にしていることが多い。理由は、例えば、われわれが一般的に使っている「在宅介護」等で表すとカナダで使用されている言葉の意味・内容を正確に表せないことを慮ったためである。“home care”は、カナダではこれまで主として専門職（看護師、栄養士等）による家庭訪問によるサービスを意味してきた。

5） 蛇足であるが、カナダでは一般的にアパート等の賃貸料には暖房費、水道料金が含まれている。

6） ここでは「地域」でも良いと思われるが、敢えてカタカナ表記にする。

7） 「介護施設」とは訳せなかった。

8） CSILは、Choice in Supports for Independent Livingの略語で、一般的に略語を使用することが多い。詳しくは、http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/choice-in-supports-for-independent-livingにアクセスされたい。

9） 「介護者のための休暇」と訳せば良いのかも知れない。

10） 詳しくは、Caregiver Respite/Relief：http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/caregiver-respite-relief にアクセスされたい。また、http://www.familycaregiversbc.ca/about-family-caregivers-of-british-columbia/も参照されたい。

11） アシスティッド・リビングについては、邦人・日系高齢者協会（ニューヨーク市）http://www.agingjaa.org/house.html が参考になる。

12） The 2012 General Social Survey（GSS）-Caregiving and Care Receiving.

13） 例えば、Canadian Institute for Health Information. (2010). *Supporting Informal Caregivers—The Heart of Home Care*. Analysis in Brief. August.

14） See Sarma, Sisira, Gordon Hawley and Kisalaya Basu. (2008). “Transitions in living arrangements of Canadian seniors : Findings from the NPHS longitudinal data.” *Social Science and Medicine*. Vol. 68, no. 6, p. 1106-1113.

15） 入浴や食事介助などの身体介護に従事する専門職。PSWの資格を北米の大学で取得を目指す日本人もいる。

16） この作戦では、60歳代、退職後および70歳代でのそれぞれの「生き生き高齢化」のための行動プランを作成している。

17） 調査年は一般世帯が2010/2011年、長期ケア施設は2011/2012年である。

18） 買い物や掃除などの家事援助を指す。

19） アドバンス・ケアプランニングの詳細については、次のウェブサイトを参照されたい。
Advance Care Planning
http://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/seniors/health-safety/advance-care-planning/

20） nurse practitioner：NP（実地看護婦）。（参考）「米国でのNPは、医師から独立して対象者に自律的にプライマリケアを提供することができ、医師の指示がなくても自らの判断で処方箋記載を含む医療的処置（診断および治療）を行うことができる看護師」（大分県立看護科学大学）http://www.oita-nhs.ac.jp/graduate/np_course.html Accessed 2017 August 16.

21） ‘The home care conversation we’re not having’, by Lauren Vogel, *CMAJ News*, June 7, 2017.

参考文献

・British Columbia: BC (2012). *The Provincial Dementia Action Plan for British Columbia: Priorities and Actions for Health System and Service Redesign*. Victoria BC: BC, Ministry of

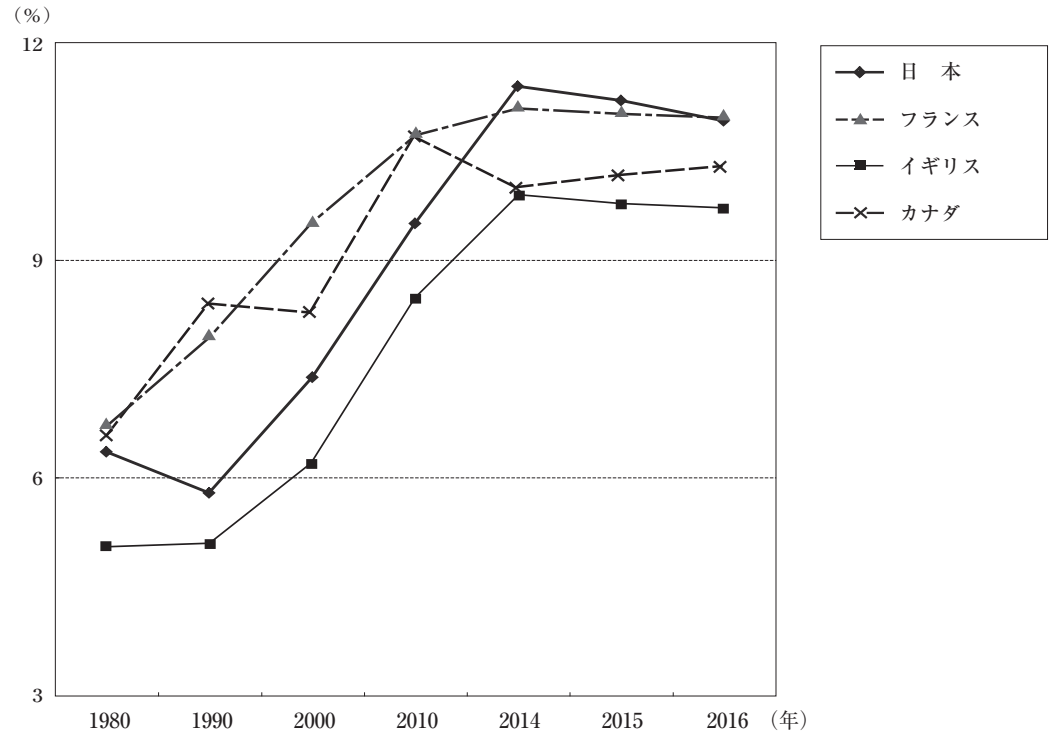
Health.
・British Columbia: BC (2013). *The Provincial End-of-Life Action Plan for British Columbia: Priorities and Actions for Health System and Service Redesign*. Victoria BC: BC, Ministry of Health.
・British Columbia: BC (2017). *An Action Plan to Strengthen Home and Community Care for Seniors*. Victoria BC: BC, Ministry of Health.
・Ontario (2015). *Patients First: A Roadmap to Strengthen Home and Community Care*. Toronto, ON: Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care.
・Statistics Canada: Canada (2015). *Population Projections for Canada (2013 to 2063), Provinces and Territories (2013 to 2038)*. Catalogue no. 91-520-X, 2015. Ottawa, ON: Statistics Canada.
・Turcotte, Martin (2014). *Insights on Canadian Society: Canadians with unmet home care needs*. Catalogue no. 75-006-X. Ottawa, ON: Statistics Canada.
・Wong, Suzy; Gilmour, Heather and Pamela Ramage-Morin (2016). *Health Reports: Alzheimer's disease and other dementias in Canada*. Catalogue no. 82-003-X. Ottawa, ON: Statistics Canada.

1．基本情報

		日本	フランス	イギリス	カナダ
総人口（千人）		126,933 （16年）	66,760 （16年）	65,383 （16年）	36,286 （16年）
高齢化率（%）		27.3（16年）	18.8（16年）	17.9（16年）	16.5（16年）
合計特殊出生率		1.43（13年）	1.98（13年）	1.83（13年）	1.61（11年）
平均寿命（年）		男80.8/女87.1 （15年）	男79.2/女85.5 （15年）	男79.2/女82.8 （15年）	男79.6/女83.8 （13年）
失業率（%）		3.1（16年）	10.1（16年）	4.8（16年）	7.0（16年）
医療費対GDP（%）		10.9（16年）	11.0（16年）	9.7（16年）	10.3（16年）
国民負担率 （国民所得比） （%）	（A）+（B）	42.2	68.2	45.9	44.1
	租税負担率(A)	25.0	40.9	35.5	37.5
	社会保障負担率(B)	17.2	27.3	10.4	6.6

（注）国民負担率については、各国14年の数値。
出所：OECD、財務省HP.

2．医療費対GDPの推移



出所：OECD

3．医療提供体制

（15年）			日本	フランス	イギリス	カナダ
平均在院日数			16.9（14年）	5.7（14年）	6.0（14年）	7.6（14年）
病床数	医療施設	急性期	998,249 （7.85）	271,013 （4.07）	— —	72,447 （2.02）
		長期	339,063 （2.67）	31,639 （0.47）	— —	16,211 （0.45）
		精神	336,282 （2.65）	57,503 （0.86）	27,040 （0.42）	12,505 （0.35）
医療関係者数	医師		300,075（14年） （2.36）（14年）	207,789 （3.12）	181,673 （2.79）	91,268 （2.55）
	歯科医師		100,994（14年） （0.79）（14年）	42,602 （0.64）	34,621 （0.53）	— —
	薬剤師		216,077（14年） （1.70）（14年）	70,247 （1.05）	54,380 （0.83）	35,238 （0.98）
	看護師		1,394,985（14年） （10.96）（14年）	— —	514,639 （7.9）	353,738 （9.87）

（注）1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。
2. 平均在院日数は急性期の数値。
出所：OECD

4．掲載国通貨円換算表（2017年8月末現在）

（単位　円）

フランス （1ユーロ）	イギリス （1ポンド）	カナダ （1カナダ・ドル）
132.84	146.68	89.02

健康保険組合連合会
〒107-8558　東京都港区南青山1-24-4
TEL：03-3403-0928　FAX：03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp