

脳神経外科クライアントに対するソーシャルワークの実践

—早期介入の有用性と意義に関する一考察—

田中 希世子*

目的 急性期医療機関における脳神経外科入院患者やその家族をはじめとするクライアント^{註1)}に対するソーシャルワーク支援の主内容を明確にし、クライアントにとって有意義なソーシャルワーク方法について検討することを目的とした。

対象と方法 急性期医療機関A病院における脳神経外科入院患者を対象として、平成14年4月から平成15年12月までの21か月間に所属のソーシャルワーカーが行った退院支援の追跡調査である。本稿ではA病院のソーシャルワーカーが退院支援を行った脳神経外科入院患者36名における在院要因と退院支援経過等について分析を行った。

結果 脳神経外科入院患者に対するソーシャルワークに関する調査の分析から、「突然の発症・入院にまつわるクライアントの精神的不安」と「ソーシャルワーク介入頻度が極めて高いこと」、「在院長期化とそれに伴う生活上の諸問題の多発と多様化」との間に有意の関係が見いだされた。

結論 脳神経外科疾患は、発症後、クライアントの社会生活に重篤かつ多様な影響を長期にわたって及ぼすことが考えられ、ソーシャルワーカーは個人と社会環境との関係性に着目し、クライアントを取り巻く環境の整備、家族関係の調整、社会資源に関する情報提供、クライアントにとって有益な社会資源の活用への支援等を実施することが重要となる。このようにソーシャルワーカーはクライアントの生活を総合的にとらえる視点から、問題の解決、緩和にかかわるところに特徴があるが、充実したソーシャルワーク支援を行うため、早期かつ適時のソーシャルワーク介入が重要な課題である。

キーワード ソーシャルワーク介入の時期、心理・社会的支援、クライアント本位

I 緒 言

医療領域におけるソーシャルワーカー(SWerと略)は、疾病により影響を受ける患者、家族の社会環境との関係性に着目し、予防的、回復的、維持的に関与することを目的とする¹⁾。つまり、個人が抱える生活上の問題を個人のレベルに帰するのではなく、社会関係という視点からアプローチを行うことがソーシャルワーク(SWと略)固有の視点である²⁾。この視点は、いつの時代においても普遍的であり、これを基盤とし

たうえて、社会的状況に応じた様々なSW支援を行うこととなる。

近年、医療を取り巻く厳しい情勢の下、在院日数短縮化の傾向が進みつつある。そうした中で、医療機関に所属するSWerは、「入院—治療—退院の過程における患者の生活状態を総合的にとらえ、患者にとって有効な療養環境整備を行いつつ退院支援を図るとともに、退院後の家庭や地域社会における生活を支援する」という重要な役割を担っている。

SWerによる退院支援は、病状安定後の「退院

*同志社大学大学院文学研究科社会福祉学専攻博士後期課程院生

後の方向性を決める支援」に終始するものではない。入院当初からクリティカルパスや退院計画等の医療チームにSWerが関与する必要性が高まっているが、入院—治療—退院—退院後の生活に至るまでの経過を、次に述べる5つの段階に分け、各段階で生じるクライアントの疾病にまつわる生活上の諸問題を解決、緩和、軽減していくことが必要である。

(1) 病状初期

入院直後である病状初期に生じやすい生活問題として、医療費の支払い困難等の経済問題がある。このような場合、利用が可能と思われる保険、福祉等の諸制度に関する情報を提供し、円滑に活用できるよう支援を行う。医療扶助に関する福祉事務所への連絡等、早期に手続きを行うことでクライアントにかかる経済的負担が軽減される場合がある。このことを考慮すると、早い段階にSWerがクライアントの経済問題等を把握することにより、効果的なSW支援が可能となる。

(2) 病状不安定期

現在の病状や今後の経過が不透明である状況で家族は不安を強めるが、主治医の病状説明には医学的専門用語が多く含まれ、家族の理解が不十分な場合がある。傷病や障害を理解しないまま治療が進められるという状況下においては、家族の不安は募るばかりである。SWerは主治医に家族の知りたい内容を伝えた上で、再度、家族に対する病状説明を依頼する。あるいは、家族に代わってSWerが主治医から必要な情報を得た上で、SWerから分かり易い言葉で家族に伝えるなど、家族の不安軽減を図る。

また、病状安定後には生活環境整備に向けた支援を行う意向であることを伝え、この時期からSwに対する理解を得ることによって、クライアントの不安軽減を図っていく。

(3) 病状安定期

ある程度、予後に対する見通しが可能となる時期である。日常生活動作（ADL）の状況や障

害の残存状況によって、家庭や社会における役割に多大な影響が及ぶ。特に、患者が生計を支える当事者である場合、職場復帰の可能性の有無によって家庭生活に及ぼす影響は大きく、経済問題に発展する可能性が考えられる。また、患者が要介護状態となった場合、家族に課される負担は大きい。患者の家庭や社会における役割と予後の状況によって生じる問題は異なると考えられるが、患者の状況に応じて問題点を予測し、SW支援を行う。

(4) 退院準備期・退院期

退院先の選定はSW支援の重要な課題である。退院先は、(i)在宅、(ii)リハビリテーション目的の転院、(iii)長期療養施設への転院、入所の3つに大きく区別される。クライアントとの話し合いの中で、クライアントのニーズに応じた退院先を明確にするが、その際、クライアントの介護力や心理状態、生活環境等に十分配慮し、慎重に検討することが必要である。在宅の場合、地域機関等との連絡・調整により、地域生活を送るための環境整備やフォローアップ体制の整備が必要となる。

(5) 家庭や地域生活期

在宅生活、あるいは他施設への入院、入所の場合においても、退院後に発生する生活上の問題へのSW支援は重要である。クライアントは療養環境に身をおく中で、新たな問題発生によって気持ちは大きく揺れ動くものである。また、退院時に設定した生活設計は常に流動するものであり、SWerはクライアントのニーズに対して柔軟に対応することが必要である。

疾患は身体への変化に対する治療範囲にとどまるものではなく、患者を取り巻く様々な環境に多大な影響を与える。脳卒中の場合、突然の発症・入院による突然の生活環境の変化のみならず、発症後の運動障害や失語症などの後遺症により、長期にわたって日常生活の機能、中でもADLに多大な影響が生じる可能性が大きい。特に、入院患者が生計を支える当事者である場合には、所得の減少、中断あるいは消失、臨時

出費、家族関係や社会的役割の変容等、複合的な問題発生が予測される。

本稿では、発症後、生活に多大な影響が及ぶと考えられる脳神経外科疾患患者に焦点をあてることとし、急性期医療機関^{※2)}A病院においてSWerが退院支援を行った脳神経外科患者の調査結果を通して、急性期医療機関におけるSWのあり方について検討を試みた。

II 調査の概要

(1) A病院の概要

急性期医療機関A病院は13の診療科目を有する二次救急医療機関である。病床数は500床で、そのうち、脳神経外科は10床を占める。平成14年度における平均在院日数^{※3)}は全体(全科)で16.4日となっており、12年度の18.1日、13年度の18.0日に比べて短縮化の傾向をみせている。脳神経外科単独では、平成14年度の平均在院日数は19.9日であり、全科の場合と同様に短くなっている(表1)。なお、A病院に所属するSWerは、平成14年度では常勤職員3名(週6日勤務)、非常勤職員2名(週3日勤務)の計5名、平成15年度では常勤職員4名、非常勤職員1名の計5名である。

(2) 調査内容

本研究では、A病院の脳神経外科において、平成14年4月から平成15年12月までの21か月間にSWerが退院支援に係るSW介入を行った入院患者36名(男性20名、女性16名)を対象としている。世代別にみると、50歳代4名(男性1名、

表1 A病院における平均在院日数

(単位 日)

| | 平成12年度 | 平成13年度 | 平成14年度 |
|-------|--------|--------|--------|
| 全科 | 18.1 | 18.0 | 16.4 |
| 脳神経外科 | 29.0 | 28.6 | 19.9 |

女性3名)、60歳代10名(男性7名、女性3名)、70歳代11名(男性7名、女性4名)、80歳代6名(男性2名、女性4名)、90歳代4名(男性2名、女性2名)、1歳1名(男性)である。原疾患としては、脳血管障害25名、頭部外傷6名、脳腫瘍4名、その他1名となっており、平均在院日数92.9日^{※4)}である。退院先をみると、在宅14名、長期療養型医療施設への転院3名、リハビリテーション病院への転院11名、一般病院への転院5名、死亡2名、その他1名であった。

調査としては、「相談総件数の動向」「脳神経外科クライアントにおけるSW介入前後在院日数」「脳神経外科患者の在院要因」「脳神経外科クライアントSW介入とSWerの対応」の4項目について明確化し、この調査結果に基づき脳神経外科患者における退院支援について分析を行った。

III 調査結果と分析

(1) 相談総件数の動向

21か月間においてSWerが取り扱った全科相談総件数は12,543件(月平均597.3件)である。

脳神経外科の相談総件数は655件(入院519件、入院外136件、月平均31.2件)で、全科相談総件

図1 SW介入前後在院日数

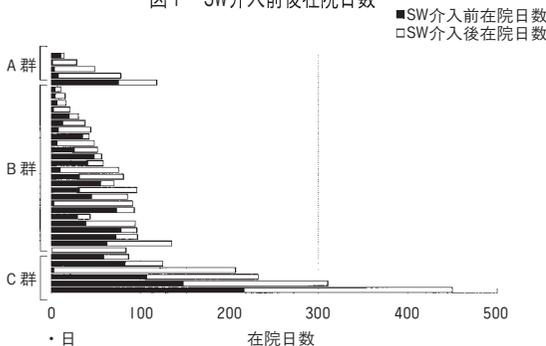
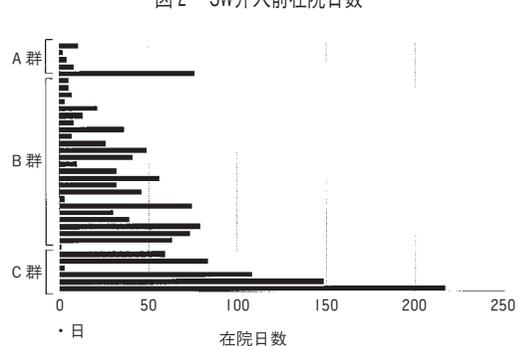


図2 SW介入前在院日数



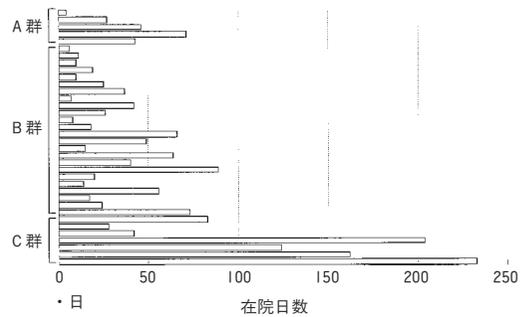
数の5.2%を占める。1病床当たりの脳神経外科の相談件数は51.9件であり、これを他科の相談件数と比べると、整形外科の30.5件、内科の20.5件、外科の8.9件に比べて非常に大きく、これは全科平均対比では294.9%となり、脳神経外科患者に対するSWerの関与の高さがうかがえる。

(2) 脳神経外科クライアントにおけるSW介入前後在院日数

SWerが退院支援を行った脳神経外科入院患者36名の在院日数とSW介入前後在院日数をみると、平均在院日数は92.9日である。36名中7名が100日以上長期在院患者で、この7名を除くと、平均在院日数は60.8日となる。SW介入開始前の平均在院日数は42.8日、開始後は50.2日となっている(図1～図3)。

脳神経外科入院患者に対する退院支援は、ほぼすべて病棟スタッフ(医師、看護師、セラピスト等)の判断によるSW依頼を受け、SW介入

図3 SW介入後在院日数



となったケースであるが、基本的にSW依頼時期(いわゆるSW介入時期)は、患者の病状が安定し、退院可能な状態に回復するところである。上記の数値からみると、入院後平均42.8日経過した時点で退院可能となった時期とも言えるが、あくまでもSW依頼(SW介入)時期は各患者の病状次第であり、統一性はみられない。また、SW依頼(SW介入)後は、患者の病状はおおむね退院可能な状態にまで回復していると推測されるが、退院可能な状態にもかかわらず在院日数は各患者様々であり、中には在院日数100日を超えるケースもみられた。

表2 脳神経外科クライアントに対するSW介入内容とSWerの対応

| | SW介入内容(クライアントの状況) | 左記に対するSWerの対応 |
|-------------|---|--|
| 家族の状況 | ①意見の不一致 ②親子関係の問題 | ①傾聴、家族間調整 ②両親の面談、子ども家庭センターに連絡。早期問題解決を図りセンターとの密なる連携の結果、施設へ入所 |
| 入院中の病状 | ③MRSA感染 ④入院中に脳卒中を発症(疾病併発) ⑤主介護者となる妻本人が体調不良のため、入院 | ③④退院延期・病棟スタッフからの情報収集・家族への心理的支援 ⑤妻以外の家族(子供)と面談し、妻の心身負担軽減に努める |
| 心理・情緒的支援 | ⑥発症による家族の動揺と精神的不安定 | ⑥病状等、家族が求める情報を収集し、随時、家族へ情報提供を心掛ける ⑥不安軽減を目的とした心理的支援を行う |
| 受診・受療支援 | ⑦家族就労中であり、在宅帰院の場合、患者は日中ひとりになる ⑧アルコール依存 ⑨高次脳機能障害が残存 | ⑦⑧⑨リハビリテーション病院への転院。当初の予定より急な変更となったため、集中的なSW介入を要した |
| 経済問題 | ⑩自営業の経営者の入院による経済的不安 ⑪経済的側面を考えて主介護者である妻は会社を辞めることはできない | ⑩身障申請による経済的負担軽減を図る(等級による医療費負担の助成の可能性) ⑪家族にとって適した介護環境を整備するための支援 ⑪心理的・社会的支援 |
| 生活環境上の支援 | ⑫在宅療養のための環境整備(住宅改修等)が必要 | ⑫介護保険等の申請援助・円滑な住宅改修が行われるための自宅訪問 ⑫主治医や看護師長との意見交換と情報説明による問題把握と理解の獲得 |
| 受診・受療支援(転院) | ⑬退院することに対して納得がいかない ⑭リハビリテーション病院への転院を希望していたが、MRSA感染によって困難な状況となる | ⑬急性期医療機関、リハビリテーション病院、長期療養型医療施設等の機能の違いを説明 ⑭リハビリテーション病院への入院困難に対するクライアントへの説明と理解獲得。転院先の変更 |

(3) 脳神経外科患者の在院要因

SW介入後の在院期間の長短は様々な要因に起因するが、退院支援に際して在院可能な条件や体制の把握は重要である。本稿では、主たる在院要因を下記の3群に分類した。

A群: SWerが退院支援をする場合、病状の要因が大きく左右し、退院への

表3 脳神経外科クライアントに対するSW支援内容詳細

| 事例 | 性別 | 年齢 | 入院日数 (期間) | 介入開始日数 (期間) | 介入後日数 (期間) | 5日以上介入 1) | 従前の かわり | 援助方針決定日 | |
|----|----|-------|--------------|----------------|---------------|--------------|------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | | 平均日数92.9 | 平均日数42.8 | 平均日数50.2 | | | 入院後 (日目) | MSW介入後 (日目) |
| | | | | | | | | 全体平均66.8 在宅患者51.1 転院患者71.3 | 全体平均21.3 在宅患者14.4 転院患者24.1 |
| 1 | 女 | 50歳代 | 43 | 6 | 37 | 有 | 無 | 22 | 17 |
| 2 | 女 | 60歳代 | 94 | 80 | 14 | 無 | 無 | 78 | 1 |
| 3 | 男 | 80歳代 | 136 | 108 | 126 | 無 | 無 | 154 | 39 |
| 4 | 男 | 90歳代 | 31 | 21 | 10 | 無 | 有 | 29 | 8 |
| 5 | 女 | 80歳代 | 234 | 63 | 73 | 有 | 無 | 86 | 31 |
| 6 | 女 | 90歳代 | 15 | 11 | 4 | 無 | 無 | 12 | 3 |
| 7 | 女 | 60歳代 | 79 | 8 | 71 | 無 | 無 | 59 | 52 |
| 8 | 女 | 50歳代 | 87 | 59 | 28 | 無 | 無 | 71 | 13 |
| 9 | 男 | 50歳代 | 81 | 32 | 49 | 無 | 無 | 66 | 11 |
| 10 | 男 | 60歳代 | 92 | 3 | 89 | 無 | 無 | 90 | 21 |
| 11 | 男 | 70歳代 | 94 | 74 | 20 | 有 | 無 | 74 | 3 |
| 12 | 男 | 70歳代 | 54 | 28 | 26 | 無 | 無 | 42 | 15 |
| 13 | 女 | 80歳代 | 209 | 3 | 206 | 有 | 無 | 105 | 76 |
| 14 | 女 | 90歳代 | 84 | 1 | 83 | 有 | 有 | 13 | 11 |
| 15 | 男 | 80歳代 | 119 | 76 | 43 | 有 | 無 | 82 | 9 |
| 16 | 男 | 70歳代 | 81 | 66 | 15 | 無 | 無 | 66 | 4 |
| 17 | 女 | 70歳代 | 17 | 7 | 10 | 無 | 無 | 15 | 9 |
| 18 | 男 | 60歳代 | 310 | 148 | 162 | 有 | 無 | 217 | 70 |
| 19 | 男 | 10歳未満 | 11 | 5 | 6 | 有 | 無 | 5 | 1 |
| 20 | 女 | 80歳代 | 22 | 3 | 19 | 無 | 無 | 5 | 3 |
| 21 | 男 | 60歳代 | 43 | 36 | 7 | 有 | 無 | 37 | 2 |
| 22 | 男 | 70歳代 | 449 | 216 | 233 | 無 | 無 | 378 | 163 |
| 23 | 女 | 70歳代 | 96 | 79 | 17 | 無 | 無 | 79 | 1 |
| 24 | 女 | 70歳代 | 95 | 39 | 56 | 無 | 無 | 47 | 9 |
| 25 | 男 | 60歳代 | 125 | 83 | 42 | 無 | 無 | 86 | 4 |
| 26 | 男 | 70歳代 | 57 | 49 | 8 | 無 | 無 | 50 | 2 |
| 27 | 男 | 90歳代 | 49 | 4 | 45 | 無 | 有 | × | × |
| 28 | 男 | 60歳代 | 59 | 41 | 18 | 無 | 無 | 47 | 7 |
| 29 | 女 | 70歳代 | 97 | 73 | 24 | 無 | 無 | 57 | 2 |
| 30 | 女 | 50歳代 | 38 | 13 | 25 | 無 | 無 | 24 | 12 |
| 31 | 女 | 80歳代 | 88 | 48 | 40 | 有 | 無 | 49 | 2 |
| 32 | 男 | 70歳代 | 86 | 32 | 54 | 有 | 有 | 71 | 40 |
| 33 | 女 | 60歳代 | 16 | 5 | 11 | 無 | 無 | 7 | 3 |
| 34 | 男 | 60歳代 | 76 | 10 | 66 | 無 | 無 | 57 | 48 |
| 35 | 男 | 70歳代 | 49 | 7 | 42 | 無 | 無 | 32 | 26 |
| 36 | 男 | 60歳代 | 29 | 2 | 27 | 無 | 無 | 27 | 26 |

注 1) 暦月1か月を上旬・中旬・下旬に分け、各10日ごとを1枠とした場合、1枠に5日間以上介入したケースである。

| 介護保険 | | 転 帰 | | 身体障害者手帳 |
|----------|-------------|-----------|------------|-----------|
| 介護保険認定申請 | ケアマネ選定援助 | 転 院 先 | 理 由 | 入院中の申請 |
| 有 無 | 有 無 | | | 有 無 |
| 新申請 | 有 | 在 宅 | | 無 |
| 新申請 | 無 | | | 無 |
| 新申請 | 有 | | | 有 |
| 認定有 | 支援し、家族が選定 | | | 無 |
| 申請中 | 支援し、家族が選定 | | | 無 |
| 認定有 | 有 | | | 無 |
| 対象外 | × | | | 無 |
| 対象外 | × | | | 有 |
| 未申請 | × | | | 回復期リハビリ病院 |
| 未申請 | × | 回復期リハビリ病院 | 治療・リハビリが必要 | 有 |
| 新申請 | 無 | 回復期リハビリ病院 | 治療・リハビリが必要 | 無 |
| 未申請 | × | 回復期リハビリ病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 区分変更 | ケアマネ既に有 | 一般病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 認定済 | ケアマネ既に有 | 長期療養型病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 未申請 | × | 回復期リハビリ病院 | その他 | 無 |
| 新申請 | 無 | 回復期リハビリ病院 | 在宅環境整備 | 有 |
| 区分変更 | ケアマネ既に有 | 一般病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 新申請 | 無 | 死 亡 | | 無 |
| 対象外 | × | 児童福祉施設 | その他 | 無 |
| 新申請 | 無 | 在 宅 | | 無 |
| 未申請 | × | 一般病院 | 在宅環境整備 | 無 |
| 新申請 | 無 | 長期療養型病院 | 家族の受け入れが困難 | 有 |
| 新申請 | 無 | 回復期リハビリ病院 | 治療・リハビリが必要 | 無 |
| 未申請 | × | 一般病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 新申請 | 無 | 在 宅 | | 有 |
| 新申請 | 無 | 在 宅 | | 無 |
| 認定有 | 有(前回援助時に紹介) | 死 亡 | | 無 |
| 未申請 | × | 回復期リハビリ病院 | 治療・リハビリが必要 | 無 |
| 未申請 | × | 回復期リハビリ病院 | 治療・リハビリが必要 | 無 |
| 新申請 | 有 | 在 宅 | | 無 |
| 認定済 | ケアマネ既に有 | 一般病院 | 家族の受け入れが困難 | 有 |
| 認定済 | ケアマネ既に有 | 回復期リハビリ病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 区分変更 | ケアマネ既に有 | 在 宅 | | 無 |
| 未申請 | × | 長期療養型病院 | 家族の受け入れが困難 | 無 |
| 区分変更 | 無 | 回復期リハビリ病院 | 治療・リハビリが必要 | 無 |
| 認定済 | ケアマネ既に有 | 在 宅 | | 無 |

SWerの努力が及ぶ範囲が限定され
ると思われる『医療的要因群』

B群：SWerが退院支援に時間をかけ、多角的な支援活動をすれば退院への効果は高く、病状的要因は軽微と考えられる『SW的要因群』

C群：医療的・SW的双方の要因を含む『混合型群』

36名を3群に分類したところ、A群5名、B群24名、C群7名、という内訳になる。SW的要因という視点でとらえると、BとCで全体の約86%を占めており、SW的要因の解決が在院長期化を防ぐことになると考えられる。

(4) 脳神経外科クライアント

SW介入とその対応

脳神経外科クライアント36名のSW介入の主要因とその問題へのSWerの対応を以下にまとめた(表2)。

1) 精神的不安への対応

「発症に対するクライアントの精神的不安」は、SW介入の主要因や支援内容に関係なく、36事例すべてのクライアントに見受けられた。各段階における不安の主内容をみると、第1段階の「発症期」や第2段階の「病状不安定期」においては、病状そのものに対する不安、医療費負担等の経済的問題に対する不安、が見受けられた。SW介入として一番多い時期である第3段階の「病状不安定期」や第4段階の「退院準備期・退院期」においては、職場復帰の可能性や障害による生活上の不便性に対する不安、在宅での介護に対する不安、転院先病院や施設において情報不足等による漠然とした不安、長期

療養施設入院等にかかる療養費負担に対する経済的不安がみられた。第5段階の「家庭や地域生活期」においては、長期療養施設転院後も、家族が在宅介護への可能性を探り、気持ちを揺れ動かし続け、その都度、SWerが面談や電話等で家族の話を傾聴し、生活設計に対する支援を行う、という事例がみられた。

2) 生活環境整備への対応

SW介入の主内容についてみると、生活環境整備としての住宅改修への支援や経済問題が見受けられた。住宅改修のように時間を要するものについては、あらかじめクライアントに対して住宅改修についての説明等を行い、状況に応じて順次、住宅改修に向けた準備を進めていくことで、クライアントは時間的・精神的余裕をもつことができると考察する。

3) 経済問題への対応

経済問題については、病状に関係なく、入院後まもなくクライアントが抱く不安要因であると思われる。事例10(表3)は、就労中である患者が要介護となったため、二人暮らしの妻が主たる介護者と生計者の二つの役割を担うことになったケースである。このケースの場合、安易に妻が職を辞めて在宅介護をする訳にはいかないが、長期療養型医療施設に長期入院ができる経済的余裕はない。妻の精神的・肉体的負担を配慮し、妻が就労しながら在宅介護できるように環境整備を行うこととし、それまでの間、入院可能な一般病院へ転院することとなった。その他の事例をみても、医療、介護等にかかる経済的負担は家計を圧迫し、クライアントに多大な生活不安を与えている。「突然の発症・入院」という非日常的な出来事に加え、発症後の経済問題は日常生活のあらゆる場面に大きな影響が予想される。とりわけ所得の減少・中断、医療に伴う臨時出費、現有職業の存亡、家族関係や機能に及ぼす影響、家族の養育・教育や日常生活の維持等はクライアントにとって重大問題であると考察される。

4) 精神的・身体的負担への対応

主介護者が高齢である場合、精神的・身体的負担は大きい。事例2(表3)では、当初、在

宅療養に向けて支援を行ったがりハビリテーション病院への入院に変更したケースである。主介護者となる妻は、患者の疾病状況に対する不安、退院後の介護不安等による精神的不安やストレスから体調を崩し、入院にまで至った。妻は患者の入院を希望したが、介護には直接関与しないものの在宅療養を主張する家族(子どもや兄弟)と折り合いがつかなかった。SWerは家族との面談を繰り返し、彼らの気持ちを汲みながらも妻が担える介護の限界性に対する理解を求め、妻や家族の意見を傾聴するなかで妥協案を探った。退院後の方向性については、患者自身のADL状況のみならず、介護者の状況等、生活環境を十分に把握したうえで検討する必要がある。特に、在宅を希望する場合、本当に在宅生活が可能か否かについてクライアントと話し合い、慎重に進めていかなければならない。

5) 対応から得た今後の方向性

社会生活上の諸問題に着目し、個人と社会環境との関係性に視点をのこしたSW支援は、SWerが貢献できる独自の営みであり、医師や看護師、臨床心理士、理学療法士や作業療法士等とは相互に排他的な支援活動といえる。クライアントにとって有益となるSWを行うためには、クライアントの社会生活の現状を総合的に把握し、時系列的に、かつ鳥観図的に支援し続けることが必要である。このことを考慮すると、SWにおける退院支援は、決して退院時のみの課題ではなく、発症時から計画的にかかわるべき生活支援なのである。

IV 考 察

今回の脳神経外科クライアントに対する調査において、退院支援に際し「突然の発症・入院にまつわるクライアントの精神的不安」が起因となり、「SW介入頻度を高める」、または「在院長期化の一要因となる」ことが見いだされた。

(1) SWにおける心理的支援

脳卒中等、突然の発症・入院によるクライアントの精神的不安に対する心理的支援は医療職

員すべてが共通して対応していかなければならない課題であるが、SWerにおいてはクライアントを社会生活者としてとらえ、社会環境改善を念頭においた心理的支援を行うという独自の行動規範を有する。なお、SWにおける心理的支援とは、SWerがクライアントの話を傾聴し、クライアントが自分自身の生活上の不安要因を明らかにし、その不安軽減と解決に向けて取り組む過程を支援することである³⁾。不安が不安を生むような状況は避けたい。早期にSW介入を行い、初期の段階で不安を軽減することにより、「入院によって生じた精神的不安をクライアントのみが抱え込んだまま時間を過ごし、不安を募らせる」といった状況を改善、ないしは予防することが可能となる。

(2) クライアント本位のSW支援

ほぼ全事例においてクライアントの早期退院に対する抵抗感や退院後の不安感がみられた。今日の在院日数短縮化傾向の中で、クライアント側の希望と医療機関側の方針との間に間隙が感じられ、クライアントの不安感を強める契機となり得る。医療機関への不信感につながりかねず、SWerとの信頼関係も取り結び難い状況を生む。

在院日数短縮化に迎合することなく、クライアントの意思を尊重したSW支援を行うことは重要かつ当然であるが、クライアントと医療機関の間隙を埋めるため、急性期医療機関をはじめとする各医療機関の機能や現状について説明を行う等、クライアントの理解を得る努力を日ごろから重ねておくことも必要である。

入院—治療—退院の各過程においてクライアントが抱える漠然とした生活上の不安や経済的不安等を解明し、その軽減・解決を図ることによって、クライアントの意思を尊重した「クライアント本位」の退院支援が実現すると考察される。また、SWとしての心理的支援を行うことによって、全体の平均在院日数が短縮されるという結果が生じる可能性も考えられる。

V 結 語

(1) 早期のSW介入に対する有用性

脳神経外科患者の場合、病状安定後も後遺症によって今後のクライアントの生活に多大な影響が及ぶと推測される。SW介入による心理・社会的支援は非常に重要であるが、支援のあり方についても積極的に検討を重ねていくことが必要である。とりわけ、SW介入の時期を考察した場合、早期介入の有用性が浮上する。入院—治療—退院の各段階に生じた問題をクライアントが抱え込んでしまうことによって、クライアントの不安は増大し、時間の経過と共に問題も複雑化、複合化する可能性が考えられる。クライアントが問題を抱え込むことなく、より円滑に問題を解決していくためには、早期介入による適時かつ適切なSW支援が有効であると思われる。

(2) SW介入方法の定型化への取り組み

今後、脳神経外科入院患者、家族をはじめとするクライアントにとって有用なSW介入方法を定型化することが必要であるが、その方法として、脳卒中患者をはじめとする脳神経外科入院患者に係る『クリティカルパス^{#5)}』および『退院計画 (discharge planning^{#6)}』へのSWerの参加が有効であると思われる。現在、ケアシステムの改善を目指し、標準化されたケアツールとしてのクリティカルパスあるいは継続的ケアを目指した退院計画をシステムに取り入れる医療機関が増加しているが⁴⁾、いずれの計画においても、計画の中で入院の時点から退院における生活環境整備についてSWが組み込まれ、早期にSW支援を開始することにより、今後の円滑な連絡や方針の決定につながる。入院から退院までの過程の中で、退院後の生活におけるクライアントの不安にSWerが目を向け、クライアントと共に不安軽減に向けた取り組みを行うことにより、結果として、クライアントがより安心して療養生活を送ることができると考察する⁵⁾。また、クライアントの生活を総合的にとらえ、受

療環境のみならず、家族全体の関係やクライアントの社会的関係を調整し、地域における社会環境を整備していくことがSWerの担うべき重要な役割である。

ただ、SWer側にも時間的・労力の限界が存在し、すべてのクライアントに対して同等のSW支援を行うことは現実的に困難である。クリティカルパスや退院計画を通じてかかわるクライアントへのSW支援において、「濃密なSW支援が必要なのか」「他機関への連絡・調整のみでよいケースか否か」等を見極めるべく、より高度なアセスメント能力が求められよう。

(3) 今後の課題

～クライアントの満足度調査の必要性～

早期かつ適時なSW介入によって、クライアントの心理的な不安軽減に役立つ支援方法が確立し、入院中にSWerがクライアントとの信頼関係を築くことにより、退院後、継続したかかわりのなかで残された問題等における取り組みが可能になると考察される。

SW過程において、傾聴、共感、受容等を通してクライアントとの信頼関係を確立するとともに、クライアントの主体形成を尊重した「クライアント本位」の支援を行うことが重要である⁶⁾。今後、クライアントからSW支援に対する評価を受けることも必要であり、クライアントの満足度調査などによって積極的にクライアントからの意見を受け止め、多角的に状況(問題)を把握していくことも重要であろう。状況把握の重要性を念頭に入れたSW業務を行うとともに、各過程における心理・社会的支援のあり方に対する具体的検討を今後の自身の課題とし、本論を結する。

謝辞

本稿執筆にあたり、同志社大学大学院文学研究科岡本民夫教授より多大なる御教授を賜りました。記して、御礼申し上げます。

文 献

1) 小原真知子. 医療ソーシャルワークの方法と展開. 竹内孝仁, 平田豪成編. 医療福祉の分野と実践. 東

京: 中央法規, 1999; 18-45.
 2) 大谷昭. 医療におけるソーシャルワークと価値・倫理. 杉本照子監. 医療におけるソーシャルワークの展開. 東京: 相川書房, 2001; 3-16.
 3) 柳澤愛子, 若林浩司. 退院支援のための具体的な技術. 大谷尉義, 村嶋幸代監. 退院支援. 東京: 杏林書院, 2002; 36-72.
 4) 高崎絹子, 阿部俊子, 千葉由美. 医療・看護ケアの質を保証する4つのツール. 看護 2001; 53(12): 32-3.
 5) 田中希世子. 急性期病院におけるソーシャルワークの課題—継続的なソーシャルワークを目指して. 評論・社会科学 2003; 71: 167-82.
 6) 宮本義信. 社会福祉援助活動過程. 岡本民夫編. 社会福祉援助技術総論. 東京: 川島書店, 1990; 61-74.

注

1) 本稿では、「クライアント」を患者・家族をはじめとした「相談者全般」と定義する。よって、対象を限定した記述内容については「患者」「患者や家族」といった表現を用いている。
 2) 機能に応じた診療報酬体系に基づき、一般病院は、特定機能病院、一般病院、療養型病床群の3種類に区分されている。「急性期医療機関」は正式名称ではないが、本稿では急性期入院加算と急性特定入院加算をとる医療機関を「急性期医療機関」と表現する。
 3) 平均在院日数の算式=在院患者延べ数÷1/2(新入院患者数+退院患者数)
 4) 入院日当日を1日としてカウントする。
 5) クリティカルパスは治療・処置内容等について経時的にまとめ、退院時期を明確にした診療計画である。医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、SWer等を交えて情報交換が行われ、従来の症例の治療経過の検討を行い、合理性のある目標設定をふまえて治療計画が作られる。クリティカルパスを導入するいくつかの医療機関では、クリティカルパスにSWerの介入を組み込むことにより、入院患者やその家族等のクライアントに対するSWerのかかわりがなされている。クリティカルパスにSWerがかかわる利点として、生活を部分に分けず、全体的に見通しをもちながらSWerが早期に介入することにより、クライアントのニーズに応じた支援が円滑に行われることが挙げられる。(勝本映美. クリティカルパスと医療ソーシャルワーカー. 済生会熊本病院クリティカルパス編集委員会編著. クリティカルパス実例集. 名古屋: 日総研出版 1999; 39-41.)
 6) 退院計画について、手島は「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保して、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラム」と述べている。(手島陸久. 退院をめぐる問題. 手島陸久. 退院計画研究会編. 退院計画. 東京: 中央法規, 1996; 3-11.)手島による退院計画の概念を考慮すると、退院計画におけるSWerの役割は、クライアントが適切に社会資源を利用し、安心して退院することができるように支援することであるといえる。