

別添4ー1

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

分担研究報告書

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

分担研究報告書

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

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

研究要旨

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

A. 研究目的

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

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

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

B. 研究方法

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

対象:障害者支援施設、共同生活援助(石川県、富山県、新潟県、福井県を除く)

日程:2024年1月22日~2月4日

方法：Web アンケート調査

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

【倫理面への配慮】

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

C. 研究結果

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

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

表 1 看取りの受け入れ方針の単純集計

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

1. 退所先及び看取りの実態

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

表 2 退所先の実態

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

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

表3 死亡による契約終了の実態

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

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

2. 看取りを受け入れられない理由と看取りケアの課題

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

表4 看取りを受け入れられない理由（複数回答）

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

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

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

表5 看取りケアにおける課題（複数回答：上位3つ）

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

3. 看取りの受け入れ方針と各項目のクロス集計

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

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

4. 看取りケア実施の有無と各項目のクロス集計

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. まとめ

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

表 6 看取りの受け入れ方針と関連要因とのクロス集計

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

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

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

※残差分析の結果、有意に偏りがみられたセルは、網掛けで示した。

表7 看取りケア実施の有無と各項目のクロス集計

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

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

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

※残差分析の結果、有意に偏りがみられたセルは、網掛けで示した。

【文献】

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

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし