

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

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

報 告 書

令和7年3月

公益社団法人 日本社会福祉士会

はじめに

我が国は、世界に類を見ないスピードで高齢化が進行しており、高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある生活を継続できる社会の実現が喫緊の課題となっております。

このような状況を踏まえ、地域包括ケアシステムの深化・推進とともに、地域に住む人々が互いに支え合い、共に暮らすことのできる地域共生社会の構築が強く求められています。

介護保険制度は、高齢者の生活を支える重要な社会基盤であり、その中で介護保険施設は、利用者の心身の状況に応じた適切なサービスを提供し、地域における高齢者福祉の中核的な役割を担っています。

介護保険施設においては、医師、看護師、介護職員をはじめとする多職種が連携し、ご利用者の生活を支援しています。その中でも社会福祉士は、ソーシャルワークの専門職として、利用者の抱える様々な生活上の課題に対し、専門的な知識と技術に基づいた相談支援、権利擁護、社会資源の活用支援等を行い、利用者のQOLの向上に貢献する重要な役割を担っています。

本調査研究事業は、地域共生社会の実現に向けて、介護保険施設、具体的には介護老人福祉施設と介護医療院における社会福祉士の活用状況とその有効性を検証することを目的として実施しました。介護老人福祉施設においては、看取り介護の推進や身寄りのないご入居者への支援、地域との連携など社会福祉士の貢献を明らかにすることができました。一方、介護医療院においては、療養生活における心理的・社会的な課題への支援、退院援助、多職種連携の促進としての役割を明らかにすることができました。

本報告書は、これらの調査結果を詳細に記述するとともに、それぞれの施設種別における社会福祉士の実践がどのように貢献しているのかをまとめ、社会福祉士の更なる活用の可能性を示しています。

本調査研究が、介護保険施設における社会福祉士の役割に対する理解を深め、その効果的な活用を促進するための基礎資料となり、地域共生社会の実現に寄与することを期待するものです。

本調査の実施にあたり、ご協力いただいた多くの関係者をはじめ、委員各位に感謝申し上げます。

令和7年3月

公益社団法人 日本社会福祉士会
会長 西島 善久

目 次

第1章 研究事業の概要

I. 研究の目的	1
II. 事業実施の概要	
1. 研究事業の実施体制	2
2. 研究事業の実施概要	3

第2章 介護老人福祉施設における生活相談員の活用状況と有効性に関する調査

I. 調査の概要	7
II. 調査の結果	
1. 施設の基本情報	9
2. 生活相談員としての実践	22
III. 考察	
1. はじめに	45
2. 「看取り介護加算」における生活相談員の役割と社会福祉士資格の有無	45
3. 「ACP 取組人数」における生活相談員の役割と社会福祉士資格の有無	45
4. 協力医療機関との実効性のある連携体制と社会福祉士資格の有無	46
5. 生活相談員の実践と社会福祉士資格の有無	46

第3章 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

I. 調査の概要	51
II. 調査の結果	
1. 施設概要	52
2. 利用者の状況	54
3. 社会福祉士の配置状況	56
4. 人生の最終段階における医療・ケアの取組	59
III. 考察	
1. 介護医療院に社会福祉士の役割	63
2. 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準との関連性	63
3. 多職種連携における社会福祉士の貢献	63

第4章 介護保険施設における社会福祉士の実態把握に関するヒアリング調査(社会福祉士による取組事例)

I. 調査の概要

1. ヒアリング調査の目的 67
2. ヒアリング調査の方法 67

II. 調査の結果と考察

1. ヒアリング調査に見る介護医療院の社会福祉士の実践 70
2. ヒアリング調査にみる介護医療院における社会福祉士の果たしている役割と機能 78

第5章 地域共生社会の実現に向けて介護保険施設における社会福祉士の活用とその有効性についての検証

I. はじめに 93

II. 介護老人福祉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

1. 「看取り介護加算」算定とACPの実施における社会福祉士の貢献 93
2. 孤立を防ぎ、地域で支える、身寄りのない入居者支援と社会福祉士の有効性 94
3. 「協力医療機関連携加算」算定と社会福祉士の有効性 94

III. 介護医療院における社会福祉士の活用状況と有効性に関する調査

1. 介護医療院における社会福祉士の役割 95
2. 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準との関連性 95
3. 社会福祉士の役割と今後の展望 95

IV. まとめ 96

巻末資料

1. 「介護老人福祉施設における生活相談員の活用状況と有効性に関する調査項目」 99
2. 「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」 112
3. 「介護医療院におけるヒアリング調査項目」 118
4. 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委員会 委員一覧 122

第1章 研究事業の概要

第1章 研究事業の概要

I. 研究の目的

本事業では、特に医療的ニーズの高い高齢者に対する社会福祉士による相談援助の活動実態や、その有効性等を明らかにするための基礎調査として、介護医療院等における社会福祉士の活用状況に関する実態把握をし、有効性を明らかにすることを目的とする。

具体的には、次の事業を行う。

1 介護老人福祉施設に対する調査（量的調査）

令和5年度の自由記述調査等の結果による定性的な有効性を踏まえ、介護老人福祉施設の生活相談員対象とした量的調査を行い、社会福祉士の実践や活用状況等を把握する。

調査の実施に当たっては、公益社団法人全国老人福祉施設協議会等の協力を得て、インターネット調査を実施する。

2 介護医療院に対する調査（量的調査）

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の把握及び専門職性の発揮状況等を把握するためにインターネット調査を実施する。

3 ヒアリング調査(取組事例収集)

量的調査の結果を踏まえ、介護医療院等に配置された社会福祉士や介護老人福祉施設の生活相談員を対象として、包括的な相談支援体制の構築に向け、社会福祉士を活用した先駆的取組事例を5事例程度、ヒアリング調査を通じて事例としてまとめる。

4 地域共生社会の実現に向けて、介護保険施設における社会福祉士の活用とその有効性についての検証

本調査研究事業の委員会において、作業委員会で実施した調査結果（上記の1～3）について分析し、介護保険施設における社会福祉士の活用状況と有効性を検討する。

5 成果物及び活用方法

本調査研究事業成果が実践現場において有効に活用可能されるよう、報告書に取りまとめ、関係機関に配布するとともに、ホームページに掲載し成果の周知を行う。

II. 事業実施の概要

1. 研究事業の実施体制

1) 委員会の設置

研究事業を総括的に推進する基盤として委員会を設置した。

(委員会委員名簿は巻末資料参照)

委員会 開催日程

	開催日	会場	主な協議事項
1	第1回 委員会 2024年8月19日(月)	Zoom ミーティング	研究事業全体の方向性の検討 調査試案について
2	第2回 委員会 2025年2月4日(火)	Zoom ミーティング	介護医療院、介護老人福祉施設 に対する調査結果について
3	第3回 委員会 2025年3月12日(水)	Zoom ミーティング	事業報告書のまとめについて

2) 作業委員会の設置

本研究事業の調査等を円滑に進めるため、作業委員会を設置した。

(作業委員会委員名簿は巻末資料参照)

作業委員会 開催日程

	開催日	会場	主な協議事項
1	第1回 作業委員会 2024年8月8日(木)	Zoom ミーティング	調査試案について
2	第2回 作業委員会 2024年9月4日(水)	Zoom ミーティング	調査試案について ヒアリング調査項目について
3	第3回 作業委員会 2024年12月9日(月)	Zoom ミーティング	介護医療院、介護老人福祉施設 に対する調査結果について
4	第4回 作業委員会 2024年12月19日(木)	Zoom ミーティング	調査結果のまとめ(案)について ヒアリング調査について
5	第5回 作業委員会 2025年2月21日(金)	Zoom ミーティング	事業報告書のまとめ(案)につい て
6	第6回 作業委員会 2025年3月20日(月)	本会事務局会議室	事業報告書の取りまとめ

2. 研究事業の実施概要

(1) 介護老人福祉施設に対する調査（詳細は本報告書第2章参照）

1) 調査対象

全国の介護老人福祉施設（含む地域密着型介護老人福祉施設）10,694施設に配置されている「生活相談員」を対象とした。

なお、生活相談員が複数配置されている場合は、代表者1名に回答を依頼した。

2) 実施方法：郵送にて調査協力依頼を配布し、Web調査による回答を依頼した。

3) 調査時期：令和6年9月30日～11月8日

4) 回答数：2,439施設（回答率22.8%）

(2) 介護医療院に対する調査（量的調査）（詳細は本報告書第3章参照）

1) 調査対象

全国の介護医療院810施設において、管理的立場にある方に回答を依頼した。

2) 実施方法：郵送にて協力依頼を発送し、Web調査による回答を依頼した。

3) 調査時期：令和6年9月30日～11月8日

4) 回収状況：147施設（回答率18.1%）

(3) ヒアリング調査（社会福祉士による取組事例）（詳細は本報告書第4章参照）

1) 調査対象

介護医療院に対する調査（量的調査）を実施した際、ヒアリング調査についての協力の可否を尋ね、協力可との回答があった調査協力者10名のうちから地域や施設規模、社会福祉士の配置（専任／兼務）等を勘案し、5名の調査協力者を選定した。

2) 実施方法：オンラインによるヒアリング調査

3) 調査時期：令和6年1月～2月

4) ヒアリング項目

①介護医療院における社会福祉士の配置状況

②介護医療院における社会福祉士の役割と業務内容

③社会福祉士の配置効果と必要性

④社会福祉士の専門性活用と地域連携

⑤退所支援と地域包括ケア

⑥看取り介護とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）

（Advance Care Planning の略。以下「ACP」という。）

⑦その他

第2章

介護老人福祉施設における生活相談員の活用状況と
有効性に関する調査

第2章 介護老人福祉施設における生活相談員の活用状況と有効性に関する調査

I. 調査の概要

1. 目的

介護老人福祉施設における生活相談員の役割、特に社会福祉士の配置が入居者本人やその家族のQOL向上に果たしている効果等を明らかにすることを目的として実施した。

2. 対象者

全国の介護老人福祉施設（含む地域密着型介護老人福祉施設）10,694施設に配置されている「生活相談員」を対象とした。

なお、生活相談員が複数配置されている場合は、代表者1名に回答を依頼した。

3. 調査方法

郵送にて調査協力依頼を配布し、Web調査による回答を依頼した。

4. 実施時期

令和6年9月30日～11月8日

5. 回答数

2,439施設（回答率22.8%）

6. 調査項目

（1）施設の基本情報

- ①運営主体、施設種別、居室タイプ
- ②入居定員数、稼働率
- ③医療ニーズの高い入居者の状況
- ④看取り介護の状況
- ⑤地域ケア会議など地域の会議への参加回数
- ⑥生活相談員の配置状況
- ⑦管理者（施設長）、管理職の社会福祉士資格保有状況
- ⑧医師の配置形態と業務内容
- ⑨協力医療機関との実効性のある連携体制

（2）生活相談員としての実践

- ①回答者属性（保有資格、兼務状況）
- ②生活相談員としての実践
 - ・入居者本人や家族等と接する際に意識していること
 - ・関係機関等と接する際に意識していること
 - ・医療ニーズの高い入居者本人への対応
 - ・支援に課題を感じる入居者への対応
 - ・経済的な課題を抱える入居者本人・家族等への対応
 - ・入居者本人や家族の想いや希望を叶えるための取組

- ・所属する組織や職員に対して行っている取組
- ・地域や関係機関と連携して行っている内容
- ・人生の最終段階における入居者本人の意向や希望の確認方法
- ・人生の最終段階における本人意向や希望を表明しやすくする環境づくりや工夫
- ・人生の最終段階において本人が意向や希望を表明した際の対応
- ・頼れる身寄りのいない入居者本人に対する支援
- ・所属法人の地域貢献活動への関与

II. 調査の結果

1. 施設の基本情報

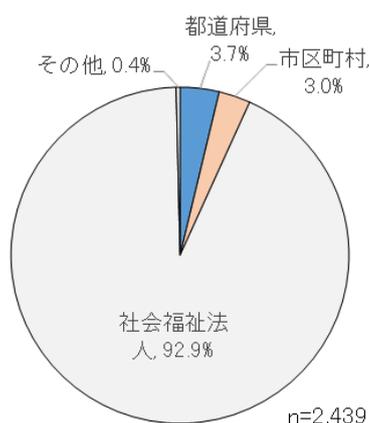
(1) 運営主体、施設種別、居室タイプ

回答が寄せられた介護老人福祉施設 2,439 施設の運営主体は、「社会福祉法人」が 92.9% を占めていた。

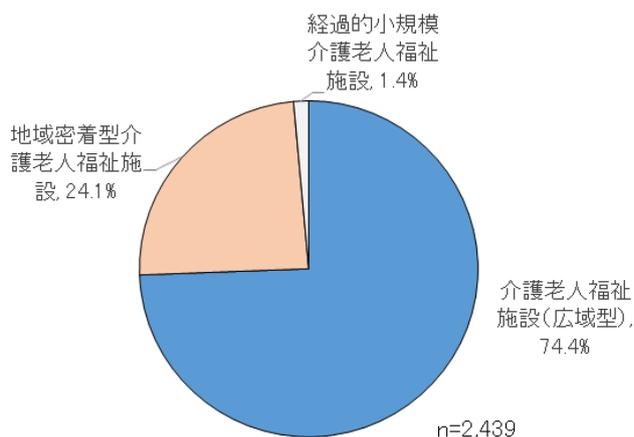
介護老人福祉施設の種類のうち、「介護老人福祉施設（広域型）」が 74.4%（1,815 施設）を占めており、「地域密着型介護老人福祉施設」は 24.1%（589 施設）、「経過的小規模介護老人福祉施設」は 1.4%（35 施設）であった。

また、居室タイプでは、「従来型」が 41.4%（1,010 施設）、「ユニット型」が 54.7%（1,334 施設）、「混合型」が 3.9%（95 施設）であった。

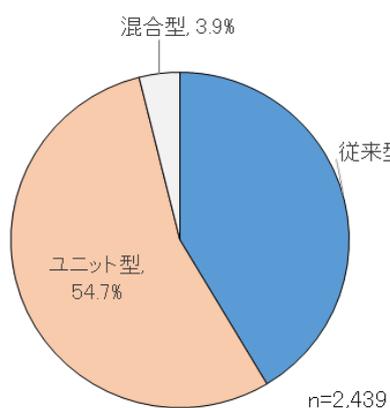
図表 2-1-1 運営主体



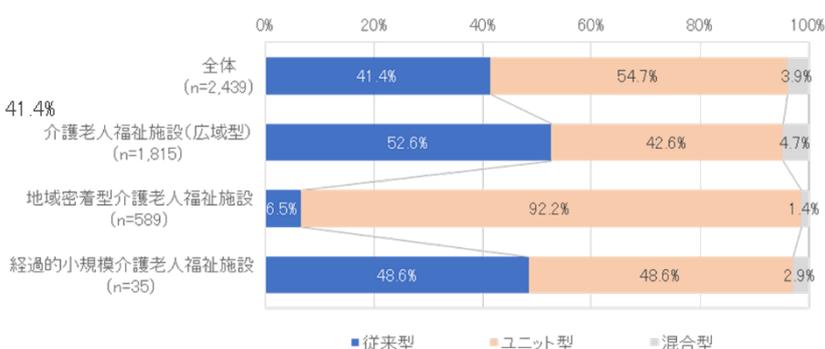
図表 2-1-2 施設種類



図表 2-1-3 居室タイプ



図表 2-1-4 居室タイプ（施設種類別）



(2) 入居定員数、稼働率

入居定員数をみると、回答施設全体では平均 64.4 人、介護老人福祉施設（広域型）では平均 76.5 人、地域密着型介護老人福祉施設では平均 28.9 人、経過的小規模介護老人福祉施設では 30.0 人であった。

入居者の平均要介護度は、いずれの施設種類においても 3.9～4.0 であり、大きな差はみられない。

令和 5 年度における新規入居者数、退所者数をみると、ともに定員の 1/3 程度を占めていた。また、稼働率は概ね 92～93% であり、施設種類による差はみられなかった。

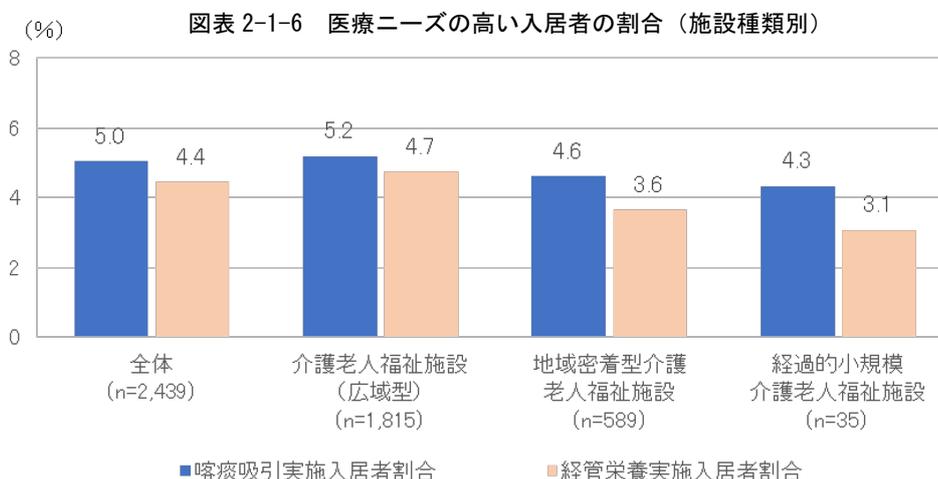
図表 2-1-5 入居定員数、稼働率等の状況（施設種類別）

	全体		介護老人福祉施設 (広域型)		地域密着型 介護老人福祉施設		経過的小規模 介護老人福祉施設	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
入居定員数（人）	64.4	32.781	76.5	29.000	28.9	8.795	30.0	0.342
入居者の平均要介護度	4.0	0.305	3.9	0.294	4.0	0.334	3.9	0.330
新規入居者数（人） (令和 5 年度)	20.7	14.771	24.7	14.855	8.9	5.155	11.0	6.487
退所者数（人） (令和 5 年度)	20.2	20.648	23.7	11.616	10.1	34.692	11.1	6.478
稼働率（%） (令和 5 年度)	92.6	9.692	92.6	8.791	92.6	12.199	93.1	6.183
入所申込登録者数（人） (R6.4.1 時点)	70.8	84.850	82.8	90.741	33.6	40.739	74.0	128.722

(3) 医療ニーズの高い入居者の状況

令和 6 年 4 月 1 日時点における「喀痰吸引」及び「経管栄養」の実施を必要とする入居者割合を確認したところ、回答施設全体では、「喀痰吸引」を要する入居者割合は 5.0%、「経管栄養」の実施を要する入居者割合は 4.4% であった。

施設種類別にみると、「喀痰吸引」「経管栄養」いずれも、わずかではあるが介護老人福祉施設（広域型）入居者の実施割合が高くなっていた。



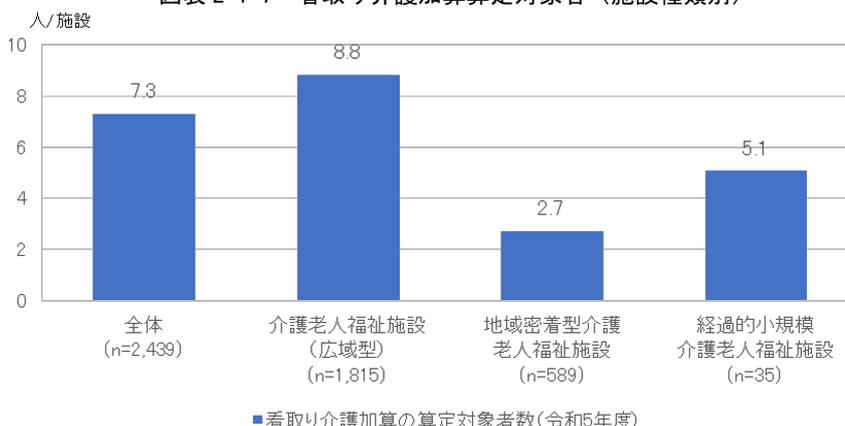
(4) 看取り介護の状況

1) 看取り介護加算算定者数（令和5年度）

令和5年度の看取り介護加算算定者数は、回答施設全体では7.3人／施設であった。

施設種類別にみると、介護老人福祉施設（広域型）では8.8人／施設、地域密着型介護老人福祉施設は2.7人／施設、経過的小規模介護老人福祉施設は5.1人／施設であった。

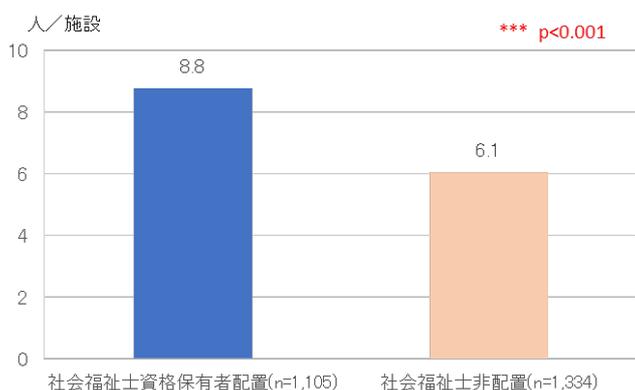
図表 2-1-7 看取り介護加算算定対象者（施設種類別）



1 施設あたりの看取り介護加算算定者数平均値を比較したところ、社会福祉士資格を保有する生活相談員が配置されている施設では、看取り介護加算算定者数が平均 8.8 人／施設であり、非配置施設（6.1 人／施設）と比較して統計的有意差が確認された。

また、「施設規模」と「社会福祉士配置有無」の2つの要因による検定を実施したところ、「定員規模」による影響とともに、「社会福祉士配置有無」についても統計的有意差があることが確認され、特に定員規模「60～99人」の施設において「社会福祉士配置有無」による顕著な差異がみられた。

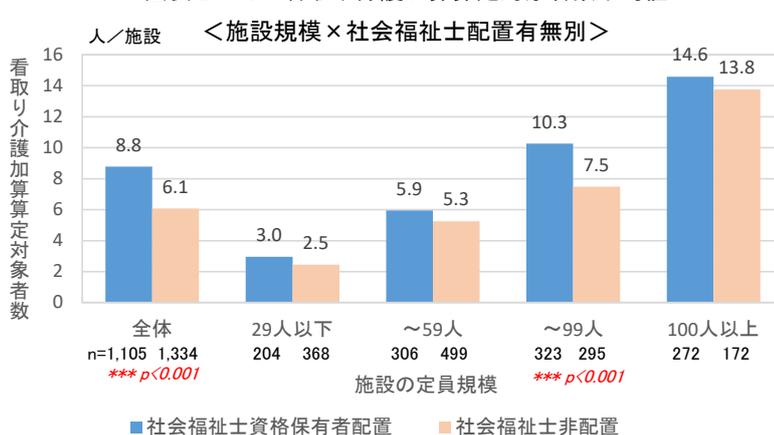
図表 2-1-8 看取り介護加算算定対象者数平均値
(社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別)



(図表 2-1-9 のサンプル数)

定員規模	社会福祉士資格保有者配置	社会福祉士非配置
全体	1,105	1,334
29人以下	204	368
～59人	306	499
～99人	323	295
100人以上	272	172

図表 2-1-9 看取り介護加算算定対象者数平均値



従属変数: 看取り介護加算の算定対象者数 (令和5年度)

ソース	タイプ III 平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
修正モデル	39,607 ^a	7	5,658	40.923	<.001
切片	136,118	1	136,118	984.456	<.001
社会福祉士配置有無	798	1	798	5.775	0.016
施設定員規模	34,705	3	11,568	83.666	<.001
社会福祉士配置有無 × 施設定員規模 (交互作用)	506	3	169	1.220	0.301
誤差	336,128	2,431	138		
総和	505,585	2,439			
修正総和	375,735	2,438			

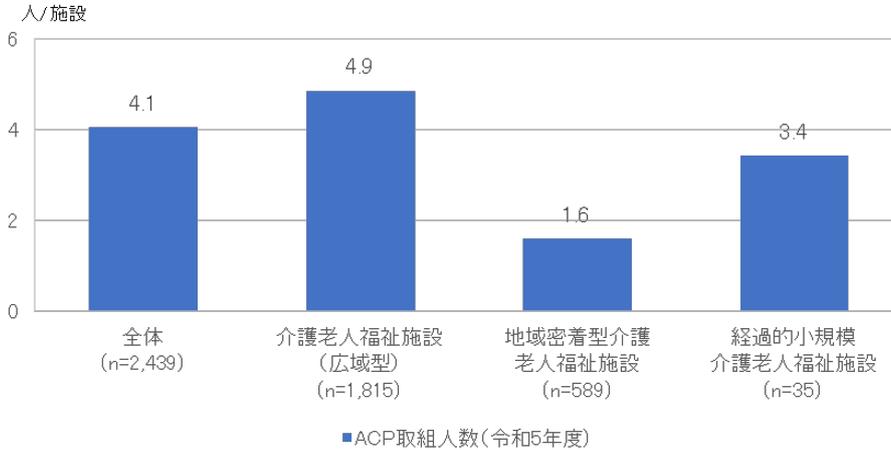
^a R2 乗 = .105 (調整済み R2 乗 = .103)

2) ACP取組人数(令和5年度)

令和5年度のACP取組人数は、回答施設全体の平均では4.1人/施設であった。

施設種類別にみると、介護老人福祉施設(広域型)では4.9人/施設、地域密着型介護老人福祉施設は1.6人/施設、経過的小規模介護老人福祉施設は3.4人/施設であった。

図表 2-1-10 看取り介護加算算定対象者(施設種類別)

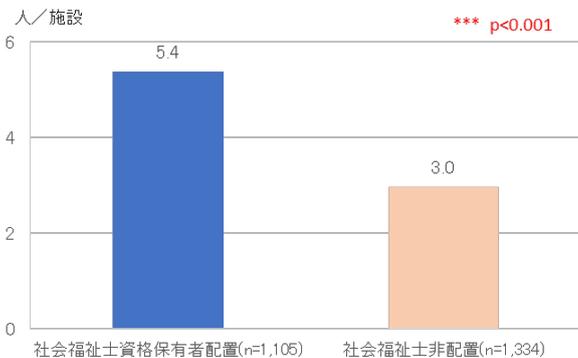


1 施設あたりのACP取組人数の平均値を比較したところ、社会福祉士資格を保有する生活相談員が配置されている施設では平均5.4人/施設であり、非配置施設(3.0人/施設)と比較して統計的有意差が確認された。

また、「施設規模」と「社会福祉士配置有無」の2つの要因による検定を実施したところ、「定員規模」による影響とともに、「社会福祉士配置有無」についても統計的有意差があることが確認された。

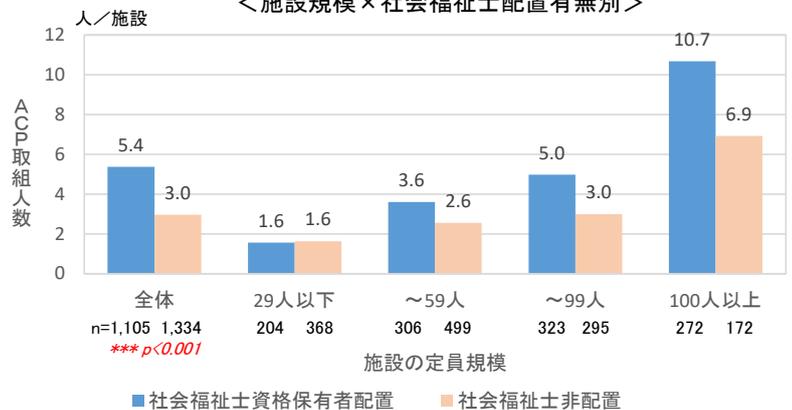
図表 2-1-11 ACP取組人数平均値

(社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別)



図表 2-1-12 ACP取組人数平均値

<施設規模×社会福祉士配置有無別>



(図表 2-1-12 のサンプル数)

	社会福祉士資格保有者配置	社会福祉士非配置
定員規模		
全体	1,105	1,334
29人以下	204	368
~59人	306	499
~99人	323	295
100人以上	272	172

従属変数: ACP取組人数(実人数) 令和5年度

ソース	タイプ III 平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
修正モデル	18,524a	7	2,646	12.113	<.001
切片	42,262	1	42,262	193.441	<.001
社会福祉士配置有無	1,564	1	1,564	7.158	0.008
施設定員規模	13,356	3	4,452	20.377	<.001
社会福祉士配置有無 × 施設定員規模 (交互作用)	929	3	310	1.417	0.236
誤差	531,112	2431	218		
総和	589,696	2439			
修正総和	549,637	2438			

a R2 乗 = .034 (調整済み R2 乗 = .031)

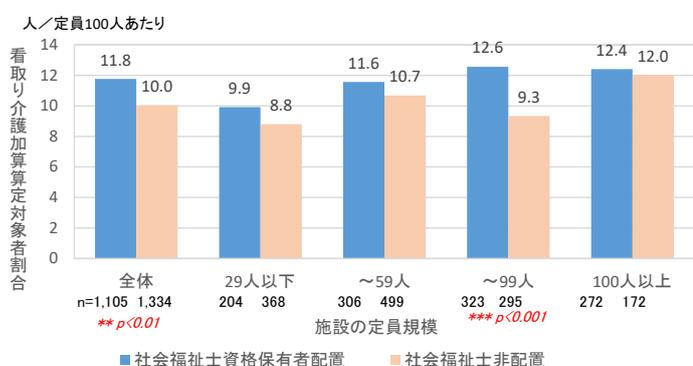
参考 施設定員数に占める看取り介護加算算定者数割合、ACP取組人数割合の分析

前述した看取り介護加算算定者数及び ACP 取組人数について、施設定員に対する取組人数割合を算出し、施設定員規模及び社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無の 2 要因による検定を実施した。

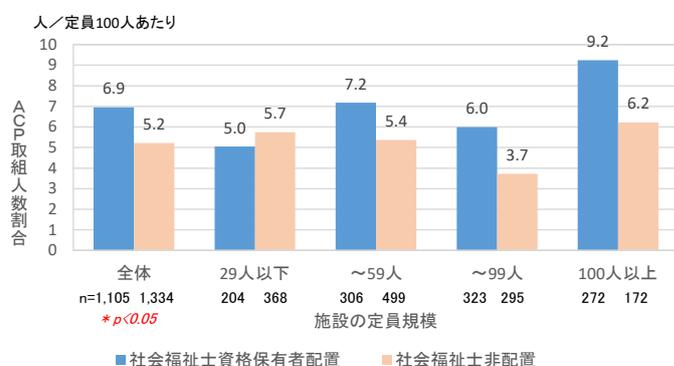
その結果、看取り介護加算算定者割合では「施設定員規模」とともに「社会福祉士配置有無」の有効性が確認された。なお、施設定員規模「60～99 人」の施設において「社会福祉士配置有無」による顕著な差異がみられた。

一方で、ACP 取組人数割合に関しては「社会福祉士配置有無」の有効性が確認できたものの、「施設定員規模」は統計的な有意差が確認できなかった。

参考図表 看取り介護加算算定者数割合
＜施設規模 × 社会福祉士配置有無別＞



参考図表 ACP取組人数割合
＜施設規模 × 社会福祉士配置有無別＞



ソース	タイプ III 平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
修正モデル	4421a	7	632	2.994	0.004
切片	263561	1	263561	1249.571	<.001
社会福祉士配置有無	1093	1	1093	5.181	0.023
施設定員規模	2016	3	672	3.187	0.023
社会福祉士配置有無 × 施設定員規模	678	3	226	1.072	0.360
誤差	512116	2428	211		
総和	801842	2436			
修正総和	516537	2435			

a R2 乗 = .009 (調整済み R2 乗 = .006)

ソース	タイプ III 平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
修正モデル	5227a	7	747	2.107	0.04
切片	81277	1	81277	229.319	<.001
社会福祉士配置有無	1421	1	1421	4.01	0.045
施設定員規模	2307	3	769	2.17	0.090
社会福祉士配置有無 × 施設定員規模	980	3	327	0.922	0.429
誤差	860548	2428	354		
総和	953427	2436			
修正総和	865776	2435			

a R2 乗 = .006 (調整済み R2 乗 = .003)

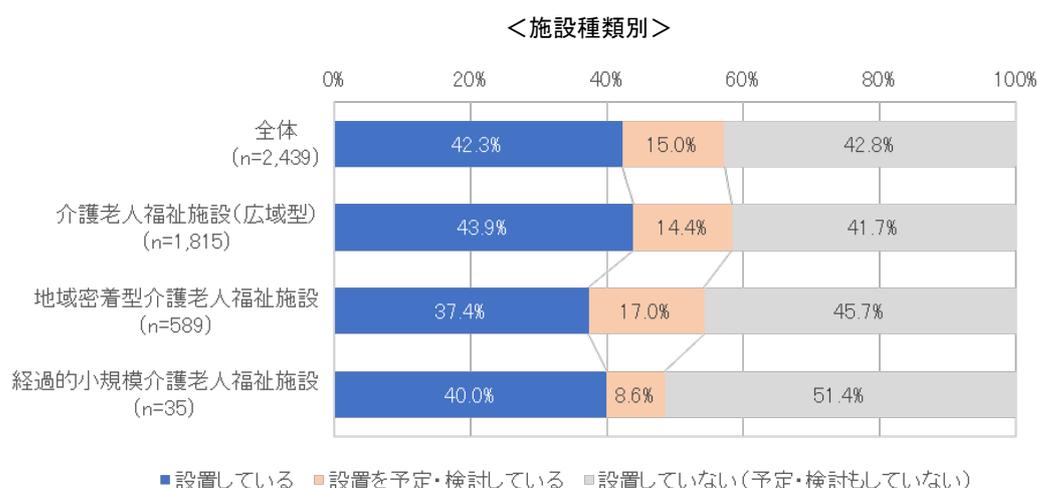
3) 看取り介護に関する委員会の設置状況

看取り介護の実施にあたっては、医療・介護分野における多職種連携によるチーム支援が求められる。看取り介護に関する委員会は、施設としての看取り介護に関する方針等を多職種で検討を行うなど、重要な役割を担っていると考えられる。

回答のあった施設全体で見ると、看取り介護に関する委員会を「設置している」割合は42.3%を占めた。「設置を予定・検討している」施設は15.0%、「設置していない（予定・検討もしていない）」施設は42.8%であった。

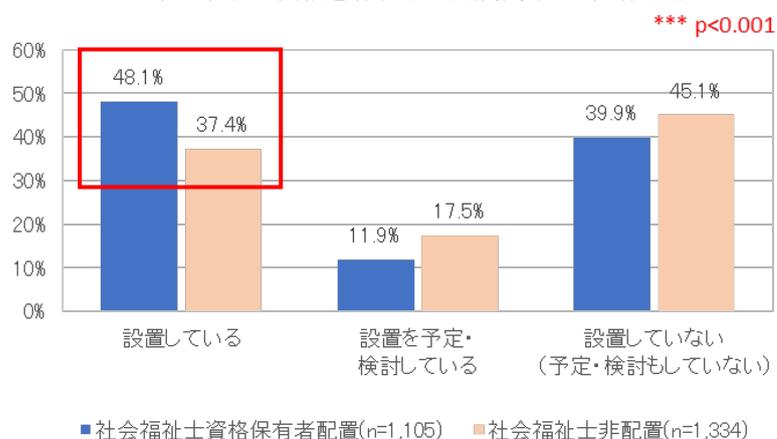
施設種類別にみると、看取りに関する委員会の設置割合は介護老人福祉施設（広域型）で43.9%、地域密着型では37.4%であった。

図表 2-1-13 看取り介護に関する委員会の設置状況



生活相談員として社会福祉士が配置されている施設では、看取り介護に関する委員会の設置割合が48.1%を占めており、非配置施設（37.4%）と比較して統計的有意差が確認された。

図表 2-1-14 看取り介護に関する委員会の設置状況
＜社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別＞



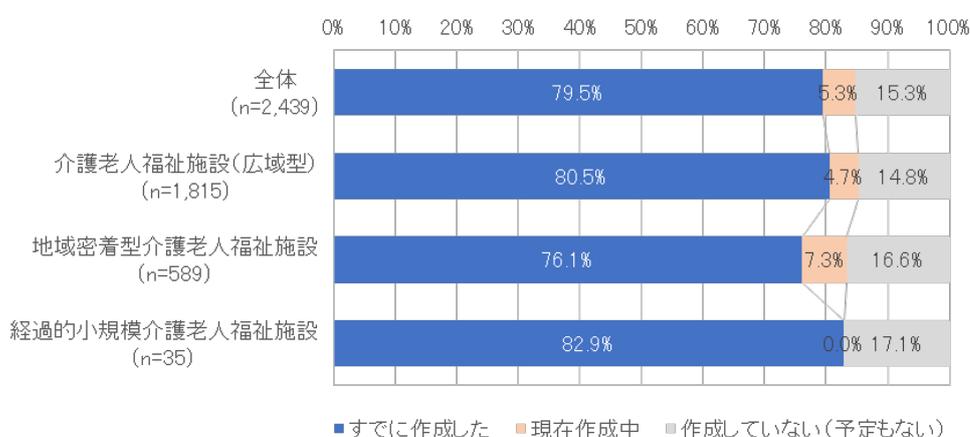
4) 看取り介護に関するマニュアルやガイドラインの整備状況

看取り介護では、本人（家族）の意思や権利を尊重し、尊厳を保持しながら、人生の最終段階における最善のケアの提供が求められる。マニュアルやガイドラインは、看取り介護における具体的な合意形成やケアに関するプロセス等を関係者間で共有するためのツールであり、国によるガイドラインも公表されている。※

回答のあった施設全体でみると、看取り介護に関するマニュアルやガイドラインを整備している施設は79.5%を占めた。

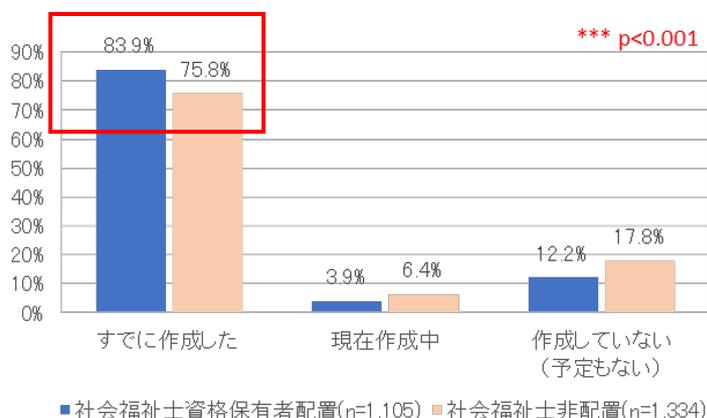
※厚生労働省：「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

図表 2-1-15 看取り介護に関するマニュアル・ガイドラインの整備状況
 <施設種類別>



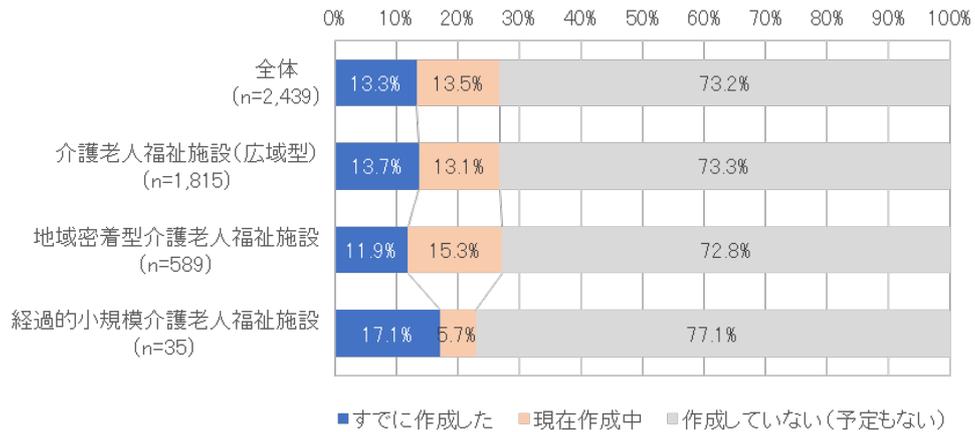
生活相談員として社会福祉士が配置されている施設では、看取りケアに関するマニュアルやガイドラインを整備している割合が83.9%を占めており、非配置施設と比較して統計的有意差が確認された。

図表 2-1-16 看取り介護に関するマニュアル・ガイドラインの整備状況
 <社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別>



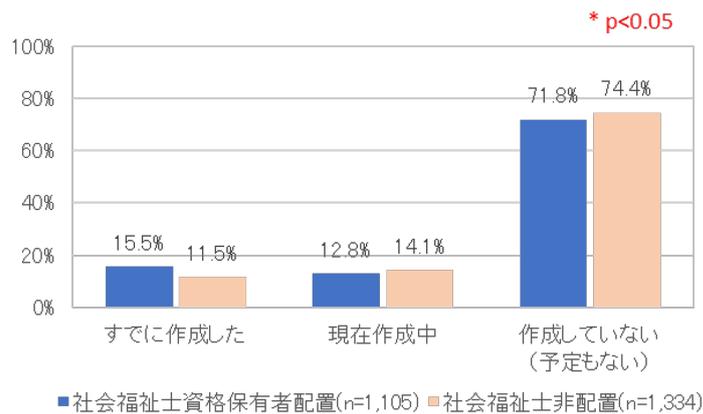
5) 人生の最終段階における意思決定支援に関するマニュアルやガイドラインの整備状況
 回答のあった施設全体でみると、人生の最終段階における意思決定支援（ACPを含む）に関するマニュアルやガイドラインを「すでに作成した」施設は13.3%、「現在作成中」の施設は13.5%であり、「作成していない」が73.2%を占めた。

図表 2-1-17 人生の最終段階における意思決定支援に関する
 マニュアル・ガイドラインの整備状況 <施設種類別>



生活相談員として社会福祉士が配置されている施設では、人生の最終段階における意思決定支援に関するマニュアルやガイドラインの整備割合が15.5%を占めており、非配置施設の整備割合（11.5%）と比較して統計的有意差が確認された。

図表 2-1-18 人生の最終段階における意思決定支援に関する
 マニュアル・ガイドラインの整備状況
 <社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別>

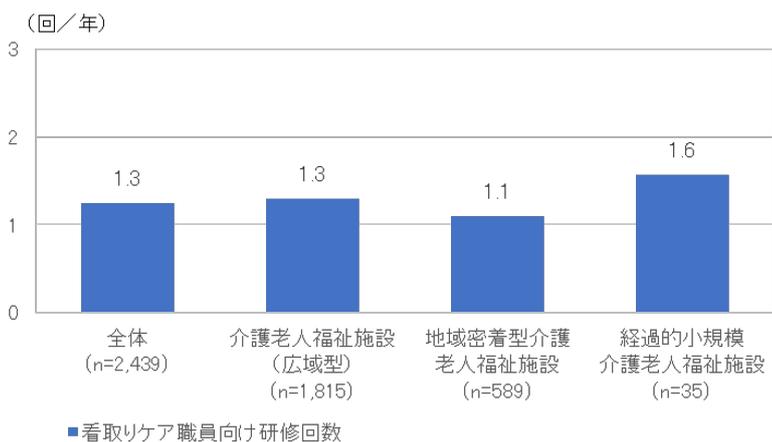


6) 看取り介護に関する研修回数（令和5年度）

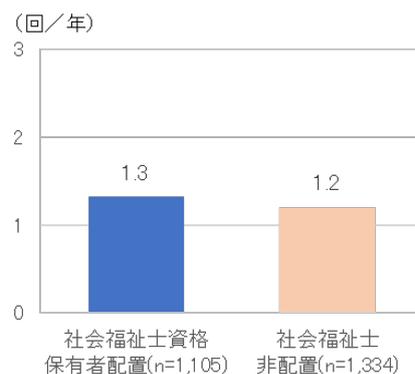
令和5年度の看取り介護に関する研修回数は、回答施設全体では1.3回/年・施設であった。

社会福祉士資格を保有する生活相談員の配置有無別にみても、看取り介護に関する研修回数に差はみられなかった。

図表 2-1-19 看取り介護に関する研修実施回数
＜施設種類別＞



図表 2-1-20 看取り介護に関する研修実施回数
＜社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別＞

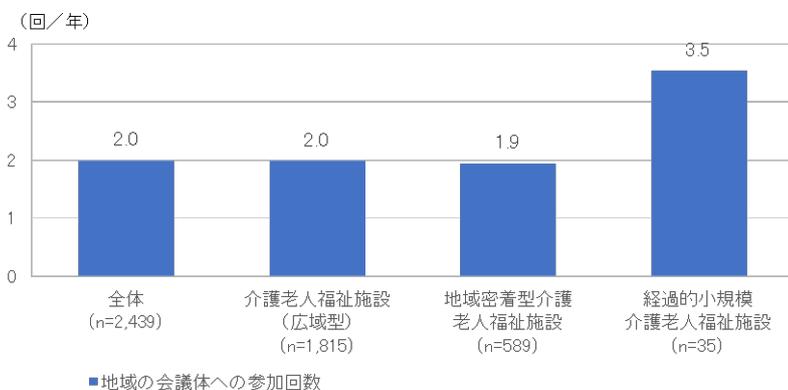


(5) 地域ケア会議など地域の会議への参加回数

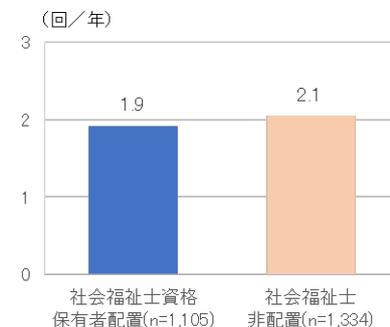
令和5年度における地域ケア会議など施設外で開催される地域の会議体への参加回数をみると、回答施設全体では平均2.0回/年であった。施設種類別にみても、参加回数はほぼ同様の結果であった。

社会福祉士資格を保有する生活相談員の配置有無別にみても、地域の会議への参加回数に統計的な有意差はみられなかった。

図表 2-1-21 地域ケア会議など地域の会議への参加回数
＜施設種類別＞



図表 2-1-22 地域ケア会議など地域の会議への参加回数
＜社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別＞



(6)生活相談員の配置状況

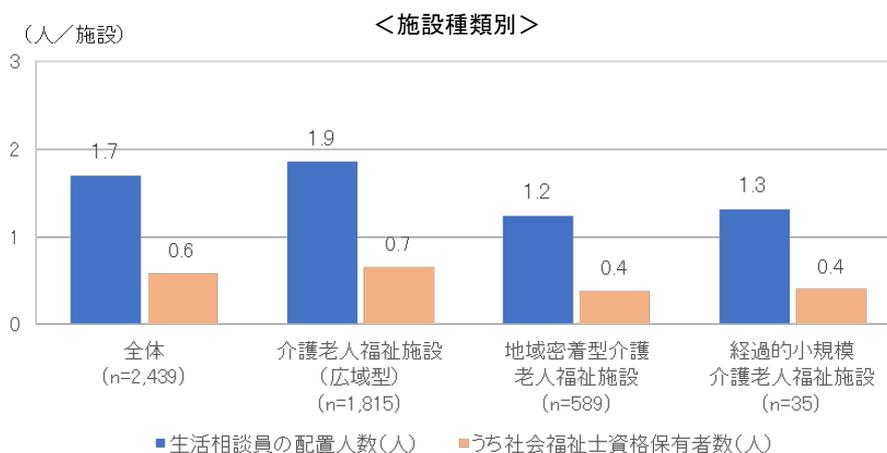
回答施設全体では、1施設あたり平均1.7人の生活相談員が配置されており、うち0.6人が社会福祉士資格保有者であった。

介護老人福祉施設（広域型）では、生活相談員は1施設あたり平均1.9人配置されており、社会福祉士資格保有者は0.7人であった。また、地域密着型介護老人福祉施設では、生活相談員数は平均1.2人となり、社会福祉士資格保有者は0.4人であった。（広域型・地域密着型ともに、生活相談員に占める社会福祉士資格保有者割合は3割程度。）

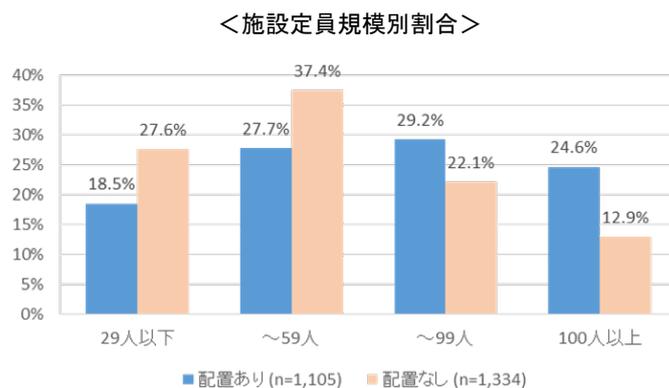
なお、社会福祉士資格を保有する生活相談員が配置されている施設と非配置施設の定員規模分布を確認したところ、資格保有者のいる施設では定員「100人以上」の割合が非配置施設に比べて高くなっていた。

ただし、資格保有者のいる施設は、定員「29人以下」や「～59人」の割合も46.2%を占めており、必ずしも大規模施設に偏っているわけではないことが確認された。

図表 2-1-23 生活相談員の配置状況



図表 2-1-24 社会福祉士資格を保有する生活相談員の配置割合

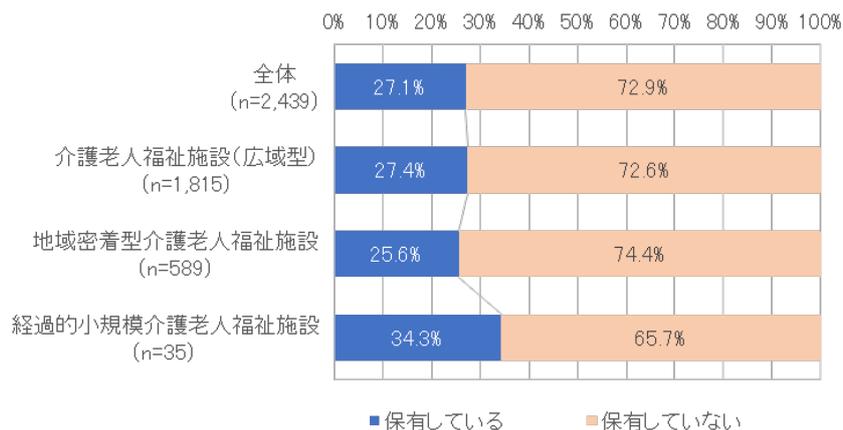


(7)管理者(施設長)、管理職の社会福祉士資格保有状況

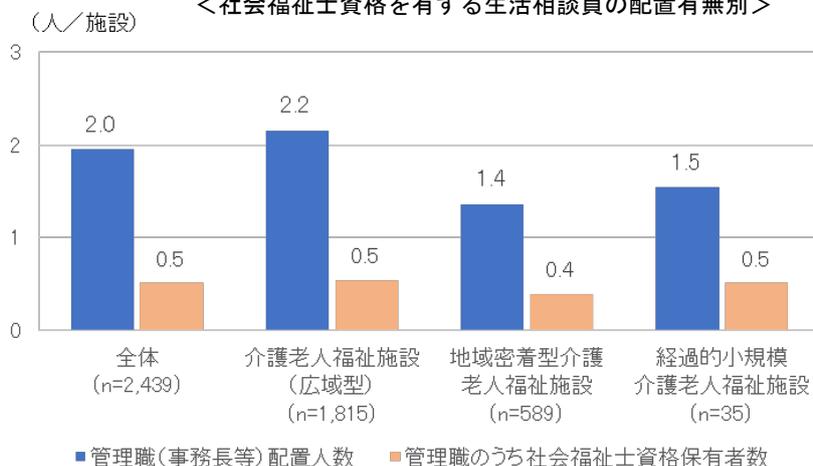
管理者(施設長)が社会福祉士資格を保有している割合は、回答施設全体では27.1%を占めた。

施設の管理職の人数は回答施設全体では平均2.0人であり、うち社会福祉士資格を保有している人数は平均0.5人であった。

図表 2-1-25 管理者(施設長)の社会福祉士資格保有者割合
 <施設種類別>



図表 2-1-26 管理職の人数と社会福祉士資格保有者数
 <社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別>

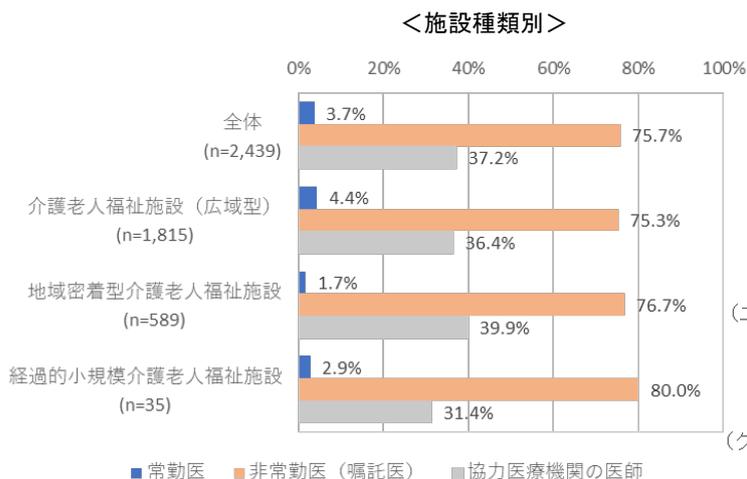


(8) 医師の配置形態と業務内容

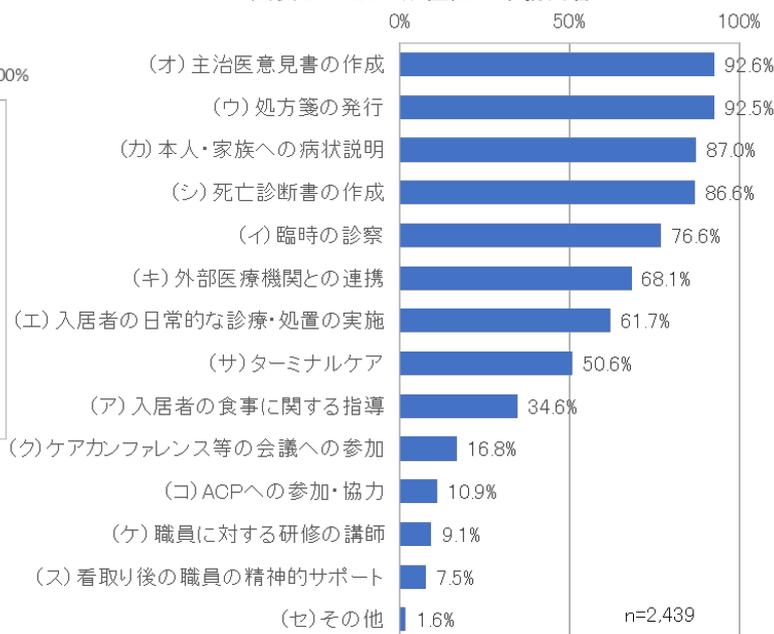
回答施設の医師の配置形態（複数回答）をみると、「非常勤医（嘱託医）」が75.7%を占めており、次いで「協力医療機関の医師」が37.2%、「常勤医」は3.7%であった。

入居者の健康管理以外に配置医が実施している業務では、「主治医意見書の作成」、「処方箋の発行」、「本人・家族への病状説明」、「死亡診断書の作成」等が上位を占めていた。「ターミナルケア」に参与している割合は50.6%と半数であった。なお、「ACPへの参加・協力」や「職員に対する研修の講師」等を担っている配置医は10%前後であった。

図表 2-1-27 医師の配置形態



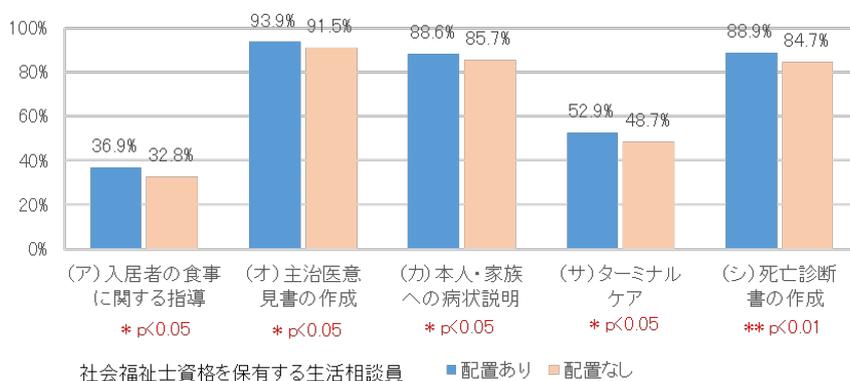
図表 2-1-28 配置医の業務内容



配置医の業務内容について生活相談員として社会福祉士が配置されている施設と未配置施設で比較したところ、「食事に関する指導」、「主治医意見書の作成」、「本人・家族への病状説明」、「ターミナルケア」、「死亡診断書の作成」に関して統計的な有意差が確認された。

図表 2-1-29 配置医の業務内容

＜社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別で有意差が確認できた項目＞



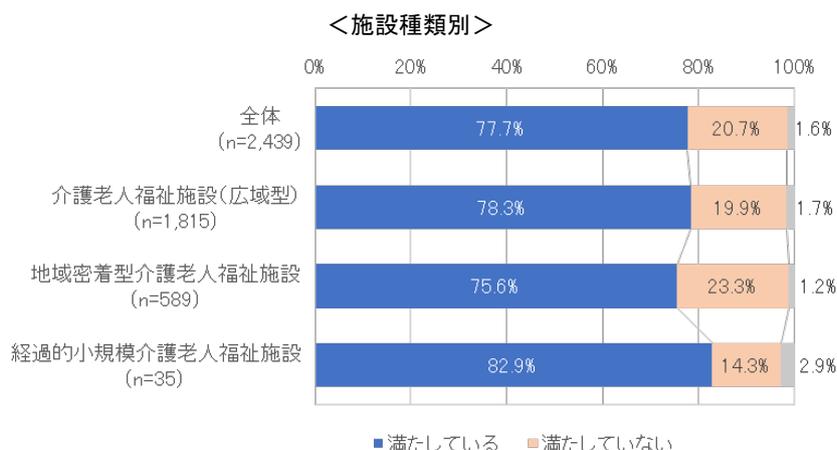
(9) 協力医療機関との実効性のある連携体制

令和6年度の介護保険制度の改正により、協力医療機関との実効性のある連携体制の構築が求められている。協力医療機関が、「常時対応体制の確保」「診療体制の確保」「入院受け入れ体制の確保」の基準を「満たしている」と回答した施設は77.7%を占めた。(広域型78.3%、地域密着型75.6%)

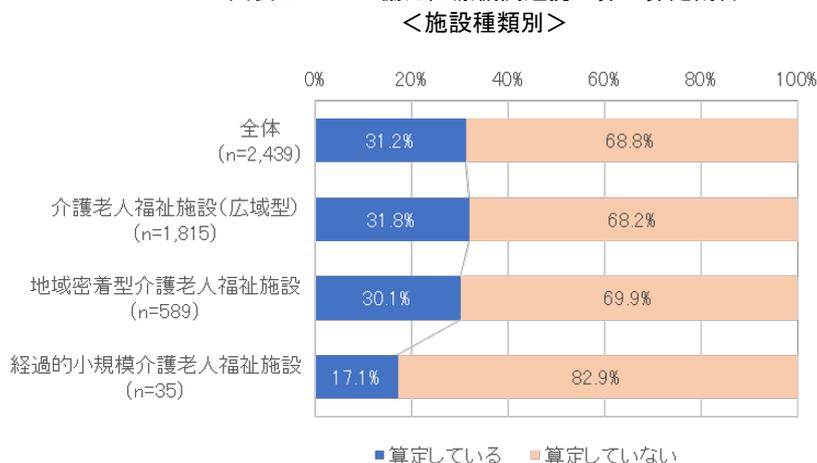
また、協力医療機関連携加算を算定している施設は31.2%であった。なお、生活相談員として社会福祉士が配置されている施設では、非配置施設と比較して算定割合に統計的有意差が確認された。

また、定期的な会議への出席者は、「看護職員」や「生活相談員」が70%以上を占めており、協力医療機関連携においても生活相談員が一定の役割を担っていることがうかがえる。

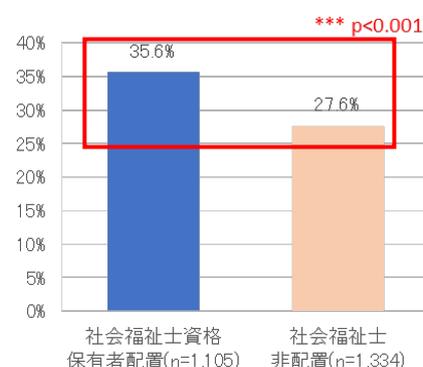
図表 2-1-30 協力医療機関の基準



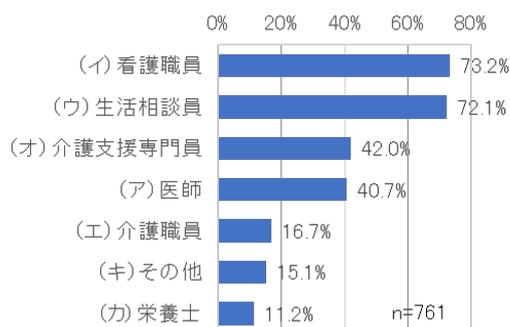
図表 2-1-31 協力医療機関連携加算の算定割合



図表 2-1-32 協力医療機関連携加算の算定割合
<社会福祉士資格を有する生活相談員の配置有無別>



図表 2-1-33 定期的な会議への出席者



2. 生活相談員としての実践

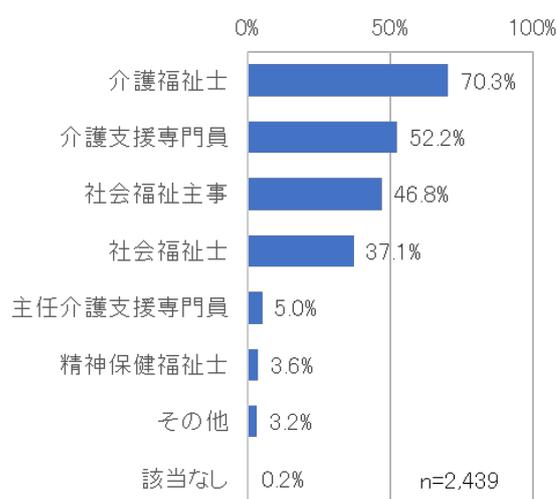
(1)回答者属性

1)回答者(生活相談員)の保有資格

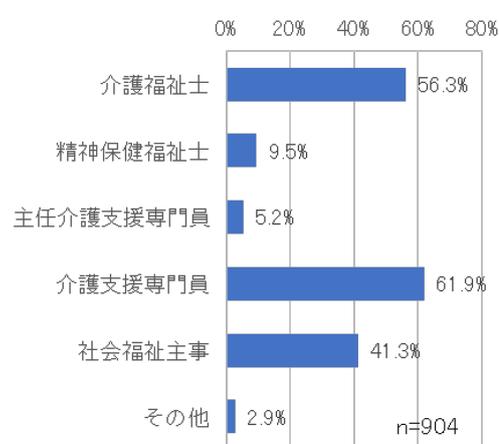
回答者の生活相談員が保有する資格では、「介護福祉士」が70.3%で最も多く、次いで「介護支援専門員」(52.2%)、「社会福祉主事」(46.8%)、「社会福祉士」(37.1%)の順であった。

生活相談員業務経験年数は、回答者全体では平均8.5年、社会福祉士資格保有者では10.2年であった。

図表 2-2-1 回答者（生活相談員）の保有資格



参考 社会福祉士資格を保有する生活相談員の
他資格保有状況



図表 2-2-2 経験年数

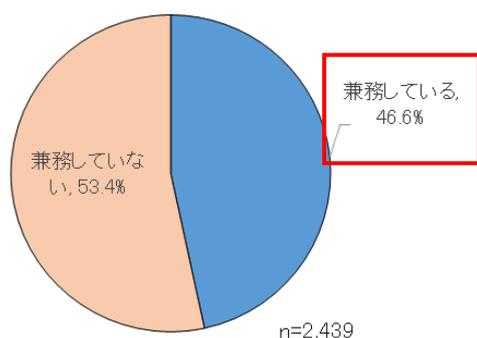
	全体	社会福祉士 資格保有者	非保有者
生活相談員としての経験年数（通算）	8.5	10.2	7.5
（社会福祉士資格保有者のみ） 社会福祉士としての経験年数（通算）	—	10.3	—

2)回答者(生活相談員)の兼務の状況

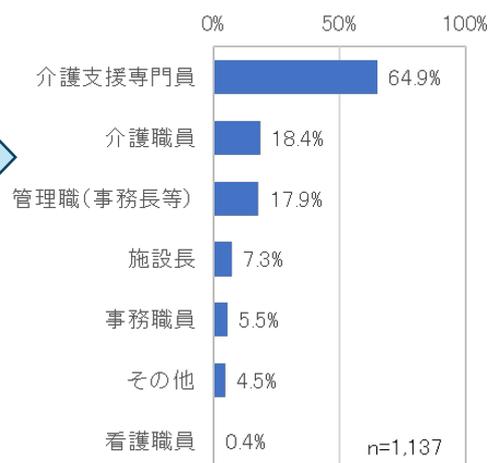
回答者(生活相談員)の他職種と兼務している割合は46.6%であり、そのうち64.9%は「介護支援専門員」との兼務であった。

また、他事業所と兼務している割合は49.1%であり、兼務先はほとんどが併設ショートステイ事業所であった。

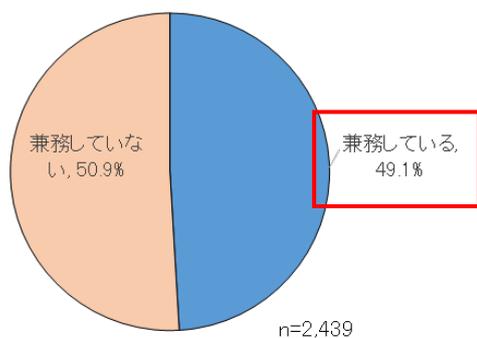
図表 2-2-3 職種の兼務の有無



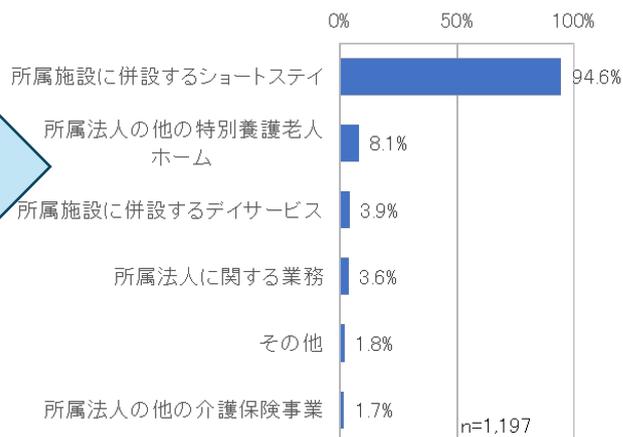
図表 2-2-4 兼務している職種



図表 2-2-5 他事業所との兼務の有無



図表 2-2-6 兼務している他事業所業務



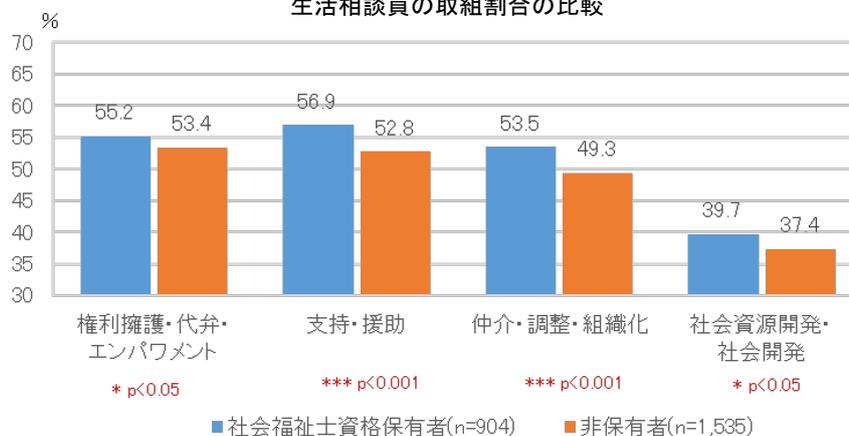
(2)生活相談員としての実践

1)社会福祉士資格を有する生活相談員が果たしている役割(全体傾向)

社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（2018）『ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について』で示されたソーシャルワーク機能を参考に、本調査で得られた生活相談員の実践を、ソーシャルワーク機能ごとに横断的に分類を行った。

社会福祉士資格保有者と非保有者を比較した結果、「権利擁護・代弁・エンパワメント」「支持・援助、仲介・調整・組織化」「社会資源開発・社会開発」のいずれの分類においても統計的に有意差が確認された。

図表 2-2-7 社会福祉士資格保有有無別にみた生活相談員の取組割合の比較



(図表 2-2-7 の算定に用いた項目数)

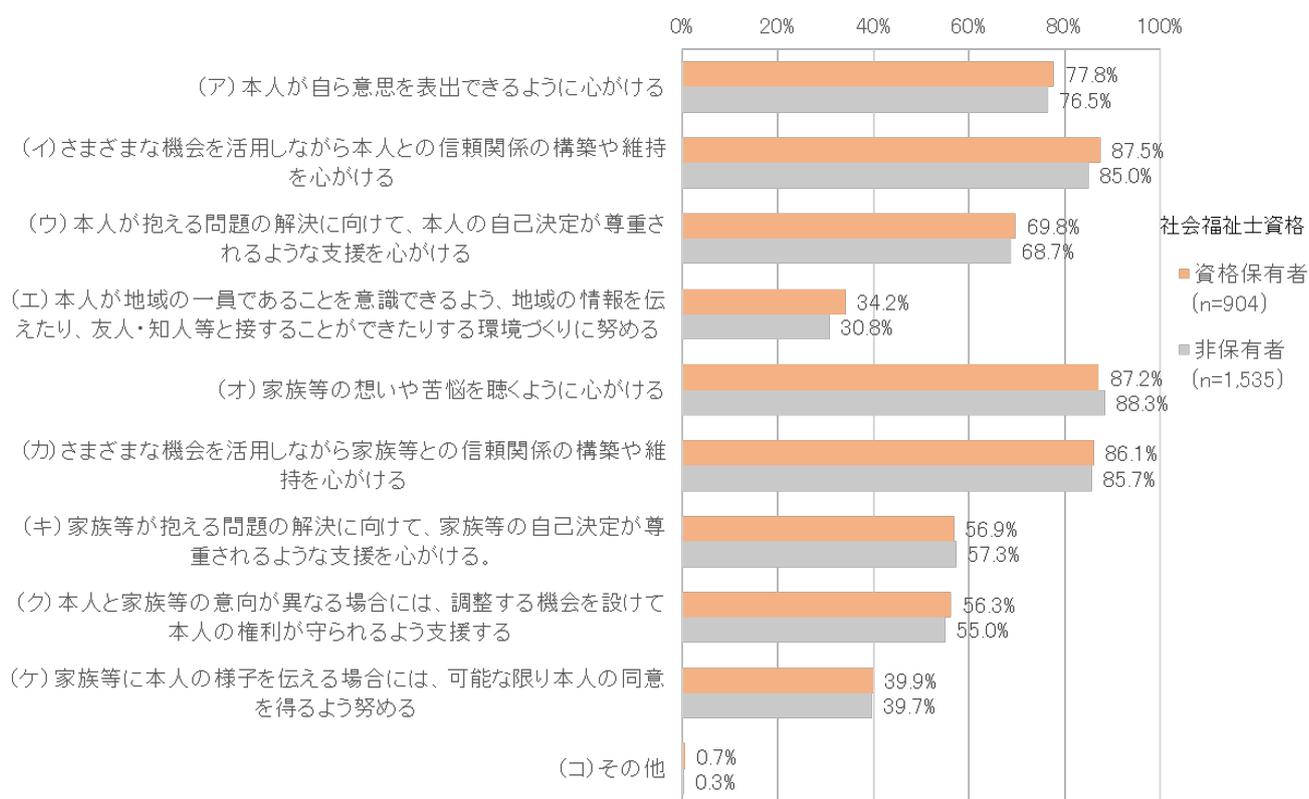
設問分類	項目数
権利擁護・代弁・エンパワメント	26
支持・援助	22
仲介・調整・組織化	31
社会資源開発・社会開発	11
計	90

2)日々の実践において、入居者本人や家族等と接する際に意識していること

利用者本人や家族等との「信頼関係の構築」、家族等の「想いの確認」、「利用者本人の意思表示や自己決定を尊重する支援」などが上位を占めていた。

これらは、社会福祉士資格保有の有無に関わらず、生活相談員に共有されていることが明らかとなった。

図表 2-2-8 日々の実践において、入居者本人や家族等と接する際に意識していること
 <社会福祉士資格保有有無別>



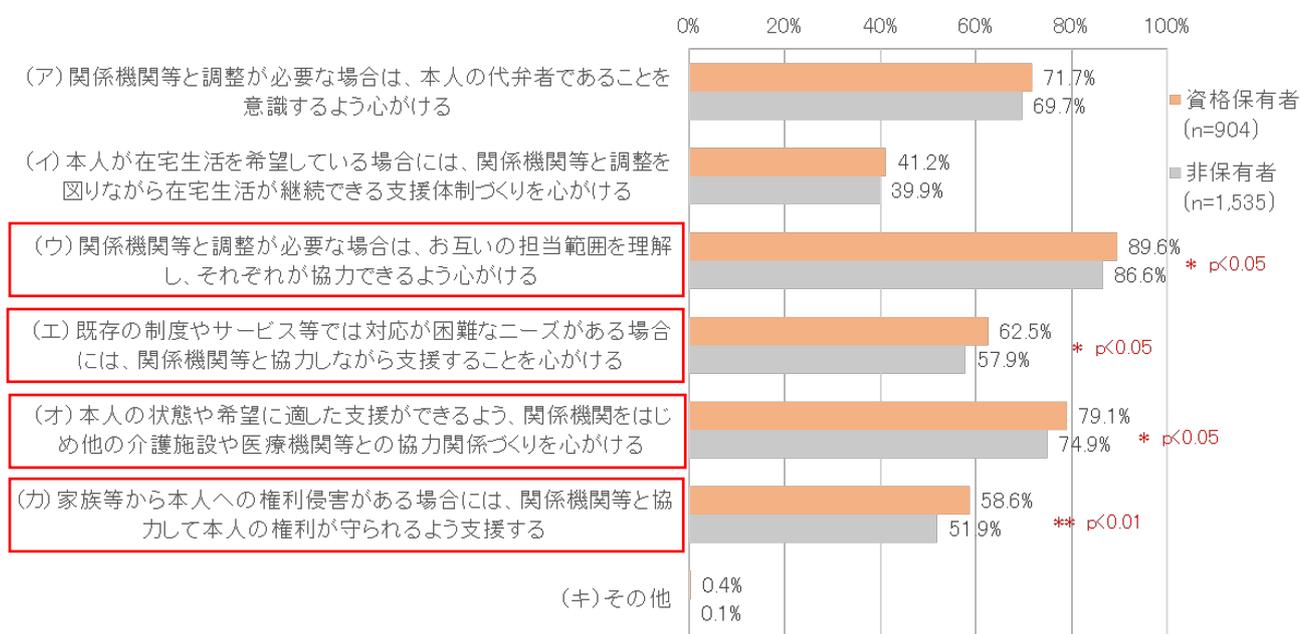
3)日々の実践において、関係機関等と接する際に意識していること

関係機関等との連携において、「お互いの担当範囲を理解し、それぞれが協力できるよう心がける」、「本人の状態や希望に適した支援ができるよう、関係機関をはじめ他の介護施設や医療機関等との協力関係づくりを心がける」、「調整が必要な場合は、本人の代弁者であることを意識するよう心がける」などが上位を占めた。

これら関係機関等との関与に関しては、社会福祉士資格保有者と非保有者間で回答率に統計的有意差が確認されており、社会福祉士は「仲介・調整・組織化」、「権利擁護・代弁」等の機能・役割において優位であることがうかがえる。

図表 2-2-9 日々の実践において、関係機関等と接する際に意識していること

<社会福祉士資格保有有無別>



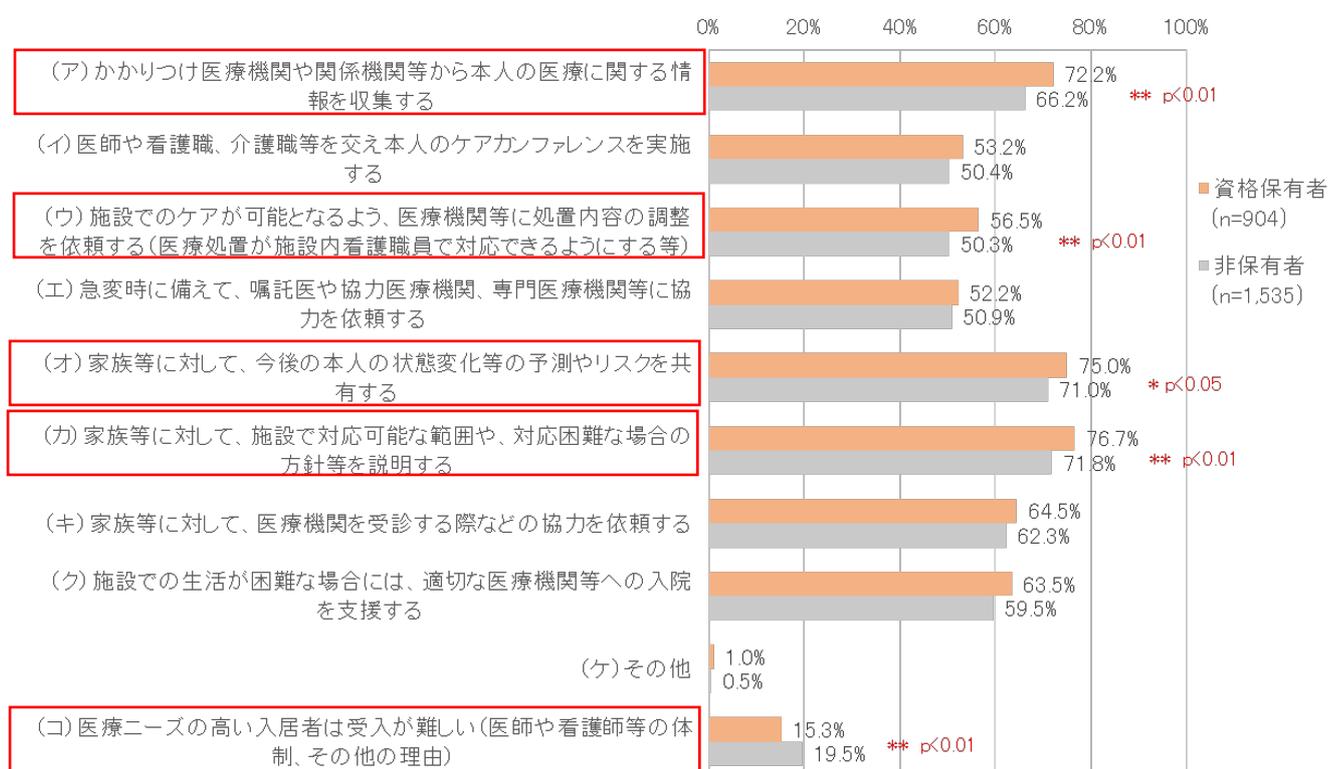
□ 社会福祉士資格保有状況で回答に有意差が確認された設問。以下同じ。

4)医療ニーズの高い入居者への対応

喀痰吸引や経管栄養、点滴など医療ニーズの高い入居者への対応として、「医療機関等から本人の医療情報を収集」し、家族等に対して「今後の本人の状態変化等の予測やリスクの共有」、「施設で対応可能な範囲や対応困難な場合の方針等の説明」等が上位を占めた。

これら上位項目では、社会福祉士資格保有者の回答率が有意に高くなっており、家族への対応や医療機関との調整において社会福祉士の優位性が確認された。

図表 2-2-10 医療ニーズの高い入居者への対応
 <社会福祉士資格保有有無別>

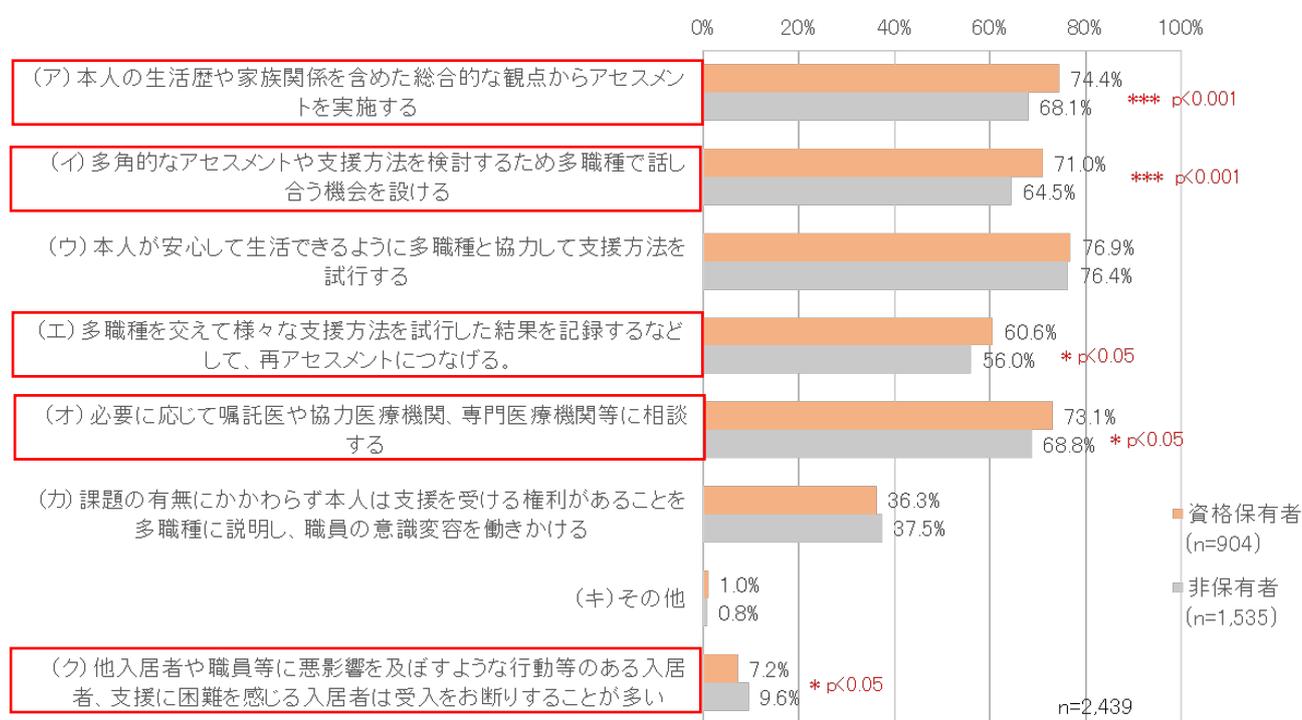


5) 支援に困難を感じる入居者等への対応

他入居者や職員等に悪影響が及ぶような行動等があったり、支援に課題を感じる入居者本人への対応として行っている内容では、「生活歴や家族関係を含めた総合的観点からのアセスメント」を実施し、「支援方法を検討するため他職種で話し合う機会」を設け、「支援方法を試行」し、「再アセスメント」につなげる取組が行われていた。

この取組の多くの項目において、社会福祉士資格保有者の回答率が有意に高いことが確認されており、個別支援の展開においても社会福祉士が有効な役割を担っていることがうかがえる。

図表 2-2-11 支援に困難を感じる入居者等への対応
 <社会福祉士資格保有有無別>

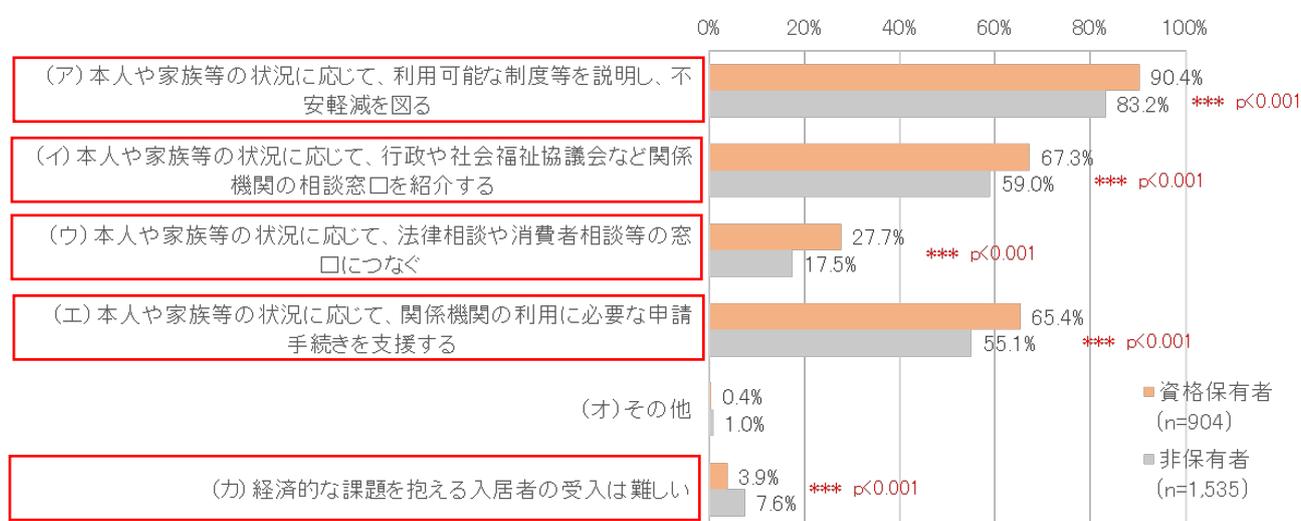


6) 経済的課題を抱える入居者・家族等への対応

経済的課題を抱える入居者・家族等への対応では、状況に応じて「利用可能な制度等を説明し、不安軽減を図る」支援や、「行政や社会福祉協議会など関係機関の相談窓口を紹介」したり、必要に応じて「関係機関の利用に必要な申請手続きを支援」する取組が行われていた。

多くの項目で社会福祉士資格保有者の回答率が有意に高くなっており、行政・関係機関等の支援制度など社会資源活用において社会福祉士の優位性が確認された。

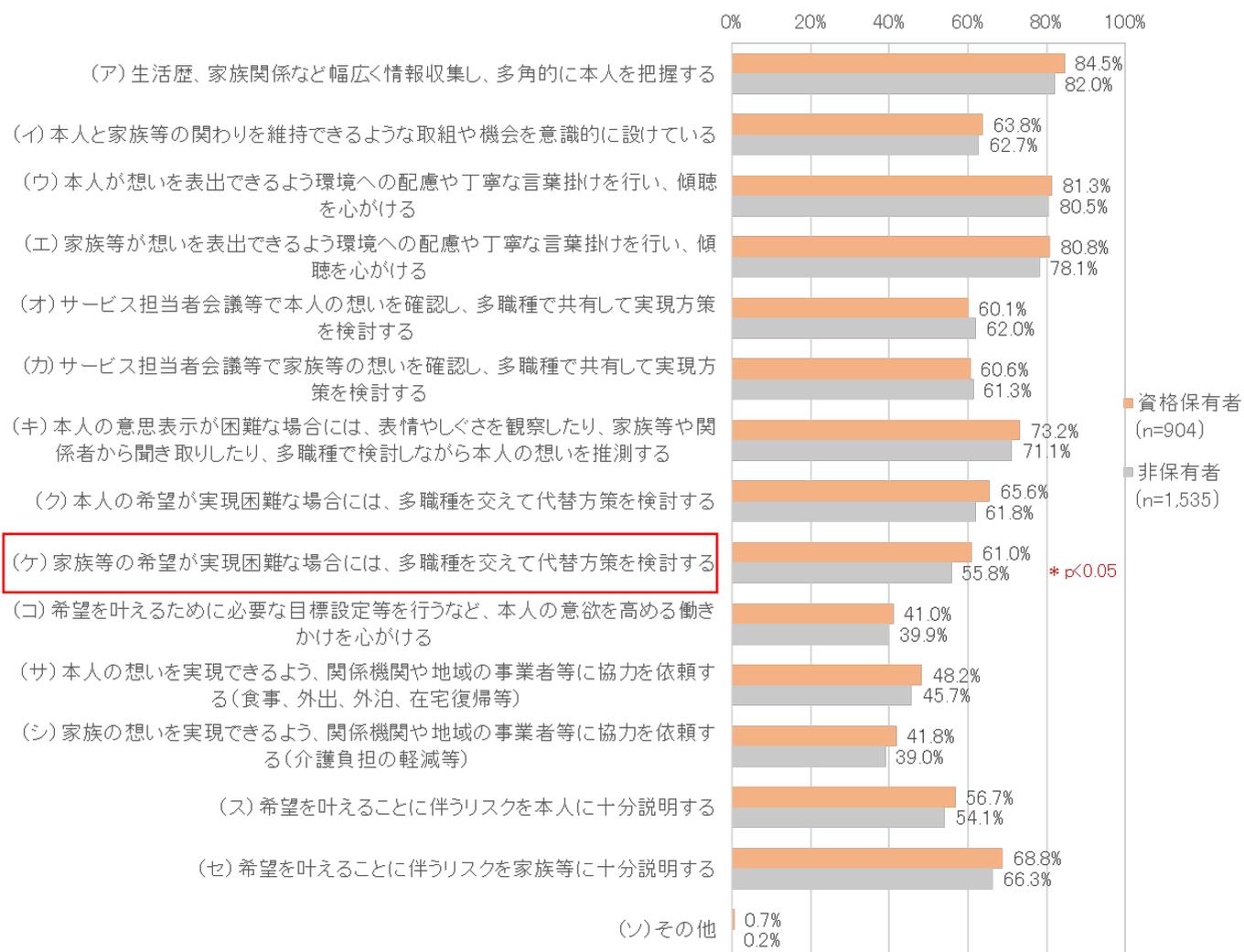
図表 2-2-12 経済的課題を抱える入居者・家族等への対応
 <社会福祉士資格保有有無別>



7)本人・家族等の希望を叶えるための取組

「幅広い情報収集による多角的な本人の把握」し、本人や家族等の想いの「傾聴」を心がけ、本人が意思表示困難な場合には、表情やしぐさの観察、関係者等からの聞き取りにより、他職種で本人の想いを推測する取組が行われていた。

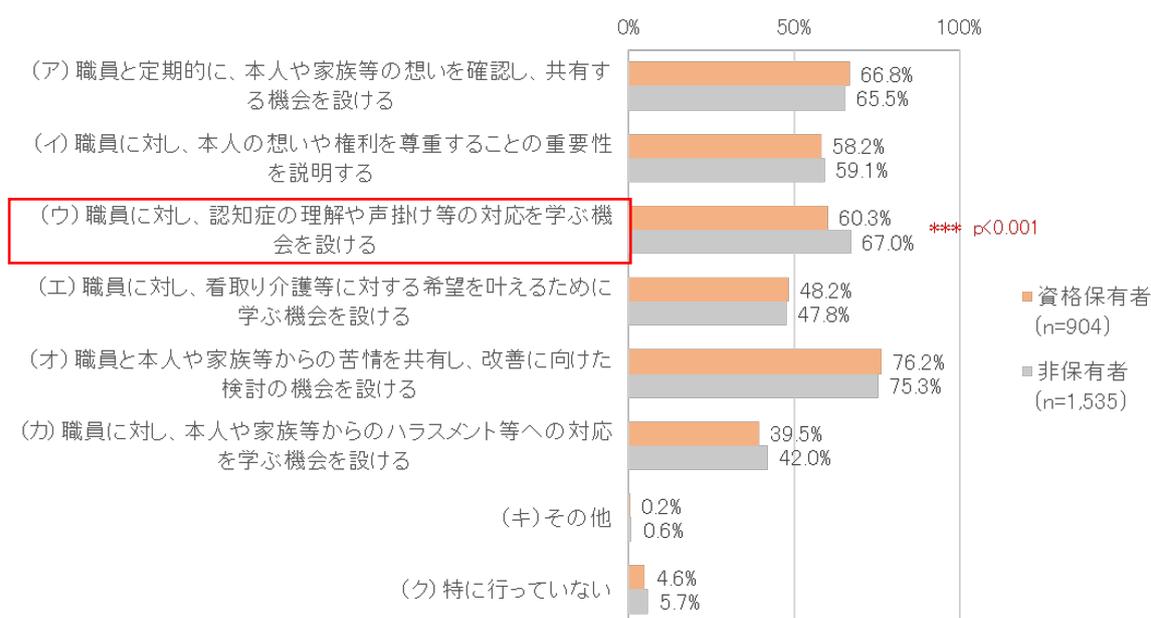
図表 2-2-13 本人・家族等の希望を叶えるための取組
 <社会福祉士資格保有有無別>



8)人材育成、施設機能の強化に向けた取組

人材育成や施設機能強化に向けた取組としては、「職員と苦情を共有し、改善に向けた検討の機会を設ける」が最も多く、「定期的に本人や家族の想いを共有する機会を設ける」、「本人の想いや権利を尊重することの重要性を説明する」、「認知症の理解や声掛け等の対応を学ぶ機会を設ける」等の取組を行っている割合が上位を占めた。

図表 2-2-14 人材育成、施設機能の強化に向けた取組
 <社会福祉士資格保有有無別>

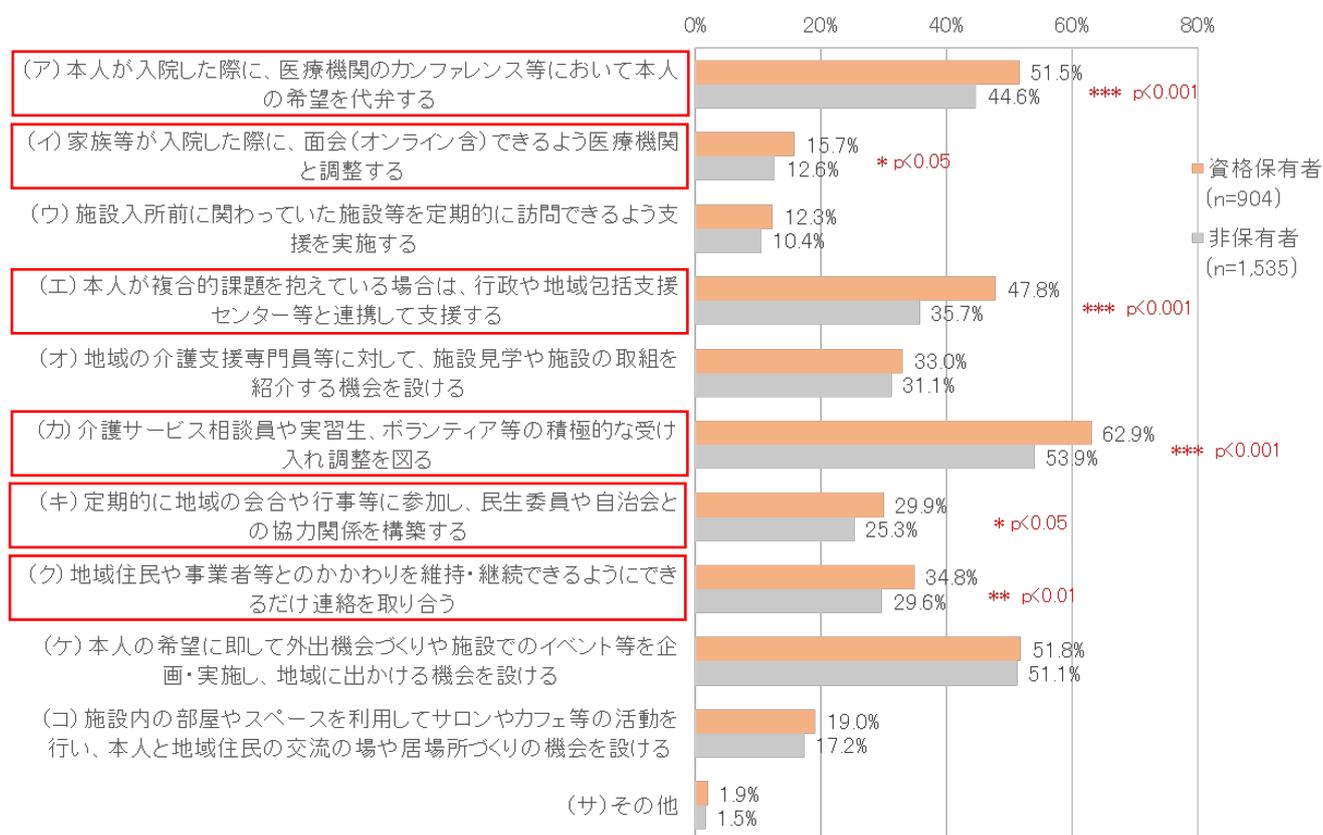


9)地域や関係機関と連携した取組

地域や関係機関との連携では、「介護サービス相談員や実習生、ボランティア等の積極的な受入調整」、「外出機会や施設でのイベント等を通じて地域に出かける機会を設ける」、「本人が入院した際に、医療機関のカンファレンス等で本人の希望を代弁する」、「本人が複合的課題を抱えている場合は、行政や地域包括支援センター等と連携して支援する」などが上位を占めた。

多くの項目で社会福祉士資格保有者の回答率が有意に高くなっており、関係者・関係機関との調整や連携、関係づくり等の場面において社会福祉士が有効な役割を担っていることが確認された。

図表 2-2-15 地域や関係機関と連携した取組
 <社会福祉士資格保有有無別>

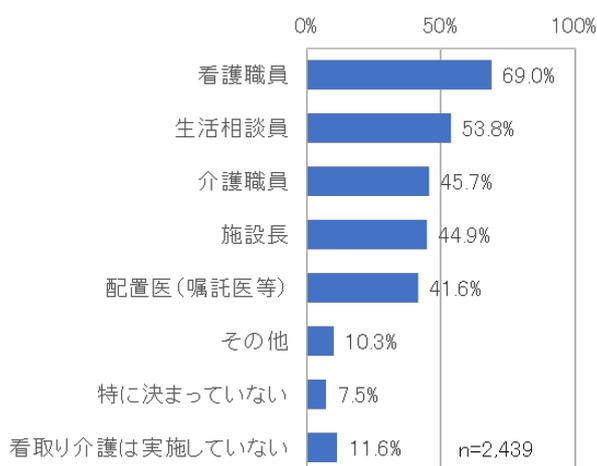


10)看取り介護について

①看取り介護の取組推進者

施設の看取り介護を推進している職種は、「看護職員」が69.0%で最も多く、次いで「生活相談員」(53.8%)の順であった。

図表 2-2-16 看取り介護の取組推進者

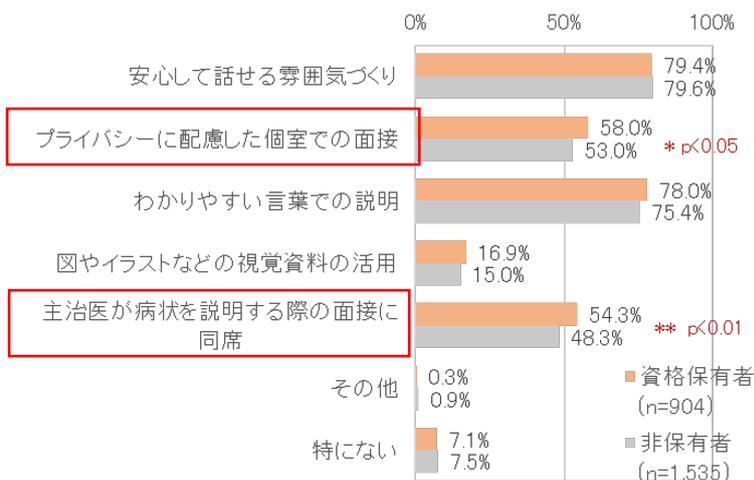


②人生の最終段階における意向や希望を表明しやすくする工夫等

利用者本人が、人生の最終段階における意向や希望を表明しやすくする工夫としては、「安心して話せる雰囲気づくり」や「分かりやすい言葉での説明」を実践している生活相談員が多い。

なお、「プライバシーに配慮した個室での面接」や「主治医が病状を説明する際の面接に同席」する取組については、社会福祉士資格保有者の回答率が有意に高くなっていた。

図表 2-2-17 人生の最終段階における意向や希望を表明しやすくする工夫等
 <社会福祉士資格保有有無別>

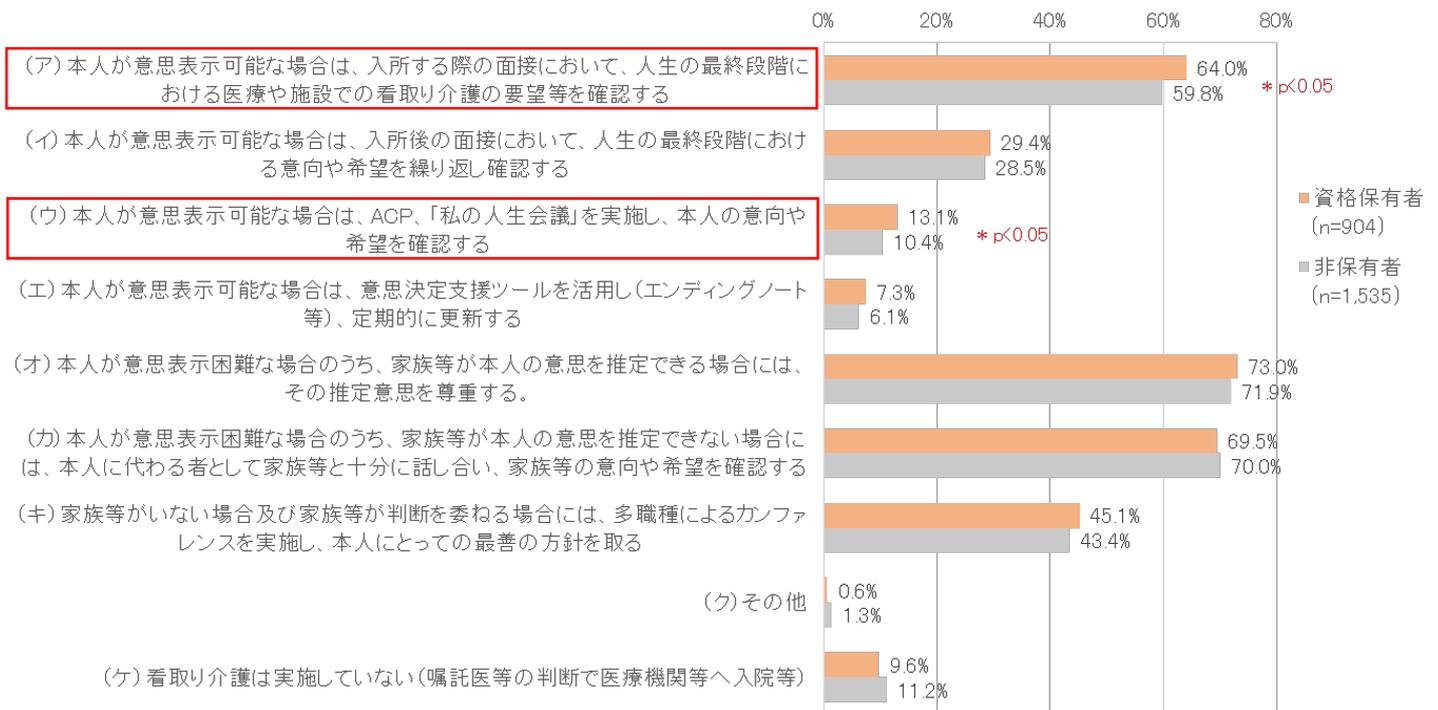


③人生の最終段階における入居者本人の意向や希望の確認

本人が意思表示可能な場合は、回答者の約 6 割が「入所時面接で人生の最終段階における医療や施設での看取り介護の要望等を確認」していた。

一方、本人が意思表示困難場合は、回答者の約 7 割が、「家族等による推定意思の尊重」したり、家族等が意思を推定できない場合は「本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、家族等の意向や希望を確認」する取組が行われていた。

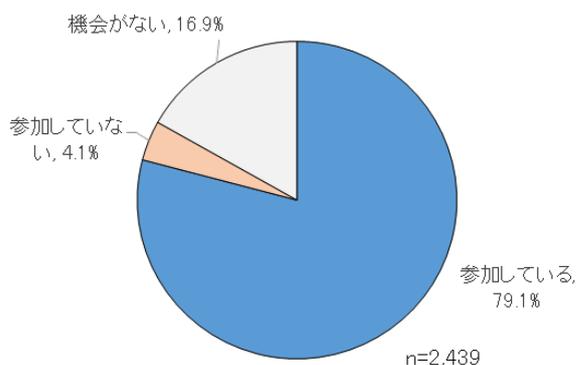
図表 2-2-18 人生の最終段階における入居者本人の意向や希望の確認
 <社会福祉士資格保有有無別>



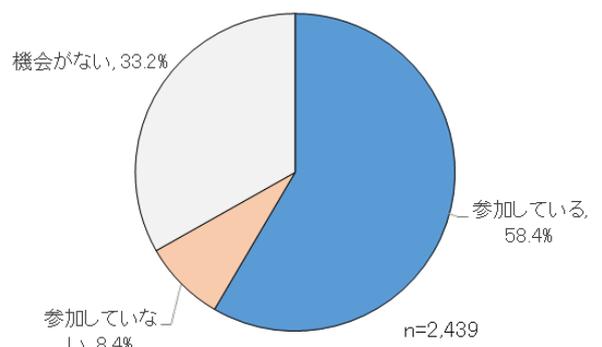
④看取りに関するカンファレンスへの参加状況

施設内の看取り介護に関する課題を話し合う機会に参加している生活相談員は 79.1%、看取り介護終了後の振り返りの機会に参加している生活相談員は 58.4%を占めた。

図表 2-2-19 看取り介護に関する課題に関する話し合いの機会への参加状況



図表 2-2-20 看取り介護終了後の会議(デスカンファレンス)の振り返りの機会に参加

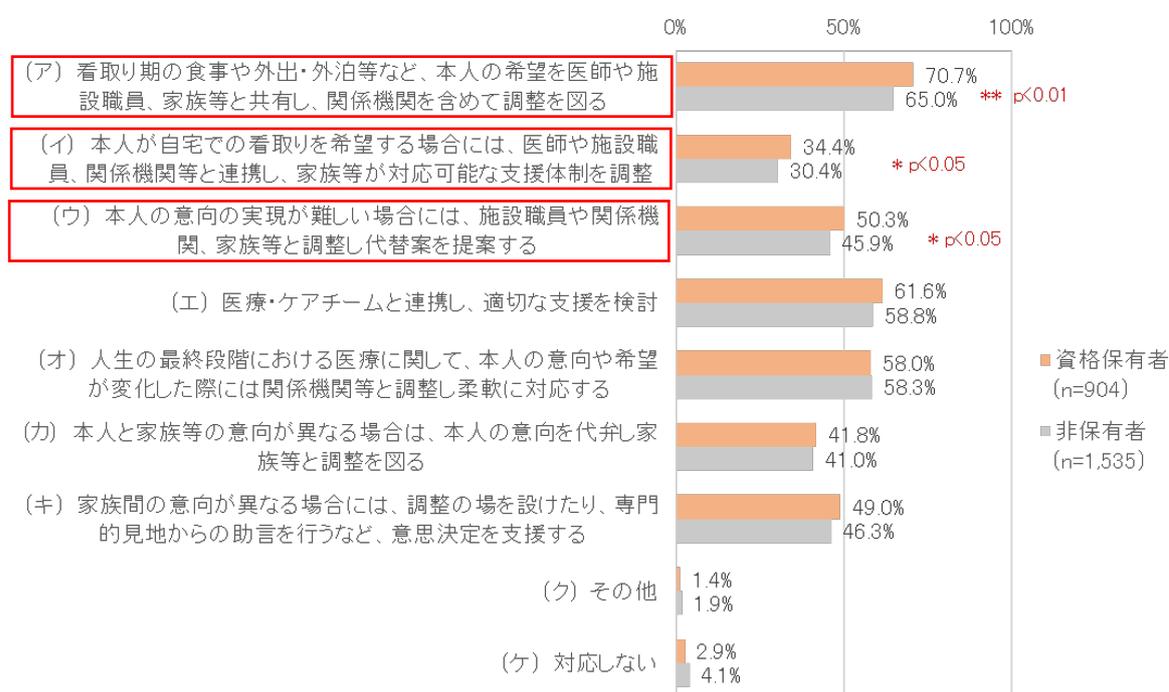


⑤入居者本人が人生の最終段階における意向や希望を表明した際の対応

本人の意向や希望に沿うため、「医師や施設職員、家族等と共有し、関係機関を含めて調整」を図ったり、「医療・ケアチームと連携し、適切な支援を検討」したり、「医療に関する本人の意向等が変化した際には関係機関と調整し柔軟に対応」する取組が行われていた。

社会福祉士資格保有者の回答率が高い項目をみると、本人の希望を実現するために関係者・関係機関との調整・検討を行う場面において社会福祉士の調整機能が活かされていることがうかがえる。

図表 2-2-21 入居者本人が人生の最終段階における意向や希望を表明した際の対応
 <社会福祉士資格保有有無別>



11)高齢者虐待の防止

高齢者虐待防止措置の取組において、4割以上の生活相談員は「虐待防止委員会の運営を担当」していたり、「職員向けに虐待防止研修を企画・実施」していた。

また、高齢者虐待を未然に防止するための取組として行っている内容では、「職員間でのこまめな情報共有・カンファレンスの実施」や「接遇、認知症ケア、虐待防止等の研修や勉強会の実施」など職員に対する教育的機能を果たすとともに、利用者本人の観察や家族とのこまめなコミュニケーションに取り組んでいる生活相談員が少なくない。

図 2-2-22 高齢者虐待防止措置の取組における役割

＜社会福祉士資格保有有無別＞

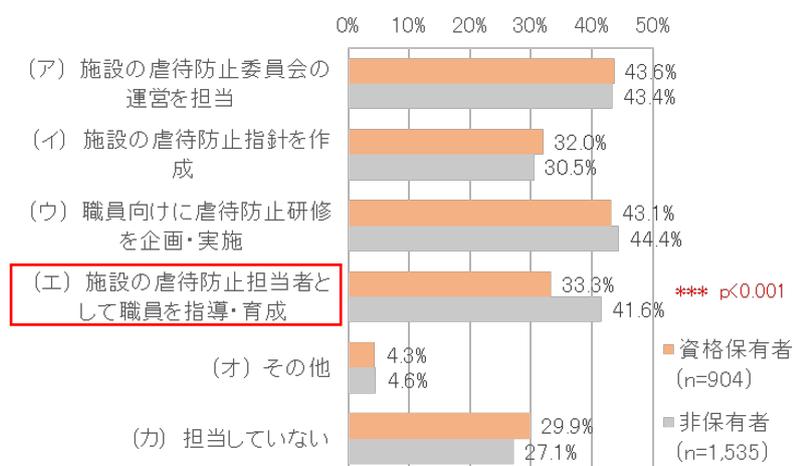
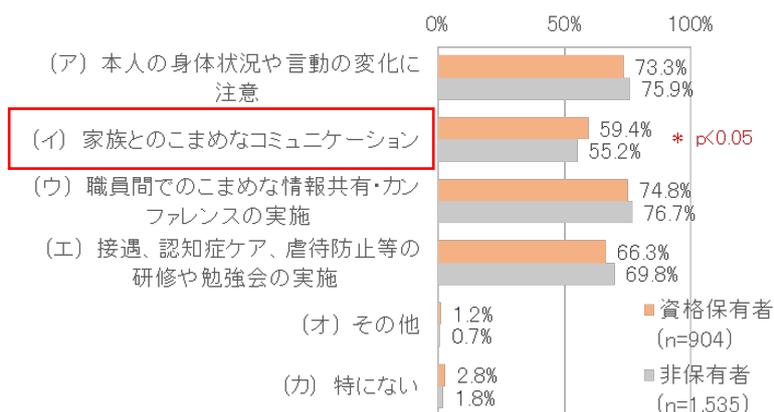


図 2-2-23 高齢者虐待を未然に防止するための取組

＜社会福祉士資格保有有無別＞

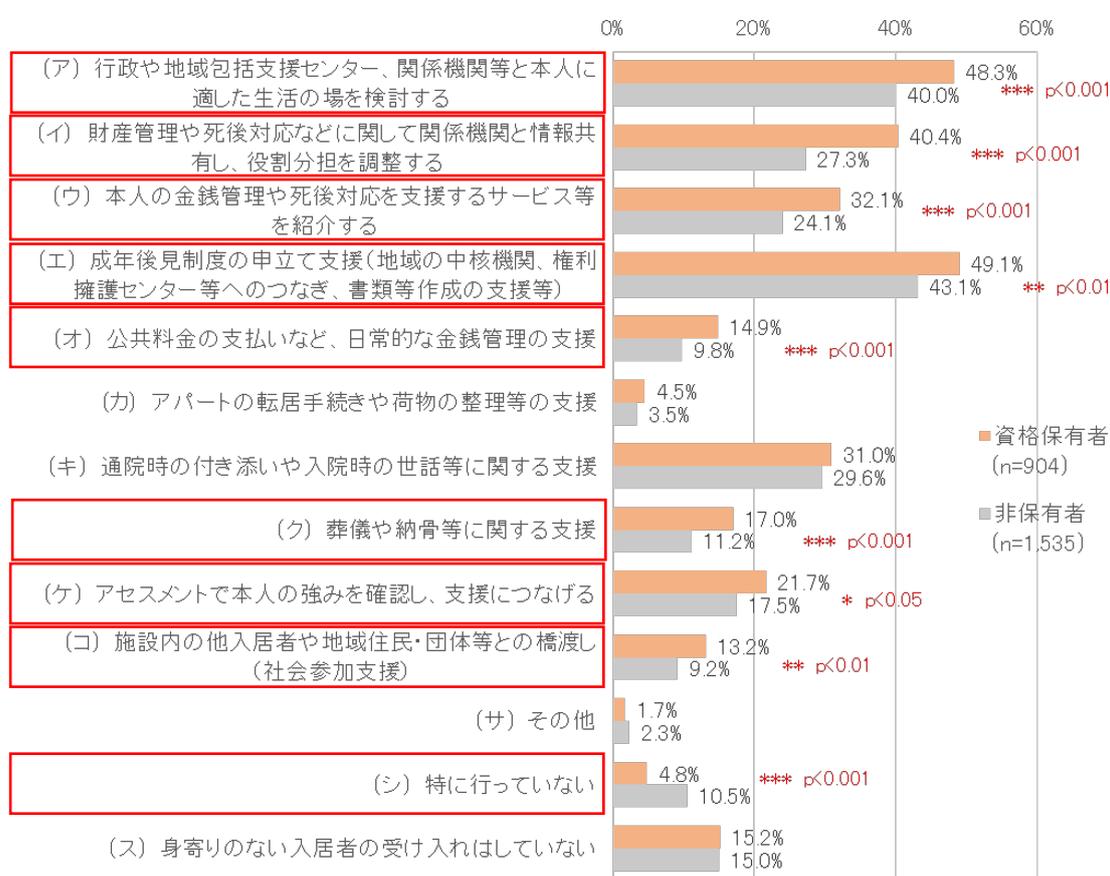


12)頼れる身寄りのいない入居者への支援

今後、増加が予想される頼れる身寄りのいない入居者への支援内容では、「成年後見制度の申立て支援」、「行政や地域包括支援センター等と本人に適した生活の場を検討」、「財産管理や死後対応などに関して関係機関と情報共有し、役割分担を調整」、「本人の金銭管理や死後対応を支援するサービスの紹介」などのほか、「通院時の付き添いや入院時の世話等に関する支援」を行っている割合が高い。

多くの項目において社会福祉士資格保有者の回答率が有意に高くなっており、行政をはじめ関係機関との調整や連携対応において社会福祉士が有効に役割を果たしていることがうかがえる。

図 2-2-24 頼れる身寄りのいない入居者への支援
 <社会福祉士資格保有有無別>



13) 所属法人の地域貢献活動への関与

所属法人の地域貢献活動において、回答者の約半数が何らかの関わりを担っていた。関与している役割としては、「運営・実施」(34.0%)が最も多く、次いで「広報・啓発」(27.6%)、「企画・立案」(18.5%)の順であった。

社会福祉士資格保有者では、「運営・実施」「広報・啓発」「企画・立案」いずれでも関与している割合に統計的有意差が確認された。

図 2-2-25 所属法人の地域貢献活動への関与

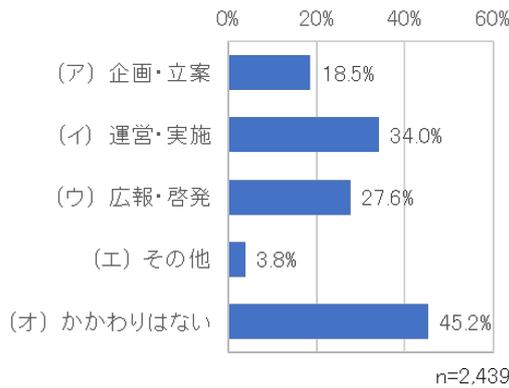
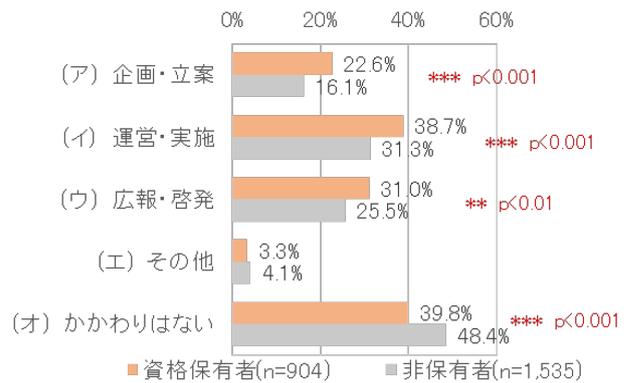


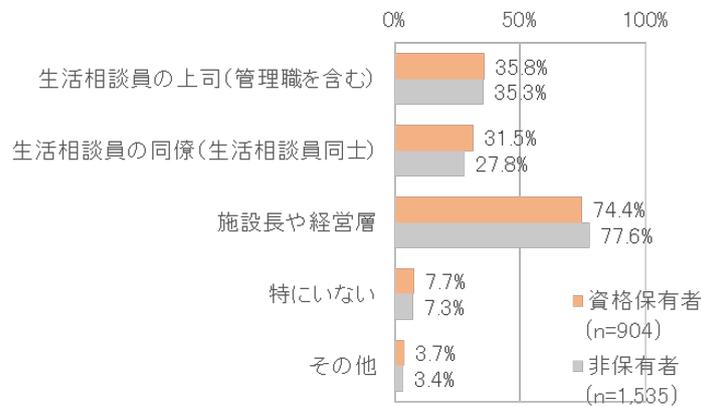
図 2-2-26 所属法人の地域貢献活動への関与
＜社会福祉士資格保有有無別＞



14) 生活相談員業務の助言・指導者

生活相談員業務について助言・指導してくれる人を確認したところ、「施設長や経営層」がもっと多く、次いで「生活相談員の上司」、「生活相談員の同僚」の順であった。なお、「特にいない」と回答した割合も1割未満ほどみられた。

図 2-2-27 生活相談員業務の助言・指導者
＜社会福祉士資格保有有無別＞



(3)生活相談員経験年数別にみた生活相談員としての実践

生活相談員の経験年数による実践取組の差異を確認するため、社会福祉士資格有無別に有意差検定を実施した。なお、本分析では経験年数について、社会福祉士資格保有者の生活相談員平均経験年数（10年）で区分することとした。

分析の結果、今回比較した104項目のうち、社会福祉士資格非保有者では、経験年数による統計的有意差が確認されたのは32項目（30.8%）であった。本調査で確認した生活相談員の実践取組に関しては、経験年数によって資格非保有者の取組割合が高まる範囲は限定的であった。

一方で、社会福祉士資格保有者では104項目中71項目（68.3%）において経験年数による統計的有意差が確認された。資格保有者の場合には、対人援助の基礎的な価値・知識・技術に加えて現場経験の積み重ねが、介護老人福祉施設における生活相談員の実践につながっていることが確認された。

図表 2-2-28 経験年数による統計的有意差が確認できた項目の割合
 <社会福祉士資格保有有無別>

	項目数	社会福祉士資格保有者				非保有者			
		有意差確認 項目割合	(内訳)有意確率水準別			有意差確認 項目割合	(内訳)有意確率水準別		
			有意確率 0.01%未満	有意確率 1%未満	有意確率 5%未満		有意確率 0.01%未満	有意確率 1%未満	有意確率 5%未満
①入居者本人や家族等と接する際に意識していること	9	33.3%	0.0%	11.1%	22.2%	11.1%	0.0%	0.0%	11.1%
②関係機関等と接する際に意識していること	6	66.7%	33.3%	16.7%	16.7%	66.7%	0.0%	0.0%	66.7%
③医療ニーズの高い入居者本人への対応	9	100.0%	88.9%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
④支援に課題を感じる入居者への対応	7	57.1%	14.3%	28.6%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	14.3%
⑤経済的な課題を抱える入居者本人・家族等への対応	5	100.0%	40.0%	60.0%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%	40.0%
⑥入居者本人や家族の想いや希望を叶えるための取組	14	85.7%	0.0%	35.7%	50.0%	35.7%	0.0%	14.3%	21.4%
⑦所属する組織や職員に対して行っている取組	6	100.0%	83.3%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑧地域や関係機関と連携して行っている内容	10	50.0%	20.0%	10.0%	20.0%	40.0%	0.0%	10.0%	30.0%
⑨人生の最終段階における入居者本人の意向や希望の確認方法	8	25.0%	0.0%	12.5%	12.5%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%
⑩人生の最終段階における本人意向や希望を表明しやすくする環境づくりや工夫	6	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%
⑪人生の最終段階において本人が意向や希望を表明した際の対応	8	75.0%	12.5%	25.0%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑫頼れる身寄りのいない入居者本人に対する支援	12	75.0%	25.0%	16.7%	33.3%	75.0%	66.7%	0.0%	8.3%
⑬所属法人の地域貢献活動への関与	4	100.0%	25.0%	25.0%	50.0%	75.0%	25.0%	25.0%	25.0%
合計	104	68.3%	25.0%	19.2%	24.0%	30.8%	8.7%	3.8%	18.3%

※①～⑬で確認した各実践取組の分析結果は次頁以降に掲載。

参考 生活相談員経験年数による有意差検定の結果（社会福祉士資格保有有無別）

①日々の実践において、入居者本人や家族等と接する際に意識していること

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 本人が自ら意思を表出できるように心がける	75%	81%	0.046 *	76%	78%	0.345
(イ) さまざまな機会を活用しながら本人との信頼関係の構築や維持を心がける	86%	89%	0.269	85%	86%	0.400
(ウ) 本人が抱える問題の解決に向けて、本人の自己決定が尊重されるような支援を心がける	66%	74%	0.011 *	67%	72%	0.074
(エ) 本人が地域の一員であることを意識できるよう、地域の情報を伝えたり、友人・知人等と接することができたりする環境づくりに努める	32%	37%	0.107	30%	32%	0.459
(オ) 家族等の想いや苦悩を聴くように心がける	88%	87%	0.551	88%	90%	0.317
(カ) さまざまな機会を活用しながら家族等との信頼関係の構築や維持を心がける	85%	87%	0.565	86%	86%	0.993
(キ) 家族等が抱える問題の解決に向けて、家族等の自己決定が尊重されるような支援を心がける	54%	60%	0.060	57%	59%	0.534
(ク) 本人と家族等の意向が異なる場合には、調整する機会を設けて本人の権利が守られるよう支援する	51%	62%	0.002 **	53%	59%	0.039 *
(ケ) 家族等に本人の様子を伝える場合には、可能な限り本人の同意を得るよう努める	38%	42%	0.197	40%	39%	0.613
(コ) その他	1%	0%	0.413	0%	0%	0.807

②日々の実践において、関係機関等と接する際に意識していること

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 関係機関等と調整が必要な場合は、本人の代弁者であることを意識するよう心がける	66%	77%	<.001 ***	68%	74%	0.010 *
(イ) 本人が在宅生活を希望している場合には、関係機関等と調整を図りながら在宅生活が継続できる支援体制づくりを心がける	36%	46%	0.003 **	38%	45%	0.012 *
(ウ) 関係機関等と調整が必要な場合は、お互いの担当範囲を理解し、それぞれが協力できるよう心がける	89%	90%	0.828	86%	88%	0.410
(エ) 既存の制度やサービス等では対応が困難なニーズがある場合には、関係機関等と協力しながら支援することを心がける	58%	67%	0.011 *	56%	62%	0.018 *
(オ) 本人の状態や希望に適した支援ができるよう、関係機関をはじめ他の介護施設や医療機関等との協力関係づくりを心がける	77%	81%	0.086	74%	77%	0.314
(カ) 家族等から本人への権利侵害がある場合には、関係機関等と協力して本人の権利が守られるよう支援する	53%	65%	<.001 ***	50%	56%	0.036 *
(キ) その他	1%	0%	0.045 *	0%	0%	0.347

③医療ニーズの高い入居者への対応

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) かかりつけ医療機関や関係機関等から本人の医療に関する情報を収集する	64%	81%	<.001 ***	67%	64%	0.288
(イ) 医師や看護職、介護職等を交え本人のケアカンファレンスを実施する	45%	62%	<.001 ***	50%	51%	0.633
(ウ) 施設でのケアが可能となるよう、医療機関等に処置内容の調整を依頼する（医療処置が施設内の看護職員で対応できるようにする等）	49%	64%	<.001 ***	50%	51%	0.689
(エ) 急変時に備えて、嘱託医や協力医療機関、専門医療機関等に協力を依頼する	45%	60%	<.001 ***	50%	52%	0.538
(オ) 家族等に対して、今後の本人の状態変化等の予測やリスクを共有する	68%	82%	<.001 ***	71%	71%	0.928
(カ) 家族等に対して、施設で対応可能な範囲や、対応困難な場合の方針等を説明する	70%	83%	<.001 ***	72%	71%	0.766
(キ) 家族等に対して、医療機関を受診する際などの協力を依頼する	60%	69%	0.004 **	62%	63%	0.734
(ク) 施設での生活が困難な場合には、適切な医療機関等への入院を支援する	55%	72%	<.001 ***	58%	62%	0.171
(ケ) その他	1%	1%	0.738	0%	1%	0.482
(コ) 医療ニーズの高い入居者は受入が難しい（医師や看護師等の体制、その他の理由）	21%	10%	<.001 ***	19%	21%	0.256

④支援に課題を感じる入居者への対応

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 本人の生活歴や家族関係を含めた総合的な観点からアセスメントを実施する	70%	79%	0.005 **	67%	70%	0.340
(イ) 多角的なアセスメントや支援方法を検討するため多職種で話し合う機会を設ける	68%	74%	0.079	63%	68%	0.085
(ウ) 本人が安心して生活できるように多職種と協力して支援方法を試行する	76%	78%	0.478	77%	76%	0.680
(エ) 多職種を交えて様々な支援方法を試行した結果を記録するなどして、再アセスメントにつなげる。	56%	65%	0.010 *	57%	55%	0.553
(オ) 必要に応じて嘱託医や協力医療機関、専門医療機関等に相談する	68%	79%	<.001 ***	69%	69%	0.750
(カ) 課題の有無にかかわらず本人は支援を受ける権利があることを多職種に説明し、職員の意識変容を働きかける	31%	41%	0.002 **	37%	39%	0.497
(キ) その他	1%	1%	0.738	0%	1%	0.037 *
(ク) 他入居者や職員等に悪影響を及ぼすような行動等のある入居者、支援に困難を感じる入居者は受入をお断りすることが多い	8%	6%	0.157	10%	9%	0.346

⑤経済的な課題を抱える入居者本人・家族等への対応

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 本人や家族等の状況に応じて、利用可能な制度等を説明し、不安軽減を図る	88%	93%	0.005 **	83%	85%	0.300
(イ) 本人や家族等の状況に応じて、行政や社会福祉協議会など関係機関の相談窓口を紹介する	62%	72%	0.001 **	57%	63%	0.036 *
(ウ) 本人や家族等の状況に応じて、法律相談や消費者相談等の窓口につなぐ	21%	34%	<.001 ***	16%	20%	0.047 *
(エ) 本人や家族等の状況に応じて、関係機関の利用に必要な申請手続きを支援する	59%	71%	<.001 ***	54%	59%	0.059
(オ) その他	0%	1%	0.317	1%	1%	0.429
(カ) 経済的な課題を抱える入居者の受入は難しい	6%	2%	0.003 **	8%	8%	0.920

⑥入居者本人や家族の想いや希望を叶えるための取組

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 生活歴、家族関係など幅広く情報収集し、多角的に本人を把握する	82%	87%	0.017 *	81%	85%	0.047 *
(イ) 本人と家族等の関わりを維持できるような取組や機会を意識的に設けている	60%	67%	0.032 *	62%	65%	0.165
(ウ) 本人が想いを表出できるよう環境への配慮や丁寧な言葉掛けを行い、傾聴を心がける	79%	84%	0.033 *	81%	79%	0.298
(エ) 家族等が想いを表出できるよう環境への配慮や丁寧な言葉掛けを行い、傾聴を心がける	79%	83%	0.177	79%	77%	0.493
(オ) サービス担当者会議等で本人の想いを確認し、多職種で共有して実現方を検討する	56%	65%	0.005 **	61%	65%	0.144
(カ) サービス担当者会議等で家族等の想いを確認し、多職種で共有して実現方を検討する	57%	64%	0.029 *	60%	64%	0.115
(キ) 本人の意思表示が困難な場合には、表情やしぐさを観察したり、家族等や関係者から聞き取りしたり、多職種で検討しながら本人の想いを推測する	72%	74%	0.453	71%	70%	0.621
(ク) 本人の希望が実現困難な場合には、多職種を交えて代替方を検討する	62%	69%	0.014 *	60%	66%	0.047 *
(ケ) 家族等の希望が実現困難な場合には、多職種を交えて代替方を検討する	57%	65%	0.012 *	55%	58%	0.185
(コ) 希望を叶えるために必要な目標設定等を行うなど、本人の意欲を高める働きかけを心がける	36%	46%	0.002 **	38%	45%	0.008 **
(サ) 本人の想いを実現できるよう、関係機関や地域の事業者等に協力を依頼する(食事、外出、外泊、在宅復帰等)	44%	53%	0.005 **	44%	50%	0.019 *
(シ) 家族の想いを実現できるよう、関係機関や地域の事業者等に協力を依頼する(介護負担の軽減等)	38%	46%	0.015 *	37%	44%	0.007 **
(ス) 希望を叶えることに伴うリスクを本人に十分説明する	52%	61%	0.009 **	53%	56%	0.325
(セ) 希望を叶えることに伴うリスクを家族等に十分説明する	64%	74%	0.002 **	65%	69%	0.228
(ソ) その他	0%	1%	0.413	0%	0%	0.919

⑦所属する組織や職員に対して行っている取組

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 職員と定期的に、本人や家族等の想いを確認し、共有する機会を設ける	63%	71%	0.011 *	65%	66%	0.882
(イ) 職員に対し、本人の想いや権利を尊重することの重要性を説明する	52%	64%	<.001 ***	58%	61%	0.204
(ウ) 職員に対し、認知症の理解や声掛け等の対応を学ぶ機会を設ける	55%	66%	<.001 ***	67%	68%	0.703
(エ) 職員に対し、看取り介護等に対する希望を叶えるために学ぶ機会を設ける	41%	56%	<.001 ***	46%	51%	0.052
(オ) 職員と本人や家族等からの苦情を共有し、改善に向けた検討の機会を設ける	71%	82%	<.001 ***	75%	76%	0.517
(カ) 職員に対し、本人や家族等からのハラスメント等への対応を学ぶ機会を設ける	34%	45%	<.001 ***	41%	43%	0.466
(キ) その他	0%	0%	1.000	0%	1%	0.104
(ク) 特に行っていない	7%	3%	0.004 **	6%	5%	0.348

⑧地域や関係機関と連携して行っている内容

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 本人が入院した際に、医療機関のカンファレンス等において本人の希望を代弁する	47%	56%	0.008 **	42%	50%	0.002 **
(イ) 家族等が入院した際に、面会（オンライン含）できるよう医療機関と調整する	13%	18%	0.028 *	12%	13%	0.628
(ウ) 施設入所前に関わっていた施設等を定期的に訪問できるよう支援を実施する	11%	14%	0.188	11%	10%	0.719
(エ) 本人が複合的課題を抱えている場合は、行政や地域包括支援センター等と連携して支援する	38%	57%	<.001 ***	34%	39%	0.079
(オ) 地域の介護支援専門員等に対して、施設見学や施設の取組を紹介する機会を設ける	29%	37%	0.016 *	29%	36%	0.014 *
(カ) 介護サービス相談員や実習生、ボランティア等の積極的な受け入れ調整を図る	58%	68%	<.001 ***	52%	58%	0.023 *
(キ) 定期的に地域の会合や行事等に参加し、民生委員や自治会との協力関係を構築する	31%	29%	0.663	25%	26%	0.508
(ク) 地域住民や事業者等とのかかわりを維持・継続できるようにできるだけ連絡を取り合う	35%	35%	0.944	29%	31%	0.570
(ケ) 本人の希望に即して外出機会づくりや施設でのイベント等を企画・実施し、地域に出かける機会を設ける	49%	55%	0.084	50%	53%	0.339
(コ) 施設内の部屋やスペースを利用してサロンやカフェ等の活動を行い、本人と地域住民の交流の場や居場所づくりの機会を設ける	18%	20%	0.397	17%	17%	0.788
(サ) その他	2%	1%	0.221	2%	0%	0.022 *

⑨人生の最終段階における入居者本人の意向や希望の確認方法

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 本人が意思表示可能な場合は、入所する際の面接において、人生の最終段階における医療や施設での看取り介護の要望等を確認する	63%	65%	0.368	59%	62%	0.263
(イ) 本人が意思表示可能な場合は、入所後の面接において、人生の最終段階における意向や希望を繰り返し確認する	27%	32%	0.080	28%	29%	0.695
(ウ) 本人が意思表示可能な場合は、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、「私の人生会議」を実施し、本人の意向や希望を確認する	10%	16%	0.018 *	11%	10%	0.470
(エ) 本人が意思表示可能な場合は、意思決定支援ツールを活用し（エンディングノート等）、定期的に更新する	6%	9%	0.125	5%	8%	0.048 *
(オ) 本人が意思表示困難な場合のうち、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	71%	75%	0.178	71%	73%	0.541
(カ) 本人が意思表示困難な場合のうち、家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、家族等の意向や希望を確認する	67%	71%	0.194	68%	74%	0.038 *
(キ) 家族等がいない場合及び家族等が判断を委ねる場合には、多職種によるカンファレンスを実施し、本人にとっての最善の方針を取る	40%	50%	0.005 **	43%	44%	0.731
(ク) その他	0%	1%	0.654	1%	2%	0.160
(ケ) 看取り介護は実施していない（囑託医等の判断で医療機関等へ入院等）	11%	8%	0.091	12%	10%	0.520

⑩人生の最終段階における本人意向や希望を表明しやすくする環境づくりや工夫

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 安心して話せる雰囲気づくり	77%	81%	0.139	81%	77%	0.163
(イ) プライバシーに配慮した個室での面接	55%	61%	0.080	53%	52%	0.745
(ウ) わかりやすい言葉での説明	75%	81%	0.030 *	74%	77%	0.211
(エ) 図やイラストなどの視覚資料の活用	15%	19%	0.092	15%	15%	0.807
(オ) 主治医が病状を説明する際の面接に同席	48%	61%	<.001 ***	46%	53%	0.010 *
(カ) その他	0%	0%	0.564	1%	0%	0.183
(キ) 特にない	7%	7%	0.796	7%	8%	0.707

⑪人生の最終段階において本人が意向や希望を表明した際の対応

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 看取り期の食事や外出・外泊など、本人の希望（関係者間で本人意思を推定した場合を含む）を医師や施設職員、家族等と共有し、関係機関を含めて調整を図る	66%	75%	0.002 **	63%	68%	0.068
(イ) 本人が自宅での看取りを希望する場合には、医師や施設職員、関係機関等と連携し、家族等が対応可能な支援体制を調整（訪問診療や訪問）	31%	38%	0.014 *	30%	32%	0.335
(ウ) 本人の意向の実現が難しい場合には、施設職員や関係機関、家族等と調整し	46%	54%	0.014 *	45%	47%	0.496
(エ) 医療・ケアチームと連携し、適切な支援を検討	58%	65%	0.034 *	58%	60%	0.588
(オ) 人生の最終段階における医療に関して、本人の意向や希望が変化した際には	52%	64%	<.001 ***	57%	61%	0.093
(カ) 本人と家族等の意向が異なる場合は、本人の意向を代弁し家族等と調整を図る	39%	44%	0.106	42%	40%	0.529
(キ) 家族等間の意向が異なる場合には、調整の場を設けたり、専門的見地からの	44%	54%	0.001 **	45%	50%	0.065
(ク) その他	1%	2%	0.780	2%	1%	0.115
(ケ) 対応しない	3%	3%	0.691	4%	4%	0.633

⑫頼れる身寄りのいない入居者本人に対する支援

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 行政や地域包括支援センター、関係機関等と本人に適した生活の場を検討する	41%	55%	<.001 ***	36%	48%	<.001 ***
(イ) 財産管理や死後対応などに関して関係機関と情報共有し、役割分担を調整する	36%	45%	0.005 **	25%	33%	<.001 ***
(ウ) 本人の金銭管理や死後対応を支援するサービス等を紹介する	29%	35%	0.064	21%	30%	<.001 ***
(エ) 成年後見制度の申立て支援（地域の中核機関、権利擁護センター等へのつなぎ、	43%	55%	<.001 ***	39%	53%	<.001 ***
(オ) 公共料金の支払いなど、日常的な金銭管理の支援	12%	17%	0.032 *	8%	14%	<.001 ***
(カ) アパートの転居手続きや荷物の整理等の支援	2%	7%	0.002 **	3%	4%	0.401
(キ) 通院時の付き添いや入院時の世話等に関する支援	28%	34%	0.031 *	26%	37%	<.001 ***
(ク) 葬儀や納骨等に関する支援	13%	21%	<.001 ***	9%	16%	<.001 ***
(ケ) アセスメントで本人の強みを確認し、支援につなげる	20%	23%	0.333	17%	19%	0.192
(コ) 施設内の他入居者や地域住民・団体等との橋渡し（社会参加支援）	13%	14%	0.623	9%	11%	0.191
(サ) その他	1%	2%	0.068	3%	1%	0.028 *
(シ) 特に行っていない	6%	3%	0.019 *	12%	7%	<.001 ***
(ス) 身寄りのない入居者の受け入れはしていない	18%	13%	0.033 *	16%	13%	0.076

⑬所属法人の地域貢献活動への関与

	社会福祉士資格保有者			非保有者		
	10年未満	10年以上	有意確率	10年未満	10年以上	有意確率
(ア) 企画・立案	19%	26%	0.007 **	14%	20%	0.003 **
(イ) 運営・実施	33%	44%	<.001 ***	30%	35%	0.031 *
(ウ) 広報・啓発	27%	35%	0.021 *	23%	32%	<.001 ***
(エ) その他	4%	2%	0.138	4%	4%	0.523
(オ) かかわりはない	43%	37%	0.042 *	50%	45%	0.053

Ⅲ. 考察

1. はじめに

本調査の目的は「介護老人福祉施設における生活相談員の役割、特に社会福祉士の配置が入居者本人やその家族の QOL 向上に果たしている効果等を明らかにすること」である。

調査の回答からは、1 施設当たり 1.7 人、うち社会福祉士は 0.6 人が配置されていることが分かり、社会福祉士の配置の有無は施設規模の影響を受けていない。

介護老人福祉施設における生活相談員の役割は多岐に渡る。ここでは、生活相談員の役割を概観しつつ、社会福祉士資格の有無がどのようにそれらの役割と関連しているかを考察する。

2. 「看取り介護加算」における生活相談員の役割と社会福祉士資格の有無

入居者にとって、最期を誰とどこで迎えるかは大きな関心事であり、いかに生きるかにも影響を与える。介護老人福祉施設において、その看取り介護を推進している職種は看護職員が最も多いが、生活相談員は次いで多いことが明らかになっている。また、施設内の看取り介護に関する課題を話し合う機会に参加している生活相談員は 79.1%、看取り介護終了後の振り返りの機会に参加している生活相談員は 58.4%を占めていることがわかっている。これらのことから、介護老人福祉施設における「看取り介護加算」の算定において、生活相談員が重要な役割を果たしていることが示唆されている。

具体的な取り組みとしては、生活相談員の実践に関する質問項目の結果によれば、看取り期の外出や外泊等本人の希望を医師や施設職員、家族と共有し、関係機関との調整を図る取組について、社会福祉士資格保有者においてより良く取り組まれていることが明らかになっている。

実際の 1 施設あたりの看取り介護加算算定者数平均値の比較では社会福祉士資格を有する生活相談員が配置されている施設では、看取り介護加算算定者数が平均 8.8 人／施設であるのに対して、非配置施設では 6.1 人となっており、統計的に有意な差が認められている。そして、施設規模を調整してもなお有意差が認められることが明らかになっている。

これらのことから、社会福祉士を生活相談員として配置することによって、看取り介護加算の算定が促進された可能性が示唆されているといえる。

3. 「ACP 取組人数」における生活相談員の役割と社会福祉士資格の有無

ACP は、将来の医療やケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合い、意思決定を共有するプロセスを指し、「私の人生会議」という愛称でも知られている。その要素ともいうべき価値観や希望の明確化や代理決定者の選定、意思の文書化、関係者との共有などにおいて、生活相談員は重要な役割を果たすと考えられる。近年、重視される実践となっている。

本調査からは、具体的には、利用者本人の人生の最終段階における意向や希望を表明しやすくする工夫として、「安心して話せる雰囲気づくり」や「分かりやすい言葉での説明」を実践している生活相談員が多いことなどが分かる。なお、「プライバシーに配慮した個室での面接」や「主治医が病状を説明する際の面接に同席」する取り組みが実践方法として重要だが、これらの点について社会福祉士資格を有する生活相談員によってより良く実践されていることが明らかとなっている。

生活相談員としての実践において「本人が意思表示可能な場合は、入所時面接で人生の最終段階における医療や施設での看取り介護の要望等を確認」「本人が意思表示可能な場合は、ACP を実施し、本人の希望や意向を確認する」ことが社会福祉士資格保有者の生活相談員によ

ってより良く取り組まれていることも明らかになっている。同時に、生活相談員として社会福祉士が配置されている施設での人生の最終段階における意思決定支援に関するマニュアルやガイドラインの整備割合が 15.5%を占めており、非配置施設の整備割合（11.5%）と比べてより良く実践されていることも明らかになっている。

これらの取り組みの成果として、1施設あたりの ACP 取組人数の平均値を比較検討した結果では、社会福祉士資格を有する生活相談員が配置されている施設では平均 5.4 人である一方で、非配置施設では 3.0 人であり、社会福祉士資格を有する生活相談員が配置されている施設での取り組みが統計的に有意に多いことが明らかになっている。またより確からしさを確認するために「施設規模」と「社会福祉士配置有無」の 2 つの要因による検定を実施したところ、「定員規模」による影響を調整してもなお、「社会福祉士配置有無」に統計的な有意差が認められている。

これらの結果は、社会福祉士資格保有者によって ACP 実施のための具体的な実践がより良くなされていることが、取り組みの促進につながった可能性を示唆するものといえる。

4. 協力医療機関との実効性のある連携体制と社会福祉士資格の有無

協力医療機関連携加算は、2024 年度の介護報酬改定によって新設された加算である。協力医療機関と実効性のある連携体制を構築することによって、入所者の健康管理や緊急時に対応する体制を強化することが目的である。2027 年度から義務化が予定されており、3 年間の経過措置期間中に、円滑に基準を満たす取り組みが求められている。

その解釈通知の中で規定される定期的な会議への出席者として、看護職員と並んでほぼ同様の割合で生活相談員が当てられていることから、この加算の算定に生活相談員が果たす役割が大きいことがうかがえる。

本調査の結果からは、その生活相談員が社会福祉士資格保有者である場合には、有資格者ではない場合に比べて、加算を算定している施設の割合が高いことが明らかになっている。このことから、社会福祉士資格保有者の生活相談員が、協力医療機関関連連携加算の算定に重要な役割を果たしている可能性が示唆されたといえる。

5. 生活相談員の実践と社会福祉士資格の有無

(1) 生活相談員の実践の設定

本調査では、社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（2018）『ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について』で示されたソーシャルワーク機能を参考に、本調査で得られた生活相談員の実践を設定している。「入居者本人や家族等と接する際に意識していること」「関係機関等と接する際に意識していること」「医療ニーズの高い入居者本人への対応」「支援に課題を感じる入居者への対応」「経済的な課題を抱える入居者本人・家族等への対応」「入居者本人や家族の想いや希望を叶えるための取組」「所属する組織や職員に対して行っている取組」「地域や関係機関と連携して行っている内容」「人生の最終段階における入居者本人の意向や希望の確認方法」「人生の最終段階における本人意向や希望を表明しやすくする環境づくりや工夫」「人生の最終段階において本人が意向や希望を表明した際の対応」「頼れる身寄りのいない入居者本人に対する支援」「所属法人の地域貢献活動への関与」を生活相談員の実践内容の枠組みとしてソーシャルワーク機能ごとに横断的に分類を行っている。それぞれの枠組みを表す項目を詳細な項目として設定し、具体的な生活相談員の動きを明らかにした点に、本調査の意義がある。

(2) 生活相談員の分類と社会福祉士資格の有無の関連

「権利擁護・代弁・エンパワメント」「支持・援助、仲介・調整・組織化」「社会資源開発・社会開発」のいずれの分類においても、社会福祉士資格保有者と非保有者を比較において、

社会福祉士の得点が有意に高いことが確認されている。この結果は、社会福祉士資格保有者を介護老人福祉施設の生活相談員として配置することは、入居者の生活において必要な支援をより良く実践している可能性を示唆している。

以下では、実践内容による分類ではなく、項目の特徴をもとに具体的に社会福祉士の資格の有無によってどのような違いがあるのかを、特に統計的に有意差が認められた項目を中心に考察していきたい。

(3) 入居生活の継続に困難な特徴のある利用者への対応

入居の調整において、また、入居した生活を継続するためには、個別化して入居者本人の尊厳が守られるケアが求められる。しかし、入所施設という環境であるが故の条件や難しさがあり、これらをどのように取り扱っていくことができるかによって、入居者のQOLを高め、生活を持続可能なものにすることができるかに違いが生まれる。例えば、喀痰吸引や経管栄養、点滴など「医療ニーズの高い入居者本人への対応」、他入居者や職員等に悪影響が及ぶような行動等がある「支援に課題を感じる入居者への対応」、利用料の支払いや日常生活に必要な収入を得られない「経済的な課題を抱える入居者本人・家族等への対応」などがある。

これらの理由によって、入居を拒否することはあってはならないものの、介護老人福祉施設によっては、安全管理上の問題を理由に入居を断ることや退所を選択せざるを得なくなることが起き得る。

統計的な分析の結果では、これらの対応のあり方に、社会福祉士の資格の有無による違いが認められている。例えば、経済的な困難に直面した利用者に対しては、行政や社会福祉協議会をはじめとする様々な社会資源へとつなぐこと、それらの利用に必要な事務手続きの支援など、入居者の暴力行為や迷惑行為を表面的に捉えるのではなく繰り返しのアセスメントや多機関・専門職による多角的な視点による話し合いを実施すること、医療的ニーズに対応する可能性を拡大するような医療機関・専門職との連携を強化することなどに、社会福祉士資格保有者の生活相談員がより良く取り組んでいることが分かる。

このことから、例え入居生活の継続に困難を抱える状態の利用者であっても、その生活継続可能性を高める役割を社会福祉士資格保有者の生活相談員が果たしている可能性が示唆されているといえる。

(4) 地域への貢献と入居者が地域の中で暮らすことを実現する実践

近年、より一層注目されるのが、地域の中にある施設が、地域のニーズに対応すべく力を発揮することである。これは、一方的に地域への貢献に取り組むことが求められているのではなく、その取り組みを通して入居者一人ひとりが地域の中で暮らしているということを実感することができる機会を作り出すことにつながっている。

結果からわかるように、定期的な地域の町内会等の会合に出席することや連絡を取り合うこと、地域のボランティアを受け入れることなどといった実践において、社会福祉士資格保有者の生活相談員がより良く取り組んでいることが分かる。また、社会福祉士資格保有者の生活相談員は、所属法人の地域貢献活動への関与にも積極的である可能性が統計的な検定の結果から示唆されている。

これらのことから、入居者が施設の中の世界で生活するのではなく、地域社会の中で生活する可能性を高める役割を社会福祉士資格保有者の生活相談員が果たしている可能性が示唆されているといえる。このような取り組みが、入居者のQOLの向上に寄与する可能性が高い。

(5) 頼れる身寄りのない入居者本人への対応

頼れる身寄りのない人は、単身世帯や核家族世帯の増加や家族関係の希薄化の問題が指摘される近年のわが国の状況において今後増加していくことが予想されており、孤立・孤独の

問題と関連して、重要な問題として認識されている。介護老人福祉施設は、そのような社会的・経済的な困難に直面した介護の必要な方を入居者として受け入れ、より良く生活を営むことができるよう支援することが期待されている。また、頼れる身寄りのない入居者の不安は死後の手続きにも及んでいる。では、生活相談員にはどのような役割が求められているだろうか。

ここでは、生活相談員は「成年後見制度の申立て支援」、「行政や地域包括支援センター等と本人に適した生活の場を検討」、「財産管理や死後対応などに関して関係機関と情報共有し、役割分担を調整」、「本人の金銭管理や死後対応を支援するサービスの紹介」などのほか、「通院時の付き添いや入院時の世話等に関する支援」を行っている割合が高いが、社会福祉士資格保有者においては、多くの項目において回答率が有意に高くなっている。

今後より多くの入居者から対応が求められる可能性がある「頼れる身寄りのない入居者本人への対応」において、社会福祉士資格保有者はそのネットワークや知識、技術を用いてより良く実践している可能性が示唆されているといえる。

(6) 入居者本人を中心とした家族、他機関との関係調整の取り組み

入居者本人や家族等との「信頼関係の構築」、家族等の「想いの確認」、「利用者本人の意思表示や自己決定を尊重する支援」などは、生活相談員にとって基本的な取り組みであることが、結果からも明らかである。加えて、入居者本人の希望を中心とした生活の支援は、同様に基本的な取組であるともいえる。例えば、幅広い情報収集による本人の状況の理解や本人や家族等の想いの傾聴、本人が意思表示困難な場合にも表情やしぐさの観察、関係者等からの聞き取りによる本人の意思決定支援に取り組まれている。

社会福祉士資格保有者の生活相談員においては、これらの行動に加えて、希望を実現するために関係者・関係機関との調整・検討を行う場面において社会福祉士の調整機能が活かされていることがうかがえる。これらの取り組みにより、入居者の希望の実現可能性を高めることにつながっている可能性が示唆されている。

(7) 生活相談員の成長と社会福祉士資格の有無の関連

分析では、生活相談員の経験年数による実践の差異を確認することを目的として、社会福祉士資格有無別に有意差検定を実施している。本分析では経験年数について、生活相談員平均経験年数（10年）で区分して分析を実施している。

その結果、今回比較した104項目のうち、社会福祉士資格非保有者では、32項目で生活相談員の経験年数による統計的有意差が確認されたのに対して、資格非保有者の取組割合が高まる範囲は限定的であることが明らかになった。

この結果は、社会福祉士の有無によって、実践経験から得られる成長に違いがある可能性を示唆している。社会福祉士養成課程における専門的な学びを土台とした実践とその後の社会福祉士としての専門性の研鑽は、生活相談員としての取り組みをより良く実践する可能性を高めていることが示唆されている。

第3章

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

第3章 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

I. 調査の概要

1. 目的

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の把握及び専門職性の発揮状況等を把握するとともに、深掘りを行うためのヒアリング調査対象施設の抽出を目的として実施した。

2. 対象者

全国の介護医療院 810 施設において、管理的立場にある方に回答を依頼した。

3. 調査方法

郵送にて協力依頼を発送し、Web 調査による回答を依頼した。

4. 実施時期

令和 6 年 9 月 30 日～11 月 8 日

5. 回答数

147 施設（回答率 18.1%）

6. 調査内容

（1）施設概要

設置者／介護医療院への転換時期／施設の指定基準／定員数／職員配置／併設機関

（2）利用者の状況

利用者の状態像（要介護度）／入所前居所／退所先

（3）社会福祉士の配置状況

社会福祉士の配置状況／社会福祉士の業務内容、配置による効果、多職種との連携状況

（4）人生の最終段階における医療・ケアの取組

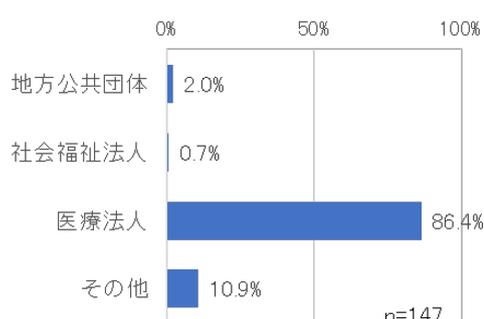
II. 調査の結果

1. 施設概要

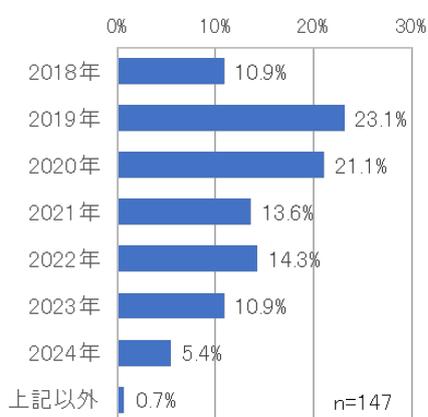
(1) 設置者、介護医療院への転換時期、施設の指定基準

回答のあった介護医療院 147 施設の設置者をみると、「医療法人」が 86.4%を占めていた。介護医療院への転換時期は、2020 年までに転換した施設が 55.1%を占めていた。施設の指定基準は、「介護医療院（Ⅰ型）」が 55.8%、「介護医療院（Ⅱ型）」が 44.9%であった。なお、1 施設がⅠ型とⅡ型の重複回答となっていた。

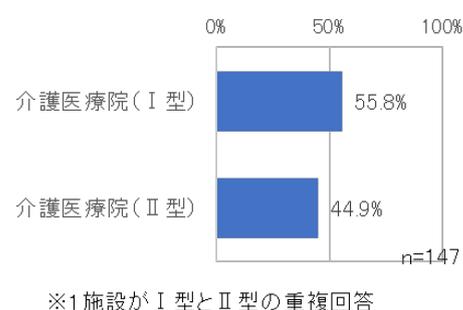
図表 3-1-1 設置者



図表 3-1-2 介護医療院への転換時期



図表 3-1-3 施設の指定基準

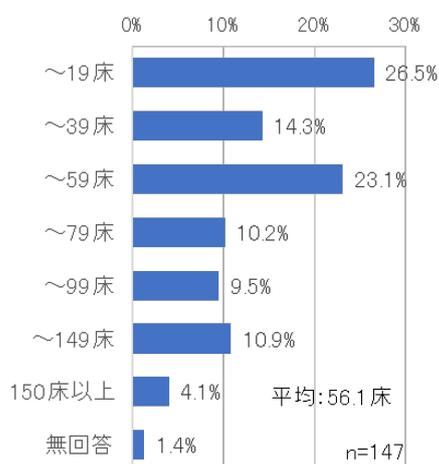


(2) 定員数、配置職員数

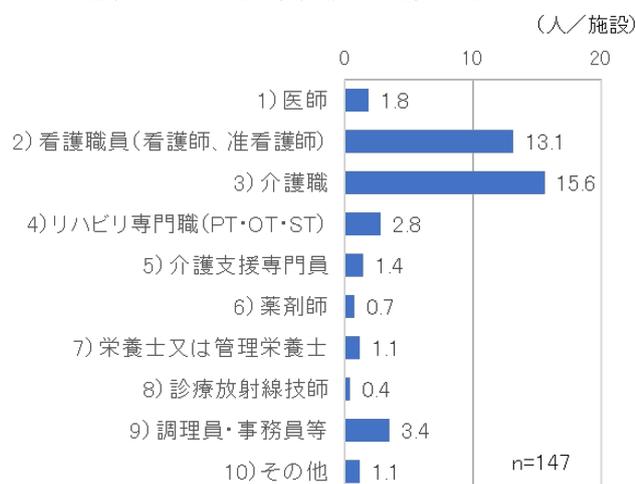
施設の定員規模は、回答施設全体平均では 56.1 床であった。ただし、「19 床以下」が 26.5%を占める一方で、100 床以上の施設も 15.0%を占めるなど、定員規模は分散している。

1 施設あたりの平均配置職員数は、「医師」が 1.8 人、「看護職員」は 13.1 人、「介護職」は 15.6 人、「リハビリ専門職 (PT・OT・ST)」は 2.8 人、「介護支援専門員」は 1.4 人となっていた。

図表 3-1-4 定員数



図表 3-1-5 配置職員数 (1 施設あたり平均)



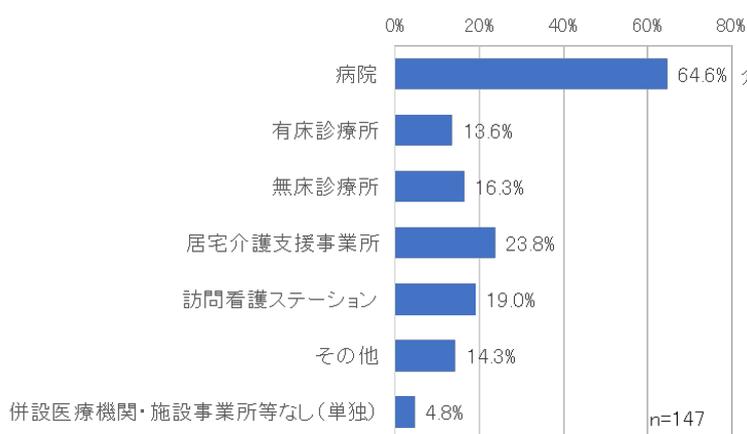
(3)併設機関

回答のあった介護医療院のうち、医療機関や事業所等と併設している施設は95%（140施設）を占めた。

併設機関の種類は「病院」（64.6%）が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」（23.8%）、「訪問看護ステーション」（19.0%）、「無床診療所」（16.3%）、「有床診療所」（13.6%）の順であった。

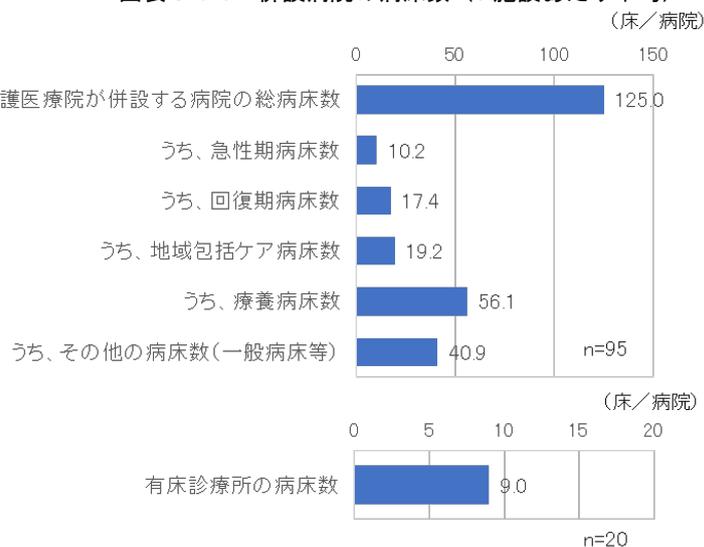
併設病院の病床数（平均値）をみると、総病床数は125床、うち「急性期病床」は10床、「回復期病床」は17床、「地域包括ケア病床」は19床、「療養病床」が56床であった。

図表 3-1-6 併設機関



(併設事業所：その他の内訳)
 介護老人保健施設：6施設
 通所リハ・デイサービス：9施設
 訪問リハビリテーション：4施設
 認知症グループホーム、有料老人ホーム等：5施設
 地域包括支援センター：1施設

図表 3-1-7 併設病院の病床数（1施設あたり平均）



2. 利用者の状況

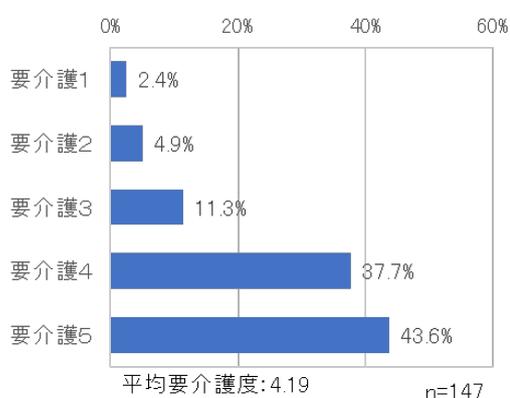
(1) 利用者の状態像(要介護度)

回答のあった介護医療院の入所者数（令和6年10月1日時点）は、1施設平均で52.0人であった。

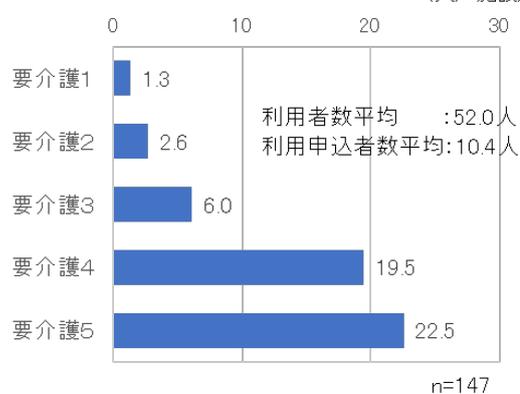
入所者の状態像（要介護度）をみると、「要介護5」が43.6%で最も多く、次いで「要介護4」が37.7%であった。（要介護4と要介護5で81.3%を占める。）入所者の平均要介護度は4.19。

また、利用申込者数は1施設平均で10.4人、令和5年度中の平均利用者数は141.8人であった。

図表 3-2-1 状態像（要介護度）別入所者割合



図表 3-2-2 状態像（要介護度）別入所者数
(1施設平均) (人/施設)



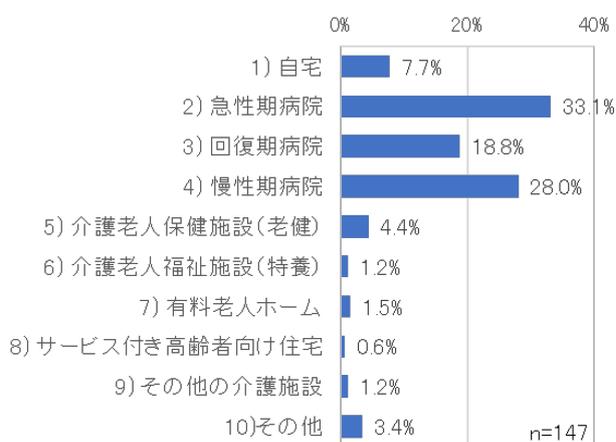
令和5年度中の利用者数平均: 141.8人

(2) 入所者の入所前居所

過去1年間（令和5年度）の新規入所者数は、回答施設全体で5,555人、1施設平均37.8人であった。

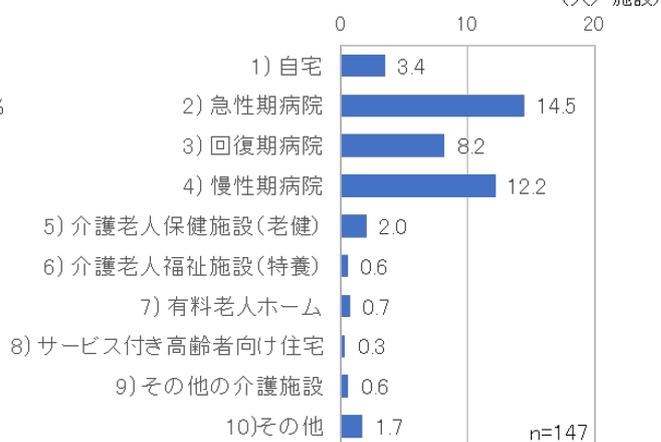
入居前居所をみると、「急性期病院」が33.1%、「慢性期病院」が28.0%、「回復期病院」が18.8%であり、これら病院からの入所者が約8割を占めていた。

図表 3-2-3 新規入所者の入所前居所（令和5年度）



過去1年間の新規入所者数 回答施設合計: 5,555人

図表 3-2-4 入所前居所別の新規入所者数
(1施設平均) (人/施設)



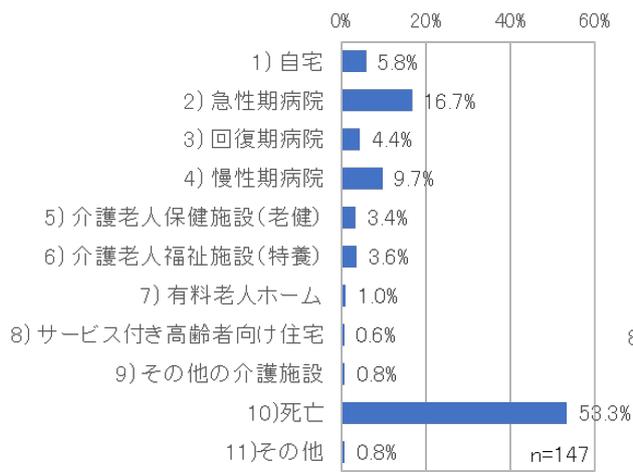
過去1年間の新規入所者数平均: 37.8人

(3)退所者の退所先

過去1年間（令和5年度）の退所者数は、回答施設全体で5,493人、1施設平均37.4人であった。

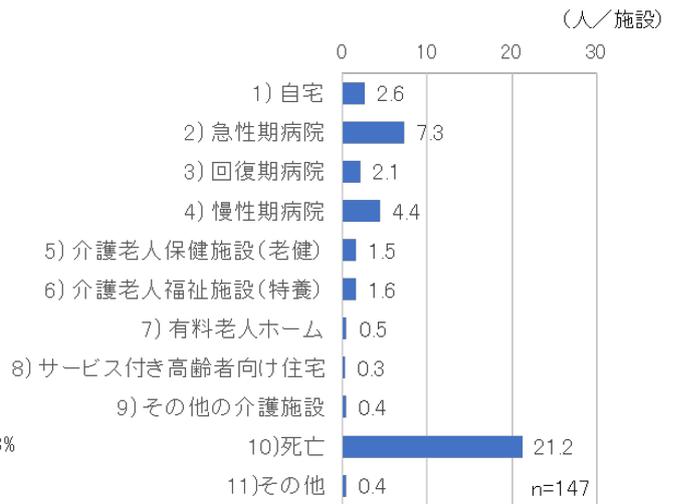
退所先みると、「死亡」が53.3%で最も多く、次いで「急性期病院」が16.7%、「慢性期病院」が9.7%であった。また、「自宅」に戻ったり、介護保険施設に入所した利用者もみられた。

図表 3-2-5 退所者の退所先（令和5年度）



過去1年間の退所者数 回答施設合計: 5,493人

図表 3-2-6 退所先別の退所者数
(1施設平均)



過去1年間の退所者数平均: 37.4人

3. 社会福祉士の配置状況

(1)社会福祉士の配置状況

回答のあった介護医療院や併設医療機関等における社会福祉士の配置状況について確認したところ、「併設医療機関等を含め、社会福祉士は配置していない」施設が42.9%を占めた。

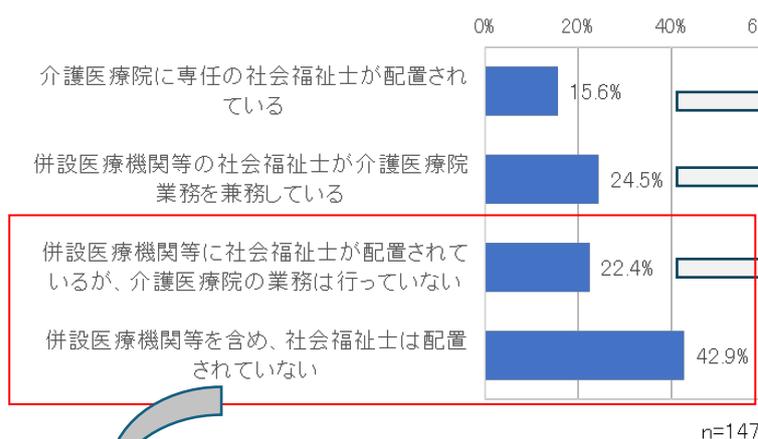
一方、介護医療院に「専任の社会福祉士を配置している」（以下、「専従」という。）割合は15.6%（23施設）であり、配置人数は1施設平均1.39人であった。

また、「併設医療機関等の社会福祉士が介護医療院業務を兼務している」（以下、「兼務」という。）割合は24.5%（36施設）であり、兼務している社会福祉士の人数は1施設平均で1.44人であった。

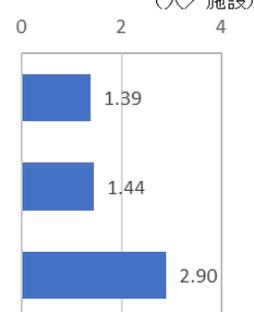
「併設医療機関等に社会福祉士が配置されているが、介護医療院業務は行っていない」施設の割合は22.4%（33施設）であった。併設医療機関等に配置されている社会福祉士の人数は1施設平均2.90人。

介護医療院に社会福祉士を配置していない理由は、「必要性を感じていない」が47.9%で最も高い。

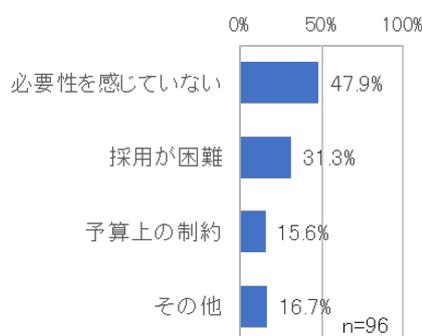
図表 3-3-1 社会福祉士の配置状況
(複数回答)



図表 3-3-2 社会福祉士の配置人数
(1施設平均)
(人/施設)



図表 3-3-3 介護医療院に社会福祉士を配置していない理由



参考 社会福祉士の配置部署名、職種名

【社会福祉士の配置部署名称（回答 56 件）】

- ・地域連携室（16 件）
- ・地域医療連携室（5 件）
- ・医療介護連携室（1 件）
- ・相談室（センター）（6 件）
- ・医療（福祉）相談室・課（6 件）
- ・入退院（入退所）相談室・支援室（3 件）
- ・介護支援相談室（1 件）
- ・地域連携福祉相談室（1 件）
- ・患者支援センター（1 件）
- ・ソーシャルワーク科（1 件）
- ・事務（8 件）
- ・その他（7 件）

【社会福祉士の職種名称（回答 56 件）】

- ・相談員（18 件）
- ・医療相談員（6 件）
- ・支援相談員（3 件）
- ・医療ソーシャルワーカー(MSW)（8 件）
- ・ソーシャルワーカー(SW)（4 件）
- ・社会福祉士（6 件）
- ・精神保健福祉士 (PSW)（1 件）
- ・介護支援専門員（5 件）
- ・その他（5 件）

(2) 社会福祉士の業務内容、配置による効果、多職種との連携状況

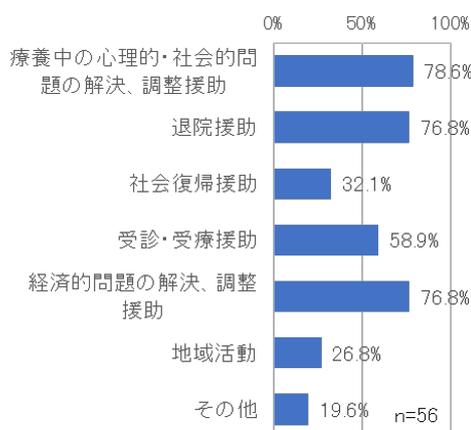
※介護医療院に専任または兼務で社会福祉士が配置されている 57 施設が対象

社会福祉士の主な業務内容では、「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助」、「退院援助」、「経済的問題の解決、調整援助」が 75%以上を占めた。また、「受診・受療援助」が 58.9%、「社会復帰援助」が 32.1%であった。

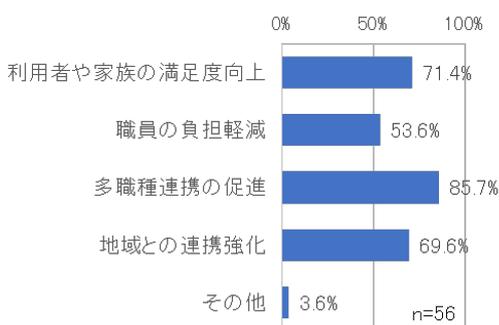
社会福祉士が配置されている効果では、「多職種連携の促進」が 85.7%で最も高く、次いで「利用者や家族の満足度向上」(71.4%)、「地域との連携強化」(69.6%)、「職員の負担軽減」(53.6%) であり、いずれの項目でも社会福祉士配置による効果を指摘する割合は高い。

多職種との連携状況についても、80.4%は「連携できている」と回答していた。

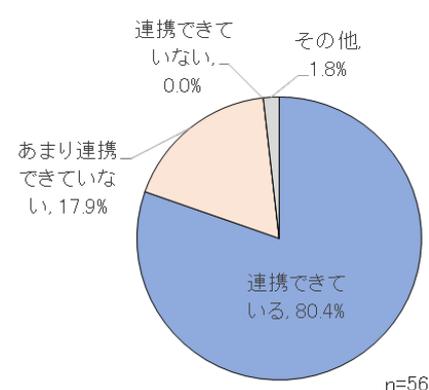
図表 3-3-4 社会福祉士の主な業務内容



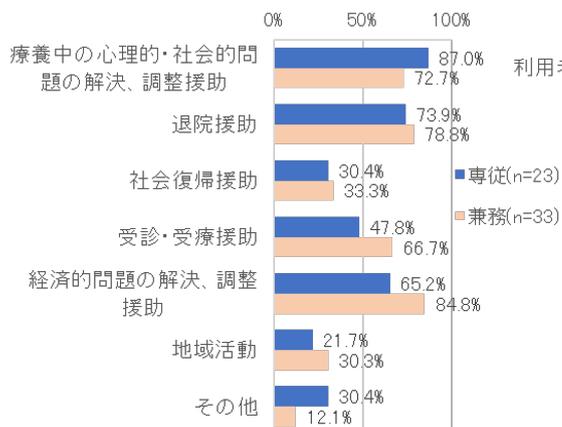
図表 3-3-5 社会福祉士配置による効果



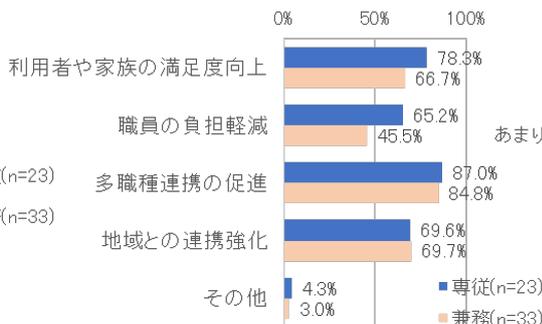
図表 3-3-6 他職種との連携状況



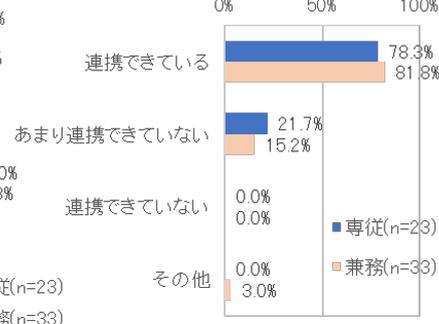
<社会福祉士の配置形態別>



<社会福祉士の配置形態別>



<社会福祉士の配置形態別>



その他の記載内容

入所相談、ベッドコントロール
入退所支援 等

4. 人生の最終段階における医療・ケアの取組

医療ニーズの高い入所者数を確認したところ、1施設平均で「経管栄養」が17.1人、「点滴」が4.8人、「酸素療法」2.7人、「疼痛管理」0.8人であった。

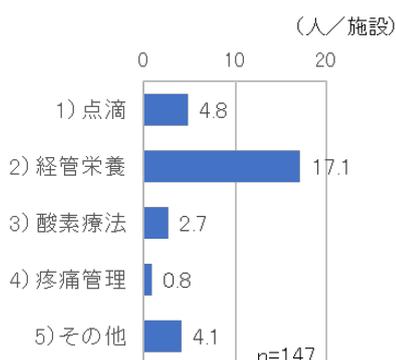
『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』等に沿った取組の実施状況を確認したところ、「全員に実施している」施設が57.8%、「一部の利用者に実施している」施設が34.0%、「実施していない」施設は8.2%であった。

また、施設で取り組んでいる人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等について確認したところ、「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」施設が48.3%を占めた。「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」施設は76.9%、「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」施設は52.4%であった。

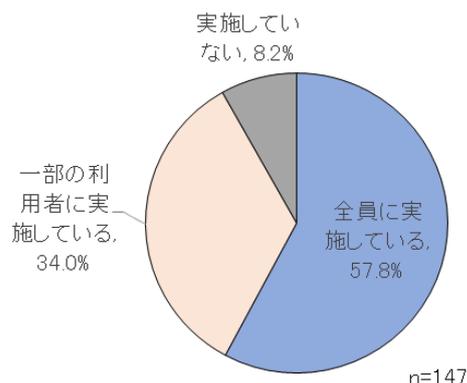
社会福祉士配置状況別にみると、家族等が本人意思を推定できない場合の家族・専門職によるカンファレンスでの推定意思を尊重した取組を実施している割合が、専従又は兼務による社会福祉士配置のない施設では取組割合が低くなっていた。

なお、過去1年間の看取り件数は、1施設平均で19.5人であった。

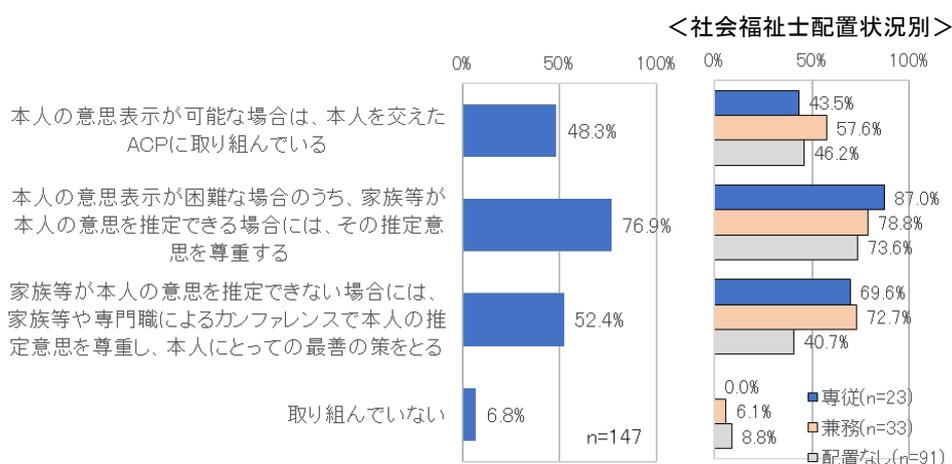
図表 3-4-1 医療ニーズの高い入所者数



図表 3-4-2 ガイドライン等に沿った取組実施状況



図表 3-4-3 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスの取組状況



図表 3-4-4 看取り件数 (令和5年度)

	回答施設総数	1施設あたり平均
過去1年間の看取り件数	2,870人	19.5人

人生の最終段階における医療・ケアにおける社会福祉士の役割について回答を求めたところ、入所前や入所時において本人や家族から医療行為に対する意向を確認しているほか、本人のライフストーリーや家族背景などを聞き取り、他職種と共有する等していた。また、家族が迷っている場合には、家族が意思決定できるようなサポートを行ったり、家族の想いを他職種に伝えるなど代弁機能を担っていた。

入所後においても、医師や他職種担当者との連携調整、カンファレンスの開催、家族への連絡や要望等の確認、在宅希望の場合の調整なども行っていた。

図表 3-4-5 人生の最終段階における医療・ケアにおける社会福祉士の役割

	記載内容
1	・ACP の啓蒙、マニュアル作り
2	・当方慢性期病院の為、転院元にてすでに ACP 済みが多い。転院前、当方の担当医と相談員、キーパーソンと最終の確認をしている。
3	・入院前に最終的に医療行為をどこまでやるのかの確認。穏やかに過ごすための希望を聞く。
4	・人生会議についてインテーク面接の場面で説明。
5	・本人のヒストリー・家族背景・キーパーソン・今までの生活状況などの情報提供
6	・本人や家族の意向の確認。希望がある場合や入院中に希望が出た場合の施設職員への周知、対応の相談。
7	・ご家族から、ご本人がお元気だったころのエピソードや好きだった事、病状が変化した際の治療方針についてなどの情報を聞き取り、多職種へつなぐ。
8	・意思決定や判断に迷っている場合には家族等が意思決定できるように支援している。また、必要に応じて家族等の思いをスタッフに代弁している。
9	・社会福祉士の資格を持つ介護支援専門員が院内での取り組みについて中心的に調整し、医師をはじめ各サービス担当者と連携して推進している。
10	・家族への連絡、病状説明・カンファレンス日時の設定・カンファレンス時の立会い等
11	・他のスタッフが対応出来ないところ、いつでも傾聴出来ることが最大の役割と考える。
12	・看取りカンファレンスの開催。家族との面談。
13	・家族への希望聞き取り対応。 他部署への連携
14	・入所後に在宅での看取りを希望された方の在宅支援の調整

人生の最終段階における医療・ケアにおいて大切にしていることについて回答を求めたところ、本人・家族の意思や意向の尊重を図るために日ごろから意思疎通を図ることや、状況が変化する度に意思確認を行うこと、家族が状況を受け入れることができるようこまめに情報共有を行うこと、家族の気持ちに寄り添うこと等の回答が寄せられた。

また、家族も看取りケアに参加できるような取組を行っている施設もみられた。

図表 3-4-6 人生の最終段階における医療・ケアにおいて大切にしていること（一部抜粋）

	記載内容	備考
1	・日頃からの利用者や家族との意思の疎通。終末期に於いては、医師によるインフォームドコンセントと本人や家族の要望の聴き取り。	
2	・ご家族の気持ちも揺れ動くことも多い為、思いの確認は機会があるごとに行っています。	
3	・本人、家族の意向を大事にし、過去の生活歴を参考にその人らしく最後を迎えられるように援助する。	※
4	・意思確認後も、本人の状態変化に応じて意向の変更は出来ることを伝え、都度確認を行うようにしている	
5	・最期までその人らしく生きられるよう、人間としての尊厳を保持すること。	
6	・本人とご家族の意思を尊重すること。 何度も話あって、ご家族の気持ちに寄り添って看取りケアを行う。本人に対しては、苦痛を与えない、穏やかな気持ちで過ごすようにケアを行う	※
7	・利用者やご家族様に寄り添っていける支援体制の継続に努めている。	※
8	・併設病院に入院時には必ず急変時の対応に対する希望を確認し、介護医療院に申し送るようにしている。	※
9	・利用者・家族との信頼関係、看取りケアへの見極め	※
10	・本人様の大切にしていることを最後まで尊重していく。	
11	・本人又は家族の希望を最優先すること	
12	・できる限り、家族の意向を尊重し、最期までその人らしさや人権を尊重した対応に心がけています。ご家族にも看取りケアにも参加できるような取り組みを心がけています。例えば、面会時に手や顔を拭いていただく、エンゼルケア時は一緒に清拭などを行うこともできるように声掛けをしています。	
13	・ご本人の意思が確認できる場合はしっかりと聞き取りを行う。 ・ご家族には、都度気持ちが変わることは気にしないでよい事、普段からこまめに情報提供を行い話しやすい環境を作る事を大切にしています。	※
14	・本人と家族の意向を尊重する ・状況を細かに家族と共有し穏やかに終末期を受け入れることが出来るよう援助していく ・最期の時間は家族とともに過ごせるように配慮する	
15	・ご本人が意思表示ができず、ご家族も情報をあまり持っていないケースの場合に、施設でできるなるべくご本人にとって最善な生活が説明できるように注意している。	※
16	・本人、家族が希望されている最期を迎えられるようにチームでかかわっています。	※

※備考欄の※印は、社会福祉士が配置されている施設の回答。

介護医療院を利用する高齢者は、何らかの医療的ニーズを抱えていたり、認知機能の低下等によって意思表示が困難なことも少なくないことから、家族等との丁寧な意思疎通を重視する旨の回答がみられた。また、人生の最終段階の医療・ケアに関する施設内での体制強化を図るため、各種研修を実施していたり、ケアの振り返りを実施するなどして本人や家族の想いを尊重した医療・ケアの提供が行われていた。

なお、ACPに関しては在宅生活時点からの取組推進を求める意見も寄せられた。

図表 3-4-7 その他の医療ニーズの高い高齢者へのケア、人生の最終段階における医療・ケア等に関する取り組み

	回答内容	備考
1	・特養、老健などで受け入れできない（しない）方を受け入れており、経管栄養が定員の半数に達している。例えば、喀痰吸引のできる介護福祉士を多く配置している場合を評価する介護報酬を考えてほしい。カテーテル代も負担になっている。	
2	・在宅にいる頃からのACPが推進していないと、終末期の時点でACPは本人がそもそも出来ない状態の方が多い。そのため、家族の意向や気持ちを丁寧に対応している。もっと在宅のうちにACPを推進してほしい。というかそうならなければ、本当の意味でのACPにはたどり着けず、DNARの確認だけの、形だけの推進のように感じます。在宅ケアマネのもと、介護サービス時点からACPの義務を推進してほしいと感じる。	※
3	・医療ニーズが高い方が対象とうたってはいるが、看取り、吸引、酸素、経管栄養、血糖測定、インスリン注射以外には、看護職員の人数が少なく対応できない。看取りも、現在入所している方が看取り状態になったら当然看取りを行うが、一度に多くの人数の看取り対応は難しいため、時に苦慮している（看取りは治療というより見守ることが多いが、ご本人、ご家族の精神的ケアが多くなるため）。	※
4	・高齢の入所者は病状が不安定な方も多く、認知機能低下によりご自身の意思が確認できない方も多いです。ご家族の意向の確認や入所者の方の病状の変化に合わせて今後予測される状況をお伝えし、ご家族の思いを確認しながら看取りケアに取り入れています。	
5	・理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションの充実 高齢認知症利用者の介護の充実（認知症高齢者の介護研修受講、認知症看護認定看護師の研修開催） 看取りマニュアルの更新、マニュアルの輪読会	※
6	・ACPに関しては、本人の意向確認ができていない方が多く、看取りケアに関しては、家族の意向確認になっている。	
7	・当施設は透析患者様を優先的に入所して頂いている施設ですので、日々看取りケアですが、本人の意向を大事に孤独にならないよう対応し、自宅に帰りたい入所者には在宅支援へスムーズに移行できるよう居宅介護支援事業所やサービス事業所等と医療・看護・介護に関するカンファレンスを実施したり連携を心掛けています。	
8	・ACPについては、勉強会 eラーニングでの自己学習を行い職員の啓蒙活動をした。・協力病院とACPのパンフレットの作成を行い、2024年から取り組み始めた。・見取りケアについて勉強会を行い、職員の理解を深めた。・医療ニーズの高い高齢者へのケアについては、注意する点を介護職にその都度説明している。状態不安定 のケアについては看護師と一緒にするように取り組んでいる	※
9	・当院は要介護4～5の方が90%以上であり、状態の変化は少なくない。そのため、月1回看取りのカンファレンスを多職種で開催している。今後は、本人・家族を含めたカンファレンスの開催を目指している。本人の意見を尊重することを大切にしている。	※
10	・ACPについては入所時と“もしも”を迎えた場面では特にご家族の気持ちには変化が現れます。繰り返しの意思疎通が重要と考えます。	
11	・中心静脈の場合Cクラスターの保険点数は算定できるが輸液はできない そうなると絵に描いた餅（採算が見合わない）ので入所が難しくなる。中心静脈の輸液も保険算定できるようにしてほしい。中心静脈の場合当然食費費用も算定しないので	
12	・施設の方針として、全員を看取るようにしている。	※
13	・ケアプランにターミナルプランを含めて作成します。ターミナルプランを作成するための主治医と家族の間でICを行います。ICの中にはDNRとインフォームド・コンセントを行います。	
14	・自分で意思を伝えることができない利用者様が殆どであるため、「どのような関わり方が尊厳を大切にしていることになるのか」をご家族と受け持ちと含めて、入院中や死亡退院後にデスカンファレンスを行い、ケアの振り返りをしている。	※
15	・身寄りのない方へのACPが難しい。制度のことなど社会福祉士がいてくれたほうが良いと考えることもある	
16	・病院ではないので、「治す」ことよりもご本人の意思に沿ったケアを心がけている。例えば食べる意思のない方には無理に食べさせたり点滴をするよりも、看取りのいち段階として絶食もやむなしとしている。	

※備考欄の※印は、社会福祉士が配置されている施設の回答。

Ⅲ. 考察

本調査は、全国の介護医療院 810 施設を対象に実施され、147 施設（回答率 18.1%）から得られた結果に基づいている。この結果から、社会福祉士が多岐にわたり重要な役割を果たし、高齢者とその家族、そして多職種から一定の評価を得ていることが示唆される。

この調査結果に基づき、介護医療院における社会福祉士の有効性について考察する。

1. 介護医療院に社会福祉士の役割

介護医療院の人員配置基準において、社会福祉士は必置職種ではない。しかし、調査結果が示すように、約 4 割（専任 15.6%、兼務 24.5%）の介護医療院で社会福祉士が配置されている。この事実は、人員配置基準上の規定がなくとも、現場において社会福祉士の専門性に対するニーズが高いことを明確に示すものである。

医療ニーズと生活ニーズなどの複合的な課題を抱える入居者に対して、社会福祉士が有する知識や技術等が、課題解決に求められているといえる。

介護医療院に配置された社会福祉士は、主な業務内容として「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整業務」、「退院援助」、「経済的問題の解決、調整援助」といった幅広い活動を行っており、これらの業務は 75%以上の施設で実施されている。

さらに、「受診・受療援助」も 58.9%、「社会復帰援助」も 32.1%の施設で主な業務として挙げられている。

これは、社会福祉士が単に手続き的な支援を行うだけでなく、利用者の生活全般に寄り添い、その人らしい生活を送るための専門的なサポートを提供している証左と言えるであろう。医療的ニーズの高い入居者は、日々の介護ニーズに加え、心理的な不安や社会的な孤立感を抱えやすい状況にあると推察されるが、社会福祉士はこれらの課題に対して専門的な知識と技術をもって支援していると考えられる。

2. 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準との関連性

社会福祉士の業務内容は、介護医療院の運営基準に深く関連している。特に、「相談及び援助」や「入退所」に関する基準は、社会福祉士が提供する心理的・社会的問題の解決、退院援助、経済的支援と密接不可分である。利用者の生活を支える上で、社会福祉士の専門性は重要な役割を担っていると言える。

人生の最終段階における医療・ケアにおいても、社会福祉士は重要な役割を果たしている。本人の意思や家族の意向を尊重した意思決定支援、多職種との連携、精神的なサポートなどを通して、利用者が尊厳をもって最期を迎えることができるよう支援している。

本人の意思表示が困難な場合に、家族や専門職とのカンファレンスを通じて本人の推定意思を尊重する取り組みは、専従又は兼務の社会福祉士が配置されている施設でより積極的に行われていることが示されており、その専門性が不可欠であることを示唆している。

利用者の尊厳を重視する介護医療院の理念を体現する上で、社会福祉士の存在が重要であることを示唆している。

3. 多職種連携における社会福祉士の貢献

最も特筆すべき点は、社会福祉士が「多職種連携の促進」に大きく貢献していると 85.7%の施設が認識していることである。これは、社会福祉士が医師、看護師、介護職、リハビリテーション専門職といった多岐にわたる専門職間の情報共有を円滑にし、それぞれの専門性を活かしたチームケアを実現するために不可欠な存在であることを示している。

入居者の抱える課題は複雑であり、単一の職種だけで解決できるものではない。

社会福祉士が中心となり、様々な専門職において中心的な役割を担うことで、より質の高い、

包括的なケアが提供されていると言えるであろう。

また、多職種との連携状況についても、80.4%の施設が「連携できている」と回答しており、社会福祉士がその連携を円滑に進める上で重要な役割を果たしていることが裏付けられる。

介護医療院において社会福祉士が、医療的ニーズの高い高齢者とその家族に対して、多岐にわたる専門性を活かし、質の高いケアを提供するために有効な役割を果たしていることを明確に示している。「多職種連携の促進」(85.7%)、「利用者や家族の満足度向上」(71.4%)、「地域との連携強化」(69.6%)といった結果が示すように、社会福祉士は介護医療院において必要な専門職であるといえよう。

第4章

介護保険施設における社会福祉士の実態把握に
関するヒアリング調査(社会福祉士による取組事例)

第4章 介護保険施設における社会福祉士の実態把握に関するヒアリング調査(社会福祉士による取組事例)

I. 調査の概要

1. ヒアリング調査の目的

介護医療院に対する調査（量的調査）を行った結果、回答数 147 施設のうち、「専任の社会福祉士を配置している」のは 23 施設（15.6%）、「併設医療機関等の社会福祉士が介護医療院業務を兼務している」のは 36 施設（24.5%）であった。介護保険法上は配置すべき人員としては定められていないものの、専任・兼任で職務を行っている社会福祉士の職務内容や実践の実態を明らかにすることを目的にヒアリング調査を行った。

2. ヒアリング調査の方法

(1) 調査協力者の選定

介護医療院における調査（量的調査）を実施した際、ヒアリング調査についての協力の可否を尋ね、協力可との回答があった調査協力者 10 名のうちから地域や施設規模、社会福祉士の配置（専任／兼務）等を勘案し、5 名の調査協力者を選定した。

(2) 調査の方法

ヒアリング調査は zoom を用いてオンラインで行った。調査日時・所要時間、調査協力者については表 4-1 の通りである。なお、調査協力者の所属機関の概況は表 4-2 の通りである。

ヒアリング調査は、事前に調査協力者にヒアリング調査用紙を送付し、回答していただいた上で、その回答内容についてさらに説明を求めていくという形で行った。ヒアリング調査用紙の項目は表 4-3 の通りである。

表 4-1 調査の方法

	調査日時（所要時間）	調査協力者
A	2025 年 1 月 30 日 19:00～20 : 35（1 時間 35 分間）	社会福祉士（兼務）
B	2025 年 1 月 29 日 19:00～20 : 06（1 時間 6 分間）	社会福祉士（事務長）
C	2025 年 2 月 10 日 15:00～16 : 04（1 時間 4 分間）	社会福祉士（兼務）
D	2025 年 2 月 5 日 19:00～20 : 49（1 時間 49 分間）	社会福祉士（専任）
E	2025 年 2 月 10 日 17:00～17 : 55（55 分間）	社会福祉士（兼務）

表 4-2 調査協力者の所属機関の概要

	指定基準	定員	併設病院	併設病院の総病床数					社会福祉士の配置
					回復期病床数	地域包括ケア病床数	療養病床数	その他の病床数	
A	Ⅱ型	82	無	*	*	*	*	*	兼務
B	Ⅱ型	120	無	*	*	*	*	*	専任配置
C	Ⅰ型	152	あり	186	0	15	96	75	兼務
D	Ⅱ型	82	無	*	*	*	*	*	専任配置
E	Ⅰ型	53	あり	52	0	52	0	0	兼務

※ 併設病院が「無」の施設は、すべて無床診療所が併設

表 4-3 ヒアリング項目

<p>1 介護医療院における社会福祉士の配置状況</p> <p>① 社会福祉士の配置の経緯について、教えてください。</p> <p>② 社会福祉士の配置について、どのような工夫をされていますか。(人員確保、研修制度など)</p> <p>③ 社会福祉士の単独配置又は兼務配置の状況について詳しく教えてください。</p> <p>④ 併設病院の有無による違いや課題、工夫点などがあれば教えてください。</p> <p>2 介護医療院における社会福祉士の役割と業務内容</p> <p>① どのような相談を受けていますか。具体的な相談内容の例：療養中の心理的・社会的問題、退院援助、経済的問題、受診・受療援助、社会復帰援助など(頻度、内容、対応方法など)</p> <p>② 社会福祉士として大切にしている点や工夫している点があれば教えてください。</p> <p>③ 入居者の方やご家族の思いを丁寧に聞き取るために、どのような工夫をしていますか。</p> <p>④ 他の職種とどのように連携していますか。(連携頻度、情報共有方法、連携における課題等) 特に、介護支援専門員との連携について、役割分担や連携方法、課題などがあれば教えてください。</p> <p>3 社会福祉士の配置効果と必要性</p> <p>① 介護医療院に社会福祉士が配置されていることによるメリットをどのように捉えていますか。 (利用者・家族、施設・職員、地域社会のそれぞれにとって) 具体的な例：多職種連携の促進、利用者や家族の満足度向上、地域との連携強化、職員の負担軽減など</p> <p>② メリットを感じた具体的なエピソードがあれば教えてください。</p> <p>③ もし、貴院に社会福祉士がいない場合、どのような問題が発生すると思われるか。 (相談対応や手続きをはじめ、利用者・家族、施設・職員、地域社会のそれぞれにとって)</p> <p>4 社会福祉士の専門性活用と地域連携</p> <p>① 介護医療院において、社会福祉士の専門性をさらに活かすために、どのような取り組みが必要だと考えますか。</p> <p>② 介護医療院において、社会福祉士の専門性をさらに活かすために、どのような取り組みが必要だと考えますか。</p> <p>5 退所支援と地域包括ケア</p> <p>① あなたは、どのような退所支援をしていますか。具体的な支援内容や、退所後の生活を支えるための工夫点などを教えてください。特に、自宅退院に取り組んでいましたら、具体的なエピソード</p>
--

ソードなどをお聞かせください。

- ② 介護医療院の役割は多様化しており、地域包括ケア病棟のように在宅復帰支援に力を入れている施設もあれば、病院からの入所者を多く受け入れている施設もあると伺っています。貴院では、どのような役割を担い、地域の中でどのような機能を果たしているとお考えですか。貴院の役割や、地域における連携体制について教えてください。

6 看取り介護とアドバンス・ケア・プランニング (ACP)

- ① 貴院における看取り介護の体制について教えてください。(人員体制、研修、多職種連携等)
- ② 看取り介護における社会福祉士の役割について、具体的な事例を交えて教えてください。
- ③ 入居者の方のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) について、どのように対応していますか。
- A) ACP に関して、社会福祉士は都度どのように関わっていますか。
 - B) ACP の実施状況や課題、工夫点について教えてください。
 - C) ご家族の意向確認や、入居者の方の病状の変化への対応について、工夫している点があれば教えてください。
 - D) 「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」等に沿った取り組みについて、工夫している点や課題があれば教えてください。
 - E) 入居者の方のケアや状態、気持ち、苦痛、思い、状況の変化をどのように把握し、多職種で共有していますか。
 - F) 入居者の方の思いや希望に沿ったケアを提供するために、どのような工夫をしていますか。
 - G) 医師から、入居者の方やご家族への病状説明や治療方針の説明について、どのような工夫をしていますか。
 - H) 入居者の方やご家族が、医師に希望や意向を伝えやすい環境づくりについて、どのような工夫をしていますか。
 - I) 入居者の方が、人生の最後をどのように過ごしたいか、どのように迎えたいかについて、どのように把握し、支援していますか。
 - J) 入居者の方が、残された時間を有意義に過ごせるよう、どのような支援をしていますか。
 - K) ご家族が、入居者の方の最期を穏やかに過ごせるよう、どのような支援をしていますか。

7 その他

- ① 社会福祉士の配置に関する意見や要望があれば、自由にお聞かせください。
- ② 医療ニーズの高い高齢者へのケアについて、課題や要望があればお聞かせください。

(3) 倫理的配慮

調査協力者には、ヒアリング調査の打診にあたり、以下の点を説明し、了承を得た上で調査を行った。

- ・研究の目的
- ・研究の方法
- ・研究への参加は自由意思によるものであること。
- ・インタビューは録音または録画されること。
- ・研究者は守秘義務を遵守し、個人情報やデータの管理には細心の注意を払うこと。
- ・結果が公表される場合は、調査協力者のプライバシーが保全されること。
- ・得られた情報は研究目的以外で使用されないこと。
- ・同意をした後でも、いつでも同意を撤回することができること。
- ・同意を撤回しても、そのことにより調査協力者がいかなる不利益も被らないこと。
- ・同意を撤回した場合、提供されたデータは破棄されること。
- ・研究代表者の氏名・事務局の連絡先

II. 調査の結果と考察

1. ヒアリング調査に見る介護医療院の社会福祉士の実践

今回のヒアリング調査の調査協力者 5 名について、それぞれの所属する介護医療院に置ける実践について紹介する。

(1) A 氏の場合

1) 相談員の配置状況

A 氏の勤務している介護医療院(Ⅱ型)は外来クリニックを併設しており、相談員は 1 名、介護支援専門員 1 名(うち 1 名は社会福祉士)という体制である。

施設は元々療養型老人保健施設であり、介護医療院に転換したあとも相談員が配置され、介護医療院のみ相談支援を行っている。現在の介護医療院の相談員は社会福祉士有資格者ではない。

2) 調査協力者(社会福祉士)の現在の業務

A 氏は現在、介護医療院(Ⅱ型)で業務改善・人材育成担当、兼介護支援専門員、兼介護課長を兼務している。A 氏の現在の職務内容はマネジメント業務、職員の育成や介護ロボットや ICT 活用による業務改善を担当している他、相談員のサポートも行っている。

業務改善のために、最新の制度の動向の把握や関係機関からの情報収集を行い、マネジメントに反映させている。月 1 回の運営会議、リーダー会議への出席、ヒヤリハット、事故防止等の検証等を行っている。

また、介護医療院併設が障害者の就労支援事業所を併設しており、その利用者に施設内のカフェや清掃業務を委託する等の取り組みの調整作業も行っている。

3) 施設における相談員の業務

相談員の主要な業務としては、利用者の入退所に関わる相談支援である。入所相談としては、入所を希望する利用者・家族に対してインテーク面接を行い、利用者情報を整理して入所判定会議を行う。

入所が決まった後は、計画担当介護支援専門員が引き継ぎケアプランを作成する。入所以降、相談員が利用者の相談に関わるのは、ケアプラン以外の生活相談(体調面の不安、生活の希望等)である。そこで得た情報は、看護職員、リハビリ職員と共有し、利用者のケアに反映させるように調整している。

また、フロアのスタッフから自分たちだけで対応できないことが生じた場合、フロアから相談員に相談があり、関わることになる。これらは、介護保険サービスについての相談などである。

4) 退院支援

退院する利用者は少ないが、肺炎や尿路感染などで治療を要する状態になった利用者については、転院先の医療機関への紹介状の送付、転院時の送迎の手配等を行っている。

入所者の希望があれば、1～2時間でも自宅に帰りたい、墓参りがしたいという希望があれば、それを家族に伝えて、外出支援を行っている。その際の福祉用具や福祉タクシーの利用の調整、自宅への外出の前に自宅の環境を確認し、必要な福祉用具の利用調整等を行っている。

5) 看取りケアについて

看取りケアや ACP については医療職中心で行っているが、看取りに関する説明を行ったけれども家族がよく理解できていなかったり、気持ちがブレてしまう場合などは相談員が面接し、家族の理解や気持ちの整理を支援している。

6) 地域への働きかけ

新型コロナウイルスの扱いが五類になったことで、地域住民向けに、施設内で介護保険講座やサロンを再開している。サロンでは、施設内の見学やデイケアの健康体操の体験などを行っている。

7) 社会福祉士としての役割・機能の捉え方

介護医療院において、人と人、人とサービスをつなぐ役割を担う。また、利用者の中には身寄りのない方、生活保護を受給している方も多く、行政との連携を図ることも役割となってくる。

(2) B 氏の場合

1) 相談員の配置状況

B 氏の勤務している介護医療院（Ⅱ型）は診療所を併設しているが、診療は週に 1 回であり、実質的には単体の介護医療院とみてよい。相談員は専任で 1 名（社会福祉士）が配置されている。施設には B 氏の他、計画担当介護支援専門員 1 名、相談員 1 名の計 3 名が社会福祉士である。

施設は老人保健施設からの転換であり、転換後も相談員が配置されている。母体となる医療法人は病院、介護老人保健施設、グループホームなども運営している。

2) 調査協力者（社会福祉士）の現在の業務

B 氏は現在、介護医療院の事務長である。

3) 施設における相談員の業務

院内のケアはケアプランに基づき提供されるが、それに納まらない課題が生じた場合は相談員が関わっていくことになる。例えば、医療処置が必要で病院に移る必要がある場合、通常は計画担当介護支援専門員が調整するが、精神疾患の陽性症状が強まり、急遽精神科への転院が必要というような場合等では相談員が関わり、受け入れ病院探しや、当該病院のソーシャルワーカーとの調整を行うことが多い。

介護医療院は医療依存度が高く、特別養護老人ホームや老人保健施設、医療機関などで

は入所が困難な利用者を受け入れる役割を担っていることを意識して入所相談を行っている。

4) 退院支援

退院支援については、次に入院する病院の情報や、それに関連する書類の作成等は相談員の方が詳しい。

5) 看取りケアについて

看取りケアは基本的には医師、看護師、計画担当介護支援専門員が中心に行っているが、家族間で意見が対立してトラブルとなった場合などでは相談員が関わり、その調整を行うことがある。

6) 地域への働きかけ

社会福祉士が地域の関係機関と顔の見える関係を構築することで、地域医療や地域住民と施設をつないでいく役割を担っている。

7) 社会福祉士としての役割・機能の捉え方

法人は相談系職種は社会福祉士有資格者を採用している。相談員は地域連携部に属しており、法人内の各施設の相談職を配置転換しながら経験を積んでいく。その中で、外部機関についての知識や調整の力量を高めていく。

介護医療院の相談員としては、その人の人生にずっと付き合う覚悟で関わっていくことを意識している。

社会福祉士の役割は、院内のさまざまな職種間の意見の対立を利用者・家族の立場に立って中和していくものと考えられる。例えば、フロアでのスタッフの対応ではうまくいかないような利用者の行動でトラブルが起こった場合でも、社会福祉士はその出来事の原因や背景を考え、中立的な立場で利用者の支援をしていく。また、その結果としてスタッフから当該利用者の退院を求める声が上がっても、院内のスタッフの中から異なる意見を見つけ出して院内の調整を図ったり、複雑な課題を抱えた利用者の受け入れに際して、必要であれば社会的背景をみたとき本院が受け入れる必要があることを提案する。その調整においては、双方が対利するのではなく双方がウィンウィンの関係になるように調整することを心がけている。

このように社会福祉士が利用者のため、施設の社会的責任のために行動する場合、地域連携部はそれを徹底的に支援する組織となっている。

(3) C氏の場合

1) 相談員の配置状況

C氏の勤務している介護医療院（I型）は病院内に併設されており、病院は一般病床、（地域包括ケア病床、障害者病床）、特殊疾患病床、療養病床、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、グループホームがある。

施設は介護療養型医療施設から転換したものであり、相談員は地域連携室に4名の社会

福祉士が配置されており、介護医療院の相談支援も兼務として行っている。

2) 調査協力者（社会福祉士）の現在の業務

C氏は地域連携室の相談員として、介護医療院の相談業務（入退所相談、契約、入所後の生活相談等）を行っている。

3) 施設における相談員の業務

入院にあたっては、いったん病院の医療病床に入院してもらい、病状観察をした上で、入所判定会議へと進んでいく。

入院後も、相談員はフロアを訪ね、利用者と面接し、希望を尋ねたり、不安や悩みに耳を傾ける。

介護医療院における相談業務としては、入所段階で「状態が安定すれば」「ケアプランの目標が達成された場合」には退所を考えるということを説明している。利用者の状態が安定すれば、その人のADLやQOLを高めていくことを考えて、その人により適した環境に移ることを提案していく。

相談員はフロアの計画担当介護支援専門員やフロアのスタッフと連携し、利用者の情報の共有を図る。また、フロアカンファレンスにも出席する。利用者からなんらかの希望が呈されたり、悩みがあるという場合、相談員は利用者を訪室し、思いを確認していく。

利用者が不満を感じていたり、スタッフとのトラブルが生じた場合、相談員は訪室し、ゆっくり利用者の話を傾聴する対応を行う。これによって、利用者が納得したり、落ち着くことは多い。また、フロアでの対応が難しい要望がある場合も、利用者やフロアのスタッフと話し合いを行い、折り合いが見つかる解決を模索していく。

4) 退院支援

入所後、主治医やフロアから状態が安定していることについて情報が入り、相談員として本人・家族に退院の提案をしていく。しかし、入所段階で説明をしても、退院することへの抵抗感を持つ利用者や家族は多い。そのため、その方に合った環境について一緒に考えていくほか、必要があれば介護医療院への再入院もありえることも伝えて、退院支援を行っていく。

退院を考えてもらうには、サービス担当者会議を活用し、利用者の現在の状態を説明し、理解を促進していく。また、担当者会議終了後も、利用者・家族と個別に面接し、より適した環境が自宅なのか施設なのかを考える支援を行っていく。実際の退院となれば、退院前担当者会議を開催し、退院に向けて院内外の関係者に連絡し調整を図っていく。退院後の次の施設探しなども、紹介業者は使わず、相談員が継続的に支援している。

自宅に退所される例は、利用者及び家族のニーズに即した対応に努めている。

5) 看取りケアについて

看取りについても、入所段階で意向を確認している。看取り期に入った利用者については、カンファレンス、サービス担当者会議を行い、家族と情報共有を図っていく。看取りに関する説明でショックを受ける家族もいる。その際、相談員は家族の思いを傾聴するとともに、必要に応じて医師や看護師から再度の説明の機会を設ける等の調整も行う。

6) 地域への働きかけ

地域の関係機関からの入院に関する相談に対応していくことで、関係機関の介護医療院に対する理解が促進されている。また、それが利用者・家族の支援にも反映されてきている。さらに、近年では訪問看護師から地域連携室への相談なども増えてきている。

7) 社会福祉士としての役割・機能の捉え方

社会福祉士としては、院内で利用者や家族の立場に立って話をしていく存在であることを大切に考えて、支援を行っている。

退所支援においても、利用者の QOL を高めるということを念頭に置いて、支援を行っている。

社会福祉士として、普段から担当者間でコミュニケーションを促進する橋渡し役としての機能を心がけている。

(4) D 氏の場合

1) 相談員の配置状況

D 氏の勤務している介護医療院（Ⅱ型）は、施設は病院から病床転換したものであり、現在は外来クリニック、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを併設している。相談員は 1 名（社会福祉士）が配置されており、併設機関の相談業務と兼務している。

2) 調査協力者（社会福祉士）の現在の業務

D 氏は介護医療院の利用相談、入退所相談、契約時の対応、入所後に生じる生活相談等を行っている。その他、通所リハビリテーションの利用相談、契約対応、利用後の各種相談にも対応している。

3) 施設における相談員の業務

介護医療院は 2 フロアあり、それぞれのフロアに計画担当介護支援専門員（看護師や介護職員が兼務）と情報交換、連携を図りながら、相談支援を行っている。介護支援専門員はケアプランの作成・調整、家族への介入が必要なケースは相談員が対応という役割分担を行っている。

入所相談では、最期まで施設での療養を望んでいる利用者以外にも、特別養護老人ホームへの入所待機を目的とする利用者も約 2 割いる。入所相談段階で、利用目的や意向を確認し、それに沿った支援ができるようにしていく。

また、利用料の支払いが難しいという利用者も約 1 割いる。この場合、キーパーソンである家族と面接し、利用可能な制度を紹介していく等の対応も行っている。キーパーソン側に金銭管理に関する課題がある場合、市の地域包括支援センターに権利擁護の観点から介入を求めたり、日常生活自立支援事業、成年後見制度の申請を支援する等を行った例もある。

入所後はケアプランに基づいた支援となる。そこは計画担当介護支援専門員が主となるが、アセスメントによってケアプランに納まりきれないニーズがでてきた場合は相談員が対応する。必要に応じて、利用者の要望を満たすことができる施設外の社会資源（比較的

安価で買いもの支援等をしてくれる支援者等)を活用することもある。

また、利用者の得意なことを把握し、それをフロアの各職種に伝え、その情報を元にケアに反映していくこともある。

利用者に対する支援の質を高めるために、病院のソーシャルワーカーと一緒にスーパービジョンの機会を設けている。また、職能団体が開催しているスーパービジョンの機会にも参加している。

4) 退院支援

更新申請の際に現在の ADL からみると要支援の認定がでる可能性ある利用者に対して、その後の対応について相談支援を行った例はある。また、入所段階で把握した利用者の価値観等から考えると他施設への移行や自宅へ帰ることが望ましいと考えられる場合、退所支援を提案し、どうすることが望ましいかを一緒に考える機会を持つようにしている。

このような場合、退所後に利用を検討する関係機関と必要な情報共有を図り、退所後も利用者のニーズや要望が充足できるように資料作成、提供などを行う。

また、冬季のみ越冬目的で利用し、退所していく利用者もいる。

5) 看取りケアについて

看取りについては、月 1 回看取りカンファレンスを行い、対象となる利用者のケアの内容の検討や課題の共有、看取り後の振り返りを行っている。

相談員が利用者や家族と面接し、利用者の生活歴や家族背景、価値観、家族の希望などを把握し、スタッフ間で共有して看取りケアに反映させる。その中で、家族の思いを把握し、それが叶えられるようにして、家族が看取りを肯定的に受け止められるように支援できた例もある。相談員としては、看取りカンファレンスの中で、スタッフが利用者や家族の思いに立ち返って考えられるように話題提供を心がけている。

今後は、この看取りカンファレンスに家族も参加することも検討している。

6) 地域への働きかけ

在宅医療介護連携センターと協働して、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員向けに、介護医療院の役割や機能、サービスの実際について理解を深めてもらう取り組みを実施している。

7) 社会福祉士としての役割・機能の捉え方

社会福祉士として、問題解決の主体は利用者であることを意識し、利用者が解決像をイメージし、意思決定できることを理想として支援している。そのために、面接時間を確保し、面接技法を意図的に活用してラポール形成を図っている。

介護医療院は総合病院に比べると、時間をかけて支援を行っていくことができる。利用者が人生の最終段階をいかにおだやかに迎えることができるか、その人らしく過ごせるかを、その利用者の価値観を大切にしながら、各専門職と連携していく。意思疎通が難しい利用者であっても、家族からその利用者の生活歴や生活の中で何を大切にしてきたかなどの情報を把握し、それをケアを提供する職員に伝え、共有するようにしている。こうした様々な情報の伝達・共有は速やかに行うことを心がけている。

生活上の問題や家族背景上の問題で入所判定会議で入所受け入れに懸念が呈されること

もある。その場合でも、課題を整理し、どの問題には既にどこまでの話し合いがなされているか等を示して、懸念を払拭する努力を行っている。

(5) E 氏の場合

1) 相談員の配置状況

E 氏の勤務している介護医療院（I 型）は病院（地域包括ケア病棟）を併設している。相談員は 1 名（社会福祉士）が配置されている。

2) 調査協力者（社会福祉士）の現在の業務

E 氏は病院の医療相談課に属し、病院の医療相談を担いながら、介護医療院の相談業務も担っている。

介護医療院の相談業務としては、入所相談、契約対応、福祉的課題がある場合の対応等である。

3) 施設における相談員の業務

相談員として、入所相談とそのなかで把握したニーズや情報をフロアに提供し共有している。

利用料の滞納がある場合には事務職員と連携しながら利用者・家族の相談に乗り、利用可能な制度の提案を行っている。また、市の地域包括支援センターと連携して、対応策を検討している。家族によっては、経済的に支払いが可能な範囲に利用料を抑えられる施設に移りたいという場合もあり、転院の支援を行うこともある。

院内のスタッフからは、福祉的課題を抱えた利用者・家族の場合、相談員が対応してくれるという認識は醸成されており、相談員に関わってもらいたいという連絡が入るようになってきている。

入所後も利用者と面接する機会を持ち、利用者の話の中から意向や希望が把握できれば、それをフロアスタッフに伝えて、ケアの改善が図られるように働きかける。希望が叶えられていない場合、フロアスタッフにその理由を確認したり、どういう条件がそろえば可能になるかを提案しながら、ケアの改善に向けて調整していく。

4) 退院支援

退院する利用者は少ない。特別養護老人ホームの待機や退院後の自宅の環境が整うまでの間の入院はあるが、大半は長期の入院を希望している。

急性的に何らかの治療が必要な場合は、病院への転院を調整する。その場合でも、治療が終われば再度介護医療院に戻ってくる人が多い。

5) 看取りケアについて

看取り期に近い利用者の入所相談も多くなっている。入所相談段階で、今後どの程度まで医療サービスを希望するかについての意向を確認している。

施設としては看取りカンファレンスは行っているが、相談員は参加していない。

6) 地域への働きかけ

ボランティアに来てもらって歌を歌ってもらう等の、地域との関わりをつくっている。

7) 社会福祉士としての役割・機能の捉え方

利用者と面接し、利用者の意向や希望を確認し、フロアで提供されるケアの内容に利用者の希望が反映されていない場合、フロアの担当者と話をし、改善を考えてもらう様に働きかけている。

利用者や家族から介護医療院での生活の希望を引き出し、それがなるべく実現できるようにフロアに働きかけることを心がけている。

表 4-4 介護医療院における社会福祉士の活用状況に関するヒアリング調査 5施設のポイント

	配置数	介護支援専門員との兼務の有無	退院支援の有無	看取り介護と ACP の有無
2025/1/30 (II型) A氏 (介護課長、施設ケアマネ)	<ul style="list-style-type: none"> 相談員1名(社会福祉士資格なし、介護支援専門員兼務) 業務内容は入退所調整が主であり、入所後の生活相談等は現場の介護・看護職員等が対応。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所後は、利用者の担当が相談員から介護支援専門員に交代。 A氏は介護支援専門員兼介護課長の立場から、入所後の生活相談、希望等を確認して調整を行ったり、職員のマネジメント等を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 退所先は医療機関への入院が最も多い。入院先の調整は主に看護師が対応。 在宅への退所者は少ないが、希望者には外出支援や自宅宿泊を調整する等の取組を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りケアは主に看護師が対応、相談員の役割は特でない。家族へのフォロー等は看護師や施設ケアマネが実施。 ACPでは、相談員が契約時に医療療養に関する意向を確認。
2025/1/29 (II型) B氏 (事務長)	<ul style="list-style-type: none"> 相談員1人、介護支援専門員2名(うち2名が社会福祉士)。介護支援専門員(社会福祉士)は相談業務補助 相談員から事務長となったB氏もサポート。 	<ul style="list-style-type: none"> 専任の介護支援専門員を2名配置(社会福祉士1名) 入所後の支援は基本的に介護支援専門員が担当し、対応困難な場合に相談員が介入。 	<ul style="list-style-type: none"> 退所先は医療機関への入院が最も多く、入院先の検討調整等の場面で相談員が対応している。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取り件数は20件程度。相談員は家族関係のトラブル等で介入する程度。 ACPの取組はなし。
2025/2/10 (I型) C氏 (医療SW)	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携室に4名の社会福祉士を配置。併設医療機関の相談業務と兼務 利用者には入院相談時から関わり、医療と介護の一貫した対応を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 相談員との兼務なし 介護医療院(3フロア)の各フロアごとに介護支援専門員を配置(看護師や介護職員が兼務) 	<ul style="list-style-type: none"> 退所者は月3~4人。 状況が落ち着いた利用者には退院支援を実施。サービス担当者会議を行い、本人に適した施設等を紹介したり、本人・家族の意向を確認のうえ調整を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りに関する意向は、本人が入院中から常に確認。本人や家族の想いに寄り添えるよう社会福祉士が傾聴に努めている。 本人や家族が不安を感じているときは、連携室から医師や看護師等に発信し橋渡しを実施。 ACPは未実施(今後検討)
2025/2/5 (II型) D氏 (支援相談員)	<ul style="list-style-type: none"> 相談員1名(社会福祉士) 主な業務内容 <ul style="list-style-type: none"> 介護医療院:入退所相談、契約対応、入所後の生活相談等 併設通所リハ:相談窓口、契約対応、関係機関連携、送迎等 	<ul style="list-style-type: none"> 相談員との兼務なし、介護支援専門員は看護・介護職が兼任 介護支援専門員が施設サービス計画を作成するが、経済的課題等がある場合は、相談員が対応したり、社会資源活用等につなげる(日常生活自立支援事業、成年後見制度等)。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護医療院での療養が本人の価値観、求める内容に合致しているかなど、多職種が参加する入所継続判定会(年2回)で検討。 自宅退所は、越冬目的など期間限定的な利用者のみ。 	<ul style="list-style-type: none"> 月1回看取りカンファレンスを開催、対象者の看取りケアの検討や課題の共有、対応を検討 ACPでは、相談員は本人の価値観や想いを確認し、入所時や状態変化時に意思確認を行い、多職種へ共有 利用者や家族との関係構築を重視し、希望を伝えやすい環境づくりに取り組む
2025/2/10 (I型) E氏 (医療SW)	<ul style="list-style-type: none"> 併設医療機関の入退院支援や地域連携部門に相談員(社会福祉士)を1名配置。 相談内容は入所相談がほとんど、滞納等がある場合は各種制度の紹介等を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談員との兼務なし 介護支援専門員は、サービス計画作成等が主であり、相談員(社会福祉士)は入所部分での関わりが一番大きい 	<ul style="list-style-type: none"> 当院での看取りがほとんどであり、自宅や他施設への退所は少ない 急性的な治療が必要な場合は転院調整を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 施設として多職種で定期的カンファレンスを行い、病状や今後の関わりとの共有を行っているが、社会福祉士は未参加。 ACPについても関与なし

2. ヒアリング調査にみる介護医療院における社会福祉士の果たしている役割と機能

ヒアリング調査から、介護医療院の相談員はさまざまな取り組みを行っていることがわかった。これらの取り組み（援助行動）には、かれらが所属する施設や法人の体制や考え方が影響を与えていることも読み取れた。

ここでは、ヒアリング調査から把握できた、介護医療院の相談員が行っているさまざまな援助行動について概観しておく。調査協力者は5人であるため、これをもって介護医療院の相談員の役割や機能の全体像が示せるわけではない。しかし、相談員が行っているさまざまな援助行動から、介護医療院の相談員が実践の中で担っている役割や機能について紹介することはできると思われる。

今回のヒアリング調査から見てきた介護医療院における相談員の役割と機能について、以下のように述べることができる。

介護医療院の相談員は主として入所相談を担っており、相談を受けた利用者の情報を整理し入所判定会議にかけ、入所が決まった後は契約等の文書事務を行い、その後は計画担当介護支援専門員がケアプランを立案し、それに基づき利用者のケアがなされていくという役割分担になっている。しかし、入所後も利用者の生活相談に対応することがある。この生活相談は、相談員が利用者の居室を訪ねたり、フロアを訪ねてケアの現場を確認する、あるいはケアに携わる職種から情報を収集するなどして行われていく。また、家族からの相談の求めに応じたり、家族が面会する機会をつかって家族に面談し、家族からも情報を収集し、相談活動に生かしていることが分かる。

介護医療院の利用者の多くは長期にわたる利用を希望しているが、健康状態によっては治療のために病院に入院する場合もある。そのような場合の入院・転院の対応は相談員が行うことが多い。また、施設によっては利用者の状態が安定したり、ケアプランの目標が達成された場合、あるいは要介護更新認定で要支援の認定がでた場合などでは退所の支援を行っている。また、利用者の望みに応じて外出や外泊の支援を行う例もある。

この退所支援で興味深いのは、利用者の現在の状態を考慮し、利用者のQOLから考えるとどのような環境で生活することがよいのかと、利用者の利益を考えて退院を利用者・家族に勧め、調整を図る姿勢が見受けられる点である。

また、利用中の生活相談や家族からの相談では、何らかの生活物品がほしいというような相談もあるが、利用者、家族から提供されているケアについてのクレームが呈される場合もある。それは、利用者が職員や他の利用者に対する怒りとなって表現される場合もある。このような場合、相談員は利用者や家族と面談し、その思いを傾聴し、感情面、精神面の整理を手助けしていく。

場合によっては、ケアを提供している職種との調整が必要になる場合もある。このような場合、フロアの職員は通常のルーティンの仕事の範囲外のことを求められて太陽に苦慮していることが多い。この場合、利用者の訴えの背景や意味を聞き取り、それをフロア職員に伝えながら、利用者の思いが尊重されるようなケアがなされるようにフロア職員と調整を行うことになる。こうした調整は、双方に思いがあるため、互いの妥協点を探るような調整になることもある。しかし、こうした調整において、相談員は利用者の思いを代弁しつつ、その調整作業を行っていることがわかる。

利用者のケアが、利用者の身体的な状態に応じて提供されるだけでなく、利用者の思いやその人らしさに応じて提供されるようにするため、相談員は入所相談や入所後の利用者・家族との面談などから収集した情報をフロア職員に伝え、共有している。これらの情報の中には、利用者の生活歴や生活の背景、そのなかで大切にしてきた価値観や家族の思いなど、利用者・家族の主観的事実が重視されている。ケアの提供においてこうした事柄が大切に扱われることは、利用者や家族の満足感につながると思われる。そして、その結果として、そう

した情報を活かしたケアが提供されていく。

利用者の状態によっては、入所中に看取り期に入る場合もある。相談員は入所相談の段階で看取り期における医療や生活の意向を確認し、また入所後も利用者の状態の変化に応じて意向を確認していく。これらの情報は、看取りケアに反映されていく。

さらに、実際に看取り期に入ってきたことで、それを家族に伝え、理解を促すために医療職からの説明の機会やサービス担当者会議がもたれることになる。この場で行われた説明が、必ずしも家族にすべてスムーズに理解されるわけではない。相談員は医療職からの説明やサービス担当者会議が終了した後、家族に対してその内容の理解を確認したり、説明を受けた家族の気持ちを確認していく。そして、家族が説明を聞いて精神的に混乱している場合などは、相談員から説明し直すという対応を行ったり、再度医療職から説明を受ける機会を設定する等、家族に対してフォローを行う。

このように、介護医療院でのケアの提供の一連の流れに関わる相談業務とは別に、時々生じるのがさまざまなトラブルである。こうしたトラブルには、経済的な問題に関連するトラブルや、本人・家族と施設の間でのトラブル、家族間のトラブルなどがある。こうしたトラブルが発生した場合、それがケアの現場で生じている場合であればフロア職員から相談員が介入することが求められる。あるいは、利用者の訴えに応じて相談員が介入することになる。ここでも相談員は利用者・家族の思いを時間を掛けて傾聴し、そのトラブルを収めるための関わりを行っていく。トラブルが利用料の未納といった経済的な問題である場合、事務職員とも連携し、家族と面談してそれが起こってくる背景について理解を深めていく。家族側に何らかの課題がある場合には、それを解決するための支援を考え、必要に応じて市役所、地域包括支援センターに関与を求め、あるいは経済的問題の解決に役立ちそうな社会資源の活用を促進していく。

フロアのケアに携わる職員にはそれぞれの業務があり、なかなかじっくりと利用者の話を聴くといった対応は難しい面がある。そこを相談員が行うことで、あるいは家族に対してアプローチしたり、上記のような各種関係機関との調整を図りながら問題解決を図っていくことは、トラブルが生じた際の現場職員のサポートともなっている。

この他、地域の関係機関についてさまざまな知識を持っていること、地域に出向いて関係機関と連携・協働していくこと、地域の人たちを施設内に招き入れ施設の理解を促進することなどによって、相談員が地域の関係機関や地域住民に対する介護医療院の顔としての役割を果たす。また、そのことを通じて、地域の関係機関からの相談も増えていく。

この他、今回のヒアリング調査では介護医療院内で介護課長や事務長の役割を担っている社会福祉士もおり、業務改善や人材育成、ICT活動、外部資源の活用等、さまざまな働きをすることで施設の管理的機能を担っている例も見られた。

こうした介護医療院における相談員の働きにおいて、相談員は人と人、人と社会資源をつなげることを意識している。これはソーシャルワーカーとしての仲介機能である。さらに、入所相談、生活相談や退所支援、あるいは施設内の各種職員間の調整や家族への対応等のそれぞれの局面において、利用者の立場に立って利用者の思いを代弁することを心がけていることが伺えた。これはソーシャルワーカーとしての代弁、権利擁護機能である。また、介護医療院は急性期病院等での相談支援の対応に比較すると、ゆっくり時間をかけて利用者理解を深めたり、対応を行ったりすることができやすい。そうした関わりの中で、利用者その人のもつ価値観やその人らしさをケアチームの中で共有できるように働きかけ、それを大切にされたケアがなされることで利用者のQOLを高めるようことを意識していることも伺えた。

このように、介護医療員における相談員の役割や機能を概観してみると、こうした相談員の役割や機能が発揮されることで、介護医療院が利用者に対して提供するサービスの質を高め、利用者や家族の満足感を高め、また地域のなかで介護医療院がその役割を果たしていくことに寄与するということが考えられる。

<介護医療院における相談員の役割と機能の概観>

1 入所相談

1.1 入所判定に必要な情報の収集

- ・ 入所相談は、まず相談員が受けて、インテーク面接を行う。その情報をまとめて入所判定会議に掛ける。入所決定後は、入所調整を行う。
- ・ 利用者の病状や社会的背景を情報収集し、入所判定会議に掛ける。
- ・ 併設の医療病棟にいったん入院してもらい、状態の把握をした上で、受入の検討会議を行い、入所を判定している。

1.2 利用者の入所の必要性の把握

- ・ 利用者の社会的背景をみると、本介護医療院が入所を引き受けないといけないときがある。その背景をみながら、入所の必要性を提案していく。
- ・ 入所に関する相談では、単に書面だけの情報ではなく、実際に利用者本人に合って、介護医療院が合っているかを確認する。

1.3 利用目的の確認

- ・ 入所相談の段階で、介護医療院がどのようなところかを説明したうえで、入所してどのような生活をしていきたいかということは情報収集を行う。
- ・ 利用理由は「最後まで療養」を望む人だけでなく、「特別養護老人ホーム入所までの一時的な療養」を望む人もいる。入所にあたってどういったことを望んでいるかを確認し、それぞれに応じた支援を行う。
- ・ 12月から4月頃まで、越冬目的で利用をする人もいる。

1.4 退所の可能性の説明と支援

- ・ 入所相談の段階で、介護医療院であるが、入所すれば終身的に利用するというのではなく、状況が落ち着けば、その方の状況に合ったところへ退院を支援することも説明している。

1.5 看取り期の意向確認

- ・ 入所時に、終末期の医療療養の意向を確認している。
- ・ 入所面接の段階で、看取り期にはどの程度までの医療を希望するかは確認する。

1.6 利用料負担の説明と支援

- ・ 入所相談段階で、利用料負担について説明する。もし、負担が大きいという場合であれば、高額療養費や標準負担額の限度額申請ができるかどうかを確認し、該当すれば申請をすすめる。

1.7 背景にある問題の把握

- ・ 入所相談で家族背景上の問題があることが把握されることもある。その場合、紹介元のソーシャルワーカーに確認をしたり、入所後どのような形で解決できそうか、どこまでの介入（協力）がしてもらえそうかなど、入所後の具体的な対応を考えて情報収集を行う。また、入所判定会議では、そうした家族背景上の問題に対して、どこまで話し合いが済んでいるかなども含めて情報を共有し、検討する。
- ・ 相談員としては入所が決まるまでの関わりが多いが、家族が心配に感じている場合などでは、入所後も関わっていく。

2 入所後の生活相談

2.1 不安や希望の把握と対応のための調整

- ・ 利用者から相談を受ける。内容は「体調面の不安」「こういう生活がしたい、こんなことがしたいという利用者の意向」などである。そこで確認した不安や意向を看護職、リハビリ職、介護職と連携しながら解決、実現のための調整を行う。

2.2 制度に関する相談

- ・ 生活相談の内容は、介護保険のサービスについてというものもある。

2.3 ケア現場や介護支援専門員では対応ができない相談

- ・ 入所後はケアプランを基にケアの提供がなされるが、ケアプランに乗らない内容や介護支援専門員・現場では解決できない内容に対して、相談員として介入していく。

2.4 訪室しての相談

- ・ 現場が利用者・家族から希望や悩みについて相談を受け、その連絡が相談員に入ること、相談員が利用者を訪室し相談内容を確認し、対応する。
- ・ 利用者や家族から、あるいは現場から困りごとがあれば、その都度話を聴いて対応している。

2.5 日常生活上の相談

- ・ 入所後の生活相談としては、衣類の洗濯や物品の購入といった日用品に関すること、日常生活を送る上での困りごと等があり、そういった課題の解決のために介入することがある。

2.6 経済的問題への対応

- ・ 利用料負担が経済的に困難になってきたという相談もある。その場合、経済問題が生じる背景等について家族（キーパーソン）と面談して把握し、状況によっては利用可能な諸制度につなぐという対応を行う。
- ・ 利用料の支払いが困難になった例では、家族（キーパーソン）が利用者の金銭を指摘に使用し、利用料が捻出できなくなった例があった。その例では、市役所の地域包括支援センターに権利擁護の観点から介入を求めた。また、成年後見制度の申し立てを支援した例もある。
- ・ 経済面の相談に対しては、介護保健制度の生活保護境界層措置が適応になるかどうかを市と相談したり、生活保護について紹介することがある。
- ・ 利用料の負担が経済的に苦しいので、他の施設に移りたいという相談に乗ることもある。その場合、利用者の状態を確認して提案を行ったり、市・地域包括支援センターに相談して、連携を取りながら良い案がないかを考え、対応している。
- ・ 入所費用の滞納があれば、事務職員と相談して制度の提案をしている。
- ・ 利用料の滞納が続き、最初は事務職員が対応していたが、相談員が話を聴くと家族がもともとひきこもりで、支援が必要な状態であることが分かった。そのため市に相談して、その家族にも支援が入るようになった例がある。

2.7 スタッフから対応を求められての相談対応

- ・ 費用負担面や何らかの福祉的課題がある利用者・家族の場合には、病棟や事務職員から相談員に連絡が入り、そこから相談が始まる。

2.8 相談内容解決のためにスタッフに働きかける

- ・ 入所後も、家族から利用者の様子について相談があれば、それを病棟に伝えて、改善をお願いするようにしている。
- ・ 「パソコンを持ってきたい」という希望があるが、病棟に言ったら断られたという相談を受けた。その場合、なぜダメだったのかという理由を確認し、病棟にも話を聴いて、代わりの方法がないかを病棟等調整ながら探していった。
- ・ 家族から、本人が「こういう対応が嫌だった」と言っているという話を聴いて、病棟にどういう事情だったか、どのような対応をしたのかを確認し、施設側の対応に改善の余地がありそうなら、改善の方法について病棟スタッフに考えてもらえるように働きかける。
- ・ 本人が不満に思うようなことがある場合、病棟のその部署の職員と話をする。病棟スタッフの側もよかれと思ってやっている部分もあるので、その言い分も聞きなが

ら、対応を考えてもらえるように働きかける。

3 退所・転院相談

3.1 退所相談

- ・ 退所支援が必要な場合、相談員が対応する。

3.2 退所・転院時の退所先・転院先との調整

- ・ 入院（転院）時の対応は主に看護師が行う。ただ、紹介状を転院先の医療機関に送る等の書類関係や、転院先への送迎の手配等は相談員が行う。
- ・ 病状に応じて退院・転院先を探したり、当該医療機関に転院に必要な書類を整える等は相談員が行う。
- ・ 転院にあたっては、転院先のソーシャルワーカーと話をして調整をしていく。
- ・ 入所後、入院治療が必要になった場合には、入院先の医療機関（急性期病院）との連絡、情報交換、移送の手配などを行う。
- ・ 入所者が急性的な治療が必要になった場合、相談員が転院の調整をする。
- ・ 退所支援については、次に移る先の施設の選定については、紹介業者は通さず、相談員が相談に乗り、満足できるような選定を支援する。
- ・ 退所後に利用する機関に対して、必要な情報が提供できるように資料作成などを行い、利用者のニーズや現在送れている生活が退所後も満たされるように、文書の共有を行う。
- ・ 特別養護老人ホームへの退所が多いが、退所先のホームとは常にやり取りを行っており、大きなトラブルもなく退所（特別養護老人ホームへの入所）の支援が行えている。

3.3 状態安定・ケアプラン目標達成からの退所の勧め

- ・ 更新申請のタイミングで、利用者の ADL の改善に伴って要支援の認定が出る場合がある。そのような場合には、利用者・家族の意向を大切にしながら退院支援を行うことがある。
- ・ 利用者の状態が安定すれば、その方の状態に合った環境への移動を考えることとし、退所について家族に説明をする。その際は、その方の ADL や QOL を高めていくという意味で説明する。
- ・ ケアプランの目標が達成した場合、退所の提案をする。
- ・ 主治医や現場スタッフからの、状態が安定しているという情報をもとに、その利用者にとって合った環境を検討し、それをもとに利用者・家族に退所について提案していく。

3.4 利用者の QOL を考えた退所の勧め

- ・ 「自分くらいに動ける方と一緒に、できれば将棋を指したりテレビを見たりできる場所で過ごしたい」という希望を持つ利用者に対して、家族と一緒に話し合う機会を設け、どこでどういうふうに過ごすことが利用者にとって望ましいかを一緒に考える機会を作った。
- ・ 入所判定会議で、入所前の相談で把握し得ていた利用者の価値観や、求めるケアの内容と、現在利用者が送っている療養生活が合致しているかを検討している。場合によっては、他の施設への移動や自宅へ帰ることが望ましいと判断して、退所支援を行う例がある。
- ・ 退所について話し合うにあたっては、利用者の状態に合うのが自宅なのか、施設なのかを話し合い、それに合わせて各サービスとの繋ぎを行う。

3.5 退所に対する不安の軽減

- ・ 入所後、利用者の状況が落ち着けば、利用者の QOL を高めるために、その状況に応じた環境を紹介し、退所支援をすすめる。

- ・ 退所の話をする際、「もう、この介護医療院には戻れないのではないか』と心配する家族に対して、今後、必要に応じて再度の入所もあり得ると説明しつつ、今の状態に合わせた環境について提案する。
- ・ 医療病棟も併設しているので、いったん医療病棟に転院して、病状が落ち着けば再度介護医療院に戻るといふこともあることを説明する。

3.6 サービス担当者会議を活用した退所の勧め

- ・ サービス担当者会議で利用者の現在の状態について説明する機会を持ち、現状を知ってもらった上で退所の話をしていく。
- ・ 退所に向けた退院前担当者会議を開催する。

3.7 サービス担当者会議のフォローアップ

- ・ サービス担当者会議を開催したあと、会議のなかでは聞きにくかったことがあれば、相談員が利用者・家族と面談の機会を設け、再度説明をする。

4 外出・外泊支援

- ・ 本人が自宅に帰りたい、1 時間でも 2 時間でも家に帰りたい。あるいは墓参りがしたいという利用者も多い。そういう本人の意向を家族に伝えて、外出の支援をしている。

5 受診支援

- ・ 利用者の健康状態・病状によっては他の医療機関を受診することが望ましいという医師の評価になることもある。その場合、医療機関への予約、移動時の搬送手段の確保等は相談員が行う。

6 ニーズ発見

6.1 利用者・家族からのニーズ発見

- ・ フロアを訪ね、利用者の様子を実際に目で見る。あるいは利用者に対して職員がケアを提供している場面を見ることで、利用者の状態を確認する。
- ・ 利用者本人から表出される「これが食べたい」「こういうものがほしい」といった生活上のニーズの充足を図っている。
- ・ 家族が面会に来たときには、相談員から働きかけ、話をする時間を取る。
- ・ 利用者や家族とコミュニケーションを取ることを心がけている。そのことから、利用者や家族の希望や悩み、思いを知り、それに対応できるスタッフとの橋渡しをする役割を果たしている。

6.2 カンファレンスからのニーズ発見

- ・ フロアで開催されるフロア・カンファレンスに出席し、利用者の情報を把握する。

7 情報共有

7.1 情報共有の方法の工夫

- ・ 口頭での申し送りに加えて、アプリを使ってリアルタイムでの情報共有を行う。
- ・ ホワイトボードに利用者の状態変化やケアの変更点を書き込み、情報共有する。
- ・ 朝礼、ミーティングで、利用者の状態、職員の状況などの情報を、看護職員、介護職員と共有し、連携を図っている。
- ・ 常日頃から現場スタッフとは連携を取り、利用者の情報の共有を図るようにしている。

7.2 得た情報をスタッフに伝え共有する

- ・ 入所後の利用者の状態の変化等に応じて、院内スタッフと継続的に情報を共有し、

関わっている。

- ・ 院内の各部署や院外の関係機関から情報収集し、得た情報は院内のカンファレンスで共有し、利用者の今後の対応に行かせるようにする。
- ・ 利用者や家族との面談で把握した情報は、速やかに関係職種と共有する。そのことによって、各職種も利用者にとどのようにケアを行えば良いかがイメージできやすくなる。

7.3 利用者の生活感・価値観やストレングスをスタッフと共有する

- ・ 利用者の生活の背景、問題に目を向けた介入について、この利用者がどういった価値観を持ち、どういったことを大切にしながら療養を希望しているかを面談を通じて聞き取り、それをフロアの各職種と共有している。
- ・ 意思疎通が難しい利用者の場合、家族（キーパーソン）から得た利用者の生活状況や生活歴、どういった人生を歩んできたのか、どういうところを大切にしてきたのかということや、家族（キーパーソン）から見てどう思うのかといった情報を得て、それをスタッフと共有し、ケアに生かしている。
- ・ 利用者がもともと手先が器用だったという情報を入所前に家族から得ていた。それを入所中の生活でも取り入れてもらいたいという要望を確認したので、リハスタッフとその情報を共有し、それを活かしたリハビリメニューを検討してもらい、実施された。

8 施設内スタッフ間の調整

8.1 職種間の調整

- ・ 各職種の意見の対立を中和することを中心に介入していく。

8.2 現場と法人・経営を意識した調整

- ・ 法人や経営的視点を意識しながら調整を行っていく。

8.3 ファシリテーターの役割

- ・ 院内での多職種連携では、相談員がカンファレンスのファシリテーターを担うことが大半である。

9 関係職種・機関との連携

- ・ 利用者や家族から相談を受けたら、その解決のためにどの職種（看護、介護、リハ等）につなぐかを考え、適切な職種にバトンを渡す。
- ・ 介護支援専門員とは密にコミュニケーションを図りながら、問題を解決していく方法をとる。
- ・ 退所支援で、退所後に利用することになる医療機関や在宅のサービス事業所については、電話でのやり取りはもちろん、状況によっては訪問して利用者の状態を説明し、理解や協力を得るようにしている。

10 看取りケア

10.1 看取りの意向の確認

- ・ 入所相談の段階から、看取り期についての思いを確認し、利用者の状態の変化に対して常に意向の確認をしている。
- ・ 看取りケア開始の初期には、家族と面談して、どういったケア、看取りを考えているか、施設で最後を迎えたいか等の意向を確認し、それに沿ってケアを行っている。

10.2 看取りの意向の再確認

- ・ 入所時に終末期の医療に関する意向は確認しているが、時期が立つと意向も変わってくるので、その都度、利用者の状態が変わる度に「こういうケアでよろしいです

か」と確認し、家族に同意を取るようになっている。

- ・ 看取りについての本人、家族の思いは、入所相談段階で確認していても、それで終わりとはせず、状況が変化したときには繰り返し確認する。
- ・ 看取りの最終段階になると、面会の機会を多く作るように配慮している。

10.3 利用者・家族の価値観をチームで共有

- ・ 利用者や家族のライフヒストリー、家族背景などの情報を収集し、大切にしている価値観を把握して、看取りに関わる関係職種と共有する。
- ・ 家族から「〇〇してあげたい」という要望が示され、それを関係職種と共有し、協議の上で実施をした。看取り後、家族からは感謝をしてもらった例があった。
- ・ 利用者と面談し、そこから得た利用者の思いや希望などの情報を関係職種で共有している。

10.4 サービス担当者会議を使った思いの共有

- ・ サービス担当者会議の中で、看取りについての思いを職員間で共有し、それに対応していくようにしている。

10.5 家族の気持ちのぶれや困惑への対応

- ・ 気持ちがぶれてしまう家族もいるので、その都度説明し、同意をとっている。
- ・ 看取りケアについての説明の受け止め方は家族によっていろいろ。説明を聞いてパニックになる家族もいないわけではない。そのような場合、相談員や医師、看護師が再度理解できるように十分な説明を行う。その時はパニックになっても、そうした説明によって、後になって理解してもらえたという例がある。
- ・ 本人、家族の終末期の意向に沿って、施設内でできる看取りケアの立案に関わる。

10.6 家族と施設間、親族間で生じるトラブルの調整

- ・ 看取りで家族と施設スタッフの間でトラブルが生じている場合、相談員が介入する。
- ・ 看取りに際して、家族や親族同士で意見の対立が起こり、家族と介護支援専門員との信頼関係が壊れている場合、相談員が中立的な立場で介入する。

10.7 利用者と職員の橋渡し

- ・ 病状面の変化の発見は医師やフロアのスタッフが行うが、精神面の変化は利用者と面談をしている相談員が発見する例が多い。そのような場合、相談員からフロアに情報発信している。利用者とフロアスタッフとの橋渡し役を担っている。

10.8 カンファレンス後の家族のフォロー

- ・ カンファレンスでの医師の説明を家族がどう感じたかを、カンファレンス終了後に聞き、分からなかったこと、うまく聞けなかったことなどを見つける。それについては、相談員から説明するだけでなく、医師や他の職種から説明する機会を再度つくり、家族が状況を理解して判断できるように支援している。
- ・ カンファレンス場面で、医師が方針を決めてしましそうになるのを、本人や家族が本当はどう思っているのかに引き戻すような話題の提供を行う。

10.9 終結後の看取りの振り返り

- ・ 月1回の看取りカンファレンスのなかで、看取りを終えた利用者への介入がどうだったかを振り返る時間を設けている。

11 トラブルへの対応

11.1 本人・家族と施設の間のトラブル対応

- ・ 施設と本人・家族の意見の相違が生じた場合、介護支援専門員では対応が難しいので、相談員が介入していく。

11.2 病状に応じた対応

- ・ 精神疾患があり急遽精神科病院に入院する必要がある、対応にあまり時間が掛けら

れない場合、相談医の方が外部の医療機関とのコミュニケーションは普段から取っているため、相談員が介入する。

11.3 利用者の立場に立った対応

- ・ 現場スタッフが対応困難と感じる場合でも、その起こったことにはいろいろな原因があり、利用者側にもいろいろな事情がある。それを把握した上で、利用者スタッフの間で中立的な立場で調整していく。
- ・ 利用者の状態・言動・行動から「退所が適切」という意見がスタッフからでる場合であっても、異なる見方をしているスタッフはいる。そういうスタッフとも話をし、違う意見を引き出していく。
- ・ 現場のルーティンの仕事の仕方にうまくはまらない利用者や家族の場合、現場からは利用者や家族の訴えは苦情と捉えられやすい。しかし、それを利用者や家族の側に立って意見や要望と捉えていく。
- ・ 現場の専門職の側からすると不合理に見える訴えや要望も、その訴えや要望の背景にある思いを理解して、現場と利用者・家族が真正面からぶつかり合わないよう調整していく。
- ・ 身寄りのない方だと契約等の問題もあり他施設での受け入れが難しいことも多い。そのような場合、市に緊急連絡先になってもらって入所を受け入れることもある。

11.4 双方の立場を立てた調整

- ・ 意見の対立を調整する場合、言い負かすのではなく、現場の側にも花を持たせるような形で利用者・家族の訴えや要望が実現できるように調整を図る。
- ・ 利用者・家族と施設の間で問題が生じた場合、利用者・家族が求めるケアの提供が現場で難しいこともまれにある。その場合でも、利用者・家族の思いを受け止めつつ、施設としての提供可能なケアの現状について理解を求めたり、現場の側に少しでも対応できるように話し合いをするなど調整を図っている。

11.5 利用者の思いをしっかりと聞く

- ・ 利用者が精神的に不安定になった際には、速やかに訪室し、利用者の思いを傾聴することで、精神的に落ち着きを取り戻すことを支援している。
- ・ 利用者が施設ケアへの不安から職員に怒りを爆発させたことがあった。その際、相談員は利用者を訪ね、ゆっくり話を聴く中で利用者の思いを理解し、それで利用者が納得した。
- ・ 同室者の痰吸引の音が耳障りだと立腹する利用者に対して、相談員が訪室し、利用者の思いを丁寧に聴くことを繰り返し、立腹が納まった。

11.6 社会資源を活用した対応

- ・ 家族と利用者の関係が悪く、家族から協力が得られないという例では、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の活用、比較的安価で利用できるヘルパーに近いインフォーマルな支援を活用するなどして、利用者のニーズ充足を図った。

12 家族への対応・働きかけ

- ・ 利用者について、何らかの問題で家族にアプローチが必要であると介護支援専門員が考える場合、家族へのアプローチを相談員に依頼されることが多い。その依頼を受けて家族対応は相談員が行う。
- ・ 家族から現場職員が苦情があると、現場職員はゆっくり時間をとって話を聴くことが難しいため、相談員がゆっくりと時間をとって家族の対応を行う。
- ・ サービス担当者会議での説明を聞いて、家族が頭の中がパニックになるケースがしばしばある。その様な場合、会議終了後に相談員が家族と面談し、担当者会議での話の内容を分かりやすく説明し直し、それが利用者にとってどのような意味を持つ

かの理解を促進している。

13 現場職員の支援

- ・ 現場職員からは、自分たちで対応できないことは相談員に相談が来る。
- ・ 現場職員はケアに追われているので、相談員が家族の対応や制度の手続きだったりをすることで、現場職員はケアに専念できる。

14 会議への出席

- ・ 月1回の運営会議、リーダー会議、ヒヤリハット会議（事故防止検証含む）等に出席し、業務改善の取り組みを行う。
- ・ 月1回開催される、利用者の情報を協力医療機関と介護医療院で共有する連携会議に出席している。
- ・ 月1回開始される看取りカンファレンスに参加している。

15 支援において念頭に置いていること

15.1 人やサービスをつなげる

- ・ 人と人、人とサービスをつなげることを意識している。
- ・ 日頃から各担当者がコミュニケーションを取れるように、その橋渡し役を担うことが大切と考えている。そのため、常にフロアを訪れてはコミュニケーションを取るように努めている。

15.2 利用者のQOLの重視

- ・ 利用者の生活をいかに良くするかを考える。
- ・ 利用者がいかに良い生活を送ってもらえるかを日々考えている。
- ・ 利用者の生活を良くするため、提供しているケアの改善を行う方がよいか、それとも職員の育成に力を入れる方がよいか、業務の流れを調整した方がよいか等、目標達成のためのターゲットを選ぶ。個別のケアのマネジメントもするしチームのマネジメントもする。
- ・ 利用者には、自宅のように思ってもらえる施設を目指している。
- ・ 長期的な利用の中で、満足してもらって、できるだけ安寧な生活が継続できることを心がける。
- ・ 介護医療院の中で、利用者がどう療養していくか、どう過ごしていきたいかに関わる視点を意識している。
- ・ 人生の最終段階を穏やかに迎えるためにどのように対応すればよいかを、医師、看護職員、介護職員、リハ職員と連携して支援することを考える。
- ・ 介護医療院で、利用者が本人らしく過ごすために、本人の価値観を大切にしながら生活することを強く意識しながら関わっている。
- ・ 利用者がこの場所で、どういうふうに過ごしていきたいかということについては、常に意識して支援を行っている。

15.3 利用者の立場に立つ

- ・ 施設側と利用者側が対立する場合でも、最後の最後まで利用者の弁護をしていく。
- ・ 利用者・家族との面談においては傾聴を心がけ、利用者・家族の立場に立って話を聞く、話をする。
- ・ できるだけ利用者・家族の思いに寄り添って話を傾聴し、施設サービスを利用するなかで安心して利用できるように対応していくことを心がけている。

15.4 長期的な視点で見る、関わる

- ・ 介護医療院は長期で看取りまでできる施設なので、長期的にひとりの利用者を見て

いく。そういう余裕を持って利用者のことを見ていく。

- ・ 介護医療院のスタッフとして、その人の人生にずっと付き合うくらいの覚悟で接していく。
- ・ 介護医療院であればこそ、時間をかけて課題を解決していくこともできる。

15.5 対立する双方の妥協点を探る

- ・ 利用者・家族と施設のスタッフの意見が対立しているとき、相談員は互いの妥協点を見つけ、それが利用者・家族のためになっていることを施設スタッフに伝えて、ウィンウィンの関係を形成する。

15.6 主体的な解決を支援する

- ・ クライアント（利用者、家族）自身が問題の解決した像をイメージして、そのための意思決定ができるように介入することを心がけている。

15.7 援助関係を形成する

- ・ 利用者や家族の思いを丁寧に聞き取るために、意識的にラポール形成を心がけ、相談面接技法を活用している。

15.8 守秘義務に配慮する

- ・ しっかり話が聞けるように面談時間を確保すること、守秘義務が守られる個室で面談することなどを心がけている。

15.9 スーパービジョンを受ける

- ・ 同一法人病院の医療ソーシャルワーカーと一緒にスーパービジョンの機会を持っている。また、職能団体が実施しているスーパービジョンの機会にも参加している。

16 地域への働きかけ

16.1 地域に出向く

- ・ 地域に出向いてイベントをしたり、出前講座をしたりは相談員が行っている。
- ・ 在宅医療・介護連携支援センターと協働で、市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に、介護医療院の対象となる利用者の状態像や、入所後の施設での日常の送り方などについて紹介する、介護医療院のケアの見える化を図っている。
- ・ 在宅医療推進センター主催の各専門職ごとで行われる「地域課題を検討する会」に参加し、地域課題を話し合ったり、解決に向けて検討する場に参加している。(D20)

16.2 施設内に招き入れる

- ・ 施設内で地域の方を対象に、介護保険の講座を開催したり、サロンを開催している。サロンに参加した方には施設の見学やデイケアの健康体操を体験してもらう等の地域交流を行っている。

16.3 施設の窓口となる

- ・ 地域の関係機関にとって介護医療院の窓口になる役割を担っている。
- ・ 地域の医療機関、福祉機関と顔の見える関係を築く。
- ・ 相談員が介護医療院の地域への窓口の役割を果たすことで、外部機関と円滑な連携が図れている。
- ・ 相談員がいることで、地域のケアマネジャーや訪問看護師から相談が入ることが増えた。地域連携室の相談員が調整役を担ってくれるので相談しやすくなったという評価を得ている。

17 管理業務

17.1 業務改善

- ・ 業務改善。
- ・ 今の現場、職場、職員、利用者にとって何が必要なのかをアセスメントする。

- ・ 人材育成。
- ・ 会議への出席。
- ・ 最近の制度の動向を確認したり、制度改正に関する情報を収集する。時間があれば、各種セミナーに参加して情報収集を行う。
- ・ ICT の活用を進めている。

17.2 外部資源の活用のための調整

- ・ 障害者就労支援事業所に間接業務を委託している。事業所の職員と、この人（就労支援事業所の利用者）に合った仕事・役割は何かを話をしながら、できることを探して、仕事をしてもらう。
- ・ 障害者就労支援事業所と連携して、障害者の働く場（施設の清掃業務を委託）の提供をしている。

第5章

地域共生社会の実現に向けて介護保険施設における
社会福祉士の活用とその有効性についての検証

第5章 地域共生社会の実現に向けて介護保険施設における社会福祉士の活用とその有効性についての検証

I. はじめに

本調査研究事業は、高齢化が急速に進む現代社会において、介護保険施設における社会福祉士の専門性が、利用者の方々の尊厳ある生活を支え、質の高いケアを提供するためにいかに重要であるかを明らかにすることを目的とする。

介護老人福祉施設と介護医療院という異なる施設種別を対象に、社会福祉士の活用状況とその有効性を多角的に分析することで、今後の介護保険制度における社会福祉士の役割を明確化し、より効果的な活用を促進するための基礎資料となるものである。

本報告書は、それぞれの施設種別における調査結果の詳細と、それらを統合した全体的なまとめを次のとおり述べる。

II. 介護老人福祉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

1. 「看取り介護加算」算定と ACP の実施における社会福祉士の貢献

介護老人福祉施設における看取り介護の促進に、社会福祉士の生活相談員への配置が寄与していることが明らかになった。社会福祉士資格保有者の生活相談員が配置された施設では、そうでない施設と比較して、看取り介護加算算定対象者数、ACP の実施人数ともに統計的に有意に多い結果が得られた。

この結果は、施設の規模や経験年数といった要因を考慮した分析によっても同じ結果が得られている。

この結果は、「社会福祉士配置有無」と「施設定員規模」を独立変数とした2元配置分散分析の結果として、「社会福祉士配置有無」「施設定員規模」の両独立変数は、「看取り介護加算算定対象者数」「ACP 取組人数」との間に有意な関連が認められることが明らかになった。このことは、社会福祉士が相談員として配置されていると「看取り介護加算算定対象者数」と「ACP 取組人数」がより多くなることを示している。

また、社会福祉士資格の「保有者」と「非保有者」それぞれについて、経験年数が10年未満と10年以上では「看取り介護」や「ACP の実施」に関わる取組の有無に違いがあるのかを検討したところ、社会福祉士資格保有者では経験年数10年以上の場合により良く実施されていることに有意差が認められたのに対して、非保有者では経験年数10年未満以上による違いが認められなかった。これは、社会福祉士資格を取得した上で経験年数を積むことが、より良く看取り介護やACPを実施できることを示唆しているといえる。

さらに、施設内の環境整備も看取り介護加算算定件数と関連していることが明らかになった。看取り介護に関する委員会設置や看取り・ACPに関するマニュアルやガイドラインの整備は、社会福祉士資格保有者の生活相談員が配置された施設でより積極的に行われている。これらの整備状況も看取り介護加算の算定やACPの実施に関連していることが示唆されている。

社会福祉士資格保有者の生活相談員は、入居者の意向や希望を尊重した看取り介護を実現するために、入居者と医療従事者、介護職員、家族等との橋渡し役として、円滑なコミュニケーションを促進し、プライバシーに配慮した個室での面接や主治医の説明への同席

などを通じて、入居者が意向を表明しやすい環境を構築し、「私の人生会議」の実施や入居者の希望に沿った調整、医療・ケアチームとの連携、意向の変化への柔軟な対応など、入居者本位の看取り介護を推進していることから、社会福祉士資格保有者の生活相談員は、看取り介護をより良く実施していく上で重要な役割を果たしていることが明らかになった。

2. 孤立を防ぎ、地域で支える、身寄りのない入居者支援と社会福祉士の有効性

社会福祉士資格保有者の生活相談員とそうではない者を比較した結果、身寄りのない入居者への支援内容に関する質問 13 項目中 9 項目で、有資格者の実施が有意に多いことが明らかになった。具体的には、「成年後見制度の申立て支援」、「行政や地域包括支援センター等と本人に適した生活の場を検討」、「財産管理や死後対応などに関して関係機関と情報共有し、役割分担を調整」、「本人の金銭管理や死後対応を支援するサービスの紹介」、「通院時の付き添いや入院時の世話等に関する支援」を行っている割合が高くなっている。

社会福祉士資格保有者の生活相談員とそうではない者を比較した結果、所属法人の地域貢献活動において、回答者の約半数が何らかの関わりをもっていた。具体的には、社会福祉士資格保有者では、「運営・実施」「広報・啓発」「企画・立案」に関わっているという回答がいずれも統計的に有意に多いことが明らかになった。

これらの結果から、社会福祉士資格保有者を生活相談員として配置することは、今後増加が予想される身寄りのない高齢者等への支援をより効果的に実施していくために、不可欠といえる。社会福祉士は、入居者個々のニーズに応じたきめ細やかな支援を実現するのみならず、介護老人福祉施設を運営する社会福祉法人が多様な地域課題を有する地域社会との関わりにおいて、中心的な役割を果たしている。

3. 「協力医療機関連携加算」算定と社会福祉士の有効性

社会福祉士資格保有者の生活相談員を配置している施設とそうでない施設を比較し、協力医療機関連携加算の算定割合との関連を検討した結果、有資格者を配置している施設では、算定している施設の割合が統計的に有意に高いことが明らかになった。これは、社会福祉士の専門性が医療機関との連携を円滑に進めていることを示唆している。

さらに、算定要件である入所者等の病歴等の情報を共有する会議への出席状況を調査したところ、看護師と同等に、生活相談員の 70%以上が会議に出席していた。このことから、協力医療機関連携において、生活相談員は積極的に情報共有と連携に貢献していることが分かる。特に、社会福祉士資格保有者は、その専門知識と技術を活かし、医療機関との橋渡し役として重要な役割を担っていると考えられる。

これらの結果は、社会福祉士資格保有者を生活相談員として配置することが、協力医療機関との連携体制を強化し、ひいては入所者への医療サービスの質向上に寄与することを示唆している。

地域包括ケアシステムにおいて、社会福祉士資格保有者の生活相談員は、医師、看護師、介護職員など多職種との連携を促進する中核的な役割を担うことが期待される。多職種連携を円滑に進めることで、質の高いサービス提供体制の構築に貢献し、施設全体のケアの質向上に寄与するだけでなく、その専門性を活かして地域社会全体の福祉向上にも貢献することが期待される。

介護老人福祉施設における医療と介護の連携強化は、入所者の QOL 向上に不可欠である。近年、地域包括ケアシステムの推進において、多職種連携による包括的なサービス提供体

制の構築が求められる中、社会福祉士資格保有者の生活相談員が果たす役割は重要であるといえる。

Ⅲ. 介護医療院における社会福祉士の活用状況と有効性に関する調査

1. 介護医療院における社会福祉士の役割

社会福祉士は、介護医療院の人員に関する基準において、配置義務のない職種である。

しかし、調査結果では、専従又は兼務により4割の介護医療院に社会福祉士が配置されている。これは、社会福祉士の専門性に対するニーズが高まっていることを示唆していると考えられる。

具体的には、社会福祉士の主な業務内容として、「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整業務」、「退院援助」、「経済的問題の解決、調整援助」などが挙げられる。これらの業務は、介護医療院における利用者や家族の抱える問題の解決に役立っていると考えられる。

また、社会福祉士の配置は、「多職種連携の促進」、「利用者や家族の満足度向上」、「地域との連携強化」、「職員の負担軽減」といった効果をもたらしていることを明らかにすることができた。

2. 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準との関連性

社会福祉士の業務内容である「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整業務」、「退院援助」、「経済的問題の解決、調整援助」などは、介護医療院の運営に関する基準の「相談及び援助」や「入退所」の項目に関連していると考えられる。これらの業務は、利用者の生活の質の向上、円滑な入退所、地域との連携強化に貢献するものであり、介護医療院の運営において重要な役割を担っていると考えられる。

また、社会福祉士がACPや看取りケアにおける役割は、「介護医療院サービスの取扱方針」の項目に関連しているものと考えられる。ACPや看取りケアは、利用者の人生観や価値観を尊重した医療・ケアを提供するために重要なものであり、社会福祉士は、利用者や家族の意向を把握し、多職種と連携しながら、適切な支援を行う役割を担っていることがわかった。

3. 社会福祉士の役割と今後の展望

第4章で示されたとおり、5名の社会福祉士のへのヒアリングの結果、介護医療院の社会福祉士は、入所相談から生活相談、退所支援、看取りケアまで、多岐にわたる重要な役割を担っていることが示された。入所相談においては、利用者や家族の不安に寄り添い、経済的な支援を含めた情報提供を行っていた。入所後は、利用者のニーズを把握し、多職種と連携しながら生活全般をサポートしていた。退所支援では、QOLを考慮した退所先の選定や手続きを行い、看取りケアにおいては、利用者や家族の意向を尊重した精神的な支援の提供を行っていた。

社会福祉士は、入居者と介護医療院、そして地域社会との橋渡し役であり、多職種間の連携を促進し、施設運営の円滑化にも貢献している。また、利用者のQOL向上を常に意識し、その専門性を活かした支援は、利用者や家族の安心感、地域社会との連携強化に不可

欠である。今回の調査結果は、介護医療院において社会福祉士が果たす多岐にわたる役割と、その専門性の重要性を示すものであった。

IV. まとめ

地域共生社会の実現に向けて介護保険施設における社会福祉士の活用とその有効性についての検証の視点から述べると、介護老人福祉施設と介護医療院の両方において、社会福祉士が専門性を発揮し、地域共生社会の実現に不可欠な役割を担っていることが明確になった。

介護老人福祉施設においては、社会福祉士の配置が、看取り介護の質の向上、身寄りのない入居者への包括的な支援、そして、地域社会との積極的な連携において、重要な役割を發揮していることが示された。これらの実践は、入居者の尊厳ある生活を保障するだけでなく、地域社会における高齢者福祉の向上にも貢献するものである。

一方、介護医療院においても、社会福祉士は、入居者の心理的・社会的な問題解決、退院支援、経済的な援助といった多岐にわたる支援を通じて、入居者とその家族の生活の質を高めている。さらに、多職種連携を促進し、地域との繋がりを強化する役割は、医療と介護の連携を基盤とする地域共生社会の実現に不可欠である。

これらの調査結果を踏まえ、今後の介護保険制度においては、介護老人福祉施設における社会福祉士の配置の更なる促進はもちろんのこと、介護医療院においても、その専門性を十分に活かせるような支援体制の検討が重要であると考えられる。

社会福祉士の専門性をより一層活用することによって、利用者一人ひとりのニーズに合わせた、より質の高い、そして、その人らしい生活を支えるケアの提供体制の充実に寄与するものといえる。

卷末資料

介護老人福祉施設における生活相談員の活用状況と有効性に関する調査項目

I 施設の基本情報

1. 施設の運営主体はどれですか。(1つ選択)
(ア) 都道府県
(イ) 市区町村
(ウ) 社会福祉法人
(エ) その他
2. 施設の所在地(都道府県)はどこですか。 _____
3. 施設の種類はどれですか。(1つ選択)
(ア) 介護老人福祉施設(広域型)
(イ) 地域密着型介護老人福祉施設
(ウ) 経過的な小規模介護老人福祉施設
4. 居室のタイプはどれですか。(1つ選択)
(ア) 従来型
(イ) ユニット型
(ウ) 混合型
5. 入居定員数(人)はどれくらいですか。(半角数字で入力) _____人
6. 開設した年(西暦)はいつですか。(半角数字で入力) _____年
7. 令和6年4月1日時点の入居者の平均要介護度はどれくらいですか。
(半角数字で入力) _____
8. 令和5年4月～令和6年3月の1年間における新規入居者数(人)はどれくらいですか。
(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。 _____人
9. 令和5年4月～令和6年3月の1年間における退所者数(人)はどれくらいですか。
(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。 _____人

10. 令和5年4月～令和6年3月の1年間の稼働率(%)はどれくらいですか。
(半角数字で入力) _____%
11. 令和5年4月～令和6年3月の1年間における看取り介護加算の算定対象者数(実人数)はどれくらいですか。(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。 _____人
12. 令和5年4月～令和6年3月の1年間におけるACP(Advance Care Planningの略。「人生会議」とも呼ばれる。)の取り組み人数(実人数)はどれくらいですか。(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。 _____人
13. 令和6年4月1日時点の喀痰吸引の実施を要する入居者の割合(%)はどれくらいですか。(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。
_____%
14. 令和6年4月1日時点の経管栄養の実施を要する入居者の割合(%)はどれくらいですか。(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。
_____%
15. 令和6年4月1日時点の入所申込登録者数(人)はどれくらいですか。
(半角数字で入力) ※該当者がいない場合は「0」と入力してください。 _____人
16. 施設では、看取り介護に関する委員会を設置していますか。(1つ選択)
(ア) 設置している
(イ) 設置を予定・検討している
(ウ) 設置していない(予定・検討もしていない)
17. 施設内において、令和5年4月～令和6年3月の1年間における看取りケアに関する職員向け研修を開催した回数はどれくらいですか。(半角数字で入力) ※該当しない場合は「0」と入力してください。 _____回
18. 施設では、看取りケアに関するマニュアルやガイドラインを整備していますか。(1つ選択)
(ア) すでに作成した
(イ) 現在作成中
(ウ) 作成していない(予定もない)
19. 施設では、ACPに関するマニュアルやガイドラインを整備していますか。(1つ選択)
(ア) すでに作成した
(イ) 現在作成中
(ウ) 作成していない(予定もない)

20. 施設では、令和5年4月～令和6年3月の1年間における地域ケア会議など施設外で開催される地域の会議体への参加回数はどれくらいですか（※サービス担当者会議等を除く）。（半角数字で入力）※該当しない場合は「0」と入力してください。 _____回
21. 施設の生活相談員の配置人数（人）をお答えください。（半角数字で入力） _____人
22. 施設の生活相談員の配置人数（問21）のうち、社会福祉士資格保有者の配置人数（人）をお答えください。（半角数字で入力）※該当しない場合は「0」と入力してください。 _____人
23. 施設の代表者（施設長）は、社会福祉士資格を保有していますか。（1つ選択）
（ア）保有している
（イ）保有していない
24. 施設の管理職（部長や課長、室長、事務長等の運営管理者）の社会福祉士資格保有者の配置人数（人）はどれくらいですか。（半角数字で入力）
※該当しない場合は「0」と入力してください。
管理職（事務長等） _____人のうち、社会福祉士 _____人
25. 貴施設における医師の配置形態をお選びください。（複数選択可）
（ア）常勤医：週に〇〇日以上勤務する医師
（イ）非常勤医（嘱託医）：週に〇〇日未満勤務する医師
（ウ）協力医療機関の医師：〇〇病院、〇〇医院等
26. 入居者の健康管理以外に配置医が実施している業務について当てはまるものをお選びください。（複数選択可）
（ア）入居者の食事に関する指導
（イ）臨時の診察
（ウ）処方箋の発行
（エ）入居者の日常的な診療・処置の実施
（オ）主治医意見書の作成
（カ）本人・家族への病状説明
（キ）外部医療機関との連携
（ク）ケアカンファレンス等の会議への参加
（ケ）職員に対する研修の講師
（コ）ACP（アドバンス・ケア・プランニング）への参加・協力
（サ）ターミナルケア
（シ）死亡診断書の作成
（ス）看取り後の職員の精神的サポート

(セ) その他 ()

27. 協力医療機関との連携体制についてうかがいます。

令和6年度の介護保険制度の改正により、介護施設には協力医療機関との実効性のある連携体制の構築が求められました。現在連携している協力医療機関は、下記の基準を満たしていますか。(1つ選択)

【協力医療機関の定義】

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟(200床未満)を持つ医療機関、在宅療養後方支援病院などと、下記の体制が取れていること

○常時対応体制の確保

入居者等の病状が急変した場合などに、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

○診療体制の確保

介護施設から診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。

○入院受け入れ体制の確保

入居者等の病状が急変し、入院を要すると認められた場合などに、原則として入院を受け入れる体制を確保していること。(病院に限る)

施設入居者専用の病床を確保する必要はなく、一般的に地域で在宅療養を行う者を受け入れる体制があればよい。

(ア) 満たしている

(イ) 満たしていない

(ウ) その他 ()

28. 貴施設では、令和6年度の介護保険制度の改正により創設された協力医療機関連携加算を算定していますか。令和6年9月末時点の算定状況をお答えください。(1つ選択)

(ア) 算定している

(イ) 算定していない

29. 問28で「(ア) 算定している」と回答した方へ

協力医療機関連携加算では、協力医療機関との間で、入居者等の同意を得て、当該入居者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催していることが算定要件となっています。貴施設で、定期的な会議に出席しているのはどなたですか。(複数回答可)

(ア) 医師(問25で回答した医師のいずれか)

(イ) 看護職員

(ウ) 生活相談員

(エ) 介護職員

(オ) 介護支援専門員

(カ) 栄養士

(キ) その他 ()

Ⅱ 生活相談員としての実践

◇回答者の基本属性についてうかがいます。

1. あなたは、下記の資格のうちどれを保有していますか。(複数選択可)
(ア) 社会福祉士
(イ) 介護福祉士
(ウ) 精神保健福祉士
(エ) 主任介護支援専門員
(オ) 介護支援専門員
(カ) 社会福祉主事
(キ) その他 ()
(ク) 該当なし
2. あなたの生活相談員としての経験年数(通算)はどれくらいですか。(半角数字で入力)
_____年
3. あなたの社会福祉士としての経験年数(通算)はどれくらいですか。(社会福祉士の資格をお持ちでない方は「0」とご記入ください。)(半角数字で入力) _____年
4. あなたが生活相談員として担当している居室のタイプをお答えください。(1つ選択)
(ア) 従来型
(イ) ユニット型
(ウ) 混合型
5. あなたの生活相談員としての兼務状況をお答えください。
あなたは、他の職種と兼務していますか？(1つ選択)
(ア) 兼務している
(イ) 兼務していない

SQ. 兼務している場合、どの職種と兼務していますか？(複数選択可)

- (ア) 介護支援専門員
- (イ) 介護職員
- (ウ) 看護職員
- (エ) 事務職員
- (オ) 管理職(事務長等)
- (カ) 施設長
- (キ) その他 ()

8. あなたは、日々の実践において、関係機関等と接する際に意識していることをお選びください。(複数選択可)

- (ア) 関係機関等と調整が必要な場合は、本人の代弁者であることを意識するよう心がける
- (イ) 本人が在宅生活を希望している場合には、関係機関等と調整を図りながら在宅生活が継続できる支援体制づくりを心がける
- (ウ) 関係機関等と調整が必要な場合は、お互いの担当範囲を理解し、それぞれが協力できるよう心がける
- (エ) 既存の制度やサービス等では対応が困難なニーズがある場合には、関係機関等と協力しながら支援することを心がける
- (オ) 本人の状態や希望に適した支援ができるよう、関係機関をはじめ他の介護施設や医療機関等との協力関係づくりを心がける
- (カ) 家族等から本人への権利侵害がある場合には、関係機関等と協力して本人の権利が守られるよう支援する
- (キ) その他 ()

(医療ニーズの高い入居者への対応)

9. あなたは、日々の実践において、喀痰吸引や経管栄養、点滴など医療ニーズの高い入居者本人の入居にあたって行っている内容をお選びください。(複数選択可)

なお、現状、入居することが難しい場合には「コ」のみを選択し、次にお進みください。

- (ア) かかりつけ医療機関や関係機関等から本人の医療に関する情報を収集する
- (イ) 医師や看護職、介護職等を交え本人のケアカンファレンスを実施する
- (ウ) 施設でのケアが可能となるよう、医療機関等に処置内容の調整を依頼する(例えば、医療処置が施設内の看護職員で対応できるようにすること等)
- (エ) 急変時に備えて、嘱託医や協力医療機関、専門医療機関等に協力を依頼する
- (オ) 家族等に対して、今後の本人の状態変化等の予測やリスクを共有する
- (カ) 家族等に対して、施設で対応可能な範囲や、対応困難な場合の方針等を説明する
- (キ) 家族等に対して、医療機関を受診する際などの協力を依頼する
- (ク) 施設での生活が困難な場合には、適切な医療機関等への入院を支援する
- (ケ) その他 ()
- (コ) 医療ニーズの高い入居者は受入が難しい(医師や看護師等の体制、その他の理由)

(他入居者や職員等に悪影響が及ぶ行動等のある入居者や支援に困難を感じる入居者への対応)

10. あなたは、日々の実践において、他入居者や職員等に悪影響が及ぶような行動等があったり、支援に課題を感じる入居者本人の入居にあたって、対応として行っている内容をお選びください。(複数選択可)

なお、現状入居することが難しい場合には「ク」のみを選択し、次にお進みください。

- (ア) 本人の生活歴や家族関係を含めた総合的な観点からアセスメントを実施する
- (イ) 多角的なアセスメントや支援方法を検討するため多職種で話し合う機会を設ける
- (ウ) 本人が安心して生活できるように多職種と協力して支援方法を試行する
- (エ) 多職種を交えて様々な支援方法を試行した結果を記録するなどして、再アセスメントにつなげる。
- (オ) 必要に応じて嘱託医や協力医療機関、専門医療機関等に相談する
- (カ) 課題の有無にかかわらず本人は支援を受ける権利があることを多職種に説明し、職員の意識変容を働きかける
- (キ) その他 ()
- (ク) 他入居者や職員等に悪影響を及ぼすような行動等のある入居者、支援に困難を感じる入居者は受入をお断りすることが多い

(経済的課題を抱える入居者・家族等への対応)

11. あなたは、日々の実践において、経済的な課題を抱える入居者本人の入居にあたって、本人やその家族等への対応として行っている内容をお選びください。(複数選択可)

なお、現状、入居することが難しい場合には「カ」のみを選択し、次にお進みください。

- (ア) 本人や家族等の状況に応じて、利用可能な制度等を説明し、不安軽減を図る
- (イ) 本人や家族等の状況に応じて、行政や社会福祉協議会など関係機関の相談窓口を紹介する
- (ウ) 本人や家族等の状況に応じて、法律相談や消費者相談等の窓口につなぐ
- (エ) 本人や家族等の状況に応じて、関係機関の利用に必要な申請手続きを支援する
- (オ) その他 ()
- (カ) 経済的な課題を抱える入居者の受入は難しい

(本人・家族等の希望を叶えるための取組)

12. あなたは、日々の実践において、入居者本人やその家族の想いを汲み取る、希望を叶えるために行っている内容をお選びください。(複数選択可)

- (ア) 生活歴、家族関係など幅広く情報収集し、多角的に本人を把握する
- (イ) 本人と家族等の関わりを維持できるような取組や機会を意識的に設けている
- (ウ) 本人が想いを表出できるよう環境への配慮や丁寧な言葉掛けを行い、傾聴を心がける
- (エ) 家族等が想いを表出できるよう環境への配慮や丁寧な言葉掛けを行い、傾聴を心がける
- (オ) サービス担当者会議等で本人の想いを確認し、多職種で共有して実現方策を検討する
- (カ) サービス担当者会議等で家族等の想いを確認し、多職種で共有して実現方策を検討する
- (キ) 本人の意思表示が困難な場合には、表情やしぐさを観察したり、家族等や関係者から聞き取りしたり、多職種で検討しながら本人の想いを推測する
- (ク) 本人の希望が実現困難な場合には、多職種を交えて代替方策を検討する
- (ケ) 家族等の希望が実現困難な場合には、多職種を交えて代替方策を検討する
- (コ) 希望を叶えるために必要な目標設定等を行うなど、本人の意欲を高める働きかけを心がける
- (サ) 本人の想いを実現できるよう、関係機関や地域の事業者等に協力を依頼する(食事、外出、外泊、在宅復帰等)
- (シ) 家族の想いを実現できるよう、関係機関や地域の事業者等に協力を依頼する(介護負担の軽減等)
- (ス) 希望を叶えることに伴うリスクを本人に十分説明する
- (セ) 希望を叶えることに伴うリスクを家族等に十分説明する
- (ソ) その他 ()

(人材育成、施設機能の強化に向けた取組)

13. あなたは、入居者の QOL の向上に向け、あなたが所属する組織や職員に対して行っている取組をお選びください。(複数選択可)

なお、特に行っていない場合には「ク」のみを選択し、次にお進みください。

- (ア) 職員と定期的に、本人や家族等の想いを確認し、共有する機会を設ける
- (イ) 職員に対し、本人の想いや権利を尊重することの重要性を説明する
- (ウ) 職員に対し、認知症の理解や声掛け等の対応を学ぶ機会を設ける
- (エ) 職員に対し、看取り介護等に対する希望を叶えるために学ぶ機会を設ける
- (オ) 職員と本人や家族等からの苦情を共有し、改善に向けた検討の機会を設ける
- (カ) 職員に対し、本人や家族等からのハラスメント等への対応を学ぶ機会を設ける
- (キ) その他 ()
- (ク) 特に行っていない

◇地域や関係機関との連携についてうかがいます。

(地域や関係機関と連携した取組)

14. あなたは、日々の実践において、入居者本人の生活の質を高めるために地域・関係機関と連携して行っている内容をお選びください。(複数選択可)
- (ア) 本人が入院した際に、医療機関のカンファレンス等において本人の希望を代弁する
 - (イ) 家族等が入院した際に、面会(オンライン含)できるよう医療機関と調整する
 - (ウ) 施設入所前に関わっていた施設等を定期的に訪問できるよう支援を実施する
 - (エ) 本人が複合的課題を抱えている場合は、行政や地域包括支援センター等と連携して支援する
 - (オ) 地域の介護支援専門員等に対して、施設見学や施設の取組を紹介する機会を設ける
 - (カ) 介護サービス相談員や実習生、ボランティア等の積極的な受け入れ調整を図る
 - (キ) 定期的に地域の会合や行事等に参加し、民生委員や自治会との協力関係を構築する
 - (ク) 地域住民や事業者等とのかかわりを維持・継続できるようにできるだけ連絡を取り合う
 - (ケ) 本人の希望に即して外出機会づくりや施設でのイベント等を企画・実施し、地域に出かける機会を設ける
 - (コ) 施設内の部屋やスペースを利用してサロンやカフェ等の活動を行い、本人と地域住民の交流の場や居場所づくりの機会を設ける
 - (サ) その他 ()

◇看取り介護に関してうかがいます。

15. 貴施設において、看取り介護の取組を推進しているのはどなたですか。(複数回答可)

- (ア) 配置医(嘱託医等)
- (イ) 看護職員
- (ウ) 介護職員
- (エ) 生活相談員
- (オ) 施設長
- (カ) その他 ()
- (キ) 特に決まっていない
- (ク) 看取り介護は実施していない

16. あなたは、人生の最終段階における入居者本人の意向や希望について、どのような方法で確認していますか?(複数選択可)

施設で看取り介護を実施していない場合は(ケ)のみ回答し次の設問にお進みください。

- (ア) 本人が意思表示可能な場合は、入所する際の面接において、人生の最終段階における医療や施設での看取り介護の要望等を確認する

- (イ) 本人が意思表示可能な場合は、入所後の面接において、人生の最終段階における意向や希望を繰り返し確認する（頻度：月に〇回、〇ヶ月に〇回など）
- (ウ) 本人が意思表示可能な場合は、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、「私の人生会議」を実施し、本人の意向や希望を確認する
- (エ) 本人が意思表示可能な場合は、意思決定支援ツールを活用し（エンディングノート等）、定期的に更新する
- (オ) 本人が意思表示困難な場合のうち、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。
- (カ) 本人が意思表示困難な場合のうち、家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、家族等の意向や希望を確認する
- (キ) 家族等がない場合及び家族等が判断を委ねる場合には、多職種によるカンファレンスを実施し、本人にとっての最善の方針を取る
- (ク) その他（ ）
- (ケ) 看取り介護は実施していない（嘱託医等の判断で医療機関等へ入院等）

17. あなたは、入居者本人が、人生の最終段階における意向や希望を表明しやすいような環境づくりや工夫について、取り組んでいることはありますか？（複数選択可）

- (ア) 安心して話せる雰囲気づくり
- (イ) プライバシーに配慮した個室での面接
- (ウ) わかりやすい言葉での説明
- (エ) 図やイラストなどの視覚資料の活用
- (オ) 主治医が病状を説明する際の面接に同席
- (カ) その他（ ）
- (キ) 特になし

18. あなたは、入居者本人が人生の最終段階における意向や希望を表明した際に、どのように対応していますか？（複数選択可）

- (ア) 看取り期の食事や外出・外泊等など、本人の希望（関係者間で本人意思を推定した場合を含む）を医師や施設職員、家族等と共有し、関係機関を含めて調整を図る
- (イ) 本人が自宅での看取りを希望する場合には、医師や施設職員、関係機関等と連携し、家族等が対応可能な支援体制を調整（訪問診療や訪問看護、在宅サービス等）
- (ウ) 本人の意向の実現が難しい場合には、施設職員や関係機関、家族等と調整し代替案を提案する（自宅での看取り希望→短期間の自宅宿泊へ変更する等）
- (エ) 医療・ケアチームと連携し、適切な支援を検討
- (オ) 人生の最終段階における医療に関して、本人の意向や希望が変化した際には関係機関等と調整し柔軟に対応する
- (カ) 本人と家族等の意向が異なる場合は、本人の意向を代弁し家族等と調整を図る
- (キ) 家族等間の意向が異なる場合には、調整の場を設けたり、専門的見地からの助言を行うなど、意思決定を支援する

- (ク) その他 ()
(ケ) 対応しない

19. あなたは、看取り介護に関する課題について、施設内で行われる職員等との話し合いの機会に参加していますか。

- (ア) 参加している
(イ) 参加していない
(ウ) 機会がない

20. あなたは、看取り介護終了後に行われる会議（デスカンファレンス）の振り返りの機会に参加していますか。

- (ア) 参加している
(イ) 参加していない
(ウ) 機会がない

◇虐待防止、頼れる身寄りのいない入居者本人、地域貢献活動への関わりについてうかがいます

21. あなたは、高齢者施設に求められる高齢者虐待防止措置の取組において、どのような役割を担っていますか。（複数回答可）

- (ア) 施設の虐待防止委員会の運営を担当
(イ) 施設の虐待防止指針を作成
(ウ) 職員向けに虐待防止研修を企画・実施
(エ) 施設の虐待防止担当者として職員を指導・育成
(オ) その他 ()
(カ) 担当していない

22. あなたは、高齢者虐待を未然に防止するために、どのような取り組みを行っていますか？（複数選択可）

- (ア) 本人の身体状況や言動の変化に注意
(イ) 家族とのこまめなコミュニケーション
(ウ) 職員間でのこまめな情報共有・カンファレンスの実施
(エ) 接遇、認知症ケア、虐待防止等の研修や勉強会の実施
(オ) その他 ()
(カ) 特にない

23. あなたは、頼れる身寄りのいない入居者本人に対して、どのような支援を行っていますか？（複数選択可）

- (ア) 行政や地域包括支援センター、関係機関等と本人に適した生活の場を検討する
- (イ) 財産管理や死後対応などに関して関係機関と情報共有し、役割分担を調整する
- (ウ) 本人の金銭管理や死後対応を支援するサービス等を紹介する
- (エ) 成年後見制度の申立て支援（地域の中核機関、権利擁護センター等へのつなぎ、書類等作成の支援等）
- (オ) 公共料金の支払いなど、日常的な金銭管理の支援
- (カ) アパートの転居手続きや荷物の整理等の支援
- (キ) 通院時の付き添いや入院時の世話等に関する支援
- (ク) 葬儀や納骨等に関する支援
- (ケ) アセスメントで本人の強みを確認し、支援につなげる
- (コ) 施設内の他入居者や地域住民・団体等との橋渡し（社会参加支援）
- (サ) その他（ ）
- (シ) 特に行っていない
- (ス) 身寄りのない入居者の受け入れはしていない

24. あなたは、所属法人の地域貢献活動にどのように関わっていますか？（複数選択可）

- (ア) 企画・立案
- (イ) 運営・実施
- (ウ) 広報・啓発
- (エ) その他（ ）
- (オ) かかわりはない

S Q. 貴法人で実施している代表的な地域貢献活動の内容とあなたの関わりについて、概要をご記入ください。

25. 貴施設において、あなたの生活相談員としての業務を助言・指導してくれる方はどなたですか？（複数選択可）

- (ア) 生活相談員の上司（管理職を含む）
- (イ) 生活相談員の同僚（生活相談員同士）
- (ウ) 施設長や経営層
- (エ) 特にいない
- (オ) その他（ ）

◎ご協力ありがとうございました。

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

介護医療院におけるヒアリング調査へのご協力のお願い

この度は、介護医療院における先駆的な取り組み事例を収集し、広く情報共有することで、介護医療院全体の質向上に資することを目的としたヒアリング調査にご協力いただき、誠にありがとうございます。

本調査にご協力いただいた内容は、報告書としてまとめ、優れた取り組み事例を参考に、他の施設でも同様の取り組みを促進するための資料として活用させていただきます。

つきましては、以下の点にご留意いただき、ご回答をお願いいたします。

1 できる限り具体的にお答えください。

具体的な内容をいただくことで、より詳細な分析が可能となります。

- 例：「退院支援に力を入れています」と回答するのではなく、「退院前に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による自宅環境の評価を行い、必要な住宅改修や福祉用具の選定を支援しています。また、退院後の生活を見据え、ケアマネージャーと連携し、訪問看護やデイサービスなどのサービス利用を調整しています」のように具体的な内容を記載してください。
- 個別事例を挙げながら説明いただくと、より分かりやすくなります。例えば、「〇〇というケースでは、退院前に家族と面談を行い、自宅での介護に必要な知識や技術を習得するための個別指導を実施しました。その結果、家族の不安が軽減され、スムーズな退院につながりました」のように具体的な事例を交えてご回答ください。

2 患者が特定されるような個人情報を含めないでください。

- 特定の患者さんの氏名や詳細な病状など、個人を特定できる情報は含めないようお願いいたします。
- ご回答いただいた内容は、個人が特定できない形で報告書に掲載させていただきます。
- 施設名や個人名は掲載せず、取り組み内容のみを掲載いたしますのでご安心ください。

いただいた貴重な情報は、今後の介護医療院の発展に役立ててまいります。ご多忙のところ恐縮ですが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

1 介護医療院における社会福祉士の配置状況

① 社会福祉士の配置の経緯について、教えてください。

② 社会福祉士の配置について、どのような工夫をされていますか。(人員確保、研修制度など)

③ 社会福祉士の単独配置又は兼務配置の状況について詳しく教えてください。

④ 併設病院の有無による違いや課題、工夫点などがあれば教えてください。

枠は、任意に広げてください。

2 介護医療院における社会福祉士の役割と業務内容

① どのような相談を受けていますか。具体的な相談内容の例：療養中の心理的・社会的問題、退院援助、経済的問題、受診・受療援助、社会復帰援助など(頻度、内容、対応方法など)

② 社会福祉士として大切にしている点や工夫している点があれば教えてください。

③ 入居者の方やご家族の思いを丁寧に聞き取るために、どのような工夫をしていますか。

④ 他の職種とどのように連携していますか。(連携頻度、情報共有方法、連携における課題等)特に、介護支援専門員との連携について、役割分担や連携方法、課題などがあれば教えてください。

枠は、任意に広げてください。

3 社会福祉士の配置効果と必要性

① 介護医療院に社会福祉士が配置されていることによるメリットをどのように捉えていますか。(利用者・家族、施設・職員、地域社会のそれぞれにとって)
具体的な例：多職種連携の促進、利用者や家族の満足度向上、地域との連携強化、職員の負担軽減など

② メリットを感じた具体的なエピソードがあれば教えてください。

③ もし、貴院に社会福祉士がいない場合、どのような問題が発生すると考えられますか。(相談対応や手続きをはじめ、利用者・家族、施設・職員、地域社会のそれぞれにとって)

枠は、任意に広げてください。

4 社会福祉士の専門性活用と地域連携

① 介護医療院において、社会福祉士の専門性をさらに活かすために、どのような取り組みが必要だと考えますか。

② 社会福祉士が地域と連携することで、どのような効果が生じていると考えますか。具体的な連携事例やアイデアがあれば教えてください。

枠は、任意に広げてください。

5 退所支援と地域包括ケア

① あなたは、どのような退所支援をしていますか。具体的な支援内容や、退所後の生活を支えるための工夫点などを教えてください。特に、自宅退院に取り組んでいましたら、具体的なエピソードなどをお聞かせください。

② 介護医療院の役割は多様化しており、地域包括ケア病棟のように在宅復帰支援に力を入れている施設もあれば、病院からの入所者を多く受け入れている施設もあると伺っています。貴院では、どのような役割を担い、地域の中でどのような機能を果たしているとお考えですか。貴院の役割や、地域における連携体制について教えてください。

枠は、任意に広げてください。

6 看取り介護とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）

① 貴院における看取り介護の体制について教えてください。(人員体制、研修、多職種連携等)

② 看取り介護における社会福祉士の役割について、具体的な事例を交えて教えてください。

③ 入居者の方のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）について、どのように対応していますか。

A) ACP に関して、社会福祉士は都度どのように関わっていますか。

B) ACP の実施状況や課題、工夫点について教えてください。

C) ご家族の意向確認や、入居者の方の病状の変化への対応について、工夫している点があれば教えてください。

D) 「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」等に沿った取り組みについて、工夫している点や課題があれば教えてください。

E) 入居者の方のケアや状態、気持ち、苦痛、思い、状況の変化をどのように把握し、多職種で共有していますか。

【ヒアリング調査項目(調査用紙)】

F) 入居者の方の思いや希望に沿ったケアを提供するために、どのような工夫をしていますか。
G) 医師から、入居者の方やご家族への病状説明や治療方針の説明について、どのような工夫をしていますか。
H) 入居者の方やご家族が、医師に希望や意向を伝えやすい環境づくりについて、どのような工夫をしていますか。
I) 入居者の方が、人生の最後をどのように過ごしたいか、どのように迎えたいかについて、どのように把握し、支援していますか。
J) 入居者の方が、残された時間を有意義に過ごせるよう、どのような支援をしていますか。
K) ご家族が、入居者の方の最期を穏やかに過ごせるよう、どのような支援をしていますか。

枠は、任意に広げてください。

7 その他

① 社会福祉士の配置に関する意見や要望があれば、自由にお聞かせください。
② 医療ニーズの高い高齢者へのケアについて、課題や要望があればお聞かせください。

枠は、任意に広げてください。

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
委員会（令和6年度老人保健健康増進等事業） 委員一覧

（敬称略・順不同。◎委員長）

委員会 委員名簿

氏名	所属
◎西島 善久	公益社団法人 日本社会福祉士会 会長
井口 光世	公益社団法人 全国老人保健施設協会 理事
岡村 紀宏	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会 副会長
柏本 英子	公益社団法人 日本介護福祉士会 常任理事
佐原 博之	公益社団法人 日本医師会 常任理事
白澤 政和	国際医療福祉大学大学院 教授
鈴木 龍太	一般社団法人 日本慢性期医療協会 常任理事
瀬戸 雅嗣	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 副会長
竹田 匡	公益社団法人 日本社会福祉士会 参事
堤 洋三	全国社会福祉法人経営者協議会 社会福祉法人連携推進委員会 副委員長、社会福祉法人六心会理事長
濱田 和則	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長
山下 順子	社会福祉法人喜峰会理事・ポニユール根上苑施設長

作業委員会 委員名簿

氏名	所属
◎竹田 匡	公益社団法人 日本社会福祉士会 参事
大杉 友祐	社会福祉法人 天竜厚生会 磐田市くらしと仕事相談センター
岡村 紀宏	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会 副会長

氏名	所属
瀬戸 雅嗣	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 副会長
中嶋 保恵	医療法人六和会 老人保健施設 六和会センテナリアン 支援相談課課長居宅支援事業所統括
中村 宗則	医療法人社団和恵会介護医療院湖東病院支援相談課長
福富 昌城	花園大学 教授
渡辺 裕一	武蔵野大学 教授

オブザーバー

氏名	所属
大島 康太	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
安澤 鉄也	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 企画法令係 課長補佐
岩本 博	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 室長補佐
寺田 誠	厚生労働省 社会・援護局 総務課 社会福祉専門官

事務局・シンクタンク

氏名	所属
牧野 一義	公益社団法人 日本社会福祉士会 事務局 事務局長
荒木 千晴	公益社団法人 日本社会福祉士会 事務局 企画グループ 課長
縄田 宣之	公益社団法人 日本社会福祉士会 事務局 企画グループ 主査
坂本 俊英	一般財団法人 日本総合研究所 所長
後藤 衿歌	一般財団法人 日本総合研究所

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

**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 報告書**

令和7年3月

発行 **公益社団法人 日本社会福祉士会**
〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 カタオカビル2階
TEL (03) 3355-6541 FAX (03) 3355-6543
Mail : info@jacsw.or.jp
<http://www.jacsw.or.jp/>



公益社団法人 日本社会福祉士会

〒160-0004 東京都新宿区四谷1-13 カタオカビル2F
TEL 03-3355-6541 FAX 03-3355-6543

※無断で複写・転載することを禁じます。