

急性期病院のソーシャルワーカーのための クオリティ・インジケータの開発

—ソーシャルワーカーへの調査と患者調査によるクオリティ・インジケータの評価—

ハラダ コ 原田 とも子*1 オオデ サチコ 大出 幸子*2 ササオカ マユミ 笹岡 真弓*6 ニシダ チカコ 西田 知佳子*7
ミヤウチ カヨコ 宮内 佳代子*8 タカハシ オサム 高橋 理*3 コヤマ ヒデオ 小山 秀夫*9 フクイ ツグヤ 福井 次矢*4*5

目的 急性期病院のソーシャルワーカー（SW）が質の高い支援を患者に提供するためのQuality Indicator（QI）の研究は進んでいない。そこで、2011年からQI開発の研究を進め、14項目のQIを作成した。本研究では、作成したQIが現場のSWに実用性があるかを明らかにし、評価を行い、QIを完成させることを目的とした。

方法 管理的役割にあるSWへのQIの質問紙調査と入院患者を対象としたQIに関連する調査を全国の急性期の100病院へ郵送調査で実施し、QIの評価を行った。

結果 SWへの調査は81病院から回答を得られた。患者調査は56病院から回答を得られ、患者総数は7,075人であった。14項目のQIは回答したSWの46～96％に必要と評価された。90％以上のSWに必要性が評価されたQIは、「退院患者へのSWが関わった割合」と「虐待」のQIであった。「退院患者へのSWが関わった割合」は、患者調査によっても、SW介入がどの程度であるかを把握でき、病院によって差があることも明らかとなった。「緊急ケース」「予定外の再入院」「キーパーソンが不在」「無保険」のQIは、SWの77～80％に必要と評価され、症例数は少なかったが、SWが重要視していることが確認された。また、SWの介入の多い疾患と思われた「脳卒中」「認知症」「リハビリ継続患者」のQIは、患者調査においても多く介入していることがわかり、それらのQIは必要であると思われた。「患者・家族の意向を記録した数の割合」や「複数の療養方法を提示した患者数の割合」の結果からも、支援に必要なプロセスの評価が可能であることが確認された。今後データを取りたいとSWの50％以上が回答したQIが6項目あった一方で、50％以上の病院でデータを取ることは困難と回答されたQIが7項目あり、必要性は認識するが、データ取得が困難であるという課題も明らかとなった。

結論 調査結果から、研究班でQI項目の再評価を行い、一部修正し、13項目のQIを確定した。本研究は、QI研究の第一歩であり、妥当性の検証は今後の課題である。QIは質的評価を行い、部門の目標・課題を見いだすツールとして有効である。このQIデータを用いた質向上の取り組みは、全国のSWのQIデータの集約により、必要とされるガイドラインや研修課題も見いだせる可能性もあり、QIの探求を継続していく意義も示唆された。

キーワード ソーシャルワーカー、Quality Indicator（QI）、患者支援、支援プロセス、質評価、質向上

*1 NTT東日本関東病院総合相談室副室長 *2 聖路加国際大学公衆衛生大学院准教授 *3 同教授
*4 同学長 *5 聖路加国際病院長 *6 文京学院大学人間学部教授 *7 NPO法人環の会ソーシャルワーカー
*8 帝京大学医学部附属溝口病院医療相談室長 *9 兵庫県立大学名誉教授

I はじめに

急性期病院に所属するソーシャルワーカー（以下、SW）は、治療を終了した患者が円滑に地域での回復期リハビリテーションや療養に移行できるように支援する役割を担っている。わが国においては高齢化の影響もあり、病院で働くSWのニーズは急速に上昇しており、厚生労働省による医療施設調査では、全国の医療施設におけるSWの有資格者数（社会福祉士）は、平成22年度には5,971名だったが¹⁾、平成27年には10,077名と、5年間でおよそ1.5倍となっている²⁾。地域包括ケアシステムのニーズが今後より一層高まる時代において、SWによる質の高い支援を患者に確実に届ける体制は、ますます必要になると考えられる。

質の保たれた医療を提供するために、医療の質の評価指標（Quality Indicator；以下、QI）を作成し、質向上を目指していく取り組みが、米国では1990年代半ばから（The Joint Commission³⁾）、英国でも2000年頃から（Care Quality Commission⁴⁾）国家的プロジェクトとして取り組みられ、多くの病院でQIを測定し、公開していることが報告されている⁵⁾。わが国においても、日本病院会⁶⁾⁷⁾や日本看護質改善機構⁸⁾⁹⁾が全国の病院からQIデータを収集してQIを推進する事業や各病院でのQIの公開が行われる等、どれだけ質ある医療を提供しているかについて、データの公開の進歩がめざましい。

一方、SWのQIは、米国では、全米ソーシャルワーカー協会（NASW）が1990年に、心理社会的サービスのClinical Indicators（臨床指標；QIとほぼ同義である。以下、CI）を公表している¹⁰⁾。CIには、ケースの発見、プロセス、介入の時期、アウトカムなどの8つの指標が示されており、各指標の目標値（分母、分子）が具体的に定義されており、支援内容の適切さが簡便に測定できるように工夫されている。NASWの最新版の「ソーシャルワーク実践の基準」¹¹⁾にも、「実践の評価と質向上」の基準の中で、実践の質評価を行う方法の一つとして、

CIを用いることが明記されている。

しかし、わが国では、「医療ソーシャルワーカー業務指針」¹²⁾が2002年に策定されたが、業務をどのように行うかのパフォーマンス基準が示されておらず、適切に実施されたかどうかを評価するシステムを作る必要性が指摘されている¹³⁾。2007年には、日本医療社会福祉協会が、倫理綱領に行動基準¹⁴⁾を公表したが、分母分子が明確に定義されたQIやベンチマークとなる目標値は示されていない。2010年に全国の病院に勤務するSWが共通で使用できるデータベースの開発において、NASWのCIの一部を取り入れた試み¹⁵⁾がみられるが、それ以降、急性期病院のSWにどのようなQIが必要か、どのようなプロセスがよいのか、望ましい目標値は何かについての研究はいまだ進められていない。

そこで、このような状況に対して、QIの研究者、疫学、医療経営、社会福祉の研究者と管理的役割にあるSWの8名で研究班を編成し、急性期病院のSWが臨床現場で共通に使用できるQIを開発することを目的として研究を開始した。まず、管理的な役割にあるSW8名でフォーカスグループを構成し、NASWのCI¹⁰⁾の使用を検討し、「介入の時期」と「問題解決」の指標は、「医療ソーシャルワーカーの業務指針」¹²⁾に示された項目を枠組みとして、新人SWであっても、最低限行うプロセスをディスカッションしてQI案を作成した。その結果、NASWの3項目が使用可能とされ、新たに10項目のQIが生成された。また、実際にNASWのCIの開発に携わった研究者を含む米国の大学の研究者8名と急性期病院のSWのマネージャー10名にインタビュー調査を行った。その結果、米国では、現在NASWのCIは使用されていないが、Joint Commissionの医療機能評価³⁾を受けていることが一般的であり、その評価項目にQIが含まれているという情報を得られ、QIの開発を行っていく意義があることを確認した。その後研究班においてQIを再検討し、最終的に14項目のQIを実施率が算出できるよう分母分子も定義した。

本研究では、作成したQIが、現場のSWに実

用性があるかを明らかにし、QIを確定し、完成させることを目的とした。

Ⅱ 方 法

作成したQIの評価を行うために、下記の2つの調査を行った。調査対象の病院は、日本医療社会福祉協会の会員が所属する急性期病院で全国医療ソーシャルワーカー協会会長の推薦を得られた病院とした。この理由の1つとして、本調査が開始から最大2カ月にわたって、患者の情報を記す必要のある調査であり、この調査の意義を理解し、また理解した上でも看護を始めとする他職種にも協力を得られる病院が全国でも少ないことが予測されたことである。2つ目には、全国医療ソーシャルワーカー協会会長の推薦があることで、調査への協力が得やすくなることである。推薦病院の中から、電話で趣旨説明を行い、同意を得られた100病院に郵送調査を行った。

(1) SW調査

管理的役割にあるSWを対象に、QIが必要と思うか、QIデータの取得状況、データを取り

たいか、データ取得の困難性について質問紙による調査を行った（以下、SW調査）。調査では、SWの体制；救急指定、DPC、病床機能、病床数、SW数、経験年数、相談員の職種と人数、スクリーニング、スーパービジョン、ケースの評価の実施の有無についても調査した。

(2) 患者調査

入院患者を対象として、QIに関連する調査（以下、患者調査）を行った。対象は、入院日が2013年2月18日から22日に新規に入院した患者（眼科・小児科・産科を除く）を対象とし、対象となる患者の診療録、ソーシャルワーク記録から、入院日、退院日、入院後48時間以内の疾患と状態41項目、社会的情報19項目、リハビリ実施の有無、退院時の疾患と状態41項目、転帰先、相談室介入の職種、SWの援助内容、QIに関連する情報を、調査票を用いてSWに依頼し、2カ月後に回収した。QIは、疾患別や対象別に作成したQIについてSWの介入の割合、退院患者へのSWが関わった割合（以下、介入の割合）は、入院患者が含まれていることから、入院患者への介入の割合を調べた。脳血管疾患、認知症、リハビリ患者、介護保険利用患者につ

いては、その疾患やサービス利用の有無とSWの介入の有無について χ^2 検定を実施し、その関係性について分析を行った。統計解析にはSPSS Statistics 23 for Windows (IBM, Armonk, NY, USA) を用い、有意水準は5%とした。

本研究は、日本医療社会福祉協会の倫理審査（2012年12月9日、承認番号：第12-15号）と調査を行う各病院での倫理審査を経て行い、調査結果は、個人が特定されないよう数値化して集計する等の倫理的配慮を行った。

表1 ソーシャルワーカー調査：病院の体制とソーシャルワーク体制 (N=81)

	病院数(%)		病院数(%)	
救急指定：3次指定	23(28.3)	SW人数：1人	4(0.1)	
	55(67.9)		2	
	1(0.1)		3	
	2(0.2)		4	
			5	
DPC病院：DPC	65(80.2)	6	11(13.5)	
	4(4.9)	7	6(7.4)	
	12(14.8)	8	2(0.2)	
		9	4(4.9)	
一般病床以外の病床：精神	22(27.1)	11	1(13.5)	
		12	1(0.1)	
		10(12.3)	14	1(0.1)
		7(8.6)	17	1(0.1)
		4(4.9)		
病床数：30～99床	8(9.8)	SW 1人あたりの病床数：20～50床	22(27.1)	
	13(16.0)		51～100	33(40.7)
	8(9.8)		101～150	15(18.5)
	13(16.0)		151～200	4(4.9)
	13(16.0)		201～250	4(4.9)
	8(9.8)	250～500	3(3.7)	
	8(9.8)			
	8(9.8)	SW経験年数別配置数：9年以下	9(11.1)	
	3(3.7)		10～14年	20(24.6)
	2(0.2)		15～19年	17(20.9)
2(0.2)	20年以上		35(43.2)	
1(0.1)				
1,400～1,499	2(0.2)			

Ⅲ 結 果

(1) SW調査の結果

SW調査は、81病院（81%）から回答を得られた。回答のあった病院は、病床数最小値30床、中央値376床、最大値1,480床、2次救急指定67.9%、回復期病床など多様な病床機能を持つ病院が含まれていた。相談担当の職種478人のうちSWは333人（66.4%）と多く、SW数は、最小値1人、中央値4人、最大値17人であった。SW1人あたりの病床数は100床以下である病院が67.8%とSWの配置が比較的多い病院であり（表1）、スクリーニングは76.5%の病院で実施されていた。経験年数10年以上のSWがいる病院は88.8%であったが、ケースの進行状況の確認74.0%、スーパービジョンの実施59.2%、ケースの初期評価35.8%、記録の点検30.8%とケースの質の点検やサポートの違いがみられた。

以下、QIに関するSWの意識調査の結果を示していく（表2）。疾患や対象別のQIについては、疾患や対象のみ表記する。QIの必要性は、「退院患者へのSW介入の割合」は、SWの96.2%が必要と回答、続いて「虐待」91.3%、「緊急ケース」80.2%、「予定外の再入院」と「キーパーソン不在」77.7%、「無保険」76.5%のQIが、必要性が高く評価された。「脳卒中」

65.4%、「リハビリ継続患者」62.9%、「患者・家族の意向を記録した」61.7%、「認知症」60.4%も半数以上の必要性であり、それ以外のQIも45.6～55.5%のSWが必要と評価した。QIデータの取得状況は、「退院患者へのSW介入の割合」は46.9%の病院でデータを取っていたが、それ以外のQIは、「患者・家族の意向を記録した」27.1%、「虐待」22.2%、「リハビリ継続患者」20.9%、「脳卒中」19.7%、「無保険」16.0%と低く、それ以外はほとんどデータを取得していないことがわかった。QIデータを取りたいか（取得予定）については、「退院患者へのSW介入の割合」はSWの85.7%が取りたいと高く、「虐待」61.6%、「緊急ケース」54.0%、「30日以内の予定外の再入院」が53.9%、「脳卒中」53.2%、「キーパーソンが不在」50.6%、「無保険」47.7%であったが、それ以外は30～43%であった。データ取得の困難性は、「退院患者へのSW関わった割合」は11.9%、「虐待」33.3%と低かったが、「認知症」65.7%、「SWに連絡なく退院」と「在宅ケアサービスが必要な患者」56.9%、「リハビリ継続患者」56.4%、「患者・家族の意向を記録した」56.1%とデータ取得が困難と回答された。すべてのQIが約半数以上のSWに必要と評価されたが、今後データを取りたいと50.6～85.7%が回答した6項目がある一方で、51.3～65.7%の

表2 ソーシャルワーカー調査：Quality Indicator

(単位 病院数、()内%)

Quality Indicator (QI)	QIの 必要性	データ 取得状況	データ 取りたい*	データ 取得の 困難性**
No.				
1 退院患者総数のうち、SWが関わった退院患者数の割合 ¹⁾	78 (96.2)	38 (46.9)	36 (85.7)	5 (11.9)
14 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	74 (91.3)	18 (22.2)	37 (61.6)	20 (33.3)
6 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	65 (80.2)	6 (7.4)	40 (54.0)	32 (43.2)
4 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 ¹⁾	63 (77.7)	3 (3.7)	41 (53.9)	33 (43.4)
13 キーパーソンが不在の患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合	63 (77.7)	5 (6.1)	38 (50.6)	34 (45.3)
12 無保険の患者数のうち、支援が必要な患者数の割合	62 (76.5)	13 (16.0)	32 (47.7)	33 (49.2)
5 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	53 (65.4)	16 (19.7)	33 (53.2)	23 (37.0)
9 リハビリの継続が必要な患者数のうち、リハビリ可能な転院先の情報提供を実施した数の割合	51 (62.9)	17 (20.9)	23 (37.0)	35 (56.4)
2 SWが退院支援を行った患者数のうち、患者・家族の意向を記録した数の割合 ¹⁾	50 (61.7)	22 (27.1)	22 (38.5)	32 (56.1)
10 認知症・認知障害のある高齢患者数のうち、在宅ケアの必要性評価を実施した数の割合	49 (60.4)	4 (4.9)	23 (30.2)	50 (65.7)
11 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	45 (55.5)	5 (6.1)	29 (39.1)	39 (52.7)
7 退院支援患者のうち、複数の療養方法を提示した患者数の割合	43 (53.0)	5 (6.1)	32 (43.2)	38 (51.3)
3 SWが退院支援を行った患者数のうち、SWに連絡なく退院した患者数の割合 ¹⁾	38 (46.9)	6 (7.4)	27 (37.5)	41 (56.9)
8 在宅ケアサービスが必要な患者数のうち、ケアマネジャーの選定を行った数の割合	37 (45.6)	6 (7.4)	27 (37.5)	41 (56.9)

注 1) 全米ソーシャルワーカー協会のCI、一部応用したもの
 2) *、**データ取りたい、データ取得困難に関する割合については、回答を得られた病院数を母数とし、算出した。
 3) 必要性の順に表示している

表3 患者調査によるQuality Indicatorの結果

Quality Indicator (QI)	患者調査結果 (人)	QI結果 (%)
No. 1 退院患者総数に対してSWが関わった退院患者の割合 ・調査では入院患者へのSW介入の割合を調べた	入院患者数：最小値12, 中央値111, 最大値447 SW介入数：最小値2, 中央値13, 最大値71 意向を記録した実施691/退院患者数862	最小値4, 中央値13.8, 最大値63.2
2 SWが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		79.8
3 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数20	分析できなかった
4 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	30日以内の予定外の再入院数81/退院支援患者数688	11.7
5 脳卒中の回復期リハビリ転院支援患者のうち、7日以内に面接した割合 ・脳血管疾患患者へのSW介入 ・回復期リハビリ転院患者へのSW介入	7日以内の介入数27/回復期リハビリ介入数51 SW介入数183/脳血管疾患患者数432 SW介入数51/回復期リハビリ転院数61	52.9
7 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	複数提示数359/退院支援患者数688	52.1
8 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 ・調査では介護保険患者へのSW介入の割合を調べた	SW介入数279/介護保険を利用している患者707	39.5
9 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 ・調査ではリハビリ患者へのSW介入を調べた	SW介入数507/リハビリ実施患者数1247 SW介入数96/回復期・亜急性期転院114	40.6 84.2
10 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行い、記録する ・調査では、認知症患者へのSW介入を調べた	SW介入数93/認知症患者数194	47.9
12 無保険の患者のうち、支援が必要な患者の割合	無保険患者8	分析できなかった
13 キーパーソンが不在の患者数のうち、SWが支援を行った患者数の割合	キーパーソン不在29	分析できなかった
14 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	虐待・虐待疑い患者6	分析できなかった
6 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		患者調査実施していない
11 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		患者調査実施していない

SWがデータを取ることは困難と回答した7項目があり、必要性は認識するが、データ取得が困難である現状もわかった。

(2) 患者調査の結果

患者調査は56病院 (56%) から回答を得られた。56病院に入院した患者総数は7,075人であり (各項目の無回答を欠損値として除いた)、以下QI (分子/分母) を算出した結果を表3に示していく。「入院患者へのSW介入の割合 (SW介入数/入院患者数) は、最小値4%, 中央値13.8%, 最大値63.2%と大きな差があった。「患者・家族の意向を記録した」は、退院支援患者を母数とするが、退院支援患者数が688人に対して、意向記録実施数691人と上回った。これは、入院中の患者に、意向記録を実施した患者が含まれていると考えられる。そこで、退院患者862人を分母として算出した結果は79.8%であった。「複数の療養方法を提示し

表4 QI項目とソーシャルワーカー介入の関連

	SW介入あり	SW介入なし	χ ² 検定 有意性
	人 (%)	人 (%)	
脳血管疾患			
あり	183 (43.2)	241 (56.8)	***
なし	685 (11.1)	5 485 (88.8)	
認知症・認知機能の障害あり			
あり	93 (48.4)	99 (51.5)	***
なし	775 (12.1)	5 627 (87.8)	
介護保険サービス利用			
あり	279 (40.3)	413 (59.6)	***
なし	658 (11.1)	5 225 (88.8)	
キーパーソン不在			
あり	12 (41.4)	17 (58.6)	***
なし	925 (14.1)	5 621 (85.8)	

注 *** p < 0.001

た」は、52.1%であった。「脳卒中」のQIは、脳血管疾患で回復期リハビリへ転院した患者の83.6%に介入し、7日以内の介入は52.9%であった。「リハビリ患者」のQIは、リハビリを実施した患者の介入は40.6%, 回復期・亜急性期への転院患者の介入84.2%と高く介入しており、リハビリ継続を要する患者に転院先の情報提供をした結果ともいえる。認知症患者への介

入は、47.9%と約半数に介入していた。「予定外の再入院」は、予定外の再入院患者数81人であり、退院支援患者の11.7%であった。「介護保険患者」への介入は39.5%であった。該当数が少なく、分析できなかったQIが4項目あり、「キーパーソン不在」29人、「SWに連絡なく退院」20人、「無保険」8人、「虐待・虐待疑い」6人であった。SW介入と疾患、社会的状態の関連は、「脳血管疾患」「認知症」「介護保険サービス利用」「キーパーソン不在」が、有意な関連が認められた。(p<0.001)(表4)。「緊急ケース」「転院・施設入所の苦情」のQIは、患者調査を行わなかった。

Ⅳ 考 察

SWの90%以上に必要性が評価されたQIは、「退院患者へのSW介入の割合」と「虐待」のQIであった。「退院患者へのSW介入の割合」は、患者調査によっても、SW介入がどの程度であるかを把握でき、病院によって差があることも明らかとなった。「緊急ケース」「30日以内の予定外の再入院」「キーパーソンが不在」「無保険」のQIも、SWの約80%に必要と評価され、症例数は少なかったが、フォーカスグループと同様、SWが重要視していることが確認された。また、SWの介入の多い疾患と思われた「脳卒中」「認知症」「リハビリ継続患者」は、患者調査においても多く介入していることがわかり、それらのQIは必要であると思われた。

近年のSWの指標の研究では、小原らによる退院支援の評価の研究¹⁶⁾が行われ、現場のSWにとって、大いに参考となるプロセスやアウトカムの指標が示された。しかしその指標には、分母分子で測定するQIは示されていない。医療の質は、組織の集合体として評価されることから、今後SWにもQIデータの報告を求める病院が増えると思われ、本研究は測定可能なQIの第一歩となるのではないかと思われる。具体的には、NASWのプロセスQIの「患者・家族の意向を記録した」は患者調査では79.8%であり、NASWのCI¹⁰⁾が示した目標値95%よりも低

い結果であった。また、オリジナルのQIの「複数の療養方法を提示した」は52.1%であり、半数が複数提示していない結果であった。これらの結果は、本来行うべきプロセスを実施していない可能性を示す数値であり、実施していない要因を調べることにより、プロセスの適切さの評価が可能となる。また、アウトカムのQIである「30日以内の予定外の再入院」は、在宅ケアサポートの不足による再入院が含まれている可能性があり、再入院のリスクを評価するためにも必要な指標と思われた。「脳卒中の7日以内の介入」は、2016年の診療報酬改定の「退院支援加算1」の要件にも「7日以内の面接」が示されており、どの程度7日以内に面接を行っているかの評価が必要である。このようにQIは、SWプロセスの質が適切であったかどうかを評価できる有効なツールであり、QIの測定により、部門の改善目標も見いだすことが可能となることが示唆された。

SWからデータ取得が困難とされた「認知症」「在宅ケアサービスが必要な患者」「リハビリ継続患者」のQIは、在宅ケアやリハビリ継続のアセスメントのプロセスQIである。データ取得の困難性の要因として、SWのデータは、相談件数を報告している現状があり(東京都の医療社会事業件数の報告¹⁷⁾においても毎年相談件数が報告されている)、患者個別のデータを収集している病院が少ないと考えられる。従って、患者個別の情報や実施を入力できるデータ環境がないとデータを取得できない。このデータ環境については、NASWのCIを導入した際に行われたSWへの調査¹⁸⁾においても、CIとデータベースの有無が関連していることが報告されており、QIはデータ環境に影響される。さらに、スーパービジョン、ケースの点検の実施の低さからも、それらの質的点検が難しい病院は、QIの測定や評価は難しいと思われる。一方、このようなデータ取得の困難性を回答しつつ、データを取りたいという回答が上回っているQIもあり、データ取得の方向へ改善していきたいという前向きな姿勢のある病院もあると推察された。

表5 Quality Indicator完成版

V 今後の課題

調査を経て、研究班でQIの評価を行い、緊急ケースのQIについては、何が“緊急”かが明確でないため、虐待、無保険、キーパーソン不在を緊急ケースとし、「依頼当日に介入する」に修正し、最終的に13項目を確定した。なお、調査を行っていないQIは、推奨する項目として提示することとし、QIはSWにとって一般的ではないため、指針も示すこととした(表5)。今後の課題として、まずはQIデータをとる環境を整えること、QIは経験年数の低いSWでも使用可能なツールであること等を普及していくことが課題である。また、QIの妥当性の検証も今後の課題であり、本研究では明らかにできなかった課題も残されている。第1には、QIの目標値を作成していない。目標値を示すことは、部門の改善目標が明確になり、SW個人にとっても行動目標となり、設定していきたい。第2に、調査を実施した病院は比較的SW数の多い病院であり、病床数に大きな差があり、多様な病床機能であったが、施設ごとの分析は行わなかった。先行研究では、児童精神の家族支援プログラムのストラクチャーとQIの違いを調べた研究¹⁹⁾があり、調査においてもSW数、スーパービジョンの実施等のストラクチャーの違いがみられ、今後ストラクチャーとQIの関連などを明らかにしていく必要がある。また、NASWの病床機能ごとのCI¹⁰⁾に示されるように、病床機能別のQIの策定も必要とされるであろう。さらに、多職種チームで介入することの多いSWは、認知症のQIをチームで選定した研究²⁰⁾にみられる

指針	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
QI. 1	退院患者総数に対して、SWが関わった退院患者の割合 ¹⁾
数値	SWが関わった退院患者/退院患者総数
指針	患者と家族は、退院計画にかかわる
QI. 2	退院支援を行う患者と家族の意向を記録に書いている ¹⁾
数値	患者・家族の意向を記録した/退院支援患者
指針	SWは、患者・家族の療養方法の選択を支援する
QI. 3	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
数値	複数の療養方法を提示した/退院支援患者
指針	リハビリの継続が必要な患者に、必要な情報を提供する
QI. 4	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
数値	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	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
QI. 5	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
数値	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	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
QI. 6	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
数値	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	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
QI. 7	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 ¹⁾
数値	SWに連絡なく退院した患者/退院支援患者
指針	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
QI. 8	30日以内の予定外の再入院の患者の割合 ¹⁾
数値	30日以内の予定外の再入院/退院支援患者
指針	無保険の患者は緊急に支援を行う
QI. 9	無保険の患者は、依頼当日に介入する
数値	当日介入した/無保険の患者
指針	キーパーソンがいない患者は緊急に支援する
QI. 10	キーパーソンが不在の患者は、依頼当日に介入する
数値	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
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

注 1) NASWのCI、QI.8は応用したもの

ように、様々なチームにおけるQIの開発の必要性も示唆される。QIは、全国のSWのQIデータを職能団体で集約することにより、どのようなQIの達成が難しい傾向があるかを明らかにすることができ、必要なガイドラインや研修課題を見いだすことも可能となるのではないかと考えられる。従って、全国のSWが協働してソーシャルワークサービスの質向上(Quality Improvement)を目指していく方法についても、引き続き探求していきたい。

謝辞

本研究は、2011～2013年度に厚生労働省科学研究費補助金を得て行った政策科学総合研究事業「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)の開発に関する実践研究」において行われた研究の一部をまとめたものである。本研究にご協力いただいた病院の皆様へ深く感謝いたします。

文 献

- 1) 厚生労働省. 平成22年(2010)医療施設(動態)調査・病院報告の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/byoin.pdf>) 2017.7.31.
- 2) 厚生労働省. 平成27年(2015)医療施設(動態)調査・病院報告の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/>) 2017.7.31.
- 3) The Joint Commission. 2016 annual report (http://jointcommission.new-media-release.com/2016_annual_report/) 2017.7.31.
- 4) Care Quality Commission. (<http://www.cqc.org.uk/what-we-do/services-we-regulate/hospitals>) 2017.7.31.
- 5) 福井次矢. 医療の質と評価. 病院 2013;72(1):18-23.
- 6) 日本病院会. QIプロジェクト (<https://www.hospital.or.jp/qip/>) 2015.11.29.
- 7) 堀川知佳, 脇田紀子, 嶋田元, 他. 日本病院会QIプロジェクト2011の成果と今後の課題. 日本病院会雑誌 2012;(6):12-7.
- 8) 一般社団法人日本看護質評価改善機構. 看護ケアの質評価・改善システム (<http://nursing-qi.com/>) 2015.11.29.
- 9) 上泉和子. 看護QI開発の歴史. 看護研究 2010;43(5):373-5.
- 10) National Association of Social Workers, Social Work Standards, Clinical Indicators, 1990 (=1997, 日本ソーシャルワーカー協会編『ソーシャルワーク実務基準および業務指針』相川書房. 158-60)
- 11) NASW, NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings (http://www.socialworkers.org/practice/standards/HealthCareStandards_SW%20PracticeFinal.pdf) 2017.5.5.
- 12) 厚生労働省. 医療ソーシャルワーカー業務指針. (<http://www.jaswhs.or.jp>) 2015.11.29.
- 13) 大本和子. 保健医療ソーシャルワーク実践3-質と評価. 中央法規. 2014:127-31.
- 14) 日本医療社会福祉協会. 医療ソーシャルワーカー倫理綱領 (https://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/rinri_2007.pdf) 2015.11.29.
- 15) 原田とも子, 新村郁子, 宮内佳代子, 他. 病院ソーシャルワーカーの業務指標開発事業報告書-病院ソーシャルワーカーの業務指標開発事業. 社団法人日本医療社会事業協会. 2010:1-10.
- 16) 小原真知子, 高山恵理子, 高瀬幸子, 他. ソーシャルワークによる退院における実践の自己評価. 相川書房. 2017.
- 17) 東京都福祉保健局医療政策部. 東京都医療社会事業年報平成28年度版. 2017.
- 18) Betsy S. Vourlekis. The Fields Evaluation of Proposed Clinical Indicators for Social Work Services in the Acute Care Hospital, Health and Social Work, 1990, Vol.15(3):197-206.
- 19) S. Serene Olin, Nate Williams, Michele Pollock, et.al. Quality Indicators for Family Support Services and Their Relationship to Organizational Social Context, Adm Policy Ment Health. 2014 Jan;41(1):43-54.
- 20) Kröger E, Tourigny A, Morin D, et.al. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia, BMC Health Serv Res. 2007 Nov 29;7:195.