

フランス-4-1  
応接録：高齢者施設

2023年6月9日  
老年内科専門医  
臨床心理士

<要約>

- 介護職はZ世代からも敬遠されており、コロナ前から人手不足の問題があった。
- 医療付き介護施設に入所するための費用について、医療は医療保険から、介護は介護給付を県から、滞在費は入所者の個人負担かあるいは社会福祉手当てから支払われる。
- 入所者のかかりつけ医 (médecin traitant) は、施設が契約する嘱託医の他、施設の職員である医師、外部の医師等様々に分かれる。
- 夜間は、看護助手が2名、免許無しの介護助手が2名が施設内に配置されるが、これに加えてARSの予算で配置された1名のオンコールナースが同地域の8施設をカバーする。
- 第1波においては、「高齢者施設は、重症者を含む陽性者の救急要請はできる限りせず、施設内で深い鎮静も含めたターミナルケアを提供して最期まで診るように。」という行政からの指導があった。
- ワクチンはほぼ全員の職員に接種し、拒否した職員はごく少数にとどまった。
- 2023年3月に施設内感染があり、1月で40人のクラスターが発生したが、この時も1人も病院に送らなかった。

(A) コロナ禍を経て、介護職者のリクルートについて苦労されているか。

(医師) 介護職のリクルートは非常に厳しい。そもそもコロナ以前から、現場に慢性的にあった問題で人手は常に不足していた。3K、低賃金、とコロナに関わらず好まれる職場ではなかった。その上に、特にZ世代と呼ばれる若い世代では、価値観も違い、注意を受けたり、少しでも辛いとすぐに離職してしまう。我々の施設において、老年内科専門医と私が共同で「コロナ禍を経て2年が経過した現在の職員の意識の変化」と言うタイトルの研究調査を報告したのだが、その中で明らかになった事は、コロナ前よりいた古参のスタッフ達のバーンアウトによる離職である。その一方で、若い新入職員については別の離職原因があることも分かった。つまり、学校では医療や介護が価値のある素晴らしい職業と教育されてきているものの、いざ現場に入ると、そのような夢のような仕事ではない辛い現実を知ってすぐに辞めてしまうというものだ。これは、教育における理想と現実の乖離

問題である。このように古参者と新入職員とでは、離職の事情が異なるので、職場での継続モチベーションを上げさせるための手法が異なる。

(B) その現象はリアリティショックと呼ばれ、日本でもある問題だ。

(A) それでも人を集めなくてはならない中で、どのようにリクルートしているか。外国人労働者はどうか。

(医師) 給与やボーナス手当ては、それを上げたところで高々知れており、金銭的なインセンティブで引き止める事は難しい。その為、大変な苦勞をしており、入職してくれたスタッフを大切に扱う試みをしている。勤務時間内に35分のマッサージを週に2回、無料で提供したり、院内の中庭で月に1回、昼食会をしたり、朝食会をしたり、職場での快適、ウェルビーイングを感じてもらおうような努力をしている。

次に教育プログラムによるキャリア支援についてだが、希望があれば、財政援助する。無資格の介護ヘルパーは資格取得に、介護ヘルパーは看護助手に、看護助手は看護師に、看護師はよりさらに上級資格の看護師にという具合だ。

(F) それはIPA (infirmier/infirmière en pratique avancée)<sup>1</sup>の事か。

(医師) 希望すればあり得るが、ここの看護師はIPAにはあまり興味がない。むしろ、管理看護師になる事を希望する者がいる。医師である私自身も、この恩恵を受けて、ターミナルケア専門医資格の研修プログラムを受けた。管理職の主たる仕事はリクルートだ。看護師フェアへ出展してハンティングしたり、リクルートナビ、SNS等も活用する。

(A) 外国人介護労働者のリクルートはあるか。

(医師) こちらでは、あまりしていない。他の地方ではあるかもしれない。スペイン、ポルトガルからの看護師は以前はよく聞いた話だが今はあまり聞かない。

(F) そもそも、旧植民地や海外領県があるフランスでは、フランス国籍保持の非白人種の労働者は多いが、フランス人としてカウントされる為外国人労働者としてみなされていない。

(C) 医療付き介護施設のファイナンスはどうなっているか。

(医師) 医療は医療保険から、介護は介護給付を県から、滞在費は入所者の個人負担かあるいは社会福祉手当てから支払われている。

(C) 日額はいくらか。

(医師) 1日約€100だ。尚、社会福祉手当てベッドは、こちらの施設にはない。グループ系列の他の2施設には福祉ベッドがあり、その日額はもう少し安めであり、1日€80ぐらいかと思う。

(C) それはお金を持っている人たちの施設であろう。では入所者の総合平均要介護度AGGIRはいくらか。

---

<sup>1</sup> ナース・プラクティショナー

(医師) 720 だったかと記憶している。ただし、こちらの数値の再評価はコロナ以降1度もされていない為現在は不明だ。

(C) 医療に関しては、外付けのかかりつけ医 (médecin traitant) なのか。

(医師) 嘱託医4名と契約しており、入所者の70%がこの4名によりフォローされており、20%は施設内の正式な職員である私自身、残りの10%これは数字にすれば1、2名であるが、外から来る2名の医師によりフォローされている。この2名との協働が難しい。

(C) SSIAD (介護ケア・サービス事業所)<sup>2</sup>や開業訪問看護師も外から来るのか。

(医師) まず、施設内プロパーの看護職員がいる。SSIAD や個人開業訪問看護師は来ない。一方、HAD (在宅入院) からの看護師は来る<sup>3</sup>。看護職員はフルタイム換算で5名だ。これに加えてフルタイム換算で2名の管理看護師がいる。管理看護師はプランニングを作成する。勤務は、日勤7時30分から19時30分が2名、1棟62人の入所者がある病棟に1名ずつだ。また、夜勤は19時39分から翌朝7時30分で、看護助手が2名、免許無し介護助手が2名だ。夜間は、これに1名のオンコールナースが同地域の8施設をカバーしており、夜間の有事の時はそのナースに電話連絡する。この同地域8施設のオンコールナースのカバーとは、ARS (地方保健局) により予算措置されており、地域の中の8つの別々の施設間であり、同法人グループなどの系列関係はない。

(C) ドクターは夜間いる必要はないか。

(医師) 夜間は不在だ。必要時は、救急センターSAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) やSOSに電話する。

(E) 夜間急変時にSAMUを呼ぶ事はあるか。

(医師) 施設内規定のプロトコルがあり、それに従い、看護助手が判断して直接SAMUの15番に電話することはある。あるいは、まずオンコールナースに連絡し、そのナースが判断してSAMUに電話する事もある。SAMUのコールセンターでは医師が電話で判断し、必要があれば配車するが、そこでドクター付き高次救命救急車 (SMUR<sup>4</sup>) が配車される事は極めて珍しい。高齢者介護施設から電話がかかってきたら、大抵の場合は、車は送られて来ない。全くないわけではないが。

(D) 年間死亡者数はどれぐらいか。

(医師) コロナ前は、年間30人から35人で、この数値はコンスタントであった。コロナ中は、コロナ初期のひと月で21人だった。コロナ後は、年間15人となっており、この死亡の減少は説明できない。そして、死因についてだが、この月21名の死亡については、半分がコロナであった。1/4は恐らくコロナであろうと思われる人<sup>5</sup>であった。残りの1

---

<sup>2</sup> Services de Soins Infirmiers à Domicile

<sup>3</sup> HAD (在宅入院) から来るというこの発言から、この施設では入所者の医療ニーズが高く重症者が多いことがわかる。ナースングだけなら、SSIAD や訪問看護サービス利用者が多くなる。

<sup>4</sup> Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

<sup>5</sup> この時期は検査がなかった為、必ずしも陽性/陰性が診断されずに死亡している。

/4はコロナ以外または基礎疾患の増悪であってコロナが直接の原因ではなかった。2020年3月17日に第1波が始まったが、検査ができなかった為、正確な診断ができなかった。1ヶ月後の4月19日あたりから高齢者施設でも検査資材が入手可能となった。更に4月29日から、テストキャンペーンが開始された。従って、第1波初期の3月に多数の死亡がでていたのは、恐らくコロナであったのだらうと、今になっては思う。

(E) 夜間急変時にも救急車を呼ばないと言うのには2種類あると思う。1つは、施設入所前より患者、家族に説明をし同意を得ているケースだ。もう1つは、そのような個別の確認がない場合でも、そう言うものだという社会合意がある場合だ。こちらではどのようなパターンが当てはまるか。

(医師) コロナ中とそれ以外で大きく異なる。まず、コロナ中の話をしよう。第1波の時のロックダウン中、3月20日から4月20日までの間に、「高齢者施設は、重症者を含む陽性者の救急要請はできる限りせず、施設内で深い鎮静も含めたターミナルケアを提供して最期まで診るように。」という行政からの指導<sup>6</sup>があった。この為、第1波においては、高齢者施設内での急変時に救急車を呼ぶなどは考える事もできなかった。私自身は、土日返上で、毎日、勤務時間超過で診療にあたった。その際に、ターミナルケアのためのツールとして鎮静剤を常備して診察した。当施設は、フルタイムの医師がいる為、我々自身で医療行為ができたが、医療付きでない高齢者施設では原則として医師がいない為、施設内で治療や看取りができないので、恐らく、救急搬送したのであろう。少なくともSAMUに電話はしたのではないかと思う。「高齢者は救急要請をしないように。」という行政からの指導は同様にあったが、医師がいなければ、医療行為は不可能である為、急変時にそこで何もせずに死亡まで放置したとは考え難い。重要なのは、前々から、高齢者、家族、スタッフに、急変時の事前プレスクリプションの理解を徹底的に行う事である。このように普段から事前に合意の形成ができていている場合は、医師の仕事も困難ではない。一方、事前プレスクリプションもなく、ターミナルケアでもない患者の急変時には、困難があり得る。SAMUに救急要請の電話をして、そこのドクターがトリアージで配車しないと判断した場合には、現場はその患者の総合的なデータやカルテ情報をもとに方針決定する事になるが、高齢者の搬送はできるだけ回避するという方向になりがちだ。これについて、社会的に合意が形成されているからかと言いきれるのかはわからない。事前プレスクリプションの徹底が最重要である。一方、事前プレスクリプションがない場合、SAMUから配車される場合にも、多くの場合、ドクター付き高次救命救急車ではなく、アンビュランス<sup>7</sup>が配車される傾向がある。

(F) 家族らからの批判、訴訟等はないか。

---

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041763328>

<sup>7</sup> いわゆる救急車ではなく、医療搬送のための民間医療搬送車で保険適用される。透析や歩行困難患者の通院、転院時などの際に使われ、ドクターは同乗しない。介護タクシー会社がサービス提供する事もある。

(医師) 今迄の所、それで家族と大問題になった経験はない。

「社会的に合意があると言えるか」というご質問に関連して、今、フランスで社会的に問題とされているのは、高齢者の問題ではなく、年齢に関わらず医療アクセスが困難となっている問題である。20歳であろうと80歳であろうと変わらない国民全体の問題になっている。これに対する国民の関心、怒りは大きい。更に言えば、安楽死に国民の関心は移っており、ディベートもこの周辺に集中してきている<sup>8</sup>。それらに比べると、高齢者に蘇生措置を行わないことや治療停止に対しては激しい反対の声は上がっていない。

例えば、重度の認知症、アルツハイマー病終末期はどうかという問題を考えてみると、フランスの患者家族は、積極的医療を望まない傾向が強い。この点が日本とは異なる事は知っている。重度の認知症、アルツハイマー病のある高齢者に、フランスでは経鼻胃管栄養も経静脈輸液も、不快な治療は望まない家族が多い。治療停止になって行くが、突然、打ち切ると言うよりは、ゆっくりと時間を掛けて家族と話し合い、「こうなった時には、こういう事はしませんよ。栄養、水分も止めます。」と事前に準備をして行けば、ほぼ全て99%の場合、家族もそれを望む。その意味で、社会的に受け入れられている、と言っても良いのではないかと思う。

事前に準備や合意形成ができていないケースでは、クレス・レオネッティ法<sup>9</sup>という法律がある。同法に則り、必ず2名の医師を含む多職種チームで話し合い、全ての経過をカルテに記録して残す。これにより、医療者は法的に守られ、万が一、遺族と訴訟になった場合にも、クレス・レオネッティ法に基づいていれば、敗訴する事はない。この法律が、終末期医療における治療停止で医療者を訴訟リスクから守っている。繰り返しになるが、99%のフランス人は、治療の停止に合意する為、裁判でクレス・レオネッティ法の出番になるケースはかなり珍しい。

実際には、経鼻胃管を設置することすら望まない家族が多く<sup>10</sup>、設置したとしても、2、3日で外すことになりがちである。とは言え、いざ経鼻胃管からの栄養を停止する日は、家族にとっても非常にデリケートな日になる。「ああ、親がこれから死んで行く。」と強く認識する瞬間となる。

(D) こちらの施設でそうなのかわかった。急性期病院ではどのような流れになるか。

---

<sup>8</sup> 2023年9月現在、フランスの議会ではクレス・レオネッティ法(後述)の更なる法改正が審議されている。この法案の中では、予測生存期間を従来の最長3日から最長11か月まで延長し、医師は致死性物質の処方を行うもののそれを実際に投与するのは患者自身とする案が検討されている。このように、新しい法案は、クレス・レオネッティ法が想定している死亡が差し迫った状況での緩和的鎮静とは明らかに性質の違う行為を許容するものとなっているが、その場合でも「安楽死(euthanasie)」という用語は回避されるようである。

<sup>9</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253>

<sup>10</sup> 栄養停止ではなく、開始すらしない。経鼻栄養ですらしたがいらないフランス人にとって、胃瘻造設は言うに及ばない。

(医師) 白板に「肺炎で食べられなくなりました」からスタートした右肩下がりの曲線を描く。

勿論、唯一の正解はないのだが、2、3日から数日間は、経鼻栄養や経静脈栄養を与えるかもしれない。ただし、その場合はまだ、回復の可能性が期待できる時だ。期待できなくなったら、急性期病院内でもチームで次の判断をすることになる。認知症の高齢者で、様々な複合疾患があり、臓器不全が進行し、全身症状が悪化し、合併症を発症し、転倒骨折や肺炎等の急性期治療が必要になった場合、総合的に判断して、初期は救命するだろう。2回、3回、4回と急性期エピソードを繰り返して行くにつれ、徐々に全身症状も低下して行くだろう。その結果、治療停止の決断に至る。その過程で、不快・苦痛を伴う経静脈輸液や経鼻栄養を停止するまで、時間軸・年齢軸に沿って下がってゆく全身症状曲線のどこで判断するかが、老年内科医療であり、医師1人が判断するのではなく、チームで話し合って決める。

(E) 事前に99%の家族が看取りについての同意をしているにも関わらず、コロナの時には、高齢者施設であっても、施設内ですべて対処せよと言う行政からの指示があったとのことだった。そこで言う対処とは何を意味するのか。元から救命のための積極治療を行わないのであれば、そこで救命処置をやる必要があるのか。また、看取りの際の深い鎮静もコロナの時に限って行ったのか。

(医師) コロナの時は深い鎮静までやった。あの時は普段とは違う原理で動かざるを得なかった。

(E) 実際に、本当にそう言うターミナルの深い鎮静による看取りをしたか。人工呼吸のための鎮静でないなら、それはむしろ安楽死ではないか。

(医師) 行った。忘れられない1人目の死亡者のケースはこうだった。16時20分に回診が終了し、部屋を出た。17時20に再び病棟の看護師からSpO<sub>2</sub>低下の電話が入り、急いで階に上がった。入室すると、救命は困難な状況で、いよいよこれが生命の終わりであるとわかった。同時に、職員に家族に電話で「今から、看取りになる。」と告げるように指示した。隣で電話をしながら、息苦しい呼吸をする患者に鎮静をし看取った<sup>11</sup>。断っておくが、本当に非常事態であり、各自ができる事の全てを尽くした。

(A) 第1波のピーク時の大変な時に深い鎮静による看取りをしたと言うことはわかった。しかし、その後の、第2波以降はどうか。入院はできたか。ワクチン接種や、職員の充足はどうだったか。

(医師) ワクチン、それが全てのターニングポイントだった。全てが変わった。とにかく、全力で急いで入所者も職員も打った。我々の施設では、ワクチンを拒否した職員は、殆どおらず、極々少数だった。この施設から最後に病院に送ったのは、2022年1月のオミ

---

<sup>11</sup> この行為の意味を安楽死とするか、end of life careの一環としての苦痛緩和措置とするかは判断が分かれるが、少なくとも先方対応者は後者としての行為であったという認識のようだった。

クロン株の時の患者が最後だ。2022年1月から3月に病院に送ったオミクロン株の患者もいたが、呼吸器症状ではなく、腹部痛、下痢等のコロナ以外の要因を理由とするものであった。病院で働く医師仲間の話では、今は重症者は稀で、あったとしてもコロナそのものよりも持病の増悪により重症化したケースが殆どとのことだ。コロナは軽症だが基礎疾患が重症化したような場合だ。第1波のような劇症コロナの症例はもうない。

(A、D) コロナ感染を契機として摂食嚥下障害が起こるが、そのようにしてコロナ自体は軽症でも、感染を契機に口から食べられなくなった時に、病院へ転送したか。

(医師) 今は、病院に送ろうと思えば送れるし、恐らく病院側でも受け入れも可能なはずだが、もう送らなくなった。2023年3月に施設内感染があり、1月で40人のクラスターが発生したが、この時も1人も送らなかった。全員、食欲不振で食べられない、著しい体重減少があったが、送らなかった。それほど重症化しないので、病院での入院はさせていない。治療としては、施設内でパキロビッドを処方する。酸素が必要となれば病院に送る。

(D) その図の曲線のより左の方で、何か急性期イベントが起きたら、病院に送るか。

(医師) 送る。回復が期待できる段階であれば送る。

(D) 送らなくなるタイミングは、その限界点はどこからか。

(医師) その判断こそが、老年内科専門医たる者の仕事だ。病院では、老年内科モバイルチームがあり、そのチームと話し合っただけで総合的に判断する。家族が準備できているかも評価する。システムティックには答えられない。

(D) 明確な境がないので、私の施設ではやれることは全てやる。点滴もする。こちらの施設内で治療はするか。

(医師) うちの施設では、経管栄養はやらないことが殆どだ。経管栄養よりは、口から食べやすい形にした口当たりの良いデザートなどを口の中に運んで入れてみる。

(A) 点滴による輸液水分補給はするか。

(医師) やる事はある。しかし、最期に近づくと水分はむしろゼロゼロと喉に痰が絡み息苦しくなる。水分を抜いた方がむしろ呼吸が楽になる。その場合にはしない。

(B) コロナ前、年間35名前後の死亡は、全部ここで亡くなっていたか。病院で亡くなっていたか。

(医師) 75%がこちらの施設内で亡くなっていた。25%が運ばれた先で亡くなっていた。

(E) 死因の病名に「老衰」はあるか。

(医師) それは、一般的な死因ではない。死亡診断書に記入する際に、「自然死」と書くことはある。そう書かないと、警察の検死対象となってしまう法医学解剖が行われるなど誰のためにもならない「不必要な不幸・事件」を引き起こしてしまう。これは絶対に回避すべきである。そのため超後期高齢者であれば、特に診断名もなく突然亡くなる事はよくあるが、この際も「自然死」と記入している。

(A) 40名の感染者クラスターで家族から批判されなかったか。ゼロコロナは目指さないか。

(医師) 全くない。ゼロコロナは不可能だ。2020年5月まで、当施設でも完全に隔離したが、これは本当によくなかった。マスク着用義務も困難である為やめた。一緒に食事もある。外出もする。レクリエーション活動もする。但し、症状があれば検査はする。陽性者は、室内に5日間隔離か、またはマスクをすれば陽性でも部屋から外に出ても良い。ただし、食事だけは5日間は、個室で一人で食べる。面会は、5日間だけは遠慮願う。それでも来訪するならば、庭で会ってもらおう。このウィズコロナの生活をキープしたいならば、再接種はしてほしい、と入所者、家族、スタッフに説明している。検査については、システムティックな検査はしない。症状がある人だけ検査する。症状のない人はしない。陽性であったとしても5日間の自室隔離だけだ。

第1波の2020年5月までのあまりにも厳しい隔離、面会禁止、個室での食事、外出、レクリエーション活動禁止等のネガティブな記憶が克明に刻まれており、あのような負の体験はもう2度としたくない、と全員が思っている。感染リスクはあっても、対策はした上で、ウィズコロナで普通の生活をしたい、と全員が思っている。以前だって、インフルエンザの流行はあったのだからそれと同じように注意はするが「普通にコロナと生きよう」、となった。ゼロコロナは、Impossible!<sup>12</sup>

(D) その考え方は、先生独自の考え方か、それともフランス社会の一般的な考え方か。

(医師) フランス人全体の考え方であろう。

(E) フランスは、そのように1つのやり方が問題があるとなれば、それを反省してすぐに修正できるところが素晴らしい。

(医師) 日本は、ロックダウンしなくても、国民が自主的に従順に大人しく感染対策をし、外出、外食を我慢して生活してきた。そのお陰で、長い間、感染から守られ、既感染者がまだまだ少ない。そのため、このままゼロコロナで行けると思っている人がまだ大勢いるのではないか。一方、フランスは、第1波があまりにも激しすぎて、その段階で感染者が爆発的に増加し、バタバタと身近な死亡者が出て、政府が厳しいロックダウンで国民の動きを強制的に止めた。この山の登りカーブがあまりにも激しかったため、第2波、第3波が来ても、第1波に比べたら取るに足らない、と誰もが感じるようになった。医療者も、コロナの患者を大勢診たので、治療にも慣れたし、それほど心配しなくなった。そのお陰で、ウィズコロナで行ける、と医療者を含め、国民みんなが思っている。その違いなのではないか。

(D) その通り。

---

<sup>12</sup> 施設内では、医療者、スタッフ、入所者誰もマスクしていなかった。