

(表 1) クリニカルインジケータの開発

インジケータ	操作定義	データ要素
①ケースの発見とアクセス	全退院患者に対して SW が関与した割合	その月の SW が関与した患者/その月の全退院患者
②退院の遅れ	診療内容審査(UR)に基づく急性期ケア水準以下の割合	その月で UR 急性期ケアを超えた入院患者と退院患者
③計画への患者・家族の参加	患者と家族の意向が退院計画の中に記録されている割合	SW による退院計画の中に患者・家族の意向が記録されている数/SW による退院計画で退院した患者
④タイムライン	入院期間のはじめの 1/4 に SW サービスを受けた患者の割合	入院日、退院日、入院後初めて SW サービスを受けた日
⑤チームワーク	SW が関わっていたにもかかわらず、SW の知らないうちに退院した患者	SW が関わっていたにも関わらず知らないうちに退院した患者/SW が関わって退院した患者
⑥社会的混乱を伴う再入院	再入院が 15 日以内で、社会的な混乱や課題を伴って再入院した割合	社会的課題のある再入院患者/退院患者
⑦アセスメントの正確さ	プランを立てたニーズや状況が変化した割合(課題について)	月内に SW が関わった患者のうち結果的に「変更する必要性」のある課題を持っている患者/課題を持って退院した SW が関わった患者
⑧問題解決	プランを立てたような結果に達成しない患者の割合(課題について)	結果的に「未解決」の課題を持って退院した SW が関わった患者/課題を持って退院した SW が関わった患者
⑨フォローアップ	SW による退院計画を受け、退院後 7 日以内にフォローアップを受けた退院患者の割合	退院後 7 日以内にフォローアップを受けた退院患者/SW による退院計画で退院した患者

## V. 医療の質を本質から問うジョイントコミッション

現在米国の病院でソーシャルワーク業務の基準を満たし質を評価するものとしてはジョイントコミッション（JC）による審査である。

### 1) その歴史

ジョイントコミッションの前身である JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospital) が組織されたのは 1951 年で当時はアメリカ外科学会、アメリカ内科学会、アメリカ病院協会、アメリカ医師会、カナダ医師会が合同の形で非営利団体として組織されていた。アメリカの医療評価のそもそもの始まりは 1910 年、E. Codman が診療の質を結果によって評価するシステムを提案したことに始まる。Codman は 1913 年にアメリカ外科学会を成立する。当時のアメリカ外科学会は病院の提供する医療の質に病院間でバラツキのあることを懸念してういた。Codman はそのばらつきに対応するために、手術後の結果を評価する手法を開発し、アメリカ外科学会において、その評価方法を用いて医療の標準化を行うことに着手した。1917 年には最初の *Minimum Standard for Manual* が作成され翌年それを用いて現地調査が開始された。1926 年には本格的な *Standard Manual* が作成され認証評価が行われることになった。1950 年そのマニュアルを利用して認証された病院は 3200 施設に達した。

このような経過を経て 1951 年にボランティア的精神を持った JCAH が設立された。1959 年にはカナダの医師会がカ

ナダ独自の評価組織の設立のため脱退した。1964 年からはそれまで無料で行っていた評価が有料となった。1965 年「メディケア・メディケイド法」が議会を通過し、それに伴い JCAH の認証を取得した病院は「メディケア・メディケイド法」が適用となることになった。1970 年には医師だけだった評価者の中に看護師、病院管理者が加わる。また精神科施設の認定が開始され 1975 年には外来の認定が始まった。1979 年にはアメリカ歯科医師会が加入し、1983 年にはホスピスの認定が開始された。1987 年には評価対象施設の拡大等により名称を JCAHO に改称し、在宅ケアとマネージドケアの認定が 1988 年、1989 年に開始された。1992 年、1993 年とプログラムの見直しと機能を評価する新しい認定プログラムに着手した。1994 年には国外の医療機関の評価のために JCI が設立された。1998 年には急増する医療事故の原因追究のための審査が開始され、患者と家族を対象としたフリーダイヤルによる電話相談が始まる。活動範囲はヨーロッパからアジアに広がり、2007 年には国内の名称を JC と改めた。JC がアメリカ国内で行う評価活動の対象施設は病院、福祉施設、外来や在宅ケア等幅が広い。

### 2) JCI の評価項目とその内容

日本では JCI の評価を受けた病院は 2012 年 5 月の時点では亀田総合病院、N T T 東日本関東病院、聖路加国際病院である。

#### 〈1〉評価項目

JCI の病院向け評価項目は I. 患者中

心の基準 8 項目とⅡ. 医療機関の管理基準 6 項目の 14 の領域に分かれている。

#### I. 患者中心の基準

- ①国際患者安全目標
- ②ケアへのアクセスと継続性
- ③患者と家族の権利
- ④患者の評価
- ⑤患者のケア
- ⑥麻酔と外科的ケア
- ⑦薬物の管理と使用
- ⑧患者と家族の教育

#### Ⅱ. 医療機関の管理基準

- ①品質改善と患者安全
- ②感染の予防と管理
- ③組織管理
- ④施設管理と安全
- ⑤職員の資格と教育
- ⑥コミュニケーションと情報の管理

#### 〈2〉 その内容

SW と関わりの強い評価項目⑤患者のケアについてその概要を J C I は以下のように述べている。

医療機関の主な目的は患者のケアである。各々の患者特有の医療ニーズを支え、それに対応する環境の中で最適なケアを提供するためには、高度な計画及び調整が必要である。患者のケアにとって基本となることはいくつかある。患者のケアに関わる全ての分野が、基本的な活動として下記のことを行う。

- ・各患者のケアの計画および提供
- ・ケア結果を正確に理解するための患者のモニタリング
- ・必要であればケアの修正
- ・ケアの完了

#### ・フォローアップの計画

#### 〈3〉 ハイリスクと呼ばれる患者

患者の評価、患者のケアの項目の中で医療者がケアを行う上で特に気を付けなければならない患者が取り上げられている。

- ①救急患者
- ②蘇生を必要とする患者
- ③血液および血液製剤を必要とする患者
- ④生命維持中または昏睡状態のある患者
- ⑤感染症の患者および免疫力の弱った患者
- ⑥透析を受けている患者
- ⑦拘束具の使用および拘束されている患者
- ⑧転倒のリスクの高い患者
- ⑨身体的障害がある患者
- ⑩化学療法または他の高リスクの薬剤を使用した治療を受ける患者
- ⑪終末期患者
- ⑫強い疼痛持ち患者または慢性疼痛患者
- ⑬陣痛中の女性
- ⑭認知的障害のある患者
- ⑮小児（15 歳以下）
- ⑯虐待のリスクがある患者
- ⑰精神疾患（自殺企図）のある患者
- ⑱薬物・アルコールの依存の可能性がある患者
- ⑲治療方針に参加が困難な患者
- ⑳治療に影響する可能性がある強い価値観、信条、宗教（この項目は家族も含む）

#### C) 結果と考察

米国では第 2 次世界大戦以前から、ソーシャルワークの質とソーシャルワ

カーの行う業務が適切であるかは検討されていた。1970年以降特にソーシャルワークの業務を評価するモデルの開発に高い関心がむけられるようになった。その背景には臨床活動を測定する基準と財政的裏付けのための客観的なデータが求められていたことが大きい。1980年から1990年にかけてソーシャルワークの分野でもCIを開発するべく全米のソーシャルワーカーがデータを持ち寄り6つの項目を抽出したが、その後ソーシャルワーカーがその項目を使って行った研究結果は探せなかった。恐らくその前にJCに対応の方が先になったのだろう。JCの内容は長い歴史を踏まえての尺度だけにどの項目もレベルが高く深い内容である。日本でも恐らくJCIを受ける医療施設は増えていくと思う。

その一方で米国とは全く異なる状況に置かれている日本のSWが、ソーシャルワークの業務の質を高め、業務を改善するために、各施設で利用しやすい『旗』として米国で開発した6項目を使ってみる事を進めたい。NASWはCIを開発しようとした時に、「業務指針は臨床実践の質の直接的な尺度として用いられるものではなく、各施設で事前に決められた許容限界点で上げられる『旗』である。その『旗』は問題分析や再検討の必要性を知らせる合図と考えるのが良い。」とはっきり述べている。このことを念頭に置くことは日本の施設に広めていくときに重要なことと思う。

(注1) 資料

## NASWの実務基準及び業務指針

1.すべての保健医療組織では、ソーシャルワーク援助サービスを規定する成文化された計画書を保持しているべきである。この計画書は、社会事業教育協議会（以下CSWE）によって認可を受けたソーシャルワーク大学院の修士学位を持つSWによって作成されるべきである。このSWは、保健医療に関係した経験者、そして州もしくは専門基準と同等の免許状または証明書所持者であるべきである。

2.CSWEによって認可を受けたソーシャルワーク大学院の修士学位を持つSWの専門的管理指導のもとに、ソーシャルワーク援助サービスは提供されるべきである。このSWはソーシャルワーク援助サービスの提供に責任をもち、そして組織の最高幹部に対して管理責任を持つべきである。

3.ソーシャルワーク・プログラムの範囲、目的、及び組織は明白に記述されるべきである。

4.ソーシャルワーク・プログラムの機能は、組織体の全面的使命と一致するクライアント集団、および地域社会に対する特別な援助サービスが含まれるべきである。これらには、直接的援助サービス、コンサルテーション、教育、政策およびプログラム計画立案、品質保証、権利擁護、及び地域社会との連絡が含まれるべきである。組織体が教育や調査研究機能を負っているときには、当然そのことにソーシャルワーク・プログラムは関わっていないなければならない。調査研究、ソーシャルワーク実習教育、及び他の教育責任はすべてのソーシャルワーク・プログ

ラムの機能として適当であり、かつ勧められる。

5. ソーシャルワーク援助サービスの計画立案、供給、及び評価を行うのに十分な人数の有資格ソーシャルワーカー職員が採用されるべきである。

6. ソーシャルワーク援助サービス職員は、適切な教育、オリエンテーション、継続的教育、および訓練プログラム（スーパービジョン）そして定期的評価を行うことによって、ソーシャルワーク援助サービス供給における彼らの責任について備えているべきである。

7. ソーシャルワーク援助サービスは、成文化された政策および手順によって管理されるべきである。

8. 機関および社会事業部の職員政策と手順について記載された文書、およびNASW倫理綱領は各職員の手に渡されるべきである。

9. ケア記録またはプログラム援助サービス記録には、ソーシャルワーク業務の十分な書類が備わっていなければならない。機密性は保護されなければならない。

10. 用意されたソーシャルワーク援助サービスの質と適切さは、定期的に再調査、評価、および保障されるべきである。

11. ソーシャルワーク・プログラムの専門的、教育的および行政的側面の必要を達成するのに十分な予算、場所、設備、及び技能がなければならない。

12. 特定のクライアント集団と環境を取り扱う追加の補足基準及び専門知識、そして訓練の必要性は、NASW保健医療ソーシャルワークの基準及びNASWの倫理綱領に関連して発展されなければならない。

ならない。

#### 参考資料

全米ソーシャルワーカー協会編、日本ソーシャルワーカー協会訳「ソーシャルワーク実務基準および業務指針」

相川書房、1997

川崎医療福祉学会誌 Vol. 20 No. 1

医療評価の現状と課題

平成 23 年度厚生労働省科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)  
分担研究報告書

#### 4. 日本のソーシャルワーク業務の質についてのパイロットスタディ

分担研究者 原田 とも子 NTT 東日本関東病院 総合相談室  
研究代表者 笹岡 眞弓 文京学院大学 人間学部 教授

##### 1. 目的

急性期病院のソーシャルワーカー（以下 SW）の実務基準とクオリティインジケータ（以下 QI）を作成するために、現状の業務を踏まえた基準の作成が必要である。そのために、“SW がどのように業務の質を確保しているか”を明らかにするための調査を計画している。今回はパイロット調査を行い、調査項目とその方法を考察する。

##### 2. 方法

対 象：急性期病院でスーパーバイザーとして管理的役割を担っている SW9 名

\*対象は、SW が 3 名以上配置されている急性期病院で、経験年数が 15 年以上の SW が質の確保を行っていると考えられ、その取り組みが基準化の可能性があると思われ、選定した。

方 法：質問項目によるインタビュー5名、質問紙への回答4名

調査期間：2011 年 8 月

質問項目：

①相談受付方法：依頼票、全員面接の有無、スクリーニング、カンファレンス

参加による依頼受付、相談対象の発見

②相談内容：業務指針の相談内容の有無、相談内容の限定の有無、優先順位の有無、記録作成、退院支援計画書の有無

③相談対応の質の均一化：必須事項の有無、マニュアルの有無

④スタッフの支援内容の質の点検：アセスメントと支援内容の記録の点検、新患のみ点検（記録、報告）、終結まで点検

⑤データの作成：統計表、月報、年報の作成、データの分析、クリニカルインジケータの作成の有無

⑥質の点検で難しいと思っていることや課題

##### 3. 結果

1) 調査対象者の概要（病院の救急指定と病床数、SW 人数と経験年数）は表 1 の通りである。2次もしくは3次救急指定の急性期病院で、SW数は 2～8 名、病床数あたり的人数では、42床に1名～178名に1名配置である。

(表1) 調査対象者の概要

病院名	救急指定	病床数	SW数	SW数/病床数	SW構成 性別、人数、経験年数
近森病院 (四国)	3	338	8	1/42	女7,男1 31,11,7,5(2),1.5,0.5年
済生会京都病院 (京都)	2	350	4(2名配置、 兼務4)	1/175	女3,男1 37,28,12,1年
太田総合病院 (福島)	2	420	5 (回復期有)	1/84	女5 38,7,6,3,2年
東京女子医大病院 (東京)	3	1423	8	1/178	女8 20以上,20,13,10,6,(2),2,0年
トヨタ記念病院 (愛知)	3	513	6	1/86	男3、女3 25,12,11(2),6,5年
聖路加国際病院 (東京)	3	520	5	1/104	女5 30,26,21,7,5年
NTT東日本関東病院 (東京)	2	606	5	1/120	男1、女4 20,13,10,8,5年
帝京大溝口病院 (神奈川)	2	400	3	1/133	女3 28、19、2年
榊原記念病院 (東京)	2	320	4 (兼務有)	1/80	女4 16,7,5,1年

## 2) 相談ケースの抽出のしくみ

相談ケースは、①他職種から相談ケースの依頼を受ける「受け身型の」方法で、従来から行われている。①の他に、②相談ニーズの多い診療科のカンファレンスにSWが参加して、相談ケースを発見したり、依頼を受ける「探索型」の方法、③主に入院患者を対象とし、スクリーニング項目により、相談ケースを抽出し、選定していく「スクリーニング型」の方法がとられていた。

スクリーニングを実施している病院は、各病院でスクリーニング項目を作成していた。(図1, 2, 3)

(表2) ケースの抽出方法 (複数回答)

受け身型	他職種に相談内容の依頼をチェックしてもらい、依頼受付。依頼患者のみが対象。 3病院
探索型	相談ニーズの多い診療科のカンファレンスに参加し、依頼を受ける。 6病院
スクリーニング型	全患者からスクリーニングを行い、対象ケースを抽出し、選定する。 6病院

(図1)

近森病院スクリーニング項目	
A. システム上介入が必要	無保険、特定疾患と診断、心臓手術、透析導入、人工肛門、在宅医療が必要、義肢・補装具・車椅子が必要、身障精度や介護保険制度などの説明希望の患者
B. 経済的・心理的・社会的援助で介入が必要	身寄りがいない、独居、治療費の心配、家族の心配、病状理解に援助が必要、不安やストレス、不穏・認知症・問題行動、長期入院の希望、退院の方向性が決まらない、紹介元への復帰を拒否的、家族の介護力の不安、転院・在宅調整が必要、診療情報の開示を希望、介護サービス利用者、施設・精神科からの入院

(図2)

榊原記念病院スクリーニング項目	
① 身体的問題	「呼吸」「ADL」(歩行、排泄、入院前からの機能障害、入院前ADLが低下)「認知症」
② 社会的問題	「独居・日中独居」「高齢夫婦」「患者が介護者になっている」「支援者(家族など)が不在」
③ 社会資源の活用	「介護認定区分」「生活保護受給」「身体障害者手帳の所持」

(図3)

NTT 東日本関東病院 スクリーニング項目	
①ADL	: 入院時よりもADL低下が予測される
②認知	: 理解力の低下、認知症、問題行動がある
③精神	: 意欲・情緒面の低下がある
④症状	: コントロール困難な症状がある
⑤医療処置	: 退院後新たな医療処置の必要がある
⑥家族	: 家族不明・介護できる家族がいない
⑦経済	: 健康保険に加入していない
⑧1ヶ月以内	: に、予定外の入退院が2回以上ある

### 3) 相談ケースの質の点検方法

スタッフソーシャルワーカーの対応した相談ケースの質の点検は、①報告させる。②記録を点検する。③個別にスーパービジョンを行うという方法で行われていた。病院によって異なるが、記録で点検している病院が多く（5病院）、スタッフの能力に応じて新人は毎日（2病院）、困難ケースは随時スーパーバイザーに相談する（4病院）などきめ細やかな質の点検が行われていた。（表3）

### 4) 質の均一化

質の均一化の取り組みとして、①記録、②マニュアルの作成が行われていた。

（表3）相談ケースの質の点検方法

報告	ケースの報告毎日	3病院
	随時報告	1病院
記録点検	記録で点検	5病院
	ケースカンファレンスで点検	1病院
スーパー ビジョン	新人毎日	2病院
	困難ケース毎日	2病院
	随時相談	4病院

（表4）質の均一化の取り組み

記録	記録を作成	9病院
	退院支援計画書の作成	6病院
マニュアル	制度・社会資源	3病院
	援助内容別	3病院
	面接	2病院
	記録	1病院
	個人情報	1病院

### 5) データの作成

データの作成は、8病院で作成されていた。臨床インジケーターは、3病院

で作成されていた。NTT 東日本関東病院の項目は、日本医療社会福祉協会が開発されたソーシャルワークのデータベース「SWHS ソーシャルワークデータシステム」に盛り込まれた項目を使用している。

（表5）データの作成

データ作成	日報入力	2病院
データ分 析・報告	月単位・年単位で報告	6病院
臨床 インジケ ーターの 作成	入院患者に占めるSW介入率	2病院
	転院のSW介入率	2病院
	退院患者のSW介入率	1病院
	退院支援患者の記録実施率	1病院

（表6）臨床インジケーターの作成

聖路加国際病院	臨床インジケーター * 転院患者に占めるSW介入率
トヨタ記念病院	臨床インジケーター * 入院患者に占めるSW介入率 * 転院・転所患者に占めるSW介入率 * 転院・転所後のクレーム件数
NTT 東日本関東病院	臨床インジケーター * 退院支援患者のCLの選択を記録した実施率 * 入院患者に占めるSW介入率 * 退院患者に占めるSW介入率

#### 4. 考察

- 1) CIの作成は少ないが、ケースの質の点検を、様々な形で実施していた。しかし、この調査では、質の点検内容を明らかにすることはできなかつた。今後質の点検内容の具体的な質問項目を増やす必要がある。
- 2) 質問紙による回答は、答えにくい項目もあり、質問の解説やインタビューのほうが引き出しやすいものもあった。
- 3) スクリーニングの実施は、SWの配置人数が少ないと実施が困難であり、配置人数の差により、潜在的な相談ケースの発見までに至っていない。急性期病院においては、自ら支援を求められない患者も多くいることから、相談体制の差が生じている。
- 4) ケースの質の点検は、日々の報告体制や困難ケースの相談体制で点検や助言を行っており、マニュアルにみられるように各病院での様々な取り組みや工夫がみられるが、統一された方法を見出すことはできなかつた。このマニュアルの内容やスーパーバイザーが質の点検において行われる、“何をどこまで行うのかの判断”を明確にすることで、基準化の可能性があるとと思われる。
- 5) 急性期病院は、経験年数の多いSWがいないうちもあり、スーパービジョンを受けられないまま相談対応している現状の病院もあ

り、その質はクライアントにとって良い支援が提供されているかどうかは不明である。従って、“望ましい質の指標”は、配置人数別の“ガイドライン”も必要と思われる。

#### 5. 課題

- 1) 調査方法は、①質問紙による調査と②インタビューによる調査の2つの実施を検討していく必要がある。
- 2) SW数の多い病院と少ない病院との比較を行うことで、業務の質の差を明らかにする。
- 3) SW数の少ない病院は、回答率が低いと思われるため、インタビューがよいかもしれない。
- 4) 調査項目に“米国のCIの実施が可能か”を加え、日本での応用について検討を行うことも必要と思われる。

平成 23 年度厚生労働省科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)  
分担研究報告書

5. グループインタビューによるクオリティインジケータ案の作成

分担研究者 福井 次矢 聖路加国際病院  
分担研究者 原田 とも子 NTT 東日本関東病院 総合相談室  
分担研究者 宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院 医療相談室  
分担研究者 西田 知佳子 聖路加国際病院 医療社会事業科  
分担研究者 大出 幸子 聖ルカライフサイエンス研究所臨床疫学センター

1. 目的

急性期病院のソーシャルワーカー（以下 SW）の相談業務は、SW の経験年数による技術や配置人数による対応人数の限界、スーパーバイザーの有無等により質の差が生じている現状がある。SW が支援が必要な患者に質を保った相談支援を提供できることは、どこの病院でも求められることである。本研究では、このような背景から急性期病院の SW のクオリティインジケータ（以下 QI）案を作成することを目的とする。

2. 方法

対象:急性期病院において 3 名以上の SW を配置し、管理的・教育的役割を担っている SW8 名

\*米国ではクリニカルインジケータ（以下 CI）と示されているが、「Quality Indicator」を含むインジケータであるため、日本で開発するインジケータは、本研究では「Quality Indicator」と示す。

\*QI は、日本の SW へはまだ普及されていないため、データ作成等を行っている病院の SW を選定した。対象病院：トヨタ記念病院、東海大学八王子病院、亀田総合病院、東京女子医大病院、榊原記念病院、聖路加国際病院、帝京大学溝口病院、NTT 東日本関東病院

方法：フォーカスグループインタビュー

①このインタビュー前に米国の CI の使用に関する質問紙を事前に配布し、当日持参し回答を得た。

②QI 案を作成する。

実施日：①2011 年 11 月、②12 月 2 回

3. 結果

1) 米国の CI の実用の可能性についてのフォーカスグループインタビューの結果  
米国の CI の実用性については、6 項目中 5 項目が可能という結果であった。「社会的事情による再入院」は実現が困難という意見が多かった。（表 1）

(表1) 米国のクリニカルインジケータの実用の可能性

クリニカルインジケータ (CI)	実用の可能性と出された意見
<p>■CI.1 ケースの発見と接近:退院総数に対して、SW が関わった退院者の割合</p>	<p>実用の可能性：有</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院患者の 6%2 病院、10%3 病院</li> <li>・入院患者には経済的な相談から開始するが、その後退院まで追えていない。質を保つには、SW が何人で何%かという基準がないといいにくい。</li> <li>・質を保つ割合を出すのは意味がない。その病院の医療サービスとして必要がある人全部にサービスを提供できることが前提。何をそのために必要かを出していくことが必要。「退院する患者で生活が変わる人」、「病院の玄関をでてから困る人を一人もなくすこと」を目標とした。</li> <li>・全体に退院患者の何%かをとってにおいて、脳卒中は 50%とか疾患でこの患者は絶対ひろわなきやいけな患者がわかるようになることが理想的。</li> <li>・循環器専門病院では、退院調整が必要になる患者は、繰り返す心不全、再入院患者</li> <li>・「入院した患者の割合」をデータとしてとっている。入院患者の割合と退院患者の割合に差がある。</li> <li>・「転院患者の割合」をみている。転院の 65%</li> <li>・上記同様に「転院患者の割合」をみている 85%</li> <li>・退院患者の割合は、地域性がでるかもしれない。</li> </ul>
<p>■CI.2 退院の遅れ:医療的にもはや必要ではなくなっても患者が入院したままである。</p>	<p>実用の可能性：無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期の治療を終えていると判断することが簡単にできない。</li> <li>・判断基準が病院によってばらつきがあつてはいけな。</li> <li>・「30 日以上入院患者」をデータとしてとっている。長くなった人はほとんどががん患者。あとは社会的入院だった。</li> <li>・「20 日以上入院患者」のリストを病院で作成している。SW も報告をし、医師へは退院日を書くように依頼している。</li> </ul>
<p>■CI.3 患者と家族の計画への関与:患者と家族の意向が退院計画の記録に書かれている。</p>	<p>実用の可能性：有</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院計画の意向の記録は、可能。</li> </ul>

<p>■CI.4 時期の適切さ:入院期間の4分の1(ほとんどが48時間以内)にSWサービスを受けている。</p>	<p>実用の可能性：有</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・48時間以内は可能。「即介入」と「様子見」と分けている。</li> <li>・48時間以内にどこの病院でも関わらないといけない基準が明らかになればいい。</li> <li>・当日対応しないといけない人が何%いるかをだしておく。</li> <li>・CCU、ICU、救命・救急では、「無保険」と「家族がいないケース」は即依頼される。</li> <li>・電子カルテがないととりにくい。</li> </ul>
<p>■CI.5 チームワーク：SWが知らないまま退院した患者の割合</p>	<p>実用の可能性：有</p>
<p>■CI.6 社会的に複雑な事情の再入院。退院後15日以内の再入院。</p>	<p>実用の可能性：無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・SWが関わっていれば再入院にならずに済んだと思われるケースがある。早すぎる転院、退院を気にしている。</li> <li>・転院直後の死亡の問題は、急性期で高い薬剤を使用し、提供するケアと療養型での薬剤やケアは違うので、SWの質ではなく、病院全体の問題である。</li> <li>・SWが関わるとむしろ入院期間が遅くなるというデータがある。しかし、適切に退院させるから再入院は少なくて済むというメリットになる。</li> <li>・他の病院に入院していたらわからない。</li> <li>・「社会的に複雑な事情」というのが難しい。介護保険が嫌だといって帰る患者がいる。そして予測どおり再入院してくる。そのデータをとっても意味がない。</li> </ul>

2) フォーカスグループインタビューによる QI 案の作成。

米国のインジケータとしてあげられている「時期の適切さ」は、日本の現状に照らして「介入の時期」小項目 3 項目を作成した。また、推奨される項目としてあげられている「問題解決」(問題 X が解決しないままに退院した患者数/問題 X がある患者数) は、具体的な問題の明記はされていなく、この問題の内容につ

いては詳細な基準の作成が必要とされている。この問題について、日本の問題の現状に照らして小項目 7 項目を作成した。この QI の作成において、特に各病院で“SW が必ずすべきこととしていること”を導きだし、相互の病院において共通であるかを確認した上で確定した。

(表 2) クオリティインジケータ (QI) 案 (★印がオリジナルの項目)

QI.1	ケースの発見 (SW 介入数/退院 Pt)
QI.2	退院計画への患者・家族の参加 (退院計画に患者・家族の意向を記録/退院支援患者)
QI.3	介入の時期 ★①脳卒中 7 日以内に面接/脳卒中退院支援患者 ★②当日対応/緊急・即日調整ケース (無保険の患者、身寄りなし、生活保護申請該当者、DV・虐待) ★③月末までに対応/限度額申請患者
QI.4	チームワーク (SW への連絡無く退院した患者数/退院支援患者)
QI.5	問題解決 (問題 X の解決・軽減しなかった数/問題 X を持つ患者数) ★①退院後のケアが必要な患者が、退院先の選定を行える。 ★②退院後のケアが必要な患者で退院する場合に、ケア体制の準備ができる。 ★③転院・転所が必要な患者が、状態に合った転院・施設へ移行できる。 ★④支払い問題 (無保険、生活保護申請) の患者が、該当制度を申請し、支払い問題を解決でき、医療を受けられる。 ★⑤休職・退職した患者が、該当する制度 (傷病手当等) や仕事の問題を解決・見通しがたてられる。 ★⑥身寄りなし・家族不明の患者に対して、家族を探す、もしくは対処策をたて、医療を受けられる。 ★⑦虐待・DV を受けている患者は、該当する福祉事務所等につなげ、虐待問題の解決・軽減が図れる。

#### 4. 考察

1) 米国の CI の日本での実用性については、5項目が可能という結果であったが、調査対象者は、データの作成に様々な角度から取組、分析を行っている病院であるため、一般化ができるかの調査が必要である。

2) 8月に実施した業務の質のパイロットスタディにおいては、「質として何をすべきか」を明らかにすることが課題であったが、「問題解決」に示された指標によって、具体的な指標が導き出された。

3) この指標は、調査対象者が「達成すべき行為」として一致・合意されたものであり、指標化されることが望まれるものである。普及されることにより、各病院の質の向上が図れると思われる。

4) また、この指標の達成率は、SWの配置人数にも影響されるため、そのデータを明らかにすることで、適正な配置人数を明らかにする可能性もあると思われる。

#### 5. 課題

今後 QI 案のパイロットスタディと全国の病院において、SWの配置人数が少ないところにおいても、実用が可能かの調査を行い、QI 案の見直し・再検討をしていく必要がある。

#### 参考文献

全米ソーシャルワーカー協会編、日本ソーシャルワーカー協会訳、ソーシャルワーク実務基準および業務指針、1997  
医療ソーシャルワーカー業務指針

平成 23 年度厚生労働省科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)  
分担研究報告書

6. ソーシャルワーク介入の必要基準を決定するためのヒアリング調査

分担研究者 小山 秀夫 兵庫県立大学大学院

分担研究者 宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院 医療相談室

1. 目的

日本医療社会福祉協会は、ソーシャルワーカー（以下 SW）の介入を必要とする患者のハイリスク基準項目を海外の文献を参考に作成している。本研究の目的は、この基準項目を改訂して、SW の支援を必要とする患者および家族を取りこぼさないよう「新規入院患者における SW 介入の必要度」を考察することである。

2. 対象及び方法

神奈川県大学病院 SW 連絡会に所属している 15 病院（横浜市立大学附属市民総合センター、横浜市立大学附属病院、東海大学医学部付属病院、東海大学医学部付属大磯病院、聖マリアンナ医科大学病院、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院、聖マリアンナ医科大学東横病院、川崎市立多摩病院、昭和大学藤が丘病院、昭和大学藤が丘リハビリテーション病院、昭和大学横浜市北部病院、日本医科大学武蔵小杉病院、北里大学病院、北里大学東病院、帝京大学医学部附属溝口病院）の SW を対象に、研究者が参加してハイリスク・スクリーニングシートの使用について、下記内容のヒアリング調査をお

こなった。

具体的な研究方法は、以下の通りである。

- ①ハイリスク・スクリーニングシートの使用状況を聞き、その臨床経験を共有した。
- ②標準的な SW 介入基準を作成するために、神奈川県大学病院 SW 連絡会の中から 10 病院の代表者が参加してワーキンググループ（以下、WG）を組織し、SW の介入の必要基準を全国の医療機関に拡大する課題や条件、研究方法を探る会議を 3 回開催した。（平成 23 年 10 月 26 日、11 月 7 日、1 月 25 日）また、このグループに未参加の 4 病院（横浜市立大学附属病院、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院、昭和大学横浜市北部病院、北里大学東病院）からはデータの提出を受けた。

3. 研究結果

【ハイリスク・スクリーニングシートの使用実績】

研究者が研究目的の説明をした後、15 病院よりスクリーニングシートの有無、活用状況、項目の説明を受けた。

- ①ハイリスク・スクリーニングシート

有無

ハイリスク・スクリーニングシートが「ある」と回答した9病院あった。一方「なし」と回答した病院でも、近い将来導入が予定されているなど、積極的に取り組む姿勢がみられた。

②ハイリスク・スクリーニングシートの活用

スクリーニングシートをSWの介入分野別に作成している病院は、①退院支援と産科（横浜市立大学附属市民総合センター）、②虐待ハイリスクシート（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院、）③看護師が外来緊急入院を点数化して活用している病院（北里大学病院）などがあった。

また、④スクリーニングと介入の時期を目的とした3段階のアセスメントシートを導入している病院（東海大学医学部附属病院、東海大学医学部附属大磯病院）や、⑤ハイリスク・スクリーニングシートを基にカンファレンスを開催してSWの介入を決めている病院（聖マリアンナ医科大学東横病院、川崎市立多摩病院）があった。

#### 4. 考察

①ハイリスク・スクリーニングシートの運用やデータ収集の方法は、医療機関によってばらつきがあるのがわかったが、スクリーニングシートのみではなく、関係職種がコミュニケーションをとりながら介入を決定しているのは共通していた。

②スクリーニングシートの作成は、病院後によって状況が異なるため統一書式とするよりも、実務基準として「SW

介入の必要度」を作成する方が望ましいという判断が導かれた。

③今後の研究の進め方についてWGにおいて意見交換をして、今後はハイリスク・スクリーニング・シートではなく「SW介入の必要度」の研究をすることが決まった。

#### 【次年度の研究についての確認】

SW介入必要度を作成するには、医療機関全体でどの程度SWのニーズがあり、どこまでカバーして支援しているのか実態を把握する必要がある。そのためにはエビデンスに基づいたデータ収集をおこない、SWの支援の質を担保するスタンダードな指標を作成することを目的に研究を進捗することを確認した。

平成 23 年度厚生労働省科学研究費補助金  
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)  
分担研究報告書

7. 米国のソーシャルワーク業務の質についてのインタビュー調査

分担研究者 高橋 理 聖ルカライフサイエンス研究所臨床疫学センター  
分担研究者 原田 とも子 NTT 東日本関東病院・総合相談室  
分担研究者 宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院 医療相談室  
研究代表者 笹岡 眞弓 文京学院大学 人間学部

1. 目的

急性期病院のソーシャルワーカー（以下 SW）のクオリティインジケータ（以下 QI）を作成していくにあたり、QI が先行する米国の急性期病院の SW の業務とその質の確保をどのようにしているかを明らかにする。

2. 方法

方法：インタビューによる調査、調査期間：2012/2/14～16

対象：急性期医療機関 SW9 名

①ミシガン大学ヘルスシステム

（University of Michigan Health System）大学病院医療・手術ユニット、腎臓、HIV、緩和ケアマネージャー1名

②ミシガン大学ヘルスシステム大学病院救急室、外来 SW、ゲストアシスタントプログラムマネージャー1名

③ミシガン大学ヘルスシステムがんセンターマネージャー1名、SW2名

④ミシガン大学ヘルスシステム高齢者クリニックマネージャー1名、SW2名

⑤ニューヨークプレスビテリアン病院

（NewYork-Presbyterian Hospital）

SW1名

3. 結果

1) ミシガン大学ヘルスシステムでは、質の確保として、マニュアルと SW のレベル別の Job Description（JD：職務記述書）が作成されて管理されていた。

2) 行動の基準として、①48時間以内の面接・記録、②手術後の患者には最低週1回会うなどの規定があった。

3) 対象患者の全員面接は、入院ではリハビリ患者、救急外来では、重症な心不全患者、死にそうな患者、夜間急変した患者、高齢者クリニックでは全員インターク面接がされていた。また高齢者クリニックでは、退院直後の患者と30日以内の再入院患者をチェックしていた。さらに、がんセンターでは、新たなスクリーニングの使用が計画されていた。

4) 外来には、経験者を配置し、新人は入院担当などの能力に応じた配置もさ

れていた。

5) スーパービジョン (以下 SV) や書類・記録による評価が行われていた。

6) ニューヨークの病院では、マニュアル、JD、パフォーマンス監査ツールが作成されていた。また病院全体でジョイントコミッション (JC) の評価項目による評価が行われていた。この項目に QI が含まれていた。

#### 4. 考察

1) SW 人数が圧倒的に多く、救急外来、クリニック、入院ともに専門分野別に SW が配置されており、いずれも早期から介入していた。日本では、配置人数が少ないため、精神科、がん領域で一部専門分野別の配置がされているが、多くは外来・入院を兼務している。

2) 心理学とソーシャルワーク、インターンによる専門職養成が行われる大学院卒で有資格者の LMSW を採用しており、教育体制が日本と大きく異なる。SW はセラピーを行っており、保険で認められている。日本ではセラピーを行える能力の SW が少なく、退院支援の一部に診療報酬評価がされているのみである。患者アシスタント部門に BSW が配置されていた。SW を統括し、SV を行うマネージャーが配置され、質を保っていた。

3) SW 部門のミッション、業務内容が明示され、マニュアル、職務内容が明記された Job Description (職務記述書: 以下 JD) が資格別、マネージャーなどの役割別に示されていた。マニュアルは一部作成されているが、QI については、日本では医療ソーシャルワーカー業務指針が

あるが、何をどこまで行うかの基準がない。JD も一般的に作成されていない。したがって、日本での QI の作成、望ましい業務のガイドラインの作成は必要である。

4) 日本の現状に照らしたレベル別の JD の作成、SW の評価ツールも応用可能と思われた。さらに、こうした業務の質を整備するための教育・研修の体制が整備されることが望ましいと思われた。

5) 日本では配置人数が多い病院では、スクリーニングを実施し、効率的に介入するしくみを導入しているが、米国での必ず介入する患者の例などは日本での基準としても参考にできるものと思われた。

6) 心理社会的アセスメント、退院支援の内容は、同様の内容があり、行動基準として明示していくことの可能性があると思われた。

#### 5. 課題

1) 本調査は、2 病院と少ないが、2 病院ともジョイントコミッション (JC) の評価がだされており、その評価に Job Description (職務記述書) があることから Job Description は一般的であると思われる。今後本調査で得られた JD の資料などで業務の質に関連する項目を確認していく必要がある。

2) さらに JD やマニュアルから日本での共通する項目の検討や実用化に向けての検討と調査を行い、検証を進めていく。

3) 米国では、実践家のための QI の作成が推進されているところであり、その文献・資料も確認していく必要がある。

(表1) 米国での業務の質に関するインタビュー結果

	インタビューで得られた内容
<p>ミシガン大学ヘル スシステム</p>	<p>■米国での SW の教育と資格</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ SW は、大学院卒が採用されている。大学院では専門職として養成される。1年間のインターンでサイコセラピー、新患のアセスメントをできるように教育される。スーパーバイザーの指導の元、シャドウイング、横につく、一人で担当する流れで養成される。</li> <li>・ SW はライセンスがあり、州によって違う。ライセンス取得者を LMSW ( License をとったマスター卒) と、LLMSW ( License Limited 試験を受ける前の2年間。月に1回 SV を受ける。) 期限付きの段階がある。ライセンス取得後に3年間45時間の研修を受けなければならない。</li> <li>・ 病院では、LMSW,LLMSW,BSW を雇用しており、業務を分けている。</li> <li>・ 米国では、SW はサイコセラピーを行い、サイコセラピーは、保険がでる。それ以外は保険がでない。社会資源を教えるにも、どこまで理解できているかなどその問題を把握する必要があり、そのためには心理・カウンセリングの学びが必要とされている。</li> </ul> <p>■ミシガン大学の SW 体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ミシガン大学ヘルスシステムには、大学病院 (入院)、クリニック、がんセンター、小児病院、高齢者クリニックで合計200名の SW が配置されている。ソーシャルワーク部門に、入院、クリニック、疾患、部門別に SW が配置され、11名のマネージャーが管理している。</li> </ul>
<p>ミシガン大学ヘル スシステム 大学病院入院 (手術 ユニット、腎臓、 HIV、緩和ケア) 担 当 SW</p>	<p>■病床・在院日数・SW人数・受け持ち件数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 900床、平均在院日数5、6日。</li> <li>・ SW 25人。(リハビリ、トラウマ、やけど、緩和治療、がん、臓器移植チームに SW を配置。秘書・事務をいれると45人)</li> <li>・ 受け持ち件数 40~80人/SW 1名</li> </ul> <p>■業務の質の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ NASWの CI はかなり一般化されたもので使用していない。現場にあったものを作成する必要がある。</li> <li>・ <u>手術後の患者には1週間に最低1回は会うこと。</u></li> <li>・ <u>面接は48時間以内に記録を書くこと</u></li> <li>・ <u>Job Description (職務記述書) を作成し、SW が持っている。</u></li> <li>・ 記録したものを点検している。基準があり、様々なガイドラインがある。虐待、死、DVなどの文献</li> <li>・ スーパービジョン (SV) を行っている。新人教育は、入職後1か月事務、見学、SW の面接を SV がみて独り立ち。</li> </ul>