

母の願い 私の想い

生きる

vol.

3

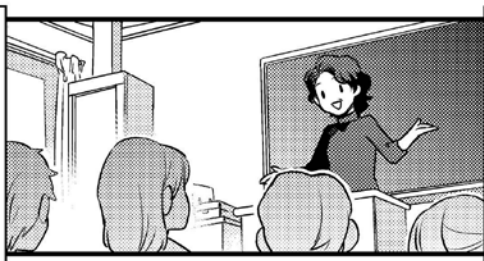
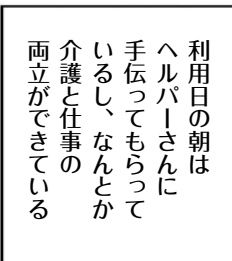




母の願いを叶えたい。
それは、最期まで自宅で過ごすことでした。



※通所介護（デイサービス）：在宅介護を受けている高齢者などが、デイサービスセンターなどへ通って受ける入浴・排せつ・食事などの介護や機能訓練などのサービス。



※ショートステイ（短期入所）：在宅介護を受けている高齢者などが福祉施設に短期間入所する制度。食事・入浴などの介護や機能訓練などのサービスが利用できる。



ええっ
学校を辞める!?

定年には
まだ早いですよ
西村先生…



ええ…でも
母の介護に専念
したいんです

最近認知症が
進んで一人で
できないことが
増えてきましたし
そばにいて
あげたくて…

はあ…
介護離職って
やっだね

超高齢社会
深刻だ…



母さん
これからは
ずっとそばに
いるからね

ここまで
育ててくれた
恩返しめいっぱい
しなきゃ



タエさんの
今の状況では
通院を続けるのは
難しくなっています
ので訪問診療を
利用してみても
どうでしょうか?

それから車イスを
レンタルすることも
できますし
使ってみましょう

ケアマネジャー
すぎた
杉田 (28)



えっと…
訪問診療が
可能なんて
すか?

西村さん親子は
仲が良いですし
おうちで
過ごされる
タエさんは
良いお顔を
しておられます

きっと自宅での
生活を望まれてるん
だと思います



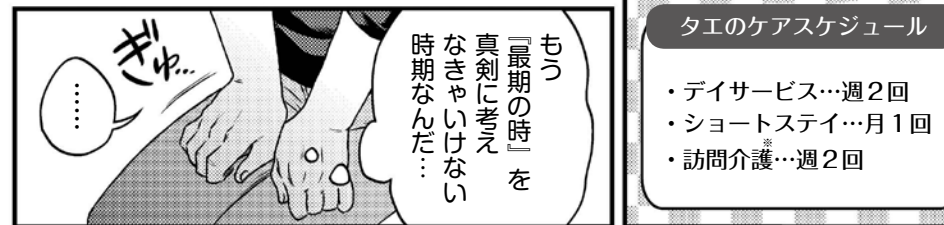
そうなんです…
昔から母は
「最期は家で
過ごしたい」って
よく言ってます…

そっか…



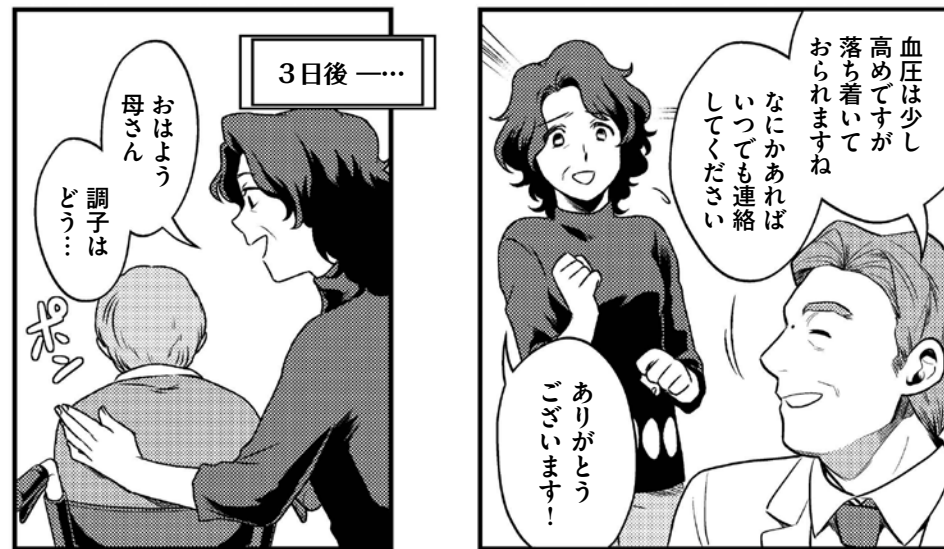
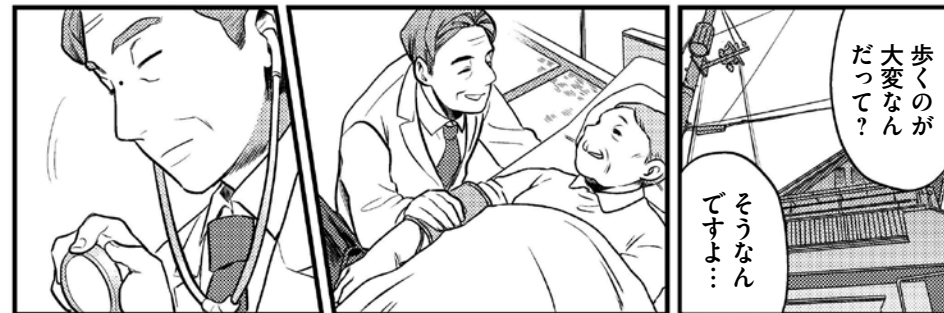
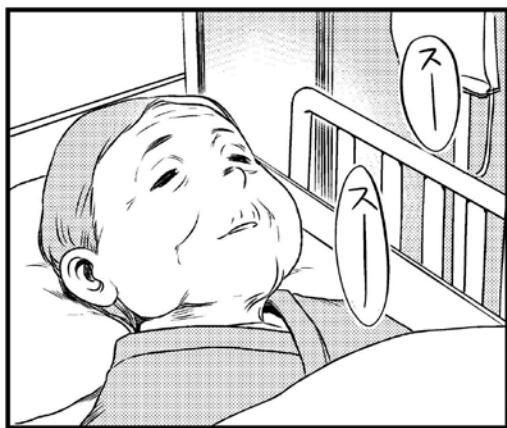
タエのケアスケジュール

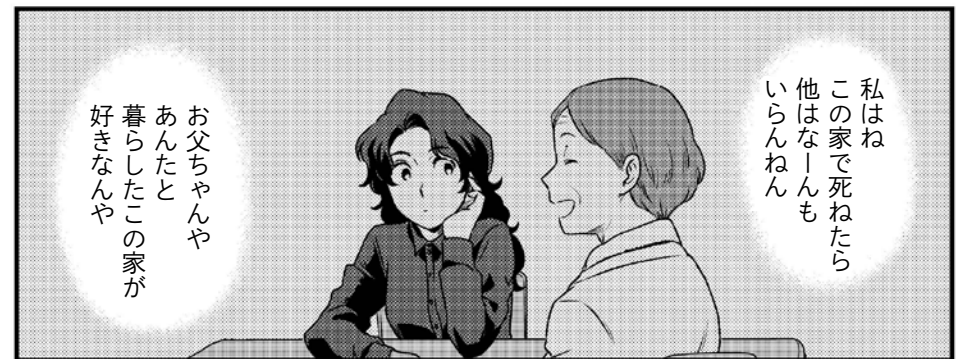
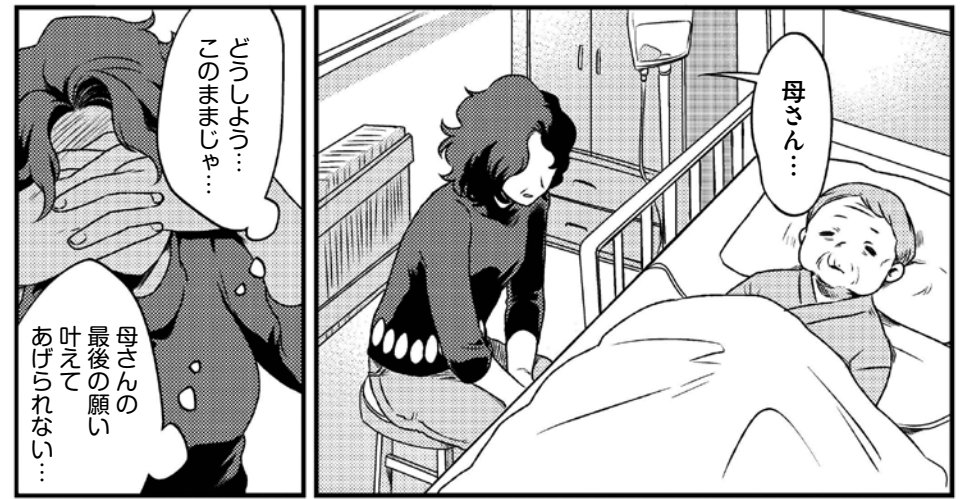
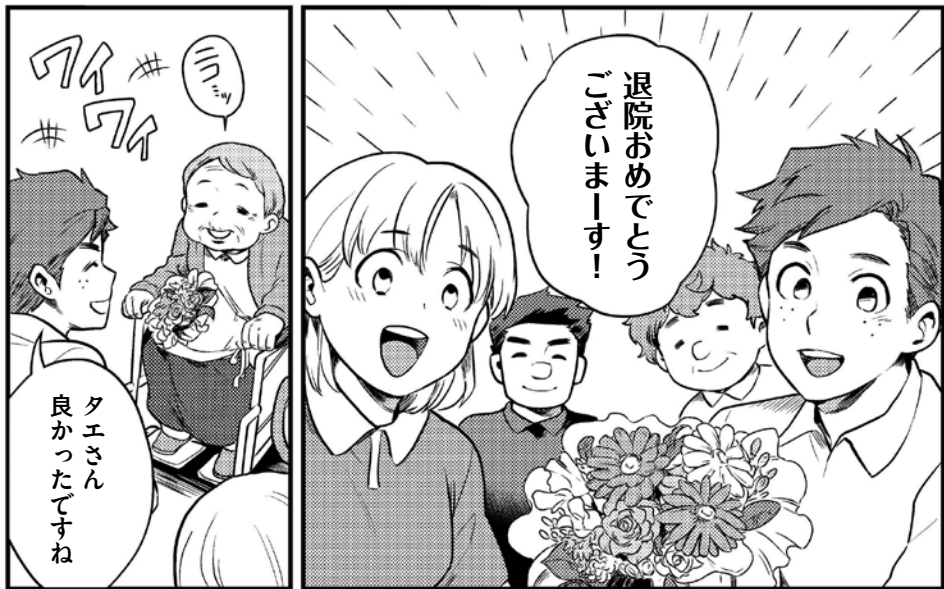
- ・デイサービス…週2回
- ・ショートステイ…月1回
- ・訪問介護…週2回

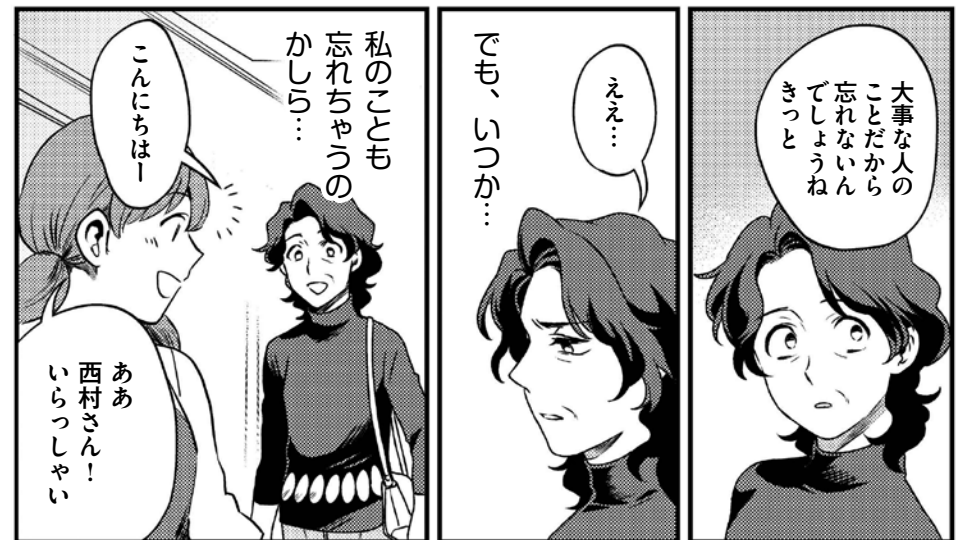


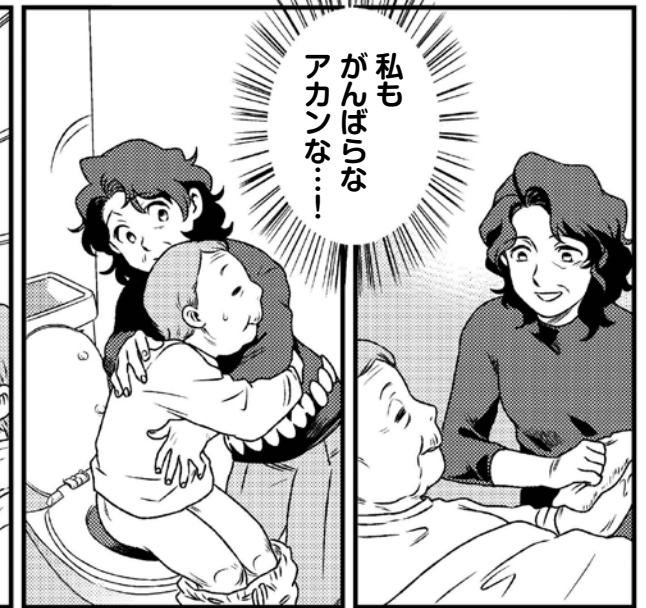
もう
「最期の時」を
真剣に考え
なきゃいけない
時期なんだ…

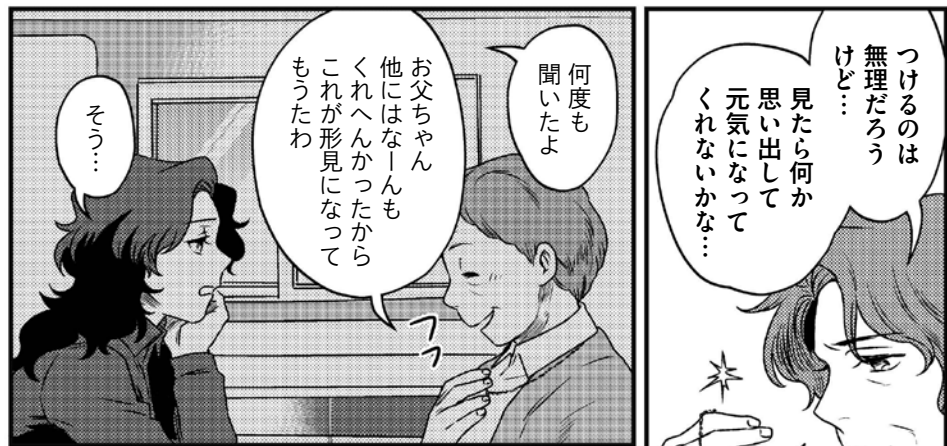
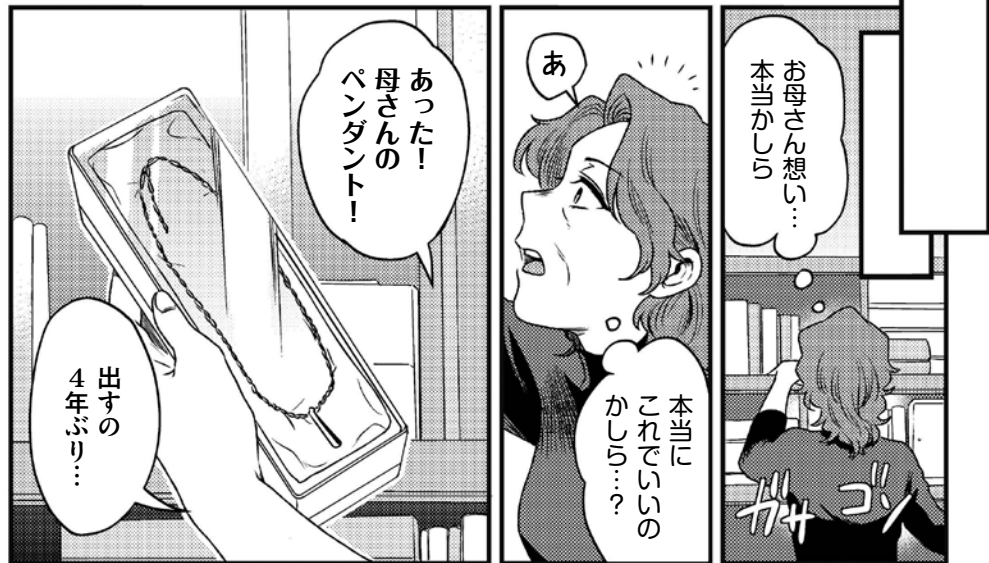
※訪問介護（ホームヘルプサービス）：ホームヘルパーが自宅を訪問し、食事介助や入浴介助などの日常生活の手助けをするサービス。







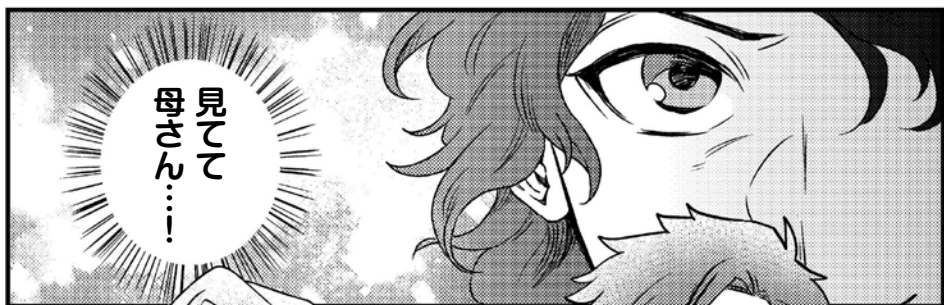






自分の
したいこと……!

大事なことを
忘れてたのは
私の方だったね……



見て
母さん……!



ええ

ええ!?

今
復職なさるん
ですか?

もう
決めました!



……やだ
そんな……
お父ちゃん
死んだ
ばっかりで
そんな話
せんといて

聞いて
大事な話よ

いつ口が
きけなくなるか
わからんの
やから……



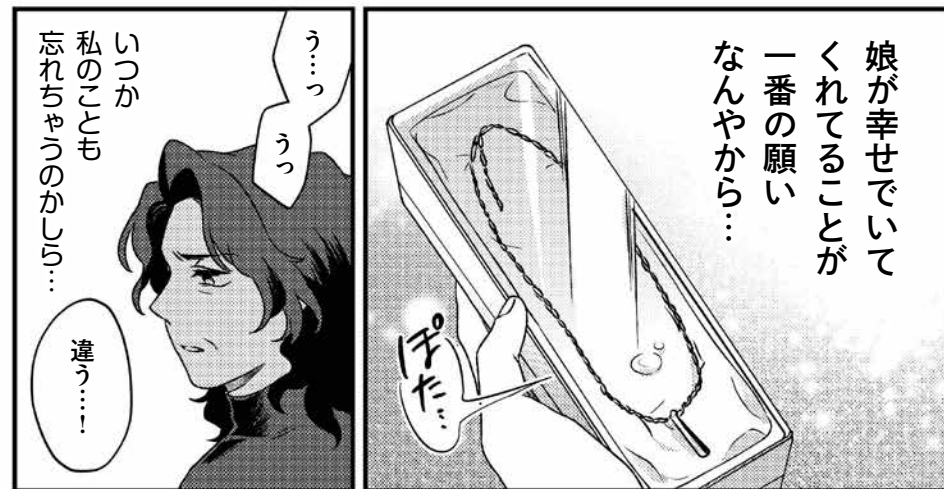
私はね
お父ちゃんや
あんたと暮らした
この家の中で
死ねたら本望や

もしそのために
典子が自分の
したいこと
ガマンするなら
それはイヤやわ

だってな

母親って
モンは

……でも



娘が幸せでいて
くれることが
一番の願い
なんやから……

ぽた……

う……
う……

いつか
私のごとも
忘れちゃつのかじり……

違う……!

タエのある1週間のスケジュール

月 ショートステイ
火 訪問看護
水 訪問介護・
デイサービス
木 訪問介護・訪問診療
金 訪問介護
土 訪問介護
日 ショートステイ

医療・介護の
サポートの
おかげで
無事、職場復帰！



充実した
日々の中で

おだやかに

その時は
近づいて
くるのでした



あらためて
各職種の
支援体制を
整えなければ
いけないね

後日、関係者で
カンファレンスを
実施しましょう！



食べない飲めない
状態でこれ以上
サービスを
続けるのは
難しいです…



眠っている時間
が長くなって
きましたね

食欲もないし
発語もなくなって
しまいましたね



できれば4月から
非常勤で働きたいので
ショートステイ・
デイサービス・
ヘルパーさんの調整を
お願いしたいんですが…

はあ…
この時期に
なぜ…？



この時期に
復職なんて
決められるのは
我々のサポートに
十分な信頼を寄せて
もらえている証…！



なんだか
ふっきれた顔を
してらっしゃるな



タエさんも
応援して
ますよね？



あー！



そして…



サービス利用者の
ご家族の想いに
寄り添うのも
我々の仕事…！

こちらも全力で
典子さんの復職
応援させて
いただきますっ！

※カンファレンス:介護サービス利用者の状態に変化があった時などに、適切なサービスが提供されているかどうかなどを、サービスに携わっている人が集まり検討する会議のこと。

いくつか確認をとっておきたいことがあります

—!...ということを昨日スタッフ間で話し合いました

- ① デイサービスやショートステイ利用時の急変時の対応
- ② 送迎中の急変時の対応
- ③ 急変時の連絡体制

いろいろ検討していただいてありがとうございます

9年も見てくださってるんですもの万一の時も安心してお任せできます

わかりました。それではスタッフ全員に共有したいと思います

何か不安があればいつでもおっしゃってくださいね

みんなで力を合わせてサポートしていきますよ!

はいっ!

カンファレンス当日

今日は西村タエさんの急変時の対応について

ケアマネジャー

全スタッフで検討していきたいと思えます

…びびって

まずは私からタエさんの病状の説明をしますね

かかりつけ医

私からはショートステイ利用中の急変時の連絡体制の確認をしたいと思います

ショートステイ職員

娘さんの意向はあくまで「自宅で看取る」ことです

他に何か気になることは?

各施設への移動中に急変された場合のことも考えなくてはならないと思います

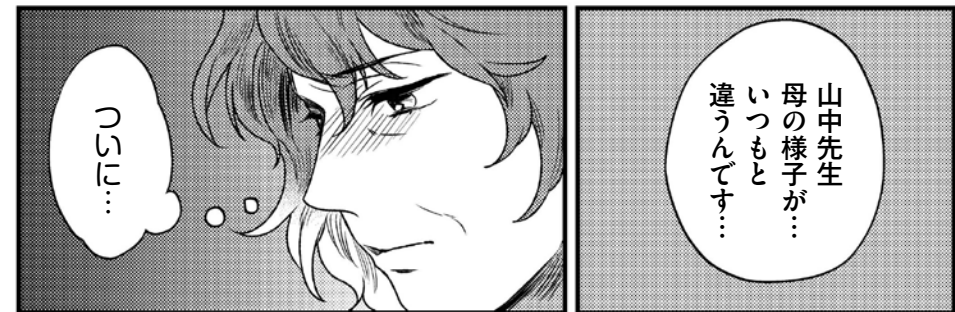
デイサービス職員

あと、訪問看護へ医療保険へ移行する手続きが必要だと思います

訪問看護師

そうですね。今日検討した内容を明日ご自宅へご訪問した際にお二人に伝えましょう

翌日 自宅



考えてみましょう

「人生の^{しま}終い^{じたく}仕度」と医療

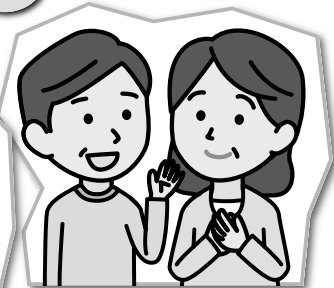
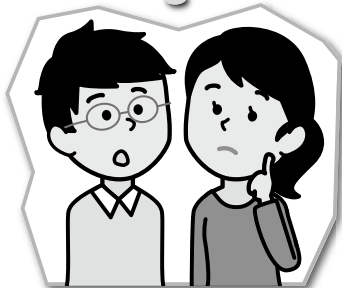
— あなたとあなたの大切な人のために —

あまり考えたくないけど
いつかは、さいごのことも
考えんとあ…

さいごまで自分らしい
生き方をさせて
あげたいよね

終い仕度って
どうしたらいいの？
ACPって何かしら？

さいごに受ける
医療って言われても
想像がつかないね



母の最後の願いを
叶えてあげることが
できました

みなさまの
サポートの
おかげです…！



日本では
約8割の方が
病院で亡くなられて
いるのが現状です

しかし
今回のように
本人の希望にそって
さまざまな医療・
介護スタッフの
支えにより
最期まで自宅で
過ごされる方も
少しずつ増えています



大事なことは
元気なうちから
自分や家族の
終末期について
考えること

また
その希望や想いを
主治医や訪問看護師
ケアマネジャーなどの
スタッフさん達と
共有することで
最期まで自分らしく
生きることができ
ること



みんなもご家族と
一緒に話し合っ
てみましょうね！

おわり

次のケースから、考え、話し合うことの大切さを確かめてみましょう

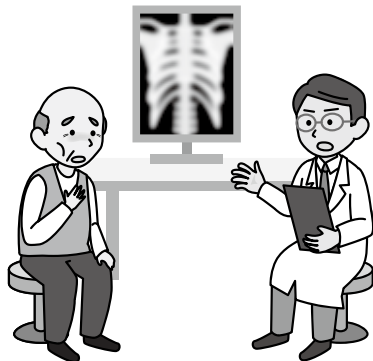
Step 2

ケース 1

あなたが、がんを患い、治療をしても回復が見込めない状態となって、医師から「あなたは、どのような医療やケアを希望しますか？また、どこで過ごしたいですか？」と聞かれた場合

自分の死と向き合い、決断しなければならない状況ですね。辛いことであり、とても悩むと思います。

もし、自分の最期の迎え方や最期の時間の過ごし方について、元気な時から考え、家族と一緒に話し合うことが出来ていれば、少しは答えが見つげやすくなると思います。



ケース 2

あなたが突然、脳卒中で倒れて意識がなくなってしまった時に、家族が医師から「このまま意識が戻らず状態が悪化した時に、延命処置をするかどうか考えておいてください」と言われた場合

自分で判断できないあなたに代わって、家族が決断を迫られる状況ですね。あなたの考え方がわからないと、家族は、とても悩むことになります。

もし、あなたが、前もって人生の最終段階に受けたい医療や受けたくない医療について考え、家族と話し合っていれば、家族が代わりに決断をする時の悩みや負担を軽くすることができます。

また、今は答えが出ていなかったとしても、家族と話し合うなかで、あなたの考えが少しでも伝わっていれば、家族は、あなたの思いに沿った決断をすることができるかもしれません。



家族と考え、話し合った、その後にはできることは？



もし、次のような質問をされたらあなたは答えられますか？

Step 1

質問 1

今の医療技術では治る見込みのない病気にかかり、死が近づいて、自分の力で呼吸ができなくなった時に、人工呼吸器※1での延命治療を受けたいですか？

※1 人工呼吸器の装着
・気管に通した管に機器を取り付け、呼吸の補助を行います。



質問 2

老衰で徐々に口から食べ物や水分が入らなくなった時に、胃ろうなどの人工栄養法※2を受けたいですか？

※2 人工栄養法（胃ろう、経鼻法など）
・胃ろうとは、流動食をおなかから通したチューブで送り込むことです。
・経鼻法は、鼻からチューブを胃（十二指腸）まで入れます。



あなたは、次のどちらでしょうか？

A 答えることができる

もう一つお聞きします。

「そのことを家族と話していますか？」
もし、答えが「いいえ」なら、家族と話してぜひ一緒に考えてみてください。

B 答えることができない

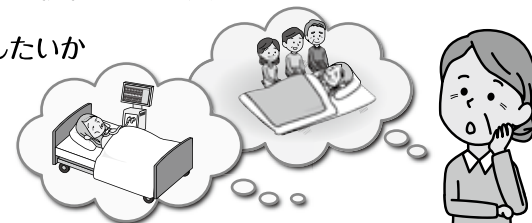
・死や老いについて今は考えたくない
・一体どんな状況になるのかよくわからない
・何となく決めていけど、迷いもある など
答えることができない理由は様々だと思います。実際、簡単に答えが出ることではないですね。



まず、自分の最期の迎え方を、考え、話し合うことが大切です

「自分らしく生きること」を大切な視点として次のことを考えてみましょう

1. どこで、誰と、どんなふうに過ごしたいか
2. 人生の最終段階に、どのような医療を受けたいか、受けたくないか



アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とリビングウィル (生前の意思表示)

自ら考え、家族と話し合ったその後にできることとして、医療・介護の専門家と相談したり、あなたの思いを文書に残す方法として次のものがあります。

1. アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

自分がどのような医療を受けたいか、あるいは受けたくないのか、また、どこで人生の最期を過ごしたいかなど、医師やケアマネジャーなど医療や介護の専門家から必要なサポートを受けながら、家族も交えて、希望や考えを明らかにしていくための話し合いをアドバンス・ケア・プランニング (ACP) といいます。

2. リビングウィル (生前の意思表示)

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を通して明らかになった考えや希望が尊重され、実現されることが重要です。そのための延命処置などについての意思を文書 (事前指示書) にして残しておくことをリビングウィル (生前の意思表示) といいます。

ACP・リビングウィルの道すじ

① 人生の最期の迎え方について自分で考え、家族と話し合う



② 医療・介護の専門家と相談する



④ リビングウィルを書いてみる



※事前指示書の例を推進機構HPに掲載しています

ココポイント 自分の思いが変わった時、身体の状態や家族の状況が変化した時などは、①～④をくり返していくことが大切です。



母の願い 私の想い

— 生きる3 —

平成29年3月 第1版第1刷発行

発行 京都地域包括ケア推進機構

企画・制作 京都地域包括ケア推進機構 看取り対策プロジェクト

編集 京都精華大学 事業推進室

作画 濱田 咲乃・彩乃 (京都精華大学マンガ学部卒)

本冊子は京都府と京都精華大学との包括協定のもと制作しました。

© 京都地域包括ケア推進機構 2017

本冊子の無断複製・転載・デジタル化などは著作権法上での例外を除き禁じられています。

ACPやリビングウィルを行う上で役立つことは？

1. 自分で学んでみる

人生の最期の迎え方をテーマとした書籍や講演会などで、必要な知識を学びましょう。地域の知り合いや友人など、様々な人の考えを聞きましょう。

2. 家族と話し合う機会を作ってみる

身近な人の死 (命日) などをきっかけにして、話し合う機会を作りましょう。人生の節目 (誕生日、介護保険の認定を受けた時等) に、機会を作りましょう。

3. 専門家に相談してみる

かかりつけ医、看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの職員など、医療や介護の専門家に相談したり、わからないことがあれば聞いてみましょう。



本冊子の感想やお問い合わせは

京都地域包括ケア推進機構 まで

E-mail : info@kyoto-houkatucare.org