

### 富山大学プライマリ・ケア講座

2018・4・19(木) 18:00~19:00  
富山市まちなか総合ケアセンター

## 「地域の中で暮らし、地域で看取る」

～ホームホスピスの実践を通して～

認定NPO法人ホームホスピス宮崎  
理事長 市原 美穂

**老いても、がんになっても、障害を持っても  
家にいたいと思ったら、  
帰れる地域を作っていこう！**

### ホスピス緩和ケアは、まちづくり

誰にでも、どこでもたとえテントのなかでも、  
癌だけでなく、認知症や難病であっても、  
痛みや悲しみがあるときに・・・

### 1998年「宮崎のまちをホスピスに」と活動を始める。

- ①市民の間にホスピスケアの考えを広げよう。
- ②そして、在宅ホスピスケアが広がらないと、  
住み慣れた地域で最期まで安心して暮らす街には  
ならないのではないか・・・と考えました。

### 医師会は

## 緩和ケア病棟は地域緩和ケアの一部

**看取りを独占せず、かかりつけ医に  
返すことで、宮崎市内に、  
在宅緩和ケアが広がった。**

平均在院日数: 18.2日(2012年度)  
年間入院件数: 167件  
50機関余りの開業医と連携。  
24時間体制の訪問看護ステーション  
: 35事業所

『家で死にたいと願えば、  
100%かなう町になりました。』  
しかし、地域医療はあるのに、  
また病院へ・・・  
⇒生活支援の不足

## 「家に帰りたい人が、「家」のような雰囲気、 最期まで過ごせるところはないですか？」

- 入院して治療が済んで、家に帰りたいけど、一人暮らしだし、  
自宅で暮らせない。⇒**高齢者でがんの方の場合**
- でも馴染みの地域に戻りたい。でも、転院か老人施設の二つの  
選択肢しかない。
- 地域の往診してくれる医師も訪問看護師もいるのに、家族で  
介護しきれず、地域に帰れない人がたくさんいる。

### 家で看取れない人を受け止める場所を作ろう。

- 家に帰れなければ、もう一つの「家」に住み、在宅ケアチーム  
を派遣すればいい。
- 2004年、**空いている民家を借りて「かあさんの家」を開く。**

### NPOの取り組み

## 家で看取れない人をどげんかせんといかん！

- 入院して治療が済んで、家に帰りたいけど、一人暮らしだし、  
自宅で暮らせない。⇒**高齢者でがんの方の場合**
- でも馴染みの地域に戻りたい。でも、転院か老人施設の二つの  
選択肢しかない。
- 地域の往診してくれる医師も訪問看護師もいるのに、家族で  
介護しきれず、地域に、家に帰れない人がいる。

### 生活支援の不足

空いている民家を借りて、もう一つの「家」に住み、  
そこに在宅ホスピスケアチームを派遣すればいい。  
**2004年、民家を借りて「かあさんの家」を開く。**

## 「かあさんの家」のケアは、ここから始まった。

○母が82歳で急逝、怪しい新年が過ぎ  
たころ、父の様子がおかしいと妻に  
知らされました。  
夜の不穏状態が続き、その夜から妻  
と私での介護が始まり、体力の限界  
とストレスでこのままでは家族みんな  
が倒れるというところまでになりまし  
た。  
○ ケアマネの勧めもあつてG.Hに入居  
させましたが、しばらくするとだんだ  
ん私の顔も分からなくなっていまし  
た。  
○ そんな時、ホームホスピス宮崎が民  
家を探しているという新聞記事が目  
にとまりました。  
○ 早速連絡をして、我が家が条件に  
合えば使ってくださいと申し入れし  
ました。(ご長男の言葉から)

## 「家」だから、生活動作と心が回復する

～当たり前の生活をしていくことで当たり前になる～

- まず、薬を全部抜きました。それから、本人の理解を得ながらケアの方法を探りました。
- そして、これまでの生活のリズムに戻していきました。
- 本人が持っている能力を見極め、その力を奪わないように適切に支える。



「待つ」「まかせる」「見守る」

## 新しいケアの形・・・ホームホスピス®

- ホーム(home) 家庭・家・故郷・地域
  - ・単に家を意味するものではなく、馴染みの人と共にあり、その人が安らぎを感じる居場所。これまでの暮らしがあり、住み慣れた地域にある、もうひとつの「家」
- ホスピス(hospice)もてなすという意味
  - ・建物ではなく、考え方です。患者さんとその家族がケアの対象です。

### ホームホスピスとは・・・

ホスピスケアの理念に沿って、病や障がいがあっても  
**最期までその人らしく暮らせる家**  
家族を含めた地域での**相互扶助在宅介護**です。

## ホームホスピス®の 住まいと住まい方

居場所と団欒  
「とも暮らし」という暮らし方

### 居心地のいい空間・・・わたしの居場所がある。

ここにいていい**居場所とは**、  
私の全体が受け入れられて、肯定され、敬われている  
という確信が持てること



- ・ちょっとした庭やベランダがある
- ・日当たりや風通しがよく、室内に外気や陽光が取り込める
- ・生活の音と匂いが感じられる
- ・虫の音、鳥の声など自然の気配や四季が感じられる

### ホームホスピスが 「民家」でなければならない理由

- ◎古い家→土地の安全性が高いからこそ
- ◎古い家→大きな家、ゆとりのある家、庭のある家
- ◎古い家→よく手入れされてきたからこそ
- ◎古い家→時間の蓄積、歴史、馴染みの関係

家=い+え=居+餌=居場所と食事  
世話=せ+わ=背+我=あなたとわたし  
世話=浮世のことを話しましょう

「家と世話」の可能性

園田真理子(明治大学)資料提供

誰と

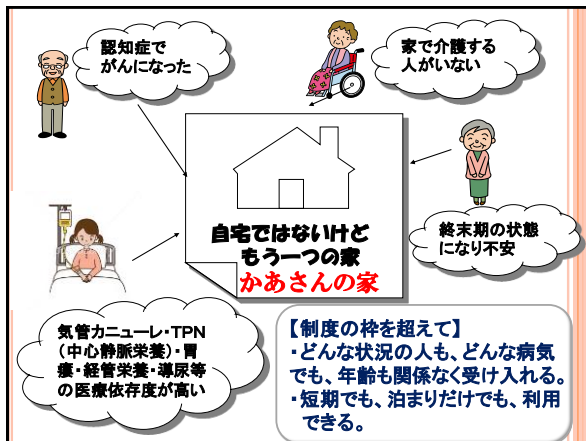
住む

「共に暮らす」  
「友と暮らす」  
「伴って暮らす」

食事のにおいや洗濯機の音が聞こえる。  
顔なじみがいる。自由な生活、食べたいものを最期まで。  
気持ちよく排泄をして、安心してぐっすり眠る。  
必要な医療は外来や訪問で。

“共に”という視点を  
外した住み方を  
“住む”とは呼ばない。

山本理顕(建築家)  
朝日新聞/折々のことばより



現在の住人・・・15名 (平成30年1月末現在)

- 主な病名
  - 癌 (乳がん、肺がん) のターミナル期・・・2名
  - 認知症のターミナル期・・・3名
  - 脳血管障害・・・3名
  - 認知症・・・5名
  - 神経難病 (進行性格上性麻痺、パーキンソン)・・・2名
- 医療的処置の必要な方
  - がんの疼痛緩和と医療 (2名)
  - 気管チューレ・ターミナル期のため頻回の吸引 (5名)
  - 胃瘻・経鼻経管栄養 (6名)
  - 難度の褥瘡 (1名)

**ホームホスピス®の生活支援**

生命を維持するのみのケアから、  
意欲を引き出すケアへ

かあさんの家は、生活の場  
最期まで普通に暮らすことを支える

- 朝起きて、顔を洗い、食事をする。
- 病気はあっても、病人ではなく、生活する人
- 気持ちよく排泄をして、ゆっくりお風呂に入り、
- 安心して眠る。

↓

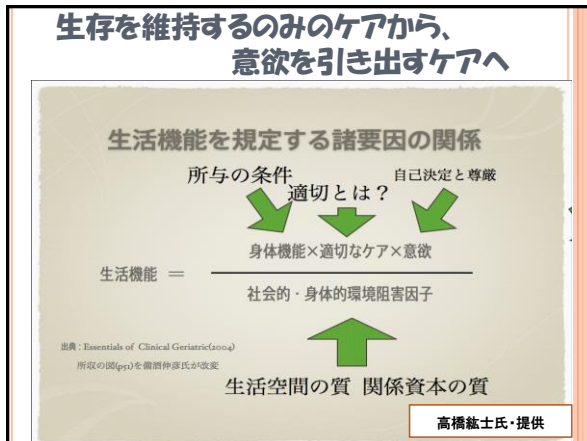
日常生活を整えること。  
日々の生活の中に「幸せ」って感じられるか  
⇒ **生きる意欲を取り戻す**

気配で感じる空間の中で・・・

- 「ごめんください」靴を脱ぐ。
- 「いらっしゃい」「気を付けてお帰り」
- 入居者は、みんなご主人であり、家全体が自分の場所である。
- 血縁はないけど、擬似家族になる。
- ナースコールではなく、気配を感じて対応

↓

**居心地が良い空間の持つ力**



## ホームホスピス®の 医療・介護・予防の 一体的な提供

必要度、重症度に合った医療や介護が、  
かかりつけ医と多職種連携で提供される。

## 普通の生活を支えるのは介護の力

•• 何の価値もなさそうに見える当たり前のことにこそ、  
専門性が潜む

### ★生活のリズムを整える

まず離床、着替えて、人の輪の中に  
排泄、食事、そして安心して眠る

### ★「なにか、いつもと様子が違う」

一人の判断ではなく、報告・連絡・相談し、的  
確な情報を医療につなぐ。⇒医療的マインド

「きづく力」と「つなげる力」

## ★日常生活のリズムを整えること

### ★最後まで口から食べるために

⇒水分確保と栄養を確保しながらソフト食。  
胃瘻や経管栄養を外して、口から食べられるようにリハビリ訓練。

### ★口腔ケアの徹底

⇒食前・食後の口腔ケアの徹底により、嚥下性肺炎による熱発の  
減少、居室の匂いがしなくなった。

### ★排泄ケア

⇒日中はなるべくおむつを外し、トイレ(pトイレ含)に誘導し、布パ  
ンツにパットを使用。

### ★生活の中でのリハビリ

⇒寝たきりにしない。椅子に座る。朝晩の着脱(寝間着と普段着)

### ★睡眠のケア

⇒なるべく眠剤を使わない。寝たいときに眠る。

## 緊急時の判断は

### ★「なにか、いつもと様子が違う」

#### ○緊急時の報告シート(S/B/A/R)

月 日 時間 報告者

○ Situation (状況)・今 さんが です。  
気づいたこと気がかり、不安なこと

○ Background (背景)・熱 血圧 脈  
食事 水分 排泄  
表情

○ Assessment (判断)・私は(安定・悪化・緊急)思います。  
今 しています。

○ Recommendation (提案)・訪問看護師さんへ 主任へ  
指示をください。(内容 )

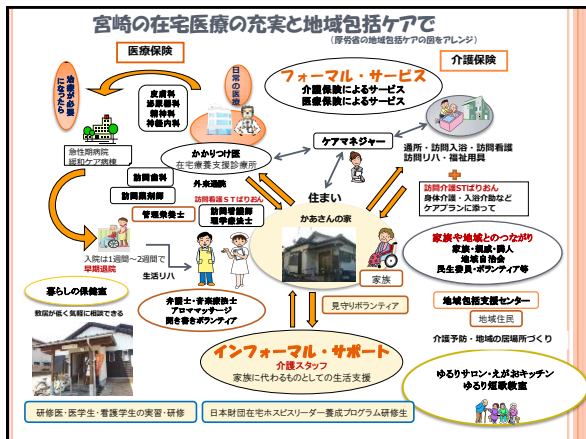
○ 家族への報告

## 看護と介護の一体的な支援体制

- 介護⇒医療的センスを磨く。  
生活のリズムを整える。  
気になることをそのままにしない。  
「できない」のではなく、  
「どうやったらできるか」考える。
- 看護⇒生活を見る  
介護職がどこまでできるか  
信頼して任せる。

## 暮らしを支えるために、24時間の安心保障 医療と介護がチームで

- ① 在宅医療と介護サービスを ⇒そと付け
- ② 他事業所・多職種と連携 ⇒チームケア
- ③ インフォーマルサービスを補完するために  
⇒フォーマルサービス  
(医療保険や介護保険等を利用する)
- ④ 緩和ケアを充実させる  
⇒単に延命のみを目的とした負担のかかる  
医療は避ける  
⇒日常の暮らしを維持しつつ、看取りまでを  
支える医療が提供される



ホームホスピス®のケアは  
 人生の最期まで、  
 その人がその人らしい生き方を  
 死ぬまでできるようにサポートする

苦とは、自分の思い通りにならないこと。

○四つの苦・・・「生」「老」「病」「死」  
 ○思い通りに「生きる」・・・阻害するものとして「老」「病」「死」ではない。  
 生きていくことも、「苦」  
 「思う通りにならない」  
 ↓  
 それなら、意味のある生き方を創る

①認知症の為に「透析」の意味が解らない。  
 ……人工透析は受けません。

▶ F子さん(83歳)  
 主病名/慢性腎不全、腎性貧血  
 ▶ 副病名/脳梗塞後遺症  
 高血圧、認知症、白内障  
 高尿酸血症 胃潰瘍

クレアチニン 4.8~5.2  
 尿素窒素 77~93  
 両足下部浮腫  
 慢性的にあり 顔面浮腫

☆認知症のために「透析」の意味が解らず、点滴の管を引き抜く様子を見て、家族は、透析は受けたくないことを悩んだ末に決める。  
 ☆延命治療も希望しないことを確認。  
 ☆家族は、透析をしなければ、3カ月ほどの命、合併症が起これば急変もありうることを伝えられている。

事例②尊厳とは、嫌なことはしないこと  
 ……援助者にも家族にも、覚悟がいる

K子さん(85歳)介護度5  
 【既往歴】・アルツハイマー型認知症  
 ・多発性脳梗塞  
 ・DM  
 ・誤嚥性肺炎のため胃瘻設置  
 ・右上腕骨折  
 ・総義歯

人はみんな物語を生きています。  
 K子さんの物語は…

2011・11・1  
 ○かあさんの家月見ヶ丘 開設の日

1年前に特養で転び骨折し、入院治療。その期間に寝たきり状態になり、呑み込みが悪くなって嚥下性肺炎を繰り返すので、胃瘻(PEG)での栄養補給になりました。

退院後は介護療養型病院へ転院。ここで認知症の症状が進み、胃瘻の管を抜かないように、ミトンで両手を包まれ、おむつ交換や処置をするときに対抗が強くて、ベッド欄に拘束されました。

きっと介護をする人を「嫌なことをする人」と、人を信じられなくなって、受け入れることができませんでした。

【退院前の日常生活】 平成22年10月 (介護度5)					備考
全体的自立度	寝たきり	ベッド上生活	屋内生活	屋外可	難聴 (有) (無)
移動	全介助	一部介助	車椅子・歩行器杖・手すり	歩行自立	言語障害 (有) (無)
食事	経管栄養	全介助	一部介助	自立	食糧 プロナ 300ml×3 水分 200ml×3
排泄	留置カテーテル	オムツ	便器・尿器	トイレ	最終バイタル T (38.7℃) P (98回/分) BP (94/67 mmHg)
入浴	清拭 全介助	入浴全介助	一部介助	自立	
更衣	全介助	一部介助	自立		
洗面	全介助	ベッド上で可	洗面所	自立	
睡眠	良好・不良	睡眠剤使用 (有) (無)	薬品名 (レンドラム50mg)		
服薬	①ラシックス ②アルダクトンA ③タケプロン ④グラマール50mg ⑤プラスマリナ				

### 「胃瘻を自ら引き抜きました。」

「本人は嫌だと思っている。本人の嫌がることはしたくない。それが、尊厳を守ることだと思う。」

- 主治医よりご家族に、嚥下性肺炎を起こすリスクと、その場合の対処方法を説明してもらいました。そして、食べることをどう実現していくかを話し合いました。「それでも口から食べられなくなったら、“寿命”だと思って欲しい」

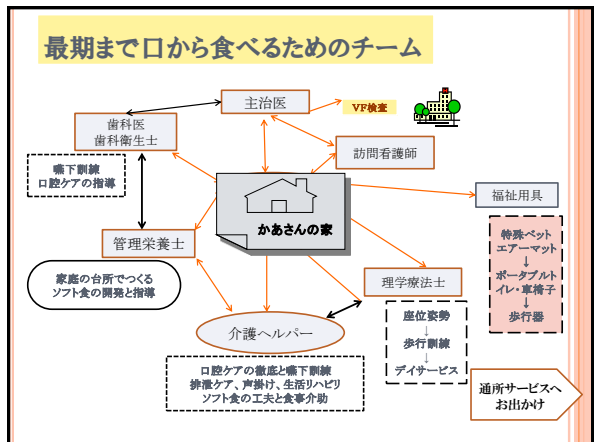
↓

- かかりつけ医、訪問看護師、歯科医、栄養士、理学療養士の助言をもらいながら、翌日から経口にて食べることを開始しました。

### “人間が食べれなくなる、老いていくプロセスをどう受け止めていくか”

↓

**本人にとって最善の利益を考える**  
 状態の変化にその都度、家族の思い、介護現場の葛藤、主治医としての意見、福祉用具を常に検討しながら  
 ⇒合意形成をしていく



### 食事介助の工夫と呑み込みやすい調理 それと口腔ケアは必須条件

- 声掛け、臭いによる感覚を自覚してもらい、食べたいおいしそうと思ってもらうこと。
- 座位姿勢を整える(呑み込みやすい姿勢)
- 介助者の視線は向き合える高さ
- 本人が食べたいという自主性の尊重
- 飲み込みの確認を行い次を勧める。

【かあさんの家入居5か月後の日常生活】 (介護度5⇒介護度3)					備考
全体的自立度	寝たきり	ベッド上生活	屋内生活	屋外可	難聴 (有) (無)
移動	全介助	一部介助	車椅子・歩行器杖・手すり	歩行自立	言語障害 (有) (無)
食事	経管栄養	全介助	一部介助	自立	食糧 ソフト食 水分 300ml×3
排泄	留置カテーテル	オムツ	ポータブル便器・尿器は (トイレ)		現在バイタル T (38.0℃) P (94回/分) BP (107/66 mmHg)
入浴	清拭・全介助	入浴全介助	一部介助	自立	→ 体重27kg 38kg
更衣	全介助	一部介助	一部介助		
洗面	全介助	ベッド上で可	洗面所	自立	
睡眠	良好・不良	睡眠剤使用 (有) (無)			
服薬	①グラマール 25mg 1×N 朝食後				



## 家族の覚悟

医療でできることはやったけれど、  
残念ながら力及ばず…ではなく、  
いつもの生活の中で、  
かあさんの家で…が  
母が望んでいること。

## 誰に 看取ってもら いたいか

看取りの主人公は家族です。

…本人とその家族のケアはセット  
…血縁ではないけど、大切な人に

- 病院での死と在宅での死
  - 病院の管理化におかれ、医療の専門家にしかできないという思い込み  
⇒モニターをみてしまう。
  - 在宅では、手を握って、体をさすって、語りかける。  
⇒大切な人の死を通して、初めて豊かになる人間関係、生きることを学ぶ。
- ◎ 家族が悔いのない看取りが出来るように支え、その時間と空間を提供する  
⇒看取りの支援と補完

## 看取りの経験がない家族

- 症状の変化にどうしてよいかわからない。
  - 医療者を呼ぶタイミングの判断ができない。
  - 寄り添い方がわからない。
- ↓
- **本人にとって最善**を優先する。
  - 最期まで“聴く力”はあるといわれています。聞きなれた声は最後まで届いていますよ。手を握ったり、体をさすったり、語りかけたり…、大切な時間です。
  - **家族への支援にシフト**  
・夜具の準備や食事など、  
家族が安心して悔いなく看取れるように。

## 「逝く人」へのケアが「今を生きる人」へのケアであり、それは地域づくりへとつながっている。

- 病や障害などの困難な条件下にあっても最期まで生ききることを支え、その家族が悔いなく看取れることを支えます。
- 「死」を単に一個の生命の終わりと受け止めずに、今を「生きる」人につなぎ、そこにいたるまでの過程を共に歩む、新たな看取りの文化を地域に広げます。



「ホームホスピスの理念」より