

医療社会福祉研究

第16巻

論文

- 医療ソーシャルワーカーのバーンアウト予防策の検討
 —問題解決行動、職場外サポートおよび研修充実度の抑制効果—
 陽田加奈子・北島英治・田中千枝子
- 遷延性意識障害者における在宅介護を可能にする要因の検討
 —病院および施設に入院・入所している意識障害者の実態調査から—
 日高紀久江・紙屋克子・松田陽子
- 高齢患者の退院における家族の困難
 —多面的システムから捉えるアセスメントの視点—
 本杉亜里・北島英治・田中千枝子
- 小児がんで子どもを亡くした父親の悲嘆プロセス
 —医療ソーシャルワーカーによる援助への示唆—
 三輪久美子
- 自死遺族支援研究の現状と課題
 —日本を中心とする研究レビューと実践報告を通して—
 渭川雄基
- SWの役割と独自性 —相談機関別の連携の分析を中心に—
 宮内佳代子・八子恵美子・金窪佳代子・新 朝子・海野 忍

シンポジウム

- 地域に貢献できる医療ソーシャルワーカー
 —保健医療ソーシャルワークにおける地域活動の現代的意味— 田中千枝子
 河北総合病院医療社会相談室から地域包括支援センターに異動して
 渡邊姿保子
- 通院支援としての「自動車による移動介護サービス」への取り組み 逢澤詳子
 保健医療領域からの児童虐待の予防的介入の経緯と実際 天野博之

実践報告

- 精神科長期入院者への退院支援
 —ソーシャルワーカーの立場から、退院準備プログラムの実践を通して—
 芦沢茂喜
- 遷延性意識障害者の身体障害者手帳における問題点の検討
 松田陽子・日高紀久江・紙屋克子

2008年6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、下記とする。

(〒632-8510 天理市柚之内町1050)

天理大学人間学部 武田加代子

電話：07436-3-1515 FAX：07436-2-1965)

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

論文

- 医療ソーシャルワーカーのバーンアウト予防策の検討
—問題解決行動、職場外サポートおよび研修充実度の抑制効果—
陽田加奈子・北島英治・田中千枝子 1
- 遷延性意識障害者における在宅介護を可能にする要因の検討
—病院および施設に入院・入所している意識障害者の実態調査から—
日高紀久江・紙屋克子・松田陽子 13
- 高齢患者の退院における家族の困難
—多面的システムから捉えるアセスメントの視点—
本杉亜里・北島英治・田中千枝子 25
- 小児がんで子どもを亡くした父親の悲嘆プロセス
—医療ソーシャルワーカーによる援助への示唆— 三輪久美子 35
- 自死遺族支援研究の現状と課題
—日本を中心とする研究レビューと実践報告を通して— 渭川雄基 45
- SW の役割と独自性 —相談機関別の連携の分析を中心に—
宮内佳代子・八子恵美子・金窪佳代子・新 朝子・海野 忍 59

シンポジウム

- 地域に貢献できる医療ソーシャルワーカー
—保健医療ソーシャルワークにおける地域活動の現代的意味—
田中千枝子 71
- 河北総合病院医療社会相談室から地域包括支援センターに異動して
渡邊姿保子 79
- 通院支援としての「自動車による移動介護サービス」への取り組み
逢澤祥子 85
- 保健医療領域からの児童虐待の予防的介入の経緯と実際 天野博之 93

実践報告

- 精神科長期入院者への退院支援
—ソーシャルワーカーの立場から、退院準備プログラムの実践を通して—
芦沢茂喜 101
- 遷延性意識障害者の身体障害者手帳における問題点の検討
松田陽子・日高紀久江・紙屋克子 111

〔論文〕

医療ソーシャルワーカーのバーンアウト予防策の検討 —問題解決行動、職場外サポートおよび研修充実度の抑制効果—

陽 田 加奈子*
北 島 英 治**
田 中 千枝子***

Key words : 問題解決行動, 職場外サポート, 研修充実度

I. 緒言

近年、医療と福祉を取り巻く環境は、急速な少子・高齢化の進展などによって大きな変化がみられる。とりわけ医療機関で福祉職として働く医療ソーシャルワーカー（以後、MSW）の専門性への社会的要請や関心も高まっている。MSWの専門教育や資格取得者については、日本医療社会事業協会の会員調査報告によると、大学院卒が全体の8.4%、大学卒が85.4%である。会員の多くは社会福祉系大学等の専門教育を修了した後、病院等でソーシャルワーク業務に従事している。資格取得状況は、社会福祉士が全体の69.0%、精神保健福祉士が22.9%、介護支援専門員が49.9%となっており、国家資格取得者が増えている（日本医療社会事業協会、2006：4）。しかし、一方では医療や福祉などヒューマン・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（田尾・久保、1996：i）。清水ら（2002：80）による社会福祉士のバーンアウト

調査では、転職・転勤希望者は全体の42.4%と半分弱であった。前述したように日本医療社会事業協会会員の9割以上が大学院・大学で専門教育を修了し、就職にあたって社会福祉士などの国家資格取得者であることが条件とされる病院が増えている。賃金等の条件では、MSWの配置に関する手引きによると、国家公務員福祉職俸給表に準じた給与体系が望ましいとされている（日本医療社会事業協会、2006：5）。ところが、そのような給与体系は望めない現状がある。雇用形態も不安定であり、非常勤のため昇給や賞与もないというMSWもいる。これではMSWのモチベーションの低下が懸念される。スーパービジョンについても、ひとり職場をはじめとして十分な体制が整備されていないところが多い。また、複数職場であっても業務が多忙を極めているなどの理由によって、所属機関におけるスーパービジョン体制が未整備の可能性が高い。さらに、社会的使命感をもち、熱心で意欲的なMSWほどバーンアウトに陥りやすいものである（荘村、2000：12）。患者の生活の

*Kanako Youda : 医療社団法人 望星会 本厚木メディカルクリニック

**Eiji Kitazima : 東海大学

***Chieko Tanaka : 日本福祉大学

質を確保し向上を図るために、職務に熱心で献身的であることが、逆に達成感の低下や離職を招くという「バーンアウト」現象を放置することは、わが国の社会的な損失といっても過言ではない。バーンアウトを予防する体制を整備するためには、組織のあり方に焦点を当てるだけでなく、MSW自身の力量を高めていく方略、すなわちコーピング（対処の方法）に着目することが重要であると考えられる。たとえば、所属機関の先輩や同僚、他職種からの支援をうまく受けることができれば、何らかの課題に直面したときに、そこから解決策を導くことができる。特に、ひとり職場では、個別援助で困ったときに相談のつてくれ、社会資源についての情報交換ができるネットワークづくりが重要となる。また、問題解決能力やネットワークづくりの場として、職場外の教育・研修への参加は効果的であろう。2004年4月から、医師の卒後臨床研修が必修化された（日本医学教育学会卒後臨床研修委員会，2001）。MSWにおいても、患者の生活の質を確保し向上を図るには、卒後教育による資質の向上が必要とされている（日本社会福祉士会，2005；日本医療社会事業協会，2005）。しかしながら、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、研修の義務化はされていない。教育・研修の目的は、本来、患者の生活の質を確保し向上を図るための技能向上にあるが、MSWのバーンアウトを予防するためにも、その充実が求められている。本研究では、このような現状を踏まえ、コーピング、サポート体制、教育・研修の効果に着目したバーンアウト予防策を検討することを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象者と調査方法

対象者は、日本医療社会事業協会正会員の内、大学教員、在宅介護支援センター勤務などを除いたMSW600名とした。対象者の抽出には系統抽出法を用いた。

調査は、郵送法によって行った。期間は、2005年9月1日から9月30日までの1ヶ月間であった。配布した600票の内、回収数は384票、回収率は64.0%であった。対象者への倫理的な配慮として、回答は無記名とし、会員名簿の使用にあたって日本医療社会事業協会の理事会、常任理事会にて承認を受けた。なお、本研究ではその内、常勤職「週40時間以上勤務」の298名を分析対象とした。

2. 調査内容

(1) 基本属性

基本属性として、性別、年齢、病院のソーシャルワーカーとしての経験年数、福祉職としての実務経験年数、現在の医療機関の病床数、所属する組織におけるソーシャルワーカーの配置人数、最近6ヶ月における週平均の労働時間、直属の上司の職種、管理職業務の有無、部下の数、最終学歴、資格取得について回答してもらった。

(2) バーンアウト

バーンアウトの測定には、MBIの改訂版である「日本語版バーンアウト尺度」を用いた（久保，1998；田尾・久保，1996）。

(3) ストレッサー

ストレッサーの測定には、「仕事の量的負荷」の指標として「一日2時間以上の残業の有無」、「仕事の質的負荷」の指標として「仕事のコントロール」、質と量の双方に関連する指標として「管理職業務の有無」の3変数を用いた。「仕事のコントロール」の測定には、Karasek (1979)によって開発されたJob Content Questionnaire (JCQ)の下位尺度である「仕事のコントロール」を用いた（Kawakami, et. al, 1995）。この尺度は、9項目に対して「全く違う＝1点」「違う＝2点」「そうである＝3点」「全くそうである＝4点」の4件法で回答を求め、得点化した。得点は0～72点の範囲をとり、得点が高いほど、仕事のコントロール度が低い、すなわち仕事の質的な負荷が高いことを意味している（ $\alpha = .658$ ）。

(4) コーピング

コーピングの測定には、職場ストレススケー

ル改訂版（小杉ほか，2003）の下位尺度である「問題解決」を用いた（信頼性係数は.812）。なお、以下は「問題解決行動」と表記する。

(5) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートの測定には、小牧・田中（1993）のソーシャルサポート尺度の内、情緒的サポートである「仕事の問題で困っているとき、どうすればいいか相談にのってくれる」、「仕事がうまくやれたときは、正しく評価してくれる」と、道具的サポートである「仕事の問題を解決するのにやり方やコツを教えてくれる」、「仕事の負担が非常に大きい時には仕事を手伝ってくれる」の4項目を用いた（小牧，1994）。さらに、「仕事の負担が非常に大きい時には仕事を手伝ってくれる」については、MSWの職務内容に合うように「地域の課題などひとりではできない仕事があったとき、快く手伝ってくれる」とし、質問項目の内容を変更して用いた（信頼性係数は.790）。本研究では、この修正尺度を「職場外サポート」と命名した。

(6) 研修・研修の内容について

研修の内容について「ソーシャルワークの価値や倫理」、「実践理論及び事例検討会等の援助技術（スーパービジョンを含む）」、「チームワーク及びネットワーキング」、「最新の制度改革等の知識や情報」、「ソーシャルアクションへの参加」の5項目を用いた。興味を持っている程度を「かなり興味がある＝4点」「興味がある＝3点」「あまり興味がない＝2点」「全く興味がない＝1点」、満足が得られている程度を「かなり満足している＝4点」「満足している＝3点」「あまり満足していない＝2点」「全く満足していない＝1点」とし、4件法で回答してもらった。分析にあたって関心度の高さに応じて満足度を加重するために、関心度と満足度を乗じた得点を算出し、それらを合計した得点を「研修充実度」の尺度とした（得点範囲は4～64点）。なお、得点化には、信頼性分析の結果をもとに、「最新の制度改革等の知識や情報」以外の4項目を用いた（ $\alpha = .734$ ）。

3. 分析対象者の属性（表Ⅱ－1）

性別構成は、男性29.2%、女性70.5%、年齢は平均36.0歳であった。最終学歴は、9割以上が大学院・大学卒であった。資格取得状況は、社会福祉士72.5%、精神保健福祉士24.2%、介護支援専門員48.3%であった。分析対象者の基本属性と2005年7月から10月における日本医療社会事業協会の会員調査報告を比較したところ、性別構成は、ほぼ同じであった。年齢は、分析対象者の方が、平均して2.0歳若く、最終学歴は、本研究と同様、分析対象者と会員調査報告ともに9割以上が大学院・大学卒であった。資格取得状況は、分析対象者の方が、社会福祉士の資格取得者の割合が3.5%ほど上回っていた。これは調査対象を病院勤務のMSWとし、さらに分析対象を「週40時間以上勤務」の常勤職に絞ったためと考えられる。また、調査の協力者の多くが専門職として勤務している現場のMSWであったためとも考えられる。その他、MSWとしての経験年数は平均10.3年、管理職業務があると回答した人が31.9%、労働時間は週平均51.5時間であった。

4. 分析の枠組みと方法

分析1では、バーンアウトの抑制要因の検討に先立って「日本語版バーンアウト尺度」の因子分析を行い、MSW向けのバーンアウト尺度の修正を試みることを目的とした。方法は「日本語版バーンアウト尺度」17項目を用い、作成者の久保（1998）と同様、Maslach & Jackson（1981）の手続きにしたがって、主成分法により因子を抽出し、その後バリマックス回転をおこなった。

分析2では、バーンアウトの抑制には「問題解決行動」、「職場外サポート」および「研修充実度」は有効であることを検証するために重回帰分析を行った。

分析3では、「職場外サポート」を獲得し、「問題解決行動」を促進するためには「研修充実度」を高めることが有効であることを検証するために重回帰分析を行った。

表Ⅱ－１ 基本属性の回答分布

項目	カテゴリー	調査対象者 N = 384 度数 (%)	分析対象者 N = 298
性別	男	112(29.6)	87(29.2)
	女	266(70.4)	210(70.5)
年齢	20歳～29歳	133(35.1)	97(32.6)
	30歳～39歳	129(34.0)	104(34.9)
	40歳～49歳	70(18.5)	57(19.1)
	50歳以上	47(12.4)	39(13.1)
病院のソーシャルワーカーとしての経験年数	3年未満	66(17.5)	51(17.1)
	3年以上5年未満	72(19.1)	50(16.8)
	5年以上10年未満	101(26.8)	80(26.8)
	10年以上15年未満	52(13.8)	43(14.4)
	15年以上20年未満	35(9.3)	30(10.1)
	20年以上	51(13.5)	42(14.1)
福祉職としての実務経験年数	3年未満	48(13.2)	36(12.1)
	3年以上5年未満	53(14.6)	35(11.7)
	5年以上10年未満	111(30.5)	89(29.9)
	10年以上15年未満	53(14.6)	46(15.4)
	15年以上20年未満	42(11.5)	34(11.4)
	20年以上	57(15.7)	46(15.4)
現在の医療機関の病床数（精神科病床・結核病床・療養型病床などを含む）	100床未満	32(8.5)	23(7.7)
	100床以上200床未満	104(27.7)	82(27.5)
	200床以上300床未満	68(18.1)	55(18.5)
	300床以上500床未満	81(21.5)	65(21.8)
	500床以上	91(24.2)	70(23.5)
所属する組織におけるソーシャルワーカーの配置人数	1人	64(16.9)	54(18.1)
	2人～3人	193(50.9)	150(50.3)
	4人～5人	72(19.0)	55(18.5)
	6人以上	50(13.2)	38(12.8)
最近6ヶ月における週平均の労働時間（残業・昼休みを含む拘束時間）	40時間未満	58(16.3)	
	40時間～49時間	108(30.3)	108(36.2)
	50時間～59時間	140(39.3)	140(47.0)
	60時間以上	50(14.0)	50(16.8)
直属の上司	ソーシャルワーカー	115(30.5)	87(29.2)
	医師	64(17.0)	52(17.4)
	看護師	31(8.2)	26(8.7)
	事務系	149(39.5)	119(39.9)
	その他	18(4.8)	12(4.0)
管理職業務を任されているか	はい	118(31.2)	95(31.9)
	いいえ	260(68.8)	201(67.4)
「はい」と答えた方のみ部下は何人いるか	0人	8(2.1)	7(2.3)
	1人	33(8.6)	30(10.1)
	2人	31(8.1)	27(9.1)
	3人以上	45(38.5)	31(10.4)
最終学歴（資格取得・通信教育を除く）	大学院	18(4.7)	15(5.0)
	福祉系大学	294(77.4)	230(77.2)
	その他大学	40(10.5)	32(10.7)
	専門学校・短期大学	24(6.3)	19(6.4)
	その他	4(1.1)	2(0.7)
取得資格（複数回答可）	社会福祉士（資格あり）	282(74.4)	216(72.5)
	精神保健福祉士（資格あり）	91(24.0)	72(24.2)
	介護福祉士（資格あり）	10(2.6)	7(2.3)
	介護支援専門員（資格あり）	179(47.2)	144(48.3)
	当てはまらない（資格なし）	42(11.1)	38(12.8)

Ⅲ. 研究結果(分析1)医療ソーシャルワーカー向けのバーンアウト尺度修正版の作成

1. 因子分析の結果

17項目を一括投入して、因子分析を行った結果は、因子所属が不明瞭な項目が多く、解釈可能な結果が得られなかった。そこで、各項目の回答分布を検討したところ、4項目に極端な偏りが認められた。回答分布の偏りが大きい4項目を除外して、13項目で同様の分析をおこなったところ、明瞭な2因子解が得られた。なお、極端な回答分布の偏りがあった4項目は、内容的にMSWという職種には当てはまりにくい項目であると考えられる。たとえば「今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある(75.8%)」という項目に対して、4分の3以上の人が「ない」と回答していた。

2. 因子の命名

第1因子は、「体も気持ちも疲れはてたと思うことがある」、「仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある」という項目が上位を占め、「日本語版バーンアウト尺度」の「情緒的消耗感」5項目と「脱人格化」2項目より構成されていた。そこで、原版と区別するため、「情緒的疲弊感」と命名した。また、「消耗」という表現は電池の消耗など、機械的な印象を与えるため、医療や福祉などヒューマン・サービス従事者にとっては、「疲弊」という表現の方がより適切と考えられる。「情緒的疲弊感」は、社会的使命感をもち、熱心で意欲的であるにもかかわらず、それが遂行できないくらい、心の疲労にある状態を測定するものといえる。

第2因子は、「今の仕事に、心から喜びを感じることがある」、「仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある」という項目が上位を占め、日本語版バーンアウトの「個人的達成感の低下」6項目と一致していた。「個人的達成感」という言葉は、MBIの“personal accomplishment”の翻訳であるが、“personal”を「個人的」としてしまうと、クライアントの

自己実現や社会的な貢献をしていくことによって、共にエンパワメントされていく仕事であるMSWの職務に照らして違和感を生じてしまう。そこで、「個人的」を除外した「達成感の低下」と命名した。「達成感の低下」は、MSWという仕事における喜びや充実感が低くなってしまいう状態を測定するものといえる。

3. 下位尺度の作成

「情緒的疲弊感」については、「いつもある＝5点」「しばしばある＝4点」「時々ある＝3点」「まれにある＝2点」「ない＝1点」とし、加算尺度を作成した。尺度得点の範囲は7～34点、平均18.5点(標準偏差5.4)であった。尺度の信頼性係数は.813と十分な値だった。「達成感の低下」に関しては、「いつもある＝1点」「しばしばある＝2点」「時々ある＝3点」「まれにある＝4点」「ない＝5点」とし、加算尺度を作成した。尺度得点の範囲は7～34点、平均18.5点(標準偏差5.4)であった。尺度の信頼性係数は.790と十分な値だった。因子寄与(固有値)は、第1因子3.400、第2因子3.048であった。因子寄与率は、第1因子26.2%、第2因子23.4%であり、累積因子寄与率は、49.6%であった。

Ⅳ. 考察

分析1では、MSWのバーンアウトは「情緒的疲弊感」と「達成感の低下」の2つの側面から構成されることが示唆された。この2因子は直交回転(バリマックス法)によって得られたものであるから、理論的には相関をもたない。したがって、MSWのバーンアウトを予防するためには、この両側面へ焦点を当てた介入が必要であると考えられる。

Ⅴ. 研究結果(分析2)バーンアウトの抑制要因の検討

分析1では、バーンアウトは「情緒的疲弊感」と「達成感の低下」の2つの側面から構成され

ていることが示唆された。分析2では、このバーンアウトの両側面に対して「問題解決行動」、「職場外サポート」および「研修充実度」は、抑制効果があるかを検証するために重回帰分析を行った。結果は以下の通りであった。

表V-1 情緒的疲弊感を従属変数とする重回帰分析の結果

	標準偏回帰係数(β)	相関係数(r)
性別	.093	.129*
経験年数	-.191**	-.254**
仕事の質的負荷	.153*	.241**
仕事の量的負荷	.133*	.142*
管理職業務	.003	-.133*
問題解決行動	.000	-.113
職場外サポート	-.108 ⁺	-.193**
研修充実度	-.054	-.130*
重相関係数(R)	.389**	

⁺ $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

表V-2 達成感の低下を従属変数とする重回帰分析の結果

	標準偏回帰係数(β)	相関係数(r)
性別	-.033	.024
経験年数	.013	-.127*
仕事の質的負荷	.152*	.266**
仕事の量的負荷	-.067	-.031
管理職業務	-.225**	-.238**
問題解決行動	-.232**	-.317**
職場外サポート	.024	-.128*
研修充実度	-.106 ⁺	-.152*
重相関係数(R)	.430**	

⁺ $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

VI. 考察

「職場外サポート」、「問題解決行動」および「研修充実度」ともバーンアウトの両側面に効果があるわけではなく、部分的な抑制効果を有することが明らかになった。

「職場外サポート」の「情緒的疲弊感」に対

する抑制効果については、以下のような解釈が可能である。「職場外サポート」は、患者やその家族の生活の質を確保し向上を図る社会資源としてだけでなく、MSW自身がネットワークとして活用することによって、情緒的疲弊感を軽減する効果が考えられる。つまり、工作上困ったときに相談にのってくれる人がいたり、快く手伝ってくれることによって、心の疲れを労うことや、MSWのストレングスを支持することになり、バーンアウト予防策として効果があると考えられる。

「問題解決行動」と「研修充実度」の「達成感の低下」に対する抑制効果については、以下のような解釈が可能である。「問題解決行動」が実行できているMSWは、对患者やその家族だけでなく、職務における諸問題に対しても柔軟にコーピング(対処行動)が取り入れられていると考えられる。これは、病院組織において他職種にもMSWの視点を理解してもらい、チームワークを組むためにも重要であると考えられる。さらに、「研修充実度」が高まるということは、研修の成果によって、MSWの価値や倫理に基づいたソーシャルワーク実践ができるようになるなど、MSWという仕事における喜びや充実感を得ることになり、バーンアウト予防策として効果があると考えられる。

仮定した3つの変数がいずれも部分的な抑制効果であった点については、以下のような解釈が可能である。「情緒的疲弊感」が周囲の支援(環境)によってある程度は抑制できる症状であるのに対して、「達成感の低下」を抑制するためにはMSW自身の行動変容が求められているという違いがあることを示唆していると考えられる。ただし、MSW自身の行動変容を促すためには、研修体制を充実するなどの組織的な対応の必要性が求められているといえる。

以上の結果は、MSWのバーンアウトを構成する「情緒的疲弊感」と「達成感の低下」の両側面に焦点をあてた予防策を考える際には、個人と環境の双方に働きかける方略が求められていることを示している。

Ⅶ. 研究結果(分析3) バーンアウトの予防策として「研修」の重要性

分析3では、「職場外サポート」を獲得し、「問題解決行動」を促進するためには「研修充実度」を高めることが有効であることを検証するために、重回帰分析を行った。結果は以下の通りであった。

表Ⅶ-1 問題解決行動を従属変数とする重回帰分析の結果

	標準偏回帰係数(β)	相関係数(r)
性別	-.039	-.050
経験年数	-.017	.120*
仕事の質的負荷	-.229**	-.290**
仕事の量的負荷	-.053	-.062
管理職業務	.077	.136*
職場外サポート	.107	.209**
研修充実度	.142*	.205**
重相関係数(R)	.364**	

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

表Ⅶ-2 職場外サポートを従属変数とした重回帰分析の結果

	標準偏回帰係数(β)	相関係数(r)
性別	-.006	-.055
経験年数	.114 ⁺	.148*
仕事の質的負荷	-.044	-.176**
仕事の量的負荷	.01	-.015
管理職業務	.068	.091
問題解決行動	.099	.209**
研修充実度	.364**	.376**
重相関係数(R)	.440**	

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

Ⅷ. 考察

分析3では、「研修充実度」は、「達成感の低下」を抑制する直接的な効果だけではなく「問題解決行動」を促進し、「職場外サポート」を獲得するための効果があることが示唆された。

「研修充実度」の「問題解決行動」に対する正の効果は、研修の成果によって日頃のソーシャルワーク実践における課題が整理され、解決に向けた行動として具体化できるようになることを意味している。さらに、研修の成果は、最も重要である業務の優先順位などを整理し、業務のコントロールができるようになるなどの技量を確立していくことにも役立つと考えられる。研修の内容によって、MSW自身の専門性を高めることができたり、社会的な要望や所属機関から期待されていることに対して柔軟にコピーング(対処行動)が取り入れられるような能力を身に付けることができると考えられる。

「研修充実度」の「職場外サポート」に対する正の効果は、研修の副次的な効果として、ネットワーキングの機会が獲得できることを示唆している。研修の機会は、ソーシャルワークの技量を高めるだけではなく、他病院のMSWや地域の関係機関と問題を共有化するなど、ネットワークに広がりをもたらす可能性を秘めている。このことは、研修の場を専門職間の交流の場として位置づけることの重要性をも示唆しているといえる。

分析2と分析3の結果から、「研修充実度」によるバーンアウト予防の間接効果が示唆された。白井ら(2002)は、看護師のバーンアウトの背景として、常に学習を求められる中で、その時間と機会が保障されないことに対するストレスを引き起こす「教育環境の不備」を指摘している。医療や福祉などヒューマン・サービス従事者にとって、最新の医療技術の習得や、社会福祉の制度改正などの情報など常に学習を求められる中で、その時間や機会が保障されていることが重要であると考えられる。そのためには、外部の研修だけではなく、豊嶋ら(2004)も指摘するように、スーパーバイザーの設置や人数の増強と共に現任教育の充実も重要である。

本分析からMSWのバーンアウトを予防するためには、各種の研修体制を充実し、研修参加を容易にする職場環境を構築することが重要であると考えられる。さらに、研修を通じてサポー

ト・ネットワークが構築できるような交流の場を設定することによって、より一層の効果が期待できると考えられる。

IX. 結語 医療ソーシャルワーカーのバーンアウト予防策の提言

コーピング、サポート体制、教育・研修の効果に着目した本研究のまとめと提言を述べる。まず分析1では、「日本語版バーンアウト尺度」の因子分析の結果、MSWという職種においては2因子解が妥当であるとの結論を得た。MSWのバーンアウトは「情緒的疲弊感」と「達成感の低下」の2つの側面によって構成されており、バーンアウトの予防には、この両側面へ焦点をあてた介入が必要であることが明らかになった。分析2では、「情緒的疲弊感」には「職場外サポート」に抑制効果があることが明らかになった。また、「達成感の低下」には「問題解決行動」と「研修充実度」に抑制効果があり、いずれもバーンアウトを予防するための部分的な効果であることが示唆された。分析3では、「研修充実度」は、「達成感の低下」を抑制する直接的な効果だけではなく「職場外サポート」を獲得し、「問題解決行動」を促進するための効果があることが明らかになり、バーンアウトを予防する間接的な効果もあることが示唆された。図VI-1は結果をパス・ダイアグラムに集約したものである。これらの結果から推察できることは、以下の5点に要約することができる。

1点目として、仕事の問題で困っているときに、他病院のMSWや関係機関の人々が相談にのってくれたり、解決するためのやり方やコツを教えてくれるなど、サポートが得られる環境にあることがバーンアウトの中核症状である情緒的疲弊感を抑制する効果をもっていることが示唆された。これは、仕事上困ったときに相談にのってくれたり、快く手伝ってくれる人がいることが「心の疲れ」を癒し、ストレスを支持することを意味している。すなわち、このような職場外のサポートは、患者やその家族の

生活の質を確保し向上を図る社会資源としてだけでなく、MSW自身のためのソーシャルサポートとして有効であり、ネットワーキングの力量がMSWの職務遂行において重要であることを意味している。バーンアウトを予防するためには、このようなネットワーキングの力量を高め、各人が職場外にサポート・ネットワークを張り巡らすための支援が必要であると考えられる。

2点目として、問題に直面したときに積極的に行動ができる人ほど達成感が低下しないということが示唆された。問題解決能力を高めることは、患者やその家族の生活の質の向上につながるだけではなく、病院組織において他職種にもMSWの視点を理解してもらい、「チームワーク」を組むためにも重要であると考えられる。さらに、業務の優先順位などを整理し、業務のコントロールができるようになるなど裁量権を確立していくことにも役立つと考えられる。したがって、問題解決能力を醸成する仕組みづくりが必要だと考えられる。

3点目として、達成感が低下を予防するためには、研修が有効であることが示唆された。これは、事例検討会等の援助技術(スーパービジョンを含む)などの各種研修への関心を深め、研修によって満足を得ることがMSWという仕事における喜びや充実感を得るために有用であることを意味している。また、組織人としての役割や他職種との連携などにおいて、MSWの価値や倫理に基づいた視点からソーシャルワーク実践ができるようになるためにも、研修を充実させることが重要であると考えられる。

4点目として、問題解決行動を促進するためには、研修が有効であることが示唆された。これは、研修の成果によって、日頃のソーシャルワーク実践における課題が整理され、解決に向けた行動として具体化できるようになることを表している。すなわち、研修によってMSW自身の専門性を高めることができたり、社会的な要望や所属機関から期待されていることに対して柔軟にコーピング(対処行動)が取り入れら

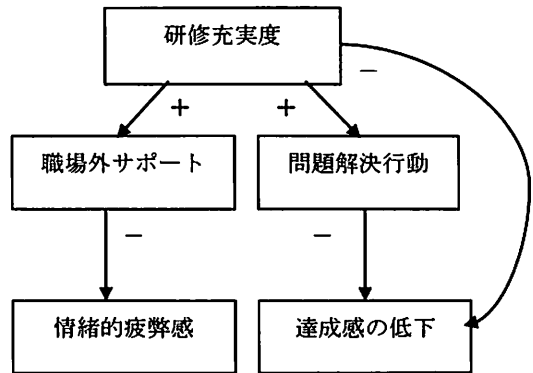
れるような能力を身に付けることができると考えられる。また、研修に関心が高く、研修によって満足を得ている MSW は、意欲的に問題解決に取り組もうという姿勢があると考えられることもできる。

5点目として、職場外のサポート体制を充実させるためにも、研修が有効であることが示唆された。これは、研修を受けることによって、その本来の目的である専門職としての技能の向上だけでなく、研修を通じた交流による「ネットワーキングの契機」が得られることを意味する。また、研修に関心が高く、研修によって満足を得ている MSW は、研修会場でも職場外のサポートを得ることを意図的に行っていると考えることもできる。

以上のことから、患者の生活の質を確保し向上を図るためのスキルアップを図り、同時にバーンアウトを予防する手段として、また専門職としてさらに成長できる機会として卒後教育・研修が重要であることが示された。研修の有用性は、学びの機会であるのみならず、職場外の MSW との交流による「ピア・サポートの場」としても機能することにあると考えられる。MSW は、新たな出会いのなかで、仕事上困ったことや課題を分かち合い、情報交換し、ネットワーキングできるのである。

また、日本における社会福祉分野では、さまざまな職種を対象に、職歴に応じた研修が行われているが、研修体制のより一層の充実と、研修参加を容易にすることが重要である。現状では、参加の条件として、経費や業務出張か否かは、その研修の実施形態や委託状況等により異なっており、すべての受講希望者が参加できるというものでもない。さらに、所属する病院組織に対して専門職として必要な研修であることを申請する必要がある。また、ひとり職場だけではなく複数職場においてもスーパービジョンの十分な体制が整備されていないことが多い。したがって、MSW のバーンアウトを予防するためには、スーパービジョンを含む各種の研修体制を充実し、研修参加を容易にする職場環境

を構築することが重要であると考えられる。



図IX-1 研修充実度の重要性

謝辞

本研究の調査にご協力くださった医療ソーシャルワーカーの方々に心から感謝申し上げます。ご多忙のところ、ご協力くださった東海大学医学部准教授 谷亀光則先生に深く御礼申し上げます。そして調査にご協力いただきました日本医療社会事業協会常任理事（大阪府済生会千里病院）松井久典様、事務局長 山口猛様、横浜第一病院 逢沢詳子様、森下記念病院 宇田川伊律子様、国際親善病院 井出みはる様、小田原循環器病院 伊藤良太様、済生会平塚病院 本杉亜里様をはじめとする関係者の方々にはお忙しい中、ご協力をしていただき深く感謝しております。

Job Content Questionnaire (JCQ) 尺度の使用については、岡山大学大学院医歯薬学総合研究所 川上憲人先生、開発者の Professor Robert Karasek、ソーシャルサポート尺度の使用については、大阪国際大学 小牧一裕先生には感謝申し上げます。

本論文を書き終えるにあたり東海大学大学院健康科学研究科 西村昌記先生、北野庸子先生、小原眞知子先生に深く感謝申し上げます。多くの方々のご協力により、本研究が完成しましたことを深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本医療社会事業協会 (2006) 「2005年度
会員調査報告書」『医療と福祉』39(2), 4.
- 2) 田尾雅夫・久保真人 (1996) 『バーンアウト
の理論と実際 心理学的アプローチ』誠信
書房。
清水隆則・田辺毅彦・西尾祐吾 (2002)
『ソーシャルワーカーにおけるバーンアウ
ト—その実態と対応策—』中央法規出版。
- 3) 日本医療社会事業協会 (2006) 『医療機関に
おける社会福祉援助活動を促進するために
—医療ソーシャルワーカーを配置するに当
たっての手引き』日本医療社会事業協会。
- 4) 荘村多加志 (2000) 『ワーカーを育てるスー
パービジョン よい援助関係をめざすワー
カートレーニング』中央法規出版, 12.
- 5) 日本医学教育学会卒後臨床研修委員会 (2001)
「臨床研修病院ガイドブック2004年度版卒
後臨床研修カリキュラムの提案」
([http://guide.pmet.or.jp/webhosp/
shiryu12.html](http://guide.pmet.or.jp/webhosp/shiryu12.html), 2005. 6. 20).
- 6) 日本社会福祉士会 (2005) 「日本社会福祉士
会における生涯研修制度の意義と課題」
([http://park5.wakwak.com/hacsw/
siryu/siryu001.html](http://park5.wakwak.com/hacsw/siryu/siryu001.html), 2005. 6. 20).
- 7) 日本医療社会事業協会 (2005) 「研修情報
研修会内容 教育部の研修事業」
([http://www.jaswhs.or.jp/public/02/
index02.asp](http://www.jaswhs.or.jp/public/02/index02.asp), 2005. 6. 20).
- 8) 久保真人 (1998) 「ストレスとバーンアウト
の関係 バーンアウトはストレスか」『産業・
組織心理学研究』12, 5-15.
- 9) Karasek, R. A. (1979) Job dem and, job
decisionlatitude, and mental strain:
implications for job redesign, *Adm Sci
Quart*, 24, 285-308.
- 10) Kawakami, N. Kobayashi, F. Araki, S. et
al. (1995) *Assessment of job stress
dimensions based on the Job demands
control model of employees of
telecommunication and electric power
companies in Japan*. *Int J Behav Med*, 2
(4), 358-375.
- 11) 小杉正太郎・田中健吾・大塚泰正・ほか(2003)
「職場ストレススケール改訂版作成の試み
—ストレス尺度・ストレス反応尺度・
コーピング尺度の作成」『産業ストレス研究』
11.
- 12) 小牧一裕・田中國夫 (1993) 「職場における
ソーシャルサポートの効果」『関西学院大学
社会学部紀要』67, 57-67.
- 13) 小牧一裕 (1994) 「職務ストレスとメン
タルヘルスのソーシャルサポートの効果」『健
康心理学研究』7(2), 2-10.
- 14) Maslach, C. and Jackson, S. E. (1981) The
measurement of experienced burnout,
Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-
113.
- 15) 白井徳子・二村良子・阿部敬子・ほか(2002)
「看護師のバーンアウトの実態とストレス
要因についての検討 県立2病院の結果か
ら」『三重県立看護大学紀要』6, 103-109.
- 16) 豊嶋三枝子・須佐公子 (2004) 「介護支援専
門員のバーンアウトと関連要因」『日本看護
福祉学会誌』9(2), 127-135.

Prevention of Burnout for Medical Social Workers
—Effectiveness of problem-solving behavior, social support from outside hospitals,
and professional trainings—

Kanako Youda

Honatsugi Medical Clinic

The purpose of this paper is to study of the preventive factors of burnout for Medical Social Workers (MSW). The subjects were 384 social workers of the Japanese Association of Social Workers in Health Services (SWHC). The major variables used for analyses were Japanese translated Maslach Burnout Inventory (MBI), working hours, job control, problem-solving behavior, social support from outside hospitals, and professional trainings. At first, factor analysis of MBI yielded two factors, which were Emotional Exhaustion and Accomplishment Loss. Second, the multiple regression analyses showed that social support from outside hospitals decreased Emotional Exhaustion and showed that problem-solving behavior and professional trainings decreased Accomplishment Loss. The third, it was found that the professional trainings were effective on the problem-solving behavior and the professional trainings were also effective on the social support from outside hospitals The findings indicated that professional trainings indirectly effected on prevention against burnout.

〔論文〕

遷延性意識障害者における在宅介護を可能にする要因の検討
—病院および施設に入院・入所している意識障害者の実態調査から—

日 高 紀久江*
紙 屋 克 子*
松 田 陽 子*

Key words : 遷延性意識障害, 実態調査, 入院入所, 在宅介護

I. 緒言

わが国における遷延性意識障害者（以後、意識障害者とする）の調査は、病院に入院している人を対象に1975年¹⁾と1985年²⁾に実施された。しかし、現在では高度医療の発展や救命率の上昇に伴い、意識障害者数ならびに障害像も変化しているものと考えられる。また、昨今の医療費抑制に伴う在院日数の減少や長期入院の是正により、急性期を脱すると意識障害者であっても在宅療養に移行するケースが増えている。意識障害者が病院に入院できなければ施設あるいは在宅での介護が必要になるが、意思の疎通が困難であり、ADL全般に全介助を要する意識障害者の在宅介護への導入は容易ではない。これまで行った在宅における調査³⁾でも、介護者である家族は身体・精神・経済的な負担に加え、意識障害という障害像の理解が得られないことによる社会的な痛みを伴っていた。そこで、本研究では意識障害者と介護者が身体および精神的な負担を最小限に在宅療養へ移行できるよう、在宅療養を可能にする要因を明らかにすること、またその要因に関連する因子の探索を試みた。

II. 研究方法

1. 対象

日本脳神経外科学会の診断基準に準じた遷延性意識障害者、そして介護者を対象にした。本研究では、主に病院や施設に行く人を介護者と定義し、また意識障害者においては病院および施設に入院・入所している人のみに限定した。

2. 方法

全国の遷延性意識障害者患者・家族会、および遷延性意識障害者治療研究事業を実施している県（岩手・宮城・福島・山梨・長野県）の代表者または担当部署に調査票を送付し、家族会および担当部署から対象者に調査票を郵送してもらった。郵送による自記式質問紙調査を行い、主介護者が高齢である場合には要請に応じて電話による聞き取り調査を行った。なお、調査は2007年1月～12月に実施した。

3. 質問項目

質問紙の内容は、1) 意識障害者の現状（基本属性・身体および精神機能、入院・入所して

*Kikue Hidaka, Katsuko Kamiya, Yoko Matsuda : 筑波大学大学院人間総合科学研究科

いる理由、入院・入所先で実施されているケアの状況、障害者手帳の取得状況、年金および手当・医療保険の種類など、2) 介護者の状況(年齢、性別、続柄、健康状態や相談できる専門職、在宅療養を可能にする要因など)である。

4. 分析方法

各質問項目について単純集計を行い、在宅療養を行うために必要な要因と関連する因子についてはt検定および χ^2 検定で比較した。また、各要因に影響する因子においてはロジスティック回帰分析を行った。なお有意水準は5%未満にして、統計解析にはSPSS Ver.14を使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は筑波大学の倫理委員会の承認後、研究協力機関の承認を得て実施した。調査票には研究内容およびプライバシーの確保について説明した文書を同封し、代諾者として意識障害者の家族に書面により同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 意識障害者および介護者の現状

調査票は179通回収され、意識障害者が入院お

よび入所している施設の所在地は1道1都2府19県に及んでいた。意識障害者の性別は男性99人(55.3%)、女性80人(44.7%)であり、平均年齢は 56.1 ± 20.6 歳であった(表1)。年齢と性別では、20歳、50歳、70歳代で男性が多く、80歳以上になると女性が増加していた(図1)。意識障害に至った原因は脳血管障害が69人(38.5%)と最も多く、次いで頭部外傷であった。発症および受傷時の年齢は平均 50.3 ± 22.2 歳であり、意識障害の持続期間は5~10年が44人(24.6%)と最も多く、平均は 5.4 ± 5.0 年であった。入院・入所期間は平均 3.6 ± 3.6 年であり、最長は12年であった。現在の生活場所は、全体的には一般病院と長期療養型病院が多く、身体障害者施設の利用者は13人(7.5%)と少なかった(表2)。年齢別にみると、自動車事故対策機構療護センターと身体障害者施設の入所者のほとんどが65歳未満であった。経済的な負担に関しては、1カ月の平均的な介護費用は10~20万円が最も多かったものの、20万円以上が38人(21.2%)いた。また、家計に占める総介護費用に対する負担を4段階で評価してもらったところ、「非常に負担」と「まあ負担」を合わせると全体の66.5%を占めていた。

意識障害者においても、表情の変化やサイン

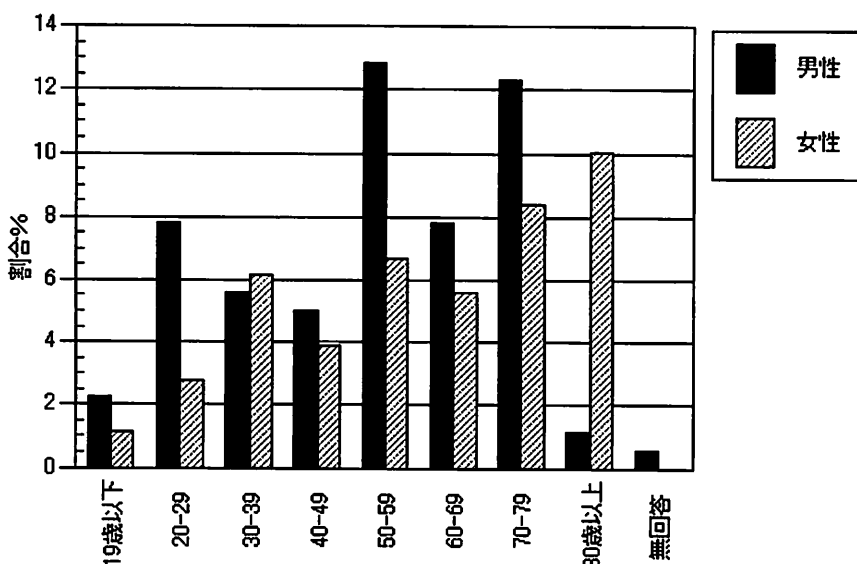


図1 意識障害者の年齢と性別 (n=178)

表1 意識障害者および介護者の基本属性

		(n = 179)
調査項目	カテゴリー	人数 (%)
意識障害者		
性別	男性	99(55.3)
	女性	80(44.7)
年齢：歳	平均±SD (range)	56.1±20.6(3-100)
意識障害に至った原因	頭部外傷	61(34.1)
	脳血管障害	69(38.5)
	脳腫瘍・脳炎	2(1.1)
	その他疾患	24(13.4)
	その他	23(12.8)
	発症年齢：歳	平均±SD (range)
意識障害の持続期間 (n = 177)	1年未満	30(16.8)
	1～3年	41(22.9)
	3～5年	34(19.0)
	5～10年	44(24.6)
	10年以上	28(15.7)
	転院回数：回	平均±SD (range)
入院期間 (n = 175)	1年未満	36(20.1)
	1～3年未満	59(33.0)
	3～5年未満	30(16.8)
	5～10年未満	39(21.8)
	10年以上	11(6.1)
	総介護費用 (n = 158)	3万円未満
3～5万円未満		15(8.4)
5～10万円未満		41(22.9)
10～20万円未満		52(29.1)
20万円以上		38(21.2)
家計負担 (n = 156)		非常に負担
	まあ負担	60(33.5)
	あまり負担でない	31(17.3)
	まったく負担でない	6(3.4)
	介護者	
平均年齢：歳	平均±SD (range)	59.6±11.8(32-88)
続柄 (n = 175)	父	11(6.1)
	母	44(24.6)
	夫	27(15.1)
	妻	51(28.5)
	子ども	30(16.7)
	兄弟姉妹	7(4.0)
	その他	5(2.8)
	主観的な健康状態 (n = 173)	非常に健康
まあ健康		102(57.0)
あまり健康でない		57(31.8)
まったく健康でない		9(5.0)

表2 現在の生活場所

(n=173)

	65歳未満 人数 (%)	65歳以上 人数 (%)	全体 人数 (%)
大学病院	5 (2.9)	1 (0.6)	6 (3.5)
一般病院	35 (20.2)	27 (15.6)	62 (35.8)
長期療養型病院	25 (14.5)	36 (20.8)	61 (35.3)
リハビリテーション病院	3 (1.7)	1 (0.6)	4 (2.3)
その他の病院	2 (1.2)	1 (0.6)	3 (1.7)
自動車事故対策機構療養センター	20 (11.6)	1 (0.6)	21 (12.1)
身体障害者施設	12 (6.9)	1 (0.6)	13 (7.5)
その他の施設 (介護老人保健施設、有料老人ホーム)	1 (0.6)	2 (1.2)	3 (1.7)

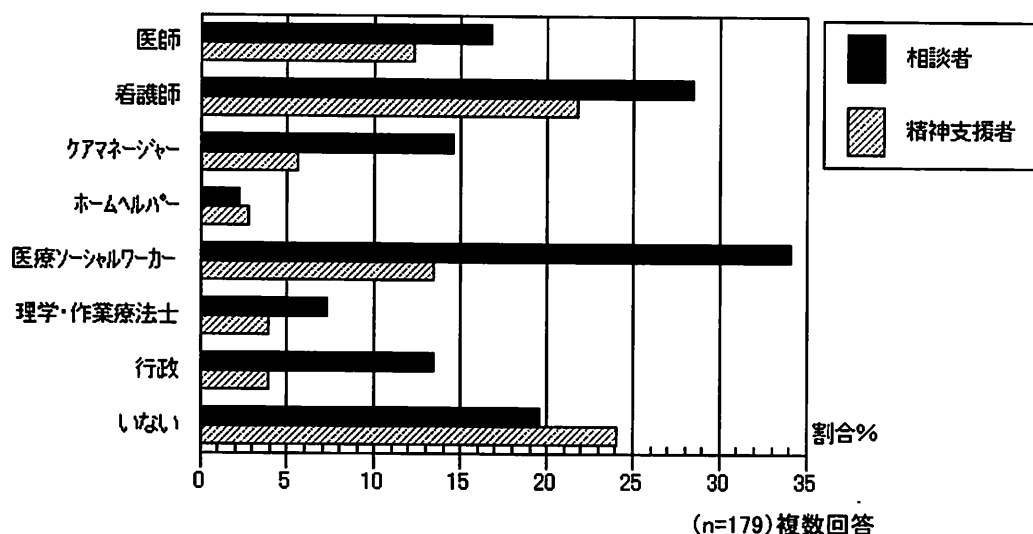


図2 介護者の相談者・精神支援者

などで何らかのコミュニケーションの図れる人は61人 (34.1%) いた。また、気管切開は127人 (71.0%)、経管栄養は167人 (93.3%) が施行しており、医学的管理が必要な人の割合が高かった。身体障害者手帳は150人 (83.8%)、療育手帳は5人が取得していた。現在入院・入所している理由は、治療や処置のため病院や施設に入院する必要性があることや、病院や施設で受け入れてくれたからという理由が多かった。

意識障害者の続柄は、妻51人 (28.5%)、母親44人 (24.6%) の順に多かった。年齢は双方とも50歳代が最も多く、最高は88歳であった。相談できる専門職には、医療ソーシャルワーカー

が61人 (34.1%) と最も多く、次いで看護師であった。しかし、精神的な支援者は「だれもない」と回答した人が43人 (24.0%) と最も多かった (図2)。

2. 年齢による属性および身体・精神機能の比較 (表3)

意識障害者の年齢は広範に及ぶため、65歳以上と65歳未満の2群に分類し比較検討を行った。その結果、65歳未満には男性 ($p < 0.05$)、頭部外傷が有意に多く ($p < 0.01$)、また意識障害の持続期間も65歳未満の人の方が長期に及んでいた ($p < 0.01$)。意識やコミュニケーションにつ

表3 年齢による意識障害者・介護者の比較

		65歳未満 (n = 106)	65歳以上 (n = 72)	χ^2 またはt値
性別	男性/女性	64/41	32/39	4.309*
原因 ^{注1)}	頭部外傷/脳血管障害	48/24	10/48	31.757**
発症年齢	Mean ± SD	36.0 ± 15.5	71.3 ± 10.8	-17.734**
意識障害の持続期間	Mean ± SD	75.4 ± 64.2	50.7 ± 50.9	2.713**
転院回数	Mean ± SD	2.9 ± 2.0	2.5 ± 1.7	2.666**
生活場所	病院/施設	76/28	69/2	17.262**
入院・入所期間	Mean ± SD	47.1 ± 47.5	37.9 ± 36.2	1.365
施設の満足度	満足/不満足	65/34	53/17	1.969
意識	あり/なし	63/42	26/45	9.263**
コミュニケーション	とれる/とれない	46/59	14/57	10.941**
運動	あり/なし	35/70	11/60	6.983**
排泄	オムツ/カテーテル	96/9	60/11	2.015*
呼吸	自然/気管切開	36/69	29/42	0.782
栄養摂取方法	経口摂取/経管栄養	18/85	3/67	6.798**
褥瘡	あり/なし	13/88	12/59	0.545
在宅経験	経験あり/なし	15/89	9/62	0.109
総介護費用	10万未満/以上	38/58	29/31	1.154
家計負担	負担あり/なし	67/27	51/10	3.095
介護者年齢	Mean ± SD	57.0 ± 10.7	63.1 ± 12.4	-3.475**
続柄 ^{注2)}	親/配偶者	52/45	4/32	19.452**
相談者できる専門職	いる/いない	80/25	61/10	2.515
精神的な支援者	いる/いない	78/27	55/16	0.232
SDS 得点	40点未満/以上	20/53	13/27	0.325

※* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

※ Mean ± SD 以外の数値は人数を示している。

注1) 頭部外傷、脳血管障害のみ対象にした (n = 130)

注2) 親、配偶者のみ対象にした (n = 133)

いては、65歳以上の人に比較して65歳未満の人はなんらかの反応や意思の疎通がはかれる人が多かった ($p < 0.01$)。さらに、膀胱留置カテーテルは65歳以上の人に多いもの ($p < 0.05$)、経口摂取に関しては65歳未満の人に多かった ($p < 0.01$)。一方、介護者の年齢は65歳以上の群が有意に高かった ($p < 0.01$)。

3. 在宅療養を可能にする要因に関連する因子
「今後どのようなサービスがあれば在宅療養が行えますか」という質問を設定し、意識障害

者が在宅療養を行う上で必要と思われる17個の要因を挙げ、介護者にニードの高い要因を選んでもらった。それらの17要因には現行のサービス以外に今後期待されるサービスを含め、またこの質問に対する回答者138人を対象に分析を行った。その結果、要因8の意識障害者の「緊急時に対応してくれる病院」を選択した人が101名(73.2%)、次いで要因11「介護者(家族)亡き後に入所できる施設」が88人(63.8%)と多かった(表4)。

次に、前述した17要因において、選択者が全

表4 在宅療養を可能にする要因

(n = 138)

要因	内容	選択者人数 (%)
1	定期的な介護力 (マンパワー)	78(56.5)
2	メディカル・デイケア	56(40.6)
3	24時間のホームヘルプサービス	68(49.3)
4	長時間の訪問介護	65(47.1)
5	デイケアとショートステイの継続介護	38(27.5)
6	留守番 (介護) サービス	53(38.4)
7	長期不在中の在宅介護	54(39.1)
8	緊急時に対応してくれる病院	101(73.2)
9	緊急時に入所できるショートステイ	81(58.7)
10	長期間 (1ヵ月以上) 入院できる病院・施設	75(54.3)
11	介護者 (家族) 亡き後に入所できる施設	88(63.8)
12	専門病院・施設の設置	72(52.2)
13	精神的サポートシステム	56(40.6)
14	専門的な相談員	54(39.1)
15	意識障害者への情報システム	43(31.2)
16	社会参加の拡大支援サービス	19(13.8)
17	行政への相談や書類提出などの代行サービス	32(23.2)

(複数回答)

※「今後どのようなサービスがあれば在宅療養が可能か」、必要と思われる要因を選んでもらった。現在は実施されていないが、今後期待したいサービスも含んでいる。

体の50%以上だった6要因(要因1・要因8～12)を抽出し、各項目に関連する因子の検討を行った。その結果、最もニーズの高い要因8では、男性($p < 0.01$)、年齢($p < 0.01$)、頭部外傷($p < 0.01$)、そして介護者年齢($p < 0.05$)が有意に多かった(表5)。次に要因11では、要因8の関連因子の他に意識障害の持続期間($p < 0.05$)、また続柄として意識障害者の親が有意に多かった($p < 0.01$)。さらに要因12「専門病院・施設の設置」においては、意識障害者の性別や年齢の他に現在の病院・施設に不満足($p < 0.05$)、また意識・コミュニケーション($p < 0.01$)、運動($p < 0.05$)について何らかの反応の見られる人が有意に多かった。一方、上位6要因と過去の在宅介護の経験の有無、相談できる専門職や精神的な支援者、抑うつ尺度の得点などに関連

は認められなかった。

4. 各要因の選択に影響する因子

前述した17要因の上位6要因について、選択の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。各要因において有意差の見られた主な変数を独立変数として、各要因の選択に影響する因子の検討を行った。ニーズの多い順に要因8の選択には、性別と原因、褥瘡の有無が影響し、男性($r = -0.21$, $OR = 2.93$)、頭部外傷($r = -0.69$, $OR = 3.91$)が多く、また褥瘡のない($r = -0.09$, $OR = 0.14$)人が有意に多かった。次に要因11の選択には原因($r = -0.39$, $OR = 4.49$)、要因1では介護者の年齢が関連していた($r = -0.63$, $OR = 3.51$)。

表5 各要因に関連する因子の比較

		要因1 (n=78)	要因8 (n=101)	要因9 (n=81)	要因10 (n=75)	要因11 (n=88)	要因12 (n=72)
性別	男性/女性	0.937	8.411**	4.481*	1.487	1.147	4.672*
原因 ^{注1)}	頭部外傷/脳血管障害	5.452*	11.696**	7.855*	0.873	7.106**	8.342**
年齢		1.912	3.264**	2.805**	0.303	3.425**	4.071**
発症年齢		1.426	3.197**	2.371*	0.521	4.049**	3.620**
意識障害の持続期間		1.173	0.541	1.154	0.297	-2.377*	0.811
転院回数		-0.049	-0.627	-0.491	-1.172	-1.676	0.085
生活場所	病院/施設	1.530	1.315	2.69	0.613	3.392	2.489
入院・入所期間		-0.052	0.015	0.838	1.129	-1.133	1.230
施設の満足度	満足/満足でない	1.681	0.547	1.132	1.930	1.253	4.447*
意識	あり/なし	3.588	1.989	5.611*	2.042	1.933	11.368**
コミュニケーション	とれる/とれない	0.855	1.361	1.540	5.649*	1.078	7.659**
運動	あり/なし	4.240*	5.655*	6.582*	3.824	2.245	6.967*
排泄	オムツ/カテーテル	0.002	1.246	0.201	0.62	0.002	0.542
呼吸	自然/気管切開	0.855	0.001	0.029	0.008	0.18	0.561
栄養摂取方法	経口摂取/経管栄養	0.003	0.627	1.889	8.178**	4.501*	2.079
褥瘡	あり/なし	3.973	4.846*	2.454	0.400	1.012	0.178
在宅経験	経験あり/なし	2.665	1.054	0.108	0.138	2.394	1.562
総介護費用	10万未満/以上	0.031	1.574	0.012	0.164	0.006	0.534
家計負担	負担あり/負担なし	1.969	0.097	3.830	0.069	0.298	0.407
介護者年齢		3.080**	2.409*	2.372*	-0.905	-0.878	2.520*
続柄		0.175	1059	0.151	3.990	8.277**	2.303
相談できる専門職	いる/いない	0.013	0.013	0.649	1.327	0.009	0.218
精神的な支援者	いる/いない	0.495	2.551	1.021	0.000	0.288	0.464
SDS得点	40点未満/以上	0.412	0.467	0.056	1.366	0.006	0.357

※ χ^2 値あるいはt値を記載した * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

注1) 頭部外傷、脳血管障害のみ対象にした (n=103)

IV. 考察

1. 意識障害者および介護者の現状について

遷延性意識障害者に関する過去2回の全国調査の後に、患者・家族会の要請により1996年に兵庫県⁴⁾、1997年に茨城県⁵⁾において県単位での実態調査が行われ、1985年以降は意識障害の原因は脳血管障害が最も多いといわれてきた。本調査においても、これらの調査と同様に脳血管障害が最も多かったものの、脳血管障害は65歳以上の高齢者、頭部外傷は交通事故を原因とする若年者が多いという傾向がみられた。そして、意識障害者の8割以上が病院に入院しており、

障害者施設に入所していたのはわずか9人(5.0%)のみであった。茨城県の調査でも約半数は病院に入院し、身体障害者施設に入所していたのは全体の2.7%であったことから、意識障害者は施設入所者が極めて少ないことを示唆していた。その理由として、医学的な管理が必要なことが考えられ、本調査においても気管切開が71.0%、経管栄養が93.3%と高率であり、入院している理由においても治療や処置のためという人が約半数を占めていた。頭部外傷や脳血管障害以外にも、心疾患などを起因とした意識障害もあり、50歳代に心疾患による心肺停止を原因とした意識障害者が多かった。したがって、気管切開や

表6 各要因の選択に影響する因子

変数名		偏相関係数	OddsRatio	95%CI	p 値
要因1	原因	-0.35	2.18	0.94-5.07	0.070
	運動	-0.70	0.67	0.25-1.78	0.422
	介護者年齢	-0.63	3.51	1.36-9.06	0.009**
要因8	性別	-0.21	2.93	1.04-8.26	0.042*
	原因	-0.69	3.91	1.18-12.9	0.025*
	年齢	-0.48	0.83	0.26-2.62	0.753
	運動	-0.78	0.438	0.12-1.64	0.220
	褥瘡	-0.09	0.14	0.31-0.61	0.009**
	介護者年齢	-0.34	0.55	0.19-1.64	0.285
	要因9	性別	-0.31	0.38	0.15-0.96
原因	-0.34	0.51	0.18-1.43	0.202	
年齢	-0.06	1.08	0.37-3.22	0.884	
意識	-0.06	0.66	0.24-1.80	0.416	
運動	-0.66	0.33	0.09-1.14	0.080	
介護者年齢	-0.17	0.33	0.12-0.95	0.039*	
要因10	コミュニケーション	-0.13	0.54	0.25-1.14	0.104
	栄養	-0.92	0.19	0.04-0.90	0.035*
要因11	原因	-0.39	4.49	1.18-17.17	0.028*
	年齢	-0.41	1.34	0.37-4.90	0.658
	意識障害期間	-0.08	2.51	0.75-8.37	0.135
	栄養	-0.69	0.92	0.15-5.52	0.923
	続柄	-0.42	0.89	0.21-3.81	0.878
要因12	原因	-0.16	1.65	0.61-4.43	0.323
	年齢	0.49	1.26	0.43-3.68	0.678
	施設満足度	-0.28	1.88	0.73-4.80	0.190
	意識	0.10	0.44	0.13-1.45	0.175
	コミュニケーション	-0.32	0.80	0.24-2.66	0.716
	運動	-0.53	0.75	0.40-2.37	0.626
	介護者年齢	-0.35	0.44	0.15-1.33	0.148

※ロジスティック回帰分析 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

経管栄養のみならず、不整脈や血圧などのモニタリングの必要性から病院に入院している人も多いことが推測された。その反面、病院から転院勧告されているが次の施設が見つからない、また施設に入所させたいが施設自体がないなどの意見も多く、特に若年者の施設入所に関しては困難な状況が伺えた。また、対象の中には在宅介護の経験者もいたが、在宅療養が行えない理由として要介護状態の親が同居していること

や乳児・幼児がいることが挙げられ、在宅介護ができないことに対して罪悪感をもっている介護者も多かった。これらの結果は、1998年の内田の調査⁹⁾と同様な傾向であったものの、意識障害者が入所できる施設が少ないことに加え、療養病床数の減少を目指しているわが国の現状を考慮すれば、今後の意識障害者の処遇に関して危惧するものがある。

また、入院・入所している意識障害者の1カ

月の平均介護費用は20万円以上が約2割を占めており、家計に占める総介護費用も全体の66.5%が負担と感じていた。特に「非常に負担」と回答した人の約半数が65歳以上であるということから、高齢者における経済負担の問題が考えられた。意識障害者が50歳代の人が多いことから、夫が意識障害になった場合には妻が働かないと生計が立てられない、しかし妻が働けば在宅介護はできないという状態にあった。また逆に妻が倒れ、在宅介護を行うために夫が辞職して、妻の年金で在宅介護と家事および子育てをしている人もいた。アメリカでは1994年に、成人の意識障害者は1～2万人、小児は4千～1万人いると報告している⁷⁾。わが国の意識障害者数は明らかにされていないが、県単位の調査から推計すると3万以上といわれている⁸⁾。また、意識障害者の療養期間が長期に及べば経済破綻が助長する²⁾と報告されていることから、経済的な負担に対して、また在宅療養を推進している昨今では介護力の問題についての対策も必要であると考ええる。

2. 在宅療養を可能にする要因の検討

在宅療養を可能にする要因の中で、最もニーズが高かった要因8「緊急時に対応してくれる病院」の選択者は男性で頭部外傷の65歳未満の意識障害者が多く、また要因11の「介護者（家族）亡き後に入所できる施設」を望んでいる人の特徴は、年齢・原因の他に意識障害の持続期間が5年以上、続柄が意識障害者の親である人が多かった。相対的にみれば、要因8と要因11は若年の意識障害者においてニーズの高い因子であるといえる。そして、意識障害者は気管切開や経管栄養などの医療的なケアが必要であり、在宅では必然的に意識障害者の生命が介護者に委ねられてしまう。したがって、意識障害者の急変時にすぐに対応してくれる病院があること、またそのような病院の存在自体が介護者に安堵感を与え、精神的な介護負担の軽減に繋がるのではないと思われる。緊急時に対応可能な病院や介護者の緊急時に意識障害者が入所できる

ショートステイなどの実現には多くの論議と時間を要すると思われるが、これらの要因は決して特別なニーズではない。意思の疎通が困難であり、医療依存度が高く、そしてADL全般にわたり全介助を要する意識障害者が在宅生活をおくる上での最低限の介護の保障ではないだろうか。介護者の身体的な、または精神的な負担の軽減のためにも早急な対応が必要である。

また、要因1の24時間のホームヘルプサービスへのニーズは、65歳未満の介護者に有意に多かった。ホームヘルプサービスは在宅介護の継続には重要な要因であり、介護者の年齢の上昇とともにニーズが高くなるとも考えられたものの、実際には65歳以下の介護者のニーズの方が高かった。さらに、要因12「専門病院・施設の設定」では、呼名に対する反応や何らかの形でコミュニケーションの図れる人に加えて、現在の施設に満足していない人のニーズが高かったことから、専門病院における積極的なリハビリテーションや意識および機能障害の回復への期待を反映している結果と考えられた。

その一方で、精神的なサポートへのニーズは全体の約4割であり、上位6要因においても相談できる専門職や精神的な支援者との関連は認められなかった。入院入所中の意識障害者では、医療ソーシャルワーカーが相談者としての役割を果たしていたが、精神的なサポートについては専門職によるサポートが全く得られていない人が約2割いた。これらのことを考慮すると、意識障害者が在宅療養を始める際には、地域において相談できる専門職と精神的な支援が可能な専門職を確保することが重要であると思われる。介護保険の対象者にはケアマネジャーの存在が大きいですが、障害者自立支援法では専門的にマネジメントする人が存在しないことから、若年の意識障害者に対する支援が必要であると考ええる。

3. 研究の限界および今後の展望

わが国における意識障害者は推定3万人以上いるといわれており、対象の選定および人数が

ら見ても、本調査の結果が入院入所中の意識障害者の現状のすべてを反映しているとはいえない。意識障害の原因は、頭部外傷や脳血管障害、また呼吸循環器系の疾患に伴う心肺停止、そして溺水や窒息、中毒など多岐におよんでおり、また意識障害者は全年齢層に存在している。したがって、意識障害者を65歳以上・未満の2群に分けて検討したものの、本調査では65歳以上の意識障害者のニーズは明確にできなかった。しかし、意識障害の期間、意識レベルや意思の疎通、また身体機能において65歳以上、65歳未満の意識障害者には有意な差が認められ、ニーズ内容も異なっていたことから、双方のニーズに応じた支援のあり方を検討する必要があるだろう。今後は在宅介護を行う意識障害者の増加が予測されることから、実際に在宅介護を行っている人を対象にした調査を実施し、入院・入所ならびに在宅療養の双方の視点からの研究も必要である。そして、将来的には在宅介護を行う予定と回答した人が多いことから、在宅移行時の地域における支援体制の調整とその具体的な方法、また在宅においてリハビリテーションを含めた意識障害者のケア方法などについて考察する必要があるのではないかと考える。

V. 結論

本研究は、病院や施設に入院・入所している遷延性意識障害者を対象に行った実態調査を基に、在宅介護を可能にするために必要な介護者の要因と、その要因に関連する因子の探索を試みた。最もニーズの高い要因は、緊急時に対応してくれる病院であり、次いで家族（介護者）亡き後に入所できる施設であり、これらの要因は65歳未満の頭部外傷による意識障害者に有意に多かった。その他、65歳以上・未満において意識障害期間や身体機能などにおいて相違が見られたことから、在宅療養への移行の際には双方のニーズに応じた支援のあり方の検討が必要であることが示唆された。

謝辞

本研究において、対象の選定と調査票の送付をして頂いた遷延性意識障害者治療研究事業を実施している岩手・宮城・福島・山梨・長野県に、また遷延性意識障害者患者・家族会の皆さまに、そして調査票の記入および郵送頂いた意識障害者と介護者の皆さまに深く感謝申し上げます。なお、本研究は平成17～19年度厚生労働科学研究費補助金「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」における分担研究の一部である。

引用文献

- 1) 鈴木二郎・児玉南海雄：我が国脳神経外科における植物状態患者の実態—特に頭部外傷による患者を中心に—, 日本医事新報, 2621, 13-19, 1974.
- 2) 中沢省三・小林士郎・石郷岡聡：植物状態患者の疫学的研究, 日本医事新報, 3266, 26-31, 1986.
- 3) 日高紀久江：在宅遷延性意識障害者の身体状況と介護状況, EBNURSING, 3(2), 18-23, 2003.
- 4) 兵庫県健康福祉部：兵庫県遷延性意識障害者実態調査, 1997.
- 5) 茨城県衛生部保健予防課：遷延性意識障害者実態調査結果の概況, 1998.
- 6) 内田富美江：岡山県下における遷延性意識障害患者の療養生活と介護者の現状, 川崎医療福祉学会誌, 10(2), 219-224, 2000.
- 7) The Multi-Society Task Force on PVS: Medical aspects of the persistent vegetative state (second of two parts). *The New England Journal Of Medicine*, 330(22), 1572-1579, 1994.
- 8) 丸木雄一：脳死と植物状態について 遷延性植物状態, 臨床医, 27(9), 2281-2283, 2001.

**Factors enabling home care for patients with persistent disturbance of consciousness:
a survey of the conditions of patients at hospitals and medical facilities**

Kikue Hidaka, Katsuko Kamiya, and Yoko Matsuda

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

The objective of this study was to clarify the needs and associated characteristics of family members to enable home care for patients with persistent disturbance of consciousness who stay in hospitals or medical facilities, based on a survey of patient and family conditions.

A questionnaire survey was performed for 179 patients with persistent disturbance of consciousness. The general characteristics of the patients were determined by compiling data from the collected questionnaires. The top 6 items selected by many responders among 17 factors important for home care were extracted to analyze background factors, physical functions, and past experience of home care of the patients and the health conditions of their family members.

The main need of family members was a hospital that can accept an emergency visit of a patient with disturbance of consciousness, followed by a facility that can accept a patient after the death of a family member (caregiver). A comparison between individual needs among the top 6 items and background factors showed a statistically significant difference for age of patients with disturbance of consciousness, the period of disturbance of consciousness, status of consciousness and communication, and current satisfaction with care given at medical facilities. Based on these data, age and physical / mental functions of patients with disturbance of consciousness appear to affect the needs of family members regarding home care. In particular, the age of patients may have a large impact on needs because this factor is related to the cause of disturbance of consciousness and the age / relationship of family members.

[論文]

高齢患者の退院における家族の困難 —多面的システムから捉えるアセスメントの視点—

本 杉 亜 里*
北 島 英 治**
田 中 千 枝 子***

Key words : 退院計画, 高齢者, アセスメント, ハイリスク

I. 背景と目的

急速に変化する医療制度に伴い退院援助のあり方がますます問われるようになってきている。周知のとおり、わが国は長期入院が許容されてきた国であり、このことが国の財政問題に拍車をかけて、医療費削減のための政策が回数を重ね行われて今日に至っている。

この制度上の問題は診療報酬に影響を及ぼすことから、医療機関の減収という経営上の問題に直結するために、治療の終了した患者については早期に退院を促進しなければならぬ。このような状況の中で、課題を持った患者・家族への早期介入と地域への円滑なリファーが医療機関の課題となっている。

特に高齢者は入院によって生じる様々な身体的・精神的な変化に患者自身も家族も対処が難しくなるため長期的な入院が生じやすいとしてハイリスクと考えられてきた。また、高齢患者の退院援助では、患者の意思を中心として最善の方法を家族と共に調整していくことも多く、

家族の社会背景をも視野に入れたアセスメントが必要不可欠となる。森山(1998)は退院を許可されたときの気持ちについて家族から聞き取り調査を行っている。その中では「退院」と医療機関から言われて、「患者や家族の希望通りにならなかった」「一人暮らしの患者に対して、または配偶者が高齢・病弱なのに、環境を整備されない状況で退院になった」等、入院時に適切な対応がなされているならば解決できた内容も見られ、当事者の意見を聞くことの重要性を再認識する結果が報告されている。そこで本研究では高齢者の退院において、退院を困難にする要因を当事者の視点から明らかにし、困難を生じている家族への接近を試みる。

II. 研究方法

1. 対象者と方法

本研究に協力が得られた10医療機関(一般病院)で実施した。退院について主治医から説明を受けた65歳以上の高齢患者の家族150名を対象

*Ari Motosugi : 済生会平塚病院

**Eiji Kitajima : 東海大学

***Chieko Tanaka : 日本福祉大学

として、ソーシャルワーカーとのインタビュー面接が終了した時にソーシャルワーカーによって自記式質問紙を配布、郵送にて回収を行った。(配布150票のうち回収は101票で、回収率は67.3%)期間は2005年9月1日～2006年3月31日であった。

2. 調査項目

調査の内容はⅠ)基本属性—患者年齢、患者性別、患者の生活形態、患者の自立度、家族との同居、家族年齢、家族性別、続柄、家族の健康度、家族の経済状態、家族の就労状況、世話の状況。Ⅱ)困難尺度—本研究では家族の困難についての項目を検討するために臨床におけるケース記録から抽出し、それをもとに質問紙を作成した。退院援助に関わった65歳以上の高齢患者の家族との面談から聞かれた不安や問題の内容をケース記録より分析した。(期間は2005年4月～9月)困難の項目をリスト化する手順としてソーシャルワーカーとのインタビュー面接時に84名から聞いた内容のケース記録分析を行い、86項目を抽出し、さらに不安の内容が同様である項目を38項目に集約し、調査対象者の84名の反応率が15%以上であった22項目を抽出した。この22項目は、心理学的ストレスモデルを使用して「困難の認知」7項目と「困難の要因」15項目に分類した。Ⅲ)高齢者用ソーシャルサポート尺度—野口(1991)によって開発された尺度である。各項目についてサポート提供者が「いる」場合を1点、「いない」場合を0点として各サポート源(同居家族、別居家族、非親族)別に合計点を算出した。下位尺度は「情緒的」「手段的」であり、家族以外のネットワークからも分析している。

3. 分析の概要

まず、①高齢患者の退院に伴う家族の「困難」を因子分析(主因子法)で行い、尺度を作成した。因子はそれぞれシステムに置き換えて考察を行った。②作成した困難尺度の信頼性と妥当性を検証した。③さらに困難尺度の関連要因を

分析しハイリスクと考えられる基本属性を抽出しアセスメントの視点を明らかにした。

Ⅲ. 研究結果

1. 基本属性

性別は「女性」が74.3%で、「女性」が7割以上を占めていた。続柄は「子ども」が66.3%で最も多く、続いて「配偶者」が26.7%であった。「同居の有無」では59.6%が同居していたが、「家族の平均年齢」は60.6歳と家族自身も高齢者が多いことがわかる。さらに健康度では「非常に健康」8.9%、「まあ健康」67.3%と続き、「健康である」と感じている家族は76%であった。経済状態は「ゆとりがある」3.0%、「ややゆとりがある」25.3%であった。就労については43.6%が就労していた。

また、患者の平均年齢は82.3歳であった。性別構成は、「女性」が59.4%で「男性」が40.6%であった。居住形態では「子どもとの同居(二世帯・三世帯同居)」が35.0%と最も多く、続いて「配偶者との二人暮らし」が27.0%と続き、「家族との同居」が60%以上を占めていた。患者の自立度は「全てにおいて自立」が0%であり、「全面的に介助が必要である」59.4%、「ある程度手助けがないと日常生活ができない」25.7%、「簡単な手助けが必要である」5.0%、「自分でできるが見守りが必要」9.9%と何らかの介助が必要な状態であり、調査対象の家族のうち「主に世話をしていた」が58.4%、「それ以外の家族」が15.8%であった。

2. 困難の構造

(1) 項目の回答分布

項目の回答方法は1.「かなり困っている」2.「少し困っている」3.「あまり困っていない」4.「まったく困っていない」の4件法で行い、統計的分析の際には困難度が高くなるほど得点が高くなるように0～3点を配した。

項目の平均値に着目すると、「患者が自宅に戻ってきた時の介護や世話の仕方不安がある」こ

とに困難を感じている家族が最も多く、続いて「患者が身の回りのことをできなくなってしまった」、「患者が精神的に衰えてしまった」、「在宅での医療処置の仕方に不安がある」、「患者のことを思うと、自分の将来の生活設計に不安がある」、「患者が以前の住まい（施設を含む）に戻れないかもしれない」という困難が続き、標準偏差が小さいことから多くの家族が「かなり困っている」と回答している。これらはいずれも“同居を含めた家族による介護”について困難を感じている項目であり、患者の状態に対して介護が可能かどうか不安を感じていると分析できる。さらに平均値に着目すると、「患者の療養できる場所がない」、「患者の介護に協力してくれる人がいない」、「医療費や今後の生活を考えると経済的に厳しい」、「患者の病状が悪くなった時、再入院ができるのかわからない」、「医療機関より退院を促されている」、「患者の世話のために、家族の仕事に支障をきたす」、「家族自身の体調に不安がある」、「退院の時期がよくわからない」、「現在の病状がよくわからない」、「患者が利用できる制度やサービスがわからない」、「患者以外の家族に対しても世話をしなければならない」、「病院以外の相談機関がどこにあるのかわからない」、「患者の言動が病院に迷惑をかけている」と続く。これは上位の項目に比べてより現実的であり、患者の状態と家族の現状を具体的に評価した内容となっている。

平均値が低い項目には、「聞きたいことを主治医に聞けない」「患者のことで他の家族と意見が合わない」「病院職員となかなか話ができない」という項目があげられた。いずれもコミュニケーションに関することであるが「あまり困っていない／まったく困っていない」と回答した人がいずれの項目で60%以上を占める。

以上のことから、他者からのサポートを含めた人間関係や家族の現状・事情等、家族自身が理解している問題ではなく、これから始まるであろう患者の介護に対する将来の危機的な予測への困難を感じている家族が多いと考えられる。

(2) 困難の構造

次に、困難の構造を解析するために因子分析を行った（主因子法）。因子はそれぞれに1つのシステムに置き換えると、項目内容から具体的なシステムの内容をイメージするために命名をした。困難の認知7項目の因子分析結果は表に示した通りで、明瞭な1因子解が抽出され、因子寄与率は52.8%、因子負荷量はすべて0.4以上を示していた。この因子は「退院後の受け入れ不安」と命名した。

次に、困難の要因15項目すべてを投入して因子分析を行ったところ、因子所属の不明瞭な項目が1つ認められた。そこでこの項目を除く14項目で再度因子分析を行ったところ、表に示した通り、明瞭な4因子解を得ることができた。因子負荷量はすべて0.39以上を示し、因子間にはすべて正の相関があった。

第1因子の中で因子負荷が高かったものは「身の回りのことを患者ができなくなってしまった」「患者が精神的に衰えてしまった」「自分の体調が不安」であり、「介護の困難さ」と命名した。第2因子の中で因子負荷が高かったものは「病院職員となかなか話ができない」「聞きたいことを主治医に聞けない」「患者に関する相談機関が不明」「患者が利用できる制度やサービスが不明」であり「医療システムの壁」と命名した。第3因子の中で因子負荷が高かったものは「患者の病状がよくわからない」「退院の時期がわからない」「患者の言動が病院に迷惑をかけている」であり、「患者の心身の不安定さ」と命名した。第4因子の中で因子負荷が高かったものは「自分の仕事に支障をきたす」「他家族と患者のことで意見が合わない」「患者の介護に協力してくれる人がいない」「他家族に対しても世話をしなければならない」で、「家族とのあつれき」と命名した。また、この因子をアセスメントの視点で捉え、「介護の困難さ」は「介護システム」、「医療システムの壁」を「医療システム」、「患者の心身の不安定さ」は「患者システム」、「家族とのあつれき」は「介護システム」と置き換えた。

表1 「困難の認知」の因子分析結果

項目	因子負荷量
患者が以前の住まいに戻れないかもしれない	.833
患者の再入院の保障がない	.794
患者のことを考えると自分の将来が不安	.786
患者の療養できる場所がない	.755
医療機関より退院を促されている	.736
患者の介護に不安	.638
患者の医療処置に不安	.418
固有値	3.695
因子寄与率	52.8%

表2 「困難の要因」の因子分析結果

項目	因子負荷量			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
身の回りこのことを患者ができなくなった	.954	.090	-.108	-.112
患者が精神的に衰えてしまった	.629	-.171	.195	.084
自分の体調が不安	.482	.140	-.050	.072
病院職員となかなか話ができない	.004	.996	-.205	-.002
聞きたいことを主治医に聞けない	-.091	.710	.147	.050
患者に関する相談機関が不明	.070	.633	.149	-.024
患者が利用できる制度やサービスが不明	.036	.390	.182	.134
患者の病状がよくわからない	.040	.058	.796	-.081
退院の時期がわからない	-.095	.177	.755	.003
患者の言動が病院に迷惑をかけている	.019	-.068	.549	-.010
自分の仕事に支障をきたす	.088	-.076	-.021	.754
他の家族と患者のことで意見が合わない	-.070	.093	-.141	.521
患者の介護に協力してくれる人がいない	.046	-.008	.124	.500
他家族に対しても世話をしなければならない	-.075	.113	-.040	.446
固有値	2.869	2.283	2.333	2.198
因子間相関				
	第2因子	.287		
	第3因子	.292	.462	
	第4因子	.457	.197	.392

3. 退院困難尺度の信頼性と妥当性

(1) 信頼性の検証

因子分析の結果をもとに、5つの下位尺度を作成した。得点が高いほど困難度の高いことを示すように、「かなり困っている」に3点、「少し困っている」に2点、「あまり困っていない」に1点、「まったく困っていない」に0点を配し、

各項目を単純加算した。「退院後の受け入れ不安」尺度（7項目）は、0～21点の範囲をとり、平均14.0（標準偏差5.5）であった。「医療システムの壁」尺度（4項目）は、0～11点の範囲をとり、平均4.8（標準偏差3.0）であった。「介護の困難さ」尺度（3項目）は、0～9点の範囲をとり、平均6.4（標準偏差2.2）であった。「患

者の心身の不安定さ」尺度（3項目）は、0～9点の範囲をとり、平均4.2（標準偏差2.4）であった。「家族とのあつれき」尺度（4項目）は、0～11点の範囲をとり、平均2.9（標準偏差6.0）であった。これらの尺度の信頼性の検証のためクロンバックの α 係数を算出したところ、「退院後の受け入れ不安」が.88、「医療システムの壁」が.80、「介護の困難さ」が.73、「患者の心身の不安定さ」が.72、「家族とのあつれき」が.64という結果が得られた。「家族とのあつれき」では0.7の水準をやや下回っているが、いずれも内部一貫性が高く、加算尺度として使用する上で、許容範囲であると考えられる。

(2) 妥当性の検証

次に、構成概念妥当性を検証するために、「退院後の受け入れ不安」を従属変数とし、「介護の困難さ」「医療システムの壁」「患者の心身の不安定さ」「家族とのあつれき」を独立変数とする重回帰分析を行った。結果は図に示す通りで、標準偏回帰係数は、すべて有意な正の値をとり、影響の大きさは、「家族とのあつれき」「介護の困難さ」「医療システムの壁」「患者の心身の不安定さ」の順であった。また、決定係数は.644と大きな値を示しており、4つの独立変数によっ

て「退院後の受け入れ不安」の分散の64.4%を説明していることが示された。これらの結果から、使用した尺度の構成概念妥当性を検証し、高齢患者の退院に伴う家族の「困難」の構造を示すことができたと考えられる。

4. 退院困難に関連する要因

(1) 基本属性との関連

退院困難と患者・家族の基本属性との関連の検討には、一元配置分散分析を用いた（表3）。

「介護の困難さ」に関連する要因は、患者が「全面介助」の時、家族が「健康ではない」群で困難度が高いという結果であった。

「医療システムの壁」では「苦しい」群で困難度が高いという結果であった。「患者の心身の不安定さ」では患者が「男性」である場合や「全面介助」の時、困難度が高いという結果であった。「家族とのあつれき」では患者が「80歳以上」の群、家族が「65歳以上」、「配偶者」以外の群、「有職」群で困難度が高いという結果であった。「退院後の受け入れ不安」では患者が「全面介助」の群、家族が「健康ではない」群や経済面で「苦しい」群で困難度が高いという結果であった。

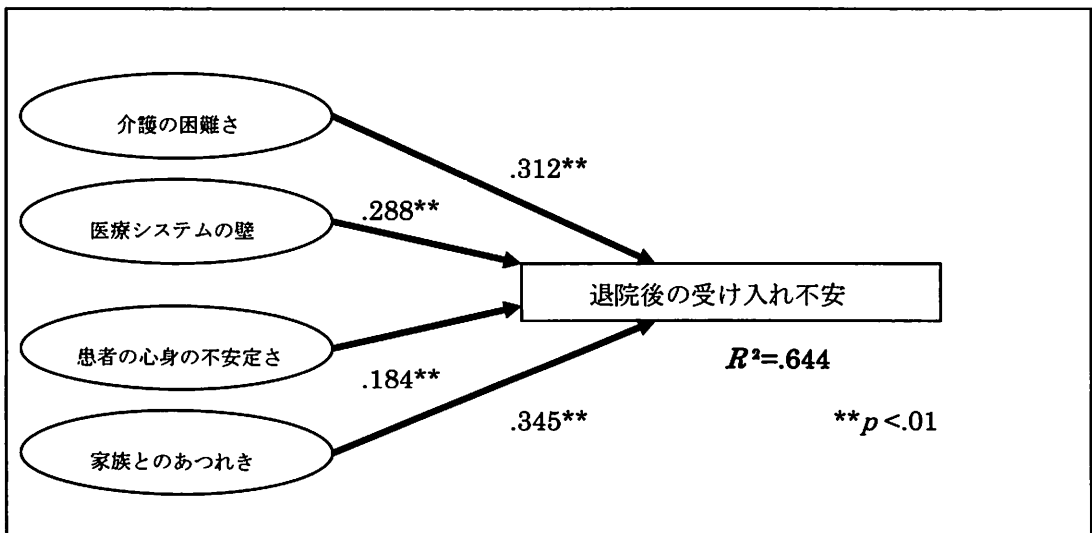


図1 重回帰分析の結果

表3 基本属性別にみた退院困難度尺度の平均得点および分散分析の結果

	介護の困難さ	医療システムの壁	患者の心身の不安定さ	家族とのあつれき	退院後の受け入れ不安
患者属性					
年齢					
80歳未満	6.20	4.60	4.52	5.00	13.76
80歳以上	6.38	4.88	4.00	6.49	13.89
F 値	0.143	0.166	0.907	5.189*	0.010
性別					
男性	6.49	4.78	4.81	5.40	14.17
女性	6.29	4.79	3.83	6.25	13.92
F 値	0.191	0.00	3.485 ⁺	1.741	0.037
家族構成					
一人暮らし	6.71	4.38	3.60	6.00	14.46
同居家族あり	6.27	5.00	4.37	5.95	13.80
施設入所	6.42	4.62	4.50	6.33	15.56
F 値	0.269	0.312	0.696	0.090	0.432
ADL					
全面介助	6.85	4.83	4.60	6.34	14.92
一部介助	5.66	4.71	3.68	5.40	12.77
F 値	7.369**	0.036	3.238 ⁺	2.248	3.173 ⁺
家族属性					
患者との同居					
同居	6.43	5.04	4.38	5.54	13.74
非同居	6.34	4.58	4.03	6.50	14.72
F 値	0.039	0.504	0.448	2.309	0.631
年齢					
65歳未満	6.25	5.17	4.07	6.74	14.14
65歳以上	6.68	4.13	4.48	4.36	13.74
F 値	0.787	2.338	0.554	15.125**	0.097
性別					
男性	6.12	5.23	4.04	6.24	14.44
女性	6.46	4.61	4.27	5.83	13.83
F 値	0.439	0.795	0.164	0.353	0.215
患者との続柄					
配偶者	6.86	4.22	4.95	3.58	13.63
子ども世代	6.31	5.08	4.10	6.72	14.40
その他	5.46	4.13	3.00	6.00	11.86
F 値	1.247	0.888	2.101	10.590**	0.725
健康状態					
健康	5.96	4.61	4.21	5.76	13.43
健康ではない	7.61	5.38	4.17	6.63	15.85
F 値	11.239**	1.067	0.004	1.378	3.027 ⁺
暮らし向き					
ゆとりがある	5.88	4.00	3.46	5.13	12.41
どちらともいえない	6.56	4.35	4.50	6.21	13.62
苦しい	6.63	6.00	4.47	6.36	15.81
F 値	0.976	3.869*	1.624	1.430	2.577 ⁺
就労状況					
有職	6.05	5.33	4.18	6.75	14.31
無職	6.64	4.31	4.22	5.24	13.75
F 値	1.758	2.652	0.007	6.208**	0.221

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$

(2) ソーシャルサポートとの関連

退院困難とソーシャルサポートとの関連の検討には、相関分析を用いた(表4)。「同居家族からのサポート」は、いずれの困難尺度とも有意な相関が認められなかった。他方、「非親族からのサポート」は、すべての困難尺度に対して、有意な負の相関が認められた。すなわち、「非親族からのサポート」が多ければ多いほど、困難の認知および要因が緩和されるという結果であった。また、「別居親族からのサポート」は「介護の困難さ」「家族とのあつれき」「退院後の受け入れ不安」と有意な負の相関が認められ、これらの困難の緩和に有効であることが示唆された。

(3) ハイリスク層のスクリーニング

調査データを使ってハイリスク層の仮想的スクリーニングを行った。方法としては、カットオフ・ポイントを設定するための臨床的妥当性が検証されていないため、「退院後の受け入れ不安得点」の上位25%をハイリスク層とした。「退院後の受け入れ不安」の得点を算出し、得点分布を四分位に分けて4つの集団を確定して、第4四分位(19点以上)の対象者を抽出した(表5)。その結果、21名の家族が該当し、そのプロフィールと自由記述に基づいて浮かび上がる家族像を検証した。

表5の結果から、「介護の困難さ」では全体平均が6.4で21名平均が7.3であり、全体平均を超えた家族は15名であった。「医療システムの壁」では、全体平均が4.8に対して21名の平均は7.0であり、21名中の家族のうち3点であった1名を除く20名が全体平均を超えていた。「患者の心身の不安定さ」では、全体平均が4.2で、21名平均も4.9という結果であり、ハイリスク層と全体

では平均値に比較的差が見られなかった。「家族とのあつれき」では、全体平均が6.0で、21名平均は8.5であり、欠損2名を除き、3名が全体平均を下回っているが他のハイリスク層では7点以上という結果が生じていた。このことから、ハイリスク層の特徴としては、「医療システムの壁」と「家族とのあつれき」に困難を感じ、「退院後の患者の介護」や「患者の病状や状態」よりも、医療者や家族間の関係性に困難を生じていたことがこの調査の対象者のデータでは明らかとなった。

この「医療システム」と「家族システム」の2因子に着目すると、「医療システム」で10点のケースでは、「家族システム」にも平均以上の高い得点がみられた。「家族システム」で10点以上のケースでは「医療システム」「患者システム」「介護システム」に平均以上の高い得点がみられるケースのばらつきがあることから、一貫性はみられなかった。

「医療システム」が10点で「家族システム」に平均以上の得点がみられる4ケースについて分析すると、全ケースにおいて患者との続柄が「子ども」であり、同居していても主介護者ではないケースを除くと、同居しているのは1ケースであった。経済的には「やや苦しい」「苦しい」が3ケースであり、そのうち就労しているのは3ケースであった。患者の状態では、「全面介助」が1ケースで「一部介助」が3ケースであることから、「医療システム」に困難を感じているのは『患者と同居していない、就労している患者の子ども世代』で『患者への介護負担を感じている』層が浮かび上がった。

表4 ソーシャルサポートと退院困難の相関分析の結果

	介護の困難さ	医療システムの壁	患者の心身の不安定さ	家族とのあつれき	退院後の受け入れ不安
同居家族からのサポート	.044	-.026	-.063	.099	-.093
別居親族からのサポート	-.184 ⁺	-.141	-.073	-.289 [*]	-.277 [*]
非親族からのサポート	-.289 ^{**}	-.203 ⁺	-.240 [*]	-.197 ⁺	-.467 ^{**}

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$

表5 21名の困難尺度の得点

ケース	介護の困難さ	医療システムの壁	患者の心身の不安定さ	家族とのあつれき
1	5	8	4	5
2	7	5	3	9
3	9	6	2	5
4	9	×	5	10
5	9	7	8	9
6	9	5	8	4
7	9	5	×	×
8	8	5	4	9
9	8	5	2	10
10	8	5	9	11
11	6	3	3	11
12	6	10	6	9
13	6	9	5	10
14	5	8	9	9
15	8	9	4	×
16	9	10	5	9
17	9	6	5	7
18	6	5	2	7
19	8	10	7	9
20	9	10	2	8
21	1	8	5	10
21名平均	7.3	7.0	4.9	8.5
全体平均	6.4	4.8	4.2	6.0

×=欠損値があるために得点化不能

IV. 考察

本研究の目的は高齢患者の退院における家族の困難の構造を明らかにし、アセスメントの視点を検証することであった。分析の結果、以下の点が明らかになった。

第1に、高齢患者の退院に伴う家族の「困難度」は、困難の認知である「退院後の受け入れ不安」と困難の要因である「介護の困難さ」「医療システムの壁」「患者の心身の不安定さ」「家族とのあつれき」によって構成されていることが明らかになった。

第2に、高齢患者の退院に伴う家族の困難を測定するために作成した「退院後の受け入れ不

安」「介護の困難さ」「医療システムの壁」「患者の心身の不安定さ」「家族とのあつれき」の各尺度の信頼性と妥当性が検証され、その有用性が明らかになった。

第3に、作成した困難尺度の関連要因を分析することにより、困難を生じやすい基本属性が浮かび上がった。すなわち、「介護システム」は家族の健康度と介護負担の多さにより介護に困難を生じている。経済的に苦しい群で「医療システム」の困難度が高かった。また、患者が男性である場合や「全面介助」の時、「患者システム」の困難度が高く、患者が「80歳以上」の群、家族が「65歳以上」、「配偶者」以外の群、「有職」群で「家族システム」の困難度が高いことがわ

かった。さらに、「医療システム」と「家族システム」のコミュニケーションに関連する2つのシステムに困難度の高い家族像では、就労している経済的に苦しい、患者の子ども世代にみられることで、家族のハイリスクにおけるアセスメントの視点が明らかとなった。

本研究の調査によって101名のうち「退院後の受け入れ不安」尺度の得点が高い上位25%の家族を抽出すると、患者の子ども世代が多く該当していた。さらに患者システムにみる患者自身の精神的な衰えやADLの低下等の問題よりも医療者とのコミュニケーションの不足と家族間のあつれきにより孤立していることから、家族にとって不十分なサポートによって困難を生じていることが示唆された。このことは、困難尺度とソーシャルサポートとの関連分析の結果一別居親族からのサポートが「家族とのあつれき」への困難の程度に影響を及ぼしている一とも相応している。

以上のことから、ソーシャルワーカーは他家族と患者の退院に関して協力が得られない状況と医療機関とのコミュニケーションの不足により、聞きたいことが聞けない状況の改善に向けたシステムへのアプローチと介護への不安と患者の心身の不安定さによる、家族の負担に向けた援助を行うことが重要である。

つまり、高齢患者の入院によって生じた、患者の病状や状況への治療とリハビリテーション等の医療者による医学的アプローチの他に、患者の入院というライフイベントから生じた「医療システム」「家族システム」「患者システム」「介護システム」にソーシャルワーカーが介入し、環境の改善を試みることによって、患者・家族の退院後の生活を視野に入れた退院援助を行うことができると考えられる。

最後に、本研究は高齢患者の家族に焦点をあてて分析を行ったが、調査対象である患者・家族の個別的なアプローチまでは至っていない。従って、今後はこの研究から得た知見をもとに高齢患者とその家族像を明らかにし、より再現性のある研究を行っていくことが本研究の限界

であり今後の課題としたい。

謝辞

まず、アンケート調査にご協力いただいた、ご家族様に心より感謝いたします。

そして、本研究におけるご協力を頂いた医療機関とソーシャルワーカーの方々、東海大学北島英治先生。日本福祉大学 田中千枝子先生。東海大学医学部助教授 谷亀光則先生。東海大学 西村昌記先生。東海大学 小原真知子先生。大学院先輩 伊藤良太さん。大学院同級生 八巻加奈子さん。多くの方々のご協力により、本研究が完成しましたことを心より感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 原田とも子 (2001) 「ソーシャルハイリスクスクリーニング基準の開発」『病院管理』60(4), 328-329.
- 小杉正太郎・大塚泰正・島津明人・ほか編(2002) 『ストレス心理学—個人差のプロセスとコーピング』川島書店.
- 小島蓉子 (1998) 「ソーシャルワーク実践における生態学とは何か」『社会福祉研究』49, 鉄道弘済会, 5-11.
- 森山美知子 (1998) 『済生会山口総合病院看護部 ナーシングケアマネージメント—退院計画とクリティカルパス』医学書院.
- 永田智子・村嶋幸代 (2002) 「高齢患者の退院支援」『日本老年医学学会雑誌』39, 579-584.
- 小原真知子・小西加保留・藤井美和 (2004) 『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(第一報) —保健医療ソーシャルワークにおけるアセスメント』平成15年度文部科学省科学研究費補助金基礎研究.
- 佐原まちこ (2001) 「クリティカルパスとスクリーニングシステム」『病院管理』60(2), 156-157.
- 佐原まちこ (2001) 「ソーシャルハイリスクスク

リーニング導入の組織への働きかけ」『病院管理』60(3), 254-255.
手島陸久 (1996) 『退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム』中央法規出版.

鷺見尚巳・村嶋幸代 (2005) 「高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発(第一報)」『病院管理』42(3), 37-48.

Family Difficulties of the Discharging Elderly Patients
—Assessment based on the multi-factors—

Ari Motosugi

SAISEIKAI HIRATSUKA HOSPITAL

Since the medical system has been revised to make the patients' stay in the hospital shorter, the effectiveness of the helping services for the discharge planning have been in question these days. As elderly people are considered to stay longer in the hospital and are a high risk target for the discharge planning services, it is important to continue the after-care services for elderly patients. The purpose of this study was to develop assessment scales for the families' difficulties in discharging elderly patients based on multi-factors. The study subjects were 101 members of the families of elderly patients who were more than 65 years old in acute general hospitals. The findings indicated that 4 factors of stressors and difficulties of care, barriers of the medical system, mental status of the patients and family conflicts, were related to the stress cognitions of the families at the time of the patients' discharge.

〔論文〕

小児がんで子どもを亡くした父親の悲嘆プロセス —医療ソーシャルワーカーによる援助への示唆—

三輪 久美子*

Key words：小児がん，子どもの死，父親の悲嘆プロセス，医療ソーシャルワーカーによる援助，グラウンデッド・セオリー・アプローチ

I. はじめに

国民の3人に1人ががんで死亡する時代となった¹⁾。しかし、一般的にがん患者というと成人を想定して語られることが多く、小児がん患児²⁾やその家族についての社会的理解は進んでいない。

近年、小児がん医療は著しく進歩し、約7割が治癒するといわれるようになった。しかし、その一方で、約3割の患児が闘病の末に亡くなることもまた厳然たる事実である。死から最も遠いはずの子どもの死を親が経験することは、単に家族の問題としてだけではなく、社会的問題としてその援助のあり方を模索する必要がある。

小児がんで子どもを亡くした親に関する従来の研究は、ほとんどの場合、母親がその対象とされてきた（小島ほか，1990；戈木，1999；柳原ほか，1999；金子，2007；納富ほか，2007）。患児の付き添いは基本的に母親が行っているとして、父親の経験に関する研究はほとんどみられない。また、それは日本だけではない。ブラウンとバーバリンが患児の「親」というのはしばしば「母親」と同義語である（Brown & Barbarin, 1996：54）」と述べているように、海外でも父親

の経験に焦点をあてた研究は非常に少なく、父親に関するデータの欠如が指摘されている。さらに、従来の悲嘆研究は、既存の尺度や理論的枠組みを適用することによって現象を理解しようとするなど、演繹的手法による研究が多い。

そこで、本研究では、これまでほとんど焦点があてられてこなかった小児がん患児の父親を対象とし、語りを分析する帰納的手法を用いて内的変容プロセス³⁾を明らかにした上で、そのプロセスにおける医療ソーシャルワーカーによる援助についての示唆を提示することを目的とした。

II. 研究方法

本研究は、子どもの死を経験した父親の主観的経験における内的変容プロセスを具体的に明らかにすることを目的としているため、質的研究法を用いた。

1. 対象者

本研究の対象者は、小児がんの子どもの看病にコミットし、懸命な看病にもかかわらず、子どもを亡くした父親12名である。対象者の概要

*Kumiko Miwa：日本女子大学大学院人間社会研究科博士後期課程

は表1のとおりである。

2. 調査概要

調査は、2005年7～12月の期間に、財団法人「がんの子供を守る会」⁴⁾（以下、「守る会」）の協力を得て行った。

インタビュー時間は1時間半～2時間で、半構造化面接の形をとった。

3. 倫理的配慮

対象者には事前に調査依頼書を送付していたが、再度インタビュー時に、その目的、データは研究発表の目的以外には使用しないこと、引用する場合には個人や機関が特定されないようプライバシーには十分配慮すること、インタビュー後でも随時撤回は可能であること、フィードバックの仕方等について文書で説明し、同意を得た。

インタビュー内容に関しては、許可を得た上で録音した。

4. 分析方法

データの分析には、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTA）を用いた。GTAは、1960年代にアメリカの社会学者グレーザーとストラウスによって考案された、データに密着し

た分析から独自の理論を生成する質的研究法の一つである。本研究では、GTAの分析法に基づきながらも、それをより理解しやすく、活用しやすいように開発された木下による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）を採用した。

5. 分析手順

分析手順は以下のとおりである。まず、テーマに関してデータが最も豊富だと思われる対象者の逐語録を丹念に読み込んだ。そこで、テーマに関連ありそうな箇所に着目し、それらが対象者にとってどのような意味をもっているかを解釈、定義した上で概念を命名した。その際、データの他の部分や他の対象者のデータについても類似例や対極例が豊富にあるかどうかを確かめるための比較分析を行った。このようにして対象者全員のデータについて概念生成を進めながら、同時並行的に概念間の関係を検討することによって、複数の概念を包含するカテゴリーを生成した。

なお、質的研究については、データの分析と解釈における信頼性や妥当性に対する批判がある。そこで本研究では、発語データだけでなく、親から提供された闘病記録や日記などもデー

表1 対象者の概要

対象者	子どもの診断名	子どもの発病年齢	闘病期間	子どもの死亡時の父親の年齢	死別からの経過年数
①	脳腫瘍	17	2年4ヶ月	52	11年11ヶ月
②	黄紋筋肉腫	1	25日	46	3年5ヶ月
③	骨肉腫	12	2年1ヶ月	40	9年8ヶ月
④	急性リンパ性白血病	10	1年2ヶ月	42	5年1ヶ月
⑤	急性リンパ性白血病	8	6年6ヵ月	47	1年9ヶ月
⑥	絨毛がん	11	2年	45	10年7ヶ月
⑦	脊髄髄内腫瘍	6	9ヶ月	40	1年5ヶ月
⑧	神経芽細胞腫	1	4年1ヶ月	44	7年6ヵ月
⑨	脳腫瘍	11	7年	51	4年1ヶ月
⑩	急性リンパ性白血病	2	20年	60	1年
⑪	脳腫瘍	4	2年6ヵ月	38	11ヶ月
⑫	悪性リンパ腫	9	6ヵ月	41	15年6ヵ月

タとして用いるトライアングレーションの方法を用いた。また、概念化においては指導教授によるスーパービジョンを受けるとともに、結果をM-GTA研究会で発表し、M-GTAの開発者や研究会メンバーによるスーパービジョンを受けた。

Ⅲ. 結果と考察

M-GTAの結果は、データを解釈することによって見いだされたカテゴリーと概念で提示される。分析の結果、本研究では、一体化、混沌、諦念、内在化という4個のカテゴリーと、それらに包含される18個の概念が見いだされた。なお、本研究は質的研究であり、データ解釈が中心となっている。したがって、結果には筆者自身の解釈と考察が含まれているため、結果と考察はまとめて報告する。

以下、カテゴリーごとに、それに包含される概念と、各概念間の関係について説明する。カテゴリーは〈 〉、概念は【 】で記している。「 」はインタビューデータからの引用である。

1. 〈一体化〉

子どものがん告知から亡くなるまでの闘病期間における父親と子どもの関係は〈一体化〉というカテゴリーで説明できる。これは、子どもの生命の危機を感じながら濃密な時間を共有し、一緒になって病気と闘っていくことによって、父親が子どもとの一体感を非常に強く認識していくことである。

ここでの中心概念は【ともに闘う】である。子どもの看病を積極的に担い、自分自身も主体となって病気と闘っていくことである。医療者からの突然の子どものがん告知は父親に大きなショックを与えていた。しかし、すぐに現実に対処していかなければならないことを自覚し、告知に伴う様々な【感情を棚上げ】し、入院加療が始まる時点では、自ら主体となって病気と闘う決意を固めるようになっていた。

【ともに闘う】ためにとる最初の行動は、【闘

病インフラ整備】である。これには、看病体制の整備と、病気と治療に関する知識の獲得という2つの側面があるが、この2つは同時並行的に行われていた。本研究の対象者である父親たちは、子どもの発病時、全員が就業者であったが、会社に事情を話して閑職への配置転換を願い出たり、転職したりなどして、毎日病院へ通える体制を整え、子どもの看病を担っていた。従来の小児がん患児の研究では、母親が子どもの一次的な看病の担い手である一方、父親は医療費の工面など、伝統的な性別に基づく分業が行われていること(Cook, 1984)、また、父親は主たる看病の担い手である母親をサポートする役割を担っていること(Grootenhuis & Last, 1997)が報告されている。しかしながら、上記のような研究結果とは異なり、本研究の結果からは積極的なケアギビングの実践者としての父親像が浮かび上がった。もちろん、本研究の父親たちを小児がん患児の父親として一般化することはできない。しかし、ブラウンとバーバリンが家族のニーズに合わせて父親がより積極的に子どもの看病を担う可能性を示唆しているように(Brown & Barbarin, 1996)、患児の看病を積極的に担っている父親が一定程度存在することが推測される。【闘病インフラ整備】のもう一つの側面は、知識の獲得である。父親たちは本やインターネットを主たる情報源として、自分にとって未知なる病気と、その治療に関する知識を獲得しようとしていた。こうした知識の獲得によって、最初は「流れるままに」医療者主導で始まった治療に関しても、父親自らが治療法を選択し、決断していくようになっていた。しかし、その一方で、それは子どもの病状の厳しさを改めて認識させる契機ともなっていた。こうして懸命な子どもの闘病と親の看病が開始されていくのであるが、闘病の途中でがんが再発したり、医療者からターミナルを告げられた時には、父親たちは最初の告知時よりも大きなショックを受け、制御不能感を感じていた。また、こうした制御不能感は怒りに転じることも多く、その怒りの矛先はほとんどの場合、医

療者へと向けられていた。さらに、ターミナルに入った途端、医療者が急に病室に近づかなくなることに不安と不信感を募らせた父親も多かった。しかし、子どもの状態が悪くなればなるほど、自分が何もしてやれない無力感が増し、医療者に依存する気持ちがより強くなっていくため、どれほど大きな不信感や不満を募らせようと医療者から離れることができず、【医療者との葛藤】が常につきまとっていた。

ターミナル期に入ると、子どもの死が現実味を帯びてくる一方で、それを否定しようとするなど、父親たちは日々、絶望と希望が交錯する中で揺れ動くようになっていた。しかし、どんなに子どもの状態が悪化しようとも、【精神状態の安定化】を図り、決して希望は捨てない。実際、積極的治療を最期まで諦めない父親も数名いた。このように、絶望と希望が交錯する中、最期まで希望を維持しながら子どもとともに闘うことによって、父親たちはかつて経験したことがないほど子どもとの一体感を感じるようになっていた。

2. 〈混沌〉

父親たちは懸命に看病しながらともに闘い、その過程で子どもと〈一体化〉していくが、その死によって、子どもとの関係のみならず、父親としての役割をも失っていた。父親は子どもの死を現実として受け入れられず、子どもを探し求めるが、日常生活においては子どもの不在を突きつけられ、現実を直視せざるを得ない状態に陥っていた。この状態を〈混沌〉としてカテゴリーにした。

子どもの死直後の中心的な概念は【受け入れられない】である。ともに闘ってきた子どもの死を現実のものとして受け入れることができないのである。子どもの死が【受け入れられない】理由には、逆縁、あまりにも短すぎる子どもの人生に対する無念さ、さらには、他の子どもではなく自分の子どもの身に起きたという不条理の感覚がある。

このように、父親たちは子どもの死を頭では

理解しているつもりでも、心では受け入れられず、子どもを現実世界に探し求めていた。それを【切望と探索】として概念化した。父親たちは、責任をもって通夜や葬儀などを執り行い、初七日が明けた後は仕事に復帰していた。しかし、休日ごとに、「今どこに」、「会いたい」という一心で、以前子どもと行った場所へ行ったり、入院していた病院へ探しに行ったり、子どもの姿形を探し求めていた。

また、父親たちは、闘病中に棚上げしていた感情も含め、悲しみ、自責の念、怒り、後悔など、様々な【感情の噴出】を経験していた。しかしながら、死や悲しみを忌避する社会(Gorer, 1965=1986)においては、仕事の場をはじめ、外では平静を装わざるを得ず、また、家庭でも自分が気丈に振る舞い、家族を守っていかなければならない責任感から【悲しみを黙し】ていた。

しかし、内に閉じ込めた悲しみは大きくなる一方で、父親たちは悲しみへの対処法を模索し始めるようになっていた。悲しみへの対処法を書物に求める父親は多かった。そうした中で、本研究の対象者たちは、自分自身で、あるいは配偶者などを通して「守る会」にたどりついていった。対象者12名のうち6名が闘病中から「守る会」とかかわりを有しており、また、他の父親たちは、死別後、インターネットなどを通して会を知り、連絡をとっていた。そして、父親たちは「守る会」で行われている子どもを亡くした親の交流会を紹介され、参加を試みていた。中には夫婦で参加した者もいた。交流会に参加した父親たちが皆、最初に抱く思いは、「自分だけではないんだ」という思いである。そこで初めて、内に閉じ込めていた自分の悲しみを表出し、同じ体験をした人たちと気持ちを共有する経験をしていた。それを【悲しみの表出と共有】として概念化した。

このような【悲しみの表出と共有】の場は、自分の体験を言語化する場であると同時に、他者の体験を聴く場でもある。子どもの闘病と死を振り返りながら語ることは、「現実を組織化し、

混沌とした世界に意味の一貫性を与えてくれる(野口, 2002:23)ことになる。自分の体験を言語化して体験を外在化すること、また、他者の体験を聴いて自分の体験と重ね合わせていくことは、子どもの闘病と死を外から振り返る客観的な視点を父親に与える。こうした視点によって、父親たちは苦悶しながらも、徐々に子どもが亡くなったという【現実を直視】していった。

3. 〈諦念〉

上記のように、父親たちは苦しみもがきながらも、子どもの闘病の日々を振り返り、現実の直視を迫られていった。そして、その中で初めて子どもの死を自分の身におきた事実として認めるようになっていた。その状態を〈諦念〉としてカテゴリーにした。

このカテゴリーは2つの概念によって構成される。その一つが【死の事実を認める】である。どんなに現実世界に探し求めても子どもはもう二度と戻ってこないという事実、また、子どもが亡くなる前の状態にはどうやっても戻れないという事実を認めることである。そして、その事実を自分自身の人生から排除したり、封印するのではなく、人生の一部として組み入れていく。もう一つの概念は、【現実世界から手放す】である。これは、現実世界に子どもを探し求めることを諦めることである。具体的には、父親たちは現実世界から手放した子どもを、天国などの死後世界、自分のそば、お墓など、自分の納得のいく場所に定位するようになっていた。これは、ウォーデンのいう「死者を情緒的に再配置する(Worden, 1991=1993)」ことに符合する。

4. 〈内在化〉

子どもの死の事実を認めた父親たちは、現実世界から手放した子どもとの新たな絆を結び直していく。父親たちは自分の中と社会の中に子どもを新たに生かし、新たな関係の下で子どもとともに生きていくのである。それを〈内在化〉としてカテゴリーにした。ここで中心となる概

念は【内なる実在として新たに生かす】である。

【切望と探索】を繰り返していた頃に思い浮かべる子どもの姿は、闘病中の苦しんでいる姿であったり、亡くなった場面の姿など、父親を苦しめるものであった。しかし、自分が納得して定位した子どもの姿は、元気な明るい子どもの姿に変化していた。それによって、父親は苦痛を感じずにいつでも子どもを思い浮かべることができるようになり、常に自分の中や近くにいると感じるようになっていた。これを【内なる実在として新たに生かす】と概念化した。

また、父親たちは、子どもからのメッセージを受け取るようにもなっていた。子どもが闘病と死をもって父親と社会に伝えようとしたメッセージである。そして、父親たちは、子どものメッセージを社会に伝える使命が自分自身にあると感じ、自分と同じような経験をする人たちへの支援活動を始めるようになっていた。これを【悲しみの社会化】として概念化した。野田のいう「遺志の社会化(野田, 1992)」である。

【悲しみの社会化】は、子どものメッセージを社会に伝えるための活動であると同時に、社会の中で子どもを新たに生かしていくことでもある。さらに、こうした活動は、子どもの生と死に対する意味付与であると同時に、父親自身の人生に対する意味付与でもある。ただし、【悲しみの社会化】は時間的余裕がなければできないことも多く、現役で働いている父親たちの中には、気持ちはあってもなかなか実現できないと語る者もいた。それでも、父親たちは小児がんの情報提供を目的としたホームページを立ち上げたり、病院へ本を寄贈したり、寄付をしたりと、自分にできる範囲での【悲しみの社会化】を行っていた。

このように、父親たちは、子どもを自分の中に、また、社会の中に新たに生かすことによって、子どもと【ともに生きる】実感を得ていった。その一方で、何年経過しようとも、子どもの誕生日や命日などは【悲しみの発作】を誘発し、父親を【切望と探索】に引き戻していた。【悲しみの社会化】がフラッシュバックを引き起こ

すこともあった。しかしながら、「やっぱり、一日に一回は思い出してやって、涙ぐんでやるのが供養になるのかな」とある父親が語ったように、悲しむことが子どもを想うことであり、愛しているからこそ悲しいのだと、悲しみをリフレーミングし、悲しみも含めたすべての【感情を引き受ける】ようになっていた。

以上のように、父親は子どもを【内なる存在として新たに生かし】、その子どもと新たに【ともに生きる】実感を得ていった。そして、自分が生き続けることによって子どもも自分の中で生き続けるのだと考えるようになり、自分自身の命が子どもの命であるとして、子どもの命を生きぬいていく覚悟をする。これこそが父親の喪失から再生へのプロセスである。

IV. 援助への示唆

上記では、小児がんで子どもを亡くした父親の主観的経験における内的変容プロセスについて論じてきた。それを基にして、ここでは、そのプロセスにおいて必要とされる医療ソーシャルワーカーによる援助についての示唆を行いたい。

闘病中に必要とされる援助は以下の4つである。

第一には、医療者の説明に同席することである。最初に父親たちが非常に辛い思いをしたのは告知時であった。告知時の医療者による専門用語を用いた病気と治療方針の説明は、父親が質問すらできないような一方的な受身の状況を作り出していた。告知時の状況のある父親は、「医療関係の人はそれなりに勉強もしてきてますからね、理論的ですし、頭もいいはずですから。そういう人たちがね、バーっと並んでね、『どうしますか?』って言われても、なかなかね、突っ込めないですよ。専門、ほんとのエキスパートがしゃべってるんですから。特に大学病院っていう。だから、そういう説明する時に、やっぱり、患者側に立って、もう一人、医療の専門知識をもった人がいないと。家族だけでは無

理」と語ったが、小児がんやその治療について何の知識も有していない父親と医療者との間には、専門知識の格差に起因する暗黙の主従関係が最初から必然的に成立していた。こうした観点からも、病院における最初の説明時には医療ソーシャルワーカーの同席が非常に重要である。

第二には、病気と治療に関する情報提供である。知識の獲得によって、父親は告知で傷ついた主体性を回復し、【ともに闘う】決意をしていくからである。

第三には、絶望と希望が交錯する中での父親の不安を受けとめること、そして、第四には、入院加療が始まってからの【医療者との葛藤】において、父親と医療者とのつなぎ役となることである。

次に、死別後に必要とされる援助は以下の3つである。

第一には、共有体験者となつなぐことである。【悲しみの表出と共有】で述べたとおり、同じ体験をした人と出会うことが現実を直視していくプロセスにおいては非常に重要となるからである。

第二には、【悲しみの社会化】を実現できる場へとつなぐことである。前記のとおり、子どもの死を無駄にせず、子どもを新たに社会の中で生かすための【悲しみの社会化】が、父親の再生へのプロセスにおいて非常に重要であることが明らかになった。父親自らが何らかの支援活動にかかわっていける場合はよいが、そうでない場合には、そうした場へとつなぐ援助が必要である。

第三には、【悲しみの社会化】によるフラッシュバック、あるいは子どもの記念日などによる【悲しみの発作】が起こった場合に、個人的な援助がいつでも受けられる体制を整えておくことである。そして、その体制があることを父親にも十分伝えておく必要がある。

V. まとめ

1. 結論

本稿では、小児がんで子どもを亡くした父親

の主観的経験における内的変容プロセスを明らかにした上で、そのプロセスにおける医療ソーシャルワーカーによる援助についての考察を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

まず、プロセスについて明らかになったことは次の3点である。第一には、これまで小児がんで子どもを亡くした母親の悲嘆プロセスについては明らかにされてきたが（戈木，1999；柳原ほか，1999；金子，2007）、本研究によって、父親も母親同様に苦悶しながら子どもの死後の人生を再構成していくことが明らかになった。第二には、悲嘆プロセスに関する段階理論では、悲嘆は時間の経過に伴って軽減し、段階を経ながら回復する直線的プロセスであると説明されているが（Parkes, 1972；Ross, 1969）、本研究の結果では、前記のとおり、父親の悲嘆プロセスは4つの局面を経てはいくもの、段階理論のような直線モデルではなかった。たとえば、4つ目の〈内在化〉局面に至っても、【悲しみの発作】によって2つ目の〈混沌〉局面の【切望と探索】に引き戻されることがあった。第三には、父親の悲嘆プロセスは、時間の経過に伴って自然に悲嘆が軽減していくという受動的なものではなく、【内なる実在として新たに生かした】子どもと今を【ともに生きる】という、主体的な営みであることがわかった。なお、本研究は悲嘆の反応値を測定する量的研究ではないため、子どもの性差による父親の悲嘆の強さの違いについては明らかではなかったが、父親が経験する悲嘆プロセスの全体像には子どもの性差による違いは認められなかった。

次に、援助に関しては、次の4点が明らかになった。第一には、子どもの闘病中、あるいは死別後、通常、援助の対象としては母親に注意が向けられてきたが、本研究からは、父親も母親と同様に悩み、苦しみ、悲しみ、援助を必要とすることが明らかになった。したがって、援助においては、母親だけではなく、父親にも同等に目配りする必要がある。第二には、最初に医療者が病気について説明する時点から医療ソーシャルワーカーがかかわることが望ましいとい

うことである。第三には、援助には、個人の内面にかかわる援助と、個人をとりまく他者とのつなぎ役としての援助という二元的な援助が必要だということである。第四には、闘病中も死別後も、父親自身は自ら援助にたどりつくことが非常に難しい状態にあり、アウトリーチの援助が重要だということである。本研究では、子どもが入院している病院に医療ソーシャルワーカーがいることを知らなかった父親がほとんどであった。

近年、看護の領域においては、子どもが亡くなった後の親に対する援助の取り組みが始まりつつある（納富ほか，2007）。一方、医療ソーシャルワーカーは、死を前にした家族にかかわることはあるが（西田，1994；堀越，1999）、死亡退院後の遺族に対する援助については、その必要性は認識されながらも（佐藤，1995）、ほとんど行われていないのが実状である。上述のとおり、父親たちは闘病中に【医療者との葛藤】を経験しており、子どもの死後、怒りの矛先を医療者に向ける場合も多い。したがって、医療者の立場からではなく、子どもの病気と親がおかれてきた状況を十分理解している医療ソーシャルワーカーによる悲嘆援助が強く望まれる。

2. 研究の限界と今後の課題

本研究は、小児がんの子どもの看病にコミットし、懸命な看病にもかかわらず、子どもを亡くし、小児がん支援団体に何らかのかかわりを有した父親という限られた条件下の対象者に焦点をあてたものである。したがって、方法論的限定性により、得られた知見もこの条件範囲内において説明力があるものである。今後は、子どもの看病にコミットしなかった父親、支援団体にかわりをもたなかった父親についても調査、分析を行い、本研究の結果と比較検討する必要がある。さらには、母親の経験とも比較検討した上で、父親と母親それぞれに対するきめ細かい援助のあり方についても研究を進めたいと考えている。

注

- 1) 厚生労働省人口動態統計年報平成17年度より
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai05/kekka3.html#2>
- 2) 小児がんとは15歳以下の子どもに発症する悪性腫瘍のことを指す。なお、本研究では、小児慢性特定疾患の対象が20歳未満となっていることから15歳以上20歳未満の子どもも対象に含めた。
- 3) 「内的変容プロセス」という言葉を用いているのは、自分の経験や世界をどのように見ているのかという、より主観的な内的経験や内的世界観に焦点を絞っていることを強調するためである。
- 4) 財団法人「がんの子供を守る会」は、がん子どもを亡くした親たちが中心となり、1968年に設立された小児がん患者家族の支援団体であり、設立当初からソーシャルワーカー（現在5名）及び嘱託医による相談事業、療養費援助事業、治療研究助成事業などを行っている。

文献

- Brown, K. A. & Barbarin, O. A.: Gender Differences in Parenting a Child with Cancer, *Social Work in Health Care*, 22(4), 53-71, 1996.
- Cook, J. A.: Influence of Gender on the Problems of Parents of Fatally Ill Children, *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 71-91, 1984.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L.: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publishing Company. (=1996, 後藤隆・大出春江・水野節夫訳『データ対話型理論の発見』新曜社), 1967.
- Gorer, G.: *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*, Cresset Press. (=1986, 宇都宮輝夫訳『死と悲しみの社会学』ヨルダン社), 1965.
- Grootenhuis, M. A. & Last, B. F.: Predictors of Parental Emotional Adjustment to Childhood Cancer, *Psycho-Oncology*, 6, 115-128, 1997.
- 堀越由紀子: 「死別を前にした家族のケア」『ターミナルケア』9, 177-185, 1999.
- 金子絵里乃: 「小児がんで子どもを亡くした母親の悲嘆過程—『語り』からみるセルフヘルプ・グループ/サポート・グループへの参加の意味—」『社会福祉学』47(4), 43-59, 2007.
- 木下康仁: 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂, 1999.
- 木下康仁: 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』弘文堂, 2003.
- 小島洋子・鈴木恵理子: 「悪性腫瘍患児の長期入院が家族に与える影響—患児の死後、母親に聞きとり調査を行った7事例をとおして」『小児看護』13(4), 508-514, 1990.
- Kübler-Ross, E.: *On Death and Dying*, Macmillan. (=1971, 川口正吉訳『死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話』読売新聞社), 1969.
- 西田知佳子: 「患児・家族をとりまく諸問題に対する援助—ソーシャルワーカーのかかわり—」『小児看護』17(9), 1070-1077, 1994.
- 野田正彰: 『喪の途上にて』岩波書店, 1992.
- 野口裕二: 『物語としてのケア』医学書院, 2002.
- 納富史恵・藤丸千尋・岩崎瑞枝: 「長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセス」『日本看護研究学会雑誌』30(2), 65-75, 2007.
- Parkes, C. M.: *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life Third Edition*, Routledge. (=2002, 桑原治雄・三野善央訳『改訂 死別 遺された人たちを支えるために』メディカ出版), 1996.
- 戈木クレイグヒル滋子: 『闘いの軌跡 小児がん

による子どもの喪失と母親の成長』川島書店, 1999.

佐藤悦子：「医療現場における家族ソーシャルワーク」『医療社会福祉研究』4(1), 1-7, 1995.

Worden, J. W.: *Grief Counseling and Grief Therapy-A Handbook for the Mental Health Practitioner*, 2nd Ed., Springer

Publishing Company. (=1993, 嶋澤實監訳『グリーフカウンセリング』川島書店), 1991.

柳原清子・近藤博子：「小児癌で子供を亡くした母親の社会化の研究」『日本赤十字武蔵野短期大学紀要』12, 45-53, 1999.

**Grief Process of Fathers who Lost a Child from Cancer
—Some Suggestion for Medical Social Workers—**

Kumiko Miwa

Japan Women's University
The Graduate School of Integrated Arts and Social Sciences

The purpose of this study is to examine the grief process of fathers whose children died from cancer, and to give some suggestions for medical social workers. Interviews were used to gather information from 12 fathers and were analyzed by the Grounded Theory Approach. The analysis revealed four major categories for their grief process: ① identification, ② chaos, ③ resignation, ④ internalization. Regarding the support for the fathers, it also revealed that they need intrapersonal and interpersonal support given by medical social workers and that they need the above-mentioned support during their child's battle against cancer in order to complete the internalization.

〔論文〕

自死遺族支援研究の現状と課題

—日本を中心とする研究レビューと実践報告を通して—

渭川 雄基*

Key words : 自死遺族, レビュー, 実践報告

I. はじめに

「9年連続で自殺者数が年間3万人を超えている」これは2007年6月に警察庁の生活安全局地域課の資料により明らかにされた事実である。年間3万人以上の自死（自殺）者がいるという事は、日本中で一日に約82人以上の人が自死で亡くなっていることになる。2006年6月に自殺対策基本法が制定された。そしてその翌年に自殺総合対策大綱が作られ、行政や企業、学校や医療機関等の官民学による自殺対策が名目的には行われるようになった。自殺対策基本法、及び大綱には自殺遺族のケアが明記されており、研究の必要性も記されている。日本では張(1998a, 1998b)の研究をはじめとしてこれまで自死遺族に関する研究がなされてきた。しかし、Litmanら(1963)の調査に端を発するアメリカの自死遺族支援研究の歴史に比べると、日本は約30年の遅れをとっている。現場においては厚生労働省による「医療ソーシャルワーカー業務指針」2. 業務の範囲に「患者の死による家族の精神的苦痛の軽減・克服、生活の再設計を援助すること(1-⑨)」と記され、遺族ケアが位置づけられている。本稿ではこれまで行われてこなかった現場実践報告も含んだより包括的な研究レビュー

を行い、日本の自死遺族支援に必要な研究課題を明らかにすることを目的とする。以下、これまでの研究をⅡ) 自死遺族の定義、Ⅲ) 自死遺族の心理的状況、Ⅳ) 自死遺族の社会的状況、Ⅴ) 自死遺族の望み、Ⅵ) 自死遺族支援の現場実践に分けて整理し、最後にⅦ) 実践と研究の課題について述べたい。

Ⅱ. 自死遺族とは

「自殺」という言葉の背景には、自殺の責任は個人にあり、個人が弱いからであり、逃避したいからだという考え方がある(清水, 2005)。これは個人が自分の意思で命を絶つという考えに基づくものである(平山, 2004)。それに対して「自殺は自らの死を選ぶというよりも、心の病から自ずと命を絶つところまで追いこまれてしまうのだ」という認識を以って自殺を「自死」と呼ぶ立場が医療研究者の中から現れた(平山, 2004)。また、疾病的な側面からだけではなく、「日本社会の様々な問題が個人一人ひとりに背負わされて自殺に追い込まれた」という認識をもって自死と称する立場もある(西田, 2003)。本稿では個人が自ら命を絶つたことに対して、亡くなった個人にのみ責任を求めるのではなく、

*Yuki Ikawa : 関西学院大学大学院人間福祉研究科博士課程前期課程

社会の責任もあわせて自殺を捉えるという認識論に立ち、これまで呼ばれてきた「自殺」を「自死」と表現する。

また、Parrish, & Tunkle (2005) の論を参照すると、Cain (1972) が“suicide survivor”という呼称を初めて使用し、この呼称が「自死による喪失によって直接影響を受けた人々」を指し示す用語として現在も普及している。具体的には、遺された家族だけを指すのではなく、「友人・恋人・近隣・親族・職場の同僚や幼馴染の旧友などある人の自死によって大きな精神的影響を受けた多様な人(清水, 2004: 2)」をさしている。アメリカのAAS(米自殺予防学会)では精神分析家などの援助職で、クライアントの自死により影響を受けている人も survivor と呼ぶとされている(高橋, 2002b)。また、斉藤ら(2001)は精神科医が患者の自死にあう確率が高いことから、精神科医の大多数が suicide survivors であると述べている。しかし、この“suicide survivors”の邦訳は未だ定まっていない(宮崎, 2003)。日本でも恋人が自死した影響で入眠困難や希死念慮をもった女子学生の心理臨床ケースが報告されていることから(山本, 2005)、血縁でなくても重大な影響を受けている人もいると考えられる。これらのことから、自死によって影響を受けた人全般をカタカナで表記しサバイバーと呼ぶ立場もあり、「誰が“survivor”か」は他人が決めるというよりも、当事者の主観に依拠する。以上のことから「自死遺族」といっても特徴や属性は様々であるが、現在日本で行われている研究のほとんどが「自死遺族(吉野, 2005)、自殺遺族(松川, 2006)、自死遺児(副田, 2002)」という包括的な対象名で調査されている。なお、「自死遺児とは自殺で父親、または母親、あるいは両親を亡くした子ども(二十歳未満)」と言われている(西田, 2005: 98)。本稿では筆者が上に述べたような「自死」に関する認識論に立ち、日本の実証的な研究数が約30件と遺族の属性を細分化してレビューするには少ない為、「自殺遺族」、「自死遺児」、「サバイバー」を「自死遺族」と一括して称し、「自

死遺族」全般を研究レビューの対象とする。

III. 自死遺族の心理的状況

1. 自死遺族の悲嘆とトラウマ

家族が救命救急センターに搬送され、亡くなった後に心理学的剖検に協力した自死遺族の追跡調査(張ら, 1998a; 1998b)が日本で初めになされた自死遺族の研究であった。「心理学的剖検」とは、近親者からの聞き取り調査などで得られる入手可能なあらゆる情報を用いて故人の人生を辿り、自死に至った原因の解明を目指す手法である(張, 2005; Shneidman, 1993)。その詳細な報告(張ら, 2002)によれば調査した自死遺族16例のうち、抑うつ気分や不眠等うつ病症状の発生率が10例で63%と意外に低く、PTSD様症状が遷延化する割合が13例で81%と高かったことを示している。PTSD様症状とは「故人を微笑ましく懐かしむというのではなく、何かのきっかけで思い出して泣いたり、苦痛を感じたり、夢で苦しんだりするものであり、症状としてとらえるのが妥当(張ら, 2002: 31)」としている。ただ、この研究は心理学的剖検に協力が得られた遺族だけがサンプルとして取り上げられ、実態調査とは呼べないと述べられている。また心理学的剖検により調査をする際には、倫理的に非常な配慮が必要になる。協力を依頼した遺族、54例中の46%に当たる25例は協力することを了承したが、その協力者の52%が「本当は協力したくなかった」と答えたという報告がある(張, 2005)。一方、面接後の遺族50%が面接を受けて良かったと答え、遺族の病的悲嘆に対する好影響を示唆できたという報告もある(張ら, 1998a)。

自死による遺族の悲嘆は殺人、事故死、自然死などの他の死因による悲嘆よりも激しいという研究が発表されている(Baillly, Kral, & Dunham, 1999)。一方、張(2002b)は自死遺族の悲嘆とその他遺族の悲嘆の違いに関してEllenbogen & Gratton(2001)とJordan(2001)のレビュー研究をもって再検討している。この

二つのレビュー論文はそれまでの研究が採用してきた方法論の欠陥を指摘した上で、自死遺族の悲嘆と他遺族の悲嘆の違いについての結論を保留している。

高橋 (2004) は自死遺族の心理的状況を精神医学の観点から、自死遺族が発症する可能性がある病状として 1) うつ病、2) 不安障害、3) ASD (急性ストレス障害)、4) PTSD (心的外傷後ストレス障害) を挙げた上で精神科治療の必要性を訴えている。しかし、高橋 (2001) は精神保健の専門家のほとんどが自死遺族ケアの十分な訓練も知識もない実情を指摘し、「大切な人が亡くなったのだから、自然な反応として、抑うつ的になっても当然ではないか」との見解が大多数であると述べている。

2. 生存者罪悪感が自死遺族に及ぼす影響

自死遺族の特徴として、故人の死に対する重責な生存者罪悪感があることが先行研究から多数窺うことが出来る (小山, 2006; Parrish, & Tunkle, 2005; 高橋, 2004; 宮崎, 2003; 吉野ら, 2000)。

自死遺族の多くは自死の理由が明確に分からないことなどから、「故人を自殺に追いやったのは自分ではないだろうか」と自問し続ける傾向にある (梁, 2006a)。張ら (2002) が行った自死遺族の悲嘆についてのインタビュー調査では PTSD 様症状を有する遺族 13 例が何らかの罪悪感を抱いているか、故人をかawaiiそうと思う気持ちを抱いていたことが分かった。

生存者罪悪感の理論的枠組 (池埜, 2001) のなかでも自死遺族の多くがもつ罪悪感とは「不注意・怠慢への罪悪感」である。自死のサインを読み取れなかったことへの後悔が罪悪感として表れてくる (Fine, 1997)。

過労自殺で亡くなった場合は家族に責任があると地域住民が考える傾向があることや (清水ら, 2004b)、自死のサインを読み取れなかったという責任性が罪悪感を助長していると考えられる。また、生前に故人がうつ病などの疾患をもっており、家族にとって大きな負担であった

場合、自死後にその負担がとれたことに安堵し、そしてその安堵に対して罪悪感を感じる遺族もいる (斎藤, 2005; 高橋, 2004; 張ら, 2002)。

3. 故人に対する怒り

「故人に対する怒り」の感情をもつ自死遺族がいる (宮崎, 2003)。副田 (2002) があしなが育英会の自死遺児 95 名からとったアンケートの中から、故人に対して「腹が立った」「憎らしかった」「裏切られた」「うらめしかった」と答えた自死遺児は他の遺児よりも 3 から 4 倍多いという事実が判明した。また、遺された妻がどのように生活していけばいいか路頭に迷った時に、「怒り」を故人に投げかけた具体的な事例も報告されている (小山, 2006)。平山 (2004) によると、自死遺族は故人への怒りの感情だけではなく、愛情も一緒にもっており、アンビバレンスな気持ちを抱えている。この見解は怒りを一元的に捉えるのではなく、複雑な心情のうちの一つと捉える見方が必要であることを示唆している。

4. 度重なる死への不安

遺された家族も死んでしまうのではないかと不安を感じている自死遺族もいる。前述した副田 (2002) のアンケート調査において、親が亡くなった時の心情について 9 つの項目の中から複数回答する設問では 95 名中 73 名が回答し、「残された母も死ぬのではないか」という選択肢が「自分のせいだとおもった」という項目を上回って全体の 2 番に位置していた。

自死の遺族への影響の中で最も深刻なものは連鎖自殺である。高橋 (2002a) は自死遺族の中で「自分もいつか病的な状態になり、自殺を図るのではないかと不安を語る人がいる」と述べている。また複数の親しい人が自死でなくなった場合に「自分も問題を抱えたときに、自殺という手段を選択するのではないかと不安がいつも頭の中の片隅に残っている」という遺族もいる。

5. 遺された子どもへの影響に対する不安

子どもへの影響に対して不安を訴える遺族も報告されている(小山, 2006)。片方の親が自死した後、遺された片親が子どもへの影響を思い悩み、子どもにどのように接すれば良いかが分からない場合がある。また、父親の死の真相をいつ、どのようにして伝えたら良いかを思い煩っている遺族や、「子どもを精神的に強い子に育てなければ」と脅迫的観念に駆られている母親もいる(高山, 2003)。

6. 拒絶感と羞恥心

「私がいるのに何故あの人は自死したんだろう。そんなに苦しいのだったら何故私に一言いってくれなかったのだろうか」という疑問を自死遺族がもった場合、その遺族は自身の存在を故人に否定されたり、拒絶されたりする感覚をしばしば覚える(梁, 2006a)。「拒絶感に伴う怒りは、(遺族の)自尊心を下げる」(Worden, 1991: 95)とも言われている。遺族の中には自死の理由が分からない不安定な状態の中で、自分と故人との関係の不確かさにやりきれない想いを抱えている人もいる。

その一方で、社会に対しては自殺を恥ずべき行為だと考え、その事実を必死になって隠そうとすることもある。そして生きていた頃の故人について話題にすることすら禁じられている家族もいる(高橋, 2002a)。また、恥ずべき行為であるがゆえに他者に話してはいけないと考える遺族もいる。

IV. 自死遺族の社会的状況

1. 社会の自死遺族に対する意識

社会は自死遺族に対してどのような意識をもっているのだろうか。清水ら(2004b)は長野県佐久市の住民を対象に自死遺族への態度のあり方に関するアンケート調査を行った。対象者は50代の男女各150名、60~64歳の男女各100名、合計500名を住民台帳から無作為抽出し、回答は439票得た。その結果、自死遺族に対して「声など

かけずにそっとしておくべき」が全体の33.8%、「普通の不幸と同じにする」は31.9%、「一般の不幸以上に励ましたり話し相手になるべきだ」が29.4%と三分された。松川(2006)が示すように、「周囲の人々は自殺に至る特別な要因があったのではないかと推測し遠慮して離れる(p.79)」ということもあれば、励ますべきだと考える人もいるということが理解できる。

また、清水ら(2004b)の調査ではアンケートで用いた自殺態度尺度の因子分析を行い、その結果得た二つの因子を基に住民の自死に対する態度を大きく二つに分けた。一つは「自殺容認の態度」とし、二つ目は「自殺を病理・異常と見なす態度」としている。「自殺を容認する態度」は「他人に迷惑をかけなければ自殺をしても構わない」、「自殺をしようとしているのはその人の問題なので止めるべきではない」という考えである。また「自殺だけが唯一の解放だった」、「ある人は自らの潔白を示す為に自殺する」などの解釈がある。

一方、「自殺を病理・異常と見なす態度」としては「自殺をする人はストレスをため込む人である」、「自殺をする人は、頭の中が混乱していて自分でも何をしているのかが分からない」という考えである。

ここから言えることは、社会が自死を容認している以上は対策の必要性を感じないということである。清水らは「社会が取り組むべき問題としては重要だが、それほど関心があるわけではない」という大多数の住民の意見を実感している。

2. 二次被害について

諸澤(1998: 133-134)は二次被害を「犯罪の結果としての被害に付随してもたらされる追加的苦痛、たとえば、友人・親戚・医師・刑事司法制度などによる間違った扱いによって生じる」と述べている。犯罪と同様に自死という事件の後に、自死遺族が受ける「付随してもたらされる追加的苦痛」として高橋(2001)は警察や親戚から受けた二次被害の事例を挙げている。警

察が自死現場にかけつけ、事件性の有無を確認するために遺族に対して十分な配慮がないまま質問を浴びせかけた場合、遺族が追加的に受けた心の傷を高橋は「セカンドトラウマ」として説明している。また、故人の両親や同胞が配偶者に対して傷に塩を塗りこむように迫ってくることもある。例えば夫を亡くした遺族は『あなたがしっかりしていなかったから息子は死を選んだ』というメッセージを息子に亡くした遺族から受けかねない(高橋, 2001: 155)。その他にも「いつまでもくよくよしていないで、早く忘れなさい」「まだ若いだから、再婚を考えたら」と言われたり、子を亡くした場合は「まだ若いんだから、もう一人子どもを産んだら」と言われたりすることで遺族は深く傷つくことがある。

V. 自死遺族の望み

以上述べてきたような心理社会的状況の中、遺族は様々な望みをもっていることが報告されている。しかし、その望みも二次被害や、地域社会の態度など社会的状況によって表に現れないことが多い。以下、遺族が望むことについて、代表的な二つを挙げる。

1. 語りたいが語れない

自死遺族の中には、自死で亡くなった故人について、または自死をめぐる感じる様々な想いについて語りたいと考えている人がいる。それと同時にその苦悩や迷いを他者に理解してもらうことを望んでいる遺族もいる(副田, 2002)。しかし、清水ら(2004a)の個別面談調査によると自死遺族は「語ることへの抑制・圧力」をもっており、それを「自らの抑制」と「周囲からの語ることの抑制・圧力」に分けて説明している。「自らの抑制」とは「自殺」という言葉自体の嫌悪や遺族が抱える罪悪感などから、自ら語らないようにすることである。また自死直後の遺族にとってはその現実を受け止められず「一度口に出して自死の事実を言ってしまうともう否

定できなくなる」という恐さからも起因している。

「周囲からの語ることの抑制・圧力」は周囲から「自殺と言ってはいけない」と制止・禁止される経験や、的外れな周囲からの言葉がけによって二次被害を受け、その話題が出せなくなる経験などである。また社会の偏見から自死遺族であることを恥ずかしがる遺族もいる(梁, 2006a; 高橋, 2004)。

2. 何故死んだのか—終わりの見えない問い—

遺族の中には故人の死に直接向き合いあいたいと考えている人がいる。死の理由や状況を知る為に医師や検死官を訪ねた例や、亡くなった理由を探す為に警察や勤務先を歩いて回ったという例も報告されている(清水ら, 2004a)。しかし自死の理由はただ一つ特定できるものでなく、精神的、社会的、文化的要因がからみあった複合的なものであると言われており(梁, 2006a)、単純に説明することは難しい。

「何故死んだのか? (question of “why”?)」は自死遺族がもつ大きな苦悩であり(山本, 2005; 高橋, 2004)、Parrishら(2005)は「何故死んだのか?」と言う疑問を「悲嘆の過程」だと定義し、遺族から様々で特異な反応を引き出すと述べている。例えばいくつかのケースでは「何故死んだのか」の答えは永久に見つからず、満足のいくものにならない。そのような状況の中でも自死遺族の多くは自死の理由を求めて奮闘し続けて、時には自分を強く責める場合もある(高橋, 2002a)。また、死因が分からない為に家族や医療専門家、職場、学校などに責任を求める場合もある(梁, 2006a; 高橋, 2004)。

この終わりのない何故の問いに対して、吉野(2004, 2005)は夢を「故人との再会や対話を可能にする場」として遺族とともに再定義する試みを行っている。この研究は遺族が夢で故人と再会することによって「なぜの問い」や「見捨てられ感」からの解放に一定の役割を果たす可能性があることを示唆している。

VI. 自死遺族支援の現場実践

1. 救命救急センターの取り組み

自死遺族が自死直後に利用する機関として救命救急センターがある。清水ら（2002）は全国160箇所のセンターにアンケート調査を行い、以下のような結果を得られた。「センターにおいて、自殺遺族・自殺企図家族の精神面のケアに意識的に取り組んでいる」と答えたセンターは、回答を得た83施設中、全体の21.7%であり、「センターとして将来的に取り組んで行きたい」と答えたのは38.6%、「（必要であるが）センターの業務の範囲ではない」と答えたのが38.6%でありほぼ三分した。そもそも遺族のケアは救命救急センターの業務ではないが、その必要性を考えたセンターは精神科への紹介の希望を尋ねたり、精神科受診案内のパンフレットの配布を行ったりしていた。また、死後2週間目に手紙を送り、困っていることがある場合に相談に応じる旨を書いた案内を出すなどの援助を行っているところもあった。センターでの自死企図者の家族・自死遺族の精神的ケアの担い手としては精神科医やソーシャルワーカーになって欲しいという希望があることも分かった。しかし救命救急センターと精神科との連携はまだほとんどのところで未整備の状態にある。

2. 精神保健福祉センターの取り組み

全国の精神保健福祉センター60箇所にアンケート調査を行った結果、自死遺族の相談事例は15例あり、遺族の第一の希望は自助グループへの紹介であることがわかった（清水ら、2002）。しかし精神保健福祉センターの連携先としては医療機関が最も多く、自助グループに紹介できるセンターは少ない。また、生計中心者が自死をした場合、即収入減により生計維持困難が考えられ、福祉的な対応も含めて自死遺族相談に独自の対応が必要なケースがあることも報告されている。それに関わらず現状では自死遺族の相談数はごく限られたものであり、その理由として社会の偏見などで遺族が相談の場まで来る

ことに強い抵抗感を持っていることが考えられている。

このような状況の中、大坪ら（2006）は福岡市精神保健福祉センターが独自に取り組んできた自死遺族支援の報告をしている。同センターは1）面接現場において個別に遺族の喪の作業への寄り添いや、遺族自身の精神健康維持への支援、2）自死遺族の問題に関心を寄せる市民に対して開催された「当事者と遺族によるフォーラム・講演会」のバックアップ、3）自死遺族分かち合いの会「リメンバー福岡」の場所提供・管理・広報など運営についての側面的支援を行っている。

3. 保健所での取り組み

松川（2006）は自死遺族と面接したことのある市町村の保健師13人にインタビューをし、地域保健活動における自死ポストベンション（事後介入）の可能性を検討した。保健師は地域との家庭訪問や健康相談において地域全体にアプローチできる機会を持つ。松川は自死に対する認識論の重要性を強調し、保健師が自死を「悪いもの」「触れてはいけないもの」とする認識があると「詳しく聞くものではない、触れるものではない」と考えてしまい遺族へのアプローチを阻害してしまうと述べている。自死遺族が置かれる心理社会的状況の重みを保健師が感じつつも遺族の複雑な悲嘆を理解することで支援の必要性に気づき、孤立しがちな遺族に対して地域における継続的な見守りをしていくことが必要である。

4. 児童養護施設での取り組み

母親が失踪し、父親が自死をしたために女兒姉妹が児童相談所の措置で児童養護施設に入所し、児童指導員が自立支援をしているケースを上石（2006）が報告している。この事例報告では姉妹の妹の方が措置された5歳から中学2年生になるまでの支援経過を追っている。妹が小学3年生の時に姉は退所し、小さな会社に就職するが対人関係に悩み、1ヶ月後退職し、うつ

病と診断されて生活保護を受けて暮らしている。妹が中学2年生の時に母の所在が分かったが、姉妹2人と母親との家族再統合の可能性を指導員は慎重に検討している。援助過程においては子どもの愛着形成や発達に伴う情動変化に留意しながら児童相談所や福祉事務所と連携して自立支援を行っている。上石は女兒の父親が自死した日と母親の誕生日が同じである為、その日が女兒にとって特別な日であることに配慮し、墓参りに行ったり母の誕生日会をしたりするなどの援助の工夫が必要であると説いている。自死遺児の心理社会的状況に配慮しながら、家族再統合を試みるソーシャルワークが児童養護施設では求められる。

5. 職場での取り組み

職場で自死が起きた場合の影響について藤田(2002)は「横への波紋」と「上への波紋」の2点に分けて説明している。「横への波紋」とは「不安、抑うつ、精神的混乱などが、遺族、同僚、友人の間に広がること」である(p.738)。職場で自死をめぐる様々な憶測がとんだり、会社の対応の悪さを指摘する声が影でささやかれたりすることもある。さらに自死した個人が残した仕事の整理をしたり、後任が決まるまで周りのものの業務負担が増えたりするなど、様々な不健康の要因が重なりストレスの多い緊張状態が続く。

「上への波紋」とは「自殺をめぐる職場批判、経営者への責任追及、過労自殺としての労災申請、民事訴訟、マスコミ報道を通して問題が大きくなり、企業の社会的責任が追及されることなどである(p.738)」。この二つの波紋が相互作用し、企業、従業員、残された家族は危機に立たされる。黒木(2004)によると1999年9月の「心理的負荷による精神障害に関わる業務上外の判断指針」が公表された後、精神障害も職業性疾患であるとの国民の認識が広がり、精神疾患を理由とした労災申請が一気に急増した。この認定指針によって、「業務が濃厚に関連した精神障害に基づいて行われた自殺は、労災

として認められることとなり、自殺認定の枠も広がったことになる」(黒木, 2004: 42)。

職場における危機状態を回避するために、まず「横への波紋」に対してはCISM(critical incident stress management: 緊急事態ストレスマネジメント)のディブリーフィング(debriefing)の技法が有効であると考えられている(岡田, 2002; 下園, 2004)。ディブリーフィングは10名程度の参加者をグループとして安全な場所に集めて、産業カウンセラーなど訓練を受けたものが進行役として約1~2時間一定のルールの下に行う。介入は7段階で構成され、事件の事実確認を行った後にそれぞれ参加者の心情、症状をグループで話し合い、心理教育や後の個別フォローを通して行われる。ただ、ディブリーフィングが逆に有害であるとの報告もあり(Hobbs et al, 1996)、効果については検討段階と言える。Mitchel & Everly(2001)は特に同僚の自死の場合は、思考段階と症状段階を省略し、自死に関する考えや心情を聞かないように配慮し、更により多くの一対一の介入が必要であると述べているが、そのリスクについては詳細に報告されていない。

一方「上への波紋」について、藤田(2002)は企業側が遺族の心の痛みを十分に聴き、共感的な態度を示すことが重要だと述べている。自死直後は遺族との連絡、遺族への弔問、葬儀の参列、遺族による必要手続のための来所など、遺族側の慌しいスケジュールが続くため、企業は遺族への対応に十分な時間をとることが出来ないこともある。しかし故人の葬儀等が一段落したら、早い段階で職場側も誠意を持って相談に応じる態度を何らかの形で表明すべきだと藤田は主張している。誠実な対応とは逆に「逃げ腰の態度」「傲慢な態度」「冷淡な対応」を職場側がとった為に遺族との関係を悪化させたという事例もある。

6. サポートグループ・団体での取り組み

自死遺族のための社会資源としての大きな機能を果たしているのはサポートグループ(自助グループ、遺族会)で、日本にも全国数箇所に

見られるようになってきた(若林, 2005)。しかし、日本ではまだまだサポートグループの数は少なく地域差があり、遺族が自分にあったグループを選択できるほど充実しているとは言えない(清水, 2003)。NPO 法人 LIFE LINK のホームページに紹介されているサポートグループは全国で都道府県別に21箇所紹介されている(参考文献のホームページアドレスを参照)。

サポートグループは孤立した自死遺族の心理的苦悩をグループになって話し合い、自死の経験を共有する場を作る役割をもつ。具体的には自死遺族の参加者が何人か集まり、約5人のグループにわけ、それぞれファシリテーターが進行をしながら遺族が経験を共有していく場となっている(清水, 2003a)。梁(2006b)はサポートグループの実践を社会構成主義に基づく「ナラティブ(物語)」の視点で説明している。自死遺族はサポートグループにおいて体験を語ることで自身の想いを確認する。語る過程の中で「社会によって形作られて縛られていた自己」から「違った自己の存在」を再認識することが出来るようになる。つまり他者に語ることによって、例えば、自死遺族は「自身を許しえない自分」から「故人の為に自らの生を歩む自分」に変わることが可能となる。そのためにファシリテーターは傾聴スキルが求められる。藤井(2005)は当事者グループにおいて自死遺族の悲嘆感情を傾聴するスタッフが自死遺族当事者でも、傾聴の心得のある専門家でも良いとし、自死遺族への共感的態度を身に付けていることが必要だと述べている。

一方、サポートグループの課題も多数残されており、1) 質の高いスタッフの確保、2) サポートグループ同士や精神科医療機関との連携問題、3) 広報の仕方の難しさなどが挙げられている(清水, 2005)。

サポートグループの他に遺児支援を行っているあしなが育英会では、奨学金の貸与と毎年夏に開催される「つどい」を主な活動内容としている(西田, 2005)。西田によると「つどい」では心の痛みを分かち合うプログラムや卒業生・

職員による個人面談なども行っている。あしなが育英会は「ピアサポート」という方法を用い、1) ピア＝一人じゃないと感じてもらうこと、2) シェア＝批判せずに分かち合うこと、3) エンパワー＝お互いのペースを尊重し力づけあうこと、4) モデル＝先輩・後輩が学びあうことを特徴としている。

Ⅶ. 実践と研究の課題

自殺総合対策大綱が作成されてから、各地で「自死遺族支援」という言葉が使われるようになってきているが、自死遺族と言っても属性・特徴は様々であることが先行研究において理解できた。ただ、共通して遺族の多くが何故という疑問をもつとともに罪悪感を覚え、「自死の責任は自分であり、生きている資格がない」と感じ、「愛する人に見捨てられた」といった拒絶感等様々な心情を抱いている。さらには「自分もいつかは死ぬのではないか」「他人も同じように死ぬのではないか」と人間の存在の確実さ自体に疑問を感じて生きている遺族もいる。また、故人の自死によって遺族と地域社会の間に溝が出来たり、遺族と関わる人からも、対応の仕方によっては追加的な苦痛である二次被害を受けたりする可能性がある。

現場においては救命救急センターにおいてソーシャルワーカーが精神的ケアの担い手になることが期待されていることや(清水ら, 2002)、精神保健福祉センターが遺族の生活面の負担をケースワークで援助したり(清水ら, 2002)、遺族グループを援助したりする取り組みもあり(大坪ら, 2006)、医療保健福祉分野のソーシャルワーカーも自死遺族支援に従事する必要性が理解できた。

1. 研究課題

第一に、まだまだ自死遺族が援助対象として認知されていないので、より多くの自死遺族の実情を示すべきである。また、遺族の多様性を理解する為にも遺族の声を分析する必要がある。

しかし、先行文献では手記やノンフィクション作品、そしてその解説は発表されているが（あしなが育英会, 2005 ; Fine, 1997 ; 平山, 2004 ; 鎌田, 2007）、インタビュー調査として遺族の語りを質的に分析しているのは小山（2006）の配偶者を亡くした自死遺族4名に対する研究や、清水ら（2004a）の家族を亡くした自死遺族5名に対する研究だけである。ほとんどの文献は「抑うつ」や「悲嘆」などの症候論で遺族を捉えているが、症状を治療するだけで遺族支援が完結するわけではない。故人を亡くした痛みや人生観の崩壊等の主観的世界を援助者が知ろうとすることで遺族自身もつニーズを知ることができる。また、同じ自死遺族であっても社会的状況によって実情は異なってくる。例えば、職場での報告（藤田, 2002）と同様に、学校でいじめを受けて自死した子どもの遺族にとっては「学校の対応」が大きな原因と考えられる。そして自死後、学校との葛藤の中で生きづらさを感じている遺族もいる（鎌田, 2007）。また、電車への飛び込みや、投身、溺死等、死の選び方によって周りの人への影響は変化するし、故人との関係性や自死した地域柄（田舎か都会か等）によっても遺族が向き合う課題や心理社会的状況も異なってくるのが予測される。これらを加味し、遺族の多様性を理解する必要がある。

第二に現場での実践報告があったが、どれも援助過程の詳細な記述はなかった。よって援助者がどのように自死遺族のニーズや彼ら固有の心理社会的状況をアセスメントし、どのように介入し、そして結果をどのように評価したのかが詳しく理解できなかった。また、この援助過程の中で援助者はどのように自死遺族と援助関係を結べるのだろうか。松川（2006）の保健師の研究においても、遺族との信頼関係の重要性を説いているが、信頼関係を構築する経緯が書かれていない。また、先行研究ではネガティブな心理社会的状況が中心に報告されていたが、逆に自死遺族の強みとはどのようなものだろうか。その強みが援助においてどのように発揮されるのかを知り、自死遺族の全体像を捉えよう

とする視点が求められる。そして援助過程を記すことによって、上石（2007）の女兒の事例で故人の自死した日に特別な配慮が必要であることが分かったように更なる具体的な自死遺族のニーズを知ることができる。

2. 実践への示唆

実践報告で見られたように、親しい人を自死でなくしたクライアントが医療保健福祉施設を利用する可能性が考えられる。もちろん自死遺族といっても状況は様々であるし、介入の仕方の詳細も先行文献では理解できなかった。しかしレビューで共通して見いだされた罪悪感、二次被害による自死遺族の孤立状態は注目すべきである。自死遺族が孤立せず、地域社会で市民と共に生きられるようにするためには1) まず援助者が自死遺族の心情を理解し、察しようとする事、2) サポートグループ、精神科医療機関等と連携すること、そして3) 当事者と援助者が市民と共に自死について考え、支えあう機会をもつことが求められる。

小山（2006：86）が報告した自死遺族は、夫の自死後「自分も死にたい」という気持ちになった時に精神保健福祉センターに相談した。その際に職員とともに病院へ行き、医師に「（前略）Cさん（遺族）のこころは、抱えきれぬ以上のものを抱え込んでしまっているんです」と声をかけてもらい、その遺族は「今生きられているのは、その一言があったおかげ」と述べていた。遺族が自身の心情を受け止めて貰えたと思っただけで生きながらえたのならばそれ自体大きな支援になる。Biestek（1957）は援助関係においてクライアントのありのままを受容する時に妨げになるものとして援助者自身の「偏見・先入観」と「知識不足」を挙げている。自死は病気なのか、資本主義社会からの離脱なのか、自死に関する認識を援助者が批判的に吟味していないと安易な励ましをしてしまう。また、「何故の問い」に悩んでいる遺族がいることを知っていると援助者が亡くなった理由を決め付けたり、詮索したりしてしまうかもしれない。自死につ

いて認識を深め、体系的な知識をもつ必要がある。この認識と知識から援助の方針が決められる。

第二に、清水ら(2002)の精神保健福祉センターへの調査でも分かったように多くの遺族が自死遺族の自助グループの紹介を希望していた。遺族は遺族同士で話すことで安心し、また同じ様な経験をしている人がいるということを知ることによって孤独感が安らぐことがある。それにうつ病、PTSD様症状に悩まされる遺族もいることから(張ら, 2002)、救命救急センターの取り組みのように各福祉施設・機関において精神科受診やサポートグループ・遺族会への紹介が出来れば支援の選択肢も広がる。地域の社会資源を活用し、支援ネットワークを形成するにはケースワークの技法が有効であり、ソーシャルワーカーの役割が期待される。

最後に、二次被害を軽減し、地域社会と遺族との溝を埋め、遺族を含めた市民が生きやすい社会を作るためには、対人援助職の活動だけではなく市民や地域住民の理解と支えあいが不可欠になる。遺族や支援団体による講演会を精神保健福祉センターがバックアップする取り組みのように、援助者が中心にケア活動をするのではなく、当事者も主体とした啓発活動を地域で行ったり、市民と議論を交わせる場を作ったりするマクロレベルのアプローチも今後期待される。この取り組みは精神保健福祉センターばかりではなく、市民会館等で講演会や懇談会をする場合を考えるとコミュニティ・オーガニゼーションの技法に長けた社会福祉協議会のソーシャルワーカーが企画することもできる。

日本では自死遺族支援の実践や研究はまだ始まって10年である。自死遺族と共に生きる社会を目指して、今後ますますの研究と実践報告が期待される。

参考文献

あしなが育英会編(2005)『自殺って言えなかった。』サンマーク出版。

- Baillyley, Kral, & Dunham, K. (1999) Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(3), 256-271.
- Biestek, F. P. (1957) *The casework relationship* Loyola University Press.
- 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳(2004)『ケースワークの原則—援助関係を形成する技法』誠信書房。
- Cain, A. (1972) *Survivors of suicide*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Ellenbogen, S., & Gratton, F. (2001) Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 31, 83-90.
- Fine, C. (1997) *No Time to Say Goodbye, surviving the suicide of Loved One*. Lowenstein Association Inc.
- 飛田野裕子訳(2000)『さよならも言わずに逝ったあなたへ、自殺が遺族に残すもの』扶桑社。
- 平山正実(2004)『自ら逝ったあなた、遺された私、家族の自死と向きあう』朝日新聞社。
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., Worlock, P. (1996) A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *BMJ* 313, 1438-1439.
- 藤井忠幸(2005)「サバイバーケア—当事者グループの形成とその課題」『現代のエスプリ』455, 172-179.
- 藤田定(2002)「特集：自殺が起こったあとに・3 遺族への対応」『労働の科学』57(12), 738-741.
- 池埜聡(2002)「生存者罪悪感 (survivor guilt) の概念的枠組みとソーシャルワークの実践の課題—ソーシャルワークにおけるトラウマ・アプローチに関する一考察—」『社会福祉学』42(2), 54-66.

- 自殺対策支援センター LIFE LINK (NPO 法人)
<http://www.lifelink.or.jp/hp/top.html>
 (2007年11月3日取得).
- Jordan, J. R. (2001) Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 31, 91-102.
- 鎌田慧 (2007) 『いじめ自殺：12人の親の証言』岩波書店.
- 警察庁生活安全局地域課 (2007) 「平成18年中における自殺の概要資料」警察庁ホームページ
<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki8/20070607.pdf> (2007年12月21日取得).
- Litman, L. F., Curphey, T., Shneidman, E. S., et al (1963) Investigation of equivocal suicides. *Journal of the American Medical Association*. 184, 924-929.
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (2001) *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services*. Third edition.
- 高橋祥友訳 (2002) 『緊急事態ストレス・PTSD 対応マニュアル：危機介入技法としてのディブリーフィング』金剛出版.
- 諸澤英道 (1998) 『新版被害者学入門』成文堂.
- 小山達也 (2006) 「自殺により配偶者を失った遺族の体験」『自殺予防と危機介入』27, 81-92.
- 黒木宣夫 (2002) 「自殺の労災補償と予防」『こころの科学』118(11), 40-44.
- 松川久美子 (2006) 「地域保健におけるポストベンションとしてのアプローチの可能性の検討—自殺遺族と面接経験のある市町村保健師へのインタビューから」『自殺予防と危機介入』27, 71-80.
- 宮崎朋子 (2003) 「自殺遺族の心理社会的経験とその支援」『精神保健研究』49, 89-95.
- 西田正弘 (2003) 特別寄稿「自殺って言えなかった」自死遺児の心の痛みと回復『公衆衛生』67(9), 679-682.
- 西田正弘 (2005) 「自死遺児へのケア (自殺と未遂、そして遺された人たち—医療と地域におけるケア)」『現代のエスプリ』455, 98-106.
- 岡田麻里子 (2002) 「特集：自殺が起こったあとに・4 職場で自殺が起こったあとに」『労働の科学』57(12), 742-746.
- 大坪みどり・中野聡美・入江純子・西浦研志 (2006) 「福岡市精神保健センターにおける自死遺族支援の取り組み」『自殺予防と危機介入』27(1), 20-26.
- Parrish, M., & Tunkle, J. (2005) Clinical challenges following an adolescent's death by suicide: bereavement issues faced by family, friends, schools, and clinicians. *Clinical-Social Work-Journal* 33(1), 81-102.
- 梁勝則 (2006a) 「自死遺族支援を考える」『ホスピスケアと在宅ケア』37(14), no. 2, 120-123.
- 斎藤陽子・中尾智博・竹田康彦・藤岡耕太郎・木村光男・脇元安・森山成林・斎藤雅 (2001) 「患者の自殺が主治医に与える影響」『精神医学』43(4), 377-384.
- 斎藤友紀雄 (2005) 「自殺と未遂、そして遺された人たち—彼らに癒しと慰めはあるのか」『現代のエスプリ』455, 40-49.
- 清水新二 (2004) 「見えざる自殺問題：自死遺族のサポート」『こころの健康シリーズⅢ メンタルヘルスと家族』4, 1-7.
- 清水新二 (2005) 「遺族および民間の地域サポート活動に関する社会心理学的研究—自殺遺族サポートグループの展開と課題に関する研究—」平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書『自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究』223-245.
- 清水新二・川野健治・石原朋子・太田ゆず・高崎文子・宮崎朋子 (2002) 「自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究」平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健

- 福祉総合研究事業) 分担研究報告書『自殺と防止対策の実態に関する研究』30-54.
- 清水新二・川野健治・平山正実・加藤勇三・秋山淳子・宮崎朋子(2004a)「自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究：遺族の個別面接調査と遺族支援グループ訪問調査」平成14年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 分担研究報告書『自殺と防止対策の実態に関する研究』123-136.
- 清水新二・川野健治・石原朋子・志村ゆず・高崎文子・宮崎朋子・小泉典章(2004b)「自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究：自殺問題に関する地域住民調査」平成15年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 分担研究報告書『自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究』167-195.
- 下園壮太(2004)「グループに対するケア」高橋祥友・福岡詳編『自殺のポストベンション』医学書院, 第五章, 81-96.
- Shneidman, E. S. (1993) *Suicide as Psyche: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson Inc Published.
- 高橋祥友訳(2005)『シュナイドマンの自殺学—自己破壊行動に対する臨床的アプローチ』金剛出版.
- 高橋祥友(2001)「生命倫理序説—現代の生と死(8) 自殺、そして遺された人びと」『からだの科学』217(3), 153-159.
- 高橋祥友(2002a)「わが国の自殺の実態について—自殺者三万人時代にどう対応すべきか」『こころの科学』102(3), 2-8.
- 高橋祥友(2002b)「アメリカにおけるサバイバーの問題」『自殺予防と危機介入』23, 8-14.
- 高橋祥友(2003)『自殺、そして遺された人々』新興医学出版社.
- 高橋祥友(2004)「自殺が起きた後の対応(特別企画 自殺予防)」『こころの科学』118(11), 75-79.
- 高山充代(2003)「自死—遺された家族の抱える問題」『大正大学大学院研究論集』27, 220-208.
- 張賢徳(2002a)「自殺によって遺された者が受ける影響」『労働の科学』5, 734-737.
- 張賢徳(2002b)「自殺者遺族の悲嘆について：特別なケアが必要なのか？」『自殺予防と危機介入』23, 3-8.
- 張賢徳(2005)「自殺の実態に関する心理学的剖検のあり方に関する研究」平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 分担研究報告書『自殺と防止対策の実態に関する研究』51-55.
- 張賢徳・津川律子・広瀬徹也(1998a)「自殺既遂者遺族の追跡調査：心理学的剖検面接の効用および健康状態について」『日本社会精神医学会抄録集』7(1), 95.
- 張賢徳・津川律子・広瀬徹也(1998b)「心理学的剖検研究に対する自殺者遺族の反応」『日本社会精神医学界雑誌』6(2), 248.
- 張賢徳・津川律子・李一奉・広瀬徹也(2002)「自殺既遂者遺族の悲嘆について—心理学的剖検協力者の追跡調査—」『自殺予防と危機介入』23, 26-34.
- 上石隆雄(2006)「症例報告 父親の自殺を理由に児童養護施設に入所した女兒」『自殺予防と危機介入』27(1), 98-102.
- 若林一美(2005)「遺された人たちのグリーフマネージメント—セルフヘルプグループの事例から」『現代のエスプリ』455, 50-59.
- Worden, J. M. (1991) *Grief Counseling and Grief Therapy A Handbook for the Mental Health Practitioner Second Edition* Springer Publishing Company New York.
- 山本力(2005)「自殺によって恋人を喪った女子学生への悲嘆ケアの旅」『現代のエスプリ』455, 117-123.
- 梁誠崇(2006b)「当事者である支援者の立場から—自死遺族支援“者”を考える」自死遺族ケア部会企画「自死遺族支援を考える」『ホ

- スピスケアと在宅ケア』37(14), no. 2, 126-128.
- 副田義也 (2002) 「自死遺児について・再考」『母子研究』22, 21-37.
- 吉野淳一 (2004) 「夢の中での死者との再会に関する一考察」『家族療法研究』21(1), 19.
- 吉野淳一 (2005) 「自死遺族の夢の中での死者との再会に関する考察」『家族療法研究』22(1), 27.
- 吉野淳一・木村睦 (2000) 「精神障害をもつ人の自死にまつわる喪の作業への支援」『家族療法研究』17(1), 43.

Issues regarding suicide survivors in Japan: A critical review of the literature

Yuki Ikawa

Kwansei Gakuin University, Graduate School of Humanities

Key words; suicide survivor, review, social work practice

The field of social work in Japan can no longer ignore the fact that approximately more than 30,000 people per year have committed suicide since 1998. However, there are only around 30 published books and papers on suicide survivors in Japan. The purpose of this article is to provide implications for practice with suicide survivors and future research by employing critical review of the literature available to date. The results show that negative experiences of suicide survivors were mainly depicted in the literature instead of positive experiences. In addition to experiencing psychological reactions including, but not limited to, grief, guilt, and depressive mood, suicide survivors also face secondary traumas such as slander from others and mistreatment from professionals.

Previous research make recommendations for social workers to provide adequate psychosocial support in emergency rooms, and to develop casework in residential child care facilities and mental health centers. These reports, however, failed to provide recommendations for practice based on evaluations for effectiveness of existing interventions. Hence, there is a need to conduct more qualitative research such as case studies to provide recommendations for best practices with suicide survivors as well as document a more holistic picture of the lives of suicide survivors.

[論文]

SW の役割と独自性 —相談機関別の連携の分析を中心に—

宮内 佳代子*
八子 恵美子*
金窪 佳代子*
新 朝 子**
海野 忍***

Key words : 連携, ソーシャルワークの価値, ソーシャルワーカーの独自性

I. はじめに

医療機関の機能分化が進み在宅支援策が推進される現代は、1つの医療機関で治療が完結するというよりも、地域で完結すべく診療報酬上も評価されるなど“地域連携”が脚光を浴びている。従来、ソーシャルワーカー（以下、SW とする）は地域との窓口として機能してきた歴史があるが、昨今は医師や看護師も連携の機能を担っている。このようにSWの協働が日常になるにつれ、SWの専門性は見えにくくなってきている。しかし、一口に“地域連携”と言ってもその成立過程をみると、SWは支援者の参加を呼びかけるなど連携の要としての役割を担っており、SWがおこなう連携には単に機関の紹介や人の仲介だけではない“何か”が実現しているのではないかと考えた。

ソーシャルワークの専門性や独自性に関する研究は、実践の中から導いたものよりも、SWの

行動を規定する価値や倫理に基づいた記述が大半を占める傾向にある。2007年に筆者らがおこなった退院援助の調査では、クライアント（以下、Ct. とする）のコンピテンスの開発、退院に向けた支援ネットワークの形成などが明らかになった。また、SWがおこなう退院援助には効果的な連携体制を構築する院内調整など、Ct.の尊厳を守り、可能性を実現する機会を提供して個人の能力を生かすことに価値をおく行動が、SWの独自性と関連していた。

本研究ではこのような問題意識に基づいて、形態の異なる3機関の連携の分析からSWの役割と独自性について実践から明らかにする試みをした。

II. 対象および方法

対象は、平成17年12月から平成19年6月までに、次の3機関のSWが無作為に抽出した30事

*Kayoko Miyauchi, Emiko Yako, Kayoko Kanakubo : 帝京大学医学部附属溝口病院

**Tomoko Arata : 帝京大学居宅介護支援センター

***Shinobu Unno : 帝京大学老人保健センター

表1 事例概要

(N=30)

		病院	老健	居宅
性別	男	5	4	3
	女	5	6	7
年齢	40代	1	0	0
	50代	1	1	0
	60代	1	1	0
	70代	4	2	3
	80代	3	5	5
	90代	0	1	2
疾患	内科系疾患	5	4	1
	整形系疾患	1	2	6
	脳外系疾患	2	4	2
	精神科系疾患	2	0	1

例である。(表1参照)3機関の概要は、大学病院(以下、病院とする)は、許可病床数400床、15診療科、SWは3人。介護老人保健施設(以下、老健とする)は、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所(以下、居宅とする)が併設され、SWは2人。居宅は、SWは1人である。

事例の概要は、男性が12名、女性が18名で、70代以降の高齢者が8割を占めており、主な疾患は脳血管障害8人、肺炎7人、大腿骨骨折5人、悪性新生物4人、変形性膝関節症2人である。

方法は、ケース記録を逐語化し、連携の要素(①連携場面、②対象、③手段、④情報の内容、⑤機能、⑥タイミング、⑦SWの価値、⑧連携のタイプ)を連携シートに転記した。

次に、連携の要素や援助の展開の中でハイポイントの連携の特徴及び連携を構築した際の意図を、ネットワーク分析論の視点を用いて分析した。SWの行動の背後にある価値は、フレデリック・G・リーマーの価値の分類²⁾を用いた。

Ⅲ 結果および考察

1-〔1〕連携で伝えた情報

連携で伝えた情報を、医療情報(患者の病状・

ADL・病歴・医学的判断・医療処置等)と生活情報(家族状況・協力体制・社会的背景・介護力・介護サービス等)に分けて、機関別に比較した。

3機関のSWが連携で伝えているのは、病院SWは医療に関する情報が53.4%と生活情報の46.6%より多いが、老健SWと居宅SWは生活情報が6割以上を占めていた。(図1参照)病院SWは老健SWと居宅SWに比べて医療的リスクの高いCt.を地域連携する機会が多いため、受療の機会の保証や病態の変化に対応したサポート体制の構築などの役割を担っているからだといえる。

これに対し老健と居宅のSWは、家族の介護力や介護サービスなど、生活場面で療養生活を支える情報を連携チームに提供していた。特に居宅SWは、生活実態に密着した情報や身体機能の詳細な変化などを他のサービス支援者と共有して評価し、定期訪問時にサービスの提供頻度やサービス量の見直しを調整していた。通常、サービスの導入は生活のある場面におけるCt.のADLや介護能力などから導入されるが、居宅SWはCt.の生活全般を総合的、連続的に捉えて評価していた。例えばデイケアに行くに際し、身支度が整えられないとサービスが提供される。だが、その他のサービスの無い時間の生活場面はどうなるのか、どこまでカバーされるのかという課題が残る。このようなCt.と環境のインターフェイスで生じる生活全体を捉えた視点からの問題提起は、他職種が見落としやすい側面であ

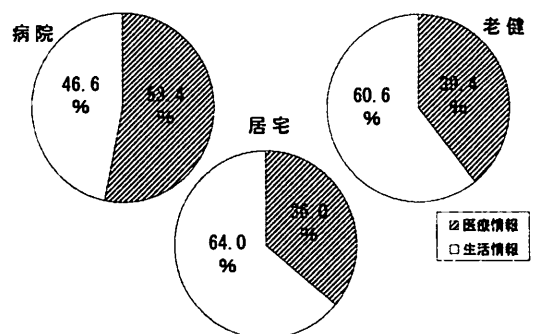


図1 情報の内容

り、現行制度の隙間に位置するサービス提供の是非を指摘することにもなり、SWの専門性が発揮しやすい場面である。

息子と二人暮らしの80歳の女性が、息子が介護を拒否して不在しがちなため単身同様の生活をしていた。息子が同居しているため、制度上、生活援助などのサービスが利用できなかった。だが、居宅SWはCt.の生活実態など生活の背後にある情報を訪問介護支援事業所に伝え、サポート体制が強化された。情報提供は電話ではなく、息子も交えてサービス担当者会議を自宅でおこなうことを居宅SWは提案した。その理由は、リスク予防の介入だけでなくCt.に何が起きているのかを生活場面でホームヘルパーと認識することである。このように生活実態を現場で当事者と援助者が協働で評価する過程は、共に援助する他職種の価値を確認する作業になった。

このようにSWが連携で扱う情報は、所属機関の性格に大きく影響を受けていたが、共通していたのは、Ct.の個性を尊重したニーズ充足に基づく援助だった。

1-〔2〕連携先と情報

次に連携対象者を機関の機能と職種別に①他機関SW、②医療職、③福祉職に分けて比較した。(図2参照)

病院SWは、医療職との連携が43.2%と最も多く、他機関SWが39.2%、福祉職は17.6%である。医療連携では退院までの限られた時間に多岐にわたる情報収集をし、連携先の選別や専

門家との連携などの役割をSWは担っていた。老健SWは他機関SWとの連携が58.1%、次が医療職21.9%、福祉職が20.0%であり、Ct.の気持ちをアドボケイトしながら自己決定を促す役割を主に担っていた。

次の事例は介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所申請した記憶を失ったCt.がSWのアドボケイトにより入所を受け入れた経過である。Ct.は施設入所が可能との連絡を受けた。だが、記憶がないため不安になったが、介護する家族のことを思うと決めかねていた。老健SWは、特養SWにCt.をアドボケイトして自己決定するまでの時間を確保し、介護老人福祉施設に見学に行く計画を立てた。この間の調整にはCt.面接も含めると2時間以上と時間を要したが、Ct.は介護老人福祉施設への入所を決定した。このように待機期間が年単位になると、Ct.は施設入所を忘れていたこともあり、心の準備をする時間がある。このような時、SWは“Ct.の自己決定”、“基礎的なニーズに合致するのに適した資源とサービスを個人に提供するために探求する”などの価値に基づいて結論を導いていた。

居宅SWの連携先はサービスの変更や導入を中心にした在宅サービスを提供している他機関SWとの連携が41.7%、ホームヘルパーなど福祉職が38.6%あった。ADL低下により、独居生活が危機に陥ると、居宅SWはCt.が生活の中で特に大切にしている事柄をホームヘルパーに伝えたが、独居生活者対応マニュアルに基づく手続きを主張された。だが、居宅SWは粘り強く会議開催の交渉をして対立を回避した。

安全第一でCt.の生活を支えるのか、時には多少のリスクはあってもニーズに基づいたサポート体制を形成するのか。個人の尊厳を尊重しニーズを確認する作業はホームヘルパーにとっても一つ気づきとなった。Ct.の目線から発言するSWの情報提供は、連携において他職種の視点を広げるのに影響し、マニュアルに基づいたサービスの提供から、Ct.ニーズに基づいたサービス提供へと、Ct.との信頼感を深めるきっかけとなった。

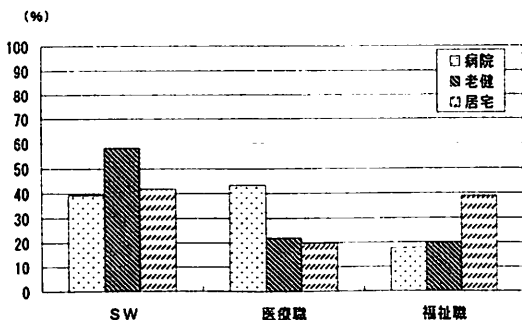


図2 連携先と情報

別な事例では、医師や訪問看護師は Ct. の生命維持や健康面を評価して転倒リスクが高いと施設入所を勧めたが、Ct. は自宅療養を強く望んだ。居宅 SW は、Ct. が自分の生き方を選択できるような他職種の提案や目標を調整していく過程は Ct. を支える土台づくりになり、連携チームの凝集性を高めることにもなった。Ct. のニーズや Ct. の自己決定など、人間の尊厳に特に重きをおいた役割は SW の専門性といえよう。

2. 連携のタイミング

SW がどのタイミングで連携しているのかを、①何かを決定する時 ②状況変化が起こった時 ③緊急事態が発生した時 ④目的に向かい行動を起こす時 ⑤フォローアップ時の5項目に分類した。病院が連携をとるタイミングで最も多いのは、Ct. のニーズに基づき「目的に向かって行動を起こす時」の63.1%である。(表2参照)在宅療養の導入などに目標を定めて短時間で連携を構築しようとする際、「通報システム」は地域ネットワークから病院側の欲しい生活情報が病院 SW に入り有用だった。

老健と居宅が連携をとるタイミングは「何かを決定する時」が4割以上ある。転院先の決定をめぐり、老健と病院の SW 同士が連携して家族のドロップアウトを予防した事例がある。入院中に老健の入所が不可と判定された Ct. の場合、老健 SW は家族のストレスへの脆弱性を評価して病院 SW に家族より先に入所不可の情報提供をして支援体勢を形成した。病院 SW が判定会議の結果を聞いた家族にすぐ次の方針を提案したところ、家族は途方に暮れることなく次の手

表2 連携のタイミング

タイミング	病院	老健	居宅
①何かを決定する時	3.1	45.5	40.9
②状況変化が起こった時	10.8	15.9	18.2
③緊急事態が発生した時	13.9	11.4	4.5
④目的に向かい行動を起こす時	63.1	22.7	11.4
⑤フォローアップ時	9.2	4.6	25.0

立てを受け入れた。老健 SW のタイミングを考慮した連携プレーにより病院 SW に準備時間が確保できた為であるが、SW の基本的な価値が共通していた為、迅速に対応できたといえよう。

居宅ではケア・マネージャーは月に1回の在宅訪問が義務付けられているが、訪問がタイミングよく問題に遭遇するとは限らない。だが連携は多数の援助者が交互に訪問することから“通報システム”を活用すると、個々の介入で補えない多彩な情報が集まり、タイムリーな介入が可能になる。

3機関の連携のタイミングから、連携時の SW の視点が明らかになった。病院は、短時間で Ct. 満足度の高い結果を出すなど、効率性とニーズのマッチングが重視されていた。老健は病状安定期の Ct. を対象としていた。このように Ct. を人間として尊重し、社会制度の中で人間らしさを失わないように取り組む視点は、SW が長年尊重してきた価値である。居宅は介入の遅れをモニタリングによる情報交換を援助者側でおこなう頻度を増やして介入していた。

3. 連携のタイプ

次に30事例の連携のタイプを分析したところ、病院の“ネットワーク連携”や“複合連携”、老健の“確認評価型連携”や“入所一体型連携”、居宅の“契約連携”などの特徴があった。

“ネットワーク連携”

病院はネットワーク連携に代表されるように、退院までの時間の中で、何も無いところから新たに地域支援体制を構築する連携が多い。図3は慢性閉塞性肺炎患の68歳の男性の、療養先を、地域包括支援センターのケア・マネージャーと病院 SW が電話をしている場面である。病院 SW は院内関係者と医療情報や介護サービスを導入するための調整をして、ケア・マネージャーを含めたカンファレンスを開催した。

SW は連携先を選定するに当たり、サービス提供以外に、地域に戻った後の変化も考慮した。そのポイントはサービス資源のネットワークを

多く持つ地域の要になる人を探し、その人を中心に連携体制を構築することである。医療的処置に必要な Ct. の場合、このようなサービス資源のネットワークを持つ人がキーパーソンになると、状況の変化に対応して次に必要な資源が迅速につながりやすいため、ケアサービスを組み合わせるだけでは満足しない Ct. にも臨機応変に対応していた。

ネットワーク連携において病院 SW は社会福祉領域の専門家としての援助だけではなく、Ct. の多様性を尊重し Ct. の固有のニーズを充足する価値に基づく行動をしていた。この視点は、熊谷の「専門化・分化に対しホリスティックな視点を提供する¹⁾」のように、保健医療における SW の本質的意義・固有性に相当する。

“複合連携”

複合連携は、ハイリスクケースのように個々の連携ではドロップアウトしやすい人を、ユニー

クな連携を組み合わせることで全体で支援する連携である。図3は老人を地域で支えるネットワークと児童養護のネットワークが、パートナーシップを形成して支援した連携である。事例の Ct. は、ネグレクトを受けた孫の世話をしていたが、脳梗塞のため緊急入院した。だが Ct. は家に残した孫が気になり、早期退院を希望した。病院 SW は退院が決まる前に Ct. と孫を援助対象にしたカンファレンスを児童相談所、福祉事務所、保健所、地域包括支援センターなどと開催した。病院 SW は高齢者の介護連携と虐待ネットワークという行政区分の異なる2つのネットワークの連結機能を担った。援助者の役割分担はあるがカバーする領域が重複しているのがこの連携の特徴である。すなわち地域で生活するハイリスクな家族がドロップアウトしないように、重層的に Ct. の生活基盤を整えるところに SW は価値をおいた。カンファレンスでの活発な情報交換や討議がなされると家族の抱える問題が浮き

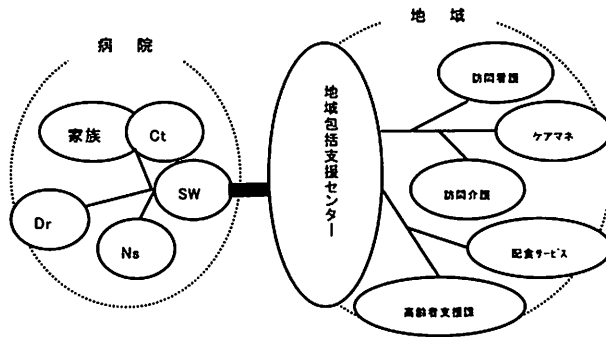


図3 ネットワーク連携

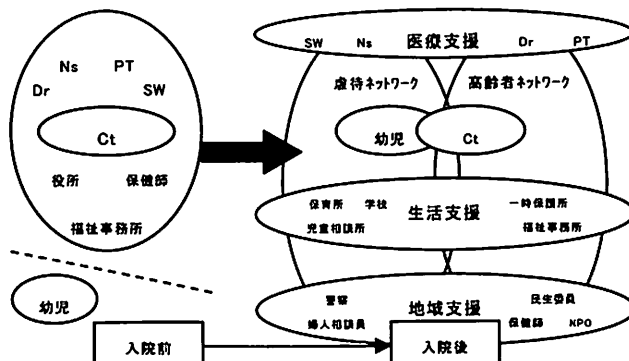


図4 複合連携

彫りとなり、Ct. を「何とか在宅に戻したい」という心情的なパートナーシップが支援関係者に育った。このように病院 SW の Ct. の生活背景を理解して支える視点が、病院内の医療職や虐待ネットワーク、高齢者ネットワークのスタッフなど支援者側の共感を得た。

病院という医療が第一義的な機関の場において、SW は患者や祖母など複数の役割を持つ Ct. が地域に戻っても“個”として尊重されるスタンスを保つよう、オーダーメイドの連携を構築して支援者側の異なる価値を連合する役割を担っていた。このような SW の役割は他の職種には見られない、独自の機能と思われる。

“確認評価型連携”

これは施設にない機能を他機関に依頼して評価をおこない、Ct. の残存能力の開発をする連携である。同じ医師でも専門が異なれば診断が異なるように、他機関の評価をつきあわせることで Ct. の能力を複眼的に評価できる。

左片麻痺の54歳の男性は同室者に攻撃的態度を取り、老健施設において問題視されていた。老健 SW は Ct. の問題行動の背後にある独居生活を希望するニーズに着目し、それを援助目標にした。しかし、リハビリ病院では発症後3ヶ月以上経過しているため、病態から慢性期と判断された。次に身体能力や介護力が低いために独居生活は困難と評価されたが、Ct. は自分自身を尊重してもらえない不全感を抱いていた。

Ct. の気持ちを知った老健 SW は、協力病院の医師に依頼して独居の可能性を探る支援計画を立案した。その医師は先ず Ct. の要望を聞き、診

察をすると Ct. に回復見込みがあることを示唆した。医師はリハビリ病院でのリハビリ訓練を勧めたが、5ヶ所の入院の打診をしたが断られた。老健 SW は Ct. が落ち込む前に次の受け入れ病院を紹介して気持ちを支えた。

この連携の特徴は、通常老健内のネットワークのサイズを拡大し、Ct. の解決すべき問題への方向付けと潜在能力の発掘も他機関を活用している点である。このケースで老健 SW はリハビリ病院や協力病院などの評価を重ねて、Ct. の問題行動を肯定的に変えている。ここで老健 SW は“個人の価値と尊厳”“変化のために個人の能力を評価すること”“可能性を実現するために機会を個人に提供すること”に価値を置いていた。

入院の打診をした後、老健 SW は面接をして Ct. が行き場のない思いを抱かないよう老健で支えていくことを確認し、医療機関の診断評価の時間差を活用してショートゴールを立てた。残存能力が評価されると Ct. の自己評価が高まり、リハビリにも意欲的になり、問題行動はなくなった。

老健 SW は、「自分は介護を受けるだけで何もできない人になった」という思いの中で生活を余儀なくしている Ct. に対し、独居生活を望む気持ちを自己実現の機会にすべく Ct. により添い「可能性を実現するために機会を提供すること」という価値の実現を目指した。その際、SW の視点は、Ct. のニーズを全て叶えるのではなく、たとえ制約された環境にいても、Ct. が自ら主体性を持って取り組めるようエンパワーする態度に重きを置いていた。

“入所・居宅一致型連携”

これは社会生活の馴染みの関係を連携に活かしたものである。筆者らが勤務している老健は、居宅、ショートステイ、デイケア、訪問看護ステーションを併設している。施設内に主要な介護サービスが揃い、定着したスタッフとネットワーク内で、入所サービスと居宅サービスを提供している。この連携は病院のネットワーク連携に比較してすでに構造化された連携で、ネッ

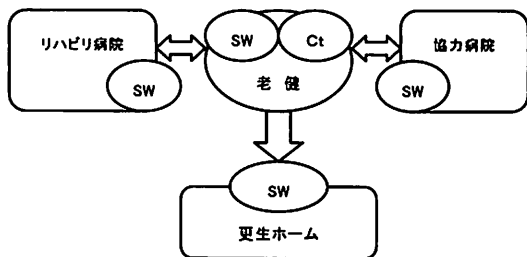


図5 確認評価型連携

トワークそのものが1つの滋養的環境として Ct. に提供される。またサービス提供者同士も顔なじみのため、情報の共有化がしやすい。具体的には家庭復帰支援の方針が決まると、併設の居宅のケア・マネージャーとの連携が強化される。Ct. は退所の時期が決まると、老健から地域の機関に少しずつ連携体制がシフトされ、家庭に戻った際も、入所中と同じような感覚でチームメンバーから支援を受けて療養生活に入ることができる。このような施設ケアの延長線上にある在宅療養を意識した連携を老健 SW は、ニーズに応じて、連携対象や手段を変えながら整え“基礎的なニーズに合致する資源とサービスを個人に提供するために探求すること”の価値に基づき機能していた。

“契約連携”

契約関係に基づいてニーズの充足をはかる連携である。サービスの提供はその都度の契約で

提供されるが、どれくらい資源を提示できるか居宅 SW (ケア・マネージャー) の力量が問われる場面が多い。すなわち、居宅 SW がフォーマル、インフォーマルな資源を Ct. に提示して専門的なケアプランを作成しても、Ct. に選ばれなければ使えないのである。

SW の専門性が発揮しにくいと誤解される側面もあるが、Ct. が望むサービスを自由に選択する機会を保障しながらニーズ充足を支援するのである。SW が Ct. を可能性を秘めた存在として理解し、Ct. のエンパワーする力を信じるのが、Ct. が自分自身で望む生活スタイルを獲得する一助となる。これはヘップワースのいうユニークな価値の組み合わせであり、SW が連携の要として機能する意義は大きい。

図7は上行結腸癌の81歳女性のサービス変更時の連携である。この Ct. は女性ホームヘルパーと折り合いが悪いため担当者を変えてほしいと要望したが、できるだけ長く在宅生活を継続し

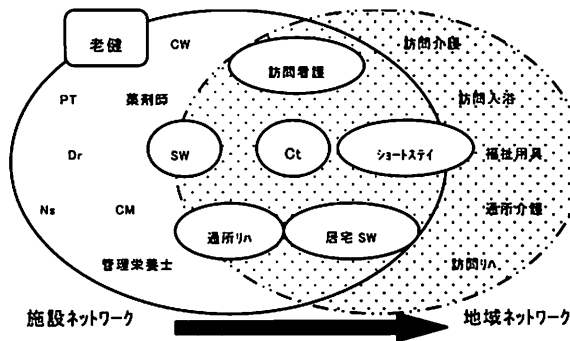


図6 入所・居宅一致型連携

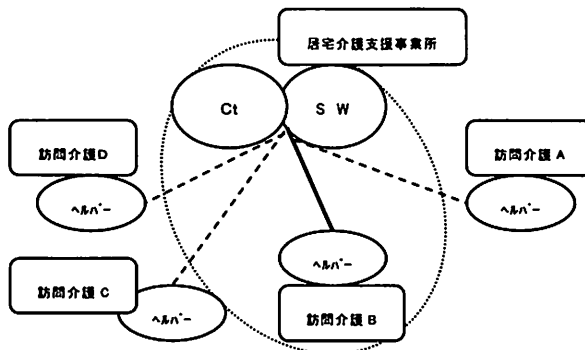


図7 契約連携

たいという Ct. ニーズが表明された時点で、インフォーマルな資源を投入して介入していた。

IV. 3機関の連携の特徴

3機関の連携の特徴は以下の通りである。

(病院)

- (1) 複合連携は、隣接領域の専門家との役割分担はあるが、カバーする領域は重複する。地域で生活するハイリスクな家族のドロップアウトの予防など、重層的に Ct. の生活基盤を整え、支援者側の異なる価値を連合する役割を担う連携。
- (2) ネットワーク連携は、Ct. の病態など将来的にも変化しやすいニーズに迅速に対応するように生活の多様性を尊重し、サービス資源を持つ地域の要となっているキーパーソンを中心に連携体制を構築し、状況の変化に迅速に対応する連携。

(老健)

- (1) 確認評価型連携は、目標にむかって他機関の評価を活用してパターン化した評価を受けやすい Ct. の残存能力や潜在能力の発掘を目的とした連携。
- (2) 入所・居宅一致型連携は、構造化されたネットワーク内で、入所サービスと居宅サービスをなじみの関係で提供する連携。ネットワークそのものが1つの滋養的環境として Ct. に提供される。

(居宅)

- (1) 契約連携は、契約関係に基づくニーズ充足は主義主張を受け入れることではない。また SW の専門性が発揮しにくいと誤解される側面もあるが、Ct. が望むサービスを自由に選択する機会を保障しながらニーズ充足を支援する。これはヘップワースのいうユニークな価値の組み合わせであり、Ct. 及び隣接領域の専門家との価値のすりあわせになる。

V. まとめ

SW の役割と独自性を連携の分析から明らかにしたところ、3つの役割が浮かび上がった。最初は「ユニークな価値を組み合わせる実践する」役割である。Ct. にとって連携体制を構築する場はニーズを自己実現していく場であり、SW はその立会人である。地域に戻る時や地域生活を継続する際に必要なものは、Ct. や家族の思いや支援者の思いなど、様々な人々が抱くユニークな価値を組み合わせる Ct. 自身の自己実現に向けてエンパワーする力である。

次の役割は「SW の全人的 (as a whole) な視点から情報を発信する」役割である。「SW の固有性とは全人的 (as a whole) な視点を持ち、ありのまま受け止める (acceptance) 援助関係 (helping reaction) をもとに QOL 実現に向け、あらゆる社会資源を活用し人の生活や人生を援助するところにある²⁾」とある。社会を構成する人々は、様々な法律や制度の中で暮らしている。社会生活の中で、いかにその人がその人らしく社会と調和して主体的に暮らしているか、Ct. の QOL の向上を目指す SW の支援は、まさに Ct. の生活全体を捉える視点であり、人間尊重、主体性、平等などの価値に基づいて実践されていた。

最後の役割は「制度の谷間を埋める」役割である。全人的 (as a whole) な視点から他の専門職種に情報を発信した SW は、次に具体的な行動にでていた。多数の人を対象に制定した制度に充当せず、制度間の隙間でサービスを受けられない Ct. の救済である。制度と制度の間のブラックホールに焦点をあてた介入である。この役割は「可能性を実現するために機会を個人に提供すること」「基礎的なニーズに合致するのに適した資源とサービスを個人に提供するために探求すること」などの価値に基づいており、この視点から発言すると連携スタッフの理解も得られやすかった。

医療と福祉の連携、病院と地域の連携など、多様なレベルの連携が重要視されている。今回、

連携の分析からSWの役割と独自性を明らかにする試みをした。太田は「価値実現への実践活動がソーシャルワークである³⁾」と述べている。3機関の連携は所属機関によって違いはあったが、Ct. にとってのニーズ充足は、SWがCtの価値を実現していくことと表裏一体である。

実践場面でSWの行動を規定する価値は複数ある。Ct. を前にしてその内のどれを選択するかはストレングスの開発を考慮した価値の序列から探求され、最初から価値が定式化されているわけではない。連携を構築していく際におこなわれる価値の收拾選択は、Ct. のニーズにもよるがSWとしての基本的スタンスである人間理解によるところも大きい。Ct. を一人の人間として尊重し可能性を秘めた存在として捉える連携は、実践のひとつのツールであり、Ct. の自己実現を目指すSWの態度には共通性があった。この自己実現の実践過程にSWの独自性があると考えた。

IV. おわりに

“地域連携室”のように多数の職種が一同に働く職場が増えるにつれて、SW業務の独自性

を明らかにする期待が高まっている。今回明らかになったSWの役割や独自性は、既に先行研究によって明らかにされているものではあるが、実際、筆者らの日々の連携を通じた実践の中でも、確認できた意味合いは大きい。今後はさらに事例を積み上げ、SWであるからこそその援助をより明確にし、価値の序列化などの課題も検討していきたい。

引用文献

- 1) 西尾祐吾・橘高通泰・熊谷忠和編著『ソーシャルワークの固有性を問う—その日本の発展をめざして—』晃洋書房, 2005, p.81.
- 2) 西尾祐吾・橘高通泰・熊谷忠和編著『ソーシャルワークの固有性を問う—その日本の発展をめざして—』晃洋書房, 2005, p.81.
- 3) 太田義弘「ソーシャルワークの価値と倫理」『関西福祉科学大学紀要』8号, 2004.

参考文献

- 小笠原浩一・島津望『地域医療・介護ネットワーク構想』千倉書房, 2007.

リーマーによる価値の分類	
1	個人の価値と尊敬
2	人間尊重
3	変化のために個人の能力を評価すること
4	クライアントの自己決定
5	可能性を実現するために機会を個人に提供すること
6	基礎的なニーズに合致する適した資源とサービスを個人に提供するために探求すること
7	クライアントのエンパワーメント
8	平等な機会
9	非差別
10	多様性の尊重
11	社会変革と社会正義への責任
12	守秘性とプライバシー
13	専門職業の知識と価値を他者に伝達する自発的な意思

注) フレデリック・G・リーマー 秋山智久監修 (2001) 『ソーシャルワークの価値と倫理』太洋社, p.33より抜粋

- 太田義弘「ソーシャルワークの価値と倫理」『関西福祉科学大学紀要』8号, 2004, pp.1-15.
- 浦田喜久子・出羽澤由美子・中根薫・玄田公子・中西睦子・飯田邦子・渡辺岳子・土屋幸子・松田南生美「在宅既存モデルのネットワーク論的分析」『神戸市看護大学紀要』Vol. 3, 1999, pp.83-91.
- 西尾祐吾・橘高通泰・熊谷忠和編著『ソーシャルワークの固有性を問う—その日本の発展をめざして—』晃洋書房, 2005.
- フレデリック・G・リーマー著 秋山智久監訳『ソーシャルワークの価値と倫理』中央法規, 2001.
- 平塚良子「ソーシャルワークにおける価値研究の課題—文献レビューを通して—」『聖隷クリストファー看護大学紀要』No. 2, 1994, p.67.
- 岩田泰夫「社会福祉の専門性とその課題—SWの固有の視点と対象規定をめぐって—」『医療と福祉』18(2), 1984, p.45.
- 福山和女「福祉・保健・医療のネットワークにおける医療ソーシャルワークの機能」『ソーシャルワーク研究』Vol.25, No. 1, 1999.
- 岩間伸之「ソーシャルワーク研究における事例研究法—「価値」と「実践」を結ぶ方法—」『ソーシャルワーク研究』Vol.29, No. 4, 2004, pp.36-41.
- 南彩子・武田加代子『ソーシャルワーク専門職性自己評価』相川書房, 2005.
- 杉本照子監修, 大谷昭・橘高通康編著『医療におけるソーシャルワークの展開 その原則と実践』相川書房, 2001.
- 横山穰(1999)「ソーシャルワーク実践における「価値」についての一考察」『北星論集(社)』第36号, 1999.
- 安田雪『実践ネットワーク分析 関係を解く理論と技法』新曜社, 2001.
- Dean H. Hepworth, J. Ann Larsen, "Direct Social Work Practice Theory and Skills Fourth Edition", 1993, p.9.

**The Social Worker's role and Originality
Network analysis in the Three Facilities**

Kayoko Miyauchi, Emiko Yako, Kayoko Kanakubo

Teikyo University Hospital

Tomoko Arata

Teikyo University in-home care management office

Shinobu Unno

Teikyo University geriatric health care service facility

This study has attempted to clarify the specific role of social workers in three different facilities (university hospitals, geriatric health service facility, in-home care management office) by qualitatively analyzing their cooperation.

Thirty random sample cases of cooperation were written down on cooperation sheets: 1. place of cooperation, 2. object, 3. means, 4. contents of information, 5. function, 6. timing, 7. values of the social worker, 8. type of cooperation.

Next, I have analyzed from a viewpoint of network analysis the most important aspects of cooperation and the purpose of it in the unfolding of cooperation or help.

As a result the typical types of cooperation within the university hospital network, the “complex cooperation”, the “confirm-evaluate cooperation” in geriatric health service facility, and the “agreed-upon cooperation” with home care facilities become evident.

Although there are differences in cooperation there were common points in the three different settings: the social workers try to respect the individuality of each person, they try to ensure that each person can keep a harmonious relationship with society and at the same time can continue its own personal lifestyle. The social workers accept the clients within a whollistic perspective. They are treating their clients with a deep respect for each person, respecting the individually of each client. This attitude is based on the value system that respects the equality of each person. This attitude and work ethic show the specific originality of social workers.

[シンポジウム]

地域に貢献できる医療ソーシャルワーカー —保健医療ソーシャルワークにおける地域活動の現代的意味—

田 中 千枝子*

1. はじめに

保健医療領域のソーシャルワーカーが置かれている現状は厳しい。平均在院日数の短縮化は患者の身体の移動を促進するが、心はなかなか伴わない。さらに介護保険は医療保険と供給システムを別にすることで、急性期保健医療機関と地域支援システムとの分離を意味する可能性が高くなる。介護支援専門員という職種が生じることで、医療ソーシャルワークの土壌としての「地域」はさらに遠くなった観がある。また医療ソーシャルワーカー業務指針における地域活動は、協会調査では5%未満¹⁾という低値であり、退院支援で燃え尽きてしまい、個々の事例に対応するマイクロレベルの院内活動に終始せざるを得ないという声をよく聴く。また08年4月からは診療報酬上に社会福祉士による退院支援が組み込まれることになり、その傾向はさらに促進される様相を呈している。

その一方で医療制度改革の方向性は、「生活の質の確保・向上を通じた医療費の適正化」であり、医療計画の見直し・地域ケア体制整備構想の策定が課題となっている。都道府県医療計画には医療連携体制を明示することで、必要な医療機能とそれを担う保健医療機関・施設の具体的な名称を公表することをおし進めている。さらに医療費適正化計画に盛り込む数値目標は、各県の平均在院日数をそれぞれ5年間で全国最短

県との差を3分の1縮め、それが達成できない場合、診療報酬の特例もあり得ると負荷をかけている。つまり地域の保健医療機能が未分化で効率が悪いと、報酬値が低くなるという、病院経営の基本に関わることを「地域」として括るようになったのである。その結果医療機関が組織としてソーシャルワーカーに期待するものは、地域レベルでとらえた機能分化・地域連携による円滑な患者の移動である。さらに地域連携パスの作成など減収にならないための連携体制の構築などメゾレベルの活動に対する役割期待が増大することは必至である。そうした期待はソーシャルワーカーの組織内の所属部署が、単なる医療相談室から地域連携室等の地域に関する名称が増加していることにもあらわれていると考えられる²⁾。

さらにソーシャルワーク全体からみても、福祉八法改正、社会福祉基礎構造改革以降「地域」にその課題と関心は集約されつつあり、平成21年度社会福祉士の養成カリキュラムの変更でも地域福祉に関連する科目群が新たに構成されている。つまりソーシャルワーク実践の知識・技術的課題としても、地域を実際に扱うことのできる実践者像の構築が求められており、マイクロレベルからメゾ・マクロレベルへと展開する実践の必然性が存在している。

*Chieko Tanaka：日本福祉大学

II. 研究の目的と方法

こうした時代状況をもとに、本論では「保健医療領域のソーシャルワーカーによる地域活動」の現代的意味を検討し、今後の可能性を追究することを目的にする。

研究方法は、地域に展開する保健医療ソーシャルワーカーの実践を、歴史を振り返りながら、また事例を検討しながら質的に分析し考察を行う。なお分析対象となる事例は、2007年9月29日田園調布大学に於いて行われた、日本医療社会福祉学会シンポジウム「地域に貢献できるソーシャルワーカー」において提示された3例であり、本論に続いて、実践報告として掲載されている。なおこれらの3事例は、保健医療領域のソーシャルワークの研究者や実践者を集めたブレインストーミングの結果、推薦され抽出されたものである。

III. 保健医療サービスにおける地域の意味とソーシャルワーカーの地域活動

地域に向かう、また地域におけるヒューマンケアの実践やその体制を称するのには様々な名称が存在する。「地域包括ケアシステム」「地域における保健・医療・福祉のシステムづくり」「地域づくり」「町づくり」「地域医療システム」「地域支援システム」「在宅ケアシステム」「地域ケアシステム」「地域連携体制」「地域資源のネットワーク化」などである。そこで本論で使用する「保健医療領域のソーシャルワーカーの地域活動」を以下の状況を踏まえて、操作的定義を行う。

従来から保健医療領域とくに医療機関におけるソーシャルワークにとっては、対個人・対家族のミクロレベルの実践から発して、自らの組織が提供する保健医療サービスと地域をどのように繋いでいくのかということが大きな課題であった。その意味で、はじめから地域福祉を土台にしたコミュニティーワークやコミュニティー・ソーシャルワークの活動とは趣を別にしていた。

個別の保健医療サービスを地域に展開していく中で、福祉サービスを入れ込む役割が当事者やチームメンバーに期待された。今ではケアマネジメントといわれるようになった方法論を多用して、地域に保健医療サービスのミクロの専門性を核にして少し足を出していくのが一般的であった。そしてそれはシステムづくりに参画する意図とは言えなかった。

しかしその時点で直接援助の限界を感じ、問題意識を持った一部のソーシャルワーカーによって、地域に何らかの社会資源を作ったり、問題探求の研究グループや連携協議のための会議体を立ち上げたりすることが行われた。また研究・調査によって制度の欠陥や不足を指摘することで、地域に展開する新たな保健医療福祉システムづくり³⁾を促す試みが行われていた。それらのことが、平成元年に発表された医療ソーシャルワーカーの業務指針の中に、地域活動が盛り込まれることに繋がった。指針に例示された内容は、患者会や家族会の立ち上げや地域連携会議への出席、地域住民の啓発など典型的な静的に構築可能な内容ではあったが、地域の保健医療福祉システムの構築という概念が、民間病院の所属であることが多い医療ソーシャルワーカーの業務として、世に提示されたことの意味は大きいと考えられる。

そこで本論での定義は、「保健医療領域のソーシャルワーカーによる地域活動」とは、「保健医療サービスに潜在的ニーズをもつ者を含み、地域に存在する不特定多数の対象者に対して、そのヘルスコンディション(ICFのいう健康状態)が良好であるように、それを維持・向上させ、また低下させる要因を防止することを目的に、自らの所属する保健医療機関・組織を通じてまたはそれを踏まえた上で、当事者を中心に院内外の社会資源と協働しつつシステムづくりを行うような、組織・地域のメゾ領域、および制度・政策のマクロ領域に介入するソーシャルワーク実践のこと」とする。

IV. 保健医療ソーシャルワークによる地域活動の展開

保健医療ソーシャルワーカーの地域活動には、社会経済的状況によって5つの段階が展開したと考えられる。それらをポジショニング（位置取り）の変化としてとらえ、その変化の軸を①地域社会と保健医療組織とソーシャルワーカーの三者間のミッション（使命・価値の指向性）のありどころ ②ソーシャルワークの専門性に対するスタンス（取り組みの姿勢） ③協働相手の様相として分析する。以下分析は文中に①～③を用いている。

(1) 戦前 保健医療ソーシャルワーク前史＝ソーシャルワークの発生（1930年代）

浅賀ふさは、わが国における MSW の母といわれ、戦前の聖ルカ国際病院で日本人としての初代ワーカーであった。その他の先駆者も含めてこの時代のソーシャルワーカーの地域活動には、貧困と闘うソーシャルワーク・マインドの原型をみる思いがする。

浅賀は院内活動とともに、率先して地域の貧困地帯に出ていき、結核病者への相談を行った。またそこでの生活相談とともに貧困児童に対して「パイ子ちゃんとキン子ちゃん」の指人形劇などによって衛生教育を行った。さらに若い女性や母親に対して産児制限の教育と会合も行った。また同時に婦人参政権運動も行っていった⁴⁾。また地域医療については戦前からのセツルメント診療所や農村医療などの系譜は存在した。たとえ実施者が事務兼任者や学生ボランティアだとしても、そこにも「ソーシャルワーク」はあったと考えられる。

戦前の保健医療ソーシャルワークは地域社会にとって、①特定の病院における特定の活動であったために、地域社会の一般的課題とは隔絶した特殊なミッションとしてとらえられた。しかしソーシャルワーカーを置くような医療組織とソーシャルワーカーとの間には、人間尊重のミッションとしての齟齬はなかった。②ワーカー

のスタンスはひたすら社会の矛盾や問題に対し、1人の人間として単独でまた専門職として誠実に、対応し行動することに向けられていた。③組織や地域とのソーシャルワーカーとしての協働ではなかった。

(2) 戦後経済復興期＝保健医療ソーシャルワークの専門化の始まり（1945年～1960年）

日本の保健医療領域に対するソーシャルワークの制度・システムとしての組み込みは1947年保健所法の改正にはじまり、GHQ が全国のモデル保健所に対して公共医療事業と医療社会事業の配置命令を行ったことに始まる。法的に認定された最初である。その点まず「公衆衛生対策としての地域ありき」であったことは特筆されるべきである。そのこと自体は GHQ が直後に本国へ引き上げたこと、専門教育されたソーシャルワーカーが少なかったこと、もともと存在していた保健（婦）師が保健活動として職務を引き継いだことなどで、ソーシャルワークの一部の活動は特筆されるべきだが、拡大・定着はなかった⁵⁾。つまり保健医療領域の地域ケアの最初は、イギリスのようにソーシャルワークを軸に保健医療を組み込んでいくような行政サービスにはならなかった。1956年 WHO のベックマン報告では、日本の医療ソーシャルワーカーの数の少なさが指摘されている⁶⁾。

また地域医療では、佐久病院の農村医療の実践などに代表されるような地域住民とともに進む医療活動などの実践が始まった⁷⁾。特定の地域で特定のミッションをもった医療職、とくに医師が看護師など他の職種を巻き込みながら、さらに地域住民を巻き込んでいく実践形態であった。ソーシャルワーカーは事務を担いながらその流れが円滑になるようにサポートしていた⁸⁾。

一方病院ソーシャルワークでは、地域に定着するよりもまず専門職として組織に定着することが優先された。組織の治療機能を使って入院の斡旋、経済的問題の解決を主にソーシャルワーク実践が行われた。そして多く発生した結核患者の療養生活問題を支えるために、療養の場を

地域に求めていった。そこでは個別の支援だけではなく、地域のアフターケア施設を作るなど結核病院のソーシャルワーカーの求められる実践が報告されている⁹⁾。

そうした実態を分析すると、保健医療ソーシャルワーカーは、①地域社会のミッションの筋からは一旦はずれ、自らのミッションをまもることと組織のミッションをサポートすることを同時に行うように地域に接していった。②専門性へのスタンスとしては、朝日行政訴訟などにより生活保護制度の欠陥を指摘し、当事者を支援した¹⁰⁾。ソーシャルアクションを目指した人間的専門的実践となって定着していった。また③ソーシャルワーカーの協働の相手は院内職員のチームメンバーとして、医療職をサポートする形で地域に展開することに力点が置かれた。

(3) 高度経済成長期＝保健医療ソーシャルワーカーの一般化（1961年～1973年）

戦後の混乱を抜けて経済成長はめざましく、社会保険や社会福祉六法が施行され社会保障・医療保障制度が整ってきた。そしてソーシャルワークの対象疾病は結核などの感染症から、脳卒中や精神疾患などの人生／生活障害を伴う慢性疾患に変化してきた。結核病床が精神病院やリハビリテーションの病床に転ずるようになった。また老人医療の無料化など医療費保障の充実の歴史は、病院の増床の歴史でもあった。増える患者の生活障害に対応するために、各病院はソーシャルワーカーを雇うようになり、患者の生活問題の担当係として、「何でも屋」扱いをされがちになった。限定された医療の世界ではソーシャルワークがある意味、一般化して来た。とくに精神科医療やリハビリテーション医療・高齢者医療では、チームメンバー・スタッフとして迎えられた。

一方急速な経済的成長は社会構造上の歪みを生じさせ、公害病や医原病、家族機能や介護機能の低下などに対して公的に対応する法制度やサービスが必要とされていった。また病院ソーシャルワークがマイクロに偏ることへの批判や、

制度・政策からクライアントの置かれた状況を見ていこうとする主張もみられた¹¹⁾。特にこの時期後半の1970年代からは老人医療の無料化により、医療法人が福祉サービスを包含する形で組織的拡大を図る傾向が強まった。

地域医療活動では、プライマリケアなど地域医療を率先して目指す若い医師たちが診療所や病院を建設し、ソーシャルワーカーも医師に連れ添って「黒い診療かばんをもって」入っていくこともあった¹²⁾。報告1渡邊氏の所属する河北病院も、院長の理念を推し進める形で、在宅医療ケアの先駆的实践として地域活動が行われている。1969年にはじめてソーシャルワーカーが採用され、在宅ケア開始におけるインテークワーカーとしてすべての事例を扱っていた¹³⁾。

ここでのソーシャルワーカーはチームの一員として迎えられ、①組織のミッションを背中に背負いながら自らのミッションを果たすことが課題となった。病院経営にソーシャルワーカーは貢献しているのかといった論議も行われ、医療効果の向上をテーマにソーシャルワークが語られることもあった¹⁴⁾。②専門性のスタンスは、社会の構造的問題を自らの組織と共に個別に解決することに費やされた。またチームメンバーには、メンバーをサポートできる知識の提供の確かさが求められていることでもあった。③ソーシャルワーカーもスタッフの一員として、同僚と組織的に協働して制度的改善を求めていくような余裕と雰囲気が存在していた。

(4) 低経済成長期＝保健医療ソーシャルワークの普遍化（1973年～1999年）

石油ショックから始まる低調な経済は、少子高齢化の進行と相まって医療をはじめとする社会保障制度に大きな影響を与えた。医療が福祉（生活）の肩代わりを行う「社会的入院」という言葉が出現し問題視されるようになったのもこのころである。また出来高払いの弊害としての薬漬け・検査漬けの問題が指摘されるようになった。また一方で一連の医療制度改革が始まり、キュアからケアへ、予防からリハビリテー

ションまでの包括的医療、ヘルスケアの幅の広がりが増強されるようになった。また同時にそれらの機能を分化し効率化していこうとする流れも生じてきた。

保健医療ソーシャルワーカーの地域活動も大きな転換期を迎える。1つは病院の退院計画のシステムを確立させ地域に繋ぐ、施設と地域との連続的ケアマネジメントのシステム構築への貢献である¹⁵⁾。報告1の渡邊氏の実践などがそれにあたる。さらに受け皿として、地域関係機関の定期的会議をするよう展開できる。このように相互交流的な地域システムを構築すると、包括ケアシステムとして地域の中で機能するようになる。それをめざして地域ケア連絡協議会を立ちあげるなどの実践が行われていた。

もう一方では研究会の設置や患者会の設立に協力する形で、ソーシャルワーカーの活動が地域に展開していった。RSW(リハビリテーション・ソーシャルワーク)研究会が発足したのは1970年である¹⁶⁾。また報告3の逢澤氏の横浜第一病院も1978年ソーシャルワーク部門を設置し、次の年1979年透析医療ソーシャルワーク研究会を東京・神奈川地域で立ち上げた。その研究会活動の一環として透析患者の生活調査を1984年に実施し、さらに全国腎臓病患者協議会(全腎協)との連携で生活電話相談をスタートさせている。こうした勉強会→社会福祉調査→患者会との連携といった流れは、直接メゾレベルに繋がる動き方である。ソーシャルワーカー同士や患者会との連携に力を得て、地域活動が展開された。これらの活動は所属組織とはやや離れ、地域中心の活動である場合も多く、ソーシャルワークによる地域資源のネットワーク化および、専門職として制度・政策へのマクロへの働きかけが試みられる端緒となった。また同時にその動き方は組織人である自分と専門職の自分との乖離気味になりストレスを抱えることにもなった。

また HIV に関するソーシャルワークにおいても、血友病の治療という医療行為が HIV 感染者を生み出したという組織内の自己矛盾の中で、

ソーシャルワーカーが当事者と連帯・連携し、組織に働きかけ、地域社会に向けて資源を作りながら協働していったことはよく知られている。また HIV の予防を含めた地域介入をソーシャルワーカーが行う必要性も理解されてきた¹⁷⁾。地域にこそ、その解決があるということも可能であろう。

この時期の地域活動は、①ソーシャルワーカーのミッションは、組織のミッションとは別に、またはより原則が強調される形で発揮されるようになった。社会のミッションが医療費の効率化・適正化に向かうことに対して、組織のミッションは経営面運営面で大きく影響され変貌していった。退院計画のシステムづくりや各種研究会の設立、患者会支援などの地域活動は、それに抗して本来のミッションに踏みとどまろうとするソーシャルワークの意識の表れとみることもできる。②ソーシャルワーカーの専門性へのスタンスは、組織と共に問題解決に向かうだけでは足りないことを自覚し、当事者とともこの困難な事態をどのように切り抜けるかを課題とするようになった。そのためにはマイクロをいくら推し進めても足りず、地域にその介入の糸口を見いだすことが必要であった。③協働の相手は院内チームだけではなく、当事者を中心に、地域の関係機関や関係職種との連携システムの構築を意図的に展開するようになった。一連の制度改革の足音が聞こえる中で、保健医療ソーシャルワーカーの地域活動は、本来の当事者の「健康状態」をまもるというミッションのために、当事者ととも社会や地域の影響をうまくコントロールするスタンスであった。そして地域の関係機関や関係職種、地域住民とも協働しつつ行わねば成就しないという、地域における保健医療福祉の連携と統合、ソーシャルワークの普遍化にいきつく方向性をもったと考える。そして1990年医療ソーシャルワーカー業務指針が示された。

(5) 制度改変期＝保健医療ソーシャルワークの再確認・再構築（2000年～）

社会福祉基礎構造改革の流れは、10年後介護保険の成立や自立支援法などの障害3法の統合に現れた。これらの法制度の基本は、地域を基盤にソーシャルワークが行われるとされ、ソーシャルワーク実践は、地域に展開する視点や技術を持っているか否かが問われることとなった。

報告1の渡邊氏はその経験を買われて、2005年同法人内の地域包括支援センターへの配属となった。病院組織の後ろ盾の薄い状態で、保健医療ソーシャルワーカーとして地域住民の「健康」をどうまもるのが問われることとなった。渡邊氏はそれに対してミクロレベルの実践を提示し、在宅ケアシステムの理念を含めた構築の視点からそれに応えている。

報告2のトヨタ記念病院の天野氏のソーシャルワーク部門は、1991年に導入され、2001年地域連携部門として、看護師など関係職種で構成された組織となった。その1つの業務として、院内で発見された児童虐待およびその畏れのある事例を調整し、関係機関に通報するということがあった。組織がソーシャルワーカーに期待した役割は調整・通報であった。しかし天野氏は外来看護師と協働し、周産期の社会的ハイリスク者のスクリーニングから始めるという院内システムを作り出した。さらに発見された当事者が虐待に至らずに済む予防的介入として、地域関係機関との連携システムを構築した。そして関わった63事例のうち1例を除いて虐待が生じていないというエビデンスを導き出している。

報告3の逢澤氏は、介護保険の施行によって脅かされた透析患者の移送に関する受療権の侵害という問題に対して、透析研究会会員や患者会に対する実態調査を行い、地域関係機関との話し合いの場を設定し、制度改正にその解決案を乗せていくマクロレベルまでの介入を行っている。さらに移送福祉の観点から、透析患者のみならず、全ての傷病者障害者に受療権を保障するために、移送担当者と移送業者とが必要な姿勢と知識・技術を身につける研修プログラム

を研究会で開発した。そしてその研修プログラムを、労働行政側から委託を受けた研修会として、自動車教習所の教官や理学療法士なども動員し実施するなど、多彩なソーシャルアクションによる地域活動を展開している。

以上のような実践をみると、①組織の圧力によるソーシャルワークのミッションの変質を避けるためには、②組織や社会の表面的ニーズに応えるばかりでなく、その方向性を先読みするスタンスでアセスメントを行い ③当事者ととも地域の様々な住民、ソーシャルワーカー同士、他職種、関係機関と連帯し、様々なサービス供給システムを意識的に計画し介入していくことが、これからの地域活動に必要なことではないかと考えられる。

V. 研究結果と考察

保健医療領域のソーシャルワーカーの地域活動を、時代を5段階に分けて ①地域社会・医療組織機関・ソーシャルワーカーの三者のミッション ②ソーシャルワーカーの専門性へのスタンス ③協働の様相 の3つの軸でみることで分析・考察を行った。

① ミッションのありよう

発生当初は地域と組織とソーシャルワーカーの間に齟齬やストレスを生じるほどの突き合わせがなかった。あまりに大きな貧困や格差が、特殊なミッションを行う組織とソーシャルワーカーの存在を無視しつつ許した。それが戦後の混乱期を経て制度化が進む中で、組織定着を重要課題にして、組織のミッションに沿ってそれを促進していくソーシャルワークスタイルが続いた。しかし組織のミッションが社会の方向性に影響を大きく受けて、変質し始めることで、ソーシャルワークとしてのミッションを再確認再構築する必要性が生じたと考えられる。

② ソーシャルワーカーの専門性へのスタンス

発生当初、目の前にある社会構造上の問題に

対して、ソーシャルワーカーは個別に人間として地域に出て対応してきた。その後組織の他専門職とチームを組んで問題に当たることで専門職化がすすんだ。チーム内で専門性を追及することは、マイクロレベルの介入力をさらに深める動きとも重なり、それに対する批判も行われた。そして地域における制度化が推し進められ、介護保険で介護支援専門員が置かれることで、保健医療ソーシャルワーカーにとっては地域がますます見えにくくなった。しかしその先、さらに専門性を深めていくと、マイクロレベルではどうにも介入しようがない問題が明確になり、メゾレベルである地域にその活路を見いだす可能性に気づくようになった。さらに問題対処の「待ち」の姿勢から脱して、「出前」による予防や予測が大切であり、それに対応できる専門性を身につける必要が地域への関心と呼び起こすことに繋がった。また地域へのメゾレベルのソーシャルワークを実施することは、無限に多彩な人々と交渉していくこととなる。そういう人々を選び出す力、その人たちの力を引き出す力が必要とされ、会議を開催し、グループを地域で組織していくようなメゾレベルの介入への技術的関心が高まることが予想される。

③ 協働の様相

当初はソーシャルワーカー1人および地域住民や関係機関有志とで行っていた地域活動が、組織に定着することで院内チームワークが強調されるようになった。それはソーシャルワーカーにとっては、院内チームと地域チームの間に立ってその調整や繋ぎ役を果たすケアマネジメントが主な役割であり最優先される業務となった。とくに院内組織内のチームの意見を調整し合わせる事が最優先であり、地域のサービス資源や協働相手は同一法人内でのサービス供給などパッケージ化されたものを持ってくることになりがちであった。それが介護保険以降さらに強化され、地域がますます見えなくなる原因となった。

そうしたケアマネジメントとしての調整に手

詰まり感が生じているときに、メゾレベルの介入を考えることは新たな活路を産んだ。予防を考えれば、地域の一見あまり関係のない異分野の専門家や、地域住民との協働が、よい結果を生むことは考えられる。マイクロの問題意識でもメゾの枠で捉え直すと何らかの示唆が得られるような協働相手に行き着く可能性がある。専門職指向の強い保健医療領域において、このような異文化コミュニケーションを盛んにするためにはソーシャルワーカーの動きが鍵となるであろう。

VI. 結語

保健医療領域のソーシャルワーカーの地域活動における現代的意義は、ソーシャルワークのミッションに戻って、その専門性と協働の中での役割を再確認することにある。発生したのち専門化、一般化、普遍化へと進展してきた保健医療ソーシャルワークではあるが、今や社会的困難な状況下で、マイクロレベルでは行き詰まりつつある。このまま制度化が推し進められればソーシャルワークがもつミッションにも大きな影響がある。社会的組織的なプレッシャーの中で仕事をしているソーシャルワーカーは、その正しさの方向性に迷うことになるのかもしれない。

その意味で地域活動というメゾレベルから実践を捉え、かつ実行するためにその方法論を考えていくことは、ソーシャルワークの原点に戻った専門性の再考となり、そのことがさらに地域に貢献するソーシャルワーク実践となりうると考える。

引用文献

- 1) 「会員業務調査」日本医療社会事業協会, 2005.
- 2) 「会員調査」日本医療社会事業協会, 2007.
- 3) 「医療ソーシャルワーカー業務指針」平成元年.

地域活動の説明として、関係機関・関係職種と連携して、地域の保健医療福祉システムづくりに参画することと提示している。

- 4) 「大正時代の女性たち 浅賀ふさ」鉄道弘済会, pp.124-169, 1975.
- 5) 中尾仁一「医療社会事業」メジカルフレンド社, p.112, 1956.
- 6) 中島さつき「医療社会事業」誠信書房, p.59, 1954.
- 7) 「佐久病院40年のあゆみ」佐久総合病院, p.13, 1986.
- 8) 牧野忠康「保健医療福祉の統合に関する地域実践事例研究プロジェクト報告」『月刊国民医療』No.245, 国民医療研究所, pp.23-45, 2008.
牧野は佐久総合病院の無医村出張診療から始まった在宅ケア実行委員会、そして地域医療部地域ケア科への歴史的展開を述べている。そこでまたメソレベルの点から面に広がる地域づくり活動の重要性を指摘し、医師・看護師とともに医療ソーシャルワーカーの働きを指摘している。
- 9) 大森文子「看護婦の視点から」『医療と福祉』No.26, vol.11-No. 1, p.22, 1975.
- 10) 児島美都子「新医療ソーシャルワーカー論」

ミネルヴァ, p.176.

浅賀ふさ氏の証言活動について言及している。また朝日訴訟対策委員会作成のビデオ「人間裁判 朝日訴訟」1962では、ソーシャルワーカーとして児島美都子氏が証言をしている様子が描かれている。

- 11) 孝橋正一他「医療社会事業」誠信書房, p.59, 1954.
- 12) 地域医療研究会「地域医療が変わる」ゆみる出版, p.115, 1993.
- 13) 小笠原道夫編集「都市のなかの在宅ケア」医歯薬出版, pp.23-49, 1990.
- 14) 佐々木武史「医療ソーシャルワークを左右するもの」『医療と福祉』No.18, vol. 3, pp.25-30, 1966.
- 15) 田中千枝子「MSWの機能としてのケアマネジメント」『ケアマネジメントの理論と実際』白澤正和編, 中央法規, pp.123-158, 1996.
- 16) RSW研究会編「20年史」RSW研究会, p.6, 1998.
- 17) 小西加保留「ソーシャルワークにおけるアドボカシー」ミネルヴァ書房, pp.69-71, 2007.

[シンポジウム]

河北総合病院医療社会相談室から 地域包括支援センターに異動して

渡 邊 姿保子*

I. はじめに

私は急性期病院のソーシャルワーカーとして勤務した後、現在は地域包括支援センターの社会福祉士として働いている。異動当初は、対象者が病気を抱える患者さんから、加齢による心身機能低下はあっても日常生活を営む健康な人へ変わったことに戸惑いがあった。業務もケアプラン作成等介護保険にかかわる業務が中心で、病院で行っていたソーシャルワークとは違うもののように感じられた。しかし、2年を経て、保健医療機関で培ったソーシャルワークの延長に現在の業務があることに気づいた。

この、保健医療機関から地域ケアの総合的マネジメント機関に異動した経験をふまえて保健医療ソーシャルワーカーの地域への貢献について報告する。

II. 保健医療機関から地域包括支援センターのソーシャルワーカーへ

河北総合病院は1928年に東京都杉並区阿佐谷に開設された。地域の要請である急性疾患に対応する急性期病院として成長し、昨年地域医療支援病院の承認を受けた。ソーシャルワーカーは1969年に初めて採用されて以来40年近い歴史を持つ。社会保障制度の変革を受けて次々と新たな役割を担い、在宅介護支援センター受託や

介護保険制度発足の時は業務を兼務し、回復期リハビリテーション病院や老人保健施設開設時には人材を異動、増員して、現在法人内に社会福祉士の資格を持つ職員は20人をこえた。

私が総合病院の相談室で働いていた時から現在まで地域をどのように捉えて、かかわってきたか振り返ってみたい。(表参照)

(1) 1980年代

私は1981年に採用されて総合病院の相談室に勤務した。同年に「在宅患者サービス連絡会」として在宅ケアシステムが発足した。老人保健法成立前で、裏付けとなる制度はなく、前例もあまりない中で、訪問看護だけでなく医師をはじめ理学療法士やソーシャルワーカーも会議体として活動し、必要な時に各機能を病院から患者さんの家へ持って出かけるという考え方で実施していた。当時は地域の関係機関との連携も未熟だった。自宅での急変も覚悟して在宅療養をはじめた末期癌の患者さんが、当時の福祉事務所のヘルパーに清潔ケアを依頼したところ、「老人福祉法の家庭奉仕員派遣事業は本来高齢者のよりよい生活の実現を支援するものであって、死にゆく人の看取りを行うものではない、それは看護師の仕事ではないか」と派遣を断られた。当時は医療と福祉の間には越えがたい垣根があり、一病院がボランティアで患者さんの医療もケアも支援するしかなかった。ソーシャルワ

*Shihoko Watanabe：杉並区地域包括支援センター ケア24阿佐谷

表1 河北総合病院ソーシャルワーカー変遷

年	社会保障制度	河北総合病院	ソーシャルワーカー (SW)
1928		開設 (現在の東京都杉並区阿佐谷)	
1969			SW 1名採用
1976			SW 2名採用
1981		「在宅患者サービス連絡会」発足	在宅ケアへの参加
1983	老人保健法制定		
1987	社会福祉士及び介護福祉士法制定		
1990	老人福祉法改正 (在宅介護支援センター創設)		
1991	老人保健法改正 (老人訪問看護ステーション創設)		「退院計画」「病院は地域の資源」
1994		訪問看護ステーション開設	
		在宅介護支援センター受託	在宅介護支援センター業務
1995			SW 4名
1997			SW 5名 (在支: 2名, 相談室: 3名)
1999			SW 6名 (内3名介護支援専門員取得)
2000	介護保険法施行	居宅介護支援事業所開設	介護支援専門員兼務
2001		回復期リハビリテーション病院 開設	SW 異動・増員
2004		老人保健施設開設	SW 異動・増員
2005		救急医療センター (ER) 稼働開始	
2006	介護保険法改正	地域包括支援センター受託	SW 異動・増員
		東京・杉並家庭医療学センター 開設	
		地域医療支援病院承認	

カーも入院中に関わった患者さんを退院後も自宅まで訪問し、支援を継続していた。

(2) 1990年代

90年代に入り、病院が地域の一つの資源であることを理解し、それが有効に活用されるように機能することをソーシャルワーカーにも求められるようになった。急性期治療が終わった時に患者さんをスムーズに地域のもとの生活にお返しできるように、その準備に支援を必要とする人を早期に発見するためのスクリーニングシステムをつくり、退院後のケア体制をつくるための支援システムとの連携を図る退院計画が、ソーシャルワーカーの大きな役割となった。ま

た、この頃になると在宅療養に関する制度が年々拡充され、訪問看護ステーションが独立して設置されたり、医療法人の業務範囲が拡大されて老人福祉法にもとづく在宅介護支援センターの委託も受け、その業務をソーシャルワーカーが兼務したりした。

(3) 2000年介護保険制度発足以降

2000年の介護保険制度の発足により居宅介護支援事業部門が独立して設置され、ソーシャルワーカーは院内、退院後の在宅ケアシステムはケアマネジャーや訪問看護師が担い、業務を分担するようになった。ソーシャルワーカーが自宅を訪問したり、在宅ケアの場に参加したりす

ることは減り、いかに地域の在宅ケアシステムにひきつぐかが地域とのかかわりになった。病院からは引き継ぐ先が見えにくく、退院準備はすべて病院に任されて、地域は病気や要介護の人を受け入れる余裕や切実さがなく見えて、歯がゆく感じる事が少なくなかった。

Ⅲ. 地域包括支援センター創設

2005年介護保険制度改革により地域包括ケアシステムの確立が掲げられ、地域ケアの中核として地域包括支援センターが創設された。53万人の人口をもち、約18%の高齢化率の杉並区は、区内を7つの生活圏域にわけさらに20に分割して各地区に一つ地域包括支援センターを設置した。その一つである『ケア24阿佐谷』が河北総合病院に委託された。地区割により担当する地域の範囲が設定され、対象者はそこに住む65歳以上の高齢者6000人ほどと明らかになった。そのうち、要介護の認定を受けた人は約10%、改正で新たにつくられた要支援1、2の介護予防サービスの対象者が約7%、特定高齢者に該当する方が約5%を占める。要支援・要介護になる前の介護予防の推進は地域包括支援センターの主たる業務とされ、1年目は、要支援認定を受けた利用者を前任のケアマネジャーから引き継ぎ、介護予防サービスの理解と活用を促すことに追われ、三職種全員で対応した。

地域包括支援センターは主任ケアマネジャー、看護師、社会福祉士の三職種が協働することが必須とされている。主任ケアマネジャーは、介護サービスのケアマネジメントを適切に行い、看護師は、対象者一人ひとりの健康の実現を支援し、社会福祉士は、対象者が尊厳のある生活を実現できるように支援するという、各職種が専門性を発揮するチームワークが求められている。

(1) 地域包括支援センターのソーシャルワーカーの役割

まず、社会福祉士が支援をしたミクロレベル

の事例を紹介する。

【事例】Aさん 85歳 一人暮らし

家の老朽化のため強い風で壊れたトタン屋根が飛び、危険であると近隣住民から区の建築課に相談があったが、職員が訪問しても本人に会うことができなかった。電話も通じない。安否確認をして欲しいと区高齢者福祉係から依頼があった。

事前に伝えた日に訪問すると、初めて人に話しますと言って、「自営業は長く順調だったが、商売を巡り親しい人とトラブルとなり、裁判を抱えて数年過ごし、最後まで不利な扱いをされたことで自信をなくした。仕事を辞め、一人暮らしをしているが、過去を悔い、自責の念と人への不信感にさいなまれ、誰とも連絡を取らなくなった。数年前電話が壊れたがそれを直すことさえしない。弟にも連絡したくない。今は電話が鳴らない生活に慣れ、安定している。老朽化した家もどうかしなくてはならないと思いながら誰にも相談することができなかった。」と一気に語った。自ら「うつ」と言うが、保健医療職の診断でも認知症ではなく、区の広報や図書館の情報も活用している。「人に迷惑をかけないため家の最小限の修理をして、このまま自宅で暮らし続けたい」と考えていることがわかった。センターに戻り、自宅の修理について各機関に相談をした。区役所高齢者福祉係、建築課、福祉事務所にそれぞれ連絡し、利用を勧められた「長期生活支援資金」について社会福祉協議会に相談すると、申し込みには法務局や親族への連絡も必要だということがわかった。認知症はないが、自信も人への信頼感もなくして、他人との関わりを絶っているAさんが一人で生活に必要な交渉ごとや各機関、各制度と切り結ぶことは難しい。地域で暮らし続けるためにAさんの社会関係の支援が必要であると考え、住宅をはじめ経済、健康、家事等のニーズを把握し、Aさんと必要性を確認できたことから適切な機関に支援を依頼し、Aさんが安心してサービスを利用できるようにつなぐ援助を行っている。

【考察】筋力向上や認知症予防のための運動

や学習も重要だが、それだけでは地域で尊厳ある生活は実現しない。人は社会的な存在で他者との関係性を抜きにしては理解できず、どんなニーズの充足も社会関係の中で遂行される。自立への努力は大切だが、一人で生きて、死んでいくことはできない。個人の精神内界や心身機能そのものを援助の対象にするのではなく、健康に不安を持ち、社会活動や人間関係の不安が高いクライアントを社会関係の中で捉え、援助することも社会福祉士の専門性であり、保健医療領域でソーシャルワーカーが営々と取り組んできたことである。

Aさんのように介護保険サービスや区の高齢者福祉サービスの利用をされていない高齢者が地域の65歳以上の方の約7割を占める。この方たちは、地域包括支援センターができるずっと前から長く地域で生活を継続され、地域の住民組織を支えている方である。また、今後老いや介護の問題に直面される可能性を持つ方たちでもある。それぞれの方がもつ力、多様な地域での自立の形や方法を理解し、尊重すると同時に、潜在しているニーズの把握に努め、早期発見し、総合相談につなげ、情報を蓄積し、予測性と継続性をもつ支援を行うことが地域包括支援センターの役割である。その中で社会福祉士は、主に対象者の健康・安全・時間・経済・食・衛生等を管理する力や社会との関わりの状況を把握し、ニーズを見立てるところに専門性を発揮している。

(2) 地域に展開する保健医療ソーシャルワーク実践を支える要素

地域包括支援センターは、各地域で看護師、主任ケアマネジャー、社会福祉士という専門職チームが、医療、保健、福祉、介護を横断して包括的にマネジメントするという試みである。保健医療機関でソーシャルワークを必要とするのと同様に地域包括ケアシステムにおいてもソーシャルワーカーの役割は重要である。その実践に以下の4点について保健医療機関で培ったソーシャルワーク実践が支えになっていることに気

づいた。

①保健医療専門職とのチームアプローチの素地

Aさんの事例でも依頼を受けてまず看護師が訪問し、Aさんの心身の状態を把握した上で社会福祉士が支援することになった。チームアプローチはそれぞれの専門性を認め、互いに出番をつくり合うことである。保健医療機関で医師や看護師の医療職と共働し、訪問看護師やケアマネジャーと一緒に働いた経験、カンファレンスでのやりとり、SOAP形式での報告、あるいは医療・保健の知識等が、今回の三職種チームワークに生きている。

②退院計画等従来での活動の中で地域包括ケアシステムを描いていた素地

Aさんの場合は、病気で倒れたり、認知症が進行したりする前の余力のある時点で支援を始めることができた。もし、Aさんが今入院したらどうなるかということを考えながら支援をした。今地域において高齢者を支援するときも、保健医療ソーシャルワーカーと同様にミクロレベルの支援は援助の基盤であり、退院支援の実績を活用している。保健医療機関では病気や障害に直面して生活の見直しを迫られている人を支援していた。その危機的な状況にある人を早期に発見し、患者さんや家族が安心して意思決定できるように支援する体制作りをした。患者さんやご家族も医療者と一緒に退院計画をつくりましようと呼びかけた。医療のことは病院・医師にすべてお任せしますという利用者が健康は自分で守るという主体性を持って医療者と率直に話し合えるようになることや複雑な福祉制度を自ら活用できるようになることを目指していた。しかし、入院して初めて家族関係や介護、老い、死について直面し、潜在していた問題が明らかになることが少なくなく、こうした課題について準備をしておくことの難しさをいつも感じていた。これは一病院の努力だけで解決できるものではなく、地域で住民も保健、医療、福祉の専門職も手を携えて取り組む必要のある課題だと考えていた。地域包括支援センターに異動した現在、このメゾ、マクロレベルの課題

もミクロレベルの支援と並行して実践することを求められている。

③保健医療の観点からの地域アセスメントを生かして、予防的に組織や地域のメゾレベルに関わる姿勢

当院は昭和3年に開設されて以来近隣地域住民に利用されてきた病院であり、ソーシャルワークの対象者もほとんど地域の住民だった。患者会の立ち上げの支援や、患者さんの支援を通じた関係機関との連携の中で地域を理解してきた。当地域には、古くから住み続ける人が多く、近所で助け合う関係もあり、地域活動も盛んである。町会の役員や民生委員もベテランで地域を熟知されている。しかし、都心に近いため人口が多く、住民の入れ替わりも激しく、顔を知らない隣人も多い。日中は高齢者しか地域にいず、地域活動は古くから暮らす人にばかり集中しがちで、役職者が高齢化しても引き継ぐ世代をみつけることが困難である。一方、介護保険サービスは、発足後5年を経てその質や運営方法について見直すべき課題も多く、サービス事業者もケアマネジャーもその実践に苦勞している。地域包括支援センターは、ネットワークづくりやみまもり活動、啓発事業を通して現在行われている活動や発揮されている力を認め、サポートし、それがさらに地域で活用されるよう連携を進める活動を行っている。

④保健医療の側から発したコミュニティーケアの理念をマクロレベルで体现する素地

当院の在宅ケアの歴史は利用者の半数が自宅で看取られた実績を残している。患者さん高齢者にとって住みなれた家は最も尊厳の守られる場である。在宅療養が患者さんにも家族にもひいては地域にとっても望ましいことを26年にわたる実践の中で私たちは確信している。社会保障制度の変遷により保健医療機関の活動の形は変化しても、目的は「地域包括ケア」である。しかし、その実現は医療が一人で意気込んでも困難であることも経験してきた。あくまで患者さんや家族が療養の主体である。それぞれの経験が近隣と分かち合われ、この地域におけるケ

アが展開され、積み重ねられていく。今回の地域包括支援センターの創設は、病んでも老いても地域で支援を得ながら暮らし続けることができるように住民が中心、主体となって、医療、福祉、保健のサービスを活用するネットワークをつくり、ひいては地域の力を高める契機である。健康や介護、看取り等のテーマについて民生委員やケアマネジャーを中心に地域でさまざまな経験を持つ人が語り合い、自主グループや住民活動を組織し、私たちの地域のケアを明らかにし、共有する機会、場を設け、活動を促進する。この支援を行う上で、保健医療ソーシャルワーカーとしての在宅ケア支援の経験や医療制度を初めとする社会保障制度や地域の各機関の機能の理解を活用することができると考える。

IV. 終わりに

河北総合病院は地域医療支援病院としての役割を地域の人々に向けてPRし、地域のかかりつけ医との病診連携システムをつくり、患者さんが安心して退院して在宅療養できるように在宅ケアシステムを充実させてきた。これらの活動の中でソーシャルワーカーは、傷病によって阻害された生活への援助を医療の中で早期に行い、地域のシステムにかえす支援をすることの必要性を訴えた。そのために、地域の関係機関との連携や院内他職種との共働、地域に向けての広報等、メゾ、マクロレベルの活動も担い、機関の欠かせない職種として定着した。この保健医療機関で蓄積してきたソーシャルワーク活動をもとに、今度は地域包括支援センターで従来主張してきた地域包括ケアシステムの実現を目指すことができることになった。ミクロレベルで利用者の心身・生活状況、社会関係等を理解し、尊厳を守る支援を行うとともに、地域のキイとなる人が一層活かされ、協働が促進されるように支援するメゾレベルの実践や地域ケアの理念の共有を促すマクロレベルの活動の展開に貢献したい。

参考文献

- 日本社会福祉士会 地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会：地域包括支援センターのソーシャルワーク実践，中央法規出版，2006.
- 退院計画研究会：退院計画，中央法規出版，1996.
- 日本医療社会事業協会：保健医療ソーシャルワーク原論，相川書房，2001.
- 春日武彦：病んだ家族、散乱した室内，医学書院，2001.

[シンポジウム]

通院支援としての 「自動車による移動介護サービス」への取り組み

逢 澤 詳 子*

はじめに

現在、わが国の慢性腎不全の透析患者は約26万5千人、国民の約500人に1人の患者割合である。神奈川県にはその約1割の患者が生活している。その神奈川県には政令指定都市と中核都市が二つずつあり、それぞれまたその他の市町村でも、同じ県民であっても透析患者への地域福祉サービスの格差がある。私はその神奈川県下の透析患者の約1割を支援している1病院23クリニックの医療グループでソーシャルワーカーをしている。

そのソーシャルワーク実践過程で問われ続けているのは、患者の生活課題に対応する中で、地域にある社会資源をタイムリーにかつ適切に活用することであり、また、社会資源そのものを創設したり、そのサービス供給量を確保拡充したり、時にはサービスの質の向上に向けてのソーシャルアクションを展開していく力量であった。

ここでは、慢性腎不全の透析患者の「命」と「暮らし」の要である、通院支援としての「自動車による移動介護サービス」への取り組みを報告する。この取り組みは1999年から実践を開始したもので、現在は改正道路運送法（2006年10月）による認可も受けたサービス提供者の養成研修実施に発展しているものである。

I. 取り組みの背景

1. 通院支援問題

わが国の医療保険制度は、1922年に健康保険法が制定され、1961年に国民皆保険体制が整ったが、その中に通院保障は明記されていない。移送費という項目はあるが、その支給要件には、被保険者が通院のため任意に交通機関を利用する場合は支給されないと明記されている。このように、通院は患者本人及びその家族の自助努力の範囲内の問題として取り扱われてきていた。しかし近年、慢性疾患患者の増加、高齢患者の増加、核家族化の進展、そして医療機関の統合等により、通院支援は自助努力の限界を超える問題として認識せざるをえなくなっていた。そうした患者のニーズに応えるべく、医療機関側も独自に送迎サービスを展開しつつある。

2. 自動車による移動介護サービス

またわが国では、1970年代から、高齢者や障害者など「移動困難者の外出支援」として自動車による移動介護サービスが発展した。そして現在では、道路運送法80条1項の特例許可を得たボランティア団体（2006年10月からは同法79条）から同法4条の許可を得たタクシー会社の運転手、ホームヘルパー、医療機関の職員、そして無償の地域ボランティアまで、幅広い人材が、多種多様な形態でこのサービスの提供を担って

*Yoko Aizawa：横浜第一病院

いる。このサービスの利用目的の第1位は「通院」であり、公的サービスの利用が困難な地域住民の通院支援を担っていた。

II. 取り組みの契機

こうした自動車による移動介護サービスの利用からはずされていたのが、定時かつ通院回数が多い透析患者であった。しかも、糖尿病を原疾患とする患者、高齢期の患者、高齢化した長期透析患者などの増加により、わが国では要介護透析患者への支援が急務な状況にあった。この状況を大きく変えたのが、2000年4月に創設された介護保険法であり、顕在化した住民のニーズであった。その結果、朝は自力で玄関の階段を下りて自動車に乗り込めるのに、透析治療後は血圧の低下により車椅子を利用しての移動がやっとというような体調不安定な患者も、タクシー料金の半額ほどの料金で通院できるようになった。つまり、この新たなサービスは、自動車による「移動」と乗降を含めたその前後の「介護」が一体化したサービスとして、透析患者の通院支援を担うことになったのである。

しかし、課題と危惧はあった。まず、介護保険本体サービスの中に「移動支援」は盛り込まれていないこと。介護保険の経済状況が逼迫していること。次に道路運送法及び道路交通法などこのサービスに関係する他法との調整がなされないままで、「白タク行為」と揶揄される不確定なサービスにあること。さらに、サービス提供者のその質と費用負担に格差があること。そして、利用者の権利意識や責任感などに個人差があり、まさに「タクシー代わり」に利用されている実態もあること等々であった。このように、サービス提供者、サービス利用当事者はもとよりこのサービスに関係する医療と地域介護関係者間の認識には差異があるまま、不安定なグレーゾーンのサービスのまま推移していた。

そこで2003年、私は仲間と共に続けている自主研究会（1978年結成）を母体として、「移動支援＝通院支援＝医療へのアクセス支援＝生活支

援」という共通認識の上での地域連携を目的に、広範囲なメンバーで新たなプロジェクトを結成し、活動を開始した。

III. 医療アクセス権プロジェクト活動

1. プロジェクトメンバー構成及び結成当初の連携の課題

プロジェクト活動の目的に賛同して集まったメンバーは、保健医療のソーシャルワーカー（透析、リハビリ、大学病院、老健、精神その他）、理学療法士、介護保険関係者（管理者、ケアマネジャー、ホームヘルパーその他）、社会福祉協議会関係者、社会福祉研究者、民生委員、移動介護サービスボランティア、自動車教習指導員、そしてサービス利用者（腎友会関係者その他）であった。この多種多様なメンバー間にも、前述した認識の差異はあった。そのため、相互の認識の差異を確認し、尊重しあい、その上でプロジェクト活動の目的に向けて協働できる信頼関係を構築することが不可欠であると考えた。

そこでまず、メンバー間の共通認識を醸成する為に、「自動車による移動介護サービスの構成要素」についてKJ法を使った話し合いを行った。その結果、私たちは、このサービスは、支援者と利用者自動車に関する要素が理念を中心に統合されたサービスであると考え、それを図に表わした（図1）。そして、この図を基に、多職種との協働プログラムを考案していくことにした。また、その話し合いの課程で、①移動介護サービスの質とは安全・安心・快適である、②そのサービスの質を決定するのは利用者である、③メンバーはそれぞれが構成要素の重要な部分に専門職として関わっている、そして④このサービスの利用者は患者が多い現状にあるということもメンバー間での確認がなされた。

この共通認識の上に立ち、まず私たちは、利用者主体のサービスの質の向上を目的としたサービス提供者の養成研修プログラムの企画・樹立に着手した。

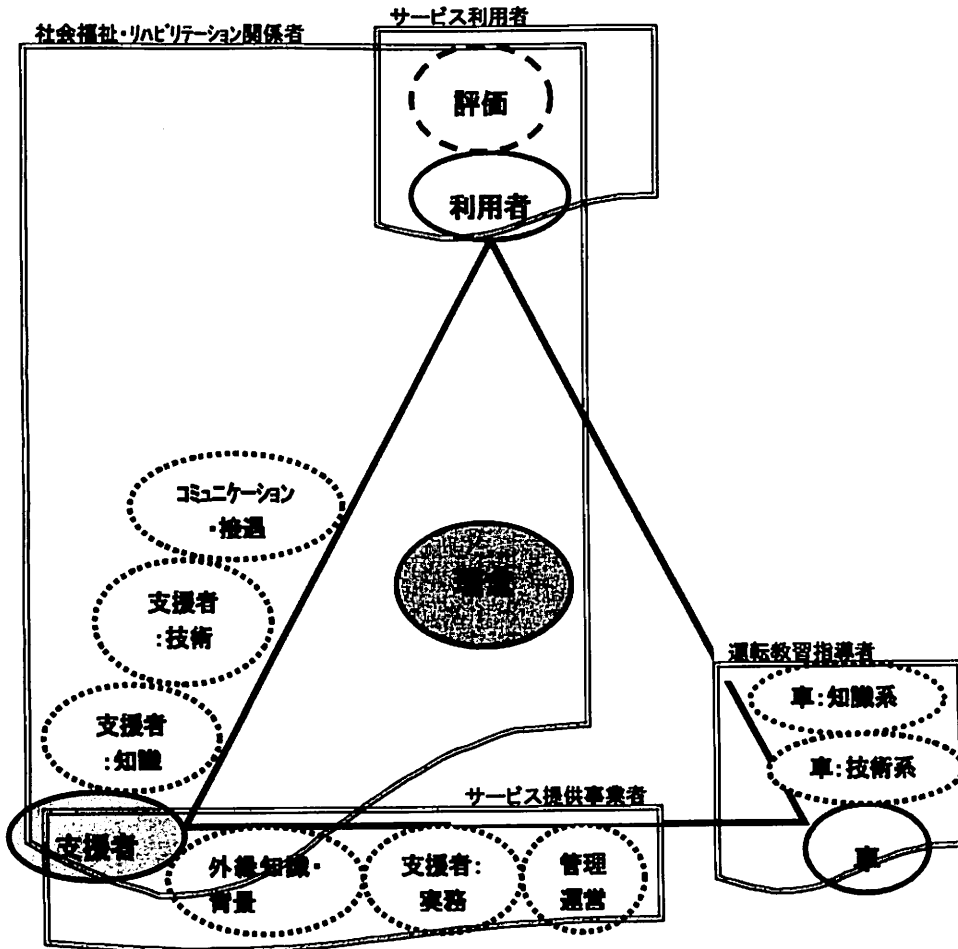


図1 STS構成要素と領域 (KJ法)

2. 移動介護サービス提供者養成研修プログラム

このプログラムの特徴は、前述のKJ法で確認した理念を中心にすえ、①多職種と協働で作成したテキストを使い、②専門職による研修カリキュラムで研修を実施し、研修後は③研修評価システムで評価し、補講も実施するということである。

(1) テキスト作成

テキストでは、各章に学習のねらいと学習の要点を明らかにし、事例を用いて受講者自らが学習の効果を自己評価し、目標設定ができるように構成した。このテキスト作成の過程で、更にメンバー間の共通認識の確認及び信頼関係の醸成がなされていった。実際にこのテキストを

活用した受講者からは、「読みやすく、わかりやすい」との評価を受けている。また、実際の研修場面では、写真・イラストを多用した補助教材も作成し活用している。

(2) 研修カリキュラム

研修カリキュラムは、前述の構成要素の中から、研修に必要な4要素をKJ法により整理し、3日間、計1080分の内容のものを考案した(表1)。これは、後に国土交通省認定基準で示されたカリキュラム410分の約2.5倍であり、受講者にとってこのサービスへの理解が深まるように独自の内容も盛り込む構成にした。受講者からは、「利用者の立場という新しい視点で学習できた」「基本の基の大切さを実感できた」等などの評価を受けている。

表1 養成研修カリキュラム

回	内 容	時間(分)		講師
1	歴史・理念・基本姿勢	60		SW
	法整備（道路運送法・個人情報保護法等）	60	50	
	ICF に則った利用者の特性理解（危機管理等）	50	50	PT
	移動介護技法（座位保持・車椅子利用等）	60	120	
	面接技法（ロールプレイ・グループワーク）	110		SW
2	運転適性検査	60	50	教習 指導員
	移動介護サービスでの運転技法①（講義）	60	50	
	教習所内での実車教習	170	70	
	サービス利用当事者の話	60		当事者
3	移動介護サービスでの運転技法②（講義）	60	50	教習 指導員
	路上での実車教習	100	20	
	乗車介護実技研修（移乗）	100		PT・SW
	総合評価（路上運転・移乗介護実技）	100		SW
	研修評価会議	120		評価委員

その後、私たちは、研修カリキュラムの更なる見直しをすすめ、受講者の年齢や資格の特性に合せ、シルバー人材センター委託の研修では、研修期間を5日間にするなどカリキュラムに幅を持たせることにした。

(3) 研修

研修は自動車教習所で実施し、内容は大きく「講義（理念・理論等）」「実車教習（教習所内・路上）」「乗車介護実技研修（移乗）」に大別される。研修の特徴は、複数の専門職が講師となり、受講者は受講期間を通して1グループ6人で行動し、事例を中心に、グループワークとロールプレイを活用した研修方法をとっていることである。その中でソーシャルワーカーはグループメンバー間の人間関係の醸成をはかり、研修の効果が高まるような支援を行っている。

(4) 評価システム

受講後の評価は、路上運転実技と移乗介護実技において、受講者評価できる評価項目を設定し、講師はもとより受講者同士がグループ毎に相互評価を行なうシステムにした。これにより、受講者は現在の技量に関する自己認識が深まり、仲間の実技を互いに評価しあうことで、このサービス提供者に必要な要点の学習効果も高まった。

結果はグラフで表わせるようにし、その後の評価会議で補講が必要と判断された場合（平均1割実施）、対象となる受講者がそれを納得する材料となりえた。

IV. 現在までの活動の成果と課題

1. 活動結果

私たちは、前述の移動介護サービス提供者養成研修の実施を通して、この問題に関心を寄せる多様な仲間との連携の輪を広げ強化し、その連携を次の新たな活動に展開していった(図2)。言い換えると、このプロジェクト活動の成果とは、多種多様なメンバーによる地域連携の実践なのである。以下に簡単に列挙する。

- ①神奈川県シルバー人材センター連合会より、自動車による移動介護サービス提供者養成研修の委託を受ける（2005年11月より）。以後、4回/年実施し、現在までの受講者総数は数約300名である。受講者の6割は就労に結びついている。
- ②国土交通省より、福祉有償運送運転者及びセダン型運転者の講習実施団体の認定を受ける（2007年。国自旅第318号、同122号）。

STS 構成要素と領域(KJ 法)

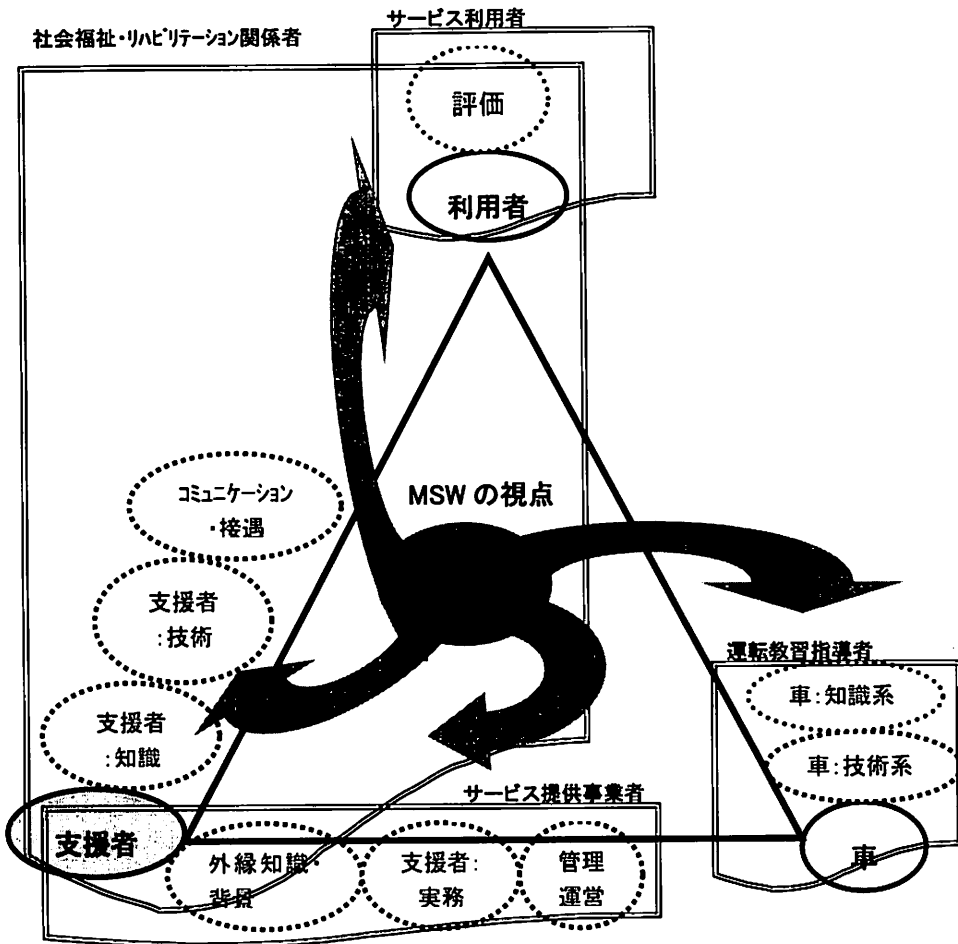


図2 MSW の視点と役割

この認定団体は、2007年4月現在で28団体である。

- ③ 私たちの活動が認知され、「民間救急」「医療と交通システム」「住みよいまちづくり」「緊急時支援ネットワーク」等々に関係する団体・行政との情報交換が頻繁になった。
- ④ 民間駐車監視員制度の導入により強化された駐車取り締まりの問題に対し、諸団体と協働で働きかけを行った。その結果、従来は障害者などの移動困難者の「車輛」に交付されていた特別駐車許可証が、より使いやすいように、移動困難者本人あて交付に変更された(2007年)。

⑤ 神奈川県介護支援専門員協会との協働で、いわゆる「院内介助」に関する調査を実施した(2005年)。その後、ケアマネジャー、介護タクシー事業者、訪問介護事業者らとの定例勉強会を続けている。

2. 透析医療機関での現状

私はこの活動の中で、移動介護サービス提供者の実態を明らかにすべく神奈川県下の83団体に対してアンケートを実施した(2005年6月)。それによると、このサービス提供者は①50歳代から70歳代までの高年齢層で、②経験年数は3年から5年(介護保険法施行後の経験者)が約

75%を占めていること、そして③ホームヘルパーの資格をあわせ持つのはその約50%であることがわかった。また、従来の調査でもサービス利用目的としては「通院」が挙げられていたが、この調査では、④約80%の者が透析患者の通院支援を経験していた(図2)。しかしその多くは、医療関係者との情報交換さえないという、連携不備の状況であった。

そうした中で、私たちのプロジェクト活動だった。そしてそれは、期せずして従来長くグレーゾーンと捉えられていた自動車による移動介護サービスの法整備の時期に展開する事になった。それまでは登場しなかった保健医療福祉の専門職である私たちがこのサービス分野に参入し、この分野での先駆者である移動支援に関する関係者と連携をとることになったことには、大きな意義があったと考える。それは、何よりもサービス利用者を主体としたサービスの質の保障という視点の導入であった。

この分野でのサービスの質へのかかわりはまだ途に着いたばかりと言えるが、利用現場では確実に変化があり、関係者の認識に変化が生じている。当医療グループにおける要介護透析患者の実態を例にとると、約25%の患者が介護保険や自立支援のサービスを利用しており、その利用者の約40%は糖尿病を全疾患とする患者群であり、要介護5に認定されたほとんど寝たきりの患者も在宅生活を送っている。その患者の通院状況を見ると、医療機関の通院送迎サービスの利用が約50%、介護保険や自立支援の移動介護サービスの利用が約30%、減っているとは言いながら家族による通院支援も約7%あった。そして、その介護の範囲は、医療と移動介護サービス関係者間の連携により、玄関までから透析室のベッドまで幅広く個別対応がなされており、もはや、この通院支援サービスなくしては要介護透析患者の在宅生活は支えられないという実態が明らかであった。

3. 課題

私たちは、これまでの活動により、自動車に

よる移動介護サービスの利用者とその利用目的である「通院」に焦点を当て、そのことからこのサービスの質の保障向上に少なからず寄与できたと自負している。

しかし、活動当初に目的としていたのは「移動支援＝通院支援＝医療へのアクセス支援＝生活支援」であり、その意味では私たちの活動もまた、現在途に着いたばかりと言える。活動を開始した当初からはもちろん現在も、利用者評価の高い移動介護サービス提供者は、利用者の居住環境、道路事情、個別の心身の状態、目的地の環境などに配慮したサービスを提供している。しかし、介護保険法の改正、道路運送法の改正の中で整備されつつある自動車による移動介護サービスでは、車輦、運転技術、および費用が重視され、移動中の介護、特に自動車への乗降及び車中安全保持は軽視されがちである。透析患者をはじめとする利用者は、タクシー代わりの安価な運転サービスのみを希望していたわけではない。安全で安心できる自動車への移動、乗り降り、運転、治療現場までの移動介護、それらすべてが統合された移動支援サービスを希望していた。そしてその移動の先には、当然、個別ニーズに対応できる受診受療支援が包含されるべきであった。それこそが「生活支援」に他ならない。地域では、公共交通機関の統廃合が進み、通院が不可欠な慢性疾患患者の生活は厳しさを増している。現行の法制度にそれぞれの生活を合わせるのではなく、生活の質を維持・向上する為に制度はどうあらねばならないかを問う姿勢が求められる。そうした体制の整備がなされてはじめて、「住民が等しく適切な医療を受け続けて安心して生活できる環境」への働きかけができるのである。

おわりに

この度の取り組みは、生活の中で通院という移動が不可欠なクライアントとの出会いから展開したものであり、医療ソーシャルワーカーとしてどれ程地域に貢献できているのだろうか

いう思いはある。ただ、その過程で、地域の幅広い生活課題が次々に顕在化し、私たちの専門性を発揮する協働の場が広がったことは事実である。その意味で私は今、こうした生活課題の顕在化と、その解決に向けて私たちが連携を通して果たしている実践こそが「地域貢献」に他ならないのではないかと考えている。

参考文献

- 秋山哲男：参加支援のための都市基盤整備に関する研究その1：高齢者・障害者のスペシャルトランスサポートサービス，1998.
- 安宅温：走れ介護タクシー；MINERVA21世紀福祉ライブラリー⑩，ミネルヴァ書房，2001.
- 藤井直人：海外のアクセシブルな個別移送サービス，自動車技術，55(7)，27-31，2001.
- 島山龍郎：我が国における家族福祉の現状と課題—戦後の変遷を中心に—，ソーシャルワーク研究，5(2)，80-90，相川書房，1979.
- 医療アクセス権プロジェクト：生活透析百景Ⅲ：要介護透析者の通院介護サービスに代表される医療アクセス権に関する調査活動報告書，2004.
- 医療アクセス権プロジェクト：や・さ・し・い
- 運転と移動介護を学ぼう—安全で安心できるサービス提供のために—，医療アクセス権プロジェクト，2005.
- 牧里毎治：在宅ケアとソーシャルワーク，ソーシャルワーク研究，5(3)，160-166，相川書房，1979.
- 内部障害者医療福祉研究会：生活透析百景Ⅰ：要介護透析患者の介護保険利用実態調査報告書，2001.
- 日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況，2006.
- NPO人材開発機構：移動サービス利用者支援システム研究事業2003，NPO人材開発機構，2003.
- 高橋紘士監修他：地域介護力；介護サービスの現状と課題，中央法規，1998.
- 東京ハンディキャブ連絡会：誰にでも優しい交通システムを確立するための地域活動計画，東京ハンディキャブ連絡会，1997.
- 透析施設MSW研究会：生活透析百景Ⅱ：要介護透析患者の通院保障を見すえて，2002.
- 全国腎臓病協議会：要介護透析患者対策確立のために，1991.
- 全国腎臓病協議会：2001年度血液透析感謝実態調査報告書，2002.

[シンポジウム]

保健医療領域からの児童虐待の予防的介入の経緯と実際

天野博之*

はじめに

全国の児童相談所における児童虐待に関する相談件数は増加を続け、厚生労働省の調査では、平成18年度には3万7千件を超える数字になっている。児童虐待の防止には、虐待の発生の予防から早期発見・早期対応、保護・自立支援に至るまで切れ目のない総合的な支援体制の整備、充実が必要といわれており、特に、平成12年に児童虐待防止に関する法律が施行されて以来、国をあげての児童虐待対応が検討されている。

当院においても組織内での対応が困難な重傷の被虐待児の受診が見られるようになり、児童虐待防止法が施行されたことを受け、児童虐待の早期発見・早期対応の体制を整備し、現在まで活動を継続している。この活動を通して見えてきたことは、われわれが介入した重傷の被虐待事例の多くに、地域の社会資源が有効に利用されていないことであった。つまり、親が地域の育児支援サービス等の支援を利用してこそ、はじめて児童虐待対策の意義があるといえるのではなからうか。このような経験から、われわれは児童虐待の防止につながるような親への支援が保健医療領域から地域に発信できないかどうか、その支援方法を模索しながら実践に移行し、現在、新たな児童虐待の予防活動を展開している。

ここでは、私が体験した地域で生活していくうえで社会的な課題を抱えた保健医療領域の事

例への取り組みを手がかりに、児童虐待の予防的介入に至るまでの経緯と実際を述べ、地域に貢献できる保健医療領域のソーシャルワーカーについて若干の考察を加え報告する。

事例からみるメゾレベルへの手探りの取り組み

私が組織及び地域を意識してソーシャルワークを行ったのは人工呼吸器をつけたY君との出会いによるもので、まだ、臨床経験の浅い頃である。Y君は進行性脊髄性筋萎縮症と診断され、人工呼吸器を装着し入院していた。家族を悩ませていたのは、Y君に付き添っていた母親が他の家族メンバーと離れて生活しなければならないことであった。Y君が人工呼吸器を装着した当時は、在宅人工換気療法に対する社会的支援が現在のように整備されておらず、数百万円はかかる高額な人工呼吸器の購入等、在宅へ移行するためには解決しなければならない課題が山積していた。このような状況のなか、われわれは人工呼吸器を付けた親の会(通称「バクバク」)との出会いを契機に、メゾレベルへの介入を経験することができた事例である¹⁾。

われわれはバクバクの取り組みを手掛かりに、組織内の協力体制が準備できた後に、両親の友人を代表者としたボランティアグループを立ち上げ、このボランティアグループを中心に保健医療領域から地域へ発信していった。ボランティアグループの活動目標は、第1に自宅でのホー

*Hiroyuki Amano: トヨタ記念病院

ムヘルプサービスの支援体制づくり、第2には地域住民への理解活動、そして、第3に人工呼吸器の制度化のための活動である。地域へ発信していく際には、地元の小学校や社会福祉協議会、ボランティアセンターからの支援・協力を受けることができた。さらに、バクバクの事務局から直接支援を受ける機会があったことは家族とボランティアメンバーの活力源となったといえよう。このような経緯を経てY君の在宅ケアの条件が整備され、Y君は人工呼吸器を装着したまま自宅に退院することができた。

手探りで実践してきたこの時の経験が契機となり、組織内においては在宅医療部門の開設に、そして、地域では重症患者の在宅福祉拡大の足掛かりとなった。さらにボランティアメンバーのなかには、それぞれの地域のなかで新たな取り組みを行っており、例えばメンバーの不登校をしていた児の親たちは、ここでの体験を生かし、セルフヘルプ・グループを立ち上げるなど、地域のノーマリゼーションに貢献している。そして、何よりもこの時の経験は、私にとってWrとしての援助観に大きな変化を与えたといえよう。

はじめての重傷被虐待児の経験

私のはじめて重傷の被虐待児事例を経験したのは、虐待によって死亡したKちゃんである。当時は児童虐待防止法が施行されていなかったことから、医療機関と児童相談所をはじめ地域で子どもを支援する機関との連携は現在のように充足されたものではなかった。従って、医療機関及び地域の関係諸機関ともに児童虐待のリスクが高いと感じつつも、消極的な介入に留まっていたのが実情といえよう。私がKちゃんに再会した時は死亡したKちゃんであった。死亡したKちゃんを目前にして、私はWrの存在意義を見いだすことができなかった。そして、援助すること自体に否定的な感情に支配されながらも新たな被虐待児に対峙していた。しかしながら、Wrがどれだけ親に対して注意深く慎重に対

応しても、一医療機関での援助には限界があり、ましてやWr部門だけで対処することは困難であった。つまり、メソレベルでの対処方法を検討することが迫られていたといえよう。そして、児童虐待防止法が施行されたことに伴い、私は小児科の責任者と話し合い、院内の児童虐待対策の組織化を提案した。

小児科医の承認が得られたことを受け、われわれは小児科の医師及び看護師らと共に児童虐待に関する勉強会を開催した。そして、脳神経外科及び整形外科、救急外来など被虐待児が発見されやすい部署の医師及び看護師の責任者に対して個別に理解活動を行った上で、全職員を対象に児童虐待の啓発活動を行った。このような経過を経て、院内の公式な委員会としての手続きが行われ、県が発行している虐待対応マニュアルを活用して院内向けの手順書を作成し、現在まで活動を継続している。

このような経過を経て組織内の被虐待児の早期発見・早期介入体制が整い、職員にも少しずつ児童虐待対応が浸透していった。しかしながら、児童虐待の対応を重ねていくなかで、私はWrが単に通報係になってはいないか、児童虐待を減らすための援助を何ら行っていないのではないのか、といった疑問を持ちはじめた。換言すれば、私は保健医療領域のWrの存在意義を見失いつつあったともいえよう。

児童虐待の予防的介入の契機となった経験

私が児童虐待の対応に疑問を抱き始めていた頃、産婦人科から知的障がいのあるSさんの育児支援の依頼を受けている。Sさんは30代で、出産した子は超未熟児であった。家族は夫と実父である。産前にSさんのケアを担当していた助産師は、複数のことに対処できないSさんの育児に不安を抱いており、Sさんと面接したWrも同様の評価であった。しかしながら、他方ではSさんを暖かく見守る家族メンバーを観察していると、私は先に述べた小児の在宅人工換気療法が実現できた事例や児童虐待対策を組織化

してきた事例の経験を生かすことができる事例ではないかと考えるようになり、Sさんの育児支援体制を検討してみることを主治医・助産師および家族に提案している。

私はSさんの育児支援体制を検討するために、地域の児童及び障がい者領域の関係者(以下「地域の関係者」とする)に呼び掛け、話し合いの場を持った。話し合いをはじめた当初は、地域の関係者からはSさんの自宅での育児に対して積極的な姿勢はみられなかったが、話し合いを重ねていく過程で、地域の関係者からも安全な育児環境のためのさまざまな提案が出されるように変化してきた。そして、病院助産師、地域保健師、民生委員、WrのメンバーでSさん宅へ出向き、家族と共に検討を重ね、時間は要したものの、住環境面からヒューマンサービス体制まで育児のできる安全な環境を整備することができ、自宅での育児が開始されている。現在、児は健康に成長している。

児童虐待の予防的介入の第一歩

Sさんへの支援経験が契機となり、当院の産婦人科においても地域と連携・協働した支援に関心が高まるようになった。その後、経済的に困っている未婚の妊婦に対して、Wrと助産師が分娩費用の解決から育児用品の提供等を支援することによってその女性がエンパワメントしていくことができた事例を経験し、平成16年より助産師とWrによる周産期からの協働介入が開始されている。手探りで実践してきた周産期からの介入が1年を経過した時点で、われわれはWrの介入が望ましい事例について、先行研究²⁾³⁾を手がかりにWrと助産師が協働介入の対象とする妊婦のスクリーニング及び介入方法に関して整理・検討し、仮説を導いていった。

われわれが介入してきた事例は、経済的問題、未婚あるいは若年妊娠等、妊娠経緯などから妊婦は孤立した状況に置かれ、出産自体にアンビバレントな心理状態にあり、産後の育児に希望が持てない妊婦であった⁴⁾。また、介入において

は、育児支援情報の提供、受容・承認・教育的なアプローチを繰り返し提供しており、妊婦及び助産師・Wrで話し合いの場を多く持っていた。

以上のようなことから、われわれは児童虐待のリスクが高い環境に置かれ支援が必要な妊婦(以下「支援妊婦」)にとって、周産期という限られた期間であっても支援妊婦の存在価値が認められる機会を提供することによって、(1)支援妊婦が自身の存在意義を見だし、育児に対して希望が持てる、(2)産後に育児支援等の社会資源利用に結びつきやすくなる、(3)支援妊婦が育児困難に直面した際に専門職者へ救済を求めやすくなる、のではないかと考えた。そして、介入においては、小林²⁾は、虐待の治療や発生予防の面から、親自身が尊重される体験をすることで初めて子どもを尊重できるようになること、保健・福祉と連携した育児支援ネットワークをひとりひとりにつくることの重要性を示しており、また、柳川⁵⁾は虐待予防のための連携のあり方と援助方法のなかで、ソーシャルワーク的アプローチの必要性を強調している。われわれはこの2つのキーワード、つまり、「尊重される体験」および「ひとりひとり」をソーシャルワークの価値である「人間の尊厳」と「個性の尊重」に近い概念であると解釈し、これら2つに「ソーシャルワーク的アプローチ」を加えたものをキーワードに支援妊婦に介入することによって、支援妊婦が育児に対して希望が持てるようになり、産後に育児支援サービスの利用につながりやすくなるのではないかと考えた。

児童虐待の予防活動の実際

平成17年からは、図に示すように妊婦に対して看護師及び助産師がチェックカードを用いてスクリーニングを行っており(平成19年度からはTMCA (Toyota Memorial Continuation Assessment)を導入)⁶⁾、支援妊婦の場合は外来時からWrと助産師が協働して面接を行っている。面接においては、サポートティブに、そして、出産後に支援妊婦自身に育児がイメージできる

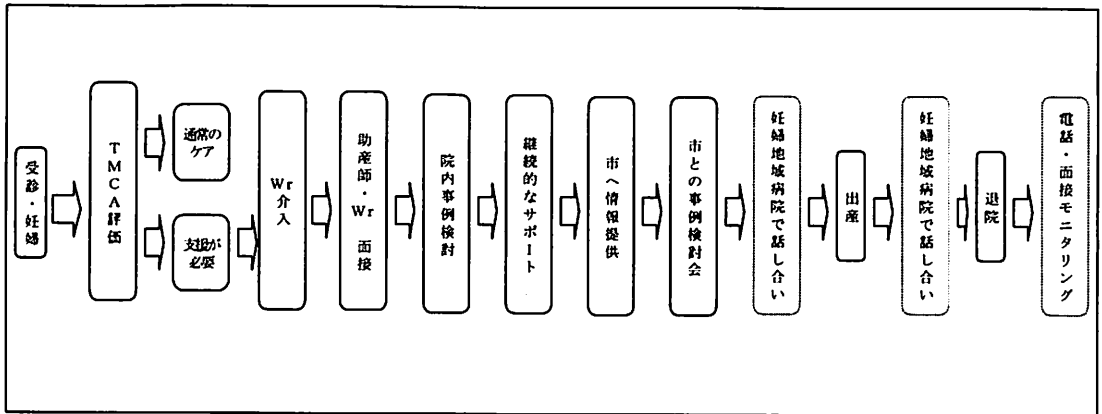


図 周産期からの予防的介入の流れ

ように幅広く育児支援情報を提供している。

多職種連携に関しては、虐待予防に取り組むスタッフの連携と事例検討を行うことが重要である⁷⁾といわれるように、平成18年度からは当院においても病棟・外来の助産師・看護師、Wrによる定例事例検討会を開催している。検討内容については、随時、助産師から主治医に報告し、困難事例に対しては、院内児童虐待対応委員会等に相談している。そして、平成19年度からは、組織内の事例検討とは別に、行政との事例検討会を毎月1回開催している。検討会の会場は双方の職場で行っている。こうした活動は、院内の児童虐待対応委員会および病院長をはじめとした経営幹部が出席する地域医療連携会議で定期的に報告している。

考察

最初に紹介した人工呼吸器を装着した児の事例では、保健医療領域において発足したボランティアメンバーの活動によって、在宅での支援体制が構築でき、自宅退院ができた事例である。ここでのWrは、援助の限界性を専門職の枠組みにとらわれないで、家族の幸福追求のために仲間や地域住民の手によって可能性を広げていったことである。つまり、地域住民（専門職者も含む）の手によって地域づくりの足掛かりをつくるための支援を行い、ノーマリゼーションに

展開できたことである。

2例目の重傷の被虐待児の経験からは、被虐待児の早期発見・早期介入の組織内体制に発展させている。ここでの経験は、私にとってWrとしての存在意義を問い直す機会が与えられたように考える。Wrとしてミクロレベルでの技術を高めることは専門職としての義務であるにせよ、傷ついた子どもたちを守るためには、一部門での対応には限界があり、組織として対応することが求められることを知る機会となった。先に述べた在宅人工換気療法によってWrに対して、小児領域からの信頼が育まれており、Wrが提案しやすい環境であったが、何よりも「子どもたちを救済したい」という強い思いが、組織に働きかける際の原動力となったといえよう。そして、保健医療領域において子どもの尊厳や権利を保障していくために、Wrとして何ができ、何をしなければならないのか、を問い続けること自体が重要であり、そこにもWrの存在意義を見出せるのではないだろうか。

メゾレベルへの介入にあたっては、所属する組織においてWrとしての経験が浅い時期には、組織内ばかりか地域においても介入は難しいことが予測される。従って、メゾレベルへの介入においては、Wrが組織内のシステムについて把握するだけの時間と経験を有し、多職種から信頼される関係が醸成されていることが、介入していく上での要件の一つとして把握しておく必

要があるのと考える。

知的障がい者の育児支援の経験からは、困難事例に対しての組織内及び地域の多職種ネットワークの基盤ができたことである。この事例に関わるまでは、当院の産婦人科領域においてWrと協働した援助は少なかった。そのため、私が産婦人科スタッフに対して感じたことは、Wrの役割期待に対する温度差があることであった。従って、私が援助をはじめるときに配慮したことは、産婦人科のこれまでの援助スタイルを変えないように、スタッフをサポートすることであった。換言すれば、Wr職の啓発活動でもあったともいえよう。具体的なWrの介入においては、組織内で解決するように援助するのではなく、地域での支援につながるような介入を提示した。その際、活用した道具はエコマップや地域の育児支援サービス情報等、一目でわかりやすいものである。また、面接では1対1の個別面接スタイルにとらわれず、例えば助産師とWrが同席して、あるいは地域の関係者を含めた面談や家庭訪問を行うといったように、妊婦が話しやすいスタイルを柔軟的に取り入れた。手探りではあったが、このようなプロセスを経て、妊婦の個別性を尊重しながら地域へつなげる援助に対して、産婦人科のスタッフからの評価が得られ(私自身も産婦人科領域の業務が理解できた)、Wrが産婦人科領域のチームの一員として機能できる足がかりとなったと考える。

4番目に紹介した未婚の妊婦への支援では、新たな組織内システムをつくるためのエビデンスづくりのペースができたことである。急性期の医療機関で分娩をする妊婦の中には、妊娠した経緯や生活状況などから社会的に困難な状況に置かれたなかで出産を迎えることは決して珍しいことではない。しかし、多くの場合は支えあえる家族関係の中で出産する妊婦が多いように考える。従って、先に紹介したような支援妊婦が入院した場合、珍しさも加わり、例え専門職であっても偏見や差別の目で妊婦を観察しかねない。このような専門職の意識や態度は、出産後に孤立した環境のまま育児が開始されるこ

とにつながってしまうことが推測された。したがって、この経験を通して、私は支援妊婦に対してはソーシャルワークの価値を置いた介入を導入する必要性を感じ、産婦人科スタッフとの間で意見交換の機会を持つことを心掛けた。そして、このようなソーシャルワークの価値が提供できる体制をつくる意義が確認されたといえよう。このような経緯を経てエビデンスに基づいた組織内の児童虐待の予防的介入システムが構築されている。

児童虐待の予防的介入システムの構築においては、特に熱心に取り組んだ助産師に依拠するところが大きいと考える。私はWrが介入した個々の事例を検討しながら、Wrがシステムにどのようにかかわることが望ましいのか、助産師にフィードバックした。Wrの介入において準備してきたことは、支援妊婦へ情報提供するための資料の整備、地域の保健医療福祉関係機関との話し合いの場のづくり等であった。また、産婦人科スタッフと連携する上で私が心掛けてきたことの一つには、可能な範囲ではあるが「依頼を受けてから待たせない」対応を心掛けたことである。つまり産婦人科から依頼があれば、すぐに現場へ向かうことである。当院ではWrは科別担当制にしており(私は産婦人科とNICU、小児科を担当している)、このような関わりを持続していくためには、やはり各科に専属のWrが配属されていなければ実現が難しいのではないかと考える。

最後に、これまで述べてきたような経緯を経て、児童虐待の予防的介入を地域とのネットワークに発展させることができたことである。地域とのネットワークに関しては、Wrから病棟責任者に提案し、行政と病院間で定期的な情報交換の場が持たないかどうか、2人で行政へ出向き交渉し実現している。

児童虐待の予防には、周産期からの保健医療領域の連携が重要⁷⁾といわれており、当院においても連携のツールとして母子連絡票を活用している。しかしながら、紙面媒体のみの連携では、地域での育児支援につながりにくいのが実情で

ある。

樞本⁹⁾は虐待の予防において地域レベルでの取り組みを実践するためには、地域から保健医療領域にではなく、保健医療領域から主体的に虐待予防等に取り組むことを強調している。従って、児童虐待の予防に限定されたことかわからないが、われわれの経験からも同様に、周産期からの介入を行うためには保健医療領域から地域に発信することによって地域の育児支援体制が促進されるように考える。その前提としては被虐待児の対応が組織化されていることが望ましく、仮に用意されていない場合は、それぞれの機関に適した方法で、組織に提案していくことは保健医療領域のWrの責務ではないかと考える。顔を合わせた連携の重要性は他領域でも指摘されているように、特に個別性や機密性が高い事例を扱う場合、紙や電話での情報交換には限界があることは明らかであり、現場のスタッフが双方の機関の機能や最新情報を知ることによって、さらに連携は深まるように考える。このような機関間の連携を推進していくことはWrの重要な役割の一つといえよう。

これまで述べてきたように、児童虐待の予防においては、第1に早期に介入できる組織体制を構築することが望まれ、Wrは率先して組織に提案することが求められるのではないかと考える。ここでいう早期介入とは、周産期からの介入及び被虐待児が発見されてからWrが介入するまでの時間を指している。第2にはチームづくりである。セクショナリズムを排除した多職種・多機関の協働が重要であり、そのような風土づくりをWrは調整していく必要があるといえよう。第3には介入方法である。マイクロレベルでの介入においては、個別面接にとらわれず、専門職者と妊婦や家族が自由に話し合うようなミーティングスタイルが有効である。また、マイクロレベルでの介入は不可欠であるが、メゾレベルへ発展できるように介入することがより効果的であり、いずれのレベルにおいても介入の根底にはソーシャルワークの価値を置くことが望ましい。第4は、地域とのネットワークづく

りを行う必要がある。特に、保健医療領域から地域に発信する場合、地域の支援者がチームに参加しやすい「場」あるいは「関係作り」の面で配慮が必要である。Wrの得意とする領域ではなかろうか。第5には、入院中の日常品あるいは育児用品を提供するなど、家族代行的な支援が有効である。この場合、例えば、院内にボランティア組織があれば、そこに協力を要請できるであろうし、存在しない場合は、地域の社会福祉協議会等に相談しておくことよい。第6は、経済的な問題の早期解決である。出産までに経済的な問題がすべて解決できなくとも、分娩費用に対しては、委任払いの手続きをするなど早期に目処を立てておくことは極めて重要である。

まとめ

保健医療領域においては、医療の機能分化の進展に伴い医療経営面等からもメゾレベルへの介入が行いやすい医療風土が醸成されつつある。換言するならば、Wrはマイクロレベルに加えてメゾレベルに専門性を発揮することが期待される社会環境になりつつあるといえよう。従って、地域に貢献できるソーシャルワーカーを考えた時、児童虐待の予防の面からは、マイクロワークからメゾレベルへ展開させ、地域へ発信できるWr像が求められているのではないかと考える。

引用文献・参考文献

- 1) 天野博之著：人工呼吸器を付けた子の在宅福祉への取り組み，トヨタ医報，No. 4，180-186，1994
- 2) 小林美智子著：虐待発生の背景，周産期医学，vol.32，No. 5，687-691，2002
- 3) 小泉武宣著：子ども虐待発生予防における周産期医療の役割，周産期医学，vol.32，No. 5，693-697，2002
- 4) 稲田千晴著：第8回日本医療マネジメント学会 抄録集，2006
- 5) 柳川敏彦著：虐待予防の連携のあり方と援

助方法, 子どもの虐待とネグレクト, Vol. 5, No. 1, 162-169, 2003

- 6) 石川明佳著: 母子医療センター産科部門における子ども虐待防止への取り組み～産科病棟での継続支援評価表の作成について～, 日本子ども虐待防止学会第13回学術集會みえ大会抄録集, 102, 2007
- 7) 山崎喜久著: 地域の医療機関と保健機関とで支える地域の子育て支援活動への介入的研究, 厚生労働科学研究 平成16年度研究報告書, 264-273, 2005
- 8) 榎本真津著: ヘルスプロモーションに基づいた, 医療・福祉の連携等地域資源の有効

活用による子育て不安解消に関する研究, 厚生労働科学研究 平成16年度研究報告書, 258-263, 2005

参考文献

- 日本医療社会事業協会編: 新訂保健医療ソーシャルワーク原論, 相川書房, 2006
- 大谷昭・橘高通泰編著: 医療におけるソーシャルワークの展開 その原則と展開, 相川書房, 2001
- 子ども虐待の予防とケア研究会編著: 子ども虐待の予防とケアのすべて, 第一法規, 2007

〔実践報告〕

精神科長期入院者への退院支援

—ソーシャルワーカーの立場から、退院準備プログラムの実践を通して—

芦 沢 茂 喜*

Key words : 精神科長期入院者, 退院支援, 退院準備プログラム

はじめに

「せっかちは、息せききって現在に駆り、未来に向けて深い前傾姿勢をとっているようにみえて、じつは未来を視野に入れていない。未来というものの訪れを待ち受けるということがなく、いったん決めたものの枠内で一刻も早くその決着を見ようとする。待つというより迎えにゆくのだが、迎えようとしているのは未来ではない。ちょっと前に決めたことの結末である。決めたときに視野になかったものは、最後まで視野に入らない。頑なであり、不寛容でもある。やりなおしとか修正を頑として認めない。結果が出なければ、すぐに別のひと、別のやり方で、というわけだ。待つことは法外にむずかしくなった。「待たない社会」、そして「待てない社会」。意のままにならないもの、どうしようもないもの、じっとしているしかないもの、そういうものへの感受性をわたしたちはいつか無くしたのだろうか。偶然を待つ、じぶんを超えたものにつきしたがうという心根をいつか喪ったのだろうか。時が満ちる、機が熟すのを待つ、それはもうわたしたちにはあたわぬことなのか……。」
(驚田, 2006)¹⁾

「受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者約7万2千人を今後10年間で退院」という政策目標が国から出され、2008年度の診療報酬改定案では1年以上の入院患者に対する退院計画の策定を評価すると共に、5年以上の入院患者を年5%以上減少された医療機関への加算が設けられた²⁾。現在、精神科長期入院者の退院支援は全国各地で取り組まれており、佐藤、池淵他(2006)³⁾は「地域から迎えにいく、地域で支える」サポートと「地域に送り出す」サポートに分けて説明している。この分類に従うと、「地域から迎えに行く、地域で支える」サポートとしては精神障害者退院促進支援事業⁴⁾やACT (Assertive Community Treatment、包括型地域生活支援プログラム)⁵⁾等を挙げることができ、「地域に送り出す」サポートとしては谷野呉山病院の「あすなる会」のグループ実践、「退院準備プログラム」をもとに実施した武蔵病院等の実践、吉祥寺病院の「退院促進グループ」、あさかホスピタルの「D (deinstitutionalization) - プロジェクト」等を挙げることができる。

本論では、「地域に送り出す」サポートについて先行実践等の検討を行い、当院が独自に取り組んだ「住吉病院 退院準備プログラム」の実践について報告すると共に、長期入院者の退院

*Shigeki Ashizawa : 財団法人 住吉病院 医療相談室

支援についてソーシャルワーカーの立場から考察していきたい。

1. 「地域に送り出す」サポート

福田 (2007)⁶⁾は退院阻害要因として、①患者さん本人が退院は無理、または不安だと思っている、②家族が問題の発生を恐れて強く反対していることを挙げ、「退院支援のポイントとしては、日頃のかかわりのなかで患者さんの自己評価を高め、退院への意欲を育むこと、家族への協力と理解を繰り返しはたらきかけていくことにある」と指摘している。また、安西信雄を中心とする退院促進研究班 (2006)⁷⁾は精神科在院患者を①退院困難度が低い、②本人の問題より家族の問題が中心、③退院への不安と家族問題、④病識・対人関係・家族のいずれも問題、⑤前

項④の問題に加えて身体合併症が問題の5群に分け、③から⑤の3群に含まれる本人側の退院困難理由(不安、病識など)を改善するプログラムの必要性を指摘している。現在、上記のような問題意識から全国各地で退院促進に関するプログラムが取り組まれており、表1、表2は先行実践を実施機関、実施スタッフ、対象者数、期間、活動内容、特徴に分けて、まとめたものである。

谷野呉山病院(富山県)⁸⁾では長期入院者5人から10人でグループ(あすなろ会)を作り、短時間で集中的に活動し、同じ日の退院を目指す実践を行い、武蔵病院等⁹⁾では「退院促進研究班」がThe Community Re-Entry Programの日本語版「地域生活への再参加プログラム」を改訂し、作成した「退院準備プログラム」を用いた

表1 「地域に送り出す」サポート その1

	あすなろ会	退院準備プログラム	
		「宙グループ」	
実施機関	谷野呉山病院(富山県)	武蔵病院(東京都)	土佐病院(高知県)
実施スタッフ	医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士など		
対象者数	5~10名のグループ		
期間	3ヵ月から6ヵ月程度、週1回から2回	週1回から2回、1回1時間から1時間半	
活動内容	<p>*食事にすること ガス器具の使用について学ぶ。お湯を沸かす。 買い物・調理(ご飯、味噌汁、ハムエッグ)/買い物・調理(ご飯、味噌汁、野菜炒め)/買い物・調理(チャーハン、味噌汁)</p> <p>*社会生活にすること 病院周辺の施設を地図にて説明/社会見学(スーパー、銀行、弁当屋) 銭湯にて入浴/夜間外来見学、ソーシャルクラブとの交流会、バスの利用/今後の心配事について話し合い、共同作業所オリエンテーション</p> <p>*具体的な退院準備、心構えについて 連襟についての話し合い/服薬について(講師 Dr)/退院後の生活について(講師 PSW)/退院式</p>	<p>*病院内で実施するセッション ①プログラムの導入、②地域生活のオリエンテーション(その1)、③慢性の精神障害の症状と薬の効果、④退院準備、⑤地域生活のオリエンテーション(その2)、⑥毎日のスケジュールの立て方、⑦食生活の管理、⑧金銭の管理、⑨薬は再発を予防する、⑩薬の効果を評価する、⑪ストレスへの対処法、⑫薬の問題点を解決する、⑬薬の副作用を解決する、⑭再発の注意サインを見極める、⑮注意サインを監視する、⑯緊急時の対応策を地域で実践する、⑰全体のまとめと修了式</p> <p>*病院内・外で実施する「実践編」 ①居住施設を見に行ってみよう、②役所を見に行ってみよう、③通所施設を見に行ってみよう、④自分で食事を準備してみよう、⑤金銭管理の練習をしてみよう、⑥近くの公共施設に行ってみよう、⑦生活必需品を準備してみよう</p>	
特徴	<p>①予め退院日を決め、メンバー全員が同じ日に退院する。 ②会の「発足式」「退院式」を行い、病院の主要スタッフは全員出席。 ③家族への説明はグループで行い、「退院式」にも参加してもらう。</p>	<p>*The Community Re-entry Programの手法を踏襲し、我が国に適した形で改訂した上で、退院準備に有効といわれる方法(外出や買い物、地域生活の先輩患者を招いての懇談会等)を取り入れている。</p>	

表2 「地域に送り出す」サポート その2

	退院促進グループ	D (deinstitutionalization) - プロジェクト		
		E-カレッジ	フレンドシップ	退院支援室
実施機関	吉祥寺病院 (東京都)	あさかホスピタル (福島県)		
実施スタッフ	OT (食事、ゴミの分別) Ns (病気の管理、ストレス対処、 薬の管理方法等) PSW (金銭管理)	Dr, Ns, OT, 薬剤師, PSW, 栄養士	OT (1名)、 病棟 Ns (2名)	Dr, Ns, PSW, OT, 薬剤師、 栄養士など
対象者数	「退院しよう! 講演会」終了後、「退院 したい」という意向が聞かれた数名	慢性期開放病棟入院者 (40~50名)	スタッフ内で必要性を認めた者、 目的を理解された当事者6名	退院を目指す意志が 確認された者
期 間	2~3ヵ月	週1回、30分間のセッション、 公開講座	週1回、1時間のセッション、 約4ヵ月	
活動内容	①オリエンテーション ②作業所、グループホームの見学 ③食事について ④作業所の見学 ⑤ゴミについて ⑥公共交通機関の利用、作業所見学・ 体験 ⑦病気を管理する パート1 ⑧買物体験と簡単料理を作ろう ⑨買物する上でのコツ、工夫と薬の 飲み方について ⑩病気を管理する パート2 ⑪金銭管理(ATMの使い方、生活に 必要な費用) ⑫まとめ(1ヵ月の収入と支出、こ れからの不安への問題解決、修了 式、終了時アンケート、打ち上げ)	Dr (E-カレッジとは、病気につ いて、水中毒について、早期警告 サイン、薬について、タバコ、 アルコールに頼らないために、 退院支援について) 内科 Dr (生活習慣病について、熱中 症、食中毒について) 歯科 Dr (お口の健康について) OT (生活リズム、ストレスの解消法、 暑中見舞い、年賀状を巻こう) PSW (退院後の病院とのつながり、 社会資源について) 地域 PSW (生活支援について) 薬剤師 (薬の飲み方について) 栄養士 (栄養について) 病棟 Ns (小遣いについて) 病棟、OT (交流会)	①、②ストレスについて ③、④病状と症状について ⑤、⑥服薬の必要性 ⑦ 早期警告サイン ⑧ 清潔・整理整頓 ⑨、⑩生活習慣と栄養 ⑪、⑫お金 ⑬、⑭、⑮ 日常の問題を解決しよう ⑯ 退院後の生活 (危険介入、専門職の関わり)	①情報提供 ②コーディネート ③スタッフへの教育 ④スーパーバイザー や治療支援者・チ ームの派遣とケース カンファレンス
特 徴	* 演習や実際の見学により、体験機 会を多く設定 * 体験の前にモデルをみてロールプ レイによる練習を実施(SSTの要 素を取り入れている)	* 参加は自由、病棟で実施	* 次回のセッションまで に病棟で実施する課題 を設定	* 多職種による チームを編成

実践を行っている。また、吉祥寺病院(東京都)¹⁰⁾では「退院しよう! 講演会」終了後、退院希望が聞かれたメンバーに対して、見学、演習等の機会を多く設け、SSTの要素を取り入れた「退院促進グループ」の実践を行い、あさかホスピタル(福島県)¹¹⁾ではE-カレッジ(公開講座)、フレンドシップ(集団OT)、退院支援室のステップからなる「D-プロジェクト」を行っている。その他に、山梨県立北病院¹²⁾では新規薬剤の使用と共に心理社会的治療、スタッフによる各種ミーティングによる実践を行い、長谷川病院(東京都)¹³⁾では男子慢性期閉鎖病棟で退院準備性を目標にしたOTプログラム、男女混合慢性期開放病棟で退院に向けた動機づけと環境調整を意

識したプログラムを実施している。

谷野他(2006)は退院促進に必要な要素として、①長期入院者の退院に関しての意欲を引き出し、高めていく働きかけや仕掛け、②医療スタッフなどがチームで関わり、支援目標を明確化、③スキルアップではなく、自身でできることと、手助けが必要なことを本人と共に確認し、地域のサービスへつなぐ、④退院後の生活支援体制の整備・充実、⑤安心して生活できる住居の確保、日常的な相談支援体制を挙げているが、これらは上記の先行実践に共通した要素として当てはまる。長期入院者の退院に関しての意欲を引き出し、高めていく働きかけや仕掛けに関しては、阿部他(2007)が「退院支援システム

の課題はホスピタリズムの強い当事者への動機付け」であり、「地域生活を可能とするリハビリシステムは常に各スタッフが退院の可能性を考えた心理教育や情報提供による刺激・動機付けを行うことが重要である」と指摘しているように、先行実践においても谷野呉山病院では「同じ日に退院日を設定する」「発足式・退院式を行う」等といったグループ活動を行い、吉祥寺病院やあさかホスピタルでは講演会や公開講座を通してグループ活動に結びつけていく段階的なステップを用意している。また、先行実践のプログラムに共通して、退院後のイメージ作りを目的に演習や見学、外出等の機会を多く設けている。

また、医療スタッフなどがチームで関わり、支援目標を明確化することに関しては、先行実践に共通して多職種でチームを組み、プログラムを運営しており、荒田(2006)¹⁴⁾は「退院促進に当たって重要なことは、一部の職員だけが退院促進の活動に取り組むのではなく、病院管理者を含めた病院全体で取り組む体制が必要である。それがかなわない場合でも、少なくとも一つの病棟全体で精神科医、看護チーム、リハビリテーションのスタッフ、精神保健福祉士などのチーム全体が入院患者の地域生活の確立に向けた準備を行うという意思統一がなされること、病院職員の意識改革により長期入院者の退院を促進のためのチームアプローチのプログラムの設定と方法の開発が重要である」と指摘している。

そして、このような取り組みは入院者だけでなく、プログラムを担当するスタッフの退院支援に向けた意識、動機付けを高める働きもしており、河岸(2007)は「長期在院者が地域で生活しようとしたとき、どのようなことが障害になるか。そのためにスタッフとしてどんな支援ができるのか。それを考えるためには、私たちは精神に障害をもつ人を知ることと並行して、私たち自身が病院という箱から出て地域を知り、地域との連携をとり、何を支援できるかを考え、行動に移していく必要を感じます」と指摘して

いる。

2. 当院の現状と退院促進委員会の取り組み

(1) 当院の現状

当院は山梨県甲府市にある315床の単科の精神科病院である。入院部門では、急性期閉鎖、慢性期閉鎖、準開放、開放、アルコール専門の5つの病棟を有する。また、外来部門ではデイケア(以下、DC)、ナイトケア¹⁵⁾、外来OT等を実施し、福祉では旧精神保健福祉法上の精神障害者生活訓練施設(以下、援護寮)¹⁶⁾、精神障害者通所授産施設、障害者自立支援法上のI型の地域活動支援センター¹⁷⁾、相談支援事業、地域生活援助事業(3ヵ所のグループホーム)を実施している。退院支援については、平成18年度からは看護部内に訪問看護室を創設し、退院前訪問指導等を積極的に行うものの、診療報酬の改定や医師の減少等の影響から、長期入院者の退院促進が叫ばれるようになり、Dr、Ns(原則3ヵ月を入院期間とするアルコール専門病棟を除く病棟から1名ずつ)、OT、CP(臨床心理士)、PSW(筆者)、援護寮(PSW)、デイケア(PSW)といった他職種を構成メンバーとする退院促進委員会を立ち上げた。退院促進委員会では開放及び準開放病棟を対象にしたプログラムを検討する「退院促進プログラムグループ」(以下、退院促進G)と入院者が病院以外の生活を経験する場、スタッフが病院以外で入院者の生活を理解する場について検討する「体験施設検討グループ」を委員会内に設けると共に、入院者のニーズ把握を目的に退院に対するアンケート調査を実施した。

(2) 入院者の状況

アンケート調査は基本属性、退院希望の有無、退院に対して不安な事、退院希望先等を内容とし、平成18年11月8日から11月17日までの間、開放及び準開放病棟入院中の全ての者(134名)を対象に、病棟看護師がそれぞれ入院者に説明を行い、同意の得られた者に対して調査表に沿って聴取するという形で実施した。なお、本論における調査結果に関しては、筆者が単独で統計

及び分析作業を実施した。

表3は有効回答者(126名)の基本属性を病棟別にまとめたものであるが、開放病棟、準開放病棟共に、性別では男性、診断名別では統合失調症、入院回数別では2～10回未満の者が多いものの、年齢では開放病棟で65歳以上の割合が準開放病棟に比べ高く、在院期間も20年以上の割合が高くなっており、平均在院期間は準開放病棟に比べ1203.6日多くなっていた。また、開放病棟は準開放病棟に比べ、家族としては親ではなく、きょうだいの割合が高くなっていったことから、開放病棟は入院者の高齢化と長期入院化、キーパーソンとしての家族の世代交代が進んでいると云える。

また、表4は有効回答者の退院希望、退院促

進Gが検討しているプログラムへの参加希望、退院希望先、退院に対して不安なことについて病棟別にまとめたものであるが、開放病棟、準開放病棟共に退院希望は7割程度、プログラムへの参加希望は3～4割であり、退院希望先は自宅、不安な事は金銭管理、生活費、食事で高い割合を示していたが、準開放病棟では開放病棟に比べケアパートや援護寮を希望する割合が高く、不安な事として洗濯・掃除で高い割合を示し、逆に開放病棟では不安な事として家族が高い割合を示していた。また、社会資源の認識については、開放病棟、準開放病棟共にデイケア、支援センター、援護寮に対する認識が他の社会資源に比べ高い割合を示したものの、準開放病棟は開放病棟に比べ、全体的に低い割合を示し

表3 有効回答者の基本属性

病棟	財団法人 住吉病院	
	開放病棟	準開放病棟
入院者	71名	55名
性別		
男性	49名(69.01%)	35名(63.64%)
女性	22名	20名
診断名別		
統合失調症	64名(90.14%)	49名(89.09%)
感情障害	2名	2名
てんかん	1名	2名
アルコール依存症	2名	
その他	2名	2名
年齢別		
10代	0名	0名
20～40歳代	2名	3名
40～65歳代	44名(61.97%)	39名(70.91%)
65歳以上	25名(35.21%)	13名(23.64%)
平均年齢	60.93歳	57.95歳
在院期間		
1年未満	10名	10名(18.18%)
1～5年	18名(25.35%)	17名(30.91%)
5～10年	13名(18.31%)	11名(20%)
10～20年	11名	7名
20年～	19名(26.76%)	10名(18.18%)
平均在院期間	4736.6日	3533日

病棟	開放病棟	準開放病棟
入院回数		
1回	13名(18.31%)	7名
2～10回	51名(71.83%)	40名(72.73%)
10～20回	3名	8名(14.55%)
20回以上	4名	0名
平均入院回数	5.24回	5.22回
家族		
配偶者	3名	2名
親	12名(16.9%)	16名(29.09%)
きょうだい	46名(64.79%)	31名(56.36%)
子ども	1名	1名
その他	9名	5名

表4 退院に関するアンケート調査結果（有効回答者 全体）

	開放病棟	準開放病棟
入院者	71名	55名
退院希望		
はい	49名(69.01%)	39名(70.91%)
いいえ	20名	16名
分からない	2名	
プログラム参加希望		
はい	28名(39.44%)	19名(34.55%)
いいえ	36名	34名
分からない	7名	2名
退院先の希望		
自宅	51名(71.83%)	36名(65.45%)
アパート	7名(9.86%)	7名(12.73%)
援護寮	2名	6名(10.91%)
グループホーム	1名	1名
その他	3名	5名

不安な事		
金銭管理	32名(45.07%)	22名(40%)
生活費	30名(42.25%)	15名(27.27%)
服薬	18名(25.35%)	11名
食事	22名(30.99%)	19名(34.55%)
住居	12名	10名
洗濯・掃除	13名	15名(27.27%)
交通機関	16名	12名(21.82%)
家族	25名(35.21%)	10名
社会資源		
訪問看護	28名(39.44%)	16名(29.09%)
ホームヘルプ	17名(23.94%)	12名(21.82%)
デイケア	42名(59.15%)	14名(25.45%)
ナイトケア	21名(29.58%)	8名(14.55%)
支援センター	34名(47.89%)	15名(27.27%)
援護寮	32名(45.07%)	18名(32.73%)
グループホーム	14名(19.72%)	7名(12.73%)

ていた。この結果から準開放病棟では自宅以外を退院先として考え、洗濯・掃除といった生活する上で必要な行動に対する不安を挙げる者がいる一方で、開放病棟は自宅への退院希望が強く、家族の協力が得られるか不安である者が多く、このことは表3で挙げた開放病棟入院者の高齢化と長期入院化、キーパーソンとしての家族の世代交代と関連があることが推察される。ただ、退院先として自宅以外の選択肢を挙げている者が多い準開放病棟で社会資源を知っている者の割合が全体的に低いことから、社会資源は知っているだけでは退院希望には結びつかず、情報提供だけでなく、退院後の利用まで視野に入れた働きかけ、支援が重要であると云える。

次に、表5はプログラムへの参加を希望した開放病棟28名、準開放病棟19名、合計47名(37.3%)の基本属性をまとめたものであるが、性別は男性、診断名は統合失調症、年齢は40歳以上、入院回数は2～10回未満、家族はきょうだいの割合が他に比べ高いというのは表3で挙げた全体（有効回答者）と同様の傾向を示していたが、在院期間では1年未満の割合が高くなっていた。

そして、表6はプログラム参加希望者の退院希望先、不安な事、社会資源に対する認識についてまとめたものであるが、自宅への退院希望は7割弱、アパートや援護寮を希望する者がそれぞれ1割程度であり、不安な事としては金銭管理、生活費、食事、家族、服薬の順で高い割合を示していた。また、社会資源に対する認識については、ナイトケア、グループホーム、ホームヘルプサービスに対する認識は2～3割台、他の社会資源については4～5割台であり、全体（有効回答者）に比べ高い割合を示していたことから、プログラム参加希望者は社会資源を退院後の生活に結びつけている者が多いと云える。

3. 当院の退院準備プログラムの取り組み

退院促進委員会内に設けられた「退院促進G」は、OT、CP、Ns（準開放病棟、開放病棟から1名ずつ）、PSW（筆者）から構成され、月1回のペースで上記の先行実践、アンケート調査結果等を参考にプログラム内容の検討を行い、「住吉病院 退院準備プログラム」を作成した（表

表5 退院準備プログラム参加希望者の基本属性

参加希望者	47名
性別	
男性	34名(72.34%)
女性	13名
診断名別	
統合失調症	41名(87.23%)
感情障害	1名
てんかん	1名
その他	4名
年齢別	
20～40歳代	1名
40～65歳代	33名(70.21%)
65歳以上	13名(27.66%)
平均年齢	59.19歳
在院期間	
1年未満	10名(21.28%)
1～5年	14名(29.79%)
5～10年	6名
10～20年	8名
20年～	9名(19.15%)
平均在院期間	3750日

入院回数	
1回	8名(17.02%)
2～10回	30名(63.83%)
10～20回	5名
20回以上	4名
平均入院回数	6.2回
家族	
配偶者	1名
親	8名(17.02%)
きょうだい	29名(61.7%)
子ども	2名
その他	7名(14.89%)

表6 退院に関するアンケート調査結果（退院準備プログラム参加希望者）

退院先の希望	自宅	32名(68.09%)	不安な事	金銭管理	23名(48.94%)	社会資源	訪問看護	22名(46.81%)
	アパート	6名(12.77%)		生活費	18名(38.3%)		ホームヘルプ	17名(36.17%)
	援護寮	5名(10.64%)		服薬	13名(27.66%)		デイケア	23名(48.94%)
	グループホーム	2名		食事	16名(34.02%)		ナイトケア	13名(27.66%)
	その他	5名(10.64%)		住居	8名		支援センター	24名(51.06%)
				洗濯・掃除	11名		援護寮	20名(42.55%)
		交通機関	10名	グループホーム	11名(23.4%)			
		家族	14名(29.79%)					

7参照)。本プログラムは、①参加はクローズドで、②多職種スタッフが関り、③地域で生活する上で必要な要素として挙げられる「医」・「食」・「住」に該当する内容を、③見学や実習といった体験等を通して、④参加者がプログラム毎に渡される資料をファイルにそれぞれ綴じ、書き込んでいくという形で進められ、⑤ファイルは

最後の閉会式で修了証、全員で撮った写真と共に院長から直接参加者に手渡されるといった特徴が挙げられる。本プログラムにおいて、開会式、閉会式以外は、「住」に該当する利用できる制度の学習(②)、援護寮、グループホームの見学(③、④)をPSWが担当し、DCの見学と訪問看護、外来OTについての学習(⑤)をDC、

表7 住吉病院 退院準備プログラム プログラム内容

1	開会式（自己紹介、プログラムについてのオリエンテーション等）
2	利用できる制度について勉強してみよう。
3	援護寮の見学をしてみよう。
4	グループホームの見学をしてみよう。
5	デイケア、外来 OT、訪問看護について知ろう。
6	1ヵ月の生活費について考えてみよう。
7	昼食を計画してみよう。
8	昼食を実際に食べてみよう。
9	健康管理（栄養・運動・睡眠等）について考えてみよう。
10	病気、薬について考えてみよう。
11	緊急時の対応について練習してみよう。
12	閉会式

訪問看護室、OT がそれぞれ担当した。また、「食」に該当する1ヵ月の生活費の検討(⑥)、昼食の計画及び実施(⑦、⑧)をOTが担当し、「医」に該当する健康管理(⑨)をNs、病気、薬(⑩)を薬剤師、緊急時の対応(⑪)をCPが担当し、プログラムの資料はそれぞれの担当者が作成した。そして、プログラムは病棟ごとに実施し(開放病棟、準開放病棟の順番)、病棟の懇談会において「退院促進G」のメンバーが説明を行い、最終的に同意の得られた入院者(7～9名程度)を対象に、週1回、1時間半のセッションを、計12回を1クールとし、3ヵ月かけて行い、スタッフは今後のプログラム内容の検討等を考慮し、OT、CP、PSW、Ns(担当病棟のみ、1名)

の計4名が1クール全てに参加することにした。

プログラムは平成19年5月から平成19年12月までの間に開放病棟、準開放病棟それぞれ1クールずつ、計2クールを実施し、それぞれの病棟で9名ずつ、計18名が参加した。18名のうち、上記のアンケート調査を受けた者が14名、残り4名は調査実施後(平成18年11月18日以降)に移棟及び入院しており、プログラム終了後1ヵ月で3名、2ヵ月で2名、3ヵ月で1名、合計6名(33.33%)が退院した。表8は退院した6名の基本属性をまとめたものであるが、表3で示した開放及び準開放病棟入院者全体(有効回答者、126名)に比べ、退院者は年齢も若く、入院回数、在院期間も短い者が多く、1名を除き、

表8 退院者(プログラム参加者)の基本属性

退院者(プログラム参加者)		
〈性別〉		〈在院期間〉
男性 4名	1年未満 1名	〈家族〉
女性 2名	1～5年 3名	親 5名
〈年齢〉	5～10年 1名	きょうだい 1名
20～40歳 3名	10～20年 1名	〈デイケア〉
40～65歳 2名	〈退院先〉	1名
65歳以上 1名	自宅 2名	〈訪問看護〉
〈入院回数〉	援護寮 2名	3名
1回 3名	アパート 2名	〈授産施設〉
2～10回 3名		1名

キーパーソンとしての家族は親であり、退院先は自宅、援護寮、アパートがそれぞれ2名ずつであった。そして、全ての退院者が退院後に社会資源（デイケア、訪問看護、授産施設）を1つ以上利用しており、退院に向けたPSWの支援を受けていた。それぞれのグループに対してプログラムを1クールずつしか実施していない為、退院者は退院阻害要因の少ない者が中心であり、退院阻害要因の多い者に対しては十分な効果を挙げたとは云えない。だが、実践を通して、精神科長期入院者への退院支援には退院に向けたプログラムと共に、それと並行したPSWの支援が必要であり、特に退院阻害要因の多い者に対しては効果を上げるまで本人と時間を共にする姿勢が重要であると云える。退院には、入院者が必要なスキルを身に付け、退院に向けた気持ちを準備する時間と共に、支援者が入院者の退院後の生活を一緒に考えていく準備の時間が必要である。退院支援には退院促進ではなく、退院準備という視点がとても重要なのである。

おわりに

今後、プログラム参加者の追跡、プログラム内容の検討等を行うと共に、家族を含めた環境への働きかけについて課題として取り組んでいきたい。

注

- 1) 驚田清一：「待つ」ということ，2006，pp. 9-10，角川書店。
- 2) 入院期間1年以上の患者に対して医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療または福祉サービスに関する計画を作って指導し、その患者が退院した場合の加算（退院時1回200点）と、地域移行を推進する部門に専従の精神保健福祉士を配置した医療機関が、入院期間5年以上の患者数を年間5%以上減少された場合の加算（1日5点）を創設。
- 福祉新聞 第2375号（平成20年2月18日）より。
- 3) 佐藤さやか・池淵恵美・安西信雄・井上新平：退院促進のために必要な心理社会的治療，精神障害とリハビリテーション，10(2)；2006，pp.107-114。
- 4) 精神障害者退院促進支援事業は大阪府で取り組まれた退院促進事業をモデルに、「精神科病院に入院している精神障害者のうち、病状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進すること」を目的に平成15年度から国庫補助事業として全国で実施され、平成18年10月からは障害者自立支援法に基づく都道府県の地域生活支援事業として実施されている。
- 5) ACTは「重い精神障害をもつ人々を対象にしたケアマネジメントの一類型であり、保健・医療・福祉にわたる包括的なケアを、地域において訪問援助・アウトリーチを中心にした方法を用いて、多職種チームが集中的に提供する科学的根拠に基づく援助方法」（大島，2004）であり、千葉県、京都府、岡山県、愛媛県等で実践が行われている。大島巖：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン，2004，精神看護出版。
- 6) 福田和恵：「本人の不安」と「家族の反対」二大阻害要因への集中的なアプローチ，精神看護，10(5)；2007，pp.27-34。
- 7) 安西信雄：厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指-1 精神科在院患者の地域移行、定着、再入院防止のための技術開発と普及に関する研究 平成15-17年度総括研究報告書，2006。
- 8) ①谷野亮爾・門田晋・宮部真弥子：チーム医療による長期入院患者の退院支援と地域生活支援，精神障害とリハビリテーション，7(1)；2003，pp.43-46。
②谷野亮爾・宮部真弥子：退院促進のため

- に必要な患者同士の支えあいとチームケア、精神障害とリハビリテーション、10(2);2006, pp.127-131.
- 9) ①熊谷直樹・安西信雄・池淵恵美：統合失調症圏在院患者に対する「地域生活への再参加プログラム」の無作為割付効果研究—疾患自己管理の知識の獲得を中心に、精神神経学雑誌, 105(12);2003, pp.1514-1531.
- ②安西信雄他：地域ケア時代の精神科デイケア実践ガイド, 2006, 金剛出版.
- 10) 河岸光子：退院促進グループ, 精神看護, 10(5);2007, pp.18-26.
- 11) 阿部哲敬・高橋豊・佐藤健一・佐久間啓：入院医療中心から地域生活への移行を实践するリハビリテーション, 精神障害とリハビリテーション, 11(1);2007, pp.40-46.
- 12) ①宮田量治：退院促進のために必要な薬物療法改革, 精神障害とリハビリテーション, 10(2);2006, pp.115-120.
- ②宮田量治：精神科病院の多職種チーム—チームはどうすればうまく長期在院者の退院促進に協力できるか—, 精神科臨床サービス, 7(4);2007, pp.521-529.
- 13) 原口晋一・小宮幹晃・香田真希子・篠田峯子：長期入院者に対する退院支援プログラム, 作業療法ジャーナル, 41(12);2007, pp.1088-1093.
- 14) 荒田寛：退院促進のために必要なチーム・地域ケア, 精神障害とリハビリテーション, 10(2);2006, pp.121-126.
- 15) 「ナイトケアは、通所者の地域生活を支える場の一つで、夕方の4時から8時までと定められており、精神科病院やクリニックで行われています。通所する理由としては、退院して夕方から夜間にかけての過ごし方が不安、自炊生活ができない、朝の起床が苦手で日中のデイケア利用が難しい、また、就労をしたり共同作業所、保健所などのデイケアに通っている人が夕方からの過ごし方で困っているなどが挙げられ、治療的には生活リズムを整えながら病状の安定を図り、必要なケアを提供することにあります。」日本デイケア学会：精神科デイケアQ&A, 中央法規, p.74, 2005.
- 16) 「精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適應することができるように、低額な料金で居室その他の設備を利用させ、必要な訓練および指導を行うことにより社会復帰の促進を図ることを目的とする。—中略—利用期間は2年を原則とし、1年以内の延長は可能である。」社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会：精神保健福祉用語辞典, 中央法規, p.322, 2004.
- 17) 「地域活動支援センターにⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型の類型を設け、それぞれ事業を実施する。Ⅰ型として相談事業や専門職員（精神保健福祉士等）の配置による福祉および地域の社会基盤との連携強化、地域住民ボランティア育成、普及啓発等の事業、Ⅱ型として機能訓練、社会適應訓練等、自立と生きがいを高めるための事業、Ⅲ型として運営年数および実利用人員が一定数以上の小規模作業所の支援の充実等が考えられ、国庫補助の対象となる。」坂本洋一：図説 よくわかる障害者自立支援法, 中央法規, p.105, 2006.

[実践報告]

遷延性意識障害者の身体障害者手帳における問題点の検討

松田陽子*
日高紀久江*
紙屋克子*

Key words : 遷延性意識障害, 実態調査, 身体障害者手帳, 福祉サービス

I. はじめに

疾病や事故がその人の生涯にわたり生活障害や社会生活課題を引き起こすことが多い。そして、その障害が長期になれば身体的・精神的・経済的問題が生じ、そこに社会保障に関わることになる。しかし、地域で生活する重度の障害者の中でも遷延性意識障害者（以後、意識障害者とする）の実態はいまだ十分に把握されていない。

意識障害者における調査は、1975年¹⁾、1985年²⁾に実施されたものの、それ以降全国規模での調査は行われていない。また、在宅療養者も含めた意識障害者の調査は、1997年に兵庫県³⁾で、1998年には茨城県⁴⁾において行われたものの、社会・福祉サービスの提供に必要な障害者の身体状況や要介護状態の生活実態は明らかになっていない。そこで、われわれは意識障害者の生活課題について2001年から継続的に調査を行ってきたが、調査を進めていく中で意識障害者における身体障害者手帳（以後、身障手帳とする）のあり方に関して疑問をもった。それは、意識障害者の多くが身障手帳1種1級を取得しているものの、その障害名について一人として同じ表記

が見られなかったことである。また、障害名においても上下肢機能全廃、体幹機能障害などの表記では、脳損傷に伴う意識障害という障害像を明確に表現できないため、障害像が理解されず必要な時に適切な社会・福祉サービスが受けられないというケースが見られた。そこで、これまでの調査結果を基に意識障害者における身障手帳の問題点の検討を行った。

II. 遷延性意識障害とは

1. 医学的観点から

1972年に Jennett and Plum⁵⁾は、遷延性意識障害者の病態像を提唱した。重篤な脳損傷を受けた後で、呼吸、循環、代謝、消化、排泄などの脳幹部の機能は維持され、深昏睡から開眼するまで回復しても周囲との意思疎通を制限されたまま長期間を生き続ける状態にある患者を「persistent vegetative state(遷延性植物状態)」として、その存在を明らかにした。そして、1976年にわが国でも日本脳神経外科学会が植物状態の診断基準を定めた¹⁾ (表1)。意識障害の治療法は国内外において未確立であり、またこれまで意識障害者は植物状態と表現されることが多

*Yoko Matsuda, Kikue Hidaka, Katsuko Kamiya : 筑波大学大学院人間総合科学研究科

表1 植物状態の診断基準

①自力で移動できない
②自力で摂取できない
③尿失禁状態にある
④目は物を追うが、認識できない
⑤「手を握れ」、「口を開け」などの簡単な命令に応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通ができない
⑥声は出すが、意味ある発語はできない

以上6項目を満たす状態が、いかなる医療の努力によってもほとんど改善することなく、満3ヵ月以上経過した場合

(日本脳神経外科学会, 1976)

かったが、社会医学的な観点や倫理的な問題等により、近年では遷延性意識障害と呼称するようになってきている。

2. 身体障害者としての社会福祉制度における位置づけ

障害者基本法において「障害者」は、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当の制限を受けている者と定義している。意思の疎通が困難であり、ADLに全介助を要する意識障害者を現行の身体障害者福祉法施行規則における身体障害程度等級表に当てはめれば、概ね肢体不自由で取り扱われ、①両上肢の機能を全廃したもの、②両下肢の機能を全廃したもの、③体幹の機能障害により座っていることができないもの、という機能全廃が一つでも該当すれば身障手帳1級になる。しかし、身障手帳では補装具や日常生活用具の利用に関するサービスが多く、意識障害者はこれらのいかなるサービスを受けても自立した生活はほぼ不可能である。意識障害者が地域で生活するには当然介護が必要になり、65歳以上であれば介護保険法、そして65歳未満では障害者自立支援法、児童福祉法が関わってくる。

近年、障害者施策が「措置」から「契約」へと法の転換が図られ、これまで行政が決定していた障害者福祉サービス内容は、障害者の自己

決定を尊重し自由に選択し、なおかつサービス事業者との関係では対等な立場でサービスを消費できるという時代が到来した。支費制度のスタートとなった2003年身体障害者福祉法(平成14法律50)の第1条法の目的は、「この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」⁶⁾としている。以後2006年同法(平成18法律20)では「この法律は障害者自立支援法(平成17年法律第123号)と相まって、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。」⁷⁾としている。この法の目的に鑑みれば、重度の障害をもつ意識障害者は当然のことながら保護を必要とする対象であるものの、医療および福祉の専門職においていまだ障害像の理解や認識が少ない現状にある。その理由として、両上肢の機能の全廃、体幹の機能障害という表記では、意識障害者の障害像を明確にできないことが挙げられる。

III. 研究方法

2003年に実施した、遷延性意識障害者・家族会に所属している在宅遷延性意識障害者と主介護者を対象に行った回答者85名と、2005年に茨城県保健福祉部の協力を得て、市町村・訪問看護ステーションを介して実施した実態調査における回答者33名を対象にした。なお、身体障害者は、身体障害者福祉法第4条の18歳以上のものをいうが、身体状況と障害名および身障手帳表記名の検討を要するため、本調査では児童福祉法第4条の障害児も調査対象者とした。これらの調査は郵送による質問紙法で行い、調査時には筑波大学の倫理委員会の審査を受け、また調査協力者、つまり意識障害者の代諾者として家族から書面により承諾を得ている。

調査内容は、意識障害者の基本属性、意識レベル、身体機能、ADLの状態、さらに身体障害

者手帳の等級、障害名、交付までの期間、現在利用している制度などであり、調査結果の数量的な評価に加え、身障手帳において問題と考えられる事例の検討を行った。

IV. 調査結果

1. 意識障害者の基本属性 (表2)

意識障害者は男性が76名 (64.4%) を占め、女性より多かった。全体の平均年齢は41.1±21.9歳 (範囲：7～94歳) であり、年齢を18歳未満、19～40歳未満、40～64歳未満、65～75歳未満、75歳以上に分類すると、18歳～40歳未満が62名 (52.5%) と最も多く、次いで40歳～64歳が25名 (21.2%) であった。意識障害に至った原因は脳外傷が最も多く、中でも交通事故が62名であり全体の52.5%を占めていた。受傷・発症から調査時までの意識障害持続期間は、平均8.4±5.8年、最長は28年におよんでいた。また、分布でみると5～10年未満が45名 (38.1%) と最も多かった。

意思の疎通、すなわちコミュニケーションにおいては、コミュニケーションが「とれない」は70名 (59.3%)、「どちらともいえない」は23名 (19.5%) であった。一方、コミュニケーションがとれると回答した人は20名であったが、表情やまばたきなどから介護者が意識障害者の意思を読み取るという方法で行っていた。また、医療行為に関しては、気管切開による吸引を必

表2 意識障害者の基本属性

		人数	%
性別	男性	76	64.4
	女性	42	35.6
年齢構成	18歳未満	11	9.3
	18～29歳	32	27.1
	30～39歳	30	25.4
	40～49歳	6	5.1
	50～59歳	12	10.2
	60～69歳	11	9.3
	70歳以上	16	13.6
発症原因	脳外傷 交通事故	62	52.5
	その他	10	8.5
	脳血管疾患	29	24.6
	その他	17	14.4
意識障害持続期間	1年未満	2	1.7
	1～3年	10	8.5
	3～5年	26	22.0
	5～10年	45	38.1
	10年以上	34	28.8
	NA	1	0.8

(n = 118)

要とする障害者は118名中48名 (40.7%)、経管栄養は76名 (64.4%) であった。

2. 社会・福祉サービスの利用状況 (図1)

訪問型サービスの利用者は93名であり、利用者の中で訪問看護の利用は74名 (79.6%) で最も多く、次いで訪問診療が62名 (66.7%) であっ

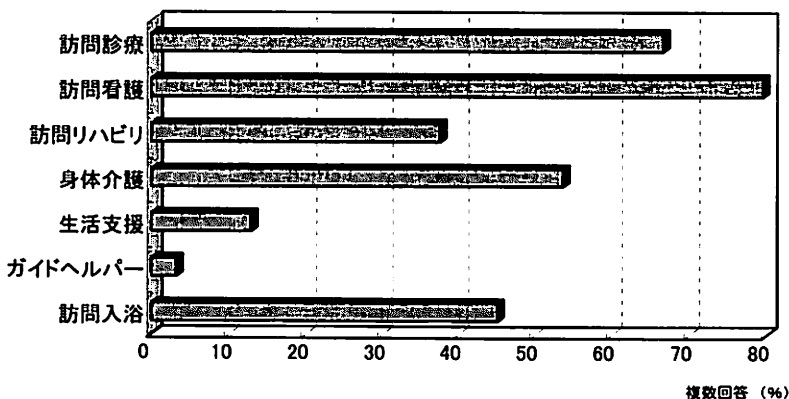


図1 訪問型サービスの利用状況 (n = 93)

た。ホームヘルプサービスの利用者は、身体介護が50名（53.8%）、生活支援12名（12.9%）であった。一方、通所型サービスの利用者は40名であり、ショートステイ利用者における利用率は17名（42.5%）であった（図2）。

3. 身体障害者手帳取得状況

身体障害者手帳は、意識障害者118名中114名が所持し、その内112名（98.2%）が身障手帳1種1級であった。また、身障手帳の障害名は、全員が障害程度等級表の肢体不自由の各部位の障害の組み合わせであり、表記分類では「上肢と下肢の組み合わせ」が35名（30.7%）と最も多かった。次いで、「上肢・下肢・体幹の組み合わせ」が22名（19.3%）、また「体幹のみ」が16名（14.0%）であった。さらに、身障手帳交付までの期間は、発症から1年未満が48名（42.1%）で最も多かった。交付までの期間の平均は13.2±

16.2ヶ月であり、最短は1ヶ月、最長は125ヶ月（10.4年）であり、5年以上を有した意識障害者が3名いた（図3）。

4. 身体障害者手帳に関する事例検討

意識障害者において、身障手帳では全員が肢体不自由に分類されていた。その中で、意識障害の原因となる脳損傷に関する障害名の表記もあった事例は2例のみであった。

(1) 障害名に「脳」の表記があった事例

表3に身障手帳の表記名を示したが、ID 10は昭和57年8月発症、12歳の時に医療事故により意識障害となった。意識の状態は、開眼しているが声かけには反応は見られず、外見的に意思の表出はほとんどないが、「あ〜」「う〜」などの発声はある。運動機能では自ら身体を移動することはできず、排泄はおむつを使用している。経口からの栄養摂取は可能であり、気管切開は

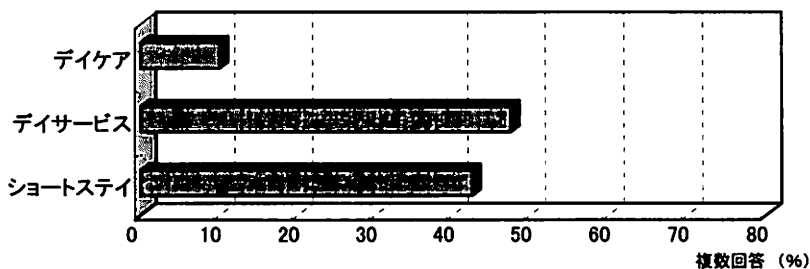


図2 通所型サービスの利用状況 (n=40)

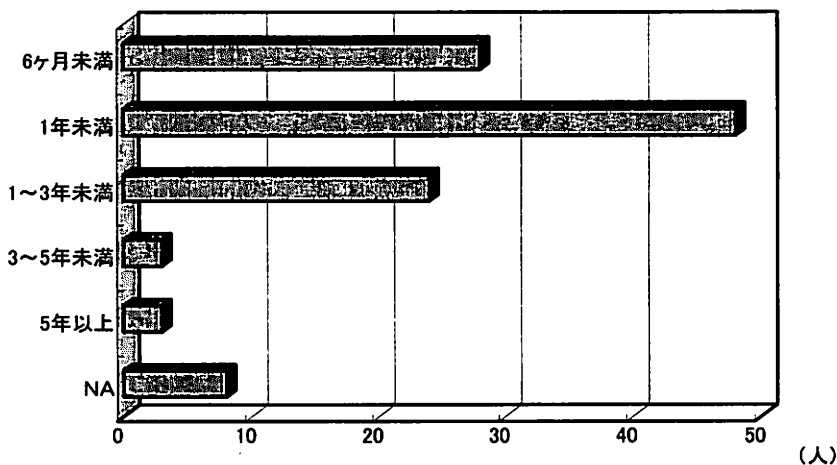


図3 身体障害者手帳交付までの期間 (n=114)

表3 身体障害者手帳の障害名

1	原因不明の脳炎による両上下肢の機能の著しい障害	52	頭部外傷による四肢体幹機能障害
2	両上肢機能全廃（1級）、両下肢機能全廃（1級）	53	四肢麻痺
3	頭部外傷	54	四肢麻痺
4	両上肢機能全廃（1級）、両下肢機能全廃（1級）	55	四肢麻痺（1級）、呼吸機能障害（3級）
5	肢体不自由両上下肢機能障害	56	交通事故による四肢体幹機能障害
6	頭部外傷による体幹機能障害により歩行、起立、座位不能	57	頭部外傷による両上肢機能障害（1級）、体幹機能障害（2級）
7	両上下肢機能全廃	58	頭部外傷による四肢体幹機能障害
8	体幹機能障害（座位不能）	59	両下肢機能全廃
9	両上肢機能全廃（1級）、両下肢機能全廃（1級）	60	疾患による体幹機能障害（座位不能）
10	脳循環障害による四肢麻痺、両上下肢機能全廃、体幹不自由のため座位保持及び寝返り不自由	61	多発性脳梗塞による四肢機能障害
		62	脳挫傷による四肢体幹機能障害
11	両上肢機能全廃（1級）、両下肢機能全廃（1級）	63	脳挫傷による四肢体幹機能障害
12	四肢機能障害（1級）、右下肢3cm以上短縮（7級）	64	肢体不自由両下肢機能障害
13	両上肢機能全廃、体幹機能障害（座位不能）	65	四肢麻痺
14	動脈瘤破裂によるクモ膜下出血、脳梗塞による両上下肢機能全廃	66	両上肢機能全廃、両下肢機能全廃
		67	四肢体幹機能麻痺
15	四肢機能障害	68	頭部外傷による四肢体幹機能障害
16	低酸素脳症による両上下肢機能全廃	69	右片麻痺
17	両上肢機能の全廃、両下肢機能の全廃	70	外傷による四肢麻痺
18	両上肢機能全廃、両下肢機能全廃	71	交通事故による両下肢、両下肢機能全廃
19	頭部外傷による体幹機能障害	72	頭部外傷による四肢体幹機能障害
20	頭部外傷による音声、言語機能の喪失、両上下肢の機能全廃	73	四肢麻痺
21	脳挫傷による両上下肢機能障害	74	頭部外傷による四肢体幹機能障害
22	四肢麻痺、両上下肢の機能全廃	75	事故による四肢体幹機能障害（1級）
23	頭部外傷後遺症により両上下肢機能の著しい障害	76	頭部外傷による四肢体幹機能障害（1級）
24	脳挫傷による体幹機能障害、四肢けい痙性麻痺	77	四肢麻痺
25	疾病による両上肢機能障害、体幹機能障害、呼吸機能障害（1級）	78	交通事故による両上下肢機能全廃
		79	四肢体幹機能障害、そしゃく機能障害
26	疾病による体幹機能障害	80	疾病、頭部外傷による両上肢機能全廃（1級）、起座不能な体幹機能障害（1級）
27	外傷による両上肢機能障害、体幹機能障害	81	両上肢機能障害、体幹機能障害
28	脳挫傷による体幹機能障害	82	外傷による両上肢機能障害、両下肢機能障害、体幹機能障害
29	脳挫傷による体幹機能障害	83	脳血管障害による両上肢機能障害、体幹機能障害
30	外傷による体幹機能障害	84	脳性麻痺、脳出血による体幹機能障害
31	疾病による両上肢機能障害（1級）、体幹機能障害（体幹機能障害1級）、呼吸機能障害（1級）	85	疾病による両上肢機能障害、両下肢機能障害、音声機能言語機能消失
32	外傷による両上肢機能障害、体幹機能障害		
33	無酸素性脳症による体幹機能障害	86	心臓機能障害
34	外傷による体幹機能障害	87	外傷による体幹機能障害
35	両上肢機能障害、体幹機能障害	88	脳卒中障害による左上肢障害、左下肢障害
36	脳幹梗塞上下肢全廃	89	脳血管障害、両上肢機能障害、両下肢機能障害
37	上下肢機能障害	90	脳血管障害による体幹機能障害
38	両上下肢機能全廃	91	体幹機能障害
39	上下肢機能障害、全廃	92	疾病による両上肢機能障害、体幹機能障害
40	頭部外傷による四肢体幹機能障害	93	脳血管障害による右大腿切断（3級）、左下肢機能障害（3級）
41	頭部外傷による四肢体幹機能障害		
42	脳血管の疾患による四肢体幹機能障害	94	脳血管疾患による体幹機能障害
43	四肢体幹機能障害	95	外傷による両下肢機能障害
44	頭部外傷による水頭症による四肢体幹機能障害	96	脳挫傷による体幹機能障害
45	交通事故による両上肢下肢の機能全廃、脳挫傷による音声、言語機能の喪失	97	体幹機能障害、視力光覚減
		98	脳血管障害による両上肢機能障害、下肢体幹機能障害
46	頭部外傷後遺症及び両上下肢機能の著しい障害	99	疾病による左上腕機能障害、体幹機能障害
47	脳挫傷による四肢体幹機能障害	100	疾病による音声機能又は言語機能の著しい障害
48	頭部外傷による四肢体幹機能障害	101	外傷による両上肢機能障害、体幹機能障害
80	頭部外傷		
50	四肢機能障害		
51	外傷による四肢機能障害		*身体障害者手帳1種1級で、障害名の記載のあった101名

していない。

身障手帳の表記名は、「脳循環障害による四肢麻痺、両上下肢機能全廃、体幹不自由のため座位保持及び寝がえり不自由」で1種1級となっており、発症から1ヶ月で身体障害者手帳を取得している。しかし、この事例では、脳循環による肢体不自由としての障害名は表記され、上下肢がまったく動かせない状況であることは理解できるものの、発語はない、コミュニケーションもとれないという障害像までは読み取ることにはできない。意識障害者は調査時33歳、主介護者は61歳の母親であり、意識障害の持続期間は21年であった。

(2) 「音声、言語機能の喪失」について付加している事例

ID 45の意識障害者は、平成8年5月発症(当時20歳)し、交通事故により意識障害に至っている。日常生活動作は全介助であり経口からの栄養摂取で、家族とのコミュニケーションは発声および表情を介護者が読み取っていた。身障手帳の表記名は、「交通事故による両上肢下肢の機能全廃、脳挫傷による音声、言語機能の喪失」である。身障手帳は1種1級であり、発症後9ヶ月で取得している。調査の中では本事例のみに音声機能、言語機能の表記がみられた。表記名においては、交通事故を原因に両上下肢が動かせず言葉は話せないという障害像は読み取れるものの、意識やコミュニケーション能力についてはまったく示されていない。調査時、意識障害者は28歳であり、主介護者は53歳の母親、意識障害持続期間は7年4か月であった。

(3) 身障手帳と要介護状態の包括的支援とに矛盾のある事例

2005年調査時の40歳男性の事例である。28歳の時の交通事故により発生し、12年間意識障害が続いている。主介護者は実母で61歳、障害特性として日常生活動作全般にわたり全介助を要し、気管切開口からの吸引は昼夜を問わず頻回に行わなければならない。経管栄養により栄養

管理しており、コミュニケーション方法はいまだ確立していない。身障手帳は1種1級を所持し、手帳交付までに発症から9ヶ月を要し、障害名は、「外傷による両上肢機能障害、体幹機能障害」であった。

当時利用していた社会・福祉サービスは、医療保険による訪問診療(1回/月)、訪問看護(2回/週)であり、訪問看護の日のみ10分間ベッド上で座位をとっていた。清潔に関しては、自治体単独事業の訪問入浴(2回/週)のサービスを受けていたが、身障手帳で活用できるサービスは見当たらなかった。本事例では、身障手帳の日常生活用具は、車椅子の購入には役立っていたが移動用リフトなどは活用できなかった。また、地域において社会資源の準備がないために、身障手帳に基づいた支援費制度のショートステイ、デイサービス、ホームヘルプのいずれも利用できなかった。加えて、介護者も高齢になり、休息の目的で週1回7時間の訪問看護を全額自己負担して休養をとっている状況であるものの、介護保険法の適応でないためケアマネジャー等の相談できる専門職がいなかった。さらに、法制度において最も大きな問題は、意識障害者は介護保険上では「要介護度5」の状態にあり、40歳の第2号被保険者の年齢に達しているものの、特定疾病の制限により障害者は保険料を払いながら介護に必要な福祉サービスを利用できないという矛盾が生じていたことである。

V. 考察

1. 意識障害者における身体障害者手帳

昭和59.10.25社更第170号厚生省社会局厚生課長通知⁸⁾では、「遷延性意識障害についても一般的に回復の可能性を否定すべきではなく、また、入院中のケースは一般的には医学的管理を要する状態であるが、個々の症例に応じ、医師が常時の医学的管理が必要でない」と判断するような場合には、身体障害者手帳の交付の対象として差し支えない。」と報告している。以後、平

成15年2月27日、厚生労働省社会・援護局保健福祉企画課長通知でも意識障害者を身障手帳の対象と考えられる⁹⁾¹⁰⁾としている。本調査の結果においても、意識障害者の9割以上が身障手帳を取得していることから、交付に関しての問題はないと思われる。しかし、身障手帳の表記名において、脳および音声、言語機能の喪失が記載されていたのは意識障害者101名中、事例1および2のみであった。これらの表記の記載により事例1、2が福祉サービスを特別優遇されたわけではないが、上下肢機能全廃、体幹機能障害の組み合わせ、また聴覚・視覚や音声、言語機能の喪失など、身体各部の障害をいくつ組み合わせても、意識障害者の障害像を説明することは難しい。したがって、意識障害者に関わったことのない福祉職が障害像を理解するのは当然困難なのではないかと思う。さらに、身障手帳の交付までの期間において、調査では発症から平均1年以上を要していた。近年のように疾患・受傷の急性期を過ぎるとすぐに在宅生活へと移行する状況下においては、身障手帳の早めの交付が望ましいのではないかと思う。

2. 身体障害者手帳と社会・福祉サービス利用について

2003年の調査では通所型サービスの利用が極めて少なく、ホームヘルプサービスの時間は地域間格差が大きく、加えて吸引や経管栄養など医療行為が必要であることから、身障手帳では福祉サービスを活用できないという実態もみられた。一方、2005年の調査では、介護保険施行後の65歳以上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。全体的にみると、本調査では40歳未満、40-64歳の若年・成人の意識障害者が多く、要介護高齢者に比べて介護保険適用外の意識障害者は、介護やソーシャル・サポートが十分でなく福祉サービスの利用において制約をうけている事例が多く見られた。

前述した3つの事例においても、事例1、2ではデイサービスという形で社会との接点を構

築できていたが、事例3では在宅において12年間ベッド上で生活しており、長期におよぶ介護が家族に大きく依存していたことは明らかである。事例1、2においては、主介護者は心身の疲労や健康に対する不安などを訴えていたが、事例3ではこれらの内容に加え介護者一人で昼夜の介護には限界があることなど、介護負担感を強く感じていた。身障手帳は身体障害者福祉法の対象者であることを証明しているが、障害像が明確でないことにより身障手帳で福祉サービスを活用できないことや、介護保険法に比べてサービスを受けにくいならば、社会・福祉サービス間における公平性、平等性を欠くものと考えられる。これまで、身障手帳は主に補装具や日常生活用具の利用に活用していたが、現在では介護や生活全般に至るまでその活用範囲は拡大している。医療の発展により障害像が多様化したことに伴い、身障手帳のあり方も変化しているのではないだろうか。

「第1種身体障害者」について規定したのは身体障害者旅客割引規則であるが、平成7年9月22日第26号規則第1条において、身体障害者は介護者とともにいる存在であることを、また第2条2項で身体が著しく障害された者、起居、移動が困難で身障手帳保持者と位置づけている¹¹⁾。一方、新法の障害者自立支援法⁷⁾と身体障害者福祉法の関係では、身体障害者手帳の有無が障害認定の前提になるが、第1条の目的に、「・・身体障害者福祉法、・・その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって・・」と表現されている。介護者なくして自らの力で生活することは困難である意識障害者は、身障手帳を所持することで障害者自立支援法における介護サービスを得ることが可能となり、いわば身障手帳は介護サービスを受けるためのパスポートともいえる。しかし、意識障害者においてそのパスポートの表記名により問題が生じているならば何らかの対策が必要なのではないだろうか。上肢および下肢機能の全廃、体幹機能障害など、身体機能の分断あるいは結合した障害表記名の検討も重要であるが、まずは全身性の重複障害

のある意識障害者の障害像を理解するための対策を講じる必要があるのではないかと考える。

3. 社会福祉制度における意識障害者の位置づけとは

身体障害者福祉法における身体障害者手帳制度は、肢体不自由にはじまり内部障害、そして近年では HIV など、時代による疾病構造の変化とともに変遷してきた。しかし、意識障害者においては、わが国においても1970年代からその存在は明らかになったものの、在宅療養が推進される昨今まで地域で生活する意識障害者は少なかつたのではないだろうか。したがって、前述してきた問題は先鋭化されず社会福祉の領域で十分な議論や検討がなされてこなかったと考えられる。新法の障害者自立支援法の重度障害者等包括支援¹²⁾では、意思疎通に著しい困難を伴う状態像の例として ALS 等の他、遷延性意識障害者を挙げられるようになり、意識障害者が障害者福祉サービス運用に位置づけられたともいえる。身体障害者手帳には意識障害の位置づけがないものの、障害者自立支援法で表記されたことは福祉領域における時代の変遷の一つといえるかもしれない。

さらに、意識障害の主な原因は頭部外傷から脳血管障害、そして溺水や窒息などによる心肺停止による低酸素脳症など多岐におよんでいることから、意識障害はあらゆる年齢層で発症することから、意識障害はあらゆる年齢層において常時介護が必要な状態であることから、身体障害者福祉法、障害者自立支援法、介護保険法、難病問題として特定疾患治療研究事業など多くの制度に関連しているが、それがより意識障害者の存在を複雑にしているとも考えられる。そして、意識障害者はこれらの諸制度に囲まれた中で取り残されているような感もあることから、諸制度における意識障害の明確な定義ないしは障害の取り扱い規定等の統合化が必要なのではないかと思われる。さらに、本稿はあくまでも意識障害者における身体障害者の問題を検討することであるが、調査においても若年・成人者

が多く、また事例検討からも今後は障害者自立支援法において効果的にサービスを活用・運用するマネジメント機能がないことも問題であると考える。

障害者基本法第12条3項において、国及び地方公共団体は、障害者とその年齢及び障害の状態に応じ、医療、介護、生活支援その他自立のための適切な支援を受けられるよう必要な施策を講じなければならない⁷⁾、と謳っているが、意識障害者においてもこの法の精神が具体的な施策として統合化されることを期待したい。

VI. おわりに

社会福祉制度の中で、措置から契約への新時代は障害者およびその家族の QOL 抜きには語れない。医療および福祉の双方を必要とする若年の意識障害者においては、身障手帳は新たなキーポイントとなるのではないだろうか。

身障手帳と連動する重度心身障害者医療費助成制度は、国を除く自治体で重度障害者の福祉に多大な貢献をしてきた。支援費制度から障害者自立支援法へと、福祉制度は今まさに変革を遂げているが、今後の障害者施策においては歴史と未来を凝視し、質的向上と固有の存在として意識障害者の尊厳に深く寄与することを強く願っている。

文献

- 1) 鈴木二郎・児玉南海雄：植物状態患者の社会的背景と今後の問題，神経研究の進歩，1976；20(5)，181-189.
- 2) 中澤省三・小林士郎・石郷岡聡：植物状態患者の疫学的研究，日本医事新報，1986；3266，26-31.
- 3) 兵庫県健康福祉部：兵庫県遷延性意識障害者実態調査，1997.
- 4) 茨城県衛生部保健予防課：遷延性意識障害者実態調査結果の概況，1998.
- 5) Jennett B, Plum F: Persistent vegetative

state after brain damage. A syndrome in search of a name. *Lancet*, 1972 ; 1, 734-737.

- 6) 大阪ボランティア協会編：福祉小六法, 2003.
- 7) 社会福祉六法, 平成20年版, 新日本法規.
- 8) 北海道生活福祉部障害福祉課：身体障害者福祉法指定医師に係る関係法令通知集, 平成9年3月.
- 9) 茨城県保健福祉部障害福祉課：身体障害者手帳診断書作成の手引き—身体障害者福祉法第15条指定医師参考資料一, 平成18年3

月.

- 10) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知：「身体障害認定基準の取り扱いに関する疑義について」, 平成15年2月27日, 障企発第0227001号.
- 11) 身体障害者旅客運賃割引規則, 昭和62年4月1日.
- 12) 重度障害者等包括支援の取り扱いについて：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課, P3, 対象者状態像, 平成18年9月27日.

Problems associated with issuance of a physical-disability passbook to patients with persistent disturbance of consciousness

Yoko Matsuda, Kikue Hidaka and Katsuko Kamiya

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

The objective of this study was to investigate problems associated with issuance of a physical-disability passbook to patients with persistent disturbance of consciousness who live in the general population, based on surveys conducted in 2003 and 2005. The subjects were 118 patients with persistent disturbance of consciousness with an average age of 41.1 ± 21.9 years old. The most common cause of disturbance of consciousness was brain damage and the average duration of the disturbance was 8.4 ± 5.8 years. Of the patients, 114 had a physical-disability passbook, and 98.2% of these patients were categorized with disability of the highest level. The group with the largest number of patients (30.7%) was classified as having disability of “both upper and lower limbs”. A more detailed investigation showed that this description of the disorder does not help with understanding of the situation of people with disturbance of consciousness accompanying brain damage. Therefore, these patients do not receive appropriate medical and social welfare services, and young patients with disturbance of consciousness who are not covered by nursing-care insurance do not receive sufficient care and social support, with use of social welfare services restricted in many cases. There were no problems with the percentage of patients issued a physical-disability passbook or the time taken to issue the passbook to patients with disturbance of consciousness who have multiple severe disorders and a high level of medical dependence. However, the number of these patients who live in the general population is increasing due to shortening of hospitalization periods and reduction of long-term hospitalization. Therefore, measures to increase understanding of patients with disturbance of consciousness who are not eligible for social services, to explain the purpose of the physical-disability passbook, and to position these patients in the social welfare system are important issues for future studies.

編集後記

- ☆激変する社会経済と急速に進む少子高齢化は、社会保障のあり方を大きく揺さぶっている。特に医療、介護、福祉に関わる諸サービスは需要と供給との齟齬が色々な局面に露呈している。
- ☆医療福祉界においても介護保険制度導入以来業務内容に大きな変動が発生し、退院援助をはじめ在宅医療、地域ケアなど拡大化、拡散化の傾向が見られる。
- ☆加えて近年の改革は福祉の理念や哲学、思想よりも財政を機軸とする改革路線であり、これが、利用者、関係職員、経営者のいずれの立場においても決して有利ではない。
- ☆本誌第16号には、多くの会員の協力を得て、論文6編、実践報告2編、それに学会シンポジウム特集を組むことができ感謝している。
- ☆今回は査読にかなり多くの時間を必要としたために発行が遅れたことをお詫びしなければならぬ。
- ☆編集に際し、武田加代子会員がITを駆使して、首尾よく編集作業を支援して頂いた。深謝したい。
- ☆第17号の編集にすぐかかりたいと考えています。会員諸兄姉の積極的な寄稿をお待ちしています。
- ☆また、編集のあり方、本誌の出来具合など皆さんからの忌憚りの無いご批判とご教示をお願いします。

(編集委員長 岡本民夫)

「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り、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、純粹科学ではなく、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と考えていますので、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16号

発行日 2008年6月8日

編集 日本医療社会福祉学会・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 橘高通泰 (日本医療社会福祉学会会長)

編集責任者 岡本民夫 (日本医療社会福祉学会編集委員長)

印刷 (有) 木村桂文社

June 2008

JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 16

Articles

- Prevention of Burnout for Medical Social Workers
—Effectiveness of problem-solving behavior, social support
from outside hospitals, and professional trainings—
..... Kanako Youda, Eiji Kitazima & Chieko Tanaka
- Factors enabling home care for patients with persistent disturbance of consciousness:
a survey of the conditions of patients at hospitals and medical facilities
..... Kikue Hidaka, Katsuko Kamiya & Yoko Matsuda
- Family Difficulties of the Discharging Elderly Patients
—Assessment based on the multi-factors—
..... Ari Motosugi, Eiji Kitajima & Chieko Tanaka
- Grief Process of Fathers who Lost a Child from Cancer
—Some Suggestion for Medical Social Workers— Kumiko Miwa
- Issues regarding suicide survivors in Japan: A critical review of the literature
..... Yuki Ikawa
- The Social Worker's role and Originality Network analysis in the Three Facilities
..... Kayoko Miyauchi, Emiko Yako, Kayoko Tsuda,
Tomoko Arata & Shinobu Unno

Symposium

- Medical Social Workers who can Contribute the Community Chieko Tanaka
- Department of Medical Social Work at Kawakita General Hospital to
Reasonal Comprehensive Support Center Shihoko Watanabe
- Moving Care Services as a method of supportive system by the car
..... Yoko Aizawa
- Process and the Results for the Child Abuse Case with Medical Social Work Skills
..... Hiroyuki Amano

Practice Wisdom

- Discharging and initiating community living of long-term inpatients
from psychiatric hospital Shigeki Ashizawa
- Problems associated with issuance of a physical-disability passbook to
patients with persistent disturbance of consciousness
..... Yoko Matsuda, Kikue Hidaka & Katsuko Kamiya
-

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)