

# 終末医療と在宅ケア

— ドイツ・ミュンヘンにおける実情 —

宮 坂 万喜弘\*

## はじめに

3年前の2003年10月に京都で国際会議があった。メインテーマは先進諸国の社会の抱える問題「高齢者福祉社会の将来展望」であったが、先進工業国の中でダントツに高齢化社会となる日本でなにがなされるべきかが問われていた。

事実、わが国は2007年から今後大量な定年退職者を迎えていく。果たしてこれからの社会が今までのような豊かな生活を維持できるか否か。国際化とはやされる一方、伝統に根ざす助け合いの精神的な共同体意識のつながりも次第に希薄となった。今後の社会は個人の尊厳と社会の調和をどのように図っていくのか。若者にとっても大きな社会変動の波がおそっている。職業の選択の余地が広がらないのみならず、仕事そのものがなくなっていく可能性がある。社会構成のバランスが崩れて高齢者の増加を若者が支えられない社会の将来への不安が現実化している。

古来日本では精神面での価値が人間にとって大切であるとの考え方は当たり前の前提であった。然し戦後の物質的豊かさをすべての価値に優先させる社会が60年続いた結果、人の心情のもつ気品や尊厳価値より、戦後の高度経済成長の社会風潮による即物的な物質や財貨に偏った心が強調され、その中で社会の意識が変化した。すべてが効率のよさで押し量られ、金銭に換算される社会で

は、効率よく働ける時代はそれなりに評価されても、次第に劣化が逃れられない積年の人の増加への対応が急務となり始めてしまった。つまり社会の高齢化現象が今訪れる事態となり、少子化と相まって大きな社会問題として問われることになったのである。

ことに社会生活を守り、国の基盤を支えてきた大量の市民が、共同体に税を納め、堅実に責任を果たし、働き続けた後に、一線を退く時が来、やがて人生の終末を迎える。その時社会は、多くの市民のこれまでの社会貢献の価値をどのように受け止め、認めるのか。この問題は過去の時代でも現在においても、いつの時代においても起こってきたのだろうが、世界の人口問題と経済の課題が問われる今日、特に先進国で少子化の現実・高齢者増加、経済財政の逼迫が国家・社会を襲い、個人の存在と社会の関係の視点から見れば、高齢者への評価と対応はこの上なく厳しいのが現実状況である。戦後社会の歩んだ道で市民がこれまで個人として社会の中で相互にどう関わってきたかを問われ、また共同体としての社会が個人をどのように捉え扱っていかうとするのかが問われることになる。

個人の集合体である共同社会は、個人相互の活動を通して社会全体が幸福を実現させること、つまり最大多数の最大幸福の原則が社会の営みであると我々は考えてきた。この前提の合意を踏まえて、戦後の高度経済社会も実現した。ところがこの社会が、これまでとは異なった高齢化社会へと質的に変化しようとしている。日本のこの高齢者の現実を踏まえて、我々は今後をどのように展望

2006年11月23日受付

\* 江戸川大学 マス・コミュニケーション学科教授 西洋哲学, 比較思想, 倫理学

するのかを問う必要がある。そして現在の国家間の緊密化、経済の国際化の波は、経済の領域ばかりか共同体を作り上げてきた市民の生存意識の根本問題にまで影響を及ぼし、「生命の終末を如何に迎えるか」という課題の解決を社会に大きく迫るものでもある。

## 1 ヨーロッパ思想の基盤・キリスト教

今更いうまでも無いことだが、民主主義思想とは、ヨーロッパの生活の基盤である全能の神と個人との関係にみる契約の思想を基盤として生まれてきた。国際的な意識変革の流れに乗って、戦後教育の本流として民主主義がこれまで語られて来たが、わが国の言葉で語られる民主主義社会の在り方と、ヨーロッパの伝統的な成果としてのそれとはどこか異なっていると思われて仕方が無かった。今回ドイツに行って強く感じたことはまさにこの点であった。ではヨーロッパの民主主義とはどのような歴史と伝統があって、高齢化社会に向かって社会福祉が行なわれているというのだろうか。先ずその根本はヨーロッパにおけるキリスト教という宗教的基盤とそれに基づく人間の尊重の歴史である。

古代ローマの時代以来、ヨーロッパの活動は良くも悪くも全能の神を中心として動いてきたといっても過言でないであろう。古代の宗教的な彼岸を大切に、彼岸から現世の意義付けがなされたカトリック教会の支配の時代が、ルネッサンスの古典文化への再評価の洗礼を受けて現世を肯定し、その結果現世支配権が実際の生活の要となって行った。

近代国家の王権の思想が、人民の生存を保障することになるまでの歴史的経緯は、現世支配の王権と宗教支配圏とのめまぐるしい駆け引きの中で次第に具体化されていた。中世期以来の地味な農業を中心とした市民活動の営みの成果は、経済力の進展と文化的な成果としての近代人民国家の出現に通じるものであり、交通網の整備と交易の活発化が海運業を興隆させ、オランダやスペインが世界航路を支配する。現世支配王権の貿易大国の

出現から、ガリレオやコペルニクス、チコブラーエなどのカトリックの神学的宇宙論への修正要求。ルターの宗教改革、グーテンベルクの印刷術による市民の文盲の追放、羅針盤・火薬の発明など、ヨーロッパにおける社会生活の質的変換の波が一気に社会の発展を新しい異次元へと押し進める原因となった。

この時代までの一般市民と旧来の権威的支配者との関係が、英国における市民革命によるいわゆる「法の下での平等」の思想に行き着くまでには、時代進行の紆余曲折が伴うものであったとはいえ、その後の世界の趨勢はこの流れに沿った経済と支配の歴史的営みが続いてきていたことを示すものであった。

しかし近代ヨーロッパ社会の成立は「神と人との契約」の思想を基盤として、社会契約説に結実させたものであることが強調されるべきであろう。そして我々がヨーロッパの歴史から学ぶことは、ヨーロッパ社会の活動が良きに付け悪しきに付け、この全能の人格神を中心とした人間同士の関わりへの探求の歴史であったということだといえよう。信じられるものは歴史を越えてすべてを見通し、正義と慈悲を兼ね備えた聖書が示す全能の神である。人間の生存はそれ自体罪悪“原罪”を前提とするもので信頼する対象とはならない。このキリスト教世界の原罪の教義の教えに従って、ヨーロッパ的個人主義は成立した。つまり原罪を負うもの同士の生存とは、普遍的で峻厳・公平・慈悲の愛・を備える人格神としての客観的な保証者・全能の神の前に和解できたもの同士が出会う教義の裏付けが在って、初めて人は相手を信用する、神の仲立ちによって始めて成り立つ世界があった。

もっと言えば神との和解のための償いには神の子イエス・また（は）教会のとりなしによって、罪ある個人同士が生存の意味を「神の救い」に見出し、その慈悲に感謝の気持ちから教会の活動に同調し、神の栄光を証明せんとし、神への帰依と献身、そして懸命なる努力の中からお互いが罪人でありつつ罪許されたもの同士として神の前にはじめて信じ向き合える社会として、民主主義は芽生えてきたのではなかったか。

この努力の中でヨーロッパでは今も、日々の生活の中に常にキリスト教会の教えが隅々まで深く染み渡っていることが実感される。つまりあらゆる地域の教会を中心とする都市の形成と家並みや広場に、伝統の重さと落ち着きと厳しさと真実なる心の探求が、長い時代を貫いて重ねられていることが、今も生活している人々の姿や、街の活動の中に感じ取ることが出来る。

## 2 ドイツの施設の視察

さて EU の中核に位置するのはドイツでありフランスである。今回はそのドイツの南バイエルン州の政治と文化の中心都市であるミュンヘンの終末医療と在宅ケアの状況を視察する機会を持った。この状況視察は一重にカトリック教会の神父であり、東京生と死の会を主催し、死生観についての社会教育を日本で実践的に指導されてこられた上智大学名誉教授のアルフォンス・デーケン先生のご指導の賜である。先生が上智大学で「死の哲学」を講じられて以来 20 有余年が流れ、その活動の成果が日本においても多くの運動に実を結んできていると聞いて久しい。その指導を受けて今回は普通ではなかなか訪れることが出来ないミュンヘン大学の、研究施設や主にカトリック教会の関連の主なる施設を医療関係者と共に視察できたことは大きな感動であった。

今後の日本の社会を考えると、この視察にヒントとモデルを見出せるように思われ、ヨーロッパ社会が個人をどう捉えどう対応しているのかを学ぶことができた。

人間のみならず生あるものは自らの宿命として、いずれは現世から彼岸へと行かねばならない。老若男女いつの時代にもまた如何なる故かその定められた生存の長さや仕方はそれぞれ異なったものである。今回視察した緩和ケア施設の原型は中世のホスピスである。

ホスピスの歴史はイエス・キリストへの信仰に基づくヨーロッパの精神的土壌から語られる。信者達が聖地への困難な巡礼の途中で教会のもてなしがなされたことに語源があるといわれるが、中

世のカトリック修道会では貧しい巡礼者の診療の施設にホスピスが用意され、そこで病の巡礼者が安らかに看取られた。19 世紀になるとアイルランドに「愛のシスター修道会」が作られ、現代の近代的なホスピスが 1967 年ロンドンに Dr. Cicilly Sonderse (シシリー・ソンドース) によって St. Christopher hospice として誕生した、この施設は今日でも世界的な施設の代表である。

Cicilly Sonderse はソーシャル・ワーカーで看護婦として末期がんの患者の世話をしていた。その時「心の安らぎ」を求めて苦しみの内に亡くなっていった患者の気持ちを受け止め、患者の心が安らげる治療を実現したいとの強い願いの末、医師の資格を身につけると共に、痛みの緩和ケアを研究し、20 年後にとうとう St. Christopher hospice を設立したのであった。

わが国にも 1997 年 4 月に訪れて大阪と東京で講演をしていった。患者に耳を傾け、患者を中心としたすべての関係者が心を通わせ、理解しあうことこそ、ホスピスの中心的な仕事でなくてはならない。魂の橋を掛けることにより、患者は最後まで生きていくことに感謝しながら生活が出来るのであるという。Cicilly Sonderse の取り組んだがん末期の痛みへの対処と弱い患者を中心とした生活環境の改善実現の背後には、永きに渡るキリスト教の教えがあり、現世の生存の困難さを隣人愛に突き動かされて解決しようとしたことが伺われるのである。

しかしこうした死に行くものに対する社会の対応は、ドイツでもそれほど古いものではなかった。ドイツでのがんの緩和ケアはイギリスより 15 年以上も遅れて始まった。最初に終末医療の問題に対応したのは 1983 年ケルン大学の医学部の大病院で、わずか 5 床から始められた緩和ケアの運動であったが、今ではドイツの医学部では緩和医学の講座が設けられる状況にまでなっている。さて 1967 年イギリスでソンドースがホスピスを開始してから 15 年後の 1983 年、このドイツのミュンヘン大学で初めて緩和ケア医療の活動が始まった。なぜこれほどの遅れがあったか。過去の第 2 次大戦の折の後遺症から、人の生命に人間が関わ

ることの危惧によるためらいがあった。そのため政治家達がホスピスのケア医療を、安楽死をさせることと誤解した。この点については教会も緩和ケアの活動をすべきではないと指示したためさらに大きな影響を及ぼしたのであった。つまり安楽死を推進することはナチスが行なった人為的な殺人と同じではないかとの誤解があったのである。然しイギリスを始めオランダ、ベルギーではそうした考えとは異なる、ホスピスは積極的に人間性を維持し、安らぎと人の威厳とを持って最後まで人生を全うするために生きることを援助ものとするものとの考えから、活動が推進されていたのである。とりわけ不治の病がんの末期の苦痛と不安を、何とか取り除く支援が出来ないものかとの願いがこの考え方を支えていた。この状況から遅れたドイツの中で先ずローマカトリック教の大司教座の所在地のあるケルンの大学から1983年に新たな動きが始まったという。外科医長が大学で初めて緩和ケア医療のためのコースを開設してこの医療を行なうことに踏み切った。この後3年して実際のホスピスケアが始まったのだが、3つの施設が開かれただけであった。然し時間の経過と共に緩和医療と安楽死とは無関係であるということが明らかとなり、誤解が解けてきた。1980年代後半からドイツのホスピス運動はやっと活動が始まった。ボランティアの人々の支援で一般的な普及が図られるようになった。ドイツの保険省の予算でも支援が決定され、3年間で16箇所の緩和ケア施設が開設された。然しまだこのときもパイオニア的存在であった。現在2006年には緩和ケア施設が120箇所、ホスピスが130施設となっている(ホスピスには1年以内に終末期を迎える患者が来る)。然しドイツとイギリスの相違点は緩和ケアとホスピスケアという言葉がドイツでは同じに使っているとのことであった。その実情をドイツのミュンヘンの最前線で視察した。

### 3 ミュンヘン大学の緩和ケアの取り組み

南ドイツの大都市ミュンヘンは中世以来ローマ教会の文化圏の核をなす場所として宗教・政治・

文化・教育の中心地である。これまでのカトリック教会の伝統的考え方が重厚な南ドイツの人々がEUの新たな国際化の波の中で、どのような死生観を持って生活をしている状況か。そのために訪れたのは次の4箇所の施設であった。

- (1) ハウスリッヒェ子供在宅ホスピス  
(Häusliche Kinderkarankenpflege M. Götz GmbH)
- (2) ミュンヘン大学病院緩和医療と在宅ケア専門研究所 (Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin / Klinikum der Universität München)
- (3) クリストファーホスピス協会・在宅ホスピスケアセンター (Christoporus Hospiz Verein e.v. Ambulanter Hospiz-und Palliativeberatungsdienst)
- (4) ルードビッヒ・マクシミリアン大学医学部付属ミュンヘン・ハーラヒンク市立病院 (Städtisches Krankenhaus München-Harlaching)

以下はその施設の概要各施設での担当医師や担当責任者の話である。

#### (1) ハウスリッヒェ子供在宅ホスピス

モニカ・シャーバール女史が子供のための在宅ホスピス担当者である。実際の活動状況に関しては子供を在宅で看護することは大変デリケートな実情にあり、視察を行なうことは出来なかった。ただその実情を聞くことにより病気のドイツの子供達の在宅での治療状況を知ることができた。

この施設は家庭で闘病する子供のためのサービスを行なう機関で、生と死のボーダーラインに居る子供のサポートのために1999年に設立された有限会社である。マネージャー・ナースのモニカ・シェーバー氏によると、彼女は1992年アウグスブルクで学びそれから病院で働き始めた。3年後子供のためのICUに移り、骨髄移植医療にも関わった後、更にミュンヘン大学の子供の診療科に移ったが、子供の腫瘍診療科での治療の後、家に帰って亡くなるまでのホームケアを家族連携で行なう要望に応じて、1999年にこの会社を設立した。



この仕事には2つの意味があるという。1つは社会的意味合であり、もう1つは医学的意味においてだ。1は——医学的な観点と無関連のことだが——、子供の状況は家庭の環境と大きく関わる。支援のためには、まず家庭の状況をチェックに行く。というのはドイツでは十分に病状が回復を見ぬまま家庭に返される傾向が最近の事情であるからである。それ故予防学の立場から家庭での食事や健康管理に対する準備を、家庭の両親に分かってもらわないといけないからである。更に人口呼吸器をつけている子供への対応のしかた、腹膜透析透視の看護の場合、あるいは気管支切開をしてカテーテルで寝ている子供達などを見回らねばならない。ケース・バイ・ケースなのだが1日2〜3時間の介護を週2〜3回する場合もあれば、24時間1週間ケアにかかり切りとなる場合もある。どのような場合でも子供の自由な気持ちを最大限に考えてやる。子供に残されている時間が少ないからである。関わるケアの実際はかなり重い責任と不安がつき物である。医師の指導・指示に従ってのケアであるとはいえ、すべて家庭の生活の中での治療ゆえ、ナースが1人ですることの重荷を感じるのも当然だ。この際親への家庭看護の教育も大切である。家庭の親の考える内容がナースのそれと異なる場合は問題となることがある。この際子供が安心するのであれば家庭の状況に応じてそれを受け入れる場合もある。病院に居るより家庭に居ることが子供には大きな安心であることを思うからである。

ICUには1日に10人から15人くらい子供が訪れる。病院では食事が出来なかった子が家に帰ると出来ることもある。親の元での安心感からかもしれない。小児科のナースが現在は90人で連携して支援している。

家庭での健康状態の管理が重大な仕事であるのは当然で、子供を取り巻くネットワークの構築、家庭医・病院・学校などとの連絡や紹介をコーディネートする。1人で家庭を巡る場合が多いが、チームがバックに居るため、必要な場合は支援が得られる。家庭の財政の管理にも関わらなくてはならない時もある。

公的な保険と個人保険制度があり、子供の場合は大人に比べて保険の支払いは比較的楽に認められる制度となっていた。その他子供の病には特別な子供の疾患の保険基金があるし、また親の会の資金やがん基金もある。普通の保険が出ない場合はこのがん基金がもらえる。呼吸器など必要なら家庭で支払わなくて良い。

子供の支援は子供を中心に、両親（家庭）医療従事者・ナース、学校関係者、薬局、ソーシャル・ワーカー、ボランティア、セラピスト、神父または牧師、医療機器提供会社、保険会社が関わるチームプロジェクトである。これらを適切に関係づけることがコーディネーターの任務となる。ここミュンヘンでは子供の9割は自宅で亡くなる（親の元の在宅で）。こうした子供のためのホスピスはミュンヘンに8つある。在宅ケア子供ホスピス施設は24ある。また家族の人への支援の意味で1年間に3〜4週間をホスピスで過ごすことが行なわれてもいる。また緩和ナースの教育制度が確立されており、心理サポートの科目もある。子供への告知については非常に難しく、親がこれをするに苦悩を感じる場合が多いという。然し子ども自身は自分の体の異変を直感的に感じて知っている場合が多い。原則としては良い折をみて告知するのが妥当であると思うとのことであった（ここで語られた子供をケアしようとするコーディネーターの連携支援の実践の実情は、日本のこれらに対する大きな指標であろう。ちなみに日本では子供の在宅看護は行なわれていない）。

## (2) ミュンヘン大学病院緩和医療と在宅ケア専門研究所

この施設はミュンヘン大学医学部の麻酔科、神経科、第3医科およびクリストファーホスピス協会の主導の下に設立された。今日チーム医療を行なうなど学際的な研究活動の中心的な存在となっている機関である。1994年よりミュンヘン大学の緩和医療ケアアカデミーの中心的専門医療機関として、また緩和医学、緩和看護学、ホスピスケアの教育機関として重要な役割を果たしている。ドイツがん協会、およびバイエルン州政府より資

金が提供されて運営されている。特色としてカトリックとプロテスタントの教会の協力により、スピリチュアルケアが行なわれてもいる。また患者に対して、早い段階からチーム医療が実施されており、医師、看護師、ソーシャルワーカー、スピリチュアル担当、ボランティアが関わったプロジェクトチームを組んでの活動がなされている。患者はスピリチュアルのほかに臨床心理士によるケア、精神療法、呼吸療法、理学療法などのケアを受けられる。

研究所長はクラウディア・バシスバイン氏である。彼女によって次の2点を学ぶことができた。

- 1) ドイツの緩和ケアの実態について
- 2) ペインコントロール

### 1) ドイツの緩和ケアの実態について

センター長・クラウディア・バシスバイン氏は末期がん症状のペインコントロール（疼痛緩和）と心理社会学の研究者である。現在もペインコントロールの専門研究をし、また緩和医療の研修評価に関わっている。イギリスの St. Christopher hospice で医療を学んで帰り、現在は同僚のソーシャルワーカー、心理士、牧師、神父、などとの関係を調整する仕事を医療スタッフと共に行なっている。

今のこの施設には35人のスタッフ、専任 Dr. 6名、ナース14名、研究者3名が中心となり、専任以外の外部から来ている非常勤講師・教員、サポート・チームリーダ医 Dr. 1人、神父1人、ソーシャル・ワーカーナースなどである。ここに入所の患者の80%はがん患者、20%は神経・内科関係の患者であるが、これに対してドイツの他の施設ではほとんどの95%ががん患者である。このホスピスの患者の平均滞在日数は11日であるという。この点日本のがんセンターと比べて大変短い。日本のがんセンターでは平均29日である。

### 2) ペイン・コントロールとホスピス

緩和ケア（がんの痛みを和らげるために）を第一にする治療である。緩和ケアは病院活動の一部

分で、病院に来る患者は緩和ケア病棟に常駐する医師の下で治療を受け、5割の人は退院して家庭に帰る。残りの5割がこの緩和医療の施設で亡くなるという。その際保険により支援が必要な場合には支給される。それに対してホスピスとは終末期を迎えた人が特別に看護をされることである。つまりこれ以上病院にて治療を受けることの望めない人、そして家庭にも居られない人のための施設として、ミュンヘン大学病院では治療活動の中に20床のホスピスの活動が組み込まれている。専属の看護師が患者の様態、生活を管理し、近所の家庭医との連携により、患者が以前から世話になっていた様子の良く分かる家庭医が、この施設に来て患者の状況に応じた介護に参加している。患者は120から130人の数を数える。また在宅での介護については、5年ほどの間にボランティアがネットワーク化され、多様な種類の専門家もこれに加わり、社会全体が関心をもって、この活動の必要性が認識されだしている。政府予算の厳しさからこのためのさらなる対応は実現されるか否かわからない状況ではあるという。1994年ドイツ緩和医療協会が緩和医療医によって設立され、最初は14人であったが12年後の現在では1,700人となった（内科医師1,000人、ナース500人、心理・社会関係担当者200人の専門家が参加している）。この協会が政治や保険関連の交渉を行なっている。この協会の要望から、ドイツの医学部の緩和医療のための教育コースが更に1年の学習をするために設けられた。現在医療に関わっている地域の一般開業医・家庭医たちも1年間のコースを履修することで、緩和医療の専門医となる道が開かれたという。

医師になるためには、学生達は一般の医療者となる教育教程のほかに、さらに緩和医療の為の講座の教程として2年次に緩和医療に必要な心理学、3・4年で心理社会学、4年で疼痛緩和、6年で実習・研修コースを全員が取らなくてはならない必須となった。またナースに対しても、ナースとなった後、現在治療活動に携わっている人も緩和医療の科目を1年間で1週間に4回、2年間学ぶ必要がある。

現在このミュンヘンを初めケルン、アーヘン、ボン、ゲッチンゲン、イエナの5大学に緩和医療の講座を持つ5人の学科長が専門学科を開き、これからの緩和ケアに対応しようとしている。専門に緩和医の認定を受けた医師は現在300人くらい居る。1983年緩和医学の基礎ができて以後、各大学医学部では新たな緩和医学科を設ける方向にある。がん協会も毎年このために8,000万ユーロ(124億円)を研究資金として支援してきている。

ミュンヘン大学で病院内の緩和ケア施設が開所したのは1999年である。それ以後チーム医療の体制が整ってきた。2001年には病院内サポートチームが充実してきて、2003年には病院全体がこのケア活動を認知し、6床の緩和病棟が誕生したという。ドイツ緩和医療協会がこれを支援してくれて現在緩和医療研究センターと研究部門が充実された。2006年には10床となり、外来も含めて500人の患者を診療している。医師、ナース、ソーシャル・ワーカー、心理士、宗教家も年1回1週間のコースの訓練を継続して受けなければならない。そしてこのミュンヘン大学は今年から医師になるもの全員が、緩和医学を必須で学ばなくてはならないドイツで最初の大学となったのである。

ここの緩和医療患者の半数は大学の病院の患者が入所するが、後の半分は在宅サービス組織から依頼がある人の中から、必要度の高い重傷者が入所する。がん・慢性肺疾患・その他の理由からの症状コントロールが必要な人である。5人に1人の患者は50歳以下であり、残される家族のことに対する社会的・心理的配慮が必要な患者である。患者の中には2~3歳の患者が居る。この場合は家族に対するサポートが必要であり、心理療法士や宗教関係者の力も借りなくてはいけない。ここに来る人たちへは化学療法はしない。なぜなら2ヶ月くらいで亡くなっていく人だからである。希望者が多くだれをこの施設への入所を認めるかの選考が難しい状況であるとのことである。

### (3) セント・クリストファーホスピス協会・在宅ホスピスケアセンター

この施設はミュンヘンの町の西部に位置する地

区にあり、1985年6月5日に設立され、重病人および死に至る病の人々とその家族への援助を目的としている。あたたかい心ある援助、患者の個々の要望を真摯に受け止め、その希望を実現することを大切にしている活動が行なわれている。また患者と家族の宗教、価値観を尊重し、非営利団体、慈善団体として知られている。遺族のためのグリーフ(悲嘆の)ケアを受け持つ機関への紹介も行なうし、相談には24時間無料で受付を行い、その結果援助が必要なときにはどこにでも出向いていく。然し実際の看護や家事のサービスは行なわないが、援助機関への紹介や連絡などがなされている。

ここでソーシャル・ワーカーのライシャル氏と看護師長アンゲリカ女史により、まずクリストファーの活動内容の概要が説明された。高齢者用の緩和ケアサービスを行なうこの施設は、最初宗教的団体カリタスの建物の一部の小さな部屋から始められた。1985年設立で今年21年目を迎えるドイツで一番古いホスピス施設である。その栄誉が認められ、この施設の所長は南ババリア州ホスピス協会長の職にあり、現在のこの建物は、昨年およそ16億5千万ユーロでホスピス協会が購入したものであった。その費用はマリアンヌ・マイヤー Mariane Meyer 女史がこのホスピスで最後を見守られてなくなる折、個人的な遺産をこのホスピスのために寄贈されたものであるとのことであった。総ガラス張りの温室のようで施設は明るく気持ちの良い雰囲気が院内にあるホスピスの患者のベッド16床はホスピスとは思えないモダンな建物の中にあった。Mrs. Angelica 所長の下、在宅のホームケア代表 Mr. Raischl 氏やソーシャル・ワーカー、神学者、ナースなどが参加した40人の職員と150人のボランティアが働く施設である。この運営母体は政治・宗教から独立した施設なのだが、ミュンヘン市・キリスト教会・保険局などの支援の下に、会員2,500人のホスピス協会会員により支えられているところであった。ミュンヘン大学のクリストファー研究所は、ここから独立した研究部門であり、それ故ここの患者は大学からの最先端の支援が直接仰げるところでもあった。

セント・ヨハネ・ホスピスや市立病院ホスピスなど、この地域のホスピスが設立されるときの指導を行なってきているという。

在宅の終末医療支援はこの設立の時から行なわれた。現在大学から委託を受けてのホスピス緩和ケアのために40床を受け持っている。ソーシャル・ワーカーとナース各々4人がボランティア100人と共に州全域から新しく支援を求める人々のための仕事に関わっている。ソーシャル・ワーカーは病院や家庭医、または看護師から来る連絡に応じ、患者の家庭を訪問し、実際の状態を調査して平均2ヶ月前くらいから準備し、対応することになる。看護師は医師と緊密に連絡を取り合い、疼痛のための処置に対してのアドバイスや処置の指導を受け、毎日か状況に応じて2日に1度家庭を訪れる。家庭の人も含めて緊急時の際のプランを立て相互に確認をし、心の対応の準備をする。不必要な延命は避けて、患者が前向きに生きようとする心を受け止めるようにすることが大切である。現在独居の老人が50%いるが、症状をコントロールすれば自分で動ける人は自分で生活をしている。夜誰かが付き添っている場合もあるし、1日数回家庭を時間を決めて訪問することもある。患者本人の希望に応じて要望に応えられるように配所することが大切である。近年は平均の年齢は50歳くらいから60歳くらいの独居者が多くなった。また家族の人が近くに居なくなったとか、自分の生活空間を自分で管理したいと願う人とか、最後まで自分の家で過ごしたいと願う人も多い。病院に居て処置を受け家庭に帰っていく人には、サポート・システムがバックに居て、サポートが出来なくては希望はかなわない。特に人生の最後を共に過ごす伴奏者の役をこなす「仲間」としてのボランティアは大切である。患者の性格に沿ったボランティアの役割はとても大切である。ボランティアになるには4週に1回の講義があり、1年間の期間を経て安全な人との認定があって初めて資格が与えられる。認定されたボランティアは週4時間の夜間の付き添いが認められるが、ボランティアは決して専門の緩和医療には関われない。特にこの施設に入居する患者は家庭や老人ホーム

では対応できないと判定された患者のみである。

費用は55%国民健康保険が払ってくれ、10%セントクリストファー協会が支援し20~30%まで介護保険が支援する。ここへの入居者は最高900ユーロが必要である。平均21から22日の入院日数である。

HIV協会との共同で8名のエイズ患者も収容する。南バイエルン州にはまだホスピスが十分に設備がほどこされていないところもあり、遠方からここに入所する人も居る。残される家族に対する悲嘆ケアの必要性にも配慮の必要がある。

このホスピスは新しい建物になって日が浅いためまだ庭園が建設中であった。そこには思い出の川と銘々された枯れ山水の川に、この施設で亡くなった個人の名を記した石が静かなたたずまいの中に整然と思ひ思ひのところに置かれていた。ホスピスケアの研究機関をかねたこの施設は、これからのホスピスのあり方の指標になるものと思われた。説明や施設案内をしてくれた神学部の卒業資格があるライシャル氏の対応に温かさを感じた。

#### (4) ルードビッヒ・マクシミリアン大学医学部 附属ミュンヘン・ハーラッヒング市立病院

この市立病院の腫瘍科医師、緩和ケア・コンサルタントでもあるポールマン氏(Dr. Hans Pohlmann)によるこの施設の概要が説明された。先ずここは1899年に設立された療養所を前身として、1965年に現在の市立病院になったが、1977年よりルードビッヒ・マクシミリアン大学医学部付属となって、高度な先進医療を実施する施設として現在に至っているという。ベッド数900床、医師の数350人、看護師946人が従事している大規模な施設であった。

ドイツではホスピスケアを行なう施設は次第に多くなってきてはいる。ミュンヘン市ホスピスケア協会でもボランティアの仕事をしている他、2箇所の外来のカウンセリング・サービスの病院があり、2箇所のホスピス、(ここでは28ベッド)病院内の3箇所(47ベッド)、そして緩和ケア・アカデミーの支援もしている。



### ホスピス病棟について

ドイツの緩和医療の拠点として、ミュンヘン市はケルン、ボン、ベルリン、と並ぶ重要な位置を占めている都市である。他の地域ではこれほどの緩和医療への対応はされていない。

ホスピス病棟と緩和ケアの病棟との違いについては以下のごとくである。

	ホスピス	緩和ケア病棟
滞在日数	数日から10日間	数週間
財政支援	幾つかの財源（健康保険・自己支払い・介護保険）	健康保険
医師	家庭医・地域の家庭医（自分の自由時間に訪問緊急時の連絡で出かける）	病棟医・病院全体の医師

このミュンヘン・ハーラッヒンク市立病院のスタッフと施設については看護師13人、医師2人、神父・牧師（毎日来訪）セラピストによるセラピーは、筋肉セラピーは週に20時間、心理セラピーは週に20時間、呼吸セラピーは週に20時間、それぞれ実施されている。設備はベッド・10床—個室6、2人部屋2—・居間・バルコニー・洗面室付きシャワー室・トイレ、浴室は折に触れてスタッフが入浴を支援する。

ここでは太陽の下にベッドのままベランダに出たりタバコを喫煙することも許可されている。

そして清楚な黙想の部屋または沈黙の部屋もある。ここは6時間位、亡くなられた患者と遺族が別れをし、後病院を後にする心の整理のための施設でもある。

年間250人くらいの患者が入所するが、60~70人位が亡くなる。そのうち7割がこの施設で亡くなる。然し他の緩和ケア施設に比べてこの入院日数は平均10日くらいと短い。2~3週間後に他のホスピスに移ることも可能である。約3分の1はこの病院から他の施設に移っていく。その他の3分の1は他の施設からここに来る。そして3分の1は自宅からここに来るという。

社会的心理的に家族が疲労困憊している点、ま

た倫理的判断からの終末処理、人口栄養の必要か否かの判断、患者が自分の意思でまたは口で自己表現できなくなっているときの気持ちを考慮しての処置などがなされる。

ここに入所の基準は根治不可能な病人・激痛・ひどい嘔吐・呼吸困難・不治で困難な傷を持つ人・安静できない人。今の苦痛が在宅では軽減できない人は入院して処置を受けられる。この際患者が入院に賛成することが条件である。こうした条件を満たして入所すると、日々の支払い費用は保険省が許可して引き受けてくれる。

なおここに入所する希望がある場合には本人がそれを望むこと、親族が伝えてくれてもよい。あるいは家庭医がその旨を伝えても良い。ここは他の病棟よりも看護師の人数は多く、チームワークのケアが可能であり、絶えず状況が連絡され共同作業が濃密に配慮される。毎週木曜日にはスタッフが集合してケアの検討がなされる。また室内の環境も配慮がされる。ボランティアが食事の世話をしてくれることが多い。毎年2回、半年間になくなった人への記念のセレモニーを教会の神父または牧師が来て行なっている。

なお終末の患者のため家族が疲労困憊している場合が多い。そのための遺族支援をする。つまり30%の患者は退院して自分の家で過ごしたいと願う。そしてまた帰ってくる。

その時、地域のホームケアのチームと連携をとり、家庭で痛みを止めるための処置をするように配慮するわけである。緩和ケア施設の現状を英国とドイツとで見れば、英国は100万人に50床を用意している。ドイツはまだ15床であるという。ミュンヘンでは緩和ケアの患者が一般の病院に入院していることが多いが、もっと在宅ケアを充実していくことが望ましい。この病院には一般病床として830床の収容人員がある。そしてホスピス棟の70%の患者が遅く手遅れの状態で終末医療にきて10日位で亡くなってしまふ。これはまだホスピスと緩和ケアの区別が十分に理解されていない状況からだと思える。費用、予算からすれば、在宅でケアがされることが今後は望ましいこととなろう。ところでわが国がおかれている

状況はどうであろう。

### 終わりに

日本で最初にホスピスができたのは1981年の浜松市の聖隷三方原総合病院のホスピス病棟であった。それ以来26年、現在日本の各地に設立されたホスピス病棟で緩和ケアが実施されている。一般病院でのホスピス病棟は124、がん診療拠点病院が179を数えるものになっている。わが国では現在3人に1人ががんで亡くなっている。その7割が、がんの不安を感じ実際8割が病院で亡くなる。今年の4月からの診療報酬が引き上げられた。そしてホスピス施設の設置数が増加されていく傾向にある。ホスピス施設が1ヶ所も無い地方自治体もある。また例え1ヶ所在っても、実際のニーズに対応できないことは今後の趨勢からみて明らかで、更なる施設の設置数の拡大が望まれている。医療保険の国民負担が値上がりし、地方財政は縮小される。多数の老人の死を看取る病院の収容能力にも限界があるので、今後病院での治療ではなく、在宅でのホスピスに考え方が代わる方向に日本も向かっていくことになるのではないかと。ドイツで見られたように、住民が自分の住む地域で互いに支え合えあう社会へと代わっていくことが、日本でも有効な対応となるのであろう。

また日本でも一般病棟で緩和ケアチームが稼働されるようになってはいるが、現実にはほとんどの緩和ケア施設の治療対象はあくまでがんとエイズに限定されて居るのが日本の現状であるという。またがんとなってしまった患者が自分の地域にある緩和ケアホスピス病棟に入りたいといっても、必ずしもすぐそこに入れるわけではない。なおのこと在宅で家族の見守りを受けながら最後を迎えたいとの希望を持っていても、あるいは独居者が自分の住みなれた家で自分の人生を全うしたいと望んでも、地域のホスピスケアに対する地域での連携の理解や意識が充実していない日本の状態では、ドイツのようなターミナルケアが受けられることは難しいと思われる。

しかし時代は新しい看護介護の方向に向かって

いる。なぜなら本年2006年4月から在宅療養支援診療所の制度が厚生労働省の指導で発足した。日本の厚生労働省では過去10年来、今日まで医療費の負担の軽減抑制・効率化のために、在宅医療体制の普及を念頭に支援体制を目指して来た。今回の診療報酬改定の理由は、先ず地域の中核となる施設の建設に前向に対応をするキッカケをつくることであった。在宅医療しか行わない在宅医療専門施設も想定し、在宅医療の展開を最初の入院から病状の安定期、最後に終末期と受け止めて、それぞれの状態に応じて対応する診療報酬を考えている。これによって在宅ケアがこれまで以上に進められると政府はこの制度を位置づけている。今年(2006年)5月の調査では在宅医療の支援を行なう希望を持つ診療所は全国で8,500ヶ所くらいであった。ただし、厚生省としては今後更に、在宅支援診療所のための施設を10,000ヶ所に予定している。今回の改訂の結果、診療内容が点数化されて、国の指針としてそれをWHOの疼痛コントロールガイドラインにそって行なうことが明確になった。ところが診療施設関係者の意識がまだ政府の指針に応じる体制ができておらず、かなりの医療・診療関係者が自己医療技術の不足を認め、教育を受けたいと希望を持っている実情である。

今後日本では地域での中核となる医療支援診療所が医療関係者同士で教育研修の仕組みを作り、地域で市民をも巻き込む日常生活に密着した、地味な活動を行なう姿勢が必要となろう。こうした庶民にまで及ぶ姿勢が、戦後の日本の社会には無かったが、これには従来の日本の大学医療教育や病院の医療対応活動が、在宅支援の診療活動・教育・研修を行なうという機能を重要視してこなかったことにもよるであろう。教育研修の機能をどこが主導で行ない、どう実践するか。先ず必要なことを身近なところから実際におこない、積み上げ、指導していく意欲が社会を指導する立場の人には必要であろうし、地域の中で住民相互の支援という、新しい視点での考え方も求められている。お互い様との意識から、自分も他人もが相互に尊重しあい助け合いつつ、自助努力の姿を持って社会

全体の希望を政治に反映できていくような目的のある活動こそ大切であろう。また、制度制定の先に、まず診療者を含めた市民相互の助け合いの精神、思いやりの精神が自分を含めた互いの幸せを築く柱となって活動していく時、そこに医師と看護師とボランティアと住民の地域に安定した制度の確立が実感されるはずである。

ドイツのミュンヘン市の特色は、大学と市立病院と地域の在宅ケア緩和支援組織と市民ボランティ

アがネットワークを作り、患者のケアをしていくものであった。我が国もこの方向に向かって現在進み行く途上である。

#### 参考文献

- 風土——人間学的考察——和辻哲郎 岩波文庫  
日本の知恵ヨーロッパの知恵 松原久子 三笠書房  
緩和ケア——特集 緩和ケアの流れを変える——  
Vol.16 青海社 2006.11.15  
東京生と死を考える会会報第28号 2006.9.20  
厚生労働省ホスピス医療施設一覧 2006.11.9