

を持っている。私が入職した6年前はソーシャルワーカーが一人だったため、医療スタッフから紹介される相談に応じるのが精一杯であった。退院前日に「明日退院なのに家族が連れて帰れないと言っている」という相談も珍しくなかった。もっと前に、適切な時期に介入すれば、患者・家族が安心して治療や生活の再設計に向き合えるのに、と思いながらどうすることもできずに過ごしていた。

○実現したことと、生まれた課題

その後2名が増員され3名体制になった今、ようやくこちらから「打って出る」マンパワーが充実した。ある一定の基準を定め、それに合致した患者を「ハイリスク」として、ソーシャルワーカーから「生活上の困難を抱えていないか」患者・家族に声をかけさせていただき、いわゆる「サービスの出前」を行なっている。患者・家族にゆとりを持って生活の再設計をしていただくことと、病院の機能とのバランスが取れるようになってきた気がしていた。が、まだまだ足りない。外来が残っている。日に700人前後が通う外来には「自宅でどのように生活されているのだろう」と思う方達が大勢受診しているが、業務量との兼ね合いを考えると声をかけることができない。そしてできれば、課題を抱えてから相談を受けるのではなく、万が一の時の知識や情報を持っていただいたり、予防的介入を

行ったりすることで、人はずっと生活しやすくなるはず。増員予定のない医療相談室で、「外来予防ソーシャルワーク」はどうすれば実現するのだろうか。

○地域包括支援センターとの連携に期待すること

そこで色々考えてみた。もしかしたら外来の、ではなく地域のハイリスク・スクリーニングを行っているところこそ地域包括支援センターなのでは？当院の外来患者の多くもそのアセスメントを受けていることだろうと思う。地域生活の窓口と病院の窓口は、入退院のときだけケアマネジメントを共有するのではなく、日々の生活の中でこそ互いに予防と医療の視点から連携していけると良い。地域包括支援センターでアセスメントした利用者を、病院のソーシャルワーカーも加わり2本立てで継続してモニタリングを実施すれば、疾病を抱えながらの生活に折り合いがつけやすくなるのではないだろうか。病院はもっと地域包括支援センターの力を借りるべきであり、両者の連携は新しいアクションに展開できる可能性を秘めている。ソーシャルワーカーがもっと横に手をつなぎ網の目を細かくすることで、病院が地域が安心して住みやすい環境になるような工夫を考えることができる。ソーシャルワーカーの仕事には限界がなくて良いなあ、しみじみ思った。

## ～支部事務局のご案内～

北海道医療ソーシャルワーカー協会は9つの支部によって構成されています。詳しくはお近くの各支部事務局へお問い合わせ下さい。

・中央A支部(南区・豊平区)

〒062-0034  
札幌市豊平区西岡4条4丁目1-52  
西岡病院 医療相談室内

・中央B支部(北区・中央区・石狩など)

〒060-0062  
札幌市中央区南2条西19丁目  
同交会病院 医療相談室内

・中央C支部(白石区・東区)

〒065-8611  
札幌市東区北12条東3丁目3-31  
天使病院 医療社会事業課内

・中央D支部(厚別区・清田区・北広島・江別・恵庭・千歳など)

〒069-0372

岩見沢市幌向南2条3丁目111番地  
介護プランセンターほろむい

・中央E支部(西区・手稲区・小樽・倶知安・岩内・余市など)

〒063-0811  
札幌市西区琴似1条5丁目1-1  
静和記念病院 地域医療連携室内

●札幌支部連絡協議会

〒060-0001  
札幌市中央区北1条西9丁目  
リンケージプラザ4F

【南支部】(函館・八雲・瀬棚など)

〒042-8511  
函館市駒場町9-18

富田病院 生活支援室内

【日胆支部】(室蘭・登別・伊達・苫小牧・洞爺・白老・浦河など)

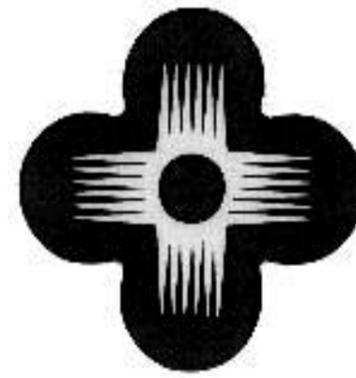
〒051-8501  
室蘭市新富町1丁目5-13  
日鋼記念病院

【北支部】(旭川・富良野・北見・網走・紋別・稚内・滝川など)

〒090-8666  
北見市北6条東2丁目1番地  
北見赤十字病院

【東支部】(釧路・帯広・根室など)

〒085-0805  
釧路市桜ヶ丘1丁目10番34号  
桜ヶ丘医院居宅介護事業部



# ぱぶりけーしょん

事務局 北海道医療ソーシャルワーカー協会  
札幌市中央区南4条西10丁目  
北海道難病センター内  
http://www.hmsw.jp

## “ 「つながりづくり」とソーシャルワーク ”

札幌市白石区第1地域包括支援センター  
社会福祉士 富永 英香



地域包括支援センターが創設されて1年あまりが過ぎた。社会福祉士が専門職として配置され、介護保険法でソーシャルワークの必要性が認識されたと見ることが出来るだろう。そして、その活躍如何によって、他制度へ浸透されるか否かがかかっているといっても過言ではない。「チャンスでもありピンチでもある」というのが、地域包括支援センターにおける社会福祉士の現状である。

地域包括支援センターの業務において、社会福祉士が主となって動く業務は「高齢者虐待の早期発見・予防」「高齢者の権利擁護」「総合相談・困難事例への対応」である。これらは近年法整備<sup>1</sup>されたことにより、対応窓口や手続き方法が明確化された。困難を抱えるクライアントを支援するハードは揃いつつある。課題は、そのひとりひとりにどう関わっていくかということになるだろう。

地域包括支援センターの立場から、地域包括ケアを捉えた時、まず戸惑うことは「地域」とはどこを指すかということである。現代社会は個人化が進み、平成19年度版の国民生活白書では「つながり」の再構築<sup>2</sup>を掲げている。われわれソーシャルワーカーが「地域包括ケア」を考える時、どの部分の「地域」をどう「包括」し、そしてどうクライアントを「ケア」すればよいのだろうか。

ソーシャルワーカーが何らかの困難を抱えるクライアントに出会ったとき、ソーシャルワークを実践し、本人がいままで作り上げた「つながり」を大切に、不足して

いる「人的つながり」を発見し、新たにつなげていく支援を行う。目標は、本人自身が持つ「つながりづくり」能力を強め、自発的に「つながり」を広げていくことができるようになることである。クライアントを取り巻く「つながり」の網の目が、クライアントの「生活領域」である。クライアントが生活を自身で守れるよう、取り巻く「人的つながり」自体も緊密に手を結ばなければならない。

かつて、小さなムラでソーシャルワーカーとして働いていたときに、いざというときの「人的つながり」を目の当たりにしたことがある。以下にそのことを記した文章を紹介させていただく。

*(前段略)お年寄りや病人はさりげなくムラ役からはずす。具合の悪い人がいれば、朝夕と顔を出す。「作りすぎた」といっては食事を運ぶ。病院に付いて行き、症状を医者に代弁する。本人が入院しても庭の草を刈り、家の中に風を入れる。どうしてそこまでやるのか、と一人に尋ねたことがある。彼は「頼まれたわけじゃない。頼まれたからする、頼まれないからしないってことじゃない。近隣はそういうものじゃない」と答えた。訪問するヘルパーさんも近隣の人。ヘルパーとしての仕事の後、犬の散歩のついでに様子を見ている。彼女は言う。「同じムラで生活しているからこそできるケアがあると思う」<sup>3</sup>*

ソーシャルワーカーがクライアントと「つながり」を結ぶためには、アプローチなどを駆使することもさることながら、クライアントの生活に寄り添う覚悟が必要となる。そのことは、他の関係者に強く期待されているところであろう。そしてソーシャルワーカーがクライアントと「つながり」をもてるかどうかは、力量が試される場面でもある。

「地域包括ケア」における「連携」を目に見える形にするのは、こうした「つながりづくり」の積み重ねである。その積み重ねが、「地域」と呼ばれるものの形成につながるのではないだろうか。個々の生活領域の集合体を「地域」として形付けられるよう、今が地域包括支援センター

におけるソーシャルワークの「チャンス」と捉え、取り組んでいきたい。

- 1 「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(2006.4)、「消費者契約法」(2000.4・2006 一部改正)「成年後見制度」(2000.4 民法一部改正)
- 2 平成 19 年版「国民生活白書」では、家族・職場・近隣とつながりたくてもつながれない「つながりの制約」をなくす取り組みが必要としている
- 3 「元氣はぐくむマチでムラで」(北海道新聞／生活面 2006.3.29 掲載)

## “ 「MSW として地域連携を考える」 ”



札幌恵北病院  
原間井朋子

地域包括ケアにおける「連携」という今回のテーマで原稿を書くに相応しいソーシャルワーカーは数多くいるにも関わらず、諸事情により私が書かせていただくこととなり恐縮しております。今回はこのような機会をいただきましたので、医療機関に勤めるソーシャルワーカーとして日々考える「地域連携」について、私見ではありますが述べさせていただきたいと思っております。

さて近年は医療の効率化、医療費抑制の大波の中で医療機関にとって非常に厳しい時代に入り、私たちはベッドコントロールや経営管理などの所属機関から求められる役割をより確実にこなさなければならない状況にあります。地域の関係機関との連携を密に図ることで所属機関から求められる目標達成のために成果をあげたいという期待感が「地域連携」に込められています。しかし組織の利害関係を意識しすぎると地域連携はうまくいかないということを私たちは体験として知っています。地域連携により地域ネットワークがつくれ、それぞれの機関におけるそれぞれの目標が達成され、さらにクライアントのニーズが満たされたとしたら、それ

は理想的なことで素晴らしいことだと思いますが、皆様の地域における連携体制とネットワークはいかがでしょうか。

例えば日常業務で日々対応している退院援助を考えてみると、平均在院日数の縛りがあり所属機関からはより効率的な退院援助を求められる、そのためには地域の医療機関との連携を強化する必要がある、早い段階での連絡調整、クライアントやご家族への短期集中的な援助、転帰先医療機関との情報交換と折衝、退院…時間的制約のなかでこのような集中した実践が繰り返され、確かに医療機関同士の連携は綿密であり連絡調整もスムーズです。必ずしもクライアントのニーズに合致しない転帰になることもあります。最近ではクライアントや特にそのご家族が「仕方ないですね、こんな時代ですから…」というようなことを話される場合も少なくありません。地域連携室やソーシャルワーカーがこれだけ増えて地域連携は以前にも増してより綿密に行われているにも関わらず、何かすっきりしない感覚が残るのは何故でしょうか。

連携が重要だと意識するあまりに連携そのものが目的になってしまっていないか、またクライアントの利益は守られているか。さらには少々大げさかもしれませんが、医療情勢そのものが人類の幸福の増進という方向に果たして本当に向かっているのか…。地域連携の質の問題と、もっと深い全体的な方向性の問題が、私自身のすっきりしない感覚を生み出しているのではないかと自己分析しています。

6月1日・2日に高知市文化プラザ「かるぽーと」で行われた第55回日本医療社会事業全国大会において「ジェネラリスト・ソーシャルワークの視点から統合的短期処遇(ISST)を考える」という自主企画が開催されました。前述のような在院日数短縮化に対して統合的短期処遇の導入を検討する企画概要でしたが、関西学院大学の野田正彰教授(精神科医)が記念講演の中でこの自主企画(統合的短期処遇という考え方そのもの)に批判的意見を述べられました。「いのちの価値」というテーマで講演された野田教授は、ハンバーガーショップ「マクドナルド」の合理性を追求した商売手法や、A4版の用紙3〜4分野に浸透する人間のパターン化とラベリングを批判し、枚にわたり各科目毎の成績評価項目が羅列されたある中学校の通知票などを例に取り上げて、日本のあら

## “ 「地域包括支援センターとの連携において描くこと」 ”



北海道社会保険病院  
佐藤 奈津子

このテーマをいただいてからしばらくの間、何を書かせていただくかと実はかなり悩んでいた。患者や病院にとって地域包括支援センターとは、？現在は、要支援の入院患者が退院する際、予防給付サービスの調整をお願いしたり、また、逆に地域から予防給付の利用者が入院した際に情報交換したりしているが。医療相談室の統計では、居宅介護支援事業所と連携した件数から比較すると、地域包括支援センターとのかかわりは少な

い。「だからすぐに『これを書く』というものが生まれなかったのか」と思い、そしてそれはすなわち、院内のハイリスク患者の発見システムで不足している「予防」への視点にあったことに思い至った。どうということかと言うと、。○(少々長いですが)医療相談室について

私が所属する病院は平均在院日数が12日台の「急性期病院」である。短期間で専門的治療を行い、地域からの急患に即対応できるようベッドコントロールする役割