

患者(家族)の方針決定過程の倫理的ジレンマ解決における 「SWアセスメント」の役割と方法

－事例を通じて－

小山聡子* 菅原美杉**

Assessment in Social Work to Solve the Ethical Dilemma
in the Process of Decision-making of the Patients (Families)

－ Case Study －

Satoko OYAMA*, Misugi SUGAWARA**

As medical social workers, we try to review the framework of assessment and intervention in social work, then to discuss it through case study to seek the better collaboration with the workers in other professions in the hospital. Social workers' approach is not necessarily fully understood by the other professions in the hospital. The aim of this paper is to offer a chance of discussion among us. Recently more and more social workers came to use postmodern social work theory which includes empowering assessment practice and narrative approaches, instead of psychosocial theory to understand the service user's needs. Social workers have to continually assess the service users on these new frameworks and help them to solve ethical dilemma when they decide their goals and objectives.

キーワード：構築主義・物語モデル・ストレングス視点・エンパワメント

1. はじめに

医療福祉相談室において、MSWの実務に「かかわりながら見る」という、参与観察を通じて、「ソーシャルワーカーは、医療職と患者(家族)の間で翻訳、変圧、変換機能を果たしている」という感覚を得ることがある。そして、その背後には、医師を代表とする医療職と患者(家族)の間に立ったときの「何かがずれている」という印象がある。しかも、その「ずれ」が、必ずしもどちらかの説明不足や理解力不足といった何らかの落ち度によるものではなく、一種必然的に起こってくると感じるからこそ、それを埋めようと翻訳、変

圧、変換機能を発揮するわけである。そして、これらの機能の中身を表現すると、ソーシャルワーカーとしての「介入」と不可分な過程としての「ソーシャルワークアセスメント」の姿が浮かび上がると考えた。そこで、これらメタファーで表現したワーカー業務におけるアセスメントと介入の枠組みをレビューして、事例を通じて論じ、リハビリテーション病院におけるソーシャルワーカーと他職種のより良き協働をめざしたい。

ソーシャルワークにおけるアセスメントに関しては、すでに多くの研究がなされてきた。しかし、理論としてそれらを理解していることと、それが実践に適用さ

* 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科
** 国立身体障害者リハビリテーションセンター

* Department of Social Welfare Faculty of Integrated Arts and Science Japan Women's University
** National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

れていることとは別である。またさらに言うなら、社会福祉分野の人々が自明と感じていることが、近隣の領域では自明でない場合もある。今回は、ソーシャルワークアセスメントそのものの内容を深く論ずるというよりは、あるアセスメントのあり方を、一つの事例を通して描き出し、チームを組んでいる隣接の領域との対話に資することを第一の目的としたい。

2. 方法

2.1.

まず、「ずれ」の内容と、その後の介入内容を筆者らが感じた内面の動きになるべく忠実にスポット事例として列挙する。そして、そのずれの中身を「医療からさまざまなタイプのリハビリテーションを経て、本人や家族のマネージする生活に戻る過程を援助する」というMSWの業務内容に照らして検討し、大枠では、「十分なソーシャルワークアセスメントが不足していた」という観点から考察する。

なお、ここで言う「医療職」とは、医師、看護師を中心としつつ、病院内でチームを組む理学療法士、作業療法士などをさすものとする。これらの職種をひとくくりに「医療職」と表現することには文脈によっては語弊があるであろう。しかし、ソーシャルワーカーが担う「状況内の個人」(a person in situation)へのアプローチを想定したときに、やはりまずは、ある程度「状況」を捨象したところでの「対個人、医学的アプローチ」が優先してしかるべき職種という意味であえて「医療職」と表現する。

2.2.

さらに、ソーシャルワークアセスメントにおける近年の動向を、特にポストモダンの社会思想に大きな影響を受けた構築主義的な考え方、物語モデルの登場などを中心に概観し、ワーカーとして留意すべきことをリストアップする。

2.3.

そして最後に、それらを踏まえ、方針決定にあたって様々な価値が衝突し、ジレンマに陥るといった事例をあげ、アセスメントにおけるミルナーとオバーンによる解決志向型アプローチ〔1〕、及び川村の倫理的ジレンマ解消ステップ〔2〕を融合する形で実際のアセスメントと支援計画を記述する。

3. 患者（家族）と医療職の間に生ずるずれ

ここから記載するスポット事例は、筆者が2003年

1月より8月末までの間に担当したケースの中から特徴的な要素を融合、または細部を変更してエッセンスのみ活用し、従って実際の例ではないという形でプライバシー及び、守秘義務に配慮した。

3.1. 「医学的には可能vs.生活上不可能？」

Aさん、50代、脳血管障害。要介護度3。家族が退院後在宅に戻れるかどうか心配し、かつ迷っている。主治医よりの面談では、排泄時など、要所で人手があれば在宅が可能と説明。家族は、本人の希望を考慮すると在宅に戻したいのは山々だが、家族が勤務で日中不在、また、現在の要介護度にて受けられる介護保険サービスでは在宅が難しい、と転院先探しを口にされる。家族はその後も本人の機能面の回復見通しを気にされ、在宅と転院の間を揺れ動いたようにワーカーには見えた。医療スタッフからはどちらなのかはっきりしないとの苦情めいた連絡あり。

ソーシャルワーカーから見ると、家族は本人の機能レベル（特に排泄面の自立）がどの程度に落ち着くかについて不安と期待を持っていた。それに自分たちの勤務状態との兼ね合いで必要とされる介護量を測りかねて、本人の在宅希望を目の当たりにしつつ、一貫して迷っている印象であった。一方、医療職の側からは今後の見通しは説明したし、介護保険と家族によるケアを組み合わせれば十分在宅が可能な人であるとし、排泄面の自立云々は、在宅に腰が引けていることはいいわけではといった見方も提示された。この方は、結局、居宅介護支援事業所も介在して、一旦は転院された。

3.2. 「社会的入院を防ぐ保険医療改革vs.個人の思い」

Bさん、60代、脳血管障害。初日の面談時、担当看護師より在院期間その他を説明される。家族が、もっと在院して訓練すればもっと治るのでは、といった趣旨の発言を繰り返すのに対し、看護師より「理解の悪い家族」との記録。

病棟の種類によって在院期間と保険点数に規定を設けた医療保険制度に基づく各病院の「社会的役割」と、「今、ここで」後遺症を残す病を得た本人または家族の思いがずれてしまう印象をしばしば持つ。医学的な知識の不足も手伝って、本人（家族）は、リハビリテーションをすればするほど治るのではないのかと思ひ、なぜ3ヶ月と最初からわかるのだろうといった感覚を抱くこともありそうである。これが医療職の側から見

ると、なるべく長く在院しようとしているのではないかと懸念につながる部分もあるのではないかと。

3.3. 「家族の自己決定vs. 医師の親心？」

Cさん、20代、外傷性の脳損傷。重度の知的低下が見られる。退院後の行き先について、家族が迷っている。両親の一方が難病にて入退院を繰り返しており、もう一方も単身赴任中で、持ち家であるマンションには学生である兄がいるのみ。主治医は、更生施設を勧めたが、その後の生活設計が「在宅」と明確に描けないため、施設との相談も難航。親はその後の生活について当面在宅は無理であることを率直に打ち出して困惑を示していた。一方主治医は「自分が仕事をやめて介護します。」とでも言い切って進路を切り開くべきであるとワーカーに告げる。

医療職にも、ソーシャルワーカーにも個人としての価値観が当然ある。また、入院している本人の状態を見たときに、将来像としてこのような居場所を確保してほしいという、一定の理論に基づく判断もある。一方で、この事例のように家族内に複数の入院者がおり、また家計を支える必要性や同胞の将来等、複数の要素を勘案しつつ本人の先行きを考えざるを得ない家族にとって、専門家が見る「理想の」進路が選択できないことも多い。

3.4. 「理想とされる地域での在宅生活、しかし誰が、いつ、どうやって決める？」

Dさん、50代で不全四肢まひ。若いころからの障害であるが、長年親と自宅にてすごしてきたため、自らを「世間知らずである」と表現。長年世話を受けてきた親は入院している。本人は、痛みやじょくそうの治療が終わったら、地元の更生施設にて自立生活訓練を受け、その後地域での在宅生活に移行する予定であった。ところが、退院を目前にして、現在の支援費制度の枠内ではホームヘルプの時間が足りず、また、そのアレンジを自分ですることもできないと急に転院を希望される。それを受けて主治医より、「介助時間は本人が思っているほど必要ないので、従前の方針で方向付けるように」という指示があった。しかし、本人の意思は固く、結局転院先を探すことになった。

熱心な担当福祉事務所の働きかけで上記更生施設の利用にこぎつけようとしていた。本人の言葉の中には、実質地域での制約の少ない自立生活を希望する様子が表現されていた。しかし一方、これまでの生活経験の

幅の狭さからか、年齢の割にはそれにとまなう自己責任や自己管理の重みを理解しきれていない様子もあり、上げ膳据え膳の生活を望むような発言も聞かれた。また、慢性の痛みを抱える本人は、必要な介護量について医療職の意見とはかなり食い違う希望を出しており、これらのすり合わせが必要であった。

ソーシャルワーカーとしては、「患者個人の価値観や好み」・「社会生活力」・「医療職の判断する介助の必要性」・「生活上の工夫の可能性」といった各要素を十分に検討する間もなく在院期間が終了し、転院してしまったという印象を持った。次の病院で、このあたりの調整をしてもらえるのだろうか。ちなみにソーシャルワーカーからの報告は送付した。

3.5. 「自分たちで決めたくない家族？」

Eさん、70代で脳血管障害。入院生活を過ごすうちに、痴呆の症状も出始めた。家族は、医療スタッフに対し本人の心身両面にとって1番いい環境は何かを熱心に尋ねながら退院後の方針を検討している。一方医療スタッフからは「ずるずる入院期間を延ばす恐れのあるご家族」との懸念がワーカーに伝えられた。

病院という機関においては、医師と患者の間に良し悪しを別として、「強弱関係」があり、医師の「診断」には何にも勝る権威がある。医学的な「真実」を告げられ、本人にとっての最善を選択する形をとりながらも、家族内の事情や希望や様々な思い（本人の良かれを思う、自分たちの介助の大変さを思う、世間体を気にするなどなど）を背後に置いて、微妙なかけ引きめいたやり取りが展開することもある。すなわち転院か、在宅かなど、生活上の諸事情を勘案した本人（家族）の方針決定に医師の「診断」というおすみつきをもらおうとする様子である。

上記の例で言うなら、家族には痴呆の始まった本人を在宅で介護することに不安があり、また、同時に在宅に返してあげたいという思いもある。そんな時、医師から「今の状態では在宅は無理です」という発言を引き出そうと、一種家族内での自己決定を棚上げして医師のアドバイスを仰ごうとする雰囲気を感じることもあった。

この方は、在宅介護支援センターに相談の上、デイケアの空きが出るまで老人保健施設に入所することになった。

3.6. 「家族は生活障害の程度をすぐには想定できない」

Fさん、80代、脳血管障害。家族との初回面接の席

で、「退院後のご方針は？」とのソーシャルワーカーからの質問に対して、家族は「入院したばかりで、どの程度の変化改善が見込めるのかが見えていない段階で、その質問をされることには違和感があります。」と回答する。

患者（家族）は入院初日に病棟にて主治医の話を聞き、同時に看護師の面接を受ける。これでまずは大体の医学的見通しを理解するだろう、と考えるのはソーシャルワーカーの間違いであって、患者（家族）は基本的に「治る」ために病院を訪れており、前述の例のように、一種「やればやるほど」機能はアップすると思ったり、そう「思いたい」一心で必ずしも医療職の説明を十分理解していない場合も多い。今後の見通しと家族内の事情を含む「状況」の確認、そしてそれらのすり合わせのために濃淡をつけた繰り返しの説明や、やり取りが必要となることを理解しなければならない。

3. 7. 「医療上の正解vs. 生活上の正解」

Gさん、20代、交通事故による脊髄損傷。ややうつ傾向があり、精神科も受診している。退院後の方針について医療スタッフと話し合う席で、主治医からは1人暮らしは難しい旨説明がある。一方、家族からは、本人と義理の関係である片親の状況や、本人が作った借金返済にかかる取立て等の関係で同居はしにくいことの訴えがある。主治医より、親が責任を持って考えないと……と言った発言があったとき、その親が激して「だからこうやって来ているんじゃないですか！」と怒鳴る。

医師の側に本人（家族）の社会的状況をすべて把握して方針を語るまでの責務はないであろう。第一義的には、本人の医学的状況を診断し伝え、本人にとって医学的に最善の方向性を指し示すことが当然の姿である。と同時に、何度も繰り返すように、本人は「状況内の個人」であり、この事例のような複雑な事情は、本人にとってのみの「最善」選択を許さないであろう。医師も家族もしごくまっとうなことを表明して、しかもその場が決裂してしまうというのは、いかにも歯がゆいものである。面談前後におけるソーシャルワーカーの適切な介入が期待されるのではないだろうか。

4. ソーシャルワークアセスメントの動向

4. 1. ソーシャルワークアセスメントとは

まず、前述の「ずれ」がいかにして生ずるかという観点から論ずる。小山は〔3〕、リハビリテーション病

院において、チームが「治療」「リハビリテーション」から当人の主体性を重んじるエンパワメントへと介入方法を変化させていくときにソーシャルワーカーがどのように働くかをもっと明確に示さねばならない、という課題をあげた。それが比較的難しい理由としては以下のことが考えられる。

極端に言えば、治療や医学リハには、人間が生物体として持つ大きな共通項に基盤を置く1つの、または2-3の「正解」が存在するが、しかし、患者（家族）が帰って行く先の生活にはその人その人の歴史や価値観、好み、そして家族の事情や活用可能な資源の総量にもとづく100人100様の「正解」がある〔4〕。この次元の違ういくつかの「正解」をていねいにリストアップし、必ず立ち現れるであろう倫理的なジレンマを解消すべく動く行為がソーシャルワークアセスメントと介入である。このアセスメント過程が十分に展開されない、いわゆる「理想的」ないしは「典型的」経過や方針を選択しない、または選択できない患者（家族）を「問題視する」行為に陥る恐れがある。

90年代より「アセスメント」の用語は社会福祉の領域でしばしば聞かれるようになった。しかし、太田は、その概念や方法について共通理解が定着しないままに用語のみ一人歩きした面も否めないという〔5〕。そして、アセスメントをめぐる問題として、①定式化された簡便な検査方法であると考えられていること、そして②援助活動過程の一局面であり、その過程展開方法だという認識が欠落していることなどをあげている。

大田は、バートレット、ピンカスら、サイポーリン、ハップワースら、及びシェーホーを検討して、ソーシャルワークアセスメントの概念と目的を次のように整理した〔6〕。①問題や人、状況についての考察を対象にしていること、②構成要因についての情報の収集と処理から問題や状況への適切な理解や認識を深める方法であること、③必要な援助計画の策定と実践への情報提供を目的にしていること、④援助活動の展開過程であるということ。また、アセスメント過程と性格をめぐる「広義」と「狭義」の解釈があることを指摘している。広義の理解によれば、アセスメントには広く計画や介入までの過程が包括され、一方、狭義の理解をとれば、アセスメントを介入等と混同しないように限定的にとらえることになる。筆者らも、大田と同じく、介入と切り離せない存在と認めつつも、とりあえずアセスメント概念をここでは狭義に捉えて論じる。つまり、アセスメントは人間の生活という相対的なことから評価し、人・問題・状況の把握とともに援助計画や実践活動への方針について情報や素材を提供する方

法的概念ということである。

平山によれば〔7〕、アセスメントには、連続的及び、期限付きの2種類がある。連続的アセスメントとは、最初にソーシャルワーカーが利用者と接したときから終結まで続けられる過程である。これは、介入により変化した状況や、新たな情報を得ることによって新しい仮説を立てさらに介入してゆく過程を意味する。一方、期限付きアセスメントは家庭裁判所の調査官報告書のように、一定期間にアセスメントを終結させ、すぐに提出するというものである。リハビリテーション病院におけるソーシャルワークアセスメントは、連続的アセスメントとみなすのが妥当であろう。

また、ミルナーらは、スツールとツーンによるアセスメントの3モデルを以下のように述べた。〔8〕①質問重視モデル：これは主に精神力動的な理論に従って、質問形式に従って答えを聞き、処理するタイプのアセスメントで、ミルナーらはこれを称して「ソーシャルワーカーらは自分の持つ人間の本質についての理論に適合するようにデータを作り上げる」と表現した。②手続き重視モデル：これは、対象者がサービスの基準に合うかどうかに関する情報を収集するもので、チェックリストを用いる場合が多い。③交換重視モデル：このモデルは、資源の制約に惑わされることなく、利用者の言っていることをたどることによって内にある資源や潜在力を探すタイプのアセスメントである。根底には、本人が自分の問題を最も理解しているという前提があり、情報の交換が強調されるのである。ソーシャルワーカーは、アセスメントの時期や利用者のタイプ、そして自分が所属する機関の性格によってこれら3タイプを組み合わせるべきであろう。

4. 2. アセスメントの歴史

アセスメントの歴史は、ソーシャルワークの中のケースワークにおいて、メアリーリッチモンドが診断の必要性を主張したところまでさかのぼる〔9〕。その基盤には、フロイト理論に基づく精神分析的視点が濃厚で、個人のパーソナリティーに着目した認識がなされていた。一方、こうした医学モデルに基づく診断概念では無理があることに気づき始めたソーシャルワーク実践は、システム論の発想や、生態学的視座を持つようになり、生活モデルに基づく援助プロセスを打ち出すようになる。その中に診断に変わるものとしてアセスメントが位置づけられた。英米においても、またわが国でも、アセスメントの重要性は繰り返し述べられてきたが、いざその中身が何なのか、そして方法はどうかといった点についてかならずしも明確な答えを用意し

てきたわけではなく、それはソーシャルワーク概念のあいまいさにも起因すると言われていた〔10〕。そんな中で、1990年代英国では社会福祉にかかわる各種法律改正が進み、アセスメントがより重視されるにいたった。また、わが国においても、介護保険制度の導入、サービス利用の契約制度の開始を初めとする社会福祉基礎構造改革が進み、その中で、アセスメントの重要性がより認識されるようになってきた。それでもまだ、その概念に関してなかなか統一された見解がなく、共通の枠組みが確立していないのが実情である。

4. 3. アセスメントの動向

そのようなアセスメントの近年の動向は、ミルナーとオバーンの著書〔11〕に詳しい。1998年に出版された「ソーシャルワーク・アセスメント」はわが国でも訳出されたが、その後本国では、2002年に第二版〔12〕が出版されており、新たな法律改正に対応するとともに、近年のソーシャルワークにおける反抑圧的実践の動向がより強調されている。

ミルナーらは〔13〕、アセスメントに関する様々な課題を明確にするために、ソーシャルワーク理論の見直しに取り組み、その中で、(利用者の)無力さと抑圧の影響を意識しだしたという。そして、その考え方は、「社会構築主義」の影響のもと、援助者といえども何でも知っているわけではないという姿勢をとるようになった。野口によると〔14〕、構築主義は、社会学の領域でバーガーとルックマンによって提示された「日常生活の構築」に関する現象学的な理解に源流を持つ。その基本的な認識は、「言語が世界を構築する」というものである。

前述のミルナーらは、社会構築主義者と見なされるときに併せ持つポイントとして次の各点をリストアップしている〔15〕。①社会を理解する方法として、当然とみなされている多くの方法に対して、批判的な姿勢をとる。②社会を理解する多様な方法を絶対視しないで、歴史の一時期やある文化のなかで考えられたものとする。③知識を、物事の性質によって決められるものとするのではなく、人々が話したり、交わる中で構築されるものとする。④社会運動はその時の社会的な構築によって駆り立てられ起きてくるものにとらえる。⑤この社会は人々の交わりから構成されているので、発見すべき「所与の」基本的性質などないと考えること、⑥現実主義や客観的真実という考え方に疑問を持つこと、⑦我々が使う言語が物事の意味を決めるのであって、その反対ではないということ意識すること。

こうした考え方は、社会問題の構築過程の研究でも展開されている。岩田によると〔16〕、社会問題とは、ある社会の状態が社会全体にとって好ましいことではなく、社会によって変えられるべきだと社会成員によって価値判断されたものである。従来の社会問題研究には、ある「状態」の調査研究などを通して、その研究自体がひとつの「問題の提起者」となるようなものが圧倒的多数を占めていた。例えば、少子高齢化がこのように問題だから、制度をこのように変えようといった内容である。一方、社会問題の構築主義的な理解とは、社会問題を、その前提にある何らかの「状態」と、これを問題だと提起する「プロセス」に分離し、後者、すなわちプロセスについて、これを誰が、どのような視角から、どのような問題として社会に訴えていったか、また社会がこれに対してどのような解決策を示したかという一連の過程としてとらえようとするものである。岩田は、どのようなカテゴリーで社会福祉の「対象」を認識しているかということを探ると、社会福祉が独自の価値判断でその対象を「構築」していることに気づかされると述べる。そして、社会福祉の「対象論」には、すでにある福祉対象としてのカテゴリーを解体して位置づけなおすことが含まれているという。

このような考え方にしたがって登場したのがストレングス視点〔17〕やエンパワメントの考え方〔18,19,20,21,22,23〕である。ストレングス視点においては、人間の持つさまざまな強さに焦点をあてアセスメントと介入を展開する。ミルナーとオバーンが紹介しているアセスメントのための理論枠組みの中では、「解決指向型アプローチ」がそれにあたる。そのアプローチでは、「その人が問題なのではなく、問題が問題なのである」として、サービス利用者を病理化することをさける。さらに、「物語」を開放することによって、問題を解体することは有益であり、人を問題から切り離すことが出来る〔24〕。

この「物語モデル」も構築主義的なアプローチにおける中心的実践概念である。ホワイトとエプストンは〔25〕「人生を理解し自分自身を表現するためには、経験がストーリー化されねばならず、経験に帰せられる意味を決定するのはこのストーリーなのである。」という。「問題」とは、多くの他者によって語られる「ドミナント（優勢な）ストーリー」と、利用者が生きる「オルタナティブストーリー」のギャップとして認識されるのである。援助者は、利用者がまだ意識もしていないその「オルタナティブストーリー」を、対話を通じて利用者に教えてもらいながら、共同で創生

してゆくことを期待される〔26〕。従来の専門家像のように、援助者側に行く道や正解がわかっているのではなく、あくまでも未知のストーリー探しを行うことになるのである。筆者が出会ったある利用者は、脳血管障害で重度の認知障害を残したつれあいを称して「今まで、働きづめに働いてきて、今が一番穏やかに見える。」と語り、また、「過去に、自身の親の痴呆を世話して修羅場の時期もあったが、あの経験があるからこそ現在のつれあいをケアできる。とするとあの経験は親からの教えだったのかとも思う。」と続けた。オルタナティブストーリーをピア（同士）とのやり取りの中で見つけた結果である。

5. 事例を通じて

ここまで論じた枠組みを念頭に、100人100様の生活に向けた自己決定を援助するときの、倫理的なジレンマ解消をめざすアセスメントについて、事例を通じて、論じてみたい。ソーシャルワーカーはこの作業を通じて、短期目標、中期目標、長期目標を立てることになる。この枠組みは川村によって倫理的ジレンマの構造を理解し、解消するためのステップとして提示されている。この枠組みはアセスメントと表現はされていないが、ミルナーとオバーンの論述によればまさにアセスメントであると考えられる。

この事例は、ご本人に、以下に記す（Kさんの事例）内容及び、表1のアセスメント内容に目を通していただき、了解を得た上で記載している。

（Kさんの事例）

5.1. 現在までの経過

10年ほど前に、交通事故によりC6レベルの頸髄損傷となる。入院歴は以下の通りで、本院には、7回目の入院である。

199×/○/○ 乗用車に乗車中、停車中の車と衝突し受傷

- | | |
|------------|------------------------|
| ① 約 7 ヶ月 | A病院 |
| ② 約 11 ヶ月 | B病院 |
| ③ 約 10 ヶ月 | C病院 |
| ④ 約 5 ヶ月 | D病院 |
| ⑤ 約 3.5 ヶ月 | E病院 |
| ⑥ 約 1 年 | 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院 |

⑥から⑨は、身体障害者更生施設に入所中に、その施設に籍を置いたまま、じょくそうその他のため入院したものである。

- ⑦ 約 3 ヶ月 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院
" (消化器科)
- ⑧ 約 3 ヶ月 " (内科)
- ⑨ 約 3 ヶ月 " (整形外科)
- ⑩ 約 8 ヶ月 " (リハ科)
- ⑪ 約 9 ヶ月 " (整形外科)
- ⑫ 約 1.5 年 E 病院
- 姉との自宅における生活期間、約 1 年
- ⑬ 約 7 ヶ月経過 国立身体障害者リハビリテーションセンター病院 (整形外科)

⑫と⑬の間に約 1 年間、交通事故の慰謝料にて購入した本人名義のマンションに、姉の介護の元、居住した。しかし、その間、姉による虐待行為（適切な介助の放棄や、言葉の暴力等）と見られる状態があり、じょくそうの悪化と極度のるいそう（痩せ）のため、ある友人を保証人に、本センター病院に入院した。姉は、連れ合いと子どもの 3 人で入居しており、本人を連帯保証人に立てた消費者金融からの借金がある。姉の反対を押し切る形の入院となったため、一切の援助が望めない状況となった。

5. 2. 本人にとって問題となっている点と対応案

5. 2. 1. 当面の生活費

姉と絶縁し、本人には入院費用はおろか、日常の雑費すら手元には無い状態で、友人の善意に頼って、借金を重ねていた。これに関して、居住区の生活保護課相談係の S 氏に相談したところ、現状で生活保護の受給が全く不可能というわけではなさそうであるが、担当者間で少々検討させてほしい旨回答があった。そして、2-3 日後、生活保護申請の方法についてご案内いただいた。

5. 2. 2. 当面の居所

入院後半年で、医師よりの面談があり、退院日を 1 ヶ月後と一応設定される。次に本人が過ごせる場としては、現実性の高い順に①他病院（転院）、②療護施設、③個人住宅（住宅探しの上で）を考える。種類別の問題点と見通しは以下の通り。

(1) 転院

じょくそうが治りつつある以上、本人の転院は明らかに社会的入院である。本センター病院がその機能を持っていないように、多くの病院は介護を保障する「生活の場」ではない。友人が本人の希望に従って、「重度障害者医療費助成制度」で利用者の立替払いが

必要ない病院の 1 つとして、東京都のある病院を代理受診したが、予想通り、慢性期のリハとなるため、入院の適用はないといわれた。

また、友人はその当時妊娠中で、仕事も中断せざるを得ないことになり、身体的にも経済的にも今後転院等にかかる保証人を引き受けることはできないということになった。これを受けて、本人が 2-3 人の友人に保証人を依頼したが、いずれも難しいとの回答を得る。しかし、担当区にて生活保護受給にこぎつければ、保証人はいなくとも転院先探しにやや動きやすくなると考えられた。

(2) 療護施設

受傷後の本人の生活を振り返ると、結果的に姉の虐待を受けることになった約 1 年を除いて、ほとんどが病院及び更生施設を転々とする生活である。本センター病院への入院の多くがじょくそうの悪化によるものであったことを考えても、本人には体位交換等を含む密な介助が必要であると病棟関係者は述べていた。そのような方に、生活を保障する場として考えられるのが療護施設であり、現に申し込みをして待機者のリストにはあがっていた。

しかし、周知の通り、療護施設には多くの待機者が控えているのが現状で、300 人待ちとも言われる順番待ちにおいて、現在、本人がどのあたりに位置するのかがわかりづらく、具体的な計画を立てる上での支障となっていた。

(3) 個人住宅

本人の第一の希望は新たに居を構えての独居生活である。ただ、これは姉との金銭問題に片がつかなければ実際には動けない。この金銭問題に関しては、友人の紹介によって弁護士につながり、アドバイスを受けながら、法的措置を視野に入れた取り組みが話し合われた。それらの片がつくまで、万一生活保護の受給が可能であったとしても、住宅扶助の上限枠からいって本人に必要なバリアフリー住宅はおろか、風呂、トイレつきすら難しいかもしれないという予想がある。さらに、この間単独での生活経験がない本人が、介助者を自らアレンジし、自立生活を営むには、それ相応の準備と、トレーニングが必要であるとも考えられた。

しかし、本人がこれを希望しており、かつ潜在的にその能力が十分にあると考えられる以上は、1 日も早く各案件に整理をつけて、独居生活にこぎつけるよう支援をするべきであると思料した。

5. 2. 3. ワーカーの見解

前述のように本人は短期的にも中長期的にも多くの

課題を抱え、不安定な状態であった。事態がそこまでこじれるには、単に「姉の虐待があって、本人の人生設計が狂った」と一方的にのみとらえることは難しいような過去からの経緯もあると想像された。まず転院に関しては、保証人がいないものの、生活保護受給手続きを視野にいれつつ取り組むこととした。

また、療護施設の利用は、自立生活をめざす本人にとって決して積極的な希望ではないが、しかし前述の様々な要因を勘案したときに、現状では検討せざるを得ない。全身障害による密な介助を必要とし、かつ無一文であるという厳しい状況にかんがみて、東京都における療護施設の順番待ちを上位にあげていただくた

めの担当区からの働きかけをお願いすることとした。本人は、たとえ療護施設の利用に至っても、準備が整い次第、地域での自立生活に移行する可能性は充分にあるとも考えた。

弁護士のアドバイスに従って、姉との関係を清算し、金銭面の整理をつけて新たな生活に踏み出すことについて、本人が自ら考え、動くという主体性を第一に、継続して支援することとした。

以上の内容を川村による「倫理的ジレンマを解決する」の10ステップを満たす形で記入すると次のようになる。なお、この表への記載は入院後約7ヶ月経過した時点で行ったものである。

表1 <倫理的ジレンマの解決に取り組む>

ステップ1 ジレンマの状況を把握する (情報の収集と分析)					
情報の収集			分析		
<ul style="list-style-type: none"> ・姉の虐待行為があった。 ・また褥瘡治療のために緊急入院。 ・極度のやせもあり。 ・ここ10年ほど入退院を繰り返す。 ・保証人であった姉と絶縁し、無一文の状態。 ・保険金で購入した自宅マンションを姉家族が占有し、売却等の処分が難しかった。姉の借金の連帯保証人にもなっている。 ・退院後の行き先がない。 ・本人は、在宅の自立生活を希望。 ・一応、都の療護施設に応募はしているが300人待ちとの回答が続く。 			<ul style="list-style-type: none"> ・姉にも事情はあろうが、本人を外部とシャットアウトする形の生活。結果褥瘡が悪化。 ・姉からの言葉の暴力を受け、ストレスも。 ・姉との1年間を除いて医療機関にいた。 ・病院の入院費の立替払いもできない。 ・法的な措置を試みるしかない、保証人氏が弁護士を依頼。妥当な試みであった。 ・社会的入院は本センター病院の機能に反する。 ・気持ちは尊重したいが、十分な準備がないと無理。 ・都外の施設であれば可能かもしれないが、1人暮らしの準備が難しくなる。 		
ステップ2 人の組織の役割・利害関係・価値観・判断基準・意思決定能力を把握する					
	役割	利害関係	価値観	判断基準	意思決定能力
ソーシャルワーカー	本人の自己決定を尊重する。無理のない計画か確認する。	上司との上下関係。同僚、他職種との力関係。本人と対等。	安全を確認しつつ、将来的には在宅を支援したい。選択肢を同時並行で検討。	基本は本人の自己決定尊重。しかし、諸状況を冷静に判断して、最大公約数をとる。	あり
同僚	MSW全体として、本人の最善の利益を守る。皆で検討する。	病院との雇用関係。同僚との上下関係。本人と対等な関係。	担当ワーカーと同じ。	担当ワーカーと同じ。	あり
本人	いくつかの選択肢を同時に検討しつつ、最終的には在宅の自立生活をする。	病院側にはさからえない立場。	困っているきょうだいはできる範囲で助け、制度も活用しながら自活する。	自分の価値観と自己尊厳観。	あり
他の専門職 (主治医)	患者の診断と治療	病院との雇用関係。病棟との協力関係。その他	褥瘡治療という医学ニーズがなくなれば退院を勧める	医師としての医学的観点。	あり
他の専門職 (病棟看護師)	患者の治療とケアリハビリテーション看護	病院との雇用関係。本人との患者、看護師関係。(あまり細かい生活ニーズには応えづらい。)	褥瘡が治ったら、転院か療護施設入所がベターである。(医療的観点から)	看護師としての医学的観点。	あり
姉	当初は本人の保証人及び世話役。ギブアンドテイクで保険金と自宅を利用。	本人のケアで生活に制限あり。一方本人の保険金で生活。	お互いに助け合う?	自分の価値観と都合。	あり

ステップ3 関係する倫理原則・基準をあげ、適応状況を考える				
<ul style="list-style-type: none"> ・本人の自己決定は最大限尊重したいが、生命安全第一の原則を考えると、一人暮らしの経験がない本人をすぐ地域に送り出すには不安があるし、当面資金もない。 ・資産があっても現状では無一文である現実に着眼して生活保護の申請を検討する。 				
ステップ4 価値・倫理のぶつかり合い（ジレンマの構造）を考える				
病棟看護師は、現状で本人が受けているケアの時間と内容を考えると24時間介護が必要であると判断している。一方、地域に出て支援費制度を活用しての生活では、24時間は難しい。転院先は褥瘡が治った状態では探しづらいし、療護施設はそもそも空きがない上、入所後、地域生活準備のための支援がどれほど保障されるのかということに不安がある。				
ステップ5 優先されるべき価値と倫理を考える				
姉との関係を清算して、地域での自立生活を希望する本人の意向を最大限尊重したい。しかし、受傷後1人暮らしの経験がなく、また、るいそうがあり、褥瘡を繰り返す本人の心身状態を考えると、十分な準備をする期間を取りたい。				
ステップ6 法的、時間的、社会資源制限や限界を考える				
当面の貧窮状態に着眼して生保受給にこぎつけた。同時に姉の退去したマンションを売却し、諸費用を清算、生活保護の返金等をするまでに3-4ヶ月必要。褥瘡の状態は徐々に良くなっており、すでに入院の適用はない。当面を過ごす次の場所を探さねばならない。また、在宅を可能にする地域の資源活用についても、地元の福祉事務所等を通じて相談を重ねる必要があるが、時間がかかる。				
ステップ7 専門家、同僚、スーパーバイザーからの情報、助言を得る				
福祉事務所の身体障害担当に相談。DPIなどのセルフヘルプグループに相談。弁護士に相談。不動産業者に相談。生活保護担当に相談。病棟看護師より実際に提供されているケアの内容と時間を報告願う。				
ステップ8 選択肢を指示し、根拠、結果予測、リスクを考える				
	選 択 肢	根 拠	結 果 予 測	リ ス ク
①	家をつつけての生活	自己決定	必要十分な介助が得られなければ危険。	本人の心身のリスク。
②	転院先を探す	本人の生命安全第一	社会的入院になる。	本人の精神的リスク。
③	療護施設を探す（都内）	本人の生命安全第一と生活の場保障	そもそも応募者が多すぎて入れない。	その後の支援受けられるか。
④	在宅生活に向けた中間施設を探す	①に関連しての自己決定。	入所できるかどうかわからない。	その後スムーズに家が見つかるか。
ステップ9 選択肢の決定と最終チェックを行い、実行する。				
上記①から④を同時並行で検討し、可能性をさぐる。短期的には、②の可能性が高い。				
ステップ10 結果を観察し、同時にジレンマ解消のため社会へ働きかける				
<ul style="list-style-type: none"> ・短期的には、本人と面接を繰り返し、意向を確認するとともに、選んだ道の現実度を病棟等の意見を取り入れつつチェックする。 ・MSW側で地域生活をめざす利用者のセルフマネジメントにかかわるトレーニングプログラムを提供できるように準備をする。 ・地域で受ける介助量を確保するために、DPIのような当事者組織に相談するルートを確立。 ・同時に地域の資源を確認し、在宅生活のシミュレーションを行うよう福祉事務所に働きかける。 ・長期的には、こうした事例を丹念に積み上げ、研究報告するとともに、地域資源の拡充にむけて、当事者団体などとともにアクションを起こす。 				

川村隆彦著、「価値と倫理を根底に置いたソーシャルワーク演習」中央法規、2002、p74～p75の表を元に筆者の担当した事例を記入、分析をした。入院後、約7ヶ月目の記載。

6. 考察と結論

ソーシャルワークのポストモダンといわれる新しい視点にもとづくアプローチは多くの示唆に富んでいる。病院や施設という「場」における支援では、一定の生活様式を強要しながらのアセスメントになるので、どうしても「場」の性質に基づく援助者側の都合による「困った利用者」枠組みが生み出されやすい。こうした枠組みは一旦そのように形成されると、我々と利用者間の相互作用を通じて増幅し、いわゆる悪循環をすることになりかねない。そうした自覚に基づいて、ストレングス視点を持った解決志向アプローチに基づくアセスメントと、それに続く介入によって、良循環を生み出したいものである。

ソーシャルワーカーは、初期のアセスメントを文面化するのみならず、介入後に変化した状況や、新たな情報、新たな資源の出現に基づく再アセスメントを繰り返し、当初の仮説に固執することなく、より良い支援を目指すべきである。そうしたアセスメントの繰り返しと、他職種に対する適切な説明、話し合いの繰り返しによって、ソーシャルワーカーが単に利用者の「いいなり」的な代弁を行うわけではなく、また他職種からの伝言役でもないことが理解されよう。

7. おわりに

今回の考察は、リハビリテーション病院でのより良い協働を目指し、ソーシャルワークの立場と援助の枠組みを近接領域に理解していただくことをめざしたものであった。スポット事例の質的な解釈や、3であげた事例のアセスメントにおいて、筆者らが「医療職」とくくってしまった職種への誤解や理解不足がある可能性を自覚している。ただ、最初に記したように、自分が属する領域で「当たり前」のことが近接領域で必ずしも「当たり前」ではない状況に直面して、是非近接領域にその「当たり前」を説明し、批判的な検討の俎上に上げていただく必要性を感じ、上記の危険性を承知で記述した。日ごろの協働者の皆様に感謝しつつご意見をいただきたい。

また、ソーシャルワークアセスメントの諸説をさらに深く検討し、構築主義や物語モデルの今後についても注意深く検討を重ねる予定である。

最後に、人生の大きな岐路に立ちつつ、我々ソーシャルワーカーを信頼し、熱心に話をして下さった患者及び家族の皆様、そして事例検討を了解して下さったKさんに、心から感謝申し上げたい。

8. 文献

- 1) J. ミルナー, P. オバーン著, 杉本敏夫ら監訳: ソーシャルワーク・アセスメント 利用者の理解と問題の把握. 163-183, ミネルヴァ書房, 京都(2001).
- 2) 川村隆彦: 価値と倫理を根底に置いたソーシャルワーク演習. 67-78, 中央法規, 東京(2002).
- 3) 小山聡子, 久保明夫: 障害の「克服」と「肯定」の両方を目指す社会福祉支援の今後—ソーシャルワーク業務における医学モデルと社会モデルの対話—. 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要23号, 7(2002).
- 4) 小山聡子: ある障害当事者の人生に読み解くリハビリテーション. 社会福祉, 第41号, 日本女子大学社会福祉学科, 日本女子大学社会福祉学会, 135-151(2000).
- 5) 太田義弘: ソーシャル・ワークにおけるアセスメント—その意義と方法—. ソーシャルワーク研究 Vol. 20 No. 4, 260-261(1995).
- 6) 太田前掲書: 262-263.
- 7) 平山尚, 平山佳須美, 黒木保博, 宮岡京子: 社会福祉実践の新潮流—エコロジカル・システム・アプローチ—. 39, ミネルヴァ書房, 京都(1998).
- 8) J. ミルナーら前掲書: 32-34.
- 9) 中村佐織: ソーシャルワーク援助におけるアセスメントと記録方法の模索. ソーシャルワーク研究 Vol. 20 No. 1, 4~5(1994).
- 10) J. ミルナーら前掲書: 9.
- 11) J. ミルナーら前掲書.
- 12) Milner, J., P. O'Byrne: "Assessment in Social Work (2nd edition)". Palgrave Macmillan, N. Y. (2002).
- 13) J. ミルナーら前掲書: 1.
- 14) 野口裕二: 構成主義アプローチ—ポストモダン・ソーシャルワークの可能性—. ソーシャルワーク研究 Vol. 21 No. 3, 180(1995).
- 15) J. ミルナーら前掲書: 2.
- 16) 岩田正美: 社会福祉における対象論研究の到達水準と展望—対象論研究の視角. 社会福祉研究, No. 80, 4, 27-33(2001)
- 17) 川村前掲書: 109-119.
- 18) L. M. グティエーレス, E. O. コックス, R. J. パーソンズ著, 小松源助監訳: ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント—その理論と実際の論考集, 相川書房, 東京(1997).
- 19) E. O. コックス, R. J. パーソンズ著, 小松源助

監訳：高齢者エンパワーメントの基礎－ソーシャルワーク実践の発展を目指して。相川書房，東京(1997)。

- 20) 北野誠一：ヒューマンサービス，エンパワーメントそして社会福祉援助の目的。ソーシャルワーク研究 Vol. 21. No. 2, 36-47(1995)
- 21) 小松源助：ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント・アプローチの動向と課題。ソーシャルワーク研究 Vol. 21. No. 2, 4-10(1995)
- 22) 久保美紀：ソーシャルワークにおけるEmpowerment概念の検討－Powerとの関連を中心に。ソーシャルワーク研究 Vol. 21. No. 2, 21-27(1995)
- 23) 小田謙三，杉本敏夫，久田則夫編著：エンパワメント 実践の理論と技法－これからの福祉サービスの具体的指針。中央法規，東京(1999)。
- 24) J. ミルナーら前掲書：171.
- 25) M. ホワイト，D. エプストン，小森康永訳：物語としての家族。金剛出版，東京(1992)。
- 26) 野口前掲書：182.