

# 診療所におけるソーシャルワーカーの 予防的支援に関する基礎的研究

## —生活課題の早期発見から支援につなげるアセスメント要素と支援展開—

榊原次郎\*

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

【要旨】本研究は診療所の医療ソーシャルワーカー (SW) による予防的支援が終了した 153 人の患者を対象とした量的研究である。支援開始経路別 (SW 発見とそれ以外) に患者属性を分析し、生活課題の早期発見から支援につなげるアセスメント要素と支援展開について考察した。SW は生活課題の早期発見について、病院の SW では取り組みにくい予診やアウトリーチ等を用い、患者の身体的側面だけでなく受診状況やサービス利用、社会的つながりに関する要素からもアセスメントを実施していた。また、在宅生活の中で社会資源未利用やインボランタリーな患者に対して、潜在的ニーズを長期・継続的に評価し、課題の発生防止や悪化防止に努めていた。一方、院内多職種・地域内多機関との間で早期発見・早期相談を促進する支援体制化にも取り組んでおり、これらが診療所の SW の予防的支援の特徴と考えられた。

キーワード：診療所のソーシャルワーカー、予防的支援、生活課題の早期発見、アセスメント、要素

### I. 本研究の背景と目的

#### 1.1. 研究背景

地域の一次医療を担う診療所は、かかりつけ医の役割を担い、早期発見・対応による疾病予防、疾病の悪化防止、在宅看取り等を行っている (日本医師会・四病院団体協議会 2013)。また、外来診察では疾患予防や生活全般に対する視点から継続的・横断的に患者を診ること、多職種による生活習慣病等の重症化予防・再発防止の重要性が高まっている (外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書 2020)。一方、厚生労働省「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会 (2017)」では、市町村における包括的な支援体制の構築例として、診療所の医療ソーシャルワーカー (以下 SW) が、地域の様々な相談を受け止める場所になることを推奨している。多様な患者が受診する今日の診療所は、予防から看取りを網羅した診療や相談体制といった機能が求められており、SW も生活問題波及による病状悪化や、それに伴う入院を防ぐ予防的支援に取り組む必要がある。しかし、診療所に関する SW の研究は独居高齢者への在宅看取り、アドバンス・ケア・プランニングへの支援 (中土 2006, 野田 2008, 山崎・西出・佐野 2018)

等の終末期医療を中心とした調査が多く、予防的支援についてはまだ基礎的研究段階といえる。そこで、終末期には至っていない疾病早期または安定期患者の生活課題早期発見に関する事例を収集し、SW が予防的支援につなげるアセスメントの要素と支援展開について検討することが必要と考えた。

#### 1.2. 先行研究の動向および研究目的

ここで病院や診療所における予防的支援について先行研究を概観する。予防的支援は医師や看護師等による研究が多く、病態悪化防止や再発防止に関する要素が挙げられている。主な要素は食事・運動・内服薬の自己管理といった患者の身体・認知機能面に焦点が当てられていた (森・菊池・市川 2015, 斜森・森山 2015, 秋吉・糸島・横井 2021)。一方、疾患への生活課題に関する要素には、多職種による生活課題の早期発見と家族支援の充実が求められていたが、SW との連携は 3 割にとどまっていた (原・佐藤 2019)。また、在宅介護支援に関する外来看護師の調査 (佐藤・田口・永田 2017) でも、社会資源の活用や生活サービスへの利用支援は 3 割以下の実施率であった。このように予防的支援は、身体・認知機能面の要素以外にも、生活課題を早期発見し資源活用や家族支援等も必要な要素として挙げられているものの、十分に展開できない課題が生じている。

2023 年 9 月 15 日受付：2024 年 2 月 1 日受理

\*責任著者 榊原 次郎

住所 〒096-8641 北海道名寄市西 4 条北 8 丁目 1

E-mail: jsakakibara@nayoro.ac.jp

社会福祉における予防的支援は、地域福祉の領域では従来から予防機能が重視されており、岡村(1974)は地域福祉の構成要素として、予防的社会福祉を挙げている。その後2000年には「地域福祉の推進」を明記した社会福祉法が成立し、2007年の社会福祉士カリキュラム改正では「総合的かつ包括的な相談援助の理念と方法」が明記された。岩間(2011)はその特質の一つを「予防的かつ積極的アプローチ」とし、地域住民や組織による早期発見機能と、見守り機能による継続的支援を重視している。生活課題早期発見については、独居認知症高齢者の早期発見と対応プロセス(久松2017)の知見がある。ここでは早期発見するための民生委員等との連携に焦点が当てられていた。同じく認知症が疑われる高齢者の早期受診要因は、行政や制度による柔軟な対応と医療機関との相談支援体制であった(広瀬・杉山・竹本2018)。このように生活課題の早期発見は、医療職からの発見、地域住民や機関との協働によるものが多く、SW自らが生活課題を発見するためのアセスメントについては明らかになっていない。このため生活課題発見をSW発見経路とそれ以外の経路(患者・家族や支援関係者)に分類し、SWが発見し支援につなげるためのアセスメント要素と支援展開について検討する必要があると判断した。そこで本研究では2つの研究目的を設定した。1点目は、予防的支援開始の起点となる生活課題早期発見事例を収集し、支援開始経路別にどのような異同があるかを明らかにすることである。2点目は、その傾向を踏まえ早期発見から支援につなげるためのアセスメント要素と、その支援展開を考察することである。

## II. 本研究で用いる予防的支援の定義

既に予防に対する枠組みが構築されている米国では、医学者 Leavell & Clark (1958) が提唱した予防レベルと予防手段(一次予防:健康増進, 疾病に特異的な予防, 二次予防: 疾病の早期診断と迅速な治療, 三次予防: 重症化の防止, リハビリテーション)が広く知られている。また、予防精神医学の体系化を図った Caplan (1961, 1964) は、地域住民を対象とし課題発生の未然防止を一次予防, 課題の早期発見・早期支援を二次予防, 課題発生後の障害軽減, 生活再建を三次予防と分類した。この分類は予防医学だけではなく、介護予防(山崎・安村・後藤ら2010)や高齢者虐待防止施策(乙幡2019)でも反映されて

いる。これらの予防に関する定義・先行研究を通して、本研究で用いるSWの予防的支援は「疾病を有する状態の疾病早期または安定期患者を対象とし、疾病や疾病に付随する患者の生活課題発生を未然に防ぐ、もしくは早期発見・対応により悪化を防ぎ、生活安定を図ることを目的とした統合的・継続的な活動実践」とする。また、予防的支援の具体例としては以下のような事例を想定するが、あくまでも例示である。①継続受診をしている外来患者で診察前の予診をSWが行った際、患者の顔つきから体重増加に気づき、転倒しかけていたことも判明したが、ケアマネジャーには相談していなかった。そこで患者の同意を得てケアマネジャーと協働し、通所サービスや歩行支援用具導入につながった事例。②受診予定日に来院しないことが続くため、SWが電話連絡をすると患者は薬の管理が不確かとなっており、家族も残薬の確認をしていないことで受診遅延となっていた。そこで家族と来院してもらい服薬管理を患者・家族双方で行うことで、通院と服薬が可能になった事例などである。両事例とも、早期に発見しなければ、転倒による骨折や服薬不良にて疾患が増悪し、生活に支障を与える恐れが考えられる。

## III. 研究方法

### 3.1. 方法と対象

研究方法は筆者が勤務していた診療所(以下A診療所)において、SWによる予防的支援が終了した患者の電子カルテ記録から収集したデータに基づく量的研究である。A診療所は地域のプライマリ・ケアを推進し、生活習慣病や認知症などの初期から継続的に支援していることから、予防的支援の研究に適していると判断した。研究対象は2020年8月1日から2021年2月28日までの間に、予防的支援が終了した患者153人である。なお、筆者はSWとして22年間病院や在宅医療に従事後、A診療所に4年間勤務し現在は大学教員をしている。

### 3.2. 分析に用いた変数

分析に用いた変数は、患者の年齢・疾患(複数回答)・支援開始前要介護度・支援開始後要介護度・世帯状況・介護力・支援期間・支援開始経路・支援開始理由である。疾患はA診療所院長が決定した。支援開始前要介護度・支援開始後要介護度は、未申請を1、要支援1を2と順に置き換え、置き換えた数値に基づき要介護度を算出した。世帯状況は、配偶者

と子の組み合わせで分類した。介護力は患者の社会的サポートについての研究(杉山・近藤・松本ら2013)から援用し、①介護力なしを含めた常時介護専念者1人未満と、②1人以上の2群に分類した。支援期間は、SWが予防的支援を開始した日、もしくは患者や家族等より相談があった日から、制度が導入される等、支援課題が終了した日までの日数とした。支援開始経路は、①予診面接や待合室での観察等SW自ら発見した場合を「SW」、②患者や家族からの相談を「患者・家族」、③地域包括支援センターやケアマネジャー等からの相談を「支援関係者」とした。支援開始理由は、社会福祉学だけでなく臨床心理学や家族療法でも取り入れられているバイオ・サイコ・ソーシャルモデル(生物・心理・社会の3つの側面からクライアントの症状や生活の質を理解する枠組み)を援用し、①患者のADL低下や病態の悪化、服薬管理困難等を「患者の身体・認知的課題」、②家族の病気発症やADL・認知機能低下、家族の服薬管理困難等を「家族の身体・認知的課題」、③家族からの暴力・虐待、家庭内不和や関係性の低下等を「家族機能に関する課題」、④受診の遅延や中断、介護保険やサービス利用の不備等を「受診やサービス利用に関する課題」、⑤患者の退職や失職、相談者不在等を「社会的つながりに関する課題」とした。複数課題が発生している場合は、最も影響を与えている一つを筆者が選択した。

### 3.3. 分析方法

単純集計実施後、支援開始経路別に年齢・疾患・支援開始前要介護度・世帯状況・介護力・支援期間、支援開始理由を比較した。支援開始経路と疾患・世帯状況・介護力・支援開始理由は、カイ二乗検定と残差分析を行った。検定においては有意水準5%を基準として、調整済み残差は±1.96以上で有意に高い(低い)とした。支援開始経路と年齢・支援開始前要介護度・支援期間については、2つの母平均の差の検定を行い、有意水準5%を基準とした。

### 3.4. 倫理的配慮

調査は、A診療所倫理委員会の承認(22-01)を得て実施した。また、日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認(21-001)を得た。紹介する事例は、本質を損なわないよう大幅に加工し架空のものとした。なおオプトアウトについては、診療所内ですべての患者・家族等

が目の届く掲示板に複数掲示し、ホームページにも周知した。

## IV. 結果

### 4.1. 研究対象者の基本属性

研究対象者の属性を表1(要介護度のみ表4)に示し、概要を述べる。年齢は平均79.1歳(標準偏差9.2)であった。疾患(複数回答)は認知症116人(75.8%)が最も多く、次いで脳血管疾患60人(39.2%)であった。支援開始前要介護度は未申請91人(61.1%)が最も多く、要介護1が20人(13.4%)であった。世帯状況は、配偶者同居+子別居52人(34.0%)が最も多く、次に配偶者同居+子同居37人(24.2%)であった。介護力は常時介護1人未満89人(58.2%)と半数を超えていた。支援期間は平均107.7日(標準偏差84.8日)であった。支援開始経路はSWからの発見105人(68.6%)が最も多く、患者・家族から30人(19.6%)、支援関係者から18人(11.8%)であった。支援開始理由は患者の身体・認知的課題71人(46.4%)、家族の身体・認知的課題27人(17.6%)、受診やサービス利用課題21人(13.7%)であった。

表1 研究対象者の属性 (n=153: 疾患を除く)

項目	人	%	
疾患 (複数回答)	脳血管疾患	60	39.2
	認知症	116	75.8
	大腿骨・腰部骨折	7	4.6
	パーキンソン病	6	3.9
	認知症を除く精神疾患	23	15.0
世帯状況	配偶者同居+子同居	37	24.2
	配偶者同居+子別居	52	34.0
	配偶者同居+子なし	14	9.2
	配偶者なし+子同居	22	14.4
	配偶者なし+子別居	23	15.0
	配偶者なし+子なし	4	2.6
	配偶者別居+子なし	1	0.7
介護力	常時介護1人未満	89	58.2
	常時介護1人以上	64	41.8
支援開始経路	SW	105	68.6
	患者・家族	30	19.6
	支援関係者	18	11.8
支援開始理由	患者の身体・認知的課題	71	46.4
	家族の身体・認知的課題	27	17.6
	家族機能的課題	18	11.8
	受診やサービス利用課題	21	13.7
	社会的つながり課題	16	10.5

### 4.2. 各変数と支援開始経路との関連

疾患・世帯状況・介護力・支援開始理由と支援開始経路の集計を表2(統計的有意な関連が認められた項目のみ調整済み残差を記載)に示す。なお、支援開始経路は「SW発見」、「患者・家族」、「支援関係

者」の3分類にすると、期待度数5未満のセルが全体の20%以上となるため、「患者・家族」「支援関係者」を統合し、「SW以外」とした。

疾患と支援開始経路の間には関連はなかった。世帯状況と支援開始経路の間には関連はなかった。介護力は支援開始経路の間に関連があった( $\chi^2(1) = 12.28, p < 0.01$ )。常時介護1人未満はSWからの発見が多い傾向がみられた。支援開始理由は支援開始経路の間に関連があった( $\chi^2(1) = 31.09, p < 0.01$ )。患者の身体・認知的課題はSW以外からの相談が多い傾向にあり、受診やサービス利用課題および社会的つながり課題はSWからの発見のみで、SW以外からの相談は無かった。

年齢・支援開始前要介護度・支援期間と支援開始経路の2つの母平均の差の検定結果を表3に示す。年齢は支援開始経路の間に関連があった( $t(151) = 2.37, p < 0.05$ )。年齢はSWからの発見の方が低い傾向が示された。支援開始前要介護度と支援開始経路の間には関連はなかった。支援期間は支援開始経路の間に関連があった( $t(151) = 2.13, p < 0.05$ )。支援期間はSWからの発見の方が長い傾向が示された。

表2 疾患・世帯状況等と支援開始経路との関連

項目	SW n=105		SW以外 n=48		p		
	度数	%	度数	%			
疾患	脳血管疾患あり	41	39.0	19	39.6	0.950	
	脳血管疾患なし	64	61.0	29	60.4		
	認知症あり	76	72.4	40	83.3		
	認知症なし	29	27.6	8	16.7		
	大腿骨・腰部骨折あり	4	3.8	3	6.3		0.503
	大腿骨・腰部骨折なし	101	96.2	45	93.8		
	パーキンソン病あり	5	4.8	1	2.1		0.428
	パーキンソン病なし	100	95.2	47	97.9		
	認知症を除く精神疾患あり	18	17.1	5	10.4		0.280
	認知症を除く精神疾患なし	87	82.9	43	89.6		
世帯状況	配偶者同居+子同居	23	21.9	14	29.2	0.673	
	配偶者同居+子別居	35	33.3	17	35.4		
	配偶者同居+子なし	9	8.6	5	10.4		
	配偶者なし+子同居	16	15.2	6	12.5		
	配偶者なし(別居)+子別居(子なし)	22	21.0	6	12.5		
	介護力	常時介護1人未満	71	67.6	18		37.5
調整済み残差	3.5		-3.5				
常時介護1人以上	34	32.4	30	62.5			
調整済み残差	-3.5		3.5				
支援開始理由	患者の身体・認知的課題	35	33.3	36	75.0	<0.01	
	調整済み残差	-4.8		4.8			
	家族の身体・認知的課題	18	17.1	9	18.8		
	調整済み残差	-0.2		0.2			
	家族機能的課題	15	14.3	3	6.3		
	調整済み残差	1.4		-1.4			
	受診やサービス利用課題	21	20.0	0	0		
	調整済み残差	3.3		-3.3			
	社会的つながり課題	16	15.2	0	0		
	調整済み残差	2.9		-2.9			

表3 年齢等と支援開始経路との関連

項目	SW n=105		SW以外 n=48		p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
年齢	78.2	10.4	81.2	5.2	<0.05
支援開始前要介護度	1.8	1.5	2.3	1.6	0.057
支援期間	116.8	88.4	87.8	73.2	<0.05

### 4.3. 研究対象者の要介護の変化

研究対象者の支援開始前要介護度と支援開始後要介護度の変化を表4に示す。支援開始前に未申請者は91人であったが、支援開始後に要介護1となった者が40人と最も多く、未申請のままだった者は13人であった。同じく、支援開始前に要支援1だった者は15人であったが、支援開始後で要介護1となった者が10人と最も多かった。変化については、非該当を除く149人全員が変化なし、もしくは要介護度が重くなっていた。

表4 支援開始前・開始後要介護度の変化

開始前		開始後		(非該当を除くn=149)		開始前		開始後		開始前		開始後	
未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請	未申請
支援1	10	支援1	3	支援1	3	支援1	10	支援1	3	支援1	10	支援1	3
支援2	24	支援2	2	支援2	2	支援2	24	支援2	2	支援2	24	支援2	2
介護1	4	介護1	10	介護1	10	介護1	4	介護1	10	介護1	4	介護1	10
介護2	4	介護2	0	介護2	0	介護2	4	介護2	0	介護2	4	介護2	0
介護3	0	介護3	0	介護3	0	介護3	0	介護3	0	介護3	0	介護3	0
介護4	0	介護4	0	介護4	0	介護4	0	介護4	0	介護4	0	介護4	0
介護5	0	介護5	0	介護5	0	介護5	0	介護5	0	介護5	0	介護5	0
人数	91(61.1%)	15(10.1%)	9(6.0%)	20(13.4%)	10(6.7%)	4(2.7%)							

## V. 考察

考察では、SWによる生活課題早期発見から予防的支援につなげるアセスメントの要素と支援展開について、支援開始経路をSW発見とSW以外の比較などから5点述べる。

### 5.1. 疾患に伴う生活課題をアセスメントし、院内協働で継続的に患者を支える

研究対象者の疾患はSW発見、SW以外ともに認知症患者が7割を超えており(SW発見72.4%、SW以外83.3%)、どちらも最も多い疾患となっていた。しかし、A診療所の全患者の疾患に対する認知症の割合は14.3%(2021.2.1~2.28)であり、決して多くはない。本研究とは調査期間が異なるため単純な比較はできないが、認知症患者に対する予防的支援は多く取り組まれている可能性が考えられる。認知症は進行性疾患であり、徘徊や昼夜逆転など周辺症状が深刻になると、患者の生活や安全が保てなくなるだけでなく、家族の疲弊も増加していく。SWは継続的に生活状況を把握し、課題が深刻になっていないかアセスメントする必要がある。しかし、診療所のSWは新規相談のインテークや訪問診療の導入とい

った短期支援が多く、継続的にかかわりきれず日ごりの生活状況や課題をみつけられない(伊藤・木股・平川 2016)といった報告がある。このため継続的な相談支援が展開しにくく、課題が深刻になって支援が開始されるという事後的支援となりやすい指摘もある(岩間 2011)。認知症だけでなく進行性疾患となる神経難病やがんなどは、疾患の進展が生活課題に波及していないか、継続的な予防的支援を行う必要性の高い疾患といえるであろう。A 診療所では外来に SW が配置されており、新規患者だけでなく再診患者にも診察前の予診を行うことで、継続的な支援が取り組みやすくなっている。また、SW 一人ではすべての患者生活状況の把握は困難なため、看護師・薬剤師等とその時に気づいた患者情報を伝えあう体制を敷いていることも、早期発見と継続的支援につながっていると考える。

## 5.2. 家族を総合的にアセスメントし、早期に相談できる関係性を構築する

世帯状況については、比較的介護力が高いと考えられやすい配偶者同居+子同居は 24.2%で、独居は 18.3%となっていた。しかし、配偶者同居+子同居であっても、家族が疾患を抱えていることや、仕事が多忙などの状況もあり、世帯状況だけに着眼しても家族アセスメントは十分とはいえない可能性がある。本研究でも世帯状況による有意な関連はみられなかった。一方、介護力を常時介護に専念できる者で換算する方法では、配偶者同居+子同居であっても単純に 2.0 人とは区分されず、家族の疾患や就労など様々な視点を加味しているため、介護力の実態に近いアセスメントとなる可能性がある。本研究でも、介護力と支援開始経路の間には有意な関連がみられ、SW 発見は常時介護 1 人未満という介護力が低いカテゴリで多い傾向がみられた。このことは、SW は世帯状況だけでなく介護力の低い群に対して、予防的支援を意識して取り組んでいるとも考えられる。

また、カルテ記録からは支援開始後も患者面接とは別に、家族とのみ面接をする機会を患者の診察中や検査中に設けていた。新規受診時だけでなく、毎回の受診時に家族から患者の生活状況や、家族の身体的・精神的負担等を伺うことで、少しずつ援助関係を構築することができていた。支援開始経路では SW 発見の次に家族からの相談が多く、家族とも継続的にかかわることで、早い段階で家族の気になることや不安感表出につながり、支援が展開しやすくなると考えられる。

## 5.3. 社会資源活用状況と生活実態をアセスメントし、長期的な支援を認識する

支援期間について、支援開始経路との間に関連がみられ、支援期間は SW 発見の方が長い傾向にあった。これは、介護保険の支援開始前要介護度が未申請者 91 人 (61.1%) と最も多いことが影響として考えられる。介護保険未申請者が予防的支援として要介護認定を受けるためには、行政や地域包括支援センターに相談することから支援が開始される。しかし申請の躊躇や拒否など、いわゆるインボランタリーな患者・家族も存在する。SW は未申請や社会資源未活用の間も受診時や自宅訪問での面接を実施し継続的なモニタリング・評価を行い、病状や生活実態が悪化していないか、見守り支援を続ける。このような取り組みが、支援期間長期化の一要因と考えられるが、予防的支援では生活課題の悪化を防ぐ機能を果たしており、長期的な支援も必要となる認識をもつことが重要と考える。支援期間は SW からの発見の方が長い傾向が示されたことや、急性期病院では在院日数短縮も意識しながら、患者・家族への支援計画を立案している状況(上山崎 2010)を考えると、生活実態を継続的にアセスメントしながら、長期間かかわることは予防的支援の特徴の一つと考えられた。

一方、支援開始前介護度については、介護保険未申請者自身に支援が必要なのに未申請だったのか、そもそも自立しているため介護申請が不要であったのかが分からないとも思われた。そこで支援開始後の要介護度を調査すると、未申請者は 91 人から 13 人に減少し、何らか要支援・要介護状態に該当した患者は 78 人 (85.7%) となり、要介護 1 以上になった者も 44 人 (48.4%) 存在していた(表 4 再掲)。8 割以上の患者が要支援・要介護状態で、潜在的な支援ニーズを持っていたにも関わらず、地域の中で介護サービスを受けずに生活していた可能性が示唆された。受診時の予診を通して生活実態を把握していくことで、潜在的ニーズが出現していないかアセスメントし、患者の不利益を未然防止することも予防的支援の要素であると考えられる。

## 5.4. 社会的つながりをアセスメントし、受診継続やサービス利用につなげる

支援開始理由と支援開始経路の間には有意な関連がみられた。受診やサービス利用に関する課題と、社会的つながりに関する課題は、すべて SW が発見しており、早期発見から患者支援につなげるアセス

メントとして、予防的支援の重要な要素と考えられる。受診やサービス利用に関する課題の一つに、受診継続が挙げられる。日本医療ソーシャルワーカー協会会員調査（秋山・早坂 2022）では、SW 実践の一つとして、「受診中断せず再発・再入院予防ができる治療の環境整備」を位置づけ、「ハイリスク者へのスクリーニング」と「アウトリーチ」を質問項目に挙げて、実践状況を調べている。しかし実践率はそれぞれ 28.6%、11.7%と低く、現状では実践が行いにくい支援と考えられた。一方、先行研究では、受診中断に影響する因子として受診継続への工夫、特定不安の除去、心理的サポート等が明らかになっている（宮城・豊里・小林 2012）。本研究でも受診やサービス利用に関する課題への実践として、受診予定日に来院していない患者に対し、診療所から自宅訪問や電話による体調確認、受診遅延状況、生活への支障などを尋ね、SW 側から主体的にクライアントへ働きかけるアウトリーチ型の早期発見支援を展開していた。このことは SW が受診やサービス利用に関する課題発見に努め、心理的・物的サポートを行うことによる通院継続を意図しており、宮城らの先行研究を支持する実践につながっていると考えられる。

また、社会的つながりに関する課題事例では、新型コロナウイルスによる介護サービス休止の中、一人で認知症の妻の世話をしていた夫が予診の際、介護放棄や鬱症状を疑わせる発言をした。受診ごとの面接で、SW は夫が自分で妻の世話をしたいと介護意欲の高い状況を把握していたことで、夫のバーンアウトや気分障害の危険性を感じ、早期の予防的支援につながった。本事例は介護サービス休止やケアマネジャーの訪問自粛などが続く中で、社会的孤立に至る可能性があった。社会的つながりに関する課題は、経済的困窮や身体的・精神的症状の悪化、サービスの断絶などが出現し、問題が深刻化しやすい。患者は介護保険や福祉サービスが休止している場合でも、診察や投薬など医療機関の受診は必要であり来院する。SW は医療機関としての通院継続支援を意識しつつ、対面・電話・オンライン等アウトリーチを含めた様々な手段を活用し、社会的つながりをアセスメントし、受診継続や早期にサービス利用へつなげる必要がある。

### 5.5.地域の状況と診療所との関係をアセスメントし、支援関係者と協働する

患者・家族に対する直接的なアセスメント要素とは別に、地域内支援関係者とのつながりが少ないこ

とが、本研究結果から明らかになった。支援開始経路は、SW 発見 105 人（68.6%）が最も多かったものの、SW 以外 48 人のうち支援関係者からの相談は 18 人（11.8%）と、患者・家族からの相談 30 人（19.6%）よりも少ない状況にあった。これは地域内で予防的支援をネットワーク化させる地域協働の課題とも考えられる。支援関係者からの相談は、何か問題が起きた後に SW へ連絡、相談するといった事例が多く、生活課題が初期や軽度の段階で SW に相談してくる事例は少なかった。また、医療機関に直接連絡することのためらい、患者支援の悩みを相談してよいか分からない等の事例も確認された。診療所の SW の存在や認知が低いことが要因として考えられる。厚生労働省医療施設静態調査（2020）によると、一般病院の社会福祉士は 14,643 人（常勤換算）に対し、診療所の社会福祉士は 1,606 人（同）と一般病院の 11.0%となっており、診療所に従事している社会福祉士は少ないことがわかる。

このため、地域の支援関係者から役割を認知してもらい、生活課題の早期や軽度の状態から、相談を増やすことが地域の予防的支援体制促進には必要と思われる。相談を増加させる一つとして、診療所がかかわった患者の状況を、患者の同意を得た上で支援関係者に報告し、信頼関係を向上させることがある。A 診療所では、行政や地域包括支援センターへの報告を重ねたところ、行政等からの紹介を受けて、他市町村の行政や保健センター、社会福祉協議会、障害者相談支援センター等からの相談も増えていった。これは気になる事案を早めに相談・共有し合うことで、地域の予防的支援体制が少しずつ広がっていったことを意味している。また、ミクロレベルの予防的支援だけでなく、多機関による連携会議や地域ケア会議への参加・協働といったメゾレベルの実践を積み重ねることで関係性は深まる。多方面からの相談依頼が増えることは、一次医療を担う診療所の受診アクセスが向上することであり、地域内の協働体制が予防的支援の発展に寄与すると考えられる。

## VI. 結論および今後の課題

本研究では A 診療所の SW による予防的支援が終了した 153 人の患者について、支援開始経路別に疾患・介護力・支援開始理由等を明らかにした。考察では、SW が患者生活課題の早期発見から支援に

つなげるアセスメント要素と支援展開について検討した。A 診療所の予防的支援は、生活課題が深刻となった後の事後的支援を回避するために、病院の SW では取り組みにくい予診やアウトリーチ等を用い、患者の身体的側面だけでなく受診状況やサービス利用、社会的つながりに関する要素からもアセスメントを実施していた。また、在宅生活の中で社会資源未利用やインボランタリークライアントに対して、潜在的ニーズ等を長期・継続的に評価し、課題の発生防止や悪化防止に努めていた。一方、院内多職種・地域内多機関との間で早期発見・早期相談を促進する支援体制化にも取り組んでおり、これらが診療所の SW の予防的支援の特徴と考えられた。

今後の課題として、本研究は A 診療所における SW が実践した予防的支援事例を分析したものであり限界がある。予防的支援に関するまとまった事例分析が行われていない現状を考えると、一定の成果は得られたと判断できるが、基礎的調査でありこの内容からはアセスメント要素や支援展開を一般化・普遍化することは困難である。今後は予防的支援の事例分析だけでなく、予防的支援を実践する SW へのインタビューや質問紙調査からも、予防的支援の構成要素や構造を明らかにし、その目的や効果を示していく必要がある。

## 謝 辞

調査に協力をしてくださった A 診療所の患者様、院長を始め職員の皆様に感謝を申し上げます。また、いつも温かく見守ってくださる日本福祉大学大学院保正友子先生に感謝を申し上げます。

## 文 献

秋山美紀・早坂由美子 (2022) 「脳卒中患者のニーズに対応する相談支援プログラムの作成と評価」『令和3年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 分担研究報告書』21-26.  
 秋吉美典・糸島陽子・横井和美 (2021) 「高齢者における心不全の進行予防に関する文献検討」『人間看護学研究』19,51-57.  
 Caplan, G. (1961) *An Approach to Community Mental Health*, W.B. Saunders Company  
 Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry. basic books*, New York Inc. (= 1970, 新福尚武監訳『予防精神医学』朝倉書店.)  
 原千晴・佐藤三穂 (2019) 「糖尿病療養支援における外来看護師の地域での他施設・多職種との連携の実態 調査」『日本糖尿病教育・看護学会誌』23 (2), 163-168.

広瀬美千代・杉山京・竹本与志人 (2018) 「認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助の実践を規定する要因—地域包括支援センター職員に対するインタビュー調査から—」『社会福祉学』59 (3), 69-82.  
 久松信夫 (2017) 「独居認知症高齢者の早期発見と早期対応のプロセス—地域包括支援センターの社会福祉士を対象とした修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析をもとに—」『ソーシャルワーク学会誌』35,1-16.  
 伊藤綾乃・木股貴哉・平川仁尚 (2016) 「在宅診療所に勤務するソーシャルワーカーの業務に関する質的研究」『Hospice and Care』24 (2), 107-101.  
 医療計画の見直し等に関する検討会 (2020) 『外来機能の明確化・連携, かかりつけ医機能の強化等に関する報告書』厚生労働省医政局.  
 岩間伸之 (2011) 「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能—個と地域の一体的支援の展開に向けて—」『ソーシャルワーク研究』37 (1), 4-19.  
 上山崎悦代 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの今日的状況に関する一考察—期待される役割と葛藤の検証—」『帝塚山大学心理福祉学部紀要』(6), 67-81.  
 Leavell, H.R. & Clark, E.G. (1958) *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*, McGraw-Hill.  
 宮城眞理・豊里竹彦・小林修平 (2012) 「禁煙外来における禁煙治療の長期的効果に関する疫学的研究—3ヶ月及び1年後のフォローアップ調査結果より—」『心身健康科学』8 (2), 91-99.  
 森由弘・菊池宏・市川裕久 (2015) 「COPD 診療における病診連携の現状と課題」『日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌』25 (2), 140-143.  
 中土純子 (2006) 「在宅医療におけるソーシャルワーカーの現状と課題」『武蔵野大学現代社会学部紀要』(7), 117-129.  
 斜森亜沙子・森山美知子 (2015) 「わが国のプライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師の担うべき役割と必要な能力」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』38 (2), 102-110.  
 日本医師会・四病院団体協議会 (2013) 『医療提供体制のありかた 日本医師会・四病院団体協議会合同提言』日本医師会・四病院団体協議会.  
 野田京 (2008) 「単身高齢者の在宅ターミナルケアの条件」『医療と福祉』42 (1), 57-61.  
 岡村重夫 (1974) 『地域福祉論 (社会福祉選書)』光生館.  
 乙幡美佐江 (2019) 「高齢者虐待防止法に基づいたソーシャルワーク実践における虐待事象の悪化防止—高齢者虐待の予防支援システムの構築に向けて—」『ルーテル学院研究紀要』52,59-79.  
 佐藤日菜・田口敦子・永田智子 (2017) 「特定機能病院における外来看護師による在宅療養支援の実態」『日本地域看護学会誌』20 (2), 80-86.  
 杉山統哉・近藤克則・松本大輔・田中宏太佳 (2013) 「急性期脳卒中患者の歩行自立度と社会的サポートの関連—リハビリテーション患者データバンクの多施設登録データを用いた研究」『総合リハビリテーション』41,161-169.  
 山崎まどか・西出真悟・佐野晴美 (2018) 「在宅療養支援診療所ソーシャルワーカーの業務の実態に関する調査報告」『医療と福祉』51 (2), 24-30.  
 山崎幸子・安村誠司・後藤あや (2010) 「閉じこもり改善の関連要因の検討—介護予防継続的評価分析支援事業より—」『老年社会科学』32,23-32.

*Original paper*

## **Basic research on preventive support by social workers in clinics.**

-Assessment components and development that lead to support through early detection of life challenges -

Jiro SAKAKIBARA\*

Department of Social Welfare, Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University

**Abstract:** This study is a quantitative survey of 153 patients who completed preventive support provided by social worker in a clinic setting. The purpose of the research is to collect cases of early detection of life challenges and to clarify commonalities and differences by support route. The next step is to analyze the assessment methods and deployments that lead from early detection to support. Regarding early detection of life challenges, clinic social workers differ from hospital social workers in that they use prescreening and outreach to assess patient encounters, service utilization, and social connections. In addition, for patients who were not using social resources or who were involuntary, we continually assessed their latent needs and worked to prevent the occurrence or deterioration of life challenges. On the other hand, efforts were also being made to create a system to encourage early detection and early consultation by staff at clinics and in the community. The above were the characteristics of social workers' preventive support at clinics.

**Key words:** Clinical social worker, Preventive support, Early detection of life challenges, Assessment, Components