

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等における
高齢障害者への看取りマニュアルの
実装に向けた研究

令和7（2025）年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 根本 昌彦

令和8（2026）年5月

2025 年度 報告書 目次

総括研究報告書

障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への 看取りマニュアルの実装に向けた研究	01
--	----

分担研究報告書

1) 知的障害者への ACP に関する現状と課題の把握 －文献レビューによる整理－ 日誌正文（分担研究者）・奥西允（研究協力者）	09
2) 知的障害者施設や共同生活援助事業所における看取り導入マニュアルの検証 根本昌彦（研究代表者）・村岡美幸（分担研究者） 日誌正文（分担研究者）	20
3) オーストラリアにおける意思決定支援/ACP の、仕組み、実装課題、 専門的支援者との連携に関する報告 根本昌彦（研究代表者）・村岡美幸（分担研究者） 小杉弘子（研究協力者）・名川勝（研究協力者）・水島俊彦（研究協力者）	25
4) 障害者支援施設等における看取り支援に必要な構造 本名靖（分担研究者）	34
5) 介護福祉士養成における看取り介護教育の課題－大学での授業実践から－ 出村早苗（分担研究者）	41

6) IPE (多職種連携教育)、IPW の実際と課題 鶴岡浩樹 (分担研究者)	・ ・ ・ ・ ・ 53
7) ソーシャルワーカー養成カリキュラムの改定について 庄司妃佐 (分担研究者)	・ ・ ・ ・ ・ 59
8) 障害福祉サービスのみで看取り期を支える場合の報酬上の課題と加算新設の必要性の検討 村岡美幸 (分担研究者) ・ 日誌正文 (分担研究者)	・ ・ ・ ・ ・ 60
9) 高齢知的・発達障害者における意思決定支援とアドバンス・ケア・プランニングのあり方に関する研究 —ICF のアプリを活用した意思決定支援の可能性— 村岡美幸 (分担研究者) ・ 日誌正文 (分担研究者)	・ ・ 74

別添 3

障害者支援施設や共同生活援助事業所における
高齢障害者看取り導入マニュアルの実装に向けた研究

総括研究報告書

総括研究報告書

障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への
看取りマニュアルの実装に向けた研究 (25GC1013)

研究代表者：根本 昌彦 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)
 研究分担者：庄司 妃佐 (東京福祉大学)
 研究分担者：鶴岡 浩樹 (日本社会事業大学)
 研究分担者：出村 早苗 (文京学院大学)
 研究分担者：日詰 正文 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)
 研究分担者：本名 靖 (社会福祉法人 本庄ひまわり福祉会)
 研究分担者：村岡 美幸 (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、令和6(2024)年度に作成した「障害者支援施設、共同生活援助等での看取り導入マニュアル」(以下、看取り導入マニュアル)の検証を行い、改訂に向けた課題を整理することを目的とした。あわせて、高齢知的・発達障害者の看取り支援に必要な意思決定支援・ACP、制度上の課題、研修教材等について検討した。

看取り導入マニュアルは一定程度活用されていた一方で、実践に至るには、対象者の選定、ヒアリングシート、多職種連携、夜間対応等に課題がみられた。看取り支援では、終末期に限定せず、日常期から本人の生活歴、好み、意思表出方法を蓄積し、共有することの重要性が示された。また、制度面では看取り期の生活支援を包括的に評価する仕組み、教育・研修面では障害特性を踏まえた教材整備の必要性が確認された。

分担研究者		
庄司 妃佐	東京福祉大学	石村 正徳
鶴岡 浩樹	日本社会事業大学	社会福祉法人侑愛会
出村 早苗	文京学院大学	侑愛社
日詰 正文	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園	市岡 武
本名 靖	社会福祉法人 本庄ひまわり福祉会	合同会社 B2
村岡 美幸	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園	相談支援事業所レールK
研究協力者		大西 博之
新井 邦彦	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園	社会福祉法人 陽気会
荒井 隆一	社会福祉法人 ロザリオの聖母会	ひだまり園
有賀 弘	社会福祉法人しあわせ会	奥西 允
		国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究部
		小澤 恵
		訪問看護ステーション えん
		熊岡 正悟
		神奈川県福祉子どもみらい局
		福祉部地域福祉課
		黒崎 史果
		社会医療法人 博愛会
		菅間在宅診療所
		小杉 弘子
		一般社団法人 日本意思決定
		支援ネットワーク

恒松 祐輔	社会福祉法人つつじヶ丘学園
勅使河原伸悦	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園
勅使河原美智 恵	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園
名川 勝	筑波大学
名里 晴美	社会福祉法人 訪問の家
西出 真悟	株式会社メディヴァ
古川 慎治	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園
水島 俊彦	一般社団法人 日本意思決定 支援ネットワーク
室津 大吾	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園
森田 由美	社会福祉法人近江ふるさと会 障害者支援施設ふるさと
安野恵美子	国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園
吉江 悟	一般社団法人 Neighborhood Care オブザーバー
松崎 貴之	厚生労働省社会・援護局障害 保健福祉部 障害福祉課

※所属は、令和8（2026）年3月末時点

A.研究目的

障害者支援施設等の高齢化が進む中、本人の意思にかかわらず高齢者福祉サービス事業所への転所や医療機関への入院を余儀なくされるケースがある。一方、本人の意思確認に基づきその意思に応じて施設等で看取った事例もみられるが、多くはない。また、「施設やグループホームで亡くなりたいとの希望があれば原則受け入れる」とした施設等は22.2%あったが、その中でも看取りマニュアル等を有する割合は25%前後にとどまっており、障害者支援施設等が活用できる看取りマニュアルの必要性が確認された¹⁾。

こうした状況を受け、国立のぞみの園では、令和6（2024）年度に、「看取り導入マニュアル」を作成した。

本研究は、令和6（2024）年度に作成した看取り導入マニュアルの検証を行うとともに、看取り支援を行う上で必要となる高齢知的・発

達障害者における意思決定支援・ACPのあり方、制度上の課題整理、職員や家族等向けの研修教材を検討する際の基礎資料の作成を目的とした。

B.研究方法

本研究は、以下の方法で実施した。

1) 検討委員会及びワーキンググループ会議の実施

検討委員会等は、表1・2のとおり開催した。

表1 検討委員会の開催

	日時	議題・場所（方法）
1 回	6月23日 15時～17時	マニュアルの内容に関する検討 オンライン
	2 回	1月19日 10時～16時
3 回	3月30日 10時～12時	報告書の内容に関する検討 オンライン

表2 ワーキンググループ会議の開催

	日時	議題・場所（方法）
1 回	6月11日 16時～17時半	視察までの流れの確認 オンライン
	2 回	7月1日 16時～17時半
3 回	7月17日 9時～10時	視察計画についての議論 オンライン
	4 回	7月22日 16時半～18時
5 回	8月4日 11時～12時	オーストラリア視察に関して オンライン
	6 回	10月8日 9時～10時
7 回	12月4日 8時半～10時半	終末期に関する意見交換会 オンライン
	8 回	1月26日 13時半～15時

2) 文献レビュー

国内外のACPの現状について、Cinii（日本語文献）、PubMed、Scopus、PsycINFO（海外文献）のデータベースを使用し、先行研究レビューを行った。

さらに、制度上の課題を把握するため、障害福祉サービス等報酬改定資料、介護報酬改定資料、高齢の障害者に対する支援の在り方に関する資料等を分析対象とし、障害者支援施設や共同生活援助において障害者の看取りを行う際に想定される支援の枠組みを整理した²⁾ ³⁾ ⁴⁾。そのうえで、①障害福祉サービスのみで支える場合、②介護保険サービスのみで支える場合、③介護保険サービスと障害福祉サービスを併給する場合の三類型を設定し、各類型における支援内容、制度適用、報酬上の取扱い、連携上の課題等について、その相違を比較検討した。

3) アンケート調査

調査対象は、令和5年度に実施した看取りの実態調査において、「看取りを実施している」又は「看取りの必要性を感じている」と回答した事業所等の中から、研究協力の同意が得られた事業所8カ所の管理者及び支援者に対し、看取りマニュアルを実際に使用してもらった上で、その実用性、活用のしやすさ、改善が必要な点等についてアンケート調査を行った。

調査の実施に当たっては、協力事業所の管理者、従業者、本人、保護者（後見人等を含む）に対し、研究の趣旨、方法等について事前に説明を行い文書による同意を得た上で実施した。

4) ヒアリング調査

看取りマニュアルを実際に使用してもらいアンケート調査に回答を得た事業所に、ヒアリング調査の依頼を行った。令和7（2025）年度は、4カ所を対象に実施した。

また、制度として緩和ケアや意思決定支援を推進する仕組み等があるオーストラリアを対象にヒアリング調査を実施した。調査内容は、意思決定支援・ACPとDo Not Attempt Resuscitation（DNAR・心肺蘇生に関する意思表示）における本人参加と国のバックアップ体制について、Talking End of Life with people with intellectual disability（TEL）、Palliative Care Victoria（PCV）やVictorian Advocacy League for Individuals with Disability（VALID）注1、緩和ケア等について情報収集を行ったほか、障害に詳しい医療専門職と福祉職が密接に連携する体制の構築方

法等とした。

注1

略語	正式名称	主な対象	役割	主な活用場面
TEL	Talking End of Life (with people with intellectual disability)	知的障害のある人を支援する支援者、家族、保健医療福祉職等	終末期や意思決定に関する理解と対話を支援する教材・ツールである。	本人への説明、意思決定支援、ACP支援、支援者研修等で活用される。
VALID	Victorian Advocacy League for Individuals with Disability	知的障害のある人、その家族、支援者	知的障害のある人の権利擁護を担う団体である。	本人の意思表明支援、権利擁護、分かりやすい情報提供等の場面で関与する。
PCV	Palliative Care Victoria	緩和ケア従事者、関連機関、患者・家族、地域社会	ビクトリア州における緩和ケア推進のためのピーク団体である。	政策提言、普及啓発、人材育成、連携促進、情報提供等の場面で機能する。

あわせて、国内で看取りや意思決定支援に関する教育や研修を実施している医師や教員等にも、活用している教材や研修の構成等についてヒアリング調査を実施した（表2）。

表2 2025年度ヒアリング調査・視察先一覧

日程		ヒアリング先
8/23	当事者	メルボルン市内
8/24	医療従事者	メルボルン市内
8/25	機関	PCV 本部
8/25	大学	（オンライン）フリンダース大学
8/26	機関	VALID 本部
8/28	大学	シドニー大学
8/29	施設	Maroba Manor
8/29	ホスピス	Calvary Mater Newcastle Mercy
8/29	医療機関	John Hunter 病院
8/30	家族	オンライン
11/4	ホスピス	リホープ
11/17	大学	文京学院大学
12/4	医療機関	South East Sydney LHD/ Prince of Wales Hospital
12/25	医療機関	秩父学園
2/5	施設	近江ふるさと会
2/19	施設	侑愛会
3/4	施設	つつじヶ丘学園
3/10	施設	陽気会

ヒアリングの内容は、文字起こしを行い、アンケート調査と同様に、看取りマニュアルにつ

いて、その実用性、活用のしやすさ、改善が必要な点について語りの内容を分析した。

【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07-08-02、07-08-05）。

C. 研究結果

1) 知的・発達障害者への ACP に関する現状と課題の把握

—文献レビューによる整理—

文献レビューでは、CiNii（日本語文献）、PubMed、Scopus、PsycINFO（海外文献）を用いて関連文献を検索し、日本語文献3件、海外文献16件の計19件の関連研究を特定した。特定された先行研究は、①ACPの実態、②効果的な実施方法または促進要因、③実施を妨げる阻害要因、④効果と評価の4点に整理された。

海外文献は、日本語文献と比較すると一定の蓄積がみられたものの、知的・発達障害者へのACPに関する研究は、十分に系統立って蓄積されているとはいえない状況であった。特に、ACPの実施が緩和ケアの質や生活の質の向上につながるかについては、十分なエビデンスが確認されなかった。

2) 障害者支援施設等における看取り導入マニュアルの検証

①アンケート調査とヒアリング調査結果

看取り導入マニュアルは、看取り支援、看取り導入会議、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）会議、全職員での共有等に一定程度活用されていた。一方で、マニュアルを活用した実践は一部にとどまる事業所が多かった。マニュアルを活用した実践に至らなかった理由として、看取り導入マニュアルの試行時間の不足、対象利用者の選定の困難さ、ヒアリングシートの項目の多さ、職種間における役割認識の違い、夜間の看取りに関する判断の難しさ、地域医療との連携の難しさが示された。意思形成支援については、終末期になってから本人の希望を確認することの難しさが示された。調査では、「もっと早く聞いておけばよか

った」との語りがあり、看取り期に限定して本人の意思を確認することには限界があることがうかがわれた。

意思表示方法については、知的障害者の場合、一語文、表情、行動、視線、拒否反応等が本人の意思を読み取る手がかりとなっていた。一方で、「はい」という返答が同意を意味するのか判断しにくいなど、本人の意思を推定する際の困難も示された。

ヒアリングシートについては、項目の重複や量の多さが課題として示された。また、本人、家族、支援者に対して、何を、いつ、誰が聞くのかが分かりにくいという課題もみられた。多職種連携については、看護師、生活支援員、管理職、医師、家族等の関係者間で、役割や判断の流れが十分に共有されていない場合があった。特に、夜間対応や地域医療との連携において、判断や対応の難しさが課題として示された。

②検討委員会での検証結果

検討委員会では、知的障害者の看取り支援について、看取りの土台は終末期の技術ではなく、日常の意思形成支援にあることが共通して確認された。看取りは、終末期になってから本人の意思を確認する営みではなく、日頃から本人が選ぶ経験、意思を表す経験、生活史や好みを蓄積する支援の延長に位置づくものとして捉えられていた。

また、看取りを実施するにあたっては、施設やグループホームにおける方針、マニュアル、研修の整備が必要であることが示された。現場では、看取りを特別な医療行為として捉える不安があり、職員の心理的準備や共通理解が不足しやすい状況がみられた。

意思決定支援については、本人の言語表出が難しい場合であっても、生活史、表情、視線、行動、身体の緊張や安心反応等を根拠として本人の意思を推定し、複数の場面で反復的に確認することの重要性が示された。また、トーキングマット、Easy Read（わかりやすい版）、ピア支援など、本人参加を支える方法の活用可能性も示された。

多職種連携については、医師、看護師、生活支援員、管理者、家族、訪問看護、地域医療機

関等が、日常療養、急変時、看取り期の各場面で継続的に関わる体制の必要性が示された。特に訪問看護は、生活の場に医療を機動的に差し込む資源として、重要な地域資源に位置づけられていた。

さらに、知的障害者の看取り支援は、入所施設のみで完結するものではなく、入所施設のバックアップ機能、グループホームでの看取り、地域医療・訪問看護との協働を組み合わせる必要があることが示された。看取り後についても、葬儀や死後の準備、利用者・家族・職員へのグリーフケアを一連の支援として捉える必要性が確認された。

3) オーストラリアにおける意思決定支援やACPの仕組み

オーストラリアでは、GP（総合診療医）を起点とする医療アクセスの仕組みや、障害特性に応じて段階的に診療環境へ慣れる「ならし診療」が行われていた。また、NDIS（全国障害保険制度）は、本人の希望や状態に応じた柔軟な支援設計を可能にしていたが、支援人材の不足やサポートワーカーの流動性により、本人理解を継続的に蓄積することには課題がみられた。

知的障害者のACPでは、本人にも希望や意思があることを前提に、日常支援者や家族が本人の希望を聞き取り、共有する実践が重視されていた。さらに、Easy Read（わかりやすい版）資料、支援者研修、グリーフケア、当事者による啓発活動など、本人参加を支える具体的な取り組みが行われていた。

重度・非言語の人についても、写真、生活経験、好きなもの、慣れた場所等を手がかりに意思表示を捉える姿勢が確認された。ACPは、医療方針の記録にとどまらず、音楽、服装、宗教儀式、嗜好品等を含む生活文化の記録としても活用されていた。急性期病院や地域緩和ケアでは、代理意思決定者の確認、Resuscitation Plan（蘇生計画）の作成、専任職員やPathway（支援経路）の整備等が進められていた。

4) 介護福祉士養成における看取り教育と課題

介護福祉士養成課程において、看取り介護に関する教育内容は、複数の必修科目に位置づ

けられていた。特に、「生活支援技術」および「こころとからだのしくみ」では、人生の最終段階における介護、尊厳の保持、意思決定支援、終末期の生活支援、臨終時のケア、死後のケア、グリーフケア等が教育内容として示されていた。

一方、障害分野の必修科目である「障害の理解」では、高齢期の知的障害者支援に関する記述は確認されたものの、障害分野における看取り介護に関する具体的な教育内容は限定的であった。

「生活支援技術」の授業例では、看取り介護教育が、死生観の土台づくり、看取りのイメージ形成、具体的な知識・技術の習得という三段階に分けて構成されていた。各段階では、文献、DVD、絵本、ボードゲーム、エンゼルケア用品等が、学習目的に応じて使用されていた。また、看取り介護の授業開始前には、死別経験や授業内容への不安を把握するためのアンケートが実施され、学生の状況に応じた配慮が行われていた。

5) ソーシャルワーカー養成カリキュラムにおける教育内容について

多職種連携に関する基盤的な技術については、2019年の社会福祉士養成課程における教育内容の改正において示されており、具体的には、アウトリーチ、ネットワーキング、コーディネーション、ネゴシエーション、ファシリテーション、プレゼンテーション、ソーシャルアクション等が、社会福祉士に求められる技術として位置づけられていた。

6) 障害者支援施設等で看取りを行う際の制度上の課題に関する研究

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定では、障害者支援施設において、夜間看護、通院支援、医療的ケア、栄養、入浴等に関する加算が、看取り期の生活を支える報酬として位置づけられていた。

また、共同生活援助では、夜間支援、日中支援、医療連携、入退院支援等に関する加算が、看取り期における生活継続を支える報酬として整理された。

介護保険制度では、看取り介護加算、ターミ

ナルケア加算、看取り連携体制加算、ターミナルケアマネジメント加算等、看取り期の支援を直接評価する加算が設けられていた。

障害福祉サービスと介護保険サービスの併給については、介護保険サービスのみでは必要な支援量を確保できない場合や、障害特性に応じた支援が必要な場合等に、個別判断により検討される仕組みであった。

障害者支援施設は介護保険適用除外施設であり、施設入所中の介護保険サービス併給は原則として想定されていなかった一方、共同生活援助では個別事情により介護保険サービス等を組み合わせる余地があった。

令和6年度診療報酬改定では、障害者支援施設に入所する末期の悪性腫瘍患者に対する訪問診療について、医療保険で算定できるよう見直しが行われていた。

7) ICF のアプリを活用した意思決定支援の可能性

A 氏の過去のケースカンファレンス資料約 290 枚について、個人を特定し得る情報を覆ったうえで、PDF スキャナー及び iPad を用いてデジタル化を行い、匿名化処理及びデジタル化には約 4 時間を要した。

手書き資料の一部には文字の判読が困難で十分にデジタル化できないものがあり、記録の状態によって整理可能な情報に差がみられた。

デジタル化した資料について、ChatGPT（生成 AI）を用いて複数の記録内容を統合し、生活歴、支援経過、年表、嗜好等の整理・抽出を行った。その結果、生活の転機、活動への参加状況、本人の関心や嗜好、環境への反応等を時系列に整理した年表を作成することができた。

ICF Coder(国際生活機能分類に基づく情報整理アプリ)では、活動・参加に関する情報や、本人が安心しやすい環境、支援者との関係性等の環境因子を整理することができた。

ヒアリング調査を行った支援者からは、記録整理及び事務作業の効率化への期待、本人理解や ACP への活用可能性が示された。

D. 総合考察

本研究では、令和6（2024）年度に作成し

た看取り導入マニュアルの検証を行い、改訂に向けた課題を整理した。本研究結果を総合すると、改訂版マニュアルの検討にあたっては、看取り期の対応手順に加え、日常支援、意思形成支援、多職種連携、制度運用、教育・研修を一体的に整理する必要性が確認された。

高齢期を迎えた知的・発達障害者の看取り支援では、元気な時期から本人の好み、生活歴、安心できる環境、意思表示の方法を蓄積し、支援者間で共有しておくことが、看取り期の本人意思を支える基盤となる。ACP についても、医療処置や延命治療に関する意思確認に限定せず、本人がどのように暮らし、誰と過ごし、何を大切にしてきたのかを共有する生活支援の過程として位置づける必要がある。

改訂版のマニュアルは、日常期、状態変化期、看取り導入期、看取り実践期、看取り後の各段階に応じて、確認事項、会議の持ち方、本人・家族への聞き取り内容、医療職との連携方法、夜間・急変時の対応を整理することが求められる。

ヒアリングシートや記録様式については、量ではなく、支援に活用できる形で整理することが重要である。本人の意思表示方法、安心できる関係性、苦痛や拒否のサイン、過去の選択経験、生活上のこだわり等を簡潔に記録できる様式が必要であると考えられた。

多職種連携では、生活支援員が把握している日常の変化や非言語的表出、看護師が担う医療的判断と生活支援の橋渡し、医師や訪問看護、管理者、家族、相談支援専門員等の専門性を相互に結びつける必要がある。そのためには、生活支援の情報と医療情報を共有し、共通理解を形成する場を設けることが不可欠である。

制度面では、障害福祉サービスにおける看取り期支援が、夜間支援、医療連携、栄養、入浴、通院支援等に分散して評価されており、看取り期の生活全体を支える支援として見えにくいことが課題である。看取り期には、生活環境の維持、意思決定支援、家族支援、夜間対応、死後対応、グリーフケア等が一体的に必要となるため、これらを包括的に評価する仕組みや、介護保険・医療保険との連携を円滑にする制度運用について検討を深める必要がある。

教育・研修については、死生観の土台づくり、看取りの具体的なイメージ形成、支援技術の習得、事例検討、シミュレーションを組み合わせた研修が必要であると考えられた。特に障害分野では、非言語的サインの読み取り、家族や他利用者への支援を含めた教材の整備が求められる。

ICTやAIは、本人理解を補助する手段として活用可能性がある。過去記録を整理し、本人の生活歴や選好を把握することは、意思決定支援やACPの基礎資料となり得る。ただし、AIによる整理結果は記録内容の質や量に左右されるため、支援者による確認と解釈を前提として活用する必要がある。

E. 結論

本研究では、令和6（2024）年度に作成した看取り導入マニュアルの活用状況と改訂課題を整理し、高齢障害者の看取り支援において、日常期からの意思形成支援、ACP、多職種連携、制度運用、教育・研修を一体的に検討する必要性を確認した。特に、本人の意思表出方法や生活歴を日常的に記録し、支援者間で共有することは、看取り期における本人意思の推定と支援方針の形成に重要である。

また、制度面では障害福祉サービスにおいて、看取り期の生活支援を包括的に評価する仕組みの整備が、教育・研修面では障害特性を踏まえた教材整備が課題として示された。

これらの知見は、次年度における看取り導入マニュアルの改訂、職員や家族等に向けた研修教材の作成、制度上の課題に関する検討を進めるための基礎資料となる。

F. 文献

- 1) 国立のぞみの園：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
<https://www.nozomi.go.jp/investigation/pdf/report/03/R06-4.pdf>
- 2) 全国老人福祉施設協議会「特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業 報告書」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140277.pdf>

- 3) 厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00009.html
- 4) 厚生労働省「令和6年度介護報酬改定について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

G. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

日本発達障害学会第60回研究大会

- ・奥西允：知的障害者が入所する施設及びグループホームにおける看取りの受け入れ方針の規定要因
- ・村岡美幸：障害者支援施設等で看取りを行った契機と課題—看取り実践事業所へのヒアリング調査結果をとおして—

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添4—1

知的障害者への ACP に関する現状と課題の把握

—文献レビューによる整理—

分担研究報告書

知的障害者への ACP に関する現状と課題の把握

－文献レビューによる整理－

分担研究者：日詰正文（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（国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）

研究要旨

近年、知的障害者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関する研究が増加している。ACPとは、「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」である。高齢者等の一般的な集団を対象とした研究については、その効果が次第に明らかになっている。しかし、知的障害者の ACP に関しては、その知見が十分に整理されているとは言い難い。そこで本研究では、近年の知的障害者の ACP に関連する先行研究の整理を行うとともに、今後の研究課題を明らかにし、知的障害者の ACP に関する研究の方向性を示すことを目的とした。Cinii（日本語文献）、PubMed、Scopus、PsycINFO（海外文献）のデータベースを使用し、日本語文献 3 件、海外文献 16 件の計 19 件の関連研究を特定した。先行研究は、1) 実態、2) 効果的な実施方法ないし促進要因、3) 実施を妨げる阻害要因、4) 効果と評価、4 点に整理することができた。海外文献は、日本語文献に比べれば、相対的に蓄積があると言えるが、十分に系統だった研究が行われているとは言い難い。特に ACP の実施が緩和ケアの質や生活の質の向上につながるのかについては、エビデンスが不十分であり、実証研究が求められる。

A. 研究目的・方法

1. 研究目的

アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）とは、「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」¹⁾である。近年、終末期医療において ACP が重要であるとの認識が高まっている。高齢者領域では、ACP に関する研究が国内外含め数多く実施されている。結果は、効果があるといったものから、効果がないといったものまでさまざまであるが、どのような介入にどのような効果があるのかが少しずつ明らかになっている²⁾。

ACP は、自分自身にとって望ましい生き方とは何かを考える機会であり、重要な意味を持

つものである。これはもちろん情報の理解や伝達に困難を有する知的障害者にとっても変わらない。実際、本人の視点と経験から知的障害者の緩和ケアおよび終末期ケアのニーズをまとめた文献³⁾によれば、知的障害者は、自分のケアに関する意思決定を行い、自分に何が起こるかをコントロールしたいと考えていたと報告されている。

近年、障害者領域では、2017 年に「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」が作成され、障害者の意思決定支援の推進が図られており、その文脈に ACP を位置づけることが可能であろう。意思決定支援の現状について、「障害福祉サービス等報酬改定検証調査結果（令和 6 年度調査）」⁴⁾で確認すると、事業所における利用者の自己決定尊重・本

人の意思確認の状況は、全体で「積極的に確認している」が62.1%、「ある程度確認している」が33.2%となっていた。入所施設では、「積極的に確認している」が32.9%、「ある程度確認している」が62.7%となっていた。事業所種別による差があるが、多くの事業所で意思決定に取り組んでいると言えるだろう。一方で、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」⁵⁾によると、知的障害者へのACPの実施状況に関しては、「実践している」との回答が3.5%にとどまっていた。この背景には、人生の最終段階での意思決定と、それ以外の意思決定は「異なる」といった認識があると考えられる。しかし、一人の人生を考えるのであれば、日常的な意思決定から人生の最終段階などの非日常的な意思決定を地続きのものとして捉える必要がある。そのためには、人生の最終段階も見据えた意思決定支援の枠組みの構築が求められる。

海外に目を転じてみると、2000年代より知的障害者への緩和ケアやACP、人生の最終段階(End of life; Last phase of life)における意思決定に関して研究が行われてきており、いくつかの文献レビュー⁶⁾⁻⁸⁾も存在している。それらによると、知的障害者に対する、コミュニケーションが困難である、難しい会話を処理できない、といった思い込み、医療従事者側のスキル欠如などにより、人生の最終段階における意思決定プロセスに積極的に関与しないことが多いことが指摘されている⁶⁾⁷⁾。Noorlandtら⁸⁾によれば、レビューに含まれた10本の論文のうち、知的障害者が終末期の意思決定プロセスに関与していることを示したのはわずか2本で、その2本の論文では関与の性質が不明確であった。研究プロセスにおいて、知的障害者本人の視点を含む研究は、1件のみであった。とはいえ、近年、知的障害者のACPに関連する研究は増加し続けており、再度その研究成果の到達点を確認しておく必要がある。

知的障害者の高齢化が進行している中で、知的障害者の人生の最終段階における医療・ケアが本人の希望に沿ったものになるために、ACPの推進は喫緊の課題であるが、まず問題の明確化と整理が必要であると考えられる。そこで本研究

では、近年の知的障害者のACPに関連する先行研究の整理を行うとともに、今後の研究課題を明らかにし、知的障害者のACPに関する研究の方向性を示すことを目的とした。

2. 研究方法

日本語文献と海外文献を含めた文献研究を行った。具体的には、日本語文献では、Ciniiを、海外文献では、PubMed、Scopus、PsycINFOの3つのデータベースを利用した。

検索キーワードは、表1の通りとした。文献の選定基準は、表2とした。なお、海外文献は、Vossら⁶⁾のシステマティックレビューをふまえ、当該文献に含まれていない文献に限定した。検索は、2026年1月26日～2月2日に行った。

B. 研究結果

1. 検索の結果

日本語文献では、7件の文献が検出された。内容を確認した結果、表2の基準を満たしたものは1件のみであった。そのほか、ハンドリサーチで論文を2件追加し、計3件を分析対象とした。

海外文献では、3つのデータベースで合計183件の文献が検出された。重複している論文を削除した結果、107件の論文が残った。残った論文について、タイトルや要旨の内容を確認した結果、表2の基準を満たしているものは16件であった。そのほか、ハンドリサーチで論文を3件追加し、計19件を分析対象とした。ただし、うち3件は文献を期間中に入手できなかったため、分析から除外された。

最終的に、日本語文献3件、海外文献16件の計19件を分析の対象とした。

2. 文献の特徴

各研究の特徴が次のとおりである。研究手法は、ACPに利用可能なツールの開発(3件)、研修評価(1件)、尺度開発(1件)、質的研究(6件)、量的研究(7件)、混合研究(1件)であった。研究の視点は、親族(親や兄弟姉妹)の視点(1件)、専門職の視点(7件)であり、10件の研究は複数の視点に焦点を当てていた。そのうち、1件は、親族と専門職、医療記録、3件は、本人と専門職、6件は、本人と親族、専門職、1件は、本人と親族、専門職、政策立

案者が含まれていた。知的障害者本人が共同研究者として研究チームに参加しているものは、6件であった（重複する研究プロジェクトを除くと3件）。

3. 分析対象文献の類型化

分析対象となった文献を精読し、内容ごとに類型化した結果、知的障害者のACPに関する先行研究は、1) 実態（11件）、2) 効果的な実施方法ないし促進要因（11件）、3) 実施を妨げる阻害要因（8件）、4) 効果と評価（2件）の4つのカテゴリに分類された。なお、1つの文献で複数のカテゴリに該当しているものもある。以下、それぞれのカテゴリの内容について確認していく。

1) 実態

ACPの実態について、ACPの実施率やACPに含める内容、開始のタイミングに言及しているものがあつた。

実施率について、Vossら¹¹⁾による医療記録の分析では、30件中29件（96.7%）でACPに関する合意が行われ、うち20件（66.7%）は複数の話し合いが行われていたとしている。記録上では、本人が参加したケースは4件のみ（13.3%）であつた（インタビューでは8件（26.7%）で本人の関与があつたと語られた）。医療記録に記載された内容に関しては、30件中28件（93.3%）で措置拒否の指示が記載されていた。そのほか、13件（43.3%）で延命治療、14件（46.7%）で入院に関する合意が文書化されていた。医療記録に、将来のケアに関する本人の希望が記載されていたのは、30件中4件のみ（13.3%）であつた。また、Wicki¹⁶⁾によれば、64件中54件（84.4%）で、少なくとも1つの終末期における意思決定が行われていた。内容は、治療の差し控えが64件中38件（59.4%）、集中的な症状緩和が62件（無回答2件）中49件（79.0%）であつた。さらに、終末期における意思決定が行われたうち、本人が話し合いに参加していたのは、33件中22件（66.7%；無回答が21件）であつた。

Zeilingerらの支援者を対象とした質問紙調査¹³⁾では、125名中42名（33.6%）の支援者が、少なくとも1回ACPを実施した経験があると回答した。支援者の担当する知的障害者

1名を想起した質問では、事前指示書を作成していると回答したのは、4名（3.2%）であつた。さらに、支援者のうち、25名（20.0%）は事前指示書があるかどうか確信が持てないと回答した。譽田らの支援者を対象とした質問紙調査²³⁾は、ACPの認知度は218名中16名（7.3%）と少なかったが、その内容を説明すると48名（22.0%）の支援者が実践していると回答した。竹本らの支援者を対象とした質問紙調査²⁴⁾では、重症心身障害児者の人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と話し合いの経験があるのは243名中66名（27.2%）であつた。

ACPに含めるべき内容として文献で言及されたものは、表3のようにまとめることができる。McKenzieら⁹⁾による本人を中心としたインタビュー調査によれば、どこで最期を迎えたいか、亡くなる前にしたいこと、亡くなった後に望むことがしっかりと記載される一方で、法律や財務、ケアや治療の希望にはあまり詳しく触れられていなかった。加えて、本人たちは一貫して、本人たちが今生きている人生（the life they were still living）に焦点を当てることを望んでいたと報告している。Vossら¹⁰⁾によるPMIDの人々（People with profound intellectual and multiple disability）に焦点を当てた研究では、支援者たちはスピリチュアルな側面（Spiritual/religious dignity）や身体的・精神的な快適さ（Physical and mental comfort）を視野に入れることの重要性を指摘していた。Bruunら¹⁹⁾の研究では、ACPの理解は、立場によって異なり、葬儀の計画、病気の計画、人生計画（Planning for living）、死について話すことの4つの領域に及んでいた。佐藤による知的障害の家族を対象とした質問紙調査²⁵⁾では、家族がACPの中で話し合いたいことは、「自分らしくいられること」が501名中123名（24.6%）、次いで「人間としての尊厳を保てること」が107名（21.4%）、「体や心の苦痛なく過ごせること」が105名（21.0%）と続いた。ただし、今回、調査した文献では、実際に話し合われる内容として、医療に関する内容が多い傾向にあつた¹¹⁾¹⁶⁾²³⁾²⁴⁾。

開始のタイミングに関しては、なるべく早いタイミングで実施すべきであることを指摘する文献⁹⁾¹⁰⁾¹⁹⁾がある一方で、実際の開始のタイミングは、健康状態の悪化した時¹³⁾や死が近

づいた時²³⁾²⁴⁾になされることが多かった。また、開始するには準備が必要である⁹⁾、開始のタイミングは、ACPの内容によって異なるという指摘もあった¹⁹⁾。

そのほか、知的障害者が活用可能な死への恐怖を測定する尺度 (Fear of death scale 3.0-intellectual disability) や、知的障害者が特定の終末期ケアの決定 (例: 遺贈) を行えることを理解しているか、また自身の希望を周囲に伝える簡単なプランを立てられるかを測定する尺度 (End-of-life planning scale) の開発研究にも取り組まれていた¹²⁾。それらの尺度を使用し調査を行った結果、知的障害者は、死の概念に対する理解が著しく低く、終末期の計画に関する知識も少なく、自己決定に対する意識も低い一方で、死への恐怖心は強いこと報告されている²⁷⁾。以上のような死への恐怖といった感情的負荷は、3) で言及するように、ACP実施の阻害要因となっていることが知られている。この点に関して、Stancliffeら²⁶⁾は、終末期に関連した交流 (会話や活動) によって、不快感を感じたり、抑うつ、死への恐怖、不安を引き起こしたりするのかを検証している。その結果、全体の交流 257 件中 204 件 (79.4%) が「非常に快適」または「やや快適」と評価された。交流を行っても、抑うつや死への恐怖には変化がなく、不安は有意に改善していた。また、全体で 178 件 (69.3%) の交流は、知的障害者主導で行われていた。つまり、終末期に関連した交流が必ずしもネガティブな心理的影響を与えるわけではないことが示された。

2) 効果的な実施方法ないし促進要因

効果的な実施方法ないし促進要因には、いくつか共通点がみられた。列挙すると、繰り返し行う⁹⁾¹³⁾¹⁹⁾²⁰⁾、安心して話せる環境づくり⁹⁾¹³⁾¹⁹⁾²²⁾、視覚的で創造的なアプローチ⁹⁾¹³⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾、感情へのケア⁹⁾²⁰⁾、個別化された本人中心のアプローチ⁹⁾¹⁰⁾¹⁴⁾¹⁷⁾¹⁹⁾²⁰⁾、家族をはじめさまざまな人を巻き込む¹¹⁾¹⁵⁾¹⁷⁾¹⁸⁾²²⁾、周囲の人々のチームワークや連携⁹⁾¹³⁾²⁰⁾、支援者との質の高い関係¹⁰⁾¹⁹⁾²⁰⁾²²⁾、支援者へのトレーニングやサポート¹⁰⁾¹³⁾¹⁷⁾、ACPの組織的な方針¹³⁾¹⁷⁾、身近な死を話題に話をはじめ⁹⁾¹³⁾¹⁵⁾¹⁹⁾であった。加えて、「生活計画 (Planning for living) という観点から議論を再構築することは、潜在的な促進要因」となり

得るという指摘もあった¹⁹⁾。

本レビューに含まれる文献の中で、知的障害者のACPの包括的な枠組み (図1参照) を示したのは、McKenzieら¹⁷⁾である。このモデルによれば、各個人の具体的な好みやニーズに合わせてアプローチを個別化すること、不安を和らげること、本人と協力してプランを作成すること、包括的なプランニングを行うこと、そして本人の選択や意思、好みを明確にすること、という5つの基本原則がその根底にある。そして、基本原則が、ACPのプロセスそのものを構成する次の層へとつながり、さらにそれが、最も外側のインフラストラクチャ要素に影響を与える。ACPのプロセスにおいて特徴的な要素は、学習が最初のステップであるべきであること (Learn first)、そして決定は本人にとって意味のある方法で記録されるべきであることである。

1件の研究では、本人、家族、支援者の役割にもふれられていた²⁰⁾。本人の役割は、さまざまな手段で意思表示すること、家族の役割は、本人の意思や表現をくみとる、代弁する、貢献すること、支援者の役割は、情報提供、協力、そして調整であった。

3) 実施を妨げる阻害要因

実施を妨げる阻害要因として文献で指摘されていたのは、本人や家族、支援者が動揺したり心理的に傷ついたりすることへの不安¹³⁾¹⁵⁾¹⁹⁾、本人の理解力・コミュニケーション・時間感覚の困難¹⁰⁾¹¹⁾¹³⁾、話し合う内容が複雑で抽象的であること¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾、家族や支援者の偏見¹⁰⁾、死をタブー視する文化¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁹⁾、文化的慣習の違い¹⁴⁾、スタッフの研修不足や離職など組織的な課題¹³⁾¹⁵⁾¹⁹⁾であった。Vossら¹¹⁾による医療関係者へのインタビューでは、30件中22件 (73.3%) が、知的障害者は、理解力がなく、状況を把握できず、そのうえ、話し合うことを恐れているため、ACPに関与させることは不可能だったと述べていた。障害の程度という観点からは、PMIDの人々は、終末期の計画やケアに関する意思決定への参加から日常的に除外されていること、慣れ親しんだ家や友人、支援者から隔離された環境で亡くなることが多いと報告されている¹⁰⁾。

4) 効果と評価

本レビューに含まれた文献は、ACP プログラムまたは介入の成果を測定する効果研究には該当しなかった。1 件の研究で効果に言及されており、ACP への参加が、死や終末期について話すことへの抵抗感を軽減し、個人の成長を促したと報告していた。さらに、抵抗感の軽減は、ACP の前提条件ではなく、参加の成果であるとも指摘していた¹⁷⁾。

ACP の評価に関しては、2 件で肯定的な評価が報告されたとあった¹⁷⁾¹⁹⁾。

C. 全体のまとめと課題

知的障害者の ACP に関連する先行研究レビューを行ってきた。日本語文献は 3 件とも質問紙調査法による実態調査のみであった。海外文献は、日本語文献に比べれば、相対的に蓄積があると言えるが、十分に系統だった研究が行われているとは言い難い。特に ACP の実施が緩和ケアの質や生活の質の向上につながるのかについては、エビデンスが不十分であり、実証研究が求められる。とはいえ、知的障害者の ACP の包括的な枠組み¹⁷⁾や ACP に利用可能なツールの開発¹⁷⁾¹⁸⁾²²⁾が行われており、これらの知見は日本の文脈においても転用できる可能性がある。特に視覚的で創造的なアプローチ⁹⁾¹³⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾は、死や病気という事象の抽象性や複雑性を、部分的であれ、和らげることができるかもしれない。ただし、これまで整理してきた知的障害者の ACP に関する知見が、日本で有効に活用されるためには、まず実践現場における具体的な課題の整理が必要であろう。そのことを念頭に置いて、文献レビューから浮かび上がってきたいくつかの観点から、今後の日本の研究課題について考察する。

本レビューに基づく、終末期における意思決定に本人が参加した割合は、66.7%¹⁶⁾から 13.3%¹¹⁾まで幅があった。ただし、参加の質に関するデータは不足している。結果から、知的障害者（特に重度知的障害者）は、人生の最終段階における医療・ケアのプロセスに十全に参加しているとは言い難い現状にあることが予測される。ACP が開始されるタイミングは、健康状態の悪化した時¹³⁾や死が近づいた時²³⁾²⁴⁾になされることが多かった。しかし、いくつかの文献では、できるだけ早期の ACP の開始を推奨していた⁹⁾¹⁰⁾¹⁹⁾。知的障害者主導での、死に関連する交流が 69.3%あったといっ

た報告²⁶⁾や身近な死を話題に話をはじめることが ACP のきっかけとなったという報告⁹⁾¹³⁾¹⁵⁾¹⁹⁾を加味すると、身近な人やペットの死に直面した際に、それをきっかけに話し合いをはじめ、本人も理解可能な形で記録を行っていくことが、死をタブー視する文化¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁹⁾を乗り越えるために必要ではないかと考える。生活計画 (Planning for living) の観点から議論を再構築するが、潜在的な促進要因となり得るという指摘¹⁹⁾も、この議論を補強するだろう。日本ではすでにサービス等利用計画が整備されており、その枠組みを活用することで、ACP を促進させることができるかもしれない。そのためにも、現状を確認する目的で 65 歳以上の高齢知的障害者のサービス等利用計画に記載された事項の実態調査等が必要であると考えられる。

ただし、ACP にどこまで含めるべきは議論の余地がある。実際、Bruun ら¹⁸⁾は、支援者が死や死にゆくことについて話せる文化を醸成することの重要性は認めつつも、すべてのサービスでこれを実現することには大きな課題があるとし、自らのプロジェクトの範囲外であるとしている。ACP の範囲や関連領域との接続の問題など、ACP に関する概念整理もまた今後行っていく必要があるだろう。

ACP を促進するためには、支援者へのトレーニングやサポートが必要となる¹⁰⁾¹³⁾¹⁷⁾。Zeilinger ら¹³⁾の調査では、ACP に関する研修を受けたのは、125 名中 6 名 (4.8%) にしか過ぎなかった一方で、ACP のトレーニングに興味があると答えたのは、104 名 (83.2%) に及んでいる。譽田らの調査²³⁾では、ACP の課題として、施設職員の研修と答えたのは、213 名中 173 名 (81.2%) であった。支援者側にもトレーニングに対する一定の需要があるため、ACP に関するマニュアルや研修の開発が求められるだろう。

最後に、研究方法は、本人の視点を含んだ研究が多く行われていた点 (19 件中 10 件) に、近年の研究動向を見て取ることができる。ACP は知的障害者の人生の最終段階における医療・ケアが本人の希望に沿ったものにするために重要なプロセスである。そのような役割を有する ACP を研究するためのプロセスもまた、本人の視点を加味していく必要がある。加えて、本人の視点を単に探るだけではなく、その研究

プロセスそのものに、知的障害者本人が共同研究者として参加しているものも 3 件あった。近年、日本でも知的障害者が共同研究者となり、研究プロジェクトに参加することが徐々に増加しつつある。特に、ACP の研究においては、知的障害者本人の研究参画を積極的に促進していくことで、より実践に応用可能な知見が得られると考える。

本研究の限界は、データベース及びデータベース検索のキーワードを限定していることである。検索したデータベースやキーワードには含まれていない関連研究がさらに存在している可能性がある。そのため、ACP 以外のキーワードである医療分野で使用される共同意思決定 (Shared decision-making) 等を追加して検索することで、文献の網羅性を高めていくことも求められる。

【文献】

1. 厚生労働省 (2018) 『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』
2. 森雅紀・森田達也 (2020) 『Advance Care Planning のエビデンスー何がどこまでわかっているのか?』医学書院。
3. Cithambaram, K., Mariappan, S., & Rajendran, S. S. (2025). Palliative and end-of-life care needs of people with intellectual disabilities: A meta-ethnography. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 22(4), 1-21.
4. 厚生労働省 (2025) 『障害福祉サービス等報酬改定検証調査結果 (令和 6 年度調査)』
5. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2019) 『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】』
6. Voss, H., Vogel, A., Wagemans, A. M. A., Francke, A. L., Metsemakers, J. F. M., Courtens, A. M., & de Veer, A. J. E. (2017). Advance Care Planning in Palliative Care for People With Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *Journal of pain and symptom management*, 54(6), 938-960.e1.
7. Noorlandt, H. W., Echteld, M. A., Tuffrey-Wijne, I., Festen, D. A. M., Vrijmoeth, C., van der Heide, A., & Korfage, I. J. (2020). Shared decision-making with people with intellectual disabilities in the last phase of life: A scoping review. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 64(11), 881-894.
8. Kirkendall, A., Linton, K., & Farris, S. (2017). Intellectual Disabilities and Decision Making at End of Life: A Literature Review. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 30(6), 982-994.
9. McKenzie, N., Mirfin-Veitch, B., Conder, J., & Brandford, S. (2017). "I'm still here": Exploring what matters to people with intellectual disability during advance care planning. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 30(6), 1089-1098.
10. Voss, H., Loxton, A., Anderson, J., & Watson, J. (2021). "It was one of those complicated cases": health practitioners' perspectives and practices of providing end-of-life care for people with profound intellectual and multiple disability. *BMC palliative care*, 20(1), 177.
11. Voss, H., Vogel, A., Wagemans, A. M. A., Francke, A. L., Metsemakers, J. F. M., Courtens, A. M., & de Veer, A. J. E. (2019). Advance care planning in the palliative phase of people with intellectual disabilities: analysis of medical files and interviews. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 63(10), 1262-1272.
12. Stancliffe, R. J., Wiese, M. Y., Read, S., Jeltres, G., & Clayton, J. M. (2017). Assessing knowledge and attitudes about end of life: Evaluation of three instruments designed for adults with intellectual disability. *Journal of applied research in intellectual*

- disabilities : JARID, 30(6), 1076-1088.
13. Zeilinger, E. L., Simeoni, L., Wagner, T., Vielgrader, T. L., Fuchs, A., Fragner, T., Grabovac, I., Masel, E. K., & Unseld, M. (2025). Barriers and facilitators to advance care planning for people with intellectual disabilities: a cross-sectional survey study of professional caregiver perspectives. *International journal for equity in health*, 25(1), 29.
 14. Bruun, A., Jordan, L., Giles, J., Hughes, R., Anderson-Kittow, R., & Tuffrey-Wijne, I. (2025). Don't assume, ask! A focus group study on end-of-life care planning with people with intellectual disabilities from minoritised ethnic groups. *BMC palliative care*, 24(1), 13.
 15. Bruun, A., Cresswell, A., Jeffrey, D., Jordan, L., Keagan-Bull, R., Giles, J., Gardiner, F., Wilding, M., Payne, N., Swindells, S., Gibson, S. L., Anderson-Kittow, R., & Tuffrey-Wijne, I. (2025). Evaluating a toolkit for end-of-life care planning with people with intellectual disabilities: An exploration of implementation outcomes within intellectual disability social care services. *Journal of intellectual disabilities : JOID*, 17446295251367687. Advance online publication.
 16. Wicki, M.T. (2020), Medical end-of-life decisions for people with intellectual disabilities in Switzerland: Third survey. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17: 232-238.
 17. McKenzie, N., Mirfin-Veitch, B., Trip, H., & Conder, J. (2024). My plan for a good life, right to the end: An accessible approach to advance care planning. *Journal of intellectual & developmental disability*, 49(4), 475-487.
 18. Bruun, A., Cresswell, A., Jeffrey, D., Jordan, L., Keagan-Bull, R., Giles, J., Swindells, S., Wilding, M., Payne, N., Gibson, S. L., Anderson-Kittow, R., & Tuffrey-Wijne, I. (2024). The All Together Group: Co-Designing a Toolkit of Approaches and Resources for End-of-Life Care Planning With People With Intellectual Disabilities in Social Care Settings. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(4), e14174.
 19. Bruun, A., Cresswell, A., Jordan, L., Keagan-Bull, R., Giles, J., Gibson, S. L., Anderson-Kittow, R., & Tuffrey-Wijne, I. (2024). What are we planning, exactly? The perspectives of people with intellectual disabilities, their carers and professionals on end-of-life care planning: A focus group study. *Palliative medicine*, 38(6), 669-678.
 20. Voss, H., Vogel, A., Wagemans, A. M. A., Francke, A. L., Metsemakers, J. F. M., Courtens, A. M., & de Veer, A. J. E. (2020). What is important for advance care planning in the palliative phase of people with intellectual disabilities? A multi-perspective interview study. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 33(2), 160-171.
 21. Noorlandt, H. W., Korfage, I. J., Felet, F. M. A. J., Aarts, K., Festen, D. A. M., Vrijmoeth, C., Van Der Heide, A., & Echteld, M. A. (2024). Shared decision making with frail people with intellectual disabilities in the palliative phase: A process evaluation of the use of the In-Dialogue conversation aid in practice. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 37(1), e13158.
 22. Noorlandt, H. W., Korfage, I. J., Tuffrey-Wijne, I., Festen, D., Vrijmoeth, C., van der Heide, A., &

- Echteld, M. (2021). Consensus on a conversation aid for shared decision making with people with intellectual disabilities in the palliative phase. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 34(6), 1538-1548.
23. 譽田貴子・竹本潔・稲田浩・山下順子・服部妙香・田中勝治・新宅治夫 (2021) 「アドバンス・ケア・プランニングに関する施設職員の意識調査」『日本重症心身障害学会誌』46 (3), 427-430.
24. 竹本潔・服部妙香・譽田貴子・新宅治夫・田中勝治 (2022) 「医療型障害児入所施設の職員のアドバンス・ケア・プランニングに関する意識調査」『Palliative Care Research』17 (4), 153-157.
25. 佐藤繭美 (2019) 「知的障害者の悲嘆反応と生活再建に向けた「アドバンス・ケアプランニング」導入の検討」『科学研究費助成事業 研究成果報告書』
26. Stancliffe, R. J., Wiese, M. Y., Read, S., Jeltres, G., Barton, R., & Clayton, J. M. (2021). Does talking about end of life with adults with intellectual disability cause emotional discomfort or psychological harm?. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 34(2), 659-669.
27. Stancliffe, R. J., Wiese, M. Y., Read, S., Jeltres, G., & Clayton, J. M. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?. *Research in developmental disabilities*, 49-50, 47-59.

D.研究発表

なし

E.知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 検索キーワード

日本語文献
- ("知的障害" OR "知的障がい") AND ("ACP" OR "アドバンス・ケア・プランニング" OR "事前指示")
海外文献
- ("intellectual disabilit*" OR "learning disabilit*" OR "intellectual and developmental disabilit*") AND ("advance care planning" OR "end of life planning" OR "advance directive")

表 2 選定基準

包含基準
- 実証的な定性的、定量的、または混合研究
- 対象は、知的障害者本人、および／またはその家族、および／または専門職
- 知的障害者を対象とした ACP の実態、促進要因、阻害要因、および／またはそれらが及ぼす何らかの効果について記述している
除外基準
- 体系的に分析されていない事例研究
- 自分や身近な人の死に関する告知に関する研究
- 文献研究（ただし、関連する実証研究を特定するため文献リストを参照した）

表 3 ACP に含めるべき内容

	死について話すこと
	どこで最期を迎えたいか
	亡くなる前にしたいこと
亡くなる前	- 今を生きている私を支える（人生計画）
	ケアや治療の希望
	- スピリチュアルな側面
	- 身体的・精神的な快適さ
	亡くなった後に望むこと
亡くなった後	- 葬儀
	法律や財務

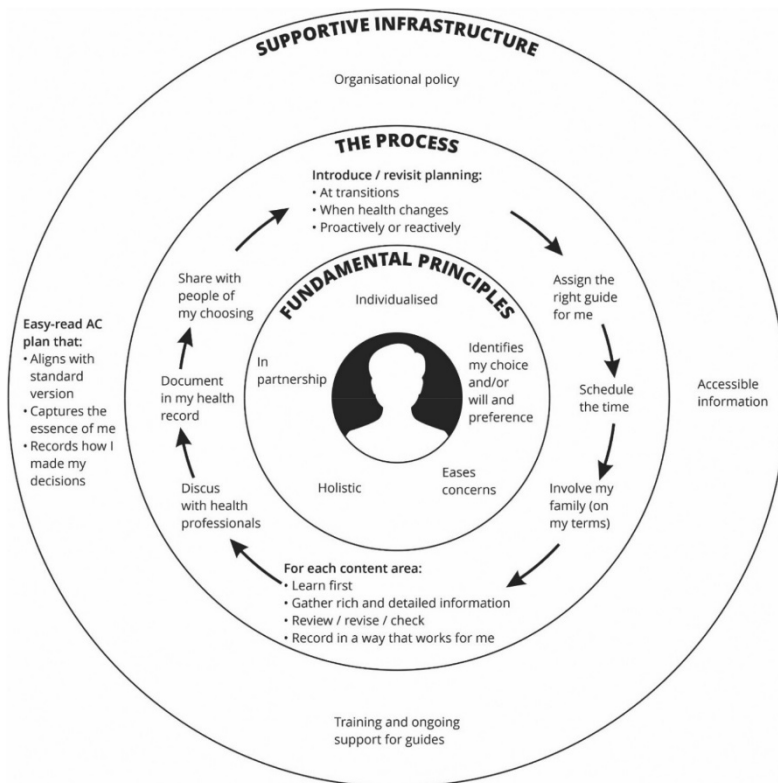


図 1 知的障害者の ACP の成功を支援する要因

別添4-2

知的障害者支援施設や共同生活援助事業所における
看取り導入マニュアルの検証
分担研究報告書

障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取り
マニュアルの実装に向けた研究 (25GC1013)

分担研究報告書

知的障害者支援施設や共同生活援助事業所における看取り導入マニュアルの検証

研究代表者：根本 昌彦 (国立重度知的障害総合施設のぞみの園)

分担研究者：村岡 美幸 (国立重度知的障害総合施設のぞみの園)

分担研究者：日詰 正文 (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、知的障害者施設・共同生活援助事業所における「看取り導入マニュアル」の実証結果を、アンケートおよびヒアリングの統合データから検証したものである。結果は「実践できたか／一部実践か／実践できなかったか」を中心に検討した。結果として、マニュアルは概ね理解され、全体活用・意思形成・意思表出・ヒアリングシート・多職種連携のいずれも一部実践が確認された。一方、文書量の多さ、表現の難しさ、本人の意思確認の難しさ、シートの複雑さ、看護師と支援員の役割差、研修不足が実装課題として残った。

A. 研究背景と目的

障害者本人が障害者支援施設や共同生活援助(以下、障害者支援施設等)での看取りを希望した場合の対応を適切に進めるため、2025年度に国立のぞみの園が「障害者支援施設、共同生活援助等における看取り導入マニュアル」(以下、看取り導入マニュアル)を作成した¹⁾。

本分担研究では、看取り導入マニュアルの活用上の課題を明らかにし、より活用が進むよう、改訂点を検討する際の基礎資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

障害者の看取り経験がある事業所9カ所を対象に、ヒアリング調査の予備調査としてWEBによるアンケート調査を、さらにその中から4カ所を対象に対面によるヒアリング調査を併せて実施した。対象事業所の詳細は表1のとおりである。いずれの調査も、看取りを経験している障害者支援施設等が限られていたことから、研究者および関係者の紹介等を通じて調査対象を選定する縁故法

を用いた。実施期間は、令和7年10月から令和8年2月であった。

アンケート調査の内容は、「看取り導入マニュアルの実践状況」「看取り導入マニュアルで改善を望む点」「意思形成支援に関する実践状況」「意思表出支援の実践状況」「シート類の活用状況」「多職種連携に関する理解」等とし、ヒアリング調査では、それらの内容の詳細を把握した。

表1 調査対象

	施設	事業形態	地域
1	A施設	入所	北海道
2	B施設	共同生活援助	関東
3	C施設	入所	関東
4	D施設	入所	甲信越
5	E施設	入所	甲信越
6	F施設	入所	関西
7	G施設	入所	九州
8	H施設	入所	中部
9	I施設	入所、共同生活援助	関東

なお、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07-08-02）。

結果の公表に際しては、個人・事業所が特定されないよう配慮し、研究目的に必要な範囲で結果を整理した。

C. 研究結果

1. 看取り導入マニュアルの実践状況

アンケート調査では、「一部実践した」が7事業所であった（図1）。具体的には、看取り支援、看取り導入会議、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）会議、全職員での共有等の場面で活用されていた。一方、実践に至らなかった施設の理由は、時間不足、対象利用者の選定が困難であったこと等であった。

ヒアリング調査では、看取り導入マニュアルが、職員の意識づくりに一定程度活用できることがわかった。具体的には、「看取り導入マニュアル第2章『看取り支援の進め方』の内容を通じて、『看取りは特別な業務ではなく、日常支援の延長として行えるように職員の気持ちを育てることが重要である』ことが理解できた」という意見があった。という意見があった。

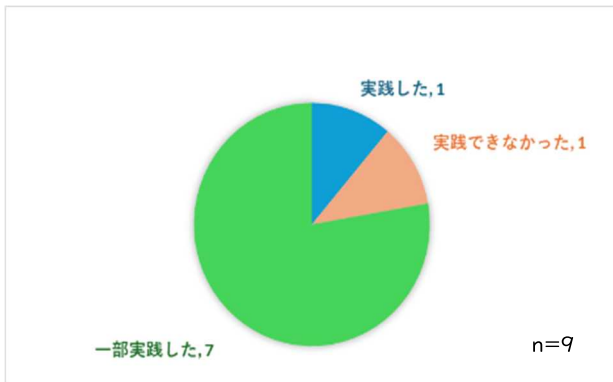


図1 看取り導入マニュアル全体の実践状況

2. 意思形成支援の実践状況

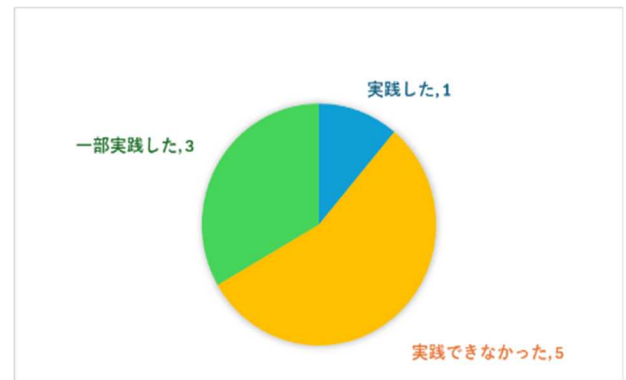
アンケート調査では、「実践できなかった」が5事業所であった（図2）。

ヒアリング調査では、「最期の迎え方について、本人にもっと早く聞いておけばよかった」という意見が聞かれた。

3. 意思表出支援の実践状況

アンケート調査では、「一部実践した」が6事業所であった（図3）。実践は、一語文、単語、二語文、表情、行動など、限られた表出を手がかりとして行われており、非言語の表現を含めて本人の意思を捉える支援をしていた。しかし、本人用ヒアリングシートの項目をすべて埋めることが難しい、あるいは「本人の『はい』という表出が同意を意味するのか判断しにくい」という記述もあった。

ヒアリング調査では「相撲・玩具・好きな場所など日常の好みを手がかりにするほか、昔の職員から『若い時に何が好きだったか』を聞き取りながら、本人に合う関わり方を考えて共有してい



た」ことがわかった

図2 意思形成支援の実践状況 (n=9)

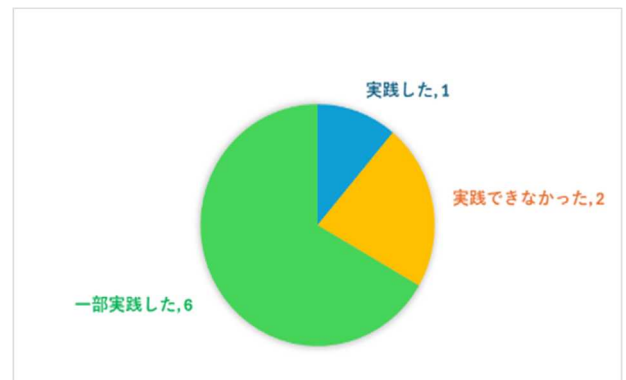


図3 意思表出支援の実践状況 (n=9)

4. ヒアリングシートの活用状況

アンケート調査では、「一部実践した」「実践できなかった」が4事業所であった（図4）。

ヒアリング調査では、シートについては、ACPに関する情報の収集・整理に有用であり、重要事項が網羅されている点が評価されていた一方で、シートの数が多いこと、重複項目があること、本人・家族・支援者の聞き取り順が分かりにくいことなどが課題として挙げられた。ヒアリングの日

程調整や情報共有の方法については、会議・朝礼・回覧板・動画共有・壁掲示などで、日常的に見返せる形で共有した事業所があった。

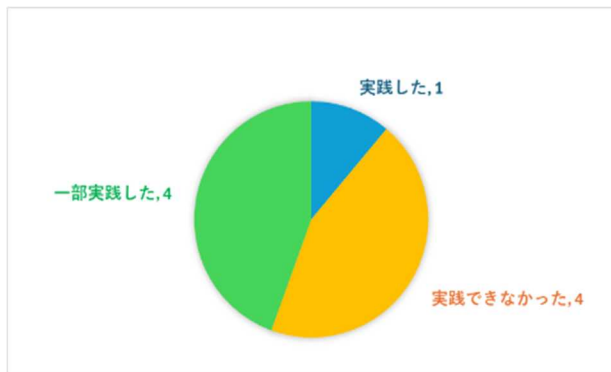


図4 ヒアリングシートの活用状況 (n=9)

5. 多職種連携の実践状況

アンケート調査では、「実践できなかった」が5事業所であった(図5)。

ヒアリング調査では、多職種連携については、看取り導入の前提として、医師、看護師、生活支援員、管理職、栄養士、PT、家族等が、会議、申し送り、日々の相談を通して関わっていた一方で、看護師と支援員の業務上の判断や役割認識の違い、夜間の判断、地域医療との橋渡しに課題があることがわかった。

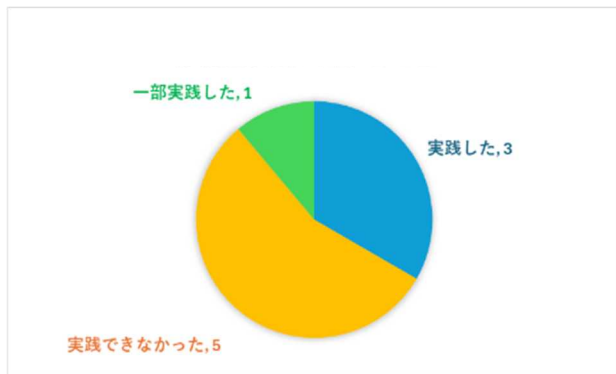


図5 多職種連携の実践状況 (n=9)

D. 考察

本分担研究では、看取り導入マニュアルの活用上の課題を明らかにし、よりマニュアルの活用が進むよう、改訂点を検討する際の基礎資料を作成することを目的とした。

1. 看取り導入マニュアルの活用意義

本研究では、看取り経験を有する障害者支援施設等を対象に、看取り導入マニュアルの活用状況

および活用上の課題を把握した。結果1に示した通り、同マニュアルは、看取り支援、看取り導入会議、ACP会議、全職員での共有等の場面で一部活用されて、特に、看取りを特別な業務としてではなく、日常支援の延長として捉える視点が共有されていたことから、職員の意識形成や組織内での共通理解の形成に一定の役割を果たし、看取り支援を導入する際の基礎的資料として活用可能であることが示唆された。

2. マニュアル活用上の課題と補強すべき内容

結果1からは、看取り導入マニュアルを試行・検証する時間の不足や対象利用者の選定困難が挙げられており、試行依頼時に時間的な設定の延長、対象者の選定に関わるサポート等の必要性が必要であることが示唆された。

結果2からは、意思形成支援については、看取りが具体化した段階で本人の意思を確認しようとしても、十分に把握することが難しい場合があると考えられた。そのため、看取りに関する意思形成支援は、看取り期に限定せず、日常支援の中で本人の希望、価値観、生活上の好みを継続的に把握していくことが重要であることが示唆された。

結果3からは、意思表出支援について本人の表出は、その場での言葉や表情だけでなく、日常の好みや過去の生活歴、以前関わっていた職員からの情報を手がかりとする視点が必要であると示唆された。

結果4からは、ヒアリングシートについては、シート数の多さ、重複項目、本人・家族・支援者の聞き取り順の分かりにくさが課題として示された。これらの結果から、マニュアルの改訂にあたっては、網羅性を保ちつつ、現場で短時間に取り組みやすい構成とし、シート類の整理・簡素化や活用手順の明確化を図る必要があると考えられた。

結果5からは、多職種が関与する体制は一定程度形成されていたものの、看取り支援の場面で誰が、どの時点で、何を判断し、どのように共有するかなどの仕組みづくりが必要であることが示唆された。

以上のことから、看取り導入マニュアルの改訂においては、既存の構成やシート類を整理・簡素化するだけでなく、意思形成支援を早期から開始

するための具体的な方法、非言語的表出の解釈と共有方法、多職種間の役割整理や判断共有の方法について補強する内容をマニュアルに追加する必要があると考えられた。

なし

3. 本研究の限界と今後の課題

なお、本研究の対象は、看取り経験を有する9事業所であり、そのうちヒアリング調査は4事業所に限られている。また、対象事業所は縁故法により選定していることから、本研究結果を障害者支援施設等全体の傾向として一般化するには限界がある。今後は、対象事業所数、地域、事業形態を広げた調査を行い、看取り導入マニュアルの活用状況や活用上の課題について、さらなる検証を重ねる必要がある。

G.研究発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

E. 結論

本分担研究では、看取り導入マニュアルが職員の意識形成や組織内の共通理解に一定の役割を果たしていることが示された一方で、シート類の多さや重複、意思形成支援・意思表出支援・多職種連携の実践上の課題も確認された。

特に、看取り期に限らず日常支援の中で本人の希望や価値観を把握していく視点が重要であるほか、多職種が関与する場面では、判断の時期や役割分担を明確にする必要があると考えられた。

今後の改訂では、現場で短時間に活用しやすい構成への見直しと、本人の意思把握、非言語的表出の解釈と共有、多職種間の役割整理を支える具体的内容の追加が必要である。

令和8年度は、作成予定の実践事例集の内容との棲み分けを整理しながら、看取り導入マニュアルの改訂を行う必要がある。

参考文献

1) 国立のぞみの園：障害者支援施設や共同生活援助、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5・6

(2023・2024) 年度総合研究報告書

<https://www.nozomi.go.jp/investigation/pdf/report/03/R06-3.pdf> (2026年5月19日閲覧)。

F.健康危険情報

オーストラリアにおける意思決定支援/ACP の、仕組み、
実装課題、専門的支援者との連携に関する報告
分担研究報告書

障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取りマニュアルの
実装に向けた研究(25GC1013)
分担研究報告書

オーストラリアにおける意思決定支援/ACPの、仕組み、実装課題、
専門的支援者との連携に関する報告

研究代表者：根本 昌彦 (国立重度知的障害総合施設のぞみの園)
分担研究者：村岡 美幸 (国立重度知的障害総合施設のぞみの園)
研究協力者：名川 勝 (筑波大学、人間系)
水島 俊彦 (SDM-Japan 日本意思決定支援ネットワーク)
小杉 弘子 (SDM-Japan 日本意思決定支援ネットワーク)

研究要旨

本研究は、障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取りマニュアルの実装に向け、オーストラリアにおける視察を通じて、知的障害者の終末期支援に関する意思決定支援やACPに関する、制度、実践、教育、当事者参画の実態を把握し、日本での看取り支援のあり方を検討したものである。豪州では、ACP、代理意思決定、多職種連携、当事者参加、特に、Easy Read 資料、支援者教育等が比較的整備され、本人の希望を生活全体の延長として支える実践がみられた。今後の日本の看取り支援では、終末期の医療判断だけでなく、日常生活の中で本人の価値観や選好を把握し、共有する仕組みが必要である。

A. 研究背景と目的

(1) 日本の障害者支援施設等における看取りの現状

日本では、障害者の高齢化が進む一方で、障害者支援施設や共同生活援助事業所等における看取りはなお限定的である。背景には、急変時対応への不安、医療連携の不足、家族との合意形成の難しさ、管理者の責任判断の重さなどがある。介護保険分野では看取りやACPが一定程度制度化されているのに対し、障害福祉分野では生活支援が中心で、看取りを前提とした制度設計や運用は相対的に弱い。

(2) 意思決定支援とACPの在り方

知的障害者では、終末期になって初めて意思確認を試みても十分な把握が難しい場合が多い。そのため、意思決定支援は終末期の医療判断に限定せず、

日常生活の中で本人の価値観、選好、安心できる関係、望む暮らし方を把握し、記録し、共有する実践として位置づける必要がある。

(3) 介護保険・障害福祉サービスと看取り

高齢障害者支援では、障害福祉サービスのみで看取る場合、介護保険と併用する場合、高齢者サービスへ移行する場合など、制度利用の複数パターンがある。今後のマニュアルには、こうした制度間接続と本人意思の継続的反映のあり方も整理していく必要がある。共生型サービスの活用や医療連携も含め、住み慣れた場所で暮らし続ける選択肢をどう支えるかが重要な課題である。

(4) AD・DNARと障害者支援

日本ではACPの重要性は共有されつつあるが、

ADやDNARについては統一的な法制度が十分整っているとはいえない。DNARは「心停止時のみに有効」であり、通常の医療や看護の差し控えとは区別して考える必要がある。知的障害者の看取りでは、DNARや治療差し控えを家族と医師だけで決めるのではなく、日常支援者が本人の好み、苦痛のサイン、生活歴、安心できる関係性を伝え、意思の推定を支える役割を担うべきである。

以上の点について、海外での取り組みを踏まえ検討する必要があることから、本研究は、障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取りマニュアルの実装に向け、オーストラリアにおける視察を通じて、知的障害者の終末期支援に関する意思決定支援やACPに関する、制度、実践、教育、当事者参画の実際を把握し、日本での看取り支援のあり方を検討する際の基礎資料の作成を目的に行った。

B. 研究方法

オーストラリアの緩和ケアや権利擁護に取り組む機関等へ、以下の行程で視察を行った。

行程

日付	内容
8/23	家族ケアラーへのインタビュー
8/24	オーストラリア在住日本人作業療法士へのインタビュー
8/25	・パリアティブケア・ビクトリア訪問：州協会による政策提言など ・サウス・オーストラリアおよびクイーンズランドの医療従事者へのオンライン・インタビュー：専門職教育と複合ニーズへの対応
8/26	VALID訪問：セルフアドボカシーによる知的障害者の死への取り組み
8/27	移動日 メルボルン → シドニー
8/28	シドニー大学訪問：障害者の高齢化とエンドオブライフに関する知見共有

8/29	・マロバ・マナー 訪問：高齢者施設での多職種連携とACP推進の取り組み ・ホスピス医療における障害者ケアの視点 ・急性期病院における包括的コンサルテーション
8/30	家族ケアラーへのインタビュー(再)

(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 07-08-02）。

C. 研究結果

前記行程に従って、以下のような視察を実施した。

① メルボルン現地会議（2025年8月23日）

家族ケアラーから、NDISの現状と課題、障害者への医療受診の際には医療状況等について情報を収集することができた。

② 沖田氏ヒアリング（2025年8月24日）

要点

- ・ NDISは柔軟だが、運用は人材不足に左右されている。
- ・ サポートワーカーの流動性が高く、本人理解の継続が難しい。
- ・ 地域での看取りは十分整っておらず、病院看取りが中心である。



図-1 ヒアリングの様子

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Yuho Okita (沖田 勇帆) / Melbourne-based
Occupational Therapist / Rehabilitation
Department Manager · University Sessional
Lecturer

解説

豪州の障害福祉制度である NDIS の実際の課題が具体的に示された。NDIS は個別計画に基づくオーダーメイド型の制度であり、本人の希望や状態に応じて柔軟な支援設計が可能とされている。しかし実際には、支援コーディネーターやプランマネージャーの不足が深刻で、待機者の多さや支援の質のばらつきが生じていた。

サポートワーカーは離職や転職が多く、本人の価値観や選好を日常的に記録し蓄積することが難しいため、本来生活支援の中で蓄積されるべき情報がセラピスト任せになる傾向も指摘された。これは ACP や意思決定支援の基盤を弱くする要因と考えられる。

地域での看取り支援は、病院における支援例はあるものの、グループホームや地域生活の場での看取りは一般的でない。制度上の柔軟性があっても、人的基盤と継続支援の弱さが終末期支援の実装を妨げることがあり、日本の障害福祉分野とも共通する課題がある。本人意思に基づいた看取りを考える際の考慮するポイントのひとつである。

③ Palliative Care Victoria (PCV) 訪問 (2025 年 8 月 25 日午前) 図-2 参加者

要点

- ・ 知的障害者の ACP では、日常支援者による希望の聞き取りが重視されている。
- ・ Easy Read 資料、研修、グリーフケアが具体的に実践されている。



図-2 ヒアリング参加者

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Heike Fleischmann / Volunteer Engagement &
Capacity Building Manager/ Palliative Care Victoria
(PCV)

Amy Noble / Senior Project Officer/PCV

Tonina Guicciardo-Masci/ Community Engagement
Manager/PCV

解説

オーストラリアにおける緩和ケアは、生命を制限する病気を持つ人々に対する全人的な、個人および家族中心の医療ケアです。主な目的は、治療を求めらるのではなく、身体的、感情的、社会的、精神的なニーズを管理することで生活の質を最適化することです。

ビクトリア州の最高機関として、擁護活動は PCV の重要な活動の一部です。PCV は州および国の政策にも貢献し、教育や一般の認知向上も行っています。

知的障害者支援で特に重要であったのは、「知的障害がある人にも必ず希望（意思）がある」という前提であり、本人が書面で十分表現できなくても、日常的に関わる支援者や家族が希望を聞き取り共有することが ACP の基盤になると整理されていた。また、VALID と協働して障害者向けの Easy Read 資料を作成し、ACP やホスピス、死別や悲嘆について分かりやすく伝えていた。

さらに、支援者向け研修では、緩和ケア概論、死に至る病の理解、対話の始め方等を学ぶ機会が用意され、研修効果も評価されていた。加えて、亡くなった仲間の写真を囲み思い出を語る「Circle of Life」のような実践を通じ、死をタブーにしない文化づくりが行われていた。日本の看取りマニュアル実装においても、本文だけでなく、啓発・研修・わかりやすい資料を一体化する必要性を学ぶことができた。

④ フлиндラス大学オンライン会議(2025年8月25日午後) 図-3ヒアリングの様子

要点

- ・ 長期支援者が本人意思を支える“イネイブラー(世話人)”として重視されている。
- ・ 大学の卒前教育では障害分野と緩和ケアをつなぐ学習が不足している。
- ・ 卒後研修とアウトカム評価が実践基盤となっている。



図-3 ヒアリングの様子

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Rebecca Smith / Flinders University / Speech Pathologist · Lecturer

解説

知的障害者のエンドオブライフケアにおける意思支援と教育の課題が論じられた。特に注目されたのは、重度障害者であっても、長期間生活を共にしてきた支援者がいれば、その支援者が本人の好みや意思を引き出し、医療者に伝える“エネイブラー”になりうるという視点である。これは、意思決定支援が医療機関だけで完結せず、日常生活支援の積み重ねに支えられていることを示している。

一方、大学教育では緩和ケアは学部段階ではほと

んど扱われず、障害分野に特化した終末期支援教育はさらに乏しいとされた。

オーストラリアでは、緩和ケアの普及と質向上に向けて、PEPA (Program of Experience in the Palliative Approach) と PCOC (Palliative Care Outcomes Collaboration) という (図-4)、性格の異なる二つの仕組みが整備されている。PEPA は、専門緩和ケアの知識と実践を一般医療・高齢者ケア・障害分野等へ広げるための卒後教育・実装支援プログラムであり、専門緩和ケアサービスでの実習配置、ワークショップ、学習資料、実習後の職場改善活動を通じて、参加者の知識・技能・自信の向上と、学習内容の現場実装を促進している。これに対し PCOC は、緩和ケアの提供過程と結果を、標準化された評価指標に基づいて継続的に測定し、サービス間比較やベンチマーキングを可能とする全国的アウトカム改善システムである。個人の経験に依存しがちな支援を、一定の質を持つ実践として継続させるためには、教育と評価を一体で整える必要があることが示唆された。



図-4 PEPA のホームページ

https://www.health.gov.au/our-work/program-of-experience-in-the-palliative-approach-pepa?utm_source=chatgpt.com

⑤ VALID 訪問 (2025年8月26日) 図-5ヒアリング参加者

要点

- ・ 当事者自身が死別や悲嘆を語り、啓発の担い手となっている。
- ・ Easy Read 資料が当事者参画で作成されている。
- ・ 家族や支援者が死の話題を避けることが課題

である。

- ・ サービスに関する当事者による評価がある。



図－5 ヒアリング参加者

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Fionn Skiotis / Chief Executive Officer (CEO) /
Victorian Advocacy League for Individuals with
Disability (VALID)
Rick Ruiu / Manager, Self Advocacy / VALID
Gregory Tucker / Project Worker / VALID
Anthony Risoli / Team Leader / VALID
Hala Baksmaty / Project Worker / VALID
Tarus Fiu / Project Worker / VALID
Sandra Murphy / Team Leader / VALID
Genevieve Charles / Project Worker / VALID
Jon Slingsby / Manager / VALID Connect
Zoe Broadway / Senior Project Officer / VALID
Connect
Michele Semmens / Manager, Community
Development / VALID
Croos Jegasethan / Project Lead / VALID
Melanie Watson / Administration Manager /
VALID

解説

知的障害当事者によるセルフアドボカシーとエンドオブライフ啓発の実践が行われていた。特に、当事者が自らの死別体験や悲嘆を語り、それを小冊子やワークショップの内容に反映していた点である。「Talking End of Life」などの Easy Read 資料（図－6）は、専門職が一方向的に作成したものでは

なく、当事者の体験を土台に共同作成されたものであり、共感しやすく実感のある内容となっていた。

Loss of a loved pet



It's okay to talk about grief

図－6 「Talking End of Life」 Easy Read
<https://valid.org.au/wp-content/uploads/2020/12/VALiD-A5-Booklet-BensStory-3-171120-wb.pdf>

ワークショップでは当事者自身が講師となり、仲間の前で死や悲しみについて話す機会を持っていた。これにより、知的障害者は支援の受け手であるだけでなく、支援文化を形成する担い手として位置づけられていた。

他方で、家族や支援者には、死や DNAR を本人に伝えることへの抵抗があり、本人参加の障壁となっている。したがって、本人向け資料だけでなく、家族や支援者が本人に話すことを支える文化と環境づくりが必要であることがわかった。

VALID8 Service User Review of Empowerment Practice は、もともと障害サービス事業者が自分たちの実践を点検する自己監査（self-audit）ツールとして始まり、その後、グループホーム入居者のエンパワメント実践を、当事者ピアが訪問して確認するレビュー・ツールへ発展した。VALID 自身と、知的障害のあるスタッフがこのレビューを共同設計・実施し、グループホームのスタッフや管理者が、入居者の自己 advocacy

や empowerment をどの程度支えているかを見る仕組みである。評価領域は、本人中心計画、意思決定支援、組織運営への発言権、サービスに関する意思決定への関与、スキル開発の機会、職員支援のあり方への発言権、wellbeing、地域生活・地域参加である。

この評価の実施は、知的障害のあるレビュー担当者がグループホームを訪問し、住んでいる人の話を聞き、サービス提供者に提言する仕組みであり、6年間で170のグループホームを訪問し、peer review framework と タッチスクリーンの VALID8 アプリを使って、住民が安全かつわかりやすく体験を伝えられるようにしている。(図-7)

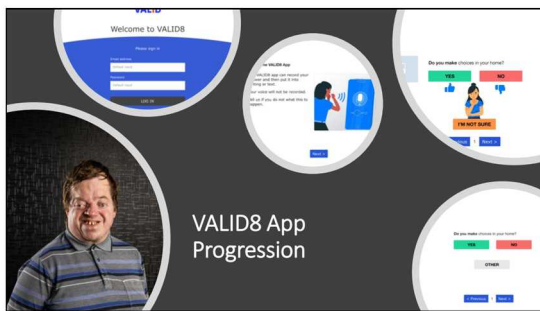


図-7 NALID8 の紹介ページから

<https://www.valid.org.au/wp-content/uploads/2021/07/VALID8-Network-presentation-final-June-2021.pdf>

⑥ シドニー大学障害学研究センターセミナー (2025年8月28日) 図-8ヒアリングの様子

知的障害者の高齢化と終末期支援について、研究、教育、当事者支援の観点から議論された。当日は、国内の研究者を招聘し、オーストラリア国内の取り組みについて幅広い情報提供を受けた。

無料オンライン教材 Talking End of Life (以下、TEL) についても説明を受けた。

内容は全12モジュールで、3つの大きな領域に整理されており、第1群「How do I do this?」は、支援者としてどう関わるか。第2群「Teaching how to understand end of life」は、死の理解そのものを支える。第3群「Teaching the planning options」は、終末期の希望や計画を扱う。各モジュールは、単なる講義ではなく、活動、ケ

ースタディ、短い動画、実践的なコツ、参考資料、研究リンクで構成されており、さらに、各モジュールにファシリテーターガイドが付いており、個人学習だけでなく、スタッフ研修や職場内勉強会としても使えるようになっている(図-9)。



オーストラリア連邦政府保健省「公衆衛生・慢性疾患助成プログラム」助成事業



テーマは3、モジュールは12

12のモジュール ⇨ 3つのテーマに分類

- ① 取り組み方 (5モジュール)
支援者としての役割、教える技術・心のケア・文化への配慮に関する内容
・支援者としての役割 (Your role as a DSP)
・教えるためのスキル (Handy teaching skills)
・感情の扱い方 (Managing feelings)
・文化的な価値観 (Cultural beliefs)
・なぜこれは大切なのか (Why is this important?)
- ② 「人生の終わりを理解するために」 (3モジュール)
死や喪失、悲嘆について理解を深めるための基本的な内容
・死にむくこと (Dying)
・死 (Death)
・喪失、悲しみ、追悼 (Loss, grief, mourning)
- ③ 「備えること」を教える (4モジュール)
人生の終わりに向けた選択教や希望を伝える内容
・臓器・組織提供 (Organ and tissue donation)
・終末期ケア (Care when dying)
・葬儀の希望 (Funeral wishes)
・遺贈 (Bequeathing)



図-9 TEL ホームページより (小杉翻訳)

⑦ Maroba Manor 視察(2025年8月29日午前)

この施設では、入居者に ACP が整備されていたほか、本人・家族、OT、PT、ST、栄養士、薬剤師などの多職種チームが継続的に関与し、終末期であっても生活の質を重視する姿勢が一貫していた。

⑧ Calvary Mater Mercy Hospice 視察 (2025年8月29日午後)

要点

- ・ 本人参加を前提とした shared decision-making が行われている。
- ・ 代理意思決定者は家族以外も柔軟に位置づけられている。
- ・ 馴染みの支援者の継続関与が安心につながっている。

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Mark Mather / Calvary Mater Newcastle / Palliative Care Staff Specialist

解説

ホスピス医療の現場で、代理意思決定、人工栄養、知的障害者支援、NDIS との接続について説明を受けた。原則として、本人が意思決定可能であれば必ず本人を参加させ、そのうえで必要に応じて代理意思決定者やパブリック・ガーディアンを交えた shared decision-making を行うことが重視されていた。

代理意思決定者については、NSW 州の Person Responsible 制度により、家族に限定せず、本人に深く関わってきた人物が柔軟に位置づけられていた。また、知的障害者ががん等を発症した場合でも、可能な限りグループホームや自宅で生活を継続しながら支援を受けることが考えられていた。さらに、NDIS のサポートワーカーがホスピス入院中の利用者のもとを訪れ、「馴染みの顔」としてそばにいてことで安心感を支えていることも紹介された。これは、終末期支援において、医療的処置だけでなく、関係性の継続が極めて重要であることを示している。日本でも、家族や医師だけでなく、長期支援者が意思決定支援と安心の両面で果たす役割を重視すべきである。

⑨ John Hunter Hospital Palliative Care Team 視察 (2025 年 8 月 29 日午後)

急性期病院の中での ACP と意思決定支援の実践について情報を得ることができたほか、知的障害のある人を看取る際のフローチャートが作成されていた。

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Orlaith Finucane / John Hunter Hospital / Staff Specialist and Clinical Lead, Department of Palliative Care Medical and Interventional Services
Ellen Sweeney / Staff Specialist in Palliative Medicine & Kidney Supportive Care

解説

急性期病院の中で ACP と意思決定支援をどのように実務として運用しているかが示された。医師、

ナースプラクティショナー、専門看護師等による緩和ケアサービスの患者を対象としたミーティングでは、患者ごとに入院理由、背景、代理意思決定者が誰か、ケアの限界や課題は何かを全員で確認し、ケース会議として機能していた。

緩和ケアサービスの患者に Resuscitation Plan を作成し、AD がある場合 (図-10) には電子カルテへアップロードし、退院時には地域の GP や在宅支援側へ共有する仕組みが整っていた。ACP は理念ではなく、記録・共有・引き継ぎを含めた実務として定着していた。

知的障害者支援については、重度障害者では ACP や AD が難しい場合も多いが、それに対応するため専任職員を置き、支援経路を Pathway として明確化していた。これは、日本の障害福祉施設においても、誰が確認し、どこに記録し、どう共有し、次の場面へどうつなぐかをマニュアル化する必要性を示している。

⑩ Additional Online Meeting with Health Professionals in the South Eastern Sydney Local Health District 追加会議 (2025 年 12 月 4 日)

要点

- ・ 知的障害者の終末期ニーズは見逃されやすかった。
- ・ 専門 CNC を地域緩和ケアへ埋め込むモデルが構築されている。
- ・ 管理者研修と評価指標が実装の鍵とされている。

情報提供者 (Name / Organisation / Role)

Maria / South East Sydney · Prince of Wales Hospital related service (details to be confirmed) / Model of Care presenter · specialist role in intellectual disability and palliative care
Rebecca / Prince of Wales Hospital / Palliative Care Specialist
Linda / South East Sydney palliative · supportive care services (details to be confirmed) / Service

director・funding lead (details to be confirmed)

解説

知的障害のある人が終末期に近づいても、その緩和ケアニーズが十分認識されず、グループホームや支援付き住居から急性期病院へ繰り返し搬送され、そのまま病院死に至る例が多いことを課題として挙げていた。これに対し、知的障害と緩和ケアの双方を理解する専門的 CNC を新設し、地域緩和ケアチームへ埋め込むモデルが構築されていた。支援は死の直前だけでなく、比較的早い段階から開始され、在宅やグループホームなど生活の場で本人を支えることが重視されていた。

KPI として救急受診数、入院数、死亡場所、教育セッション数などが設定され、効果を可視化する仕組みがあった。加えて、実践の成否は管理者判断にも左右されるため、現場職員だけでなく管理者向け研修が重要とされていた。日本の看取り導入マニュアルにおいても、実践手順だけでなく、管理者教育と効果測定を組み込む必要性を示す重要な知見であった。

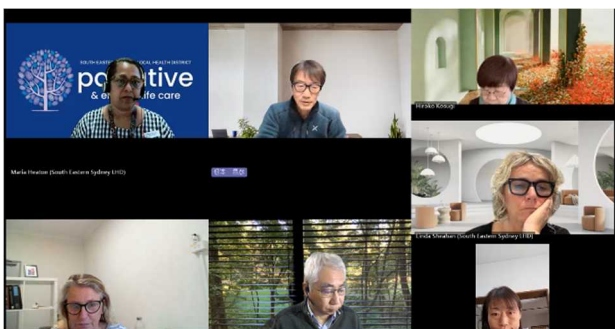


図-12 ヒアリングの様子

⑦から⑨に記載した視察は、ニューカッスル大学 (UON) 医学・公衆衛生学部リサーチフェローである Professor Mariko Carey の多大なご協力により実施することができた。現地関係者との調整および視察当日の支援に対し、ここに深く感謝申し上げる。

D. 考察と結論

本研究では、障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取りマニュアルの実装に向け、オーストラリア視察を通じて、知的障害者の終末期支援に関する制度、実践、教育、当事

者参画の実際を把握した。その結果、豪州では、ACP や代理意思決定の仕組み、多職種連携、わかりやすい資料、支援者・管理者への教育、評価を含む実装体制が一定程度整備され、本人の希望を生活の延長として支える視点が明確であることが確認された。

一方、日本では、知的障害者の看取りを障害福祉の場で継続的に支える体制はなお十分でないが、本人希望があれば受け入れたいと考える事業所は一定数存在しており、その実現に向けて、看取り導入マニュアルの意義は大きい。今後は、同マニュアルを基盤として、意思決定支援、医療連携、管理者教育、家族支援、制度上の課題整理をさらに深め、障害福祉分野における看取りの実装可能性を高めていくことが求められる。

【参考資料/文献】

- 1) 「PEPA」
https://www.health.gov.au/our-work/program-of-experience-in-the-palliative-approach-pepa?utm_source=chatgpt.com
- 2) 「Talking End of Life」 Easy Read
<https://valid.org.au/wp-content/uploads/2020/12/VALiD-A5-Booklet-BensStory-3-171120-wb.pdf>
- 3) 「NALID8」 <https://www.valid.org.au/wp-content/uploads/2021/07/VALID8-Network-presentation-final-June-2021.pdf>

F. 研究発表

論文発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

別添 4 - 4

障害者支援施設等における看取り支援に必要な構造

分担研究報告書

障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取り
マニュアルの実装に向けた研究 (25GC1013)

分担研究報告書

障害者支援施設等における看取り支援に必要な構造

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、障害者支援施設での看取りの体制整備について若干の報告をした。今年度は、知的障害者施設の看取り支援に必要な構造について検討したい。障害者支援施設では、地域移行などに関する意思の確認が必須となり、利用者の意思をどのように確認するのかが大きな課題となっている。特に重度の知的障害者の意思をどのように確認するのか、看取りに関しても同様の課題がある。この点に資する資料としたい。

A. 概要と目的

障害者支援施設及びグループホームにおける看取り支援に関して、これを目的とする。

簡単に障害児者の実態から確認したい。

図1, 表1の通り、身体障害児者 436 万人、知的障害児者 109.4 万人、精神障害者 614.8 万人と併せて、1,100 万人を越えている状況となっている。

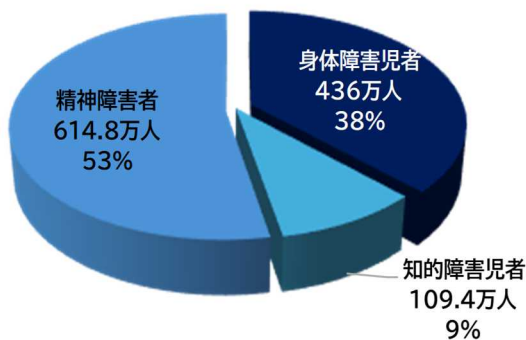


図1 障害児者の数

障害種別で生活の場を施設とする児者の割合が高いのは知的障害児者であることもわかる。知的障害児者全体の 13.2 万人 (12%)が施設で生活している (表1)。

表1 障害児者の数

		単位:千人		
		在宅	施設	総数
身体障害児者	人数	4,287	73	4,360
	%	98%	2%	100%
知的障害児者	人数	962	132	1,094
	%	88%	12%	100%
精神障害者	人数	5,861	287	6,148
	%	95%	5%	100%
合計	人数	11,110	492	11,602
	%	96%	4%	100%

この点からも、知的障害児者が通常の社会では生活しづらいので、施設で生活するしかない状況が推測できる。

そのような施設の状況で「看取り」について障害者支援施設がどのような構造を持たねばならないのかを検討する。

B. 方法

「看取りに関する研究会」を2026年1月に開催し、それぞれの施設・事業所（障害者支援施設・共同生活援助）の看取りに関する課題を短時間で発表したため、その内容のまとめと、「障害者地域生活支援も踏まえた障害者支援施設のあり方に係る検討会第4回資料」及び「障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究」の成果から検討し、課題を整理する。

表2 看取りに関する研究会参加者

no	参加施設・事業所	役職
1	訪問の家	理事長
2	管間在宅診療所	所長
3	Neighborhood Care	代表理事
4	日本社会事業大学	教授
5	コミュニティーアンドコミュニティーホスピス	事務局
6	文京学院大学	准教授
7	筑波大学・SDMJ	代表
8	ロザリオの聖母の会	所長
9	つつじヶ丘学園	理事長
10	ゆう愛荘	施設長
11	障害者支援施設ふるさと	
12	訪問看護ステーション en	代表
13	東京福祉大学	教授
14	陽気会陽だまり園	施設長
15	白州いずみの家	施設長
16	厚生労働省	専門官
17	国立のぞみの園	4名

C. 研究結果

第1項 障害者の地域生活も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会資料から

障害者支援施設に求められる役割・機能、に関して、「障害者総合支援法では、基本理念に沿って、可能な限り地域社会において

他の人と共生することを支援することが障害者支援施設に求められる役割や機能、あるべき姿である¹。」ことが示された。

このあるべき姿に関して4点が指摘されている。

1) 利用者の意思・希望の尊重

どこで、誰と、どのように生活したいか本人の意思・希望が尊重される意思決定支援の推進が重要であり、本人にわかりやすい情報を提供するように配慮するとともに、あらゆる場面で体験や経験を通じた選択の機会を確保し、本人の自己実現に向けた支援を行う必要がある。その際、脱施設化ガイドラインにおける「施設」の典型的要素を、可能な限り減らしていくことに留意する必要がある。

表3 施設の典型的要素

no	項目
1	介助者を他人と共有することが義務付けられ、誰に介助してもらうかについての意思表示権がない、または制限されている
2	地域での自立した生活から隔離され、分離されている
3	日々の決定をコントロールできない
4	誰と暮らすかという関心事についての本人の選択肢がない
5	個人の意思や希望に関係なく、日常生活が厳格である
6	一定の管理のもと、個人が属するグループ単位に、同じ場所ではほぼ同じ活動を行う
7	サービス提供が父権主義的アプローチである
8	生活環境を監督する
9	同じ環境に障害のある人が偏っている

2) 地域移行を支援する機能

施設から地域生活への移行を支援する機

¹ 第4回障害者の地域生活支援も踏まえた障害者

支援施設の在り方に係る検討会資料2 R7.9.16

能として、地域と連携した動機付け支援や地域移行の意向確認等に取り組む必要がある。

3) 地域生活を支えるセーフティネット機能

地域生活を支えるセーフティネットとして、地域での生活が困難となった場合の一時的な入所や、施設の有する知識・経験・支援技術等の専門性の地域への還元、緊急時や災害時における地域の拠点としての活用を推進する必要がある。

4) 入所者への専門的支援や生活環境

強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者などへの専門的な支援の更なる推進や、重度化・高齢化した利用者への対応、終末期における看取りまでの支援は、地域における支援体制づくりも求められているが、特に障害者支援施設において強く求められている役割として重要である。また、入所者の暮らしの質の向上に資する生活環境（居室、日中活動など）にすることが特に重要必要である。

以上の内容から、「終末期における看取りの支援」は障害者支援施設の専門的な支援内容として求められていることがわかる。

第2項 地域移行の確認

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定では、すべての入所者に対して地域生活への移行に関する意向や施設外の日中活動系サービスの利用の意向について確認し、本

人の希望に応じたサービス利用になるようにしなければならないことが入所施設の一般原則に規定されるとともに、地域移行等意向確認担当者の選任や、地域移行等意向確認等に関する指針の作成が規定され、令和8年度からは義務化されることが決定した。これにより、入所者の希望に沿った地域生活への移行に向けた支援体制だけでなく、入所者の意向に沿ったサービス提供の支援体制が一層強化されることが期待されている²。

この内容を踏まえれば、「看取り」に関しても利用者の意向に沿ったサービスを提供しなければならないという理念を施設が持つ必要があることが示されたといえる。

D. 考察

第1項 支援内容の変更による施設の支援内容

1) 本人の意思について（看取りの土台）

昨年度、下図のような構造が障害者支援施設には必要であることを示した。

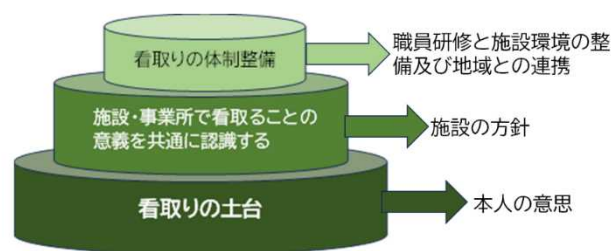


図2 障害者支援施設やG・Hで実施する看取りの体制

看取りの土台となる「本人の意思の確認」をする体制をどのように整えるのか、その

² 障害者支援施設における支援者のための地域移行等の意向確認マニュアル R7.3 PwCコンサルティング合同会社

構造が問われていることになる。

意思決定支援の定義は「意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意志決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう³。(下線筆者)」

検討しなければならない内容の第一点として、「可能な限り本人が自ら意思を決定できるよう支援し」という記載である。この内容を真摯に受け止めれば、これまでの障害者支援施設の支援を全面的に反省しなければならない内容である。

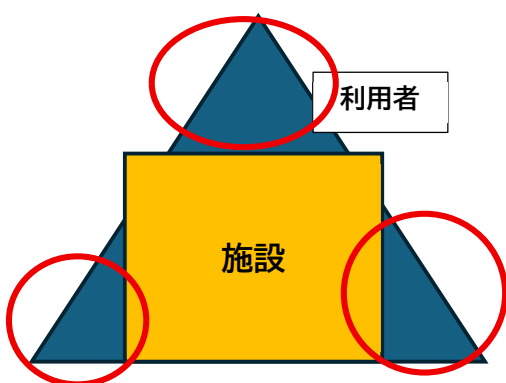


図3 施設と利用者の関係

これまでの支援は利用者が施設からはみ出している赤丸で囲んだ三角の部分で四角の施設の中にどのように適応させるのかという支援でしかなかったように思われる。

施設は日課という厳然とした法則を持ち、

その日課に利用者押し込むことが支援であるとしていたように思われる。

意思決定ガイドラインが求める施設支援の構造は以下の図4のようになると思われる。

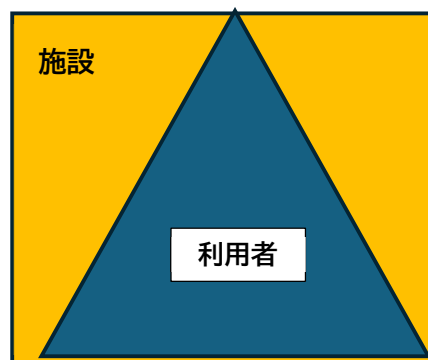


図4 施設と利用者の関係

利用者に合わせて施設の支援の幅を広げいくような構造を持つ必要がある。そうでなければ、利用者が自らの意思を決定できるような状況は生まれない。

また、施設が上記のような柔軟性を持てば、利用者の意思の形成が育まれ、意思の表明がこれまでよりも顕著になっていくのではないのかと思われる。

2) 看取りに関する施設の方針

障害者の地域生活も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会資料では、「終末期における看取りまでの支援は、地域における支援体制づくりも求められているが、特に障害者支援施設において強く求められている役割として重要である。」ことが示されていた。

この内容から、障害者支援施設では「看取

³ 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定ガイドラインについて 障発 0331 第15号 H29年厚生労働省社会・援護局 障害保健副支部長

りに関する施設の方針」を作成することは必然的な内容であることが示されたと考えることができる。

看取りに関する施設の方針があることも大切であるが、その方針を職員が理解し、推進していく体制がなければ、意味がないと思われる。

看取りに関する施設の方針をどのような手順で作成するのかが問われることになる。施設の管理職が作成するのではなく、施設の各部署の新人職員を含むチームを作成し、看取りに関する施設の方針を作成することが望まれる。

3) 看取りの体制整備(施設の人的・物理的環境整備と地域との連携)

施設の人的環境整備は看取りに関する職員研修の構築である。看取りの方針をチームで作成し、その内容を施設内で共通認識するための作業工程をどのようにするのが問われている。

施設職員の共通認識の形成には、単に情報を共有するだけでは不十分で、以下の3層が重要であることが報告されている。

① 価値観(理念・倫理レベル)

ここがずれると同じ場面でも支援の方向性がずれる。

- ・利用者主体(自己決定の尊重)
- ・権利擁護
- ・ノーマライゼーション

② 判断基準(判断レベル)

- ・利用者のニーズの捉え方
 - ・行動の意味づけ
- (問題行動 vs 表現行動)

- ・リスクの評価

③ 具体的支援(行動レベル)

- ・個別支援計画の実施
- ・支援手順書の履行
- ・環境調整の仕方

施設の物理的環境整備では、看取りを実施するための建物環境はどのような設備が必要なのかを協議する必要がある。

① 看取りのための個室

② 保護者の寝泊まりする部屋等が必要であると考えられる。

最後に地域との連携では、

① 協力医療機関との連携

② 訪問看護ステーションとの連携

(共同生活援助では使える可能性がある)

③ 市町村の障害福祉課との連携

等が考えられる。

E. 結論

看取りの体制の整備の構造は、施設の内
部から徐々に広がり地域へと広がりを見せる構造であることがわかる。

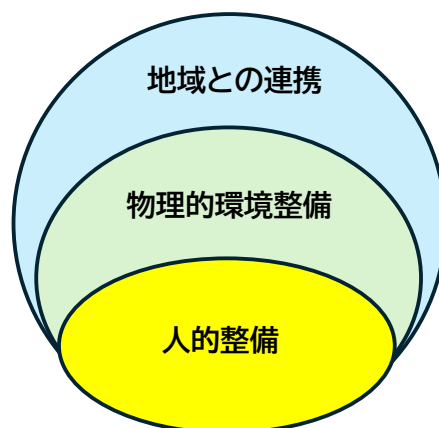


図5 看取り支援の体制整備の構造

単に施設内に目を向けるのではなく、施設から地域までも見通して体制を整備することが求められている。

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 - 5

介護福祉士養成における看取り介護教育の課題

－大学での授業実践から－

分担研究報告書

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等における高齢障害者への看取り

マニュアルの実装に向けた研究 (25GC1013)

分担研究報告書

介護福祉士養成における看取り介護教育の課題—大学での授業実践から—

分担研究者：出村 早苗 (文京学院大学)

研究要旨

介護福祉士養成課程カリキュラムでは、看取りに関連する授業が複数科目あり、必修科目として位置づけられている。各科目には想定される教育内容の例があり、指定教科書を基に授業が展開される。本稿では看取り介護関連必修科目「生活支援技術」を取り上げ、年代が若く死に触れた機会が少ない学生達を対象とした授業内容の一例と教材紹介、大学における看取り介護教育の実践から考察を行った。

授業実践から、看取り介護教育では段階的学びを意識した授業展開が望ましく、3つの段階として、①死生観の土台づくり、②イメージを持つ、③具体的な支援内容を学ぶ、ことがあげられた。各段階ごとに教具・教材を導入することが効果的であると考え。また、生と死に関する授業内容となることから、個々の背景により本科目の授業内容が辛いと感じる学生がいることを想定して授業準備を行う必要があること、具体的に授業で実践している配慮事項についてまとめた。

高齢障害者への看取り支援の重要性が増す中、今後の課題として、障害分野の看取りに関する教育内容の検討があげられる。そのためには、障害分野の看取りの現場で求められる支援を明らかにし、現場との接続性のある教育内容の検討が必要である。

A. 研究目的

介護福祉現場では日常生活支援の先に、その人の人生の終焉があることも多く、人の生から死までを支える介護が求められる。介護福祉士は生活の場での看取りにおいて、最期の時まで本人が望む生き方を支えることになる。最期の時までの生き方を支えるためには、本人の思いや願いを理解し、寄り添う姿勢が必要となるだけでなく、看取りに対する幅広い知識が求められる。危篤時や臨終期における身体機能の変化に対する知識、死に臨む本人が感じるさまざまな苦痛を緩和するための介護方法、家族に対する支援、死後の介護、死別の悲しみに対するグリーフケアなどの知識を持ち、看取りに携わることになる。そのため、介護福祉士養成課程カリキュラムでも、看取り介護教

育が必修科目として位置づけられており、養成ルートで資格取得を目指す学生は事前に看取りに必要な知識を学ぶ体制がある。

本稿は、看取り介護の授業を担当する教員として取り組んできた授業実践から、若い年代の学生に看取り介護教育を行う上での課題を探る。看取りに携わる専門職を育てるために必要となる教育内容について検討し、学生にどのように伝えていくことが望ましいのか、大学での看取り介護教育の実践から考察する。

B. 研究方法

介護福祉士養成課程の必修科目として位置づけられている科目のうち、看取り介護に関する科目について整理し、そのうちの1科目「生活支援技

術」での授業内容を取り上げ、授業における配慮事項、教具・教材の使用目的等から、今後の介護福祉士養成課程における看取り介護教育の課題を明らかにする。

C. 研究結果

(1) 介護福祉士養成課程での看取り介護教育内容

介護福祉士資格取得ルートは、「養成施設ルート」、「実務経験ルート」、「福祉系高校ルート」、「経済連携協定(EPA)ルート」の4つに分かれており、本学は「養成施設ルート」の中の「介護福祉士養成施設(2年以上)」に該当する。カリキュラム総時間は1850時間となり、必修科目を修めた後に国家試験受験資格を得て、国家試験受験、合格後に介護福祉士資格を取得する流れとなる。

介護福祉士のカリキュラムは、4つの領域、15の教育内容に分けられている。各領域の目的・教育内容・教育内容のねらい・教育に含むべき事項・

留意点・想定される教育内容の例が示されており、この教育内容例に沿って授業が展開される。表1は、介護福祉士養成課程のカリキュラムで示されている領域と教育内容一覧である。太字に下線とした5つが看取り介護に関する教育内容があり、「想定される教育内容の例」に看取り介護教育に関する記載がある。

看取りに関する教育内容は複数の必修科目(科目名「生活支援技術」、「こころとからだのしくみ」、「認知症の理解」、「介護の基本」、「人間の尊厳と自立」)として位置づけられているが、そのうち、「想定される教育内容の例」に看取りに関する詳細が記載されている教育内容は、「生活支援技術」と「こころとからだのしくみ」となる。介護福祉士養成課程のカリキュラムの中では、主にこの2科目において看取りに関して詳しく学ぶ体制となる。

表1. 介護福祉士養成課程の領域・教育内容一覧

領域(4つの領域に分かれる)	教育内容(15の教育内容に分かれる)
人間と社会	<u>人間の尊厳と自立</u> 人間関係とコミュニケーション 社会の理解 人間と社会に関する選択科目
介護	<u>介護の基本</u> コミュニケーション技術 <u>生活支援技術</u> 介護過程 介護総合演習 介護実習
こころとからだのしくみ	<u>こころとからだのしくみ</u> 発達と老化の理解 <u>認知症の理解</u> 障害の理解
医療的ケア	医療的ケア

「介護福祉士の教育内容の見直しを踏まえた教授方法等に関する調査研究事業報告書『介護福祉士養成課程新カリキュラム教育方法の手引き』(2019) 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 を基に作成

本稿では、科目名「生活支援技術」での看取り

介護教育を取り上げる。表2は、必修科目「生活

支援技術」の「人生の最終段階における介護」で想定される教育内容の例となる。各科目ごとに教育に含むべき事項や想定される教育内容の例があり、授業は基本はこの内容で進められる。また介

護福祉士養成課程の想定される教育内容の例に沿った指定教科書を使用した授業展開となる。今回取り上げる「生活支援技術」では、指導教科書以外の文献、視聴覚教材等を併用している。

表2 必修科目「生活支援技術」看取り介護で想定される教育内容の例

領域	科目	教育に含むべき事項	想定される教育内容の例
介護	生活支援技術	人生の最終段階における介護	1) 人生の最終段階とは ・人生の最終段階の社会/文化的/心理的/身体的意義と目的 ・死の準備教育 2) 人生の最終段階にある介護の視点 ・尊厳の保持 ・生きることを支える介護 ・意思決定支援(ACP アドバンス・ケア・プランニング) 3) 人生の最終段階を支えるための基本となる知識と技術 ・終末期の経過に沿った生活支援 ・心理的支援、環境の調整 ・安楽の技法 ・急変時と対応 ・臨終時のケア・死後のケア 4) 家族・介護職が「死」を受け止める過程 ・グリーフケア・デスカンファレンス

「介護福祉士の教育内容の見直しを踏まえた教授方法等に関する調査研究事業報告書『介護福祉士養成課程新カリキュラム教育方法の手引き』(2019) 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 を基に作成

なお、科目「こころとからだのしくみ」における看取りケアで想定される教育内容の例は、表3の通りである。科目「生活支援技術」の想定され

る教育内容の例と重なる項目も多いが、科目「生活支援技術」では、介護福祉の現場で必要となる看取りに関する生活支援技術について学ぶことになる。

表3 必修科目「こころとからだのしくみ」看取り介護で想定される教育内容の例

領域	教育内容	教育に含むべき事項	想定される教育内容の例
こころとからだから	こころとからだから	人生の最終段階のケアに関連したこころとからだのしくみ	1) 人生の最終段階に関する「死」のとらえ方 ・死のとらえ方・生物学的な死・法律的な死・臨床的な死・尊厳死・安楽死 ・リビングウイル ・意思決定支援(ACP アドバンス・ケア・プランニング) 2) 「死」に対するこころの理解

だ の し く み	だ の し く み		<ul style="list-style-type: none"> ・「死」に対する恐怖・不安・「死」を受容する段階 ・家族の「死」を受容する段階 <p>3) 終末期から危篤状態、死後のからだの理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期から危篤時の身体機能の低下の特徴(終末期の特徴、危篤時の変化(死の三徴候など)・死後の身体変化 <p>4) 終末期における医療職との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期から危篤時に行われる医療の実際(呼吸困難時、疼痛緩和など) ・終末期から危篤時、臨終期の観察のポイント ・介護の役割と医療との連携・その他(死亡診断書・死後の処置など)
-----------------------	-----------------------	--	--

「介護福祉士の教育内容の見直しを踏まえた教授方法等に関する調査研究事業報告書『介護福祉士養成課程新カリキュラム教育方法の手引き』(2019) 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 を基に作成

障害分野の必修科目として位置づけられる「障害の理解」における「想定される教育内容の例」が表4となる。看取りに関する想定される教育内容の例は記載がないが、指導教科書を確認すると、「想定される教育内容の例」の中の「ライフステージの特性と障害の影響」、「ライフステージごと

の支援方法」に該当する箇所で見取りに関する記述がある。表5は本学で使用している教科書から、関連する該当箇所を抜粋したものである。障害分野での看取りについては記載箇所が少ない状況であるといえる。

表4 必修科目「障害の理解」看取り介護で想定される教育内容の例

領域	教育内容	教育に含むべき事項	留意点	想定される教育内容の例
こ こ ろ と か ら だ の し く み	こ こ ろ と か ら だ の し く み	③障害のある人の生活と障害の特性に応じた支援	障害のある人のライフステージや障害の特性を踏まえ、機能の変化が生活に及ぼす影響を理解し、QOLを高める支援につながる内容とする	2) 生活と障害 <ul style="list-style-type: none"> ・ライフステージの特性と障害の影響 ・ライフステージごとの支援方法 ・サービスの種類とサービスを受ける方法

「介護福祉士の教育内容の見直しを踏まえた教授方法等に関する調査研究事業報告書『介護福祉士養成課程新カリキュラム教育方法の手引き』(2019) 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 を基に作成

表5 必修科目「障害の理解」指導教科書での看取り介護記載箇所

教育内容「障害の理解」指導教科書「知的障害」に関する記載一部抜粋

(4)高齡期

高齡期は、青年期・壮年期よりもさらにたくさんの支援を受けながら生活する場合があります。支援の量が増えても、「1人の人」として人生の課題に取り組むことが重要で、尊厳を大切にしながら支援することが大切になります。

1. 知的障害のある人にとって大切なこと

- ・日常生活や社会生活において、できていたことができなくなっていくことや、心身機能が衰えていくことに対応する
- ・新たにあらわれた病気に対応する
- ・心身機能や生活状況に応じたサービスを利用し、適応する
- ・身近な人を含めた死に対応する

2. 家族や支援者にとって大切なこと

知的障害のある人の高齡期に、周囲の人が留意しなければいけない点があります。障害のある人に老いの自覚がない場合には特に気をつけて、尊厳をそこなわないように関わっていく必要があります。

留意点の1つ目は、障害のない人よりも老化が早い場合があることです。老化が始まっても、知的障害のある人自身に自覚がない場合もあります。いままでできていたことができなくなってきたことに気づいたら、認知症や精神疾患(うつ病等)の可能性を考え、早期に受診してもらえよう、話し合しましょう。

2つ目は、病気への注意です。知的障害のある人の死因の多くが、障害のない人のものとは異なっているということが指摘されています。知的障害が軽度の場合でも、複雑な因果関係の理解は難しいため、心身の不調(結果)が、見た目ではわからないからだの内部の変調によるもの(原因)とは自覚することができず、心身の状態を適切に訴えられずに、受診が遅れてしまう場合もあります。定期的に受診できるよう、環境を整えていくことが重要です。

引用文献「最新介護福祉士養成講座 14 障害の理解」介護福祉士養成講座編集委員会/編 中央法規出版(2022) p170

(2)科目「生活支援技術」看取り介護の授業における配慮事項

本学受講対象学生の年齢は、十代後半から二十代前半となり、身近な人の死を経験していない学生が多い。死に触れた機会がない学生にとり、教科書にある看取り介護の具体的な知識から授業が入ると、看取りのイメージが持てないまま、死に関わることが怖いという記憶だけで授業が終わる可能性もある。また受講後、看取りに関して、抵抗がある、苦手意識があるという記憶だけが残る場合、介護福祉現場で実際の看取りを経験した際にはさらに大きなとまどいとなることも予測される。そのため、看取りに関する授業を受けるにあたり、死に対する過度の不安や恐怖を感じたり、

授業内容に抵抗がある学生がいるかもしれないことを想定した授業体制を検討している。看取り介護に関する科目は必修科目となり、介護福祉士を目指す学生に受講しないという選択肢はない。生と死に関して考えざるを得ない授業内容となることから、他科目よりも配慮が必要な科目であると考えている。

まず本科目では段階的な学びを特に意識して、授業を構成している。十代後半から二十代前半の学生への看取り介護教育では、具体的授業内容に入る前の準備段階が必要となると考えている。この段階的な学びについては、介護福祉現場における職員への看取り介護教育・研修等でも同様となることが予測される。

表6は、看取り介護教育における3つの段階となる。第1に、死について考える機会をつくる。死に触れた機会がない学生にとり、死について考えてみることから始まり、やがて自らも親しい人との死別があるかもしれないこと、そして自らが死を迎える時にどのような生き方を望むのか等、自分自身の死生観の土台づくりに繋がればよいと考える。第2に、視聴覚教材を使用、または介護福祉実習を通じた経験から、生きることや死ぬこと、看取りに関してイメージを持つことである。教科書の文字だけを捉えるのではなく、看取りの

現場を体感することが必要となると考えている。ここでは、特に生活の場における看取りが体感できる教材を選択している。第3の段階として、看取り介護に関する具体的知識、技術を学んでいく段階となる。この第3の段階が介護福祉士養成課程テキストに記載されている内容となり、ここで必要な知識を身につける。第1、第2の段階は、死への準備教育に該当する。この準備教育を経て、第3の段階に移行することが望ましいのではないかと考える。

表6 看取り介護教育における3つの段階

①死生観の土台づくり 死について考える機会をつくる	②イメージを持つ DVD視聴または実習現場での経験	③必要な知識を身につける 看取りケアについて具体的に学ぶ
------------------------------	------------------------------	---------------------------------

次に看取り介護に関する授業開始前のアンケートを実施している。親しい者との死別を経験していない学生が多い一方で、既に死別経験をしている学生も一定数おり、該当学生が当時を想起するような授業内容もある。アンケートの目的は、身近な人の死を経験後、日が浅い学生や、人の死に関して向き合うことが辛いと感じる学生がいるか

もしれないことを想定し、事前に学生の状況把握をするためである。

表7は、実際に授業にて使用しているアンケート用紙の文面となる。看取り介護の授業に入る前に試験を実施するため、試験用紙の中にアンケートを組み込んでいる。他者の目を気にする学生もいることから、学生同士で記載をしたことがわからないようにするため、試験時間を使用している。

表7 科目「生活支援技術」看取り介護の授業開始前のアンケート用紙文面

<p>以下、採点対象外です。生活支援技術E、前半の「入浴・清潔保持の介護」については本日で終了します。後半は「看取り介護」について学ぶ予定です。</p> <p>後半の授業は、生きることや死ぬことに関して考える機会が多い授業内容となります。必修授業であるため、皆さんが授業の選択をできませんが、この授業を受けるにあたりどうしても向き合うことがつらい、演習等に関して不安があるという学生さんがいらしたら、事前に教えてください。</p> <p>授業にて特別な配慮(授業の欠席など)ができるわけではありませんが、皆さんの状況の把握をするために毎年お聞きしています。詳しい事情まで記載する必要はありません。答えられる範囲で構いません。特にない場合には、何も記載する必要はありません(前半の授業の感想などがあれば、自由に記載してください)。</p>
--

用紙に記載をする学生の中には、授業を受けることが辛いと予測される背景がある学生もいる。

該当学生がいる年度は授業後の様子、DVD視聴後の様子を特に気にかけるようにしている。直接授業後に声をかける場合もあるが、見守る形が多い。

これまで授業内容に向き合える状況にない学生への個別の対応をしたこともある。状況から授業に向き合えないのは当然と思われる背景があり、本人の希望があり個別面談を行い対応をしている。この対応では、学生が不安を感じている授業回に該当する日程を伝えて欠席を認めている。単位に影響する状況は生じず、個別に授業回の資料配布を行う対応を行った。これらの対応は、本学の特色として少人数教育でいつもと違う学生の様子を教員が把握しやすい環境、フォローしやすい体制が学内にあるため可能となっているが、学生数によっては把握が難しくなるかもしれない。また表7にある通り、アンケートに事情を記載したことで出席状況に関して特別な配慮ができるわけではないため、この学生に関しても、欠席授業回を出席として扱うなどの対応は行っていない。ただ授業担当教員が本人の背景を把握していることは、授業内容に不安や辛さを感じている受講学生にとっては安心感につながる可能性は高いのではないかと考えている。

他、看取りのドキュメンタリーを視聴前には、生きていた方が亡くなる場面があること、看取り期の呼吸の変化やお別れの場面があること、ご遺体となられてからのご本人が映し出された映像があることを伝え、見るのが辛い場面がある学生

は見ないという選択も認める説明をしてからの視聴としている。細かく事前に映像内容を提示することで、学生が心の準備ができる時間を設けている。

本科目では配慮をした上で、介護福祉士は人の人生の最期まで深く関わることのできる専門職であること、だからこそ事前に生と死について考え、看取りに関する教育を受ける必要があることを伝えている。

(3)看取り介護教育内容と使用教具・教材

科目「生活支援技術」の看取り介護に関する授業は、90分×15回(2025年度)の授業となる。基本は介護福祉士養成課程の教科書があり、必要な知識を身につけることに関しては教科書を基本に授業を展開するが、前述した通り3つの段階を意識した授業構成となる。授業にてこれまで使用してきた教具・教材が表8となる。授業回数が決められており、その中で必要な知識を身につける必要がある。そのため、視聴覚教材に関しては、年度により変更することもあり、すべての教材を同年度に使用しているわけではない。また文献は、学生に文献の中の1つのエピソードを紹介、一部抜粋などの使用方法となる。

表8 科目「生活支援技術」介護福祉士養成課程教科書以外の教具・教材一覧

NO	種類	タイトル	著者/出版社/出版年	使用段階
1	文献	「死にカタログ」	寄藤文平/大和書房/2005年	①死生観の土台づくり
2	文献	「デス・エデュケーション展開ノート」	吉田晴彦/清水書院/2010年	①死生観の土台づくり
3	文献	「日野原重明の世界 人生を色鮮やかに生きるための105の言葉」	新老人の会編集協力/中央法規出版/2017年	①死生観の土台づくり
4	文献	「死とどう向き合うか」	アルフォンス・デーケン/日本放送出版協会/1996年	①死生観の土台づくり
5	ボードゲーム	「エンディングゲーム」	omniheal/2024年	①死生観の土台づくり

6	DVD	「十歳のきみへ いのちの授業」	日野原重明/公益財団法人 笹川保健財団/2007年	①死生観の土台づくり
7	DVD	「memento.mori 秋田 2007 『死』 を見つめ、『今』を生きる」	公益財団法人笹川保健財団 /2007年	①死生観の土台づくり
8	DVD	「memento.mori 鳥取 2008 『死』 を見つめ、『今』を生きる」	公益財団法人笹川保健財団 /2008年	①死生観の土台づくり
9	DVD	「ホスピス緩和ケアの歩み～日 本財団ホスピス研究会活動報 告～」	公益財団法人笹川保健財団 /2008年	①死生観の土台づくり
10	絵本	「悲しみのゴリラ」	ジャッキー・アズーア・ク レイマー他/クレヨンハウ ス/2020年	①死生観の土台づくり ※授業後半グリーンケアの 授業回で回覧
11	絵本	「けんちゃんのもみの木」	美谷島邦子・文、いせひで こ・絵/BL出版/2020年	①死生観の土台づくり ※授業後半グリーンケアの 授業回で回覧
12	文献	「死を看取る医学 ホスピスの 現場から」	柏木哲夫/日本放送出版協 会/1997年	②イメージを持つ
13	文献	「墜落現場 遺された人たち」	飯塚訓/講談社/2001年	②イメージを持つ
14	DVD	「高齢者とともに生きる『“最 後”までの日々』より」	NHK エンタープライズ/実教 出版株式会社/ 2007年	②イメージを持つ
15	DVD	「老衰死 穏やかな最期を迎え るには」	NHK スペシャル/NHK/2015年	②イメージを持つ
16	<u>DVD</u>	「在宅ホスピス医・川越厚」	プロフェッショナル仕事の 流儀/NHK/2014年	②イメージを持つ
17	DVD	「家で親を看取る その時 あ なたは」	NHK スペシャル/NHK/2013年	②イメージを持つ
18	DVD	「『在宅看取りとグリーンケア』 患者が退院したその後に映画 『ずっと、いっしょ。』より」	豪田トモ/2017年	②イメージを持つ
19	用品	「エンゼルデンチャー」	ワックス製尊体用義歯 /SOKEI	②イメージを持つ ※授業後半「死後の介護」 の授業回で紹介
20	用品	「チンカラー」	頸部装着閉口具/株式会社 チンカラー	②イメージを持つ ※授業後半「死後の介護」 の授業回で紹介
21	用品	「エンゼルケアセット」	顔あて(白布)・合掌バン ド・エンゼルメイク用品等	②イメージを持つ ※授業後半「死後の介護」 の授業回で紹介
22	DVD	「高齢者ケア施設での重度化対 応ケア&看取りケアマニユア	さくばらホーム・シルバー チャンネル/日総研出版	②イメージを持つ ※授業後半「グリーンケア」

		ル」(デスカンファレンス)	/2011年	の授業回で視聴
23	DVD	「グリーフケア 第3巻 様々なグリーフを抱えて その1」	上智大学グリーフケア研究所/新宿スタジオ/2014年	②イメージを持つ ※授業後半「グリーフケア」の授業回で視聴
24	文献	「『死にゆく人へのケア』高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト」	櫻井紀子監修/筒井書房/2009年	③必要な知識を身につける
25	文献	「高校教科書 生活支援技術」	川井太加子監修/実教出版/2023年	③必要な知識を身につける
26	文献	「ケアとしての死化粧 エンゼルメイク研究会からの提案」	小林光恵/日本看護協会出版会/2004年	③必要な知識を身につける
27	文献	「遺体管理の知識と技術 エンゼルケアからグリーフケアまで」	伊藤茂編/中央法規出版/2013年	③必要な知識を身につける
28	文献	「グリーフケア 死別による悲嘆の援助」	高橋聡美/メヂカルフレンド社/2012年	③必要な知識を身につける
29	パンフレット	「これからの過ごし方について」	厚生労働科学研究費補助金第3次がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」/OPTIM	③必要な知識を身につける
30	DVD	「実践！看護技術シリーズ 終末期とその後の看護技術編 VOL.2 死後のケア」	長谷部佳子監修/医学映像教育センター/2009年	②必要な知識を身につける

死生観の土台づくり(N01~11)、イメージを持つ(N012~23)、必要な知識を身につける(N024~30)、3つの段階にわけて使用をしている。段階にわけて、いくつかの教材使用方法を紹介する。

①「死生観の土台づくり」

N01.の「死にカタログ」は、死についてイラストで考えた本になる。本の帯には「あなたにとって、いちばん未来の話じゃないか」と記載があり、この言葉も学生に紹介をする。資料を基に作成されており、エリザベス・キューブラー・ロスの「死ぬ瞬間ー死とその過程について」からは死の受容過程がイラストで表現されている。教科書でも死の受容過程について学ぶため、イラストで確認をした後に、教科書の該当箇所ですべて具体的な知識を身につける形となる。他にも死因によって死の手前の様子が違うことなどが記載されており、代表的な死因や死への態度などがイラストにされている。

学生が「自分だったら」という視点で考えてみる導入回で毎年使用している。

N06.の「十歳のきみへ いのちの授業」は、日本の終末期医療・ホスピスケアの確立に尽力をした日野原重明氏が小学生にいのちの大切さを伝える授業が収録されたDVDである。「いのちは君たちの持つ時間」との言葉から、学生自身が自らのいのちをどのように使うか、介護福祉の現場で利用者のいのちとどのように向き合うかを考えるために導入回で毎年使用している。

N011.の「けんちゃんのもみの木」は、日航機墜落事故で次男健さんを亡くされた美谷島邦子氏が文章を書かれた絵本である。人を愛する気持ちや

愛する人を喪った深い悲しみ、その後の生き方について考えることのできる絵本となる。授業時に読み聞かせをするのではなく、グリーフケアの授業回に回覧という形をとっている。

②「イメージを持つ」

N012.の「死を看取る医学 ホスピスの現場から」は、1970年代に日本で初めてのホスピスプログラムを開始し、2500名の方を看取ったホスピス医である柏木哲夫氏が、ホスピスの現場での患者とのやりとりについてまとめた本となる。看取りの場でユーモアが大切であることが記載されており、実際のやりとりのいくつかを抜粋して紹介をしている。看取りの場でのユーモアについては、死への準備教育を提唱したアルフォンス・デーケン氏の言葉も併せて授業で紹介をして、なぜ看取りの現場でユーモアが必要と言われているのか、愛と思いやりの現実的な表現としてのユーモアの重要性を学生が考える機会をつくる。また若い学生達に死は他人事ではないことを考えてもらうため、柏木哲夫氏の「死を背負って生きる」という言葉を紹介している。「生きることの延長線上に死がある」との言葉はよく使用されるが、生を享けた時から死を背負って生きているという言葉を紹介し、学生自身に考えてもらう形である。また「支える」と「寄り添う」の言葉の違いについて、柏木哲夫氏の別の文献を一部抜粋する形で学生達に伝えている。

N015.の「老衰死 穏やかな最期を迎えるには」は、特別養護老人ホームでの看取りのドキュメンタリーである。老衰死は2018年から日本の死因ランキング第3位であり、介護福祉の現場にでた学生達が看取りに関わる際、利用者の死因となる可能性が高いと予測している。DVDの中では、老衰死に関する研究も紹介されており、データがわかりやすく解説されている点と、具体的な介護福祉現場の看取りの実際がいくつかの事例で紹介されている点に着目して視聴をする。事前に学生に特に着目してほしいポイントを伝えた上で視聴をする形となる。視聴後、実際に具体的な知識を教科書で学ぶため、食事が摂取できなくなる過程、呼吸の変化、看取る家族の葛藤などを中心にポイント

を伝えている。

N019~21.は、エンゼルケアに関する用品の紹介となる。介護福祉現場でこれらの用品が使用される頻度は低いかもしれないが、エンゼルケア用品があることを知る、触れてみることでイメージを持つことを目的としている。

③必要な知識を身につける

N024.『『死にゆく人へのケア』高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト』は看取り介護実践の先駆的施設となる特別養護老人ホームで作成されたテキストとなる。危篤時のケア技術、臨終・死亡時のケア技術について記載されている箇所を抜粋して使用している。危篤時のケアでは、身体の変化があった際に具体的に介護福祉士が行うことのできる「心地よいと感じられるケア」が記載されているため、学生が現場に出た時に何ができのかが理解がしやすいと考えている。また死前喘鳴が見られた時の家族の心情なども紹介をされているため、家族支援を行うことになることも学生がイメージをしやすい。絶版となるため、該当箇所を印刷をして配布する形で毎年使用している。

N029.「これからの過ごし方について」は、死が近い時にみられる症状、その時家族にできることが記載されたパンフレットである。専門用語を使用することなく、誰もが理解できる言葉を使用している点から、将来学生が家族への支援を行う場面などでも活用ができると考え、紹介をしている。

D. 考察

授業実践の中から、授業での配慮事項、段階的な教育、教具・教材の使用方法について取り上げた。現段階での実践内容となるが、今後学生の状況に合わせて検討を続けていく必要があると考えている。さらに、介護福祉現場で求められる看取り介護と介護福祉士養成を行う大学で実践される授業内容に接続性があるのか、検証が必要といえる。

また介護福祉士養成課程の必修科目の中で、障害関連科目で想定される教育内容の例に障害分野の看取りの詳細は記載されておらず、障害関連科

目の教科書でも看取りに関する記述は少ない状況がある。今後、障害分野で高齢障害者の看取りが増加することが予測されていることから、介護福祉士養成教育においても、障害分野の看取りの詳細を学べる体制の構築が課題といえる。

授業実践を紹介した科目「生活支援技術」も、「人生の最終段階の介護」としての基礎知識を学ぶため、障害分野の看取りの詳細について、想定される教育内容の例で触れられていない。

本学では介護福祉士資格取得後、多くの学生達が介護福祉の現場に就職をする。これまでも介護福祉現場で活躍する人材育成を念頭に授業を行ってきたが、看取りの現場と考えた際に高齢分野で、主に老衰で亡くなる方をイメージした授業を行ってきた。表8からも、これまで障害分野での看取りをイメージできる教材を使用していないことがわかる。

今後の課題として、障害分野の看取りをイメージできる教材を検討していくことがあげられる。介護福祉士を目指す学生が障害分野での看取りに関して知る機会、イメージができる授業を検討していきたい。そのためにはまず、障害分野での看取りの特性を教員が学び、現場で求められる支援を理解した上で教材を選び、学生に伝えていく必要がある。

E. 結論

本稿は介護福祉士養成課程必修科目の中の看取りに関する教育内容を整理し、その中の1科目を取り上げた授業実践の一例となる。紹介した3つの段階は担当教員としての授業実践から考えてきたことであり、看取り介護教育において普遍化されたものではない。ただこのような段階を踏むことで、看取りに関して関心を持つことのできる学生がいるかもしれないと考えている。

また生活の場における看取りでは、看取り期になったから突然特別な介護が展開されるわけではない。看取り期に限らず、日々の介護をいかに大切に考えることができるかが重要となり、日常生活支援の中で1つ1つの介護を積み重ねた先に、看取り介護が展開されることを学生達に伝えてい

きたいと考えている。

介護福祉士が関わることになる看取り介護の現場は、「生活の場」となる。生活の場における看取りであることを意識し、日々の介護を最期まで本人と家族に寄り添い継続することができるために、事前教育で必要となることは何か、今後も検討をしていきたい。学生達が高齢分野・障害分野を問わずに看取り介護に携わることを想定して、介護福祉現場との接続性のある教育実践について考えていく必要性を感じている。

F. 文献

- 1) 「介護福祉士の教育内容の見直しを踏まえた教授方法等に関する調査研究事業報告書『介護福祉士養成課程新カリキュラム教育方法の手引き』」公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会(2019)
- 2) 「最新介護福祉士養成講座 14 障害の理解」介護福祉士養成講座編集委員会/編
中央法規出版(2022)
- 3) 「最新介護福祉士養成講座 7 生活支援技術Ⅱ」介護福祉士養成講座編集委員会/編
中央法規出版(2022)

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 - 6

IPE（多職種連携教育）、IPW の実際と課題

分担研究報告書

IFE（多職種連携教育）、IPW の実際と課題

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年度から6年度に実施した「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」では成果物として看取りマニュアルを作成した。本研究は、作成した看取りマニュアルの実装に向けて、看取り支援の核となる多職種連携（Interprofessional Work:IPW）および多職種連携教育（Interprofessional Education:IPE）に関する知見を整理することを目的とした。具体的には教科書的に確立されているIPWおよびIPEの理論をまとめ、IPWの実践に必要なコンピテンシーについて整理し、検討委員会での意見交換を踏まえて考察した。IPWの実践には、異なる職種、異なる立場の人たちが一堂に集まって同じテーマで学び合うIPEの取組みが重要である。IPWに必要なコンピテンシーにはコミュニケーション、リーダーシップ、マネジメントなどがあげられているが、中でもリフレクション（省察）やファシリテーションが大切であると思われる。高齢障害者に関わる事業所は、多職種多機関が交流する勉強会（IPE）を行うことで、看取り支援は一步前に進むと思われる。看取りマニュアルを活用することで共通言語や共通認識を育み、地域の看

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。

本研究班は令和5年度から2カ年計画で「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」を実施し、その成果物として看取りマニュアルを作成した。

本研究は、作成した看取りマニュアルの実装に向けて、看取り支援の核となる多職種連携（Interprofessional Work:IPW）および多職種連携教育（Interprofessional Education:IPE）に関する知見を整理することを目的とした。

B. 研究方法

教科書的に確立されているIPWおよびIPEの理論をまとめ、IPWの実践に必要なコンピテンシーについて整理し、検討委員会での意見交換を踏まえて考察した。

1) IPW/IPEの教科書の整理

教科書については、わが国のIPW/IPEを牽引してきた埼玉県立大学が刊行するテキストを中心に整理した。

2) IPWに必要なコンピテンシー

埼玉県立大学の教科書に記載のあるコンピテンシーのほか「多職種連携コンピテンシー開発チーム」によるものを探索し整理した。同チームは、2012(平成24)年度から多職種連携コンピテンシー開発に関わってきた日本保健医療福祉連携教育学会(JAIPE)のIPE推進委員会、2014(平成26)年度から三重大学が文部科学省より委託された「成長分野における中核的人材養成の戦略的推進事業」が協働して多職種連携コンピテンシーの開発を行うことに合意し、8領域の学会および職能団体の協力を得て開発されたものである。その8つの学会および職能団体とは、日本医学教育学会、千葉看護学会、日本歯科医学教育学会、日本薬学会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本栄養学教育学会、日本社会福祉学会である。このコンピテンシーは2016年3月に刊行されたものである。

3) 検討会での意見交換会

上記により整理したIPW/IPEの理論とコンピテンシーについて、2026(令和8)年1月19日に開催された第2回検討委員会で報告し、意見交換の内容を踏まえ、看取り支援の核となるIPW/IPEの実践に向けて現状での課題について考察した。

本研究の意義はIPW/IPEの視点から参考となる知見を収集し、課題を抽出することで看取りマニュアルの見直し作業に役立てることである。

C. 研究結果

1) IPWの概要

福祉や介護の現場で多職種連携、多職種協働、多職種多機関連携などの言葉が語られるようになり久しい。2000年に介護保険が始まって以降の日本における多職種連携の理論や実践は、英国で生まれたInterprofessional work

(IPW)の考え方が基本となっている。略語のIPWは「アイピーダブリュ」と発音する。interprofessionalという言葉は英国で生まれた造語である。interは「2つ以上の」「～の間」「相互に」などを意味し、professionalは、専門家や職業人などを意味する。この2語を合体させてinterprofessionalとした。英国専門職連携教育センター(Center for the Advancement of Interprofessional Education:CAIPE)によれば、IPWとは「専門職が相互作用しあう学習の上に成り立つ協働関係」としている。ここでいう専門職とは、ケアマネジャー、介護福祉士、医師、看護師、保健師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、ヘルパーなどを指している。

IPWの定義については、埼玉県立大学が示した内容がわかりやすい。IPWとは「複数の領域の専門職者(住民や当事者も含む)が、それぞれの技術と知識を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す協働した活動」である。ここで大事なことは、カッコ内に示された「住民や当事者も含む」という考え方である。

IPWを円滑に実施するためには、トレーニングが必要である。そのトレーニングのことを、Interprofessional education(IPE)という。IPEは「アイピーイー」と発音する。CAIPEはIPEを「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所とともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」と定義している。IPEで大事なことは、違う職種、違う立場の人たちが一堂に集まって、一緒に同じテーマで学び合うということにある。対話しながら異なる専門職の価値観を受けとめ、噛み合わせながら、学ぶのである。

2) チームの種類

福祉・介護・保健・医療などの現場におけるチームは、以下の3種類に分けられる。

① マルチディシプリナリーモデル

複数の専門分野の専門職が、分野間の独立を保ったままアプローチするというモデルである。救急医療の現場が該当する。

② インターディシプリナリーモデル

複数の専門分野の専門職が、お互いに連携し

ながら実践を進める。目的に向かって話し合い、重なるケアと異なるケアを認識しながら実践する。リハビリテーションの現場が該当する。

③ トランスディシプリナリーモデル

複数の専門分野の専門職、当事者、家族が、それぞれの専門や経験を融合させ、実践する。役割の開放、役割共有、役割交代などが起こる。在宅ケアにおけるチームがこれにあたる。

3) 埼玉県立大学のコンピテンシーモデル

① 対人援助の基本となる力

セルフコントロール、コミュニケーションスキル、リフレクションの3つがある。

(a) セルフコントロールは：自分の気持ちを整えることを意味する。

(b) コミュニケーションスキル：アイコンタクト、傾聴、共感、言葉遣い、繰り返し、伝え方など様々なコミュニケーションスキルを駆使する。

(c) リフレクション：実践の経験を振り返り、吟味するプロセスのことである。リフレクションについては IPW/IPE で重要なコンピテンシーと思われ、詳しく後述する。

② 多職種と協働する力

多職種と協働する力には、パートナーシップ、情報共有、相互支援、チームのリフレクションがあげられる。

(a) パートナーシップ：対等な人間関係を構築し維持することを意味する。

(b) 情報共有：専門職だけでなく利用者は家族もメンバーであり、わかりやすい言葉で、伝達していく必要がある。

(c) 相互支援：「情緒的サポート」「肯定的フィードバック」「士気の高揚」がある。

(d) リフレクション：チームとしてどうだったのか振り返り吟味することが、次の実践に役立つ

③ チームを動かす力

チームを動かすには、リーダーシップを持った人、マネジメントできる人、コーディネーションができる人、ファシリテーションができる人が揃うと良い。

(a) リーダーシップ

チームを動かすには、リーダーシップを持った人、マネジメントできる人、コーディネーションができる人、ファシリテーションができる人が揃うと良い。

(b) マネジメント

マネジャーはリーダーが掲げた目標を実現するために、チームをマネジメントする人。

(c) コーデシネーション

調整機能を意味する。多職種間の意見調整や、行動の優先度の調整、ケアカンファレンスの日程調整など、IPWには様々な調整が必要となる。

(d) ファシリテーション

IPWを促進させる機能をファシリテーションという。ファシリテーションはチームを動かすために、IPWでは重要視されている。

4) 多職種連携コンピテンシーモデル

「多職種連携コンピテンシー開発チーム」によれば、保健医療福祉に携わるどの専門職にも必要なコンピテンシーは以下の6つに集約される。

① 患者・利用者・家族・コミュニティ中心の思考と行動ができる

② 職種間コミュニケーションができる。

③ 職種役割を全うする

④ 多職種を理解する

⑤ 関係性に働きかける

⑥ 自職種を省みる

中心となるのが「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」と「職種間コミュニケーション」がコアとなるコンピテンシーで、周囲の「職種役割を全うする」「他職種を理解する」「関係性に働きかける」「自職種を省みる」の4つが中心を支えるコンピテンシーである。「職種間コミュニケーション」がスムーズだと連携が良いと思われるが、利用者や家族が置き去りにしている場合がある。よってこのモデルでは中央に位置している。中央が抜けたドーナツ現象を起こしてはならない。「職種役割を全うする」は専門職として自分の仕事をしっかり行うという意味である。「自職種を省みる」はこれまで何度も出てきたリフレクションのことである。「関係性に働きかける」は、チームのダイナミクスを意味する。チームメンバーが変わると、方針が大きく変わることがある。IPWは構成メンバーによって、様々な方向に向かう可能性が秘めており、これが「関係性」である。関係性を見抜き、ファシリテート力を駆使して最良の方向に導く必要がある。

5) リフレクション

これまで何度も出てきたリフレクションに

について整理する。

リフレクションとは実践の経験を振り返り、吟味するプロセスのことである。近年、介護・福祉・保健・医療の分野で重要視されている。英語の reflection が原語であり、日本では様々な言葉で紹介されている。多くの分野で「省察」と表記し、「しょうさつ」もしくは「せいさつ」と読む。正式には「せいさつ」だが「しょうさつ」と発音する学者や実践家も多い。簡単に「振り返り」と称する場合もある。ビジネス業界では「内省」という言葉が用いられることが多い。看護分野では、カタカナ読みで「リフレクション」と表記することも多い。リフレクションによって、人としての成長につながる、専門職として成長につながる、ベテランにとっては難しい習慣的行為からの脱却ができる、不確実性の多い事柄に対応する力をつけられるなど、得られるものは多岐にわたる。

7) 意見交換会

2026(令和8)年1月19日に開催された第2回検討委員会で報告した。ひとつの職種だけでなく、異なる職種、異なる立場のメンバーがごちゃ混ぜとなり、対話しながら学び合うことで相互理解が深まり IPW の実践につながることが IPE の特徴として取り上げられた。特に医療系大学の卒前教育では、関係する学部の学生達が一堂に集まって学ぶ IPE が実践されており、このような教育を受けた専門職が現場に出始めていることについて紹介した。詳細については、考察に記述する。

D. 考察

本研究では、高齢障害者の看取り支援の核となる IPW について、その概念と実践に必要な子コンピテンシーについて整理した。IPW の促進には IPE が重要であり、卒前教育と卒後教育における IPE の実践が看取り支援を向上させるものと思われる。

コンピテンシーについては、コミュニケーション力だけでなく、実践を省察する力が重要であることが明らかとなった。チームを動かすには、リーダーシップやマネジメントの力が必要であるが、特に大事なコンピテンシーとしてはファシリテーション力であることも特記しておきたい。

第2回検討委員会で報告した医療系大学の

卒前教育について詳細と考察を記す。医療系大学では、10年以上前から医学部・看護学部・薬学部・栄養学部・リハビリテーション学部介護福祉学部・社会福祉学部等の学生達が一堂に集まってグループワークで学ぶ IPE が実践されている。学生時代から学部を超えてパートナーシップを結ぶトレーニングがなされており、このような教育を受けた専門職たちが現場に出始めている。医療系大学は IPE がカリキュラムに組み込まれているため単科大学においても、他大学と共同して IPE の授業を実施している。一方、福祉系大学では、積極的に IPE の演習授業を取り入れている大学以外では、総合大学でなければこのような教育をすることはできない。IPW については、ソーシャルワークの得意とするスキルであるが、医療系と福祉系の教育内容の違いにより、10年後には現場の専門職のスキルに差が出てくることが予想される。卒前教育を変えることは難しいが、卒後教育については今日からでも IPE の実践が可能である。高齢障害者に関わる事業所は、多職種多機関が交流する勉強会、すなわち IPE を行うことで看取り支援は一步前に進むと思われる。その際、作成中の看取りマニュアルを使うことで、地域で看取りに対する共通言語と共通認識を育み、マニュアルの更新作業にも役立つことと思われる。

E. 結論

本研究により、高齢障害者の看取り支援の核となる IPW の実践には、IPE の取組みが重要であることを文献から明らかにした。IPW に必要なコンピテンシーを整理する中で、リフレクション(省察)が重要であることが浮き彫りとなった。またチームを動かすコンピテンシーでは、ファシリテーション力が必要である。

高齢障害者の現場においては、今日からでも IPE の実践が可能である。高齢障害者に関わる事業所は、多職種多機関が交流する勉強会、すなわち IPE を行うことで看取り支援は一步前に進むと思われる。そこで看取りマニュアルを活用することで共通言語や共通認識を育み、地域の看取り支援の質の向上につながることを期待される。

【文献】

- 1) 埼玉県立大学編：IPW を学ぶ. p41, 中央法規, 東京 (2009)
- 2) 埼玉県立大学編：新しい IPW を学ぶ. 中央法規, 東京 (2022)
- 3) 東めぐみ:看護リフレクション入門. p32, ライフサポート, 横浜 (2009)
- 4) 多職種連携コンピテンシー開発チーム：医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー. p11 (2016)
- 5) 井上由起子、鶴岡浩樹、宮島渡、村田麻起子：現場で役立つ介護・福祉リーダーのためのチームマネジメント. P126-137, 中央法規, 東京 (2019)

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添4-7

ソーシャルワーカー養成カリキュラム
の改定について

分担研究報告書

分担研究報告書

ソーシャルワーカー養成カリキュラムの改定について

分担研究者：庄司妃佐 (東京福祉大学)

研究要旨

多職種連携の背景にある地域包括ケアシステムから、2020年以後の地域共生社会を目指す流れのパラダイムシフトが起きている。複雑化する課題を解決していくために垣根を超えた機関や法律の対応が求められている時代から、重層的な地域支援体制事業が実施可能となる地域共生社会を目指している社会では、統合を図る変化になっている。2019年の社会福祉士の教育内容の改正では、社会福祉士に求められる多職種連携の技術が教育内容に含まれた。障害者施設等における看取りチームの中での社会福祉士(ソーシャルワーカー)の役割は「個人支援の総合」から、「地域社会をどのように設計するか」まで拡張した視点を持ち、「多職種を統合していく」力が必要になっている。

I 多職種連携の制度的背景—地域包括ケアシステムから地域共生社会へ—

福祉分野において多職種連携は、制度の縦割りを超えて、分野横断的な情報共有が必要とされてきた。それが構造的背景として重要とされたのは、地域包括ケアシステムが登場してからである。「地域包括ケアシステム」という名称が登場したのは、地域包括ケア研究会がまとめた2009年の「地域包括ケア研究会報告書」の中である。その中で、地域包括ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるよ

うな地域での体制」と定義をこころみている。この中で、「住まい・医療・介護・予防・生活支援」を一体的に提供する体制として地域包括ケアを定義づけることが提案されたのである。それより先に、2005年の介護保険法改正で地域包括支援センターが創設され、高齢者の分野で地域包括ケアシステムが構築された。地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを確立するための中核的な機関であるが、このような包括的な相談機関は、その後、障害者福祉や児童福祉、生活困窮者支援、さらに地域社会の再設計へと拡張されていく。

2014年「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律¹⁾」において、地域包括ケアシステムは、それまでの研究

会報告から、国レベルで対応すべき事項となった。

また、「地域共生社会」が初めて取り上げられたのは、2015年「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン²」である。ここで、「全世代・全対象型地域包括支援体制」の構築が指摘されている。複合的な課題解決のための分野横断的な対応等が求められ、不足している対応に対しては資源開発を行うことが提案された。また、高齢、障害、児童等への総合的なサービス提供、総合的な人材育成と確保、効果的・効率的なサービス提供のための生産性向上が提案された。

2016年の安倍政権の閣議決定された「一億総活躍プラン³」の中で、「地域共生社会の実現」が位置づけられ、2016年には、「地域共生社会実現本部」が設置された。「地域共生社会の実現」が社会保障制度改革の基本コンセプトとなったのである。

ここまでは、増加する高齢者の自立支援を中心とした分野別の対応を、現存するそれぞれの機関と協働して対応していくという地域包括支援であった。しかし、対象を全世代・全対象者として地域住民全体に広げ、重層的な支援を行い、地域共生社会の実現を目指すという大きなパラダイムシフトが起こったのは2020年以後である。2020年の社会福祉法改正から、市町村が任意で実施できる重層的支援体制整備事業ができた。特徴は、①属性を問わない相談支援 ②参加支援 ③地域づくり支援である。これにより、地域包括支援センターの役割も、単なる高齢者相談窓口から、他分野の専門機関と連携をとるハブ機能に変化している。

上述したように、地域共生社会を目指す国の方針では、様々な機関が連携する必要

が現在の課題解決には必要不可欠であり、その中でそれぞれの機関に所属する様々な専門職が連携し、さらに住民が主体的に参加することによって、複合化した課題解決をすることが目標となっている。それを実現するためには、単に連携するだけでなく、構造的な転換の為に技術体系が求められているのである。

そのほか、2020年の介護保険法改正により、データに基づいた介護（科学的介護）の推進が位置づけられ、「LIFE」（科学的介護情報システム⁴）が導入された。現場においてタブレットの活用やソフトウェア導入が経営・実務上の不可欠な要素になった。また、2021年の「デジタル社会基本法⁵」により、福祉分野の「データ標準化」が加速した。2023年の「認知症基本法⁶」では、見守りセンサーやコミュニケーションロボット、AIを活用した診断補助などが含まれた。また、厚生労働省は、第9期の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画作成の基本指針⁷において、これらの広範囲にわたる法律改正等の中で、ICTやAIの活用が推進されている。など、連携のためのICT等の活用が前提となっている。

II 地域包括ケアシステムと多職種連携

多職種連携は、上述したような構造的な展開の中で行われる「技術」であり、「関係性の構築」である。厚生労働省が示した地域包括ケアシステムは、「医療」「介護」「予防」「生活支援」「住まい」の異なる専門領域の統合を前提にしている。しかし、現実にはそれぞれが異なる制度や職種や組織である。その分断を埋める手段が「多職種連携」であると言える。多職種連携がな

ければ、構造的な地域包括ケアシステムは実際に機能しない。

Gilbert ら⁸による 2010 年の WHO（世界保健機構）の報告書によると、専門職間教育と協働実践に関する枠組みとして、多職種連携に必要な 3 つの機能が示されている。第 1 は、それぞれの専門職が持っているアセスメントの統合である。医師には疾病管理、社会福祉士には生活支援の計画（個別支援計画）、介護職にはケア指針計画など、それぞれの専門職が作成しているアセスメントがあるが、それらを統合することで、その人を中心においた暮らしや生き方の全体像が見えてくるのである。

第 2 は、意思決定支援である。在宅での暮らしや治療方針、看取りなどの場面で、本人の意思とともに、家族の意向、医療的妥当性、生活の可能性などは、単一の職種での判断では難しいため、多職種で合意形成を図りながら、対応すべきものである。

第 3 には、サービスのコーディネーションである。それぞれの専門職が関わる訪問診療、訪問看護、通所介護、生活支援、相談支援など、担当する専門職間の役割を明確化することと調整が重要になる。在宅においての支援だけでなく、施設入所等での支援でも、組織内連携ではなく、地域横断的な連携が必要になってくる。それは、それぞれの所属する組織の理念の違いや、場合によっては利害の対立、専門職文化の違いを超えての合意形成である。各職種の情報の共有を行いながら、対応の調整が求められる。そこでは、多職種間での上下関係ではなく、フラットな関係が前提となる。それは、対象者を専門分野の中のクライアントとしてみる視点ではなく、共通評価の

枠組みである ICF を通して、生活する人として認識し、生活モデルとしての人を理解することである。

Ⅲ 多職種連携における技術と社会福祉士教育（IPE/IPW）

多職種連携の視点が社会福祉士養成の教育内容に導入されたのは、2007 年の社会福祉士及び介護福祉士法改正である。⁹

その後 2019 年の教育内容改正の中で、社会福祉士に求められる技術として具体的に、アウトリーチ、ネットワークング、コーディネーション、ネゴシエーション、ファシリテーション、プレゼンテーション、ソーシャルアクションが定められた。

多職種連携の技術は、IPE

（InterProfessional Education: 専門職連携教育）として医療や保健分野等との協働教育で実践される。これらの技術は、社会福祉分野に特化した専門ではなく、一般社会の中でも用いられている技術でもある。しかし、福祉分野で用いる場合、その背景には、倫理的価値、生活中心、関係性という別の基準が存在する点が大きな違いである。特に、本人の意思決定支援、権利擁護（アドボカシー）、エンパワメント、倫理的調整など福祉に特有の背景がある。IPE で学んだ技術を実際の現場で、IPW

（Interprofessional Work 多職種連携）として連携協働していくことになる。IPE は、IPW を機能させるための専門職教育である。

社会福祉士教育において、多職種連携は、地域共生社会の中にある課題を解決するために必要な技術であった。多職種連携の中での社会福祉士の役割は、これまでの

多職種間の「連絡・調整」だけではなく、2020年以後のパラダイムシフトが起こった重層的支援体制の中で、「多職種チームの統合（インテグレーター）」の役割が求められている。統合できるためには、共通評価の枠組み（ICF：国際生活機能分類¹⁰）を用いて、医学モデルから本人の生活モデルにいかにつなぐことができる力が必要である。具体的には、医学的な血圧、ADL等の数値が、本人の望む「自宅で晩酌したい」や、「温泉旅行に行きたい」などにどう影響するのかを言語化し、チームの共通目標に据える力ともいえる。

IV 障害者施設等における看取りチームの中での、社会福祉士の在り方と専門性の展開

ターミナルケアのステージは、2025年の厚労科研事業「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¹¹」の中で、のぞみの園の枠組みを参考に、「気づき期」「前期」「中期」「看取り期」と整理し、その後を「看取り後」としている。

障害者施設等における看取りは、意思疎通の困難さや親亡き後の問題、長期にわたる入所生活など、高齢者の看取りと異なる特徴がみられる。本人からの訴えが弱い場合も多く、症状の確認や予測が難しかったりする。そのため、本人の生活の連続性に留意し、かなり早い段階から多職種や家族との連携をとることが必要である。そして、常に本人が言語で表現したり死についてどのように理解しているかを考え、意思決定の枠組みを共有し、過去の経験と環境の積み重ねの情報が重要になると思われる。特に

臨終期においては、不安が高まりやすく、安定した環境と人間関係を継続し、本人の感情を代弁していくことに留意することが重要である。

看取りの多職種連携において、社会福祉士の役割を看取りのステージごとに整理したものは、表1である。社会福祉士は、その中で、情報収集をする人から、多職種の合意形成を図り、当事者の心理的伴走者へと役割が変化していく。社会福祉士は、これまで、多職種の連絡・調整を行い、支援をどのように提供するのかに重点が置かれており、それは、「個人支援の総合」であった。しかし、現代における多職種連携は、重層的支援の中で、「地域社会をどのように再設計するか」まで拡張されてきている。支援の内容に、地域社会を構成する一員としての社会参加や地域との関係性の構築が入ることが重要な視点である。長期に施設等に入所して地域社会とのつながりが希薄な障害者にとって、どのような社会参加を通して、地域共生社会の一員であるかを支援するかは、今後の課題である。

障害者施設等における看取りは、看取りが始まる時期だけの問題ではない。そこに至るまでの間の支援体制を反映することでもある。それはこれまで意思決定をどのように形成支援しているか、日々の暮らしの経験の選択がどのようにされているか、また選択の幅を広げる支援をしてきたかが問われることでもある。

V. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 知的高齢者の看取りチームにおける社会福祉士の役割について

気づき期 (2-3年前)	前期(1年前)	中期(6か月前)	看取り期(1か月前)	看取り後
加齢・衰弱のはじまり	方向性の検討	具体的プランの策定期	臨終への備え・寄り添い期	死後の対応
<ul style="list-style-type: none"> 生活の変化を見逃さない。(介護・看護の気づきを拾う) 本人の生活史・価値観の把握(好み、生活習慣、過去の意味決定の土台作り) 家族との関係構築 生活の延長の変化として情報を共有する 本人の意味決定の枠組みの共有 	<ul style="list-style-type: none"> 意思決定支援(本人への意思確認、家族との共有) 多職種カンファレンスの設計(発言の非対称性を調整) 医療情報を生活する言語に変換して情報共有 医療連携先の確認 緊急時対応の枠組み確認 誰の意思かを問い続ける 	<ul style="list-style-type: none"> 合意形成のためのネゴシエーション 医療と生活のバランス調整 看取りの場所 医療介入の範囲(延命・救急搬送など) チーム内の役割再編 面会・関係調整 慣れた環境の維持 	<ul style="list-style-type: none"> 変化に応じて意思の再確認 本人の小さな意思も拾う 家族支援の強化 チーム内職種のずれの調整(感情的対立や方針逸脱の調整) 最期の場づくり(本人らしさの維持等) 不安に陥りやすい事への対応(環境の安定化、関係性の継続、感情の代弁) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族へのグリーフケア チームの振り返り(含:グリーフケア) 支援の評価と記録 行政等の手続き等 他の入所者等のケア

¹ 地域包括ケア研究会報告書

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1_0001.pdf

2026年4月26日閲覧

² 厚生労働省「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」2015年

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf

2026年4月26日閲覧

³ 閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」2016年

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/001549081.pdf

2026年4月26日閲覧

⁴ 厚生労働省 科学的介護情報システムについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

⁵ デジタル社会形成基本法 2021年

<https://laws.e-gov.go.jp/law/503AC0000000035>

2026年4月26日閲覧

⁶ 認知症基本法 <https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC1000000065>

2026年4月26日閲覧

⁷ 厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会 基本指針について(参考資料)2020年

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000651896.pdf

2026年4月26日閲覧

⁸ Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J Allied Health. 2010 Fall;39 Suppl 1:196-7. PMID: 21174039. 2026年5月1日閲覧

⁹ 社団法人日本社会福祉士会「社会福祉士及び介護福祉士養成課程における教育内容等見直し案」への意見

2008年 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.jacsw.or.jp/citizens/seisakuteigen/documents/080110.pdf

2026年4月25日閲覧

¹⁰ 大川弥生「ICF—「生きることの全体像」についての「共通言語」2006年 第1回社会保障審議会統計分科会 参考資料

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0726->

[7a.html](#) 2026年5月1日閲覧

11 根本代表 厚労科研障害者政策総合研究事業
2023・2024年度総合研究報告書「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」 2025
年5月 p13

障害福祉サービスのみで看取り期を支える場合の
報酬上の課題と加算新設の必要
分担研究報告書

障害福祉サービスのみで看取り期を支える場合の

報酬上の課題と加算新設の必要性の検討

分担研究者：村岡 美幸（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（国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）

研究要旨

障害福祉サービス利用者の高齢化・重度化に伴い、障害者支援施設や共同生活援助事業所においても、看取り期の生活支援や職員や家族のグリーフケアなどの死亡前後の支援に向き合う場面が増えている。介護保険制度では看取り期の支援が加算や体制評価として明確に位置づけられている一方、障害福祉サービスでは、医療的ケア、通院支援、医療連携等の個別要素に評価が分散しており、看取り期における生活支援の全体像が報酬上見えにくい。

本分担研究では、障害福祉サービスを中心として看取り期を支える場合に必要となる支援を、医療行為以外の生活支援、意思決定支援、苦痛・不快の把握、生活環境の継続、医療職との情報共有、家族等との調整を視野に入れ、障害福祉サービス報酬に関する看取り期の暮らしを支える加算の創設を提案した。

A. 研究の背景と目的

これまで障害福祉サービスは、高齢期を迎える前までの利用者に対して、日々の生活を支える制度として整えられてきたが、長年サービスを利用してきた障害者が高齢になり、病気や身体機能の低下を抱えながら、住み慣れた場所や慣れ親しんだ支援者のもとで最期の時間を過ごすことを望む場合があり、障害福祉サービスを利用する人の高齢化や重度化が進むなかで、障害者支援施設、共同生活援助等の現場においても、看取り期の支援や職員や家族のグリーフケアなどの死亡前後の支援に向き合う場面が増えている。

こうした看取り期に近づいた利用者に対して障害福祉の支援現場でも、食事、排泄、入浴、体位変換、見守り、意思疎通支援、医療機関との連絡、家族や後見人等との調整など、多岐にわたる支援が行われている。これらの支援は、本人が安心して最期の時間を過ごすために欠かせない生活

支援である。

また、知的障害、発達障害、重度身体障害等があり、痛みや不安を言葉で伝えることが困難な場合には、看取り期を迎える前から、本人をよく知る支援者が、表情、姿勢、食事量、睡眠、呼吸、行動の変化などを丁寧にくみ取り、医療職や家族等に伝えることが重要となる。

しかし、これらの取り組みについて十分な報酬上の位置づけはなされていないという声があることから、本研究では、障害福祉サービスのみ、または障害福祉サービスを中心として看取り期を支える場合に生じる支援が適切に行われるよう、報酬上の課題を整理し、障害福祉サービスや介護保険サービス、医療における看取り期の暮らしを支える生活支援を、制度上どのように評価し、連携させていくべきかを検討する基礎資料を作成することを目的とした。

なお、「看取り」については、「病状または老

衰等が不可逆的で、治療による回復や状態改善が見込めず、近い将来に死が避けられないと判断される段階をいう。」といった定義がある¹⁾。本報告書でも同様に「看取り」を、死亡直前の時期に限らず、人生の残り時間がある程度限られていると考えられる段階から、死亡および死亡後の対応までを含む一連の期間として用いる。さらに「看取り期」は、本人の暮らし、意思決定、医療・介護・福祉的支援、家族等への支援を含めて、最期までその人らしく過ごすことを支える時期を意味する。

B. 方法

本研究では、障害福祉サービスにおける高齢期の看取り支援を、分担研究者が、令和6年度時点の報酬体系及び介護保険制度との比較の観点から整理した。分析の視点は、①障害福祉サービスのみで支える場合、②介護保険サービスのみで支える場合、③介護保険と障害福祉サービスを併給する場合の三類型で、どのような報酬があり、制約があるのか、といった点である。対象資料は、障害福祉サービス等報酬改定資料、介護報酬改定資料、高齢の障害者に対する支援の在り方に関する資料等とした²⁾³⁾⁴⁾。

C. 研究結果

1) 障害福祉サービスにおける高齢障害者の看取り期を支える報酬等

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要(厚生労働省)²⁾によれば、障害者支援施設は、夜間看護・通院・医療的ケア・栄養・入浴等の各加算で、看取り期の生活を支える構造となっているほか、共同生活援助は、夜間支援、日中支援、医療連携、入退院支援等の加算で支える構造となっている(表1)。

2) 介護保険における高齢障害者の看取り期を支える報酬等

介護保険では看取り期の支援を直接評価する加算が存在していた³⁾。具体的には、「看取り介護加算」「ターミナルケア加算」「看取り連携体制加算」「ターミナルケアマネジメント加算」「協力医療機関連携加算」である(表2)。一方

で、夜間支援、栄養、口腔、褥瘡、排泄、感染症、入退院支援などは、障害福祉サービスと同様に、看取り期の生活継続を支える加算として存在していた(表3)。

3) 障害福祉サービスと介護保険の併給が可能な条件

障害者総合支援法第7条に基づき、65歳以上の障害者、または40歳以上65歳未満で特定疾病により要介護・要支援認定を受けた障害者については、障害福祉サービスと同様の内容・機能を有する介護保険サービスがある場合、原則として介護保険サービスが優先される。

ただし厚生労働省は、介護保険サービスを一律に優先するのではなく、本人の障害特性、生活状況、必要とする支援内容等を踏まえ、市町村が個別に判断する必要があるとしており⁴⁾、併給が可能な条件として、厚生労働省が令和5年6月30日に発出した「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項及び運用の具体例等について」から、「介護保険サービスのみでは必要な支給量を確保できない場合」「介護保険サービスでは対応できない支援内容が必要な場合」「相当する介護保険サービスを実際に利用することが困難な場合」「要介護認定等で非該当となり介護保険サービスを利用できない場合」「介護保険に相当するものがない障害福祉固有サービスを利用する場合」としている(表4)。

また、指定障害者支援施設等は介護保険適用除外施設とされており、入所者については、入所中に介護保険サービスを併給することは原則として想定されていない一方で、共同生活援助については、個々の障害者の状況等から必要と認められる場合、65歳以降も継続利用が認められる場合があることが記されており⁵⁾、看取り期支援における障害福祉サービスと介護保険の併給可能性は、障害者支援施設では限定的であるのに対し、共同生活援助では個別判断により認められる余地がある(表5)。

4) 高齢障害者の看取り期を支えるサービス、三類型の比較

1) から 3) の情報について、「サービスの位置づけ」「看取り期支援を直接評価する加算」「看取り期を支える主な加算・報酬」「生活の場」「障害者支援施設での扱い」「共同生活援助での扱い」を比較した(表 5)。

その結果、1) の障害福祉サービスでは、看取り期そのものを直接評価する加算は乏しく、生活支援・医療連携・夜間支援等を通じて間接的に支える構造であった。これに対し、2) の介護保険サービスでは、看取り期を明示的に評価する報酬体系が整備されていた。また、3) の併給類型では、介護保険サービスだけでは必要な支援量や支援内容を確保できない場合、または障害特性に基づく支援が継続して必要な場合には、個別判断により障害福祉サービスとの併給が検討されるが、障害者支援施設はその対象外となっていた。

5) 医療保険における看取り期を支える報酬等

令和 6 年度診療報酬改定で、障害者支援施設で医療保険が給付できる医療サービスの範囲の見直しが行われ、医療と介護の両方を必要とする障害者が可能な限り施設での生活を継続できるよう、障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対して行った訪問診療の費用については、医療保険で算定ができるよう改定された⁶⁾。

D. 考察

本研究は、1) 障害福祉サービス、介護保険サービスの報酬の現状を整理し、2) 障害福祉サービスにおける看取り期の暮らしを支える生活支援を、制度上どのように評価すべきかを考察する。

1) 障害福祉サービスで高齢障害者の看取りを支える場合の報酬上の課題

高齢障害者の看取りを支える報酬上の課題として、障害福祉サービスでは、介護保険サービスに比べて、看取り期そのものを直接評価する加算が乏しい点が挙げられる。

特に問題となるのは、障害者支援施設は介護保険適用除外施設である点であり、看取り期支援は施設内の職員体制や医療連携に依存しやすい構造にあった。この場合の課題は、看取りの実施が、施設ごとの体制差に左右されやすい点である。令

和 6 年度診療報酬改定により、障害者支援施設に入所する末期の悪性腫瘍患者への訪問診療が医療保険で算定可能となったことは、施設での生活継続を支える重要な見直しである一方で、看取り期には医療的対応だけでなく、日常生活支援、意思決定支援、家族支援、夜間・緊急時対応も必要であることから、医療保険による対応のみでは生活全体を支える評価としては十分でないと考えられた。看取り期においても、本人が希望する場合は、障害者支援施設での暮らしの継続ができるよう、介護保険サービスに位置付けられている看取り介護加算と同等の加算の創設、または介護保険サービスや医療の利用を可能とする改善が重要と考えられた。

また、共同生活援助では、生活の場を維持しながら介護保険サービスや医療保険サービスを組み合わせる余地があったが、併給の可否は市町村に判断が委ねられ、地域や自治体の運用により十分にサービスが確保できない、たとえば通所介護や訪問看護が受けられないといった問題が生じる可能性があり、介護保険や医療保険との役割分担の整理や、介護保険サービスに位置付けられている看取り介護加算と同等の加算の創設、または介護保険サービスや医療の利用を可能とする改善が必要であると考えられた。

2) 介護保険サービスで高齢障害者の看取りを支える場合の報酬上の課題

高齢障害者の看取り期の暮らしにおいては、意思表出の困難さ、環境変化による心身状態への影響、長年関わってきた支援者との関係性、障害特性に応じたコミュニケーションや介助方法の継続が重要となる。これらは、障害福祉サービスに比べ、介護保険サービスにおける看取り支援のみでは十分に評価されにくい要素であり、障害福祉サービスが担う固有の支援機能といえる。

この点について、介護保険サービスに従事する人材に対して、障害者のケアに関する人材養成を強化することとするのか、併給の仕組みを検討しつつ障害福祉との相補的な支援のモデルを新たに構築していくのか、検討することが必要であると考えられた。

E. 結論

障害福祉サービスにおいて高齢障害者の看取り期を支援するにあたっては、最期の暮らしを支える支援過程を、制度上どのように評価するかが重要であり、障害者支援施設における施設内支援体制の評価や、共同生活援助における外部サービスとの連携・調整に係る評価について検討を深め、加算創設に向けた基礎資料を作成していくことが求められる。

その際、介護保険や医療保険との役割分担を整理し、自治体間で支援の格差が生じにくい運用を整備することも重要である。

参考資料

- 1) 全国老人福祉施設協議会「特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業 報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140277.pdf>
- 2) 厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00009.html
- 3) 厚生労働省「令和6年度介護報酬改定について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

- 4) 厚生労働省「高齢の障害者に対する支援の在り方について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000824397.pdf>
- 5) 厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項及び運用の具体例等について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf>
- 6) 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf>

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 障害福祉サービスにおける看取り期の生活継続を支える報酬等一覧

種類	加算名	概要・看取り期との関係	参考文献
施設入所支援	夜間看護体制加算	障害者支援施設において、夜間に看護職員を配置する体制を評価する加算である。看取り期における夜間の状態観察、急変対応、喀痰吸引、疼痛・呼吸苦への対応、医療機関との連絡調整に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
施設入所支援	通院支援加算	指定障害者支援施設等において、医療的ケアが必要な者等の通院支援を評価する加算である。看取り期における緩和ケア外来、処方調整、検査、主治医受診等への同行支援に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
施設入所支援	夜勤職員配置体制加算	障害者支援施設における夜勤職員の配置体制を評価する加算である。看取り期における夜間の見守り、体位変換、排泄介助、転倒防止、急変時対応の基盤となる加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護	常勤看護職員等配置加算	生活介護において、常勤換算で看護職員を配置する体制を評価する加算である。障害者支援施設入所者が日中に生活介護を利用している場合、看取り期の日中の健康観察、服薬管理、喀痰吸引、経管栄養、褥瘡管理、主治医との連携に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護	人員配置体制加算	生活介護において、基準を上回る手厚い職員配置を評価する加算である。看取り期には食事、排泄、体位変換、清潔保持、見守り、家族対応等の支援量が増加するため、生活支援体制の強化に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護	喀痰吸引等実施加算	登録特定行為事業者である生活介護事業所等において、認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を実施した場合を評価する加算である。看取り期の喀痰増加、呼吸状態の悪化、経管栄養等への対応に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護	入浴支援加算	医療的ケアが必要な者等に対する入浴支援を評価する加算である。看取り期における清潔保持、皮膚状態の観察、安楽、尊厳保持に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護等	栄養スクリーニング加算	利用開始時及び利用中6月ごとに栄養状態を確認し、相談支援専門員に情報提供する場合を評価する加算である。看取り期に向かう過程での体重減少、摂食量低下、低栄養リスクの把握に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護等	栄養改善加算	低栄養又は過栄養、そのおそれがある利用者に対し、管理栄養士等が栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを行う場合を評価する加算である。看取り期における摂食嚥下機能、食形態、栄養ケア、本人の意向に沿った食支援に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
生活介護等	食事提供体制加算	令和6年度改定で、管理栄養士等の関与、摂食量の記録、体重・BMIの記録等が要件化されているため、看取り期における食事提供、摂食量把握、食形態調整に関係する加算である。	厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」
共同生活援助	夜間支援等体制加算	共同生活援助において、夜間及び深夜の時間帯に必要な支援体制を確保する場合を評価する加算である。看取り期における夜間の見守り、急変把握、排泄介助、体位変換、転倒防止、医療機関又は家族への連絡に関係する加算である。	厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」
共同生活援助	日中支援加算	共同生活援助の入居者が日中活動サービス等を利用できない場合や、日中に共同生活住居内で支援を受ける必要がある場合を評価する加算である。看取り期に通所が困難となった場合、体調不良、疼痛、倦怠感、食事摂取低下等により日中もGH内で生活支援を要する場合に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
共同生活援助	人員配置体制加算	共同生活援助において、支援実態に応じて手厚い世話人又は生活支援員の配置を評価する加算である。看取り期における食事、排泄、清潔保持、見守り、服薬確認、家族対応、通院調整等の支援量増加に関係する加算である。	厚生労働省「令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要」
共同生活援助	医療連携体制加算	共同生活援助において、看護職員又は医療機関等との連携により、利用者の健康管理や医療的ケアへの対応体制を評価する加算である。看取り期における健康観察、服薬管理、主治医・訪問看護との連携、喀痰吸引、経管栄養、褥瘡対応、急変時対応に関係する加算である。	厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」
共同生活援助	医療連携体制加算(Ⅶ)	共同生活援助において、看護師を配置し、日常的な健康管理や医療ニーズ発生時の適切な対応体制を確保する場合を評価する加算である。高齢化、重度化、慢性疾患、終末期により医療的ニーズが増大する入居者の生活継続に関係する加算である。	厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」
共同生活援助	帰宅時支援加算	共同生活援助の入居者が一時的に帰宅する場合に、家族等との連絡調整や支援を評価する加算である。看取り期に本人の希望により家族宅等て過ごす場合、家族との調整や支援情報の共有に関係する加算である。	厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」
共同生活援助	長期帰宅時支援加算	共同生活援助の入居者が長期に帰宅する場合に、必要な連絡調整や支援を評価する加算である。看取り期に本人の希望や家族の意向により家族宅で一定期間過ごす場合、生活支援情報や医療情報の共有に関係する加算である。	厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」

表2 介護保険における看取りを直接評価する報酬等一覧

区分	サービス種別	報酬・加算	主な内容・単位	算定・評価の要点	参考文献
施設サービス	指定介護老人福祉施設等	看取り介護加算	死亡日までの期間に応じて段階的に評価される。指定介護老人福祉施設では、死亡日以前31日以上45日以下、死亡日以前4日以上30日以下、死亡日の前日・前々日、死亡日について、それぞれ異なる単位数が定められている。施設内死亡の場合には、より高い評価区分も設けられている。	医師により回復の見込みがないと診断された入所者について、本人または家族等の同意のもと、看取り介護を実施する。継続的な観察、本人・家族への説明、医師・看護職員・介護職員等の連携、看取り介護に係る計画的対応が重視される。	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
施設サービス	介護老人保健施設	ターミナルケア加算	死亡日までの期間に応じて評価される。令和6年度改定では、死亡日前々日および前日、死亡日の評価が引き上げられた。一方、死亡日以前31日以上45日以下の区分については単位数の見直しが行われた。	医師が回復の見込みがないと判断した入所者について、本人または家族等の同意に基づき、医師、看護職員、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同してターミナルケア計画を作成し、継続的に説明と同意を得ながらケアを実施する。	令和6年度介護報酬改定における改定事項について
居宅サービス	訪問看護	ターミナルケア加算	在宅で死亡した利用者に対し、死亡日および死亡日前14日以内に一定回数以上のターミナルケアを実施した場合に算定される。令和6年度改定により、2,000単位から2,500単位へ引き上げられた。	在宅での看取りにおいて、訪問看護が担う医療的観察、疼痛緩和、家族支援、急変時対応、医師との連携等を評価する。	・令和6年度介護報酬改定における改定事項について ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅サービス・地域密着型サービス	訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護	遠隔死亡診断補助加算	離島等の一定地域に居住する利用者について、情報通信機器を用いて医師の死亡診断を補助した場合に評価される。	在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、主治医の指示に基づき、ICTを用いて死亡診断を補助する。医師の迅速な訪問が困難な地域における在宅看取りを支援する仕組みである。	・令和6年度介護報酬改定における改定事項について ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅サービス	訪問入浴介護	看取り連携体制加算	令和6年度改定で新設された。看取り期にある利用者に対し、死亡日および死亡日以前30日以下について、1回につき64単位が算定される。	医師、訪問看護ステーション等と連携しながらサービスを提供する。医師による回復見込みなしの診断、看取り期の対応方針の作成、利用者または家族等への説明と同意、連携体制、職員研修等が重視される。	・令和6年度介護報酬改定における改定事項について ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅サービス	短期入所生活介護	看取り連携体制加算	令和6年度改定で新設された。死亡日および死亡日以前30日以下について、7日を限度に1日につき64単位が算定される。	看取り期にある利用者へのサービス提供体制を評価する。看護職員や訪問看護ステーション等との連携体制、看取り期の対応方針の説明・同意、職員研修等が重視される。	・令和6年度介護報酬改定における改定事項について ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅サービス	訪問介護	特定事業所加算における看取り期評価	独立した看取り加算ではなく、特定事業所加算の重度者等対応要件の中に、看取り期にある利用者への対応が位置付けられている。	看取り期の利用者を含む重度者へのサービス提供を評価する。終末期の身体介護、生活支援、家族支援、関係職種との情報共有等の役割が報酬上評価される構造である。	・令和6年度介護報酬改定における改定事項について ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
居宅介護支援	居宅介護支援	ターミナルケアマネジメント加算	令和6年度改定により、対象が従来の「末期の悪性腫瘍の患者」から、在宅で死亡した利用者へ拡大された。	介護支援専門員が、終末期における医療やケアの方針に関する本人または家族の意向を把握し、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、心身の状況等を記録する。さらに、主治医および居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者へ情報提供を行う。	・令和6年度介護報酬改定における改定事項について ・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

※本表は、令和6年度介護報酬改定資料、厚生労働省告示および関連する留意事項通知に基づき、看取り期支援に関連する主な報酬・加算を整理したものである。詳細な算定可否は、各サービス種別の告示・通知および最新の厚生労働省資料を確認する必要がある。

表3 介護保険における看取り期の生活継続を支える報酬等一覧

加算・支援領域	主な対象サービス	介護保険上の類似・対応する加算等	看取り期との関係	参考文献
グループホーム・施設での医療機関連携	特定施設、認知症対応型共同生活介護、特養、老健、介護医療院等	協力医療機関連携加算	急変時の相談対応、診療体制、入院受入体制、定期的な情報共有を評価する。看取り期に備えた平時からの医療機関連携を支える加算である。	令和6年度介護報酬改定における改定事項について
夜間支援・夜間の急変把握	特養、老健、介護医療院、短期入所等	夜勤職員配置加算、看護体制加算、配置医師緊急時対応加算等	夜間の見守り、排泄介助、体位変換、急変時対応、医師への連絡等を支える基盤的な評価として整理できる。配置医師緊急時対応加算は、配置医師が通常勤務時間外等に施設を訪問して診療した場合を評価する。	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
栄養・摂食嚥下・食支援	施設サービス、通所系サービス等	経口維持加算、療養食加算、栄養マネジメント強化加算等	看取り期における摂食量低下、嚥下機能低下、誤嚥リスク、本人の希望に沿った食支援を支える評価として整理できる。	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
口腔ケア	施設サービス、居宅・通所系サービス等	口腔衛生管理加算、口腔連携強化加算等	看取り期の誤嚥予防、口腔乾燥、清潔保持、食支援に係る。歯科衛生士等による口腔衛生管理や連携を評価する。	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
褥瘡・排泄・身体状態悪化への対応	介護老人福祉施設等	褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算	看取り期には臥床時間の増加、低栄養、皮膚脆弱化、排泄状態の変化が生じやすく、褥瘡予防・排泄支援を制度上評価する加算として整理できる。	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準
感染症対応・施設内療養	特定施設、認知症対応型共同生活介護、特養、老健、介護医療院等	高齢者施設等感染対策向上加算、新興感染症等施設療養費	高齢者施設等感染対策向上加算は10単位/月または5単位/月、新興感染症等施設療養費は240単位/日とされており、感染症対応時の施設内療養・連携体制を支える。	令和6年度介護報酬改定における改定事項について
入退院時・医療機関への情報提供	施設サービス、特定施設、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援等	退所時情報提供加算、退居時情報提供加算、入退院時情報連携加算等	施設・住みから医療機関へ移る際の生活状況、認知機能、支援上の留意点等の情報提供を評価する加算が設けられている。	令和6年度介護報酬改定における改定事項について
職員体制・処遇改善	介護保険サービス全般	サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算	個別の看取りケアを直接評価するものではないが、夜間支援、身体介護、家族対応、医療連携を担う職員体制の維持に関係する。	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準

表4 障害福祉サービスと介護保険併給可能条件

No	併給が可能となる主な条件	内容	参考文献
1	介護保険サービスだけでは必要な支給量を確保できない場合	介護保険の区分支給限度基準額やケアプラン上のサービス量では、本人に必要な支援量を確保できないと市町村が認める場合、不足分について障害福祉サービスの利用が検討される。	厚生労働省 令和5年6月30日事務連絡 (https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf)
2	介護保険サービスでは対応できない支援内容が必要な場合	介護保険に類似サービスがあっても、障害特性に応じた支援内容が介護保険サービスでは十分に提供できない場合、障害福祉サービスの併給が検討される。	厚生労働省 令和5年6月30日事務連絡 (https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf)
3	介護保険サービスを実際に利用できない場合	相当する介護保険サービスが制度上存在していても、近隣に事業所がない、定員に空きがない、対応可能な事業所が確保できない等により、実際の利用が困難な場合には障害福祉サービスの利用が検討される。	厚生労働省 令和5年6月30日事務連絡 (https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf)
4	要介護・要支援認定で非該当となった場合	介護保険サービスの利用が想定される年齢等であっても、要介護・要支援認定で非該当となり介護保険サービスを利用できない場合、障害福祉サービスの必要性が市町村に認められれば利用できる。	厚生労働省 令和5年6月30日事務連絡 (https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf)
5	介護保険に相当するサービスがない障害福祉固有サービスを利用する場合	介護保険に対応するサービスがない障害福祉サービス(同行援護、行動援護、就労系サービス、自立訓練等)については、65歳以降も利用が可能である。	障害者総合支援法第7条、厚生労働省 令和5年6月30日事務連絡 (https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf)
6	共同生活援助について、個別事情から継続利用が必要な場合	共同生活援助は、個々の障害者の状況等から必要と認められる場合、65歳以降も継続利用が認められる場合がある。そのうえで、必要に応じて介護保険サービスや医療保険サービスを組み合わせる余地がある。	厚生労働省 令和5年6月30日事務連絡 (https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf)

表5 看取り期支援を「障害福祉サービス」「介護保険サービス」「障害福祉サービスと介護保険サービスの併給」で支える場合の比較結果

比較項目	① 障害福祉サービス	② 介護保険サービス	③ 障害福祉サービスと介護保険サービスの併給
基本的な位置づけ	障害者の生活支援、日中活動、居住支援を担う制度。	高齢者等の介護、医療連携、看取り期支援を担う制度。	障害特性に基づく支援と、加齢・疾病に伴う介護ニーズを組み合わせる仕組み。
看取り期支援を直接評価する加算	乏しい。 生活支援・医療連携・夜間支援等を通じて間接的に支える。	存在する。	介護保険側の看取り関連加算を活用しつつ、障害福祉側で生活支援や障害特性に基づく支援を補完する。
看取り期を支える主な加算・報酬	夜間支援、日中支援、医療連携、夜間看護、通院支援、栄養、入浴、感染対策、入退院支援等。	看取り介護加算、ターミナルケア加算、看取り連携体制加算、ターミナルケアマネジメント加算、協力医療機関連携加算等。	介護保険の訪問介護・訪問看護・訪問入浴・福祉用具等と、障害福祉の共同生活援助、居宅介護、重度訪問介護等を必要に応じて組み合わせる。
生活の場	障害者支援施設、共同生活援助、自宅等。	特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設、認知症対応型共同生活介護、自宅等。	主に自宅や共同生活援助等を生活の場として維持しながら、介護保険サービスを組み合わせる。
障害者支援施設での扱い	施設内支援を中心に看取り期を支える。	障害者支援施設は介護保険適用除外施設であるため、施設入所中の介護保険併給は原則想定されない。	基本的には障害福祉サービス内で支える構造となる。
共同生活援助での扱い	共同生活援助(GH)での生活支援、夜間支援、医療連携、入退院支援等で支える。	必要に応じて訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具等を利用する余地がある。	個別判断により、GHを生活の場として維持しながら介護保険・医療保険サービスを組み合わせる可能性がある。

高齢知的・発達障害者における意思決定支援と
アドバンス・ケア・プランニングのあり方に関する研究
—ICF のアプリを活用した意思決定支援の可能性—

分担研究報告書

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等における高齢障害者への看取り
マニュアルの実装に向けた研究（25GC1013）

分担研究報告書

高齢知的・発達障害者における意思決定支援とアドバンス・ケア・プランニング のあり方に関する研究

—ICFのアプリを活用した意思決定支援の可能性—

分担研究者：村岡美幸（国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）

日誌正文（国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）

研究要旨

高齢の知的障害者・発達障害者は、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）を含む意思決定支援の場面で、情報の理解、記憶、比較、意思の表出に困難を伴うことがある。本人の意思や選好を支えるには、人生の出来事、生活上の経験、過去の選択、安心できる環境や関係性を整理した資料が必要である。しかし、その資料作成が支援者にとって大きな負担となる場合、日常の実践で継続的に活用することは難しい。

本研究では、本人の生活歴、支援記録、医療記録等を収集し、紙媒体の記録をPDFスキャナー及びiPadでデジタル化した。そのうえで、AI（ChatGPT）及びICF Coderを用い、記録内容の整理、ライフマップの作成、国際生活機能分類（以下、ICF）の視点による情報の構造化を試みた。

その結果、手書き記録を含む過去記録をデジタル化することで、記録情報の検索と俯瞰が容易になった。過去記録には、本人の日常行動、反応、選好、安心できる環境や人間関係、不安や拒否の表れなど、意思決定支援及びACPに活用し得る手がかりが含まれていた。また、ライフマップを短時間で作成でき、生活の連続性を共有する資料として活用できる可能性が示された。さらに、ChatGPT及びICF Coderによる整理は、言語による意思表示が困難な人の意思と選好を検討する基礎資料となる可能性が示唆された。

一方で、個人情報保護を含む倫理的配慮、手書き記録の判読精度、記録表現や観察視点のばらつき、同一内容の判定に要する時間などの課題も確認された。今後は、AIとICFを活用した方法の安全性と有効性を事例的に検証し、本人意思に基づく支援の質の向上につながる技術的・実践的手法を検討する必要がある。

A. 研究の背景と目的

2017年に障害者の意思決定支援ガイドラインが策定され¹⁾、本人の意思を尊重する支援の推進が図られてきた。

さらに近年は、一般高齢者の間で「終活」が広まり、人生の最終段階における医療、看取りのケア、生活のあり方を自ら選ぶという考え方が社会に浸透しつつある。このような状況を踏まえると、障害のある人についても、最終段階の過ごし

方、療養の場、最期を迎える場所を、本人の希望や価値観に基づいて選択できるよう支援することは、重要な人権保障の課題である。

しかし、現在高齢期にある知的障害者や発達障害者の多くは、成育歴の中で意思形成や意思表示を十分に支えられてこなかった可能性がある。特に、2004年の発達障害者支援法の制定以前に成長した世代では、本人の思いや希望を丁寧に引き出し、表明を支える機会が限られていたと考えられる。その結果、人生の最終段階においても本人が十分な選択肢を持たず、病院等で亡くなる実態がみられる。さらに、本人が「帰りたい」と意思を表出しているにもかかわらず、事業所における24時間対応可能な医師・看護師の確保、個室等の環境整備、看取り経験の乏しさによる職員の不安などが障壁となり、本人の意思よりも病院での最期が選ばれやすい状況があった（国立のぞみの園，2025）²⁾。すなわち、本人の意思が存在しているにもかかわらず、それを実現する支援体制と環境が不足していることが課題である。

人生の最終段階における意思決定は、その時点だけで完結するものではなく、それまでの生活の連続性の中で捉える必要がある。そのため、本人の過去記録を踏まえ、ACPを含む意思決定支援を行うことが重要である。一方で、過去記録は量が膨大で、手書き資料も多い。必要な情報の整理・抽出には多くの時間と労力を要し、実践上の大きな障壁となっている。

上記の背景を踏まえ、本研究は、知的障害者及び発達障害者の人生の最終段階における意思決定支援及びACPに向けて、情報通信技術

(Information and Communication Technology：以下、ICT)及び人工知能

(Artificial Intelligence：以下、AI)を活用した過去記録の整理・抽出方法を支援者に提示し、その有用性、実現可能性及び課題について意見を

聴取することにより、支援現場での活用可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. ICT及びAIの活用による支援対象者の過去記録の整理・抽出

対象資料は、自宅、障害児入所施設、障害者支援施設、共同生活援助での生活歴を持ち、重度知的障害と自閉症スペクトラム症を併せ持つ60代A氏(1名)について、入手可能であった生活歴、支援記録、ケースカンファレンス資料、医療に関する記録等とした。

対象となる資料の形態は、アナログ記録(手書き、ノーカーボン紙等)及びデジタル記録であった。本分担研究は令和7(2025)年度から令和8(2026)年度にかけて実施する予定であり、本報告では、令和7(2025)年度に試行的にデジタル化及び整理・抽出を行ったケースカンファレンス資料を中心に報告する。

使用機器・ツールは、iPad、PDFスキャナー、ChatGPT、ICF Coderとした。

本分担研究は、以下の手順で実施した。

- 1) 収集した資料のうち、個人を特定し得る情報部分に付箋を貼り、画像での読み込みができない状態にした。
- 2) PDFスキャナー及びiPadによる写真画像を用いて、資料をデジタル化した。
- 3) ChatGPTを用いて記録内容を整理した。
- 4) 複数の記録を統合し、ライフマップ作成用のプロンプトを作成した。
- 5) 対象者の生活歴や支援経過を概観できる資料を生成した。
- 6) ICF Coder³⁾を試用し、情報を整理した。
- 7) これまでの生活の中で示されてきた意思、選好、安心できる環境や関係性、苦痛や拒否の表現等を抽出した。

なお、ICF Coder は、2025 年 3 月に尾崎氏により開発されたアプリである。本人に関する情報を ICF の構造、すなわち「健康状態」「心身機能・身体構造」「活動」「参加」「環境因子」「個人因子」の観点から整理し、本人の強みや、活動・参加に関わる環境要因等を客観的に把握することを目的としている。

2) 意思決定支援及び ACP の基礎資料作成に向けた活用可能性の検討

ICT 及び AI を活用して作成した資料及び整理・抽出の方法について、知的障害者及び発達障害者の支援に携わる支援者 5 名、生活支援員、相談支援専門員を対象に説明を行った。説明にあたっては、ICT 機器の画面等を示しながら、過去記録のデジタル化、ChatGPT による記録内容の整理、生活歴や支援経過を概観できる資料の作成、ICF Coder による情報整理、及び本人の意思、選好、安心できる環境や関係性、苦痛や拒否の表現等の抽出方法について提示した。

その上で、支援者に対し、ICT 及び AI を活用した過去記録の整理・抽出方法について、意思決定支援及び ACP の基礎資料作成における有用性、支援現場での実現可能性、活用にあたっての課題や留意点について意見を求めた。得られた意見は、分担研究者が内容の類似性に基づき整理し、カテゴリー化した。

本研究は、国立のぞみの園倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 07-08-05）。個人情報取り扱いについては、以下の手続きを行った。

1) 本人と家族への説明

- 対象者及び保護者に対し、研究の目的、方法、参加の任意性、個人情報の保護について、口頭及び文書により説明し、書面による同意を得た。

- 本人による署名が困難な場合には、保護者による署名同意を得た。
- 生成 AI の活用方法及び情報管理上の配慮について、対象者及び保護者に説明し、同意を得た。

2) 生成 AI (ChatGPT) の利用

- 氏名、生年月日、画像等、個人を特定し得る情報は入力しないよう配慮した。
- 入力情報が AI の学習に利用されない設定を適用した。

3) 情報管理

- 研究で得られた情報は、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部の施錠可能な収納で管理し、本研究の目的以外には使用しなかった。

4) 支援者への説明

- 支援者に対し、研究の目的、方法、個人情報の保護について口頭で説明し、同意を得た。

C. 研究結果

1. ICT 及び AI を活用した過去記録の整理・抽出方法の試行

A 氏の過去のケースカンファレンス資料は、約 290 枚であった。資料には個人情報が含まれていたため、個人を特定し得る情報が記載された部分を紙で覆った上で、PDF スキャナー及び iPad を用いてデジタル化した。匿名化処理及びデジタル化に要した時間は、約 4 時間であった。一方で、手書き資料の中には文字の判読が困難であり、十分にデジタル化できないものもあった。

デジタル化した資料について、ChatGPT を用いて複数の記録内容を統合し、生活歴、支援経過、年表、嗜好等を整理するためのプロンプトを作成し、情報の整理・抽出を行った。その結果、生活の転機、活動への参加状況、本人の関心や嗜好、環境への反応等を時系列に整理した年表を作

成することができた。表1は、作成した年表の一部である。

また、ICF Coderを試用し、A氏に関する情報をICFの枠組みに基づいて整理した。ICF Coderでは、活動・参加に関する情報として、施設内での役割、活動への参加状況、余暇活動への関心等が整理された。また、環境因子に関する情報として、本人が安心しやすい環境、支援者との関係性、活動を促進または阻害する要因等を整理することができた。表2は、整理した情報の一部である。

分担研究者はChat GPTの使用経験が限られていたこともあり、プロンプトの内容によって整理・抽出される情報に違いがみられた。そのため、AIから提示される助言等を参考にしながら、プロンプトを修正し、必要な情報の抽出を行った。情報をデジタル化後、情報を整理・抽出するまでの時間は約1時間程度であった。

以上より、本試行においては、A氏1名のケースカンファレンス資料約290枚について、匿名化処理、デジタル化、ICT及びAIを用いた整理・抽出を行うまでに、合計で約5時間を要した。

2) 意思決定支援及びACPの基礎資料作成に向けたICT及びAI活用に対する支援者の意見の確認

ICT及びAIを活用して作成したA氏の生活歴、支援経過、活動・参加状況、嗜好、環境因子等に関する整理結果を支援者5名に提示し、ICT及びAI活用に対する意見を求めた。その結果、以下の意見が得られた。

- デジタル化により、支援対象者の長期間の記録を把握することの負担感が減る。
- ライフマップや年表の作成が短時間でできるが、修正が必要な文言がある。
- AIに相談しながら、支援計画を考えると、いろいろな支援のアイデアが生まれてくる。

- 手書きも解読してくれるとありがたい
- 分析結果が記録されている内容に左右されるので、活用できる対象者と、できない対象者がいる
- AIの活用については、個人情報や情報のリテラシーの部分で不安がある
- 行動、反応、好む活動、落ち着ける環境、不安や拒否の場面は、本人の選好や価値観を推定する際の手がかりとなった
- ICT及びAIによる整理・抽出結果を見て、記録の視点の不統一、本人の思いや意味づけの記載不足に気づけた。
- ACPでの活用を前提として日々の記録を残すと、もっと本人の思いや好み等を深く理解できるように思った。

得られた意見を内容の類似性に基づき整理したところ、ICT及びAIの活用に関する支援者の意見は、「記録整理及び事務作業の効率化への期待」「本人理解、支援計画及びACPへの活用可能性」「記録内容に依存する整理・抽出結果の精度及び記録の質の課題」「Chat GPT導入に伴う技術的・倫理的課題」の4つに大別された(表3)。

D. 考察

本研究では、ICT及びAIを活用して過去記録を整理・抽出し、その結果を支援者に提示して意見を聴取した。その結果、ICT及びAIの活用により、長期間にわたる記録をこれまでよりも短時間で概観し、年表やライフマップ、所定様式に沿った資料を作成できる可能性が示された。過去記録の整理には多くの時間と労力を要するが、ICT及びAIを用いることで、支援者の記録整理や事務作業の負担軽減につながる可能性があると考えられた。また、所定の様式に合わせた情報抽出やChat GPTとの対話による支援計画の検討が可能であるとの意見もあ

り、支援現場での一定の実現可能性が示唆された。

一方で、Chat GPT による整理・抽出の結果は、入力される記録の内容や質に左右される。記録量が少ない場合や、本人の思い、行動の背景、意味づけが十分に記載されていない場合には、Chat GPT による出力結果にも限界が生じる。そのため、Chat GPT の結果をそのまま用いるのではなく、支援者が内容を確認し、本人の現在の状況や関係者の情報と照合しながら活用する必要がある。また、Chat GPT の活用は、日々の記録において、本人の選好、安心できる環境、拒否や苦痛の表現、支援者との関係性等を意識して記録することの重要性を再確認する機会にもなった。

さらに、ICT 及び AI の導入には、手書き記録の判読、個人情報取り扱い、情報リテラシーといった課題がある。ここでいうリテラシーとは、ICT 及び AI を操作できることに加え、個人情報を適切に取り扱うこと、Chat GPT の出力結果を批判的に確認すること、入力する情報の範囲や出力結果の活用方法を判断することを含む。支援現場で活用するためには、個人情報保護に関する手順、入力情報の範囲、出力結果の確認方法、記録様式の標準化等について、実践可能な運用ルールを整備する必要があると考えられた。

E. 結論

本研究では、ICT 及び AI を活用することが、知的障害者及び発達障害者の過去記録を整理・抽出し、意思決定支援及び ACP に資する基礎資料を作成する際の負担軽減につながる可能性が示唆された。

一方で、Chat GPT による整理・抽出結果は記録内容や記録の質に左右されるため、支援者による事後の確認・修正が不可欠である。今回の検証・検討は、限定的なものであるため、今後は、対象者や記録の種類を広げ、実践現場での活用可能性と運用上の課題について、さらに検討を進める必要がある。

参考文献

- 1) 厚生労働省：障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて，障発 0331 第 15 号，平成 29 年 3 月 31 日，
<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000562766.pdf> (2026 年 3 月 27 日閲覧)
- 2) 国立のぞみの園：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—，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分担報告書 (2024)，
<https://www.nozomi.go.jp/investigation/pdf/report/03/R06-4.pdf> (2026 年 3 月 27 日閲覧)
- 3) 尾崎尚人：自然言語処理による自動 ICF コーディングシステムの構築，科学研究費助成事業研究成果報告書 (2025)，
<https://kaken.nii.ac.jp/file/KAKENHI-PROJECT-20K19460/20K19460seika.pdf> (2026 年 3 月 27 日閲覧)

F. 研究発表

第 33 回日本介護福祉学会大会

村岡美幸「ICF を活用した本人視点での個別支援計画の作成に関する研究—共同生活援助事業所で生活する知的・発達障害者 A 氏を対象に—」

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 過去記録のデジタル化とAIによる年表作成

過去の記録をデジタル化し、AI（ChatGPT）に読み込ませて作成したExcel年表の例である。

時期	年代・日付	出来事	補足
乳幼児期	乳幼児期	けいれん様発作が続いたとの家族申告	約20日間、1日4~5回。数回は一時的な意識消失あり
少年期	少年期	家族で、アパートの2階に居住	生活環境に制約があった
少年期	9歳頃	交通事故で転倒し、近隣病院に入院	約4日入院
少年期	9歳頃	2階から転落し、右足を捻挫	加療後は異常なし
児童期	1971年頃	児童入所施設に10歳で入所	集団生活の開始
児童期	1971年頃	脳波で左中心部にsharp waveの記録	当時は臨床症状なし
児童期～青年期	入所中	集団での散歩などでは一体的な行動が可能	一方で、他児から干渉されることを好まない面もあった
児童期～青年期	入所中	相撲大会に出場	優勝の記録はなし
児童期～青年期	入所中	夕食後に絵日記を継続	書字・表現活動への関心が高い
児童期～青年期	入所中	同じ寮の友人や職員の名前を多く書けた	ノートだけでなく地面に棒で書くこともあった
児童期～青年期	入所中	洗濯物たたみを役割として担当	日常生活上の役割遂行あり
児童期～青年期	入所中	夜間の野球観戦に外出	売りに強い関心を示した
児童期～青年期	入所中	スキー場外出で初回から滑走できた	以後も参加希望あり
児童期～青年期	入所中	マラソン大会Bコースで4回連続1位	4回目の記録は12分00秒
児童期～青年期	入所中	児童入所施設内の農産科で活動	畑仕事、動物の世話などに従事
児童期～青年期	入所中	農作業を一人で遂行	トラクター運転、間引き、芽かき等
児童期～青年期	入所中	朝の新聞配りを担当	施設職員宿舎への配達
児童期～青年期	8月6日（年不詳）	山への外出	年は不詳
児童期～青年期	入所中	乗り物系の体感型ビデオを好む	特に鉄道の運転室映像など
児童期～青年期	入所中	水痘に罹患	既往歴
児童期～青年期	入所中	食品工場見学後、気に入った食品を家族へ送付	嗜好が明確
児童期～青年期	入所中	輪投げが入らずいらだつ場面あり	不成功時の情動反応
児童期～青年期	入所中	動物の世話を開始時間前に始めることがある	主体性が強い一方、待機は課題
1991年度頃	平成3年度	施設生活に合わせた行動が増える	職員とのやりとりも進展
1992年度前半	平成4年4~7月頃	挨拶を目標に支援が行われる	こだわりの緩和にも取り組む
1992年度後半	平成4年8~12月頃	危険物置場や空き缶へのこだわりがみられる	安全面の配慮が必要
1992年度後半	平成4年8~12月頃	生水の飲み過ぎで体調に影響することがある	健康管理上の課題
1992年度	平成4年度	職員へ自分から話しかけるなど対人面が前進	掃除等の役割も継続
1993年度前半	平成5年1~3月頃	挨拶しようとする意識がみられる	必要性の理解は十分でない面もあった
1993年度前半	平成5年4~7月頃	寮職員とのコンタクトを深める目標が立てられる	状況に応じた挨拶の練習
1993年度後半	平成5年8~12月頃	障害者入所施設への移行が決定	生活の大きな転機
1993年度後半	平成5年8~12月頃	新聞配達中に危険物置場のゴミ袋を開けた記録	こだわり・安全配慮の課題
1994年3月頃	平成5年度末	朝の『おはよう』が習慣化に向かう	作業・飼育で中心的役割を担う
1994年4月頃	平成6年4月15日	起床6時、就寝22時頃の生活リズムが確認される	起床後に新聞配達、本や辞書を見る習慣あり
1994年6月頃	1994年6月頃	評価資料が作成される	身長169.3cm、体重60.0kg、胸囲82.0cm
1994年6月頃	1994年6月頃	会話は可能だが、発音不明瞭・早口・ひとりごと・吃音傾向あり	文字やメモによる伝達は有効
1994年6月頃	1994年6月頃	電話は自分でかけられるか不明	書字でのやりとりは可能
1994年6月頃	1994年6月頃	着衣は自立、汚れを嫌い自発的に着替える	履物も自分で扱える
1994年6月頃	1994年6月頃	都市部の公営住宅で生活	室内は複数の小部屋構成
1994年6月頃	1994年6月頃	文字・数字、列車の本、音楽番組、カラオケへの関心が確認される	嗜好の一貫性あり
1994年6月頃	1994年6月頃	家族背景上、詳細不明な部分が多い	両親死亡後はきょうだいの陳述が主情報源
1994年9月頃	1994年9月頃	家族宅へ短期帰省	買物や整髪などを行い、大きな問題なく経過
1994年10月	1994年10月	せっかちさやこだわりがやや減少したと評価される	行動面の変化

表2 ICF Coder による情報の整理

本資料は、ICF Coder で整理した情報の一部である。ICF イラストライブラリー（ICF の項目を絵でわかりやすく学べる資料）と併用することで、職員が認識できていない情報に気づくための資料として活用できる。

参加に関する整理例

参加

事例内容	主なICFコード候補	解釈
散歩のときは一体的に行動できた	d920 レクリエーションと余暇 / d720 複雑な対人関係	集団活動・集団行動への関与
学園で開催された「すもう大会」に出場	d920 レクリエーションと余暇	施設行事への参加
ナイターの野球観戦に出掛けた	d920 レクリエーションと余暇	余暇・外出行事への参加
大穴スキー場へ遊びに行った	d920 レクリエーションと余暇	レジャー場面への参加
次回のスキー参加も希望していた	d920 レクリエーションと余暇	継続的な余暇参加への意欲
学園のマラソン大会で4回連続1位	d920 レクリエーションと余暇	行事参加の中での成績・達成
農産クラスに所属していた	d825 職業訓練	訓練的・教育的プログラムへの参加
宝登山へ行った	d920 レクリエーションと余暇	外出行事への参加
サイボクハムの工場見学に行った	d920 レクリエーションと余暇	社会見学・地域活動への参加

環境因子に関する整理例

4. Environmental Factors（環境因子）

ICFコード	項目名	解説
e310	Immediate family	姉との関係があり、荷物を送るなどのやりとりがあった。
e325	Acquaintances, peers, colleagues, neighbors	寮の友人との関係。
e330	People in positions of authority	職員との交流や支援。
e580	Health services, systems and policies	水疱瘡への対応や学園生活における健康管理。
e225	Climate	スキー場など屋外活動に関連（季節的・気候的要素が影響）。
e240	Light, temperature, sound	ナイター観戦や屋外活動に関連する環境要因。

表3 利用者の過去情報の整理・抽出のためのICT及びAI活用に関する支援者からの意見

No.	カテゴリー	カテゴリーの内容	該当する意見
1	記録整理及び事務作業の効率化への期待	長期間の記録把握、ライフマップ・年表作成、所定様式への情報抽出など、記録整理や事務作業の負担軽減に関する評価。	<ul style="list-style-type: none"> ・デジタル化により、支援対象者の長期間の記録を把握することの負担感が減る印象を受けた。 ・ライフマップや年表の作成が短時間でできるのは魅力的だし、内容も大きく外れてはいない。細かいところをみると少し修正が必要な文言がある。 ・所定の様式に合わせる形で必要な情報を抽出しやすいので、事務作業の省力化が期待できるのではないかと思う。
2	本人理解、支援計画及びACPへの活用可能性	Chat GPT との対話を通じた支援計画の検討、本人の選好・価値観の推定、ACPを意識した記録活用の可能性に関する評価。	<ul style="list-style-type: none"> ・Chat GPT に相談しながら、支援計画を考えるといろいろな支援のアイデアが生まれる。 ・行動、反応、好む活動、落ち着ける環境、不安や拒否の場面は、本人の選好や価値観を推定する際の手がかりとなった。 ・ACPでの活用を前提として日々の記録を残すと、もっといい分析結果がでるように思った。
3	記録内容に依存する整理・抽出結果の精度及び記録の質の課題	Chat GPT の分析結果が記録内容や記録量に左右されること、分析結果の確認・修正の必要性、記録の視点や記載内容の不足への気づきに関する課題。	<ul style="list-style-type: none"> ・ライフマップや年表の作成が短時間でできるのは魅力的だし、内容も大きく外れてはいない。細かいところをみると少し修正が必要な文言がある。 ・分析結果が記録されている内容に左右されるので、活用できる対象者と、できない対象者がいるように思う。 ・AIの分析結果を見て、記録の視点の不統一、本人の思いや意味づけの記載不足に気づけた。
4	ICT及びAI導入に伴う技術的・倫理的課題	手書き記録への対応などの技術的改善要望、個人情報保護や情報リテラシーに関する不安など、導入・運用面の課題。	<ul style="list-style-type: none"> ・手書きも解読してくれるとありがたい。 ・ICT及びAIの活用については、個人情報や情報のリテラシーの部分で不安がある。

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

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
村岡 美幸	実際に、やってみる 重度高齢知的障害者の意思決定支援に関する取組み	ニュースレター	86	12-13	2025
村岡 美幸	意思決定支援から見てきたこと ー「食」の取組みー	ニュースレター	88	8-9	2026
根本 昌彦	知的障害者の看取りに関わる 海外の知見 ーオーストラリア視察報告ー	ニュースレター	88	18-19	2026
村岡 美幸	重度・高齢化した知的・発達障害のある人への意思決定支援の取組み	新ノーマライゼーション	46	4-5	2026

資 料

資料1. アンケート調査内容

資料2. ヒアリング調査内容

【看取り導入マニュアル】に関するアンケート

国立のぞみの園では、厚生労働科学研究費補助事業によりR7、8年の2か年の計画で、「障害者支援施設や共同生活援助事業所等における高齢障害者への看取りマニュアルの実装に向けた研究」を行っております。本アンケートは、今後のより良い看取り導入マニュアル作成・改善および内容の充実を図るため、実施させていただくこととなりました。お忙しいところ恐縮ではございますが、看取り導入マニュアルについて、以下のアンケートにご協力いただけますと幸いです。

- 調査対象者：各地の既に看取り支援を実施している施設（入所支援施設、共同生活事業所など）と今後看取り支援の実施を予定している施設合計9か所
- アンケート実施期間：送信後～令和8年1月9日
- アンケートでご回答いただいた情報は、統計的な処理を行い、個人および所属先を特定できない形でデータの処理・保存、成果の公表を行います。
- 回答送信後、回答内容の編集はできませんので、ご了承ください。

※

* このフォームでは名前の記録を行います、名前を入力してください。

回答者について

1. 施設名 *

2. ご職業（職種）を教えてください。*

3. 現在の役職を教えてください。*

マニュアル全体について

4. 「看取り導入マニュアル」全体について *

どの程度理解できましたか？

- 理解した
- やや理解した
- 理解できなかった

5. 上記で「理解できなかった」と回答された方 *

その理由を具体的に教えてください。 例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

6. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

7. 全体について *

実践しましたか

- 実践した
- 一部実践した
- 実践できなかった

8. 【実践した】・・・【一部実践した】を選んだ方 *

実践内容を教えてください。

9. 【実践できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

10. 意思形成について *

どの程度理解できましたか？

- 理解した
- やや理解した
- 理解できなかった

11. 【理解できなかった】を選んだ方 *

その理由を具体的に教えてください。例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

12. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

13. 意思形成について *

実践しましたか？

- 実践した
- 一部実践した
- 実践できなかった

14. 【実践した】・・・【一部実践した】を選んだ方 *

どのような状態にある方に実践しましたか。 ①年齢 ②コミュニケーション方法 ③区分

15. 実践内容を教えてください。 *

※特に本人の様子について

16. 【実践できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

17. 意思表出方法について *

どの程度理解できましたか？

- 理解した
- やや理解した
- 理解できなかった

18. 上記で「理解できなかった」と回答された方 *

その理由を具体的に教えてください。 例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

19. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

20. 意思表出方法について *

実践しましたか？

- 実践した
- 一部実践した
- 実践できなかった

21. 【実践した】・・ 【一部実践した】を選んだ方 *

どのような状態にある方に実践しましたか。 ①年齢 ②コミュニケーション方法 ③区分

22. 実践内容を教えてください。 *

※何を・誰と・どのように

23. 【実践できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

24. ヒアリングシートの活用について *

どの程度理解できましたか？

- 理解した
- やや理解した
- 理解できなかった

25. 上記で「理解できなかった」と回答された方 *

その理由を具体的に教えてください。 例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

26. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

27. ヒアリングシートの活用について *

実践しましたか？

- 実践した
- 一部実践した
- 実践できなかった

28. 【実践した】・・・【一部実践した】を選んだ方 *

使用感について教えてください。

29. 【実践できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

職員の負担について

30. 事業所の長が看取りの責任の所在を現場に解り易く伝えたか。*

どのように伝えましたか。 例) どんな時に・どんな内容で・何回くらい

31. 職員間で「看取りする・していく」ということに対する認識が、共有・合意されていますか。*

32. どのように共有・合意しましたか。*

緩和ケア(障害特性に合った)

33. 緩和ケアの実践に関すること *

どの程度理解できましたか？

- 理解した
- やや理解した
- 理解できなかった

34. 上記で「理解できなかった」と回答された方 *

その理由を具体的に教えてください。例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

35. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

36. 緩和ケアの実践に関すること *

実践しましたか？

- 実践した
- 計画検討中
- 実践できなかった

37. 【実践できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

緩和ケアを【実践した】を選んだ方

具体的に教えてください。

38. 【実践した】緩和ケア *

ケアの項目と回数にチェックをしてください。 ※トータルの回数を教えてください。

	1回	2回	3回	4回	5回以上	10回以上	20回以上
声かけ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
寄り添い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
タッチング	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
あんばう	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
口腔ケア	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
清拭	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ステートメント 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
手浴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
足浴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
洗髪	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
アロマを利用した リラックス	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. 実践した代表例について教えてください。 *

どんな状態にある方に実践しましたか。

40. *

どんなケアを実践しましたか。

41. *

結果どのような反応がありましたか。 例) ・笑顔になった ・落ち着いた ・嫌そうだった

緩和ケアを【計画検討中】を選んだ方

検討中の計画を具体的に教えてください。

42. 計画対象は、どのような状態にある利用者ですか。*

43. どのような緩和ケアを計画していますか。*

44. そのケアによって、どのような効果(反応)が期待されると考えますか。*

グリーフケア（他の利用者、職員、家族）

45. グリーフケアに関すること *

どの程度理解できましたか？

- 理解できた
- やや理解できた
- 理解できなかった

46. 上記で「理解できなかった」と回答された方 *

その理由を具体的に教えてください。 例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

47. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

48. グリーフケアに関すること *

実現しましたか？

- 実現した
- 一部実現した
- 実現できなかった

49. 【実現した】・・・【一部実現した】を選んだ方 *

①結果（誰がどのように） ②予防策を教えてください ③メンタルケアが必要な職員が発生した時の対応を教えてください

50. 【実現できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

多職種連携（特に地域医療や施設の看護師、栄養士など）

51. 多職種連携に関すること *

どの程度理解できましたか？

- 理解できた
- やや理解できた
- 理解できなかった

52. 上記で「理解できなかった」と回答された方 *

その理由を具体的に教えてください。例) ○ページの○○の部分の表現(図)が難しい

53. その部分を、どのように改善するとより分かりやすく・使いやすくなると思いますか。参考までに教えていただくと幸いです。 *

54. 多職種連携に関すること *

実現しましたか。

- 実現した
- 一部実現した
- 実現できなかった

55. 【実現した】・・・【一部実現した】を選んだ方 *

実践内容を教えてください。

56. 【実現できなかった】を選んだ方 *

できなかった理由を教えてください。

看取り導入マニュアルについて

57. 分かりやすかった章を教えてください。*

	1章 なぜ、看取りが 必要なのか	2章 看取り支援の体 制構築	3章 実施体制整備の ポイント	4章 死に向かう過程 とその関わりを知る	5章 亡くなった後の対 応
1 番分かりやすか った章	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 番目に分かりや すかった章	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 番目に分かりや すかった章	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. 加えて欲しい内容、図表などがありましたらご記入ください。*

59. その他ご意見がございましたらご記入ください。

このコンテンツは Microsoft によって作成または承認されたものではありません。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。

 Microsoft Forms

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)
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)
出村 早苗 (文京学院大学・人間学部人間福祉学科・准教授)
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)
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・課長補佐)

研究協力者

新井 邦彦 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 施設事業局・局長)
荒井 隆一 (社会福祉法人ロザリオの聖母会・GH 管理者・所長)
有賀 弘 (社会福祉法人しあわせ会 障害者支援施設 白州いずみの家・施設長)
石村 正徳 (社会福祉法人侑愛会 侑愛社・施設長)
市岡 武 (合同会社 B2 相談支援事業所レール K)
大西 博之 (社会福祉法人 陽気会 ひだまり園・入所・管理者)
奥西 允 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究部)
小澤 恵 (訪問看護ステーション えん・管理者)
熊岡 正悟 (神奈川県福祉子どもみらい局・福祉部地域福祉課)
黒崎 史果 (社会医療法人 博愛会 菅間在宅診療所・管理者・所長)
小杉 弘子 (一般社団法人 日本意思決定支援ネットワーク)
恒松 祐輔 (社会福祉法人つつじヶ丘学園・入所管理者・理事長)
勅使河原伸悦 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 生活支援部・支援調整役)
勅使河原美智恵 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 地域生活支援課・課長補佐)
名川 勝 (筑波大学・SDMJ・代表)
名里 晴美 (社会福祉法人 訪問の家・GH 管理者・理事長)
西出 真悟 (株式会社メディヴァ・事務局)
古川 慎治 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園・理事)
水島 俊彦 (一般社団法人 日本意思決定支援ネットワーク・弁護士)
室津 大吾 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 編集・広報担当)
森田 由美 (社会福祉法人近江ふるさと会 障害者支援施設ふるさと 入所・管理者)
安野恵美子 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園)

吉江 悟 (一般社団法人 Neighborhood Care・代表理事)

オブザーバー

松崎 貴之 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課・専門官)

※所属は令和8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等における
高齢障害者への看取りマニュアルの実装に向けた研究
令和7（2025）年度 総合研究報告書

令和7（2026）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>