

終末医療と在宅ケア

— ウィーンの終末医療と在宅ケアにおける実情 —

宮 坂 万喜弘*

はじめに

日本の高齢化社会は始まっている。しかし、わが国の高齢老人の置かれている社会的立場の不安定さに対し、同じく高齢化社会を迎えている他の先進国の社会の共同体的意識のあり方と比較してどのような点が異なっているのか。今後我々が学ぶとすればどんな点か、この問いを今年のドイツの高齢者社会への対応に引き続き、今回はドイツの隣国オーストリアの現在の政治機構概要を、オーストリア・ウィーンの施設のホスピス在宅ケアの状況について見てきた。人間の存在価値と人生の意味、生存の質の捉え方など、わが国の高齢者が置かれている状況を今後どのように捉えていくかなどについて述べるものである。なお本稿は以下の構成により展開される。

- 1 オーストリアの現在の政治機構概要
- 2 オーストリアの現在の連合政府の緊縮予算
- 3 オーストリア政府の社会福祉政策の現状
- 4 オーストリアの社会福祉の歴史的背景
 - (1) 健康保険財団の基金
 - (2) 総括的社会保険法
 - (3) オーストリア赤十字と自助グループ
- 5 末期医療の代表的施設の概要
 - (1) 聖ラファエル・ホスピス (St. Raphael's Hospis in Krankenhaus)
 - (2) カリタス在宅ホスピスケアセンター (Mo-

- biles Hospiz der Caritas Erzdiozese Wien)
- (3) レンベック・ホスピス (Hospiz Rennweg)
- (4) レンベック在宅ホスピス・ケアセンター (Mobiles Hospiz Rennweg / Palliative home care and home nursing)

1 オーストリアの現在の政治機構概要

オーストリアは9つの州（ブルゲンランド、カリンチア、ロウアーオーストリア、アッパーオーストリア、ザルツブルグ、スチリア、チロル、フォラルベルグ、そしてウィーン）からなる連邦民主共和国である。各州は更に行政区域が指定され、地域共同体に細分化されている。連邦の首都と行政府の最高連邦議会の所在地はウィーンである。各州には州知事が置かれ、連邦政府の指令により間接的に知事によって連邦政府の仕事が執行されるとともに、直接地域のもつ問題について知事は施政を行なうように委託されている。連邦の権限は国民議会の下院議会 (National Council) と、上院議会 (Federal Council) にある。下院議会は183名の4年任期の選挙による議員である。そして上院は地方議会の州政府の実務者がこの議員となっており、それぞれの州議会の議員の任期に応じた個人的な期限の任期で選ばれてきたメンバーである。その地方に住む人口に応じた数の上院議員が、各州から代表議員として送られるのである。各州は連邦議会に少なくとも3人の議員は送ることが出来る。

2007年11月30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

2 オーストリアの現在の連合政府の 緊縮予算

EU 域内のオーストリアもドイツの行政府に倣い、2006 年の 10 月に行なわれた 10 月選挙では社会民主党 (SPÖ) が勝ったとはいえ (それまでの保守党の Wolfgang Schüssel 党首率いるオーストリア人民党 (ÖVP) に変わり、Alfred Gusenbauer 率いる社会民主党になったのだが)、Alfred Gusenbauer 率いる新政府社会民主党の政策は、前任者の保守系・オーストリア国民連合の進めてきたいわゆる地方分権と小さな政府の実施政策をそのまま受け継ぐものであった。期待を裏切られた国民党支持者の不満も多く、昨年 10 月の選挙の際は、支持層の票離れは 20 万票減での政権党となった。内実はドイツのメルケル社会民主党とキリスト教民主同盟が大連立をして今日に至っているごとく、オーストリアもいわゆる左右合同の大連立を地で行くもので、右派の Jorg Haider や旧政権首相の Wolfgang Schüssel の親友の William Molterer が財政大臣、同じく Martin Bartenstein は経済相、など内務・外務の重要部署を旧政権の ÖVP の代表者が占めた。多くが古い内閣に属していたメンバーであった。Gusenbauer 率いる SPÖ はこれまでの選挙では大衆の支持を大いに得た政党であったのだが、昨年の 10 月の投票では大幅な支持票離れとなった。大政党といわれた Gusenbauer の SPÖ も保守党の Schüssel 率いるオーストリア人民党 ÖVP も票が失われた。この両者が連立することによって、隣国ドイツの例を踏襲した新しい政府を作ったのである。社会民主党のメンバーで大臣の席に着いた防衛長官や社会事業大臣などや州の秘書官らは Gusenbauer の指名による仲間たちであり、1970 年から 1983 年の SPÖ の時代に政治家として世に出た者達であった。

Gusenbauer の率いる現在の SPÖ はもはや以前の伝統的な社会民主党の党员たちとの絆を保ってはいないという。昨年の新政府が成立したとき、首都ウィーンの Helden 広場では激しい抵抗運動

が引き起こされた。7 年前の ÖVP と SPÖ の連帯綱領が取り上げられて、この確認を迫る国民に対して機動隊による圧倒的な排除の中、SPÖ の Gusenbauer が 7 年前の保守党指導者 Schüssel 同様に、国会議事堂の首相官邸に地下道からやっと入ることができる始末であった。7 年前の時の抗議は、右派過激派の代表の政府閣僚入閣に反対するものであったのだが、今回は行政府の政策の実施と選挙公約の不履行への非難の抗議であった。とりわけ大学生の授業料免除が廃止されることとなり、若い世代からの反発は大きかった。もっとも両者は 1980 年、1990 年代にも壮大な連立を何年間か共同で行なってきた。行政府での貿易行政などについて幾分謙虚な社会政策を共同で行なってきたもいた。

しかし 1990 代の経済事情の悪化により、これまでの政策を遂行するのは不可能となっていた。当時の政権党 ÖVP は右翼政党の Haider 率いる FPÖ と 2000 年に連立を組み、反対党になっていった。さて今や SPÖ と ÖVP は大連立し、議会の 3 分の 2 を占めている。そして、共同でこれまでの手厚い社会福祉国家の歩みを止めるための政策に移行することになった。

3 オーストリア政府の社会福祉政策の 現状

緊縮予算の中で赤字の将来予測とそれに伴う 60 億ユーロ (約 9 千億円) 節約の政府改革計画の発表がなされた。公的な賃金カットや市民の生活費の削減がこのために対象となったのであるといわれる。大学授業料の国費支給は廃止、戦闘機の新たな購入などの軍備費用は増加し、健康管理費の削減、保険料の増加など新政府の国家支出の削減による節約は 31 億ユーロだといわれている。なお前の政府の外国人移民と亡命者保護の政策はそのまま残されている。

社会民主党 SPÖ の指導部の者達は、今の ÖVP との連立を控えめに批判的でありながら、しかし真剣に反対してはいないといわれる。こうしてオーストリアのこれまでの社会民主主義の歴史は、

1970年代の中ごろのSPÖメンバー70万人からいまや30万人に減少し、地域によっては地方党組織が連邦レベルで決定される政策のため、次の選挙を戦えないと考えるまでになっているようである。

SPÖに近い若者や学生達は（その組織も今では名ばかりとなってしまっているのだが）、新政府の政策に批判をしており、ザルツブルクの社会主義学生連立党の党員は、授業料徴収に反対のため、SPÖ地方党本部の入り口をバリケードで封鎖した。今SPÖ組織が崩壊する脅威に立たされているのが実情のようである。地方学生と彼らの国家連合の指導者達は、もはやSPÖの指導者Gusenbauerの方針を支持できないとSPÖからの脱退を宣言した。こうした動きに一般の組合員も大きく動揺をしていて、多くの国民の指導部を批判する声がSPÖの本部に届いている。オーストリアもわが国日本同様に、政治的な現状の緊縮財政と小さな国家社会に向けて苦難の道をたどっている様子である。

4 オーストリアの社会福祉の歴史的背景

この国の社会福祉の歴史は古く、ヨーロッパの最初の歴史に登場する社会福祉政策にいたっては、古代ローマの安全に寄与した兵士が老後を保障されて、国家が繁栄する基礎をもたらしたといわれ、ローマ皇帝のアウグストゥスの時代までさかのぼっていく。その歴史的伝統の下で、ヨーロッパの近世オーストリアの健康管理システムの発達は、オーストリー・ハンガリー帝国の時代において1810年家庭使用人条項で、また1914年の下級政府の法令（lower Austria governmental ordinance）にすでに公示されている。

1887年～1888年にドイツのビスマルクが掲げた社会政策プログラムに続いて、オーストリアでも産業事故と健康保険計画が導入された。この計画は現在の社会保障組織の基盤となるものであった。19世紀の健康保険計画は自由内科医療、自由医業、適切な病気手当が保障されるというものであった。

産業事故保険は、負傷した貧しい庶民や遺族達の福利に貢献した。負担の分担は、労働者は強制保険の3分の2の基金を自己負担で積み立て、残り3分の1は雇用する者が支払い負担した基金であった。この社会保険構想は個人が属する自治体が行なったものであって、政府からの交付金を与えられたものではなかった。また1889年に鉱山労働者組合の炭鉱夫のために、健康と住居の支援の鉱山労働者組合法が採択された。

第一次世界大戦までこれらの社会制度の試みはおおよそ維持されていた。鉄道作業員の労働作業中の事故にまで、保険制度の適用は拡大されていった。しかし第一次世界大戦後、これらの保険は一時中止となった。とはいえこれまでの保険体制は社会主義運動の盛り上がりから改善される方向をたどり、被雇用者達の保障や、あらゆる分野での日雇い労働者などにたいしても、雇用契約、勤務契約などによる健康保険の補償が拡大され、労働者の家族の保障もされることとなった。

1926年春、俸給生活者保険法が採択され、個人経営の会社の従業員達である俸給生活者の健康と労災の保障がされ、住宅保険も適用されることになった。翌1927年、肉体労働者保険法が改定され、農民労災保険も1928年に採択された。1890年代には人口の7%しか健康保険に入らなかったが、1930年代には60%が加入していた。これに続く1935年、オーストリアファシスト法の時代社会保障制度は大幅な後退を余儀なくされ、病んでいる庶民の福利は減少した。家賃を取り立てられる人々が強制的に健康保険のための寄付を余儀なくされ、すべての労働者達の社会保障制度が統合される試みがなされた。1938年、ドイツ社会保障法がオーストリアに導入されたが健康保険の改善にはならなかった。

第2次大戦後、西側諸国の民主主義国家の下で社会福祉体制の改善がオーストリアにもたらされ、1947年に自主的な管理の下で社会保障移行法が採択された。社会保障協会、労働事故、家賃の保険の根本的制度が社会保険連盟によって引き継がれた。この目的は一般庶民の保険の制度を確立することであった。社会保険によって支持される人々

の数は1946年人口の3分の2であった。1967年農業従事者の健康保険法と宗教伝道者以外の文官健康保険法が成立した。また入院患者の治療費、庶民の予防処置に対する費用、学童の予防調査と治療費が健康扶助料金となり、保障の拡大が決定された。

しかし、1980年はじめオーストリア社会保険組織は、社会全体の景気後退による資金不足に陥った。健康保護の費用は急速に増えたのだが、この最大の原因は病院経営の故であった。病院の医療活動の継続的拡大、連邦並びに各州政府の健康管理費に対する議論の不一致、薬品代金、医療施設費などの高騰によるものであった。

連邦政府は基礎的法律の成立に責任を負うが、各州政府は細部の健康政策の実施と遂行に関わる法制度を各州の実情に合わせて創り出さねばならない。1978年になるや、病院協同組合が患者支援基金(KARAZAF)を設けた。これはオーストリアのすべての病院の基金を改善するためにもうけられたものであった。この基金の財源の一部を確保する目的で1997年から2000年にかけて9州から基金が集められ、連邦も基金を拠出し社会福祉局と地方行政政府が病院財源資金を支払うことになった。

(1) 健康保険財団の基金

地域住民への健康管理サービスと制度の監督権は、連邦政府の基礎的な行政公務である。ほぼすべての健康管理組織の憲法に基づく法律の履行は、連邦政府がこれを管理するが、病院の公衆衛生上の監督基準に基づく以外、各州地域の実情に合わせた運営上の規則や法の実行については、9つの州が現地の事情の要求に合わせた対応をしていくことになった。社会保険財団の活動の基礎基金は、その3分の2が寄付金・献金による資金、並びに国家の一般税収入による資金から賄われる。残りの3分の1が一般家庭の支払分となる。健康保険の被対象者は、地域共同体の健康関連の部門、非営利団体の組織、そして営利目的に営まれる健康関係団体と個人である。

住民が医師にかかりたい時には、いわゆる地域

の開業医に見てもらおうか特定の専門分野の医師の診断を受けたいと思うのかであり、選択は自由であるが、その際医師が社会健康保険基金と契約している提携医であるときには、その基金の定める契約基準にそって対応措置が取られることとなる。普通、年に1回社会保険基金財団と医師会が診療行為と代金支払のための交渉が行なわれる。

病院と社会保険財団との関係は概括的社会保険法、連邦病院法、各州病院法の3段階の法律により管理されるが、社会保険からすべての病院経費に支払われる費用は半額程度である。各州は憲法に規定される病院の治療体制に配慮しなくてはいけない。したがって諸検査、施設維持管理、現在行なわれている医療活動の費用などの一部を州政府は連邦政府・庶民の支払う保険料とともに負担する。

地域行政の責務は地域衛生検査官らにより担われる。この任務を持った係官は更に小区分された管理地区を管理する権限が持たされることもある。地域共同体は独自の専門地域研究者(公務員の医師)からの助言を受けることもある。

地方の行政担当者には州の行政部門から来た監督者、連邦政府から派遣された監督者などが関わっている。連邦病院法により、すべての州は自治体住民の必要とされる病院医療を満足に保障する義務を負うと定めており、各州は病院計画条項に従い、緊急な入院患者の医療対応を質の面でも量の面でも計画に組み込んでいる。病院の活動の状況は予算編成に関係した州の実行力と関連している。

個人の収入が有給雇用とはいえ、社会保険その他の扶助金をもらえず、家族収入もあまり望めない人もいる。生活の物資・社会保険も得られないなどの場合には、市民は(生活費の額は各州の事情により異なるが)社会福祉受給者として妥当な支援を受ける。生活費の支給、病院の扶助料金支給、介護福祉代金、在宅または公共施設入所費用の支援を受けられる。

各州政府では住民の健康維持管理のため病院(外来・入院)、デイケアのサービスなどの拡大に取り組んでいる。

(2) 総括的社会保険法

政府の主導の下、オーストリア総括的社会保険法が1956年制定されて、健康保険、住宅ローン保険、労働事故保険が強制保険として発足した。なお社会保険は職種により鉱山、貿易、自営業、商工業、農民鉄道従事者、公務員、肉体労働者、会社被雇用者（サラリーマン）などに区分される。もっとも大きな保険は肉体労働者とサラリーマンのための住宅ローン保険基金である。また9つの州では雇用者と市役所に勤務する役人のための健康保険基金が設けられている。また一般の事故保険基金が、自営業者、児童、学生、公務員のために用意されている。農夫と自営業者のためには2つの社会保険が用意されてもいる。国民の保険加入の区分では、被保険者の81%が一般的な社会保険に加入している。9.3%は公務員健康保険と労働災害保険に、また自営業者は5.4%、農民は4.3%が社会保険に加入しているという。

保険金積立金の半分が労働者自身によるもの、その他の半分は雇用者が支払う分である。それと献金・寄付金などが6.4~9.1%である。

(3) オーストリア赤十字と自助グループ

危機と救急サービス提供の中心となる組織はオーストリア赤十字で、主に血液製剤の提供と社会在宅看護医療の任務を統括的に管理する。この他に地域政府や共同体により運営されるおよそ2,300の小規模の組織と20の大きな在宅医療を含む公的なサービスを提供する組織ができています。連邦全域を網羅する赤十字の機構であり、その中で9州の地方と地域センターに連絡網がしかれており、非政府組織のボランティアの動員もできるようにもなっています。社会福祉機関の財政基盤はこの機関が提供するサービスへの料金（健康保険から支払われるものだが）から得られ、また一般の税収入、寄付金献金など出資協定に定められた代金から得られるものである。オーストリア国内では今およそ6,000の「草の根自助グループ」が市民生活の様々な健康問題に関わっている。

以上が人々の社会生活を支えているオーストリアの国の社会福祉政策の概略である。こうした社会行政の環境の中で高齢化社会における、終末医療の治療現場の実情はどうかを今回訪れた以下4つの施設で視察した。以下でその報告をする。

5 末期医療の現状について以下の代表的施設の概要

(1) 聖ラファエル・ホスピス

(St. Raphael's Hospis in Krankenhaus)

そもそもホスピスの概念は、キリスト教会の信仰の精神の中から生まれてきたものであった。このための基本は、キリスト教の宗教的活動の歴史と結びついて西洋社会の市民生活基盤に深く結びついた民間伝承などに関係しており、この施設設立の精神的支柱は宗教的聖人の名前を付けられていた。

聖ラファエル（St. Raphael）は旅人の保護者としてヨーロッパにおけるキリスト教の聖人である。つまり、宗教的な意味で現世から彼岸へと三途の川をわたって行く魂を背負って渡してくれる聖人なのである。旅に行く人を保護してくれるとの伝説から修道女会の運営するこのホスピスの名前が付けられていた。ホスピスとはわが国でも周知の言葉となってきたとはいえ、その内実が必ずしも日本の社会に十分に普及されているとはいえないのが現状のように感じられる。病院とホスピスの違いは何か。

近代の最初にホスピスの施設が作られたのはアイルランドであった。メアリー・エイケンヘッド（Mary Aikenhead）が不治の病に臥す末期がんの患者の悲惨な姿に対して、何とかして「人間としての尊厳性」を最後まで保たせてあげられないか、という強い願いからこの施設が1879年に生まれたといわれる。普通の病院で行なわれている医療は病む患者の回復を対象に、そのためのあらゆる技術的手段によって処置がなされ、あくまで回復のための治療をすることが目的である。これに反して、ホスピスとはもはや如何なる手段を問わずても治療が望み得ないとされる末期がんの患者な

だが、前向きに最後まで生きていくために、「質の良い生活の場を提供する」ものである。すなわち従来の病人に対する治療のための医療ではない。人間的な生命や生活の質の改善に重点を置いて、死ぬだけのための最後の手当てではなく、「最後まで良い生を生き抜くために行なわれる医療的な配慮の行なわれる医療」が終末医療の目的である。したがって治る可能性の無い患者に対して、先ず最初に患者の人格を中心に考える対応が求められることになる。同時に残される家族（遺族）たちへのケアも行なわれる。そして予期される看取りと、残されたものの悲嘆教育が行なわれる。このため従来の病院の医師が中心となって行なわれる活動ではない。つまりホスピスは医師中心の対応ではやっていかれない。この施設に関わるすべてのスタッフが、平等な協力関係でチームアプローチを行い、患者の痛みを止めることが最重要視されることになるのである。更に単なる肉体の治癒、回復では問題解決とはならない霊的神秘的な領域の次元の解決がなされるが必要となる。そのため施設の中に宗教的な施設や、それに匹敵する精神的安らぎを求める空間的な施設が用意されている。この施設での医師とナース、そして看護マネージャー3人のスタッフが各々の専門分野についての現状を語ってくれた。

この施設はアッパーオーストリア地方300キロメートル以内に6病院（2,000床・職員4,000人）を持つビンセント病院（St. Vinsent hospital）グループに属し、ここを含めて4つの病院にオーストリアの全人口の5分の1が集まっているこのウィーンにある。この施設は276床、緩和ケアを始めて導入したのは1995年のことであった。現在は10床がそのために使用中である。グループの施設の年間の一般入院患者は延べ8万5千人、緩和ケア患者の平均入院日数は6.7日であるが、状態により個人的な違いがある。ここは以前シスターの修道院であったのだが、1935年に病院となり、第2次大戦後の1957年に病院を拡大して現在に至っている。老人が増加してきているために、老人の専門病院にもなり、診療科の増設や建物も増え、患者の平均年齢は他の病院より高く

75歳であるという。リハビリの平均年齢者は80歳である。

医療費について

今の保険制度では差額ベッドは無く食費、保険料は1日10ユーロで28日までが基準。普通の治療で心臓手術の場合平均16~17日、ヨーロッパの他の国の保険の方が良いとのことであった。外科の今年のこれまでの状況では、60床の患者数275名、心臓の手術が終わった患者はほぼ16~17日入院している。腹部の手術はケースにより異なる。簡単な処置は4日で退院していく。ホスピスの緩和ケアの患者の場合には、14日までが定額料金である。それ以上入院している場合は、かかる個人費用が低額となる。国民健康保険が支援するからであるが、無論個人保険を更にかけている人もいる。有名な医師を選ぶとかホテルを取ってそこで待機する時の費用がかかるから、保険によって費用をカバーするということもあるという。この施設には165名の有資格看護師がいるが、給与は良いのでドイツからこちらの病院に移ってくる看護師が増えてきているという。とはいえ次第に経費が縮小する傾向ではあるとのことであった。

緩和ケア部門看護師長ハイケ・アッパンインガー女史の報告

ホスピスという施設の由来は中世のキリスト教巡礼者たちがイスラエルの聖地に赴く疲れた人たちを保護し、もてなした（Hospitality）という言葉に由来する。この様な宿泊施設が作られたことから始まり、現代語られるホスピスが出現する。終末医療のために1967年に英国のSt. クリストファーホスピスが開設されて、専門のホスピスが初めて誕生した。当時、この施設は社会的地位や人種の別なく誰でも無償で受け入れる施設であった。さて、今訪れているこのオーストリアのセントラフェエル修道会の緩和ケア施設は1992年に開設され、83床のうち10床がガン患者の緩和ケアのために当てられている。ガンの痛みを取り除き、不快感を緩和させる目的である。異なった領域のプロがチームを組んでガン末期の患者のため

に身体の苦痛のみか精神の内面の問題に対しても支援をしてゆこうと考えている。

ここに来る前に患者の症状を事前に調査し、患者の意思確認の後に受け入れるのだが、どのような治療を受けたいと望むのか本人がすべてを決定をするのだという。ここで滞在するのは平均3週間くらい。家族の人の心のケアも大切である。24時間いつでも支援する体制は整っている。医師か看護師が1時間から2時間かけて会話を通して患者の性格や様子、希望などを理解してゆくが、患者自分の心に安心感を与え、ちょうど気持ちが通じあったスタッフが出来ただけ介護の支援を中心になって行なえるように配慮されている。

ここではナース15名(専属12名、パート3名)医師、作業療法士、宗教家、心理学者、ソーシャルワーカーそしてボランティアがチームで患者の支援体制を組んでいる。ボランティアの支援では、患者の身の回りの世話で希望のことがあれば、それを聞いて受け止める。部屋の花の管理や、環境を変えて移動をしたいなどのとき支援をする。看護師の対応時間は朝6:15分~夕方7:15分まで(デイシフト)、夕方6:15~朝7:15分まで(ナイトシフト)、朝7:15~午後2:30頃まではシスターも担当する。1人のナースが4人の患者を見る。

夜の勤務では1人のナースが担当する。なお、患者の食事時間もシャワーの時間も患者個々人の希望に沿って提供される。はじめに患者に面接をしてケアをすると決まれば、患者の内面的な安らぎが感じられるように、同じナースが患者と懇意になり最後まで支援することが考えられている。つまり、同一ナースであれば患者とのコミュニケーションが深まるからである。患者が今望んでいることは精神的なことか肉体的なことか、また積極的な望みは何か、家族に対して連絡して欲しいことはないか、また患者本人が自分の症状を知っていない場合、家族が患者に伝えたいこと、おぎなうて欲しいことなどをどのように連絡するか、悲嘆のための補完的な連絡や、睡眠薬の代わりにオイルを用いてのリラクゼーションや食欲促進、消化促進などに成果が上がっている。家族が居ない場

合、看護師が家族の役割をして、最後の看取りに望むこと、その別離の後の心の回復を如何に図るかなど、それぞれが重い任務を引き受ける場合の心得も考えている。信仰の違う家族が入所してくる時もあるが、こうしたときには信仰の事を配慮して家族の気持ちが一番安らげるように心を用いる。

10年以上現場で働く医師のブリジット氏は自己研修について、「今でもその必要性は変わらない。とはいえ、公的な再教育の機会など無いので、必要な場合は自己負担で研修を受ける」とのことであった。またナースのハイケ女史によれば、病院からはターミナルケアの講習を受けるように求められるが、休暇の時、年間2~3週間大学での授業を受けなくてはならない。今大学ではノルウェーの麻酔専門医のグーゼファー教授が教育をしている。制度として看護師協会が緩和ケアコースの修了を認定するのである。患者は自分に残されている時間を分かっている。心に懸かっていることを整理し、死後の世界のことで心の準備をすることができればよい。こうしたことが最後まで良く生きることなのだろう。また遺言の問題も大切だ。家族が残されてから困らないようにすることが大切である。なお協会がホスピスのために献金を集め、また、香典の中から協会に寄付することが、教会の施設であるホスピスを存立させているわけであると締めくくった。

(2) カリタス在宅ホスピスケアセンター (Mobiles Hospiz der Caritas Erzdiozese Wien)

先ずこの施設の総支配人ランダウ(Dr. Randau)氏の挨拶の後、看護師長で内部の活動の責任者、ベティーナ女史の具体的な施設状況の説明がなされた。

ここはオーストリア全体に9区ある地区の中で最大の250万人の人々を対象にしたウィーン大司教区のカリタス移動在宅ホスピスの組織であった。また、カリタス関連の最初に出来た施設であるという。この国の医療行政の担当はオーストリア国家の仕事ではない。9つある各行政地区が行なう

制度となっている。当地域はウィーン行政区と南部オーストリア行政地区とが入り混じる2地区の組織が関わっている患者を対象としているため、対応が複雑で難しいことがあるという。組織の中心に①マスコミと行政を担当する渉外担当者（行政府・広報により社会全般にこの組織の活動と必要性を訴える専門部）と、②組織内の対内組織運営部（5つの老人ホーム・障害者のためのケア・イベント・住居斡旋など）の仕事を実行・運営する General Secretary、③社会部門担当部の社会的弱者（難民・貧民・シングルマザー）などに対する支援、④更に教会との連携（ここは仕事の規模は小さい）や⑤在宅ホスピス部門（900名のスタッフによる支援活動の実践）がある。⑤は3つの部門に別れ普通の高齢者などに対するホームケアと、在宅の終末期のホスピスケア、そして24時間のライフラインの仕事である。

看護師のアグネス・グレーザー（Agnes Glaser Hekman）女史の実際活動状況説明

仕事の主な内容は、関係する患者の症状の把握とその状態の安らかな維持継続を支援していくことにある。必要なペインコントロールは医師に依頼をし、その指導で看護師がこの医療に関わることもある。現場で看護活動をする看護師の助言は医師の行為にとって重要な部分となる。法律の規制が改正されて、緩和医療に使用するモルヒネをこの団体の責任で直接購入できる権限が認められた（それだけの実績と信用がこの施設にあると公認されたからである）。

家族が直接この施設に電話して入所を依頼してくる場合もあれば、病院がこれ以上普通の病院にいても治せないと判断して依頼してくる場合もある。また、患者が自宅に帰りたいと希望をするから在宅のケアを頼みたいと言ってくる場合もある。いずれの場合も患者が自分の希望を持ち、同意しての話である。特に在宅での医療行為を希望する患者の場合は、自分の状態を知ってもらっていることが在宅ホスピス支援が行なわれる前提になるのは言うまでも無い。この施設の社会的な周知度は高い評価がされている。すなわち個人家庭から

の問い合わせも、一般病院からの依頼件数も多く、活動の内容が非常に活発である。たとえば聖ラファエル病院のホスピス病棟の患者が自宅でホスピスケアを受けたいと希望するような場合は、こちらに依頼をしてるのが実情である。

こうした看護が今日本で行なわれるか疑問に思っただけで強く心に残った例が話された。若い主婦の女性の在宅看護の実例である。

この女性は12歳と10歳の娘さんを持つ38歳の現役銀行員であった。彼女は日ごろから健康で、少しも異常を感じない、毎日ジョギングを趣味とする人であった。ある日ジョギング中に強い痛みを感じ、病院で検査をしたところ、すでに手遅れの状態になっている悪性のガンだった。この主婦の気持ちは家で死ぬことを嫌った。子供達に自分の状況を伝えるのはあまりにも耐えられないとの思いからであった。食欲も無く腹痛も激しかった。とはいえ病院に入院することは娘達と過ごした思い出の家から離れての終末医療を受けることを意味する。悲しみの葛藤の中で、この患者からの窮状支援と緩和医療への対応を依頼された在宅ホスピススタッフは、数ヶ月かかって本人や家族の人々との信頼関係を築き、皆が自宅で治療を続けつつ終末を迎えていく覚悟を共有したのであった。二人の子供達に対しても心理的な支援の措置が講じられた。現在も残された遺族の人に対する心のケアは続いている。この場合の関係者は医師1名、看護師1名、夫と子供である姉妹の家族だけ計5名であったという。ほぼ毎日看護師はこの家庭に訪問をし、患者と家族に接して心配事の聞き取りや相談を受け、背後のサポートグループの支えを受けて今日まで家族を支援して居るのである。そこで果たしてこのような場合にどのくらい患者本人と家族の人々が満足をしたのだろうか。この件に対する応えは次のようなものであった。特に統計は取っていないが、家族や本人からの手紙や寄付を受けていく中で、スタッフ達の活動に満足している気持ちが伝わっている。満足の証かと思われるとのことであった。

なお同じ地区にこうした組織の活動を行なっているほかの施設もあるが、ここは医学的な研究部

門も高度であり、それを持たない施設からの依頼により、在宅ケアの支援や助言などの仕事も引き受けていると。

シュバイゲル (Klaus Schweigel) 神父

— 家族ケアについて —

彼は最後に、デイケアホスピスの一員としての仕事を受け持っている。毎週木曜日にこの施設で家族や患者と過ごす時間が設定されていて、食事を共にしたり、賛美歌を歌ったり、四方山話をすることもある。いろいろな話題テーマで時間を共有するという。当然死の話題も話の中に出てくる。悲嘆ケアについて心配り、残された人々への周りの支援の必要と大切さを共同で感じるこの大切が強調された。人は死ななくてはならないのだが、それが現実にも自覚される状況となったとき、患者と家族がその事実を認識して、死亡と葬儀のあり方、悲嘆の気持ちの中で遺族の心を慰め励ます痛みの共有など、されなくてはならないことは多い。葬儀後の遺族には週に1回、遺族が集う機会を設け、故人を偲びその思い出を語りことによって、残された遺族達の相互が心の結びつきを確かめ、生きる絆にするという。年に一度この施設に関係して亡くなった人の遺族を招待し(宗教・宗派は問わない)、食事を共にしながら遺族同士が語り合う時を持つという。生きていることの大切さを確認し、これからの互いの活動を願い、1人で生きているのではないこと、ケアをしたスタッフが遺族と共に、傍らにいつでも居ることを伝えるのだという。死のスピリチュアリティ (Spirituality) を探求するのではなく、生きることのスピリチュアリティ (Spirituality) を探求しようと呼びかける機会とするのであるという。月1回子供を失ったグループが集い、励ましあう事もしている。自殺をした人の遺族には神父が個人的に会う。またウィーンの教会の司教にも死別者に対する悲嘆のケアの内容の教育をする。悲嘆とは病気でもないし異常な事でもない。人がいずれば受け入れるべきごく自然の事だから、隠すことも恥ずかしがることもない重要なことなのである。ただし実際にある病的な悲嘆の場合は、それを見極めて、医療

機関を紹介して適切な対処が行なわれる必要もある。これからの計画は“悲嘆のカフェ”を造ることである。そこで死別体験者たちが相互に自然に集い、別離の体験をお互いに語りあったり、励ましとなる関係が生み出されていければよいと思うのだと語って、神父の話は終わった。

社会活動の組織化されたカトリックの伝統に基づく活動が印象付けられた。故人の魂の見方、民主主義とは神の前での個人の存在が常に意識の中心課題としてあることの重さを実感した。

(3) レンベック・ホスピス (Hospiz Rennweg)

ボウディク (Dr. Boudich) 女史がこの施設のこれまでと現在の活動の概略を語った。

この施設はカリタス修道会が運営するソーシャルセンターである。その歴史的成り立ちは、1919年に東ドイツからオーストリアに移ってきたエレガント・ブリアン (Elegant Bryann) 女史の開設した施設であった。彼女はユダヤ教からカトリックに改宗し、チューリッヒ大学で学んだが、子供を抱えて10時間以上働かなくてはならなかった当時の女性達のために、ウィーン19街に3箇所この施設を開いた。その時から女子修道会がこの施設を運営する母体であった。現在も修道会が関わっているが、シスターの数が少ないため一般のスタッフも運営に加わっている。しかし、貧しい者を受け入れてその必要とする物を満たす手助けをする、という修道会以来の理念は変わっていない。

さて現代の人の最も困っている事柄は、高齢化にまつわる生活の保証の無い働くことができなくなった高齢者の増加である。加齢と共に貧しくなるというわけでもないが、社会状況の変化に対して柔軟に対応できる収入もない老人達が収入を減じ、アルツハイマーを発症し、また疾患に見舞われる度合いが多くなると、どうしても高齢化の行く末に対する支援の必要は多くなる。こうした状況に対してここカリタスは、アルツハイマーに対する受け止めに重点を置き、住宅施設と同時にデイケア施設を開いた。また12年前頃から死を間近にした終末の人を支える活動も開始した。その

後にこのホスピス施設が完成しホスピス部門が充実でき、老人でなくてもがん患者なら受け入れる体制となった。今でも3施設がここウィーンにある。①この施設にある住宅でのケア、②在宅の認知症や多発性硬化症の患者をデイケアでここに収容、③在宅訪問看護チームの活動である。家事のケア、ベッドから動けない人の支援、また訪問サービスの内容としては在宅でのホスピスケアは無論のこと、ホスピスに入居したい人の相談から家族の人との相談まで多種である。目下入居したい希望がすぐに実現されることが困難なため、順番待ちの人もいる。3年くらい前からカリタス・クレストカリタス病院の2つの修道会と連絡を取り合っており、協力プロジェクトを行なうようになったため、出来る限りの便宜を図ることになった。近代的緩和医療と終末期の生活ケアの指導を組み合わせ、現在12~13人の患者の世話をしている。この施設は2つの大きな老人ホームの建物であるが、そのひとつが老人ホームで、もうひとつがホスピスとして使われている。ホスピスはウィーンに5箇所である。ここの食堂はここに住む老人ホームの人や在宅のケアを受ける人のために用意されている。

暖かい心配りの行き渡った施設内部の感触は、歴史の中で築かれた生活と伝統が溶け合っており、個人を重視しつつ社会が相互に支えあってきたことを示しているように感じた。個人がそれぞれ自分と向き合い自分の気持ちを大切にしながらここで生活をしていくことが可能のようであった。

(4) レンベック在宅ホスピス・ケアセンター (Mobiles Hospiz Rennweg / Palliative home care and home nursing)

まずコーディネーターのトリプル (Triple) 氏挨拶の後、看護師長のヒルデガルト・ブリアーニョ (Hildegard Burjanjyo) 女史から、この施設での活動の講演があった。

ここは主に在宅ホスピスを中心の施設である。長い病院生活の後に家庭での生活をしたいと願う患者がここに依頼して来る場合が多いとの報告がなされた後、ここの病院とホスピス施設の総責任

者であるロスビッツァ・プロハスカ (Dr. Roswitha Prohaska) 氏があとを継いだ。氏はこのカリタス関係の施設と病院の協力の下で病院の院内ホスピスとここの在宅ホスピスのチーフである。そしてこの施設に勤務し、更に地域での個人の開業医として、地域の人の相談の仕事もしている超多忙なスーパーウーマン。講義している間も絶えず連絡の携帯で指示を出す多忙な状況であった。

ここカリタス・ソシアリス (カリタス修道会のホスピス対社会組織) は愛の組織と言う意味であり、この施設には現在14床のベッドが準備されているという。患者がここで治療を受けられるベッドは12床まで、残り2つのベッドは家族が利用できる。1人部屋はあるがそれほど使われない。彼女は午前中はこの施設内での仕事を行い、午後在宅ホスピスの訪問に出かけるのがここの仕事。

緩和医学とは何かを彼女の説明から述べる。「命を脅かす病気で苦しむ患者と家族の肉体的・精神的な問題解決への正確な予防行為を緩和医学と呼ぶのである」と。その目的での検査・評価・対応がなされるように、適切なサービスの時と場所が考慮されねばならない。具体的には病院内の設置されている院内緩和医学病棟での対応と本人が住む家庭での緩和在宅医療ということになる。デイホスピスも考えられる。家庭に居る患者が外来として来院し、一定の時間病院の医療を受けて過ごし、再び家庭に帰っていくというケースもある。デイホスピスである。このレンベックの活動では訪問緩和ケアサポートチームが、在宅の患者をケアしたり、病院からのナースの家庭訪問などいろいろの種類の緩和ケアによって患者の希望に沿った活動を行なう。ここの専門知識を持ったチームから一般病院に行き、その仕事に関わるスタッフに緩和ケアについて先端の知識を交えて説明する事も行なっている。また地域でそれぞれの家庭の健康を管理している個人の医師に、がんと分かった老人の緩和ケアの仕方を助言するチームもある。つまり個人医に緩和ケアの仕方を指導する仕事も行なう。

また経験と人柄を買われた名誉ホスピス会員と呼ばれる人たちも居る。この人たちは家庭で在宅

治療を行なう患者に、家族の一員のように関る在宅ケアサービスの職員で、それにふさわしい活動が出来る人である。彼らは医療スタッフの仕事はしないのだが、患者や家族の立場で心理学的な面を考慮し、看護に関わる大切な任を帯びている人たちである。

ウィーン 23 区全域には、健康な老人のデイケアサービスの施設はたくさんあるが、ホスピスと呼ばれる施設は 3 つウィーンにはある。聖ラファエル・ホスピス、ここカリタス・ソシアリスホスピス、そして市民病院のホスピスで、すべて 10 床を用意している。地域の個人医が、がん患者のデイケアを行なうことはない。重傷の患者は病院に入院するからである。

在宅の場合、家庭医と看護師とは親密に患者の最もよい対応について連絡を取り合う。特に苦痛の症状についての理解と判断が的確になされることが大切で、基本的な診断、状況の観察、患者の訴えを聞き、総合的な状況を見て臨床的な診断経験から判断が求められる。

またケアスタッフは患者と家族の精神的な苦痛を取り除くことにも関わらねばならない。

しかし常に患者本人が望むことは何か、を中心に努力することが求められる。ウィーンには多宗教の人々が生活するので、常にオープンな心の状態であることが必要で、心理的なケアのプロ、物理的治療の側面の活動、ボランティアの活動が患者の最適な状態を共同で探り、効果的な活動の行われる事が必要である。患者の状態は刻々と変わっていく。この変化に対する常に新しい判断が求められる。共同の判断と決定、そして患者から受け入れられるケアだと実感できるとき、やりがいのある仕事だと実感する。しかし難しい場合もある。例えば認知症である患者の終末期の場合は、医師に医療の判断をゆだねる事も多い。この場合の医療以外では家族（あるいは公的後見人＝法定代理人のこともある）との協力で最終的な決定がされる。生命に関しては家族の中で医学的な決定をする人を決めておくことも必要であり、経済的な点では裁判官が決定者を決める場合もある。生前に患者の希望を弁護士を通じて確認しておくことも

行なわれる。

病院とホスピス施設の総責任者で、プロハスカ女史（Dr. Roswitha Prohaska）の講演はなお続いた。

日頃目にする医者あの白衣姿ではなかった。一般市民の姿と変わらない。ここでは医療処置のとき以外は白衣を身に着けないという。患者が以前から世話になっていた地域の医療医と連絡を取りながらここで治療の処置（内科・眼科・耳鼻科など）を行なっていく。

ここですぐに対応する患者は医師も見込みが無いと考えられる、時間がもう残されていない不治の進行性疾患の人である。告知の後に緩和ケアを受ける希望があるか否かをまず確認する。集中治療は行なわない。進行性のがんの場合に、在宅治療が許可されるには病院との連携が前提となる。ただし信仰や思想信条については、一切問うことはしない。家庭条件（給湯設備の有無や車椅子で生活可能な空間の確保など）を調査の上で、財産にも関係なく終末医療は受けられる。医療費は 3 ヶ月以内無料。また尊厳死を希望する患者は緊急な医療を受ける事は無い。中心となる看護師の下で、家族と共に困難な状態の人に全身に対応できる緩和治療（多くの学問分野にまたがる医師の支援を受け）、地方政府が持つ規則にしたがって家族・医師・ホームの支援看護師が手を結んで、在宅ケアを施す。このとき家族はチームのメンバーとして、24 時間サポートチームとケアの活動を共有する。したがってサポートチームは家族の情緒の支援の任務も受け持つ。病歴が長かった人の場合は家庭医が重要な意味を持つ。このとき、この施設であるレンベック（Hospiz Rennweg）は家庭医と密接に連絡を持ち連携する必要がある。患者の医療の全体の枠組みが決められ、それに沿って力をあわせてケアが行なわれるからである。つまり、

- 支援の条項：医学的処置と看護
精神的支援と患者本人と患者家族に対する支持
- 看護のためと医療処置のための助言と指示
- 痛みのコントロール、実行と監視、症状の制

御

- ・ 苦痛緩和看護行動と日常家庭生活への支援
- ・ 突然の吐血などによる事態に対応する
- ・ モルヒネ自動注入機器装着と維持の状況の管理
- ・ 極度に厳しい患者のための夜間支援看護師への安全看護の連絡の維持

が実務の概要である。

在宅ホスピスチームの具体的活動内容について

コーディネーターのトリップル (Triple) 氏と看護師長のヒルデガルト・ブリアーニョ (Hildegard Burjanjyo) 女史の活動実態の報告。

① 先ず患者からの現実を知らせる情報報告を受ける。受付はコンピューターに打ち込み、同時に対応の行動を助言する。患者の家庭の収入にしたがって、ホームケアという基準での家族の支払金額が決まる。公的資金が支援をする場合もある。支払い対象は実際のケア行為に対してのみである。原則として、どれほど時間を費やしてもコンサルティング活動に対しては報酬は支払われない。一時間1ユーロから最高費用23ユーロ (最も高い収入のある人) である。

② 院内の緩和ケア治療活動を通じて親しくなったヘルパーが、在宅ホスピスケアのボランティアとしてナースと共に訪問する。ボランティアの治療活動は行なわいが、患者のそばに居て、患者が孤独でないことを患者に知らせる仕事が大切なのである。また家族の負担を軽減することが目的である (つまり、安心して家族が一日くらい外出できるなどである)。

ボランティアの派遣を求めてくるかなり末期の患者には、そばにいて手を握り締めてやる。院内には現在25人から30人くらいのベテランのボランティアが居り、そのうち4~5人が在宅のボランティアとして働いている。患者が在宅に移る場合には、かなり親しくなった人が家庭訪問ヘルパーとして家で働くことになる。

昨年は在宅の件数が180件、ここの病院で

の患者は225人、この緩和ケア病棟には4人の末期患者がいた。担当はドクター2人、ナース30人、神学を学んだケア担当者一人、スピリチュアルケア (神学と緩和ケアを学んだ女性一人)、スタッフがいて緩和の活動を行っている。ここの病棟では子供のがん患者はいない。またHIV患者もこの施設では引き受けてはいなかった。家族の人には主に心理学的支援を行なっているという (一ヶ月に一回この機会に患者の家族同士が知り合いになり、お互いに苦悩を共有し、語り合い支えあうことが出来る)。終末が近づくとき、看取りの用意が必要となる。つまり死に行く場合どのような状況になるのかを家族に前もって知らせる。家族からの連絡にはいつでも誰でも電話に出てすぐに応じられるように打ち合わせが毎日開かれ、皆が状況を判る体制になっている。家族から事態の変化を伝える連絡があった場合でも、そのまま状況を維持するように伝える。患者が眠る気配と成ることもあり、痙攣を起こすこともあるが、その時には舌下剤を使うことを予め指導しておく。呼吸が荒くなり筋肉の力が弱くなるため荒くなることが考えられる。もし希望ならば、そのための薬も用意しておく。このとき患者の状態がぜいぜい苦しうでも、痛みと繋がっていないことを家族に知らせておく故、家族は安心できる。家族が混乱することたまにあるが、24時間いつでも連絡で指導できることを伝える。

③ 独居の患者の死亡が近いとき、そばに家族の人がいない場合が多いのだが、ナースがそばにできるようにする。しかしホスピスの医師も地域の医師も死亡確認は行なわない。地区で決められた認定医が法律に従って認定する。これは施設の病棟でも同じである。

病状管理については例え治療の最中であっても、医師と看護婦による対処の仕方が妥当か、評価と記録が適切か、投薬の効能のチェック、緊急対応においてすべての指導が行き届いたかを検討する。

患者が自ら積極的に安らかに死を望むことも起こる。その場合の理由はいろいろであるが大体は耐えたい苦痛があり、苦しみへの困難に耐えられない恐れからである。オーストリアでは能動的な安楽死は禁止されている。消極的安楽死については、‘これ以上もう何も治療は欲しない’と患者の意思で望むのならば、医師はこれを認める。しかし苦痛の不安から逃れる手立てだけはすることができる。たとえばアロマセラピーまたは音楽療法、空気の振動などを組み合わせる総合した心身の苦痛を和らげる対応を行なうなど。

緩和ケアの目標

これは「重篤な患者、亡くなっていく人、またその家族の人のために、最後まで生命の尊厳(Quality Of Life)を在宅で貫く姿勢を持つこと」である。“接するその人の手の中に、その患者の人生がある。その人から与えられるものがある。つまり私たちの人生にプラスになる貴重なものがきっとあるのである”という。

現在オーストリアでは緩和ケアを理論的に学んだ医師が多くなってきた。然し実習しようとする場所がまだ多くは無い。とはいえ在宅医療に関しての問題は無いといえる(在宅はドクター1人に500~600人の患者である)。ただし、緩和ケアについて全ての医師がこれまで学んでいるかといえばそうではない。そのギャップをこの施設からのアドバイザー・ナースが埋め、医師と患者の調整、指導、アドバイスを行なっている。

オーストリアの在宅死亡者はまだ病院で85%、家庭で15%の割合である。家庭医は800人位であるが、在宅医療組織は整っている。しかし、ガンの末期の在宅緩和ケアの対応はそれに比べてそれほどではないのが実情である。

おわりに

先進諸国の経済事情はいずれも同じく高齢化の波に見舞われつつ、さほど景気は良くない。途上国の人件費の安さを目指す国際的な金融市場の活

動により、今後は世界平均化に移行していく様相である。そうした例に漏れず、オーストリアも経済規模縮小化の道をたどり、小さな政府を目指し、左右連立政権による社会福祉政策の削減縮小が図られていることが分かった。同時にオーストリア社会の行政が市民生活を支えるために、過去どのような福祉的歴史を持って今日まで至ったか、また今日も市民生活の精神的なバックとして伝統の宗教が如何に強く社会基盤を支えているかを見てきた。

古代ローマからの思想的な背景を今日まで生かした年金制度など、精神的支柱がヨーロッパの根幹をしっかりと支えている。市民に受け入れられ、それを今も受け継ぐ宗教的伝統の下で、困難な病に悩む患者を支える教会関係者達の活動と、それを支援する市民達の広範な支援意識の強さと深さに歴史の重さが伝わってきた。またこの活動の基盤にあるのは死後の希望に繋がる信仰の故なのだろうか。

今回の4つの施設はそれぞれが古い歴史を積み重ねたカトリック教会の施設として、市民のこころの支えであったところであり、また現代社会の活動の医療最前線の中心に位置するところである。

最初の(1)聖ラファエルホスピスにおける活動概要から、緩和医療の介護の責任者である看護師長のハイケ・アッパーインガー女史の終末期医療活動の実情や、カリタス在宅ホスピスセンターの看護師アグネス・グレーザー女史の在宅介護の支援現状(10歳と12歳の娘の母38歳の在宅介護の実例報告)等、きめ細かい心配りの支援の状況がわかり、温かい社会的連帯感と人間の価値が重んじられる伝統の強さに圧倒される思いであった。

また、(2)カリタス系列のレンバック・ホスピスは、アルツハイマーに対する受け止めに重点を置き、住宅施設と同時にデイケア施設を開いていた。(3)カリタス在宅ホスピスケアセンター(Mobiles Hospiz der Caritas Erzdioezese Wien)や、最後の(4)レンバック在宅ホスピス・ケアセンターでの「在宅ホスピスの現実的な対応」「緩和ケアの目標」などの話が紹介された。この細部にまでおよぶ整った介護計画の基準に沿って、患者と家族を

中心とする個人の尊厳・公正さ・並びに情熱を持って、確実に支援活動を行なう社会的連帯意識の厚さと真摯な姿勢に、大きな感銘を受けた。

どの施設においても患者が中心で、最後まで前向きな人性を過ごすことが大切であると捉え、そうした生活を実行する支援が掛け値なく実践されていることを実感した。より良い社会を築こうと勤め続ける一般市民の人々の暖かな心が、深く印象に残った。

日本の高齢化社会の今後の対応がこうした在宅介護の主流となるはずであるべきなのだが、このような看護が日本で広く行なわれることの必要を痛感した。もっと市民への啓蒙活動がぜひ求められる。

告知については日本と同じように、ケース・バイ・ケースであるが、告知をした場合、その後の心理的なサポートへの努力はチームメンバーが連携して対応している。わが国の終末医療に対する意識対応が、ヨーロッパの歴史的前提と違っていることが心もとなく思われる。困難な患者の人格への尊厳性、プライバシーなどについて、医療者側の人間としての謙虚さや正義の実現に対する心理的配慮とケアへの対応の意識が未熟ではないかと感じた。人間が備えている生存の質、人の尊厳意識を医療者も患者も身につける必要があるだろう。オーストリアでは責任を持った個人同士が責任と義務を分かちあい、市民としての義務を果たす実践に裏付けられての共同生活社会であるという基本が、今の日本には不十分であると認めざる

を得ないと思われた。

今でも世界中の人々のあこがれる音楽の都でもあるオーストリアの首都ウィーンの前は、ハプスブルク家の下で大帝国を実現した中世以来のヨーロッパ社会の栄光を担った町であった。そしてこの町に暮らす人々の日々は、いままもキリスト教文化の伝統の中に生活の基盤がある。朝から教会の鐘の音により始まり祈りの言葉で終わる。古い町並みの中を行き交う人々、そして世界中から歴史と美術を探訪する観光客の溢れる美しい町並など、町全体に堂々と落ち着いた風格が、人びとの生活と心情の中にどっしりと根を下ろしている様子が感じとられた。

850万人の人口の5人に1人の170万の人が首都であるウィーンに住んでいるとのこと。そこでも現代社会の高齢者の増加の問題が、日本と同様にやはり次第に大きな社会問題となりつつあるようである。

参考文献

- European Observatory on Health Care System — Health Care Systems in Transition Austria written by M. Hochmarcher and Herta M. Rack Vol. 8 No. 3, 2006
- Grand coalition government formed in Austria by Markus Salzmann 2007
- Das Mobile Hospiz Rennweg: The idea of hospice by Dr. Roswitha Prohaska 2007
- 「全人的医療・ケア」のこれから：病院から退院後の在宅ケアへのスムーズな連携 村上紀美子 医療経済研究機構 2006. 11