201301007A・B

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）

研究課題名

「急性期病院におけるソーシャルワーカーの実務基準と質指標（クオリティインジケーター、QI）の開発に関する実践研究

平成23年度～25年度　総合研究報告書

平成25年度総括・分担研究報告書

研究代表者　笹岡　眞弓

文京学院大学　人間学部

平成26（2014）年5月

目　次

Ⅰ．総括研究報告

笹岡　眞弓　文京学院大学 ……………………………………………………………………2

Ⅱ．2014（平成 25）年度分担研究報告

1．クオリティ・インジケーターの開発　～ソーシャルワーカーへの意識調査と急性期病院の患者調査によるクオリティ・インジケーターの検証～ ………………………………………………8

原田とも子　NTT 東関東病院 総合相談室副室長
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　上級研究員
笹岡眞弓　文京学院大学人間学部　教授
西田知佳子　前聖路加国際病院　コメディカル部長
宮内佳代子　帝京大学医学部附属溝口病院　医療相談室長
小山秀夫　兵庫県立大学大学院　教授
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長　一般内科医長
福井次矢　聖路加国際病院　院長

2．ソーシャルワーク介入実務基準を決定するためのハイリスク項目に関する調査 …………………14

宮内佳代子　帝京大学医学部附属溝口病院　医療相談室長
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　上級研究員
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長　一般内科医長
笹岡眞弓　文京学院大学人間学部　教授
西田知佳子　前聖路加国際病院　コメディカル部長
原田とも子　NTT 東関東病院 総合相談室副室長
小山秀夫　兵庫県立大学大学院　教授
福井次矢　聖路加国際病院　院長
研究協力者　神奈川県大学病院ソーシャルワーク連絡会

3．ソーシャルワーカーの早期介入の効果に関する研究 ……………………………………………22
～入院日から 7 日以内の SW 介入が患者の転帰に及ぼす影響～

笹岡眞弓　文京学院大学人間学部　教授
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　上級研究員
原田とも子　NTT 東関東病院 総合相談室副室長
西田知佳子　前聖路加国際病院　コメディカル部長
宮内佳代子　帝京大学医学部附属溝口病院　医療相談室長
小山秀夫　兵庫県立大学大学院　教授
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長　一般内科医長
福井次矢　聖路加国際病院　院長

4．脳卒中患者へのソーシャルワーカーの介入 ………………………………………………………29
～入院日から７日以内の介入とそれ以降の介入による患者の転・退院状況の比較～

西田知佳子　前聖路加国際病院　コメディカル部長
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　上級研究員
原田とも子　ＮＴＴ東関東病院 総合相談室副室長
宮内佳代子　帝京大学医学部附属溝口病院　医療相談室長
笹岡眞弓　文京学院大学人間学部　教授
小山秀夫　兵庫県立大学大学院　教授
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長　一般内科医長
福井次矢　聖路加国際病院　院長

５．研究班員名簿‥‥‥37

Ⅲ．2011(平成 23 年)度～2012(平成 24 年)度の分担研究
1．平成 23 年度　分担研究‥‥39
2．平成 24 年度　分担研究‥‥87

Ⅳ．資料
資料１　入院時患者の支援に関する調査　集計結果‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥141
資料２　リーフレット‥‥‥147
　　１．リーフレット１
　　２．リーフレット２
資料３　調査１単純集計表‥‥149

Ⅰ．総括研究報告

平成25年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）

急性期病院におけるソーシャルワーカーの実務基準と質指標（クオリティインジケーター、QI）の開発に関する実践研究

研究代表者　笹岡眞弓　　　文京学院大学　人間学部　教授

研究要旨；本研究はソーシャルワーカーの実務基準と質の開発に関する研究を目的とした３か年計画の３年目である。今年度は実務基準作成とQI作成に当たってソーシャルワーカー(以下SW)介入のアウトカムを求めるための分析を行った。①全国の急性期病院においてどのような患者にSWが介入しているかの調査結果から介入必要基準の作成　②クオリティーンジケーターの開発　③SWの入院患者に対する早期介入の効果の検討④脳卒中患者の早期介入の効果判定を行った。
1) SWが介入する確率の高い患者をあらかじめ特定することが出来た。2)米国のQIのモデルを応用しSWの質を向上させるため日本版QIを作成した。 3) 急性期病院の入院患者のうちSWの介入は15%であり 7 日以内の介入は疾患を問わず自宅あるいは施設に退院している。4) 脳卒中患者に置いては入院７日以内にSWが介入すると転院退院に関わらず８日以降に介入するより早く退院できることが分かった。

研究分担者氏・所属・職名
福井　次矢・聖路加国際病院・院長
小山　秀夫・兵庫県立大学大学院・教授
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長・一般内科医長
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・上級研究員
西田知佳子・前聖路加国際病院コメディカル部長
原田とも子・NTT東日本関東病院・総合相談副室長
宮内佳代子・帝京大学医学部付属溝口病院・医療相談室長

A．研究目的

本研究の目的は、保健医療と福祉の連携の要となりうる医療ソーシャルワーカー（以下 SW）の業務基準を標準化し、その質を担保するための質指標（クオリティーインジケーター、以下QI）を策定し、現状把握と標準的な業務体制の構築を行うことである。

これまでわが国において SW の実践を分析したQIに関する研究はなく、本研究においてわが国のSWのQIが策定されることで、SWの支援を必要とする人に適切な支援とその体制の構築が推進される。その結果、療養継続を必要とする高齢者、障害者、小児等に対して、疾病の初期から終末期まで状態に合った慢性期の療養先への移行の支援を行うことができ、急性期医療の効率のよい病院運営にも貢献することができる。

B．方法

2011年度には、国内の急性期病院のSWへの業務に関するインタビュー調査と、米国のミシガン大学ヘルスシステム、ニューヨークプレスビテリアン病院のソーシャルワーカー、ストーニーブルック大学、ニューヨークハンターカレッジ大学の教授にSW業務とQIのインタビュー調査を行った。

2012年度には、急性期病院のSWを対象としたフォーカスグループインタビューにより、QI案を作成した。また、神奈川県の大学病院15病院における質的研究によって、ソーシャルワーカーの介入必要基準案（以下SW介入必要基準）の作成を行った。作成されたQIとSW介入必要基準は、実用性があるかどうかを明らかにするための全国の急性期病院を対象とした入院時患者の支援に関する調査（前向きコホート研究）を行った。また、QIは、ソーシャルワーカーのQIに関する意識調査を行い、２つの調査結果から評価を行った。尚、調査においては、SWのアウトカムを明らかにするために、脳卒中患者に関する調査(後ろ向きコホート研究)も行った。

2013年度には、上記の①入院時患者の支援に関する調査、②脳卒中患者に関する調査、③ソーシャルワーカーのQIに関する意識調査の集計ならびに分析を行い、QIとSW介入必要基準の確定を行った。統計学的手法については、①はSWの介入をアウトカムとして、多変量ロジスティック回帰分析を行って、関連する変数の抽出を行った。②については、退院と施設退院をイベントとし、在院日数を生存変数として、KM曲線を描きログランクテストを行った。策定されたQIとSW介入必要基準は、日本医療社会福祉協会のデータベースへの組込みを行い、全国のSWに普及啓発のために講演会を開催した。

C．倫理面への配慮

研究成果の発表に当たっては、病院名は公表せず、また個人が特定できないようにデータを統計処理した。データの保管は外部機関の記憶装置に記録して厳重保管した。また、調査依頼に関しては、協力は任意であり、協力しないことによる不利益は一切生じないことを保証する旨を明記した。さらに、2011年10月23日付で公益社団法人日本医療社会福祉協会の倫理委員会でこの調査は承認されており、加えて調査に応じた医療機関の中には各倫理審査委員会の承認も得た。

D．研究結果及び考察

入院時患者の支援に関する調査は、回答病院数70病院（回収率70%)、患者数合計7438人(欠損除)、SW介入数合計1157人(15.5%)であった。SWへのＱＩの調査への回答は、81病院（回収率80%）から回答を得られた。脳卒中患者の調査は、54病院、641名の回答を得られた。SWの介入率は328名（介入率51.2%）であった。

１）急性期病院のSWの介入は、疾患はチャールソンインデックス１点の疾患と社会的要因10項目が、有意差のある項目であり、必要介入基準項目と考えられた。また、これらの項目は、ロジスティック解析をおこないスコアリングした結果、スコアが 16 点以上の人には70%介入しているなど、SW は複数のニーズを有する患者に優先して介入する傾向があることが明らかになった。今後、急性期病院のSWがソーシャルワーク必要介入基準をスクリーニングすることにより、さらにSW介入の現状把握が明確になり、標準化も推進できると思われた。

２）SWの介入率は、最小値4.6% 、中央値16.8% 、最大値 63.2%と差がある状況であったが、QI 項目にある対象者は、リハビリ患者 44%、認知症患者 47%、脳血管疾患 46%といずれも介入率が高いことが明らかとなり、QI として必要な項目と思われた。「30日以内の予定外の再入院」、「無保険」、「キーパーソン不在」、「虐待」は、該当数が少なく、患者調査から、その根拠を見出すことはできなかったが、SW の意識調査からは、いずれも「必要性」が約８割と高く、QI として残すべきと判断した。また、患者調査を行なっていない４項目については、推奨するQI.項目として提示し、QI.の開始後の調査によって、再検証を行っていくことが望ましいと思われ、最終的に12項目を確定した。QIの普及にあたっては、提示したQIがSW支援の最低限行われるべきプロセスや指標のモデルであること、各病院での実践の問題を改善するために新たなQIの作成や改善を図ることが重要であることを、研修等を通して啓発する必要がある。

３）SW の介入時期により、自宅退院率の上昇に影響が認められた。介入時期によって疾患や患者の社会的状況で補正しても、MSW介入が7日未満の群のほうが自宅・施設退院率が高く、SWが早期介入することで、医療資源が適切に使われることが推察され、SWの有用性が認められた。

４）脳卒中患者へのSWの介入に関しては自

宅退院、回復期リハビリテーション病院施設入所への転院及び平均在院日数の短縮に関して影響が認められた。

今回開発したSW必要介入基準とQI、及び早期介入効果について、全国の医療機関に働くSWに普及啓発するために、2014年2月と3月に研修会を開催した。そのプログラムが次の表である。東京では125名、関西では113名が参加した。参加者は両会場共に北海道から九州まで全国のSWが受講した。さらに、2014年5月24日、第62回日本医療社会福祉協会全国大会において、QIとSW必要介入基準を組み込んだデータシステムの説明会を開催し、95名の参加者があった。

開催地区	開催日時	会場	定員	プログラム【午前】	プログラム【午後】
東京	2/23（日） 10：30～16：00	聖路加国際病院	100名	聖路加国際病院院長 福井次矢 『医療におけるクオリティ・インジケーター』 聖路加ライフサイエンス研究所 大出幸子 『臨床研究の進め方』	帝京大学医学部附属溝口病院 宮内佳代子 『SW介入基準～スコアリングシステムを活用して』 文京学院大学 笹岡 眞弓 元聖路加国際病院 西田知佳子 『SW早期介入の効果』 NTT東日本関東病院 原田とも子 『SWのためのクオリティ・インジケーター』
兵庫	3/8（土） 10：30～16：00	兵庫県立大学神戸商科キャンパス	100名	兵庫県立大学 小山秀夫 『診療報酬評価と実践の評価への反映』	

E．結論

急性期病院のソーシャルワーカーのQI、13項目とSWの介入すべき必要基準の項目が特定でき、スコアリングシステムを提示することができた。さらに、SWのアウトカムについては、早期介入の効果による、自宅・施設退院率に影響が認められた。脳卒中の患者についても早期介入が回復期リハビリテーションへの転院、及び平均在院日数の軽減にも寄与していることが明らかになった。本研究により、急性期病院における高齢者、障害者等のSW支援を必要とする患者の介入基準とQIが策定できたので、SWの支援を必要とする人に適切な支援が提供される体制が推進されることが見込まれる。今後各病院での推進活動により、全国に均等なSWが配備されることで、患者が十分に納得した上で安心して地域で療養生活を送ることが可能となる。今後引き続き、患者ニーズに対応した支援を向上させていくためには、SW介入の施設機能別やSW配置数による業務の分析、業務の具体的な職務記述書の作成、SW介入の質的研究を継続する必要性も示唆された。

Ｆ．研究発表

１．論文発表

該当なし

２．学会発表

第 22 回日本医療社会福祉学会（2013 年 9 月 9 日、東京国際大学青山キャンパス会場）において下記 3 演題を発表した。

1.「ソーシャルワーク業務の質に関する考察ー米国と日本のインタービュー調査を通して」
○原田とも子（ＮＴＴ東日本関東病院）笹岡真弓（文京学院大学）宮内佳代子（帝京大学医学部付属溝口病院）西田知佳子（元聖路加国際病院）

2.「急性期病院におけるソーシャルワーカーの質指標（クオリティ・インジケーター）の開発（第１報）」
○笹岡真弓（文京学院大学）　原田とも子（NTT 東日本関東病院）宮内佳代子（帝京大学医学部付属溝口病院）西田知佳子（元聖路加国際病院）

3.「ソーシャルワーカー介入必要基準の開発（第１報）～スコアリングシステムを活用して」
○宮内佳代子（帝京大学医学部付属溝口病院）笹岡真弓（文京学院大学）原田とも子（NTT 東日本関東病院）西田知佳子（聖路加国際病院）佐藤千秋（聖マリアンナ医科大学東横病院）早坂由美子（北里大学病院）市川賀一（北里大学病院）海野　忍（帝京大学医学部附属溝口病院）

第 34 回日本医療社会事業学会（2014 年 5 月 24 日、日立シビックセンター）において下記２題を発表した。

4.「ソーシャルワーク介入必要基準の開発」○宮内佳代子（帝京大学医学部附属溝口病院）笹岡真弓（文京学院大学）西田知佳子(元聖路加国際病院）原田とも子(NTT 東日本関東病院)研究協力者；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）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）小山秀夫(兵庫県立大学大学院)福井次矢(聖路加国際病院)

5.「ソーシャルワーク早期介入の効果～脳卒中患者の調査より～」
○笹岡真弓（文京学院大学）宮内佳代子（帝京大学医学部附属溝口病院）原田とも子(NTT 東日本関東病院)西田知佳子(元聖路加国際病院）研究協力者；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）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）小山秀夫（兵庫県立大学大学院）　福井次矢（聖路加国際病院）

第 64 回日本病院学会（2014 年 7 月 3，4 日開催予定、サンポートホール高松）で下記２題を発表予定である。

6.「医療ソーシャルワーカーの早期介入効果—自宅退院率との相関—」
○笹岡真弓（文京学院大学）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）西田知佳子(元聖路加国際病院）　宮内佳代子（帝京大学医学部附属溝口病院）　原田とも子(NTT 東日本関東病院）　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）小山秀夫（兵庫県立大学大学院）福井次矢（聖路加国際病院）

7.「ソーシャルワーク介入必要基準の開発」○宮内佳代子（帝京大学医学部附属溝口病院）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）笹岡真弓（文京学院大学）西田知佳子(元聖路加国際病院）　原田とも子(NTT 東日本関東病院）　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）小山秀夫（兵庫県立大学大学院）福井次矢（聖路加国際病院）

３．その他の発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Ⅱ．分担研究報告

平成25年度厚生労働省科学研究補助金
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

クオリティ・インジケーターの開発 ～ソーシャルワーカーへの意識調査と急性期病院の患者調査によるクオリティ・インジケーターの検証～

分担研究者　原田とも子　ＮＴＴ東関東病院 総合相談室副室長
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　上級研究員
研究代表者　笹岡眞弓　文京学院大学人間学部　教授
分担研究者　西田知佳子　前聖路加国際病院　コメディカル部長
分担研究者　宮内佳代子　帝京大学医学部附属溝口病院　医療相談室長
分担研究者　小山秀夫　兵庫県立大学大学院　教授
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長　一般内科医長
分担研究者　福井次矢　聖路加国際病院　院長

1．研究の背景と目的

今日の医療においては、質の評価のために、クオリティ・インジケーター(以下QI)が作成され、質改善を図る取り組みが推進されている。このような状況において、急性期病院のソーシャルワーカー（以下SW）は、継続医療やケアを必要とする患者の支援を担う役割の増加により、複数配置され増加傾向にあるが、SWのQIはほとんどみられない。患者側からみると、どの病院を受診しても、適切なサービスを提供されることが理想であるが、SWの配置人数をみても、各病院にまかされており、その支援サービスが適切に提供されているかは明らかではない。また、看護師による退院支援や病院によっては、医療連携の事務職が転院紹介を行っている現状からも、SWが何を行うかを明確に示す必要もある。このような背景から、SWによる適切な支援サービスを提供することは、SW部門として必要な体制であり、QI開発の研究を行うこととした。

QIの開発は、図1のプロセスで行った。SWのためのQIは、全米ソーシャルワーカー協会（NASW）が1990年にClinical Indicator（以下本稿ではQIと表記する。）を作成し、発表している。(NASW, 1990) 2011年度は、１）米国でのQI開発時の文献レビュー、２）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を行い、国内の現状を把握した。国内では、様々な質保証のための取り組みがなされていたが、支援患者のスクリーニングの実施などの体制にも差があり、QIは少なく、QIの作成が必要と思われた。3）QI案の作成は、急性期病院のSWのフォーカスグループインタビューにより、医療SW業務指針の項目を枠組みとして、SWが必ず行うべき行動を検討し、QI案を作成した。４）米国での現状を調査するために、米国のミシガン大学病院とニューヨークプレスビテリアン病院、NASWのClinical Indicatorの開発を行った研究者を訪問し、インタビュー調査を行った。その結果、現在は、NASWのClinical Indicatorは使用されてなく、今日の米国の病院は、Joint Commission(以下JC)の評価を受け、JCの基準により、質を保っていることが一般的であり、JCやSW評価にQIが含まれているという回答を得られた。また、２病院の調査ではQIデータは、みられなかった。これらの調査を経て、国内では、JCやQIは一般的ではなく、SWのQIモデルを作成していく意義があると判断された。

2012年度は、カナダで作成された脆弱な高齢者のQI（Kroger E, Tourigny A, Morin D,et.al, 2007)の国内での応用の検討を加え、班会議において、カナダのモデル１項目を応用、NASWの4項目を採用、QI案を実用的なものに変更し、最終的にQI.14項目を作成した。

このQI14項目について、ソーシャルワーカーの必要性の認識とデータ取得の実現可能性を明らかにし、SWの介入において、実際にQI項目が行わ

れているかを明らかにすることで、QIの妥当性を検証し、項目を確定することを目的とした調査を行った。

（図１）クオリティ・インジケーター（QI）の開発プロセス

1. 文献レビュー・NASWクリニカル・インジケーターの検討　2011.6
↓
2. 急性期病院のソーシャルワーク業務の質に関するインタビュー調査　2011.8
↓
3. フォーカスグループインタビューによるQI案の作成　2011.11
↓
4. 米国のSWの業務と質に関するインタビュー調査　2012.2
↓
5. QI項目の再検討と調査票の作成　2012.3～2012.12
↓
6. SWへのQIに関する意識調査・急性期病院の入院患者の調査による検証　2013.2
↓
7. QI項目の再検討と決定　2013.11～12

2. 研究方法

１)「ソーシャルワーカーへのQIの意識調査」と「入院時患者の支援に関する調査」の２つの調査を実施する。「ソーシャルワーカーへのQIの意識調査」は、NASWがClinical Indicatorを導入する際に行われた調査（Betsy S. Ourlekis, 1990）を参考とした。

【調査１】「ソーシャルワーカーへのQIの意識調査」

急性期病院100病院の管理的役割にあるSWを対象に、QI項目について、(1)必要性、(2)データの取得状況、(3)今後の取得予定について、郵送調査を実施、集計を行った。

【調査2】「入院時患者の支援に関する調査」

研究デザイン：前向きコホート研究

対象：日本社会福祉医療協会会員の急性期病院に2013/2/18～2/22入院した患者

収集項目：性別・年齢・診療科・入院日・退院日・入院48時間以内疾患・社会的情報・リハビリ実施・転帰先・退院時の疾患・社会的情報・相談室の介入・SWの介入・SWの援助内容・QIの実施

２) 調査結果から、QI項目を再検討し、QI項目を確定する。

3. 結　果　（表１）

・「ソーシャルワーカーへのQIの意識調査」（以下SW調査）の回答病院数は、81病院（回収率　80%)、「入院時患者の支援に関する調査」（以下患者調査）　回答病院数は、70病院（回収率 70%）であった。患者調査の患者数は、7438人(欠損除)、SW介入数は、1157人(15.5%)であった。

・QI.の６項目が患者調査結果から分析ができたが、５項目は該当数が少なく、分析ができなかった。３項目は、SW意識調査のみ行った。

・「退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者の割合」は、NASWのモデルであり、SW介入率として表せるが、患者調査の結果では、最小値 4.6%、中央値 16.8% 、最大値 63.2%と大きな差があり、200床

以上の病院の方が、介入率が低く、介入率は病院によって異なることがわかった。また、SW 調査の結果では、必要性が 96%と高かった。

・「退院支援を行った患者のうち、患者・家族の意向を記録した割合」も NASW のモデルであるが、患者調査では、実施率 74.5%であり、SW 調査では、QI の必要性は 62%、56%がデータ取得困難と回答していた。

・「退院支援患者のうち、複数の療養方法を提示した患者の割合」は、患者調査では、複数提示数が 388 人 であり、退院支援患者 736 人を分母にすると 52.7%の実施率であった。 SW 調査では、QI の必要性は 53%、データ取得困難も 51%であった。

・「認知症・認知障害の患者に、介護保険サービスの必要性の評価を実施した数」は、カナダのモデルを応用して作成したものであるが、認知症患者数 226 人、SW 介入 107 人(47%)と介入率は高く、他の疾患に比べても、有意に介入していた。(「SW 介入必要基準の開発」の研究を参照) SW 介入患者は、退院・施設の転帰が多いと思われたが、転帰先に違いはなかった。SW 調査では、QI の必要性は 60%であり、66%がデータ取得困難と回答していた。

・「リハビリの継続が必要な患者のうち、リハビリ可能な転院先の情報提供を実施した割合」は、リハビリ実施患者数 1212 人, SW 介入 533 人(44%) と介入率が高く、回復期・一般・亜急性期転院患者の 85%に SW 介入し、リハビリ継続を必要とする転院患者に多く介入していることが明らかとなった。

・「脳卒中の回復期リハビリが必要な患者に７日以内に面接を行う」は、脳血管疾患への介入が 46%と約半数に介入しており、他の疾患に比較し、有意に介入していた。(「SW 介入必要基準の開発」の研究を参照) 回復期リハビリへの転院は 87%の患者へ SW 介入を行っており、７日以内の面接は 60%であった。

・「SW に連絡なく退院した患者」は 22 人、「30 日以内予定外再入院患者」は９人、「無保険患者」７人、「キーパーソン不在」33 人、「虐待・虐待疑い患者」６ 人と該当する患者数が少なく、分析はできなかった。しかし、SW 調査では、「SW に連絡なく退院した患者」(NASW モデル) は約半数の必要性の回答であったが、虐待は 91%が必要、無保険、キーパーソン不在も約８割が必要と回答していた。

・SW 調査のみ行った QI 項目、「在宅ケアサービスが必要な患者数のうち、ケアマネージャーの選定を行った数の割合」は 46%の必要性、「転院・施設への入所した患者数のうち、転院・施設の苦情があった件数の割合」は 56%の必要性と回答結果であり、「緊急ケース対象患者数のうち、緊急ケースとして SW が対応した数の割合」は 80%が必要と回答していた。

4. 考　察

・「退院患者への、SW が関わった退院患者 (SW 介入) の割合」は、１週間の入院患者数が 12 人〜438 人と差が大きく、200 床以下の病院の介入率は 200 床以上よりも高かった。200 床以下の病院は、亜急性期の機能により、SW が入院相談を行っている病院も多いと思われ、介入率が高いと思われる。今後病床規模による SW の役割の違いなどを明らかにしていく必要性があると思われた。SW への調査では、すでにデータを取得している病院も有り、必要性も高く、QI として必要と思われた。

・「退院支援を行った患者のうち、患者・家族の意向を記録した割合」の実施率は 75%、患者・家族の意向を確認した上での支援と記録を残すべきであること、SW の調査においても、必要性が 62%であり、QI として必要と思われた。

・SW 介入の多い患者である、認知症 47%、脳血管疾患 46%、リハビリが必要な患者 47%と介入率が高いことが調査結果からも確認され、これらの患者の QI は必要であると思われた。また、「脳卒中患者の７日以内の面接」は、７日以内の介入が６割という結果から「７日以内」を残すべきと思わ

れた。

・患者調査で該当数が少なかった「30日以内の予定外の再入院」、「無保険」、「キーパーソン不在」、「虐待」は、調査結果から、根拠を見出すことはできなかったが、SWは発生率の低いこれらの困難な患者への支援を行っており、SW調査結果の、「必要性」が約８割と高いことからも、QIとして残すべきと思われた。

・ 患者調査を行なっていない項目については、推奨する項目として提示し、QI導入後に再検証を行っていくことが望ましいと思われた。

■研究の限界と課題

・患者調査を実施した病院は比較的SW数の多い病院であり、150床以上にSWが１人のSW数の少ない病院はほとんどなく、SWの人数差によるQI実施率の違いを明らかにすることはできなかった。

・病床数42～1480床、ケアミックスの病院も含まれており、多様な病院機能が混在し、SWの役割・行動は異なると思われ、さらに詳細な調査・分析が必要と思われた。また、病院機能の特徴に合わせたQIを作成していく必要があるかもしれないと思われた。

・SWの調査において、回答が少ない項目があり、QIはSWには認識が低く、理解が伴わなかったのかもしれない。今後、QIに関する説明・普及活動も必要と思われた。

・QIの必要性はあるが、データ取得が難しいという項目もあり、データ取得の困難さも明らかとなった。本研究では、 QIを各病院でデータをとっていくことを推進するための方法として、病院ソーシャルワーカーの職能団体で開発した『SWHSソーシャルワークデータシステム』（日本医療社会福祉協会，2010）にも組み込んだ。今後全国の病院で実際にQIデータを取られることが課題である。

5. QI項目の確定と今後の課題

QIは、QIの表記を変更することが望ましいと思われた項目は、変更を行い、最終的に13項目を確定した。2項目は、推奨する項目として提示することとした。（表２）QIの指針を示すことがSWの理解につながると思われ、指針も作成した。（表3）

今回作成したQIは、急性期病院のSWが最低限行うプロセスの最初のモデルである。QIによる評価は、SW部門の質向上を目指していくものであり、各病院においてQIデータをとっていくことで、新たなQIの必要性も見えてくると思われる。今後は、このQIモデルが、実際にデータとして取った結果を調査し、検証していくとともに、さらなるQIの必要性についても探求し、推進していきたい。

（表 3） クオリティ・インジケーター 完成版

	指針とクオリティ・インジケーター（QI ）
指針 QI.1 数値	ソーシャルワークサービスを必要とする患者は、そのサービスを受ける（NASW モデル） 退院患者総数に対して、SW が関わった退院患者の割合 SW が関わった退院患者／退院患者総数
指針 QI.2 数値	患者と家族は、退院計画にかかわる （NASW モデル） 退院支援を行う患者と家族の意向を記録に書いている 患者・家族の意向を記録した／退院支援患者
指針 QI.3 数値	SW は、患者・家族の療養方法の選択を支援する 退院後にケアや療養の継続が必要な患者に、複数の療養方法を提示している 複数の療養方法を提示した／ 退院支援患者
指針 QI.4 数値	リハビリの継続が必要な患者に、必要な情報を提供する リハビリの継続が必要な患者に、リハビリ可能な転院先の情報を提供する リハビリ可能な転院先の情報を提供した／リハビリ継続が必要な患者
指針 QI.5 数値	回復期リハビリへの転院が必要な脳卒中患者に、早期に支援を行う 脳卒中の回復期リハビリが必要な患者に、７日以内に面接を行う ７日以内に面接を行った／脳卒中の回復期リハビリが必要な患者
指針 QI.6 数値	認知症・認知障害の患者が適切なケアを受けられるよう支援する （カナダのモデル） 認知症・認知障害のある患者に、状態安定後に介護保険サービスの必要性の評価を行い、記録する 介護保険の必要性の評価を記録した／認知症・認知障害の患者
指針 QI.7 数値	患者の退院は、退院計画を調整する SW が知っている中で行われる （NASW モデル） SW が退院支援を行った患者が、SW に連絡なく退院した患者の割合 SW に連絡なく退院した患者／退院支援患者
指針 QI.8 数値	社会的に複雑な事情で再入院することを予防した退院支援を行う （NASW モデル） 30 日以内の予定外の再入院の患者の割合 30 日以内の予定外の再入院／退院支援患者
指針 QI.9 数値	無保険の患者は緊急に支援を行う 無保険の患者は、依頼当日に介入する 当日介入した／無保険の患者
指針 QI.10 数値	キーパーソンがいない患者は緊急に支援する キーパーソンが不在の患者は、依頼当日に介入する 当日介入した／キーパーソンが不在の患者

指針	虐待・虐待疑いの患者は緊急に介入する
QI.11	虐待もしくは虐待が疑われる患者は、依頼当日に介入する
数値	当日介入した／虐待・虐待疑いの患者

推奨されるQI

指針	SWは、患者のケアマネージャーを決められるよう支援する
QI.12	在宅ケアサービスが必要な患者が、ケアマネージャーの選定を行った
数値	ケアマネージャーの選定を行った／在宅ケアサービスが必要な患者
指針	SWは、適切な転院先や施設の情報を収集する
QI.13	転院・施設への入所後の苦情の記録をとっている
数値	転院・施設の苦情の件数／転院・施設へ入所した患者数

■文献

Betsy S. Ourlekis (1990) The Fields Evaluation of Proposed Clinical Indicators for Social Work Services in the Acute Care Hospital, Health and Social Work, Vol.15(3)

Kroger E, Tourigny A, Morin D, et.al(2007) Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerble older adults affected by cognitive impairment or dementia, BMC Health Serv Res.

NASW Commission on Health and Mental Health and the Society for Hospital Social Work Directors(1990) NASW Clinical Indicators for Social Work and Psychosocial Services in the Acute Care Medical Hospital

全米ソーシャルワーカー協会,日本ソーシャルワーカー協会国際委員会訳（１９９７）全米ソーシャルワーカー協会ソーシャルワーク実務基準および業務指針

平成25年度厚生労働省科学研究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

「ソーシャルワーク介入実務基準を決定するためのハイリスク項目に関する調査」

分担研究者　宮内佳代子　帝京大学医学部附属溝口病院　医療相談室長
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　上級研究員
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長　一般内科医長
研究代表者　笹岡眞弓　文京学院大学人間学部　教授
分担研究者　西田知佳子　聖路加国際病院　元コメディカル部長
分担研究者　原田とも子　ＮＴＴ東関東病院 総合相談室副室長
分担研究者　小山秀夫　　兵庫県立大学大学院　教授
分担研究者　福井次矢　聖路加国際病院　院長
研究協力者　神奈川県大学病院ソーシャルワーク連絡会

１．目的

地域ケア包括システムなど関係機関間の連携が強化される中で、ソーシャルワーカー（以下、SWとする）は病院における地域の窓口として、患者の心理社会的な問題を多職種と協働して支援し、解決へと繋げる重要な役割を担っている。特に急性期病院においては(鷲見 2005)が 長期入院になりやすいハイリスク患者への早期介入の重要性いついて研究するなど、様々なスクリーニングツールがあるが、SW介入の優先度を統計学的分析に基づいたものは不足している。また、これまで日本の急性期病院において、実際どのような患者にSWが支援したのか、入院患者全員を対象にした研究はされていない。　そこで本研究では、急性期病院における SW の介入について全国調査をおこない、その調査結果を基に、ソーシャルワーク介入必要基準の開発を目的とした。

〔収集変数の検討〕

全国調査の前にハイリスク・スクリーニングシートの活用状況とハイリスク項目について収集変数の検討をおこなった。2012年8月、神奈川県大学病院SW連絡会のワーキンググループ（ＷＧ）が、連絡会に参加している11医療機関からハイリスク・スクリーニングシートの活用状況を調べて検討した。その結果、医療機関によってスクリーニングする内容や欲しい情報のバラつきが大きく、スクリーニングシートを統一して作成すると機関のニーズに対応しきれなくなるため、今回は急性期病院のSW　　介入必要基準を作成することが有用だと判断した。　予備調査では、SWがよく支援している典型的な事象を調査シートを用いて285のデータを収集し、「医療ソーシャルワーカー業務指針」に基づいて分類して302のハイリスク項目を抽出した。次にＷＧを12回おこない、バイオ・サイコ・ソーシャル・クライエント環境の4項目で支援内容ごとに類型化した。（表1）サイコソーシャルに多い抽象的な項目は除外した。ハイリスク項目として診断名・障害の要因41項目、社会的要因21項目あげた。（表２、表３）次に明確性、客観性、入院時に聞き取り可能であることを基準に、診断名・障害の要因・社会的要因として47のハイリスク項目を挙げ、後述する全国調査で収集変数を決定した。病名はチャールソンの併存疾患指数を用いた。それ以外の収集すべき変数は、班会議のＷＧにて精査・検討して全国調査の項目を確定した。

（表１）　調査シートの類型化

人			環境		
バイオ (Bio)	サイコ (Psycho)	ソーシャル (Social)	クライエントの環境	社会環境	ソーシャルワーカーの機関
身体的状況	情緒的反応	社会的役割	地域の環境	法律	機能
介護状況	知的能力	家族関係	家屋の状況	制度	権限
精神的状況	情緒的能力	人間関係	経済的状況	社会サービス	責任
医学管理状況	価値観			交通システム	能力

（表２）　ハイリスク項目・・診断名・障害の要因 41 項目

緊急入院	30 日以内の予定外の再入院	心筋梗塞	脱水
うっ血性心不全	末梢血管疾患	脳血管疾患	終末期
認知症	慢性閉塞性肺疾患	適応障害	合併症を有する妊婦
消化器潰瘍	糖尿病	中等度から重度の腎臓病	境界性人格障害
片麻痺	白血病	悪性リンパ腫	手術が必要
固形腫瘍	肝臓病	AIDS	せん妄
頭部外傷	脊髄損傷	熱傷	未受診出産および歴あり
骨折	その他の外傷	蘇生後脳症	認知機能の障害
精神疾患	抑うつ	薬物依存症	がん性疼痛
アルコール関連疾患・アルコール問題の記録がある	低栄養	褥瘡	自傷・自殺企図および歴あり
結合組織病(SLE、強皮症等)			

（表３）　ハイリスク項目・・・社会的要因：21

身体障害者手帳取得見込（人工関節、ストマ、透析等）	療育手帳取得済み	無保険（外国人除く）	言語的支援が必要な外国人
定期受診が守れていない	服薬管理ができていない	生活保護	キーパーソン不在
介護保険サービスを利用している	自立支援サービスを利用している	日中独居	高齢者のみの世帯
精神保健福祉手帳取得済み	経済的な不安の訴えあり	独居	食事・水分制限が守れていない

住居なし・路上生活者	ビザなしもしくは無保険の外国人	身元不明	同居家族にケアを必要とする人がいる
患者に虐待・被虐待の記録がある			

２. 方法

研究デザインは、前向きコホート研究。対象は日本医療社会福祉協会会員が所属する 100 の急性期病院に調査期間中に入院した全患者（眼科、小児科、産科は除外）。調査期間は 2013 年 2 月 18 日～22 日＋退院時（2 か月以内）。調査項目は性別、年齢、診療科、入院日、退院日、入院 48 時間以内の疾患（41 項目、チャールソンインデックスを計算）、リハビリ実施、転帰先、退院時の疾患、社会的要因（19 項目）、SW の介入の有無、SW 援助内容。

調査の手順は、全国にわたって調査協力を呼びかけ、了解を得た病院に郵送で調査票を郵送した。対象施設の SW に、調査期間中に入院した全患者を対象に、入院から 48 時間以内と退院時に、新たに入院した患者全員のカルテ、ソーシャルワーク記録から回答を得た。

統計解析は、患者の入院時の疾患、社会的要因の項目、SW 介入の有無をアウトカムとし、単変量解析（カイ二乗検定、t 検定）を用いて検討した。さらに変数の選択にはステップワイズロジスティック回帰分析を用いて、各変数のスコア値を決定した。

[倫理面への配慮]

日本医療社会福祉協会の倫理委員会の審査を経て、各医療機関の倫理委員会の審査を得た。

３. 結果

全国調査の結果、70 病院が回答した。(回収率 70%) 調査期間中に入院した患者数は 7,438 名、その内ＳＷが介入したのは 1,157 名 (15.5%) であった。SW が介入した理由は、退院支援が 9.8%と一番多く、次の心理社会的な問題 4%の倍以上介入しており、退院支援が SW の主要な業務になっていた。（表 4）

（表４）　介入内容

介入理由	度数	%
退院援助	740	9.80%
心理・社会的問題の援助	306	4.00%
経済的問題	190	2.50%
受診受療援助	58	0.80%
社会復帰援助	12	0.20%
該当なし	56	0.70%

次に患者の社会的要因の項目、ＳＷ介入の有無との関連を単変量解析（カイ二乗検定、t 検定）を用いて検討したところ、“75 歳以上の高齢者”など 18 項目に有意差があり、これに該当する患者に SW は介入していた。（表 5）

SW 介入の有無と年齢、疾患との関係は、SW が介入している患者はチャールソンインデックスが 1.9 であり、比較的軽い患者に介入していた。

（表５）　　カイ二乗検定：社会的要因

	介入なし		介入あり		p-value
75 歳以上の高齢者	1784	28.8%	669	57.6%	.000
介護保険サービスを利用している	410	6.9%	326	28.9%	.000
独居_日中独居	615	10.4%	257	22.8%	.000
高齢者のみの世帯	826	13.9%	236	20.9%	.000
生活保護	171	2.9%	58	5.1%	.000
食事ができていなかった	69	1.2%	40	3.5%	.000
服薬管理ができていなかった	45	0.8%	33	2.9%	.000
身寄りなし	15	0.3%	17	1.5%	.000
キーパーソン不在	17	0.3%	16	1.4%	.000
定期受診が守れていなかった	18	0.3%	14	1.2%	.000
自立支援サービスを利用している	27	0.5%	12	1.1%	.011
無保険_外国人除く	3	0.1%	7	0.6%	.000
家族不明	9	0.2%	7	0.6%	.002
虐待の記録がある	2	0.0%	5	0.4%	.000
水分制限が守れていなかった	8	0.1%	4	0.4%	.100
住所不定未記入	0	0.0%	3	0.3%	.000
ビザなしもしくは無保険の外国人	0	0.0%	2	0.2%	.001
言語的支援が必要な外国人	7	0.1%	1	0.1%	.789

（表６）　　ＳＷ介入の有無と年齢、疾患

	介入なし		介入あり		p-value
年齢(75 歳以上)	62.6	18.6	73.8	15.2	.000
charson_index	2.2	2.8	1.9	2.4	.000

調査から明らかになった患者の入院時の疾患と社会的要因と、SW の介入の有無との関連を検討した。多変量ロジスティック回帰分析による SW 介入有無との関連は、「身寄りなし」「キーパーソン不在」など 19 項目に有意差があった。各変数にある β 値の一番低い値で全てのデータを割り算して項目に重みをつけ、変数のスコア値が 1～4 まで決定した。スコアが高い項目は SW 介入の優先度の高く、スコアが一番高い「身寄りなし」に、SW はオッズ比（OR）で約 5 倍関わっていた。スコアが上位の項目は、退院支援に関連したものが多い。

（表７）　　結果　多変量ロジスティック回帰分析

	Score	OR	OR の 95% 信頼区間	有意確率
脊髄損傷	4	5.412	1.525 ～ 19.206	.009
終末期	4	5.231	2.728 ～ 10.031	.000
身寄りなし	4	4.619	2.116 ～ 10.085	.000
脳血管疾患	4	4.434	3.572 ～ 5.504	.000
キーパーソン不在	3	3.835	1.729 ～ 8.505	.001

骨折	3	3.424	2.684 ～ 4.367	.000
定期受診が守れていなかった	3	2.985	1.295 ～ 6.880	.010
褥瘡	3	2.840	1.167 ～ 6.913	.021
介護保険サービスを利用している	2	2.504	2.057 ～ 3.048	.000
精神疾患	2	2.397	1.545 ～ 3.720	.000
脱水	2	2.284	1.449 ～ 3.601	.000
独居_日中独居	2	2.150	1.788 ～ 2.584	.000
服薬管理ができていなかった	2	2.063	1.191 ～ 3.573	.010
高齢者（75歳以上）	2	2.008	1.715 ～ 2.350	.000
認知症認知機能の障害	1	1.781	1.289 ～ 2.462	.000
肺炎誤嚥性肺炎	1	1.736	1.334 ～ 2.260	.000
がん性疼痛	1	1.614	.963 ～ 2.704	.069
緊急入院	1	1.607	1.367 ～ 1.889	.000
高齢者のみの世帯	1	1.487	1.238 ～ 1.785	.000

次にスコア値の検出力が高いのかどうかをみるために、ＲＯＣ曲線によるモデルの評価をおこなった。グラフの弧は左上に寄り95%信頼区間ＡＵＣ．＝.785とスコアの検出力が高く、モデルの評価がされた。（図１）

以上により、SWの介入必要基準のスコアリングシステムの作成及び介入判断の参考値にできると考えた。

図２はスコアの点数別の介入率である。スコアの合計は右肩上がりのグラフになり、点数ごとの介入率は、0～5点が9.1%、6～10点が49.7%、11点以上73.9%であった。

19項目のどれを組み合わせでも、11点以上は全国レベルでSWの約74%が関わっていた。