

医療ソーシャルワーカー実践報告

篠田 まどか

Practice Report of Medical Social Worker

Madoka Shinoda

はじめに

筆者は、5年目の医療ソーシャルワーカー（以下MSWと略す）であるが、筆者が在宅生活復帰に関わった事例をふりかえり実践報告をし、さらにその考察をもとに大学・大学院の社会福祉およびソーシャルワーク教育について考察することを本稿の目的とする。

キーワード…チーム内のコミュニケーション、地域連携、熱い心と冷静な頭

1 病院概要

筆者の勤務先は346床、12の診療科を標榜する、一般急性期病院である。昭和63年より在宅医療（訪問看護、往診）を実施、平成12年より地域医療連携室を開設、地域に根付いた医療を担っている。

ソーシャルワーカーは20年前より配置、現在は2名体制で行っている。業務内容としては、入退院調整や医療費にまつわる相談が多くを占めている。

2 障害を抱えながら、在宅生活に戻った61歳男性の事例

(1) 事例提示の意図

疾病や障害がもたらす生活の再構築の過程は、患者家族や一医療機関のみならず地域との連携が

必要不可欠である。その基盤のひとつに、チーム内の信頼関係を軸とした円滑で良好なコミュニケーションに基づいた連携があると筆者は考える。

本事例は上記基盤に焦点を当て、チーム内でのコミュニケーションの質が援助過程に及ぼす影響の大きさを示唆するものである。

(2) 概要

Aさん…61歳男性、独居、生活保護受給中、発明家病名…脳梗塞、異型狭心症¹⁾、変形性頸・腰椎症障害…右上下肢麻痺・感覚障害、左上下肢しびれ

1年前、外来看護師より介護保険申請をすすめられていたが「介護を受ける立場になると自分がダメになる気がする」とA氏は申請を拒否していたが、その後、脳梗塞を発症し本院に入院した。

(3) 援助の経過

①本人からの依頼

担当主治医より、A氏は、右上下肢麻痺の障害は今すぐ消失するものではないとの説明を受け、「とんでもないことになったと一人で悩んでいた」が、たまたま隣りベッドの患者さんとMSW（筆者）のやりとりをきき、「安心して話せそうな相談場所が見つかった」と思い、翌日A氏より援助依頼がなされ、MSW介入となる。

②情報収集

・A氏との面接

A氏「7年たってようやく心臓の病気との付き合い方が分かってきた。そうしたら、また新たな障害ですよ。自分の体が自分のものでなくなる。どうしていいか皆目見当がつかない」ものの、「家には帰りたい」と訴える。しかし、今後の生活については、「新しいことだらけでイメージが全くもてない」という。

MSWがA氏の不安や疑問ひとつひとつに寄り添い、また一緒に考えることでA氏に変化がでてきた。「手術は先生任せ。だけどこれからの生活は自分が作っていくのだから、楽しくなってきた」。更には自分の障害に合った補装具や車椅子の考案をするなど、A氏の解決能力の高さとその前向きな姿勢に驚かされる場面が多く見られるようになる。

・ADL

歩行はT字杖を使用するもバランス悪く、一部介助が必要な状態。また呼吸苦にて長距離は歩行不可能。車椅子操作は完全に自立。食事もセッティングあれば、自分で食べられる。

・院内スタッフとの調整

医師は術後経過が良好な為、早期の退院調整をMSWに期待。

病棟看護師の多くは、呼吸苦・胸痛の出現²⁾により単身生活は困難と評価。その一方、長期の入院生活によるストレスが症状を誘発しているとも考えられ、A氏が望む環境にもどれば症状が軽減されるとの見方もあった。理学療法士は説明のつかないADLの低下³⁾に頭を悩ませるも、環境整備のない限り単身生活は困難と判断している。

以上の情報を受け、MSWはA氏の意欲（明るい表情や前向きな発言）と、院内スタッフの見解に

あるギャップについてA氏に質問するも、A氏自身も分からないとの回答であった。

A氏との相談の結果A氏の在宅への強い希望と前向きな生き方に鑑み、基本的には在宅療養にゴールを設定した。ただしA氏の自宅内での動きを評価し、最大限の制度サービスを検討しその上でゴール設定の再評価を行うことを提案したところ、院内スタッフの合意を得ることが出来た。

③地域との連携

MSWの声かけにより地域カンファレンス開催。

出席者：A氏、生活保護ケースワーカー（CW）、身体障害CW、ケアマネージャー、在宅リハ部門CW、病棟看護師、MSW（司会）⁴⁾。

A氏より家に対する熱い思いを語ってもらい、またNS・MSWの経過報告をもとに協議。在宅への方向については反対意見もなく、家屋評価など今後の具体的な日程が調整された。

援助目標：在宅生活を目標とする。

チームの分担：身障CWが中心となる（キー）。

身障CW：緊急通報システムの調整。B氏（家主）の連絡調整を分担する。

ケアマネージャー：ベッド、デイサービス、住宅改修について担当する。

在宅リハ部門CW：家屋評価の設定、改修業者との調整について担当する。

生保CW：身体障害者住宅の申請を援助。

MSW：書類の提出についての調整。A氏の代理窓口となる。

カンファレンス後、身障CWよりA氏のADL・緊急時対応の限界・退院までの時間が限られていることを理由に、当院から直接在宅は困難との見解が伝えられる。それに対しMSWより、ADLは、まずは実際の状況を見てから評価しても遅くない

こと。胸痛時A氏なりの対処法がありそれが医学的にも有効であること。調整に必要な時間はなんとか入院継続ができるよう院内スタッフを説得することを伝え、身障CWは了解し、協力を約す。そして家屋評価を2回重ね、住宅改修案を作成⁵⁾した。室内におけるA氏のADLに若干不安が残るものの⁶⁾、最低限の生活と安全は確保されると考えられ、再度、在宅生活を目標にすることを地域チームで確認した。

④地域チームの再構築、そして在宅療養へ

住宅改修案について業者からB氏に提案、B氏は「役所からA氏の状況について説明があると聞いて待っていたが、まだ連絡がない。状況もわからず改修を、といわれても困る。そもそも障害者を受け入れるつもりはない」との返答。それ対し身障CWは「B氏にサービスを説明しても納得してもらえない。あとはA氏とB氏の契約になるので、これ以上は役所としても介入できない。在宅療養は難しいのでは」との見解を示す。

MSWとしては連絡不十分など、地域チームの機能が気になりかけていた矢先の展開であり、今後のチームのあり方について経験豊富な在宅リハCWに相談。CWより、チーム内のキーを再確認すること、そしてもし目標変更が必要であれば、更生施設入所の検討なども視野に入れることのアドバイスがあった。

それをふまえ、在宅リハCWを中心に再度チームで話し合う(A氏は話し合いへの参加は要請しなかった)。それぞれの立場からの問題認識を整理、またスタッフの持つ不安について話し合った。その結果、援助目標もチームのキーも変更しないこと。B氏との関係についてはA氏を交え⁷⁾、A氏宅にて経過説明を行うこととした。

後日B氏に、A氏より胸を打つような家への想いが語られ、地域チームが経過を説明した。それに、B氏も動かされA氏の帰宅について快諾した。のみならずベッド搬入時の立会いも了承。これをきっかけに在宅準備が急速に展開し、無事退院へと至る。

退院2週間後にはADLも飛躍的に向上。A氏から満面の笑顔で「家にいるってことは、最高なことです」との報告を受けた。

3 事例の考察

問題点…はじめ、地域チームがその機能を十分に発揮することができなかった。これによりB氏との関係・各機関における連携が円滑に行えず、一時、A氏への援助が暗礁に乗り上げる事態を招いた。

ケースの方向性を様々な角度から検討すること、そして柔軟な地域連携を図るために、カンファレンスの開催など、顔が見える形で協議する場を設けたにもかかわらず、前述の問題が発生した。何がその理由であろうか。

それはスタッフ間におけるコミュニケーションのあり方にあった。地域カンファレンス開始時、実はコミュニケーションレベルにおいてメンバー間に見えない障壁が存在したのではないだろうか。MSWと他職種の方針・目標には差があったにもかかわらず、MSWがそれに気づかずにA氏の援助を進めようとしていた。それゆえ統一したケース理解と問題認識が持てず、チームの足並みが揃わなかったことが考えられる。

本来、信頼関係に基づく双方向の意見交換・協議によって障壁を乗り越えるはずが、障壁の存在に気付かず、十分な話し合いに至らなかった。結果、MSWの見解をおしつける形で援助目標の設定、援助を開始したところに問題の発端があると

考えられる（A氏の病態について医学的な裏づけが得られない面もあり、地域メンバーを混乱させたことも問題に拍車をかけた）。

そのような混沌とした状況からチームを再構築できたのはなぜか。それもまたコミュニケーションに理由がある。しかし前述と異なり障壁に気付くことで、支持的な話し合いの場を作るよう努めたことが効を奏し、それぞれが抱える疑問や不安について発信・受信し、共に考えることができたのだ。すなわち、援助過程はコミュニケーションのいかんによって大きく左右されるものと考えられる。

4 社会福祉の教育と実践（回顧的考察）

(1) 「熱い心と冷静な頭」

大学では、社会福祉の実践において、「熱い心と冷静な頭」が必要であるとの教えを受けた。当時筆者は、これを抽象論として理解していたにすぎない。しかし、ソーシャルワークの実践を重ねるにつれてその意味の重さを実感、現在では以下のように理解している。

患者・家族をとりまく環境や人、直面する課題は、時間と共にたえず変化する。そして、この変化を生じさせる要素は、疾病や障害、個人や地域、社会制度など多次元にわたっており、そのマトリックスは非常に複雑な様相を呈する。

その中で患者・家族の力を最大限ひきだし、かつ最良の方向性を模索するには、常に経過や変化を察知しアセスメントする必要がある、「冷たい頭」を必要とする。

また、ソーシャルワーク実践の過程には多くの障壁が待ち構えており、援助者にとってもストレスフルな道のりでもある。この過程における様々な困難を乗り越える行動力やモチベーションの源となるのが、「熱い心」である。

本事例では、

「熱い心」…A氏の希望を可能なかぎり叶えたいという強い気持ち。

「冷静な頭」…客観的な事実や他職種の判断を根拠に、A氏をとりまく人的要素（地域チームの力動やB氏との関係など）の変化に注意を払い、援助の方向性を検証しながら援助できたこと。

筆者自身にも反省すべき点は多々あったが、A氏ケースの終結まで関わることができたことは、ひとえに「熱い心と冷静な頭」の教えをはじめとする倫理の基礎教育によるものと感謝している。

(2) コミュニケーション

患者・家族との面接はもとより、チーム内での情報や意見交換など、コミュニケーションが援助過程における重要な礎であることは、これまで述べてきた通りである。

筆者自身を振り返る時、コミュニケーションのトレーニング不足を痛感する。相手に分かりやすく、かつ端的に発信者の意図を伝える技術。そして相手の話を聴き、その意図を理解する技術等々。

特に実践現場では、職能も所属機関も、価値基準も違う専門家同士が、日常使用する用語さえ異なる中、ひとつの目標に向けて話し合い、共に歩む。そこから実践の面白さが生まれる反面、コミュニケーションが難しい原因ともなっている。このようなことからA氏の事例にも見られるように、他職種のスタッフとのコミュニケーションで苦勞をする場面は意外と多いのである。

大学教育を振り返ってみると、患者・家族との面接技法を習得する機会があったが、他職種とのコミュニケーションについては想定されていなかったように思う。残念ながら、今の筆者にはこの問題を解決するための具体的な教育方法を提示する力はないが、学生時代、他の専門家又はその学生と事例をもとにした意見交換の機会があれ

ば、もっと早期に問題を意識することができたのではないだろうかとも思う。

参考文献

- (社)日本医療社会事業協会監修 「保健医療ソーシャルワーク実習」 川島書店、2002年
- スーザン・ケンプ著・湯谷典人訳 「人－環境ソーシャルワーク実践」 川島書店、2000年
- NURSE CALL 第27巻第2号、2003年

註

- 1) ベースメーカー埋め込みと服薬管理にて状態安定
- 2) データ上問題なし。A氏の精神症状らよるものと考えられたが、精神科受診には至らず。
- 3) MSW介入前は監視レベルにて、杖歩行可能(平地50m)だった。
- 4) A氏の場合、身体障害者福祉法>介護保険法>生活保護法となる。法の優先順位や、事務手続きが通常と異なりチーム内の混乱が予想された為、チームのコミュニケーションは極力顔が見える形で行うよう工夫した。
- 5) トイレの手すり、玄関上がりかまちに手すりステップ台を設置。
- 6) A氏は少し無理する程度動いたほうが障害が早く回復すると考えており、床から直接立ち上がろうとして転倒するなど、リハビリプログラムにのらず自己判断で動き危険を招く可能性があるため
- 7) はじめA氏はB氏への説得に消極的であった。がMSWよりB氏が今後も重要なサポート資源になりうること。転居は簡単にはいかないことを理由に、A氏自身が想いを伝えることがベストで、地域チームはあくまでもA氏のサポートであることを説明。