

## <事例1>

### 基本フェイスシート

#### (1)分野・所属

医療施設(医療保険) 急性期医療

医療ソーシャルワーカー 社会福祉士

#### (2)事例概要

①2004年4月から6月

②通院や服薬がルーズになる患者に対するチームアプローチとソーシャルワーカーの役割に関するスーパービジョンとそれを受けての実践

③うつ病等で受診中の単身者(男性76才)が心臓疾患によってペースメーカーを装着した。精神疾患のみならずペースメーカーには服薬が不可欠である。医師の依頼による退院援助で、定期的外来を維持する体制を作るために、カンファレンスを行い、ケアマネジャーを中心にした地域専門職とともにチームを組んだ。しかしクライアントは退院後継続して服薬が必要にもかかわらず、外来が不規則になる。外来に来てもらうために何が 필요한のか、また来なかったときに、チームメンバーが調整役としてMSWに期待する内容が過剰でかつ違うのではないかと考え、スーパービジョンを受ける。

④精神障害+傷病者

⑤スーパービジョン、地域支援、チームアプローチ

#### (3)事例の性格

①スーパービジョン

②アセスメントとチームアプローチ

### 事例

Hさん 76才 男性

病名;完全房室ブロック ペースメーカー挿入、適応障害、うつ状態

依頼内容;循環器内科入院中に主治医より依頼。退院にあたり通院・服薬の継続が本人の健康にとって重要な課題である。だが、適応障害とうつ状態で5年前より精神科受診中、かつ単身生活でもともと服薬や通院などが不規則である。在宅調整が依頼される。

現在のADL;ふらつきがあるも独歩可能

#### 【経過】

主治医からの依頼を受け、ソーシャルワーカー(以下、SW)が訪床するも、ご本人(以下CL)は「体調がすぐれない」と布団をかぶっているばかりだった。看護師(以下Ns)とともに訪床し、ようやくCLへこれから退院にあたり、その準備をお手伝いしたいと思っていると伝えると「人が来ているから退院後は大丈夫」とだけ話げできた。「人」とは介護保険のケアマネジャー(以下、CM)のことを指している様子で、SWより連絡をとることとなる。またCLは生活保護受給中であり、SWより福祉事務所ワーカー(以下CW)に連絡を取ることとなる。

CLの訪問Nsも兼ねているCMIに、これまでのCLの生活状況を問い合わせる。ヘルパーを利用しながら独居している自宅は、CMが最初に訪れた際は部屋の畳全体が尿で湿り、鼠や虫がソロソロおり、CMIは立ったまま話をするしかなかった程の劣悪な環境であった。妻を15年以上前に亡くし、長女・長男・次女の三人の子どもとCLとは、妻の生前からもともと関係が悪い。そのためかCMがCLに教えてもらった子供の電話番号で連絡を取ろうとしても、故意だと思われるほどの状況の中で誰にも

つながらない。CLと1年前まで同居していた次女は、CLと同じ病院の精神神経科へ10年来通院中である。またCLはこれまでも、病院の指定の外来日に通院せずに、心臓の病状が悪化し自分で苦しくなると救急車呼ぶことも度々あったとのことであった。

SWよりCMに主治医から上記の依頼があったことを伝え、今後協働していきたいと考えていることを伝え、「これまで連携出来る人がおらず困っていた、本当に助かる」と早速カンファレンスに来院した。生活保護CWへも連絡を取ったが、担当が代わったばかりで、CLとご家族との面識もないとのことカンファレンス出席はなされず、SWからは今後連携を取っていきたいと電話で挨拶することにとどまった。

カンファレンスにて→ 出席者 主治医・訪問看護師・病棟看護師・CM・SW

内容:通院継続・服薬の管理を継続していくことに主眼をおいた話し合い

主治医より「とにかく服薬の継続が必要」という話があり。看護師を中心に、服薬管理用にポケットがついているカレンダーを利用したり、処方を一包化する等の服薬管理の方法について詳細な打ち合わせが行われる。

またNsからもCM同様、入院中に家族と連絡がなかなか取れず、手術の了承を得るのに苦慮したこと等のエピソードが語られた。

結果、ケアプランとして退院後は毎日ヘルパーもしくは看護師が訪問することで、CLを援助していくこととなる。

SWが家族関係等を病棟看護師に確認すると、唯一なんとか来院してくれるのは、長女であるとのこと。CMは何度電話しても長女とはつながらないと言うものの、SWは長女と退院までにコンタクトをとろうと考え、最悪退院時の迎え時点で会えるように病棟に依頼した。

退院間近に面会に来ていた長女にベッドサイドで会う。

SWより今後CLの生活を支援していきたいという気持ちを伝える。長女は、SWにいろいろと聞かれることを避けたいような様子であり、面接室に行くことを拒否する。これまでのCLの生活状況の情報、長女にとって何があったら良いと思っているかは、聞けないまま終わる。

CLは、SWとの話に乗り気ではない長女に対して、「この人毎日心配して自分のところに来てくれるんだよ」とSWのことを紹介する。

CMの調整で退院翌日よりヘルパー・訪問看護師が介入するよう準備が整い、主治医より退院の話が出た。しかしCLは「ペースメーカーを入れたら調子が余計悪くなった、めまいが強くなった」と訴え退院が延期となる。

精神神経科の医師の診察では心氣的なものであろうとのことであり、その後症状は消失した。

#### 【退院後】

初回外来時ヘルパーと一緒に来院・来室し笑顔を見せてもらったことで、SWも一安心する。SWより「今後も外来の時は是非顔を見せてください」と伝える。長女より「父は大事にされることが好きな人です」という発言を受け、外来や相談室でも「来てくれてうれしい」「待っていたんですよ」とスタッフごとにCLに言ってもらうように依頼する。

本人外来後、SWは自分から希望して精神科主治医と話す。そこで精神科でフォロー中の次女が、CLの入院中に過量服薬で緊急搬入されたエピソードが提示された。主治医は個人ではなく家族単

位の問題としてこのケースを捉えているとのこと。SW自身も家族や関係機関が複雑に絡み合う状況を目の当たりにして戸惑いながらも、CLの気持ちに沿いながら、丁寧にケースに向き合っていこうと考えた。

まずSWはCLとの関係が悪いにも関わらず、何か出来事があれば、キーパーソンとならざるを得ない長女を支えていこうと考えた。そのため生活保護の書類のやり取りを代行したり、電話で話をする度に長女の労をねぎらうよう心掛け、関係作りを行っていった。長女は、電話でのやり取りの中で、「本当にSWさんにはありがたいと思っています。父は人情深い方なので、そうやって父のことを心配してくれる人がいることが嬉しいのだと思います」とのコメントあり。CLにとっては、とくにほめたり、ウェルカムを伝えたりすることが、医療を受ける動機付けになることが分かった。CMは「次女とは仲が悪くなり1年前に別居した。そのことがきっかけでCLの精神状態が悪化している。今も次女のちょっとした言葉や行動でCLが不安定になる。しかし次女との再同居は両者の健康面で無理であり、一人暮らしでいかざるを得ないと思う。」との話あり。

CMとSWは話し合いの結果、CLのペースで在宅単身生活を送ることを目的にして、お互い連絡調整することにする。

次の外来時、長女より「本日来予定日だったが、父はヘルパーに対して病院に行きたくないと言って、外来受診しなかったらしい。それなのでその後はよろしく」とせつば詰まった電話連絡が入る。CMに確認すると「外来に行かないと薬が足りなくなるので、SWの方でどうにかして欲しい」とのことで院内で薬の処方に関わる連絡調整を依頼される。また介護保険上の通達によりサービスが制約を受け、CLの場合、今後はヘルパーによる通院介助が出来なくなったとのこと。SWは主治医・外来受付と交渉し、薬がきれる前に再度外来受診予約を入れ、仕事があると張り詰める長女に何とかその日は付き添ってもらえるようにと理解を求める電話を行う。CLへも電話をし、来院しなかった状況や理由を尋ねた。しかしCL自身は全く困った様子もなく、後日来院した時にも「どうも、どうも」と言うのみだった。

#### 【その後】

週に何回もCMから、「外来日にヘルパーが付き添えないので、今からタクシーにCLを乗せる。CLが途中で帰らないように出迎え、院内で注意して薬が手に入り帰宅できるようにして欲しい」「薬の処方量を至急主治医へ確認して欲しい」といった細々とした調整依頼がある。また仕事で忙しい、電話代がかかるからと渋る長女に対して、時間をぬってこちらから電話しなければならないことも何回もあった。SWも必死に対応していた。しかし時に時間外にも入ってくるCMからの指示は、SWの専門外の内容のことも多かった。薬剤師など担当部署と直接相談するようにと伝えても「病状に関わるので早急な対応が必要」と言われると、本当に病状に関わるかどうかの判断がつかないまま、SWはとりあえず最初の窓口として動かざるをえない状況であった。

#### 【SWの戸惑い、不安】

チームメンバーから生命に関わるのだと言われると、自分の役割であるか否かなどいろいろ考える前に動かざるを得ない状況になる。CMからも急かされる。しかし考えなくすぐ動いてしまうということに対して、SW自身の迷いがある。また服薬や通院がルーズになるCLに対して、SWとしてどのように接することがよいのかわからない。

(注)→なぜ迎えが必要か？

社会資源システムの変化：従来は介護保険のヘルパー介助で、自宅迎え→病院付き添い→院内

介助→薬受け取り→自宅送りを行っていた。

しかしCMより「行政指導で院内介助は病院の役割、介護保険でのヘルパーの対応はだめになった」との話があり、以後介護保険での付き添い利用は無理ということになった。

→長女の負担増:長女としては荷が重い。その結果SWに代行を期待される状況になる…

### 【スーパービジョン】

上記の戸惑いがありグループ・スーパービジョンに事例提出

#### 参加SWより

精神疾患があるCLに対してSWが「来てくれてうれしい。また来て下さい、顔を見せて下さい」というメッセージを繰り返し伝えてしまうことによる、感情転移のリスクがあることを指摘される。

#### スーパーバイザーより

①CLにとって目的は来院することだろうか。「来てくれてうれしい」ということを熱心に伝えることは、CLに来院してもらうことを目的に設定して、その手段としてほめる、うれしがってみせるということをプランにしているのではないか。来院を目的にしているのは医療スタッフであり、CLが病院に来ることは本来手段のレベルであり、CLにとっての目的は別ではないか。

本来は…

まずCLが求める目的が設定され、そのためにどのような手段がフィットするかを一緒に考える。その手段に対してSWがお手伝いできる役割を考えるという形で、再度SW-CL関係と契約をアセスメントし直す必要がある。

②退院時カンファレンスの時点で、今まで散々救急車のお世話になってきて、受診の動機付けのないこのCLに対するSWアセスメントをチームにどう伝えるのかが大切。急にきちんと外来ができるようになるとは到底考えられないこと。単に「外来受診体制の支援維持管理」という目標でまとめるのではなく、今までと何が違うためにどのような改善レベルが考えられるのか、またどういつにどう問題が生じる可能性があるのかについて、具体的な形でSWアセスメントを伝えるべき。その際SWとしての実践上の制約や役割の限界性について、スタッフに伝えて理解を得ておくことが必要。

③CLが外来に行くか行かないかについては、自己決定権があると認めるか否かを考えること。薬を飲まないために、救急車を自分で呼ぶような苦しい思いをすることになっても、脳卒中など余病を併発させるようになって、それはありうることと認めた上で、CLとも一緒にそれを確認しSWをすること。その話し合いの中で「本当は苦しくなりたくない」とCLが表明すれば、契約としてそこから再出発できるし、「苦しくなるものも仕方ない。でも救急車を呼んで助けてもらうから大丈夫」というのであれば、苦しくなって救急車が呼べる状況を確認していくような状況整備がSWの仕事になる場合もある。

### 【スーパービジョン後】

→SW相談室内で事例の再検討を行う。

①「通院し薬を処方してもらうこと、服薬管理をフォローすること」がSW自身も含めた関係スタッフの目的となっていることを皆で認識する。しかしその目的は果たしてCLを生活者として捉えた上のもものなのか、CL自身ではなくスタッフのニーズにSWが振り回されているのではないか。

「服薬が必要なのに、それが出来ない問題患者」という視点でとらえ、その問題に対する対応としてCLと関わってしまった自分に気付かされる。

結局、SW自身がCL自身のゴールを聞くことができていないということではないかと考えた。

→CLとの面接によって、CLによる目的・ゴールを聞いてみることにする。

【合同話し合い】

CL、長女、精神科主治医、在宅療養相談室Ns、SWで精神科診察時に話し合う

主治医：Hさん自身が独居での生活に不安を感じているのでは？ケンカ別れしたとはいっても次女と一緒に生活した方が支えあえるのではないだろうか？次女の病状的にも誰かと一緒の方が良い。

CL：「……」(主治医の意向を黙ってうつむいたまま聞いている。)

SW：どのような暮らしが出来たら良いと思いますか？(SWはHさんのゴール目的が聞きたい)

CL：「……」(黙っている。その後)「今はヘルパーさんが来ているからね…」(だから大丈夫とか、嫌だとかいったコメントはない)

主治医：薬とかは飲んでいるの？

CL：それは、訪問看護師の人がやってくれているから

SW：Hさんとしては、それを続けられたら良いと思っているの？

CL：そうだね…めまいがあるからね

SW：カレンダーのポケットに薬を分けるのは訪問Nsさんがやれるけど、薬自体は病院にHさんが来ないと渡せないんですよね、そのことはどうしたら良いと思いますか…

CL：病院には来れる(モジョモジョと言っている)

SW：どんなところから、そう思えるんですか？

CL：……娘に迎えに来てもらうから。

SW：じゃあHさんは、めまいが出ないようにするために、外来をがんばるって言うことですかねえ。それで外来をするには、娘さんに迎えに来てもらうと、行けるから大丈夫だと思っているんですね。なるほど。

長女：病院の方で内科と精神神経科の予約を同じ日に出来るよう調整してくれて、月1回なら、私が送り迎えは出来る限りやります。

主治医：じゃあ、しばらくはヘルパーさん達の手助けをしてもらって、娘さんの応援で家で頑張っていくってことで良いのかな？

CL：はい…

その後SWとCLとで面接を続ける。

SW：娘さんと一緒に外来に来ようとするのに、どんなことが役立ちそうですか？私がお役に立つことはないですか

CL：長女に電車や車に乗るお金がわたせるといいけど……

SW：交通費やタクシー券のことなど調べてみますね。

SW：めまいが出ないために、薬以外で役立ったことはありませんか？

CL：米のめしを食べることかな

SW：ほかには？

CL：よく寝ることかな

SW：そのためには何があるといいでしょうね？

CL：ヘルパーさんにめしを炊いてもらうし、散歩するといいかも。

SW：迎えに来てもらうと、外来に来れる確率は10のうちどのくらい何ですかね？

CL：7。

SW：7か。結構微妙な数字ですね。それを8にするにはどうしたらいいと思います？

CL：お金かな。

\* この話し合いの後、スタッフ共通の目標としては、CL自身が単身で、長女やヘルパー等の支援を受けながら在宅生活を続けられるように援助していくこととなった。そしてSW自身はめまいがな

いことを目標に、どんな生活が送ろうかをCLと検討しあうことにした。そのために身体障害者手帳によるタクシー券を福祉事務所に給付してもらい、ヘルパーさんの使い方もCLのニーズに添う形でCMを通して検討してもらうことにした。

またSWがCLに介入をすることについて、感情転移の危険の指摘もあったため、精神疾患の影響も考え、主治医に相談・確認する。

→「疾患上は問題ない」という見解をもらう。

## ②地域および院内との兼ね合い

CMが元当院の職員であり、外来の混雑した状況を把握しているが故に、SW室へ細々した連絡を頻繁にしていること、また当院から重症の他患の訪問依頼を別件で無理を押しつけていただいている現状を鑑みると、CMの依頼をむやみに断れない状況がある。しかしSWも多くのケースを持ち多忙である。こうした地域の中核病院の一員として、どこまでCMの細かな指示や問い合わせ・申し入れに対して柔軟に対処すべきなのかと非常に悩み、迷うところであった。そこでCMに、CLとの面接の結果を伝えた上で、今後のCMにとっての目的を聞いてみた。

CMは、服薬継続が出来れば、CLがいつも家で訴える「めまい」が楽になるのではと思うとのこと。CMとして「それだけは、何とかやりたい」とコメントあり。その言葉からCMがもともと持っていた「正しくきちんとした服薬行動による新たな健康的な生活の設定」というゴールの高さを、意識せずに自分で譲って下げたのでは？と考えた。そしてSWとCMとの間で、服薬継続の動機付けである「めまい消失」をCLとの間の目標キーワードにすることを確認し、服薬継続の方法について、SWのやれる範囲の線引きが必要であることをわかってもらうように話をした。

院内受診の世話は役割の分担が必要と考え、在宅療養相談室Nsへ依頼

診療科が二科にわたるため、外来時の処方の確認や、院内介助等での介入依頼を行う。

在宅療養外来Nsと外来NsでCLと長女のことを気にかけてもらうよう、やり取りしてもらい、その件をCMに報告する。まためまい等により外来が不可能になった場合、長女の付き添い日の変更が困難なため、余裕を持った日数で処方箋を出してもらうことで、服薬の確保も検討した。

## 【SW自身の変化】

これまでCLに対しての出迎えや付き添い、薬の処方量の確認などの対応について、「なぜ自分が動いているのか…」といった戸惑い、また「これは、忙しい中でSWが行うべきことなのか」といったジレンマを抱えながら介入していた。しかしSV後にクライアントのゴール・目的がわかったことで、そのための通院という手段、その手段の中でSWがお手伝い出来ること」という意味での役割として、考えられるようになった。こうして自分のアセスメントを考え直したことにより、自分の行動に根拠を持つようになった。そして自分の役割の範囲をチームのメンバーとくにCMに伝えられたことで、SW自身がとても楽になったと感じている。

## <事例2>

### 患者のプライバシーの尊重について考えさせられた事例

事例提供者 病院MSW

#### I 提出理由

独居で 82 歳男性。外部の法人からの依頼で担当することとなった。この事例を経験することで、患者のプライバシーを尊重するという点について検討する機会を与えられた。患者Aさんとの記録から患者のプライバシーやMSWの守秘義務に対する考えや捉え方を提示していく。

#### II 事例の概要

氏名：A

性別：男性

年齢：82歳

住所：市内

家族構成：独居（一人息子は県外）

医療保険：国民健康保険・老人保健

主病名：左下肢閉塞性動脈硬化症

職業：元会社役員

紹介経路：法人B（以下Bとする）

紹介目的：洗濯物の依頼があったが、早急に必要かどうか調べてほしい。

入院期間：2003年11月12日～2003年12月2日

#### III 経過

周囲の様子	クライアントの言動や状態	ワーカーの思い	ワーカーの言動	意味づけ
11/18 Bより連絡あり 「入院中の患者で洗濯物を依頼したいという人がいる。民生委員から連絡があったが、早急に必要か状態か知りたい。」 病棟師長 「本人に直接確認してほしい」	洗濯物がたまってしまっている以外には困っていることは特にない。翌日Bの職員と話し合うことになっている。	すでに患者と面談することが決まっているが、なぜ相談室に連絡してきたのか（緊急性を要するのだろうか）。しっかりしている人であり、自分の必要としている	相談室では把握していなかった患者であったため、確認でき次第連絡をとると伝える。  自己紹介し、患者の状態も含め情報がほしいとBから連絡があったことを本人に説明。「何か困ったことはありませんか」（注1）と確認をとる。確認事項をBに連絡	地域関係機関との連携 患者の入院中のQOLの確保  患者・MSWの関係重視

		ることに関しては、自分で連絡をとり、適切に動くことができる人である。訴えに関しては、担当者へ連絡し対応した旨報告したほうがよい。	すると患者に伝える。Bに連絡。
11/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Bの担当者が病室を訪問し、その後すぐに洗濯をしてくれて、買い物もしてくれた。</li> <li>・自分の昔の仕事のことを話す。</li> <li>・他の病院に比べて洗濯機の質がよくない、時間がかかりすぎる。</li> </ul>		<p>前回面接した結果の確認。</p> <p>患者が自分の仕事のことを話したため、「すばらしい方ですね」(注2)との返答をする。</p> <p>患者の訴えに対し、院内担当者へ連絡・報告。</p> <p>洗濯機に関して対応した結果の報告。</p>
11/27	<p>病棟に対する不満等を話す。自分が入院していることをなぜ外部の人にわかるように話したのか。病院関係者が入院患者の情報を提供することは問題(プライバシーの問題)ではないのか。手で物を切るようなしぐさをし、もうこれっきりにしてほしいと言われる。</p>	<p>なぜ、突然プライバシーのことを言うのか。患者のQOL確保のためと考え動いた結果だが。</p>	<p>病棟の不満に対しては、MSWからも報告するが、ご意見箱に直接入れてもらってよいと伝える。</p> <p>ケース継続する必要もないため、「わかりました」と了解しケース終了とした。</p>

#### IV 考察

82歳という高齢ではあるが、明確に話をする人であり、自分の意見を押し通す印象を受けた。面接の際、患者に対して最初から患者は困っているのだと決めつけて、面接場面で、「何か困ったことはないですか」(注1：交流分析では、マイナスのストロークという)と問い掛けてしまった。患者に与えるストロークが、プラスかマイナスかによって、患者の顔の表情が変わるのが分かった。「すばしかたですね。」(注2：交流分析ではプラスのストロークという)等と話すと、笑顔で話し続けた。

3回目の面接の際には、「もうこれっきりにしてほしい、外部の人間(この場合、社団法人)に患者の情報を流した(プライバシーの侵害)」と言われた。その言葉と患者の表情(厳しい顔つき)を見て、MSWの考えと患者の受け取りとに齟齬があることがわかった。

今までの経過を振り返り、プライバシーについて再考したとき、相談室(MSW)がしたことは、はたして患者のプライバシーを侵害することであったのかと感じるようになった。そこで、MSWの守秘義務の捉え方、患者のプライバシーの捉え方について検討してみた。MSWの守秘義務については、「医療ソーシャルワーカーの業務指針」(1)を基本に考えた。業務指針に記されているようにMSWは、必要な場合を除き面接で知りえた情報を他に漏らすことは禁止されている。MSWの守秘義務とは、面接で知りえた内容を守



ることを指している。しかし、必要に応じて患者・家族の許可を得て、医療者・関係機関へ情報提供することもある。

患者のプライバシーについてだが、まず、診療情報の定義(2)とは、診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について医療従事者が知り得た情報を言う。

病院では、患者の情報以外に診療管理や各種保険、福祉に関わる情報、看護記録、各種証明書、同意書等も個人情報保護法制の対象となり得る情報であるという。個人情報保護法のなかで、患者のプライバシーに関係している条文の要約(3)を参考とした。そこには、患者のプライバシーが問題となると書かれているが、何がプライバシーか、何がプライバシーでないかを法的にきりわけるのは難しいということであった。プライバシーとは、もともと他人に知られることは嫌だという主観的な感情であり、個人情報(個人を識別できる情報)保護とプライバシーの保護は必ずしも一致しないこともあるという。

プライバシーは個人の感情レベルの問題であり、このケースの場合も患者の「他人には入院していることを知られたくない」という感情が強かったように思われる。しかし、MSWとしては、患者の苦情や意見は必ず患者の確認をとり報告するようにした。この事例の場合、主訴が洗濯物であり緊急性が薄いことから、患者の家族に直接Bの方から連絡をとってもらおうという方法もあった。しかし入院中の患者を支える一員の立場になろうという姿勢から援助を展開していった。

したがって、面接の中で、洗濯機や病棟に対する不満・苦情が出たときも、苦情担当者へ直接話をしてもらおうという選択肢をとらないで、援助の流れの中でMSWが対応した。ケースを再度振り返った時、Bからの依頼を断ったり、最初の主訴への対応だけですませていけば、患者のプライバシーやMSWの守秘義務について考える機会はなかったかもしれない。

援助する立場にあるMSWは患者に助けられ、患者はBに助けられ、BはMSWに助けられ、MSWは直接患者を助けたことにはならなかった。しかしMSWが患者に関わったことで課題が見え、MSWの学びにもつながった。患者に関わらなければ気付かない問題はたくさんある。患者から学ぶことが多い職種であることを痛感した事例であった。

## V 課題

日常的に、患者情報のやりとりは行われている。患者のプライバシーを優先させるのか、MSWの守秘義務を優先させるのか、見極めは難しい。外部関係機関だけでなく、院内職員間でもプライバシーの問題はでてくる。病院職員としてのプライバシーの問題、MSWの守秘義務の問題があるが、患者本人への確認作業と適切な情報提供の方法が必要である。

## 参考文献

- (1) (社)日本医療社会事業協会編『日本の医療ソーシャルワーク史』川島書店、2003年
- (2) 藤原静雄「個人情報保護法と診療情報」、『病院』62巻11号2003年11月
- (3) 佐藤進監修『心の専門家が出会う法律－臨床実践のために』誠信書房、2003年

## コメント (小嶋章吾)

患者Aへの支援過程を通じて、「患者のプライバシーの尊重」のあり方について問題意

識を深め、事例記録をまとめるに至ったものである。

事例提供者は、Aの入院生活上のニーズに対して本人の了解を得ながら、Aのもともとの紹介元であったBへの連絡調整を行ったにもかかわらず、プライバシーを侵害されたというAの苦情につながったことにジレンマを感じている。そういう意味では本事例は倫理的ジレンマ事例という性格を帯びている。

こうしたジレンマ体験をもとに、知識面では法制度や業務指針、倫理規定などのガイドラインに依拠しつつも、実践面ではプライバシーを尊重しながら援助を提供することの難しさを指摘し、プライバシー尊重と必要な援助提供の兼ね合いにとって、①プライバシー保護と守秘義務遵守との関係性、②関係機関や関係職種間の情報収集及び情報提供のあり方、③クライアントへの十分な説明や確認のあり方、がポイントになりそうだとの考察をしているが、さらにこれを仮説に仕立てることによって、今回の事例記録をもとに事例研究に発展させることができるものと思われる。

---

#### (1)「医療ソーシャルワーカー業務指針」2002年改訂

医療ソーシャルワーカーは、社会的に求められる守秘義務を遵守し、高い倫理性を保持する必要がある。また、傷病に関する情報に加えて、経済的、心理・社会的な個人情報にも係ること、また、援助のために患者以外の第三者との連絡調整等を行うことから、次の点に特に留意することが必要である。

- ① 個人情報の収集は援助に必要な範囲に限ること。
- ② 面接や電話は、独立した相談室で行う等第三者に内容が聞こえないようにすること。
- ③ 記録等は、個人情報を第三者が了解なく入手できないように保管すること。
- ④ 第三者との連絡調整を行うために本人の状況を説明する場合も含め、本人の了解無しに個人情報を漏らさないこと。
- ⑤ 第三者からの情報の収集自体がその第三者に患者の個人情報を把握させてしまうこともあるので十分留意すること。
- ⑥ 患者からの求めがあった場合には、できる限り患者についての情報を説明すること。  
ただし、医療に関する情報については、説明の可否を含め、医師の指示を受けること。

#### (2)厚生労働省医政局長通知「診療情報の提供等に関する指針」2003年

#### (3)個人情報保護法（患者のプライバシーに関係している条文の要約）

第16条：本人の同意なく利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことの原則的禁止

第18条：個人情報を取得した場合の、本人に対する利用目的の通知又公表義務

第23条：同意なき第三者提供の禁止

#### ※例外規定

第23条1項：同意がなくとも正当と認められる一定の場合

第23条2項：個人情報の第三者提供自体を目的としている事業者に関する例外規定

第23条4項：そもそも提供の相手方を「第三者」と認めない場合

## <事例3>

### 在宅復帰を希望する高齢女性への援助事例

事例提供者 病院MSW

#### I 提出理由

当院のように介護療養型で長期療養の病院となると、在宅復帰を希望する家族が少ないのが現状である。その背景として、昨今の急激な高齢化による『老・老介護の問題』や女性の社会進出が進む中での『夫婦共働き世帯の急増』が考えられる。本事例は、患者自身の強い在宅復帰の希望があり、家族も在宅復帰のために弊害となっているハード面の調整に取り組んだものである。

この中で医療ソーシャルワーカーは主治医やコメディカルと連携をとり、「他職種との連携と家族調整」をしながら在宅復帰のためのプランを検討していった事例である。事例提出の理由は、異職種の方々の参加もあるとのことで、様々な視点より本事例を検討することにより今後の支援につなげていきたいと考えた。

#### II 事例の概要

A氏 82歳 女性 要介護度3

診断名：脳幹部梗塞・鬱病

障害名：右片不全麻痺（軽度）・呂律障害（軽度）

障害の程度：鬱病のため意欲低下はあるものの

シルバーカーにて歩行可能、日常会話可能

キーパーソン：長男（D区在住）

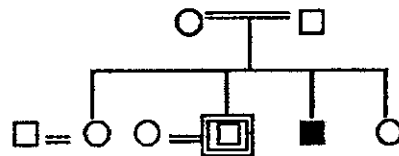
家族構成：夫と公団住宅の2階（エレベーター無）で2人暮らし、階下に長女家族が住む  
病歴：昭和51年 鬱病発症

平成13年 脳梗塞発症

平成15年 脳梗塞発症（右片麻痺・呂律障害）

生活歴：20数年前に次男を白血病で亡くしたことを機に鬱傾向が始まり、次男に関する話になると涙を流すなど感情失禁があった。また、若い頃よりマラソンが趣味で、60歳代までマラソン大会に参加するなど活動的な一面もある。

A氏は生来健康であったが、平成15年10月頃より体の動きが悪くなり、2日後に地元のB大学病院を受診したところ脳幹部梗塞と診断され入院となる。右不全片麻痺、呂律障害が残り同年12月にリハビリ目的でC病院に転院。およそ3ヵ月後には、リハビリの効果によりシルバーカーで歩行可能、日常会話可能に回復した。公団住宅2階の自宅では80歳を超える夫しか居らず、エレベーターはなかった。また1階に長女家族が暮らすものの常時の介護は困難だった。これらの事からA氏の在宅復帰の希望は叶わず、平成16年3月に長期療養目的で当院に入院となる。



### Ⅲ 経過記録

周囲の様子	クライアントの言動や状態	ワーカーの思い	ワーカーの言動	意味づけ
4月15日 病棟にて声をかけられる。他患者やスタッフが数名いる。	車椅子に座っているA氏の元へワーカーは呼ばれる。入院してから1ヶ月過ぎ、入院生活も大分慣れてきたとの会話から始まり、終始笑顔であったが、「私はいつまでここに入院していればよいのですか」との訴えあり。	○周囲に人はいるが、本人はこのまま雑談的な会話を望んでいる。話が込み入ってくるようであれば、落ち着いて話せる場所に移動した方がよいだろう。 ○家族からは、自宅での介護は困難との事で転院してきた患者ではあるがこの事は家族に伝えよう。	「入院生活も1ヶ月過ぎ、大分慣れてきたようですね。退院の目処ですが、入院時に主治医からも説明があったように、バルンカテーテルが外れるようになることと歩行訓練をし、自宅での生活が可能になるように一步一步退院に近づけていきたいと思いますよ。」	在宅に戻れる目処が立たないという不安な気持ちを受容し、最終的なゴールを目標にし、そこまでの過程の中で小ゴールをいくつか作ることでリハビリに対する意欲に繋げる。
4月16日 電話にて長男に昨日の報告をする。	長男より「本人も入院生活が長くなり、外出したい気持ちがあるようなので、4月30日に墓参りに連れて行こうと思うのですがよろしいでしょうか。」 →「仕方がない」というよりは外に連れて行くことで少しでも気晴らしになってくれればといった口調であった。	○主治医に外出可能か確認してみよう。 ○今後入院が長期化してくることが考えられるため、月に1~2回外出することで息抜きとなることを期待する。	「主治医にその件は確認しておきます。ご家族の方も共働きであり、その中で時間を作って頂きありがとうございます。このように外出の回数が少しでもあるだけでも気分転換になりますし、また、院内のリハビリに対する意欲にも繋がっていくと思います。」	今後長期化し、ストレスを溜め込まないように家族の協力を促す。
6月8日 主治医より、本人の退院したいという希望が強いので話を聞いてほしいとの連絡が入る。	車椅子に座り落ち込み気味な様子。 「先々月、長男家族と墓参りに行った際、嫁がお弁当を作ってきてくれた。久しぶりに家族で食事ができ楽しかった…家に戻りたいです…いつまでいればいいのかしら。」	○家族と楽しい一時を過ごしたことで、退院したいという気持ちが大きくなってきたのだろう。 ○カンファレンスの際に話し合ってみよう。	「お墓参りから帰られた後とても楽しかったとおっしゃっていましたよね。1日も早くご自宅に帰りたいですね。そのためにも、リハビリを頑張ってくださいね。長男さんには、私の方から在宅復帰についてAさんの気持ちを改めてお伝えしておきますね。」	患者に対して共感的な姿勢で接しながら、クライアントの気持ちを受容し、ニーズに対して協力的な姿勢を示すことでラポール形成に繋げる。
6月9日 長男に昨日の件について電話にて報告する。	①「母の気持ちはわかりますが、自宅にて生活することについては入院時にも話したように、住まいが公団住宅のエレベーターの無い2階にあり、同居の父も高齢であるため今の母にとっては難しいのです。」 ③「月に1回の外出を計画することは可能かと思いますが、将来的なことも考えしばらく検討させてください。」	○将来的にハード面を整え、在宅サービスを使うことで在宅生活が可能にならないものだろうか。 ○ADLの向上がすぐに見込めない今、せめて月に1~2回外出する事によって家族との時間を多くもってもらう事によって息抜きの時間が作れないものだろうか。	②「ご家族の事情は承知しておりますし、出来ることなら長男さんも自宅につれて帰りたいと言う気持ちであることもわかっております。確かに今の状態では、2階まで上ることは難しいと思いますし、その他日常生活をしていく上で様々な障害が出てくると思いますので、長期的な視野で検討していくことは必要かと思えます。ただ、ご本人の退院したいという気持ちも同時に考えていきたいと思っています。月に1回でも2回でもよいと	家族の持つ葛藤を受容しながら、A氏のストレス緩和のために、家族と協力しながら打開していく糸口を見つける。

			思いますので外出などを計画してもらうことは難しいでしょうか。」	
6月10日 長男との電話の内容について報告する。	将来的に少し希望が感じられたのか笑顔が見られ、「よろしくお願いします」とはっきりした口調で言う。	少しずつ退院に向かって動き始めていることがうれしかったのだろう。	「自宅に戻られた時、少しでも不便が少なくなるように、Aさんはリハビリを無理なく頑張りましょうね。」	A氏の希望を在宅復帰への更なる意欲に繋げる。
7月6日 長男から電話がある。	「父や姉は、在宅での生活は困難であると考えているようですが、私は自宅で生活できるように長期的に考えていきたいと思っています。今は少しでも息抜きできるように外出に連れて行こうと思っています。また、今月中旬に出かけようと思っています。」	家族の中で意見が分かれてはいるが、ハード面が整い、リハビリによりADLが向上することによって、在宅生活が可能になるかもしれない。PT・OTに相談してみよう。	「Aさんは外出することを楽しみにしていましたからきっと喜ばれますよ。リハビリもとても頑張られていると聞いておりますし、また一つ励みが増えたと思いますよ。」	
7月7日 PT・OTにADL面について話を聞く。	PT:「歩行者→杖→freeと目指せるレベルだと思いますが、一度にたくさんの課題を与えることは、ご本人にとって心理的負担になっているようなので徐々にステップアップしていく様にアプローチしていく方向性です」 OT:「ほぼ自立に近い状態までADLは戻ってきていると思われます。」		Mさんの強い在宅復帰願望が強い旨を説明した上で、長男の長期的に考えた自宅退院の考えを持っていることを話し、在宅復帰を考慮しリハビリを立てていくとの事。	
8月30日 長男来院	「高齢の父では、母の介助にあたるのは難しいのですし、階下に住む長女家族も終始目をやれませんが、それを補う在宅サービスを活用しようと思います。また、住宅改修できる部分はしていこうと思っています。将来的には私の家(D区)に連れてこようと考えております。今連れてこられないのは、私の家は家内の実家でもあるので、母は納得してくれたとしても父は頑なに嫌がるのです。来年の春を目処に準備に入りたいと思うのですが、どのように家族として行動しようかと考えているところです。」	次のカンファレンスにて、家族の目処としている来年春までにどの程度までADLの向上が見込めるのか、また、自宅に帰った際により自立した生活が可能になるためにはどのような住宅改修が必要となってくるものかも含めて話し合っていく。	「ご家族の思い、考えをカンファレンスの中で話し合って、段階的にプランを立てて行きましょう。」	今後院内外のコメディカルと連携を図りながら調整していく。
9月1日 院内 CM・PT・OT・NS・Drに申し送る。	上記報告 次に予定しているカンファレンスが10月15日に予定しているため、それまでに様子を観察しながらプランを立てていくという事となる。			
10月15日 カンファレンス	PT: 移動レベルは、入院当初の車椅子レベルからこの半年間で杖歩行レベルまでになりました。今は、階段昇降運動なども行っております。入浴に関しては、手すり等の補助と見守りがあれば可能かと考	今後、在宅介護支援センターのSWと連絡を取りながら在宅復帰プランを立てていく。住宅改修等ハード面の調整に関して、		

<p>えられます。今後のプランとして、現状の維持向上を考えています。</p> <p>NS：最近は、鬱傾向も無く、他患との交流も良好です。一時期より退院したいという訴えも少なくなり、笑顔もよく見られるようになってきました。</p> <p>Dr：自尿訓練の効果があり、今現在はバルーンカテーテルも外れ、排尿は自立しております。</p> <p>→来年春を目処に退院計画を立てていくこととなった。ただ、家族間で協力体制が整っていない部分はまだあるのが現状である為、MSWと院内ケアマネージャーとで家族間と調整を図っていくことで終了となった。</p>	<p>家族や在宅支援センターのSWと連絡を取りながら今後のADLの状態の変動を見て検討していく。</p> <p>家族間の調整については、長男とだけの話し合いではなく、夫、長女にも来院してもらい、総合的に話し合っていきたい。</p> <p>夫は高齢であるので来院が困難であれば意見を長男長女から確認してもらい話し合っていく場を作っていく。</p>	
--	--	--

#### IV 考察

在宅復帰にあたって困難になっているのが、同居の夫が高齢であるため介護が出来ないこと、階下に住んでいる長女家族も仕事があるため頻繁に介護は出来ないということだった。ADLは向上してきているのだが、入浴に関して見守りは必要な状態であり、浴槽も埋め込み式のものではなく手すりも無いため住宅改修の必要性があると考えられる。このようなハード面の整備のため、今後、在宅介護支援センターのケアマネージャーと連携を取り、在宅サービス導入と住宅改修について検討していく。

#### V 事例発表後の感想

当院において、本事例のように在宅復帰を援助するケースは稀であり、この後も引き続き家族間調整を行いながら目標とする来春の退院に向けて、他職種と連携をとりながら一つ一つ問題を抽出していき家族と共に解決策を検討していく方向性である。

今回事例を報告し、参加者よりこの事例について違った角度から様々な意見や感想を述べてもらう事により、MSWとしての経験が少ない私にとって多方面からケースを検討していくことの必要性を学ぶことが出来た。また、自分が介入したケースを事例としてまとめていくこと、それを多方面から検討していく事で、新しい発見や多角的に物事を見つめる訓練に繋がっていく事を実感した。

#### コメント (小嶋章吾)

2004年11月6・7日の日本社会事業大学社会事業研究所主催、社会福祉セミナー「ソーシャルワーク実践をつくる」のワークショップ・分野別実践事例検討会「医療福祉」において提供いただいた事例記録である。

事例提供者の所属機関である介護療養型医療施設においては希少事例と言えるだろう。本人の強い在宅復帰の希望と家族の理解をもとに、自宅退院への支援にとりくんだがさま

ざまな障害から在宅生活の諸条件を整えることができず、現時点では在宅復帰という支援目標に至らなかった事例である。そういう意味ではいったんは失敗事例となった言えるかもしれない。だが事例検討会を通じて、事例提供者自身にとって支援目標の支障となっていた諸要因が確認できたことにより、今後本人及び家族を含むチームケアを推進することによって座在宅復帰を引き続き支援目標とする構想も浮かび上がっている。実践理論にもとづく検討を行っていないので事例研究とは必ずしも言えないが、所属機関外における事例検討の成果を実践に生かすことができるという可能性を示す事例記録である。

## <事例4>

A. 事例提供者：学校ソーシャルワーカー

B. 所 属：中高等学校

C. 対 象 者：

性別 女性            年齢 15歳

D. 事例概要：

中学1年(13歳)時に漠然と教室に向かうことに息苦しさを感じ、不登校状態となる。集団行動をとることに違和感を抱き、集団行動を取れない自分を責め、生きることに疲労感を持っていた女子が、中学2年の3学期末になり、学校内の相談室という小さな集団に出会い、その中で、自分の良さに気付き、仲間とのふれあいに喜びを感じ、次のステップを自ら選択し、決定して巣立っていく。

E. 相談の形態：

- ・女子の個別援助
- ・相談室内での友人同士の支えあいを支援
- ・家族に対する支援
- ・学校内(担任・教科担当者・関連部署・養護教諭・図書館司書)の連携・調整
- ・地域諸機関(フリースペース・進路選択に伴い各通信制高校・サポート校等)の連絡・調整・仲介

F. 経過

彼女が相談室にやってきたのは、中学2年の終わりのことだった。1年の2学期から全く登校しなくなった彼女が、家族と担任と相談をしながら少しずつ保健室に登校するようになった。保健室に登校しはじめてまもなく、たまたま廊下で出会ったクラスメイトに「遊びに行こう!」と連れられて、何となく校内にある相談室にやってきたのが私(スクールソーシャルワーカー。以下SSWr.)と彼女との出会いである。日本人形のようなきれいな黒髪に、まだあどけない澄んだ瞳が印象的な少女だった。その日から紆余曲折しながらも、中学3年の1年間のほとんど毎日を相談室で過ごし、そして巣立っていった。

- ～「あなたのことを教えてほしい」そんな気持ちを伝えたくて

「私もここにいて、いいですか?」。自分の中では1つの決心をしたかのように、相談



室にやってきて2日目に彼女はSSWr.に問うた。当時、相談室には、教室にはむかえないが、相談室なら登校できるという生徒が5人ほど登校して来ていた。それぞれが自分のペースで学習をしたり・身体を動かしたり・学年の違う仲間と話をしたり・SSWr.に個別に相談を持ちかけたりして過ごしていた。その雰囲気は彼女の今にはしっくりきたようであった。「貴女がそうしたいのなら、しばらくそうしてみようか。ただ、保健室の養護の先生と少しずつ自分のことや家族のこと、今までの事など話をしているでしょ？それは続けたらどうかな。保健室にいたり、相談室にきたりしながら、何か見えてくるといいね。私も応援するよ。」

校内では、少しずつ関係ができてつあった養護教諭が中心になって彼女の伴走がとられ始めた。「自分の気持ちを話すのは養護教諭に。そして相談室では、同年代の仲間との交わりの場を・・・」というのが、当初彼女が欲したことであり、SSWr.もその手助けをと思っていた。ところが、相談室にほとんど一日中いるものの、うなだれ、机につぶしたり、寝息を立てるほどよく眠ったりすることがほとんどだった。心配をして声をかけると、「保健の先生のところで少し話したよ。これ以上、話すのは疲れる。だめかな。」という返事が続いた。言葉のやり取りでは、彼女はSSWr.にあまり自分を伝えてくれそうもなかった。SSWr.は彼女のことば以外のメッセージを読み取っていくことにした。養護教諭・担任と連絡を取り合いながら、彼女の様子をさりげなく見守る人でありたいと感じた。だが、心を開いていってくれない相手と共に時間を過ごすということは、SSWr.にとって苦痛でもあった。何も話さないけれど、毎日来室し続ける彼女に何を求められているのか、また、彼女にとって何が必要なのか、全くわからなかった。

そして、SSWr.が感じている以上に相談室のメンバーは彼女の行動にうんざりしていた。狭い部屋の中で、それぞれがお互いの様子を気遣いながら過ごしていたにもかかわらず、新入りの彼女は一気にその相談室の雰囲気を暗くしたり、重たくしたりする吸引力を持っていた。言葉にすることといえば、「生きていることがつらい。早く死にたい。私は呪われている。悪霊が私に取り付いている。人間はみんな嫌いだ、信じられない。家族もみんな自分を理解してくれないひどいやつらだ。自分がとにかく大嫌い！！」というような内容を大きな声で、人に言葉を一切挟ませず、とうとうと彼女のうちにある不信感の世界を語るというものであった。しだいに、みんなが彼女から離れ始めた。

そんな空気をキャッチし始めて、彼女自身が段々と保健室に短時間登校する以外は学校に来なくなっていった。相談室のメンバーの話をよく聴き、SSWr.の思いも重ねて、彼女に少しずつフィードバックはし続けたが、彼女は何かを要求したりせず、全面的に自分を理解してくれる・受け入れてくれる人以外は欲しようにSSWr.には感じられた。他のメンバーのことも考えながら一緒に過ごすよう提案するSSWr.は、彼女の理解者として彼女の目には写っていないようであった。

そんなある日、状況を見かねて、担任と養護教諭が、一度家族と連絡をとることにした。「家族と連絡をとることだけはやめて欲しい」と頑なに本人が養護教諭に訴えていた

ので、教員サイドは迷ったようではあった。一方、現状の打開策が見つけられず家族の話を聞きたいと考えた教員のその言葉は、彼女にとっては強引な宣戦布告のようなものであったようだ。帰りがけにすっかり落ち込んで、腑抜けの状態になった彼女の姿が相談室の前にあった。「わかってほしかったのに先生たちは分かってくれなかった・・・」と初めて彼女はSSWr.に自分を少しずつ語り始めた。

彼女が学校を休み始めたのは、小学校4年の頃からである。何の前触れもなくいじめがはじまり、集団の中にいると息苦しさを感じ、勉強をする意味も見出せず、学校や教員・友達に不信感を抱き、足が進まなくなったという。休み始めた当初は地域の相談所に行ったり、適応指導教室に通っていたりする時期もあったようだが、しばらくすると、「どこに行っても何も変わらない。いや変わらないどころか誰かに相談すると家庭の責任だと言われ、家の中が余計混乱し険悪になり、自分にとっていやな状況になる」と悟った彼女は、いつしかできる限り我慢しながら登校し、我慢できなくなれば家で過ごすという状況を繰り返していたという。「中学は、新しい人生の始まりだった。それなのに・・・でも高校は行きたい。行きたいけれどこのままだと不安だよ・・・。」と彼女は大粒の涙を落とした。

家族は、会社員の父親。専業主婦の母親。2歳年上の姉。同じ敷地内には父方の祖父母が住んでいる。「一緒にいてホッとできるのは、じいちゃんといるとき。じいちゃんだけが私を分かってくれる。」彼女曰く、父母共に口うるさく、姉びいきであり、その姉はとても優秀でわがままで、一緒になんていられないとの事であった。

この日を境に、再び彼女は相談室に足を運び始めるようになった。相談室のメンバーは、いろんな人間関係に疲れながらも、同じように疲れている相手には、必要な気遣いを惜しみなく与えてくれる人々であった。そのメンバーの中にあたたかいものを感じ取った彼女は、少しずつ周りが見られるようになり、そんな姿を周りのものも受け止め始めた。「人と一緒に過ごすことも悪いもんじゃないね・・・」と言葉にする彼女の姿がSSWr.の目にうつりはじめた。

子どもの周りには、「子どもにとって良かれ」と思って動く大人がいる。その存在は子どもにとっては、大切な存在だと思う。しかし、その動きが、子どもにとってはいいことだと感じられないこともまた多い。大人が子どもを大切に想う気持ちが、子どもに実感できるようになるために、また、子どもが心から欲していることは何なのか大人が知っていくためには、パートナーとして子どもの話をよく聴き、こちらもしっかりと想いを説明するコミュニケーションがあって初めて成り立つのだと彼女の全身がSSWr.に語った。

● ～弱さも強さも・子どもの持つトータルな力を知るよう努めて、

そこに子ども自らが気がつけるような関わりを

相談室での仲間との交流が落ち着いてくると、保健室への足は遠のき、相談室が彼女

の学校生活のメインの居場所となっていた。相変わらず、私への言葉による発信は少なかったが、彼女を見ていると、不安定なところも多々あるが、同時に健康的なところも多くあることがわかりはじめた。共にいる時間の中で、こちらが早合点してアプローチをしなくても、彼女が自分で自分の歩く速度や方向性を見極め、実行できる人物であることがみてとれ、私は彼女のその力を彼女自身が気付けるような関わりをとることを心がけた。

この頃になると、彼女は遅刻もせず相談室へ登校してきて、早退にもならない時間まで学校にいて下校するようになっていった。何度となく、担任からは「教室へいってみよう」というアプローチがあった。初めのうち、彼女は静かに無言で話を聞き、涙を落としていた。私は、担任がどういう思いで彼女の元に来ているのか話を聞き、彼女にそれを伝えながら、彼女の話も聞いた。また、他のメンバーがそれぞれの担任とどのようなかわり方をしているのか目にしながら、彼女は少しずつ、担任にも自分の意志を言葉で表現するようになった。何にも増して、同じように教室にいけないメンバーの存在は彼女にとって大きかったと思う。初めの頃は、メンバー同士でトラブルがあったり、いやなことを言われたり、されたりすれば、スッと部屋から姿を消す彼女がいた。それがだんだんと、自分の気持ちをはっきり伝えながら共に過ごす彼女の姿が増えてきていた。

#### ●～学校内における資源の活用

少しずつ、彼女のことが理解できるようになってきていたが、相談室にやってくると、前日やその日の朝の家族との関わりで傷つき・怒って、ただただうなだれている日が少なくなかった。声をかけても「話すとお計疲れから」という言葉が返ってきた。彼女に対する自分の無力感がなくなかったが、SSWr.にできることは、そんな彼女が本当に話したくなるような状況を作ったり、SSWr.以外で話ができる相手を増やしていく手伝いをしたりすることだと感じていた。相談室のメンバーと一緒に運動をしたり、絵を描いたり、話をしたり、と共同作業をする時間を定期的に作ったり、彼女がよく足を運ぶ図書室の司書教諭や以前面接をよくしていたカウンセリングにも造詣が深い養護教諭・そして担任にできるだけ相談室に足を運んでもらい、彼女と時間を過ごしえもらえるような働きかけをした。それぞれの教員も経験の中で彼女の状態やSSWr.の動きに対し色々な疑問を持っていたので、その都度、お互いの思いをわかちあいながらであったが、彼女を思う気持ちは一緒だったように思う。

子供たちにとって、相談室にいるということは、いい意味でも悪い意味でも色々な情報が耳に入る。特に学習に関しては、相談室登校の子どもにとって、自分と教室にいてる子どものギャップばかりが耳に目に入ってくる。焦る子どもたちがいる一方、時

間を割いて足を運んでくれる教科担当者は少ない。教員は本当に忙しい。それは共に働いて初めてSSWr.が実感したことである。状況はわかっている、彼女が望めば自習を手伝い、各教科担当者との間を調整し、最低限の学習のサポートを受けとれるよう、教科担当者や関連する部署に働きかけた。彼女の家庭は時代の影響を受け、経済的に芳しくない状況に陥っていた。塾や家庭教師で学習を補うことは難しかった。そこで、担任・相談室に関わりを持ってくれる教員・養護教諭などと共に、卒業生の力を借りることになった。一週間に2時間ほど卒業生の何人かに来てもらい、学習をサポートしてもらった。大学生である卒業生は年齢が近いために、学習だけでなく、身近なモデルとして彼女達にうつっていったようである。このような計画を立てていると話すと、「勉強も見てもらいたいけど色んなことも相談したい！ねえ、いいかなあ？」とうれしそうに彼女は答えた。

ところが、ふたを開けてみると卒業生と会うこともままならない、彼女の姿があった。「今日は勉強する気持ちになれない」「人に会いたくない」。初めは、みんなで一緒におしゃべりしたり、ゲームをしたり、テニスをする機会なども作ったが、なかなか彼女は新しい関係に慣れず、卒業生と共にいること自体に苦痛を感じているようだった。そのうち、その会には参加しないようになってきた。

#### ●～地域の資源と共に

相談室に通ってくる生徒たちも、それぞれの事情により相談室を巣立っていく。彼女が相談室で過ごしたうちの半年以上は同学年のメンバーと2人だけであった。そのため、成長期の彼女らの心と身体に、より刺激があればと考え、担任・家族と相談し、不登校の子どもたちが多く集う民間のフリースペースを利用することとなった。週に1度半年近くその場所を利用しながら、同世代の人たちとより広く交わりを持つようになった。彼女はより色んな人々のいろんな生き方を目の当たりにすることとなった。

けれども、これも家庭の経済的な事情により続けることが難しくなった。しかし、この居場所を利用できなくなる時には、家族の在りように揺さぶられすぎず、自分のペースを保っていく強さが彼女には感じ取られた。また、居場所を利用できなくても育ってきている友人関係がいくつかできていた。そして、没頭できる好きなことが彼女にはあった。自分の持っているものを総動員して没頭でき、かつ他者ともつながっていける自分自身の資源を持っていることをSSWr.自身確信できた。だからこそ、このときにはフリースペースの方にも家族の方にもSSWr.が特段働きかけることもなく、彼女が自分の思いを家族やフリースペースの人に静かに話すことを見守った。

#### ●～家族とのかかわり

彼女の心の健康を考えると、家族との関係の習慣的なこじれを修正していく手伝いをするということがSSWr.の役割の大きな比重を占めているように彼女と出会った当初か