

## ホームホスピスの地域における役割

- 自宅のような環境で、その人らしく過ごすために -
- ～仙台市の実際の事例より～



2014年12月13日

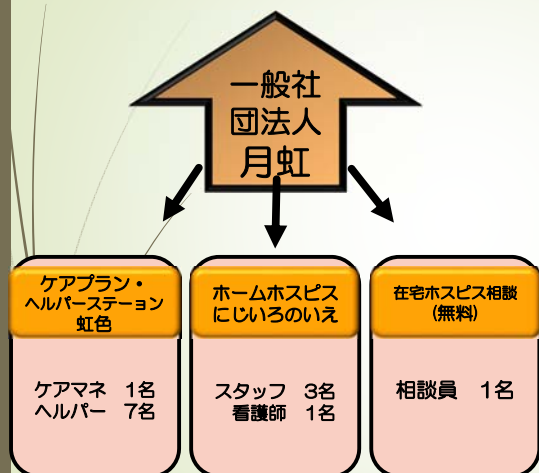
ホームホスピス にじいろのいえ (一般社団法人 月虹)  
代表 今野 まゆみ

2

### 当施設の紹介

- 運営母体 : 一般社団法人 月虹
- 施設名 : ホームホスピス にじいろのいえ
- 場所 : 宮城県仙台市太白区
- スタッフ : 11名
- 主な利用者 : がん、障害、ALS (筋萎縮性側索硬化症) など  
医療度の高い方、ご自宅での生活が難しい方、  
介護してくれる家族がない方など
- 定員 : 6名
- 設立 : 2014年 1月～ (同年 4月開所)
- 主な連携者 : 診療所、訪問看護ステーション、介護事業所
- 位置づけ : 宮城県で唯一のホームホスピス  
東北で2番目

### 一般社団法人 月虹 組織図



4

### おいしい食事の提供を心掛けています

調理担当スタッフが、好みに合わせて作らせていただきます。  
野菜を中心に、副食5品程度ご用意し、大皿から食べたい量をお好きなだけ取り分けて召し上がっていただいております。



5

## ご自分のペースで生活を

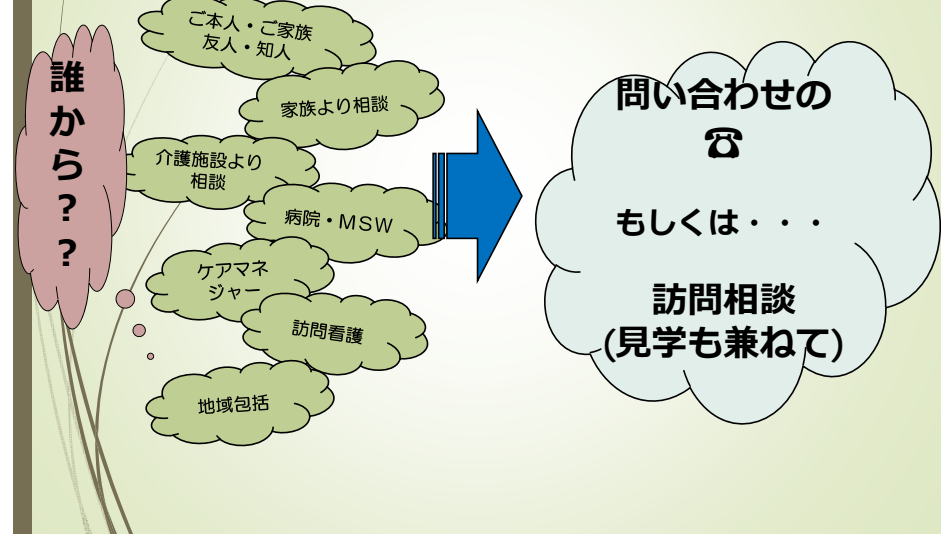


お部屋は全部で6部屋です。ご自分のペースに合わせ、食事も起床も就寝もお好きな時間でお過ごしいただけます。ご家族やお友達と一緒に外出や外泊も可能です。



6

## 入所相談はどなたでも



7

## にじいろのいえの取り組み

平成26年4月、にじいろのいえをスタートしてから今日まで、がん末期の方お2人が最期の時間をこの家で過ごし、お見送りさせていただきました。

私たちのこの家は、がんの方を看取るためだけの家ではありません。私たちの家には、がんの末期の方も、98歳の運動好きのおばあちゃんも、ALSの方も、同じ屋根の下で普通に生活し、自然に最期を迎えられる家です。

そのために求められるものは、知識と観察力です。いち介護員としてできることはほんのわずかです。しかし、見ること、感じること、考えることはできます。そして生活の状況を正確に医療(往診医・訪問看護師)に繋げることはできます。

～ホームホスピス にじいろのいえは、医療度の高い方でもその人らしく最期まで安心して生活できる場所を目指していきます。～

8

## ホームホスピス にじいろのいえ 入居者状況 (累計)

(平成26年4月～平成26年10月末現在)

がん  
3名

- ・食道がん 80代 男性 1名  
入居期間55日 ホームホスピス看取り
- ・大腸がん 70代 女性 1名  
入居期間49日 ホームホスピス看取り
- ・肝がん 70代 女性 1名 現在入居中

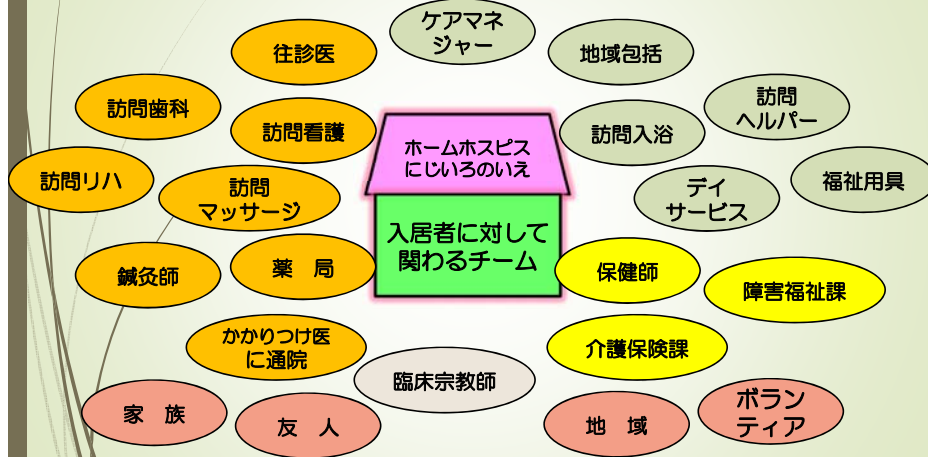
ALS  
2名

- ・70代 女性 人工呼吸器装着 意思疎通不可現在入居中
- ・70代 女性 人工呼吸器装着 意思疎通可退居(ご自宅)

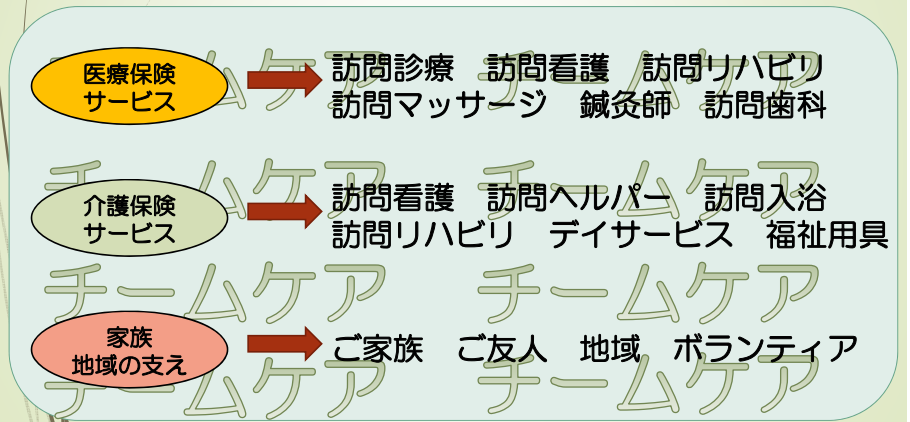
その他  
2名

- ・90代 女性 高血圧症 現在入居中
- ・80代 女性 硬膜下血種 現在入居中

ホームホスピス にじいろのいえ チームケア連携体制



入居者さんが利用されているサービス (チームケア)



— 事例を通して —  
(在宅・ホームホスピス)



目次

病院から在宅に戻ってきたが また病院に戻った事例	ケース① (在宅)
病院から家に帰りたかったが 家族が対応できなかった事例	ケース② (ホームホスピス)
病院からホームホスピスに受け入れて 成功した事例	ケース③ (ホームホスピス)
ホームホスピスからのメッセージ	

## ケース①

患者	男性60代 大腸がん 脳にも転移 認知症状を発症
ご家族	娘さん20代 元パニック障害の病歴あり 公的資格の職業に就労中
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>• いったんは自宅に受け入れ</li> <li>• 日中、娘さんの勤務時間は順調に対応</li> <li>• お父さんの症状の悪化に伴い、娘さんの精神的負担が増え、パニック障害を発症</li> <li>• 最終的には、病院へ救急搬送</li> <li>• 搬送の1週間後、病院にて死亡</li> </ul>

## ケース①(考察)

問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護力は、仕事を持っている娘さん一人</li> <li>• 娘さんは、パニック障害を持っていた</li> <li>• 娘さんは、相談できる相手がいなかった</li> <li>• お父さんの病状変化を受けとめることが難しかった</li> <li>• ご本人の認知症状が進み、一人がいることが困難になった</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護保険サービスと自費サービスを組み合わせ 24時間サポートをすると、1日25,000円くらいの費用がかかる 1か月にすると 75万円</li> <li>• 娘さんの精神的サポートはどうするのか?</li> </ul>
ご本人 ご家族の 要望	<p>(ご本人) ・家が一番いいが、入院すると保険金が入る 娘さんに自分が死んだあとのお金を残したい</p> <p>(娘) ・お父さんと思い出を作りたい</p> <p>• 本当は最後まで家で見てあげたい でも自分がもたないかな・・・</p>
⇒サポート体制だけでは、24時間対応が必要な中では、自宅で補えないケースあり	

## ケース②

患者	男性80代 食道がん 肺転移
ご家族	奥様と2人暮らし
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 同居家族が高齢の奥様のみ</li> <li>• 本人は家に帰りたい</li> <li>• 奥様にも持病があり、介護が困難</li> <li>• 本人に軽度の認知症あり</li> <li>• 胃ろう(半固形)</li> <li>• ご家族はホームホスピスで看取りを希望</li> </ul>

⇒・メンタルサポート⇒ご家族 ・身体的なサポート⇒施設  
ご家族と施設が一体となってご本人を支える体制が重要

## ケース②(考察)

問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 介護者が持病のある奥様お1人だった</li> <li>• 入院中帰宅願望が強く、家族付き添いが必要だったが、ホームホスピス入所後は問題になるようなことはなかった</li> <li>• 奥様が半固形の経管栄養の手技を行うことが困難だった(手に力が入らないため)</li> <li>• 排泄の時間は決まっていないので時間でヘルパー介入が困難</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ご自宅で24時間ヘルパー対応となると1か月75万円ほどかかる</li> <li>• 胃ろうの対応やトイレ介助を誰が行うか</li> <li>• 病状進行に伴う症状対応は誰が行うのか</li> </ul>
ご本人 ご家族の 要望	<p>(ご本人) ・本当は家に帰りたい。でも、妻が1人でできるとも思えない。なんとなく自分はここ(ホームホスピス)で死ぬと思う。</p> <p>(ご家族) ・家に連れていきたいとも思うが、自分の体が辛い。ここで最期をお願いしたい。(妻)</p> <p>• 母に倒れられたら困る。ここでお願いしたい。(娘)</p>

## ケース②(成功のポイント)

### ポイント

- ・奥様がほぼ毎朝面会に来られ、ご本人の精神的サポートをされた
- ・ご本人が望むように最期まで介助できた
- ・ご本人が信頼するスタッフにご自分の気持ちを話すことができた
- ・看取りのタイミングを見極め、ご家族に連絡することができた
- ・ご家族と話をする時間をその都度とった

### ご本人からの言葉

- ・情けないなあ。死にたくねえなあ。
- ・庭いじりしたかったなあ。
- ・あいつ(奥様)が心配だなあ。

## ケース②(ご家族からの手紙)

小野 まゆみ 様

秋晴れの夜、中肉の赤いお刺身がおいしかった。お刺身は家族で食べたお刺身は、お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。

春先のこの季節、お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。

お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。

お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。お刺身の御飯に申し上げます。



## ケース③

### 患者

女性70代 大腸がん 肝転移 肺転移

### ご家族

独居

### 内容

- ・震災被害により仮設住宅、独居
- ・ヘルパーだけで体制を組むことが困難
- ・24時間対応
- ・痛みのコントロール
- ・緩和ケア病棟⇒ホームホスピス⇒緩和ケア病棟(最期の場所は病院と決めている)

⇒自宅に戻すこと自体が最初から“難”という状態のケースも相当ある

## ケース③(考察)

### 問題点

- ・震災被害で仮設暮らし ・独居
- ・医療費は震災免除になるが、有料施設では減免にならない
- ・介護度と医療度が一致していない  
(当時 要支援2⇒入所後 区分変更申請)

### 課題

- ・ADL変化に誰が対応するか
- ・病状進行に伴う痛みのコントロール補助は誰がするのか
- ・ターミナルの観察は誰がするのか 医療に誰が繋げるのか
- ・ホームホスピスがなぜ介護施設として認められないのか

### ご本人 ご家族の 要望

- (ご本人)
- ・「ここ(ホームホスピス)はそういう(死ねる)場所なのね。」
  - ・最期までトイレに行きたい。
  - ・食べられるうちは好きなものを食べたい。
  - ・1人も好きだけど、にぎやかなのが好き。みんなと一緒にいたい。
  - ・最期の場所は病院と決めていたが、考えが変わった。  
「ここにいたい。」

## ケース③(成功のポイント)

### ポイント

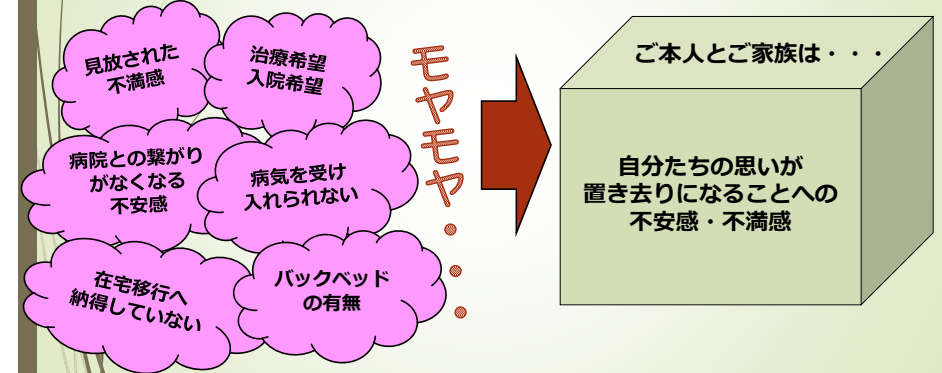
- 好きなものを毎日食卓にお出した。
- スタッフ一人一人がご本人の心地よいことをしてさしあげた。
- ご本人が望むように介助を続けた。
- 医療との連携がスムーズだった。

### ご本人からの言葉

- ここに来て、幸せにもらった。
- もっと一緒にいたかった。

## 在宅移行での問題点

医療機関から在宅へ戻る際の説明内容によって、ご本人、ご家族の不安感につながることもある



## 地域での課題

### チームが作れる地域づくり

- 在宅医療に特化した医療機関および介護事業所への依頼は、病院側としても頼みやすい。しかし、一機関のみで支えることには限界があり、地域で支えることにはならない。地域で支えるためには、特化した機関にならない、関心を持ち、知識を得て、地域全体で育つ必要がある。
- ケアマネジャーは、医療と介護の架け橋となり、「チーム」を作るための核にならなければいけない。そのためには、緩和ケアの勉強をし、地域で顔をつなげ、いつでも協力体制を結べるようにしておかなければならない。常に、自分自身のマネジメントの質を高める必要がある。

## ホームホスピスからのメッセージ

### ホームホスピスの存在意義

大前提は、「ほんとは自分の家が良かったけど・・・」  
最期のときに、ここにきて良かったなと思っていただくため  
ご本人とご家族の声に答えてこそ、ホームホスピスの存在意義あり

### 地域で支えるためのチーム



がん患者さんを支える上では、不可欠な存在である

### ホームホスピスに関する、制度上の整備を

