

令和5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6年3月

公益社団法人 日本社会福祉士会

## はじめに

高齢化社会の進展に伴い、介護保険制度の重要性はますます高まっています。

介護保険施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上を目指し、質の高いサービス提供が求められています。

その中で、社会福祉士は、ソーシャルワーク専門職として、高い倫理観をもち、専門的な知識と技術を活かし、利用者一人一人のニーズに寄り添い、包括的な支援を行うことができる存在であり、社会福祉士の役割はますます重要視されており、その活用が期待されているところです。

本調査は、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明らかにすることを目的として実施しました。その結果、社会福祉士は、利用者の権利擁護と自己決定尊重に基づき、バイオ・サイコ・ソーシャルな視点から多様な実践を展開することで、利用者のQOL向上に貢献していることが明らかになりました。

具体的には、看取り介護の推進とACPへの理解と参加促進、地域包括ケアシステムの深化・推進、多様な困りごとの解決、地域とのネットワーク構築、ボランティアの活用、身寄りのない利用者への支援など、地域共生社会の実現に向けた様々な活動に取り組んでいることが確認することができました。

これらの調査結果から、介護保険施設における社会福祉士の活用は、利用者のQOL向上、地域包括ケアシステムの推進、地域共生社会の実現に大きく貢献することが期待できます。

本報告書が、介護保険施設における社会福祉士の役割理解と活用促進に役立てられることを願っております。

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6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 介護保険施設における社会福祉士の実態把握に関するフォーカス・グループ・インタビュー調査

I. 調査の概要	7
II. 調査の結果	
1. 介護老人福祉施設生活相談員 フォーカス・グループ・インタビュー結果	8
2. 介護老人保健施設支援相談員 フォーカス・グループ・インタビュー結果	21
III. 考察	
1. 介護老人福祉施設における生活相談員について	29
2. 介護老人保健施設における支援相談員について	36

### 第 3 章 生活相談員の活用状況と有効性に関する自由記述調査

I. 調査の概要	41
II. 調査の結果	
1. 回答者の属属性等	42
2. 介護老人福祉施設における生活相談員の主な取組概要	46
3. 回答内容における特徴的な表現の抽出	56
4. クラスタ分析	58
III. 考察	
1. 調査の概要及び生活相談員の活用状況の概要	61
2. 社会福祉士資格の有無と「看取り介護加算の算定者数」「ACP 取り組み数」の関連	61
3. 自由記述データの分析による生活相談員の取り組み	62
4. 社会福祉士資格の有無による自由記述の回答の違い	66
5. まとめ	67

### 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	71
2. 倫理的配慮	72
II. 調査の結果	
1. 調査結果の概要	73
2. 生活相談員(社会福祉士)の具体的取組例	
(1) 「出身地」などの情報を用いた支援	76
(2) 利用者の意思の確認	77

(3) 人生会議手帳を使った利用者の意向の確認	78
(4) 支援チーム内で利用者中心の立場を再確認し、在宅復帰を支援した事例	79
(5) 知的障がいのある利用者との信頼関係構築から利用者の代弁を行った事例	81
(6) 緊急ショートを受け入れ体制を整えるための現場への働きかけ	82
(7) 記録ソフトを使って介護職員の記録の力量アップを促進する	83
(8) 介護職員の利用者宅訪問により自宅での生活を意識してケアを意識化させる取組	84
(9) コロナ禍での面会に関する調査から面会ガイドライン作成へと展開した事例	86
(10) 地域の社会資源を招聘することで、利用者のQOLを高める	87
(11) 被虐待高齢者を受け入れ、入所後の支援を関係機関と協議した事例	89
(12) 利用者の支援を地域ケア会議で検討し、そこから地域住民の意識の変容をもたらした事例	90
(13) 地域住民とともに「買いもの支援バス」を創出した取組	92
3. 生活相談員の取組	
(1) 本人や家族に対する働きかけ	93
(2) 施設職員等に対する働きかけ	98
(3) 施設・法人に対する働きかけ	103
(4) 関係機関に対する働きかけ	104

### Ⅲ. 考察

1. 生活相談員が持っている相談援助職としての専門性が利用者・家族の問題解決、生活の質の向上に生かされている	108
2. 利用者を取り巻く環境への働きかけによって環境を変容させ、それが利用者や環境を構成する人に影響を与えている	110
3. 地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会づくりに及ぼす影響	112

### Ⅳ. 介護老人保健福祉施設の支援相談員のヒアリング調査

1. 調査の目的	113
2. 調査の方法	113
3. 調査の結果	113
4. 考察	114

## 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

1. 多様な実践と専門性の発揮した利用者のQOL向上	119
2. 看取り介護とACPの取組への貢献	121
3. 認知症ケアへの貢献	122
4. 地域共生社会の実現に向けた社会福祉士の貢献	122
5. 総括	124

### 巻末資料

1. 「生活相談員の活用状況と有効性に関する自由記述調査」 調査票	127
2. 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	134

# 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、包括的な支援体制の構築にかかる専門職人材の有効な活用を行うための基礎調査として、介護保険施設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 フォーカス・グループ・インタビュー調査(FGI)

介護保険施設における社会福祉士の活用状況等を把握するため、介護老人福祉施設の生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員等を対象とし、それぞれ5名程度として、フォーカス・グループ・インタビューを計5回程度実施する

### 2 介護老人保健施設に対する調査(量的調査)

介護老人福祉施設の生活相談員を対象とした自由記述調査等を行い、社会福祉士の実践や活用状況等を把握する。なお、調査の実施に当たっては、公益社団法人全国老人保健施設協会の協力を得て、介護老人福祉施設(約6,800件)を対象として、WEB調査を実施し、テキストマイニングにより分析する。

### 3 ヒアリング調査(取組事例収集)

フォーカス・グループ・インタビュー調査や自由記述調査の結果を踏まえ、介護老人福祉施設の生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員等を対象として、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取組事例を8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 2023年8月3日(火)	Zoom ミーティング	研究事業全体の方向性の検討 F G I 調査について
2	第2回 委員会 2023年12月19日(火)	Zoom ミーティング	F G I 調査結果について 自由記述調査等について
3	第3回 委員会 2024年3月12日(火)	Zoom ミーティング	自由記述調査等結果について 事業結果の取りまとめ

#### 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 2023年8月28日(月)	Zoom ミーティング	F G I 調査について
2	第2回 作業委員会 2023年12月7日(木)	Zoom ミーティング	F G I 調査結果について 自由記述調査等の検討
3	第3回 作業委員会 2024年2月28日(水)	Zoom ミーティング	自由記述調査等 ヒアリング調査について
4	第4回 作業委員会 2024年3月18日(月)	本会事務局会議室 Zoom ミーティング	事業結果の取りまとめ

## 2. 研究事業の実施概要

(1) フォーカス・グループ・インタビュー調査(FGI) (詳細は本報告書第2章参照)

### 1) 調査対象

①介護老人福祉施設生活相談員 18名

内訳：社会福祉士 5人×2グループ、社会福祉士以外 4人×2グループ

②介護老人保健施設(超強化型)支援相談員 5名(社会福祉士)

2) 実施方法：オンラインによるフォーカス・グループ・インタビュー調査

3) 調査時期：令和5年10月～令和6年2月

- ・2023年10月24日 介護老人福祉施設(社会福祉士①)
- ・2023年10月30日 介護老人福祉施設(社会福祉士②)
- ・2023年11月6日 介護老人保健施設(社会福祉士以外①)
- ・2023年11月10日 介護老人保健施設(社会福祉士以外②)
- ・2024年2月2日 介護老人保健施設(社会福祉士)

### 4) 主な調査項目

#### 【調査項目】(介護老人福祉施設)

- ・「所属している介護老人福祉施設(立地する地域の状況と施設の特徴等)」と「生活相談員としての役割(主たる業務内容や兼務状況)」
- ・生活相談員として、入所にあたって課題を抱える利用者の受入れに対して、取り組まれていること
- ・利用者本人の意思確認が難しい場合、アセスメントにあたって収集している項目、その後の支援の展開
- ・生活相談員として、利用者の希望を叶えるために多職種や関係機関と連携しながら取り組んだエピソード等
- ・生活相談員として、利用者の家族が直面する困難にどのように関わるか、うまく関わる事ができたエピソード
- ・生活相談員として、上記のエピソード以外で、複合的な課題、組織又は制度上対応が困難な課題を有する利用者の支援で、良い支援ができたと思えるエピソード
- ・生活相談員として、入居者のその人らしい生活を実現するために、施設外のどのような地域にある資源(人、組織・団体、場所等)を、どのように活用しているか

#### 【調査項目】(介護老人保健施設)

- ・支援相談員(社会福祉士)としての日々の取組、役割のうち、「施設内の他の専門職との連絡調整」、「退所前後の訪問」、「地域住民や民生委員等との関わり」、「地域貢献活動の業務」、「利用者の家族への支援」において、特に、意識して取り組んでいること
- ・支援相談員(社会福祉士)として、「在宅復帰・在宅療養支援等指標」のうち「在宅復帰率」、「ベッド回転率」、「喀痰吸引を要する入所者割合に関すること」において、特に、意識して取り組んでいること

- ・支援相談員（社会福祉士）として、利用者の在宅復帰に向けて、特に意識して取り組んでいること
- ・支援相談員（社会福祉士）として、地域共生社会の実現に向け、特に意識して取り組んでいること。

(2) 介護老人福祉施設に対する調査（量的調査）（詳細は本報告書第3章参照）

1) 調査対象

公益社団法人全国老人福祉施設協議会、その他関連団体等の会員となっている介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む）6,779施設を対象に調査を依頼。

本調査では下記該当者を対象とした。

- ・介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設の「生活相談員」（経験や資格の有無等は問わない）
- ・同一施設内に複数の生活相談員が配置されている場合、それぞれご回答を依頼
- ・併設するショートステイやデイサービス、法人業務等と兼務されている生活相談員は調査対象としたが、ショートステイやデイサービス専任の生活相談員は調査対象外とした。

2) 実施方法：郵送による書面調査し、（回答はインターネット）

3) 調査時期：令和5年1月19日～2月9日

4) 回収状況：1,434件の回答が寄せられた。

(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

フォーカス・グループ・インタビューを行った結果、興味深い取組を収集することができた。これらのデータから生活相談員、支援相談員の実践の具体的な把握とその理解を目的として、追加ヒアリングを行った。

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

2024年1月22日	生活相談員
2024年1月30日	生活相談員
2024年1月31日	生活相談員
2024年2月5日	生活相談員
2024年2月7日	生活相談員
2024年2月8日	生活相談員
2024年2月14日	生活相談員
2024年2月29日	支援相談員

## 第2章

介護保険施設における社会福祉士の実態把握に  
関するフォーカス・グループ・インタビュー調査



## 第2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フォーカス・グループ・インタビュー調査

### I. 調査の概要

#### 1. 目的

介護保険施設における社会福祉士の活用状況等を把握するため、介護老人福祉施設の生活相談員や介護老人保健施設の支援相談員等を対象としたフォーカス・グループ・インタビュー調査（以下「FGI調査」という。）を実施した。

#### 2. 実施方法

##### 【調査対象】

介護老人福祉施設生活相談員 18名

内訳：社会福祉士 5人×2グループ、社会福祉士以外 4人×2グループ

介護老人保健施設（超強化型）支援相談員 5名（社会福祉士）

##### 【実施日時】

2023年10月24日（火）、30日（月）、11月6日（月）、10日（金）（介護老人福祉施設）

2024年2月2日（金）（介護老人保健施設）

##### 【実施方法】

オンライン形式

##### 【調査項目】（介護老人福祉施設）

- 「所属している介護老人福祉施設（立地する地域の状況と施設の特徴等）」と「生活相談員としての役割（主たる業務内容や兼務状況）」
- 生活相談員として、入所にあたって課題を抱える利用者の受入れに対して、取り組まれていること
- 利用者本人の意思確認が難しい場合、アセスメントにあたって収集している項目、その後の支援の展開
- 生活相談員として、利用者の希望を叶えるために多職種や関係機関と連携しながら取り組んだエピソード等
- 生活相談員として、利用者の家族が直面する困難にどのように関わるか、うまく関わる事ができたエピソード
- 生活相談員として、上記のエピソード以外で、複合的な課題、組織又は制度上対応が困難な課題を有する利用者の支援で、良い支援ができたと思えるエピソード
- 生活相談員として、入居者のその人らしい生活を実現するために、施設外のどのような地域にある資源（人、組織・団体、場所等）を、どのように活用しているか

## Ⅱ. 調査の結果

### 1. 介護老人福祉施設生活相談員 フォーカス・グループ・インタビュー結果

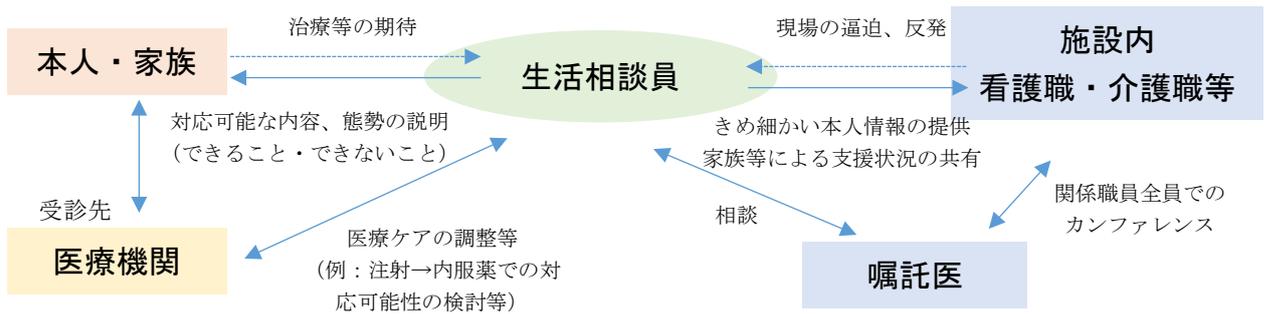
#### 【結果概要】

- 社会福祉士資格の有無に関わらず、特別養護老人ホームの生活相談員は利用者本人や家族の安心できる生活の継続やQOL向上を目的として、各種制度や資源の活用、施設内多職種との連携・調整、行政や地域包括支援センター、医療機関、居宅ケアマネ等事業者と連携した対応が行われていた。
- 入所にあたっては、利用者の医療ニーズへの対応において、本人や家族の期待、介護職や看護職、嘱託医、医療機関等との調整等に苦慮している声が多く聞かれた。
- また、看取りケアに対するニーズにおいても、本人や家族の意思をその都度確認して代弁したり、嘱託医や看護職、医療機関等との調整を行ったり、看取り後の家族へのケアも含めた支援が行われていた。
- 地域資源の活用においても、地域の一員として施設利用者と地域住民をつなぐ様々な取組が行われていた。
- なお、社会福祉士有資格者からは、下記のような取組を意図的に実践している報告が寄せられた。
  - ・ 本人や家族の課題を細分化して捉え、ひとつずつクリアするための提案を行う取組（アセスメント）
  - ・ 本人のニーズに応じて施設の受入環境を整えるため、施設職員や関係機関に働きかける取組（調整・交渉、価値や知識の共有）
  - ・ 本人の希望を叶えるために関係者との調整を図るとともに、本人の取組意欲を促す働きかけを行った事例（エンパワメント）
  - ・ 本人の「暮らしの継続」を図るため、入所前に関係のあった人々との交流機会を維持している事例
  - ・ 在宅生活を望む本人と地域住民の意向が対立する際に、地域ケア会議による検討を踏まえ、本人が生活し続けられるような環境調整、地域住民への働きかけを行った事例（地域アセスメント）

(1) 入所にあたって課題を抱える利用者の受入れに対して、取り組んでいること



### 【医療依存度の高い利用者への対応】



#### ◎医療ニーズのある相談者の増加

- ・最近、病院関係の紹介が多く、ある程度機能低下していろいろな疾患のある状態で相談に来る方が多い。
- ・家族は「施設でも点滴はできるんでしょう、治療もしてもらえるんでしょう」という思いで来られる方が結構おられるため、施設内での対応可能な範囲や緊急時対応等を説明し、すり合わせを行っている。
- ・本人や家族と面談していろいろ情報を取ってアセスメントした上で、それを現場につなぐようにしている。医療依存度の高い方が入ってくると現場は逼迫するし、介護士からの反発もある中で、利用者の医療的な状況や認知症の状態等を含めて伝達し、現場を任すよう心がけている。

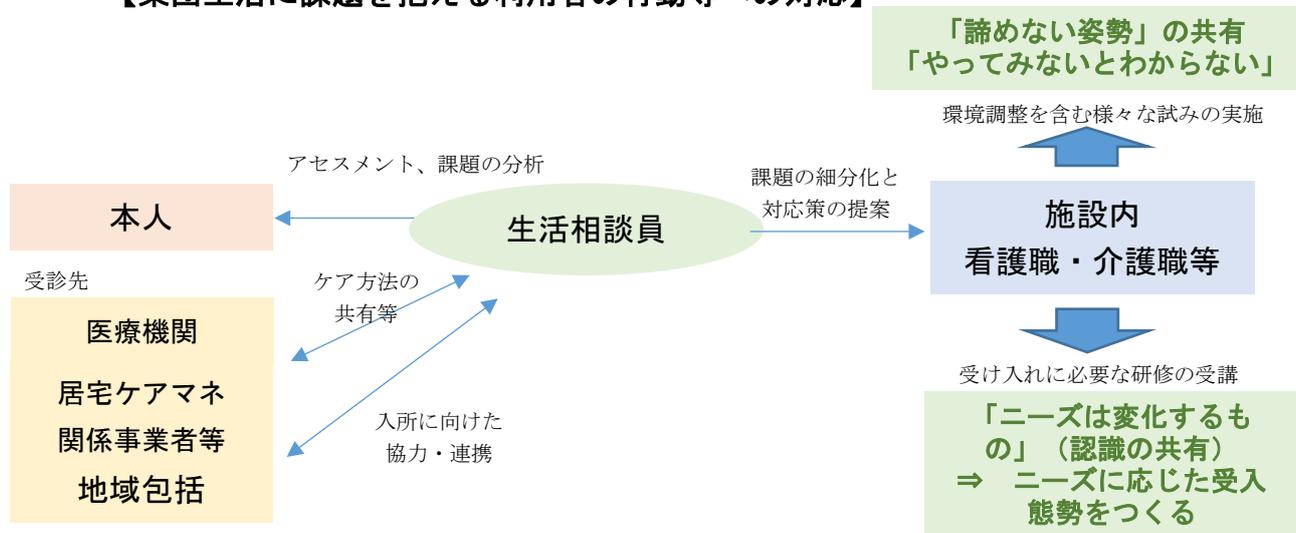
#### ◎医療機関 MSW との連携による受け入れ調整

- ・当施設では 24 時間の看護態勢がないため、胃ろうや頻回なサクション、インシュリン注射など医療処置の必要な方の受け入れが難しい環境にある。
- ・そのような入所相談があった場合は、病院のワーカーと連携し、例えば出来る限り内服に切り替えての生活ができるものなのかどうか、施設での生活ができる可能性がないか等の調整をしている。

#### ◎嘱託医や関係職種を交えた協議

- ・胃ろうやインシュリン注射、ほかいろいろな医療的な制限がある利用者に関しての対応等について、施設で対応できるかどうかを全スタッフと嘱託医で受け入れの可否を協議している。

## 【集団生活に課題を抱える利用者の行動等への対応】



### ◎課題の細分化と諦めない姿勢

- ・ 集団生活に課題を抱える利用者に対して、介護職や看護師はその1点だけを見て「この人、無理よ」と言ってくる。その時に「この人のこの課題がどこまで緩和されたらいけるんでしょうか」と課題を細かくして、これが解決したらこれが見えるのではないかという形で提案するようにしている。
- ・ 見るのが大変だから何とかして、という「介護職・看護師チーム」対「受け入れを担当している私」という構図だが、「これを諦めてしまったら一体誰がこの人を見るの?」と、いつも諦めない姿勢で臨んでいると、面倒くさがられつつも「確かに1回見てみないと分からないな」という気持ちややっとなんか伝わってきたような気がする。

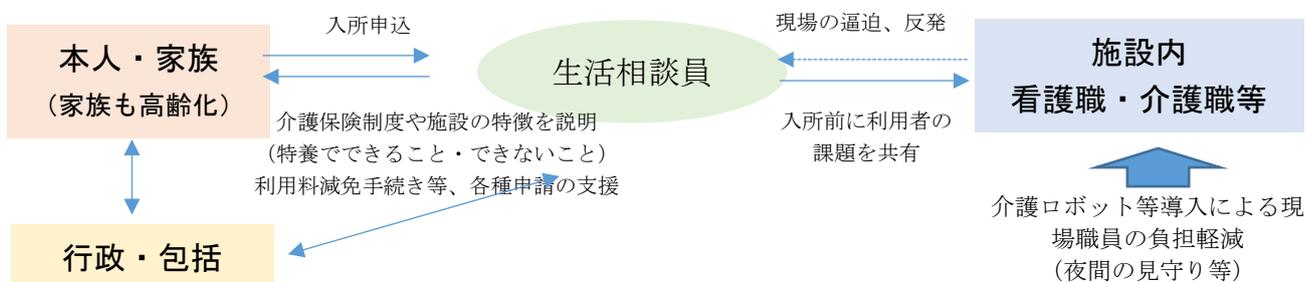
### ◎ニーズに即した受入態勢をつくる

- ・ 当施設では、利用者の症状や状態（ニーズ）は変化するという考えがある。例えば、他社に悪影響を及ぼす行動を起こす。その行動とは何なのか、それに対する職員への教育を行い、受け入れニーズに合う体制をつくるなど、何ものにも変化するような教育をして、組織レベルでそういった事例が出たときにいろいろ体制を組みながら受け入れの準備をしている。

### ◎関係機関との連携による入所調整

- ・ 精神的に不安定な方に対するサービス提供を行う際に、一事業所ではどうにもならないが、居宅ケアマネ等と入所前から協力することでうまく受け入れができたケース等もある。あまり所属的な壁をつくらないほうがいいのかなどという部分も感じている。

## 【経済的な課題を抱える利用者・家族への対応】



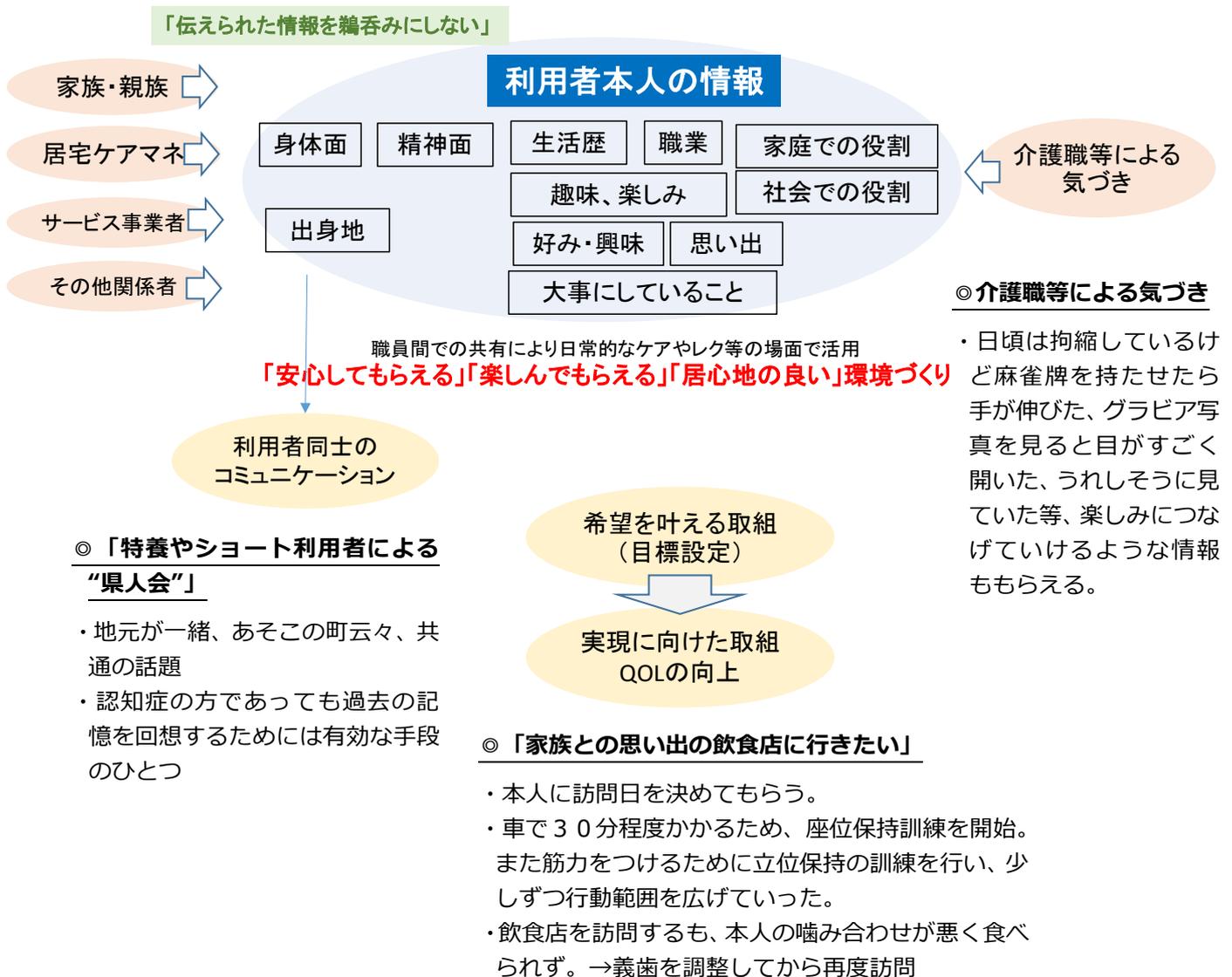
### ◎経済的な課題を抱える利用者

- ・当施設は従来型であり、個室も多床室もある。同じ個室でもユニット型特養に比べれば料金が安くなるため、経済的な負担は軽減されていると思う。それでも利用料が払えない生活保護の方や社福減免が必要な方もたくさんおられる。
- ・最近では、利用料を継続的に支払うことが難しくなる方に対する社福減免であったり、介護保険制度自体をなかなか理解できない高齢介護者の方への説明をしっかりとしながら、その辺りの行政手続きを丁寧にすることが多くある。

### ◎介護者家族への支援

- ・利用者の家族は、高齢になっていて、負担限度額の申請の仕方が分からないとか、市から申請者が送られてくる書類を開封しておらず見ていないことがあったりする。
- ・そういった申請が必要なときには、その都度こまめに家族に連絡を取り、申請に困っていることがないかを確認してサポートしている。

(2) 利用者本人の意思確認が難しい場合、アセスメントにあたって収集する項目と、その後の支援の展開



◎ **本人意思の確認**

「人には必ず意思がある」という認識のもと、日頃の表情や仕草の変化など、意思表示するときの環境に出来る限り配慮することを職員間で共有。

(妄想や幻覚のある本人に対し) 「僕たちが考えている世界観、常識というのは、本人にとっては非常識であって、本人の意思を僕たちが汲み取る能力がなかっただけだった。そういう経験を踏まえて」職員間で認識を共有できた。

### (3) 利用者の希望を叶えるために多職種や関係機関と連携しながら取り組んだエピソード等

#### ◎自宅への帰省と入浴支援（施設内多職種連携）

- ・温泉街で温泉場を営まれていた方。本人から自宅に帰りたいという御要望があり、家族からも一度連れて帰って自宅の温泉に浸からせてあげたいという希望があった。
- ・主治医にも確認して、当日、看護職員、介護職員、相談員も付き添い、職員が抱えて階段を上り、入浴中に体調変化がないか看護職員も一緒に介助をしながら見守りを行い、外出と入浴支援ができた。

#### ◎看取り期の自宅への帰省支援（施設内多職種連携）

- ・本人からも家族からも最後は家に帰ってあげたいという意向が結構聞かれる。在宅に戻るのとはなかなか難しいので、例えば半日自宅で過ごせるような短時間で外出帰省という形で取り組んでいる。
- ・嘱託医に家族の意向を伝え、気を付けなければならない点を確認。点滴や酸素も使っている方もいるので看護師が同行したり、理学療法士も同行して家の状況を確認しながら自宅への帰省を行った。

#### ◎入院した家族との面会、葬儀への立ち会い（医療機関、後見人等との連携）

- ・利用者の妻が入院し、がんで余命宣告を受けた。入院先病院のMSWと打合せ、わずかな時間ではあるがオンラインでの面会機会を設けることができた。
- ・2週間後に妻が亡くなられた。コロナ禍による外出制限中であったが、看護師長や後見人を説得して移動手段を確保し、葬儀にも出席することができた。

#### ◎経口からの食事摂取への支援（施設内多職種、医療機関との連携）

- ・脳梗塞の後遺症になり、失語症もあり、胃ろうで老健から入所された方。
- ・胃ろうでの栄養は他の利用者と食堂で一緒にしていた。他の利用者が食事する様子を見ていても本人も食べたそうな様子であったり、うがいしたときに水をうまく飲みこめたということもあり、本当は食事ができるんじゃないかとスタッフの中から声が出た。
- ・嘱託医や家族と相談の上、本人に確認すると「うん」と頷き、食べたいという様子があったため、嚥下機能評価を行うこととした。車で1時間程度の場所にある嚥下摂食外来のある病院を受診して造影検査をした結果、食事がうまく飲み込めるという評価になった。
- ・そこから徐々に無理せずに食事を食べ始めて、本人も食事が取れることによって、とても表情が変わり、自分で食事がうまく食べられるようになった。

#### ◎地域の文化祭への参加（地域の役員、公民館長等）

- ・趣味の活動で毎日折り紙などの作品を作成して施設内で掲示したり、市の広報誌などにも掲載されるなど、作品作りにやりがいを感じていた方。
- ・地域の公民館の文化祭が開催されるということで、地域の役員さんや公民館の館長さんなどに働きかけて、文化祭での展示が実現された。
- ・開催日には、本人をはじめ家族、一緒に生活している利用者、職員等と一緒に見学に行き、展示を楽しむなど交流を深めることができた。

### ◎施設内での看取り（医療機関との連携）

- ・24時間の医療態勢が施設にないので、生活の場である施設で最後を迎えるにあたって痛みや苦しみ等が伴う場合には、施設での対応が難しくなってくる。
- ・協力医療機関ではないが、市内の緩和ケア病棟のある医療機関と事前に詳細に調整を行い、万が一何かあったときのバックアップ体制を構築しながら最後まで施設で過ごしていただいて看取れたケースがあった。

### ◎施設職員、法人への働きかけ（施設内多職種連携）

- ・居酒屋でビールを飲みたい、アダルトビデオを見たいといった人間として叶えてあげたい事柄が、声の大きい人や役職者の反対で実現できていなかった。
- ・どの項目がクリアになったら実現できるのかをテーマに、小さな話を頻繁に持つようにした。「これだったらやってみてもいいですかね」という話合いの場を増やすようにしている。
- ・利用者やその家族から「ありがとう」という感謝の言葉をもらえたら、関わった人たち全員に大々的に伝えて「やってよかった」を共有し、次の「やってよかった」を探せるよう努めている。

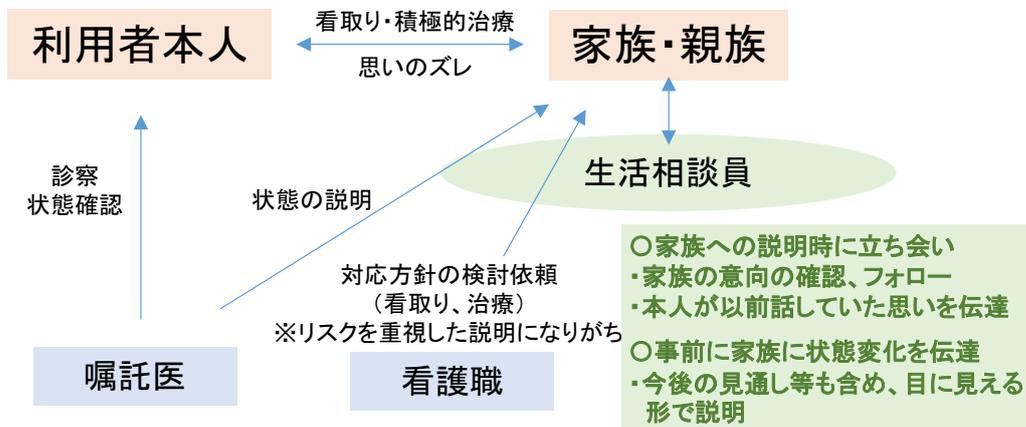
### ◎在宅生活の継続支援

（居宅介護支援事業所、医療機関、地域包括支援センター、民生委員等との連携）

- ・要介護4の親と疾患を抱えた介護者（65歳以上）の世帯で、介護者が倒れて要介護状態の親が1人暮らしになったケース。
- ・在宅を支える専門チーム、ケアマネジメントは、どちらかというところを安心してサービス利用を提案する面がある（リスクがあるから特養入所等）。このケースでは、要介護4の親が一度施設に入所したが、介護者の回復とともに、介護者や要介護4の親から「家で最期まで暮らしたい」という希望が出され、一旦離れた在宅サービスチームを呼び戻して自宅での暮らしを支えていった。そのときに居宅介護支援事業所や医療機関、地域包括支援センター、民生委員等も関わり連携しながら取り組んだ。
- ・日本のケアマネジメントは、リスクがあるなら安心して求めるようなサービスを提案するというスタイルだが、ソーシャルワークはそうではなく、本人の希望にリスクがあっても、リスクと共にどう支援していくかというところ。
- ・（このような考え方を示していくと）ケアマネジャーの意識も変化する。本人は自宅で暮らし続けたいが「在宅はもう無理」と考えている地域の人々に対して、ケアマネジャーからは「本人の家だから本人が住む権利がある」と説明、対応が変化してきた。

(4) 利用者の家族が直面する困難にうまく関わる事ができたエピソード

### 【終末期における家族の選択】



#### ◎終末期における判断の困難さ

- ・利用者の家族が直面する困難の1つとして、利用者に対する医療に係る意思決定がある。急変時だけではなく、高齢の利用者なので終末期の対応についても家族も難しい決断をされると思います。
- ・コロナもあり、なかなか本人の様子が伝わりにくい中で難しい決断をされる必要が出てきたが、伝え方を工夫しながら、家族の思いを伺いながら最後まで意思決定に寄り添えたと思う。

#### ◎ACP実践による家族、施設職員の精神的負担の軽減

- ・本人、家族、医師、施設職員とで繰り返し対話を行いながら決定できたことによって、家族の後悔などの精神的な負担が軽減できた(本人に代わって選択することに負担があったが、みんなで話し合いを行って合意形成ができ負担が軽減)。
- ・看取りに関する精神的なストレスは職員にもある(特に夜勤帯等)。ただし、ACPの方針を職員間で事前に共有しておくことで、職員の死に対する恐怖感が少し軽減でき「最後までよく頑張ったね」と考えられるようになった。
- ・また、家族が延命治療を望むときに、「世間的には延命治療はあまりしていないんです」という職員の主観で助言する面も見られたが、ACPの実践により、職員自身がそれを受け入れる準備ができた(主観で助言せず、「胃ろうにして孫が面会に来る顔を見たいんだね」など、胃ろうにすることによってどう本人が生きるかという視点にも変わってきている)。

### ◎看取り後の介護者の喪失感への対応

- ・毎日のように来て利用者の食事介助をしてくれたり、ユニット内の手伝いをしてくれたりしていた家族。利用者が亡くなり、すごくショックを受けていて、ひきこもることが心配であった。
- ・この方は施設に来るのが日課になっていたのに、施設で働いてみてはどうかと話をし、週 1、2 回だが施設で働くことで日課がなくなるようにつなげたケースがあった。

### ◎施設から在宅に戻った利用者・家族への支援

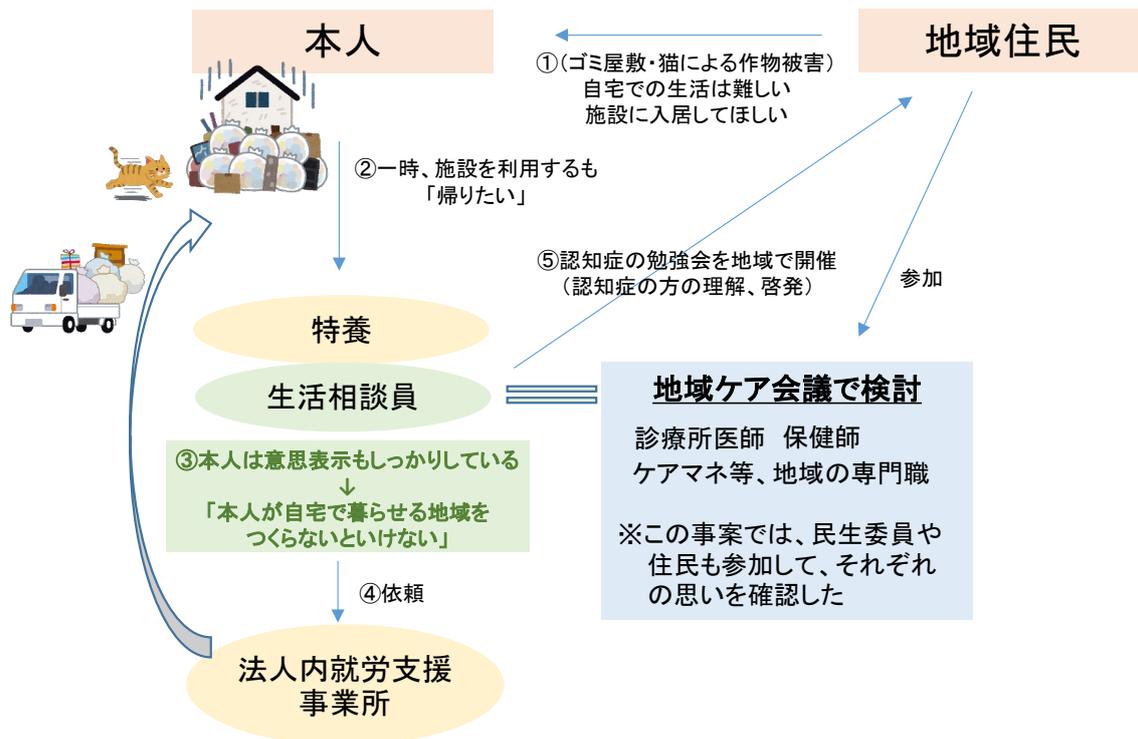
- ・子どものいない高齢夫婦世帯で、パーキンソンの本人を自宅で妻が見ていたケース。
- ・居宅ケアマネジャーを介して本人の施設入所に至ったが、そのときに妻が、本人と今まで一緒に過ごしていたので寂しいという思いが強くなり、自宅に連れて帰りたいという思いが出てきた。
- ・時間をかけて傾聴し、本人は家に戻ることにしたが、その際にもし家で生活ができなくなったり、何かあったときにはショートステイで受け入れられることを伝え、在宅生活を継続できるよう調整を図った。

### ◎本人の入所により衰えが見え始めた在宅介護者への支援

- ・高齢夫婦世帯で、妻がそれまで献身的に本人の介護を自宅でされていたが、本人が施設入居となり、今度は奥さんが、それまで頑張ってきたのに力が抜けて、身体的にも精神的にも衰えていくこともたくさんあった。
- ・その中で、目に見えて妻の認知症が発症したり、進行したり、今までできていたことができなくなるのが面会の度に分かるときには、娘さんや息子さんにも連絡して、その妻についての在宅での介護保険サービスを進めていくように調整することも少なからずあった。

- (5) 複合的な課題、組織又は制度上対応が困難な課題を有する利用者の支援で、  
良い支援ができたと思えるエピソード

### 【地域から排除される高齢者】



### ◎ 地域住民への働きかけ

- ・「認知症はこういうもの」という知識を住民は全く持っていなかったもので、住民が悪いというより、啓発できていないこちらも非常に申し訳なかった。
- ・啓発しながら取組を進めていくと、住民が自然とその方をサロンに誘うようになったり、認知症がありながら日帰り旅行に連れて行ってほしいかなどの変化が起き始めた。
- ・本人を守るということは、その反対する人たちを逆に排除させてしまうという考えになってしまうので、それぞれの立場の正義があるという、これは正解も不正解もないという視点で関わった。相手を批判することもなく、こちらを正当化することもない。ただ側面的に地域の方に対しての認知症の理解を深めていった。
- ・ただし、認知症の人が地域で暮らせるためにサロンをしましよと言ったら、批判が来るわけですが。私たちから「認知症高齢者が増えるなかで地域の中には認知症の方がいるのは当然の時代になってきました、その中で知識として提供できていない部分があるので、それはしましよ」と提案した。

### ◎家族の不安を受け止めて専門職につなぐ支援

- ・自身の健康不安を抱える入所者の家族から、「自分が先に動けなくなった場合どうすればよいか」との相談が寄せられた（成年後見制度の利用は非常に時間が掛かる）。
- ・近隣で高齢者の財産管理サポートをしている法律専門職に相談。家族と専門職で話し合い、支払い等の代理人義務を果たせなくなった場合の対応を依頼して不安を払拭した。

### ◎買物支援バスによる在宅高齢者への支援

- ・買い物に行きたいけれどもなかなか行けない地域で生活のしづらさを抱えている高齢者が結構いる。
- ・社会福祉法人の地域貢献として、複数法人が協力して車両や運転手を用意して月1回希望者が無償で乗車できる買物支援バスの運行を開始。
- ・参加者には介護保険未利用の方も多く、雑談する中で地域の高齢者の困りごとを聞いたり、サービスを紹介したことで実際に公的サービスにつながった事例もある。

### ◎精神疾患のある第2号被保険者の受け入れ

- ・自閉症で重度のスペクトラムの方。信頼関係の構築に向けて関係者が全員で取り組んでいる。
- ・（この利用者を受け入れるにあたり）職員間で対話の場をしっかりと設けたというところがすごく大きい。社会福祉法人としての使命、施設の理念を再確認することができたことで、職員のケアに対する意識が変化し、その方の大事にすることを大切にしていこうとか職員間で共有できたことは、これからのケアに対する中で非常に重要だった。

### ◎身元引受人のいない高齢者の受け入れ

- ・行政から、家族と疎遠になって身元引受人がいないです。認知症もないので成年後見制度の利用も難しいですという方の入所相談があった。
- ・自宅で一人暮らしだが身体的に生活が不安になったため、本人も入所を希望。施設としては、①金銭管理、②手術等の医療同意、③死亡時の対応に対する懸念があり、行政職員や施設内で相談した。
- ・①金銭管理は施設で預り金対応とする、②手術等の医療同意は本人の意思を尊重する、認知症が進行した場合は成年後見制度の利用手続きを行う、③死亡時の対応は行政が対応を行うことで入所に至った。
- ・入所後しばらくして入院となったが、行政が疎遠になっていた家族に連絡して面会にも来てくれ、本人と家族が関係回復した後に見取られた。

## (6) 入居者のその人らしい生活を実現するための地域資源の活用

### ◎ 入所前からの継続した人々との関わり

- ・施設に入ると、もともと所属していたボランティア団体とか、サークルとか、習い事の関わりが結構途絶しがちだが、なるべくそういう関係は維持していけるよう考えている。
- ・とりわけ宗教でつながっている人たちは、よく会いに来てくれたり、話をよく聞いてくれたりするので、アレルギーを感じる職員も多いが、家族に同意を得た上で、その人にとって心的に柱にしているものがあるのであれば、常識的な範囲で大事にしてもらおうと思っている。

### ◎ コロナ禍による外出制限への対応

- ・利用者が一番楽しみなのは、やはり食べ物だと思う。施設から外に出られないのであれば、外から来てもらおうということで、キッチンカーを呼ぶことにした。
- ・一番人気が高かったのはジェラート。ジェラートだと、嚥下能力が低下してゼリー食でもむせたりするのにジェラートは1回もむせなかったとか、すごく反応がよかった。
- ・キッチンカーは2時間だけ来てくれるとか、電源だけ貸してくれれば訪問代は要りませんということが多かったので、結構いい資源だなと思っている。

### ◎ 在宅生活中の地域住民の理解

- ・利用者のその人らしい暮らしを実現するためには住民の理解が大きな影響を与えている。
- ・例えば、1人暮らしで自宅で暮らせないのでないかという住民からの訴えも多々ある中、本人の意向に沿わない施設入所が行われる傾向にあると思う。
- ・一方、自宅にいるときから民生委員とか近隣住民を交えながら、将来的に施設に入所したいか、どういった状態になったら施設に入るのかという話し合いを行ったケースは、本人が施設に入る際の受容や生活の質が異なると経験上考えている。
- ・また、施設に入るまでの住民の見守りも介入してくれる傾向にあったり、そういう意味で利用者のその人らしい生活を実現するためには、施設からスタートではなく自宅で過ごしている間に専門職以外の人たちもどのように本人を理解して、どのような支援を行えるかを地域の方々と考えることが重要だと思っている。

### ◎ 地域住民とのコミュニケーションの場づくり

- ・ある利用者に関しては百貨店で食材を購入することにすごく楽しみを持たれていた。
- ・百貨店の訪問販売（デパ地下スイーツ）を調整し、地域包括の高齢者支援等会議にもかけて地域の方や近くの高齢者の方にも来てもらった。
- ・施設利用者と地域住民が一緒に関われるコミュニケーションの場がつくれている。

### ◎利用者を選択できる多様な関わり

- ・一人一人好みが変わって、静かなところが好きな方もいれば、お祭りみたいなことが好きな方もたくさんいるので、それぞれが、そう思ったときに参加できるような環境づくりに取り組んでいる。
- ・地域の自治会会合に参加して行事の手伝いを行い、利用者が参加しやすい環境を整えたり、保育園児のお泊り保育時に入浴設備を利用してもらい、代わりに施設の行事ごとに保育園児に来てもらっている。
- ・また、家族会の役員とともに利用者の楽しめることを毎月検討したりして、利用者それぞれがやりたいことができる環境、選択肢を持つような形で、多くの機関と関係を維持している。

### ◎法人内のネットワークを活用

- ・コロナ禍のため、以前に比べると地域との関わりが大分希薄になってきている。市内には法人の施設がいくつかあり、施設間で情報を共有して利用者の希望にも沿えるよう取り組んでいる。
- ・例えば、農作業や土いじりが趣味の利用者がおり、久しぶりに外に出て何かしたいという希望があった。ある程度、感染予防に対応できるような場所を探している中で、グループ法人内の施設間で情報を共有したところ、ある施設長さんの伝手で、近くの農園で収穫体験ができるという声掛けをいただき、希望される方々をお連れしたということがあった。

### ◎地域の一員としての施設

- ・地域の資源を活用するには、施設が地域の一員である必要があると考えており、町会に加入したり、地域のイベントの手伝いに行ったりもしている。
- ・施設が地域の一員だと認められると、地域でのイベントやいろいろなことに誘ってもらえたり、入居者も地域の一員として参加することができていると思っている。
- ・地域の皆さんから施設のイベントの手伝いやボランティア等の声掛けをもらえる関係性をつくることで、お互いにウィン・ウィンの良好な関係をつくる必要があると考えている。

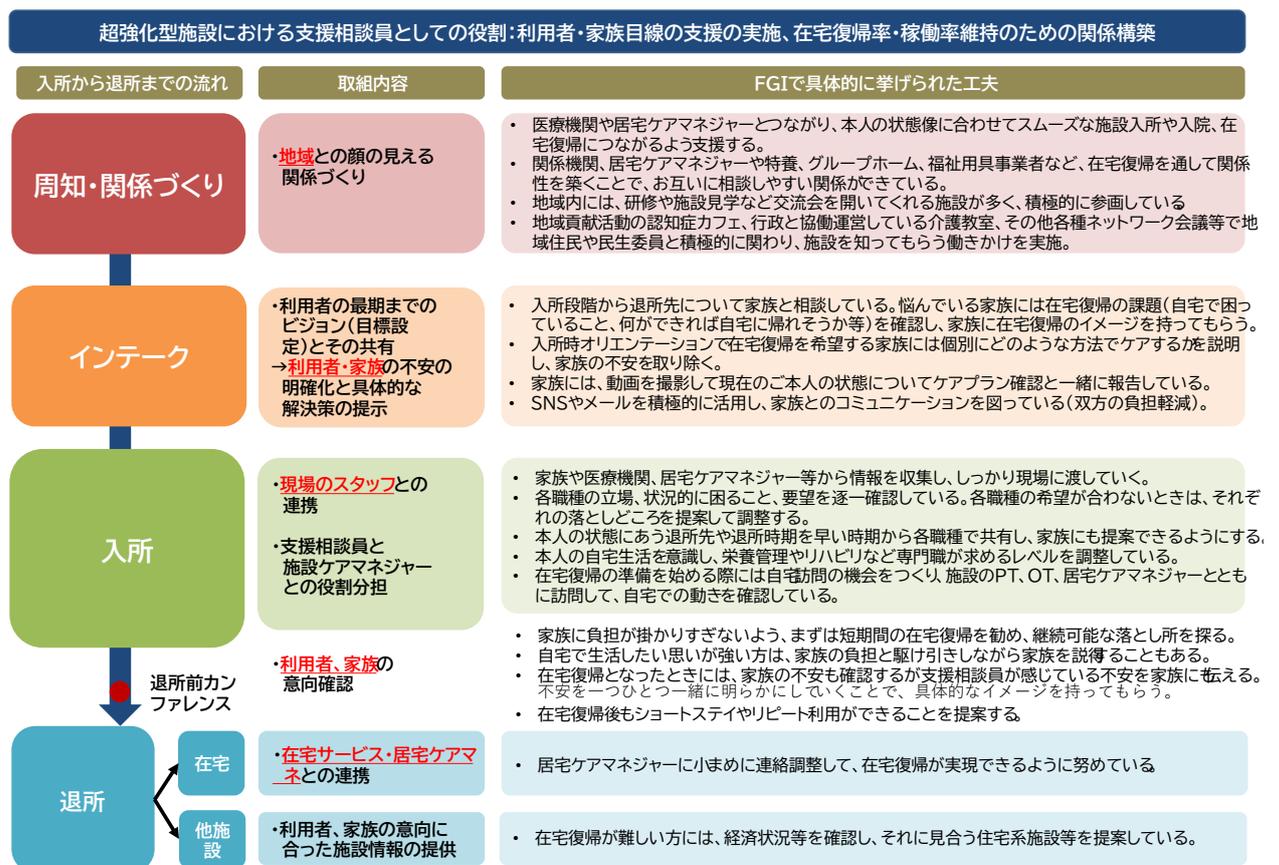
## 2. 介護老人保健施設支援相談員 フォーカス・グループ・インタビュー結果

本年度実施した介護老人保健施設（超強化型）の支援相談員に対するFGIは、昨年度調査結果を検証することを目的として、下記4項目をテーマに実施した。

### 《調査項目》

- (1) 「施設内の他の専門職との連絡調整」、「退所前後の訪問」、「地域住民や民生委員等との関わり」、「地域貢献活動の業務」、「利用者の家族への支援」において、特に意識して取り組んでいること
- (2) 「在宅復帰・在宅療養支援等指標」のうち、「在宅復帰率」、「ベッド回転率」、「喀痰吸引を要する入所者割合に関すること」において、特に意識して取り組んでいること
- (3) 利用者の在宅復帰に向けて、特に意識して取り組んでいること
- (4) 地域共生社会の実現に向け、特に意識して取り組んでいること

その結果、昨年度調査で得られた支援相談員としての役割として整理された取組の多くを再確認することができた。



調査項目①「施設内の他の専門職との連絡調整」、「退所前後の訪問」、「地域住民や民生委員等との関わり」、「地域貢献活動の業務」、「利用者の家族への支援」において、特に意識して取り組んでいること

#### ア. 「施設内の他の職種との連絡調整」

- ・超強化型を継続していくために、施設内の各専門職との連携はとても重要であり、現在はインカム導入によって業務効率化を図っている。

- ・スムーズな退所と在宅復帰後の生活が送れるように、退所前後の連携に意識して取り組んでいる。老健ではリハビリの役割が大きく、日々入所者のADLや思い、注意点等を実生活に結びつけ、危険リスクが極力少なくなるようにケアマネジャー等とサービス調整面で行っている。また、栄養士やリハビリ職、看護師等がリスクマネジメントを行い、規則正しい生活を送ることに力を入れている。しかし、自宅ではそこまでできないというギャップが生じるため、間に入ってうまく調整しながら、本人が自宅で有意義に生活できることに重きを置いている。

自宅に戻った後も、家族に負担がかかり過ぎないように、まずは1か月とか2週間帰ってみましょう、無理ならいつでも戻ってきて大丈夫ですよ、と受け皿を用意して、継続可能な落としどころを探っている。中には、このまま家で頑張りますと家族の思いが変わることもある。一人ひとり生活スタイルも思いも違うため、なるべく個に寄り添う対応をしていきたい。

なお、退所後も併設の通所リハビリに通ってもらうことが多く、そこで変化に気づいてショートや本入所につながる方もおり、日々連携して行っている。

- ・支援相談員が施設ケアマネジャーを兼務しており、入所相談から施設内でのマネジメントも含めて担当している。支援相談員は家族や医療機関、居宅ケアマネジャー等とつながっているため、必要な情報を収集してしっかり現場に渡していくことを日々取り組んでいる。

地域の医療機関や居宅ケアマネジャーとつながることで、本人の状態像に合わせた医療や介護が可能となり、スムーズな施設入所や入院、在宅復帰につながるよう支援している。

- ・併設の診療所、居宅部門（デイサービス、デイケア、訪問看護、訪問リハビリ）があり、週1回、包括ケアカンファレンスを診療所が開催し、そこで利用者の情報交換をしている。自治体の規模も小さいため、その中で包括ケアとして情報交換しながらずっと進めてきた。

- ・各職種の立場、状況的に困ること、要望を逐一確認している。各職種の希望が合わないときは、それぞれの落としどころを相談員が提案して調整している。毎週、入退所予定や入所者の状態などの報告・相談を各職種と行っており、本人の状態に合った退所先や退所時期を早い時期から各職種で把握し、家族にも相談して提案できるようにしている。

## イ. 「退所前後の訪問」

- ・施設の専門職だけではなく、居宅ケアマネジャーや家族の調整も必要になるため、調整表を準備して調整ミスが起きないように工夫している。
- ・入所前訪問は契約のこともあるため行いやすいが、退所前後はリピート利用の方も多いため、飛ばしてしまう部分もある。
- ・当施設では、主にPTとケアマネが退所前後訪問を行っている。退所前に本人を自宅に連れていき、自宅での生活が継続できるかを本人・家族と相談・確認してきてもらう。その結果を基に、退所までの課題や退所時期について各職種で再度相談して共有している。

## ウ. 「地域住民や民生委員等との関わり」「地域貢献活動の業務」

- ・地域貢献活動業務として認知症カフェがあり、積極的に参加している、また、村と施設で企画・運営をしている「楽々介護教室」では、今年度は排泄や栄養、入浴等の支援の仕方をテーマに実施したが、司会や運営協力を行っている。また、併設病院の精神科医師による認知症の講演会を行ったり、行政からの依頼で見守りネットワーク会議やふくし懇談会を行い、地域住民や民生委員と積極的に関わり、我々を知ってもらう働きかけを行っている。
- ・地域包括と連携しながら、老健として参加できるところに参加している。
- ・コロナ禍のためあまりできていないが、今年の夏はお祭りを開催して地域住民や様々な職種の方に来ていただき、そこで相談を受けたり交流を図った。顔を合わせることを大切にしており、できる限りその人と対面で話しをすることを意識している。
- ・なるべく老健の強みを生かし、頻度は多くはないが講座を定期的に開いている。リハビリ職による整体やマッサージ、家族向け講座のほか、認知症の方の家族向けに困りごとを語り合う場を設けたり、一般向けに介護のドキュメント映画会を開催するなど、できる範囲で行っている。
- ・以前は夏祭りの前にボランティアを募って介護教室を実施していたが、コロナ禍になりそれができなくなった。

## エ. 「利用者の家族への支援」

- ・コロナ禍になり直接会える機会が減ったが、家族が支払い等で窓口に来た際に声を掛けている。家族に私たちが寄り添うことで、少しでも安心感につながるのではないかと考えている。本人に帰宅願望がある場合は、家族にも協力してもらえるよう積極的に働きかけている。
- ・LINE やメールを積極的に活用して、家族とコミュニケーションを取っている。事故や体

調悪等の緊急時は電話だが、普段の様子の連絡やケアプランの同意もオンラインで行っている。家族が時間のあるときにゆっくり見てもらい、LINE で質問を返してもらう。何か依頼するときの連絡も LINE で行くと家族も後で確認しやすいため、そのようにしている。お互いに負担が減った。

- ・入所前面談や見学を行ったり、入所後も必要に応じて相談を受けることで安心して入退所してもらえるようにしている。入所中は定期的に各職種と一緒に状態報告、方向性検討や確認を実施して、家族の疑問点や不安をすぐに解消できるようにしている。

調査項目②：「在宅復帰・在宅療養支援等指標」のうち、「在宅復帰率」、「ベッド回転率」、「喀痰吸引を要する入所者割合に関すること」において、特に意識して取り組んでいること

#### ア．「在宅復帰率」

- ・超強化型では 50%超の在宅復帰率が必要になるため、入所段階から退所先について家族と相談している。悩んでいる家族には在宅復帰の課題（自宅で困っていること、何ができれば自宅に帰れそうか等）を確認し、家族に在宅復帰のイメージを持ってもらう。在宅復帰が難しい方には、経済状況等を確認し、それに見合う在宅系の施設等を提案している。
- ・インテークのときに、家族にどういう状態になれば自宅に帰れるか、この先どう考えているか、どこの施設を申請しているかなど、聞き取りやすい形で確認している。在宅復帰を目指しているため、その目安が立ってきた段階で PT・OT と一緒に訪問予定を立てている。どうしても自宅に帰れない場合は、介護度が低い方には有料老人ホーム等を紹介し、退所の道筋をつけて在宅復帰扱いとしている。特養待機者には入所期間が若干長めの方もいるが、特養の相談員とも顔の見える関係ができているので、なるべく入所の古い方から調整を依頼している。また、在宅退所と施設退所の人数を見ながら、月を越えての調整をしたり、そういったことも行っている。
- ・当施設では、施設の都合で退所してもらったり在宅復帰してもらうことはしないという理念があるため、入所申込段階で方向性を決めてもらったり、特養を申し込んでおいてくださいということは一切言わない。社会福祉士の支援相談員が本人を見て、その人に合った方向性を一緒に考えていく。本人の ADL も家族の事情も経済状況も含めて全部マネジメントするものだと考えている。  
在宅復帰率はリピート利用に頼っている部分が多い。また、介護者がいない方が多いため、とりあえず老健に入って帰れるかどうかやってみて、リハビリ後は本人のニーズに合ったところで住宅系を探していくことになる。
- ・長期的に在宅復帰する方は少なく、ほとんどは一時退所、短期間退所して再入所する。ただ、短期間退所でも家族に一生懸命やってもらう必要があるため調整が大変であるが、社会福祉士として多方面の聞き取りを行ったり、調整・連携を図ることが欠かせない。これ

をしないと、気持ちよく自宅に帰ったり、また施設に戻ってくるができないことを日々痛感している。

自宅で生活したい思いが強い方は、家族の負担と駆け引きしながら家族を説得することもある。まず、本人の気持ちを優先していただきたいと伝えつつ、どうしても駄目なら戻ってきてくださいと、本人の思いを重視するときもあれば、家族の思いを優先しなければいけないケースも多々ある。

当施設では、各専門職が継続判定会議を開きながら、その人に応じた方向性を決めている。意見が食い違うこともあるが、そこを調整するのが我々の仕事であり、各専門職のつなぎ役であったり、地域のサービス調整というところが支援相談員として日々問われている。

- ・介護保険の認定期間の中で、半分は在宅サービス、半分はショートステイを使えると捉えて、当施設のショートステイや在宅系施設を使ってもらう。介護度1~3の方は1か月間、介護度4、5の方は2週間、自宅やショートステイ、在宅系施設を組み合わせ退所していただく。全日程を自宅で頑張る方もいるので、そのときは手厚くサービスを入れたり、調整を行っている。
- ・長期的に帰る方は本当に少ない。入所時オリエンテーションの中で在宅復帰を希望する家族には個別にどのような方法でケアするかをきちんと説明して、家族の不安を取り除くようにしている。その後の訪問やサービス担当者会議で、いろいろな職種から本人の様子を伝えて、居宅のケアマネジャーにも小まめに連絡調整して、在宅復帰が実現できるように努めている。これが在宅復帰や回転率にも影響してくる。

#### イ. 「ベッド回転率」

- ・一般棟と認知症専門棟を見ながら入退所を組んでいる。認知症専門棟の利用者は、他施設での受入れが難しいことが多いため、BPSD等の周辺症状がある場合は、各職種と相談して環境調整や対応面を工夫して、できるだけ行動がなくなるようにして、他施設に依頼している。入所依頼が来たときには基本的に受入れている。
- ・併設の有床診療所があるため、ターミナルケア目的で入所する方も受け入れて回る体制はできている。
- ・特養への退所はほとんどない。環境が変わると認知症も進むし、特養待機している中で、当施設にいて慣れてきたから移りたくないという利用者が多い。そういう方には、経口摂取ができる限りはいてくださいという施設なので、そういう方が喀痰吸引や重度者のほうに入ってくる。そういうことをしていると回転率は勝手に10%を超えてくる。

#### ウ. 「喀痰吸引を要する入所者割合に関すること」

- ・あまり意識していない。併設病院からの依頼が多く、特に断ることなく受入れをしている。

- ・経管栄養も喀痰吸引も以前に比べると大分減少しており、個々に相談して受入れをしている。施設開設時は、胃ろうや経鼻の利用者がすごく多く、これ以上入れないでくださいという声もあったが、現在はそういうことはなくなっている。
- ・喀痰吸引は社会福祉士の出番ではなく、看護師にどのぐらいキャパがあるかを確認しながら受入れ調整を行っている。経管栄養の方は本当に減っている。自然な形で看取りたいという家族が実際に多く、当施設でも経口摂取が難しくなってきた場合は看取りを選択する方が多い。  
病院からの紹介で新規に経管栄養で入ってくる方は少なくなっており、喀痰吸引、経管栄養のポイントは低い。時代に合わせてやっているため、そこには重きを置けないと考えている。
- ・喀痰吸引を要する入所者の割合で調整するときには困ることはほぼない。経管栄養については、経管栄養の方が看取りで亡くなられると人数が少なくなる。基本は在宅復帰を目指す方に入所してほしいが、経管栄養の方が少なくなる場合には入所順番の調整を行っている。

#### 調査項目③：利用者の在宅復帰に向けて、特に意識して取り組んでいること

- ・在宅復帰率と回転率を意識している。入所後や退所前後訪問には支援相談員のほかりハビリやケアマネジャー、看護師等の専門職にも行ってもらうが、同時期に入退所が重なることもあり、訪問が1日に数件重なることもある。そのため、できるだけ時期をずらすように調整している。  
また、帰宅願望が強い本人の希望を叶えるために、家族には農閑期の協力をお願いしている。本人はとても帰りたいということを伝え、年1回帰るということも実現している。年1回ではあるが、そこには協力してくれる居宅のケアマネジャーも必要になるので、地域のケアマネジャーとの関係性も大事にしながら、本人や家族にも寄り添うことを常に意識している。
- ・入所前面談の際に、家族を追い詰めないように心がけている。疲弊して老健入所される方もいたり、思いがけず入院してしまい困惑する中で初めて老健に入所する家族もおり、入所時点で今後の方向性を決めていきましょうとはなかなか言えない。一応老健なので、リハビリしたら自宅に帰っていただく施設ですよ、いろいろな方法があるので、まずは本人に慣れていただき、どこまで機能回復するか経過を見ながら報告、相談するなかで一番よい形を一緒に考えていきましょう、と話している。
- ・リピート利用の方は慣れているので、それほどハードルはないと思うが、いざ自宅に戻るとなるときには、家族の不安も確認するが支援相談員が感じている不安を家族にも伝えるようにしている。例えば、この方は夜12時過ぎにトイレに1回起きるが、家族は行けますか等。  
家族の生活リズムもそれぞれ異なるので、率直に家族に夜間のトイレ介助や自宅内の移

動は大丈夫ですか、と確認している。事前にそういうことを家族に伝えると、本人の現在の状態理解にもつながる。不安を一つひとつ一緒に明らかにしていくことが大事だと思いい支援している。

- ・当施設は、開所当時から長く入所できる施設ではないと周知しており地域にも浸透している。居宅ケアマネジャーも利用者家族にはそのように話してくれるので、入所する方はほぼ在宅復帰か次の施設という形で利用している。どうしても老健にいたい方には、状態を評価して特養に移れるのであれば特養を勧め、看取りが近い方は継続利用してもらっている。

最初から在宅復帰を希望して入所する方もいれば、入所後に他職種との評価の中で自宅に帰れる可能性が出てくる方もいる。家族には、動画を撮影して現在の本人の状態についてケアプラン確認と一緒に報告している。

在宅復帰の準備を始めるときは自宅訪問の機会をつくり、居宅ケアマネジャーや施設のPT、OT とともに訪問し、自宅での動きを確かめている。また、在宅復帰時期の目安まで確認できた場合は、それに向けて強化する点を確認してリハビリを行う。そのような形で在宅復帰して、その後はリピート利用してもらい、最終的には特養に移るというパターンが多い。

- ・最近、経済的に困難な方が多く、限度額認定証を紹介しているが、老健が安いから老健から移動したくない方が増えている。当法人グループには、サ高住や有料、特養、グループホームなど様々な施設があるが、15万円も払えない、しかし在宅ではもう難しい方が増えており、そういう方を在宅復帰させることが困難になってきている。ケアハウス等を紹介できればよいが、本人の状態的にケアハウスも難しい。また、地域にある施設も食事介助の必要な方の受け入れが難しいところが増えており、そのような方を自宅に帰すためには、サービスを使いながら、家族にも協力してもらうことが重要になっている。そのため、家族への指導も行っているが、過疎化や高齢化が進む中で、入所者と同じ年齢層の家族に指導して、在宅介護をしてもらうことは大きな負担になっている。そこを補える居宅サービス事業者にも余裕がなく、無理にお願いすることも行っている。

#### 調査項目④：地域共生社会の実現に向け、特に意識して取り組んでいること

- ・地域内には、研修や施設見学など交流会を開いてくれる施設が多く、積極的に参画している。自分達はその施設の中を知る、他施設を知ることで家族に提案しやすくなるため、積極的に参加して、その施設の方とも顔見知りになって、やりやすいようにしている。また、こちらから地域の病院や施設に挨拶に伺い、そこで施設の空き状況等を伝え、紹介いただくような関係を築くようにしている。
- ・個人的な活動としては、地域の社会福祉士会の活動に賛同して、可能な範囲で参加している。老健ではリスクマネジャーとしても活動しているので防災への興味が強くなり、地域の社会福祉士会でも被災地支援の委員会に加入している。防災士資格も取得して、地域の

防災士会にも参加するようになり、地域や施設に還元できればと考えている。

- ・現在の施設に勤務してから、居宅ケアマネジャーからの相談内容が「在宅限界なので入所させてください」という相談がとても多く、老健の使い方が下手だと感じた。以前の地域では、在宅生活を頑張っている方がADLが少し落ちてきたのでリハビリ目的で2~3か月入所するなど、在宅生活を長くするために利用する形で、地域の方にうまく使っていた。しかし、この地域では、一昔前の特養化した老健のような使い方をされており、もったいない。居宅ケアマネジャーも、在宅でその方が長く生活できるほうが長く関わっていけるため、少しずつ普及活動したいと考えている。

支援困難な方に地域包括が熱心に関わってようやく小規模多機能につなげ、何とかデイに来てくれるようになったが、足腰が弱っておりリハビリを希望する方もいる。そういった事業所と協力して老健のリハビリを使ってもらい、生活環境も見直して在宅生活継続を支えるなどして、地域で良い循環をつくっていきたいと模索している。

- ・関係機関、居宅ケアマネジャーや特養、グループホーム、福祉用具事業者など、在宅復帰を通して関係性を築くことで、お互いに相談しやすい関係ができてきた。

居宅で様々なケースを抱えるケアマネジャーからすると、老健の魅力は規則正しい生活や服薬管理、リハビリである。生活の質を上げられるという希望を持って利用する方の期待に応え、また地域に帰っていただくという関係性ができてきた。

強化型になって一時在宅、一時退所の回数を増やしたことで、居宅ケアマネジャーとの連携がたくさん取れるようになった。それにより、いろいろなメリットが生まれている。

- ・当施設が行う地域貢献活動に積極的に取り組むことで、地域住民や民生委員の方々から相談を受けることがある。そのときにアドバイスしたり、当施設を知ってもらえるように積極的に関わり、人間関係をつくっていくことにつながっている。

コロナ以前は施設で行事等をしており、地域の子供たちにも施設に来てもらって施設を知ってもらう機会をつくるよう取り組んでいた。現在は、残念ながら行えていないので、現在は我々が地域に出ていき、そこで地域住民と触れ合うことで何かできることがあれば、と考えている。

### Ⅲ. 考察

#### 1. 介護老人福祉施設における生活相談員について

本調査では、FGI 調査を通して、介護老人福祉施設における生活相談員の役割等について、調査結果に基づき、以下の3つの視点から考察を行う。

##### (1) 施設において期待されている役割

介護老人福祉施設とは、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）（以下「介護老人福祉施設省令」という。）第1条の2の規定により、「施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とするものでなければならない」とされている。

また、介護老人福祉施設省令の基本方針において、次のとおり規定されている。

- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

特に、「入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って」は、社会福祉士の倫理綱領にある、人間の尊厳と人権に該当する。人間の尊厳では、すべての人々を「かけがえのない存在」として尊重することを原理としており、利用者一人ひとりの意思や人格を尊重し、その価値観やニーズを理解しようとする姿勢に通じる。

次に、人権では、すべての人々が生まれながらにして侵すことのできない権利を有することを認識し、その権利の抑圧・侵害・略奪を容認しないことを原理としており、利用者の意思決定を尊重し、自己決定権を保障すること、また、差別や虐待から利用者を保護することを意味する。そのため、人間の尊厳と人権を尊重し、利用者一人ひとりの主体性を尊重するという社会福祉士の倫理的な責任を表している。

また、その他の倫理原則との関連性を見ると、社会正義は、利用者の意思を尊重し、そ

の権利を守ることは、差別や抑圧からの解放、平等な社会の実現にもつながる。多様性の尊重は、利用者一人ひとりの意思や価値観を尊重することは、多様性を尊重する社会の実現にも貢献する。全人的存在は、利用者の意思や人格を尊重することは、その人の生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面すべてを尊重することでもある。このように、社会福祉士倫理綱領の様々な原理と密接に関連している。

期待される役割の視点から見ると、病気や障害等によって要介護状態になると、判断能力や身体機能の低下がみられ、意思決定が困難になる場合がある。

生活相談員は、入居者の意思を尊重し、意思決定を支援する役割を担っている。具体的には、入居者の話を丁寧に聞き、その背景となる生活歴等を予め理解した上で、必要に応じて入居者が意思決定に必要な情報を提供することである。

また、入居者の意思決定能力が低下している場合には、家族や他の専門職をはじめ、関係機関と協力して、入居者にとって最善の利益となるような意思決定を支援する役割が期待されている。

介護老人福祉施設には、介護職員、看護職員、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職がおり、生活相談員は、これらの多職種と連携して、入居者に対して質の高いサービスを提供する必要がある。特に、入居する際にあたっては、日常生活動作（ADL）をはじめ、病気や障害の程度、服薬状況、食事の形態、具体的な介護の内容、生活歴等の多岐にわたる情報を収集し、入所にあたって課題がある場合には、他の専門職等と調整等を行い、入所後の生活が入所前の生活と連続するよう、多職種連携において中核的な役割が期待されている。

また、介護老人福祉施設は、地域社会の一員として、地域との連携を強化することが求められていることから、生活相談員は、地域包括支援センター、医療機関、居宅介護支援事業所などの地域における関係機関と連携して、入居者の生活を支援する役割も期待されている。

その他にも生活相談員は、家族からの相談に応じ、入所に関する相談、介護に関する相談、生活に関する相談、金銭に関する相談など、多岐にわたる。苦情を受けた場合においても生活相談員は、苦情の内容を丁寧に聞き、多職種と協力しながらその原因を調査し、解決策を提示するなどの役割が期待されている。

## (2) 対入居者、対施設、対地域に対して果たしている役割とその成果

### 1) 対入居者

生活相談員としての役割としては、FGI 調査における「利用者の希望を叶えるために多職種や関係機関と連携しながら取り組んだエピソード等」から図表 2-1 のとおり整理することができる。

大きく大別すると希望を叶える支援と多職種・多機関との連携に整理することができる。希望を叶える支援として、生活相談員は、利用者の希望を叶え、その人らしい人生を送ることを支える重要な役割を果たしていることがわかる。また、多職種・

多機関との連携は、利用者の希望を叶え、その人らしい人生を送ることを支える上で重要な役割を果たしていると言える。関係機関と積極的に連携し、利用者にとって最適な支援を提供できるよう努めており、入所者が生活を送る上で重要な役割を果たしていることが分かった。

図表 2-1

役割	内容	具体的な事例
希望を叶える支援	自宅への帰省支援	温泉街で温泉場を営んでいた方の自宅への帰省と入浴支援、看取り期の自宅への帰省支援
	入院した家族との面会、葬儀への立ち会い	入院中のオンライン面会、コロナ禍での移動制限を克服し、葬儀への参列を実現
	経口からの食事摂取への支援	脳梗塞の後遺症により胃ろうを使用していた利用者の食事再開の支援
	地域の文化祭への参加	趣味の折り紙作品を地域の文化祭で展示
	施設内での看取り介護	協力医療機関と連携し、施設での看取りを実現
	施設職員や法人への働きかけ	利用者の希望を叶えるための環境づくり
多職種・多機関との連携	施設内の多職種連携	看護職員、介護職員、相談員が協力し、利用者の希望を叶える
	医療機関との連携	主治医、嘱託医、緩和ケア病棟の医師と連携し、医療面からのサポート
	地域包括支援センターとの連携	地域の資源を活用し、利用者の生活を支える
	居宅介護支援事業所との連携	在宅生活の継続に向けた支援
	民生委員との連携	地域における生活支援

## 2) 対施設

生活相談員としての役割として、特に、FGI 調査における「入所にあたって課題を抱える利用者の受け入れあたり取り組んでいること」からみると、入所を希望する利用者の中には、医療ニーズの増加、経済的な課題、介護者家族への負担など、様々な課題を抱えている利用者及び家族は少なくない。

生活相談員は、これらの課題を抱える利用者に対して、利用者の状態によっては、ことから関係職種と協議を行い、利用者にとって最適な受け入れ体制を検討するなど重要な役割を果たしている。

### ①医療ニーズのある利用者への対応

医療機関からの紹介などにより、医療依存度の高い利用者が入所すると、介護

現場の負担が増加し、介護職員からの反発も起こり得ることから、生活相談員は、利用者の医療ニーズを丁寧に把握し、当該施設内において介護が可能かどうかを含め、当該施設内できる対応可能な介護の範囲を説明したり、調整したりする。必要に応じて、病院のソーシャルワーカーと連携し、当該施設内における医療処置を減らすなどの調整を行う。

## ②課題の細分化と諦めない姿勢

生活相談員は、集団生活に馴染まない行為や他の利用者や職員等への悪影響が呼ぶような問題行動の原因を分析し、課題を細かく分解している。当該行動の背景には、認知症や身体機能の低下など、様々な要因が考えられる。生活相談員は、これらの要因を一つ一つ丁寧に分析し、解決策を探る。

実際の問題とされる行動の原因を分析に基づき、環境調整、介護方法の工夫、他の専門機関等による支援など、様々な方法があることから、生活相談員は、利用者にとって最適な解決策を提案し、施設職員や関係機関と粘り強く交渉し、受け入れを実現する。

さらには、生活相談員は、介護職員等への情報提供を行い、当該行動への対応方法を共有するなどして施設全体で柔軟な対応ができる体制を構築することで、様々なニーズに対応できる環境づくりを果たしている。

## ③経済的な課題を抱える利用者への支援

利用者や家族の経済状況を把握し、必要な支援を行う。具体的には、経済状況の把握として、利用者や家族の収入、支出、貯蓄などの情報を聞き取るなどして経済状況を把握し、生活保護や介護保険制度などの利用状況を確認する。

その経済状況に基づき、必要な支援を検討する。具体的には、利用料の減免措置や公的支援の申請など、利用者にあった支援方法を提案する。さらには、介護保険制度を利用する場合は、限度額適用認定証の交付手続きをはじめ、必要に応じて、市区町村の福祉課、介護保険課、社会福祉協議会などの関係機関と連携する。

また、利用者や家族がスムーズに必要な支援を受けられるよう、関係機関との調整を行う。生活相談員は、利用者や家族の経済状況を把握し、必要な支援を行うことで、経済的な不安を抱える利用者や家族が安心して生活できる役割を果たしている。

## 3) 対地域

生活相談員として介護老人福祉施設が立地する地域とのつながりを活かし、利用者のその人らしい生活を実現するための役割を果たしている。利用者が当該施設に入所すると、これまで築いてきた地域とのつながりが断ち切れてしまうケースが多く見られることから、生活相談員は、利用者のその人らしい生活を実現するために、地域とのつながりを維持・強化し、地域資源を活用することが求められている。

### ①入所前からの継続した人々との関わり

具体的には、ボランティア団体、サークル、習い事など、利用者がもともと所属していたグループとの関わりを維持できるよう支援や家族の同意を得た上で、宗教活動など、利用者にとって精神的な支柱となる活動への参加、地域住民との交流イベントなどを企画し、利用者が地域社会とのつながりを実感できる機会を提供していることがわかる。

### ②コロナ禍における外出制限への対応

コロナ禍における外出が制限されている状況下でも、利用者が楽しめるよう、キッチンカーを招いてスイーツ販売を行うなど、新たな取組などがみられた。地域の福祉サービスやボランティア団体との連携を強化し、利用者への支援体制を構築したり、オンライン交流ツールなどを活用したり、利用者と家族や地域住民との交流を促進するなどの役割を果たしている。

### ③地域住民の理解と活動

民生委員や近隣住民と連携し、利用者が入所前も安心して自宅で暮らせるよう見守り体制の構築をはじめ、地域包括支援センターなどの関係機関と協力し、地域住民への認知症高齢者への理解促進活動にも取り組んでいる。

また、利用者の趣味や特技を活かしたイベントを企画し、地域住民との交流の場を提供し、地域住民向けの講演会や健康教室などを開催するとともに、地域の祭りやイベントに積極的に参加し、利用者が地域社会の一員として活動できる機会を提供している。

生活相談員は、地域とのつながりを活かし、利用者のその人らしい生活を実現するために様々な役割を果たしている。地域住民との相互理解を深め、信頼関係を築くことで、利用者が地域社会の一員として安心して暮らせる環境づくりの役割を果たしている。

(3) 利用者の地域生活の支援や地域共生社会の実現に向けた取組とその成果

地域共生社会の実現には、制度・分野の壁を超えた多様な主体の参画と、住民一人ひとりの「暮らしと生きがい」を地域で共に創るという視点が重要である。

FGI 調査で語られた特徴的な二つの実践である、地域住民への働きかけと買い物支援バスから、地域共生社会の実現に向けた具体的な取り組みとその成果を考察する。

1) 地域住民への働きかけ

課題	取組	成果	役割
認知症への理解不足	認知症カフェ	地域住民の理解が深まった	権利擁護 代弁
偏見・差別	認知症サポーター養成講座	偏見・差別が減少し、受け入れられるようになった	エンパワメント 仲介
安心して暮らせる環境の不足	地域イベントへの参加	安心して暮らせる環境が整備され始めた	

2) 買い物支援バスによる在宅高齢者への支援

課題	取組	成果	役割
買い物の困難	買い物支援バスの運行	買い物の困難の解消	調整 組織化
社会的孤立	地域のお店との連携	交流機会が増え、孤立が解消された	社会資源開発
地域経済の衰退	高齢者の見守り	地域経済の活性化	

これらの事例から、生活相談員は地域共生社会の実現に向けた多様な役割を果たしていることが分かる。

ニーズの把握と必要な支援の提供として、生活相談員は、地域住民や高齢者等と直接接することで、それぞれのニーズを把握し、必要な支援を提供することができる。

また、関係機関との連携によって、生活相談員は、地域の行政機関、関係施設、医療機関、関係団体など、様々な関係機関と連携することで、地域共生社会の実現に向けた取組を推進することができる。

地域住民の啓発として、生活相談員は、地域住民への啓発活動等を行うことで、認知症等に対する理解を深め、地域共生社会の実現に向けた意識を高めることに貢献することができる。

地域共生社会を実現するためには、生活相談員をはじめ、地域住民、行政機関、医療機関、関係団体など、様々な主体が連携し、それぞれの役割を果たしていくことが重要である。これらの取り組みを継続し、さらに発展させていくことで、すべての人が自分らしく安心して暮らせる地域共生社会の実現が期待されるといえる。

#### (4) 社会福祉士の有効性

介護老人福祉施設における社会福祉士資格を有する生活相談員は、専門的な知識と技術を活かし、多様な役割を担うことで、利用者の尊厳を守り、その人らしい生活を支える重要な役割を担っている。FGI 調査の結果から、社会福祉士の有効性を、アセスメント、多職種連携の中核、エンパワメント、生活の継続という4つの視点から考察する。

##### 1) アセスメント

社会福祉士資格を有する生活相談員は、利用者や家族の課題を多角的に捉え、細分化することで、個別支援に最適なアプローチが可能である。単に介護保険制度や地域資源に関する知識を活かすだけでなく、本人の性格、価値観、生活歴、家族関係、社会環境などを詳細に評価し、課題の背景にある潜在的なニーズを把握しようと試みる。面接、家族や関係機関への聞き取りや、家屋等の環境状況の調査など、複数の評価方法を組み合わせることで、より客観的で多角的な情報の収集を行う。さらに、本人の意思を尊重し、主体的な参加を促すコミュニケーションを図ることで、信頼関係を築き、より効果的な個別支援を可能とする。

##### 2) 多職種連携の中核

社会福祉士資格を有する生活相談員は、施設内の職員や関係機関と積極的にコミュニケーションを図り、本人のニーズに合わせた施設環境の整備と関係機関との連携強化を推進する。単に施設環境の整備を提案するだけでなく、本人の身体的・精神的な特性や文化背景に配慮した環境整備を提案していることがわかった。医療機関、ケアマネジャー、地域包括支援センターなど、関係機関と密に連携し、情報共有を図るとともに、定期的な情報交換等を行い、それぞれの専門性を活かした協働的な支援を展開することで、より質の高い支援の提供体制の構築に貢献している。

##### 3) エンパワメント

社会福祉士資格を有する生活相談員は、利用者の希望を尊重し、主体的な意思決定を支援する。単に選択肢を提示するだけでなく、意思決定支援ツールや個別の面接などを通して、利用者が納得できる選択を行えるように支え続ける。さらに、本人の強みや可能性に焦点を当て、自信と自己肯定感を高める支援も行う。小さな目標設定と達成を積み重ねることで、自尊心と意欲向上を促し、自立と社会参加を促進することにつなげている。

##### 4) 地域とのつながりと社会参加

社会福祉士資格を有する生活相談員は、入所前からの関係維持や地域との繋がりを重視し、利用者の社会参加を促進することで、生活の継続を支援する。入所前か

らのボランティア活動や地域行事への参加を継続できるよう支援するだけでなく、地域包括支援センターや民生委員などの地域資源を活用し、地域社会とのつながりを維持・強化することで、利用者が安心して生活できる環境を整備する。

社会福祉士資格を有する生活相談員は、専門的な知識と技術に基づき、利用者にとって最善の支援を提供する責任を有する。倫理綱領を遵守し、利用者の尊厳を守り、自己決定を尊重しながら支援を行うことが求められている。施設全体で質の高いサービス提供体制を構築するために、多職種とのチームワークを強化し、他の専門職と連携することで、利用者一人ひとりに寄り添った支援を実現することができる。

介護老人福祉施設において、利用者の尊厳を守り、その人らしい人生を送ることを支援に取り組んでいる可能性が示唆された。

## 2. 介護老人保健施設における支援相談員について

昨年度実施した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において、介護老人保健施設の5区類型を決める、在宅復帰・在宅療養支援等指標と社会福祉士の配置の有無との関係において定量的に有効性を明らかにすることができた。

特に、社会福祉士の配置の有無によって、①在宅復帰率、②ベッド回転率、③喀痰吸引の実施を要する入所者割合の3指標において有意差がみられたことが意味することは、社会福祉士は、介護老人保健施設の機能と役割である在宅復帰支援と在宅療養支援をより良く発揮することに貢献しており、介護老人保健施設における社会福祉士の配置の有効性を明らかにすることができたと言える。

また、介護老人福祉施設では、定性的に、入所相談、利用者と家族との関係づくり、稼働率の維持又は向上、施設内外の調整業務等の当該施設全般の業務を総合的に調整する役割、地域との関り等の多くの役割を發揮していることがわかった。

そのため、本フォーカス・グループ・インタビューにおいては、昨年度の調査結果の有意差を定性的な有効性を確認するために実施した。

### (1)施設内の連携と地域貢献

介護老人保健施設における各職種との連携、退所前後訪問、地域貢献活動、家族への支援が重要と認識されており、インカム導入、退所後フォロー体制強化、地域包括ケアへの積極的な参加等、様々な取り組みが行われていることが確認できた。

### (2)在宅復帰支援と指標

日々の支援相談員としての役割を遂行する上で、在宅復帰率、ベッド回転率、喀痰吸引を要する入所者割合の向上に意識が向けられていることが確認できた。また、入所段階からの在宅復帰に向けた家族との連携、リハビリテーション、訪問、ケアプラン作成等、多角的な取り組みが行われていることが確認できた。

一方で、経済的な困窮、家族の負担増加、地域サービス不足等、在宅復帰支援における課題も存在する。

### (3)利用者中心の支援

利用者の意向や家族の状況を考慮した柔軟な支援が行われていることが確認できた。特に、在宅復帰に向けた段階的な支援、リハビリテーション、環境調整等、個々のニーズに合わせた取り組みが行われていることが確認できた。

### (4)地域共生社会の実現

地域の施設との交流、研修、情報共有等、地域共生社会の実現に向けた取り組みが行われている。介護老人保健施設の適切な利用促進、地域包括ケアへの積極的な参加等、地域貢献への意識が高いことがわかった。コロナ禍による活動制限等、地域との交流における課題も存在することがわかった。

FGI の結果から、介護老人保健施設における社会福祉士は、施設内の連携、在宅復帰支援、利用者中心の支援、地域共生社会の実現において重要な役割を果たしていることが明らかになった。定性的にも有効性を確認することができた。



## 第3章

### 生活相談員の活用状況と有効性に関する自由記述 調査



## 第3章 生活相談員の活用状況と有効性に関する自由記述調査

### I. 調査の概要

#### 1. 目的

介護老人福祉施設に生活相談員として勤務する社会福祉士の活用状況と有効性を明らかにするため、質的調査を実施した。

#### 2. 実施方法

##### (1) 調査対象

公益社団法人全国老人福祉施設協議会、その他関連団体等の会員となっている介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設を含む)6,779施設を対象に調査を依頼。本調査では下記該当者を対象とした。

- ・介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設の「生活相談員」(経験や資格の有無等は問わない)
- ・同一施設内に複数の生活相談員が配置されている場合は、それぞれご回答を依頼
- ・併設するショートステイやデイサービス、法人業務等と兼務されている生活相談員は調査対象としたが、ショートステイやデイサービス専任の生活相談員は調査対象外とした。

##### (2) 調査方法

郵送にて調査協力依頼文書を各施設に配布。回答はWeb上で実施した。

##### (3) 調査期間

令和5年1月19日～2月9日

##### (4) 回答数

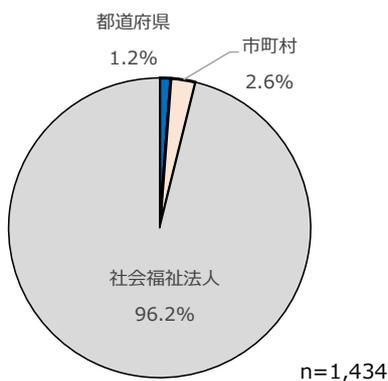
1,434件の回答が寄せられた。

## II. 調査の結果

### 1. 回答者の属性等

- 回答者 1,434 人の所属する介護老人福祉施設の運営主体は、社会福祉法人が 96.2% を占めた。
- 施設種類は、「介護老人福祉施設」が 88.8%、「地域密着型介護老人福祉施設」が 11.2%。施設の居室タイプは、「従来型（多床室のみ）」が 51.9% を占め、「ユニット型のみ」は 34.7%、「従来型とユニット型の混合」は 13.4% であった。
- 入居定員数は、全体平均が 70.6 人、介護老人福祉施設（広域型）が 76.2 人、地域密着型介護老人福祉施設は 28.7 人であった。

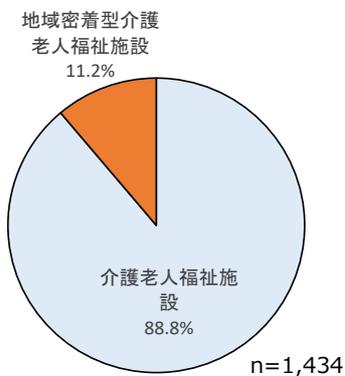
図表 3-1 施設の運営主体



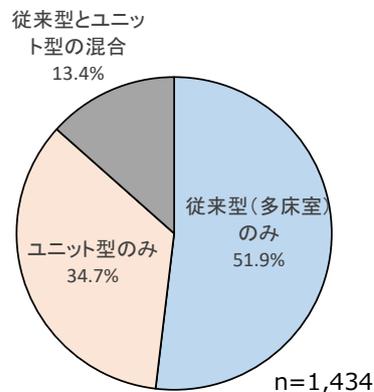
図表 3-2 施設所在地

	回答数	割合%		回答数	割合%		回答数	割合%
北海道	95	6.6%	石川県	14	1.0%	岡山県	34	2.4%
青森県	25	1.7%	福井県	24	1.7%	広島県	44	3.1%
岩手県	36	2.5%	山梨県	14	1.0%	山口県	28	2.0%
宮城県	45	3.1%	長野県	24	1.7%	徳島県	6	0.4%
秋田県	41	2.9%	岐阜県	25	1.7%	香川県	18	1.3%
山形県	40	2.8%	静岡県	40	2.8%	愛媛県	25	1.7%
福島県	32	2.2%	愛知県	36	2.5%	高知県	10	0.7%
茨城県	28	2.0%	三重県	28	2.0%	福岡県	51	3.6%
栃木県	32	2.2%	滋賀県	15	1.0%	佐賀県	13	0.9%
群馬県	22	1.5%	京都府	27	1.9%	長崎県	23	1.6%
埼玉県	21	1.5%	大阪府	78	5.4%	熊本県	48	3.3%
千葉県	41	2.9%	兵庫県	56	3.9%	大分県	15	1.0%
東京都	57	4.0%	奈良県	9	0.6%	宮崎県	17	1.2%
神奈川県	29	2.0%	和歌山県	9	0.6%	鹿児島県	29	2.0%
新潟県	64	4.5%	鳥取県	7	0.5%	沖縄県	10	0.7%
富山県	27	1.9%	島根県	22	1.5%	全国計	1,434	100.0%

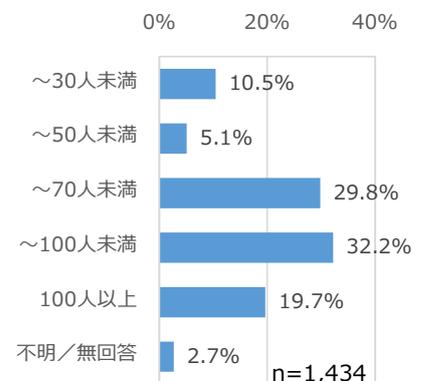
図表 3-3 施設種類



図表 3-4 居室タイプ

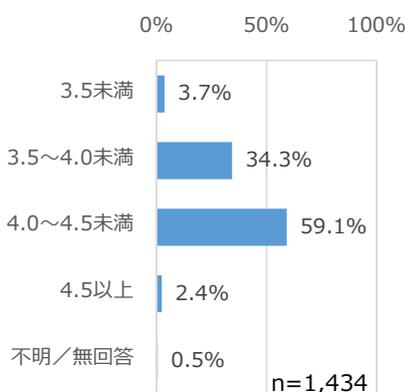


図表 3-5 入居定員数



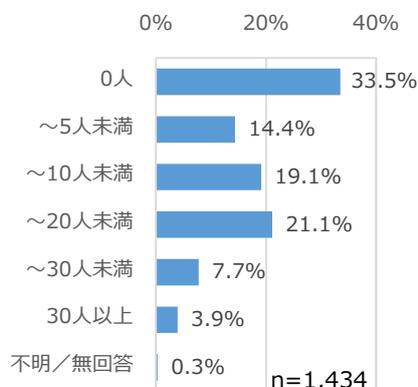
- 施設入居者の平均要介護度は4.0であり、重度要介護状態の利用者が多い。
- 令和5年中の看取り介護加算の算定状況では、全体平均では8.2人であるが、「0人」(＝未実施)割合も33.5%を占めた。同様に、令和5年中のACPの取組数は、全体では9.7人であるが、「0人」(＝未実施)割合が61.1%を占めた。
- 施設入居者のうち、喀痰吸引の利用者割合は全体平均では6.3%、経管栄養の利用者割合は全体平均では5.2%であったが、それぞれ「0人」が30%前後を占めるなど幅がみられた。

図表 3-6 平均要介護度



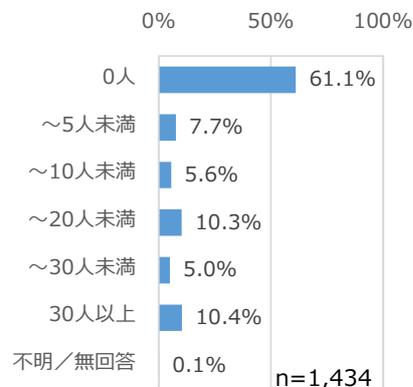
平均:4.0(広域型4.0、地域密着型4.0)

図表 3-7 看取り介護加算の算定者数  
(令和5年1月~12月)



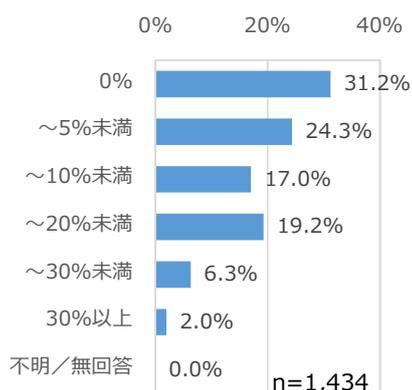
平均:8.2人(広域型8.8人、地域密着型2.9人)

図表 3-8 ACPの取組数  
(令和5年1月~12月)



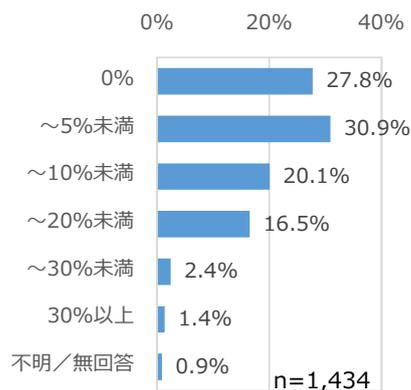
平均:9.7人(広域型10.4人、地域密着型3.7人)

図表 3-9 喀痰吸引利用者割合



平均:6.3%(広域型6.3%、地域密着型6.5%)

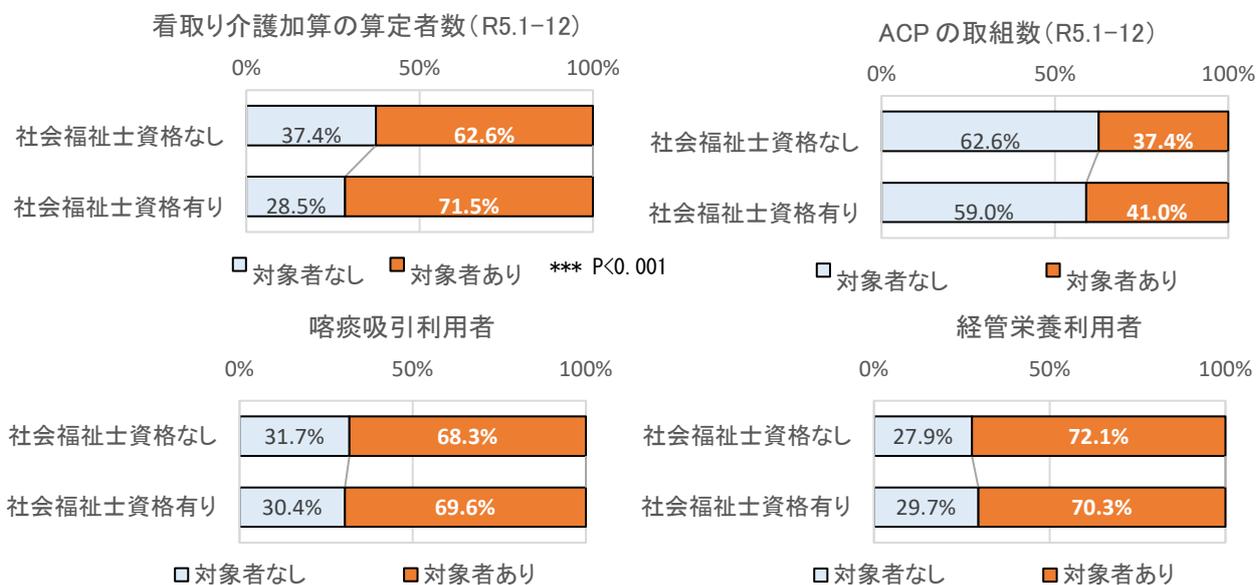
図表 3-10 経管栄養利用者割合



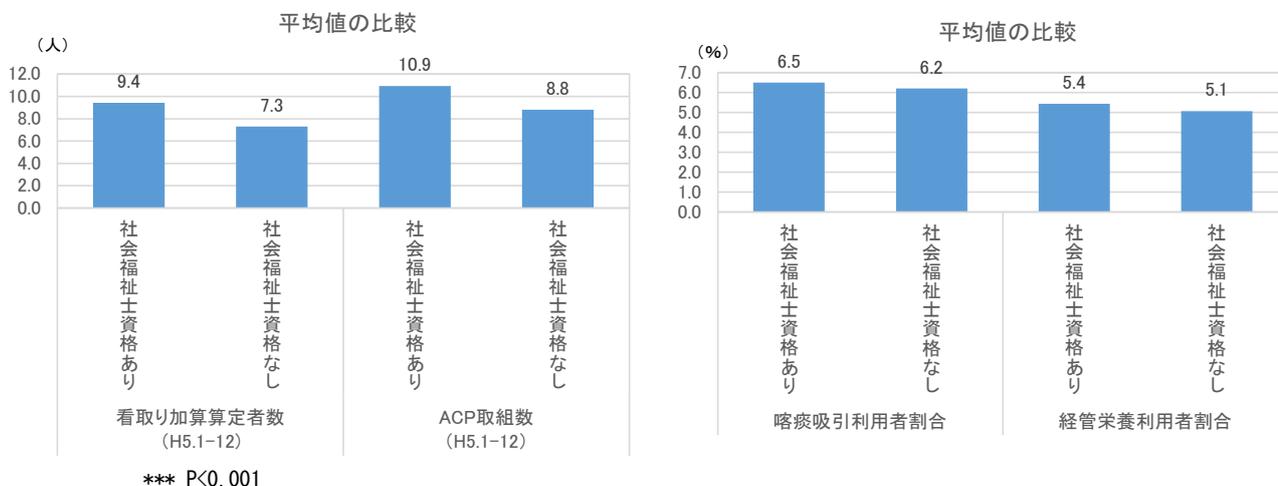
平均:5.2%(広域型5.4%、地域密着型4.0%)

- 看取り介護加算の算定者数、ACPの取組数、喀痰吸引利用者割合、経管栄養利用者割合について、社会福祉士資格の有無別に取組・利用状況と平均値の比較を行った。
- その結果、看取り介護加算については、社会福祉士有資格者のほうが取組実施割合、対象者数（平均値）ともに有意に高い回答となっていた。

図表 3-11 社会福祉士資格有無別にみた取組・利用状況  
 (看取り介護加算の算定、ACPの取組数、喀痰吸引利用者、経管栄養利用者)



図表 3-12 社会福祉士資格有無別にみた平均値の比較  
 (看取り介護加算の算定者数、ACPの取組数、喀痰吸引利用者割合、経管栄養利用者割合)



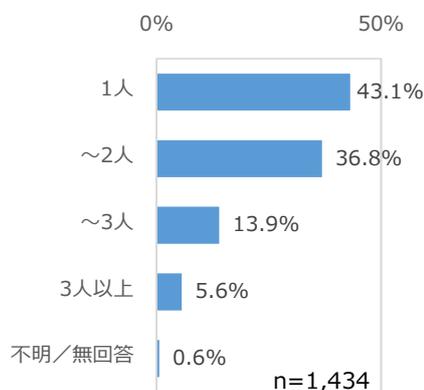
○回答者が所属する施設の生活相談員配置人数は、平均で1.8人（広域型1.9人、地域密着型1.3人）であった。

○回答者の兼務状況は、「ショートステイの生活相談員と兼務」が48.3%、「施設内の業務等と兼務」が36.5%であり、「専任の生活相談員（兼務なし）」は32.8%であった。

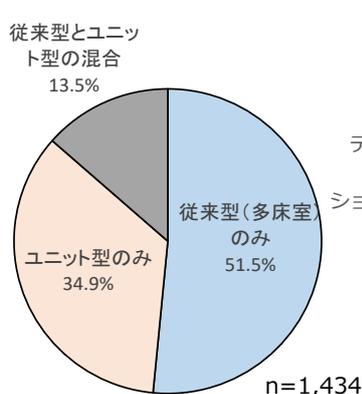
○生活相談員の経験年数は、平均で8.1年。所有する資格は「介護福祉士」が71.3%、「社会福祉主事」が53.9%、「介護支援専門員」が53.5%、「社会福祉士」が40.9%である。

○各資格所有者のうち社会福祉士有資格者割合をみると、「介護福祉士」では32.8%であるが、「介護支援専門員」では50%程度、「精神保健福祉士」ではほとんどが社会福祉士有資格者であった。

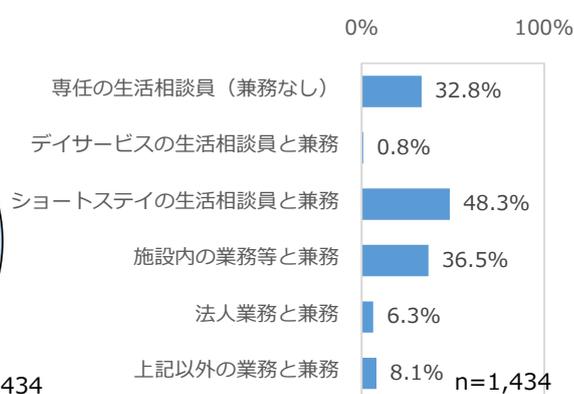
図表 3-13 生活相談員配置人数



図表 3-14 担当する居室タイプ

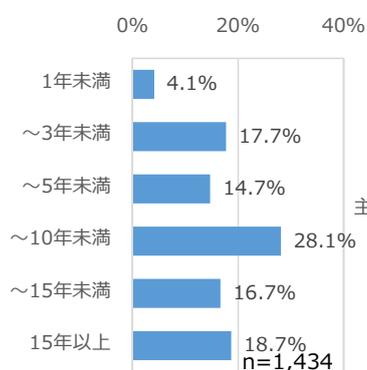


図表 3-15 回答者の兼務状況



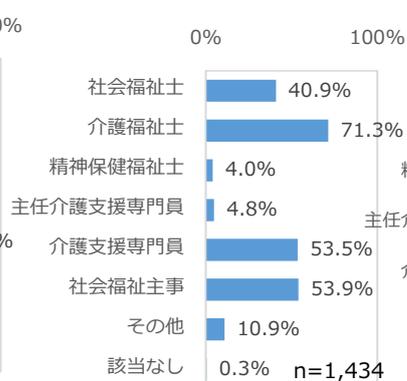
平均:1.8人(広域型1.9人、地域密着型1.3人)

図表 3-16 生活相談員経験年数

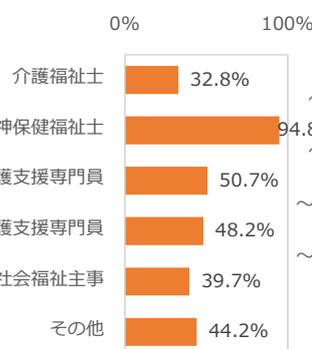


平均:8.1年(広域型8.3年、地域密着型6.7年)

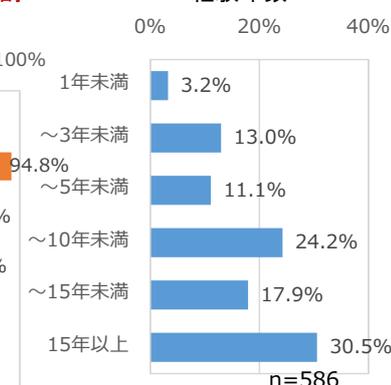
図表 3-17 所有する資格



図表 3-18 各専門職の社会福祉士有資格者割合



図表 3-19 社会福祉士経験年数



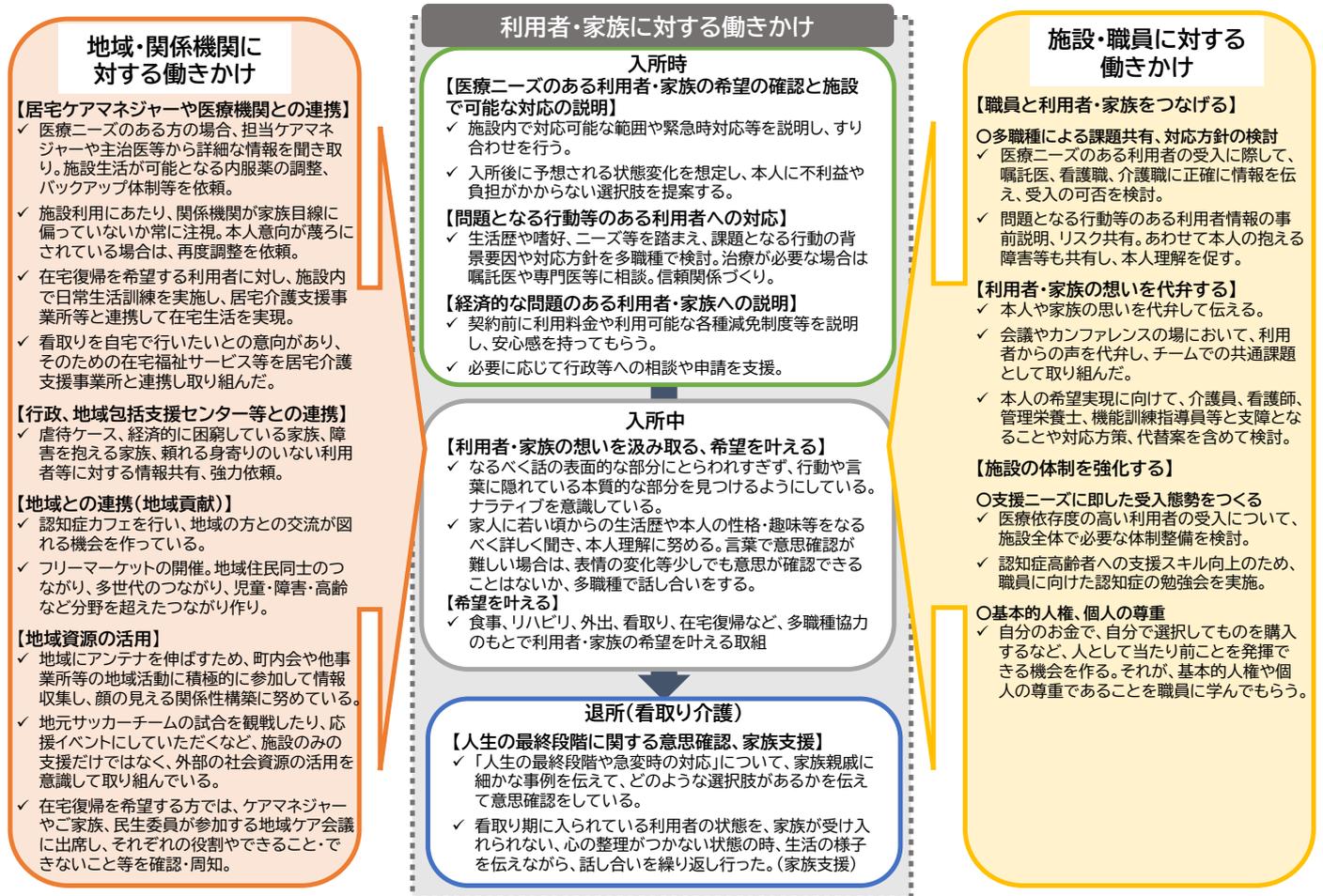
平均:10.1年(広域型10.2年、地域密着型9.1年)

## 2. 介護老人福祉施設における生活相談員の主な取組概要

介護老人福祉施設における生活相談員の取組について、寄せられた1,434件の回答から働きかけを行っている対象（利用者・家族、施設・職員、地域・関係機関）別に、主な内容を整理した。

なお、利用者・家族に対する働きかけに関しては、入所時、入所中、退所（看取り介護）に分けて整理した。次頁以降に、主な回答内容を示す。

図表 3-20 自由記述調査による生活相談員の主な取組概要



## (1) 利用者・家族に対する働きかけ

### 1) 入所時

#### 【医療依存度の高い利用者への対応】

- 正確な医療情報の情報をできるだけ詳しく聞き取りを実施。また直接面談に看護師・介護員とともに向かい、実際にケアしている医療関係者や家族等とお話を聞かせていただきます。収集した情報を再度施設内にてカンファレンスを実施し、どうすれば 受入れが可能となるのかというスタンスで進行するように心がけています。
- 施設でできることは限られるため、家族に対し施設で対応できること・できないことを説明し施設が対応できる範囲をご理解いただいたうえで入所を希望されるのかを確認している。「この先こんな状態になる可能性がある」と、この先起こりうることについても説明し、それもご理解いただいた上でご入所につなげるようにしている。もし、その対応に不満であるようであれば受け入れは困難であるとしている。また場合によっては家族に受診対応をお願いすることもあるため、それが可能かどうかを確認をしている。
- 利用者の必要とする、あるいは利用者や家族の希望する医療ニーズが当施設や協力医療機関との連携の中で解決できる範囲のものなのかを、看護職員等と情報共有しながら確認するようにしている。また、起こり得るリスクを利用者や家族と共有できるよう適宜説明の機会を設けている。当施設が利用者にとって安全に生活できる場所ではないと判断される場合には、適切な社会資源に繋がられるよう利用者や家族への相談対応、関係機関との調整を図っている。
- 医療ニーズが高い人でも、かかりつけ医や協力医療機関とのバックアップ体制があり、家族、施設側も安心して医療の提供を続けながら施設生活を送ることが可能であれば、受け入れを行うようにしている。その為、他医療機関や家族、施設多職種での連携を意識している。

#### 【他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等のある利用者への対応】

- 生活歴や嗜好、生活上のニーズ等、利用者に関する総合的なアセスメントの実施と、課題発生の要因となる環境面や心身の状態等について観察、情報を把握し多職種で情報共有する。
- 各職種で集まり多角的視点を用いて検討会を行う。場合により専門家（医師）へ働きかけを行う。認知機能低下による問題行動なのか等、内的要因と外的要因を考え対策を実施する。
- 行動の状況（いつ、どんな、どのくらい）を具体的に観察し、なぜそのような行動になるのかを、家族などにも協力を頂き、生活歴なども踏まえ考察する。関わる職員で行っている支援が適切か確認を行う。また、支援方法を変えることで行動が変化するのか、治療が必要なレベルなのかなど、適宜、嘱託医や専門医への相談も行っている。
- 現場の介護士、看護師と話し合いを重ね、利用者自身も障害を負って現在の行動、症状があることを理解してもらえるように努めている。

### 【経済的な課題を有する利用者・家族への対応】

- 入居契約前の段階において、しっかりと利用料金や利用できる制度等について説明し、支払いを継続的に行っていけるという見込みを持てるようにしている。また、そうでない場合には、行政の相談窓口や利用できる制度等について情報提供を行う等の支援をしている。
- 経済的な課題を抱える利用者は家族がいない場合が多い為、利用者が生活に困窮しないよう早めに市町村へ情報提供を行う等働きかけを積極的に行い、市町村への相談や申請にも付き添っている。また行政サービスに該当しない利用者については社会福祉協議会と連携し、新規サポートサービスを開始してもらったことがある。
- 利用者の状態・困りごとを確認しつつ、傾聴姿勢を心掛けています。使える制度やサービスがないかを確認し、あれば、その制度やサービスの活用を促します。状況に合わせてながら、行政・社会福祉協議会・法テラス等にリファーしています。

## 2) 入所中

### 【利用者・家族の想いを汲み取る】

- 家族をはじめ、利用していた介護サービス事業者や、知人、かかりつけの医師などに、情報を伺う。特に、元気だった時・家庭で生活していた時の様子や趣味、こだわりなどを聞き、本人の人となりを把握したいと思っている。意思確認が難しくなった場合でも、「この方なら、こんな生活を望まれるだろう」と想像を働かせ、最期まで寄り添ったケアのできる施設を目指している。
- 利用者の気持ちを知るためには利用者のことを知る事が一番大事なことで生活歴を家族や関係機関から聞き取りを行っている。そのうえで意思決定支援のガイドライン等を活用しながら状況によっては多職種で推定意思を考えて支援することもある。
- アセスメントする前に「表明」「理解」「認識」「論理的思考」の評価軸で考え、「この人は意思確認ができない人だ」と、決めつけないように心掛けています。「本人だったらどう思うのか？」を第一に考え、家族等、本人のことを良く知る人から情報収集します。「好きな食べ物」「仕事」「趣味・特技」「性格」「どんな母親（父親）だったか」といった項目を意識して収集しています。
- なるべく話の表面的な部分にとらわれすぎず、行動や言葉に隠れている本質的な部分を見つけるようにしています。ナラティブを意識しています。
- 家人に若いころからの生活歴や利用者の性格・趣味等をなるべく詳しく聞き、本人のことを理解するようにする。言葉では意思確認が難しい場合は、表情の変化等少しでも意思が確認できることはないか多職種で話し合いをする。
- 「どうしたいか」と言う聞き方ではなく、「これは嬉しい？ 嫌だ？」と言う二択で選択できるように意識しています。利用者の表情や顔色加減でどちらかを利用者本人に聞く事で意外な面が見えたりします。固定観念に囚われて「きっとこうだろう」「私ならこうだろう」と言う事は考えず、利用者から習うと言う事をしています。
- を行っていく中で、利用者様の要望や希望を確認するようになっており、その中で例えば、ご自宅に帰りたいと希望がある際は、看護・介護等と連携自立支援の取り組みをとり、帰る為にはどのようなことを目標としてとらえ対応すればよいか考えるとともに、家族へも本人の希望を伝え、対応が可能か難しい場合はどういった対応をすればよいか家族に確認をするなどしています。

### 【利用者と家族をつなぐ】

- 入所施設では、家族との関わりが希薄となってしまう。入所時から家族との信頼関係構築に力を入れ、施設の相談窓口としての役割を意識して行動している。利用者の日ごろの様子を電話で報告し、面会に来所した時は積極的にコミュニケーションを図り、気軽に相談できる体制を整えている。
- 本人が家族と一緒に過ごせる時間を作るようアプローチしています。介護に理解のある喫茶店に相談し、家族と一緒に外食してもらったケースがあります。

### 【希望を叶える】

#### (食事)

- 胃ろうの方であるが、経口からお楽しみ程度のジュース等を飲みたいという方について、病院で嚥下検査を受け、ケースカンファレンス等の場において、本人または家族の希望、リスクへの理解を説明し、毎日ではないが、看護師立ち合いの下、経口からお楽しみ程度の飲料を摂取できた方が過去にいた。初めから、「経口摂取が無理だから胃ろうなんだ。」という意見の職員もいたが、最終的には、本人の気持ちをくみ、理解してもらえた。
- 嚥下障害のある入所者が、「とんかつが食べたい」という意向を聞いた際に介護員、看護師、管理栄養士、相談員、歯科医師、歯科衛生士とともに「とんかつプロジェクト」を開始。歯科医師の造影による嚥下評価と衛生士による毎日の口腔衛生方法のレクチャーを介護員が学び、毎日実施。家族にもご理解いただき、とんかつを食べることが出来ました。
- パーキンソンの利用者で嚥下機能が低下し、誤嚥のリスクの高い方が、大好きだったタコ焼きを食べたいとずっといたので、栄養食品メーカーにレシピをもらったり、トロミ剤のサンプルをもらったりして、管理栄養士と一緒に作ってみました。

#### (外出支援)

- ケアマネ、医療機関リハビリ、主治医と連携し、自宅外泊を叶えている。自宅への階段の上り下り、自宅内生活導線の確認、それに沿った施設でのリハビリを行い、在宅復帰も目指している。
- コロナ禍での家族の別れ（夫、もしくは妻の通夜、葬儀）の時には、施設より葬儀場へ連絡を行い、感染予防を行った上で送迎、介助を行った。

#### (看取り)

- 看取りを自宅で行いたいとの意向があり、看取りを行なうための在宅福祉サービス等を居宅支援事業所と連携し取り組みました。
- 入院中に食事が畏れなくなってしまう方に対し、病院はそのまま入院での看取りを提案した。家族はなかなか現実を受け止めきれない様子だった為、施設で看取り介護での受け入れを提案。受け入れに向けて、家族との話し合いだけでなく、病院スタッフとのカンファレンスを実施し受け入れ。慣れた環境に戻ったら少しずつ食事摂取が出来るようになった。家族の思いを受け止

め、施設として出来ることと出来ない事の説明をじっくり行い、納得した上で受け入れを行うよう意識している。

(在宅復帰)

- 「家に帰りたい」という思いの強いご利用者の方がいて家族、包括含め連携のもと在宅復帰した方もいます。その際は、環境整備のため理学療法士とケアマネの橋渡しを行い、在宅で生活するにあたりどのような福祉用具が必要でレンタルがあるのかを確認したり、家族の協力体制を再度共有する作業も行いました。近くの病院への紹介状手配なども行いました。ご利用者の希望も叶えながら、家族がどれだけ負担なく生活していけるかも重点としておきながら取り組みました。
- 自宅への復帰を目指した利用者家族がおられ、在宅での生活を支援するケアマネ事業所へ連絡し、在宅生活の可能性を模索し、施設職員と在宅を支える事業所、家族を交えて話を繰り返して、在宅復帰をされた方がいる。

3) 退所、看取り介護

**【人生の最終段階に関する意思確認、家族支援】**

- 「人生の最終段階や急変時の対応」について、家族親戚に細かな事例を伝えて、どのような選択肢があるかを伝えて意思確認をしている。
- 生活歴、仕事歴、友人や近所付き合い、家族から見た本人像、趣味、病院に積極的に受診していたか、看取りや緊急時にどうしてほしいのか家族間で話したことがあるのか、本人の反応が良かったことなどをアセスメントしています。
- 当施設では、看取り介護を行っているので、受け答えができる利用者に限るが、「私の意思表示」という冊子を活用し、利用者の意向をできるだけ把握し、他の職種職員と情報共有をしている。
- まず入所の段階で、施設として提供できる医療、施設主治医の意向（点滴などの過度の補液や酸素などは基本的には行わない）をお伝えしつつ、医療行為を続けることについての本人と家族の意向を伝えます。看取り介護が開始された際は無理に点滴をせず、自然のままに食べたい物を食べ、眠りたいときに眠り、ときに家族の面会もありながら、ゆっくりと最後のひとときを過ごすことが良いのかもしねませんとご提案しながら、実際の本人、家族の意向を確認します。また、施設としての体制（夜間は看護師が連絡対応）も説明しつつ、どこまで医療行為を継続することができるかといったところをしっかりと家族とすり合わせを行います。
- 利用者様の意思確認が困難な場合は、家族からの聞き取りを行っている。（看取り介護に関わる延命処置など、本人の若い頃の意向や生活歴等を踏まえるようにしている）
- 当施設では本人の意思確認が難しいケースは多々あり、特に看取り期になってからの意思確認は難しい方がほとんどです。家族の話から、施設でのこれまでの関わりから、本人が好きだったことを書きだしたり、心地よいと思えるであろうことを想像しながらケアにつなげている。
- 看取り期に入られている利用者の状態を、家族が受け入れられない、心の整理がつかない状態の時、生活の様子を伝えながら、話し合いを繰り返し行った。

### 【看取り介護】

- 入所前にアセスメントし、どの程度医療ケアが必要か多職種と情報共有します。施設は生活の場であり、医療的ケアには限界があります。本人、家族に施設でできるケア、できないケア、いざという時には医療施設への紹介をすることをお伝えし、施設入所をされるか選択して頂きます。延命措置（点滴、酸素吸入）はできないことを伝え、看取りケアを望まれるかも確認します。そのうえで、施設入所される方に対し、本人、家族の望まれる生活が送れるようにサービス計画書に沿ったケアを提供し、状態の変化等あれば適時、多職種、家族と情報共有し、本人になるべく負担のない生活が送れるよう支援することを心がけています。
- 看取り介護も役割である介護老人福祉施設として、医療依存度の高い利用者の受け入れについて前向きに取り組むべき課題を考えている。受け入れを前提として、入居前に対しては施設や病院での実態調査時に医療に関する情報を詳細に提供してもらい、入居後に主治医となる施設の嘱託医や施設の看護職、その他専門職種に対しイメージができるような情報提供及び、どのように対応が可能かをシュミレーションしている。現在過ごしている施設や病院と対応が変わるようであれば、本人・家族にご理解いただけるよう説明をし、入居後に食い違いのないように努めている。

## (2) 施設・職員に対する働きかけ

### 【職員と利用者・家族をつなげる】

(多職種による課題共有、対応方針の検討)

- 課題を明確にした上で、様々な角度からアプローチが出来るよう、それぞれの専門職の専門性が十分に発揮できるようにファシリテータとしての役割を担う。
- 利用者本人の希望について、どのような形を取れば実現可能なのか、話し合いや投げかけを行う。漠然とした不安等で取り組みに消極的になることがあるので、スタッフが懸念しているリスク等の課題を具体化して抽出し、その一つ一つの課題について協議する。
- 特養の入園者は要介護3以上であり、当施設は平均4.2の要介護である為、中々利用者自身から希望を聞く事は困難である。そのため、家族の希望を取り纏めている。その関係のある専門職を協議し希望を叶えている。利用者本人の希望は看取り期の対応で、`好きな物を食べたい、が一番多い。それまでは制限食であった方であっても医務と協議し制限フリーで対応する。食事形態については、厨房、栄養士、歯科衛生士と協議し危険のない形態、食事姿勢を検討している。
- 入所時には家族と多職種の職員が参加したサービス担当者会議を開催し、入所者本人、家族の意向をみんなで共有できるようにしている。入所者は特養入所時には自身の希望を伝えることができない場合も多いので家族から「本人はこう思っていると思う」「こういうふうにご経過してほしい。」などの希望を聞いたり、元気な頃の話聞いて「こういうふうにご経過したかったんじゃないか」と想像して職員皆が支援できるようにしている。

- 職種ごとに自立支援、自己決定に基づき支援を行っているが、家族のニーズと施設間支援方針の乖離、また各職員間で意見の乖離を起こすことがある。相談員として、各職種の意向の調整及び、家族との連絡、情報共有を図り、対象者が自己決定、自立支援、安心できる生活環境を整えるように、常時コミュニケーションを図るように心がけている。
- チームケアが必要不可欠ですが、チーム全員が同じ方向へ向かっているとは限らないため、他職種の考えや思い等を聞き取りまた、全員で状況の共有を行い協働連携出来るように検討していきます。
- 外出や嗜好品の提供のニーズが多いです。介護員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員など実現に向けて、何が支障となるのか、どうすれば良いのか、代替え案を含めて検討しています。本人、家族がなぜそのことを希望されるのか、背景や理由を確認しています。

### 【利用者・家族の想いを代弁する・共有する】

- 本人や家族が抱えている思いを代弁して伝えるように意識している。また、「できない」から考えて始めるのではなく、「できる」ためにどうすればいいかを考えてもらえるように声をかけている。
- ご入居者様の表出されたニーズには多職種で情報共有し、対応できるよう話し合いの場を設け、実施、評価を行うようにしています。また、表出されないニーズについても多職種でどんなニーズが個々のご入居者様にあるのか話し合うようにしています。
- 会議やカンファレンスの場において、利用者からの声を代弁し、チームでの共通課題として取り組んだ。利用者の希望に応じて、レクリエーションや外出支援を行う際に、他職種や家族に相談し、一緒に取り組むこと。希望が実現困難な場合は、希望に近い他案を提案し、実施に繋げる。「買い物に出掛けたい」が実現困難 → 移動販売を利用し、施設玄関先で買い物をするなど その後も、継続的に実現に向けて調整する。
- 施設にて利用者の成育歴や職歴、好きな事（物）等をフリーに記入できるアセスメントシートを作成し、家族から聞き取った情報を中心に記入し、関係職種で共有している。医療における意思確認については、家族からの聞き取り中心になっている。
- 入所前に家族に生活歴シートを記入していただいています。その方の生活歴を介護スタッフ、看護師等と情報を共有しています。その方の生活歴に応じて対応しています。

### 【施設の体制を強化する】

（医療依存度の高い利用者への対応）

- 当施設では看取り介護加算を取得していませんでしたが、取得していないがために泣く泣く退去された利用者さまもおられました。私自身、「こちらにご入居されて、人生の最期の時期にまた別の場所へ」ということを本人、家族に強いている現状に悔しい思いをしていたこともありましたので、私の思いを職員らに伝え、看護師との連携を深めながら、現場の職員の意識変化を促し、施設全体の理解を得て加算取得に至ったということがありました。

- できるだけ住み慣れた街で最期を迎えたいという町民のニーズを反映させるため、看取り介護に必要な施設内の医療的ケアを充実させる取り組みを看護師・介護員と検討・実現し、医療機関とも連携体制を構築するための話し合いを重ねた。

(他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等のある利用者への対応)

- 認知症の周辺症状、特に「急な立ち上がり行動」や「大声を出す」等の情報がある場合、受け入れる側の介護職員の拒否反応が強い場合が多い。これには、介護職員がもっと認知症の周辺症状、病気を理解する事、声掛けの仕方などの対応を検討し対応する事で緩和できることも少なからずあると感じるので、職員に向けた認知症の勉強会を実施している。また、利用者への声掛けの仕方などで気にかかる職員については施設長と共に行っている個人面談などで、その職員に伝え、考慮してもらうよう心がけている。
- 認知症の行動心理症状であれば、ケアで対応が可能なのも多いと考えるので、毎月職員勉強会があるが年に数回ではなく、毎回の勉強会に認知症の項目を短時間で盛り込み、基本的な考え方や対応方法、ケアの手法、事例検討などを学んでいる。カスタマーハラスメントのような事案についても、認知症や疾患からくるものか、意図的なハラスメントかを判断して対応することや、組織的に取り組むことを職員に提示し、迷いや悩みを共有して対応することを具体化できるよう勉強会などで伝えている。また、家族に対しても入居時の重要事項説明の中で迷惑行為、禁止行為があった場合には退居の要件となり得ることも丁寧に説明するようにしている。

(基本的人権、個人の尊重)

- 移動販売業者を施設に招き、自分のお金でおいしい物を選んで食べたり、着たい服を選んで買ったりと、人として当たり前ことを発揮できる機会を作ります。施設の生活はどこか決められている部分があり、職員も含めてですが、従うことが日常化すると考えなくなり、ルーティン化すると頭が麻痺してしまいます。職員が入居者の付き添いをする事で、自分で決める選択権が基本的人権でもあり、個人の尊重という事を職員にも学んでもらえば良いなと思います。

### (3) 地域・関係機関に対する働きかけ

#### 【居宅ケアマネジャーや医療機関、福祉サービス事業所等との関わり】

- 利用者の希望する生活とは何か、想いも含めて面接時などでは伺っている。関係機関が家族目線のみに偏っていないかは常に注視している。本人の想いをないがしろにしている場合には、その旨は関係機関等に再度質問等をして、原則は本人が納得してからの利用を心掛けている。
- 施設入所したものの、在宅での生活を強く希望する利用者に対して、介護支援専門員等と一緒に当人が在宅へ帰るための支援を行った。具体的には、在宅ケアマネへの連絡調整、在宅復帰までの段取り調整などを家族も交えて進めた。

- 定期的に行っています看取りの意向確認において本人や家族の意向を汲み取らせていただき、病院での看取りを希望される利用者様に最適の病院を紹介できるよう各病院の MSW と良い関係が保てるよう心がけています。
- 訴えの上手く出来ない利用者が転倒骨折のため入院した際に、入院先の看護師やリハビリスタッフは再転倒のリスクを考えると手術はせずに車いすの生活をゴールとしてどうか、との提案があったが、本人希望を確認したところ、手術をして歩きたい。との希望が確認できたため、病院のカンファレンスに参加し本人意思を代弁した。
- 妻が別の施設に入所しており、コロナの影響でなかなか面会ができない状況が続いていた。その中で、ZOOM 面会の実施しや、マスクやフェイスシールド等感染対策をしながら対面での面会を実施することができた。限られた時間ではあったが、本人の「会いたい」という希望を叶えることができた。
- 障がい者施設から入居された方がいるのですが、長期の入居で本人が故郷と考えていて、年に一回その障がい者施設へ訪問しています。ケアワーカーからの提案でした。
- 本人よりお孫様の結婚式の前撮りに参加したいと希望があった。医療依存度の高い方だったため、ケアスタッフ、看護師、機能訓練指導員等施設職員、また訪問予定になっている結婚式場の担当者と打ち合わせ(写真撮影場所、所要時間など)を行い無事実現した。
- 入所後も、思い出の詰まったデイサービスに通いたいとの希望があり、そのデイサービスと交渉し、自費利用であれば利用可能であるとの回答をもらい、具体的な値段調整も行って通わせてもらうなど、出来るだけ本人の希望が叶うようにしている。
- 医療依存度が高くなるにつれて施設で生活を続けていく事が難しくなっていますので、近隣の介護医療院と連携を強化することにより、お客様にとって適切な環境を提供できるように努めております。

#### 【行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会等との関わり】

- 家族がいない（いても障害がある）、認知機能的に後見人制度は使えない、お金は年金を家族が使ってしまう、精神病院に入院を断られたが特養でも対応が難しい、等、関わってみて初めて遭遇する困難は時々あります。市役所や病院、警察署、専門の窓口相談を重ね、何かあれば協力してもらえ体制をその都度、整えておくことが大切だと思います。本人家族の代わりに動くことがありますが、入院手続き等は施設職員にて対応出来るところが多いのですが、市役所や金融機関はかなり厳しいというのが実感です。
- （複合的な課題のあるケースは）施設単独で抱えるのではなく、行政・社協、地域包括、在宅サービス事業所やケアマネジャー、地域住民の自治会・民生員・ボランティアなどの方と一緒に話し合いの場を持ち、解決できるように取り組んでいます。
- 複合多問題については地域包括支援センターや行政の相談窓口の課となるべく早く介入してもらえよう促していきます。本人ではなく、家族の抱える問題（高齢福祉以外の分野の相談）の場合は家族に相談窓口の連絡先を紹介しています。

### 【地域とのつながり】

- 近隣のスーパーへ一緒に出掛けたり、家族と一緒に買い物へ出ていただいて、好きなものを購入したりゆっくりとした時間を過ごしていただいている。お正月には、近隣の神社へ参拝に出かけている。
- 入所以降、今まで生活していた場においてのつながりが消えてしまわないように、ご友人やご近所の方等とのかかわりを持つようにしている。
- 季節ごとの旬のものの調理などについては、特に女性の入所の方々は、家庭でもこれまでずっとやってきた方がほとんどなので、例えば干し柿づくりや蕨の頭とりなど、町内の観光蕨園の活用や農家さんをお願いしたりなど地域の方とのつながりを持たせてもらっている。
- 自宅で過ごしたい、知り合いと会いたいというご希望を叶えるために、家族や地域の認知症カフェを主催している民生委員の方と連携を取り、外出の機会を設けている。また、今後は自事業所にとどまらず、法人の取組として、地域の方々より会える場所（喫茶）を開催して、入居者の皆さんに地域との交流の機会を作っていく予定。
- 介護保険のみならず、精神医療、有償ボランティアなどと調整し、認知症の行動障害に対する対策ケアの一環として有効な地域の社会資源の活用することの検討・提案。（家族の要望にもできるだけ耳を傾けつつ、施設の提案にもご協力頂けるよう努める）
- 地域サロン利用や傾聴ボランティア利用、行政による介護相談員来園を通じた聞き取り内容をもとにケアに糸口に繋げております。
- 田舎にある施設なので、入居者も地域の在所の方が多いです。そのため、施設入所であっても、地域のお祭りや行事などに参加できる機会づくりや、地域のボランティアさんなどに来ていただくなど、施設と地域の繋がりがだけでなく、入居されている方々がいつまでも地域と繋がっていると感じることができる環境づくりを意識しています。
- 山間部エリアでもある為、地域資源も限られた中で読書好きな利用者には、地域の図書館の司書さんと連携し移動図書館を活用したり、買い物がないと希望される利用者には同敷地内にある高齢者福祉センターに買物困難者向けの移動販売車が来るため日程に合わせ利用したりしている。
- 施設入所や認知症進行により買い物もできないような状況になる方も多いため、希望者のみだが家族よりお小遣い程度を事務所の金庫でお預かりし、移動販売で自由に購入できるようにしている。現在、パン屋が3ヶ所とヤクルト、和菓子屋、豆腐屋が訪問。
- 地域のサロンに毎月訪問し、関係性を作っている。地域の行事（防災訓練やお祭り）に利用者と一緒に参加する。圏域の地域包括支援センターとともに生活支援体制整備事業にかかわり、地域の資源とのつながりを作っている。

### 【地域貢献の取組】

- 認知症カフェを行い、地域の方との交流が図れる機会を作っています。今後は、地域の方と利用者様が交流出来るようにする事で地域の資源の活用がしやすくなり、その人らしい生活に繋がっていただけるのではないかと感じています。

- フリーマーケットを開催することで、地域住民同士のつながり、多世代のつながり、児童・障害・高齢など分野を超えたつながり作り。
- 施設も地域住民にとって資源となるため、災害時の避難場所としての活用のために、定期的に勉強会などを開催し足を運んでもらうきっかけになるよう取り組んでいる。

### 3. 回答内容における特徴的な表現の抽出

全設問の回答内容をあわせ、社会福祉士有資格者と無資格者別に特徴的な表現の抽出を行ったところ、下記の結果が得られた。

社会福祉士有資格者では、「権利」や「代弁」などアドボカシーに関する表現のほか、「ネットワーク」「視点」「すりあわせ」「働きかけ」など、関係者を巻き込み調整する役割が窺われる表現が抽出された。

図表 3-21 社会福祉士有資格者に特徴的な表現

特徴的な表現と使われ方	
「タクシー」	: 受診や外出支援の際の介護タクシーの調整等
「権利」	: 本人の権利、他利用者の権利、権利擁護の視点
「写真」	: 昔の本人等の写真、自宅の写真、イベント参加時の写真等
「ネットワーク」	: 医療機関や地域の関係機関等とのネットワーク
「タイミング」	: 声掛けや介入、相談のタイミング、入所時、看取り時等
「頼る」	: 薬に頼らない、本人の年金に頼る家族、行政や関係機関を頼る
「すりあわせ」	: 本人・家族との支援内容の調整、支援者間での支援方策の調整
「使える」	: 利用可能な各種制度やサービス、地域の社会資源
「視点」	: 権利擁護の視点、利用者の視点、各専門職の視点、自立支援の視点
「働きかけ」	: 利用者・家族、施設職員、関係機関、行政等への働きかけ
「弁護士」	: 専門職や関係機関に相談できるネットワーク
「代弁」	: 利用者や家族の想いを施設職員、関係機関に伝える検討を促す、 本人の想いを家族に伝えて調整を図る
「整理」	: 利用者や世帯に関する生活背景等の情報・課題、困難な状況等の整理
「頻度」	: 必要な医療的ケア等の頻度、問題となる行動の出現頻度、 家族等との連絡頻度、イベントや外出支援等の頻度

※分析には、「KH Coder 3」（樋口）を利用。20件以上の出現が確認された言葉を対象とした。



#### 4. クラスタ分析

回答内容における言葉の結びつきの状況を把握するため、すべての設問の回答をあわせて社会福祉士資格の有無別にクラスタ分析を実施した。

その結果、社会福祉士有資格者の回答では、併合水準 1.2 で 30 のクラスタが抽出され、その中には「権利擁護」や「信頼関係構築」といったクラスタが確認された。（社会福祉士無資格者では、併合水準 1.2 で 32 のクラスタが抽出されたが、「権利擁護」や「信頼関係構築」に該当するクラスタはない。）

図表 3-24 社会福祉士有資格者のクラスタ

	社会福祉士有資格者の回答クラスタ		社会福祉士有資格者の回答クラスタ
C 1	医療依存度の高い利用者	C 1 6	多床室、従来型個室、ユニット型
C 2	情報収集・共有と多職種での検討、可能な範囲での受け入れ、対応困難な場合の情報提供	C 1 7	移動販売、スーパーでの買い物
C 3	社会福祉法人	C 1 8	一時帰宅、外泊、外出
C 4	介護保険、負担限度額認定、申請、負担軽減、減免制度、生活保護受給、各種手続き案内	C 1 9	アセスメント（家族構成、趣味・嗜好、性格、仕事。職歴・特技、好きなもの・嫌いなもの等）
C 5	ボランティア・地域活動、保育園・小学校、住民との交流機会、行事参加	C 2 0	<b>権利擁護</b> （利用者の権利を護る、本人の意思を尊重する、権利擁護事業）
C 6	新型コロナウイルス	C 2 1	夫・妻の葬儀
C 7	感染対策、面会制限、コロナ以降、徐々に再開	C 2 2	希望を叶える（看取り、外出送迎、付き添い等） 認知症状、精神疾患等、暴力行為、徘徊、ハラスメント対応
C 8	インフォーマル	C 2 3	<b>信頼関係構築</b> （利用者本人、家族、関係機関）
C 9	経済的問題を抱える利用者、行政、課題解決	C 2 4	支払い滞納への対応、生活保護や成年後見制度活用の検討、業務負担、人員不足、余暇活動充実、自己決定支援、本人の思いを汲み取る、楽しみをみつける
C 1 0	社会資源、成年後見人・制度、活用	C 2 5	糖尿病、インスリン注射
C 1 1	在宅復帰、居宅事業所、ケアマネジャー 安全確保、安心して過ごせる環境や体制の検討、整備 リスク、急変時対応等の説明と同意、家族の協力を得る	C 2 6	経管栄養、胃瘻、酸素、点滴、喀痰吸引回数、夜間不在
C 1 2	多職種・関係機関とのカンファレンス開催 （入所可否判定、本人希望の実現等）	C 2 7	経口摂取
C 1 3	他者に迷惑が生じる言動、発生要因や背景を探る、記録に残す	C 2 8	管理栄養士、嚥下、食事形態、食べる
C 1 4	認知症の周辺症状	C 2 9	看護職・介護職
C 1 5	暴力・暴言、セクハラ、重度、対応方針周知	C 3 0	機能訓練指導

## 回答例：「権利擁護」

### （医療依存度の高い利用者）

- 相談員として直接医療行為を行うわけではないが、クライアントの権利擁護、代弁することが相談員のもので必要だと思う。
- 医療依存度が高いことをもって、受け入れないようにする等権利を侵害することは決してあってはならないとの意識を持ち、医療機関への受診や緊急時の対応、理解が進まない中で医師の協力が得られるか等、どのようにしたら受け入れが可能で、医療機関以外での生活の場としての暮らしを少しでも長く出来るかを他の職種と一緒に考えている。
- 権利擁護の視点を踏まえつつ、適切な対応につなげられるよう、職員、嘱託医、家族との連携を密に取っている。

### （他者に悪影響を及ぼす行為のある利用者）

- 本人、他利用者はもちろんだが、職員の権利保護も求められるので、様々な視点で捉え、最善の方向で進められるよう取り組んでいる。
- どんな利用者でも、サービスを利用する権利があり、事業者はそれを受け入れる義務があることを、他の職員に説明してきた。

### （本人の権利擁護）

- 行政と相談をしながら、利用者様の財産や権利を守る為、制度の活用を考えている。
- 家族が望んでも、本人が望まない様なことは権利を守る役割があると考えます
- 利用者の年金を使い込んでしまう家族に対しては、利用者の通帳管理などを施設で行い、利用者の権利を擁護している。
- 施設相談員だけでなく、市役所職員・包括職員等他機関とも協力し、いかに家族とはいえ、本人の権利が阻害されないように意識して対応した。
- 家族の意思、利用者の意思それぞれを尊重するが、本来個人に帰属する権利については利用者を中心に考え、利用者の生活の維持に悪影響を及ぼすことに関しては、家族との距離を置くようにしている（相談員が間に入る）。
- 制度の問題、政治の問題、社会の問題に原因があることは明らかであるが、その解決の手段を持たない、しかし、少なくとも目の前のご利用者の権利は必ず守ろうと努力すること。
- 今後は権利擁護、意思決定支援の知識を増やしていくことで、役立てたい。

## 回答例：「信頼関係構築」

### (利用者)

- 課題を抱える利用者の話を聴いたり、一緒に居たりするなど少しでも信頼関係を築けるように働きかけると思う。
- 病気、人生経験、環境が違う入所者に対し何が悪く何が良いのか時間をかけながら対話し、信頼関係を構築していくよう意識しています。
- 事前のアセスメントにおいて、これまでの生活歴や趣味、性格なども把握し、入所後においては、信頼関係の構築に役立てたり、生活環境ができるだけ入所前の環境と変わり過ぎないように努めている。

### (家族)

- こまめに様子を伝え、家族とやり取りを行いながら信頼関係を構築する。
- 経済的な不安も話せるような信頼関係の構築。
- 利用者だけでなく家族との信頼関係を意識して、いつでも相談しやすいように心がけ、変化を見逃さず早めの対応を心がけている。
- 看取りを行う際に、家族との信頼関係を築けるよう、特に面会頻度の少ない家族へは細目に状態が変わった際連絡を取り合うようにしている。
- 入所時から家族との信頼関係構築に力を入れ、施設の相談窓口としての役割を意識して行動している。
- 信頼関係の構築を行い、問題解決に向けどうしたら良いかまた、本人家族が自己決定で来るような支援を心掛けます。
- 家族は会えないことに対する不安や状態を把握できないことに対する不安を抱かれていたため、面会制限緩和までの期間は毎月利用者の写真と近況を手紙にして家族へ郵送し不安を取り除きながら信頼関係構築を図った。
- 生活相談員としては、上司と一緒に、まず家族の思いや苦悩を理解するところから始め、施設との信頼関係を構築するように心がけた。

### (関係機関)

- 日頃から関係機関との信頼関係をつくる、本人の代弁者であることを意識する
- それぞれの職域では対応できない問題も、お互いがお互いの事を理解し、譲歩できる部分をそれぞれ出し合える信頼関係づくりを日ごろから心掛けています。

### Ⅲ. 考察

#### 1. 調査の概要及び生活相談員の活用状況の概要

本調査は、生活相談員として介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設に勤務する社会福祉士の活用状況と有効性を明らかにするため、自由記述データを収集したものである。経験や資格の有無を問わず、各施設の生活相談員を対象とした。併設するショートステイやデイサービス、法人業務等を兼務している生活相談員も調査対象に含むこととしたが、ショートステイやデイサービス専任の生活相談員は調査対象から除外した。

調査実施は、郵送にて調査協力依頼文書を各施設に配布し、Web上で回答を得た。調査期間は令和5年1月19日～2月9日で、1,434件の回答を得た。回答者のうち96.2%は社会福祉法人が運営する介護老人保健施設に所属し、施設の種類のうち「介護老人福祉施設」88.8%、「地域密着型介護老人福祉施設」11.2%、施設の居室タイプは「従来型（多床室のみ）」が51.9%を占め、「ユニット型のみ」は34.7%、「従来型とユニット型の混合」は13.4%であった。入居定員数は、全体の平均が70.6人、「介護老人福祉施設（広域型）」76.2人、「地域密着型介護老人福祉施設」28.7%であった。回答者のうち、社会福祉士有資格者は40.9%であった。

令和4年12月に発表された「令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況」によれば、社会福祉法人が運営する介護老人福祉施設の割合は95.1%（地域密着型介護老人福祉施設は99.1%）、介護老人福祉施設の入所定員は平均69.6人、生活相談員に占める社会福祉士の割合が約28.2%（13,602人中3,833人）であったことから考えると、施設の運営主体と入所定員の平均はおおむね本調査の回答者に一致しているが、回答者に占める社会福祉士の割合に10%以上の差が認められた。本調査の目的との関連では結果に影響を及ぼすものではないが、比較的、社会福祉士の協力が得られやすい調査であった可能性が考えられる。

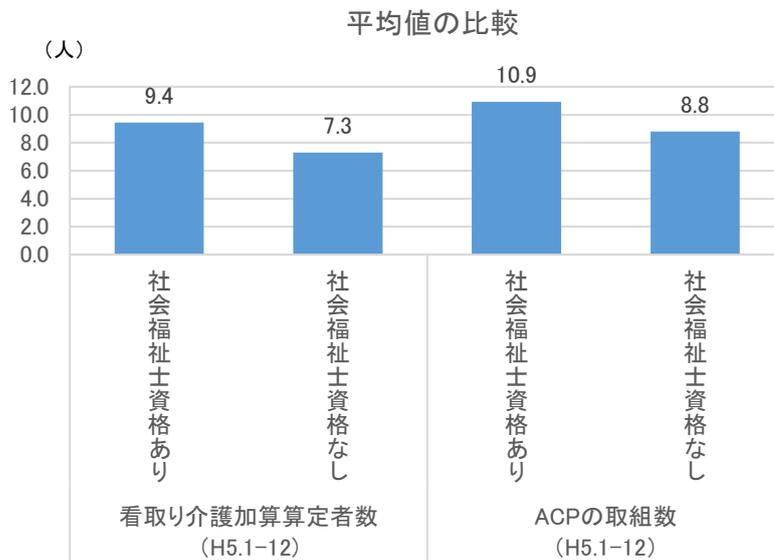
#### 2. 社会福祉士資格の有無と「看取り介護加算の算定者数」「ACP取り組み数」の関連

社会福祉士資格の有無と「看取り介護加算の算定者数」「ACP取り組み数」の関連を明らかにするため、t検定を行った。（図表3-11、3-12）

「看取り介護加算の算定者数」について、社会福祉士有資格者の場合の平均値が9.4人であったのに対し、無資格者の平均値は7.3人であった。t検定の結果、p値は0.001となり、有意差が認められた。

「ACP取り組み数」については、社会福祉士有資格者の場合の平均値が10.9人であったのに対し、無資格者の平均値は8.8人であった。t検定の結果、p値は0.069となり、5%水準での有意差は認められなかったが、有意に近い傾向が認められた。

これらの結果から、社会福祉士有資格者の生活相談員は、無資格者の生活相談員に比べて「看取り介護加算」や「ACP」の取り組みがより積極的である可能性が示唆されたといえる。



### 3. 自由記述データの分析による生活相談員の取り組み

これまで介護老人福祉施設の生活相談員は「施設内の何でも屋」などと揶揄されることもあり、その配置が人員配置基準に位置づけられているにもかかわらず(100:1以上)、実際にはどのような取り組みが行われているのか全国的な動向は明らかになっていなかった。

「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」に生活相談員の職員の資格要件(社会福祉法第19条の社会福祉主事、社会福祉事業に2年以上従事した者等)は示されているが、その内容は通知(老発第214号・平成12年3月17日)に「生活相談員にあっては、入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められる者」とされるのみで、具体的に何を担うかは明記されていない。

本調査の結果から、生活相談員の主な取り組みは、「利用者・家族に対する働きかけ」を中心として「地域・関係機関に対する働きかけ」「施設・職員に対する働きかけ」の3つの働きかけに整理することができた(図表3-20)。

「利用者・家族に対する働きかけ」は、「入所時」「入所中」「退所(看取り介護)」の3つのフェーズに分けることができ、「入所時」では【医療ニーズのある利用者・家族の希望の確認と施設】【他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等のある利用者への対応】【経済的な課題を有する利用者・家族への対応】、「入所中」では【利用者・家族の想いを汲み取る】【利用者と家族をつなぐ】【希望を叶える】、「退所(看取り介護)」では【人生の最終段階に関する意思確認、家族支援】【看取り介護】といった取り組みが抽出された。

「施設職員に対する働きかけ」は、【職員と利用者・家族をつなげる】【利用者・家族の想いを代弁する・共有する】【施設の体制を強化する】、「地域・関係機関に対する働きかけ」は、【居宅ケアマネジャーや医療機関、福祉サービス事業所等との関わり】【行

政、地域包括支援センター、社会福祉協議会等との関わり】【地域とのつながり】【地域貢献】といった取り組みが抽出された。

以下に、それぞれの各フェーズにおける生活相談員の取り組みの内容を考察したい。

## (1)利用者・家族に対する働きかけ

### 1)「入所時」の取り組み

入所の相談や申し込みがあった場合に対応の困難があるケースとして【医療ニーズが高い】【他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等がある】【経済的な課題を有する】があることが本調査の結果から明らかになった。それらは同時に、居宅での生活が困難である理由と重なっており、これらの理由によって入所ができない場合には、高齢者が生活の場を失う可能性がある。そこで生活相談員は具体的にどのような対応によって、入所を可能にするように働きかけているだろうか。

【医療ニーズが高い】利用者に対しては、本人の個人情報保護に配慮し、「正確な医療情報をできるだけ詳しく聞き取る」「医療関係者や家族からも話を聞く」、アセスメント（情報を整理分析・評価して見通しを立てる）を実施していた。施設の看護師・介護員等との協議を通して、「できること」「できないこと」「起こり得るリスク」を明らかにし、それを本人・家族も含め説明し、共有することを通して、入所の可否を検討していることが分かった。また、日ごろから、適切な社会資源につなげられるように、関係機関との調整を図ること、かかりつけ医や協力医療機関のバックアップ体制づくりなどの連携が行われていることが分かった。

【他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等のある】利用者に対しては、環境面や心身の状態等についての観察、行動の状況の具体的観察、情報を把握することや内的要因・外的要因を考えることを通して、総合的なアセスメントを実施し、多職種で情報共有すること、多角的視点から検討することを行っていた。その上で、必要に応じた専門医等への相談や、受け入れに際して介護士や看護師との話し合いを重ねつつ、理解を得ていく努力をしていた。

【経済的な課題を有する】利用者に対しては、入居に際して活用可能な制度や行政窓口の情報提供、市町村や社会福祉協議会、法テラス等との連携につなげるなど、本人の状態・困りごとに対応するかかわりを行っていた。

### 2)「入所中」の取り組み

生活相談員は、入所中の利用者に対して主に【利用者・家族の思いを汲み取る】【利用者と家族をつなぐ】【希望を叶える（食事・外出支援・看取り・在宅復帰）】の取り組みをしていることが分かった。

【利用者・家族の思いを汲み取る】取り組みは、最も大事な取り組みの一つとして挙げられており、意思表示が難しい利用者に対して意思決定支援ガイドライン等を活用しながら推定意思を検討すること、意思確認できないと決めつけないこと、行動や言葉に

隠されている本質的な部分の発見、利用者から習う姿勢で知ろうとすることを通して、思いを汲み取る努力をしていた。家族からも、本人の性格や趣味などを教えてもらい、本人のより良い理解につなげていた。

【利用者<sup>1</sup>と家族をつなぐ】取り組みも、希薄になりがちな家族とのかかわりを維持し、利用者のQOLを高めるために重要である。そこでは、生活相談員が入所時から家族との信頼関係構築に力を入れること、家族が生活相談員に気軽に相談できる関係を作ることをしてきた。また、本人が家族と一緒に過ごせる時間をつくれるようなアプローチにも取り組んでいた。

【希望を叶える】取り組みは、ともすれば制限されがちな施設での生活においてあきらめたり、わがままとして取り扱われたりしてしまう利用者の「希望」に、生活相談員が向き合う様子が見えた。多職種で相談する、リハビリの強化、居宅支援事業所との連携、地域包括支援センターとの連携、家族との協力など、様々な工夫を行うことで、食事、外出支援、看取り、在宅復帰の希望を実現できるように取り組んでいた。

### 3) 「退所、看取り介護」の取り組み

生活相談員は、入所時や入所中だけでなく、利用者の人生の最終段階にかかわる「退所、看取り介護」に取り組んでいることが分かった。

【人生の最終段階に関する意思確認、家族支援】の取り組みでは、利用者の意思表示・意思確認を最大限に尊重して対応していることが分かった。本人からの聞き取り・意思確認が難しい場合でも、本人の意向の確認をあきらめないことや家族から本人のことを確認することをした上で、利用者の希望の看取りを実現するための本人や家族との合意形成に向けた取り組みを行っている。

【看取り介護】の取り組みは、最期を迎えるにあたって、どの程度の医療ケアが必要かを多職種と共有し、実現に向けて努力する一方で、難しい場合には医療機関に紹介することなどの合意を取り付けておくこと、家族にも理解を得ることなどに取り組んでいた。

### (2) 施設・職員に対する働きかけ

生活相談員による施設・職員に対する働きかけは、利用者のQOLの向上に必要不可欠であり、調査の結果からも積極的に取り組まれている可能性が明らかになった。具体的な取り組みとして【職員と利用者・家族をつなげる】【利用者・家族の思いを代弁する・共有する】【施設の体制を強化する（医療依存度の高い利用者への対応、他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等のある利用者への対応、基本的人権、個人の尊重）】が挙げられた。

【職員と利用者・家族をつなげる】取り組みでは、チームケア及びチームアプローチを可能にする専門職間のファシリテーションや職員の不安への解消、利用者・家族とのコミュニケーションなど、利用者の自己決定や自立支援に向けた環境づくりとして、施設・職員に対する働きかけが行われていた。

【利用者・家族の思いを代弁する・共有する】取り組みでは、利用者や家族が抱えている思いをまず受け止めることからスタートすること、また、声として表出されないニーズにも向き合っていけるよう職員間での会議やカンファレンスを開催していた。その際に生活相談員は利用者・家族の声を代弁し、その思いを施設・職員と共有していけるよう働きかけていた。

【施設の体制を強化する】取り組みでは、「医療依存度の高い利用者への対応」、「他利用者や職員等に悪影響が及ぶような行動等のある利用者への対応」、「基本的人権、個人の尊重」の3つが抽出された。生活相談員は、医療ニーズの高い利用者に対して対応できるように看護職との連携の深化や職員の意識変革に働きかけていたり、他利用者や職員等に困難を発生させるような行動等のある利用者に対応する力を高めるための勉強会を企画したり、ルーティーン化して忘れられてしまう恐れのある利用者自身の基本的人権を学ぶ機会をつくったりすることなどに取り組んでいた。

### (3) 地域・関係機関に対する働きかけ

生活相談員は、「地域・関係機関に対する働きかけ」にも取り組んでいた。この取り組みは、利用者の希望を叶えることや地域に貢献することを通して利用者が地域の方と交流する機会をつくることなどを目的としており、具体的には【居宅ケアマネジャーや医療機関、福祉サービス事業所等との関わり】【行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会等との関わり】【地域とのつながり】【地域貢献】が、生活相談員によって行われていた。

【居宅ケアマネジャーや医療機関、福祉サービス事業所等との関わり】の取り組みでは、本人の思いや希望を実現するために、地域のサービス事業所や病院の相談室との連携を強化したり、その連携によって在宅生活を希望する利用者の在宅復帰を支援したりしていた。

【行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会等との関わり】の取り組みでは、施設入所ではない解決しない複合的な問題を抱える利用者への対応として、行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会、在宅サービス事業所、地域の自治会・町内会や民生委員の方々とも話し合いの場を持ち、連携して解決できるように取り組んでいた。

【地域とのつながり】をつくる取り組みでは、利用者の希望を実現し、QOLを高めるために最大限に地域の資源を活用できるような取り組みが行われていた。例えば、近隣のスーパーへの買い物や神社への参拝、町内の観光農園への訪問、地域で開催されるサロンや認知症カフェへの参加、ボランティアの活用、移動図書館の活用ができるよう取り組んでいた。また、圏域の地域包括支援センターと共に生活支援体制整備事業にかかわりを持つことや、利用者がもともと暮らしていた地域の人々とのつながりを維持できるように、生活相談員が取り組んでいた。

【地域貢献】の取り組みでは、施設が所在する地域が、誰もが共に暮らし続けられる地域になるように、施設として協力をする取り組みを、生活相談員が行っていた。例え

ば地域住民同士のつながり、地域の多世代のつながり、児童・障害・高齢などの分野を超えた人のつながりをつくる取り組みや、災害時の避難場所としての勉強会の開催をして、地域住民が施設に訪問する機会をつくるように取り組んでいた。

#### 4. 社会福祉士資格の有無による自由記述の回答の違い

介護老人福祉施設の生活相談員が社会福祉士資格を有しているか否かによって、どのような違いがあるかを検討するため、「(1)回答内容における社会福祉士に特徴的な表現の抽出」「(2)コレスポネンス分析による社会福祉士有資格者と無資格者の比較」「(3)クラスター分析による社会福祉士有資格者と無資格者の比較」を行った。これらの分析には、計量テキスト分析を用い、その実施には計量テキスト分析ソフト KH Coder3 (樋口) を使用した。

##### (1) 回答内容における特徴的な表現の抽出による社会福祉士有資格者と無資格者の比較 (図表 3-21、3-22)

社会福祉士有資格者と無資格者のそれぞれについて、回答に使用されている単語の頻度をもとに分析する頻度分析を実施し、それぞれ 20 回以上出現していることが確認された単語を抽出した。

社会福祉士有資格者の回答から抽出された単語の特徴は「権利」「代弁」といった「利用者の権利擁護」に関する取り組みを表す単語、「ネットワーク」「頼る」「働きかけ」「弁護士」「タクシー」といった「地域のネットワークづくりや社会資源の活用」に関する取り組みを表す単語、「視点」「タイミング」「整理」「使える」「頻度」といった「専門的判断」に関する取り組みを表す単語が活用されていたと解釈できる。

一方で、社会福祉士無資格者の回答から抽出された単語の特徴は「ベッド」「認識」「保証」「健康」「喀痰 (対応困難)」「申し込み」「考慮」といった施設の事情や状況に合わせた対応に関する取り組み、「添える」「マッサージ」「会う」「一番」といった利用者の事情や状況にあわせた対応に関する取り組みを表す単語が活用されていたと解釈できる。

この分析結果からは、社会福祉士有資格者と無資格者の比較において、有資格者の回答からは権利擁護や地域のネットワークづくり、社会資源の活用、専門的判断という専門職としての単語がより多く抽出されていたのに対して、無資格者の回答からは施設の事情・状況を踏まえた施設の職員としての立場がより強調された単語がより多く抽出されていたという違いが認められた。

##### (2) 対応分析による社会福祉士有資格者と無資格者の比較 (図表 3-23)

対応分析は、データをいくつかの部分に分けて、それぞれの部分ごとの特徴を見るのに適している (樋口 2020)。この分析では、20 件以上の出現が確認された言葉を対象とした。

ここでは、データを社会福祉士有資格者に特徴的な表現の部分と無資格者に特徴的な

部分に分けて、検討することができる。図を見ると、社会福祉士有資格者の周辺にはソーシャルワーク専門職にとって重要な単語である「サービス」「資源」「アセスメント」「支援」「代弁」「働きかけ」「視点」「ネットワーク」「権利」が配置されているのに対して、無資格者の周辺には法律や施設内で使われる「入居」「状態」「吸引」「交流」「調査」「訪問」「主治医」「医務」「喀痰」「健康」「認識」「ベッド」などが特徴的な単語として配置されていた。

この分析結果からは、社会福祉士がソーシャルワーク専門職としての専門性を発揮しながら、生活相談員の業務にあたっていること、権利擁護や代弁をはじめ、利用者を中心とした相談及び援助、社会生活上必要な便宜を図り、利用者のQOL向上に貢献している可能性が示唆されている。

### (3)階層クラスター分析による社会福祉士有資格者と無資格者の比較（図表 3-24）

階層クラスター分析は、出現パターンの似通った語の組み合わせにはどんなものがあったのかを探索することができる（樋口 2020）。社会福祉士有資格者の分析は、併合水準は 1.2 で、30 個のクラスターが抽出された。無資格者の分析は、併合水準は 1.2 で、32 個のクラスターが抽出された。

社会福祉士有資格者と無資格者の分析結果を比較すると、有資格者では「権利擁護」と「信頼関係構築」の 2 つのクラスターが抽出されたものの、無資格者では抽出されなかった。「権利擁護」クラスターは「利用者の権利を護る」「本人の意思を尊重する」「権利擁護事業」によって構成されており、社会福祉士のソーシャルワーク専門職としての価値・倫理原則に基づく取り組みである重要な取り組みが抽出されたといえる。また、「信頼関係構築」クラスターは、「利用者本人」「家族」「関係機関」との信頼関係構築を表しており、社会福祉士がソーシャルワーク実践を展開する上での土台である「信頼関係」を構築する取り組みが抽出されたという点で、特徴的であり、重要である。

## 5. まとめ

調査によって得られたデータの分析から、介護老人福祉施設の生活相談員が、日ごろからどのような取り組みを行っているのかが明らかになった。

これらの生活相談員の取り組みは、「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」の基本方針にある「相談及び援助（第 18 条）」「社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話（第 19 条）」「入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って処遇を行うように努めなければならない」「明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に勤めなければならない」という中核的な内容を果たすことに、大きな貢献をしていることが明らかである。

また、ここまでの分析から明らかになった生活相談員の取り組みのうち、社会福祉士有資格者と無資格者の間では、取り組みに大きな違いがある可能性も示唆されている。

まず、社会福祉士資格の有無と「看取り介護加算の算定者数」および「ACP 取り組み数」の分析では、これらの取り組みに対して社会福祉士有資格者の方がより積極的である可能性が示唆されている。加えて、自由記述データからは、特に「相談及び援助」と「入所者の意思及び人格を尊重」「地域や家庭との結びつきを重視した運営」「市町村、老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携」において、力を発揮している様子が明らかになっている。社会福祉士資格を持たない生活相談員が施設の事情・状況を中心に組み組みを行っているのと比較して、社会福祉士資格を持つ生活相談員は、施設内の調整・力量の向上にも働きかけつつ、利用者の権利や意思決定の尊重を中心に、地域とのつながりづくり、ネットワークの構築、地域を誰もが暮らし続けられる場所にしていくことへの貢献といった施設内外に渡って取り組む姿勢がより強く認められる。

#### 引用文献

樋口耕一「社会調査のための計量テキスト分析－内容分析の継承と発展を目指して 第2版」ナカニシヤ出版, 2020, pp. 173-178, 181, 182.

## 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

フォーカス・グループ・インタビュー調査の結果から、特別養護老人ホームの生活相談員（社会福祉士）が入居者に対して、施設に対して、地域社会に対してさまざまな取組を行っていることがわかった（第2章参照）。

この結果を踏まえて、さらに生活相談員（社会福祉士）が入居者・施設・地域社会に対して行っている実践がソーシャルワーカーとしてどのような役割や機能を果たしているのかを明らかにするためにヒアリング調査を行った。

調査協力者の選定は、フォーカス・グループ・インタビュー調査参加者の中から興味深い取組を行っている生活相談員（社会福祉士）とした。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、調査協力者、ヒアリング内容の概要は以下の通りである（表4-1）。なお、フォーカス・グループ・インタビュー調査に参加した5名（1～4、7）の他に、比較的規模が大きく、法人としてもさまざまな取組を行っている2つの施設にも調査協力を依頼した（5、6）。

ヒアリング内容は、1～4、7の調査協力者については、フォーカス・グループ・インタビュー調査で行った質問項目を振り返りつつ、特に興味深かった取組みや事例についてヒアリングを行った。5・6の調査協力者については、フォーカス・グループ・インタビュー調査で用いた質問項目をもとに、生活相談員としての実践や取組みについてヒアリングを行った。

#### フォーカス・グループ・インタビュー調査の質問項目

- 入所にあたって課題を抱える利用者の受入れに対して、取り組まれていること
- 利用者本人の意思確認が難しい場合、アセスメントにあたって必要となる情報として、どのような項目を収集しますか
- 利用者の希望を叶えるために多職種や関係機関と連携しながら取り組んだエピソード
- 利用者の家族が直面する困難にどのように関わるか、うまく関わることでエピソード
- 複合的な課題、組織又は制度上対応が困難な課題を有する利用者の支援で、良い支援ができたと思えるエピソード
- 入居者のその人らしい生活を実現するために、施設外のどのような地域にある資源（組織・団体、場所等）を、どのように活用しているか

表 4-1 ヒアリング調査の概要

	調査日時	調査協力者	ヒアリング内容
1	2024年 1月22日 19:00-21:00	特別養護老人ホーム 生活相談員、1名 (社会福祉士)	・ニーズに即した受入態勢をつくる ・虐待等の緊急事案の対応 ・特養やショート利用者による“県人会”
2	1月30日 19:00-20:50	特別養護老人ホーム 生活相談員、1名 (社会福祉士)	・他の事業所では問題行動（BPSD等）によって退所を余儀なくされた利用者の受け入れ ・本人意思の確認 ・高齢の親と疾患を抱えた介護者の在宅復帰支援 ・猫屋敷問題と認知症の進行により地域からの苦情にて地域から排除されようとする利用者への支援 ・要介護者（地域住民への支援）等
3	1月31日 19:00-20:30	特別養護老人ホーム 生活相談員、1名 (社会福祉士)	・「人生会議手帳」を用いたACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取組
4	2月5日 19:00-20:50	特別養護老人ホーム 生活相談員、2名 (社会福祉士)	・利用者の意思決定支援（利用者本人の意思決定をプロセスとして支援すること）として、意識していること
5	2月7日 19:00-21:00	特別養護老人ホーム 生活相談員、1名 (社会福祉士)	・フォーカス・グループ・インタビュー調査の質問項目に準じる
6	2月8日 19:00-20:50	特別養護老人ホーム 生活相談員、2名 (社会福祉士)	・フォーカス・グループ・インタビュー調査の質問項目に準じる
7	2月14日 19:00-20:30	特別養護老人ホーム 生活相談員、1名 (社会福祉士)	・利用者の意思決定支援（利用者本人の意思決定をプロセスとして支援すること）として意識していること

## 2. 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

### 1. 調査結果の概要

ヒアリング調査から、介護老人福祉施設の生活相談員である社会福祉士は、福祉専門職としての価値・倫理を行動規範として、本人のQOLを高めるために関係者への多様な働きかけをしていることが確認された。それらの取組が働きかける対象としては「本人や家族」「施設職員等」「施設・法人」「関係機関」に大別された。

以下、ヒアリング調査から抽出された生活相談員（社会福祉士）の働きの全体像を示す（表4-2）。

表4-2 ヒアリング調査から抽出された生活相談員（社会福祉士）の働き

(1) 本人や家族 に対する働 きかけ	1) 本人や家族の困りごとや支援ニーズ、生活環境、生活歴、価値観や嗜好等を理解する	①本人の理解、アセスメントを丁寧に行う ②コロナ禍で収集したアセスメント情報をケア現場に伝え、ケアに反映させる
	2) 必要に応じて各種情報を提供し、生活課題の改善を支援する	①経済的不安を抱える本人・家族への対応
	3) 本人や家族と積極的にコミュニケーション機会を確保する	①利用者への日々の声掛けによる関係形成の努力
		②家族の知らない利用者の意向を共有する
		③目安箱による意見聴取
	4) 本人や家族の思いを受容する、共感的態度を示す	①在宅生活の継続希望に応える
		②本人が入所に前向きでない場合の工夫
	5) 本人の意思決定支援、本人意思の推定	①意思表示が難しい本人への支援
		②認知症の利用者への対応
6) 人生の最終段階に関する本人・家族の意思確認、意思決定に向けた支援、医師からの説明の通訳	①家族を交えた多職種による対話	
	②本人急変時等の意思決定	
	③人生の最終段階を迎える場所の選択を支援する	
7) 人生の最終段階に関する本人・家族の意思確認、意思決定に向けた支援、医師からの説明の通訳	①人生会議手帳を用いた最後の時期の意思の確認	
	②医師からの説明を家族に通訳する	
	③家族間で意向が異なる場合の対応	
8) 本人の生活を支えるために重要な家族への働きかけ	①サービス担当者会議への参加依頼と意思表示の促進	
	②本人への関心を薄めさせない	
	③本人の意向と家族の思いのズレを調整する	
9) 自宅外泊や外出支援等に対する各種調整支援		

(2) 施設職員等 に対する働 きかけ	1) 支援困難と思われる利用者の受け入れ	①多職種による自宅訪問を用いたケアスタッフの意識変化の促進
		②諦めない、やってみないとわからない姿勢を示す
		③医療依存度が高い場合、施設で対応できるレベルに医療処置を調整する
	2) 本人理解、本人の価値観、世界観にあわせたケアの工夫を試みる	
	3) 緊急受入等の際の協力関係を保つための働きかけ（各人への根回し、コミュニケーション等）	①職員に日々声を掛けて関係形成を図る
		②施設の使命を共有する
	4) 本人の生活環境、歴史、価値観、思いを共有し理解を促す	①本人情報や家族の意向等を多職種で共有するツールの活用
		②本人の強みに目を向けさせる
	5) ケアプラン、サービス担当者会議等における情報共有、本人や家族の代弁	①ケアプランが本人や家族の意向を反映しているかを意識する
	6) 根拠となるデータを蓄積し、多職種で支援方針を検討する	①根拠に基づく支援を行うことの意識化をスタッフに求める
		②24時間シートを用いたケアの根拠となるデータの把握と活用
		③本人の嗜好や習慣に着目してケアを工夫し、それをデータ化してケアの根拠を確認する
		④関わりの中から「その人らしさ」をデータ化する
	7) 本人の希望を叶えるための多職種連携	①多職種と家族の仲介
		②本人がやりたいことを叶えるために、他職種で協力する
③できることを増やす自立支援の意識を施設内に浸透させる		
8) 職員のモチベーションの維持・向上成功体験の積み重ね、家族等から寄せられた感謝のフィードバック等)	①利用者の希望を叶える成功体験の積み重ねにより士気を高める	
	②家族からの感謝の言葉を現場にフィードバックする	
9) 職員の不安を軽減させる取組	①看取り介護に対する情報共有で現場の不安軽減を図る	
	②家族とのすり合わせ内容を現場と共有する	
	③利用者と介護職員の間に入り調整する	

	10) 職員への教育的機能	①本人に感じる能力があることを職員に伝える ②家族の心に残るものはなにかを職員に伝える ③関連する施策や制度動向等の説明をする
(3) 施設・法人 に対する働きかけ	1) 経済的課題を抱える利用者の受け入れ	①法人内事業所間での情報共有と調整
	2) リスク低減に向けた環境整備 (医療ケア、看取り介護、虐待や事故の防止、感染症対策等)の働きかけ(キーマンへの働きかけ等)	①俯瞰する生活相談員の視点 ②看取り介護に関する研修
	3) 各ユニットにおける取組を共有する仕掛け	①ユニットの好取組を他ユニットに横展開する
	4) コロナ禍における面会のあり方に関する調査研究の実施、ガイドライン作成	①コロナ禍での面会に関する研究の取組 ②面会制限緩和に向けたガイドラインの作成
(4) 関係機関 に対する働きかけ	(居宅ケアマネ、居宅サービス事業所等に対して)	
	1) 本人や家族の困りごとや意向の共有、支援に向けた協力の働きかけ	①医療保険適用で施設外サービスを利用する ②各専門職が担うべき役割の再確認を促す言葉掛けと利用者の代弁
	2) 在宅復帰時における調整依頼	①本人の生活を継続的・包括的に支援する視点
	(主治医、医療機関に対して)	
	1) 施設での生活可能性に関する助言、判断、調整、協力依頼	①主治医への確認
	2) 本人・家族の意向等に関する情報提供	①入院先医療機関に本人の食事の嗜好の伝達
		②救急搬送時における本人・家族の意向の伝達
	(行政、地域包括支援センター、社協、権利擁護センター等に対して)	
	1) 利用可能な制度の窓口へのつなぎ	①経済的課題を有する本人や家族に対して、利用可能な窓口(各種減免制度、生活保護、生活困窮者自立支援制度の申請等)へのつなぎを行う
	2) 頼れる身寄りのいない利用者への支援(成年後見制度、日常生活自立支援事業、死後対応等)	①関係機関への協力依頼
3) 他法人との連携による地域住民への支援	①買物バス運行に向けた他法人への協力依頼	

4) 地域から疎外されていた認知症高齢者と地域住民の関係修復・継続を図った事例	①地域ケア会議を活用して支援を検討する
	②住民の力を引き出す関わり方を心掛ける
	③住民も参加したアセスメントから環境改善へと展開する
	④認知症の理解を促す勉強会の開催
5) 地域資源との連携	①地域の飲食店での外食
	②地域資源の活用、外出の再開

## 2. 生活相談員（社会福祉士）の具体的取組事例

### 【1】本人・家族に対する働きかけ

(1) 具体的取組例：「出身地」などの情報を用いた支援

#### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：ユニット型のみ、入所定員 90 名  
生活相談員配置人数：1 名、生活相談員経験年数 16 年

#### 【要約】

利用者の「出身地」等を尋ね、それを利用者との信頼関係構築に活かす。また、利用者を同郷の利用者と引き合わせ、利用者が施設内で人間関係が築きやすくなるようにする。

#### 1) 生活相談員の取組と成果

インタビュー面接時には必ず「出身地」「ゆかりのある土地」「過去に住んでいた土地」「仕事」「趣味」などを尋ねるようにしています。

生活相談員としては、こうした情報を知っていることで、生活相談員自身がその土地などについて知識があれば、相談面接場面でそのことを話題にして、そこから利用者と円滑にコミュニケーションを取ることができ、これが信頼関係構築の助けになります。また、生活相談員がその土地についての知識がなくても、タブレットで google map を開いて利用者と一緒に地図を見ながら会話をするなども行っています。そこから得られた情報は介護職員に伝えることによって、介護職員が利用者と言葉かけをする際のキーワードとしても活用することができています。

また、こうした話題は利用者同士の関わりを活性化することにも役立ちます。利用者同士が出身地やゆかりの土地、過去に住んでいた土地が同じであれば、そのことを話題として心地よく話ができます。これは、同郷の仲間としての仲間意識であったり、親近感を抱きやすいということです。ある利用者は同郷の利用者との関係を「〇〇県人会」と名乗って、仲良くしておられます。

こうした同郷であることが利用者同士の人間関係形成に役立つことから、生活相談員としては新規入居者が早く施設という生活環境に馴染めるように、同郷の方を紹介し、つながりをもってもらうようにしています。

このように、郷里の話などを一緒にすることによって過去を回想することができ、それが利用者の心理的安定など回想法的な効果をもたらしていると思います。

## 2) この取組がもつ役割や機能

この取組の背景として、生活相談員が利用者を単に「介護が必要な人」と捉えるのではなく、バイオ・サイコ・ソーシャルな存在と捉えていることが重要だと思われる。人は生物的側面だけでなく、心理社会的側面から形成されるものである。ここでは、「出身地」「ゆかりのある土地」「過去に住んでいた土地」「仕事」「趣味」などといった、利用者その日との人格形成に関わる情報に着目することにより生活相談員との信頼関係構築に役立て、そこから得られた情報は「利用者理解」を深めることに役立てられている。さらに、こうした側面からの利用者理解は、日常ケアを提供する介護職員等に伝えられ、彼らが利用者としてこうした側面から関わることを手助けしている。

これは、利用者にとっては施設職員との信頼関係づくりに役立てられるという点ばかりではなく、他の利用者と関係を作っていくための接点となるものである。特別養護老人ホームに入所するということは、利用者にとって「生活の場が変わる」だけでなく、「関わる人が変わる」経験でもある。人の暮らしは物理的要因だけでなく、他者との関わりによって形成されるものである。同郷というつながりが感じられる人との関係が持てることは、入居者が特別養護老人ホームという新しい環境で、適切なケアを受けて安全に暮らせるだけでなく、他者との意味のあるつながりを持ちながら安心して暮らせることにつながると思われる。この意味で、こうした取組は利用者のQOLを高めるものといえる。

## (2) 具体的取組例：利用者の意思の確認

### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型(多床室)のみ、入所定員 50 名  
生活相談員配置人数：1 名、生活相談員経験年数 11 年

### 【要約】

言葉による意思の表出が困難な利用者であっても「必ず意思がある」ことを前提に、その意思を非言語コミュニケーションから読み取ろうとする。またそのために参考になる情報を、過去にその人を知っている支援者から得て、意思の推定に活かす。

## 1) 生活相談員の取組と成果

生活相談員として、利用者の支援にあたって、その利用者が意思を表出できない方であっても「必ず心の中には意思がある」ことを前提に支援することを心掛けています。

それは、認知症のある利用者が常識的に見ると誤った選択をしたように見えても、それは本人の中にある意思が反映された行動であると考え、その意思を代弁しようと考えています。

言葉で自分の意思を表出できなくなった利用者であっても、言葉以外（非言語的なコミュニケーション）からその人の意思を読み取ろうと考えます。そのため、これまでのケアの中で把握した本人の意思表出のあり方（何かを考えている表情、嫌なときにする仕草など）を参考にしながら、本人の意思を推定し、それを代弁していきます。

また、入所前に在宅サービスを使っていた方であれば、その人を知っている職員からそうした情報を収集し、利用者の意思の推定に活かしていきます。

## 2) この取組がもつ役割や機能

意思決定支援の観点からは、「どのような人であっても、本人には意思があり、決める力があるという前提に立つ」という姿勢をもって利用者支援に臨もうとすることがよく表れている取組といえる。

意思は言語によって表出されるだけではなく、表情、仕草、態度等の非言語のコミュニケーションを通じて表出されるものでもある。そのことを理解し、利用者の非言語コミュニケーションを観察し、そこから意思を読み取ろうとすることは重要である。しかし、そのためには本人がどんな気持ちの時にどんな表情をするかなど、本人の様子を知っている方が利用者の意思を推定できやすい。そのため、そうした情報を持っている支援者から情報を収集し、意思の推定に活かそうとしている。これは、利用者の意思を尊重し、それを支援のなかで大切に扱っていかうとする意思決定支援の姿勢を持っていることを基盤とし、利用者の権利擁護や自己決定を支援するソーシャルワーカーとしての価値と倫理に基づく取組であると考えられる。

## (3) 具体的取組例：人生会議手帳を使った利用者の意向の確認

### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型とユニット型の混合、  
入所定員 160 名(従来型 110 名、ユニット型 50 名)、  
生活相談員配置人数：4 名、生活相談員経験年数 8 年

### 【要約】

自治体が作成している「人生会議手帳」を用いて、入所契約時、ケアプラン更新時に利用者と家族の終末期の意向を確認し、それをケアに反映させている。

## 1) 生活相談員の取組と成果

自治体が作成している「人生会議手帳」を用いて、利用者の終末期に関する意向を把握しています。この「人生会議手帳」には、生きる時間が限られていくとしたら、何を大切にしたいか、それを誰と共有したいか、誰と一緒に考えたいか、人生の最終段階はどういった場所で迎えたいか、どういった医療行為を受けたいかなど、今後の人生を考えるうえで参考になる内容が書かれています。この「人生会議手帳」を入所契約に配布し、ケアプランの更新時にもう一度見ていただき、利用者の意向を確認しています。ケアプラン変更の度に確認することで、利用者・家族の意向が変われば、それを記録し、意向の変化に応じた支援を考えています。

看取り期に入った時に、医師による説明の場を設けていますが、このときにはじめてこうした話題に触れて気持ちが揺らぎ、選択に迷う家族もいらっしゃいます。しかし、そのような状況になる前に、冷静に終末期のことを考え、ある程度方向性を考えておくことができると、「父はあのとき、〇〇〇とっていたので」と受け止めることができる方は多いのです。

また、この手帳の内容について本人と家族で話し合うことで、例えば、本人は普段「あとは死ぬだけ」と言っていたけれども、「本当はもっと長く生きたい」という思いを持っていたことや、「自分の生活に関するお金の心配がある」ことを知ることができたという例もあります。

夜間に利用者の状態が急変し、救急搬送するような場合もあります。このような場合、まずは家族に連絡をするのですが、家族と連絡がつかない時もあります。こうしたことを見越して、「人生会議手帳」を配布するタイミングで、希望する看取りの場所などを伺うほか、「状態が急変した時に心臓マッサージや人工呼吸器を使う延命治療を希望されますか?」「家族と連絡がつかない場合には、家族はこういうことを希望しておられます、ということをお伝えします」ということは説明しています。「人生会議手帳」の内容はこのように、救急搬送時に救急車の同乗する介護職員が活用するという使い方もしています。

## 2) この取組がもつ役割や機能

利用者の終末期に関する意向を確認することは、看取りケアを提供する特別養護老人ホームにおいて重要なことである。この取組では、利用者の意向を把握するためのツールとして自治体が作成した「人生会議手帳」を利用者・家族に配布し、終末期の意向を確認する取組である。

終末期にどのようなケアを望むかは非常にセンシティブな話題であり、扱いが難しいものである。しかし、「人生会議手帳」というツールを用いることで「このようなことについてお考えをお聞かせください」「このようなことについて、本人と話し合ってみてください」と利用者・家族に終末期に望むケアを考えてもらうことができやすくなると思われる。

それは、利用者・家族にとっては終末期の心の準備をする作業であり、それを支援するための有効な方法となっている。また、施設側にとっては事前に意向の把握をしておくことでスムーズに看取り期への移行を支援でき、さらに、救急搬送時の医療機関に提供する情報を事前に整理することで、そうした場面に対処する介護職員への負担を減らすなどの効果も見込まれるものであるといえる。

利用者や家族がこうした意思決定ができるように支えていくことは、最良の自己決定ができるように支援していくソーシャルワーカーとしての大切な役割だと考えられる。

## (4) 具体的取組例：支援チーム内で利用者中心の立場を再確認し、在宅復帰を支援した事例

### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型(多床室)のみ、入所定員 50 名  
生活相談員配置人数：1 名、生活相談員経験年数 11 年

## 【要約】

リスク重視で在宅生活は困難と考える関係機関に対して、利用者中心の立場を思い返すように働きかけたことで、在宅生活への復帰を支援した事例

### 1) 生活相談員の取組と成果

90歳代の要介護の本人と子の2人世帯の事例です。介護者である子が心疾患で入院したことで、母親が一人で自宅で過ごすことになりました。この状態を危惧した担当ケアマネジャーから地域包括支援センターに相談があり、特別養護老人ホームに緊急入所となりました。

子の退院にあたり、関係機関からは「このまま在宅介護に戻っても共倒れする危険性が高い」「本人は入所で、子とは別に暮らしたほうがよい」という見解が示されました。しかし、本人も子も「自宅で一緒に暮らしたい」という思いを持っていました。そして、この状況に担当ケアマネジャーはどうすればよいか悩んでいました。生活相談員は担当ケアマネジャーに「本人と家族の意向を尊重し、自宅での生活を送るための調整をしなければいけないのでは」「『在宅は難しい』『二人を切り離しましょう』と関係者は考えているけれど、私たちは『自宅で暮らせない』と判定する立場ではなく、本人や家族の意向を受け入れて、それを実現していくために何をすべきかを考えることが福祉の専門職としての仕事ではないでしょうか」と話しました。

そして、ケアマネジャーから在宅サービス提供時に関わっていた事業所を招集してもらい、協議の機会を持ちました。そこでは、以前のように自宅で暮らしたいという二人の思いを実現するために何が必要かを、それぞれの事業所の立場から提案してもらうことができ、子の退院を機に本人は施設を退所し、在宅サービスを使いながら親子二人の生活に戻ることができました。

その後、子の心疾患が悪化して再入院する際には、本人は特別養護老人ホームに入所し、子の状態がよくなれば自宅に帰るということを繰り返し、在宅生活が継続できています。

### 2) この取組がもつ役割や機能

専門職の目からは、リスクを捉えて、より安全な生活が送れるように施設入所が妥当だと判断することがある。しかし、この判断が利用者・家族の思いを越えて優先されるとすれば、その支援は利用者・家族不在の専門職優先の判断となってしまう。

この事例では生活相談員の働きかけが、在宅の支援機関に「利用者の思いを実現するために尽力すること」を思い出させることになっている。支援機関はリスクよりも安全を重視し、利用者の思いよりも専門職が考える安全が重視される場面はよく見られる。しかし、そこで「利用者主体」「利用者の意思の尊重」という立場に立ち返れるように支援チームに働きかける者がいることによって、支援チームはそれぞれの機能をどのように活かせば、それができるのかを考えなおすことができる。この生活相談員の働きかけは、利用者の権利を擁護し、意思決定支援に各専門機関のもつ力を引き出すように機能している。権利擁護を図るために、利用者を取り巻く環境である関係機関に働きかけ、それぞれの機能を利用者のためにチームアプローチの促進を果たしている。

また、老人保健施設ではよく見られる「リピーター利用」、つまり老人保健施設に入所して利用者の身体機能を高め、在宅に戻り、家族が休息が必要になると再度老人保健施設に入所するというようなサイクルで在宅生活を支える取組が、この事例では特別養護老人ホームの入所機能を使って行われているところも注目すべきところである。特別養護老人ホームは一般的に「終の棲家」とみなされているが、このような特別養護老人ホームの利用の仕方によって在宅生活の延伸が図れることも、入所施設である特別養護老人ホームからの地域包括ケアシステムの深化の一例とみなすことができる。

(5) 具体的取組例：知的障害のある利用者との信頼関係構築から利用者の代弁を行った事例

【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：ユニット型のみ、入所定員 100 名  
生活相談員配置人数：2 名、生活相談員経験年数 19 年

【要約】

知的障害がある利用者との信頼関係を構築し、他職種・他機関に利用者の思いを代弁することで支援を続けていった事例

1) 生活相談員の取組と成果

2 人暮らしをしていた高齢の知的障害のある兄弟が、台風で住んでいた家が崩壊して自宅での生活ができなくなったので、施設で受け入れた事例がありました。兄弟は姉と弟なのですが、姉は褥瘡の治療のためにいったん入院し、弟はショートステイで受けました。経済的に余裕もなかったため、行政や金銭管理（日常生活自立支援事業）を行っていた社会福祉協議会と協議しながら、社会福祉法人減免などを活用して施設の利用をしていただきました。

兄弟 2 人でずっと生活してきた方でしたので、2 人分のベッドが入る同じ居室を使っていただくことにしました。弟の方は、最後は癌で看取りをすることになりました。姉共々、入院治療は一切したくないという意味は確認していましたので、最後は施設での看取りとなりました。

兄弟は知的な障がいがあり、感情の起伏が激しかったので、気持ちが不安定になると怒りの感情を他の利用者や介護職員にぶつけることがあり、こうしたところから他施設では受け入れが難しく、本施設に措置入所となっただけのいきさつがあります。生活相談員は二人にとって困ったことがあれば相談したい相手となれるよう、できるだけ利用者に寄り添いながら関わりを続けたことで、何かあれば生活相談員を呼んでもらって、何でも話せる関係が築けました。そこから、他職種・他機関に利用者の思いを代弁して調整する役割を担いながら支援を続けていきました。

2) この取組がもつ役割や機能

特別養護老人ホームは要介護状態にある人に対して介護サービスを提供する施設である。その主たる利用者像は脳血管疾患や認知症などにより介護が必要な人たちである。しかし、介護保険制度上は 65 歳以上（あるいは 40～64 歳までで特定疾病）で要

介護3以上の人が利用できるため、老化に伴う疾病以外の人も入所となる場合がある。この事例は知的障害があり身体機能上も介護が必要な状態である利用者を受け入れることになった際の取組である。

利用者は、知的障害ゆえに環境の変化や、介護職員等の関わり方がうまく理解できず、そこから情緒的な不安や怒りが介護職員にぶつけられることがあった。それに対して、生活相談員が利用者と信頼関係を形成することで直接サービスを提供する職員との間に入り、仲介を行っている。この部分だけをみれば、生活相談員がもつ仲介機能の発揮とみえるが、その背景にはソーシャルワーカーとしての高い相談面接技術がある。それを駆使して信頼関係が築けたからこそ、介護職員と利用者をつなぐことができたと思われる。また、こうした信頼関係によって、利用者の看取り期の意向を表出してもらうことができ、利用者の思いに沿った支援ができるように調整できたと思われる。この点を考えると、生活相談員がソーシャルワーカーとしての力量を備えていることによって、ケア提供者側との間に生じる摩擦の解消だけでなく、利用者の権利擁護が果たせたと考えることができる。

## 【2】施設職員に対する働きかけ

(6) 具体的取組例：緊急ショートを受け入れ体制を整えるための現場への働きかけ

### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：ユニット型のみ、入所定員 90 名  
生活相談員配置人数：1 名、生活相談員経験年数 16 年

### 【要約】

緊急ショートステイの受け入れは現場職員にとって負担感が大きい。しかし、受け入れの際に必要な情報を把握し、現場に伝えるだけでなく、常日頃から社会福祉法人の使命として困っている方の受け入れを行うことの意味を職員に伝え、職員の理解促進を行っている。

#### 1) 生活相談員の取組と成果

居宅介護支援事業所や病院、社協などから、緊急ショートステイの依頼を受けることがあります。このような場合、できるだけ断らずに受け入れるようにしています。これは、施設としてショートステイの稼働率を高めるという経営的な側面もあるのですが、困っている方がいるのなら、ベッドが空いていれば使ってもらうことで助けになりたいということです。

もちろん、緊急で受け入れる場合は書類を整えるという点でも大変ですが、急遽受け入れることになる現場の介護職員にかかる負担も大きくなります。しかし、ベッドが空いている以上は積極的に困っている方を受け入れるのは、入所施設である第一種社会福祉事業を担う私たちの使命であると考えていて、そのことは常々現場職員にも言い続けています。

実際に受け入れる際には、利用者の情報について漏れないように把握し、それを現場にしっかり伝えることを心掛けています。それによって、現場の受け入れも

スムーズになります。また、自分もフロアにあがっていき、いろいろと判断が必要な事柄は現場に任せきりにせず、担当のケアマネジャーや病院、家族、それまで利用していた施設に連絡を取り、情報収集や確認をするようにしています。

現場には「よろしくね、ごめんね」と声を掛け、現場の意見もしっかりと取り入れ、「みんなのやりやすいようにしてくれていいんだよ」と言葉を掛けていきます。生活相談員から一方的に話を持っていくのではなく、こちらもちやんと動き、現場の状況をみて対応するようにしています。

## 2) この取組がもつ役割や機能

緊急ショートステイは、さまざまな事情があり、今日、今すぐに利用者の居場所を確保しないといけないという切迫した状況があって生じるものである。生活相談員は、依頼先から現在の急迫した状況を聞き、それに応えようとする。しかし、実際に緊急ショートで入所する利用者のケアをするのは現場の介護職員などである。そのため、生活相談員としては現場の負担感を理解し、その手当てをしていくことを忘れないようにしている。また、ただ現場に感謝したり労ったりするだけではなく、依頼先の機関との連絡の中からケアに必要な情報を収集し、それをしっかりと現場に伝える。これによって現場の負担を和らげることができる。

また、常日頃から入所という機能を持った施設が担っている社会的責任を一人ひとりのスタッフが感じられるように、第一種社会福祉法人の使命として説明を行っている。こうしたことは、ともすれば目の前の利用者に対するケアだけに目が行きがちになる職員に、自分たちが担っている職責や社会的責任を意識してケアに取り組むことを促しているといえる。これは、ソーシャルワーカーの価値を施設全体に周知させる働きであると考えられる。

## (7) 具体的取組例：記録ソフトを使って介護職員の記録の力量アップを促進する

### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型とユニット型の混合、  
入所定員 175 名(従来型 87 名、ユニット型 88 名)、  
生活相談員配置人数：4 名、生活相談員経験年数 5 年

### 【要約】

記録管理ソフトを使って利用者の普段と違う様子、家族の喜びそうなエピソードをまとめ、家族に伝え、家族からのポジティブな反応を介護職員にフィードバックしていくことで、介護職員の記録の着眼点や記録力を高めている。

## 1) 生活相談員の取組と成果

施設で使っている記録管理のソフトには 24 時間シートといって、1 日を 24 時間に分割して、利用者が何時何分に何をしたとか、トイレに行ったとかを記録できる機能があります。

私は介護職員に「本人が普段と違った表情があったり、家族が聞いたら喜びそうなエピソードとかがあればそれを記録に残して『✓』を入れてください」とお願いしています。例えば、「普段は全然喋らないのに、野球を見ていたらすごく大きな声

を出していた」とか。そうすると『✓』が入っている項目だけを抽出してリストアップすることができます。

こうした情報が積み重なってくると、半年に1回のケアプランの見直し（サービス担当者会議）の際に「この方は、このような過ごし方をしてたんですよ」と家族に伝えることができます。また、介護職員には私の方から「こういう記録を書いたから、こういうことを家族に言えましたよ。そうしたら、家族からこんなふうに言ってもらえました。どうもありがとう」と伝えるようにしています。

このように、介護職員が頑張っていることを家族に伝えたいから、ぜひ『✓』を入れてと言うようになって、今では7割くらいの介護職員はこういう記録の書き方をしてくれるようになりました。生活相談員の仕事は縁の下の力持ちであって、実際のケアを担う介護職員が頑張っていることを目立たせるための働きを私が頑張ることで、それが家族に伝わるし、ほかの介護職員も「やってみよう」と思ってもらえると考えています。

## 2) この取組がもつ役割や機能

「記録」が重要な支援方法であることは広く知られているが、実際には記録には時間がかかり、多忙なケアの現場では実地指導対策のために必要最小限のことを記録に残すことにとどまっている例も多い。しかし、個別的なケアを提供するためには、利用者の個別性の理解が必要不可欠であり、それは日々の利用者の言動や行動の背景にある「思い」の理解をすすめていくことが重要になる。

この取組では、家族が知ってうれしくなるようなエピソードをしっかりと記録に残し、それをサービス担当者会議で家族に伝えることで、家族から安心や信頼を得ることが行われている。さらに、そのような情報を家族に伝えることから帰ってくるプラスの反応を介護職員にフィードバックすることによって、介護職員の士気を高めようとしているともいえる。

この施設は利用者の平均要介護度が4.2と高く、利用者に提供する介護サービスの量は多く、介護職員はそうしたサービス量の多さに追われながら日常のケアの仕事をやっているのではないかと思われる。しかし、それを多忙や業務に流されるのではなく、利用者一人ひとりの様子に丁寧に目を向け、耳を傾けていく介護職員の姿勢を、この取組は強化しようとしていると考えられる。

また、ケアの現場で見られた利用者の言動や行動を丁寧に拾って記録化していくことは地味で時間のかかる作業である。記録が苦手だという職員も多い。多忙な介護業務の中で、介護職員がこうした記録を残していこうという姿勢を持つように働きかけるこの取組は、きめ細かなケアを行う力量を醸成する試みでもあると考えられる。

## (8) 具体的取組例：介護職員の利用者宅訪問により自宅での生活を意識してケアを意識化させる取組

### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型(多床室)のみ、入所定員 50 名  
生活相談員配置人数：1 名、生活相談員経験年数 11 年

## 【要約】

利用者のケアを担う介護職員が、利用者の自宅での生活を意識してケアを考え、行えるようにするために、介護職員とともに利用者宅を訪問し、自分の目で確認する機会を作る。

### 1) 生活相談員の取組と成果

生活相談員は、ショートステイの利用前相談で詳細な情報を聞き、また家庭訪問を行って利用者の家の中の様子を見て、その生活の有様を把握する機会があります。しかし、施設内でケアを担う介護職員等には、利用者が家でどのような生活をしているかは想像しにくいものです。もちろん、利用者の生活について生活相談員から口頭で報告、説明するのですが、それだけで生活相談員が把握しているようには伝わらないことがあります。

そのため、実際に介護職員にも利用者の家の様子を見てもらうことが必要だと考えました。そこで、その利用者のケアにあたる職員2～3人を順番に利用者宅に連れて行き、「この利用者はこういう環境で過ごしている」ということを自分の目で見て確認してもらうようにしました。そこで介護職員が感じたことを持ち帰ることで、「(施設では)どのようにケアしようか?」という話し合いができるようになります。

例えば、家ではベッドを使っていないとか、福祉用具のベッドを入れたけれども、結局使わずにこたつで寝ていたとか。そうしたことが分かってくると、施設でのケアをどうすればよいかを考えやすくなります。この人を当施設で受けるためにはどうしたらよいかを考える材料を共有するための取組であり、これによって現場の職員は利用者の家での生活を意識しながらケアを考えるようになっていきます。

### 2) この取組がもつ役割や機能

施設における利用者のケアは、ケアプランによって定められる。そのケアプランは、利用者の生命・心理・社会的な情報を収集・分析し(アセスメント)、利用者の自立やQOLを念頭に置いて作成される(プランニング)。しかし、ショートステイ利用者のアセスメント情報を実際に収集しているのは、生活相談員である。実際にケアを担う介護職員は、施設に來所した利用者を見ることはできても、利用者の家を見る機会は通常はない。そのため、利用者の家での生活を意識することが難しいものである。

この状況を打開するために、生活相談員が介護職員を利用者宅に連れて行くという方法をとっているのがこの取組である。これを行うためには、介護職員がケア現場から離れる時間をつくること、その間現場スタッフが少なくなることの調整が必要になるが、介護職員の利用者理解が深まることで利用者のQOLの向上が見込まれる。生活相談員が利用者のQOL向上のために、利用者の環境要因である施設の介護職員の側の変容を図ろうとする取組といえる。

### 【3】施設・法人に対する働きかけ

(9) 具体的取組例：コロナ禍での面会に関する調査から面会ガイドライン作成へと展開した事例

#### 【施設の概要】

- ・施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：ユニット型のみ、入所定員 100 名  
生活相談員配置人数：2 名、生活相談員経験年数 19 年
- ・施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型とユニット型の混合、  
入所定員 130 名(従来型 70 名、ユニット型 60 名)、  
生活相談員配置人数：2 名、生活相談員経験年数 12 年

#### 【要約】

コロナ禍でオンライン面会を行う中、利用者・家族の面会についての満足度調査を行い、その結果から法人内での面会ガイドラインを作成した取組

#### 1) 生活相談員の取組と成果

新型コロナウイルス感染症の流行下で施設はオンライン面会を行うことになりました。この際、利用者、家族に対して面会についての満足度調査を行いました。調査内容は、現状行っているオンライン面会についての満足度、今後の面会のあり方の希望（面会制限の解除、一部緩和、オンライン面会、原則禁止）などとなりました。

調査結果から、オンライン面会の希望者では現状のオンライン面会に満足していましたが、面会制限解除の希望者では現状に不満を抱えていることが多いことがわかりました。対面面会の必要性については 60%以上が感じており、対面面会ができない状況下で心配なこととしては「本人の状態の変化が分からない」が 80%近くでした。他には「家族のことを忘れてしまわないか心配」「居室の環境が確認できない」「職員の対応が分からない」などがありました。また、家族側に「オンライン面会を利用できる状況にない」という方も 40%近くいました。

コロナ禍であっても家族との対面面会は欠かせないものですが、このような調査結果を踏まえてオンライン面会だけでは家族のニーズが満たせていないことが認識されたことから、面会のガイドラインを作成することにしました。ガイドラインは地域の感染状況に応じてオンライン面会／ガラス越し面会／対面面会の 3 段階を設定して面会を行うことにしました。面会実施時には、面会者にそれぞれの面会のよい点、悪い点、意見等を調査しました。また、面会時の利用者の様子についても調査しましたが、対面面会で利用者の満足の割合が有意に高いことがわかりました。

#### 2) この取組がもつ役割や機能

コロナ禍で入所施設の面会制限がなされる中、職員はその現状に対して疑問や懸念を抱いていた。この取組では、支援者側が感じている疑問を利用者・家族に対する調査を行うことで可視化する取組であるといえる。感染リスクが明確にあり、その対処が求められる状況では、リスク回避として面会制限がなされるのは仕方がないことであろう。しかし、面会制限下での工夫としてのオンライン面会では家族が満足できて

いないことを把握することによって、調査結果が法人として面会ガイドライン作成に取り組むことに発展していった。

このように、現状として最善と考えられる対応を取っているとしても、それが利用者・家族の側からはどのように捉えられているかを調査によって明らかにすることで、それをエビデンスとして次善の策を検討していく取組は、エビデンス・ベースドの実践例といえる。

#### 【4】関係機関、地域に対する働きかけ

(10) 具体的取組例：地域の社会資源を招聘することで、利用者のQOLを高める

##### 【施設の概要】

(事例1)

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型とユニット型の混合、  
入所定員 175 名(従来型 87 名、ユニット型 88 名)、  
生活相談員配置人数：4 名、生活相談員経験年数 5 年

(事例2)

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型とユニット型の混合、  
入所定員 160 名(従来型 110 名、ユニット型 50 名)、  
生活相談員配置人数：4 名、生活相談員経験年数 8 年

##### 【要約】

施設外のさまざまな社会資源を探し、施設に招聘することによって、利用者の楽しみの機会を作り、施設での生活のQOLを高める取組

#### 1) 生活相談員の取組と成果

(事例1)

コロナ禍以前は利用者と外出し、食事をする取組も行っていました。しかし、コロナ禍で感染リスクも高まるとして面会制限と同様に、こうした外出も制限されることになりました。コロナの扱いが5類に移行した後、施設では家族の面会や外泊は再開することになりましたが、介護職員が外食の企画を起案しても、看護師や栄養士からの許可が出ず、実施できない状況は続いていました。そのため、生活相談員としてお店や行事に行くことが難しいなら外部から施設に来てもらい、できる範囲での楽しみの機会を提供することができないかと考えて、施設に来てくれるキッチンカーを探すことにしました。

インターネットでキッチンカーについて検索すると、キッチンカーの派遣について相談を受けるサイトが見つかり、そこからジェラートを販売するキッチンカーに来てもらうことにしました。ジェラートであればゼリー食やムース食の利用者でも楽しんでもらうことができる。さらに、キッチンカーの外観は見た目も楽しんでもらえ、お祭り感を感じてもらえるように、一番派手なものを選びました。利用者にはジェラートは好評で、利用者が楽しんでいる様子を写真にとって家族に送り、家族からも好評を得ました。

(事例 2)

施設の所在する区の図書館が移動図書館を実施しているので、月に1回、移動図書館を施設にきてもらっています。施設のフロアに本を広げて、利用者が自由に本を選べるようにしており、毎月本を借りる利用者もいらっしゃいます。

他にも、施設職員や退職した施設職員の人脈を通じて、地域の方にボランティアに来ていただいています。書道教室の先生や生け花教室の先生をしていただいたり、喫茶としてコーヒーを提供していただき、コーヒーを飲みながらお話しする場を設けています。また、職員が所属しているフラダンスの教室の生徒に来ていただいて、フラダンスを披露してもらったこともあります。ペットセラピーで、セラピードッグとのふれあいの機会を作ったり、お化粧品をしてくれるボランティアに来てもらうこともあります。やはり、子どもや動物とふれあうと、利用者の表情は和らぎます。お化粧品も、自分がきれいになる様子をご覧になって、すごく表情が明るくなります。

地域の老舗のお菓子処にお願いして、利用者に希望を募って、季節のお菓子を配達してもらって、おやつとして提供することも、定期的に行っています。

コロナ禍前には、地域の幼稚園の園児に来てもらって、お遊戯を披露してもらっていました。

また、訪問リハビリや訪問マッサージの事業者に来てもらって、リハビリやマッサージをしてもらう利用者もいらっしゃいます。

2) この取組がもつ役割や機能

事例1の取組は、コロナ禍で施設外へ出て行く行事が行えない中で、外部からキッチンカーを呼ぶというものである。事例2の取組は、地域にあるさまざまな社会資源を施設の中に招聘し、利用者のニーズを充たそうとするものである。こうした施設外の社会資源を施設の中で暮らす利用者をつないでいく機能は「仲介機能」であり、これはソーシャルワーカーが担う主要な機能の一つである。また、ケアマネジメントにおける最も基本的な機能でもある。

利用者のニーズと結びつける社会資源は、一般的にフォーマルな社会資源、インフォーマルな社会資源、そして利用者の内的資源（ストレングス）であると整理されている。このうちフォーマルな社会資源としては介護保険やその他の医療・福祉サービス等があげられるが、それ以外にも市場サービスとしてさまざまな社会資源が存在する。特別養護老人ホームは施設の中に介護（介護職員）、看護（看護職員）、機能訓練（機能訓練指導員）、相談（生活相談員）などの直接サービスを担う社会資源を擁し、さらに三大介護（入浴、食事、排泄）を中心とする生活基盤を支える職種として管理栄養士、事務職員等のマンパワーも持っている。しかし、楽しみや豊かさには介護職員がレクリエーションを行っていることがあるが、利用者個々の多様な楽しみを支える社会資源やマンパワーが施設内に揃っているわけではない。そのため、従来から施設内のクラブ活動やレクリエーションを担うボランティアを地域から来てもらうための仲介は、生活相談員が担う機能であり、ここでも施設外から社会資源を招くことで、施設の中で暮らしを地域の中での暮らしに近づけてく役割を果たしている。いわば、施設を閉鎖系のシステムから開放系のシステムにしていく働きともいえる。

また、この取組のもう一つの特徴はコロナ禍で感染リスクを避ける生活にならざるを得ないところを、次善の策を検討することで利用者のQOLの向上を図ろうとしている

るという点になる。柔軟な発想でニーズ充足の方法を検討しているところも、利用者のQOLを高めていく生活相談員としての役割が果たされているところが見て取れる。

(1 1) 具体的取組例：被虐待高齢者を受け入れ、入所後の支援を関係機関と協議した事例

#### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型とユニット型の混合、  
入所定員 160 名(従来型 110 名、ユニット型 50 名)、  
生活相談員配置人数：4 名、生活相談員経験年数 8 年

#### 【要約】

被虐待高齢者の受け入れに際して、入所後に養護者が施設に接触してくる状況を予想して、事前に対応策を協議した事例

#### 1) 生活相談員の取組と成果

実兄から経済的虐待（金銭搾取）を受けていた方で、早急に入所が必要ということで、市から問い合わせがあった事例です。虐待対応としては、市と地域包括支援センターが関わっており、入所の際には姪御夫婦が身元引き受け人になってくださるという話でした。しかし、入所後に、それまでの対応で疲れてしまったのか、姪御夫婦から身元引受人を辞退したいという申し出がありました。そのため、市と話し合い、成年後見申し立ての手続きを進めることになりましたが、後見人が専任されるまでにしばらく時間がかかるため、その間は措置入所に切り替えることで入所を継続することになりました。その後、後見人が専任された後は契約入所へと変更になりました。

入所にあたってですが、入所後も金銭搾取を行っていた実兄が本人を訪ねてくることが想定されたため、本人の居所は秘匿することになり、当施設に入所していることは姪御夫婦と後見人だけが知っているという状況をつくることになりました。そのため、もし実兄から施設に「弟がそちらの施設に入っているのではないか」と連絡が来た場合には、「当施設にはそのような方はいらっしゃいません」と返答することを申し合わせ事項として、本人の安全を守ることになりました。

こうした検討は、市、地域包括支援センター、担当ケアマネジャー、特別養護老人ホームの生活相談員、そして実兄が利用している訪問介護事業所が参加する地域ケア会議で協議していました。この地域ケア会議は、司会進行は地域包括支援センターが担っており、生活相談員としては本人を受け入れる特別養護老人ホームとして意見を述べるという形で関わりました。

#### 2) この取組がもつ役割や機能

高齢者虐待事例において、被虐待者である本人の安全や人権を守ることは最優先の課題である。虐待事例の支援においては、分離保護の形を取る場合があるが、単に分離したから問題が解決したことにはならないこともある。この事例のように、養護者（虐待者）が入所した本人の居場所を探し当て、さらに金銭搾取をしようとする例は

しばしば見られる。こうしたことを防ぐために、事前に対策を講じておくことは必要不可欠なことである。

高齢者虐待防止法では第13条で養護者の面会制限を行うことができると定めている。面会制限や高齢者の分離保護先の秘匿は市町村の判断と責任において行われるものであるが、「やむを得ない事由による措置」の場合は市町村の権限で、措置解除後の契約入所になった場合は施設長の施設管理権で行うことになる。しかし、養護者が高齢者の入所先を探して施設側に接触してくることが予想される場合には、実際に養護者に対応するのは施設側となる。そのため、そのような場合には、具体的にどのような対応をするのかをあらかじめ市側と協議しておくことは大切なことである。

この事例に見られるように、生活相談員は分離保護した利用者の養護者との対応の矢面に立つ場合がある。虐待事例では、特別養護老人ホームは被虐待高齢者を入所させ、そのケアを行うだけでなく、養護者対応までしなければならないこともある。この対応を誤ると入所後も虐待が継続してしまう危険性があるだけに、事前に関係機関間でどのような対応を取るのかについて、しっかりと打合せをしておくことが必要である。入所後どのようなことが起こる可能性があるのかを考え、事前に関係機関とともに対処策を検討しておくことは、生活相談員としての大切な役割である。

(12) 具体的取組例：利用者の支援を地域ケア会議で検討し、そこから地域住民の意識の変容をもたらした事例

#### 【施設の概要】

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型(多床室)のみ、入所定員50名  
生活相談員配置人数：1名、生活相談員経験年数11年

#### 【要約】

地域から孤立している複合的な課題を抱えた独居高齢者に対して、地域ケア会議を通して地域住民の支援を引き出し、その結果地域住民の意識の変容をもたらした事例

#### 1) 生活相談員の取組と成果

地域住民から独居高齢者であるAについて「施設に早く入所した方がよい」と声が上がりました。Aは地域から孤立しており、家には猫が多数住み着き、不衛生な状態であり、物忘れから近隣住民に「あなたにお金を貸したでしょう」と言うので摩擦も起こっていました。

特別養護老人ホームの生活相談員は、圏域の地域ケア会議のメンバーになっていたため、この事例を聞いた生活相談員は地域包括支援センターに地域ケア会議の開催を要請しました。

猫の多頭飼いの問題は、調べてみると圏域内で5件以上あることがわかりました。これを地域課題と捉え、地域で猫を適正に飼育するガイドラインを作成し、猫の捕獲、去勢、避妊を地域の動物愛護団体と協力して行うことになりました。

Aの場合、Aから猫を奪うのではなく、適正に猫が飼えるような環境にしていこうということになりました。自宅については清掃作業を行い、金銭管理について

は、日常生活自立支援事業につなげることで支援が行えるようになりました。外出の見守りについても、近隣住民や関係機関に協力を求め、ネットワークを強化していきました。

このように、Aの支援について、Aと地域住民の間に、Aと親族の間に介入して社会資源の利用や関係調整を行っていったことで、地域住民とAの関係は次第に修復されていきました。その結果、地域住民が外出の見守りをしてくれて、その様子を事業所に連絡をしてくれたり、老人会の旅行に誘ってくれるまでになりました。こうして地域住民のAの捉え方は「認知症のA」から「地域住民A」へと変化していき、Aのサポーターも増えていきました。

さらに、このことをきっかけにして地域から「認知症についての学習会を開いてほしい」という要望も出されるようになり、認知症の人を地域で支えようとする機運が高まってきています。

## 2) この取組がもつ役割や機能

動物の多頭飼いの問題や家が不衛生であること、認知機能の低下に伴う「貸したお金を返して」といった言動から近隣住民との摩擦、トラブルが生じる事例は多々見られるようになってきている。

この取組では、こうしたAの出来事を「個別ケース」として捉えるだけでなく、地域ケア会議において同じような事例が地域に複数ある「地域課題」を含んだ事例として認識したことによって、A個人に対する働きかけだけでなく、Aを取り巻く環境（地域住民や関係機関等）への働きかけを行ったことで、課題解決に至った事例である。

この事例では、特別養護老人ホームによるサービス提供はなされていない。しかし、問題をマイクロ・メゾ・マクロレベルで捉えるソーシャルワーカーの視点を持った特別養護老人ホームの生活相談員が地域ケア会議の一員として参加していることによって、Aを取り巻く環境（地域住民や動物愛護団体等）への働きかけを行うことができた。これによって、Aのような複合的な課題を抱えた人への支援が、単にその人だけの問題として認識されるのではなく、同じような課題を抱えた人が地域に複数いることや、その人達への支援のためには地域での動物飼育のルール作りや地域住民のネットワークづくりが必要というように、環境の変容を図る方法で行われていることがわかる。

これは、利用者の猫と一緒に暮らしたいという望む暮らしの支援、自己実現の支援であり、そこには個人の尊厳や自己決定を支えるソーシャルワークの価値に裏打ちされた生活相談員の姿勢がある。また、フォーマルな支援に加えてインフォーマルな支援者（地域住民）の支援ネットワークへの参加を促進していること、そのために専門職が全面に出過ぎずにインフォーマルな支援者がこの問題を自分たちの問題であると認識できるように支援したことが介入技術として重要な点だと思われる。

これによって、地域住民の意識に変化が生まれ、地域の認知症の人への寛容さが高まっている。地域ケア会議を活用することでフォーマル・インフォーマルな社会資源がAの支援に関われるようになったという点では、この事例は地域包括ケアシステムの構築がなされていると同時に、地域共生社会づくりの一つの例と考えることができる。

(13) 具体的取組例：地域住民とともに「買いもの支援バス」を創出した取組

**【施設の概要】**

施設種類：介護老人福祉施設、居室タイプ：従来型(多床室)のみ、入所定員 104 名  
生活相談員配置人数：3 名、生活相談員経験年数 9 年

**【要約】**

地域からの「買いものに困っている」という声に対して、この課題を抱えた町内会と社会福祉法人が協働で「買いもの支援バス」という社会資源を創出した事例

1) 生活相談員の取組と成果

圏域内の高齢化率の高い地域で、市営住宅の住民から町内会に「買いものに困っている」という声が寄せられました。最寄りのスーパーまでは約 1 kmほど離れており、行く足がなかったり、荷物を持って帰ることが難しいというのが困りごとの内容でした。これが町内会から社会福祉協議会に相談として持ち込まれ、社協から特別養護老人ホームに併設されているデイサービスセンターのセンター長に相談が入りました。

この町内会はデイサービスとしても、地域のお祭りなどで関わりのあるところであったため、何かできることはないかと考え、法人内で検討することにしました。デイサービスは送迎車両をもっており、デイサービスが稼働していない時間帯は、車両はあいています。しかし、日中は職員が利用者に対する支援を行っているため手が割けません。そのことを社会福祉協議会に投げ返し、社会福祉協議会が地域の他の社会福祉法人に呼びかけることで 3 法人が協力を申し出てくれました。そこで、町内会が主催の取組とし、3 法人はそれに協力するという形で買いもの支援が動き出すことになりました。

実現に向けて町内会の役員や法人の代表クラスの職員、社会福祉協議会が集まり、2ヶ月半の期間で 3 回の打合せの場を持ちました。そこから、それぞれの法人が担う区域の分担、月に何回実施できるか、迎えに行く場所の設定、事故発生時の対応等を協議して、おおむね月に 2 回の「買いもの支援バス」が開始されることになりました。

この取組に付随する効果として、買いもの支援バスを利用する地域住民から「物忘れがひどくなっている人がいて心配」「お風呂に入れなくて困っている人がいる」といった情報を聞くことができ、地域包括支援センターが介入してサービス利用につながるといった例もでてきています。

2) この取組がもつ役割や機能

買い物難民と称される問題は、高齢者が地域で暮らし続けて行くにあたって深刻な問題である。ここでは、町内会と社会福祉協議会とのつながりから、地域の問題がデイサービスセンターに持ち込まれ、法人として支援に動いたというものである。この相談はデイサービスセンターに持ち込まれた者で、直接特別養護老人ホームの生活相談員が受けたものではない。対外的な取組であるため、法人の代表者やセンター長が中心的に動くことになっていたが、生活相談員もこの動きに関与している。

この取組は社会福祉法人の地域における公益的な取組の一例であり、「買いもの支援バス」という新たな社会資源づくりを、法人が持っている人（職員）とモノ（送迎バス）を使って行ったものである。介護保険制度やその他のフォーマルな社会資源では手が届きにくい生活課題について支援できる社会資源が生まれることによって、地域包括ケアシステムの網の目がよりきめ細かくなっていく。さらに、「買いもの支援バス」の利用者が他の地域住民のことを心配し、そのことを相談するという関係は、買いもの支援を受けている住民が課題を抱えた住民を発見するニーズ発見機能を担っていることにもなる。ここからは、支援を受ける人が支援をする側にもなれるという、地域共生社会づくりにつながっていくことが見て取れる。

### 3. 生活相談員の取組

前項では、特別養護老人ホームにおける生活相談員の働きについて、具体的な取組例を紹介し、その意味、役割や機能について考えた。ここでは、ヒアリング調査で把握できた生活相談員の取組のすべてについて紹介し、生活相談員の多様な働きについて把握するための基礎的なデータを示しておきたい（表 4-2）。

#### （1）本人や家族に対する働きかけ

##### 1) 本人や家族の困りごとや支援ニーズ、生活環境、生活歴、価値観や嗜好等を理解する

###### ① 本人の理解、アセスメントを丁寧に行う

- ・ 入所にあたって、家族やケアマネジャー、現在利用しているサービス事業所から、本人の現在の状態・状況について確認する（ADL・現病歴・既往歴・家族関係・経済状況等の入所待機者情報を作成）。そのうえで、施設に入所することが本人にとって良いことなのか、施設職員と本人を取り巻く関係者で確認する。
- ・ 入所以降は、もともとの生活歴を家族等に確認し（暮らしの情報シート作成）、確認した情報をもとに本人と接したり、より自宅にいた頃の生活と近くなるように支援する。さらに、施設に入所したことでよりよい生活を送れる用に支援する（専門職が関わることで、今までできなかったことができるようになるなど）。

###### ② コロナ禍で収集したアセスメント情報をケア現場に伝え、ケアに反映させる

- ・ コロナ禍以前は、法人内で盆踊りや敬老行事、忘年会と盛んに行われていた。コロナ禍以降は外出も一時期できない中で、帰宅を望む利用者が悶々としていることを感じたことから、施設の中で何ができるかを考えた。改めて本人の趣味や生活歴をじっくり聞き、昔は趣味でこんなことが好きだった等の情報を確認した。それらを一つひとつ拾い上げていくと、施設の利用者同士でそれができたり、話題になることも多かったため、そのような情報を生活相談員がじっくり聞き取って現場に伝えた。そうすると、帰宅の訴えが強かった利用者が将棋を始めたら、他の利用者と友達になって施設での暮らしに馴染んだ等の事例が何件も出てきた。

2) 必要に応じて各種情報を提供し、生活課題の改善を支援する

① 経済的不安を抱える本人・家族への対応

- ・ 利用料金について不安を感じている方が大半であるため、最初に見学に来た際に利用料金の説明を行い、教えてくれるようであれば年金収入や貯蓄額等を伺いながら、減免制度が利用できるかどうかを一緒に確認している。

3) 本人や家族と積極的にコミュニケーション機会を確保する

① 利用者への日々の声掛けによる関係形成の努力

- ・ 4人の相談員で毎朝フロアを回り、利用者一人ひとりに「おはようございます」と声をかけつつ、話ができる人には「よく眠れましたか」等と会話する。また、話ができない人には「おはようございます」と言いながら肩に手を添えて非言語コミュニケーションを用いて、利用者との関係形成を行っている。

② 家族の知らない利用者の意向を共有する

- ・ 介護を通じて関りを重ねる中で、家族も知りえない過ごし方の意向を言葉ではない部分から発見する。
  - 「本人は人嫌いでいつもマンションに引きこもっていたので、なるべく周囲の雑踏から離しての生活を望みます」と家族から事前情報を得ていた。しかし、介護職の関わりの中で「賑やかな雰囲気の中の方が、目が明くし口角も上がる」との意見があった。これをサービス担当者会議で家族に説明し、普段過ごすベースを自室からリビングに変更した。
  - アニマルセラピーに参加された利用者が、とても喜ばれた。セラピードッグを、涙を流して撫でていたので、これは犬がお好きなんだなあと考えて写真を撮って家族にお見せしたところ、「母は犬嫌いで有名だったんです。自分から撫でたんですか？びっくりです。兄妹の飼っている犬を連れて行こうかしら」という発見もあった。

③ 目安箱による意見聴取

- ・ 施設内に目安箱のような意見聴取ボックスをいくつか設置し、「気づいたこと、よいこと、悪いことを含めて投書ください」と紙とペンを置いて投函できるようにしている。
- ・ 目安箱自体は昔からあった。たまに投函があり、意見が寄せられていたので、これはぜひ活用するべきと考えて設置数を増やした。現在は1週間のうちに3~4枚の投函がある。

4) 本人や家族の思いを受容する、共感的態度を示す

① 在宅生活の継続希望に応える

- ・ 本人(90歳代、要介護)と介護者の子(疾患あり)の世帯。子の疾患が憎悪して緊急入院となったため、本人が短期入所を利用することとなった。子の退院時に、再び自宅で本人と一緒に暮らしたいと希望が語られた。当該世帯を支援していた各機関の専門職からは、「共倒れになるのでは」「切り離れた方がよいのでは」といった意見であり、担当の介護支援専門員は悩んでいた。生活相談員は、本人たちの一旦は帰りたいという

思いを受容し、その思いに共感的理解を示すことが重要と考えた。最初から共倒れするからと先回りして支援者側が決定するのではなく、一度は受容して、実現するためにどういう部分が必要かを見定めて、関係者と連携して調整しながら支援を組立てていくようにした。

② 本人が入所に前向きでない場合の工夫

- ・ 入所によって環境の変化に戸惑うことが予想される利用者には、併設ショートステイを利用して施設の環境に慣れるように支援している。その中で、職員との関係を構築していくことで、安心して生活できるように入所に向けて準備を進める支援を行っている。
- ・ 自宅での生活の継続を望まれている方に関しては、入所後の外出や外泊を継続して行い、施設での暮らしが在宅生活の延長であることを念頭に置いて対応している。外出や外出支援以外にも家族の協力が必要になることがあるので、情報共有をして面会や電話での対応などを依頼している。
- ・ 家族が大変な状況であるが、本人は入所に前向きでない場合には、家族から「入所」という言葉を使わないでほしいと言われることが多い。その場合、「施設入所」という言葉は使わず、施設にいる時間が長くなる、という表現を使いながら、自宅に帰ったり、家族からもいろいろ協力をもらって支援している。

5) 本人の意思決定支援、本人意思の推定

① 意思表出が難しい本人への支援

- ・ 意思表出が難しい利用者の場合、家族等、本人にとっての重要な他者に意思の確認をしている。その際、「家族（等）がどう思うのか」ではなく「本人だったらどのように考えるか」を確認するようにしている。また、今までの生活歴から、本人が大切にしていたことを読み取るようにしている。
- ・ 本人の意思の推定は、継続して確認していくことが大事と考えている。そのため、家族との面会時には意向を確認したり、サービス担当者会議で各専門職と情報共有して意見をもらうなど、生活相談員だけでなく家族や多職種が関わって本人のことを考えていく機会を設けている。

② 認知症の利用者への対応

- ・ 生活歴などに関しては、家族から聞くことも多いが、本人にも確認し、家族の話とすり合わせしながら確認するようにしている。
- ・ 認知症の利用者に関しては、普段の言動や表情の変化等から思いを把握したり、少しでも意思が形成され表出できるような言葉かけ・支援を、利用者の状態・潜在能力を活用しながら多職種で検討し行っている。
- ・ 多職種や家族、関係者と利用者の心身状態について継続的に把握しながら、意思表示ができた頃に利用者が伝えていた思い・人生観・価値観等をチームで共有し、共通認識を持って支援できるよう働きかけている。

6) 人生の最終段階に関する本人・家族の意思確認、意思決定に向けた支援、医師からの説明の通訳

① 家族を交えた多職種による対話

- ・ どんなに高齢で障害があろうと人には必ず意思があるという前提のもと、支援している。これまでの生活歴・選好等に着目し、意思表示が困難な利用者の場合には多職種で議論するようにしている。
  - ・ 特養では人生の最終段階を支援することため、意思決定支援は最重要課題と考えている。居宅や老健、病院から入所すると本人に関わる専門職は交代し、家族との距離も遠ざかることから、これまでの価値観がわからないことや死を受け入れることが難しいなどの課題が生じる。そのため、最終段階では、「どのように死を迎えるか」ではなく、「どのように最期まで生きていくか」を考えて議論する必要がある。家族等も交えながら対話し、考えているようにしている。
  - ・ 本人が話せなくなったときに言語以外の表情やしぐさから本人の意思を読み取るには、その人との信頼関係や距離感が重要になる。継続的に関係構築を図り、意思確認が難しい人の代弁を心がけている。
- ② 本人急変時等の意思決定
- ・ 家族には、入居している本人に急変があったときに、「施設では初動態勢は取れるが、延命治療に関する意思決定は、本来は本人がすべきもので、本人の意識がない状態では直系の親族にしていきたい」と話している。
  - ・ 「施設では、あくまでも日常の介護のお世話をしているだけで、本人に関わる重要な決定はできないため、施設と家族で一緒に本人さんを見ていきましょう」と伝えている。
- ③ 人生の最終段階を迎える場所の選択を支援する
- ・ 人生の最終段階を自宅で迎えるか、施設で迎えるか、本人の意思表示が可能なうちに選択していただくためにご自宅を訪問したこともある。
  - ・ 自宅に帰りたいたいという要望の強い利用者に対して、施設から送迎車を出して一度自宅に帰ることにした。本人は車いす利用であるが、自宅の玄関の構造上、家族が車いすを抱えて上がることが大変であることを本人が理解し、施設で最期を迎えることを選択された。
- 7) 人生の最終段階に関する本人・家族の意思確認、意思決定に向けた支援、医師からの説明の通訳
- ① 人生会議手帳を用いた最後の時期の意思の確認
- ・ 自治体が作成した「人生会議手帳」を配布し、本人がどのような最期を望まれるか、どのような医療・ケアを受けたいかを考えてもらえるよう依頼している。R4年度2月より取り組みを開始し、現在は入所時及びケアプラン更新時に定期的に配布している。実際に人生会議手帳の内容を本人と家族で確認しながら意思確認をした方で、普段の本人の様子や発言からは想像が出来なかった意外な選択を望まれていることが分かり、家族からも「意外な気づきがあった」と語る例があった。
- ② 医師からの説明を家族に通訳する
- ・ 入所契約時に、施設でできる看取り介護の説明を行っている。看取り状態になったときは、医師による家族へのインフォームド・コンセントの場に立ち会っている。どうしても医師は専門用語を使って説明しがちのため、終了後に生活相談員が家族に「先生はこんなことを仰っていたの

で、施設ではこんなことができますよ」と医師の説明内容を分かりやすく通訳するように説明している。

③ 家族間で意向が異なる場合の対応

- ・ 家族の中で、例えば同居の息子夫婦はこう思っているが、別居している娘が様子を見に来て「やはり入院して欲しい」とか、食事が摂れなくなったときに「経管栄養をして欲しい」というケースはある。そのようなときは、双方に同席してもらい、改めて嘱託医や看護師から病状や状態の説明を一緒に聞く場を設定している。

8) 本人の生活を支えるために重要な家族への働きかけ

① サービス担当者会議への参加依頼と意思表示の促進

- ・ 入居してしまうと「もう任せるからね」という家族も多いが、逆に毎日来るような家族もいる。関わりの頻度に差は出てくるが、年1回のケアプラン会議、サービス担当者会議には力を入れており、「日頃の様子を各専門職からお伝えしたいので、ぜひ来てください」とお願いしている。そこで現状と本人の希望、家族の希望を各専門職の前で語ることを促し、支援の方向性を確認している。

② 本人への関心を薄めさせない

- ・ 本人の状態を家族に伝える機会として、家族にはサービス担当者会議にできる限り出席してもらえるように施設ケアマネジャーから伝え、家族の参加率もかなり高くなっている。家族がサービス担当者会議に来たときには、本人が実際に歩いている場面を見てもらったりして、本人の現在の状態を知ってもらうようにしている。
- ・ 面会時や電話連絡の機会に一言でも、「今こういうことに取り組んでいます」「食事はしっかり食べられています」などを伝え、家族が本人に目を向けてくれるように働きかけている。

③ 本人の意向と家族の思いのズレを調整する

- ・ 本人がしたいと希望することに、家族がやめさせてくれとブレーキをかける場合もある。それを解消するために多職種のサービス担当者会議で本人の希望について検討し、ケアプランに反映させている。金銭的な要因で家族がブレーキをかけることは少なくない。時には、家族に対してそれが本人にとって大事なことを話し、交渉することもある。

9) 自宅外泊や外出支援等に対する各種調整支援

- ・ 自宅外泊や外出時の介護について支援している。自宅に戻ったときの食事については、施設での形態が刻みの方もいればソフト食の方もいる。ソフト食等の方は施設の栄養補助食品を持ってかえってもらう。また、帰宅する際には車いす等も必要となるため、施設の車いすの貸し出しや、送迎を行っている。

## (2) 施設職員等に対する働きかけ

### 1) 支援困難と思われる利用者の受け入れ

#### ① 多職種による自宅訪問を用いたケアスタッフの意識変化の促進

- ・ BPSD が顕著で短期入所時にケアスタッフが大きな困難さを感じていた利用者。短期入所利用後に自宅に戻って生活していたが、家族の介護負担が顕著となり、再度短期入所の利用相談が寄せられた。前回の短期入所時と本人の状態は変化がなかったことからケアスタッフからは受け入れを躊躇する声が聞かれた。生活相談員は、利用者と家族の自宅での生活状況を把握しているが、ケアスタッフはそれを口頭で説明するだけでは家族の負担が想像できない面もある。そのため、2～3人ずつ順番に自宅に連れていき、本人の生活環境を自身の目で見てもらい、生活相談員と同じ視点に立って受入方法の検討をしてもらうよう働きかけを行った。その結果、職員の意識が変化し、再受入にもつながった。

#### ② 諦めない、やってみないとわからない姿勢を示す

- ・ 様々な理由で他施設での受け入れを断られた方の入所相談時、生活相談員としてはなるべく断らず、諦めない姿勢で現場職員にも「一度やってみないとわからないから」と説明するとともに、「受け入れにあたって何が課題となり、それがどこまで緩和されたら支援できるか」を多職種で検討している。
- ・ 現場として受け入れが難しい場合は、多職種で会議を開催して検討する。現場側には「何が課題となって対応できないのか、施設長や生活相談員を説得するつもりで説明資料を揃えてほしい」と求めている。このように、何とか受け入れの可能性を探るように促している。
- ・ 暴力行為や女性職員に対するハラスメントのために利用が難しいケースもある。しかし、「まず受け入れてみないと分からない」ということを強く意識して、現場にも説明している。

#### ③ 医療依存度が高い場合、施設で対応できるレベルに医療処置を調整する

- ・ 糖尿病があり、インスリン注射の医療処置が必要であるが、入所すると看護師の体制上対応が難しい利用者。看護師が食事前に注射をする必要があり、且つ、食事時の状態変化にも対応しなければならないため、インスリン注射が必要となると食事時に看護師が居る必要がある。そのため、入所が可能かを医療職と相談し、内服での病状コントロールに調整をして受け入れた例がある。

### 2) 本人理解、本人の価値観、世界観にあわせたケアの工夫を試みる

- ・ 「放送が聞こえる」という幻聴があり、食事や水分摂取を拒否し、眠らない日もみられた利用者。本人の世界観にあわせて、実際に館内放送で食事の声掛けを行ったところ、食事の拒否がなくなった。そこから徐々に睡眠もとれるようになり、生活リズムと精神状態の安定につながった。このように本人の特性をあわせてケア方法を工夫している。

### 3) 緊急受入等の際の協力関係を保つための働きかけ

(各人への根回し、コミュニケーション等)

① 職員に日々声を掛けて関係形成を図る

- ・ 大きな施設であるため、広く職員には声を掛けるようにしている。緊急でショートの利用があった際には、ショートの利用者が満床のため入院中の方のベッドに「申し訳ないけど、お困りの方がいるらしくて明日から1週間お願いします」（空床利用ショート）といった話はよくする。それを受け入れてもらうためには、普段から仲よくなることだと考える。職員に声を掛ける際には、職員が一番話したくなる「子供やペットの名前」と「年齢」をスマートフォンのメモに入れている。例えば、「お子さんが中学生になったね」という何気ないコミュニケーションを重ねることで、この人をぞんざいに扱えないなと思ってもらえるようにしている。

② 施設の使命を共有する

- ・ 現場に負担をかけないように意識しながらも、施設の部屋が空いている以上は、困っている方を積極的に受け入れるのが第一種社会福祉事業所の使命だと認識している。現場の介護職員にも、常日頃から地域で困っている人がいれば受け入れて支援することの必要性を言い続けている。

4) 本人の生活環境、歴史、価値観、思いを共有し理解を促す

① 本人情報や家族の意向等を多職種で共有するツールの活用

- ・ 「暮らしの情報シート」によって個別介護留意事項を集約し、その情報シートを各職種が確認できるようにしている。また、定期的に毎月モニタリングの会議、担当者会議の中で家族から得た情報を書き加え、情報共有を行っている。また、介護職員が家族の面会時に聞いた情報を生活相談員が確認し、情報シートに記入し、入所後も常に利用者の情報が更新できるようにしている。

② 本人の強みに目を向けさせる

- ・ 初回面接は生活相談員が行うため、施設内で家族とゆっくり話す機会を持つのが生活相談員である。家族から本人の強み、好きなこと、今までのことを聞き取り、それを介護職員に「こんなことが好きだったから、こんなこともできるのではないかと伝えることで、介護職員の意識を本人の強みに向けていく。

5) ケアプラン、サービス担当者会議等における情報共有、本人や家族の代弁

① ケアプランが本人や家族の意向を反映しているかを意識する

- ・ モニタリング会議で、利用者の現状を多職種で共有している。利用者に対する入所から普段の支援、最後の看取り介護まで、介護支援専門員が担当するケアプランによって行われる。そのため、生活相談員としては、ケアプランにどれだけ本人や家族の意向が反映できるかを意識し、職員目線のケアプランにならないようにしている。

6) 根拠となるデータを蓄積し、多職種で支援方針を検討する

② 根拠に基づく支援を行うことの意識化をスタッフに求める

- ・ 利用者のケアの根拠となるもの（科学的なものや、本人の価値観など）に基づいた支援を行うことを、直接支援を行うスタッフに意識できるように働きかけている。
- ③ 24時間シートを用いたケアの根拠となるデータの把握と活用
- ・ 24時間シートを活用し、本人の1日の活動を記録している。また、職員には「家族が聞いたら喜びそうな話や、本人が普段とは違った良い表情があったときには、管理システムにチェックを入れてもらう」ことを依頼している。これによって、そうしたエピソードを記録から抽出することができ、それをもとに家族に説明したり、ケアプランに反映している。
- ④ 本人の嗜好や習慣に着目してケアを工夫し、それをデータ化してケアの根拠を確認する
- ・ 転倒して骨折入院となり、その後ショート利用となった方。もともとビールを1日3~4本飲んでいて、嘱託医からは「血圧の問題もないため、1日1本であればビールを提供しても問題ない」と判断された。しかし、食事の際に周囲の人はアルコールを飲まないため、本人もビールを飲まなくなった。しかし、それと同時に食事量も減ってしまった。あるとき、介護職がビールを勧めると、本人は、ご飯は食べないがおかずを食べることに気づいた。このことから生活相談員からビールの量と食事量についてデータを取るよう依頼した。1週間分のデータを見ると、ビールを飲むとおかずの摂取量が増えることが確認できたため、毎日のように半ば強引でも先にビールを勧めるように介護職に依頼すると、本人の食事摂取量も改善した。
- ⑤ 関わりの中から「その人らしさ」をデータ化する
- ・ デイサービスを利用している男性で、自宅では入浴介助が難しいためデイ利用となった。レクは楽しんでしたが、入浴には「行かない」と拒否があった。本人の言葉を注意深く聞き取ると「仲間」「車が来ている」といった言葉が聞かれた。家族に本人の生活の様子を詳しく聞いたところ、仲間とゴルフへ行き、プレイ後は仲間と一緒に風呂に入るのが習慣だったとの情報を得た。この情報から、本人は入浴が嫌なのではなく、ゴルフ場の銭湯で仲間と一緒に愉しく入りたいのではないかと考えられた。これをヒントに、「その人らしきシート」を用いて、声掛けの内容や時間、トーン、それに対する返答や表情、行動、声のトーンなどを細かく記載していったところ、「ゴルフ」「ゴルフ場」「仲間」といった言葉が出てくるのが非常に多く、ポジティブな反応であることも確認できた。このデータをもとに、デイサービスの風呂場を少し模様替えし、男性職員が「一緒に入りましょう」と声掛けすると、本人も表情がよくなり、そこから一緒に入浴して背中を流したりすることができるようになった。
  - ・ 看取り後は必ず、介護スタッフだけではなく、関わった全職員に「振り返りシート」を記入してもらい、それをモニタリングの際に振り返る仕組みにしている。これによって、他の職員がどのように思っていたことや「こうすればよかった」という記述が、生活相談員としての気づきにな

ったり、次のケースに生かすことができる。このシートの内容は施設内のターミナルケア研修などでも活用している。

## 7) 本人の希望を叶えるための多職種連携

### ① 多職種と家族の仲介

- ・ 医務室や現場のスタッフが家族とやり取りする際、生活相談員はその間に入ってやり取りがスムーズに行えるように助力している。

### ② 本人がやりたいことを叶えるために、他職種で協力する

- ・ 施設内で仲が良かった利用者が亡くなった際、その方の葬儀への参列を希望した利用者がいた。双方の家族へこの希望を伝え、了承を得た。看護師には体調面の確認、介護職員には外出のための身なりを整えていただく等で協力を得た。相談員が斎場までの送迎を行い、葬儀が始まる前に最期のお別れを本人と一緒にいった。
- ・ 当施設には、利用者がやりたいことを、やらせてあげたい、やってあげたいという気持ちを持っている職員が多いと思っている。利用者がしたいことを介護職員が教えてくれることもあるので、そこで多職種で何かできないかなと話し合ったりすることもある。

### ③ できることを増やす自立支援の意識を施設内に浸透させる

- ・ 「馴染みの焼鳥屋に行きたい」と希望があった方。歯科衛生士から義歯作成の必要があると指摘があり、歯科受診をして義歯を作成した。その後、本人希望の焼鳥屋に行き、数年ぶりに店の女将と話をしたり、同行した職員と親交を深めることができた。本人が行きたい場所が車椅子で移動可能かなどを事前に確認しながら外出支援を行った。この取組は、本人の希望を叶えるということはもちろんであるが、本人ができることを増やしたいという観点で行っている。この方の例では、焼き鳥屋に行って食べるためには常食が食べられなければいけないし、では、そのためにどうすればよいかと考える自立支援に対する考え方を施設内のすべての職種に浸透するように取り組んできた。

## 8) 職員のモチベーションの維持・向上成功体験の積み重ね、家族等から寄せられた感謝のフィードバック等)

### ① 利用者の希望を叶える成功体験の積み重ねにより士気を高める

- ・ 利用者の飲酒について、介護職員からは「ショートステイに来てまで酒を飲まなくてもよいのでは。(生活相談員は)何をそんなこと『できますよ』と言っているの」という声はよくある。しかし、本人がショートステイに来て「ビールが飲めるから、ここなら来てもいいよ」と喜んでくれたら、そのことを職員みんながいるところで話すようにしている。その際、「(利用者が私たちの施設を)選んでくれたよ。また使うと言ってくれたよ。ありがとう」「認知症の人がいる中で、この人にビールを出すのは大変でしょう。他の人も飲みたいと思ってしまうから端っこで飲ませてくれたのでしょうか。ありがとうね」と職員に感謝と労いの言葉かけをする。そうすると、利用者に喜んでもらったことが介護職に届き、利用者の希望を叶えようとする職員の構えが醸成されていく。

### ② 家族からの感謝の言葉を現場にフィードバックする

- ・ 利用者が亡くなられた後、しばらくして家族が契約解除に来所した際には、極力、直接介護していた職員にも挨拶してもらうようにしている。その際、家族から「ここに入れて良かったです」といった言葉を介護職員が直接聞くことは、介護職員も励みになる。

## 9) 職員の不安を軽減させる取組

### ① 看取り介護に対する情報共有で現場の不安軽減を図る

- ・ 生活相談員は家族の話を直接聞く立場である。「本人に負担をかけたくないからこのままそっとしておいてほしい」「検査も希望しないし、慣れたところにいてもらいたい」という家族の思いを介護職員や嘱託医にも伝わるように、家族の言葉も伝えながら説明を行うことを心がけている。ただし、現場の考えや思いも分かるので、不安がないように、こういう時はこうしようと決められる範囲でしっかり決めて曖昧さを残さないように心がけている。

### ② 家族とのすり合わせ内容を現場と共有する

- ・ 病院から退院して施設入居する場合、病院と施設ではできることが異なる。病院は治療目的なので、安全確保を目的にミトンや4点柵などの介護保険施設なら身体拘束にあたることもできるが、施設では難しい。現場では、本人がベッドから落ちてしまうのではないかと心配する声もある。これに対して、超低床ベッドを入れて対応している。現場が恐れるのは、家族からのクレームなので、契約時に生活相談員が家族に医療機関との対応の違いについて理解を得るようにしている。家族とすり合わせたことは現場に細かく伝え、安心してもらうことを、一つ一つ繰り返している。

### ③ 利用者と介護職員の間に入り調整する

- ・ 知的障害のある利用者。環境が変わることで馴染めなかったり、初めての方に対する関係形成が難しく、介護職員に対しては強くあたったり、介護に対する強い拒否を示すことがあった。これに対して生活相談員は、今まで通っていたデイサービス等での対応を確認し、社協には自宅での生活の様子を確認し、そこから得た情報共有をして、少しでも本人が落ち着いてもらえるようにケアの工夫に取り組んだ。
- ・ 生活相談員は本人との関係形成を図り、どうして介護職員に強くあたってしまうのかを本人に確認した。介護職員にも「本人はこういうことを望んでいたようだ」と伝え、利用者と介護職員の間に入って両者の関係がうまくいくように調整していった。これにより、介護職員も本人が生活相談員を信頼していることを理解し、何か疑問が生じた際には生活相談員に確認して、生活相談員から本人に確認するという対応ができるようになった。

## 10) 職員への教育的機能

### ① 本人に感じる能力があることを職員に伝える

- ・ 本人にきちんとした反応がなくても、景色を眺めて美しいなと思ったり、花の匂いや食事の匂いを嗅いでいい匂いだなと思ったり、家族の声を聞いて心地よいと思ったりする能力は、かなり晩年までしっかり保た

れていることを、認知症実践者リーダー研修で学んだ。これを多くの職員に伝えると、「そうなんだ」と納得し、家族にもこの話をしただけで大泣きする人は結構いる。面会に来た家族に、「お母さんの反応はないかもしれないけれども、『息子が来たよ』と言って背中を摩ってあげて下さいね。きっと伝わっていると思いますよ」などと言えるようになったし、この話を他の職員もするようになった。自分が学んだことを職員の中に広めることができた。

② 家族の心に残るものはなにかを職員に伝える

- ・ 亡くなられた方の家族から「亡くなったお父さんは、亡くなる前に介護職のあの人と散歩に行って、私にお花を摘んできてくれたんです。これがうれしくてね」という話があった。散歩する、奥さんのためにお花を摘んでくる、このようなエピソードが家族の心に残ることを強く感じた。このことは、介護職員に話している。介護職から社会福祉士を取得して生活相談員になった過程で、そういったところを大事にしていけるとよいと感じている。

③ 関連する施策や制度動向等の説明をする

- ・ 介護業界の情勢をよく理解して、知識を高く持つておく努力をしている。制度改正の複雑な情報や政策動向を職員に分かりやすく説明できるように努めている。

(3) 施設・法人に対する働きかけ

1) 経済的課題を抱える利用者の受け入れ

① 法人内事業所間での情報共有と調整

- ・ (ユニット型特養) 経済的な課題を抱える利用者に関しては、法人内の施設同士で空床情報の共有を図りながら利用者の望む施設への受け入れ体制を整えている。多床室が満床で緊急性が高い場合は、いったん個室へ入所いただき多床室が空き次第多床室へ移れるよう法人内で連携を図っている。

2) リスク低減に向けた環境整備 (医療ケア、看取り介護、虐待や事故の防止、感染症対策等) の働きかけ (キーマンへの働きかけ等)

① 俯瞰する生活相談員の視点

- ・ 事故発生防止や身体拘束の観点では、個別の事情があって事故が発生するが、生活相談員は総合的に環境因子などシステムの改善が必要な部分を俯瞰して見る。

② 看取り介護に関する研修

- ・ 看取りに関する研修は施設内で定期的に行っている。家族の揺らぎに対しても介護職員が理解し、その揺らぎに関して私たちはどのようなことができるかまで意識できるようにしている。看取りに関する第一段階として、生活相談員が看取りに向けて方向性の相談をする。その後、家族が面会に来訪した際には、介護職員から利用者の日々の様子を伝えて

もらう。その話の中で、家族の思いや好きだったことなど引き出せる内容も多い。そういった面で研修等は活かしている。

### 3) 各ユニットにおける取組を共有する仕掛け

#### ① ユニットの好取組を他ユニットに横展開する

- ・ (ユニット型特養)、モニタリング会議は連結ユニットごとに会議を行っている。「ここのユニットでこんな取組をしていた」という情報を、モニタリング会議ないし介護課の役職会議等で情報共有して、施設全体でうまく波及できるようにしている。そのようは仕掛けを行っている。

### 4) コロナ禍における面会のあり方に関する調査研究の実施、ガイドライン作成

#### ① コロナ禍での面会に関する研究の取組

- ・ コロナ禍での面会について2年間ほど研究者の助言を得ながら、家族に質問紙調査を実施した。調査結果として、本人が家族のことを認識していない場合や会話によるコミュニケーションが図れない場合は、親族の面会希望が低くなることがわかった。ここから、単に面会の設定をするだけではなく、本人と親族をつなぐ支援、つながりを感じられるようなコミュニケーション支援の必要性を認識した。また、オンライン面会について、直接面会できず本人の状態変化が分からないことが家族の不安に繋がっていることも分かった。ここから、面会の本質は会うことであり、対面面会によって利用者と親族がつながることが必要なのだと考えさせられた。

#### ② 面会制限緩和に向けたガイドラインの作成

- ・ ソーシャルワーカー部門で面会制限緩和に向けたガイドラインを作成して、地域のコロナウィルス流行ステージに応じてオンライン面会、ガラス越し面会、対面面会を選択するという、ステージに応じた面会方法を導入した。3つの面会方法について面会者や入所者の満足度を調査したが、やはりオンライン面会に比べて対面面会の満足度が高く、直接会うことでお互いに安堵感を得られていたことが分かった。家族と面会することで、本人の口数が増えたり、面会後も他の入居者にその話をして話題が広がったりと、対面面会の効果は大きい。

## (4) 関係機関に対する働きかけ (居宅ケアマネ、居宅サービス事業所等に対して)

### 1) 本人や家族の困りごとや意向の共有、支援に向けた協力の働きかけ

#### ① 医療保険適用で施設外サービスを利用する

- ・ 特養入所後はどうしても歩行の機会が減少してしまい下肢筋力の低下が懸念される。歩行できる状態を維持したいという本人、家族の希望から、医療保険事業としての訪問リハビリ事業所に日々の訓練を依頼した。また施設の理学療法士とも情報共有を行い、日常の中でも取り組むことができるよう連携を図ることができた。歩行だけでなく、寝たきりとなってしまった方の拘縮予防や、疼痛緩和、リラクゼーションを目的として訪問マッサージ事業所に来ていただいた例もあった。

② 各専門職が担うべき役割の再確認を促す言葉掛けと利用者の代弁

- ・ 再度、自宅での生活を望んでいた本人と介護者。介護者には疾患があり、関係専門職からは「自宅では無理」との意見が出ていた。これらの専門職に対して「専門職は『自宅は無理』と判定する立場ではない。本人が帰りたいのであれば自宅で暮らすためには何が必要かを提案することが専門職の役割ではないか」と投げかけた。実際に、利用者宅に専門職が集まって、この家で2人で生活するにはどうすればよいかを考えると、各専門職から様々なアイデアが提案された。自宅で暮らしてもいいんだという認識を専門職が統一して持つことが大事だと感じた。

関わる専門職を一編に変えられるわけではないため、一人ひとりと電話したり、直接会って本人や家族が思っていることをしっかりと代弁するなど、根回しを行っている。その際、関係者それぞれの考える方向性が全然違っているような場合は批判が出るため、それぞれに対して「本人の思いはこうである」と、決して生活相談員の思いで動いているわけではないことを地道に伝えた。このように労力はかかるが、チームとして足並みが揃うための準備、お膳立ては社会福祉士の仕事、戦略と考えている。

2) 在宅復帰時における調整依頼

① 本人の生活を継続的・包括的に支援する視点

- ・ 利用者を「点ではなく線、包括的に捉えること」を大切にしている。ショートステイで受ける場合、「受け入れて帰宅するまで」がサービス事業所としての役割になるが、社会福祉士としては利用時のみではなく、本人・家族、ショートステイやその他事業所、主治医やその他資源など包括的に捉え、「ショートステイを終えて帰宅した後の本人達の生活」を意識することを大切にしている。

そのため、ショートステイ利用中の本人の様子から、帰宅後に考えられる問題や新たな課題、必要な資源、本人を支える根幹である家族への支援などについて、ケアマネジャーや家族とショートステイ利用中に共有し、本人が在宅へ戻った後も、本人・家族が安心して生活できるよう意識して調整していく。

(主治医、医療機関に対して)

1) 施設での生活可能性に関する助言、判断、調整、協力依頼

① 主治医への確認

- ・ 嘱託医に移行するにあたり、内服薬の処方が可能か、状態が悪化した際には医療機関での受け入れが可能かを主治医に確認する。今までの血液検査の結果をもらい経過をみる等の確認を行う。

2) 本人・家族の意向等に関する情報提供

① 入院先医療機関に本人の食事の嗜好の伝達

- ・ 強い偏食の入居者が入院した医療機関が本人への食事提供に悩んでいたことから、施設内での食事内容を情報提供した。本人の嗜好にあったものを病院食として提供を始めたところ、食思が回復して退院することができた。

その後、本人は看取りを迎える時期まで、食事の偏り（ほとんど麺類歯科食べないため、カップ麺・うどん・にゅうめん等を多用）はあったものの経口摂取が維持できた。医師からも「好きなものを提供しても良い」と、栄養面や医学的な見解にはこだわらず見守ってもらえ、看取り期の支援を行えた。

② 救急搬送時における本人・家族の意向の伝達

- ・ 夜勤の介護職員が救急車に同乗したときに、どうしてよいか分からなくなるのが一番困るため、そのような場合はまず家族に連絡をする。ただし、家族に連絡がつかないこともあるため、ACPの冊子を配布するタイミングで、看取りの場所はどこがよいかを、自宅、施設、医療機関から選択してもらい、併せて状態が急変時に心臓マッサージや人工呼吸器を使う延命治療を希望するかどうかを確認している。そして、家族と連絡がつかなければ、その情報から家族の希望を医療機関に伝えている。

(行政、地域包括支援センター、社協、権利擁護センター等に対して)

1) 利用可能な制度の窓口へのつなぎ

- ① 経済的課題を有する本人や家族に対して、利用可能な窓口（各種減免制度、生活保護、生活困窮者自立支援制度の申請等）へのつなぎを行う。

2) 頼れる身寄りのいない利用者への支援（成年後見制度、日常生活自立支援事業、死後対応等）

① 関係機関への協力依頼

- ・ 金銭管理については、法人で通帳等を預かって引き落とし等をしている方もいる。医療同意については、本人の意思が確認できる間は本人にどういった医療を受けたいかを確認しているが、それが難しければ、後見が必要になったタイミングで後見人をつけてもらい、医療の意思確認をさせてもらっている。死後対応について、全く身内がない方は、行政に相談して対応を依頼している。

3) 他法人との連携による地域住民への支援

① 買物バス運行に向けた他法人への協力依頼

- ・ 社協を通じて町内会から買物バス運行に関する相談が寄せられた。住民のニーズを探り、移動手段の確保が課題であることが分かり、デイサービスの送迎車の空き時間活用が考えられたものの、日中の職員確保面で一事業所では課題があるなど、できることと課題を整理して社協に返答した。

それに対して、社協からは近隣の複数法人へ呼びかけを行い、その結果、自法人を含め3法人が集まった。法人としては何がどこまでできるか、それにはどのような課題があるか、それをクリアするにはどうしたらよいかを検討した。そして、町内会主体で3法人が協力する形で動き出し、関係者による3回ほどの話し合いを経てスタートできた。

4) 地域から疎外されていた認知症高齢者と地域住民の関係修復・継続を図った事例

① 地域ケア会議を活用して支援を検討する

- ・ 独居の認知症高齢者について、地域住民から居宅介護支援事業所に「猫が畑を荒らしまくっていて、本人も認知症で自宅も不衛生、近寄りたくない

い、早く施設に入れたほうがよいのではないか」と話があり、特養の生活相談員に相談が寄せられた。生活相談員は、本人宅を訪問して生活状況を確認し、本人は自宅で本人らしい生活をしていると判断し、あわせて自宅での生活継続を望んでいることも確認した。そして、地域ケア会議で検討を行い、本人が地域で暮らす方法を考えようという方向性で支援方針がまとまった。

この間、専門職として「この人は本当に施設で暮らしたいと思っているのか、家でまだ暮らせると思っているのか」を絶対に見逃さないように心掛けた。本人が地域で暮らすためには、ケアマネジメントとしてサービスの調整だけでは難しく、本人を取り巻く環境である地域住民にも働きかける必要があると考えた。

#### ② 住民の力を引き出す関わり方を心掛ける

- ・ 地域住民に働きかける際には、積極的にサービスを導入するなど専門職側が動きすぎると、地域住民の本人への関わりが更に少なくなってしまうおそれがある。そのため、本人と地域住民の関係修復・継続を考えながら、コミュニティを問題解決の主体として位置づけ、それを活動主体として機能させる支援、専門職は側面的な支援に徹することを心掛けた。

#### ③ 住民も参加したアセスメントから環境改善へと展開する

- ・ 地域ケア会議には住民にも参加してもらい、本人に対する思いや課題、本人の意向や課題を探りながら、それを少しずつ時間をかけて順々に解決していった。(自宅の片づけは法人内他事業所に安価で依頼し、環境整備面での支援を実施した。)

その後、自宅がきれいになって猫の世話が適切にできるようになると、地域住民から「今度は旅行に連れていきたい」という発言も聞かれるようになり、「認知症のA」から「地域住民A」としてサポーターが増えていった。

#### ④ 認知症の理解を促す勉強会の開催

- ・ 地域住民から認知症学習会の要望があり、認知症の方を理解しようとする機運も高まった。

### 5) 地域資源との連携

#### ① 地域の飲食店での外食

- ・ 施設で、できるのであれば少しでも本人の願いを叶えてみようという取組を行っている。利用者にはファストフードを好む人も少なくない。コロナ禍以前は、家族の同意を得て近隣の店舗に出かけて外食していた。事前に店舗に相談し、来店時間を決めて椅子をどかしておいてもらうことで、車いすで席に着けるよう準備してもらった。店舗側もご近所ということで快く理解してくれていた。

#### ② 地域資源の活用、外出の再開

- ・ コロナ禍が5類になっても施設での行事や出入りについてはいまだ難色を示す専門職も多い。外食の企画も看護師や管理栄養士の許可が得られず実現できないこともあったため、見た目が派手なキッチンカーを施設に招致し利用者や家族に大変喜んでもらった。

この取組が外出へのハードルを下げるきっかけとなった。最近では小さな動物園に行ったり、初詣には利用者 180 人中 100 人くらいを案内できた。初詣をして甘酒を飲み、利用者はとても楽しんだ。

- ・ 家族会に金銭面を協力してもらいアニマルセラピーとして訓練された犬を施設に招致した。反応がよかったため、次回も依頼することとなっている。このようなスモールステップを積み重ねている。

### Ⅲ. 考察

本稿では、特別養護老人ホームの生活相談員（社会福祉士）が入居者に対して、施設に対して、地域社会に対して行っている取組について、その具体的な実践を記述してきた。ここでは、それらの実践から生活相談員（社会福祉士）の有効性について述べる。

#### 1. 生活相談員が持っている相談支援としての専門性が利用者・家族の問題解決、生活の質の向上に生かされている

##### (1) 利用者のニーズ充足、自己決定、QOL の向上、権利擁護を目指した実践

特別養護老人ホームのサービスはさまざまな職種によるチームケアである。そのため、生活相談員だけが行っていることを取り上げ、その成果を述べることは難しい。しかし、本章で紹介した生活相談員の様々な取組は、その結果として利用者のニーズの充足、意思決定や自己決定の支援、利用者の望む暮らしの実現や QOL の向上、権利擁護といったことを目指して行われている。

##### (2) バイオ・サイコ・ソーシャルな視点

取組例の中で見られた生活相談員の支援をみれば、利用者をバイオ・サイコ・ソーシャル（生物・心理・社会的）な視点で捉えていることが分かる。要介護状態にある利用者へのサービス提供は、ともすれば利用者が自分自身では行えない生活動作を、ケアによって補うというところに焦点が当てられがちになる。入浴・食事・排泄などの生活を支えるケアは、特別養護老人ホームで提供される主要なサービスといってよい。しかし、例えば BPSD（認知症による行動心理症状）へのケアにおいて、利用者の心理社会的な理解が重要な役割を果たす。そのため、生活相談員は利用者の生活歴や過去の生活の様子といった情報を収集し、その中から読み取れる利用者の大切にしたいことや他者との関わり方の特徴を読み取ろうとする。そうした情報はケアチームに提供され、利用者をバイオ・サイコ・ソーシャルに理解したうえでのケアの工夫が生み出されることになる。

また、こうしたバイオ・サイコ・ソーシャルな視点は、利用者理解にとどまらず、利用者を取り巻く周囲の人的、物的、制度的な環境をも視野に入れる。こうした視野の広さによって、利用者を支援する際の介入の焦点が利用者本人だけでなく、利用者を取り巻く環境、例えば家族や地域社会（地域住民）、あるいはケアチームを構成する他の専門職などに向けられていく。そして、周囲の環境の変容を促すことで、それが利用者のケアの質を高めることへとつながっていく。

### (3) 信頼関係の構築

生活相談員は入所前の面接や、入所後の関わりを通じて、利用者や家族と信頼関係を構築していく。それは傾聴や受容、共感といった相談面接の技術を意図的に活用する中で生まれるものである。特に、利用者の好みや大切にしてきたこと、あるいは利用者や家族の言動や行動の背景にある思いに着目し、それを理解しようとしながら関わることは、信頼関係構築の重要な技術である。信頼関係構築は、それによって利用者や家族から語られる情報の量や質が高まることにつながる。現時点で困っていること、あるいはもっとこんなふうに過ごしたいということに関する情報が増えることによって、困っている状況理解が深まり、あるいは利用者の望む暮らしの実現への支援が行いやすくなってゆく。

### (4) 信頼関係構築によって得られた情報を活かす

信頼関係の構築を基に利用者や家族から語られた情報は、利用者や家族の個別性を理解していくことに活かされる。この個別性の理解は、生活相談員が相談支援関係の中で意識するものだけではない。利用者や家族との面接で得られた個別性を理解するための情報は、特別養護老人ホームのケア現場の介護職員等に伝えられ、介護職員等が利用者の個別性を理解することにも活かされていく。さらに、こうした情報は介護職員等が利用者とのどのような話題を使いながら関わっていけばよいのかといった関わり方の示唆ともなる。このように、生活相談員はケア現場のスタッフが利用者の個別性を理解し、それを大切にしながらケアを行っていくことを手助けしているといえる。

### (5) 利用者と社会資源の仲介

ソーシャルワークの特徴的な支援方法の一つが、利用者のニーズ充足を図るために、利用者と各種の社会資源を結びつける仲介機能がある。在宅ケア領域では主として介護支援専門員が利用者のニーズ充足に必要な社会資源をパッケージングするケアプラン作成が行われる。特別養護老人ホームにおいては、施設内に介護職員や看護職員、機能訓練指導員、管理栄養士等の職種が揃っており、彼らによって利用者のニーズ充足のための支援が行われている。もちろん、生活相談員もこのケアチームの一員である。

しかし、利用者のニーズは多様であり、施設内のマンパワーだけでは充足できない者もある。計画担当介護支援専門員は利用者のニーズに応じたケアプランを作成するが、そうしたケアプランがより個別的で多様なニーズに対応するために、施設外からさまざまな社会資源を施設内に招き入れる取組は生活相談員が担うことが多い。地域に呼びかけてさまざまなボランティアに来てもらうこと、コロナ禍で外出レクリエーションが行えない中でキッチンカーを呼んで楽しみの機会を作ることなどは、こうした施設外の社会資源を利用者と結びつける働きであり、生活相談員は施設内と地域の社会資源とを結びつける窓口の役割を果たしている。

### (6) 終末期の支援

生活相談員が利用者や家族から収集する情報の中には、終末期にどのように過ごしたいか、何を望むかといった終末期の意向も含まれる。このような情報はセンシティブなものであるため、慎重な関わりが求められる。生活相談員は相談面

接技術を活用しながら、あるいは終末期の意向確認をするためのツールを用いながら、利用者や家族からこれらの情報を収集していく。こうした働きかけは、利用者や家族が終末期について考えていくことを手助けすること、そこに向かう心の準備を進めていくことを支援することでもある。また、こうして得た情報は、アドバンス・ケア・プランニングに活かされることになる。

もちろん、終末期に関する説明は医師によって説明されるものであり、生活相談員は家族に対して終末期の説明がなされる場の設定を調整する。また、その場に同席し、医師からの説明後には家族に対して医師の説明で十分理解できなかった点などについて、改めて分かりやすく説明することを行う場合もある。

このように、利用者の終末期の支援がスムーズになされるように、事前から本人・家族への支援を行っていく。

## 2. 利用者を取り巻く環境への働きかけによって環境を変容させ、それが利用者や環境を構成する人に影響を与えている

### (1) 働きかける対象

前述したバイオ・サイコ・ソーシャルな視点で利用者を捉えることは、利用者の生活上の問題が、利用者と周囲の環境との相互作用の結果として形成されているものだという捉え方にも通じる。この「個人と環境の相互作用」という捉え方はソーシャルワークの特徴的な視点である。この視点に立てば、利用者の問題の解決や生活の質を高める取組を進めるにあたり、利用者に対する働きかけをすると同時に、利用者を取り巻く周囲の環境に働きかけていくことも重要になる。

実際、今回のヒアリングからは、「利用者の家族」「施設内部の職員（介護職員やその他の職員）」、また「施設外の各種の社会資源」まで、必要に応じてさまざまな環境に働きかけている。

### (2) 働きかけによって生じること

環境に働きかけることには、①環境が変化することで利用者のニーズ充足が可能になる。②環境が変化することで、その環境の構成者がエンパワーされる、③環境が変化することで、利用者と同様のニーズを持った他の人たちに対する支援力が高まる、ということが起こると考えられる。

#### 1) 環境が変化することで利用者のニーズ充足が可能になる

これは、前述した施設外の社会資源を施設内に招き入れることによって、利用者のニーズの充足が可能となるというものである。また、在宅生活は限界と考える在宅側の支援チームに対して、専門職である我々がなすべきは「在宅が無理と判断する」ことではなく、「家で暮らし続けたいという願いをいかに実現できるかを考えること」であると語りかけることで、支援チームの考えを「支援者主体」から「利用者主体」に変容させることで、利用者のニーズ充足に寄与した取組もこれにあたる。こうしたニーズ充足によって、利用者の望む暮らしの実現やQOLの向上が図られ、利用者の権利擁護がなされてく。

#### 2) 環境が変化することで、その環境の構成者がエンパワーされる

これは、利用者をケアする介護職員等に対して、生活相談員が緊急ショートステイの受け入れについて、その利用者のケアに必要な情報を提供することで、ケアチームが適切にケアを行えるようにすることである。また、緊急ショート受け入れで負担がかかる介護職員等を労ったり、感謝を伝えることでもある。家族からの感謝の言葉を介護職員等に伝えたり、介護職員がしっかりとケアをすることによって利用者の良い変化が起こっていることを家族に伝え、それに対する家族の喜びや感謝といったポジティブな反応を介護職員等に伝えることで、介護職員等の士気を高めるなどの取組も見られる。あるいは、介護職員等に対して緊急ショートの利用者を受け入れることについての施設が担う社会的責任や使命を説明し、自分たちの仕事の意義を再認識できるように働きかける取組も見られた。このように、利用者支援のための環境側への働きかけが、環境の構成メンバーをエンパワーしていくことにつながっていく。

### 3) 環境が変化することで、利用者と同様のニーズを持った他の人たちに対する支援力が高まる

これは、環境の側の構成員（専門職、非専門職）の考え方が変容されることによって、その変容のきっかけとなった一人の利用者への支援についてだけでなく、その利用者と同様のニーズを持った他の人たちに対しても支援を行う構えが形成されることである。取組例の中で、独居の認知症の高齢者に対する支援に地域住民も巻き込んでいくことによって、地域住民の側の高齢者に対する姿勢が変化し、さらに「認知症についての勉強会を開いてほしい」という要望が出てきたという例は、この一例と考えられる。こうして地域住民の、認知症の人に対する捉え方が変化していくと、それは他の認知症の人に対する認識も変化していくことにつながると思われる。また、そのきっかけになった人の抱える問題は自分達の問題でもあると我が事として捉えられるようになることは、地域共生社会づくりの取組となる。

### (3) 利用者や環境に対する働きかける方法としての調査

利用者に対する間接的な支援方法の一つに社会福祉調査がある。今回ヒアリングした取組では、コロナ禍で特別養護老人ホームは面会制限を行う中で、そのことを利用者や家族がどのように捉えているかについて調査を行い、その結果から法人内で面会時間するガイドラインを作成し、面会の再開をしていくという取組があった。このように、現実には起こっていることについてデータを収集し、その分析から解決策を検討していくという取組は、エビデンス・ベースド・アプローチといえるだろう。

また、利用者個人に働きかけるエビデンス・ベースド・アプローチの例としては、食事時にビールを飲む習慣があったが、ショートステイ利用をする中で周囲の人が飲まないからと自分も飲まなくなったことで、食欲が落ちてしまった利用者への支援について、生活相談員から介護職員に、ビールを勧めてみてほしいこと、その際に食事量がどうなるかデータを取ってほしいことを依頼し、ビールを飲むと食事量が増えるということを確認した上で、食事量の改善が図れたという取組もあった。ここからは、調査は一事例の支援の中でも有効な手段となることがわかる。

#### (4) 虐待事例受け入れに伴う養護者への対応

特別養護老人ホームは被虐待高齢者が分離保護されるにあたり、その居所としてサービスを提供する役割を持っている。しかし、虐待ケースの性質によっては、養護者が高齢者の入所先である特別養護老人ホームにやってきて虐待行為を続けようとする例もある。こうした事例では、生活相談員が養護者への対応を担う例が多くなると思われるが、これは特別養護老人ホーム側としては大きな負担となる。虐待事例の受け入れに伴い、施設側はそうした状況に置かれる危険性がある。

ヒアリングに見られたように、入所受け入れにあたって、地域の虐待支援チームと連携し、入所後の対応や役割分担等について協議し、具体的な役割分担や対応を定めておくことは重要である。そうした調整を図ることも、生活相談員の役割となってくる。

### 3. 地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会づくりに及ぼす影響

前述した、独居の認知症の高齢者に対する地域住民の捉え方が変容した例に見られるように、生活相談員が関わったことによって地域住民という環境側の要因に変化が生まれることがある。これは、地域ケア会議を活用することによって生じたことであるが、ここからは、入所施設である特別養護老人ホームの生活相談員も地域ケア会議の構成員として参加することによって、バイオ・サイコ・ソーシャルな視点、あるいは個人と環境の相互作用というソーシャルワークの視点をもって地域課題解決に寄与していける可能性を示すものと考えられる。

あるいは、特別養護老人ホームであっても、老人保健施設のように「リピーター利用」をすることで在宅生活の延伸を図る取組もあった。ショートステイの機能をうまく活用することで、同様の効果をもたらすこともできる。このように、特別養護老人ホームの持っている機能を使って、在宅生活の限界点を引き上げることもできると思われる。

特別養護老人ホームはさまざまな機能を持った地域の拠点である。その機能が、施設という閉じた空間の中で、入所している利用者に対してだけ提供されているのは、施設は単に在宅継続が難しくなった人の受け皿に過ぎなくなる。しかし、今回のヒアリング調査で得られた取組例からは、特別養護老人ホームの持っている機能を地域に開いていくことや、地域のさまざまな社会資源を施設の中に招き入れることによって施設と地域の相互交流を図ることができれば、特別養護老人ホームの持っている介護サービス提供機能や生活相談員が持っているソーシャルワーカーとしての機能によって、特別養護老人ホームは地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会づくりに寄与していくことができると考えられる。

## IV. 介護老人保健福祉施設の支援相談員のヒアリング調査

### 1. 調査の目的

2022年度に行った『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』において、介護老人保健施設の支援相談員は①周知・関係づくり、②インテーク、③入所、④退所という一連の相談支援の流れの中で、「地域との顔の見える関係づくり」「利用者の最後までビジョン（目標設定）とその共有」「利用者・家族の不安の明確化と具体的な解決策の提示」「現場のスタッフとの連携」「支援相談員と施設ケアマネジャーとの役割分担」「利用者・家族の意向確認」「在宅サービス・居宅ケアマネジャーとの連携」「利用者・家族の意向に合った施設情報の提供」といった取組を行っていることが明らかになった。また、これらの取組は①家族、②要介護者本人という利用者側への働きかけと、③リハビリテーションスタッフやケアワーカー等の施設内の専門職、④施設の管理的スタッフ、⑤主治医等の医療機関や在宅に戻った時の支援チームとなる機関・専門職といった利用者には何らかのサービス提供を行う側への働きかけ、⑥施設外の病院や居宅介護支援事業所といったさまざまな対象に働きかけていることがわかった。

今年度は、前年度の調査結果のフォローアップのために、老人保健施設の支援相談員にヒアリング調査を行った。

### 2. 調査の方法

調査協力者は、昨年度実施したフォーカス・グループ・インタビュー調査の協力者の中から、興味深い実践を行っていると思われる支援相談員を選定した。

調査協力者の所属施設は、老人保健施設（超強化型）、定員90名、支援相談員3名である。

調査日時は2024年2月29日（木）19:00～20:30、zoomによるオンラインで行った。

ヒアリング項目は以下の通りである。

- 支援相談員（社会福祉士）としての日々の取組、役割のうち、「施設内の他の専門職との連絡調整」、「退所前後の訪問」、「地域住民や民生委員等との関わり」、「地域貢献活動の業務」、「利用者の家族への支援」において、特に、意識して取り組んでいること
- 支援相談員（社会福祉士）として、「在宅復帰・在宅療養支援等指標」のうち、「在宅復帰率」、「ベッド回転率」、「喀痰吸引を要する入所者割合に関すること」において、特に、意識して取り組んでいること
- 支援相談員（社会福祉士）として、利用者の在宅復帰に向けて、特に、意識して取り組んでいること
- 支援相談員（社会福祉士）として、地域共生社会の実現に向け、特に、意識して取り組んでいること

### 3. 調査結果

ヒアリングからは、支援相談員として以下の点に留意して実践に向き合っていることが把握できた。

- ・ 利用相談時、老健に入る／当施設が合っているか／今後の生活でプラスになるかを考える（トリアージュ的な機能）。

- ・ 回転率の増加が在宅復帰率の低下に繋がるが、利用者のニーズに合わせた支援を行いながら、無理のない在宅復帰率の管理を行う。
- ・ 在宅復帰支援において、利用者・家族の不安を汲み取り、それらについて「どう考えているか」を引き出しながら、一緒に課題を紐解き、それぞれについて具体的な解決の手立てを提案していく（アセスメント・プランニング、相談面接力）。
- ・ 施設のLINEを使って、家族にケアプランをpdfファイルにして送り、ケアプランの同意もgoogle formで作成したホームに返答してもらっている。その他保険証の内容を確認したい時には写真を撮っておくってもらったり、リハビリシューズを購入してもらいたい時にはカタログを写真に撮って送信したり、お小遣いを持ってきてほしいなどといったやり取りもLINEでしている。
- ・ 家族からは仕事中に電話がかかってくるよりも、LINEで連絡を取り合う方が助かるという声を聞くことが多い。LINEに登録してくれる家族は60~70%くらい。ただし、小さい画面では見にくいという方には紙で郵送している。
- ・ 利用者・家族には老人保健施設を使ってよかったと思える成功体験を持ってもらいたいと思って支援している。
- ・ 地域で暮らし続けることを支援するためには、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに「こういう老健の使い方もできる」「老健はこういうところは弱い」と率直に伝え、老人保健施設の機能を知ってもらうようにしている。
- ・ 地域とのつながりでは、地域の小学校で生活相談員と管理栄養士で授業を一コマ担当していたが、コロナ禍で中断している。
- ・ コロナ禍で外出してのリハビリテーションができなくなったが、プランターを買って植物を植えたり、キッチンカーを呼んでアイスクリームを食べるといったレクリエーションを行ったりと工夫している。
- ・ 個人的に、医療ソーシャルワーカー協会に入会し、研修会に参加して人脈を広げている。病院のワーカーだけでなく、在宅ケア部門のワーカーや小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーともつながりができ、在宅から病院へ、そして老健へと利用者が動いていく流れに携わるそれぞれの機関について知ることができて勉強になる。また、協会内で取り組んでいる事例検討会を通じて、経験を積んだソーシャルワーカーともつながりができるなど、支援相談員として意味ある機会となっている。

#### 4. 考察

このヒアリングから、調査協力者が前年度の調査結果で明らかになった支援相談員の役割や機能を担っていることが確認できた。

特徴的な点としては、①ICTの活用、②職能団体の活用の2点があげられる。

①ICTの活用については、施設はホームページ、Facebook、LINE、Instagram、Xを用いて情報発信を行っている。この中でも、特に興味深いのはLINEの活用方法である。ケアプランをpdfファイルで送信し、家族に確認してもらい、同意はgoogle formを用いて行う等の取組は、事務作業の省力化ややり取りの結果がデータとして残る等のメリットがあり、家族にとっても連絡をうけて返送する時間帯を自由にできるといったメリットもあるようである。近年のスマートフォンの普及によって、今後、こうした家族との連絡の方法が普及していくのではないかと予想される取組である。

②職能団体の活用については、個人として都道府県の医療ソーシャルワーカー協会に入会することで人脈を広げるという姿勢である。介護保険施設の相談職（生活相談委員、介護支援専門員）は、なかなか同職種間の横の繋がりを持つ機会が少ないといわれる。しかしながら、ソーシャルワーカーとしての力量を担保しようとする、同じ専門職としての知識や経験を共有でき、自己研鑽できる場としての職能団体が果たす役割は大きい。ただし、職能団体への入会は任意であることから、職能団体に入会している相談支援者が多いとはいえない状況がある。この調査協力者の場合は、社会福祉士会ではなく医療ソーシャルワーカー協会に参加しているが、これは老人保健施設の支援相談員という立場上、その職務内容に近い人たちが多く参加しているという職域の近さによるものと思われる。ソーシャルワーカーとしての力量向上のためには、実務経験の積み重ねと職場内の同職種の間での経験の共有に加えて、他施設・機関のソーシャルワーカーとの知識や経験の共有も有効なものになる。こうした職能団体の活用の仕方が、支援相談員としての実践の質に反映されていくことを考えると、多くの支援相談員がこの調査協力者のように、意識的に職能団体を活用することが望まれる。



## 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

第2章から第4章までの調査を通して、定性的に生活相談員としての実践内容を明らかにするとともに、特に、社会福祉士を有する生活相談員の有効性について、定性的に、また、一部ではるが、定量的に明らかにすることができた。

高齢化社会の進展に伴い、介護老人福祉施設は、介護保険施設から、地域共生社会の実現を担う重要な拠点へと進化を遂げており、社会福祉士は、社会福祉等に関する専門的な知識と社会正義、人権等の倫理観に基づき、利用者一人一人のニーズに寄り添い、地域との連携を強化することで、この進化を牽引する中核的な役割を担うなど、本章においては、前章までの結果と成果を用いて、有効性について、考察する。

### 1. 多様な実践と専門性の発揮した利用者のQOL向上

第2章から第4章までの各章の結果及び考察で述べたように介護老人福祉施設の生活相談員のうち、社会福祉士有資格者は、利用者のQOL向上に向け、ソーシャルワーク専門職として、その専門性を発揮しながら、多様な実践を展開していることを確認することができた。

#### (1) バイオ・サイコ・ソーシャルな視点

社会福祉士は、人間の心身環境相互作用を理解し、利用者の健康状態、心理状態、社会環境を包括的に捉え、支援を展開している。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

#### 【各章の主要な調査結果1】

項目	具体的な取組等
身体面	健康状態の把握、医療機関との連携、介護サービスの提供
心理面	心理的支援、家族関係の調整
社会面	地域との交流、社会参加の支援、経済的な支援

#### (2) 権利擁護と自己決定の尊重

社会福祉士は、利用者の自己決定権を尊重し、自己実現を支援している。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

#### 【各章の主要な調査結果2】

項目	具体的な取組等
意思決定支援	必要な情報提供、選択肢の提示、意思決定の尊重
権利擁護	虐待防止、権利擁護実践、差別解消への取り組み

#### (3) ソーシャルワークの価値と理念

社会福祉士は、ソーシャルワークの価値と理念に基づき、倫理的な実践を展開している。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

【各章の主要な調査結果 3】

項目	具体的な取組等
社会正義	利用者の権利擁護、格差の解消
権利擁護	利用者の尊厳の尊重、自己決定権の尊重
多様性の尊重	さまざまなニーズを抱える利用者等との諸調整

(4) ソーシャルワーク機能の発揮

社会福祉士は、多様なソーシャルワーク機能を活用し、利用者一人一人のニーズに寄り添った支援をしている。

1) 利用者及び地域住民のニーズの把握関係

- ・利用者及び地域住民のニーズを包括的に把握する。
- ・潜在的なニーズを抱える利用者以外の人々への支援にも積極的に取り組む。
- ・地域住民との交流、地域行事への参加などを通して、社会福祉士自身が地域社会の一員（社会資源）としての意識を高める。
- ・地域ケア会議等への参画などを通して地域特性、社会資源、地域住民の意識を把握する。
- ・高齢者虐待、認知症高齢者など、支援を必要としているにもかかわらず、自ら支援を求めることが難しい人々への支援に積極的に取り組む。
- ・地域住民との連携を強化し、地域で潜在的なニーズを把握する体制を構築する。

2) アセスメント関係

- ・利用者の課題だけでなく、家族や地域との関係性も考慮し、社会的・心理的・身体的・経済的・文化的側面からの多角的なアセスメントを行う。
- ・地域包括ケアシステム構築に向け、地域の課題を把握する。

3) 支援の実施関係

- ・アセスメントに基づき、関係機関との連携、サービス利用支援など、適切な支援を行う。
- ・ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークを組み合わせ、利用者及び地域住民のニーズに合わせた支援を行う。
- ・地域住民が支え手と受け手に分かれることなく役割を担うという意識の醸成と機会の創出に努める。
- ・地域住民のエンパワメント（住民が自身の強みや力に気付き、発揮することへの支援）を推進する。

4) 関係機関との連携（ネットワーク）関係

- ・医師、看護師、介護職員など、多職種と連携した支援体制を構築する。
- ・地域包括ケアシステムの構築に向け、関係機関と連携し、地域住民への切れ目ない支援を提供する。
- ・住民主体の地域課題解決体制の立ち上げ支援とその後の運営等の助言・支援を行う。
- ・住民主体の地域課題解決体制を構成するメンバーとなる住民や団体等との間の連絡・調整を行う。

- ・地域住民や地域の公私の社会資源との関係形成を図る。

#### 5) 地域包括ケアシステムの推進関係

- ・地域包括ケア会議への参加、地域福祉計画策定への参画などを通して、地域包括ケアシステムの推進に貢献する。
- ・地域住民向けの講演会開催、啓発活動実施などを通して、地域住民の福祉課題に対する関心や問題意識を高める。
- ・見守りの仕組みや新たな社会資源の構築に向けた提案を行う。

#### (5) 幅広い知識と技能

社会福祉士は、児童、高齢、障害、生活困窮、保健医療等の諸分野における法制度や支援の実際、地域福祉の基礎理論や行財政の知識など、幅広い知識と技能を備える。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

#### 【各章の主要な調査結果 4】

項目	具体的な取組等
法制度	介護保険法、高齢者虐待防止、児童福祉法、生活保護法等
支援の実際	介護保険サービス、福祉サービス、医療サービス等
地域福祉	地域包括ケアシステム、地域福祉計画
行財政	社会福祉行政、財政

## 2. 看取り介護と ACP の取組への貢献

特に、第3章で明らかになったように、介護老人福祉施設における社会福祉士が、看取り介護加算の算定と社会福祉士の配置との関係において統計的な有意性を確認するとともに、ACP（アドバンス・ケア・プランニングの推進に貢献していることがわかった。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

項目	社会福祉士		p 値	有意差
	資格者	無資格者		
看取り介護加算の算定者数	平均 9.4 人	平均 7.3 人	0.001	あり
ACP の取組数	平均 10.9 人	平均 8.8 人	0.069	なし (※有意に近い傾向)

社会福祉士は、専門的な倫理や知識等に基づき、看取り介護加算の算定に関して貢献するなどして、看取り介護の質向上に貢献していることがわかった。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

#### 【各章の主要な調査結果 5】

項目	具体的な取組等
本人・家族への支援	死への不安や悲嘆に苦しむ本人や家族への心理的な支援
医療・介護との連携	医師、看護師、介護職員等との連携による看取り介護の実現
倫理的な課題への対応	終末期における倫理的な課題への対応

同様に、社会福祉士は、ACP への理解と参加を促進し、ACP 取組数の増加に貢献している。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

【各章の主要な調査結果 6】

項目	具体的な取組等
本人の意思確認	本人の意思を尊重した意思決定支援
家族への説明	家族への ACP の重要性と内容の説明
関係機関との連携	医師、看護師、介護職員等との連携による ACP の実行支援

### 3. 認知症ケアへの貢献

特に、第4章で明らかになったように、社会福祉士は、次の4つの視点から介護老人福祉施設における認知症のある利用者へのケアの推進に貢献している。

#### (1) 意思推定と代弁

社会福祉士は、言葉で意思表出することが難しい認知症のある利用者に対して、表情や仕草などの非言語コミュニケーションから意思を読み取り、代弁している。また、在宅サービス利用時の多角的な情報などを参考に、誤解や過度になる保護を避け、本人の真意に基づいた支援をしている。

#### (2) 地域資源の活用と関係調整

社会福祉士は、地域ケア会議のメンバーとして、認知症高齢者とその家族を支援するために必要となる多機関等の社会資源をコーディネートするとともに、地域住民との良好な関係を築き、地域で支えられる生活を実現している。

#### (3) 多職種連携による支援

社会福祉士は、認知症の症状を理解し、適切な言葉かけを行うことで、不安や混乱を軽減するとともに、本人の希望を尊重し、意思決定を支援している。また、医師、看護師、介護職などの多職種と連携し、認知症のある利用者の状態や潜在的な能力を把握し、より質の高い支援に貢献している。

#### (4) 認知症理解の促進

社会福祉士は、地域住民向けの認知症に関する学習会を開催し、認知症への理解と寛容さを促進している。学習会を通して、地域住民の意識変化として、認知症への理解が深まるとともに、「認知症の人」から「地域住民」へ変化を促進させている。また、地域住民のサポーターの増加として、生活を支える人々が増え、地域包括ケアシステムの構築に貢献している。

### 4. 地域共生社会の実現に向けた社会福祉士の貢献

社会福祉士は、専門知識と技術に加え、コミュニケーション能力、協働力、問題解決能力などを活かし、地域住民と協働して相談支援、コーディネート、地域課題解決、啓発・広報を行い、地域住民のニーズに合わせた支援を提供又は構築することで、地域の社会資源との取り組みと合わせによって、誰もが自分らしく安心して暮らせる地域共生社会の実現に貢献している。

地域共生社会の実現には、社会福祉士の積極的な役割と地域の関係機関等との取り組みが必要である。介護老人福祉施設における社会福祉士は、その専門性を活かし、地域住民と協働することで、誰もが自分らしく安心して暮らせる社会の実現に貢献している。

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

社会福祉士は、地域包括ケアシステムの構築に貢献し、切れ目のない支援を提供する。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

【各章の主要な調査結果 7】

項目	具体的な取組等
多職種連携	医師、看護師、介護職員、介護支援専門員等との連携
包括的な支援	医療、介護、予防、リハビリテーション等の包括的な支援

(2) 多様な困りごとの解決

社会福祉士は、利用者や家族の多様な困りごとに対して、専門的な知識と技術を用いて支援を行う。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

【各章の主要な調査結果 8】

項目	具体的な取組等
認知症	認知症カフェ、家族支援、介護職員への研修
単身高齢者	生活支援、孤独感の解消、家族との交流
地域住民	買い物支援、高齢者虐待防止の実践、地域課題の解決

(3) 地域とのネットワーク

社会福祉士は、地域住民との交流や協働を促進し、地域共生社会の実現に貢献する。各章で確認された主要な調査結果は、下表のとおりである。

【各章の主要な調査結果 9】

項目	具体的な取組等
地域行事への参加	ボランティア実践、イベント開催
地域住民への啓発実践	高齢者福祉、介護予防、認知症への理解
地域課題の解決	高齢者虐待防止の実践、地域ケア会議への参画

(4) ボランティアの活用

ボランティアは、専門職とは異なる視点や経験を持ち、施設運営に多様な価値観をもたらすものと考えられる。社会福祉士が、利用者のニーズを丁寧に把握し、アセスメントしたりするなど専門性を活かしながら、ボランティアがより効果的に活躍できるように連絡や調整することによって、施設の閉鎖性を打破し、利用者にとってより豊かな生活環境を実現に貢献している。

具体的には、書道、生け花、喫茶などのサービス提供を通じて、専門職の負担を軽減し、質の高いケア提供につなげている。また、ボランティアとの交流により、利用者の孤独感や孤立感を解消し、生きがいを感じられる機会を提供している。地域住民のボランティア参加は、地域との繋がりを深め、施設への理解や協力を促している。

#### (5) 身寄りのない利用者の課題と対応

身寄りのない利用者の課題として、自身の意思決定を支援してくれる家族や親族がないため、様々な選択を自ら判断する必要がある。しかし、認知症などの影響により、意思決定能力が低下している場合も多く、適切な支援がなければ、自身の希望に沿わない生活を送る可能性がある。また、家族や友人との交流が少なく、孤立感や孤独感を抱えやすい傾向がある。特に、入所当初は新しい環境に慣れることができず、強い孤独感を抱えることがある。さらに、自身の財産を管理することが困難な場合がある。

社会福祉士は、介護保険サービス事業者、医療機関、行政など、関係機関と連携して、意思決定支援をはじめ、施設での生活を継続する。本人の判断能力が低下している場合には、成年後見制度の利用を検討するなどの対応をしている。

## 5. 総括

本事業を通して、介護老人福祉施設において社会福祉士を有する生活相談員は、バイオ・サイコ・ソーシャルな視点に基づき、利用者の権利擁護と自己決定を尊重するなど、利用者一人一人のニーズに寄り添い、専門性を活かした多様な実践を展開することで、利用者のQOL向上に貢献していることを定性的に明らかにすることができた。

社会福祉士を有する生活相談員は、専門的な価値・倫理、知識、技術等に基づき、特に、看取り介護加算の算定において統計的な有意差を明らかにするとともに、ACPへの理解と参加促進に貢献していることを明らかにすることができた。

また、社会福祉士を有する生活相談員は、認知症ケアにおいても意思推定と代弁、地域資源の活用、多職種連携による支援、認知症理解の促進など、多角的な支援を行っていることを定性的に明らかにすることができた。

さらに、社会福祉士を有する生活相談員は、地域包括ケアシステムの深化・推進、多様な困りごとの解決、地域とのネットワーク構築、ボランティアの活用、身寄りのない利用者への支援など、地域共生社会の実現に向けた様々な活動に取り組んでいることも定性的に明らかにすることができた。

以上により、介護老人福祉施設における生活相談員として果たしている役割とともに、社会福祉士の有効性を定性的に明らかにすることができた。

## 卷末資料



# 生活相談員の活用状況と 有効性に関する自由記述調査

今年度、[日本社会福祉士会](#)では、公益社団法人全国老人福祉施設協議会様をはじめとする関係機関のご理解とご協力を得ながら、生活相談員として勤務する社会福祉士の活用状況と有効性を明らかにするため、質的調査に取り組んでおります。

そのため、次のとおり、実施しますので、ご協力をお願いします。

## 1 調査対象

- 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設において「**生活相談員**」として配置されている方（経験や資格の有無等は関係ございません。）
- 同一施設内において複数の生活相談員が配置されている場合には、それぞれご回答をお願いします。
- 併設するショートステイやデイサービスや施設を運営する法人業務等と兼務されている生活相談員は、本調査の対象に含みますが、ショートステイやデイサービス専任の生活相談員は対象には含まれません。

## 2 回答方法

Web 画面から回答をお願いしております。

下記アドレスまたは二次元コードから Web 回答画面へアクセスしてください。

調査回答画面 URL

<https://questant.jp/q/H3TMHVGB>



### 【回答時間の目安】

★概ね 30 分から 40 分程度となります。

## 3 回答期限

**令和5年2月9日（金）**までにご回答いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。

## 倫理的配慮

### 1 調査の同意について

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

### 2 データの取り扱いについて

1. データ入力の際はコード化し、匿名性の確保に十分注意します。
2. データは今回の調査目的以外には使用しません。
3. 得られたデータの電子媒体は、責任をもって保管します。

## I あなたが生活相談員として配置されている施設の概要についてお伺いします。

- 同一法人内で複数の施設を運営されている場合は、配置されている施設のみをご回答ください。

### 1 あなたが生活相談員として配置されている施設を運営する法人等についてお伺いします。当てはまるものを1つお選びください。

都道府県      市区町村      社会福祉法人

### 2 あなたが生活相談員として配置されている施設の所在地をお伺いします。当てはまるものを1つお選びください。

北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県  
千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県  
愛知県 三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県 鳥取県 島根県 岡山県  
広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県  
宮崎県 鹿児島県 沖縄県

### 3 あなたが生活相談員として配置されている施設の種類をお伺いします。当てはまるものを1つお選びください。(令和5年12月末時点)

介護老人福祉施設      地域密着型介護老人福祉施設

### 4 あなたが生活相談員として配置されている施設の居室のタイプをお伺いします。当てはまるものを1つお選びください。(令和5年12月末時点)

従来型(多床室)のみ      ユニット型のみ      従来型+ユニット型の混合

### 5 あなたが生活相談員として配置されている施設の入所定員(人)をお伺いします。入所定員を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

入所定員 \_\_\_\_\_人

### 6 あなたが生活相談員として配置されている施設の利用者の平均要介護度を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

小数点第2位以下は四捨五入してください。

平均要介護度 ○. ○

- 7 あなたが生活相談員として配置されている施設における「看取り介護加算」の算定状況をお伺いします。

令和5年1月から12月末までの1年間における「看取り介護加算」の算定対象者数(実人数)を半角数字で入力してください。

なお、当該期間内において当該加算を算定されていない場合は「0」を入力してください。

算定対象者数 ○○人

- 8 あなたが生活相談員として配置されている施設の ACP の取組件数をお伺いします。  
令和5年1月から12月末までの1年間における ACP の取組の対象者数(実人数)を半角数字で入力してください。

なお、同一対象者で複数回実施した場合でも対象者数は「1」となります。

当該期間内において ACP の取組を実施していない場合は「0」を入力してください。

ここでいう「ACP (アドバンス・ケア・プランニング)」とは、もしものときのために、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことをいい、「人生会議」とも呼称されています。

取組対象者数 ○○人

- 9 あなたが生活相談員として配置されている施設における喀痰吸引の実施を要する入所者の割合(%)を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

小数点第2位以下は四捨五入してください。

対象者割合 ○○.○%

- 10 あなたが生活相談員として配置されている施設における経管栄養の実施を要する入所者の割合(%)を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

小数点第2位以下は四捨五入してください。

対象者割合 ○○.○%

## II あなたの生活相談員としての実践等についてお伺いします。

- 本調査では、生活相談員が具体的にどのような実践を行っているかを自由記述の内容から明らかにすることを目的としていますので、可能な限り詳しく文章でご回答をお願いします。
- 個人情報（氏名、生年月日、住所などにより特定の個人を識別できる情報）の入力は必要ありませんので、利用者、職員等の個人が特定できないようにご回答をお願いします。

### 1 同一施設内における生活相談員として配置されている実人数(人)を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

同一敷地内に複数施設がある場合でも、あなたが配置されている「施設単位」で入力してください。

生活相談員数 ○人

### 2 あなたが生活相談員として主に担当されている施設のタイプをお伺いします。

当てはまるものを1つお選びください。(令和5年12月末時点)

従来型（多床室）のみ担当      ユニット型のみ担当      従来型＋ユニット型の混合を担当

### 3 あなたの生活相談員としての配置状況についてお伺いします。

複数該当する場合は、当てはまるものすべてをチェックしてください。

- 専任の生活相談員（兼務していない）
- デイサービスの生活相談員と兼務している
- ショートステイの生活相談員と兼務している
- 配置されている施設内の業務等と兼務している
- 配置されている施設を運営する法人業務と兼務している
- 上記以外の業務と兼務している

### 4 あなたの生活相談員としての経験年数(通算)を教えてください。

生活相談員としての通算の経験年数を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

現在の配置とは異なる介護老人福祉施設及び地域密着型介護福祉施設における生活相談員としての経験年数も含まれます。

生活相談員経験年数 ○○年

### 5 あなたが有している資格をお伺いします。

複数該当する場合は当てはまるものをすべてチェックしてください。

- 社会福祉士       主任介護支援専門員       その他
- 介護福祉士       介護支援専門員       該当なし
- 精神保健福祉士       社会福祉主事

6 あなたの社会福祉士としての経験年数(通算)を教えてください。

社会福祉士としての通算の経験年数を半角数字で入力してください。(令和5年12月末時点)

社会福祉士の資格をお持ちではない方は「0」を入力してください。

社会福祉士経験年数 ○○年

7 あなたが生活相談員として、施設の入所にあたって課題を抱える利用者の受入れにおいて、特に医療依存度の高い利用者への受入れについて、あなたご自身が意識して取り組んでいること(又は取り組もうとしていること)がありましたら教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。

個人情報、入力しないようにお願いします。

8 あなたが生活相談員として、施設の入所にあたって課題を抱える利用者の受入れにおいて、特に他の利用者や職員等への悪影響が及ぶような利用者の行動等への対応について、あなたご自身が意識して取り組んでいること(又は取り組もうとしていること)がありましたら教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。

個人情報、入力しないようにお願いします。

9 あなたが生活相談員として、施設の入所にあたって課題を抱える利用者の受入れにおいて、特に経済的な課題を抱える利用者・家族への対応について、あなたご自身が意識して取り組んでいること(又は取り組もうとしていること)がありましたら教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。

個人情報、入力しないようにお願いします。

10 あなたが生活相談員として、利用者の希望を叶えるために他の専門職種や関係機関と連携した取組について、あなたご自身が意識して取り組んだこと(又は取り組もうとしていること)をお教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。

個人情報、入力しないようにお願いします。

- 11 あなたが生活相談員として、利用者本人の意思確認が難しい場合、アセスメントにあたって収集する項目について、あなたご自身が意識して収集している項目がありましたら教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。  
個人情報、入力しないようにお願いします。

- 12 あなたが生活相談員として、利用者のその人らしい生活を実現するために、地域にある資源の活用について、あなたご自身が意識して取り組んでいること(又は取り組もうとしていること)をお教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。  
個人情報、入力しないようにお願いします。

- 13 あなたが生活相談員として、利用者の生活に影響を及ぼす又はその恐れがあると思われる、家族が抱える問題の解決に向けて、あなたご自身が意識して取り組んだこと(又は取り組もうとしていること)をお教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。  
個人情報、入力しないようにお願いします。

- 14 上記のほか、あなたが生活相談員として、複合的な課題、組織又は制度上対応が困難な課題を有する利用者の支援のうち、あなたご自身が意識して取り組んでいること(又は取り組もうとしていること)をお教えてください。(自由記述)

キーワード等の箇条書きではなく、より具体的な内容の入力をお願いします。  
個人情報、入力しないようにお願いします。

**以上で終了となります。  
ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。**

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

(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
今村 英仁	公益社団法人 日本医師会 常任理事
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 副会長
白澤 政和	国際医療福祉大学大学院 教授
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
濱田 和則	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長

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
井口 光世	公益社団法人 全国老人保健施設協会 理事
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
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

氏名	所属
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
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
道念 由紀	厚生労働省 社会・援護局 総務課 社会福祉専門官

調査協力

氏名	所属
坂本 俊英	一般財団法人 日本総合研究所 所長

事務局

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

---

令和5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6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。