

# 保健医療社会福祉研究

## 第32巻

### 日本保健医療社会福祉学会第33回大会

#### 基調講演

臨床の本質に向かうとは？

松澤和正

#### 事例部会

どうして私は救急医療へと向かうようになったのか

—「私」の経験を研究することへの挑戦—

座長 野村裕美

どうして私は救急医療へと向かうようになったのか

—オートエスノグラフィーへの挑戦—

事例報告者 内田敦子

対話者 野村裕美

事例部会コメント

コメンテーター 松澤和正

#### 論文

社会福祉士資格をもつケアマネジャーによる

身寄りのない高齢者の在宅看取り支援

—スピリチュアリティの観点からの考察—

大賀有記

須坂市保健補導員の地域活動に対する

継続意向に関連する要因

叶 寧

診療所のソーシャルワーカーによる予防的支援を構成する要素と

その関連性に関する研究

—疾病早期または安定期の患者支援過程と

その環境に着眼した支援のあり方—

榊原次郎

2024年3月

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会

# 目 次

## 日本保健医療社会福祉学会第33回大会

### 基調講演

臨床の本質に向かうとは？	松澤和正	1
--------------	------	---

### 事例部会

どうして私は救急医療へと向かうようになったのか —「私」の経験を研究することへの挑戦—	座長 野村裕美	17
どうして私は救急医療へと向かうようになったのか —オートエスノグラフィーへの挑戦—	事例報告者 内田敦子 対話者 野村裕美	29
事例部会コメント	コメンテーター 松澤和正	51

### 論文

---

社会福祉士資格をもつケアマネジャーによる 身寄りのない高齢者の在宅看取り支援 —スピリチュアリティの観点からの考察—	大賀有記	55
須坂市保健補導員の地域活動に対する 継続意向に関連する要因	叶 寧	67
診療所のソーシャルワーカーによる予防的支援を構成する要素と その関連性に関する研究 —疾病早期または安定期の患者支援過程と その環境に着眼した支援のあり方—	榊原次郎	83

## [基調講演]

# 臨床の本質に向かうとは？

松澤 和正\*

**熊谷：**今日は大勢のご参加いただきありがとうございます。総合司会を務めさせていただきます。大会事務局長の熊谷でございます。午後5部を開催します。それでは基調講演のご紹介を座長の宮崎さま、よろしくお願いいたします。

**宮崎：**座長を務めさせていただきます宮崎です。基調講演のテーマは「臨床の本質に向かうとは？」と題して松澤和正先生にお越しいただきました。先生は2015年から2023年3月まで帝京大学医療技術学部・看護学科教授を務められました。『臨床で書く精神科看護のエスノグラフィー』をはじめとして多数ご著書がございます。本学会では2011年度第21回大会シンポジウム、2015年度セミナー、2019年度第29回大会事例部会などにご登壇いただきました。本大会では基調講演、事例部会にご登壇いただきます。それでは松澤先生、よろしくお願いいたします。

**松澤：**ご紹介いただきました松澤と申します。本日は、基調講演を仰せつかりまして、感謝申し上げますとともに恐縮致しております。私の専門職は看護師ということになりますので、今回の基調講演のテーマ「臨床の本質に向かうとは？」では、私自身の看護師としての立ち位置から、皆さまの臨床の立場に引きつけてお考えいただき、議論できれば、と思っております。全体の進め方としては、前半では、私自身がどうして臨床に向かったのか、臨床にかかわるようになった

のか、岡村昭彦というフリーランスのジャーナリストがいましたが、その人の話をしながら、話を進めたいと思っています。後半は、岡村さんがもっていた方法や思想、岡村さんをきっかけに私自身が看護師になっていったこともございますし、看護師になり、看護教員になるなかで私なりに培ってきた研究成果を、臨床の本質に近い概念として、ご提示できればと思っております。

まず私は、なぜ臨床に向かったのか。私は昨年度、帝京大学医療技術学部・看護学科教員を定年で辞めましたが、若い頃の私は、看護とか医療とか臨床とかに全く関心がなかったわけです。看護系の大学は出ていますが、それを始めから志望していたわけではなく、20代半ばで理系の大学院を出てからは、しばらく地方公務員をしておりました。当時、私なりの野心というか予定があり、地方公務員をしながら「内職」をしようという思いがあって公務員をしておりました。そのなかで、先の報道写真家の岡村昭彦に「衝突」してしまったというわけです。なんで衝突してしまったのか、出会うというレベルで出会ったのならよかったです、まさに出会い頭にぶつかって私自身の方向が変わってしまった、人生が変わってしまうという意味での「衝突」が起きたわけです。そういう衝突的な出会いがあり、その後、間もなく岡村さんは亡くなります。訃報を知って、それから1年後くらいして、『岡村昭彦集』という岡村さんの

\* Kazumasa Matsuzawa : 元帝京大学医療技術学部・看護学科教授

著作集が、第1巻～6巻まで順次刊行され、それらを読み込むうちに、岡村昭彦の生き方や方法論、思想にたいへんな衝撃を受けることになりました。

そういうわけで、仕事はやっていましたが上の空で、頭のなかには、すでに岡村昭彦が住んでいて「岡村昭彦だったらどうするのか」「お前は何をやっているんだ」と絶えず言われているような、今から考えると突飛な経験のなかにおりました。そして、「岡村昭彦を何とか理解しよう、彼をたどる旅をしてみよう」となってしまう、いろんなところへ出かけていくことになりました。静岡県の舞阪は、岡村昭彦の生まれ故郷です。函館のトラピスト修道院は、岡村昭彦が青年期、いろんなことをしでかして傷ついて、ここで修道士の修道院生活を手伝いながら傷を癒していた場所でもあります。熊本県水俣では、水俣病の患者さんといっしょに暮らしながら活動をしていました。長野県の安曇野では、精神科病院で精神科医療の改革を目指してボランティア活動を組織し、岡村自身もボランティアに参加していました。私も、その病院に出かけて行きまして、その精神科の先生と、朝から晩まで時を忘れて話し込むということも経験しました。ベトナムにもまいりました。アフリカにも取材に出かけて、ビアフラ戦争というナイジェリアの内戦をたどることもしました。また岡村昭彦の家があったアイルランドの取材にも行きました。そういう旅を続けるうちに、先ほど「自分の頭のなかに岡村昭彦がいた」といいましたが、「岡村さんだったらどう生きたのだろうか」という問いが、絶えず僕の頭のなかから消えない。「お前自身が、その現場にいかなければダメじゃないか」という強迫観念があって、精神医療の現場にもまいりました。最初は、近くの精神科病院のボランティアを、週に1回で2年ほどやりました。それから、ついには仕事を辞めて、精神科のスタッフになるということで人生が変わってしまい、岡村昭彦という人との出会いのなかで旅をしてきた、ということになります。それをのちに、『報道写真

家岡村昭彦—戦場からホスピスへの道』(NOVA出版)という本にまとめました。

岡村昭彦さんは、どういう人だったのか。この方は、1960年代半ばから本格化していったベトナム戦争において、フリーランスのジャーナリストとして活動していた方です。フリーランスとは、その当時未だ新しいやり方で、商業紙の記者として活動するのではなく、自分自身の問題意識をもち、さまざまなテーマにトライしていくジャーナリストとして活動を開始していました。ベトナム戦争の取材の結果が、雑誌『ライフ』(今は廃刊になりましたが)当時、有名なグローバルな雑誌で、そこに記事が掲載されました。そして、『これがベトナム戦争だ—岡村昭彦写真集』が刊行され、賞を受与される。『南ヴェトナム戦争従軍記』(岩波新書)も出ました。『続・南ヴェトナム戦争従軍記』とあわせて100万部近いベストセラーにもなりました。そしてその後、岡村は、南ベトナム政府軍に取材して、不利になる記事を書いたりした結果、度重なるベトナム入国禁止にもなっています。この裏には、実は日本政府が動いていたと岡村がいていましたけど、当時の日本政府が岡村のようなフリーランスを許さなかった、ということだと思います。入国禁止になった後も、アフリカのビアフラ戦争、つまり100万人もの飢餓者を生む残酷な飢餓戦争であるとか、またエチオピアの飢餓とか、北アイルランド紛争の報道の現場でも活躍を続けました。

同時に、そういう流れのなかで、岡村さんはいかに日本国内の問題にもかかわってきます。バイオエシックス、「生命倫理学」と訳されますが、バイオエシックスが1980年代に日本に入ってきます。この啓発者の一人として岡村昭彦は活動しました。1980年代に日本で初めて日本的なホスピスがつくられるようになりましたが、これに対して岡村は、「日本的ホスピス批判」という問題意識のなかで批判的だったんですね。そういう発信を、グローバルでジャーナリスティックな手法で、批判する活動も行っていくわけです。さらには、精神医療を改革する意思

をもちながら、精神科病院でのボランティア活動にも身を投じていくことにもなりました。その途上で1985年、病を得て56歳の若さで亡くなります。

そして、このスライドが、岡村昭彦のポートレートです。ベトナム戦争取材時の岡村昭彦の姿で、取材中に一息ついてご飯を食べて、にこやかに笑っています。またこれが、岡村のベトナム戦争の写真集『岡村昭彦写真集 これがベトナム戦争だ』（毎日新聞社）です。生前に出版された唯一の写真集です。またこれが、『南ヴェトナム戦争従軍記』（岩波新書）です。

上記の写真集から、いくつかの写真をご紹介します。岡村昭彦を知るためにも。というのは、なぜ岡村昭彦なのか、そのメンタリティがこの写真集を介してつながっていくんですね。これがあったからこそ、私は看護の道に進んだともいえるわけです。それに、岡村さん自身も、若い頃、医学生だったこともあるんです。ところで、この写真集『これがベトナム戦争だ』の見開きページですが、ごらんください。「私が見た戦争、死と泥沼とジャングル」というこの写真も、生々しい現場を映したのですが、特に惹かれたのはここにあるキャプションですね。写真に添えられた岡村さんのキャプションが、僕にはたいへん魅力的に映りました。この写真のキャプションを読ませていただきます。

「南ベトナムの戦争は世にも不思議な戦いである。私は自分の目と耳と皮膚で戦争の素顔を探し求め、政府軍兵士たちと戦場を歩き続けた。闘う兵士たちだけが戦争の醜さや苦しみを心から語れるからだ。戦争の体験を空襲や飢えでしか知らない私は銃の代わりにカメラを握り、初めて戦場の土を踏んだ。戦場では余りにも簡単に人間の命が奪われていた。怒りに満ち、恐れおののく母親たち。手塩にかけて育てあげた息子たちは戦いに駆り出され、見ず知らずの敵に狂ったように銃を撃っていた。昼も夜も兵士たちは死んでいった。戦争の悲惨さは至るところで目撃された。私はそれを写した」。それだけ

の文章ではあるんですが、淡々と、ではあるけれども、岡村の独特な心情が伝わってくる文章ではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

次に、これも同じ写真集に載っていた写真です。ところで、ベトナム戦争というのは南ベトナム軍と北ベトナム軍に分かれて対立していた戦争ですが、北ベトナムをソビエトが、南ベトナムを米国が支援する形で起こっていた戦争、アメリカとソビエトの代理戦争であったわけです。そのなかで、この写真はどういうことを表しているのかというと。南ベトナム政府軍の兵士たちが、南ベトナムで暮らしている青年の農夫を取り囲んでいますね。北ベトナム側のテロリストである、いわゆるベトコン、北ベトナムの潜入工作員と見なされて、水責めの拷問を受けている写真です。そして、次の写真は、この水責めの拷問を受けたあと、立ち上がった青年を、正面から岡村が写しています。

この写真のキャプションには、「3時間にわたる拷問の後、若い農民は立ち上がった。おそらく銃殺にあったであろう、この青年の憎しみの瞳は、ベトナム民族の未来を見つめているのだ」と書かれていて、現在というベトナムの未来を見た時に、痛切に考えさせられるものがあります。そして、次の写真は、南ベトナム政府軍を支援していたアメリカの米軍中尉の遺体を写した写真です。この写真の横にあるキャプションも、実に心情に訴えるものがあります。こう書かれています。

「私たちの部隊はベトコンの支配するメコンデルタの真っ只中に野営した。ベトナムの大尉と米軍の中尉はいつまでも話していた。『お金さえあれば子どもも学校に入れられるし、家も買えますね』とベトナムの大尉がいった。『でもお金よりも大切なものがありますよ』と中尉。『それはなんでしょう』と大尉が再び尋ね、中尉が答えた。『それは友情ですよ』。地上で寝ている私の頭上で二人は愉快そうに笑った。地平線から赤いまん丸い大きな月がのぼり始めた。それは彼らが戦死する前の晩のことであった。

翌日、部隊はベトコンの激しい攻撃を受けた。

陣頭指揮をしていた大尉が崩れるように倒れた。中尉は雨のような弾丸の下で戦友を救いに飛び出していった。そして彼も草むらに倒れた。私は彼の写真を米国の奥さんに送った。平和への深い祈りを込めて・・・戦争の悲惨さや残酷さというのが、いかにも象徴的に語られていると思います。

この次の写真、「わが子の死体を抱く兵士」ですが。このエピソードも、岡村さんの著書のなかに出てきます。この兵士は南ベトナム軍の兵士なんですね。筵のようなものに包んであるのは、この兵士の我が子の遺体です。この写真はどのような状況で撮られたのか。岡村さんがカメラを持っていたら、この兵士が、わが子の遺体を抱きながら、岡村さんの方にズンズンと進んできて、「どうかこれを写してほしい、私の子どもが死んでしまったんだよ、どうか、これを世界に伝えてくれ」と言って、泣き出さんばかりの表情になって訴えてきた。岡村さんは、この兵士の「自らの不幸を、ただ一人の不幸とすることなく、全世界の人々に伝えてほしい」という、明らかな意思をもったあり方に強い感銘を受けたと言います。自分自身がカメラマンとして歩き出していく上で、大きな意味を持った経験だったと書いています。またこれは、ビアフラ戦争の飢餓取材の写真で1969年のことです。そしてこちらはエチオピアの飢餓取材の写真です。

こんなふうに岡村さんは多くの報道写真を残しました。そして、岡村さんが1985年に亡くなってから、ほどなくして出版された『岡村昭彦集』第1巻～5巻がこの写真です。1巻ずつ出版されたわけですが、これを読み込むうちに僕自身、「こういう人間の生き方があるんだ。こんなふうに生きてもいいんだ」というある種の自由を感じ、ますます岡村の独特の方法論や思想というものにグイグイ惹かれていきました。そして、「どうするんだ、お前は！」と、頭のなかは、すっかり岡村に占領されてしまったということがあったわけです。

このスライドの右側にあるのが『定本 ホス

ピスへの遠い道』（春秋社）です。これは、1980年代頃から日本国内で作られようとしていたホスピス、例えば、一つのホスピスで100人もの利用者を集めようとするところへの非常な反感、それを批判するために、岡村は、グローバルなホスピスの源流を訪ねていくジャーナリスティックな旅をするわけです。それを『看護教育』（医学書院）に連載していて、その後、一冊の本になったのが『定本 ホスピスへの遠い道』です。ある意味とても難しい本です。ホスピスの源流にたどり着くために、紆余曲折しながら「ホスピスとは何か」をさまざまな視点から浮かび上がらせようとするのだけれど、なかなか本題にたどり着かない、ちょっとした奇書のような本です。

ということで、そもそも岡村の話が、この講演とどう関係するのかということになるかと思いますが。私が、臨床の現場に入っていった理由が、岡村昭彦にあったことは間違いないです。その後の私自身の看護やケアを考えると、それはもう、岡村さんとの出会いから、看護、ケア、いのち、傷ついた人々などに向き合う意味への問いが、まさに始まっていたことは、僕自身あまりに強く実感しています。そのために今回、岡村昭彦の話から始めたわけです。そういう意味で、岡村昭彦にぶつかった「衝撃」とはどういうものだったかをまとめておきたいと思います。それは、今回のテーマである「臨床の本質」にも、必ず通じるものだと思っているからです。

岡村昭彦の衝撃その1。「傷ついた人の現場に共に身を置くこと」です。

岡村昭彦は、ベトナムの戦場に向かう前に、日本の国内においてもさまざまな活動をしていました。筑豊の貧しい炭鉱労働者、部落地区の人々、そういう人々と共に暮らしながら支援活動をしていました。炭鉱労働者の苦しみとか貧しさ、部落の人々への差別、ひどい扱いの問題に対して、通りすがりの活動家としてではなく、その人々といっしょに暮らして相談に乗ったり、改善に手を貸したり、共に暮らしながら支援することをやっていました。

その後、岡村昭彦はベトナム戦争へと向かっていきます。その際、岡村昭彦は、戦取材の方法に対して、自ら様々な批判を行い新たな試みに挑戦していきます。当初は、南ベトナム政府軍側からの取材が主だったのですが、今度は、北ベトナム政府軍側からの取材をやるべきだと考え、反対側の勢力、敵といわれる側に入り込んで取材をしようとします。その取材へと向かう前夜、なかば自分の死を意識しながら、こんなことを書いています。

「筑豊の荒涼たる廃墟の光景がしきりに私の脳裏をかすめた。東南アジアの土を踏むまで折りにふれては坑内にもぐりこんで語り合った労働者や、その家族の一人ひとりの顔が、ありありと目に浮かんだ。部落と炭鉱は私にとって最も大切な心の故郷であり、私の魂を育ててくれた父と母だった。その二つによって初めて私は人間として生きることの意義を教えられた。部落での生活は約1年半に過ぎなかったが、私の一生を変え、一生を支えるほど貴重なことを、私はそこで学んだ。皮革工場での苦しい労働と生活を共にしながら、私は観念によってではなく、タンニンの臭気の染みこんだ裸の肉体のぶつかりあいによって、労働者の連帯と解放のエネルギーを掴むことができた」と書いています。ベトナムにおいても、まさにそこに住む人々と共に、そこで生活し、身を置きながら取材するというあり方は、ベトナムに行く前から日本における活動においても、岡村昭彦の活動の姿勢は変わらなかったということですね。傷ついた人々の現場にまず共に身を置くことが、岡村の方法論としてあるということです。

岡村昭彦の衝撃その2。「一人ひとりへの鋭敏な感受性をもつこと」です。

これもまさに「臨床の本質」だと思いますが、岡村にとって戦場に向かうことは、どういうことだったのか。僕の本のなかに、こんなふうに書いています。「岡村が初めてラオスの戦線にもぐり込んでいった時も、彼は背中に日の丸の旗竿を括り付け、素足のまま歩いていった。僕はそのあまりに奇矯な格好ゆえに事実かどうか

さえ疑ったが、写真を見て驚嘆した」ある文献には、「背中に日の丸の旗竿」のことが書かれており、はじめは信じがたかったのですが、その姿を写した写真を確認してびっくりしたわけです。そのことに関して岡村はどんなふうにか書いていたのか。「その土地の人たちといっしょに裸足になって歩いていると、その人たちの声を聞くことができるんだよ。その声を世界中の人々に伝える、それが僕の使命だと思っている」と言っています。現地の人と共に、裸足になって歩くことが大事だと。先程の「共に身を置く」ということと近いですが、私は、著書でこんなふうにもまとめています。「おそらくここでの素足と裸足とは距離感の問題だ。岡村にとって最も肝要なことは何よりも自分自身の体を動かし、一歩でも対象者との距離を詰めることだった」。岡村は「現場に共に身を置く」ことの意味を「そこに住む人々といっしょに呼吸し、その心臓の鼓動を自分のなかに感じようとするのだ」と、よく語っていました。単に同じ場に身を置くだけでなく、その声を聞き、呼吸をいっしょにする、心臓の鼓動を自分のなかに感じようとする、そういう人間への感受性、鋭敏な感受性をもつことが大事なんだ、と岡村はいうわけですね。これが岡村にとっての流儀です。それに僕は驚きながら、ものすごく惹かれた。「こういう人ってほんとうにいるの？」という思いがあったわけです、若かっただけに、その衝撃がひどく大きかったわけです。

岡村昭彦の衝撃その3。「独自の歴史観」です。

ある時、岡村はアイルランドの首都ダブリンの図書館の閲覧室に籠もります。アイルランドは岡村にとって第二の拠点です。一流のジャーナリストは、いざという時、亡命国をもたないといけない。それがアイルランドだといって、ここにも家をもっていたのです。アイルランドの国立図書館の閲覧室での様子を、岡村は次のように記しています。「私の座った46番の机の上には、30冊を超える貸し出した本が置かれ、遂には床にまで溢れだした。私は毎日、夜9時55分の閉館の手鈴が振り鳴らされるまで、山の

ような本の中で生きている死者たちと対話し、そして過去の無限の時間の広がりの中に流れだすたびに、初めてプラネタリウムで星座を見上げた日のように胸を踊らせて過ごした」。この光景は僕にとってもたいへん印象的なものでしたので、僕もダブリンの図書館に行きました。そして、アイルランドの首都・ダブリンにある国立図書館の閲覧室に2週間くらい通い、そこで本を読むふりをしながら、ただただ過ごしておりました。それは僕にとって、すごく充実し満たされた時間でした。

僕の本『報道写真家 岡村昭彦』にもこんなふうに書いています。「これも確かに岡村昭彦の姿だった。硝煙に包まれた戦場で泥にまみれていた彼は、一方で静かな図書館の一室に座り、膨大な本を前に背中を丸めていた。岡村はそこで過去に倒れていった人々の肉声を耳にしながら、ベトナムという、あるいは戦争という歴史の矛盾と懸命に対峙し続けていた」。岡村さんは戦争という現にある現象、現実というものを、膨大な世界史の流れの末端に浮かび上がってきた事実としてとらえる。「世界史の現場」と彼は表現しましたが、「現場は常に世界史とつながっている。そういうなかで歴史というものに着目しなければ現実は見えてこない」、そのことを、「独自の歴史観をもった上で、現実を理解しようとしなくてはいけない」と強調するわけです。それが「独自の歴史観」ということであります。

岡村昭彦の衝撃その4。「独自の世界観をもつ」です。

岡村がアフリカのピアフラ戦争の取材に向かった時のこと、こんなことを書いています。「私は写真機材と奴隷貿易史の原書の山を背負い、空腹を抱えながら、日本では学ぶことのできない生きた世界史を、自分の足で一つひとつ確かめようとアフリカに飛んでいった。この行動のなかから今まで平面だった世界地図が私の体のなかで球形の地球に変化していった」この文章にも非常に惹かれました。世界史の現場を見るために、彼は原書の山を背負って現場に出ている

くわけです。そして、アフリカに飛んでいくことによって、体のなかで、平面の世界地図が球形の地球に変化していくのを感じる、というダイナミックなあり方、行動力と豊かな感性を感じるわけです。この辺のことを、僕の岡村昭彦論でもこんなふうに書いています。「ピアフラ戦争の取材は、岡村にとって大きな分岐点的意味をもっていた。一つには、近縁的なアジア文化圏から遠く離れ、アフリカという未知の大陸へと乗り出したということ。またベトナムでの反省から、自らの取材手法の意識的な変革を、このピアフラ取材を通して、より一層明確にしようとした点である。岡村は、西アフリカの一角で起こった独立戦争を、アフリカ史という、より大きな時空間的な枠組みのなかでとらえようとしていた」さらに岡村は、「アジアでのベトナム戦争の経験を踏まえて、アフリカという時空間的にも遠いところで起きている出来事を理解するためにも、独自の歴史観をもつ必要がある」と強調するわけです。

ということで、なぜ私は臨床に向かったのか、こういう岡村昭彦の「衝撃」の強さのゆえだったわけです。つまり、以上のような衝撃のなかで、そこからなかなか逃れられないというよりも、もう岡村昭彦が僕の頭のなかに住んでいましたね。岡村昭彦の声がじかに聴こえたような気がして、ちょっと病気ですかね、一種の。わかりませんが。そういう時がほんとうにありました。岡村から「おまえいったい何しているんだ」という言い方を常にをされているような

その後、NHK テレビの『訪問インタビュー』という番組で、「岡村昭彦による精神医療のボランティア報告」のようなものが放映されたわけです。そこでも岡村昭彦は、ずいぶんラディカルなことを言っていて「みんな、もっと自由にフリーランスになればいいよ」「やってみもしないで、なんでそんな（できないなんて）ことをいうんだ、大胆にやってみたらいいよ」と、別に直接言われたわけでもなく、テレビを見ていただけですが。しかも、その番組の録画ビデオを、定時制高校に勤めていた友だちから借り



て、その高校の放課後の教室で、ぼく一人見させてもらったんですけど。それを見て、すごいショックを受けて、「もう仕事辞めよう」ということになってしまい、結局、ほどなく地方公務員を退職したんですね。

ということで、その後、僕は地元の精神科病院のボランティアにもかかわるようになりました。老いた両親はものすごく反対して。古くさい偏見があるので「近くの病院なんかでやってくれるな」と猛烈に反対されました。でも、押し切って、一週間に一回、ボランティアをしていて。それをやっているうちに、いろんなことがあって、再度「お前、これでいいのか」と、例の岡村の声が生々しく聴こえてきて。最終的には、都内の精神科病院に無資格の職員つまり看護助手として勤務することになりましたが、「今度は許さん」と家を追い出されて、それでも看護学校に通いながら看護職の資格をとって病院勤務をしていました。僕は、当初、精神科病院で働けるなら、看護助手でも十分だったんですが。看護助手として日々働いているうちに、病棟の看護部長から「せっかくだから看護師になれよ」といわれて、看護学校に通いながら、准看護師資格をとり、その後正看護師にもなり、最終的には13年間ほど臨床に従事しました。

その間、岡村の言っていた「バイオエシックスとか精神医学とかを、よく知らないダメなんじゃないか」と思いが募りまして。岡村のいう、一方で現場、一方で歴史観、世界観というテーゼがありましたので、精神科病院に勤めながら、人文系の大学院にも在籍してバイオエシックスや医療人類学などを研究していました。そんなふうに研究しつつ病院勤めをしていましたら、そこに実習指導で来ていた先生、僕にとってはたいへんな恩人なのですが、その先生ももう亡くなってしまわれましたが、その先生に「松澤さん、大学にいらっしゃいよ」と言われて、それがきっかけで教員になって、いくつかの看護系の大学に勤務して、去年、定年で辞めました。19年くらいやりました。

ところで、僕にとって「臨床の本質に向かう

とは何か？」ということですが。先にも述べたとおり、精神科の看護職として働きながら、同時に大学院で学びつつ研究をしておりました。看護職の仕事というのは、毎月の勤務表作成の際に、ウィークデーに休みをとることができるので、その代わり土日で働けば、人文系の大学院ならその休日に通うことができました。現在の看護系の大学院のように、連日フルタイムで、「ナントカ看護学」ばかりのコチコチの大学院ではなかったですから。そういう大学院のカリキュラムで、看護学オンリーの窮屈な大学院なんてありません。僕の行った大学院は、そういうところではなかったの、行けば指導教授と研究室で茶飲み話をしながら「君、いま何を考えているんだ」という議論を延々しながら、時々課題をもらったりして勉強していました。基本はほんとに自由でした。そして、臨床での経験をもとに、それらを論文にまとめる、さらには単行本として出版もしました。

その本である『臨床で書く 精神科看護のエスノグラフィー』（医学書院）の基本的な方法論は、エスノグラフィーというもので、よく考えてみると結果論かもしれませんが、その基本的な方法論的テーゼというのは「参与観察」にあるんです。英語ではパーティシパント・オブザベーション（参与観察）、研究対象とする現場に直接身を置き、または住み込みながら観察するのが「参与観察」というものですが、それはまさに、岡村のジャーナリティックな方法論そのものなんです。だからそれは、結果的に、岡村昭彦の方法論をなぞったものだったんだなという思いが強いです。岡村に導かれたのかなど。その後、看護系の大学で、看護学の教育・研究生活をしていくんですが、その過程で、かつての精神科臨床を相対化する作業を積み重ねていくなかで、できたのが『精神看護のナラティヴとその思想』（遠見書房）という本です。

今まで述べましたように、私自身、岡村昭彦の方法と思想に衝撃を受けて、臨床に向かっていったわけです。しかし、その臨床のプロセス

そのものにも、岡村昭彦の方法とか思想のエッセンスが内在していた、萌芽していたといっていると思います。そういうものに惹きつけられて、僕は精神科臨床に進み且つ学んでいったわけです。その結果というか成果として、先の述べた私の著作『精神看護のナラティブとその思想』を元にして「臨床の本質」、今回のテーマですが、それに近い諸概念について、さまざまなソーシャルワーカー、その他の臨床家にとっても共有できる「臨床の本質」に係る諸概念について、以下に言及できればと思います。

「臨床の本質」に近い概念その1。「心の平和の希求」です。

「心の平和の希求」を、なぜ一番目に出したのか。これはまさに岡村昭彦にとっての第一原理だからです。僕は、毎年、自分の最初の授業で、岡村昭彦の写真集のスライドを見せながら「岡村昭彦論」をやるんです。それを必ず19年間やり通しました。やりながら考えていたのは、看護学を教えていましたので、「看護学原論」、つまり看護学の元になる原理は、「平和論」から始まっていかないといけないのではないか、という強い思いがありました。僕は、岡村昭彦によって覚醒されて歩んできたわけですから、「いかに人間が、平和のなかにおいて、初めて人間でありうるか」という意味において、看護の本質的な目的として、平和、そして心の平和ということを外すことができないと考えて、「心の平和の希求」を最初にしました。

当然ですが、医療・福祉の理念と戦争の目的とは、対局に位置するものです。医療・福祉の理念は「心身の平和、心の平和」ですよ。大きな意味で「心の平和」を求めるもの。これに対して、戦争の目的は、人間の生活の破壊、人間の破壊、社会・文化の破壊です。いま起っているウクライナでの戦争の、心を潰さんばかりの惨状を見ても、おわかりの通り、戦争の目的は破壊そのものなんです。福祉のもっている理念と全く異なる、正反対のものです。ただ、こういう言い方そのものが戦争を生み出しているのかもしれないけれど、多分、両者はどこか

で不連続的に連続しているかもしれませんが。そういうあり方をどうしても許してはいけません。んですよ。「医療・福祉は戦争と対立するもの、対局に位置するもの」だから「戦争の目的と医療・福祉の理念は共存できない」わけです。当然ですが、「医療・福祉の理念は、戦争を拒絶するものである」といってもいいと思います。にもかかわらず、戦争状態、争いは、至るところに存在するという現実があります。僕らは平和を求めます。しかし、人間の破壊を平然と行う現実が存在する。しかし、人間が最も根本的に揺るがされてはならない部分、それこそが「平和」であり、それこそが必要なんです。だからこそ「医療・福祉の第一概念は、心の平和であるべきだ」と。「心の平和」というものが、医療・福祉の原理的な概念として、最初に問われ求められなければならないと考えています。

第二次世界大戦において1938年に厚生省ができた、1941年、現在の保健師の国家資格のもととなる保健婦規則ができました。なぜか。これは、国家が戦争を遂行するために屈強で健康な身体をもつ人間を育て上げるために、といってもいいと思いますが。そのために、保健婦が国家資格となり、厚生省が設立されてその役割を担うということがあったわけです。戦争のなかで、いかに医療や福祉が「利用」され使われてきたかという、そういう現実を学生に示しながら、自分たちの立ち位置、立つべき場所はどこか、それは「反戦争であり、平和であることが絶対なんだ」と悲惨な過去を振り返りながら、常に学生たちに話しておりました。これは、僕が岡村昭彦という人物に衝突したことによって、ますます増強された歴史認識だという思いがあります。

「臨床に近い概念」その2。「農業としての臨床」です。

臨床とかケアや看護は、農業だということです。少なくとも工業ではない、というのが僕の主張で、僕が、それをいうと「そんな陳腐なことをいうな」と、かつて看護学の大家に堂々と書かれたことがありますが。そんな関係な

いと。僕は「臨床は農業だ」と確固として思っています。なぜかという、臨床やケアは、たいへん不確実な、自然を相手にする農業に似ているということです。患者、人間は、本来、自然の一部です。だから、もともと完全には分かり合えないし、支配もできないし、操作もできないし、予測もできない。一言でいえば「ままならぬもの」なんです。患者さんというのは、医療者等に、うまくいい含められるなんて存在ではない。いつでも、ある種の「ままならぬもの」そういう存在に、真摯に向き合って、臨床やケアを行う。それは、農業的な発想からいえば、土を耕して、畑や田んぼに水をやり、天を見上げて気温はどうか、風はどうか、雨は降るかどうかなどを考えながら、まさに芽が自らの力で育っていくことを見守る、そういう姿がケアなんです。ケアであり、看護であり、医療です。無理やり右から左へと作りあげていく工業とは違うんですよ。

そういうなかで回復をめざそうとする。しかもその過程で、いろんな条件によって、うまく回復する場合もあれば、そうじゃない場合も、もちろんある。これもまさに人間が「自然」であるから。「ままならぬもの」だから。だけど、そういうケアのなかで水をやり、天を見上げていくうちに、不確実でありながらも豊かな収穫を得ることができる。豊かな農業を実現できる営みなのだということを言いたいのです。間違っても工業じゃない。最近のケアや医療は「工業化」していますよね。見た目もそうだし、ハイテクで「武装」してから、患者のところへ行きますよね。別に、それ自体は悪いとは思いませんが、心まで「工業」になってほしくない。心は農業者でいてほしい。ベッドサイドに行くときは、農業をしに行く、畑に出る、という感じで行く。こんなふうに「再発見」してみると、臨床に出るのが苦しくてしょうがない時は、「今日は畑に出るような気分です」と思うと気が楽になって、ゆとりというか、気が重くなるのを防げたりもしました。理念としては、「臨床が農業である」ことを曲げたくない、曲げられない、

原理として。相手は自然だし、自ら育っていくものを助けることが医療の一つの原則で、だから「農業としての臨床」が二番目なんです。「心の平和の希求」の次に。

「臨床に近い概念」その3。「訪ねていくケア」です。

人は入院すると、治療される患者になってしまいます。それまでの自分の生活の相当部分を失ってしまった人になる、ということです。病院に入ると、着替えて私物も最小で、あたかも丸裸にされて、近くに床頭台とベッドしかない姿になる。臨床家の役割は、そんなふうに失ってしまった患者の固有の生活世界の、いくらかでも、それを知って取り戻していくこと。少しでも安心できる環境や場を提供していくことが大事だ、というのが「訪ねていくケア」なんです。入院した人を、治療するだけの人にするのではなくて、入院した人の固有の生活世界や経験世界を、低い姿勢で、こちらから訪ねていく。コンコンとドアを叩いて、訪ねて行って、お話をして「どういう方なのですか?」「どういう経験をされてきたのですか?」「どういう生活をされてこられたのですか?」とそれぞれの方を訪ねては聞いて、そしてケアを始める。こうした「訪ねていくケア」を実践して、入院によって失われたもの欠けたものを鋭敏に想像し、可能な限り、それらを取り戻そうとする。だから病院を病院らしくしない、患者を患者らしくしない。岡村昭彦の先の『訪問インタビュー』でのビデオを見ていても、そうですが、看護師は病院を病院らしくしようとして、患者を患者らしくしようとしてがんばる。それではだめなんだと。病院を病院らしくすることが大事ではないということです。患者の入院は「治療してください」ではなくて、「患者の経験世界を知ろう」として、低い姿勢で、こちらから「訪ねていくケア」こそが大事であるということです。

「臨床に近い概念」その4。「ベッドサイドは地域である」です。

上記のその3と、若干、似ていますが、僕はよく「ベッドサイドは地域である」と学生に言っ

ていました。病院で行われるのは施設看護ですが、みなさん、ソーシャルワーカーですから施設のなかだけでなく、外に出かけていくことも多いかと思います。そういう場合、施設看護を考える上で「ベッドサイドは地域である」ことは重要だと思っています。なぜかという臨床家は患者のベッドサイドに立ちますよね。その時、「患者が生きてきた地域」という「固有の経験世界や生活世界」を想像して、患者のことを知ろうとすることが大事だということです。ベッドサイドに立った時、その前にいろいろなアプローチが考えられるべきです。患者さんの生活世界、経験世界を「訪ねて」行って、さまざまなことを知ろうとすること。患者のベッドサイドに行くと、そこで、まるでポップアップ絵本つまり「飛び出す絵本」が開かれるように、患者さんの地域や生活が飛び出してきて写し出されるような豊かな想像力や感性をもちうる人、そういう看護師になる、ケアラーになる、そういう意識をもってほしいということです。

入院によって、患者のそれまでの日常や現実が失われても、その人の持っていた固有の時間や空間を意識する。つまり、その時、ベッドサイドは地域空間化される、その人の地域であるかのように再生され意識され得るようになる。換言すると「施設内でのケアでありながら、地域や在宅でのケアであるかのようなケア実践にしていくこと」が理想的だということです。人工的な施設でのケアは奪われるものが大きい。それをいかに、地域で行われるようなケアに近づけていくかが重要なんです。「ベッドサイドは地域である」という意識をもつ、その志をもちながらコミュニケーションし、理解しようとするのが重要なんです。

「臨床に近い概念」その5。「引き受けるケア、感じるケア」です。

この「引き受ける」という言葉は、僕にとっては重要な言葉ですが、土居健郎先生の言葉です。この言葉の独特な意味合いについてですが。ある精神科医が、土居先生に患者さんのことを相談した際に、「患者さんが」といって話を始

めたらしいんですが、そうしたら土居先生は「患者さんではなくて患者でいいんだ」と注意された。現在の言葉遣いからすると、不適切かもしれませんが、さんづけなんてしないで患者でいい、と言われた。それはどうしてですかと精神科医が聞くと、「医者というのは威張ることにあらずして、患者を引き受けることにあるんだ」とおっしゃったそうです。僕はそれを聞いた時、ただのパターンリズム、つまり医者の言うことを聞いて「自分の言うとおりに治療を受ければいいんだ」というパターンリズムがありますが。そんな安っぽいパターンリズムで「引き受ける」と言ったのではない。威張ることじゃない。患者を「引き受ける」ことが医者のすることだとおっしゃられた。僕はそこに惹かれて「引き受けるケア、感じるケア」と言うんです。

この場合の「引き受ける」という言葉の意味は、医者は患者の話聞くことから始めるけれど、それは医師という、ある種の非対称的な権威を担った受け手によって聞きとられるんだということです。僕は、そういう意味で、対等なパートナーとしての、医者と患者、看護師と患者、ソーシャルワーカーとクライアントという言い方は、口あたりはいいけど、それでは本質をとらえていない、そんなウソだという古い人間です。土居先生がおっしゃるように「引き受ける」という言葉の意味は、患者さんを前にして、苦しんだり、痛んだりしている人たちを前にして、その人に向き合って、かかわるということは、その痛みを、どこかで自分のものとして「引き受ける」ことなんです。もちろん、あなたと私は平等です、上とか下でもなく、医者であれ患者であれ、人間と人間は平等でしょう、まさに、そうです。だけど、医療や福祉の場において、痛んだり、悩んだり、苦しんでいる人たちに手を差し伸べる関係性は、本質的に非対称的です。患者の痛みや苦しみを引き上げる時の力は、まさに非対称でなければ引き上げられない。そもそもその痛みや苦しみを感じ取ることすらできない。まずは、患者の内にある痛み、苦しみを、臨床家の上にその肩の上に「引

き受ける」ことを要するんだ、ケアとはそういう現象なんだということです。患者の痛みや苦しみという重たい荷物を、臨床家の肩に引き受けることによって、患者の痛みや苦しきは軽くなるが、その分、臨床家の肩は重くなるという「非対称性を伴う営み」であることを、まず強調しておきたいと思うんです。

ということで、医療・福祉的な関係性というのは、臨床家が、患者の痛みや苦しみを感じとって、それを自らの肩に「引き受ける」という責任性、倫理性のなかに確立されるのだということです。こういう臨床家のあり方を「引き受ける」といってもいいですが、それを「感じるケア」とも呼ぶこととしたいと思います。

そういう「感じるケア、引き受けるケア」では、相手の痛みを自分の痛みのように感じるわけですから、そのことによって相手は軽くなり、自分は重くなるわけなので、「燃え尽き」にもつながりやすい。そういうことをしている看護師はほんとに辛いんですよ。ソーシャルワーカーも患者さんと向き合うだけで、その重さがグンとくるわけですよ。それ自体が重荷なわけですよ。ただ、それこそが、ケアの始まりであり、本質なんだと思うのです。「重さ」を感じられないような場面しかないとするれば、それはケアを内在させていないかかわりにすぎない。ある種の欺瞞であり嘘です。それでは、患者やクライアントを、回復や復権に導くことはできない、と僕は思います。「感じるケア」が存在しなければ、本当の意味でのケアは存在しない。ただし「100%、感じなさい、引き受けなさいでは、できません」と僕は学生によく言います。そうしたら、明日、患者さんのところに来られないじゃないか。ぶっ倒れて寝込んでしまう。だから「1%でいい」と言っていました。「100%にしたら君は倒れないといけないから、0.001%でもいい。あるか、ないかが大事なんだ。なかったらそれはケアじゃない。相手の重さを感じ、痛みを感じて、自分の肩に重さを感じるような実感がないものはケアとはいえない。わずかでも感じるものであってほしい、わずかであれ、

それがあることが大切だ」と強調していました。

「臨床に近い概念」その6。「弱さのための強さ」です。

ケアにおいて、患者の痛みや苦しみを感ずるには何が必要なのか。臨床家は、産毛のように柔らかくて傷つきやすい感性を持たないと、相手の痛みや苦しみを感ずることはできない。自分の心を柔らかく且つ鋭敏にしておく必要があります。つまり、言葉を変えればある種の「弱さ」が必要、弱くある自分というものが、ケアには絶対に必要になってきます。それがあることによって、先ほどの「感じる、引き受ける」ための能力が生まれるので、そのためには「弱さ」が必要ということです。だけど、そういう「弱さ」をもち続けることはたいへん難しい。だから、その柔らかくて鋭敏な感受性をもち続けるための「強さ」が必要ということになります。その意味で「弱さのための強さ」が必要なんです。弱さのない強さなんて、少なくともケアにおいては意味がない。だから「弱さのための強さ」が必要だと強調していました。

「臨床に近い概念」その7。「非対象論的ケア」です。

みなさんも体験したことがあると思いますが、患者さんが、なかなか動いてくれない。よくならない。進むよりは立ち止まる、開くよりは閉ざしてしまう。なかには、何かにこだわり続けて、不安定のなかにある種の安定を求めている状態などが時々、あるじゃないですか。つまり「よくなりたくない。むしろ、よくなるより悪くなりたい」というパラドックスだって、あると思います。患者さんのなかには、回復してきて「現実が見えてきた方が、よほど苦しい。だから病気でいたい」という患者さんも多々あるかと思いますが。そういう時、どうするのか。「ドアは（誰かが）開くものではなく（自ら）開かれるものだ」という格言を聞いたことがあります。患者に対してあまり拙速に働きかけることはいけない。しかし、そういう時はどうしたらいいのか。これは、意外に意識せずに実践していたりもするのですが、一時、能動的なケ

アそのものをやめてみる。対象的に働きかけるケア、つまり、患者を対象として、対象者を評価してケアをする能動的なケアが奏功しない時は、「非対象論的ケア」をめざすということです。

つまり、ケアの対象者を、患者じゃなくてケアラー、看護師やソーシャルワーカーにして、こちら側が変わる。いつもは働きかけている側の専門職側が変化するケアを考える。そういう専門職自身が変化するケアを考えたらどうかということです。看護師の「看護計画」とか、ソーシャルワーカーの「ケアプラン」は、患者さんをどうするかを考えますが、それがうまくいけばいいですが、うまくいかない時には、ケアする側の専門職自身を変えるケアを考えたらどうかということ。それが、ある種逆転の発想ともいべき、「非対象論的ケア」の意味と意義です。私自身、看護師側が変わることで、最終的に患者さんも変わっていく、何らかのケアを生じさせることができた、ということを経験したことが多々あります。そういうことで、「非対象論的ケア」が大切ということです。

「臨床に近い概念」その8。「しみじみと語るケア」です。

僕の長年の師匠である江口重幸先生という精神科医がおられます。あの臨床人類学の名著『病いの語り』を翻訳された先生です。先生は、自分の年間スケジュール帳の、最初のページの冒頭に、必ずこの言葉を書くんだと言っておられました。「すべて言葉をしみじみと言うべし」江戸時代の僧侶の良寛の格言です。ここでの「しみじみと言うべし」は、情緒的に「しみじみ」というのではなく、それも含みますが、「自らの心とその表現を偽りなく近づけること」が「しみじみ」という意味です。たとえば、患者さんの姿を見て、こころに浮かんだ感情や思いがあるとして、それを、偽りなく正直に患者に表現して伝えるというのが、この「しみじみ」ということになります。「ほんとに私はあなたを心配しています」という気持ちで「どうしましたか？」と「しみじみと」語りかける場合と、あまり心配することもなく、「どうしましたか？」

というのでは全然違ってきます。内面がない・伴わない言葉は、相手に伝わらないという意味で、その細やかな内面と情緒ある表現とを十分に通じさせつつ、「しみじみと語るべし」ということです。

「臨床に近い概念」その9。「パレーシアとしての病者の語り」です。

パレーシアとは「率直に語る」という意味です。古代ギリシャのキュニコス派という哲学のグループが尊重していた概念ですが、率直に語ること、しかも勇気をもって、自らの危険も命も省みずに、自らの信念を語るのが、パレーシアということになります。もし病者がパレーシアを実行するならば、自らの病いの重荷に堪え、苦悩し、呻吟し、内省するなかで、病いの真実と向き合っているわけですね。その真実に向き合っている「強さ」が彼らにはある。精一杯の勇気をもって、自らの真理をさらけ出すリスクを犯して、他者へと語ろうともする。そういうふうに患者は、パレーシアを行おうともする者でもあるのだから。患者は、自らの病いという真理と向き合おうとする強さをもつ人々であると、そう深く理解することが大事だということ。

これは僕が看護専門学校で学生時代に、「終末期の患者さんとそのケアについて述べよ」というレポートの課題が出たことがあるんです。出題した授業担当講師は、がんの専門医の外科医だったんですが、僕ら学生は、みんな患者さんに同情して「弱い患者さんに対して私たちはどうやって元気づけたらいいか、どう支えたらいいか」とそろって似たようなレポートを書いたんです。そうしたら、その先生は偉い先生で、レポートの1枚1枚、真っ赤になるくらい赤を入れて返してきました。僕のも真っ赤でした。おまけにレポート全体を総括するある種の「概文」が添えられておまして、「患者さんは君たちが思うほど弱い人間ではない。逆に強い。病いと闘っている勇気ある人々です」と学生をたしなめつつ強調されたんです。そう言われて、僕らはハッと思いました。それで最近、「パレー

シア」という言葉を、フーコーの翻訳書『真理の勇氣』（筑摩書房）を読んで知って、その時の記憶が蘇ってきて、病いという「真理」に打ちひしがれている、それと向き合う人々の勇氣を、いかに理解することが大事か、ということを僕は学んだんです。

ということで、これで一応終わりですが、もうちょっとだけつきあってください。わがままな基調講演ですが、僕は退職前に、拙翻訳書の『オートエスノグラフィー』（新曜社）の話の延長線上で、詩集を出したんですが、『病棟』（七月堂）という詩集です。そのなかにソーシャルワーカーの方々にも共感していただけるかなと思う詩があるので、それを読ませていただけますか。

「退院先」という題の詩です。

退院先というと  
 なぜかその光景が浮かんでくる  
 もはや周りじゅうが大小のビルに取り込まれているなか  
 昭和のしかも戦後まもないにおいのする  
 木造平屋の三角屋根の建物  
 きっとその昔は何かの商売をしていたかのような間口になっており  
 その正面の木製のガラス戸の前に  
 白い割烹着姿の腰の曲がった老女が立っていた  
 ぼくはたしかにその家に少しだけ入って彼を待っていた  
 彼とはまだ入院中の患者だった  
 病院から自宅に外泊に出かけたきり戻ってこず  
 母親が帰るように言っても頑なに拒絶していた  
 そこでぼくともう一人の看護師とで  
 病院に帰るよう促すべく  
 自宅まで出かけていったのだった  
 すると彼は思いのほか軽く ああ来たの  
 これから帰るところだった 帰るよなどと言

い  
 すんなりと病院に戻ることに応じた  
 ぼくらは拍子抜けしながらその家をあとにしたのだが  
 そのとき年老いた彼の母親が深々と刻まれた顔のしわを曲げながら  
 どうもすみませんねえ  
 いつもいつもうちの〇〇がご迷惑ばかりおかけして  
 ほんとうにすみませんねえと言いながら  
 深く深く頭を下げたのが印象的だった  
 彼女は在日の人だった  
 古くからそこに住んでいた  
 患者である息子はまだ思春期に発病して  
 それ以来母に連れられてあちこちの病院で  
 入退院をくりかえしてきていた  
 今回の入院の前も  
 彼はまったく薬を飲まなくなり  
 部屋にこもりきって昼夜逆転の生活になり  
 コーヒーとタバコ 暴飲暴食のはてに  
 胃に穴があきかけて緊急入院になっていた  
 そのとき ストレッチャーに乗せられて  
 白目をむきながら  
 あの女が！あの女が！あの女が！とくりかえし  
 うなされるように叫びながら運ばれてきたのを  
 ぼくははっきりと覚えていた  
 その彼が緊急手術の末にいのちからがら生き延びたのに  
 そのことをまったく意に介さないばかりか  
 不当な入院だと激しく抗議し入院を拒否していた  
 そして当初は薬を飲むことも拒んでいた  
 その後どれだけの時間が経過したのか  
 思い出すこともしたくないくらい  
 彼と主治医・わたしとは事あるごとに対立していた  
 どうしようもなく受入れがたかった  
 それは彼もわたしたちも同様だった  
 彼にとって医療などとは不要なばかりか

人生における究極の敵そのものだった  
それによってともかくもいのちを助けられな  
がらも  
それさえも否定して また同じ生活へと戻る  
べく  
退院を強硬に主張していた  
口を開けば退院退院と罵詈雑言ばかりだった  
そういう時間を過ごすのは互いにたやすいも  
のではなかった  
立場上担当の看護師であったからともかくも  
話を聞き  
なだめすかすことも もちろん続けたが無駄  
に近かった  
徒労とはこういうことだと無力感を覚え  
さらには怒りに近いものまで  
気持ちが溢れることもしばしばだった  
もちろん彼もそれ以上だったにちがいない  
口論のようになることもよくあった  
それでもいつもならある程度の手ごたえや  
相互理解などというものもできてくるものな  
のに  
そんなものがかけらも感じられずにいた  
そればかりか相手の体重で押し倒されるほど  
の  
どうしようもない息苦しさを感じていた  
そういうくんずほぐれつの絶望的な状態なの  
に  
そういう日々がどこでどんなふうに変化した  
のか  
ぼくにはさっぱりわからないが  
徐々に何かが変わっていった  
お互いに反発しながらも  
形ばかりのやり取り条件交渉などを長々と続  
けるうちに  
彼はいつしか主治医から外泊の許可を勝ち取っ  
た  
そして今回 その最初の外泊から帰るのを  
拒否するという事態になったのだった  
またかと思った もうこりごりだとも思った  
そう思いながら  
彼の自宅を苛立ちとともに訪ねたのだったが

その前に立ったとき  
ぼくはその家の圧倒的な孤立感と静寂と  
濃い影のような暗さに言葉を失った  
その象徴が彼の年老いた母親の姿だった  
在日朝鮮人としてビルの谷間に生きながら  
病いの息子とずっと暮らしてきたその姿が  
長く苦しい途方もない時間とともに  
目の前に押し寄せてくるように感じられた  
そこにはたしかに一つの世界が刻まれていた  
彼はここに生きていた  
その長い時間を引きずりながら  
数々の病院を転々として  
まただまされたと思いつつ  
おれは病人などではないと信じながら  
この片隅の古びた隠れ家に立てこもっていた  
のだろう  
その積み重なった怒りの感情が彼を生かして  
いたにちがいない  
ぼくにはそんなことなど思いもよらなかった  
のだ  
この彼の住みかを訪れるまでは  
ただ彼を疎んじ理解しがたいとばかりに思っ  
ていたのだ  
彼は病院への帰り道 どこかしおらしくおと  
なしかった  
ぼくはその姿に無関心を装いながらも  
なにか違うものを見てしまったという  
感傷と衝撃にこころ打たれながら歩いていた

僕自身、こういう臨床での経験のなかで生きてきて、先ほども述べました、患者さんの固有の経験世界、生活世界への感性や再構成としての「ベッドサイドは地域である」などということの意味が、ここで改めて見えたかのような経験であり、忘れることができない光景でしたので、何十年たっても頭に染みついている、くりかえし思い出されるということでございます。これで終わりにいたします。ご静聴、ありがとうございます。

宮崎：松澤先生、どうもありがとうございます



た。フロアからご質問がきております。チャットを読ませていただきます。

「貴重なお話を、ありがとうございます。専門職は、ある一定の権威的な存在であるという話になるほどと思いました。私がかかわることにより、クライアントの苦しみや問題が軽減される半面、私の肩の荷が増えるというのも共感いたしました。先生は増えた肩の荷を、どう扱われていたのでしょうか。参考までに教えていただけると助かります。」

**松澤**：どう扱われたか、ということですが、肩の荷が重くなること、それ自体はどうしようもないことなので、それがあまりに重くなると、燃え尽きにもつながりかねません。ですが、先にも述べたように、患者さんの重荷を肩に感じないようなケアなどありえないな、とは常々思っていたので、確かに日頃の看護実践のなかで肩の重荷は感じておりました。しかし、職業人として、その重荷をずっともち続ける、家に帰ってまでそれを感じ続けていたかという、そこまではしませんでした。自分は、ある意味で割り切っていたというか、あえていえば、家に帰って、テレビでも見て、ご飯を食べて、寝ているうちに、ほどほど忘れてしまう、ということが事実だったと思います。実際このようなことは、職業人としての健康には、ある程度必要で基本的ではないか、とも思われますので。

このことに関して、こんなことを見聞きしたことがあります。ある新聞で、幼い頃に顔にひどい火傷をした女の方からの投稿があって、その方はひどい火傷の顔に悩んできた。小さい頃、学校からいつも泣いて帰ってくる。顔のことを皆に言われて。だけど、お父さんお母さんが、それを見ると彼女に向かって、噛んで含めるように「ご飯をいっぱい食べて、たくさん眠りな

さい。そうすれば明日になれば苦しいことも忘れて必ず元気になれるから」と言って励ましてくれた。「その父と母の言葉が、私の一生をずっと支えてくれました」と、そういう投稿でした。しかも彼女の職業は「主婦」となっておりまして。僕は、それがものすごく残っていますね。人間って苦しいことをもちながらも生きていくなかで、「じゅうぶんに食べて眠る」というシンプルな行動がどんなに重要な意味を持っているのか。僕自身も小さい頃、火傷をしていますので苦しみはわかるので、「ご飯をたくさん食べて、ぐっすり眠れば、明日になれば必ず元気になれる」という言葉は、父母の深い愛に支えられた、且つ人間の基本的な回復力を見据えた知恵の言葉のように思えてなりません。

**宮崎**：今のお話、現場のソーシャルワーカーの方も共感を覚えるお話ではないでしょうか。日々、ソーシャルワーカーとして重い話を聞きながらもそれを引き受け、何時間かは趣味の世界に楽しんだり、母親の役割をしたりして自分の世界と平行してソーシャルワーカーを続けているのが人間の営みだと思います。みなさん、受け止めていただけるのではないかと思います。

その他、「共感を覚えた」というご感想が多いと感じました。9つの原理、文字にしてみなさんに渡していただくお約束ですので何回も読ませていただいてソーシャルワーカーも励みにして、「そうなんだ」と味わいたいと思いました。ソーシャルワークの「臨床の本質に向かう」ことの前段階の岡村昭彦さんの写真集の話から聞かせていただき、感動をもって伺いました。どうもありがとうございました。ではこれで基調講演を終わらせていただきます。松澤先生、どうもありがとうございました。



## [事例部会]

# どうして私は救急医療へと向かうようになったのか —「私」の経験を研究することへの挑戦—

座長 野村 裕美\*

## 1. はじめに

本大会では、久しぶりに事例部会が復活する。内田敦子さんと私の初めてのオートエスノグラフィーへの挑戦を、基調講演者である松澤和正先生に見守っていただくこととなった。「行ったきりのフィールドワーカー」(松澤 2010: 1103)である一人のソーシャルワーカーが、3月に退職を迎えたタイミングで、質的研究法を用いながら「これまでのソーシャルワーク実践」を批判的にとらえなおすことに挑戦した。そのプロセスから生まれた事例が、大会当日に報告される。参加者の皆様には、内田さんの事例を味わってみてほしいと思う。そしてこの挑戦の臨床的意義について共に考えてみたい。

## 2. 事例部会登壇者として私が推薦をした理由

内田敦子さんと私は、2015年に設立された救急認定ソーシャルワーカー認定機構の中の、研修テキスト作成委員会で初めて出会った。私が医療ソーシャルワーカー(以下、MSWと表す)としてのスタートを切った病院は、内田さんのいた病院と程近かったのであるが、その当時内田さんとお目にかかる機会は一度もなかった。

内田さんは救急医療のソーシャルワーク実践

に長く携わってこられた実績から、この委員会に早々に選出されていた。私もその後一委員として入ることとなり、出会うこととなった。2015年12月29日のことである。私にとってこの経験が得難いものとなったのは、編者の経験に加え、内田さんをはじめとする現任の救急医療現場で活動するMSWの方々と多数出会い、ソーシャルワークとは何かをひたすら議論する体験ができたことである。内田さんと同じくらいの経験年数をもつ方々が多数いる議論の中で、全員が納得するものにまとめていく作業は過酷であった。その場での他者の発言、私の発言、私の発言に対する他者からの疑問・同意・反論などが医療ソーシャルワークに対する私自身の考え方を疑ってみる大きなきっかけとなった。揺さぶられた私は、自身のソーシャルワーク観を整えなおす貴重な機会にもなった。作業は約2年を要することとなり、2017年9月に出版にたどりつくことができた。他の編者たちも同様、内田さんは大先輩でありながら、過酷な作業とともに乗り越えてきた同志であると勝手ながら思っている。

2017年1月には、テキストの完成より前に、第一回目の認定研修と試験が実施された。毎年一回開催されている認定研修会では、内田さんは「救急医療におけるソーシャルワーク実践の展開」という講義を一コマ担当されている。こ

\* Yumi Nomura : 同志社大学 /

公立大学法人長野大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程院生

の度の事例部会の登壇者として、内田さんを推薦した理由がそこにある。

内田さんの講義の終盤にはいつも、ご自身の長年の経験の蓄積を元に作成し、更新しつつけてきた資料「疾患・社会的背景による整理」について話される時間がある。内田さんが救命センター業務で出会ってきた事例を13パターンに類型化し、「予測される心理・社会的問題」「ソーシャルワーカーが行うこと」「援助を行う上で知っておくべきこと・その留意点」の3項目について説明するのである。認定研修の当日、運営にあっていたスタッフの中から、「内田さんの講義の資料、みましたか。あれはすごいと思う」と話題になり始めたのである。講義を聞いてみると、確かにそうであった。私が感心したのは、資料の表記が、まるで支援の極意が詰まったかのような極めて短い文章であること、合わせて、一つ一つが覚えやすく、これらの極意がMSWの日々の支援において活かされやすいように工夫し尽くされていることであった。失礼なことではあるが、「あの資料、よくできてますね」と伝えてみると、内田さんからは「あれ、ください、と言われることもあるんだけどね。ほしいとおっしゃる人にはもちろん提供しているんだけど、でも、自分でどうしてそれが重要なのかを考えていくことが一番大切なんだよね」と、やや冷めたような返事であったのが印象に残っている。

この講義資料は、救急現場ですでに長く働いている人たちからみれば「あたり前じゃないか」「基本事項だろう」「マニュアルでしょう」と評価され終わるかもしれない。私は、その資料に書かれている短い文章に、すぐに惹きつけられた。支援の極意だけを厳選し表現を吟味しながら短くしていく、工夫し尽くされた作業が想像でき、そこにはMSWに対する作り手の強い思いが透けて見えるように思えたからである。作り手に、この資料の背景にあるものをずっと聞いてみたかったのである。それがこの度の推薦にいたる経緯と理由である。

### 3. 事例を作成するために採用した方法

内田さんに私の関心を伝えてみると、それは「救急医療へと向かうようになった理由」を語ることにすべてが包含されることがわかった。そこで、内田さんに自分の経験を研究するオートエスノグラフィー（自己エスノグラフィー）に挑戦してみることを提案した。エスノグラフィーとは、異文化を理解する方法とされているが、オートエスノグラフィーは、自分を自分が調べる対象とするものである。エスノグラフィーの特徴と自叙伝的な記述を併せ持つ研究方法であり (Ellis and Bochner, 2000=2006 : 135)、「自分自身の経験を探求し、自身の意識のありようや文化について明らかにしていく質的研究」の一つとして定義されている (沖潮満里子 2013 : 157)。オートエスノグラフィーを選択した理由は、伊藤精男 (2015 : 27) が指摘する「インタビューでは見えないものがある」点に着目したからである。「(エスノグラフィーあるいはインタビュー調査における) 調査者が有する『解釈の枠組み』によっては見えないものがあり、また、対象とする事象についての理解水準によって、内容を捉えるレベルも異なる」と指摘する。伊藤 (2015 : 29) の表現を借りれば、「内田さんしか知りえない」ことをご自身の手によって明らかにしてもらうことを提案した。

### 4. 倫理的配慮

エスノグラフィーは、これまで調査される立場であったものが、主体的な存在として記述していく方法である。「いっぽうだけが見るのではなく、互いに、対等な関係性のうえで、調査に関わろうという倫理的態度」(藤田結子 2013 : 32) が求められる。しかし一方で、「他者に向けるくらいのと同じくらいの、あるいはいっそう鋭いまなざしで、自身をみつめなおす」(藤田 2013 : 33) ことに自覚的であることが求められる側面もある。

具体的に取り組む際には、トニーらの示唆から、特に二点に注意を払った。第一は、「個人的なものと経験的なものを尊重する」（トニーら 2015=2022：111）ということである。「文脈や文化における自己の視点を取り上げること、社会的な生活を洞察する手段として経験を探求すること、研究において脆弱な自己を提示することのリスクを認識し、受け止めることなどが含まれる。感情と身体的経験を理解の方法とモードとして用いること—それに重きを置きさえすること—はまた、この目標を達成する重要な方法」（トニーら 2015=2022：111）と書かれている点に着目した。第二は、「オートエスノグラフィーを倫理的に行う」（トニーら 2015=2022：60）ということである。「個人的な経験を使用し書くということは、不可避免的に家族や友人、配偶者、同僚、隣人、他の知人を巻き込む」（トニーら 2015=2022：60）こととなる。この点については、特に慎重に取り組む、患者や家族、関係者については個人が特定されないように設定に大幅な修正を加え匿名化した。一方で、内田さん自身が自己のエスノグラフィーを事例部会で報告することにおいては、匿名性は担保されず、協同者としては内田さんには覚悟を強いてしまったこととなる。この点においては、協同者から、参加者のみなさんに誰もが安心して参加できる場づくりへの協力を切にお願いしたいと考える。

なお、内田さんに研究協力を事前に依頼し、協同者として参与した経過を私の博士論文研究（長野大学 倫理審査委員会 2021-007承認）の成果の一部とすることの同意を得ている。

## 5. 方法の変更

実は最初は、インタビューを主に取り組んでいた。ところが開始直後から、「私がおもって聞いてみたいエピソード」と、「内田さんがおもって語りたエピソード」に微妙なすれ違いがあることに気づいた。「野村さんが聞きたい話と、私が話したい話はちょっと違うかもしれない」

との発言もあった。それならばご自身のペースで書いてもらうのがよいと思い、いくつかの先行研究を読み合わせながら、内田さん自身に表現してもらうオートエスノグラフィーに本格的に挑戦することとなった。

ところが、実際取り組みはじめてみると、内田さんから、「四苦八苦している」「書けないと思ってしまって」「何を出したらよいか言ってほしい」「文才がないから」「単なるよもやま話にしかならないんじゃないか」「しゃべるのは簡単だけど、書くのは難しい」などの率直な声が寄せられることとなった。私の説明が不十分であり、内田さんを苦しめていることがわかった。

そこで取り入れてみたのが、沖潮による「対話的な自己エスノグラフィ」である。ズーム、ライン、メール、対面という方法を用いて、私が対話者となり、「一人で自分のストーリーを想起しながら書き綴る」のではなく、「他者に耳を傾けてもらい、時には軌道修正もしてもらいながら語る方が、振り返りや想起に集中でき、より自身の語りを創出しやすい」（沖潮 2013：163）という特徴に着目したのである。実は「野村さんと、このように話ながら取り組むとでてるんだけど」と内田さんは何度もつぶやいていた。

対話者となった私は、内田さんとのやりとりを録音しない時にはメモを書き残し、了解を得て録音をとることができた回については逐語記録を書き起こした。内田さんにオートエスノグラフィーのイメージをさらにつかんでもらうために、松澤和正先生の『病棟』（七月堂）を読んでもらうことをすすめてみた。すると、7月末ごろから「こんな風を書いてみたけれど」と、ご自身で書き綴った文章がどんどん届くようになった。それを読ませていただきながら質問や感想を書き込んだり、対話者である私が意図をくみ取り書き足した文章を送り返してみることで、さらに書き綴る作業が進むこととなった。

こうして最終的に、土元哲平・サトウタツヤによるオートエスノグラフィーの類型における、

「相互行為的志向」と「エスノグラフィー的志向」を合わせ持つ作品にまとまったと考えている<sup>1)</sup>。

## 6. ピアチェックならびにプロットへの着目

作業の途中では、松澤先生、MSWを対象とする質的研究経験のある2名の会員に読んでもらった。また、救急認定ソーシャルワーカー(ESW)資格を取得する3名の会員と、さらに完成間際に4名の他職種の方に読んでもらい、コメントをもらった。オートエスノグラフィーは、トニーらによれば、「協働的な証言」(トニーら 2015=2022: 59)という価値を内包する。ピアの方々からのフィードバックは、語り手でもありフィールドワーカーでもある内田さんの作業を支える重要なものであったと考える。ピアチェックでは、ちょうど「どこまでを書こうか」と内田さんが悩んでいたタイミングであったが、このような救急医療での活動創生期にあったMSWが、その後新たな時代からの要請を自覚しながらどのようにそこに在り続けたのかを知りたいという要望がESWの全員から寄せられた。「どうして」から、さらに「どのように向かい続けているのか」への語りの要望である。その理由は例えば「多職種連携の中で、どうすればMSWの視点を発言し共有できるのか。実は昔より今のほうが難しいのかなと感じることがあります」というピアのコメントに表れている。最終的にどのような形になるのかはまだ定まらない段階において、もうひと頑張りする力と一つの方向付けをくれたことに間違いない。

なお、作業の最終段階では、内田さんのエスノグラフィーをシークエンス分析により時系列にそって意味のかたまりごとに分節化し、さらに探求した<sup>2)</sup>。シークエンス分析は、時系列でのプロット(コードのこと)と呼ばれる筋に着目し、流れの中で何が起きているのかを重視する。「どうして私は救急医療に向かうことになったのか」というテーマについて、内田さんの記

述されたプロセスにそって理解を深め、目次とした。

## 7. おわりに

### —私のフィールドノーツより—

事例部会の準備は、3月から始まった。7月から文章を書き綴る作業が本格的に動き始め、大会直前まで作業は続いた。その間、内田さんとさまざまにやりとりする中で、私が記録していたメモから、一部を紹介しておきたい。

私が感心した資料「疾患・社会的背景による整理」が作られてきた背景について尋ねてみた時、「上司から、ソーシャルワーカーができるように、わかりやすい表にしてください。それをみればソーシャルワーカーの誰もがができるようなものでなければなりません。わかりやすくしなさい、とよく言われていた」と内田さんは語った。「そういえば」と、内田さんはある資料の写真を送信してきた。「図1 緊急入院から退院(転院)までのソーシャルワークの流れ」と「表1」というもので、ある本のもので2004年ごろ書いたものだが、この形では採用されなかったのだという。内田さんはこれを「お蔵入りになった資料」と私に説明した。「表1」は、認定研修での資料の原型になったものであることがわかった。「これに(表や図に)するのは大変」、「好きか嫌いかと聞かれれば、できればやりたくない」と口にするのではあるが、「やっていないことは書けなかった」「どこかの本から持ってきただけでは書けないもの」と話す口調は力強い。2004年ごろ作成されたこの図と表は、長い「お蔵入り」の期間を経て、2017年1月以降、救急認定ソーシャルワーカーを目指すソーシャルワーカー認定研修にて、内田さんの手によって再び伝えられる機会が巡ってくることとなる。内田さんのオートエスノグラフィーを読み深めるための参考資料として、この度提供してもらった。データ保存されておらず、折りあとのある紙のみであったため、資料に線などが入ったままであることはご容赦いただきました

い。

## 注

- 1) 土元哲平・サトウタツヤ (2022: 78) 「図 AE の方法論的志向それぞれが重視する姿勢 (縦軸) と著述 (横軸)」を参照のこと。
- 2) 筆者は本学会主催の2010年度セミナー(ソーシャルワーカーに役立つ質的研究法の理論と実際Ⅱ)及び2012年度セミナー(災害ソーシャルワークの確立Ⅱ 第二部東日本大震災のソーシャルワーク事例から学ぶ—研究方法を学び実践に活かす—)に参加し、セミナー講師であった松澤和正先生よりシークエンス分析について学んだ。

## 引用

- Ellis, C. and Bochner, A. (2000) *Autoethnography, personal narrative, reflexivity, in Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S., eds., Handbook of Qualitative Research*, second edition, California: Sage Publications. (=2006, 藤原顕訳「自己エスノグラフィー・個人的語り・再帰性: 研究対象としての研究者」ノーマン・K・デンジン, イヴォンナ・S・リンカン編『質的研究ハンドブック 3巻 質的研究資料の収集と解釈』北大路書房, 129-164.)
- 藤田結子・北村文 (2013) 『現代エスノグラフィー 新しいフィールドワークの理論と実践』新曜社
- 伊藤精男 (2015) 「人材育成研究における『自己エスノグラフィー』の可能性」『経営学論集』第25巻第4号, 25-43.
- 松澤和正 (2010) 「臨床看護師による質的研究

のために; その課題と新たな展開に向けて」

『臨床看護』Vol.36, No.8, 1102-1106.

沖潮 (原田) 満里子 (2013) 「対話的な自己エスノグラフィー語り合いを通じた新たな質的研究の試み」『質的心理学研究』第12号, No.12, 157-175.

土元哲平・サトウタツヤ (2022) 「オートエスノグラフィーの方法論とその類型化」『対人援助学研究』Vol.12, pp.72-89.

T. E. Adams, S. H. Jones, C. Ellis (2015) *Autoethnography: Understanding Qualitative Research*, Oxford University Press. (=2022, 松澤和正・佐藤美穂訳『オートエスノグラフィー 質的研究を再考し、表現するための実践ガイド』新曜社.)

## 参考文献

- 松澤和正 (2011) 「『臨床実践としての研究方法論』の可能性 研究的臨床実践とシークエンス分析の試み」『精神科看護』Vol.38, No.3, 5-11.
- 松澤和正 (2012) 「ケアはいかにしてナラティヴに出会うのか その困難さと容易さから見えるもの」『N: ナラティヴとケア』第3号, 7-13 遠見書房.

## 資料

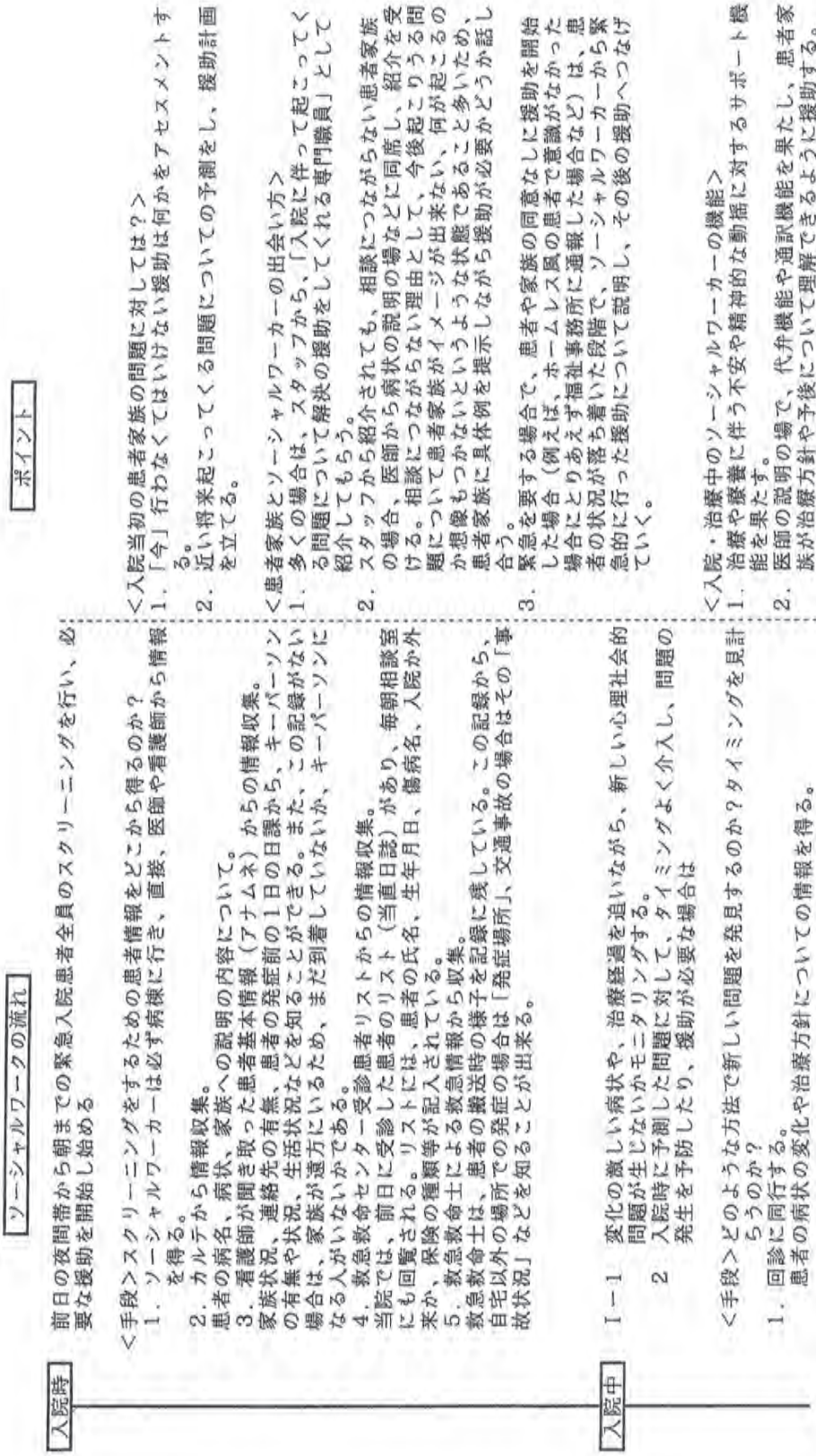
「お蔵入りになった資料 (図1と表1)」(2004年内田敦子氏作成/ご本人より提供)

## 謝辞

この度の事例部会の準備においてコメントをいただきました全ての方々に御礼申し上げます。

(図1)

緊急入院から退院(転院)までのソーシャルワークの流れ





3. 救急医療終了後の療養生活や転院先についてのプランをたてるケースマネジメント機能。

- 2. 医師の説明に同席する。病状や治療経過の説明や今後の方向付けについて話し合う場に同席し得た情報が必要な援助に生かす。家族の状況、理解度、心理的な状況などについてアセスメントする。
- 3. カルテや看護記録より情報を収集する。

II. 患者や家族、その他患者の関係者からの相談・援助の依頼を受け援助開始する。

- <手段>相談窓口があることを患者家族が知る方法は？

  1. ポスター・パンフレットの設置
  - 救急救命センターの受付や待合室、ICUの入り口などに、相談窓口についてのワーポスターやパンフレットを設置して、患者家族が利用しやすくする。
  2. 「入院の案内」や「病院パンフレット」にソーシャルワーカーの機能について掲載する。
  - これらのパンフレットは入院患者全員に配布されるため、相談を必要ととする患者家族の目に必ず触れることになる。

III. 院内スタッフからの依頼で相談・援助を開始する。

- <手段>スタッフが患者家族の持つ心理・社会的問題について発見する方法は？

  1. 回診、看護師の申し送り、ミニカンファレンスなど。
  - 回診同行、看護師の申し送りに同席、ミニカンファレンスなどの場で、ソーシャルワーカーが心理社会的問題への理解が深まるような情報提供を行う。
  2. ソーシャルワーカーがオリエンテーションを行う。
  - 看護師の勉強会で、ソーシャルワーカー業務や患者家族の持つ心理社会的問題について話す機会を設けてもらい、理解を深めてもらう。また、そのような機会を通して、スタッフとの良好な関係を築くこともつながる。

救急医療が終わった段階で、スムーズに次の療養環境へつなげるための援助を行う。

退院  
転院

<家族への配慮>  
患者の病状に予断のない入院初期段階、突然の病態の変化が予測されるような疾患、家族の精神的動揺が激しい時期などは、相談を受ける側からの、家族への配慮が必要となる。

1. 緊急の相談に対応できる体制作り
- ポケットベルの利用、担当者だけではなく部門のスタッフだれでもが受けられる体制作りをしておく必要がある。
2. 家族への連絡方法
- 電話連絡の場合、「病院からの連絡」は家族の緊張を高め、また、職場へかける場合も職場では病状を説明してこないことなどもあるなど「病院からの連絡」には敏感になっている場合がある。連絡方法については家族ともよく話し合い、何処に連絡し誰と話すか決めておくことも必要になる場合がある。
3. 危機介入の時期は特に短期集中的なサポートが必要になるため、回接の時間、回数などは家族の希望にできるだけ添うようにする。しかし、危機状態を脱した後までも過剰な依存関係におちいらないように注意する。家族の心理的な状況についての適切なアセスメントし、対応の仕方には十分配慮しなければならない。

- <救急医療の場からの転院の特徴>

  1. 急性期の医療を行う救急医療機関では入院期間が区切られている。(救急救命センター)に入院できる期間は2週間)
  2. 患者・家族は、やっとな病状が落ち着いたと思ったり、退院(転院)となるため、再発、療養の不安が生じる。
  3. 病状が落ち着いたとはいえ、医療依存度が高い場合が多い。
  4. 医療依存度の高い状態での転院は、受け入れ病院が少なく、受け入れが決まった場合も待機が非常に長い。
  5. 待機期間の患者ではなく、転院先の確保などは、ソーシャルワーカーだけでなく、病院全体の問題でもあり、また社会的にも働きかけなければならぬ課題である。



<p>転院が必要となる場合が多い。 ・「頭部外傷」の場合、高次機能障害が残る場合がある。また、若年であることが多い。</p>	<p>病院への転院先探しを行う。 ・医療費や生活費などについて、中・長期的なめどをたて、療養生活が送れるよう助する。 ・患者が若年である場合、介護者への心理的サポートと、今後の生活設計についての援助を行う。</p>	<p>転院外負担が多額であることが多い。 ・高次機能障害の病院内に十分な情報を十分収集しておく。 ・病院や療養型病院は少ない。自宅での療養か、精神科への転院となる場合が多い。</p>
<p>・「広範囲熱傷」</p>	<p>・長い経過をたどるため、医療費や生活費について長期的な計画を立てる。それに伴い、療養を支援する家族への支援や心理的な援助を行う。 ・顔面に傷がある場合、容貌の著しい変化するため、患者だけではなく、家族へのサポートの受容の援助、家族会の紹介などが必要である。</p>	<p>・何度も手術を繰り返したり、場合によっては手術の切断などがある。救急医療の中でも長い経過をたどり、何度も生命の危機を乗り越えなければならぬ疾患である。</p>
<p>どのような社会的状況の患者なのか（主なもの） ・ホームレスや身元不明者など</p>	<p>・医療保険の加入がないなど医療費の問題が生じる。 ・患者の意識がない場合や判断能力に欠ける場合、退院先や死亡時の身柄引受人がいない、家族が見つかってもも関わりを拒否する場合がある。などキーパーソンがないことによる問題が生じる。 ・退院後の生活の問題が問題になる。 ・社会的基盤が弱いという理由で転院先が見つかりにくい。</p>	<p>・最優先に、最低限を行わなければならないことが何かを見極めること。 ・生活保護は申請日からしか開始されない。当日中（休日の場合は入翌日中）に福祉事務所に一報を入れること。 ・事件に関与している場合、警察の問い合わせなどがあるため、患者の権利やプライバシーについて留意して対応しなければならぬ。</p>
<p>生活背景や、所持金、家族関係などの情報を得て、療養生活が送れるかどうかを確認する。 ・本人からの情報が得られない場合、運ばれてきたときの状況を関係機関と連絡をとる。 ・家族が見つかってからの場合、家族の協力度の確認を行う。 ・患者の状況がわからない場合、とりあえず、救助された場所を管轄する福祉事務所や、連絡を入れる。 ・死亡が予測される場合は、その対応について院内外の関係機関と打ち合わせをおく。 ・予測される退院後の身体状況に応じて、早期から退院後の生活の場所について本人や関係機関とも相談を行う。</p>	<p>・最優先に、最低限を行わなければならないことが何かを見極めること。 ・生活保護は申請日からしか開始されない。当日中（休日の場合は入翌日中）に福祉事務所に一報を入れること。 ・事件に関与している場合、警察の問い合わせなどがあるため、患者の権利やプライバシーについて留意して対応しなければならぬ。</p>	<p>・死亡の場合の手順について理解しておく。身元不明者の死亡届の出し方、埋葬について。休日の対応など。 ・協力が得られない家族へは、患者にとりて最低限必要なことのみを援助してもらえらるよう働きかける。</p>

・オーバーステイの外国人

- ・医療保険に加入していない場合が多く、医療費の問題が生じる。
- ・言葉が通じない。
- ・異国の地で受療についての不安が強い。
- ・文化や習慣の違いによる不適応の問題が生じることがある。
- ・頼りになる人、援助できる人がいない場合がある。
- ・退院先(転院先)の問題が出る。
- ・死亡時の対応、身柄の引受先の問題が生じる場合がある。
- ・長期療養が必要になった場合、自国へ帰国する必要がある。その際、交通費、出国手続き、症状によって医師がつきそう場合の交通費、受け入れ病院についてイネートが必要になる。

・遠隔地から搬送された患者(ドクタターや洋上救急など)で運ばれた患者・高速度路上自宅から離れた場所が発症した患者)

- ・慣れない土地での家族の付き添いが必要となる。そのため、宿泊場所についてや生活上の不安が高い。
- ・遠隔地(自宅近く)への転院が必要になる場合がある。

・施設入所者や他院入院中の患者(入院先の病院では対応できず運ばれてきた患者)

- ・急性期がすぎた段階での患者の状態では、もとの施設(病院)に尿れない場合がある。
- ・介護保険施設などでは、入院とほぼ同時に契約が切れてしまいう場合がある。

・滞在状況の確認、どのような状況での発症かなどの情報を得、利用できる制度の有無について検討する。

- ・通訳の確保を受ける。
- ・必要な医療を受けるための方法について情報を院内外から収集する。例えば、医療費の概算、治療を受ける場所、本国での治療は可能か、など。
- ・死亡が予測される場合は、対応について、大使館などからの情報を得、その対応について関係機関との打ち合わせしておく。
- ・手を尽くしても医療費を確保できなければならぬ場合でも、人道上治療を行わなければならない場合は、人道の責任者にもその事情を説明し理解を得る。
- ・本国へ帰る場合、そのためのコーディネートをを行う。

・宿泊先の斡旋を行う。病院所在地の情報などの提供をする。
- ・家族の状況に応じて、面会時間や面会回数についてスタップと相談し、より安心して付き添えるよう工夫をする。
- ・患者の病状を把握し、適切な時期に適切な医療機関に転院できるよう、医療スタッフと協同し、早期から患者の地元を病院探しをはじめめる。
- ・飛行機での移送や、新幹線での移送など遠隔地への移送手段について準備を行う。

・入院時から、もとの施設(病院)と連絡を取り、どのような身体状況ならば戻れるかの確認をしておく。
- ・介護保険施設などの場合は、ケアマネージャーや施設の職員、関係機関などと連絡を取り、救急医療終了後について相談をし、施設に戻れるような患者の状態の場合は、ベッドの確保を依頼。

・外国人に対する公的援助の制度、支援している団体や地域の窓口などの社会資源についての知識。

- ・患者が何らから理由で、人権を脅かされたり医療を受けることができないようなことがないよう配慮する。
- ・通訳は、病状の説明や病名の告知など、患者のプライバシーにかなわないことを知ることになるため、状況に応じ専門の通訳ボランティアなどに依頼すること。
- ・外国人を支援している団体や地域の相談窓口、などの社会資源を知っておく。

・病院近くの宿泊施設、安価で利用できき施設などの情報を日頃より収集しておく。

- ・SWにとつて不慣れた土地への転院であるため、転院先病院の情報収集する手段を確保する。
- ・移送時、医師や看護師が付き添う場合があり、その場合の費用について家族に負担してもらおう必要がある。

・精神科単科病院から何らかの合併症で搬送された者は、病状が安定しても、精神疾患の治療を行いつながりながら内科的な治療を行える病院、リハビリが行える病院が極端に少ないため、転院先の確保を入院当初から考えなければならない必要がある。

<p>・「自殺」による入院</p>	<p>・健康保険の使用の可否による医療費の問題が生じる。          ・自殺に至った原因によっては家族の生活が揺るがす場合がある。          ・自殺という事態に対する家族の精神的ショックが大きい。</p>	<p>・保険適応できない状況かどうか、精神科医や家族に精神科受診歴について確認をとる。          ・患者の自殺企図によって起きてきた問題で、病院のSWが援助できない問題の場合、適切な相談機関を紹介する。          ・起こった出来事に対する、家族の気持ちなどを聞くなどのサポートを行う。</p>	<p>・精神疾患による自殺企図の場合、保険使用ができる。その際、セラプトに精神病名の記載が必要である。          ・家族の抱える心理的問題の状況によっては専門的なケアが必要なもの場は専門機関へ紹介すること。</p>
<p>・「交通事故」や「傷害事件」による発症</p>	<p>・事故や事件の状況によっては、医療費が自費扱いになる場合もあり、医療費の問題が生じる。          ・事故、事件を起こしたことによる精神的なショックが大きい。</p>	<p>・交通事故状況の確認、医療費の出所（労災・自動車保険など）の確認する。          ・様々な手続き（警察との対応・保険の届け出など）を行う家族へのサポートを行う。</p>	<p>・道交法の改正により、酒気帯び運転、無免許などの場合は健康保険を始め、自動車保険の利用もままならなくなっている。          ・ひき逃げや、犯罪被害の場合の救済制度などについての知識。</p>



## [事例部会]

# どうして私は救急医療へと向かうようになったのか

## —オートエスノグラフィーへの挑戦—

内 田 敦 子\*  
野 村 裕 美\*\*

### 1. はじめに

この度は、なぜ私が MSW として、救急医療に向かうようになったのかという報告をさせていただきます。ただ、そのようになったことを考えた時に、そもそも自分がどうしてソーシャルワーカーを目指し、どんな風に仕事をしてきたのか、からお話ししなければならぬと覚悟を決めました。本日のお話は、私自身が、「MSW は救急医療に介入が必要だ」と実感するまでのお話です。自分が考えたことややってきたこと、そのままそのものが、救急医療に向かった理由です。私の話を聴かれた皆さんは、「ソーシャルワーカーとしてどうなのか」や、「何をやっているのか」と思われることもあるかもしれませんが、また、私がお話しするのは、急性期病院、あるいは病気を発見するような大学病院の MSW であった私の話であることをご理解ください。

### 2. MSW になる

#### 2-1 MSW の就活（前職場と東海大学医学部附属病院に就職するまで）

私が MSW として働き始めたのは、1985年、

関西にある、長期入院が可能な主に高齢者のためのリハビリテーション病院でした。当時、この仕事はそれほど有名でもなく、病院での募集もほとんどない時代でした。ソーシャルワークを大学で学んだものの、その専門性について、気持ちは持っていてもうまく説明することは正直できませんでした。大卒後、私は MSW という存在は病院でどう働けばよいのか、よくわかっていないまま、入職をしました。そこで3年間働くこととなりました。一つ一つのことを、他の病院に MSW として勤務する同窓の先輩に相談をしながら、まるで暗闇の中を歩くかのように手探りの状態で仕事をしていたと記憶しています。実務についていても、専門性などを語れるわけもなく、専門職だという自負ばかりで、人に「それはどんな仕事？」と聞かれると、「患者さんの立場にたった支援を行う職種なんです」というあいまいな返答しかできませんでした。専門性を教えてくれる先輩もいない職場でした。ただ、患者さんの気持ちをきちんと聞く、患者さんの周囲で起こっていたトラブルや課題について丁寧に対応する、ということを大切にすること、それが私の仕事だと思い、一生懸命自分なりにソーシャルワークをしようとしていました。

\* Atsuko Uchida : 元東海大学医学部附属病院

\*\* Yumi Nomura : 同志社大学／

公立大学法人長野大学大学院総合福祉学研究所社会福祉学専攻博士後期課程院生

当時この業界では、「MSW は医療職か福祉職か」について議論が高まっていました。そんな時代に、私は結婚で関東に行くことになりました。関東で、新たに MSW の仕事を見つけるために、研修会で出会っていた関東の大学病院に勤務する MSW の友達へ連絡をとり、いろいろな話を聞きました。友人たちから伺うこの仕事への姿勢や、先輩たちの活動は、私にはとても魅力的なものでした。そんな思いを抱く中、大学病院に就職が決まりました。

## 2-2 大学病院に入職したころの私

大学病院に入職すると、この業界の第一線で活躍していた MSW の上司と、非常にクレバーな先輩に出会うこととなりました。3年めでの転職でしたが、院内に、同じ立場の相談できる人ができたという安心感からか、当時の私をふりかえると、「非常に子供っぽかった」と思います。子供っぽいというわけは、技術が未熟であったこと、それだけではなく、支援をするにしても何をやるにしても、何でも先輩に相談をし、自分で判断をすることができなかつたからです。どうしようもないソーシャルワーカーでした。

当時の私は、アセスメントができませんでした。それには理由がありました。いつも私の気持ちの中に、「私が今、会っているこの人とは、ある側面だけでの出会いでしかないのに、この人を私が評価できるのだろうか」という疑問を持ってしまっていたからです。そんな簡単に、この人の負ってきた人生を、私が評価してよいのか。私の想像を絶するほど大きな荷物を背負い、これまで生きて来られたに違いない。そう思った途端、よくわからなくなり、思考が前に進まなくなってしまうのです。

## 2-3 家族療法の治療チーム

そんな頃、私は家族療法に出会いました。精神科の研修医を対象とする家族療法の勉強会に誘われたのです。月に一回の抄読会、そしてスーパーバイザーである分析医が解説をしながら実

際の家族療法のビデオを見る、そんな勉強会でした。私はそこで、分析的な人の見方を学ぶことができました。また、その人がなぜそういう行動をとるのか、そういう発言をするのか、という問いを立てながら関わるということを興味深く学ぶことができました。その後、実際に摂食障害の患者さんと家族さんに関わる治療チームに入り、家族療法を行う実践に取り組むことになりました。

家族療法との出会いは、私が抱いていたアセスメントへの不安を解消し、これまできちんとクライアントと面談ができていなかったことを気づかせてくれました。「聞くことを恐れてはいけないこと」を再認識する機会となったのです。専門職の営みには、クライアントへの声かけ、その質問の一つ一つに意味があると教えられてきましたが、その意味が自分で説明できるようになったといえます。「どうしてそうなったのか」を考え、聞くことは、クライアントに対して決して失礼なことではないということに気づけたことが、一番の学びだったと思います。その人が発した言葉をまずはそのまま受けとめ、その背後に何があるのか、どうしてそう表現するのかを分析する思考を学んだおかげで、クライアントの様々な可能性や行為を理解できるようになったのだと思います。分析する力に加え、想像する力も以前よりもずっと広がったと実感できました。

## 2-4 MSW としての自立

試行錯誤しながら、私は私なりの速度で MSW として少しずついろいろなことができるようになっていきました。それなりに一般的なケースについては課題解決することができるようになり、困難なケースに直面しても、上司にアドバイスを受けつつ対応ができるようになりました。

名前も病名も今は覚えていませんが、私がその後 MSW として活動する中で、早期介入の大切さ、それを実現するためのヒントをいただいたケースに出会ったのは、ちょうどその頃だっ



たと思います。今からのお話は、事実というよりも、MSWである私が当時そのようにとらえていた、という視点で読んでいただくと幸いです。

### 3. きっかけをくださったご夫婦

#### 3-1 前打ち合わせ

ちょうど、在宅医療が推進され始めた頃のことだったと思います。1990年代半ばの話です。退院することとなったその人は、在宅での医療的ケアが必要でした。私が関わったのは、退院にあたり、訪問看護を導入することとなったため、訪問看護ステーションとの調整をしてほしいという依頼だったと思います。

私は病棟の看護師とともに、まず患者さんとご主人に訪問看護の説明をし、家に帰ることの意思の確認をしました。当時はまだ介護保険制度はなかった時代です。健康保険での訪問看護であり、看護師が家に来ること、訪問看護師にどんな支援をしてもらえるかなど、患者さんとご主人と一緒に話をする場を設け、契約についての説明をしました。

後日、訪問看護ステーションの訪問看護師が病棟にやってきました。その時、相談室には今でいう退院調整ナースのような役割の看護師がいました。相談室の看護師と病棟師長が相談したのか、「共同指導」に入る前に、訪問看護ステーションと当院スタッフ間で打ち合わせを行わないか、と私は提案されました。いわゆる本人も家族も入らない、前打ち合わせでした。私は、家族も一緒に話をすすめていきましょう、とご主人にあらかじめ伝えていたので、「初めからご家族と一緒に話をしたほうがよいのではないのでしょうか」と看護師らに伝えました。しかし、「どんな感じかを訪問看護ステーションさんに伝えておいたほうが話も早くてよいと思う」という意見に私は引きずられ、これ以上意見を言うことができなくなり、口をつぐんでしまいました。

#### 3-2 普段割とやる段取り

前打ち合わせでは、病状などについては主治医から、在宅での必要な看護については病棟看護師から訪問看護師に説明がなされ、おおよそどの程度の訪問が妥当かというアウトラインが話し合われ、その計画を家族に伝えようということになりました。このような進め方は、普段入院相談をする際にも行っていた段取りとそう違いがありませんでした。専門職間で、事前に、ある程度の患者情報をやりとりすることはありますし、そのようなことがあることについてはご家族にも伝えていました。その瞬間は、大きな違和感がありませんでした。ただこれまでは、訪問の内容ではなく、このような患者さん宅へ訪問できるかという打診のようなものでした。

#### 3-3 怒る家族

その後、患者であるAさんとご主人を部屋に招き入れました。訪問看護師が、たしか「今、ご病状や、看護についてお話を伺い、今後の療養について計画を立てました。訪問看護としては・・・」と話し始めましたが、私はその時の口調について、「この計画を受け入れてほしい」という印象を与える切り出し方だなと感じた記憶があります。その時のことです。突然、ご主人が怒り出しました。正確な言葉は覚えていませんが、おおむね「私たちの何を聞いたのですか。これは、私たちがお願いしてきてもらうためのものですよね。勝手に私たちのいないところで何を話したのですか。おかしいではないですか。私たちの家に来るわけだから、私たちの都合が優先ですよ、誰が契約すると思っているのですか。馬鹿にするな。もうそういう人たちに来てもらいたくない」というような内容だったと思います。そして、患者さんを連れて、ご主人は部屋を飛び出されてしまったのです。

私は、おろおろとしつつも、冷静さを取り戻し、今起こっていることの要因はやはり、患者さんやご主人としては、自分たちがおいてきぼりにされた感をもってしまったことではないかと思いました。「患者や家族が訪問看護ステー

ションと契約を結ぶにあたり、今回本人や家族より先に、本人たちを抜きに、話し合いをしたことがまずかったのではないのでしょうか」と主治医や看護師に伝えました。そして「ご本人たちにきちんと謝罪をして、仕切りなおす必要があると思うのですが」と伝えました。すると、医師も看護師も、「必要なサービスだし、こちらとしてはより良い方法で対応しているのに、それが分からないのは残念だ。どうしてこっちの気持ちがわからないのか。」と返してきたのです。つまり、具合が悪いのは患者や家族のほうで、意図を理解できない家族というレッテルがそこで貼られてしまいました。当初この会議では、今後の支援について、本人や家族の気持ちを伺いながら、医療スタッフが必要だと思うことと、彼らが必要だと思うことをすり合わせながら、本人や家族が決めることになることを私は想定していました。しかし実際は本人と家族を抜きに進めることとなり、そのことを私は「謝罪したい」と話をしました。すると、「それはMSWがしたければすればよい。実際は退院後、訪問看護を入れないと難しい。それについては何とかこちらでご本人とも話を続ける。」というような内容の返事が返ってきたように思います。

### 3-4 帰宅後にかけた電話

私は気持ちが収まらず、ご主人が自宅に帰ったと思われる時間を見計らって電話をかけました。事前にスタッフ間で打ち合わせをすることを、患者さんたちに伝えずに行ったことをまず謝罪しました。そして、スタッフも、Aさんの在宅での療養を少しでも支援したいと考えてのことであったと、言い訳をしました。ご主人は、電話の間中、「自分たちは馬鹿にされた」、「自分たちの気持ちを考えずに、上から押し付けようとしている」、「学歴があるからと言って馬鹿にするな」、「俺たちが雇うんだから、どう雇うかは先に自分が決める」、「人の気持ちをわからない人たちだ」と、何度も何度も繰り返し私に発してきました。語調は非常に攻撃的で、こち

らが何を言っても聞き入れてもらえないだろうという状況が続きました。私は、ただただ謝り続け、電話を切りました。

その後、患者さんは、訪問看護ステーションと契約をし、自宅退院となったそうです。訪問の契約回数は、病院スタッフが提案した回数より少ない回数で導入したそうです。私はその後、こちらから、患者さんに会うことはありませんでした。何もできませんでした。

### 3-5 「事件」の翌朝の上司への報告

事件のあった次の日に上司に報告しました。「昨夜は、夜も眠れなかった」と伝えると、上司は「そう」といい、「どうしてそうなったのかね」と私に考えるよう促しました。そして、「これからどうするのか、を考えるように」と言いました。

以下は上司にいわれて考えたことです。

- ・本人は病状が良くなったの退院ではない。家の中に人も入れなければならない状況について受け止めることができないという気持ちがあったところに、土足で踏み込まれたような気分になったのではないかな。
- ・本人、とりわけ家族であるご主人は、日々の治療の中でちゃんと医療者と対等に話せていなかった、いつも上から目線で言われている、あるいは医療者に対して、自分たちは馬鹿にされているといつも感じていたのではないかな。
- ・大勢の医療者に取り囲まれて、自分たちの生活の話をしなければならなかった思いにMSWである私は寄り添えていたかどうか。
- ・経済的にはどうだったのだろうか。

私は、このようにいろいろな要因があったということを考えることはできました。しかし、いろいろな理由は考えることができても、ではどうすればよいのか、この先のことは考えること

ができませんでした。さらに、ある種のレッテルが張られてしまっている家族に申し訳なく思いました。上司にも、「どうしていいかわからない、病棟が主となって退院について調整をしているから、今は私は何もできないと思う」と伝えました。私の頭の中には、「大失敗をした」という思いしかありませんでした。

### 3-6 思いもよらない再会

Aさんが退院した数日後、たまたま病院のホールにご主人が一人で座っている姿を私は見かけました。迷いながらも、ご主人に声をかけることにしました。迷ったのは、電話で謝っただけで、その後私自身が支援できなかった後ろめたさがあったからだと思います。ドキドキしながら声をかけた私に、ご主人は、思いのほか今までとは違う落ちついた優しい声で挨拶を返してくれました。こちらが話を切り出すより早く、あの日のことについて、「申し訳なかった」と話してきたのです。ご主人自身、自分の気持ちが抑えられなかったこと、誰もが一生懸命にやってくれていることはわかっていたが、いつでも我慢することばかりでよい方向に向かない、もどかしい気持ちを持っていたと話をしてくれました。さらに、患者や家族は、医師や看護師のことを聞くしかない、どうにもならないのだ、という気持ちを吐露してくれました。今日は、退院後初めての外来でしたが、急遽このまま入院しなければならなくなったそうです。そして私に、「どんなにあがいても病気には勝てない」といいました。さらにご主人は、自分の発したひどい言葉について謝り続け、にもかかわらず聞いてくれたことを今は感謝していると話してきました。さらに、「あなたが聞いてくれたからじゃないけど」と言いながら、妻の病気が分かった時からのこと、妻の病気への思いなどをその場でたくさん話してくれました。妻を失うかもしれない不安、病院の中でその流れに巻き込まれる思いをたくさん話してくれました、それをきいた私は、この夫婦のつながりや病気になったことへの思いについて何一つも

聞かず、訪問看護のことだけを考えていたMSWとして、その時初めて恥ずかしく思いました。その思いを聞くこともできず、支援を進めていた自分に気が付くことができました。

### 3-7 MSWに関するある噂

このケースは、訪問看護という制度が始まった当初のものでした。在宅医療の推進が叫ばれていた走りの時代でもあり、師長をはじめ看護も訪問看護の導入については積極的になっていたところでした。それまでは、MSWが在宅ケアをしてくれる潜在看護師を探したり、医療処置の内容についても調整していました。費用も負担が大きいため、患者さんやご家族との面談も何度も重ねて準備をしたものでした。その面接の中で、患者さんやご家族ともMSWは関係性を構築することもできていたのだと思います。しかし、医療保険で訪問看護が受けられるようになり、看護師が医学的側面や看護的側面について訪問看護ステーションの看護師と連携をとるようになってくると、いつの間にかMSWの私の業務は、ただ、ご自宅近くの訪問看護ステーションを探し、当院の看護師と結び付けるという役割だけを果たそうとするものに変わっていったことに気づかされました。改めて、退院支援の中でのMSWの役割を認識させてもらったケースです。

この頃、他にも、脳神経系の病棟では、MSWが担当につくと、患者さんのご家族が「そろそろ転院の話が来る」と噂をされているような体験もしました。「MSWは転院係や退院係ではないのに」と、どうすれば私たちの仕事が理解されるのかを相談室では悩み模索し始めました。退院支援を行うにあたって、「訪問看護導入の調整」「転院先との調整」だけがMSWの仕事ではないということをどうやって伝えていけばよいのだろうかと思っていました。

### 3-8 刻々と変化するもの

この、「Aさんとそのご家族との出会いがどうして救急医療へと私が向かう一つのきっかけ

となったのか」を言葉にしてみると、人が病気になり、はじめて告知をされた時、この先どうなるのかわからない不安に誰しも直面することとなるのではないのでしょうか。その状況は、いかなる傷病にも共通することだと考えます。何の心の準備もなく突然やってくるその状況は、医療につながった後も傷病の状態、心の状態、社会的な状況がからみあいながら「刻々とした変化」として現れ、その変化のたびに不安は押し寄せます。先ほどのケースで、私は急遽妻が再入院となる外来受診時の偶然のご主人との再会の際に、「いつでも我慢することばかり」、「よい方向に向かない、もどかしい気持ちを持っていた」、「どんなにあがいても病気には勝てない」とご主人が私に語る場面がありましたが、結局私はこのご夫妻に何もできなかったことを実感する瞬間でもありました。この、「刻々とした変化」は、患者さんご自身やご家族の中に起こるものであり、ご本人たちとラポールを築こうと関り続けてこそ、聞かせていただける声なのだと思います。

「何の心の準備もなく突然やってくるその状況」は、救急医療では必然であり、患者さんたちすべてに該当することです。できるだけ早く患者さん、ご家族に出会い、彼らの中に起こってくる「刻々とした変化」をできるだけ早く見つけることができれば、不安や負担を軽くすることができます。それがソーシャルワークなのではないでしょうか。そのようなことを考える一つの大きなきっかけとなりました。

## 4. 救急の扉をたたくことになる

### 4-1 病院組織の変化

2000年を目前にし、少子高齢化に伴う人口構造や疾病構造の変化に伴い、医療法の改革、つまり DPC の導入など、病院を取り巻く環境が変化を求められていました。病院では、平均在院日数の削減とベッドの効率的利用が経営上では最優先課題とされ、在宅医療室が設置され、化学療法の外来化など院内改革が活発になされ

ていきました。当院発祥の PFM のシステムについての原型が提案されたのも、ちょうどこの頃です。

PFM とは、「Patient Flow Management (ペイシェント フロー マネージメント) (通称：PFM)」のことで、当院が新しい病院を作るにあたって作ったシステムを指します。入院から退院まで、患者支援センターというワンフロアで、看護師をはじめ入院の担当事務、医療連携、MSW が常駐し、センターで流れを見ていくようなシステムです。新病院になる 5 年前くらいから、看護師と MSW も参画する委員会のメンバーとして私も入り、退院阻害因子の抽出をし、それをいかに早く発見するかについて検討を重ねていました。例えば、それまでは、患者さんが入院してきた時に看護師が、昔でいうアナムネをとっていました。それを入院前にとることにしたのです。すると、外来でできる検査のし忘れが減り、入院してからアナムネをとる時間の削減などが実現できるようになりました。さらに、必要な検査は外来でできているわけですから、入院と同時に、手術や治療がすぐに始められ、在院日数の削減にもなったわけです。

当時、かなりの数の病院関係者が見学にきました。その後 PFM が共通言語になっていくこととなりました。当時はとても斬新なもので、見学にきた他の病院がうまくそれを取り入れやっておられることと思います。

### 4-2 相談室内の話し合い

相談室の中でも、MSW ができることは何かを考える話し合いが、日々なされていました。当時は、「医療費を払うことができない」、「退院先がない」などの患者の問題を医師や看護師が把握してから MSW に依頼してきていたため、患者さんにとっては対応が遅れることで、さらに状況が悪化することとなりました。また組織にとっても医療費の未収や在院日数の長期化として問題が顕在化していきました。「もう少し早くわかっていればよかったのに」という思い

をMSWが抱くことがしばしば起こっていました。

例えば、医師らから転院支援を依頼されて、MSWが家族に電話すると、「そんなことまで面倒は見られない」という返事をもらうことがありました。そして、家族は病院から足が遠のきます。医療者からは再び、「家族が急に来なくなっただけ、何とかしてほしい」という連絡がMSWに入るわけです。また、身寄りがなく、キーパーソンに相当する人がいないという患者さんについて、入院後一か月も経過して初めて、「家族がいない人だ」「誰に相談していいかわからない」「医療費が支払えないのではないか」ということが病棟で発覚するなどのケースです。私たちMSWがどんなに頑張っても、キーパーソンのいない患者さんへの支援には時間がかかりますし、生活保護の申請をするにも、遡ってもらえるものでもありません。結果的に、「大きな病院への入院」という事態は、患者さんに大きな借金を負わせることになり、抱えている課題が複合的に大きければ大きいほど、さらにこの後の療養先の候補にも断られてしまうなどの困難が生じることとなりました。新病院となる新しいシステムの中で、「その人が、病気と分かったその時からできるだけ早く支援ができないだろうか」「できるだけ早く患者さんやご家族にかかわることができないか」と、そんなシステムを作っていきたいという思いが強くなっていきました。

#### 4-3 依頼を待たず動くMSWへ

そこで、私は「救急救命センターに入院してくる患者に対して、スタッフからの依頼を待たずに、ソーシャルワーカーの目で問題を発見し、早期に対処していくシステムを作ってみるのはいかがでしょうか」ということを提案してみることとしました。まず初めに、MSW部門に提案してみました。MSWが入院患者の全てに、ニーズや困りごとなどを早期に発見し、早期に対応することで、「入院—療養—退院」までの一連の経過の中で切れ目なく（スムーズに）関わることが

できるのではないかと理由からです。それは組織に対しても、在院日数の削減や医療費の未収の防止などとして貢献できることになるのではないかと考えました。以上の理由を、MSWの上司に説明をしました。その上司は、以前から整形外科の回診に参加し、ソーシャルワーク支援が必要だと思われる脊髄損傷の入院患者さんを見つけ、早期に介入する実践を重ねていました。私の提案について理解を示してくださり、そのシステムを相談室全体で検討する場にあげてくださり、実施することとなりました。さらに、私にその担当を任せてくれました。次に、救命センターに提案をしてみる段階となりました。MSWからの新たな提案を受け入れてくれるかどうかの確約が得られていなかったため、上司は、救急救命センター長とセンターの看護師長に先に交渉してくれることとなりました。この新たな提案は、センター側からも異論なく受け入れられ、実現の運びとなりました。

## 5. 救命センター担当のMSWの活動

### 5-1 カンファレンスへの参加

担当になった私は、まず、どうすれば情報を得ることができるかを考えていました。この情報とは、一つ目は患者自身の情報、二つ目が病院側が個々の患者さんに迫る「入院—療養—退院」までの一連の流れについての情報です。この二つのことが患者さんや家族さんにどのような影響を与えるのかを把握する必要がありました。今では、情報収集のためのツールやシステムは電子カルテなどが発展し誰でもどこからでも見ることができます。また、カンファレンスや回診にコメディカルが参加することも盛んに行われています。当時は、「カンファレンスや回診へのMSWの参加は医師の領域に踏み込むことだ」という認識がまだまだあり、様々な工夫をしなければいけませんでした。実際、他の診療科を担当している際に、「MSWが回診やカンファレンスに参加することは、医師の領域に踏み込むことだろう」という意見が院内にあ

ることを感じたことがありました。どのように医局にアプローチするといいかを思案しました。

救命センターの医局を訪問する初めての日。医局にいる医師らにあいさつをし、その時に、「MSWとして早期に介入するために、入院してきた患者さん全員についての情報を入手したいのですが、どうすればよいでしょうか。よい考えはありませんでしょうか。」と医局員全員に率直に尋ねてみました。すると、医局長が、毎朝8時からカンファレンスをやっていることを教えてくれました。さらに、その場で、MSWである私が参加することを他のスタッフに「いいと思わないか?」と言って了解を取ってくれました。朝8時に参加するには、我が家の子供の保育園の預かり時間を繰り上げてもらわなければならない、「困ったな」という思いがわきつつも、この機を逃すわけにはいかないと思い、「はい、参加します」と即答してしまいました。そこで、まず、1つ目の情報入手のツールが手に入りました。

## 5-2 来院患者リストと事務職員による日誌記録

カンファレンスに参加してみると、夜間帯から入院した患者のプレゼンテーション、重症患者の今後の方針などが協議されていました。当時はまだ電子カルテが導入されておらず、また、MSWには患者一覧のようなものが配布されなかったもので、報告に合わせて急いで患者氏名や情報等をメモしていきましたが、ついていけない状況ではありませんでした。そこで、救命センターの事務職員に、「何か名簿のようなものはありますか」と相談したところ、「毎日記録をつけている来院患者リストがありますけど」とリストの存在を教えてくださいました。そのリストを見せてもらうと、そこには、名前、ID、住んでいる市町村、病名、年齢、来院時間、帰宅時間、入院した病棟、運んできた救急隊の所属、救急の区分、保険区分などが書かれています。「これは、宝の山だ」と思った私は、そのコピーをもらえないかと交渉をしました。こ

れが2つ目の情報入手ツールとなりました。

「現場」に足を運んでみると、いろいろなものが見えてきます。来院患者リストの提供を事務員さんに交渉している時に、さらに私の目に留まったものがありました。それはリストとともに、彼らがつけている日誌の記載内容でした。例えば、「名前も住所もわからない患者が入ってきたが、後ほど家族がきて身元確認できた」、「名前が分からず〇〇とした」、「労災の予定」、「入院時トラブルになった」などの内容です。患者が病院にやって来た、まさにその時の状況の記録でした。「この日誌の部分もぜひコピーをいただけないでしょうか。毎朝取りに来ますから、いただけますか。」とお願いをしました。こうして、私は、毎朝8時前に救命センターの受付へ行き、来院患者リストと日誌部分の写しを受け取り、カンファレンスに参加することとなりました。

これらのツールにより、メモ取りに追われることなく、カンファレンスに集中して参加することができるようになりました。カンファレンスで耳を傾けていると、そこではリアルな、シビアな、患者さんの状態がやりとりされていました。すでに私は当時MSW歴10年以上となっていました。救命センターで語られる医学用語は私が知らない言葉も多く、患者の今の状況を受けとめるにはその用語の正確な理解が必要となりました。知らない言葉が出てくるたびに、医師らに小声で、「それは何ですか。どんな治療なのですか。」など聞いたものでした。カンファレンス中に早口で語られる病状では理解ができず、カンファレンスの後は、カルテを読んだり、看護師の持っている記録を元に状況を確認するようにしました。同時に、患者さんのベッドサイドに足を運び、患者の様子を探ることに取り組んできました。こうやって、まずは入院した時の患者の状況把握ができるようになっていきました。

## 5-3 救命センターの受付

次なる私の課題は、どんなタイミングで家族

に声をかければよいか、どう声をかければよいか、というものとなりました。思いもよらない急な傷病を負って搬送されてきている患者を前に、困っているだろう家族へ支援をしたいと思いつながら、実際に声をかけることができずにいました。

はじめのうちは、自分で声をかけられず、医師や看護師の力を借りました。医師らから相談室やMSWを紹介してもらい、支援を希望する人に会いに行きました。けれどもそれでは、当初の「ソーシャルワーカーの目で問題を発見し早期に対処していくシステム」とは程遠いことだと思いつ返し、何とかせねば、と思案をしました。さらに思案するばかりではだめだと思いつたその時、私は救命センターに患者が運ばれてきた時の家族の様子を全く知らないということに気がつきました。私は頭の中で勝手に想像し、「きっと慌てているだろう」、「きっと困っているだろう」と思いつていたことに気がついたので、実際はどんな状態なのでしょう。待機している家族に声をかけられるものなのでしょう。そのことを確認しようと思いつちました。

当時の救命センターは、受付の前が待合室になっていました。救急車が到着して患者さんはまず蘇生室に入ります。家族さんはその隣りの入り口から入り、受付の前の待合室で座って待機していました。私は、救命センター受付を担当している医事課長に、受付に座らせてもらえないかをお願いしました。

私が働いていた病院は、一次救急から三次救急までを担っていました。そのため、いろいろな病態の患者さんが運ばれてきます。救急車から自分の足で歩いて外にでて、自分で受付をする患者さんもいます。蘇生室の前で泣き崩れ、受付のある待合室に入ってこられない家族さんもいました。公衆電話と座っている席の間を何度もうろうろとする人、他の家族の到着を待っているのか、入り口のほうへ何度も歩いていく人、泣いている人、会社の人なのか、輪になって話し込んでいる人たち。受付前で保険証を出すにも手が震えている人の姿も目にしました。

治療に関する手続きの説明を何度も事務員に確認していたり、時には帳票に住所すらうまく書けない人もいました。

その日から、救急車が到着すると、受付をのぞいて家族の様子を見たり、入院手続きを手伝いながら話をしたり、関係者がついてきている時には関係者に声をかけるようにしました。その時の私の頭の中には、当時テレビで流行っていたアメリカドラマの「ER」で、ソーシャルワーカーと称する人が救急車の到着と同時に保険の確認をしていたシーンが浮かんでいました。

#### 5-4 プレホスピタルレコード

ある日のカンファレンスの時に、単身の高齢患者に関するプレゼンテーションの際、「救急隊が現着した時、猫を抱いた患者がいた」との医師の報告を耳にしました。「どうして猫を抱いていたのだろうか。その方は何をしようとしていたのだろうか。」と患者の様子に関心を持ちました。さらに、救急隊からの情報を医師が持っていることを初めて知ることとなりました。カンファレンスの後、主治医に「救急隊は他に何か言ってなかったですか。おうちの中は猫以外に気になる点はなかったのでしょうか」と聞いてみました。すると、その医師が受付に私を連れていき、「こういうのがあるよ。まあ役に立つかどうかわからないけど。」と、あるファイルを見せてくれたのです。そこには、「プレホスピタルレコード」と表紙に書かれており、救急隊の記録であることがわかりました。その記録には、救急隊が現場に到着した時のことが書かれていました。「ゴミの上にいる患者と接触」「子供が発見」など書かれた情報は、とても興味深いものでした。これはソーシャルワーカーに役に立つと思いつちました。

#### 5-5 初期対応

情報は、患者さんのこれまでの生活を理解することに必要になる時もありますし、本人のさまざまな不安や負担を軽減するために制度活用を考えると時に必要になる時があります。自宅

以外の場所での発症の場合には、発症した場所について記載されている情報が、その後生活保護申請が必要になる時には非常に重要な情報となってきます。たとえば丹沢の山中から、身元不明の人が運ばれてきた時、生活保護の一報を入れようとする、「丹沢といっても、伊勢原市ではないかもしれない、それは秦野市だ」と言われることがよくありました。発症した場所は、重要な根拠となります。また、交通事故などの場合は、その記録から事故の状況をつかむことができました。「救急隊からの情報ってすごい」と私は驚くと同時に、私のソーシャルワークの仕事を展開するための新しい情報ツールが増えることになりました。プレホスピタルレコードや救急隊から収集した情報は、このケースのみならず、様々なケースや場面で役にたちました。情報を得ることで、どんな状況かを想像することがたやすくなり、時には救急隊へ電話をかけて家の様子を聞いたりするようになりました。こんな風にして、初期対応をしていけるようになりました。

## 5-6 継続的な支援方法（回診参加の許可）

続いて、考えなければいけなかったのは、入院後の患者の状態の把握と治療方針を確認することでした。朝のカンファレンスでは、入院してきた時の状態と初期の治療方針を知ることができましたが、その後、患者さんのその時々様子をどのように追っていけばよいのかを考えなければなりません。患者さんはひとたび入院できればよいわけではなく、入院後も病状の変化が激しいことは珍しくありません。MSWは、治療経過を含む「刻々と変わる」患者さんが置かれている状況を追わなければなりません。入院後、新たな課題に直面している可能性があります。家族にも同じことが当てはまります。問題が発生した時ではむしろ遅く、早期に関わり、タイミングよく介入したい。その方法として、朝のカンファレンスだけでなく、回診に同行することで患者さんのその時の状況を把握することができるのではないかと考えま

した。これは、上司や自分自身が、脳神経内科や整形外科などの回診に参加してきた経験から、「患者の状態—治療の進行状況—今後の方針」を知ることで、ソーシャルワークの介入の必要性とタイミングがわかることを確信していたからです。回診へのMSWの同行について医局長に提案したところ、笑いながら「そこまでするのか」と言われました。入院後刻々と変化する病状に合わせた最新の治療の方向性や方針の把握や、患者さんのいる病棟やベッドサイド等へ訪問することで得られる情報は、患者さんとご家族の心理社会的な状況の把握と課題解決にはなくてはならないと思われました。また、状況を把握できず、患者さんがいつの間にか亡くなってしまっているのに、ご家族にMSWが連絡をいれてしまったなどの過去の経験を医局長に話したところ、MSWが回診へ同行することが許されました。回診に参加すると、主治医がご家族と近いうちに治療経過や今後の方針について話し合う予定などがあることがわかるようになり、同席をさせてもらうようお願いすることもできました。

この頃、救命センターでの私の活動はさらに活発になっていきます。患者さんやご家族、患者さんの関係者からMSWへ相談したいと思ってもらえるようにしたいと考え、相談窓口があることについての広報も以前に増して行うようになりました。相談室のパンフレットが入るような入れ物を見つけて、受付やICUの入り口に置くことの許可をもらいました。また、この頃はまだ、当院が特定機能病院として相談機能を持っていることを宣伝することが課せられていなかったため、患者さんが手に取る「入院案内」に相談室の役割についてまだ掲載されていませんでした。上司に相談をしたところ、次の「入院案内」の印刷時に、相談室の紹介を掲載してもらえるよう、病院上層部に掛け合ってくれました。

このようにして、救命センターの中で活動をしていると、看護師や医師からも声をかけてもらいやすくなりました。またナースステーショ



ンで行われるミニカンファレンスなどにもどんどん参加し、MSWとして発言した内容が彼らの治療やケアにいかされるようになってきました。

### 5-7 仕事の工夫 その1（お菓子の缶とその置き場所）

こんなことがありました。その頃は、何度も言いますように、まだ電子カルテシステムの導入前でした。記録された紙が束ねられた患者さんのカルテは、患者につき一冊しかないので、医師や看護師が診療等で使っている時には当然見る事ができません。私がカルテを読むことができるまでには少なくともほぼ午前中いっぱいには難しく、様子を見計らってカルテが空いた隙を見つけて読む必要があります。さらに、面接はセンターの面談室を使わせてもらうことが多くなり、MSWが救命センターにいる時間が長くなっていました。

私は、カルテを待つ時間や患者さんや家族さんとの面接の合間などに、センター内で業務をするようになりました。記録を書くための記録用紙や、面接相談中に関係機関へ電話連絡するために必要な電話番号帳などを、お菓子の缶に入れて持ち運ぶようになりました。それを見ていた師長がある日、「この棚にその缶を置いておいていいよ、そんなの持ち歩かなくていいよ」と声をかけてくださり、私のためにスペースを作ってくれたのです。当時、物を置く場所がなくて、センターのスタッフたちがいつももめているのを知っていたので、とてもうれしかったのを覚えています。早速その缶を置いてその日は帰ったのですが、次の日の朝、そこに行くと「内田箱・本人以外の持ち出しを禁ず」と書かれた紙が缶に大きく貼られており、みんなで大笑いとなりました。こんな風に、多くのスタッフに暖かく迎え入れてもらい、MSWとしての仕事を重ねるにつれて、医師が「少し気になる家族なんだけど、これから行く説明に同席してほしい」とか、「今運ばれてきた患者さんなんだけど、命も危ないからちょっと一緒に話をし

ないか」と言ってきてくれるようになりました。ケースはどんどん増えていきました。

### 5-8 仕事の工夫 その2（ポケベルをもつ必然性）

医師や看護師からだけでなく、待合室で声をかけた家族さんから突然、「ちょっと話を聞いてほしい」と相談室に連絡が入ることも増えてきました。それをきっかけに、相談室もいろいろな工夫をする必要がでてきました。まず、相談をうける体制づくりです。私が一人で救命センターを担当し始めた頃は、相談室の席に私がほとんどいないということで、他のMSWのスタッフに負担もかけていました。また、救命センターに入院している患者は、緊急的な対応を要する相談も多いため、一人で担当するには限界がありました。たとえ私が他の面談をしていて手が離せなくても、MSWの誰もが相談にのれる体制づくりが必要となってきました。救急で来られた方ですから、時間の猶予はありません。今すぐにも相談に乗ってほしいという気持ちにこたえられるように、一丸となって対応しました。また、突然来室された患者については、初期対応で患者を把握していた私が、ポケベルを持ち、相談室にいなくとも連絡を取り合い、どう対応するのかを相談室で対応したスタッフと相談し、方針を決めていきました。このポケベルですが、当時は医師しか持たなかった時代でした。そのため、上司が、MSWが持つことの必要性を掛け合い、一台を手に入れてきてくれたのでした。

### 5-9 MSWへの認識のずれ

こうして、救命センターのスタッフ、そして相談室内のMSW同士の理解と協力体制づくりによって、順調にMSWによる支援を展開していくことができました。しかし一方で、様々な問題も発生していきました。

例えば、「とにかく内田に依頼する」という気持ちで、依頼票に、医師が依頼内容の詳細を書かなくなったということです。また、MSW

が家族と面談をした結果、医師からの病状説明がもっと必要であるとアセスメントし、その対応を医師に依頼しても、「MSW がこれまで医師の病状説明の場には同席しているし、内田さんも病状等については知っているでしょう。僕の代わりに話しておいて。」と言われることが起こりました。「ソーシャルワーカーが関わっているんだから、早く転院できてよいはず。」「ご家族にちゃんと面会に来るように言ってほしい。」などの医師らからの言葉から、「MSW が関わることでうまくいくはずだ」、「関わっているのだからスムーズにいくようにするのがソーシャルワーカーの役目だ」という誤解と、うまくいかないのは MSW のせいだという不満を抱かれていますのではないかと感じることがありました。そしてこのような思いに、その後も時折遭遇するようになりました。私は、患者さんや家族さんにあった際に、医師から受けた説明をどのように受け止めているのかを聞かせてもらうようにしていました。「あの時こう聞きましたよね」と伝えたり、逆に、「医療者側の意向はこうでしたよね」と代弁をすることもありました。しかしこのことが、「MSW はなんでも屋さん」という印象を与えてしまったのかもしれない。

そんな時は、できるだけ依頼をしてきた医師に声をかけ、MSW への依頼の意図や意味を医師と話し合うように心がけました。MSW が家族と面接して明らかとなったこと、つまり、家族が今抱えている疑問や、医師の説明等が理解できないままにいて医療への信頼を失いかけて、苦悩していたり、我慢していたりする状況を整理して解説し、返すことを心がけました。「だから、私ではなく医師が関わり説明する必要があるんだ」と説いてみました。MSW が医師にお願いするのは、いただいた依頼から逃げるのではなく、一緒に関わり続けるためであることを医師らに伝え続け、医師に家族が抱えている課題への理解を促し、課題解決への協力を求めました。患者の課題は、チームで取り組むというチーム作りを目指していました。

## 6. 救命センターで開拓してきたソーシャルワーク

### 6-1 3つのアプローチ

当時の私が行っていたことをまとめると、このようになります。

#### ① 医療費の支払いについての（経済的）問題へのアプローチ

救急救命センターの医療は医療費が高額になることが多く、さらに、予期しない入院のため、「医療費の用意をしていない」「医療費が高額になるので治療を続けられないのではないかと不安になる」という場合があるからです。また、無保険の住所不定者、単身者、身元不明者、不法滞在の外国人などの患者の入院もあり、患者は多額の借金を背負うことになり、病院にとっては医療費の未収につながる可能性を考えてです。

#### ② 治療や退院（病院を出るとき）に伴う問題へのアプローチ

ホームレスや飯場からの緊急入院など、患者の中には、キーパーソンがいないことが、治療方針が立てられない要因となる人たちがいます。また、そのことが、退院時には帰る家がない、転院を受け入れてくれる病院がないなど、今後の方針決定上問題となりやすく、さらに、緊急の事態の中での、本人の自己決定もままならないことが多く、家族も緊急的に判断を必要とされ、本人や家族のペースに合わせて病状の理解を深めていかなければならないからです。

#### ③ 予期せぬ発症による社会的問題へのアプローチ

突然の事故や自殺企図、事件によるけがなど、予期せぬ発症により、患者はもちろんのこと、家族も精神・心理・社会的な危機状況にさらされます。特に家族らは、そのような状況にも関わらず、行わ

なければならない諸手続きがあって、それらの手続きは、緊急を要するものが多い。そのため、本人や家族の精神・社会的な危機状況に配慮し、できるだけスムーズに手続きが進むよう連絡調整をするなど精神的なサポートや具体的なサポートが必要と考えました。

これらの3つのアプローチは、以下の具体的な行動により果たすことができると考えます。実際に私は以下のようなことに取り組んできました。これはこれまでお話したことのまとめです。

## 6-2 3つのアプローチへの具体的な行動

- ① すべての患者の状況を把握する  
毎朝8時からのカンファレンスに参加し、入院してきた患者の状態把握  
保険登録のない患者のチェック  
このチェックによって、医療などに問題が生じそうな患者や家族に医療費が高額になる前に公的な制度と結び付ける、保険利用を可能にするなどの支援を早期に開始することで未収金を防ぐことに役立った。
- ② 重症患者の情報を収集し、早期化からの退院後の方向づけを行う  
ICUに入った患者、あるいは高度の障害が残る可能性のある疾病を負った患者について家族構成や生活状況などの社会的背景についての情報を収集した。  
医師らの治療方針をどのように考えているかを把握した。そのことが、患者や家族にどのような影響を与えるのかを予測した。  
その上で、医師やスタッフと協議し、今後の治療方針や当院での治療終了後の方向づけを入院と同時にを行うようにした。  
患者家族へは、療養生活や退院後の生活についてのイメージを持つことができるように支援した。
- ③ 受診・受療に伴う家族のサポートを行う  
治療に伴って発生する様々な問題（遠方から駆けつけた家族の滞在、付き添いの問題

や死亡時のこと、様々な手続き、脳死を宣告された家族への心理的サポートなど）について家族が必要なときに即時相談できるようにした。そのためポケットベルを持った。

## 6-3 レールを引く

MSWによるこの新しい取り組みに対して、救命センターのスタッフからは、「患者の抱える問題の発見が遅れることで医療費の未収が出たというようなストレスが減り、看護や治療に専念できるようになった」、「MSWが把握している患者・家族の生活状況や精神的な状態により、患者を客観的に把握できるようになり、治療を行っていく上で役に立つ」というような評価を受けるようになりました。

担当を命じられて一年半がたった頃、私自身も疲れが出始めてきました。朝8時前から出勤し、夜も遅くまで院内に残り、プライベートでは子供を育てていくというライフステージにあった当時の私を振り返ると、いったいどうやって日々過ごしていたのか、あまり思い出せないのが正直なところです。ある日、上司は私を呼び出し、「まだまだ不十分と思っているかもしれないが、あなたが開拓してきた業務を後輩たちがスムーズにできるようにレールを引くということが次の役割だね」と言われました。新たな課題をくださったのです。その後、後輩に救命センター業務を引き継ぐこととなりました。

## 7. 思いもよらない患者体験

### 7-1 出勤途上の事故

後輩に業務を引き継いで半年ほどたった頃、思いもよらず、私自身が救急車で搬送される患者となりました。

その日の朝、当時4歳だった娘を連れて、いつものように出勤するために車に乗りました。その日は娘の予防接種のため、午後は半休をとっており、娘には保育園の荷物にお気に入りのワンピースを持たせ、「お昼寝の時間の前に迎えに行くからね」と車内で話しかけながら運転を

していました。その後、娘を乗せたままの状態  
で、私は、相手の直前右折によりほぼ正面衝突  
の事故に遭うこととなるのです。

事故直後、私は背中尋常ならぬ痛みを感じながら、傍らで不安そうに泣く娘を何とか抱き寄せました。相手は若い男性で、その時膝から血を流していました。救急車に彼を乗せ、私は娘を抱いてその横に乗りこみました。その時、頭の中では、予防接種の日程をまた調整しなければならないこと、夏休みをとって不在の上司に連絡しなければならないこと、夏休みには我が家はキャンプに行く予定が計画されていましたが、この痛みでは難しいかもなあということ、まあ、あと3日で夏季休暇だから仕事は何とかかなあということなど、不思議と次から次へとぐるぐると考えている自分がありました。救急隊には、私の職場の大病院名を伝え、救急隊はすぐに病院へ連絡をとり、そこで受け入れてもらうこととなりました。

### 7-2 ベッド上の患者

救急車が病院に到着し、私は娘を抱いたまま救急車から降りると、顔なじみの医師の姿が見えました。すぐに娘が痛がっていることを伝えたのを今でも覚えています。先に診察を受けた娘は、衝撃でシートベルトにより押されての鎖骨骨折。その次に私が診察をうけると、みるみる私は「ベッド上の患者」となっていました。初めに医師から伝えられたのは、胸骨の骨折。さらに、腰椎と胸椎がいくつかつぶれており、背骨の突起もいくつか折れていることが判明したということでした。足の指も3本骨折をしていました。医師たちが集まり、顔色を変え、様々な検査をはじめました。その段階になってようやく、私は自分の身体に、大きな痛みを自覚したのです。同時に全身の震えが止まらなくなりました。それから約1か月半、私は「自分で寝返りもしてはいけない患者」となっていました。

「入院は2か月はかかります」と言われ、目の前が真っ暗になりました。一体何から手を付

ければよいかを考えようと思いました。心配そうに集まって来ていた相談室スタッフにすぐに紙と鉛筆をもってきてもらい、仰向けのまま、その時私が担当していたケースを、覚えている限り書き出すこととしました。幸い夏休みをとる前だったということもあり、ケース記録もある程度書いていたため、支援方針を書き連ねていくこととしました。急いで職場から駆けつけた夫には、私から、交通事故の手続きについて説明をしました。結果的には、2か月の入院後、外来リハビリなどを経て、6か月後ようやく仕事復帰をすることができたという事故になりました。

### 7-3 一変する生活

さて、この私の事故、救命センターのいつもの朝のスクリーニングでは、MSWにどのように映るでしょうか。患者はMSW、さまざまな制度についても知っている。夫は会社員、子どもは4歳、幸い子どもは軽傷で済み、夫もすぐに病院に駆けつけてくれるし、見舞いにもくるしっかりした家族で、まあ問題ないだろう、と思うだろうと私は予測します。実際、私自身も、「何の問題もない」、「何とかなる」と思っていました。

しかし実際は、事故に遭ったことにより、夫と娘の生活は一変しました。娘は朝、夫の出かける6時半にベビーシッターに来てもらい、シッターとともに保育園へいくこととなりました。夫は仕事が終わったら急ぎ保育園に娘を迎えにいき、その足で私の面会にきていました。娘が「ママに会いたいと言うから」と、20時の面会時間終了まで1時間もなかったのですが、それでも病院にきて滞りし、娘を連れ帰り、そこから食事とお風呂にとりかかる毎日となりました。夫の職場の知人が食事を差し入れてくれていましたが、それがなければ夫と娘の生活は回らなかった、と、夫が後に口にしていました。近くに家事を手伝ってくれる親族もいなかったため、夫は本当に大変だったと思います。ベビーシッターを見つけること、その費用を工面すること、

それも大変なことでした。家族の一人が入院すると、それくらい家族の生活は変わり、危機的になることを実感しました。今でも、協力してくださった方に感謝しています。

#### 7-4 これほど気が動転するもの

さらに、入院後1か月たった頃、医事課の職員が私のところに来たことで判明したことがありました。「内田さん、交通事故として、保険使用などの手続きを取っていただきましたが、僕も内田さんが入院してきて気が動転していたので今まで気づけなかったのですが」と言うのです。そう、私は通勤労災なのでした。ですから、労災の手続きをしなければならなかったわけですが、でも、私は、全くそのことに気が回りませんでした。もし、MSWとして支援している患者さんに、労災保険の手続きを失念していたとしたらとぞっとしました。

思いもよらず事故にあい、何の準備もないまま入院になることにより、それまでの日常生活のペースが大幅に崩れること、精神的動揺、今回の傷病とは関係なくすでに抱えている日常生活における悩みなどが救急医療の場で顕在化します。それへの支援は必要なんだということを実感しました。きわめて私的な体験ではありますが、私が救急医療に向かい続けているのは、この体験も一因になっています。

#### 7-5 退院後

救命センターへの入院患者への支援をもう少し充実したものにしたいと私は考えました。そして大きな夢として、入院したすべての患者さんに関われるように、全員へのインテーク・システムができればいいなあと思うようになりました。しかし、何分六か月も仕事を休んでしまったことで、その間相談室のスタッフへ負担をかけていました。それを考えると、新たな提案をすることにためらいを感じていました。

当時は、朝のリストチェック、週一回の回診への担当者の参加を軸に、どの患者さんにアプローチしていくのかについては、担当者と私で

協議し、担当者の相談はいつでも私が受けるという体制をとっていました。全員へのインテーク実施の思いはありながら、人員の問題と、ちょうど新病院のオープン準備に追われていた時期に突入していき、実際介入の対象とするのは、選択した困難と思われるケースだけであり、精一杯でした。

## 8. お蔵入りとなった資料について

### 8-1 「お蔵入りとなった資料」を作ることになった経緯

そのような中で、上司が退職することとなりました。その年、日本社会福祉士会と日本医療社会事業協会（当時の日本医療ソーシャルワーカー協会の名称）が「保健医療に関わるソーシャルワーク研修研究会」の教材としてテキストを作成するとのことで、当院相談室の上司に「救急医療とソーシャルワーク」の執筆依頼が来しました。当院の救命センターでの支援は私が担当していたため、上司から呼ばれ、「あなたが書くほうがいいと思う」と言われました。もちろん、「そんなことは無理です」と返答したのですが、その時に上司から「やっていることをまとめることは必要だし、わかりやすく。テキストなのだから、それを見ればソーシャルワーカーたちが、救急のソーシャルワークができるというものを書けばいい」と言われました。私は、理論や知識について自信がなく、「やったことしか書けないし、書いたとしてそれが正しいかどうかともわからない、人様に出せるものではないと思います」と即座に答えました。すると、次のようなアドバイスをもらったのです。それは、第一に「やっていることを書けばいい」ということ。第二に「時間の流れの中で何をやっているのかを提示するのはどうか」ということ。第三に、「あなたが、救命センターの担当である後輩に、『この人（ケース）、声かけたほうがよいと思う』と言っているのは、何が根拠で言っているのか、それをまとめればいい」という三点でした。そして「あなたがやってきたことな

のだから、あなたが書くのです」と言われ、私はしぶしぶ書くこととなりました。

## 8-2 「そう考える」を伝えることが根拠になる

当時私は、救命センター担当の後輩が毎日カンファレンスや例のリスト、カルテなどを見て考えた支援方針（声かけ等介入するかどうか）について相談にのる立場でした。その話し合いの際に、私が「この人、声をかけたほうがいい」と選定したケースは大概、関わってみると確かにその患者さんたちはMSWの支援を必要とする事態となった、というようなことを後輩がたびたび経験していくこととなりました。後輩たちから、「内田さんの直感にあたる」と言われていました。確かに直感や勘も大切ですが、勘が働くようになった理由があるわけなのです。したがって、どうしてそう考えたのか、その理由を説明し、日々助言をしていました。どう考えるのかをマニュアル化していたわけでもなかったため、周囲からは経験と直感、勘だと思われたのかもしれない。その様子を見ていた上司は、どうしてそう考えるのが根拠となるように、その執筆の仕事を私に与えてくれたのだと思います。

## 8-3 直感や勘もMSWの根拠にしていく作業

私は書くことが苦手です。さらに、図や表にするなんて本当に苦手で、つらい思いをして作成しました。そして出来上がったにもかかわらず採用されなかったものが、「お蔵入りとなった資料」です。図1は、私が救命センター担当となってやってきた頃の実践を振り返り、患者さんの入院から退院までの流れを表したものです。入院時にMSWがしなければならないこと、その後しなければならないこと、退院や転院時においてMSWが念頭に置かなければならないことをまとめてみました。私が実際にやってきたことしか書いていません。それ以上は書けません。図1では流れを図示してみました。

次に表1では、入院してきた患者さんについて、まず、入院時どんな風にどこに着眼してきたのか、患者さんの病態によって起こりうる課題や、それが社会的な状況に影響することによって起こりうる課題を書き出し、MSWである私が次にどんな風にどこに着眼し、どう行動していったのかについて分析してみました。例えば、「脳卒中」という情報を入院患者リストで見るときに、MSWが何を考え、何を想像し、予測し、患者さんとMSWとの関わりの青写真を構想するのかということです。もちろん、初期の青写真の段階から、追加情報が入ってきたり、実際に介入することで様々な情報が掛け合わされて支援計画が形になっていくものです。この作業を繰り返し、ようやく表1を作ることができました。

しかしながら、これを原稿に入れたいと編集者に提出したところ、今回は図表を使わないため文章化してほしい、といった趣旨の返答があったと記憶しています。私の実感としては、あつという間の却下でした。正直、ええええと思ったのですが、泣く泣く慌てて書き直しをしたことを覚えています。そのため、この、せっかくの図表形式での資料は、私の中では終わってしまったものとなりました。今から考えると、後輩指導などにも使えたと思うのですが、文章化した本が出ましたのでそちらを読んでもらうこととなりました。そして、この資料はこのまま私の机の引き出しの奥でしばらくの間眠ることとなりました。

しかしこの図表を作る作業は、自分の支援の振り返りとなりました。資料はお蔵入りとなりましたが、「だからMSWが救急医療に介入する必要がある」と他者に説明し理解されるための大切な根拠となりました。

## 9. 相談室を任されるようになって

### 9-1 再び救命センターの担当になる

その後、上司が退職し、相談室を任されるようになります。と言っても組織の中では係長で

したが、私はその次の年に病院がリニューアルをしたのをきっかけに、再度救命センターに直接的にかかわることになりました。それは、「担当したい」という個人的な動機というよりも、組織からの要請によるものでした。病院も、在院日数の削減や医療の効率化、患者支援センターの本格稼働により、入院から退院までの支援を病院としても視野に入れていました。同時に、私自身は、MSW の役割が退院や転院だけが役割ではないこと、救急救命の場にこそソーシャルワークが介在する意義があることを知ってもらうためのアピールになると考えていました。

病院としては、患者支援センターでは、入院が決まった患者さんや家族さんと面談をし、MSW と看護師で作ったスクリーニングシートを用いてアセスメントをするということをシステム化しました。しかし、予定入院患者さんがチェックシートによって MSW の支援につながることは少なく、ケース数は思うほど伸びませんでした。私は、救命センターにおいて MSW がスクリーニングをし、早期に支援を開始していくことの大切さを実感し、そのことが組織への貢献にもつながると思いました。そこで、準備のない突然の入院については、MSW の支援が必要だということをアピールしていこうという決意を新たにしました。

新病院になった頃の相談室体制は、人員も少なかったため、私と、もう一人の MSW の 2 人が担当となり、救命センターの患者さんへの支援を行うことになりました。忙しい業務の中で、担当が一人であると、休んだ時の対応が十分にできず、また休暇もとりにづらくなるため、二人体制としました。

さらに、もっと工夫が必要となっていました。それまでは、経験のある MSW がカルテチェックし、回診に参加することで、問題の抽出や関わる根拠の確認ができていました。若手が増えていくにつれ、経験ある MSW が後輩たちの教育や困難ケースに対応することが多くなり、若手の育成が急務となりました。そこで、生まれたのがスクリーニングシートです。「こ

のシートを埋めることで問題点が見えてこないか」ということを目的に作りました。しかしシートは、使い方によっては、埋めることに集中してしまう、記載に時間がかかるなどの問題を抱えることも多かったです。そこで、スタッフたちはスクリーニングシートの改良を重ねて、私が退職する時もお使用されていました。

## 9-2 救急医療に対するソーシャルワーカーの活動の変遷

救急医療へのソーシャルワークの介入は、まとめると次のようになります。

- ・1998年～
    - 1名の MSW が救急救命センター担当となる。毎日のカンファレンス、回診などに参加。救急救命センターに半日以上常駐するような形態
  - ・2000年～
    - 担当者1名。毎日の入院リストによりチェックをし、回診のみに参加。
  - ・2007年2月～
    - 病院リニューアルに伴い、PFM が開始され、予定入院患者には看護がすべてスクリーニング行うようになった。チェックリストを作り、緊急入院した全患者についてハイソーシャルリスクを早期に発見・介入するために、MSW 2名を担当としてスクリーニングを行い、介入する体制となる。週1回の回診・カンファレンスに参加。
  - ・2012年4月～
    - 救急担当チームを作り、3人態勢でスクリーニングを行う。毎日のカンファレンス、週一回の回診に参加。スクリーニング後、ラウンド。病棟看護師と情報交換を行う。
- 以下は2021年の業務担当体制です。
- ・救命センター担当は MSW 5名（分院へ1名が業務応援に出ているため、育休者もあり実質3人）

- ・MSW 独自の視点でのスクリーニング
- ・自殺予防支援事業も積極的に対応
- ・週に1回精神科併診患者へのカンファレンス参加
- ・毎日のカンファレンス参加
- ・退院支援調整看護師、医事課職員と毎日のラウンド（2013年度より開始）
- ・ラウンドの際の病棟看護師とのミニカンファレンス（2013年度より開始）
- ・後方病棟カンファレンス参加（2014年度より開始）
- ・週1回のセンター長回診に同行

### 9-3 人員の確保

患者支援センターが開始となる新病院ができたとき、初代のセンター長から宿題ができました。それは、各部門5か年計画を立てることと、今から15年後の所属部門がどうあるべきかについて考えるというものでした。他部門からはさまざまな提案がされ、MSWの当直案もでたりしました。私はその中で、「救命センターの支援を行っていくためには人員の確保が必要であり、15年後には18人のMSWが必要である」と論じたことを覚えています。

退院支援加算等により、どの病院にもMSWが増えていきました。病院上層部も、退院支援をスムーズに行うためにはMSWが必要であると認識している発言が聞かれました。もちろんMSWが地域連携を深め、スムーズな転院支援を行うことは大切です。しかし私には、MSWはスムーズな退院支援だけのための人員ではないという思いが強くなりました。

たまたま当院では、退院支援加算における病棟の退院支援担当者は、看護部が担うこととなりました。そのため、MSWが病棟専属になることはありませんでしたし、そのための増員はありませんでした。私はそれが幸いしたと考えています。人員要望のヒアリングの際には、転院支援の数よりも、それ以外の支援についての必要性を訴えるようにプレゼンテーションをしました。身寄りのない患者が入院した時、亡く

なった時、また脆弱な家族への支援のために家庭訪問をする必要性、一緒に出掛ける必要性など、社会的な問題を解決していくためにMSWが何をしているのかを病院上層部に報告しアピールしました。併せて、医事課をはじめ事務職員の手を借りることで、周りの職員もMSWは患者さんの社会的な課題に取り組むことができ、結果的に病院運営に貢献していることがわかるようにアピールしました。それが功を奏したのか、相談室からの要望等は比較的受け入れられてきたと思います。途中相談室のスタッフは退職者が出て人手が足りない時期も経験しましたが、思うように人を増やすことができました。

## 10. お蔵から出てきた資料

### 10-1 救急認定ソーシャルワーカー認定機構でのお手伝い

この間に私は、救急認定ソーシャルワーカー認定機構の研修テキスト作成委員として、研修とテキストの執筆や編集に携わることとなりました。野村さんのご説明のように、2015年のことです。MSWらと共同執筆をした「第2部第1章 救急医療におけるソーシャルワーク実践の展開 第2節 ソーシャルワーク実践の流れ」の部分を書くにあたり、私は委員会で「初期—中期—後期に分けて書いてみてはどうか」という提案をしました。この時あまり意識していなかったのですが、きっとその発想は「お蔵入りした資料」を作成する中で自分なりにこだわった視点であったと思い返します。

さらに、2017年1月の第一回研修で「救急医療におけるソーシャルワーク実践の展開」の講義を担当しました。第一回目の研修後、「もっと実践的に伝えることはできないか」と考えました。その時、「そういえば」と、あの「お蔵入りした資料」の存在を思い出したのです。「あれを使おう」と思い、第二回目の研修から記載していた内容を少しずつ修正して使うようになりました。ある項目を削除したり、加えたりしました。書き加えた項目は「治療の必要はない



が、帰ることができない患者」という項目、「そんな典型的な人ばかりじゃない」という2項目でした。

### 10-2 「治療の必要はないが、帰ることができない患者」

特に、「治療の必要はないが帰ることができない患者」は、救急認定看護師の研修の講義を担当した際、「そのような患者さんの対応に苦慮しているのので何とかしてほしい」「MSW としての対応のこつを教えてください」という質問が殺到しました。答えに困ったことが、新たな項目作成の契機となりました。

その時、医療者にとっての困った人を何とかしたり、患者さんの困りごとを何とかするのが MSW だろうと言われました。つまり、医療の困りごとの解決屋さんと思われているようでした。そもそも、困っていることを解決していくのは、MSW ではなく、患者さんご本人であり、家族さんご本人です。そこで、私たちの支援のあり方への理解をえるために話し合いをしたことを覚えています。社会の変化に伴い、医療者も対応に苦慮し、私たちもそれまでに経験のない患者さんたちの困りごとを持ちかけられることもあります。そのようなとき、MSW が MSW の視点をもってとらえたニーズへ支援する必要があると思いました。それが「治療の必要はないが、帰ることができない患者」という項目です。帰れない、あるいは帰らないということに視点をおくのではなく、その人の生活に何が必要かに焦点をあてて支援しているのだということを知っていただくためでした。

#### 【治療の必要はないが、帰ることができない患者】

- ・予測される心理・社会的問題

医療費のみならず、生活に困窮している可能性がある。

繰り返しの来院がある場合、生活基盤への介入が必要となる。

- ・ソーシャルワーカーが行うこと  
なぜ帰ることができないのか、患者の生活状況の確認。

患者と相談の上、地域との連携をとり、帰宅場所の確保、生活の場の設定を行う。生活支援を含め、関係機関との連携のもと、継続的な支援を受けることができるようにする。

- ・援助を行う上で知っておくべきこと  
法外援護、生活保護などの知識。

地域、関係機関との連携、コーディネート力。

単に、家にお金を忘れた場合など、院内で支援できるシステム作りも必要。

暴力的であるなど、支援が困難な場合もあり、病院としての体制、方針の確認も必要となる場合がある。（内田 2022）

### 10-3 「そんな典型的な人ばかりじゃない」

さらに、近年必要になってきたのが、どんな時でも、枠組みの外にあるケースがあることを肝に銘じておく必要性です。つまり、類型化するのとは正反対のものに目を向け続けることの必要性です。前例のない事例は、関わる MSW に困難な気持ちを抱かせるかもしれません。この項目を講義で話すときはいつも、その状況の困難性ではなく、「どんな方々の人生にも明けない夜はない」という点に着目していくことが必要なのではないかと、心を込めて伝えています。ここが MSW が関わる意義でもあります。

#### 【そんな典型的な人ばかりじゃない】

- ・予測される心理社会的問題

予測できないこともある

多くの場合は予測できます。

- ・ソーシャルワーカーが行うこと

落ち着いて、忍耐強く、緊急性をもって、迅速に、さらに様々な変化球に臨機応変に対応する。しっかりと聞き出す。

・援助をするうえで知っておくべきこと・留意点  
経験を積むことは重要である。  
一人の目で見ない（多職種・同職種）  
患者の支援はMSWだけが担う問題ではない。  
組織的対応を求めることもあるため、責任者との関係性の構築も必要。  
すべてが社会資源であるため、日ごろからアンテナを張っておく。  
柔軟な考え、アイデア、ひらめきの力を養う。  
(内田 2022)

これらの資料のベースである、MSWがクライアントについて、どのような心理社会的問題が起こってくるのかの予測を立てること、その時MSWは何をしなければならぬのかと計画をたて実行、面接をすること、さらに、予測された問題を解決するために必要な知識は何か、気をつける点は何かを考え、そのための準備をしておくこと。

実はこれは、家族療法の経験により私が学んだものであると思います。摂食障害の患者さんや家族の方への支援を行う中で、理解し難い家族病理に何度も出会いました。例えば、摂食障害の患者さんは、体力や体調の回復に合わせて、時間をかけて本人や周囲の人々が疾病を理解し、さらに簡単に理解できない場合もあります。そのため、ある程度の時間が必要であるとの見通しをもち、次の治療や支援につないでいくことを視野にしれながら支援計画を考えることが必要です。何が起きているのかの予測を立て、立てた仮説を支援の中で根気強く検証していく作業は、必ずといってよいほど、クライアントを理解すること、家族を理解することへと導いてくれるものであり、MSWが家族療法を学ぶことは最大の強みとなっていくのだと今でも固く信じています。

## 11. 言い訳

対話者であり、このエスノグラフィーを協働して作成してきた野村さんによれば、以下のような場面があったと要旨集に記述されています。

失礼なことではあるが、「あの資料、よくできてますね」と伝えてみると、内田さんは「あれ、ください、と言われることもあるんだけどね。ほしいとおっしゃる人にはもちろん提供しているんだけど、でも、自分でどうしてそれが重要なのかを考えていくことが一番大切なんだよね」と、やや冷めたような返事であったのが印象に残っている。  
(野村執筆部分)

言い訳をすれば、私にとってこの資料は、確かに一生懸命作ったものではありませんが、やっていることを書いただけのものなのです。そして、MSWであれば誰しもが行っていることなのだと思います。したがって、「良く来ていますね」と言われても、大したものではないと思ってきました。

一方で、「欲しいという人には提供するけど」というくだりですが、私は、こういった図や表を自身で作るプロセスが大切だと思っています。参考にさせていただくのはとても嬉しいことなのですが、参考にされる人が、何を大切にしたいのかを自分で考えることの方が身につくんじゃないか、と思って発言しました。実際、最初の職場での新人時代に、患者さんと面談をする時や、経験にない依頼内容がきた時、相談相手もいない私は、仕事帰りに大きな書店によっては、同じようなケースが事例集に載っていないかを片っ端から探しました。よく似たケースがあるとその本を買い、自宅で読んで真似しようとしました。事例集はとてもよくできていたと思うのですが、実際真似をするだけではうまくいかないことが多かった経験があります。その経験から、私は認定研修の時には必ず「すでに病院によっては、このような図などを業務の中でお

使いの方もあると思います。ご自身の病院の風土ややり方を踏まえて、このような図や表を自分自身で作ってみるのがいいと思います。作ってみると、整理が進んでよいと思います」と伝えるようにしています。

あの時、野村さんから見れば私はさめたような口調で話したようですが、実は褒められてめちゃくちゃうれしかったのです。

## 12. 終わりに

このように、私は救急医療におけるソーシャルワークに向かって走ってきました。その根底にあるのは、病気がわかった時から支援をしたいという気持ちでした。そう思うきっかけとなったエピソードを語りましたが、今でもなお、私の中にあり続けています。現在、がん相談支援センターにおいては、がんと診断されたときから相談できるシステムが推奨されています。とうとうそういう時代が来たのか、と思いつつも、私としては、今も昔も、そのことを大切にしてきました。そのあゆみの一部を皆さんにお伝え出来たとしたら、幸いだと思っています。

患者の重症度にかかわらず、突然日常生活を何らかのアクシデントで遮られた、という点では、どんな患者さん・ご家族でも

同様の問題を抱えることが予測される。命を助けることが第一義的な救急医療の場において、ソーシャルワーカーは患者や家族の生活は「命が助かってから」ではなく医療を受けることになった直後から変化し始めることと、その環境の変化への介入を念頭に置かなければならない（内田 2009）

書き直した原稿は、以上のような内容となりテキストに掲載されています。疾病を抱えることとなった人の人生の源流点からの支援。ソーシャルワーカーは、そこにこだわる専門職であると思うのです。

## 注

文中に出てくる図1と表1は野村執筆部分に掲載

## 引用文献

- 内田敦子(2009)「救急医療とソーシャルワーク」  
『保健医療ソーシャルワーク実践2』中央法規出版
- 内田敦子(2022)「救急医療におけるソーシャルワーク実践の展開」『救急認定ソーシャルワーカー認定機構認定研修当日配布資料』



## [事例部会]

### どうして私は救急医療へと向かうようになったのか

#### —オートエスノグラフィーへの挑戦—

#### コメント

**野村**：みなさん、ご清聴ありがとうございます。それでは、松澤先生に最後にマイクをお渡しする前に、「この言葉が、どんな人に、どんな風に届くのか」と思いまして、内田さんの許可をえて、何人かの方々にこのエスノグラフィーを読んでいただきました。その感想の一部を讀み上げます。あわせて名前、所属等を公開することの了解もみなさんにいただいております。まずお一人目、この3月までICUの看護師をされていた柏木孝太さんの感想です。

昨今、自分自身が勤めていた急性期病院でもMSWが早期に介入出来るよう、入院時に社会的資源の選定に必要な情報シートを記入する事が業務化されていた。ITC化が進む中で、そういった情報の共有化も内田さんの切り開いてきた道の過程の中で拡散、発展してきたものだろうと思う。一方で、MSWが入院時のカンファレンスに足を運ぶことを終ぞ見る事はなかった。環境が整っていても、そこに所属するMSWがどういった事に問題意識をもっているのかで、ここまで違うのかと思い知らされた次第である。

自分はICUで看護師として働いていた。入院時のアナムネや入院時説明の際に、病態や状態によっては何度か、地域連携室への誘導を行っていた。また、地域連携室へ掛け合い、ICU看護スタッフへの地域連携室の仕事やどのような事をして欲しいかの学習会をしていただくこともあった。内田さんの取り組みの中で医療者との「ず

れ」の経験にもあったが、病院内の各専門職同士の専門性の理解が継続的に必要なことだと、実際の経験と、内田さんの文章の中から感じる事が出来た。

次に救急診療科医師の藤見聡さん（大阪急性期総合医療センター高度救命救急センター）の感想です。

文章の端々から、その時々光景が読者の目に浮かぶ、まさに図鑑のようなオートエスノグラフィーです。MSWの仕事は転院先を探すこと、病床の回転率を上げることと誤解しているお医者さんたち、そして中堅のMSWのみなさまにもぜひ読んで欲しいと思いました。そして何よりも、内田さんのコミュニケーション能力、コンピテンシーの高さに感銘を受けました。まさにMSWの草分け、パイオニアです。

一番印象に残ったところは、「とにかく内田に依頼する」という言葉ですね。さまざまな努力の結果、勝ち取ったポジティブな言葉ではありますが、一方で医師の狡猾さ（こうかつさ）も垣間見えます。丸投げする医師とさらにコミュニケーションをとって、MSWとしての自分の立ち位置を主張できたことですね。強さを感じました。強さといえば、内田さんの交通事故のくだりも強さですよ。

続いて、救急救命士の菅田淳悟さん（愛知県豊田市消防本部）の感想です。豊田市消防本部

は、消防本部と医療ソーシャルワーカーとの地域連携事業を活発に展開しているところです。

事例提供者である内田さんは、第一に本市が取り組む「EM-PASS 連携」をMSW側から始めるような仕組みを構築された方であること、第二に現在ほど地域支援体制が整っていない（介護保険等含め）中、何ができるかを考えてソーシャルワークに励まれた方であること、第三に「患者のために何ができるか」を常に考えていること、その他伝えたいことは沢山あるかと思いますが、主にこの3点は心に響く内容でありました。「でも、自分でどうしてそれが重要なかを考えていくことが一番大切なんだよね」においては、自身もこのとおりだなと思います。「何のためにMSWになったのか」においては、きっと内田さんは「患者のために」という意識が強くあったのだと思いました。そして、このような高い意識を持つ方がESW認定テキストの編集委員等、次世代の教育に携わられていることに勇気づけられました。

「患者のために」という意識ではないMSWをどう教育していくか、これはMSWに限らず消防もですが。当市が行う合同研修においてもどれだけの参加者が「なぜ、他機関はこれが重要だと思うのか」と考えて頂けると良いものになっていくと思っています。そして、その価値が見いだせる研修にできるよう企画していかなければいけないなと思っています。

最後に、総合診療医の松井善典さん（浅井東診療所所長）の感想です。

細分化され分業化された比較的わかりやすいプロがひしめく医療の世界で、自分が何者か？が自分でもわからない、わかったと思ったら崩される、でも自分が何者かを語り続けるプロフェッショナルの先輩であり仲間だと思いました。

特に家族療法の基盤となるシステム思考が補助線となるのですが、病院や救急というシステムがどう回り回っているのか？という世界の解読や、原因と結果だけではなく、回り回ってそうになっているという世界観でメゾにもマクロにも働きかけるという姿勢への親近感と、当時や黎明期にそれをパイオニアとして体現され続けるパワーと個から組織に向かった先見性に尊敬の念しかありません。

おそらくですが、働いても社会人としての実感を得にくい時期から、越境し一気に世界が拡張したER現場の張り付きの体験で、職業人としてプロとしての本格的な専門性の鍛錬と発揮があったように思います。

以上です。松澤先生、ここからおまとめをお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

**松澤：**ありがとうございました。内田さんと野村先生との共作による「事例提供」でしたが、これがある意味、社会福祉分野における初めての「オートエスノグラフィーの実践」ということになったのではないかと思います。そういう意味でもたいへん喜ばしい。私自身、「オートエスノグラフィー」についての翻訳に携わったこともあり、野村先生が、今回、独自にこのオートエスノグラフィーという方法論を採用されたということで、ちょっと驚いたと思います。そして、その成果が最終的に、こういう形にまとめられたということで、まずはパイオニアとして、すごくがんばられたなど、その第一作にふさわしい充実した内容の事例になっていると思いました。

事例という言い方をすると、今までだったら主に「クライアント」が事例の対象だったと思います。しかし、今回のオートエスノグラフィーでは、ソーシャルワーカーが自らの経験を語ることによって、「ソーシャルワーカーになるということ」という題名がつけられるような、ソーシャルワーカーという専門職が、いったいどう

いうプロセスを経て自立した専門職として育っていくのかという、そういうあり方の一つを、非常に鮮やかなストーリーラインをもった事例として、描写していただけたのではないかと思います。

というのは、この作品では、内田さんご自身がソーシャルワーカーとして、いろんな現実に向き合いながら、その現実に対処し、そして前に進み、自分の仕事を築きあげていったのですが、それはご自身が自らの経験を語らずして、それを知ることはできないわけです。まさにそういう内容の記述が、満載になっていることが特徴であり、それがまさにエスノグラフィーの真骨頂ではないかという気がいたします。

具体的に言うと、最初の2ページにある「家族療法との出会い」というのがあって、初めて「聞くことをおそれてはいけない」と気がつくところとか。もちろん基本的なこととして教えられはするけれど、そのことと実践との間には意外な距離感があって、「クライアントに対して聞くことが失礼ではないんだ」と気がつくという素朴な感覚、これには僕自身、ちょっと驚きましたね。こういう初期のフレッシュな感覚が、どうやって生まれてそして解消されていくのか、ごく素朴な気づきではあるけれど、その真摯さに驚くわけです。おそらく、看護師の新人体験でも、こういう機会はどこかにあって、似たようなプロセスがあるはずですけど、考えてみるとかなり重要な問いであり気づきではないかと思います。

また10ページあたりにある記述、このへんが語りの山場にもなるのですが、救命センターとMSWとの機能をつくりあげていくために、さまざまな情報源、関連部署に対するアプローチが次から次へと行われ、カンファレンスから始まり、医師の回診、日誌部分の写しを発見するとか、プレ・ホスピタルレコードを芋づる式に発見していくという部分があります。そこには、さまざまな逡巡や問いがあって「これがあるから、こっちがあるかもしれない」と、ダイナミックに、現場のなかで「何が必要なのか、何に関心をもてばいいのか、それはどこにあるのか」

とアクティブにアプローチされていく。そのことの象徴としては、「志願するだけではダメだ」という言葉があって、とにかく「現場に自分が入り込みながら手さぐりでものごとを生み出していく」というダイナミックなあり方に行きつきます。また、それは、必ずしも始めからつくられているわけではないから、必死になって自分で探していくうちに、結果的に全体がうまく機能する、MSWの役割を果たしうる機能をつくりあげていくことが、ここに描き出されています。

それを象徴する「内田箱、本人以外、持ち出しを禁ず」というところまでいって「他職種との連携」が円滑に受け入れられていく。それ以上に、むしろ過剰に依存されるまでになっていく、ということも見えてきたりして、「ソーシャルワーカーが自立した存在」として成長していくプロセスには、いろんな局面があり、それをどうやって乗り越え、まとめあげていったかが見事に描かれている。内部から、ソーシャルワーカーの当事者として描いていった、という意味では、これはこの分野では、稀有な作品ではないかと思って、すばらしいなと思いました。

それと、僕が希望するのは、こういう作品に、もっと立体的な描写や記述や考察など付け加えて、一冊の本にさせていただけたらいいなど。そういうことを、現場の当事者が実践することが、なかなか難しい。しかし、現場の当事者以外の学者の方が、堂々と『ケアとは何か』とか称して書かれている。つまり、哲学者なんか勝手に、そういうのを書いているわけですが、煮え湯を飲まされるような気持ちになって、釈然としない思いになります。それではダメですよ。現場でいちばん悩んで苦しんでいるのは専門職である当事者ですよ。当事者がいちばん知っているはずですよ。

確かに、当事者とは、現場に埋もれている、ある種のフィールドワーカーには違いないけれど、そこから少し距離を取って、専門職である自分自身を詳細に記述し活写していく。その現場にいて苦勞して、何にどのように苦勞しているかを知っている当事者が、「ソーシャル

ワーカーとは何か」「ケアとは何か」という本を書かないとだめだと思うんですよ。僕はそれを期待したいです。この作品が、いわば前線を突破した一つの業績として今後、もっと成長していったら、いわば教科書でしか表されていないソーシャルワーカーなるものを、「経験としてのソーシャルワーカー」を表す研究や著作としてまとめ上げられることを、切に願いたいと思います。以上です。ありがとうございました。

**野村：**松澤先生、ありがとうございました。何度も文章を送りつけて申し訳ありませんでした。読んでいただいて、ご丁寧なコメントをいただきましてありがとうございました。それに励まされてやってきました。最後に内田さんから、一言コメントしていただければと思います。

**内田：**私はお引き受けをした時から、ほんとに「どう書いていいか」、わからなくて悩んで、ただこの作業をしたことによって私は、ほんとによかったと今は思っています。それは自分のやってきたことを書いているわけですが、そこで気づくこととか、「その時、自分は、どう心が動いたか」を感じることができました。この切り取りは救命のことで、もっと他にも切り取り場面はたくさんあって、その中で「何を考え、何をしてきたのか」ということを、本来であれば、もっと違う形で残していかないといいなかったのかなと思ったりしました。今日、いろんなご批判もあるかもしれませんが、私は、ダメダメなソーシャルワーカーで最終的にもそんなにいいソーシャルワーカーではなかったと思うんですが、一生懸命、一人の人間としてやってきたことを聴いていただいたことに感謝します。これが何らかの役に立てれば、と思います。ほんとに松澤先生と野村先生の励ましがなければ、できなかったことだと思います。ほんとにありがとうございました。聴いていただいた方も、ありがとうございました。

**野村：**ありがとうございました。それではこれで事例部会を終わります。どうもありがとうございました。

**熊谷：**閉会挨拶を一言させていただきます。今年もコロナ禍でオンライン開催となりましたが、多くの方々に参加いただきまして盛会に終わられるということで、参加していただいたみなさまに感謝申し上げます。ありがとうございました。とりわけ基調講演、事例部会、お世話になりました松澤先生、野村先生、内田さま、大変なご苦勞をいただき、ありがとうございました。

今回は「臨床の本質に向かうとは」ということで「ソーシャルワークの基軸を成すもの」というテーマを設定させていただきましたが、今、その答えをいただけたというか、我々実践しているもの、研究しているものにとって、大きい気づきがありました。以前から松澤先生のご著書をお読みさせていただいていたのですが、「揺れ動く重み」を感じて、そこからどうしていくかを悩みながら考えていくという基本的なことでもありますとか、本日の9つの「臨床の本質」をお示しいただいたことがとても大切であると改めて思いました。「事例部会」におきましては内田さんの、これまでの仕事の振り返りをいただき、お感じになったことはさまざまあると思いますが、ソーシャルワーカーの業界にとっても財産であると思えました。松澤先生がいわれましたように、「経験としてのソーシャルワーカー」の蓄積を重ねることが大切であると思えました。内田さんを代表とするような多くの方がおられると思います。学会としましてはそういう方々の「経験」の積み重ねをまとめていくことを応援していくことができる、しないといけないと思っています。

今回、関西の役員で準備をしてきましたが、無事に終わられて、みなさま方、ありがとうございました。閉会の挨拶とさせていただきます。



## 〔論文〕

## 社会福祉士資格をもつケアマネジャーによる 身寄りのない高齢者の在宅看取り支援 —スピリチュアリティの観点からの考察—

大賀 有 記\*

ケアマネジャーが過度に疲弊せずに、身寄りのない高齢者の自宅で生活し続けたいというニーズを充足し、彼らの尊厳を保持する役割を遂行するためには何が必要なのか検討するために、インタビュー調査を行った。対象は身寄りのない高齢者の在宅看取り支援経験のある社会福祉士資格をもつケアマネジャー9名である。その結果ケアマネジャーは、【現在進行中のケースに対する協力体制】に支えられ【死に対する困難感】に対応し【本人主体の支援のはじまり】に踏み出すが、利用者の死期が迫った時期から死後にかけて【ひとり死に伴う葛藤】と【解決できない問題への対処】を繰り返し、【社会を開拓】して高齢者の地域生活体制の拡充を目指すと分かった。ケアマネジャーは【ひとり死に伴う葛藤】と【解決できない問題への対処】を循環的に経験し続ける覚悟が必要といえる。これは人を最期まで全人的に捉え、その人の核心つまり存在意義を守るというスピリチュアルなニーズを充足する役割の視点及び行動から生じる。この循環をふまえて【社会を開拓】することにより、身寄りのない高齢者が人生の最期まで尊厳を保って地域生活をおくる体制の普及につながるといえる。

Key words : 社会福祉士, ケアマネジャー, 身寄りのない高齢者, 在宅看取り支援, スピリチュアリティ

### I. 諸言

身寄りのない独居高齢者が最期を過ごす場所として住み慣れた自宅を選択した場合、複数の支援機関の多職種は、連携を密にし創意工夫を凝らし、本人の意向になるべく沿うように在宅看取り支援を行っている（松田ら 2020）。一方看取り自体は支援者自身を疲弊させることから、看取りにあたる支援者のサポートは必要と考えられ(Doe et al. 2016 ; 金子 2018 ; 大村 2017)、

病院においては、看取りを経験した支援者たちのグリーフケアなどを意図したデスカンファレンスが行われている（本田 2020）。一方在宅領域において、特に看取り支援を経験した元チームメンバーが同じ職場にいない介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）は、チームで振り返る機会に乏しく、悶々とした思いを抱えている現状がある（大賀ら 2019）。

2021年の65歳以上の高齢者がいる世帯構成を見ると、夫婦のみ世帯が32%、単独世帯が28.8%、

\* Yuki Oga : 愛知県立大学教育福祉学部社会福祉学科

親と未婚の子のみの世帯が20.5%となっており、単独世帯とその予備軍である夫婦のみの世帯が前年に比べ増加している（厚生労働省 2022）。また保証人不在の高齢者が地域生活上の諸サービスの利用が制限される問題が顕在化している現状（林 2022）からも、子らと同居していない高齢者が多いということだけではなく、子らのいない高齢者、子などの親族がいても協力が得られない高齢者も増加しているといえる。つまり、協力可能な親族のいない独居高齢者は今後も増加していく見込みであり、彼らが住み慣れた地域で自分らしく最期まで尊厳を保って生きることを実現する支援の保障は課題となっている。

在宅療養支援に着目すると、「看取りのない高齢者の孤独死は避けたい死」（野尻 2015：99）として考えられてきた経緯はある。一方でひとり暮らしの高齢者が、必要に応じたサポートを受けながら自宅でひとり最期を迎えるのは孤独死ではなく自然な「在宅ひとり死」（上野 2021：100）であり、避けるものではないという考え方もある。ここには死に際もひとり暮らしの延長であるから、臨終の際にも立会人がいないことが本人にとって普通であるという発想がある。本人が最期まで自宅ででの生活を望む場合、本人にとっての一定の安全と安心の確保に努め、チームで独居者の看取りを行っているところもある（小笠原 2017）。しかしながら看取りが、支援者にとっても精神的負担であることには変わりはない。支援者が過度に疲弊し支援ができなくなることを予防するために、在宅の支援者自身も意図的にグリーフワークをする必要は示唆されている（大賀ら 2019）。身寄りのない高齢者の在宅看取り支援の場合、社会資源の充実とともに、支援者自身が前向きに支援にあたろうと取り組めるチーム体制を地域に拡充する必要がある。

では身寄りのない高齢者の在宅支援の必要の高まりが見込まれる現在、在宅支援チームは、精神的にも負担が大きい看取り支援に対して、どうしたら持続的かつ安定的に対応していける

のだろうか。本研究では、チームのリーダー的存在であるケアマネジャーが、過度に疲弊せずに支援を継続して、身寄りのない高齢者の自宅で生活し続けたいというニーズを充足し、彼らの尊厳を保持していくためには何が必要なのか、全人的存在としての人の理解の観点から検討する。なお、本稿の「身寄りのない高齢者」とは、山縣ら（2019）の定義に基づき、単に家族や親族がいないだけでなく、家族らに連絡がつかない又は家族らから支援が得られない高齢者とする。そして「ひとり死」とは、上野（2021）の定義に基づき、身寄りのない高齢者が自宅で立会人のない中で亡くなることとする。

## II. 研究の視点

人の理解について、社会福祉士の倫理綱領の原理VIには、「すべての人々を生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面からなる全人的存在として認識する」（日本社会福祉士会 2020）とある。ソーシャルワークにおいて、バイオ・サイコ・ソーシャルの側面から人を理解することは古くからされてきたが、倫理綱領ではそこに文化的およびスピリチュアルな側面が加えられている。スピリチュアルな側面は、人の社会的側面など他側面を統合していき、人間全体や人間の核心をつくっていく性質をもつ（Canda et al.=2014）。ゆえに、スピリチュアルな側面を尊重することは、その人そのものの尊厳を保持することにつながると考えられる。

スピリチュアリティの定義については、「人間存在に意味を与える根源的領域であり、同時に、人がその意味を見出していくために希求する自己、他者、人間を超えるものとの関係性、また、その機能と経験」（藤井 2015：58）、「普遍的で根本的な人間の特質であり、そこでは、意味、目的、道徳性、ウェルビーイング、深遠さが、自分自身・他者・（それがどのように理解されたものであろうと）究極的実在との関係の中で探求される」（Canda et al.=2014：87）などとされている。つまりスピリチュアリ

ティは、死や神仏など超越的存在との関係だけでなく、自分自身との対話や、他者との交流の中で見出されていく人間の核心といえる。スピリチュアリティがその人の核心であるならば、人生の最期までそれを守ることが必須である。そのことによりその人自身も自分の存在に意味、つまり存在意義を見出すことができ、その人の尊厳の保持につながっていくと考えられる。

またソーシャルワーク専門職のグローバル定義 (IFSW 2014) からは、ソーシャルワークの目的は、人々の well-being の向上にあると読み取れる。Well-being は、よりよい状態で存在することと捉えることができる。人々がよりよい状態で存在するための一つの要素として、あらゆる環境においてその人の核心が守られること、そこから本人が自らの存在意義を感じ取ることができるだろう。本稿におけるスピリチュアリティの観点とは、クライアントの生きる意味や存在意義の探求といったスピリチュアルなニーズに対応するとき、同時に、その人及び環境の well-being を目指すものである。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 調査の概要

本調査の目的は、社会福祉士資格をもつケアマネジャーの身寄りのない高齢者の在宅看取り支援のプロセス、および困難の内容を明らかにすることである。社会福祉士の倫理綱領 (日本社会福祉士会 2020) では、人を全人的な存在として捉えることや人間の尊厳について謳われている。本綱領を順守する社会福祉士資格をもつケアマネジャーは、利用者の生活全般を包括的に捉え、その人を全的に理解し尊厳を保持する視点を根本的に持っていると考えられる。

本調査では、地域のケアマネジャーの研修会などで役員をしているケアマネジャー2名に、身寄りのない高齢者の在宅看取り支援の経験のある社会福祉士資格をもつケアマネジャーの紹介を依頼した。彼らから紹介された人々に論者

から個別に研究について説明し、同意を得られた9名を研究対象者とした。彼らの居宅ケアマネジャーとしての経験年数は9年から18年 (中央値15年)、社会福祉士資格を得てから2年から25年 (中央値9年)、女性7名男性2名であった。なお、ケアマネジャーの資格を得たときの基礎資格は、社会福祉士7名ホームヘルパー2名であった。

すべてのインタビューにおいて、1) 専門職として看取り支援における役割を果たせたと感じる場面、2) 専門職として看取り支援における役割を果たせなかったのではないかと思う場面、3) 看取り支援に関わる専門職のサポートの体制と方法、4) あなた自身の死生観、の4点を軸にしつつ、身寄りのない高齢者の在宅看取り支援の事例経過を追いながら、自由に語ってもらう半構造化インタビューのかたちをとった。なおインタビュー時間は78分から114分であり、インタビュー場所は対象者の所属する事業所内の個室としプライバシーの守られた環境であった。インタビュー内容については、対象者の許可を得てICレコーダーに録音し、個人情報保護を徹底している業者に委託して逐語録を作成した。逐語録はA4用紙ひとり30枚から61枚、合計334枚であった。インタビュー実施期間は、2017年12月から2018年2月である。

なお本調査は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った (承認番号: 29愛県大学情第6-30)。調査対象者には、調査目的と方法、データの管理と処理方法、調査協力の任意性と撤回・中断の自由、プライバシーの確保、調査結果の公表について説明し、書面にて同意を得た。

#### 2. 分析方法

質的データ分析法 (佐藤 2008) を採用し、以下の手順で進めた。はじめにインタビューの逐語録から、ケアマネジャーの困難感と困難事項およびそれらに伴う対応について、セグメントとして抽出した。次にコードを割り振り、コードをより抽象度の高いサブカテゴリーにまとめ、

そのサブカテゴリーをさらに抽象度の高いカテゴリーにまとめた。分析を進めるにあたり、事例—コード・マトリックスを作成し、データとの往復を繰り返し修正する過程で、一定のパターンや規則性を導き出すことを意図した。また分析のプロセスにおいて質的研究者2名に数回の助言を受け、分析の客観性および妥当性の担保に努めた。

#### IV. 研究結果

分析した結果、表1のように36のコードと10のサブカテゴリー、6つのカテゴリーが生成された。図1は、コード、サブカテゴリー、カテゴリー間の関係を図示したものである。なお、以下のストーリーの説明において、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[ ], コードは〈 〉、主要な語りである代表的セグメントの一部は「 」で示している。代表的セグメントのなかの「…」はデータの省略であり、( )はデータの補足である。またデータの最後に示した番号はセグメント番号である。

結果の概要としては以下の通りである。社会福祉士資格をもつケアマネジャーは、身寄りのない高齢者の在宅看取り支援において、【現在進行中のケースに対する協力体制】に支えられ【死に対する困難感】に対応し【本人主体の支援のはじまり】に踏み出していた。しかし利用者の死期が迫った時期から死後にかけて【ひとり死に伴う葛藤】と【解決できない問題への対処】を繰り返す。それをふまえて【社会を開拓】し高齢者の地域生活体制の拡充を目指していた。以下カテゴリー別に説明していく。

##### (1) 【現在進行中のケースに対する協力体制】

ケアマネジャーからは〈チームメンバーに相談できる〉ことや、〈事業者内でいつでも話ができる〉こと、また〈ケアマネ仲間と支えあう繋がり〉が地域にあることが語られた。そして〈病院と交渉できる〉、つまり病院と連携できること、地域ケア会議などで〈地域の多機関と話し合える〉といった多職種多機関連携体制が

とられていた。これらは、【現在進行中のケースに対する協力体制】として機能しており、デスカンファレンスのように終結後のケースについて話し合うような場ではなかった。

##### (2) 【死に対する困難感】

「(死についての)話が普通にできれば、そんなに困らない(B30)」と認識されているように〈利用者にとって死は避けたい話題〉である。ケアマネジャー自身も〈死について深く考えたことがない〉という一方、〈死を怖いと思う〉ことがある。また生活を支援するケアマネジャーにとって〈生きることの方が大事〉だから、死を考えなくても仕事上差支えがないこともあり、[死は未知の世界]となっていた。

しかし、いのちにかかわる病を抱えた高齢者の〈死に直面した苦しさを思う〉と、彼らの療養について〈意向をたずねるハードルが高い〉と感じる。「もうちょっと生きたいという人もいますし(H31)」といったように、高齢者の〈生きる希望に沿いきれないがさ〉を体験する。このようにケアマネジャーは[終末期の人を前にした緊張感]をもっており、[死は未知の世界]であるがゆえに、余計に【死に対する困難感】は大きくなっていくといえる。

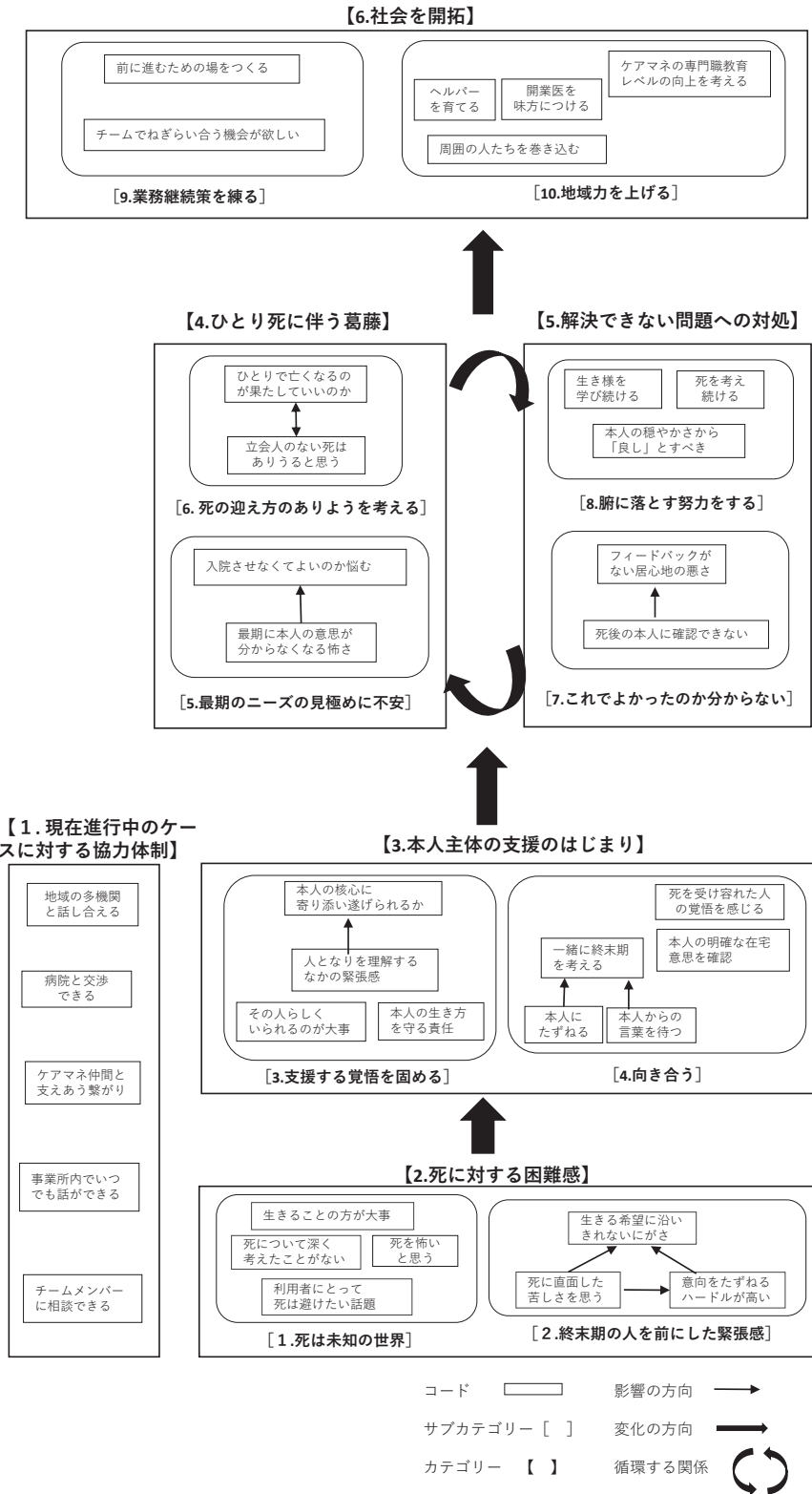
##### (3) 【本人主体の支援のはじまり】

〈その人らしくいられるのが大事〉という職業的価値観のもと、ケアマネジャーとして〈本人の生き方を守る責任〉を自覚し、利用者に話を聴いていく過程で〈人となりを理解するなかの緊張感〉をもつ。「(本人の死生観も含めて)どこまで寄り添っていけるんだろう(G10)」と〈本人の核心に寄り添い遂げられるか〉自問自答し、最期まで[支援する覚悟を固める]ことになる。〈本人にたずねる〉、〈本人からの言葉を待つ〉行為を通して、〈一緒に終末期を考える〉関係をつくっていく。その中で「最期まで自宅でひとりでやりたい(H10)」という〈本人の明確な在宅意思を確認〉し、〈死を受け容れた人の覚悟を感じる〉ことになる。これは利用者本人にじっくりと[向き合う]過程でもある。最期まで支援する覚悟をもって向き合うこ

表1 身寄りのない高齢者の在宅看取り支援にあたる社会福祉士資格をもつケアマネジャーの困難感と困難事項、それらに伴う対応

カテゴリーNO.	カテゴリー	サブカテゴリーNO.	サブカテゴリー	コードNO.	コード	代表的セグメント				
1	現在進行中のケースに対する協力体制			1	チームメンバーに相談できる	・意思疎通が屈託なく行える (C12)・看護師さんたちとは…懇意にいつでも相談できます (D9)・いろいろ相談乗ってもらえると心強い (E22)				
				2	事業所内でいつでも話ができる	・(ミーティングを) その都度やらないと (C10)・事業所内の振り返りはみんなです (D36)・どうしようねっていう話ができる関係性は職場内ではある (D8)				
				3	ケアマネ仲間と支えあう繋がり	・(ケアマネ仲間から) それは大丈夫だよとか言ってもらえると…頑張るわみたいな感じ (A27)・今、こういうところ不安なんだけどっていうの、率直に聞ける (C13)・地域でのケアマネの会もできていて (G3)				
				4	病院と交渉できる	・(本人が困らないように) 手間のかからない方法で退院をさせてほしいっていうお願いを(病院に)したり (D14)・入院したときにもうすぐに行く…そのときに家の状況を伝える (D15)・情報交換は医療機関とできる (D17)				
				5	地域の多機関と話し合える	・ケアマネの事業所の特性をきちんと理解して、交代もちゃんと地域包括がやれたら (B25)・結構意見が言える(地域ケア) 会議です (D10)・地域課題の検討はまた地域課題の検討で、きちっとやっていると (D11)				
2	死に対する困難感	1	死は未知の世界	6	利用者にとって死は避けたい話題	・(死についての) 話が普通にできれば、そんなに困らない (B30)・(エンディングノートの) 冊子を…書いた人いるんだろうか (D19)・(利用者にとって死は) 考えたくないし、つらいことだったり寂しいことだったり (F28)				
				7	死について深く考えたことがない	・私がないんだよ、きっとそういうの(死生観)が (D25)・死んだらどうなるのなんて考えない (D30)・自分自身も(死生観について) あまり考えたことない (E33)				
				8	死を怖いと思う	・怖いですね。…(胸が) ざわざわするんですよ (A33)・つらいと思う…人の死って慣れないほうがいいのかな (A37)・寂しいっていうか、怖いっていうか (E50)				
				9	生きることの方が大事	・生きている間が全て (B35)・今精いっぱい生きる、これに尽きる (C29-8)・今、一生懸命生きていくことのほうが私にとって一番大事なこと (D31)				
				2	終末期の人を前にした緊張感	10	死に直面した苦しさを思う	・すごいと思うって感じ…それぐらいつらいだろう (F19)・自分を保てなくなっちゃうから、考えないようにするところもあるのかなあ (F23)・ショックでかい…そこしか考えられないと思う (H31)		
						11	意向をたずねるハードルが高い	・深刻になってから聞くのはなかなか聞けない (F31)・どういうふうに意思決定の形成支援…をしてほしいのか…課題 (C36)・(余命宣告された人に対して聴く技術は) 何年やっても足りないんじゃないかな (I5)		
						12	生きる希望に沿いきれないがさ	・(病状を受け入れていない人に在宅療養の話をして) 言葉は染みていかない (C5)・もうちょっと生きたいっていう人もいますし、(H15)・「治療の施しようがありません」って言われた後の…サポートは本当に迷います (H21)		
				3	本人主体の支援のはじまり	3	支援する覚悟を固める	13	その人らしくいられるのが大事	・その人らしさを残しながら、亡くなると一番いいですよ (E51)・(死ぬ) 瞬間まで自分の好きなことやってた…というのが(いい) (F38)・いいんだよ、ね、もともと(本人は) 人と交流するのでもそんなに好きなほうではないし (G6)
								14	本人の生き方を守る責任	・本人らしく最期まで生きたっていうところに関わるのが(ケアマネの役割として) 大きい (B8)・リスクも承知の上で…本人の思いをどう実現していくか (F2)・(本人の願いの実現に) 障害が出てきたときには、取り除く方法を本人と一緒に考えて (H55)
	15	人となりを理解するなかの緊張感	・本心で言ってるのかな、伝わってるのかなっていうのは絶えず、揺れるし、ぶれるし、不安だし。過信もしないし…つらいとこかな (C31)・自分(の意思)がある方だったので(向き合うのが) 非常に難しかった (E7)・私の中でなんで踏み込めなかったのかなとか…信頼関係をどうやって構築していくのかなっていうのが、まだまだ未熟だな (F4)							
	16	本人の核心に寄り添い遂げられるか	・相手に寄り添って、死生観まで伴う…どこまで寄り添っていいんだろう (G10)・この人の人生の中の核心だから(黙って見守るしかない) (G11)・最期まで私は…きちっと支援していきたいと思っているケアマネですって感じて覚悟を持って (I24)							
	4	向き合う	17					本人にたずねる	・かみ砕いて本人に伝えて…本人に決めてもらう (B32)・教えていただけますか、どんなお気持ちなんですかって (C29-10-2)・どうする?って(本人に) いう (G21)	
18			本人からの言葉を待つ	・本人が発する言葉を待つしかない (H26)・しぐさと言葉を待ちますかね (H30)・次の言葉を待つっていうような聞き方しかないですね (I20)						
19			一緒に終末期を考える	・一緒に考えようって。(お迎えは) 来るよって。…どうしたいか (G36)・本人がかみ砕いてる時間帯っていうのは、近くでいいいいものであれば近くにいる (H29)・逃げようとは思わない(本人と) 一緒にやればいい (I21)						
20			本人の明確な在宅意思を確認	・最期は家でっていう…そこは持ってみる方 (D23)・自宅で死にたいっていう人は、本人が覚悟を持つてる (F41)・最期まで自宅でひとりでやりたい (H10)						
21			死を受け容れた人の覚悟を感じる	・もう十分にやったから、もう迎えに来てもらってもいいっておっしゃる。…それはすごいな (E35)・やり切った…いつでもいいよっていう人ってすごいなと思います (H33)・本人に美学があった…自分の意思で最期を閉じたいっていう (I10)						

カテゴリーNO.	カテゴリー	サブカテゴリーNO.	サブカテゴリー	コードNO.	コード	代表的セグメント		
4	ひとり死に伴う葛藤	5	最期のニーズの見極めに不安	22	最期に本人の意思が分からなくなる怖さ	・食べれなくなって、発話もなくなったっていうときに…何カ月前の(意思が)本意なんだろうか…怖さは拭えない(C25)・意思疎通ができなくなったときに、私が立てたケアプランの…同意とかが、その人だけっていうのが、いいのかわかっていう不安(E19)・今、言ってる本人の言葉が本当なのかが分からなくなる(F33)		
				23	入院させなくてよいのか悩む	・(救急車を)呼ぶべきだったのか、呼ばなくてよかったんだろうか(C23-2)・確信が持てない…本当に(在宅のままで)いいのかわかって(C32)・(本人の全ての)拒否を私は受け入れていいか(G13)		
				24	立会人のない死はありうると思う	・(利用者が一人の時間帯に亡くなくても)私は別に大丈夫だと思ってます(A11)・夜中(一人の時間帯に)、死んでしまうということは十分あり得ること(C27)・(必ず誰かがみているところで亡くなること)は不可能(E13)		
		6	死の迎え方のありようを考える	25	ひとりで亡くなるのが果たしていいか	・(一人の時間に亡くなると)この支援の組み方でよかったのかわかって思う(D40)・ひとりで死ぬってどうなんだろう(あまりよくはないか)って、ずっと思ってます(G24)・一人暮らしの最期の方は、やっぱり100パーセント満足感はない(I17)		
				26	死後の本人に確認できない	・亡くなった後にしゃべれたら本当に家でよかったのって聞きたい(A18)・(亡くなった)本人に(このプランでよかったのか)確認できない(E21)・意識を落とすしちゃうと、聞けない(F36)		
5	解決できない問題への対処	7	これでよかったのか分からない	27	フィードバックがない居心地の悪さ	・その人が亡くなったら、もうその日にチーム解散。(お参りも)個別で行く(E26-2)・(本人が亡くなったら、何のフィードバックもなく支援は)そこでバサッと終わる。…(変な感じがします。)突然終わってしまったという感じ(H48)・(利用者の死後)解散になっちゃいますから。(心につかえたものが残って、お見送りができたっていう感覚には)なりにくい(H50)		
				8	臍に落とす努力をする	28	本人の穏やかさから「良し」とすべき	・(本人の穏やかな死に顔から)結果オーライとして自己消化して前に進んでいくしか(ない)(G9)・この方が思う死に方、結果的にそうだったから、それをよしと思うべきなんだな(G14)・(亡くなったときの笑顔)を見て、よかったんだな…と思いました(I16)
						29	生き様を学び続ける	・病気になったとかになると…遠くにも行けなくなるし、だんだん自宅が中心になっていたり。だんだん狭まってきますよね、人との付き合いが。だったらそのまんまがいい(のだろう)(A45)・生き方の見本を見せていただける…こういう終わり方があるんだっていう(H45)・多く貴重な場面見させてもらって、自分に振り返れるところはしていきたい(H56)
		30	死を考え続ける			・死んだ後っていうのはどんな世界なのか…人間って考え続けなければいけないだろうし(C29-13)・よく生き切ったとかいうけど、生き切ったっていうのが私の中でまだ分からない(F27)・(この世は)向こうの世界につながっているっていうのが多分(私の中に)あるんだと思う(I19-2)		
		9	業務継続策を練る	31	チームでねざらい合う機会が欲しい	・(利用者の死後に)そのメンバーで(振り返りを)やれるといいな(C21)・ヘルパーさんにしても、ケアマネにしても、自分のせいで(利用者が亡くなった)みたいなことを思うこともある。振り返り…はやっぱり必要(D41)・チームで会って…振り返りのほうが、もっときちんと気持ちが落ち着くのかな(I3)		
				32	前に進むための場をつくる	・(在宅看取りに関わるひと誰でも参加できる)勉強会を開きたいな(A47)・明日からもういっぺん仕事しようっていうステップになるのかな(D39)・(振り返りで)発言することによって、重たい気持ちでなく、また前に進めるように(H5)		
33	周囲の人たちを巻き込む			・この人に関わっている周りの人にもご本人も含めて伝えておけばよかったな(D4)・独居で支え手が地域の方の場合のときの、本人を交えたお話(はしたほうがいい)(D6)・(地域の人に)サービス担当者会議のメンバーにも入ってもらって、一緒に方向性を…確認することもありました(H9)				
34	ヘルパーを育てる			・地域のヘルパーさんとか…が(看取り支援の勉強会に)参加して、地域力を上げたい(A47)・怖いんだけど知識が付いてやれますっていうヘルパーさんを育てたい(A48)・ヘルパーも育たないと本当に難しい(B25-2)				
10	地域力を上げる	35	開業医を味方につける	・先生たちも巻き込んでいくっていうことが少しずつの地域を変えてくっていくところ(B14)・訪問診療の先生とかも研修会を定期的に開いたりとか、…ご協力いただいて(C14)				
		36	ケアマネの専門職教育レベルの向上を考える	・福祉職のほうが医療職に負けずにきちんと根拠を持ってやれば(いい)…まだ私たちの力不足なんだなっていう気はするの…悔しい(B9)・死生観のところも(ケアマネに)教育しないと難しいだろうな(B26)・ケアマネがもっと勉強しなきゃいけない(F10)				



コード  影響の方向 →

サブカテゴリー [ ] 変化の方向 →

カテゴリー 【 】 循環する関係 ↻

図1 社会福祉士資格をもつケアマネジャーによる身寄りのない高齢者の在宅看取り支援のプロセス

とは、【本人主体の支援のはじまり】となる。

#### (4) 【ひとり死に伴う葛藤】

利用者の希望に沿って在宅生活継続の支援をしていても、本人の体調が悪化し死が近づいたとき、「食べれなくなって、発話もなくなったというときに…何カ月前の（意思が）本意なんだろうか…怖さは拭えない（C25）」というように、本人の意思に変更がないのか確認が持てない（最期に本人の意思が分からなくなる怖さ）を感じる。「（本人の全ての）拒否を私は受け入れていいのか（G13）」と（入院させなくてよいのか悩む）。本人と意思疎通がはかれず本人の現在の意思について「確信が持てない（C32）」ため「最期のニーズの見極めに不安」を感じざるをえない。現実的には（立会人のない死はありうると思う）一方、「（一人の時間に亡くなると）この支援の組み方でよかったのかなって思う（D40）」ことや「ひとりで死ぬってどうなんだろう（あまりよくないのではないか）（G24）」と考え、「ひとりで亡くなるのが果たしていいのか」と「死の迎え方のありようを考える」。本人の意思に沿って、多職種で連携してその都度確認しながら支援をしていても、それだけでは納得できない、【ひとり死に伴う葛藤】がある。この段階になると、【現在進行中のケースに対する協力体制】の関与はなく、ケアマネジャーがひとりで葛藤していた。

#### (5) 【解決できない問題への対処】

利用者が亡くなると、今回の支援でよかったのか（死後の本人に確認できない）し、「その日にチーム解散（E26-2）」となり「突然終わってしまったという感じ（H48）」で、「フィードバックがない居心地の悪さ」を感じる。誰からも評価がなく、「これでよかったのか分からない」状況となる。「（本人の穏やかな死に顔から）結果オーライとして自己消化して前に進んでいくしか（ない）（G9）」というように（本人の穏やかさから「よし」とすべき）と判断せざるを得ない。また（生き様を学び続ける）ことや（死を考え続ける）ことにより、これでよかったのだと「腑に落とす努力をする」。本人が最終的

にどう思っていたのか、独居のままのひとり死で本当に良かったのか検証するすべがないことを自覚し、【ひとり死に伴う葛藤】をもちながらも、答えの出ない【解決できない問題への対処】をしていくのである。（ひとりで亡くなるのが果たしていいのか）の間には亡くなった本人からの答えはなく、また支援に対するチーム全体の体系的な評価の実施が難しい現状もあり、この葛藤と対処は繰り返されていた。

#### (6) 【社会を開拓】

「自分のせいで（利用者が亡くなった）みたいなことを思うこともある。振り返り…はやっぱり必要（D41）」と思い、本人の死後に解散した（チームでねぎらい合う機会が欲しい）と思う。振り返ることにより「明日からもういっぺん仕事しようっていうステップになる（D39）」と考え、（前に進むための場をつくる）ことが必要だと考える。この看取り支援を経験した元チームメンバーたちの「業務継続策を練る」のである。

さらに身寄りのない高齢者の在宅看取り支援を普及させるために、地域住民など（周囲の人たちを巻き込む）こと、看取りに対応できる（ヘルパーを育てる）こと、（開業医を味方につける）ことも必要なことである。そして「福祉職のほうが医療職に負けずにきちんと根拠を持ってやれば（いい）…まだ私たちの力不足（B9）」ということから（ケアマネの専門職教育レベルの向上を考える）ことも必要不可欠と認識され、地域の専門職や住民たちと協力して「地域力を上げる」必要性が語られている。つまり、一度チームを組んだメンバーたちが今後も働きやすくなることだけでなく、身寄りのない高齢者を在宅のまま支援し看取る体制のある地域を増やしていく、つまり【社会を開拓】していくことを目指しているといえる。

## V. 考察

中堅・ベテランのケアマネジャーにおいても、【ひとり死に伴う葛藤】と【解決できない問題



への対処】の循環がみられたことが特徴的であった。以下この循環に着目して考察する。

### 1. 【ひとり死に伴う葛藤】

終末期において本人の意思を確認できない場合は、その意思を推定することの重要性が指摘されている（厚生労働省 2018；日本老年医学会 2019）。家族らがおらず医療・ケアチームだけで判断せざるを得ない時も、「本人にとって最善の方針をとることが基本」（厚生労働省 2018：5）である。しかし本人にとって何が最善なのか、チームもケアマネジャーも判断がつかない場合がある。意思疎通がとれるうちに本人と十分話し合っ、〈本人の明確な在宅意思を確認〉していても「確信が持てない…本当に（在宅のまま）いいのかなって（C32）」などと、ケアマネジャーは「最期のニーズの見極めに不安」を抱くのである。

人の臨死期には、ソーシャルワーカーは何もできないという限界を引き受ける覚悟が必要であること、もし何かできるとしたら寄り添いである（藤井 2017）という指摘がある。一方、本調査で見られたケアマネジャーの【ひとり死に伴う葛藤】は、もうすぐ亡くなろうとしている人に対し、何かができるのではないかと思うが、それが何か分からないことを意味する。この葛藤の中で、その人の権利を擁護し、その人の尊厳を保持しようとするが、具体的にその人の何の権利をどう擁護すればいいのか、何をすれば尊厳の保持につながるのか分からない。そこで結局ニーズ充足の普段の支援スタイルに戻る。そして死期が迫った人にも何かニーズがあるのではないかと思い探すのであるが、そのニーズが何か分からないまま悶々と葛藤する。ここではケアマネジャーは自らの限界を明確に自覚しているとは言い難いが、これはケアマネジャーがその人に思いを寄せている、いわゆる寄り添い様であり、その人の存在を認め、その人の身体的精神的状況に関わらず尊厳を保持しようとして取り組んでいる証ともいえるのではないか。

ケアマネジャーは、利用者のバイオ・サイコ・ソーシャルの各側面について多職種と協働して支援しているが、利用者の核心を守るというスピリチュアルなニーズについては、その人の人生の最期まで満たし続けることができるのだろうか。本人とケアマネジャーとの関係の中で見出されたその人の核心を最期まで守ることは、その人の尊厳を保持し well-being を探求し続けるソーシャルワークの仕事であろう。〈本人の核心に寄り添い遂げられるか〉とケアマネジャーが自問しているのは、自分の役割として、本人の核心つまり本人の存在意義について、本人が感じ取れるように最期まで支援し守ることが必要と感じているからではないか。協力的な家族をもつ高齢者の場合は、自らの存在意義について、家族との間で感じ取ることはあるだろう。しかし身寄りのない高齢者は、親しい知人がいる場合を除き、存在意義を確認しあう相手がいなくて多く、ケアマネジャーがその役割を担うことがある。しかし、結果的にひとり死になると、その人が存在意義を保ち尊厳をもって亡くなっていったのか確証が持てない気持ちになる。ゆえにケアマネジャーは、スピリチュアルなニーズを満たせなかったような、悶々とした葛藤のような感情を抱き続けると考えられる。

### 2. 【解決できない問題への対処】

死が迫った時期の人のニーズについて明確にはわからないため、ニーズに応えられたかどうか判断できず、[これでよかったのか分からない]状況になる。「(本人の穏やかな死に顔から)結果オーライとして自己消化して前に進んでいくしか(ない)(G9)」と〈本人の穏やかさから「良し」とすべき〉と考えないと、ケアマネジャーは支援を続けていくことができないといえる。穏やかな死に顔というのは、本人のニーズが満たされていたことを想起させる。しかしそれだけでは、誰も見ていなかった本人の最期が満ち足りていたのか納得できず、〈生き様を学び続ける〉ことをし、また〈死を考え続ける〉。

このような活動を通して、ケアマネジャー自身と利用者本人と超越的存在としての死との関係を考えることはできる。「死んだ後ってというのはどんな世界なのか…人間って考え続けなければいけないだろうし（C29-13）」といったように、死について考える。「（この世は）向こうの世界につながっているっていうのが多分（私の中に）ある（I19-2）」と思うこともあるが、生死について考えたところで、何か明確な答えがあるわけではない。しかし考え続けることによって、最期に本人のスピリチュアルなニーズも含め満ち足りていたのだろう、本人は自分の存在意義を感じたまま逝ったのであろうと「腑に落とす努力をする」ことはできる。このように【解決できない問題への対処】をしつつ、【ひとり死に伴う葛藤】を悶々と抱え続ける覚悟をもって、ケアマネジャーは進んでいく力を持ち続けることこそが重要なのである。

この葛藤と対処の繰り返しは、人を最期まで全人的存在としてとらえているからこそ、生まれるものである。人を全人的存在としてとらえ、その人の核心を守る、その人が自らの存在意義を感じられるように働きかけるというスピリチュアルなニーズ充足もふくめて支援していくことが、人の尊厳の保持につながっていくと考える。葛藤を抱きながらもこのような循環をとり続けることが、全人的な存在である人が最期まで生きていくことを支援し well-being を探求し続けるソーシャルワークの仕事ではないか。

ケアマネジャーをはじめ支援者たちが、身寄りのない高齢者のひとり死について、悶々とした感情を抱えながらも、その人の核心、存在意義を守る覚悟をもち、持続可能な支援をすることは、高齢者が尊厳を保って住み慣れた地域で最期まで過ごすことを実現するために必須と考える。その覚悟をもって【社会を開拓】してこそ、身寄りのない高齢者の終末期の生き場所の選択肢を増やし、充実した生き方を実現する方を豊かにする、環境の well-being の向上につながるといえる。

## VI. 結語

本研究の結論として、身寄りのない高齢者の自宅で生活し続けたいというニーズを充足し、彼らの権利を擁護していくためには、ケアマネジャーが【ひとり死に伴う葛藤】と【解決できない問題への対処】を循環的に経験し続ける覚悟が必要であるといえる。これは人を最期まで全人的に捉え、その人の核心を守り、その人が存在意義を感じ続けるというスピリチュアルなニーズ充足にも対応しようとするところから生じる。そしてこの循環をふまえて【社会を開拓】することにより、身寄りのない高齢者が人生の最期まで尊厳を保って地域生活をおくることのできる体制を普及させていけると考える。

今回は社会福祉士資格をもつ中堅以上のケアマネジャーの実践に焦点を当てた。経験年数の少ない社会福祉士資格をもつケアマネジャーや、医療や介護などの基礎資格をもつケアマネジャーとの比較などについては、今後の課題としたい。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた皆様に深く御礼申し上げます。本論文は、JSPS 科研費(16K04157)の助成を受けて行った研究成果の一部です。

## 文献

- Canda, E. R. and Furman, L. D. (2010) *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping, 2nd ed.*, Oxford University Press. (=2014, 木原活信・中川吉晴・藤井美和監訳『ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティとは何か―人間の根源性にもとづく援助の核心』ミネルヴァ書房.)
- Doe, J. and Katz, R. S. (2016) Professionalism and our humanity: Working with children in palliative and end-of-life care, Katz, R. S. and

- Johnson, T. A. eds., *When Professionals Weep, 2nd ed.*, Routledge, 104-111.
- 藤井美和 (2015) 『死生学と QOL』 関西学院大学出版会.
- 藤井美和 (2017) 「死生観にかかわる教育—ソーシャルワーク教育における課題」『社会福祉研究』128, 58-66.
- 林祐介 (2022) 「保証人不在事例におけるソーシャルワーク支援上の困難性についての一考察—医療ソーシャルワーカーのインタビュー調査データの内容分析にもとづいて」『保健医療社会福祉研究』30, 53-64.
- 本田香 (2020) 「多職種デスカンファレンスの効果—高齢者医療・終末期医療の在り方を多職種で検討する取り組み」『日本医療マネジメント学会雑誌』21(1), 34-37.
- IFSW (2014) Global definition of social work. (<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, 2023. 2. 20).
- 金子絵里乃 (2018) 「第 6 章 スーパービジョン実施のための準備作業 (2) 患者との死別体験によるグリーフを抱えたソーシャルワーカーに対するライブスーパービジョン」福山和女・渡部律子・小原真知子ら編『保健・医療・福祉専門職のためのスーパービジョン—支援の質を高める手法の理論と実際』ミネルヴァ書房, 126-139.
- 厚生労働省 (2018) 「『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』の改訂について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>, 2022. 11. 1).
- 厚生労働省 (2022) 「2021 (令和 3) 年国民生活基礎調査の概況」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>, 2022. 10. 31).
- 松田優子・村瀬智子 (2020) 「介護支援専門員の多職種連携における独居高齢者の在宅看取りの実践」『日本看護学会誌』25(2), 349-364.
- 日本老年医学会 (2019) 「ACP 推進に関する提言」(<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>, 2022. 11. 1).
- 日本社会福祉士会 (2020) 「社会福祉士の倫理綱領」(<https://www.jacsw.or.jp/citizens/rinrikoryo/>, 2022. 11. 5).
- 野尻雅美 (2015) 「高齢者の孤独死と満足死、『一人』と『ひとり』からの考察」『日本健康医学会雑誌』24(2), 99-102.
- 大賀有記・森朋子 (2019) 「在宅療養支援におけるケアマネジャーの役割喪失に伴う悲嘆作業過程—がんをもつ独居高齢者の看取りを視野に入れた支援に関する調査から」『愛知県立大学教育福祉学部論集』67, 11-20.
- 小笠原文雄 (2017) 『なんとめでたいご臨終』小学館.
- 大村光代 (2017) 「特別養護老人ホームでの看取りにおける職員の精神的負担に対する看護管理者の対応」『日本看護科学会誌』37, 272-278.
- 佐藤郁也 (2008) 『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社.
- 上野千鶴子 (2021) 『在宅ひとり死のススメ』文春新書.
- 山縣然太郎・田宮菜奈子・武藤香織・ほか (2019) 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/miyorinonaihitothenotaiou.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitothenotaiou.html), 2022. 11. 10).

**End-of-life support at home for older adults without family by care managers  
with social work licensure  
—Discussions from a spirituality perspective—**

Yuki Oga

Aichi Prefectural University

This article aims to investigate the role of care managers for supporting older adults without family or “elder orphans” who want to continue living in their own homes. Interviews were conducted with nine care managers who are certified social workers and have experiences providing home care support to older adults without relatives. The findings showed the care managers were supported by “collaborative structure for ongoing cases” to deal with “the difficulty with death” and proceeded towards “the start of person-centered support.” However, they repeatedly experienced “conflict associated with dying alone” and “dealing with unsolvable problems” from approaching death to post-death. And they “cultivate a community” aiming to expand the older adults’ community-based living. Care managers should prepare for the cycle “conflict associated with dying alone” and “dealing with unsolvable problems.” The cycle occurs from the actions and perspectives of fulfilling the spiritual needs of protecting the person’s core. Based on this cycle, we can “cultivate a society,” which leads to grow a system that supports the dignity of the older adults without family till the end of their lives.

Key words: Certified social worker, Care manager, older adults without family, End-of-life support at home, Spirituality

## 〔論文〕

## 須坂市保健補導員の地域活動に対する 継続意向に関連する要因

叶 寧\*

本研究の目的は須坂市保健補導員の地域活動の実態を把握し、地域活動に対する継続意向に関連する要因を明らかにすることである。調査は、第31期保健補導員263人を対象とし、地域活動とそれに影響を及ぼすと考えられる対象者の特性、活動達成、援助成果、活動前の認識状態を捉える事項、活動負担、関連機関・組織等との関わりについて、無記名自記式質問紙にて調査した。有効回答は179であり、独立性の検定（カイ二乗検定）にて関連を確認した。その結果、保健補導員の多くが活動に負担を感じているにもかかわらず、活動達成と援助成果等を肯定的に評価していることが明らかになった。活動の継続意向に関連する要因は、個人的要因の暮らし向き、活動的要因の活動達成、援助成果、活動前の積極的な姿勢、活動負担、社会的要因の関連機関・組織等との関わりであった。地域活動を継続するためには、保健補導員自身の利益と活動動機をコーディネートし、活躍可能な活動内容の明示、活動機会の提供や学習方法の工夫に加え、関連機関・組織等からのサポートの必要性が示唆された。

Key words：須坂市，保健補導員，地域活動，継続意向

### I. 緒言

#### 1. 地域のソーシャル・キャピタルと保健補導員

近年、地域のソーシャル・キャピタルの醸成と地域包括ケアシステムの構築が重要な施策となっている。しかしながら、すでに研究の蓄積がある健康と地域におけるソーシャル・キャピタルとの関連から、健康・保健を目的とした住民組織が地域福祉に関する活動に携わることによって、どのようなソーシャル・キャピタルが醸成されるのかという課題がある。このような社会背景と研究課題の中で、保健分野の住民主

体の組織である保健補導員が福祉分野の活動にも活躍の場を広げており、保健補導員組織の活動の重要性が今まで以上に注目されるようになった。保健補導員の地域活動の継続化の検討は、地域全体の健康・保健・福祉によるソーシャル・キャピタルの醸成につながるのではないだろうか。

地域包括ケアシステムの構築には、専門的機関・組織によって提供される介護予防事業やケアマネジメント支援の他に、民生委員、町会・自治会、地域住民組織等とのインフォーマルな組織とのネットワークを築くことも含まれる(村山ら 2010a)。特に保健師、社会福祉士、主任

\*Ye Ning：日本社会事業大学大学院 社会福祉学研究科博士後期課程

介護支援専門員の三職種の配置が規定されている地域包括支援センターにおいては、インフォーマル組織とのネットワーク構築の役割も担っている（村山ら 2010b）。地域にあるインフォーマル組織における活動や、専門的機関・組織とインフォーマル組織との連携・協働による事業や活動の展開により、リスクを抱える地域高齢者の見守りや早期発見ができ、フォーマルサービスでは行き届かない部分を補完できる点で有益と言われている（山口・福田 2006；全国社会福祉協議会 2007）。しかし、インフォーマル組織とのネットワーク構築、連携・協働をどのように具体的に進行するのかは課題である。

一方で、地域保健事業の進展において、住民主体の地域組織の活動は重要な役割を果たしている。保健センターの保健師による地域保健事業の把握と実践が、地域包括支援センターの保健師による介護予防事業の把握と実践に類似している部分がある。疾病予防、要介護状態の予防につながる食生活の改善事業や、健康体操教室による身体機能の改善と向上といった目的の活動は、特に類似している。よって、地域包括ケアシステムの構築にあたり、地域保健に関わる代表的なインフォーマル組織である住民組織が、地域保健のみならず、地域福祉に関しても活躍することが期待される。本研究では地域保健事業を行うだけでなく、地域の高齢者、子ども等を対象とした地域福祉に関する活動にも関わる、長野県須坂市保健補導員活動に焦点を当てた。

## 2. 保健補導員制度とその課題

「保健補導員制度」は1945年の長野県旧高甫村（現須坂市）から発足された、70年以上の歴史を持つ制度である。日夜健康課題に取り組む一人の保健師の活動をみた婦人会の役員から村長に活動の協力を申し出た一声をきっかけに、組織化したのが保健補導員制度の始まりであった（今村ら 2010）。当時の活動は寄生虫、伝染病の予防、母子・乳幼児の健康保持や家族計画の推進等が中心であった。その後、脳卒中予防、

栄養管理等の活動内容が加わり、2000年以降は集団リハビリテーション、高齢者施設、知的障害者施設をはじめ、一人暮らし高齢者訪問なども増え、近年は高齢者向けのふれあいサロン、子育て広場の活動にも取り組んでいる（白戸・今井 2002；須坂市保健補導員会 2010）。

保健補導員は、各行政区から町の役員として選出される。保健補導員になる人が健康について考え、学習と活動から気づいたものを家族へ、地域へと伝えることが保健補導員の重要な役割の一つである。保健補導員は、保健補導員会の運営と研修（学習）を行う他に、市の健康福祉行政への協力（健診・検診の協力と諸団体への協力）、地域住民の要望や町の課題にそった活動の実践を行っている。特に、地域住民の要望や町の課題にそった活動の実践として、子育て広場の開催、健診・検診の受診の呼びかけ、区の行事、事業の参加協力がある。さらに、事業の参加協力としては、区の見守り安心ネットワークの一員として一人暮らし高齢者の訪問活動、一人暮らし高齢者の昼食交流会や民生委員と協力してサロンを計画し、ふれあいの機会をつくること等があり、地域の実情に合わせた保健補導員活動を行っている（浅野 2009）。

保健補導員は、全体研修会（年3～5回）、ブロック学習会（毎月1回）、町会をはじめ、視察研修、体験発表などがある他、自主学习も多いため、研修（学習）と活動に多くの時間を費やしている。そのことは後述の保健補導員の選出が困難である課題にも関係する。

須坂市健康づくり課に所属している地区担当保健師は、保健補導員会の会議や研修（学習）会の開催及び資料作成の手伝い、保健補導員の関係調整や関係団体との連絡調整、健康づくり活動の取り組みの支援、健康相談や健康教室などへの保健師・栄養士の派遣等、保健補導員活動の支援を行っている（浅野 2009）。また保健補導員と民生委員とは、夏祭り、ふれあい祭り、敬老の日、献血、赤十字の訓練等の区の行事と、高齢者を対象としている昼食会やサロン等事業の参加協力といった活動において、関わりが見

られる。

従来、多くの住民に保健補導員を経験してもらうために、須坂市保健補導員の任期は2年で、再任なしという規定が設けられた。そのため、2年ごとに新しい人員を選出し続けなければならない。しかし、近年、須坂市保健補導員制度は、保健補導員の選出が困難という課題を抱えている。発足から70年が経ち、経済情勢、社会背景や住民意識などの変化に伴って、保健補導員をめぐる状況も変化している。老後の生活のための就労年数の延長や、女性の社会進出の増加などの社会背景等により、保健補導員の平均年齢は58歳で就労している者も多くなり、さらにこの年齢層の女性は親の介護を担う場合が多いことから、保健補導員の選出が以前より困難になっている（長野県保健補導員等連絡協議会 2022；叶 2021）。さらに、保健補導員制度は健康づくりの重要な施策として歴史的に大きな存在であるが、無償であるうえに研修（学習）等の時間数が多く、意義や成果を保健補導員自身が実感することができなければ負担感のみとなり、より選出が困難になると考えられる。そのため、保健補導員になるインセンティブを高めることが重要である。保健補導員の選出が困難である状況を踏まえると、すでに選出された保健補導員を地域の人的資源として、今まで以上に重要と考えなければならない。そこで、任期終了を地域活動に携わる機会の終了と捉えるのではなく、むしろ関心ある地域活動にそれぞれが携わるきっかけと捉える視点が必要である。任期中の学習と活動の実践が、地域活動の後継者の育成の一助になることが期待できる（叶 2021）。そこで、任期終了後の活動継続とその意向に関する視点を持ちつつ、保健補導員についての先行研究を概観する。

### 3. 保健補導員に関する先行研究

保健補導員に関する先行研究としては、保健補導員の実践と保健補導員自身のADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）の向上との関連（今村ら 2014）、保健師による

保健補導員の育成による地域づくり（浅野 2009）、保健補導員による健康診断、栄養改善、減塩食に関する呼びかけや実践によるコミュニティの構築（白戸・今井 2002）などが挙げられる。また保健補導員等制度の体制を地域包括ケアシステムの保健機能の強化策として導入すべきである、という提言がなされている（中央政策研究所 2014）。その他、保健補導員が行う福祉活動の状況に注目し、高齢者を対象とするふれあいサロンにおける保健補導員の果たしている役割と活動体制を検討する研究がある（叶 2021）。以上、保健補導員に関する先行研究を概観したが、任期終了後の活動継続する意向の有無やそれに関連する要因等について、明らかにした研究はない。

### 4. 活動の継続意向と関連要因に関する先行研究

活動の継続意向と関連する要因については、民生委員や地域ボランティア等を対象にした研究はなされている。任期満了時点における1期目の民生委員・児童委員を対象にし、継続・退任の意向との関連要因を明らかにした研究（多次ら 2020）や、2～3期目の民生委員を対象として、促進・阻害する要因を検討した研究（杉原 2018）がある。その他、自主組織活動への参加を継続する要因（成木・飯田 2003；小田ら 2008）、さらに、ライフサイクルからみたボランティア活動継続要因の差異に関する研究がある（桜井 2005）。

### 5. 研究目的と意義

以上の研究背景と先行研究を踏まえ、本研究は須坂市保健補導員の地域活動の実態を把握し、地域活動に対する継続意向に関連する要因を明らかにすることを目的とした。関連要因を明らかにすることで、保健補導員による地域活動への関心を高め、携わる動機づけをし、活動を支援する方法の検討を行い、それにより、保健補導員の地域活動が継続でき、地域全体の健康・保健・福祉によるソーシャル・キャピタルの醸

成につながると考える。

## II. 研究方法

### 1. 対象者

調査対象は、長野県保健補導員制度の発祥地である須坂市における第31期（2018年4月～2020年3月までの2年間）保健補導員の全数、263人である。

### 2. 対象地域の特性

国勢調査（2020）によると、須坂市は2020年10月1日現在の人口49,559人、世帯数18,839、高齢化率は32.5%である。須坂市（2018）のデータによると、2017年12月末の要支援・要介護の第1号被保険者認定率は13.5%と県内19市中最も低くなっており、高齢化が進む中でも元気な高齢者が多い。また、須坂市は長野県保健補導員組織の住民主体的な健康に関する取り組みなどにおいて先駆的な地域である（今村ら 2010）。そして、高齢者ふれあいサロン、高齢者交流会食会などの福祉分野にも、活躍の場を広げていると確認できる保健補導員のいる地域である。よって、健康・保健・福祉に関する地域活動に取り組んでいる任期終了を控えた須坂市保健補導員を対象とした。

### 3. 調査方法

無記名自記式質問紙を用い、須坂市健康づくり課ブロック担当保健師により依頼文書と口頭で説明したうえで質問紙を配票し、同意する対象者に記載してもらった。記入後の質問紙は、郵送で回収した。調査期間は2020年1月6日～1月31日である。なお、次の調査内容で述べる「保健補導員活動は良い経験になったか」と「保健補導員を積極的に引き受けたか」に関する項目は今村ら（2010）のインタビュー内容から抽出した内容で、質的研究で行った先行研究を量的研究で確認することとした。

## 4. 調査内容

本調査研究で用いた調査票は、継続意向に関連する要因を明らかにすることを中心的課題として構成した。具体的には、（1）任期後の活動の継続意向として、活動の対象者や活動分野を限定せず、保健補導員の任期後の活動の意向について回答を求めた。保健補導員としての活動の達成感が、活動の継続意向に影響すると考え、張（2001）と今村ら（2010）が行った保健補導員に対する調査項目を参考に（3）活動達成の項目を設定した。活動による援助成果に対する自己評価が、活動の継続意向と関連すると考え、妹尾・高木（2003）による援助成果の項目を参考に（4）援助成果の項目を設定した。積極的に保健補導員を引き受けたか否かが、活動の継続意向と関連すると考え、今村ら（2010）の保健補導員に対する調査項目を参考に（5）活動前の認識状態を捉える事項に関する項目を設定した。活動中の時間的・精神的負担感が、活動の継続意向に影響すると考え、張（2001）の調査項目を参考に（6）活動負担の項目を設定した。関連機関・組織等との関わり状況という外部の要因が、活動の継続意向と関連すると考え、（7）関連機関・組織等との関わりの項目を設定した。

各項目の質問内容は、以下の通りである。

（1）、（2）の健康状況と暮らし向き、（3）～（7）の質問項目について、「そう思う」～「そう思わない」の5件法で回答を求めた。

#### （1）任期後の活動の継続意向

「任期後も継続して地域貢献活動に協力した  
いか」

#### （2）対象者の特性

年齢、居住年数、世帯構成、健康状況、暮らし向き、役職の有無、職の有無

#### （3）活動達成

「保健補導員活動は良い経験になったか」、  
「健康・保健に関する内容が学習できたか」、  
「活動参加、視察や発表大会などの実践ができたか」、  
「高齢者福祉に関する活動に協力できたか」、  
「子育てに関する活動に協力できたか」、



「家族が協力してくれたか」

#### (4) 援助成果

「家族の健康意識が向上したか」、「仲間や友人ができたか」、「自分自身のネットワークが広がったか」、「地域の他の機関・組織との関わりが増えたか」、「地域をさらに知ることができたか」、「地域とのつながりが強くなったか」、「これからの自分自身の生活に役に立つか」

#### (5) 活動前の認識状態

「保健補導員を積極的に引き受けたか」

#### (6) 活動負担

「時間的負担があるか」、「精神的負担があるか」

#### (7) 関連機関・組織等との関わり

「民生委員とどの程度関わっているか」、「地域包括支援センターとどの程度関わっているか」、「社会福祉協議会とどの程度関わっているか」、「保健師とどの程度関わっているか」

### 5. 分析方法

調査では、「そう思う」、「ある程度そう思う」、「どちらともいえない」、「あまりそう思わない」、「そう思わない」の5件法でたずねた。この結果について、「そう思う」と「ある程度そう思う」を「そう思う」、「どちらともいえない」はそのまま、「そう思わない」と「あまりそう思わない」を「そう思わない」として値を再割り当てした。

分析にあたり、地域活動の継続意向に関連する要因については、調査内容の(2)～(7)を、以下の三つの要因に整理した。保健補導員自身の特性という個人的要因、活動に携わることので得られた気づきや活動に対する評価及び成果の実感等の活動的的要因、そして保健補導員活動を行うなかでの関連機関・組織等との関わりといった社会的要因である。この三つの要因から地域活動の継続意向を検討することとした。具体的に、調査内容の(2)を個人的要因、調査内容の(3)～(6)を活動的的要因、調査内容の(7)を社会的要因とした。地域活動に対する継続意向をとらえる調査内容(1)である「任期後も継続して地域貢献活動に協力したい

か」と、個人的要因・活動的的要因・社会的要因の各変数を探索的にクロス集計をした。その集計結果について、2変数間の関連をみるために独立性の検定(カイ二乗検定)を行った。なお、各セル度数の中に0に近い値があるため正確有意確率を求めた。統計ソフト IBM SPSS ver.28(正確確率検定にはオプションの IBM SPSS Exact Tests)を用いた。

### 6. 倫理的配慮

須坂市保健補導員会長、須坂市健康づくり課ブロック担当保健師、須坂市健康づくり課課長から、調査協力の承諾を得た。調査対象者へは、担当保健師を通しプライバシーの保護、研究への参加は自由意思であること等を依頼文書で説明し、同意を得た。日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の承認(受付番号:19-0803)を受けて実施した。

## Ⅲ. 研究結果

対象者は263人であり、205部を回収(回収率77.9%)した。そのうち179部を有効回答(有効回答率68.1%)として分析した。

### 1. 対象者の特性

分析対象者の特性を表1に示した。

年齢は、60代が107人(59.8%)で最も多く、次いで50代が42人(23.5%)であった。居住年数は、30年以上50年未満が97人(54.2%)で最も多く、次いで50年以上が33人(18.4%)であった。世帯構成は、夫婦のみの70人(39.1%)と2世代の68人(38.0%)が多く、ひとり暮らしは12人(6.7%)であった。健康状況は、最も多いのは「良い」の95人(53.1%)、次いで「普通」が69人(38.5%)、「良くない」と思う人は15人(8.4%)であった。暮らし向きは、「普通」が最も多く125人(69.8%)、「ゆとりがある」が29人(16.2%)、「苦しい」が23人(12.8%)であった。役職の有無については、「役職なし」が154人(86.0%)、「役職あり」が20人(11.2%)

表1 分析対象者の特性 (N=179)

	%	n		%	n
<b>年齢</b>			<b>健康状況</b>		
30代	0.6	1	良い	53.1	95
40代	6.1	11	普通	38.5	69
50代	23.5	42	良くない	8.4	15
60代	59.8	107	<b>暮らし向き</b>		
70代	10.1	18	ゆとりがある	16.2	29
<b>居住年数</b>			普通	69.8	125
5年未満	1.7	3	苦しい	12.8	23
5年以上10年未満	3.9	7	無回答	1.1	2
10年以上20年未満	5.0	9	<b>役職の有無</b>		
20年以上30年未満	16.8	30	役職なし	86.0	154
30年以上50年未満	54.2	97	役職あり	11.2	20
50年以上	18.4	33	無回答	2.8	5
<b>世帯構成</b>			<b>職の有無</b>		
ひとり暮らし	6.7	12	職なし	30.2	54
夫婦のみ	39.1	70	職あり	68.7	123
2世代	38.0	68	無回答	1.1	2
3世代	12.8	23			
その他	3.4	6			

であった。職の有無については、「職あり」が123人(68.7%)で、「職なし」が54人(30.2%)であった。

## 2. 地域活動の実態

地域活動の実態に関する項目の単純集計結果は表2に示した。

継続意向に関する項目の「任期後も継続して地域貢献活動に協力したい」と思う人は86人(48.0%)であった。

活動達成に関する項目は肯定的な評価が多い傾向が見られた。「健康・保健に関する内容が学習できた」、「保健補導員活動は、良い経験になった」と感じている人は9割以上であった。援助成果に関する項目も肯定的な評価が多い傾向が見られた。「仲間や友人ができた」、「これからの自分自身の生活に役に立つ」と感じている人は8割以上であった。

活動前の認識状態を捉える事項に関する項目「保健補導員を積極的に引き受けた」は「そう思う」(37.4%)が「どちらともいえない」(26.3%)、「そう思わない」(35.8%)よりやや多い傾向が見られた。活動負担では、「時間的負担がある」と回答した人は69.3%であり、「精神的負担がある」は54.7%であった。

関連機関・組織等との関わり状況については、55.3%の保健補導員が関わっている機関・組織等は「保健師」とし、50.8%の保健補導員が「民生委員」であった。「社会福祉協議会」と「地域包括支援センター」は少ない傾向が見られた。紙面の都合上、表には示していないが、関連機関・組織等との関係や連携に関する質問(5-1の配点)に対する回答をみると、「民生委員は頼れる存在である」「保健補導員は民生委員と互いの役割が理解し合っている」の平均値が3.9~4.1点と高かった。保健師との関わりでは、

表2 各項目の単純集計結果

	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	% (n)
<b>活動の継続意向</b>				
任期後も継続して地域貢献活動に協力したい	48.0 (86)	35.2 (63)	16.8 (30)	0 (0)
<b>活動達成</b>				
保健補導員活動は、良い経験になった	92.7(166)	4.5 (8)	2.2 (4)	0.6 (1)
健康・保健に関する内容が学習できた	95.5(171)	3.4 (6)	1.1 (2)	0 (0)
活動参加、視察や発表大会などの実践ができた	84.9(152)	8.9 (16)	6.1 (11)	0 (0)
高齢者福祉に関する活動に協力できた	72.1(129)	14.5 (26)	11.7 (21)	1.7 (3)
子育てに関する活動に協力できた	53.6 (96)	20.7 (37)	22.3 (40)	3.4 (6)
家族が協力してくれた	82.1(147)	14.0 (25)	2.8 (5)	1.1 (2)
<b>援助成果</b>				
家族の健康意識が向上した	69.8(125)	21.2 (38)	8.4 (15)	0.6 (1)
仲間や友人ができた	83.2(149)	11.2 (20)	4.5 (8)	1.1 (2)
自分自身のネットワークが広がった	60.9(109)	29.6 (53)	9.5 (17)	0 (0)
地域の他の機関・組織との関わりが増えた	62.0(111)	25.1 (45)	11.2 (20)	1.7 (3)
地域をさらに知ることができた	75.4(135)	15.6 (28)	8.4 (15)	0.6 (1)
地域とのつながりが強くなった	55.9(100)	31.8 (57)	10.6 (19)	1.7 (3)
これからの自分自身の生活に役に立つ	80.4(144)	14.0 (25)	4.5 (8)	1.1 (2)
<b>活動前の認識状態を捉える事項</b>				
保健補導員を積極的に引き受けた	37.4 (67)	26.3 (47)	35.8 (64)	0.6 (1)
<b>活動負担</b>				
時間的負担がある	69.3(124)	19.0 (34)	11.2 (20)	0.6 (1)
精神的負担がある	54.7 (98)	24.0 (43)	20.1 (36)	1.1 (2)
<b>関連機関・組織等との関わり</b>				
民生委員	50.8 (91)	7.8 (14)	31.8 (57)	9.5 (17)
地域包括支援センター	10.1 (18)	9.5 (17)	60.3(108)	20.1 (36)
社会福祉協議会	21.2 (38)	13.4 (24)	48.6 (87)	16.8 (30)
保健師	55.3 (99)	7.3 (13)	24.6 (44)	12.8 (23)

「保健師は頼れる存在である」「保健補導員に専門的知識、情報や資源を提供してくれる」が4.6～4.7点と高かった。

### 3. 各要因と地域活動の継続意向の関連

各要因と地域活動の継続意向の関連についての結果は表3に示した。

#### (1) 個人的要因と継続意向の関連

継続意向に有意な関連が見られた項目は、暮らし向き( $p < .01$ )であった。暮らし向きに「ゆとりがある」保健補導員の継続意向は72.4%で高い割合となっている。

#### (2) 活動的要因と継続意向の関連

継続意向に有意な関連が見られた項目は、活動達成に関する6項目、援助成果に関する7項目、活動前の認識状態を捉える事項に関する1項目、活動負担に関する2項目であった。

継続意向は活動達成の項目の「保健補導員活動は、良い経験になった」( $p < .001$ )、「健康・保健に関する内容が学習できた」( $p < .01$ )、「活動参加、視察や発表大会などの実践ができた」( $p < .01$ )など、6項目すべてに有意な差が見られた。これらの項目を肯定的に評価する保健補導員の活動継続意向は、相対的に高いと判

表3 各要因と地域活動の継続意向との関連

	% (n)				
	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	合計	χ <sup>2</sup> 検定
継続意向 (任期後も継続して地域貢献活動に協力したい)					
<b>個人的要因 (暮らし向き)</b>					
ゆとりがある	72.4 (21)	20.7 (6)	6.9 (2)	100.0 (29)	
普通	44.0 (55)	40.0 (50)	16.0 (20)	100.0(125)	**
苦しい	39.1 (9)	26.1 (6)	34.8 (8)	100.0 (23)	
全体	48.0 (85)	35.0 (62)	16.9 (30)	100.0(177)	
<b>活動的要因 (活動達成)</b>					
保健指導員活動は、良い経験になった					
そう思う	51.8 (86)	34.9 (58)	13.3 (22)	100.0(166)	
どちらともいえない	0 (0)	37.5 (3)	62.5 (5)	100.0 (8)	***
そう思わない	0 (0)	50.0 (2)	50.0 (2)	100.0 (4)	
全体	48.6 (86)	35.4 (63)	16.3 (29)	100.0(178)	
健康・保健に関する内容が学習できた					
そう思う	49.7 (85)	35.7 (61)	14.6 (25)	100.0(171)	
どちらともいえない	16.7 (1)	16.7 (1)	66.7 (4)	100.0 (6)	**
そう思わない	0 (0)	50.0 (1)	50.0 (1)	100.0 (2)	
全体	48.0 (86)	35.2 (63)	16.8 (30)	100.0(179)	
活動参加、視察や発表大会などの実践ができた					
そう思う	53.3 (81)	33.6 (51)	13.2 (20)	100.0(152)	
どちらともいえない	18.8 (3)	43.8 (7)	37.5 (6)	100.0 (16)	**
そう思わない	18.2 (2)	45.5 (5)	36.4 (4)	100.0 (11)	
全体	48.0 (86)	35.2 (63)	16.8 (30)	100.0(179)	
高齢者福祉に関する活動に協力できた					
そう思う	57.4 (74)	30.2 (39)	12.4 (16)	100.0(129)	
どちらともいえない	19.2 (5)	50.0 (13)	30.8 (8)	100.0 (26)	***
そう思わない	23.8 (5)	52.4 (11)	23.8 (5)	100.0 (21)	
全体	47.7 (84)	35.8 (63)	16.5 (29)	100.0(176)	
子育てに関する活動に協力できた					
そう思う	58.3 (56)	25.0 (24)	16.7 (16)	100.0 (96)	
どちらともいえない	37.8 (14)	45.9 (17)	16.2 (6)	100.0 (37)	*
そう思わない	35.0 (14)	50.0 (20)	15.0 (6)	100.0 (40)	
全体	48.6 (84)	35.3 (61)	16.2 (28)	100.0(173)	
家族が協力してくれた					
そう思う	53.7 (79)	31.3 (46)	15.0 (22)	100.0(147)	
どちらともいえない	28.0 (7)	52.0 (13)	20.0 (5)	100.0 (25)	**
そう思わない	0 (0)	40.0 (2)	60.0 (3)	100.0 (5)	
全体	48.6 (86)	34.5 (61)	16.9 (30)	100.0(177)	
<b>活動的要因 (援助成果)</b>					
家族の健康意識が向上した					
そう思う	58.4 (73)	30.4 (38)	11.2 (14)	100.0(125)	
どちらともいえない	31.6 (12)	47.4 (18)	21.1 (8)	100.0 (38)	***
そう思わない	6.7 (1)	46.7 (7)	46.7 (7)	100.0 (15)	
全体	48.3 (86)	35.4 (63)	16.3 (29)	100.0(178)	
仲間や友人ができた					
そう思う	55.0 (82)	34.2 (51)	10.7 (16)	100.0(149)	
どちらともいえない	5.0 (1)	45.0 (9)	50.0 (10)	100.0 (20)	***
そう思わない	25.0 (2)	25.0 (2)	50.0 (4)	100.0 (8)	
全体	48.0 (85)	35.0 (62)	16.9 (30)	100.0(177)	
自分自身のネットワークが広がった					
そう思う	62.4 (68)	29.4 (32)	8.3 (9)	100.0(109)	
どちらともいえない	30.2 (16)	45.3 (24)	24.5 (13)	100.0 (53)	***
そう思わない	11.8 (2)	41.2 (7)	47.1 (8)	100.0 (17)	
全体	48.0 (86)	35.2 (63)	16.8 (30)	100.0(179)	

地域の他の機関・組織との関わりが増えた					
そう思う	62.2 (69)	29.7 (33)	8.1 (9)	100.0(111)	
どちらともいえない	26.7 (12)	51.1 (23)	22.2 (10)	100.0 (45)	
そう思わない	20.0 (4)	35.0 (7)	45.0 (9)	100.0 (20)	***
全体	48.3 (85)	35.8 (63)	15.9 (28)	100.0(176)	
地域をさらに知ることができた					
そう思う	58.5 (79)	34.8 (47)	6.7 (9)	100.0(135)	
どちらともいえない	21.4 (6)	32.1 (9)	46.4 (13)	100.0 (28)	
そう思わない	6.7 (1)	40.0 (6)	53.3 (8)	100.0 (15)	***
全体	48.3 (86)	34.8 (62)	16.9 (30)	100.0(178)	
地域とのつながりが強くなった					
そう思う	71.0 (71)	25.0 (25)	4.0 (4)	100.0(100)	
どちらともいえない	17.5 (10)	54.4 (31)	28.1 (16)	100.0 (57)	
そう思わない	15.8 (3)	36.8 (7)	47.4 (9)	100.0 (19)	***
全体	47.7 (84)	35.8 (63)	16.5 (29)	100.0(176)	
これからの自分自身の生活に役に立つ					
そう思う	56.9 (82)	32.6 (47)	10.4 (15)	100.0(144)	
どちらともいえない	16.0 (4)	52.0 (13)	32.0 (8)	100.0 (25)	
そう思わない	0 (0)	12.5 (1)	87.5 (7)	100.0 (8)	***
全体	48.6 (86)	34.5 (61)	16.9 (30)	100.0(177)	
<b>活動的要因（活動前の認識状態を捉える事項）</b>					
保健指導員を積極的に引き受けた					
そう思う	77.6 (52)	20.9 (14)	1.5 (1)	100.0 (67)	
どちらともいえない	42.6 (20)	42.6 (20)	14.9 (7)	100.0 (47)	
そう思わない	20.3 (13)	45.3 (29)	34.3 (22)	100.0 (64)	***
全体	47.8 (85)	35.4 (63)	16.9 (30)	100.0(178)	
<b>活動的要因（活動負担）</b>					
時間的負担がある					
そう思う	46.0 (57)	38.7 (48)	15.3 (19)	100.0(124)	
どちらともいえない	58.8 (20)	35.3 (12)	5.9 (2)	100.0 (34)	
そう思わない	45.0 (9)	15.0 (3)	40.0 (8)	100.0 (20)	*
全体	48.3 (86)	35.4 (63)	16.3 (29)	100.0(178)	
精神的な負担がある					
そう思う	44.9 (44)	38.8 (38)	16.3 (16)	100.0 (98)	
どちらともいえない	44.2 (19)	44.2 (19)	11.6 (5)	100.0 (43)	
そう思わない	61.1 (22)	13.9 (5)	25.0 (9)	100.0 (36)	*
全体	48.0 (85)	35.0 (62)	16.9 (30)	100.0(177)	
<b>社会的要因（関連機関・組織等との関わり）</b>					
社会福祉協議会					
関わっている	71.1 (27)	15.8 (6)	13.2 (5)	100.0 (38)	
どちらともいえない	50.0 (12)	45.8 (11)	4.2 (1)	100.0 (24)	
関わっていない	37.9 (33)	39.1 (34)	23.0 (20)	100.0 (87)	**
全体	48.3 (72)	34.2 (51)	17.4 (26)	100.0(149)	
保健師					
関わっている	55.6 (55)	32.3 (32)	12.1 (12)	100.0 (99)	
どちらともいえない	30.8 (4)	61.5 (8)	7.7 (1)	100.0 (13)	
関わっていない	36.4 (16)	34.1 (15)	29.5 (13)	100.0 (44)	*
全体	48.1 (75)	35.3 (55)	16.7 (26)	100.0(156)	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

注：Pearson のカイ二乗検定において、オプションの統計ソフト（Exact Tests）を用いて正確有意確率（両側）を算出した結果である。

断できる。

また、継続意向は援助成果の項目の「家族の健康意識が向上した」( $p < .001$ )、「自分自身のネットワークが広がった」( $p < .001$ )、「地域の他の機関・組織との関わりが増えた」( $p < .001$ )など、7項目すべてに有意な差が見られた。これらの項目を肯定的に評価する保健補導員の活動継続意向は、相対的に高いと判断できる。

そして、継続意向は活動前の認識状態を捉える事項の項目の「保健補導員を積極的に引き受けた」( $p < .001$ )に有意な差が見られた。「保健補導員を積極的に引き受けた」保健補導員の活動継続意向は、77.6%と相対的に高いと判断できる。

継続意向は活動負担の項目の「時間的負担がある」( $p < .05$ )、「精神的負担がある」( $p < .05$ )に有意な差が見られた。「時間的負担がある」と「そう思わない」保健補導員は、任期後も継続して活動に協力したいと「そう思う」が45.0%と相対的に高い割合である。「精神的負担がある」と「そう思わない」保健補導員の活動継続意向は、61.1%と相対的に高いと判断できる。

### (3) 社会的要因と継続意向の関連

継続意向は関連機関・組織等との関わりの項目の「社会福祉協議会」( $p < .01$ )、「保健師」( $p < .05$ )に有意な差が見られた。社会福祉協議会及び保健師と「関わっている」保健補導員の活動継続意向は、相対的に高いと判断できる。

## IV. 考察

### 1. 保健補導員の地域活動の実態

保健補導員を対象としている調査研究は、2000年に実施された張(2001)の調査と2008年に実施された今村ら(2010)の調査がある。今村ら(2010)の調査から本調査の実施までに10年以上、張(2001)の調査からは約20年が経過している。この20年間で、社会環境、経済情勢、働き方や住民の社会生活等が変化しており、

保健補導員になる人々自身の生活のあり方や考え方等も変化しているが、同時に変化していないものも存在している。以下では、張(2001)と今村ら(2010)の先行研究と比較し、保健補導員の地域活動の実態について考察を行う。

張(2001)の調査は、保健補導員経験者の保健補導員活動に対する意見と評価、健康意識を把握することを目的としたアンケート調査である。須坂市の任期終了が近い、もしくは任期を終了した保健補導員を対象とし、1,002人のアンケートが回収された。調査時は第22期の保健補導員が任期中であったが、調査回収の約9割は第18期から第21期(平成4年～平成11年)の保健補導員経験者であった。保健補導員活動による家族の健康状態の変化については、「ややよくなった」が約3割、「非常によくなった」が1割未満の回答であった。本調査の項目では、健康状態の変化については質問していないが、保健補導員活動を通して、「家族の健康意識が向上した」は「ある程度そう思う」が約4割、「そう思う」が約3割であった。保健補導員は、健康・保健に関して学んだことや実践したことを家族に伝えることによって、家庭内での健康意識の向上につながったと考えられる。意識の向上により、長期的には健康状態の改善にもつながることが期待できる。また、張(2001)の調査項目の活動による時間的・精神的負担について、「やや負担であった」が約2割、「かなり負担であった」が約2割を示していたことに対し、本調査では時間的負担と精神的負担を分けて質問した。時間的負担については、「ある程度そう思う」が約4割、「そう思う」が約3割である。また、精神的負担では、「ある程度そう思う」が約3割、「そう思う」が約2割である。本調査の結果をみると、保健補導員は精神的負担よりも、時間的負担を強く感じていることがわかる。張(2001)の調査は保健補導員の経験者も含めており、活動の負担について、任期終了直前のまだ活動している本調査の保健補導員と比べ、それほど強く感じない可能性はありと推測される。

次に、今村ら（2010）の調査は、長野県の保健補導員組織の実態を把握することを目的とし、保健補導員活動の特徴的な市町村である須坂市、飯田市、茅野市の三市を抽出し、任期終了が近い、もしくはすでに任期を終了した保健補導員を対象としたグループインタビュー調査である。調査人数は73人であった。保健補導員を引き受けることについては、「自分から積極的に『手を挙げた』人はいない。ほとんどの場合は『順番が回ってきたから』『他の人もやっているから』』という理由で引き受けた。今村ら（2010）はそれを『遠慮がち』な自発性』と呼んでいる。それに対し、本調査項目の結果では、「積極的に引き受けた」と「積極的に引き受けていない」はそれぞれ三分の一以上である。質的調査と量的調査の結果の単純な比較はできないが、今日的には、保健補導員になる者が、保健補導員制度についての歴史的な意義、活動による成果、保健補導員自身に対するインセンティブなどについて重要と感じているのではないかと考えられる。また、今村ら（2010）は、「ほぼすべての保健補導員は『保健補導員は大変だったが勉強になった』『最初はあまり気が進まなかったが、やってみてよかった』』と言っていた」と述べている。本調査においても、92.7%の人が「保健補導員活動は、良い経験になった」と回答し、今村ら（2010）の調査結果を量的に示すこととなった。

以上、二つの先行研究の調査結果と比較考察を行ったが、張（2001）の調査と今村ら（2010）の調査ともに、調査対象者は任期終了が近い、もしくは任期を終了した保健補導員を対象として含んでいるが、本調査対象者は任期終了直前の保健補導員、つまり現役の保健補導員のみを対象としている。また今村ら（2010）の調査対象者は須坂市の保健補導員だけではなく、長野県の他の市の保健補導員も含まれているため、本調査の対象者と必ずしも同等ではないことは付言しておく。

時代の需要に応じて、保健補導員が携わる活動の対象者と活動内容が広がり、担う役割も以

前より増えてきている。しかしながら、保健補導員の多くが時間的負担と精神的負担を感じているにもかかわらず、活動達成と援助成果等を肯定的に評価し、保健補導員が行う活動は良い経験であると認めている。

## 2. 地域活動に対する継続意向の関連要因

調査結果から、継続意向に関連する要因は、個人的要因の暮らし向き、活動的要因の活動達成、援助成果、活動前の積極的な姿勢、活動負担、社会的要因では社会福祉協議会、保健師との関わりであった。それによって、須坂市保健補導員が継続的に地域活動を行うためには、個人の生活状況に懸念が少なく、活動達成と援助成果が実感でき、活動に対する意義等を認識し、活動負担を軽減することに加え、関連機関・組織等からのサポートの必要性が示唆された。

### （1）保健補導員の活動的要因

活動的要因としての活動達成と援助成果をより得られるようにするためには、活動動機と保健補導員自身の利益をコーディネートしていく必要があると考える。具体的には、まず、活動中に知識の習得、社会とのつながりができることや他人に役立つこと等が、保健補導員自身に内的な動機として認識できるようにする。また活動の歴史的な意義からもたらされる活動者としての誇りと、将来の生活にも役立つといったことを保健補導員自身の利益として考え、保健補導員に啓発・認識してもらう。そのような意識を持つ保健補導員が活動することによって、達成感と援助成果が得られる。さらに、活動から得た達成感と援助成果が、活動動機と保健補導員自身の利益につながる。こういった好循環が考えられる。そのためには、保健補導員が関心のある内容を含め、任期中の研修（学習）カリキュラムを更新することも必要であろう。

時間的・精神的負担を軽減することについては、仕事をしながらでもできる柔軟な活動体制、学習する方法として、自宅でも観られるオンライン用に録画された学習内容の作成、そしていつでも相談できる保健師をはじめとする専門職

の存在等の対応が考えられる。また、任期後の人が活動しやすくするには、活躍可能な活動内容の明示、活動機会の提供が必要と思われる。さらに、保健補導員による活動を地域として継続するには、任期後も自主的に活動を継続する人と新たな（男性補導員も含む）保健補導員を増やすことが必要である。

## （2）保健補導員の社会的要因

社会的要因である関連機関・組織等との関わりでは、保健補導員との関わりが多いのは民生委員と保健師である。しかし、保健補導員の地域活動の継続意向に有意な関連が見られているのは社会福祉協議会と保健師の二つの関連機関・組織等である。民生委員は地域活動の住民ボランティアでもあるため、地域に関係する活動の多くは民生委員が携わっている。3年任期の民生委員と2年任期の保健補導員が、協働する多くの地域活動において、任期の期間が重なっている場合が見られる。3年目の民生委員と1年目の保健補導員が共に活動する状況と逆に1年目の民生委員と2年目の保健補導員が共に活動する状況、また2年目の民生委員と1年目の保健補導員が共に活動する状況、3年目の民生委員と2年目の保健補導員が共に活動する状況となる。その活動体制の構築と、連任する民生委員や保健補導員の経験者の協力等によって、活動者が全員交代して活動の進行ができないリスクを軽減することにつながる。地域活動の展開にあたって、独居高齢者や高齢者世帯の増加により、保健補導員と民生委員の関わりが、今後さらに多くなることが推測される。

民生委員との関わりは多いが継続意向に有意差がなかったのは、関わり方が関係していると考えられる。保健補導員との関係や連携の内容に関する回答より、保健補導員と民生委員が互いの役割を尊重し、活動上の協力仲間のような関係であると推測できる。一方、保健師との関係では、「保健補導員に専門的知識、情報や資源を提供してくれる」といった項目の平均値が高いことから、保健補導員の活動につながるサポートを提供してくれていることと理解できる。

また、保健補導員は、民生委員と保健師の両者について、「頼れる存在」と認識していることがわかる。そこから、活動の継続意向に影響を与える社会的要因は、関連機関・組織等との信頼関係に加え、活動に役立つ知識・情報の提供や共有が重要であると思われる。また、保健補導員が得た知識や情報を積極的に民生委員に提供することで、さらなる協力体制を築くことができると考えられる。

次に、社会福祉協議会と保健補導員の関わりに関して、社会福祉協議会が地域福祉に関する活動を行うなか、例えば、ボランティア保険の申請、一人暮らし高齢者会食会の開催、ふれあいサロンに関する出前講座の取り組み、節日に開催するパーティーで行うマジックと抽選用の道具の貸出等といった事業を行っている。これらの地域に関する活動が、保健補導員と社会福祉協議会の関わる機会となっている。

最後に、保健師と保健補導員の関わりに関して、保健センターの保健師は地域保健事業を展開する際に、保健補導員と密接的に関係している（浅野 2009）。保健補導員は地域住民に対しての健康診断・特定健診の呼びかけ、減塩の食生活の呼びかけ、健康体操としている須坂エクササイズを広めることなど、保健師の地域保健事業の進行に欠かせない協力者である。今後、保健補導員が行う地域保健事業以外の地域活動において、保健センターの保健師と地域保健事業における連携の関係を活かし、例えば高齢者に関するふれあいサロン、会食会、介護予防事業の中に、保健師による健康指導等のサポートがさらに円滑に実施されると考える。そして、保健センターの保健師と直営型地域包括支援センターの保健師との間に勤務異動が考えられる。保健センターに勤務している間に保健補導員と協働で活動を行う関係を活かし、地域保健に関する活動だけでなく、例えば介護予防事業、認知症予防事業などに関して、地域包括支援センターとつながることができると考えられる。そのつながりが保健補導員の任期後の活動のきっかけになり、継続の地域活動の人手になり得る。



## V. 結論

第31期保健補導員263人を対象にアンケート調査を行い、その結果を元に地域活動に対する継続意向の関連要因について検討を行った。その結果、暮らし向きにゆとりがあり、活動達成や援助成果が感じられること、活動前の積極的な姿勢、時間的・精神的活動負担が少ない場合に継続意向が高かった。また、社会福祉協議会、保健師との関わりがあった場合に継続意向が高いことが明らかになった。

地域活動を継続するためには、保健補導員自身の利益と活動動機をコーディネートし、活躍可能な活動内容の明示、活動機会の提供や学習方法の工夫に加え、関連機関・組織等からのサポートの必要性が示唆された。

## VI. おわりに

今回対象とした保健補導員の多くが時間的・精神的負担を感じているにもかかわらず、活動達成と援助成果等を肯定的に評価し、保健補導員が行う活動は良い経験であると認めていることが明らかになった。また、継続意向に関連する要因は、個人的要因の暮らし向き、活動的・精神的活動達成、援助成果、活動前の積極的な姿勢、活動負担、社会的要因では社会福祉協議会、保健師との関わりであることが明らかになった。

また、今回紙面の都合上書けなかったが、任期後も地域活動に継続的に学習・実践したい項目、活動達成と援助成果などの肯定的に評価する項目、および個人特性の暮らし向きが「保健補導員を積極的に引き受けた」項目と有意な関連が見られている。活動前の積極的な姿勢は継続意向につながっており、今後、積極的に引き受けることに関連するその他の個人特性や要因について、明らかにすることが課題である。

## 謝辞

本研究のアンケート調査にご協力いただいた

対象者の皆様、須坂市保健補導員会、須坂市保健センターの皆様にご心より感謝するとともに、深く敬意を表す。また、本稿の執筆にあたり日本社会事業大学森千佐子教授、有村大士教授からは貴重なご意見をいただいたこと、深謝の意を表す。なお、本研究は第33回日本保健福祉学会学術集会にて口頭発表したものに、加筆・修正したものである。

## 引用文献

- 浅野章子 (2009) 「須坂市における保健補導員の育成支援による地域づくり これまでとこれから」『保健師ジャーナル』65(10), 836-842.
- 今村晴彦・浅野章子・西脇祐司 (2014) 「女性高齢者における保健補導員経験とADLの関連—須坂市における高齢者調査の結果から—」『信州公衆衛生雑誌』9(1), 34-35.
- 今村晴彦・園田紫乃・金子郁容 (2010) 『コミュニティのちから“遠慮がち”ソーシャル・キャピタルの発見』慶應義塾大学出版会, 1-81.
- 国勢調査 (2020) 「都道府県・市区町村別の主な結果」([https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=00001049104&cycle=0&tclass1=00001049105&stat\\_infid=000032143614&tclass2val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=00001049104&cycle=0&tclass1=00001049105&stat_infid=000032143614&tclass2val=0), 2022. 8. 20).
- 村山洋史・兒島智子・戸丸明子・ほか (2010a) 「地域専門機関とインフォーマル組織間のネットワーク構築促進プログラムの評価—地域包括支援センターにおける試行—」『日本公衆衛生雑誌』57(10), 909-920.
- 村山洋史・戸丸明子・奈良部晴美・ほか (2010b) 「地域包括支援センターにおけるインフォーマル組織とのネットワーク構築状況チェックリスト作成の試み」『日本地域看護学会誌』13(1), 91-99.
- 桜井政成 (2005) 「ライフサイクルからみたボランティア活動継続要因の差異」『ノンブ

- ロフィット・レビュー』5(2), 103-113.
- 妹尾香織・高木修(2003)「援助行動経験が援助者自身に与える効果：地域で活動するボランティアに見られる援助成果」『社会心理学研究』18(2), 106-118.
- 白戸洋・今井郎子(2002)「地域の健康づくりとコミュニティの再構築—長野県須坂市の保健補導員制度の今日的意義—」『松商短大論叢』52, 31-78.
- 杉原陽子(2018)「東京都の民生委員の活動継続意欲を促進・阻害する要因：援助成果、役割ストレス、サポートとの関連」『日本公衆衛生雑誌』65(5), 233-242.
- 須坂市(2018)「『須坂市高齢者いきいきプラン』第八次須坂市老人福祉計画・第七期須坂市介護保険事業計画」([https://www.city.suzaka.nagano.jp/contents/imagefiles/150030/files/plan\\_8th7th/ikiikiplan\\_8th7th.pdf](https://www.city.suzaka.nagano.jp/contents/imagefiles/150030/files/plan_8th7th/ikiikiplan_8th7th.pdf), 2022. 8. 20).
- 須坂市保健補導員会(2010)「須坂市保健補導員会だより」(<https://www.city.suzaka.nagano.jp/contents/imagefiles/150040/files/hodou64.pdf>, 2022. 8. 20).
- 多次淳一郎・山口訓広・蒔田勝義(2020)「1期目の民生委員・児童委員の任期満了時点における2期目の活動継続意向と関連要因—三重県における悉皆調査から—」厚生労働統計協会編『厚生指標』67(13), 33-38.
- 張勇(2001)「健康増進計画における自主活動の位置づけ：長野県須坂市・健康補導員制度の成果」一橋大学社会学研究科2001年度博士学位論文, 1-198.
- 中央政策研究所(2014)「安心の医療制度研究プロジェクト 地域包括ケアシステムにおける保健機能の強化策として保健補導員等制度を」(<http://www.chuseiken.or.jp/201410NPRireport.pdf>, 2022. 8. 20).
- 長野県保健補導員等連絡協議会(2022)「市町村別保健補導員等地区住民組織の活動状況について」([https://www.kokuho-nagano.or.jp/fs/4/1/4/3/\\_/R4\\_.pdf](https://www.kokuho-nagano.or.jp/fs/4/1/4/3/_/R4_.pdf), 2022. 8. 20).
- 成木弘子・飯田澄美子(2003)「コミュニティ・ケアを目的とした自主組織活動への参加を継続する要因—都市における事例研究—」『日本健康教育学会誌』11(2), 93-103.
- 小田美紀子・松岡文子・齋藤茂子(2008)「住民主体による地区活動発展のための課題」『島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要』2, 49-60.
- 山口光治・福田あけみ(2006)「実態把握とネットワーク構築の意義」日本社会福祉士会地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会編『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規, 30-47.
- 叶寧(2021)「高齢者を対象とするふれあいサロンにおける保健補導員の果たしている役割と活動体制に関する研究～長野県須坂市の保健補導員活動をとおして～」『日本保健福祉学会誌』27(2), 1-15.
- 全国社会福祉協議会(2007)「地域包括支援センターにおけるインフォーマルサポートとの連携について—地域包括支援センターにおけるインフォーマルサポートの連携のあり方に関する調査研究事業報告書—」全国社会福祉協議会, 17-28.

**What Factors Drive Health Workers to Continue Community Activities?  
A Survey of Suzaka City Health Workers**

Ye Ning

Graduate School of Social Welfare, Japan College of Social Work

What factors influence the decision of health workers to engage in and continue community activities? This study employs a survey analysis of health workers in Suzaka City, Nagano Prefecture, Japan. The survey, conducted through anonymous, self-administered questionnaires, covered 263 health workers in the 31<sup>st</sup> cohort. The survey included questions on community activity and item that likely exert an influence on it. Valid responses were obtained from 179 participants, and factors driving continued community activity were identified through chi-square independence test. As per the results, despite feeling the burden of the activity, many of the health workers positively evaluated the activity. Living conditions, activity accomplishment, aid outcomes, positive attitude prior to the activities, activity burden, and relationships with related institutions and organizations were found to be factors influencing continued community activity. To ensure that community activities are continuously performed, this study suggests the need for support from related institutions and organizations. It also discusses methods such as coordinating the benefits and motivations of the workers, devising ways to provide learning, specifying the activities that they could participate in, and providing opportunities for them to experience those activities.

Key words: Suzaka City, health workers, community activity, intention to continue



## 〔論文〕

## 診療所のソーシャルワーカーによる 予防的支援を構成する要素とその関連性に関する研究 — 疾病早期または安定期の患者支援過程と その環境に着眼した支援のあり方 —

榎 原 次 郎\*

本研究の目的は、疾病早期または安定期の患者を対象とした診療所のソーシャルワーカー（以下、SW）による予防的支援の構成要素とその関連性を明らかにし、支援のあり方を提示することである。8人のSWを対象にしたインタビュー調査を実施し、質的データ分析法を用いて分析した。その結果、SWによる予防的支援は、【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】、【病状や生活課題進行の予測と共有】、【支援受入の躊躇や拒否への対応】、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】という患者支援に関する4要素と、【診療所内で予防的支援体制の構築】、【地域内多機関との連携基盤形成】という患者支援を取り巻く環境に関する2要素で構成されていた。患者支援に関する支援のあり方は、①身体・心理・社会的側面から気づき発見する、②三次予防でも早期発見や回復の意識を持つ、③インボランタリークライアントを支援するネットワークとアウトリーチの実践と考えられた。患者支援を取り巻く環境では、①ソーシャルワークの価値に基づく予防的支援体制の構築、②コンサルテーション機能を含めた相談窓口機能の拡大、③地域内社会資源の改善や制度適正利用への啓発と考えられた。

Key words : 診療所のソーシャルワーカー, 予防的支援, 質的研究, 早期発見・早期対応

### I. 研究の背景および先行研究の動向

地域の一次医療を担う診療所は、かかりつけ医の役割を担い、疾病の悪化防止、早期発見から早期対応による疾病予防、入院医療から在宅医療への橋渡し、在宅看取り等を行っている（日本医師会・四病院団体協議会 2013）。また、かかりつけ医機能では、予防や生活全般に対する視点から継続的・横断的に患者を診ること、

外来医療では多職種による生活習慣病等の重症化予防・再発防止の重要性が高まっている（外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書 2020）。一方、厚生労働省「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（2017）」では、市町村における包括的な支援体制の構築例として、診療所や病院のソーシャルワーカー（以下、診療所のソーシャルワーカーをSW、

---

\*Jiro Sakakibara : 名寄市立大学

病院のソーシャルワーカーをMSW)が、地域の様々な相談を受け止めていくことを提示している。このように今日の診療所は、予防から看取りを網羅した診療や相談体制といった多様な機能が求められており、SWも疾病に付随する生活課題の進行による病状悪化防止や、予期せぬ入院を防ぐといった予防的支援に取り組む必要がある。しかし、SWの研究は独居高齢者への在宅看取りやアドバンス・ケア・プランニング(中土 2006、野田 2008、山崎・西出・佐野ら 2018)等、終末期の状況にあるクライアント支援を中心とした実践報告や実態調査が多い状況にあり、予防的支援の全体構造は明らかになっていない。このため、疾病を有する状態ではあるが終末期には至っていない疾病早期または安定期患者に対する予防的支援の全体構造を把握するためにも、支援を形成する構成要素とその関連性を解明していくことは喫緊の課題である。

ここで、病院・診療所における予防的支援の構成要素について先行研究を概観する。予防的支援は、医師や看護師による研究が多く、病態悪化防止や再発防止に関する要素が挙げられている。主な要素は、食事・運動・内服薬の自己管理といった患者の身体・認知機能面に焦点が当てられていた(田中・柴山 2019、秋吉・糸島・横井 2021)。また、糖尿病患者への悪化防止支援では身体・認知機能面だけでなく、自己管理技術提供が7割実施されていたが、社会資源の活用、家族支援は3割にとどまっていた(原・佐藤 2019)。これは在宅介護支援に関する外来看護師の調査(佐藤・田口・永田ら 2017)でも指摘されており、生活サービス利用への支援実施率は3割以下であった。このように予防的支援は、身体・認知機能面の要素だけではなく、社会資源活用・家族支援・生活サポート等も必要な要素として挙げられているものの、十分に展開できない課題が生じている。医療ソーシャルワーカー以外の予防研究では、独居認知症高齢者の早期発見と対応プロセス(久松 2017)の知見がある。ここでは早期発見するた

めに、民生委員などとの連携による発見方法・対応に焦点が当てられていた。同じく認知症が疑われる高齢者の受診促進要素は、行政や制度による柔軟な対応や医療機関を含めた相談支援体制であった(広瀬・杉山・竹本 2018)。

これらを整理すると、診療所の医療職では患者の身体的・認知機能面に焦点を当てた構成要素が挙げられており、地域福祉の領域では早期発見方法や、様々な機関との相談支援体制等が重視されていた。上田(2019)はSWに対し、ミクロレベルの丁寧な実践の分析、普遍化のための工夫を通しその質を保つ必要性を伝え、メゾレベルの実践のみに自らの存在意義を見出そうとするSWに警鐘を鳴らしている。そこで本研究では、診療所のソーシャルワーカーによる予防的支援の構成要素を患者本人に対する個別的支援(以下、患者支援)に関する要素と、患者支援を取り巻く環境に関する要素の両面に着眼する必要性を認識し、それぞれの構成要素の関連性を明らかにすることで、SWによる予防的支援の全体像を把握することとした。

## II. 研究目的

本研究では2つの研究目的を設定する。1点目は、疾病を有する状態の疾病早期または安定期患者に対して、SWが患者の生活課題を早期に発見し対応する過程から、患者支援と患者支援を取り巻く環境の両面より、予防的支援の構成要素とその関連性を明らかにすることである。2点目は、明らかになった構成要素の関連性から全体像を把握し、適切な予防的支援のあり方を提示することである。これらによって予防的支援の普及、SWが診療所に配置される社会的な意義にもつながると考える。

## III. 本研究で用いる分析枠組みと予防的支援の定義

公衆衛生学では予防に対する枠組みが構築されており、米国の医学者 Leavell & Clark

(1958) は疾病の自然史に対応させた疾病段階ごとに、予防レベルを一次予防から三次予防に分類している。また予防手段として、①健康増進、②疾病に特異な予防（一次予防）、③疾病の早期診断と迅速な治療（二次予防）、④重度化予防、⑤リハビリテーション（三次予防）の5つに分類し、地域医療と公衆衛生従事者との協働を強調している。その後、予防精神医学の体系化を図った Caplan (1961, 1964) は、予防目的を予防レベルごとに一次予防：地域社会におけるの精神疾患の発生を減らすこと、二次予防：精神疾患の発症期間を短縮すること、三次予防：精神疾患から生ずる障害を軽減することと定義し、予防レベルごとに目的・対象・対策等を明らかにしている。この分類はわが国の介護予防施策（山崎・安村・後藤ら 2010）や高齢者虐待防止施策（乙幡 2019）等でも反映されている。Caplan は、公衆衛生は予防・治療・社会復帰を包含し、福祉等の分野とも協調すべきであり、予防は特殊な個人グループのみの問題だけではなく地域社会全体を扱う統合的視点から、二次予防は一次予防を、三次予防は一次・二次予防を網羅する連続性を重視している。地域の一次医療を担う診療所は、かかりつけ医の役割やプライマリ・ケアを担っており、SW も地域の様々な相談を受け止め、支援関係者との連絡窓口として地域と結びつく必要性から、一次予防から三次予防まですべてのレベルで関わる事が不可欠である。Leavell & Clark や Caplan が重視する地域の医療と支援関係者との協働や、地域社会全体を扱う統合的

視点、予防レベルの連続性を意識することは診療所のソーシャルワークにも求められる観点と考えた。また、予防に関してのソーシャルワーク実践を概念化したのは Rapoport と言われている (Roskin 1980, Gilbert 1982)。Rapoport (1961) は予防レベルについて、疾病の自然史に沿って実行できる対策や介入ステップを表していることと分析していることから、本研究でも診療所における SW の予防的支援について整理をするために、Leavell & Clark と Caplan の定義や分類を参考にして分析枠組み表を作成した (表1、表2)。

一方、木戸 (2016) は予防活動と予防的支援の用語を分けて使用している。予防活動は「目的・成果」と「方法」を構成要素にしたマイクロからマクロレベルの実践的なソーシャルワーカーの活動、予防的支援は理論的アプローチを構築するために用いられる概念としての支援に分けられると考えられた。本研究では、予防的支援をソーシャルワーカーの実践的活動という意味で捉えているため、予防的支援という用語を用いるが実践的活動の内容を含めて定義付けることとした。

これらの予防に関する定義・先行研究を通して、本研究で用いる SW の予防的支援は、「疾病を有する状態の疾病早期または安定期患者を対象とし、疾病や疾病に付随する患者の生活課題発生を未然に防ぐ、もしくは早期発見・対応により悪化を防ぎ、生活安定を図ることを目的とした SW の統合的・連続的な活動実践」と定義する。

表1 疾病の自然史と予防手段の適用段階 (Leavell & Clark (1958) に基づき筆者作成)

予防レベル	一次予防	二次予防	三次予防
予防手段	健康増進 疾病に特異な予防	疾病の早期診断と 迅速な治療	重度化予防 リハビリテーション
疾病段階	感受性期	発症前期	臨床的有病期
疾病の自然史	もし治療をしなければ最終的な死に至る疾病経過であり、疾病の帰結は治癒・後遺症・慢性化・死亡の4つに分類される。		

表2 予防精神医学における予防（Caplan（1964）に基づき筆者作成）

予防レベル	一次予防	二次予防	三次予防
目的	地域社会における精神疾患の発生を減らすこと	精神疾患の発症期間を短縮すること	精神疾患から生ずる障害を軽減すること
対象	地域住民	疾患リスク保持者から疾患発症者	疾患発症者から疾患既往者
対策	啓発活動 物質的・心理社会的情報等の供給 危機の処理・解決	障害を起こす因子の変化 早期発見システム 早期対応	機能的・職業的リハビリテーション 地域環境整備 関係職員教育

#### IV. 研究方法

##### 1. 研究対象（調査協力者）

研究対象（調査協力者）は、以下の要件に合致したSWを機縁法にて選定した。要件とは、①公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会、もしくは各都道府県の医療ソーシャルワーカー協会に所属している、②所属先は外来、訪問診療、生活習慣病外来等のプライマリ・ケアを実施している、③5年以上の医療ソーシャルワークの実務経験を有しているである。要件①②としたのは、専門職団体に属するという意識、および地域を基盤とする診療所での勤務実績を重視したためである。また③は、西出（2020）による研究にて、SWの平均経験年数が4.9年（SD 4.1）であったことによる。①②③を通して、一定以上の実績と経験を有する対象者と捉え、調査協力の承諾が得られた8人が調査協力者となった。

調査協力者の属性は、年代は30代4人、40代2人、50代2人であった。医療ソーシャルワーカーとしての経験年数は、11年から15年4人、16年から20年3人、20年以上1人であった。全員が社会福祉士もしくは精神保健福祉士を取得していた。

##### 2. 調査方法

調査協力者8人を対象に、2022年12月～2023年2月に半構造化面接によるインタビュー調査

を実施した。インタビューガイドに基づき、基本属性や業務内容を質問した上で、①予防的支援の経験の中で、どのような視点や気づきが患者の生活課題を発見することにつながったと感じているか、②生活課題を発見した後、どのような過程を経て支援が行われたかについて、自由に発言してもらった。

インタビューの時間は一人当たり65分～90分程度で、総計635分であった。インタビューは調査協力者の承諾を得て、ICレコーダーに録音し逐語記録を作成した。

##### 3. 分析方法

分析方法は質的データ分析法（佐藤 2006）を用いた。本研究は診療所を受診する患者の生活課題に気づく視点や支援から、その構成要素を明らかにするものである。そこには疾病、ADL、世帯状況、支援への受け止め方、診療所体制、地域特性等、様々に作用する要素があると考えられる。そこで、それぞれのデータが持つ個別性・特殊性について記述し、なぜこのようなパターンが見られるのかを考察する事例-コード・マトリクスを用いた質的データ分析法が有効であると判断した。データ分析については、質的帰納的研究法にて複数の研究論文のある研究者に、データの解釈や抽象化の過程についてスーパーバイズを受けるとともに、調査協力者に結果を提示し、内容の妥当性の確認を行った。



4. 倫理的配慮

本研究は、日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承諾を得て実施した(申請承認番号21-001)。インタビュー前には本研究の内容、データの取扱い、個人情報や匿名性を守ること、研究結果は論文等で公表すること等を文書にて説明し、同意書に署名を得た。インタビュー内での事例は、患者や支援関係者、所属診療所などが特定されないように配慮し、事例の本質が損なわれない範囲で、内容の省略や変更を行った。

V. 結果

分析の結果、インタビュー調査で得られたデータから73のオープンコードが、その中で17の焦点的コードが抽出され、6つのカテゴリーが生成された。表3は、事例-コード・マトリクス後の結果を整理したものである。はじめに、予防的支援を構成する要素とその関連について、表3および図1を用いて説明する。以下、カテゴリーは【 】、焦点的コードは〈 〉、オープンコードは( )で示す。また、オープンコードの小文字アルファベットは、調査協力者の仮名として記載する。

表3 診療所のソーシャルワーカーによる予防的支援を構成する要素

カテゴリー	焦点的コード	オープンコード
状況悪化の恐れや懸念からの気づき	患者の体調変化や病状悪化の兆し	・食事がとれておらず羸瘦(h)・転倒やトイレの失敗(g)・不眠や抑うつ傾向(e) ・生活に関する通常判断の低下(e)・検査予約困難等の連絡(b)・待合など労作時に苦痛(a)・受診が不定期(h)
	偏った生活や生活の立ち行かない	・嗜好品多量摂取だが健康診断未受診(f)・整容、服装、持ち物の違和感(a)・経済的困窮(c, f, g)・社会活動、運動量の低下(f)・身寄りのないが財産ある認知症(h) ・支援者がおらず一人で孤立(b, d, e)
	不明確な患者の希望や意思	・病状進行後の必要サービスをイメージできない(d)・リビングウィルを考えていない(g)・やりたいことを諦めている(b)・外来では最終段階の意向を言えない(a)・漠然とした主訴(c)
	家族機能の弱体化	・主介護者の家族が疲弊(h)・同居家族がいても不衛生で虐待疑義(d)・遠方家族のため緊急時意思決定者不在(f, g)・積極的ではないが在宅生活せざるを得ない家族(c)
	支援者からの情報への懸念	・低いCMの病状認識やリスク管理(f)・支援がクライアントのニーズに不適合(g)・不適切な支援や制度利用(a, b, c)・支援者が支援に迷い不明確な支援方針(b)
病状や生活課題進行の予測と共有	病状や生活課題進行の予測と共有	・新たな展開に進む前に想定されることを予測する(g)・病状進行のタイミングに先回りした支援を探る(c)・病状進行時の生活イメージを本人家族と共有化(d) ・支援後の生活がクライアントの利益になるか検討(e)
支援受入の躊躇や拒否への対応	支援の誤解や拒否から理解促進	・サービス内容の誤解修正(f)・病状理解困難を理解促進し自発的なサービス利用意欲向上(g)・病状や予後理解を通して治療や生き方の選択支援(g)・病状変化に合わせた苦痛軽減方法の説明(d)・サービス利用率等を説明し導入促進(d)
	見守り体制構築とタイミングに合わせた支援	・家族や包括職員への見守り継続依頼(h)・本人が支援を受け入れやすいタイミングを待つ体制(g)・入院のタイミングに合わせ病院医師やMSWと協働(d)・ICTの活用機会を得てやりたいことが実現できる働きかけ(b)
	患者と医療者の対立から納得への道程	・リビングウィルを共通言語にした患者と医師の意思疎通支援(g)・支援拒否背景からニーズをひも解く(e)・犯罪や死の回避等の共有認識を探る(e)・患者が納得できるような目的に変換(c)

現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止	実態や変化に即したサービス導入と支援統一	・ 自宅訪問を行い生活実態に即したサービス導入(h)・ 経済的困窮でも利用可能な公的サービスを活用し悪化防止(c)・ 介護者の気づかない負担を認識し担当者会議を招集し生活破綻を防ぐ(g)・ 先に診療所が知る病状変化を CM に連絡し支援統一(a, c, d, g)
	未来を想像した知識享受や意識変容	・ 外来段階で本人の人生の価値観を定期聴取し意識を高める(a)・ 病状進展前に今後の対策を伝え知識と安心感の享受による課題軽減(f)・ 諦めずにやりたいことをやれるように支援し意欲向上を図る(b)・ 病状スピードを判断し不利益が生じない制度説明(g)
診療所内で予防的支援体制の構築	外来で生活課題を把握する困難性	・ SW 一人で外来専従は困難(b)・ 外来は課題顕在後の支援依頼対応で精一杯(g)・ コロナ禍の職員多忙で報告減少(a)・ 支援依頼から迅速対応に向けて SW の増員決定(d)
	院内多職種との仕組みづくり	・ ケース動向を多職種で共有しあう体制を SW 部門から発信(e)・ 気になる患者は SW へ連絡する体制化(a)・ 外来でも SW がインテークを行う体制(d)・ 医療保険以外の制度利用者は事務から連絡が入る仕組み(f)
	診療所の機能と経営の質向上	・ 生活背景や家族状況まで理解し支援する診療所に相談依頼(d)・ ACP やエンパワメントの概念浸透が診療所機能の質向上につながり相談増加(b)・ 気になる患者を院内職員も意識し業務のやりがい向上(e)・ 患者獲得目的ではなく本質的なソーシャルワーク実践にて収益に貢献(c)
地域内多機関との連携基盤形成	地域内多機関との連携不備	・ 医療的課題が顕在化しないと CM や包括から連絡が入らない(h)・ CM からの相談依頼少なく SW の認知度不足(f)・ 福祉職は医療職と話さず SW 不在時に支援遅延発生(a)
	SW による相談窓口機能の発揮	・ 医療と生活問題の視点が重なるよう CM の意向代弁(c)・ 病状の緊急性と CM の多忙さも理解し SW が配慮(d)・ 多機関職員から相談を受け一緒に支援方針検討(a)・ 権利擁護の必要性を伝え介入に躊躇する支援者を支援(h)
	社会資源の改善や制度適正利用への啓発	・ 社会資源の地域偏在課題の認識(e)・ 制度の狭間にある人の制度利用を地域の会議で発議し改善(g)・ 制度適正利用に向けた地域内勉強会開催(c)

## 1. 予防的支援を構成する要素とその関連

SW による予防的支援を構成する要素は、【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】、【病状や生活課題進行の予測と共有】、【支援受入の躊躇や拒否への対応】、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】、【診療所内で予防的支援体制の構築】、【地域内多機関との連携基盤形成】の6つのカテゴリで構成されていた。患者支援に関する要素としては、【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】、【病状や生活課題進行の予測と共有】、【支援受入の躊躇や拒否への対応】、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】の4つであり、本人や家族支援を中心とした患者支援の過程と言える。また、患者支援を取り巻く環境に関する要素としては、【診療所内で

予防的支援体制の構築】、【地域内多機関との連携基盤形成】が挙げられ、予防的支援の体制化やネットワーキングといった要素となっている。

構成要素とその関連について述べる。最初に、患者支援の過程に関する4つの要素間の関連を説明する。SW は患者の病状・生活・意欲・家族関係等による、【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】を端緒とする課題の早期発見をし、その後、【病状や生活課題進行の予測と共有】である状態把握と課題の予測といったアセスメントを通して、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】を目的とする早期支援を実践していく。しかし、患者の状況によっては、支援の誤解や病状理解に至っていない等、【支援受入の躊躇や拒否への対応】を経由する場合

もあり、躊躇や拒否への対応に取り組みながら、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】に向かう活動実践もある。これらの支援の方向は生活課題の発見→アセスメント→支援実施といった問題解決型フレームワークに即しており、ミクロレベルの患者支援過程の中核と位置づけられる。次に、患者支援を取り巻く環境に関する2つの要素であるが、【診療所内で予防的支援体制の構築】、【地域内多機関との連携基盤形成】とともに、要素ごとに〈外来で生活課題を把握する困難性〉、〈地域内多機関との連携不備〉といった診療所内・地域内の課題から〈院内多職種との仕組みづくり〉、〈SWによる相談窓口機能の発揮〉といった課題分析・新たな取り組みを行い、結果として〈診療所の機能と経営の質向上〉、〈社会資源の改善や制度適正利用への啓発〉につなげている。これも患者支援過程の中核と同様、診療所内・地域内の課題出現→分析・実行→改善といった問題解決型フレームワークの過程が存在している。

最後に、患者支援過程の中核と、患者支援を取り巻く環境に関する2つの要素との関連について述べる。〈院内多職種との仕組みづくり〉を行い、【診療所内で予防的支援体制の構築】

をすることは、SW 一人では発見することが難しい多くの患者の【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】を増やすことにつながっている。また、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】といった目的が院内外に浸透することで新規相談も増加し、〈診療所の機能と経営の質向上〉が効果として挙げられるなど、患者支援過程の中核と連動している。【地域内多機関との連携基盤形成】では【支援受入の躊躇や拒否への対応】が必要なクライアントに対し、〈SWによる相談窓口機能の発揮〉をしてサービス内容の誤解を修正したり、見守り体制を構築したりしている。一方で、支援者による（不適切な支援や制度利用）を察知し、SWが【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】を感じた場合は、〈権利擁護の必要性を伝え介入に躊躇する支援者を支援〉し、〈実態や変化に即したサービス導入と支援統一〉による課題悪化防止に取り組んでいる。この支援者支援を含めた支援者との協働により、支援に必要な資源の発見、制度理解が進むことで、〈社会資源の改善や制度適正利用への啓発〉といった効果も生まれ、地域との連携基盤形成を目指した相互作用が進展することとなる。

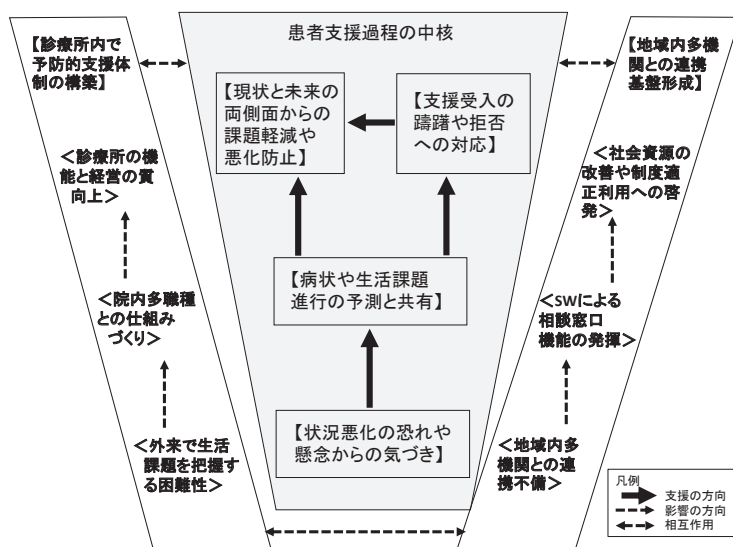


図1 予防的支援を構成する要素とその関連

## 2. カテゴリーごとの説明

次に予防的支援を構成する要素を6つのカテゴリーごとに説明する。

### 1) 【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】

予防的支援の発見基点となる状況悪化の恐れについて、SWは患者に対し3つの側面から気づきを得ようとしている。1点目は、〈患者の体調変化や病状悪化の兆し〉である。これはSW自らが患者との面接時に（食事がとれておらず羸瘦）、（不眠や抑うつ傾向）等を発見する場合と、看護師や事務職から（検査予約困難等の連絡）が入るといった、院内多職種から気づきの報告を得る場合がある。2点目は、〈偏った生活や生活の立ち行かなさ〉である。これは（整容、服装、持ち物の違和感）、（嗜好品多量摂取だが健康診断未受診）という患者の生活自体の課題と、（支援者がおらず一人で孤立）といった患者を取り巻く社会的課題からの気づきである。3点目は、〈不明確な患者の希望や意思〉である。これは、（病状進行後の必要サービスをイメージできない）、（やりたいことを諦めている）というような、明確な希望を表出できない状態や、諦めの心理状況といった患者の気持ちの側面である。

一方で、SWは患者以外にも、家族や支援を協働しているケアマネジャー（以下、CM）および地域包括支援センター職員（以下、包括職員）等とのやりとりを通して、状況悪化の恐れを認識しようとしている。〈家族機能の弱体化〉では、（同居家族がいても不衛生で虐待疑義）、（積極的ではないが在宅生活せざるを得ない家族）等、家族アセスメントによる危険兆候を捉えている。また、CMや包括職員等とは日常から協働をしているが、ケースによっては（低いCMの病状認識やリスク管理）、（支援者が支援に迷い不明確な支援方針）や（不適切な支援や制度利用）という、〈支援者からの情報への懸念〉を感じることもあり、このような懸念や違和感からも予防的支援の気づきを得ることにつながっている。

### 2) 【病状や生活課題進行の予測と共有】

SWは患者の病状・生活・意欲等から予防的支援の必要性を発見し、患者以外の家族や地域内支援関係者の相談からも気づきを得ている。このような発見や気づきを得て、SWは患者の病状や生活状況の把握をし、予防的支援の目的や方針を明らかにするために、（新たな展開に進む前に想定されることを予測する）ことや、（支援後の生活がクライアントの利益になるか検討）を行い、患者・家族に説明をする。同様に、外来や訪問診療で関わる患者のモニタリングを継続し、病状進行や生活課題が悪化しそうな場合は、（病状進行等のタイミングに先回りした支援を探る）といった、まだ病状の安定期である患者であってもその先のことを念頭においている。一方で、患者や家族の中には病状の理解を進めている段階や、病状認識が低いことなどから、漠然とした困りごとや訴えをする場合があり、予測される内容や課題について、（病状進行時の生活イメージを本人家族と共有化）することも必要となる。病状進行時や悪化時にもできるだけ慌てることなく、ダメージが少なくなるよう病状進行後の生活イメージの共有を図る活動実践もこの段階で行われている。

### 3) 【支援受入の躊躇や拒否への対応】

様々な側面から【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】を得て、クライアントの利益となるよう【病状や生活課題進行の予測と共有】を行っても、疾病内容や制度の理解不足、諦めの気持ち等から患者が支援の受け入れに躊躇し、支援を望まないことがある。SWは（サービス内容の誤解修正）や（病状変化に合わせた苦痛軽減方法の説明）等により、患者に対し〈支援の誤解や拒否から理解促進〉に取り組む。その過程で、（家族や包括職員への見守り継続依頼）、（本人が支援を受け入れやすいタイミングを待つ体制）を構築する等、支援チームで策を講じながら〈見守り体制構築とタイミングに合わせた支援〉を実施している。このような支援は、入院時に病院の医師と協働して対応する場合や、

(ICTの活用機会を得てやりたいことが実現できる働きかけ)等、多様な方法を用いて支援機会に展開している。一方で、患者・家族・医療者との意向対立により支援が進まない場合には、(支援拒否背景からニーズをひも解く)アセスメントや、(リビングウィルを共通言語にした患者と医師の意思疎通支援)といった〈患者と医療者の対立から納得への道程〉を調整している。

#### 4)【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】

【支援受入の躊躇や拒否への対応】を経由する場合、しない場合でも、【病状や生活課題進行の予測と共有】を行ったうえで、生活課題の軽減や悪化防止といった目的が効果につながるよう、現状と未来の2つの側面からSWは支援を展開している。現状の側面である〈実態や変化に即したサービス導入と支援統一〉については、(自宅訪問を行い生活実態に即したサービス導入)を行うことや、経済状況に合わせた公的サービス導入といった現時点の課題軽減につながる効果だけでなく、病状の変化については訪問看護等が発見後、主治医のいる診療所に報告する手順から、(先に診療所が知る病状変化をCMに連絡し支援統一)を図り、現状からの変化にも支援チームとして素早く対応し、課題軽減や悪化防止を図っている。

未来を考えていく側面では、SWは〈未来を想像した知識享受や意識変容〉を念頭にいった支援を行っている。これは、がんや神経難病、認知症といった進行性の疾病に対し、外来通院が可能となっている早期の段階から、(本人の人生の価値観を定期聴取)することで、リビングウィルといった未来に向けて患者自身が気持ちの整理ができるようになることを意図している。また、事前に(病状スピードを判断し不利益が生じない制度説明)を実施していくことは、患者・家族に知識享受への安心感や、納得感のある意思決定につながる効果を目的としている。一方で、まだ進行していない疾病段階であって

も、ショックや人生への諦めが生じる患者もあり、(本人の人生の価値観を定期聴取)や、(諦めずにやりたいことをやれるように支援し意欲向上を図る)といった本人の主体性や意欲を取り戻したり、意識変容を促したりする実践も行っている。

#### 5)【診療所内で予防的支援体制の構築】

診療所には、外来や訪問診療、往診、一部オンライン診察等の様々な受診形態が存在している。診療所は病院に比べ職員体制が小規模であるため、疾患に伴う生活課題の把握や支援について(SW一人で外来専従は困難)、(外来は課題顕在後の支援依頼対応で精一杯)、(コロナ禍の職員多忙で報告減少)といった〈外来で生活課題を把握する困難性〉が生じている。この困難性に対して、(支援依頼から迅速対応に向けてSWの増員決定)した診療所があるように、SWの人数を増やす対策も取られている。また困難性解決の取り組みにはSWの増員以外にも、(外来でもSWがインテークを行う体制)等によって、(生活背景や家族状況まで理解し支援する診療所に相談依頼)、(ACPやエンパワメントの概念浸透が診療所機能の質向上につながり相談増加)といった、新規患者の相談につながるという新たな効果が生みだされていた。一方、SWだけが予防的支援を実践するのではなく、(気になる患者はSWへ連絡する体制化)を図り、(医療保険以外の制度利用者は事務から連絡が入る仕組み)といった連携をしながら予防的支援体制を構築していくための〈院内多職種との仕組みづくり〉も進められている。個々の職員が気になった患者の様子を共有することで、SWはその情報から支援を行い、患者が家族同伴で来院するようになったり、ヘルパー導入されたりと患者の生活変化が効果として表れていく。気になる患者を報告・共有することも予防的支援につながると事務員等が認識することが、業務のやりがい向上へと結びつく結果にもなる。院内で予防的支援体制の構築を図っていくことは、新規相談の増加や職員の意識改

善による〈診療所の機能と経営の質向上〉といった効果に波及している。

#### 6) 【地域内多機関との連携基盤形成】

〈地域内多機関との連携不備〉については、(医療的課題が顕在化しないと CM や包括から連絡が入らない) 現状や、診療所で勤務している SW の業務内容や役割の認知度不足、福祉系基礎資格をもつ CM や包括職員では、(福祉職は医療職と話さず SW 不在時に支援遅延発生) するといった事象が確認された。これらの課題解決に向けては、(多機関職員から相談を受け一緒に支援方針検討) するだけでなく、主治医に対し (医療と生活問題の視点が重なるよう CM の意向代弁) といった代弁機能や、(権利擁護の必要性を伝え介入に躊躇する支援者を支援) といった人権尊重にあげられるソーシャルワークの価値に基づいた支援を、支援者と共にできるよう〈SW による相談窓口機能の発揮〉に取り組んでいる。また、地域の中に存在している社会資源不足や偏在課題を認識し、(制度の狭間にある人の制度利用を地域の会議で発議し改善) や、不適切な支援を予防する (制度適正利用に向けた地域内勉強会開催) といった (社会資源の改善や制度適正利用への啓発) を行い、地域内多機関との連携基盤形成を目指した活動実践が行われている。

## VI. 考察

考察は、研究目的として設定した患者支援に関する要素と、患者支援を取り巻く環境に関する要素ごとに、Leavell & Clark と Caplan の枠組み、および先行研究との比較を通して行う。

### 1. 患者支援に関する要素から考えるソーシャルワーカーの適切な予防的支援のあり方

#### 1) 身体・心理・社会的側面から気づき発見する重要性

1点目は、多面的に【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】を得ることである。生活課題に

気づき発見することは、予防的支援を実施するにあたり、欠くことができない要素と言える。

Leavell & Clark の枠組みでは、疾病の早期診断と迅速な治療に該当する。疾病の自然史では発症前期までに介入を行い、自然史を改変させることが疾病予防となるため、この自然史を SW の予防的支援に置き換えると、生活課題が潜在している、もしくは顕在化した初期までに発見し、今後を予測しながら何らかの介入を行うことで、課題進行を改変させることと捉えることができる。この取り組みが患者支援過程の中核と考えられ、その起点が生活課題の気づきや発見である。この気づきや発見に関して本研究では、患者の体調や病状悪化といった身体的側面だけではなく、患者の経済的状況や地域での活動といった社会的側面、不明確な意思や諦めといった心理的側面からの気づきや発見も予防的支援に反映させていた。水野 (2017) は、児童虐待による予防的支援について、気がかりな妊婦や母子を早期に抽出する気づきの重要性を指摘している。ここでは妊娠に関する問題、母親自身の問題、経済的問題、家族の問題の4つを要素に分類しており、これらも身体・心理・社会的側面に基づく気づきの分類と考えられ、本研究も先行研究を支持する結果となった。一方、石井・島田 (2017) は外来患者の6割が治療継続に関する療養上の困難があることを提示し、患者の潜在ニーズに外来看護師が対応することによって、緊急入院や急性増悪の予防につながることを明らかにしている。ここに SW の多面的な気づきや発見も加わることで、より包括的な予防効果も期待できると考える。

#### 2) 三次予防レベルでも早期発見・対応・回復の意識を持つこと

2点目は、患者は診療所を受診しており、既に疾病を抱えている患者であるが回復する可能性も認識することである。これは、疾病のみに着目すれば Leavell & Clark の臨床的疾病期であり、Caplan の枠組みでは疾患発症者から疾患既往者となり、予防レベルでは三次予防に

該当する。本研究からは、既に疾病を発症し診療所に受診中である三次予防対象者であっても、SWは早期発見・対応という二次予防の視点を取り入れていた。これは、三次予防の重度化予防に取り組むためにも、新たな課題が出現していないか、今ある課題が進行していないかを継続的にアセスメントすることが、重要な要素になると考えられる。ソーシャルワークの予防活動について理論的枠組みを検討した木戸（2016再掲）は、予防活動の大きな要素として「目的・成果」と「方法」に焦点をあてている。「目的・成果」には、予防の目的を明確にするための要素として、予防活動のプロセスが含まれるとしており、本研究でも患者支援過程の中核に目的や効果と考えられる結果が示されていた。また木戸は、目的は一つの予防レベルにとどまらず、新たな成果がレベルを超えて波及する可能性についても言及している。本研究の三次予防のレベルであっても二次予防の視点を持つ必要性は一つのレベルでの支援手段に限定せず、支援の波及性を意識する視点に関連している。例えば、外来通院であっても初回受診時のインテーク面接だけでなく、継続的に生活課題の早期発見を可能とするモニタリングや受診時の予診体制といった方法も考えていくことで、三次予防レベルの患者であっても、二次予防としての課題の早期発見や対応を可能とする仕組みとなり、三次予防が二次予防に波及していく。また、三次予防での悪化防止をマイクロレベルで実践しながら、地域内社会資源の不足を發議し改善を図っていくことは、一次予防への波及と考えられる。これはCaplanの三次予防は一次・二次予防を網羅する連続的アプローチにも通じている。

一方、三次予防の重症化防止に際しては、Leavell & Clarkの予防手段としてリハビリテーションが、Caplanでは機能的・職業的リハビリテーションが方法として挙げられている。本研究では、身体機能の回復や悪化防止だけではなく、リビングウィルや諦めずにやりたいことをやれる活動実践といった、QOL向上や回復を目指した予防的支援も行われていた。藤井

(2015)はニーズの潜在化要因の一つとして「クライアントの諦め」を指摘しており、諦めは潜在化を通して重症化にもつながっていく。(リビングウィルを共通言語にした患者と医師の意思疎通支援)や(外来段階で本人の人生の価値観を定期聴取し意識を高める)支援等を通して、SWの予防的支援は疾病の自然史による維持・低下防止だけではなく、意欲向上や回復も支援の目的から効果につながっていると考えられる。

### 3) インボランタリークライアントを支援するネットワーク構築と様々なアウトリーチ

3点目は、【支援受入の躊躇や拒否への対応】といったインボランタリークライアントへの支援を行うことである。福富（2011）は、インボランタリークライアントに対するアウトリーチの対象は、クライアントやクライアントを取り巻くネットワーク構築までも含めている。本研究でも自宅訪問等を繰り返し、主体的なサービス利用につなげることや、予後理解を通じた生き方の自己選択支援を実践していた。また、リビングウィルを用いて患者と医師に介在する多職種協働、患者が支援を受け入れやすいタイミングを待つ体制といった多機関連携は、インボランタリークライアントを支援するための院内外のネットワーク構築と考えられる。このような支援も、疾病の自然史における疾病の進行改変（生活課題の進行改変や軽減）につながり、予防的支援の一要素であるといえる。

一方で、本研究のSWはアウトリーチとして患者宅や関係機関への訪問だけでなく、ICTを活用した接近方法も展開していた。支援や接近を望まないクライアントに対して同時双方向型オンラインツールを用いることや、ICTを手段として接近を試み、患者が仮想空間上で自由にコミュニケーションをとる体験を通して、患者の障害に対する意識変容を促すなどの支援に取り組んでいた。社会福祉領域ではICTの活用実態が十分に把握されておらず、支援の場においてICTの活用が進みにくい課題（梅野2019、上西・望月2020）が挙げられている。

しかし、事例のような先進的実践もあり、ICTによる予防的支援を更に周知・公表していく必要があると考える。

## 2. 患者支援を取り巻く環境に関する要素から考えるソーシャルワーカーの適切な予防的支援のあり方

### 1) ソーシャルワークの価値に基づいた実践を通して予防的支援体制を構築する

1点目は早期からリビングウィル等の意思決定を支えることや、支援者に対し権利擁護の必要性を伝え悪化防止につなげる活動実践は、多様性の尊重・人権の尊重といったソーシャルワークの価値に基づいており、これらを診療所内外に浸透させることで、診療所の機能と経営の質向上に発展するという点である。これはCaplanの枠組みでは、二次予防の対策である障害を起こす因子の変化や、早期対応に該当すると考えられる。斜森・森山(2015)は診療所看護師の役割として、健康を守る役割、安心して療養でき最期を迎える支援をする役割、地域の健康問題に対処する役割、診療所をマネジメントする役割を挙げているが、マネジメントについては部分的な抽出にとどまっていたとしている。【診療所内で予防的支援体制の構築】の要素にも、診療所の機能と経営の質向上が含まれており、これはマネジメント機能の一部と考えられる。SWによっては、新規相談のインタークや訪問診療の導入支援が多く、患者の日ごろの生活状況や課題をみつけられない(伊藤・木股・平川 2016)といった報告がある。本研究でも、外来ではすべての新規相談や受診にかかわらず、課題が進行してからの事後的支援が中心とならざるを得ない状況が確認されている。このため、早期発見の仕組みづくりが実践されていたが、更にはSWが早期発見の気づきに活用している身体的・心理的・社会的側面からのアセスメント項目を院内勉強会などで伝えることや、SWが権利擁護、アドバンス・ケア・プランニング等の実践事例を報告することは、ソーシャルワークの価値に依拠した実践をより

浸透させることにつながる。浸透することによって、院内多職種が身体面だけでなく、心理的・社会的側面からも気づきを得ようとし、予防的支援体制も構築しやすくなるのではないか。このように、ソーシャルワークの価値に基づいた実践は、患者・家族・院内職員を通して、地域内多機関にも理解されることで相談依頼が増加し、高い認知度や利用満足度として差異化が図られ、経営の質にも影響を与える可能性が考えられる。

### 2) コンサルテーションを含めた相談窓口機能を拡大して地域環境整備に寄与する

2点目は、SWが地域内多機関職員へのコンサルテーション機能を含めた相談支援窓口を拡大させ、地域環境整備に寄与することである。Caplanの枠組みでは三次予防の具体的方法として地域環境整備が示されているものの、現時点でSWが診療所の外に出て地域環境整備に注力することは難しい。先行研究にある在宅療養支援診療所の社会福祉専門職の取り組み状況でも、CMとの連絡調整や在宅医療導入のインターク面接は9割以上実施されていたが、住民や当事者が集う場づくりや、地域活動への参加は3割以下の実施率となっていた(西岡・上田・西出ら 2022)。しかし、地域環境整備は地域に出る活動だけを指すことにはつながらないと考えられる。診療所と連携することが多いCMの保有資格(複数回答)は介護福祉士、介護職員初任者研修資格、社会福祉士、看護師の順となっており、福祉系基礎資格のCMが多い(三菱総研 2019)。またこれらのCMは、医療サービスである訪問看護の導入理由として、利用者の疾病管理だけでなく、医療知識の不足補填、訪問看護と共に利用者支援をする安心感を挙げている(下吹越 2016)。SWのインタビュー調査からSW機能を分析した榊原(2022)は、診療所SWは地域内のCM、訪問看護、地域住民などから様々な相談を受け、「地域の中の」、「病院のソーシャルワーカーよりも地域に近い」といった発言が多いことに着目し、SWが地域



の支援関係者と診療所をつなぐ地域の医療ソーシャルワーカーとして機能することの重要性を指摘している。本研究からも、診療所の医師に対し医療と生活の視点が重なるようにCMの意向を代弁することや、支援に悩む多機関職員と一緒に支援方針を検討する等が挙げられていた。SWは地域の支援関係者との協働の中で、コンサルテーション機能を発揮していると考えられる。福祉系基礎資格のCMが訪問看護導入の安心感享受と同様に、SWのコンサルテーションを含めた相談窓口機能が拡大することでも、支援関係者との協働からネットワークが深まり、SWが地域に出る活動だけではない地域環境整備に寄与できるのではないかと考える。

### 3) 地域内社会資源の改善や制度適正利用への教育・啓発

3点目は、【地域内多機関との連携基盤形成】として、地域内社会資源の改善、制度適正利用への教育・啓発を実践することである。これはLeavell & Clarkの枠組みとしては一次予防の健康増進に関連し、Caplanでは地域住民への物質的・心理社会的情報の供給や啓発活動、三次予防としての地域環境整備および関係職員教育に該当すると考えられる。一つのあり方としては、自身の診療所周辺地域の社会資源不足や地域偏在を示して発信することである。本研究でも、地域によって65歳未満の身体障害者手帳取得済み心疾患患者は介護ベッドの給付対象外になることがあり、生活課題の改善が難しくADLの低下による入院が生じていた。社会資源や生活環境の問題を含めた病状悪化から入院に至っており、本来予防的支援として防げる可能性のある入院事象と捉えられる。SWは地域の行政やネットワーク会議等にて発議し改善へとつなげる活動をしており、これはメゾ・マクロレベルの役割遂行といえる。一方で、一部のMSWやCM・包括職員の中には、医療保険と介護保険での訪問看護・訪問リハビリテーションの取り扱いや、介護保険制度におけるCMの役割誤認など、制度の適正理解が十分ではな

い現状も散見された。これらの課題発信を通して、地域内でのソーシャルアクションや社会資源・制度の勉強会開催等に取り組むことで、地域住民に向けての啓発や支援関係者への教育が活性化され、SWが存在する社会的意義にもつながるのではないかと考える。

## VII. 結論

本研究で明らかになったSWによる予防的支援を構成する要素と、構成要素の関連性を踏まえた適切な予防的支援のあり方を総括し、結論を述べる。

予防的支援を構成する要素は、患者支援に関する要素として、【状況悪化の恐れや懸念からの気づき】、【病状や生活課題進行の予測と共有】、【支援受入の躊躇や拒否への対応】、【現状と未来の両側面からの課題軽減や悪化防止】の4カテゴリーが生成された。また、患者支援を取り巻く環境に関する要素として、【診療所内で予防的支援体制の構築】、【地域内多機関との連携基盤形成】の2カテゴリーが生成され、計6つのカテゴリーで構成されていた。そこには、患者支援と患者支援を取り巻く環境に関する要素の両方に、問題解決型フレームワークの過程が存在しつつ、相互に作用し合う関連性が生じていた。予防的支援に必要なSWのあり方としては、患者支援に関する要素から、①身体・心理・社会的側面から気づき発見すること、②三次予防レベルでも早期発見・対応・回復の意識を持つこと、③インボランタリークライアントを支援するネットワーク構築と様々なアウトリーチを実践することが考えられた。また、患者支援を取り巻く環境に関する要素から、①ソーシャルワークの価値に基づいた実践を通して予防的支援体制を構築すること、②コンサルテーションを含めた相談窓口機能を拡大して地域環境整備に寄与すること、③地域内社会資源の改善や制度適正利用への教育・啓発を図ることが考えられた。

以上のことから、SWは一次から三次にわた

る予防レベルのすべてに取り組んでいることが判明した。また、Leavell & Clark と Caplan の 2 つの枠組みより、一部を SW の予防的支援の要素に置き換え修整することで、これらの枠組みは有効に機能し、疾病の自然史や予防レベル、対策などを基にした SW による予防的支援の実践的活動基盤として、活用できる可能性が示唆された

## Ⅷ. 研究の成果と限界

本研究から、まだ研究の積み重ねが少ない SW による予防的支援の内実について、構成要素とその関連性を分析することで一端が明らかになった。SW は一次から三次にわたる予防レベルに取り組んでおり、Leavell & Clark と Caplan の 2 つの枠組みは、一部を SW の予防的支援の要素に置き換え修整することで、SW による予防的支援の実践的活動基盤として、活用できる可能性が示唆されたことも成果と考えられる。

研究の限界としては、8 人の SW の実践を通して明らかにした予防的支援を構成する要素であるため、これだけをもって一般化・普遍化することはできない。また、調査協力者の実務経験は、結果的には全員が10年以上の経験を擁しており、優れた取り組みからの構成要素ともいえ、実情に即しているかについても課題が残る。今後は本研究による構成要素を踏まえ、経験年数を問わず多くの SW を調査対象とした量的研究から予防的支援の実践評価指標等を作成し、より精緻化された予防的支援の構成要素を明らかにする必要がある。

## 謝辞

本研究を行うにあたり忙しい中、インタビュー調査にご協力いただいた診療所のソーシャルワーカーの方々に、心より感謝を申し上げます。また、いつも温かくご指導してくださる日本福祉大学大学院保正友子先生に厚く御礼申し上げます

とともに、査読をしてくださった先生方からも多くのご助言をいただいたことにも深く感謝申し上げます。

## 引用文献

- 秋吉美典・糸島陽子・横井和美 (2021) 「高齢者における心不全の進行予防に関する文献検討」『人間看護学研究』19, 51-57.
- Caplan, G. (1961) *An Approach to Community Mental Health*, W. B. Saunders Company.
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry. basic books*, New York Inc. (=1970 新福尚武監訳『予防精神医学』朝倉書店.)
- 藤井博志 (2015) 「第4章コーディネーションとネットワーク第5節地域福祉を推進するための総合的なネットワークの形成とシステム化」『新・社会福祉士養成講座 8 相談援助の理論と方法Ⅱ 第3版』中央法規, 99-104.
- 福富昌城 (2011) 「ソーシャルワークにおけるアウトリーチの展開」『ソーシャルワーク研究』37(1), 34-39.
- Gilbert, N. (1982) *Policy issues in primary prevention*, *Social Work*, 27(4), 293-297.
- 原千晴・佐藤三穂 (2019) 「糖尿病療養支援における外来看護師の地域での他施設・多職種との連携の実態調査」『日本糖尿病教育・看護学会誌』23(2), 163-168.
- 広瀬美千代・杉山京・竹本与志人 (2018) 「認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助の実践を規定する要因—地域包括支援センター職員に対するインタビュー調査から—」『社会福祉学』59(3), 69-82.
- 久松信夫 (2017) 「独居認知症高齢者の早期発見と早期対応のプロセス—地域包括支援センターの社会福祉士を対象とした修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによ

- る分析をもとに」『ソーシャルワーク学会誌』35, 1-16.
- 石井佳子・島田恵外 (2017) 「来患者の主体的な受療継続を支援する専門性の高い外来看護師の実践」『日本保健科学学会誌』20(2), 53-62.
- 伊藤綾乃・木股貴哉・平川仁尚 (2016) 「在宅診療所に勤務するソーシャルワーカーの業務に関する質的研究」『Hospice and Care』24(2), 107-101.
- 木戸宜子 (2016) 「地域を基盤としたソーシャルワークにおける予防活動枠組みの構築—対人支援理論の活用を含めて—」『日本社会事業大学研究紀要』62, 5-15.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1958) *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach*, McGraw-Hill.
- 三菱総合研究所 (2019) 『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業報告書』
- 水野充江 (2017) 「妊娠期からの児童虐待予防に対するソーシャルワークの方法—医療ソーシャルワーカーの実践活動の分析から—」『医療と福祉』51(1), 19-24.
- 中土純子 (2006) 「在宅医療におけるソーシャルワーカーの現状と課題」『武蔵野大学現代社会学部紀要』(7), 117-129.
- 斜森亜沙子・森山美知子 (2015) 「わが国のプライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師の担うべき役割と必要な能力」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』38(2), 102-110.
- 日本医師会・四病院団体協議会 (2013) 『医療提供体制のありかた 日本医師会・四病院団体協議会合同提言』日本医師会・四病院団体協議会.
- 西出真悟 (2020) 『2018年度(後期)在宅医療研究への助成完了報告書・在宅医療における医療ソーシャルワーカーに対する調査及び業務の標準化への取組』公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団.
- 西岡大輔・上田まゆら・西出真悟他 (2022) 「在宅療養支援診療所における相談支援・連携業務の多面性とその実践状況：社会福祉専門職の特徴分析」『日本在宅医療連合学会誌』3(4), 28-36.
- 野田京 (2008) 「単身高齢者の在宅ターミナルケアの条件」『医療と福祉』42(1), 57-61.
- 乙幡美佐江 (2019) 「高齢者虐待防止法に基づいたソーシャルワーク実践における虐待事象の悪化防止—高齢者虐待の予防支援システムの構築に向けて—」『ルーテル学院研究紀要』52, 59-79.
- Rapoport, L. (1961) *The concept of prevention in social work*, Social Work, 6(1), 3-12.
- Roskin, M. (1980) *Integration of primary prevention into social work practice*, Social Work, 25(3), 192-196.
- 榊原次郎 (2022) 「地域完結型医療の結節面として機能する診療所のソーシャルワーカー」『地域連携—入退院と在宅支援』15(2), 50-56.
- 佐藤日菜・田口敦子・永田智子他 (2017) 「特定機能病院における外来看護師による在宅療養支援の実態」『日本地域看護学会誌』20(2), 80-86.
- 佐藤郁哉 (2006) 『質的データ分析法—原理・方法・実践』新曜社.
- 下吹越直子・八代利香 (2016) 「介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠」『日本職業・災害医学会会誌』64(1), 46-53.
- 田中理恵・柴山大賀 (2019) 「診療所における2型糖尿病患者への初期教育に関する実態調査」『日本糖尿病教育・看護学会誌』23(1), 92-99.
- 上田まゆら (2019) 「在宅医療現場におけるソーシャルワーク実践」『ソーシャルワーク研究』45(3), 69-77.
- 上西一貴・望月隆之 (2020) 「障害のある人の

ICT 活用に伴う困難さ：就労継続支援B型事業所における全国調査の自由記述の分析『福祉社会開発研究』12, 51-60.

梅野潤子 (2019) 『ソーシャルワーカーの情報通信技術 (ICT) 活用力向上に向けた基礎的調査研究報告書』公益財団法人日本社会福祉弘済会.

山崎まどか・西出真悟・佐野晴美他 (2018) 「在

宅療養支援診療所ソーシャルワーカーの業務の実態に関する調査報告』『医療と福祉』51(2), 24-30.

山崎幸子・安村誠司・後藤あや他 (2010) 「閉じこもり改善の関連要因の検討—介護予防継続的評価分析支援事業より—」『老年社会科学』32, 23-32.

**A study on the components of preventive support by social workers in clinics and their relevance: How to provide support focusing on the process and the environment of patients in their early or stable stage of disease**

Jiro Sakakibara

Department of Social Welfare, Nayoro City University

The purpose of this study is to clarify the components of preventive support provided by social workers (SW) in clinics and their relevance, and to propose appropriate preventive support. An interview survey with eight SWs was conducted and analyzed using qualitative data analysis. As a result, it was clarified that SW's preventive support has components related to the individual patient such as "awareness of fears and concerns about deterioration of the situation," "prediction and sharing of medical conditions and progression of life issues," "support for those who are reluctant or refuse to accept help," and "reducing issues and preventing deterioration from both current and future perspectives." Components related to the environment surrounding patient support were, "building a preventive support system within the clinic," and "formation of a collaborative foundation with multiple facilities in the region." Desirable supports for the individual patients were 1) to raise awareness and identify them from physical, psychological, and social aspects, 2) to raise awareness of early detection, response, and recovery in tertiary prevention, and 3) to network and outreach involuntary clients. Desirable supports for the environment surrounding patients were 1) to build a preventive support system based on the value of social work, 2) to expand counter functions including consultation, and 3) to improve social resources within the community and raise awareness about the proper use of the system.

Key words: Clinical social worker, preventive support, qualitative research, early detection and early response

## 「保健医療社会福祉研究」投稿規定

1. 「保健医療社会福祉研究」は、保健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。「研究論文」「実践報告」「調査報告」執筆要領については、別に定める。
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、編集委員会により決定する。
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。

〒550-0001

大阪市西区土佐堀 1 丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局

電話：06-6441-5260

E-mail jsswh@a-youme.jp

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. 原稿提出に際しては、学会ホームページに掲載の「投稿チェックリスト」を併せて提出すること。提出がない場合は、受付けないものとする。
2. 本文は、原則として、表題・図表・注・文献を含めて15,000字以内とする。(字数カウントはワードファイル等の文字数カウントによる)。図表は1件につき600字に換算する。1ページにわたる図表については1,600字に換算する。
3. 本文は、原則として、縦置きA4の用紙に、40字×30行程度で印字したものとする。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。
4. 図表は、本文とは別に1件ごとにA判で別ファイル提出すること。また図表の挿入箇所は、本文に明記すること。
5. 「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。
6. 表題には、必ず英文表記を付すこと。
7. 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。
8. 投稿原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記すること。
9. 参考・引用文献表記は日本社会福祉学会「執筆要領（引用法）」に準じて記載すること。引用文献は、著者名でABC順に配列する。



一般社団法人日本保健医療社会福祉学会  
『保健医療社会福祉研究』投稿論文査読報告書 1

査読者●

論文投稿者様

番号	原稿種類	タイトル

I 項目別評価 (各項目ごとに該当する評価1つに○をおつけください)

評価基準: a 適切 b 不適切			
1	執筆要領(注・文献も含めて)に適合しているか	a	b 非該当
2	先行研究を的確に踏まえているか	a	b 非該当
3	研究目的は明確であるか	a	b 非該当
4	社会福祉の理念・政策・実践との関連付けは明確であるか	a	b 非該当
5	研究目的に照らして研究方法は適切であるか	a	b 非該当
6	使用されている概念・用語は適切であるか	a	b 非該当
7	調査の方法・分析が適切で、結果は明確であるか	a	b 非該当
8	論理の展開には一貫性があるか	a	b 非該当
9	考察および結論には新しい知見が含まれているか	a	b 非該当
10	表題は内容を適切に表現しているか	a	b 非該当
11	要旨の内容は適切であるか	a	b 非該当
12	省略語・単位・数値は正確に表記されているか	a	b 非該当
13	図表の体裁(タイトル・単位・形式)は整っているか	a	b 非該当
14	図表は本文の説明と適合しているか	a	b 非該当
15	研究倫理上の問題はないか	a	b 非該当

II 掲載についての評価 (該当する項目1つに○をおつけください)

評価	<p>A 無修正で掲載可</p> <p>B 修正後に掲載可</p> <p>C 修正後に再査読</p> <p>D 不採用</p>
----	---

査読年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      査読者署名 \_\_\_\_\_





## 「実践報告」「調査報告」投稿の呼びかけ

「保健医療社会福祉研究」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、保健医療分野における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。保健医療社会福祉は、純粋科学ではなく、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、保健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、今後の保健医療社会福祉の理論化・体系化に寄与すること。

**内容：**保健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とする。また内容については、今後の理論化や価値判断に関わる問題提起など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：**保健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、先行研究レビュー、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、倫理的配慮等
- 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

（質的研究では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）



## 編集後記

『保健医療社会福祉研究』第32号をお届けいたします。今号には、第33回学会大会（2023年9月17日）の記録、投稿論文3本を掲載しております。

第33回学会大会は「臨床の本質に向かう～ソーシャルワークの基軸を成すもの～」がテーマとされました。本号においては基調講演と事例部会さらに事例部会コメントを原稿化されたものがおさめられています。読み返すことで当日に感じた感動が改めて蘇ることとなりました。基調講演での松澤先生の臨床の本質に向かうための提起はどれも私たちの実践や研究の基盤とされるものであり、特にこの激動の時にあってケアや臨床にかかわるものとして「心の平和の希求」がまさに求められていると再認識させられました。事例部会は本学会理事（研究者）が長期にわたり対話者となり、長年の勤務を終えられたソーシャルワーカーのオートエスノグラフィーが松澤先生からのコメントもいただきまとめられています。事例報告はソーシャルワーカーの入職当時からさまざまな出来事を経て退職に至るまでの取り組みが丁寧に語られています。とりわけ本号では事例報告者から2004年作成「お蔵入りになった資料（図1と表1）」そして2022年に加えられました追加項目も提供されています。これは本誌のような専門誌では未発表のものであり、所属機関や組織の中でソーシャルワークを定着させようとしている人にとっては貴重な資料となると考えます。いずれにしましても事例報告者のような積み上げられた経験の語り为本誌をとおして皆様にお届けできることは喜ばしいことでもあります。

本学会ホームページでは第1巻（1992年）から第31巻（2023年）までの本誌全巻が掲載されています。さらに本年4月より「クリニカル・パール」のページが設けられました。保健医療分野のソーシャルワーカーや社会福祉研究の積み上げに貢献できればと考えております。学会誌へのご意見、ご要望など、是非お寄せ下さい。

2024年3月

編集委員会

熊谷 忠和

大瀧 敦子

巻 康弘

高瀬 幸子

榊原 次郎

## 保健医療社会福祉研究 第32巻

発行日 2024年3月31日

編集 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会・編集委員会

発行 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会（事務局）

〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル703A

あゆみコーポレーション内

電話：06-6441-5260

E-mail：jsswh@a-youme.jp

発行責任者 熊谷 忠和（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会会長）

編集責任者 熊谷 忠和（一般社団法人日本保健医療社会福祉学会編集委員長）

印刷 有限会社 木村桂文社

March 2024

# JOURNAL OF SOCIAL WORK IN HEALTH

Vol. 32

---

## Keynote Speech

What is going to the essence of clinical practice? ..... Kazumasa Matsuzawa

## Case study Section

How I have been facing in emergency medicine:  
the challenge of researching “my” experiences

..... Chairperson: Yumi Nomura

How I have been facing in emergency medicine:

the challenge of Auto Ethnography ..... Speaker: Atsuko Uchida  
Listener: Yumi Nomura

## Comments on the Case study Section

..... Commentator: Kazumasa Matsuzawa

## Articles

End-of-life support at home for older adults without family by  
care managers with social work licensure

—Discussions from a spirituality perspective— ..... Yuki Oga

What Factors Drive Health Workers to Continue Community Activities?

A Survey of Suzaka City Health Workers ..... Ye Ning

A study on the components of preventive support by social workers  
in clinics and their relevance:

How to provide support focusing on the process and the environment of  
patients in their early or stable stage of disease ..... Jiro Sakakibara

---

Published by

JAPAN SOCIETY OF SOCIAL WORK IN HEALTH (JSSWH)