

フランスにおける高齢者の住宅形態の基本

フランスには多様な高齢者のための住宅形態が存在する。その基本形態として、以下の6つがある¹。

1. 自立型高齢者住宅

1 部屋あるいは2 部屋のアパート型で、部屋には個人の家具等を持ち込むことができる。自立した高齢者が主たる対象である。自立型住宅の大多数は公的機関であるコミューン及びコミューン社会福祉センター²または非営利団体により運営、管理されている。地域によって、より広範な高齢者福祉サービスを提供し、地域住民も利用できる開放的なレストランの併設があるところもある。

2. サービス付き高齢者住宅

民間企業が運営主体である。入所者はアパルトマンを購入又は賃貸借契約をし、さらに月々の管理料を収める。入所者は高所得層が多い。

3. 地方老人ホーム³

15 人から 20 人の小規模高齢者施設で、自立または半自立の高齢者が対象である。看護師、医師の定期的な訪問サービスがついている。小規模、自立度促進治療計画参加、看護、医師の定期的訪問がある。

4. 非自立老人ホーム (EHPAD)⁴

様々な長期滞在施設があり、設置運営主体も公立、私立と多様である。その月額料金の幅は大きい (€763 から€4000)。概ね 60 歳以上で日常的に介助や介護を必要とする高齢者を対象としており医療体制が完備されている。

5. アルツハイマー型認知症施設⁵

6. 長期滞在型入院施設⁶

公立病院に付属した施設であり、その対象は恒常的な医療観察やケアを要する人である。医療費分は疾病保険より支払われる。ハウスアメニティは本人または家族の負担となるが、社会福祉手当がある。

¹ フランスの高齢化社会における孤立防止対策と社会的支援 Clair Report No.533 March 16, 2023 一般財団法人自治体国際化協会パリ事務所

² Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

³ Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées (MARPA)

⁴ Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁵ Unités Alzheimer

⁶ Unité de Soins de Longue Durée

上記の6つの基本形態以外に、受け入れ家庭制度⁷がある。これは、県の行政監視の下、当局と提携契約を交わした家庭が高齢者を受け入れるシステムである。家庭崩壊や核家族化の進む今日のフランス社会にあって新しい家族の定義を提案するものとなっている。

今回我々が訪問した高齢者施設はEHPADである。EHPADのような医療付き介護施設の支払いについては、医療部分は医療保険から、介護部分は県の介護給付から、滞在費部分は入所者の個人負担かあるいは社会福祉手当から支払われる。今回の訪問先は経済的に余裕のある層を対象とした施設であり、社会福祉ベッドのない施設である。入所者の個人負担は1日€100であるが、社会福祉ベッドのある施設では1日€80程度となる。

介護度の指標

入所者の介護度を評価する指標として、総合平均介護度 AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) がある。日本語では老年学的自立能力判定票と訳されている。日本の要介護認定調査票に類似し、以下のように分類される。

- GIR 1 : 最も重い要介護者。身体的、精神的にすべての自立を失い、外部からの永続的な介護を必要とする人。寝たきりのことが多い。
- GIR 2 : 中等度の要介護者。2種類あり、身体を動かすことはできないが精神的機能は完全に失われていない人、あるいは精神的自立は失われているが身体的活動は保たれている人。
- GIR 3 : 中等度の要介護者。精神的自立があり、移動もできるが1日に何度も介助を必要とする人。排泄において要介助であることが多い。
- GIR 4 : 起居、衣服の着脱、摂食に援助を必要とする人。2種類あり、移動はできないが排泄や日常生活に介助が必要な人。あるいは移動はできるが日常生活や食事に介助を必要とする人。
- GIR 5 : 要支援者。独立して生活、食事ができるが、外出や食事に援助を必要とする人。ほぼ自立している。
- GIR 6 : 自立している人。

この指標の内容は日本の介護保険認定と同様であるが、より市民にとってわかりやすいものになっている。今回の訪問先施設では入所者の総合平均要介護度は720ぐらいとのことであるが、この数値はコロナ以後一度も再評価されていないとのことであった。

高齢者施設における職種とその役割

医療に関しては、入所者も外来かかりつけ医 (médecin traitant) を登録することが義務

⁷ famille d'accueil

化されているところ、訪問先施設では、嘱託医4名が入所者の70%の入所者を担当しているとのことであった。それ以外には、20%の入所者が施設に所属する医師が担当し、残りの10%（当該施設においては1、2名程度に相当）は外部から来る2名の医師の担当となっていた。施設内の医師によれば、この外部から来る医師との協働が難しいとのことであった。かかりつけ医（médecin traitant）の登録義務が、とりわけ医療機能を多少なりとも持っている高齢者施設において、機能の重複やねじれをもたらす可能性があるように思われた。

また、看護師については、フルタイム換算で5名がおり、フルタイム換算で2名の管理看護師も勤務していた。管理看護師は施設全体のプランを作成するとのことであった。日勤体制は7時半から19時半で、各棟1名ずつで、2棟あるので2名配置されていた。一棟あたりの入所者数は62名であった。このような配置密度は、おおむね日本と変わらないように思われた。

また、夜間は1名のオンコールナースが同地域の8施設をカバーする形で配置されているとのことだった。夜間の有事の際にはこのオンコールナースに連絡されることになる。連絡を受けたオンコールナースの判断でSAMU⁸（救急センター）に電話することもあるとのことだった。SAMUのコールセンターでは医師が電話口で状況を把握し、必要がある判断すれば配車される。トリアージの医師がSMUR⁹（ドクター付き高次救命救急車）の配車を判断するが、高齢者施設からの電話では大抵の場合、救急車は送られてこないという。このような夜間のオンコールナース体制は、介護人材の人手不足が深刻な日本でも検討する余地があるし、救急車の配送についても、すべての救急要請に応答することを前提としている日本の救急体制を再考する上で参照することができるかもしれない。

また、この施設にはSSIAD（介護ケア、サービス事業所）や開業訪問看護師から看護師が来ることはないが、HAD（在宅入院）から看護師が来ることはあるとのことであった。このことは、この施設での医療密度が比較的高いことを示していると思われる。SSIADや訪問看護サービスは、医療密度が高いサービスを原則として行わないからである。

そもそもHADは、1970年12月31日病院法により導入された。当初の目的はがん患者の急性期以降の医療を自宅で行うことで入院期間を短縮することにあつた。その後、1986年5月12日の保健省通達により精神患者を除くすべての急性期以後の患者がHADの対象とされ、その対象が拡大された。さらに、2000年5月30日の雇用連帯省通達で、病院勤務医及び開業医によって指示される患者の居宅における入院であるとされた。これは、あらかじめ

⁸ Service d'Aide Médicale Urgente

⁹ Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

決められた期間に、医師及びコメディカルによってコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービスと定義されている。そして、その期間は患者の状態により更新可能とされている。そのため、そこで想定されているサービスは、相当程度医療密度が高いものといえ、今回の訪問調査で見た英国の virtual ward とも類似する制度である。

これに対し、開業看護師は、訪問看護の主たる担い手であり、その業務は日本の訪問看護とほぼ同様である。看護ケア提供にあたって医師の包括的指示が必要である。日本との違いは、個人開業（ソロプラクティス）が可能であること¹⁰、および処置における広い裁量（材料や医薬品の選択）が認められていることである。

高齢者施設での看取り

訪問先施設の年間死亡者数は、コロナ以前では、30人から35人であったという。そのうち75%は当該施設で死亡し、25%が搬送先で死亡していたとのことであった。ところが、コロナ初期の2020年3月の死亡者は21名であったという。死亡者の半数はコロナ感染者であることが確認され、1/4はおそらくコロナであろうと思われたものの検査では確認されていなかった人とのことであった。これは、この時期十分な検査体制が整っていなかったためすべての患者に検査できなかったことによる。そして、残りの1/4は基礎疾患の憎悪でありコロナ感染が原因ではなかったと考えられるとのことであった。パリにおいては2020年3月17日に第1波が始まったとのことだが、やはり当初は十分な検査ができていなかったことがわかる。1カ月後の4月19日頃から高齢者施設でも検査資材が入手可能となったとのことであり、4月29日からテストキャンペーンが開始され検査に対するアクセスは改善されていったものと考えられる。第1波のロックダウン中、つまり3月20日から4月20日の間、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に、施設内で「深い鎮静」¹¹も含めたターミナルケアを提供して看取りまで行うようにという行政からの指導¹²があったという。このため第1波においては、高齢者施設内での急変時に救急要請はほとんど行われなかったようである¹³。今回の訪問先施設は常勤医師のある施設だが、この医師も、休日や時間外での勤務を余儀なくされたとのことである。これは、コロナ初期にクラスターが発生したものの、搬送先が見つからずに自施設内で患者を看取らざるを得な

¹⁰ 日本では、訪問看護事業者は法人が想定されている

(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4190&dataType=1&pageNo=1)。

¹¹ <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/>

¹² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041763328>

¹³ このことは、後に「高齢者を病院から意図的に排除した」として批判の目が向けられている

(https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/29/covid-19-des-personnes-agees-ont-ete-ecartees-des-hopitaux_6047605_823448.html)。

った日本の高齢者施設と客観的状況としては類似する。しかし、そのような方針が政府によって明確に指示されたのか、それとも状況的にそうせざるを得なかったのかで、日仏の状況は異なると言うべきだろう。またその際に、フランスでは、ターミナルケアの一環としての「深い鎮静」が積極的に用いられたことも特筆すべきである。コロナ以前からターミナルケアを専門とする高齢者施設において、コロナに限って「深い鎮静」を積極的に用いるに至ったことに対する説明を求めたが、「あの時は普段とは違う原理で動かざるを得なかった。」という以上の説明はなされず、今回のヒアリングでは、この点を明らかにすることはできなかった。これは後段においてクレス・レオネッティ法との関連で再度考察する。

また、当該医師の見解としては、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ため、施設内での治療および看取りができない。そのため、たとえ政府が「高齢者は救急要請しないよう」求めている状況下であっても、病院へ救急搬送したであろうとのことであった。これは、医師がいない状況下で医療行為が不可能である場合に、急変時に何もせず死亡まで放置したとは考えにくい、との推論によるものだ。しかし、この見解には疑問が残る。常勤の医師がいないとしても、高齢者施設である以上、高齢者の看取りは業務の一部であるはずだ。そしてそこで求められた「治療」とは「深い鎮静」のことであり、それを目的に高齢者施設から病院へ患者を搬送するのは、通常では発生しない医療負担を、コロナ禍において敢えて病院に負わせる結果となるからである。また、第1波での流行の規模は日本よりもはるかにフランスの方が大きかったことを考えれば、このような医療付きでない高齢者施設の「深い鎮静」目的の上位搬送が、日本よりもスムーズに行われたとは考え難い。むしろ、そのような要請に応える余裕がフランスの病院になかったからこそ、フランス政府は上記のような行政指導をしたと考えられる。この点は、医療付きでない高齢者施設からの上位搬送の実態を正確に調査しなければ、これ以上の議論をすることは困難であろう。

高齢者施設からの救急要請

訪問先の医師の説明によれば、SAMUに救急要請がなされ、SAMUの担当医師がトリアージで配車しないと判断した場合、高齢者施設の現場ではその患者のデータや診療録情報を総合して方針が決定される。実際には、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とのことだ。同医師の説明では、急変時の事前プレスクリプション（蘇生措置を行わない指示）への理解を、あらかじめ高齢者自身、家族、スタッフと徹底することが重要であるとのことであった。この事前プレスクリプションは、日本では急変時のDNRというよりもむしろACPに相当するだろう。

また、SAMUから配車される場合も医師同乗付き高次救命救急車ではなくアンビュランスが配車される傾向にあるとのことであった。ここで言うアンビュランスは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あり、保険適用され得る。透析や歩行困難患

者の通院、さらには転院時の際にも使われるが、医師は同乗しない。介護タクシー会社がサービス提供することもあるようだ。

フランスにおける終末期医療での行為選択

訪問先の医師の説明によれば、重度のアルツハイマー病等の認知症について、フランスの患者・家族は、積極的医療は望まない傾向が強い。経管栄養も経静脈輸液も不快な治療として、これを忌避する考えが強いようだ。このような基本的な投与手段を控えれば、結局治療停止になっていくが、その場合でも、突然打ち切るのではなく、ゆっくり時間をかけて家族と話し合うという。その実情について、訪問先医師は、「こうなった時には、こういうことはしません。栄養も水分も止める。」という方針をあらかじめ明確にしていくとのことだった。そしてそのように事前に準備をしておけば、ほぼ全て、99%の場合、家族もそれを望むようになるとのことであった。おそらく、患者やその家族にとってもそのような終末期の迎え方は、施設に入所して初めて聞かされるものではなく、それ以前の段階で触れたことがあるものなのであろう。そのような意味で、上記のような具体的手段の撤退は、社会的にも一定程度受け入れられているものと言えるであろう。その結果、多くのフランス人は、経鼻胃管の設置や胃瘻造設を望まないようである。今回の訪問施設では、経管栄養をしないことがほとんどであり、口から食べやすい形にした口当たりの良いデザート等を口の中に運んで入れるなどの手段が取られるとのことであった。点滴による水分補給が行われることはあるが、終末期においては、水分摂取はむしろ喘鳴の原因となり、排痰困難による呼吸苦を招く結果となるため、水分補給も控える判断をすることが多いとのことであった。その一方で、急性期病院では数日間は経管栄養、経静脈投与を行うかもしれないとのことであり、それぞれの医療提供機能の違いにより、基本となる行為がある程度規定されるとの見解であった。

終末期の進展様式と老年科医師の役割

また、訪問先医師が指摘するように、終末期医療においては、終末期の進展様式を熟知することが重要である。当該医師が説明するように、終末期の高齢者は様々な複合疾患を抱えており、臓器不全が進行し、全身状態が悪化し、合併症を併発する。そのような患者に急性期治療が必要となることも当然考えられる。そのような急性期のエピソードを何度か繰り返す中で、徐々に全身状態は低下していく。その結果、治療停止の決断に至る。その過程で、回復が期待できる段階であれば病院での治療の適用も考えられる。そして、もはや病院に送らなくなる限界点を誰かが判断することになるが、この判断こそが、老年内科専門医の仕事であるとのことであった。フランスでは、老年内科モバイルチームがあり、そのチームが話し合っ総合的に判断するとのことである。この過程においては、家族が準備できているかどうかなど多くの考慮要素があり、その線引きを単純化してシステムティックに行うことはできない。このような考え方の方向性は、日本でも同様と言えるだろう。

また、事前に準備や合意形成ができていないケースについてはクレス・レオネッティ法の適応の可能性がある。クレス・レオネッティ法では緩和的鎮静が合法化されている。緩和的鎮静は「覚醒することのない深い眠り」を対象に認められており、その要件として以下を定めている¹⁴。

- ① 終末期であり、短期間で死亡が予想されていること。短期間とは数時間から2、3日の範囲を指す。
- ② 何をしても苦痛が取れないこと（補充性の原則）。
- ③ 事前指示書で患者の意思、同意が明確なこと。
- ④ 眠らせることを意図しており、安楽死ではない。

緩和的鎮静にはガイドラインがあり、使用できる薬はモルヒネとミダゾラムのみとなっている。開始にあたっては2人の医師の同意が必要とされる。緩和的鎮静のタイミングは上記の①に該当する短期間の死亡が予想されている場合のみとされている。今回の訪問施設における対応もクレス・レオネッティ法に準じたものと位置付けられている。具体的には、この施設の1人目のコロナの死亡の実例として、以下が紹介された。

- 16時20分に回診を終了した。
- 17時20分に再び病棟の看護師からSpO2低下の電話が入り、急いで入室した。
- 入室すると救命は困難な状況で、これが最終段階であることがわかった。
- 同時に職員から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。
- 電話をしながら、息苦しい呼吸をする患者に鎮静をした。
- 看取りをした。

この事例について、当該医師は、コロナという非常事態での症例でありその時の最善を尽くしたとの評価であった。クレス・レオネッティ法が呼吸停止のリスクを許容しながら、それでもなおこの処置を上記④のように安楽死と峻別する根拠は以下の2点にあると考えられる。

1つは、予測される死亡の近接性の違いである。これは予測生存期間という客観面の違いと言い換えられる。クレス・レオネッティ法が想定しているのが、最長でも3日以内の死亡であるのに対し、安楽死はより手前（例えば数か月程度の生存見込みの段階）での導入について許容するものであるという、切り分けが行われていると考えられる。ところが、2023年秋にフランスの議会に上程される予定となっていたクレス・レオネッティ法の改正案では、予測生存期間を最長11か月まで延長することになっていた。もっとも、この法案の審議は、直前になってストップがかかり少なくとも2024年以降に持ち越されることになった¹⁵。こ

¹⁴ 仏クレス・レオネッティ法にみる終末期医療の動向 山崎摩耶 医学会新聞 医学書院
(https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2018/PA03299_04)

¹⁵ <https://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/fin-de-vie-le-projet-de-loi-devrait-etre-debattu-au->

のような2転3転は、フランス社会の逡巡を反映しているとも見られるが、その逡巡はむしろ当然だろう。見込み生存期間が長ければ長いほど安楽死としての性格が強くなるとしても、そもそも「死に近接していれば安楽死ではなく深い鎮静とする」という切り分け自体がかなり恣意的である。「深い鎮静」を「安楽死」から切り分けた以上、「では、どこで線を引くのか」という議論をせざるを得なくなるが、その線引きについて社会合意を得るのは容易ではない。最終的に何らかの落としどころを決めるとしても、それまでの間逡巡するだけ逡巡するというのは、それ自体1つの知性であると思われる。

そしてもう1つは、鎮静・鎮痛を行う目的という主観面の違いである。クレス・レオネッティ法においても、呼吸停止をもたらすミダゾラムの投与はいうに及ばず、鎮痛薬であるモルヒネにも呼吸抑制作用がある。そのような投薬を終末期の患者に、気道確保なく行うことを認める以上、呼吸停止のリスクを許容するものと言える。しかし、それでもなおこのような行為を安楽死と峻別する主観面における趣旨は、「目的はあくまで鎮静であり、呼吸停止そのものは目的ではない」という点にあるものと思われる。これに対し、安楽死は呼吸停止こそがむしろ目的であると言える。因みに、2024年上程予定の上記改正案によれば、医師は、致死性物質の処方までをすることができ、それを実際に投与するのは患者自身という手順を踏むことが提案されており、そのことを持ってこれを「安楽死」とは呼ばないとのことだが、それは本質をごまかした議論と言うべきだろう。

しかし、そうであったとしても、その法効果はあくまで該当行為の違法性を阻却するという点にある。クレス・レオネッティ法が存在し、上記のコロナ下での鎮静がその法適用を受けるとしても、通常の看取りでは行わない緩和的鎮静を、敢えてコロナ禍という非常事態だからとして行うのは、理由付けとして不十分であるように思われる。この点は、上記にも述べたように、今回の調査では明らかにすることができなかった点である。

コロナ対応の変化

訪問先の医師によれば、フランスにおけるコロナ対応は、2020年5月の前後で大きく変わった。2020年5月までのいわゆる第1波までの期間においては、高齢者施設においても厳格な隔離対応が取られた。しかし、今回のフランスでの訪問調査を総合すると、このように感染対策を唯一の価値とする対応についてはフランス社会全体として深い反省がなされ、比較的早期に見直されることになったと言える。今回の高齢者施設の医師も、初期の厳格な隔離対応を「本当によくなかった。」と評価している。これは、一緒に食事をすることや、外出や、レクリエーション等の活動が、高齢者施設にとって本質的なものであり、これらができなければ、高齢者施設が提供する価値がなくなってしまうと考えるためであろう。また、

施設内でのマスク着用も早い段階で求めなくなったという。これは認知機能に障害を抱える高齢者の多い施設での現実的な対応であろうと思われる。その上で、症状に応じて検査され、陽性者は室内に5日間隔離かまたはマスク着用が求められることとなったという。このような検査指針は、患者の状態に応じてなすべき診療を差配するという医師たる者の業として当然のものであり、いわば医療の原則に則っており合理的といえる。さらに、マスク着用又は最小限の隔離を併用して対応する点は、柔軟で現実的な姿勢を示している。

そして、このような「自由のある生活」の価値を確認したうえで、「このウイズコロナの生活をキープしたいならば、ワクチンの再接種をしてほしい。」と入所者、家族、スタッフに求めているという。このようなワクチン勧奨は、「命を守るために」というメッセージからさらに踏み込んで、「その命によって実現される価値」までをも包含したものだ。「命を守るために」という理由付けには、誰も表立って否定・反論のしようがない。しかし、その分、有無を言わさぬパターンリズム的説得（上から目線的説得）となり説得力を失うことになる。つまり、表立って反論されない代わりに、誰もそれに従わなくなる。これに対し、「自由のある生活」はそこに価値を見出す個人にも届く理由付けであり、逆に「自由のある生活」という価値に重きを置かない個人は、自主隔離により積極的であるため、衛生的行動の説得に労を取る必要そのものがあまりない。その意味で、「自由のある生活を守りたいならば」という説得は、「命を（あるいは社会を）守るために」という半ば脅しに近いメッセージよりも、強い説得力と広い訴求力がある。このことは、イギリスが医療従事者や介護従事者へのワクチン接種を強制したことで、大量の離職者を生じさせ、医療崩壊を助長させたこと¹⁶と対をなすと言える。

訪問先医師によれば、第1波の2020年5月までのあまりに厳しい隔離、面会禁止、個室での食事、外出、レクリエーション活動の禁止の記憶が克明に刻まれており、あのような負の体験はもうしたくないと全員が思っているとのことである。感染リスクはあっても、一定の対策をしたうえで、ウイズコロナを受け入れて、普通の生活をしたい。これが、フランス社会の一般的な考え方であるということが分かる。

このように、フランスは、1つのやり方が自分たちの社会の価値に照らして問題であると考えれば、それを反省してすぐに修正できるのが特徴でもある。確かに、第1波があまりにも激烈であって、その段階で感染者が爆発的に増加したのは事実だ。多くの人が、自分の身近な人をコロナで失うという経験をした。そのような中で、政府が厳しいロックダウンを敷き、国民の動きを強制的に止めた。この山登りのカーブがあまりにも激しかったために、第2波、第3波が来ても、第1波に比べると取るに足らない、とだれもが感じるようになった

¹⁶ Hetherington Group Practice のセッションを参照のこと。

という。医療者もコロナ患者を多数診たので、治療にも慣れたし、ある程度の相場観を持つことができるようになった。ウイズコロナで行けると医療者を含め国民が実感を持って考えるようになった。日本は2023年5月から、感染症法上の位置づけが、新型インフルエンザ等感染症から5類感染症に変わった。しかし、医療者及び国民全体が「コロナのある社会」を実感を伴って受け入れるようにならなければ、コロナパニックはいつまでも続くことになるだろう。