

社会保障言論

ドイツ型と日本型の
共通点と相違点

この夏、ドイツの医療や介護の現場を訪ねた。かつては日独の差に驚いたこともあったが、いまや同じ課題に同じような試行錯誤を続ける印象を強く感じた。

ケルンの
在宅緩和ケアチーム

高さ157メートルの世界遺産「ケルン大聖堂」から車で15分、バス通りに面したオフィスは看板がなければ医療機関にはみえない。

この専門的在宅緩和ケア「ケルン」は、ライン川右岸を担当し、自宅などで闘病中のがん、間質性肺炎などの難病患者の訪問診療と往診に当たる。

スタッフは、医師と看護師各9人、コメディネーター3人ら。医師のうち5人は自分の診療所と兼務の家庭医、4人は病院勤務との兼務。看護師も常勤は7人。一般的に被保険者25万人に1事業所を目安にするそうだが、この事業所はケルン市の人口の半分近い約46万人もの居住地をカバーし、訪問先は約60人。

家庭医でもあるトーマス・ヨースト医師は「手分けして7台の車で毎日回る。私は週1回24時間勤務で、夜は自宅で待機する。看護師は有能で、大抵の事態に対処してくれる。夜間出勤は月平均一回程度」と説明する。

医師は緩和ケアの特別資格を持ち、看護師も特別教育と最低2年間の臨床経験がある。

ヨースト医師は「緩和ケアも専門医の担当という意識は根強いが、家庭医が担うべきだ。われわれと看護師は同格で働く。ドイツでは従来はなかったことだが、医療の将来像だ」と明解だった。

在宅での
看取り推進の仕掛け

ドイツの緩和ケアのガイドラインには「病気の治療ではなく、症状と苦痛の緩和が最重要で、患者と患者者に親しい人のニーズ・要望がケアの中心に」とある。その趣旨に沿って2007年、専門的在宅緩和ケアチーム（以下は緩和ケアチームと略）の目的・内容・資格要件が

定められた。

日本の健康保険組合に似た疾病金庫に申請・認可されると、患者は緩和ケアを無料で受けられる。緩和ケアチームがすべて担う場合と疼痛コントロールだけで他は家庭医が受け持つ場合に分かれる。ただし、家庭医を含む開業医は疾病金庫と結ぶ年間予算枠に縛られる。このため家庭医は次第に患者を託す傾向にある。

緩和ケアの資格を持つ医師は、ライ川右岸で約40人いるが、手に負えない場合は緩和ケアチームの出番になる。「この地域では死亡数の70%は病院死だっ

ドイツ国内における
近年の死亡場所別割合

死亡場所	死亡総数に占める割合
病院	42～43%
自宅	25～30%
老人ホーム等	15～25%
ホスピス	1～2%
その他	3～6%

各種統計のまとめで数値(%)の幅は各統計の定義・条件などの差による。
ラインラント・ハンブルグ地区疾病金庫提供の資料を簡略化

だが、最近では45%程度まで減った。我々の仕事は、患者が苦しみなく最後まで住み慣れた環境で生き抜くため」と、ヨースト医師は自信を深めていた(統計表)。もちろん、病院での治療は不要ながら在宅は無理なケースに「入所型ホスピス」もある。看護師の常駐に加え開業医も協力するが、困難例は緩和ケアチームを頼る。

在宅療養支援診療所との違い

1カ所の緩和ケアチームと関連の入所型ホスピスや老人専門病院などを見聞きしたに過ぎない。それでも、このチームは、日本の「在宅療養支援診療所」と比べると、長所や短所が分かる。

日本型も日頃の訪問診療に加え24時間対応の往診を義務付けられ、在宅での看取りを担う点では共通だ。ただし、通常は主に外来対応で、緩和ケアも認知症ケアもすべて担当する。

ドイツ型は、最難問の終末期に特化したチームを編成し、往診・看取りにあた

る。患者データは暗号化され、情報センターに集められ、パソコンで引き出せる。確かに専門的かつ効率的である。

この仕組みは法制度化のうえ診療報酬面で予算枠なしの優遇策を加えた。日本型は医療法等の定めはなく、診療報酬上の制度としてお金で誘導する。即効性はあるものの、報酬改定のために利害は錯綜する。その典型が今春の同一日・同一建物(有料老人ホーム、グループホーム等)に対する訪問診療の大幅減額であった。

この反省も含め将来は病院に頼らないドイツ型の往診専門の緩和ケアチームが必要になるだろう。

同時にドイツではグループホームから緩和ケアチームまで、キリスト教信者を中心に無償、有償のボランティアが現場を支えていた。医療・介護への市民参画をいかに創り出すか、信仰心に頼りにくい日本にとって重い課題だ。

■宮武 剛(みやたけ 剛)

毎日新聞社 論説副委員長、埼玉県立大学、目白大学の教授を経て、目白大学 生涯福祉研究科 客員教授、厚生労働省 社会保険審議会「委員、財務省 財政制度等審議会 委員や NPO「福祉フォーラムジャパン」会長も務める。