

地域包括ケアシステムを効果的に構築していくための  
市町村の地域マネジメント等に係る調査研究事業

2015.2.10(火) 13:00～17:00

ホテルメルパルク大阪

# 自助・互助・共助・公助の関係を ホームホスピスの実践から

～包括的支援・インフォーマルサポート・地域を耕す  
住まいの関わり・医療介護連携のあり方等～

特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎

理事長 市原 美穂

# 「宮崎にホスピスを」から始まった。

「ホスピスを作るのなら、  
在宅ホスピスのバックアップベットの欲しい。」

◎1998年8月：ホームホスピス宮崎発足

◎1998年11月：宮崎市議会及び宮崎市郡医師会に、  
「緩和ケア病棟及び在宅ホスピス支援センター設置についての  
要望書」提出

⇒「宮崎をホスピスに」を合言葉に。

◎2001年12月：宮崎市郡医師会病院に緩和ケア病棟開設。

病棟は、「かかりつけ医」の後方の病棟として、緩和ケアの支援を行う  
役割を担い、原則として入院は、患者とその家族の心身の苦痛を緩  
和するための一時的な入院とする。





2001年から13年・・・

緩和ケア病棟の実践を通して  
の実感

緩和ケア病棟担当医師：黒岩ゆかり先生

- 症状緩和のための入院、在宅ケアの準備のための入院、および、介護者の休息のための入院(レスパイトケア)では、  
⇒2週間以内に退院が可能。
- 看取りのための入院では、多くの場合2週間以内に死亡退院。
- 在宅緩和ケアを支援する機関(診療所、訪問看護ステーションなど)と緩和ケア病棟との連携、及び緩和ケアの知識や技術が、  
⇒患者の紹介・逆紹介を通してつくられ、広がっていった。

しかし、在宅緩和医療は整ってきたのに、家で看取れない人が増えてきた。

# 最後まで家で暮らしていたい… 家で看取ってやりたいけど…

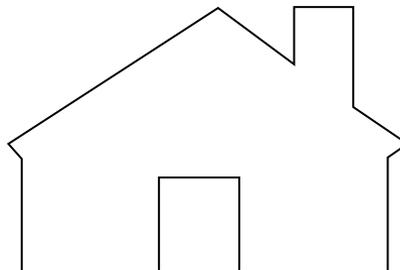
- 急性期病院は、  
⇒治療の対象でなければ入院できない。高齢の場合、がんの治療はできても、環境の変化でADLが低下してしまい、家に帰れない。
- 緩和ケア病棟は、  
⇒がんとエイズに限られ、高齢で癌になり、認知症があると、入院の優先順位がさがります。
- 介護施設は、  
⇒年齢や障害の程度に限度(介護度)。医療的な依存が高いと入居条件に合わないと敬遠される。
- 自宅は、  
⇒老老介護や一人暮らしが増えていて、介護力が弱くなっている。
- 家族は、  
⇒看取ってやりたいが、遠方に暮らしている。  
⇒別世帯で、昼間は仕事で介護できない。  
⇒看取りの経験がなく、何かあった時不安。



自宅で1人で  
暮らせなくなった



家で介護する  
人がいない



自宅ではないけど  
もう一つの家  
かあさんの家



医療の依存度が  
高くて、病院でも  
施設でも看れない



**【制度の枠を超えて】**  
・どんな状況の人も、どんな  
病気の人でも断らない。  
・短期でも、泊まりだけでも  
食事だけでも利用できる。



2004年6月開設  
一人暮らしから、  
とも暮らしへ

### 5つのキーワード

- 地域
- 住まい
- 暮らし
- 連携
- 看取り

共同利用者  
5人が  
ちょうどいい  
気配を感じて暮らす



## 地域づくり

どんな地域に・・・

「安全」か

「自分らしく暮らしたい」か

家族の思い

地域の思い

医療者の思い



**本人の思い**

# 地域包括ケアとは

- 住み慣れた町で、人とのつながりや役割を持って暮らし続けることを、地域みんなで支えあうケア
- 介護保険制度から15年  
「措置」→「介護の社会化」  
→「介護の市場化」の矛盾

## 地域包括ケアは

利用者や家族、地域の人たちを主人公にした、市民の共助でしか実現しないのではないだろうか。

地域を耕す



# サービスは本人の ニーズから

フォーマルサービス

公的制度

医療と介護  
の連携

インフォーマルサポート

**NPO**

社会にニーズがあり、  
公共がカバーできな  
い場合に、  
会費や寄付の支援を  
受けて必要なサービ  
スを提供する、  
新しい公共

関係機関  
民間企業等

友人・隣人

本人のニーズ

家族・親族

地域自治会  
見守り  
交流

行政  
地域包括支援センター

# 「自分らしく暮らしたい」

- 居場所を奪われる。
- 自分の役割を失う。
- 自分は価値のない人間だと感じる。



## 尊厳あるケア

- **その人がその人らしくあること**

普通の生活を送る中で、平凡だけれど、ともに暮らす人が、お互いに喜びやつらさも、みんなで分かち合って、気遣いあって暮すこと。

- どんな状況になっても、自分にも役割があると思えるように。

最期まで安心して、住み慣れた地域で暮したい。



# サービスとサポート

- フォーマルサービス

医療保険

介護保険

- インフォーマルサポート

家族に代わっての生活支援



doing と being

ケアしてあげる人と ともに暮らす人

住居 と 住まい



住まい

# リロケーション

(RELOCATION)

## 住み替えること

一人で自立して暮らせなくなったら  
できるだけ環境の変化がない所に  
住み替える。

**住居環境の連続性**

# 気配で感じる空間の中で..

- 「ごめんください」靴を脱ぐ。
- 「いらっしやい」「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



**空間の持つ力に助けられて**



暮らし

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、  
食べたいものを最後まで、  
安心してぐっすり眠る。必要な医療は外来や訪問で。



写真提供・岡本峰子

# 最後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。
- 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。
- 病気はあっても、病人ではなく、生活する人



## 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

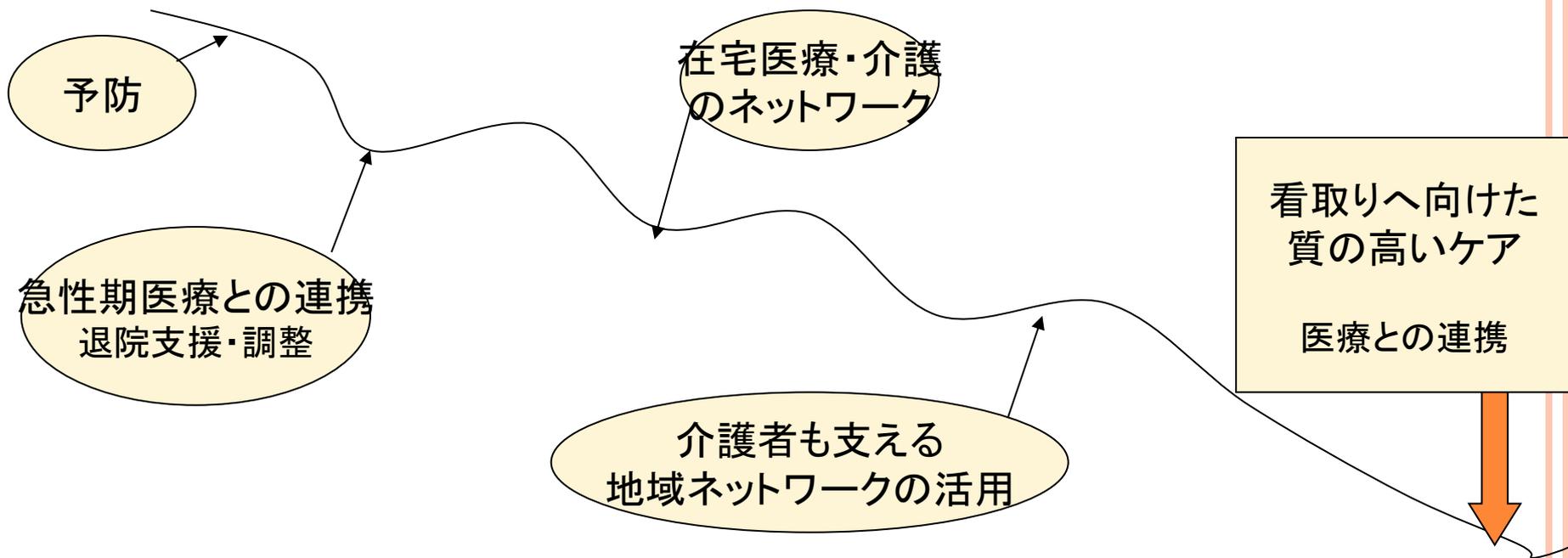
⇒QOLは幸せ度



# 質の高いEND OF LIFE CAREを

(秋山正子さんのスライドより)

- 高齢化社会のEnd of Lifeを支えるには？

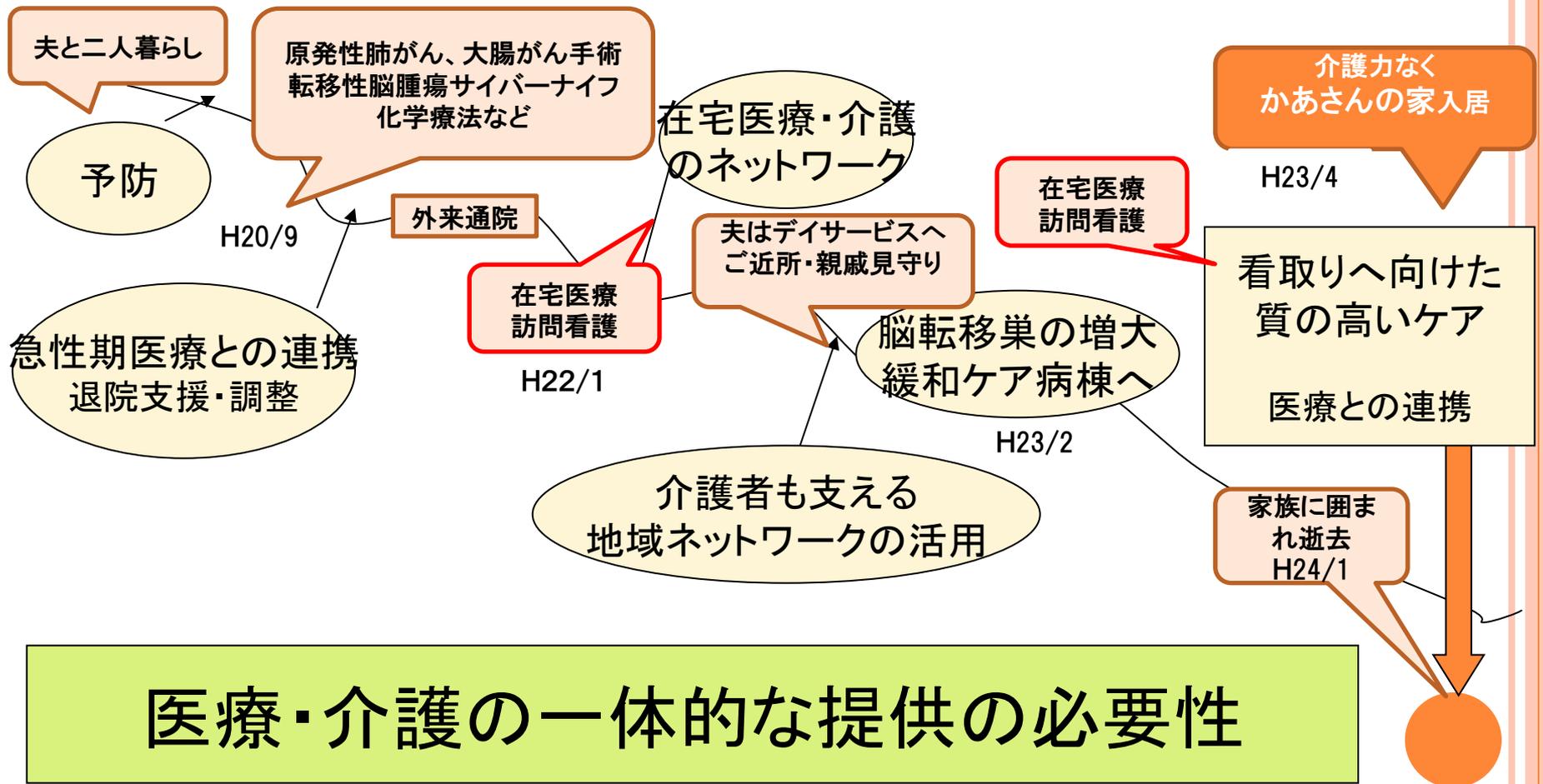


**医療・介護の一体的な提供の必要性**

# 質の高いEND OF LIFE CAREを

(秋山正子さんスライドに)

## ○ 高齢化社会のEnd of Lifeを支えるには？



# 暮らしの中で支える医療

- 自然科学としての医学は、病気を治す技術を高めて長寿社会に貢献しました。しかし、一方で加齢に基づく不都合を抱え、誰かのお世話にならないと生活がままならない人たちの数を増加させました。彼らの健康課題は、病院を中心とした従来の地域ケアシステムのなかでの解決がむずかしく、むしろ病院に頼りすぎた結果、病気の治療には成功しても、生活者として社会的機能を失うことになりかねないのが現状です。
- 人生の仕上げともいえる最期のステージを、医療に支配されたまま暮らすことが幸せでしょうか。もちろん療養生活に医療の力は必要です。しかし、あくまでもその人らしい生活を優先して、そこに、適切な医療を過不足なく提供し、日々の生活を支える**医療と介護が一体となった支援が必要です。**

(かあさんの家10周年記念誌・太田秀樹先生のメッセージより)



# 連携

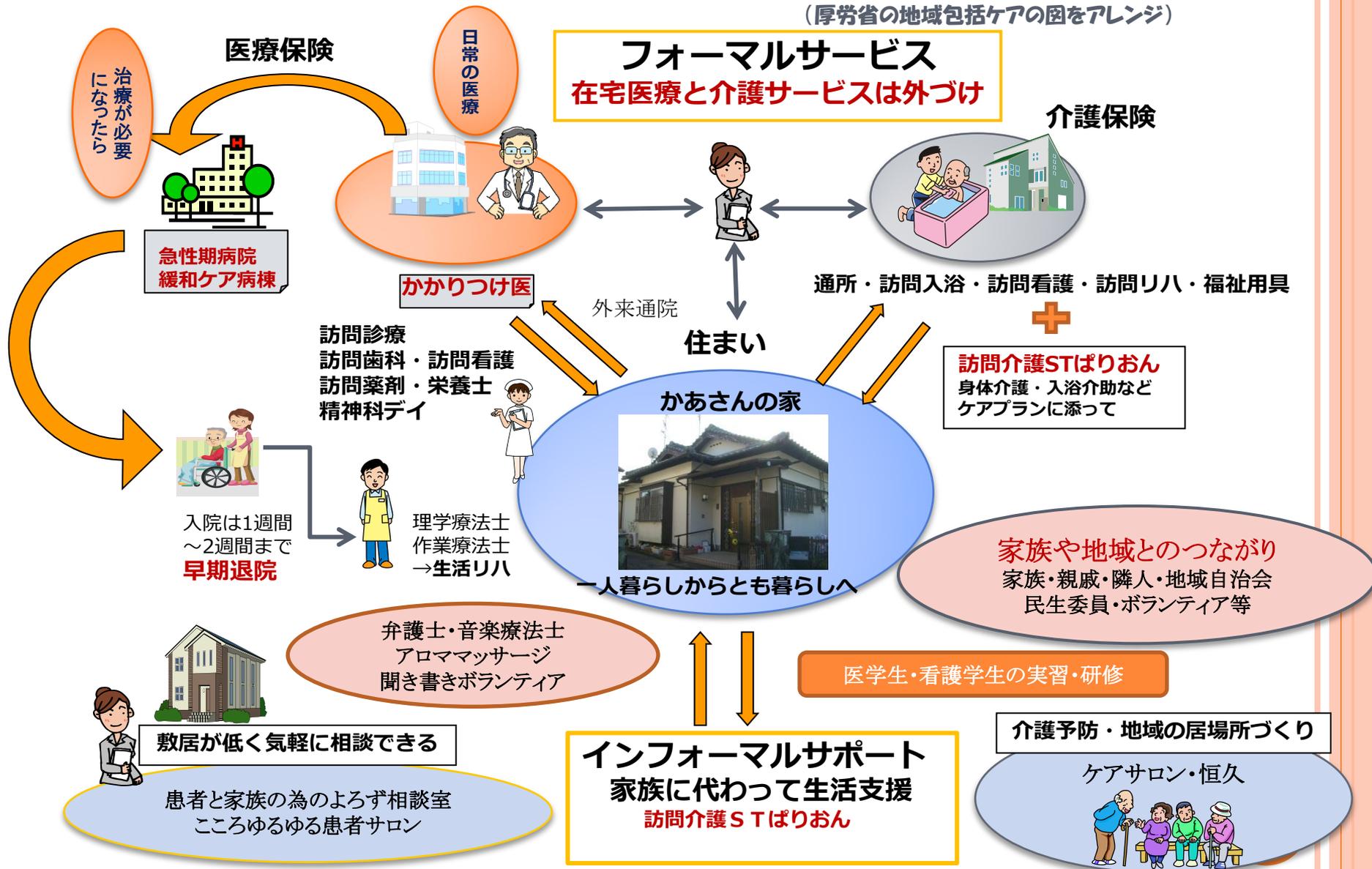
## 医療と介護が 一体となったチーム

- 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)  
生活支援・地域住民・ボランティア
- ④家族の力を奪わない  
⇒家族もチームの一員

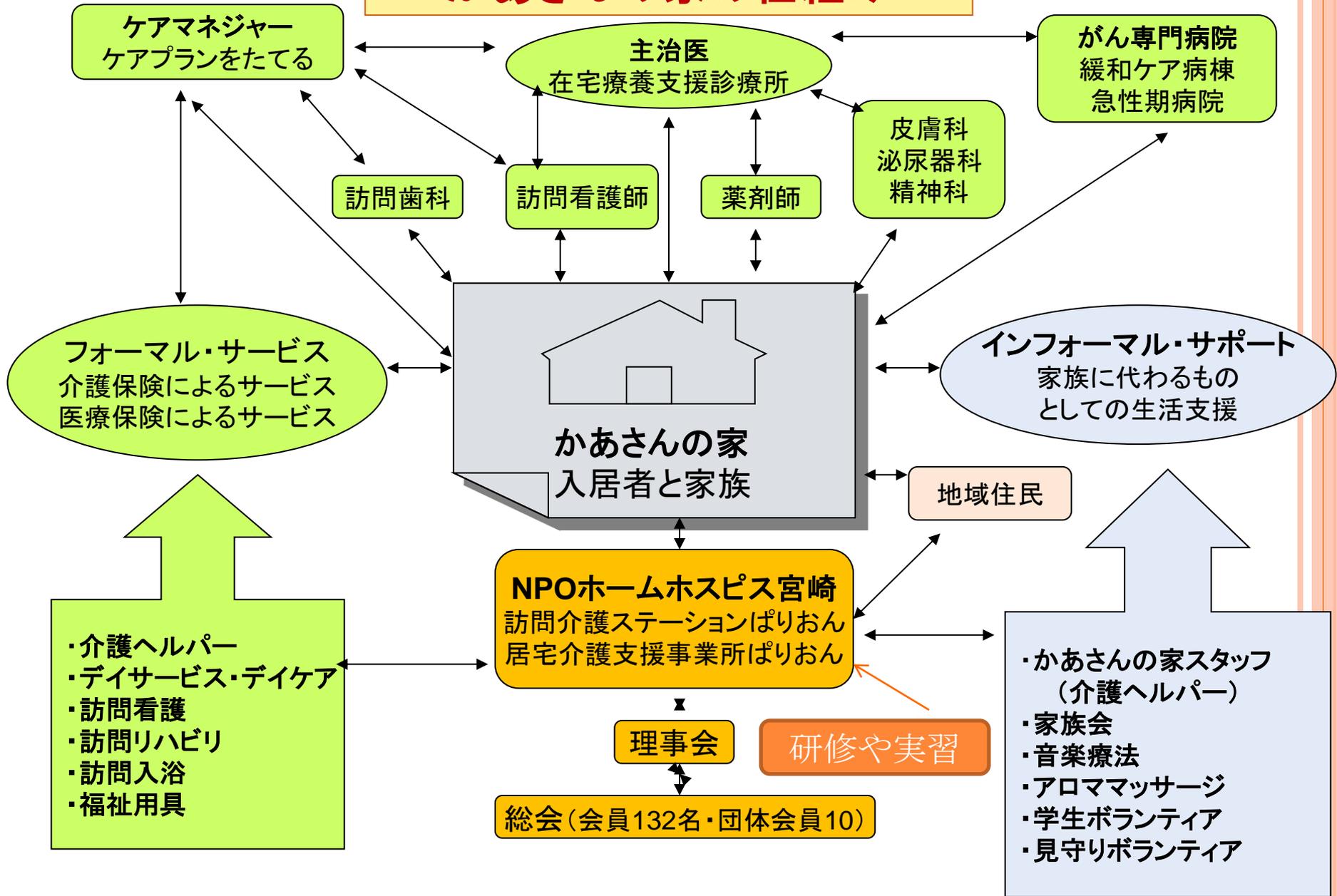


# 宮崎の在宅医療の充実と地域包括ケアで

(厚労省の地域包括ケアの図をアレンジ)



# かあさんの家の仕組み



**フォーマルサービス**  
在宅医療と介護サービスは外づけ

訪問入浴  
福祉用具など  
**10**

訪問  
薬局 **3**

訪問  
歯科 **2**

専門医  
**6**

主治医  
**6**

日常の医療

訪問看護  
訪問リハ  
**8**

ケアプラン  
**6**

通所  
**3**

治療が必要  
になったら

急性期  
後方支援病院  
**10**機関

患者と家族の為の  
よろず相談室  
ケアサロン・恒久

住まい  
かあさんの家

**インフォーマルサポート**  
家族に代わって生活支援

**NPO法人ホームホスピス宮崎**

協働

がん  
サロン  
(宮崎県)

地域ホスピス  
補助事業  
(宮崎市)

“わたしの想いを  
つなぐノート”  
プロジェクト  
(宮崎市)

介護

保健

教育・研修

弁護士・音楽療法士  
アロママッサージ  
聞き書きボランティア

家族や地域とのつながり  
家族・親戚・隣人・地域自治会  
民生委員・ボランティア等

宮崎キュアケアネットワーク  
みやざき公共・協働研究会  
高齢者ソフト食研究会

# 宮崎市地域ホスピス支援事業

(目的)

- 第1条 この要綱は、がんや認知症等の終末期の患者で、医療機関での積極的な治療を望まず、施設ではなく在宅で過ごしたいと望む市民のために、より家庭的な雰囲気の中で、最後まで安心して暮らし、安らかに看取られることのできる施設(以下「地域ホスピス」という。)を運営する者に対して補助金を交付する。

家賃の半額補助



# 宮崎市在宅療養支援事業プロジェクト

【かかりつけ医の先生】

電話:

電話:

電話:

【かかりつけ薬局名】

電話:

電話:

電話:

【担当の介護支援専門員】

事業所名:

電話:

担当者名:

【その他の医療従事者】

氏名:

職種:

電話:

(表紙写真)國森康弘『いのちつく「みとりびと」』(農文協、全4巻)から

“わたしの想いを  
つなぐノート”

(略称: わたしノート)

わたしが“わたしらしく”生ききるために・・・



宮崎市 MIYAZAKI CITY

名前

生年月日

※このノートの使い方は「書き方の手引き」を参考にしてください。

- 宮崎の地域性にあった仕組みに
- すでに病気を抱えて療養している方だけでなく、ご家族や市民一人ひとりが、将来の意思決定能力の低下に備えて、人生の最後の時間をどこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気な時から意識し考えていけるような情報提供・支援体制を整備するために

医療・看護・介護・消防等を包括する「広域連携体制の構築」をめざして



# 地域完結型医療へ 生から死まで地域全体でみる

- 完全治癒⇒障害と共存
- 社会復帰⇒生活復帰
- 救命・延命⇒納得いく死

治る病気の時  
は治す  
治らない時  
は苦痛を  
取り除く  
死ぬとき  
は納得して

\* 大島伸一先生の講演より(2012年2月・ホスピスケア市民講演会開催)



## 看取り

# 看取りの主人公は家族です。

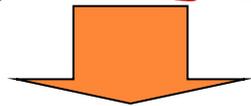
・・・本人とその家族のケアはセット

- ▶ 病院の管理下におかれた「死」はブラックボックスで、そのプロセスが見えない。
- ▶ 医療の専門家にしかできないという思い込み  
⇒モニターを見ている。デジタルでの看取り
- ▶ 在宅での看取りは、手を握って、息遣いを感じながら看取る。  
⇒五感を使ってのアナログの看取り  
家族は寄り添うプロセスから、納得の看取りに



# 看取りの主体は家族

- 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。



- 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。
- 聞いておきたいことや伝えておきたいことがあれば、伝えてくださいね。
- 夜具の準備など、**家族の支援にシフト**



「私たち家族は今幸せな気持ちでいます。」



遺品のネクタイで...

○本人にとっては

・・・誰と一緒に居られたか

○家族にとっては

・・・最後まで、  
医療や介護の関係者  
にどのようにかかわっ  
てもらったか

看取りの文化を地域に取り戻すムーブメント