

別添 I

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

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（2024）年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 根本 昌彦

令和7（2025）年5月

目 次

I. 総括研究報告

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  
研究代表者 根本 昌彦  
研究協力者 村岡 美幸

II. 分担研究報告 —調査結果報告—

1. 障害者支援施設及び共同生活援助事業所における高齢障害者の看取りの  
受け入れに関連する要因の分析 . . . . . 6  
研究代表者 根本 昌彦  
研究協力者 奥西 允

2. 障害者の看取りを行った事業所が看取りを行った契機と課題に関する研究  
—障害者支援施設及び共同生活援助事業所へのヒアリング調査を通して—  
. . . . . 16  
研究代表者 根本 昌彦  
研究協力者 村岡 美幸  
研究分担者 日詰 正文

III. 分担研究報告 —看取りマニュアル作成に際しての整理—

3. 障害者支援施設での看取りの体制整備に関して . . . . . 21  
分担研究者 本名 靖

4. 障害者の看取りのための体制、支援者の意識醸成、看取りの実際について・27  
分担研究者 祐川 暢生

5. 障害者本人の意思を推察する方法に関する研究  
—ICF 情報関連表の活用を通して— . . . . . 32  
分担研究者 日詰 正文  
研究協力者 村岡 美幸

6. 高齢障害者の看取りマニュアル作成に向けた医学知識の整理 . . . . . 36  
分担研究者 鶴岡 浩樹

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 . . . . . 40  
分担研究者 庄司 妃佐

IV. 資料 . . . . . 49

1. アンケート調査内容・結果  
2. ヒアリング調査内容・結果  
3. セミナーチラシ

V. 研究成果の刊行に関する一覧表 . . . . . 66

別添4ー1

障害者支援施設及び共同生活援助事業所における高齢障害  
者の看取りの受け入れに関連する要因の分析

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

障害者支援施設及び共同生活援助事業所における高齢障害者の看取りの受け入れに関連する要因の分析

研究代表者 根本 昌彦 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)  
研究協力者 奥西 允 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)

研究要旨

障害者支援施設及び共同生活援助事業所における高齢障害者の看取りの受け入れに関連する要因の分析を明らかにするため、「看取りの受け入れ方針」及び「看取り実施の有無」と各項目とのクロス集計を行った。結果から、まずは看取りの受け入れ方針について施設・事業所全体で議論し方針を定めていく必要があること、そのうえで、看取りケア実施に向け、看取りのツール(方針、マニュアル、研修)を整備し、医療機関との連携強化、医療的処置を担える介護職員の確保、看取りに向けたユニットケアの実施ないし臨終に備えた専用の居室の確保を進めていく必要があることが示唆された。

A. 研究目的

厚生労働省の平成30年度障害者総合福祉推進事業で行われた「障害者支援施設のあり方に関する実態調査」<sup>1)</sup>では、看取り・終末期対応の実績について、「ある」と答えた施設は14.6%にとどまっている。

一方で、障害者支援施設における重度化・高齢化は以前から指摘されており、各年度の社会福祉施設等調査<sup>2)</sup>で、障害者支援施設における死亡退所数の推移を確認すると、年々増加傾向にあることが確認できる。そのような現状をふまえ、障害者支援施設、共同生活援助事業所等における高齢障害者の看取り・終末期における支援の実態等を

明らかにするため、質問紙調査が実施された。調査及び結果の概要については、昨年度の総括研究報告書にて報告済みであるが、本研究では、看取りの受け入れに関連する要因を明らかにする目的で、さらなる分析を行った。

B. 研究方法

目的: 障害者支援施設、共同生活援助事業所等における高齢障害者の看取り、終末期の支援の実態等を明らかにする

対象: 障害者支援施設、共同生活援助(石川県、富山県、新潟県、福井県を除く)

日程: 2024年1月22日~2月4日

方法：Web アンケート調査

主な調査項目：看取り支援等の経験・対応状況、看取り支援等の方針、マニュアル、ツール整備、ACP の実施状況、グリーンケア、看取り支援等の課題等

【倫理面への配慮】

国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会  
で承認を得た（承認番号 05-07-01）。

C. 研究結果

1561 件の回答があった。そのうち、無回答が多いもの、重複するもの、就労継続支援事業所等の日中サービスものは削除し、1484 件（有効回答 95.1%）を分析対象とした。

看取りの受け入れ方針としては、「『施設（グループホーム）で亡くなりたい』という希望があれば、原則的に受け入れる」が 22.2%と 1/5 程度の事業者が積極的に受け入れようと考えている。（表 1）

表 1 看取りの受け入れ方針の単純集計

	1484	100%
「施設（グループホーム）で亡くなり たい」という希望があれば、原則的に 受け入れる	329	22.2%
原則的に受け入れていない	1067	71.9%
無回答	88	5.9%

1. 退所先及び看取りの実態

2022 年度の退所実態を確認すると、退所した 2348 名中、死亡による契約終了が 708 名（30.2%）で最も多く、次いで、障害グループホーム 464 名（19.8%）、病院・診療所 386 名（16.4%）であった。（表 2）

表 2 退所先の実態

	2348	100%
①死亡による契約終了	708	30.2%
②病院・診療所	386	16.4%
③介護医療院	4	0.2%
④介護老人福祉施設	65	2.8%
⑤介護老人保健施設	21	0.9%
⑥認知症対応型共同生活介護 （介護保険のグループホーム）	7	0.3%
⑦障害者支援施設	223	9.5%
⑧障害グループホーム	464	19.8%
⑨短期入所	19	0.8%
⑩自宅（家族・親族等の家にいる 場合を含む）	318	13.5%
⑪特定施設入居者生活介護の指 定をうけている 有料老人ホーム、サービス付き高齢 者向け住宅、軽費老人ホーム、 養護老人ホーム	35	1.5%
⑫特定施設入居者生活介護の指 定をうけていない 有料老人ホーム、サービス付き高齢 者向け住宅、軽費老人ホーム、 養護老人ホーム	11	0.5%
⑬その他（不明）	87	3.7%

死亡による契約終了の詳細を確認すると、708 名のうち、施設内死亡は 143 名（20.2%）、病院・診療所での死亡は 542 名（76.6%）となっており、死亡場所は、病院・診療所が多い。また、看取りケアの実施については、実施数そのものが死亡による契約終了者の 100 名（14.1%）しか行われていない。ただし、そのうち、施設内で死亡した人の場合は、143 名中 64 名（44.8%）の人に対して看取りケアが行われているのに対して、病院・診療所で死亡した人の場合は、542 名中 25 名（4.6%）しか行われていない。（表 3）

表3 死亡による契約終了の実態

死亡による契約終了（2022年度）	708	100%
うち、施設内で死亡した人	143	20.2%
うち、病院・診療所で死亡した人	542	76.6%
上記のうち、看取りケアを提供した人数	100	14.1%
うち、施設内で死亡した人	64	44.8%
うち、病院・診療所で死亡した人	25	4.6%

また、病院・診療所への退所についても詳細を確認した。病院・診療所への退所386名のうち、介護療養型医療施設33人（8.5%）、医療療養型医療施設238人（61.7%）であった。

## 2. 看取りを受け入れられない理由と看取りケアの課題

看取りを受け入れられない理由としては、「施設の方針として、看取りを行っていない」を除くと、上から順に「施設で看取りをサポートしてもらえる医師・医療機関がないから」「看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから」「施設で看取りを行うことに対して、生活支援員の理解・経験がないから」などとなっている。（表4）

表4 看取りを受け入れられない理由（複数回答）

	1329	
受け入れられない理由はない（すべて受け入れる）	54	4.1%
看護職員の数が足りないから	348	26.2%
生活支援員の数が足りないから	256	19.3%
夜間は生活支援員がないから	173	13.0%
施設で看取りを行うことに対して、看護職員の理解・経験がないから	187	14.1%
施設で看取りを行うことに対して、生活支援員の理解・経験がないから	404	30.4%
家族等の意見が一致していないから	116	8.7%

事故が起こることや、それに関して入所者の家族等とトラブルになることが心配だから	237	17.8%
看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから	450	33.9%
施設で看取りをサポートしてもらえる医師・医療機関がないから	504	37.9%
費用がかかりすぎるから	60	4.5%
その他	115	8.7%
施設の方針として、看取りを行っていない	457	34.4%

看取りケアの課題としては、「施設の方針の明確化」が60.3%と最も課題となっている。次いで、「協力病院等との関係強化」「夜間・休日の職員体制の充実」などとなっている。（表5）

表5 看取りケアにおける課題（複数回答：上位3つ）

	1272	
施設の方針の明確化	767	60.3%
居室等の環境整備	274	21.5%
配置医師との関係強化	183	14.4%
協力病院等との関係強化	560	44.0%
看護職員の増員	277	21.8%
生活支援員の増員	109	8.6%
夜間・休日の職員体制の充実	353	27.8%
職員の協調	102	8.0%
看護職員の知識・技術の向上	54	4.2%
生活支援員の知識・技術の向上	257	20.2%
職員のグリーフケア	79	6.2%
本人の意思決定支援	279	21.9%
家族等へのケア	99	7.8%
その他	89	7.0%

## 3. 看取りの受け入れ方針と各項目のクロス集計

看取りの受け入れ方針として、原則受け入れると回答した施設・事業所の特徴を明らかにするために、各項目とのクロス集計を行うと、「希望があれば、原則的に受け入れる」と回答した施設・事業者は、ツール

(方針、マニュアル、研修)が有、または現在準備中、人生の最終段階における医療・ケアに関連する意思の確認や推定、話し合いは、定期的、不定期に行っていると回答している割合が多い。しかし、それでも有、準備中を合わせて、方針は36.9%、マニュアル、研修では25%前後と、十分とは言えない状況にある。その他、「24時間体制の訪問看護ステーションとの連携」「夜間にたんの吸引ができる職員」「ユニットケア実施の有無」が整備されている割合が多い。(表6)

#### 4. 看取りケア実施の有無と各項目のクロス集計

2022年度に死亡による契約終了があった施設・事業所のうち、看取りケア実施の有無と各項目とのクロス集計を行うと、看取りケアを実施した施設・事業者は、看取りの受け入れとして「希望があれば、原則的に受け入れる」としているところが多く、ツール(方針、マニュアル、研修)が有、または現在準備中、人生の最終段階における医療・ケアに関連する意思の確認や推定、話し合いは、不定期に行っていると回答している割合が多い。その他、「夜間の看護体制」「夜間にたんの吸引ができる職員」が整備されている割合が多い。(表7)

#### D. 考察

表2にあるように、施設・事業所からの退所先を訪ねると、もっとも多い退所理由は、死亡による契約終了であった。また、病院・診療所も3番目に多い。そのうち、半数以上は、長期療養が行われる医療療養型医療施設への移行であった。生活支援を主として担う退所前の施設・事業所では、長期

療養が何らかの事情で困難であり、退所が行われたと考えられる。そして、そのまま病院・診療所で死亡してしまうケースも多くあると想定されることから、死亡による契約終了と病院・診療所への退所をあわせると46.6%となり、半数近くが看取り・終末期に関連した理由による退所であることになる。障害福祉分野においても、看取り・終末期の議論を加速していく必要があることが示唆される。

死亡場所のデータに関しては、死亡による契約終了のうち、病院・診療所で死亡した人の割合が76.6%である。この点については、令和4年度版の全国知的障害児者施設・事業実態調査<sup>3)</sup>の結果をみても、同様の傾向があることが読み取れる。その結果によれば、死亡場所が病院となっているのは、75.8%であった。一方で、人口動態調査<sup>4)</sup>によれば、この十年程度で、総人口のうちで、病院・診療所で亡くなる人は、77.8%→65.7%と減少傾向にある。代わりに、特別養護老人ホーム等を含むその他施設が、7.2%→16.6%と増加傾向にある。人生の最後をどこで迎えるのかに関して、社会全体で議論が行われ、全体としては変化が見られるが、障害福祉分野では、病院・診療所での死亡が多いままである。看取りの受け入れ方針(表1)としては、「『施設(グループホーム)で亡くなりたい』という希望があれば、原則的に受け入れる」が22.2%と1/5程度の事業者にとどまっており、施設での看取りも含めて、さらなる議論が必要だと考える。

看取りを受け入れられない理由(表4)としては、「施設で看取りをサポートしてもらえない医師・医療機関がないから」といった施

設・事業所外の要因と、「看取りに関する方針やマニュアルを定めていないから」「施設で看取りを行うことに対して、生活支援員の理解・経験がないから」といった施設・事業所内の要因にわかれる。施設・事業所内の要因を解消するためには、やはりマニュアルや研修の整備などが必要であると考え。また、看取りケアにおける課題（表5）として半数以上の60.3%が「施設の方針の明確化」をあげているように、施設・事業所内で入所者の看取りをどう考えていくか議論して方針を明確化する必要があるだろう。

看取りの受け入れ方針と各項目のクロス集計の結果から、看取りのツール（方針、マニュアル、研修）以外には、「24時間体制の訪問看護ステーションとの連携」「夜間にたんの吸引ができる職員」「ユニットケア実施の有無」の各項目が関連していた（表6）。また、看取りケア実施の有無については、看取りのツール（方針、マニュアル、研修）以外には、「夜間の看護体制」「夜間にたんの吸引ができる職員」「看取りの受け入れ方針」の各項目が関連していた。（表7）。こうした結果は、医療経済研究機構が平成15（2003）年に発表した「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」報告書<sup>5)</sup>の結果と符合する。その結果によれば、特養で入所者を看取る施設は、職員間の終末期ケアに対する共通理解、緊急時の医師の訪問体制、施設内での医療処置（点滴、酸素療法等）、臨終に備えた専用の居室が整備されていた。

以上から、障害者支援施設及び共同生活援助事業所においても、まず看取りの受け入れ方針について施設・事業所全体で議論

し方針を定めていくことが必要である。そのうえで、看取りを受け入れていく場合には、看取りのツール（方針、マニュアル、研修）を整備し、医療機関との連携強化、医療的処置を担える介護職員の確保、看取りに向けたユニットケアの実施ないし臨終に備えた専用の居室の確保を進めていく必要がある。

その他、看取りケアを実施した施設・事業所は、定期的、不定期をあわせると70%程度が、「人生の最終段階における医療・ケアについての説明や意思の確認または推定」「人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い」を実施していた（表7）。この点は、看取りケアが意思決定支援を意識して行われていることを示唆するものである。マニュアル等を作成する場合には、内容に意思決定支援も含める必要があると思われる。

## E. まとめ

障害者支援施設及び共同生活援助事業所における高齢障害者の看取りの受け入れに関連する要因の分析を実施した。結果から、看取りの受け入れ方針を定めることが必要であるなど、いくつかの示唆を得ることができた。ただし、今回は基礎的な分析手法であるクロス集計による分析にとどまっておろ、今後はより精緻な分析が必要である。

表 6 看取りの受け入れ方針と関連要因とのクロス集計

		原則的に 受け入れていな い		希望があれば、 原則的に 受け入れる	
事業所の種別 n=1396, p=.421	障害者支援施設	357	33.5%	102	31.0%
	グループホーム	710	66.5%	227	69.0%
開設主体 n=1396, p=.013	市町村、広域連合、 一部事務組合	11	1.0%	2	0.6%
	社会福祉法人	634	59.4%	199	60.5%
	医療法人	39	3.7%	3	0.9%
	公益法人	1	0.1%	1	0.3%
	営利法人	145	13.6%	62	18.8%
	NPO 法人	155	14.5%	37	11.2%
	その他	82	7.7%	25	7.6%
主な障害種別 n=1394, p=.116	知的障害	666	62.5%	226	68.7%
	身体障害	133	12.5%	31	9.4%
	精神障害	236	22.2%	60	18.2%
	その他	30	2.8%	12	3.6%
入所者の平均年齢 n=1337, p=.301	20 歳代	7	2.2%	24	2.4%
	30 歳代	41	12.9%	125	12.3%
	40 歳代	128	40.4%	351	34.4%
	50 歳代	108	34.1%	404	39.6%
	60 歳代	30	9.5%	111	10.9%
	70 歳代	3	0.9%	5	0.5%
入所者の平均在籍年数 n=1285, p=.599	10 年以下	181	58.2%	566	58.1%
	10 年以上 20 年未満	82	26.4%	278	28.5%
	20 年以上 30 年未満	41	13.2%	107	11.0%
	30 年以上 40 年未満	6	1.9%	22	2.3%
	40 年以上 50 年未満	1	0.3%	1	0.1%
所在地域 n=1393, p=.681	その他	638	59.8%	203	62.1%
	中核市	232	21.8%	64	19.6%
	政令指定都市・特別区	196	18.4%	60	18.3%
医療機関等との併設・隣接 n=1382, p=.835	なし	946	89.7%	295	90.2%
	あり	109	10.3%	32	9.8%
配置医師の有無 n=1384, p=.553	いない	799	75.5%	252	77.3%
	いる	259	24.5%	74	22.7%

夜間の看護体制 n=1368, p=.091	常に夜勤または当直の看護職員が対応	83	8.0%	34	10.5%
	通常、オンコールで対応し、駆けつけ対応も行なう	248	23.8%	96	29.5%
	通常、オンコールで、電話対応のみ	121	11.6%	29	8.9%
	夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない	469	45.0%	133	40.9%
	その他	122	11.7%	33	10.2%
24 時間体制の訪問看護ステーションとの連携 n=1388, p<.001	連携している	120	11.3%	66	20.3%
	連携していない	943	88.7%	259	79.7%
夜間にたんの吸引ができる職員 n=1378, p=.000	常にいる	30	2.8%	26	8.0%
	いない場合もある	104	9.9%	60	18.5%
	常にはいない	920	87.3%	238	73.5%
ユニットケア実施の有無 n=1384, p=.002	実施している	300	28.4%	122	37.4%
	実施していない	758	71.6%	204	62.6%
看取りの方針 n=1369, p=.000	無	1019	97.1%	202	63.1%
	現在準備中	21	2.0%	61	19.1%
	有	9	0.9%	57	17.8%
看取りのマニュアル n=1369, p=.000	無	1029	98.1%	235	73.4%
	現在準備中	16	1.5%	52	16.3%
	有	4	0.4%	33	10.3%
看取りに関する研修 n=1365, p=.000	無	1019	97.2%	232	73.2%
	現在準備中	14	1.3%	51	16.1%
	有	15	1.4%	34	10.7%
人生の最終段階における医療・ケアについての説明や意思の確認または推定 n=1384, p=.000	定期的に行なっている	35	3.3%	24	7.4%
	不定期に行なっている	207	19.6%	102	31.3%
	行っていない	816	77.1%	200	61.3%
人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い n=1372, p=.000	定期的に行なっている	15	1.4%	9	2.8%
	不定期に行なっている	165	15.7%	101	31.3%
	行っていない	869	82.8%	213	65.9%

※モンテカルロ法による正確確率検定の結果を示している。ただし、2×2 の場合は、フィッシャーの直接法による計算結果を示している。

※残差分析の結果、有意に偏りがみられたセルは、網掛けで示した。

表7 看取りケア実施の有無と各項目のクロス集計

		死亡による契約終了のうち、 看取りケアの実施			
		なし		あり	
事業所の種別 n=356, p=.502	障害者支援施設	214	69.9%	38	76.0%
	グループホーム	92	30.1%	12	24.0%
開設主体 n=356, p=.570	市町村、広域連合、一部事務組合	2	0.7%	1	2.0%
	社会福祉法人	252	82.4%	42	84.0%
	医療法人	5	1.6%	2	4.0%
	公益法人	1	0.3%	0	0.0%
	営利法人	17	5.6%	1	2.0%
	NPO 法人	18	5.9%	3	6.0%
	その他	11	3.6%	1	2.0%
	主な障害種別 n=355, p=.273	知的障害	181	59.3%	34
	身体障害	80	26.2%	14	28.0%
	精神障害	38	12.5%	2	4.0%
	その他	6	2.0%	0	0.0%
入所者の平均年齢 n=343, p=.757	20 歳代	2	0.7%	0	0.0%
	30 歳代	5	1.7%	0	0.0%
	40 歳代	67	22.8%	8	16.3%
	50 歳代	152	51.7%	27	55.1%
	60 歳代	64	21.8%	13	26.5%
	70 歳代	4	1.4%	1	2.0%
入所者の平均在籍年数 n=326, p=.522	10 年以下	83	29.3%	10	23.3%
	10 年以上 20 年未満	121	42.8%	18	41.9%
	20 年以上 30 年未満	62	21.9%	14	32.6%
	30 年以上 40 年未満	16	5.7%	1	2.3%
	40 年以上 50 年未満	1	0.4%	0	0.0%
所在地域 n=355, p=.473	それ以外	203	66.6%	38	76.0%
	中核市	59	19.3%	7	14.0%
	政令指定都市・特別区	43	14.1%	5	10.0%
医療機関等との併設・隣接 n=352, p=.562	なし	246	81.5%	39	78.0%
	あり	56	18.5%	11	22.0%
配置医師 n=350, p=.169	いない	154	51.3%	20	40.0%
	いる	146	48.7%	30	60.0%
夜間の看護体制	常に夜勤または当直の看護職員が対応	17	5.6%	9	18.0%

n=355, p=.002	通常、オンコールで対応し、駆けつけ対応も行なう	113	37.0%	26	52.0%
	通常、オンコールで、電話対応のみ	52	17.0%	3	6.0%
	夜勤・当直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない	103	33.8%	10	20.0%
	その他	20	6.6%	2	4.0%
24 時間体制の訪問看護ステーションとの連携 n=354, p=.373	連携している	20	6.6%	5	10.0%
	連携していない	284	93.4%	45	90.0%
夜間にたんの吸引ができる職員 n=354, p=.003	常にいる	28	9.2%	10	20.0%
	いない場合もある	51	16.8%	15	30.0%
	常にないない	225	74.0%	25	50.0%
ユニットケア実施の有無 n=353, p=.730	実施している	78	25.7%	14	28.0%
	実施していない	225	74.3%	36	72.0%
看取りの方針 n=347, p=.000	無	262	87.9%	20	40.8%
	現在準備中	24	8.1%	7	14.3%
	有	12	4.0%	22	44.9%
看取りのマニュアル n=346, p=.000	無	272	91.3%	25	52.1%
	現在準備中	18	6.0%	7	14.6%
	有	8	2.7%	16	33.3%
看取りに関する研修 n=346, p=.000	無	265	89.2%	24	49.0%
	現在準備中	18	6.1%	7	14.3%
	有	14	4.7%	18	36.7%
人生の最終段階における医療・ケアについての説明や意思の確認または推定 n=349, p<.001	定期的に行なっている	21	7.0%	6	12.0%
	不定期的に行なっている	99	33.1%	29	58.0%
	行なっていない	179	59.9%	15	30.0%
人生の最終段階における医療・ケアについての話し合い n=350, p=.000	定期的に行なっている	9	3.0%	3	6.0%
	不定期的に行なっている	83	27.7%	34	68.0%
	行なっていない	208	69.3%	13	26.0%
看取りの受け入れ方針 n=351, p<.001	「施設（グループホーム）で亡くなりたい」という希望があれば、原則的に受け入れる	66	21.9%	35	71.4%
	原則的に受け入れていない	236	78.1%	14	28.6%

※モンテカルロ法による正確確率検定の結果を示している。ただし、2×2 の場合は、フィッシャーの直接法による計算結果を示している。

※残差分析の結果、有意に偏りがみられたセルは、網掛けで示した。

## 【文献】

- 1) 厚生労働省 HP 「社会福祉施設等調査」  
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tstat=000001030513>  
(2025年4月28日閲覧)
- 2) 障害者支援施設のあり方に関する実態調査 報告書 (2019)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000521913.pdf> (2025年4月28日閲覧)
- 3) 令和4年度版の全国知的障害児者施設・事業実態調査  
<http://www.aigo.or.jp/choken/pdf/r4all1chosa.pdf> (2025年4月28日閲覧)
- 4) 人口動態調査  
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450011&tstat=000001028897> (2025年4月28日閲覧)
- 5) 厚生労働省 HP 「特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの現状」  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1222-4d34.html> (2025年4月28日閲覧)

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添4—2

障害者の看取りを行った事業所が看取りを行った契機と課

題に関する研究

—障害者支援施設及び共同生活援助事業所への  
ヒアリング調査を通して—

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

障害者の看取りを行った事業所が看取りを行った契機と課題に関する研究

—障害者支援施設及び共同生活援助事業所へのヒアリング調査を通して—

研究協力者 根本 昌彦 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)  
研究代表者 村岡 美幸 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)  
分担研究者 日詰 正文 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)

研究要旨

看取りを行った障害者支援施設等は3.4%であり、看取りの希望があれば看取る予定の障害者支援施設等は22.2%であり、今後障害者の高齢化が進む中で、障害者支援施設等での看取り支援は喫緊の課題である。本研究では、「看取り支援を行った契機」「看取りを行う上でのハードル」などについてヒアリング調査を行った。分析は、逐語録を基にコード化とユーザーローカルテキストマイニングツールによる混合研究法で行った。結果、看取り支援を行った契機は、「利用者の高齢化」「本人の意思」「医師の協力」など、看取り支援実施時のハードルと乗り越え方は、「職員の理解」「職員の不安」「医師・看護師の確保」「マニュアルの未整備」「意思決定」などであった。これらの結果から、障害者を対象とした看取りの研修やマニュアルの整備を進めると共に、利用者の意思決定の更なる推移と、意思に応じた支援体制や、環境を整えられる制度の検討が必要だと考えられた。

A. 研究目的

令和5(2024)年度に「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」の一環で行った障害者支援施設等での看取りの実態調査で、令和4(2023)年度の1年間に、看取りを行った障害者支援施設等は3.4%であり、看取りの希望があれば看取る予定の障害者支援施設

等々は22.2%であった。今後、障害者の高齢化が進む中で、障害者支援施設等での看取り支援は喫緊の課題となっている。

そこで本研究は、これから看取り支援を行う可能性のある障害者支援施設等や、看取り支援を行う中でさまざまな課題に直面している事業所に参考となる基礎資料の作成を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

R5（2024）年度に実施した実態調査で「看取りを行ったことがある」と回答した事業所の中から、ヒアリング調査への協力を承諾が得られた22事業所に半構造化面接（オンラインまたは対面）によるヒアリング調査を行った。調査期間は、令和5（2024）年12月～令和7（2025）年3月とした。

調査内容は、「看取り支援を行った契機」「看取りを行う上でのハードル」「生じたハードルを乗り越えた方法」「看取りマニュアルに入れた方がよいと考えている内容」等とした。また、事業所ヒアリングを行う中で、連携先の医療機関の考え方が看取り対応可否を左右していることがうかがえたことから、看取りを実施している診療所等医療機関5機関も調査対象とし、「看取りを行う上で大切にしていること」についてヒアリングした。

分析は、逐語録データをコード化し、カテゴリー化した。カテゴリー化は、研究者1名で行った後、看取り経験のある看護師1名にも加わってもらい、コード化、カテゴリー化の妥当性を確認した。併せて、ユーザーローカルテキストマイニングツール（<https://textmining.Userlocal.jp/>）による混合研究法を行い、結果の信憑性を高めた<sup>1)</sup>。

### 【倫理面への配慮】

国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会で承認を得た（承認番号05-10J-01）。

表1 調査対象の事業所種別一覧

種別	対象事業所数
知的障害者（入所）	14
知的障害者（GH）	3
身体障害者（入所）	3
身体障害者（GH）	1
精神障害者（GH）	1
医療機関	5

※GH＝共同生活援助

## C. 研究結果

### （1）看取り支援を行った契機

看取り支援を行った契機は、「利用者が高齢化し、必要な状況になったため」「（年齢の高低によらず、施設を家だと思っている利用者の意向）」「課題となっていた医師の協力が得られたから」「不本意な形での死となった利用者がいたことを受けた職員の意向」等が確認された。（表2）

表2 看取り支援を行った主な契機

	内容
1	利用者の高齢化
2	本人の意思
3	医師の協力
4	職員の思い

### （2）看取り支援実施時のハードルと乗り越え方

看取り支援を行う上でのハードルは、「若い世代の職員は、死を身近に感じていない状況のため、看取りの重要性を理解してもらうことから始めなければならない」「支援者の不安な気持ち」「障害者支援施設で看取

りまでするとは思っていなかったという職員の驚き」「全員前向きな考えではない中での実施」「看護師等医療体制が整っていない中での看取りの実施」「医師の確保」「看取りは、ずっと横にいないといけないと思っていたという支援者の誤解」「看取り経験が乏しいことによる迷い」「吸引の実施体制を整えることの難しさ」「実施にあたってマニュアルがない」「本人の意思の汲み取り」であった。(表3)

表3 看取り支援実施時の主なハードル

	内容
1	職員の理解
2	職員の不安
3	医師・看護師の確保
4	マニュアルの未整備
5	意思決定

これらのハードルの乗り越え方は、「研修の実施」「委員会を設置」「書類の作成」「チームの構築」「細やかな連絡体制の構築」「やってあげたいリストを作成」「先輩から若手へ事例情報の提供を実施」「経験の場の設置」「支援者の不安などを紙に書き、先生や看護師に見せてカンファレンスを実施」「高齢者施設の看取りマニュアルを活用」「医師との調整」「医師委託料の増額」「外部研修への参加」「高齢者施設見学」「その人のことを考える。聞き出す」等であった。(表4)

表4 看取り支援実施の際のハードルとハードルの主な乗り越え方

	ハードル	乗り越え方
1	職員の理解	研修の実施、委員会の設置
2	職員の不安	OJT※

3	医師・看護師の確保	依頼・出会い・委託料増額
4	マニュアルの未整備	高齢者施設用を活用
5	意思決定	検討・聞き出す

※「On the Job Training」の略語で、業務において、実務経験豊かな上司や先輩が、若手や後輩に知識やスキルを伝え習得させること。

(3) 障害者支援施設等を対象とした看取りマニュアルに入れた方がよいと考えている内容

障害者支援施設等を対象とした看取りマニュアルに入れた方がよいと考えている内容は、「意思の確認について(最期の迎え方など、本人の希望することを確認することの必要性)」「死後の手続き」「家族との連絡について(要望の確認)」「本人、家族との信頼関係構築の必要性について」「何かあったときの体制(フローチャート)」「環境整備の必要性」「話し合いの大切さ」「痛みのケアについて」「同意について」「医師との連携について」「管理職が支援者に伝えるべきこと(亡くなったのはあなたのせいじゃないということが伝わる声掛け)」等であった。

(4) 看取りを実施していて医療機関が大切にしていること

患者との信頼関係や、職員同士の会話の重要性、従事者自身のセルフマネジメントの必要性が確認できた。また、患者の意思決定を支援することが求められる中で、在宅等では対応できない医療行為の限界について、患者や家族に説明が必要であることがわかった。

## D. 考察

本研究でヒアリング調査をした障害者支援施設等は、一度に多くの看取り対象者がいる状況での実施ではなかった。そのため、死亡診断書を書いてくれる医師を確保する以外の物理的環境や看護師の手配等、看取り支援に必要な環境整備は、金銭面も含め事業所の努力で調整していた。今後、障害者支援施設等の高齢化は進むことが見込まれている中で、思いや努力だけでは乗り越えられない時期が来ることが予測される。

しかし、表4の4で確認できたように、支援現場では障害者施設を対象とした看取りマニュアルが少ないため、高齢者福祉施設のマニュアルを活用していることがわかった。一方、高齢者福祉施設の看取りマニュアルの活用を行う中で、障害者支援施設等との違いも確認できた。具体的には、高齢者は福祉施設に入所するタイミングで看取り支援等に関する同意をとるケースもある中で、障害者支援施設は、家族等が「看取り」を意識できない成人期等に利用を始める人もおり、看取りの同意を入所時に取っている事業所は見当たらなかった。また、同意を取る相手も、障害者支援施設等の場合は、本人に加え、「親」が対象となっていた。本研究では確認できていないが、高齢者の場合、同意を取る相手が「親」というケースは稀であろう。

障害者を対象とした看取りの研修やマニュアルの整備を進めると共に、利用者が「ここで最期を迎えたい」と障害者支援施設等を選んだ際の支援体制や、環境を整えられる制度の検討が必要だと考えられた。

また、「意思決定」の課題について、知的・発達障害者は、他者に意思を伝えることが

困難な人が多いほか、意思の形成経験が少ない人もいる。そのため、ACPの実施方法が高齢福祉施設のマニュアルと異なることがうかがえた。この点について、障害者支援施設等で行われている意思決定支援の実際を踏まえながら、障害者支援施設等でのACPの取組みをマニュアルに記載することが必要だと考えられた。

最後に、事業所の看取りの可否に関しては、医師の考え方が影響している様子が見えたと考えられた。障害者の看取りを福祉関係者と共に考えながら取り組んでくれる医師や看護師の獲得が重要であると考えられた。

## E. 結論

障害者が、「最期の間」として障害者支援施設等を選んだ場合、十分な支援体制がある事業所はまだ少ないものの、令和6(2024)年4月に、癌になり看取り対象となった際に、障害者支援施設にいながらにして訪問診療が利用できるようになった<sup>2)</sup>。癌以外の疾病でも、障害者支援施設等での看取りを希望する利用者へ十分な対応ができるよう、障害者支援施設等での看取り支援に必要な制度を検討し、提案していく必要がある。

また、障害者支援施設等におけるACPまでを含めた意思決定支援のあり方を検討し、R6(2024)年度に作成した障害者支援施設等向けの看取りマニュアルを改訂していくことが求められる。

#### 【文献】

- 1) 今井ら：質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性—新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から—

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsnr/41/4/41\\_20180114002/\\_pdf/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsnr/41/4/41_20180114002/_pdf/-char/en)

- 2) 厚生労働省：令和6年度診療報酬改定  
【全体概要版】

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251533.pdf>

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添4－3

障害者支援施設での看取りの体制整備に関して

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(23GC0801)

分担研究報告書

障害者支援施設での看取りの体制整備に関して

分担研究者 本名 靖 (社会福祉法人本庄ひまわり福祉会)

研究要旨

昨年度は全国1541箇所の看取りの実施について調査した。障害者支援施設で看取りを実施している箇所は32箇所、グループホーム(以下G.Hとする)では11箇所、合計43箇所(2.8%)しかなかった。しかし、障害者の高齢化は確実に進んでおり、支援方法の開発や看取りが大きな課題になりつつある。

本研究では、この課題に答えるべく、看取りを実施する場合の施設・事業所の体制をどのように整備すれば良いのかを検討する。

A. 研究目的

昨年度は全国1,541箇所の障害者支援施設等の看取りの実施について調査した。障害者支援施設で看取りを実施している箇所は32箇所、グループホーム(以下GHとする)では11箇所、合計43箇所(2.8%)しかなかった。

しかし、実際に看取りをしていなくても、施設・GHの入居者の高齢化は着実に進んでいる。平成30年度障害者総合福祉推進事業で実施された障害者支援施設の在り方に関する実態調査<sup>1)</sup>では、「高齢化による支援上の課題」が重要な課題となっていると回答した施設は53.8%(N=1,681)となっている(図1)。高齢化の課題に対応するためには、支援内容の変更を余儀なくされる

と考えられる。これまで支援として実施してきた内容から、高齢者介護と同じような内容に変更を余儀なくされると思われる。同時に、看取りについてもやがて課題となると考えられる。

本研究では、看取りの体制をどのように整備すれば良いのかを検討することを目的としている。

B. 研究方法

実際に看取りを実施している全国14法人にインタビュー調査を実施した。その内容とこれまでの研究成果から施設・事業所でどのように看取りの体制を整備すれば良いのか、その方向性を探るものである。

## 【倫理面への配慮】

東洋大学の倫理審査委員会にて承認を得ている。

## C. 研究結果

### (1) 看取り支援の基礎

2018（平成30）年度障害者総合福祉推進事業で実施された「障害者支援施設のあり方に関する実態調査」で、障害者支援施設での看取りに関して、次の5点と提言がまとめられている。

1) 障害者支援施設の看取り・終末期への対応はそれぞれの施設の判断に委ねられている。（看取りは義務ではない）

2) 施設内で看取りの環境を整えるのではなく、地域の医療機関や民間の高齢者施設等と連携することを目指すべきである。

3) 本人の意思や家族からの期待など、施設に対する期待が高い側面もあるが、障害者支援施設としては対応が難しいので、外部資源の活用や地域内での連携が重要である。

4) 地域と連携した医療的ケア、看取り・終末期対応の体制構築に向けて、適切な対応方針を、マニュアルとして整理することが望まれる。

5) 障害者支援施設では、訪問看護の導入などを検討することも必要である（ただし、現行の施設の看護職員の配置基準や常勤看護職員等配置加算との整理が必要）

これらの指摘を整理して、以下の2点を障害者支援施設の看取りについて提言している。①現状の施設で看取りを実施するためには、人的環境（看護師や職員）・物理的環境（施設内のバリアフリー化・個室化、看取りの必要器具等）の整備に課題があり、外部の専門機関・事業所との連携が必要。②看

取りを実施するための施設内マニュアルの整備が必要。

この提言は、現状の障害者支援施設での看取りが困難であるといっているようにも思われる。本当にこの提言が利用者の思いを受け止めているのか、少し疑問が残る。

障害者総合支援法の「障害者支援施設の設備及び運営に関する基準」で、障害者支援施設を次のように規定している。第三条第二項では「障害者支援施設は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない」とされている。

この規定を忠実に守れば、利用者の意思を確認し、「看取りを希望すれば」その意思に沿った支援が必要になる。看取り支援の基礎は「利用者の意思」であり、その意思に対応するのが施設の役割であると規定している。

### (2) 意思の確認に関して

昨年度のアンケート調査で「基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と事業所関係者が集まって話し合いを行っていますか。」という問いの結果と障害種別をクロス集計したものが表1である。

障害種別で無回答の2施設を除いた1,539施設・事業所で集計した。「いつも行っている」と回答した障害種別では数は少ないが、割合では身体障害者施設が他の障害種別を1.5ポイント上回っていた。

その背景には、表2の通り身体障害者を主とした支援施設の入所者は50代、60代が合わせて80%以上を占めている。高齢化が進んでいることがその要因となっていると推測

される。更に、意思の疎通が可能な入所者が多いこともその要因であると考えられる。

意思の確認をする場合の課題は、意思の疎通が難しい重度の知的障害者や重度心身障害者等である。長年生活してきた施設で人生の最終段階を迎えたいのかどうかを問うことは難しい。これまでの障害者支援が地域を目指した支援になっていたのか、本人の意思を形成するよう支援内容であったのかと問われれば、疑問が残る。施設という安全な場所で生活することを望む保護者の意向に添い、施設の生活を豊かする方向で支援が展開されてきたようにも思われる。

そうだとすれば、施設入所者の人生に対する施設の責任は重いものがあるといわざるを得ない。施設入所者の意思が確認できず、長年施設で生活してきた入所者に対するサービスとして、施設やGHで看取ることが当然の支援だと思われる。

その意味では、障害者支援施設やGHで看取りの体制を整備することが急がれる。そして、看取り体制整備の方向は看取りに対する施設の方針、マニュアルの整備、研修の実施等であると思われる。

### (3) 施設・事業所で看取ることの意義を職員が共通に認識する

「利用者の意思」が看取りの基礎となることを前項で確認した。施設・事業所で看取りを実施する場合は、看取ることの意味を職員全体で共通に認識しなければ、実施することは難しいことが指摘されている。

利用者の立場に立った福祉サービスの提供が施設の役割であることを確認したが、建前としては看取りを利用者が望めば、サービスを提供することが施設の役割となる。

しかし、実際に看取りを実施するには、施設・事業所としてのさまざまな前提条件が整備されなければならないことが指摘されている<sup>2)</sup>。

トップダウンで看取りサービスを実施することも可能ではあるが、その場合は形だけの看取りサービスとなることが危惧される。利用者の立場に立った看取りを実施するには、看取ることの意義を職員が共通に認識する必要がある。「看取ることの意義」を職員が共通に認識しない限り、利用者の立場にたった看取りは実施できない。

この点に関して、今年度のインタビュー調査で貴重な発言を得た。実際に看取りを何例も実施している法人の執行役員である荒井氏が「特別な研修はしていない。看取ることが当然だと職員は考えるようになっている。」との発言があった<sup>3)</sup>。

看取りは障害者支援施設・GHでは必要な支援の一つとして捉え、マニュアル作りにも取り組んで来た経緯はあるものの、実際に看取りをした事例を通して、入所者を看取ることが当然の支援であるとの共通認識が生まれたと話してくれた。看取りの研修を実施することも必要ではあるが、実際に看取ることの経験が大きな意味を占めていることが示された。マニュアルはその経験を生かして整備されつつあるとの発言もあった。

前年度の調査では表3の通り、看取りの方針、マニュアルの整備、研修の実施に関する結果を示した。看取りの体制整備がさほどされていないことが明らかになった。しかし、今年度のインタビュー調査の結果、上記の3要素が整備されただけでは、実際に看取りが実施できるとは思われない。施設・

GHにとって、看取りは当然の支援であり、実施した事例を通じて看取りの方針、マニュアル、研修の内容が精査される必要があると思われる。更に、地域と医療・看護との協力も重要な要素となる。その意味では、これまでの支援の在り方が問われていると思われる。

#### D. 考察

看取りの体制整備に関して図2のような体制が必要であると捉えていた。しかし、この体制を整備すると同時に実際に看取ることが重要であるとの示唆を得た。

職員の看取りに対する不安や恐れを解消するために、看取りの体制の整備は必須であることはもちろんであるが、入所者に看取りの意思があれば、又看取りの意思を表明できなくても長くその場所で生活していれば、施設やGHにとって看取りは当然の支援であるとの認識が重要であると思われる。

障害者総合支援法の「設備及び運営に関する基準」の第三条第二項で、「障害者支援施設は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない」と規定されている。

この条文の持つ意味を施設やGHの職員は重く受け止め、利用者の意思を尊重し、意思に沿った支援を展開する必要があることを再度考える必要がある。実際に、当然のこととして受け止め、看取りを実施している事業所があることも知る必要があると思われる。

#### E. 結論

これまで看取り支援は、どのように体制を整備するのか、体制を整備しなければ看取りは実施できないと思われていた。しかし、すでに看取りが必要な利用者が施設やGHに存在することも事実である。

体制が整わないから看取りを実施しないのではなく、その事例を通して、職員の意識を変え、マニュアルの必要性が理解され、どのような研修が必要なのが明らかになる。また、地域との連携も事例を通じてより確かなものになっていくと思われる。

再度、障害者支援施設やGHのサービスでは、何を大切しなければならないのか、それを確認する作業から始めなければならない。その際には、障害者総合支援法の「設備及び運営に関する基準」の第三条第二項で、「障害者支援施設は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努めなければならない」という条文を思い出すことが求められている。

#### 【文献】

- 1) 厚生労働省平成30年度障害者総合福祉推進事業（障害者支援施設のあり方に関する実態調査） 報告書 pp143-144 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 2019年3月
- 2) 川上など）介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因—混合研究法を用いた探索的研究— Palliat Care Ros 2019 14(1):43-52
- 3) 社会福祉法人コザリオの聖母会 執行役員 荒井隆一氏へのインタビュー (2024年3月28日)

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

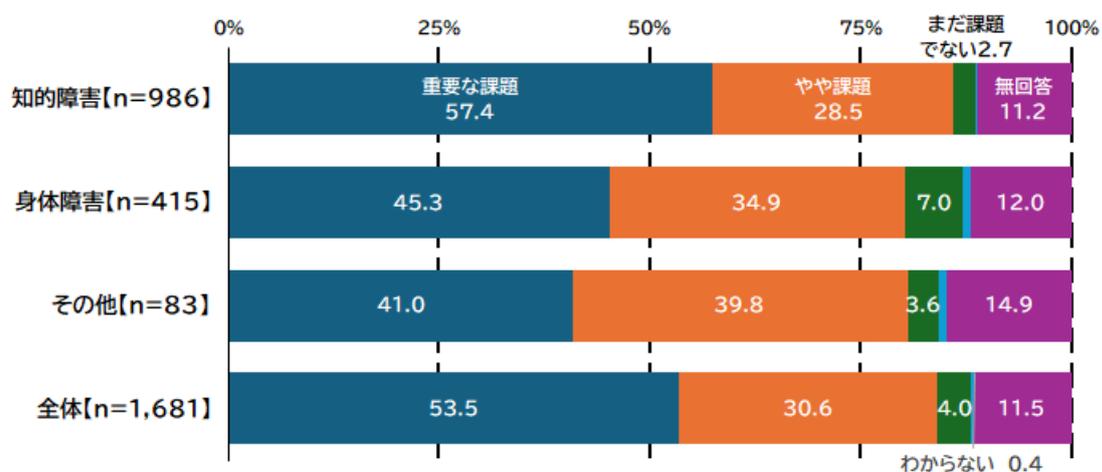


図1 高齢化による支援上の課題状況

表1 主な障害種別と看取り介護に関して本人や家族と事業所職員の話し合いの有無のクロス表

		看取り介護に関して本人や家族と事業所職員の話し合いの有無				合計
		いつも行っている	行う時がある	行っていない	無回答	
主な障害種別	知的障害	17(1.7)	197(20.3)	704(72.4)	54(5.8)	972(100)
	身体障害	6(3.2)	45(24.2)	120(64.5)	15(8.1)	186(100)
	精神障害	1(0.3)	26(8.0)	282(86.2)	18(5.5)	327(100)
	その他	0(0.0)	4(7.4)	45(83.3)	5(9.3)	54(100)
合計		24(1.6)	272(17.7)	1151(74.8)	92(6.0)	1539(100)

表2 年代と障害種別

障害種別 年代	知的障害	身体障害	精神障害	その他	合計
20代	24(2.7)	1(0.6)	7(2.4)	1(2.5)	33(2.4)
30代	118(13.4)	7(4.3)	43(14.6)	3(7.5)	171(12.4)
40代	331(37.6)	19(11.7)	119(40.5)	21(52.5)	490(35.6)
50代	340(38.6)	76(46.9)	101(34.4)	11(27.5)	528(38.3)
60代	61(6.9)	57(35.2)	24(8.2)	4(10.0)	146(10.6)
70歳以上	7(0.8)	2(1.2)	0	0	9(0.7)
合計	881(100)	162(100)	294(100)	40(100)	1377(100)

表3 主な障害種別と看取りの体制

看取りの体制 主な障害種別	看取りの方針 n=1382			マニュアル n=1382			研修 n=1379		
	なし	準備中	あり	なし	準備中	あり	なし	準備中	あり
知的障害	812 (89.1)	60 (6.6)	39 (4.3)	842 (92.2)	51 (5.6)	20 (2.2)	832 (91.3)	46 (5.0)	33 (3.6)
身体障害	144 (85.7)	7 (4.2)	17 (10.1)	150 (89.8)	4 (2.4)	13 (7.8)	146 (88.0)	7 (4.2)	13 (7.8)
精神障害	281 (92.7)	13 (4.3)	9 (3.0)	288 (95.4)	11 (3.6)	3 (1.0)	288 (95.4)	11 (3.6)	3 (1.0)
合計	1237 (89.5)	80 (5.8)	65 (4.7)	1280 (92.6)	66 (4.8)	36 (2.6)	1266 (91.8)	64 (4.6)	49 (3.6)

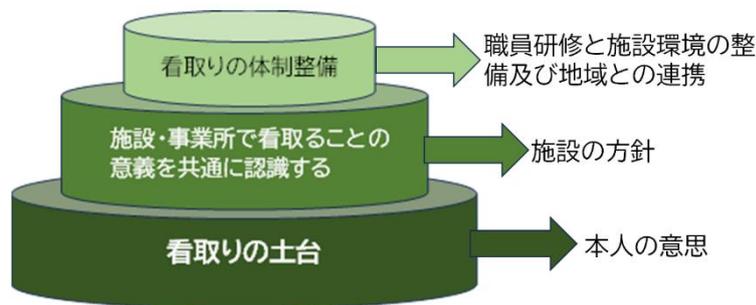


図2 障害者支援施設やG・Hで実施する看取りの体制

別添4 - 4

障害者の看取りのための体制、支援者の意識醸成、  
看取りの実際について

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

障害者の看取りのための体制、支援者の意識醸成、看取りの実際について

分担研究者 祐川 暢生 (社会福祉法人侑愛会)

研究要旨

日本社会の高齢化が進む中、知的障害者も同様に高齢化が進行している。知的障害者は一般の人々よりも10～15歳早く老化が進むため、その影響はより深刻である。特に、死が近づいた際に、病院ではなく住み慣れた場所で最期を迎えたいという願いが強まっているが、現状では多くの知的障害者が病院で亡くなっている。介護保険制度は高齢者の受け皿として機能しているものの、知的障害者にとっては必ずしも適切な選択肢ではなく、多くの知的障害者が高齢になっても障害福祉サービスを継続して利用している。

看取り支援を実施するためには、施設内での話し合いや体制構築が不可欠であり、支援者が看取り支援に向けて前向きに取り組むためには、話し合いやコミュニケーションの積み重ねによって看取り支援を推進する意識の醸成が重要である。

今後、知的障害者福祉の現場では、看取り支援の経験を積み重ね、支援者がより自信を持って看取り支援に取り組めるようになることが期待される。

A. 研究目的

日本社会は現在、29.1%の高齢化率を記録し、超高齢社会を迎えている<sup>1)</sup>。この高齢化の波は、知的障害者にも押し寄せており、彼らは一般の人々よりも10～15歳早く老化現象が進むため、その影響はより深刻である。

高齢化に伴い、死が身近になる「多死社会」が到来し、人々の死に対する意識も変化

している。特に、慣れ親しんだ環境で穏やかに人生の最期を迎えたいという願いが強まっている。

しかし、知的障害者福祉の現場では、死を支える経験が不足しており、支援者が看取り支援に踏み出せない状況が続いている。

本稿では、知的障害者の高齢化と看取り支援の現状から、どのようにして支援者が看取り支援に取り組むことができるかを探

る。また、介護保険制度との関係や、具体的な看取り支援の方法についても考察する。

## B. 研究方法

本研究では、まず日本の高齢化と知的障害者の高齢化の現状を整理し、その中で看取り支援がどのように位置づけられているかを明らかにする。

次に、介護保険制度と障害者福祉の関係から、なぜ多くの知的障害者が介護保険サービスを利用せずに障害福祉サービスを継続しているのかを考察する。

さらに、具体的な看取り支援の事例として、北海道北広島市の北ひろしま福祉会や同じく北海道北斗市の侑愛会の取り組みを紹介し、看取り支援の実際のプロセスや課題を明らかにする。

### 【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にて承認を得て実施している（承認番号 05-07-01、05-10j-01）。

## C. 研究結果

### (1) 高齢化と知的障害者の現状

日本社会の高齢化とともに知的障害者にも高齢化が進んでいる。知的障害者は一般の人々よりも老化が早く進むため、高齢化の影響をより強く受けている。死が近づいた際に、病院ではなく住み慣れた場所で最期を迎えたいという願いが強まっているが、現状では多くの知的障害者が病院で亡くなっている<sup>2)</sup>。

すでに特別養護老人ホームなど介護保険施設では看取り介護加算などが算定できるようになっており、実際、多くの施設で看取

りケアが実施されているが、それに対して障害者支援施設では、医療看護体制の不備などが障壁となって、看取り支援まで実施することができない施設、実施に踏み込めない施設が数多くある<sup>3)</sup>。

### (2) 介護保険制度と障害者福祉

2000年に介護保険制度が導入されたが、その後障害福祉サービスが支援費制度から自立支援法に切りかわる一時期に取り沙汰された障害者福祉サービスと介護保険サービスの統合は断念された。しかし、知的障害者が高齢化し要介護状態になった場合、介護保険の利用は依然選択肢の一つである。ところが、実際には多くの知的障害者が高齢になっても障害福祉サービスを継続して利用しており、介護保険への移行は進んでいない<sup>4)</sup>。これは、長年暮らし慣れた場所で過ごし続けたいという本人や家族の願いが反映されているためである<sup>5)</sup>。

たとえば障害者支援施設入所者は介護保険制度の適用除外となっており、そもそも介護保険の被保険者ではないという事情等も相まって、知的障害者が介護保険施設で看取りケアを受けることはそう簡単ではない実情があると言える。

### (3) 看取り支援の具体的事例

そうした状況のもとで、障害者支援施設のなかには、自施設での看取り支援の実施を目指し、努力を重ねている施設が近年増えつつある。

北海道にある社会福祉法人北ひろしま福祉会が運営する障害者支援施設共栄<sup>6)</sup>では、看取り支援を「“生き切る”を支えること」と位置づけ、医療的ケアを最小限に抑えな

がら、本人が悔いのない人生の最期を迎えることを支援している<sup>7)</sup>。

また、同じく北海道にある社会福祉法人侑愛会が運営する障害者支援施設侑愛荘<sup>8)</sup>では、看取り支援に関する可否委員会を設置し、利用者の状態変化に応じて看取りケアの実施を判断している。具体的には、家族や多職種との話し合いを重ね、本人の意思を尊重しながら看取り支援を進めている。

看取り支援まで実施できるケースは死亡退所する利用者のうちの一部にとどまっているが、医療との連携をつくり、看取り支援の実践に取り組んでいるのである。

## D. 考察

### (1) 看取り支援の必要性

知的障害者の高齢化が進む中で、看取り支援の必要性はますます高まっている。しかし、これまで経験のなかった看取り支援に障害者福祉に携わる支援者が踏み出すためには、不安や恐怖を乗り越える必要がある。特に、死のプロセスを支えることが具体的にどのようなことなのか、わからないという不安が大きい<sup>11)</sup>。しかし、老化現象の進んだ高齢知的障害者の看取り期に激しい状態変化が起きるケースは少なく、日頃の支援を丁寧に行うことが看取り支援の基本である。そうした看取り支援に取り組む基本姿勢や職員の意識変革が求められている。

### (2) 介護保険制度の課題

介護保険制度は高齢者の受け皿として機能しているが、知的障害者にとっては必ずしも適切な選択肢ではないことは既に述べた通りである。多くの知的障害者が障害福祉サービスを継続して利用している背景に

は、長年暮らし慣れた場所で過ごしたいという願いがあるわけだが、社会資源である介護保険施設をもっと容易に知的障害者が利用できるようにする工夫も求められる。介護保険制度と障害者福祉の連携を強化し、知的障害者がより良い環境で最期を迎えられるようにすることも課題である。同時に、いかに障害者福祉の支援の場に看取り支援を実施できる環境をソフト、ハードを含めて整えるか、ということが、知的障害者の看取り支援の拡大にとって、解決が求められる課題である。

### (3) 看取り支援の体制構築

看取り支援を実施するためには、施設内での話し合いや体制構築が不可欠である。北ひろしま福社会共栄や侑愛会侑愛荘の事例からも、支援者が看取り支援に向けて前向きに取り組むためには、なぜ看取り支援が必要なのか、支援者がどんなところに不安を抱いているのか等々について率直な話し合いやコミュニケーションの積み重ねが重要であることがわかる。そうしたなかで看取り支援に踏み込む支援員の意識の変革が生み出される。

また、利用者の状態によっては、看取り支援まで実施できないこともあるため、家族の意向や本人のニーズを汲み取りつつ、看取り支援の実施の可否を検討する話し合いの場が求められる。そして、看取り期に施設でやれることとやれないことを明確に示すことも必要である。

### (4) 支援者の不安を解消する取り組み

人が死に向かうときの状態変化がどのようなものなのか、死期が近づき、状態が変わ

ってきたときに何をなすべきなのか、誰に連絡をすべきなのか、そうした細かな事前指示、看取り支援のフローを策定しておくことなど、支援者の不安を解消する取り組み、工夫が求められる。

看取り支援の実績のある前出の共栄でも、侑愛荘でも、そうしたフローの作成とその十分な説明などによって、不安は感じながらも支援者が利用者の看取りを支えることができている。

## E. 結論

知的障害者の高齢化が進む中で、看取り支援の必要性はますます高まっている。しかし、支援者が看取り支援に踏み出すためには、くり返しになるが、不安や恐怖を乗り越える必要がある。介護保険制度と障害者福祉の連携を強化し、知的障害者がより良い環境で最期を迎えられるようにすることも課題である。

また、看取り支援を実施するためには、施設内での話し合いや体制構築が不可欠である。支援者が看取り支援に向けて前向きに取り組むためには、話し合いやコミュニケーションの積み重ねが非常に重要である。

今後、知的障害者福祉の現場では、看取り支援の経験を積み重ね、支援者がより自信を持って看取り支援に取り組めるようになることが期待される。知的障害者の看取り支援は、まだ始まったばかりの取り組みである。支援者は、不安や戸惑いを抱えながらも、利用者の尊厳ある最期を支えるために、一歩ずつ前進していく必要がある。

今後は、看取り支援に関する研修や情報提供を充実させ、支援者の知識と技術の向上を図ることが重要である。また、医療機関

や地域との連携を強化し、看取り支援を支える体制を整備する必要がある。さらに、利用者や家族の意向を尊重し、個々のニーズに合わせた看取り支援を提供することが求められる。そのためには、日頃からのコミュニケーションを大切にし、信頼関係を築くことが不可欠である。

支援者は、利用者の尊厳ある最期を支えるために、専門性を高め、多職種と連携しながら、看取りケアに取り組む必要がある。

看取り支援は、決して容易な取り組みではないが、利用者と家族の願いに応え、共に人生の最期を歩むことは、支援者にとっても大きな意味を持つであろう。

## 【文献】

- 1) 内閣府 「令和6年度版高齢社会白書」 p2 2024年8月
- 2) 公益財団法人日本知的障害者福祉協会 「令和5年度前項知的障害児者施設・事業実態調査報告書」 p63 表67 2024年3月
- 3) 一般社団法人北海道知的障がい福祉協会 運営研究委員会／施設入所支援部会 「入所施設の地域移行、改築等に関する調査報告」 pp17-18 2025年3月19日
- 4) 公益財団法人日本知的障害者福祉協会 「令和5年度前項知的障害児者施設・事業実態調査報告書」 pp56-57 2024年3月
- 5) 北海道知的障がい児・者家族会連合会 「2017年アンケート調査報告」 pp5-6 2018年5月

- 6) 社会福祉法人北ひろしま福社会障害者  
支援施設共栄

[https://www.kitahiro-  
fukusikai.or.jp/service/kyouei/](https://www.kitahiro-fukusikai.or.jp/service/kyouei/)

- 7) 小林悦子 「第47回日本死の臨床研  
究会年次大会 Web 抄録 [SY5-3] 知  
的障がい者の“生ききる”を支える—  
障害者支援施設での看取り援助へのト  
ライ —」

[https://confit.atlas.jp/guide/event  
/jard47/subject/SY5-  
3/tables?cryptoId=](https://confit.atlas.jp/guide/event/jard47/subject/SY5-3/tables?cryptoId=)

- 8) 社会福祉法人侑愛会 障害者支援施設  
侑愛荘

[https://www.yuai.jp/info/office/18  
9](https://www.yuai.jp/info/office/189)

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添4-5

障害者本人の意思を推察する方法に関する研究  
—ICF 情報関連表の活用を通して—

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

障害者本人の意思を推察する方法に関する研究

—ICF 情報関連表の活用を通して—

分担研究者 日詰 正文 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)  
研究協力者 村岡 美幸 (独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)

研究要旨

本研究は、重度知的障害者の本人の思いを推察する方法を探るために、NPO 法人大阪障害者センターが開発した「ICF 情報関連表」の活用の有効性を確認することを目的とした。

「ICF 情報関連表」を活用する A 園で、本人の生活像を知る支援者 2 名(日中サービス事業所の職員及び夜間サービス事業所の職員)を対象に半構造化面接によるヒアリング調査を実施した。その結果、ICF 情報関連表を活用する前後で、職員がとらえた「本人の思い」の違いとして、既存の個別支援計画の「本人の思い」は、生活介護事業所では「健康で落ちついた生活をしたい」「散歩に出かけたい」「新聞や雑誌が欲しい」、共同生活援助事業所では「お手伝いをしたい」「外出したい」「健康で安定した生活がしたい」であった。

ICF 情報関連表を活用した後の「本人の思い」は、「東京に遊びに行きたい」「カラオケに行き歌をうたいたい」「買い物に行きたい」「賞賛されたい」「散歩等をして外を歩き続けたい」「日々、好きな物を買えるお金が欲しい」「活字の情報が欲しい」であった。

ICF 情報関連表を活用した後のほうが、本人視点の本人の思いが、より具体的になった。

A. 研究目的

厚生労働省は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を平成 19 (2007) 年に策定し、人生の最終段階における医療・ケアについては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされたうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを

踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行うことが重要としている。上記のガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人や家族等と医療・ケアチームが、最善の医療・ケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示しており、平成 30 (2018) 年には、「終末期医療」から「人

生の最終段階における医療」への名称変更や、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が 家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込む等の改訂が行われている<sup>1)</sup>。

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定は、本人の意思を十分に他者に伝える・表出することが困難な重度知的障害者においても同様のことである。

特に現時点での高齢期の知的障害者においては、措置により長期間にわたる施設入所を余儀なくされ、制約の多い生活環境に置かれ、意思形成につながる経験が乏しい人も少なくない。

そこで本研究は、重度知的障害者の本人の思いを推察する方法を探るために、NPO 法人大阪障害者センターが開発した「ICF 情報関連表」<sup>2)注</sup>の活用を有効性を確認することを目的とした。

## B. 研究方法

本研究は、既に ICF の活用に取り組み、実践的な研修経験のある NPO 法人大阪障害者センターが開発した「ICF 情報関連表」を用い、本人の思いを推察する取り組みを行った。具体的には、この取り組みに理解があり、継続的な関与が可能な A 園を選定し、本人の生活像を知る支援者 2 名（日中サービス事業所の職員及び夜間サービス事業所の職員）を対象にヒアリング調査を実施した。

ICF 情報関連表は、活動の第 2 レベルの項目（コミュニケーション、運動と移動、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活

領域、コミュニティライフ、社会生活、市民生活、学習と知識の応用、一般的な課題と要求）を縦軸に、心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子を横軸にして書き記すものであり、全体を俯瞰しやすいデザインとなっている。

調査は半構造化面接とし、ICF の項目に沿って、日中と夜間における本人の状態や環境に関する事項について本人視点（推察）を意識し、支援者 2 名と本人を知るインタビュアーの計 3 名が話し合いながら、インタビュアーが ICF 情報関連表に書き込みを行った。

次に、記入が済んだ ICF 情報関連表と、既存の個別支援計画の「本人の思い」欄との突合を行い、ICF 情報関連表がどのように個別支援計画を変えるのかといった視点から評価を行った。

実施時期は、2024 年 8 月から 2025 年 3 月であった。

### 【倫理面への配慮】

国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会で承認を得た（承認番号 05-10J-01）。

## C. 研究結果

ICF 情報関連表を活用する前後での本人の思いの違いとして、既存の個別支援計画の「本人の思い」は、生活介護事業所では「健康で落ちついた生活をしたい」「散歩に出かけたい」「新聞や雑誌が欲しい」、共同生活援助事業所では「お手伝いをしたい」「外出したい」「健康で安定した生活がしたい」であった。

ICF 情報関連表を活用した後の「本人の思い」は、「東京に遊びに行きたい」「カラオ

ケに行って歌をうたいたい」「買い物に行きたい」「賞賛されたい」「散歩等をして外を歩き続けたい」「日々、好きな物を買えるお金が欲しい」「活字の情報が欲しい」であった。

ICF 情報関連表を活用した後のほうが、本人視点の本人の思いが、より具体的になった。

#### D. 考察

意思決定は三つの原則があると言われており、その優先順は、表出された意思、意思と選考に基づく最善の解釈、最善の利益である<sup>3)</sup>。知的障害者のように言語コミュニケーションが苦手(特に最重度)な人が多い場合、表情や動作に加え、その時々環境から意思をアセスメントする。そのアセスメントを網羅的に行い、本人視点での本人意思の根拠となる記録ツールとして、ICF 情報関連表が活用できる可能性が示唆された。

また、本研究を通し、事業種が異なる支援者間での合意形成を図るツールとしても活用できる可能性が示唆された。

#### E. 結論

知的障害者の高齢化が進む中で、人生の最終段階に関する意思の確認が重要であることはもちろんのこと、生活の場所や生活スタイル等の変更にかかわる意思の確認も重要である。意思の形成をもたらす経験は、幼少期からの取り組みが必要である。本人視点での意思決定支援や ACP の実現には、幼少期から ICF をベースとした情報を蓄積し、それを引き継ぎ続けることが重要と考えられる中で、ICF をベースとした情報の記録の負担感は解消すべき課題として残っている。

NPO 法人大阪障害者センターは約 10 年、ICF に関する実践的研修を、1 クール半年間かけて開催している。研修の課題は、ICF 活用の継続性であった。学んだ後、施設で継続することが困難な事業所がほとんどのことだった。ICF 活用の大きな課題と言えよう。

次年度以降の取組みの中で活用の方法を検討していきたいと考える。

#### 【文献】

- 1) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 2) NPO 法人大阪障害者センター(2019)『ICF を活用した介護過程と個別支援計画』。かもがわ出版
- 3) 名川勝、水島俊彦ら(2019)『事例で学ぶ福祉専門職のための意思決定支援ガイドブック』。中央法規出版

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

注 ICF 情報関連表（一部 A 園用に改変）

ICF 第2レベル	STEP 1	STEP 2				STEP 3
	活動	心身機能・身体構造	参加	環境因子	個人因子	本人の思い
コミュニケーション						
運動と移動						
セルフケア						
家庭生活						
対人関係						
主要な生活領域						
コミュニティライフ・社会生活・市民生活						
学習と知識の応用						
一般的な課題と要求						
本人の視点に立って、本人がどんな風に困っていて、どんなふう感じているか						
家族の希望						

別添4-6

高齢障害者の看取りマニュアル作成に向けた  
医学知識の整理

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

高齢障害者の看取りマニュアル作成に向けた医学知識の整理

分担研究者 鶴岡 浩樹(日本社会事業大学大学院・福祉マネジメント研究科・教授)

#### 研究要旨

高齢障害者の看取り支援については、全国的に標準化されたものは見当たらず、黎明期といえる。令和5年度の研究で収集した高齢障害者に関する医学知識を整理し、令和6年度は、施設における高齢障害者の看取り導入マニュアルを作成することを目的とした。令和6年10月17日の第1回会義での意見交換から担当分の執筆内容を定め、障害高齢者に特化した知見が少ないことから再度文献収集を行い、執筆に至った。医学知識については「老化について」、「看取りについて」と大きく2章に分けた。詳細はマニュアルを参照していただくこととし、本報告書では、医学知識に関する章の構成と概要について記述した。マニュアル作成の中で考察したことは、障害高齢者の加齢に伴う医学情報はまだ十分とはいえないことである。障害高齢者の看取り支援となった場合は、さらに情報を見つけることが難しい。今後、実践を重ねていく中で、エビデンスが蓄積するよう実践者、研究者、行政などが協働する必要がある。本研究で作成した看取り支援導入マニュアルが実践の一助となることを期待したい。

#### A. 研究目的

高齢障害者の看取り支援については、全国的に標準化されたものは見当たらず、黎明期といえる。一方、高齢分野では、緩和医学の進歩と在宅医療の普及、さらには介護保険サービスの質の向上や地域包括ケアシステムの構築により、末期がんに限らず、様々な疾病の看取り体制が確立されつつある。

令和5年度の分担研究では「高齢障害者の看取り支援のための医学知識の整理と多職種連携の必要性」と題して実施した。高齢障害者の看取りおよび終末期の支援体制の確立に必

要な老年医学および緩和医学等の分野で知られている知見を収集し、研究班で共有するとともにアンケート調査の設計に役立てた。令和6年度は、収集したこれらの医学知識を整理し、施設における高齢障害者の看取り導入マニュアルの一部を作成することを目的とした。

#### B. 研究方法

2024(令和6)年10月17日の第1回会義での意見交換から担当分の執筆内容を定め、障害高齢者に特化した知見が少ないことから

再度文献収集を行い、執筆に至った。2025（令和 7）年 1 月 20 日の第 2 回会議での内容の確認をするとともに編集担当に委託した。

#### 【倫理面への配慮】

本稿で使用した情報は、すでに学術的な価値が定まり、研究用として広く利用され、かつ、一般に入手可能な資料・情報を使用したため、付議を要しない。

### C. 研究結果

得られた文献を整理し、看取り導入マニュアルの作成を行った。担当分の医学知識については「1. 老化について」、「2. 看取りについて」と大きく 2 章に分けた。詳細はマニュアルを参照していただくこととし、本報告書では、医学知識に関する部分の構成について整理した。

#### 1. 老化について

1) 加齢・老化とは：老化とは何か、老化に関するトピックを箇条書きで列挙した。一般的の事柄のほか、特に障害者に関するものを抽出して整理した。

#### 2) 加齢に伴う身体の変化：

循環器系、呼吸器系、消化器系、泌尿器系、運動器系、視覚、聴覚、皮膚、と 8 項目に分けてそれぞれの系統における加齢変化をまとめた。

#### 2) -1：老年症候群

急性疾患関連、慢性疾患関連、廃用症候群関連と 3 つに分類されることを示し、それぞれについて症状等を整理した。

2) -2 として、障害者でも外見からわかる加齢変化、障害の現場から気づく老化に関わる身体的変化についての情報をまとめた。

#### 3) 加齢にともなう心の変化

認知機能の低下、感情・意欲・性格の変化、などについて記述し、認知機能低下・せん妄・うつ病は症状が類似しており鑑別についても触れた。

#### 4) 高齢者の疾患の特徴

ここまで記述を踏まえて、高齢者の疾患の特徴を整理した。加えて障害者の場合に注意すべきこと加筆している。

#### 2. 看取りについて

副題を「終末期に関する基礎知識」とし、第 2 章は看取りについての知見を整理した。

1) 緩和ケアとは：WHO の定義を中心にまとめた。

2) 疾病別、死のプロセス：老衰、心不全・呼吸不全、がんの 3 疾患における死のプロセスを図表化し、疾患によってプロセスが異なることを示した。

3) ADL から見た死のプロセス：死が近づいてきた時、日常生活動作はどうなっていくのか、図表化した。

#### 4) バイタルサイン

バイタルサインは、血圧、脈拍、体温、呼吸数の 4 項目を示すのが一般的だが、これに尿量と意識状態を加え 6 項目とする場合もある。看取りの現場ではバイタルサインが信頼できる指標であり、数値の読み方など含めて記載した。

5) 看取りの現場で見られる様々な呼吸 肩呼吸、陥没呼吸、下顎呼吸など死が迫った時にみられる呼吸について紹介した。

#### 6) 苦痛の捉え方：全人的苦痛

緩和ケアの分野では、痛みを身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアル・ペインと 4 つに分け、これらをまとめて全人的苦痛（Total Pain）として捉える概念を解説した。

#### 7) 身体的苦痛について

全人的苦痛の 1 つ目の痛み、身体的苦痛としてみられる症状と対処法について整理した。

#### 8) 医療用麻薬

身体的苦痛では医療用麻薬を使用することが世界的にスタンダードであり、適切な使い方をすれば安全に投与できることを強調した。

#### 9) 死前喘鳴

死の少し前の時期に、死前喘鳴が生じること、その意味や対応について記述した。

#### 10) 社会的苦痛

全人的苦痛の 2 つ目の痛みとして、社会的苦痛の説明をした。

#### 11) 精神的苦痛

全人的苦痛の 3 つ目の痛みとして、精神的苦痛について記述した。

#### 12) スピリチュアル・ペイン

全人的苦痛の 4 つ目の痛みとして、スピリチュアル・ペインについて整理した。時間存在、

関係存在、自律存在が失われることへの痛みであり、対応についても触れた。

### 13) 旅立ちまでの変化

旅立ちとは死を意味しており、死に至るまで、身体はどのように変化していくのか、在宅医療で使われるパンフレットからの言葉で綴った。

### 14) その他

その他、看取りの現場での注意点について加筆した。

## D. 考察

本研究では、高齢障害者の看取り支援に関わる文献を収集することから始まった。障害に特化した医学に関する教科書が極めて少なく、内容についても通常の医学の教科書とほとんど変わらない内容であった。したがって、高齢障害者に特化した情報は、数少ない研究論文からピックアップしてマニュアルに反映させた。高齢障害者の特徴を以下に列挙したい。

- ・身体構造や機能の障害があることから、副次的な様々なリスク生じやすい。

- ・40歳から60歳にかけて急速に身体機能が落ち込む（老化が早期に訪れる）。とくにダウン症では急速な退行により歩行困難や歩行停止が生じ、さらには急速な身体の変化により精神面も不安定となる。

- ・二次障害発生のリスクが高い。

- ・障害特性により、病気の発見が遅れたり、援助行為を拒否するなどアプローチが難しい。

- ・認知症に罹るリスクが高く、生まれつき障害がない人より早期に発症する傾向にある。

- ・障害者の死亡原因の特徴として、急性死や突然死が多い。

- ・重度の知的障害の場合、内蔵奇形など通常と状態が異なる。

- ・加齢にともない、てんかん発作の状態が変わり、難治性てんかんとなることがある。

- ・高齢になってから初発でてんかんが起こることもある。

以上、障害高齢者の加齢に伴う情報はまだ十分とはいえない。障害高齢者の看取り支援となった場合は、さらに情報を見つけることが難しい。今後、実践を重ねていく中で、エビデンスが蓄積するよう実践者、研究者、行政などが協働する必要がある。本研究で作成した看取り

支援導入マニュアルが、実践とエビデンス構築の一助となることを期待したい。

## E. 結論

本研究では、高齢障害者の看取り支援導入マニュアルの医学知識と看取りに関する部分の知見を整理し、マニュアル作成の一部を担当した。高齢障害者の加齢変化や、看取りに関するエビデンスは十分ではなく、今後実践を重ねていくうえで知が構築されていくものと思われる。本マニュアルがその一助となることを期待する。

### 【文献】

- 1)宮本信也、武田一則編著. 障害理解のための医学・生理学. 明石書店、東京、2007.
- 2)黒田研二、鶴岡浩樹編著. 医学概論. ミネルヴァ書房、京都、2021.
- 3)矢崎義雄総編集. 内科学 第11版-I. 朝倉書店、東京、2017.
- 4)鶴岡浩樹. スゴクわかる！すぐ役立つ！ケアマネ・介護職のための医学知識ガイド. 中央法規、東京、2023.
- 5)堀江重郎. 老化. Medical Note.  
[https://medicalnote.jp/diseases/%E8%80%81%E5%8C%96?utm\\_campaign=%E8%80%81%E5%8C%96&utm\\_medium=ydd&utm\\_source=yahoo](https://medicalnote.jp/diseases/%E8%80%81%E5%8C%96?utm_campaign=%E8%80%81%E5%8C%96&utm_medium=ydd&utm_source=yahoo)  
2024.12.8 検索
- 6)玉井浩. 特別寄稿：成人のダウン症候群のある人の老化. 現代人文社 HP. (2021年5月6日)  
<https://www.genjin.jp/news/n40871.html>  
2024.12.30 検索
- 7)ニュース：ダウン症患者さん由来の神経細胞からのアミロイドβ分泌は抗酸化剤で抑制される. CiRA 京都大学 IPS 細胞研究所 HP (2021年8月31日)  
<https://www.cira.kyoto-u.ac.jp/j/pressrelease/news/210831-000000.html>  
2024.12.30 検索
- 8)日誌正文班長. 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業 障害者の高齢化による状態像の変化に係るアセスメントと支

援方法に関するマニュアルの作成のための  
研究:令和2年度~3年度 総合研究報告書.  
令和4年(2022年)5月.

- 9)植田章. 知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題についての検討. 福祉教育開発センター紀要 第13号(2016年3月)41-56
- 10)障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム. 障害者の高齢期の特徴と支援の視点を考える. 佛教大学社会福祉学部植田章研究室. 2015年
- 11)障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム. 障害ある人たちの高齢期支援プログラム. 佛教大学社会福祉学部植田章研究室. 2016年
- 12)桜井隆. あなたの家にかえろう。「おかえりなさい」プロジェクト事務局発行

#### **F.研究発表**

なし

#### **G.知的財産権の出願・登録状況**

なし

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」<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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」<sup>4)</sup>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り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」<sup>5)</sup>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 154 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)
- ・グリーフケアの方法 (担当した職員の話を受容していくまで聞く)
- ・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 (グリーフケアへの対応)
- 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<sup>6)</sup>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<sup>7)</sup>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) p 261 - 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なりたい。 ・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

# 資 料

資料1. アンケート調査内容・結果

資料2. ヒアリング調査内容・結果

資料3. セミナーチラシ

事業所についておうかがいします

- Q1 事業所の名称をお答えください。
- Q2 事業所の所在地（都道府県と市区町村）をお答えください。
- Q3 事業所の開設年月をお答えください。
- Q4 開設主体について、あてはまるものをお選びください。
- Q5 事業所の種別について、あてはまるものをお選びください。  
※報酬上の届出をしているものについてお答えください
- Q5A 主な障害種別について、あてはまるものをお選びください。
- Q6 施設の入所定員をお答えください。  
※短期入所は除いてください
- Q7 短期入所の人数を、以下の種類ごとにお答えください（いくつでも）
- Q8A 医療機関との併設または隣接状況について、医療機関ごとにあてはまるものをお答えください。（それぞれいくつでも）  
※併設：同一建物に医療機関等がある  
※隣接：同一敷地内で別棟の場合、もしくは隣接する敷地（道路を挟む場合を含む）にある
- Q9 配置している医師の体制について、それぞれ人数を入力してください。（いくつでも）
- Q10 事業所における令和5年11月における1日あたりの医師の延べ勤務時間（平均）を入力してください。  
※複数の医師がいる場合は、合算してください。  
例）1日延べ10時間勤務している医師が2名いる場合は、“20”を入力  
※往診や訪問診療による時間は含みません
- Q11 医師が定期的に勤務する日・曜日は決まっていますか。  
（毎月1日、毎月第3水曜日など）
- Q12 医師の勤務時間外の対応について、項目ごとにあてはまるものをお選びください。  
（それぞれひとつずつ）
- Q13 【入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法】及び【曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミング】などについて、医師と事業所との間で、具体的な取り決めがなされていますか？
- Q14 入所者の緊急時に医師が不在のとき、医師との連携方法についてあてはまるものをお選びください。（いくつでも）
- Q16 協力医療機関の数を入力してください。
- Q17 主な協力医療機関の種類について、あてはまるものをお選びください。
- Q18 協力歯科医療機関はありますか？
- Q19 事業所の職員体制について、【A】～【C】の項目に数字を入力してください。  
ゼロの場合は“0”を入力してください。  
①生活支援員 ②看護職員

- Q20 看護職員が主に勤務している時間帯について、あてはまるものをお選びください。  
(それぞれひとつずつ)
- Q21 前問で「特定の時間帯に勤務している(○時～○時)」を回答していますが、具体的な時間をお答えください。  
※24時間表記でお答えください
- Q22 夜間の看護体制について、あてはまるものをお選びください。
- Q24 24時間体制の訪問看護ステーションとの連携について、あてはまるものをお選びください。
- Q25 夜間にたんの吸引ができる職員はいますか。

入所者についておうかがいします。※2023年10月1日時点

- Q26 ユニット(※)ケアを実施していますか。  
※ユニット：少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室(当該居室の入所者が交流し、共同で日常生活を営むための場所)により一体的に構成される場所
- Q27 居室のトイレの設置状況について、あてはまるものをお選びください。  
※ポータブルを除いてお答えください
- Q28 障害支援区別入所者数について、区分ごとに数字を入力してください。
- Q29 年齢階級別入所者数について、年齢階級別ごとに数字を入力してください。
- Q30 入所者の平均年齢をお答えください。
- Q31 在籍年数別入所者数について、年数ごとに数字を入力してください。
- Q32 入所者の平均在籍年数をお答えください。
- Q33 医療的ケアを要する入所者数について、各項目ごとに数字を入力してください。  
※入所者で複数項目に該当する場合は、それぞれ入力してください。
- Q35 下記項目の算定状況について、あてはまるものを全てお選びください。  
(それぞれいくつでも) ※加算
- Q36 2022年度(22年4月1日～23年3月31日)の退所者の状況について、【A】～【B】の項目に字を入力してください。  
※看取りとは無理な延命治療などは行わず、自然に亡くなるまでの過程を見守ること
- Q37 2022年度(22年4月1日～23年3月31日)の死亡による契約終了の状況について、【A】～【D】の項目に数字を入力してください。

ここからは施設における看取りの取組や本人、家族等の意思確認の状況についておうかがいします。

- Q38 看取りの受け入れ方針について、あてはまるものをお選びください。  
※看取りとは無理な延命治療などは行わず、自然に亡くなるまでの過程を見守ること  
※息を引き取る場所が病院だった場合や、看取りの過程をケアした場合も含めてお考えください
- Q39 看取りを受け入れられないことがある場合、その理由を全てお選びください。  
(いくつでも)
- Q40 以下の看取りに関する項目について、あてはまるものをお選びください。  
(それぞれひとつずつ)  
看取りの方針、看取りのマニュアル、看取りに関する研修
- Q42 看取りの研修があると回答していましたが、その対象者について、あてはまるものをお選びください。(いくつでも)
- Q43 本人・家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料(パンフレット、リーフレット、書類)を準備していますか。
- Q44 基本的に、人生の最終段階における医療・ケア(※)について、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または推定していますか。  
※人生の最終段階における医療・ケア：本調査においては、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。
- Q45 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と事業所関係者が集まって話し合いを行っていますか？
- Q46A 看取りの話し合いを行っているかと回答していましたが、その対象者について、あてはまるものを全てお選びください。
- Q46B 人生の最終段階における医療・ケアについての話し合いを繰り返し(複数回)行っていますか？
- Q46C 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と施設関係者との話し合いをいつ行っているか、あてはまるものを全てお選びください。(いくつでも)
- Q46D 本人、家族等との話し合いの結果を記録するための書面様式について、あてはまるものをお選びください。
- Q48 他の医療機関・施設等から事業所に移ってくる場合についてお聞きします。  
入所前の場所で、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等で話し合った内容を引き継いでいますか？
- Q49 本人の意思決定が出来なくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいか、あるいは受けたくないのかあらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いていますか。
- Q50 基本的に、本人が医療・ケアの選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人を確認していますか。
- Q51 本人の意思を推定できる人を確認しているのはいつですか。  
あてはまるものを全てお選びください。(いくつでも)
- Q52 特に、看取りの進め方について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または推定していますか。
- Q53 説明や、本人の意思の確認または推定を行う対象についてあてはまるものを全てお選びください。(いくつでも)

- Q54 以下の項目に関する過去1年の状況について、あてはまるものをお選びください。  
(それぞれひとつずつ)  
実施した看取り介護の振り返り 指針や実施体制の見直し
- Q55 看取りに関する一連の動きを主導（マネジメント）する職種について、あてはまるものをお選びください。
- Q56 看取りの際に、原則、配置医師が行っている事柄について、あてはまるものをお選びください。（いくつでも）
- Q57 事業所での看取りケアにおける課題について重要なものは何ですか。  
あてはまるものを最大3つまでお選びください。（3つまで）
- Q58 グリーフケアを行っていますか。  
※グリーフケア：身近な人との死別を経験し、悲嘆に暮れる人を、悲しみから立ち直れるように支援すること

## 施設種別

種別	障害者支援施設	GH	未回答	合計
総計	528	1012	1	1541

Q2 事業所の所在地をお答えください。

都道府県	都道府県	障害者支援施設	GH	未回答
1	北海道	5	16	
2	青森県	22	32	
3	岩手県	10	9	
4	宮城県	6	5	
5	秋田県	20	14	
6	山形県	9	11	
7	福島県	18	27	
9	栃木県	12	22	
10	群馬県	25	35	
11	埼玉県	27	68	
12	千葉県	21	68	
13	東京都	31	165	
14	神奈川県	18	35	
15	新潟県		1	
19	山梨県	7	5	
20	長野県	19	20	
21	岐阜県	10	15	
22	静岡県	7	17	
23	愛知県	7	9	
25	滋賀県	4	25	
26	京都府	14	15	
27	大阪府	9	53	
28	兵庫県	35	46	
29	奈良県	11	20	
30	和歌山県	14	24	
31	鳥取県	6	9	
32	島根県	7	7	
33	岡山県	16	21	
34	広島県	11	18	
35	山口県	19	14	
36	徳島県	13	9	
37	香川県	4	6	
38	愛媛県	15	19	
39	高知県	12	4	
40	福岡県	20	50	
42	長崎県	11	34	
43	熊本県	13	11	
44	大分県	8	28	
45	宮崎県	3	4	
47	沖縄県		4	
未回答	未選択	9	17	1
総計		528	1012	1

Q3 事業所の開設年月をお答えください。

開設年階層	障害者支援施設	GH	未回答	合計
1950～1959年	11	1		12
1960～1969年	28	1		29
1970～1979年	96	4		100
1980～1999年	135	13		148
1990～1999年	111	58		169
2000～2009年	83	250		333
2010～2023年	60	677		737
未回答	4	8	1	13
総計	528	1012	1	1541

Q4 開設主体について、あてはまるものをお選びください。

開設主体	障害者支援施設	GH	未回答	合計
市区町村、広域連合、一部	8	5		13
社会福祉法人	507	407	1	915
医療法人		44		44
公益法人		3		3
協同組合				0
営利法人		219		219
NPO法人		227		227
その他	13	107		120
総計	528	1012	1	1541

Q5 事業所の種別について、あてはまるものをお選びください。

主な障害	障害者支援施設	GH	未回答	合計
知的障害	357	614	1	972
身体障害	150	36		186
精神障害	10	317		327
その他	10	44		54
未回答	1	1		2
総計	528	1012	1	1541

Q6 施設の入所定員をお答えください。（短期除く）

定員階層	障害者支援施設	GH	未回答	合計
5人以下	4	107		111
5～9人	5	276		281
10～19人	8	309	1	318
20～39人	92	238		330
40～59人	264	50		314
60～79人	75	13		88
80～99人	48	8		56
100～199人	22	5		27
200人以上	5			5
未回答	5	6		11
総計	528	1012	1	1541

Q7 短期入所の人数を、以下の種類ごとにお答えください。

短期状況	障害者支援施設	GH	未回答	合計
併設型	390	135		525
空床型	87	64		151
いずれも実施していない	47	804	1	852
未回答	4	9		13
総計	528	1012	1	1541

Q8 医療機関との併設または隣接状況について、医療機関ごとにあてはまるものを全てお答えください。

病院併設状況	障害者支援施設	GH	未回答	合計
併設している	3	6		9
隣接している	20	38		58
併設も隣接もしていない	458	945	1	1404
未回答	47	23		70
総計	528	1012	1	1541

Q9-1 配置している医師の体制について、それぞれ人数を入力してください。／【常勤】医師

常勤医師の人数	障害者支援施設	GH	未回答	合計
0人	3	1		4
1人	7	4		11
2人	1			1
3人		1		1
4人		1		1
6人	1			1
13人		1		1
未回答	516	1004	1	1521
総計	528	1012	1	1541

Q9-2 配置している医師の体制について、それぞれ人数を入力してください。／【非常勤】医師

非常勤医師の人数	障害者支援施設	GH	未回答	合計
0人		1		1
1人	238	31		269
2人	61			61
3人	20			20
4人	6			6
5人	2	2		4
10人	1			1
22人	1			1
未回答	199	978	1	1178
総計	528	1012	1	1541

Q10 事業所における令和5年11月における1日あたりの医師の延べ勤務時間（平均）を入力してください。

R5年11月中の医師の一日の平均勤務時間	障害者支援施設	GH	未回答	合計
1時間	146	14		160
2時間	46	2		48
3時間	7			7
4時間	14	2		16
5時間	1			1
6時間	4			4
8時間	10	3		13
10時間	2			2
11時間	2			2
12時間	1	1		2
16時間	2			2
38時間	1			1
48時間	1			1
未回答	291	990	1	1282
総計	528	1012	1	1541

Q11 医師が定期的に勤務する日・曜日は決まっていますか。

医師が定期的に勤務する日・曜日は決まっていますか。	障害者支援施設	GH	未回答	合計
決まっている	263	13		276
決まっていない	63	21		84
未回答	202	978	1	1181
総計	528	1012	1	1541

Q12-1 医師の勤務時間外の対応について、項目ごとにあてはまるものをお選びください。  
／勤務時間外の平日日中

医師の勤務時間外の平日日中の対応	障害者支援施設	GH	未回答	合計
原則対応しない	88	14		102
電話対応のみ	163	11		174
電話対応に加え、駆け付け	66	5		71
未回答	211	982	1	1194
総計	528	1012	1	1541

Q12-2 医師の勤務時間外の対応について、項目ごとにあてはまるものをお選びください。  
／勤務時間外の平日夜間

医師の勤務時間外の平日夜間の対応	障害者支援施設	GH	未回答	合計
原則対応しない	177	18		195
電話対応のみ	88	7		95
電話対応に加え、駆け付け	34	4		38
未回答	229	983	1	1213
総計	528	1012	1	1541

Q12-3 医師の勤務時間外の対応について、項目ごとにあてはまるものをお選びください。  
／勤務時間外の休日日中

医師の勤務時間外の休日日中の対応	障害者支援施設	GH	未回答	合計
原則対応しない	172	19		191
電話対応のみ	91	6		97
電話対応に加え、駆け付け	37	4		41
未回答	228	983	1	1212
総計	528	1012	1	1541

Q12-4 医師の勤務時間外の対応について、項目ごとにあてはまるものをお選びください。  
／勤務時間外の休日夜間

医師の勤務時間外の休日夜間の対応	障害者支援施設	GH	未回答	合計
原則対応しない	183	19		202
電話対応のみ	79	6		85
電話対応に加え、駆け付け	34	4		38
未回答	232	983	1	1216
総計	528	1012	1	1541

Q26 ユニットケア（※）を実施していますか。

※ユニット：少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（当該居室の入所者が交流し、共同で日常生活を営むための場所）により一体的に構成される場所

ユニットケアを実施していますか。	障害者支援施設	GH	未回答	合計
実施している	96	337	1	434
実施していない	413	653		1066
未回答	19	22		41
総計	528	1012	1	1541

Q29 年齢階級別入所者数について、年齢階級ごとに数字を入力してください。 人数

	障害者支援施設	GH	未回答	合計
入居者年齢20歳未満	134	152	0	286
20～29歳	1446	1822	0	3268
30～39歳	2370	2424	0	4802
40～49歳	4448	3036	0	7487
50～59歳	6110	3691	0	9805
60～64歳	2792	1454	0	4246
65～74歳	3992	1505	0	5497
75～79歳	1241	291	0	1532
80～84歳	501	95	0	596
85～89歳	161	29	0	190
90歳以上	67	10	0	77
合計	23262	14509	0	37786

Q30 入所者の平均年齢をお答えください。 年

主な障害種別	障害者支援施設
知的	47.95
身体	56.36
精神	47.25
その他	47.64
未回答	45.50
総計	48.77

Q31 在籍年数別入所者数について、年数ごとに数字を入力してください。 人数

	障害者支援施設	GH	未回答	合計
在籍年数5年未満	4173	6795	0	10973
5～9年	3169	3077	0	6256
10～14年	2964	2195	0	5159
15～19年	2547	1411	0	3958
20～24年	2355	381	0	2736
25～29年	2028	221	0	2249
30～34年	1726	80	0	1806
35～39年	1392	11	0	1403
40～44年	1051	13	0	1064
45～49年	555	28	0	583
50年以上	447	19	0	466
合計	22407	14231	0	36653

Q39 看取りを受け入れられないことがある場合、その理由を全てお選びください。

看取りを受け入れない場合の理由 全て受け入れる	障害者支援施設	GH	未回答	合計
受け入れられない理由はない（すべて受け入れる）	434	849	1	1284
看護職員の数から	13	40		53
未回答	81	123		204
総計	528	1012	1	1541

Q40-1 以下の看取りに関する項目について、あてはまるものをお選びください。／看取りの方針

看取りの方針の有無	障害者支援施設	GH	未回答	合計
無	417	861	1	1279
現在準備中	31	53		84
有	32	35		67
未回答	48	63		111
総計	528	1012	1	1541

Q40-2 以下の看取りに関する項目について、あてはまるものをお選びください。  
／看取りのマニュアル

看取りのマニュアルの有無	障害者支援施設	GH	未回答	合計
無	432	889	1	1322
現在準備中	27	42		69
有	22	16		38
未回答	47	65		112
総計	528	1012	1	1541

Q40-3 以下の看取りに関する項目について、あてはまるものをお選びください。  
／看取りに関する研修

看取りに関する研修の有無	障害者支援施設	GH	未回答	合計
無	420	886	1	1307
現在準備中	27	39		66
有	31	21		52
未回答	50	66		116
総計	528	1012	1	1541

- Q43 本人・家族等に対して、最期を過ごす場所や看取り介護、医療等について説明するための資料（パンフレット、リーフレット、書類）を準備していますか。

看取りに関する説明資料の有無	障害者支援施設	GH	未回答	合計
準備している	31	22		53
準備していない	466	941	1	1408
未回答	31	49		80
総計	528	1012	1	1541

- Q44 基本的に、人生の最終段階における医療・ケア（※）について、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または推定していますか。

※人生の最終段階における医療・ケア：本調査においては、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。

本人、家族等へ説明し、本人の意思の確認や推定	障害者支援施設	GH	未回答	合計
定期的に行なっている	40	19		59
不定期的に行なっている	177	136		313
行なっていない	277	810	1	1088
未回答	34	47		81
総計	528	1012	1	1541

- Q49 本人の意思決定が出来なくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ記載する書面（事前指示書）を用いていますか。

本人の意思を確認するための書面を用いているか	障害者支援施設	GH	未回答	合計
施設の方針として、用いている	95	50		145
施設の方針は特にないが、用いていることもある	70	92		162
用いていない	320	781	1	1102
未回答	43	89		132
総計	528	1012	1	1541

Q50 基本的に、本人が医療・ケアの選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、本人の意思を推定できる人を確認していますか。

意思決定が難しい人に対して本人の意思を推定できる人を確認しているか	障害者支援施設	GH	未回答	合計
定期的に行なっている	135	139		274
不定期的に行なっている	201	298		499
行なっていない	148	496	1	645
未回答	44	79		123
総計	528	1012	1	1541

Q51 本人の意思を推定できる人を確認しているのはいつですか。あてはまるものを全てお選びください。（複数回答）

確認しているのはいつか	障害者支援施設	GH	未回答	合計
	528事業所中	1012事業所中	1事業所中	1541事業所中
医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	177	116		293
病状の進行、衰弱傾向を認める時期	211	186		397
サービス等利用計画作成、または変更時	88	132		220
個別支援計画作成、または変更時	159	205		364
本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	171	188		359
状態に関係なく、施設に入所したとき	134	165		299
状態に関係なく、定期的に（数カ月～半年に1回程度）	11	21		32
状態に関係なく、定期的に（年1回程度）	24	34		58
状態に関係なく、定期的に その他	10	15		25
その他	9	18		27

Q57

事業所での看取りケアにおける課題について重要なものは何ですか。あてはるものを最大3つまでお選びください。

看取りケアにおける課題 重要なもの3つ	障害者支援施設	GH	未回答	合計
キーパーソンがいない場合の対応				
グループホームで看取りまでのケアは現実的でない				
ケアマネ				
そもそもの制度設計自体が対応できていない				
ナシ				
なし		2		2
まだ検討していない。				
医師、看護師がいない、配置する想定が無い				
該当ありません				
看護師の配置				
看護職員 医師の配置ができる基盤整備				
看取ケアなし				
看取りが必要な方の受け入れはしていない				
看取りケアと呼ばれるものの定義				
看取りケアは行わない				
看取りケア対応なし				
看取りにかかる制度の問題（GH訓練等給付）				
看取りはしない				
看取りは実施していない				
看取りは想定していない				
看取りをしていない				
看取りを実施していない				
看取りを必要と考えている利用者があるかのニーズ調査から				
見取りはできない				
現在、実施なし				
現状高齢利用者がいない				
現状取り決め自体が不十分なので回答困難				
後見人				
行っていない	2			3
行なわない				
行わない				
高齢利用者が現状いないので今後の課題としたい				
事業所の努力に依拠するのではなく、看取りを行える制度設計。既存のグループホームを終の棲家にするための報酬体系の転換。				

実施してないため不明				
実施の予定がない				
実施予定なし				
終の住処と想定していない。				
上記要因に伴う費用の捻出				
職員の意識				
親族他関係各所との協力・信頼関係の構築				
生活介護のため、看取りを行っていない				
設備				
設備、人材、人件費から障害者ghでは、限界がある、定員全員が看取りが必要になった時、運営できない。高齢サービスへの移行を個別に家族と協議している				
想定していない		2		3
他の利用者の心理的影響				
知的障害の若い入居者が多く、それらの入居者への影響				
通過型なので看取りをすることがない				
当施設では看取りは行わない				
特にありません				
特にない				
特に無し				
日中の支援がないので、不可能				
配置医師が24時間以内に診察を行っていない利用者の死亡診断書は書けないと言われていること				
分かりません				
法整備				
訪問医療看護の早期導入				
本社方針				
未回答	514	964		1479
総計	528	1012		1541

Q58 グリーフケアを行なっていますか。

グリーフケアを行なっているか	障害者支援施設	GH	未回答	合計
定期的に行なっている		2		2
不定期に行なっている	38	62		100
行なっていない	446	884		1331
未回答	44	64		108
総計	528	1012		1541

## 終末期調査インタビューガイド

目 的：“看取り”準備マニュアル(仮)作成のための情報収集

対 象：知的障害者の看取り実施事業所(過去に看取った経験のある事業所含む)

選定条件：アンケート調査の結果、「看取りを実施した経験がある」事業所で、「ヒアリング協力可」と回答のあった事業所及び委員推薦事業所

項目案：

- なぜ事業所で看取りをしようと思ったのか
- 実施にあたっての準備とハードル
- 準備マニュアルに組み込んだ方がよい内容

準備マニュアル内容例：

看取りの仕組み

- ・ACP/意思決定支援の内容、回数
- ・看取りに関する(施設の方針、家族の意見、支援員の反応、看護体制、地域連携、他)

ACP/意思決定方法について

- ・メンバー、回数、支援内容、場所、内容、方法、回数、医療連携、他

看取り事例について

- ・これまでの死亡事例の状況(園内(有れば)園外)  
(場所、疾患名、年齢、ACP/意思決定方法、)
- ・看取り実施の決定手続き

看取れないケースについて

- ・なぜ看取れなかったか
- ・他施設(医療機関)利用に関すること

グリーフケアについて

- ・実施状況
- ・ケア体制

逝去後の手続き等

- ・お葬式、火葬、納骨、家族対応、他



令和6年度厚生労働科学研究費補助金  
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

## 障害者支援施設やグループホームでの看取り

### 一緒に考えませんか？

意思決定支援の中で利用者が最期の場合として事業所を選んだ場合、どのように対応していますか？

令和4年度時点で、看取りの希望があれば看取る予定の障害者支援施設等の割合

22.2 %

令和4年度1年間に看取りを行った障害者支援施設等の割合

3.4 %

※データは全てR5年度実態調査結果より

### 22.2%の障害者支援施設等の体制整備状況

看取りの方針 準備中or有る	36.9%
看取りのマニュアル 準備中or有る	26.6%
看取りの研修 準備中or有る	26.8%

### セミナー コンテンツ

1. 看取りの実態とこれから
2. 実践報告 わたしたちの看取り
3. 看取りマニュアルの概要と使い方
4. ミニシンポジウム  
これからの看取りのあり方と課題を考える  
一意思形成・表出・実現についてー

### セミナー登壇者のご紹介



1 古川慎治  
国立のぞみの園



1 松崎貴之氏  
厚生労働省



2 荒井隆一氏  
ロザリオの聖母会



2 恒松祐輔氏  
つつじヶ丘学園



3 根本昌彦  
国立のぞみの園



4 本名靖氏  
本庄ひまわり福祉会



4 庄司妃佐氏  
東京福祉大学



4 鶴岡浩樹氏  
日本社会事業大学  
つるかめ診療所



4 井上博氏  
要泉会

独立行政法人 国立のぞみの園

〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町2120-2

電話 : 027-320-1357 研修担当 : 槻岡(つきおか)・長井

E-mail : nozomi-seminar-01@nozomi.go.jp



## お申込み方法



QRコードもしくは  
国立のぞみの園ホームページよりお  
申し込みください

<https://www.nozomi.go.jp/>

## 参加費

無料

視聴後は、アンケートのご協力を  
お願い致します

## お申込み期間

令和7年2月18日10時～3月10日17時まで

## 配信期間

令和7年3月3日～3月17日

このチラシのデザインは、「マイホーム」をイ  
メージしています。マイホームとは、一般  
的に自分や家族のために購入または建設さ  
れる住宅を指しますが、「自宅」という意味  
以上の、安心感や居心地の良さを象徴する  
言葉としても使われます。

このセミナーは、令和6年度厚生労働科学研究費補助金「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」の一環で行います。

令和5年に実施した実態調査で、障害者支援施設等での看取りの対応が少ないことが明らかになった現状を踏まえ、これから看取りの対応が求められる事業所に向けに作成した看取りマニュアルの内容の紹介と、今後の障害者支援施設等での看取りのあり方に関するミニシンポジウムを、研究者と実践者で、中でも実践者には、グループホームと障害者支援施設を、また、看取りを実践している事業所とその必要性を感じ今後のあり方を模索している事業所の管理者に登壇していただき行います。

今後の高齢期の障害者支援のあり方を、安心感や居心地の良さを感じる最期の迎え方を、共に考える機会となれば幸いです。皆さまのお申し込みを心よりお待ちしております。

別添5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 特になし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 特になし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

令和 7 年 4 月 25 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立のぞみの園

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 田中 正博

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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）
- 研究課題名 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
- 研究者名（所属部署・職名） 研究部 参事  
（氏名・フリガナ） 根本 昌彦（ネモト マサヒコ）

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立 のぞみの園	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立のぞみの園

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 田中 正博

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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）
- 研究課題名 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
- 研究者名 （所属部署・職名） 研究部 部長  
（氏名・フリガナ） 日詰 正文 （ヒヅメ マサフミ）

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立 のぞみの園	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 日本社会事業大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 横山 彰

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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）
- 研究課題名 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
- 研究者名 （所属部署・職名） 教授  
（氏名・フリガナ） 鶴岡 浩樹（ツルオカ コウキ）

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他（特記事項）

すでに学術的な価値が定まり、研究用として広く利用され、かつ、一般に入手可能な試料・情報を使用したため、付議を要しない

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 矢口 悦子

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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）
- 研究課題名 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
- 研究者名 （所属部署・職名） 東洋大学福祉社会開発研究センター 客員研究員／社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 総合施設長  
（氏名・フリガナ） 本名 靖 （ホンナ ヤスシ）

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東洋大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 太田 信夫

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名（所属部署・職名） 社会福祉学部教授  
（氏名・フリガナ） 庄司 妃佐（ ショウジ ヒサ）

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立のぞみの園	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） 現在審査中である。

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

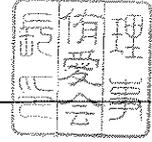
（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 社会福祉法人侑愛会

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 祐川 暢生



次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 （所属部署・職名）副理事長  
（氏名・フリガナ）祐川 暢生 （スケガワ ノブオ）

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立のぞみの園	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：国立のぞみの園）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

## 研究者一覧

### 主任研究者

根本 昌彦 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究員 (参事))

### 分担研究者

庄司 妃佐 (東京福祉大学・社会福祉学部・教授)

祐川 暢生 (社会福祉法人侑愛会 副理事長)

鶴岡 浩樹 (日本社会事業大学大学院・福祉マネジメント研究科・教授)

日詰 正文 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園・総務企画局研究部・部長)

本名 靖 (本庄ひまわり福祉会・法人本部・総合施設長)

### 研究協力者

荒井 隆一 (社会福祉法人ロザリオの聖母会)

恒松 祐輔 (社会福祉法人つつじヶ丘学園)

有賀 弘 (社会福祉法人しあわせ会 白州いずみの家)

石村 正徳 (社会福祉法人侑愛会 侑愛荘)

井上 博 (社会福祉法人愛泉会)

奥西 允 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究課)

名里 晴美 (社会福祉法人訪問の家)

村岡 美幸 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究課)

※所属は令和7年3月末時点

厚生労働科学研究費補助金  
障害者政策総合研究事業

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（2024）年度 総括・分担研究報告書

令和7（2025）年5月

研究代表者 根本 昌彦

編集・発行 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 FAX 027-327-7628  
URL <https://www.nozomi.go.jp>