

	<ul style="list-style-type: none"> ・支援の質は、年2回チェックしている。 ・マニュアルはミシガン共通のものを使用 ・40歳以上の経験者を採用しているのでピアスーパービジョンが効果的。フォーマルには月1回のSV、インフォーマルはよくしている。 ・同じ病名での再入院は保険請求できない。<u>30日以内の再入院患者をチェックしている。再入院を減らしたプロジェクトも実施した。</u>
<p>ニューヨークプレ スピテリアン病院 SW</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ SW人数、体制、業務 ・800床、SWは100名（5つの病院を持っている） ・SWは、ディスチャージプランニング行っている。やり方は病院によって違う。自宅への退院はNS、転院はSWが担当する。 ・例) 脳卒中患者へのSWは、家族への理解へのアプローチ、家族探し、リハビリにいけるか、すんでいるところのリハビリを探す。治療のプロトコルは2日間 ・SWは、人種、宗教、民族、結婚、職業、どこに住んでいるか、家族、どういう経済サポート、保険、スピリチュアリティ、ニーズを聞く。患者教育 ■ 業務の質の保障 ・JD、マニュアル、SW監査シート（パフォーマンスレビューツール）、病院全体での記録の監査を行っている。SW監査シートでは、NASW CI.の項目と同一の項目がある。 ・NASWのCI.はガイドライン、JCI, Joint commissionの方に<u>関心がある。その中にQIがある</u> ・<u>Quality Insuaranse 行動基準がある。</u> ・無作為にケースを選び、4半期にチーム単位で、一括して病院全体の報告をする。病院全体で60ケースチェックしている。 ・苦情がでる場合、カルテをみて病院全体で調べる。 ・SWは、入院患者の40%に関与 ・SWの訓練は、マスターで9ヶ月、新卒はオリエンテーションのチェックリストがある。 ・クオリアシアシュアランスとは、サービスの質をどうやってあげるか。全体、自分、セクション、スペシャリティのゴールがある。 ・SSWLHCが発展させた、一般的なジョブディスクリプションとSWコンピテンシーやオリエンテーションがある。

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) 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。

(表 2) 米国と日本のSW業務・体制の比較

	米国	日本
SW体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>病院、救急・専門外来クリニックのそれぞれにSWが配置。100~200名と多い。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院にSWが配置。入院・外来を兼務で担当。 2~10名以下
SW採用・資格	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>MSWを採用（マスターでインターンとして専門職養成）。BSWは（ゲストアシスタントの部署）</u> ・ 州の資格、新任から3年はリミットの資格 	<ul style="list-style-type: none"> ・ BSW, MSWが同じ業務（学部で短期実習、ほとんどが見学実習。マスターでは研究者養成で、専門職養成はなし） ・ 社会福祉士・精神保健福祉士が多い。
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>救急外来（24時間体制）・手術・リハビリ（全員インテーク）・精神・小児・がん等の部門別に担当</u> ・ 退院計画は担当している病院と一部を担当している病院があった。 ・ <u>ケースマネジメントとカウンセリングは保険がでる。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人数が多い病院では診療科担当（カンファレンス参加） ・ 多くの病院で退院支援を行っている。人数が少ないと行っていない。 ・ ケースマネジメントを行っているが、カウンセリングまではごく一部のSWのみ実施 ・ 退院支援の一部に診療報酬評価
質の保証のための方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>新任教育が行われている。ケースの点検やSVが行われている。</u> ・ <u>リハビリ、高齢者クリニック、亡くなりそうな患者などニーズの高い患者は全員面接。</u> ・ スクリーニングは病院によって実施。 ・ がんの外来でスクリーニングの開始を計画 ・ <u>詳細なマニュアルがある。</u> ・ <u>SW、シニア、マネジャーのレベル別の業務基準・職務内容が明記されたJDがある。</u> ・ NASWのCLは使用されていない。 ・ <u>SWの監査のツールにCIの項目が盛り込まれている。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一部の病院で新任教育、ケースの点検、SVを実施。 ・ 全員面接はごく一部で実施 ・ スクリーニングは一部の病院で実施 ・ 一部の病院でマニュアルが一部 ・ JDはない。レベル別もない。 ・ 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。 ・ <u>CIはほとんどない。問題別のQI案を作成</u>

5. 課題

1) 本調査は、2病院と少ないが、2病院とも Joint commission 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 Job Description 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 Job Description 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。

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

8. 米国の Q I に関するインタビュー調査

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

米国の NASW のホームページでは、MSW による Clinical Indicator が提唱されているが、その活用状況、開発に至った経緯などは明らかでないため、実際に開発者として名を連ねる研究者を尋ね、活用状況、開発に至った経緯などを明らかにする。

2. 方法

方法：インタビューによる調査、調査期間：2012/2/16

対象：

Stony Brook University Charles L. Robbins, DSW, LCSW

City University of New York Hunter College Silberman School of Social Work Professor Terry Mizrahi,

3. 結果

1) NASW/NKF Clinical Indicators for Social Work は、医療の質の向上、データ収集および分析を目的に 1994 年 10 月に提唱された。

2) 当時、データ収集が大変であったことと、インセンティブがなかったことか

ら、データ収集はどの施設においても残念ながら失敗に終わっている。

3) Clinical Indicator を実際に使用している施設はおそらく存在せず、現在アメリカのソーシャルワーカーの業務の質の保持には JC を受審することで働きかけられている。

4) JC の測定項目の多くは、1994 年に作られた Clinical Indicator と多くの部分が重なっている。

5) 必要な情報が必要な人にソーシャルワーカーによって提供されているかなどは、NewYork-Presbyterian Hospital では常に電子カルテからみられるように整備されている。

4. 考察

1) 残念ながらアメリカにおいて Clinical Indicator という名の業務の質の維持については、研究が進んでおらず、実際にも使用されている形跡は確認できなかった。

2) しかしながら、JC を受審することで業務の質は厳しくモニタリングされている。JC は各病院で、多くの寄付金の授与は JC から認定を受けていることが施設と

して求められていることが常のため、非常に重要であると考えられている。(多くのソーシャルワーカーは病院による直接雇用ではなく、寄付金によって給与が支払われているケースも多々ある。)

3) JC の必要要件が満たされているかどうかを専門的にモニタリングする部署が各病院にあり、年 4 回、モニタリングの結果を提出する委員会が設けられている。

5. 課題

1) アメリカで活用されているであろう Clinical Indicator を倣って、日本にも導入しようと資料を考察してきたが、実際に現地に行ってみたところ、NASW のホームページに掲載されている Clinical Indicator は活用されている形跡がどの病院においてもなかった。

2) 実際に開発に携わった Terry Mizrahi 氏の話も伺ったが、やはり Clinical Indicators の試みは失敗に終わっているという見解であった。

3) Clinical Indicator という形では、ソーシャルワーカーの業務の質を維持することにはなっていなかったが、JC が質の保証に大きな役割を担っていた。どの施設からも JC という二文字を聞くことができた。

4) 日本においては、JCI を受審する施設も数施設見られるようにはなってきたが、ここの認証を勝ち得る意義は、日本と米国ではあまりにもちがう。米国は、JC からの認証が取り消されることは大きな病院施設としての打撃を意味することであり、JC の項目をモニタリングする専門の部署まで存在している。

5) わが国のソーシャルワーカーの業務

の質を維持するために、JCI が米国の JC ほどの役割を担えるとは考えにくく、当初の予定通り、日本においては Clinical Indicator を用いて、業務の質を測定するのが適切と考えられる。

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）

平成 24 年度「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 24 年度 総括・分担研究年度終了報告書

研究代表者 笹岡 眞弓

平成 25（2013）年 5 月

目 次

I. 総括研究報告

笹岡 眞弓 文京学院大学	1
--------------	---

II. 分担研究報告

1. 脳卒中患者に関する調査 中間報告	7
原田とも子 NTT 東日本関東病院	
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	
西田知佳子 聖路加国際病院	
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	
2. クオリティインジケータ意識調査 中間報告	9
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	
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	
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	
小山 秀夫 兵庫県立大学大学院	
福井 次矢 聖路加国際病院	
笹岡 眞弓 文京学院大学	
3. ソーシャルワーカーの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	19
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	
西田知佳子 聖路加国際病院	
小山 秀夫 兵庫県立大学大学院	
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	
内田敦子 東海大学医学部附属病院	
秋山洋平 東海大学医学部附属病院	
伊勢啓一 東海大学医学部附属病院	
友田安政 横浜市立大学附属病院	
斉藤有香 川崎市立多摩病院	
朝永麻子 東海大学医学部附属大磯病院	
海野 忍 帝京大学医学部附属溝口病院	

III. 資料

資料1 調査1 入院時患者の支援に関する調査	29
資料2 調査2 脳卒中患者に関する調査	31
資料3 調査3 クオリティインジケータ意識調査	33
資料4 公益社団法人日本医療社会福祉協会に申請した文書	35
資料5 病院長あての文書	37
資料6 医療SWあての文書	39
資料7 調査2、3の単純集計	41

I. 総括研究報告

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：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）を開発するために、全国の急性期病院 109 病院への調査を実施し、平成 24 年度は調査実施期間であり、今回は中間発表であるが、QI の必要性への医療ソーシャルワーカー（以下 SW）の判断・現状などの概要は把握することができた。さらに、候補となりうる SW の実務基準の項目を調査項目としたため、今後多変量解析を含む分析を行い、SW の実務基準（ハイリスク基準項目）を制定できる見通しも立てることができた。

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
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・聖路加国際病院・元コメディカル部長
宮内佳代子・帝京大学医学部附属溝口病院・医療相談室長
原田とも子・NTT東日本関東病院・総合相談室副室長

期間に入院した眼科、小児科、小児科を除く全ての入院患者を対象とし、調査 2 では回復期リハビリテーション病床のある病院へ転院した患者の転帰の差をアウトカムとした。

本研究により、わが国の SW の実務基準（ハイリスク基準項目）が明らかになり、また SW の QI が普及することで、各医療機関における SW の質的・量的実践が担保への貢献が期待される。また、SW 支援を必要とする人に適切な支援が提供される体制が全国的に推進されることで、わが国の保健・医療・福祉サービスの効果的な提供システムの構築に寄与できる。

A. 研究目的

本研究は、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）の業務を標準化しその質を担保するために、SW の介入を必要とする患者を漏れなく抽出するための実務基準（ハイリスク基準項目）と、SW の質指標（クオリティインジケータ QI）を開発することを目的とし、3つの調査（1）入院時患者の支援に関する調査、（2）脳卒中患者の調査、（3）クオリティインジケータ意識調査を行った。調査は、全国の急性期病院 109 病院のソーシャルワーカーへ、調査票による郵送調査を行なった。

SW が介入した患者と非介入の患者の違いを明らかにするために、調査 1 では調査

B. 方法

【調査 1：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

対象者：2013 年 2 月 18 日～2 月 22 日に入院した新入院患者を対象に、調査票を用いて調査を行った。調査は、日本医療社会福祉協会の調査研究倫理審査委員会による承認を得て、また各参加施設の倫理審査委員会への申請も得て行った。倫理審査委員会の設置がない施設へは各参加施設の院長の承認を得て行った。

収集項目：前述の神奈川県大学病院 SW 連絡会が行った調査から導き出されたソーシャルワーカーのハイリスク項目と昨年作成したクオリティインジケータの項目を再

検討し、調査項目を決定した。

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の開発に関する調査項目については、平成 24 年に神奈川県大学病院ソーシャルワーカー連絡会が調査してあきらかになった 302 のハイリスク項目の明確性・客観性を精査し、病名・身体的情報：41 項目（心筋梗塞、心不全・うっ血性心不全、末梢血管疾患、脳血管疾患、認知症・認知機能の障害、慢性閉塞性肺疾患、結合組織病（SLE、強皮症等）、消化器潰瘍、糖尿病、片麻痺、腎臓病、白血病、悪性リンパ腫、固形腫瘍、肝疾患、AIDS/HIV、頭部外傷、脊髄損傷、熱傷、骨折、その他の外傷、蘇生後脳症、精神疾患、アルコール関連疾患・アルコール問題の記録、抑うつ）の記載あり、薬物依存症、適応障害・境界性人格障害の記載、低栄養、褥瘡、脱水、肺炎・誤嚥性肺炎、上記以外の病名、緊急入院、30 日以内に予定された手術・治療以外の再入院、今回と同じ病名で以前に入院した、手術が必要、がん性疼痛、終末期、自傷・自殺企図および歴あり、合併症を有する妊婦、未受診出産および歴あり）

社会的情報 19 項目（生活保護、無保険＜外国人除く＞、ビザなしもしくは無保険の外国人、身元不明、身寄りなし、家族不明、キーパーソン不在、住所不定・未記入、言語的支援が必要な外国人、独居・日中独居、高齢者のみの世帯、虐待の記録がある、定期受診が守れていなかった、食事ができていなかった、服薬管理ができていなかった、水分制限が守れていなかった、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、あてはまるものはない）の調査項目を策定し、班会議で議論を経て決定した。（資料 1）

【調査 2：脳卒中患者に関する調査】

研究デザイン：後向きコホート研究
対象者：2012 年 4 月 1 日～4 月 15 日までに入院した脳卒中の患者について調査票による調査を行った。
収集項目：在院日数、転帰先と SW の介入

の有無、回復期リハビリへの転院後の転帰。
（資料 2）

【調査 3：クオリティインジケータ意識調査】

研究デザイン：横断研究
対象者；管理的な役割のあるソーシャルワーカー
収集項目：救急指定、DPC 病院の取得の有無、病床数、SW の人数と経験年数、相談を担当する他職種の有無、2011 年度の新入院患者数総数、SW が介入した新規の入院患者数
QI の項目：昨年度にグループインタビューによる作成を行った QI 案を神奈川県大学病院 SW 連絡会のワーキンググループのメンバーへのヒアリングと班会議における項目の再検討を行い、14 項目（表 1）を決定し、調査を行うこととした。調査方法は、全米ソーシャルワーカー協会が 1990 年に行ったクリニカルインディケータの調査方法（Betsy S. Ourlekis, 1990）を参考とし、各項目について、①必要性、②データ取得状況、③今後のデータの取得予定について調査を行った。

（資料 3）

B.（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、データの保管は外部記憶装置に記録して厳重に保管した。さらに病院長への調査協力依頼書に、調査への協力は任意であり、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記載した。倫理審査委員会には 2012 年 10 月 23 日付で公益社団法人日本医療社会福祉協会に申請した文書及び、病院長・医療 SW あての文書を資料とする。

（資料 4, 5, 6）

C. 研究結果

調査結果の概要は以下の通りである。調査 1 に関しては、調査開始日が遅れた医療

機関に関しては、回収期限を5月末日に設定したため、現在回収中である。また、調査2、3に関しても、5月末日までに送られてくる予定の医療機関もあるので、本報告は中間集計による中間報告である。

回収率：109病院送付、57病院より回収（回収率52.2%）2013年5月13日現在

調査対象病院リスト（個別名称は未記載）を表2にまとめた。リストは104病院になっているが、欠番が5つあり、埼玉の病院がグループとしてまとめて送付してきたことにより、病院の総数としては104+5=109病院である。

調査2、3の単純集計は資料7にまとめた。

D. 考察

調査2の考察、調査3の考察は後述した。

E. 結論

最終的な回収率は70%を超えることが予想され、調査Iの患者データ数は約7,000になることが予測される。質の高いSWサービスが必要とされる患者・家族に漏れなく

届けるためには、SWの適正な配置が必要であり、その分析結果は平成25年度に報告する。

F. 研究発表

1. 論文発表：笹岡 眞弓「地域トータルケアシステムにおける医療ソーシャルワーカーの役割」『ケア・マネジメントに関する総合研究』ソーシャルケアサービス従事者研究協議会、2013年、3月、p39-50,

2. 学会発表

第23回日本医療社会福祉学会（2013年9月8日）において発表予定

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告

平成 24 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. 脳卒中患者に関する調査 中間報告

分担研究者 原田とも子 NTT 東日本関東病院 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
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 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 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

1. 研究目的

これまでの研究において、急性期病院のソーシャルワーカーのクオリティインジケータを作成するにあたり、ソーシャルワーカーの介入のアウトカムを示す必要があると判断された。急性期病院のソーシャルワーカーは、急性期医療から慢性期医療や継続的なケアを必要とする患者の地域移行への支援や経済的な問題や家族の問題等のある患者の支援を行なっているが、国内において、その介入の効果のエビデンスは少ないのが現状である。そこで、本研究ではソーシャルワーカーが介入することの多い脳卒中患者の介入を調べ、その効果を明らかにすることを目的とした調査を行った。

2. 研究方法

- ・研究デザイン：後向きコホート研究
- ・対象者：2012年4月1日～4月15日までに入院した脳卒中の患者について調査票による調査を行う。
- ・収集項目：在院日数、転帰先とソーシャルワーカーの介入の有無、回復期リハビリへの転院後の転帰
- ・調査方法：全国の急性期病院 99 病院へ調査票による郵送調査を行なった。

3. 結果と考察

- ・現在集計途中であり、中間報告を行う。
- ・回答は 57 病院からあり、回収率は、52.2%であった。
- ・脳卒中患者の総数は 566 名であった。(有

効回答)

- ・性別は男性が 58.7%、女性 41.3%で男性の方がやや多く、年齢は 65 歳以上が 75.2%であり、高齢者が多い。疾患別では、脳梗塞が 68.1%と多かった。(表 3)
- ・ソーシャルワーカーの介入は、入院患者の約半数に介入していた。転帰別では、患者の約半数が退院しており、ソーシャルワーカーの介入は 30.5%であった。回復期リハビリへの移行は 108 名であり、ソーシャルワーカーの介入は 86.1%、療養型への移行は 23 名であったがソーシャルワーカーの介入は 87%であり、リハビリや療養を必要とする患者の約 9 割に介入していた。(表 4)
- ・回復期リハビリテーション病床のある病院への転院は 108 名であり、ソーシャルワーカーが介入した患者の 63 名が退院、17 名が施設への入所、転院は 9 名と退院が多く、ソーシャルワーカーは急性期から在宅療養へ退院するための回復期リハビリへつないでいることが明らかになった。しかし、回復期へ転院した患者の SW 介入と 非介入の比較は、 $p=0.689$ で有意差はなかった。これは、今回の調査では、回復期への転院の約 9 割が SW 介入であり、非介入が少ない病院の結果であり、SW 人数の少ない病院との比較や、回復期リハビリ以外に転院した患者の転帰も調べるなどさらなる調査が必要と思われた。

性別・年齢・回復期+退院とSW介入（表3）

		合計		SW介入なし		SW介入あり		p-value
gender	male	267	58.7%	138	60.0%	129	57.3%	.564
	female	188	41.3%	92	40.0%	96	42.7%	
age_65	65歳未満	133	29.1%	77	33.3%	56	24.8%	.044
	65歳以上	324	70.9%	154	66.7%	170	75.2%	
回復プラス自宅退院	0	128	27.9%	62	26.7%	66	29.1%	.574
	1	331	72.1%	170	73.3%	161	70.9%	

疾患種類

	N	%
脳梗塞	307	68.1
脳出血	103	22.8
くも膜下出血	41	9.1
合計	451	100.0

退院時転帰先

	N	%
退院	219	47.8
回復期	106	23.1
療養型	24	5.2
一般	29	6.3
亜急性期	1	.2
施設	17	3.7
死亡	62	13.5
合計	458	100.0

退院時転帰・疾患とSW介入（表4）

		SW介入なし		SW介入あり		合計
退院時転帰先	退院	155	66.8%	68	30.5%	223
	回復期	15	6.5%	93	86.1%	108
	療養型	3	1.3%	20	87.0%	23
	一般	6	2.6%	22	78.6%	28
	精神	1	0.4%	1	50.0%	2
	施設	7	3.0%	5	41.7%	12
	死亡	45	19.4%	17	27.4%	62
	合計	232	50.7%	226	49.3%	458
		SW介入なし		SW介入あり		合計
疾患種類	脳梗塞	5	7.4%	63	92.6%	68
	脳出血	1	5.6%	17	94.4%	18
	くも膜下出血	0	0.0%	9	100.0%	9
合計	6	6.3%	89	93.7%	95	

回復期108名のうち95名が最終的な転帰について回答

		SW介入なし		SW介入あり		合計
退院時転帰先	退院した	5	7.4%	63	92.6%	223
	施設に入所した	1	5.6%	17	94.4%	108
	他病院に転院した	0	0.0%	9	100.0%	23
合計	6	6.3%	89	93.7%	458	

平成 24 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. クオリティインジケータ意識調査 中間報告

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	原田とも子	NTT 東日本関東病院	総合相談室副室長
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	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	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	一般内科医長
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
研究代表者	笹岡 眞弓	文京学院大学 人間学部	教授

1. 研究目的

少子高齢化の進展に伴い、医療ソーシャルワーカー（以下 SW）による標準的な支援を提供する体制を全国レベルで展開することが求められており、SW の業務内容についての質の指標（クオリティインジケータ、以下 QI）の策定、および現状把握と標準的な業務体制の構築は急務の課題である。だが、これまでわが国では SW の実践を分析して QI を策定した研究はない。本研究の目的は、米国の QI 項目が日本で応用可能かを検討して日本版の妥当性のある QI を開発することである。本調査の目的は、当班が昨年度の米国訪問、および先行研究の検討、全国の 8 施設（フォーカスグループに参加した MSW の病院数）に対するフォーカスグループインタビューの結果を総合的考慮して考案した 14 の QI 項目（表 1）に関して、全国のソーシャルワーカーがこの 14 項目が、1) 必要だと考えているか、2) 現在のデータの取得状況、3) 取得予定について明らかにすることである。

2. 研究方法

・研究デザイン：横断研究

- ・対象者；管理的な役割のあるソーシャルワーカー
- ・対象者の所属する病院におけるソーシャルワーカーの介入の調査とクオリティインジケータの意識調査を行った。
- ・収集項目：救急指定、DPC 病院の取得の有無、病床数、ソーシャルワーカーの人数と経験年数、相談を担当する他職種の有無、2011 年度の新入院患者数総数、ソーシャルワーカーが介入した新規の入院患者数
- ・クオリティインジケータの調査項目：平成 23 年度にグループインタビューにて作成したクオリティインジケータ案を神奈川県大学病院ワーキンググループのメンバーへのヒアリングと班会議における項目の再検討を行い、14 項目（表 1）を決定し、調査項目とした。
- ・調査方法は、全米ソーシャルワーカー協会が 1990 年に行ったクリニカルインディケータの調査（Betsy S. Ourlekis, 1990）の方法を参考とし、各項目の、①必要性、②データ取得状況、③今後のデータの取得予定について調査を行った。

表1 クオリティインジケータ項目

1	退院患者総数に対して、SWが関わった退院患者の割合 (数値：SW 支援患者数/退院患者総数)
2	SW が退院支援を行った患者は、患者・家族の意向を記録に書いている (数値：患者・家族の意向を記録した数/SW が退院支援を行った患者数)
3	SWが退院支援を行った患者が、SWに連絡なく知らないうちに退院した患者の割合 (数値：SW に連絡なく退院した患者/SW が退院支援を行った患者)
4	退院後にケアの継続が必要な患者に対して、複数の療養方法を提示している (数値：複数の療養方法を提示した患者数/退院支援患者)
5	認知症・認知障害のある高齢の患者は、状態安定後に在宅ケアの必要の評価を行っている (数値：在宅ケアの必要の評価を実施/認知症・認知障害の高齢患者)
6	在宅ケアサービスが必要な患者がケアマネジャーの選択を行った (数値：ケアマネジャーの選択を行った/在宅ケアサービスが必要な患者)
7	リハビリの継続が必要な患者にリハビリ可能な転院先を情報提供を行った (数値：リハビリ可能な転院先の情報提供を実施/リハビリ継続が必要な患者)
8	脳卒中の回復期リハビリ転院が必要な患者に7日以内に面接する (数値：7日以内に面接/脳卒中の回復期リハビリ転院支援患者)
9	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)
10	30日以内の予定外の再入院の患者のデータを把握している (数値：SW が支援を行った患者/30日以内の予定外に再入院した患者)
11	緊急に対応するケースを決めている (数値 緊急ケースとして対応した/緊急ケース対象患者)
12	無保険で支援が必要な患者のデータをとっている (数値：無保険で支援が必要な患者/無保険の患者)
13	キーパーソンが不在の患者に関与した件数を把握している (数値：SW が支援を行った患者数/キーパーソンが不在の患者数)
14	虐待もしくは虐待が疑われる患者に関与した件数を把握している (数値：SW が支援を行った患者数/虐待・虐待疑いの患者)

表 2

No	都道府県	都道府 県コード	Qn1 受領	Qn2 受領	Qn3 受領	Qn1受領 枚数	Qn2受領 枚数	Qn3受領 枚数
1	北海道	1	×	×	×	0	0	0
2	北海道	1	×	○	○	0	10	1
3	北海道	1	×	×	×	0	0	0
4	北海道	1	×	×	×	0	0	0
5	北海道	1	○	×	○	127	0	1
6	北海道	1	×	×	×	0	0	0
7	北海道	1	×	○	○	0	23	1
8	北海道	1	×	×	○	0	0	1
9	北海道	1	○	×	○	127	0	1
10	北海道	1	○	○	○	12	16	1
11	岩手	3	×	×	×	0	0	0
12	岩手	3	×	×	×	0	0	0
13	岩手	3	×	×	×	0	0	0
14	宮城	4	○	○	○	208	17	1
15	秋田	5	×	×	×	0	0	0
16	秋田	5	○	○	○	101	16	1
17	秋田	5	○	○	○	101	17	1
18	秋田	5	○	○	○	86	14	1
19	山形	6	×	×	×	0	0	0
20	福島	7	×	○	○	0	9*	1
21	福島	7	×	×	×	0	0	0
22	福島	7	○	○	○	105	1	1
23	茨城	8	×	×	×	0	0	0
24	茨城	8	×	×	×	0	0	0
25	茨城	8	×	×	×	0	0	0
26	茨城	8	×	×	×	0	0	0
27	群馬	10	○	○	○	173	18	1
28	群馬	10	○	○	○	86	20	1
29	群馬	10	×	○	○	0	1	1
30	群馬	10	×	×	○	0	0	1
31	埼玉	11	×	○	○	0	2	1
32	埼玉	11	×	○	○	0	24*	11*
33	埼玉	11	×	×	×	0	0	0
34	埼玉	11	○	×	○	113	0	1
35	千葉	12	×	×	×	0	0	0
36	千葉	12	○	○	○	294	50	1
37	千葉	12	×	○	×	0	11	0
38	千葉	12	×	○	○	0	11	1
39	東京	13	×	○	○	0	13	1
40	東京	13	×	×	×	0	0	0
41	東京	13	×	×	×	0	0	0
42	東京	13	×	○	○	0	7	1
43	東京	13	×	×	×	0	0	0
44	東京	13	×	×	×	0	0	0
45	東京	13	×	×	×	0	0	0
46	神奈川	14	○	○	○	70	6	1
47	神奈川	14	×	×	×	0	0	0
48	神奈川	14	×	×	×	0	0	0
49	神奈川	14	×	○	○	0	16	1
50	神奈川	14	○	○	○	122	7	1
51	神奈川	14	×	×	×	0	0	0
52	神奈川	14	○	×	○	32	0	1
53	新潟	15	×	○	○	0	1	1
54	富山	16	○	○	○	138	15	1
55	富山	16	×	○	○	0	8	1

No	都道府県	都道府県コード	Qn1受領	Qn2受領	Qn3受領	Qn1受領枚数	Qn2受領枚数	Qn3受領枚数
56	富山	16	○	○	○	101	12	1
57	富山	16	×	×	×	0	0	0
58	福井	18	×	×	×	0	0	0
59	長野	20	×	×	×	0	0	0
60	長野	20	×	×	○	0	0	1
61	愛知	23	○	○	○	148	17	1
62	愛知	23	×	×	×	0	0	0
63	愛知	23	×	○	○	0	2	1
64	滋賀	25	×	×	×	0	0	0
65	滋賀	25	○	○	○	111	14	1
66	京都	26	×	×	×	0	0	0
67	大阪	27	×	×	×	0	0	0
68	大阪	27	×	×	×	0	0	0
69	大阪	27	×	×	×	0	0	0
70	大阪	27	×	×	×	0	0	0
71	兵庫	28	×	○	○	0	15	2*
72	兵庫	28	○	○	○	29	3	1
73	岡山	33	○	○	○	261	6	1
74	岡山	33	×	×	×	0	0	0
75	広島	34	○	○	○	256	25	1
76	鳥取	31	×	×	×	0	0	0
77	島根	32	×	×	×	0	0	0
78	山口	35	×	×	×	0	0	0
79	香川	37	○	○	○	152	15	1
80	香川	37	○	×	○	147	0	1
81	高知	39	×	×	×	0	0	0
82	高知	39	×	○	○	0	2*	1
83	高知	39	×	○	○	0	15	1
84	愛媛	38	×	○	○	0	4	1
85	愛媛	38	×	×	×	0	0	0
86	熊本	43	○	○	○	208	20	1
87	大分	44	×	×	×	0	0	0
88	大分	44	○	○	○	42	6	1
89	宮崎	45	○	○	○	66	8	1
90	宮崎	45	○	○	○	46	5	1
91	沖縄	47	○	○	○	154	11	1
92	沖縄	47	×	×	×	0	0	0
93	東京	13	○	○	○	60	5	1
94	神奈川	14	○	○	○	51	29	1
95	神奈川	14	×	○	○	0	9	1
96	神奈川	14	○	○	○	343	17	1
97	神奈川	14	○	○	○	126	12	1
98	神奈川	14	×	×	×	0	0	0
99	長崎	42	○	○	○	36	17	1
100	長崎	42	×	×	×	0	0	0
101	東京	13	×	○	○	0	8	1
102	東京	13	×	○	○	0	8	1
103	東京	13	×	○	○	0	9	1
104	大阪	27	○	○	○	239	10	1

35	52	59		
			4471	637
			回収中	566
				70
				57

3. 結果と考察

- ・調査協力病院組織は、表5に示したように、救急指定に関しては2次指定と3次指定の数は、ほぼ2:1であり、DPC病院であるかどうかについては、準備病院を含めると、DPC病院対DPCでない数は、ほぼ5:1である。この病院背景を見る限り、全国の急性期病院の実態を把握できる調査母体であると判断できる。
- ・質の点検の現状については、表6にあるように、ケースの進行状況のチェックが最も行われており、スーパービジョンが次いで行われていた。質の点検を実施していないのは11%であり、SWの数に多寡は質の点検に関して関与していない。スーパービジョン体制が日本でも浸透してきたことが推測される。
- ・QIの必要性・取得状況・取得予定は表7にまとめた。

QIの必要性が高かったのは「虐待・虐待疑いの患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合」「退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者数の割合」「無保険の患者数のうち、支援が必要な患者数の割合」の項目だった。
- ・現在取得しているQIデータの上位3位は「退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者数の割合」「虐待・虐待疑いの患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合」「脳卒中の回復期リハビリ転院支援患者数のうち、7日以内に面接した数の割合」だった。
- ・取得予定のQIでは、「退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者数の割合」「虐待・虐待疑いの患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合」「脳卒中の回復期リハビリ転院支援患者数のうち、7日以内に面接した数の割合」が上位3位だった。
- ・近い将来取得予定であると回答された割合が高いQIは「退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者数の割合」「虐待・虐待疑いの患者数のうち、SWが支

援を行った患者数の割合」「無保険の患者数のうち、支援が必要な患者数の割合」だった。・QIの中で、必要性も高いとの認識率が高いうえに、取得状況、取得予定の割合も高いものは「虐待・虐待疑いの患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合」「退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者数の割合」であった。

- ・QIの中で必要性も高いとの認識率が高く、取得予定の割合も多いが、取得状況はあまり高くないものは「無保険の患者数のうち、支援が必要な患者数の割合」だった。
- ・必要性との認識率が比較的高いが、取得状況は高くないものは、「30日以内の予定外に再入院した患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合」だった。
- ・取得状況、取得予定の割合が比較的高いが、必要性との認識があまり高くないものは、
「脳卒中の回復期リハビリ転院支援患者数のうち、7日以内に面接した数の割合」だった。

「虐待」ケースや「無保険」ケースなどSWが関わるべきケースについては、すでに関わっており、関わるべきと考えており、さらに今後QIとして取得する必要があるともSWは考えている。

そして、全入院患者に対して、介入ケースの割合がどの程度なのかについては、基準となるデータが必要だとSWは判断しており、米国でインジケータとして確立している「脳卒中の回復期リハビリ転院支援患者数のうち、7日以内に面接した数の割合」については、一律的にケースを捉えるシステムに抵抗を感じているSWがある程度存在することを示唆している。

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)