

介護業務におけるソーシャルワーク機能の問題 (その2)

- 在宅介護の事例を通して -

大 月 和 彦*

Social Work Elements in Care Work (II) -A Case Study in Home Care-

Kazuhiko Otsuki

key words : 在宅介護 ホームヘルプサービス
介護福祉 ケアワーク
ソーシャルワーク

I 緒言

社会福祉学とは優れて実践的性格の強い学問領域である。とりわけ何らかの福祉的問題を抱えた利用者に対して、主として能力障害(disability)を抱える利用者に対しサービスを提供するケアワーク(care work)¹⁾と、利用者の社会的不利益(handicap)に着目したサービス提供を行うソーシャルワーク(social work)という二つの援助形態に大別される。また我が国においては、1987年に制定された「社会福祉士および介護福祉士法」により、ソーシャルワーク領域の福祉専門職の国家資格を社会福祉士とし、同様にケアワーク領域の福祉専門職については介護福祉士という二つの専門職が誕生している。

以上の様に、社会福祉の援助実践においては法的にもソーシャルワークとケアワークの類型化が行われているが、現実の援助場面においては、どこまでがソーシャルワークの対象であり、どこからがケアワークの対象であ

るか、とういことについては必ずしも明確にはなっていない。つまり理念上ソーシャルワークとケアワークという概念を用いながら、現実には専門職種としてのソーシャルワークとケアワークの明確な領域分けは不透明な状況である。²⁾これは、そもそも社会福祉が対象とする問題は一人の利用者において、例えば能力障害だけ抱えているとか、逆に社会的不利益だけ抱えているということはむしろ稀であり、ほとんどの場合、複合的に前記二つの障害を抱えているという状況も遠因となっていると思われる。そしてこのことが実際の援助の場面において、利用者のニーズの把握や実現に対して少なからぬ影響も与えることにもなっている。

筆者は上記の問題状況に鑑み、在宅介護の場面におけるソーシャルワークとケアワークの問題について論文³⁾を発表しているが、本稿はその続編である。前回は在宅介護の場面におけるソーシャルワーク問題を浮き彫りにし、かかる問題を本来の専門職種であるソー

* ライフデザイン学科専任講師

シャルワーカーではなく、ケアワークの専門職種の一つであるホームヘルパーが解決した事例検討を中心に、ホームヘルパーにおけるソーシャルワーク機能の可能性と問題点を提示した。

本稿では、引き続き在宅介護の場面における同様の問題を事例をもとに検討するとともに、前回提示した課題について、主として介護福祉領域の専門職種⁴⁾にソーシャルワーク機能が必要とされることを指摘する。さらに、ケアワーカーにソーシャルワーク機能が必要でありながら、現時点においてそれが成されていない問題についても言及する。

II 本稿におけるソーシャルワークの基本的立場

緒言においても述べた通り、「ソーシャルワークとは何か」という問いについては様々な考え方があり必ずしも明確な定義がなされた概念ではない^{5) 6)}。本稿ではソーシャルワークに関する基本的立場としては、筆者の拙稿⁷⁾で示した立場を採ることとしたい。

ここで簡単に整理しておく、ソーシャルワークを広義と狭義との二つの認識の立場を採り、介護技術等の身体的介助(ケアワーク)を含め広く社会福祉の援助形態を広義のソーシャルワークとして捉える。それに対し狭義のソーシャルワークとは、利用者のニーズ実現のために種々の社会資源や他の専門職種との連携をコーディネートしていく援助形態を指すこととする。尚、ソーシャルワーク = social workの日本語訳は一般的に「社会事業」乃至は「社会福祉」と訳されるが、「社会事業」も「社会福祉」も制度的概念としての性格が強く、社会福祉の援助技術の一方方法論としての「ソーシャルワーク」と混同する恐れがある。本稿ではあくまで、制度としての社会福祉の援助技術としてソーシャルワ

クという用語を使用する。

III 在宅介護場面におけるソーシャルワーク的問題

ここでは在宅介護支援センターとホームヘルパーによる在宅サービスの二つの事例⁸⁾を取り上げ、それぞれの援助場面におけるソーシャルワーク的問題を検討する。

1. 在宅介護支援センターの事例

在宅介護支援センターとは、ソーシャルワーカーとホームヘルパーが所属し、在宅生活を送っている要介護者に対しホームヘルプサービスを中心とした在宅福祉サービスを提供するための機関である。

在宅介護支援センターでの援助形態の概要は、まず利用者よりホームヘルパーの派遣要請があった場合、ソーシャルワーカーが直接利用者の自宅に訪問して利用者のニーズを把握し、それをもとにケア計画を策定することになる。ケア計画の内容は、利用者のニーズ実現のために必要な社会資源のコーディネートがなされており、その一つとしてホームヘルパーの派遣サービスがあり、ホームヘルパーは基本的にこのケア計画の内容に依拠した家事援助及び身体介護のサービスを提供する。

ところで、ソーシャルワーカーが策定したケア計画はサービス開始時に策定された内容のまま在宅サービスが継続される訳ではない。当然のことながら、利用者自身のみならず利用者を巻き込む生活環境は時々刻々として変化していくのであり、それに対応して常にケア計画の見直しが行われていく。しかしながら、ケア計画を見直す際、利用者の状況の変化を把握するためにソーシャルワーカー自らが利用者宅を訪問するとは限らない。これは、一つの機関に所属するソーシャルワーカーの

人数(通常1~2人)に対し利用世帯の数が圧倒的に多いことによるためである。このため実際サービス提供が始まってしまうと、個々の利用者に対してソーシャルワーカーが直接関わるのが物理的に不可能になってしまう現状がある。そこでソーシャルワーカーは利用者の状況を、主として利用者から日常的に接する機会のあるホームヘルパーからの情報により、利用者の状況の変化を把握しケア計画を見直していくことになる。

ここで看過してはならないのは、ソーシャルワーカーがケア計画を見直す際に利用者の状況を直接認識するのでは無いということである。それに対し一方のホームヘルパーは利用者の状況を直接認識できる立場にある。つまり一人の利用者を認識する際に二人の専門職の間で異なったスタンスで利用者を認識していることになる。このことがケア計画を見直す際と利用者本人に対し少なからぬ影響を与えることになる。例えば、新しいケア計画がソーシャルワーカー主導で策定された場合、当然ソーシャルワーカーはその内容について妥当なものとして考えるだろうが、ホームヘルパーは新しく策定されたケア計画に対し必ずしも同意しない場合がある。これは対象(利用者)を認識する両者の立場の相違によるものである。ソーシャルワーカーは利用者を直接ではなく、ホームヘルパーからの報告書という形で認識しなくてはならない。報告書というフィルターを通して利用者を知るため、どうしても日常的なサービス提供を通して直接に利用者を知るホームヘルパーとの間には対象認識における差異が生ずることになる。このことは、一人の利用者に対し協同して援助活動を展開しなければならない二つの専門職間において適切な連携が行われないということだけではなく、もしソーシャルワーカーの対象認識に不備があり、誤った対象認識のもとに策定されたケア計画がそ

のまま実施されると、その影響を一番大きく受けるのは利用者本人ということになる。

以上のように、ソーシャルワーカーとホームヘルパー(ケアワーカー)という異なった専門職種間において利用者の認識に差異が生じ、そのことが実際のサービス提供において様々な問題を生じているという現状がある。

2. ホームヘルプサービスにおける事例

ここでは、医療依存度の高い利用者に対して実施されたホームヘルプサービスの事例を取り上げる。

利用者は女性(77歳)で独居。心臓にペースメーカーの埋め込み手術を受けている。また、その他に高尿酸血症、変形性精髄症、鬱血性心不全、高血圧症等の疾病を重複して患っている。

家族関係では、近隣に養子夫婦が居住しており、養子の妻が週末に弁当を届けに来るが従来からの家族関係の影響で介護意識は低下している。

ホームヘルパーの派遣申請は、以前から診療を受けていた病院の医療ケースワーカーにより行われ、週5回のヘルパー派遣が開始される。その他、週2回の訪問看護、週1回の保健婦派遣、民生委員の随時訪問、週1回の通院という援助体制がとられる。

利用者は在宅生活の継続に強い拘りを持っており、ADL(日常生活動作)の低下や健康状態から、医師からは入院治療ないし施設入所を進められるが受け入れようとしない。しかしながら、医師からは医療依存度の高さや健康状態の不安定などから、このまま在宅生活を継続することは生命維持の保証が難しいという判断が下される。

ホームヘルパーは当初より、「利用者の意志を尊重するサービスを提供する」という目

標のもとにホームヘルプサービスを展開しており、在宅生活の継続の可能性を探るために医師、医療ケースワーカー、訪問看護婦、保健婦そしてホームヘルパーの5者の専門職によるカンファレンスを設定する。カンファレンスでは、ホームヘルパーが福祉サイドとして可能な援助内容を医療サイドに説明し、医師の理解のもとに各専門職種間の役割を明確にする。また家族に対しては、介護意識を高めるために養子の妻にカンファレンスに出席してもらい、在宅生活継続による医療リスクを説明するとともに援助方針・内容を理解してもらう。以上のように在宅生活を可能にするための援助体制が確立され、在宅介護、治療が可能となる。

上記の事例においてホームヘルパーが先ず着目したのは、利用者の意志は何かということである。そして利用者の意志が阻害されている要因は何かということの分析である。

まず、利用者の意志とは「在宅生活を継続したい」ということである。ホームヘルパーはそれを受けて、利用者の意志を尊重しニーズを実現するというに援助目標を設定する。しかしながら利用者の状態は医療依存度が高く、医師の判断としては在宅での介護や治療は難しいというものであった。このように医療依存度の高い利用者の在宅生活を可能にするために、ホームヘルパーは定期的に医師、医療ケースワーカー、訪問看護婦、保健婦の5者でカンファレンスを実施し、福祉サイドでの可能な援助内容を医師（医療サイド）に説明し理解を求めていく。

次に利用者の意志が阻害されいている要因の分析については、まず一人の利用者に対する援助を展開するうえで医療サイドとの認識の相違があるということである。また、そのことから派生する各専門領域のチーム形成が不完全であること、そして家族の介護意識の

低下があげられる。これらの要因に対して、ホームヘルパーはカンファレンスを通して、医療サイドとの認識の相違を解決していく。各専門領域におけるチーム形成の不備についても、カンファレンスで共通の目標（在宅介護、治療の継続）を確認することでそれぞれの役割を明確にしていく。さらに家族にカンファレンスに参加してもらうことにより、援助内容や状況を客観的に知ってもらうことで介護の負担感を軽減し、介護意識を高めていく。

以上の活動を通して、利用者の意志を尊重しニーズを実現していく援助活動が展開されていく。

3. 事例におけるソーシャルワーク的視点と問題

上記の在宅介護支援センター及びホームヘルプサービスの事例について、それぞれソーシャルワークの視点から検討を試みる。

まず在宅介護支援センターの事例だが、ここではソーシャルワーカーとホームヘルパー（ケアワーカー）において、利用者の認識の差異とそれによる利用者への影響を指摘した。在宅福祉の利用者が抱える問題は、日常生活の様々な状況に複合的に結びついている場合がほとんどである。そしてソーシャルワーカーは利用者の日常生活に視点を置き、利用者の日常生活を支援していく援助を展開していくのが基本的な業務であるが、本事例の場合、ソーシャルワーカーは利用者に直接接する機会を失うことにより、利用者の生活状況全般を十分に把握できていない状況がある。むしろソーシャルワーカーは、ケア計画を策定するうえで利用者の生活状況全般に視点を置くというよりは、利用者のADLを中心とした身体状況の把握に傾く傾向が認められる。特に公的介護保険が導入されてからは、身体的

介護のサービス内容が点数化されたために、その傾向が強くなっている。しかしながら、身体的な能力障害に対して補完的なサービスが提供されても、そのことだけで利用者の満足度が高まるというものではない。それに対し、ホームヘルパーはその業務の中心を家事援助と身体介護としながらも、利用者と日常的に接することにより、利用者の身体状況のみならず生活全般の状況を把握するのに有利な立場にいる。つまりホームヘルパーは利用者のADLに関するニーズだけでなく、生活を支援していくうえでのその他のニーズや利用者の思いを把握できるために、それらが反映されていないケア計画の内容について疑問を抱くことになる。ここで特に重要なのは、在宅介護支援センターのサービス利用者が有するソーシャルワーク的問題が、ソーシャルワーカーによって援助されることなく手付かずの状態になっているという点である。

二つめのホームヘルプサービスの事例については、ホームヘルパーが利用者の意志を阻害している要因について分析していることに注目し、そのなかで医療という専門的な立場からの医師の判断という点について考えてみたい。事例では、医師は在宅での介護や治療の継続は不可能であり、治療効果を考える限り入院する必要があるとの判断を下している。医師の立場から認識される患者(利用者)のニーズとは入院治療が必要である、ということだと考えられる。この専門的立場から認識されるニーズ把握は少なくとも誤りではない。しかしながらここで看過してはならないのは、医師という専門的立場から認識される利用者のニーズと、利用者本人の意志(ニーズ)との間に大きな隔たりが存在することである。このことは医療に限らず、社会福祉の様々な援助場面においても容易に想定される問題であろう。この事例でホームヘルパーは、利用者本人の意志を尊重するという援助方針を前

提に、カンファレンスにおいて医師に医療リスクを検討してもらいつつ、福祉サイドで提供可能な援助内容と照らし合わせ、在宅生活の可能性を検討していく。

このように医療等関連職種の専門性を検討し、各々の専門性を有機的に結びつけて援助を展開していくという方法は、換言すれば関連専門職種間のマネージメントをソーシャルワーカーではなく、ケアワークが専門であるホームヘルパーが行ったということであり注目される点である。そしてこのことは、利用者の意志を阻害する要因の一つでもあった、専門職種間のチーム形成の不備という問題の解決にもつながっている。

続いて家族の介護意識の低下という問題について考えたい。在宅介護の場面において家族の介護意識の低下という問題は比較的多く聞かれる問題である。在宅介護の効果を上げるためには、専門職のサービス提供のみならず、家族の協力が重要な意味を持つ。しかしながら介護が長期化したり、家族内に問題があると次第に家族の介護意識が低下していくことはある意味やむを得ないことである。本事例では、介護意識の低下した家族に対し、利用者本人の意志を理解してもらうために専門職で実施されるカンファレンスに出席してもらうという方法を用いている。家族を一つの援助体制に組み込んでいくこの方法をホームヘルパーが行っていることもまた注目すべき点である。援助活動を在宅という場面に限定せず、専門職種間のチーム形成に家族も組み込んでいく援助活動は、従来の介護(ケアワーク)という領域を超えた援助活動といえる。

以上、ホームヘルパーが展開した援助活動のなかで、各専門職種間の役割を明確化するなどのカンファレンスコーディネーターの役割や、家族内の問題をカンファレンスへの家族の参加という形で解決していった援助活動の

内容は、ソーシャルワークにおける援助方法、援助内容に限りなく近いものがあると言える。

IV 介護福祉専門職種における ソーシャルワーク機能の必要性

これまで介護福祉専門職種の一つであるホームヘルパーの事例を中心に、在宅介護場面における問題をソーシャルワーク的視点で検討してきた。それを踏まえ、ここではホームヘルパーにおけるソーシャルワーク機能の必要性について考えたい。

まず在宅介護支援センターでの問題について検討する。前記事例を検討した際にも触れた様に、在宅介護支援センターの問題としては利用者におけるソーシャルワーク的問題(ニーズ)がありながら、ソーシャルワーカーがその問題を的確に把握できない現状がある。そのことがケア計画の策定に影響し、実際の援助活動を展開した際、利用者のニーズに充分応えられない可能性が生ずる恐れがある。それに対しホームヘルパーは、利用者により日常的に接することから利用者の生活状況を踏まえた細かなニーズを把握するのに有利な立場にいる。このことから考えられるのは、ホームヘルパーは家事援助や身体介護のみにその業務を限定するのではなく、ケア計画の策定に深く関わる必要性があるのではないか、ということである。ごく自然に考えれば、利用者のニーズを的確に把握している立場の人間がケア計画を策定することは合理的であり、また効率的であろう。在宅介護の事情に深く通じたホームヘルパーはケアワーカーとしてだけではなく、社会資源をマネジメントすることにより在宅介護の効果が高まるためのソーシャルワーク機能を有する必要性があると思われる。

二つめのホームヘルパーの事例については、介護福祉専門職のホームヘルパーが何故あのようなソーシャルワーク的援助を展開できた

のか考えてみたい。在宅介護支援センターでの問題に共通することだが、ホームヘルパーは在宅介護に関わる様々な専門職種のなかで、最も利用者とは接する機会が多い専門職である。訪問看護婦や保健婦の活動は利用者の医療的ニーズに限定したサービス提供に絞られがちであるが、ホームヘルパーは介護を通して日常の生活状況を的確に把握できる立場にいる。そのことにより、例えば利用者の医療的ニーズからすれば入院治療ないし施設入所が適当であるとの医師の判断に対しても、利用者の身体的状況と生活状況を全体的に認識できるホームヘルパーの立場により在宅生活の可能性を見出せたといえる。このことは、利用者の部分的なニーズに対し分割した専門的サービスの提供が行われるのと違い、利用者を生計の視点から全体的(holistic)に捉えそのニーズを把握しているからに他ならない。

社会福祉は一般的に利用者を日常生活における主体者⁹⁾として捉え(生活モデル)援助を展開するといわれるが、そのなかでも特にソーシャルワークの援助の視点として重要視されることである。しかしながら、本事例ではソーシャルワーカーは登場せず、代わりにケアワーカーであるホームヘルパーがそれを代行する結果となっている。我が国においては、ソーシャルワーカーの職業的位置づけが曖昧であったり、その存在そのものが不透明であるという現状を本事例は表しているとも言えるが、それは置くとしても、少なくとも在宅介護という場面において援助効果を有効なものとするためにも、利用者の生活状況を把握できる立場にいるホームヘルパーにソーシャルワーク機能を有することの必要性があるだろう。

V 結びにかえて

以上、介護福祉専門職であるホームヘルパーにソーシャルワーク機能が必要であることを述べてきたが、最後にホームヘルパーがソーシャルワーク機能を有することに関する問題点について簡単に触れておきたい。

現在、福祉専門職を養成するカリキュラムにおいて、ソーシャルワークとケアワークは明確に分けられている。特に介護福祉士養成の教育についてはソーシャルワークを知識として学習する機会はあるが、専門的な援助技術を学ぶ機会は少ないと言わざるを得ない。やはり介護に関する知識や、介護技術の習得にウェイトが置かれているのが現状である。また、ホームヘルパーの養成については、3級から1級までの養成カリキュラムのテキスト¹⁰⁾があり各養成機関ではそれを用いて養成が行われている。しかしながら、そのなかでホームヘルパーがソーシャルワークの専門的援助技術を習得する内容にはなっていない。

こうした現状を考えると、在宅介護の場面におけるソーシャルワークの問題を、ホームヘルパーが利用者の状況を把握しやすい立場ににいるということだけで、直ちにホームヘルパーにソーシャルワークの実践を期待することは危険性も孕んでいると言える。本稿で紹介した事例では、ホームヘルパーが的確にソーシャルワーク機能を発揮しているが、介護職の養成の現状を考えると、本事例では偶然ホームヘルパーの能力が高かったという指摘がなされるだろう。もし事例に登場するホームヘルパーが別の人間であったら、今回のような援助活動が展開できたかどうかという疑問を禁じ得ない。また、ソーシャルワークに関する教育を受けていなければ、目の前にソーシャルワーク的問題が横たわっていても、それに気づくことすらできないということも考えられる。

しかしながら、そうした課題はあるとしても在宅介護の場面にソーシャルワーク的問題が存在し、ホームヘルパーがそれを認識するのに有利な立場にある以上、今後いっそうホームヘルパーにソーシャルワーク機能の必要性が求められていくことと考える。

註

- 1) ケアワークに相当するものとして我が国では介護福祉という用語がある。特に介護福祉の領域では介護福祉士という国家資格があるが、この資格は名称独占ではあるが業務独占の資格ではない。そうした現状も踏まえ介護福祉士以外の介護系職種も介護福祉という領域の職種として位置づけたい。特に本論文との関わりではホームヘルパーを介護福祉領域の一専門職種として捉える。なお、本論文ではケアワークと介護福祉(または単に介護)という用語を同義語として適宜使い分ける。
- 2) 佐藤豊道(1989): ソーシャルワークとケアワーク, ソーシャルワーク研究Vol 15 No 2. 所収 pp95-113. 本論文では、ソーシャルワークとケアワークの概念上の問題を、文献等における使用状況を整理、検討し概念上の問題に一応の決着をつけている。
- 3) 大月和彦(1998): 介護業務におけるソーシャルワーク機能の問題, 東海大学健康科学部紀要第3号. 所収. pp59-64
- 4) 介護福祉領域の職種は多岐に渡るが、本論文ではその中でもホームヘルプサービスに限定して論述する。
- 5) 佐藤豊道(1989): 前掲書. pp95-113
- 6) 高橋重宏 他(1989): ソーシャルワークを考える, 川島書店. pp93-96
- 7) 大月和彦(1998): 前掲書
- 8) 事例については、日本ホームヘルパー協

会副会長の山本栄子氏に提供いただくとともに、事例の内容についても多くの御教示をいただいた。この場をかりて感謝の意を表したい。

- 9) 岡村重夫(1983):社会福祉原論、全国社会福祉協議会. pp89-91
- 10) ホームヘルパー養成に関するテキストとしては(財)長寿社会開発センターより『ホームヘルパー養成研修テキスト1級～3級』が出版されている。