

障がい福祉サービス事業所における 看取り事例集



岩手県社会福祉協議会障がい者福祉協議会

目 次

「障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方 検討のための事例研究会」報告	1 ページ
「入所中にかんを発症し、障害者支援施設で看取った事例」 障害者支援施設 A 事業所	3 ページ
「入所施設において終末期を迎えた利用者の支援事例」 障害者支援施設 F 事業所	9 ページ
「重い心臓病を抱えながらも入所施設から地域生活に移行する中で看取った事例」 共同介護事業所 S 事業所	19 ページ
おわりに～今年度の看取り事例研究からみえる課題～	24 ページ
○資料編	
「障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方事例研究会」について	26 ページ

「障がい福祉サービス事業所における
看取りの在り方事例研究会」報告

岩手県社会福祉協議会 障がい者福祉協議会
調査研究委員長 阿部 孝司

昨年度、「障がい福祉サービス事業所における老化・高齢化の実態調査」を実施し、ご報告させて頂いた。その中で、老化・高齢化した利用者の内、看取りを行ったかという設問に、行ったという回答が全体で13%（9か所）、入所系のみになると20.6%（9か所中7か所）と入所支援施設に看取り事例が多い実態であった。そこで、今年度の調査・研究委員会では、看取り事例の研究を行うこととし、3事例の研究を行った。看取りについては、介護保険分野においてガイドラインやマニュアルなどが作成されていて先行的に取り組みられていることから、岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会理事（城南介護支援センター所長）の佐藤幸男氏をオブザーバーに迎え、介護保険分野での取り組みについても広くアドバイスを頂いた。

3事例の中で、1事例目は入所支援施設で看取った事例である。破衣行為などがあり、いわゆる行動障害が強いことから病院での看護が難しく、入所施設で訪問診療のチームを形成して看取りを実施した事例である。胃ガンが見つかり、最初の病院では、術後にチューブを抜く可能性があると言われ手術を断られたが、セカンドオピニオンの病院で手術が可能になった。その後、職員の理解・協力もあり夜勤職員を2名から3名体制に増員し、在宅医療のシステム体制を入所施設でも活用して、医師・看護師・薬剤師・施設長などがクラウドのシステムを使って容体を確認し合いながら終末期を支える事例は、多くの示唆と今後の終末期医療の可能性を与えられた。

2事例目も、入所支援施設で終末期ぎりぎりまで施設で看護をした事例である。親族の後見人より延命処置に対する指示書～延命処置を望まない～という明確な意思表示があったため、職員はそのはざまに立ち、ジレンマを抱えながら終末期看護やケアを行い、最終的には、救急搬送により病院にて亡くなったケースである。延命処置に対する指示書があることから、病院では医療ケアができないため、本人の状態が悪化し「末期状態」でも施設での支援を余儀なくされ、職員に様々な葛藤が生まれた事例だった。

3事例目は、入所更生施設からグループホームという地域移行を行う中で、重い心臓病があったことから、グループホームにて終末期を想定した支援体制を形成した事例である。この事例からは、単に医療ケアや看護についてのみならず焦点をあてるのではなく、QOLという視点で終末期ケアを考える必要がある事を問題提起した事例であった。

上記の事例研究を行い、委員からは様々な意見が出された。以下、項目ごとに簡略に記載する。

○家族との関係性

- ・看取りの同意書の取り交わしが必要である。
- ・特に入所施設は何でも対応してくれると要望されがちであるため、家族の役割と施設の役割を曖昧にせず決める必要がある。
- ・看取りの同意書には、看取りの場所、医療の選択、病状の告知、延命措置、支援の内容、死後の事などが載ると良い。

○医療との関係性

- ・地域において医師会などの医療関係機関に理解して頂くことが重要であり、地域自立支援協議会などで協議していくことも必要である。

- ・事例1にあるように、訪問医療や訪問看護を利用しながらどの地域でも看取りができるような仕組み作りが必要だが、同様に入所支援施設においても職員体制などの仕組み作りが必要である。
- ・介護保険分野では先行的に取り組まれているので、介護保険関係機関やケアマネージャー等との連携が必要である。

○看取りを行える環境整備

- ・個室の用意、付き添いの体制づくり、細やかな日常生活の支援体制、他の利用者への配慮。
- ・行動障がいを持つ方には、その特性に合わせた配慮。
- ・必要な医療機器と看護師の配置。

○職員へのケア

- ・看取りに対する介護の不安への対応、研修、心構え。
- ・看取り後の関係職員へのメンタルケア。
- ・施設における看取りの定義・指針作成や、マニュアル・ガイドラインの整備。

○制度に関する課題

- ・介護保険には看取り加算があるが、障がい分野には加算がない。
- ・終末期の人員体制加算、医療との連携加算など厚い人員体制の根拠がないと、全て施設の持ち出しとなる。
- ・介護保険との連携。
- ・成年後見人の職務拡大、死後の事務など。
- ・看取りについては、施設単独で取り組むものではなく、福祉圏域、都道府県、国の政策レベルで取り組むべきものである。

○事例研究を振り返って

高齢障がい者の看取りの研究は少なく、報告書など目にすることはほとんどない。国立のぞみの園の研究報告書によると、『高齢の知的障害者は着実に増えている。知的障害(児)者基礎調査において、平成12年段階で65歳以上の在宅の知的障害者が9,200人、平成17年で15,300人と推計されている。この5年間で66%増えている。同様の伸び率が続いていると仮定すると、平成22年11月時点で、在宅の知的障害者は2.5万人以上と推測される。また、全国知的障害者施設・事業実態調査報告の結果では、入所施設を利用している65歳以上の知的障害者は、平成9年で2,404人、平成22年で6,601人に増えており、この間約3倍弱の増加が見られる。※』とある。

今後、高齢障がい者の看取りに関わる終末期の看護・介護・支援の課題は、在宅や入所施設において更に増えていくことが予想される。介護保険分野で行われている看取りに関する体制を参考にしつつ、障がい者ならではの配慮が必要な内容が、今回の事例に多く示されている。今年度の事例研究を足掛かりにしつつ、今後も継続的な研究等を行い、障がい者福祉協議会としても関係機関や行政等に一層の働きかけを行っていく必要があると言える。

※国立重度知的障害者総合施設ぞみの園 厚生労働科学研究費補助金研究報告書 地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアルの作成 研究代表者 遠藤浩 氏 2015年3月

「入所中にがんを発症し、障害者支援施設で看取った事例」

障害者支援施設 A 事業所

1 はじめに

当施設で初めて看取りをした事例です。

在宅生活から、40歳代で当施設に入所となり、10年強経過後に胃がんを発症。

胃の全摘手術をしたが、その2年後に転移が判明し施設で看取るまでを紹介します。

2 事例紹介

(1) 基本情報

A氏、50歳代後半、女性、県央出身、両親他界、弟は関東在住

① 主な障がい

知的障害 (IQ16)、てんかん、変形性関節症による両股関節機能障害 (身体障害手帳 2 種 4 級)、療育手帳 A 判定、障害程度区分 6、障害年金 1 級

② 生育歴

3歳時に脳膜炎となり高熱が続き、O病院に入院。以降てんかん発作が確認され服薬が開始となる。

著しい知的能力の低さと発作等があり無就学。家庭での介護が困難な際にはH病院に入退院を繰り返していた。

40歳代前半にH病院へ再入院し、1年後に当施設に入所となる。

③ 入所時の家族状況と入所に係る経緯

父親は肝臓がんで平成10年に手術をし、その2年後に再発、再入院 (がんは末期の状態) となる。

母親は夫の世話に追われており疲労している。父と母の年金とAさんの障害基礎年金で生活をしており、経済面は楽ではない状況。

病院側からは早く引き取るよう促されており、母親は悩んでいる状態。

④ 入所後の本人状態像

肥満体であり主食の調整を実施。体重減量には成功はしたが入所して6年後に加齢に伴う下肢機能の低下が課題とされ、翌年に身体障害者手帳取得。

破衣行為については日常的な玩具 (ブロック) の提供により回数の軽減を図ることができた。

(2) 手術までの経過

① 第1期：胃がん発症、摘出手術までの経過

年月日	内 容
X年 11月～	・9月定期健診結果より貧血の進行が確認され、消化管出血を疑い便潜血検査を行うが陰性。12月に腫瘍マーカー検査を行うが同様に陰性であり、貧血の治療が継続となる。
体重	・X年4月 55.6 kg、X(+1)年3月 51.6 kg。
X(+1)年9月	<p>・9月末脱水と感染性胃腸炎の診断。同月内科検診時に今までの体調不良を相談し、近日中に血液検査を実施とすることとなる(9月 47.7 kg)。</p> <p>・X日 夕食時に嘔吐が確認される。</p> <p>・翌日2:08 訪室時に、布団から出て壁に足を上げL字型の状態で見守られており、便失禁と多量の吐血を確認、救急車要請しM病院へ搬送となる。同日9割方胃がんと説明を受ける。</p> <p>・主治医からは胃の全摘手術、抗がん剤治療のいずれも適応とならないとの説明を受ける。主な理由として、術後にチューブを抜いてしまう可能性が高いことがあり、生命の危険性は、胃全摘手術が1%、術後の合併症で10%(ただし本人の場合は2~3倍にアップ)とのことであった。障がいがある方の手術について消化器内科、外科両科で検討した結果、適応外との結論に至ったとの説明を受ける。余命3ヶ月。</p> <p>・この間、転院先として療養型のN病院の見学も実施したが、10月の主治医説明後、ワーカーよりセカンドオピニオンの情報提供を受け、保護者からも「何かできることがあるのであれば、やってもらいたい」との意向を確認する。</p>
10月	・X日 P病院セカンドオピニオン外来受診。医師より、進行性の胃がんであり、手術だけの完治は難しいが、年齢から開腹手術により必要最小限で効率的に手術を行なうことは可能との説明を受ける。
11月	・X日 P病院で手術。胃の全摘と肝臓を1/4~1/5切除。転移はなし。2日後、尿道カテーテルを含むすべてのチューブを自己抜去…。
X(+2)年1月	・X日 医師説明。手術前のステージがⅢBであり、手術適応外となるⅣの直前の状態、がんの深さは肝臓に達しており、リンパ腫転移も陽性、2年以内に再発する見込みとなるが、その際には「看取り」となることを覚悟して欲しい旨説明がなされる。翌月退院。
8月	・X日 嘔吐、脱力があり外科受診。低カリウム及びカルシウムの電解質異常があり、同日入院。あわせて脾臓の影が2.8 cmから5 cmに肥大しており、がんの再発ではあるが今回の体調不良とは関係はないと思われるとのことであった。その後退院。
10月	<p>・10・11月と少量の嘔吐が数回確認される。</p> <p>・1月X日 P病院外科受診。採血結果より腫瘍マーカーの数値増と、腹部エコーにより脾臓の腫瘍が2倍程度に大きくなったとの報告を受ける。</p>

② 第2期：看取りまでの経過

年月日	内 容
X(+3)年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・ X日 P病院にて CT 検査実施。脾臓の腫瘍が大きくなり、腹腔内のリンパ節も大きくなっている状態 (=転移)。 ・ 低栄養状態の改善を目的にエンシユアを1日1本から2本に増量 ・ ほぼ毎日食事摂取の拒否や残食が確認され、完食しても嘔吐が確認される。1回の食事量を1/2量にし、補食時に不足分のカロリーを補うこととする。
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・ X日P病院外科受診。不眠、腹痛の訴えがあり顔色不良であることを報告。腹部CT検査を実施した結果、脾臓の腫瘍が2週間前より1cm大きくなっており、これが影響し肝臓への血流が悪くなり肝機能が低下する可能性が高いとの説明を受ける。余命は1~2か月の見込み。緩和ケアへの転院も想定し、痛みのコントロールとその経過をみるために入院となる。 ・ X日P病院主治医、病棟看護師、緩和ケアチーム医師・看護師、ワーカーにてカンファレンスを開催。 家族は遠方に在住であり、その協力が困難であり転院先で個室管理となってもサポートは困難、薬剤で鎮静して管理される可能性が高く、この状況は好ましくない。今まで過ごしてきた施設で疼痛コントロールをしながら過ごすことが望ましく、I訪問診療所での対応が可能との回答を得る。 ・ X日P病院にてI訪問診療所と面談実施。退院、同日I訪問診療所初診。
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・ X日より食事摂取量が極端に低下。脱水予防を目的に連日点滴を行う。 ・ 共有フォルダに医師からの指示書をアップし、情報の共有化を図る。
7月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体重は 6月末 42kg→7月 39.6kg→7月15日 39.1kg。 ・ X日 P病院にてCT検査実施。脾臓はかなり大きく20~30cmに達し、かなり増悪している状態。転移リンパ節も肥大。肺に転移はないが影がみられ、今後呼吸状態の悪化が予想されるとのこと。
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 積極的な疼痛コントロールを医師の指示を受け実施。経口摂取から坐薬が中心となる。以下は20日間の経過を抜粋。 ・ 排尿・排便が1回/日程度となる。 ・ 足背に軽度浮腫確認。 ・ 保護者来所、施設での看取りについて確認を行う。 ・ 手足に浮腫確認。嘔吐が続くため、経口での服薬を中断し坐薬に切り替えとする。 ・ 夕方より呼吸回数が5回/分に減。25日 血圧測定不可。 ・ サチュレーション測定不可。同日より排尿が滞る。 ・ ほぼ眠った状態であり、下顎呼吸も確認されるようになる。末梢も冷たく、足の裏が赤黒くなる。19:33 最後の呼吸を確認し、19:35 I訪問診療所医師に連絡。19:33 死亡確認。

3 その他の支援体制

- (1) 疼痛コントロールとして、麻薬製剤の使用。訪問看護もバックアップ。
- (2) 発熱、吐気、便秘、皮膚状態への対策。
- (3) 週1~2回の支援担当者会議の開催。
- (4) 夜勤職員を2名 → 3名に増員し定時の見回りを強化、及び、カメラ設置。
- (5) 医務室を居室として使用。

4 まとめ

A氏は重度の知的障がい者で、限られた単語文での会話によるコミュニケーションが可能であり施設のアイドル的存在であった。胃がん発見時、術後の経過の不安から手術不可と判断されて余命3ヶ月と宣告されてから、家族の意向を確認するにあたり、当初「仕方がないこと」と諦めていた家族が、施設職員との話し合いで「もう少し生きていて欲しい」と胸の内を話されたことから、セカンドオピニオンを経て手術することとなった。

全摘手術後、直ぐに転移が見つかり1年6ヶ月は入退院を繰り返しながら、これまで同様の施設での生活を送ることが出来た。

容体が悪化し生活のほとんどをベッド上での生活となることを宣告された際、主治医から訪問診療・訪問看護へ協力要請していただいたことで、本格的な施設での看取りが始まることとなった。

緩和ケア開始から3ヶ月後、職員に看取られながら穏やかな表情で永眠された。

施設での医療が難しい中、訪問診療・訪問看護の協力により、疼痛コントロールの為に麻薬製剤使用等きめ細かなアドバイスがあり、又、訪問日以外にも相談に応じてくれる等の対応をしていただいたことが、職員の不安の軽減となり看取ることが出来たと思う。

家族は、諦めていた手術を行っていただいた主治医に絶大な信頼を寄せていたことと、その後の経過を詳細に説明されたことで、納得して関係者各位に依頼することが出来たと感謝していた。

施設での看取りは、職員の不安を増幅することになる。医療とどのように連携すればいいのか経験も知識もない状態で、今回、医療者から多くの協力を得ることが出来たことに正直驚かされた。

「もしかすると連携が難しいと思っ込んでいるだけなのではないか。」

看取りの事例が多く報告されることで実践する事業所が増え、医療との連携強化につながることを期待している。

以上

障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方検討のための事例研究会
第1回研究会（平成27年11月5日（木））

「入所中にがんを発症し、障害者支援施設で看取った事例」意見交換内容

別紙資料に沿って看取り事例を報告していただく。

通常であれば手術を行うのに障害があることでできないと言われたことに疑問を感じ、セカンドオピニオンを受けた事、次の病院では手術可能との説明を受け、手術することが出来たとの事。もう1点は、入所していても訪問診療・訪問看護を受けることが出来るという事であった。

高齢の利用者さんが多くなり、介護や看取りをしなければならない状況も考えられる。今まではがんの方は病院で亡くなられたが、病院での治療が終わると診療報酬の関係などで自宅や施設に帰されることも予測される。将来的には施設での看取りが増えてくると思われる。

○質疑応答

Q どのようなチームで誰が中心となって看取りを行ったのか。

A 初めてのことであり、色々な部所で意見を出したが、訪問診療の先生の指示を基にチームを編成し看取りを行った。

Q 看取りのマニュアルはあるのか。デリケートな事なので、マニュアルや決まり事を作って置く必要があると思うが。

A マニュアルは大切であるが、今はない。今後、事例を組み合わせて作成したい。

Q 医療との連携について教えてほしい。

A 本事業所が所在する市は病院も多く、医療との連携ができた。訪問医療・訪問看護・薬局の薬配達もやっていただいた。地域によっても変わってくると思われる。今ある医療で連携を図っていく。施設側の体制や責任の所在をはっきりさせることも大事。

Q 訪問看護や訪問診療は介護保険では良く聞くが障害者施設ではどのような制度を使ったのか。

A 訪問診療の先生が調べてくれ、医療保険を使って利用した。

Q 保護者には看取りの文書（同意書など）はとっていたのか。

A 同意書などはとっていない。個別支援計画の中に入れて家族に同意していただいた。また、家族も時間がたつと気持ちがぶれるので、会うたびに看取りについての確認を

した。

○オブザーバーである岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会の理事である佐藤幸男氏より、介護保険制度の看取りについて話を伺う。

・特別養護老人ホームでは看取りの文書をとりにかわしている。看取りのマニュアルもあり、看取り加算というものもある。嘱託医の訪問診療・訪問看護で行っている。在宅の看取りでは、医師・訪問看護・訪問介護・家族・ケアマネジャーでチームを組んで取り組んでいる。がんの看取りはスタンダードである。マニュアルはあるがケースバイケースである。

○所感

施設で看取りを行うためには、医療連携が非常に重要になる。施設入所している方が医療保険を使って訪問医療や訪問看護を利用できることがわかり、参考となった。しかし、一施設で医療機関に働きかけても、地域によっては受け入れてもらえるか不安が残る。医療連携がスムーズにできるように障がい協や自立支援協議会などの組織で医師会に働きかけていく必要を感じた。また、介護保険では、看取りがスタンダードになっており、マニュアル整備がすすみ看取り加算がつくという事だが、障がい者施設においても、看取りをスタンダードにするには、看取り加算をつけてもらうなど、行政への働きかけも重要と感じた。

「入所施設における終末期を迎えた利用者の支援事例」

障害者支援施設 F 事業所

1 はじめに

当施設における利用者の平均年齢は約 60 歳、年間の通院件数は延べ 858 件で健康管理を重視した支援を行っていますが、年々病気の発病率のリスクは高くなっており、家族の「最後まで住み慣れた施設を利用させたい」というニーズも多くなっています。しかし、看護師は常勤ですが医師は嘱託医であるため医療行為である褥瘡のケア等支援員はできない現場において、職員の支援に対する不安は年々高まる現状です。そのなかで「悪性黒色腫」を発病された利用者の方の 4 年間の支援経過と、末期状態を迎え「延命処置はしないでできるだけこのまま施設の生活」を望まれた家族の意向に沿い、最期は入院し 1 週間で亡くなるまで、葛藤のなか試行錯誤しながら施設内で行った支援を紹介します。

2 事例紹介

<基本情報> A 氏 64 歳 男性 障害程度区分 6 最重度

理解力乏しく、有意語の表情は乏しく言語の交流は不能、日常的な極めて簡単な指示に何とか従う程度。

既往歴：脳性小児まひによる四肢筋委縮

家族状況：後見人※実兄（他県に在住）

実兄は体調が思わしくない為、義姉（兄嫁）が月に 1, 2 度夫の実家に宿泊され来園される。

父親が平成 16 年 7 月に A 氏が重病になった場合の「**延命措置に関する指示書**」を作成されており延命処置を望まない事を明確にされている。

延命処置に関する指示書

私、S は、知的判断能力を持たない A に代わって延命処置に関する指示書をここに作成します。即ち、現代の医学の知識と技術をもってしても回復の見込みがなく、死を避けられない状態にあると A が判断されるに至った場合は S は A の延命処置を望みません。従って、そうした状態のもとでは、人工呼吸、心肺蘇生、チューブ、による栄養補給（人工的な栄養または水分補給）その他を A に望みません。しかし、緩和的な治療痛みを和らげるための治療は望みます。

S

〇〇年〇月〇日

父親は他界されたが実兄も父親の遺志を尊重、希望される。

3 病状の経過

- 平成24年4月
「基底細胞癌」の疑い、「悪性黒色腫」の可能性
- 平成24年6月18日
「陰頸部腫瘍摘出手術」を施行
- 平成24年6月25日
術後の病理検査の結果「悪性黒色腫」と診断。局所再発と遠隔転移（肺、リンパ、骨、脳）の可能性が高いと診断される。治療としては拡大切除、その後化学療法となることを話される。家族は延命処置をしないと申し出され、このままの状態で見えざる様子を見るしかないと言われ話される。
- 平成24年7月2日
術後の通院時今後について家族の希望を施設と医師に話される。
拡大手術、抗がん剤の治療はおこなわない。検査による早期発見も行わない。定期通院だけを行い本人が楽しく生活できるようにしていきたいと要望される。
- 平成25年1月21日
家族の希望で週3回の「丸山ワクチン」の投薬となる。通院は家族と施設での対応となる。摂取後の本人の全身症状は変わらない。同年3月より家族が依頼した方が通院対応となり施設のワクチン通院対応は終了となる。施設内の支援として起床、入浴、清拭時等において左そけい部の腫れ、リンパ節、下肢浮腫の確認記録を行い腫瘍状態を把握し保護者、通院対応の方に申し送りを行う事とする。
- 平成25年9月
発熱がみられ左そけい部腫瘍の腫れが見られるため保護者に連絡する。
熱は下がるが通院し超音波の検査を行う。リンパへの転移は確認されない。但し腫瘍部が堅くなってきていると診断される。その後は日常生活の変化も無く食欲もあり体重も安定している。施設内の活動にも参加している。
- 平成27年2月
通院時医師より下肢の浮腫が見られた場合は通院するよう指示を受ける。
- 平成27年6月
左そけい部がだいぶ大きくなっており家族に連絡する。そけい部から浸出液が出たり破裂したりした場合の処置について保護者と通院同行し医師から指示を受ける。

4 末期状態における施設内支援経過

- 月曜日から金曜日まで毎週義姉が実家に宿泊され施設に来園されるようになる。
- 平成27年7月
医師より、左そけい部から浸出液が出たり出血が伴ったりまたは、破裂した時の対処方法について看護師が指示を受ける。職員に内容の申し送りを行う。

日中は尿取りパットを左そけい部に当て、夜間は紙パンツ、尿取りパットを使用する。確認時、浸出液や出血が多いときは看護師に連絡する。患部への当て方の実技指導を行う。

体調の良い日は活動に参加している。他の利用者さんと同じ日課で過ごせているが食が進まなくなってくる。職員の介助にて摂取するようになる。

急激に体重の変化見られる。6月53kg、7月50kg Δ3kg

夜間緊急時の体制を整える。

※夜間救急車搬送対応となった時、夜勤者の1名が搬送に付き添うため施設内の職員が不足となる。搬送先の病院に総務職員が向かい付添した夜勤者は施設に戻ることにする。総務職員の当番制を決める。

○ 平成27年8月

食事の摂取にムラがあること。腫瘍がかなり大きくなってきている事を医師に相談する。毎週水曜日に家族と一緒に診断を受けることとなる。

早期発見対応チーム を立ち上げる。

1 目的：本人の状態の把握を的確に行う。

医師からの状態にあった支援の指示を的確に支援につなげる。

毎週カンファレンスを開催し、確認事項や支援方法の変更など状態に合わせた内容を速やかに全職員に申し送れるようにする。

2 チームメンバー

支援課長、サビ管、看護師、管理栄養士、棟内主任、ケース担当

3 取組内容

(1) 「健康状態の確認」

健康状態把握表、食事摂取状況表の作成

健康状態把握表（看護師作成）

	排泄面	入浴	腫瘍の変化	身体の変化 (足のむくみ、移動時の様子等)	表情の変化 (痛みはあるか)
6:00	排尿 排便				
翌日 6:00					

食事摂取状況表(管理栄養士作成) ※ 昼食、15時30分、夕食時に同様に記録。

確認時間	確認項目					備考
朝食	※食事摂取量	全量	1/3	1/2	摂取無	
	・咀嚼状況	良	不良			
	・嚥下状況	良	不良			
	・痰のからみ	有	無			
	・誤嚥	有	無			
	・食事姿勢	良	不良			
	※水分摂取量	(お茶	イオン水	牛乳)		
		全量	1/3	1/2	飲水無	
10:00	※水分摂取量	(お茶	イオン水	牛乳)		
		全量	1/3	1/2	飲水無	

食事介助は強制的にならない様に注意し本人の嚥下ペースに合わせる(誤嚥防止)

食前、食後に口腔ケアを行う。(口腔内が清潔か確認、誤嚥防止)

(2) 「日課等の変更」

施設の時間に合わせるのではなく状態に応じた対応を行う。

日々の変化に伴う早期の見直しを都度行う。

見直しの都度、全職員にスピーディーに伝わるようにする。

例：居室の検討、食事の時間、入浴、清拭の回数や時間など

上記内容で毎週カンファレンスを開催する。

* 「本人が望むことは何か？自分だったらどうしてほしいか」を基本に検討する。

○ 平成27年8月18日

左そけい部からの出血、浸出液はみられないがだるい様子で起き上がりの拒否が都度みられるようになる。また、排尿状態はオムツを計量して行っていたが夜間から、起床時までの排尿が見られない。通院する。

腹部エコー、採血、腹部CT、胸部写真の検査を行う。膀胱周囲に2個の腫瘍が見られるが膀胱、尿道を圧迫している様子は今のところない。今後圧迫することはありえる。今回は水分摂取量が少なく排尿ができてないのではと診断される。尿カテーテルを挿入帰園する。水分はとりたがらない為、イオン水、お茶、甘酒やコーヒー、紅茶等準備していたが状態により摂取にムラがあった。

○ 平成27年8月19日

通院。排尿量がわかるので、このまま尿カテーテルを装着してほしいことをお願いするが「水分摂取量が少なかったため排尿がなかったようなので感染症のリスクもあるので尿カテーテルを外します」と医師より話され外すこととなる。

「今後も腫瘍からの浸出液流出があります。また、食欲不振、水分摂取不良はあり

得ることですが、すぐに補液はしない方向です。今後について施設と家族とでよく確認してください」とも話される。

義姉からは「できれば最後まで学園で過ごさせたいが職員の方で診て病院と思ったら病院でもよい」と話される。

○ 平成27年8月21日

カンファレンス会議開催

提案事項

- ・ 食事の摂取量、水分摂取量、尿量を1枚で確認できるようにする。
- ・ 腫瘍だけに目が行くが全身状態の確認を行う。
- ・ 食事の時間は30分を目途に。食後は30分起こした状態で見守る。
- ・ 飲み込みが悪いため服薬は先に行い口の中に残らないようにする。
- ・ 患部が破裂出血した場合、意識レベルが下がった場合救急車を要請する。
「延命処置指示書」は常に側に置き救急隊員に見せる。(家族からの要望)
- ・ 夜間の場合は対応マニュアルに添って対応する。

○ 平成27年8月27日(体重47,5kg 1か月△2,5kg)

通院、微熱(37度台)が出だしている。また、尿量少なく(約1日400cc)食事摂取量も減少している事を話す。「それが自然の流れでしょう。もう体がサインを送っていると思います。このまま様子を見ましょう」と話される。

○ 平成27年8月28日

通院、排尿がほとんど見られない為通院する。腹部エコーで膀胱に尿はたまっているのが確認でき尿道にカテーテルを挿入し排尿が見られる。装着のまま帰園する

○ 平成27年8月31日

通院、丸山ワクチン接種後、医師より「感染症のリスクが高まる為カテーテルを外しましょう」と話される。抜去する。

○ 平成27年8月31日

カンファレンス

本日の通院で起床時から16時までに排尿がないときは通院とする。

食事摂取状況表は食事や水分量が目目でわかるよう、16時までの排尿量の合計が記入できるよう変更する。

食事摂取状況表

確認時間	食事摂取量				水分摂取量			尿量	尿量累計	排便	備考
	全量	1/3	2/3	無	お茶	イオン水	牛乳				
日中合計											
1日合計											

○ 平成27年9月4日

通院、医師よりワクチン接種は今後必要ないのでは。また通院も何かあった時だけでよいのでは。と話される。

カンファレンス開催

- ・ 本人の状態の確認
- ・ 本日の通院で週3回のワクチン接種（後残り3本）と診察は今後必要ないと話された件についての今後の対応

職員から、「今後さらに深刻な状態になり常に病院に連絡を行い通院が増える方向であると考えていたが医師からは何かあった時だけと言われ不安だ」という意見がある。

通院の判断、救急車対応の目安を決め家族に連絡することとする。

- 通院
 - ・ 尿に血の塊や真っ赤な出血が伴う時は通院する。（付着した尿取りパットの写真を撮る）
 - ・ 起床時から16時まであるいは就床から起床時まで排尿がない場合
 - ・ 表情が辛そうで痛み止めを服用しても改善しない時
- 救急車
 - ・ 血液や浸出液が大量に出た時
 - ・ 全身の状況（呼吸、意識）が低下した時
- その他
 - ・ 夜間の呼吸の確認、判断に迷う時は血圧を測り迷わず救急車を要請する。

○ 平成27年9月13日

義姉が来園され朝食介助を行われるようになる

○ 平成27年9月14日

患部より大量の出血あり。浸出液も確認される。（約500ml超）

多量に出血しているがショック状態は見られない。義姉に状況連絡する。

「浸出液と出血が多量に見られた場合は通院するように話されているので通院します。」と話すが「本人が元気そうなので急いで病院に行く必要はないのでは？しばら

く様子を見て下さい」と話される。

義理の姉が来園される。状況を確認され通院となる。

通院 血圧 106/78mmHg 脈拍 112 bpm 体温 37.5℃ 酸素飽和度 98%

「腫瘍内部に貯留していた血液、組織液が亀裂から排出されたものでしょう。現在は止血しており、バイタル的にも心配ないでしょう。今後も断続的に出血すること考えられます。4～5日は注意してください。血圧に異常があれば通院してください」と説明を受け帰園する。

○ 平成 27 年 9 月 14 日 17 時

大量の浸出液＋血液が確認される。パットを交換するが体動時再び多量に浸出液の流出あり。義姉に連絡する。

救急車要請を行い搬送する。入院となる。

病状説明

陰部悪性腫瘍（陰茎皮膚腫瘍）、末期状態、癌性悪液質

大きな腫瘍が皮膚に浸潤して出血しています。

根本的な治療、止血も難しい状態です。

出血の量によっては急速に身体の衰弱が進んで最期を迎えられることもあります。看取りを基本的方針とします。

基本的に点滴などは行わずに自然な形で過ごしていただきます。飲食が十分でなくても点滴は基本的に行いません。

呼吸や循環動態が悪化しても延命処置は行いません。静かに看取りを行います。

○ 平成 27 年 9 月 15 日

入院支援、身の回りの必要な物を届ける。点滴、尿カテーテル、酸素、心拍血圧測定等の機械の装着なく過ごしている。

○ 平成 27 年 9 月 20 日

20時、義姉より亡くなられた連絡が施設にある。

5 まとめ

現在、当施設を利用されている方、いままで利用された方々には「ご本人、ご家族が望まればお元気なうちは施設で過ごしてもらえます。しかし、病気で治療が頻繁に必要になったり、病状が悪化し入院が長期化（3か月以上）した場合は施設での支援は困難となってきます。」という説明をしてきました。しかし、家族が延命処置を望まない「延命処置に関する指示書」を施設、病院に提出されたことにより治療を目的としている病院への入院が厳しく、本人の状態が悪化し「末期状態」であっても入院ではなく施設での支援を余儀なくされました。

施設では、その都度カンファレンスを行い必要な支援を協議しましたが「もしも、自分が支援していた時に悪くなったら、最悪、亡くなられたら死因を特定するために警察に

連絡しなければならない。事件性など疑われたら・・・」という心理的不安が職員に見られてきた事もあり家族に施設の状況を繰り返し相談し、最期は「看取りの施設ではないので、職員が状態が悪いと判断して通院したときは入院をお願いします。」と医師に話して下さるようになりました。

しかし、入院当日も午前中、看護師や職員で危ないと判断し通院しましたが入院にはならず帰園しました。同日、午後、最終的には救急搬送を要請し、ようやく入院となりました。入院して1週間で亡くなられた後、家族からは「看取りに近い状態の支援をしていただき本当にありがとうございました。なにより本人が最後まで施設で過ごせたことを喜んでおられます」という感謝の言葉を何度も話されました。

今回の事例では、医師と連携が取れないということではなく、衰弱した状態でも必要な最低限の治療（点滴、排尿コントロール、酸素、等）を目的としない限り入院は困難な事を知り、「看取りを行っていない」当施設において、いろいろな意味で今後についての課題が投げかけられました。十分な介護の支援を行えるほど環境面や職員の支援体制が整っていない中、刻一刻と利用者の方は高齢化を迎え、職員の心理的負担も大きくなる一方で「終末期ケア」について早急に整えなければならない段階にすでにあります。では、今すぐできる施設支援は何か？とあらためて考えた時、職員のチーム力に気づかされました。「職員は医師よりも、家族よりも、誰よりも身近にすることで、本人の状態の変化にいち早く気付く力がある」ということです。あたりまえの事ですが、その気づきが終末期における本人の状態の変化に合わせた「心も、体もつらくないための支援」が生まれていくということです。現場職員の知恵と工夫はすばらしいものです。

亡くなられたA氏のご冥福を祈りながら、私たちに教えて下さった事を当施設の財産として後世までも伝えていきたいと思っております。

障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方検討のための事例研究会
第2回研究会（平成27年12月8日（火））

「入所施設において終末期を迎えた利用者の支援事例」意見交換内容

1. 事例

入所施設において終末期を迎えた利用者の支援事例

2. 発表者

障害者支援施設F事業所

3. 事例概要（別紙参照）

親族によって“延命措置に関する指示書”（下記参照）が提出されていたAさんが、悪性黒色腫（皮膚癌）を発病された。親族の「延命処置はせず、このまま施設の生活で看取ってほしい。」との意向を受けて、職員が葛藤しつつ試行錯誤しながら終末期の支援を行った事例。

延命処置に関する指示書

私、Bは知的判断能力を持たないAに代わって延命処置に関する指示書をここに作成します。即ち、現代の医学の知識と技術をもってしても回復の見込みがなく、死を避けられない状態にあるとAが判断されるにいたった場合は、BはAの延命処置を望みません。したがって、そうした状態のものでは、人工呼吸、心肺蘇生、チューブによる栄養補給（人工的な栄養または水分補給）その他をAに望みません。しかし緩和的な治療、痛みを和らげるための治療は望みます。

B

年 月 日

経過

X+0年6月：悪性黒色腫の診断。通常、拡大切除後化学療法となるが、家族が延命治療を望まないため、定期通院で様子を見るとの医師からの説明。

X+1年1月：家族の希望で“丸山ワクチン”投与。

X+1年9月：患部の浮腫はあるものの、転移は確認されない。日常生活の変化はない。

X+3年7月：患部の浮腫が大きくなり、破裂した場合の処置を確認。緊急搬送の場合の職員体制の確認。食欲の減少。

X+3年8月：事業所内で早期発見チームの編成。健康状態・食事摂取状況表の作成。日課の変更（居室・食事時間・入浴・清拭等）

排尿が見られず通院。尿カテーテルを挿入するも感染症予防のため外す。その後も何度か通院。

【指示書のため、末期状態であっても治療を目的とした病院への入院は厳しく、施設での支援が余儀なくされた。】

家族と救急車要請を行う際の本人の状態像の確認。

救急車による緊急搬送の時も延命処置指示書を見せ、延命処置はしないことの確認。

X+3年9月：多量の出血。通院するもバイタル的に安定しているとの事で施設に戻る。

同日再度、多量に浸出液の流出があり、救急車による搬送。

入院となり、6日後に亡くなる。

ご家族からは、“看取りに近い状態の看護をして頂いた。なにより本人が最後まで施設で過ごせたことを喜んでいるだろう。”と、何度も感謝の言葉を話された。

4. 質疑

A：“延命措置に関する指示書”の法的根拠はあるのか？家族が提出できるのか？

Q：元々は、父親が提出していたが、父親が亡くなった後兄が引き継ぎ再提出した。兄は、Bさんの後見人になっている。医師はそれで納得していた。それ以上の事は聞いていない。

A：痛みを和らげる治療はすると書いてあるが、そのような治療はあったのか。

Q：ご本人は、自ら痛みの訴えをしない。(サインを表さない)

A：痛かったり、つらかったりしたのではないか。

Q：通常は、病院で疼痛コントロールもするのであろうが、ご家族は在宅で自然に亡くなるような形を希望しておられた。

A：今回の様にご家族の意向、判断を基にした施設での看取りは難しいのではないか。

Q：延命治療と医療行為は同じではない。延命治療はしないが病院での治療は行うなどの言葉でのやり取りはあったが、文書での確認はなかった。

ご本人の状態像が悪く通院しても、治療を目的とするための入院には至らなかった。多量の出血や浸出液の流出があった際も、一度施設に戻っている。この様な状況で、職員は常に“これで良いのか”との葛藤状態にあり、亡くなった後もどこかすっきりせず、心にポツカリ穴が開いたような感じだった。

5. 所感

○特養には、入所時に“看取りの同意”の契約書があり、事業所には看取り加算も算定される。事業所は“ここまでできるが、ここからはできない。”等を明記し、行う医療行為に関しても確認する。障がい関係の事業所では、まだ一般的ではないが今後必要となるだろう。

○人生の終末期に、住む場所や受ける治療などは、ご本人に選ぶ権利があるが、知的障がいの方は難しい。事業所に“看取り委員会”を設置して、ご家族の意向を確認しながら進めるのも一つの方法ではないか？

○入所支援施設においても、主治医と連携しながら医療保険の訪問看護、訪問診療等も検討する必要がある。

以上

「重い心臓病を抱えながらも入所施設から地域生活に移行する中で看取った事例」

共同介護事業所 S 事業所

1. はじめに

当事業所は、法人の最初の施設を児童施設から始めており、最高齢でも 64 才であるが、年々身体機能が低下して来ている人も増えてきた。S さんのように住み慣れた場所で、長く関わってきた仲間との生活を大切に、慣れている職員が看取った事例を紹介する。

2. 基本情報

- ①氏名 S さん ②性別～女性 ③48 才
- ②主な障がい ダウン症候群
- ③既往症 アイゼンメンジャー症候群・心室中隔欠損・肺高血圧症・多血症
先天性白内障、慢性副鼻腔炎、滲出性中耳炎、MRSA 感染
- ④医療面 在宅酸素療法使用、バイタルチェック（体温・血圧・SP02・尿量・水分量等）室温、湿度等管理、減塩、食事管理
- ⑤福祉関連 療育手帳（A 判定） 身体障害者手帳（1 種 3 級）心臓機能障害
障害支援区分（6） 居宅介護（通院等介助 6 時間／月）
生活介護事業・共同生活介護事業（当時のケアホーム）利用
- ⑥ADL 等 食事・排泄・睡眠・清拭（週 2 回入浴）・衛生・コミュニケーション等
自分なりにしようとするが、全て見守り支援、直接介助が必要。
- ⑦生活歴、家庭状況、既往症等
A 町の農家の 6 人兄弟の末っ子として誕生。B 病院にて 6 才でダウン症候群と診断される。7 才で吐血あり高熱で、同病院に入院し精神薄弱児と診断される。
1973（S48）年 C 児童施設に措置入所。D 小学校特殊学級編入、その後順次、E 中学校特殊学級、F 養護学校高等部卒業。
1980（S55）年 G 入所更生施設に入所（30 名定員 15 名の女子寮）。縫工科に所属。
ミシンのかけや羊毛紡ぎ、羊毛加工の作業を行う。
1992（S4）年 6 名の敷地内自活訓練棟で少人数での暮らしへ移行。施設では初めて喀血があり入院。「心室中隔欠損・アイゼンメンジャー症候群」と診断され、在宅酸素療法を取り入れての暮らしを始める。

3. 看取りに至るまでの経過及び施設の支援体制

退所して実家での生活は難しい状況を踏まえ、前述の状況を踏まえ本人の病状を理解し、いつその時（最後の時）が訪れてもよいような支援をしようと言う考えを家族と事業所一丸となって考え、支援してきた。年に 1～2 回の 1 泊程度の帰宅、年に 1 回の仲間との 1 泊旅行を楽しみに、本人のペースに合わせた生活、一日のリズムを大切に支援してきた。

年に 1 回か 2 回は、喀血が見られ、救急車にてかかりつけの病院に入院をしていた。入院期間は 2 週間から 1 ヶ月で、体調が整えれば退院し、仲間と生活をしてきた。

2007（H19）年 敷地外自活訓練棟を建て、高断熱、高気密の配慮された部屋を整え、6 名での地域生活を始めた。自活訓練棟と作業場に在宅酸素を備え、週に 2～3 回の半日を仲間のいる羊毛加工の工房にて大好きな時を過ごす（DVD にて本人紹介予定）。

2011（H23）年 4 月末、東日本大震災により 1 ヶ月遅れて完成した I 町診療所近く

の場所にケアホームを建て、本人に更に配慮できる空間を用意しての生活に移る。

4. その時の訪れ

1) 2009 (H21) 年 5 月 28 日

咳嗽、気管支炎、肺炎の症状であり右心室から左心室への血流が増し、急変の場合も在り得ると Dr. の診断。家族（義姉）と施設長が立ち会い、治療方針を確認した。

①強心薬などで薬物療法は行う。

②今後危険な状況になっても人工呼吸器は使用しない。

③心停止の際は、心臓マッサージなどの心肺蘇生はしない。(同年 6 月 16 日退院)

その後、ほぼ 1～2 ヶ月に 1 回に割合で B 病院循環器、呼吸器、耳鼻科に通院した。

2) 2011 (H23) 年 5 月 10 日

通常酸素療法の酸素量を 4.5 L にして SP02 (血液中酸素飽和度) が 80 台のところ、測定不能となり、息づかいが荒く苦しそうでチアノーゼ症状があり、救急車を呼び B 病院に入院となる。肺炎で 1～2 週間の入院の見込みという。喀血がなかったので、2 週間程度で退院の方向が見えてくるかと考えていた。しかし、SP02 数値が上がらず、酸素量を 6 L～8 L にしても一進一退の状態であった。

5 月 16 日 実家に帰宅するたびに迎え入れていた義姉と姪がお見舞いに見られ、本人がお喋りしたり、歌ったり、はしゃいだりしている姿を見て、安心して帰られた。

5 月 17 日 朝食は食べられたが発汗があり、息も荒く、体調がすぐれない。付添泊りのケアホーム職員と当日の付添の同事業所の看護師が代わった。点滴が漏れており入れ直し、清拭し、ヨーグルトを 1 個食べ切った。間もなく、SP02 が上がらず急変して息を引き取った。

5. 看取り後の対応

亡くなった後に担当の Dr. から家族と同席した施設長に対して次のような話しがあった。「Sさんは、長く施設の中で過ごしていたにもかかわらず、個別対応で細やかな配慮があったからこそ、ここまで生きられたのです。」

すでにご両親と兄は他界しており、実家に亡骸は運ばれ、仏式の葬式に仲間と関わった職員が参列し、収骨、納骨まで付き添い見送った。また、死亡に際しての行政や国民年金機構等への事務的な手続き、預り金の引き渡し等を丁寧に行なうように努めた。

1 ヶ月余り過ぎて本人も集っていた教会での思い出を語る会を開き、利用者や元職員等にも呼びかけ、義姉にも参加していただいた。どのような仲間と暮らしていたか思い出をまとめた DVD を見て、どのように生きてきたのか知って頂く機会を設けた。

6. まとめ

20 才までしか生きられないと児童施設の頃から言われていた本人であったが、48 才 10 ヶ月間生きることができた。心臓疾患があるといって総合病院で入院生活をずっと続けていたら、もっと生きられたか。彼女に必要だったのは、誰と、どのように生きるのかが大切なことと捉えた。従って、施設での最初の入院となった 1992 年以来、いつ最後の時が来てもよいように後悔のない生き方を支えようと考えた。仲間との生活や仲間との活動を大切に考え、それを安定して継続させるために、いち早く一戸建ての自活訓練棟やケアホームを整え、日中活動に行けない時には工房の仲間がケアホームに来て、一緒に過ごせるようにした。また、大好きなピンクレディーのコンサートや仲間との一泊旅行で大好きな歌を歌うなど、本人らしく楽しめることも支援

してきた。

可能な限り、慣れた仲間と慣れた場所で、必要な支援（訪問介護・訪問看護等）が受けられるように関係機関との連携が必要であり、対応する職員の確保が必要である。また、地域生活の中での看取りには、医療的ケアの環境は欠かせない条件である。

障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方検討のための事例研究会
第2回研究会（平成27年12月8日（火））

「重い心臓病を抱えながらも入所施設から地域生活に移行する中で看取った事例」意見交換内容

『心臓疾患があり20才までしか生きられないと言われていたが、48才まで生きることができた。誰とどのように生きるのかが大切なことと捉え、後悔のない生き方を支えようと考えた。仲間との生活や活動を大切に考え、一戸建ての自活訓練棟やケアホームを整え、利用できない時には工房の仲間がケアホームに来て一緒に過ごせるようにした。コンサートや一泊旅行など本人が楽しめることも支援してきた。

慣れた仲間と場所で、必要な支援が受けられるよう関係機関との連携が必要であり、対応する職員の確保が必要である。地域生活の中での看取りには、医療的ケアの環境は欠かせない条件である。』ということであった。

個別対応があったから、ここまで生きられた。マンツーマンで手厚い支援をしていた。いた。（ご家族談）

看護師より

- ・ 気持ちを汲み取るのは職員。
- ・ 在宅酸素を備えるなど、協力体制や環境を整えた。
- ・ 良い仲間に恵まれた。
- ・ ご本人の笑顔で職員が救われた。

○質疑応答・意見交換

Q. 職員体制について

A. 職員は3人で朝晩2人ずつ。利用者は6人で障害支援区分が6の方々。朝晩、施設長や看護師が看回り。

i 理想的な支援体制でうらやましい。

ii 医療機関との連携が大切だが、施設と医師とのギャップがある。医師に理解してもらわなければならない。

iii 自立支援協議会からも医師会に働きかけてほしい。（意見 ii に関連して）

iv 利用者の老化が進んでいる。ヘルパー2級や介護福祉士の資格を取得して、職員のレベルアップを図っている。

Q. 資格取得の際、現場の職員が不足するのでは？（意見 iv に関連して）

A. 土日のコースを選んでいる。実習のときは仕方がない。

○所感

この事例は、医療機関等との協力体制・連携がうまく取れたケースだと思う。仲間や場所を大切に考えて環境を整え、必要な支援が受けられるよう関係機関との連携を図り、コンサートや一泊旅行など本人が楽しめることも支援してこられた。

ただ今回のようなケースばかりではなく、施設と医師とのギャップ、職員と関係機関との連携がうまく取れない場合や利用者の高齢化・職員の人材不足など課題は山積している。

おわりに
～今年度の看取り事例研究からみえる課題～

岩手県社会福祉協議会 障がい者福祉協議会
調査研究委員 松田 賢雄

平成 27 年 12 月 14 日に社会保障審議会障害者部会により、「障害者総合支援法 3 年目の見直しについて」の報告書がとりまとめられ、障がい者の高齢化・重度化に対応することを柱として、介護保険優先の原則は堅持した上で、新たなサービスを設ける考えが示された。また、利用者負担の拡大については 2015 年 3 月のサービス利用者約 74 万人のうち、費用負担しているのは約 5 万人で、残り 69 万人は無料であり、サービス費用は、障害者自立支援法施行の 2006 年度に比して 2.2 倍となっていることから、その議論がなされたが、制度の持続可能性を確保する観点から引き続き検討することとされた。今後、18 年度の障害報酬改定に反映される。このような現状を踏まえ、健常者が加齢により老化するのと同じように障がい者もまた同様であるという当たり前のことが、今になってクローズアップされたことは、「時期すでに遅し」との感が否めないと感じられる。制度が現状に追いついていないのではないかとの声も聞かれるなかで、障がい者が権利として、その最後をどのように過ごし、また、迎えるのか、我々施設事業者は、真摯に受け止め対応していかなければならない。生涯寄り添うことにより信頼関係と安心・やすらぎが得られることがなにより大切なことと思える。そういう意味では、今回と前回、当該調査研究委員会が現状の課題に取り組んだことは、非常に有益なものであったと考える。

看取り、終末期ケアを考え、施設として取り組み、その障がい者および家族と係わるとき、種々の課題が山積している。本人の意思確認、家族との意思疎通、医療との連携、施設としての対応、直接処遇職員のメンタルヘルスケア等、いろいろなことが考えられる。特に、医療との連携は大きな課題であり、地域間格差が現存し、居住している地域が異なることで、その終末の迎え方が違ってくるということは、拡大解釈すれば、障がい者の権利・人権が守られていないというふうに捉えることも可能である。であるからして、これは、行政が制度として計画的に推進する必要があるのではないか。たとえば、各地域の自立支援協議会等で医師会、社会福祉協議会等との連携のもと、明確な医療支援体制を確保する等の施策を即急に確立することが肝要と考える。また、介護保険と同様に加算的に報酬に反映させることも必要ではないかと思える。さらに、本人の意思、家族の意向、医療方針の確認、延命措置の有無等を明確にし、職員間の意思疎通と共通理解を得る必要がある。これは、非常にデリケートな問題であり、それゆえ、しっかり確認しておくことが肝要である。これに関してもガイドラインのようなものを整備して、様式は別として、各施設共通事項での確認を要するものではなからうか。また、直接処遇職員への精神的ケアも重要な問題である。時として状況に応じては重大な判断に迫られることを考えた場合、個人的思考にその判断がゆだねられた場合、その重圧は計り知れないものがある。これに関しても、統一的ガイドラインの策定が待たれるものではなからうか。

総じて、これらの課題は、一元的に議論されるべきものであり、どれか一つが突出していたとしても、他方へのしわ寄せが生ずるものであろう。ゆえに、これは、制度として整

備される問題であると考えられる。しかし、現状、そのような状況下でないことを思うに、一施設でのみ取組むべき課題ではなく、国として、若しくは、圏域として取組むべきである。少なくとも、当該圏域がその先駆地とならんことを切望するものである。

障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方検討のための事例研究会について

1 目的

障がい協調査研究委員会が平成 26 年度に実施した「障がい福祉サービス事業所における老化・高齢化の実態調査」の結果を踏まえ、障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方について事例研究を行い、課題や今後の展望等について報告書としてまとめることにより、今後の高齢障がい者への支援の在り方を検討していく上での一助とすることを目的に開催します。

2 事例の作成

下記の項目を中心に、任意の様式にて作成ください。

1	事例のテーマ	○事例の特徴を端的に表すテーマ (例)入所中にがんを発症し、施設で家族と共に看取った事例
2	はじめに	○事例の概要を記載
3	基本情報	○氏名(アルファベット表記) ○性別 ○主な障がい ○既往歴 ○生活歴・家族状況 等
4	看取りに至るまでの経過	○入所時の状態 ○入所後の経過 ○看取る直前の状態 等
5	施設の支援体制	○看取りに向けて配慮した点 等 (例) 支援担当者会議の設置、見回りの強化、設備の拡充、人員体制の工夫
6	看取り後の対応	○家族や職員へのケア・サポート 等
7	まとめ	○看取りの在り方についての課題 ○今後の展望 ○所感 等

※ 上記項目の他、報告に必要と見込まれる内容がありましたら追加で記載してください。

3 個人情報等の取り扱い

- (1) 提出された事例は、研究会終了後に事例報告書としてまとめ関係機関へ配布しますので、予め関係者等に必要な同意を得てください。
- (2) 事例報告における個人情報はアルファベット表記とし、個人が特定できないようにしてください(例：Aさん、B事業所、C病院 等)。なお、記載事項の内容に大きく影響しない属性情報(例：年齢など)であれば、意図的に変更しても構いません。
- (3) 研究会では事業所名を公表いたしますが、事例報告書においては非公表とします。

4 事例研究会

事例研究会	開催日	内容	
第 1 回	平成 27 年 11 月 5 日(木)	① 事例報告 (1 事業所)	14:15~14:45(30 分)
		② 事例に対する意見交換	14:45~15:15(30 分)
		③ まとめ・閉会	15:15~15:30(15 分)
第 2 回	平成 27 年 12 月 8 日(火)	① 事例報告 (2 事業所)	13:30~14:30(60 分)
		② 事例に対する意見交換	14:30~15:20(50 分)
		③ まとめ・閉会	15:20~15:30(10 分)

障がい福祉サービス事業所における看取りの在り方検討のための事例研究会

No.	選出枠	役職名	委員会	氏名	施設名	職名
1	中央	副会長	調査研究委員会 委員長	阿部 孝司	ヒソプ工房	事業所長
2	両磐	幹事	調査研究委員会 副委員長	千早 恵美	第二ふじの実学園	園長
3	中央	幹事	調査研究委員会	吉田 健策	希望ヶ丘学園	園長
4	県南	幹事	調査研究委員会	菊地 道代	希望の園	園長
5	県南	幹事	調査研究委員会	松田 賢雄	遠野コロニー	所長
6	両磐	幹事	調査研究委員会	菅原 隆	第2ブナの木園	管理者
7	沿岸	幹事	調査研究委員会	佐々木 利明	岩泉町社会福祉協議会 いずみの里	管理者
8	沿岸	幹事	調査研究委員会	川畑 克弘	かまいしワーク・ステーション	施設長
9	県北	幹事	調査研究委員会	南館 眞理	りんどう	施設長
10	県北	幹事	調査研究委員会	薄 正仁	シャローム・ウィズ	事業所長
11	県南	会長	オブザーバー	久保田 博	わかくさ	施設長
12	-	-	オブザーバー	佐藤 幸男	岩手県地域包括・在宅介護支援センター協議会 城南介護支援センター	理事 所長

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会障がい者福祉協議会平成 27 年度調査研究事業

障がい福祉サービス事業所における看取り事例集

発 行 2016 年 3 月 31 日

発行者 社会福祉法人岩手県社会福祉協議会障がい者福祉協議会

事務局 〒020-0831 盛岡市三本柳 8-1-3 ふれあいランド岩手内

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会 福祉経営支援部

電話 019-637-4407 F A X 019-637-4255