

医療機関におけるソーシャルワーク

— 私が目指す援助者の姿 —

06V004 青柳いづみ

はじめに

2008年、私は社会福祉現場実習として、病院で医療ソーシャルワーカー（メディカルソーシャルワーカー（以下MSWとする））の実習を行った。医療機関におけるソーシャルワークに関しては事前に学習をしていたものの、社会福祉現場実習を行う施設に病院が加えられたのが2006年4月のことであり、具体的なイメージが湧かないまま実習に臨んだ。

MSWは患者さんとの面談による相談援助が主な業務だと思っていたのだが、実習一日目にして私の目に入ってきたのは、山積みになされたカルテや介護保険申請のための主治医意見書、訪問看護指示書といった膨大な量の書類だった。面談に至るまでの情報収集や院内各部署・院外他機関との連絡調整、各種書類処理業務、医療・介護用具の手配など、様々な役割を担い、院内においてMSWは欠かすことのできない存在であった。

そういった多くの業務を担っているとはいえ、業務の中核を成すのが相談援助である。実習が進み、病院の環境にも慣れてきた頃、面談を同じ部屋で聞く機会に恵まれた。患者さんは腹膜播種という悪性疾患を患い、人工肛門を造設、すでに退院されており自宅療養中であった。人工肛門の造設を行うと身体障害の内部障害と認定され、身体障害者手帳を取得できる。そのための手帳申請について患者さんのご家族が面談に来られていた。書類の書き方、注意事項、申請後の流れなど一通りの説明が終わると、ご家族の方は「申請しても意味がないかもしれない。」とおっしゃった。面談の前に医師から、「余命3ヶ月」と言われたというのである。「手帳のことを本人に話すと、あと少しだから申請しなくてもいいと言われそうで。申請することは本人には内緒なんです。」とおっしゃっていた。患者さん本人は余命のことについては知らないが、自身でもあと少しということを自覚しているらしい。患者さんの自宅での様子などを淡々と話されていたのだが、その声は悲しげで、どこか諦めが感じられた。私は、面談の内容や相談者の気持ちに圧倒されてしまい、ただ呆然と話を聞くだけだった。MSWの方はその間、相手のペースに合わせゆっくりと話を聴いておられた。最後にご家族の方は「聴いてもらえて気が楽になった。」と言い帰って行かれた。ただ話を聴くだけでたとえ何も解決しないとしても、クライアントから発せられた感情に寄り添い共感することで、少しでも「よかった」と感じてもらう。それがMSWの役割の一つなのだとすることを学んだ。MSWが関わることで、治療ではない心のケアを行うことができるのである。

本稿では、社会福祉現場実習での経験をもとにしながら、医療機関でソーシャルワーカーが果たす役割と、多職種間の連携の重要性について考えたい。1章でソーシャルワークの展開とMSWについて触れる。それを踏まえたうえで、2章では医療と福祉の連携について、実習を通して学んだことと、連携教育セミナーでの体験から学んだ連携について述べ、3章・4章では実習での経験をもとに実際の援助について考察していく。

実習を終え、ソーシャルワーカーを目指して勉強を進める中で、今改めて援助者の役割や持つべき基本的な考え方に触れ、自分が目指す福祉専門職の姿を探したい。

第1章 ソーシャルワークの展開

1. ソーシャルワークとは

ソーシャルワーカーは、国際ソーシャルワーカー連盟が採択した「ソーシャルワークの定義」を実践の拠り所としている。

〔ソーシャルワークの定義〕

ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響しあう接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。

（2000年 国際ソーシャルワーカー連盟）

この定義によるソーシャルワークとは、人々とその環境・社会に存在する障壁や社会問題について働きかけ、人々のニーズを満たし、彼らの持つ可能性を発展させることである。ソーシャルワークは、個人・家族・コミュニティなど様々な場面で用いられている。

しかしながら、多くの場面で「ソーシャルワークって何?」「ソーシャルワーカーって何をする人?」という疑問がきかれる。私自身も今までにそういった質問をされることがしばしばあった。医療や介護といった他の関連職種に比べ、今までソーシャルワークが広く社会に認知されてこなかったこと、その専門性が曖昧にされてきたことが理由にある。自分や家族が具体的にサービスを利用したり福祉制度と実際にかかわったりしなければ、日常の中でソーシャルワークを知ること、意識することはほとんどないのではないだろうか。その流れにあって、医療の中で社会福祉を定着させようとするソーシャルワーカーの努力はなおのこと周囲から認知され難かった。しかし実際、貧困対策から始まった社会福祉は、今や様々なバックグラウンドを持つ人々、すべての人を対象に行われているのである。

ソーシャルワークは発展の歴史の中で、一貫して「人と環境の相互作用」に関心を向け、両者の関係、接点に焦点を当ててきた。上記のソーシャルワークの定義を読むとき、身近な例を思い浮かべるとソーシャルワークをイメージしやすい。例えば、入浴サービスを希望するクライアントが相談に来られ、状況を聞いたうえで介護保険制度の説明を行ったとする。入浴サービスや制度はこのクライアントが必要を感じる前から社会には存在しており、クライアントと関係性がなかっただけで社会環境としては整えられていたといえる。今回クライアントの状況が変化し、その社会環境と関係を結ぼうとしている。ソーシャルワーカーはそのクライアントと社会環境の関係に介入することになる。クライアントが社会環境を活用する場合、それは存在している「環境」を「資源」へとソーシャルワーカーが変化させるのである。その際、能動的に環境に働きかけることのできるクライアントもいれば受動的なクライアントもいる。自己決定が困難なクライアントや大きな不安を前に動けなくなってしまうクライアントもいる。こうした様々なクライアントに個別に対応し、それぞれに適した方法で援助を行うのがソーシャルワーカーである。もちろん、必要なサービスや制度といった環境が整えられていない場合には、それらを「作り出す」という役割もソーシャルワーカーは担っている。環境にクライアントを当てはめるのではなく、様々なクライアントに合った支援を行うことが大切なのである。

単にサービスや制度といった社会環境を紹介するのではない。クライアントがその環境を主体的に利用できるようにし、現在もしくは将来直面する生活課題を解決できるようにすることをソーシャルワークは目指しているのである。

2. MSWとは

病院をはじめとする保健医療機関においてソーシャルワーク実践を行っているソーシャルワーカーをMSWと呼ぶ。厚生労働省による「医療ソーシャルワーカー業務指針」でMSWは、「保健医療機関において社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う専門職」とであるとされている。保健医療機関においてソーシャルワーカーが取り組むことは、患者さんが直面している生活上の困難を解消することによって、適切な医療を受けられるようにすること、そして傷病や受療によって生じた生活上の困難自体に対応することである。具体的な業務内容として以下のように示されている。

〔医療ソーシャルワーカー業務指針（一部）〕

医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

- ・受診や入院に伴う不安等の問題に心理的援助をし、患者が安心して療養できるよう、療養中の家事、育児、就労等の問題解決を援助する。
- ・高齢者等の在宅療養環境を整備するため、状況に応じたサービスの活用を援助する。
- ・傷病や療養によって生じる家族関係の葛藤や暴力に対し、家族関係の調整を援助する。
- ・患者同士や職員との人間関係、学校、職場、近隣等地域での人間関係の調整を援助する。
- ・がん、エイズ、難病等の傷病等の受容が難しい場合に、その解決を援助する。
- ・患者の死による家族の精神的苦痛の軽減、克服、生活の再設計を援助する。
- ・療養中の患者や家族の問題解決のために、患者会や家族会等を育成、調整を援助する。

②退院援助

- ・地域での在宅ケア諸サービス等について情報を整備し、患者の生活・療養の場の確保について話し合いを行い、状況に応じたサービスの利用を検討し援助を行う。
- ・介護保険制度の利用が予測される場合、制度の説明を行い援助する。介護支援専門員と連携を図り、クライアントの了解を得た上で退院準備について関係者に相談・協議する。
- ・退院、退所後においても、必要な医療を受けながら地域生活が送れるよう、患者のニーズを把握、社会資源の選択を援助する。

③社会復帰援助

- ・関係機関、関係職種との連携や訪問活動等により、患者の職場や学校と調整を行い、復職、復学が円滑に進むよう援助する。

④受診、受療援助

- ・状況に応じた医療の受け方、病院、診療所の機能等の情報提供を行う。
- ・診断、治療を拒否するなど、医師等の指導を受け入れない場合に、その理由となっている問題の解決を援助する。
- ・診断、治療内容に不安がある場合に、患者、家族の状況を踏まえてその理解を援助する。
- ・入退院、入退所に関する委員会が設けられている場合にはこれに参加し、経済的、心理的、社会的観点から必要な情報提供を行う。

⑤経済的問題の解決、調整援助

- ・患者が医療費、生活費等に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険制度等の関係諸制度を活用できるように援助する。

⑥地域活動

- ・他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して、地域の患者会や家族会、ボランティアを育成し、支援する。
- ・地域ケアシステム作りへ参画するなど、地域のネットワークづくりに貢献する。
- ・関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進める。

MSWについて規定している法律はなく各医療機関に配置義務はないが、現在日本には一万人程度のMSWが存在しており、社会福祉士や精神保健福祉士等の国家資格取得者も増えている。また近年では、病院や保健所のみならず、老人保健施設や在宅介護支援センターなどにも活躍の場を広げている。

患者の傷病はそれぞれによって場合は異なるが、慢性化・長期化すればなおさら生活に大きな困難を生じさせる。その困難に対して、できる限りの予防と早期発見、適切な対応をすることが保健医療機関に求められている。その役割を果たす担い手としてMSWの存在があるのである。

第2章 医療と福祉の連携

1. 実習を通して学んだ連携

(1) 医療従事者とMSWの関係

実習では、MSWの日常業務に同行、見学させていただき、病院内の様々な専門部署・専門職の存在を知った。各部署を訪問しそれぞれの役割やMSWとのかかわりについてうかがう中で、普段あまりかかわることはないという部署であっても、院内でのMSWの必要性を感じていた。MSWは医療機関の中で福祉の視点から患者さんやご家族と接することができる。また在宅生活と病院生活のパイプ役とも言えるMSWは、院内でも他の専門職より患者さんやご家族と密接なかかわりを持つことになる。院外にもネットワークが広く、社会資源を有効に使うということにおいても病院でのMSWの存在は大きい。

またMSWは「頼まれることが仕事」であるという。実習中、MSWのもとに相談に来るのは患者さんだけではなかった。例えば「退院した患者の家族が在宅での看護を心配するあまり、毎日ナースステーションへ電話してくるため困っている。MSWから家族に話をしてもらえないか。」という看護部からの相談があった。本来なら看護部で対処されるべき問題も、MSWがやることで物事が円滑に進むのであるならば、積極的にかかわりをもつ姿勢でいる。MSWは人と人をつなぎ、間接援助をする専門職でもある。そのため医療や看護といったクライアントに対する直接援助をするスタッフが気持ちよく働けるようにすること、それもMSWの重要な役割の一つである。そうすることで最終的にはいつも、クライアントのための援助となっているのである。

(2) クライアントの利益のために

医療を提供するためには、各種の専門性を持つ医療従事者のチームが必要であり、治療のためには職員同士の連携と協働が不可欠だといわれる。例えば病院では、一人の患者さんに対して医師・看護師はもちろんのこと、調剤をする薬剤師、検査・分析をする検査技師、食事の管理をする栄養士・調理師、リハビリを行う理学療法士・言語聴覚士など、様々な専門職がかかわり支えていることになる。一つの職種が欠けるだけで患者さんに医療を提供することができなくなってしまうのである。患者さんを支えるすべての職種が患者さんを総合的にみていくために、医療従事者の共通の知識と、連携してケアを行っているという

認識が必要である。

医療に従事する職員同士だけでなく医療と福祉の連携が重要視されている。その理由として「生活習慣病等の慢性疾患が増加したことにより、病院退院後も保健医療福祉サービスを利用する人々が増えていること」が挙げられる。2003年の調査によると、後遺症の現れやすい疾病や生活習慣病など長期療養が必要な疾患に対してMSWが集中的に関わっている。こういった疾患が増加している現状では単に医療を提供するだけでは対応できないために、医療と福祉の連携が必須なのである。また近年、医療費の効率化や早期退院の大きな流れがあり、場合によっては、病状が安定すれば医療依存度が高いにもかかわらず退院や転院を迫られることもまれではない。クライアントが安心して療養生活を送れるようにするため、当該病院だけではなく他の保健医療機関との連携も欠かすことができないのである。

援助の中心はクライアントであり、考えるべきはいつもクライアントの利益である。それぞれの分野の専門職がクライアントによりよい医療・ケアを提供するため、互いの持つ資格や専門性、役割について理解し、対等の立場でかかわりを持つことが望ましい。医療に従事する様々な専門職を取りまとめることの連携としても、人と人、人と資源をつなぐ職種であるソーシャルワーカーが果たす役割は大きいのである。

2. 連携教育セミナーでの実習から学んだ連携

(1) 事例を読み解く

4年次の夏休み、県内の大学で保健医療福祉を学ぶ学生同士が集まり、実際の事例を検討しながらチームアプローチを学ぶという連携教育学生セミナーのプログラムに参加した。医療機関で他職種と連携し、クライアントへの支援を行うチームアプローチの体験学習である。三日の日程で行われ、一日目は事例の検討・考察を行い、二日目は実際に医療機関を訪問し、患者さんやご家族、職員の方々から情報を収集、事例の課題と解決の戦略を考えた。それをまとめ、三日目に討論を行った。

私はソーシャルワーカーの立場で参加し、看護師、薬剤師、歯科衛生士の4職種のチーム構成で、回復期のリハビリを行うN病院にて演習を行った。

事例：Tさん

60代男性、糖尿病・脳梗塞・アルコール性肝炎の既往歴がある。朝の日課である散歩に出かけた後、近所で意識がなくなって倒れているところを発見され、急性期の病院に救急搬送された。診断は脳内出血で、脳の右側が傷害されている。左半身麻痺、半側空間無視（左半側空間無視）・構音障害・注意障害がある。急性期を脱し、リハビリ目的にてN病院へ転院となった。

Tさんは定年退職後、朝から飲酒をする生活を送っており、食生活が乱れていた。しかし入院後それができなくなったために、今は食事を大きな楽しみとしている。本人・ご家族の希望で在宅での生活を目指す。

※半側空間無視…大脳が傷害されたことによって半側からの刺激を認識できなくなることである。

Tさんはこの症状が強く出ており、ほとんど左に注意がいかない。症状として、障害物がよけられない、壁にぶつかる、左折ができない、食膳の左側の食べ残しに気づかないなどがある。（大脳は右半球と左半球の二つに分かれており、右半球が左半側を支配し、左半球が右半側を支配しているため、右の脳損傷では左半側の情報が失われやすく、左の脳損傷では右半側の情報が失われやすい。Tさんの場合、大脳の右半球が傷害されているため、左半身麻痺、左半側空間無視が生じている。）

この事例にあたる前にまず私達が行ったのは、それぞれが学ぶ分野と専門職について説明し、お互いを理解することである。一緒にケアを行っていくメンバーが何をする人なのか、どんな専門性を持っているのかを知っていなければ連携はうまくいかない。お互いの理解を前提にして、退院援助の流れを話し合っていくうちに、援助のどの部分にそれぞれが強いかかわるのかをイメージすることができた。

事前情報として、患者さんの入院時のカルテが与えられており、読み進めるうえでもメンバー全員が協力しなくてはいけなかった。日常の看護や患者さんの病気・身体状況については看護師、服用している薬の効能や副作用については薬剤師、口腔内の状態や嚥下機能については歯科衛生士、活用可能な社会資源や介護保険についてはソーシャルワーカーというふうに、それぞれが持つ知識を出し合い、教えあひながら、与えられた情報を同じように理解した。

情報を分析しながら、在宅復帰を目標にしたときに、Tさんご家族にとって課題となる可能性がある事柄を挙げていった。主に以下の4点である。それぞれが問題意識と疑問を持ち、二日目の現場演習に臨んだ。

[課題点]

- ①生活：左半側空間無視という状況、リハビリによるADL（日常生活動作）拡大に伴う危険性はどう対応するか。
- ②食事：Tさんは食事に対して強い執着があり、糖尿病の既往もあることから、食事の管理・適切な服薬が出来るか。また左半側空間無視のため左側の口腔ケアが十分に出来るか。
- ③排泄：夜間尿が多いことへの介護負担、便秘傾向にあるための排便コントロールをどうするか。
- ④社会資源の活用：本人や介護者である奥様の心身への負担はないか。どう解消するか。

(2) クライアント・関係職種への調査

二日目は実際に病院へ行き、Tさん、ご家族、看護師、MSWの方に直接お会いしインタビューを行った。

1：Tさん・ご家族とのインタビュー

Tさんは左半側空間無視のためか、常に視線は右側を向いていた。左側から話しかけると、気づいたように少し左を向くが、やはりだんだんと右を向いていってしまう。歩行リハビリの際にも右に寄っていってしまうことなどから、左半側空間無視の症状が強いことがわかった。左半側空間無視に対してTさん自身も生活の不自由さを感じているようだった。また、入院してから自分で出来ることが少なくなり、誰かの手を借りなければいけない生活を不安に思い「何も自分で出来ない。家族にも迷惑をかけている。」とおっしゃっていた。その気持ちからか、リハビリに対して積極的に取り組んでおられるようだった。「退院したら行きたい所がある」と、楽しそうに話してくださったことも、リハビリに取り組む一つの動機になっているようである。Tさんは話好きで、質問に対して多くの言葉で答えてくださった。特に食事に関する話題が多く、一日の過ごし方や体調についての話をしている、最後には必ず食事に関する話に結びつけていた。入院当初は食事制限のために空腹感があり、イライラすることが多かったが、リハビリにより運動量が増え、摂取カロリーを上げたことで現在は精神的に落ち着いているということだった。Tさんにとって食事が大きな楽しみとなっていることが伝わってきた。その分、退院後の糖尿病食の管理やカロリーコントロールが重要になってくると感じる。

同席していたTさんの妹さんと奥様も退院に向けてとても積極的だった。しかし、同居している長女が日中いないため奥様一人での介護となること、Tさんの体調を維持できるかということ、Tさん自身が

思っていることを口に出して言わない性格であることなど、在宅生活への心配も多くあるようだった。Tさんの妹さんがケアマネージャーをしており、奥様が頼りにしている様子であった。

2: 関連職種へのインタビュー

看護師の方からは、日常的なTさんへの支援についておききした。入院当初Tさんは、色々なことが一人で出来なくなったことを受け入れられなかった。混乱し危険行為が多かったが、今は落ち着いており障害に対して受容できているそうである。Tさんが「今一番したいのは人の手を借りずに排泄をすること」と言っているそうで、リハビリに取り組んでいる。看護師の方は、「少し手を貸すことでまだまだ出来ることが増える。一人で整容をするようになったり、行きたいところを語ったりするなど、前向きに目標をひとつひとつ決めながら過ごしている。」とおっしゃっていた。安全に留意し、Tさんのモチベーションを高いところで維持しながら対応しているのだろう。

MSWの方へのインタビューで、社会的資源の活用や支援についておききすると、すでに退院後のプランは立っているということだった。退院まではチーム全員で週一回のカンファレンスを行い、場面ごとにそれぞれの専門職の介入時期を検討、支援しながらゴールを決めていく。Tさんは現在要介護3で、介護保険を利用してサービスを受ける。在宅生活では、スロープを取り付けることで出入りを玄関ではなく居室とし、車椅子などの福祉用具を購入する。退院後のプランは奥様と妹さんが中心になり決定し、Tさんにはリハビリの経過ごとに少しずつ伝えていくということだった。また、Tさんとご家族と話をしていた中で、ケアマネージャーをしている妹さんの発言が多く、出てきたがる印象を受けていた。Tさんと奥様ではなく妹さんが支援の主体になってしまう危険性があるのではと質問すると、「奥様が妹さんを相談相手として頼りにしているが、奥様が主体的に選択・決定を行っているため心配はない。」ということだった。あくまでTさんと介護者である奥様を中心に、生活環境も含めた支援が行われていた。

3: インタビューを通して学んだこと

グループのメンバーのそれぞれが質問をしインタビューを終えたのだが、一人ひとりの疑問を持つ所、事例を見る視点が大きく違い、多くのことに気づかされた。例えば、Tさんの排便の困難さが身体的にどのような影響があるのか、看護師から教えてもらわなければ問題として捉えられなかっただろうし、口腔内の状況は実際に歯科衛生士が確認しなければ分からないことだった。薬剤師や歯科衛生士は、患者さんの退院後の生活をイメージすることが難しかったと言っていた。また、私たちのグループには理学療法士や作業療法士がおらず、リハビリの進め方や効果、支援方法等までは具体的に考えられなかった。

患者さん一人に対して多くの職種が関わり、支援が行われるということを実感し、全員で協力することで様々な情報を得ることができた。

(3) 対応策の検討

病院訪問の後から三日目にかけてインタビューをもとに事前に挙げてあった事例の課題点の対応策を検討した。

- ①生活：左半側空間無視という状況、リハビリによるADL（日常生活動作）拡大に伴う危険性にどう対応するか。

[対応策]

Tさんはリハビリに対して意欲があり、退院後は旅行に行きたいという目標を持っていることから、その気持ちに働きかけてリハビリをすすめる。少しずつ一人で出来ることを増やし、「誰かにやってもらわなくてはいけない」という精神的負担を軽減する。一人でできることとできないことを本人に把握してもらうことで、ベッドや車椅子からの転倒・転落などの危険を防ぐ。左半側に対して注意を喚起し、左側を見落としがちであることを本人に自覚してもらう。

②食事：Tさんは食事に対して強い執着があり、糖尿病の既往もあることから、食事の管理・適切な服薬が出来るか。また左半側空間無視のため左側の口腔ケアが十分に出来るか。

[対応策]

奥様が調理師免許を持っていることから、病院の栄養士から糖尿病食やカロリーコントロールに関する指導を行い、日常の食事と服薬は奥様が管理する。Tさんに対しては、献立を伝えながら本人とひとつひとつ確認し、お膳の全体、特に左側に意識が向くようにする。また早食いにならないように声がけを行うなど注意を促す。

口腔ケアに関しては、歯科衛生士が実際にTさんの口腔内を観察したところ、口腔内は清潔に保たれていた。看護師から、日常の歯磨きはTさん本人が行っているときき、口腔ケアについては特に問題はないと判断した。

③排泄：夜間尿が多いことへの介護負担、便秘傾向にあるための排便コントロールをどうするか。

[対応策]

一人で排泄を行うことがTさん本人の希望であることから、尿意を感じたらトイレへ行く、失禁の回数を減らすなど、段階的に目標を設定してリハビリを行う。在宅では、トイレまでの距離が長く危険なため、ベッドわきにポータブルトイレを置き利用する。夜間尿については、オムツのあてかたを工夫したり介護者である奥様の生活の流れに合わせたりなどし、Tさんと奥様の精神的・身体的負担を軽減する。

排便コントロールは現段階では難しいが、マッサージをしたり漢方や薬を使ったりして対処していく。在宅に戻ってからは、サービスを利用しながら対応する。

④社会資源の活用：本人や介護者である奥様の心身への負担はないか。どう解消するか。

[対応策]

介護保険を使い、デイサービス、ショートステイを組み合わせながら利用、デイケアでリハビリを継続する。スロープ取り付けなどの住宅改修費、車椅子などの福祉用具等の購入は介護保険の給付の範囲内で収まるため、金銭的な問題はない。退院後はN病院ではなく自宅近くの病院を受診予定のため、相互の病院のMSWを介して情報交換・連絡調整を行う。

また、Tさんの妹さんがケアマネージャーをしており、奥様が頼りにしていることから、相談相手になってもらうことで奥様の精神的負担を軽減する。

以上のように対応策を話し合いながらも、「在宅に戻ってからのTさんのリハビリへの意欲を維持してい

けるのか」「同居する長女の情報が得られていないが介護への協力は得られるのか、どのようなニーズを持っているのか」「自宅近くにTさんの話し相手となる友人はいるのか、デイサービス等のサービスを受け入れられるか」など、新たな疑問も多く生まれた。すべてに対応策を導き出すことはできなかったが、ひとつひとつ援助過程をみていくと、気づくことが多くあるということを実感した。それも他職種と連携していくことで、一人の患者さんを多方面から観察することができたからである。それぞれの専門職が持つ専門性を活用、協力し、介入する時期を検討する。患者さんとその環境を包括的に支援していくことが、他職種と連携することの目的であり、それぞれが患者さんのことを考え支援していく上で、連携は必然的に行われるのである。

疑似体験ではあるが、実際にチームアプローチを体験して、一人の力だけでは患者さんの全体像を把握することに限界があること、関連職種が目標に向かって常につながりを持っているということを実感することができた。また、今回の事例の場合、Tさんとご家族の「在宅に復帰したい」という気持ちが一致しており、援助に対して積極的だったことで、支援する側の気持ちも高まり、前向きに援助が進んだのだろう。援助をしていく中で全員の目標を同じところにおき、それに向かってモチベーションを高く持ち続けるということも、円滑な援助の一つの要素なのである。

第3章 援助の実際

1. バイステックの7原則

保健医療分野に限らず、援助者であるソーシャルワーカーが様々な生活課題を抱えたクライアントを目の前にしたとき、まずしなければならないことは援助関係の形成である。たとえば多くの人が初めて会う人に対して、自分がおかれている状況や自分の考え、本当の気持ちを話すことはできないだろう。援助者はクライアントの心の緊張を解きほぐし、課題解決に向けてともに歩んでいく立場にある。両者間で築かれる良好な援助関係は援助の基盤であり、その後の援助過程に大きく影響する。

援助関係を形成するにあたって、援助者が持つべき基本的な考え方とその技法の一つに「バイステックの7原則」がある。各原則の具体的内容を以下に示す。

[原則1] クライアントを個人として捉える（個別化）

一人ひとりのクライアントが持つそれぞれの異なる性格を認め、それを理解すること。また、クライアントを大勢いる中の一人として対応するのではなく、目の前にした個人に対してそれぞれに適した援助方法を用いる必要がある。これは、人は一人の個人として認められるべきであり、単なる一人の人間としてではなく、独自性を持つ「特定の一人の人間」として対応されるべきであるという人間の権利に基づいた原則である。

[原則2] クライアントの感情表現を大切に（意図的な感情の表出）

援助者は、クライアントが感情（特に否定的感情）を自由に表現したいというニーズを持っていることをきちんと認識すること。援助者は、クライアントの感情表現を妨げたり非難したりせず、その感情表現に援助という目的を持って耳を傾ける必要がある。何かに悩んでいるとき、誰かにそれを打ち明け、じっくりと聞いてもらうだけで気が休まることもある。感情を表に出せる環境や雰囲気をつくることも援助者の役割であり、場合によっては、感情の表出が援助においての有効な手段になり得るのである。

[原則3] 援助者は自分の感情を自覚して吟味する（統制された情緒的関与）

援助者自身がクライアントの感情に対する感受性を持ち、その感情を理解すること。そして援助者が援助という目的を意識しながら、クライアントの感情に適切なかたちで反応を示すことである。クライアントが援助者に対して「話を聴いてくれている」と感じることは、クライアントを安心させ、感情表出を助けることにつながる。

[原則4] 受けとめる（受容）

クライアントの現在ありのままの姿を理解し、クライアントの全体にかかわること。しかしそれは、クライアントの逸脱した態度や行動を無条件に許し、受け入れることではない。「善い」「悪い」で判断されるのではなく、ありのままの現実を見つめること。受け止めるべき対象は「好ましいもの」ではなく「真実」である。

[原則5] クライアントを一方向的に非難しない（非審判的態度）

非審判的態度は、ケースワークにおける援助関係を形成する上で必要な一つの態度である。援助者は、クライアントに罪があるのかなのか、あるいはクライアントが持つ問題やニーズに対してクライアントにどれくらいの責任があるのかななどを判断すべきではない。たとえば自分の失敗や間違い、弱さを一方向的に非難され、審判を下されることは誰しも不快であり、そういった相手に援助を求めようとは思わないだろう。

[原則6] クライアントの自己決定を促して尊重する（クライアントの自己決定）

クライアント自身が物事を選択・決定する自由と権利そしてニーズを持っているということ、援助者が具体的に認識すること。また、援助者はこの権利を尊重しそのニーズを認めるために、クライアントが利用することのできる適切な資源を地域社会やクライアント自身の中から引き出して活用する義務がある。人は日々の中で、どんな服を着るか、何を食べるか、誰と付き合うかなど、無意識のうちにも多くの選択・決定を行っている。それを妨げられることは、クライアントが意欲を持って、積極的に援助にかかわる機会を奪うことになりかねない。

[原則7] 秘密を保持して信頼感を醸成する（秘密保持）

クライアントが援助者との援助関係の中で打ち明ける秘密の情報を、援助者がきちんと保全すること。この秘密保持は、クライアントの基本的な人権に基づくものであり、援助の倫理的義務でもある。クライアントは、個人的な、一人では解決できない課題を持って援助者のもとを訪れる。自分の秘密が守られるという保障がされて初めて、援助者に情報を提供し観察を許すのである。しかし、クライアントの持つこの権利は必ずしも絶対的なものではなく、場合によっては、秘密は同じ社会福祉機関や他機関の他の専門職にも共有される。しかしこの場合でも、かかわるすべての専門職は秘密を保持する義務を負っている。

この原則を唱えたバイステックは、ケースワークにおいて最も重要なことはクライアントと援助者間の援助関係であり、その援助関係を形成する要素が上記の7つの原則であるとしている。ケースワーク過程における最初の段階である援助関係の形成は、クライアントと援助者間の人間関係を良好なものとし、クライアントが安心感と積極性をもって自身の抱える課題解決に臨むことにつながるのである。

私はこの7原則を意識しながら社会福祉現場実習を行い、クライアントに対する援助者の様々な行動や態度を原則にあてはめながら観察した。しかし実際の臨床の場では、原則のみを頼りにして援助を行っているわけではなく、原則を基礎としながらも様々なケースに柔軟に対応していた。

2. ケースにみるバイステックの7原則

MSWは一日に何件ものケースにあたり、多くのクライアントと接している。その中で、私が実習中にかかわったIさんの事例をもとに、バイステックの7原則を用いてMSWのクライアントに対する態度・行動を考察する。

事例：Iさん

70代男性。長期臥床による腰痛症で入院。病室の他の入院患者とトラブルが多い。車椅子を使っているが、見守りレベルで自力歩行が可能である。退院の目処が立ったためIさんと面談を行い、退院後の在宅生活が可能であるかを確認する訪問リハビリを行うこととなった。

Iさんは一人暮らしであり、退院後は自宅での生活を希望している。

(1) Iさんとのかわり

訪問リハビリは、リハビリスタッフやMSWが実際に患者さんとともに自宅へ行き、生活環境を確認したり、患者さんに日常の生活動作をしてもらったりして在宅での生活が可能であるかをみるものである。Iさんの訪問リハビリでは、Iさん本人と理学療法士（PT）、MSWで行い、実習生である私はIさんの同意のもと同行させていただいた。

Iさんのお宅は坂になった道路沿いにあり、玄関へは急な石階段を下らなければならなかった。玄関を入ると、土間から廊下への段差が大きく、Iさんは一度玄関に腰をかけ手すりにつかまって廊下へと上がる。その手すりは知り合いの方に頼んで取り付けてもらったということだったが、位置や形状がIさんの体に合っていないようで使いづらそうな印象を受けた。

家の中は所々に段差があり、また奥行きのある造りになっているために、狭く長い廊下を行ったり来たりして生活しなければならないようだった。どの部屋にも物が多く、整頓されておらず、生活雑貨や食品等が散らばっていて衛生的にもよくない環境であった。実習生である私が見ても、Iさんが家事をしながら一人で生活を送ることは難しいと感じた。

家の様子から、MSWやPTが「自宅での生活は難しいのではないですか」とIさんにきいてみても、やはりIさんの気持ちは「在宅で生活がしたい」であった。「一人暮らしは無理かもしれないが…。高齢者施設で他の人と一緒に生活するのは嫌だし、通所サービスで人とかがわたりするのも好きじゃない。」とIさんは自身で在宅生活の難しさを感じながらも施設入所には難色を示していた。そこでMSWはIさんにケアハウスの利用を勧めた。ケアハウスとは、60才以上の自立した方を対象とした、食事・入浴つきの高齢者マンションで、自炊ができない程度の身体機能の低下などが認められ、または高齢などのため独立して生活するには不安が認められる方が入所の対象となっている。他の患者さんとのトラブルが多く、できるだけ自分のことは自分で行いたいというIさんには、高齢者施設への入所や通所サービスの利用よりもケアハウスの方が受け入れやすいのではと考えてのことだった。MSWがIさんにケアハウスについて説明をすると、Iさんも一人暮らしへの不安をこぼし、ケアハウスの利用を前向きに考える姿勢がみられた。

訪問後、病院へ帰る途中で銀行へ寄った。定期的に年金を下ろし、入院費等を支払っているということだった。銀行窓口での対応はほとんどMSWがIさんのかわりに行っていた。

(2) 援助者の姿勢

Iさんの場合、自分の考えをしっかりと持っており、したいことや嫌なことを伝えることができるため、ニーズが見えやすかった。在宅で生活したいというIさんの希望を尊重すべきであるのだが、Iさんの身体状況や生活能力、訪問で見たような自宅の様子を考えて判断するなら希望をそのまま叶えることは難しかった。第一に考えるべきはクライアントの安全である。Iさんの希望をそのまま受け入れていては、危険の多い在宅でIさんの安全は保障されない。Iさんの希望を受けとめた上で、高齢者施設の入所や通所・在宅サービスの利用など、解決策をいくつか示してIさんの決定を促していた（原則6：クライアントの自己決定）。Iさんの気持ちや性格を考え、ケアハウスを勧めているのである（原則1：個別化）。そして「在宅で生活したい」というIさんの訴えに対して、無理だと思っても一方的に非難したことは一度もなかった（原則5：非審判的態度）。一度Iさんの気持ちを受け止め、それからひとつひとつIさんと確認しながら「在宅生活は難しい」ということを理解してもらっていた。

IさんがMSWに気持ちを正直に話せること（原則2：意図的な感情の表出）や、MSWからの提案を受け入れられること、また金銭管理を任せることができるということ（原則7：秘密保持）などにおいても、IさんとMSWの間に信頼関係が構築されていると言える。

この事例の援助者の態度や行動がすべて原則から生じているわけではないが、援助者がクライアントにどう接するべきかを示す一つの技法、ヒントとして、クライアントと対したときにバイステックの7原則を用いることは有効である。バイステックの7原則は、クライアントの必要や期待に応えようとするソーシャルワーカーがどのような姿勢でいることが望ましいかを示しているのである。

第4章 クライアントと直接かかわるということ

私は後期の社会福祉現場実習で、患者さんの理解を具体的目標に挙げ、実際に患者さんとかかわりあいながらコミュニケーションをとった。その中で、たいへん当たり前のことだが、援助者が実際にクライアントとかかわることがいかに重要であることを再確認することができた。医療機関において患者さんと多くの時間を共有するのはおそらく、医師や看護師であろう。しかし、治療や日常の看護を行うわけではないMSWに対して、クライアントから寄せられる言葉や態度には親しみが感じられた。クライアントと直接かかわりあう中で形成される信頼関係は、援助を進める上で欠かすことができない。そこで、信頼関係の形成について、事例を示しながら考えていきたい。

1. 信頼関係の形成

実習中に会った患者さんの一人、神経内科にかかり入院されているOさんご家族とのかかわりを事例としてあげ、クライアントとMSWの関係について考察する。

事例：Oさん

80代男性、パーキンソン病関連疾患である進行性核上性麻痺（PSP）と、脳梗塞、脳梗塞による右半身麻痺・認知症・失語症・注意障害を持っておられた。以前から罹患されていたPSPに加え多発性脳梗塞を発症し入院、現在は病状が安定しており、治療や服薬はない。以前は奥様が自宅にて介護を行っていたが、脳梗塞を発症し再入院となってから、退院後在宅での介護は難しいとして、現在は老人保健施設入所の順番を待っている状態である。

失語や認知症があるためか、Oさんとは意思の疎通が難しかった。私の問いかけに「はい」や「いいえ」で答え、顔をしかめたり笑顔を向けてくださったりすることでOさんの反応を確かめていた。毎日食事の時間にご家族の方が食事介助に来られており、特に奥様とは親しくさせていただき、たくさんかかわりを持った。その中で、以前Oさんが退院されたときの話を聞くことができた。

当時、退院して自宅で過ごしたいというのがOさんとご家族の希望だった。在宅生活を考える上で、奥様との二人暮らしであるために奥様にかかる介護負担が不安要素として挙げられていた。医師は在宅生活・在宅介護は無理だとして、退院に否定的であった。しかし、MSWとリハビリスタッフの連携・協力により、医師を説得、Oさんの娘さんの協力を得ながらデイサービスやショートステイを活用し、奥様の介護負担を軽減させる方向で援助を進め、Oさんとご家族の希望はかなえられた。奥様はMSWの方について、退院前カンファレンスの時に一緒にいてくれてとても心強かったこと、自分の話を親身になって聴いてくれたことなど、とても信頼をおいている様子で話してくださった。脳梗塞を発症し再入院となるまで、二ヶ月ほどの在宅生活だったが、Oさんと奥様にとっては意味のある、充実した期間だった。

この場合、「在宅で生活をしたい」という希望は、MSWやリハビリスタッフの協力により支えられている。医師に「無理だ」と言われれば、多くの場合諦めてしまいがちだろう。しかし、自分の気持ちを伝えられるMSWという存在があり、その気持ちを最大限尊重した支援をしてくれるならば、患者さんもご家族も前向きに課題に臨むことができる。かかわっていく中で、患者さんやご家族の本当の気持ちを引き出し、自己決定を促し、その決定を支えたことで、患者さんご家族にとって最良の支援ができたのではと感じる。それは、在宅生活の様子を嬉しそうに語る奥様の表情や話し方から伝わってくる。

信頼関係の構築は一朝一夕にはいかない。クライアントの気持ちを受け止め、共感し、共に歩んでいく姿勢を示すことで、クライアントに「この人なら」と感じていただく。スムーズに、そしてクライアントにとって良い援助ができるかは、援助者との信頼関係に依拠しているのである。

2. クライアントの姿を把握する

Oさんにお会いする前の段階で、PSPであるという情報は事前に得ていて、病気についての学習も行っていた。しかし、実際にお会いした時のOさんの状態は事前学習での知識とは異なるものだった。事前学習やカルテからの情報だけで判断し、私の中で患者さんの像を作りだしてしまっていた。援助をしていくときに基本的な情報を得ていることは重要であるが、実際に患者さんとかかわりあいを持たなければ患者さんの本当の姿は見えてこない。真に患者さんを知り理解すること、信頼関係を形成していくこと、そのために直接患者さんとかかわり、対話していくことが不可欠である。その中で患者さんの理解に努め、抱える課題を見極め、的確にニーズ把握を行わねばならない。そのために援助者が行うべきは、患者さんがリラックスできる環境や雰囲気を作り、パისტックの7原則にみるような態度で臨むことである。それが両者間の信頼関係、良好な援助関係をつくり、ひいてはスムーズな援助を展開させることに繋がるのである。

病気やこれからの生活、介護のこと、多くの不安を抱える患者さんやご家族にとって、頼れる存在があるというのは心強いものである。病院の性質上、「治療を受けている」というクライアントの立場は、どうしても受身的になりがちである。そこに、親身になって話を聴いてくれる信頼のおける援助者がいることは、クライアントが治療や課題解決を積極的に進めることに大きな役割を果たすのである。

むすびにかえて

ソーシャルワーカーは、医師や看護師のように病気や傷を治し癒すことはできない。理学療法士や作業療法士のように、歩けない足を歩けるように導き、動かない手を使えるように助けることもできない。しか

しソーシャルワーカーがMSWとして病院に求められ、存在していることが、医療の現場にソーシャルワーカーが必要だということを証明している。病院は病気や傷を治療する場である。しかしそれは人の、一続きの人生のほんの一部にすぎない。病院にいる間の人生の一部を切り取って、そこだけを見てはいけない。その人が抱えている病気をではなく、病気を抱えた一人の人間としてみるべきなのである。退院した後もクライアントの人生は続く。当然、病気をし入院する前にも人生は続いていた。クライアントの過去、現在、未来をも考え、人生に対する援助をしていくのがソーシャルワーカーなのである。

実習中にかかわりを持ったOさんをはじめ、院内で見聞きした多くの患者さんのことを今も思い出す。4週間という短い実習期間にも、多くの人とかかわり様々な感情に触れた。その度に衝撃を受け、戸惑い、自分だったらどうするか、自分には何ができるのかと考えてきた。人の感情に寄り添いケアをすることの大変さと難しさ、交錯する思いの中での葛藤、そして何よりも、多くの人とかかわるからこそ感じられる大きなやりがい。そこにソーシャルワーカーという職業の魅力があった。社会福祉を学び多くを経験すればするほど、そのかかわりをもつ事柄の広さと深さを思い知り、立ちすくんでしまうこともある。しかしそれが、私が目指してきた道である。福祉の専門職として、誰かの人生の助けになりたいと心から思うのである。

2009年12月、私は突然に救急医療の現場に直面した。高校生の弟が交通事故で入院し、長い間生死の境をさまよったのである。この時ほど「意識不明の重体」という言葉を身近に感じたことはない。急いで病院に駆けつけても、起こったことを理解することも受け止めることもできず、その状況の中にいてやらなければならないのは、容態や手術についての説明を聞き同意書にサインをすることだった。急がされる入院の準備や高額になる医療費の手続き、事故の相手や警察とのやり取りなど、日常では体験しないことが目の前に山積していた。生きるか死ぬかという状況にいる弟のことだけを心配する、それすらも許されなかったのである。突然に問題が発生し、緊急的に解決しなければならない状況で、その問題は複雑に絡み合う。混乱の中にいては、何をすべきなのかも全くわからなかった。

こういった中で、少し乱暴な言い方ではあるが「全ての問題を一手に引き受けてくれる存在」が必要だと思った。様々な手続きなどを代わりにやってほしいのではない。生じている問題を示し、解決策と一緒に考え、今後をイメージする手助けをしてほしいと思ったのである。現在、日本の高度救命救急センターとソーシャルワーカーとの関係は、2002年では入院患者全体で240件の介入依頼があり、いずれも重篤な患者への対応だったそうである。年々救急医療の件数は増加しており、その現状を考えると医療従事者からの依頼を待つ姿勢ではなく、援助者が援助に出向く体制づくりが必要だと感じる。少しでも、救急の場面で相談ができる存在があればと思うのである。

弟は一命をとりとめたものの、現段階では医療への依存度が高い状態にある。療養や入院中の心配はもちろんのこと、今後予測される後遺症や変化する生活環境、復学に関する事など、考えなければならぬことがまだまだある。その都度、弟自身と私たち家族は現実を突きつけられ、選択を迫られることになる。そんなことを考えてただ茫然とするしかなかったとき、事故のことを知った多くの人たちが連絡をくれ、訪ねてきてくれた。弟のクラスメイトや友達からは何千羽もの折り鶴と沢山の応援の手紙が届き、携帯電話は励ましのメールやメッセージでいっぱいだった。面会はできないと知りながらも病院まで足を運んでくれた人もいる。親戚や多くの友人、地域の人の優しさに、弟だけでなく私たち家族も支えられている。人が人を思いやる力、人が人を支える力とは大きいものだ、改めて感じている。私はある人からこんなメッセージをもらった。

『人の役に立つ仕事に就こうとしている君です
誰かから喜ばれる人になる為には
まず自分の家族を大切にし
役に立てる人間になることです』

社会福祉士を目指し、敬和学園大学で4年間を過ごしてきた私は、まず家族の一人として家族を支える存在でなくてはならない。そして私が弟を、家族を愛しているように、かかわる全ての人に対してもそれと同じ愛を持ち、接することのできる援助者になろうと思うのである。

参考文献・URL

- ・ 社団法人日本社会福祉士会、社団法人日本医療社会事業協会編著『保健医療ソーシャルワーク実践1~3』 2004 中央法規
- ・ 大谷昭、橘高道泰編著『医療におけるソーシャルワークの展開』 2001 相川書房
- ・ F・P・バイステック著 尾崎新、福田俊子、原田和幸訳『ケースワークの原則』 誠信書房
- ・ マリオ・ヤコービ著 氏原寛、丹下庄一、岩堂美智子、松島恭子訳『分析的人間関係 ―転移と逆転移― 』 1985 創元社
- ・ 厚生労働省「医療ソーシャルワーカー業務指針」
http://www.kami2-hp.jp/img/social_w.pdf
- ・ 日本医療社会事業協会ホームページ <http://www.jaswhs.or.jp/index>.

(卒業論文指導教員 青山良子)