

# 医療社会福祉研究

## 第24巻

---

### 基調講演

江戸から見るとー生活と養生

田中優子

### 論文

退院支援において病院運営管理部門は

ソーシャルワーカーに何を期待しているのか：

回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象とした

ソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より

高山恵理子・山口麻衣・小原真知子・高瀬幸子

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズに関する研究

ー要介護高齢者に対するインタビュー調査に基づいてー

鈴木裕介

成年後見人による認知症高齢者の

自己決定支援に対する意識についての実態調査

～リーガルサポート会員に対する調査を通して～

高橋正和

医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構成要素

鈴木裕介

### 調査報告

在宅看取り支援におけるケアマネジャーの役割の質の変容

ー文献レビューからの考察ー

大賀有記・森 朋子

### 実践報告

さまざまなタイプのクライアントを支援する際のポイント

～退院支援に関する事例研究～

柳田千尋

認知症患者の意思決定プロセスにおけるソーシャルワーク

～医学的評価とソーシャルワーカーの実感的評価のギャップから～

岡山菜美

---

2016年3月

日本医療社会福祉学会

## 「医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「医療社会福祉研究」は、医療社会福祉に関する研究論文、実践報告、調査報告、資料、書評などを掲載する。
2. 原稿は、他誌にすで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。同じデータ・事例・資料等に基づいて投稿者及びそのグループが執筆した別の論文・報告書等（共同執筆も含む）があれば、投稿時に添付すること。
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. 原稿提出期間は、特に定めるものを除いて、随時とする。
6. 原稿の送付先は、下記とする。

日本医療社会福祉学会事務局

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷デンゴビル2F

(公社) 日本医療社会福祉協会事務局内

電話：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

データファイルの宛先

メールアドレス [jsswh-post@jaswhs.or.jp](mailto:jsswh-post@jaswhs.or.jp) 学会事務局あて

7. 原稿が掲載されたものには、1編につき別刷り30部を贈呈する。

## 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。併せて電子メールによるデータファイルの提出を求める。
3. 「研究論文」「実践報告」「調査報告」には500字以内の日本語抄録をつける。また「研究論文」には200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. 引用文献は、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，発行年，書名，出版社名。

雑誌の場合 著者名，発行年，表題名，雑誌名，巻数，最初の頁-最後の頁。

# 目 次

## 基調講演

---

江戸から見ると—生活と養生	田中優子	1
---------------	------	---

## 論文

---

退院支援において病院運営管理部門は ソーシャルワーカーに何を期待しているのか： 回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象とした ソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より 高山恵理子・山口麻衣・小原眞知子・高瀬幸子		9
中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズに関する研究 —要介護高齢者に対するインタビュー調査に基づいて—	鈴木裕介	27
成年後見人による認知症高齢者の 自己決定支援に対する意識についての実態調査 ～リーガルサポート会員に対する調査を通して～	高橋正和	43
医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構成要素	鈴木裕介	55

## 調査報告

---

在宅看取り支援におけるケアマネジャーの役割の質の変容 —文献レビューからの考察—	大賀有記・森 朋子	69
---	-----------	----

## 実践報告

---

さまざまなタイプのクライアントを支援する際のポイント ～退院支援に関する事例研究～	柳田千尋	77
認知症患者の意思決定プロセスにおけるソーシャルワーク ～医学的評価とソーシャルワーカーの実感的評価のギャップから～	岡山菜美	91

## 〔基調講演〕

## 江戸から見ると——生活と養生

田中 優子\*

私たちはどうしても、ある時代に生きていますと、その時代の生活やその時代の価値観が絶対のものだと思い込んでしまいます。しかし違う。異なる時代の中では異なる価値観がある。私が江戸時代を専門にしたのはまさにそういう理由です。自分が生きている時代と正反対といってもいいくらい大きな違いがある価値観が存在した。それに大きな衝撃を受けました。それが私の大学生のころです。それで江戸時代を専門にするようになりました。時代が進歩するとすべてが進歩するのか。つまり良くなるのか。それをいつも私たちは課題にして持っていなければならぬと思います。

ここは日本女子大です。私は平塚らいてうを思い出します。ここは平塚らいてうの出身校だからです。2年ぐらい前、平塚らいてうをテーマにしたNHKの番組「日本人は何を考えてきたのか」のシリーズに出ました。らいてうは明治時代に女子大を出ている。しかもその女子大の中で英語も学んでおりキリスト教の影響も受けていながら、同時に座禅を組んでいた。つまり禅宗の勉強をしていたのです。その禅宗の勉強の中で、知識というものが単なる知識ではなく自分の内面を通して人間の総合的な知性になるという考えを持つのです。『青鞥』に「原始女性は太陽であった」という文章を書くのですが、驚くべき文章です。格調の高さというだけではなく、女性の自立は男に成り代わることではないとはっきり言っている。それが全国に知

られたとき、女性たちが青鞥社に集まってきてしまう。江戸時代も身分制度があるとはいえやはり女性たちのほとんどは働いていました。90パーセントぐらいの女性が働いているといっていると思います。専業主婦という存在は近代になってつくられた非常に特殊な存在でして、歴史のほとんどの時代には存在しません。男女とも働くのが当たり前なのです。子育ては家族皆でするのが普通の生活でした。

さて、江戸時代の医療はかなり進んでいました。江戸幕府ができてすぐにポルトガル医療が入って来ました。カトリックの中で発展した南ヨーロッパの医療です。しばらくすると北ヨーロッパの医療が入った。蘭医は幕府の正式な医者です。もちろん漢方医学つまり中国の医学が中心です。中心ではあるけれども必ずその片方にヨーロッパ医学に携わる人がいた。蘭医にいたっては桂川家という特定の家が蘭医を担う家として伝承されてきます。それが幕府の中にちゃんと位置づけられていた。ですからヨーロッパ医学を中心としたヨーロッパの学問が江戸時代にずっと継承されていたのです。ただしそれが幕府の中にあるということから分かるように決して庶民のものではない。しかも江戸時代の中期ころになりますと、もっと目立った形で表に蘭学者が出てくるようになり、その人たちは医学だけではなく本草学も担った。生薬だけではなく鉱物資源なども扱う自然界全体を相手にする学問が本草学です。それがヨーロッパから入っ

\*Yuko Tanaka : 法政大学

てくる博物学と重なってきますので、そういう分野もヨーロッパの学問と一緒に発達してきます。

つまり江戸時代というのはどういう時代かといえますと、東アジアの学問とヨーロッパの学問が一緒に日本の中にあるという時代です。そして価値観としては中国つまり東アジアの学問が中心だという認識があります。そして序列としては漢字文化圏である東アジアの学問が上であって下にヨーロッパの学問があると位置づけられています。本草学者はヨーロッパの博物学の本を随分参考にします。かなり早くから解剖ということが意識にあります。そして『解体新書』では、大体分かっている状態の中で翻訳作業を進めた。つまり解剖には価値がある。それはその中国医学が経脈を中心にしながら体を診ているのに対して、血管や神経——ちなみに神経という言葉は『解体新書』の翻訳から出てきた言葉です——それらを中心にして体を診ていくという、従来とは異なる視点を発見する。『解体新書』を始めとする博物学的な考え方や西洋医学の医療などが、目から入ってくる。つまり画像とともに入ってきた。博物学関係の動物、植物の図譜がどんどんヨーロッパから入ってくるのと同時に、人体についての知識も入ってきます。自然界を目で見るということがこの江戸時代に非常に発達してきたのです。

『人倫訓蒙図彙』という文献があります。1690年まだ江戸時代が真ん中までも来ていない時代、江戸時代の初期のころの医者たちはすでに専門分化していた。鍼（はり）医、鍼灸（しんきゅう）医、小児科医、外科医、歯科医、眼科医がいました。歯科医は入れ歯も扱いました。外科は腫れ物の治療をする人。金蒼医は今の外科。いわゆる医師は内科医にあたるものです。脈をとり、薬の調合をします。

薬種問屋とか薬種屋がいて、この薬のもとになる生薬を扱った。非常に多くの生薬が輸入品です。その輸入された生薬を煎じて飲みます。この薬種屋が染物屋と一緒にあったりすることがあるのです。つまりいろいろな植物を扱

うわけです。ある物は薬になりある物は染め物の原料になるので、もともと同じという考え方です。しかも国内の物も使いますが相当輸入してその中心になるのが朝鮮人参です。朝鮮人参は日本の経済を圧迫する非常に大きな問題でした。朝鮮人参に対して大量の銀が支払われていた。そこで、どうしても日本国内で栽培しなければならない。1750年代になりますと朝鮮人参の人工栽培が始まります。輸入薬種の中で高価な物は日本国内で作るという発想になります。あらゆるものは、輸入を最初はしますが計画的に減らして行って国産の物を増やしていくのです。ですから輸入しすぎないということが大事なことでした。調査をしながら技術開発をしていくのです。そうやって着物の世界も変わっていきますし、レンズやガラスの世界が日本の中に登場します。磁器も作るようになります。多様な書籍も作るようになるのです。これらすべて外国からの刺激を受けてそれを見習いながら自分たちでいったん消化してそして日本の地にふさわしいものにした。これによって膨大な数の職人が生まれたのが江戸時代です。

江戸時代はそういう意味で、初めて出現したグローバリゼーションの中で、独自なものを生み出した時代です。医療も生薬の世界も同様でした。薬の分野でも効き目があるとなると朝鮮人参のように独自開発をする。本草学の基本書物は中国で書かれている。ところが本草学のもとになるものは植物や鉱物や動物です。つまり風土と深い関わりがある。同じはずがないのです。日本にある植物と中国にある植物とは同じ名前だけれども同じ物か、違う名前だが同じ物ではないかなどを調べるのが同定作業です。特有で効き目のある大事なものは何かという意識が非常に高まって行って、それが最終的に日本の約270の藩における特徴的な産物つまり土産（どさん）を開発していくことにつながりました。これが本格的に行われていたのは江戸時代です。

医者は、奥御医師、奥詰御医師、これは幕府とか大家の医師たちです。寄合医師、御目見

医師など階級的に分かれている医師たちもいる。それぞれの大家が抱える医師や、藩士が抱える家中医もいました。藩士といひましても上から下までありますので、下級藩士は医者を抱えるなどとてもできません。浪人医師などというものもあります。例えば平賀源内という人がいますが、あの方は自ら浪人になった人で医者ではありませんが本草学者です。武士を自らやめることによって医師になっていく人というのはいます。それから百姓医師は村の医師です。身分に関係なく医者にはなれます。江戸時代の医者は武家や家の相続から外れたものたちが多かった。

先ほどの桂川家の場合は別です。桂川家は蘭医としてずっと長子相続で伝統的に引き継がれてきています。が、そうでない人たちの場合は町医者です。次男三男など相続者ではない人たちが医者になる。薬を調合して投薬するのが治療でしたので、医者になるといっても薬の調合が役割でした。僧侶とか医者とか学者というのは食べるための職業ではなかった。江戸時代は資格はいりません。実力でやっていくしかない。実力は評判に表れるわけです。職業ととらえたときには、ほかの手段でお金を得ようとする医者が生まれてくる。基本的にこれは職業ではないという立場で皆さん医者をやっているわけです。

武家の中に看病人というコーディネーターがいて、これは医者と患者の間をつなぐ人です。医師の治療方法を監視したり、複数の医者に依頼したり、複数の医者から情報を集めたり、的確な治療方法を判断する人です。武家の中に必ずそういう人たちが配置されていた。ですから特定の医者が武家の中にいるからその人だけに頼っているという状態ではないということが分かります。恐らく蘭医の意見も聞いていました。そしてそれを全体として看病人がコーディネートしていた。

医療以外の治療も非常に盛んです。山伏が代表です。山伏は日本国中旅をして治療を頼まれることもあります。祈祷のみならず薬草も使い

ます。家々を訪れて「モノモライ」して不安を取り除き、「心丈夫」にさせ、自然治癒力をつけるのです。お百度参り、千度参り、垢離を取るなども、人々の行為によって「心丈夫」になり、自然治癒力をつける方法です。「疫神送り」は鉦や太鼓でにぎやかに行われます。藁人形に病を託して海へ流し、病を可視化し、放逐を演出し、笑いによって自然治癒力を高めたわけです。疱瘡絵、はしか絵、疫神の詫び証文も、安心することによって自然治癒力が高まると考えられていたのです。麻疹（はしか）のお守りは赤い色が使われます。赤い色を見ることによって何らかの身体的な反応があるのかどうかについて私はここでははっきりしたことは言えませんが、病気に関することで赤がいろいろな作用をすることを考えられていたとは確かです。ヒラギの葉など特定のものを煎じて飲むとか、あるいはそれをそばに置くなどの祈祷（きとう）の方法もありました。そして麻疹（はしか）については食べて良いもの悪いものの類別がありまして、例えば長イモはいいがサトイモいけない。お酒は駄目、ナスも駄目など、病気に対する善し悪しを指導する絵もありました。治療には医療道具としてエレキテルも使われました。ヨーロッパでも同じ時代に広がっていました。

1774年、ドイツ語からオランダ語に翻訳された解剖学書の日本語訳『解体新書』が刊行されました。解剖学で大事なのは言葉ではなくて図です。『解体新書』が翻訳された意味は言葉が翻訳されたという以上に、図でその体の中が見えるようになったということです。銅版画だったものを面相筆ですべて写し直し、木版画に起こして本を作っています。日本人が読めるように編集し直したのです。分解図を見ることによって人間の全体像を見るというまなざしがここで初めて確立されました。この『解体新書』の挿絵を書いたのは小田野直武という秋田藩士です。秋田角館にいた秋田藩士がこのために江戸に呼ばれ、江戸でこの仕事を任せられ、その当時ヨーロッパから運ばれてきていた銅版画や博物図、絵画類を模写することになり、創作もしました。

その総体を「秋田蘭画」といいます。つまり医療医学のために導入され刊行されたものが医学の分野だけで継承されていくのかというところではない。『解体新書』の挿絵は後にもっと正確な銅版画で描き直されますので、そういう意味では継承されていくのですが、同時にそれが芸術につながっていくのです。芸術と博物学と医学というものは切り離せない。

さらにその後になるとジェンナーの種痘が非常に早く日本に入ります。幕末の日本では急速に種痘が行われ、子どもの死亡率が低くなってきます。江戸時代の医療がこのようにさまざまな分野で実際に発達していたということをお話ししてきました。その延長線上に近代があります。しかし、にもかかわらず江戸時代には江戸時代なりのある健康についての考え方があったというお話を、ここからしたいと思います。

上田秋成という人がいました。『雨月物語』を書いた作家です。ところがこの人は医者でもありません。秋成は都賀庭鐘という人から医学を学んでいるのですが、この人も作家だったのです。本格的な長編小説の基本になる「読本」というジャンルがあるのですが、その初期のころの作家たちが同時に医者だったのです。上田秋成は医師になったときにあることを決意します。「金口入（かねくちゅう＝金の貸し借りの仲介）、たいこ持ち、仲人、道具の取り次ぎはやるまい」ということを決心したのです。そして実際に生涯やらなかった。

実はこの4種が、当時の医者のおつうの副業だったのです。金口入とは金の貸し借りのことです。太鼓持ちは旦那衆にくっついて遊郭で遊ぶ人です。道具の取り次ぎは、古道具屋と客の仲介です。確かにあんまや鍼灸（しんきゅう）をやる人も、医者も、裕福な階層の中に入ります。呼ばれるとその家の事情が分かる。そして秘密も握ります。そして人と人との間をつなぐ。誰にも口外できないようなことで、人と人をつなぐこともあります。

鍼灸（しんきゅう）あんまに携わっている人たちの世界にもそれがありません。彼らは当道

座（とうどうざ）と呼ばれる組織を作っている盲人たちです。鍼灸（しんきゅう）は盲人たちの独占医療です。この当道座（とうどうざ）は大きな権力を持っていてその頂点が検校です。当道座（とうどうざ）はピラミッド構造になっていて、しかも金貸が多いのです。裕福な人たちの間をめぐり歩いているうちに、その間をつないで何らかのお金を医療以外の目的でもらうのでしょうか。これが江戸時代における医師の間のある種の腐敗現象です。

上田秋成は43歳のとき大坂で開業します。非常に親切な医者で合点がいけないときはほかの医者に見せ、しかも何度も患者の様子を見に行き評判がよかったです。ところが54歳のときに患者である子どもが死んでしまった。それがきっかけになって医者をやめます。そして田舎にこもってしまう。その後ずっとものを書き続けています。秋成は『胆大小心録（たんだいしょうしんろく）』という文章の中で、あることを書いています。同僚の医師に村田道哲という人がいた。その人が病気になってしまった。いろいろな人が集まってきて治そうとしたのですが治せなかった。そこに道哲のお兄さんがやってきます。道哲を裸にして扇で静かに扇ぎながら時々うすがゆとクマのいを口に注ぎ入れたと。一兩日たつと熱が下がってきた。そしてまたさらに続けるとついに全快した。誰も治せなかったのをこのお兄さんだけ治した。

三重県の多気に、兄の師である鶴田という名の医師がいて、「薄衣薄食」「よきほどと思うは過ぎたるなり」を指導し、その土地では病人が出なかったというのです。京都、大坂、江戸では医療以外のことでお金をもらっている医者がある一方で、地方に行くところコミュニティの中で真剣に健康と向き合っている医者たちがいたということが分かります。秋成はそれを言いたかったわけですから。そして秋成はそういう医者になりたいと思いつつながら挫折していったのだと思います。

そこで思い出すのは貝原益軒です。貝原益軒は生涯に274の著書を書いた人で『筑前国続風

土記』『大和本草』『菜譜』『花譜』『養生訓』『和俗童子訓』などがあります。『大和本草』は日本の本草学の初期のころの大変重要な文献です。本草学というのは中国から入ってきた、異なる土地の記録です。日本の本草を調査すべきだと、自分の生まれ故郷である筑前の国を徹底的に調査して明らかにしていきます。そして後に『大和本草』を書く。歩く学問です。机上ではできない。歩きながらそこにある土を見て植物を見てあるいは昆虫を見てすべてを見て自分で実験を重ねながらやっていく、という学問スタイルがこのときにできあがっている。そういう意味で非常に重要な学者です。この人が『養生訓』というのを書いた。すべての著書が実地の体験や自ら歩いて得た知識によって成り立っているということです。『養生訓』を見ますと、先ほどの上田秋成が体験した事例と非常によく似た事例が出てきます。例えばこういう言葉があります。

保養を用ひずして、只薬と針灸を用ひて病をせむるは、たとへば国を治むるに徳を用ひず、下を治むる道なく、臣民うらみそむきて、乱をおこすをしづめんとて、兵を用ひてたたかふが如し。百たび戦って百たびかつとも、たつとぶにたらず。養生をよくせずして、薬と針・灸とを頼んで病を治するも、またかくの如し。

「病をせむる」は、病気を攻撃するという意味。乱が起きたからといって軍事力を使う。何か困ったことが起こるとすぐ軍事力を使うということと、薬を使うことは同じなのだ、と言うのです。医療に頼るな、薬に頼るなどは、薬剤師さんの前では語りにくいし薬品会社の方の前では語りにくいです。とにかくそういうものには頼るなど言っているのですね。そういうものに頼ること自体が、軍事力に頼る政治と同じだと言っている。「国を治める」ときの「治」は、江戸時代にとってはとても大事なことです。なぜかという、戦争しないからです。内乱の時

代を治めていって全国统一するだけではなく、その状態を保ち続けるというのは難しいのです。270もの藩があって全て自治体として独立しています。すべて法律を持っている。藩札つまりお札を発行する権利まですべての藩にある。つまり江戸時代の日本は国家ではなく連合体です。ばらばらのところが270もあって内乱が起きない。それを約260年間治め続けるわけですね。中心が「徳」という考え方です。上に徳がなければ絶対に治まらない。いったん軍事力を使ったらおしまいだということが、学者にまで骨身にしみていた。軍事力には意味がないと分かっていたのです。

凡てのこと、十分によからんことを求むれば、わが心のわづらひとなりて楽なし。禍もこれよりおこる。また人の我に十分によからんことを求めて、人のたらざるをいかりとがむれば、心のわづらひとなる。また、日用の飲食、衣服、器物、家居、草木の品々も、皆美をこのむべからず。いさゝかよければ事たりぬ。十分によからんことを好むべからず。これ、皆わが気を養ふ工夫なり。

生活の中で、どこまで行けば十分か。考えみると分かるのですが、十分ということには限りがない。もっときれいな物が欲しい、もっといいものが欲しい、もっと広い家が欲しい、と。あるところまで行くと次のものが欲しくなる。そこまで行くとまた次のものが欲しくなる。「十分によからん」と思ったらきりがなくなりますと言っています。明治以降の価値観、特に戦後の価値観とほぼ正反対です。豊かさを求めるなど言っている。私たちの時代には言いにくいことです。経済活性化とか経済をよくしようという方向になる。豊かさを否定するのは難しい。しかし豊かさを求めすぎることが、私たちの社会と心身を損なっているとすると、豊かさを求めないということが非常に重要な価値観になってくるはず。また、精神的な問題につ

いても言っています。

おもひを少なくして神を養ひ、慾を少なくして精を養ひ、飲食を少なくして胃を養ひ、言を少なくして気を養ふべし。これ養生の四寡なり。

「寡」は「少ない」という意味です。十分を求めると思い煩うこととなりますので、その思いを少なくする。欲を少なくすることと同じです。飲食については「足りない」というところでとどめておくのが、「薄衣薄食」なんです。薄衣、薄食。「ちょっと寒い」薄衣、「ちょっと足りない」薄食です。江戸時代では、すべての価値観をその辺のところに置いている。「言を少なくする」というのは、思いを少なくすることにつながっているのです。例えば怒りが出てきたときに怒りの言葉を投げつけるというようなことですね。これが今度は自分自身に戻ってきてしまいます。言葉数が多いか少ないかという問題ではなく、むしろ言葉を彫琢することが非常に重要なことでした。江戸時代ではたくさんの方が書かれました。しかし量の問題ではなく、言葉をどう研ぎ澄まして適切な言葉を選んで発言し、あるいは書くのが非常に重要なことだった。日本には特に五七五の形式があります。和歌や俳諧の世界があります。削っていくということです。言葉は削っていくことによってさらに伝わるのです。言葉が多ければ伝わるというものではない、という考え方は日本語の考え方としてかなり定着している。

そこに書というものが存在するわけですね。江戸時代の人々は毎日書を書いているわけです。今は書道と普通に書くことが分離していますが、江戸時代の人たちは同じです。そうすると書体というものも課題になる。自分が書く文字のかたちが何を伝えるのか。目で見ると文字の伝わり方ということも非常に重要になるのです。ですから書家が大事にされていますし、印刷する場合にも、文字を彫る人、摺る人の技術や品格が大事になります。そういうことを考えると、言

を少なくすることによって質が高くなるのです。

飲食する所の酒食、敵となりて、わが腹中をせめやぶるのみならず、吾が用る所のつよき薬も、皆病を攻れば元氣もへる。敵兵も身方の兵も、わが腹中に入られ戦って、元氣を損じやぶること甚し。敵をわが領内に引入て戦はんより、外にふせぎて内に入らざらしめんにはしかじ。

薬を飲むと元氣が出なくなる、と言っています。そうかもしれない、思いあたることがありますね。「しかじ」というのは、それ以上のことではないという意味です。つまり飲食と薬を体の中に入れるということは、私たちにとっては逆のことです。食べ過ぎたから胃の薬飲みましょう、とか。私はいつも変だな、と思います。食べ過ぎて胃の薬を飲むのなら最初から食べなければいいのに、と思うのです。それと同じで、食べ過ぎてから胃の薬を飲んだりすると、お腹の中で両方が闘うのです。養生というのは病気になって薬を飲んで治すことではなく、まず、できるだけ物を中に入れない。必要なものは入れるとしても、必要以上の物を入れなければ病気にならないと言っています。また、それに関する医者態度です。

上医は病を知り、脈を知り、薬を知る。この三知を以て病を治して十全の功あり。まことに世の宝にして、その功、良相につげること、古人の言のごとし。下(か)医は、三知の力なし。妄りに薬を投じて、人をあやまること多し。

上医中医下医と分類していたのだと思います。上医は病も脈も知ってるだけではなく、薬も知っているということです。下医はそれら三つを知らないで、みだりに薬を投じる。つまり、どんどん薬を出すお医者さま、いますね。薬をできるだけ抑えて投薬することが医者の本当の質なのだということを言っています。

その病に应ずれば良薬とす。必ずそのしるしあり。その病に应ざれば毒薬とす。たゞ益なきのみならず、また人に害あり。

薬というのはただ投薬すればいいというものではなく、病気に応じた薬だったら絶対効くわけで、応じた薬でなければかえって毒になるのです。考えてみれば当たり前のことです。

薬をのまずして、おのづからいゆる病多し。これをしらで、みだりに薬を用て薬にあてられて病をまし、食をさまたげ、久しくいゑずして、死にいたるもまた多し。薬を用ることつしむべし。

江戸時代に『養生訓』のような思想が徹底していたわけではないからこそ、『養生訓』が書かれたのです。今ほどではありませんが、専門分化した医者たちがいる。鍼灸（しんきゅう）医もいる。それからその人たちがお金目的で動きまわるといふ現状の中で、どんどん薬を出す医者もいたのでしょう。薬を出せば薬代をもらいます。そういうふうにお金にしていく医者たちがいたんだと思うのですね。だからこそ、薬を使うことに警告をしている。

丘処機（きゅうしよき）が、「衛生の道ありて長生の薬なし」といへるは、養生の道はあれど、むまれ付かざるいのちを、長くする薬はなし。養生は、只むまれ付きたる天年をたもつ道なり。

丘処機は中国の医者の名前です。天年というのは天命のことです。要するに長生きの薬などありませんと言っているのです。私たちの社会では、長生きが良いことだとなってしまうのですが、やはり天命はある。その限られた天命を健康に生き生きと過ごすということが養生の道であって、長生きするために医療を使うのではない、と。言われてみればそのとおりです。これはどちらかという人々に向かって言ってい

る言葉です。

今までお話ししてきて、江戸時代はある意味で医学や本草学、薬学が発達しますから現代と同じような側面は持っている。だけれども基本的なところで治療より養生だという価値観があって、養生という言葉はほんとに定着しているのです。何かちょっとしたことがあってすぐに医者に行くというような行動は、現実にはとれなかったですし、特にお金がない人たちはそれをしない。そういうことができない人たちにとっても、もっとも大切なのは養生ですが、実は裕福な人たちにとっても大切なのは養生なのです。つまり貧しいから病気になるのではなく、裕福だから病気になる人たちがいる。裕福だから医者にかかるわけです。そういう悪循環をつくっている社会が出現したときに、立ち戻るべき場所は何なのか。それが、私たちの言葉でいう「自然治癒力」ということになります。自然治癒力を自分自身でコントロールしてまた医者もそれを分かっていることと、必要最低限の刺激だけを与えるために工夫をこらす質の高い上医という人たちが生まれることを、この『養生訓』は望んでいるわけです。

人々は私たちより歩いていました。飛行機もなければ新幹線もないので、よく歩き、よく旅をした。健康を保ちながら旅をしている人たちが多いという現実を見たとき、いったいそれはなぜか、に立ち戻らなければならない。特に農村地では多くの医者がいるわけではない。自分で自分を守るためにはどうしたらいいのか。養生という考え方が広がってきます。それが本になって刊行され、読む人が出てくるというのがその前の時代、つまり中世までにはないことなのです。非常に多くの情報が書籍の形で販売された時代です。文字で読むわけです。そのことの是非というものもあるかもしれませんが、しかしそうやって知恵が非常に広い範囲にわたっていくということがあった。一度揺らいでしまって貨幣経済にぐっと寄ってしまうと、それをまた揺り戻そうとする価値観がこうやって出てくる。基本のところは恐らく生活の価値観という

のがあったと思われます。

この生活の価値観の非常に重要な側面に「循環」というものがあります。江戸時代社会は肥料の世界を分厚く持っていて、世の中にいらぬものは本来存在しないということになるわけです。いらなくなったものとか使えなくなったものは最終的に排泄物や灰になります。排泄物や灰がすべて土の中に回収されるしくみがあります。お金を介在して下肥問屋や灰買いがいる。灰を肥料にする。それから都会の排泄物はすべて買い取られて農村に持って行って土の中に入って微生物が反応して肥料になっていく。ありとあらゆるものが買い取られていって土の中でもう一度栄養分になってまた植物になってもう一度地上に出現する、ということが社会システムとして完成します。資源の枯渇をできるだけさせないで国内の産業を職人たちが育てていく社

会です。そういう社会の基盤があるということを考えてみると、やはり無駄のない社会というのが彼らの基本の中にあっただろうと思うんですね。それは非常に貴重な薬というものを有効に使い、また使いすぎないことにつながっている。何かをしすぎないということが、とても彼らにとっては大事な態度だったろうと思います。しかし貨幣経済はちゃんと成り立っている。決して貧しい暮らしではない。そしてまた豊かすぎることをむしろ拒否するという生活感覚があったということも分かってきます。私たちのような医療体制が作られた社会の中で、こういう考え方をこれから作ることができるか、非常に難しい問題だと思います。しかしもう一度「養生」「薄衣薄食」を考えてみたほうがいいのではないかと思います。それを、益軒のように、軍事力の問題と一緒に考えましょう。

## 〔論文〕

退院支援において病院運営管理部門は  
ソーシャルワーカーに何を期待しているのか：  
回復期リハビリテーション病院運営管理部門を対象とした  
ソーシャルワーク実践アウトカム評価調査より

高 山 恵理子\*  
山 口 麻 衣\*\*  
小 原 眞知子\*\*\*  
高 瀬 幸 子\*\*\*\*

本論文の目的は、病院運営管理部門が退院支援におけるソーシャルワーク（SW）実践のアウトカム評価に含まれると考える項目及びその要因を明らかにすることとおして、運営管理部門のソーシャルワーカーに対する期待を明らかにするである。回復期リハビリテーション病棟をもつ病院の運営管理部門長を対象に、退院支援におけるSW実践のアウトカム評価36項目について5件法により測り、関連する要因について、計11項目との相関、平均値の差により検討した（N=187、有効回収率18.7%）。その結果、①退院支援アウトカム評価項目の平均値は、組織に関する項目および地域との信頼関係構築で高いこと、それは医療政策の影響を受けていると考えられること、②100床あたりのソーシャルワーカー数が多い場合に、患者家族のエンパワメントや人生の支援、地域における意識等の変革を促すといったいわゆるSW実践に固有な観点を現わした項目の平均値が有意に高いこと、③地域連携クリティカルパスに参画した場合に、直接患者家族の退院支援に関わる項目の平均値が有意に高いことが示された。

Key words：退院支援，ソーシャルワーク実践，アウトカム評価，運営管理部門，  
地域連携クリティカルパス

## 1. 研究背景・先行研究の動向

退院支援は、患者・家族が疾病や障害に伴い

新たな課題を携え生活の場へ移行する時期の支援であり、歴史的に病院にソーシャルワーカーが配属された当初より重要な援助課題であるが、

---

\*Eriko Takayama：上智大学 准教授

\*\*Mai Yamaguchi：ルーテル学院大学 准教授

\*\*\*Machiko Ohara：日本社会事業大学 教授

\*\*\*\*Sachiko Takase：帝京平成大学 講師

1990年代以降の病院の機能分化、入院期間の短縮等の医療政策に伴い重要性が増した（高山2000）。さらに、2000年以降、医療・福祉間連携による分化された機能の統合が注目され、地域連携クリティカルパスに関連する医療保険診療報酬が位置づけられたり、退院調整加算が創設される等の政策動向に伴い、退院支援に関わるソーシャルワーク（以下「SW」とする）実践の重要性はますます増大し、同時にこの分野の実践の評価は不可欠なものとなっている。

従来、SW実践の評価はソーシャルワーカーの観点から実施されている一方、ソーシャルワーカー以外の観点による評価は明らかにされていないが、SW実践の社会的意義を同定し、説明責任を果たすのに有効であると考えられる。特に、病院の運営管理部門の観点は、同部門が所属機関がSW実践の基盤である点や、退院支援におけるSW実践は病院が地域において機能することと関連が強い点から看過できないものであるといえる。そこで、本研究では、病院の運営管理部門がSW実践のアウトカム評価に含まれると考える項目及びそれに関連する要因を検討することによって、同部門がSW実践に期待する成果について検討する。

先行研究において、SW実践の評価に関しては、1990年代から武田・南により実施されたSWの専門職性の評価指標策定が先駆的な研究である（武田・南2002）。同研究はソーシャルワーカーの専門職としての評価指標をSWの専門職性から演繹的に導いたものであり、ソーシャルワーカーの観点による評価指標であるといえる。その後、ロッシらによってプログラム評価が紹介されるのに伴い（ロッシ他=2005）、精神保健領域において大島らによってSW実践のプログラム評価指標策定に関する一連の研究が実施された（大島他2009等）。同研究においては、アウトカムの評価指標策定に実践現場のソーシャルワーカーの観点が組み込まれた帰納的な手法がとられたが、組み込まれた観点はソーシャルワーカーによるものであったといえる。

一方、病院の運営管理部門の観点からSW実

践成果の評価を行った研究として、小野沢・阿部のSW部門が早期に積極的な介入することの有効性の評価に、サービス導入数、在院日数を指標としたものがある（小野沢・阿部2002）。また、阿部らは連携機能の統合とMSW配置の有効性に関して、平均在院日数、病床利用率を評価指標とした（阿部他2006）。これはSW実践のアウトカム評価を客観的指標によって行ったものであるといえるが、指標設定の根拠については議論されていない。さらに、加藤らは、SW実践に対する満足度によって、患者、家族、院内関係者、行政関係者、非行政関係者による評価の類似と相違について分析した（加藤他2002）。同研究では、立場によってSW実践の成果の評価の観点が異なることを明らかにしたが、相違点の具体的内容については分析されていない。

以上、先行研究においては、SWのプログラム評価においては帰納的な手法によるアウトカム項目策定は行われているがそこには運営管理部門の評価の観点は導入されておらず、一方、ソーシャルワーカー以外の観点による評価指標を導入した研究は行われており、サービス導入数、在院日数、病床利用率等の運営管理的観点から評価指標を策定しているが、それが指標として妥当であるかどうかについては検討されていない。病院の運営管理部門がSW実践に期待する成果については、これまでに十分な検討がなされていないことが伺える。

## 2. 研究の目的と意義

上記のような問題関心をふまえ、本論文では病院運営管理部門がSW実践のアウトカム評価に含まれると考える項目及び関連する要因を明らかにすることを目的とする。先行研究にある、在院日数、病床利用率が指標としての適切であるかどうかを再検討し、運営管理部門がSW実践に期待する成果について考察する。

本研究の意義として、(1)運営管理部門によるSW実践の評価の観点と意味が分かること、(2)

運営管理部門のSW実践評価に関連する要因と意味が分かること、そして、(3)本研究の成果を踏まえて、運営管理部門と建設的に協働する方策を検討することができることがあげられる。

### 3. 研究方法と研究対象

本研究のデータは、以下の方法によって取得した。

(1)評価指標として、36項目の「SW実践退院支援アウトカム評価項目（以下、退院支援アウトカム評価項目と略す）」を策定した。評価項目は、大項目として、①患者家族の支援に関する項目、②所属組織に関する項目、③地域に関する項目をたて、各大項目に、それぞれ11項目、16項目、9項目の小項目を策定した。

さらに、項目の性格から、①患者家族の支援に関する11項目は、1)患者家族の生活支援に関わる項目8項目、2)患者家族の人生支援に関わる項目3項目に、②所属組織に関する16項目は、1)病院組織のチーム構築に関わる項目2項目、2)病院組織の体制構築に関わる項目14項目に、③地域に関する9項目は、1)地域における保健医療ネットワーク構築に関する項目3項目、2)地域における意識等の変革に関わる項目6項目に分類した。なお、本調査においては、退院支援を「転院・転施設、在宅復帰への支援を含むもの」とした。退院支援アウトカム評価項目と項目の性格は表1のとおりである。

項目は、ソーシャルワーカー6名を対象としたフォーカスグループインタビュー調査結果(小原 2014)、当該調査者4名によるブレインストーミング、運営管理部門・SW部門管理者6名を対象としたインタビュー調査結果および病院内協働者3名を対象としたインタビュー調査結果(高山 2014)より項目案を作成し、類似項目を統合して策定した(高山他 2014)。全36項目のうち7項目は運営管理部門へのインタビュー調査結果より生成されたものである。それらの項目は、①患者家族に関する項目のうちの「11.

生活困窮、虐待等の患者・家族がかかえた生活上の困難が軽減される」、②所属組織に関する項目のうちの「12. 患者の心理社会的側面に関する情報を退院支援チームで共有できる」、③地域に関する項目のうちの「28. 地域の関係機関と信頼関係が構築される」であった。

(2)36項目について、運営管理部門として退院支援アウトカム評価項目に含まれることについて、合意の程度を測定することを意図し、「1. 評価には全く含まない」、「2. 評価にはほぼ含まない」、「3. どちらともいえない」、「4. 一定程度評価に含める」、「5. 評価に大いに含める」の5件法を採用した。

(3)調査は、郵送による質問紙調査とした。調査時期は、2014年1月である。

調査対象は、回復期リハビリテーション病棟をもつ病院の運営管理部門長とした。具体的には、回復期リハビリテーション病棟協議会会員999病院の運営管理部門長を対象に悉皆調査を行った。回復期リハビリテーション病棟は、医療保険における病棟区分であるが、「命の危機を脱してもまだ医学的・心理的サポートが必要な時期の患者さんを対象に受け入れ、自然回復を促す環境をつくり、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なりハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟」とされる(回復期リハビリテーション病棟協議会HP)。疾患に応じて、同病棟への入院可能時期と入院期間が限定されており、また、一定の在宅復帰率を維持することが求められている。回復期リハビリテーション病棟を有する病院を調査対象とした理由は、①リハビリテーション領域では早い時期からソーシャルワーカーの配置が行われており、同病院の運営管理部門は具体的にソー

表1 退院支援アウトカム評価項目と項目の性格

大項目	小項目	項目の性格 <sup>*1</sup>
患者・家族の支援に関する項目	1. 患者・家族が退院に関する自己決定ができるようになる。	生活支援
	2. 患者が適切な社会資源を活用できるようになる。	生活支援
	3. 患者が生活を再構築できるようになる。	生活支援
	4. 患者がその人らしい生活の維持・安定をはかれるようになる。	生活支援
	5. 患者・家族が納得して適切な療養の場を選択できる。	生活支援
	6. 患者・家族の地域での生活の質の向上が図られる。	生活支援
	7. 患者・家族が自身が持っている力を認識し、活かすことができる。	生活支援
	8. 患者・家族が生活・人生の文脈の中で傷病体験を捉えることができるようになる。	人生支援
	9. 退院後の生活に向け、患者・家族が自分の価値観を明確にできる。	人生支援
	10. 患者・家族が自己効力感を回復／発見できる。	人生支援
	11. 生活困窮、虐待等の患者・家族がかかえた生活上の困難が軽減される。	生活支援
所属組織に関する項目	12. 患者の心理社会的側面に関する情報を退院支援チームで共有できる。	チーム構築
	13. 入院の長期化や転院が減少し、在宅復帰が増える。	体制構築
	14. 退院援助が効率的にでき、実入院患者数が増える。	体制構築
	15. 院内での患者のアドボカシーを守れる。	体制構築
	16. 良質な退院支援のための体制が実現する。	体制構築
	17. ソーシャルワーカーが他の部門に適切に活用され、病院の持つ課題の解決に寄与する。	体制構築
	18. SW 部門のマネジメント能力が向上する。	体制構築
	19. 病院全体に課題に対して共同で取り組む雰囲気ができる。	体制構築
	20. 病院の医療の質が向上する。	体制構築
	21. 病院として効果的に病院機能を発揮できる。	体制構築
	22. 病院組織目標・ミッションに貢献できる。	体制構築
	23. 病院の課題を SW 部門から院内に発信し共有化される。	体制構築
	24. 病院全体で患者・家族の主体性を尊重した退院支援ができるようになる。	体制構築
	25. 効果的な退院支援の医療チームが構築できる。	チーム構築
	26. 病院として地域のニーズにあったサービスを提供できる。	体制構築
	27. 患者の病院への評価が高まる。	体制構築
地域に関する項目	28. 地域の関係機関と信頼関係が構築される。	NW 構築
	29. 地域で病院機能が的確に理解され、地域から期待される機能を発揮する。	NW 構築
	30. 患者・家族が生活をしていくのに必要な地域の他機関とのネットワークが構築される。	NW 構築
	31. 地域での「傷病」や「喪失」の意味づけに関する社会的認識が変化する。	地域変革
	32. 地域での患者の権利擁護への理解が高まる。	地域変革
	33. 地域の保健医療サービスニーズが充足される。	地域変革
	34. 医療ニーズを持つ住民が安心して暮らせる地域社会が実現する。	地域変革
	35. 地域医療において MSW による実践が必要不可欠であることが認知される。	地域変革
	36. 地域での退院に関する共通認識が醸成される。	地域変革

\* 1 生活支援：患者家族の生活支援に関わる項目      人生支援：患者家族の人生支援に関わる項目  
 チーム構築：病院組織のチーム構築に関わる項目      体制構築：病院組織の体制構築に関わる項目  
 NW 構築：保健医療ネットワーク構築に関する項目      地域変革：地域における意識等の変革に関わる項目

ソーシャルワーカーとの協働経験に基づいて評価することが可能であること、②回復期リハビリテーション病棟には、医療保険上、入院期間や在宅復帰率に関する制約があるため、運営管理部門によるSW部門に対する評価が現実的であることである。

データの分析は、①評価項目の平均値の算出(大項目・小項目)、②評価の平均値に関連する要因分析(大項目・小項目)を行った。関連する要因は、所属機関に関する項目7項目、病院の取組み内容に関する項目4項目の合計11項目を取り上げた。具体的には、所属機関に関する項目として①「病院種別」、②「救急体制」、③「総病床数」、④「回復期リハ病床割合(全病床に対する)」、⑤「(回復期リハ病棟における)平均在院日数」、⑥「配属ソーシャルワーカー数」、⑦「100床あたりソーシャルワーカー数」、病院の取組み内容として⑧「退院調整加算施設基準取得」、⑨「退院マニュアル導入」、⑩「クリティカルパス(以下「CP」とする)導入」、⑪「地域連携CPへの参画」を取り上げた。分析にあたって、①病院種別では、特定機能病院は1件であったため欠損値として扱い、②救急体制は、救急あり(2次救急・3次救急)・救

急なしに分類した。分析は各項目の変数の尺度の性質に応じて、t検定またはピアソンの相関係数を算出した<sup>1)</sup>。

なお、倫理的配慮に関して、東海大学倫理委員会から承認を得た。

## 4. 調査結果

### (1) 回答者の属性

回答は、187病院からあり、回収率は18.7%であった。表2に、評価を行った回答者の属性について示す。所属病院の属性は、医療法上の病院種別としては特別な機能を持たない一般病院(90.2%)、救急体制の有無については、なしが50.9%、総病床数は平均191.0床(SD=118.6)、回復期リハビリテーション病床が全病床に占める割合は最頻値は20-40%で全体の35.5%、同病棟の平均在院日数は71.2日(SD=23.5)、配置ソーシャルワーカー数は平均4.1人(SD=3.0)、100床あたりのソーシャルワーカー数は平均2.5人(SD=1.4)であった。病院の取組み内容は、72.9%が退院調整加算の施設基準を取得、61.6%が病院として退院マニュアルを導入し、67.8%がCPを導入、89.6%が

表2 回答者の属性：組織要因

病院の属性							
①病院種別	N=163	特定機能病院	0.6%	地域医療支援病院	09.1%	その他	90.2%
②救急体制	N=167	三次救急	2.4%	二次救急のみ	46.7%	救急なし	50.9%
③病床数	N=171	191.0床 (SD=118.6)					
④回復期病床割合	N=170	80%以上	10.0%	60%以上80%未満	10.6%	40%以上60%未満	18.8%
		20%以上40%未満	35.5%	20%未満	25.3%		
⑤平均在院日数	N=154	71.2日 (SD=23.5) *回復期リハ病棟のみ					
⑥配属SWer数	N=170	4.1人 (SD=3.0)					
⑦100床あたりSWer数	N=169	2.5人 (SD=1.4)					
病院の取組み内容							
⑧退院調整加算	N=140	施設基準取得あり	72.9%	施設基準取得なし	27.1%		
⑨退院マニュアル導入	N=172	マニュアル導入あり	61.6%	マニュアル導入なし	38.4%		
⑩CP導入	N=138	CP導入あり	67.8%	CP導入なし	22.2%		
⑪地域連携CP参画	N=163	地域連携CP参画あり	89.6%	地域連携CP参画なし	10.4%		

\*CP：クリティカルパス、SD：標準偏差

地域連携 CP に参画していた。

回答者の個人的属性は、年齢は49.4歳 (SD = 10.1)、性別は男性が141人 (82.9%) 女性が29人 (17.1%)、平均病院勤務年数は16.8年 (SD = 10.9)、現職就任からの年数は5.7年 (SD = 5.1) で、SW の直属の上司が30.8%、最終学歴は大学院4.5%、大学74.8%、専門学校20.6%であった。

## (2) 退院支援アウトカム評価項目の平均値

表3に退院支援アウトカム評価項目に含める項目とするものについて、全項目及び大項目における平均値を示す。全項目の平均値は、4.00 (SD = .508) であった。大項目の平均値は、患

者家族の支援に関する項目が3.95 (SD = .582)、所属組織に関する項目が4.14 (SD = .535)、地域に関する項目が3.80 (SD = .598) で、所属組織に関する項目が高いと言えた。

表4に小項目における平均値を示す。36の小項目の平均値のうち、最も高いものは、地域に関わる項目である「28・地域の関係機関と信頼関係が構築される」(4.40, SD = .637) で、「13・入院の長期化や転院が減少し、在宅復帰が増える」(4.37, SD = .722)、「14・退院援助が効率的にでき、実入院患者数が増える」(4.30, SD = .795)、「05・適切な療養の場の選択ができる」(4.29, SD = .633)、「02・適切な社会資源を活用できるようになる」(4.27, SD = .651)、「18・

表3 退院支援アウトカム評価項目として含める項目の平均値：大項目

	平均値	SD	N
全項目	4.00	.508	127
患者家族の支援に関する項目	3.95	.582	131
所属組織に関する項目	4.14	.535	131
地域に関する項目	3.80	.598	131

表4 退院支援アウトカム評価項目として含める項目の平均値：小項目

小項目	平均値	SD	小項目	平均値	SD
01・自己決定できる	4.10	.681	19・病院に協働して取り組む雰囲気	4.10	.791
02・社会資源活用できる	4.27	.651	20・病院の医療の質向上	4.07	.886
03・生活再構築できる	4.11	.760	21・病院機能の効果的発揮	4.12	.823
04・その人らしい生活維持・安定	4.11	.769	22・病院目標・使命に貢献	4.17	.787
05・適切な療養の場の選択	4.29	.633	23・病院課題をSWから発信	3.87	.809
06・生活の質の向上	3.98	.790	24・主体性尊重の退院支援が病院に実現	4.17	.684
07・患者・家族のもつ力を活かせる	3.94	.799	25・病院に退院支援チーム構築	4.08	.713
08・人生における傷病体験の捉え	3.40	.842	26・地域ニーズに合ったサービス提供	4.10	.736
09・価値観の明確化	3.69	.758	27・患者の病院評価向上	4.24	.715
10・自己効力感の回復・発見	3.63	.743	28・地域関係機関と信頼関係構築	4.40	.637
11・生活上の困難軽減(困窮・虐待等)	3.89	.916	29・地域の病院機能の理解	4.22	.698
12・心理社会的情報チームで共有	4.03	.753	30・地域の他機関とのネットワークの構築	4.24	.696
13・入院長期化・転院減少、在宅増加	4.37	.722	31・傷病・喪失の意味づけ社会的認識変化	3.19	.890
14・援助の効率化、入院患者増	4.30	.795	32・地域の権利擁護理解高まり	3.37	.856
15・院内アドボカシー確保	3.84	.705	33・地域の保健医療サービスニーズ充足	3.57	.913
16・退院支援体制実現	4.25	.709	34・医療ニーズ有住民が安心の地域社会実現	3.60	.929
17・適切なSW活用による病院課題解決貢献	4.25	.643	35・地域医療におけるMSW実践不可欠認識	3.89	.878
18・部門のマネジメント能力向上	4.27	.704	36・地域で退院共通認識醸成	3.59	.917

SW 部門のマネジメント能力が向上する」(4. 27, SD=. 704) が続いた。一方、最低であったものは、「31・地域での『傷病』や『喪失』の意味づけに関する社会的認識が変化する」(3. 19, SD=. 890) で、「32・地域での患者の権利擁護への理解が高まる」(3. 37, SD=. 856)、「08・患者・家族が生活・人生の文脈の中で傷病体験を捉えることができるようになる」(3. 40, SD=. 842) が続いた。

**(3) 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連する要因**

1) 関連要因として取り上げた変数間の相関

表5に関連要因として取り上げた11項目の変数間の相関を示す。ピアソン相関係数をみると、±.4を超える相関係数は、②救急体制と④回復期病床割合、③総病床数と④回復期病床

割合、③総病床数と⑥配属ソーシャルワーカー数、④回復期病床割合と⑦100床あたりのソーシャルワーカー数、⑥配属ソーシャルワーカー数と⑦100床あたりのソーシャルワーカー数に見られた。±.6を超える相関係数を示す項目の組み合わせは0であった。病院の取組み内容である⑧退院調整加算施設基準取得～⑩地域連携CP参画においては、他の要素との間の相関はないか、低い相関に留まった。

2) 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連する要因

表6に全項目及び大項目における退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因のうち比例尺度の項目(③総病床数、④回復期病床割合、⑤平均在院日数、⑥配属ソーシャルワーカー数、⑦100床あたりソーシャルワーカー数)との相

**表5 関係要因として取り上げた変数間のピアソン相関係数**

	① 病院 種別	② 救急 体制	③ 総病 床数	④ 回復期 病床 割合	⑤ 平均 在院 日数	⑥ 配属 SWer 数	⑦ 100床当 SWer 数	⑧ 退院 調整 加算	⑨ 退院 マニユ アル	⑩ CP 導入	⑪ 地域 連携 CP
①病院種類											
②救急体制	-.234**										
③総病床数	-.245**	.179*									
④回復期病床割合	.197*	-.468**	-.513**								
⑤平均在院日数	.061	-.236**	.135	.097							
⑥配属SWer数	-.041	-.059	.432**	-.010	.137						
⑦100床あたりSWer数	.130	-.286**	-.349**	.529**	.090	.589**					
⑧退院調整加算施設基準取得	.041	-.179*	-.236**	.325**	-.005	-.214*	.017				
⑨退院マニュアル導入	-.075	.208**	.035	-.087	-.046	-.036	.020	-.206*			
⑩CP導入	-.049	.279**	.108	-.216**	-.150	.148	.038	-.183*	.226**		
⑪地域連携CP参画	.105	-.128	.080	.081	.125	.160*	.190*	-.144	.141	.182*	

**表6 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因との関連(ピアソンの相関係数):大項目**

	③ 総病床数	④ 回復期 病床割合	⑤ 平均在院 日数	⑥ 配属SWer 数	⑦ 100床当 SWer数
全項目		.216*		.197*	.335**
患者家族の支援に関する項目				.175*	.264**
所属組織に関する項目		.222*			.328**
地域に関する項目			.187*	.234**	.307**

関を示す。分析はピアソンの相関係数によった。低い相関を示したものは、「④回復期病床割合」と全項目及び所属組織に関する項目、「⑥配属ソーシャルワーカー数」と地域に関する項目、「⑦100床あたりソーシャルワーカー数」が全項目及びすべての大項目であった。

表7に全項目及び大項目における退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因のうち順序尺度のもの（①病院種別、②救急体制、⑧退院調整加算施設基準取得、⑨退院マニュアル導入、⑩CP導入、⑪地域連携CPへの参画）との関連のt検定による検証を示す。「⑪地域連携CPへの参画」において全項目及び患者家族の支援に関する項目、地域に関する項目において有意差が認められた。

表8にt検定で有意差が現れた項目の値を示す。地域連携CPへの参画の有無による平均値の差は、.31～.45を示した。

表9に退院支援アウトカム評価36の小項目における退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因のうち比例尺度の項目との相関を示す。「⑦100床あたりソーシャルワーカー数」が全36項目中31項目で有意差を示し、25項目で低い相関を示した。これを、大項目別にみたところ、

低い相関を示した項目数は、患者家族の支援に関する項目が7項目（11項目中）、所属組織に関する項目が11項目（16項目中）、地域に関する項目が7項目（9項目中）であった<sup>2)</sup>。

表10に退院支援アウトカム評価36の小項目における退院支援アウトカム評価項目との関連要因のうち順序尺度の項目との関連についてt検定による検証を示す。「⑧退院調整加算施設基準取得」、「⑨退院マニュアル導入」では、有意差が認められたものは0項目、「⑩CP導入」では1項目であった。一方、「⑪地域連携CPへの参画」においては、13項目で有意差を示した。

「⑪地域連携CPへの参画」による平均値の差のある項目数を大項目別にみた内訳は、患者家族の支援に関する項目が7項目（11項目中）、所属組織に関する項目が4項目（16項目中）、地域に関する項目が2項目（9項目中）であった。

表11にt検定で有意差が現れた項目の値を示す。特に「⑪地域連携CP参画」において、t値が2を越えるものは12項目であった。平均値の差が大きい項目は「04・その人らしい生活の維持・安定」（.89）で、「06・生活の質の向上」（.72）、「07・患者・家族の持つ力を活かせる」（.69）であった。

表7 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因との関連（t検定）：大項目

	① 病院種別	② 救急体制	⑧ 退院調整 加算	⑨ 退院 マニュアル	⑩ CP 導入	⑪ 地域連携 CP
全項目						*
患者家族の支援に関する項目						*
所属組織に関する項目						
地域に関する項目						*

表8 関連要因と退院支援アウトカム評価項目の平均値：大項目 t検定で有意差の現われたもの

	平均値 (SD)		平均の差	t 値	自由度	有意確率
	参画あり	参画なし				
⑪地域連携 CP 参画						
全項目	4.02(.501)	3.71(.513)	.31	2.050	122	P<.05
患者家族の支援に関する項目	3.98(.556)	3.53(.735)	.45	2.597	125	P<.05
地域に関する項目	3.82(.582)	3.45(.732)	.37	2.49	124	P<.05

表9 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因との関連（ピアソンの相関係数）：小項目

	③ 総病床数	④ 回復期 病床割合	⑤ 平均在院 日数	⑥ 配属 Swer 数	⑦ 100床当 SWer 数
01・自己決定できる				.211*	.254**
02・社会資源活用できる					.245**
03・生活再構築できる				.185*	.213*
04・その人らしい生活維持・安定		.19*			.235**
05・適切な療養の場の選択					
06・生活の質の向上			.244**		
07・患者・家族のもつ力を活かせる		.17*	.179*		.237**
08・人生における傷病体験の捉え					.202*
09・価値観の明確化		.185*			.248**
10・自己効力感の回復・発見					.177*
11・生活上の困難軽減（困窮・虐待等）					
12・心理社会的情報チームで共有				.239**	.285**
13・入院長期化・転院減少、在宅増加		.20*		.175*	.212*
14・援助の効率化、入院患者増				.181*	.193*
15・院内アドボカシー確保		.31**			.368**
16・退院支援体制実現					.176*
17・適切な SW 活用による病院課題解決貢献					.214*
18・部門のマネジメント能力向上	-.294**	.25**			.232**
19・病院に協働して取り組む雰囲気					.229**
20・病院の医療の質向上					
21・病院機能の効果的発揮					.263**
22・病院目標・使命に貢献					.191*
23・病院課題を SW から発信		.19*			.252**
24・主体性尊重の退院支援が病院に実現					.182*
25・病院に退院支援チーム構築	-.178*	.20*			.262**
26・地域ニーズに合ったサービス提供	-.258**	.22*			.275**
27・患者の病院評価向上					.204*
28・地域関係機関と信頼関係構築					.207*
29・地域の病院機能の理解	-.180*				.223*
30・地域の他機関とのネットワークの構築					.187*
31・傷病・喪失の意味づけの社会的認識変化				.306**	.315**
32・地域の権利擁護理解高まり				.292**	.272**
33・地域の保健医療サービスニーズ充足				.205*	.272**
34・医療ニーズ有住民が安心の地域社会実現				.202*	.201*
35・地域医療における MSW 実践不可欠認識			.205*		
36・地域で退院共通認識醸成					.219*

\*p&lt;.05 \*\*p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001

表10 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連要因との関連 (t 検定)：小項目

	① 病院種別	② 救急体制	⑧ 退院調整 加算	⑨ 退院 マニュアル	⑩ CP 導入	⑪ 地域連携 CP
01・自己決定できる	*					
02・社会資源活用できる						*
03・生活再構築できる						**
04・その人らしい生活維持・安定						***
05・適切な療養の場の選択						**
06・生活の質の向上						**
07・患者・家族のもつ力を活かせる						**
08・人生における傷病体験の捉え						
09・価値観の明確化						
10・自己効力感の回復・発見						
11・生活上の困難軽減（困窮・虐待等）						*
12・心理社会的情報チームで共有					*	*
13・入院長期化・転院減少、在宅増加						
14・援助の効率化、入院患者増						
15・院内アドボカシー確保						
16・退院支援体制実現	*					
17・適切な SW 活用による病院課題解決貢献	*					
18・部門のマネジメント能力向上		*				
19・病院に協働して取り組む雰囲気	*					
20・病院の医療の質向上						
21・病院機能の効果的発揮						
22・病院目標・使命に貢献						
23・病院課題を SW から発信		*				
24・主体性尊重の退院支援が病院に実現						*
25・病院に退院支援チーム構築						*
26・地域ニーズに合ったサービス提供						**
27・患者の病院評価向上						
28・地域関係機関と信頼関係構築	*					
29・地域の病院機能の理解						
30・地域の他機関とのネットワークの構築						*
31・傷病・喪失の意味づけの社会的認識変化						
32・地域の権利擁護理解高まり						
33・地域の保健医療サービスニーズ充足						*
34・医療ニーズ有住民が安心の地域社会実現						
35・地域医療における MSW 実践不可欠認識						
36・地域で退院共通認識醸成						

表11 関連要因と退院支援アウトカム評価項目の平均値：小項目 t 検定で有意差の現われたもの

	平均値 (SD)		平均の差	t 値	自由度	有意確率
	地域医療支援	一般病院				
①病院種別						
01・自己決定できる	4.46(.519)	4.03(.687)	.43	2.167	126	p<.05
16・退院支援体制実現	4.62(.650)	4.19(.709)	.43	2.068	127	p<.05
17・適切な SW 活用による病院課題解決貢献	4.62(.506)	4.20(.649)	.42	2.239	127	p<.05
19・病院に協働して取り組む雰囲気	4.54(.519)	4.04(.806)	.50	2.161	127	p<.05
28・地域関係機関と信頼関係構築	4.77(.439)	4.35(.649)	.42	3.063	18.508	p<.01
②救急体制						
18・部門のマネジメント能力向上	4.41(.701)	4.09(.684)	.32	2.597	127.996	p<.05
23・病院課題を SW から発信	4.02(.774)	3.69(.833)	.33	2.323	128	p<.05
⑩ CP 導入						
12・心理社会的情報チームで共有	4.11(.711)	3.81(.822)	.30	2.047	114	p<.05
⑪地域連携 CP 参画						
02・社会資源活用できる	4.30(.647)	3.92(.641)	.38	1.991	128	p<.05
03・生活再構築できる	4.17(.698)	3.54(1.050)	.63	2.929	128	p<.01
04・その人らしい生活維持・安定	4.20(.710)	3.31(.947)	.89	4.134	128	p<.001
05・適切な療養の場の選択	4.33(.616)	3.85(.689)	.52	2.674	128	p<.01
06・生活の質の向上	4.03(.742)	3.31(.947)	.72	3.254	128	p<.01
07・患者・家族のもつ力を活かせる	4.00(.766)	3.31(.855)	.69	3.058	128	p<.01
11・生活上の困難軽減(困窮・虐待等)	3.93(.884)	3.31(1.109)	.62	2.355	129	p<.05
12・心理社会的情報チームで共有	4.07(.704)	3.46(.967)	.61	2.198	13.448	p<.05
24・主体性尊重の退院支援が病院に実現	4.19(.653)	3.77(.832)	.42	2.125	129	p<.05
25・病院に退院支援チーム構築	4.11(.704)	3.69(.751)	.42	2.021	128	p<.05
26・地域ニーズに合ったサービス提供	4.15(.722)	3.54(.660)	.61	2.896	128	p<.01
30・地域の他機関とのネットワークの構築	4.28(.667)	3.85(.899)	.43	2.122	127	p<.05
33・地域の保健医療サービスニーズ充足	3.62(.910)	3.08(.862)	.46	2.052	127	p<.05

#### (4) ソーシャルワーカーの貢献・成果に関する自由記述内容

「退院支援におけるソーシャルワーカーの貢献や成果の内容」に関する自由記述を、地域連携 CP への参画の有無別に分析した。記載は、地域連携 CP に参画ありでは69名(47.6%)、参画なしでは8名(47.2%)にみられた。記述内容について、貢献や成果の領域を、患者家族、所属組織、地域別にみると、全体で、各45件、35件、41件であった。内訳は「参画あり」では、各42件、30件、36件で、「参画なし」では、3件、5件、5件であった。また、在宅復帰率への言及が全体で10件あったが、内訳は「参画あり」で10件、「参画なし」では0件であった。連携・

連絡調整への言及が合計18件あったが、内訳は「参画あり」で13件、「参画なし」で5件であった。一方、病院が地域に貢献することに対することに否定的な記述も3件あったが、内訳は「参画あり」3件、「参画なし」0件であった。

また、患者家族が「不安がなく」「安心して」「希望に沿った」「意志を尊重した」生活を送る等、生活の質に言及した記述は15件みられた。内訳は、「参画あり」では14件、「参画なし」では1件であった。

#### 5. 考察

本調査において、各項目の平均値は、退院支

援における退院支援アウトカム評価項目に当該項目をどの程度含めるべきものと病院の運営管理部門が考えるかを、示したものであるといえる。平均値が高いものは、退院支援におけるSW実践の成果として運営管理部門に期待されている項目であると考えられる。また、平均値は組織要因との間に関連が認められたが、この退院支援アウトカム評価項目の平均値、及び項目と関連する要因について考察する。さらに、本調査結果において「100床あたりのソーシャルワーカー数」と共に「地域連携 CP への参画」が項目の平均値を高めていたが、その背景について考察する。

### (1) 退院支援アウトカム評価項目の平均値に関する考察

退院支援アウトカム評価項目の全項目の平均値は4.00 (SD=.508) であった。大項目別にみたところ、所属組織に関する項目が4.14 (SD=.535) と最も高く、患者家族の支援に関する項目を上回った (表3)。さらに、小項目別の平均値をみると、患者家族に関する項目では生活支援に関わる項目が、また、地域に関する項目では保健医療ネットワーク構築に関わる項目は平均値が高く、患者家族の人生支援に関わる項目、地域における意識等の変革に関わる項目は低いといえた。さらに、小項目別で、最も高い平均値を示した項目は地域に関わる項目である「28・地域関係機関と信頼関係構築」(4.40, SD=.637) であった (表4)。

これらの結果は、運営管理部門がSW部門に対して持つ関心を反映していると考えられた。すなわち、大項目別の平均値において所属組織に関する項目が高いのは、所属組織に関する関心が同部門の基盤にあることが反映したと考えられた。また、小項目別分析において生活支援に関わる項目、保健医療ネットワーク構築に関わる項目の平均値が高く、患者家族の人生支援に関わる項目、地域における意識等の変革に関わる項目は低いことは、運営管理部門は退院支援の成果として地域における生活に直接関わる

支援を重視していると考えられた。

そのような中、小項目別では「28・地域関係機関と信頼関係構築」が最も高い平均値を示したが、これは運営管理部門が、地域に存在する病院としての意義に関心があり、この分野でソーシャルワーカーに一定の成果を期待していることを反映していることが考えられた。

回復期リハビリテーション病棟の施設基準には在宅復帰率を維持することが求められることはすでに述べたが、自由記述には、在宅復帰率の点でソーシャルワーカーが貢献していると記述したものが10件みられた。また、地域に関する実践に関しては、全体で41件に記載があった。

- ・病病連携、病院と施設、病院と在宅サービス事業者との情報交換・連携に於いて、必須の役割を果たしている。(92)
- ・ソーシャルワーカーの行う退院調整により今まで以上に在宅復帰率が上がってきており、病院完結から地域完結医療へ移っているように思えます。(693)

という記述に示されるように、地域における連携にソーシャルワーカーが貢献しているとするものや、地域連携が在宅復帰率に関与しているとする記述であった。これは病院経営に関与する在宅復帰率と地域連携が深くかかわっているとの認識を端的に示すものであると考えられる。このことが、「28・地域関係機関と信頼関係構築」が最も高い平均値を示した背景にあると考えられた。

### (2) 退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連する要因に関する考察

退院支援アウトカム評価項目の平均値と関連する要因について病院の属性及び取組み内容から検討を行った。分析に先立ち関連する要因11項目間には強い相関がある項目はないとみなし、11項目を関連する要因として取り上げた (表5)。全項目および大項目による分析結果からは、「⑦100床あたりソーシャルワーカー数」では

全項目、患者家族、所属組織、地域の全領域で低い相関がみられた(表6)。また「⑩地域連携 CP への参画」では全項目、患者家族、地域の領域で平均値に有意差が見られた(表7)。この「⑦100床あたりソーシャルワーカー数」「⑩地域連携 CP への参画」2要因は、アウトカム評価項目と関連があると考えられた。

この2要因については、小項目毎の分析を行ったところ、「⑦100床あたりソーシャルワーカー数」においては、合計25の小項目において有意な低い相関が現れており、特に、患者家族の人生支援に関わる項目や地域における意識等の変革に関わる項目においても、それぞれ2項目(3項目中)、5項目(6項目中)において有意な低い相関があった。(表9)一方、「⑩地域連携 CP への参画」では、合計13項目で平均値に有意差が現れた。有意差があった項目をみると、患者家族の生活支援に関わる項目が7項目(8項目中)にのぼった(表10)。平均値の差をみると、「04・その人らしい生活維持・安定」(.89)、「06・生活の質の向上」(.72)をはじめとし、患者家族の支援に関する項目で、差異の数値が高かった(表11)。総じて相関や平均値の差は、「⑦100床あたりソーシャルワーカー数」には、人生の支援に関わる項目や地域における意識等の変革に関わる項目といったソーシャルワーカーの固有な観点を現わした項目に、「⑩地域連携 CP への参画」には、患者の地域における生活の支援に関わる項目に現れているといえた。以上の結果から、「100床あたりのソーシャルワーカー数」と「地域連携 CP への参画」では、退院支援アウトカム評価項目との関連に異なった背景があると考えられた。「100床あたりのソーシャルワーカー数」が多い場合には運営管理部門が SW 部門の機能を理解する接触機会が多く、実践の成果をより広く捉えるようになったことが推測される。一方、「地域連携 CP への参画」は、地域との関わりが強くなることによって自病院の認識に新たな視点を付与し、その結果、ソーシャルワーカーによる退院支援アウトカム評価項目に差異をもたらしたことが推測される。

また、「⑧退院調整加算施設基準取得」、「⑨退院マニュアル導入」では有意差が現れた項目は0であり、「⑩ CP 導入」では1項目にとどまった。このことは、診療報酬に関わって取得した施設基準や、現に実践していることを可視化することを意味するマニュアル作成や CP 導入といった取組みは、SW 実践の成果に関して新たな認識を付加するものではないことを意味すると考えられた。

### (3) 地域連携 CP への参画が運営管理部門に与えた影響

「地域連携 CP への参画」は、退院支援アウトカム評価項目に含まれる多くの小項目の平均値との間に関連が見られた。特に、「地域に関する項目」では、「30・地域の他機関とのネットワークの構築」「33・地域の保健医療サービスニーズ充足」に有意差があらわれた(表10)。これは、地域における関係機関との信頼関係の構築にとどまらず、地域の他機関とネットワークを構築し、地域の医療ニーズを充足することに運営管理部門の関心は広がったことを意味すると考えられる。その一方で、地域貢献に関する項目に関しては、以下の否定的な記述が見られた。

- ・退院支援は病院組織には大きく貢献していると考えるが、地域社会に貢献しているかは、はっきり解らない。ただ、今後行われる、地域包括ケアには大きく貢献出来ると思っています。(178)
- ・個々のケースに応じた適切な助言を行うことこそ、ケースワーカーの最も貢献できるところであると確信します。地域貢献までそれを昇華できれば尚よいかもしれませんが、基本はあくまで患者・家族です。(後略) (839)
- ・地域社会への貢献という面では難しいのではないか。行政が中心になるべきではないか。(464)

ここで否定的な記述に言及されている内容において、地域貢献は地域社会への貢献を意味しており、調査項目としては「意識等の変革に関わる活動」といった性格をもつものを想定していると考えられた。このような意味での貢献については疑念が生じるが、地域連携 CP に参画したことによって、運営管理部門は地域における保健医療ネットワーク構築への貢献を医療機関として行うべきであるとの認識は生まれたと考えられる。

また、本調査結果においては、主に有意差が現れたのは「患者家族の支援に関する項目」であり、11項目中7項目にわたっていた(表10)。このように、地域に関する項目ではなく、生活支援に関する項目に平均値の差が現れたが、その理由を、地域連携 CP への参画が運営管理部門にもたらしたものの観点から検討する。

自由記述では、「退院後の患者が社会復帰後の生活を充実して過ごせる状況をつくることで、地域や社会に貢献していると感じる。(196)」というように、「不安なく(安心して)」生活できる、「納得した」生活等、生活の質に言及したものが15件あったが、そのうち14件は地域連携 CP への参画がある機関のものであった。地域連携 CP への参画によって、運営管理部門は患者家族の「生活の質」を高める支援が、病院が担うべき役割であり、ソーシャルワーカーに期待する役割であるとの認識がもたらされたと考えられる。

以上、本研究においては以下のことが明らかになった。①退院支援アウトカム評価項目の平均値は、全体としては運営管理部門の関心を反映し、組織に関する項目で高いが、そのような中、「地域の関係機関と信頼関係が構築される」における平均値が最も高かった。この結果は、運営管理部門が組織の体制構築や地域における病院の位置づけに関与する部門であることとともに、回復期リハビリテーション病棟の施設基準に在宅復帰率が挙げられていることと関連があると考えられた。②退院支援アウトカム評価

項目の組織要因における有意差は、「100床あたりのソーシャルワーカー数」と「地域連携 CP への参画」にみられた。「100床あたりのソーシャルワーカー数」が多い場合には、患者家族の人生の支援や、地域における意識等の変革に関わる項目において差が現れていたが、これは運営管理部門の SW 部門との接触機会の多さに起因すると考えられた。一方、「地域連携 CP に参画」した場合、患者家族の生活支援に関わる項目において平均値の差が顕著に現れた。③地域連携 CP への参画が運営管理部門に与えた影響として、地域に積極的に関与することによって、他機関とネットワークを構築し、地域の医療ニーズを充足することに関心は広がり、地域における病院の役割に関する認識が生じたためと考えられた。

先行文献において SW 実践の評価指標として、平均在院日数、病棟稼働率、サービス導入数が高められていたが、本調査結果からは、運営管理部門の退院支援アウトカム評価に関しては、「地域関係機関との信頼関係の構築」さらには「地域における保健医療ネットワーク構築」に関するものが加わるべきであるとの結論に至った。これは、先行研究の調査時期が2000年代前半であり、医療政策において地域完結医療が提唱される以前のものであったこと、今回の調査対象が回復期リハビリテーション病院に限定していたことに起因する結果であると考えられる。調査対象を限定している点で本研究における結果は限定的に捉えることが必要であるといえる。しかしながら、医療保険の診療報酬において「地域連携」が重視され、さらに2014年には「地域包括ケア病棟」が創設される等、地域完結を志向した医療政策が実施されるのに伴い、今後、地域連携 CP への参画や病床あたりのソーシャルワーカー数増大といった、本調査における組織要因に類似する状況が現れることが考えられる<sup>3)</sup>。この点で、本研究結果は、検証調査を実施しながら、一般化の方向を探ることが肝要であると考えられる。

## 6. おわりに

本研究の成果として、3点があげられる。第一に、退院支援に関わるSW実践への期待に関する運営管理部門の認識を把握することができた。運営管理部門は、退院支援のための組織に関する項目、地域における関係機関との信頼関係構築に関わる項目をSW部門に期待している点が明らかになった。これは運営管理部門の関心領域及び医療政策の影響を受けていると考えられた。第二に、病院の組織要因と退院支援に関わるSW実践のアウトカム評価項目の平均値に関連性が生じることが明らかになった。100床あたりのソーシャルワーカー数が多い場合には、ソーシャルワーカーの固有な観点を現わした項目との間に相関が認められた一方、地域連携クリティカルパスに参画している場合には、患者家族の生活の支援に関する項目において平均値に差が生じたことが明らかになった。第三に、運営管理部門の退院支援アウトカム評価に関して、地域連携クリティカルパスに参画した場合に平均値に差があらわれた要因について考察した。

これらの成果をふまえることによって、今後、退院支援における協働者である運営管理部門との関与について、検討することが可能となると考える。その際には、政策として地域連携がすすむことによって、運営管理部門は病院の経済的側面のみではなく、地域における病院の役割や位置づけに高い関心を寄せるようになること、その分野においてソーシャルワーカーが貢献することに期待されるようになること、さらに、地域連携が進むにつれて、ソーシャルワーカーの患者家族に対する生活支援への期待が高まることを考慮することが肝要であるといえる。

一方、本研究の限界として、以下の点があげられる。第一に、調査票調査において、回復期リハビリテーション病棟をもつ病院を対象としたため、本調査結果は、ソーシャルワーカーの機能を理解した者によるものと捉えられる点である。その意味で、理解が進んでいない運営管

理部門による評価については、不明確なままである。第二に、郵送調査における回収率が低かった点である。この点により、本結論を一般化することには慎重であるべきであると考えられる。

質の高い協働には協働者の意向を把握することは不可欠である。ソーシャルワーカーへの理解が深いリハビリテーション領域での、運営管理部門によるソーシャルワーカーに対する期待を明らかにした点は、本研究の意義であると考ええる。一方、今後、慎重に検証を重ねながら、様々な領域の運営管理部門のSW部門に関する認識をさらに明らかにしていくことが課題であるといえる。

\*本研究は、平成22-25年度日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（A））「ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究」（研究代表者桜美林大学教授白澤政和）の成果の一部である。

## 注

- 1) 本研究では、相関の程度について、相関係数 $0.00 \sim \pm 0.20 \Rightarrow$ ほとんど相関がない、 $\pm 0.20 \sim \pm 0.40 \Rightarrow$ 低い相関がある、 $\pm 0.40 \sim \pm 0.70 \Rightarrow$ かなり相関がある、 $\pm 0.70 \sim \pm 1.00 \Rightarrow$ 高い相関がある、とした。
- 2) 本調査結果において、平均値が高いこと、標準偏差の値が低いことに起因する、有意差、相関係数の出にくさがある点については、本調査の限界である。
- 3) 厚生労働省調査では、2012年の病院への社会福祉士配置人数は7649.9名で前年より882.6名増加している。医療社会事業従事者においても、9118.7名で前年より280.0名増加している。

## 〈引用文献〉

阿部真菜美・加藤由美・関田康慶(2006)「MSWコーディネーター機能と平均在院日数、病床

- 利用率への影響分析」病院65 (109) : 838-841.
- 回復期リハビリテーション病棟協議会ホームページ <http://www.rehabili.jp/visitor.html> (2015年8月1日閲覧)
- 加藤由美・糟谷昌志・真嶋智彦他 (2002) 「医療ソーシャルワーカーのコーディネーションに対する患者、家族、院内外関係者、ワーカーの満足度評価分析」社会福祉学43(1) : 54-65.
- 大島巖他 (2009) 『効果のあがる精神障害者退院促進支援プログラム実施のあり方に関する研究報告書：プログラム評価の方法論を用いた実施マニュアル作り』平成20年度日本社会事業大学学内共同研究報告書.
- 小原真知子 (2014) 「エンパワメントエバリュエーションを応用したフォーカスグループインタビュー (FGI) 調査」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究第4報』日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤研究 (A) 研究報告書) : 147-155.
- 小野沢茂・阿部弘子 (2002) 「急性期病院における医療ソーシャルワーカーの積極的介入による要支援者の把握の効果」Journal of Japan Academy of Home Care 6(1) : 70-78.
- ロッシ, ピーター, リブセイ, マーク他 (= 2005) 『プログラム評価の理論と方法：システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社.
- 高山恵理子 (2000) 「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証：特定機能病院における『退院計画』援助の定着」社会福祉学41(1) : 99-109.
- 高山恵理子 (2014) 「『退院支援に関わるソーシャルワーク実践』協働者・運営管理部門による評価：インタビュー調査」白澤政和編著『ソーシャルワークの評価方法と評価マニュアルに関する研究第4報』日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤研究 (A) 研究報告書) : 156~161.
- 高山恵理子他 (2014) 「運営管理部門はソーシャルワーカーに何を期待しているのか」第24回日本医療社会福祉学会口頭発表.
- 武田加代子・南彩子 (2002) 「ソーシャルワークの専門職性評価指標作成の試み」社会福祉学42(2) : 32-42.

**What do hospital administrative departments perceive  
as the outcome of discharge support practice by social workers:  
Outcome Evaluation of Medical Social Workers' Discharge Support Practice**

Eriko Takayama, Mai Yamaguchi, Machiko Ohara, Sachiko Takase

Sophia University  
Japan Lutheran College  
Japan College of Social Work  
Teikyo Heisei University

The purpose of this study was to investigate the expectations of the hospital administrative departments regarding social worker's practice during discharge by clarifying the items of the outcome evaluation. The subjects were hospital administrators of the rehabilitation hospitals. A cross-sectional mail survey was conducted (N=187, Response rate 18.7%). Using a five-point Likert scale rating, the outcome of discharge support was measured by 36 items based on three factors; 1. client and family, 2. hospital, and 3. community and society.

The main findings were as follows:

1. The items scored higher on organization and on building mutual trust with related organizations in the community, which were highly influenced by medical policies.
2. When the number of social workers per 100 beds increased, scores were higher on empowering patients and families, providing meaning in life, and facilitating changes in the community, which were unique practices related to social work.
3. Higher scores were found in items regarding direct support for patients and families when participating in liaison critical path.

These results suggested that the administrator's perceptions are influenced by the number of social workers in the hospital and its environment, especially medical policies.

Key words: Discharge support, social work practice, outcome evaluation, administrative department, liaison critical path

## 〔論文〕

## 中山間地域で暮らす要介護高齢者の 医療福祉ニーズに関する研究 —要介護高齢者に対するインタビュー調査に基づいて—

鈴木 裕 介\*

本稿の目的は、中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素を示すことである。そのために、中山間地域で暮らす要介護高齢者12名に面接調査を実施した。分析は、Mayring, P. の質的内容分析方法に基づいて行った。

分析の結果、【医療費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】の5つのカテゴリーを抽出した。また、【社会資源に関連する困りごと】にみられるように、ニーズによっては知覚しにくいことがあるため、支援者側がより一層の注意を払う必要があると考えられた。

Key words : 中山間地域, 医療福祉ニーズ, 要介護高齢者

### I. 研究の背景

高齢者社会において対応すべき重要な課題の一つに、疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者への支援が挙げられる。以前からこの課題は重要であったが、近年その重要さは増しており、その背景には、近年の在宅医療を推進する保健医療福祉政策により疾患を抱えて在宅生活を送る高齢者が増加したことが挙げられる。

2005（平成17）年に政府・与党医療改革協議会において、「医療制度改革大綱」が取りまとめられた。基本方針は、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現、となっている。その後、2006（平

成18）年に「健康保険法等の一部を改正する法律」、「良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、医療制度改革が推進された。一連の医療改革における「医療費適正化の総合的推進としての平均在院日数短縮」と「医療機能の分化・連携の推進」により、在宅医療が推進された。同年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所が新設され、「24時間対応」や「介護支援専門員等との連携」が規定されている。さらに厚生労働省より「在宅医療・介護あんしん2012」が発表され、地域包括ケアシステムのグランドデザインが示された。その内容は、在宅療養に対する総合的な支援内容について提示されている。また、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能

---

\*Yusuke Suzuki : 高知県立大学

な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。長崎ら（1998）の調査によると、在宅療養を希望している人は、24.3%に過ぎなかったが、2012（平成24）年の「在宅医療の体制構築に係る指針」によると、60%以上の国民が在宅療養を希望しており、在宅療養を可能とする条件としては、定期的な受診先の確保、介護サービスの供給、家族の協力、住居の改築、通院手段の確保等、が必要と考えている。調査デザインが異なるため、安易に比較することはできないが、国民意識が変化してきたことが推測できる。また、在宅療養を安心して送るためには医療に係る様々な要因の充足が重要である。2005年の年間死者数は108万人であり、2042（平成52）年には166万人に達すると推計されているが、医療機関は、89万床と将来的にも現在と変わらない推計数であり、このような多死社会に対応するため、在宅療養を充実させる必要がある。これまでみてきた政策動向からも疾患を抱えながら地域で暮らす高齢者への支援は、重要な課題と位置付けられていることが理解できる。

特に中山間地域<sup>1)</sup>は、「人の空洞化、土地の空洞化、むらの空洞化」（小田切 2009）が進んでおり、早急に支援システムの構築が求められる。支援をする際、的確にニーズを捉え充足することが重要であるため、これまで、高齢者の福祉ニーズに関する研究は多く行われている。特に、中山間地域や限界集落に焦点を当てたニーズ研究は（栗田 2000；高橋ら 2001；佐々木ら 2003；杉井 2005；飯吉ら 2006；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉（介護）の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小磯 2009；松浦ら 2009；高野 2011；田中ら 2010；田中ら 2011a；田中ら 2011b；田中ら 2011c；田中ら 2012；堀川ら 2012）などがあるが、中山間地域の医療福祉に焦点を当てたニーズの研究はわずかに散見されるのみである（栗田 2000；小磯 2009）。栗田（2000）は、医療と福祉の連携に着目して中山間地域の高齢者の自立支援をするためには、立地条件的に恵まれ

ている都市・周辺部よりも手厚い社会的な支援体制が講じられて然るべきであるとしている。小磯（2009）は、医療福祉を「保健・医療に関連した社会福祉サービスとしての医療福祉における、医療を受けることの保障や医療を受ける人の生活基盤を整備するための社会福祉・社会保障制度によるサービスであり、医療と福祉が重なり合う領域での連携、統合的活動としての医療福祉」と定義し、介護保険サービスの不足、家族介護に頼らなければ在宅での高齢者の介護が成り立たない現状について明らかにして、中山間地域独自の地域ケア計画の整備と社会資源の適切な資源配分について言及している。栗田（2000）と小磯（2009）の中山間地域の医療福祉ニーズの先行研究を整理すると訪問介護や訪問看護等の社会資源のあり方やサービス量に着目して、社会システムの整備について提言した研究といえる。

疾病を抱えながら地域で暮らす高齢者を支援する際には、医療福祉ニーズを充足することが重要である。これまでの医療福祉ニーズ研究では主にサービスの充足に着目されてきたが、これだけでは不十分である。病気になることは、様々な不安が起きることや（岡堂 1998）、情報アクセス等の医療システムについても充足する必要があること（瀬島 2002）がこれまでの研究で明らかになっている。

これまでの高齢者のニーズ研究においては、数あるニーズのうちの一つとして医療に関するニーズ、もしくは医療福祉ニーズとして捉えられており、その内容は医療福祉の一部分を捉えていることに留まっていると考えられる。これは、医療福祉の明確な定義が存在しない（奥田 1990；高橋 2003；児島 2007；大田 2007；西 2011；川村・室田 2011）ことが影響していると考えられる。鈴木（2014）は、医療福祉について言及されている文献（窪田 1981；奥田 1986；小田 1997；岡本 1997；竹内 1999；伊藤 2007；徳富 2007；児島 2007；大田 2007；川村・室田 2011；田中 2011；高山 2011；宮田 2011）を概観し、医療福祉の概念整理を行っ

ている。その結果、制度・政策的視点と対人サービスの2つに整理し、対人サービスで対応すべき問題として、①医療費に関連する経済的問題、②受診・受療に関連する問題、③社会的役割の遂行に関連する問題、④住居の快適性に関連する問題、⑤療養生活の継続・維持に関連する問題、⑥社会資源の情報量に関連する問題の6つに整理している。この医療福祉ニーズの概念は文献整理に留まり、具体的にどのような内容を指し示すか不明瞭であり、ニーズの詳細は明らかになっていない。

これまで述べてきた問題意識をまとめると、これまでのニーズ調査において医療福祉ニーズは、多くあるニーズの中の一部しか捉えられていないと考えられ、詳細な内容は明らかになっていないこと、医療福祉に焦点を当てた研究はわずかに散見されるのみでほとんど蓄積されていないこと、医療福祉に焦点を当てた研究は制度・政策面に着目されたものがみられるが、本人の困っている個別の訴えに着目する必要もあること、医療福祉の概念が文献整理に留まっているため、その具体的内容は不明瞭であること、と整理できる。

## II. 研究の目的

上述してきた問題意識から本稿の研究目的は、要介護高齢者に対するインタビュー調査から中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素を検討することである。また、問題意識と先行研究の知見から中山間地域で暮らす高齢者の医療福祉ニーズを「山間地及びその周辺の地域等地理的及び経済的に不利な地域で暮らす高齢者の罹患によって発生する本人から訴えがある療養生活上の困りごと、すなわち①医療費に関連する経済的な困りごと、②受診・受療に関連する困りごと、③社会的役割の遂行に関連する困りごと、④住居の快適性に関連する困りごと、⑤療養生活の継続・維持に関連する困りごと、⑥社会資源の情報量に関連する困りごと」と定義した。

## III. 本研究の意義

本研究の意義は、中山間地域で暮らす高齢者の地域包括ケアシステムのローカルモデルを構築するための基礎資料となることである。これまでの中山間地域における医療福祉ニーズに関する研究は、サービス量に着目した内容が主なものであったが、その他にも着目する必要がある要因があることは、上述した先行研究でも明らかになっている。地域包括ケアシステムに関する先駆的な取り組みの実践報告についてはいくつかみられるが（鷹野 2005；山口 2012）、同じ実践をどの地域でも取り込むことは難しく、地域の実情と特性を勘案した取り組みが重要である。また、地域で暮らす高齢者を支援する際、個を地域で支える支援と個を支える地域をつくる支援という2つのアプローチを一体的に推進することが必要であり、高齢者を支援の中核に置き、その個々の状況に合わせた支援システムによって支援を展開することが重要である（岩間 2011）。本研究は、この2つのアプローチにおいて、個を地域で支える支援、つまり、生活の主体である高齢者自身がどのようなニーズを感じているかについて理解することに焦点を当てている。栗田（2000）や小磯（2009）に見られるような研究の蓄積が個を支える地域の構築方法につながり、そして本研究のようなニーズを把握することを蓄積し、地域包括ケアシステムに組み込むことが重要である。

## IV. 研究方法

### 1. 調査協力者

調査地域は、人口減少率、高齢化率が著しく高く、県土の84%が森林面積を占め典型的な中山間地域が数多く存在する高知県とした。調査協力者は中山間地域に暮らす要介護高齢者である。調査協力者選定の際、最初に調査地区選定を行った。選定方法は、高齢化率が著しく高く、移送サービスやサロン活動等、地域で独自な高齢者支援事業を行っており、これまで筆者が所

属する大学と協働で研究や事業を行ったことがあるため地域の状況を一部把握している地区とし、筆者が所属する大学の地域福祉を専門とする研究者と、高齢者福祉を専門とする研究者それぞれ1名ずつに選定の依頼をし、4地域とした。併せてその地区ごとに「地域のことをよく知っていて、熱心に高齢者支援に取り組んでい

ると考えられる実践者」の紹介を各地区1名ずつ依頼した。その紹介された1名ずつに要介護状態であり、インタビュー調査の際、身体的負担がそれほど多くない高齢者の紹介を依頼し、同意を得られた12名とした。属性は表1の通りである。

表1 属性

地区	性別	年齢	主な疾患	介護度	家族構成
A	男性	81	高血圧	要支援1	夫婦で2人暮らし
A	女性	77	糖尿病	要支援2	独居
A	女性	82	心臓病	要支援1	二世帯住宅、息子夫婦
B	男性	89	甲状腺腫・高血圧	要支援2	独居、遠方に子供2人
B	男性	76	脳出血後遺症・高血圧	要支援1	夫婦で2人暮らし
B	女性	85	慢性心不全	要支援1	独居、遠方に子供4人
C	女性	87	動脈硬化・脊柱管狭窄症	要支援2	独居、近隣に息子夫婦
C	女性	81	脊髄狭窄症	要支援2	独居、遠方に子供1人
C	女性	87	狭心症	要支援1	息子と2人暮らし
D	男性	82	肺気腫	要介護2	息子夫婦と3人暮らし
D	女性	90	脳梗塞後遺症	要支援1	独居、近隣に息子夫婦
D	女性	86	脊柱管狭窄症	要介護2	独居、近隣に息子夫婦

## 2. 調査方法

調査方法は、個別インタビューによる半構造化面接とした。インタビューの時間は一人あたり30分から60分程度であった。データ収集期間は、2014年3月～2014年9月であった。ニーズは、多様で非常に広範にわたる概念であり（Lederer 1980）、生活のどの範囲を対象として捉えるのかを明確に示す必要がある（福井2003）。そこで本研究で定義した「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」をもとに、わかりやすい言葉に変更して質問をした。

## 3. 分析方法

分析は、Mayring, P. の質的内容分析に基づいて行った（Mayring 2004；Mayring 2008）、（表2）。Mayring, P. の分析方法を選定した

理由は、既存の理論や定義をもとに研究課題を明確できること、データを尺度化することに適していること、3つの分析を複合的に行うため、ある程度理論的には明らかになっている事象から詳細が不明瞭なところまで幅広く対応できるためである。本研究は、尺度化を次の段階として想定していること、本研究で定義付けた「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の概念的定義に対して、その内容がどのようなものなのかについて具体的に明確化することを目的としているため、Mayring, P. の分析方法が適していると判断した。3つの分析方法について具体的には、同じ意味の言い換えや、まとめをする要約的内容分析、分析単位を理論的背景や発言の文脈を基盤に説明的な言い換えをする説明的内容分析、これまでに明らかになっ

表2 Mayring, P. (2004) の質的内容分析

分析方法	
要約的内容分析	同じ意味の言い換えや、まとめをする
説明的内容分析	理論的背景や発言の文脈を基盤に説明的な言い換えをする
構造化内容分析	これまでに明らかになっている構造に添ってデータの抽出をする
生成、抽出された概念	
分析単位	語りの内容
コード化単位	テキストの最小であるもの
文脈単位	コード化単位をいくつか組み合わせたもの
カテゴリー	もっとも大きな概念
分析プロセス	
①	「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の概念的定義と比較検討しながら「分析単位」を抽出（主に構造化内容分析）
②	抽出した「分析単位」において複数のデータからその内容を包含している事象を「コード化単位」として整理（主に要約的内容分析）
③	「コード化単位」間を比較検討して「文脈単位」として整理（主に説明的内容分析）
④	「文脈単位」間の比較検討と、概念的定義の比較検討を行い、カテゴリーを生成（3つの分析方法を組み合わせる）
⑤	①～④の作業を繰り返し検討し、適さないと考えられた分析データを再度、分析単位から見直し、「コード化単位」を生成する作業を行い（主に要約的内容分析）、再び「コード化単位」、「文脈単位」、「カテゴリー」の一貫性を確認する作業（①から④、④から①の手順）とこれまで生成した他のデータと比較検討を行い、データを生成、抽出。①の手順の際、構造化内容分析に適さないと考えた「分析単位」は、②の手順から開始。

Mayring, P. (2004) *Qualitative Content Analysis*, Flick, U., Kardoff, E. V., Steinke, I. eds. *A Companion to Qualitative Research*, Sage, 266-269. を参照して筆者作成。

ている構造に添ってデータの抽出をする構造化内容分析を組み合わせ分析を行った。分析結果は、テキストの最小であるものを「コード化単位」、「コード化単位」をいくつか組み合わせた「文脈単位」、もっとも大きな概念は、「カテゴリー」として生成、抽出した。また、語りの内容は「分析単位」として示した。分析手順は、①：「中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ」の概念的定義と比較検討しながら「分析単位」を抽出した。このプロセスは主に構造化内容分析に基づいた。②：抽出した「分析単位」において複数のデータからその内容を

包含している事象を「コード化単位」として整理した。このプロセスは、主に要約的内容分析に基づいた。③：「コード化単位」間を比較検討して「文脈単位」として整理した。このプロセスは、主に説明的内容分析に基づいた。④「文脈単位」間の比較検討と、概念的定義の比較検討を行い、カテゴリーを生成した。このプロセスは、3つの分析方法を組み合わせで行った。⑤：①～④の作業を繰り返し検討し、適さないと考えられた分析データを再度、分析単位から見直し、主に要約的内容分析にて「コード化単位」を生成する作業を行い、再び「コード化単

位」、「文脈単位」、「カテゴリー」の一貫性を確認する作業（①から④、④から①の手順）とこれまで生成した他のデータと比較検討を行い、データを生成、抽出した。また、①の手順の際、構造化内容分析に適さないと考えた「分析単位」は、②の手順から開始した。

研究の質の担保を担保するために、高齢者福祉を専門とする研究者、医療福祉を専門とする研究者、また、質的研究に精通している研究者それぞれ1名、計3名にスーパービジョンを受けた。

## V. 倫理的配慮

インタビューを行う際は、調査協力者に文章及び口頭により、研究目的、調査内容、調査協力に伴う利益・不利益について説明を行い、同意書を取り交わした。また、調査の同意後も、途中辞退、質問内容によって回答拒否しても不利益を被らないことを伝えた。「高知県立大学研究倫理審査委員会」（第337号）の審査・承諾を受けて実施した。

## VI. 結果

中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズとして生成されたコード化単位は、25項目だった。また、カテゴリー分類した結果、11の文脈単位、5のカテゴリーを抽出した。カテゴリーは、【 】、文脈単位は、《 》、コード化単位は、〔 〕で表記する。

5つのカテゴリーは、【療養生活費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】であった。表3は、この結果を整理したものである。

### 1. 【療養生活費負担に関連する困りごと】

このカテゴリーは、医療を受ける際にかかる医療費や、そのときにかかる交通費の困りごと

である。《保険利用料の支払い困難》、《移動費の支払い困難》の2つの文脈単位から構成された。

《保険利用料の支払い困難》は、外来通院や入院等受診した際に支払う費用負担が難しいことである〔医療費の支払い困難〕、介護保険サービス利用料の負担が難しいことである〔介護保険利用料の支払い困難〕、医師から薬が処方された際に支払う費用負担が難しいことである〔薬剤費の支払い困難〕の3つのコード化単位で構成された。この3つコード化単位を比較検討すると、保険適応している費用負担であることから《保険利用料の支払い困難》として生成した。《移動費の支払い困難》は、通院時に使用するタクシー利用料の負担が難しいことである〔タクシー利用料の支払い困難〕の1つのコード化単位で構成された。この1つのコード化単位の抽象度を高め文脈単位として捉えると、タクシー利用料は移動費と捉えることができることから《移動費の支払い困難》として生成した。

《保険利用料の支払い困難》は、受診した際に発生する費用負担であり、《移動費の支払い困難》は、受診する際に発生する費用負担である。

《移動費の支払い困難》の分析単位からも理解できるように中山間地域における受診費用負担は、看過できない問題である。そのため概念的定義では、「医療費に関連する経済的な困りごと」であったが、一連の生成プロセスと結果からは、医療費を含んだ生活全体にかかる費用負担を示しており、この2つの文脈単位から、カテゴリーを【療養生活費負担に関連する困りごと】として生成した。

### 2. 【受診・受療に関連する困りごと】

このカテゴリーは、医療を受ける際および、医療を受けた際に発生する困りごとである。

《医師とのコミュニケーション困難》、《専門医療の受診困難》の2つの文脈単位から構成された。

《医師とのコミュニケーション困難》は、医

表3 中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズ

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
療養生活費負担に関連する困りごと	保険利用料の支払い困難	医療費の支払い困難	医療費は、少し高いとは感じる。やっぱり、政府が決めたことやき、しょうがないやね。／あんまり贅沢はできませんねえ。まあ、食べるのを遠慮する。あんまりようけ食べんからねえ。／年金は来ゆうですけど、自分は金銭的に困ったようなことがあってね。／お金のことはねえ、まあ手術したときなんかは大変だなと思いましたがねえ。
		介護保険利用料の支払い困難	足が痛いために、理学療法士にもおいでいただいて、いっぱい利用さしてもらいよるから、まあそんなもんじゃないかなと思ってます。誰にでも高いは高い、それは安いほうがえい。／介護保険はずっと高いですねえ。私は、国民年金ですからねえ。／介護保険なんか、借りると少ないからねえ、大変だなあと思います。
		薬剤費の支払い困難	医療費、あとし、もう1カ所の病院だけがかかっているからね。大体、高いのは高いけれど、いっぱい薬貰うからね。内科の方がねえ、お薬とかもらうからちょっと多いなあ。／(薬代が) ちょっと上がったんですけども。まあ、それでちょっと困るねえ。
	移動費の支払い困難	タクシー利用料の支払い困難	足が悪いのでねえ病院へ行くのに、往復タクシー今日も行ってきたんですけど、往復7000円ぐらいあります。／ハイヤーでも行ったりしゆのはしよります。なかなか高知までいうたら、1万円余りありますがね。もう仕方ないきね。／交通費もね介護タクシーを雇っててね。〇〇町まで行くのね。往復6,000円ぐらいありますがね。
受診・受療に関連する困りごと	医師とのコミュニケーション困難	医師に対する遠慮	私、あんまりそれ、よう聞かんいうて、先生にも言われましたけどね。まあ、口下手なもんで。聞いても仕方のないことよと思うし。／あんまり詳しくは聞かないし、私ももうこんななってしまうたらねえ、先生に、「もうこれ一生ですね。」言うたら、先生笑うぐらいでねえ。
		医師に対する不満	もう長い付き合いですからねえ、ずっとその先生でやってるけれど、あんまり優しい先生ではない。／容態を先生に言うたらねえ「あんたはだんだん病気が出てきますよ。」って言われたのよ。いつも頭から離れません。／もうちょっと優しいゅうかつたらええけど先生替える訳にはいかん。長いこと、お世話になっちゃうから。
	専門医療の受診困難	専門医不在	遠い。(車で) 1時間10分くらいかな。／結局、A病院で難しかったら、高知市へって。直接高知市へ行ったほうがマシや思うてね／困ってるけど、自分が専門のところまで診てもらうたらえいけれど。立たんですわね。／病院の距離的なものが、気になるねえ。／大きい検査いうたら、高知とか出ないかんてしよ。億劫やきね。
		受診までの移動手段困難	そこの下にありまする、バス停。あこまで乗って行って。みんな、あっこは怖いぞね、気を付けちよらないかんぞね、いうて言うき。バスに乗ったり降りたりするのはね、気を付けちよったら乗って行けます。／距離ですね。ここから、昔で言う5里も6里もあるような区へ行かないかんし近かつても、〇〇地区まで出ないかんちゅうようなことでねえ。

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
役割変化に関連する困りごと	社会的役割の変化	自信の喪失	どこへでも自分の気に入った通り、あれでどんどん動けたのがね、ええ、買い物平気で行きよったから。それが行けなくなった。とにかく足取られたみたいなものですね。バイクを足にしよったのにそれを取られて、今度は自分、本当の足を取られたがよ。
		仕事の喪失	足が痛くなったからやめたの、畑も。野菜なんかちゃんと作りよりましたけどね。しきび植えて、そのしきび取って出したり。そんなことしよりましたけどね。／土木作業もやったし、林業作業もうんとやったことがあります。発病前まではそんなこともやってきよったです。発病してからは、せん。半身へきちゅうもんじゃけね、もう手足がね。
		地域での役割の喪失	こんな状態のもんですからねえ、もう部落のには、役を免除してもらっておるんです。役場から来た配りもんとか、部落費を集めたりとかね。道作り、この部落の道作りとからあも、家の掃除、公民館の掃除もねえ。／町内会活動とかは、全然。なんちゃあしていません。／私何にも、社会的にいて世話になるだけで、そんなことない。
	余暇活動の変化	近隣・友人に迷惑をかけている思い	来んかいうて、誘われるきね。回覧板でも。老人クラブもそうじゃけどもう迷惑かけたらいかんき、俺は行かんね。／お見舞いにも行きたいけど、そこまでは降りても、よう歩かんって人に呼んだりせないかんかったら、こら困るからと思うて。／自分が遊びゆうきいうて人のところへ行つて、邪魔せられんというような感じになってきてね。
		交流関係の喪失	友人のお家とか訪ねることができません。おいでた道を降りるがやと、両杖やもん。／全然わし、人とも付き合うたけど、年がいてから人付き合いがやらんがはなんじゃろ、会やいうところへは自分は一切顔も出さんようにして行かんですがね。立ったり、座ったり、人に迷惑かけたらいかんから、出てこい、言うけど行きません。
		趣味の喪失	俳句会いうて、やりよったですけどね。毎日ね。それに、よう行かんかった。／ゲートボールやりよったけど、半身不随になってからはようやらんかったけど、運動もねえ、ゴルフ行くとか何とかもやりやせだったし。／好きで、川遊びはねえ、網張ったり、釣りをやったりはしよったですけど、発病してからは川へもう行かんです。
	家族関係の変化	家事能力の喪失	もう、洗濯物もね干すのに、よう干さんからね、それも干してもらって。取り込むのは取り込んで、この車で押して、なにいうてするけどね。大体、もう何も（家族に）やってもろうていますからね。／自分はね、炊事場へ立てってね、この背中がすくみましてね、ようせんから、もう。もう1年余り、もう、朝昼晩とね。
		家族に迷惑をかけている思い	うーん、気を遣うと、なんぼ親子でもね、ちよつと気を遣うときがありますね。／「何しとるかね？」って嫁さんが来たらいかんやろ、ほんでもう家では大人しいんですけども／お風呂も、あの、昼は、昼入らだったら、夜はもう、子どもと一緒にはいかんけね。ほんで、家内と一緒にみんなが行かんけ、昼入りよります。おるときは。
		家族関係の悪化	向こうで結婚してね、おるからね。ここのことがあんまり分らんわけですわねえ。私がこうちよつと言うとね、喧嘩する時もありますわねえ。けど、皆があんた、そればあにしてくれ、そればあにすれば文句言われん、言われるけど・・・／嫁さんから電話があつて、「私何か気に入らんことがあつたかね。」って、ほんでそれからもう何にも、言わん。

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
住環境に関連する困りごと	家屋のバリア	居室のバリア	ちょっと台所が、背が短こうなって入りづらい。このひじ杖してね、洗わなあねえいかんよな。足の台を持っていったら、十分できるけどそれはまだしてないけどねえ。／女で、体格はえいけどねえ、なかなか1人ではよう起こさん。力が抜けてしもうちゅでしょう。部屋なんかも、仕切りのこのくらいの段差でも、ぐにゃぐにゃぐにゃとこける訳ですわ
		トイレ・風呂のバリア	トイレがちょっと、外なんでね。夜はもう、室内に便器を置いてやるようにして。／風呂入ったりするのは健常者の時とは違うがやっぱり、発病してからはちょっと、風呂も入りにくい。／もう足へこう、足がこうなるき、このところをもう引っ掛けて上げて、やっと歩いてますけど、段差がない家じゃたらえいけど、段差があるから
	周辺環境のバリア	住宅周辺環境のバリア	人のおらんようなところ歩きよって転んだらいかんと思ってね。よう行かんの。もっと、下のほら、坂が無かったら、しょう楽なけどね。あの坂があるんで、しんどいわ。／あの下のお家へも、まあ、そうですね。年に何回行くろう。あんまりよう行かんねえ。／この坂があるのが、なんですけどね、本当。坂が無かったらええところですけどね。
		移動環境のバリア	バスで行くのじゃなしに、ハイヤーで行くのもなかなか大変じゃけど。／まあ不便ですね。私ら車にはよう乗らんし、まあ、買い物うても、この1キロ2キロくらい出たところにお店はありますけど。／私らみたい年寄り、歩いてはよう行かんし仕方のないちゅうなもんでね。不便に感じることはありますね。
社会資源に関連する困りごと	介護保険の利用困難	介護保険サービスの不足	ほんで、もっと増やしてもらいたい、言うてねえ高齢者がおる割りには施設が少ないから、ねえ、回した人がなかなか入れんでしょう。／町がなかなか、うん。あの、お金が無いから、ちょっと自分も考えないかんのじゃないろかねえと思うたりしてます。
		事業所サービスを利用したくない思い	私はまあ、デイサービスでも若い方です。ほいたらねえ、やっぱり気を遣います。友達に。わざわざ来て、そういう言うのがねえ何か気になります。／文句があったら言うて、文句ちゅう言い方はおかしいけど。異議があれば、あの、言うてきてくださいって。私は言うていったことないですけどね。
	制度理解の困難	介護保険の仕組み理解困難	私らあんまりこう、理解できんようなできるようなどういうたらえいろうね。／介護保険の情報を新聞なんか見るには見るけど、ちょっと分からんときもあるわね。／私、分かってないですけどね。あんだけ介護保険も、初めはいや、こんなもの今まで無かったのに取られるというようなこと考えたり、言うたりお互いにしよったけど。
		医療費助成の仕組み理解困難	いろいろ。難しいことはやっぱり役場に聞いたり、知った人の友達に聞いたりしてあれこれして／全部知っちゃうかっち、それはちょっと分からんけどね／こういう制度があるよって私は聞いてないんじゃけど。／私、その辺の詳しいことは、あんまりなにしてないですけど。／あんまり分からんけ、高いやら、分からんけど、保険は割合高いとか。

師に対して、聞きたいと思っていることについて聞けないことである〔医師に対する遠慮〕、医師の診察内容や診察態度に対する不満のことである〔医師に対する不満〕の2つのコード化単位で構成された。この2つのコード化単位を比較検討すると、受診した際にきちんと医師とコミュニケーションをとることができずに発生する困りごとであることから、《医師とのコミュニケーション困難》として生成した。

《専門医療の受診困難》は、専門的な治療が必要になったとき、近隣に医療機関がないことである〔専門医不在〕、専門的な医療機関を受診する際の移動の負担感のことである〔受診までの移動手段困難〕の2つのコード化単位で構成された。この2つのコード化単位を比較検討すると高齢者が居住している地域では専門医療を受けることができないことから《専門医療の受診困難》として生成した。

《医師とのコミュニケーション困難》は、受診した際に発生する困りごとであり、《専門医療の受診困難》は、受診する際に発生する困りごとであることから、カテゴリーを概念的定義通り【受診・受療に関連する困りごと】として生成した。

### 3. 【役割変化に関連する困りごと】

このカテゴリーは、病気にかかったことによって、本人の役割が変化・喪失したことの困りごとである。《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》、《家族関係の変化》の3つの文脈単位から構成された。

《社会的役割の変化》は病前、病後の自己認識のギャップによって自信を失うことである〔自信の喪失〕、これまで担ってきた会長職など地域での役割を失うことである〔地域での役割の喪失〕、これまで働いてきた仕事を失うことである〔仕事の喪失〕の3つのコード化単位で構成された。病気が重度であるほど絶望感を感じて、〔自信の喪失〕になる。この3つのコード化単位を比較検討すると仕事や地域での役割変化による困りごとであるため、《社会的役割の

変化》として生成した。

《余暇活動の変化》は、自分が一緒にいることによって迷惑をかけるという思いである〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕、近隣・友人との交流関係を失うことである〔交流関係の喪失〕、旅行や盆栽などの趣味を継続できなくなることである〔趣味の喪失〕の3つのコード化単位で構成された。この3つのコード化単位を比較検討すると趣味活動に伴う人間関係の変化したことによって発生する困りごとであることから《余暇活動の変化》として生成した。

《家族関係の変化》は、これまで行っていた家事等ができなくなり、これまで家庭内で担ってきた役割を果たせなくなる〔家事能力の喪失〕、自分がいることによって、迷惑をかけるという思いである〔家族に迷惑をかけている思い〕、同居による家族との衝突、介護、負担等による〔家族関係の悪化〕の3つのコード化単位で構成された。この3つのコード化単位を比較検討すると家庭内における役割が変化することから《家族関係の変化》として生成した。

《社会的役割の変化》、《余暇活動の変化》、《家族関係の変化》は本人が有する様々な役割が変化に伴う困りごとである。概念的定義では、「社会的役割の遂行に関連する困りごと」であったが、一連の生成プロセスと結果からは社会的役割に留まらず、社会的役割を含めた様々な役割変化が起きていることからカテゴリーを【役割変化に関連する困りごと】として生成した。

### 4. 【住環境に関連する困りごと】

このカテゴリーは、病気にかかったことによって、住環境に不便を感じるようになったことの困りごとである。《家屋のバリア》、《周辺環境のバリア》の2つの文脈単位から構成された。

《家屋のバリア》は、室内移動する際に感じる部屋の段差や部屋の狭さ、また扉の扱いにくさのことである〔室内のバリア〕、トイレ・風呂を利用する際に感じる使いにくさのことである〔トイレ・風呂のバリア〕の2つのコード化単位で構成された。この2つのコード化単位を

比較検討すると家の構造から発生する困りごとであることから《家屋のバリア》として生成した。《周辺環境のバリア》は、住宅周辺にある急勾配な坂や、敷地内の段差のことである〔住宅周辺環境のバリア〕、公共交通機関がないことや、住宅の立地的に家までタクシーが入れないことである〔移動環境のバリア〕の2つのコード化単位で構成された。この2つのコード化単位を比較検討すると居住地の環境から発生する困りごとであることから《周辺環境のバリア》として生成した。

《家屋のバリア》、《周辺環境のバリア》は、室内、室外の居住環境の困りごとである。概念的定義では、「住居の快適性に関連する困りごと」であったが、一連の生成プロセスと結果からは住居内に留まらず、その周辺環境を含めた困りごとであったことからカテゴリーを【住環境に関連する困りごと】として生成した。

#### 5. 【社会資源に関連する困りごと】

このカテゴリーは、社会資源を理解することの困難さや利用する際に発生する困りごとである。《介護保険の利用困難》、《制度理解の困難》の2つの文脈単位から構成された。

《介護保険の利用困難》は、利用できる介護保険サービス事業が不足していることである〔介護保険サービスの不足〕、事業サービスの質が低いと思うことや事業所内での人間関係の煩わしさによって、サービス利用したくない思いのことである〔事業所サービスを利用したくない思い〕の2つのコード化単位で構成された。この2つのコード化単位を比較検討すると介護保険制度を利用する際に発生する困りごとであることから《介護保険の利用困難》として生成した。

《制度理解の困難》は、介護保険制度の仕組みを理解することの難しさのことである〔介護保険の仕組み理解困難〕、高額療養制度など医療費負担を軽減することができる制度について理解することが難しいことである〔医療費助成の仕組み理解困難〕の2つのコード化単位で構

成された。この2つのコード化単位を比較検討すると社会制度の内容が複雑で利用することが難しいことから《制度理解の困難》として生成した。

概念的定義では、「社会資源の情報量に関連する困りごと」であったが、一連の生成プロセスと結果からは社会資源の情報量に加え、社会資源量が不足していることや、既存の社会資源を利用したくない思いを含めた困りごとであったことからカテゴリーを【社会資源に関連する困りごと】として生成した。「療養生活の継続・維持に関連する困りごと」については、コード化単位、文脈単位が生成されず、1つの独立したカテゴリーとしては、生成されなかった。

## Ⅶ. 考察

抽出した5つのカテゴリーについて先行研究の知見と比較検討を行い、考察する。

【療養生活費負担に関連する困りごと】は、医療費の支払い負担について言及した先行研究の知見（高橋ら 2001；佐々木ら 2003；小磯 2009；本田ら 2012）と一致し、金銭的負担は、重要な困りごとであることが読み取れた。平成23年度高知県集落調査（2012）において、日頃、生活で不安に感じていることの2位が経済的なことであることから、経済的な問題の一部が療養生活費負担であることが明らかになった。また、本田ら（2012）の介護保険サービス利用の抑制に関する研究は、都市部が対象であるが、中山間地域でも《保険利用料の支払い困難》として見いだされ、地域問わず起きている問題であることが示唆された。本カテゴリーにおける新たな知見は、〔薬剤費の支払い困難〕である。

【受診・受療に関連する困りごと】は、佐々木ら（2003）が、病院・医院への受診に対するニーズを挙げていることや、小松（2011）が、医療機関の不足を指摘しているものの、直接一致したものは見いだせなかった。大友（2012）は、高齢者は、医師の話がわかりにくいと感じていることについて言及しているが、なぜその

ように感じるのかについては言及していない。本研究においては、《医師とのコミュニケーション困難》として見出されて、その詳細についてコード化単位として見出された。本カテゴリにおける新たな知見は、《専門医療の受診困難》とそのコード化単位である〔専門医不在〕、〔受診までの移動手段困難〕と、〔医師に対する遠慮〕、〔医師に対する不満〕である。

【役割変化に関連する困りごと】は、片倉（2002）が、田舎では人間関係は希薄化しにくいと述べているが、本研究では、罹患を起因として希薄化することが明らかになった。人間関係が希薄化することによって、社会的とのつながりが薄くなり、これらの変化は、孤立の原因となることが推測された。また、高橋ら（2001）のニーズ調査によると、地域での役割がない方が73%、家庭内での役割がない方が13.5%であったが、その他の役割については言及されていない。本研究では、高橋ら（2001）の知見を跡付けたことに加えて、《余暇活動の変化》とそのコード化単位である〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕、〔交流関係の喪失〕、〔趣味の喪失〕を新たな知見として見いだせた。

【住環境に関連する困りごと】は、多くの論者が言及しており（片倉 2002；佐々木ら 2003；淵田 2004；小林ら 2008；限界集落における保健・医療・福祉（介護）の提供のあり方に関する検討委員会 2009；小松 2011）、本研究においても《周辺環境のバリア》として生成され、先行研究の結果を支持するものとなった。加えて本研究では、《家屋のバリア》のコード化単位である〔トイレ・風呂のバリア〕を新たな知見として見いだせた。都市部においては、ほとんどの住宅で、風呂・トイレは室内にある。しかしながら、中山間地域において外にあることも珍しくなく、また、その移動もバリアが多いことが明らかになった。

【社会資源に関連する困りごと】は、社会資源の供給量が足りないことを中心に、多くの論者が指摘しており（栗田 2000；片倉 2002；淵田 2004；杉井 2005；小磯 2009；大友 2012；

小澤 2013）、本研究においても、《介護保険の利用困難》と一致して先行研究の結果を支持するものとなった。しかし、栗田（2000）や小磯（2009）が不足を指摘しているような訪問介護、訪問看護等、具体的なサービス内容まで本研究では語られることはなかった。その他、中山間地域では、サービスが不足しているため、サービスの量を拡充することに注目されがちだが、本研究において、〔事業所サービスを利用したくない思い〕として明らかになった通り、質に着目することも重要である。サービスが少ないと競争原理が働きにくく、サービスの質を向上させることが難しいことが推測される。中山間地域において社会資源の拡張は重点課題であるが、質にもきちんと着目し、社会資源の量と質の両方を充実させることが必要であろう。また、情報提供の必要性や理解困難について、杉井（2005）は、中山間地域で暮らしている高齢者は、情報をあつめにくく、的確な選択をすることが困難であると指摘している。本研究にて、その必要な情報の一部として、《制度理解の困難》のコード化単位において、〔介護保険の仕組み理解困難〕、〔医療費助成の仕組み理解困難〕であることを具体的に提示した。

【社会資源に関連する困りごと】は、他の困りごとと比較すると、直接「苦しい」、「つらい」等、感じにくい困りごとと推測できる。例えば小磯（2009）は、中山間地域で暮らす高齢者に対する支援に必要な社会資源のなかで訪問看護を最も重要と位置付けているが、本研究では語られることはなかった。また、栗田（2000）は、ヘルパーと訪問入浴の重要性について言及しているが、訪問看護同様、本研究では語られていない。これらの先行研究との比較を通して「個を地域で支える支援と個を支える地域をつくる支援という2つのアプローチを一体的に推進すること」（岩間 2011）の重要性が改めて明らかになった。このようにニーズによっては、知覚しにくいことがあるため、支援者側がより一層の注意を払う必要があると考えられる。

本研究の新たな知見についてまとめると、分

析単位をもとに、コード化単位、文脈単位を生成することにより5のカテゴリ、すなわち【療養生活費負担に関連する困りごと】、【受診・受療に関連する困りごと】、【役割変化に関連する困りごと】、【住環境に関連する困りごと】、【社会資源に関連する困りごと】を明らかにしたことである。さらに、これまでなされた先行研究の知見との比較検討により先行研究の知見を跡づけたことに加えて、本研究において新たに明らかになった中山間地域で暮らす高齢者の医療福祉ニーズの構成要素としては、〔薬剤費の支払い困難〕、〔医師に対する遠慮〕、〔医師に対する不満〕、〔専門医不在〕、〔受診までの移動手段困難〕、〔近隣・友人に迷惑をかけている思い〕、〔交流関係の喪失〕、〔趣味の喪失〕、〔家族に迷惑をかけている思い〕、〔家族関係の悪化〕、〔トイレ・風呂のバリア〕、〔事業所サービスを利用したくない思い〕、〔介護保険の仕組み理解困難〕、〔医療費助成の仕組み理解困難〕が挙げられる。

## Ⅷ. 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界と今後の展望について述べる。調査協力者選定方法を「地域のことをよく知っていて、熱心に高齢者支援に取り組んでいると考えられる実践者」から紹介してもらった要介護高齢者というように主観的な選定となっていることでデータにバイアスがかかっていることが予想される点や地域を限定した調査という点である。また、要介護状態でも比較的軽度の方に偏りがあることである。今後は他の地区や他県の中山間地域や幅広い介護度の要介護高齢者に継続的な調査を進める必要があるだろう。さらに、本研究では、カテゴリー間同士の関連についてまで分析することができていないため、今後の課題としたい。

また、【社会資源に関連する困りごと】の考察で述べたように、本研究と本研究が対象とした地区の専門職との間にはニーズにずれが生じることが推測されるため、次の段階として専門

職にインタビュー調査を進めている段階である。これらのインタビュー結果を踏まえ、ノーマティブニーズとフェルトニーズの比較検討が必要である。さらに、ニーズの程度に関して【療養生活費負担に関連する困りごと】の「困っているが仕方がない。こんなもんだと思う」との語りに見られるように困っているが、どの程度感じているかまで測ることはできていない。今後は、ニーズを測定するため量的調査を行い、ニーズの程度や各ニーズ間の相関関係を実証的に検証する必要がある。

しかしながら、このような限界を認めつつも、これまで文献整理に留まっていた医療福祉の概念を、要介護高齢者に対するインタビューから中山間地域で暮らす要介護高齢者の医療福祉ニーズの構成要素として、その概念を帰納的方法によって明らかにしたことで、本研究の目的は達成できたように思われる。

本研究は、平成26年度～平成28年度科学研究費助成事業、若手研究(B)(課題番号26780314)による成果の一部である。

## 注

- 1) 中山間地域の統一した定義はないが、高知県では、山間地及びその周辺の地域等地理的及び経済的に不利な地域として、地域振興に関する5つの法律(過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法、離島振興法、半島振興法、特定農村における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律)の範囲としている。高知県の中山間地域の人口は、昭和35年以降減少し続け、昭和35年の人口と平成22年の人口を比較すると、42%減少している。主要な産業は、農業であるが、53.7%の集落で後継者がいない。また、耕作放棄地は、65%の集落で存在し、増加傾向にある。生活面に関する困りごとの調査では、飲料水の確保、生活用品の確保、移動手段の確保、情報通信手段の確保、

見守り活動、経済面、地震等の災害対策について問題を感じている。中でも、日ごろの生活で最も不安を感じていることは、健康面のことであり、69.4%の人が訴えている（平成23年度高知県集落調査 2012）。

## 文献

- Bradshaw, J. (1972) A Taxonomy of Social Need, McLachlan, G. ed. *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research, 7<sup>th</sup>*, Oxford University Press, 69-82.
- 淵田英津子・安梅勅江 (2004) 「保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備に関する研究—訪問面接とグループインタビューによる当事者主体のニーズ把握」『日本保健福祉学会誌』10(2), 31-40.
- 堀川涼子・小坂田稔 (2012) 「高齢化が進む中山間地域におけるまちづくり（第1報）—地域と大学が協働で行ったニーズ調査の結果について」『美作大学・美作大学短期大学部紀要』57, 43-54.
- 福井貞亮 (2003) 「要援護高齢者のニーズ—要援護高齢者自身が感じるニーズに焦点をあてた実証的研究の提案」『生活科学研究誌』2, 1-9.
- 本田亜起子・片平伸子・別所遊子・ほか (2012) 「介護支援専門員からみた経済的問題による高齢者の介護保険サービス利用の手控え—一手控えの状況およびその影響と支援」『日本地域看護学会誌』15(1), 61-70.
- 岩間伸之 (2011) 「地域を基盤としたソーシャルワークの特質と機能—一個と地域の一体的支援の展開に向けて」『ソーシャルワーク研究』37(1), 4-19.
- 限界集落における保健・医療・福祉（介護）の提供のあり方に関する検討委員会 (2009) 『限界集落における保健・医療・福祉（介護）提供体制に関する実態調査研究事業調査結果概要（事業サマリ）』社団法人全国

- 国民健康保険診療施設協議会、飯吉令枝・平澤則子・斎藤智子・ほか (2006) 「豪雪地における高齢者の生活構造の変化とソーシャル・サポート・システムの評価」『看護研究交流センター年報』17, 1-5.
- 伊藤正子 (2007) 「第11章 医療サービス」古川孝順編『生活支援の社会福祉学』有斐閣ブックス, 154-166.
- 片倉直子・佐藤泉・西田麻子・ほか (2002) 「高齢者の身近な社会とのかかわりへの保健福祉サービスニーズに関する研究」『日本保健福祉学会誌』8(2), 41-49.
- 川村匡由・室田人志 (2011) 「医療福祉の位置づけ」川村匡由・室田人志編『医療福祉論—これからの医療ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房, 2-32.
- 小林江里香・杉澤秀博・深谷太郎・ほか (2000) 「高齢者の保健福祉サービスの認知への社会的ネットワークの役割—手段の日常生活動作能力による差異の検討」『老年社会科学』22(3), 357-366.
- 小林恵子・平澤則子・飯吉令枝・ほか (2008) 「農村地域に暮らす高齢者の生活ニーズとソーシャル・サポートの検討—サービス提供者のフォーカス・グループ・インタビューから」『保健師ジャーナル』64(3), 258-263.
- 児島美都子 (2007) 「第1章 医療福祉とは何か」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉概論 第2版』学文社, 1-13.
- 小磯明 (2009) 『地域と高齢者の医療福祉』御茶の水書房.
- 窪田暁子 (1981) 「Ⅲ 医療福祉—医療ソーシャルワーク」仲村優一・松井二郎編『講座社会福祉4 社会福祉実践の基礎』有斐閣, 222-255.
- 栗田明良 (2000) 『中山間地域の高齢者福祉—「農村型」システムの再構築をめぐる』(財)労働科学研究所出版.
- Lederer, K. (1980) Introduction, Lederer, K. ed. *Human Needs: A Contribution to*

- the Current Debate*, Oelgeschlager, Gunn & Hain, 1-14.
- 松浦尊磨・間瀬教史・鈴木順一 (2009) 「集落機能が低下した農村地域高齢者の抑うつ及び将来不安要因とケア・ニーズ」『甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編』3, 51-58.
- Mayring, P. (2004) *Qualitative Content Analysis*, Flick, U., Kardoff, E. V., Steinke, I. eds. *A Companion to Qualitative Research*, Sage, 266-269.
- Mayring, P. (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 10Aufl., Beltz.
- 宮田延子 (2011) 「地域社会での課題と医療福祉サービス」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 156-162.
- 西三郎 (2011) 「医療福祉を考える」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 1-5.
- 長崎雅子・若林由香・吉川洋子・ほか (1998) 「在宅療養に関連する要因の分析」『島根県立看護短期大学紀要』3, 9-13.
- 小田兼三 (1997) 「第2章 医療福祉の原理」小田兼三・竹内孝仁編『医療福祉学の理論』中央法規, 15-28.
- 小田切徳美 (2009) 『農山村再生—「限界集落」問題を越えて』岩波書店.
- 岡堂哲雄 (1998) 『病気と人間行動』中央法規出版.
- 岡本民夫 (1997) 「第3章 医療福祉学の学問性」小田兼三・竹内孝仁編『医療福祉学の理論』中央法規, 29-43.
- 大田晋 (2007) 「政策・制度・法律からみた『医療福祉』」『川崎医療福祉学会誌』17増刊, 39-50.
- 大友達也 (2012) 広島県におけるヘルスリテラシーの現状と課題—都市部とへき地の住民調査』『医療福祉研究』6, 31-48.
- 奥田いさよ (1986) 「第12章 医療福祉」小田兼三・中村永司・日高沙千江編『社会福祉概論—看護・保育・福祉実践のために』ミネルヴァ書房, 204-216.
- 奥田いさよ (1990) 「医療福祉」岡本民夫編『社会福祉』医学出版, 188-212.
- 小澤薫 (2013) 「孤立する高齢者のニーズと地域福祉の課題：ひとり暮らし高齢者の実態調査結果から」『人間生活学研究』4, 61-69.
- 佐々木美佐子・小林恵子・平澤則子・ほか (2003) 「山間豪雪地における高齢者の生活構造とソーシャル・サポート・ニーズに関する研究」『看護研究交流センター事業活動・研究報告書』14, 9-16.
- 瀬嶋克之・杉澤廉晴・フェッターズ マイク D・ほか (2002) 「個人面接による地域高齢者の医療に対するニーズの調査」『日本公衆衛生雑誌』49(8), 739-748.
- 杉井たつ子 (2005) 「中山間地域における福祉サービス供給の課題—福祉サービス供給組織の整備」『介護福祉学』12(1), 158-162.
- 高橋和子・太田喜久子 (2001) 「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」『老年看護学』6(1), 50-57.
- 鈴木裕介 (2014) 「医療に関連する福祉的課題の文献検討—地域で暮らす高齢者のフェルトニーズに焦点化して」『高知県立大学紀要社会福祉学部編』63, 119-128.
- 高橋恭子 (2003) 「日本における医療福祉の生成過程に関する研究—『医療の社会化』について」『人間福祉研究』6, 15-26.
- 竹内孝仁 (1999) 「高齢者と医療福祉」竹内孝仁・平田豪成編『医療福祉の分野と実践』中央法規, 145-161.
- 鷹野和美 (2005) 『地域医療福祉システムの構築』中央法規.
- 高野和良 (2011) 「過疎高齢社会における地域集団の現状と課題」『福祉社会学研究』8, 12-24.
- 高山巖 (2011) 「老年期の生活と医療福祉の課

- 題」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 65-67.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか (2010)「限界集落における高齢者の生活実態と孤立問題」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』59, 139-153.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか (2011a)「限界集落における孤立高齢者への生活支援 (上)」『高知論叢』100, 117-152.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田・博史・ほか (2011b)「限界集落における孤立高齢者への生活支援 (中)」『高知論叢』101, 61-106.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか (2011c)「限界集落における孤立高齢者への生活支援 (下)」『高知論叢：社会科学』102, 97-132.
- 田中きよむ・玉里恵美子・霜田博史・ほか (2012)「限界集落における孤立高齢者への生活支援 (完) (青木宏治教授定年退職記念号)」『高知論叢：社会科学』103, 69-122.
- 田中千枝子 (2011)「医療福祉の対象と範囲」星野正明・高内克明・土田耕司編『医療福祉学の道標』金芳堂, 14-16.
- 徳富和恵 (2007)「第6章 医療福祉の援助を抱えた人びと」児島美都子・成瀬美治編『現代医療福祉概論 第2版』学文社, 120-143.
- 右田紀久恵 (2005)『自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房.
- 山口昇 (2012)「地域包括ケアのスタートと展開」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 12-37.

**Medical and social welfare needs of older residents in hilly and mountainous areas who require long-term care; An analysis of interview survey**

Yusuke Suzuki

University of Kochi

The purpose of this study was to identify the constructs of medical and welfare needs of elderly residents requiring long-term care. For this, an interview survey was conducted with 12 older residents in hilly and mountainous areas who require long-term care. The results were analyzed based on the qualitative content analysis method of P. Mayring.

Based on the analysis, five categories were identified: “*Problems related to medical expense burden*”; “*Problems related to receiving examinations and treatment*”; “*Problems related to role changes*”; “*Problems related to living environment*”; and “*Problems related to social resources*”. In addition, service providers need to pay more attention since some needs were harder to identify as seen in “*Problems related to social resources*.”

Key words: Hilly and mountainous areas, medical and welfare needs, older residents requiring long-term care

## 〔論文〕

## 成年後見人による認知症高齢者の 自己決定支援に対する意識についての実態調査 ～リーガルサポート会員に対する調査を通して～

高橋 正和\*

成年後見制度における認知症高齢者の自己決定支援について、制度上の理念である「自己決定権の尊重」に焦点をあて、支援の実態を通してその課題を明確にすることを目的として、質問紙調査を行った。対象は公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート兵庫支部の会員であり、質問項目は認知症高齢者の介護保険サービスの契約場面を中心に設問を作成した。

有効回答数は109通（回答率38.8%）であった。受託している被後見人の属性は後見類型の認知症高齢者が最も多く、被後見人の意思表示や意思決定については、7割近い後見人が困難を感じており、8割近くが理念の実現に向けた課題があると回答した。また困難の背景には、認知症への対応や経済的問題に関するリスク判断、制度そのものに対する課題など複合的に問題が重なり合っているとの認識が示された。

以上の結果から、被後見人への理解や支援ネットワークの構築等の課題とともに、理念達成のためのプロセスの蓄積による支援の標準化の必要が示され、それらについてソーシャルワークの観点から探究することを今後の研究課題とした。

Key words : 成年後見制度, 認知症高齢者, ソーシャルワーク

### I : 研究の背景と目的

成年後見制度は、介護保険制度と同時に2000年4月に導入された。現行の成年後見制度はドイツの世話法とイギリスの持続的代理権授与法を参考として作成され、従来の禁治産・準禁治産制度に代わって施行された。一方、介護保険制度は、福祉サービスの利用にあたって、従来の行政処分である措置制度から、サービス受益者がサービスの選択と決定ができる契約制度へ移

行した制度である。介護保険制度が施行されることを契機に、認知症高齢者は当事者として契約する能力が欠如しているため、契約という法律行為を支援する仕組みの制定が急務となった結果として、成年後見制度と介護保険制度は同時に施行された。このため、両制度は車の両輪と表されている。

その後の成年後見制度利用の概況について、申し立て件数を比較すると、制度開始1年間（平成12年4月～平成13年3月）と2012年発表（平

\*Masakazu Takahashi : 医療法人社団すずむ会 グループホームふれんど白川台

関西学院大学人間福祉研究科 博士課程前期課程 人間福祉専攻

成24年1月～12月)では、約3.9倍の34,689件となっており増加の一途を辿っている。また、2012年発表の概況では、制度開始以来、初めて、親族以外の専門職が成年後見人に選任された件数が、親族が選任されたものを上回った。

この申立の主な動機としては、預貯金の管理・解約が最も多く、次いで、介護保険契約(施設入所等のため)となっている。介護保険契約については、制度開始1年間(平成12年4月～平成13年3月)は2%であったが、2012年発表(平成24年1月～12月)には、8.7倍の17.4%となっており、介護保険契約の需要が高くなっていることが明らかである。

次に申し立て本人の属性については、2012年発表(平成24年1月～12月)では、認知症高齢者の申し立て件数が大半を占めていることが予測される結果となっている。

認知症高齢者は、厚生労働省によると、2010年(平成22年)は280万人であったが、2015年(平成27年)には345万人、2025年(平成37年)には470万人に上ると推定され、認知症高齢者への対策と虐待を含む権利侵害を防止する観点からも、今後ますます成年後見制度における専門職後見人の役割や必要性、重要性が高くなっていくことが予測される。

本研究が着目するのは、成年後見制度と介護保険制度の双方に掲げられている自己決定の理念である。成年後見制度の基本理念は、大きく残存能力の活用・ノーマライゼーション・自己決定権の尊重の3つである。一方、介護保険制度の基本理念は、在宅ケアの推進・社会連帯による支えあい・介護基盤の整備・重層的で効率的なサービス・予防とリハビリテーション・利用者本位のサービス提供・高齢者自身による選択の7つであり、自分で選択し決定するという自己決定権が挙げられている。このように両制度において、自己決定権の尊重が掲げられているが、果たして実践の場面において自己決定権は尊重されているのか、実践現場においては、成年後見人による代行決定のプロセスが十分に問われないまま、あたかも被後見人本人によつ

て自己決定されたかのように安易に取り扱われている可能性はないのか、ということが筆者の問題意識の出発点である。

関西学院大学にて開催されたシンポジウム(2012年12月16日)「その人らしい生き方を支える～ソーシャルワーカー・法律家と権利擁護～」において、平田厚弁護士は、現行の制度では自己決定権の尊重を行わず、代行決定を行っていたとしても、それを咎める理由も法も存在しておらず、本研究における自己決定支援を行う枠組みやルールを作ることは、今後10年の課題であると述べており、現行の成年後見制度の改変の議論と同時に、その支援の実態を明らかにし、自己決定支援の枠組みを作っていく必要性が高いことを示唆している。

そこで、本研究は「自己決定権の尊重」という理念に焦点をあて、成年後見人による支援の実態を通して、理念達成に向けた課題を明確にした上で、その理念達成の為のプロセスや枠組みをソーシャルワークの視点から構築することを最終的な目的としている。本稿では、その研究の第一段階として、成年後見人による認知症高齢者の自己決定支援に対する意識についての実態調査を通して、現状と課題を論じることに限定している。

なお、本領域における用語は、同義語が多く、定義づけを行わなければ違った解釈を持つ可能性が考えられる。自己決定及び自己決定権については、同義語として意思決定という言葉があり、憲法・民法・制度・施策において、明確な使い分けに関する規定はなく、同義語として扱われている。このため、本稿では「自己決定」及び「自己決定権」を採用することとする。

なお、本研究は関西学院大学の人を対象にした臨床・調査・実験倫理委員会の承認を得て実施している(平成26年3月19日付 承認)。

## Ⅱ：先行研究

平成25年1月の国連障害者の権利条約(障害者のある人の権利に関する条約)を日本が批准

した。この権利条約では、自己決定支援の理念が強調されており、批准国は、代行決定から支援付き意思決定への転換が求められている。具体的な内容として同権利条約第12条、障害者が生活のあらゆる側面において、他の者と平等に法的能力を享有することを認め、法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用することができるようにするための適当な措置をとること。つまり、包括的な行為能力制限の縮減や撤廃、意思決定支援のための制度構築等が最低限必要となり、状況によっては法定代理を含む代行決定そのものが許されないと解釈できる内容となっている。

イギリスの意思決定能力法（2005）の研究者である菅（2013）は、法的な議論として、成年後見制度における法の基本的枠組みを代行決定型と意思決定型アプローチに分け、日本の成年後見制度は主として代行決定の仕組みである代理権を用いて、本人の保護ないし支援を行う制度として位置づけられているとしている。その上で、世界と比較した場合、本人に代わって代理人が決定を行う代行決定を当然視した成年後見制度のあり方は、人権尊重の視点から見直される必要性を指摘している。

また弁護士の中野（2012）は、他者の決定を自己決定と呼ぶことに対する語義的な矛盾を指摘し、どのような重度な障がいをもつ人であっても、何らかのコミュニケーション手段を備えれば、一定の意思ないしは意向を確認出来る場合も多く、それらを駆使することなく本人にとっての自己決定の機会を否定することは許されないとしている。その上で、代行決定に対する5つのルール<sup>1)</sup>を策定し、慎重に様々な仮説を立てて検証を続けていくことを提案している。

こうした法学からのアプローチと並行して、特定非営利活動法人PAS ネット（2009）では、権利擁護の枠組みを「相談支援」、「法的支援」、「生活支援」とし、それぞれの枠組みが重なりあい、影響し合うことにより人の生活は構成されており、それぞれの枠組みを総合的に判断することが求められるとしている。

全国権利擁護支援ネットワークの事務局長である上田（2010）は、権利擁護も成年後見制度も基本的には地域自立生活支援の一つと位置づけ、普通の生活（＝地域生活）の維持や確保、自分らしく暮らす（＝自立生活）ことの具体化、みんなと暮らす（＝社会生活）ための調整や働きかけは、生活主体である本人の立場や役割が確立し、その力が発揮されて実現されるものであり、まさに権利擁護の目的とする生活であると述べている。このような権利擁護の観点から、様々な権利侵害の予防と防止、権利行使の保障として成年後見制度が位置づけられているとしている。

次に、ソーシャルワークの観点から、成年後見制度においてなすべき役割を論じた文献としては、例えば、坂本（2001）は、社会福祉は、常に法制度に基づく社会福祉と民間社会福祉事業を含む自発的社会福祉が相互に影響しあって全体を発展させてきたという歴史がある。権利擁護活動についても、法や判例を規範として、業務を徹底的に遂行するのは裁判官や弁護士である一方で、ソーシャルワーカーの業務は、利用者と援助者の契約関係を実現するための大切なものさしとして、倫理綱領を規範としていると述べている。

福田（2004）は、社会福祉士が後見人として受任依頼するケースは低所得層が多いことから、ともすればその活動はボランティア的に捉えられ、後見事務と後見人報酬に関わらず受任してもらえろという安易な見識がないわけではないと指摘している。加えて身上監護はソーシャルワーカーを中心に行い、財産管理は弁護士や司法書士の役割となり、時には複数後見における協力という実践が行われてきた。しかしながら福祉サービスの利用や医療にかかる経費について、療養看護面から本人の意思と日常生活の維持に合致する財産管理を考えるならば、単純に財産管理は弁護士や司法書士、身上監護は社会福祉士という画一的な分類は再考する余地が十分にあること等について論じている。

また、岩間（2011）は、成年後見制度が社会

福祉及びソーシャルワークに与えたインパクトについて、社会福祉施策、ソーシャルワーク実践、地域福祉の推進という観点から検討し、当事者（本人）の主体化、行政責任の明確化、住民・市民の参画による社会福祉の推進に寄与していると要約している。そして、社会福祉において成年後見制度を内包化し、有意義に活用していくことによって社会福祉そのものが内発的に刺激を受け、活性化していく可能性を示唆している。

他方で、自己決定そのものに焦点づけ、事例を通して自己決定を促す関わりや自己決定支援そのものに関連した文献は多く見られる。（藤原ほか 2004；鶴浦 2005, 2011；内ヶ島 2009, 2011）

しかしながら現時点では自己決定権の尊重の理念に照らして、成年後見下の支援の実態に即した課題や支援のプロセスに焦点づけて、実証的に考察した研究として公表されているものはまだほとんど見当たらない。

こうした中で、事例を用いて、判断能力が不十分な人へのソーシャルワークを通じた支援に関して考察したものには、鶴浦（2006）らの研究がある。判断能力が不十分な人の代弁をする援助者には、彼らの言動や与えられた情報から本人を理解していく高度な専門的アプローチが必要となる。すなわち彼らの言動や彼らに関する情報をもとに本人のいるところに近づくことが求められ、そこから本人が今何を望んでいるのかを汲み取っていく技術が求められるとし、援助者の思考プロセスを5つの連続する援助プロセスとして示している。判断能力が不十分な人の言動から本人の思いを理解するために、必要な情報についての収集を行い、そこから本人理解のための分析をし、その本人の理解をもとに、言動に込められた本人の思いを導きだし、具体的な対応へと展開させるとしている。

また鶴浦（2011）は、ソーシャルワーク実践においては成年後見制度を重要な社会資源として用いているが、取り組みは申し立て支援にとどまっていることや、ソーシャルワークと成年

後見制度の機能や役割についての整理が不十分であり、後見人との連携・協働が効果的に発揮されず、十分に活用出来ていない現状を指摘している。さらにソーシャルワークと成年後見制度に関する研究は、後見活動におけるソーシャルワークの可能性に焦点を当てたものが多いとしている。その上で、ソーシャルワーク機能を強化する後見人等との連携・協働をそれぞれ、補強型・分離型・活性型に類型し、強化されるソーシャルワークの機能を明らかにしている。

また実践的な取り組みとしては、全国権利擁護支援ネットワークを中心とする法人後見等の活動、団体後見の活動が活発になっている。さらには日本福祉大学権利擁護センターと日本弁護士連合会の協働による意思決定支援に関する研究会が開始され、日本弁護士連合会による意思の尊重に関する実態調査が行われる等、研究の推進も図られている。

以上のように、成年後見制度上における自己決定の取扱いや連携・協働に関する研究は散見されるが、具体的な支援における意識の実態や支援のプロセスについて実証的に考察したものは非常に少ないのが現状である。そこで本調査においては、成年後見制度における自己決定権の尊重の理念の達成に向けて、支援のプロセスに関する実証的研究に至る前段階として、被後見人である認知症高齢者への支援に際する後見人の問題意識について、その実態を確認するための調査を実施したものである。

### Ⅲ：研究方法

成年後見制度における支援の実態を把握するために質問紙配布による実態調査を実施した。その対象は、公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート兵庫支部の承認を受け、兵庫県下のリーガルサポート会員の内、後見人候補者名簿搭載者287名である。

リーガルサポートとは、日本司法書士会連合会が中心となり、司法書士を正会員として設立された法人である。平成11年12月に新しい成年

後見制度が施行するのに先駆け、後見人の受け皿として誕生したものである。現在は、各都道府県に1ヶ所（北海道のみ4ヶ所）の計50支部で運営されている。

調査協力者の選定理由は、リーガルサポート会員の内、後見人等候補者名簿登載者は、成年後見人として一定の研修を受け、成年後見人等を受任する体制が整っている、もしくは受任しているからである。また、成年後見関係事件の概況の結果からも、2012年12月現在において専門職後見人では、司法書士が最も多く、全体の51.5%を受任しており、後見人として支援している実態を把握し、明らかにすることに適していると判断したためである。

また、調査においては今回の研究目的に沿って、できるだけ明確にイメージを持って回答しやすくするために、支援の対象を成年後見制度における後見相当の認知症高齢者とし、さらに自己決定支援の場面設定については、介護保険サービス選択の場面に特定することとした。

質問項目は、属性、後見事務の受任件数、介護保険サービスの利用契約経験の有無とその種

別、介護保険サービス契約の際に最も配慮したいことと実際に影響を及ぼしたものの、成年後見制度の自己決定権の尊重の理念についての現状と課題等である。

調査票の配布期間は、平成26年4月1日～平成26年4月30日である。結果の集計及び分析についてはIBM SPSS Statistics22を用いた。

#### IV：結果

質問紙調査の総配布枚数は287通、内、有効配布枚数は281通である。無効となったのは、事務所閉鎖や事務所移転等により配達不可であったものである。有効回収数は、109通となり回収率は38.79%であった。地域の内訳としては、神戸市内41通、神戸市外が68通となっている（表1）。

調査協力者の属性については、全員司法書士で、男性が84人（77.1%）、女性が25人（22.9%）（表2）。調査協力者の年齢層は、40歳台が40%、次いで50歳台、30歳台、60歳台となっている（表3）。

表1 質問紙調査配布及び回収について

回収枚数／有効配布枚数	神戸市内	41／98	回収率 41.83%
	神戸市外	68／183	回収率 37.16%
	合計	109／281	回収率 38.79%

表2 調査協力者の性別（n=109）

		度数	パーセント
有効数	男性	84	77.06
	女性	25	22.94
	合計	109	100.0

表3 年齢の分布（n=109）

	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
度数	3	20	42	21	19	4	109
パーセント	2.75%	18.35%	38.53%	19.27%	17.43%	3.67%	100.0%

成年後見制度における三類型（後見・保佐・補助）と被後見人の対象については、三類型のうち、後見が全体の73.69%を占め、続いて保佐が19.62%、補助が6.69%となっている。被後見人の属性については、認知症高齢者が全体の71.13%を占め、続いて知的障害者が13.71%、精神障害者が10.93%となっている。これは、成年後見関係事件の概況の認容件数や被後見人の属性と比較しても、ほぼ同等の割合となっている。また、本研究では認知症高齢者及び後見相当に焦点をあてており、最も支援が行われている、もしくは支援を必要としている属性であることが示された（表4）。

次に介護保険サービスの利用契約については、

63人（68.48%）が利用契約をしたことがあるとの回答を得た（表5）。

介護保険サービスの契約を行ったことがある63名の内、介護保険サービスの利用契約の種別については、在宅サービス利用に関する契約は40件（41.67%）で、施設入所サービスの利用に関する契約は54件（56.25%）であった（表6）。

また、介護保険サービスの利用契約を行った者の内、75.00%の者から、被後見人の意思表示や意思決定について困難を感じたことがあると回答を得た。在宅系サービス・施設入所系サービスの種別を問わず、代行決定を行うにあたり、判断やその根拠となる部分について葛藤を抱えている後見人が多いことが示された。

**表4 成年後見三類型と被後見人の属性について**

	後見	保佐	補助	総数
認知症	479件	118件	41件	638件 (71.13%)
知的障がい	99件	20件	4件	123件 (13.71%)
精神障がい	54件	33件	11件	98件 (10.93%)
その他	29件	5件	4件	38件 (4.23%)
総数	661件 (73.69%)	176件 (19.62%)	60件 (6.69%)	897件 (100%)

**表5 介護保険サービス契約の有無について  
(n=92)**

	度数	パーセント
契約したことがある	63名	68.48
契約したことがない	26名	28.26
無回答	3名	3.26

**表6 介護保険サービス契約におけるサービスの種別について (n=96、複数回答)**

	度数	パーセント
在宅系サービス	40件	41.67
施設入所系サービス	54件	56.25
その他	2件	2.08

次に、介護保険サービス選択、契約の場面において、後見人が被後見人に対して最も配慮したいこと、そして実際の選択、契約の場面において影響を及ぼしたもののについて、複数回答を得て示したのが表7である。70.00%の後見人が被後見人本人の意思を最も尊重したいと回答しているのに対し、実際には医療・介護専門職の意思や家族の意思の影響を受けていることが示された。つまり、被後見人の意思を尊重したいと考えていても、実際の支援の場面においては、医療・介護専門職の意思や家族の意思など、その他の要因が強く働くことがあることが明らかとなった。

また表7で、介護保険サービス契約の際に本人の意思を最も配慮したいと回答した者の内、

被後見人の意思表示や意思決定について困難を感じたことがある者の割合は53.70%であった。

次に被後見人の意思表示や意思決定について、困難を感じたことがある人は67.41%であった（表8）。代行決定をあたかも自己決定したもののように取り扱わせていることが困難を感じる背景となっているとも考えられる。

一方で、困難を感じたことがないと回答した者からは、認知症高齢者の意思を推し量るすべがない。日常的に事実上の看護（介護）を行っていないので、家族、介護職、看護職から間接的に情報を収集するしかない。寝たきり等で、本人が言葉を発しない。そもそも意思表示や意思決定を行えないなどが記載されていた。

表7 介護保険サービス契約の場面における配慮したいことと実際に影響を及ぼしたもの

	契約の際に最も配慮したいこと (n=60)	契約の際に実際に影響を及ぼしたもの (n=139、複数回答)
本人の意思	42件 (70.00%)	40件 (28.77%)
家族の意思	6件 (10.00%)	33件 (23.74%)
医療・介護専門職の意思	7件 (11.67%)	43件 (30.93%)
後見人の意思	1件 (1.67%)	16件 (11.51%)
特になし	0件 (0.00%)	4件 (2.87%)
その他	4件 (6.67%)	3件 (2.15%)

表8 被後見人の意思表示や意思決定について、  
困難を感じたことがあるか (n=89)

ある	60件 (67.41%)
ない	28件 (31.46%)
無回答	1件 (1.12%)

次に成年後見制度における自己決定権の尊重の理念の現状とその実現に向けての課題について、クロス集計を行ったのが表9である。現状として理念はどの程度保たれているかの設問に対して、回答者の40.40%がどちらともいえないと回答しているのに対し、実現に向けた課題については、76.9%の者がかなり又はやや課題があるとの回答を得た。

また、理念の保たれている程度において、どちらともいえないと回答しているものの内、理念を実現することへの課題については、42名中33名(78.57%)から、かなり又はやや課題があるとの回答を得た。

つまり、自己決定権の尊重の理念に対して、そのプロセスや枠組み、一定のルールが存在していない現状において支援の実情とその保持に

ついてはどちらともいえないが、その理念を実現するためには、様々な課題が存在していると認識されていることが示された。

また表8で被後見人の意思表示や意思決定について困難を感じたことがあると回答した者の内、成年後見制度の現状において、自己決定権の尊重の理念を実現することに対する課題があると答えた者の割合は85.07%であった。また、困難を感じたことはないと回答した者においても、61.11%が同理念の実現に対して課題があると回答していた。すなわち、実際に意思表示や意思決定について困難を感じているかどうかに関わらず、成年後見制度の自己決定権の尊重の理念を実現することに対して何らかの課題を感じている後見人が多いことが示されたといえる。

表9 自己決定の尊重の理念の現状と、その実現への課題

理念を実現することへの課題 理念の保たれている程度	かなりある	ややある	どちらともいえない	あまりない	ほとんどない	合計
全く保たれていない	0	0	1	1	0	2
	0.00%	0.00%	1.00%	1.00%	0.00%	1.90%
あまり保たれていない	12	13	2	0	0	27
	11.50%	12.50%	1.90%	0.00%	0.00%	26.00%
どちらともいえない	18	15	8	1	0	42
	17.30%	14.40%	7.70%	1.00%	0.00%	40.40%
やや保たれている	5	13	4	1	0	23
	4.80%	12.50%	3.80%	1.00%	0.00%	22.10%
かなり保たれている	2	2	1	3	2	10
	1.90%	1.90%	1.00%	2.90%	1.90%	9.60%
合計	37	43	16	6	2	104
	35.60%	41.30%	15.40%	5.80%	1.90%	100.00%

カイ2乗検定

	値	df	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ2乗	49.211 <sup>a</sup>	16	.000
有効なケースの数	104		

a. 18セル(72.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は.04。

次は、成年後見制度の法律そのものの規定に関する設問である（表10）。理念そのものについてかなり又はやや課題があると、49.43%の後見人から回答を得た。これは、制度の規定そのものの課題と、達成していくための被後見人との関係性作りや意思表示の機会を確保することへの困難さ等、複合的な課題が隠れているものと考ええる。

なお、表6、表7、表8、表9、表10で利用したデータを基に、それぞれのデータ項目ごとの組み合わせを替えて分析を実施したが、本稿では字数の関係で、特に重要と思われる結果についてのみ記載した。

**表10 自己決定の尊重の理念について、法律上の規定そのものの課題について**  
(n=89)

	度数	パーセント
かなり課題あり	14	15.73
やや課題あり	30	33.70
どちらともいえない	26	29.21
あまり課題はない	12	13.48
ほとんど課題はない	5	5.62

その他、調査票の各項目ならびに全体に対する自由記載には計185件の意見がよせられた。それらを分析すると5つのカテゴリーに分類することができた。それぞれの項目と代表的な意見は以下のとおりである。

1. 被後見人の認知症とその程度について
  - ・そもそも認知症があるので、自己決定を促すことは困難である。
  - ・認知症があり、コミュニケーションが成立しない。
  - ・本人の同意を得ることが困難である。
2. 被後見人の金銭的事情について
  - ・収支のバランスを考慮することが必要で、浪費によって収支がマイナスとなる場合

やそのことにより親族間で紛争を招く可能性が考えられる場合には制限を行わなくてはならない。

3. 地域・社会資源の不足について
  - ・地域によっては自己決定を行えるだけの社会資源が整っていない。
  - ・施設に空きがなく、認知症の程度によって入所出来る施設が制限される。
4. 専門職後見人としての職務観について
  - ・制度を担う後見人の意識や知識、経験等後見人自身の意識に課題があるのではないか。
  - ・本人の資力や環境、親族関係等を出来る限りの情報を収集して、トータルに判断を行っているが、それが被後見人の真意と合致しているか判断に困ることがある。
5. 成年後見制度そのものについて
  - ・現行制度では画一的な剥奪であり、課題が多い。
  - ・精神上的の障がいがあることで画一的な制限を設けており、まず本人の意思決定を支援するという考え方に立っていない。
  - ・本人の意思を確認できるスケール等があり、後見人が免責されるなどの基準があれば良い。
  - ・理念の規定等に問題は感じないが、その運用方法については問題を感じている。

## V：考察

### 1. 成年後見制度の理念と被後見人に対する理解

現在の被後見人の対象の内、後見類型を占める認知症高齢者の割合は72.47%であり、被後見人の意思表示や意思決定について困難を感じたことがあると回答した後見人は67.41%であった。自由記載では、被後見人の自己決定支援について、認知症があることによりコミュニケーションが成立しない、自己決定を促すことが困難であるとの意見を得た。この点に対しては、まずは後見人による認知症疾患そのものや認知

症ケアに関しての理解を深めることの必要性が指摘できる。また現行制度は「画一的な（自己決定権の）剥奪」を許容した制度であるため、自己決定権尊重という制度上の理念に対して、具体的な事例では相容れない結果が生じる。その隙間を埋めていくために、制度の見直しを検討する一方で、認知症高齢者の支援のプロセスを蓄積、分析することによって、疾病の理解に基づく支援のあり方を共有していくことが必要となる。

## 2. 業務の範囲とネットワークシステムの構築

後見人の職務は非常に多岐に亘っているが、書類を作成するという事務的な行為以外の生活の支援に関する事項については、被後見人の意思を確認することに多くの場合困難や葛藤を抱えていることが示された。理念として自己決定権の尊重と制度の職務として身上監護は位置付けられているが、後見人は日常的な看護・介護に従事することは位置付けられていないため、その狭間で葛藤が起きていることが考えられる。

また、地域・社会資源の不足について言及した内容を検討してみると、十分に社会資源の内容を把握しておらず、拙速に判断している場合もあることが読み取れた。そのためには司法書士の資格を持つ専門職後見人だけで活動するには限界があり、多様な専門性を持つ人とのネットワークを基に、フォーマル・インフォーマルを問わず、それぞれのサービスの特徴を踏まえた上で支援を展開することが求められる。

## 3. 支援プロセスの蓄積による標準化された支援に向けて

現行の成年後見制度における成年後見人に与えられた権限と被後見人の関係を鑑みると、代行決定の制度であることは明確であることから、国連の障害者権利条約の批准項目に違反するという判断の下に様々な法律の整備や方法が提唱されつつある。

本調査においても、本人の意思を確認できるスケール等により後見人が免責されるなどの基

準があれば良いという記載に代表されるように、制度的側面から現状の後見人としての責務の大きさや負担感が読み取れる。イギリスにおけるベストインタレストへの取り組みや韓国における一時的支援又は特定の事務に関する支援が必要な者に対する特定後見<sup>2)</sup>などと比較しても、制度上の課題は山積しており、制度そのものやシステムを整備することは必須である。

一方で、そうした議論の背景となるエビデンスの観点からも、支援のプロセスの蓄積と分析を積み重ね、支援の標準化を目指すことの重要性は明らかといえるであろう。その際、ソーシャルワーク専門職がこれまで蓄積してきた、アセスメントや面接技術、ネットワーキングなどの知識・技術、そして価値に基づいた知見を活用することの意義は大きいのではないかと考える。

## VI：研究の限界と今後の課題

本研究における質問紙調査の配布については、兵庫県下のリーガルサポート会員に留まっており、回収件数や回答率等、一部低いものがある。このため、他都道府県も含めて調査を行った場合、今回の結果と違った結果が出る可能性も考えられる。また、本研究は認知症高齢者及び専門職後見人に焦点を当てており、知的障がい者、精神障がい者及び親族後見人は対象にしておらず、成年後見制度全体として捉えた場合にも違った結果が得られる可能性が考えられる。

また本稿は、筆者の研究の最終目的である、ソーシャルワークの視点からの成年後見制度における「自己決定権の尊重」の理念達成の為のプロセスや枠組みの構築に向けた、その第1段階としての実態調査の結果によるものである。今後、本調査によって得られた課題を踏まえて、ソーシャルワークのエキスパートとして後見活動に従事する後見人に対してインタビュー調査を実施し、その支援のプロセスを詳細に分析することにより、成年後見制度における認知症高齢者の自己決定支援についてその内実を明らかにし、考察を加える予定である。

## 注

- 1) 代行決定の5つのルールとして、①代行決定は、本人の「人格的統合 (personal integrity)」と両立していなければならない。②代行決定者は、判断の対象、人格的統合への配慮の可能性、権利侵害の可能性、権利侵害の危険性、利益とコストの比較などを総合的に考慮しなければならない。③本人の人格の根本に関わる問題については、代行決定はなしえない。④本人の人格を把握するために、多属性効用理論 (multi-attribute utility theory) に基づき、複数の属性について階層構造を設け、属性ごとに本人にとって最大の総合的効用値をもつような選択肢を選んでいくという方法では、本人の主観的なベスト・インタレストではなく、代行決定者の考える客観的なベスト・インタレストを採用してしまうことになるため、妥当な方法とはいえない。⑤本人の人格を把握するためには、構成的非決定主義に基づいて、G・A・ケリーによる「個人的構成体 (personal construct) の理論」による二分法的カテゴリー構造分析の方が有効である。
- 2) 韓国における特定後見とは、事務処理能力が持続的に欠如又は不足しないが「一時的支援又は特定の事務に関する支援が必要な者」には「特定後見の審判」を行う (14条の2第1項)。被特定後見人の行為能力については制限されることはない。被特定後見人は、期間と事務の範囲を定めて支援を求めるだけである (14条の2第1項3項)。

## 文献

藤原恵子・森田愛子・松浦由紀子他 (2004) 「生活の場所に関する高齢者の意思決定 (第3報) 一介護老人保健施設入所者の自宅への退所経緯一」『神戸市看護大学短期大学部紀要』第23号, 71-79.

- 福田幸夫 (2004) 「成年後見制度とソーシャルワークの実践～後見活動における社会福祉士の役割に関する考察～」『筑紫女学園大学紀要』第16巻, 215-232.
- 平田厚 (2012) 『権利擁護と福祉実践活動一概念と制度を問い直す』明石書店.
- 岩間伸之 (2011) 「成年後見制度と社会福祉一その接点から新たな可能性を探る一」『大原社会問題研究所雑誌』No.627, 19-29.
- 小西加保留 「平成22年～24年度科学研究費補助金基盤研究 (c) 「ソーシャルワークにおけるアドボカシーの学際的理論再構築とその技術に関する研究」報告書
- 坂本雅俊 (2001) 「ソーシャルワークにおける「成年後見」についての一考一ソーシャルワークの行動規範から一」『長崎国際大学論叢』第1巻, 369-378.
- 菅富美枝 (2013) 編著『成年後見制度の新たなグランド・デザイン』財団法人法政大学出版局
- 特定非営利活動法人PAS ネット編著 (2009) 『福祉専門職のための権利擁護支援ハンドブック』ミネルヴァ書房
- 趙慶済, 2013 「韓国の2013年7月1日に施行された家庭法の概要 (2・完)」, 『立命館法学』Vol. 5, No.351, 310-370.
- 上田晴男 (2010) 「権利擁護としての成年後見一地域における権利擁護支援システムの構築を目指して」『大原社会問題研究所雑誌』1-11.
- 鵜浦直子・岩間伸之・山縣文治 (2005) 「ソーシャルワークの特質からみた代弁のあり方に関する研究一判断能力が不十分な人を代弁するための分析枠組みの検討一」『生活科学研究誌』Vol. 4, 237-245.
- 鵜浦直子 (2011) 「ソーシャルワークの機能強化に向けた後見人等との連携・協働に関する研究一成年後見制度を活用したソーシャルワーク実践の分析から一」『社会福祉学』Vol.51. No. 4, 31-42.
- 内ヶ島伸也 (2009) 「認知症高齢者の日常生活

ケアに関わる「選択の表明」能力と「論理的思考」能力の特徴」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』第5巻, 39-47.  
内ヶ島伸也・蒲原龍 (2011) 「認知症高齢者の

日常生活ケアにかかわる意思決定能力の特徴とその関連要因の検討」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』第7巻, 1号, 13-23.

**Self-determination support of the dementia elderly person  
in the adult guardianship system  
~through the investigation for the guardian~**

Masakazu Takahashi

Friend Shirakawadai, Group home for dementia elderly person,  
a member of Susumukai Medical Corporation  
Master's program in Human welfare postgraduate course  
at the Kwansei Gakuin University

The purpose of this study is to clarify the situation of support for the self-determination right of elderly persons with dementia for adult guardianship, especially when applying for long-term care insurance service. A survey was conducted on the members of the nonprofit foundation adult guardianship center “Legal Support Hyogo Branch” (n=109; response rate 38.8%).

Research findings show that most of the clients were elderly people with dementia registered for guardianship, nearly 70% of the guardians felt difficulty demonstrating the client's intention and the decision making, and about 80% of the guardians reported that there were problems with realizing the principles.

In addition, they recognized overlapping issues such as the care for persons with dementia, judgment of risks pertaining to financial issues, and the guardianship system itself.

Along with the understanding dementia care, and constructing a support network, standardizing the support to elderly persons with dementia through the accumulated knowledge from processes were recommended for future considerations from a social work standpoint.

Key words: Adult guardianship system, Dementia elderly person, Social work

## 〔論文〕

## 医療ソーシャルワーカーが行う アドボカシー援助活動の構成要素

鈴木 裕 介\*

本稿の目的は、医療ソーシャルワーカーが行うアドボカシー援助活動の構成要素を明らかにすることである。ベテランと判断できる医療ソーシャルワーカー14名に面接調査を実施した。分析は、Mayringの質的内容分析方法を参照して行った。

分析の結果、【意識化】、【情報提供】、【啓発】、【代弁】、【対立】、【院内調整】、【変革】の7つのカテゴリーを抽出した。医療ソーシャルワーカーは、組織に所属していることを意識しつつ、患者の利益が阻害されないようにソーシャルワークの価値を遵守した活動を行っていることが示唆された。

Key words : アドボカシー, 医療ソーシャルワーカー, ソーシャルワーク実践

### I. 研究の背景

これまでソーシャルワークにおけるアドボカシーについて、多くの理論的言及がされている(岩間 1996 ; Payne=1998 ; Johnsonら 2009 ; Hepworthら 2013 ; Coxら 2015) 一方で、曖昧な概念であり、どのような具体的実践を示すか明らかになっていないことが指摘されている(Bateman=1998 ; Schneiderら 2001 ; 小西 2007 ; 岩崎 2010)。特に、医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)が行うアドボカシー援助実践に関する研究は、わずかに散見されるのみである。福田(1999)は、退院援助における実践プロセスの一部に保護・代弁機能として位置付けており、実践状況は、他の機能に比べてそれほど多く実践されていないことを明らかにしている。山口ら(2013)は、MSWの退院支援実践評価の一部にアドボカシー・権利擁護にか

かわる実践として位置付けている。南ら(2000)は、MSWの職務について因子分析を行った結果、その1因子として「利用者主体とクライアントの自己決定の尊重」を抽出している。また、高山(2000)や、黒田ら(2010)のMSW業務内容に関する研究では、アドボカシーに関する業務について言及されていない。数少ない研究の中でも最も体系的な研究は小西(2007)のHIV/AIDS患者支援に対するソーシャルワーカーのアドボカシーに関する研究であると考えられる。小西(2007)は、実践を通してアドボカシーを展開するMSWの役割を「患者本人の考えの尊重」、「自治体への改善要求」、「ソーシャルスキルの向上に対する支援」、「関係者への教育」、「ニーズの代弁」等に整理している。また、理念としての意識は高いが実際の方法がわからないこと、調査研究が少ないことを指摘し、「活動、技術の内容、用いられる場面をより明確に示し

\*Yusuke Suzuki : 高知県立大学

ていくことが必要」と指摘している。以上、先行研究の知見について総合すると MSW のアドボカシー援助実践は、部分的に解明されているものの、具体的な援助活動の輪郭は不明瞭であるといえる。

## II. 研究の目的

上述した先行研究の動向を踏まえて、本研究は MSW が行うアドボカシー援助活動の構成要素を明らかにすることを目的とする。

## III. 用語の定義と研究方法

### 1. 用語の定義

ソーシャルワークにおけるアドボカシーに関する研究について理論的観点からは、多くの蓄積がなされている。上述した先行研究を整理し、理論上の議論を踏まえた結果から、MSW が行うアドボカシー援助活動を「MSW が医療機関においてクライアントの権利・利益が阻害されないようにする及び阻害されたときに対応する援助活動、すなわち①代弁②変革③利益保持④

情報提供⑤対立⑥調整⑦擁護⑧介入⑨助言、を行うこと」と定義した。

### 2. 調査協力者

調査協力者は、ベテランと判断できる MSW 14名である（表1）。性別は、女性9名、男性5名であった。年代は、30代2名、40代11名、60代1名であった。MSW としての経験年数は、平均20.5年であった。役職は現在12名がなんらかの役職についているか、もしくは過去についていた。資格に関しては全員が社会福祉士であり、10名が精神保健福祉士を取得しており、また、認定医療社会福祉士もしくは認定社会福祉士（医療）は、7名が取得していた。ベテランの根拠は、保正（2011）を参照し、以下の条件①～③をすべて満たす MSW とした。①15年以上の MSW 経験者、②現在、急性期病院（急性期病床を有する病院を含む）で勤務していること、③以下のいずれかの条件に該当すること：  
（1）各種の職能団体や委員会等で委員等を担いリーダーシップを発揮している人、（2）大学院修士課程以上の在籍経験がある人、（3）論文執筆や学会発表経験者、（4）スーパーバイ

表1 属性

性別	キャリア	年代	役職	資格		
女性	21	40	室長	社会福祉士	精神保健福祉士	
女性	19	40	なし	社会福祉士	精神保健福祉士	
女性	24	40	室長	社会福祉士	精神保健福祉士	
男性	16	40	主任	社会福祉士		認定社会福祉士（医療）
女性	19	40	部長	社会福祉士	精神保健福祉士	認定社会福祉士（医療）
女性	35	60	元室長	社会福祉士		
男性	16	30	課長補佐	社会福祉士	精神保健福祉士	認定医療社会福祉士
女性	16	30	主任	社会福祉士	精神保健福祉士	認定社会福祉士（医療）
女性	22	40	係長	社会福祉士		
男性	18	40	マネージャー	社会福祉士	精神保健福祉士	認定社会福祉士（医療）
女性	24	40	課長代理	社会福祉士	精神保健福祉士	
男性	21	40	係長	社会福祉士	精神保健福祉士	認定医療社会福祉士
女性	19	40	元室長	社会福祉士		
男性	17	40	なし	社会福祉士	精神保健福祉士	認定医療社会福祉士

ザーとしての経験や、研究会を主宰した経験がある人、である。

### 3. 調査方法

調査方法は、個別インタビューによる半構造化面接とした。インタビューの時間は一人あたり40分から120分程度で、総計16時間57分であった。データ収集期間は、2015年6月～2015年9月であった。主な質問項目は、(1)「本研究で定義した①～⑨の具体的なアドボカシー援助」、(2)「(1)以外の具体的なアドボカシー援助」、(3)「実践することが難しいと感じるアドボカシー援助」、(4)「アドボカシー援助において大切にしていること」をどのように考えているか、捉えているかについて質問をして、必要に応じて事例を用いてもらい語っていただいた。

### 4. 分析方法

分析は、Mayringの質的内容分析を参照して行った(Mayring 2004; Mayring 2008)。Mayringの分析方法を選定した理由は、既存の理論や定義をもとに研究課題を明確にできること、データを尺度化することに適していること、3つの分析を複合的に行うため、ある程度理論的には明らかになっている事象から詳細が不明瞭なところまで対応できるためである。3つの分析方法について具体的には、同じ意味の言い換えや、まとめをする要約的内容分析、分析単位を理論的背景や発言の文脈を基盤に説明的な言い換えをする説明的内容分析、これまでに明らかになっている構造に添ってデータの抽出をする構造化内容分析を組み合わせる分析を行った。分析結果は、テキストの最小であるものを「コード化単位」、「コード化単位」をいくつか組み合わせる「文脈単位」、もっとも大きな概念は、「カテゴリー」として生成、抽出した。また、語りの内容は「分析単位」として例示した。研究の質を担保するために、医療福祉を専門とする研究者、また、質的研究に精通している研究者それぞれ1名、計2名にスーパーヴィジョンを受けた。

## IV. 倫理的配慮

インタビューを行う際は、調査協力者に文書及び口頭により、研究目的、調査内容、調査協力に伴う利益・不利益について説明を行い、同意書を取り交わした。また、調査の同意後も、途中辞退、質問内容によって回答を拒否しても不利益を被らないことを伝えた。「高知県立大学社会福祉研究倫理審査委員会」(社研倫15-4号)の審査・承認を受けて実施した。

## V. 結果

MSWが行うアドボカシー援助活動の構成要素として、カテゴリーは7、文脈単位は20、コード化単位は61、だった。カテゴリーは、【 】、文脈単位は、《 》、コード化単位は、[ ]で表記する。7つのカテゴリーは、【意識化】、【情報提供】、【啓発】、【代弁】、【対立】、【院内調整】、【変革】であった。表2は、この結果を整理したものである。

【意識化】患者の権利やMSWとして行うべきアドボカシーに関する役割を意図的に意識することである。《患者の権利を意識する》、《患者の権利に敏感になる》、《組織内における立ち位置を意識する》の3つの文脈単位から構成された。《患者の権利を意識する》は、ソーシャルワークの価値を根底に置くことによって援助活動の中にアドボカシーを意識することである〔ソーシャルワーカーとしての価値を意識〕、援助関係において患者の主体性を大切にすることである〔主体性の理解〕、日ごろから患者の権利について意識することである〔日常的に意識〕の3つのコード化単位から構成された。《患者の権利に敏感になる》は、患者を援助することが患者の管理となっていないか意識することである〔援助と管理の理解〕、患者が、患者の権利に関する援助を受けることができるような体制を整えることである〔機会喪失の阻止〕、日常の実践を振り返り返えることから患者の権利について考えることである〔内省〕の3つの

表2 MSWが行うアドボカシー援助活動の構成要素

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位	
意識化	患者の権利を意識する	ソーシャルワーカーとしての価値を意識	本当にその人の尊厳を守るっていうことは、医療分野は未熟だと思うのでそこは絶対妥協したらいかんのかなって。／権利擁護って本当にワーカーにとって大事で、価値を根底に置いて実行しようとしたときに、そのものやと思うんです。	
		主体性の理解	本人に会うっていうことは、必ず。最低限そこだけのプロセスは踏みます。クライアントが誰なのかっていうことで、その方にきちんと会うことっていうのが、医療の現場だから抜けてしまうことがあり得るってことは意識がけてるところになります。	
		日常的に意識	説明と同意を、サインをもらうことを優先して説明の部分がウエイトが低くなっていくような感じを受けて。認識を変えんと思う場面が、／患者の権利にかかわる職種だっていうことを、ソーシャルワーカー自身が忘れることが一番怖いので。	
	患者の権利に敏感になる	援助と管理の理解	介護者の簡便さによってで何かの選択を医療者でない自分が家族に説明したり、誘導するのもあったと思うんです。／関係者と意図が違ってもしなくちゃいけないケースもありますが、本人の意向が見えない中で周りだけが動いてもいけない。	
		機会喪失の阻止	本来リハビリしに行くべき時期やのに、転院できない現状、受けれるべきものが受けられないっていう状況こそ、その人の持つとる本来の人としての当たり前の権利を認めて、それを実現していくための支援が必要だと思えますね。	
		内省	振り返ればできてなかったし、患者さんのその権利を侵害してたんじゃないかっていう部分も否定できませんね。／すごく権利侵害をできる職種。一定のパワーを持っていますし、どう説明するかによってで患者は権利があることも気づかないまま。	
	組織内における立ち位置を意識する	他職種からの役割期待の理解	不利益にならないよう時間をかけるべきなんじゃないかという時に、「〇〇君がやってくれるんだから、当然最善つくしよるんだし、結果忙しいんだったらしょうがないのかな」っていうようなことができるようになってきたんで。	
		患者からの見られ方を意識	一緒に考えますなんて言っても、病院としてやってるだけじゃないかと言う人もいますし。／病院の職員なんで、私たちは、困り事を言ったはいけど、病院に言われるんじゃないかと。漏らされてしまうんじゃないかと思ってる方もいらっしゃる。	
	情報提供	透明化を図った情報提供をする	メリット・デメリットの説明	うちの都合の話を正直にお話せんといかんでしょうし、たまたま対応してるけど、多くの急性期病院ではそうじゃないことをお話することもありました。／良い面悪い面を提示するっていうことは、必ずやっています。必ずやれるように指導しています。
			選択肢の提示	決めうちはしないです。特定の病院と懇意にしているので行きますかと提示はしない。幅広い選択肢の提示が患者利益を守ることだと思うので。／複数選択肢は絶対だということと意向を聞かずして選択肢を提案はないように絶対しています。
質疑に対する回答			なぜ起るか背景も含めてお話する。医療者側だけが知る優位性は少しでもフラットにしたい。／いろいろ言う家族っていうことで問題ケースみたいに。できないならできないでどうしてできないかっていうことを対応できるところが一番良いと思う。	
根拠の明示			どういった社会的があるからという背景まで踏み込んで、結構手の内を明かすことも含めて、本人や家族に説明をします。／クライアントニーズに基づいて、こういったところにマッチするんだよっていう根拠立てた説明っていうのも重要なこと。	
理解しやすい情報提供をする		理解しやすい工夫	分かりやすく説明するとき、視覚的に提示できるようなものを、揃えてはいます。／説明した内容を書いてお渡しをする。大学病院、自宅、医療機能、介護保険、全部表を作って、わーって喋ってその場の勢いで決めてしまうのは避けたい。	
		具体的な情報提供	情報としては在宅だったらどういうサービスがあって、どういう風に使えるか。在宅でサービスを使ったらどれくらい金額いるのかとか。／民間団体〇〇ではどのような活動をしているのか、評価とか、児童相談所では里親の査定が厳しいとか。	
		熟知したうえでの情報提供	私がかつてのケアマネでこういう状況に対してちゃんとここまでを認めるの上で。／養子の斡旋方法もけっこう調べました。養子縁組とかの分野に詳しいMSWにも話を聞いてもってる情報が有効かどうかブラッシュアップしました。	
患者の力に添った情報提供をする		情報の入手方法の提示	情報収集して分析する能力も高い人は。きっかけだけ与えたらちゃんとした情報分析をしてくれるんで。／相談契約を結ぶときに相談は希望しない、ただ情報だけくれという人はいます。そういう人は一般的にはって説明してあとはよろしくで。	
		個別化した情報提供	価値観、捉え方、考え方、思考のパターンとか、色々考えながら、同じ提示をするにしても、提示の仕方を考えないといけません。／クライアントの望むやり方、望む生活のゴール、そこに見合った情報提供でカスタマイズだと思ってですね。	
		理解度を確認しながらの情報提供	あんまり一遍に情報を流しちゃダメかなっていう自分の判断が働くでしようし。経験値と感覚的に察するというか。分かっているかなっていうことで話してる。／この人の過程に合わせた情報提供がいいんじゃないかなと改めて伝えました。	

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
啓発	主張の促進	主張できないことを理解する	御家族にこう意思表示をさせない空気での IC とか、圧力を感じているケースは、やっぱり事前に策を練ることをしている。／患者さんがその主治医と長い付き合いがあって、長くわかっているけどもあんな感じだと違うことは言えないわみたいに。
		主張する権利があることを伝える	なんとか権ってあるんですよという場面はないけど、こうしたいって、言っても大丈夫と伝える。／セカンドオピニオンは普通と話をするし、不利益な病状になったとき、自分の責任を取るの自分。嫌な顔をされるからしないって思いますかって。
		主張の環境整備	田舎に住んで78歳で、自分が権利があることを理解するのって、簡単じゃない。息子さんも入ってサポートというか、考える時間ももちました。／我慢してる人がいっぱいおと思う。で改善できることやったら気をつけていかないといけん。
	自らの変化を促す	自らできる能力を確認する	患者さん御家族自身でそれを発言・発信できるかどうかというところを、ワーカーがアセスメントをした上で。／何から始めるかっていうとその人の今の対処能力がどういう状況なのかを、できるだけ正確に知るっていう風に努力するんです。
		やり方について提示する	患者に関わり方をちょっと、変容促して、感謝しとる気持ちをダイレクトに言ってみて、その上で問題点指摘してみてください。ちょっと変わるかもしれないんで。いつも言われたら、先生たちも聞く余裕がないかもしれないので、いうてね。
		類似事例を提示する	奥さんはどう生きたいのかって。で、退院をして生活してる人のところに行ってこれは大事にしているとか、教えてもらったり。／その会の活動に参加をして、いる期間が長いと発達が遅れると風に両親が考えたんです。決め手はそこでした。
	自らの変化に寄り添う	変化の試行	少しでも改善があって家で生活に結びつく可能性があるんやったら、もうちょっと一緒にやってみて、って話を何回もしたりして。家庭訪問もして。帰って、奥さんがだんだんと強くなっていったんですね、やっぱり自分が一緒に暮らしていきたいって。
		決定に寄り添う	奥さんの気持ちに対して生き続けることの意味があるんじゃないか、今気づけないものについて再提案して選んでもらう。／プロセスの中で受け入れられないことを責められると思っていて。現実的に考えられないのもそうなんでしょうって言って。
		行動の肯定	行動に移せたことに対してよう相談に行ってくれましたねって。詳細な情報提供も必要だから一緒に関わってもいいですかって。／時として愛情でやりすぎてるんじゃないかというときも、相手にどう伝えるかっていうことを一緒に考えて。
代弁	意向に添った代弁をする	意向の要約	口にしてる言葉のうち何を伝えたいのかを要約する作業をし、要約されたものを届ける。／患者さん御家族側に今の話はこういうことをおっしゃってらっしゃるんですよとか、こういう風に思ってたってらっしゃるんですよっていう風な言語化をする。
		文脈をかえない代弁	言葉を借りて、その方が思ってることを伝える。言葉じりなんかもこういう思いがあってこうなんだって語理的に伝える。／患者さんが用いた言葉をできるだけ活かした形でフィードバックすることが多い、その方がニュアンスがダイレクトに伝わる。
		焦点を絞った代弁	背景や家族関係性のバックグラウンドがあってその発言に繋がってることをいかに端的に分かりやすく、言語化して伝えるか。だらだらとまどろっこしくなっちゃうと、先生方もああっていうこと。状況のポイントを集約して集中的に伝える。
	患者が直接伝えることを尊重	直接伝えることを尊重	黙ってでも患者さんが直接まず表出できるかについて探りつつ、やっぱり言えないとか、医療者側の方針に押し切れそうな場合にはこんな風に思ってたってらっしゃるって代弁してその上で直接やり取りができるような空気作りをします。
		意向の補足	患者さんから先生に伝わる内容がギャップが生じる。ワーカーは実はこういうことがあってって、プラスアルファを加えることが多い。／御家族としてなぜそういう意向なのかっていうことを事前にしてお聞きしたものを医療者側にフィードバックする。
		自分で行う事前準備	できることならば本人にやってもらいたいですけど漠然としたらと思うので本人ができるように下準備をする。／主治医の傾向踏まえてやり取りをしている前提があるので、さっきの表現で充分伝わったので、同じように言えば大丈夫ですよ、って。
	代弁の準備をする	事前調整	患者さんからこういうご希望があったことを表出して、事前に患者さん御家族と話をさせてもらってるっていうようなところを言語化する。／カルテにメモ欄があるのでそこにこんな話があると思いますって前もって入れとくっていうのはあります。
		代弁の範囲を考える	場を整える程度で終わる場合もあるし、稀ですけど、一切登場せずに段取りだけするみたいなきももあります。／ワーカーは入らなくても大丈夫と判断することもありますし、入った方がいいかなっていう場合には同席って考えています。

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
対立	しなやかに対立する	院内スタッフとしての立場	アドボカシーは意識しないといけないけれども、やっぱり病院の職員内ですよね。病院の職員としての超えられないものはある。／イギリスのようなソーシャルワーカーじゃないし、訴訟だとかMSWができることはすごく限界があると思いますね。
		ゆるやかな対立	ワーカーがガーって言ってもプラスにはならないのでこういう風に考えをできるだけ柔らかく分かるように伝えてたんです。／主治医もそう思ってるんやっていうのを引き出して。プッシュかけてる上の人に、こんな事情なんですってもっていつて。
		対立後を想定した対応	上の人にも言っって、こっちにも言っって、ここで喋ってもらっってみないな。その先生と話しても前に進めないし、本当に困っって行っって助けてもらったって全部に言いました。／医師にも事情や主張もあるだろうし、とどめを刺しちゃうとイケない。
		信頼関係のうえでの対立	ベースに戻れば繋がれるって信じてないとやれないですよ。大きくパフォーマンスするときにも、それがあるからやれる感じはあります。／どこかで繋がってるようなところがあつたりするんですけどね。そういう繋がりがりところで、協力できる。
	強く対立する	対立を恐れない	嫌がられることを怖がっって、どんどんチームがサークル化してくる、サークルっぽい感じになっってくるっていうのはないなって思っっている。そういう風になりがちだからこそ、カンファレンスで、ちゃんとそういうのディスカッションをしてこいつていう。
		何度でも伝える	1回では済まないというやな、また別の形で会を重ねてっっていうやなで、その2回目のときはどうすればうまくいくのかを考へて、もう1回っっていうことはある。／通じない時はね、わたしはしつこいで通じるまであらゆる角度で言い続ける。
譲れない主張		尊厳を傷つけられることについて対応の努力をしました。私たちが伝えていかないとっって、すごくしんどかったです。／仕組みやとか雑音いっぱい入るけど、心底患者のためになると思っことに迷いが無い、患者のためにならんことはしたくない。	
院内調整	状況に対する共通認識を得る	ニーズ充足の意見調整	医師は関係調整を求めているわけではないので依頼は退院調整。そのため今このやり取りが必要なんですよっって。／ベットでできるのにトイレに高いお金をかけるのはどうなんやろうっって。でも生活するのはこの人なんやからっって。
		他職種専門領域の尊重	決してこちらが正解で向こうが間違いでじゃなくって人は関係において、見せる場面が違っって当然。／伝える方も専門職なので、そこを否定するやな言い方はしないように。先生の言っっているのも大事にしながらそこは違っるところから入っっていく。
		患者の権利に対する意見一致	スタッフとも共有をして本人言っってるからいいじゃん、帰るで、になっってしまうと権利侵害、患者さんが決めることでの尊重っっていうことにはならない。／良かれと思っ安全を優先してしまっ。幾ら安全じゃなくとも帰りたいっっていう権利はあると思っ。
	患者の権利に関する理解を図る	患者の権利に関する理解促進	医師たちの価値観に、この彼の生き方を尊重することが、治療の中で大事と伝わるようにします。／これはいかかなものかということのをフィードバックしなきゃいけないので言葉やタイミングも考へます、そういう倫理的配慮の中で動いてるんだと。
		院内スタッフに対する法的アドバイス	同意書は本来は一身専属的なもの、例え同意書のところに同意人が記載してても、もし医療事故が起これば医療事故やと。そういう法律的な観点から助言したり。／病院には強制する権利、資格とか法的根拠はないんですよっって言います。
		院内スタッフに対する社会資源のアドバイス	支払いが難しい患者に、ちょっと入院はっっていうときも。社会資源を使えば解決できるもんなんやっって。医療を受ける権利が侵害されてる状況の中で。／通訳の調整自体も制度がある事を知らない院内スタッフにそれを伝える調整から始まる。
	患者と話し合う準備をする	肯定的にリフレインして報告	娘さんが、看護師に吸引が下手だとかで、こんな細かい患者さん、もう対応できんっって。色々不満はあるんですけど、こう、看護師さんが呼んだらちゃんとしてくれよったっって、感謝すると。っっていう風に、問題の状況をこう、リフレーミングして。
		話し合う必要性の説明	やっぱり伝わっってない。医者はそこは違っって言いたいところがあると思っうけど聞かんかったら、絶対聞いてくれんですよっって。／病気の予後について話をしないと進まない、医師から説明してもらわないと、家族は了解できないと思っいますよっって。
		対応方法の協働検討	看護師とアセスメントが一致していれば、話し合っってっっていくことが多い。／ここは分かっってるけど、ここは分かっってないんだから、この分かっってないところをこういっ風に説明してくれないかっって、ちょっと細かくこうガイドするやな感じでしょうかね。

カテゴリー	文脈単位	コード化単位	分析単位
変革	アドボカシー援助能力向上のための組織化	MSW に対するサポート	後輩の子達はなかなか難しいので、主治医からのプレッシャーで、とにかく早く回さなきゃっていうことにどうしてもなる、このケースはいかんかったよなっていうのを、仮に主治医から責められたとしても部署として後輩を守ることは必要ですね。
		MSW 組織内での勉強会	症例検討みたいな形で、ワーカーでしてるんです。結果それがアドボカシーに関することだと思うんです。／色んな事例の持ち寄り、何を基にアセスメントしてるか、その中で問題になってくる中にも、アドボカシーは出て来ることはありますね。
		職能団体での勉強会	院内で検討した事例についてそれを今度、県協会レベルで検討するか、／ソーシャルワーカー協会だったり、社会福祉士会だったり。権利擁護をやったり症例を用いての勉強が多いです。
	院内スタッフに対する啓発	事例からの変革	ある集団のニーズを達成するために、その働きかける組織的な対応、それがどういう風な構造で起こっているのかをとまとめて、それに対して病院組織が、アクセプト出来るような形に組み替えて、組織として成り立つものを提案することが必要。
		院内スタッフとの勉強会	看護師さんって勉強されるし。色んなやり取りができ出して、看護師さん自身もひっかかることが共有でき出してるので。／スタッフと一緒にする勉強会で、実際にあったケースで尊厳を守るところに寄り添う意味に繋がるって思うことを紹介したり。
		院内スタッフへの講義	看護師やドクターの卵に講義する時、ソーシャルワーカーの役割が実はそこなんです。早く退院をするのが役割ではなくて、権利擁護することが役割なので、僕らがかわる時には何か守らなければならないものがあることを示します。
		院内委員会への参加	虐待に関する委員会に、積極的に関わっていくことでいろんな権利を擁護するということは、アピールしてます。／安全委員会では患者さんの権利、苦情も出るわけだからそこに出すことはあるんですけど。改善できることはやっていこうと。
	地域社会・機関に対する啓発	関係機関に対する啓発	HIV があるだけで施設の利用制限される時、その患者さんを入所させるために動くことだけではなくて、ある一定程度の困りごとを抱えている HIV 患者さんたちが高齢化した時に、施設利用が困難だという問題現象に対してアプローチする。
		他機関の MSW に対する啓発	転院した患者の病室でお金がなくなったって。その患者が疑われて。転院をってワーカーが。疑いでほういうことしていいの？あなたがせないかんのんは、疑われてる人を、守るんが仕事じゃないの？盗んだかどうか分からんっていう中と。
		地域住民に対する啓発	知る権利のこともなんですけど出張講座っていうのを始めたんですよ。ソーシャルワーカーの。健康なうちから患者さんに知ってもらったほうがより有効じゃないかなっていう信念で。待つんじゃないくて、こっちから出向いて知っていただく。

コード化単位から構成された。《組織内における立ち位置を意識する》は、医師やその他のスタッフから求められている役割にアドボカシーの視点を加えて援助を展開することである〔他職種からの役割期待の理解〕、MSW がどのように患者から見られているのかを意識することである〔患者からの見られ方を意識〕の2つのコード化単位から構成された。

【情報提供】は、社会資源や社会システム等援助に必要な情報、また、欲している情報を患者の置かれている状況や力量に添って適切に情報提供を行うことである。《透明化を図った情報提供をする》、《理解しやすい情報提供をする》、《患者の力に添った情報提供をする》の3つの文脈単位から構成された。《透明化を図った情報提供をする》は、提供した情報に関するメリッ

トとデメリットの両方を説明することである〔メリット・デメリットの説明〕、複数の方法を提示し、患者が選ぶことができるようにすることである〔選択肢の提示〕、提供した情報に対する疑問について患者から受け答えをすることである〔質疑に対する回答〕、なぜ提供したような情報が必要で、どのように役立つのかについて説明することである〔根拠の明示〕の4つのコード化単位から構成された。《理解しやすい情報提供をする》は、患者が理解しやすいように図式化や表を用いて説明することである〔理解しやすい工夫〕、パンフレットの記載内容に留まらず、実際に必要な費用や、具体的な活動内容を提供することである〔具体的な情報提供〕、MSW 自身が提供する情報を深く理解してから情報提供を行うことである〔熟知したう

えでの情報提供] の3つのコード化単位から構成された。《患者の力に添った情報提供をする》は、患者に必要な情報の入手経路について情報提供することである〔情報の入手方法の提示〕、患者のニーズに応じて提供する内容や方法を調整して情報提供することである〔個別化した情報提供〕、提供した情報について患者が理解しているか確認しながら情報提供することである〔理解度を確認しながらの情報提供〕の3つのコード化単位から構成された。

【啓発】は、患者が抱えている問題や困りごとに対して自身が有する権利を意識してもらい、自ら対応できるように促すことである。《主張の促進》、《自らの変化を促す》、《自らの変化に寄り添う》の3つの文脈単位から構成された。

《主張の促進》は、患者が主張できない環境や状況に置かれていることを理解することである〔主張できないことを理解する〕、患者に主張しても良いということを伝えることである〔主張する権利があることを伝える〕、患者が主張できるように家族に協力を求める等環境を作ることである〔主張の環境整備〕の3つのコード化単位から構成された。《自らの変化を促す》は、患者自身でどのくらい対処できるのかについて把握することである〔自らできる能力を確認する〕、患者にどのように動けば対応できるようになるか提示することである〔やり方について提示する〕、患者の状況と類似した事例について提示してイメージを付けてもらうことである〔類似事例を提示する〕の3つのコード化単位から構成された。《自らの変化に寄り添う》は、自らの変化に必要な行動を試しにやってみようことである〔変化の試行〕、患者の揺れ動く気持ちや、変化する意向の中で決定していくことに寄り添うことである〔決定に寄り添う〕、一見、MSW から捉えたと望ましくない行動でも患者の意向や思いを理解して行動を肯定することである〔行動の肯定〕の3つのコード化単位から構成された。

【代弁】は、患者が自身の意向や思いについて表明できない、もしくは、しにくい場合に

MSW が代わりに意思表示、意向を伝えることである。《意向に添った代弁をする》、《患者が直接伝えることを主体とした代弁》、《代弁の準備をする》の3つの文脈単位から構成された。

《意向に添った代弁をする》は、患者の意向や思っていることが伝わりやすいように要約することである〔意向の要約〕、患者の言葉やその言葉を発した経緯を含めて代弁することである〔文脈をかえない代弁〕、伝えたい内容を絞り伝えるべき情報を絞って代弁することである〔焦点を絞った代弁〕の3つのコード化単位から構成された。《患者が直接伝えることを主体とした代弁》は、可能な限り患者自身で意向や思いを伝えることを大切にすることである〔直接伝えることを尊重〕、患者自身が直接伝えきれていない意向や思いを補足することである〔意向の補足〕、患者自身が直接意向や思いを伝えることができるように場面のシミュレーション等、事前準備することである〔自分で行う事前準備〕の3つのコード化単位から構成された。《代弁の準備をする》は、代弁を行う前に関係するスタッフに状況説明を行い、合意形成を得ることの準備や、カルテ等の媒体を使って概要説明を行っておくことである〔事前調整〕、MSW が代弁すべき内容と場面を事前に検討することである〔代弁の範囲を考える〕の2つのコード化単位から構成された。

【対立】は、院内スタッフと患者の意向や利益について異なる意見となり、折り合いがつかない場合に交渉することである。《しなやかに対立する》、《強く対立する》の2つの文脈単位から構成された。《しなやかに対立する》は、対立関係になったとしても MSW は所属機関のスタッフであることを忘れないことである〔院内スタッフとしての立場〕、決定的な対立関係にならないことを意識しつつ MSW の意向が反映されるように交渉することである〔ゆるやかな対立〕、対立後にコンフリクトが生じないように調整することである〔対立後を想定した対応〕、他スタッフと関係形成されているからこそ、妥協せずに交渉できることである〔信頼

関係のうえでの対立]の4つのコード化単位から構成された。《強く対立する》は、他のスタッフと意見の相違に対して有耶無耶にしないことである[対立を恐れない]、MSWが必要だと思ふことは何度でも伝え続けることである[何度でも伝える]、なかなか折り合いがつかない状況でもMSWとして妥協できないことは妥協しないことである[譲れない主張]の3つのコード化単位から構成された。

【院内調整】は、院内スタッフと患者の意向や利益について意見交換やアドバイスをを行い、調整することである。《状況に対する共通認識を得る》、《患者の権利に関する理解を図る》、《患者と話し合う準備をする》の3つの文脈単位から構成された。《状況に対する共通認識を得る》は、院内スタッフが必要としていることと患者が必要としていることを調整することである[ニーズ充足の意見調整]、他職種の立場を考慮し、専門領域を侵さないように配慮して事象を確認することである[他職種の専門領域の尊重]、院内スタッフと意見交換して患者の権利について一致させることである[患者の権利に対する意見一致]の3つのコード化単位から構成された。《患者の権利に関する理解を図る》は患者の権利について理解を促すことである[患者の権利に関する理解促進]、医療法や医師法等、法律の観点から患者の権利について助言することである[院内スタッフに対する法的アドバイス]、様々な社会資源を活用することで患者の不利益を軽減することができることを助言することである[院内スタッフに対する社会資源のアドバイス]の3つのコード化単位から構成された。《患者と話し合う準備をする》は、院内スタッフに患者からの訴えを報告する際に、より深刻なコンフリクトが生じないように本質は変えないことを注意しつつ肯定的に報告することである[肯定的にリフレインして報告]、なぜ患者と話し合う必要があるのかについて説明して理解を求めることである[話し合う必要性の説明]、患者に対してどのように対応していったらよいのか院内スタッフと一緒に対応方

法について考えることである[対応方法の協働検討]の3つのコード化単位から構成された。

【変革】は、病院内外に対して患者の権利に対する理解を深めるように努めて、不利益に対して是正を試みることである。《アドボカシー援助能力向上のための組織化》、《院内スタッフに対する啓発》、《地域社会・機関に対する啓発》の3つの文脈単位から構成された。《アドボカシー援助能力向上のための組織化》は、キャリアの浅いMSWに対してはベテランMSWが共同でケース対応をすることである[MSWに対するサポート]、アドボカシーに関するケースに関して部署内でケース検討をすることである[MSW組織内での勉強会]、アドボカシーに関するケースに関して職能団体が開催する勉強会でケース検討をすることである[職能団体での勉強会]の3つのコード化単位から構成された。《院内スタッフに対する啓発》は、院内の事例を通して組織変化を促すことである[事例からの変革]、院内のスタッフとの共同勉強会にてアドボカシーについて検討することである[院内スタッフとの勉強会]、他職種理解を深めることを目的とした講義を行う時、MSWの大切な役割の1つとしてアドボカシーがあることを伝えることである[院内スタッフへの講義]、様々な院内会議においてアドボカシーの視点を持って参加することである[院内委員会への参加]の4つのコード化単位から構成された。《地域社会・機関に対する啓発》は、入所施設や行政に対して、ある患者の集団が抱えている困りごとを是正すべく働きかけることである[関係機関に対する啓発]、他の医療機関で働いているMSWが権利侵害を働いていると考えられたとき改善するように働きかけることである[他機関のMSWに対する啓発]、MSWが地域住民に対してMSWの役割の周知や患者が有する権利について理解を促すことである[地域住民に対する啓発]の3つのコード化単位から構成された。

## VI. 考察

以上のように本研究において MSW が行うアドボカシー援助活動は7つのカテゴリーで構成されていることを示した。この結果について先行研究の知見と比較検討を行い、考察する。

【意識化】岩崎（2010）は、PSW の人権擁護機能において、常にソーシャルワーカーである自分自身を発見しようとする内省的な機能を持ち、それは専門職としての倫理と強く結びついており、「発見＝（アセスメント）」は人権の問題が顕在化する出発点であると述べている。本研究の《患者の権利を意識する》、《患者の権利に敏感になる》と類似していることから、ソーシャルワークの専門領域を問わず価値や倫理綱領に基づきアドボカシー援助を行う職種であることを自分自身のなかに規定して援助に臨んでいると考えられる。

【情報提供】Payne（＝1998）は、意思決定過程においてクライアントがよい情報を得ていたとしても、選択が容易でなければ適切ではないと指摘している。〔メリット・デメリットの説明〕、〔選択肢の提示〕、〔熟知したうえでの情報提供〕にみられるように、患者が情報を的確に理解できるようにカスタマイズし、また、偏りがなく選択の幅を重視した情報提供を行うことによって患者が自分自身で主体的に治療に参加できるように援助を展開していると考えられる。

【啓発】久保（2000）はエンパワメントについてクライアントが直面している問題を変化できるような行動をできるようにすることと論じている。本研究の【啓発】は、エンパワメントとアドボカシーを包含して生成されたことから、実践現場において明確に区別された実践ではなく関連している実践と考えられていることと推察される。小西（2007）は、アドボカシーとエンパワメントの関係性について先行研究を整理して、その関係性は合意形成された見解がないことを明らかにしつつ、エンパワメントは、アドボカシーの上位概念として、アドボカシー

はエンパワメントの達成のための主要な具体的活動の一部として洗練されていくことになると論じている。MSW が行うエンパワメント実践に関して具体的に提示した研究は乏しく、現状で明確に概念整理を行うことは困難である。今後、エンパワメント、アドボカシーに関する実証的研究が蓄積されることによって、それぞれの関係性や概念の類似点、相違点を論じることが出来る素地が形成されると考えられる。

【代弁】は、アドボカシーにおいて重要な要素の1つとして捉えられている（宮川 1978；高山 1997；Johnson ら 2009）。この知見を跡付けるように本研究においても多くの分析単位が示された。意向を伝えることが難しいと言っても、「まったくできない」から「ほとんど患者や家族が伝えることができるがあと少し足りない」まで幅が広い。そこで MSW は、《代弁の準備をする》により、どのくらい MSW が援助する必要があるのか見定め、《患者が直接伝えることを主体とした代弁》を基本として援助を展開していると考えられる。

【対立】アドボカシーは、社会や組織に対して敵対等を含んだ強く交渉する活動を包含する概念であり（Grosser 1965；Panitch 1974；Sosin ら 1983）、本研究の《強く対立する》と類似すると考えられる。しかし、MSW は、患者のためとはいえ《強く対立する》ばかりでは、組織内でコンフリクトを起こして、結果、患者のためにならないことが推察される。コンフリクトを発生させないように《しなやかに対立する》ことが必要であり、先行研究で論じられているような機関に所属しながら機関と対立関係となる（Schneider ら 2001）という議論を乗り越えるように努力していると考えられる。

【院内調整】リスボン宣言にて患者の権利は規定されているが、多忙を極める医療現場においてすべて忠実に理解され徹底されているわけではない。また、社会制度や法制度は複雑化が進み専門職といえどもすべて把握することは困難を極めるため、医師や看護師に対するサポートが必要な状況に対応すべく、患者の権利に関

する〔院内スタッフに対する法的アドバイス〕、〔院内スタッフに対する社会資源のアドバイス〕を行っていると考えられる。Bateman (=1998) は、クライアントに対して法的基盤を援用して援助する重要性について言及しており、本研究の〔院内スタッフに対する法的アドバイス〕と一致する。

【変革】【代弁】と同様にアドボカシーにおいて重要な要素の1つとして捉えられている (Sosin ら 1983 ; 秋山 1999 ; Hepworth ら 2013 ; Cox ら2015)。一般的にMSWは所属機関から退院援助を担うことを期待されることが多く、他職種から退院援助を行う職種と認識されており、アドボカシー援助を行う職種という認識は希薄であると推察する。このような状況であるため、MSWは、アドボカシー援助を行う職種であることの周知やアドボカシーはすべての医療職が考えるべきことであることについて様々な機会を通して《院内スタッフに対する啓発》を行っていると考えられる。

## VII. まとめ

本研究では、これまで理論的には重要な実践であると指摘されながらもその実態が不明瞭であったMSWが行うアドボカシー援助活動の構成要素について帰納的方法を用いて示した。先行研究をもとに作成した概念的定義との比較検討により、その概念は統廃合されつつ「カテゴリー」は、多くの点で先行研究の知見を跡づけることができたと考えられる。また、「カテゴリー」の下位概念である「文脈単位」、「コード化単位」においては、これまでの先行研究では見られなかった独自のアドボカシー援助活動内容をより鮮明に具体性を持って概念化して明示したと考える。

最後に、本研究の限界と今後の展望について述べる。アドボカシー援助実践を体系化するためには、小西 (2007) が指摘するように技術の内容、用いられる場面の明確化等が必要であり、本研究は実践の一部である活動を明らかにした

ことに留まる。今後は、技術、支援対象者、また支援場面に関する研究を蓄積することによってアドボカシー実践の精緻化に繋がると考える。

## 文献

- 秋山智久 (1999) 「権利擁護とソーシャルワーカーの果たす役割—アドボカシーを中心に」『社会福祉研究』75, 23-33.
- Bateman, N. (1995) *Advocacy Skills: A Handbook for Human Service Professionals*, Arena. (=1998, 西尾祐吾 監訳『アドボカシー理論と実際—社会福祉における代弁と擁護』八千代出版.)
- Cox, L. C., Tice, C. J. and Long, D. D. (2015) *Introduction to Social Work: An Advocacy-Based Profession*, Sage.
- 保正友子 (2011) 「医療ソーシャルワーカーの実践能力変容過程—新人期から中堅期に至る3段階」『社会福祉学』52(1), 96-108.
- 福田明美 (1999) 「退院援助における実践プロセスとソーシャルワーク機能」『医療社会福祉研究』8(1), 18-26.
- Grosser, C. F. (1965) Community Organization Programs Serving the Urban Poor, *Social Work*, 10(3), 15-21.
- Hepworth, H. D., Rooney, H. R., Rooney, D. G. and Strom-Gottfried, K. (2013) *Direct Social Work Practice: Theory and Skills, 9th*, Brooks/Cole.
- 岩間伸之 (1996) 「ソーシャルワークにおける媒介実践論研究—「媒介・過程モデル」の素描」『社会福祉学』37(2), 66-83.
- 岩崎 香 (2010) 『人権を擁護するソーシャルワーカーの役割と機能—精神保健福祉領域における実践課程を通して』中央法規.
- Johnson, L. C. and Yanca, S. J. (2009) *Social Work Practice: A Generalist Approach, 10th ed*, Allyn and Bacon.
- 小西加保留 (2007) 『ソーシャルワークにおけるアドボカシー—HIV/AIDS患者支援と

- 環境アセスメントの視点から』ミネルヴァ書房。
- 久保美紀 (2000) 「エンパワーメント」加茂陽編『ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために』世界思想社, 107-135.
- 黒田研二・山中京子・水上 然 (2010) 「医療ソーシャルワーカーの業務実態とその関連要因」『社会問題研究』59, 21-30.
- Mayring, P. (2004) Qualitative Content Analysis, Flick, U., Kardoff, E. V., Steinke, I. eds. *A Companion to Qualitative Research*, Sage, 266-269.
- Mayring, P. (2008) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 10Aufl, Beltz.
- 南 彩子・武田加代子 (2000) 「医療ソーシャルワーカーの職務の特徴—アイディアイメージと実践的意識の比較」『社会福祉学』41(1), 111-120.
- 宮川数君 (1978) 「ケースワークとアドボカシー」大塚達雄・岡田藤太郎編『ケースワーク論—日本的展開をめざして』ミネルヴァ書房, 33-46.
- Payne, M. (1995) *Social Work and Community Care*, Macmillan Press.  
(=1998, 杉本敏夫・清水隆則監訳『地域福祉とケアマネジメント—ソーシャルワーカーの新しい役割』筒井書房.)
- Panitch, A. (1974) Advocacy in practice, *Social Work*, 19(3), 326-332.
- Schneider, L. R. and Lester, L. (2001) *Social Work Advocacy: A New Framework for Action*, Brooks/Cole.
- Sosin, M. and Caulum, S. (1983) Advocacy: A conceptualization for Social Work Practice, *Social Work*, 28(1), 12-17.
- 高山恵理子 (2000) 「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証—特定機能病院における『退院計画』援助の定着」『社会福祉学』41(1), 99-109.
- 高山直樹 (1997) 「社会福祉における利用者の権利擁護—その意義・理念・展望」『社会福祉研究』68, 2-10.
- 山口麻衣・高山恵理子・小原眞知子・ほか (2013) 「医療ソーシャルワーカーの退院支援実践の評価」『医療社会福祉研究』21, 127-140.

## **Components of advocacy services by medical social workers**

Yusuke Suzuki

University of Kochi

The purpose of this study was to identify the components of advocacy services practiced by medical social workers. An interview survey was conducted with 14 seasoned medical social workers. The results were analyzed based on Mayring's qualitative content analysis method. Seven categories were identified from the analysis: "conscientization"; "providing information"; "raising awareness"; "representing patients"; "providing an alternative voice"; "coordinating care"; and "innovation". Results suggested that while being conscious of one's belonging to an organization, medical social workers were practicing in compliance with social work values so as not to inhibit the patient's rights.

Key words: advocacy, medical social worker, social work practice

## 〔調査報告〕

## 在宅看取り支援におけるケアマネジャーの役割の質の変容 —文献レビューからの考察—

大賀 有記\*  
森 朋子\*\*

本稿では、ケアマネジャーの在宅看取り支援に関する文献レビューを行い、ケアマネジャーの役割の質について考察した。医学中央雑誌で検索した2000年から2014年までの文献37件について、医療保険と介護保険における看取り関連事項の改定を節目に3期に分け、役割理論の観点から文献を分類、考察した。結果、ケアマネジャーは最期までそのひとらしく生きぬく過程を支援する社会的位置に自らを位置づけようとしていること、看取り支援の期待が高まる一方で制度的な社会的位置が定まらないことに苦しみつつも支援行為をとっていることがわかった。とくにグリーフケアにおいてはそれが顕著であり、ケアマネジャーが看取り支援を行う社会的位置にいることを制度的に規定し、また役割行為の検討を進めていくことで、ケアマネジャーの看取り支援における役割構造を明示していくことができる可能性が示唆された。

Key words : 在宅看取り支援, ケアマネジャー, 文献レビュー

### I. はじめに

#### 1. 研究目的

多死時代を迎え、どこでどのように最期を迎えるか、看取りの体制整備については喫緊の国民的課題になっており（厚生労働省 2012）、医療機関や介護福祉施設だけではなく、在宅での看取りについても試行錯誤の支援が全国各地で行われている（南部ら 2009；吉成 2010）。自宅は本人の歴史性が保証された場（大出 2012）とも言われ、今まで生きてきた軌跡を尊重し本人らしさをより保ったまま最期を迎える土壌があると考えられる。自宅での最期を望む人は過

半数を占める（山野 2009）という指摘もあり、在宅看取りのニーズが高い一方で、そのための支援がなかなか進まない現状も報告されている（箕岡 2012）。

在宅看取り支援には、医療・福祉・介護の専門職を中心とした多職種のチームが関わる。利用者本人の意見を聞き、その意向や生き様を尊重したプランを作成し、チームをまとめる役割を担うのがケアマネジャーである。つまり、本人をより尊重した全人的支援をマネジメントする必須の職種であるといえる。しかし、ケアマネジャーの在宅看取り支援における苦手意識や困難さは指摘（町田 2001；山内ら 2012；柳原

\*Yuki Oga : 愛知県立大学

\*\*Tomoko Mori : 救世軍ブース記念病院

2006) されており、それは利用者の尊厳を保持した支援を継続する必要からも大きな問題といえる。一方で、在宅看取り支援におけるケアマネジャーの役割についての先行研究では、利用者のストレングスを活用したマネジメント（中家 2009）や、多職種連携（河合 2011；島田ら 2011）の重要性が指摘されている。つまり、対利用者、対他職種、との関係性や期待に着目した役割である。では、利用者や他職種との関係が良好であれば、ケアマネジャーの在宅看取り支援は果たして進むのだろうか。在宅看取りのニーズが年々高まるなかでは、その役割は変化してきているのではないだろうか。本稿の目的は、ケアマネジャーの在宅看取り支援に関する文献レビューを行い、経年的にケアマネジャーの役割の質について考察することである。

## 2. 研究の視点

本稿は役割理論に理論的根拠を置く。ケアマネジャーは、利用者や、地域社会、文化等とのかわりの中で役割を求められ、それを受け入れ、その責務を担う。これは、役割理論の基をつくったとされる Mead (=1973) が提示した社会的自我論の中で説明できると考える。社会的自我の形成過程において、人は内省したり、他者と関わり役割を取得したり、社会のようなメゾ・マクロレベルの存在とかかわりをもったりするとされる。つまりこの理論は、ケアマネジャーが置かれている現状の理解に役立ち、その役割を説明することに活用できると考える。また役割の原義は人と社会をつなぐものであるといえ、人の役割を果たす行為によって、人と社会は変容していく可能性を秘めていると考えられる。また行為は、意図性や目的指向性があるため、行動に至る思考を含み (Parsons et al. eds.=1960)、心理システムの構成要素でもあり (Luhmann=1995)、心理、社会的、文化的側面をもつ。以上より役割を構成している要素は、期待、社会的地位、規範、行為の4点といえる。この4点は交互に影響し合いながら役割を形成していること、役割は最終的に行為で

表されることから、本稿における役割とは、「個人の社会的地位との関係における、期待と規範に基づいた行為」（大賀 2014：38）とする。また行為とは「意図性や目的指向性をもった行動とそれに関連する思考と感情であり、それは心理・社会・文化的側面をもつもの」（大賀 2014：37）とする。

## II. 調査方法

ケアマネジャーの在宅看取り支援に関する先行研究を調べるために、「医学中央雑誌」および「CiNii」の検索エンジンを用いて検索した。その結果、「医学中央雑誌」の方が研究論文を網羅していたため、そちらの原著論文を使用することとした。シソーラス用語の機能を用いてキーワードを設定し、1)「ケアマネジャー／介護支援専門員」and「看取り／ターミナルケア／終末期」を投入したところ原著論文は31件、2)「ケアマネジャー／介護支援専門員」and「死／ホスピスケア」を投入したところ原著論文は18件であった（2014年7月）。そのうち、12件が重複していたため、調査対象を37文献とした。当該文献の中には、在宅ではなく施設での看取りに焦点を当てた文献も1本（久山 2014）あったが、本論文はケアマネジャーの在宅看取り支援の質に示唆を与えてくれると考えられることから、研究対象に含めることとした。

ケアマネジャーの看取り支援研究の動向を調べるため、医療保険の診療報酬および介護保険の介護報酬における看取りに関連する事項の改定を節目に、文献を3期に分けることとした。第1期は、介護保険制度がスタートした2000年～2005年である。第2期は2006年～2011年である。2006年は、医療保険の診療報酬における在宅ターミナル加算、また介護保険の介護報酬においても看取り介護加算がそれぞれ新設され、がん（ターミナル期）が介護保険の特定疾病となった年である。第3期は2012年～2014年であり、2012年は医療保険の診療報酬における在宅ターミナル加算と介護報酬の看取り介護加算が

それぞれ手厚く見直された年である。ただし、在宅における介護報酬の看取り介護加算は、訪問看護に対してのものであり、ケアマネジャーの支援自体に加算されるものではない。

調査手順としては文献を精読し、役割の構成要素である、社会的位置、期待、規範、行為の4点を軸に文献を分類した。この4つの構成要素により役割の質を捉えることが可能ではないかと考えたためである。社会的位置に分類できる文献は、ケアマネジャーとしての社会的位置を検証、確認するものと捉え「看取り支援の困難の影響要因に関するもの」とした。期待に分類できる文献は、他者からの期待に応えるもの

と捉え、「教育・研修の必要に関するもの」「在宅療養に対する認識に関するもの」とした。規範に分類できるものはなかった。行為に分類できる文献は、感情や思考に関するものとして「利用者本人との向き合い方に関するもの」「ケアマネジャーの役割認識に関するもの」、行動に関するものとして「連携の重要性に関するもの」「ケアマネジメントの質の検証に関するもの」を上げた。

### Ⅲ. 調査結果

文献は、表1のように分類された。

表1：ケアマネジャーの看取り支援に関する先行研究の内容

分類 (分類別論文数)	論文の内容	論文数	論文数内訳		
			1期	2期	3期
社会的位置 (10)	1) 看取り支援の困難の影響要因に関するもの	10	0	9	1
期待 (4)	2) 教育・研修の必要に関するもの	3	0	2	1
	3) 在宅療養に対する認識に関するもの	1	0	1	0
行為 (23)	4) 連携の重要性に関するもの	19	4	8	7
	5) ケアマネジメントの質の検証に関するもの	2	0	2	0
	6) 利用者本人との向き合い方に関するもの	1	1	0	0
	7) ケアマネジャーの役割認識に関するもの	1	0	0	1
	合計	37	5	22	10

#### 1. 第1期 (2000年～2005年) の研究の動向

全5本の論文は、すべてケアマネジャーの行為についてのものであった。「連携の重要性に関するもの」については4本あり、なかでも家族やインフォーマル資源も含めた連携の意義を指摘したもの(早崎ら 2003)が3本を占めた。「利用者本人との向き合い方に関するもの」では、独居者の看取り支援にあたり、本人の死生観を聞きだし本人主体の支援をすることは難しく検討を要する課題(町田ら 2001)と指摘されていた。

#### 2. 第2期 (2006年～2011年) の研究の動向

ケアマネジャーの社会的位置に関するものが9本、期待について3本、行為について10本、合計22本の論文があった。

社会的位置は「看取り支援の困難の影響要因に関するもの」であり、ケアマネジャーの基礎資格、経験、年齢による困難の質の相違に関するものが5件であった。看取り支援については半数以上のケアマネジャーが困難を感じており(内田ら 2009; 柳原 2006)、特に基礎資格に着目すると、看護職は自立支援などへの不安があげられ、福祉職は医療面での不安が強い傾向がある(須佐ら 2006; 柳原 2006)と指摘され

ていた。一方介護保険制度による支援の主概念は自立支援であることから、老いによる衰弱や死についての概念が欠如していることも看取り支援を困難にしている可能性も指摘されており、またスピリチュアルケアの困難性は社会福祉士・相談職以外ではみな高いという結果（柳原 2006）も示された。また、本人や家族の状況や、活用可能な社会資源の不足など在宅療養環境が十分にそろわないという、ケアマネジメントシステム全体の課題（須佐ら 2010）もあげられていた。

期待については、「教育・研修の必要に関するもの」として、利用者からの期待に応えられる看取り教育の必要性（嶋貫ら 2011）があげられ、研修方法への提案（上原 2010）もなされていた。また「在宅療養に対する認識に関するもの」では、市民やケアマネジャーなどへのアンケート結果として、全体の6割が自宅で最期を迎えたいと希望している（山野 2009）ことが示されていた。

行為については、感情・思考レベルにおいて「利用者本人との向き合い方に関するもの」、行動に関するものとして「連携の重要性に関するもの」「ケアマネジメントの質の検証に関するもの」がそれぞれあげられていた。

### 3. 第3期（2012年～2014年）の研究の動向

ケアマネジャーの社会的位置に関するものが1本、期待について1本、行為について8本、合計10本の論文があった。

社会的位置については、「看取り支援の困難の影響要因に関するもの」として、連携や本人・家族の不安に対する支援が課題、とまとめられていた（原田 2012）。第2期と同様、本人・家族の精神的ケアやグリーフケアは課題のままとされている。

期待については、「教育・研修の必要に関するもの」があり、介護職と看護職の看取りに関する調査から介護職は看護職に比べて死を避けたいと考える傾向が示され、第2期と同様看取りの教育や研修が必要であることが示唆されて

いた（久山ら 2014）。

行為については、思考レベルで「ケアマネジャーの役割認識に関するもの」が上げられ、8割以上のケアマネジャーが、利用者の在宅療養の意思確認を自身の役割としていた（原田ら 2012）。行動レベルでは、「連携の重要性に関するもの」として地域連携の重要性についての論文が6本と多くなっており、在宅看取り支援においては、スピーディな情報共有が課題となることから情報交換システムの工夫（藤田ら 2013）や、介護予防から看取りまでを視野に入れた地域連携体制整備の必要（河口 2013）について言及しているものもあった。また家族や社会から孤立しがちな人の在宅支援方法の研究（氷見 2012）も見られた。

## IV. 考察

ここでは3つの時期に注目しながら文献レビューから見出された、役割の3つの要素別に在宅看取り支援を行うケアマネジャーの役割の質について考察していく。

### 1. 社会的位置について

社会的位置に関する研究は、在宅看取り支援に社会的注目が集まってきた第2期から出てきた。死、特に在宅死、そして看取り支援をどうとらえるかは、この時期からケアマネジャー全体の課題となっている特徴がある。介護保険の自立支援の概念と異なるところに死が存在するように見え、しかしそれでも死にゆく過程を支援していく必要に迫られているところにケアマネジャーは矛盾を感じ苦しんでいるとも考えられる。ゆえに医療職と介護職の基礎資格別の困難性の相違について複数の研究がなされたとも考えることができる。先行研究では、死にゆくプロセスを支援する職種として、ケアマネジャーという職業、つまり医療職ではない社会的位置は適切なのであろうかと問うているといえる。しかし、死にゆく過程で起こる変化は、身体的なものに特化しているわけではない。心理・精

神的にも社会・物理的にも大きな変化が生じ、またスピリチュアルな側面においても揺れが生じる。ケアマネジャーは、死にゆく過程で生じるさまざまな変化に伴う、本人や家族の不安に対する支援を課題と認識している（原田 2012）。ここからケアマネジャーは、死に直面し、自らが支援継続するための検討をしているといえる。つまり、死にゆく過程を支援するというよりは、最期までそのひとらしく生きぬく過程を支援するという自立支援の支援者の位置に自らを社会的に位置づけようとしていると考えられる。そのようにみると、死は生の延長線上にある生活上の自然な出来事とケアマネジャーは捉えているといえ、介護保険の自立支援の概念と看取り支援は、親和性のあるものといえるのではないだろうか。

## 2. 期待について

期待についての研究も同じく第2期から出てきた。在宅療養の希望が高まってきていることや、在宅看取りへの社会的ニーズが高まっていることから、ケアマネジャーに在宅看取り支援を行う期待が寄せられた時期である。他者からの期待に応えようと看取り教育の必要や研修方法についての研究がでてきたと考えられる。ここからケアマネジャー自身も自らのとるべき行為について、現状の期待に添おうと能動的に変容させようとしていることがわかる。つまり文献からは、社会的位置と期待をケアマネジャー自らが運動させようとしていることが示唆されている。しかし介護報酬に見るケアマネジャーの介護保険制度上の社会的位置は第1期と変わらないことから、在宅看取りに対する期待は大きくなる一方で、根本的にどのような役割を取るべきなのか見えにくく、制度的な社会的位置と期待との齟齬が生じ、ケアマネジャーは苦しんでいるのではないかと考えることができる。

## 3. 行為について

行為を、感情、思考、行動に分けて整理する。感情については、第1期に「利用者本人との

向き合い方に関するもの」として、本人に直接最期について聞くことは憚られるという指摘（町田ら 2001）があった。介護保険は契約によりサービスを利用するため、利用者本人の意思確認が必須である。ここで困難を感じることは、死に触れるのをタブー視する文化の影響もあるなかで本人主体の支援をしようとしている葛藤の表れであると考えられることができる。

思考については、第3期に「ケアマネジャーの役割認識」があり、何をケアマネジャーの役割とするかまとめようとする動きが出てきた。社会の期待や要請に伴いケアマネジャーの行うことは増加したが、行うべき業務が特別に明示されたわけでもない。そこで自らの役割を見出すために業務を振り返る作業を行い、自ら役割を明確にしようと試みていることがわかる。

行動については、第1期から「連携の重要性に関するもの」がでてきている。第1期の2000年は第4次医療法改正が行われ、医療機関の機能分化が進み多機関の連携が必要となった背景がある。しかし多機関の連携体制は、それまでそれぞれの機関で行っていた支援を地域のシステムとして再構築する必要があることから、すぐに取り組める性質のものとはいいがたい。このような要因からも、第1期は利用者主体の考え方も影響して、家族やインフォーマル資源も含めた連携の重要性について、主に取り上げられたのではないかと考えられる。第2期に入ると連携の質が変わってくる。2006年は第5次医療法改正もあり、医療機関の機能の分化や連携の推進がさらに強化され、地域連携が重点課題となった時期でもある。在宅看取り支援においては、地域の多機関多職種が関わるため、地域連携体制の確立が重要となる。連携については、第1期に比べて地域レベルで考えられる傾向があり、支援や研究の視点がメゾレベルに広がっている傾向がある。第3期は、在宅看取りを進めるための具体的な方法について、地域連携の視点からの研究が過半数を占めた。これは、地域システムとして在宅看取り支援が取り組まれ整備されてきていることを示唆している。つまり、役

割の行動自体がメゾレベルからマクロレベルに展開している傾向がみられる。このように行動自体は拡大しているように見えるのだが、そこに至る思考や感情については十分には議論されてはいない傾向が見受けられる。その役割行動に至った思考や感情についてさらに議論し、看取りの支援行為全体について深めていく必要があると考えられる。そこから役割行為の全体像を示していくことができるのではないだろうか。

#### 4. 役割の質の変化

ケアマネジャーの役割の質は、時代に伴い変化してきている。第1期は、死をタブー視する文化がまだ強いなか、死に直面している利用者主体の支援をしようと模索していたといえる。看取り支援におけるケアマネジャーの社会的位置も社会的期待もはっきりしない中で、介護保険の「利用者主体」に忠実に行動する役割の質であったといえる。第2期は、最期について一般の人々も直面することが必要になった社会的背景もあり、在宅看取りについてケアマネジャーへの期待も高まり、それに伴い社会的位置を検証し、利用者を支えるための地域連携体制の確立が進んだといえよう。地域連携体制という枠組みの中で試行錯誤しながらも、役割行為を果たす時期になってきたといえる。第3期では、地域連携体制はより強固なものになっている。一方で特にグリーフケアについては、介護保険制度で明確には位置づけられてはいないが、ケアマネジャーは行うべき支援と認識しており、その期待に応えていくための行為の模索が示唆されている。期待が変化したことに伴い、行為がそれに添おうとし、自らの社会的位置を検討しているように見える。しかし第3期においても、ターミナル期の利用者を支援する力量不足を感じるといった困難も提示されており（原田2012）、ケアマネジャーは支援継続過程において困難を抱えていることがわかる。外的、つまり制度的な社会的位置と期待とが必ずしも一致しないところで、役割行為をとろうとするときの苦しさが発生しているといえる。ケアマネ

ジャーは、看取り支援における役割を果たそうと社会に働きかけて、自らの社会的位置づけを検討しているが、それが社会制度と連動していないところに困難があるといえよう。

役割理論によれば、人が役割を果たすことによって社会も人も変容していく。在宅看取り支援においてとくにグリーフケアの必要性が高く、その役割をケアマネジャーに期待するのであれば、ケアマネジャーがその役割を遂行するために必要な体制を制度的に整備することが必須と考える。そうすることで、ケアマネジャーの看取り支援における役割は外的には明確になるといえよう。一方グリーフケアは、役割の行動だけでなく、そこに至る感情や思考について検討しやすい性質をもつ支援であると考えられる。ゆえにケアマネジャーのグリーフケアにおける支援全体、看取り支援の役割の行為全体を考察しやすいのではないかと考える。制度的な社会的位置を保証し、一方でケアマネジャーの行為をさらに検討していくことは、社会からケアマネジャーへの働きかけ、ケアマネジャーから社会に働きかけを行うことである。そうすることで、看取り支援を行う支援者としてのケアマネジャーの役割構造を明示していくことができる可能性があるといえるだろう。それがひいては、社会における在宅看取り支援全体の質の向上につながっていくといえるのではないか。

#### V. 結語

ケアマネジャーへの期待や社会的位置の変化に伴い、役割自体も変化してきている。文献からは、利用者自身が最期をどう迎えたいか、本人の希望を誰がどのように聞くか、そして本人や家族の精神的なケアやスピリチュアルケアおよびグリーフケアを誰がどのように何を目標として行うのか、ケアマネジャーの業務を規定する介護保険制度では明示されていないことがケアマネジャーの役割の質をより複雑にしていると考えられた。期待は、社会的位置の検証により現実可能なものとなり、役割となっていくこ

とが今回の調査からわかった。今後は、看取り支援における心理的・精神的ケアやグリーフケアの実施役割について、ケアマネジャーを対象に、インタビュー調査等を行っていきたい。

## 付記

本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成：2014年度（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」（研究課題名「独居がん患者の在宅看取りにおけるケアマネジャーへの支援対策—患者本人とのかかわりにおける困難に焦点を当てて—」）を受けて行ったものの一部である。

## 【文献】

- 藤田淳子・渡辺美奈子・福井小紀子 (2013) 「介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因—死亡1か月間の高齢者終末期ケアに関して」『日本地域看護学会会誌』16(1), 40-47.
- 原田小夜 (2012) 「介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題」『日本健康医学会雑誌』21(1), 2-9.
- 原田小夜・太田節子 (2012) 「在宅ホスピスケアチームにおける介護支援専門員の役割認識に関する研究」『日本看護学会論文集：地域看護』42, 127-130.
- 早崎幸子・小野幸子・坂田直美・ほか (2003) 「特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態（その1）G県下HとS地区の看護職を対象に」『岐阜県立看護大学紀要』3(1), 29-35.
- 水見芳子 (2012) 「孤立するターミナル期要支援者へのソーシャル・サポート・ネットワークに関する研究」『医療福祉研究』20, 61-76.
- 久山かおる・吉岡伸一 (2014) 「認知症対応型グループホーム職員の看取りと死に関する態度—訪問看護ステーション職員との比較」『米子医学雑誌』65(1), 6-18.
- 河口洋行 (2013) 「高齢者向け長期ケアの地域マネジメントに関する研究—ブループリント手法を利用した日本の3事例の比較より」『医療と社会』22(4), 309-328.
- 河合英利 (2011) 「終末期を在宅で迎える時のケアマネジャーの役割」『日本老年医学会雑誌』48, 260-262.
- 厚生労働省 (2012) 「在宅医療の最近の動向」([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf), 2014. 12. 27).
- Luhmann, N. (1984) *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Suhrkamp Verlag. (=1995, 佐藤勉監訳『社会システム理論(下)』恒星社厚生閣.)
- 町田のり子・斎川英文・高梨葉子 (2001) 「在宅介護を望む、身体合併症を伴う高齢独居老人」『老年精神医学雑誌』12(7), 774-779.
- Mead, G. H. (1934) *Mind, self and society*, University of Chicago Press. (=1973, 稲葉三千男・滝沢正樹・中野収訳『現代社会学大系第10巻 精神・自我・社会』青木書店.)
- 箕岡真子 (2012) 「日本における終末期ケア“看取り”の問題点：在宅のケースから学ぶ」『長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル』(17), 6-11.
- 中家洋子 (2009) 「高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期のケアマネジャーの役割と課題—退院時の事例から」『四條畷学園短期大学紀要』42, 27-35.
- 南部登志江・林やよい (2009) 「介護老人保健施設におけるターミナルケアの実態と介護職員の思い」『インターナショナル Nursing Care Research』8(4), 79-88.
- 大賀有記 (2014) 『ソーシャルワーク支援の発展的二重螺旋構造—役割喪失にともなう悲嘆作業過程の分析』相川書房.
- 大出春江編 (2012) 『看取りの文化とケアの社会学』梓出版, 166-204.

- Parsons, T. and Shils, E. A. eds. (1954) *Toward a General Theory of Action*, Harvard University Press. (=1960, 永井道雄・作田啓一・橋本真訳『行為の総合理論を目指して』日本評論社.)
- 島田千穂・高橋龍太郎 (2011) 「高齢者終末期における多職種間の連携」『日本老年医学会雑誌』48, 221-226.
- 嶋貫恵・松井美帆 (2011) 「介護支援専門員におけるがん末期のケアマネジメントと死生観」『ホスピスケアと在宅ケア』19(1), 38-41.
- 須佐公子・豊嶋三枝子・伊藤佳代 (2006) 「介護支援専門員の『仕事の困難性』の具体的状況—看護職と福祉職の相違」『日本看護福祉学会誌』11(2), 87-94.
- 須佐公子・坂哉繁子・村田ひとみ (2010) 「ケアマネジャーから見た在宅高齢者のターミナル体制の現状と課題」『独協医科大学看護学部紀要』3, 35-42.
- 内田陽子・中谷久恵・島内節 (2009) 「エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践」『The Kitakanto Medical Journal』59(4), 337-344.
- 上原いつ子 (2010) 「熟練ケアマネジャーのケアマネジメント実践能力—語りの中の経験知」『自立支援介護学』3(2), 100-114.
- 山野恵美子・中山康子・桜井隆・ほか (2009) 「『あなたの家にかえろう』をかなえるために—在宅ホスピスケアをすすめる小冊子に関するアンケート調査より」『日本看護学会論文集：地域看護』39, 27-29.
- 山内孝 (2012) 「2010年度在宅医療助成指定公募（後期）『ケアマネジャーを対象とした在宅医療の研修』完了報告書」([http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data2\\_20120301045019.pdf](http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data2_20120301045019.pdf), 2014. 3. 4).
- 柳原清子 (2006) 「介護支援専門員の『死の看取りケアの意識』とそれに関連する要因の分析」『新潟大学医学部保健学科紀要』8(2), 3-14.
- 吉成ルミ (2010) 「看護・介護の現場から—独居老人のターミナルケアの取り組み」『北海道勤労者医療協会看護雑誌：看護と医療』36, 98-99.

## [実践報告]

# さまざまなタイプのクライアントを支援する際のポイント ～退院支援に関する事例研究～

柳田 千尋\*

本研究では、退院支援ケースのさまざまなクライアントの支援のポイントを探るために、事例をソーシャルワーカーの「知識」、「価値」、「技術」、「機能」を専門的枠組みとして分析し3分類5タイプに集約した。この分類は、依頼内容に関わらず、具体的なアプローチを選択するガイドとなる。共通するポイントは、初期場面の「不安」や「葛藤」など感情面への対処であった。それは、現場においては、精神保健の側面で「健康度の高い人たちに対する相談活動」が多くを占め、最初の場面で「クライアントを整える」ことは、支援の効果をあげていくことになるからである。退院支援は、それを前提に、支援の機能を果たすための高度な専門的知識と技術を駆使し、その結果として支援の価値が現れる。

また、現場のソーシャルワーカーは、①ミクロレベルの実践力を向上させる、②さらにメゾレベルでの組織や地域との関係性を育み、③マクロレベルについては、専門職団体などの法人格の発言に寄与する実践データを積み上げることが求められる。

また、本研究の限界は、専門的枠組みシートの完成を目標としたが、特に基礎理論と実践論について精緻化するには至らず、シートの完成が困難であった点である。

Key words : 退院支援, クライアントのタイプ, PIE マニュアル, ミクロ・メゾ・マクロ

## 1. 緒言

### (1) 背景

研究の背景としては、社会保障基礎構造改革以来の退院支援の困難ケースへの対応がある。昨今の急速に進む高齢化の進展から介護保険制度の不安定感も垣間見える中で、今日では医療分野の機能分化が進み、短期間で、別機能の機関に送致するという連携により、医療と介護の問題を同時に解決していくことが求められている。このような退院支援といわれる相談を担う職種は各病院で異なっている。

かつて病院のソーシャルワーカーは、クライアントにオープンエンドな長期的な関わりをしていた。しかし、機能分化した現在では、特に急性期病院のソーシャルワーカーには在院日数短縮化への貢献という期待がのしかかっている。一方、クライアントとなる患者・家族の中には、「転院したくない」、「できるだけおいてほしい」、「まだ食べられていないし、治療中です」、「何も聞いていない、動かせるわけがない」、「身体が動かない、やる気がでない」などの言葉が出て退院支援が困難になる場合があり、それらへの対応に四苦八苦の連続である（柳田：2011）。

\*Chihiro Yanagida : 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター

ソーシャルワーカーは、このような場合も、クライアントと支援関係を結んで問題解決のスタートを切らなければならない(柳田・木原：2009)。

## (2) 4側面の専門的枠組み

一般的に、業務日報はケースの主訴、電話や面接などの方法を一行為1カウントとして集計、年報として所属機関や東京都に報告してきた。それらのデータは、ソーシャルワーカー業務の量的な忙しさを証明し、医療連携や総合相談という方向性の中でソーシャルワーカーの増員など一定の成果を上げた。しかし、その一方でソーシャルワークの質の評価は困難である。今後求められることは、ソーシャルワーカーの高品質な支援とその説明である。それは、たとえばAというクライアントに対して、A'あるいはaB'という支援方法を行った場合、その支援はマイクロレベルの個別化された支援にとどまらず、メゾレベルの所属機関と地域、マクロレベルの政策的な視点も含み、その支援内容や根拠を具体的に説明できるレベルが想定される。そのためにも、①個別性を高める支援技術の向上と、②メゾ・マクロレベルに支援が専門的であることを説明するツール開発の必要性を痛感していた。

そこで、業務シートにソーシャルワークの構成要素を追加した。構成要素は、ソーシャルワークの専門性の中心となる「知識」、「価値」、「技術」である(山辺：2010)。これに支援過程における役割機能の重要性(柳田：2001)から「機能」を追加し、4側面を専門的枠組みとした。

## (3) 「PIE マニュアル」の援用

一方、同じ主訴でもクライアントによってそのアプローチが変わる(柳田：2002)。そこで、ソーシャルワーカーのクライアントの問題を評価する能力を高めるために、体系的、包括的なアセスメント方法である「PIE マニュアル」

(James M. karls and Karin E. Wandrei =2001, 91-92) を実践に導入した。

「PIE マニュアル」は、1980年に『精神障害の分類と診断の手引き(DSM-Ⅲ)』と『国際疾

病分類(ICD-9-CM)』が出版されたとき、ソーシャルワーカーが主な焦点をあてている社会生活の側面についての問題を分類し記述する適切な方法がなかったため、1981年、全米ソーシャルワーカー協会の資金提供によって始められた。そこにはそれぞれの実践家の理論・アプローチを問わず活用できる実践モデルが意図され、社会学、心理学、精神医学、ソーシャルワークの広範な構成概念、システム理論の概念、ミクロとマクロの枠組み、ライフモデル等が取り込まれている。ただし、このマニュアルは、18歳未満は対象としないという限定がある。実践的には、①クライアントの問題を簡明に言い表すこと、②クライアントの問題が包括的に含まれるシステムであること、③毎日活用できる簡潔なシステムであることが目指されている。「PIE マニュアル」のアセスメントは、クライアントの問題を①社会的役割、②環境の問題、③精神保健の問題、④身体的健康問題の4つの問題のグループに分割し、問題の状況を簡明に言い表しその状況に適したアプローチを見出す方法である。

当時、転院相談などソーシャルワーカー同士の会話が病状やADLに終始しがちで、あるいは、問題のある患者を見出すゲートキーパーの機能が強化され、先が見通せない困難な相談が見受けられた。そのようなケースこそソーシャルワーカーの継続的な支援が必要なケースと考えていたところ、「ソーシャルワーカーが強調するのは、クライアントの社会的役割や環境の問題である」、「PIEの第一の焦点は、精神的問題や身体的問題には向けられないが、介入には、身体的医療や精神的医療が含まれる」と明確に述べられていたのが、PIEマニュアルであった。筆者は、ソーシャルワーカーの視点や役割を再確認できたことから、このマニュアルを多用するようになった。

さらに、「問題状態の困難度、その継続期間、クライアントの対処能力」の基準があり、支援の時間の概念も加えて、クライアントの困難度や対処能力の評価が簡易になった。さらに、クライアントや関係者の発言をそのまま記述する

ので、「正しい」とか「そうではない」という考えよりも、その人が「どう感じているか」という側面から問題を捉えられるようになり、さらにストレングス視点を意識することによって、自分自身の見方の偏りを修正するのに役立った。

そこで、多用してきた「PIE マニュアル」にある7つの「クライアントのタイプ」を、この業務日報に援用した（柳田：2003）。このような理由に基づいて、専門的枠組みの4つの側面と、クライアントの7つのタイプを加え従来の業務シートを修正した。

#### (4) さまざまなタイプのクライアント

この業務シートの試行の早い時点で、クライアントは、「PIE マニュアル」の7つのタイプにはほとんどが当てはまらなかった。すなわち、「初めてでわからないと言いつつ、“教えると理解の良い”クライアント」や、「問題解決が苦にならないような“出来る”クライアント」と捉えざるを得ない状況が頻発した。そこで項目として「はじめて型」、「正常に機能（高機能）型」と称して集計したところ、これらのクライアントが70%以上であった。そこで、修正版の第二次シートではこのふたつのタイプを正式に追加することにした（柳田：2014）。

こうした中、2014年4月に所属病院の機構が変更されたことに伴い、業務改善の一環としてケース管理方法を『病院ソーシャルワーカーの業務指標開発』の「SWHS ソーシャルワークデータシステム2010」に変更したため、この業務シートの活用は中止し、新しいシステムのサマリー画面で、支援の機能・理論・アプローチをコード入力した。

ここまでが本研究の前提になる部分であり、本研究では、これらの経緯からクライアントのタイプに関する検証を行ったので、その結果を報告する（柳田：2014）。

## 2. 研究目的

研究の背景には、ソーシャルワーカーは、①

マクロレベルの政策的側面からは、入院期間の短期化を目標とさせる診療報酬による評価、②メゾレベルの所属機関からは、退院支援の進捗状況の管理機能、地域の機関との連絡調整、③ミクロレベルのクライアントからは、心理社会的問題や課題をできるだけ短期間で解決するという、三方面からの期待がある。これらの期待は、ソーシャルワークの実践領域のミクロからマクロへ広がり一致する（福山：2010）。

一方、従来の業務日報では、相談されたケースが持つ個別的な問題状況や、支援過程の質的な分析には十分とはいえない。また、万が一ソーシャルワークの専門性という質的な側面が問われたとき、それらの対応を意識したシートが必要である。本研究は以上のような経緯を踏まえ、クライアントのタイプの検証を行い、第二次業務シートを完成させることを最終的な目標とする。

そこで、まずは退院支援の事例から、さまざまなタイプのクライアントを専門的枠組みから分析し、支援する際のポイントを明らかにする。

## 3. 研究方法

当該病院は、都心部にある418床の急性期病院である。在院日数は11日程度で推移している。ソーシャルワーク室のソーシャルワーカーは二人体制で、総合医療相談室（医療連携業務と患者相談窓口）とミーティングをもつなど連携を取っている。ソーシャルワーク室では、地域連携パスも含めて社会的心理的な問題をもつケースの依頼を年間600～700件ほど受理している。

本研究では、前段で説明した第二次業務シート（案）を活用する。ソーシャルワークの専門性の項目は、「機能」、「知識」、「技術」、「価値」とした。まず「機能」は、岡村重夫、カレル・ジャーメイン、ピンカス・ミナハンから抜粋し組み直した（山辺：2010）。次に理論やアプローチという「知識」については、実践者が、理論を考えやすくするため、①クライアント等を理解する方法としての「人を理解する理論（基礎



表2 事例の振り返りシート ②個別版

ケースNo.			メモ
	クライアントのタイプ	役割遂行にみる CL (患者・家族等) のタイプ	
機能	ミクロ	対処能力強化	
	メゾ	人と環境を調整	
	マクロ	修正・開発	
専門知識	人を理解するための理論	クライアントの価値観、感じ方、考え方／問題の本質・ニーズ	
	介入モデル・アプローチ	その問題に対する対処の仕方	
専門技術	面接スキル	マイクロカウンセリング	
	その他	具体的に	
専門価値	倫理	貢献／社会正義／人間の尊厳／誠実／専門的力量	
	価値	自己決定／	
	ジレンマ		
自己評価	[ 役割機能 ]	[ アセスメント ]	[ 理論と技術 ]
支援のポイント			

表3 事例一覧

クライアントのタイプとことばと問題の本質		役割遂行にみるCLのタイプ	クライアントに関するキーワード	「えっ?ここ」(解決のきっかけ)	問題の本質	帰結(退院先)		
単独型	個別型	1	犠牲型(本人)	長期入院と筋力低下。退院なんていわれても・・・。(弱気、あきらめ)	「一生分飲んだからもういい。生保とデイケアで世話になっている。這ってでも帰りたい」	動機付け・洞察・自立生活	リハビリ強化と介護サービス導入で自宅退院	
		2	責任型(家族)	ADL低下の不安	本人ADL向上	介護不安対処⇒実際を見ること	自宅	
		3	責任型(本人)	「転院の話なんて。今日は最悪の日だわ」(怒り)	私がいなくて家が成り立たない。情けない。介護者でもある。⇒泣いて、やる気が出た	怒りの受け止め⇒動機付け(感謝/根性退院)	転院直前にキャンセルして念願の自宅退院	
	孤立型+喪失型	15	喪失型+孤立型(本人)	筋力低下。弱気、あきらめ感(しょんぼり)⇒努力家、まじめ	「帰りたい」と意思の表明	動機付け	リハビリ強化と介護サービス導入で自宅退院	
		高機能型	4	高機能型(本人)	(すべて指示通りに)	社会的実力者	一番いいように計らいつつ管理する	本人の希望する回復期リハビリ病院へ転院
			5	高機能型(息子)	看取りたい	ぶれない(必要なことをしてほしい)	クライアントに合わせる	カンファレンス・在宅サービス申し送り
	初めて型	6	(前回初めて型)高機能型(兄)	前回大変だった。今回は自分のペースでさせてほしい。	兄のペースを尊重	本人の生活の保障	前回の回復期リハビリ病院へ転院	
		7	初めて型(嫁二人)	家族の歴史と絆と意思の尊重	「なんだってやるつきやない」「覚悟しました」	患者の一生の最期の場面を作る	カンファレンスでの覚悟の提示(消極的栄養摂取)⇒2週間後他界	
8		初めて型(息子)	母を母らしく元気に過ごさせたい。どうしたらいいかわからない。不安がある。	息子の役割遂行⇒母の療養方法の尊重	ガン末期の判断時期の明確化と対処方法	その時まで、日常生活続ける。		
混合型	両面感情型+責任型	9	両面感情型+責任型(妻)	「やっぱり私が見なければ!、つれて帰るしかない」(オロオロ)	夫婦共依存関係・「危険な”ベランダ生活(DV⇒ADL低下と認知症)」	妻の判断力の正常化(→成功)	妻は髪を切って別人のように明るい様子。(療養型転院)	
		10	両面感情型+責任型(妻)	「こんな早く年寄りみたいになって」	夫をどうにか賦活させたい(ショック)	仕方ないという気持ちに寄り添いつつ地元へ帰す	しっかりとしたシャツ姿で退院(地元の病院外来へ)	
		11	両面感情型+責任型(娘)	「母は見るけれど、父は無理」	共感的理解	家族関係の理解の仕方の整理、覚悟、自分のあり方	自らケアマネにサービスの依頼(ヘルパー依頼内服管理)	
		12	両面感情型+責任型(本人・娘)	母は酒、タバコ、パチンコでいつもいないんです(娘)	「老母がうざい」「安い涙があふれてくるわ」	(母から)受止められたことがない	訪問診療の受け入れ	
		13	両面感情型+責任型(本人・娘)	引き取れないが、何とかいい形にしたい、きょうだいの住居は反対方向	施設の理解と希望の明確化と優先順位	病状(嚥下)の見極めと資源調整	娘宅の回復期リハビリ病院へ転院	
		14	両面感情型+責任型(娘)	「在宅だと本人がかわいそうですよね。自分が看たいからといって。」	悩みに寄り添いつづける	看られなかった自分を許して、関わり方を変えてよいと思える。	「あの病院にして良かったです」報告(療養型転院)	
	16	超混合型	権力型(本人)/責任型(内妻)、犠牲型(娘)	経済問題、家族状況複雑、愁訴等	多問題すぎ(SWが混乱しそう)	生活保障(生活保護と介護問題)	家族の絆の維持と保護課の関係性が将来を左右する(回復期リハビリ病院へ転院)	
ミクロ非介入型	孤立型(患者)	18	まげない、固い、こだわり	根性退院	保護と尊重	本人も納得して有料ホームに入所		
		19	依存型(患者)	この病院に来ればよい。	地域包括ケアシステムへの移行「えっ、そんなことできるの」	専門職の役割分担の理解(急性期と在宅)	急性期病院なので、地元一般病院に対応依頼し地域で見守る体制構築	
		20	孤立型(本人/低い意識レベル)	福祉課と切れないようにする。	一人ぼっちにさせない	福祉課と切れない距離の転院	転院直前に他界	

表 4 結果一覧

	I 単独型			II 混合型		ミクロ非介入型
	「個別型」 支援者、教育的、カウンセ リング	「高機能型」 支援者、教育的、カウンセ リング	「初めて型」 支援者、教育的、カウンセ リング	「両面感情型+責任型」 支援者、教育的、カウンセ リング(重要)	「超混合型」 支援者、教育的、カウンセ リング	
機能	調整、調停、代弁、管理 リング	「調整」が基本(限定的)	評価、調整、調停、代弁(多 機能)	「評価」機能を基本に「調整」 や「送致」(やや限定的)	評価、調停、送致、保護、 仲介、代弁、調整、管理 (計8~9 多機能)	— 評価、調整、調停、組織、管 理、保護(多機能)
知識	意志心理学、対象関係論が 多め、他にコンピテンス理 論や実存主義	意志心理学、コンピテンス 理論、家族システムズ、実 存主義の組み合わせ	対象関係論、役割理論、家 族システムズ、社会構成主 義、実存主義の組み合わせ	役割理論、家族システムズ、 社会構成主義が多い	意志心理学、対象関係論、 危機理論、コンピテンス理 論の組み合わせ	意志心理学、対象関係論、実 存主義
技術	介入モデル・ア プローチ	機能主義、課題中心、ライ フモデル、ストレングスモ デルの組み合わせ	課題中心、認知 行動的、ストレスコーピン グ理論、ナラティブの組み 合わせ	課題中心、認知行動、解決 志向、ナラティブの組み合 わせ(統合型4)	機能主義、ストレングスモ デルの組み合わせ	機能主義、システム理論、地 域組織化の組み合わせ
価値	基本的姿勢+「焦点の当て方、 意味の反映、積極技法」	基本的姿勢+「技法の統合」	基本的姿勢+「技法の統合」	基本的姿勢+「焦点の当て 方」,「意味の反映、積極技 法」(助言、情報提供、説明、 フィードバック)の多用	基本的姿勢+「技法の統合」	基本的姿勢+「焦点の当て方、 意味の反映、積極技法」
支援のポイント	人間の尊敬、誠実、専門的 力量	人間の尊敬、誠実、専門的 力量	人間の尊敬、誠実、専門的 力量	人間の尊敬、誠実、専門的 力量	人間の尊敬、誠実、専門的 力量	人間の尊敬、専門的力量
特性	「希望」による動機付け」 転院依頼が自宅退院に転換 できる可能性が高い。ソー シャルワーカーは、クライ エントが置かれたつらい状 況、「不安」等の感情を共 感し、言い出せない不安や 怒りや無力感を共有する。 次に、将来の展望、希望が 見えると、人はその目標に 向かって努力する。クライ エントが立ち直ったところ で、資源を導入すると効果 的である。その原動力とし ての「動機付け」が重要。	最初から自分の問題解決の 力がある。ソーシャルワー ーカーは、社会資源との連絡 調整を適切に行うことが求 められる。従来のアプロ ーチで対応できる。	人の『不安』の対処をして 『覚悟』ができれば資源は 有効に機能する	「面倒を看たくても見られ ない側」で、ソーシャルワ ーカーは、「意図的に 共感し、寄り添う」ことで、 会話に応じたスキルを活用 して『覚悟』に付き合う。 その結果、クライエントは、 自宅が転院かという二択か ら解放され、退院問題は、 問題の中心から外れる。患 者のこれまでの生き方や関 係性から、今、選択できる ベストと思われる、あるいは はベターと思う方法を選択 することによって自己決定する。	クライエントが複数の場合 や、一人でも問題状況が複 雑な場合がある。ソーシャ ルワーカーは、問題を分割 し、優先順位をつけ、状況 に合わせてアプローチを使 い分けていく柔軟さが求め られる。専門的力量として は、一人で抱え込まず、患 者家族や他職種とのコミュ ニケーションを重ねて、支 援計画の修正も受け入れて いく柔軟性が求められる。	これまでの経過からクライ エントの変容を期待できない場 合、メンタルのシステム・ 環境に介入して、地域の支援 枠組みを作る。役割分担、協 働連携して、クライエントに とって最も適切な人が、それ をクライエントに説明し、納 得した上でサービスを提供す ること、自然と地域や次の システムに移行することを目 指す。問題状況によっては、 マクロレベルの政策をガイド に保護的に介入することもある。

#### 4. 倫理的配慮

個人が特定できないように、専門的枠組みの項目のチェックを基本とし、事例はある場面を中心にした部分的状況の提示にとどめ、当該病院の倫理委員会の許可を得た。

#### 5. 研究結果

##### (1) 基本情報

対象患者は、平均年齢は78.8歳、診療科は内科が多い。介護認定は要支援から要介護1や、申請中や未申請のものが多く、新たに介護に対する対応を迫られている状況が読み取れる。退院支援の平均的状況は、入院期間1～2ヶ月間の間に、30日未満の介入期間で、5回前後の面談等と5時間程度の介入をしている。ハイリスクの内訳は、「75歳以上」、「独居」、「ADL低下」、「家族状況の問題」が多く、ソーシャルワーカーの介入が必要なケースである。退院は、できるだけクライアントの希望を優先し地元への退院

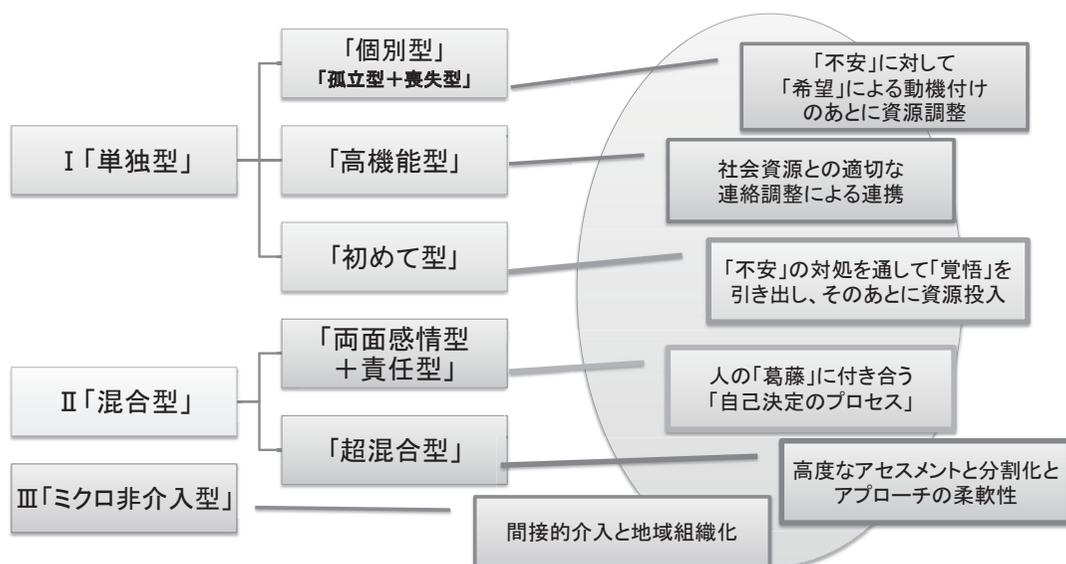
を目指している。結果として入院時の住所地と同地域の退院（転院含む）は14件であった。

##### (2) クライアントのタイプの整理

クライアントのタイプの結果は、表3事例一覧のようになった。大項目は、「単独型」、「混合型」、「マイクロ非介入型」の3分類とした。「単独型」には、小項目として「個別型」3、「孤立型+喪失型」1、「高機能型」3、「初めて型」2であった。「混合型」は「両面感情型+責任型」6、「超混合型」2であった。また、クライアントに直接関わらないケースがあり、新たに「マイクロ非介入型」3として追加した。次に、専門的枠組みの結果を表4結果一覧のようになった。図1はクライアントのタイプを見やすく整理したものである。

以下の結果について、マイクロとして個人レベル、メゾとして所属機関・地域レベル、マクロとして制度レベルへの効果を検討した。またソーシャルワークの価値も検討した。

図1 クライアントのタイプの整理



## 1) 「単独型」

(ア)「個別型」のケース(事例①②③+⑮)

《特徴》

- ① ADL 低下による転院相談依頼
- ② 弱気な状態、依存的、不安、「どこかに行かされる」という不安や恐怖感等

《介入》

- ① 「不安」などの感情をよく聴き共感+積極技法
- ② 生活を立て直せるという期待、希望、動機付け
- ③ 機能は、調整、調停、代弁、管理

《結果》転院依頼→自宅退院

【ミクロの効果】

将来の展望を持ち目標に向かって努力(変容)

【メゾの効果】

社会資源を納得して活用⇒効果的活用  
在宅復帰率が上がる  
早期の自宅退院実現=病床の有効活用、病院が持つ役割機能の遂行

【マクロの効果】直接的には困難

(イ)「高機能型」(事例④⑤⑥)

《特徴》最初から自分の問題解決の仕方がある

《介入》クライアントのやり方を尊重する

- ① 病院がすべきサポートの確実な連携
- ② 社会資源との適切な連絡調整
- ③ 調整機能(機能は限定的で少ない)

《結果》

【ミクロの効果】

クライアント自身のやり方による問題解決への納得感  
制度構造を理解し選択、活用できる

【メゾの効果】

社会的契約など、自己責任での解決

【マクロの効果】直接的には困難

(ウ)「初めて型」(事例⑦⑧)

《特徴》迷っていて、「後悔」することを避けたいという意志がある

《介入》

- ① 初めてゆえの「不安」に対処し「覚悟」を引き出す
- ② エンパワメント
- ③ 多機能

《結果》

【ミクロの効果】

患者と家族それぞれ生き方の尊重と納得、成長(高機能型化)  
「人生の最終段階における医療にかかる相談」(厚生労働省)の実践

【メゾの効果】社会資源活用の活性化

【マクロの効果】直接的には困難

## 2) 「混合型」

(ア)「両面感情型+責任型」(事例⑨~⑭)

《特徴》「面倒を看たくても見られないケース」

介護者としての役割遂行が困難  
対立する感情の中で「葛藤」している  
なかなかすっきりと決められない状況が続く

《介入》

- ① 共感+積極技法  
「葛藤」に寄り添い自己決定を支える
- ② 言葉を紡ぎ出す、本質を見抜く、潜在下の意志を言語化(重要)

《結果》

【ミクロの効果】

自宅か転院かという問題から離れ、自己決定できる  
「人生の最終段階における医療にかかる相談」(同)の実践  
家族が後悔することを予防  
残された者が生きていく活力を得る

【メゾの効果】

助け合いなど地域への理解や貢献も含まれることもある

【マクロの効果】直接的には困難

【ソーシャルワークの価値】自己決定

(イ)「超混合型」(事例⑯⑰)

《特徴》 クライアント、状況、問題が複雑、重複

《介入》

①問題を分割化し優先順位をつける、超多機能

②状況に合わせたアプローチの使い分け

《結果》

【ミクロの効果】

クライアントが状況を認識する

【メゾの効果】

解決できないことは次の機関へ申し送る、連携

【マクロの効果】直接的には困難

【ソーシャルワークの価値】

発揮する機能が大きい、という意味での超多機能に対して、より高い専門的力を要す（関係者とのコミュニケーション、支援計画の修正、アプローチの柔軟性）

### 3) 「ミクロ非介入型」(事例⑱～㉑)

《特徴》

①問題状況を問題状況と認識していない

②カウンセリング的な関わりによる変容を期待できない

《介入》

①院内／地域のシステムに介入

②最も適切な人がアプローチ

③保護機能も視野に入れた多機能

《結果》

【ミクロへの効果】

結果として患者を含めたクライアントが納得できる問題解決

【メゾへの効果】

地域や次のシステムに移行、連携

地域関係機関または地域住民等の意識の变革

【マクロの効果】直接的には困難

## 6. 考察

ソーシャルワーカーの基本的任務は、いわゆ

る社会的心理的問題に対応することである。病院で相談に来る人の多くが問題を持つ人と思いついでいたが、「高機能型」、「初めて型」、「ミクロ非介入型」を加え改めて考察したところ、依頼内容や分野による分類で支援を開始するよりも、クライアントのタイプによってアプローチを変えて開始したほうが早く関係作りができると確認できた。以下、それぞれの支援のポイントについて考察する。

①「単独型」のうち「個別型」は、「不安」や「恐怖心」などクライアントのタイプによって問題となっている感情に焦点をあて関わる。これらの「感情」が受け止められて、「希望」による動機付けのあとに資源調整をする。また、クライアントは「PIE マニュアル」の「両面感情型」や「孤立型」などのいくつかが該当した。クライアント全体から見ると、このような特に感情面に問題状況があるケースを捉えるときに、「PIE マニュアル」のクライアントのタイプはひとつの指標となる。その捉え方であれば、対象事例には入っていなかったが、「怒り」や「孤独」などの感情を抱えたクライアントもこの「個別型」で対処できる可能性がある。

「高機能型」と「初めて型」のタイプは共通点として、解決に積極的で、自分で問題解決したいという「意志」を持っている。感情を受け止められ、共感され、クライアントが理解されたと感じたら、その上で意志を尊重する。その意向に基づいて、関係機関と連携し、連絡調整を的確に行う。ただ、社会保障制度等の知識の有無によって、開始時の様子が異なる。ケースが展開するにしたがって「初めて型」のクライアントの機能が上がり状況が整えば、「高機能型」と同様に社会資源と協働する。ソーシャルワーカーは、連携など、機関の機能を適切に反映させる機能を担う。また、状況に伴い、その機能は縮小していく。両者の違いは、感情面への支援についての多寡である。「初めて型」は、「不安」の対処を通して「覚悟」を引き出し、成長を促進し、その上で資源と連携し、最終的に患者家族の希望や自己実現を視野に入れ側面的に

支援する。

②「混合型」のうち「両面感情型+責任型」は6件あった。ソーシャルワーカーは、クライアントが「葛藤」する感情をソーシャルワーカーに受け止められ、共感されたと感じるまで寄り添い続ける。ソーシャルワーカーは、クライアントがなかなか答えを出せなくても、寄り添い続けることで「自己決定できる」とクライアントを信じていることが求められる。ソーシャルワーカーは、クライアントが理解されたと感じ、状況に納得したら資源と連携する。表現を変えると、なかなか方針を決めてもらえないという意味で“ソーシャルワーカー泣かせ”のケースと思われた。しかし、このタイプのクライアントはおそらく他職種の相談員にとっては、より対応が難しいと感じられるかもしれない。ソーシャルワーカーが専門的力を発揮して支えたい。

「超混合型」は、心理的および社会的な複数の問題が混合した非常に困難なケースであり、ソーシャルワーカーの積極的介入が必要なクライアントである。「感情」面もさることながら、感情に優先して行う支援がある。その実践には、素早いアセスメントをして、絡まっている問題を解いて分割化し、優先順位をつける。その状況に応じて柔軟にアプローチを選択し実行する。多くの場合、社会的側面の解決を優先させ、そのあと感情面への支援が有効であった。

③いずれにも該当しなかった「マイクロ非介入型」は、明らかに問題状況にあるが、「問題認識が低い」、「変容の可能性の低い」クライアントで、周りが困っているクライアントである。数としては多くないが、解決しにくさのあるケースであり、専門性の発揮が求められる。方法としては、間接的介入と地域組織化が行われていた。ケースによっては、保護機能を意識する場合もあった。

④また、以上の考察から、「個別型」も「両面感情型+責任型」も「感情」を取り扱ってほしいクライアントという共通点があることがわかった。したがって、これらのタイプでは、その感情が処理されなければ前進できない。言い

換えれば、ソーシャルワーカーの関わりによって、クライアントが感情を受け止められたと感じ支援関係が出来る時、これらのケースは問題解決にむけて前進する。ラポールの重要性がいはれるゆえんである。すなわち、支援開始段階でのソーシャルワーカーとクライアントの関係作りは、その後の問題解決過程と一緒に歩めるかどうかの分岐点にすぎない。その素早いアセスメントと素早いラポール形成ができることを前提に、高度な専門性をもつソーシャルワーク支援は、その機能を果たすための知識と技術の駆使にある(福山：2010)。それらの結果が、支援の価値として現れる。

⑤さらに、マイクロ、メゾ、マクロとソーシャルワークの価値について検討した。その結果、ソーシャルワーカーがクライアントを直接援助対象とするマイクロレベルと、援助活動を展開する所属組織や地域関係機関等のメゾレベルは交互作用関係にあるため、マイクロとメゾはセットで議論できるが、マクロレベルは、個別の事案で対応できない案件も多く、その波及効果を簡単に述べることは難しいことが理解できた(福山：2010)。

今回、考察できることは、現場のソーシャルワーカーが、①マイクロレベルの実践力を向上させる、②さらにメゾレベルでの組織や地域との関係性を育み、③マクロレベルについては、専門職団体などの法人格の発言に寄与する実践データを積み上げること(福山：2010, 4-5)ではないだろうか。よって、本稿は、マイクロレベルの力量向上の方法に焦点を当てたものであり、その支援の効果は、メゾレベルと、価値に及ぶということである。

## 7. 結論

### (1) さまざまなタイプのクライアントを支援する際のポイント

クライアントのタイプについて、先行研究では、6つのタイプのクライアント像が示されている(福山：2014, 59-60)。本研究では、クラ

イベントを9つのタイプにして、その対処方法としてのアプローチを検討した。さらにクライアントのタイプを再整理した結果、3分類5タイプに集約できた(図2)。

1) I「単独型」のうち①「個別型」は、「不安」等の「感情」を取り扱ってほしいクライアント

2) 同じくI「単独型」のうち②「高機能型/初めて型」は、自分で解決したい「意志」のあるクライアント

3) II「混合型」は、困難すぎる状況が③「葛藤」と④「問題複雑」の2タイプのクライアント

4) III「マイクロ非介入型」は、⑤「間接介入」のクライアント

図2 タイプ別支援のポイント

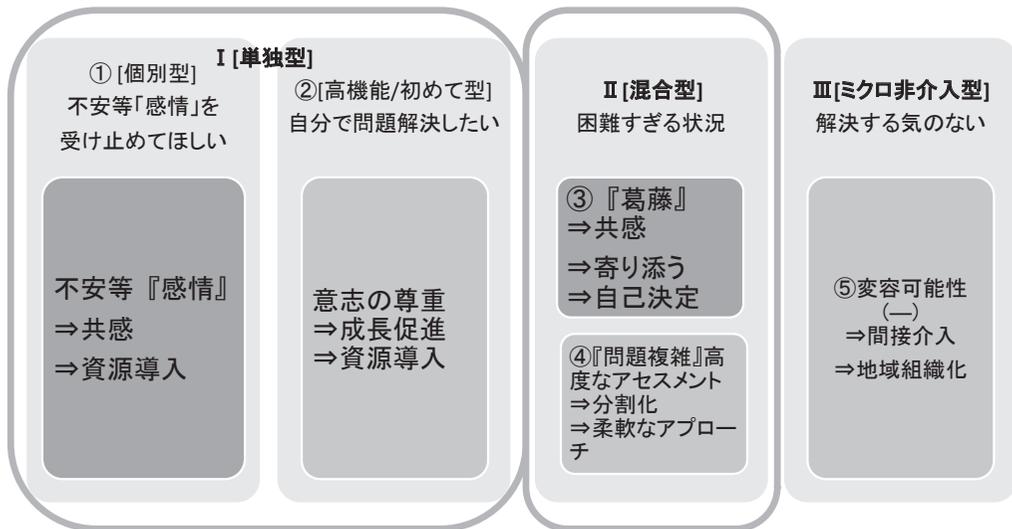
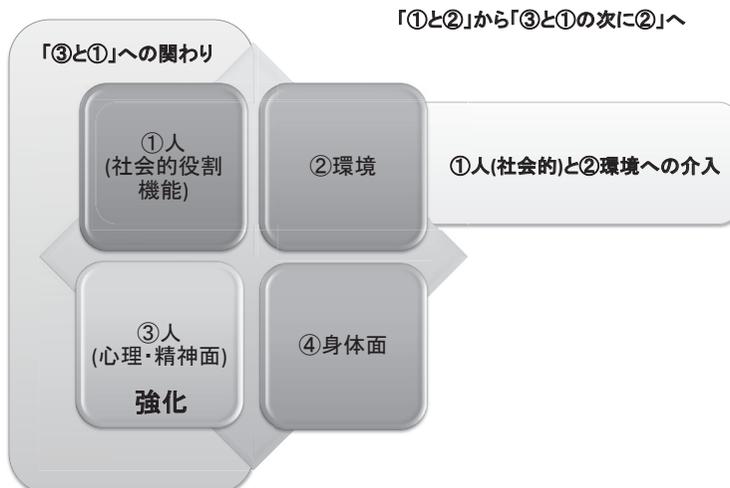


図3 PIE マニュアルの重点的視点の修正



## (2) ソーシャルワーカーによる支援効果と存在意義

### 1) クライエントのタイプ別の支援の効果

本研究では、依頼内容に関わらず支援目標と支援方法は、クライエントのタイプ別に、個別の状況に合わせて、解決に必要な専門的枠組みから組み合わせられていくことが確認できた。その意味で依頼内容に関わらず、クライエントの分類は、①「単独型の個別型には最初に共感」、②「単独型の高機能／初めて型には意志の尊重」、③「混合型の葛藤には、共感と継続的な寄り添い」、④「混合型の問題複雑には分割化と優先順位」、⑤「マイクロ非介入型には地域組織化（環境介入）」というように、具体的にアプローチを選択するガイドとなる。

### 2) 「PIE マニュアル」の視点とクライエントのタイプの修正の提案

ソーシャルワーカーが、クライエントの人となりをつかえるより先に、制度や組織の退院への期待を強く感じ、目の前の問題解決を急いでしまいがちになり、クライエントが退院を納得できるように関わるよりも、説得的になってしまうことが支援関係の構築を難しくしているように思われる。また、「PIE マニュアル」でいうクライエントのタイプは、全体のごく一部であることを明らかにした。このことは、心理療法よりも、基本的なカウンセリング技法と積極技法の対応で、十分問題解決に至る可能性を示唆しており、ソーシャルワーカーとしては、これらの技法を身につけることが大切である。

そこで「PIE マニュアル」ではソーシャルワーカーが重点的に視点を向けるのは、①「社会的役割機能」と②「環境の問題」としているが、さらに③「精神保健の問題」を加える必要性が見出され、特に心理的側面の対処力強化が望まれる（図3）。結論として、日本においては、PIE マニュアルの③「精神保健の問題（主に心理的側面）」へのカウンセリング機能の強化を追加させる必要がある。

### 3) クライエントを整える

いずれにしても、多くの事例で、何よりも開

始の段階でクライエントを受け止め、共感し、理解することの重要性が確認された。このことは、混乱しているクライエントを落ちつかせ、クライエントがソーシャルワーカーと一緒に問題に取り組めるように、「クライエントを整える」という行為である。「整える」とは、1. 乱れないように形をきちんとして、2. 点検して望ましい状態にしおくことで、3. 交渉・相談を成立させたりまとめるという意味がある。退院支援を進めるにあたって、社会資源やサービスにつなぐことよりも、クライエントを整えることを優先することは、問題解決にとって、いわば急がば回れであり、有効である。

## (3) 本研究の意義と限界と課題

本研究の意義は、①通常の業務分類枠組みを、クライエントのタイプという視点と専門的枠組みに転換し設定した、②その視点で見る退院支援の様相を4つに分類した、③そのタイプ別支援のポイントを根拠に基づいて提案したことにある。また、個々のソーシャルワーカーが、クライエントのタイプという一点を基準に、ソーシャルワークの支援枠組みを構築できれば、クライエントの生活・生命・人生・生気というライフの価値を体現しようとする支援を提供しやすくなるかもしれない。

一方、本研究の限界についてあげれば、専門的枠組みシートの完成を目標としたが、特に基礎理論と実践論について精緻化するには至らず、シートの完成が困難であった。その理由は、筆者の核となる基礎理論が定まっていないためであった。今後は、核となる基礎理論を設定し、現場からの実践モデルの構築をすすめていきたい。

## 【引用文献】

- 福山和女 (2010) 「序章ソーシャルワークにおけるマイクロ実践からマクロ実践へのひろがり」、『ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ』、ミネルヴァ書房、2-6

- 福山和女・小原眞知子監訳・ISTT 研究会  
(2014)『統合的短期型ソーシャルワーク  
ISTT の理論と実践』, 金剛出版, 2014
- 平木典子 (2010)「はじめに」, 『臨床心理学を  
まなぶ4 統合的介入法』, 東京大学出版  
会
- James M. karls and Karin E. Wandrei (1994)  
*Person-in-Environment System: The  
PIE Classification System for Social  
Functioning Problems*, NASW Press.  
(=2001, 宮岡京子訳『PIE マニュアルー  
社会生活機能における問題を記述, コード  
化するための手引きー』相川書房)
- 厚生労働省ホームページ「人生の最終段階にお  
ける医療にかかる相談」アクセス2015/1/30  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/  
bunya/kenkou\\_iryuu/saisyu\\_iryuu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/saisyu_iryuu/)
- 山辺朗子 (2010)「第2章ソーシャルワークの  
機能」, 『ソーシャルワークの理論と方法II』,  
ミネルヴァ書房, 44-48
- 柳田千尋 (2001)「MRSA 問題における療養先  
確保のためのソーシャルワーク援助ー老人  
病院の調査結果をもとにした一考察」, 『医  
療社会福祉研究』, 第10巻第1号, 2001
- 柳田千尋 (2002)「ソーシャルワークにおける  
短期処遇の意義に関する研究(1)面接回  
数別にみたクライアントの特性」, 『第22回  
日本医療社会事業学会抄録集』
- 柳田千尋 (2003)「PIE マニュアルを用いた研  
修会でのアンケート調査報告」, 『日本社会  
福祉実践理論学会第20回大会抄録集』
- 柳田千尋・木原智代 (2009)「急性期病院にお  
ける直接サービス提供の重要性 クライエ  
ント主体の援助に転換するために(原著論  
文)」, 『上智社会福祉専門学校紀要』, 4巻,  
37-44
- 柳田千尋 (2011)「急性期病院における短期援  
助に関する研究ー退院援助における援助日  
数に影響を与える要因ー」『医療と福祉』,  
No.89, 16-22
- 柳田千尋 (2014)「専門性を意識化するための  
振り返りシートの開発 クライエントのタ  
イプと問題解決の関連に関する試案」, 『日  
本ソーシャルワーク学会31回大会抄録集』,  
83-84
- 柳田千尋 (2014)「退院支援ケースの専門的枠  
組みによる事例分析 クライエントのタイ  
プによる支援のポイント」, 『第24回日本医  
療社会福祉学会抄録』

## [実践報告]

# 認知症患者の意思決定プロセスにおけるソーシャルワーク ～医学的評価とソーシャルワーカーの実感的評価のギャップから～

岡山 菜美\*

本稿では、認知症患者の意思決定支援の積み重ねの中で、HDS-R や MMSE で点数化された医学的評価と、ソーシャルワーカーが、援助経過においてアセスメントした意思決定能力の実感的評価にギャップが存在することを確認した2事例について報告した。そのギャップには援助関係が影響しており、良好な援助関係によってクライアントの意思決定能力が変化し、周辺症状や認知症が重度であっても「クライアントの言葉」で意思の確認ができることを再認識するに至った。特に、認知症患者のように判断能力の低下や意思表出が難しいクライアントに対する援助では、医学的評価だけでなく、丁寧にクライアントと向き合い、ソーシャルワーカー自らが観て、聴いて、感じたアセスメントを元に援助を展開する重要性も意味し、ソーシャルワーカー側に、より研ぎ澄まされた感性や能力が必要であると考察した。

このことは、認知症に限らず、意思決定能力の低下したクライアントへの援助において共通することである。そして、クライアントとの関係を軸に援助を展開するソーシャルワーカーだからこそ、意思決定支援において、よりクライアントの意思を反映した実践が可能となると考える。

**Key words : 認知症患者, 意思決定, 援助関係**

### 1. はじめに

認知症患者は、疾患の進行により物事を理解する力や判断する力が落ち、自分の意思を十分に言語化し、感情を吐露することができなくなっていく。そのため、医療現場では家族に患者の意思の代行決定を求める場面も多くなり、意思決定代行者が不在である場合の医療や療養の選択や決定について問題が起こる。また、認知症患者の意思を十分に確認することなく、援助者側の意向やペース、社会的な理由などで意思決定を一方向的に進めていく危険性もある。

ソーシャルワーカーは、そのリスクを理解し援助を展開しているが、医療現場における患者の意思決定において、認知症を患っていることだけで、患者の意思決定能力を安易に評価する場面に出くわすことも少なくない。

判断能力の落ちた認知症患者の意思決定が社会的な問題として避けては通れない中で、医学、看護、社会福祉などの分野でも意思決定に関する様々な報告がされている。例えば、認知症患者の意思決定において、百瀬（2011）や小賀野（2014）のように、患者や家族の意思決定をサ

\*Nami Okayama : 上川病院 医療相談室

ポートするシステムや事前指示、法的整備の必要性を論じている報告もある。筆者も日々の実践の中で、医療同意に関する問題や、介護保険を初めとする契約行為が必要な制度利用や財産管理に関して成年後見制度の利用するクライアントが増える中で、その限界や課題に直面し、前述の必要性を感じることもある。

意思決定支援においては、人生観や死生観を初め、患者の歴史や元気な頃の意向などを踏まえ、患者が意思を表出しやすい環境をつくり信頼関係のもと意思を確認することが必要である<sup>1)</sup>ことを日本看護協会も述べている。しかし、実際に「信頼関係」を築くものが何なのか、具体的な関係の中身や視点については触れられている報告が少ない。また、システムや事前指示、法的整備が整うだけでなく、医療・ケアチームで意思決定を支援し、患者、家族の意思や思いに添った合意形成<sup>2)</sup>をするためには、どんな場面においても、まずは、患者の意思決定能力に関わらず、患者と真摯に向き合い、最大限に患者の意思を受け止めアセスメントするプロセスを経なければならない。そして、患者の意思が十分には確認できず、家族の代行による意思決定においても、そのプロセスに丁寧に関わることで、より患者の意思を反映した意思決定へと繋げる支援が必要である。

筆者は、認知症患者との援助関係を醸成し、援助のプロセスにおいて生まれた言葉や表情からクライアントの意思や思いを感じ、確認しながら援助を展開している。援助関係によって援助の質が変わり、クライアントの問題解決にも影響していくことを経験してきた。「関係」とは、クライアントとの感情も含めた繋がり、関わりの在り方として本稿では表現し、特に、ソーシャルワーカーにとっては、その関係を観ること、関係を構築し援助を展開することが重要な要素となるものである。

また、認知症患者の意思決定援助の過程において、医学的な認知症尺度として用いられてい

る長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) や Mini-Mental State Examination (MMSE) で点数化された医学的評価と、ソーシャルワーカーとして「本人の意思決定能力」をアセスメントした実感的評価にギャップがあることを確認した。

本稿においては、実感的評価として、医学的評価項目のような評価基準は作っていない。クライアントの仕草や言動などをソーシャルワーカーが観て、聴いて、感じたことからアセスメント・判断しており、ソーシャルワーカーの感覚的・実感的な評価である。

今回、事例を振り返り、認知症患者の意思決定支援において、日常の援助の積み重ねの中で、ソーシャルワーカーとクライアントとの関係の変化によって、クライアントの意思決定能力にも変化がみられることが確認できた。そのため本稿では、事例を通し、医学的評価とソーシャルワーカーがアセスメントしたクライアントの意思決定能力の実感的評価のギャップを明らかにし、ソーシャルワーカーにとってクライアントとの援助関係が重要となることが再認識できたので、その実践について報告したい。

## 2. 研究方法と倫理的配慮

認知症患者の意思決定プロセスにおいて、医学的評価とソーシャルワーカーがアセスメントしたクライアントの意思決定能力の実感的評価にギャップを感じた2事例について考察を行う。事例については、個人が特定されないよう十分配慮し、事例A、B共に、実践報告の目的や方法、内容等を家族へ説明し、日本医療社会福祉学会における口頭発表及び実践報告執筆について口頭・書面にて同意を得た。また、事例Bにおいては、本人へも実践報告について説明し、了解を得た。

### 3. 事例

#### 〈事例A〉

##### 1) 入院に至る経過

Aさんは87歳男性、7年前にアルツハイマー型認知症の診断を受けている。しばらくは、家族の介護のもと自宅で生活していたが、2年前に介護者だった妻が脳梗塞で倒れたことをきっかけにグループホームへ入所した。入所当初は、グループホームを抜け出し徘徊することが何度もあり、家族や施設職員が探し回ったり、警察で保護されたこともあった。その後、穏やかに生活していた時期もあったようだが、疾患の進行と共に、介護されることの意味が理解できず排泄時や入浴時に暴力を振るうなどの行動が見られ、易怒的で職員とのトラブルが見られるようになった。そのため、「グループホームでの対応に困る」と家族がAさんを連れ精神科通院を続けるようになり、向精神薬の処方を受けていた。徐々に、疾患の進行と共にADLが低下していったが、介護抵抗や易怒的な反応は継続し服薬の効果は十分得られていなかった。さらには、服薬量が増えていった頃より嚥下機能の低下もきたし誤嚥を繰り返すようになった。食事介助も必要となり、誤嚥性肺炎で急性期病院に入院した。この経過と本人の状態から、家族がグループホームでの生活に不安を感じたため、介護療養型医療施設である当院へ入院となった。

##### 2) 入院時の認知機能評価

入院時の時点では、HDS-R、MMSEともに0点で、失見当識、記憶障害といった認知機能の低下だけでなく、疾患の進行と共にADLも低下し日常生活上すべての介助を要していた。グループホーム入所中と同様に、介護抵抗などの周辺症状も認めた。そのため、医学的には重度の認知症と評価された。筆者自身も、この時点では、家族を目の前にしてその関係を聞いても「さあ」と家族の認識も曖昧で、問いかけにも答えられない様子が見られ、意思決定能力も含め医学的評価とほぼ同様の評価をした。

##### 3) 援助経過

入院当初は、挨拶程度の会話はできたが、質問には「さあ」と興味も示さないことや「あはは」と笑って返答する状況で会話が成り立たなかった。

筆者は、笑顔で挨拶を交わす、タッチングなど簡単な言語・準言語・非言語を交えたコミュニケーションを図ることから関わりを始めた。会話は成立しないが、挨拶だけでもできるだけ関わることを心がけた。Aさんは名前の記憶ももちろんできない。ソーシャルワーカーが何者で、Aさん自身にとってどんな役割を果たすかも理解はできないが、徐々に「あら」「久しぶり」と筆者に親しみを感じているような応対に変化し、病棟スタッフに対しては見られなかったが、遠く離れた場所でも筆者と目が合うと手を挙げる、笑うというAさんから能動的に発せられた反応が見られるように変化した。

認知症が重度で短期、即時記憶の保持も困難だが、会うたびに「はじめまして」ではない反応となり、その反応に驚くと同時に筆者自身も嬉しく感じた。会話でも、質問に対し考える様子もみられ、例えば、天気話題にすると「そうだね。よかったね。」と雰囲気合った返答も見られるようになった。さらに、家族の名前を思い出すことはできないが、明らかに家族であることを認識し、入院時より一緒に過ごす時に嬉しそうな表情が見られるようになった。入院後1ヶ月くらい経つと穏やかに入院生活を送れるようになった。家族は、当院入院までの経過で、易怒性や介護への拒否行動が見られ症状が安定せず対応に苦慮してきたため、穏やかに過ごせていることに驚き、安心してAさんの療養生活を見守れるようになった。

##### 4) 援助開始後の認知機能評価

入院後2ヶ月時点でもHDS-R、MMSEともに0点で、認知機能の医学的評価はほぼ変わらなかったが、介護抵抗などの周辺症状は軽減していた。一方、ソーシャルワーカーは、会話の雰囲気を捉えた返答が可能となったこと、記

憶に留まらないものの感情も表出でき、内容がちぐはぐなこともあったが、イヤなことは「イヤ」と表出できていることも確認していた。そして、限定した内容であれば、その時のAさん自身の意思や思いを十分に表現できるとアセスメントした。

#### 5) 意思決定援助

入院から8ヶ月経過した頃、5年程前に申し込んでいた特養から入所の案内が来たと家族より相談があった。

筆者は、限定した内容であればAさん自身の意思決定能力があるアセスメントをしていたため、Aさん自身の意思を確認することにした。Aさんへ「家族が、自宅近くでもっとAさんと会いたいと考えている」ことを伝えた。すると「嬉しい」と返答された。日を改めて同様の内容で確認した際も、「いいね」と肯定的な返答をされた。施設での生活がどのようなものかまでを理解することは困難だが、Aさん自身も家族との関わりや繋がりを大切に思っていることを実感した。

一方、家族は、自宅から当院までの移動に片道1時間半かかることで脳梗塞を患った妻の面会がなかなかできなかつたこともあり、近くの特養への入所を進めたいと考えていた。しかし、現状の生活が非常に落ち着いていたため、療養の場を移動することに不安を感じ迷っていた。筆者は、周辺症状が軽減し、食事も安定して自己摂取できるようになり特養での療養も可能であるとアセスメントした。「もっとAさんと会いたい」という家族の思いを十分に支持し、そのアセスメントと共に、Aさんが家族の思いに素直に嬉しいと感じている思いも伝えることによって、家族の特養入所への決断と意思決定に繋がり、入院から9ヶ月後、Aさんは自宅近くの特養へ入所した。

退院から1ヶ月後、家族へAさんの入所後の様子を伺い、家族の思いも確認したところ、Aさんは初めは新しい環境に緊張していたようだが、落ち着いて過ごしていた。家族も面会に行

ける回数も増えたことによって一緒に過ごす時間も増え、差し入れと一緒に食べて「おいしいね」と話したり、一緒に散歩や風船バレーをしたりしながら楽しんでいると報告があった。そして、そのように過ごすことで、Aさんとの時間や気持ちを共有することができ、「特養に入所した意味を感じている」と話してくれた。

それから3ヶ月後、Aさんは急逝した。前日に家族が面会した際には、少し元気のなさを感じるものの大きな変化がなかった。とても穏やかな表情で最期を迎えられたようだが、家族は「自分達がもっと面会に行けることを理由に入所の判断をしてしまったが、もし病院にいたら、療養先を変わらなかつたらこんなに早く死ぬことがなかつたのではないかと後悔していた。しかし、Aさん自身が家族と過ごす時間を望んでいたと筆者はアセスメントしており、家族だけの意思決定ではないと考えることを伝えた。また、例え短い期間であっても、特養入所によって家族と一緒に穏やかな時間をより多く過ごすことができたことはAさん自身にとって幸せなことだった。そして、Aさん自身も家族と過ごせる時間を「嬉しい」と感じていた言葉をソーシャルワーカーより家族へ改めて伝えた。その結果、家族の後悔や悲しみは軽減し、「ソーシャルワーカーのように父に向き合ってくれる人に出会えて嬉しかった」「前向きに捉えられるようになった」と語られた。

#### 6) 事例A・考察

Aさんの認知症の程度は、医学的に重度と評価され、疾患の進行により記憶の保持が困難で、その場での感情は表現できるが、思いや事実を短時間で忘れてしまう。そのため、日々の生活を連続性を持って捉えることは困難である。しかし、初めはこちらからの挨拶に対して返答するだけだった受動的な対応から、「久しぶり」と親しみを感じた反応に変わり、さらにはAさん自身から筆者に対して手を挙げるなど能動性を持った対応に変化した。それは、筆者がAさんに対し受容的に関わり続け、Aさんが、自ら

が受け入れられ認められている安心感を得た結果と考える。この経過から、意思決定プロセスにおける重要なソーシャルワーカーとクライアントのつながりを確認した。

また、家族の思いを感じ素直に「嬉しい」と返答したことなどから、認知症が重度でも感情的な交流が可能であることを実感した。

そして、クライアントの言葉や表情、反応などをソーシャルワーカーが丁寧に観て、聴いて、感じ、思いを寄せる作業を繰り返し行い、安心して意思や思いを表出できる環境を整える必要がある。そのプロセスを経ることによって、ソーシャルワーカーがクライアントの意思や思いを汲み取り受け止めることが可能となると考える。さらに、汲み取り受け止めた意思をソーシャルワーカーが代弁し、家族や多職種に伝え共有した上で、本人主体の意思決定支援を進めていくことが必要となる。

## 〈事例B〉

### 1) 入院に至る経過

Bさんは91歳男性、アルツハイマー型認知症の診断を受けている。5年前に妻が急逝し、その後は独居。長男家族は近くに居住していた。2年程前より、自宅内には本人が購入した同じ食材がいくつもあるなど、家族も物忘れの症状を感じていた。しかし、食事、入浴、排泄といった日常生活を送ることができていたため、家族は物忘れがあることを問題とは感じず、介護サービスや家族の支援も要することもなく生活を続けていた。

X年1月に自宅階段から転落し、肋骨骨折と左血胸にて自宅近くの急性期病院に入院したことがきっかけで認知症の症状が顕著となった。痛みがありドレーンが挿入された状態にもかかわらず入院を必要とするものの理解ができず、安静が守れないためベッドや車いす上で身体拘束を受けることとなった。自由がきかないことが、さらにBさんのストレスとなり、精神的にもさらに混乱していき、家族が保険証の保管場所を尋ねても「アメリカにある」と返答するよ

うな状態であった。認知症の進行と身体拘束による廃用からADLも低下し、排泄の感覚もなく介助が必要であり、自宅での独居生活へ戻ることが困難なため、入院から1ヶ月半後、当院へ転院となった。転院については、何の説明もされずに来院し、当院へ到着してすぐ「何をしにきたのかわからない」と混乱していたが、入院することを伝え、Bさん自身も歩行の不安定さをその場では自覚できたため、入院に同意した。

### 2) 入院時の認知機能評価

入院時の時点では、場所、時間に関する失見当識はあったが、「昨日はどうも」と記憶の保持もある程度可能だった。さらに、名前の記憶はできなかったが人物の認識は十分可能だった。医学的な認知機能の評価はHDS-R 18点、MMSE 16点と軽度～中度に分類される程度だったが、入院の理解ができず「自分だけが（警察に）捕まった。息子はうまく逃げだした」と話し、面会に来た家族が帰った後に「息子が迎えに来たのに、トイレに行っている間に置いてかれた」などの事実誤認があった。また、周りの患者が「うるさくてイライラする」と重度の認知症患者に向かって叱責する様子が見られ、感情のコントロールができず易怒的になり病棟スタッフや他患とのトラブルがあった。医学的評価以上に現状認識や適切な判断が困難で、意思決定能力の低下を認めているとソーシャルワーカーはアセスメントした。

### 3) 援助経過

筆者は、Bさんが置いていかれて辛かったであろうことや怒りの感情に焦点を当て共感的に接していった。「なぜ自分が入院するのか」が理解できないために混乱し、不安を抱えながら過ごしているBさんの思いを筆者が受け止めていることをBさん自身が感じることで、Bさんは筆者に会うと非常によい笑顔を見せるようになった。1日何回も「家に帰る」と離棟しようとする行動が多くあり、そのたびに病棟スタッ

フに引き留められていたが、その場面に筆者が遭遇した際に声をかけたところ「あの人達には『ダメだ』と止められるが、あなたは『どうしたの』と聞いてくれる」「今日はあなたと会えて助かった」とBさんは筆者との関係に安心感を持てるようになった。さらに、激昂している時に筆者が声をかけると怒りが鎮まることが見られるようになった。その経過と共に、「今日はあなたに会えたから安心だ」と落ち着いて過ごせる時間も増え、まだ療養が必要であることを伝えても「仕方がないね」と理解できるようにも変化した。筆者の存在が、Bさんにとっての安心材料となり、その安心感が療養生活の安定の一助となっていった。

また、関係が築けていないスタッフから、例えば「散歩に出かけてきてどうだったか」問われても「さあ、知らないね」と誤魔化したりするが、同じことを筆者が問うと「ああ。楽しかった」など返答する様子がみられ、筆者にはしっかりとしたBさんの意思や思いを伝えることができるようになった。

#### 4) 援助開始後の認知機能評価

入院から2ヶ月の時点では、事実誤認や易怒性など周辺症状は軽減していたが、医学的な認知機能評価はHDS-R 21点、MMSE 19点で、評価はほぼ変わらなかった。一方、ソーシャルワーカーは、生活の安定によって周辺症状は改善し、自らの意思や思いをしっかりと伝えることができ、良好な関係の下であれば自ら意思決定することが可能であると評価が変化した。

#### 5) 意思決定援助

筆者は、手作業に集中して取り組めること、家事仕事も楽しそうにされていたこと、大勢の空間が好きではないことを日常生活の様子を観察することによって確認していた。また、筆者との会話の中で「自分一人の部屋があり、静かな環境を好むこと」をBさん自身が意思表示できた。さらに、「家に帰る」との言葉や離棟行動の反面、筆者には「本当は一人で生活するこ

とが不安である」ことを語るようになった。

そして、入院から4ヶ月経過した頃、療養の場所について一緒に検討することをBさんへ提案し、Bさんの一人の生活は不安であるが、静かな環境で生活を送りたい意思や思いを家族とも共有していき、家族も理解を示された。Bさん自身へは、少人数で生活すること、環境が静かであること、一人部屋があることなどグループホームでの生活を想定した具体的な表現で説明し「それがいいね」とBさん自身が判断した。「自分でも見てみたい」と前向きに検討する意思があり、入院から5ヶ月後、グループホームの面接を受け、その翌月には、グループホームへ見学を実施した。Bさんは居室やトイレ、浴室など丁寧に確認し「ここはいいね」と入所を自己決定した。急性期病院から当院へ転院した際は「わからなくなってしまった」と家族の判断のみで決断したが、ソーシャルワーカーが関わり、Bさんの意思や思いを家族と共有していった結果、家族自身もBさんへ見学しながら「どうしたい？」と声をかける姿が見られるようになった。

入所日が決定すると、見学時の記憶が曖昧になっている部分もあり、環境を変える不安や淋しさから「誰かがあなた（ソーシャルワーカー）と引き裂こうとしている」「あそこは、食事を自分で作らなければならない。その味をいろいろ言う人が居るから駄目だ」など事実誤認や妄想的発言がみられ、「行きたくない」と主張するようになったが、見学の際のBさんの表情や安堵した様子からも入所が望ましいとアセスメントし、入所を勧めた。入所当日も「行きたくない」と息子の車に乗ることを拒否する様子が見られたが、安心して生活できるであろうことを伝え、必ず会いに行くことも約束した。涙ながらに別れたが、息子へ到着後の様子を確認すると「車で移動しているうちに落ち着いて、施設に着いてからも見学の時に居た人がいたから大丈夫」とのことであり、数日後にグループホーム職員から「ここは静かでいいな」と話しながら、笑顔で穏やかに過ごしていることを確

認した。

入所後2ヶ月経過し面会に行くと、筆者のことをすぐには認識できなかったが、経過を振り返ることによって「一緒にここに来てくれたね」と人物と経過が一致した。療養生活は非常に落ち着いており、「息子もよく来てくれる。自転車で来れるんだ。静かでいいところだよ。ここにきてよかった。」と表情良く語り、ソーシャルワーカーのアセスメントが適切であったことが確認できた。

#### 6) 事例B・考察

医学的評価では軽度～中度の認知機能障害にも関わらず、当初、ソーシャルワーカーは、事実の認識や現状の理解が医学的評価以上に困難だとアセスメントした。しかし、ソーシャルワーカーを安心できる存在として感じる事ができ、良好な関係の下であれば、周辺症状が軽減し、自らの意思を伝えることができたことから、医学的評価とのギャップは援助関係に原因があったことが明らかになった。

この事例から、援助関係によってクライアントの物事への理解や認識が変化し、意思決定の中身が変わることを実感し、意思決定プロセスにおいて援助関係が重要であることを改めて認識した。さらに、認知症によって意思や思いが十分に表現できない状況において、表面化した言葉や行動、症状だけに捉われることなく、その根底にある意思や思いをソーシャルワーカーが感じることができることが重要であることを改めて確認した。

## 4. 総合考察・結論

事例Aでは、医学的に認知症が重度と診断されていたが、関係の変化とともに本人の意思や思いを確認することができた。事例Bでは、医学的に認知症が軽度から中度と診断されていたが、周辺症状によって十分な意思決定ができていなかった。周辺症状には関係が影響しており、安心感と共に症状が緩和し、良好な関係の下で

意思や思いを確認することができた。良好な関係とは、受け入れられ、認められている安心感をクライアント自身が感じることを基盤とする。両者ともに医学的評価とソーシャルワーカーの実感的評価にギャップが存在した。そして、そのギャップには「ソーシャルワーカーとクライアントとの関係」が関与していることが明らかになった。

それは、適切な援助関係が築けておらず、ソーシャルワーカーがクライアントとしっかり向き合うことなく医学的評価のみを頼りにアセスメントすることによって、クライアントの意思が十分に確認できていない可能性があることも意味する。短期支援になればなるほど、そのリスクが高くなることを意識しなければならない。つまり、短期支援であるほど、ソーシャルワーカーのアセスメント力と共感する力や思いを汲み取り受け止める力が問われ、より高度な感性、力量を身に付けなければならないと考える。

認知症患者は、疾患が進行することによって数分前の面接も忘れ、連続性のある面接・援助をクライアントが認識することが困難である。また、言語能力の低下や状況を理解する力なども低下し、十分な言語的表現で意思や感情を援助者が確認することも難しくなっていく。しかし、ソーシャルワーカーとクライアントとの良好な関係の中においては“クライアントの言葉”で自分の意思を表現することが可能であることを改めて認識した。

つまり、認知症患者の援助においては、言語的な面接の積重ねや経過を共有し、問題解決に向けてクライアント自身が取り組む力が低下しており、ソーシャルワーカーの面接技術や知識だけでは十分な援助が困難であると言える。そこを補うためにも、ソーシャルワーカーはクライアントとの関係を強化し、良好な関係にこだわっていく姿勢が求められると考える。

専門職各々の教育、基礎学問、視点やアプロー

チの違いはあるものの、対人援助という枠組みにおいては、基本的な患者との関係の在り方の原点は共通する。しかし、特にソーシャルワーカーにとっては、クライアントを取り巻くさまざまな社会環境の中で生活や人生を捉え、クライアントとの関係を構築し、その援助関係を基礎に援助を展開していくことを使命とする。本稿において、事例を振り返り、認知症患者の意思決定援助において、ソーシャルワーカーが援助プロセスにて築いていた関係が基盤となり、その良好な関係の中で意思を表出することができた結果から、改めてソーシャルワーカーとクライアントの関係が重要となることを認識した。それは、どんなに意思決定に関するシステムやツール、法的整備が整ったとしても、そこに関わる者の姿勢やクライアントとの関係が適切に築かれなければ、十分な意思決定支援にはならないことも意味すると考える。

認知症患者の意思決定プロセスにおいては、クライアントとの関係を軸に、クライアントの意思を汲み取り受け止める力がソーシャルワーカーに求められている。その上で、クライアントの歴史や家族や社会等のつながりを考え、様々な判断を共に行っていかなければならない。クライアントの意思をソーシャルワーカーがより正確に捉えることによって、援助の質が変わる。そして、援助プロセスで得たクライアントの意思や思いを捉えていることで、困難場面に立ち向かうソーシャルワーカーの原動力となると考える。それは、多職種とのスタンスの違いなどに向き合った時のソーシャルワーカーの援助やアセスメント、言動の根拠となり、自らの立ち位置や軸をぶれさせずにクライアントの意思を代弁し発言することを支える力になる。そして、クライアントとの良好な援助関係は、ソーシャルワーカー自身を支えるものである。

## 5. おわりに

認知症患者の意思決定プロセスにおいて、ソーシャルワーカーとクライアントの良好な関

係が、クライアントの意思を十分に反映した援助に繋がった。改めて、ソーシャルワーカーがクライアントとの関係を軸に援助を展開することが重要となることが確認できた。医学的評価のみによって、クライアントの意思決定能力を判断せず、ソーシャルワーカー自らがクライアントと丁寧に向き合い、クライアントの意思や思いを捉えていく必要がある。今後もそのことを意識した実践を続けていきたい。

### 【注】

- 1) 日本看護協会のHP「看護倫理・高齢者の意思決定の支援」でも、「高齢者の意思は、信頼関係を築き、意思を表出しやすい環境を作っていくことで引き出される。高齢者の価値観や生きてきた時代背景にも配慮し、安心して希望を伝えられるよう支えることが必要である」と記されている。
- 2) 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月)が、平成27年3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」として改定された。このガイドラインの解説編において、「担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることが必要」であり、患者、家族、医療・ケアチームが「患者にとって何が最善か」を話し合い、各々の間での「合意形成の積み重ねが重要」であることが述べられている。

### 【引用・参考文献・HP】

- 1) 福井俊哉：認知・心理テスト，認知症の最新医療，Vol.2 No.1，34-41，2012
- 2) 橋本竜作，森悦朗：Mini-Mental State Examination (MMSE)，日本臨床，Vol.69増刊号8，398-402，2011
- 3) 川畑信也：改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) をどう利用するか？，

- 治療, Vol.94 No.11, 1962-1966, 2012.11
- 4) 公益社団法人 日本看護協会 HP, 高齢者の意思決定の支援
  - 5) 厚生労働省, 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン, 2007.5
  - 6) 厚生労働省, 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン, 2015.3
  - 7) 美濃口和之, 岩尾貢, 高村智子, 岩尾貴, 荒田寛: 認知症高齢者の実践的自己決定, 精神保健福祉, 通巻71号, Vol.38 No. 3, 223-224, 2007.9
  - 8) 水野裕: 意思能力が低下した認知症高齢者の人権と精神医療, 老年精神医学雑誌, 第25巻増刊号-II, 82, 2014.5
  - 9) 百瀬由美子: 病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア, 日本老年医学会雑誌, 48巻3号, 227-234, 2011
  - 10) 西山みどり: 認知症者の意思決定支援について, 死の臨床, Vol.36 No.2, 248, 2013.9
  - 11) 小賀野晶一: 意思決定プロセスと法的整備, 老年精神医学雑誌, 第25巻2号, 170-175, 2014
  - 12) 寺田恵子, 岩尾貢, 東裕紀, 荒田寛: 認知症高齢者の自己決定の保障とアセスメント 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を通して, 精神保健福祉, 通巻71号, Vol.38 No. 3, 220-220, 2007.9
  - 13) 内ヶ島伸也, 蒲原龍: 認知症高齢者の日常ケアにかかわる意思決定能力の特徴とその関連要因の検討, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 第7巻1号, 13-23, 2011
  - 14) 浦上克哉: アルツハイマー型認知症の検査, 臨床精神医学, 41(12), 1675-1679, 2012
  - 15) 山中克夫: Mini-Mental State Examination (MMSE), 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R), JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, Vol.16 No.1, 78-82, 2007.1

## 編集後記

日本医療社会福祉学会は、1991年に保健医療分野のソーシャルワークの研究・教育に寄与すべく設立されました。学会大会では、この分野でその時代に注目されている概念やテーマを取り上げ、基調講演やシンポジウム、事例検討を通じて可能な限りその真髄に迫るような企画を展開してきました。また口頭演題においては、実践を基盤として実証的な内容に挑戦する意欲的な報告が増えてきたように感じています。そしてセミナーでは、近年研究方法やストレスマネジメント等をテーマとして開催し、好評を博しているところです。

こうしたなかで、『医療社会福祉研究』は第24巻を迎え、基調講演、論文4篇、調査報告1篇、実践報告2篇を掲載することができました。社会福祉に関連した多くの学会誌の中で、本誌に投稿される会員の方々は、日々保健医療分野の専門職に囲まれて実践するソーシャルワーカーが自らの専門性を高めるために研究に挑戦した結果の発信として、また保健医療領域で日々感じるジレンマを解き明かそうと自らのエンパワメントを目指す研究、保健医療ソーシャルワークに共通する連携などをテーマとする研究、あるいは制度の隙間にある人々の実態を描き出す権利擁護の視点からの実態調査など、社会福祉の基本的価値に基づく様々な動機付けを背景として投稿していただいています。

言うまでもなく現在の医療を取り巻く状況の変遷は目まぐるしく、医療の進展と超高齢化の流れの中で、生活を基盤とした視点に立つソーシャルワークはますますその存在意義を問われています。

そうした期待に応える力をつけるためにも本学会の持つ使命は大きいものと考えます。大会やセミナーへのご参加と共に、学会誌への積極的な投稿をお願いし、活発な議論の潮流を巻き起こしていただきたいと願っています。

2016年3月

編集委員会 小西加保留  
田中千枝子

## 「実践報告」「調査報告」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」という投稿枠を設けています。主な目的は、実践現場の会員の投稿がより促進され、実践と研究の相互交流が強化されることによって、医療社会福祉学の発展に寄与することです。実践現場では、従来の書物や論文等に整理された知識や理論だけでは対応しきれない問題が次々に生じ、試行錯誤的な取り組みが行われているはずです。またそうした実態や実践にもとづいた社会福祉調査も行われているはずです。また、今後の医療・介護制度改革によって、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、人びと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」「調査報告」

**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、そうした実践に伴って社会福祉調査を行ったりすることで、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ようなもので、量的質的な実践および調査報告であればどのようなものでも可。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
- ・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
- ・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
- ・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

**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：**医療社会福祉に関す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24巻

発行日 2016年3月31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（事務局）

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル2F

（公社）日本医療社会福祉協会事務局内

TEL：03-5366-1057 FAX：03-5366-1058

郵便振替口座：00200-0-72951

E-mail：jsswh-post@jaswhs.or.jp

発行責任者 岡本民夫（日本医療社会福祉学会会長）

編集責任者 田中千枝子（日本医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 （有）木村桂文社

March 2016

# JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 24

---

Keynote Speech

The rules for good health in the Edo period ..... Yuko Tanaka

Articles

What do hospital administrative departments perceive  
as the outcome of discharge support practice by social workers:  
Outcome Evaluation of Medical Social Workers' Discharge Support Practice  
..... Eriko Takayama, Mai Yamaguchi, Machiko Ohara, Sachiko Takase

Medical and social welfare needs of older residents in hilly  
and mountainous areas who require long-term care;  
An analysis of interview survey ..... Yusuke Suzuki

Self-determination support of the dementia elderly person  
in the adult guardianship system  
~through the investigation for the guardian~ ..... Masakazu Takahashi

Components of advocacy services by medical social workers  
..... Yusuke Suzuki

Research Reports

The transfiguration of the quality of dying support in home  
by care managers: The suggestion from literatures  
..... Yuki Oga, Tomoko Mori

Practice Wisdom

Important points in supporting clients of different types  
—Case studies on discharge support— ..... Chihiro Yanagida

Social work in the decision making process of dementia patient  
Gap between medical assessment and realistic comprehension  
based on social worker's assessment ..... Nami Okayama

---

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)