

SWHS Social Work Data System 2010

病院ソーシャルワーカーの業務指標開発事業報告書

独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業

社団法人 日本医療社会事業協会
病院ソーシャルワーク業務開発委員会

はじめに

長年の日本医療社会事業協会や関係者の粘り強い活動によって、医療保険の診療報酬上に「社会福祉士」が明記されるようになり、今や病院にソーシャルワーカーが配置されていることは「ふつうに、あたりまえに」になりつつある。また介護老人保健施設や地域包括・在宅介護支援センターといった新しい施設・機関へも、医療ソーシャルワーカーの活躍の場が拡大されている。さらなる社会的評価の向上やすべての医療機関への必置に向けての努力は今後も必要ではあろうが、医療ソーシャルワーカーの「定着化」は、ある種の到達点に達したといってもよいであろう。このような状況の中、これまで保健医療分野におけるソーシャルワーカーの定着化を第一の目標に掲げてきた医療ソーシャルワーカーの職能組織も、定着化を踏まえた次の段階に、その活動の志向を発展させるべき時が来たといえよう。

一方保健医療分野においては、EBM（Evidence-based Medicine：科学的根拠にもとづく医療）の考え方とそれにもとづいたガイドラインの普及が提唱され、クリニカルパス（clinical pathways）やクリニカルインディケーター（clinical indicator：臨床評価指標）といった新しいツールが導入され活用されつつある。このような動きは、一見あまりにシステムティックで非人間的なところがあると思われがちであるが、その根底にあるのは、患者中心・利用者本位の考え方である。EBMの志向するところは、ある疾患・傷害に対しての最新かつ最良の治療・処置方法を、すべての患者に普く提供しようという患者側の立場に立ったもので、ソーシャルワークが本来持っている志向と矛盾するものではない。むしろ保健医療分野に従事する専門職として、医療ソーシャルワーカーは、より積極的にEBMのあり方に関与していくべきであろう。

さらに近年社会福祉分野においては、提供されるサービスの質の確保を目指して、第三者評価制度の導入が進められている。この制度は、サービスの提供者と受給者以外の第三者の視点による評価を行い、将来の受給者がサービスを選択する際の参考にするために、その評価結果を広く公表するという仕組みである。そのねらいは、質が低いサービスの改善を促し、あるいはサービス供給から撤退してもらうというものではあるが、根底にあるものは、やはり利用者本位の考え方である。保健医療分野においてソーシャルワーカーが提供するサービスも、広義

の福祉サービスであると考えるならば、何らかの第三者評価的な仕組みを考える、あるいは自らの実践を「評価してもらう」（「自ら評価する」のみならず）という志向は、あって然るべきではないだろうか。

今回日本医療社会事業協会が立ち上げた「病院ソーシャルワーカーの業務指標開発事業」は、事業を起こす直接の契機や第一に意図しているものは、もちろん医療ソーシャルワークの普及・地位向上のためのソーシャルアクションである。しかし同時に、現在の保健医療分野および社会福祉分野で進む患者・利用者本位のサービス提供の動きに応える第一歩となるものである。加えて職能組織として、専門職の定着化から一段階進んだ役割を果たすため、即ち医療ソーシャルワークのアカウンタビリティ（説明責任）を示す第一歩となるべきものでもある。保健医療分野のソーシャルワーカーが、患者・利用者のニーズのみならず社会におけるニーズに対して、どの程度応えているのかを示すことができるか否かは、今後の専門職の行方を左右することになると思われる。今回の事業では、まずはソーシャルワーク業務の標準的な業務統計データ作成とその集計のためのシステムが開発された。今後継続してこのシステムの改善、修正、追加などが行われ、1つでも多くの業務統計データが集約されることが、医療ソーシャルワークのアカウンタビリティを提示することにつながっていくのである。

日本女子大学

中谷 陽明

目 次

1. 病院ソーシャルワーカーの業務指標開発事業報告書	1
2. SWHS ソーシャルワークデータシステム 2010 画面・報告書フォーマット	11
3. データベース講習会 講演資料	
「仕事の内容・結果を数値化・公開することの意義と最近の動向」	25
聖路加国際病院 福井 次矢 先生	
「MSW のデータ記録の意義」	39
亀田総合病院 小野沢 滋 先生	
「ソーシャルワーカーがデータを作成する意義	
＜科学的アプローチを志向する意義＞」	46
日本女子大学 中谷 陽明 先生	
データベース講習会 共通資料	49
「システム開発とシステムの内容」	
「入力マニュアル基本ルール」	

病院ソーシャルワーカーの業務指標開発事業報告書

○原田とも子、新村郁子、宮内佳代子、飯島 望
西田知佳子、天野博之、富川由美子、鎌田喜子
小野沢 滋、中谷陽明

I. 事業の目的

ソーシャルワーカー（SW）の業務は、「医療ソーシャルワーカー業務指針」により、明文化されているものの、個々の業務内容をどのように量的、質的に実施していくかについての指標は模索段階にある。他職種ではクリニカルインシケーター（臨床指標）が作成されつつある中で、SW 業務が客観的に評価されるための指標づくりは早期に作成されることが望ましい。当事業では、SW の業務の指標化と標準化を目指し、専門家を交えた研究会を開催し、データベースを開発する。また、全国からデータを集約するシステムも開発し、講習会を開催し、データベースとデータ集約の普及活動を行う。最終的には、全国の SW が統一した様式でデータを入力し、業務指標の点検や患者ニーズの分析ができ、質の高いサービスが患者に提供される体制づくりが目標である。

II. データシステム開発に至った背景

医療機関において、相談患者数の増加や医療連携の必要から、SWの人数を増やす病院が徐々に増えている。また、在宅療養において医療処置の必要な患者の支援や救命医療から一般医療への速やかな転院の必要から他職種による支援も行われるようになり、他職種とは異なるSWによる介入の独自性を示すことも求められるようになった。一方、このように患者の相談支援体制が充実しつつあるが、療養に必要なケアサポートの情報を知らずに療養している患者に出会うことも珍しくない。

このような状況において、SWは何らかのアクションを起こす必要性を感じていたところ、2005 年 8 月に日本医療社会事業協会の会長から、医療現場のSWへ診療報酬化の要望についてのヒアリングがあった。この時点で、日本医療社会事業協会は職能団体として実践の根拠データを持っている体制ではなかった。そこで、診療報酬化への要望をしていくために、現場のSWと研究者からなるワーキンググループの提案を行い、ワーキンググループが設置された。初年度は、データを作成するための仕組みづくりの検討とSWの現状を把握するために、全国の病院SWへ所属調査を行った。この調査により、SWの配置人数や相談ケース数などある程度の傾向は把握されたが、集約されたデータは、ケースのカウント方法が各病院にまかされていたため、ばらつきがあるこ

とが明確になった。

このワーキンググループは、2006 年に社会保険部として日本医療社会事業協会の組織に設置され、急性期・リハビリ・療養・緩和・介護の機能別の小委員会でスタートした。社会保険部の委員は、診療報酬化の要望の根拠データを作成するための調査を行い、調査結果に基づいて厚生労働省へ説明した。その後も厚生労働省からは、さらに、詳細な根拠データの提出が求められ、その都度資料を作成し提出した。その結果、2008 年の診療報酬改定においては、退院調整加算が新設された。

これらの経験から、ソーシャルワークの根拠データを即時に提出できる体制づくりが必要と判断された。また、医療業界においては、病院機能評価等の第三者評価や患者への説明責任（アカウンタビリティ）が求められている状況やクリニカルインジケータ（臨床指標）の作成の必要などの新たな動向から、2008 年は、退院支援・救急・小児・緩和・介護の委員会にソーシャルワークデータ検討委員会を設置した。

Ⅲ. データシステムと業務の標準化への構想

ソーシャルワークデータ検討委員会は、2002 年に日報データベースの開発に取り組んだ会員と研究者を委員に選任し、クリニカルインジケータを含む、とるべきデータとデータベース構築の再検討を行い、データベースと業務の標準化への構想図を作成した。（図 1）

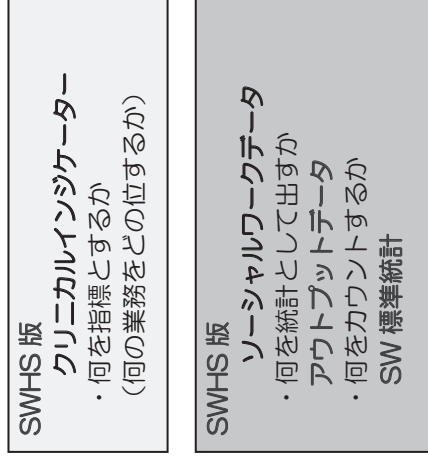
ソーシャルワーク標準的データベースモデルの構想

病院で行われるソーシャルワークの実践をデータ化していくための標準的データベースモデルを作成し、各病院での報告ができるとともに、日本医療社会事業協会では全国の病院のデータを集約し、集計・分析を行い、ソーシャルワーク実践や相談患者のデータをまとめる。使用されたデータベースは、データ内容の分析・使用状況の調査やデータ化などの作業を繰り返すことで、クリニカルインジケータやソーシャルハイリスク項目の作成、ソーシャルワーク業務の標準化を目指すものである。

このシステム開発については、日本医療社会事業協会理事会へ提出し、開発することが決定された。

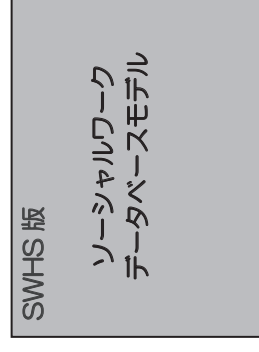
ソーシャルワーク標準的データベースモデルの構想図

1. データモデルの検討



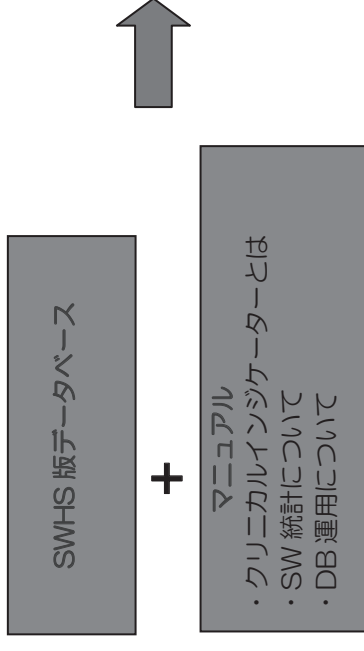
モデル病院へのヒヤリング
コアメンバーで検討

2. データベースの作成



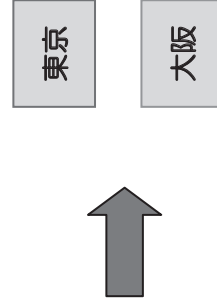
★富士通FIPの協力
協力病院での試行

3. マニュアルの作成



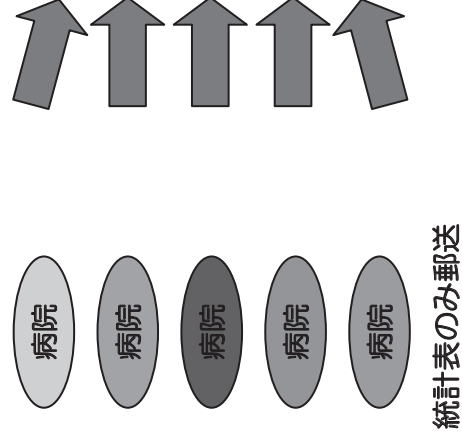
ニュースで広報

4. 研修会実施

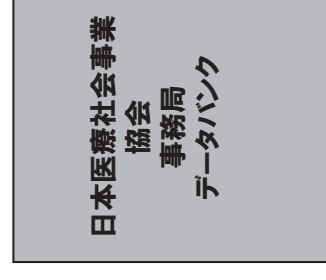


CD無料配布
統計票の説明
モデル病院の統計発表

5. 全国の病院での実施



6. データ収集



データ活用

IV. システム開発の方法

1. ヒアリング調査

SW のデータ作成は各病院において作成されており、現状を把握するために、データ作成に先駆的に取り組んでいる病院の SW からヒアリング調査を行った。調査対象病院は、東海大学病院、北里大学病院、トヨタ記念病院とがんセンター中央病院の SW であり、がんセンターは、全国のがん診療連携拠点病院の相談支援センターのデータを集約している現状もヒアリングした。ヒアリング内容は、各病院のデータ入力項目と報告内容を報告してもらい、データの標準化やデータベースのモデル作成についてフリーディスカッションを行った。

4病院のデータ入力項目は、一部に共通項目はあるが、それぞれがその医療機関の特徴を反映したデータ項目を作成していたため、標準化は難しいのではないかという見解もだされたが、データを集約していくことについては賛同や協力は可能であるという結果であった。ヒアリング調査の結果から、全国の病院のデータベースモデルの統一化は、容易ではないが、病床機能や病床数が同じ規模の病院単位では、統一化の可能性があると思われた。

2. 委員会の設置とシステム開発

そこで、病床数が 500 床前後の急性期の民間病院の SW を中心とした委員 8 名と医師、研究者の専門家からなる病院ソーシャルワーク業務開発委員会を設置した。また、データベース開発に伴う作業やシステム開発業者との打ち合わせの必要から、上記委員会の内部に事業統括委員会も設置した。

システム開発は、委員会でのデータベースの検討を行い、データシステム設計業者と打合せを行い、システムへの反映作業を繰り返し行った。委員会開催数は、事業統括委員会 18 回、病院ソーシャルワーク業務開発委員会 12 回、システム業者との打ち合わせを 15 回行った。

V. システム開発

1. データシステムのコンセプトと目的

データシステムを開発するにあたり、そのコンセプトと目的を作成した。

1) 全国の相談データの統一化・標準化

- 全国の急性期病院、回復期リハビリ病棟、療養病棟、緩和ケア病床病棟等のある病院で使用可能なデータベースモデルを作成する。
- 標準的なカウント方法及び業務内容を作成する。
- 統一化・標準化されたデータベースモデルは、個々のソーシャルワーカーの業務を指標化することに繋がり、また、患者・家族へのサービスの質的な担保を目指す。

2) 個々の病院のデータ作成をサポート

- 所属する病院で、入力したデータは日報・月報が帳票で出力され、統計資料の活用が即可能となる。
- SW の配置人数も少なく統計分析が困難な職場環境や初任の SW も、統計資料が作成となり、プレゼンテーションが可能となる。
- SW 業務の評価、業務改善に役立ち、結果としてサービス利用者への利益になる。
- 病院管理者等へ患者理解を促進するために、SW 業務の根拠資料の活用が可能となる。

3) 全国の相談データを集約し、SW 実践の根拠資料を作成

- 日本医療社会事業協会の会員から所属病院のデータを協会で集約することにより、資料の作成が可能となり、様々な根拠を持ったソーシャルアクションが可能となる。
- 共通の統計ツールを利用して、データ入力を行うことで、他病院との業務の比較・検討・分析等が容易になる。
- 全国の SW の業務分析から、診療報酬評価や施設の SW 配置基準に向けた要望資料を作成する。

2. データベース内容の検討

1) アウトプットデータの検討

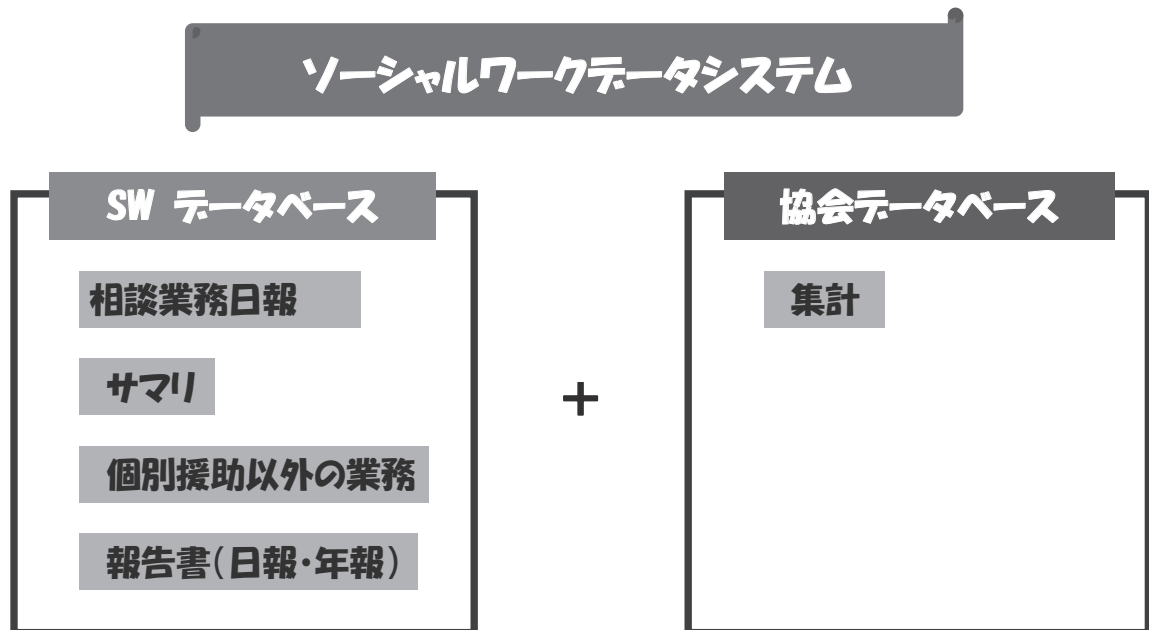
これまで各病院で開発されたデータベースの発表は学会等でみられるが、相談業務の日報統計様式が多く、相談患者の概要や相談の質をデータ化した統計様式はあまりみられない。一方、医療においては、各病院での手術件数等の実績を公開する動きやクリニカルインジケーター（臨床指標）の作成が推進される動向もみられる。SW 業界におけるクリニカルインジケーターの作成は、聖路加国際病院、トヨタ記念病院、NTT 東日本関東病院において試みがみられるが、職能団体としてのクリニカルインジケーターは作成されていない。そこで、全米ソーシャルワーカー協会（NASW）の急性期病院のクリニカルインジケーターから日本における応用の検討を行い、2つのクリニカルインジケーターを採用した。尚、日本においては、長期入院の患者等入院患者に多くの支援を行っていることから、その支援数を追加した。

クリニカルインジケーター1	ケースの発見：退院総数に対してSW が関わった退院者の割合 (NASW)
クリニカルインジケーター2	ケースの発見：入院総数に対してSWが関わった入院患者の割合
クリニカルインジケーター3	患者と家族への関与：患者と家族の選択がSW の退院計画の記録に書かれている。95% (NASW)

また、アウトプットデータは、患者の概要だけでなく、ソーシャルワークの援助の結果として、支援に要した時間、日数、患者の問題、転帰先、紹介した機関、診療報酬算定項目の実施の有無とした。

2) データシステムの構成

各病院で使用する「病院ソーシャルワークデータベース」と協会でデータを集計する「協会データベース」を作成し、2つのデータベースを合わせて「SWHS ソーシャルワークデータシステム 2010」とした。



3. データベースの機能概要

SW データベースの機能は以下のように設計した。

1) 医療機関登録、ソーシャルワーカー登録

医療機関登録と SW 登録において、病床機能と病床数とソーシャルワーカーの人数により、全国の病床数別のソーシャルワーカーの人数の平均値などが集計できるように設計した。

2) 患者基本情報、相談業務日報

日々の相談業務（日報）は、相談患者の基本情報に、患者の年齢・性別、住所区分が集計され、日々の相談業務は、入院・外来別、診療科別、対象、方法、援助内容と時間を入力することでそれぞれが集計できるように設計した。

3) 援助内容、援助時間

ヒアリング調査の病院と委員の病院の援助内容項目から援助内容として採用の多い項目や妥当と思われる項目、医療ソーシャルワーカー業務指針に、実践において援助内容として関わりの多い「家族への支援」を加えた。また、「受診・受療援助」も一

部解釈を加え、援助内容の大項目と小項目を設定した。援助時間は、累計時間が表示されるようにした。

4) 患者のサマリ

ソーシャルワーク援助の結果を示す必要から、援助日数、依頼までの日数、退院支援の日数、疾病別、情報提供した紹介先、転帰先、ソーシャルハイリスク等の問題別、クリニカルインジケーターの実施の有無が集計できるように項目を設定した。ソーシャルハイリスク項目は、アメリカのモデルや委員の病院等での項目から再検討した。

5) 個別援助以外の業務

SW は、相談業務以外に患者の支援の充実やソーシャルワークの発展のために、組織や地域において様々な業務や活動を行っているため、それらの業務を入力できる画面を設計した。

6) 報告書

各病院で行われているデータの集計は、集計に時間がかかる、効果的に何を集計・報告したよいかわからない等の現状があることから、日報・月報・年報は、入力したデータが期間を設定すると自動的に集計でき、帳票形式で印刷できるように設計した。このことにより、これまでの上記の問題が解決され、容易にデータ作成ができるようになる。

7) 履歴・検索機能等

日報は、履歴がみられ、患者検索、ソーシャルワーカー検索ができる機能、サマリは印刷できる機能とした。

8) 協会データベース

このシステムの第一の目的である協会でデータを集約し、データを作成していくために、協会集計 DB が各病院で作成され、患者氏名以外のデータを送付できるように設計した。各病院は、年に1回、協会へデータを送付し、協会で全国のデータを集計・分析・報告書を作成する。

Ⅵ. 講習会の開催

全国4箇所で講習会を開催し、ソーシャルワーカーがデータを作成していく意義についての講演とデータシステムの講習を行い、システムのCDとマニュアルを配布した。参加者は合計487名で、アンケートの結果、参加者の86%がシステムの使用を前向きに検討したいと回答しており、関心が高く窺われた。

開催日	会場	講演講師	講習会講師	参加
3月20日	上智大学	聖路加国際病院 院長 福井次矢先生	原田とも子 新村郁子 飯島 望	219名
3月21日	大阪府済生会 千里病院	亀田総合病院 医師 小野沢滋先生	宮内佳代子 飯島 望	126名
3月27日	北海道医療大学 札幌サテライト キャンパス	日本女子大学人間福祉学科 中谷 陽明先生	新村郁子 天野博之	70名
3月28日	国立病院機構熊 本医療センター	亀田総合病院 医師 小野沢滋先生	飯島 望 西田知佳子	72名

Ⅶ. 今後の課題

データシステムの開発により、SWの日々の実践をデータとして報告できるとともに、全国のSW実践のデータを明確にできるしくみが開発された。このシステムは、これまでにない新たな試みであり、専門職としての業務や患者ニーズを明確にできるツールである。1年間と短い期間であったため、急性期の一部の病院の実践を取り込み、大学病院や地方の病院に応用できるか、リハビリや療養型等の機能では使用可能かの検証は今後の課題である。今後このシステムを使用した結果から、援助内容項目やソーシャルハイリスク項目、クリニカルインジケーターの項目の追加・変更・修正や標準化の再検討を行い、より整合性の高いものへとバージョンアップしていきたいと考えている。

また、各病院では、電子カルテでの統計、データベースとの併用、紙ベースでの統計など様々な形式で行われており、今後どのように標準化していくのかについても検討していきたい。最終的には、このシステムを使用した結果、患者への質の伴った支援の検証や患者ニーズにあったSWの配置基準の作成などソーシャルワークの発展に生かされるものとなるようにと願いたい。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省, 医療ソーシャルワーカー業務指針
- 2) NASW Clinical Indicators for Social Work and Psychosocial Services for Social Work and Psychosocial Services in Acute Care Medical Hospital, 1990
- 3) 手島陸久, 退院計画研究会編, 退院計画-病院と地域を結ぶ新しいシステム-, 1996, 中央法規
- 4) 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編, ソーシャルワーク実務基準および業務指針, 1997, 相川書房

<参考データベース・報告書>

- ・ Web Data Base 病院ソーシャルワーカー日報統計, 2003
- ・ 亀田総合病院
- ・ がんセンター中央病院
- ・ 北里大学病院
- ・ 聖路加国際病院
- ・ 筑波学園病院
- ・ トヨタ記念病院
- ・ 東京女子医科大学病院
- ・ NTT 東日本関東病院

添付資料

データベース入力画面
報告書フォーマット

【医療機関基礎項目入力】

2009 年度 前年度コピー

病院名 ○○病院

病院名かな ○○びょういん

医療機関番号 5800846

ベッド数 540 床

郵便番号 123 - 0002

住所 13 東京都

病院・診療所・施設など

☒ 病院
☐ 介護老人保健施設
☐ 保健所

☐ 診療所
☐ 介護老人福祉施設
☐ その他

承認・届出・病床など

☒ 救命救急センター
☐ 特定機能病院
☐ 緩和ケア加算
☐ 一般病床
☐ 精神病床

☐ 二次救急
☐ 地域支援病院
☐ 退院調整加算
☐ 緩和ケア病床
☐ 感染病床

☐ 在宅介護支援センター
☐ グループホーム

☐ 地域包括支援センター
☐ 有料老人ホーム

☐ 災害拠点病院
☒ DPC対象病院
☐ 後期高齢者退院調整加算
☒ 療養病床
☐ 結核病床

☐ 周産期母子医療センター
☐ がん診療連携拠点病院
☐ 回復期リハビリ
☐ 病院機能評価

☐ 在宅介護支援事業所
☐ 社会復帰施設

入力確定

マスタメンテ

相談以外の業務 1 有

相談室の他職種 1 有

入退院患者総数

月	入院	退院	月	入院	退院
4月	20	24	10月	34	25
5月	18	20	11月	21	20
6月	25	17	12月	18	19
7月	21	10	1月	21	29
8月	12	19	2月	27	21
9月	19	31	3月	32	29

ソーシャルワーカー入力

データ削除

システム終了

【ワーシャルワーカー入力】

新規追加

追加モード

ワーシャルワーカー人数

10K

氏名 富士通 花子 ソーシャルワーカー番号 002 性別 ○男 ○女 SW経験年数 3 6~10年

資格 ☐ 社会福祉士 ☒ 介護支援専門員 ☐ 精神保健福祉士 看護師 ☐ 1 2 3 4 5 6 7 8

勤務 常勤 ○ 非常勤 入職日 2003/04/05 退職日

日本医師会社会事業協会 ○ 会員 ○ 非会員

◎有効SWのみ表示 ◎全表示 ◎全表示
退蔵者を表示させたい場合は「全表示」を選択して下さい。

2009

[illegible]

其
確

データ削除

システム終了

日報入力

【患者基本項目入力】

患者番号 9990000120 患者番号を入力後、Enterキーを押してください メモ

氏名 山田 太郎 かな氏名 やまだ たろう 性別 男 女 生年月日 1946/05/28 63 歳

都道府県 13 東京都 住所区分 中央区 住所詳細 新川 郵便番号 104 - 0023

保険・公費 1 医療保険

新患入力

サマリ入力

SW検索

患者検索

入力確定

個別以外の業務

報告書

医療機関入力

マスメンテナンス

患者データ削除

協会送付用集計

システム終了

【日報入力】 新規日報入力 前日日報コピー

援助日 2009/12/25 援助者 区分 新規 継続 診療科 入外

援助方法 ☐ 面接 ☐ 面談 ☐ 記録文書 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 家族 ☐ 知人・友人 ☐ その他職員 ☐ 関係機関

☐ 協議・カンファレンス ☐ 訪問 ☐ その他

☐ 電話相談 ☐ その他

☐ 電話での調整・情報収集

援助時間 2.50 h

援助内容	分 類	内 容
	☐ 心理・社会的問題	☐ 在宅ケア ☐ 家事・育児・教育 ☐ 心理的問題 ☐ 情報提供 ☐ その他
	☐ 退院支援	☐ 退院先選定 ☐ 在宅ケア ☐ 転院・転施設 ☐ 情報提供 ☐ その他
	☐ 受診・受療	☐ 入院相談 ☐ 受診相談 ☐ 治療 ☐ 情報提供 ☐ その他
	☐ 経済的問題	☐ 経済的な問題 ☐ 情報提供 ☐ その他
	☐ 家族への支援	☐ 家族の問題 ☐ 家族への支援 ☐ 情報提供 ☐ その他
	☐ 社会復帰支援	☐ 就労・復職 ☐ 就学・復学 ☐ 情報提供 ☐ その他

援助メモ

【日報履歴】

No	援助日	援助者	新・継	入外	診療科
1	2009/12/25	富士通 太郎	継続	入院	内科
2	2009/12/24	富士通 太郎	継続	入院	内科
編					
編					
編					
編					
編					
編					
編					

ソーシャルワークサマリー

患者番号

氏 名		性別	生年月日	年齢
入院日		退院日		診療科
主病名①		主病名②		病名
入院前の生活場所		入院前の生活場所 2		
転 帰		転帰先名称		
紹介調整を行った機関				
【病院】	☐ 一般病床	☐ 緩和ケア病床	☐ 療養病床	☐ 回復期リハビリ
	☐ 亜急性期	☐ 精神病床	☐ 感染病床	☐ 結核病床
	☐ 療養センター	☐ その他（病院）		
【施設】	☐ 介護老人保健施設	☐ 介護老人福祉施設	☐ グループホーム	
	☐ 有料老人ホーム	☐ その他（施設）		
【関係機関】	☐ 往診医	☐ 訪問看護ステーション	☐ ケアマネージャー	☐ 福祉事務所
	☐ 地域包括（在介）支援センター	☐ 市区町村役所	☐ その他（関係機関）	
ソーシャルハイリスク等				
☐ 75歳以上	☐ 家族が不明	☐ 独居	☐ 日中独居	☐ 住所不明・不定
☐ 支払方法不明	☐ 虐待・DV	☐ 家族状況の問題	☐ 1ヶ月以内の再入院	
☐ 重度の視力障害	☐ 下肢の切断術	☐ 気切	☐ 人工呼吸器装着	
☐ ADLが低下	☐ 精神状態不安定	☐ 記憶力低下・認知症		
☐ 発育不全・発達障害	☐ 高次機能障害	☐ 重症化していく疾患	☐ 自殺企図	
☐ 継続的な医療処置	☐ 社会資源の不足	☐ その他		
算定項目				
☐ 後期高齢者退院調整加算	☐ 退院調整加算 計画加算	☐ パス（脳卒中）	☐ パス（大腿骨）	
☐ 退院時共同指導指導料	☐ 任意項目 1	☐ 任意項目 2		
支援経過・申し送り事項				
病 院 名		ソーシャルワーカー氏名		
サマリ作成日				

個別支援以外の業務

【個別支援以外の業務】

日付、ソーシャルワーカー入力後、検索ボタンを押して下さい。

日付 2009/12/25

ソーシャルワーカー 5 富士通 △△

検索

戻る

入力確定

データ削除

業務内容	間接業務時間	件数・回数	備 考
☒ 院内カンファレンス	2.0 ▶ h	2	
☐ 院内打合せ	▶ h		
☐ 院内会議	▶ h		
☐ 院内スクリーニング	▶ h		
☐ 院外カンファレンス	▶ h		
☐ 院外会議	▶ h		
☐ 院外訪問・その他地域活動	▶ h		
☒ 相談室ミーティング・会議	0.5 ▶ h	1	
☐ 相談室ケースカンファレンス	▶ h		
☐ 文書・資料作成	▶ h		
☐ 資料整備	▶ h		
☐ コンサルテーション	▶ h		
☐ 来訪者対応	▶ h		
☐ スーパービジョン	▶ h		
☐ 講義・レクチャー	▶ h		
☐ グループワーク	▶ h		
☐ 患者会	▶ h		
☐ 勉強会	▶ h		
☐ 研究・学会活動	▶ h		
☒ その他	0.25 ▶ h	1	
	▶ h		
	▶ h		
合計	2.75 h	4	

報告書フォーマット
診療科別患者数

診療科別患者数

【個別援助内訳】

個別援助内訳	患者数	前比
新規患者数		
利用患者総数		
延べ患者数		

【個別援助受診科別患者数】

受診科	新規患者数			延べ患者数		
	入院	前比	外来	前比	入院	前比
合計						
内科						
呼吸器科						
消化器科（胃腸科）						
循環器科						
小児科						
精神科						
神経科						
神経内科						
心療内科						
アレルギー科						
リウマチ科						
外科						
整形外科						
形成外科						
美容外科						
脳神経外科						
呼吸器外科						
心臓血管外科						
小児外科						
産婦人科						
産科						
合計						

受診科	新規患者数			延べ患者数		
	入院	前比	外来	前比	入院	前比
合計						
婦人科						
眼科						
耳鼻いんこう科						
気管食道科						
皮膚科						
泌尿器科						
性病科						
こう門科						
リハビリテーション科						
放射線科						
麻酔科						
歯科						
矯正歯科						
小児歯科						
歯科口腔外科						
緩和ケア						
診療科なし						
任意項目1						
任意項目2						
任意項目3						
任意項目4						
合計						

援助内容別チェック数

援助分類	新規 チェック数	延べ チェック数	援助内容	新規 チェック数	延べ チェック数
心理・社会的問題			在宅ケア		
			家事・育児・教育		
			心理的問題		
			情報提供		
			その他		
			任意項目 1		
退院支援			任意項目 2		
			退院先選定		
			在宅ケア		
			転院・転施設		
			情報提供		
			その他		
受診・受療			任意項目 3		
			任意項目 4		
			入院相談		
			受診相談		
			治療		
			情報提供		
経済的な問題			その他		
			任意項目 5		
			任意項目 6		
			経済的な問題		
			情報提供		
			その他		
家族への支援			任意項目 7		
			任意項目 8		
			家族の問題		
			家族への支援		
			情報提供		
			その他		
社会復帰支援			任意項目 9		
			就労・復職		
			就学・復学		
			情報提供		
			その他		
			任意項目 10		
合 計			合 計		

援助方法	新規 チェック数	延べ チェック数
面接		
協議・カンファレンス		
電話相談		
電話での調整・情報収集		
記録文書		
訪問		
その他		
合 計		

援助対象	新規 チェック数	延べ チェック数
本人		
家族		
友人・知人		
医師		
看護師		
その他職員		
関係機関		
合 計		

援助時間	患者数		合計
	入院	外来	
1 時間以内			
2 時間以内			
3 時間以内			
4 時間以内			
5 時間以内			
6 時間以内			
7 時間以内			
8 時間以内			
9 時間以内			
10 時間以内			
10 時間超			
合 計			

個別援助以外の業務表

業務内容	時間	件数・回数
院内カンファレンス		
院内打ち合わせ		
院内会議		
院内スクリーニング		
院外カンファレンス		
院外会議		
院外訪問・その他地域活動		
相談室ミーティング・会議		
相談室ケースカンファレンス		
文書・資料作成		
資料整備		
コンサルテーション		
来訪者対応		
スーパービジョン		
講義・レクチャー		
グループワーク		
患者会		
勉強会		
研究・学会活動		
その他		
任意項目 1		
任意項目 2		
合 計		

患者基本項目

男女別集計	男	女
新規登録患者		

年齢別集計	合計
～ 9	
10～19	
20～29	
30～39	
40～49	
50～59	
60～69	
70～79	
80～89	
90以上	
合 計	

都道府県別集計	合計	都道府県別集計	合計
北海道		滋賀県	
青森県		京都府	
岩手県		大阪府	
宮城県		兵庫県	
秋田県		奈良県	
山形県		和歌山県	
福島県		鳥取県	
茨城県		島根県	
栃木県		岡山県	
群馬県		広島県	
埼玉県		山口県	
千葉県		徳島県	
東京都		香川県	
神奈川県		愛媛県	
新潟県		高知県	
富山県		福岡県	
石川県		佐賀県	
福井県		長崎県	
山梨県		熊本県	
長野県		大分県	
岐阜県		宮崎県	
静岡県		鹿児島県	
愛知県		沖縄県	
三重県		その他	
合 計		合 計	

疾病分類・病名

疾病分類	合計
感染症および寄生虫症	
新生物	
血液・免疫	
内分泌	
精神	
神経系	
眼および付属器	
耳および乳様突起	
循環器系	
呼吸器	
消化器	
皮膚	
筋骨格系	
腎、尿路、生殖器系	
妊娠、分娩および産褥	
周産	
先天奇形、染色体異常	
損傷、中毒	
その他	
合 計	

病名	合計	病名	合計
結核		ろうあ（聾啞）	
クロイツフェルト・ヤコブ病		その他の耳および乳様突起の疾患	
ウィルス肝炎		虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）	
HIV		その他の心疾患（心不全・心筋症他）	
その他の感染症		くも膜下出血	
消化器のがん（胃・食道・腸・肝他）		脳出血	
肺がん・呼吸器のがん		脳梗塞	
乳がん		その他の脳血管の疾患	
女性生殖器のがん（子宮・卵巣他）		動脈、毛細血管の疾患（動脈瘤、解離他）	
男性生殖器のがん		その他の循環器系の疾患	
腎尿路のがん		肺炎	
脳腫瘍		間質性肺炎	
リンパ組織・造血組織のがん（リンパ腫・白血病他）		肺気腫	
その他のがん		喘息	
良性新生物		その他の呼吸器系の疾患	
特発性血小板減少性紫斑病		クローン病	
サルコイドーシス		潰瘍性大腸炎	
その他の血液・免疫		イレウスおよび腸閉塞	
甲狀腺障害		肝硬変	
糖尿病		膝炎	
その他の内分泌、栄養、代謝疾患		その他の消化器系の疾患	
認知症		褥瘡	
せん妄		その他の皮膚および皮下組織の疾患	
アルコール、薬物使用による精神障害		関節障害（リウマチ、関節症他）	
統合失調症		全身性エリトマトーデス（SLE）	
うつ病・躁うつ病		変形性脊柱障害（側弯他）	
神経症		脊柱管狭窄症	
器質性精神障害		後縦靱帯骨化症	
知的障害		骨壊死	
小児の情緒障害		その他の筋骨格、結合組織の疾患	
その他の精神疾患		腎不全	
多系統萎縮症		その他の腎、尿路、生殖器の疾患	
パーキンソン病		妊娠、分娩、産じよく	
多発性硬化症		胎児・新生児の障害	
てんかん		その他周産期に発生した病態	
神経筋接合部及び筋（重症筋無力症、筋ジストロフィー）		先天奇形	
脳性麻痺		染色体異常（ダウン症候群他）	
脊髄小脳変性症		頭部損傷	
筋萎縮性側索硬化症		頸部、神経及び脊髄損傷	
その他の神経系の疾患		その他の損傷	
視覚障害及び盲（失明）		骨折（大腿骨骨折他）	
その他の眼および付属器の疾患		合 計	

クリニカルインジケター

入院患者総数に占める相談支援患者数	相談支援を行った入院患者数 名	／	該当月入院患者数 名	%
退院患者総数に占める相談支援患者数	相談支援を行った退院患者数 名	／	該当月退院患者数 名	%
退院支援患者数	患者・家族の選択についての記録を行った患者数 名	／	退院支援を行った患者数 名	%

転 帰	合計
病院 一般病床	
病院 緩和ケア病床	
病院 療養病床	
病院 回復期リハビリ	
病院 亜急性期	
病院 精神病床	
病院 感染病床	
病院 結核病床	
病院 障害者病棟	
病院 療養センター	
病院 その他	
施設 介護老人保健施設	
施設 介護老人福祉施設	
施設 グループホーム	
施設 有料老人ホーム	
施設 その他	
自宅	
在宅（自宅以外）	
死亡	
その他	
合 計	

算定項目	合計
後期高齢者退院調整加算	
退院調整加算 計画加算	
パス（脳卒中）	
パス（大腿骨）	
退院時共同指導指導料	
任意項目 1	
任意項目 2	
合 計	

入院前生活場所	合計
病院（医療機関）	
施設	
在宅	
その他	
合 計	

各日数平均値集計	平均値
依頼日数	
開始日数	
入院日数	
退院支援日数	
援助日数	

他職種との協働有無	合計
有	
無	
合 計	

依頼者別集計	合計
本人	
家族	
院内	
院外	
その他	
なし	
合 計	

援助時間	患者数	合計
30分以内	入院	
1時間以内	外来	
2時間以内		
3時間以内		
4時間以内		
5時間以内		
6時間以内		
7時間以内		
8時間以内		
9時間以内		
10時間以内		
20時間以内		
30時間以内		
30時間超		
合 計		

1患者平均 援助時間	入院	外来

サマリ

紹介調整機関	合計
一般病床	
緩和ケア病床	
療養病床	
回復期リハビリ	
亜急性期	
精神病床	
感染病床	
結核病床	
障害者病棟	
療養センター	
その他（病院）	
介護老人保健施設	
介護老人福祉施設	
グループホーム	
有料老人ホーム	
その他（施設）	
住診医	
訪問看護ステーション	
ケアマネジャー	
地域包括（在介）支援センター	
市区町村役所	
福祉事務所	
その他（関係機関）	
合 計	

ソーシャルハイレスク等	合計
75歳以上	
家族が不明	
独居	
日中独居	
住所不明・不定	
支払方法不明	
虐待・DV	
家族状況の問題	
1ヶ月以内の再入院	
重度の視力障害	
下肢の切断術	
気切	
人工呼吸器装着	
ADLが低下	
精神状態不安定	
記憶力低下・認知症	
発育不全・発達障害	
高次機能障害	
重症化していく疾患	
自殺企図	
継続的な医療処置	
社会資源の不足	
その他	
合 計	

紹介調整機関チェック数	合計
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6以上	
合 計	

ソーシャルハイレスクチェック数	合計
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6以上	
合 計	

データベース講習会 資料

講演資料1

2010年3月20日(土) 東京会場

「仕事の内容・結果を数値化・公開することの意義と最近の動向」

聖路加国際病院 院長 福井 次矢 先生

医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか?
3. 医療の質とQuality Indicator(QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

1

財団法人 聖路加国際病院



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

2



聖路加国際病院の理念

Rudolf Bolling Teusler (1876-1934)

This hospital is a living organism designed to demonstrate in convincing terms the transmuting power of Christian love when applied in relief of human suffering.

キリスト教の愛の心が人の悩みを救うために働けば
苦しみは消えてその人は生まれ変わったようになる
この偉大な愛の力をだれもがすぐわかるように
計画されてきた生きた有機体がこの病院である

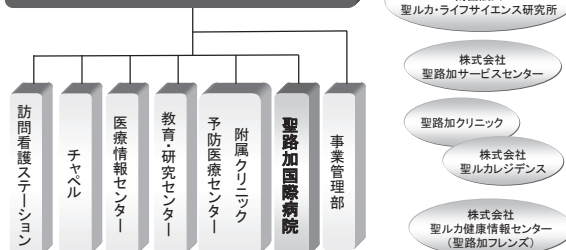
Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

3

組織図

財団法人 聖路加国際病院



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

4

運営の基本方針

1	「患者との協働医療」を実現するため、患者の価値観に配慮した医療を行う。
2	医療の質を高めるため、「根拠に基づいた医療」を実践する。
3	全人的医療を行うため、全職員の専門性を結集する。
4	地域住民の医療・介護・保健・福祉に貢献するため、地域の医療者・施設との連携を強める。
5	国内外の医療の発展に資するため、優れた医療人を育成する。
6	医療の発展に寄与するため、現場に根ざした研究を行う。
7	国際病院としての役割を果たすため、海外からの患者の受入態勢を整える。
8	上記7項目を実現し継続するため、健全な病院経営を行う。

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

5

概要



(2010年2月現在)

住所	東京都中央区明石町9-1			
敷地面積	13,314㎡(約4000坪)			
階数	地下2階、地上11階			
許可病床数	520床 (ICU、小児病棟を除き全室個室)			
手術室	11室			
	1,500名			
	～内訳～			
従業員	医師	307名	薬剤師	31名
	看護師	708名	看護助手	33名
	事務	200名	コメディカル	223名

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

6

概要



1日平均入院患者数	474名
1日平均外来患者数	2,512名
平均在院日数	9.2日
病床利用率	88.1% (動態)
手術件数	8,353件
分娩件数	1,032件
救急外来患者数	42,476人
うち、救急車搬送患者数	9,726人

(2009年1月～12月)

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

7

医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか？
3. 医療の質とQuality Indicator (QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

8

なぜ診療の質を測り、公開するのか？

- 巷にはびこる「病院ランキング本」
根拠のないランキング
職員の慢心を誘導？
- 電子カルテが導入済み
何のための導入か？
乏しい二次利用
- 欧米の動向
病院のパフォーマンス
医師個人のパフォーマンス
国の介入、診療報酬との連動

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

9

医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか？
3. 医療の質とQuality Indicator (QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

10

Avedis Donabedian (Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966)によると

医療の質は

ストラクチャー(構造)

プロセス(過程)

アウトカム(結果)

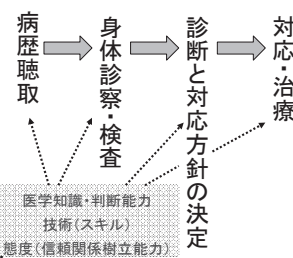
の3要素から
評価できる

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

11

診療の過程(プロセス)



医療を受けた結果(アウトカム)

構造(ストラクチャー)

施設: 規模、場所
医療機器
スタッフの数・専門性

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

12

医療の質とは？

- ◆ Quality of care can be defined as 'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'. [Lohr KN (ed.) Medicine: A Strategy for Quality Assurance. Vols I and II. Washington, DC: National Academy Press, 1990]
- ◆ 医療の質とは「個人や集団に対して行われる医療が望ましい健康アウトカムをもたらす可能性の高さ、その時々専門知識に合致している度合い」である。



根拠に基づいた医療
Evidence-based Medicine (EBM)
エビデンスに基づいた“標準医療”
Evidence-based Standard of Care

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

13

①エビデンスの意味

臨床判断の医学的根拠には・・・

- 病態生理学的論理
「急性肝炎の患者はベッド上安静にすべき」
「急性心筋梗塞患者での不整脈には抗不整脈薬」
- 専門家の意見
- 自分自身の過去の経験
一人の経験が全体像のどれだけ占めるのか？



臨床研究の結論を重視へ

- 症例報告？ 症例対照研究？
- コホート研究？ ランダム化比較試験？
- メタ分析？ 費用効果分析？

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

14

①エビデンスの意味

研究デザイン Research Designs

- | | |
|--------------------|--|
| 1. 観察(記述)研究 | Observational (Descriptive) Studies |
| 1) 症例報告 | Case Report |
| 2) 群間比較 | Group Comparison |
| 3) 症例対照研究 | Case-control Study |
| 4) コホート研究 | Cohort Study |
| 5) 時系列研究 | Time-sequence Study |
| 6) 質的研究 | Quality Study |
| 2. 実験(介入)研究 | Experimental (Interventional) Studies |
| 1) ランダム化比較試験 | Randomized Controlled Study |
| 2) 非ランダム化比較試験 | Non-randomized Controlled Study |
| 3) 1患者でのランダム化比較試験 | N-of-1 Randomized Controlled Study |
| 3. 統合型研究 | Synthetic Study |
| 1) メタ分析 | Meta Analysis |
| 2) 決断分析 | Decision Analysis |
| 3) 費用効果分析 | Cost-effectiveness Analysis |

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

15

①エビデンスの意味

エビデンスの質(レベル)

- I a 複数のランダム化比較試験のメタ分析による
- I b 少なくとも1つのランダム化比較試験による
- II a 少なくとも1つの非ランダム化比較試験による
- II b 少なくとも1つの他の準実験的研究による
- III コホート研究や症例対照研究、横断研究などの分析疫学的研究による
- IV 症例報告やケース・シリーズなどの記述研究による
- V 患者データに基づかない、専門委員会の報告や権威者の意見による

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

16

EBM実践結果の重大性①

診療ガイドラインの有効性(1)

ー観察研究ー

■ 気管支喘息ガイドライン導入前後の比較(1995年)

ICU入院の割合	↓ 41%
24時間以内再受診の割合	↓ 66%
在室時間	↓ 50分
医療費の節約	↓ \$395,000/年

■ がん患者疼痛管理ガイドライン導入前後の比較(2005年)

2週間で完全除痛される患者の割合 8.8%→14.7%
麻薬性鎮痛薬の副作用の発生率 ↓

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

17

EBM実践結果の重大性②

診療ガイドラインの有効性(2)

ーランダム化比較試験ー

患者アウトカムの改善

■ がん患者の疼痛管理ガイドライン

↑ 除痛率

■ 市中肺炎の外来診療ガイドライン

入院患者の割合	14% → 6%
一人当たり医療費	\$678 → \$319

■ うつ病診療ガイドラインに基づく診療を受けた患者では12ヵ月後、18ヵ月後の症状が有意に少なかった(2007年)

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

18

Pay for Performance (P4P)

- 米国: メディケア・メディケイドの”10 Never Events”
 1. Fall and trauma
 2. Vascular catheter-associated infections
 3. Manifestations of poor blood sugar control
 4. Catheter-associated urinary-tract infections
 5. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism following total hip or knee replacement
 6. Foreign object retained after surgery
 7. Surgical site infection following CABG, certain orthopedic and bariatric procedures
 8. Air embolism
 9. Blood incompatibility
 10. Stage 3 and stage 4 pressure ulcers
- 英国: 診療報酬の14%がP4Pによる、GPの収入25%以上アップ

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

19

どれくらいエビデンスに則った医療が行われているのかフィードバックする

- 診療ガイドラインへの準拠など、できる限りレベルの高いエビデンスに則った診療を促す
- ↓
- 実際は、エビデンスに則った診療が行われていないことが少なくない: その差をEvidence Practice Gapという
- ↓
- Evidence Practice Gapの有無・程度を知ることが、EBM実践の強い動機付けになる。
- ↓
- 医療施設全体/医師個人の診療実態(パフォーマンス)を明示する: 医療の質を表す指標をQuality Indicatorという

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

20

Quality Indicatorsの例

- 50州の病院の21のQuality Indicators(急性心筋梗塞、心不全、肺炎、手術感染予防)の変化(2002~2004)
(Medicare Quality Improvement Organization (QIO), Ann Intern Med 2006;145:342-353)

退院時βブロッカー処方 80.2% → 90.1%
 来院後4時間以内の抗菌薬投与 61.8% → 69.0%
 手術開始1時間以内の抗菌薬投与 46.2% → 68.5%

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

21

National Healthcare Quality Report



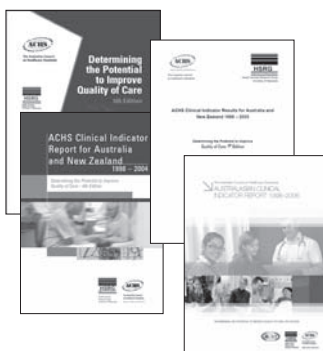
- U.S. Department of Health and Human Services
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- 2003年から2007年版
- Effectiveness
 - Cancer, Diabetes, End stage renal disease, Heart disease, HIV/AIDS, Maternal and child health, Mental health, Respiratory diseases, and Nursing home and home health care
- Safety
- Timeliness
- Patient centeredness
- Total 179 measures
- <http://www.ahrq.gov/qual/qdr07.htm>

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

22

ACHS Clinical Indicator Report



- The Australian Council on Healthcare Standards
- Independent, NPO
- Clinical Indicator Report For Australia and New Zealand, Determining the Potential to Improve the Quality of Care
- 209 Indicators (20 Clinical Indicator Sets)
- <http://www.achs.org.au/cireports/>

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

23

医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか?
3. 医療の質とQuality Indicator (QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

24

診療情報解析システムWGの発足 (2005年5月)

- 委員長: 院長
- 副委員長: 医療情報解析室室長
- 医療情報センターから7名
 - 医師2名、診療情報管理士3名、SE2名
- 臨床疫学センターから6名
 - 医師5名、研究員1名
- 各診療科から医師13名
- 看護師3名
- 経営企画室1名 (32名)

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

25

St. Luke's Quality and Healthcare Report



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

26

急性心筋梗塞患者における退院時処方率 Percent of AMI patients with pertinent discharge medication

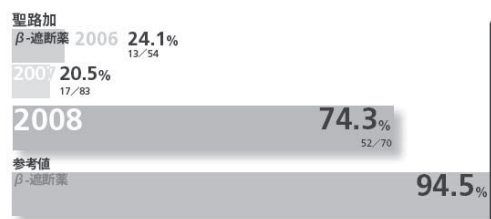


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

27

急性心筋梗塞患者における退院時処方率 Percent of AMI patients with pertinent discharge medication

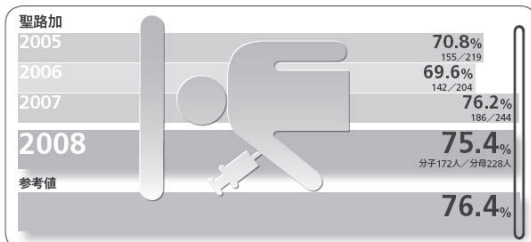


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

28

肺炎患者における来院後4時間以内の抗菌薬投与率 Percent of patients with pneumonia - antibiotic administered within 4 hours after arrival



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

29

LDLコレステロールのコントロール (LDLコレステロール<140mg/dL) Lowering LDL - cholesterol



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

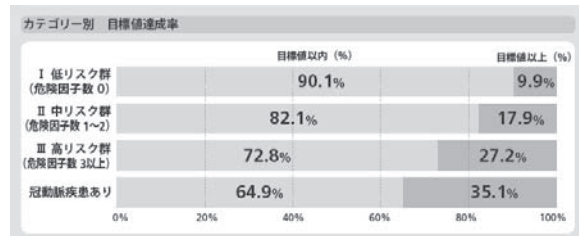
30

	I 低リスク群 (危険因子数 0) 目標値<160mg/dL	II 中リスク群 (危険因子数 1~2) 目標値<140mg/dL	III 高リスク群 (危険因子数 3以上) 目標値<120mg/dL	冠動脈疾患あり 目標値<100mg/dL
患者数 (人)	111	1,700	232	707
割合	4.0%	61.8%	8.4%	25.7%

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

31



Mar. 20, 2010

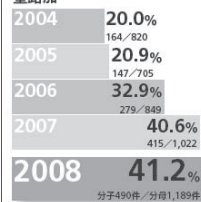
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

32

意見箱投書中に占める感謝と苦情の割合 Thank you letters, patient claims

感謝

聖路加



Mar. 20, 2010

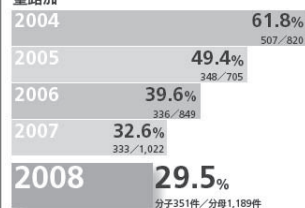
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

33

意見箱投書中に占める感謝と苦情の割合 Thank you letters, patient claims

苦情

聖路加



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

34

医療情報解析システムWG

→ QI委員会へ(2006年4月)

QI { = Quality Indicator
= Quality Improvement

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

35

転倒・転落発生率



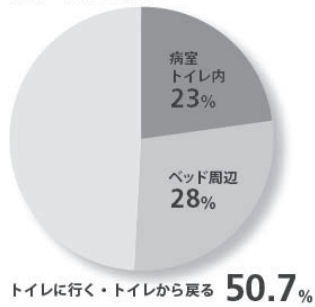
分子：入院中の転倒・転落件数
分母：在院患者延べ数
単位：% (パーミル)
(分子/分母) × 1,000

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

36

転倒・転落の状況

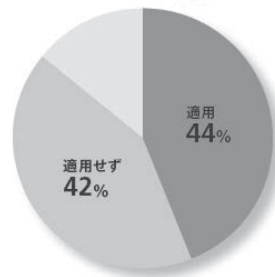


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

37

アセスメントシートの適用状況



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

38

病室トイレへの手すり設置

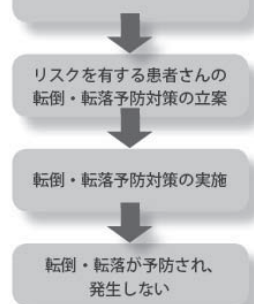


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

39

リスクアセスメント

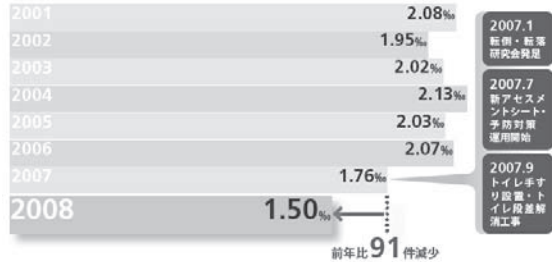


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

40

転倒・転落発生率

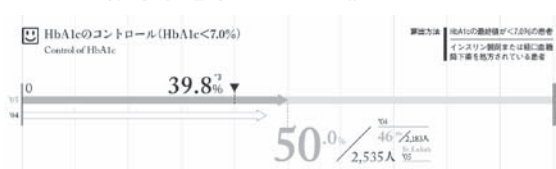


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

41

糖尿病患者のHbA1c値



参考文献

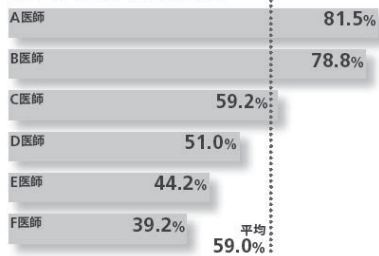
*3 U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality: 2005 National Healthcare Quality Report. <http://www.ahrq.gov/qual/nhq05/nhq05.pdf> (2006.12)

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

42

HbA1c<7.0%に
コントロールできている患者比率

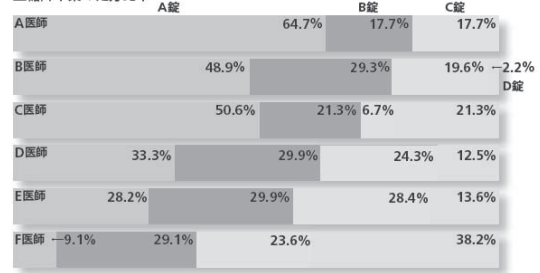


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

43

血糖降下薬の処方比率

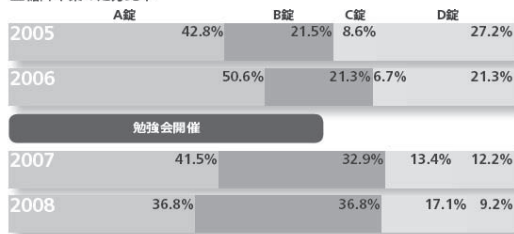


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

44

血糖降下薬の処方比率



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

45

HbA1c<7.0%に
コントロールできている患者比率：C医師の場合



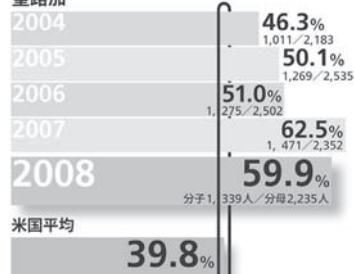
Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

46

HbA1c<7.0%

聖路加

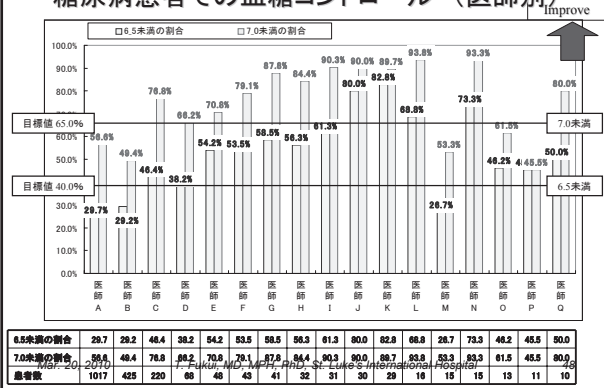


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

47

糖尿病患者での血糖コントロール（医師別）



医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか？
3. 医療の質とQuality Indicator(QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

49

パフォーマンスを公開することの意義

1. ホーソン効果
 - ・他者に見られる・観察されることによるパフォーマンスの向上
2. 比較されることによる向上(形成評価)
 - ・エビデンスとの比較(Evidence-practice Gap)
 - ・他の医師、施設との比較(ベンチ・マーキング)
3. 組織としての介入の余地
 - ・個人の問題だけではないとのパラダイム・シフト

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

50

数値を比較することの意義は？

Evidence-Practice Gap(=「エビデンス」との比較)の測定
→ 診療プロセス改善への動機付け

+

ベンチマーキング(=他の施設・医師との比較)
→ 自分自身の位置を知る
→ 診療プロセス改善への動機付け

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

51

医療事故・過誤の経験から、「医療安全」を確保するためには、個人に任せるのではなく、組織としての体系立った対応が必要である、とのパラダイムシフトが起こった。(フール・プルーフ、フェール・セイフ)



同様のパラダイムシフト(組織としての体系立った対応)が、医療の質確保にも求められる。

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

52

医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか？
3. 医療の質とQuality Indicator(QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

53

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「医療の質向上に資するアウトカム評価に関する研究」
(研究代表者: 福井次矢)

“病院の医療の質を測る”Quality Indicatorに関する調査

目的: 質指標(QI)の測定に対する医療機関の認識・現状、必要な資源、そしてQIを公開することに関する意識を知る

方法: 郵送による質問紙票調査(15問)

対象: 日本病院会会員のうち病床100床以上の2,100施設
および大学病院100施設の計2,200施設

時期: 平成22年2月

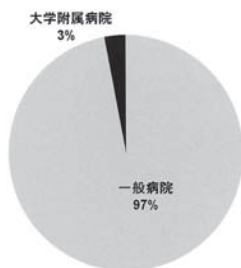
回収: 456施設(21%)

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

54

病院形態

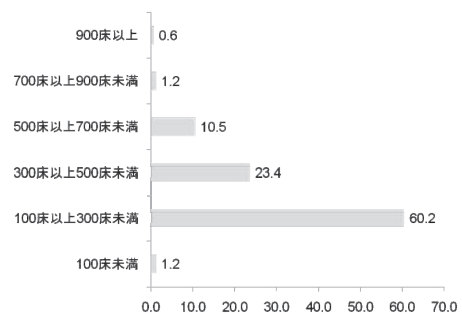


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

55

病院規模

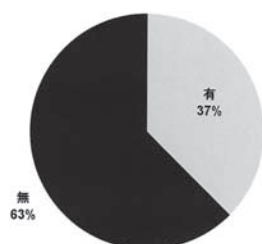


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

56

電子カルテの有無

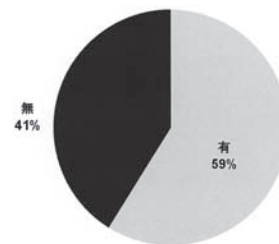


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

57

医療情報部の有無

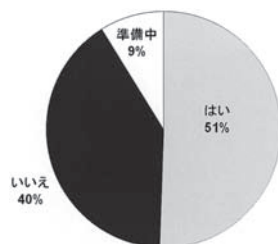


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

58

DPC参加

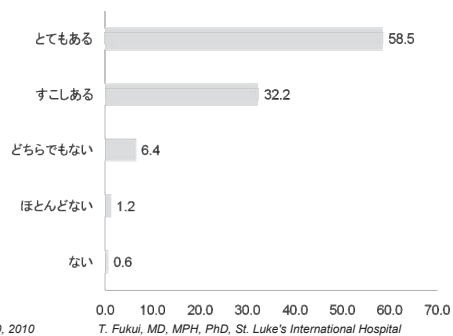


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

59

医療の質評価の関心度

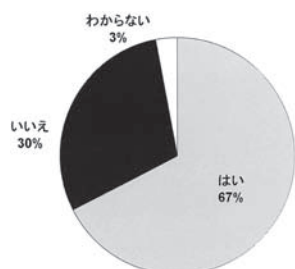


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

60

医療の質を評価する活動を行っているか

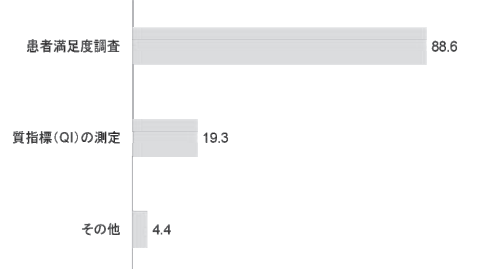


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

61

医療の質を評価する活動を行っている内容について

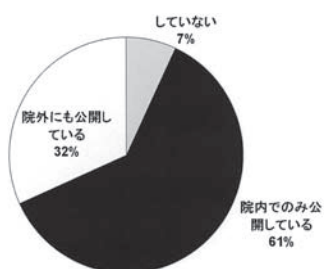


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

62

患者満足度についての評価結果の公開

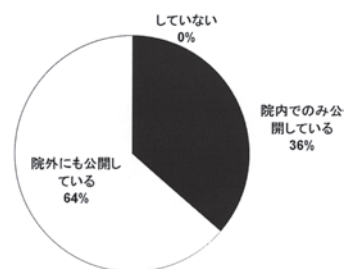


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

63

質指標(QI)測定についての評価結果の公開

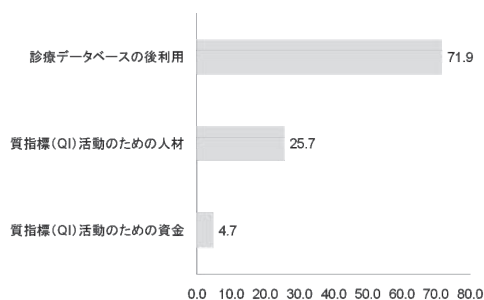


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

64

質指標(QI)を算出するための資源として利用可能なものは

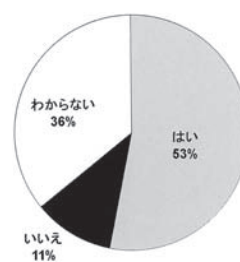


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

65

質指標(QI)の結果を公開すべきか

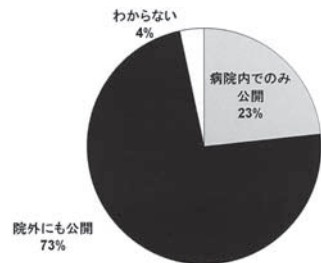


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

66

質指標(QI)の結果を公開する場合のレベルは

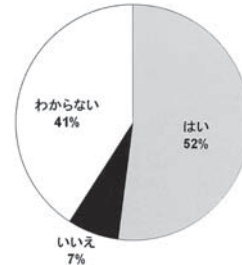


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

67

質指標(QI)の結果を一般公開することは、
質の高い医療を提供するために有用か

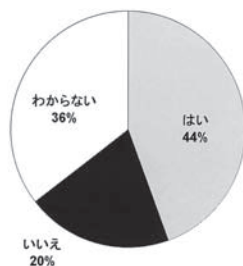


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

68

質指標(QI)の結果に対して
経済的インセンティブは必要か

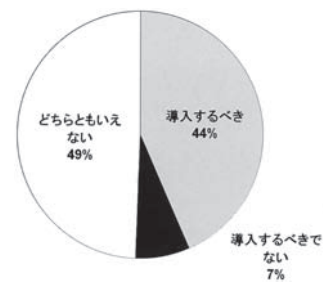


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

69

質指標(QI)の測定は今後、
全国の医療機関に導入すべきか

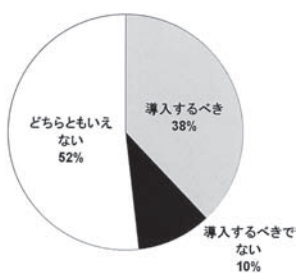


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

70

質指標(QI)の結果の一般公開は今後、
全国の医療機関に導入すべきか

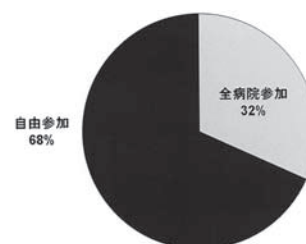


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

71

質指標(QI)の結果の一般公開を今後、
全国の医療機関に導入する場合の形式は

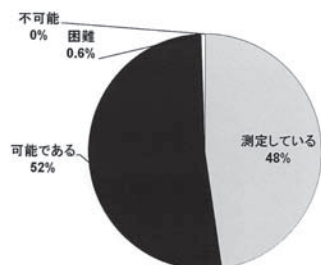


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

72

入院患者の転倒・転落発生率

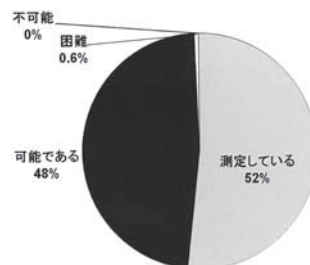


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

73

入院患者の褥瘡有病率

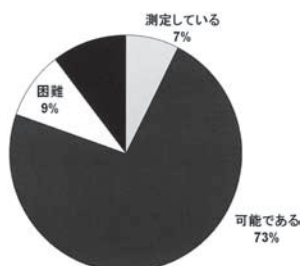


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

74

手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

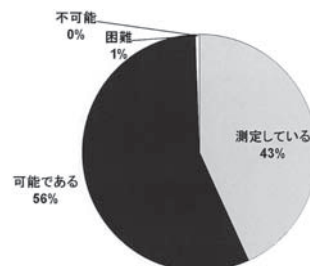


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

75

死亡退院患者率

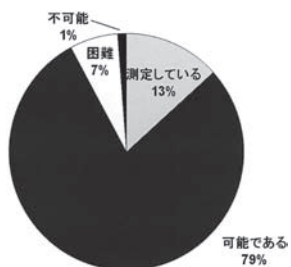


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

76

退院後6週間以内緊急再入院率

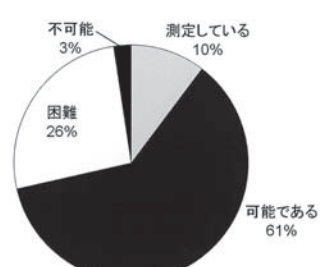


Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

77

糖尿病患者の血糖コントロール



Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

78

医療内容を測定・公開する —その意義、聖路加国際病院の経験—

1. 聖路加国際病院について
2. なぜ医療の質を測り、公開するのか？
3. 医療の質とQuality Indicator (QI)
4. 聖路加国際病院でのQI活動
5. パフォーマンスを公開することの意義
6. QIをめぐる最近の動向

Mar. 20, 2010

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

79

MSWのデータ記録の
意義

質問

担当の人で
自宅退院希望の人は？

いま、
退院援助中の人は
何人？

あなたの病院で
MSWは何人必要？

男性と女性
自宅退院
しやすいのは？

自宅退院と転院
どちらが命に有利？

息子が退職し
介護に当たる。
虐待のリスクは？

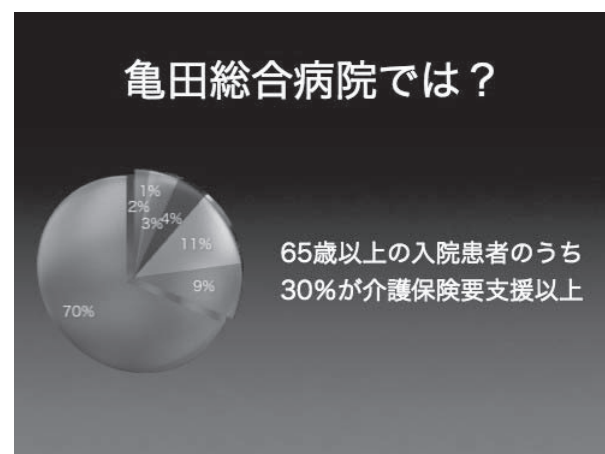
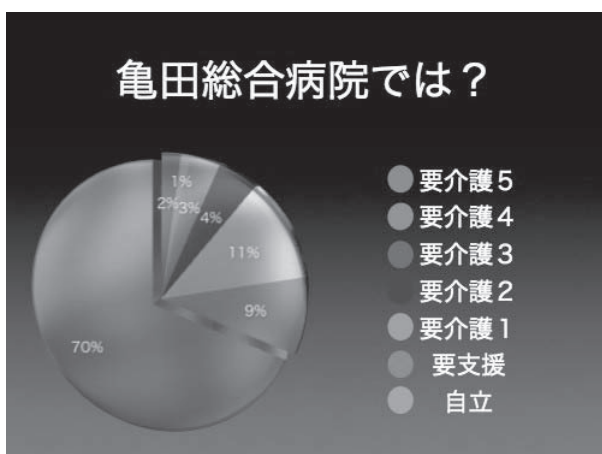
数字は
重要な基本の一つ

亀田総合病院

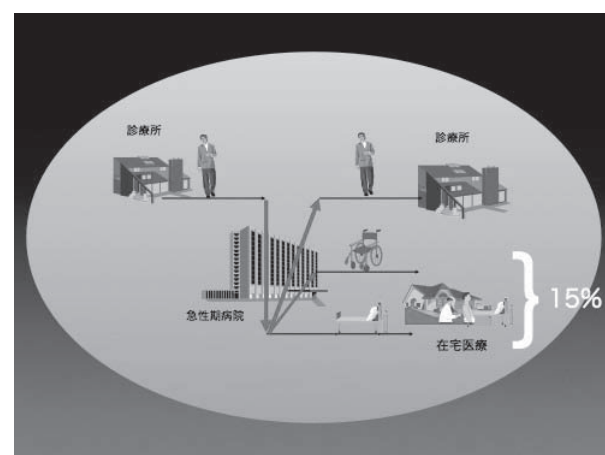




あなたの病院で
MSWは何人必要？



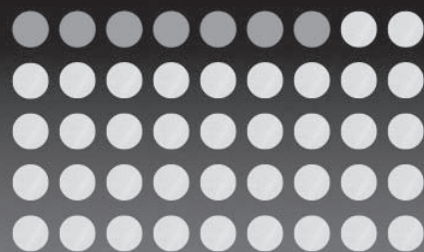
30%の半数は
調査時の入院を期に
ADLが低下



何人？

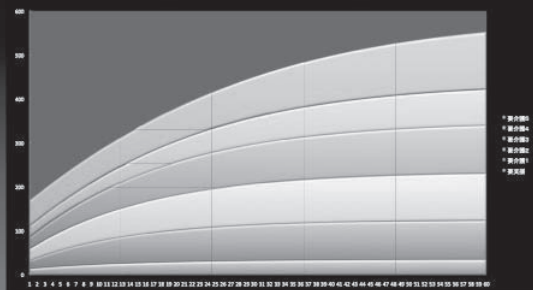
月：15 X 4=60
年：60 X 12 =720

月：60人
年：720人



月：60人
年：720人

患者数予測



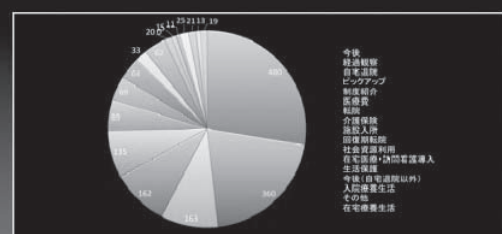
- ・ソーシャルワーカー 15-20名
- ・ケアマネージャー 10-15名

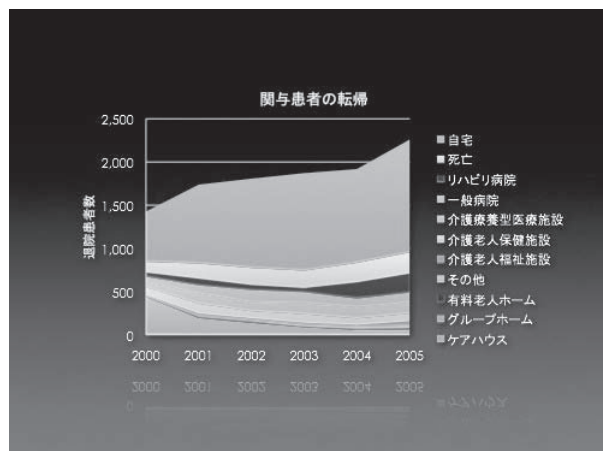
データはすべての
基本です

統計の力

記述統計

援助理由



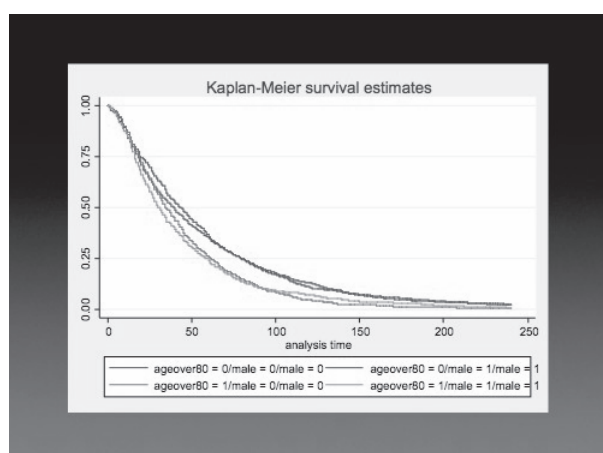
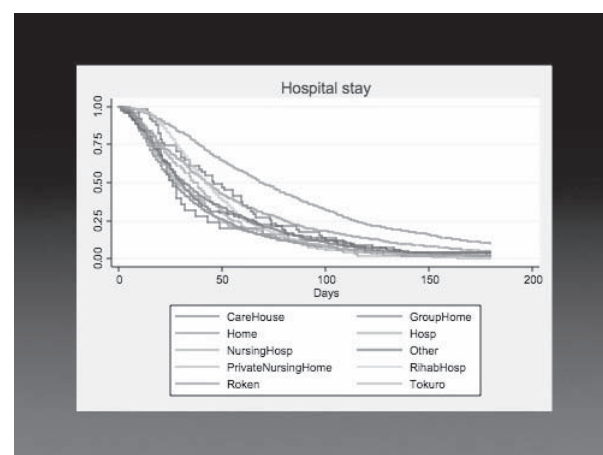


転帰先	平均滞在時間	合計滞在時間	平均 滞回数	合計 滞回数	例数
自宅	92.1	608706	9.4	64638	7028
死亡	73.4	89803	8.7	11217	1333
リハビリ病院	156.3	121765	18.6	14709	809
介護療養型医療施設	182.2	134976	23.7	17734	758
一般病院	137.9	92005	17.3	11947	714
介護老人保健施設	134.2	82155	16.6	10252	630
介護老人福祉施設	94.8	16777	12.7	2272	181
その他	113.1	11425	12.1	1320	111
有料老人ホーム	96.5	8878	11.7	1136	98
グループホーム	92.0	1656	14.6	262	18
ケアハウス	79.2	475	13.0	78	7

亀田総合病院総合診療室 : 2000-2006

転帰先詳細	例数	平均滞在時間	平均滞回数
外来	703	61.6	7.3
他ケアマネ	188	96.1	10.6
総合相談室ケアマネ	157	116.7	10.6
亀田在宅医療	108	109.5	12.4
自宅	69	67.0	6.7
他院外来	35	65.8	10.6
他訪問看護	11	90.5	14.3
他院訪問診療	10	181.9	22.5
めぐみ在宅	9	58.6	5.6
死亡	4	11.3	13.8

亀田総合病院総合診療室 : 2006



推測統計

自宅退院のしやすさ

独立変数	Odds比	P値
脳血管障害	0.26	<0.001
男性	1.12	0.29
配偶者がKey	1.68	<0.001
75歳以上	0.77	<0.05

データベースの持つ力

- 自分たちの仕事の指標となる
- 適切な報酬を得る基礎データとなる
- 面接に根拠をもって臨めるようになる
- 最適な選択肢を示すことができる

講演資料3 2010年3月27日(土)札幌会場

「ソーシャルワーカーがデータを作成する意義<科学的アプローチを志向する意義>」

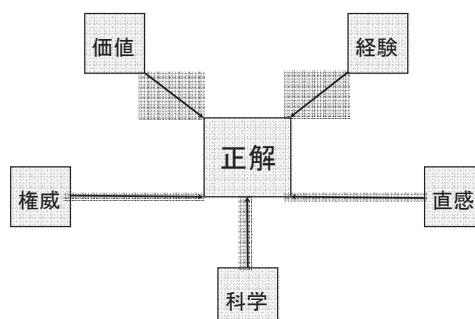
日本女子大学人間社会学部社会福祉学科 准教授 中谷 陽明 先生

ソーシャルワーカーがデータを作成する意義
<科学的アプローチを志向する意義>

日本女子大学 中谷陽明

SWHSソーシャルワークデータシステム2010講習会

「正解」へのアプローチ



「科学的」アプローチを学ぶ意義

I 実践的意義

「エビデンス(科学的根拠)の消費者として」
<EBP: evidence-based practice (エビデンスに基づく実践)>

- ① より有効な,より質の高い,より低コストな実践
- ② 最新の知見の活用
- ③ 専門職としてアカウンタビリティを持つ必要性

アカウンタビリティ

① Coverage Accountability

サービスが提供されるべき対象者をすべて包含しているか

② Service Delivery Accountability

提供されるサービスの質・量は充分なものか

③ Impact Accountability

サービスは充分な効果をもたらしているか

アカウンタビリティ

④ Efficiency Accountability

サービスは効率的に提供されているか

⑤ Fiscal Accountability

予算や資源は適切に運用されているか

⑥ Legal Accountability

法的な手続きはすべて正しく行われているか

科学的アプローチを学ぶ意義

II 研究的意義

「福祉・医療分野の専門職として知識の蓄積への貢献」

例. Social Work in Health Careの目次から

ーラテン系アメリカ人がホスピスを利用をする時期はいつか？

ー子宮摘出術を受けた女性の心理社会的問題

ー産褥うつ病後1年以内のマタニティブルー女性の予測要因

ー催眠療法: ホスピスソーシャルワーカーの役割と利点

ー都市部と農村部のターミナルケアの比較

科学的アプローチを学ぶ意義

Ⅲ 戦略的意義

① 専門職としてコンピテンスを持つ必要性

- ・ソーシャルワーカー個人として
- ・ソーシャルワーカー団体・組織として
- ・ソーシャルワーカー専門職として

② 医療分野での共通言語を持つ必要性

例. 研究・リサーチで使われる用語, 統計学

リサーチで用いられる基本的用語

<例>

「概念」→<援助が困難な患者(援助困難ケース)>

「変数」→<援助困難度>

「尺度」→<援助困難度スケール>

[1とても困難 2まあ困難 3あまり困難でない 4全く困難でない]

「理論」→「援助困難患者の入院は長期化する」

「モデル」援助困難 → 在院日数

「仮説」→<援助困難度と在院日数は正の相関がある>

(援助困難は, 在院日数長期化の原因である→ $y=a+bx$)

リサーチを行う目的の類型

①探索(exploratory)

これまでに知見(findings)がほとんど蓄積されていない場合

(理論やモデルが提唱されていない場合)

②記述(descriptive)

尺度を用いて実態を客観的に記録する

③説明(explanatory)

因果関係の有無を提示。予測や評価が可能となる

リサーチを行う目的の類型

<例>

「高齢者虐待」に関するリサーチの場合

「高齢者虐待とは, どのような状態のことを指すのか?

本当にそういったことが存在するのか?」

→ 探索的

「一体どれくらいの高齢者虐待が起こっているのか?

その原因らしきものは何だろうか?」

→ 記述的

「介護の長期化が高齢者虐待を引き起こしている」

→ 説明的

科学的アプローチの技術

統計学

①記述統計

(平均, 標準偏差, 相関係数, 信頼性係数など)

②推測統計

(t検定, χ^2 検定, F検定, 分散分析など)

③多変量解析

(回帰分析, 因子分析, 共分散構造分析など)

統計学の活用

		転院先の満足度			
		大いに満足	まあ満足	不満	計
ソーシャル ワーカー への満足度	大いに満足	20	16	8	44
	まあ満足	17	57	14	88
	不満	8	27	15	50
	計	45	100	37	182

統計学の活用

		転院先の満足度			
		大いに満足	まあ満足	不満	計
ソーシャル ワーカー への満足度	大いに満足	45.5	36.4	18.2	100.0
	まあ満足	19.3	64.8	15.9	100.0
	不満	16.0	54.0	30.0	100.0

($\chi^2=17.793$, $p<.01$)

統計学の活用

	最小値 最大値	平均	標準偏差	t-検定
介入前調査	7-35	18.0	6.2	t=-1.97 p<.05
介入後調査	7-35	18.5	6.5	

(介護者の精神・心理的負担の変化, n=459)

リサーチ実施の課題

① 倫理的な課題

→ 倫理委員会の設置, 外部委員会の活用

② 人材・労力面の課題 → 外部資源の活用

③ コスト面の課題 → 外部資金の導入

「SWHS ソーシャルワークデータシステム 2010」
「入力マニュアル基本ルール」

**SWHSソーシャルワーク
データシステム2010
講習会**

長寿・子育て・障害者基金助成事業
病院ソーシャルワーク業務開発委員会

講習内容

1. システム開発とシステムの内容
2. マニュアルについて
3. 実際の操作
4. 質疑応答

はじめに

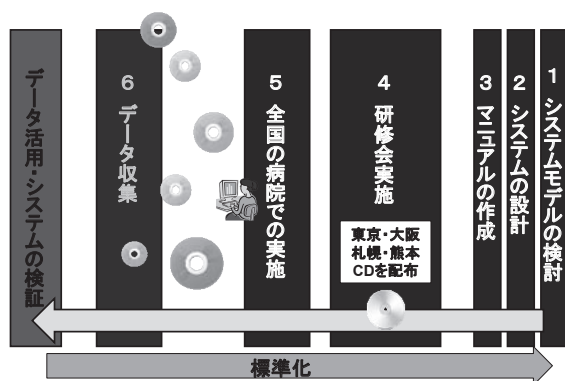
～データシステム開発の契機～

- 日々の実践において、支援に結びついていない患者に出会うなど、なんらかのアクションを起こす必要性を感じていた。
- 2005年ソーシャルワーク実践の診療報酬化の要望のヒアリングを現場のSWが受けた。要望においては、根拠データが必須であるが、協会にデータはなかった。
→ワーキンググループを発足、2006年に社会保険部が設立された。
- 全国のSWの所属調査を実施、対応患者数のデータは、カウントにばらつきがみられた。
→統一した統計様式がないことが問題

SWデータを作成する意義

- エビデンス・ベースド・プラクティスの必要
- 厚生労働省からも、様々なデータ提出を求められ、職能集団として、データをストックするしくみが必要→2008年SWデータ検討委員会を発足。
- 病院機能評価による第三者評価や説明責任（アカウンタビリティ）が求められている。
- クリニカルインジケーター（臨床指標）を作成し、どこまで達成できているかの質も明示することも推進されている。
- ソーシャルワーカーも他職種と同様、業務を数量化（データ化）する必要。

データシステムと業務の標準化への構想2008



データシステムのコンセプト・目的

①全国の相談データの統一化・標準化

- 全国の急性期病院、回復期リハビリ病棟、療養病棟、緩和ケア病棟等のある病院で使用可能なデータベースモデルを作成
- 標準的なデータ項目の定義とカウント方法の作成
- 統一化・標準化されたデータベースモデルは、個々のソーシャルワーカーの業務を指標化することに繋がり、また、患者・家族へのサービスの質的な担保になる。

データシステムのコンセプト・目的 ②個々の病院のデータ作成のサポート

- 所属病院で日報・月報が帳票で出力され、統計資料の活用が可能。
- SWの配置人数が少なく統計作成が困難な職場や新人SWでも、統計資料の作成やプレゼンテーションが可能。
- SW業務の評価、業務改善に役立ち、結果としてサービス利用者への利益になる。
- 病院管理者等へ患者理解を促進するために、SW業務の根拠資料の活用が可能。

データシステムのコンセプト・目的 ③全国の相談データの集約による根拠資料作成

- 会員からデータを集約することにより、実践の根拠資料の作成が可能となり、根拠を持ったソーシャルアクションが可能。
- 共通の統計ツールを利用することで、他病院との業務の比較・検討・分析等が容易になる。
- 全国のSWの業務分析をすることで、診療報酬や施設基準に向けた要望の根拠を明確にする。

データシステムの開発の方法

- この事業は、独立行政法人福祉医療機構の「長寿・子育て・障害者基金助成事業」の助成金を受けて行った。
- ヒアリング調査を実施。
- 病院ソーシャルワーク業務開発委員会を設置
病床規模・機能が同様の病院SWと医師・研究者を選任。
- システム開発は（株）富士通エフ・アイ・ピーへ委託。

ヒアリング調査

- 先駆的にデータ作成を行っている病院へ作成しているデータ項目と報告書の現状のヒアリングを行った。
- 東海大学病院
- 北里大学病院
- トヨタ記念病院
- がんセンター中央病院
(がん診療連携拠点病院の相談データ)

病院ソーシャルワーク業務開発委員会

NTT東日本関東病院	原田とも子
榊原記念病院	新村 郁子
帝京大学溝口病院	宮内佳代子
筑波学園病院	飯島 望
聖路加国際病院	西田知佳子
トヨタ記念病院	天野 博之
亀田総合病院	鎌田 嘉子
東京女子医大病院	富川由美子
医師・研究者	
亀田総合病院	小野沢 滋
日本女子大学	中谷 陽明

システム開発の方法

1. システム開発
システム開発業者とシステム開発の計画、委員会でのデータ項目やデータベースの検討作業とシステムへの反映（仕様書の作成）を繰り返した。
2. クリニカルインジケータの検討
NASWの急性期病院のクリニカルインジケータから日本での応用の検討を行い2つのクリニカルインジケータを採用した。

全米ソーシャルワーカー協会の クリニカルインジケーター

- 患者への処遇の質と適切さを系統的にモニタリングするためのインジケーター（指標）（“旗”ともいわれている）
- ソーシャルワークの質の保証がより均一になるように促進し、ガイドラインになる。

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編
ソーシャルワーク実務基準および業務指針、1997、相川書房
NASW Clinical Indicators for Social Work and Psychosocial
Services in Acute Care Medical Hospital, 1990

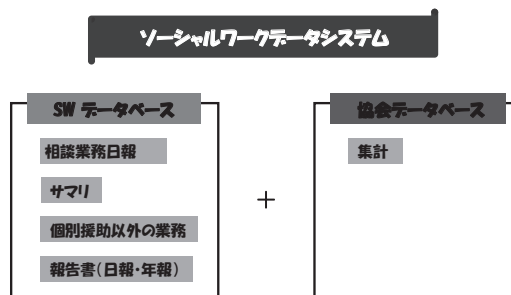
全米ソーシャルワーカー協会 急性期病院のクリニカルインジケーター

- **Clinical Indicator 1 ケースの発見** ★今回採用！
退院総数に対してSWが関わった退院者の割合
- **Clinical Indicator 2 退院の遅れ**
1 か月の間、退院総数に対して、急性期のレベルを超えて入院している患者数の割合
- **Clinical Indicator 3 患者と家族への関与** ★今回採用
患者と家族の選択がSWの退院計画の記録に書かれている。95%

全米ソーシャルワーカー協会 急性期病院のクリニカルインジケーター

- **Clinical Indicator 4 SW介入の時期の適切さ**
入院期間の初めの4分の1の間に（ほとんど48時間）最初のSWサービスを受けた患者の割合
- **Clinical Indicator 5 チームワーク**
SWが知らないまま退院したSW担当の患者0%
- **Clinical Indicator 6 社会的に複雑な事情のある再入院**
社会的に複雑な事情あるいは退院後ケアの問題で退院後15日以内に再入院した割合

SWHSソーシャルワークデータシステム 2010



データベースの仕様

- ①医療機関・ソーシャルワーカー登録（年1回）
- ②相談患者の基本情報（ケース開始時）
- ③日々の相談業務（日報）
- ④患者のサマリ（ケース終結時）
- ⑤個別援助以外の業務（日報）
- 日報は、履歴、患者検索、ソーシャルワーカー検索ができる、サマリは印刷機能とした。
- 報告書は、期間の入力により、日報・月報・年報が自動集計される機能とした。

データベースの仕様

- 医療機関とソーシャルワーカー登録により、全国の病床数別のソーシャルワーカーの人数の平均値などが集計できる。
- 患者の年齢・性別、住所区分が集計される。
- 入院・外来別、診療科別、対象、方法、援助内容と時間が集計できる。

データベースの仕様

- これまでの統計様式では、患者の問題や支援の質を明確にするサマリ様式はみられない。

サマリ画面で、疾病、情報提供した紹介先、転帰先ソーシャルハイリスク等の問題、クリニカルインジケータ、診療報酬算定項目が集計できるように項目を設定。

- 援助日数、依頼までの日数、退院支援の日数を自動計算できるようにした。
- SW業務は個別援助以外の業務の広がりもあるため、個別援助以外の業務も設計した。

ソーシャルハイリスクとは

- アメリカの退院計画（Discharge Planning）では、退院後、療養生活を送る上で、問題を生じやすいと予測されるソーシャルリスク項目の基準（ハイリスク・スクリーニング・クライテリア）を各病院で作成し、支援対象者のスクリーニングを行い、ケースの発見）を行っている。

退院計画-病院と地域を結ぶ新しいシステム-, 手島陸久, 退院計画研究会編, 1996, 中央法規

マサチューセッツ総合病院 ハイリスク・スクリーニング・クライテリア

- 以下の項目にあてはまる患者は、退院計画においてハイリスクとみなすべきである。

1. 75歳以上で、他項目にも該当するもの
2. 家族・友人が不明
3. 住所が不明
4. 他の病院・施設からの入院者
5. 支払い方法が不明で、他項目にも該当するもの
6. 障害者
7. 65歳以下でメディケアの適用者
8. 入院時診断が以下のもの
エイズ、脳腫瘍、昏睡、脳血管障害、痴呆、壊疽、心筋梗塞、
腎椎疾患・腎臓、末期疾患、重度の腎疾患、転移ガン、腰部
骨折、敗血症、椎間板ヘルニア、呼吸または心停止等

P.J.Volland(ed.):Discharge Planning,National Health Publishing,1998

退院計画-病院と地域を結ぶ新しいシステム-, 手島陸久, 退院計画研究会編, 1996, 中央法規

今後目指したいこと

- 2010年診療報酬改定 新設項目（急性期一部）
 - 「急性期病棟等退院調整加算」
 - 「新生児特定集中治療室退院調整加算」
 - 「介護支援連携指導料」
 - 「90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書」の提出により、一般病棟入院基本料が変わる。等
- 2008年の「退院調整加算」以降、ますますSWが認められるようになっている。
- 今後各病院における実践の向上のために、さらに協会として様々な提言をしていくためのデータを作成していきたい。

さいごに

- まずは、日報から使ってみてください。
- 患者データに興味のある方は、サマリに入院患者だけでも入力すると、クリニカルインジケータ等が作成でき、質の点検や実績を明示することができます。
- これからシステムの初年度がスタートします。このシステムは、皆さんと一緒に作っていくものです。ご興味のある方は、是非この事業にご協力ください。
- このシステムを利用する皆さんの力と合わせて根拠資料の作成や次期バージョンアップも目指していきたいと思います。



入力マニュアル 基本ルール

詳細は実際に使用しながらマニュアルをご覧ください
ここでは、おもな項目の解説、説明をおこないます

基本ルール

システムの開発

このシステムは、長寿社会福祉基金の助成金を受けて、日本医療社会事業会の病院ソーシャルワーク業務開発事業委員会と富士通エフ・アイ・ビーが共同開発したシステムです。

システム使用の資格

このシステムは日本医療社会事業協会の会員のいる病院で使用することとしています。

使用上の禁止事項

各病院内ではシステムの共有ができますが、他病院へコピーして渡すことは禁止します。

著作権

著作権は富士通エフ・アイ・ビーにあり、このシステムを改造して使用することも禁止します。

データの集約

このシステムは会員に還元するサービスと、ソーシャルワーク業務の根拠資料の作成を兼ねております。

皆さまが入力したデータは、1年に1回、4月～3月迄の年度単位で日本医療社会事業協会で集約します。

個人情報以外のデータが送られるように設計されておりますので、各病院は事務局へデータを送付してください。
(初年度は、4～6月と7月～3月の2回送付をお願いします)

日本医療社会事業協会では、皆さまのデータを集計してソーシャルワークの根拠データ及び報告書を作成し、ソーシャルワークの発展のために活用します。

ご注意ください

個人情報の保護に関する注意

ソーシャルワーカーの記録は個人情報を多く含むものです。

データの流出防止には細心の注意を払ってください。

職場からのデータの持ち出しのないよう、とくにノートパソコンを使用する場合などは管理に気をつけてください。

お問い合わせ

お問い合わせには、病院ソーシャルワーク業務指標開発委員会メンバーが引き続き対応いたします。

☆ 富士通エフ・アイ・ビーは一切のお問い合わせに対応できません。

受付窓口：日本医療社会事業協会事務局
事務局スタッフはお答えできませんので

電話でのお問い合わせはご遠慮ください。

電子メール（委員会メンバーに転送されます）またはFAXをご利用ください。
e-mail swdata@jaswhs.or.jp FAX 03-5366-1058

ご質問の内容によっては、即時の回答ができない場合もありますことをご了承ください。

協会のホームページに当システムのQ & Aページを設ける予定です。

SWHS Social Work Data System 2010 Manual

操作手引書

データのインストールから各画面を
操作するのに必要なマニュアル

+

基本ルール・キーワード解説

どう入力するかという基本ルール
キーワードの解説マニュアル

★ 入力のしるしについて

□・・・複数選択可

○・・・いずれかのみ選択

項目にライン・・・必須項目 例 **患者番号**

グレーの **■**・・・自動表示

▼・・・選択項目が表示

どの画面にも共通する約束です



データベースのインストールが終わると
はじめに「医療機関登録」画面が出ます
ここからスタートです

医療機関入力

ソーシャルワーカー入力

医療機関登録

<P. 35>

ソーシャルワーカー入力

<P. 36>

医療機関登録とソーシャルワーカー登録は、日本協会にて
集計をすると、全国の病床数別のソーシャルワーカーの人
数の平均値などを出すときのデータとなります。

医療機関の登録画面には、
「相談以外の業務」の有無、「相談室の他職種」の有無の
チェック項目をつくりました。
医療連携担当者や退院支援N sなどと部署が統合されること
が多くあるかと思います。
そうした実態を明らかにするためにチェックをお願いします。

日報入力

患者基本項目

<P. 37>

まず、患者番号を決め、入力します。これは相談番号、カ
ルテ番号など自由に決めてください。しかし、一度登録さ
れた番号を変更することはできません。

カルテ番号を使用する場合は、未受診時と受診後をどうす
るか、各自で管理の決め事しておく必要があります。

患者基本項目は「台帳」として使用できるよう、必須ではありません
が住所などの登録ができるようにしました。

「住所区分」という項目は、それぞれの病院に必要な地区名を設定す
ることができます。利用患者の居住地分布を報告する必要がある場合
など使用してください。

日報登録

<P. 38~P. 41>

日報欄には、毎日、実施した個別支援（援助方法、援助対象、援助内容）について入力できます。

これまでのみなさんのカウント基準と異なるかもしれませんが・・・

区分く新規・継続>

新規：初めて相談あるいは依頼を受けた日

新たな相談で同一人物への支援を始めた日
再入院した場合

継続：新規で支援を開始した相談が継続している期間

日報登録（2）

診療科：複数の科を受診している場合があると思いますが、1項目の入力ですので、主な診療科、あるいは依頼元の科を選択してください。

援助方法：面接・協議・電話相談・
電話（調整・情報収集）・記録文書・訪問

電話（調整・情報収集）
転院先探し、制度の確認、移送車の手配など

日報登録（3）

「援助内容」は、
大項目「分類」と小項目で構成されています。

援助分類：医療ソーシャルワーカー業務指針を基本とし、実践において、援助内容として関わりの多い「家族への支援」を加えました。
「受診・受療援助」も一部解釈を加えました。

援助内容：ヒアリング協力病院と委員の病院の項目から採用の多い項目や妥当と思われる項目を採用しました。

援助時間：累計時間が自動表示されるようにしました。

サマリ

<P. 42~P. 43>

支援の要約画面です。
すべてのケースに使用しても良いですし、継続的に支援をした場合や、概要をまとめておいた方が良いものなど決めていただいても結構です。
退院支援のケースにはぜひ使用してください。1退院ごとに退院支援終了日を入力してください。

疾病は主病名の2疾患を入力してください。
・疾病分類は、国際疾病分類 ICD10 (P43) を参照して入力してください。
・情報提供した紹介先、ソーシャルハイリスク等の問題別は複数入力してください。
・クリニカルインジケーターの実施の有無、診療報酬算定項目をチェックしてください。

サマリ印刷

<P. 44>

活用例
カンファレンスなどケースのまとめを紙で使用したい場合
転院先などに支援概要を申し送る場合

サマリ入力の内容が自動的に表示されます。

加えて、他の画面では、選択し
かできなかった病名や、経過、
記録しておきたいこと、申し送
り内容を自由に記入できます。

個別援助以外の業務

<P. 45>

個別の患者さんに対する支援ではなく、管理業務やコンサルテーションなどにどれだけ時間をつかっているか把握するための日報です。

ソーシャルワーカーは、相談業務以外に患者の支援の充実やソーシャルワークの発展のために、組織や地域において様々な業務や活動を行っているため、それらの業務を入力できる画面を設計しました。

報告書・協会集計

<P. 46>

報告書

日報、サマリ、個別援助以外の業務を日々入力することで、所属施設に提出する報告書（日報・月報・年報）が簡単に作成することができます。

出力したい報告書の期間を入力し、報告書の種類を選ぶと自動集計された報告書が印刷できます。

報告書・協会集計

<P. 46>

協会集計

個人情報以外のデータを日本医療社会事業協会にて集計し、年報としてまとめるほかに、必要に応じて厚生労働省等に提出するデータとして活用できることを考えています。

ボタンひとつで個人情報を除いたデータが取り出せます。CDあるいはUSB、メールで協会に送っていただく予定です。

送っていただく時期や方法は、あらためてお知らせいたします。

便利な機能<マスタメンテ任意項目の登録 P25>

各病院で追加したい項目を設定できます
診療科（日報）：4項目

援助内容（日報）：10項目

算定項目（マ）：2項目

業務内容（マ）：2項目

F1～F4（マ）：F1、F2、F3は10項目、
F4は20項目まで自由に設定できます。

住所区分（患者基本情報）：100項目以上

それでは
データベースに
入力してみましょう



おわりに

この度、医療機関に従事するソーシャルワーカーのためのデータシステムを開発しました。このシステムは、日報表をはじめ月報や年報が作成できる機能やケースをまとめるサマリ機能など、現場で働くソーシャルワーカーのニーズを反映したシステムになっています。

また、その業務データを日本医療社会事業協会に集約することで、ソーシャルワーカーの独自性や配置基準など、エビデンス研究に大きく貢献できると期待されています。多くの現場でこのシステムを活用していただき、よりよい福祉社会を築く一助となれば幸いです。

最後に、データベースの調査、項目検討にご協力くださったソーシャルワーカーの方々、講習会の開催にご尽力くださった各県協会の皆様、事業に助成してくださった福祉医療機構に深く感謝申し上げます。

＜病院ソーシャルワーク業務開発委員会＞

委 員

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	帝京大学溝口病院
新村 郁子	榊原記念病院
飯島 望	筑波学園病院
天野 博之	トヨタ記念病院
鎌田 喜子	亀田総合病院
富川由美子	東京女子医科大学病院
小野沢 滋	亀田総合病院 医師
中谷 陽明	日本女子大学