

## 8 かかりつけ医に求められる社会診断機能

### ● 地域包括ケアに求められる社会診断機能

わが国では、2006（平成18）年4月実施の「保健・医療・福祉に関する基礎構造改革」により、戦後61年間続いた施設収容をベースにした福祉制度が、「在宅福祉」へと基本的スタンスが変更された。これは社会のセーフティネットに依存する「受身」の福祉ではなく、対象者自身も地域社会での生活者としての自立や責任を問われる時代に突入したことを意味している。

戦後の社会保障を振り返っても、わが国の社会保障システムが国民のセーフティネットとして、憲法25条で保障された「健康で文化的な最低限度の生活」を完全に充足したと言える時代はなく、「社会的入院」と批判されつつも、医療保険制度による救済が役割を担ってきたことも否定できない。むしろ格差の拡大や高齢化による弱者の増大により、生活保護水準以下の多くの人々が、セーフティネットからもとり残されている状況が連続して続いている。

特に、昨今の在院日数の短縮や療養病床の削減で、療養の場が居住空間に移されたことにより、かかりつけ医には地域でクライアント（患者）の命と暮らしを守る役割が、一層求められるようになってきている。このことは、暮らしと切り離された医療サービスだけでは、クライアントの命さえも、守り得ず、居住、医療、介護、生活支援など、多方面への関わりが求められることを意味している（図20）。

本稿で紹介する「社会診断（Social Diagnosis）」は、20世紀初頭のアメリカで、当時蔓延していた感染症の治療結果に、患者の生活条件が深くかかわっていることを指摘した医療ソーシャルワーカー（M.Richmond）が、クライアントの生活を構造的に分析する方法として開発したものである。

実際 M.Richmond は、「社会診断とは、クライアントの社会状況と個人的生活問題（personality = 病気・疾患など（筆者注））の意味を明らかにする（definition）ことである<sup>1)</sup>」と定義した。さらにその生活把握

の特徴として、(1) 家族(世帯)を生活の単位とみなす、(2) 身体的、心理的、社会的という三側面を総合的に捉えること、(3) 労働と経済的側面を生活基盤として生活の根本に置き、これらを構造的に把握することを挙げた<sup>1)</sup>。

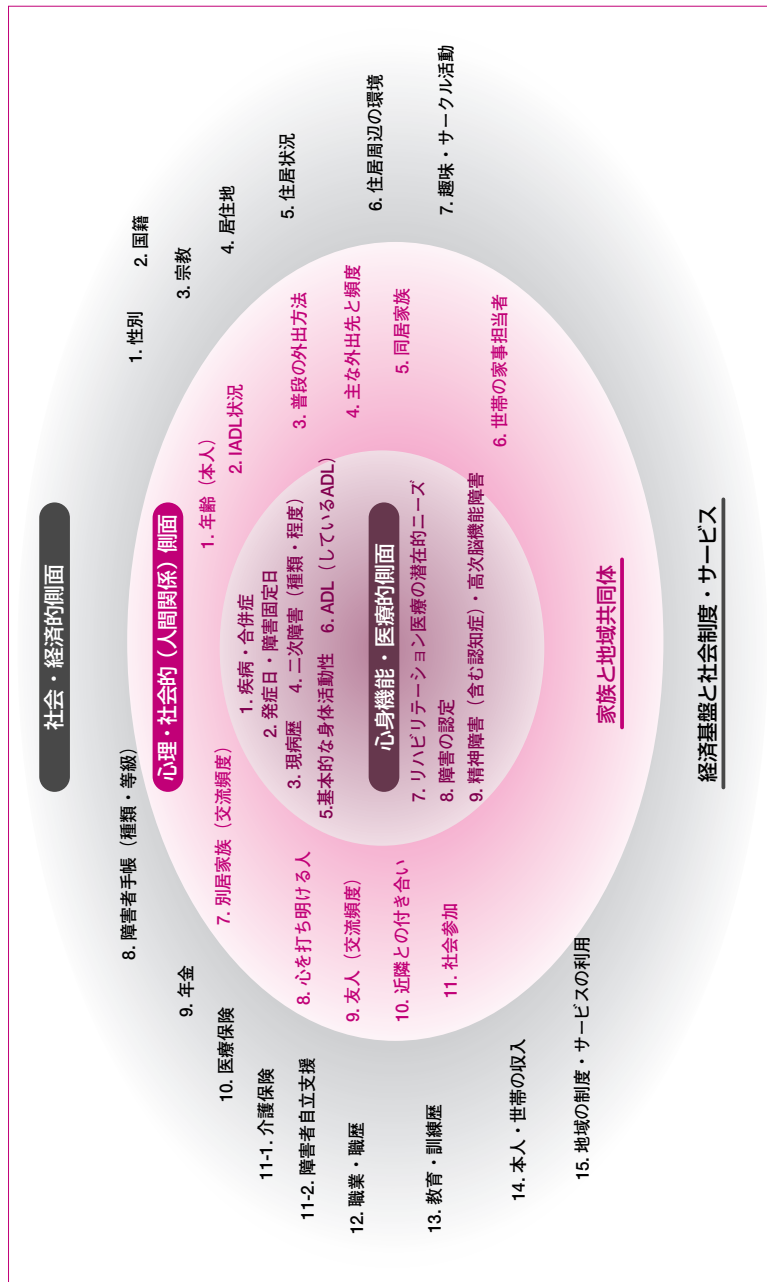
「社会診断」は、重い疾病や障害、離婚やリストラなど、生活崩壊を引き起こす要因を契機に、家族や地域共同体が持っている人間関係による支えあい機能が破綻し、労働や経済的側面への社会保障制度など、生活全体を支える安全網(生活のセーフティネット機能)さえも破綻していく関係を、生活構造の視点から明らかにするものである。

図20に、筆者の考える「社会診断」のための「生活のセーフティネット構造と評価項目」を示す。この中では人間の生活を、①心身機能・医療的側面、②心理・社会(人間関係)的側面、③社会・経済的の3つの側面からとらえる。

たとえば、我々の日常生活は、障害や重度の疾病により身体的に要介護状態になって、①心身機能・医療的側面が破綻しても、②心理・社会(人間関係)的側面(例:家族、友人、近隣とのつきあい)のセーフティネットが二重、三重に取り巻き、「抱えの環境」として機能し、生活そのものの破綻を防いでいる。さらにこのセーフティネットが破綻したとき、③社会・経済的側面(例:地域の制度・サービス)が必要となる。すなわち、「私的な一般的生活問題が、例外的・特殊な問題に転化する(=社会的な制度・サービスの対象となる)のである<sup>2)</sup>。

かかりつけ医には、以上のような社会診断の立場から、疾患のみならず、クライアントの生活全体を観る視点が求められている。以下本稿では、日常的な診療の合間に、住民の生活障害を把握し診断する簡易な社会診断手法を示す。

図 20 QOL を維持する「生活のセーフティネット構造」概念図



## ● かかりつけ医が行う「要介護世帯のための簡易な社会診断」の方法

作業手順の第一は、図 20 の生活構造概念図を A3 サイズに拡大し、実際の患者世帯の生活項目に該当する情報を書き込む。第二に、表 7 の判断基準に従って、これらの記入項目が「見守り程度の介助か、あるいは自分でできるが時間がかかる項目」ならびに「世帯内、あるいは近隣の私的な支援によって維持されている項目」についてはイエローカードとして色分けし、私的なやりくりでは解決が困難な「公的な支援を必要とする項目」についてはレッドカードとしてその項目を色分けする。第三に、図 20 の生活項目の概念図上に表された要支援項目の状況を総合的に判断し、生活全体の中から対象者が抱える生活問題の緊急性とその根拠を把握する。

たとえば、年齢項目では、ADL（日常生活活動）は自立しているが、本人の年齢が 80 歳（後期高齢）を超えた場合、例外はあるものの、大方は公共交通機関を利用した自力での外出が困難になり、重い荷物を持つ買い物や通院などに、家族や近隣からの援助を必要とする割合が多くなると判断し、イエローカードとなる。さらに 90 歳を越えた時点では、基本的に毎日何らかの安否確認が必要となり、公的サービスとしても保障される割合が増加し、レッドカードとする。このような年齢の人が倒れたらどうなるか、介護はどのような人が担当することになるのかを、他の関連項目との関係を見ていくということである。

第四の生活の総合判断（社会診断）の作業は、表 7 上に現れたイエローカード項目が、家族や近隣のインフォーマルな支えでやりくり可能ならば、かかりつけ医としての見守りが必要となり、レッドカード項目については、すでに公的支援によるサービスにつながっているかどうかを確認し、必要なものについては緊急に地域の包括ケアシステムにつなげることを目的としている。

表 7-1 要介護者世帯のための簡易社会診断基準表

(1) 心身機能・医療的側面		
生活項目	イエローカード項目 (指導・見守りを要する)	レッドカード項目 (緊急な専門的対応を要する)
1. 疾病・合併症	・通院による医療的な治療・管理が必要。	・入院による医療的な治療・管理が必要。
2. 発症日・障害固定日	・障害基礎年金の受給資格要件(満20歳以上)に達していながら年金保険料が未納、あるいは免除手続きが取られていないため無年金となっているもの。 ・発症年月日、障害固定年月日が義務教育年齢以前で教育現場での配慮を要する場合。 ・就労年齢時では障害により復職、退職、転職に影響を与える場合。	・障害による影響が教育を継続することが困難で特別な制度的対応が必要な場合。 ・就労年齢時では退職せざるを得ない状態でその後再就職が困難な場合。
3. 現病歴	・発症後の経過の中で医療的対応が適切でなく、指導・助言を要するもの。	・発症後の経過の中で、不適切な医療的対応のため緊急に再治療を要するもの。
4. 二次障害の種類と程度(痛み・しびれ、廃用、誤用、過用)	・二次障害による日常生活の制限があり、通院による医療的対応を必要とするもの。	・二次障害が緊急に入院による医療的対応を必要とするもの。
5. 基本的な身体活動性(食事と睡眠・適度な身体活動の程度)	・基本的な身体活動性が適切な指導。 ・助言により改善の可能性のあるもの。	・基本的な身体活動性が寝たきりに近い状態で、何らかの社会的対応を要するもの。
6. ADL(しているADL)の介助の種類と程度	・食事、排泄、移動、更衣、入浴活動に声掛けや見守りの介助が必要。	・日常生活活動に直接的な介助が必要。
7. リハビリテーション医療の潜在的ニーズ(受療の有無、期間、内容、装具・補装具の適合)	・適切な時期と内容・期間によるリハビリテーションの受療が欠けたための機能低下に対し、通院による治療や対応を必要とするもの。	・適切な時期と内容によるリハビリテーションの受療が欠けるための機能低下に対し、入院による治療や対応を必要とするもの。

8. 障害の認定（種類と程度）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者手帳の取得による中等度3、4級の制度的対応を要するもの。</li> <li>・ 介護保険の要介護1、要支援2、1の認定を要するもの。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者手帳の取得による重度1、2級の制度的対応を要するもの。</li> <li>・ 介護保険の要介護（5～2）認定を要するもの。</li> </ul>
9. 精神障害（含む認知症）・高次脳機能障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神障害、認知障害、高次脳機能障害の程度が、家族の見守りを要するもの。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神障害、認知障害、高次脳機能障害の程度が、問題行動となり、何らかの社会的対応を必要とする状態にあるもの。</li> </ul>

表 7-2 要介護者世帯のための簡易社会診断基準表

(2) 心理・社会的（人間関係）側面		
生活項目	イエローカード項目 (社会的に孤立しているが世帯内で日常生活が維持できている状態)	レッドカード項目 (社会的な孤立により生活が破綻し社会的な対応を要する状態)
1. 年齢（本人）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 80歳以上（公共交通機関を利用した外出が困難）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 90歳以上（毎日の安否確認が必要）。</li> </ul>
2. IADL 状況（手段的日常生活活動）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活動作や金銭管理等の社会的な能力が時間をかければ独りでできるが声かけや見守りを要するもの。（見守り介助を要するものを記入）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活動作や金銭管理等の社会的な能力が介助なしにはできないもの（介助を要するものを記入）。</li> </ul>
3. 普段の外出方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ シルバーカーや車椅子あるいは自転車を押して近隣のみ自力で外出が可能（公共交通機関の利用は介助が必要）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外出には介助が必要。</li> </ul>
4. 主な外出先と頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護世帯の外出が週1～2、3回程度の買い物と月1～2回の通院のみ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護世帯の外出がまったく無いが月1～2回の通院のみ。</li> </ul>

5. 同居家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 70 歳以上の高齢者夫婦夫婦（老々介護）。</li> <li>・ 本人単身で同居家族に保育を必要とする乳幼児を抱えている。</li> <li>・ 本人が単身で未婚の子（就労・就学者或いは義務教育以下の子）のみと同居。</li> <li>・ 本人と 85 歳以上の老親を抱えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 単身独居。</li> <li>・ 85 歳以上の高齢者夫婦世帯。</li> <li>・ 同居世帯に要介護状態の障害者をすでに抱えている。</li> </ul>
6. 世帯の家事担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護担当者と同じ又は未婚の子供（就労者）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護者本人或いは無し。</li> </ul>
7. 別居家族（交流頻度と内容）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別居家族との交流頻度が年 1～2 回（盆と正月のみ）と冠婚葬祭のみ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 別居家族との交流頻度が全く無いか冠婚葬祭のみ。</li> </ul>
8. 心を打ち明ける人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族・友人以外の援助者（ヘルパー、介護支援専門員など）のみ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし。</li> </ul>
9. 友人（交流頻度と内容）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 友人が 1 人～2, 3 人であっても電話やメールをこちらから掛けている場合（こちらからの一方向のみ）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし。</li> </ul>
10. 近隣との付き合い（交流頻度と内容）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 回覧板を回すのみのかかわり。</li> <li>・ 近隣の人との挨拶のみ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし（近隣の人と出会っても挨拶もしない）。</li> </ul>
11. 社会参加（内容と参加頻度）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域のさまざまな催しものへの参加、趣味の会、障害者の集まりへの参加も無く、家族内のみでの交流に限定されている場合（医療機関への通院あり）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 世帯そのものが近隣との交流も無く全く孤立している（医療機関にもかかっていない）場合。</li> </ul>

表 7-3 要介護者世帯のための簡易社会診断基準表

(3) 社会・経済的側面		
生活項目	イエローカード項目 (低所得層)	レッドカード項目 (生活保護基準以下)
1. 性別	・ 女性（家族が医療・福祉サービスを選ぶ際の性別差が慣習として残っている可能性がある地域）。	—
2. 国籍	・ 不法滞在者。	—
3. 宗教	・ 日本国内での適正な救急医療を宗教的な規制のため受療できないもの。	—
4. 居住地	・ 一部の大都市を除く医療・福祉制度サービスの未整備な過疎地域。	—
5. 住居状況	・ 段差や狭く急な階段構造の住宅。	・ エレベーターのない3階以上の賃貸住宅。 ・ 住宅改造のできない賃貸住宅。
6. 住居周辺の環境	・ 自宅玄関までのアプローチが狭く、サービス導入のための車が入れない。 ・ 近隣に買い物に便利な商店がない。 ・ 自宅玄関前が往來の激しい歩道の無い道路。	・ 人家から離れている一戸建て住宅。
7. 趣味・サークル活動	・ 無趣味。 ・ 障害の影響で参加困難となる趣味・サークル。	—
8. 障害者手帳（種類・等級）	・ 障害を持っているが申請していない。	・ 障害者手帳重度所持。
9. 年金	・ 国民年金（老齢年金月額平均5万3千円）。 ・ 福祉年金（月額平均3万円）。	・ 無年金。
10. 医療保険	・ 国民健康保険で障害のため無収入のもの。	・ 未加入。 ・ 国民健康保険で保険料未納入者。



11-1. 介護保険（要介護認定）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険該当者でまだ申請していないもの。</li> <li>・介護保険制度（要介護 5, 4, 3, 2, 1）認定者。</li> </ul>	・介護保険サービスでは在宅維持の基本的な介護が不足しているもの。
11-2. 障害者自立支援（要介護認定）	・障害者自立支援（要介護 6, 5, 4, 3, 2, 1）認定者。	・障害者自立支援サービスでは在宅維持の基本的な介護が不足しているもの。
12. 職業・職歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・農業、漁業、林業など重労働を要求する職業。</li> <li>・医師・弁護士・管理職など高度の専門性を要求される職業・不安定就労のパート・アルバイトなど。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害を受傷する以前より無就労のニートなど。</li> <li>・授産所・共同作業所等福祉的就労のもの。</li> </ul>
13. 教育・訓練歴	・戦前の尋常高等小学校等の初等教育のみのもの。	—
14. 本人・世帯の収入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護。</li> <li>・課税対象基準・低所得 1（障害基礎年金又は国民年金老齢基礎年金 80 万円以下）の世帯</li> <li>・課税対象基準・低所得 2（障害基礎年金 1 級又は国民年金老齢基礎年金を含む 3 人世帯で年収 300 万円以下）。</li> <li>・課税対象基準・低所得 2（単身で障害基礎年金又は国民年金老齢基礎年金受給し年収 125 万円以下）の世帯。</li> </ul>	・無収入無年金。
15. 地域の制度・サービス利用状況	・待機者が多くサービスを利用できない場合。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスが質量ともに在宅介護を維持できない。</li> <li>・サービスはあるが自己負担金が払えないため在宅介護が維持できず、施設入所も自己負担金が払えないため不可の場合。</li> </ul>
16. インフォーマルな社会資源	・地域社会が高齢化率が高く、過疎化のため日常的な交流がない。	・地域的に辺境の地に居住。

以上、かかりつけ医のための簡易な社会診断の作業手順について述べた。なお、ここで使用した表 7 の「要介護者のための簡易社会診断基準表」は、それぞれの生活項目におけるイエローカード（要介護者を世帯内で見守り介助が可能）とする判断基準であり、レッドカード（緊急に公的な医療や福祉の制度サービスが必要）とする判断基準を、生活障害を判断するための手がかりとして示したものである。これらの基準は、地域特性、時代特性により調整が必要である。

この簡易な社会診断は、問題を抱えている患者世帯が、近隣の支えあいの中で生活自活力を維持できるかどうか見るものである。決して個人や家族でがんばればやっていけるかどうかを見るものではない。また、生き生きとした地域コミュニティの人間関係を、項目のあちこちで感じられるかどうかをも判断するものである。要介護者と家族は、地域から孤立した状態では、決して在宅介護を維持できないという原則が、この社会診断の根拠となって貫かれていることを心に留めておくことが重要である。

## ■参考文献

- 1) Definitions Bearing Upon Evidence. Social Diagnosis. :Richmond EM (New York, Russell Sage Foundation, 1917;51-63)
- 2)「社会福祉と貧困」：川上昌子『社会福祉と貧困』法律文化社。1981
- 「社会福祉原論読本」：川上昌子（学文社。2007）
- 「アセスメントの方法と基礎知識」『社会福祉のアセスメント』：高橋玖美子共著（中央法規。1997；42－119）
- 「医療ソーシャルワーカーによる生活評価」『高次脳機能障害のリハビリテーション』：高橋玖美子（真興交易医書出版部。2006；65－72）