

医療社会福祉研究

第13巻・第14巻・第15巻

実践報告

ホームレス患者へのソーシャルワーク実践

－退院までのパターン分析からの一考察－ 山本 啓太・長竹 教夫

論文

「脳損傷」という出来事への家族の主観的認識とその精神的ストレスの関連

赤松 昭

大会発表要旨

第14回大会（2004年）発表要旨

第15回大会（2005年）発表要旨

第16回大会（2006年）発表要旨

2007年3月

日本医療社会福祉学会

「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、資料、書評などを掲載する。（「研究論文」と「実践報告」の詳細については、巻末を参照）
2. 原稿は、他誌に既に掲載されていないもの、あるいは、現在投稿中でないオリジナルなものに限る。
3. 著者ならびに共著者は、本学会会員に限る。
4. 原稿の採否は、査読を行った上で、編集委員会が決定する。
5. 原稿提出期限は、とくに定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿送付先は、機関誌担当理事とする。

〒214-8565 川崎市多摩区西生田1-1-1

日本女子大学社会福祉学科 中谷陽明

電話：044-952-6851, FAX：044-952-6869

電子メール：nakatani@fc.jwu.ac.jp

執筆要領

1. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて12,000字以内とする。
2. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとする。フロッピーディスク・電子メール等によるテキストファイルの提出を求められることもある。
3. 「論文」には、300語以内の英文抄録をつける。
4. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
5. 原稿の表紙に、表題、著者、所属、キーワード（2～5語）を明記する。
6. 文献は、引用順、あるいは、著者名でABC順に配列する。

*文献の表記例

単行本の場合 著者名：書名、出版社名、発行年。

雑誌の場合 著者名：表題名、雑誌名、巻数、最初の頁-最後の頁、発行年。

目 次

実践報告

- ホームレス患者へのソーシャルワーク実践
- 退院までのパターン分析からの一考察 - 山本啓太・長竹教夫 1

論文

- 「脳損傷」という出来事への家族の主観的認識とその精神的ストレスの関連
赤松 昭 11

大会発表要旨

- 第14回大会（2004年）発表要旨 23
- 第15回大会（2005年）発表要旨 55
- 第16回大会（2006年）発表要旨 93

[実践報告]

ホームレス患者へのソーシャルワーク実践 —退院までのパターン分析からの一考察—

山本 啓太*
長竹 教夫*

Key words : ホームレス、ソーシャルワーク、パターン分析

I. はじめに

市川市は千葉県内で最もホームレスが多い地域である。市川市福祉事務所と市川保健所によって発表された『平成13年度ホームレス実態調査報告書』は「公園、駐輪場、高架下など49地点に141名のホームレスの存在を確認した」と報告している。このような地域に立地する国府台病院に入院となったホームレス患者は生活困窮に加え、怪我や病気により入院となり、今後の生活を再設計する必要があると予想される。そのため、医療スタッフからソーシャルワーカーに紹介される。ソーシャルワーカーとして入院時から退院後まで、ほぼ全例にチーム医療の一環として関わってきた。そこで、ソーシャルワーカーが関わったホームレス患者の概要及び援助の方法と結果を報告し、より有効な援助方法について仮説を提示したいと思う。なお、ホームレスとは路上生活者などに代表される、入院時に定まった住所を有しないものと定義した。

II. 研究の目的と方法

第1に、平成13年10月から平成15年3月末までの1年6ヶ月間に3名のソーシャルワーカー（山本、薬師寺、長竹）が関わった39名のホームレス入院患者を対象とし、ソーシャルワーク記録ないし、診療録を点検、分析した。分析項目は、表1のご

とく、今後の生活に関連する可能性が高い項目や援助方法に関連する項目についてである。

表1 調査項目

①年齢	②性別	③最終学歴	④職歴
⑤来院経路	⑥病名・障害名	⑦診療科	⑧入院日数
⑨援助期間	⑩援助内容	⑪入院中の課題	⑫結果

第2に、援助方法について検討した。平成15年3月末までに退院したホームレス患者33名を、住居確保群、転院・施設入所群、路上生活戻り群の3群に分類した。3群それぞれの特徴を、3名のソーシャルワーカーが共同して、住居を確保して退院することができた条件について、できる限り客観的に比較法を用いて検討した。比較法は、5～50ケース以下のデータ数を対象として、各ケースについて詳細に理解、及び、分析し、それらの類似性や異質性のパターンに焦点を当てて理論化する研究方法であるといわれている。

III. 結果

1. 概要

男女別は図1が示すように男性95%、女性5%で男性が圧倒的に多かったが、女性も少数であるが見られた。

*Keita Yamamoto, Norio Nagatake : 国立精神・神経センター国府台病院

図1 男女別

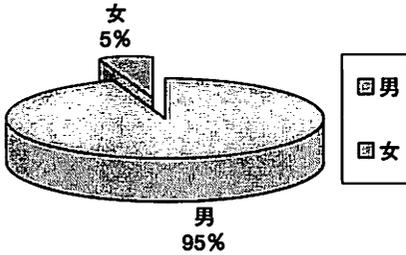


図2 年齢別

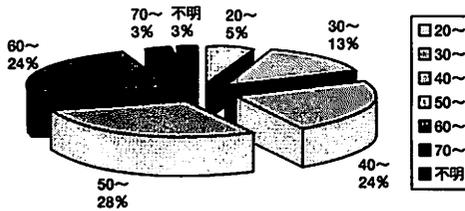
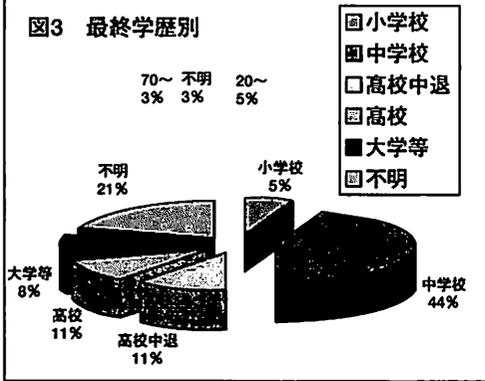


図3 最終学歴別



年齢別は図2が示すように、50歳代が最も多く28%を占めている。ついで40歳代(24%)、60歳代(24%)が多い。40~60歳代までの中高年齢層が全体の76%を占めている。平均年齢は51歳で、他のホームレス調査において50歳代の男性が多いという結果と一致していた。

最終学歴は図3に示したように、中学校卒業が全体の44%(17名)を占め、高校中退も10%と多

図4 来院経路別

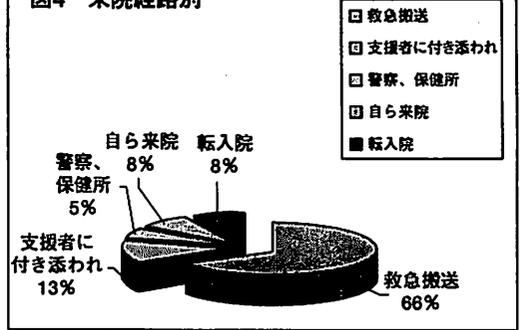
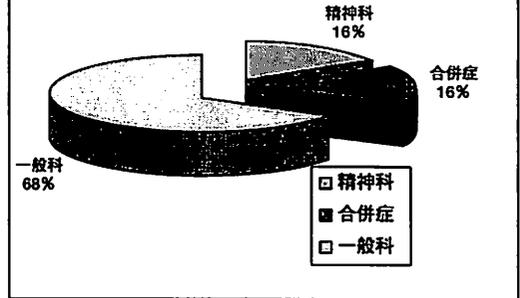


図5 診療科別



く全体的に学歴は低い。

来院経路は、図4に示すように救急車による来院が全体の66%を占めている。起居している場所などで行き倒れになったところを、通行人に発見され、連絡してもらおうというケースが多かった。これは健康保険を持たないホームレス患者が、症状が悪化して倒れるまで病院へ行けなかったという結果といっても良いだろう。

診療科別は、図5に示したように、一般科疾患のみを抱えていた患者が70%(26名)を占めている。精神科疾患のみを抱えていた患者は15%(6名)。また、精神・身体の合併症をもつ患者は同じ15%(6名)で何らかの精神疾患を持つ患者は、合計で30%を占めており、当院の専門的特徴の一つを現していると思われる。

また、一般科のなかでは低栄養、糖尿病などの内科疾患、ついで胃潰瘍などの消化器科・外科疾患、骨折、凍傷、壊疽などの整形外科疾患が目立っていた。

表2 分類条件項目

①判断能力の有無：今後の生活について自ら考え、具体的に行動する能力があったか。
②身体・精神障害の有無：退院後、就労不可と判断できうる持続する障害があったか。
③入院期間の確保の有無：医学的治療は終了したが、社会的入院を是認する期間があったか。
④サポートの有無：知人・支援者などからのサポートが得られていたか。
⑤SWとの信頼関係保持の有無：SWと良好な信頼関係を構築できていたか。

表3 分類パターン一覧

Case No.	判断能力	身体・精神障害	入院期間	サポート	SWとの関係	住居確保
No1	0	0	0	0	0	0
No2	0	0	0	0	0	0
No3	1	0	0	0	0	0
No4	1	0	0	0	0	0
No5	1	0	0	0	0	0
No6	1	0	0	0	0	0
No7	1	0	0	1	0	0
No8	1	0	0	0	1	0
No9	1	0	0	0	1	0
No10	1	0	1	0	0	0
No11	1	0	1	0	1	0
No12	1	0	0	1	0	1
No13	1	0	1	0	1	1
No14	1	1	1	1	0	1
No15	1	1	1	0	1	1
No16	1	1	1	0	1	1
No17	1	1	0	1	1	1
No18	1	0	1	1	1	1
No19	1	1	1	1	1	1
No20	1	1	1	1	1	1
No21	1	1	1	1	1	1
No22	1	1	1	1	1	1
No23	1	1	1	1	1	1
No24	0	1	1	0	0	2
No25	0	1	1	0	0	2
No26	0	1	1	0	1	2
No27	0	1	1	1	1	2
No28	1	1	1	0	1	2
No29	1	1	1	0	1	2
No30	1	0	0	0	0	2
No31	1	0	0	0	1	2
No32	1	0	0	0	1	2
No33	1	0	0	0	1	2

0：なし
1：あり

0：第1群
1：第2群
2：第3群

2. ホームレス患者の援助結果

『医学中央雑誌』でホームレスをキーワードに検索した結果、過去5年間のホームレス研究は検診などを含んだ実態調査と症例報告が代表的な報告で、ソーシャルワーカーの援助について報告した研究はなかった。ここでは、平成15年4月1日現在入院継続していた患者3名および死亡2名、結核が判明し転院した1名を除く33名を対象に退院先別に3群に分類し、援助プロセスにおいてどのような条件が住居を確保し得た要因になっていたかを検討した。3群は次のような特徴を持っていた。

第1群の路上生活者に戻ったケース群は11名で、退院時には就労可能と判断される状態で、生活保護が継続できないため、住み込み就労を目標にせざるを得なかったり、「元の生活に戻りたい」「自ら退院先を見つける」と述べて退院したケースである。これらのケースの問題は、医療でカバーできる問題ではなかったが、いずれも短期間で症状が改善したこともあり、ソーシャルワーカーの早期の介入にもかかわらず関係が築けず、援助ができなかったという共通性を持っていた。

第2群の住居を確保できたケース群は12名で、すべてのクライアントが「少なくとも路上生活に戻りたくない」という意志を持っていた。また、慢性・難治性の疾患を有するために、就労不可となって、退院後も生活保護が継続できたケースが9例。病状安定後に、住居確保のために活動できる期間が確保されたケースが10例と多かった。知人、支援者などのサポートを得られたケースが9例、ソーシャルワーカーと信頼関係が構築できたケースも10例で、多くの社会資源を活用できる状況にあるケースが多いという特徴があった。

第3群の転院・施設入所となったケース群は10名で、最高齢は71歳と高齢であり、平均年齢は56歳と比較的高齢という特徴があった。第3群はさらに3つのグループに分けられる。第1は高齢で身体障害や痴呆、知的障害などを合併していたため、路上に戻っての生活が不可能と考えざるを得ず、保護的な環境を必要とするケース4例。第2は、入院中にクライアントが社会復帰を目指したいというモチベーションを高めて救護施設・福祉ホームに入所するために転院して待機したケース2例。

第3は比較的年齢が若くソーシャルワーカーとの関係を基盤に、路上には戻りたくないと考え、宿泊施設に入所した4例である。

これら3群の特徴を踏まえて、退院時に住居を持つことができた条件についてソーシャルワーカー3名で議論しあい¹⁴⁾、表2に示す条件項目（以下項目）を設定した。判断能力の有無、身体・精神障害の有無、入院期間の有無、サポートの有無、ソーシャルワーカーとの信頼関係の有無の5項目について、全ケースにおいて援助記録を検討した結果が表3である。この表に基づいて図6-①～④のパターン類型を構成した。

判断能力があり、身体あるいは精神障害があるため退院後も生活保護を継続でき、環境が整備されるまで入院期間を確保され、知人・支援者のサポートがあり、ソーシャルワーカーとの信頼関係を構築できたという5項目すべてを満たすパターンを示したケースは、すべて住居を確保していた（図6-①オ）。この5項目の中で1項目を欠くパターンでも住居を確保できていた（図6-①ア、ウ、エ、図6-②エ）。同様のパターンを示しながらも、結果が住居と施設というように分かれているものがあった（図6-①イ）。それは、精神障害という障害特性から社会復帰施設へ入所、またはその待機のために転院したものであった。また、2つの項目が無くとも、住居確保が可能になっていた（図6-②ウ）。ただし、この場合には、いずれも入院期間を確保しなければならなかった。3項目を欠きながらも、住居確保できた1ケースがある（図6-③オ）。これは、身体症状が軽減し、ソーシャルワーカーとの信頼関係も築けず、即退院となった。結果的に以前お世話になった会社社長が住居を貸してくれたという特別の事情によるものであった。

さらに、障害がなく、入院期間が確保されず、サポートもないというパターンでは、ソーシャルワーカーとの面接において、「路上には戻りたくない」という患者本人の意思を確認し、ソーシャルワーカーと共に退院後の生活の場を検討した結果、施設入所になった。（図6-③ウ）。また、初回面接時、ソーシャルワーカーに対して丁寧で、礼儀正しい印象を受けた2ケースは、早期から良

図6-① 「判断能力あり/身体・精神障害あり」のパターン

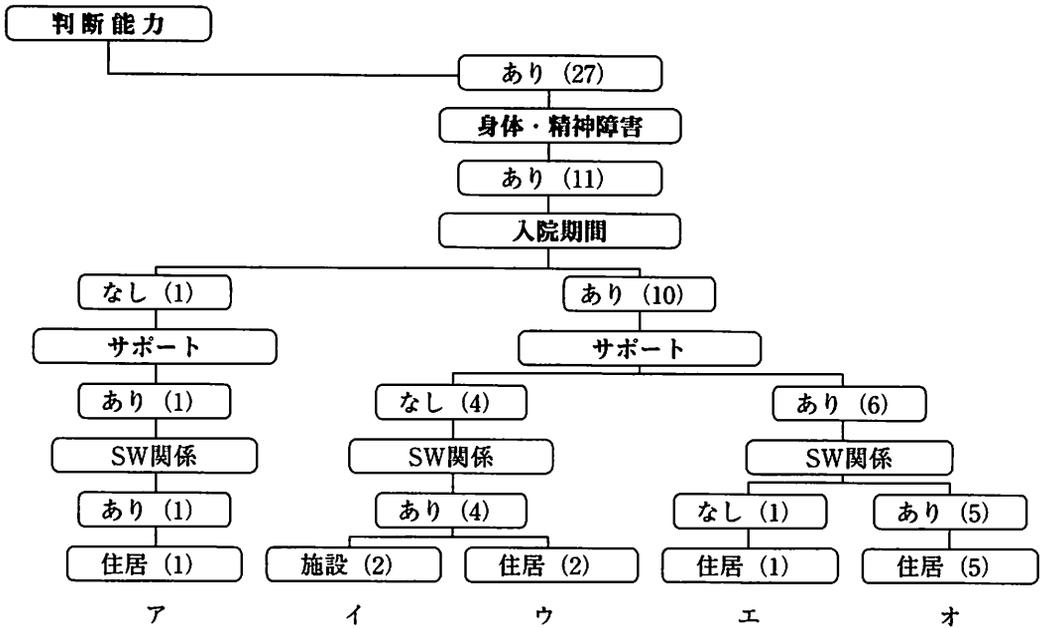


図6-② 「判断能力あり/身体・精神障害なし/入院期間あり」のパターン

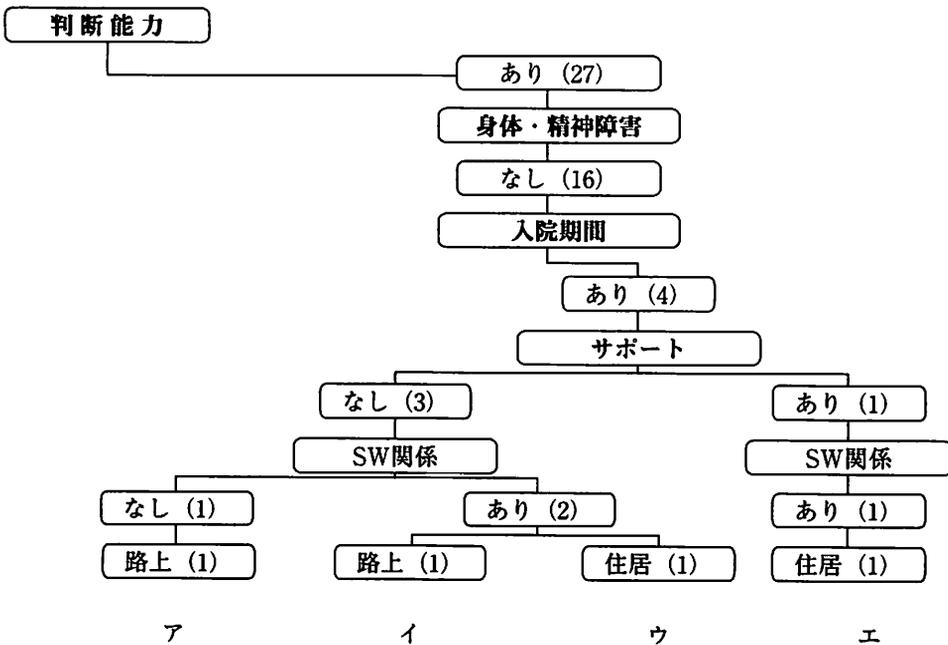


図6-③ 「判断能力あり/身体・精神障害なし/入院期間なし」のパターン

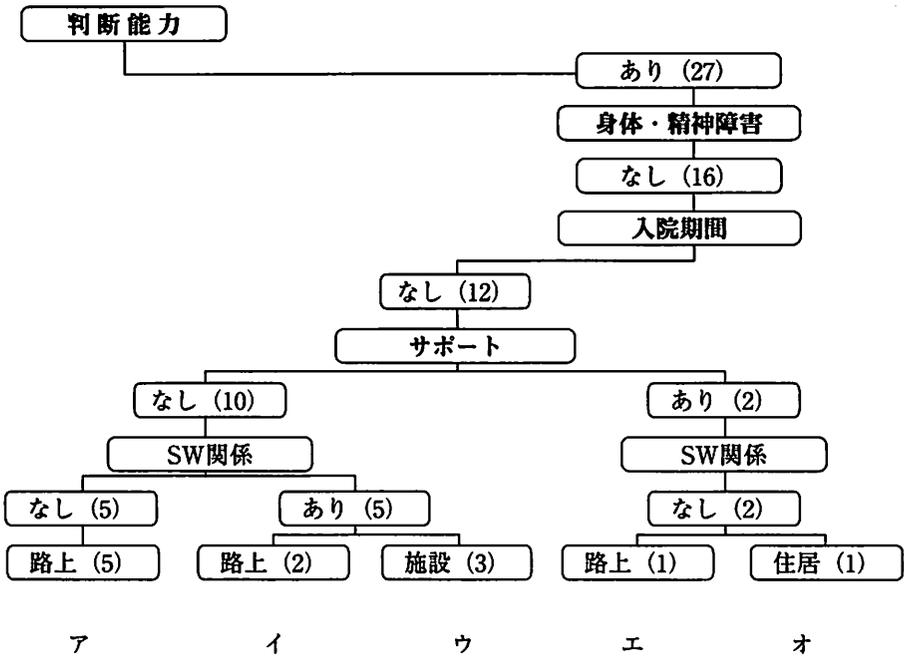
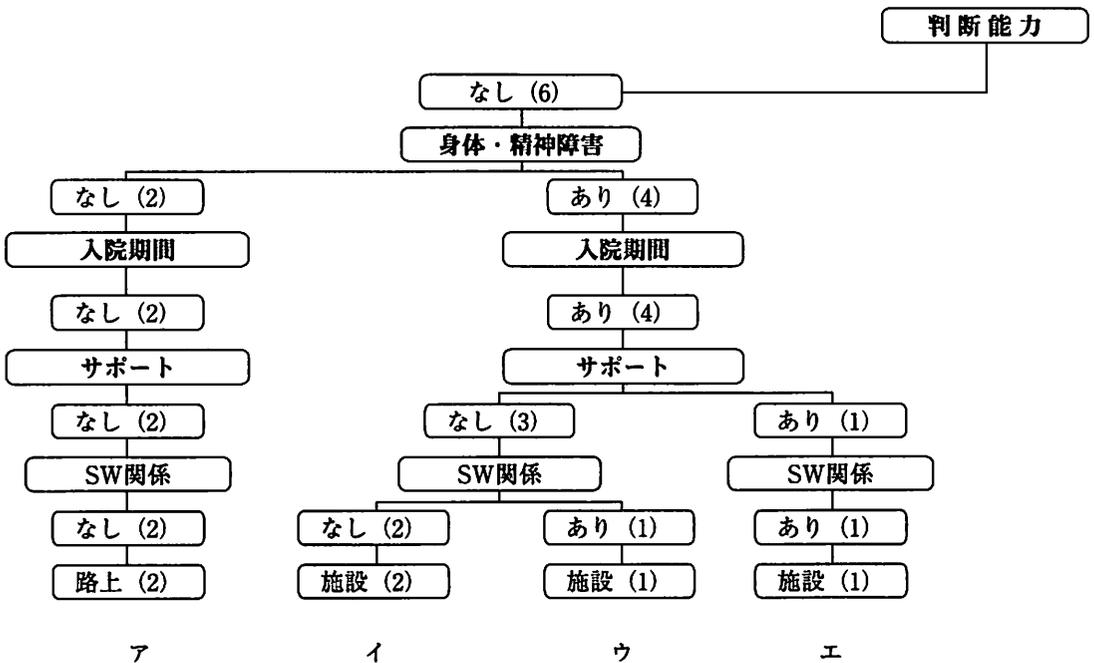


図6-④ 「判断能力なし」のパターン



好な相互交流ができ、ソーシャルワーカーとの信頼関係が築けた。このため、患者本人が「路上生活はしたくない。自分で退院先を見つける」という意思表示を尊重し、住み込み就労を目標に掲げて退院したケースが2例あった(図6-③イ)。同様なパターンでソーシャルワーカーとの信頼関係が築けないパターンで、患者本人も「元の自由な生活がよい」と主張し続けた際には路上に戻っていった(図6-③ア)。そこにはアルコール・薬物依存の特性といわれている依存の病理、対他関係を築けないといった要因があった。

判断能力がなく、障害があり、入院期間が確保されるパターンでは、サポートの有無やSWとの信頼関係とは別に施設入所になっていた(図6-④イ、ウ、エ)。5項目すべてに該当しないパターンが路上になっている(図6-④ア)。このケースは退院時には「出ていくのは寂しいね。突然だからね」と、今一つ現実認識が乏しく、自らの身の安全確保さえ疑わしい高齢の患者であった。「入院中には廊下で寝る、放尿等の行為」があり、痴呆が疑われたため、ソーシャルワーカーから主治医に精神科受診を提案するも「難しいだろう」とのことで退院になった。その後、川でおぼれて保

護され、また路上から救急搬送されるということをし繰り返した。最終的に当院に再入院となった。真夏であったにもかかわらず、雨合羽やウインドブレーカーを何枚も着込み、糞尿にまみれて救急搬送されるという状況であった。他1名も他院に再入院するという結果であり、課題を残すケースであった。

Ⅳ. 考察

住居確保を指標にしたパターン分析からソーシャルワークの過程で、改めて留意しなければならないことについて、表4のように路上生活戻り群11例に焦点をあてて考察したい。

第1に、判断能力を含めて5項目すべてを欠き路上に戻った2ケースが存在している(表4, No1/No2)。ここでの判断能力の有無は、裁判所によって宣告された判定でも精神医学的鑑定に基づく診断でもなく、ソーシャルワーカーの判断であった。ソーシャルワーカーは、看護師より病棟内日常生活の状態の情報を得、ソーシャルワーカー独自の面接と支援者からの情報を総合的にアセスメントした。その結果、ホームレス患者自身が自らの意志選択が確保できない状況にあると考

表4 路上戻り群の細分化

Case No.	判断能力	身体・精神障害	入院期間確保	サポート	SWとの関係	住居確保
No.1	0	0	0	0	0	0
No.2	0	0	0	0	0	0
No.3	1	0	0	0	0	0
No.4	1	0	0	0	0	0
No.6	1	0	0	0	0	0
No.7	1	0	0	1	0	0
No.5	1	0	0	0	0	0
No.10	1	0	1	0	0	0
No.8	1	0	0	0	1	0
No.9	1	0	0	0	1	0
No.11	1	0	1	0	1	0

判断能力がなかった
2例

アルコール薬物問題があった
4例

対他関係が全く築けていなかった
2例

住み込み就労となった
3例

えて、ソーシャルワーカー役割の一つであるアドボカシー機能として、担当医に報告し、精神科受診を提案した。

インフォームド・コンセントや自己決定の原則が叫ばれているが、自己決定ができる能力や環境はチーム医療の中で整えられていくことが必要であると考え。一般的に「判断能力がないという確信を抱くに足る証拠がないときには、判断能力があると推定される」¹¹⁾ので従来は医師・患者関係の中で判断能力を評価しインフォームド・コンセントや自己決定のプロセスが行われてきた。しかし、本ケースでも明らかのように、重大なリスクが予測される場合には、少なくとも医療チーム・患者関係の中で判断能力を評価しインフォームド・コンセントや自己決定のプロセスが行われていく必要があると考える。このことは、いわゆるチーム医療の質が問われる時代になってきている現代において必要不可欠なプロセスになっていくと思われる。

第2に、判断能力はあるがその他の項目を欠いたパターンを示した4例（表4、No3 / No4 / No6 / No7）は、アルコール・薬物依存があった。その障害特性から依存と逃避の心理機制をもちやすいケースである。「入院してからお酒は飲んでいないから大丈夫。お祝いの時に一杯くらいは飲むかもしれないけど」「酔わない程度に飲みます」と述べるクライアントの、その生き方を変えなければならないという意志や動機に働きかける機会を病棟生活の中でつくっておきたい。当院においてアルコール・薬物依存の克服へのモチベーションを培う教育プログラムの構築が必要であろう。その上で、クライアント自らが迷い、揺れ、決心していくというクライアントにとっての「時間」を保証することが重要であると思われる。しかし、社会参加までの期間を入院継続することは困難なことであり、退院後も生活保護を継続し、生活を支えるために医療機関と福祉関係機関や援助者などが継続的な連携をすすめていくことが大切であると思われる。

今後、地域においてホームレス者を対象とした自立支援ホームなどでの援助方法を考える際にも医療機関との連携や継続性は重要な概念になって

くと思われる。

第3にソーシャルワーカーはもとより治療スタッフや支援者、及びホームレス仲間などとの対他関係が全く築けず、居場所も転々としていた2例（表4、No5 / No10）は、当初から「名前も、住所もいいたくない」とソーシャルワーカーの接触に拒絶的であった。一方で、「パジャマ・スリッパを用意してよ」「乞食だとバカにされた！退院する！金を用意しろ」と一方的に自らの要求のみを訴えていた。そのような関係性の中では、「退院する」というクライアントの要求を、ソーシャルワーカーはニーズとして認識できず、その「身勝手さ」ゆえにソーシャルワーカーは陰性感情を抱きやすく、距離をとってしまうことがあった。限られた入院期間中に、専門援助関係を構築することは極めて困難であった。何とかぎりぎりのところでバランスをとり、厳しい路上において生活してきたクライアントがおり、そのクライアントがあえて厳しい社会の中で、困難であるが克服しなければならない現実の生活に直面することを恐れ、援助から逃避、抵抗するというクライアントの特性もあると思われる。そこで、地域で支援を行っている市役所や支援団体がクライアントと関係を築けていた時には、キーパーソンとなって積極的に病院に向向いてもらう。また、地域において支援者、支援団体とつながっていないまさに孤立無援状態にあるクライアントの場合には、病院のソーシャルワーカーがクライアントへの支援関係を退院後も築けるように努めることが必要になってくるだろう。市川市においては炊き出しボランティアなどの機会があり、それらへの参加を利用して地域の支援団体に橋渡しする役割が必要であると考えられた。

V. おわりに

平成15年4月現在、一部の病院ではホームレス患者の診療拒否もあり、市川市のホームレス自立支援施策が軌道に乗っていない段階で、当院はホームレス患者の入院治療を受け入れていた。そこで、本調査研究の第1の意義は、1年6ヶ月間に援助終了したホームレス入院患者33名の実態を明

らかにしたことである。ホームレスときくと“入院期間が長い”“手がかかる”というイメージが先行するが、入院治療・援助をきっかけとし、2/3のホームレス患者が生き方を変え、新たな生活を歩み出すことができた。

第2に、ホームレス患者へのソーシャルワーク援助方法について住居確保を指標に検討した^{注2)}。路上に戻ったホームレス患者との関わりから①判断能力については、医療チーム・患者関係の中で判断していくことが必要になっていることを考察し、ソーシャルワーカーのアドボカシー機能について言及した。②アルコール薬物依存のホームレス患者への援助方法について検討した。クライアントにとっての「時間」、継続的な「連携」、モチベーションをつけるための「教育」の必要性を指摘した。これは、今後の地域における自立支援ホームでの援助方法に示唆を与えることができると考えられた。③一部のクライアントに対するソーシャルワーカーの陰性感情についてふれ、ソーシャルワーカーの専門的援助関係構築の有無が、退院後の療養生活を左右する事例を明らかにすることができた。

注1):各々のソーシャルワーカーには担当病棟(受け持ち病棟)があるが、日常的なケースカンファレンスにおいてどのようなプロセスで入院してきたホームレス患者かについてなど、一定の共通認識を持っていた。

注2):ソーシャルワークは住居を確保すればケースが終結したとは考えていない。慢性疾患を持つクライアントには、退院後住居を確保したあとの生活支援も必要である。例えば、精神科へ入院したホームレス患者の中で精神科への継続的な受診が必要と判断されているケース6例中3例は、ソーシャルワーカーが直接自宅訪問を行っている。精神障害を持つホームレス患者は、様々な要因から社会関係を構築できず、帰属性を喪失した「社会的孤立」や「恥」などの心理的要因から援助者が対面的に関わることの必要性を指摘している報告もあり、ソーシャルワーカー側からのアウトリーチすることが

不可欠である。

引用文献

1) Thomas Grisso, Poal S.Appelbaum著, 北村聡子, 北村俊則訳(2000)『治療に同意する能力を判定する—医療・看護・福祉のためのガイドライン—』p14, 日本評論社

参考文献

岩田正美, 川原恵子(2001)「ホームレス問題と日本の生活保障システム」『ソーシャルワーク研究』vol.27No.3, 相川書房
 奥川幸子(1997)『未知との遭遇—癒しとしての面接—』三輪書店
 黒川明登(1968)「接近困難なクライアントに対するケースワーク」『大阪市立大学家政学部紀要』16巻
 長竹教夫, 青木恭子, 籾内信行(1995)「『連携』の評価方法に関する研究—ソーシャルワーク実践における地域保健福祉機関との連携を省みて—」『医療社会福祉研究』vol.4-1, 日本医療社会福祉学会
 渡辺律子(1999)『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医師薬出版
 Charles C. Ragin(1994)『Constructing Social Research』Sage pubns
 Leona L. Bachrach(1994)「ホームレス精神病患者における障害」『精神の障害—臨床、精度、その実際—』三輪書店

[論文]

「脳損傷」という出来事への家族の主観的認識と その精神的ストレスの関連

赤松 昭*

Key words：脳損傷，高次脳機能障害，主観的認識

I. 背景と目的

1990年代の半ば以降，我が国では脳損傷による高次脳機能障害，遷延性意識障害をもつ者への支援の気運が高まり，近年ではその対抗施策が徐々に実施されつつある。しかしそのひとつである高次脳機能障害者支援モデル事業も，障害当事者を対象とした訓練プログラムの開発，試行実施をその柱として実施されているものであり¹⁾，家族支援を主たる目的としたものではない。また，脳損傷を対象にした他の研究も，本人の障害特性（特に認知行動障害），あるいはソーシャルサポートの欠如によってもたらされる「ストレス反応」「介護負担感」をどう軽減するか，という観点に基づくものが多い。しかしながら，脳損傷という体験，すなわち本人と家族を襲った突然の事故や，脳疾患の発病をめぐる一連の出来事を家族がどのように認識し，そしてそれが現在の家族の心理社会的側面に及ぼす影響について着目した調査研究は我が国ではまだない。一方，我が国に先立って研究が行われてきた海外においても，この枠組みで家族の精神的ストレスの検討が重ねられてきた。例えば家族は受傷後，何年にもわたって，ストレス症状，抑うつ症状，不安，そして社会適応能力の低下などの影響を受ける，等という報告がなされている²⁾³⁾⁴⁾。そして，そうした心因反応，適応能力の低下は本人の障害特性や受傷前の家族

機能，あるいは介護者との続柄，等に起因しているとされている⁵⁾⁶⁾。このように，我が国，及び海外においても脳損傷という体験を家族がどう捉え，そしてそれが心理社会面にどのような影響を与えたのか，という観点に立った研究は極めて少ない。ところが，当事者家族が自らの体験を語ったセルフレポートの多くには，こうした経験とそれをどう家族が受け止めたのか，に関わる記述が多くみられる。例えば，息子が交通事故に遭遇した後，急遽駆けつけた病院救急処置室での体験を，ある母親は次のように記している。

寒い処置室で血だらけの頭にビニール袋をかぶり横たわっている。A君の両親が「すみません，すみません」と言う。「いいです，いいです」と私達は言う。絶望的な医者言葉。三時から手術…。朝九時に集中治療室へ。これが〇〇（息子）？あの〇〇？頭から額にかけて包帯がグルグル巻きに，鼻，口いっぱい管，横で黒い袋がブクブク，まわりは器具だらけ⁷⁾。

こうした光景が家族に外傷体験として認知されることは想像に難くない。事実，医療保健領域で関して見れば，ガン患者，臓器移植レシピエントとその家族がみせるPTSD症状についての研究が内外でなされており，例えば，「生命が脅かされ

*Akira Akamatsu：種智院大学

る病気であると診断された事」⁸⁾「子どもの生命が危機に晒されたという体験」⁹⁾等が家族の抑うつ症状の悪化やPTSD発症等に関連しているとの結果が報告されている。さらに、Taiebら¹⁰⁾はこうした治療体験をめぐる家族の主観的認識が家族の心理社会面に与える影響を検討した先行研究をレビューし、「患児の年齢や発症からの経過時間、及び客観的な医学データは家族のストレス症状とは関連がなく、ガンという診断から始まる一連の治療体験が、外傷体験として家族に認識され、そしてそれが現在のPTSD症状と強く関連している」という知見を導きだしている。以上のような背景と先行研究の結果から、本研究では、脳損傷者の家族が「受傷（発病）・治療をめぐる体験」、すなわち「出来事としての脳損傷」をどのように認識し、そしてそれが家族の精神的ストレスにどのような影響を与えているのかを明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者と調査方法

対象は関西を拠点に活動する脳損傷者の当事者団体Qの会員（脳損傷当事者家族）計213名である。調査方法は郵送による自記式質問票を用いた横断的調査法である（調査期間2004年5月～6月、有効回収票122、有効回収率は57.3%）。なお、調査票発送は調査対象団体に委託したうえ、返送は匿名として調査者が対象者の氏名・住所を把握することのないようにした。さらに、調査票に同封した添書きには、本調査への協力は任意であること、及びプライバシーの保持には万全を期すことを明記した。

2. 測定尺度と調査項目

(1) 従属変数：本研究では対象者の「脳損傷という出来事への主観的認識」が家族の精神的ストレスにどのような影響を与えているのかを検討するため、以下の三つの尺度を設定した。すなわち、外傷体験に感応性の高い尺度（IES-R）、現在の精神健康に感応性の高い尺度（GHQ-12）、そして介護負担感に感応性の高い尺度（J-ZBI_8）である。

a) IES-R (Impact of Event Scale-Revised) 「改訂出来事インパクト尺度日本語版」

IES-RはHorowitzらのオリジナルバージョンの改訂版として、Weissら¹¹⁾によって心的外傷性ストレス症候を測定するために開発された自記式質問用紙である。本研究では飛鳥井らによって邦訳された「改訂出来事インパクト尺度日本語版」¹²⁾（以下IES-R）を用いた。採点方法は、各項目について、それぞれ最近1週間の間に「全くなかった」「少しあった」「中くらいあった」「かなりあった」「非常にあった」の五件法で尋ね、0～4点で単純加算し（最小値0～最大値88）、得点が高いほどPTSDの疑いが高いとみなされる。なお、本研究では、PTSDが疑われる得点の基準値（カットオフ値）をPTSDのスクリーニング目的で使用する場合の24/25点に設定した¹²⁾。

b) GHQ-12 (General Health Questionnaire) 「精神健康測定尺度—12項目版」

GHQの初版は非精神病性の軽度な精神障害のスクリーニングを目的にGoldberg¹³⁾が開発したスケールで、得点が高いほど精神健康に問題があるとみなされる。今回使用したGHQ-12は12の質問項目で構成される簡便版だが、本田¹⁴⁾の邦訳版はその信頼性と妥当性の確認も行われている。本研究では、精神健康に問題があると疑われる者のスクリーニングの際にはGHQ法（0, 0, 1, 1）によって得点を算出し、他の要因との関連をみる場合には四件法によって合計得点を算出した。なお、本尺度のカットオフ値は3/4点に設定した¹⁵⁾。

c) J-ZBI_8 (The short vaersion of the Japanese verioson of the Zarit Caregiver Burden Interview) 「Zarit介護負担測定尺度短縮版」

Zaritが開発したオリジナルバージョンの邦訳¹⁶⁾（全22項目）の項目を、さらに検討して8項目で構成したうえ、その妥当性と信頼性が確認された「Zarit介護負担測定尺度短縮版」¹⁷⁾を採用した（以下J-ZBI_8）。それぞれの項目については「思わない」「たまに思う」「時々思う」「よく思う」「いつも思う」の五件法で尋ね、0～4点で単純加算し（最小値0～最大値32）、全項目の合計得点が高いほど、介護負担度が高いとみなすものである。

(2) 独立変数

a) 基本属性

本人の基礎属性（性別、年齢、事故・発症日か

らの経過年数、傷害の原因)のほか、「ADL」(移動能力を五段階で尋ねた)「意識レベル」(遷延性意識障害から意識レベルは清明ながら高次脳機能障害がある状態までを四段階で尋ねた)「高次脳機能障害のレベル(行動障害・認知障害)」¹⁸⁾、及び回答者の続柄を設定した。

b) 家族の脳損傷という出来事への主観的認識

家族が事故、発病をめぐって体験した出来事どのように認識しているか、すなわち「脳損傷という出来事」への主観的認識について尋ねる七つの項目、すなわち①加害者への想い、②後悔の念、③医療者からの差別体験、④親戚・親族の対応、⑤以前の本人の姿へのこだわり、⑥周囲の視線が気になる、⑦回復への望み、を設定した(質問文は表4参照)。項目設定にあたっては、公刊される脳損傷者家族の体験集^{7) 19) 20)}の中から、事故や発病に関して家族が精神的苦痛に感じたとする記述を参考にして原案を作成した。さらに設定した項目について、調査対象当事者団体Qの役員らと検討を重ねて最終案を決定した。それぞれの項目について、「強くそう思う」「そう思う」「そうは思わない」の三つの選択肢を用意して回答を求めた。

3. 分析の枠組みと方法

以下の手順に従って分析を行う。①独立変数、従属変数の基礎統計量を算出して対象者の全体的傾向と、精神健康状態の概要を把握する。②家族の主観的認識の項目の単純集計を検討して、脳損傷という出来事への家族の主観的認識の傾向を明らかにする。③対象者の基礎属性と障害特性、及び主観的認識と家族の精神的ストレスの関連をみるため、各尺度の合計得点を従属変数としたt検定、あるいは一元配置の分散分析を行う。

Ⅲ. 結果と考察

1. 対象者の特性(表1)

(1) 基本属性：集計の結果、性別は男性が八割以上を占め、一方年齢は平均35.27(最小値10, 最大値66)歳。一番多い世代20歳代、次に30歳代となった。また、傷害原因は交通事故を含む事故が約75%にのぼった。これらの結果から本調査の対

象は、男性の稼働世代である脳損傷者の家族が比較的多いことがうかがえた。

(2) 障害特性：障害特性をみるとADLでは全面介助の者、一部介助の者、自立の者の割合がそれぞれ1/4, 1/4, 1/2となり、また意識レベルは何らかの意識障害を有する者が約25%、意識障害はないものの高次脳機能障害がある者が約75%であった。さらに、高次脳機能障害については、認知障害・行動障害共にとても強くなったという回答が多数に及んだ。以上のことから、本研究の対象者が抱える脳損傷者の障害特性は身体、意識レベルとも重度から軽度に幅広く分布しているものの、身体障害は軽度だが高次脳機能障害のある者が比較的多いことがうかがえた。受傷・発症からの経過年月は平均88.29ヶ月となり、10年以上経過した者が約25%に及ぶ等、受傷・発症後の経過年数が長期化している傾向がうかがえた。回答者の本人との続柄は母親が全体の55.9%と最も多くを占め、続いて妻(27.1%)、父親(12.7%)の順となり、夫や子、兄弟姉妹は極めて少数にとどまり、脳損傷者をごく近親者で抱えている傾向がうかがえた。

2. 各尺度が示す脳損傷者家族の精神健康状態の傾向(表2)

集計の結果、表2に示すように、IES-Rの合計得点の平均は37.35点、PTSDが疑われるカットオフ値25点を上回った回答者は65.8%に及んだ。この結果は、本研究の対象者に非常に高い比率でPTSD様症状が出現していることをうかがわせるものである。例えば、和歌山県毒入りカレー事件の被害者(女性32名)でIES-Rの得点がカットオフ値を上回った者は46.9%¹²⁾、薬害HIV感染被害者遺族の場合だと55.0%であったが²¹⁾、本研究の対象者はこのいずれをも超えている。もちろん、カットオフ値を超えたからといって、直ちに対象者のPTSDが疑われるわけではない。スクリーニングを目的とした場合の本尺度の陽性的中率は、阪神淡路大震災の被災者を対象とした研究では0.44であったので²²⁾、今回の研究結果も差し引いて考えないといけないことは当然である。しかし、このような点を考慮したとしても、脳損傷者家族

表1 本人・回答者基礎属性 (n=122)

		人 (%)
性別	男性	103 (84.4)
	女性	19 (15.6)
年代	10歳未満	0 (0.0)
	10歳代	7 (5.7)
	20歳代	41 (33.6)
	30歳代	32 (26.2)
	40歳代	21 (17.2)
	50歳代	12 (9.8)
	60歳代以上	9 (7.9)
経過年数	1年未満	7 (5.8)
	3年未満	22 (18.3)
	5年未満	28 (23.3)
	10年未満	34 (27.5)
	10年以上	30 (25.0)
傷害原因	交通事故	71 (58.2)
	転倒・落下	6 (5.0)
	その他事故	16 (13.1)
	脳血管疾患	21 (17.2)
	その他脳疾患	9 (7.3)
原因を事故と病気に二分した場合		91 (75.2)
		30 (24.8)
ADL (移動)		
ほぼ寝たきりで全面介助		31 (25.8)
車椅子常時使用で要介助		11 (9.2)
短距離なら歩行可		10 (8.3)
杖歩行可		12 (10.0)
自立		56 (46.7)
意識レベル		
ほとんど意識なし		10 (8.2)
わずかに意識あり		14 (11.5)
努力すれば意思疎通可		8 (6.6)
意思疎通可だが高次脳機能障害あり		90 (73.8)
高次脳機能障害		
認知障害	変わらない	3 (3.5)
	少し強くなった	12 (14.1)
	とても強くなった	70 (82.4)
行動障害	変わらない	6 (7.1)
	少し強くなった	22 (26.2)
	とても強くなった	56 (66.7)
回答者続柄		
母親		66 (55.9)
父親		15 (12.3)
妻		32 (27.1)
夫		1 (0.8)
子		2 (1.7)
兄弟姉妹		1 (0.8)
その他		1 (0.8)

注) 欠損値を集計から除外しているので合計が122とならない場合がある

表2 各測定尺度記述統計

	mean	SD	range	カットオフ値 を上回る割合
IES-R	37.35	22.41	0-88	65.8%
GHQ-12 (4件法) (GHQ法)	20.37	7.22	8-36	-
	6.69	4.18	0-12	73.7%
J-ZBI	15.51	9.04	1-32	-

表3 基礎属性・障害特性と各尺度との関連（一元配置の分散分析、もしくはt検定）

項目	IES-R		GHQ-12		J-ZBI_8		
	有意差	F値(t値)	有意差	F値(t値)	有意差	F値(t値)	
性別	n.s	-	n.s	-	n.s	-	
年代	n.s	-	n.s	-	n.s	-	
経過年数	n.s	-	n.s	-	n.s	-	
傷害要因 注1)	*	2.16	n.s	-	n.s	-	
		事故>病気					
ADL	†	2.29	*	2.55	**	3.66	
		高>低		高>低		高>低	
意識レベル	n.s	-	n.s	-	*	3.96	
						高>低	
高次脳機能障害	認知障害	n.s	-	n.s	-	n.s	-
	行動障害	n.s	-	n.s	-	***	9.79
						強>弱	
回答者続柄 注2)	n.s	-	n.s	-	n.s	-	

† p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

注1) 「事故」と「病気」を比較した

注2) 「配偶者」「子」と「親」「兄弟姉妹」「その他」の続柄を比較した

が示すPTSD様症状は他集団より際だって高いと言える。また、GHQ法により算出したGHQ-12の平均は6.69点、「精神健康面に問題あり」とみなされるカットオフ値4点を上回った回答者は73.7%であった。また平均点も一般成人の平均1.80点²⁹⁾を大きく超えていることから、本研究対象者の多くが精神健康を損なっていることがうかがえる。さらに、J-ZBI_8によって測定された介護負担感に関しては、現在のところ短縮版ZI尺度を使用した研究が他にまだないため、他集団との比較はできないが、得点の平均値が中央値(14)を超えていることからすると、脳損傷者家族は高い介護負担感にさらされていると考えられる。

3. 基礎属性・障害特性と各尺度との関連（表3）

分析の結果、IES-Rと関連を示したのは「事故・発病の原因」であり（原因が事故の方が得点が高い）、「ADL」については有意傾向が示された。GHQ-12と関連を示したのは、「ADL」であった（ADLが高い方が得点高い）。J-ZBI_8と関連を示したのは、「ADL」「意識レベル」「行動傷害の程度」であった（ADLが高いほど、意識レベルが高いほど、行動障害の程度が強いほど、得点が高い）。本人の「性別」「年代」「受傷からの経過年数」「認知障害の程度」「回答者の続柄」はいずれの尺度とも有意な関係はみられなかった。障害特性のうち、行動障害が介護負担感と関

連したことは、前述の欧米での先行研究と一致する結果となり、家族が本人の介護に関して一番困難に感じる事が、行動障害であることが明らかとなった。ちなみにADLとの関連もみられるが、これはADLが高い者の中に行動障害の強いものが含まれているため、このような結果になったと考えられる。本人の性別、年齢、続柄、受傷からの経過年数について関連がなかったが、この結果は言い換えれば、本人がどのような属性をもつていようと関係なく、脳損傷者家族は精神的ストレス症状に見舞われる可能性を示していると考えられる。また傷病の原因が事故の場合、IES-Rの得点が高くなったのは、病気の場合と比較して、事故の相手側への感情、警察や司法機関等のやりとりが介在することにより、医療現場以外の場面でさらされるという外傷体験（二次被害）が影響していることが推察される。

4. 脳損傷という出来事への主観的認識(表4 表5)

設定した七つの項目とも、「強くそう思う」「そう思う」という回答が併せて過半数以上を占めた。従って、この七つの設問が脳損傷者家族の出来事としての脳損傷への主観的認識を比較的良好に反映

しているものと考えられる。特に「①加害者への想い」と「⑦回復への望み」に関して強くそう思う者の割合が高くなっているのは、傷病原因の約75%が「事故」という本調査対象者の特性がその背景にあるためと考えられる。「②後悔の念」に関しては、犯罪・災害被害者遺族が抱く「生存者罪悪感」²⁴⁾に相当するものと考えられる。倉石によれば、こうした感情がやがて家族の機能不全を引き起こすと可能性がある²⁵⁾、援助者による介入が必要となってくるが、その際には大和田が示すように、罪悪感を軽減させるような受容・共感の姿勢をもつことが必要だと考えられる²⁶⁾。「③医療者からの差別体験」については「そうは思わない」という回答が三割以上あった。これは長期にわたる療養を経験している場合は、関わった医療関係者全てに一様に批判的なわけではなく、特定の医療者には感謝の念を表している場合もあり、家族は医療者にアンビバレンツな感慨をもっていることが表れたためと考えられる。「④親戚・親族の対応」については、得点分布がカーブリアを描いているが(表5)、これは「強くそう思う」がネガティブなソーシャルサポートに反応しており、「そう思わない」がサポートの欠如

表4 「脳損傷という出来事」への主観的認識各項目別回答

項目	強くそう思う	そう思う	そうは思わない
①本人が障害をもつことになる原因を作った事故や事件の相手側(加害者)のことは今でも許せない	50 (54.9%)	26 (28.6%)	15 (16.5%)
②事故や病気の責任は私にはないと分かっているが、それでも「あの時、もし～していれば」と後悔することが今でもある	53 (44.9%)	49 (41.5%)	16 (13.6%)
③入院中に医療者(医師や看護師、施設職員)から受けた差別的な態度は今でも許せない	45 (40.5%)	29 (26.1%)	37 (33.3%)
④本人の事故や発病後、親戚や親族はいろいろなことを言ってきたが、結局、肝心な所では役に立たない	39 (34.5%)	32 (28.3%)	41 (37.2%)
⑤障害者になった本人を受け入れないといけないと思うが、どうしても事故・発病前の姿にこだわってしまう	50 (41.3%)	49 (40.5%)	22 (18.2%)
⑥正直言って、障害をもった本人の姿を他人に見られるのはつらいことだ	29 (24.2%)	43 (35.8%)	48 (40.0%)
⑦医療者はこれ以上回復は望めないというが、何年経ってもあきらめずリハビリに取り組む姿勢が大事だ	73 (61.3%)	40 (33.6%)	6 (5.0%)
上段度数 下段は% (欠損値は除外)			

表5 主観的認識と各尺度との関連（一元配置の分散分析）

項 目	IES-R		GHQ-12		J-ZBI_8	
	得 点	多重比較	得 点	多重比較	得 点	多重比較
①受傷・発病の原因を作った加害者のことが許せない	F=2.82 † 自由度 (2,81) (1) 44.40 (2) 31.26 (3) 36.31	n.s	F=2.83 † 自由度 (2,83) (1) 22.29 (2) 19.09 (3) 17.71	n.s	F=2.62 † 自由度 (2,82) (1) 17.56 (2) 14.13 (3) 11.92	n.s
②今でも「あの時、もし～していれば」と後悔することがある	F=5.39** 自由度 (2,105) (1) 44.53 (2) 32.30 (3) 28.13]	F=3.67* 自由度 (2,111) (1) 22.41 (2) 19.13 (3) 18.07	n.s	F=3.97* 自由度 (2,107) (1) 17.78 (2) 12.82 (3) 13.93]
③医療者から受けた差別的な態度は許せない	F=2.84 † 自由度 (2,98) (1) 43.21 (2) 37.89 (3) 30.75	n.s	F=2.97 † 自由度 (2,103) (1) 21.75 (2) 22.04 (3) 18.26	n.s	F=5.77** 自由度 (2,101) (1) 18.56 (2) 15.93 (3) 11.68]
④親戚や親族は肝心な時には役に立たない	F=8.72*** 自由度 (2,103) (1) 48.37 (2) 27.45 (3) 34.49]	F=12.45*** 自由度 (2,106) (1) 24.82 (2) 17.20 (3) 19.15]	F=6.95** 自由度 (2,104) (1) 19.82 (2) 13.31 (3) 13.18]
⑤事故・発病前の「元気な時」の本人の姿にこだわってしまう	F=9.93*** 自由度 (2,108) (1) 47.28 (2) 32.12 (3) 25.90]	F=10.28*** 自由度 (2,113) (1) 23.53 (2) 19.17 (3) 16.18]	F=16.68*** 自由度 (2,110) (1) 20.13 (2) 14.00 (3) 8.68]
⑥障害をもった本人への他人の視線が気になる	F=10.56*** 自由度 (2,107) (1) 54.00 (2) 34.38 (3) 30.16]	F=5.87*** 自由度 (2,112) (1) 24.35 (2) 19.62 (3) 18.70]	F=9.89*** 自由度 (2,109) (1) 20.96 (2) 15.70 (3) 11.89]
⑦医療者が何と言おうとりハビリに取り組む姿が大事	F=0.316 自由度 (2,107) (1) 38.23 (2) 35.24 (3) 32.83	n.s	F=0.186 自由度 (2,112) (1) 20.63 (2) 19.73 (3) 20.17	n.s	F=0.173 自由度 (2,109) (1) 15.56 (2) 14.92 (3) 17.17	n.s

(1) 強くそう思う (2) そう思う (3) そう思わない † p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001
多重比較は分散が等しい場合は scheffe の検定、等しくない場合は Dunnet の T3 検定を行った

に反応している（いわゆる大きなお世話か、全く関わらないかのいずれか）ため、こうした得点分布になったのだと考えられる。

5. 主観的認識と各尺度との関連（表5）

分析の結果、「⑦回復への望み」を除いて、全ての項目が各尺度と有意（p<0.05）な関連、もしくは有意傾向（p<0.1）を示した。この結果は、先に紹介したガン患者や臓器移植レシピエント等

家族のストレス症状に関わる研究と一致することとなり、他の傷病患者家族と同様、脳損傷者家族の場合においても、受傷・発病からその後の治療期に至る経過の中で体験が、その後に精神的ダメージを負わせるインパクトをもっていることを示している。「親戚・親族との関わり」が全ての尺度と関連をみせたが、これは「肝心な時には役に立たない」という質問文を設定したため、こうした近親者をネガティブな存在として捉えたがため、このような回答傾向が出たものと考えられる。つまり、脳損傷者家族の場合は通常、ソーシャルサポートはストレスの緩衝因子であることが知られているが²⁷⁾ ²⁸⁾、脳損傷者家族は受傷・発病をめぐって家族の機能不全を起こす場合がある²⁹⁾ ³⁰⁾ことを考慮すると、サポートがポジティブに働かなければ、近親者の存在もかえって家族のストレスを高めることがこの結果からうかがえる。また「以前の姿へのこだわり」「周囲の視線気になる」も同様に全ての尺度と関連を示し、本人の障害をどう受け止めるかということについて、家族は大きな葛藤を抱えていることがうかがえる結果となった。しかし一方で「回復への望み」がどの尺度とも関連を示さなかったが、これは治療過程で家族がこうした気持ちをもったとしても、それが必ずしも家族のストレスの一因になるわけではないことを示していると考えられる。

V. まとめ

脳損傷者への援助プロセスがスタートするにあたって、一番身近な支え手である家族の精神的安定は欠かせない要素である。特に、高次脳機能障害が主たる障害である場合、家族の本人への対応の仕方が極めて重要なキーポイントとなるが、そうしたステージに至る段階以前で、多くの家族が精神的ストレスのためにそれどころではない、という例も少なくない。しかしながら、そうしたストレスはこれまで多く「本人の行動障害によってもたらされる心因反応」という捉え方をされ、またそうした範疇に入らないと思われるものは、例えば「障害受容」というタームの中で捉えられる傾向があった³¹⁾。もちろん、本研究の結果もそうした側面を支持しているが、それのみに止まらず、

事故直後の急性期医療において経験する出来事が、その後長い期間にわたって家族の精神的ストレスをもたらす可能性があることを明らかにした点で、本研究の意義は大きいと言える。その意味で、急性期医療における医療職の関わりは極めて重要であるが、この点に関しては、例えば小児ガン患児の家族が抱く急性心的外傷反応への介入の例で、多職種による取り組みが有効であることが確認されている³²⁾ ³³⁾。ただ、同様の取り組みを、多発する交通事故治療の現場で行うことは難しく、どうしても事後の対応を余儀なくされることになる。また、同じく家族が抱えるその他の多次的課題（裁判や補償問題、職場復帰、復学への対応等）の全てに一機関、一ソーシャルワーカーだけの取り組みだけでは限界があるのは言うまでもない。このような保健福祉の枠を越える脳損傷者とその家族の輻輳する問題に対応するためには、例えば仙台での取り組みのように³⁴⁾、各職種が横断的に糾合することが可能な支援組織が、地域に存在することが望ましい。こうした支援組織はまだ全国に数少ないが、こうした組織の設立、及びその運営支援に、医療ソーシャルワーカーの積極的な関与が期待されることである。

謝辞

本研究を進めるにあたって多大な協力をいただいた当事者団体の皆さまに心より感謝申し上げます。

注・文献

- 1) 国立身体障害者リハビリテーションセンター「高次脳機能障害支援モデル事業報告書—平成13年度～平成15年度のまとめ—」, 国立身体障害者リハビリテーションセンター, 2004.
- 2) Oddy.M., Humphrey. M, Uttley.D.: Stress upon the relatives of head-injured patients, British journal of Psychiatry, 133, pp.507-513, 1978.
- 3) Mckinlay.W.W, Brooks. D.N, Bond.M.R, et al.: The short-term outcome of severe blunt head injury as reported by relatives of the injured persons, Journal of Neurology

- Neurosurgery and Psychiatry., 44, pp.527-533, 1981.
- 4) Livingston, M.G., Brooks, D, N., Bond, M, R.: Three months after severe head injury: psychiatric and social impact on relatives, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 48, pp.870-875, 1985.
 - 5) Thomsen, I, V.: Late outcome of severe blunt head trauma: a 10-15 year second follow up *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, pp.260-268, 1984.
 - 6) Panting, A., Merry-PH.: The long term rehabilitation of severe head injuries with particular reference to the need for social and medical support for the patient's family, *Rehabilitation*, 38, pp.33-37, 1972.
 - 7) 頭部外傷や病気による後遺症を持つ若者と家族の会編「生きててもええんやんー「脳死」を拒んだ若者たちー」, せせらぎ出版, p.96, 1999.
 - 8) 小杉恵, 山本悦代, 三宅知佳子, ほか「造血細胞移植後の長期生存児(サバイバー)とその家族におけるPTSDについて」【研究助成論文集】安田生命事業団, 38, pp.123-132, 2002.
 - 9) Kazak, A.E., Stuber, M.L., Barakat, L.P., et al.: Predicting posttraumatic stress symptom in mothers and fathers of survivors of childhood cancers, *Journal of The american academy of child and adolescent psychiatry*, 37, pp.823-831, 1998.
 - 10) Taïeb, O., Moro, M.R., Baubet, T., Revah-Levy, A., Flament, M.F.: Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer, *European child & adolescent psychiatry*, 12, pp.255-264, 2003.
 - 11) Weiss, D.S., & Marmar, C.R. : The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson, J.P., Keane, T.M.eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. The Guilford Press, Newyork, pp.399-411, 1997.
 - 12) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y. et al. : Reliability and validity of Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised(IES-R-J):Four studies on different traumatic events, *The journal of Nervous and Mental Disease*, 190, pp.175-182, 2002.
 - 13) Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N. : The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medecine*, 27(1), pp.191-197, 1972.
 - 14) 本田純久, 柴田義貞, 中根允文「GHQ-12項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング」【厚生指標】, 48 (10), pp.5-10, 2001.
 - 15) Goldberg, D, P.:The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire: A Technique for the Identification and Assessment of Non-psychotic Psychiatric Illness. *Maudsley Monograph No. 21*, Oxford University Press, London, 1997.
 - 16) Arai Y., Kudo, Hosokawa, T., et al : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, pp.281-287, 1997.
 - 17) 荒井由美子・田宮菜奈子・矢野栄二「Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成:その信頼性と妥当性に関する検討」【日本老年医学会雑誌】, 40 (5), pp.497-503, 2003.
 - 18) 本研究は対象者に自記式調査であるため, 脳損傷者本人の高次脳機能障害の程度を尋ねるにあたって以下のような説明を付し, どのような障害が受傷・発病前の本人と比べてどう変化したかを回答してもらった。本項目については, 高次脳機能障害者の神経心理学的アセスメントを行っている臨床心理士2名のエキスパートレビューを経て作成されたものである。内容妥当性を有しているものと考えられる。

認知障害

読み書きや計算能力が落ちたり、最近のことが覚えられなくなったり（記憶障害）、あるいは計画だてて物事を行うことができなくなる等、主に本人の知的機能の変化を伴う障害。

行動障害

怒りっぽくなったり、子どもっぽく依存的になったり、何事にも飽きやすく意欲が続かなくなる等、主に本人の性格の変化を伴う障害。

- 19) 宮城県ゆずり葉の会編「いのちある限り一植物状態患者の家族の手記―」中央法規出版, 1993.
- 20) 原口三郎「脳外傷はく頭のようになったの?! ―交通事故などの後遺症に悩む若者たち」, 明石書店, 1999.
- 21) 薬害HIV感染被害者（遺族）生活実態調査員会編, 「薬害HIV感染被害遺族の健康問題」【2003薬害HIV感染被害者遺族調査の総合報告書 3年にわたる当事者参加型リサーチ】, pp.126-133, 2003.
- 22) 加藤寛, 岩井圭司「阪神・淡路大震災被災者にみられた外傷後ストレス障害―構造化面接による評価―」【神戸大学医学部紀要】, 60 (2), pp.27-35, 2000.
- 23) Iwata, N., Okuyama, O., Kawakami, Y.: The twelve-item general questionnaire among Japanese workers, *Environment and Science*, 11, 1-10, 1988.
- 24) 池埜聡「生存者罪悪感 (survivor guilt) の概念的枠組みとソーシャルワーク実践の課題」【社会福祉学】, 42 (2), pp.54-66, 2001.
- 25) 倉石哲也, 酒井肇, 酒井智恵, 池埜聡, 他「家族と生きる―被害者支援の視点」【犯罪被害者支援とは何か】ミネルヴァ書房, p.137, 2004.
- 26) 大和田攝子「犯罪で子どもを亡くした親の二次被害の実態と社会的支援の効果」【犯罪被害者遺族の心理と支援に関する研究】風間書房, p.83, 2003.
- 27) Kozloff, R. : Network of social support and the outcome from severe head injury, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2, pp.14-23, 1987.
- 28) Perlesz, A., Kinsella, G., Crowe, S. : Psychological distress and family satisfaction following traumatic brain injury: injured individuals and their primary secondary, and tertiary carers, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, (3), pp.909-929, 2000.
- 29) Kreutzer, JS., Kolakowsky-Hayner., S.A., Demm, S.R.: A structured approach to family intervention after brain injury, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(4), pp.349-367, 2000.
- 30) Montgomery, V., Oliver, R., Reisner, A., Fallat, M, E.: The effect of severe traumatic brain injury on the family, *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 52(6), pp.1121-1124, 2002.
- 31) 栢森良二「頭部外傷患者家族の障害受容」【総合リハビリテーション】, 23 (8), pp.665-670, 1995.
- 32) 高宮静男, 松原康策「小児がんに関わる心理・社会的問題に対するコラボレーション(協働)」【分子精神医学】3 (3), pp.261-263, 2003.
- 33) 高宮静男, 松原康策, 川本朋, 他「小児がん患児と家族に対する多角的な心理・社会的援助」【心身医学】, 44 (1), pp.52-59, 2004.
- 34) 仙台市では保健医療福祉の専門職, さらに法曹関係者が参加する任意組織「高次脳機能障害者を支援する会」が市内で四カ所の作業所を運営し, そこを基盤に当事者家族への各種支援事業を展開している。

**Relation between subjective recognition of family to “Brain damage”
as a traumatic event and their stress.**

Akira Akamatsu

Shuchiin University, Faculty of Buddhism

The purpose of this study to reveal relation between subjective recognition of family to “Brain damage” as a traumatic event and their stress. All samples was a convenient sample, and consisted of caregiver’s associations. The research design was a cross-sectional survey with self-administered questionnaire. The questionnaire included a set of items that assessed basic demographics of caretakers, (individuals with traumatic brain injury) and caregivers, behavioral and cognitive impairments of caretakers, and Impact of Event Scale-Revised (IES-R), GHQ-12, and Zarit Burden Interview (Japanese Short Version) of caretakers. The findings suggested that posttraumatic symptom developed widely in families and other scales shows high score. Moreover, family’s subjective recognition to show the relation in these scales. The practical implication is should take account to subjective recognition of family to “Brain damage” as a traumatic event as well as behavioral impairment of caretakers for improve family’s stress.

第 1 4 回大会（2004年）抄録集

自由研究報告

**長期療養中の人工呼吸器装着者に対するソーシャルワーク実践の一考察
—茨城県内人工呼吸器装着者受け入れ医療機関調査を通して—**

水戸医療センター 新保祐光

1. はじめに

ALS 患者の深刻な問題の一つに人工呼吸器装着者を受け入れる医療機関が少ないことが指摘されている。そして、医療・福祉体制の乏しさのために本人が生きることをあきらめたり、または家族が犠牲となっていると述べられている。論者の実践のなかでも、利用者とそれぞれの家族が介護というパイアスを通じた家族関係のなかで、個々の自己実現を達成するのに遠慮しているように感じる場面が多い。そしてそのような場面に遭遇すると、必要時の入院やレスパイトケアの必要性を強く感じ、医療福祉体制の乏しさを再確認する。

ソーシャルワーカーは、人と環境の相互作用過程に関心を持ち、利用者本人にはもちろんのこと環境にも働きかける専門職である。福祉サービス利用者の現在の環境条件が利用者にとって主体的な生活を阻害していると感じる場合、社会的条件や困難の解決のため知識や技術を駆使する責務がある。

本調査では、医療機関の人工呼吸器装着者の受け入れ状況という環境条件を医療機関に対する質問紙調査という方法で評価し、今後の人工呼吸器装着者の長期療養過程におけるソーシャルワーク実践の一方策を検討していく。

2. 調査の概要

(1) 対象

茨城県内の小児科、産婦人科、および精神科の専門病院、社会福祉関連法による措置施設を除く有床病院 160 施設。医療施設政策研究会編『病院要覧 2003-2004 年度版』 医学書院、2003、pp61-68 より抽出。

なお、対象の選定にあたっては、都道府県が実施主体として重症難病患者入院施設確保事業行政などを行うことが難病特別対策推進事業に明記されているため行政単位としての県を選択した。上記に規定した専門病院を除いて、病床数や機能などを考慮せず全数調査を意図し全ての病院に調査票を送った。

(2) 方法

FAX による質問紙調査 (平成 16 年 3 月実施)。

対象の欄で規定した県内の医療機関に対する全数調査

(160 機関中 65 機関回答、回答率 40.6%)。

3. 結果

条件なしで受け入れる医療機関は県内全域で4医療機関しかなく、調査対象とした医療機関全体からみるとわずか2.5%である。全二次医療圏の数(10医療圏)の半数にも満たず、十分な数と接近性が保証されているとは言い難い。

条件付きで可能と回答した医療機関は24医療機関であった。調査対象医療機関全体からみた割合も15%と、条件付きであればある程度受け入れる可能性があることが分かったがやはりその割合は低い。二次医療圏での分布状況は回答のなかったE医療圏と母数の少ないI医療圏以外に分布しており、条件付きであれば少数であるがほとんどの生活圏に受け入れる医療機関があることが分かった。

条件の内容は、ほとんどが(2医療機関以外)入院期間か差額ベッド代のどちらか(差額ベッドのみ7医療機関、期間のみ7医療機関)または両方(8医療機関)をあげた。長期で入院するためには差額ベッド代が必要となり、反対に差額ベッド代がない場合は入院期間の条件が付くということになる。またその条件の内容も厳しく、差額ベッド代に関してはほとんどが1日3千円以上であり、国民年金のみの場合には、一級でも年金収入のみでは利用できないことが分かった。

不可能、専門外と回答した医療機関は回答数の56.9%と6割近くを占めた。回答のない医療期間をくわえるとこの割合はもっと高くなると考えられる。

4. まとめ

無条件で人工呼吸器装着者を受け入れる医療機関は非常に少ない。しかし条件付きならば受け入れが可能な医療機関は二次医療圏ごとに分布している。つまり、受け入れる能力と意志のある医療機関は各地域に存在しているといえる。しかしながら、入院期間と差額ベッド代という条件が利用者にとって阻害要因となり、人工呼吸器装着者と医療機関の間に深い溝が出来ている状況である。この結果から、以下の点が今後のソーシャルワーク実践の方向性として考えられる。

①利用者にとって医療機関を利用するのに阻害要因となっている入院期間や差額ベッド代などの受け入れ条件がなぜ必要とされるのか、社会保障という視点から診療報酬制度、病院の機能分化、障害者対策、難病対策などの医療機関を取り巻くシステムの相互関連性を総体的に検討すること。

②長期目標として①があるが、現実の事例に対しても利用者ニーズがあり受け入れ医療機関もある程度はあることが分かったので、利用者と医療機関のお互いの意志がなるべく近づくようお互いの条件について、利用者の立場からソーシャルワーカーが仲介し、医療機関と利用者のつなぎ役となること。

亜急性期病棟担当SW業務を始めて

伊勢原協同病院 医療相談室
川崎 弘子

(はじめに)

当院では、2004. 7. 1 より 36 床の亜急性期病棟がスタートした。正確には、亜急性期入院医療管理料を算定する病室は、①急性期治療を経過した患者、②在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等にたいして、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である。これは、病室単位で届出可能である。

特徴としては、退院患者の転帰先が、在宅等(介護老人保健施設、介護老人福祉施設などを含む) 6 割、転院先 4 割の比率をキープする必要があり、3ヶ月ごとに確認するシステムである。また亜急性期入院医療管理料は、1 日 2,050 点であり回復期リハビリテーション病棟よりも高く設定されている。その管理料は、90 日を限度にとることができる。在宅復帰支援担当者が 1 名必要であり、職種は問わないとなっているが、在宅支援に精通しているもの、看護師の場合は、看護業務との兼務はできないとしている。

(亜急性期病棟を始めた理由)

当院として、亜急性期病棟をスタートするいきさつとしては、一般病棟が急性期加算を取得し平均在院日数 17 日以下の為、平均在院日数短縮を図り、そのため患者、家族のニーズにこたえられなくなってきたため、整形外科の医師、リハビリスタッフを中心に回復期リハビリテーション病棟も検討した。一般病棟より亜急性期病棟へ転棟し、主治医を変更せずにリハビリテーションを継続し、在宅へ向かって準備を行なう目的でスタートした。

また、大学病院等にすでに導入されているDPCが、平成 18 年から段階的に一般病院にも導入されてくる。そのため慢性疾患を抱える高齢者が多数、地域より入院してくる当院では、平均在院日数に影響されない亜急性期病棟が必要となった。

(在宅復帰支援担当者の役割)

当院の場合、在職 10 年目のSWが 1 名対応している。
在宅に復帰する為に 90 日を限度に退院援助を行なう。他の病棟より移ってか

らそこからスタートするため、一般病棟(当院平均在院日数 15 日)から在宅へ復帰する為、ケアマネージャー、訪問看護ステーション、行政との調整をじっくり行なえる時間的メリットはある。

(分析)

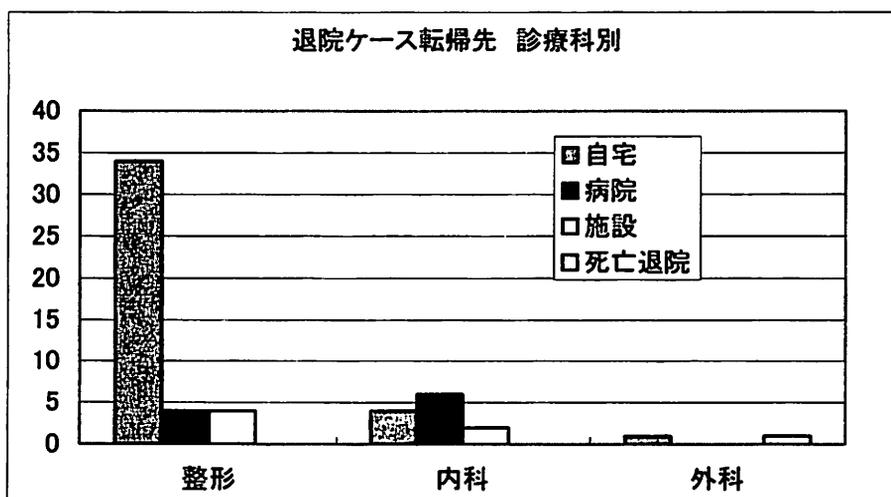
2004 年 7 月 1 日から 8 月 31 日までの亜急性期病棟の入院患者は述べ 88 名(整形外科 63 名、内科 23 名、外科 2 名)、退院ケースの転帰先として(図 1)、整形外科は、退院患者の 39 名中 34 名(87%)が在宅へ、39 名中 4 名(10%)が病院、39 名中 4 名(10%)が施設へ、内科は退院患者 12 名中 4 名(34%)が在宅、12 名中 6 名(50%)は病院、12 名中 2 名(16%)施設へ転帰している。

まだ始まって 2 ヶ月だが、90 日の猶予の中で転帰先の変更について相談が増加している。

転帰先の決定は、急性期病棟のソーシャルワーカーからの申し送りから変化することも多く、調整に難航している。家族の在宅への不安が強く、病状の変化が予想される高齢者(特に内科疾患)の介護老人保健施設、療養型病院への転院が、病状の問題で難しい傾向が見られる。療養型の支払いが経済的に困難な家族も多く、在宅の選択肢しかないケースが増えている。

(まとめ)

DPC が推し進められる中で、今後、亜急性期病床でソーシャルワーカーが在宅復帰支援をする意味、患者のニーズをどれだけ反映できるかを示していきたい。



救急医療への取り組み

— 退院援助と Narrative Approach —

社会保険 小倉記念病院 医療相談室
医療ソーシャルワーカー 林 利津子

1、はじめに

入院期間の短縮化に伴い、MSW（医療ソーシャルワーカー）への役割期待として“退院促進”がある。MSWの役割とは何か私が援助している中から脳神経外科領域について考えたい。

2、組織における課題

【組織とMSW】当院は650床を有する急性期病院である。急性期病院の課題として、①平均在院日数の短縮化、②紹介・逆紹介率の上昇が求められるためリハビリテーションや長期療養の必要な脳神経外科領域においては病々連携が重要となる。退院（転院）は患者・家族にとって入院以上に脅威や不安を感じさせる場合もあり、MSWは単に“退院促進”という事でなく、治療や看護の継続、入院によって生じた新たな心理社会的ニーズへ注意を注ぐ必要がある。

3、脳神経外科領域での援助

【当院脳神経外科の特徴】医師6人、定床数48床、救急病棟やハイケア病棟への入院も多く、常時60床前後、平均在院日数は20日前後、1ヶ月の新規入院は約90名である。施設の特徴として脳血管障害患者が多く、外科的治療の約1/3が緊急手術、1/3が脳動脈瘤のコイル塞栓や脳主幹動脈狭窄・閉塞に対する血栓溶解療法やステント留置術である。【脳神経外科におけるMSW関与のシステム】脳神経外科は入院患者をファイルメーカーで管理しており、これと連動したリストを作製して入院患者を把握している。MSWが週1回のカンファレンスおよび回診に同行して患者の状態を確認し、医師からの依頼ではなく、MSWの判断で優先度を考え、リスクファクターのある患者に早期に介入ができる。また、救急搬送患者は、前日の救急搬送患者をチェックしているので、把握は可能である。【Narrative Approach】脳神経外科入院患者のうちMSWの介入患者は約22名。そのうち救急搬送患者は約12名である。MSW介入の最も重要な役割は病を受けての患者・家族の不安や心配の軽減であり、重症例においては病後の家族生活の変化に対する対応が含まれる。MSWは家族の抱える、医療に関する不安（医師の説明に対する理解不足）、後遺症や経済問題に伴う家庭環境の変化などについて

とともに考えていく存在であることを説明する。これまでの経験から救急搬送患者の中に重症例が多く、早めの係わり合いが必要なように思われる。MSWには患者の病状、ニーズ、患者・家族の社会的条件を十分に把握し、今後必要となる制度の随時の説明をおこなうとともに、その家族の新たな Narrative (物語) を作るために何が必要で、どういう方向があるか、それぞれのケースに応じて考えていくことが求められる。【退院促進】このような MSW の介入の最も大切な目的とともに急性期病院として在院日数短縮も重要な指名である。早期転院、退院が回復期医療や社会復帰において重要であることを面談に織り込むとともに、連携先の病院からの回診も仰ぎ、病々連携の促進を図っている。

4. まとめ

患者と組織の両方に有用な MSW であるためには、MSW の役割は心理・社会的ニーズに対する援助をする存在であるという意識が大切である。救急搬送患者の多い脳神経外科チームの一員として、患者・家族を医師とは違う立場で支えながら、退院援助を進めていかなければならない。そのためには、MSW は Narrative Approach のできる有能なコーディネーターであることが必要である。また、もっと、より多くの援助を必要としている患者・家族に出会うことや MSW の存在を知らせていくことも必要であり、さらには MSW の増員を組織に要望していくことも重要となる。

子育ての一選択肢としての「特別養子縁組」を知っていますか？

○関東労災病院 産婦人科 星野寛美

NPO法人 環^わの会 横田和子

1. はじめに

特定非営利活動法人 環の会では、妊娠・出産・育児に悩む方々を対象として、各種相談に応じ、必要な場合には、特別養子縁組による養子縁組の仲介も行っている。

特別養子縁組制度は、昭和 63 年に制定されたにも関わらず、16 年もの年月を経た現在においても、その縁組数は伸びておらず、この制度自体についての情報が十分に日本国内に流布されていない状態にある。

不妊治療の現場にあっては、不妊治療の技術の改善、妊娠率の向上に熱心であり、また少子高齢化が進む中で不妊治療に公的補助を行おうという政治的な動きもある。しかし、実際には不妊治療の結果の妊娠率は 3 割程度を上回ることができず、7 割の夫婦は児を得ないままに、不妊治療を終了しているのが現実である。このような状況の中、不妊治療に携わる医療スタッフが子育ての一選択肢として「特別養子縁組」があることを十分に理解し、不妊治療を受けようとする、あるいは受けている夫婦に対して、「養子」についての情報を提供することが必要かつ適切であるものと考えられる。

このような観点から、特別養子縁組についての解説も加えながら、環の会を通じて、昨年末までに育て親の家庭に「養子」として迎えられた 152 人の子ども達のケースについて、報告する。

2. 特別養子縁組とは何か？

現在、日本国内での養子縁組には、「普通養子縁組」と「特別養子縁組」の二つがある。明治 31 年より施行されているのが、「普通養子縁組」で、旧来「養子」というと、これを指していた。すなわち、日本で「養子」が暗いイメージと共に捉えられるようになった元凶と言ってもいいかもしれない。お涙頂戴物のテレビ番組で取り上げられるような「養子」とも言える。個々のケースにより、事情はさまざまであるが、「家の存続のため」といった目的で行われる場合が多い。

それに比べ、「特別養子縁組」は、昭和 63 年に施行されたものであり、飽くまで「子どもの福祉のため」のものである。すなわち、子どもの立場を中心に据えて

の養子縁組であり、戸籍の記載も「養子」ではなく、「長男」「長女」等、実子と同様の記載がなされ、社会的不利益を蒙ることがないように、配慮されている。

1. 環の会の相談システム

3.1 産みの親の側の相談：予期しなかった妊娠で悩んでいる妊婦、あるいは出産後に子どもの養子縁組が整わずに悩んでいる女性が、当会に相談してきた場合には、本人が、今どのような状況にあり、本人が何を望んでいるのかを非指示的カウンセリングによって明らかにしていく。その結果、養子以外に方法がない、とクライアントが判断した場合のみ、養子縁組の仲介を行う。

3.2 育て親側の手続き・システム：当会では、育て親になることを希望する夫婦を広く募り、まず、当会の説明会に参加して頂き、当会の養子縁組の趣旨について確認している。育て親の条件は、経済状態等よりも、養子となる子ども自身の存在を、どれだけ尊重できるか、にかかっている。その点を、面接、研修の中で確認した後、育て親候補として待機することとなる。

3.3 子どもが育て親家庭に迎えらるるまで：産みの親の意向を汲み取りながら、子どもの育て親として適切と考えられる夫婦が選定できた時点で、相互の意向を確認し、2泊3日程度の子育て研修を経た後、育て親の家庭に、子どもが迎えらるる。

3.4 育て親家庭の「子ども」になってから：数ヶ月間、親子関係が順調にしていることを確認した後、特別養子縁組の申し立てを家庭裁判所に行うサポートをする。審判が下り、確定し、戸籍に「実子」として入籍が確認された後も、育て親相互の連携を中心としたフォローアップを行い、子育てのサポート等を行う。

4. 環の会を通じて育て親家庭に迎えられた152人の子ども達

4.1 産みの親の状態：産みの親(母親)の年齢は、11歳から49歳で、平均23.0歳であった。相談の時期は、妊娠中が92件(60.9%)、分娩当日から1週間以内が29件(19.2%)であった。養子縁組を希望した理由は、家庭環境を挙げたケースが73件(48.3%)で最も多かった。

4.2 育て親の状態：子どもを迎えた時の、育て親の平均年齢は、夫が36.3歳、妻が34.2歳であった。育て親となっている102組の夫婦の内、82組(80.4%)は不妊症であった。

4.3 子ども達のその後の経過：152人の子ども達の内、146人(96.1%)は、特別養子縁組が成立している。

子育て支援についての一考察

～子育て実態調査より～

大阪人間科学大学

大野まどか

[研究目的]

近年、子育てをめぐる状況はめまぐるしく変化している。出生率の低下に伴う少子化の進行、児童や家庭を巡る環境の変化等に伴い、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン）」、「次世代育成支援対策推進法」などの子育て支援策を推進してきている。一方、児童虐待も深刻な社会問題となっており、全国の児童相談所において対応した虐待相談処理件数は、急増している。本報告は、「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の研究」の一環として、「大阪レポート」（大阪府Z市での1980年生まれの子どもを対象としたProspective調査）をもとに子育て実態調査を実施し、この23年間の子育て現場の変化と子育て中の親の悩みやニーズを性格に把握することを目的とした。また、今後の課題として、医療機関での援助のあたるソーシャルワーカーが、虐待を含む子育てに関わる援助についてどのような働きかけが出来るのかを探っていく。

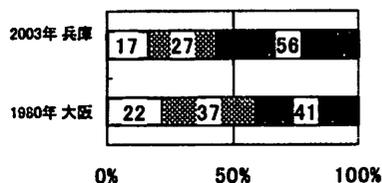
[研究方法]

調査対象地域は兵庫県H市。乳幼児健診の機会を利用し、4ヶ月児・10ヶ月児・1歳6ヶ月児・3歳児の保護者を対象に、2003年1～3月にアンケート調査を実施した（回答者の99%母親）。この調査報告を「兵庫レポート」と呼ぶことにする。4ヶ月児と10ヶ月児については郵送にて回収、1歳6ヶ月児・3歳児は保健所にて健診時に回収した。調査項目は、発達程度、親子関係等について、大阪レポートにて意味のある結果が得られたほとんどすべての質問項目と児童虐待に関する項目も加えた。

[調査結果]

- ① 乳幼児に接した体験のないままに親になる。「あなたは自分の子どもが生まれるまでに、他の小さな子どもさに食べさせたり、おむつをかえたりした経験はありましたか

図1 自分の子どもが生まれるまでに、食べさせたり、おむつをかえたりした経験はありましたか

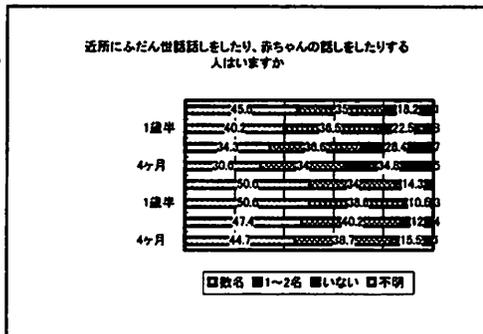


□よくあった ■少しあった ■なかった

か」という質問結果は、「まったない」という親は1980年の41%から2003年には56%と増加。逆に「よくあった」という親は22%から16%へと減少している。育児経験のないままに親になる親が増加している。

② 母親の孤立化。

乳幼児を知らないままに親になった母親にとって、子育てについて日常的に話し合える子育ての仲間の有無は、精神的安定に大きな影響を及ぼし、それは、子どもへの関わり方への影響も大きいと考えられる。



- ③ 母親たちは、子育てをプラスに受け止めようとしている。
- ④ 一方、子育ての不安感も大きく、子育ての「イライラ感」も増加している。
- ⑤ 親子関係の変化・「期待」と「干渉」

[考察]

現代の親を取り巻く状況はますます、子育てに困難を感じさせるものとなっている。児童虐待問題の顕在化に伴い、医療機関においても、ソーシャルワーカーを含む虐待に対する医療チーム作りが進んでいる。しかし、ソーシャルワーカーとして、深刻な虐待ケースへの取り組みだけでなく、虐待問題の発生の防止と早期対応が重要である事は言うまでもない。他機関からの連絡、医師等からの援助依頼のあったケースに限らず、子育ての困難さに起因する潜在している諸問題に、予防的にソーシャルワーカーがどのように関わる事が出来るのだろうか。子どもを抱えているクライアントとの相談援助の中で、子どもをかわいと思う感情と共に戸惑いや不安を感じている親に対し、その困難さをいかに共感し、支えられるか、今後の医療ソーシャルワーカーにとっての新たな課題とも言える。

(その他詳しい資料は当日配布する。)

註) 本研究の一部は平成14年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の開発に関する研究」(主任研究者 服部祥子・分担研究者 原田正文)の一部をまとめたものである。

がん専門病院における医療連携

～臓器別分類の試み～

国立がんセンター中央病院 医療連携室 併設 患者・家族相談室
 ソーシャルワーカー ○横川めぐみ
 大松 重宏

1. はじめに

特定機能病院として積極的ながん治療を行っている当院には、全国から治療を希望する患者が来院する。当室では医師や患者・家族から継続医療についての相談を依頼されることが多い。こうした相談を受ける際、緩和ケア病棟や療養型病床、リハビリテーション機能を持たない当院では、地域の医療機関との連携が不可欠となっている。今回の発表では臓器別に求められる継続医療と、課題について考えてみたい。

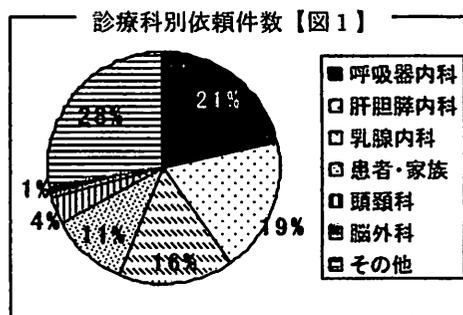
2. 当室における相談援助の内容：診療科の特徴に合わせた援助

当室では医師からの依頼を受け、継続医療に関する患者・家族の相談援助や情報提供を行っている。

依頼は外科系より内科系の診療科からが多い。件数が多いのは消化管内科、呼吸器内科、肝胆膵内科、呼吸器内科、乳腺内科である(図1)。

当室で受ける継続医療の依頼の約6割は緩和ケア・ホスピスに対するものである。診療科によっては該当する診療科に移ってから緩和ケア・ホスピスの依頼までの日数に差が見られる。また緩和ケア・ホスピス以外に求められる内容にも特色がみられる。理由としては、診療科による方針の違いも影響するが、疾病ごとの特徴が異なるためであるといえる。

例えば、当院消化管内科からは、がん治療以外の目的での継続医療の依頼が多い。これは、がん治療自体はまだ当院で行う予定だが食事摂取等の関係で、補液を目的にかかれる地域の医療機関を早急に探して欲しいというケースが多いことが考えられる。



また、呼吸器内科では緊急時の対応先が求められることが多い。がんの初期治療とセカンドラインの抗がん剤治療との区切りがつきやすい呼吸器科では、初期治療後は緊急時の対応先とセカンドラインを依頼できる病院を探して欲しいという依頼が多くみられるためであると考えられる(表1)。

診療科別依頼内容【表1】

	消化管内科	肝胆膵内科	呼吸器内科	乳腺内科	脳外科
緩和ケア・ホスピス	174 (62.8%)	136 (75.1%)	107 (54.9%)	113 (76.9%)	0 (0.0%)
往診医 訪問看護ステーション	26 (9.4%)	8 (4.4%)	6 (3.1%)	17 (11.6%)	1 (5.9%)
緊急時対応先	42 (15.2%)	16 (8.8%)	61 (31.3%)	3 (2.0%)	9 (52.9%)
リハビリ・療養	3 (1.0%)	1 (0.6%)	3 (1.5%)	5 (3.4%)	7 (41.2%)
がん治療以外	32 (11.6%)	20 (11.1%)	18 (9.2%)	9 (6.1%)	0 (0.0%)
合計	277 (100.0%)	181 (100.0%)	195 (100.0%)	147 (100.0%)	17 (100.0%)

また、疾病によっては継続医療に関する依頼目的のほか、生活課題に顕著に特徴が現れる場合もある。例えば、乳腺内科や脳外科の患者の場合、骨転移や脳へ与える影響によって、ADLの低下が見られることも多い。身体障害者手帳や介護保険といった社会保障に関する情報提供や相談も多く求められる。また、乳腺内科であれば女性の患者が多く、妻や母、主婦という役割を担っていることもある。そうした役割に応じて生じる心理・社会的課題も特有のものがある。継続医療の課題、心理・社会的課題についてアセスメントを行う際には疾病による特徴を考慮し、予測していくことも大切なのではないだろうか。

3. 今後の課題

患者・家族のニーズは多様化しており、当室でも医療機関についての情報を効率良くまとめながら、相談援助をする際のデータを蓄積させていきたい。

同時に、患者・家族の役割に応じた生活課題に関する相談援助の際は、情報提供を行うだけではなく、患者・家族の持てる力を引き出せるような援助を心掛けるとともに、ソーシャルワーク技術の向上が常に課題となるだろう。

大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する研究1 —全大学病院アンケート調査による地域比較—

東京医科歯科大学医学部付属病院医療福祉支援センター
○金子美智子、佐原まち子、神原奈緒美、米川 亜希

1. はじめに

大学病院をはじめとした特定機能病院には高度専門的な医療を提供する社会的役割がある。しかし、治療終了後も家庭の事情や地域の医療事情などで治療計画期間内に退院できない患者の数は少なくない。退院後の医療および介護が効果的に継続して提供されることは患者の療養生活には必要であり、そのための退院支援は必要不可欠と考える。私達は昨年度、当院老年病内科との共同研究「厚生労働省研究費補助金（長寿医療研究）高齢者の退院支援の標準化に関する研究」で全大学病院を対象とした退院支援の現状に関するアンケート調査を実施した。今回、そのアンケートの中から特定機能病院における高齢入院患者の早期退院を阻害している要因について地域比較し検討を行ったので報告とする。

2. 研究方法

全大学病院（125ヶ所、羊土社発行の医育機関名簿に掲載されている病院）を対象とし退院支援にかかわる部門に、郵送による自記式調査でアンケート調査を実施した。アンケート調査票は平成16年1月28日発送し3月25日を最終回答期日とした。

アンケートでは高齢者の早期退院を阻害していると考えられる5つの領域から、家族関係(5)、心理的側面(4)、環境(8)、医療処置(14)、身体状況(3)の合計34項目について該当する指標1から5を選択し○をつけ数値化し集計を行った。

3. アンケートの内容

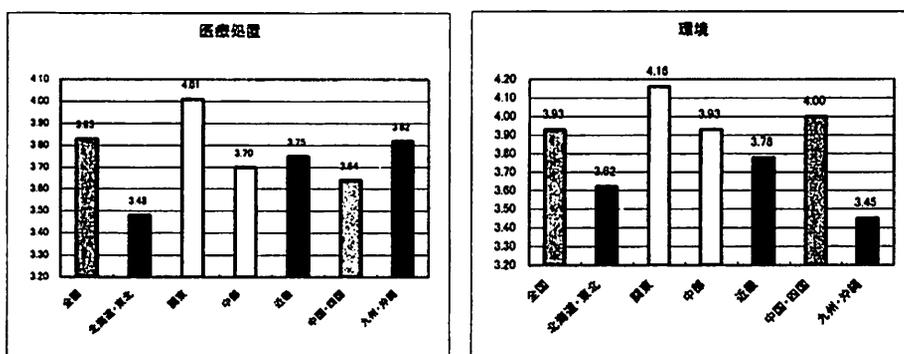
別紙資料のとおりである。（資料1）

4. 結果

平成16年3月25日までに到着した回答について集計を行った。回収率は73.6%(92件/125件)で、有効回答率73.6%であった。回答者の職種は複数職種で分担回答した病院もあり、ソーシャルワーカー54名、看護師23名、医師4名、事務21名であった。ソーシャルワーカーの採用人数をみると154名であり、私立大学病院が国公立大学病院を上回っている。地域別で

は私立大学病院が集中している関東地域が採用人数全体の64.3%を占めていた。

退院を阻害している要因の各領域の地域比較とそれぞれの質問項目の比較を行うと、その地域の特徴がある程度みえてきた。家族の領域では全国的に高い数値を示し早期退院の阻害要因となっていると考えられる。心理的側面、身体状況は全国的に同じような傾向であった。しかし、医療処置と環境の2領域では大きな地域差がみられた。医療処置の関東の値は他の地域と比べとびぬけて高く早期退院に大きな影響を与えていることがわかった。北海道・東北では2領域とも低い値であり、九州・沖縄では環境の値が一番低くなっている。



細かく質問項目でみると、医療処置では「人工呼吸器」「頻回な吸引」が全国的に高い値であり、「気管切開」「MRSAなどの感染症」も北海道・東北を除く地域で阻害要因となっている。「輸血」については中部地域の値が他地域よりも低くなっている。環境領域では「長期入院可能な病院が少ない」「自宅近くに施設や病院がない」など患者や家族の療養ニーズにあわないことが治療期間内の退院を阻害している要因として全国的に高い値を示している。また北海道・東北を除く地域では「受け入れ先の待機期間が長い」ことも早期退院の阻害要因となっている。受け入れ先の「入院費用が高い」という点では関東が飛びぬけており大きな阻害要因といえる。

5. 考察

今回の結果から早期退院の阻害要因は地域差があるとは言いきれないが、地域の特徴はみえてきた。今後さらに他のデータもあわせ検討していくことでその地域差を明らかにしていきたい。

**ニーズに対応するための
新たなソーシャルワーク・サービスの方法の考察
—情報提供のあり方—**

兵庫医科大学 杉村ともこ

1、はじめに

これまでのソーシャルワーカー（以下 SW）としての経験と、15年間の患者としての経験を通して、利用者とその家族の視点から、今、何が患者に起こっているか、何が患者をサービスから隔てているか、これらの患者の現状に対して効率的援助ができる新たなサービスのあり方、特に情報提供について考察する。また、今後必要な取り組みについても述べる。

2、変わりつつある患者（考察の背景）

この15年間は、IT技術の進歩によって、未だかつてないスピードで患者をとりまく医療の環境が激変しつつある。“患者が主役”時代の到来を迎えて、病院、医療サービス、医療従事者は眼にみえて変わり、医療情報も飛躍的に増加するなど、様々な変化が起こっているが、その中でも患者自身が1番大きく変貌してきている。患者にとっては医療技術が進み、治療の選択肢が増え喜ばしい一方、複雑化する選択肢の中で、医療の自己責任を促されるなど、新しい概念が急速に臨床の場に導入され、好むと好まざるにかかわらず、患者自らも“変わらざるをえない”厳しい現実にも直面している。

このような状況下では、これまで以上に患者のニーズは増加し、より多様なサポートが必要になっている可能性があり、従来のサービス提供の仕方だけでは変貌しつつある患者ニーズに対応していくには限界があり、新たな時代に促した速効性のあるサービスのあり方が求められる。

3、患者からのアクセスを隔てている要因

あらためて患者の立場で“ソーシャルワーク・サービスの利用”を考えると、医療従事者から指示されて訪れる患者を除いては、自らサービスにアクセスすることは“思いつかない”“むずかしい”ことが多い。その主な要因は、患者は①自分の“困っていること”を言語化できていないので、人に伝えら

れない。②SWを知らない（あるいは、わからない）、と考えられ、このために必要かつ適切なサービスに繋がらないという状況が発生している。

一方、元SWの眼で患者とその家族を見てみると、そこにはソーシャルワークに適した多くのニーズが手付かずで潜在していることに気づかされる。

4、ニーズ対応のための“情報提供の強化策”—インターネット活用

そこで、これらの要因に対応して、患者からのアクセスを増加させ、サービス効率をあげるために、強力な社会資源のひとつである“情報提供”、特に時代の要請を鑑みて、今回はインターネット活用の3つの強化策を挙げる。

- ①FAQ（よくある質問）を提供：“身近で具体的な相談”情報をFAQで紹介することで、患者自らが悩みや混乱を交通整理、その言語化を助ける。
- ②“今提供しているサービス”を明確に患者に伝える：患者にとって、SWについての知識・情報が少なく、「自分のかかえている悩み」が相談に適切かどうか判断がむずかしく、また、病院や相談室による個別の変動（バラツキ）が大きいことも分りにくい要因。また、患者が名乗らずに、気楽に情報を得ることができる“心理的バリアフリー”の環境設定も重要。
- ③ホームページで“ソーシャルワーク啓蒙”の充実を：利用者（患者）、一般、他の医療職に向けて、ソーシャルワーク・サービスを対外的にアピールするのに極めて有効。個別病院でのホームページ作成負担軽減のため、協会で「中核になるデータベース」を作成。これを個々の病院事情に合わせてアレンジすることで実現が容易に。ホームページはSWの顔となる。

5、今後の課題

ひと昔前と比べて“納得の医療”を自己決定で選ぶのは、医療の専門教育を受けていない患者にとっては重過ぎる課題となる懸念もあり、かつ、患者の中の2極化も散見される。

特にこのような変化の激しい時代には、ニーズに、今までにない大幅な変容が出現している可能性もあり、SWの的確なサービス提供のためには、先ず“最新患者ニーズ”の把握が不可欠。そのためには学会、協会などによる本格的リサーチが危急のことと思われる。医療やサービス、QOLなど“質の向上”がうたわれている現在、各医療従事者の患者サービスも変化するなか、利用者に“必要とされるサービス”を的確に提供することで、患者満足度を高め、SWの存在をより確固としたものにできると考える。

ソーシャルワーク援助のデータベース化

新生児集中治療室援助事例のデータに基づく試み

○ 橘高 通泰、宮崎 清恵（兵庫医科大学病院）
小西直毅（近畿大学医学部付属病院）

はじめに

情報処理の手段は、ハード面でもソフト面でも機能が急速に向上し、様々な領域で活用され、昨今では一般の人々にも使いやすいものとなっている。当部でも比較的早期から、こうした情報処理手段を導入し、何度かのシステムの改善を行ないつつ、情報処理に関する業務の効率化をはかってきた。

これらのシステムによって蓄積されたデータは、「クライアント台帳ファイル」と「日報ファイル」とが基本となっている。クライアント台帳ファイルのデータは、業務統計の作成など、事務的な業務処理の効率化を主な目的としたものであった。

今回、新生児集中治療室における援助事例のクライアントについてのデータを基に、援助内容データベースの構築を試みた。援助内容データベースとは、これまでに蓄積されたデータの内容を分析した上で、新たな項目の追加、あるいはキーワードの付与などによって、事務的な業務処理の効率化だけでなく、それらのデータが情報資源として活用できる「検索型データベース」を構築するための試みである。

(1) 新生児集中治療室における援助事例のデータ項目

1) 「クライアント台帳ファイル」の項目は以下のとおりである。

1. ケース番号
2. 氏名
3. ふりがな
4. 性別
5. 年令
6. 住所コード
7. 費用区分
8. 診療科コード
9. 病名
10. 疾患群コード
11. 紹介者
12. 主訴・紹介理由
13. 終結時援助内容コード

2) 「日報ファイル」の項目は以下のとおりである。

1. ケース番号
2. 氏名
3. 援助対象(分類コード)
4. 援助方法(分類コード)

3) 援助内容データベースとして追加した項目

a. クライアントの属性に関する項目

病名分類 クライアント台帳ファイルの病名をもとに、10項目の分類項目

を設定した。

b. 援助課題の分類

クライアント基礎項目における〈主訴、紹介理由〉と、終結時援助コードとによって、「援助課題」について、7項目の分類項目を設定した。

c. 援助形態の指標

すでに蓄積されている日報データから、クライアントごとに日報データを集計処理し、援助回数、援助時間数、援助期間の3項目を計算し、3項目の関連性に基づき援助形態区分として7項目の分類項目を設定した。

(2) 援助内容データベースの分析による新生児集中治療室における援助事例の特徴

1) 病名区分別件数割合

1. 低出生体重児 312件(30%)
2. 極・超低出生体重児 211件(21%)
3. 呼吸障害 131件(13%)
4. 仮死など 101件(10%)
5. 多胎 46件(4%)
6. 黄疸 42件(4%)
7. 帝王切開新生児 39件(3%)
8. 先天異常など 29件(3%)
9. 感染症など 14件(1%)
10. その他 110件(11%)

2) 援助形態区分別件数割合

援助回数と援助期間の2項目を組み合わせ、7つに区分した援助形態区分別件数

1. 援助形態A 595件(58%)
2. 援助形態B 124件(12%)
3. 援助形態AL 49件(5%)
4. 援助形態BL 59件(6%)
5. 援助形態L 61件(6%)
6. 援助形態LL 94件(9%)
7. 援助形態S 44件(4%)

3) 援助課題別援助形態

課題1から課題3に対する援助の形態は、いずれも短期である。課題4から課題7については、生活に関わる問題解決であり、援助期間は課題1～3までの援助期間と比較して、明らかに長期援助となっている。課題6の援助期間が平均して1年間となっている。

(3) 今後の課題

援助内容データベースとするために、〈援助課題〉と〈援助形態〉という二つの枠組みに基づいてデータ項目を設定した。今回は、あらたな項目づくりを手作業で行なったが、援助量に関する集計処理を自動化する事と、援助課題を一定の基準で分類区分するためにキーワードの体系化が必要である。

**急性期病院におけるソーシャルワーク実践の標準化に向けて
—問題分類別援助時間の試算と考察—**

NTT 東日本関東病院

○原田とも子 鈴木由佳

I. 目的

当院は 606 床、平均在院日数 13.9 日（2003 年度）の急性期病院である。ソーシャルワーカー（SW）3 名は、看護師 1 名とともに患者・家族の療養の相談を受け、援助にあたっている。今年に入り、当室は、病院幹部から「病床回転率の改善のために、病院全体の早期退院支援に取り組むこと」を期待され、これまで以上の実績が求められるようになった。我々 SW は、組織の役割期待に応えつつ、質の高いサービスを提供していきたい。しかし、ケース数の増加や転院援助の迅速化は、SW 自身が、「クライアントのニーズ」を把握しつつも、“あせり”の気持ち等が先行し、適切な援助の遂行ができなくなる可能性や、クライアントのニーズと病棟との間でジレンマに陥る可能性もはらんでいる。そこで、今後我々が、この状況の中で「質の高い適正なサービス」を提供するためには、標準的な援助方法と援助時間を明らかにすることが先決だと考えた。今回その第一段階として、転院援助における標準的な援助時間を試算し、援助フローモデルを作成したので報告する。

II. 方法

1. 2003 年 4 月～2004 年 3 月までに終結したケースを 46 項目の問題に分類し、リハビリ病院と療養型病院への転院援助のみ行ったケースについて、援助時間の傾向を把握する。
2. SW が 2 名体制と 3 名体制の援助時間の比較、SW 間の援助時間を比較する。（昨年 11 月まで 2 名、12 月から 3 名体制）
3. 転院援助フローモデルを作成し、必要な援助時間について試算し、考察する。

III. 結果

- ・ 2003 年 4 月～2004 年 3 月に終結したケース数 685 名
- ・ 問題分類項目：Ⅰ. 経済的問題 15 項目、Ⅱ. 療養中の心理社会的問題 23 項目、Ⅲ. 退院計画心理社会的問題 8 項目（詳細は当日報告）
- ・ 問題項目の 1 項目のみに該当したケースは、480 名、複数の項目に該当したケースは、205 名
- ・ 1 項目のみに該当したケースのうち、「リハビリ病院への紹介援助」

は、61名、「療養型病院への紹介援助」は、62名であった。「近隣のリハビリ病院への紹介援助」は、援助時間が短い傾向、「療養型病院への紹介援助」や「遠方の病院への紹介援助」は、援助時間が長くかかる傾向があった。

- ・ 「リハビリ病院への紹介援助」ケースでは、SW2名と3名の体制時に援助時間の差はみられなかった。同じく、3名のSW間でも差はみられなかった。

IV. 考 察

- 1 病床機能別に転院援助の標準フローモデルを作成し、実績と照らし合わせてみた結果、「近隣リハビリ病院への紹介援助」は、4.5時間、「療養型病院への紹介援助」は、6.5時間が必要な援助時間と判断された。（援助フローモデルは、当日発表）
- 2 援助の行程においては、問題なく、転院選定を行なえるケース（Aコース）と、諸問題があるために、援助時間をかける必要があるケース（Bコース）にわけられると考えられた。Bコースの援助としては、①キーパーソンが不在あるいは家族の関係性の問題、②入院費支払い困難等の経済的問題、③家族が退院の受け入れができない。あるいは、転院の不安や迷いがある。④病状的に療養型病床への紹介が難しい。⑤受け入れ先の待機期間が長い等の問題があると考えられた。
- 3 援助フローモデルは、転院援助のプロセスや援助時間についてチームの理解や連携を促進する効果があると考えられる。また、SW自身にとっても、援助行為の点検やクライアントの問題を代弁する時に役立つものと思われる。

V. まとめと今後の課題

ソーシャルワーク援助においては、これまで、「個別化」の原則により、援助フローモデルのような研究はあまりみられなかった。しかし、包括医療、クリティカルパスによる早期退院が進められる中で、援助の効率化が図られるケースと、援助時間を必要とするケースが発生する現状をソーシャルワーカーは、明示していく必要があると考える。そのためには、「援助の標準化」の作業が必要ではないだろうか。

課 題

- 1 援助終了時に満足度調査を行い、質の評価を行なう。
- 2 他病院と比較検討し、当院のモデルの妥当性を検討する。
- 3 援助日数やその他の項目についても、標準化を試みる。

高校福祉系学科における介護福祉士養成教育の問題点

筑波大学大学院人間総合科学研究科 徳田克己

1. はじめに

全国の高等学校において福祉科や福祉コースが多く設置されるようになってきている。直接的なきっかけとしては、文部科学省の諮問機関である理科教育及び産業教育審議会の答申「高等学校における今後の職業教育の在り方について」（1985年2月）と、それに続く「産業教育の改善に関する調査・研究」（1987年6月）、さらには「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定（1987年5月）に伴い、高等学校においても介護福祉士国家試験の受験資格が取得できるようになったことが挙げられる。

しかし、現在、福祉系学科には様々な問題があり、いくつかの課題に直面している。まず、介護福祉士国家試験受験資格を生徒に取得させようとするカリキュラムがさまざまな拘束を受けること、福祉系科目の担当教員は平成15年度から「福祉」の教員免許が必要になり、指導にあたる教員は新たに免許を取得しなければならなくなったこと、平成15年度から学習指導要領が改訂され教科「福祉」が新設されたことにより、教育内容を整理・統合しなければならず、教員の負担が増大したことなどである。このような問題を抱え、福祉系学科の教育現場は混乱している状況にある。

そこで本研究では、福祉系学科の担当教員の専門教育についての意識やニーズを分析し、問題点を明確にしたいと考えた。

2. 調査対象者及び調査手続き

全国高等学校長協会家庭部会福祉科高等学校長会への加盟校179校の福祉系科目の担当教員341名から郵送による回答を得た。質問紙を郵送する際にそれぞれの学校に何名の担当教員がいるか明らかでなかったため、1校に対して5部ずつ郵送した。そのため、正確な回収率は算出できないが、回収率は約65%であると推定できる。調査時期は2002年1月から3月であり、調査は無記名で行った。

3. 結果

担当教員が指摘した問題点のうち多かったものが「教員に関する問題」（全回

答者の51.0%)と「生徒に関する問題」(47.2%)であった。具体的には、「教員の専門性が低い」、「生徒の福祉に対する興味・関心が低い」、「生徒の学力が低い」等であった。さらに「教育目標・内容・方法に関する問題」(福祉の心を育てられるような内容が含まれていない)等、多岐にわたって問題点が指摘された。「生徒の学力が低い」、「福祉の心を育てられるような内容が含まれていない」という問題点については、介護福祉士国家試験受験資格の取得が可能な学科において、より顕著であった。

福祉系学科が早急に検討すべき点として最も多く挙げられたのは「教育目標・内容に関する今後の在り方」であり、次いで「資格に関する今後の在り方」であった。具体的には、「福祉の現場で働ける人材・スペシャリストを育成したい」、「福祉の基本的知識・技術の習得を重視したい」、「福祉の心・思いやりを重視したい」等であった。「資格に関する今後の在り方」としては、「介護福祉士国家試験受験資格を取得させることを見直す」が大半を占めた。

取得できる資格のひとつである介護福祉士国家試験受験資格においては、国家試験の合格率がその学科が評価されるポイントとなる。教員は学校で働く一員として学科の評価を上げるという使命を果たすべく、資格取得に主眼をおいた指導をせざるを得ない現状がある。しかしながら、資格取得が第一の目標のように掲げられ、それ以外の学習活動に力を注いでいないことに対して「このままではいけない」という危機感を持っている教員は少なくない。

さらに、大きな問題であるのは、生徒は資格取得を主眼とする予備校的な授業を受けているという現実である。生徒は国家試験準備のために毎日多くの授業をこなさなければならないのに加えて、放課後や休業中の課外授業や模擬テスト等があり、非常に多忙な学校生活を送っている。そのような環境では、生徒は目標である「国家試験合格」しか見えなくなってしまう、自分が将来何をやりたいのか、本当に福祉を学びたいのかを考える時間を持ってなくなっていることが懸念される。また、福祉の楽しさや重要性を知る前に、「福祉は難しい」、「暗記することが多い」という福祉に対する嫌悪感を持たせる危険性もはらんでおり、福祉に夢や希望を抱いて入学してきた生徒のやる気を摘んでしまうことにもなりかねない。

本研究によって、高校福祉系学科の授業が資格取得のための内容に偏ってしまう、「福祉の心」が教えられない等の問題が出てきており、教員は資格取得について見直す必要性を感じていることが明らかになった。今後は、資格取得のための適正な学習を高校教育にいかに位置づけるかを検討しなくてはならない。

一般の大学生における高齢者の幸せに関する認識

桜花学園大学 ○水野 智美

筑波大学 徳田 克己

1. はじめに

高齢社会に入り、高齢者が幸せで質の高い生活を送ることができるように、福祉・医療サービスの充実、高齢者への社会の理解の促進、社会環境の整備等の必要性が改めて叫ばれている。そこで、本研究では福祉系学科以外に所属する一般の大学生が「高齢者の幸せ」をどのように認識しているかについて、大学生自身が感じている「自分の幸せ」と比較することによって明らかにしたい。

2. 方法

①調査対象者

東京都、千葉県、島根県の大学の福祉系学科以外に所属している学生 367 名

②手続き

各大学の講義担当者の協力を得て、授業時間内に質問紙を配布し、回答を依頼した。調査時期は 2001 年 6 月。

3. 結果

調査対象者に、「高齢者の幸せ」および「自分の幸せ」のための条件としてそれぞれ重要であると思われる順に 5 つ以内を自由に記述してもらった。そのうち上位 3 つを取りあげ、その内容を表 1 にまとめた。

表 1 によると、「高齢者の幸せ」の条件として、「健康であること」、「趣味や生きがいがあること」が多く挙げられた。また、「福祉・医療サービスが充実していること」、「一般の人から親切にされること」、「配偶者がいること」は、「高齢者の幸せ」の条件としてのみ挙げられていた。その一方で、大学生自身の「自分の幸せ」の条件として、「友人がいること」が最も多く挙げられ、「家族とのかかわりがあること」、「恋愛をしていること」が次いだ。また、「恋愛をしていること」、「十分な睡眠をとること」、「夢（目標）を持つこと」、「充実した生活を送ること」、「勉強する機会があること」は、「高齢者の幸せ」の条件にみられなかった。今回の結果から、大学生は「高齢者の幸せ」を「自分の幸せ」と別の次元で考えていること、「健康で、毎日が楽しく、家族に大事にされて生活すること」が「高齢者の幸せ」であり、なおかつ能動的に生きるというよりは「まわりに親切にされ、よりよいサービスを受ける」という受動的な生活を送るこ

とが幸せの条件として重要であると考えていることが明らかとなった。

表1. 「高齢者の幸せ」と「自分の幸せ」の条件

	高齢者の幸せ		自分の幸せ		有意差
	人数	%	人数	%	
健康である	181	49%	113	31%	**
趣味や生きがいがある	178	49%	77	21%	**
家族とのかかわりがある	157	43%	137	37%	n. s.
家族と同居している	100	27%	12	3%	**
友人がいる	96	26%	224	61%	**
経済的に不自由しない	63	17%	99	27%	**
住みよい環境で生活する	61	17%	6	2%	**
話し相手、相談相手がいる	59	16%	13	4%	**
福祉・医療サービスが充実している	52	14%	0	0%	**
自分の存在意義がある	47	13%	24	7%	**
安定した生活を送る	37	10%	11	3%	**
自立している	26	7%	3	1%	**
孤立していない	23	6%	4	1%	**
一般の人から親切にされる	20	5%	0	0%	**
幸せであると本人が自覚している	14	4%	14	4%	n. s.
配偶者がいる	12	3%	0	0%	**
自由である	12	3%	49	13%	**
自分の家で暮らす	8	2%	0	0%	*
おいしいものを食べられる	7	2%	48	13%	**
よき理解者がいる	4	1%	20	5%	**
心が安定している	4	1%	10	3%	n. s.
家族が健康でいる	3	1%	36	10%	**
恋愛をしている	0	0%	135	37%	**
十分な睡眠をとる	0	0%	33	9%	**
夢（目標）を持つ	0	0%	15	4%	**
充実した生活を送る	0	0%	11	3%	**
勉強をする機会がある	0	0%	7	2%	*
その他	32	14%	109	30%	

検定は χ^2 検定による。** : $p < 0.01$ 、* : $p < 0.05$

ねたきり AIDS 患者への支援

千葉大学医学部附属病院 医療福祉部 ○葛田 衣重

1. はじめに

HAART 療法は HIV 感染者の予後を劇的に改善し、重症 AIDS 患者の救命や社会復帰を可能にした。しかしながら、合併疾患による重度後遺症や日常生活上の事故により、ねたきりとなる事例が漸増している。これらの事例では病状が安定した後であっても、拠点病院からの退院または転院が困難を極めている。その要因を、事例を通じて明らかにすることは重要である。

2. 目的と方法

千葉大学医学部附属病院に入院したねたきり AIDS 患者 2 例の経験から、退院（転院）を困難にしている要因を、個人、家族、社会の側面から分析し検討する。

事例の概要を表 1 に示す。両事例とも免疫機能障害および肢体不自由の身体障害者手帳 1 級を取得済みである。

1. 結果（表 2-1, 2-2）と考察

表 2-1, 2-2 に事例の現状と支援の課題をまとめた。支援対象は、家族と社会に絞られた。事例 1 では、キーパーソンの妹が実母の在宅介護と良好でない兄妹関係を理由に妹宅への引き取りを拒否した。居住地近隣の協力病院も受け入れを拒否した。事例 2 は、母親が郷里に戻り在宅での身体障害者療護施設入所待機を希望した。入所申込は済んだが、郷里拠点病院が入所日決定まで受け入れを拒否した。上記事由から、これら 2 事例は当院で入院加療継続となった。

家族の努力、ソーシャルワーカーの家族関係への介入には限界がある。また特定の拠点および協力病院のみに依存する体制では、今後増加することが予測されるねたきり AIDS 患者を支えきれない。従って、まず地域の拠点、協力病院の機能を明確にし、相互の協力体制を整備した上で、自治体間の協力体制の構築を図る必要がある。今後、地域支援体制の充実や社会制度改革実現のため、ねたきり AIDS 患者の退院支援の事例を蓄積し、その現状を継続して社会に訴えていくことが不可欠である。

表1 事例の概要

	性 年齢	合併症等	ADL	生活状況
事例1	男 50代	事故の下肢骨折後遺症 不穏 昼夜逆転	全介助 意思疎通不可	母（糖尿病）と2人暮らし 無職 自由奔放な性格 母の年金等に依存した生活
事例2	男 30代	進行性多巣性白質脳症	全介助 意思疎通困難	単身 会社員 自立心強い 入院後、母来業し付き添う 入院給付金で母の生活賄う

現状と支援の課題

表2-1 方針：妹宅での在宅療養拒否により転院

事例1	現状（転院直前）	課題
個人	ほぼ全介助 車椅子自操 意思疎通可 衝動的な言動	ベッド上での自立を目指したりハビリテーション 薬物療法併用
家族	妹が母を引き取り居宅介護サービス利用 妹宅への退院は拒否	転院先を探す
社会	協力病院が受入れ拒否 拠点、協力病院間の役割が不明確 拠点、協力病院間の協力体制が曖昧	受入れ先の確保 他の県内拠点、協力病院に転院相談 県に現状を訴え、対策の提示を要請中

表2-2 方針：郷里に戻り在宅で療養施設の入所待機

事例2	現状	課題
個人	全介助 服薬が困難 絶え間ない 奇声 関節拘縮が進み、車椅子利用が苦痛	服薬方法の工夫 気分転換の機会をつくる 安楽な車椅子の作成
家族	母の介護不安は低い 療養施設申込済み 郷里に住まいがない 退院で入院給付金打ち切り	郷里の市、県に在宅療養を相談 防音住宅の確保 障害年金の申請 生活保護申請を検討
社会	郷里の拠点病院の協力が得られない 郷里の在宅支援サービス状況が不明	拠点病院の協力確保 郷里の在宅療養環境の整備 条件が整わない場合は千葉で在宅待機

本報告は、千葉大学医学部附属病院感染症管理治療部横幕能行医師との共同によるものである。

HIV 感染者の就労実態とその意識について

桃山学院大学 小西加保留

【目的】

医療の進歩により、HIV 感染症は、長期生存が望める病気となり、治療とのバランスを取れば多様な社会生活が可能となった。身体障害者認定や障害者雇用の対象ともなり、制度利用の幅も広がった。しかし、容易に病名を開示できない環境が改善されたとは言いがたく、社会生活上様々な制約感を受けやすい。特に就労生活においては、就職時の病名告知やプライバシー管理の課題、就労上の健康管理などの課題がある。そこで、HIV 感染者の就労と社会生活に関する調査を実施し、就労の実態と問題点を整理することを通じて、具体的な支援対策への基礎資料とすることを目的とした。

【方法】

対象者：20 歳以上 65 歳未満の外来患者の内、日本語の読み書きが可能な者
 対象医療機関：中核的医療機関 5 箇所(内東京都内 3 機関、ブロック拠点 4 箇所)
 配布方法：自記式質問票を看護師等より配布 時期：2003 年 12 月-2004 年 5 月
 回収率：実質配布数 755 票、回収票 565 票、回収率 74.8%

【結果】

1. 属性：性別 (男性 92.4% 女性 6.9%) 年代(20 代 16.0% 30 代 41.8% 40 代 23.2% 50 代 16.1% 60 代 2.8%) 感染経路(性行為 76.6% 非加熱製剤 14.7% 不明 7.9%) 居住地(東京&周辺 61.7%) 告知年(1996 年以降 79.7%)
 健康状態 (CD4 平均 398±230 ウィルス量検出限度以下 65.3% 服薬 74.5%)
2. 就労状況：就労率 74.5%で、非就労の理由は、健康上が 54.5%、仕事無が 34.8% 差別不安 21.2%であった。非就労者の内 68.4%は就労希望しているが、実際に活動を実施しているのは 44.6%で、活動上の課題は、プライバシー不安 50%、年齢不一致 47.5%、体力とのバランス 40.0%のほか、活動しても不採用、病名伝えると不採用、病気の説明困難感などが約 30%前後あった。
3. 告知時と現在の職業：現在に職業は自営業 13.3%、民間の正規従業員 33.9%、公務員 5.8%、非正規従業員 18.6%、学生 2.3%、主婦 1.7%、無職者 19.6%であった。告知を受けたときの職業と比べると、無職者が 7.8%から 19.6%に増加していた。告知時無職者の半数は無職のまま、就労している場合も非正規就労の割合が高かった。
4. 離転職の状況：経験ありは 35.8%で、そのうち、63.2%は自ら辞めたとし、8.1%

が解雇であった。理由は、体力が約4割で最も多かったが、他では健康管理上の問題より、精神的葛藤や不安感が離転職の動機となっていた。また HIV 感染を知られたためは10名(4.5%)で、うち解雇された人は2名であった。

5. 現在の労働・職場評価：病名を隠すことの精神的負担感を感じるとした人は68.2%で最も多く、体力的きつさは66.4%、通院のしにくさ47.3%であった。

6. 職場での HIV 周知と評価：就労者のうち約2割は、職場の誰かに病名を知らせていた。知らせた相手は、同僚や上司などであり、産業医など健康管理関連の職種には伝えている人はわずかだった。病名を知らせた場合の評価は全体に肯定的・中立的に評価されており、否定的対応を受けた人は数%と少なかった。

7. 人間・社会関係の制約感：性生活への制約感が最も強く9割以上で、恋人との関係や出会いなどに対しても高かった。また将来の生活設計への制約感も8割近くあり、家族関係など人間関係に対しても半数以上が感じていた。

8. 就労・就職の相談機関の利用：相談先は看護師が多く、ついでソーシャルワーカーであった。産業医など職場の健康管理部門はごくわずかであった。ハローワークにおいては、病名を伝えない相談が伝えた人を上回っていた。

9. 手帳やサービス支援利用：7割は免疫機能による手帳所持。障害者雇用制度による就労は2.9%で、約8割は制度を知らず、利用希望は約4割であった。

【考察・課題】

HIV 感染症の就職・就労の課題には、健康状態と共に、周囲へ感染を告げていないことへの精神的負担感が強く挙げられていた。しかし職場に病名を知らせたことへの感染者の評価は肯定的で、病名告知により働きやすくなる可能性もある。その際、知らされた職員の側への支援や知らせた後の職場内のプライバシー管理など企業側の対応に対する支援も検討する必要がある。ハローワークなどの公的機関では、感染者の抱える課題・ニーズを捉え、対応していく必要がある。本調査で指摘できる課題は、病名を明らかにしにくいため社会活動に制約を受けている患者に共通する課題も多い。ソーシャルワーカーとして、的確に現状を把握し、患者支援のみならず、就労支援環境について広く検討し、その整備のための取り組みが求められる。

なお本調査は、平成15年度厚生労働科学研究費補助金「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」(代表：木村哲国立国際医療センター・エイズ治療研究開発センター)の分担研究によるもので、協力者は若林チヒロ(埼玉県立大学)、生島嗣(ぷれいす東京)、渡辺恵(エイズ治療研究開発センター)他である。

米国初期医療ソーシャルワーカーの活動展開過程の考察—その2—

萩原康子（東京国際大学）

<はじめに>：研究目的　現代の医療ソーシャルワークの方向性を問い、ますます発展を遂げていて、かつその為に患者や社会の期待や問題を新たに抱えながら必ずしもあるべき答えが示せない壁に直面している医療において、医療福祉を点検し医療ソーシャルワークの本来の役割を問い直すとき、その発達の原点から、検討しておくことが必要な作業となろう。米国の医療ソーシャルワークの活動は、専門職医療ソーシャルワークの出発点であるという点で重要な意味を持っているが、同時に我が国の医療福祉の方向性及び医療ソーシャルワーカーの出発点、すなわち病院への導入に直接的、決定的影響を与えた点で、きわめて重要なポジションを占めている。ことに、米国医療ソーシャルワーカーの誕生の地であるボストンのマサチューセッツ総合病院（以下ではMGHとする）は、我が国の医療ソーシャルワークの技術、機能のみならず理念、倫理についても直接的にモデルとして当時から求めるべき目標としての位置づけを持っていたと考えられる。本研究報告では、このようなMGHにおいて病院における医療ソーシャルワークの導入とワーカーの病院組織上の位置づけと配置の実現したが、ソーシャルワークの活動が社会的、職能的に確立し、認知されていくために不可欠な条件である他の医療機関への普及がいかになされたのか、その過程を明らかにすることを目的としている研究の部分的結果を扱う。前回のベス・イスラエル病院に関して報告したものと関連して両報告で一つの報告となるものである。

<研究対象と方法>マウント・サイナイ病院および保健機関の医療ソーシャルワーク　MGHでの医療ソーシャルワークは急速に東部医療機関を始めとして米国病院に普及したことがキャボット自身によっても言及されている。しかしその普及が順調に推移した要因は必ずしも明確ではない。研究方法として、病院研究で明らかにされた資料から医療ソーシャルワーク導入と機能的認知や活用を検討し、組織的設置の有無及び主導者、活動と活用等を内容として考察した。マウント・サイナイ病院は、19世紀末から活動的な医師

により模索され計画したが、1906年に設立された。その背景は19世紀末にボストンで急速に増加した東欧・南欧等からの新移民の中でもユダヤ系移民の多い居住地 WEST END の人々の健康問題と貧困問題、及び、病院建設に対して慈善団体が支援し強力に活動したことである。マウント・サイナイ病院は、一般の地域病院とはやや異なった機能を持っていたが、R. キャボットが診療部長の任に依頼され、引き受けた。それは医療的、医学教育において評価の高いMGHの部長であること、当時の社会事業活動に深い関心を持っていたこと、患者への共感を持ち心理的側面にも配慮を持つべきと考えていたことが優秀な医師であることに加えて彼への依頼理由であった。医療ソーシャルワークの必要性和意義に対しては、マウント・サイナイ病院の医師達は理解していたが、他方で、医療水準向上に強い関心と意向を持っていたことから、医療社会サービス部の正式な組織的設置は、ボストンの病院で最も遅れた。MGHにおいてソーシャルワーカーが参加するチーム医療の経験がある医師は神経系患者の家族的、心理的問題に医療ソーシャルワーカーの機能的有用性を認識し、臨床において活用に積極的であった。それには、在宅ケアが含まれ文化的要因についての医療ソーシャルワークがいかに診療において有用であるかについての認識を持つに至っている。また、病院医師の中には、その後公衆衛生局のスタッフとなり予防医療や医療教育の場面にチームメンバーとして医療ソーシャルワーカーを導入し活動を展開し、また、シカゴとの交流活動を通じて、予防活動や教育へのMSWの普及を担った。

<結論> マサチューセッツ州ボストンのMGHにおいて出発した現代医療ソーシャルワークの普及過程は、先ずボストンを中心とした東部の病院に急速に導入がみられた。1) 医療ソーシャルワークのMGHへの導入を行ったR. キャボットによってなされた等ニューイングランド医学界における彼の影響力が関連病院への説得力として作用したこと、MGHの医療界における社会的位置及び影響力。2) ボストンにおける新移民の医療問題・生活問題への医療ソーシャルワーカーの対応と保健行政・医師とのチームワーク 3) 普及過程としては要因としてのキャボット医師やアイダ・キャノンらの人的の交流に伴う経験の伝達 4) 医療活動に対する社会事業・慈善事業団体・リーダーの支援の重要性

第 1 5 回大会（2005年）抄録集

自由研究報告

抗酒剤を媒介としたアルコール依存症患者への援助 —ソーシャルサポートネットワークの変化からの一考察—

国立精神・神経センター国府台病院 心理・指導部 ソーシャルワーカー
○山本啓太、長竹教夫、他3名

はじめに、研究方法

市川市はホームレスが千葉県内で最も多い地域であり、当院にホームレス患者が入院することも少なくない。学会でもホームレス入院患者に対するソーシャルワークについて分析、検討した結果を報告した。その中で、ホームレス患者の抱える精神障害、とりわけアルコール依存症患者に対する援助について課題が残されていた。また、当院は精神科、身体科ともにアルコール依存症患者が入院することが少なくなく、入退院を繰り返してしまうケースも多い。

今回、当院において抗酒剤を媒介とした援助を試み、一定の成果を得ている事例を報告し、単一事例実験法 (Single Case Experimental Design) の手法を用いて、ソーシャルサポートネットワークの変化に着眼し、アルコール依存症患者へのソーシャルワーク援助を評価した。

事例

Ctは50歳代の男性。会社の倒産を期にX-4年にホームレスとなり、廃棄家電の収集にて生活費を得て、ホームレス仲間とともに酒盛りをするという路上生活を送っていた。

飲酒に伴う消化器科疾患や怪我などの問題行動により救急搬送され急迫保護を受けることを繰り返していた。

そのような中でアルコール専門治療プログラムに結びついたことがあったものの、最終的には自らドロップアウトしてしまっていた。

X年3月、胃潰瘍にて当院に救急搬送され入院となった。その後、退院可能となったが、入院期間が短期間であったため、ソーシャルワーカーの援助期間も短く、信頼関係が築けている支援者が不在であり、路上へ退院せざる得ない状況であった。

「酒はやめられると思う」「アパートを借りてほしい」という Ct の希望に対して、ホームレス支援団体は「口では酒をやめるというのだが、実行できない」、福祉事務所は「これまで課題をやり遂げたことがない」「弱腰、逃げ腰になって・・結局、酒をやめようという意志がない」という評価があり、援助関係は構築されていなかった。

しかし、Ctに少なくとも「路上生活には戻りたくない」「酒をやめたい。もう同じ痛みにあいたくない」という言葉もきかれていた。そこで、「酒をやめる」とい

う Ct の言葉を、路上であっても行動として示すことができる具体的で、Ct 自身が主体的に行動できる援助のあり方はないか、と相談室内にてケース検討を行い①再飲酒の機制、②援助関係の再構築、③底上げしての直面化（底つき）を目的とし抗酒剤を媒介とした援助の可能性が見いだされた。そして、担当医や関係機関との協議の結果、抗酒剤の管理及び援助を行うに至った。

Ct が支援者のところへ毎日抗酒剤を服用しに行くことで、それ自身が再飲酒の機制となり、また断酒の意志を行動や実績として支援者に示すことができた。支援者は、毎日 Ct に会い、断酒の意思を行動として確認でき、その姿を目の当たりにしていくことで、Ct に対する見方や姿勢が変わり、Ct を支える関わりがみられるようになった。その結果、支援者の援助によりアパートを借りることができた。

結果

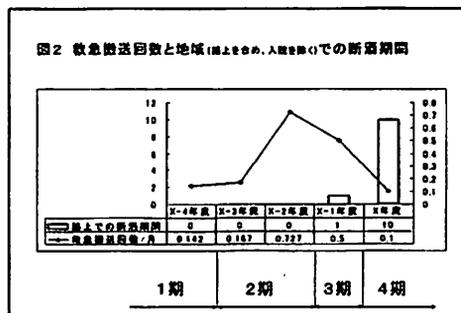
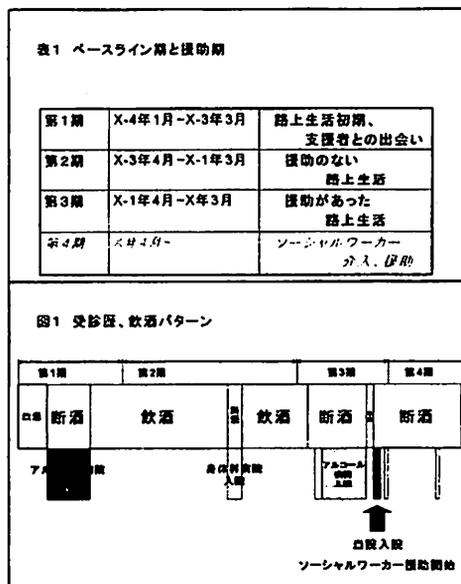
Ct がホームレスとなつてからの期間を表 1 のように 4 期に分けることができた。

4 期を医療機関受診歴・飲酒パターンで分けたものが図 1 である。第 1～3 期までのベースライン期においては、断酒したのは入院期間とほとんど重なっているが、ソーシャルワーカーが介入した第 4 期以降は地域でも断酒ができていく。

月当たりの救急搬送回数と路上での断酒期間を表したものが図 2 である。第 4 期は、路上を含め地域での断酒期間が最も長く、救急搬送回数は最も少なくなった。

考察

何らかの援助のあった第 1 期・第 3 期・第 4 期と、援助がなかった第 2 期それぞれにおいて、Ct が有していたソーシャルサポートネットワークを分析し、第 4 期以降におけるソーシャルワーカーの介入と援助の評価について考察したので報告する。



小児がんで子どもを亡くした母親の悲嘆プロセスとその援助 —ソーシャルワーカーによる悲嘆援助を通して—

日本女子大学大学院人間社会研究科 三輪久美子

1. はじめに

日本における悲嘆研究は、1980年代以降、精神医学や心理学の領域を中心として本格的な研究が始まったが、その論拠を欧米の研究に負うものが多い。死別体験者の悲嘆に関する調査研究についても、質問紙、あるいは一部の聞き取りにより、死別からの時間経過に伴う心理的反応を既存の欧米の悲嘆プロセスモデルに当てはめた演繹的分析がほとんどである。

そこで本研究では、小児がんで子どもを亡くした母親の悲嘆について、従来の悲嘆プロセスモデルを枠組みとして用いず、語りを分析することによって、子どものがん発病時からインタビュー時に至るまでの主観的経験における悲嘆プロセスを帰納的に明らかにすることを目的とした。また、その対象として、悲嘆援助にソーシャルワーカーが関わった母親たちを取り上げることにより、小児がんで子どもを亡くした母親に対する悲嘆援助としてのソーシャルワークについて考察する。

2. 方法

(1) 調査対象

小児がんで子どもを亡くし、ソーシャルワーカーから何らかの援助を受けた母親 12 名。

(2) 調査の手続き

財団法人「がんの子供を守る会」における調査研究審査会での審査・承認を得た上で、会のソーシャルワーカーの協力により会員の中から対象者の選定を行った。調査期間は 2004 年 5 月～7 月、2005 年 7 月である。

(3) データの分析方法

データの分析はグラウンデッド・セオリー・アプローチに基づいて行った。

3. 結果

分析結果から、小児がんで子どもを亡くした母親の悲嘆プロセスは母親としてのアイデンティティをめぐるプロセスであることが見出された。

子どもの生命と安全に全責任を負っていると感じている母親は、子どものがん発病によって母親としてのアイデンティティの大きな傷つきを経験するが、自分と子どもの精神状態の安定化を図るため、自ら社会的関係を極小化し、子どもと一体となって病気と闘う濃密な時間の共有によってそれは再度強化される。そうした状況下での子どもの死は、子どもの存在そのものの喪失であると同時に、母親としてのアイデンティティの喪失をも意味する。子どもの死後、子どもを守れなかった自責の念などにより自分を否定的にしか捉えられなかった母親は、他者に子どものことを語ることによって闘病における自分の努力や強さを発見し、自分自身を肯定的に受け入れていく。また、語りにおいて子どもの生と自分自身の人生に対して新たな意味づけや解釈を与えることによって、理想化され、時間を超越した子どもを内在化する。さらに、子どもの闘病と死を無駄にしたくないとの思いは同じような経験をする人たちへの支援活動へと母親を狩り立て、子どもの死に意味を見出していく。その過程で母親としてのアイデンティティは再構築されるとともに、癒しと活動の場となる、同じ経験をした人を中心とした新たな社会的関係が樹立されていく。

4. 考察

以上のことから、子どもを亡くした母親に対する援助として最も重要なことは、まず「語り」を受けとめ、子どもの闘病や子どもの死、子どもの生と自分自身の人生に新たな意味づけを与えることによってアイデンティティの再構築をともに行うことである。また、同じ経験をした人との出会いの場や子どもの闘病と死を生かす場を提供することも重要である。さらに、他者関係に齟齬をきたしている場合には、その関係を調整・修復させることも期待される。本研究から、小児がんで子どもを亡くした母親の悲嘆については、ソーシャルワーカーが悲嘆援助者として有効に機能し得ることが考察された。

ホスピスにおけるソーシャルワーク・アセスメントシートの分析 —米国オレゴン州ポートランド市でのフィールドワークを通して—

国立がんセンター中央病院
医療連携室／患者・家族相談室
御牧由子

1. 目的

米国ではホスピスケアは同一組織に属する学際的チームで提供されており、ソーシャルワーカーもメンバーに含まれている。2004年に発表された「全米ホスピスソーシャルワーク調査」では、患者・家族がホスピス機関に受理された際にソーシャルワーカーがインテークを行うことにより、すべての患者・家族の心理社会的状態を把握することが可能となっていることが明らかにされている。このようなソーシャルワーカーの役割・機能が患者・家族のホスピスケアに対する満足度を高めることにも影響しており、さらに医療的ケアや入院・入所ケアの利用率を最小限にとどめることにつながり、結果的にホスピス事業所のコストを抑えていることが報告されている。

本研究では米国ホスピスにおけるソーシャルワーク・アセスメントシートの内容分析を行い、ホスピスのソーシャルワーカーのアセスメントの視点について考察する。

2. 方法

- ①対象： 米国オレゴン州ポートランド市のホスピス機関5カ所。調査対象機関の概要は表1に示した通りである。
- ②期間： 2004年5月10日から8月6日
- ③方法： 各ホスピス機関で約2週間ずつ、フィールドワークを行った。その後、各機関のソーシャルワーク・アセスメントシートを邦訳し、内容を項目別に分類した。

3. 結果と考察

各機関のアセスメントシートの項目は、名前、性別、年齢等の患者の基本情報、介護者の有無等については5カ所とも共通している。しかし、焦点を当て

ている側面は患者の精神・心理的状态、ソーシャルサポートシステム、疼痛の

有無等、各機関によって異なっている。この結果から、ソーシャルワーカーのアセスメントの視点は各機関の特性、運営方針、ソーシャルワーカーの職務規定等に影響を受けていることがうかがえる。

本来、ホスピスケアの目標は患者・家族の QOL の実現である。ソーシャルワーカーは患者・家族ひとりひとりの QOL の実現に必要な援助を提供することと同時に、学際的チームの一員として存続するために、所属機関の運営に貢献することが求められている。今後、医療分野におけるソーシャルワーカーの役割・機能は、両者のバランスをどのように保つかによって大きく左右されると思われる。

表 1. 各ホスピス機関の概要

	ホスピス A	ホスピス B	ホスピス C	ホスピス D	ホスピス E
形態①	病院付属	Free-standing	HMO	home health agency-based	病院付属
形態②	Non-Profit	For-Profit	Non-Profit	Non-Profit	Non-Profit
患者数	170 人	70 人	150 人	130 人	200 人
SW	5 人	3 人	6 人	7 人	8 人
患者の紹介ルート	付属病院からの紹介が多い	患者の 8 割以上は施設入居者	患者の約 8 割は HMO の会員	契約を結んでいる医師からの紹介	付属病院からの紹介が多い

参考文献

- 1) Dona J. Reese, Mary Raymer (2004) Relationships between Social Work Involvement and Hospice Outcomes: Results of the National Hospice Social Work Survey. *Social Work* 49(3); 415-422
- 2) 白澤政和 (2005) 「ソーシャルワークにおけるアセスメントと援助計画に関する理論的・実践的研究 (第二報)」報告書

がんを患う人へのソーシャルワークアセスメントの視点 —効果的援助のために—

○久留米大学 小原眞知子 桃山学院大学 小西加保留
関西学院大学 藤井美和

1. 研究目的；本研究は、がん患者に焦点を絞り退院支援のアセスメントのための調査研究を行った。これはアセスメント研究の一環であり、今回は対象領域を中年期のがん患者・その家族への退院支援に特定し、先駆的に実践している医療機関のソーシャルワーカーに対してインタビュー調査を行い、アセスメント視点の検討をおこなった。

具体的には患者および家族へのソーシャルワーク援助展開過程からアセスメントに関わるソーシャルワーカー思考の明確化を図り、その共通性を検討することを目的とした。

2. 調査方法；

本調査では医療機関を7カ所選定し、平成15年9月～12月に専門ソーシャルワーカーに対して21事例に関してインタビュー調査を実施した。事前準備では、共通枠組みの中で、ケース検討が可能なように、実際に関わった患者事例をHepworth, D. H. & Larsen, J. A. の文献をもとに、兵庫医科大学医療福祉部で開発されたフォーマットを使用し、形式に準じてまとめられるように、インタビュー前にそれを送付し、作成後それらを回収した。それをインタビュアーは事前に読み込み、半構造面接を実施した。

調査内容は病状の特性を考慮し、患者・家族状況の変化時のアセスメントの捉え方、アセスメントにおける予測性、アセスメント項目、視点と援助介入の連動、背景にある価値・倫理観、諸ケースからの独自性と共通性などを考慮した。さらにソーシャルワーカーの援助内容から①患者の訴えに関する情報内容の量と質②情報収集・分析統合のあり方の確認③アセスメントの課題を確認④援助全体の中でのアセスメントの位置づけや方法などを要約フォームに即して調査を行った。

3. 調査結果；

(1)面接時の情報収集のあり方；どのような側面から、誰を中心に面接を進め、援助に必要な情報を収集するかの判断を重要視していた。特にがん患者の退院支援は個別性が高い。今後の方針を立てるための情報収集においては、収集する情報は時間

的な側面として、生活歴、生育歴、家族歴などを含めた過去軸、本人や家族の現時点での将来的展望や希望などを聞き取っていた。告知、治療、終末期ケアなどの方針決定などには本人を取り巻く家族や主要な人々の意向も大きく影響するため、本人の意向に沿った情報収集のあり方、本人の意思を尊重した形で行われていた。

(2)退院支援のアセスメントの視点と項目；アセスメントの視点は(1)疾病に関する事(2)本人に関する事、(coping resource を含む) (3)家族に関する事(4)ソーシャルサポート・社会資源活用(5)地域文化性、他の側面として(6)医療機関スタッフ system のあり方・院内・病棟の退院に対する捉え方(7)ソーシャルハイリスク・危機的介入の有無などが視点として挙げられた。アセスメント項目に関しては当日資料提示。

(3)アセスメントから援助方針、援助実践への連動について；①安心した療養生活と必要な医療の提供援助②本人と家族の意向の食い違いなど双方の調整③医療機関との家族の関係・力④退院支援の影響は医療機関内の組織方針、決定権保持者（主治医など）の見解、サブシステムの関係⑤患者の死に行く過程で起こる予期悲嘆、及び患者死後の家族の悲嘆の把握・予測⑥アセスメント範囲、空間・時間軸からの評価と介入との連動などが明らかになった。

4. 考察；(1) がん患者のソーシャルワーク援助は身体・心理・社会・霊的側面のアセスメントが必要であるが、個別の課題によって質的側面、範囲、時間・空間、深さなどが異なる。本人を含め、家族や近い人の影響は大きく、そのための十分なアセスメントが必要になる。アセスメントのどの部分（身体的、社会的、心理的、精神的、霊的）を強調するかによっても、ニーズの捉え方が異なり、これは援助内容にも影響する(2)援助者によってアセスメントの考え方、記述方法、内容の範囲にはそれぞれ相違があり、どの部分を持って「アセスメントを書く」のかという判断が多様(3)患者・家族の能力・力を把握することがその後の援助介入に反映する。

5. 今後の課題；

今後はがん患者とその家族の特性を考慮したアセスメント視点から、援助目標設定及び、援助介入の整合性をより明確にし、ソーシャルワーク教育や援助で活用できるマニュアル作成をすることが課題である。

尚、本研究は平成 15, 16 年度文部科学研究費補助金基盤研究（B）『ソーシャルワークにおけるアセスメントと援助計画に関する理論的・実践的研究』の医療班で実施された調査研究である。

若年ねたきり AIDS 患者の在宅支援

千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部

○葛田 衣重

1. はじめに

ねたきり AIDS 患者の、急性期診療を担う拠点病院への療養目的の入院は困難である。拠点病院以外の医療機関や在宅医療関係者の間には、HIV 感染症に関する知識と経験不足から受け入れに対する不安が大きい。若年者は、身障療護施設への速やかな入所も困難である。

平成 15 年 6 月、高卒後上京し単身生活中の 36 歳男性が PML を発症し千葉大学医学部附属病院に入院、全介助、意思疎通困難となった。病状安定後、出身地での療養を家族が希望したため、当該県の拠点病院に依頼したが、在宅療養を含めて受け入れ困難とされた。60 歳の母親が単身上京し、千葉市で在宅療養を行う方針となった。

2. 目的

千葉市での在宅療養支援から、ねたきり AIDS 患者の在宅療養への移行とその維持の成功の要因を明らかにする。移行期間は平成 16 年 10 月～17 年 2 月 2 日の退院に至る 4 ヶ月間。在宅期間は退院後 17 年 8 月までの 7 ヶ月間。

1. 結果と考察

(1) 在宅療養移行期間の支援内容

院内医療チームづくり：感染症管理治療部医師（主治医）、同師長、病棟担当看護師、理学療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーで構成。専門的見地と経験を生かし、在宅移行のための行程表を作成。定期的な会議をもち、進捗状況を確認、問題点を明らかにし解決。住宅整備：病人の療養を目的とした賃貸住宅確保が困難であったため、主治医、理学療法士の主導で千葉市内に公団住宅を確保した。経済基盤整備と負担軽減：生活費は障害厚生年金、市福祉手当および母親の老齢年金で充当。身障手帳（免疫機能障害、肢体不自由）1 級取得し、更生医療と重度医療費助成により医療費負担を軽減。日常生活用具等の給付により理学療法士主導で必要な介護用品を購入した。サービスプラン作成：担当看護師の指導により母親にケアの手技の習熟を図った。病棟ケアスケジュールを母親と検討し、週間サービスプランを立てた。サービスチームづくり：サービスプランに基づき、支援費制度を利用して介

護マンパワーを確保。母親、千葉市の区福祉担当者、地区担当保健師、訪問看護ステーションおよび7介護事業所、院内医療チームで構成。サービスチームの不安解消：退院前、サービスチームに対し主治医より HIV 感染症、感染予防に関する一般的な情報を提供した。病棟ケア見学を複数回実施し、患者の状態把握、母親の介助範囲を確認する機会を設定した。それぞれの役割を明らかにし、共同で在宅療養の現場により即したサービスプランを作り上げた。緊急時や事故発生時の連絡体制を構築し、バックアップは大学病院が24時間体制で責任をもって行うことを明確にした。

(2) 在宅療養移行後の支援内容

サービスチームの維持：退院後は1ヵ月半毎に定例会議を開催し、情報の共有と在宅での課題を検討した。大学病院が、定時、緊急時、レスパイト入院を含め全面的にバックアップ。院内医療チームが、サービスチームや母親の不安や訪問看護師の疑問にきめ細かく対応した。母親の心理的サポート：チームメンバー全員がそれぞれの立場から行なった。退院後は訪問看護師やヘルパー、地区担当保健師との会話が気持ちの安定につながった。

(2) 成功の要因

感染症の不安解消：退院前後にサービスチーム会議を開催し、情報提供と更新、問題点の解消を適宜行った。大学病院の24時間バックアップ体制によりケアに対する不安を解消した。母親のケア習熟：感染リスクが高い手技に関して、ヘルパーの介護は母親の補助から開始できた。退院後早期に、訪問看護師やヘルパーの母親に対する信頼と支持が得られた。病名周知を母親が了解：マンパワー確保の時点から、病名伝達を理解を母親から得た。これにより、HIV感染者の介護に対する不安は大きいものの、関心を持って取り組む意欲を示す事業所の選定が可能となった。母親と院内医療チームの良好な関係：入院当初より発生した様々な課題に取り組む過程を経て、相互の信頼関係、協力体制がすでに構築されていた。

2. まとめ

ねたきり AIDS 患者の在宅療養自体が未だ稀であり、ワーカーを含め病院スタッフも地域で在宅ケアに携わる専門職も経験が乏しく不安が高い。その不安を明らかにし、いかに解消するかが在宅支援を成功に導く大きな要因と考える。拠点病院への過度の依存ではない、地域一体となった支援体制の構築により、HIV感染者は状態に応じて適切な療養の場で医療を受けることができるようになると思う。本報告は千葉大学医学部附属病院感染症管理治療部横幕能行医師との協力により作成した。

透析者の QOL に影響する社会活動の諸要因

～質的調査による QOL 向上のカギ～

小田原循環器病院・東海大学大学院 ○伊藤良太
東海大学 田中千枝子

【はじめに】透析療法は延命のための医療ではなく、社会復帰のための医療であることが求められ、透析者の QOL の向上が重要な課題である。65 歳未満の透析者が 50%以上いる現状では若年壮年期にある透析者の QOL と社会活動である就学・就労・家事・近所づきあいや町内会活動などの地域での活動との関係を検討する必要がある。

健常者と比較して低いとされる透析者の QOL について社会活動(近所づきあい、友人宅の訪問、趣味の活動)との関係から量的調査を行った。その結果をもとにインタビュー調査を実施し QOL と社会活動の関係を明らかにすることによって、ソーシャルワークの質の向上につながる支援の方法を検討した。透析者の QOL に影響している社会活動をソーシャルワーカーが支援することによって、透析者の QOL が向上することに寄与すると考えた。

アンケート調査の概要

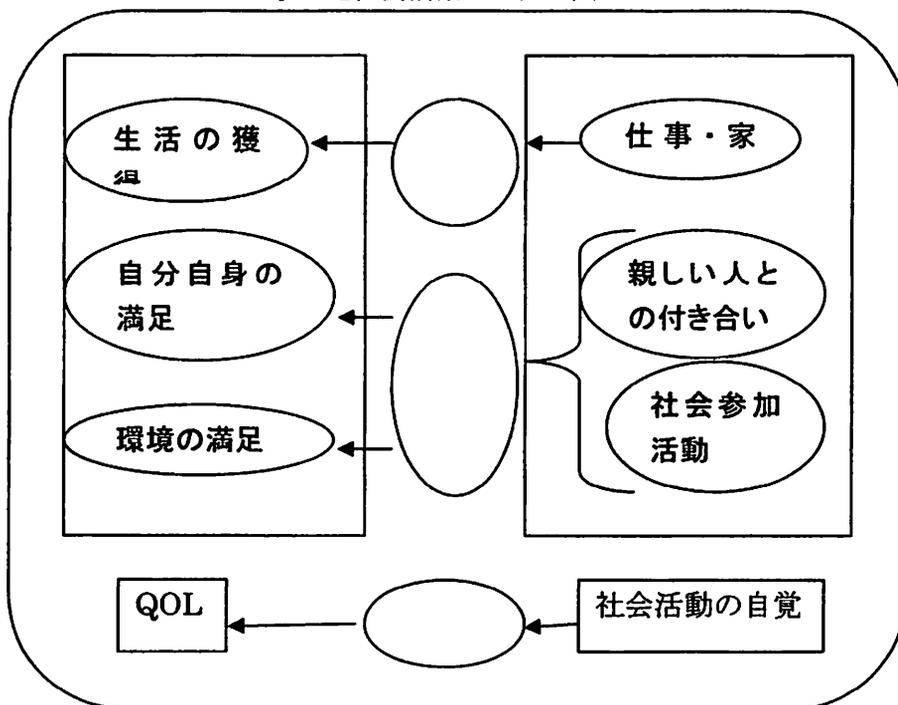
【アンケート調査の方法】調査期間は 2004 年 10 月～11 月の 2 ヶ月間。対象は神奈川県内において協力の得られた透析施設に通う 20 歳以上から 65 歳以下の患者。そのうち調査に同意を得られた 455 人に自記式質問紙調査を実施した。調査項目は基本属性(年齢、性別、家族構成、就学・就労状況、透析歴)の他、QOL 項目は WHO-QOL26 日本語版を用いた。さらに難病患者に対する主観的 QOL 尺度である「受容・志気」の尺度、およびソーシャルサポートの評価に Interpersonal Relationship Inventory(IPRI)の日本語版を用いた。社会活動については、社会活動の種類(近所づきあい、友人宅の訪問、趣味の活動)について程度、満足感を調査した。

【アンケート調査の結果】社会活動項目について因子分析したところ、以下の 2 因子が得られた。最初の因子は「近所づきあい」「町内会、自治会活動」「近くの友人・親戚を訪問」「地域行事(お祭り・盆踊りなど)への参加」「遠くの友人・親戚を訪問」の 5 項目に高い負荷量を示したので「親しい人との関わり」と命名した。次に、「市民講

座、各種研修会、講演会への参加」「奉仕・ボランティア活動」「趣味の会など仲間内の活動」、という内容から「地域参加活動」とした。その2因子とQOL尺度の因子との相関係数を算出した。その結果「受容」を除く各QOL項目は、社会活動項目の2因子との有意な相関があった。

親しい人との付き合いや地域参加活動をしている人の生活の獲得、環境の満足、志気は関連があった。つまり就業活動以外の社会活動はQOLに直接影響することがわかった。この調査では就業ではなく社会活動をしているという生活に対する能動的・積極的なことがQOLに影響すると推察された。つまり透析者の能動的な活動をソーシャルワーカーが支援することがQOLの向上につながると考えた。そこでアンケート調査の結果、積極的に生きていくという社会活動支援のためのソーシャルワークを考えるにあたって、その人が積極的に活動できる要因について、社会活動のどのような要素が、QOL向上に影響しているのかについて、質的探索的インタビュー調査を行った。詳細は当日発表する。

QOLと社会活動のモデル図



**医療ソーシャルワーカーの業務上の困難とスーパービジョンへの期待
ーソーシャルワーク・スーパービジョンの推進に関する調査からー**

金城学院大学 浅野正嗣

1. 研究目的

ソーシャルワーク・スーパービジョン（以下SVと略）は、社会福祉援助技術における関連援助技術として位置づけられ、ソーシャルワーク実践において必要不可欠なものといわれてきた。本報告でのSVはソーシャルワーカーの教育・訓練に焦点をあてたソーシャルワーカーのための支援システムをさす。しかし、報告者が1999年に行った愛知県医療ソーシャルワーカー協会の個人会員を対象とした調査では、回答を得た117名のうち半数がSVを受けたことがないことが明らかになった。SVは日本ソーシャルワーカー協会をはじめ日本医療社会事業協会、愛知県医療ソーシャルワーカー協会など関連団体において取り組みがみられるが、福祉実践の場では未だ十分に浸透しているとはいえない。今日のように保健・医療領域において相談専門職が競合するなかで、医療ソーシャルワーカー（以下MSWと略）が質の高いソーシャルワーク実践を展開するためには、実践を的確にサポートする内部システムの確立を図ることが重要であり、そのための方法としてSVのシステムを確立することは喫緊の課題である。本報告では、2005年3月から4月におこなったSVの推進に関する調査をもとに、MSWの業務上の問題とその対処方法、希望するSVの業務上の位置づけとその形態などについて考察する。

2. 研究方法

調査票調査 対象：愛知県医療ソーシャルワーカー協会個人会員 380人 方法：自記式調査票を用いた郵送調査 期間：2005年3月8日～3月30日 回収率：47.6%(181人) 調査項目：(1)「基本的属性」13項目 (2)「ソーシャルワーク業務について」4項目 (3)「スーパービジョンについて」14項目

聞き取り調査 対象：SV経験者2名（1名は個別SV経験者、1名はグループSV経験者） 方法：「聞き取り事前調査項目」に記入のうえ、約1時間スーパーバイジー体験を自由に語ってもらった。 期日：2005年4月

3. 結果

A. 調査票調査 1)基本的属性：回答者の74%(135人)が「経験年数10年未満」の比較的経験の浅いMSWで、73%(131人)は「医療機関に所属」し、88%(148人)の所が「MSWを複数配置」している。85%(154人)は「上司がいる」が、そのうち46%

(83人)は「上司がMSWではない」。2)ソーシャルワーク業務について：〈業務上で困る問題〉として「大変に困る」「すこし困る」の合計が半数を超える項目は、「ソーシャルワーカーの専門性」57%(103人)「業務に関するストレスの対処」56%(101人)「組織におけるソーシャルワーカーの立場」53%(96人)「仕事の配分」52%(93人)「利用者への援助の展開」51%(92人)である。〈困った問題に対する主な方法〉は「カンファレンス」36%(65人)「スーパービジョン」33%(60人)「コンサルテーション」23%(41人)である。

3)スーパービジョンについて：〈スーパービジョンを受けた経験〉は62%(112人)が「ある」と答えている。〈スーパービジョンを受けたことがない理由(複数回答)〉は84%(58人)が「職場にスーパーバイザーがいない」としている。「今後スーパービジョンを受けたい」と79%(143人)が回答し、そのうち80%(114人)が「業務の一環としての位置づけ」を希望している。その場所は「職場内」「職場外」に二分される。〈受けたいスーパービジョンの形態〉の第一位は「個別スーパービジョン」64%(92人)である。〈スーパービジョンに対して積極的でない理由〉は自由記述で、「時間がない」「必要性を感じていない」「スーパーバイザーがいない」などである。〈受けたいスーパービジョンの内容〉は「面接技法」「事例の援助の方法」「院内業務の進め方」などである。

B. 聞き取り調査

「スーパービジョンの契約」「スーパービジョンによる安心と不安」「スーパービジョンと指導の関係」「スーパービジョンにおける学習段階」「スーパーバイザーの養成」について当日報告する。

4. 考察

MSWは、専門性や組織での立場、利用者への援助など幅広い問題を抱えており、それら問題の解決方法としてSVに対する期待は大きい。スーパーバイザーのニーズとして、SVの実施においては職場内職場外のいずれにおいてもSVが実施できるような体制作りが必要といえる。調査票調査および聞き取り調査を通して以下の課題が明らかになった。SVはソーシャルワーク実践の質の向上を目的とするものであり、①主として業務の一環として行うものであることを業務上明確に位置づけること。②SVの目的を双方が明確にするため契約を交わすこと。③職場内SVにおいては上司がSVを実践できるようにスーパーバイザー養成プログラムを構築すること。④職場外SVでは受けたSVが業務につながるようなシステム作りを行うこと。⑤SVは1対1もしくはきわめて少人数で実施することを基本とすること。これらの課題はSVを推進するうえで重要であり、引き続き検討していくつもりである。

医療ソーシャルワーカーにおけるバーンアウトと教育研修体制

東海大学大学院健康科学研究科修士課程 ○八巻 加奈子
東海大学大学院健康科学研究科 田中千枝子 北島英治

1. はじめに

医療・福祉等ヒューマンサービス関連分野の職員はストレスが高く、そこから生じるバーンアウトは職業病であると言われている。医療機関におけるソーシャルワーカーは、療養上の心理・社会的問題を抱えた患者に対して、その人と環境の間に介入していく。患者とソーシャルワーカーを取り巻く社会経済上の現実は大規模な変革が要求されており、それに対応するため従事者のストレスは強まる一方である。しかし、医療機関における看護師などのバーンアウトに関連した研究はここ5年間においても多数あるが、ソーシャルワーカーのそれに関連する文献や先行研究は、福祉施設職員のものはいくつかあっても医療機関のそれは極端に少ないのが現状である。

2. バーンアウトの先行研究

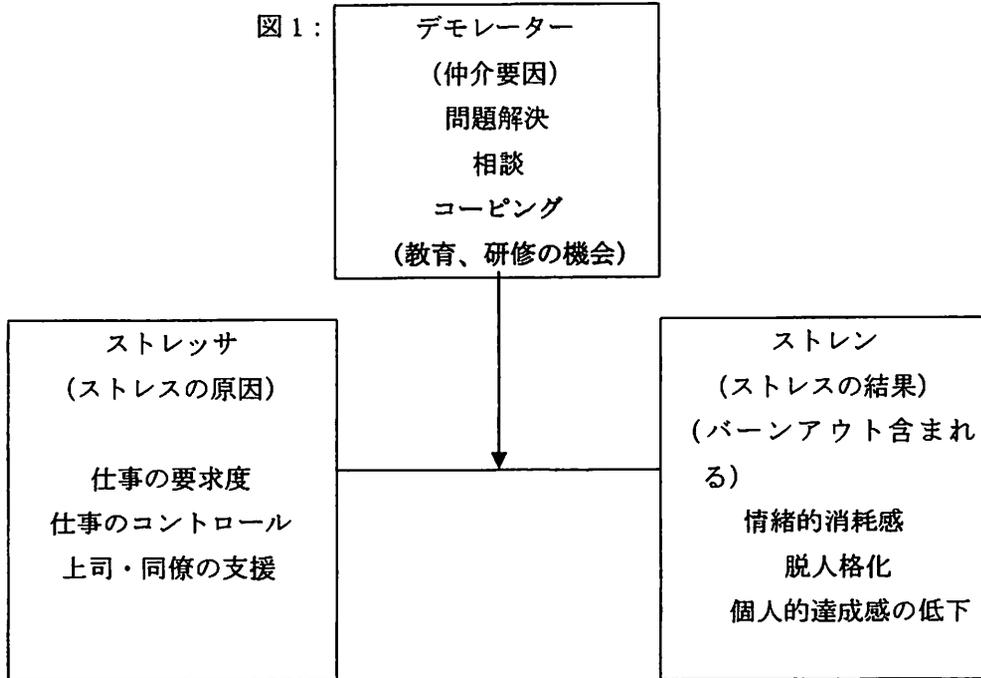
田尾(1996)は、クライアントとの慌しくゆとりのない関係が、バーンアウトの重要な規定因であるとしている。こうした仕事の切迫感の他に自律性の少なさも関係するといわれている。例えば、看護師は、医師からの指示に従わなければならない、仕事の自律性が低いので、よりバーンアウトになりやすいという研究がある。

(Dolan, 1987) ソーシャルワーカーにおける先行研究では、一般病院のMSWのストレスの実態と影響を及ぼす要因として、仕事量や責任の重さだけでなく、地位、収入、評価、尊重、安定性、昇進等さまざまな要因が関係するといわれている。また、個人的要因の他にソーシャルワーカーの配置数、組織での位置付け、兼任業務の有無、退院促進の役割を担っていると認識される環境的要因の双方がストレスに影響を及ぼしているという研究がある。(本家, 2002年)

3. バーンアウトとその対処の方法

バーンアウトのさまざまな因果関係が先行研究で報告されているが、本研究では、仕事の要求度やコントロール、上司や同僚からの支援というストレスの要因とストレン(バーンアウトも含まれる)の関係に割り込んで、その歪みの態様を変える

ことになるモデレータ（調整要因）に焦点をあてた。原因を取り除くよりは、対処の方法、つまりコーピングによってバーンアウトを軽減することに意味があると考ええる。特に積極的な問題解決や相談といったコーピングの他に、教育、研修の機会を効果的なコーピングと考え、「教育、研究の機会を対処の方法としてもっていればバーンアウトは生じないのではないか。」という仮説をたてた。（図1参照）



4. 今後の課題

日本医療社会事業協会の会員調査報告(2004年)によると、9割以上が大学院・大学卒である。福祉系・その他大学でソーシャルワークを学んで卒業したにもかかわらず、実践の現場においてバーンアウトを生じるのは、何故だろうか。継続した教育、研修の機会によって、意欲的に仕事に取り組めることは重要であると考ええる。医師であれば、2004年4月から卒後臨床研修が必修化された。ソーシャルーカーカーにおいてもサービスの質を確保し向上を図るには、質の高い担い手を養成する必要がある。教育、研修の位置づけとして、多くの専門職協会・団体が初任者・中堅者・上級者研修などを行っているが、それらの機会の拡大は、担い手の研修義務化を考える段階までできているとさえいわれている。(佐藤, 2001)今後の研究として、教育、研修という要素が重要なのではないかと考える。

なお本研究は、2005年度医学部研究ユニット(谷亀光則主任研究)によるものである。

特定機能病院における長期入院患者の退院阻害要因

東京医科歯科大学医学部付属病院 医療福祉支援センター
○米川亜希 佐原まち子 金子美智子 神原奈緒美

1. はじめに

大学病院をはじめとした特定機能病院には高度専門的な医療を提供する社会的役割がある。しかし、治療期間終了後も治療計画期間内に退院できない患者の数は少なくない。退院後、医療や介護が継続的に提供され、安心した療養生活を送れるよう退院支援は必要不可欠である。今回私達は、平成15年度、16年度の2年間に当センターで扱った退院援助ケースのうち援助日数が40日を超えた161ケースの退院を阻害していた要因について分析を行った。また、この結果を今後の退院支援にどのように役立たせることが可能なのかどうかを考えていきたい。

2. 研究方法

平成16年度当院老年病内科との共同研究「厚生労働省研究費補助金（長寿医療研究）高齢者の退院支援の標準化に関する研究」の中で作成した全国大学病院を対象とした退院支援の現状に関するアンケートの34項目《家族関係（5）、心理的側面（4）、環境（8）、医療処置（14）、身体状況（3）》を用いて、平成15年、16年の2年間に当センターで扱った退院援助ケースのうち援助日数が40日を超えた161ケースの退院阻害要因をチェックし、集計を行った。

3. 結果

平成15年4月1日～平成17年3月31日に当センターで扱った退院援助ケースのうち退院援助日数が40日を超えた161ケースについて、34項目の退院阻害要因をチェックしたところ、要因の1位「医療処置が問題で適切な受け入れ先がない」（91件・60%）、「高齢者世帯（夫婦のみ・独居）」（91件・60%）、3位「家族の介護力が弱いまたは少ない」（77件・51%）、4位「受け入れ先の待機期間が長い」（70件・46%）、5位「自宅近くに施設や病院が少ない」（66件・44%）以下省略となった。また、退院阻害要因の1位となった「医療処置が問題で適切な受け入れ先がない」にチェックがあった91件の医療処置阻害要因に限定し集計したところ、要因の1位「MRSAなどの感染症がある」（29件・31%）、2位「胃ろう・鼻腔等の経管栄養」（26件・28%）、3位「尿カテーテルまたは導尿している」、「頻回な吸引が必要」（25件・27%）、5位「IVHなどの点滴が必要」（14件・15%）、6位「気管切開している」（13件・14%）、7位「酸素療法が必要」（10件・10%）

以下省略となった。さらに、患者一人あたりについてどの程度重複して医療処置があるかどうか集計したところ、平均値 2.15、最大 7 となった。また、上記以外の医療問題としては、「特殊な薬剤を使っている」「輸血が必要である」「酸素の使用量が多い」「痴呆」「プリオン病等の数が少ない病気」等があった。

4. 考察

退院阻害要因の 1 位である医療処置については、特定機能病院であり重篤な症状・医療依存度が高いということがあり、当初退院阻害要因の多くを占めていると予想されたが、平均値は 2.15 あった。医療処置だけでは、重複していても直接的に長期入院患者の退院阻害要因とは言えず、医療処置の他に社会的な要因が重複することによって退院阻害要因になりうるということがわかった。

退院阻害要因の 2 位以下は、家族関係・心理的側面・環境といった社会的な要因が多くを占めている。阻害要因の多くが心理・社会的要因であるならば、そこにコミットして退院援助を行う SW の役割は非常に大きい。

現代の医療事情が複雑化しているため、支援過程の中では、患者家族が医療環境の変化を理解しにくく方向性の決定に時間がかかることがある。同時に療養資源に限界があり、「受け入れ先の待機期間が長い」「受け入れ先の入院費用が高い」等の状況が加わるため長期化する傾向があると考えられる。

5. 今後の課題

今回の調査は、当センターで 2 年間扱った退院援助ケースのうち平均援助日数 40 日を超えているケースを対象として行ったが、当院におけるデータが少ないため、今後、先行研究の分析、他病院と比較検討していきたい。

高齢患者の退院における患者・家族の困難の諸要因

東海大学大学院健康科学研究科修士課程 ○大塚 亜里

東海大学大学院健康科学研究科 田中 千枝子 北島 英治

1. はじめに

病院に入院すれば、“退院”は多くの患者・家族にとって訪れる出来事である。患者は入院することで医療と療養生活の場を医療機関から保障されるが、“退院”を促されると、それぞれの生活や人生の変更と決断をしなければならないこともある。そして、退院に向けて患者・家族の社会的なリスクが高いと医療機関側が判断するとソーシャルワーカーの援助が始まる。

このソーシャルハイリスクの枠組みは①退院後も疾病管理の必要があったり、障害を残す可能性が高い傷病の医学的ニーズ②退院後の療養生活を送る上で問題を生じやすいと予想される高齢者や単身者等の社会的属性からリスト化されている。こうしたスクリーニングリストは医療機関の専門職種側の視点で予測したものが多くを占める。このように患者・家族のリスクを医療機関側の専門的視点で捉えると同様に、当事者の視点から「困難」の内容を調べ、患者・家族のリスクを分析すること必要であると考えた。

ソーシャルハイリスクの枠組みを医療機関側の視点から患者・家族の視点に切り替えて考えることは、病院の機能分化や在院日数の短縮等の、医療機関側における諸事情が変化しても当事者の自己選択・決定を保障するために重要であると考えた。

2. ソーシャルハイリスクの日本における先行研究

日本での先行研究は、原田らが NTT 東日本関東病院「ソーシャルハイリスク基準の開発」として患者の疾患に関わらず、①介護に問題がある②65歳以上③退院後介護支援が必要な患者④患者の理解力に問題がある⑤入院前から福祉サービスを利用していた⑥認知症の疑いまたは認知症がある⑦入退院を頻繁に繰り返す⑧予後不良の疾患の8項目で開発している。また田中の社会保険中央総合病院「スクリーニングリスト」では①年齢・世帯に関するもの②障害に関するもの③疾患に関するもの④その他をリスト化して、ハイリスク患者の援助漏れや不適切な時期からの援助開始を防ぐ研究を行っている。

3. 調査方法

本研究では、ADLの変化や入退院の繰り返しや受け皿の問題、経済問題に

直面することが多い高齢患者の家族を対象とした。

対象医療機関は一般急性期病院（1 医療機関）。対象は 65 歳以上の高齢患者の家族で退院援助に該当する 84 名に対して、ソーシャルワーカーがインタビュー面接時で家族から聴取した内容を分析した。

4. 結果

家族から呈示された項目を(表)に記載した。この内容には、患者・家族の医学的ニーズ、社会的属性を除いた項目の他に医療機関側スタッフの関わり方、対応に関する項目が含まれていた。退院援助を開始する前段階で家族に与える不確かさが患者・家族側の要因と結びつき“ソーシャルハイリスク”となっていれば、さらに困難を深める可能性もあると考える。

5. 今後の課題

家族から聞かれた内容では“分からないこと”“不明なこと”がいくつか含まれていた。これは、患者・家族の「困難」が必ずしも患者・家族側の単独な要因で生じているとは限らず、医療機関側が関与する要因と関連しているとも考えられる。今後は、この項目をクラスター分析して医療機関側の要因と患者・家族の要因との関連性を考察して、さらに他医療機関で量的調査を展開し、ソーシャルハイリスクの枠組みを考えていくことが課題である。

表

患者・家族側の要因	医療機関側の要因
入院中に家族の費用負担が生じている	スタッフの制度説明がよくわからない
家族の健康状態が悪い	患者の言動にスタッフが対応できない
患者が一人暮らし	自宅退院を勧めるスタッフの関わり
家族の介護経験がない	退院を促されている
介護方法がわからない	退院時期が不明確
医療処置の手技がわからない	スタッフとコミュニケーション取れない
将来患者に必要な費用	予後の説明がない
今後の人生設計が立たない	ADL のゴールが不明確
入院前より ADL が低下している	リハビリをしても頭打ちという医師の説明
入院によって認知症が出現または進行	緊急時の入院の保障がない
入所施設に戻れない	病状経過の説明がない

* 本研究は東海大学医学部共同研究プロジェクト（谷亀光則主任研究）によるものである

「脳損傷」という出来事への家族の主観的認識と その精神的ストレスの関連

甲子園大学 医療福祉マネジメント学科 赤松昭

1. 背景と目的

近年、脳損傷による高次脳機能障害をもつ者とその家族への支援の気運が高まりつつある。しかしながら家族支援のための調査研究はまだ少なく、加えてその方法についても本人の障害特性、あるいはサポートの欠如等によってもたらされる「介護負担感」をどう軽減するか、という観点で検討が重ねられている。しかしながら、脳損傷という体験、すなわち本人と家族を襲った突然の事故や、脳疾患の発病をめぐる一連の出来事を家族がどのように認識し、そしてそれが現在の家族の心理社会的側面にどのような影響を及ぼしたかについて着目した研究は少ない。そこで本研究では「受傷(発病)・治療をめぐる体験」、すなわち「出来事としての脳損傷」を家族がどのように認識し、そしてそれが家族の精神的ストレスとどのように関連しているのかを明らかにすることを目的とする。

2. 対象と方法

対象は脳損傷当事者団体の会員(家族) 合計 213 名。調査方法は郵送による自記式質問票を用いた(調査期間 2004 年 5 月から 6 月まで)。有効回収票は 122 票であり、有効回収率は 57.3%であった。1)従属変数：心的外傷ストレス障害(PTSD 様症状)の測定に「改訂出来事インパクト尺度日本語版」(IES-R)、現在の精神健康の測定に「精神健康測定尺度-12 項目版」(GHQ-12)、介護負担感の測定に「Zarit 介護負担測定尺度短縮版」(J-ZBI_8)を用いた。2)独立変数：本人の基礎属性等の他、家族の脳損傷という出来事への主観的認識を尋ねる項目として、①加害者への想い、②後悔の念、③医療者からの差別体験、④親戚・親族の対応、⑤以前の本人の姿へのこだわり、⑥周囲の視線が気になる、⑦回復への望み、を設定した。独立変数と従属変数間の関係をみるためには分散分析を用いた。

3. 結果

集計の結果、脳損傷という出来事への主観的認識のいずれの項目も「強くそう思う」と「そう思う」の合計が、「そう思わない」の割合を超え、受傷・から治療に至る経過に家族は強い思い入れのあることがうかがえた。さらに、分析の結果、

IES-R と関連を示したのは、「②後悔の念」「④親戚・親族の対応」「⑤以前の姿へのこだわり」「⑥周囲の視線気になる」であり、GHQ-12 と関連を示したのは、「後悔の念」「親戚・親族の対応」「元気な姿へのこだわり」「周囲の視線が気になる」であり、J-ZBI_8 と関連を示したのは、「医療者からの差別体験」「親戚・親族の対応」「以前の姿へのこだわり」「周囲の視線気になる」であった。いずれも、設問に対して「強くそう思う」と回答する者の得点が高い傾向が示された。

4. 考察

「脳損傷への主観的認識」の多くの項目が各尺度と関連を示したという結果は、ガン患者や臓器移植レシピエント等家族のストレス症状の出現が、治療体験への家族の主観的認知と関連している、という先行研究結果(Young 2003, Taieb 2002, Kazak 1998)と一致することとなり、他の傷病患者家族と同様、脳損傷者家族の場合においても、受傷・発病から治療期に至る体験は、その後も精神的なダメージを負わせるだけのインパクトをもっていると考えられる。「親戚・親族との関わり」が全ての尺度と関連をみせたが、これは質問票の「親戚・親族はいろいろ言ってくるが肝心な時には役に立たない」という質問文に反応していると思われ、サポートがポジティブに働かなければ、近親者の存在もかえって家族のストレスを高めることになると考えられる。また「以前の姿へのこだわり」「周囲の視線気になる」も同様に全ての尺度と関連を示し、本人の障害をどう受け止めるかということについて、家族は大きな葛藤を抱えていることがうかがえる結果となった。しかし一方で「回復への望み」がどの尺度とも関連を示さなかったが、こうした希望は家族のネガティブな感情に必ずしもつながるものではないことを示していると考えられる。

5. まとめ

本研究は、脳損傷者家族をいわゆる「障害者介護家族」ではなく、「事故とそれに続く治療場面でトラウマティックな体験をした家族」という視点で新たに捉え直し、それがその後の家族の精神的ストレスとどのように関連しているかを明らかにしたものである。しかしこの結果を、単に脳損傷者家族は「脳損傷という体験」のために様々の精神的ストレスに曝されている、という視点だけで捉えるのではなく、家族が抱える多元的課題（事故をめぐる警察・司法とのやりとり、保険給付をめぐる保険会社との交渉等、保険福祉領域に止まらない課題が輻輳している状態）がそのストレスの高さに反映している、というように理解する必要があると考えられる。

患者サポートセンターでの試み（アドボカシー看護師との協働）

伊勢原協同病院医療相談室

川崎弘子

（はじめに）

伊勢原協同病院では、2004年4月から医療相談室は患者サポートセンターとして機能している。臨床研修医指定病院では患者相談窓口を設置することが必要となったためである。厚生労働省の医療改革の中でDPCの導入、在院日数の短縮の一方、クローズアップされたのが「患者中心の医療」「医療の質の確保」である。患者の医療における選択権を確保する為には、納得のいく情報提供が必要となっている。そこで筆者は、患者サポートセンターにアドボカシー担当を置く事を組織に働きかけ実施に至った。

（患者サポートセンターの業務）

患者サポートセンターの業務は、下記のとおりである。（人数は常勤換算）

- ①ソーシャルワーク業務（社会・心理的な相談援助業務） 2.5名
- ②ケアマネージャー業務（ソーシャルワーカーと協同して入院から在宅、在宅から入院へという病院と在宅を結ぶ一貫したソーシャルワーク） 1.5名
- ③アドボカシー看護師業務（患者にとって望ましい医療提供への援助） 1名
- ④臨床心理士業務（患者、職員への心理職によるアプローチ） 1名

これまで「チーム医療」の一端を担う職種としてソーシャルワークを行ってきたが、昨年度より、小さな部署に複数の専門職が働いている。同じケースを対応する場合の考え方、アプローチの違いをディスカッションする中でそれぞれの職種の視点、価値の違いが伺えた。ここでは、アドボカシー担当の看護師とソーシャルワーカー（以下SWと記す）との違いに焦点を当ててみたい。

（看護師とSWの視点の違い）

田中千枝子氏は、看護師とSWの視点について「看護師とSWは常に協働しているチームメイトだが、同じ生活を捉えるのでも『療養生活』と『社会生活』というように、基盤となる生活の捉え方と内容が異なっている。また、一人の人間のLIFEの異なるところから発想して、逆の方向性で相補的に連携を取る必要がある」と述べている。

（アドボカシーへの視点）

権利擁護・アドボカシーについて、北野誠一氏は、本人の自覚や情報と技術の確保、サービス提供者を含む周囲への意識啓発を志向する。主にソーシャルワーカーによるアシスティブアドボカシーがある。アドボカシーは、その担い手による問

題意識の持ち方、ウエイトのおき方、アプローチの仕方が異なることによって目標の設定が異なり、重層的に行なわれるべきものであるという。

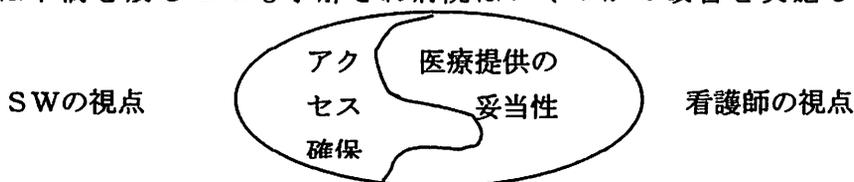
また渡部律子氏は、患者や利用者の選択と契約における自己決定の支援が確立されるべきであり、「ソーシャルワーカーという職業が最重要視する職業倫理・価値である」としている。

一方、日本看護協会看護者の倫理綱領前文では「看護はあらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してそのまま、その人らしく生を全うできるように援助を行なうことを目的としている。また条文で 1.看護者は、人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重する。4.看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」。これは、看護師のアドボカシー業務を行なう際の重要な倫理となっていると思われる。

(事例による考察)

氏名 Y. K 氏 男性 (72 歳) 病名 出血性脳梗塞、認知症

家族より、医師の診療に対する不信、入院中の職員の対応への不満について苦情の申し立てあり、看護師と SW が協働して対応。看護師は、医療提供の妥当性をカルテの確認、医師、担当看護師へのインタビュー等で確認。SW は係わった複数の医師と家族との話し合いを持つ事を実施。両者で院内対応の調整を行った結果、家族は不満を残しつつも了解され病院はいくつかの改善を実施した。



(終わりに)

アドボカシー看護師の着目点は「患者さんのセルフケア能力を高めること」だといっている。これは看護の視点を生かした自己決定のアプローチである。また SW の着目点は、「納得のいく医療提供を求める為のアクセスの確保」である。これは、社会的な側面からの自己決定に重要な情報の確得につながる。おたがいの違いを知り尊重しあった上で、様々なバリエーションで患者の苦情対応を行い、院内への提案、業務改善を実施した。この実践からアドボカシー業務という限定ではなく、通常業務の上でも他職種との違いを認め合い、協働を生かす事ができる。そこには我々の専門性が、他職種に認められる必要がある。ここに病院では少人数である SW 援助業務の展開の可能性が示唆されていると考える。

児童虐待防止ネットワークと医療機関の役割

上智大学 高山 恵理子

1. はじめに

2005年4月より、子ども虐待に関する第一義的相談機能が市町村に委譲され、より住民に近い単位で、家族ケアが行われることになった。これに伴い、地域の関係機関のネットワークの重要性はますます高まり、医療機関が一連のケアに一定の役割を果たす必要性は増してきたと考える。筆者は、「市町村における子ども虐待に対応する相談員及び相談業務担当職員の研修に関する調査研究」プロジェクト(日本社会福祉士会)に参加したが、調査結果を通して児童虐待防止ネットワークにおける医療機関所属ソーシャルワーカーの役割について考察する。

2. 調査概要

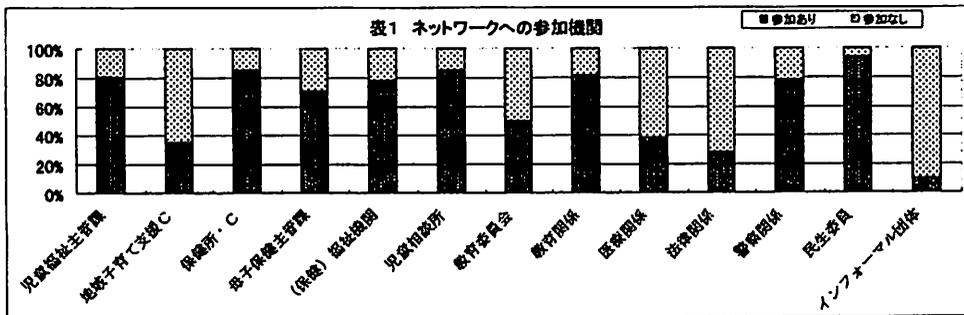
調査対象は市町村児童家庭福祉主管課である。調査対象は、政令指定都市を除く全市(687)と、無作為抽出による町村(各全体の20% [416町]、15% [90村])で合計1193市町村である。回収は623(回収率52.5%)であった。調査は2004年10月-11月に実施した。

3. 調査結果

児童虐待防止ネットワーク(NW)に関しては、(1)NWの有無と形成時期、(2)NW会議開催頻度とNWの機能(3)参加メンバーについて調査した。

(1)NWの有無と形成時期：NWは、404市町村(64.9%)に存在した。形成から4年を経ているものが最も多く102件(25.2%)であった。

(2)NWの会議開催頻度と機能：会議の開催頻度は年1回・2回が最多で合計249件(61.6%)であった。機能については、8項目について調査したが(重複回答)、



「具体的ケースの連絡調整」「相互理解」が最も多くあげられた。特に、この傾向は会議開催頻度が1回・2回のグループで顕著であった。

(3)参加メンバー：表1のとおりで医療機関

は145件(38.6%)のNWで参加していた。

表2 医療機関関係の内訳(重複あり)

(4)医療関係参加メンバーの内訳

医療機関関係参加メンバーは、表2のとおりで、医師の占める割合が大きかった。

医療機関	41	MSW	6
病院・医師	23	MSW協会	1
医師会など	107	看護協会	1

4. 考察

調査結果より、ネットワークの機能は、「具体的ケースの連絡調整」と「メンバー間の相互理解」が中心的であり、開催頻度は1-2回が最も多かった。医療関係の参加は38.6%でみられ、その多くは医療機関代表と医師であることが判った。

医療機関所属ソーシャルワーカーは、図2のとおり、NWへの参加はほとんど確認できなかったが、以下の2点からNW参加の意義は大きいと考えられる。

①初期介入を担当するSWの役割とスタンスの地域での共有。調査では、医療関係のNWへの参加は、主に医師によって担われていた。これは、医師が機関を代表している点、ネットワークが医学的な意見を求めているためと考えられる。一方、病院所属のソーシャルワーカーは、虐待した親に最初に介入し得るソーシャルワーカーである。この点で、今後のケア・支援を方向づける重要な位置において、介入の際の姿勢を関係機関と共有することは重要であると考えられる。

②医療を完結する役割から地域ケアシステムの一端を担う役割のソーシャルワーカーへ。地域におけるネットワーク構築は、地域の福祉等の施設・機関が、使命を共有し持てる機能を相互に結び付け、新たな資源を創設させることを意味すると考えられる。医療ソーシャルワーカーは「業務指針」に「地域活動」が挙げられているように、地域における積極的な関わりが求められている。

法改正に伴い、児童虐待に関して市町村が一定の役割を担うことになった結果、「虐待発見ー通報ー介入」から、「子育て支援ー虐待予防・早期発見」へと、児童虐待対策の仕組みは現実に変化することが期待されている。このような動きの中で、医療機関所属ソーシャルワーカーがネットワークに参加することによって、児童虐待ケースに関わる際の対応を明確にし、それらの対応を地域のネットワークにて共有することは不可欠な備えであるといえるだろう。

(本報告は、独立行政法人福祉医療機構子育て支援基金助成事業である「市町村における子ども虐待に対応する相談員及び相談業務担当職員の研修に関する調査研究」(日本社会福祉士会 代表 栗原直樹)によっている。調査は、市町村が第一義的な相談を受けることになるのに伴い、市町村担当職員に必要な研修内容を検討することを目的に行われたものであることを付記する。)

実習教育教材開発研究

—精神保健福祉援助実習の充実を目的に—

○ 武田加代子 (天理大学)

南 彩子 (天理大学)

巖 弥生子 (川越病院・天理大学)

1. はじめに

精神保健福祉援助実習を希望する学生が、何故精神保健の分野で実習をしたのか、実習を通して何を学び、何を身につけたいのか、そのためには実習に向けてどのような準備をしなければならないのかを明確にするのが精神保健福祉援助実習指導である。精神障害者の社会復帰に向けての取り組みに関するビデオ教材は数多くあるものの、精神科ソーシャルワーカー (精神保健福祉士) 自身に焦点を当て、ソーシャルワークのプロセスが映像として表現されている教材を見出すことは困難であった。そこで、精神障害の発症、入院、治療、退院に至るまでに精神保健福祉士がどのように関わったのか、すなわち、援助の各段階における課題やアセスメント、援助のポイントやその時に用いるスキル等について学ぶことのできる視聴覚教材の開発が必要ではないかと考えた。今回の報告はドラマ仕立ての VHS, DVD, 及び手引書から成る実習教育教材の開発プロセス、内容及び学生の講評である。

2. 研究方法

(1)ブレインストーミング

本研究の趣旨を理解するメンバーによりブレインストーミングを行い、全体構想を描く。メンバーは病院勤務の精神保健福祉士 1 人、精神科医師 1 人、大学教員 4 人 (内天理大学教員 2 人)。

(2)ストーリー創りと脚本化

実際の事例を下敷きに物語を創作する。

特にソーシャルワーカーがその時々何を考え、何を感じ、どのようにアセスメントした結果どのような言動となって表現されたのかを徹底的に話し合い、分析を重ね、出来上がったストーリーを脚本化した。

(3)撮影とその準備

脚本を実際に映像化するための絵コンテ、一部のキャスティング、撮影ク

ルー等は業者委託するため、監督および業者との打ち合わせ、台本読み合わせを重ねる。

(4) DVD と手引書の作成

撮影された VHS 用の映像の中から実習指導及び援助技術演習に使用する場面を選択して DVD に加工する。さらにその場면을どのように授業の中で用いるのかを解説するために手引書を作成した。

3. DVD コンテンツ

- ① クライアントから旅行のお土産をもらうことの是非
- ② 入院形態の学習
- ③ 隔離室の目的・機能の学習
- ④ ソーシャルワーカーとしての応答練習（1～3）
- ⑤ ソーシャルワーカーのアセスメント
- ⑥ 記録やフェイスシートについての学習
- ⑦ 精神障害者保健福祉手帳
- ⑧ ソーシャルワーカーの役割

4. 結果

ソーシャルワーカーは内在化されたソーシャルワークの価値や倫理の基盤に立って日々の実践を行っているが、それらは外から伺い知ることが困難な思考過程、何気ない視線や言葉の端々、ほとんどそれとはわからない態度や行動となって表現されているのが常である。本教材はそれらを可能な限り目に見えるかたちにして解説することにより、実践を伝達可能な価値と知識とスキルとして理論化する試みである。

実習指導に導入してみて学生は精神保健福祉士の仕事がよくイメージでき、実習課題の設定もしやすかったように思われる。学生の感想として「ソーシャルワーカーがクライアントの意思を尊重しているところがよくわかった。」「クライアントの話をじっくりと傾聴している様子、クライアント自身からの情報をうまく話しの中から引き出している場面がよくわかった。」「ソーシャルワーカーは座る位置にも配慮している様子がわかった。」等々であった。

(本研究は文部科学省の高等教育研究改革推進経費の助成を受けて社会福祉の実践教育法に関する研究として認可された研究の一部である。)

統合失調症のクリニカルパス作成の試み ～ソーシャルワーカーの視点より～

○長竹教夫（国立精神神経センター国府台病院）
相原和子（国際医療福祉大学）

はじめに：精神科でのクリニカルパス導入は、一般科に比較すると研究報告は少なく、さらにソーシャルワーカーの実践報告は少ない。2004年6月に国際医療福祉大学精神保健福祉実習指導者会議においてクリニカルパス作成のワークショップに参加し、精神科においてもソーシャルワーカーの視点から独自のパスを作成する意義を学ぶ機会を得た。中でも、精神障害の中には慢性的な経過をたどる疾患が多いために「入院」という限られた時間を意識し、退院までを3つの時間軸（急性治療期、安定期、退院準備期）で捉えたことは、一日単位の時間軸で構成されたパスにのれなかったソーシャルワーカーにとっては重要な視点であった。そして、援助プロセスを意識化して関わることで、ソーシャルワークの必要性を自他共に認識でき、援助のアカウンタビリティや評価にも耐えられる可能性を見いだしていきたいと考えた。今回、ソーシャルワーカーの視点から統合失調症のクリニカルパス作成を試みたので報告する。

研究方法：①精神科疾患の中で、精神科病棟入院患者の約6割を占め症例数が多い統合失調症を対象疾患とした。

②統合失調症患者の社会復帰援助事例の中で、地域社会での生活に復帰できた代表的な事例を10例（初回入院事例、通院患者の入院事例など）を取り上げ、事例研究を行った。

③退院までの時期を3期（急性治療期、安定期、退院準備期）に分け、各期においてSWがどのような視点で、どのタイミングで、何をしてきたかをSW記録に基づいて振り返り調査した。

④各期ごとの患者アウトカムを設定し、アウトカムを達成するために必要と考えられる介入項目、チェック項目を考案した。

結果：右記に示したようなパスを作成した結果、①ソーシャルワーカーと他職種とがオーバーラップする業務が多い中で、ソーシャルワーカーの独自の機能（入院時の人権の確認、関係性の視点、ネットワークングの大切さなど）が明確になった。②3つの時間軸に分けることで、ソーシャルワーカーの専門的価値にのっとった業務の遂行が可能になる。③新人教育や学生実習教育にも役立っている。

時間軸	急性治療期	急性治療後安定期	退院準備期	外来・通院
介入項目	Acute phase	Post acute stabilization phase	Remission phase	
	精神運動興奮 攻撃性(自傷・他害) 幻覚妄想状態	急性期症状の消退後に生じる人格 の退行	急性症状、退行の回復 対人関係の安定 外出・外泊(同伴→単独)できる 社会復帰への不安	
医師	診断の確定、薬物療法 etc 治療方針の決定 個室 常時病状観察 隔性症状の鎮静 自傷・他害の予防 身体衛生状態の確保・維持・管理	大部屋 随時病状観察 規則的な日常生活リズム回復・維持 院内(病棟)作業・レク活動への参加 障害の受容・病棟への促し 服薬習慣の獲得 基本的な病者の人格制限の解除	開放(病棟) 外出(同伴・単独) 外泊・外来通院への動機付け 家族・知人面会 退院後の治療計画、社会復帰計画 診断の再確認	デイケア 復職 復学 服薬・外来 通院の励行
看護	身体・衛生状態の確保・維持・管理 安全の確保(自傷・他害の予防) 症状などの観察及び報告 治療補助(内服状況、食事摂取 etc)	症状の観察及び報告 患者・家族の意向の不安の把握と院内スタッフへの連絡 安全の確保 日常生活自立のための支援	症状の観察及び報告 (外出・外泊等の環境変化による変化 etc) 退院計画に基づいた日常生活の自立支援	
SW	介入について検討 SWについて説明 ニーズの把握 療養環境、経済的問題、社会生活問題など 入院形態・告知の確認 家族関係の確認 入院時アセスメント	心理・社会的問題への対応と調整 経済的、療養環境など 社会生活能力及び関係性のアセスメント 身体面、家族関係、対他関係能力、対象関係(学校、会社、社会など) エコマップ作成 退院後の生活イメージを確認 退院に向けての院内関係職種との連携、強化 診療方針の確認、服薬管理、病状の把握、 退院計画会議	退院先の場の確保 アパート、社会復帰施設などへの見学、訪問 退院後の生活安定確保 外来通院確保、経済的安定確保、服薬確保、危機対応へのスキル 家族教育 院内外の関係機関との連絡調整 退院時ケースカンファレンス サポートネットワークの構築 退院後に取り組むべき課題を確認	通院状況確認、生活状況の確認(訪問等) 地域生活支援センター等地域の関係機関との連携 自立支援(就学、就労など)
アウトカム	安心して入院できる	"おかれている"状況の理解が進む	安心して地域への退院を迎えられる	自立した地域での生活の継続

クライアントにアセスメントを“語る”

— その意味と重要性 —

西陣病院 山本みどり

1. はじめに

「アセスメント」という言葉が、対人援助の領域で頻繁に使われるようになった。ソーシャルワーカーにとってもアセスメントは重要な援助プロセスであり、十分その意味が検討されなければならない。なかでも重要視される“アセスメントの共有”は、本当に意識的に実践されているのだろうか？ 厳しい時代を超えていかねばならない今、援助の原点にあるワーカー・クライアント関係をソーシャルワーク・アセスメントの場面から再考する。

2. 援助プロセスに変化をもたらす背景

援助プロセスにクライアントが積極的に参加し、クライアントと意見の一致を見ながら目標に向かうという援助のあり方は、ソーシャルワークを構成する重要な要素である。しかし、次のような社会的状況を背景に、ワーカーの関心が眼前のクライアントから離れ、両者の関係をさほど意識しないまま援助が進む傾向にないだろうか。

- (1) 専門業務のマニュアル化
- (2) アセスメントツールの開発と依存
- (3) 他職種から求められる“分かりやすさ”
- (4) サービスのマネジメントが援助の主流に
- (5) 効率・スピード・短期決戦の担い手としての期待
- (6) プロセスより結論
- (7) 組織の後ろ楯を得たソーシャルワーカーの“力”

3. 事例から

【事例A】

A氏は58歳、大手企業の部長職にある。遠く郷里で独居生活を送る母親が骨折で入院の後、「要介護1」で老人保健施設に入所中。1ヵ月後の退所が決まっていた。A氏宅では同居できる状況になく、このまま遠距離を通い続けるにも体力の限界を感じていた。母は初めての入院で気弱になり、安心を理由にオムツが外せない。聞きかじりの情報を頼りに、母を連れてA氏の居住地で3ヶ所のケアハウスを見学した。期待に反し「元気な人が対象」と難色を示されたが、交渉の末、一ヶ所の申請を済ませていた。母も同意していると言う。A氏は落胆や焦りを抱えながら、“短

期間に転々とすることなく、家族が行き来しやすい入所施設”の情報を求めている。

【事例B】

実家近くの婚家に住むB氏は、昼夜を問わず“被害”を訴えて攻撃的に動き回る父親（独居）の介護に悩んでいた。頑固で思い込みの激しい元来の性格をベースにした認知症状、B氏は父に対する否定的な感情を募らせ、葛藤を強くした。やがて日常生活にも困難が出始め、B氏は介護サービスの利用を切望した。一方、従来の経験から、自分の家への強いこだわりや集団に馴染めない父に、それが容易でないこともわかっていた。サービスの利用を成功させるために、慎重なアセスメントが必要となった。

<アセスメントを“語る”ことによる進展>

【事例A】母への思いの表出。母が歴史を刻んだ郷里での生活を再考することを決めた。

【事例B】在宅生活の模索をあきらめず、関わり続けながら父への理解を深めていった。

4. “語る”意味

- (1) (クライアントにソーシャルワーカーを) 開示する
- (2) (クライアントにソーシャルワーカーの) 思いを伝える
- (3) クライアントの自由な参加を得る

5. “語る”ことから生み出されるもの

- (1) 一般的な情報提供だけで終われない
- (2) ソーシャルワーカーの意識がクライアント(困難を抱える“人”)に向かう
- (3) そのことがクライアントに伝わりやすい
- (4) 関係の対等性を感じとれる
- (5) 援助の相互作用を促進する
- (6) クライアントの直接的な評価にさらされる
- (7) ソーシャルワーカーの“力”の弊害に気づかされる
- (8) ワーカー・クライアント関係における曖昧さの改善につながる
- (9) ソーシャルワーカーを伝えるチャンスになる
- (10) アクション志向を創り出す

6. 結び

「アセスメントを“語る”」とは、クライアントに思いを傾けたソーシャルワーカーからの意識的な行為である。このことは、“アセスメントを共有する”実践イメージをより明確にし、ワーカー・クライアント関係の進展に役立つものと思われる。

要介護外来患者に対する院内介助の現状と MSW の役割課題
—神奈川県ケアマネジャーを中心に実施した実態調査報告から—
○横浜第一病院 逢澤詳子・順天堂大学医学部附属順天堂医院 吉田雅子
〃 白石純子・横浜船員保険病院 庄子忠雄

1. はじめに（問題の背景）

わが国の疾病構造の変化（慢性疾患の増加）、医療機関の機能分化、身体障害者の増加、国民の高齢化に伴い、医療機関を受診するにあたり、介助が不可欠な患者が増加してきている。そうした患者の多くは、介護保険のヘルパー介助で受診していた。しかし、昨春の介護報酬改定により創設された「通院等乗降介助」は、介助の動線と介助目的の明確化が求められ、いわゆる「院内介助」は、基本的には各医療機関が実施すべきものとの基本認識が、厚生労働省より示された。ここで言う「院内介助」には、従来ヘルパーが担ってきた部分が含まれており、介護保険関係者の間では、その解釈をめぐる混乱が生じている。しかし、この問題に関して、医療関係者の認識は浅く、連携も不十分であり、結果として、患者や家族に新たな負担（自費など）を課す事態を生んでいる。

2. 目的

そこで、透析医療に携わる MSW が中心となり、介護保険関係者らとの協働で、この「院内介助」の現状と課題とそれの中のそれぞれの職種の役割責任を明確にすることを目的に、実態調査を行った。

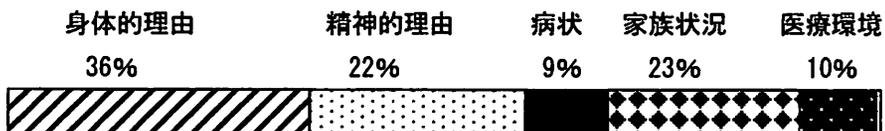
3. 対象及び方法

2005 年 5 月、院内介助に関する自主的意見交換会を経て、神奈川県介護支援専門員協会と医療アクセス権プロジェクトの協働で、ケアマネジャー、MSW を対象に、郵送自記式質問紙調査を実施した。

4. 結果

1) 回答総数 673 人(有効回答率 99.11%)。ケアマネジャーは 626 人(90%)、MSW は 35 人(5%)であった。

- 2) 医療機関における院内介助の実施状況は、その場にいるスタッフがケースバイケースで対応しているという実情であった。
- 3) 70%以上のケアマネジャーが院内介助をケアプランに組み込んでいた。その理由としては、利用者の希望はもとよりケアマネジャーが必要と判断しているものが90%であった。
- 4) 院内介助をケアプランに組み込む場合の要点アセスメント項目は以下の通りであった。(記載事例174をKJ法により分類)



- 5) 院内介助問題の所在に対する意見としては、以下のものが多かった。
(自由記載339をKJ法により分類)

1位	介護保険制度に問題あり
2位	国・自治体行政の認識の違いに問題あり
3位	各専門職の力量に問題あり

- 6) 院内介助問題解決への提案意見としては、以下のものが多かった。
(自由記載339をKJ法により分類)

1位	介護保険制度の中に院内介助を位置づける
2位	医療機関の中に院内介助専従スタッフの導入を位置づける
3位	国・自治体行政へのソーシャルアクションを展開する

5. 考察

現在、国・地方自治体ともに、「院内介助は適切なアセスメントの基にケースバイケースで対応する」との態度である。そこには、保険者である行政側の責任を、現場に委ね回避する姿勢が窺える。その姿勢が現場に混乱をもたらしている要因であることは明らかである。また、ケアマネジャーのアセスメントの要点を分析することで、受診受療のアクセスに支障のある患者に対する、医療機関の認識の薄さと対応の遅れが、問題の背景にあることが明らかになった。このことは、MSWとしては、業務指針にある受診・受療の支援としての専門的役割が期待される場所であると考えられる。院内介助の問題は、介護と医療と福祉の密接な連携なくしては解決できない問題であり、MSWも含めたチームアセスメントの導入が必要であることが明らかになった。

ソーシャルワーク部門における受付業務の検証
—リスクマネジメントの視点から—

同志社大学	○野村裕美
兵庫医科大学	橋高通泰
兵庫医科大学病院	伊賀陽子、杉本淳子、橋尚美
	鳥巢佳子
神戸学院大学	宮崎清恵

1.はじめに

ソーシャルワーク部門における受付は、その施設機関のソーシャルワーカーとクライアントが初めて接触する重要な場所である。インテークワーカーが設置されていないところでは、最初の接触の過程がほぼインテークにあたりと指摘されている。(仲村 2003 : 31) また時には、受付においてインテークから契約までの過程をふむ場合もある。契約は、援助を出発させ進行させる基礎・前提だけでなく、援助の終結を成功に導く基礎をもつくるという意義も指摘されている通り(尾崎 1999 : 103)、入口を保障することは援助そのものを保障することであると認識する。

兵庫医科大学病院医療社会福祉部では、受付にソーシャルワーカーが座り、部を訪ねる人々や電話の対応を担当制で担当している。数年前より、部の知名度の上昇、利用率の上昇、また介護保険制度の登場やその他社会保障制度の改正等に伴い、援助を必要とする問題が急増し、患者、家族、関係者等実に様々な人々から、様々な様相を呈して受付に持ち込まれるようになった。いかにして援助としてつないでいくか、その対応に頭を悩ませてきた。また同じ頃、業務の煩雑化、部員の入れ替えや増員等による部内の再編及び再建が急務となる状況下、部員間のコミュニケーションがうまく機能せず、受付がうまく機能しない等という事態が起こってきた。

以上の経緯から、2002年受付での活動を記録化する試みを始めた。これまで記録に残らなかった活動、すなわち、受付にもちこまれた問題を、面接担当ワーカーに引き継ぐことなく受付のワーカーが対応して済ませたケースを「ミスレイニアス記録」に蓄積することとした。どのような判断で、どのように対応したかを記録することを義務化した。2003年よりデータベース化し、部員がより早く、より共有しやすいかたちに整えた。

2.研究目的

従来記録化していなかった受付でのワーカーの活動に目を向け、援助過程における初期段階のワーカーの関わりの重要性を明らかにすることを目的とする。その第一段階として、ミスレイニアス記録を蓄積しその実態把握に努めた。第二段階として、受付はリスクの好発箇所であるとの仮説から、ミスレイニアス記録よりリスクの検証を行なう。リスクの検証により、クライアントのために、ワーカーがより安心してより

質の高い援助を提供できるための新たなしくみづくりを目指すこととする。

3.対象・方法

データベース化したミスレイニアス記録 200 ケースを対象とした。方法として第一に、ミスレイニアス記録の問題分類をコード化し、相談形態分類（来談・電話の別）、相談者分類、問題分類等データベースから全体像の把握をした。第二に、200 ケースの中からヒヤリハット事例だったと思われるものを抽出した。第三に、ヒヤリハット事例として抽出されたケースをSHEL分析を参考にしてリスクアセスメントを行ない、受付業務におけるヒヤリハット事例の共有化を図った。

4.結果

- ・問題は以下 14 項目に分類できた。(1: 制度利用に関する相談 2: 各種申請書類に関する相談 3: 特定の情報に関する相談 4: 当院に関する相談 5: 生活保護受給者に関する相談 6: 身元不明・身寄りのない患者に関する相談 7: クライアント紹介・相談予約 8: 他院患者の相談 9: 当事者でない人からの相談 10: 医療相談 11: 他機関他施設からの紹介・申し送り 12: 面接拒否・匿名相談 13: コンサルテーション 14: 医学生看護学生実習指導)
- ・ヒヤリハット事例は、200 件中 67 ケースが抽出された。制度利用に関する相談、特定の情報に関する相談、各種申請書類に関する相談、面接拒否・匿名相談に多く見られた。
- ・分析したヒヤリハット事例は発表当日紹介する。

5.考察

受付には、何らかの問題を抱えた人々が解決への希望や即答を求めて入ってくる。場の限界性がありながら、クライアントの希望を考慮しつつ、援助関係をつくり、援助へとつなげる取組みが求められる業務であり、部門の受付にはソーシャルワーカーが配置される必要性を認識した。

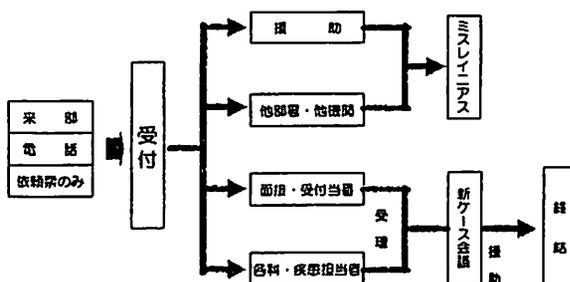
6.まとめ

本研究をもとに受付業務に関するマニュアルの改正等行ない、業務の標準化とリスクマネジメントをキーワードに受付業務の充実化を図りたい。

7.文献

- 仲村優一 (2003) 『仲村優一社会福祉著作集第 3 巻社会福祉の方法』旬報社
尾崎新 (1999) 「契約技法」『社会福祉援助方法』有斐閣

受理の流れ



第16回大会（2006年）抄録集

自由研究報告

遷延性意識障害者の実態調査から明らかになった身体障害者手帳の問題点

○松田陽子 日高紀久江 紙屋克子
筑波大学大学院人間総合科学研究科

【研究目的】遷延性意識障害者（以下「意識障害者」とする）の身体障害者手帳（以下「身障手帳」とする）は肢体不自由で取り扱われているが、サービス提供に必要な障害者の身体状況や要介護の実態は明らかになっていない。2001年の予備調査に始まり、2003年、2005年に在宅遷延性意識障害者の実態調査を実施した。

2003年4月、意識障害者は身体障害者福祉法を根拠法にして支援費制度の対象になったが、制度の施行6ヶ月後の調査では、通所型サービスの利用が極端に少なく、ホームヘルプ・サービスの時間提供は地域間格差が大きく、吸引や経管栄養など医療行為を必要とすることから、措置から契約という新制度はできたが身障手帳ではサービスを活用できないという実態が明らかになった。2005年の調査では、介護保険施行後の65歳以上の人の身障手帳保持者が多く、重度心身障害者医療費助成制度活用への連動と考えられた。これらの結果から、介護保険適用外の若年・成年の意識障害者は、要介護高齢者との比較において、介護をはじめとした意識障害者に対するソーシャル・サポートは不十分であり、福祉サービスの利用状況などで制約をうけている事例が多く見られた。とりわけ、意識障害者は肢体不自由で取り扱われているため意識障害という障害像に対する行政の理解が少ないために、十分なサービスを受けられないという実態も見られた。そこで、本研究では意識障害者の生活実態や障害の状況から、現行の身体障害者手帳の問題点を検討した。

【研究方法】1)2003年に遷延性意識障害者・家族会に所属している意識障害者と主介護者を対象に、①自記式質問紙調査を実施し、②要請のあったケースについては家庭訪問を行った。③分析対象の居住自治体には、制度の電話聞き取り調査を行った。2)2005年には、茨城県保健福祉部の協力により、市町村・訪問看護ステーションを介して意識障害者と主介護者を対象に自記式質問紙調査を実施した結果を基に分析を行った。

【結果】2 調査の有効回答数は 117 名であり、意識障害者の性別は男性が 75 名 (64.4%)、女性が 42 名 (35.6%) であった。平均年齢は 41.3±22.0 歳 (7~94 歳)、発症原因は交通事故、脳血管疾患の順に多かった。ほとんどの意識障害者の ADL は、食事・排泄・移動等全般において全介助を要し、コミュニケーションが取れないと答えた人が 69 名 (59.0%)、どちらともいえないが 23 名 (19.5%)、とれると思われる意識障害者は 20 名 (17.1%) で、その手段は意識障害者の表情、まばたき等であった。意識障害持続期間は 5~10 年未満 45 名 (38.5%)、10 年以上が 33 名 (28.2%)、3~5 年未満が 26 名 (22.2%) であった。医療行為では気管切開・吸引 47 名 (40.2%)、経管栄養 75 名 (64.1%)、褥瘡処置 18 名 (15.4%) であった。

117 名中 110 名 (94.0%) が身障手帳を所持し、その内 108 名 (98.1%) が 1 種 1 級であった。また、障害程度等級表の肢体不自由区分として、上肢と下肢の障害組み合わせが 35 名 (30.7%) と最も多かったが、上肢・下肢・体幹が 22 名 (19.3%)、体幹のみが 16 名 (14.0%) で、手帳交付までの期間は、13.2±16.2 ヶ月 (1~125 ヶ月) であり、5 年以上時間を有した意識障害者は 3 名いた。表記名は千差万別であり、意識障害を端的に示した表記は見られなかった。さらに、ショートステイの利用者は 27 名 (23.0%)、ガイドヘルパーの活用は 3 名 (2.6%) であった。

【考察】以上の結果から、意識障害者と身障手帳の活用の問題点として、①日常生活用具活用では、ベッドの活用はあるものの移動用リフトなどの活用は限定されていること、②身障手帳の障害名の記載が肢体不自由であるために障害の理解が得られておらず、介護の必要なサービスが構築できていないこと、③常時の介護を必要とする意識障害者の在宅介護は、家族に多く負わされ介護者の高齢化とともに疲労度を増していること、さらに④意識障害者の社会的支援は、意識障害者と家族の生活に直結する課題であることが考えられた。

【結論】在院日数の削減化等により従来ならば入院していた意識障害者が在宅療養・生活するケースが増加したが、若年・成年の意識障害者は障害特性から身体障害者福祉法のみでその福利を享受することは難しいことが明らかになった。身障手帳 1 種 1 級であってもその枠内における障害の幅が広くなり、今後は障害を理解しやすい表記名の記載が必要であるとともに、身障手帳における通所型サービスの整備が急務の課題であると考えられる。

特別支援教育に関わった事例から

医療法人 こうどう小児科
森 朋子

1. はじめに

開業医の外来小児科でできるソーシャルワークはどのようなものがあるだろうか？これは私自身が自問してきた問いであり、模索してきた道でもある。小児科というと乳幼児期の母親との関わりをメインに想像される方も多だろうが、実際に大きな問題として生じてくるのは学童期・思春期における学校との関係である。これを調整することの重要性をひしと感じている。病気や障害をもつ子どもたちの進路相談、就学前健診・担任面談等、学校生活にふれるにつれ、平成13年にだされた「21世紀の特殊教育の在り方について」に興味を抱いた。また宇治市という地域にも恵まれ、多くの事を考える機会も得た。そこで特別支援教育に着目した事例を振り返り、検討を試みたい。

2. 宇治市の特別支援教育の体制

宇治市は平成15・16年度に「特別支援教育推進体制モデル事業」の総合推進地域の指定を受け、支援体制整備のための「校内委員会」「特別支援教育コーディネーター」をすべての小・中学校に設置した。もともと宇治市は子育て支援に力を入れている地域でもある。地域子育て支援基幹センターを中心に、社会福祉協議会や民間児童委員の協力による子育てサークルも数多く、保育園22園、幼稚園13園も連携している。小児医療に関しては開業医13件、病院6件（内救急2件）と恵まれている。なかでも母子保健サービスは充実しており、発達相談員の熱意で就学前フォローシステムまで立ち上げられ、これが特別支援教育の前段階として機能していくことを目指している。

3. ソーシャルワーカーが必要かを試すために

個人医院は院長の目指すものが大きなカラーとなる。「こころの相談」を強調しない。病気をきっちりみる。ちょっと聞きたい、質問したいという気持ちを相談とせず、それはごく自然に普通なこととしてできる環境をつくる。これを実現したくて私は相談室をつくらず職種を名乗らないことを決めた。診察の時は常に待合室・受付にいて、いつもいる人、ちょっと聞ける人にな

ることを第一の目標とした。同時に大切な事は特別に時間をとる、何かあれば調整・相談にのってくれる人であることを、職種を名乗らずどこまで伝えられるかを課題とした。医師らに自分の視点と存在を伝える努力も続けた。

院長は役職（園医・校医、特別支援教育連絡協議会委員、府の乳幼児保健委員会、医師会の子育て支援委員会、児童虐待ネットワーク委員、子育てサークルの講演依頼等）を生かしての情報収集と地域連携に力をいれている。ソーシャルワーカーは常にフロアにいて問題をひろい、すべての相談窓口としてアセスメントをとり、時間と相談内容の調整・検討等にあたっている。

4. 事例紹介

昨年かかわったケースから事例を報告する

ADHD—2例 LD—2例 障害児教室—2例

5. 考察

どれほど整備された体制でも、どんなに力をいれた支援でも完全なるものではなく、そこにひっかからない、網からもれていく子どもたちがいることを忘れてはいけない。それは必然であり、行政に問題があるわけでも責任があるわけでもない。その発生するであろう必然的なもれを受け止めていく補完的な役割が必要である。自分たちが役割を意識すること、行政と協力すること、独自な方法で関わった結果を行政に報告すること等が課題となる。大切なのは「何故もれたか？」をともに検討する支援体制であろう。

6. まとめ

小児科外来での相談を機能的にこなしていくには、やはりソーシャルワーカーが必要となる。少子化社会といわれるが、私たちの目の前にある子どもを取りまく問題が少なくなった訳ではない。小児科医の減少に伴い、一人の小児科医、小児科医院が担う仕事量は増えるばかりである。時間がすべてを制限し、効率のよい時間の使い方が鍵となる。相談窓口を確実にし、時間や相談内容の調整をしなければすべてが滞ってしまう。相談をうけるという看板をあげると待ちをだしてしまい、予約の仕方に工夫が問われる。待ちを作らない、必要な時に必要な相談がくめる環境づくりを目指していきたい。

高齢者虐待事例への支援とSWの役割に関する一考察

介護老人保健施設 ふれあいの丘 天野智子

【はじめに】

H18年4月、高齢者虐待防止法が施行された。これにより、通報の義務・努力義務、地域包括支援センターの立ち入り調査等が規定された。また、介護保険法の改正に伴い老健特養等で、虐待発生保護必要時は、一時的な定員超過も法的に可能になった。昨年1年間で、当施設の初回利用相談件数（入所施設サービス・短期入所療養介護・通所リハビリテーション）は、770件だった。そのうち、SWが関わった高齢者虐待の事例が11件あった。その中で、生命の危険にさらされていた短期入所（以下SS）ケースで、ジェネラリストアプローチを用い、CLを囲む資源の変容を促すことで、家族が療養の場の選択をしたプロセスを取り上げたい。本事例では、SWがアプローチした場面をあげ、社会資源との相互作用の展開から、SWの役割を考察したい。

【当施設の概要】

当施設は、施設入所・SS・通所リハビリテーションサービスを提供する介護老人保健施設である。入所定員は90床（全床一般棟。常時2～5床のSSベッド含む）。入所・SSの利用対象は、介護度1～5・経過的要介護・要支援1・2で、病状が安定し入院・治療の必要がなく、看護・介護・リハビリを中心とした医療的ケアの必要な方としている。法人内に急性期・亜急性期の医療機関があり、緊急時の連携が図れること等から、地域の中で、医療依存度の高い方（例：胃ろう12床（SS1床含む）・インシュリン・ストマ・ペースメーカー・留置カテーテル・末期癌・貧血・腎機能障害他）でも受け入れている。

【事例の概要】（CLの了解を得ているが、詳細はプライバシーを考慮し一部変更）

当事者：Aさん 94歳 女性 要介護度2 アルツハイマー型認知症 高齢福祉年金受給

：B県ケアハウスに入居していたが、独居生活困難となる。

家族状況：長女（73歳）と2人暮らし。長女は、約70年前、里子に出され、20年前に1度会ったきりだったが、1年半前、長女にB県ケアハウスより連絡。長女は、ただ抱きしめてほしかった思いから本人を引き取り在宅介護開始。

生活状況：本人が居室から外に出ないようつかえ棒がされている。

：「本人が食べないから」と、食事・水が与えられていない。

：CMから入所を勧めるも、健康診断書の費用負担や通院できない、経済的負担「夏までは本人がもたないと思う」という理由から、受診・入所を拒否。

利用資源：A医院 家族受診1回/月 B居宅支援事業所CM

【支援の契機】

H17年4月本ケースを前任SWより引き継ぎ援助開始。4月SS帰宅時ADL自立だったが、半月後の5月SS利用時は、拘縮が進み歩行不能。体重35kgから27kgに減少。利用中食事の他栄養ゼリー補給。退所時は34キロに体重増加。しかし、リハビリをしても拘縮した体は完全には元に戻らず、送迎バスの停まる通りから玄関までの歩行も不能。CMが訪問介護送り出しによるB通所介護の利用や入所を提案する。家族は「本人が夏までもたないから」とSS以外のサービスを利用しないことを決定。生命の危機が生じた。(※援助の展開は、当日パワーポイントを用いて説明する。)

【ListerによるSW援助における機能と役割 ・ 本事例におけるSWの役割】

CLが生きやすいよう、環境の変容のため、支援者のとる18の役割

1:直接サービスを提供する機能	①個々の問題解決(相談者支援者)の役割 ②家族療法の提供者 ③グループワークサービス提供者 ④エドゥケーター:教育・情報提供者⑤その他(入所・貨幣他)
2:システムを連携連結させる機能	⑥仲介者 ⑦ケースマネージャー調整者 ⑧調停者 ⑨弁護者
3:資源システム維持機能	⑩組織の評価者 ⑪ネットワーク(促進者) ⑫チームメンバー ⑬相談援助者(コンサルテーション)
4:リサーチ機能	⑭調査評価者:CLとサービス資源が適応しているか評価
5:システムの管理開発機能	⑮プログラム開発者 ⑯計画者 ⑰政策と手続きの開発者⑱保護者・弁護者

※本事例において果たしたSWの役割＝

【考察】

高齢者虐待事例への支援においては、関わるサービスの継続利用ができること、適切な医療を受けられるよう連携を図ること、各機関スタッフが本人・介護者を責めず方向性の統一を図ること、本人を保護するのみでなく、介護者がこれからの生き方・本人との関わり方を選択してゆけるよう支援する必要がある。虐待防止法施行により緊急SSや地域包括支援センターの関わりが始まった。制度変化に伴い資源の機能も変化する中、世帯を支えるネットワークを開発してゆく必要もある。老健の利用者は、傷病・加齢による障害を抱えながら在宅や施設でサービス活用し療養している。医療・福祉・在宅の視点も持ち合わせる老健SWとして、施設機能を最大限に引き出し活用しつつ、長い療養生活の中でのCLの変化、CLをとりまく資源・環境の変化・関係の中での相互作用をキャッチすること。その時々に必要な支援機能・役割を見極めること。そして、資源システムの変容を促し、資源間のバランスをとり、CLを支持し、CLが意欲をもって生きやすいよう支援してゆくことが重要である。

釜ヶ崎における高齢日雇い労働者の生活と健康の実態 —社会的高齢者虐待の視点から—

四天王寺国際教大学大学院人文社会学研究科・
NPO HEALTH SUPPORT OSAKA 逢坂隆子

はじめに 釜ヶ崎（大阪市西成区）は全国最大の日雇い労働市場（寄せ場）であり、約2万人の日雇い労働者が住んでいる。これらの日雇い労働者の平均年齢はほぼ55歳、高齢化が進んでいる。バブル経済の崩壊後、日雇い求人が減少し、50歳を超えるとまず日雇い仕事にありつけない。常時日雇い労働から失業し、野宿を余儀なくされている高齢ホームレスが釜ヶ崎だけでも5,000～6,000人暮らしている。ここでは、釜ヶ崎における高齢日雇い労働者の生活と健康の実態について高齢者虐待の視点から報告したい。

対象と方法 ①野宿者が多くを占める大阪市高齢者特別就労事業登録者を対象に健康診査（胸部間接X線検査・血圧測定・血液検査・身長体重測定）ならびに問診（生活と健康に関する聞き取り調査）を3年間（03年～05年）実施。問診と健康診査の両方の受診者数は、03年917人、04年1,238人、05年は1,446人。高齢者特別就労事業とは55歳以上のホームレスを対象に、大阪府・市が財源を拠出し、NPO釜ヶ崎支援機構が受託して営まれている失業対策事業。（登録したら、月3～4回公園や道路の清掃に従事し、5,700円/日が支払われる。特掃とも呼ぶ）集合場所は釜ヶ崎内②釜ヶ崎にある三角公園横で04年胸部間接X線検査と問診（受診者数60人）・05年胸部CR結核健診車（デジタルレントゲン車）による結核健診・血圧測定・問診（受診者数94人）

いずれも、疫学倫理指針に基づき本人に十分な説明を行い、同意を得て実施した。

結果 1) **高齢ホームレス者の生活実態**: ①の問診の結果、対象者が寝泊りしている場所（重複回答）は、野宿（32.8%）、釜ヶ崎地区シェルター（30.2%）、簡易宿舎（23.3%）など。野宿者はその他の人に比べ、健康上問題のある人の比率が高い、とくに歯の状態が劣悪で治療を受けることができていない、夜の不眠、ストレスの健康への悪影響を訴える人が多い、食事内容が劣悪で1日1食も食事をとることができない人が多い、必要な保健・福祉・医療サービスを受けていない。

2) ①の健診結果：実施した17健診項目のうち、1項目以上に要医療と判定された人は34.1%、要精検も含めると74.8%。国民栄養調査結果と比較すると、*や

せの割合が高い *重症高血圧者の割合が4倍以上、野宿者の方が重症高血圧者の率が高い。*貧血が多い *血清総コレステロール、トリグリセライドが低い人の割合が高い。*血糖値については糖尿病の恐れのある140mg/dl以上の人が1割を超える。3)①の3年間の結核健診結果：各年とも結核有所見者割合は約3割、要医療者は約2%にのぼる。野宿者の方が結核健診要医療者の率が高い。(②の結核健診では2年とも受診者の約3%が要医療)

考察 1)一般の同年齢男性に比し高血圧者が多い要因：生活のストレス、飲酒者が多いこと、服薬によって血圧管理をしている人が少ないことなどが考えうる。「やせ」「貧血」が多いのは食事の量・内容が極めて貧困であるためである。

2)3年間にわたる特掃ホームレス健診とそれに続く健康相談継続の効果：ホームレスの健康についての意識・行動の変容⇒医療機関受診者の増加・特掃集合場所の自動血圧計による血圧自己測定者の増加など⇒03年に比して50歳代・60歳代とも血圧値が改善した。特掃の仕事従事中に死亡するものが毎年でいたのが03年からはゼロになった。3)04年・05年の健診は、関係機関・団体と十分な事前調整をし、連携体制づくりに時間をかけた。結核要医療が発見されたホームレスにはNPO・大学などの関係スタッフがマンツーマンのサポートを行なうことによって必要な医療からの脱落を防ぐことができた。ホームレスの結核問題は克服困難なものではなく、生活実態・行動形態にあわせた戦略的な結核対策を行えば克服可能なことを示した。4)本研究参加者が中心となって、ホームレスなど保健・福祉・医療の手の届きにくい人々を支援するために「NPO HEALTH SUPPORT OSAKA」を設立し、06年4月からは、釜ヶ崎を中心とする結核対策を大阪市保健所と協働して行なっている。

まとめ 以上述べたような釜ヶ崎における高齢日雇い労働者の生活と健康の実態は、生命維持に足りる最低限度の生活さえ保障されているとはいえないものであり、餓死・凍死をはじめ予防可能な死因によって死亡するものが、あとを絶たない(03年本学会第13回大会報告)。これらの高齢日雇い労働者の多くは土木・建設産業関連の日雇いとしてわが国の経済成長を底辺で支えてきた労働者たちである。社会全体として緊急にとりくんでいくことが欠かせない。

このまま放置することは“社会的な高齢者虐待”といわざるを得ない。

本研究は日本学術振興会科学研究費を得て実施した(研究代表者：逢坂隆子)。ご協力くださった研究者・ボランティア、大阪予防医学サービスならびに兵庫県健康財団、関係機関・団体の多くの皆さまに深謝する。連絡先：t-ohsaka2002@hcn.zaq.ne.jp

潰瘍性大腸炎患者へのソーシャルワーク援助

—援助内容データベースから—

兵庫医科大学病院医療社会福祉部	○橘 尚美
同志社大学社会学部	野村裕美
兵庫医科大学社会福祉学	橘高通泰

1. はじめに

潰瘍性大腸炎は厚生労働省特定疾患治療研究事業の対象とする疾患の一つである。原因不明で治療方法が未確立であり、かつ後遺症を残す恐れが少ない、いわゆる難病である。クローン病と並び、大腸の粘膜に慢性の炎症や潰瘍を引き起こす炎症性腸疾患（Inflammatory Bowel Disease：IBD）の一つであり、男女問わず特に若年者に多く発症する。症状としては血便、下痢、腹痛、体重減少等の再燃と緩解を繰り返す、単に経済的な問題のみならず患者の日常生活に大きな影響を及ぼす。日常的な薬物療法等による体調管理、食事管理、増悪時には外科治療も必要となり、患者を支える家族の負担や精神的負担も大きい。

2. 研究動機

我が国における潰瘍性大腸炎の患者数（特定疾患医療受給者証交付件数）は年々増加しており平成15年度には77,571人と把握されている。原則患者数が5万人以下である希少性が特定疾患の条件に掲げられていることから、本年8月、厚生労働省は潰瘍性大腸炎患者の医療費補助対象を重症者に絞り込む方針を発表した。今後潰瘍性大腸炎患者の抱える問題は、経済的支援の道が狭まった上に、更に複雑化、多様化することが予想され、ここで改めて過去の支援を振り返ることでこれらの問題に対する理解をより深めることを目指した。

尚、本研究については、同メンバーにより第14回日本社会福祉士会社会福祉学会で報告した、同じ炎症性腸疾患であるクローン病患者へのソーシャルワーク援助との比較研究も今後行っていく。

3. 研究目的

炎症性腸疾患の専門治療を行う兵庫医科大学病院には、近畿圏および全国各地から患者が専門治療や最新治療を求めてやってくる。

本研究では、潰瘍性大腸炎患者に対する当院での過去のソーシャルワーク支援を振り返り、①潰瘍性大腸炎患者の心理・社会的問題を整理すること、②心理・社会的問題への具体的支援のあり方を考察することを目的とする。

4. 研究方法

医療社会福祉部では、日常業務で使用しているケースカードや日報記録等は各様式に記載される内容をすべて電子化して登録している。本研究ではカード型データベースソフトにて管理されているケース台帳をもとに、そのフェイスシートの基礎項目データおよび終結時に入力する援助内容区分データを主な分析対象とした。

5. 結果 (2006年3月31日時点まで、あるいは時点のデータ)

- ・ 医療社会福祉部総患者数 24968 人／内潰瘍性大腸炎の総患者数 790 人
- ・ 男女別人数 男性 400 人／女性 388 人 (不明 2 人)
- ・ 来部時の年齢幅 男性 11 歳-82 歳 (平均 31.7 歳) 女性 9 歳-78 歳 (32.2 歳)
- ・ 年代別では、20 代 30 代での来部が 392 人 (49.6%) と最も多く、40 代 15.6%、50 代 12.8% と続き 60 代以降の来部は全体の 9.6% を占めていた。
- ・ 診療科別については消化器内科 (旧第 4 内科含む) が 468 人 (59.2%) と圧倒的に多く、次いで第二外科が 276 人 (34.9%) であった。その他は第一外科、整形外科、神経内科、産婦人科、精神神経科などであった。
- ・ 紹介経路別では、医師 309 人 (39.1%)、本人 144 人 (18.2%) が大半を占めている他、家人 80 人 (10.1%)、看護師 69 人 (8.7%) であった。
- ・ 支援回数 (オープンまたはリオープンした回数の合計) は、1 回が 578 人 (73.1%)、2 回が 122 人 (15.4%) と続いている。回数の幅は 1 回から 8 回で、2 回以上の支援を行っている割合は全体の 26.8% であった。
- ・ 年度毎の実人数推移 1996:38 人/97:47 人/98:69 人/99:93 人/2000:105 人/2001:115 人/2002:115 人/2003:136 人/2004:114 人/2005:105 人
- ・ 援助内容区分は、経済的問題の解決・調整援助が圧倒的に多い。続いて療養中の心理的・社会的問題の解決援助、受診・受療援助、退院 (社会復帰) 援助へと広がりを見せている。
- ・ 支援回数目毎の主訴の分布は、特定疾患、身体障害者手帳、障害年金、32 条 (現自立支援医療) 等の制度利用に関するものから、療養不安 (ストマケア等の在宅療養不安、就労不安等) に関する相談に広がっている。

6. 結論 (まとめ)

主たる経済的援助の他にも、高齢患者や他疾患合併患者 (精神疾患等) 等患者層の多様性が特徴的であり、その多様な主訴への対応が求められる。今後、社会保障制度の谷間に陥る患者が更に増加していくことも予想され、それらの不安へいかに対応していくかが援助の質を左右すると考察された。

HIV 感染症による長期療養者への支援と ソーシャルワークの課題

関西学院大学 ○ 小西加保留

【背景と目的】

HIV 医療技術の近年の進歩は著しく、10 年前までのように発症すれば死に直結する病という状況は改善され、慢性疾患といわれるまでになったが、感染者・患者数は、広い年齢層に亘って増加傾向にある。また医療機関へのアクセスの遅れによる治療困難、薬による副作用、合併症に加えて、加齢現象などにより、障害や要介護状態を伴う長期療養者が漸増傾向にあり、新しい支援の課題となっている。即ち、こうした長期療養を安定して支える場の確保が困難で、現状では、福祉施設サービスや療養型病床群の受入れ拒否、免疫能の安定した感染者の複数病院での社会的入院の繰り返し、在宅医療体制の不備などが指摘されているところである。

このような HIV 医療の現状に対するソーシャルワークの課題には、対人支援における課題、支援環境の創出のための課題、ソーシャルワークに内在する課題など、ミクロからマクロに亘る内容が考えられるが、今回は特に長期療養者に関する対人支援と環境創出の課題について考察することを目的とする。

【方法】

調査Ⅰ：「HIV 感染者の社会福祉施設利用受け入れに影響するサービス提供者側の要因」平成 15 年度科学研究費補助金萌芽研究、および、調査Ⅱ：「拠点病院における長期療養者の受け入れ体制に関する研究」平成 16～17 年度厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」分担研究（主任：木村哲）の結果を踏まえて、HIV 感染症による長期療養者に対するソーシャルワークの課題について考察する。

【結果】

調査Ⅰ：対象；身体障害、知的障害、児童養護、精神障害者生活訓練施設、全 2377 施設、有効回収数：999 施設、2843 票、HIV 感染者の受入れ経験は、22 施設、今後の受け入れ努力と拒否感はいずれも 6 割であった。受入れに影響する因子は 12 因子に分類され、全ての施設でほぼ共通に「他者への対応困難感」が（-）に、「性への陽性価値観」が（+）に影響していた。また問題意識を

高く持って「性への対応困難感」を感じている人が、受け入れに対して積極的であることも示された。その他、施設の個別性への配慮の必要性、現場に即した的確な知識を研修の有効性、コストの課題、抗体検査の実施や健康管理などの課題が見出された。

調査Ⅱ：免疫機能は安定しても PML や HIV 脳症、その他脳梗塞などのために、身体障害や知的能力や認知症等の障害が残存し、在宅生活が困難で、主治医が入院治療の必要がないと判断した後も病院で長期療養を継続する感染者(本研究による「長期療養者」)は、拠点病院 364 病院中、回答のあった 221 病院の約 4 分の一に経験があり、17 年度の追調査においては、82 事例中、必要な入院期間を超過した事例は 68 例、超過した平均月数は 9.1 ヶ月であった。長期療養に繋がる阻害要因として、医学的要因、医療機関の課題、患者・家族、制度・システムと支援体制の問題が抽出され、促進要因としては、万全の診療体制、豊富なネットワーク、コーディネーターの存在、トップのリーダーシップなどが挙げられると共に、チーム医療の有用性が示された。

【考察】

調査Ⅰ、Ⅱを通じて、HIV 感染者を支援する際の対となるキーワードとして、生活と医療、知識と態度、制度・システムと連携、リーダーシップとサポート、主体性・意思決定支援と関係性の樹立が課題になると思われた。即ち、医療の質の担保と共に、生活を支える社会福祉的視点が不可避であること、そのことへの医療機関や社会福祉施設の知識と態度の育成と、それをリードするトップのリーダーシップの重要性、またそれらを繋ぐ院内外連携システムへのソーシャルワーカーらのコーディネート機能の重要性、そしてそれらを支える人員やコスト上の保障が課題となることが示唆されたと考える。

以上の支援上の課題を達成するためには、ソーシャルワーカーは自らの専門性を支える価値・技術に基づいた支援の貫徹、実態を明らかにするための実証レベルの研究、研究に基づく社会的活動（啓発活動の展開や、研究・学会レベルでの制度・施策への要望など）が、実践現場と研究者の間で有機的継続的に実行されることが求められる。

今回はこれらのソーシャルワークに関わる実践を紹介すると共に、今後の解決課題についても整理しておきたい。

関係機関を支える技術援助

－兵庫県老人性認知症センターの実践と考察－

兵庫医科大学病院 ○鳥巢佳子、渡邊延子、鈴木康子

兵庫医科大学 橘高通泰

1. はじめに

認知症と共に生きる人は、高齢社会の進展に伴い増加している。老人性認知症センター（旧：老人性痴呆疾患センター）は、厚生省によるゴールドプランの一環事業として各道府県（東京都を除く）に設立された。兵庫県老人性認知症センターは平成2年2月に近畿圏初の認知症に関する専門機関として開設されたが、介護保険法の改正等に伴い平成17年度末をもって事業廃止となった。当センターは、利用希望者が継続していることから、実施主体を兵庫医科大学病院に移して稼働している。今回の研究では、センター業務のひとつである「外部保健医療・福祉関係者への技術援助」について介護保険法実施前年からの実践を分析し、介護保険のもとで関係機関からセンターに求められた役割と、今後期待される役割について検討する。

2. 兵庫県老人性認知症センターにおける技術援助の内容

センターの技術援助は、電話あるいは来所による相談に対して行われる。援助は専任のソーシャルワーカーが担当し、個人を対象とした具体的な相談については個別援助ケースとする。

相談内容は実績報告のため「相談窓口」「診断希望」「介護技術」「福祉サービス希望」「施設入所入院希望」「家族支持援助」「その他」に分類される。援助内容は「情報提供収集」「方針協議連絡調整」「療養相談助言」「施設資源紹介」「その他」に分類される。今回の研究に際して、援助内容として困難事例への助言を抽出して「対応方法検討」を独立した項目として追加した。

3. 考察

相談件数は実数で平成11年度が64件、12年度が41件と減じたが、その後は増加しており平成17年度は89件であった。相談形態は「電話」が90%以上であったが、ケアマネージャーの出現により「来所」が増加している。

すべての年度で医療機関（開業医・病院）が50%前後を占める。行政機関（市町村・保健所）は15%前後、介護保険関連機関（介護保険施設・ケアマネージャー）は10～20%で年度によりばらつきがある。ケアマネージャーは増加傾向にあったものの17年度は減じた。ただし、個別ケースにおいてはケ

アマネージャーの紹介によるものが増加しており、センター機能を理解したケアマネージャーが適切に直接利用者を紹介していることを示している。

医療機関については開業医がほぼ50%以上を占める。職種については、医師が30～40%、看護師が10%前後、ソーシャルワーカーが50～60%を占めた。相談内容については、医師からは「相談窓口」「診断希望」でほぼ100%を占める。「施設入所入院希望」がごくわずかにあるものの、これは家族が周辺症状に困り受診して医師がその場で電話相談をされたものである。また、看護師は医師の代理で相談することが多く、相談・援助内容は医師と同じ傾向を示す。認知症の鑑別診断や開業医で対応できない入院入所の問題という医療面についての援助が求められたことを示している。

一方、ソーシャルワーカーの相談内容は「相談窓口」が50%前後を占めるが「施設入所入院希望」が30～40%を占めるのが特徴である。介護保険の定着に伴い、施設入所よりも、周辺症状が強い時期の緊急入院可能な病院や、他の疾病の治療が必要な認知症患者の入転院など医療機関利用についての相談が中心になっている。また、援助内容でも「対応方法検討」が平成14年度から出現しており、これは他職種には見られない。施設資源紹介だけでなく、困難事例への対応について援助が求められたことを示している。これはソーシャルワーカーからは退院援助に代表される医療面と患者家族の生活問題という多方面からの援助が求められたことを示している。

4. 今後の課題

今後、地域包括支援センター（介護保険法）や地域生活支援事業（障害者自立支援法）が、老人性認知症センターが実践してきた援助を担当することが想定される。即ち、関係機関を支援する相談機関として、より専門性の高いソーシャルワークを実践する必要がある。しかし、これらの機関は総合的な高齢者・障害者支援を目的とするため、認知症への専門援助については経験により機関ごとにばらつきが生じることも予想される。

これらの新しい相談機関が今後期待される役割を実現するには、所属するソーシャルワーカーが認知症患者と家族の抱える医療や介護の問題と心理・社会的問題への理解を深めることが重要である。同時に、多様な生活問題を抱える利用者を見守る関係機関の相互連携を図ることが不可欠と考える。

また、認知症を診断治療する場であり、認知症患者が更なる病を得て訪れる場でもある医療機関で相談援助にあたる医療ソーシャルワーカーが、医療と生活をつなぐ専門職として、患者と家族だけでなく彼らを支援する関係機関をも支えていくことが今後の課題となると考える。

ストレングス視点の援助の実際 —母を失いつつある引きこもり青年の事例を通して—

東日本循環器病院 ○ 佐藤麻衣子
日本福祉大学 田中千枝子

1. はじめに

医療現場における多くの職種は、「病気などによる悪い部分(病理・欠陥)」の原因に着目し治療を行う医学モデルを用いることが主流である。そこで、院内における唯一の福祉職であるMSWが行う、ストレングス視点の援助とは、どのような形で展開できるのか事例を通して検証した。プライバシー保護の観点からC1本人に了承を得て、研究報告に至った。

2. 先行研究

Dejong&Kim Bergの解決構築モデルは、長所志向であること、C1との相互作用による解決構築志向であることなど、ストレングス視点の要素を多く含んでいる。また、Saleebeyは、ストレングスの援助原理について、①すべての人間にストレングスがあるという原理、②苦しみを挑戦と機会の源泉とする原理、③ワーカーがクライアントの願望を真剣に受け取る原理、④ワーカーとクライアントの協働関係の原理、⑤すべての環境は資源に充ちているという原理、という5つの原理を説いている。ここでは、Saleebeyの説いた、「生き残りの質問」、「支援的質問」、「例外的質問」、「可能性の質問」、「尊重する質問」を用いて事例分析を行う。これらの質問を用いて分析することにより、いかにしてC1のストレングスを引き出すことができるか検証した。

3. 事例

C1(40歳・男性)は、両親との3人暮らしで、親戚とは絶縁状態であった。父は電気の仕事を生業とし、C1もそれを手伝っていた。持ち家であったが、収入は年金(月7万)と仕事での収入(月2万程度)のみで、不足の生活費は借金をして補っていた。

X2年6月、父の脳腫瘍が判明し当院入院。3つの病院をドクターショッピングし、入院した際には既に末期で呼吸器管理となる。母とC1から、「主治医からは悪い話ばかり聞くのでムンテラを受けたくない。個室代も払えず困っている」と相談あり。SWはムンテラ設定、室料減免申請を行った。その数日後、母より「両親の他界後、息子のことが心配だ。夫(父)が息子を手放さなかったため外部とのつながりもなく、友達もいない。夫の仕事を手伝う以外は引きこもりのような状態だった。精神科受診歴もある。今までは夫がすべてをやってくれたためどうしてよいかわからない。」との話があった。しかし、その直後、妻も脳腫瘍で

あることが判明し当院入院となった。その数週間後に夫は他界し、妻も自己退院し、外来にも通院しなくなった。

(父他界から4ヶ月後)母の褥瘡がひどくなり、食事もできないとのことで、救急車にて来院。これまでの間に、C1自身にて生活保護申請をし、母の介護をすることと持ち家を売却することを条件に受給となっていた。C1は、母の入院により生活保護が廃止になる不安や家で看取りたいことなどにより入院を躊躇していると語った。そこで、SWはC1と共に生活保護へ電話にて相談すると同時に、翌週の外来予約とそこからの入院予約を確保し、在宅での訪問看護やヘルパー・福祉用具の手配を行った。

数日後、C1が母の介護に限界を感じ、当院へ入院。C1はSWに対し、「(物事を自分の代わりに)決めてほしい。代行してほしい。」と訴えた。そこで、SWは自らの役割を「その人らしいやり方を理解し、解決を共に目指す仕事であり、便利屋ではない」と説明し、必要に応じて相談の予約を取るよう伝えた。予約面接において、息子は漠然とした不安を語ったが、相談の中で「母が他界した後、自分はどうのように生きていったらよいかわからず不安だ」ということが次第に明らかになった。そこで、SWはSaleebeyのストレングスを引き出す質問を用いて、C1が自ら語る内容から不安を理解し、息子自身のやり方を共有し、どのように生きていくかを共に検討した。

4. 結果

C1は、両親が他界した後の自らの人生について、1人ですぐに働くということではなく、精神科を受診することで「仲間を作って共に頑張りたい」と語った。また、精神科を受診し、病気を治療することで生活保護を継続する材料とした。C1は「(両親が他界し、SWに相談できなくなっても)1人でも生きていけそうだ。まずは精神科受診から始めたい」と語り、面接は終了した。その2日後に母は他界した。以上のように、ストレングス視点の援助は、「問題と言われるような状況」においても有効であると考えられる。発表に際してC1に了解を得たところ、現在は精神科のデイケアに通院し、生活保護を受給しながら生活しているとのことであった。C1は、「パニック状態であったが、『自分自身がやらなければいけないこと』を明確にすると頑張れるのだと思った。」と語った。この解決方法はC1自身が自らのやり方として見出したものだ。本事例を通して、Saleebeyの5つの原理を実践において実証し、C1のエンパワメントへとつなげることができたと考える。しかし、ストレングス視点は、SW個々人の面接技術及びアセスメント能力の違いにより限界があるように感じる。つまり、SW全体における、それらの能力の底上げをどのようにして行っていくかが今後の課題であると考えられる。

苦情対応から業務改善へ（アドボカシー看護師との協働②）

伊勢原協同病院医療相談室

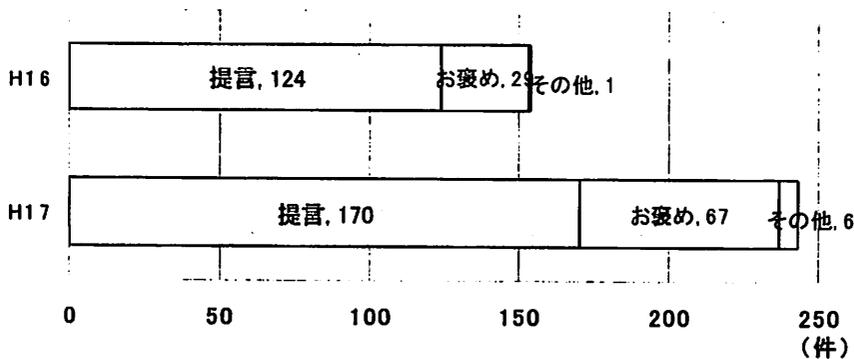
川崎弘子

（はじめに）

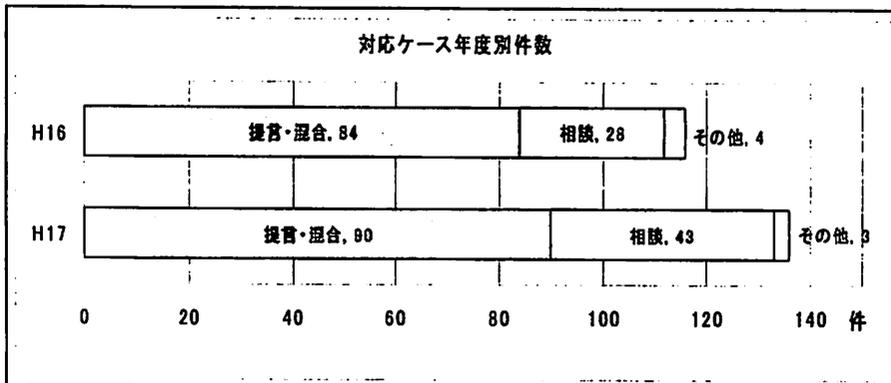
当院では2004.4月より医療相談室にアドボカシー担当看護師を置く事を組織に働きかけ実施に至った。発足より2年半経過して苦情・提言の個別対応から現場の業務改善、病院上層部への提案等「患者中心の医療」実現のために活動の幅が広がっている。過去2年間のデータから業務を振り返り、アドボカシーアプローチについて発表したい。

（投書「皆さまの声」と苦情、提言のデータ）

“皆さまの声”年度別件数

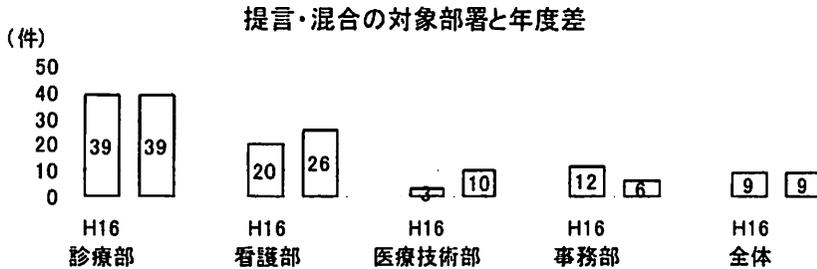


対応ケース年度別件数



投書「皆様の声」は平成16年度154件から平成17年度243件に増加している。提言、相談の直接対応も平成16年度116件から平成17年度136件に増加してい

る。投書への返信相談の終結までの専任担当が増加の原因と考えられる。



(アドボカシー対応の視点)

これまで担当部署がなく病院であいまいにされていた苦情内容をアドボカシー担当看護師と共に集積、分析することによって当院の弱点が徐々にではあるが明らかになってきた。

現在開始から 2 年半たち現場では医師、看護師、その他職員がアドボカシー看護師の報告、提言に耳を傾け、また自ら気になる事項の相談を持ちかけるようになった。事態が悪化する前に予防対策の協議を実施している。

しかし開始して 1 年ぐらまでは「懸命に治療をしているのにそのような事を言われる覚えはない」「おかしい患者がそう言っているのだ」という医師を中心に各スタッフに反発が数多くあった。看護師、ソーシャルワーカーと共に誤解や不信はコミュニケーション不足から発生していることが多い事を粘り強く伝え、患者や家族との対話の機会を持ち信頼性の回復を実施した。

(終わりに)

社会福祉士倫理綱領では、「行政・社会との関係 1 (専門的知識・技術の向上) ソーシャルワーカーは、常にクライアントと社会の新しいニーズを敏感に察知し、クライアントによるサービスの選択の範囲を広げる為自己の提供するサービスの限界を克服するようにし、クライアントと社会に貢献しなければならない」と書かれている。

ソーシャルワーカーが看護師とともに協働して患者相談窓口を担当することは、非常に厳しい患者、家族の苦情、批判にさらされる毎日となった。

その試みから昨今の厳しい医療情勢病院はこれまでにない「質の評価」を問われる事態になっている事が実感できた。

ソーシャルワークを実施する相談援助職として、患者、家族の率直な意見を業務改善つなげる病院のシステムをつくってきた。「患者中心の医療」の実現を目指し患者相談窓口の充実を一層はかりたい。

転院をめぐる状況の変化とソーシャルワーク

第二岡本総合病院 医療福祉相談室 ○ 佐藤 求

1 研究の目的

当院は、一般床、回復期リハビリテーション病棟、亜急性期病床をもつ病院である。一般床は、平均在院日数の短縮化が求められ、回復期や亜急性期病床に関しては、入棟、入床期限内での退院が必要とされている。その状況の中で、2005 年秋ごろより、転院先探しをする際に、受け手の病院より、「入院の条件としては、次の次の入院、入所先の確保をしている事です」（以下、次の次の確保と略）と明確にいくつもの病院から要求されるという変化が起きた。この事は、当院のソーシャルワーカー（以下 SW）にとって、業務量増加だけでなく、SWとしてのジレンマをより感じさせる大きな要因になっている。今回、それらの状況を整理したいと考え、2005 年 7 月 1 日から 2006 年 7 月 31 日の期間の転院援助をおこなったケースをもとに、次の次の確保を必要とされたケースを抽出、分析し、クライアント（以下 CL）と SWがおかれている状況を考察したい。

2 研究方法

- ① 2005 年 7 月 1 日～2006 年 7 月 31 日までの転院援助をおこなった 154 ケース（うち回復期 49 ケース）を対象に、分析シートを作成し、担当 SWが記載をおこなった。
- ② その中から次の次の確保が必要とされたケースを抽出し、それらの病院・施設を申し込んだ主な理由をもとにケースを類型化し分析をおこなった

3 結果

- ① 次の次の確保を必要とされたケースは、38 ケースで、ケース総数の 25%であった。
- ② 次の次の確保を求めてきた病院、施設は以下のようである
 - 1 位 ケアミックス病院（一般床と療養型との組み合わせをもつ病院）・・・8 施設
 - 2 位 一般病院（一般床をもつ病院）・・・4 施設
 - 3 位 老人保健施設・・・1 施設
- ③ 次の次確保を必要とされた病院、施設を申し込んだ理由は、1）早期に退院しなければいけないため 2）リハビリの継続をしたいという 2 点が、大半の理由を占めた
- ④ 申し込みの主な理由からケースを分類し、ケースの分析を試みた。

1) 早期退院が必要 ……15 ケース（一般 11/回復期 4）さらに 4 つに類型化

- ・強力な早期退院要請があった（2 ケース）
 病状不安定→次の次がみつかりにくい/次の次に転院できず当院に戻された
- ・希望（長期療養型、在宅）に移行する間のつなぎとして利用したい（8 ケース）
 長期療養型の待機が長いいため、その間のつなぎとして利用。面会に行きやすい所や、経済的問題があれば、その点を踏まえて選定にあたる必要がある。在宅の場合は、転

院後も当院SWが在宅調整をしたケースもあった。

- ・本人／家族間での方針（在宅／施設）の不一致が顕在化した（5 ケース）

方針が定まらない中で次の次探しが必要となる。SWも方針の不一致を知りながらも、次の次への話を進めていかなければならない。

2) リハビリ継続…13 ケース（一般5／回復期8）

脳血管疾患中心／介護度重度／年齢層が若い方が多く、主として家族の回復への期待は強く、リハビリ継続を希望されている。回復への期待があるにも関わらず、リハビリの受けられる病院に長くいる事ができない現実を知り、回復して欲しいという願いや気持ちの整理もないままに、長期の方向性の設定を求められ、長期療養先を探さなければいけない状況におかれる。

3) 面会に行きやすい所…6 ケース（一般4／回復期2）

キーパーソンが、高齢の配偶者／病弱／障害者となっている。家族が面会に来る事が、本人にとっても大きな精神的安定になっているケースもある。次の次を求められる事で再度希望に合致する所を選定しなおす必要があり、病院をかわる事への不安、次の療養先の入院期間が不明瞭、複数個所申し込む事への負担がキーパーソンにかかってくる

4) 家族の希望…4 ケース（一般4）

家族が希望する病院が次の次の確保を入院の条件としていた。特徴として、厳しい入院条件（3ヶ月限定→次に転院不可の場合は、当院への入院の確約・個室の利用）があり、家族は厳しさに困惑しながら、複数個所の病院等の申し込みをおこなった。転院後も当院SWが援助を継続したケースもあった。

5) 長期療養希望…1 ケース（一般1）

独居で、遠縁の親戚しかおらず、そのため、特養の申し込みをおこなう事が入所の条件となった。属性により、次の次確保が求められた。

4 考察

次の次確保が受け入れの条件と明確にされた事で、当院で長期の方向性設定が必要とされる事が鮮明となった。長期の方向性の設定は、回復への期待、方針の不一致、経済的問題、面会の問題等をかかえながらの検討であり、CLは、個別に様々な問題を抱えながら、次もかわらないといけない不安やストレスを抱えていると想像される。そんな状況を感じながらもSWはCLと次の次探しを進めていかなければならない現状におかれている。例えば、回復への期待が強いケースであれば、回復の期待と現実との葛藤、時間の経過を通して、その時の、病状、回復の程度、CLの心理・社会的状態をふまえて、方針の検討が必要である。長期の方向性設定にあたっては、当院だけで解決する事のできない問題をCLは抱えている事が今回の研究で考察された。機能分化、医療費抑制政策の中でも、SW同士が連携をとり、継続した援助がおこなえるような体制を相互に構築していく必要があると思われる。

医療の意思決定 (Medical Decision Making) — 支援のための対策とツール —

兵庫医科大学 杉村ともこ

1.はじめに

「医療における意思決定」とは患者と医師が、診断、治療、予防、薬物療法、終末期医療などについて、医師のもつ情報と、患者の知識や希望、価値観とを共有しながら、本人にとっての「最善選択」を決定するプロセスのことをいう。

しかし、患者と医師がすべての情報を共有することは不可能で、精神的、物理的、時間的にも制約が多く、誰にとっても意思決定をするのは難しいのが現実である。今回は、患者の“納得”の意思決定を可能にするために、あらためてその困難の要因と対策を検討し、支援ツールについても紹介する。

2.意思決定を困難にしている主要因とその対策

- ① 「意思決定に必要な情報の不足」:このためには、1. 治療の選択肢の情報、2. 選択肢を比較できるための“利益”“リスク”情報、3. エビデンス情報等が、系統だって提供される必要がある。
- ② 「本質的な葛藤が内在」: 選択肢そのものにメリット、デメリットが同時に共存するため、なにが最善かの確信をもつことが難しい上、価値観、期待とがあいまって葛藤や迷いを生じる。このようなプロセスを明確化するために、それを可能にする「医療専門職の紹介」や「患者の意思決定教育」が有効と思われる。

3.「意思決定の支援ツール」(Decision Tool, Decision Aid)

ただ、各々個別の要因対策だけでは、意思決定のプロセスを包括的に支援することは難しいため、それを容易にするための「支援ツール」について紹介する。この役割、メリット¹⁾は、1. 選択肢についての理解を高める、2. 起こりうる“利益”と“リスク”を認識する、3. 期待を現実的に高める、4. 意思決定への積極的参加を強化する、5. 決定に際しての葛藤を低減する、6. 決定できないままの人々を減少させる、7. 「自分の価値観」と「選択したこと」の一致度を高める、などである。

現在“Decision Aids”とされるものは世界に200以上存在し¹⁾、オタワヘルスリサーチ研究所 (Ottawa Health Research Institute) では、独自に開発した

ツールのリストと、世界各国から集めた意思決定支援ツールを現在ウェブ上で公開している（英語・フランス語）。

今回は、この研究所が作成・公開している3タイプの「オタワ個人の意思決定ガイド」ⁱⁱ (Ottawa Personal Decision Guide) のひとつ、「an 2-page PDF」(印刷して手で記入する方式) を紹介する。これは4つのステップに分かれており、そのコンセプトは、意思決定のためのニーズをアセスメントして、次のステップを計画し、その進展を見守る助けとなるもので、このツールは、カウンセリングを補完するものと考えられている(この意思決定ガイドの日本語版は、看護ネットからウェブ上で公開されているⁱⁱⁱ)。患者はこのツールを介して、意思決定に必要なプロセスが明確になるよう構成されており、これを活用することで、より迅速に意思決定を進めることが可能となる。

4. 今後の課題

現在、患者サービスの需要増加にともない、医療機関では強化対策に力をいれているが、患者の意思決定への系統だった支援サービスは、まだなかなか得られないのが現状。そのような中で、ソーシャルワーカーは意思決定プロセスを支援することができる「医療専門職」として、そのアセスメント・スキル、コミュニケーション・スキル等の専門性をいかし、また、これらの有用な資源を積極的に活用することで、患者の意思決定プロセスに大きく貢献できると考える。また、今後、日本の実情により即した意思決定支援ツールの実現と、疾病・症状別の系統だった情報提供サービス等が望まれる。

参考文献

i O' Connor AM. et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane Database of Systematic Review 2003, Issue 1, available from <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001431/abstract.html>, (accessed 2006-02-09)

ii Ottawa Health Research Institute. Patient Decision Aids. <http://www.ohri.ca/decisionaid/>, (accessed 2006-7-27)

iii 看護ネット 意思決定支援. <http://www.kango-net.jp/decisionaid/public/index.html>, (accessed 2006-7-27)

ソーシャルワーカーから見た「京都・認知症の母殺害事件」

○ 山本 みどり (西陣病院)
相原 和子 (国際医療福祉大学)

1. はじめに

1990年以降、介護にまつわる殺害事件が目立つようになってきた。いずれも家庭介護の厳しい現実があり、そこに介護者の身体的要因や経済的要因等、何らかの要因が加わることによって事件へと発展している。本件もその中の一つである。

そこで、本件を中心に事例検討を行い、そこから得た知見を整理することによって普遍的な対処方法を見出し、ひいては再発予防に繋がることを目的とした。

2. 事例の概要と背景

本事例は、経済的な理由から、認知症の母親を殺害した息子の事例である。

本年2月1日早朝、京都市内の桂川河川敷で車椅子に乗ったまま死亡している母親(84歳)と、その傍で倒れている息子(K氏54歳)が発見された。

前夜、母親とこれまで馴染んだ街を巡った後、河川敷で「もう生きられへん。ここで終わりやで」と告げ、「そうか。一緒やで」と応えた母親の首を手で絞め、殺害に及んだ。自らも首を切って自殺を図ったが、一命をとりとめ、承諾殺人などの罪に問われた。鞆の中には、相談相手がいない不安感や疲れ、経済的苦悩を記したメモが残されていた。

K氏は母親と二人暮らし。10年前に父親が死亡した頃から母親の認知症状が出始め、昨年4月頃からは、昼夜逆転や徘徊などの症状が増強した。7月には工場を退職し、ディサービスの利用を始めたものの一人にしておけず、9月には退職し、失業給付を受けながら介護に専念した。その間、3回にわたり生活保護の相談に福祉事務所を訪れたが、失業給付を理由に認められず、「頑張って働いて下さい」と言われただけのように感じた。12月には失業給付が終了した。介護と両立できる仕事はなく、カードローンの借り出しも限度額に達した。家賃やディサービスの費用も支払えず、年末からは利用を中断。事件前日に、「もう生きられない」と心中を決意した。

公判で、K氏は「生活保護ははねつけられたと思った」「融資は保証人を頼めなかった」「最後まで自分で面倒をみたかった」と述べた。京都地方裁判所には、減刑を求める近隣者など126人の嘆願書が提出され、多くの関心呼んだ。

3. 判決

懲役2年6ヶ月、執行猶予3年(求刑：懲役3年)

4. 考察

本件において、ソーシャルワーカーの視点から言えることを、以下の4点にまとめた。現段階で利用できる基礎資料は限られており、今回は新聞記事、傍聴記録等を参照した。

(1) 「殺人」をどう捉えるか

この事件は「承諾殺人」として認識されている。また、公判の中で、弁護人は本件の殺害を「やむを得ない究極の選択」と位置づけている。しかし、福祉的見地に立てば、如何なる理由があろうとも、殺人を選択肢に入れることはできない。

(2) 生活保護行政における相談

「他に迷惑をかけたくない」とこだわる息子が、福祉事務所には何度も相談に出向いている。しかし、そこでの対応は生きるための支援ではなかった。経済的に最後の拠り所となる生活保護、そのインテーク面接は生死にも関わることを意識し、ソーシャルワーカーと同等の基礎的訓練が必須とされるべきである。

(3) 職種間連携と個人情報保護法

このような事件がある度に、個人情報保護法が連携を阻む大義名分として使われる。今回も、ケアマネジャーが所属する施設の施設長は、支援が進められない理由を「個人情報の関係で無理に本音も聞き出せない」と説明した。個人情報保護法は、本来、情報を守るものではなく、個人を守ることが大前提にある。その点の認識の甘さは連携する双方の壁になりがちであり、職域を越えて見直す必要がある。

(4) 相談員の社会的責任

このような事件において、関与した相談員は常套句のように「そうは見えなかった」とコメントし、アセスメントの誤りに社会的責任を問われることもない。他職種では考えられないことである。人の人生に深く関わり、影響を与えるものを業とする以上、法的整備の有無に関わらず、他職種と同等の責任をもって自らのアセスメント力を高め、その実践結果には責任を負わなければならない。

5. 結論

家庭介護では、固有の関係性を背景に、絶え間のない介護優先の生活が繰り返される。介護者は心身の活力を低下させ、思考は慢性的な閉塞状態に陥りがちとなる。従って、今回のような事件を再発させないためには、そこにさらなるマイナス要因を加えないことが重要である。

また、本件に関して言えば、懸命な介護の末に殺人の罪を犯した息子の自責の念は強く、執行猶予後の生活が案じられる。相談のプロ（ソーシャルワーカー）による支援等、確実なフォローアップ体制を整備する必要がある。

ソーシャルワークの業務に関する調査報告 その1

— 保健医療機関に焦点をあてて —

神戸親和女子大学 ○田中希世子

同志社大学 野村裕美

同志社大学 岡本民夫

1. 研究目的

同志社大学学術フロンティア推進事業・トータル・ヒューマンケア・サポート研究機構（代表者・岡本民夫）では、2002年度より様々な実践領域における社会福祉専門職の業務内容を把握し、社会福祉専門職の全体像を提示することを目的とし、「ソーシャルワークにおける職務の明確化」に向けた研究を行っている。

これまで「ソーシャルワークとは何か」をめぐって、社会福祉専門職の専門性の提示、業務範囲の特定化や標準化などを研究課題とする先行研究は数多く行われてきた。特に医療福祉分野においては、1960年代から今日に至るまで、ソーシャルワーカー業務の実態調査の結果が数多く提示されている。しかし、社会福祉の幅広い領域を対象とした新たな実態調査等を行うことにより、「ソーシャルワークとは何か」に対する考察を行いたいと考える。

なお、本研究では、ソーシャルワークを「社会福祉実践」として広義に捉え、それらを実践するものを「社会福祉専門職者」（ソーシャルワーカー）と規定し、検討を進めている。

2. 研究の視点および方法

本研究では、【1】文献研究等広く渉猟し、ソーシャルワークの職務内容の把握と精査、【2】アンケート等の量的調査によるソーシャルワークの全体的な実態把握、【3】インタビュー等の質的調査による各領域の詳細把握、【4】2, 3の調査結果の分析、【5】ソーシャルワークの職務の明確化、【6】新たなソーシャルワークの職務の検討、などを目指している。現在までの研究経過としては、文献研究および第一次プレ調査、第二次プレ調査を経て、2006年3月、全国の社会福祉施設（機関）を対象とし、全国実態調査（量的調査）を実施したところである。

本全国調査における内容は、①フェイスシート、②調査票、の2点から構成される。フェイスシートでは、「性別」、「年齢」、「取得資格・免許」、「自分自身の職業イメージ」、「就業年数」等、調査協力者自身に関する質問をおこなっている。調査票では、調査協力者が、特定期間内に実施した一日（24時間）の業務内容を調査項目（下記参照）から選んで記録する「タイムテーブル方式」を採用している。業務内容項目については、【1】心理的援助、【2】情報収集、【3】援助計画立案、【4】評価業務、【5】情報提供、【6】日常生活支援、【7】生活環境整備・調整、【8】施設・機関内外における連携など、【9】所属施設・機関の運営・管理面の活動、【10】記録等の作成、【11】組織化及び活動支援、【12】社会福祉制度・サービスの拡充のための働きかけ、【13】苦情処理、【14】社会福祉に関する知識の普及活動・理解の促進、【15】人材育成、【16】研究・研修の計16項目の業務、および業務の下位項目として38項目を設定。勤務時間中、調査協力者が実施した業務内容についてご回答頂いた。

3. 研究結果

調査対象施設（機関）の詳細については、【1】生活保護法による保護施設、【2】老人福祉法による老人福祉施設、【3】身体障害者福祉法による身体障害者更正援護施設、【4】売春防止法による婦人保護施設、【5】児童福祉法による児童福祉施設、【6】知的障害者福祉法による知的障害者援護施設、【7】母子及び寡婦福祉法による母子福祉施設、【8】精神保健及び精神障害者福祉法に関する法律による精神障害者社会復帰施設、【9】介護保険法による施設、【10】その他の社会福祉施設等、【11】保健・医療機関、【12】相談機関及び社会福祉協議会に係る89施設（機関）である。調査協力者については、無作為抽出法により計12,787施設（機関）を抽出し、調査依頼を行った（実配布数38,361、回答数3,467）。なかでも【11】保健・医療機関については、一般病院、長期療養型病院（介護型療養病床あり）、長期療養型病院（介護療養病床なし）、特定機能病院、精神病院の5施設を対象とし、精神病院を除く4施設においては、配布施設数659（全体の5%）、実配布数1,977（全体の5%）、回答数287（全体の8%）であった。

本発表では、本研究の全体像とこれまでの研究経過を報告したうえで、全国調査の結果、なかでもフェイスシートにおける全体の調査結果と保健医療機関（精神病院を除く）に所属するソーシャルワーカーの調査結果との比較検討を行う。

（詳細については、当日資料を配布予定）

ソーシャルワークの業務に関する調査報告 その2 ー保健医療機関に焦点をあててー

同志社大学	○野村裕美
神戸親和女子大学	田中希世子
同志社大学	岡本民夫

1. はじめに

本研究は、「ソーシャルワークの業務に関する調査報告その1」に続く報告である。同志社大学学術フロンティア推進事業・トータルヒューマンケア・サポート研究機構（代表者・岡本民夫）が実施した調査の報告である。その1では、①調査設計・全国実態調査実施までの経過報告、②保健医療機関に勤務する人のみを対象とした調査報告（主に調査対象者の属性に関する報告）を行う。引き続きその2では、主に同対象者群における、タイムテーブル方式の調査票から集計された結果を報告する。

2. 研究目的

研究の目的の詳細は、調査報告その1に記載されている通りである。保健医療領域と他領域とのソーシャルワークの業務の共通性と差異性を明確にし、「ソーシャルワークとは何か」を明らかにすることである。

3. 研究の視点および方法

研究の視点および調査方法の詳細は、調査報告その1に記載されている通りである。タイムテーブル方式の調査票を分析にあたり、調査対象者のうち、その業務に携わっている人の割合を「実施率」と定義した。そして、①調査対象者を、保健医療機関（精神病院を除く）での勤務者と、その他の施設・機関勤務者に分けて比較検討することとする、②大分類および具体的内容における「実施率」と「業務の平均所要時間」を表にとりまとめ分析する、といった手順にのっとり、記載された業務の全体の把握を試みた。

なお、保健医療機関（精神病院を除く）での勤務者とは、一般病院・長期療養型病院（介護型療養病床あり）・長期療養型病院（介護型療養病床なし）・特定機能病院に所属する者を指す。

4. 結果

保健医療機関（精神病院を除く）での勤務者の回答総数 287 のうち、タイムテー

ブル方式の調査票に記載したものは285であった。

大分類における保健医療機関での勤務者の業務の実施率をランキングすると、「記録・書類の作成」(97.1%)、「移動・休憩等」(91.9%)、「情報提供」(91.5%)、「情報収集」(91.2%)、「心理的援助」(81.7%)、「施設・機関内外における連携」(89.1%)、「援助計画立案」(61.7%)、「生活環境整備・調整」(57.1%)、「評価」(42.4%)、「その他」(35.0%)、「日常生活や作業に関する援助」(33.6%)、「所属施設・機関の運営・管理面の活動」(25.2%)、「人材育成」(18.2%)、「社会福祉制度・サービスの拡充のための働きかけ」(17.1%)、「研究・研修」(16.1%)、「社会福祉に関する知識の普及活動・理解の促進」(10.5%)、「苦情処理」(9.8%)、「組織化及び活動支援」(7.3%)の順となった。

保健医療機関での勤務者の業務の平均所要時間をランキングすると、「記録・書類の作成」(140分)、「施設・機関内外における連携」(139分)、「情報収集」(106分)、「情報提供」(104分)、「その他」(97分)、「心理的援助」(96分)、「研究・研修」(94分)、「人材育成」(85分)、「社会福祉に関する知識の普及活動・理解の促進」(83分)、「生活環境整備・調整」(79分)、「組織化及び活動支援」(71分)、「移動・休憩等」(67分)、「援助計画立案」(58分)、「所属施設・機関の運営・管理面の活動」(57分)、「社会福祉制度・サービスの拡充のための働きかけ」(55分)、「評価」(50分)、「日常生活や作業に関する援助」(48分)の順となった。

保健医療機関での勤務者とそれ以外の施設機関勤務者を比較すると、「記録・書類の作成」、「情報提供」、「情報収集」、「心理的援助」、「施設・機関内外における連携」において、保健医療機関での勤務者の実施率が高く、平均所要時間も高かった。「記録・書類の作成」と「移動・休憩等」において、保健医療機関とそれ以外の勤務者では実施率に大きな差は見られず、双方とも実施率が高かった。保健医療機関での勤務者の実施率がそれ以外の勤務者を下回った項目としては、「日常生活や作業に関する援助」、「所属施設・機関の運営・管理面の活動」、「人材育成」の三項目であった。ただし「人材育成」のうち「実習生の指導」は、平均所要時間では302分と全体の1位を占めた。実施率で最も大きな差がみられたのは、「情報提供」であった。差がほとんどなかったのは、「組織化及び活動支援」であり、双方とも実施率は低かった。「評価」は保健医療機関での実施率はそれ以外を上回るが、平均所要時間は下回り、全体で16位に位置した。

5. むすびにかえて

保健医療機関における業務は、それ以外の施設機関での業務と比べ、組織のマネジメントおよび人材育成の分野等でその業務の特性を表していると言える。

グループスーパービジョンの実践方法についての一考察

—組織外スーパーバイザーと行ったグループスーパービジョンの体験を通して—

○出雲路祥子、隈村綾子、山本玲奈、中村有里（京都大学医学部附属病院）
宮崎清恵（神戸学院大学）

<研究の目的と意義>

スーパービジョンとはソーシャルワーカーの養成の過程においては必要不可欠なものであり、クライアントへの援助の質を向上するという意味においては、援助の方法であるとも言える。我が国では、現実的には様々なソーシャルワークの分野において個別スーパービジョンやグループスーパービジョンが行われているが、特にグループスーパービジョンに関してはその方法についての理論化は進んでいない。今後更なる事例を積み重ね、普遍的な効果的方法を現場間で共有していくことが必要である。

京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部所属のソーシャルワーカーは、外部からスーパーバイザーを依頼し、組織とスーパーバイザーが契約を交わして、2005年5月～2006年3月にかけてグループスーパービジョンを実行した。体験したグループスーパービジョンの一事例をスーパーバイザーとスーパーバイザーが協働で分析することで、様々な知見を得ることができたのでここに発表したい。

<グループスーパービジョンの概要>

2006年2月のソーシャルワーカー会議において「医療ソーシャルワーカーとしてのスキルアップをしたい」という意識が表面化し、周知していたスーパービジョンを行うため、教育機関としての利点を活かし開始することとなる。

日程	参加人数	内容	用意した資料	開催後作成資料
1回 5月23日	5人	契約	確認事項資料	議事録、契約書等
2回 6月13日	5人	ケース検討	ケース検討資料	議事録、振返文書
3回 7月11日	5人	ケース検討	ケース検討資料	議事録・振返文書
4回 8月5日	5人	ケース検討	ケース検討資料	議事録・振返文書
5回 9月9日	5人	ケース検討	ケース検討資料	議事録・振返文書
5回 11月28日	5人	振返り	振返り（全員）	全体の振返文書
6回 3月27日	4人	ピアグループSVにむけ 逐語録でのSV	逐語録、事例概要、 ピアSV資料	

上記スーパービジョン終了後も継続してスキルアップを目指すためにピアスーパービジョンを行うことにした。

<研究の方法>

グループスーパービジョン分析のため、5回の論考セッションを行った。研究材料としてスーパービジョン開始までの契約等の資料、毎回セッションで用意された資料や話し合われた内容、電話やメールでのやりとりメモ、院内の書類や部内の会議録等を使用した。一連の過程と方法について、スーパーバイザーとスーパーバイジーで詳細に振り返り論考した。スーパーバイザーの意図した事とスーパーバイジーの得た物に沿って話し合いを行い、双方またスーパーバイジー同志での疑問点や反省点を挙げ、グループスーパービジョンの意味と課題を明らかにした。なお論考セッションについてはすべて録音しその記録を毎回確認しつつ話し合いの足りない所を補っていった。

<結 果>

- ①組織外スーパービジョンを実現するまでのプロセス
- ②契約時の留意点の確認
- ③グループ内の力動への配慮とスーパービジョンを受ける体制作りの重要性
- ④スーパーバイザーの具体的な指示の必要性の重要性
- ⑤スーパーバイザーとバイジーとの情報伝達方法の工夫
- ⑥スーパービジョンの継続方法（ピアグループスーパービジョン）における指導セッションの有効性と留意点

以上の項目について検討した詳細は当日紹介する。

<考察>

結果を通し、組織外グループスーパービジョンの活用に際してのポイントが以下のように明らかになった。

- ①組織にスーパービジョンの承認を受ける際の留意点に配慮
- ②組織契約締結時の留意点に配慮
- ③バイザー⇄バイジーメンバー間の信頼関係醸成への工夫
- ④バイザー⇄バイジーメンバー間のオープンなコミュニケーションの質と量と手段の確保の工夫

<結論>

上記ポイントを踏まえて行えば、日本の現実的なスーパービジョンのあり方として、組織外からのスーパーバイザーにグループスーパービジョンを受ける事は実際的であり有効である。

<今後の課題>

今後はスーパービジョンの継続可能な形としてのピアグループスーパービジョンの効果的な持ち方を工夫することが必要である。

保健医療機関における実習事前学習へ期待すること ～学生および実習指導者への調査を手がかりに～

川崎医療福祉大学 竹中麻由美

1. 研究目的

2006年4月、保健医療機関が新たに社会福祉士養成課程の指定実習施設に加えられた。それまで、教育機関および実習受け入れ先となる保健医療機関は、それぞれの機関で独自のカリキュラムや実習プログラムを持ち、社会福祉士とは別立てでの実習を行ってきた。

ソーシャルワークの専門職性については、多くの議論・研究がなされており、専門職性測定指標も開発されている。では、保健医療機関でこうしたソーシャルワーカー専門職性を発揮するためには、どのような教育が必要であろうか。医療ソーシャルワーカー養成課程は、専門的資質をもつスペシフィックなソーシャルワーカーを養成するものであり、社会福祉士養成過程において、医療ソーシャルワーカー養成をいかに実現していくかについては、今後さらなる検討が必要であろう。そして当然その養成過程においては、“養成施設での事前学習→現場実習→養成施設での事後学習”が、医療ソーシャルワーカー養成という共通の目標に向かって実践されるべきであり、両者の適切な連携が不可欠である。

本報告では、社会福祉士養成過程の指定実習施設となる以前に保健医療機関で実習を行った学生および実習指導者への調査をもとに、大学での事前学習に対する評価や意見を調査した結果について報告する。

2. 研究の視点および方法

2-1. 調査対象：平成15年・16年・17年の8月・9月に、保健医療機関において現場実習を行ったA大学の学生42人（男：11人、女：31人）および実習指導者42人（男：19人、女23人）に対して調査を実施した。

2-2. 調査方法：①学生への調査は、実習前に質問紙を配布し、調査目的などを説明した上で、10月の初回講義時に回収した。実習指導者への調査は、実習巡回訪問時に、訪問担当教員から口頭による質問を行った。

2-3. 調査内容：①学生に対して 1)実習で困ったこと 2)実習で注意を受けたこ

と 3) 実習前に大学で学んで役立ったこと・実習前に大学で教えておいてほしかったこと を無記名・自由記述で回答。②実習指導者に対して 1) 大学側に対して事前学習の内容も含めて要望することを自由に回答。

3. 結果および考察

3-1 学生が大学で教えてほしいと望んでいたこと

- 1) 制度の実際：制度を活用する際のポイント、どのように優先順位や組み合わせを決定していくのか、実践に即した社会資源の活用方法
- 2) 記録の書き方 ケース記録・日誌の書き方
- 3) 疾患や医学知識：カルテの読み方、略語、診療科目と疾患、リハビリテーション
- 4) 医療をめぐる動向：病院の機能やソーシャルワーカーの役割、最新の医療情報、急性期医療と慢性期医療、
- 5) 実践に即した学習：面接のロールプレイ

3-2 実習指導者が大学で教えておいてほしいと感じていること

- 1) ソーシャルワーカーの業務全体：面接だけがソーシャルワーカー業務ではないこと、面接やケアプランだけではなく、ソーシャルワーカー全体の仕事についての理解
- 2) 対人関係能力：クライアントのみならず、他者と適切に接することができる準備、適切に自分をアピールする方法、生活感が希薄である
- 3) 社会的関心：現在の福祉課題や社会問題への関心
- 4) 組織論：組織の中での業務を意識する
- 5) その他：他職種の実習生と比較して「学生だからできなくても仕方がない。」と指導者側がつい甘くなってしまうのではないかと、高齢者分野では、介護の体験や理解も重要

学生は、当然ながら実習中に理解できなかったことがら、困ったことがらに対して「事前に大学で知識を教えておいてほしかった。」と感じている。実習指導者は、ソーシャルワーカー業務全体、組織や社会というより広い視野を持つことを事前学習に求めていることが示唆された。養成施設における事前学習では、こうした深さと広がりを検討することが必要であると考えられる。

ソーシャルワークにおける リフレクティブ・ラーニング教育の可能性
—リフレクティブ・プラクティショナーとしての
ソーシャルワーカーを養成するために—

天理大学 南 彩子

1. 研究目的・視点・方法

英・米におけるソーシャルワーク教育においてリフレクティブ・ラーニングが提唱される発端となったのは、Yelloly, M. & Henkel, M. (1995) や Gould, N. & Taylor, I. (1996) らによる研究成果であろう。特に後者の研究では、ソーシャルワーク教育における経験とリフレクションからの学びやリフレクティブ・プロセスとしてのソーシャルワーク教育等について詳述され、ソーシャルワークにリフレクティブ・ラーニングを取り入れることへの関心が高まっていることが読み取れる。これらの研究の契機は、専門職教育における学習ツールとしてのリフレクションを強調した Schön, D. による研究である。

Schön(1983)は、知識を適用しスキルを身につける“見える実践”を重視する「技術的熟達者モデル」(technical expert model)から、その場その時の意味を読み取り即興的に対応していく反省的思考や判断という“見えない実践”を重視する「反省的实践家モデル」(reflective practitioner model)への転換を強調した。その理由は、反省的实践の成果が、実践家の力量形成や成長につながると思ったからである。Schönは、リフレクティブ・プラクティショナーの例として、Etzioni, A. (1969)がセミプロフェッションと指摘した教師や看護師や社会福祉士などを想定した(Schön, 1983=2001 佐藤・秋田訳: 9)。これらの職種は、実践状況の複雑さゆえに「行為しながらの省察」を基礎としつつ「行為の後に全体を省察する」とともに、「自分の実践を対象化し検討して今後につなげる」専門家であると捉えられている。つまり状況と対話しつつ、それと併行して自己との対話をも展開する専門家をリフレクティブ・プラクティショナーと捉えている。

ソーシャルワークにおいても人と問題状況のアセスメントや自己覚知の重要性はずっと言われていることであり、<リフレクティブ・プラクティショナー>という概念をソーシャルワークにも援用することが可能ではないかと考える。そこで本研究では、文献研究を通して、反省的思考、リフレクション、

リフレクティブ・プラクティス、リフレクティブ・ラーニングの概念を整理した上で、「リフレクティブ・ラーニング教育」研究の基礎となる概念づくりを行うことを目的とする（文献レビューの詳細は当日提示）。

2. 研究結果

“reflective thinking” の概念については、Dewey. J. の研究に遡り、“reflection” の定義については Dewey. の思想を発展させた Boyd. & Fales. (1983)、Boud、Keogh、Walker. (1985)、Ried(1993)、“reflective practice” の構成要素については Schön、“reflective process model” については Boud、Keogh、Walker(1985)、Gibbs(1988)、Atkins. & Murphy. (1993)、“reflective learning” の定義については Baker. 等を参考にしつつ概念の整理を行った。その結果、省察力に影響を及ぼす要因と、リフレクティブ・ラーニング教育が果たすべき内容についての概念図（仮説モデル）を作成した(当日提示)。

3. 考察

先行研究等の精査によって導き出した省察力の定義は、「自分が直面した、困った（気にかかる）状況から生じる“経験”や“関わり場面（実践場面）”における言動をふりかえって、自分の感情に気づき、その経験を言語化することによって経験を対象化するとともに経験したことの意味を明確化し、準拠すべき知識や理論に照らしての批判的分析を行なう。その結果、これでよかったのかあるいは他に何ができたのかという代替案を検討する。そして、視点の転換と改善への方策を立案して将来につなげる努力を、意識的・自覚的に行なうこと」であると考えた（アンダーライン部分は省察力の構成概念）。

1990年以降2006年までの文献件数は、表1の通りであるが、福祉教育の領域においては未だほとんど注目されておらず、今後の研究課題と言える。

表1. リフレクティブ・ラーニング教育に関する領域別の文献の件数(計100件)

領域 分類	教師教育	看護教育	保育教育	保健教育	医師教育	介護教育	福祉教育
調査研究	23件	20件	3件	1件	0件	0件	1件
理論研究	26件	11件	3件	0件	1件	0件	0件
方法論研究	19件	0件	0件	0件	0件	2件	1件

(1990～2006年国立情報学研究所及びNICHIGAI/MAGAZINEPLUS雑誌記事検索による)

「実践報告」投稿の呼びかけ

「医療社会福祉研究」誌の編集委員会では、「実践報告」という新たな投稿枠を設けることにしました。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、医療社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずです。また、介護保険制度の施行や今後の医療改革によって、実践上の課題や活動の枠組みに変化が生じることも予想されます。医療社会福祉は、純粋科学ではなく、人々の直面する現実の健康・生活問題に向き合い、その問題解決に寄与しようという実践科学です。実践の現場での情報提供や課題提起を促進し、実践と研究の密接な関係に立って、医療社会福祉を発展させるために、実践現場の方々からの積極的な投稿を期待します。

「実践報告」

目的：主として現場の会員の実践経験に関わる各種の情報の紹介を行ったり、今後の理論化のために論議の必要な課題を提起することにより、今後の医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

内容：医療社会福祉の対象の理解や実践活動に関わる報告、広く会員の実践家・研究者に知らせる価値があると思われるものならどんなものでも可。また、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など。内容については、多岐にわたると予想されるが、たとえば、次のような報告が考えられる。

－従来あまり紹介されていない新しい特殊なタイプの疾病・問題に関わる情報

例。高度脳機能障害患者・家族の生活困難の具体的状況

外国人や中国からの帰国子女等へのソーシャルワーク援助事例

虐待が疑われる児童患者ケースへの病院とソーシャルワークの対応事例

－制度の改変等に伴う新しいタイプの問題や実践課題の変化について

例。介護保険の施行に伴う院内における退院計画業務の再編

－実践の場の変化に伴うソーシャルワーク業務の変化や共通性について

例。病院から在宅介護支援センターへの配置転換によるソーシャルワーク業務の変化

－技術革新や社会の変動に伴い新たに価値判断を求められる課題について

例。脳死からの臓器移植に関わる倫理的問題について

構成：構成および形式については、以下の「研究論文」に準じることが望ましいと思われませんが、内容により柔軟に適用したい考えていますので、投稿時にご相談下さい。

「研究論文」

内容：医療社会福祉に関わる何らかの研究課題について、実証的データや理論的考察によって、何らかの結論を明示するもの。

構成：研究内容によって多少の相違がありうるが、概ね次のような構成となる。

- | | |
|-----------------|---|
| I. 緒言（序論、はじめに） | 研究の背景・意義，研究目的，研究課題 |
| II. 研究方法（調査方法） | 研究・調査の方法に関する記述や使用するデータの出所等 |
| III. 研究結果（調査結果） | 研究・調査の結果・成績（考察や結論に関わる研究・調査の結果をできるだけ解釈を交えずに客観的に提示する） |
| IV. 考察（考案，討論） | 研究結果の評価，解釈，予想される異論に関する討論等 |
| V. 結語（結論，おわりに） | 結論，今後に残された研究課題 |

注，文献，付記など

（事例的研究等ではⅢとⅣを完全に分離することが困難な場合があり、「結果と考察」のようにまとめて記述することもあるが、その際にも、客観的事実の部分と著者の考察・意見に関わる部分は区別して記述することが必要）

医療社会福祉研究 第13巻・第14巻・第15巻

2007年3月31日発行

編 集 日本医療社会福祉学会「医療社会福祉研究」編集委員会

発 行 日本医療社会福祉学会

〒169-0075 東京都新宿区高田馬場4-4-19

(株) 国際文献印刷社内

Tel : 03-5389-6204

Fax : 03-3368-2822

E-mail : jsswh-post@bunken.co.jp

発行責任者 橋高通泰 (日本医療社会福祉学会長)

印 刷 株式会社相模プリント

1部定価 1,100円

March 2007

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol.13 / Vol.14 / Vol.15

Practice Wisdom

Social work practice with homeless patients

- An analysis of discharging patterns from a hospital -

..... Keita Yamamoto & Norio Nagatake

Articles

Relation between subjective recognition of family to "Brain damage"

as a traumatic event and their stress..... Akira Akamatsu

Abstracts for Annual Conference

The 14th Conference (2004)

The 15th Conference (2005)

The 16th Conference (2006)

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)