

プライマリケアにおける社会福祉援助必要者の早期発見 ・スクリーニング

—米国での基準開発事例の検討—

杉 崎 千 洋

はじめに

早期援助のために早期発見・スクリーニング
近年の社会福祉援助理論では、早期援助・早期介入（以下、早期援助とする）が注目されるようになってきた。児童や高齢者の虐待、要介護の障害者・高齢者への援助などは、援助開始が遅れると利用者の生死にも関わるだけに、早期援助がとくに求められる。社会福祉援助は、予防的観点に立ち、生活問題の連鎖的な深刻化を防止するためのものに全面的に転換すべきとの見解も示されている⁽¹⁾。

早期援助を促進させるためにはいくつかの課題がある。本研究では、社会福祉援助必要者（生活問題を抱える本人・家族）の早期発見・スクリーニングを取り上げる。ケース発見とは、自ら援助を申請しない、あるいはしにくい援助必要者に対して、援助提供者が機関から出向き、早期に掘り起こす（アウトリーチ）などの方法により、援助必要者をできる限り漏れなく、発見することである。スクリーニングは、実際の援助開始の要否、援助内容などについてより個別的に利用者进行を特定することである。また、援助提供機関から見た援助提供の効率性も重視する。

社会福祉援助必要者の発見・スクリーニングの現状を、要介護高齢者の把握（ケース発見・スクリーニングと同義）率を指標として示す（表1）。調査対象地域、把握率の定義などが異なるため単純な比較はできないが、全体として4～7割台の間を変化している。しかし、1990年代以降でも5～7割台を上下しており、把握率が改善されているとは言えない。

社会福祉援助必要者の発見の時期を検討するには、仮の基準・範囲を設定することから始めなければならない。手島の在宅療養・介護過程モデル⁽²⁾と退院患者平均在院日数⁽³⁾を手がかりに設定すると、入院後40日以内の発見は早期発見、同130日以内では比較的早期となる。厚生労働省調査によると、早期に近い、手助けや見守りが必要となつてからの期間が1ヶ月未満の把握率は52.4%である。比較的早期に近い、1ヶ月以上3ヶ月未満は61.8%、3ヶ月以上6ヶ月未満は63.8%⁽⁴⁾である。ここで用いたモデルや調査結果の間には、対象者の違いなどがあるため、このデータはおおよそそのことを示していると考えなければならない。このデータを見る限り、発見の時期に関しても改善すべき課題は大きい。

虚弱高齢者とプライマリケア

これまで、社会福祉援助必要者の早期発見・スクリーニングの研究はいくつかされてきた。表2は、縦軸を研究課題、横軸を研究分野として、これまでの実証的研究を分類したものである。研究課題は、退院計画におけるケース発見・スクリーニング実施のための2つの改善課題を援用したものである。基準（ケース発見・スクリーニング基準）^{*}とは、発見の必要な利用者の属性を検討し、より濃厚かつ複雑な援助を必要とする利用者群を規定することである。システム（ケース発見・スクリーニングシステム）とは、基準を満たす人に対して、漏れなく、早期に発見・スクリーニングできる方法論を研究し、実践として、組織的に展開していくことである⁽⁵⁾。研究分野は、これまでの主な研究を、展開される場所・方法ごとに3つに分類したものである。医療を媒介とした（以下、医療媒介）

表1 在宅要介護高齢者の把握率

調査対象地域	調査対象者	調査実施年月	分析対象者数(人)	把握率(%)
東京東部6区	60歳以上寝たきり老人	1977年4~8月	877	44.4
沖縄県玉城村	65歳以上ねたきり老人	1978年8,9月	55	54.5
東京都小金井市	65歳以上ねたきり老人	1985年10月	235	51.9
東京都三鷹市	65歳以上要介護高齢者	1996年4~5月	943	65.2
全国	65歳以上手助け・見守りを要する者	2000年6月	4,327	74.0
東京都A市	65歳以上ADLまたは認知機能にひとつ以上障害がある者	2002年1,2月	1,323	54.9

資料) 山内幹郎:東京東部地域寝たきり老人発見運動、公衆衛生、43(9)、624-627 (1979)。宮城重二・平良一彦・照屋寛善:沖縄の一農村における在宅ねたきり老人の出現率について、日本公衆衛生雑誌、31(8)、367-371 (1984)。古谷野亘・柴田博ほか:登録ねたきり老人と未登録ねたきり老人——老人福祉手当受給者・非受給者の比較、社会老年科学、9、71-81 (1987)。三鷹市・東京都老人総合研究所保健社会学部門『三鷹市高齢者・障害者の生活と福祉実態調査報告書』(1997)。厚生労働省大臣官房統計情報部編・厚生統計協会『平成12年度介護サービス世帯調査』14。杉原陽子・杉澤秀博ほか:要介護認定未申請者の特性、社会老年科学、24(2)、273 (2002)、より作成

注1) 東京東部6区=足立、荒川、葛飾、墨田、江戸川、江東

2) 全国の分析対象者数には64~40歳の者も含まれる

3) 把握の定義

東部地域、玉城村、小金井市=老人福祉手当受給者

三鷹市=「行政機関と何らかの接触がある」(何らかの在宅保健福祉サービス利用、老人福祉手当受給者、特別養護老人ホーム申請中の者、保健婦・ケースワーカーの訪問経験のある)人

全国、東京都A市=要介護認定申請者

4) 把握率=把握者/分析対象者(母数)

研究は、本研究の目的との関連(後述)で、さらに病院病棟とプライマリケアに分類した。

Aには田中⁽⁶⁾⁽⁷⁾、杉崎ら⁽⁸⁾、手嶋⁽⁹⁾、Bには杉崎⁽¹⁰⁾のものがある。Cには小松⁽¹¹⁾、森本⁽¹²⁾が、Dには森本⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾の報告がある。基準を正面から取り上げた研究はEに該当する伊藤ら⁽¹⁵⁾のものしかない。システム研究とリンクしたものとしては、Eの田中⁽¹⁶⁾、杉崎ら⁽¹⁷⁾の研究がある。本研究では、医療媒介のなかのプライマリケアにおける基準とシステム、とくに基準(表2・F)についての研究を行う。その理由として、重要であるのは次の4点である。なお、プライマリケアの中核となるのは外来診療⁽¹⁸⁾であるので、わが国におけるプライマリケア=一般診療所外来、病院外来とする。

①わが国の医療機関は、社会福祉・介護サービス機関・施設よりも比較的容易にアク

表2 ケース発見・スクリーニング先行研究の分類

研究分野	医療媒介		地域ベース	情報
	病院病棟	プライマリケア		
システム	○ (A)	○ (B)	○ (C)	○ (D)
基準	○△ (E)	— (F)	— (G)	— (H)

注) ○=先行研究あり

△=不十分ではあるが先行研究あり

—=先行研究なし

セスきる。そのため、制度上は患者であること以外の要件(所得・年齢など)で利用者を限定しないことが基本となっている。②社会福祉援助を必要とする状態は疾病・傷害を契機として発生することが多いため、状態発生後の早い時期に医療機関で発見できる可能性が高い。

③医療機関の社会福祉・介護サービスへの

参入が増加している。それらの機関では、各機関の患者から社会福祉・介護サービス利用者を確保するためのインセンティブが働きやすい。

④次第に ADL などが低下する虚弱高齢者などは、病院病棟では把握しにくいと考えられる。一方、プライマリケアはそれらの人が受診する可能性の高い場である。

求められる基準研究

筆者は、わが国プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの先進・稀少事例である愛知県江南市・昭和病院外来におけるシステムを対象とし、効果の実証的研究を行った（表 2・B）。それによると、プライマリケアにシステムを導入しただけでは、多くの援助必要者の発見という効果は得られなかった（限界があった）。だが、事例のシステムを、ケース発見・スクリーニングシステム単独運用と、継続看護などの外来看護システムと連動したシステム運用の 2 群に分類し、両者を比較したところ、後者のほうが社会福祉援助必要者の早期発見の効果があることが示唆された。限界の要因として最も重要であったのは、ケース発見・スクリーニング基準であった⁽¹⁹⁾。基準には、ケース発見・スクリーニングの必要な患者群（5 項目）が簡潔に記されていた。看護師・医師は、多忙な外来のなかで、患者がそれらに合致するかどうかを判断しなければならない。いくつかの項目は抽象的であったため、看護師・医師には的確な判断がしにくかったと考えられる。

ところで、米国では、早くからプライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの実践・研究に取り組まれてきた。しかし、わが国において、米国におけるそれらの研究の紹介・検討をした研究は、筆者のもの⁽²⁰⁾以外に見当たらない。そこで、本研究では、前論文執筆後に報告された研究成果などを主な素材として、基準（ツールとしての質問紙）研究の紹介をし、わが国での利用可能性を検討する。1. では研究方法の説明をする。2. では、1990 年以降の研究を概観し、高齢患者が主なターゲットになっていることを示す。3. では、ケース発見・スクリーニングツール研究の先進 2 事例を紹介し、簡単な患者自記式質問紙を用いて多くの高齢患

者のケース発見・スクリーニングが可能なことを示す。4. では、わが国でも、標準化された健康関連 QOL の質問紙をツールとして利用すれば、多くの高齢虚弱の社会福祉援助必要者の早期発見ができる可能性があることを示す。

1. 研究方法

(1) 文献の収集、選定、整理

3つの方法により収集

主な研究方法は、米国のプライマリケアにおける心理社会的ハイリスク患者（文献によっては心理社会的問題をもつ患者。いずれも社会福祉援助必要者とほぼ同義）のケース発見・スクリーニングに関する文献の収集、選定、整理とその検討である。ここでは、文献の収集、選定、整理の方法について述べる。

文献収集は、3つの方法により行った。1つは、米国の医療ソーシャルワークに関する主要な学術雑誌である Health and Social Work（全米ソーシャルワーカー協会。季刊誌）、Social Work in Health Care（The Haworth Press, Inc. 季刊誌）の 1990 年 1 月～2002 年 10 月分の検索である。2つ目は、医療・医学分野の専門データベースである Medline を用いた、1990 年 1 月～2002 年 10 月までの専門雑誌のキーワード検索である。キーワードは、primary care, ambulatory care × case finding, screening, case management, care management, social work である。3つ目は、前記の 2つの方法により収集した文献の引用・参考文献欄などに記された文献の収集である。

3つの選定基準

文献選定の方法は次のとおりである。収集した文献のキーワード・要旨から、以下の 3つの基準に合致した文献を選定した。要旨・キーワードだけではこの判断ができない場合に限り、本文の内容からこれらの基準に合致しているかどうかを判断した。これを実施した主な理由は、Medline を用いた文献収集により、多数の文献が検索できたからである。

①プライマリケア機関で意図的・組織的に実践されている。もしくは、プライマリケア機関をフィールドとして調査・研究に取り組まれている。

- ②医療ソーシャルワーカーが、ケース発見・スクリーニング基準とシステムの利用に直接関与している。医療ソーシャルワーカーの関与の仕方としては、ケアマネジャー、ケアコーディネーターとしての関与も含める。
- ③1990年以降に出版・発行された文献である。

選定の結果、文献数は、単行本1冊、学術論文7、実践報告など6となった。

選定文献の整理とは次のことである。選定した文献のなかには、同一の実践・研究事例に関する複数の報告が存在することもあった。それらを整理したところ、4つのシステム、6つの基準に関する実践・研究事例の報告であることが判明した。これらを本研究における検討の対象とする。

(2) 分類枠を設定

2. では、10の実践・研究事例を分類し、近年のプライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの実践・研究の特徴を検討する。ここでは、その際に用いる枠組み(表3参照)について説明する。

縦軸は、ケース発見・スクリーニングの研究課題(表2と同様)とした。横軸は、まず、外来の種別とし、次にケース発見・スクリーニングの対象となる問題の範囲とした。

外来の種別は、ドーパーのものを用いた。

- ①単独診療：近年では減少しており全医師の10%以下である。
- ②グループ診療：最も成長している診療形態である。HMO(Health Maintenance Organizations)、PPO(Preferred Provider Organizations)も含む。
- ③病院外来部門：近年では病院も外来機能を重視するようになってきた。外来手術センターなどに力を注ぐところが多い。
- ④保健センター・クリニック：公的保健部局クリニック、地域保健センター、外来外科センターなどがある。大きなグループなどを形成している。貧困者医療にも対応している。
- ⑤救急センター：病院の80%が併設してい

る。大半の医療保険非加入者の受け皿となっている⁽²¹⁾。

ケース発見・スクリーニングの対象となる問題とは、対象となる人の抱える問題のことである。対象となる人を指すのではない。対象となる問題は、特定と包括の2つに区分した。特定とは、ケース発見・スクリーニングの対象を、ある問題に限定していることである。抑うつという問題に限定したケース発見・スクリーニング基準の開発がその例である(表3・M参照)。包括とは、特定の問題だけに限定せずに、多様な問題を視野に入れた基準であることを意味する。例えば、身体的・心理的・経済的問題など、包括的な問題の発見・スクリーニングに対応できる基準・ツール(表3・Lなど参照)のことである。

2. 米国における実践・研究の概観——「先進国」米国の現状

(1) 病院病棟より遅れて発展

キャボット医師が1905年に米国で最初の医療ソーシャルワーカーを置いたのは、ボストンのマサチューセッツ総合病院の診療所である。米国の医療ソーシャルワークはプライマリケア機関で発展してきたにもかかわらず、その後の主要な関心は病院病棟に置かれてきた。プライマリケアにおける医療ソーシャルワークに関心が高まったのは1960年代からである。今日では、プライマリケアにおける医療ソーシャルワークの実践・研究は数多くある。

プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングに関心が持たれるようになったのは、さらに遅く20年以上前からである。例えば、カイザーパーマネント医療センターは、1970年代に、小児科外来におけるスクリーニングに関する報告を行っている⁽²²⁾。また、エルらは1981年に、将来のプライマリケアにおけるソーシャルワークへの4つの行動指針の筆頭に、スクリーニングメカニズムの発展を挙げている⁽²³⁾。その後も、外来におけるケース発見・スクリーニングに関する報告⁽²⁴⁾がされている。

現在、プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの実践・研究が、病院病棟にお

けるそれと遜色ないほどに発展しているかというところではない。ケース発見・スクリーニングの実践・研究は、病院病棟のほうが質・量ともに優れている。マサチューセッツ総合病院は、全米の医療ソーシャルワーク、退院計画などの実践・研究をリードしてきた病院でもある。例えば、その外来部門でも、医師または看護師が高齢者とその家族を社会サービス部門に紹介するのは、自宅での問題が認識された時（通常は崩壊の時点）である。このシステムによる患者の特定には限界があり、平均では患者の10%以下しか紹介されない。ほとんどの外来クリニックでは、これと同様のシステムを採っている⁽²⁵⁾。

他方、米国ではわが国より相当多くの実践・研究に取り組まれているのは確かである。本研究では、その意味で、米国はプライマリケアにおける心理社会的ハイリスク患者の発見・スクリーニングの「先進国」と言うことにする。

(2) 高齢患者が主なターゲット

4つのシステム、6つの基準

表3は、前記の方法により整理した10の実践・研究の事例を、分類枠組みにより区分したものである。A～Tのセルうち該当事例のあったセルの実践・研究を、ごく簡単に紹介する。また、文献も示す。なお、システムの事例のなかには、一部基準について検討しているものもあるが、それらの報告の中心はシステムについてである。したがって、システムのみで分類した。

表3 米国・プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングに関する実践・研究の事例分類

種別/研究課題	単独診療		グループ診療		病院外来部門		保健センター・クリニック		救急センター	
	特定	包括	特定	包括	特定	包括	特定	包括	特定	包括
システム	—	○	—	○	—	○	—	—	—	—
基準	—	○	○	○	—	—	—	○	—	—

注) ○=事例あり —=事例なし

システムに関してはB、D、Fの4事例があった。このうち、B、D①②はいずれも高齢者のプライマリケア促進を目的とした研究プロジェクトである「一般医イニシャチブ」の一環として行われたものであった（この研究プロジェクトについては後述）。

B：「一般医イニシャチブ」・ハンチントン記念病院（カリフォルニア州・パサデナ）高齢者ケアネットワーク「医師パートナーシップ」プロジェクト報告^{(26) (27) (28)}

D：① 「一般医イニシャチブ」・セントジョセフ病院（ニューメキシコ州・アルバクエーク）コーディネートケアプロジェクト報告^{(29) (30)}

② 「一般医イニシャチブ」・マウントサイナイ医療センター（フロリダ州・マイアミビーチ）プロジェクト報告^{(31) (32)}

F：サウスウエスト総合病院（オハイオ州・ミドルバーグ）外来部門におけるケースマネジメント導入報告⁽³³⁾

基準に関してはL～N、Rの6事例があった。Lは、やはり「一般医イニシャチブ」の一環として行われたものであった。調査・研究フィールド（一部）もBと同一であった。

L：「一般医イニシャチブ」「医師パートナーシップ」・高齢患者用スクリーニングツール開発・改良研究⁽³⁴⁾

M：高齢者の抑うつスクリーニングツール開発研究⁽³⁵⁾

N：① SF36を利用した高齢患者用のスクリーニングツール研究^{(36) (37)}

② 出生前クリニック・スクリーニングツール開発研究⁽³⁸⁾

③ 入院前ケース発見ツール開発研究⁽³⁹⁾

R：ソーシャルワークスクリーニングツール開発・改良研究⁽⁴⁰⁾

「一般医イニシャチブ」関連の事例が多かったのは、今回の文献収集方法の1つである、収集した文献の引用・参考文献欄に記載された文献の収集という方法により、収集した文献に偏りが出たためとも考えられる。しかし、「一般医イニシャチブ」関連の文献は、前記の方法だけではなく、データベースにより収集できたものも多いので、その可能性は低いと考えられる。

4つの特徴

10の事例から見ると、近年のプライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの実践・研究の特徴は次のとおりであった。

る。

①システム、基準ともに単独診療、グループ診療での展開が多かった。年齢層としては高齢者を主な対象としている事例が多かった。

②システム、基準とも、ほとんどがプライマリケアでのケアマネジメント、ケースマネジメントの一環として実践・研究されていた。

③基準研究は、いずれもスクリーニングツールとしての質問紙の開発・改良という形をとっていた。

④ツールは、対象となる患者の年齢、疾病を限定しながらも、ほとんどの場合、対象となる問題としては包括的なものであった。

3. 米国のプライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングツール研究の事例

(1) 先進2事例を選択

前記の10事例からLとN①の2事例を取り上げ、紹介・検討する。それらを選択したのは次の理由からである。①④⑤は2事例が先進事例であることの根拠でもある。

①開発されたツールが研究成果として示されている。あるいは、それに近い研究成果がある。

②ケース発見・スクリーニングの対象となる人は高齢患者に限定されているが、対象となる問題は包括的である。これは近年のツールの特徴を反映している。

③プライマリケア≒外来は多様であり、患者の重症度（亜急性期患者の多寡）、所得階層などにより分化している。外来の5つの種別（表3）のうち、単独診療（L）、グループ診療（N）は、他よりわが国の病院外来、一般診療所外来に近いと考えられる。

④病院病棟におけるケース発見・スクリーニングツール研究の成果を、継承・発展した研究である。

⑤Lは米国におけるこの分野の研究・実践への影響力が強いと思われる「一般医イニシャチブ」の一環として研究されただけでなく、「一般医イニシャチブ」の原型でもあ

る。2事例とも基準・ツールを中心に紹介する。システムに関しては、ツールの利用方法に限定して紹介する。L、N②の文献には、ツール開発時にフィールドで実施された研究方法は記されていたが、臨床におけるツールの利用方法は記されていない。そのため、以下では、利用方法の説明の代替になり得るとされる研究方法を記すことにする（研究方法と臨床における利用方法との関連については後述）。

(2) 「一般医イニシャチブ」

事例紹介の前に、「一般医イニシャチブ」プロジェクトの背景、目的、経過について簡単に述べる。

プライマリケアは、質が高く効率的な高齢者ケアを提供できる可能性のある場であると思われる。それにもかかわらず、米国の医療システムは、プライマリケア提供のための明確な方式を示せないでいる。

高齢患者は、生物・医学的側面だけでなく、複雑で多面的な心理社会的問題への対応を必要とする。学際的チームによる支援は、そのための1つの方法である。ところが、学術的な意味合いの強いプライマリケア機関（大学病院など）以外では、学際的チームの形成は稀である。メデイケアでは医師以外のサービスは給付対象外だからである。

マネジドケアでは、プライマリケア医に門番としての役割をより一層果たすよう期待する。そのため、患者は主治医（プライマリケア医）の紹介なしに専門医を訪問することはほとんどできない。また、この門番モデルはチームアプローチも促進しない。高齢患者には多様な専門職との関係の発展が必要であるにもかかわらず、専門職に直接アクセスすることは過度に抑制されるからである。門番としてのプライマリケア医は、専門医だけでなく、ソーシャルワーカー、カウンセラーなどへのアクセスの障壁にもなる。

こうしたなか、ジョン・A・ハートフォード財団は、1992～1997年までの6年間にわたり、「一般医イニシャチブ」プロジェクトを実施した。全米から選んだ組織、関連職種、運営方式などの異なる10の医療組織における、高齢者のプライマリケアを促進するための改革的アプ

ローチを支援した。そこではプライマリケア一般医（プライマリケア内科医、家庭医など）は、ソーシャルワーカー、看護師などと連携し、統合的高齢者ケアをマネジメントする際に中心的な役割を果たした。なお、このプロジェクトは、特定の理論やモデルに基づくものではない⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾。

（3）高齢患者用スクリーニングツールの開発・改良研究

3つの柱のうちの1つ

この研究は、ハンチントン記念病院高齢者ケアネットワーク（カリフォルニア州・パサデナ）における「医師パートナーシップ」プロジェクト（「一般医イニシャチブ」プロジェクトの一環）の3つの柱のうちの1つとして行われた。ハンチントン記念病院（606床）は急性期病院・教育病院である。このプロジェクトに参加したプライベート診療医（プライマリケア医）は12名であった。高齢者ケアネットワークにより雇用されたケアコーディネーター（フルタイム：修士課程修了のソーシャルワーカー）は1名である。

目的は、プライマリケア機関で利用できるスクリーニングツールとしての質問紙の開発・改良である。ツールが利用されるためには、忙しい仕事の最中でも管理できるように、速くて簡単なものでなければならないし、医師と患者の両方が使いやすいと認めなければならない。加えて、それらは、プライマリケア医によって見落とされやすい多次元の要因を包み込むのに、十分に広範なものでなければならない。これらのことから、研究上の問題は、スクリーニングツールの利用をとおして、ケアコーディネーターによってどの高齢患者が介入が必要な状態にあるかを判断するに当たり、重要な働きをする因子を確定できるかどうかである⁽⁴⁴⁾。

自記式質問紙を開発・配布

プロジェクトでは、社会保健老年学に関わる学際的フォーカスグループにより、患者による自記式質問紙を開発した。それは、ADL、最近の入院・喪失体験、サービス利用などの広範な情報を得られるものであった。だが、はい・いいえで回答できるし、A4サイズ2枚という簡単なものであった（本稿末尾の資料参照）。

当初は、患者がプライマリケア医受診時に質問紙を受け取り、受付ロビーで記入するように

した。この方法は、スタッフが質問紙を的確に配布できなかったため、常に効果的とは言えなかった。最も効果的な配布方法は、このプロジェクトに参加しているプライマリケア医が担当する65歳以上の患者に、医師の手紙、切手を貼った返信用封筒同封のうえ、質問紙を郵送することであった。患者からこの方法への苦情はなかった。しかし、このプロジェクトに参加したほとんどの医師は、依然として伝統的な方法によって心理社会的ハイリスク患者の紹介をしてきた。つまり、医師の紹介は、患者の行動の観察、訴え、家族からの電話に依存していた⁽⁴⁵⁾。

多くの患者を発見・スクリーニング

他の2病院においても同様の調査・研究を行った。3病院の回収率は27.0%であった。ケアコーディネーターが質問紙をレビューし、患者の56.5%にはソーシャルワーカーによるアセスメントが必要であると判断した⁽⁴⁶⁾。アセスメント必要群と不必要群とに分け、スクリーニングデータを分析した結果、食事を準備する、軽い家事をする、家庭内を移動する際の不自由（困難）、はケアコーディネーターが患者にコンタクトをとるように導く主要な指標（因子）であることが判明した。また、質問紙は、しばしば見落とされてきたが、明らかに自立を脅かす、抑うつ、軽度の移動の問題、孤立の特定に効果的であった。この研究により、鍵となる因子（ADL、IADL中心）を少なくした臨床スクリーニングツールの作成が可能であることが示された。

質問紙郵送は、医師の視野に入っていない患者にケアコーディネーターの支援を届けることと、紹介を発生させることの両方に役立った。また、質問紙はオフィススタッフの教育にも有効であった。しかし、それは今日では利用されていない⁽⁴⁷⁾。

後に、この研究を基に、ソーシャルワーク固有のスクリーニング因子として、21因子が示された（表4）。

表4 ソーシャルワークに固有のスクリーニング因子

次の動作・行動の困難	次のことによる困難
a.洗濯をする	a.アルコール・薬物濫用
b.軽い家事をする	b.食欲
c.栄養指導の内容を守る	c.集中力
d.家庭内の移動をする	d.ふらつき
e.約束を果たす	e.転倒
f.買い物に行く	f.聴覚
g.金銭管理・請求の支払いをする	g.記憶
h.食事の準備をする	h.性欲
i.薬をのむ	i.睡眠
j.電話を利用する	j.尿失禁
	k.視覚

出所) Berkman, B. et al.^{2,5)}、12

注1) 2つの広範囲なカテゴリーに焦点を当てている

- 1.身体・社会・精神的機能の状態
- 2.社会経済的・環境の因子

2) 太字 (右側 a,b,d,e,f,h,i、左側 b,e) の9因子は SF-36 との重なりあり。細字の残り12因子は重なりなし

(4) SF-36 を利用した高齢患者用のスクリーニングツール研究

低コストの発見・スクリーニングの模索

在院日数の短縮により、プライマリケアでは高齢虚弱患者が多く見られるようになった。これらの患者は心理社会的問題も抱えているが、その発見、支援、フォローアップは十分ではなかった。そのために、不適切な長期ケアや不必要な入院を招くこともある。

プライマリケアにおけるスクリーニング、アセスメントは、プロセスは長く、労働集約的であるがゆえに費用もかかることが多かった。今や関心は、標準化されたスクリーニングツールの利用に向けなければならない。そのツールは、患者に心理社会的問題があるために、ソーシャルワークアセスメントが必要かどうかを、正確で効率的に、しかも早期に予測ができるものでなければならない。この研究では、標準化された健康関連 QOL のツール・質問紙である SF-36 (Medical Outcome Study-Short Form 36) を用いて、心理社会的問題をもつ高齢患者の、プライマリケアにおける発見・スクリーニングの新しいモデルの可能性を検証した⁽⁴⁸⁾。

SF-36 は、臨床における実践・研究、保健・医療政策の評価用に設計されたもので、信頼性と妥当性はすでに検証されている。その内容は簡便で包括的である。8つのサブスケール(表5)から成る36の質問が設定されている。患者が自ら質問紙に記入(10分以下で可能)し、回

収する。サブスケールごとに求められた数値を基に、換算式を利用して0～100点の得点に換算する。100点是最良の健康状態を示す。SF-36は、様々な疾患をもつ患者のQOL測定など、多数の分野での使用例がある⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾

表5 SF-36の8つのサブスケール

身体的健康度	①身体機能の制約
	②身体機能の障害による日常役割機能の制限
	③体の痛み
	④全体的健康観
精神的健康度	⑤活力(エネルギー、疲労)
	⑥社会生活機能の制限
	⑦精神機能障害による日常役割機能の制限
	⑧心の健康(心理的苦痛、安寧)

資料) Van Hook, M. P. et al.⁴⁹⁾、福原・鈴鴨⁵⁰⁾、より作成

研究すべき問題は次の2つである。1つは、SF-36が単独で、患者のソーシャルワークアセスメントの必要性をスクリーニングするツールとして利用できるかどうかである。もう1つは、ソーシャルワーカーがスクリーニングに際して、標準化された健康関連 QOL 質問紙をどのように利用するかである。すなわち、どの SF-36 サブスケール得点が、ソーシャルワーカーによる患者にアセスメントが必要かどうかの決定と、有意に関連しているかを検討することである。

2種類の質問(紙)

研究が行われたのは、マサチューセッツ総合病院(急性期病院・教育病院:マサチューセッツ州・ボストン)・プライマリケア診療グループのうち、同意の得られた2グループであった。参加したプライマリケア医は16名であった。1名のソーシャルワーカー(修士課程修了。経験15年、うちプライマリケア経験5年)がSF-36などをレビューし、患者にアセスメントが必要かどうかを判断した。

質問紙の配布・回収は2つの方法(期間)により行った。いずれにおいても、SF-36と、(3)の研究により開発された「ソーシャルワーカー固有の質問」(以下、「ソーシャルワーク」とする:因子は表4)の両方の質問(紙)を配布した。後者は前記の2つの研究すべき問題の検証のために用意された。また、後者は表面的妥当性、内容的妥当性、概念構成妥当性があるとされている。

最初の3ヶ月間は次の方法により配布・回収した。スタッフが、患者が予約診療を待っている間に、65歳以上の患者は全員質問紙を受け取るよう要請した。質問紙には、医師によるプロジェクトの説明と参加依頼を記した手紙が添えられていた。この方法で回収できた質問紙は少なかったため、次の3ヶ月間は別の方法を採用した。全患者リストを基に、調査期間中にプライマリケア医に診療予約をした65歳以上の患者（無作為抽出）に、予約診療の前に質問紙を郵送した。質問紙には医師の参加依頼の手紙と、切手を貼った返信用封筒を同封した。2つの方法を合わせて約300の質問紙が回収できた。前者の方法による回収率は配布母数が不明なので算出できなかった。後者は38%であった。

SF-36はIADLの問題を捕捉

前記の最初の研究すべき問題に関しては、各患者の「ソーシャルワーク」への回答と、SF-36の得点との関連の分析などにより行った。そして、SF-36は高齢患者のいくつかの重要な心理社会的リスク因子であるIADLの問題を、明確に捕らえていることが示された（具体的には、表4の21因子のなかの太字の9因子）。IADLは、アセスメントが必要な患者かどうかを決定する際に、ソーシャルワーカーが伝統的に用いてきた因子である。同時に、SF-36では「ソーシャルワーク」の残りの因子（表4の細字の12因子）は、十分に捕らえられないことも明らかになった。

前記の2つ目の研究すべき問題は、次のように検討された。ソーシャルワーカーがSF-36の回答をレビュー（この時点ではSF-36の得点は知らされていない）したところ、2つの方法(期間)を合わせて36%の患者にアセスメントが必要と判断された。アセスメントが必要と判断された患者群と、不必要と判断された患者群のSF-36の得点を比較した。サブスケールごとの平均点は、8つすべてにおいて、アセスメントが必要と判断された患者群より、不必要と判断された患者群のほうが有意に高かった。また、8つのサブスケールのうち、身体機能、体の痛み、全体的健康観、活力、社会生活機能、心の健康の6つのが、ソーシャルワーカーによりアセスメントが必要と判断される際に関連があることが分かった。

以上より、SF-36は、健康関連QOLの低下を招くIADLに関する問題をもつ患者の発見・スクリーニングを手助けするであろう標準化されたアプローチであることが示された。また、今後、「ソーシャルワーク」の21因子のうち、SF-36と重なるIADLの問題に関連する9因子が除去可能であることが示された⁽⁵¹⁾。このように、2つの質問（紙）には重なりがあるにもかかわらず、心理社会的問題をもつ高齢患者のケース発見・スクリーニングの際には、2つの併用が有効であることが示唆された⁽⁵²⁾。

4. 「ソーシャルワーク」とSF-36の利用可能性

(1) 米国における実践・研究の2つの要因 費用削減と学際的チームによる援助

わが国プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの先進・稀少事例では、社会福祉援助必要者の早期発見・スクリーニングの効果があることが示唆された。その反面、限界もあった。その限界を乗り越えるためには、多忙な外来のなかでも、看護師・医師、患者に負担をかけずに利用できる基準・ツールが必要であった。そこで、この分野の「先進国」である米国の実践・研究に着目し、その紹介をしてきた。「ソーシャルワーク」、SF-36の利用により、以前より多くの心理社会的ハイリスク患者を発見・スクリーニングできることが示された。

1990年以降の米国プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの実践・研究には、大別して2つの要因があると考えられる。1つは、費用削減である。具体的にはDRG、マネジドケアの導入・拡大である。とくに後者は、急速に拡大してきており、民間医療保険加入者（現役世代）の75%が加入している⁽⁵³⁾だけでなく、メディケア、メディケイドのなかでも拡大している。マネジドケアでは、コストの高い入院、救急受診、専門医受診を、門番としての主治医制（門番モデル）などにより抑制する。門番モデルでは、プライマリケア医の紹介なしに専門医を受診できないので、プライマリケア医の重要性が高まった⁽⁵⁴⁾。また、門番モデルなどの導入により、プライマリケア機関には、以前より多くの重度・重症患者が集まるようになった。マネジドケア、とくにHMOでは、プライマリ

ケア医が、担当患者にプログラムが認める以上のサービスを提供した場合、医師自らその差額を引き受けなければならない。そのため、不必要な入院、ナーシングホーム入所などを典型とする、他サービスを必要とする状態に陥りやすい心理社会的ハイリスク患者を、早期発見・スクリーニングする必要に迫られたと考えられる。もう1つの要因は、高齢患者の QOL 維持・向上に貢献するためと考えられる。プライマリケアは多面的な問題をもつ心理社会的ハイリスク患者、とくに虚弱高齢患者が多く訪れる場である。それらの患者を早期に発見・スクリーニングし、学際的チームによる援助につながることであれば、QOL の維持・向上が可能になると考えられた。

わが国との共通点と相違点

わが国では、医療法改正、診療報酬改訂などにより、大病院、中小病院、一般診療所の機能分化が進められている。外来に関しては、都市部大病院では、外来分離を典型とした手法により専門外来化が進められつつある。中小病院、一般診療所は、一般患者の外来診療、慢性疾患患者の管理的ケアを巡り、競合する関係におかれるようになった⁽⁵⁵⁾。ただ、このことが直ちにプライマリケア機関における重度・重症患者の大幅な増加に結びつくわけではない。わが国では、依然として入院医療の占める比重が大きいからである。また、わが国では、米国ほどには費用抑制を求められない。一方、米国と同様、わが国プライマリケアは、高齢患者、なかでも虚弱高齢患者が多く訪れる場であるし、それらの患者に早期から、多面的な援助を提供しやすい場である。不必要な入院、入所を防ぐことは、無駄な費用の節減だけでなく、患者の QOL の維持・向上にもつながるので、わが国でも求められることである。

(2) 基準とシステムの5つの構成要素

「ソーシャルワーク」と SF-36 を検討

先進2事例では、老年学フォーカスグループにより開発されたもの(資料)、「ソーシャルワーク」(表4)、SF-36(表5)の3つの基準、つまりツールとしての質問紙が利用された。最初の1つは、調査・研究用に開発されたものであるので検討対象から除外し、他の2つを検討する。

その前に、フォーカスグループにより開発された質問紙に関して、簡単に言及しておく。これは、「医師パートナーシップ」プロジェクトの途中から利用されなくなっていた。その理由は明記されていなかったが、項目数が多すぎたため、質問紙に回答する患者、質問紙をレビューするソーシャルワーカー双方の負担が大きかったためと考えられる。これより、たとえ質問が簡便で分かりやすくても、項目数の多い質問紙はケース発見・スクリーニングには適していないと考えられる。

プライマリケアを訪れる高齢の心理社会的ハイリスク患者のケース発見・スクリーニングには、2つの質問(紙)の併用が有効であることが示唆された。以下では、これを受け、「ソーシャルワーク」と SF-36 のわが国における併用可能性、さらに単独の利用可能性を検討する。

利用方法の一部は不明

前記のように、先進2事例では、研究方法は紹介されていたが、臨床におけるツールの利用方法、つまりシステムについては記されていなかった。ただし、2先進事例の研究方法は、ほぼ同じであるし、ほとんどそのまま臨床における利用方法に置き換えられると考えられる。研究方法と利用方法との間で異なると思われるのは、質問紙のレビュー(以下の⑤)である。SF-36 に関しては、前記の研究結果から判断する限り、その得点により行うことになる。「ソーシャルワーク」の場合は、21 因子のうちのどれか1つに該当する患者であれば、その患者はソーシャルワーカーによるアセスメントが必要と判断するのか、それとも複数の因子間の関連からそれを判断するのかが不明である。前者であれば、例えばソーシャルワーク助手によってでも判断可能である。後者であれば、ソーシャルワーカーがレビューしなければ判断は難しい。米国の病院病棟におけるケース発見・スクリーニングに関する総括的研究でも、質問紙レビューも含めたスクリーニングスタッフは様々であるとしている⁽⁵⁶⁾。ここでは、臨床における実施に当たり、ソーシャルワーカーに、より重い負担がかかる後者と仮定して、検討を進めることにする(このことによる本研究の制約・限界については後述)。

2つの質問紙を併用する際に必要となるケー

ス発見・スクリーニング基準とシステムの構成要素を、先進2事例より抽出する。それらを、実際に利用する順序に従って整理すると次のようになる。①と③は基準に関する要素である。②④⑤はシステムに関する要素である。なお、この要素は、質問紙を単独に利用する場合でも同じと考えられる。

①ツールとしての質問紙

②質問紙の配布

③患者による質問紙への回答

④質問紙の回収

⑤ソーシャルワーカー、ケアコーディネーター（以下、単にソーシャルワーカーとする）による質問紙のレビュー（アセスメントが必要かどうかの判断）

(3) 併用による効果は大きい

ツールの3つの重要点

①に関しては3つのことが重要である。1つ目は対象である。2つの質問紙とも、対象となる人は高齢者に限定、対象となる問題は包括的問題としていた。これは、(1)で述べた米国プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニング研究・実践の2つの要因と、強く関連していると考えられる。すなわち、1つは、対象となる人を高齢者に限定したのは、高齢患者は主な費用削減のターゲットになっているからと考えられる。高齢患者(65歳以上)の一人当たり平均医療費は、若年患者(64歳以下)の4.60倍⁽⁵⁷⁾にも上るのである。もう1つは、前記のように高齢患者には多面的な援助を必要とする人が多いからと考えられる。対象となる問題を包括的としたのは、やはり、前記の2つの要因(費用削減、多面的援助の必要性)をもたらす問題は、抑うつなどの単独の問題(表3・M参照)だけでなく、身体的・精神的・社会的問題などの多様なものだからと考えられる。

わが国プライマリケアにおける先進・稀少事例のケース発見・スクリーニング基準は、全年齢層の患者の包括的な問題を対象としていた。だが、自記式質問紙を利用したケース発見・スクリーニングでは、わが国における先進・稀少事例とは異なったシステムが必要となる。しかし、わが国プライマリケアには、そのシステム整備のための条件が十分にあるわけではない(後述)。そうしたなかでは、対象となる人を広げず

に、虚弱・要介護状態の発生率の高い高齢患者に限定するのは合理的であると考えられる。また、米国と同じくわが国でも、多面的な援助を必要とする状態を発生させる問題には、身体的・精神的・社会的問題などの多様なものがある。また、未把握の社会福祉援助必要者が多いわが国では、広範な問題をもつ社会福祉援助必要者を発見・スクリーニングする必要がある。これらより、わが国でも対象となる問題は、単独より、包括的であるほうが良いと考えられる。

2つ目は、質問紙に含まれている因子の特徴である。「ソーシャルワーク」はADL、IADL中心、SF-36はIADL中心であった。これらが高齢社会福祉援助必要者の抱える生活問題の重篤度、生活問題発生の時期、という観点から見ると次のようになる。重篤度に関しては次のとおりである。ADLは比較的重篤度の高い患者(重度の要介護者など)の、IADLは比較的重篤度の低い患者(軽度の要介護者、虚弱者など)の発見・スクリーニングに適している。生活問題発生の時期に関しては次のとおりである。社会福祉援助必要者の生活問題の重篤度が低いことが、常に生活問題発生の時期が早期であることを意味するわけではない。それは、例えば、軽度の人でも、長期間その状態を維持することがあるからである⁽⁵⁸⁾。このことから考えると、重篤度の低い社会福祉援助必要者には、早期と中間期の人が多いことになる。重度の援助必要者には、早期(脳卒中患者など)、中間期～危機状態の人までがいることになる。このことより、IADLは早期または中間期の援助必要者の、ADLは早期～危機状態の援助必要者の患者の発見・スクリーニングに適した指標と言える。

これらより、「ソーシャルワーク」は、早期～危機状態、虚弱者～重度の要介護者など、広範囲の人をターゲットにしていると言える。SF-36は、早期～中間期、虚弱者、軽度の要介護者など主なターゲットとしていると言える。わが国における未把握の社会福祉援助必要者の生活問題の重篤度、問題発生の時期は多様⁽⁵⁹⁾である。これより、2つをわが国プライマリケア機関で利用することにより、様々な社会福祉援助必要者を、多数発見・スクリーニングできる可能性があると言える。

3つ目は、質問紙に含まれていない因子につ

いてである。SF-36 はもとより、「ソーシャルワーク」にも、経済的不安、貧困などの経済的問題に関する因子は組み込まれていなかった。後者に関しては、高齢患者用のスクリーニングツール開発・改良研究の過程で、経済的問題に関する因子は重要ではないと結論づけられた⁽⁶⁰⁾。この調査・研究のフィールドであった単独診療では、救命処置が必要な場合を除き、医療保険非加入者の診察はしない⁽⁶¹⁾。それらのオフィスでは、経済的問題のある患者はもともと視野の外か、周辺に置かれていると考えられる。わが国のプライマリケア機関のほとんどは、様々な所得階層の患者を対象としているため、経済的不安、貧困問題を抱えた患者で、なおかつ未把握の患者が多く訪れると考えられる。事実、わが国プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの先進・稀少事例でも、発見・スクリーニングされた患者のうち最も多かったのは経済的問題を抱えた患者であった⁽⁶²⁾。これらより、この問題を因子に含める必要性は高いと言える。

③患者による質問紙への回答に関しては、2つのことが指摘できる。2つの質問紙とも項目数が少ないため、それらを併用しても比較的短時間で回答できると考えられる。さらに、2つとも患者自身により比較的簡単に判断できる因子(項目)が多いことから、回答者に高い判断力を求めている質問紙と言える。これらより、わが国にしばしば見られる自己判断・自己決定に不慣れな患者であっても、痴呆などの知的障害がない限り、回答は可能であると考えられる。

わが国での開発・改良研究が必要

以上より、2つの質問紙を高齢患者の多い機関で併用できれば、これまでより多くの社会福祉援助者を、早期発見・スクリーニングできる可能性が高いと考えられる。ただし、これらの質問紙は米国で開発・改良されたものであるため、わが国の実態に合うよう改良されなければならない。なかでも、「ソーシャルワーク」への経済的問題の組み込みは、必ず検討されなければならない点である。SF-36 は、すでに日本語版が開発され、信頼性、妥当性も検証されている⁽⁶³⁾し、医療政策、医療技術評価などに多数用いられている。わが国でもケース発見・スクリーニングツールとして利用できるかどうかの検

討が課題となる。さらに、2つの質問紙の日本版開発過程では、相互に重なる因子の除去可能性についての検討も必要となる。

(4) 質問紙利用の条件としてのシステム

配布・回収は外来で実施

2つの質問紙を利用するために必要なシステムについて検討する。

②④の質問紙の配布と回収はセットで実施されていたため一括して検討する。先進2事例とも、2つのシステムを採用していた。1つは、オフィスでの配布と回収、もう1つは郵送法であった。2事例とも後者のほうが多くの質問紙を回収できた。

ケース発見・スクリーニングが必要であるのは、初診のときのほうが多いと考えられる。ここで言う初診とは、ある患者のあるプライマリケア機関への初回受診を指すだけでなく、一定期間をおいた後に同一機関を受診することも含めている。米国で郵送法が効果的であったのは、初診患者でも多くの場合予約制⁽⁶⁴⁾であることと強く関連していると考えられる。わが国の多くのプライマリケア機関では、初診は予約制をとっていない。また、待ち時間は長い。そのことを考えると、郵送法よりも診療を待っている間に質問紙を配布し、回収した方が実情に合っているとと言える。待ち時間を利用した質問紙による問診は、わが国の多くのプライマリケア機関で実施されていることでもある。なお、予約制の再診患者に関しては、郵送法も考えられる。しかし、再診患者、とくに継続看護、継続診療システムによる医療を受けている患者は、わが国の先行事例における看護師・医師媒介システム、つまり、患者自記式質問紙を利用せず、看護師・医師を媒介として社会福祉援助必要者を発見・スクリーニングするシステムによっても、発見・スクリーニングしやすい⁽⁶⁵⁾。そのため、それらの患者にコストのかかる郵送法を導入する必要はないと思われる。

ツール併用法を直輸入できる機関もある

②ソーシャルワーカーによる質問紙レビューは、ツール利用のための重要な要素である。SF-36では、質問紙レビューはスケール得点を用いて行えるので、比較的簡単にできると思われる。「ソーシャルワーク」回答のレビューには、ある程度以上の判断力が求められる。この要素のわが

国における現状を検討するために、医療ソーシャルワーカー数の比較をする。表6は、日米英（イングランド）3ヶ国の人口1万人対医療ソーシャルワーカー数を比較したものである。英国は、北米以外の医療ソーシャルワークの発展した国の1例として取り上げた。各国における医療ソーシャルワーカーの定義は若干異なるが、このデータを見る限り、最も多いのは米国で4.96人、反対にわが国は非常に少なく0.66人である。英国は日米の間である。

表6 日米英の医療ソーシャルワーカー数の比較

国	人口1万人対医療ソーシャルワーカー数 人・(年)
米国	4.96 (1992)
英国 (イングランド)	2.16 (1999)
日本	0.66 (1998)

資料) Ginsberg, L. *Social Work Almanac(2nd ed)*, Washington DC, NASW Press. 355, 1995. Department of Health., *Personal Social Services Staff of Social Service Departments at 30 September 1999*, 7, 2000. 厚生省『平成10年 医療施設調査(動態調査)・病院報告(全国編 上巻)』、国際連合『世界人口年鑑』、より作成

- 注1) 日本の医療ソーシャルワーカーは、病院で働く医療社会事業従事者
- 2) 米国の医療ソーシャルワーカーは、整骨医を含む開業医オフィス、他の医療プラクティショナーのオフィス、ナーシングホームや他の対人ケア施設、病院(公立・私立)、医科・歯科研究所、在宅医療、医療関連サービスで働くソーシャルワーカー。連邦立の医療機関で働くソーシャルワーカーは含まない
- 3) 英国(イングランド)の医療ソーシャルワーカーは、医療機関で働くソーシャルワーカー+専門職チーム(身体障害、精神保健など、HIV/AIDS、薬物・アルコール濫用)で働くソーシャルワーカー。医療ソーシャルワーカーは、シーボーム改革以降、社会サービス部局に所属
- 4) 各国の人口統計は1996年を使用

次に、プライマリケア機関における医療ソーシャルワーカーの配置について検討する。米国でも、病棟に比して、プライマリケアに医療ソーシャルワーカーを配置する機関は少ない。プライマリケアクリニックまたは同センターで、何らかの形のソーシャルワーカーの参加が見ら

れるのは3%である。中西部の連邦立プライマリケアプロジェクト調査によると、社会サービス管理者を置いていた機関は25%、修士レベルのソーシャルワーカーを雇用していたのは19%である⁽⁶⁶⁾。わが国のプライマリケアで、医療ソーシャルワーカーを配置しているところはさらに少ない。医療ソーシャルワーカーのうち、診療所勤務者の比率はわずか4.1%である(1992年10・11月現在)⁽⁶⁷⁾。医療ソーシャルワーカーを配置している病院、診療所は多くはないので、診療所全体から見ると、医療ソーシャルワーカーを配置している機関は4.1%より相当少なくなる。また、病院勤務の医療ソーシャルワーカーは病棟・外来を兼務するのが一般的であるが、その数は100床当たり0.9名(1998年10月1日現在)⁽⁶⁸⁾である。在院日数短縮政策の影響により、業務の中心は入院患者とならざるを得ない。そのため、外来に目を向けた業務拡大の余地のある医療ソーシャルワーカーは少ないと考えられる。総じて、多くのプライマリケア機関では⑤の要素はないか、それがあっても医療ソーシャルワーカー数の少なさのために実施には困難を伴うと言える。

ところが、近年、こうした状況に変化がみられるようになってきた。1つ目の変化は、多数の医療ソーシャルワーカーを配置する病院が出てきたことである。医療ソーシャルワーカーを配置している病院のうち、3人以上を配置しているのは40.7%である。そのうち、67.9%は500床未満の病院である(日本医療社会事業協会⁽⁶⁹⁾より計算)。2つ目は、医療機関併設の在宅介護支援センターの増加である。在宅介護支援センターの44.5%は私的医療機関が母体(1996年現在)⁽⁷⁰⁾である。3つ目は介護保険制度実施に伴う介護支援専門員の設置である。介護支援専門員には看護師(出身者)が多い。また近年では外来に介護支援専門員資格を持つ看護師を配置する病院も出てきている⁽⁷¹⁾。これらより、質問紙レビューをソーシャルワーカー、介護支援専門員が実施することにより、2つの質問紙の併用が可能となる機関は、一定数存在すると考えられる。

早期援助と連動したSF-36の利用

わが国では、「ソーシャルワーク」とSF-36の併用よりも、SF-36を単独利用したケース発見

・スクリーニングのほうが実現可能性が高いと思われる。その理由の1つは、前記のように、SF-36の質問紙レビューは、「ソーシャルワーク」のそれより医療ソーシャルワーカーなどへの負担が少ないからである。

理由はこれだけではない。SF-36の主なターゲットは、「ソーシャルワーク」より狭いため、発見・スクリーニングできる社会福祉援助必要者は限られてくる。しかし、わが国の社会福祉援助必要者のうち未把握者が有意に多いのは、ADL依存度、認知機能障害ともに重度より軽度の人である⁽⁷²⁾である。また、前記のように、専門外来化した都市部・大病院外来を除き、わが国プライマリケア機関では米国のような重度・重症化は生じていないと考えられる。これらのことは、わが国プライマリケアでSF-36を用いた場合、SF-36のターゲットである早期～中間期の社会福祉援助必要者、虚弱者、軽度の要介護者などの援助必要者の発見・スクリーニングに、相当の効果を発揮することを示唆している。

はじめにでも述べたが、社会福祉援助必要者の早期発見・スクリーニングを促進させるためには、援助実施側から、早期発見・スクリーニングへのインセンティブが働くこともきわめて重要である。SF-36を利用して虚弱高齢者、軽度の要介護高齢者などを早期に発見・スクリーニングし、同一機関、あるいは関連機関での介護予防サービス、訪問看護、通所介護などに結びつけられれば、早期発見のインセンティブはより高まるであろう。そうした機関の典型例として、(ミニ)保健・医療・福祉複合体化した中小病院、一般診療所が挙げられる⁽⁷³⁾。前記のように、これらは、慢性疾患患者の管理的ケアなどを巡り、競合関係におかれている機関である。また、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員などが配置されている機関でもある。SF-36を利用したケース発見・スクリーニングの実施は、他の中小病院、一般診療所外来との差別化を図るためにも重要な戦略となり得るのではないだろうか。

文献

- (1) 手島陸久：地域における保健医療福祉のトータルケアシステムの課題と方法、大

おわりに

以上、プライマリケアにおけるケース発見・スクリーニング基準を中心に、米国における研究・実践の紹介と、わが国におけるツールとしての質問紙の利用可能性について検討してきた。本研究は、文献のみを素材とした研究であるため、収集できた情報には限りがあった。とくに、「ソーシャルワーク」の臨床における利用方法（レビュー方法）には、推測に基づいて記述した部分があった。この点は、本研究における制約・限界として指摘しなければならない。確かに、患者が「ソーシャルワーク」に回答した後のレビューを、医療ソーシャルワーカーがした場合（本研究における設定）と、ソーシャルワーク助手などが実施した場合（本研究の設定外）とでは、前者のほうが医療ソーシャルワーカーなどのレビュー担当者の負担は大きい。しかし、どのようなレビュー方法を採用しようと、ツール導入により、アセスメントが必要と判断された患者のアセスメントを、医療ソーシャルワーカーなどがしなければならないのは事実である。したがって、レビュー方法の設定（仮定）を変えたとしても、本研究の結論が大きくは変わることはないと考えられる。

ケース発見・スクリーニング研究では必ず問題となることであるが、今回検討したツール（日本版）が臨床に導入できたときには、現行のマンパワー、サービス量では対応できないほどの社会福祉援助必要者が発見・スクリーニングされることも十分にあり得る。その場合、ミクロ的にはツールの修正などにより、発見・スクリーニングできる人・問題を絞る必要もあろう。マクロ的には、サービス拡充・開発に結びつける必要がある。ケース発見・スクリーニング研究とサービス拡充・開発研究とを結びつける通路の研究が必要になってくる。

橋謙策監修・日本地域福祉研究所編『地域福祉実践の課題と展開』61-83、東洋堂

- 企画出版社 (1999)
- (2) 手島陸久：退院改革—現状の問題点と展望、看護、1998年3月特別臨時増刊号、27-52、(1998)
- (3) 厚生省『平成11年患者調査』
- (4) 厚生労働省大臣官房統計情報部編『平成12年介護サービス世帯調査』14、厚生統計協会
- (5) 田中千枝子：対象者の発見と特定、手島陸久編集代表・退院計画研究会『退院計画病院と地域を結ぶ新しいシステム』60-77、中央法規、1996年
- (6) 田中千枝子：ソーシャルワーク援助対象者のスクリーニング—基準とシステムから漏れを考える、第14回日本医療社会事業学会抄録集、110-111(1994)
- (7) 前掲書 (5)
- (8) 杉崎千洋・室田人志ほか：社会福祉援助の必要な患者のスクリーニング 愛知県江南市・昭和病院調査より、日本福祉大学研究紀要、92-1、200(41)-149(92)(1995)
- (9) 手島陸久：退院計画と地域ケアシステム、日本社会事業大学編『社会福祉システムの展望』217-236、中央法規(1997)
- (10) 杉崎千洋：社会福祉援助必要者の早期発見・スクリーニング—プライマリケアにおけるシステムと効果—、社会福祉学、43(1)、211-226(2002)
- (11) 小松理佐子：ホームヘルプ・サービス利用の促進 長野市における民生・児童委員による利用の支援、山下袈裟男編『転換期の福祉政策』90-105、ミネルヴァ書房 (1994)
- (12) 森本佳樹：福祉情報化の現状 (小野市ニーズ情報キャッチシステム)『地域福祉情報論序説』82-89、川島書店 (1996)
- (13) 森本佳樹：福祉情報化の現状 (サービス情報提供システム)『地域福祉情報論序説』99-124、川島書店 (1996)
- (14) 前掲書 (12)
- (15) 伊藤祥子・杉原陽子ほか：退院援助を必要とする高齢者のスクリーニング—スクリーニング
- 票の開発と評価、医療社会福祉研究、9(1)、4-10(2000)
- (16) 前掲書 (6)
- (17) 前掲書 (8)
- (18) 上林茂暢：外来診療のアプローチとシステム、上林茂暢他編著『今日の外来診療 (第1版)』3-26、医学書院 (1989)
- (19) 前掲書 (10)
- (20) 杉崎千洋：アメリカのプライマリケアにおけるケースマネジメント 心理社会的問題をもつ患者の発見・スクリーニングを中心に、児島美都子・中村永司ほか『国際医療福祉最前線』135-158、勁草書房 (1999)
- (21) Dhooper, S. S. : *Social Work in Health Care in the 21st Century*. California, Sage Publications, Inc. 60-71, 1997.
- (22) Metz, J. R., Allen, C. M. Barr, J. & Shinefield, H. : A pediatric screening examination for psychosocial problems. *Pediatrics*, 58, 595-606, 1976.
- (23) Ell, k., & Morrison, D. R. : Primary care. *Health and Social Work*, 6(4), 355-435, 1981.
- (24) Nishiura, E., Whitten, C. F. & Jenkins, D. : Screening for psychosocial problems in health settings. *Health and Social Work*, 5(3), 22-28, 1980.
- (25) Berkman, B., Chauncey, S., Holmes, W., Daniels, A., Bonander, E., Sampson, S., & Robinson, M. : Standardized screening of elderly patients' needs for social work assessment in primary care: Use of SF-36. *Health and Social Work*, 24(1), 9-16, 1999.
- (26) White, M. : A Role for case managers in the physician office. *Journal of Case Management*, 3(2), 62-69, 1994.
- (27) Shearer, S. : Physician partnership project : Social work managers in primary care. *Continuum*, 15(4), 1-7, 1995.
- (28) Shearer, S., Simmons, W. J., Berkman, B., Gundrum, G., & White, M. : The physician and care coordinator: A chronic care partnership. Netting, F. E. & Williams, F. G. ed. *Enhancing Primary Care of Elderly People*, New York, Garland Publishing, Inc. 201-218,

- 1999.
- (29) Netting, F. E. & Williams, F. G. : Integrating geriatric case management into primary physician practices. *Health and Social Work*, 20(2), 152-155, 1995.
- (30) Anker-Unnever, L. : An effective managed care strategy: Case managers in partnership with primary care physicians. Netting, F. E. & Williams, F. G. ed. *Enhancing Primary Care of Elderly People*, New York, Garland Publishing, Inc. 151-169, 1999.
- (31) Transplanting the physician partnership model(interview). *Continuum*, 15(4), 8-10, 1995.
- (32) Weinberg, G. B. : A collaborative model with nurse practitioners and social workers. Netting, F. E. & Williams, F. G. ed. *Enhancing Primary Care of Elderly People*, New York, Garland Publishing, Inc. 85-105, 1999.
- (33) Larter, J. : Outpatient case management : Phase two of a three-part model. *Discharge Planning Update*, Jan-Feb, 14-18, 1995.
- (34) Berkman, B., Shearer, S., Simmons, W. J., White, M., Robinson, M., Sampson, S., Holmes, W., Allison, D. & Thomson, J. A. : Ambulatory elderly patients of primary care physicians: functional, psychosocial and environmental predictors of need for social work management. *Social Work in Health Care*, 22(3), 1-20, 1996.
- (35) Dorfman, R. A, Lubben, J. E., Mayer-Oakes, A., Atchison, K., Schweitzer, S. O., DeJong, F. J. & Matthias, R.E. : Screening for Depression among a well elderly population. *Social Work*, 40(3), 295-304, 1995.
- (36) 前掲書 (25)
- (37) Clinical Application: Using functional status measures among the frail elderly. *Medical Outcomes Trust March 1997 Bulletin*. <http://www.outcomes-trust.org/bulletin/0397bulletin.htm>, 1997.
- (38) Mason, J., Edlow, M., Lear, M., Scoppetta, S., Walther, V., Epstein, I. & Guaccero, S. : Screening for psychosocial risk in an urban prenatal clinic population: A retrospective practice-based research study. *Social Work in Health Care*, 33(3/4), 33-52, 2001.
- (39) Sidorov, J. & Shull, R. : "My patients are sicker:" Using the pra risk survey for case finding and examining primary care site. Utilization patterns in a Medicare-Risk MCO. *American Journal of Managed care*, 8(6),569-573, 2002.
- (40) Cook, C. A. L., Freedman, J. A., Freedman, L. D., Arick, R. K. & Miller, M. E.: Screening for social and environmental problems in a VA primary care setting. *Health and Social Work*, 21(1), 41-47, 1996.
- (41) Regenstreif, D. : Foreword. Netting, F. E. & Williams, F. G. ed. *Enhancing Primary Care of Elderly People*, New York, Garland Publishing, Inc.1999.
- (42) Kirkman-Liff, B.L. : Medicare Managed Care and prumary care for frail elders. Netting, F. E. & Williams, F. G. ed. *Enhancing Primary Care of Elderly People*, New York, Garland Publishing, Inc. 3-7, 1999.
- (43) Sager, M. A., Williams, F. G. & Netting, F. E. : An overview of primary care and the Generalist Physician Initiative. Netting, F. E. & Williams, F. G. ed. *Enhancing Primary Care of Elderly People*, New York, Garland Publishing, Inc. 9-23, 1999
- (44) 前掲書 (34)
- (45) 前掲書 (28)
- (46) 前掲書 (34)
- (47) 前掲書 (28)
- (48) 前掲者 (25)
- (49) Van Hook, M. P. : Assessment tools for general health care settings : PRIME-MD, OARS, and SF-36. *Health and Social Work*, 21(3), 230-235, 1996.
- (50) 福原俊一・鈴鴨よしみ : 健康ファイル型尺度 (SF-36 を中心に)、池上直己・福原俊一ほか編『臨床のための QOL 評価ハンドブック』医学書院、34-44 (2001)
- (51) 前掲書 (25)
- (52) 前掲書 (37)
- (53) アメリカ合衆国、週刊社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障』237-331、法研 (2000)

- (54) 李啓充『市場原理に揺れるアメリカの医療』6,7、医学書院（1998）
- (55) 木村憲洋：中小病院の外来の方向、医療連携セミナー企画委員会編『急性期病院のあり方と外来分離』216-222、じほう（2002）
- (56) Paul Bywaters : Case finding and screening for social work in Acute General Hospitals. *British Journal of Social Work.* 21, 19-31, 1991.
- (57) 二木立：わが国の老人の一人当たり医療費は若人の五倍で世界一高い、わけではない『21世紀初頭の医療と介護』185-187（2001）
- (58) 杉崎千洋：社会福祉における早期援助論——到達点の確認と新しい考え方の提示——、桑原洋子編著『社会福祉の思想と制度・方法』447-467、永田文昌堂（2002）
- (59) 同書（58）
- (60) 前掲書（10）
- (61) 二木立：私のみたアメリカの医療と医療経済学『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』164-223、勁草書房（1994）
- (62) 前掲書（10）
- (63) 前掲書（50）
- (64) 前掲書（61）
- (65) 前掲書（10）
- (66) Oktay, J.S. : Primary health care. *Encyclopedia of Social Work(19th ed.)*, Washington, DC, Vol.3. NASW Press. 1887-1894, 1995.
- (67) 日本医療社会事業協会社会活動部：会員調査中間報告、医療と福祉、27(1)、49-73（1993）
- (68) 厚生省『平成10年 医療施設調査（動態調査）・病院報告 上巻』
- (69) 日本医療社会事業協会社会活動部：2000年会員調査結果報告、医療と福祉、34(1)、2-17（2000）
- (70) 二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、159（1998）
- (71) 飯島良子：「生活支援ナース」を全病棟・外来に ケアマネージャー 100人以上が中核、文化連情報、No.270、34-37（2000）
- (72) 杉原陽子・杉澤秀博ほか：要介護認定未申請者の特性、社会老年学 24(2)、27（2002）
- (73) 二木立：京都府の介護保険事業者の実態調査『21世紀初頭の医療と介護』医学書院、203-235（2001）

付記

本稿では、米国のプライマリケアにおけるケース発見・スクリーニングの先行研究、とくにスクリーニングツール開発研究の先進2事例の紹介を詳しく行った。資料として研究・調査に用いた質問紙も掲載した。それは、現場で働くソーシャルワーカーの方々に、できる限り具体的にこの分野の情報提供をしたいと考えたからである。本稿が、現場（プライマリケア機関）における実践、調査・研究発展の一助になれば幸いである。

医師パートナーシッププロジェクト・自記式アンケート用紙

年齢 _____

1. あなたは誰と一緒に暮らしていますか？（当てはまるものすべてに○）
 - a. 一人暮らし b. 配偶者 c. 他の家族 d. 介護者 e. 高齢者ハウスで暮らしている
 - f. その他（名前 _____）
2. あなたの婚姻状態は（○は一つだけ）
 - a. 既婚 b. 離婚（生別） c. 死別 d. 別居 e. 未婚
3. 1日にいくつ薬をのんでいますか？ _____
4. あなたは過去6ヶ月間
 - a. 入院した はい いいえ
 - b. 救急室で処置を受けた はい いいえ
 - c. 配偶者、近しい親族、友人、ペットが死亡した はい いいえ
5. 現在、あなたは次の動作・行動に不自由していますか？

a. 家庭内を移動する	はい	いいえ	ときどき
b. 洗濯する	はい	いいえ	ときどき
c. 洗面または入浴する	はい	いいえ	ときどき
d. 着替える	はい	いいえ	ときどき
e. 金銭管理または請求の支払いをする	はい	いいえ	ときどき
f. 食事の準備をする	はい	いいえ	ときどき
g. 軽い家事をする	はい	いいえ	ときどき
h. 買い物に行く	はい	いいえ	ときどき
i. 栄養指導の内容を守る	はい	いいえ	ときどき
j. 電話を利用する	はい	いいえ	ときどき
k. 薬をのむ	はい	いいえ	ときどき
l. 約束を果たす	はい	いいえ	ときどき
6. 現在、あなたは次のことで困っていますか？

a. 睡眠	はい	いいえ	ときどき
b. 記憶	はい	いいえ	ときどき
c. 集中力	はい	いいえ	ときどき
d. 聴覚	はい	いいえ	ときどき
e. 転倒	はい	いいえ	ときどき
f. ふらつき	はい	いいえ	ときどき
g. 痛み	はい	いいえ	ときどき
h. 視覚	はい	いいえ	ときどき
i. 歩行	はい	いいえ	ときどき
j. 食欲	はい	いいえ	ときどき
k. 憂うつ感・抑うつ感	はい	いいえ	ときどき
7. これまで、あなたは尿失禁で困ったことがありますか？ はい いいえ ときどき
8. あなたの医療費のことで困ってますか？ はい いいえ ときどき
9. 現在、家族または友人からあなた自身の介護や家事のことで援助を受けていますか？ はい いいえ ときどき
10. 現在、あなたは誰かを介護していますか？ はい いいえ ときどき
11. あなたが現在利用しているか、もっと情報を得たいサービスすべてに○をしてく

ださい。

a.成人デイケア	利用中	もっと情報を得たい
b.緊急通報システム	利用中	もっと情報を得たい
c.入浴・着替えの介護	利用中	もっと情報を得たい
d.往診	利用中	もっと情報を得たい
e.家事援助	利用中	もっと情報を得たい
f.食事サービス	利用中	もっと情報を得たい
g.高齢者センターサービス	利用中	もっと情報を得たい
h.ナーシングホーム	利用中	もっと情報を得たい
i.支援グループ	利用中	もっと情報を得たい
j.移送サービス	利用中	もっと情報を得たい

12.あなたが現在利用しているか、もっと情報を得たい事柄すべてに○をしてください。

a.成人用おむつ	利用中	もっと情報を得たい
b.つえ	利用中	もっと情報を得たい
c.室内用便器	利用中	もっと情報を得たい
d.リーチャー	利用中	もっと情報を得たい
e.インスリン	利用中	もっと情報を得たい
f.酸素	利用中	もっと情報を得たい
g.歩行器	利用中	もっと情報を得たい
h.車いす	利用中	もっと情報を得たい
i.その他 ()	利用中	もっと情報を得たい

13. 全体としてあなたの健康状態は

a.非常によい b.良い c.普通 d.良くない

あなたの電話番号_____

基金：ジョンA・ハートフォード財団

責任者：カリフォルニア・パサデナ

ハンチントン記念病院高齢者ケアセンター

出所) Shearer, S²⁷⁾、4,5