

共に生きる社会の実現をめざして

ニュースレター

VOL.90

令和8(2026)年
10月1日発行



キクラゲの栽培に取り組む

特集

高齢期を迎えた人たちの暮らし その人らしい生き方と意思の尊重

- 高齢期における生活の充実と意思決定支援
- 一人ひとりの意思にもとづく看取り支援 ほか



独立行政法人

国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園

高齢障害者が望む暮らしと最期を支えるために

国立のぞみの園理事長 田中正博

今回の特集「高齢期を迎えた人たちの暮らし」では、「その人らしい生き方と意思の尊重」をテーマに掲げました。日本社会の高齢化は、世界にも例を見ない速さで進んでいます。障害のある方、ご家族、支援者も、高齢化によるさまざまな課題に直面しています。長寿化にともない、知的障害・発達障害のある方の高齢期の暮らしについても改めて考える必要があります。

のぞみの園が独立行政法人化した際、中期目標の柱に据えられたのが「自立支援の取組み」です。第1期（1期5年）から現在の第5期まで、20年以上にわたり地域移行を中心に自立支援を推進してきました。一方、独立行政法人化以前から入所されている利用者

（以下、旧コロニー利用者）の平均年齢は72.0歳で、60歳以上の方が90%を占め、平均障害支援区分は6.0となっています（令和8年4月1日現在）。地域移行を着実に進める視点を持ちつつ、高齢の入所利用者に対しては、専門性の高い、よりよい支援を提供することが求められています。

特に、医療・福祉の連携による日常的な健康管理や医療的ケア、訪問リハビリテーション、認知症支援の充実は不可欠です。あわせて、心理・身体・作業の各側面に働きかける効果的な日中活動を提供し、利用者の状態に応じた生活環境とターミナルケアを見据えた支援体制の整備を進めています。

もくじ

2	高齢障害者が望む暮らしと最期を支えるために	国立のぞみの園 田中正博
特集 高齢期を迎えた人たちの暮らし		
4	高齢期における生活の充実と意思の尊重	久留米大学 松崎貴之
6	高齢知的障害者の意思決定支援につながる「はじめての個人旅行」	合同会社B2 市岡武
8	高齢期の日中活動支援	国立のぞみの園地域支援課 勅使河原美智恵 篠原浩貴
10	看取り支援の実際と課題	社会福祉法人つつじヶ丘学園 恒松祐輔
12	誰もが「その人らしい最期」を迎えられるように	国立のぞみの園研究課 根本昌彦 村岡美幸
14	知っておきたい 施策のいま 成年後見制度見直しのポイント 前編	弁護士 青木佳史
16	わたしたちの取組み 中核的人材養成研修受講生のためのワークショップの実施	国立のぞみの園研究課 松本佳雅
18	てがるに運動1・2・3 第9回「スカットボール」	国立のぞみの園診療所 町田春子
20	その思い、受けとめていますか？ PECS®と意思表出の支援 第6回 強度行動障害の人へのPECS®導入 ―実践事例から―	…… ベンショナー児童精神科医 門眞一郎 国立のぞみの園 狩野和大
22	実践レポート 現場に来て、見て、わかること	秩父学園 日野憲文

※本文中の所属等は特に断りのない限り執筆当時のものです。

ターミナルケアでは、意思決定支援と ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の推進を軸に、緩和ケアを含む支援の仕組みづくりを進めています。利用者の意思を丁寧にくみ取り、日中活動の充実や看取り期を見据えた支援を整えるとともに、職員の支援技術の向上と心身の負担軽減にも配慮し、実践に根差した取り組みを継続しています。

看取り支援の普及が進まない現状

障害者自立支援法の施行から 20 年が経過し、全国的に障害のある方の高齢化が進んでいます。現在、障害者支援施設入所者の 4 人に 1 人が 65 歳以上です。従来の「65 歳未満を中心とする障害福祉」という枠組みだけでは、生涯にわたる切れ目のない支援は困難です。ライフステージに応じ、本人の心身の状態に適した必要な支援を継続して届ける仕組みが必要です。

国立のぞみの園が令和 5、6 年度に実施した研究では、障害者支援施設やグループホームのうち、看取りを積極的に受け入れる方針を持つ事業所は少数にとどまりました。1484 事業所を対象とした調査では、日常的な医療的ケアを目的とする退所先として、介護療養型医療施設が 8%*、医療療養病床が 62%を占めました。別の研究でも、特別養護老人ホームへの転居や、医療機関で亡くなるケースが多い実態が示されています。

一方、看取りを実践する事業所では、本人の意思を丁寧にくみ取り、医療・福祉・家族が連携することで、質の高い終末期支援が行われています。障害者支援施設には、長年同じ場所で暮らし、職員や仲間との関係を築いてきた方が多くいます。人生の最終段階に、制度上の制約によって慣れ親しんだ生活の場を離れざるを得ない状況は、望ましいものではありません。地域移行の推進と、本人が望む場所で最期まで支援を受けられる体制づくりは、対立するものではありません。いずれも、本人の意思と尊厳を中心に据える取り組みです。

制度面での支えも必要

現行の障害者総合支援法では、療養介護は医療保険と障害福祉制度を組み合わせで提供されます。しかし、障害者支援施設や障害者グループホームには、特別養護老人ホームや認知症対応型グループホームに設けられている看取りに対する評価に相当する仕組みが十分にありません。看護職の配置、医師の往診、夜間対応、職員研修、個室の確保、家族支援など、看取りに必要な体制整備に向けた現場の努力が、制度上は十分に支えられていないのが実情です。

そこで障害者支援施設については、利用者の高齢化を踏まえ、各施設の判断により加齢に伴う要介護状態への支援として、リハビリテーションや看取りに対応できる措置を講じてはどうでしょうか。具体的には、看取り等に対応する体制を整えた施設を対象に、①障害者総合支援法の介護給付費(公費)の枠内で新たに看取り加算等を制度化する、または②療養介護施設と同様の考え方を採り、当該施設に限って介護保険の適用を可能としたうえで重複する給付部分は介護保険が、それ以外の福祉サービス部分は障害者総合支援法の介護給付費が担う仕組みを導入することが考えられます。

障害者グループホームについても、高齢利用者は介護保険の被保険者であることを踏まえ、②の仕組みを導入して看取りに対応できる体制を整えることが考えられます。

こうした対応が可能になれば、障害のある方が高齢になっても、これまで築いてきた人間関係と暮らしを大切に、現在の生活の場で安心して人生の最終段階を迎えられることにつながります。それは、何より当事者にとって、また「親なき後」を案じるご家族にとっても、望まれることではないでしょうか。関係者のみなさまと認識を共有し、現場の実践と研究の成果を政策へとつなげていきたいと考えています。

* 介護療養型医療施設は 2024 年 3 月 31 日に廃止され、介護医療院等へ移行。

高齢期における生活の充実と意思の尊重 意思決定支援ガイドラインの改訂を踏まえて

久留米大学講師 松崎 貴之

障害のある人の意思の尊重に関連して、国の「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」が改訂され、第2版が公表されました*¹。初版の発出から9年が経過しての改訂です。

社会保障審議会障害者部会で示された資料によると、第2版のポイントは以下の通りです(付番は筆者による)*²。

- ①「意思決定支援の主体」はあくまでも本人であり、本人主体の考え方を「理念・信条」として明示
- ②「本人の最善の利益」に関する記載を削除し、国連障害者権利委員会が提案する「意思と選好に基づく最善の解釈」との表現に基づき意思決定支援を再定義
- ③ 支援が困難と想定されるケースについて、本文と分けてコラムで整理
- ④ 意思決定支援のプロセス(意思形成支援／意思表明支援／意思実現支援)を明確化
- ⑤ ICTツール(クラウド等の情報共有ツールなど)の活用による記録・情報共有の効率化を追記
- ⑥ 視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者等、障害特性に応じて相互の意思疎通を円滑にするための環境調整も含めた合理的配慮、情報アクセシビリティに関する記載を追加
- ⑦ 意思決定支援に関する具体例を追加し、別冊の事例集として整理

この中で、最も重要なポイントは②の「本人の最善の利益」が定義から外され、新たな定義が定められたことだと思います。新たな定義は以下の通りです。

意思決定支援とは、障害者が、日常生活や社会生活において、自らの意思、選好及び価値観に基づき、迷い、修正を繰り返す過程を含め、その意思(思い)が反映された生活を送ることができるよう、本人の意思決定を可能な限り支えることである。

これは、国連障害者権利委員会の第1回総括所見で示

された懸念を踏まえても、大変重要な改訂といえます。意思決定支援には第三者が本人のためによかれと思って代行決定することは含まれず、たとえ本人の意思の確認が困難な場合であっても、本人の意思と選好に基づく最善の解釈を続けていくことが求められると国が示したことは、とても大きな意味があります*³。

同時に筆者は、今回の改訂で変更されなかった部分、すなわち意思決定支援の目的が「その意思(思い)が反映された生活を送ることができるよう」支援することである点も大切だと思います。その意味で、①の「本人主体の理念・信条」の追加と、④の「意思決定支援のプロセス(意思形成支援／意思表明支援／意思実現支援)」の明確化もとても重要な改訂ポイントだと考えています。

もともと「意思決定支援」の由来は、障害者権利条約で使用されている「Supported Decision Making」という用語にあります。直訳すれば「支援を受けた意思決定」となり、「Decision Making(意思決定)」をする「主体」は障害のある本人であることがわかります。改訂のポイント①で『わたしの意思を尊重するために、支援者に大切にしてほしいこと』と題されたこの信条は、第2版のスタンスが徹底して「本人主体」であることを明確にしている点で非常に重要です(右ページカコミ)。ぜひ、支援現場で日々繰り返し読んでいただきたい文章です。

また、この信条に呼応するように、④「意思決定支援のプロセス」(意思形成支援／意思表明支援／意思実現支援)が追加されています。特に「意思形成支援」では、障害の有無にかかわらず、誰も体験や経験したことのないことを選択するのは難しく、本人にとって意味のある選択肢を共に探し、広げていくことが重要と示されています。すべての人が、ときには失敗も含めて学びや気づきの機会として尊重されることで、豊かな体験や経験を積み重ねていける。それが、新しいガイドラインの目指す「その意

思(思い)が反映された生活」の姿ではないでしょうか。

「高齢期の生活の充実」を考える

平成12(2000)年に公表された「知的障害者の高齢化対応検討会」報告書に、以下の記載があります*4。今から26年前の報告書ですが、この一節には大切な示唆が含まれています。

知的障害者の高齢化について考える場合、乳幼児期、児童期、青年期、成人期、中年期及び高齢期という各ライフステージに目を向ける必要があるが、高齢期の課題に適切に対応し、『質の高い生活』を保障するためには、それ以前の各ライフステージにおける本人の課題やニーズに対して、どのような援助が提供できていたかが大きな鍵となる。そして、各ライフステージに応じたサービスの充実と次のステージへの移行を容易にするサービスの連続性が確保されなければならない。

人は、高齢化が進むことによって徐々にこれまで通りの暮らしが難しくなり、さまざまなニーズの変化が発生しますが、障害のある人の高齢期の支援を考えるときには、「もともとの障害に伴う状態像」と、「高齢化に伴う状態像」を、区別してアセスメントしておくことが大切です。「高齢化に伴う状態像」に対しては介護や医療等の新たな支援を検討しつつ、障害があっても本人ができていたことは、できる限り継続していくことができるように支援を組み立てていく必要があります。

「意思の尊重」の観点でも同様です。高齢化による影響が出る以前から、その人はどのようなことが好きで、どのようなかたちでそれを表明していたのか。また、これまでにどのような経験を積み重ねてきたのか、といったことを把握しているかが、その後の生活における意思を尊重した支援につながります。高齢になり介護や医療が必要になっても、本人が好きなこと、大切にしてきたことが最後まで大切にされる必要があります。

当たり前のことですが、「高齢期」はある日突然やってくるものではありません。日々の暮らしが長い年月をかけて少しずつ少しずつ折り重なり、ある日、振り返ると「高齢期」と呼ばれる時期を迎えているのです。高齢期とは、それまでのたくさんの思い出とともに生きていく期間ともいえます。そう考えると、「高齢期における生活の充実」とは高齢となった本人の生活の充実を考えることにとどまらず、高齢期以前の各ライフステージにおいて、

ガイドラインの理念・信条

わたしの意思を尊重するために、支援者に大切にしてほしいこと

誰でも意思があります。わたしにも意思があります。わたしの意思を大事にしてください。

わたしのことについて話し合う場には必ずわたしが参加できるようにしてください。

わたしの話を前向きに受け止め、いろんなことに挑戦させてください。

知らないことは体験させてください。

わたしは自分ができることは体験してみたいです。

わたしが意思を伝えやすい方法をさがしてください。

わたしは、意思を伝えられるように練習することも必要です。

「いいえ」、「いやです」、「ちがいです」といいたくしていただき。自分で決めることができるよう、選択肢をだして丁寧に説明してください。

わたしのペースに合わせて、わかりやすく伝えてください。

わたしの生活からわたしが好きなことを知ってください。

わたしの興味が広がるように働きかけてください。

わたしの話をさえぎらずに最後まで聞いてください。

はじめから否定したり、無理と決めつけたりしないでください。

わたしがやりたいことを知り、できるように考えてください。

わたしにはわたし自身の意思があります。

わたしのことを、時間をかけて知ってください。そうすれば、わたしの意思がわかるようになるはずです。

厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン(第2版)」より

「その意思(思い)が反映された生活」を積み重ねていくことにほかならないのではないのでしょうか。その意味でも、今回の新しいガイドラインがより多くの支援現場に浸透し、実践されていくことが大切だと思います。

*1 厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン(第2版)」(令和8年9月)

*2 第157回社会保障審議会障害者部会、資料3

*3 一方、改訂のポイント③のとおり、支援現場で困難を感じる場面への対応については、本文と分けてコラムで整理されている。

*4 厚生労働省「知的障害者の高齢化対応検討会」報告書(平成12年6月)「おわりに」

高齢知的障害者の意思決定支援につながる 「はじめての個人旅行」

合同会社B2 市岡 武

近年、障害福祉分野では「本人中心支援」や「意思決定支援」の重要性がますます高まっています。障害のある人が自ら希望を伝え、自分で選び、自分らしい生活を送ることは、障害者権利条約や障害者総合支援法の理念にも通じるものです。しかし、高齢になり、長期間施設で生活している知的障害者にとって、自分で選択・決定する機会は決して多いとはいえません。

今回は、30年以上施設で生活しているAさんの「はじめての個人旅行(ガイド付き)」を通して、旅行が意思決定支援に果たす役割について考えたいと思います。

一つひとつが大切な経験

Aさんは、障害者支援施設に30年以上入所しています。これまで施設の団体旅行には何度か参加していましたが、一人で旅行をする経験はありませんでした。ある日、施設の支援員から「Aさんがディズニーランドへ行きたいと言っているので、旅行を企画してもらえませんか」と相談を受けました。団体旅行ではなく、本人の希望を中心とした旅行を実現できないかという依頼でした。

旅行を企画するにあたり、最初に行ったのは、Aさんの希望を一つひとつ丁寧に確認することでした。「誰と行きたいか」「どうやって行きたいか」「何を食べたいか」「どんなことをしたいか」…。すると、Aさんは自分の思いをゆっくりと話してくれました。「ひとりで行きたい。でもガイドさんと一緒に」「新幹線に乗りたい」「お寿司を食べたい」「ビッグサンダー・マウンテンに乗りたい」「船や汽車にも乗りたい」。その一つひとつの希望を組み合わせ、Aさんだけの旅行プランを作成しました。

団体旅行では、参加者全員の予定や体力、時間に合わせなければなりません。しかし個人旅行では、すべてを本人の希望とペースに合わせることができます。食事の時間も、休憩するタイミングも、お土産を見る時間も、すべて

本人主体で決めることができます。これこそが本人中心支援であり、意思決定支援の実践だと考えています。

旅行プランを受け取ったその日から、Aさんの旅行は始まっていました。施設の支援員によると、Aさんは毎日のようにガイドブックを見ながら、出発まで「あと何日」と数え、その日を楽しみに待っていたそうです。旅行は当日だけが楽しいではありません。旅行を計画し、期待し、想像する時間も大切な生活の一部です。「楽しみがある」ということは、日々の生活に張り合いを生み、いきがいにもつながります。

そして約2カ月後、いよいよ旅行当日を迎えました。出発時は少し緊張した表情でしたが、新幹線に乗る頃には自然と笑顔が見られるようになりました。

あまり乗ったことのない新幹線。

車内で食べる朝食。

東京駅で京葉線へ乗り換える体験。

途中でトイレに立ち寄ること。

売店でコーヒーを購入すること。

一つひとつは、日常では何気ない出来事かもしれませんが、しかしAさんにとっては、どれも初めて経験する大切なことでした。団体旅行では時間の都合で難しくても、個人旅行では本人のペースを大切にできます。「少し休みたい」「お店を見たい」「コーヒーを飲みたい」という気持ちを尊重できることも個人旅行ならではの魅力です。

選択と経験が、希望を生む

ディズニーランドへ到着すると、まず希望していたビッグサンダー・マウンテンへ向かいました。ところが実際に乗ってみると予想以上にスリルがあったようで、降りてきたAさんは少し顔が引きつっていました。しかし、それも大切な経験です。

「乗ってみたら思ったより怖かった」「今度は違う乗り

物にしよう」。こうした体験は、自分で選び、自分で経験したからこそ得られる学びです。誰かに決めてもらった経験ではなく、自分自身で決めた結果だからこそ次の選択へとつながります。その後は、お寿司を食べ、チュロスを味わい、船や蒸気機関車のアトラクションにも乗り、お土産をゆっくり選びました。

予定どおりに行動することだけが目的ではありません。「今ここで何をしたいか」「もう少し見たい」「休憩したい」。その都度Aさんと相談しながら、一日を過ごしました。これも意思決定支援の大切な場面です。

帰りの新幹線では駅弁を食べ、車内販売のアイスクリームも楽しみました。そしてAさんは、ずっと次の旅行の話をしていました。「今度は〇〇へ行きたい」「あそこにも行ってみたい」「また新幹線に乗りたい」。旅行が終わる頃には、もう次の旅行が始まっていたのです。この姿を見て私は、旅行とは目的地へ行くことだけではないと改めて感じました。

旅行は、「誰と行くか」も大切です。一人旅には、自分のペースで行動できる楽しさがあります。家族旅行には安心感があります。友人との旅行には楽しさがあります。施設での団体旅行には、仲間と過ごす喜びがあります。それぞれに違った価値があります。だからこそ、「どの旅行がよいか」ではなく、「本人がどの旅行を望んでいるか」を大切にすることが意思決定支援ではないでしょうか。

旅行と意思決定支援

今回、Aさんは初めての個人旅行(ガイド付き)を経験しました。新幹線に乗る、東京駅を歩く、自分で食べるものを選ぶ、お土産を選ぶ、アトラクションを体験する、そのすべてが新しい経験となりました。高齢になると、「もう新しいことは難しい」と考えられることがあります。しかし実際には、高齢になっても新しい経験はできます。そして、その経験は次の希望を生み出します。

私はこれまで、多くの知的障害のある方と旅行に携わってきました。個人旅行で日本各地を巡った方、グループ旅行を楽しんだ方、短期入所の代わりとして旅行を利用した方、青春18きっぷを利用して鉄道旅行を楽しんだ方など、それぞれの希望に合わせた旅行を支援してきました。

その中で感じることは、旅行は単なる余暇活動ではなく、本人が社会とつながり、自分で選び、自分らしく生きるための大切な機会だということです。

現在、障害福祉サービスには個別支援が求められています。しかし、施設職員だけで個別旅行を実施するのは、人員配置や安全面などから難しい場合も少なくありません。だからこそ、旅行会社や旅行ガイドなど福祉サービス以外の外部機関と連携することで、新たな支援のかたちが生まれようと考えています。福祉だけで完結するのではなく、地域の社会資源を活用しながら一人ひとりの「やってみたい」を実現することが、これからの本人中心支援には必要ではないでしょうか。

*

旅行には、人生を豊かにする力があります。本人が自ら選び、挑戦し、成功し、ときには失敗も経験する。その積み重ねが意思決定する力を育て、「また行きたい」「次はこんなことをしてみたい」という未来への希望につながります。今回のAさんの笑顔と、「次はどこへ行こうか」と語る姿は、旅行が単なる余暇ではなく、人生そのものを豊かにする意思決定支援であることを教えてくれました。

本人の「やってみたい」という思いを実現する機会をこれからも大切にし、一人でも多くの知的障害のある方が、自分らしい人生を歩めるよう支援していきたいと思います。



ビッグサンダー・マウンテンは想像よりスリルがあった模様

高齢期の日中活動支援

国立のぞみの園地域支援課 勅使河原 美智恵 篠原 浩貴

Bさんは重度知的障害と発達障害を持つ60代の男性です。平成6年に当時の国立コロニーに入所し、平成25年に当法人介護サービス包括型グループホームに入居しました。

グループホームでは、配膳やごみ捨てなどを自分の役割として責任をもって行い、安定した日課の流れを身につけています。一方で、興味のあることに対してはときに興奮気味になり、大きな声で同じ内容を何度も繰り返したり、気になることがあると自室の鍵を開けて出て行ったりと、好奇心旺盛な側面も持ち合わせています。平日の日中は、日中活動(生活介護)への通所や移動支援を利用し、週末は他の入居者とともに外出する機会も多くあります。余暇時間は自室で本を読んだり、テレビを観たり音楽を聴いたりして過ごすなど個人の暮らしを楽しんでいる様子です。

そんなBさんですが、地域の暮らしを始めたころから現在に至るまで平坦な状況が続いていたわけではなく、様々な配慮や支援の過程を経てきました。今回、日中活動の過ごし方を構築する過程をたどりながら、それまでの暮らしぶりや思いにもとづいて暮らしを支えていくことの必要性についてお伝えしていきます。

本人に合った過ごし方を考える

Bさんは、地域のグループホームで暮らしはじめる以前は、入所施設で多くの時間を過ごしてきました。グループホームで暮らしはじめた時は、50代。地域生活の始まりという環境変化に適応すると同時に、加齢に伴う日中活動や余暇の過ごし方を調整していくことも継続的な課題として考えられました。そのため、Bさんの希望や課題を汲み取り、活動内容の提案や予定の調整を行う中で、外すことができない次のようなポイントに留意しながら、日中の過ごし方を構築していきました。

① ご本人の特性

- ② 理解の仕方に合わせたコミュニケーションへの配慮
 - ③ 生活歴を踏まえた過ごし方
 - ④ 高齢期を迎え、機能低下に合わせた活動内容
- 具体的な取組みは、それぞれ次の通りです。

① 特性

これまで直接的な診断は受けていないものの、暮らしぶりやBさん自身の振る舞いなどからASDの特徴が多く見受けられました。こうしたBさんの特性にきちんと配慮することが支援のスタートラインとなることから、過去のエピソードや記録、現在の様子を照らしあわせながら、得意なことを活かし、苦手なことには過度に負担がかかりすぎないように注意しました。

アセスメントの結果、Bさんの得意・不得意は以下のように整理されています。

○ 得意

- 文字の理解
- 時計が読める
- ルーチン(決まった手順や日課の理解)
- 日常的な金銭の理解、など

○ 苦手

- 言葉(会話)だけの複雑な指示や説明
- あいまいなルールや指示
- 予定や活動の急な変更
- ルーチンが崩れること
- 適量や適度などの加減、など

② 理解の仕方に合わせたコミュニケーションへの配慮

Bさんのこうした特性を踏まえ、日常的なコミュニケーションは話し言葉(会話)だけでなく視覚的な情報提示を含んだかたちで行い、あいまいな伝達方法をできる限り少なくしながら、次のような工夫で支援者との間で情報の食い違いを最小限にとどめるようにしています。

○ 使用ツール

- スケジュール表(その日の予定、時間と内容を提示)

カレンダー(月間の予定を一覧で提示)
やりとりメモ(文字情報で意思疎通を図る)

③ 生活歴を踏まえた過ごし方

のぞみの園では地域移行を進める際、まず法人所管のグループホームで生活し、法人の通所生活介護事業所で日中を過ごす地域生活体験の機会を設けています。

施設で暮らしていたときのBさんは、のぞみの園の園内各所を巡って回るという自分なりの過ごし方を身につけていました。多くの関係資料を収蔵している資料センターで新聞を読む、不要なものを焼却炉に捨てに行く、ゲストハウスの売店や自動販売機で買い物をする。そして、園内各所で顔見知りの支援員や職員に話しかけ、自分の気になることを確認するのが日課でした。

地域での暮らしを始める際、これまで経験する機会をもてなかった地域生活での楽しみに触れてほしいと考える支援者や関係者は多いと思います。もちろん、そうした機会は必然的に増えますが、一方でBさんにとっては、入所施設で暮らす中で身についた過ごし方は見通しが持てて安心できるもので、地域生活体験時の様子からもBさんがそうした過ごし方を必要としているのではないかと考えられました。こうしたことから地域移行後も日中活動先は園内の生活介護事業所を利用し、新たな活動に取組む一方で、これまで通り園内を散策できる時間を設けるようにしました(写真)。

④ 高齢期を迎え機能低下に合わせた活動内容

Bさんのこれまでの生活歴を考慮し、日中活動として園内散策を続けながら、地域生活の中では移動支援を活用した様々な経験も重ねています。グループホームでの暮らしでは接する情報も増え、それにともない「やりたいこと・行きたいところ・食べたいもの」がたくさん出てきます。現在は週2回の移動支援で、なじみのヘルパーと日帰り温泉、カラオケ、図書館、理髪店、飲食店、スーパーでの買い物等に出掛けることを楽しみにしている様子です。また、絵カードを用いて選択した場所に出掛けるということもできています。

しかし、60代に差し掛かったころから、支援員間や担当者会議などで「物忘れが多くなった」「表情が乏しい」「ときどき横になっている」など、日常の様子に加齢に伴

う変化が報告されることも多くなりました。会議では「活動量や時間に無理はないのか」「ご本人は自身の変化を捉えきれていないため、周囲から配慮していく必要があるのではないか」「衰えはあるものの、できる限り本人の希望をかなえてあげたい」など様々な意見が挙げられています。

現在、生活介護事業所での園内散策は、Bさんと予定表を確認しあいながら、これまでは回れていたエリアを少し絞って歩く距離や時間を短くしています。活動内容はなるべく継続しながら、身体的負担も考慮して“折り合い”をつけた状況で実施されています。

心身の状態の変化に合わせながら

加齢にともなう心身の変化は、誰しもが避けては通れません。今回、日中の活動(過ごし方)を中心にその経過を伝えさせていただきました。知的・発達障害があることで意思表示に困難な部分をとまなうことや加齢による機能の変化を自覚することが難しい中でも、できる限りご本人の意思を汲み取り、やりたいことやできることの視点に立って可能性を見出していくことがどれだけできるのか。高齢になってからどうするかではなく、日常、当たり前に流れている時間の中での気づきや、変化に合わせた対応をその都度していけるのか。Bさんへの支援の過程で、多くのことを気づかせていただいています。

現在、Bさんは「東京タワー!」と口にしながら、次の外出を心待ちにしています。計画の段階からこのワクワクを損なうことなく、関係者および支援者ともにさまざまな視点に立ち、Bさんが安心してよい時間が過ごせるようにしていければと考えています。



ファンベストや日傘など、暑さ対策をして園内散策に行くBさん

看取り支援の実際と課題

社会福祉法人つつじヶ丘学園 理事長 恒松 祐輔

私たちはこれまで、本人や家族が施設に帰ることを望んでも応えられず、病院で最期を迎えた利用者を何人も見送ってきました。その中には、病院のベッドで「帰りたい、帰りたい」と何度も口にしながら、施設へ戻れないまま亡くなった方もいました。別の利用者のご家族からは「施設に帰せないんですか」「最後の最後で放り出すんですね」と言われました。返す言葉がありませんでした。

この切実な声に応えられないのであれば、何のためにこの仕事をしているのか。施設へ帰ることも選べるようにしたい。その思いから、当施設で看取りに取り組むことを決意しました。

福祉にできること

80歳代の女性Tさんは、老衰のため医師から「このままではあと数カ月」と告げられました。当時、当施設には看取りの体制がなく、やむを得ず療養型病院へ移りました。ほとんど食べられず日に日に衰える姿に、私たちは「このまま死を待つだけになるのではないかと」感じました。そこで、誰かに命じられたわけでもなく、職員が交代で朝、昼、夕の食事介助に通い、面会を重ねました。次第に反応を取り戻し、食事も入るようになり、約1カ月後に施設へ戻りました。

それから約9年間暮らし、令和8年7月、職員に見守られて最期を迎えました。余命を告げられても、どこで誰の支援を受けるか、私たちにできること、福祉にできることがあると再確認した事例です。

本人の意思とは

Mさんは60歳代の男性で、43年間、当施設で暮らしていました。言葉で気持ちを伝えることはありませんでしたが、嫌なことには手を振る仕草を見せました。音楽や人との関わりが好きで、姉夫婦との交流も楽しみにしていました。

体調を崩して入院したMさんについて、医師から「胃ろうを造設するか」と相談を受けました。そうでなければ余命は数カ月とのことでした。正直に言えば、最初意思決定支援会議は失敗でした。「施設で受入れられるか」「勤務体制をどうするか」という話に終始し、意思決定支援からはほど遠い内容でした。不安なのは職員ではなく、経験のない身体の不調や死を前にしたMさん本人のはずです。

当時はコロナ禍で、Mさんは意思決定支援会議に参加するどころか、家族や職員が面会することすらできませんでした。表情や反応を直接確かめられないなか、本人の意思を最大の焦点に置いて会議をやり直しました。姉夫婦と職員で40年以上分の写真を振り返りながら話し合い、「管を入れる手術は苦痛で、本人は嫌だとも言えない。施設に帰りたいのではないかと」の意見に行き着きました。そこから、「痛いことは嫌。残された人生を苦しまず、楽しく過ごしたい」という意思を推定し、胃ろうを造設せずに施設へ戻ることを選びました。施設へ戻ったMさんは涙を流しました。家族と私たち職員は、その涙を「これが本人の意思だった。帰ってきたかったんだ」と受け止めました。涙は、言葉とは違うかたちで示された本人の意思の一つだったと思います。「本人には必ず意思がある。その意思をどう探すのか」。Mさんから教えられました。

施設へ戻る前には、常時医師や看護師がいるわけではないこと、経口摂取を基本とすること、夜間の心肺停止では死亡診断が朝になることもあると家族に説明しました。施設へ戻った後は、毎朝の全体朝礼で生活支援員、看護師、栄養士が食事、水分、体調などを共有しました。元気な頃のMさんは、カラオケでマイクを手に画面をうれしそうに眺めていました。看取り期にもこれまでの好みや暮らしを大切に、居室でテレビを見たり音楽を聴いたりできるようにしました。体調のよい時には車いすで施設内を回り、顔なじみの利用者や職員と会う機会もつくりました。家族はいつでも面会できるようにし、特に大好きな

姉夫婦とはできる限りこまめに面会の機会を設けました。

当施設の看取りは日常生活支援の延長線上です。Mさんはいつもの場所で約4カ月半を過ごし、最期を迎えました。

生前にできた意思確認と残った後悔

Hさんは、50歳代の頃に事前指示書で「治療は受けない」と意思を示していました。60歳代で胃ろうか余命かの選択を迫られた時、成年後見人も参加した会議で過去の意思を確認し、経口摂取を基本とした施設内看取りを選びました。三食すべてうなぎの日もありました。栄養だけでなく、その時に本人が食べたいものを口にできることを優先しました。

Hさんの死後は、職員が通夜、葬儀、火葬、収骨、四十九日までを担いました。その間に所在不明だった兄が見つかり、遺骨、位牌、遺影を届けました。生前に会わせることができなかったことは、今も心残りです。看取りは死亡で終わりません。葬儀や納骨、遺骨の引取先、家族や成年後見人との役割分担まで、生前から確認しておく必要があります。

経験を重ね、みんなで支え合う看取りへ

同じ事例は一つとしてありません。それでも、高齢期、終末期、看取り期における身体機能や心の状態の変化、特に死期が近づいた時の様子、死亡時の対応やエンゼルケア、死後の手続きなど一つひとつの経験が施設の中に蓄積され、その後の支援に生かされています。経験を重ねる中で、本人の小さな変化や思いをどう受け止めるかという私たち職員の気づきも深まっています。一方、意思確認は一度で終わりではありません。元気な時から「何が好きか」「どちらを選ぶか」「誰と行きたいか」という小さな意思決定を支え、本人の気持ちや身体状態、家族の状況が変わるたびに意思と支援方針を何度も確かめ直す必要があります。

医師、看護職との連携、急変時や疼痛への対応、死亡診断の手順、家族への説明が欠かせません。また、死亡診断をしてくれる医師がいるかどうかは、看取りの肝です。夜間・休日の体制には地域差があり、施設だけでは難しい

こともあります。相談支援事業所、行政、成年後見人、医療機関にも関わってもらい、抱え込まないことが必要です。

職員を一人にしないことも管理者の役割です。私は職員に「失敗してもいい。責任は私が取る」と伝えてきました。命や死に向き合う不安は、マニュアルだけではなくありません。利用者の命と人生にどう向き合うのかを職員同士で話し、責任を現場に押しつけない。看取り後は「犯人探し」をせず、デスカンファレンスとグリーフケアを行います。

どこで最期を迎えても、支援を途切れさせない

施設で看取ることだけが正解ではありません。しかし、ほかの場所が正解かどうかはわかりません。本人の意思、身体状態、医療的必要性、家族の状況、施設体制を確かめ、施設で最期まで暮らすことも選択肢の一つにする。施設で難しければ、その人の歩みや好きなこと、大切な関係を「情報」というたすきにして、次の暮らしの場へ渡します。大事なものは、支援のバトンを切らないことです。

私たちも、看取りについて明確な答えを持っているわけではありません。ただ、「本人らしく」と書いてだけでは、本人らしい生活にはなりません。あの「帰りたい」という声を忘れず、その人を知り、意思を探し、何度でも話し合う。体の看取りだけでなく、心の看取りを。これからも、最期まで心を満たす支援を目指していきます。



Mさん(中央)が退院後に施設のみんなと撮った写真

誰もが「その人らしい最期」を迎えられるように 高齢知的・発達障害者の看取り導入マニュアルが目指すもの

国立のぞみの園研究課 参事 根本 昌彦 課長補佐 村岡 美幸

知的障害のある人の高齢化が進むなか、障害者支援施設やグループホームでも人生の最終段階をどう支えるかが大きな課題になっています。看取りは、単に「施設で亡くなること」を意味するものではありません。その人が長く暮らしてきた場所、安心できる人間関係、好きなことや苦手なこと、日々の表情や行動に表れる思いを大切にしながら最期まで本人らしい暮らしを支える実践です。

令和5年度に厚生労働省科学研究費を受けて実施した調査では、障害者支援施設・共同生活援助事業所などで亡くなった利用者のうち、施設内死亡は20.2%、病院・診療所での死亡は76.6%でした(図1)。また、看取りを「希望があれば原則的に受け入れる」と回答した事業所は22.2%にとどまっています。本人が望む場所で最期を迎える選択肢が十分に保障されていない状況の背景には、施設方針の未整理、協力医療機関との連携不足、夜間・休日体制への不安、支援員の経験不足、体制構築の難しさなど複数の課題があります。

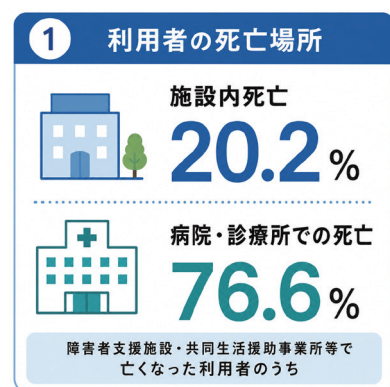
看取り導入マニュアルの作成

こうした課題にどう向き合い、取組んでいけばよいのか。その道筋を整理するため、令和6年度に厚生労働省科学研究費補助金研究の一環「障害者支援施設、グループホーム等での看取り導入マニュアル」を作成しました。

このマニュアルは、のぞみの園のターミナルケアプロジェクトチームが現場で積み重ねてきた実践を基礎に、有識者や先駆的に看取り支援に取組む事業所の知見を加えて整理したものです。理念を示すだけでなく、実際に施設やグループホームで看取りを始める際の不安や迷いに応える、現場で使える資料を目指しました(図2)。

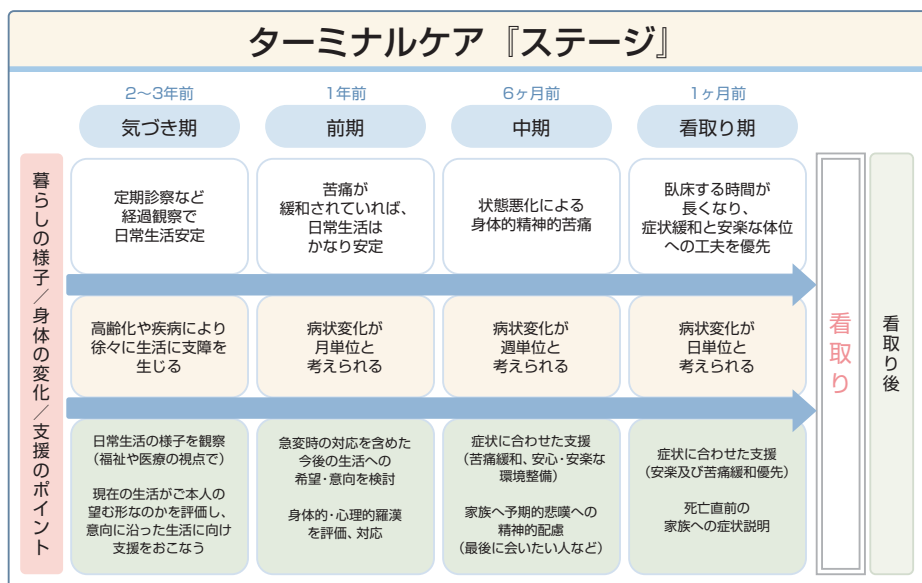
その中心にある考え方は、「本人の意思に基づく看取り」です。知的障害のある人、とりわけ重度の知的・発達障害のある人は、言葉で「痛い」「苦しい」「ここにいたい」と伝えることが難しい場合があります。しかし、当然ながらどんなに重度の障害があっても意思があり、その多くは、表

図1 障害者支援施設等利用者の死亡場所



出典：厚生労働科学研究「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」令和6年度報告書より

図2 ターミナルケアのステージ



※掲載は紹介している内容の一例

情、姿勢、食事量、睡眠(拒否)、落ち着き、いつもとの違いなど、日々の生活の中で理解することができます。マニュアルでは、看取り支援は終末期に突然始まるのではなく、日頃の生活支援、意思形成支援、意思表出支援の延長線上のことをさまざまな側面から解説しています。

これからの取組

令和7～8年度も厚生労働科学研究費補助金を活用し、障害者支援施設等での看取りの実践に関わる研究を進めています。おもに、次のような取組を行っています。

① マニュアルの改訂

作成したマニュアルは、みなさまに活用していただきながら少しずつブラッシュアップしていく必要があると考えています。現行マニュアルについては、文書量が多い、表現が難しい、ヒアリングシートが複雑、本人の非言語的な意思をどう読み取るかが難しい、看護師と生活支援員の役割の違いを整理しにくい、研修が不足しているといった課題が明らかになっています。今後は、短時間で使える構成、シート類の簡素化、非言語的表出の読み取りの視点と工夫、多職種の役割整理、判断時期の明確化などを強化していきたいと考えています。

また、ブラッシュアップにあたっては、令和7年度のオーストラリア視察(本誌88号参照)で得られた、ACPや支援付き意思決定、本人にわかりやすい資料の作成、支援者教育、当事者参加による「死を学ぶ」ための取組みなどの知見も参考にしたいと考えています。そうした取組みや制度をそのまま日本に導入することはできませんが、障害のある人を「守られる対象」ではなく「権利の主体」として位置づけること、具体的には本人参画やわかりやすい情報提供、支援者教育、実践評価の取組みなどは参考にしていきたいと考えています。

② 実践事例集の作成

令和7年度に行ったマニュアルの検証では、これから看取りに取組む事業所には、マニュアルに加えて実践事例もあわせて周知したほうが支援のイメージがしやすいのではないか、といった意見も聞かれました。そこで、新たに「高齢知的・発達障害者の看取りの実践事例集」を作成することとしました。ここでは、施設内で行われた看取

りだけでなく、急変により病院へ移行した、家族との合意形成に迷った、本人の苦痛や意思の読み取りが難しかったといった事例も取り上げながら、看取り支援の過程で生じる判断や迷い、支援者間・家族との調整、本人の意思や状態をどのように受け止めていくかについて整理したいと考えています。

これにより、各事業所が看取りを特別な事例として捉えるのではなく、日々の支援の延長線上にある実践として考え、本人が望むかたちで人生の最終段階を過ごせるよう体制や環境を整える一助になればと考えています。

③ 研修や専門家会議の開催

今年度は、障害者支援施設等での看取りに関する研修や専門家会議を開催する予定です。

研修では、障害福祉サービスにおける看取り支援の理解促進と実践力の向上を目指します。具体的には、看取り支援の基本的な考え方、本人の意思決定支援、家族との合意形成、医療・介護との連携、急変時の対応、死後の対応などについて実践事例を交えながら学ぶ機会を設ける予定です。これから看取り支援に取組もうとする事業所が、支援の流れや必要な準備を具体的にイメージできるようにしていきたいと考えています。

また、専門家会議では、実践上の課題や必要な体制整備について検討します。先駆的に取組む事業所だけでなく、これから取組もうとする事業所、医療・介護関係者、相談支援専門員、行政、家族などとも連携を図り、議論を深める予定です。そのうえで、各地域や事業所の実情に応じた看取り支援のあり方を整理し、支援の質の向上につながる情報発信に積極的に取組みたいと考えています。

*

知的障害者の看取りは、特別な医療行為だけで成り立つものではありません。いつもの部屋、いつもの人、いつもの暮らしの中で、その人が安心して過ごせるように支えることから始まります。本人の意思を日常から丁寧に読み取り、福祉と医療、家族と地域が協働することで、「本人らしい最期」を支える道が開かれます。高齢知的・発達障害者の看取りに関する一連の取組みがその一歩を踏み出すための共通の手がかりとなるよう、みなさまとともに取組んでいきたいと考えています。

成年後見制度見直しのポイント 前編

より柔軟に利用者ニーズに合わせた仕組みへ

きづがわ共同法律事務所、弁護士 青木 佳史

本年6月17日、2000年から施行されてきた成年後見制度を大きく見直す民法の一部改正が成立しました。併せて、地域の権利擁護の支援体制を進めるための社会福祉法の一部改正が同月19日に成立しました。社会福祉法は来年4月以降段階的に施行され、改正民法は2028年秋ごろに施行の予定です。

改正の必要性(現行制度の課題)

現行の成年後見制度は、25年間の運用を経て、認知症や知的障害などから判断能力が十分でない方の意思決定を代理などの方法で支援するものとして、権利擁護の役割を果たしてきました。その一方で、次のような制度の問題点も福祉の支援の現場などから指摘されてきました。

① 一度開始すると一生終われない

親の遺産分割手続きのために制度を利用した場合、手続き終了後も本人の判断能力が回復しない限り、一生制度が継続してしまいます。

② 必要のない事項にまで広範な権限が及ぶ

特定の事柄について支援が必要であったために利用したにもかかわらず、後見人が選任されると日常生活を含めた包括的な代理権や取消権が帰属し、本人が自分中心に生活を決められない不満が生じていました。

③ 本人の意向よりも後見人の判断が優先されやすい

本人が地域移行の準備を経てグループホームでの生活を希望しても、後見人が「心配だから」と利用契約に応じず意思決定が阻害される事例がありました。

④ 後見人の交代が困難

状況の変化に伴い、法的な解決から身近な生活を支えることに適した後見人への交代が望まれる場合でも後見人自らが辞任しない限り、家庭裁判所の判断で交代させることが困難でした。

そこで、2022年3月の第二期成年後見制度利用促進基本計画では権利擁護の支援の基本的考え方を整理し民法

の見直しをすることを閣議決定し、同年10月の国連・障害者権利委員会による日本の実施状況に関する総括所見の勧告も踏まえ、この「終わらない」「広すぎる」「制約される」「代わらない」の4つの課題を念頭に、法制審議会民法部会で2年間34回にわたる議論の結果、「適切な時機に必要な範囲と期間で利用できる制度」への見直しが図られることになりました。

制度改正のポイント

① 補助制度への統一と具体的必要性に基づく権限付与

新制度は、従来の「後見・保佐・補助」の3類型を廃止し、原則「補助制度」に統一します。すなわち、判断能力の程度から当然に支援内容を決定するのではなく、本人が置かれている状況から支援が必要な事項を選択し、それに応じた代理権や同意権を、補助人(後見人、保佐人は廃止され、補助人に統一)に付与する仕組みへと変わります。

意思決定をする必要があることは何か、それを支援によって決めることはできずに代理権が必要か、同意権を設定しなければ不利益なことをしてしまうリスクがあるかを、本人の状況に照らして具体的に検討することになります。その際、日常生活自立支援事業や家族・施設による支援など、成年後見制度以外の方法で対応できないかも検討されます。

② 本人の請求、または同意を原則に

また、これまで以上に、制度の利用については、本人に理解できるように説明をした上で、本人自ら申し込みをする、または本人の同意を得ることが必要となります。今でも制度利用について丁寧に説明する実践もありますが、今後はできるだけ本人の同意を得て利用することが進められます。ただし、重度の方で、制度理解がどうしても難しい場合は、同意の意思が表明できない場合として、具体的な必要性があれば利用ができることとされます。

これによって、本人のニーズと意向を踏まえた柔軟な

制度になることが期待されます。

③ 終わることができる制度へ

現行では基本的には判断能力の回復がない限り、制度利用は終了できませんでしたが、新しい制度では具体的な必要性によって利用が始まるため、判断能力に変化がなくても、あるいはさらに低下したとしても、利用の必要性が解消されれば終わることができるようになります。

例えば、親の遺産分割が完了し、それ以外の生活支援は家族や支援者などの周囲のサポート体制で対応できる場合、必要性がなくなったとして制度を終わらせることができます。定期預金の解約ができれば、その後の年金の管理などは本人支援でできる場合も同じです。

こうした必要性の解消や代替の支援策によって本人の生活が支えられる見込みがあることを、家庭裁判所に説明をして判断してもらうことになります。家庭裁判所は、補助人に義務付けられた年1回の定期報告に基づき、必要性の継続の有無をチェックします。

④ 意向尊重義務の具体化と意思決定支援

今回、本人の意思が制約されないようにするため、補助人が本人の意向を把握するようにする義務が具体的に書き込まれました。補助人は、支援チームにおいて本人が意向を示せるよう理解力に応じた方法で情報を提供し、本人の意向を把握する義務を負います。そして把握できた意向を尊重して、事務方針を定める必要があります。

⑤ 「特定補助人」という同意権付与の例外オプション

以上の仕組みが補助制度の原則ですが、今回、同意権付与の例外としてのオプションとして、特定補助人を付する処分が設けられたことには注意が必要です。補助制度は、通常は、本人が誤って行うかもしれない訪問販売による契約やクレジット契約などを予測して同意権を設定し、保護を図るものです。これに加えて、行動予測が困難で想定外の取引による不利益のリスクがあり、かつ判断能力を欠くことが普通のありさまである方に限って、重要な財産行為すべてを取り消すことができる特定補助人を設定できるというものです。

このオプションは、取消権について例外的な必要がある場合のものであり、代理権とは無関係であるということが極めて重要です。世間では、従来の後見人が特定補助人になるのだという大きな誤解が広まったことがあります。

成年後見制度見直しの流れ

2000年	民法改正により禁治産制度に代わって成年後見制度がスタート(介護保険制度も開始)
2013年	被後見人の選挙権剥奪に違憲判決(3月)。5月に公職選挙法改正
2014年	国連・障害者権利条約の批准(1月)
2016年	成年後見制度利用促進法施行。自己決定権の尊重や身上保護の重視等の理念から、保佐・補助制度利用促進等が図られる。また、成年後見制度利用促進基本計画の策定が定められる。
2017年	「意思決定支援ガイドライン」の作成
2022年	第二期成年後見制度利用促進基本計画の閣議決定(3月)。これを受けて成年後見制度の在り方に関する研究会が設置され、成年後見制度の見直し議論がスタート(6月より2024年2月まで計22回)。国連・障害者権利委員会による総括所見で、意思決定を代行する制度への懸念示される(10月)
2024年	法制審議会民法(成年後見等関係)部会で改正要綱試案を検討(4月より2026年1月まで計34回)
2026年	成年後見制度の改正が成立(6月)
2028年	成年後見制度の改正が施行予定

※国立のぞみの園にて作成

すので、決して混同しないように注意が必要です。そして例外的な制度なので、その適用には慎重を要し、精神鑑定実施が原則で、少なくとも医師2名の診断書が求められるなど厳格な認定手続となります。実際に利用されるケースはごく限られたものになります。

⑥ 家庭裁判所の判断による柔軟な交代

また、補助人の柔軟な交代を可能とするため、補助人に明確な不正や義務違反がない場合でも、「本人の利益のために特に必要がある」と家庭裁判所が認めたときは、補助人を解任して交代させることができるようになります。チーム支援ができない場合や本人の意思決定支援への消極的な姿勢や必要な情報共有の不足など、本人の不利益となる場合を想定してどのような場合に交代できるか運用が積み重ねられていきます。(つづく)

中核的人材養成研修受講生のための ワークショップの実施

継続的かつ柔軟な養成プロセスの整備に向けて

国立のぞみの園研究課課長補佐 松本 佳雅

中核的人材養成研修は、令和6年度より全国の都道府県を対象として実施しています。本研修では、全6回のカリキュラムを通して受講者が標準的な支援の考え方や実践方法を学び、それぞれの事業所の支援現場において適切な支援を実践するとともに、組織内で指導や助言を行うことのできる人材の育成を目指しています。

より高いスキルを目指して

のぞみの園では、この中核的人材養成研修を補完する位置づけで、「中核的人材養成研修受講生のためのワークショップ(3日間)」を実施しました。本ワークショップは、令和9年度からの本格実施に向けた試行的な取り組みとして実施したものです。このワークショップは、中核的人材養成研修と同様に実践的な学びを重視したもので、受講者がチームで協力しながら一人の利用者への支援を組み立てるものとなっています。モデル利用者の協力のもと、アセスメントの結果を踏まえてチームで話し合いながら支援を構築し、評価と改善を繰り返すことで、自らの事業所に戻ってもチーム支援を実践できるようになることを目的としています。

このワークショップは、将来的に中核的人材養成研修受講者のフォローアップを担うことが期待されています。中核的人材養成研修では、終了後、修了者検討委員会において各回の取組状況をもとに修了の可否を評価します。その結果、修了基準に達しておらず、継続的なフォローアップが必要とされた受講者は、トレーナーによる事業所訪問等のフォローアップを受けながら課題に取り組めます。その後、課題の実践状況を報告し、修了者検討委員会において再評価が行われます。

また、修了に至らなかった受講者のうち、継続を希望す

る人は、中核的人材養成研修受講生のためのワークショップに参加することも可能です。ワークショップの後、中核的人材養成研修にオブザーバーとして参加し、再度トレーナーによる事業所訪問を受けたうえで修了判定が行われます。

このワークショップは、必ずしも中核的人材養成研修の修了を目的とするものではありません。現場で標準的な支援を実践するためのスキルを身につける目的で受講することもできます。本年度は、このワークショップは試行的な位置づけで、本年はのぞみの園の職員のほか令和7年度に修了に至らなかった受講者を対象に7月に実施しました。

3日間の実践演習について

中核的人材養成研修受講生のためのワークショップで行われる演習は、1グループ4人の受講者に対してトレーナーとサブ・トレーナーが配置され、モデル利用者への支援をチームで検討しながら進められます。特に、3日間を通してPDCAサイクルを回しながら支援を改善していくプロセスを体験することを重視しました。一般的な実践研修では環境設定や支援内容があらかじめ整えられていますが、環境設定や支援方法の検討についても受講者自身が主体的に取り組むプログラムとなっています。

その後、のぞみの園で2日間の実務研修を行います。

以下、3日間の演習と2日間の実務研修について、概要をお伝えします。

【1日目】アセスメントと環境設定

1日目の午前は、モデル利用者の様子を観察し、特性の把握を行いました。その後、演習で取組む支援の基本的な考え方について講義を実施しました。午後は、観察から得

られた情報をもとに、モデル利用者の特性についてチームで意見を出しあいながら整理し、翌日の実践に向けた環境設定を行いました。環境設定では、「場所」と「活動」を一对一で対応させる考え方を取り入れ、余暇の場所、一人で学習する場所、支援者と一緒に学習する場所を設定しました。

場所の設定後は、スキルチェック項目の準備や、自立的な活動を評価するための自立課題づくりに取り組みました。また、不足している物品については受講者とともに100円ショップで購入しました。これは、工夫しながら支援を整える視点を身につけることを目的としたものです。さらに、本人の興味や好みを把握するために複数の余暇活動を準備し、余暇アセスメントを実施するための環境を整えました。このように初日は、モデル利用者の特性を把握しながら翌日以降の評価と実践に向けた土台づくりを行う一日となりました。

【2日目】評価と支援の実践

2日目からはモデル利用者にも来場していただき、前日に準備した環境やスキルチェック、自立課題、余暇活動などを活用しながらアセスメントを行いました。

演習では、利用者への直接支援、記録、発表などの役割を分担し、チームで情報を共有しながら評価を進めました。午前中の評価結果をもとに、昼休みにはスケジュールやワークシステム、自立課題の見直しを行い、午後の実践に向けて環境や支援方法を再構造化しました。

午後は修正した支援内容を実施し、自立に向けた支援に取り組めました。支援場面では、指示の階層を意識しながら、評価によって有効性が確認された支援方法を活用しました。また、利用者が成功体験を積み重ねられるよう、誤った行動が起きてから修正するのではなく、適切な行動につながる手掛かりを事前に提示することの重要性についても確認しました。演習終了後には翌日の実践に向けた環境調整と新たな課題の準備を行い、PDCAサイクルを実践する一日となりました。

【3日目】PDCAサイクルの継続

3日目は、前日に修正したスケジュールや自立課題について再評価を行い、その結果をもとに環境や支援方法の再構造化を実施しました。また、家事活動として洗濯物干しやモップ掛けの評価と実践も行いました。

評価と改善を繰り返しながら支援を見直したことで、モデル利用者は徐々に自立して活動できるようになりました。利用者の特性や必要な支援についてチーム内で共通理解が進み、支援の方向性を共有しながら検討できるようになった結果、アセスメント、実践、評価、再構造化のサイクルもより円滑に進むようになりました。

本演習では、一度立てた支援計画を固定的に実施するのではなく、利用者の反応をもとに継続的に見直しを行うことの重要性を体験的に学ぶ機会となりました。

【4、5日目】支援寮における実務研修

4日目と5日目の実務研修では、演習で学んだ内容が実際の支援現場でどのように活用されているのかを理解することを目的に実施しました。

実務研修では、利用者支援の実際や事業所内での情報共有の方法について説明した後、日中活動への同行や絵カードを用いた表出コミュニケーション支援などを通して、実際の支援場面を見学・体験してもらいました。

また、冰山モデルシートを活用した支援会議にも参加しました。会議では、職員それぞれの視点や気づきを付せん書き出ししながら利用者の行動の背景を整理し、支援の方向性を検討しました。こうした取り組みを通してチームで支援方針を共有し、継続的に支援を改善していく体制について理解を深めました。

*

今回実施したフォローアップでは、中核的人材養成研修と同様に、アセスメントから支援の組み立て、実践、評価、再構造化までの一連のプロセスをあらためて経験する機会を提供しました。また、実践演習と実務研修を組み合わせることで、研修で学んだ標準的な支援の考え方やチーム支援の手法を、実際の支援場面と結び付けながら確認できる内容としました。

中核的人材養成研修では、単に研修を修了することではなく、学んだ内容を各事業所で継続的に実践して利用者一人ひとりに応じた支援につなげていくことを重視しています。今後も、標準的な支援の定着と中核的人材の育成に向けて継続的なフォローアップを実施し、各地域における支援の質の向上につなげていきます。

てがるに運動1・2・3

第9回 スカットボール

高齢・重度の知的障害のある人向けの運動についてご紹介するコーナーです。今回は、道具を上手に使うって複数の穴にボールを転がし入れることを目標とする運動です。

国立のぞみの園診療所 町田 春子

＝効果とポイント＝



- ゴールとの距離感を認識し、目的に合わせて力を調整する感覚が身につきます。
- 目標がわかりやすく明確であるため、達成しようという気持ちを自然に引き出せます。
- 立ち位置をわかりやすくすること、ボールのセッティングも含めて自分で行うことがポイントです。

＝準備するもの＝

1. スカット台 1台
2. スティック 1本
3. ボール 10個
4. ボールを入れておくカゴ
5. マット(横幅1m程度・長さ5m程度のもの) 1枚
6. ボール絵シート 1枚
7. 足形シート 1枚



専用球もありますが、今回はテニスボールを使いました。

専用マットもありますが、今回は薄いカーペットを使いました。素材によって摩擦력에違いが出る可能性があります。

左右の歩幅は30cm程度



事前準備

- ① マットを敷き、ゴール位置にスカット台を置きます。
- ② スタート位置に、足形シートをゴールに対して横向きに、その前方にボール絵シートを貼ります。
- ③ スタート位置のそばに、ボールの入ったカゴを置きます。

運動の内容



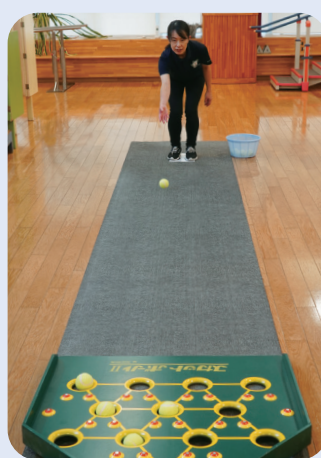
- ① カゴから1つボールを取り出し、ボール絵シートの上に置きます。
- ② スタート(足形シートの上)に立ち、スティックを握ります。
- ③ スティックでボールを打ち、スカット台の穴に入れます。
- ④ 穴に入った場合は、1に戻ります。入らなかった場合は自分でボールを取りに行き、1から再開します。用意したボールがなくなるまで1～4を繰り返します。

アレンジ

ボールを手で転がす

スティックの操作は慣れていないと難しく、ボールをうまく打てないこともあります。その場合は、手でボールを転がす方法で行いましょう。スカット台に対して正面を向いて行うため、足形シートも正面向きに貼ります。

スティックは使わず、ボールを1つ手に取ってスタート位置(足形シート上)に立ち(またはイスなどに座り)、腰をかがめながらスカット台めがけてボールを転がす、という手順で行います(両手で転がしてもOK)。



解

スカットボールはもともとチーム対抗で得点を競うゲームですが、ルールを理解するのは難しい場合も多く、「一人ですべてのボールを穴に入れる」ということを目標にするほうがわかりやすく時間を気にせずに着いて取組めます。本人は目標に集中していますが、その間、ボールをセッティングするためにしゃがむ、静止立位を保つ、ボールに加える力加減をコントロールしながら打つ、失敗した時にはボールを取りに歩いたり方向転換をしたりと、さまざまな運動要素を自然と引き出せます。また、ボールがうまく穴に入れ

説

ばよろこびや達成感もわき出てきます。そのたびに本人と目を合せ、賞賛の言葉を掛けてみてください。しゃがんだ姿勢が多い運動ですので体を起こす機会にもなりますし、次のチャレンジへのやる気にもつながります。ハイタッチなどすると、盛り上がりますよ。

スティックの操作が難しいようであれば、この運動自体が嫌いにならないうちに手で転がす方法に転換するほうがよいと思います。また、立位が難しい場合は座ったままでもできますよ。一人ひとりの能力に応じた方法で、楽しみながら実施しましょう。

第6回

強度行動障害の人へのPECS®導入 —実践事例から—

ペンショナー児童精神科医 門 眞一郎

国立のぞみの園かわせみ寮第2副寮長 狩野 和大

のぞみの園では、2024年4月から強度行動障害の状態にある人を対象とした4か寮で、本連載執筆者の門眞一郎氏によるPECS®導入に関するコンサルテーションを受けています。今回は、かわせみ寮第2での実践を、門氏および狩野和大副寮長が解説します。

対象者のAさんは、20歳代の男性。診断名は、重度知的障害、自閉スペクトラム症、てんかんです。問題提起行動は、自傷、他害、器物破損、異食(マジックテープ、ラミネートフィルム)、大声、不適応行動(着衣したまま排尿し、ズボンを小便器に入れる)でした。IQは不明、区分5、手帳A、行動関連項目は15点でした。

高等部卒業後は生活介護事業所に通い、農作業を中心に活動しました。しかし、物の配置へのこだわりが強まり、位置の変更を嫌がる様子や器物破損が見られました。また、特定の人への強い関心から活動中にトラブルが生じ、意図的な失禁と1日20回程度の着替えが頻発しました。些細な変化が不安定さにつながるため、家族は生活介護以外のサービス利用を控えていました。

コミュニケーション支援の導入

のぞみの園入所後、生活歴やASDの特性を考慮して視覚的支援を開始しました。具体的には、①見通しを持っていないことによる不安を軽減するための理解コミュニケーション支援と、②意思を正確に伝えるための表出コミュニケーション支援です。

① 理解コミュニケーションの支援

生活場面の意味と見通し、すなわち構造を視覚的に明示して理解を促しました。時間の視覚的構造化(活動間スケジュール、カレンダー、アナログ時計の使用)、空間の視覚的構造化(作業場所や生活場所の意味を明確化)を行い、さらに作業の流れを理解しやすくするためにワークシステム(活動内スケジュール)を用いました。

② 表出コミュニケーションの支援(PECS®導入)

誰にでも本人の意思が伝わるよう、言葉の代わりに絵カードを使って意思を表出する方法を、PECS®で教える

ことにしました。構造化された環境の中で、PECS®トレーニング・マニュアルに沿って、選好アセスメント(強化子候補アセスメント)を実施し、「好きな物・嫌いな物」を明確にしたうえで段階的に指導していきました。

▽ フェイズ1：自発的交換を教える

Aさんには指示待ちの傾向がありますが、支援員が現物を提示すると手を伸ばす行動が見られました。そこで絵カードを手渡せば欲しい物が手に入るという経験を積み重ねたところ、自発的に絵カードを欲しい物と交換できるようになりました。

▽ フェイズ2：距離を空けての自発的交換

その後、支援員との距離を徐々に拡大していきました。Aさんは絵カードを持って支援員のもとに移動し、要求を伝えられるようになりました。

▽ フェイズ3：絵カードの弁別と選択

絵カードの意味の理解を目的に、トレーニングを行いました。「好きな／必要な物」と「不要な物」の絵カード2枚から始め(フェイズ3A)、徐々に好きな物の絵カード同士の選択へと進め、最終的には5枚の絵カードから正しく選択して表出できるようになりました(フェイズ3B)。この段階で、絵カードの弁別が安定してできるようになりました。

▽ フェイズ4：文を構成して要求する

要求対象の絵カードと「ください」カードを用いて、「○」+「ください」という文を作って要求することを習得しました。その後は、語彙の拡大とフェイズ5・6へ同時並行で進みました。

▽ 語彙の拡大(属性語・追加語彙の導入)

2語文から3語文へと文を長くすることを教えました(例：「はぶらし」+「手伝って」+「ください」)。当初はブ

ロンプトが必要でしたが、自分で文を構成し、離れた支援員にも正しく表出できるようになりました。また、色を含む属性語を用いた表現も可能となりました。

拒否の意思表示も強度行動障害の状態にある人には特に重要なスキルであり、食事の際に「いらない」+「です」の拒否や、「ふりかけ」+「ください」の要求を教えました。

▽ フェイズ5：応答的要求

お菓子の箱を見せ、「何が欲しいですか？」と質問し、コミュニケーション・ブックから欲しい物の絵カードを取って、文を構成して要求する練習を行いました。Aさんは、すぐに適切な文を構成して要求できるようになりました。

▽ フェイズ6：応答的コメントと自発的コメント

紙袋に入れた物の一部だけを見せて、「何が見えますか？」と質問するクイズ形式の活動を行いました。「○○」+「見える」という文を絵カードで構成し、質問に答える練習です。散歩や外出の途中、Aさんは自動車・自転車・バイク、店の名前、公園のブランコ・滑り台など、幅広い題材に対して正しくコメントできるようになりました。さらに、パソコン画面に出されたイラストを当てるクイズでは、質問に対して PECS® で正しく応答できました。また、自発的コメントによって質問は言葉のプロンプトとなるため、その除去(フェイディング)も行いました。「これ、なに？」→「これ、な？」→「これ？」→「こ？」と質問を段階的に短くすることで、最終的には視覚刺激(画面)のみで、「○○」+「です」と自発的にコメントすることを習得しました。

生活場面への般化

食堂での表出トレーニングでは、コミュニケーション・ボードに絵カードを1枚だけ貼ることから始め、意図的に表出機会を設けてカード数を増やしていきました。現在のAさんはコミュニケーション・ブックを常時携帯

し、適切な場面で「○○」+「ください」と表出することができています。以前はカードをトイレに捨てたり口の中に入れたりする行為が見られましたが、本人にとって必要なカードを追加し、意図的に使用機会を設けることで、これらの行動は見られなくなっています。

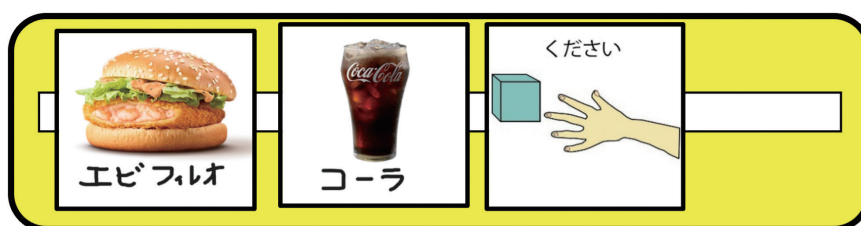
また、地域への般化として、ファストフード店への買い物外出を実施しました。外出前に、本人がメニュー表から食べたい物を選び、「エビフィレオ」「ポテト」「コーラ」の写真カードをブックに追加しました。注文カウンターでは、文カードに「ポテト」カードを貼り忘れましたが、「エビフィレオ」+「コーラ」+「ください」と PECS® で店員に注文し、商品を受け取るまでの待ち時間には、「まって」カードを手にして、落ち着いて待つこともできました(下画像・写真)。商品を受け取ると、手をたたいて喜ぶ様子が見られました。

以上が、PECS® を用いた A さんのコミュニケーション支援の過程です。2025 年6月に PECS® トレーニングを開始し、初回でフェイズ1から4までをほぼ習得。4カ月後の10月にはフェイズ6のコメントに到達しました。成人の場合は一定の経験の蓄積があるため、教え方次第で PECS® の習得は急速に進むと考えられます。

今後の展望

理解コミュニケーション支援と表出コミュニケーション支援を進めたことで、入所前に問題となっていた自傷・他害行為、器物破損、大声などの問題提起行動は著しく減少しました。行動関連項目の評点は、入所前の15点から7点まで減少しました。しかし、異食行為や衣類への排泄行為は依然として見られ、機能的行動アセスメントも含め、継続的な支援が必要です。

支援員も、Aさんのできること、これからできそうなことに着目しながら、地域生活への移行を見据えて生活の幅をさらに広げていきたいと考えています。



PECS® の文カード™



「まって」カード

現場に来て、見て、わかること

秩父学園 日野 憲文

令和6年度、秩父学園とのぞみの園の間の交換研修生として1年間、かわせみ寮第1で強度行動障害支援にあたられた日野憲文さん。令和8年度も、2回目の研修でのぞみの園で学ばれています。どのような思いで再びのぞみの園を選ばれたのか、うかがいました。(聞き手：研究課 村岡美幸課長補佐)

秩父学園では、著しい行動障害の状態にあり、地域で継続的な支援を受けることが困難な児童に対して、有期限・有目的の集中的な支援を行う特別支援寮を令和7年度に立ち上げました。支援体制の構築や他部署との調整など試行錯誤の最中で、のぞみの園ではどのようなかたちで実践しているのか、もう一度見て学びたいというのが2回目となる今回の研修の目的です。

もう一つは、有期限入所についてです。秩父学園でも児童を対象に1年間の有期限入所を始めたところで、のぞみの園と同様に標準的な支援を実践していますが、のぞみの園から改めて標準的な支援の実際を学ぶとともに、受入れの調整なども含めた運営面も学びたいということがあります。

医療面での対応の違い

1回目の研修は、令和6年4月から翌年3月まででした。初めての場所で、目の前のことに対応するのが精一杯でした。2回目は令和8年4月からで、同じかわせみ寮第1で利用者さんへの支援を職員の方と担当させていただいています。手順書や自立課題などの作成に一緒に取り組み、自分の身に付いてきたと感じる部分もあります。

2回目の研修でもう一つ強く感じたのは、情報との接点です。のぞみの園には調査研究部門があり、厚生労働省など国の動きについてブラッシュアップされた情報に接することができます。グループウェアなど職員間の情報共有ツールを活用し、意識さえ持っていれば最新の情報を得られる環境だと感じました。

一方で、のぞみの園の支援に関して、秩父学園との違いも感じることがあります。特に医療関係について、例えば配薬は秩父学園では看護師が担い、医師とのやりとりも看護師が中心となって進めています。のぞみの園では支援員がこれを担っていて、負担が大きいのではないかと感じます。一方、のぞみの園では医療との橋渡しをソーシャルワーカーが担っていて、医療との連携面はうらやましく感じています。

得た知識を現場に落とし込むには

2回目の研修は私自身が希望したもので、その根底には「現場に来てみないとわからない」という思いがありました。支援に関する知識は通常の研修でも徐々に積み上がっていきませんが、それを職場のみんなに伝え、職場に落とし込んでいくには知識だけではうまくいきません。知識として得たものを職場で活用していくには、やはり現場に来て学ぶ必要があると思います。実際に来て体験したほうが、「共通言語」で話が進みやすくなりますので、職場内でも複数人がこうした研修で学べるとよいと思っています。交換研修であれば、人手の面でもカバーしやすいと思います。

2回の研修の間が1年あり、新しい利用者さんもたくさんいます。1回目に関わらせていただいた利用者さんも、どのようなかたちで移行されたのかななどを教えてもらいました。出会った当時は行動が激しかった利用者さんも落ち着いて移行されたことを伺うと、標準的支援の重要性を感じているところでした。(談)

支援の実践に役立つ映像教材をご活用ください

国立のぞみの園では、厚生労働省の補助金研究事業により、知的・発達障害者の支援に関する映像教材を作成しています。これらはすべて、障害当事者・家族、支援関係者等に向けて広く公開しています。これまでに次のような映像教材が公開されています。ぜひ、ご覧ください。

1. 高齢知的・発達障害者の生活と変化～入所施設・グループホーム編～(令和2年度作成)



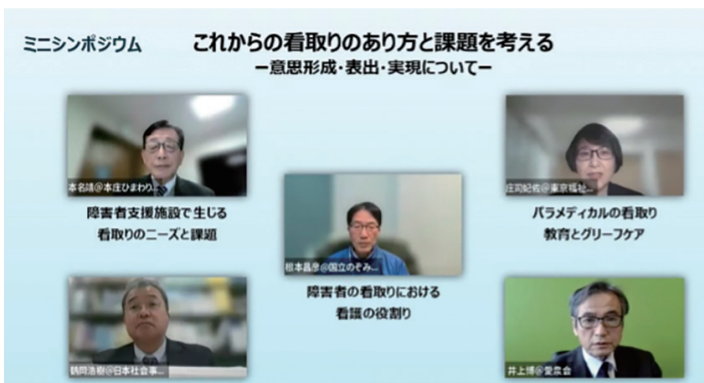
知的・発達障害のある人は、定型発達の人と比べて早くから高齢化の影響が現れます。この映像教材では、知的・発達障害者が年齢を重ねていく過程で、

- ▽ どのような健康上の変化が現れるのか
- ▽ 食事・日中活動・住まいの面で具体的にどのように支援するのか
- ▽ 福祉の現場で、知的・発達障害のある人をどのように看取るのか

について、具体的な事例を交えながら学ぶことができます。



2. 障害者支援施設・共同生活援助(グループホーム)等における看取り(令和5年度作成)



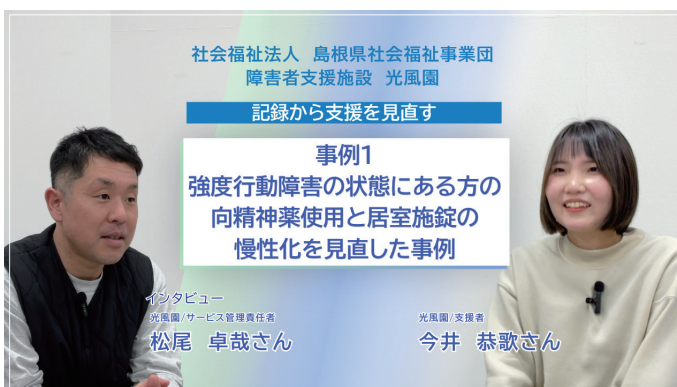
知的・発達障害のある人が望む終末期をどのように支えるかについて、検討する必要性が高まっています。この映像教材では、日ごろの意思決定支援の重要性を念頭に置きながら、

- ▽ 障害者の看取りをどのように進めていけばよいのか
- ▽ 支援者がどのような意識を持つべきか

について、実践者や学識経験者の解説を通して学ぶことができます。



3. 障害福祉施設等における身体拘束廃止・防止の取組みの紹介(令和7年度作成)



障害福祉の支援現場では、身体拘束廃止のための具体的な検討が求められています。この映像教材では、

- ▽ 身体拘束に替わる支援方法を確立し、身体拘束廃止につなげたプロセス
- ▽ 組織的に権利擁護について考えるづける仕組みづくりの実際

について、実際に身体拘束廃止・防止に取り組んだ事業所職員へのインタビューを通して学ぶことができます(英語音声版もあります)。



- 映像教材の視聴にはパスワードが必要です。各教材の申込フォームからお申し込みください。
- 各映像教材のQRコードを読み込んでアクセスしてください。
- 視聴は無料です。公開は、当法人の都合により予告なく変更する場合があります。

《お問い合わせ先》

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究課 担当：佐々木

電話：027-320-1455(直通)

お問い合わせ先のご案内

○ 障害福祉サービス、地域生活支援事業のご利用について

知的障害や発達障害のある18歳以上の人たちを対象に、
生活介護・自立訓練・就労継続支援B型・短期入所・日中一時支援を提供しています。
TEL. **027-320-1416** 【事業調整部地域移行・支援調整係】

○ 障害児通所支援事業のご利用について

知的障害や発達障害のあるお子さんを対象に、
児童発達支援・保育所等訪問支援を提供しています。
TEL. **027-320-1005** 【地域支援部地域活動支援課】

○ 障害者とそのご家族の相談について

障害のある人たちや障害のあるお子さんのご家族からのさまざまな相談に対応します。
TEL. **027-327-3520** 【事業調整部相談係】

○ 講師の派遣、知的障害関係施設等で働いている人たちの相談について

研修会などの講師として職員の派遣を行っています。
障害者に対する支援について、知的障害関係施設等で働いている人たちからのさまざまな相談に対応します。
TEL. **027-320-1366** 【研究・人材養成部コンサルテーション係】

○ 研修会等の開催について

研修会やセミナーの開催のお問い合わせに対応します。
TEL. **027-320-1357** 【研究・人材養成部研修係】

○ 実習生等の受入れ、施設見学について

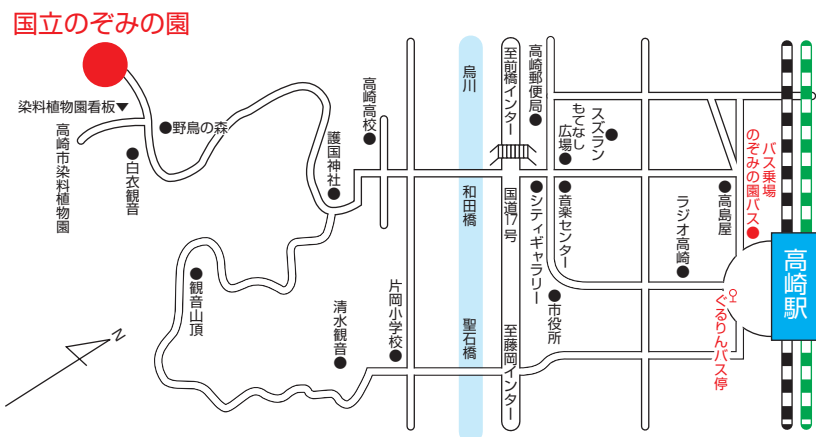
大学・専門学校などからの学生等の受入れ、施設見学等のお問い合わせに対応します。
TEL. **027-320-1322** 【研究・人材養成部養成係】

○ 刊行物のご案内

ホームページ <https://www.nozomi.go.jp/> 調査・研究 → 調査研究報告・テキスト をご覧ください。



国立のぞみの園へのアクセス



1 タクシー利用

JR高崎駅西口より所要約15分

2 バスの利用

市内循環バス「ぐるりん」13・14系統
高崎駅西口・8番のりばより乗車、
「国立のぞみの園」下車、所要約30分

ニュースレター

令和8年10月1日発行 第90号（年間4回発行）

発行人 田中正博

発行所 独立行政法人

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町2120番地2

TEL.027-325-1501（代表）

FAX.027-327-7628（代表）

ホームページ <https://www.nozomi.go.jp/>

メール kouhou@nozomi.go.jp



印刷製本 上信電鉄株式会社



本紙は、「FSC認証紙」「植物油インキ」「水なし印刷」を使用しています。

おねがい

ご住所・部署・氏名など送付先が
変更となった場合は、お手数ですが
右記までご連絡ください。

国立のぞみの園・ニュースレター担当（研究・人材養成部）
TEL.027-325-1501（代） FAX.027-327-7628（代）
メール kouhou@nozomi.go.jp