

平成28年度 第9回（震災後第73回）
陸前高田市保健医療福祉未来図会議 議事録

テーマ：「エンド・オブ・ライフケアと地域コミュニティ

～地域でその人らしく最期を迎えるために～

日時：平成28年12月16日（金）13：30～15：30

場所：陸前高田市役所 4号棟第6会議室

参加：47名 18団体

資料：下記にアップ

<http://healthpromotion.a.la9.jp/saigai/rikuzentakata.html>

1 挨拶

菅野民生部長：

陸前高田市は「ノーマライゼーションという言葉のいらぬまち」を掲げているが、その中でも「人間って何だろう」「人をどう大切に、まちの中でみんなで過ごしていくか」というところが本日のテーマだと思っている。それを深める意味では「エンド・オブ・ライフをどう考えて、どう支えていくのか、ケアしていくのか」が大事である。難しいテーマだが、皆さんの議論によって内容が深められると思うので、よろしく願いたい。

2 内容

(1) 未来図会議のめざすこと ～一人ひとりが元気になる地域づくりに向けて～

・陸前高田市地域包括ケアアドバイザー 岩室紳也氏

(2) 報告（話題提供）

報告 「みんなで考えたい地域におけるこれからの緩和ケア

～気仙地域の緩和ケアチームの取組み状況を切り口に～

・岩手県立大船渡病院 緩和医療科長 村上雅彦氏

(3) グループで「はまってけらいん、かだってけらいん」

・テーマ：これからの陸前高田の緩和ケア

①今朝までの「緩和ケア」のイメージとの違いは？

②困ったときに村上先生へだけでなく、どうつながりを持てるか？

◆導入・オリエンテーション（地域包括ケアアドバイザー 佐々木亮平氏）

日本エンド・オブ・ライフケア学会（2016年7月設立）の設立趣旨書には、こう書かれている。「エンド・オブ・ライフケアとは、すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気

であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケアであると考え。」

昨年策定の陸前高田市健康づくり推進計画でも明記している。6本柱の一つに「住民と創る医療」があり、どう住み慣れた地域で最期を迎えるか、行政の取り組みだけでなく、住民や関係機関、地域での取り組みの方向性を示している。今日のような機会を通じて、お互いの立場を超えて、はまかだ、共有していくことが重要である。

(1) 未来図会議のめざすこと ～一人ひとりが元気になる地域づくりに向けて～

(陸前高田市地域包括ケアアドバイザー 岩室紳也氏)

健康づくりも、エンド・オブ・ライフケアも地域のつながりづくりが非常に重要だと考えている。健康日本21では、ソーシャル・キャピタルの向上、地域のつながりを強化することがトップに挙げられているところに、皆さん注目していただきたい。

つながりというと「絆」である。この「絆」という字の大切さは、単に「きずな」と読むだけではなく、「ほだし」、手かせ、足かせ、束縛、迷惑という読み方がある。この「きずな」と「ほだし」の二つの存在が、ソーシャル・キャピタルにつながる。ソーシャル・キャピタルの3要素は「信頼」「ネットワーク」「お互いさま」である。それがそろったときに人は健康になり自殺もなくなり、総死亡率も減るだけではなく、まちおこしにもなる。

健康づくりというと、日本人的発想は「がんになりたくない、避けたい」ということが頭の中に浮かんで、「これを避けるにはどうしたらいいのか」「どういうエンド・オブ・ライフを迎えるのがいいのか」には目がいかない。世界はというと、エンド・オブ・ライフという状況になったとしても、幸せや役割、楽しさを訪問看護や地域包括ケアの中で考えている。

従来の指導型健康づくりは、「人が病気にならないようにしよう」。「病気にならないよう個人が頑張る、保健師が一生懸命指導する」という方向だった。世界が目指す健康づくりはヘルスプロモーション、すなわちQOLの向上。

今日の未来図会議で問われているのは、関係機関やここにいる一人一人ができることは何なのか。行政のこれからの大きな役割は、このような未来図会議で多くの方々に集まっていただき、知識や情報をシェアする。そういう地域のつながりをつくっていくことである。今日は、一人一人何ができるのか、どういうことがまだ足りないのかを考えながら、村上先生の話聞いていただきたい。

(2) 報告「みんなで考えたい地域におけるこれからの緩和ケア

～気仙地域の緩和ケアチームの取組み状況を切り口に～

(岩手県立大船渡病院 緩和医療科長 村上雅彦氏)

エンド・オブ・ライフケアは、もともとホスピスケアから始まって、巡礼者を初めとして死にゆく方々のケアから始まっており、緩和ケア＝エンド・オブ・ライフケアという認識でいいと思う。後ほど2002年のWHO（世界保健機関）の定義を提示するが、そこから発展して、今はその内容が広がっている。そのことを今日は一つ認識していただければと思って

いる。

エンド・オブ・ライフケアに関して、改めて考え直してみると、私は患者が病院で過ごしているわずかな時間にかかわっているが、退院した後の生活の大部分は、家族や友人、地域の方々、またコミュニティのケアギバーの方々が無意識のうちに提供している。今日は、ぜひグループディスカッションの中で私も学び、現場の方々の考え、声、感じていることを伺いたい。

私の自己紹介。東京オリンピックの年に高田市に生まれ、高田小学校、第一中学校を経て、秋田大学、岩手医大の第一外科に入局、2000年から救命救急科長として大船渡病院に勤めた。2006年にDMA Tの研修、2007年に緩和ケアチームの立ち上げ、2008年に秋田県能代市の山本組合総合病院、2009年に大船渡病院に戻り緩和医療科長として現在に至っている。緩和ケアを担当して、幻滅期、精神的なダメージ、表面的ではなく周りの人にももしかしたら言えていない、そういう心の中の問題は年単位で続くということを初めて知った。3年たってやっと当時のことを語り始めるスタッフもいる。

めちゃくちゃになったふるさつを見て、茫然とした時期を過ごして、その後に自分は何がこの地域のためにできるのかと考えたときに、現実としては山合いの本当に不便なところに仮設住宅が建てられて、でもこの中でもがんになる人は減らない。ここから病院に行って診断を受け治療している方、再発して療養せざるを得ない方々もいる。よくなって帰ろうという話をしても、「仮設は自分のうちじゃないから別に帰らなくていい」「うちに帰って横になっていると家族の居場所がなくなる」。訪問看護師からは「ケアするためのスペースがなかなかとれない」「車椅子を押して砂利道を行けない」など言われた。被災地で暮らす方は、ほかの地域に暮らす患者や家族よりも、さらに多くの困難を抱えているからこそ、一つでもつらさや困難を軽減するかかわりが必要なのではないか。私はがん患者を対象に働いていたので、がん患者のつらさや困難を軽減する働きを何か一つでもやろうと考えて行動してきた。

がん患者の苦しみは、全人的と言われるが、地域に住んでいる方々もさまざまな全人的な苦痛を抱える。フェーズが変わっても問題が変わるだけで、全人的な困難はたくさんある。直接的な急性期の疾病は改善されても、運動不足や口腔内の衛生状況、さまざまな身体的な問題、就職や住居、コミュニティの問題や精神的なところは、逃げ場がない。子どももうちで問題があっても、どこかに避難して保護される空間や場所がないなど、いろいろな思いを抱えたままこの数年間を過ごしてきた。

話は変わるが、震災後の地域のがん医療はどういう状況になったか、当時国立がん研究センターの緩和医療科長の的場先生の支援を受けて調査した。この結果をまとめると、気仙医療圏は医療資源が少ない地域で、震災でさらにダメージを受けて連携をとろうとしても地域間の敷居が高く難しかった。医療と福祉の連携は、陸前高田市は進んでいたと思うが、大船渡では難しく緩和ケアの提供が困難と感じている医療施設がほとんどである。

次に、がん患者の痛みに対する意識の全国アンケートだが、「痛いのを医師から尋ねられなくても自分から訴えているか」という質問に、3人に1人は痛いと言えない。これは都会の話だと思っていたが、第4回気仙がんを学ぶ市民講座のアンケートでもほぼ同じである。そこで、患者会の代表者が声を上げて、がん対策推進協議会で政策に苦痛のスクリーニング、「拠

点病院では患者にきちんと声をかけて、大丈夫かどうかを確認しなさい」ということが病院の義務になった。こういうことを義務にしなければならないという現状である。また、日本人は欧米人よりも、自分から言うのではなく、聞いてほしいという結果も出ている。

ここからは緩和ケアについて、エンド・オブ・ライフケアとは何かを確認したい。まだ医療者の中でも、「緩和ケアは何にもしない」「この人緩和になったから、もうあとは検査も何もなくていい」という方が幾らかいる。でも、そうではない。痛み、苦痛によって失われた生活、それから希望を回復するかかわりということではないか。マズローの欲求の5段階説は、基礎的な要求が満たされて次の関係や、自己表現という欲求が出やすい。必ずしも段階的にいくとは限らないが、症状のコントロールは非常に大事なところであって、これができないと意欲や生活の質に大きな影響を及ぼす。痛みが非常に強いとドーパミンの分泌が起きて、「あなたは、これから残された人生何をしたいか」と聞いても、そんな意欲は起きない。ほかに睡眠や口腔ケアの影響など、一つ一つのケアの大切さを提言している。WHOは緩和ケアを、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体、社会、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切に評価し対応する。そのことを通して苦痛を予防し緩和する。患者と家族のクオリティ・オブ・ライフを改善する取り組み」と定義している。それは、緩和するだけではなくて予防するということも入っているが、これを病院やドクターだけでやるのは不可能である。

では、これを誰がやるのか。生活を支える、個別的なニーズを支える、肩をもむのも、全て基本的な緩和ケアである。家族、医療者、福祉者、福祉関係者にかかわらず、家族、友人の方々も意識せずに提供しているのである。緩和ケアと改めて言葉にすると、麻薬を使って何かやるのか、亡くなる患者のお世話と思っているかもしれないが、言葉でくくらずに、その方を支える、その家族を支えるかかわりと考え、生活、医療の全てと考えてもいいのではないか。

基本的に人間の中には、「愛されたい」「認められたい」「褒められたい」「役に立ちたい」「自由でありたい」の5つの切なる願いがある。自由であるというのは、病院だとさまざまな制限、制約があるから、在宅で過ごすということの意味は大きいと考えている。もう一つ、「話す」ということも非常に大きな役割を果たしている。人は、話すことによって癒やされる部分があり、話せる人がいることも一つの緩和ケアで、相談できるところがあるのも大きな意味を持つことだと思っている。

これは、東北大学の宮下先生の研究報告だが、望ましい死を迎えるために日本人が共通して考えることは、「身体的、心理的な苦痛がない」「望んだ場所で過ごす」「医療スタッフとの良好な関係」「希望や楽しみがあること」「他者の負担にならない」「家族との良好な関係」「自立している」「人として尊重される」「人生を全うできたと感じる」ことである。

痛みは潜在的組織の損傷を伴った不快な感覚、情緒的経験で主観的、要はCTで病変がなくとも患者が痛いと感じているものは「痛み」なのだということが、国際疼痛学会の定義である。痛みが激しいと、GABAという物質が吸収されて一般的な睡眠薬が効きにくくなる。眠ったとしても、睡眠の質が悪化すると言われている。眠れないとさらに痛みを強く感じたり、鬱のリスクが高くなる。また鬱で自殺をするスクリーニングに不眠が有用であると

いう、さまざまな報告がある。すなわち、眠れるようにしてあげることは、身体的にも精神のケアにも非常に重要なことなのである。もう一つ、痛みは痛みの感覚と同時に情動のエリアになり、感情に影響を及ぼす、これが強く続くと、何でもそれしか考えられなくなる。必要以上に強く感じて逃れられないと感じ、痛みの破局的思考に陥る、それに不眠も関与していると言われている。

震災を通して学んだことは、さまざまなスピリチュアルケアのコミュニケーションを話し合う研修に参加し、現実的な困難や生活上の困難、具体的に困っていることを真剣に話し合い、友人や隣人としての配慮をもってかかわってくれるのがケアの基本的な姿勢だと、経験を通じて感じている。無理をせず、必要なことは専門の部署につなぐ。無理をしてはいけないということも大事である。次の世代のためにも取り組むべきことはたくさんある。今後ともよろしく願います。

(3) グループで「はまってけらいん、かだつてけらいん」

テーマ：これからの陸前高田の緩和ケア

- ① 今朝までの「緩和ケア」のイメージとの違いは？
- ② 困ったときに村上先生へだけでなく、どうつながりを持てるか？

2 グループ発表：民生部保健課 蒲生恵美保健師：

①緩和ケアは、痛みを取り除くというイメージがあったが、痛みを取るだけでなく、QOLの改善や話を聞くところから始めるものなのだという感想が出た。

あと、「体の痛みは心の痛み、心の痛みが絶望につながる」ということで「総合的なケアが必要」ということが出た。

②高田病院の看護師から、「一步一步関係性を構築したい」「痛みと睡眠への対応を丁寧に、一人一人かかわっていききたい」ということが挙がっていた。

最後に、連携について「顔、腕、腹の見える関係」として認め合うことが大切である。かかわる人も、いろいろな職種で相談していければいいということが出た。

4 グループ発表：民生部保健課 佐藤咲恵包括支援係長：

①話を聞くまでは、がんの末期、病気でも死が近いというイメージだったが、「人に話を聞いてもらう、話す」ことが緩和ケアになっているということがわかった。

あとは家族ががん患者の場合、「自宅にすることができた」「最期に入院したときに家族で過ごす部屋を配慮してもらい、みとることができた」「大部屋を個室にしてくれた」ことがよかったということが出た。自分の気持ちとしては緩和ケアは、できるだけ避けたいというのがあった。

②「本人が再発を認めず、痛みを我慢している人がいるときに相談できると助かる」「相談するタイミングが図れない」「主治医が別の科にいるという現実」。また、今かかっている主治医に「セカンドオピニオンを希望するためにはどうしたらいいか」というのが出て、「セカンドオピニオンを受けたい」というカードをつくって、ドクターの前に出したらどうかとい

うアイデアもあった。「地元の医師でなるべく対応できるように腕を磨いていただきたい」という話もあった。

6 グループ発表：民生部保健課 遠藤綾子保健師：

①「家で過ごすためには苦しみに対するケアが大事」「緩和ケアというと最期のイメージだったが、最初から予防という視点が大事」「主治医がかわらずにかかわってほしい」ということが出た。地域で、手が痛いなど相談を受けたときにも、病院に「そういうことも言っていよ」と声もかけることもできるという感想もあった。

②既にケース会議も行っている話もあり、あとはがん相談支援センターの利用という情報が得られたので、これから使えそうだという話が出ていた。家族支援について、がんにかかわらず、難病で在宅生活をしている方もふえており、その方たちへの支援も必要。家族の方へ声かけたり、積極的にかかわっていくことが大事。土日や夜間、一人で生活している方の対応も考えていかなければいけないという話が出た。

5 グループ発表：民生部保健課 佐藤沙希保健師：

①「がんに対するチーム、団体、フォーラムが多いことに驚いた」「苦痛を緩和するための麻薬について話を聞くことができ安心した」「在宅死がふえていることを実感」「その人らしい最期を迎えることができている」「次世代への取り組みに共感した」という意見があった。

②全ての問題、つらさに対して提供できるもの、専門医だけでなく、全ての病気でかかわることできるとわかった。目の前で痛みと闘っている患者、それを家族が見守っている。多職種でかかわるために関係者の連携が大切になってくるという意見が出ていた。

3 グループ発表：民生部保健課 伊藤睦哲主任保健師：

①この地域の特徴として、「うちが大きい」「緩和ケアするためのスペースや場所がある」「家族や親類が近くにいる」という協力者が得られやすい地域ということが言える。緩和ケアを進めていくに当たっては、条件が整っている場所ではないかという指摘を受けた。

②家族だけが頑張ってしまうと続かない、買い物にも行けないなども出てくるので、いざというとき、病院との連携がうまくいく関係づくりができるといいが、結果的にはよくわからないということが出た。「実際には病院に頼めるのか」「そういう関係がつかれるのか」「どういう人とつながればいいかわからない」「やり方、お金のかかり方、人の準備」というところが背景にあるという話をしていた。実は、病気であることを隠さなければいけない、知られたくないというのがある。近い地域だからこそ、隠さなければいけない、病気を意識させられる社会が後ろにあるということも話題に出た。

1 グループ発表：吉田定子氏：

①「何も特別なことではない」「誰にでもできることがある」ということがわかった。データの中で、訪問看護ステーションが4カ所しかないというところでは、「支える部分のソフトがもっとあってもいいのではないか」「患者だけではなく、家族も支えることが必要」という

話が出た。究極は地域づくり、はまかだになる。我慢しないで気軽に言える環境が必要だという話になった。

②がんになっても気仙では大丈夫、生きていけるなという陸前高田にしていきたい。

地域包括ケアアドバイザー 佐々木亮平氏：

村上先生、改めてコメントをいただきたい。

村上雅彦氏：

私もこの住民だった者として、現実にかかわっている方々と一緒に、一步でも一つでも何か子どもたちにまた残していくものができればいい。さらにいろいろな方々とつながりをつくって、お互いに語り合って支え合っているこの輪を深めて、広げて、最終的に地域の方々のケアや子どもたちの将来につながっていけばいいと思う。

3 その他連絡・アナウンス

中村安秀氏：

11月終わりに「第10回母子手帳国際会議」を主催した。岩手県の母子手帳は、保護者の名前の後にナンバリングがある。そのナンバリングは何のためかという「いーはとーぶ」のためである。これは岩手だけなのである。この会議をするときに、世界38カ国から400人の人が集まって、母子手帳だけで3日間話した。

日本の母子手帳は私たち庶民も、そしてお金を持っている人もみんな同じものを持っている。開会式では紀子様に英語でお言葉をいただいた。紀子様も普通の方が持っているのと同じ母子手帳で、お母さんの名前を書くところは紀子様が書いて、子どもの名前は秋篠宮様が書いたと言われた。その母子手帳を手にしなから、「2011年に東日本大震災があつて、そのときに多くのお母さんが母子手帳をなくしました。なくしたお母さんがその後市役所に、母子手帳が欲しいと市役所にやってきた。母子手帳は母と子どもの絆を示すものだということがあの大変な津波の中でわかった。そこからそういう親子の絆を大事してほしい」ということを世界中にメッセージで流した。

母子手帳は日本が最初で、それが今世界39カ国で始まっている。この多くの国では紙の母子手帳にするのと同時にデジタルの母子手帳もやっていきたいと思っている。

県立高田病院 言語聴覚士 袴田香奈子氏：

岩手県立高田病院は、言語聴覚士、脳梗塞、脳出血、パーキンソン病、神経難病の方の構音障がい、失語症、食事でむせる嚥下の方々のリハビリに対応している。もし何か困っているという方は、言語聴覚士の袴田まで一言声かけいただければと思う。

地域包括ケアアドバイザー 岩室紳也氏：

村上先生が紹介されたカール・ロジャーズの言葉、「人は話すことによって癒される」はまさしく「はまってけらいん かだつてけらいん運動」が目指すところである。

災害時の公衆衛生のラジオで緩和医療について、ブラジルで実践している私の医者 of 従弟の話が、ネットで聞けるようになっている。1月15日、井門宗之さん、AV男優の森林原人さんと私とでエフエム岩手で1時間ほどのエイズの番組をやるので、聞いてほしい。

◇次回：平成29年1月20日（金）

メインテーマ（仮）：第2回「はまかだスポットマップ」の作成に向けて

～情報のバリアの克服に向けて、みんなが使いたくなる手段としてのマップづくり～

会場：市役所4号棟 3階 第6会議室