

日社福士 2024-233

2024年9月30日

介護医療院 施設長各位

公益社団法人日本社会福祉士会
会長 西島善久
(公印省略)

令和6年度老人保健健康増進等事業「介護医療院における医療的ニーズの高い高齢者に対する社会福祉士の活動実態等に関する基礎的調査」へのご協力をお願い

時下ますますご清祥のことと存じます。日頃から当会の運営にご理解とご協力賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本会は、厚生労働省の令和6年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）「介護保険施設における社会福祉士の活用状況と有効性に関する調査研究事業」として、介護医療院における社会福祉士の活用状況等を明らかにするため調査に取り組んでおります。

つきましては、別添の調査概要をご確認の上、期日が短く恐縮ですが、回答フォーム等から 11月8日（金） までにご回答いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。

記

- 1 調査の目的** 介護医療院における、医療ニーズの高い高齢者の受け入れ状況や看取りケア、退院支援などの取り組み状況、そして社会福祉士の配置状況や活動実態、他職種との連携状況を把握することを目的としています。
- 2 調査の対象** 貴院の管理的な立場にある職員の方がご回答ください。
- 3 倫理的配慮** 別添の調査概要に記載のとおり、ご回答をもって同意いただくこととなります。
- 4 調査票と回答** 別添の調査概要に記載のとおり回答フォームからご回答ください。

5 実施主体と問い合わせ先

公益社団法人日本社会福祉士会（担当者：縄田）

〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 カタオカビル2階

電話：03-3355-6541 FAX：03-3355-6543 Mail：nawata@jacsw.or.jp

介護医療院における医療的ニーズの高い高齢者に対する 社会福祉士の活動実態等に関するアンケート調査概要

全国の介護医療院における、医療ニーズの高い高齢者の受け入れ状況や看取りケア、退院支援などの取り組み状況、そして社会福祉士の配置状況や活動実態、他職種との連携状況を把握することを目的としています。

これにより、介護医療院における社会福祉士の専門性の発揮状況や、医療ニーズの高い高齢者に対するケアの質の向上を目指します。

1 調査対象

介護医療院の管理的な立場にある職員の方がご回答ください。

2 回答方法

Web画面から回答をお願いしております。

下記アドレスまたは二次元コードからWeb回答画面へアクセスしてください。

調査回答画面URL : <https://questant.jp/q/kaigoiryoincyosa>



3 回答期限

令和6年11月8日（金）までにご回答いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。

4 その他

1. 調査期間としては、令和5年4月1日～令和6年3月31日までの1年間としていますが、開設から1年に満たない場合には、開設日から令和6年3月31日までの期間と読み替えてください。
2. 本調査にご協力いただくことで、介護医療院における社会福祉士の役割や社会福祉士の専門性が、より良いサービス提供につながるエビデンスとなることが期待されます。
3. ご多忙中とは存じますが、調査へのご協力をお願い申し上げます。

5 倫理的配慮

1. 調査の同意について

- ① 調査への協力は回答者の自由意思に基づくものであり、同意が得られなくても何ら不利益を受ける事はありません。
- ② 得られた情報は、今回の調査目的以外には使用しません。
- ③ 本調査票は、無記名のため個人や施設が特定されることはありません。
- ④ 本調査への回答をもって同意いただいたこととさせていただきます。
- ⑤ 回答後は無記名のため、途中で撤回できませんので、同意の上、ご回答ください。
- ⑥ 同意いただけない場合にはご回答しなくてかまいません。

2. データの取り扱いについて

- ① データ入力の際はコード化し、匿名性の確保に十分注意します。
- ② データは今回の調査目的以外には使用しません。

- ③ 得られたデータの電子媒体は、責任をもって保管します。

6 調査内容

1. 施設概要

- ① 介護医療院の名称、所在地、設置者、開設年月日、指定基準、定員数
- ② 職員数（医師、看護職員、介護職、リハビリ職員、介護支援専門員、栄養士、放射線技師、事務員・調理員、その他）
- ③ 併設施設（病院、有床診療所、無床診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションなど）

2. 利用者の状況

- ① 医療区分（要介護度）別の利用者数
- ② 過去1年間の平均利用者数
- ③ 過去1年間の入所前居所、退所先

3. 社会福祉士の配置状況

- ① 社会福祉士の配置有無、配置数
- ② 配置されていない理由
- ③ 社会福祉士の部署名、職種名、主な業務内容
- ④ 社会福祉士配置の効果、他職種との連携状況

4. 医療ニーズの高い高齢者の利用状況、ACPや看取りケア、退院支援等の取り組み状況

- ① 医療ニーズの高い高齢者（点滴、経管栄養、酸素療法、疼痛管理など）の人数
- ② ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りケアに関する取り組み状況
- ③ 過去1年間の看取り件数
- ④ ACPや看取りケアにおける社会福祉士の役割
- ⑤ ACPや看取りケアにおいて大切にしていること

5. 自由記述

- ① 上記設問以外に、介護医療院における医療ニーズの高い高齢者へのケア、ACPや看取りケア、退院支援等に関する取り組みについて自由に記述

6. ヒアリング調査への協力

- ① 社会福祉士の実践取組に関するヒアリング調査への協力可否

介護医療院における医療的ニーズの高い高齢者に対する社会福祉士の 活動実態等に関するアンケート調査項目

I. 施設概要

1. 貴院の所在地（都道府県）： _____
2. 貴院の設置者（1つ選択）：
 - 地方公共団体
 - 社会福祉法人
 - 医療法人
 - その他（具体的に）：
3. 貴院が介護医療院に転換した年月日（西暦）：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日
4. 貴院の指定基準（複数選択） 令和6年10月1日現在
 - 介護医療院（Ⅰ型）
 - 介護医療院（Ⅱ型）
5. 貴院の定員数： _____ 人
6. 貴院の職員数（常勤換算）：
※該当しない場合は「0」を記入

令和6年10月1日現在

職種	職員数（常勤換算）
1) 医師	人
2) 看護職員（看護師、准看護師）	人
3) 介護職	人
4) リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）	人
5) 介護支援専門員	人
6) 薬剤師	人
7) 栄養士又は管理栄養士	人
8) 診療放射線技師	人
9) 調理員・事務員	人
10) その他	人

7. 貴院に併設する施設等についてご回答ください。（令和6年10月1日現在）
※該当しない場合は「0」を記入してください。
 - 病院（下記病床数をご記入ください）

1) 介護医療院が併設する病院の総病床数	床
2) うち、急性期病床数	床
3) うち、回復期病床数	床
4) うち、地域包括ケア病床数（一般病床または療養病床）	床
5) うち、療養病床数	床
6) うち、その他の病床数 ※一般病床はこちらにご記入ください	床

- 有床診療所（病床数をご記入ください：_____床）
- 無床診療所
- 居宅介護支援事業所
- 訪問看護ステーション
- その他（_____）
- 併設する医療機関や施設・事業所等はない（単独）

II. 利用者の状況

8. 貴院における医療区分（要介護度）別の利用者数についてご記入ください。（令和6年10月1日時点）：

※利用申込申請中の人数もご記入ください。

※該当しない場合は「0」を記入してください。

- 要介護 1： _____人
- 要介護 2： _____人
- 要介護 3： _____人
- 要介護 4： _____人
- 要介護 5： _____人
- 利用申込者数： _____人

9. 貴院における過去1年間（令和5年4月1日～令和6年3月31日まで）の平均利用者数： _____人/日

10. 貴院における過去1年間（令和5年4月1日～令和6年3月31日まで）に新規入所した人の入所前居所について、それぞれ該当する人数をご回答ください。

※令和5年度以降に介護医療院に転換した場合は、転換以前の実績も含めてご回答ください。

※該当しない場合は「0」と入力してください。

入 所 前 居 所	1) 自宅	人
	2) 急性期病院	人
	3) 回復期病院	人
	4) 慢性期病院	人
	5) 介護老人保健施設（老健）	人
	6) 介護老人福祉施設（特養）	人
	7) 有料老人ホーム	人
	8) サービス付き高齢者向け住宅	人
	9) その他の介護施設	人
	10) その他	人

11. 貴院における過去1年間（令和5年4月1日～令和6年3月31日まで）に退所した人の退所先について、それぞれ該当する人数をご回答ください。

※令和5年度以降に介護医療院に転換した場合は、転換以前の実績も含めてご回答ください。

※該当しない場合は「0」と入力してください。

退 所 先	1) 自宅	人
	2) 急性期病院	人
	3) 回復期病院	人
	4) 慢性期病院	人
	5) 介護老人保健施設（老健）	人

6) 介護老人福祉施設（特養）	人
7) 有料老人ホーム	人
8) サービス付き高齢者向け住宅	人
9) その他の介護施設	人
10) 死亡	人
11) その他	人

Ⅲ. 社会福祉士の配置状況

12. 貴院に社会福祉士は配置されていますか？併設医療機関も含めて配置されている社会福祉士の人数をご回答ください。なお、配置されていない場合には、「0」を入力してください。（令和6年10月1日現在）

- 貴院に専任の社会福祉士が配置されている
- 併設医療機関等の社会福祉士が貴院業務を兼務している
- 併設医療機関等に社会福祉士が配置されているが、介護医療院の業務は行っていない
- 併設医療機関等を含め、社会福祉士は配置されていない

	貴院	併設医療機関	合計
社会福祉士の配置数	人	人	人

※貴院のみ、併設医療機関のみも含めて配置人数をご入力ください。

13. (12で社会福祉士が貴院に配置されていない場合のみ) 配置されていない理由についてお聞かせください。（複数回答可）

- 必要性を感じていない
- 採用が困難
- 予算上の制約
- その他（具体的に）： _____

14. (12で社会福祉士が貴院に配置されている場合のみ) 貴院における社会福祉士の位置づけについてお聞かせください。

- 配置されている部署名： _____
- 社会福祉士の職種名： _____

15. (12で社会福祉士が貴院に配置されている場合のみ) 貴院における社会福祉士の主な業務内容についてお聞かせください。（複数回答可）

- 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- 退院援助
- 社会復帰援助
- 受診・受療援助

- 経済的問題の解決、調整援助
- 地域活動
- その他（具体的に）： _____

16. (12で社会福祉士が貴院に配置されている場合のみ) 社会福祉士の配置による効果について、感じている点をお聞かせください。(複数回答可)

- 利用者や家族の満足度向上
- 職員の負担軽減
- 多職種連携の促進
- 地域との連携強化
- その他（具体的に）： _____

17. (12で社会福祉士が貴院に配置されている場合のみ) 社会福祉士と他職種（医師、看護師、理学療法士など）との連携状況についてお聞かせください。(1つ選択)

- 連携できている
- あまり連携できていない
- 連携できていない
- その他（具体的に）： _____

IV. 医療ニーズの高い高齢者の利用状況、ACP や看取りケア、退院支援等の取り組み状況

18. 貴院における医療ニーズの高い高齢者の受入れ状況をお聞かせください。

※該当しない場合は「0」と入力してください。

- 主な医療処置を要する高齢者の人数（令和6年10月1日現在）
 - 点滴 : _____人
 - 経管栄養 : _____人
 - 酸素療法 : _____人
 - 疼痛管理 : _____人
 - その他 : _____人

19. 貴院では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に沿った取組を利用者に実施していますか。(1つ選択) (令和6年10月1日現在)

- 全員に実施している
- 一部の利用者に実施している
- 実施していない

20. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りケアに関する取り組みについてお聞かせください。(令和6年10月1日現在)

① ACPの取組状況についてご回答ください。(複数回答可)

- 本人の意思表示が可能な場合は、本人を交えたACPに取り組んでいる

- 本人の意思表示が困難な場合のうち、家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重する
 - 本人の意思表示が困難な場合のうち、家族等が本人の意思を推定できない場合には、家族等や専門職によるカンファレンスで本人の推定意思を尊重し、本人にとっての最善の策をとる
 - 取り組んでいない
- ② 看取りケアの実施状況について、過去1年間（令和5年4月1日～令和6年3月31日まで）の看取り件数をご記入ください。
 ※該当しない場合は「0」と入力してください。 ： _____ 件
- ③ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りケアにおいて、社会福祉士が担当している場合、その具体的な役割をお聞かせください。（自由記述）
- _____
- ④ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りケアにおいて、大切にしていることがありましたら、お聞かせください。（自由記述）
- _____

V. 自由記述

21. 上記設問以外に、貴院における医療ニーズの高い高齢者へのケア、ACP や看取りケア、退院支援等に関する取り組みについて、ご自由にお書きください。

VI. ヒアリング調査への協力

22. （12で「配置されている」と回答した場合のみ） 介護医療院における社会福祉士の実践取組に関するヒアリング調査へのご協力の可否をご回答ください。（1つ選択）
- 協力可能
 - 協力不可

※ヒアリング調査にご協力をいただける場合は、以下の連絡にご記入をお願いいたします。

なお、いただいた個人情報は、本事業の範囲内で使用・管理し、事業終了後は破棄いたします。

団体名（組織名）		
連絡先担当者名		
連絡先	TEL	
	FAX	
	E-mail	