

医療ソーシャルワーカーが行う生活情報の活用に関する一考察

— 高齢者への生活アセスメントを中心に —

伊藤 秀 樹

1. はじめに

近年、人材不足に伴う現場の多忙化と個人情報保護などにより、利用者一人ひとりの個性やニーズを尊重した社会福祉の援助が困難になったという現場の声を度々に耳にする。このような状況を根本的に解消するには、現場の人材不足を抜本的に改善する対策、個人情報の取扱いの一定の条件緩和が必要であろうが、それと同時に、何らかの方法で利用者の個性やニーズを尊重した生活把握ができれば、現在の状況においても利用者一人ひとりの状況に応じた対応が一定程度可能ではないかと思われる。利用者に対して個別的な援助を行うために鍵となるのが、利用者の生活に関する「情報」を適切に収集することである。利用者の生活情報をより適切に収集することが出来れば、その個性やニーズを尊重した実践援助をより適切にできると考えられるからである。

利用者の生活情報を的確に収集する方法の一つとして、生活アセスメントシートを用いて生活構造を整理・分析するという方法がある。この整理・分析は一般にアセスメントと呼ばれるが、「身体・医療的状况」、「心理・社会的状况」、「経済・制度的状况」という3つの柱から利用者の生活構造を把握する生活アセスメントは、利用者の生活情報を的確に把握するツールとしてきわめて有効である。

本稿では、まずソーシャルワークの一分野としての医療ソーシャルワークの特徴を捉えその役割と機能を整理する。次にチームアプローチや退院援助など医療ソーシャルワークにおける「情報」の位置を検討する。そして利用者の生活情報の適切な把握が入院患者と家族の生活復帰につながった事例として、生活アセスメント様式を用いた入院患者家族の退院援助過程を構造的に分析し、生活アセスメントによる生活情報活用の有効性と今後の課題について検討することを目的とする。

2. ソーシャルワークの一分野としての医療ソーシャルワークの特徴と役割

我が国の医療ソーシャルワークの第一人者の一人である中島さつきの定義によれば、「医療ソーシャルワークとは、医療・保健の分野で行われるソーシャルワークで

ある。医療ソーシャルワークがその専門技術を用いて、医療チームに参加し、あるいは地域の人びとに協力して、医療と福祉の達成に努力することである。主として疾病の予防・治療あるいは社会復帰をさまたげている患者や、家族の社会的・心理的・経済的な問題を解決もしくは調整できるように、個人と集団を援助する仕事」¹⁾である。つまり、医療ソーシャルワークとは、社会福祉のソーシャルワークの技術を医療・保健の現場に導入し、患者の心理的・経済的問題の調整をはかり、医療チームに協力して患者の社会復帰につとめる専門職種である。医療のなかに生まれたソーシャルワークということができる。

このような医療の現場で行うソーシャルワークは、それ以外の現場で行うソーシャルワークと較べてどのような特徴をもっているのだろうか。その特徴としては、第1に、医療ソーシャルワークは、「医療の場」を援助活動の場 (field) とすること、第2に、医療現場の特徴と医療目的に焦点を合わせた援助活動であること、第3に、医療ソーシャルワーカーは準医療関係者co-medicals²⁾として他の医療関係者に協力することが求められること、そのためには、第4に、「医療の理念」や「疾患に関する知識」を明確に把握することが求められること、が挙げられる。その上で、第5に、患者が抱える疾患を正しく知るための「医学の知識」と疾患による患者の苦痛や心理的な不安の理解 (心理学) などの知識を持って援助を行うことが求められるのである。

すなわち、医療ソーシャルワークにおいては、ソーシャルワークと同様に社会福祉学を核としているが、同時に、その活動する分野が医療現場であるため、それに伴う専門知識の理解とその専門知識を行使する力が必然的に求められるのである。ソーシャルワークと医療ソーシャルワークの比較を示すならば、表1のようになる。

表1 ソーシャルワークと医療ソーシャルワークとの比較

分野	第一次分野 (ソーシャルワーク) 社会福祉施設、行政など	第二次分野 (医療ソーシャルワーク) 病院など
知識	(実習) 社会福祉事業 専門知識	(実習) 医学的 専門知識
	社会福祉学 (基礎知識)	
	基礎社会学・関連科学 (基礎知識)	

出典 山川哲也著「臨床医療ソーシャルワーク・マニュアル」精神書房、1999年 P63

3. 医療ソーシャルワークにおける「情報」の位置

このように、医療ソーシャルワークには、①医療現場における医療チームへの参加、②医療の現場から地域社会へ復帰する過程における個人と集団への援助活動、さらに、③地域における医療・保健・福祉ネットワーク構築への参加、という3つの局面がある。これら3つの局面において、とりわけ重要な鍵となるのが「情報」である。医療ソーシャルワーカーは、①の局面においては、医療チームの他のメンバーに対して患者＝利用者の社会的・心理的・経済的な問題（情報）を根拠をもって伝達することが求められる。そのためには、利用者＝患者の入院後（急性期、回復期）の心身の状態と入院前の日常生活に関する情報把握が必要となる。②の局面における医療ソーシャルワークは退院援助と呼ばれるが、ここでも患者＝利用者の病院内情報（疾病、経過、予後管理、心身の状態など）を地域のサービス提供事業者に伝達する仕組みが必要になる。また、退院後に不安を覚えている患者に対して、その不安感を解消・軽減するために退院後の生活予測の情報をあらかじめ知らせることが求められる。さらに、③の局面では、入院から退院と地域での生活復帰を切れ目なく、スムーズに行うために、様々な組織形態のサービス提供機関間で情報交換をおこない、医療・保健・福祉の高度なネットワークを構築することが必要となる。

以上から医療ソーシャルワークにおける「情報」とは、第1に、利用者＝患者の生活現状を、医療チームに伝え、問題の共有化を図り協働体制をつくるための共通言語としての役割、第2に、退院援助を進めていくために必要な地域社会との連携をとるためのニーズの共有化を図る役割、第3に、退院後の利用者の生活を維持していくために必要な医療・保健・福祉のネットワークをつなぐ回路としての役割がある。

4. 生活アセスメント様式を用いた入院患者家族の退院援助過程と生活情報

以下では、生活アセスメント様式を用いた利用者の生活情報の適切な把握が入院患者と家族の地域での生活復帰につながった事例を取り上げることにする。この事例は、上記の3つの局面のうち、③の局面の医療ソーシャルワークの援助実践である。

(1) 生活アセスメントの種類と特徴

2000年4月の介護保険制度の施行により措置制度が大幅に後退し、保険制度による相互の助け合いへと仕組みが変わっていった。さらに介護保険制度の導入にあわ

せて、ケアマネジメントが導入されている。ケアマネジメントにおけるアセスメントの内容は、一般に、①利用者のニーズの内容やその程度を明らかにすること、②利用者の能力を明らかにすること、③インフォーマルな支援の力量を明らかにすること、の3点に集約されている。これらは介護保険制度のもとでのケアマネジメントでも同様である。

介護保険制度では、法定化されたアセスメントシートはなく、要介護者等の求める介護サービス計画書作成に最も適した方式を用いるとされている³⁾。そのため、厚生労働省は、介護保険制度において要介護認定および要支援認定の基準を示し、ケアプラン策定のために5団体のアセスメント様式を紹介した（表2）。

表2 介護保険のケアプラン策定のためのアセスメント開発団体

	開発団体名	略称名
1	3団体ケアプラン策定研究会	3団体版
2	MDS-HC（在宅ケアアセスメントマニュアル）	MD S版
3	日本介護福祉士会「生活基盤とする自立アセスメント（在宅版）」	介護福祉士版
4	日本社会福祉士会「ケアマネジメント実践記録様式」	社会福祉士版
5	日本訪問看護振興財団「日本版在宅ケアにおけるアセスメントシート」	訪問看護版

これらのアセスメント様式の共通の特徴は、利用者の情報を身体的側面から把握するには適しているが、生活情報を総合的に把握するには不十分であるという点である。それは、これらのアセスメント様式がADLを中心としたチェック方式による情報把握を中心としており、評価・判定者が気がついた情報をその都度記載できる様式ではないことによる。つまり、生活を総合的に把握するために必要と考えられる社会との関係、心理的な状況、経済的状況といった情報の把握は困難になっているのである。さらにまた、利用者の現在の生活状況を理解する手掛かりともいえる生活史に関する情報の入手も困難になっている。介護保険制度のアセスメントは、身体状況の把握が主となる介護認定と、そのもとでのケアプラン作成といった枠組みのみに基づいている。そのため、このアセスメントでは、利用者の生活を個別のかつ総合的に捉え、利用者の生活全体を理解していくには十分ではないといえる。

介護保険制度のアセスメントのこのような限界を補完するものとして開発されたのが、次に紹介する生活アセスメント様式⁴⁾である。

(2) 生活アセスメント様式のアセスメントシートの特徴

生活アセスメント様式のアセスメントシートは、利用

者の生活情報を歴史的、構造的に捉え、総合的に理解するようなアセスメント項目で構成されている。このアセスメントシートでは、利用者の生活構造を、「身体・医療的状况」、「心理・社会的状况」、「経済・制度的状况」という3つ柱で把握し、そのための記入様式になっている。同時に、それぞれの柱に属する問題の質問項目は、現状に至るまでの時間の経過と共に明らかになるように、設定されている。3つの柱の内容は以下の通りである（表3）。

表3 生活アセスメントの生活構造の枠組み

身体・医療的状况	心理・社会的状况	経済・制度的状况
傷病名、障害名、身体障害者手帳、療育手帳、疾病・障害の発生原因、現在の身体状況、リハビリテーション医療、ADL状況、要介護状況など	最終学歴、家族、世帯の家事、介護状況、疾病・障害による家族構成の変化、日常生活状況、社会参加、友人・近隣との人間関係など	職業（現在と過去）、世帯の収入とその構成（年金および諸手当等）、住居（名義や状況）など
身体・医療的状况を医学的診断に基づき、それぞれの項目との関連を通してみていくと傷病や障害がどのような状況のもとで生じ、現在の生活（例えば介護者の負担や生活上の負担・不便など）にどのような影響を及ぼしているかを読みとることができる。	心理・社会的状况の最終学歴は、職業や経済状況との関連や生まれ育った時代、受けた教育との関連を知る手掛かりとなり、家族に関わる情報は就労の影響、経済的自立の程度、家族の健康といったことから要介護者の生活全体を捉える重要なポイントとなる。	経済・制度的状况における経済の中心となる収入が、職業や住居といった項目とどのように関係しているのか、さらには心理・社会的状况、身体・医療的状况とどのように関わっているかを見ていく。

この生活アセスメント様式には、自由記述の欄も設けられており、生育歴、職歴、結婚・家族歴、病歴だけでなく、本人や家族の「おもい」や「ねがい」についても、自由に記述できるようになっている。その意味で、このアセスメント様式は、利用者にかかわる生活情報を、過去・現在・未来にわたり、心身の状況のみならず地域における社会的関係も含めて総合的に把握・収集するツールということができる。

この生活アセスメント様式を用いるアセスメントの手順を述べると、医療ソーシャルワーカーは、まず、入院時の面接やその後の面接などによって得た情報をアセスメントシートの項目に記入することから始める。次に、アセスメントシートの項目に記入された情報から利用者の生活の全体像をつかむのであるが、その場合のポイントは、利用者が抱えている問題点や特徴の把握（主訴と隠された訴えの同定など）、生活に対する希望（どのような生活を望んでいるのか）、必要な支援（どのような支

援が必要なのか）などを考えることである。第3に、アセスメントシートの項目ごとの情報を丁寧に読み込み、特徴や問題点を洗い出して、これら重要な情報を総括表（表4）の該当する項目のなかに書き込み、相互の関連をみていく。このような過程を経て、利用者の生活情報がA4用紙一枚の上に出されるのである。

(3) 生活アセスメント様式を用いた退院援助の事例

〔相談開始〕2007年8月、Cさん（88歳）の娘が、以前Cさんが入院していた病院の医療相談室を訪問し、母親（Cさん）と同居するにあたり、生活保護が必要だと判断し福祉事務所に申請をお願いしたが却下されたとのこと。なんとしても母親と一緒に在宅で生活したいがどうしたらよいかという相談をした。この娘はこれまでも幾度も相談に訪れていた。それに対して、医療ソーシャルワーカーは、娘と面接しながら、生活アセスメントシートに利用者情報を記入し、面接後、そのなかから必要だと思われる情報を総括表に転記した。さらに重要と判断した情報を枠（□）で囲み、相互関係を矢印（→）で結んだ。そして、これを文章化して表3のようなアセスメント総括表を完成したのである。

なお、この相談事例を本稿の事例として使用するにあたり、Cさんと娘さんからは、匿名であることと入院していた病院名、住所地の市町村名が特定できないことを条件に同意を得ている。その仲介にあたったのは援助を担当した医療ソーシャルワーカーで、彼を通して表記方法などの確認も行い同意を得た。

〔総括表の内容〕Cさん（88歳）は、2007年4月に嘔吐を繰り返してD病院に緊急入院する。入院後は不穏が激しく、大声を上げたり看護師に対しても攻撃的な行動をとったりする。現在は意思疎通が取りにくくなっている（身体・医療状況）。

彼女は30歳の時、夫は病気のために死亡、その後、結婚はしていないが2度の同棲生活を体験する。同棲相手亡き後は、1997年より娘と二人で生活を始める。2007年の入院後は、毎日娘が面会にきていた。娘も母親Cさんも、一緒に自宅で過ごすことを強く希望していた。介護状態の重度化など娘にかかる介護負担・精神負担も大きいため在宅での長期的な療養生活は難しくなっている。また、結婚歴や同棲歴などからわかるように、固定した相手との生活歴がない。また誰かと一緒にいたい、誰か側にいてくれる人がいないと不安になるようなところがあり、現在は娘と二人暮らしであるが、それ以外に身内がいなく、病気や生活への不安を共有する

なかお互い（親子）の気持ちの結びつきは、益々強いものとなっている（心理・社会的状況）。

娘が退職するまでは、娘の給料とCさんの国民年金で何とか日々の生活ができるだけの生計を立てていたが、貯蓄もないため長期的な生活に対しての生活力はない。また、家賃や電話代、介護保険料などを滞納しているため借金がある（経済・制度的側面）。

娘は最後までCさんと過ごしたい、Cさんも娘と過ごしたいことを強く望んでいる。母の介護をするため娘は仕事を辞め、そして生活保護を申請が却下される（主訴）。

〔MSWの地域活動・制度への働きかけ〕医療ソーシャルワーカーは、生活アセスメントにより、Cさんとその娘さんの生活を守るには生活保護が必要と判断して、そのためのソーシャルアクションへの検討に移った。具体的には、医療ソーシャルワーカーは、Cさんの娘、民生委員と共に福祉事務所を訪問し、生活アセスメントシートと総括表を用いて生活保護の必要性を説明した。その結果、1ヵ月後には生活保護の受給が決定された。その経過をより具体的に示すと、以下のとおりである。

Cさんとその娘は、生活保護申請が却下されたことにより、希望する生活ができなくなったため相談者のため

に、医療ソーシャルワーカーはアセスメントシートと総括表をもってCさんの地区担当の民生委員宅を訪問した。Cさんと娘の生活状況に理解を示した民生委員は、医療ソーシャルワーカーとともに福祉事務所に同行した。福祉事務所では、総括表とアセスメントシートを用いて、Cさんと娘の生活状況について説明した。その結果、生活保護の申請が受理され、翌月には保護の決定がなされ、生活扶助で日常の生活費と介護保険の保険料の負担を、介護扶助でホームヘルパー利用が可能となった。医療費も医療扶助で負担軽減され、在宅での生活がなんとか可能になった。Cさんも娘も保護の決定には大変喜んでいて。娘は「保護の決定がなされたことは、私達の生活状況を理解していただいたということであるし、私達の悩みや苦しみを理解し、行動に移してくれた皆さんにはとても感謝している」と医療ソーシャルワーカーに気持ちを述べている。

福祉事務所のケースワーカーは、当面は生活保護を支給するも、Cさんの娘が就労をしながら親子で生活できる方法を考えていくという方向で彼女達の同意も得、医療ソーシャルワーカー、民生委員たちと連携して取り組んでいくことになった。

表4 Cさんの総括表（生活構造）

身体・医療的状況	心理・社会的状況	経済・制度的状況
88歳 女性 視力：形程度見える 聴力：聞こえる時と聞こえない時がある。 意思の疎通が取りにくい。 2007年3月食事がとれなくなる。 2007年4月 嘔吐の繰り返しで救急車にてD病院に入院 ↓ 入院後、不穏が激しく、大声を上げたり、看護師をつねったりする ↓ 四肢浮腫（+）下肢強水 泡形成にて滲出液あり ↓ 退院前には比較的穏やかで症状も落ち着いている、ペースト食を摂取していた。 ↓ 2007年8月 D病院退院後、E外来病院往診（週1回）日中は車椅子、ベッドで過ごす。昼夜逆転し、朝方うとうとする。ペースト食拒否、胃痛、嘔吐あり、内服拒否	本人（Cさん）は、F県出身、農業を営む次女として出生 小学校卒業後は、家の農業の手伝いをするが18歳の時、結婚。結婚後から現在に至るまで就労はしていない。 夫の間には、ひとり娘（G子）がいる。 30歳の時、夫は病気のために死亡、その後、結婚はしていないが2度の同棲生活を体験する。 ↓ 同棲相手亡き後、1997年より娘と二人で生活を始める。 ↓ 2007年4月の入院後は、毎日、娘が面会に来ていた。 ↓ 娘は最後まで母親（Cさん）と在宅で過ごしたいと希望。また、Cさんも家に帰りたいと強く話していた。 ↓ 娘も介護負担・精神負担のため往診のドクターに受診しており、安定剤が処方されている。 ↓ 2007年8月 D病院を退院する。 ↓ 娘もCさんも、ヘルパーを頼りにしているが経済的な問題でヘルパー利用も断念。	本人（Cさん）：無職 娘（G子）：清掃業 本人（Cさん）国民年金4万円（月額） 娘（G子）：給与12万円（月額）※但し、2007年8月まで 貯蓄はなし ↓ 2007年7月 介護保険申請 要介護度3 ↓ 2007年8月初旬、娘は母親を介護するために仕事を辞める。同時に生活保護を申請するが却下される。

生活アセスメントシートと総括表を用いて福祉事務所に説明。



2007年9月 生活保護の受給が決定

(4) 事例のまとめと生活アセスメントの意義と限界

Cさんの生活を、身体・医療的状况、心理・社会的状況、経済・制度的状況といった3つの側面からアセスメントしてきたが、全体としてまとめると以下のようなことを成果として得ることができた。

総括表でもわかるように、Cさんの生活は、身体・医療的状况、心理・社会的状況、経済・制度的状況といった3つの側面の一角が崩れ、それと連動して相互に影響しあい、生活基盤が崩壊していった。すなわち、病気による身体の機能低下が、心理的な不安や経済状況の低下を招き、それがさらに身体の機能低下や心理的な不安に繋がっていったのである。その意味で、本事例は、生活のそれぞれの側面が相互に関連し、複雑化し重層化し合うなかから生活基盤の崩壊が生じるものであることを如実に示している。

この生活アセスメント様式の意義としては、第1に、利用者の生活を総合的に理解することが可能であり、これにより利用者の個別性を活かした総合的な援助方針を立てることが可能になるということである。第2に、この様式を用いると、援助に関わる者（ステークホルダー：利用者、家族、民生委員、福祉事務所のケースワーカー、医療ソーシャルワーカーなど）との情報の共有化が容易になり、共通認識を得ることが容易になることである。このような情報の共有化は、同業種である福祉職同士のチームアプローチのみならず、異業種チームとの連携においても有効であると考えられる。例えば、医師は、生活アセスメントを用いることにより、患者＝利用者の症状をその生活全体に照らして医学的見地から複合的に考えることが可能になる。第3に、生活歴を聞き取る作業を通して利用者と援助者は相互の理解を得て、信頼関係（ラポール）を深めていくことができる。第4に、生活アセスメントの総括表を活用することにより、利用者の望む生活とその要因を歴史的・構造的に把握できるだけでなく、利用者自身もより科学的＝客観的な生活把握が容易になる。これにより援助者からの一方的な支援ではなく、双方向的な支援関係が可能になるのである。

しかしながら、この生活アセスメント様式も、アセスメント一般がもつ限界を免れない。すなわち、利用者が認知症や知的障害者、精神障害者である場合、利用者本人からの正確な情報を得ることが困難であることである。その場合、家族や関係者を通じた情報収集を行うが、そこから得られる情報は、必ずしも利用者を代弁した信頼性のあるものとは断言できず、情報提供者の資質や能力に左右されかねないという危惧もある。加えて、利用者のニーズが家族のニーズと必ずしも一致するともいえ

ず、その結果、家族の意向を優先した偏った情報提供が行われることも考えられる。また、家族以外の関係者の場合には、生活歴を通しての情報収集が困難であることが多く、利用者の総合的な理解よりも、表に現われた問題に対する対処療法な解決のためのアセスメントとなりかねない。

おわりに

本稿は、利用者の個別性とニーズを尊重した援助実践を行うためには、「情報」とどのように向きあうべきだろうかという問題意識から出発した。研究のための調査やヒアリングを通して、情報の収集方法、活用の仕方的重要性が改めて認識できたと思っている。また、そのことにより医療ソーシャルワーカーと医療スタッフや地域関係者との間で、患者＝利用者の生活問題の共通認識ができ、それぞれの専門職が支援課題とそれに基づく支援のあり方を導き出し、チームアプローチやケースワーク・コミュニティワークとしても有効に活用できることが判明したと思っている。また、分野ごとに事例検討を積み重ね、それを数量データとして社会に示していくことで新たな情報収集の活用方法が見いだされるのではないかと考えている。アセスメントシートの大部分が介護保険制度を意識した身体状況を主として評価するものであるが、本稿では、身体状況の評価だけでなく、心身の状況をも含めた生活全体にまでアセスメントの対象を広げる生活アセスメント様式の有効性を示すことができたと考えている。今後は、医療ソーシャルワークの現場に相応しい独自のアセスメントシートの開発を検討していきたい。

(註)

- 1) 中島さつき著『医療ソーシャルワーク』誠信書房、1995年 p.1
- 2) 医療ソーシャルワーカーとともに看護師、PT・OTなどをco-medicalsという。ちなみに臨床検査・放射線などの医療技術者を (co-medical technicians) という。
- 3) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会『ケアプラン（サービス計画）の作成について』1997、p.4
- 4) 生活アセスメントシートは、日本福祉大学の野野夫研究室を事務局としてスタートした生活アセスメント研究会で開発されたものである。この研究会は、現在では全国各地に研究会支部を設け、現場のソーシャルワーカーと研究者による共同研究活動を行っている。

参考文献

- 中鉢正美 『生活構造論』 好学社、1956
- 江口英一 『社会福祉と貧困』 法律文化社、1981
- 渡邊益男 『生活の構造的把握の理論』 川島書店、1996
- 大野勇夫他 『社会福祉のアセスメント』 中央法規出版、1997
- 大野勇夫他 『福祉・介護に求められる生活アセスメント』 2007