

ブリュッセルの終末期医療

宮坂 いち子

1. 序

オランダで2001年5月に安楽死法案の議会通過に次いで、ベルギーでも世界で二番目に安楽死法が議会の通過し、2002年の8月から実施されることになった。安楽死法は日本ではあまり耳慣れないものであるが、一体「安楽死法」とは如何なるものなのか。日本においてマスコミに取り上げられる安楽死は、医師が法律を犯したものとして糾弾されている。オランダやベルギーで取り上げられている安楽死と日本の安楽死の違いは何処にあるのだろうか。また各国の安楽死法も長年の検討の結果実施に至っているが、その問題点は何処にあったのだろうか。オランダに次いで、ベルギーと言う隣接国で安楽死法が通過したが、安楽死が社会的に承認される基盤は何であろうか。安楽死とホスピス運動はどのような連関があるのだろうか。日本でも将来安楽死は可能なのか、などについては昨年の紀要¹⁾で論じてきた。

オランダでも安楽死の運動はトルース・ポストマ医師が、彼女の末期がんの母に安楽死を施したことがきっかけとなり、懲役1週間、執行猶予1年という判決が1973年に下されてから2001年の法制化まで、30年の歳月を必要としている。安楽死が法制化されるまでには、その社会の市民的意識のレベルの違いが大きいことが実感できる。オランダで安楽死の選択が可能になったのは、第一にオランダという国が自主性を尊ぶ個人主義の国柄であるがゆえに可能であること、さらには第二に、こうした個人の自己決定権が実現されるための十分な情報が与えられているということであった。初めて末期患者ではない生甲斐を失った健康者の要請で自殺幫助を行ったバウドワイン・シャボット医師の場合も、不利なことを承知で医師が自主的な報告を行い、そして社会の批判を医師が正面から受け止めている。第三に個人の社会意識の高さである。自分達のホームドクターを患者達が支持し、社会の批判から医師を守ろうと行動を起こし、裁判の判決から医師を守り通している。第四

にオランダには個人が徹底して自立して生きられるような制度があり、個人が皆自立して生きていることである。さらにもう一つオランダの特色は、患者の生活に密接したホームドクター制のあることであった。国民は誰もが掛かりつけ医としてのホームドクターを持たなければならず、これが患者と医者との信頼関係を深めている最大の原因であり、ホームドクターがずっと患者の病状を診ており、自分の患者を最後まで見過ごしにはできず、患者の本当の要望に沿いたいという結果の安楽死選択であったのである。

ベルギーでも2002年5月16日、賛成86、反対51、棄権10で安楽死法が国会を通過し、ベルギー国王の署名を得て、8月20日から実効されている。賛否の数字から見て推測されることはこの法案が決して満場一致で通過したのではなく、キリスト教民主党员などの宗教関係者の多くが反対し、ベルギー国民の75%がカトリックであるベルギー・ローマン・カトリック教会司教も、「人間の生命を基本的に尊重することに反している」と否定している。

しかし、ベルギーの国会で安楽死容認の法が通過したのであり、国民の社会的意識の高さは言うまでもなく、国が行う国民への自立支援の厚さもベルギーでも同様に充実している。また、安楽死選択にとって終末期医療の徹底した充実が前提であり必要であることは前論文でも述べたことであるが、この前提がベルギーの緩和医療において実現していることを2002年夏の研修から実証したいと思う。

2. ブリュッセルの緩和医療組織

ベルギーという国を概観すると1830年オランダから独立した人口約1000万人の小さな国である。国民は言語・文化的にフラマン圏ともう一つワロン圏という2系統に分かれている。フラマン人はオランダ語を話し、ワロン人はフランス語を話す。公用語は北部はオランダ語、南部はフランス語、首都ブリュッセルは両方が使われている。今回の研修ではブリュッセル内のいくつかのフランス語圏の施

設とオランダ語圏の施設を各々訪問した。

ブリュッセルの住民の多くは2ヶ国語を話しているが、1つの言語しか話せない住民のために各言語に通じるプラットフォームとネットワークという呼び名の終末期医療の中心センターが市内に1つずつある。1つはフランス語を話す住民のための「ブリュッセル・プラットフォーム」であり、もう1つがオランダ語を話す住民のための「ヴェンメル・ネットワーク」である。このプラットフォームとネットワークを頂点に市内はもとより国内を網の目のように緩和医療の網がカバーしており、市内には5ヶ所の在宅専門支援組織がある。それらはコンティニューイング・ケア、アレミス、セミナリス、オメガ、インターフェイス・サン・ルークである。以下に紹介するのはこの5つと、ベタニア・デイケア、エラスムス総合病院の緩和ケアチーム、がん専門の研究病院、カトリックのサン・ルーク病院のホスピス・院内循環緩和ケアチーム・在宅訪問部の3部門を持つもの、最後にオランダ語用住民のヴェンメル・ネットワークを概観し、ベルギーの終末期医療の充実を実証する。

①ブリュッセル・プラットフォーム

この仕事はナショナル・がんセンターとして、専任職員3人をおいて、市内の終末期医療の中心的役割を担っていた。具体的仕事としては

- a) 医療者にインフォメーションを提供
- b) 終末ケアとして出来ることの内容を示したビラを各家庭に入れるなどの広報
- c) 終末期医療の医師・看護師・ヴォランティアなどの教育
- d) 医療者の組織化

などであった。つまりa)の仕事は、病院でなすべき治療を終えたターミナルの患者の、退院後どのように過ごしたいかに応じて、入院中に病院関係者とプラットフォームが患者のための退院後のコーディネートをするのである。病院に最後まで留まりたい人には病院の手配、在宅療養を望む人のためには、そのための在宅チームのコーディネートをするのである。このように、プラットフォームが病院からの退院を目前にしている患者について、退院後の相談を病院から受けるのだが、患者が直接ここに相談に来ることは無く、医療の専門家やソーシャル・ワーカーなどが相談に来る。主治医が末期(余命半年)であるという証明書を出すと、エイズ、がん、老衰など何であれ、終末ケアが開始され始める。

そして、自宅での療養を選択をした患者には、終末期在

宅手当での費用(医療費とは別のもの)が政府から出されることになり、最高2ヶ月その費用を得てのケア可能である(原則1ヶ月出して、さらにもう1ヶ月まで可能)。しかし終末期在宅手当を受けた人の日数は平均すると23日から25日位のケアであるという。痛みの治療はモルヒネの注射、飲み薬、パッチなどによって行い、さらには吐き気の治療、床ずれしない処置などが主なものである。独居の患者は、テレビモニターで繋いで24時間連絡可能であり、薬などは自動的に時間で投与されている。

②コンティニューイング・ケア

在宅支援は近年組織的に始まった。中でもこのコンティニューイング・ケアという在宅支援組織は古い方である。1981年がんて苦しんでいたイギリス人の男性患者と家族は、イギリスのような在宅ホスピスケアを望んだが、当時は痛みをとることも、家で死ぬこともベルギーではまだできなかった(イギリスでは1967年シリリー・ソングス医師によってロンドンにセント・クリストファー・ホスピスが設立され、在宅のターミナル・ケアも始まっていた)。夫の死後気持ちが落ち着いてから、妻が資金を集めて1984年ここにがん末期のケア施設を創設したのである。1985年5月に初めて末期患者を看取ったという。初めはがんのみであったが、今日ではエイズ以外の末期の人の全てを扱っている。今ここに相談に来るのは看護師、主治医、家族、友人、ソーシャルワーカーなど誰でも良い。治すことが出来ない＝終末ケアが条件である。

このコンティニューイング・ケアは国と個人を結ぶ橋渡しの役を果たしており、かつて在宅でのがん治療は難しかったが、今日費用と人手を国が支援するようになってから、在宅死を選択する患者が多くなり、退院時に予定した医師や看護師でまだ足りない所をこの組織が支援しているのである。病院から要請があると、ここのスタッフがその患者に会いに行き、状態を良く見て、全体との流れの中で、退院時に決めた患者の訪問管理ナースが定期的に来ていいるかどうかを確認し、不十分の場合は管理ナースとは別のここのナースが、さらに患者や家族の保護、手助けをする。

在宅が無理になった時や家族の一時休養などの時は、ホスピスの施設に患者を入院させることもする。ここのスタッフは所長、事務員、4人のナースであり、2名の契約の医師と連絡をとりながら、平均週40人位、年間170人位の患者の世話をした。他に保険請求なども行う。低収入の人には民生局と連絡をとって、費用を国から出してもらう取次ぎの仕事もする。国は末期の在宅医療を進めるために、患者個人(1ヶ月483.39ユーロ)とこうした在宅支援組織(年

患者1人当たり1549.14ユーロ)の両者に費用を割振りすることにしたのである。

③サン・ジャン病院のがん患者用デイケア・センター(ベタニア)

在宅でがん末期を過ごしている患者は、時々、他の患者やナースなどと会話を楽しまなくなる。そういった患者が日帰りで通ってくる場所が、緩和ケア患者のためのデイケア・センターである。

デイケア・センターはブリュッセルには3つあった。このベタニアという名称のデイケアは2年前の2000年からあったが、病院から独立したのが2002年の年である。職員は2名の専従のナース、それに8名のヴォランティアである。ヴォランティアの仕事は患者の送り迎えの運転手や、その他ベタニアでのお茶のサービス、患者の趣味の絵や粘土づくりの助手などであり、毎日半日くらい手伝う。この運営費の一部は、今は国から費用が出ている。開所時間は8時30分から5時であり、患者は1日9名から5名であるが、毎日来ている患者もいれば、週1回の人もおり、患者が自分で決めていた。通いだして1日で亡くなる人もいれば、1年半通って来ている人もいる。家庭で精神状態が不安定になっているような人を、医師やソーシャルワーカーがここに通うように推薦してくる。開いているのは月・火・木・金である。何をここでするかは患者が望むことをこのスタッフと話し合っただけで、一緒に行動するのだという。誕生会をしたり、音楽を聴いたり、ダンスをしたり、ワインを飲むこともある。家にいるような雰囲気作りに気を配っているのだといい、所長は今までの患者が作った沢山の粘土細工や、彼らが描いた絵などを何冊ものアルバムにしてあって、私達に見せてくれた。

④病院内の巡回緩和ケアチーム(エラスムス病院)

この病院は857床あるブリュッセル自由大学に所属する総合大病院であった。ここで説明してくれたヤーレン教授(エイズの権威、安楽死の法の専門委員)によれば、今日病院死は60%から70%であって、パーセントは農村部と都市部では多少異なる。入院費は高く、調査では在宅死を望むものが多かったのが、1995年に法律ができ、以来在宅の方向に向かって進むことになったという。

治らないとわかった時、濃厚な治療を最後まで続けず、治療を止めて数ヶ月から数週間快適に過ごす方策がある。本人が望めば家に帰れることを支援する法律が出来、器械に繋がれて3ヵ月過ごすより、もっと豊かに暮らすことを患者も考え始めていたし、医者も濃厚な治療に気が付き、

費用と倫理的面からも反省したのだそうである。患者が、病院が良いか、在宅が良いかを選ぶのであり、患者が家に帰るといえば、プラットフォームが患者、医師、家族と相談してその方策を決める。60年代は治せない時は、患者を見放したが、今はしっかりと終末ケアをする。そのためにはベルギーでは600床以上の病院には必ず院内緩和ケアチームを置かなければならないという法律ができたのであり、そしてこのチームが病院内の末期の患者の所に出向き、患者の痛みの治療、心のケアなどを担当するのである。

院内緩和ケア訪問のスタッフはナース1人、ソーシャルワーカーが1人、心理療法士が1人、キネセラピスト(整体師)1人、栄養士1人、精神科医師1人がチームとなっていて、皆が平等で、責任者は特にいない。患者に必要とされている適任の人がその場の中心となるだけだという。このエラスムス病院を退院しないで彼らのケアのもとで亡くなる人もいる。この緩和ケアチームは在宅には行かず、在宅のチームに患者のための情報を提供し、在宅センターの所まで患者を送り、後は任せる。在宅は在宅専門のチームであるコンティニューイング・ケアなどが、終末の症状緩和を担当するのである。

⑤がん研究病院(ボーデット・インスティテュート)

ここはブリュッセル自由大学に所属している国立のがんだけを対象とする病院であった。またリサーチセンターもあり、世界的な研究センターでもある。ここには基礎研究部門もあり、臨床的データをリサーチセンターに送っている。化学療法ではベルギー一番の高度医療を行っている。ここではがん専門病院として検査、手術、化学療法を行い、化学療法の病棟は別に持っていた。セカンド・オピニオンのために来る人も多く、医学情報は公開すべきなので、自由に2人目の医師を選ぶことができる。かつてはセカンド・オピニオンの時、カルテを医師から医師に手渡したが、今は情報を患者に渡しているのも、患者が自由にそのカルテを持って他の医師の意見を聞きに行くことができる。告知は100%可能ではないが、全員に知らせることを原則としている。しかし時間をかけて、チームで伝えて行き、本人と話し合いながら、事情を見ながらとのことであった。

病床数154床、そのうち緩和ケア専門に8床準備されていた。8床の緩和ケア病棟(PCU)には多くの場合、外の病院から患者が送られてくる。終末ではない人も来ることもあり、痛みの取れない症状の難しい人が症状緩和のため一時的に入院もしてくる。病院の滞在日数は15日以内の人が多い。痛みが取れるとホスピス、在宅などに戻って行く。PCUにある8床は特に重症の患者のためのものであり、そ

の他病院中に7床が散らばっているが、そこに居る患者たちは少し元気な患者である。

在宅ケアはこの病院ではしていない。入院治療を行うのであり、責任者の医師によれば患者の病状検討は毎週金曜日の朝。20人の医師が80人の患者について、2時間かけて全員の患者について検討して行く。問題のない人はすぐ済むが、問題の人については皆で時間をかけて検討する。

モルヒネを使う緩和医療はベルギーでも近年になって進んできている。ここの主任の女医は大学卒業後、7年間大学で内科医として勤め、その後内科・小児科の専門医として5年間、さらにがん専門医として2年間、その後終末医療をカナダの大学で1年間学んだというが、緩和医療は新しい学問であり、今日その専門性が認められてきている。今年、初めてこのブリュッセル自由大学に緩和医療のマスターコースが出来た。2003年からは全ての医学部の授業に終末期医療が入り、1年間の中で6ヶ月120時間の研修を受けなければならなくなった。

⑥インターフェイス(サン・ルーク病院)

ルーバン大学附属サン・ルーク病院は、緩和医療の院内循環チーム、緩和ケア病棟、在宅訪問のインターフェイスの3部門を持つ病院である。900床ほどあるルーバン大学附属のカトリック系の総合大病院であり、その中の緩和ケア部門の責任者は女医であった。

サン・ルーク病院には病院内緩和ケア病棟に8床、院内循環緩和ケアチームと、在宅訪問の3部門を持っていて、その3部門とも責任者はマリアンヌ医師である。この3部門を持っていることに大変特色がある。例えばがんで病院に入院してきた患者が、末期になった時院内緩和ケアチームの看護の下に、病院内に最後まで留まることもできるし、在宅に移りマリアンヌ医師の訪問を受けることも出来る。さらには病院内の8床の緩和病棟に入り、ホスピスケアを受けることが出来る。それはこの3部門の責任者が同じ医師であることで連携が取れるからである。在宅に移っても、在宅ケアからここに戻ってくる人もいる。その選択は自由である。戻る人は

- a) 在宅で心身のコントロールが出来なくなった患者に対し、ここでは病院の医療器具を使つての終末ケアが出来る。
- b) 家族が看護に疲れた時、1～2週間家族が休養をとるために、しばらくの間患者がここに戻れる。
- c) 2～3日で死ぬ可能性がある時最後のみ患者はここで過ごす。子供が死人を看取することを恐がったり、死人が出た家で暮らすことは怖い同じ家で暮

せない、と言う人もいるからである。

8床以上を越える患者になった時は、院内チームがあるので、病院と連携し、病院内に一時入院していただくことが出来る。ここの緩和病棟の入院は平均15～20日であり、在宅チームは2ヶ月位訪問しているのが平均である。1年に亘って在宅訪問チームの世話になる人もいる。長く入院していた人が在宅に戻ることを不安がる。そこで患者が在宅生活に慣れるまでここの在宅看護チームが出向いて指導するが、しばらくすると看護の支援が不用になることもあり、一旦は引き上げるが、また必要になれば出向く。このように、ここのチームの特色は病院から出かける看護だから、いつでもここの緩和ケア病棟のベッドが使用出来ることが利点なのである。

ここの在宅チームが行く時も、患者の家庭医や看護師はちゃんと既におり、その人たちで足りない時、ここのチームが手助けに行くのである。家庭医がここの病院の在宅の医師を相談のために呼ぶこともある。原則は家庭医が患者の責任者であり、家庭医で分からないがんの専門的なことを家庭医と話し合い相談に乗っているのが専門の病院所属の訪問看護チーム・インターフェースなのである。ドクターのアシスタントやドクター自身にも24時間電話連絡が取れるようになっていた。

⑦「アレミス」と「セミナリス」

アレミスは1988年がんで在宅看護を望む患者の支援のために作られた。創設の切っ掛けは、創設者のマブルック氏のがんで入院していた友人が「家で死にたい」と言っていたが、実現せず病院で亡くなったことからである。そこでがんセンターの看護師マリオンさんが在宅訪問を担当することにして、彼は心の病を直す心理療法を担当し、2人で在宅看護を援助する事を掲げ1988年にアレミス設立が実現した。

治る、治らないに係らず、看護は続くものであり、その意味での患者の継続看護をしなければならない。アレミスは病院や家族の要求で、終末3ヶ月前からの人の在宅での化学療法を行う。設備機器も整えて家で病院と同じことが行える。アレミスは在宅で病院と同じことが技術的に出来るベルギーで唯一の組織である。しかし、国が予算を認めているのは「治す治療」か、「治せない終末医療」かのどちらかである。アレミスは両方行っているのですが、終末ケア手当てとしては国(全政府)の予算は出ない。

しかし、今は州政府がアレミスの運営費については出しており、州は予防医学にはお金を出すので、アレミスにも教育、会議、学会費用が公的に出る。人件費などは寄付を

当てている。患者の治療費は健康保険で支払う。保険によって多少違うようだが、約80%を保険が支払い、患者個人の負担は20%である。足りない分はアレミスで募った寄付を充当するが、20%自己負担しても化学的治療と終末緩和ケアを受けたい人はアレミスに頼んでくることになる。在宅終末ケアは治療を積極的にしないことを条件に政府が在宅終末ケア手当てを支出しているのだが、患者の中には終末で直せないとと言われても、なお化学療法を続けたい人もおり、政府の決めた最後の1ヶ月を終末ケアに切り替えることの出来ない人もいる。そういう人たちにはアレミスは有難い組織である。

さらにアレミスに終末ケアを行うセミナリスという組織が1999年付設され、また病院と家庭の中間滞在組織のシテ・セリーヌ(滞在とデイケア)が2000年に創設されている。

一方ベルギーには黄十字(在宅看護師協会)もある。ここには120人ほどの看護師が登録しており、注射、体の清掃が主な仕事であり、対象は老人看護であって、終末看護は行わない。患者が終末期になると黄十字が連絡して病院などに送る。黄十字は一日25人から50人の患者を看ないと採算が取れないので、年間の患者数は1500人から2000人。しかしアレミスは6人から7人の看護師で、1日患者7人から8人巡回看護し、医療的な複雑な処置をする。そのため年間150人位の面倒を見ているのだが、同一の看護師が最後まで面倒を見るので、患者には信頼されているのである。

医学の第一線は医療者が行う治療である。第二線は医学的面倒ではなく、症状緩和である。しかし、それまでの医学の中には治療の終わった人のケアはなく、見捨てられるか、濃厚治療を続けるかであった。そこでブリュッセルがん協会の会長でもありアレミスの責任者でもあるマブルック氏は、哲学的かつ経済的観点から、治すことではなく、ケアを続けることの必要性を痛感したのである。今日、政府の在宅終末ケア手当ては30日単位で2回もらえるが、アレミスでは治療も行いながら、末期の3カ月間1人の看護師が在宅医療の責任者となって看護している。

一般の病院から家までの継続看護の中で、死ぬ前の平均21日間を世話しているのは、付設のセミナリスである。アレミスに併設して、11年遅れて1999年創設された末期の在宅訪問組織である。在宅看護支援の発展のために作られたもので、ここは医療的治療はしない。傍にいて、話を聞いたり、痛みがあれば事務所に連絡し、看護師などのオーガナイズをするのである。しかしアレミスならもっと前から看護し、そして治療もしながら、最後は緩和ケアの保

険と在宅終末手当てを当てるのである。

アレミス付設の「シテ・セリーヌ」は患者用のテラスハウス5棟からなり、その中にデイケア・センターもそなえ、別棟に緩和専門の開業医室も作られている。シテ・セリーヌのスタッフは看護師、ソーシャルワーカー、ヘルパー(洗濯、買い物などの生活面援助)である。医師は患者の主治医があたるが、主治医がいらないか、遠くて大変な時はこの関連の医師を紹介することもできる。

滞在費は住居代+治療代+食事代=37ユーロ/日である。支払えない人はソーシャルワーカーが民生局と相談して工面してくれる。

具体的な滞在者についての一例は、アルジェリアからエラスムス病院の抗癌剤の化学療法を受けにきた患者のような例である。彼は5回に分けて治療を受けたのだが、治療が済むと病院にいられない。国のアルジェリアに帰るには遠すぎて帰れない。そこで治療のない間ここに滞在し、終了後帰国した人がいたし、または化学治療中の患者の家族も、外国から来ているので、その間ここに滞在していたのだという。

⑧ブリュッセル・がん協会

ベルギー終末がん協会は1.ブリュッセル(本部) 2.フラマン圏 3.ワラン圏の3ブロックに分かれている。マブロック会長はアレミスを立ち上げた設立者でもあるが、ベルギー協会の会長であり、本部はブリュッセルにある。20年ほど前から終末ケアはがん患者に対し始まっていた。病院であれ、在宅であれ、終末医療に係る全ての人のがん協会の会員である。この協会が98年から99年にかけて、29のプラットフォーム(別名ネットワーク)をベルギーに作ったのである。

協会の目的は、ベルギー国内の看護の品質管理、痛みの研究、医療者の教育、それに倫理の追求である。終末医療に関することはこのがん協会が扱い、三つの協会が当番制で、政府と交渉していく。政府への要望は三者が協力し、三者の名前で出すが、代表は一人で順番制。終末医療はベルギー全政府が扱い、費用も負担するが、予防医学は州政府の管轄と分かれていた。30万人に一つのプラットフォームを作って、ここに問題をあげてくるのは病院の中に作ったホスピス(緩和ケア病棟)と、病院内の緩和ケアチーム、と在宅訪問チームである。

2002年から5年間で「在宅看護を広げるにはどうしたら良いか」のリサーチを、このがん協会が政府から委託されており、また、大学院に終末ケアの講座を入れることを協会が圧力団体として申請したため可能となり、大学院の資

格としてDES (Diplom Education Science) も取れるようになった。1年間のコースで6ヶ月の研修を含む。アレミスはマスターコースの学生の実習場所として指定されている。国へは個人で要求するのではなく、個人の要求をがん協会が専門家集団として代表になり、一致団結して当たって行くのである。

⑨ネットワーク

ブリュッセルのオランダ語住民の終末医療センターは、ヴェンメルにある広い緑の敷地内に建つネットワーク施設である。

この施設は1988年から在宅看護をしていたが、1995年ベルギー全政府と州政府が資金を出して各地区にプラットフォームを作るようになった時、ここがオランダ語地区の中心として指定された。フラマン圏の55万人とブリュッセルのオランダ語人口の20万人を含めて75万人を対象としている。

ネットワークの仕事はプラットフォームと同じであり、直接看護などをするのではなく、実際に働いている人の条件でうまく行かない時は、こちらが手助けに行き、政府機関ゆえ、困っている施設の援助を無料でしている。終末ケアの対象はがん、パーキンソン病、ALS(筋萎縮)、エイズ、その他不治の病気である。

医師や看護婦でも専門の終末ケアを知らない人がいる。そうした人の中で終末専門教育を受けたい人や、老人ホームなどで終末ケアを行いたい人はここで学ぶことができ、政府が教育費を出しているのである。在宅訪問看護を望む人は120時間の講義と3ヶ月間の実習を受けると、終末ケアの専門家となることができ、終末ケアの専門家は毎年40時間の研修を受け続けなければならないと法律で決まっている。

また、病院から家、家から老人ホームなどへ移動をする時、ネットワークに相談する。ここでは移動先で今までと異なる看護とならないように気を使う。老人ホームから緩和ケア病棟に移る時は老人ホームの所長とナースが来て、引越しに関する問題点を話し合う。患者が何処でどのようなケアを受けたいかを聞いて、どういうナースを必要としているか検討、老人ホームには話が好きな人を当てるなどのコーディネートをするのである。また、よく運営されている終末ケアの病院とまだ良く分からない病院があると、まだの病院はここに来て良い運営の病院の話聞き、解決策を自分で探して行く。研修用の大きな3教室、ナースにストレッチなどを教えるための体育館、精神科のドクターの診察室、相談室があった。

大切なことは、大衆が末期医療について十分な情報を得ていることであるから、患者が全て知っていて、自分で選択できるように、大衆の教育活動もしている。新聞、テレビ、パンフレットなどによる宣伝である。安楽死も2002年8月20日から実施となったので、その前に緩和ケアとは何かを多く宣伝しなくてはならない。

スタッフはコーディネーター1人と事務員2人。この建物は緑がいっぱいの広い敷地内の一戸建ての建物ゆえ、この建物内には在宅訪問支援チーム「オメガ」(主治医、看護師などで構成)も事務所を置いていた。さらに「トパーツ」というデイケア・センターも併設していた。トパーツは週5日開いており、平均一日10人が通っていた。多い日は20人くらい。今2歳の子供の母親や、17歳の少年なども通ってきている。愛犬を連れて通ってくる患者もいる。ボランティアは23人おり、一日4～6名が交代で手伝ってくれている。多機能設備(テレビ、ビデオ、コンピューター、ハイハイ、図書など)の大きなロビー、共同の食堂、寝たまま入浴できるジャグジー設備、アロマテラピー室、整体マッサージ室、患者の作品や絵画などの展示コーナーもあった。緑の芝生の庭には花壇もあり、ビーチパラソルやテーブル、椅子も置かれ、屋外での安らぎも取れるようになっていた。

このように在宅での療養中の末期患者に、ここのデイケア・センターに通ってもらい、自宅のように過ごしてもらえように様々な心使いがされていた。

3. 終わりに

ベルギーの在宅末期医療の改革は1995年から始まったばかりであるとはいえ、一旦スタートするとその進行は著しく早い。95年に政府の調査結果が出て在宅看護が法的に決まり、国から終末ケアの費用も認められた。2000年からは600床以上の病院には緩和ケア院内循環チームを設置することが法的に決まり、2001年からは老人ホームにも緩和ケアを導入することが決められ、医学大学にも緩和ケアの単位が義務付けられた。

きめ細かく在宅患者をカバーするため国内を30万人ごとの単位に分け、その各々の区分けに一つの終末医療センターを作って、ベルギー中をカバーして、全政府(州政府の上にある)がその拠点に対して運営費を負担している。フラマン圏に15拠点のネットワーク、ワラン圏に13拠点プラットフォーム、ブリュッセルに1拠点、計29拠点が設置された。そして組織としては国内に3つのがん協会があり、一つはワラン圏のプラットフォームを統括し、一つはフラマン圏のネットワークを統括し、もう一つはブリュッ

セルに置かれ、このブリュッセルがん協会が本部となって、ここで終末期医療の会議、事務処理などを行なうと共に、政府への要求もまとめて行なう機関となっている。こうした緩和医療の組織ときめ細かな治療の選択が可能になってこそ、はじめて2002年の8月の安楽死容認の法律が認可されたのである。

何時でも、何処でも、国民として同じ待遇の終末ケアが受けられるというのがベルギー政府の定めた法律である。病院から自宅へ、自宅から病院へ、病院からホスピスへ、ホスピスから老人ホームへ、老人ホームからホスピスへとその選択は自由に患者個人の決めることである。この国では如何に最後を迎えたいか、つまり如何なる選択の元に死にたいか、さらにはどのように最後まで生きたいかの選択が個人に委ねられているのである。個人に委ねられている

ということは、個人が自由に自己の生き方を選択でき、しかも、それが言葉だけでなく本当に実現されるということである。その根底にはベルギー国内に、人間の命の尊厳を国も支援し、国民も責任を実行するという意識が浸透しているからだと思う。国は国民が作り、国は国民のためにあるのであるという意識をベルギーの多くの国民が持っており、それゆえに自分達の生活は生きている間は常に、そしてそれがターミナル・ケアに至るまで充実していなければならないと国民が自覚しているゆえに、国に対しても強く要求出来るのではないだろうか。

注

- 1) 生涯学習研究紀要 1, 聖徳大学生涯学習研究所, 2003, pp. 105-117