

別添4-7

障害者支援施設等の看取りにおけるグリーンケア
について
分担研究報告書

令和6年度厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))
障害者支援施設や共同生活援助事業所、居宅支援における高齢障害者の看取り・終末期の
支援を行うための研究(23GC1008)

分担研究報告書

障害者支援施設等の看取りにおけるグリーフケアについて

分担研究者 庄司 妃佐 (東京福祉大学)

研究要旨

障害者施設等において「看取り」を実施している施設の担当者に、「看取りにおけるグリーフケア」についてヒアリングを実施した。その中で、次の点が示唆された。

- ① 看取り後のグリーフが低減されるためには、職員間のコミュニケーションと情報共有、「死」についての研修が重要
- ② 地域との連携の力が、看取りにも反映される
- ③ 看取り後の心理的危機を避けるために、職員のグリーフケアを念頭においたシステムを構築することが重要である
- ④ 終末期における意思決定は、それまでの意思決定の在り方が問われることである

A. 研究目的

「障害者支援施設や共同生活援助事業所、居宅支援における高齢障害者の看取り・終末期の支援を行うための研究」¹⁾によると、令和4年度の1年間に看取りを実施した支援施設等は、全施設等1541施設の中で、3.4%であった。看取りの希望があれば、看取る予定のある障害者支援施設等は、22.2%であり、入所者等の年齢が高くなっていくことによる準備の必要性を感じている施設が増えている。看取りの方針を準備している施設等は、準備中も含めて36.9%であった。今回、看取りを過去に実施した施設等の中から、5か所の障害者支

援施設の担当者に現場におけるグリーフケアについてのヒアリングを実施し、グリーフケアの在り方について課題を整理することを目的とする。

B. 問題の所在

(1) グリーフケアの対象

グリーフケアの対象は、主として親しい人を亡くした親族等を対象としてきた。

死は避けられないが、その「死」について、フランスの哲学者、ジャンケレヴィッチ・ウラジミール²⁾は、人称態論を展開した。まず、死について考えさせられるけれども心理的に遠く、見知らぬ人の死がある。

これを第3人称の死とする。次に、個人的で痛みを伴う死を第2人称の死とする。これは、個人的に親しい人の死である。亡くなった人との関係性が深く、その関係が終焉するため、感情が大きく揺さぶられる。最後に、自分自身の死である。これは、本人にとって最大の関心ある事柄である。これを第1人称の死と呼ぶ。グリーンケアの対象となる者は、2人称の死を体験した人である。一ノ瀬³⁾は、2人称の死に際して、死んだ人に能動的に心の中で話しかける行為は、自分自身が死者の世界に入っている作業であると述べている。この意味では、2人称の死の中にも1人称の死が、交錯しているともいえる。2人称の死を体験した人とは、親族等や施設ケアを実施してきた職員、施設での同僚である他の利用者である。その中でも施設において看取りを実施する際にケアの主軸を担う職員へのグリーンケアの実際について、課題を整理したい。さらに、同じ施設等にいる他の利用者への対応も検討に含める。

(2) グリーン（悲嘆）の側面

親しい人の死別を経験した人は、一般に次のような反応を見せる。頭痛や吐き気、不眠、疲労、めまい等の身体的な反応、悲哀や恐怖、不安、怒りなどの情緒的な反応、集中が困難になったり、物事を決められなくなったりするなどの認知的反応、泣いたり、放心状態になったり、日常の出来事に興味を失ったりする行動的反応である。すべてに専門的介入が必要ではないが、通常範囲を超えたグリーン反応がある場合もある。グリーンへの対応は、程度の差があるが、通常おこるものとして対応すべき予防的なものである。

(3) 障害者施設等における看取りケアとは

今日、障害のある人が、自らの意思で望む生活を選び、主体的に生きていくことを保障するために、障害者が住み慣れた地域で暮らすことを選択し自己実現できるよう支援していく地域移行支援・地域生活を支えるサービスが基本的に整備される社会を目指している。

施設等で「看取る」ことが、最終的に目標とされている訳ではなく、「看取り」は、現在の入所者への対応の中で考える必要がある。入所の際に、施設で亡くなることを想定している可能性は低いため、「看取り」の希望を聞く時期についての検討も重要である。

入所者の地域移行を考える際にも、20年以上施設等で暮らす人の地域移行課題と、親子ともに高齢になって入所する利用者の課題を同一でとらえることはできない。このように、障害者施設の利用者にとっての施設等の在り方は、多様である。施設入所に至る状況の整理も重要である。施設の入所基準についても課題となる。

介護保険で「看取り加算」が整備されている介護老人福祉施設（特養）と、障害者施設等の入所期間の長さを比較すると、高齢者と障害者では異なっている。

介護老人福祉施設（特養）の平均入所期間は、厚労省の2022年の「介護サービス施設・事業所調査」⁴⁾によると、1070.5日（約2.9年）である。一方で障害者施設等の在所期間の平均を同等に比較できるデータはないが、2018年の厚生労働省の「障害者支援施設のあり方に関する実態調査」⁵⁾では、「5年未満」が18.6%、「5

～10年未満」が15.1%、「10～15年未満」と「15～20年未満」が13.7%、「20～25年未満」が11.3%等となっており、50年以上在所している利用者もいる。在所期間が一人ひとり個別に大きく異なっている。

【倫理面への配慮】

本研究は、国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会で承認を得て実施している(承認番号 05-07-01、05-10j-01)。

C. 研究方法

「障害者支援施設や共同生活援助事業所、居宅支援における高齢障害者の看取り・終末期の支援を行うための研究」の調査対象施設1541施設の中から、過去に看取りを実践した施設103か所、および看取りを実践している施設で研究協力者等から推薦のあった入所施設を中心に5か所抽出し、ヒアリングを実施した。期間は、令和6年11月26日から、3月11日までの間で直接のヒアリング、ZOOMを利用して半構造面接を実施した。1施設1時間半程度を目安として、19項目を中心に実施した。ヒアリング対象は、看護師、ソーシャルワーカーなどと職種は様々であるが、看取りを主として担当した人である。ヒアリング項目および内容は、表1通りである。

D. 研究結果

5か所の施設のヒアリング結果の概要と特徴は、表1に示している。ヒアリング項目の中で確認できなかった部分は空白となっている。ヒアリング項目は19項目

で、最下段に重要と考えられる内容を抽出して記載した。抽出した内容の中で、重複を除いたものは以下の通りである。

- ・日常的な情報共有の重要性 (ICTの利用の可能性を含む)
- ・「死」についての研修 (人がどのようにして亡くなるのか、死生観)
- ・グリーンケアの方法 (担当した職員の話を含め、納得いくまで聞く)
- ・法人の理念を共通して認識すること
- ・利用者の生活史など日々の暮らしの記録の重要性
- ・利用者の意思確認を意識した日々の支援への気づき
- ・地域との連携の重要性

上記の内容が、今回のヒアリングで重要と考える課題であり、特にすべての施設に共通していたのが、次の点である。

- ① 職員の情報共有
- ② 看取り以前の地域との連携 (特に医療連携)
- ③ 看取り後の振り返り (グリーンケアへの対応)
- ④ 意思決定支援の重要性

ヒアリングした施設に共通の上記の点に加えて重要だと考える点は、職員の「命」に対する認識である。それを5つ目の点としてあげておく。職員が自分の命の取り扱い方について学んで考えることが、障害者の命について考えることにつながっていた。

E. 考察

ヒアリングの結果、抽出した課題について検討した。

① 職員の情報共有

グリーフケアについて明文化したものを作成予定の施設はヒアリングを実施した施設のうち、1施設のみであった。

看取りを実施した後の施設内のケアについては、夜勤ができなくなった職員等への丁寧なかかわりがみられた。それは、日頃から細かな相談ができる職員間のコミュニケーションができてきていることでもある。

利用者の情報共有を随時確認できることも重要である。そのための方法として、ICTの導入を通して、夜間の見守りや転倒などのリスク管理、個別記録の随時確認できる情報共有を実施している施設もあった。

「看取り」の実施においては、特に利用者の情報共有を詳細に行うことが前提である。

② 看取り以前の地域との連携（特に医療連携）

施設の兄弟病院がある場合は、連携しやすい環境にあるが、どの施設も同様のシステムを作るにはハードルが高い。そのため、地域にある医療機関と日ごろから密な連携がとれている施設等が、「看取り」を実施している。

看取りを実施する施設等に医療体制を構築することを前提にシステムを作るとは難しい。施設等が、地域にある医療機関と連携したり、すでに看取りを実施している高齢者施設等と連携できる体制を作ることが实际的であろう。

③ 看取り後の振り返り（グリーフケアへの対応）

看取りの後、精神的ストレスから夜勤が

できなくなったり、遅刻や体調不良が続いたりした職員がいた場合は、他の職員、施設長などが、丁寧に話を聞き続けていた。本人が大丈夫だと言うまで、半年から1年にわたって、継続する場合もあった。

また、職員が自分から言い出さなくても、「看取り」を行ったあとの振り返りを実施していた。「看取り」後には、文章をまとめたり、グループワークで話し合ったり、看取り後の振り返りを実施していた。これらは、職員のグリーフケアといえる。看取りの実施で、職員が精神的な影響を受けるのは当たり前であると前提し、対策をたてていくことは重要である。看取り後の精神的ストレスの表出は、人それぞれ異なるが、それは、職員が精神衛生上健康に働くことができる体制とも重なっている。バーンアウトの防止にもつながることである。

④ 意思決定支援の重要性

看取りを実施した施設の振り返りで、「果たして利用者にとってそれが良かったのか」という反省があった。これは、本人の意思決定確認と関係している。

「看取り」の際に、本人の意思決定の有無は、それまでの支援の中で、利用者の意思決定が、どのように施設等で対応してこられたかを強く反映すると考えられる。

柴田洋弥⁶⁾によれば、意思決定支援は「意思表現（意思疎通）支援」「意思形成支援」「意思実現支援」を含んでいる。看取りの場面で、どのような支援を望んでいるかを意思決定するためには、それまでの長い支援の中で、いかに意思を表現する手立ての支援を受けたかや、意思をどのように形成する支援を受けたかが影響する。意思を形成し、表現し、実現することが、意

思決定支援である。意思を言語表現できない利用者には、絵や写真、表情、身体反応など様々な情報の集め方が必要になるであろうし、意思決定をした際に、「本人が拒否したから選択しない」場合が多いと、本人の選択肢は狭まる一方になってしまう。そのために、本人の拒否を受け止めながらも、意思を形成していき、行動の可能性を広げるかかわり方が、専門職の支援であろう。

また、入所期間が比較的長い障害者施設等の利用者の生活史について知っておくことは、意思決定の際の情報を根拠とするために非常に参考になる。

⑤ 「命」について考える機会

現代社会は、「死」について接したり学んだりする機会が乏しく、死を意識することがほとんどない。人間がどのように死んでいくのかについて、ほとんどの人が未知の世界である場合が多い。

「命」や「死」を学ぶ研修は、死をどのように自分の中に落とし込むかという「死生観」を学ぶことである。このことは、利用者の「看取り」を行う際の基盤となる。自分の命の取り扱い方は、利用者の命の取り扱い方でもある。自分自身の死生観を理解することで、支援者として安定した気持ちで接することができ、グリーフについて話題を避けることなく、話すことができるようになる。

また、施設の中で故人を思い出す行事を実施することで、思い出を語る経験が、他の利用者にとって「死」を経験する機会ともなっていた。

F. 結論

看取りを実施する場合、グリーフケアは、バーンアウトや離職の予防として必ず準備しておく必要がある。

今回、グリーフケアのヒアリングの中で、グリーフケアに関する内容以外に、挙がった課題が、看取りにおける意思決定である。意思決定は、看取りの場面だけでなく、それまでの支援の中で、どれだけ意思決定が形成され、表出され、実現されてきたかが問われることであり、これは障害者の人権が施設でどのように取り扱われてきたかということでもある。障害者が生まれてきてよかったと感じたり、安心した居場所と感じたり、自分のことは自分で決めるといった人権が守られてきたかという人権尊重の取り扱い方が問われる。障害者を上下関係でない対等なパートナーとしてとらえているかである。

施設で亡くなるということを決めることが、唯一の意思決定ではない。意思決定は、常にその人の人生の中で、重要な人権の位置づけである。

看取りを実施するために体制を整えたからといって、うまくいくとは限らないであろう。それは、施設が障害者の人権をこれまでどのように認識して対応してきたかを問われることでもある。

看取りは、医療との連携が不可欠である。現代の医療は、生活の場で死ぬための医療といえるであろうか。小堀鳴一郎⁷⁾は、「命を長らえる医療」から「命を終えるための医療」への転換点が在宅死には重要と指摘している。最後を生活の場で亡くなるためには、「死ぬための医療」を提供できる医療が必要である。そのための合意には、ク

ライエント、家族、在宅医（入院中であれば主治医も）の4者の合意のもとに決定されなければならないと指摘している。施設における看取りでは、これに施設職員が加わって、合意形成の調整をしていかなければならない。

見取りが円滑に進められた施設は、障害者への日常の支援の延長として、看取りが実施されてきたように思う。その意味で、「看取り」が可能な施設が増えることは、施設の利用者への人権の取り扱い方の質が向上することになるであろう。

【文献】

- 1) 厚労科研「障害者支援施設や共同生活援助事業所、居宅支援における高齢障害者の看取り・終末期の支援を行うための研究」2024年5月
chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nozomi.go.jp/investigation/pdf/report/03/R05-2.pdf 2025年4月8日閲覧
- 2) ジャンケレヴィッチ・ウラジミール 著、仲澤紀雄訳、『死』みすず書房、1978年
- 3) 一ノ瀬正樹「死の所有」東京大学出版会 2019年
- 4) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」2022年
- 5) 厚生労働省「障害者施設のあり方に関する実態調査」2018年
chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521913.pdf 2025年4月9日閲覧

6) 柴田洋弥「知的障害者等の意思決定支援について」日本発達障害学会編 発達障害研究 34(3) p261-272 2012年

7) 小堀鷗一郎「死を生きる」朝日新聞出版 2024年

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 ヒアリングまとめ

| | 障害者施設における看取りについて（ヒアリング項目） | 施設① | 施設② | 施設③ | 施設④ | 施設⑤ |
|---|--|--|--|---|--|---|
| 1 | 看取りやグリーフケアについて、施設の方針や基本的方針について明文化したものの有無 | 無（隣接特養のものを参考） | 有 | 有 | 有（作成中） 基本理念、意思確認、流れ、「看取り／終焉支援」を分けている中で違いの説明 | 無（看取りをしない方針となった） |
| 2 | 看取りやグリーフケアの具体的なマニュアルやガイドライン書類の有無・職員の役割など | 無（隣接特養のものを参考） | 有 | 有 | 有（作成中） | 無（以前は高齢者を土台に作成） |
| 3 | 施設内の看取りのチーム体制と連携体制（含：外部）について | ・常に職員で情報共有 ・家族、入院先、排せつケア認定看護師、行政。日頃より市内の隣接病院と情報共有できている。 | ・2年後に終末期対応ができる体制を準備している | ・グリーフケア（①外部カウンセリング、②看取りのコンサルの面談、③上長面談のシステム化の検討中） ・デスクカンファレンスの実施の検討 | ・有（診療所や訪問診療・新たな病院と連携） ・喀痰研修受講し、痰吸引対応可能とする ・24時間の訪問診療・訪問看護体制がとれるがんの看取り支援 | ・3か月に1回、全員のケースカンファレンスを実施（項目は160個位） ・サビ管、社会福祉士、介護福祉士、・・・ ・介護職の夜間対応が不安なくできるように、看護師が痰が出ない状況を作ることにまずは力を入れる。 |
| 4 | 家族への看取り期の説明や同意に取り方について | 入院先のムンテラ時に意向確認 | ・医師と看護師のもとが基本である。 ・契約の際に、話している ・意思が変わる場合もあるので、機会をみつけてその都度説明する。 ・個別の意思決定アンケート（東京都）を実施。 | 有（看取る瞬間に立ち会えなかったり、他の対応で発見が遅れることについて十分説明している） | ・〇〇市のエンディングノート作成（障害を考慮した内容で時間をかけて記入） ・親戚がいない方の課題はある。 ・本人、家族、職員とで意思確認実施 | 病気の回復が見込めないタイミングで話をする |
| 5 | 本人の意思確認の方法と時期（利用者の意思確認の把握と、反映の仕方、ACPなど） | その都度本人にどのように過ごしたかを確認 | ・生活の場所、介助者、過ごし方等別に意思決定を支援するための工夫と配慮を生活記録から拾うようにしている。 ・最期の時、本人の好きな曲を流すことが風土となっている（意思決定支援の実施が人事評価項目のひとつになっている） ・意思決定のアセスメントは毎年実施。個別支援計画時に実施。記録をひろって支援会議にかける。 | | ・本人と家族と施設職員を入れて意思確認を行う ・言語表出できない人には、絵や写真を用いたり、表情を記録したり、職員を入れ替えて意思確認を実施。エンディングノートも利用 | 全員（50人程度）のトピックスがわかる生活史をつくることから始めた |
| 6 | 利用者が具体的に終末期の過ごす場所 | 病院（ホスピスで実施） | ・主には病院 | | ・ガンの場合：訪問診療を入れて施設 ・それ以外：施設で可能な限り対応し、限界が来たら病院 | 6部屋個室のエリアを作っている（高齢で介護が必要な日な人だ対象） |
| 7 | 看取り期における医療ケアの具体例（鎮痛・緩和ケア）など | 緩和ケア病棟に入院しながら日中は施設へ外出 | ・点滴、痰吸引、経管栄養の実施 | | 医療機関と相談しながら決定 | 最期は点滴をせず、無理な栄養摂取はせずに対応。食事等の香りを大事にする。 |

| | | | | | | |
|----|--------------------------|--|---|--|---|--|
| 8 | 看取りに関する職員のスキルアップのための取り組み | 看取り、意思決定支援に関する研修。 | ・年に1回カトリックの神父の話を1泊2日の修道院研修で聴く（「命」というテーマ） | ・令和4年に看取りのコンサルタントを導入して、研修やOJTを実施。 ・グリーンケア、命への向き合い方の研修を実施予定。 | ・看取り支援委員会を月一で開催。 ・喀痰吸引等研修を受けた人を増やしていく ・地元の大学教員と定期的に研究会を実施。 | ・支援員の視点からの看取りの情報共有 ・人間がどのように死ぬのかについての知識が必要。 |
| 9 | 職員のメンタルケアやストレスマネジメント | ・看取りの経過を知る。 ・職員が情報共有、話をする。 | ・施設長が話を聞く ・復職支援の一つとしてメンタル支援を含む。 | ・施設に帰りたい利用者を施設で看取れない葛藤をずっと抱いていたが、看取りケアの専門家との出会いがあった。 | ・委員長等による丁寧な面談（本人が大丈夫というまで） ・全員での振り返りの時間をつくる。 | 精一杯つくした職員が利用者の死亡で、喪失感が強くでた 少しやすんでもらって、本人の意向にそって復帰（約1年） その後は、自分の経験をみんなに話してもらって人材育成を実施 ・土曜学校に牧師が毎週来る。 |
| 10 | 看取り後の対応：死後手続き、葬儀対応など | ・病院での看取り、葬儀社選定など家族の相談を受ける。 ・葬儀社で出棺までともに過ごす。 | ・施設で「お別れの式」を開催 ・死亡診断書、埋葬許可書の受け取りなど。 | ・施設内で亡くなると、葬儀場との時間調整に余裕ができる ・お通夜、葬儀の段取りを家族と相談しながら行う | ・保護者がいる場合は保護者。いない場合は施設職員が中心に。 ・葬儀に職員が行く。 ・本人の情報を共有する。（アルバムやコラージュを作成） | 現在は実施していないが、家族にうかがいながら実施 |
| 11 | 看取り後の対応：施設内での追悼、遺族へのケア | ・施設内で写真を飾り祈る。 ・家族と一緒にエンゼルケアをする。 | ・死亡診断書、埋葬許可書の受け取り提出をする場合も ・東京までお骨を運ぶこともある（都外施設のため） | ・施設内で亡くなると他の利用者・職員が別れの挨拶に来る時間が十分とれる。 | ・施設で亡くなった時は部屋に利用者職員が弔いに行く。外部で亡くなった際は葬儀に可能な限り利用者が行く。 | ・事前に、葬儀社や最期に着せたい服を家族にうかがう。 ・エンゼルケアを職員も一緒に行う。 |
| 12 | 看取り後の対応：他の利用者への心理的サポート | ・葬儀社まで出向く ・写真を掲示して、故人の思い出を話す | ・「また後で会おうね」とお別れをしている利用者もいる ・施設内に、お別れのミサを実施。写真掲示 | 2～3日気持ちが落ちた人はいるが、その後回復して安定している | ・施設の仏壇に遺影と線香を用意する。 | 一緒に見送るが大きく崩れる人はいなかった（これまでの看取り件数1件） ・亡くなった人に手を合わせる。昇天祭で、写真を飾り思い出を語る。 |
| 13 | グリーンケアはいつから取り組んでいますか | 10年前 | ・外部講師を招聘し、年数回、研修会を開催していた ・復職支援の一環で取り組んでいる ・10年前から終末期支援の必要性を感じた | 看取りについては令和元年から取り組み開始 | ・立ち会った職員には、「もう大丈夫です」と言うまでは丁寧に看取り委員長が話を聞く ・委員を任命。施設長なども参加し、委員会を開催。 ・5-6年前から自然発生的に、看取り後に振り返るための記録作成。その後、看取りについての勉強会を月1実施。 | 予後が厳しいなと思った時点から |
| 14 | グリーンケアの取り組みを始めたきっかけ | ・隣接の特別養護老人ホームで実施していた ・希望があった | ・利用者からニーズがあり、24時間の看護体制がとれた。 ・心理的にダメージがあった職員は2週間位夜勤外して様子を見て、本人の回復が見込めたら徐々に夜勤を復活 | ・グループホームで自死があり、職員がメンタルダウンした。 ・専門家からのレクチャー 現時点では、ケアが必要になるほどの職員はいなかった。 | ・月1回は、定期的に話し合う。 ・メンタルダウンした職員に、大丈夫だというまでに月に1回、半年程度話を聞いた。 ・今後、看取り支援に関する職員のバーンアウト防止 | ・看取った後、出社できない職員がおり、話を十分聞いて、自分から看取りをすると表明するまで、約1年待った。 |

| | | | | | | |
|----|--------------------------------|---|--|--|---|---|
| 15 | グリーフケアにおける家族との連携・対応 | ・遺品整理を職員と一緒に ・1年後に家族へお手紙を渡す。 | ・特になし | ・意思決定支援は、家族の意思を整え、準備をしていく期間 ・連絡を取り合い話し合いを行う ・お通夜、葬儀、火葬（物言い）に職員が積極的に関わっていく。 | ・家族に対する対応はまだ出ていない ・葬儀の際に思い出話をしたり、写真のコラージュ等の提供 | ・「昇天祭」に招待し、支援者と話す機会を作る ・家族とゆっくりすごせるように、面会時間の設定をせずに、いつでも面会できるようにする。 |
| 16 | 外部支援機関（行政、NPO、宗教団体、医療など）との協力状況 | 行政、かかりつけ医、相談支援事業所、気管相談支援センター、高次脳機能障害支援センターなど。 | ・東京事業部、障害福祉部門、修道院 | 業務コンサルタントから、施設理念、ビジョン、ミッションの重要性を指摘され、職員とともに考えた結果、基本理念を、「専門性より人間性」とした。 | ・医療の協力者は増えている印象がある ・近所の葬儀社も丁寧な対応をしてくれる。 ・兄弟病院があるため連携が容易。 | 毎週、牧師が来ている（土曜学校を開催） |
| 17 | 外部の看護・介護支援や専門的な医療機関の利用状況 | 現在排せつケア認定看護師との連携はない。 | ・救急搬送先 | | 診療所・クリニック・病院：終焉支援 訪問クリニック： 看取り支援 ・外部コンサルから、法人理念の重要性の指摘を受け、「やさしさ日本一」の法人理念とする。 | 年度で、医者が変わった医療機関と看取りの細かい調整が必要 |
| 18 | 看取りケアに関する現場の課題と問題点 | 人材不足、看取りケアに関する知識技術の習得、夜勤一人体制など | ・64歳問題（介護保険の利用を勧められる） ・現在はシスター（看護師）がいないため、実施できていない。 ・利用者の希望をかなえたいが、リスクの可能性のある事柄にも挑戦しようとする場合もある。 ・お骨の引き取り問題の可能性。 | ・看取りの研修予定 ・グリーフケアをシステムとして構築していく | ・医療が入ってこれる仕組み（訪問診療、訪問看護）があれば、安心して看取りができる。 ・親戚がいない人への対応が課題。（遠い親戚を探す） ・法人全体で取り組めたらいいと思う。 | ・看取った後の報告会をリーダーが行う ・看取りの内容の共有の場が大切。 ・医者が変わったことで、施設で看取ることのできる範囲を医療と調整して情報共有する必要がある。 ・看取りを未経験の職員もいるため、グループメンバーを再検討 |
| 19 | 改善が必要な点や将来的な取り組みの計画 | 看取りを前提に支援を提供していないため、ケースバイケースでの対応。 | ・看護師の確保（今後看護師2名を採用予定） | ・人事評価の評価項目を検討中 ・命の取り扱い方研修。 | ・ガン以外の方も、訪問診療・訪問看護が使える状況が望ましい。 ・行き場がない障害者が生じないようにしたい。 ・親戚等がいない方への対応は施設のボランティア的取り組みになっている。 | ・体制づくりと意識の共有が必要 ・看取りを経験していない職員への研修等。 |
| | キーワード | ・日常的な連携（物理的環境も含）（専門職同士つながり） ・職員の情報共有 | ・宗教的背景（「死」について考える） ・職員の情報共有 ・コミュニケーション力が、業務評価の一つ ・生活記録の詳細な記述（観察） ・ICT利用による情報共有での効率化 | ・命についての研修 ・グリーフケアをシステム化する ・施設理念の共通認識 | ・24時間の医療体制の必要性 ・法人の理念の共通認識 ・地域との日頃の連携 ・本人の意思確認のための様々な工夫（写真、ジェスチャー、エンディングノート等） | ・当事者の生活史の記述（日頃の意思確認） ・人が死に至る経緯について学ぶ ・医療とのきめ細やかな調整確認 |