

目 次

I. 総括研究報告

笹岡 眞弓 文京学院大学

II. 分担研究報告

1. 日本における医療SWの業務指針の成立に関する先行文献研究

笹岡 眞弓 文京学院大学

2. 退院支援に関する先行研究

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

3. 米国のソーシャルワーク実務基準とクリニカルインディケーターに関する文献研究

西田 知佳子 聖路加国際病院

武田 加代子 天理大学

宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院

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

4. 日本のSW業務の質についてのパイロットスタディ

笹岡 眞弓 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

5. グループインタビューによるQ I案の作成

笹岡 眞弓 文京学院大学

福井 次矢 聖路加国際病院

原田 とも子 NTT 東日本関東病院

宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院

西田 知佳子 聖路加国際病院

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

6. SW介入の必要基準を決定するためのヒアリング調査

宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院

小山 秀夫 兵庫県立大学大学院

7. 米国のSW業務の質についてのインタビュー調査

笹岡 眞弓 文京学院大学

原田 とも子 NTT 東日本関東病院

宮内 佳代子 帝京大学医学部附属溝口病院

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

8. 米国のQ Iに関するインタビュー調査

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

III. 米国調査資料一覧表

I. 総括研究報告

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)
総括研究報告書

「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、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: 保健医療と福祉の連携が、今後の我が国の医療及び福祉政策にとって重要な課題である今日、連携の要となりうる医療ソーシャルワーカー (以下 SW) の業務を標準化し、その質を担保することを目的として、SW の質指標(クオリティインジケータ QI) を開発するために次の調査研究を行った。まず、国内・外(アメリカ)の文献研究と、全国の主たる 10 病院の医療 SW に質に関するインタビュー結果を基に、米国の QI を検討するために 8 病院の医療 SW をフォーカスグループとし、インタビュー調査を 2 回行い、日本の医療 SW の退院支援に関する QI 案を策定した。同時にハイリスク基準に関するヒアリング調査を神奈川県のある大学病院の医療 SW に施行した。次に SW の QI を先行して開発した米国の医療 SW10 名、研究者 5 名にインタビュー調査を行い QI の課題を明らかにした。米国は SW 教育の質と量が充実しており、業務の質の担保に必ずしも QI の普及は必要ではなかったが、日本では QI が定着することで、望ましい業務のガイドラインの作成が期待できることが分かり、普及のためには何らかのインセンティブが必要であることも判明した。

研究分担者氏名・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
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・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・副センター長
西田知佳子・聖路加国際病院・コメディカル部長
武田加代子・天理大学・教授
宮内佳代子・帝京大学医学部附属溝口病院・医療相談室長
原田とも子・NTT東日本関東病院・総合相談室副室長

A. 研究目的

II. 分担研究報告

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

1. 日本における医療 SW の業務指針の成立に関する先行文献研究

研究代表者 笹岡 眞弓 文京学院大学 人間学部 教授

研究目的

我が国における医療ソーシャルワーカーの業務の標準化の取り組みについて、医療 SW 業務指針の成立に至るまでの経緯を整理し、現在の QI 策定に至るまでの課題を整理する。

はじめに

1929年に聖路加国際病院の医療社会事業部に小栗将江(浅賀ふさ)が着任して、患者・家族の支援にあたったのが我が国における医療ソーシャルワークの嚆矢である。戦後連合国軍総司令部 (GHQ) の強い指導により全国の保健所に Medical Social Worker が配置され、1948(昭和 23)年に「保健所運営指針」の 14 章に「保健所における医療社会事業」が規定され、さらに 1952(昭和 27)年全国社会福祉協議会が「メジカル・ソーシャル・ワーカー執務基準」を策定したが、厚生省が「保健所における医療社会事業の業務指針」を公衆衛生局長名で通知したのは 1958(昭和 33)年になってからであった。すでに日本医療社会事業協会は 1953(昭和 28)年に設立されており、全 5 章からなる指針は、業務の“在りよう”について

の概説としては機能したが、多くの職能団体の会員は医療機関に勤務しており、実践現場の大多数にとっての指針となっていなかった。さらに医療ソーシャルワークの業務の標準に関する研究に関係者が本格的に取り組むには、資格問題という大きな課題があった。

1. 資格問題と業務基準の関係

橘高(1997)が指摘するように、医療 SW の業務の標準化に関する研究は、常に資格問題との連動で議論されてきた。ソーシャルワークの機能が医療という領域で行われていることを主張する研究者及び医療 SW と、医療職として医療 SW の業務を捉える研究者及び SW が存在し、ただでさえ「全体像が見えにくい」とされている業務の実態の把握は、医療 SW 養成課程が一定でないことに加えて、採用者側の役割期待が様々であったことと相俟って、困難を極めた。

2. 「医療 SW 業務指針」制定までの先行研究

1989(平成元)年に策定された「医療 SW 業務指針」は先の「保健所における医療

社会事業の業務指針」以来 30 年を経て、厚生省健康局長通知で出された。この経緯も資格問題と相関するが、この制定までの業務基準に関する主な研究は以下の通りである。

- ・ 1967(昭和 42)年 厚生科学研究「保健所における医療社会事業の業務基準の作成に関する研究」
- ・ 1974(昭和 49)年 厚生科学研究「医療施設および地域における医療社会事業の業務指針について」
- ・ 1979(昭和 54)年 厚生科学研究「医療 SW の業務における他職種との分担と連携に関する研究」
- ・ 1980(昭和 55)年 厚生科学研究「医療 SW の保健医療分野における専門技術性の位置付けに関する研究」

が、主なものである。上記の研究によって、業務の多様性と、実態の概要は把握されたが、その項目の整理の方法、並びに体系化に関する課題が残された。

現場の医療 SW の実践的な研究としては小野（1965）の調査が挙げられる。日常業務を 58 項目に整理し、医療 SW が本来業務として意識している業務を整理した。この方法は上述の研究にもいかされているが、調査対象人数が 97 名と少ないこと、さらに神奈川県という 1 県のみを対象としていたため、医療機関による差異など基礎調査とはなりえなかった。人員の配置にかなり差がある医療 SW の実態を改善するために、増員要求という目的で行われた真下・大野（1978）「医療 SW 業務内容の分析—国立 MSW の場合」

の成果は医療 SW の一日の平均業務量を出すなど、着目できる視点もあるが、調査としての基礎が押さえられていず、説得性のあるデータとはなっていない。

1978(昭和 53)年、愛知県医療社会事業協会は業務統計様式を統一するために「医療社会事業・業務統計様式の標準化について」業務の項目を、体系化する試みがなされた。標準化に取り組んだ意義は大きかったが、大項目と小項目の混在、さらには統計が蓄積できるためには現場の医療 SW に負担を考え継続できる様式が必要だが、その点については課題が残った。1987(昭和 62)年、東京都衛生局病院管理部開発指導課が行った「医療における SW の確立のために—業務分類と統計に関する報告」では業務分類項目を 27 項目に整理し、この 27 項目の業務分析として、目的・対象・業務内容・視点を整理し提示した。業務を定義し直した意義はあったが、統計として支援方法の件数の数え方が、医療 SW の行為ごとに加算されていくために、一人の医療 SW の年間業務の量が数万件になるなど、一般化するには困難な内容であった。

この間リハビリテーション・ソーシャルワーク研究会が脳卒中患者への援助の手順を標準化する試案を発表し、須川・山手（1982）による「疾患別ソーシャルワークの研究」も行われてきた。しかし、その業務の手順の表記は抽象的な表現に留まっており、Job Description(職務明細書)のレベルまでには至っていなかった。

3. 「医療 SW 業務指針」の策定

先述した研究を踏まえながら「医療 SW 業務指針」は策定されたと、大野（1998）は記しているが、1989(平成元)年に策定された医療 SW 業務指針は、厚生省健康政策局総務課課長補佐の椋野美智子氏と社団法人日本医療社会事業協会の相原和子氏の両者の協働作業の成果である。公的な資料は、「保健所における医療社会事業の業務指針」と保健所法だったが、先行研究の成果がどの程度参考にされたかは不明である。実態に伴った業務内容を鑑み、内容と範囲を両者が形作っていったというのが実際であった。

この時も資格制度化が検討された「医療社会福祉士」の論議の中で、指針が策定された経緯があるので、業務の範囲における医師との指示関係については、受診受療援助に限定し、医療分野のソーシャルワークの定義が明確になった。

結果

医療 SW の業務の多様性は医療 SW 業務指針においても、医療 SW の実態を「よろず相談的に対応している」と表現されたように、極めて多様な実態を踏まえながらも、一つの標準的な業務の範囲が明確にされた。しかし、業務の範囲はかなり広大であり、その業務内容が達成された、と認められる「評価の基準」に関する課題が残された。日本医療社会事業協会では、業務の達成度を測る QI の作成のための一歩として、ケースの数を統一したデータベースを開発し、すでに 65 病院（2012 年 5 月 10 日現在）の医療 SW が使用しているが、これは医療 SW 業

務指針(1989,2006 改訂)の成果を踏まえたものであり、QI 策定で望ましい医療 SW の業務に繋がることが確認できた。

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

2. 退院支援に関する先行研究

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

Cochrane Library にある Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C: Discharge planning from hospital to home (Review). 2008 . の文献をレビューし、退院支援は何に効果があるのか、どこまで研究されているのかを明らかにする。

2. 文献

Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C: Discharge planning from hospital to home (Review). 2008 .

3. 研究の概要

研究の目的：自宅退院する入院患者に対し、退院計画を行うことの効果を明らかにする。

退院計画の定義：患者が自宅に退院する前に患者の状態やニーズを考慮した計画を立てること

本システムティックレビューで検討する研究タイプ：無作為ランダム化比較試験 (RCT)

評価項目 1：退院計画を行うことで、急性期医療リソースの適当な利用が改善するか？

1. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が在院日数を短縮するか
2. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が予定しない再入院率を減少させるか

3. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が合併症の発症率減少に寄与するか

4. 退院計画は患者の退院先(転院先)に影響をもたらすか？

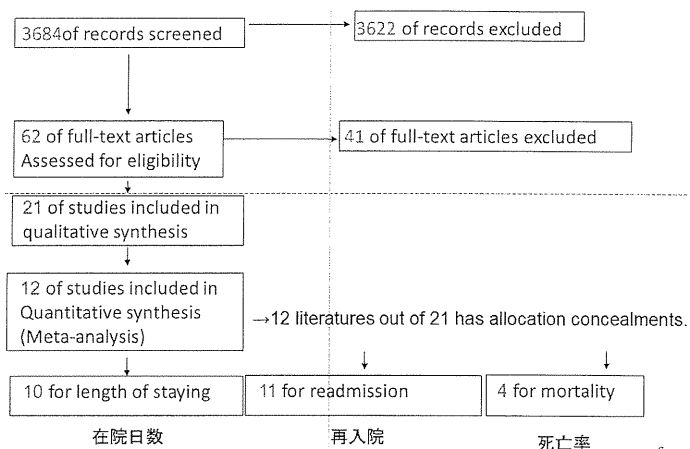
評価項目 2: 退院計画を行うことが、患者のアウトカムに良い影響をもたらすか、また少なくとも悪い影響をもたらすことはないか？

1. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が死亡率 (mortality) を減少させるか.
2. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が患者への健康アウトカムに良い影響をもたらすか
3. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が患者や介護者の満足度が上がるか

評価項目 3: 退院計画を行うことは、医療費削減につながるか?

1. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が病院のコスト削減につながるか?
2. 普段の方法に比べて、退院計画をする方がコミュニティの医療費削減につながるか?
3. 普段の方法に比べて、退院計画をする方が全体の医療費削減につながるか?
4. 退院計画は患者の薬剤利用に影響をもたらすか?

4. 文献の結果



1) 図に示す通り、退院支援の効果を検討した RCT は 21 文献であるが、質が必ずしも高いとは言えない。ソーシャルワーカーが関わった退院支援の RCT は 4 件であった。

		Yes	No	Unknown
十分な観察期間がある	Adequate sequence generation?	14	0	7
振り分けが適切に隠されている	Allocation concealment?	12	0	9
盲検法である	Blinding?	16	5	0
フォロー脱落の報告がある	Incomplete outcome addressed?	19	1	1
選択バイアスの可能性	Free of elective reporting?	0	0	21
ベースラインデータの報告がある	Base line data	19	1	1

ソーシャルワーカーによる退院計画の介入

5. 結果

メタ分析の結果は下記の通りであった。

- 普段の方法に比べて、退院計画をする方が在院日数を短縮する。メタ分析結果から、SD を報告していなかった、Kennedy 1987 を抜いて、感度分析を行うと、退院計画を行った群と行わなかった群の在院日数の差は、 -1.01 日 (95%CI: $-1.61-0.40$) となる。Allocation concealments などの問題で本メタ分析に含まれなかった RCT は 4 件
いずれも在院日数に有意な差を認めなかった。
- 普段の方法に比べて、退院計画をする方が予定しない再入院率 (3 ヶ月間フォロー) を減少させる。Allocation concealments などの問題で本メタ分析に含まれなかった RCT は 4 件。このうち 3 件に再入院率を有意な減少を認め、1 件は有意差を認めなかった。(1~6 ヶ月未満フォロー) また、長期における再入院率を検討した RCT は 3 件で、いずれも有意差を認めなかった。(6 ヶ月~1 年フォロー)
- 合併症の発症率減少については、メタ分析の実行が不可能だった。合併症に関して検討した文献は 1 件のみ。Weinberger 1996。この RCT では、退院計画を行った群のほうが、行わない群に比べて、合併症が多く、再入院率も高かった。退院計画を行った群のほうが、退院後もより多く観察しているからである可能性もあると考察している。
- 退院支援は、退院先 (転院先) に影響をもたらさないと考えられる。普段の方法に比べて、退院計画をする方が自宅退院が多くなるかは、有意差なし。ただし 2 文献のみによるメタ分析である。普段の方法に比べて、退院計画をする方が Nursing home への退院が多くなるかは、文献が 2 件あり、結果が乖離している。
- 退院支援死亡率 (mortality) を減少させることはないと考えられる。Allocation concealments などの問題で本メタ分析に含まれなかった RCT は 2 件。いずれも死亡率に有意差を認めなかった。
- 健康アウトカムへの影響については、メタ分析の実行が不可能であった。健康アウトカムに指標に、Chronic Heart failure Questionnaire、Barthel Score、EuroQoL、Rankin Score、HADS、SF36 など様々なものが用いられており、メタ分析は実行できなかった。退院計画群において有意に改善した報告あり (Chronic Heart failure Questionnaire、Barthel Score) コントロール群において有意に改善した報告あり (EuroQoL) 両群において有意差なし (Rankin Score、HADS) 結果が研究報告によって乖離 (SF36)
- 患者や介護者の満足度については、メタ分析の実行が不可能であった。患者の満足度について検討した RCT は 2 件。いずれも有意に退院計画を行った群のほうが満足度が高かった。介護者の満足度に関する研究は、報告がなかった。(患者と介護者がま

められて解析されている文献が 1 件あるが、どちらの満足度を表しているか明らかでない。）

- 病院のコスト削減については、メタ分析の実行が不可能であった。医療コストに関して検討した RCT は 3 件。Naylor 1994 によると、コントロール群と退院計画群の間に、患者の入院期間中のコストに有意な差は認めなかった。しかし、再入院を含めた全コストを検討すると、コントロール群に比べて、退院計画群のほうが病院コストが $-\$170,247$ (95% CI $-\$253,000 \sim -\$87,000$) 低かった。(退院後 2 週間のフォロー) また、2 週間以上 6 週間未満のフォローだと、コントロール群に比べて、退院計画群のほうが病院コストが $-\$137,508$ (95% CI $-\$210,000 \sim -\$67,000$) 低かった。外科の患者においては有意差を認めなかった。Naughton1994 : ラボに関わるコストが、コントロール群に比べて、退院計画群のほうが一人当たり、 $\pounds 295$ (95% CI $-\pounds 564 \sim \pounds 26$) 少なかった。Jack 2009 : 急性期医療の利用費用と外来受診時のコスト (assumption) の合計が、コントロール群に比べて、退院計画群のほうが一人当たり、 $\$412$ 少なかった。
- コミュニティーの医療費削減については、検討した RCT がなく検討ができなかった。コミュニティの医療費について検討した RCT はなし。Weinberger 1996 : コントロール群に比べて、退院計画群の方が、より多

く、より頻回にプライマリケアドクターを訪れている。退院後、プライマリケアドクターに訪れるまでの日数 (退院計画群 : 7 日、コントロール群 : 13 日、 $p < 0.01$) 退院後、プライマリケアドクターを訪れた日数 (退院計画群 : 3.7 日、コントロール群 : 2.2 日、 $p < 0.01$) Nazareth 2001 の研究では、プライマリケアドクターへの受診状況は、両群において有意差は認めなかった。

- 全体の医療費削減については、メタ分析の実行が不可能であった。全体の医療費について検討した RCT は 1 件のみ。この研究によると、両群に有意な差は認めなかった (Naughton1994) 。
- 薬剤利用については、メタ分析の実行が不可能であった。薬剤利用について検討した RCT は 2 件。いずれの研究も、薬剤服用の compliance 率と退院後、プライマリケアドクターから処方薬を受け取ることが困難であったかどうか、について評価している。両群において、有意差を認めなかった。

結果まとめ（退院計画の効果）

評価項目	メタ分析の結果	文献レビューの結果
在院日数	在院日数を減らす	—
再入院率	再入院率を減らす	—
合併症の発症	—	合併症が増える
退院先（転院先）への影響	影響なし（2文献のみ）	—
死亡率	有意差なし	—
患者への健康アウトカム	—	指標によって結果が乖離
患者や介護者の満足度	—	満足度があがる
病院のコスト	—	病院コスト減少
コミュニティの医療費	—	結果が乖離
全体の医療費	—	有意差なし
薬剤利用	—	有意差なし

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

3. 米国のソーシャルワーク実務基準とクリニカルインディケーターに関する

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 武田 加代子 天理大学 人間学部
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 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

文献研究

A) 研究目的

今回の科研の研究目的はソーシャルワークの質の保障のため実務基準を作成することとそのことに関連してクリニカルインディケーターを編み出すことにある。ソーシャルワーク発祥の地、米国ではクリニカルインディケーターをどのような経過をたどって作り出したか、それが現在どのように活用されているか文献を検索した。

B) 研究方法

1) ジャーメインのガイドライン

自然科学から派生し、発達した人間生態学の理論を社会福祉に導入したC. ジャーメインは、1984年にヘルスケアにおけるソーシャルワーク実践として、退院計画作成のためのガイドラインを以下のように著している。その目的は、退院に際して問題を生じる可能性のある患者を、入院後早急にソーシャルワーク部門に連絡することである。

1. 独居もしくは夫婦だけの世帯で、限られた社会的ネットワークしかも

たないか、迅速な支援が得られない患者。

2. 65歳以上で、日常生活機能に影響を及ぼすような身体的制約・精神的状況にある患者。

3. 重病の診断を受けた患者(例えばがん、脳血管障害、心筋梗塞、慢性・急性の進行性の腎疾患、MSのような神経難病、脳腫瘍、脊椎のけがにより脊椎損傷となり片麻痺か両側麻痺となる患者)で、退院先の問題やアフターケアが必要となり、それに加えてライフスタイルの変更や生活整備の変更が必要となる患者。

4. 衰弱や慢性疾患により繰り返し入院する患者や必要な住宅ケア計画や継続的ケアの必要な患者(例えば糖尿病、動脈硬化性心疾患、慢性肺疾患、高血圧、喘息の児童)。

5. 家庭での継続的なケアが必要となる、終末期にある入院患者。

6. 術後ケアに援助が必要となることが予測される外科の入院患者(例えば瘻管増設、装具装着、人工器官、

家庭での指導や指示を要する状況)。

7. 復元できない損傷、心的外傷の被害者等在宅ケアが必要であったり、生活の場を変えなければならないような患者。
8. 二分脊髄、ダウン症、水頭症のような先天的欠損や障害を持った子ども。
9. 継続的ケアや家庭での健康管理上の助けの必要な、医療的にも社会的にも”リスク”を持った母親(例えば妊娠中毒、未婚、精神科入院歴有)。
10. 児童又は配偶者虐待が疑われる場合。
11. 発育不全の乳児の入院。
12. 離婚家庭か環境的に問題が疑われる家庭にある児童の入院(両親の離婚、親が投獄されている、施設入所中)。
13. 他の機関への移行、または在宅ケアが示唆される診断名の患者。
14. 先天的な適応上の問題をうかがわせたり退院計画に影響を及ぼすと思われる患者。
15. 過去に退院時に問題があったことがわかっている患者。

2) NASWの実務基準及び業務指針(クリニカルインディケーター)

1990年に入って全米ソーシャルワーカー協会(以下NASWと略す)はソーシャルワーカーの専門職としてのアイデンティティの確立と専門職倫理綱領の堅持、専門職実践基準の確立を目指して「ソーシャルワーク実務基準及び業務

指針」を発行している。専門分野別実務基準として「児童保護におけるソーシャルワーク実務基準」「学校ソーシャルワークサービス基準」「長期ケア施設におけるソーシャルワークサービス基準」など10項目の中に「保健医療領域におけるソーシャルワーク基準」が他の項目よりかなり詳細に述べられている。

I. 「保健医療領域ソーシャルワーク基準」

NASWは1977年に最初の病院ソーシャルワーク基準を発行し、その後の業務の変化などを考慮して1980年に下記に記す保健医療領域ソーシャルワーク基準が作成された。

その内容は1.すべての組織でソーシャルワーク援助サービスの計画書が備わっているべきでその計画書は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ソーシャルワーカーによって作成されるべきである。2.修士学位を持つソーシャルワーカーの管理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。3. 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。4. 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。5. ソーシャルワーク援助サービス職員は、適切な教育、訓練プログラム(スーパービジョン)などを行うことによって、業務上の責任について備えているべきである。6. ケアの記録やプログラム援助サービスの記録には、

ソーシャルワーク業務の十分な書類が備わっていないかもしれないまた、機密性は保護されなければならない。など12項目にわたって記されている。(注1) 1982年には発達障害領域と末期腎疾患治療機関のソーシャルワーク基準が追加された。

II. 「急性期疾患治療病院におけるソーシャルワークおよび心理社会的サービスのための業務指針」

ここではじめて、クリニカルインディケータ（翻訳では業務指針）が取り上げられている。その業務指針（C I.）の内容は次ページに示す（表1）と同一である。NASWは医療機関や保険会社から質の良いサービスや施設の間で一貫したデータ収集、分析、比較を要求され、それらに応える意味もあって、患者への処遇の質と適切さを系統的に監視する際に用いる業務指針を取り決めた。NASWはさらに以下のように述べている。

「業務指針（C I.）の開発は改善、改革を含む継続的なプロセスあり、これらの業務指針はソーシャルワークの質がより均一になるよう促進する一方で、様々な施設の異なるニーズを考慮に入れた広範囲なガイドラインとして用いられる。さら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。」

上記のような背景があって、1988年に全米SW協会が中心になってクリニカルインディケータ（以下C I. と略す）の開発を試みた。それは「急性期医療機関のソーシャルワークサービス部におけるクリニカルインディケータの評価」というテーマでまとめられている。ソーシャルワークの専門家が患者に提供するケアとサービスについて定量化できる道具としてC I. を位置づけ、①ケースの発見とアクセス②退院の遅れ ③計画への患者・家族の参加④タイムライン⑤チームワーク⑥社会的混乱を伴う再入院⑦フォローアップ⑧問題解決⑨アセスメントの正確さの9項目を急性期医療機関向けのC I. とした。ところが⑦⑧⑨の3項目は様々な問題があり6項目を急性期病院のC I. とした。

(表 1) クリニカルインディケータの開発

インディケータ	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

Ⅲ 米国の QI と QI 成立前の文献研究

現在、全米ソーシャルワーカー協会 (NASW) はホームページに、クリニカル・インジケータ (以下、CI. とする) として「ケースの発見と接近」「退院の遅れ」「計画への患者・家族の関与」「時期の適切さ」「チームワーク」「社会的に複雑な問題のある再入院」を掲げており、「フォローアップ」「問題解決」は追加指針にしている。

本研究はこの CI. がどのような背景の中で開発されたのか、BETSY S. VOURLEKIS (1990). がまとめた文献研究を中心に述べる。

文献： THE FIELD'S EVALUATION OF PROPOSED CLINICAL INDICATORS FOR SOCIAL WORK SERVICES IN THE ACUTE CARE HOSPITAL, HEALTH AND SOCIAL WORK/VOLUME15, NUMBER3

「急性期病院のソーシャルワークサービスにおけるクリニカルインディケータ (案) の評価」

クリニカル・インディケータ (CI.) 開発の経緯

サービスの質を確保する方法への関心が高まり、臨床活動を測る基準の開発の必要性や施設ごとのデータの標準化が強調され、全米ソーシャルワーカー協会 (NASW) はアメリカ病院協会における病院ソーシャルワーク部長協議会と共に、急性期病院のソーシャルワークサービスの質をモニタリングし評価するものを開発するワークグループを作った。

1980年代中頃 医療施設評価合同委員会 (the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) は質を確保するモニタリングと評価モデルの導入したが、患者に提供するサービスは CI. として開発する必要性があった。

1988年 全米ソーシャルワーカー協会の保健医療・精神医療専門家委員会は、心理社会・ソーシャルワークケアにおける CI.の開発に着手した。急性期疾患病院のワークグループは米国病院協会のソーシャルワーク部長会と一緒に、臨床の重要な側面の質と適切さを継続的にモニタリングする CI. を開発した。このワークグループではインジケータ案をソーシャルワーカーによるピアレビューやフィードバックで修正、再定義をして、急性期医療機関向けに、次の9つの CI. を開発した。

①ケースの発見と接近 ②退院の遅れ
③フォローアップ ④患者・家族の計画への関与 ⑤時期の適切さ ⑥チームワーク ⑦社会的に複雑な事情のある再入院 ⑧アセスメントの正確さ ⑨問題解決

調査方法

◆米国病院協会ソーシャルワーカー部長会員 2,125 名) から無作為抽出した 650 名を対象に郵送調査をおこない、262 名から回答があった。(回答率 40.3%)

そこでは質問紙を用いて、CI. を次の4つの観点から5段階評価をしてコンピュータ処理をした。

①Clarity: 明瞭さ (理解が容易か)

- ②Relevance：関連性（機関における質の高いソーシャルワークサービスの提供との関連）
- ③Meaningfulness：意義（専門的尺度はケアの側面の情報提供で有意義な仕方がか）
- ④Feasibility：実現可能性（測定・データ収集が可能か）

結果及び考察

9つのCIのうち次の6つ「ケースの発見と接近」「退院の遅れ」「計画への患者・家族の関与」「時期の適切さ」「チームワーク」「社会的に複雑な問題のある再入院」が受け入れられるデータを形成しており、質を確保するシステムのコアになっていた。「フォローアップ」「問題解決」「アセスメントの正確さ」については調査が必要のがわかった。

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」相川書房、1997

IV.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