

一般病院における
医療ソーシャルワークの一考察
—アルコール依存症患者を事例とした
「介入」と「社会的支援」に関する私論—

山路克文

新潟青陵大学福祉心理学科

A Study of General Hospital Medical Social Work:
A Method of Intervention and Social Support for Alcoholics

Katsuhumi YAMAJI

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

Abstract

Alcoholics are burdened with complicated hidden problems. When alcoholics undergo medical examination in general hospitals these complicated problems make treatment difficult. In order to improve the results of treatment, medical social workers are expected to solve these complicated problems.

This report proposes, from a personal viewpoint, a method of intervention and social support for alcoholics based on the author's experiences as a medical social worker.

Key Words

Medical Social Work, Alcoholic, Intervention, Social Support, General Hospital

和文要旨

アルコール依存症患者は、多くの場合患者のみならず、家族も巻き込んで複雑な問題状況を形成している。アルコール依存症患者が一般病院に受診しても、背景に複雑な問題状況があるために治療の効果を期待することが難しい現状にある。

医療ソーシャルワーカーの役割は、この複雑な問題の解決の糸口を見つけ出し、少しでも良い環境で治療が受けられるよう患者や家族を支援していくところにその社会的機能があると考えられる。しかしながら、病態の緊急性やその患者の背景にある問題が複雑なために、医療ソーシャルワーカーの支援は難しいのが現状である。

本論は、筆者が一般病院において医療ソーシャルワーカーとしてアルコール依存症患者に数多く関わってきた経験をもとに、アルコール依存症患者に対する「介入」と患者・家族に対する「社会的支援」について、医療ソーシャルワークの方法を「私論」として提起したものである。

キーワード

医療ソーシャルワーク、アルコール依存症、介入、社会的支援、一般病院

はじめに

本論文は、筆者が以前に医療ソーシャルワーカー（以下、MSWと略す）として勤務していた、いわゆる急性期病院（一般救急病院）で対応した事例をもとにして、急性期病院におけるMSW業務を私論として構成したものである。本論は、現在急激な変化を起しているわが国の医療供給体制の現状において、予測される制度改革の方向をにらみながら、この変貌に対応できるMSW業務を構築することにその意図がある。

本論では、事例としてアルコール依存症という特殊な設定を行っているが、一般救急病院にあっては、救急外来にどんな患者が飛び込んで来るかわからないという意味においては、個別症例ではあってもMSWの初期段階での関わりは一般的であるという認識に立っている。

そこで、本論では、MSWの早期の関わりが、適切な時期に適切な対応（医療）が実施されることによって、大きな成果（治療の効果と患者の自己実現）を期待することができるという仮説のもとで、ワーカーの関わりをそのような「危機的状況」に対し、いかに「介入」するかという点を主題として考察を試みている。

一般病院、特に急性期医療を標榜する医療機関やいわゆる救急病院にあっては、救急状態で搬送された患者が、すでに「アルコール依存症」^(注1)で、アルコール飲酒を続けているうちに一般状態が悪化し、救急搬送で受診（この場合は救急外来）になるケースが、救急病院ではめずらしくないと思われる。このようなケースの場合は、アルコール飲酒により酩酊状態であったり、飲酒後体調の不調を訴え、飲酒を止めて数時間経っている場合や、精神的に錯乱状態であったり、酒以外に薬物中毒症状での搬送されるという場合もある。総じて状態は緊急的対応を要し、当該病院では対応が不可能という場合もある。さらに家族の意志を確認したり、他の専門機関を照会するような作業は、その場で治療に専念している医師や看護婦では時間的余裕がなく不可能な状態である。

多くの大規模な病院（一般、救急病院）には、最近ではほとんどMSWが配置されている。実情としては、多くの場合このような事態にその場に呼び出されるか、とりあえず病状が落ち着いたころに関わりを求められる場合が一般的である。

本論は、上記のような仮説をもとに、このような緊急性を要する患者・家族等に対するソーシャルワーク的関わりをいわゆる「危機介入」という概念を手がかりにしながら、急性期病院におけるMSWの業務の方法を模索してみたいと考えている。

1. 一般・急性期病院の現状と「危機介入」の必要性について

現在の一般病院や急性期医療機関にあっては、総じて経営上平均在院日数の短縮と病床の稼働率を向上させることによって、経営の安定を図るよう政策誘導が行われている。この背景には、論じるまでもないことであるが、今後わが国が超高齢化社会に突入することを前提に、国民医療費の抑制政策と、同時に競争原理により保健・医療・福祉分野の市場開放を目的とした政策の転換を背景としている。^(注2)

この大きな政策転換は、平成2年に第2次医療法の改正が行われ、このときのスローガンは「機能分担と連携」であり、新しい施設概念として、「特定機能病院」と「療養型病床群」が始めて提起された。この医療法の改正から10年を経過した今日、特定機能病院は、さらに地域医療支援型病院や臨床研修指定病院などと地域の中核病院としての位置づけが一層鮮明になり、後者（療養型病床群）の一部は医療保険から切り離され、新しい介護保険の施設に組み込まれた。

一般・急性期病院で発生する上記のような複雑な問題であっても、この制度改革の流れからは自由ではあり得ず、問題が複雑であるからあるいは問題が深刻だからという理由で例外的に扱うことは許されない。MSWの業務がときに「退院促進職（係）」と酷評された背景には、このような制度的制約を前提とし、在院日数の長くなっていくいわゆる「社会的入院」患者の退院を促進するためにMS

Wに期待がかかったという経営上の制約があった。これは現在も続いているとあってよい。

しかしながら、一般・急性期病院に持ち込まれる様々の問題を背景にもつ患者は、ほとんどの場合、MSWの早期の関わりを必要とし、また、患者一人の治療に関わる問題を解決しようにも家族全体が病んでいる場合が多く（家族病理）、当てにしていた家族も問題を抱えており、クライアントが複数に存在するいわゆる「多問題家族」という例が徐々に深刻さを増してきているように思われる。

そこで、MSWが意図的に患者・家族のプライベートに介入し、混沌とした問題状況を整理して、問題の中心的な課題を見つけ出す作業がどうしても必要となってくる。そして課題を解決するためには、どうしても患者・家族の主体的な関わりが必要であることを認識させるために、かなりアグレッシブなワーカーの関わりが必要とされる場合が多い。

これを筆者は、便宜的に「危機介入」と呼んでいるが、ここで使用する「危機介入」について、若干以下整理しておきたい。

まず、本論では「危機介入」を以下のようにとらえておきたい。^(註3)

「危機は、日常生活において誰にでも起こりうるもので、危機の克服あるいは失敗がその人の成長あるいは崩壊につながるという考えに立ち、人が危機に陥ればできるだけ早くその状態に介入して元の状態に戻るよう援助することを意図して進められる。」

そして、本論では、もっとも重要となる介入のタイミング（時期や条件）については、下記のような考え方を参考としたい。

「危機介入の適用条件は、危機を促進した危険なできごとが存在すること、大きな不安や苦痛が存在し、変化しようとする動機づけが高いこと、そして近い過去に問題解決に挫折した証拠があることである。」

「人が危機に陥るか否かは、事件にたいして歪んだ知覚をしていること、危機状況を支えてくれる人や資源がない（社会的支援がない）こと、危機に対処する適切な対処機制がないこと、が要因となる。」

以上のような見解を参考にしながら、次に急性期医療機関、または一般病院における「危機

介入」の方法に関する私論を展開してみた。

2. アルコール依存症患者に対するMSWの情報収集のポイント

1) アルコール依存症患者の外来受診の傾向と特徴

アルコール依存症患者が、救急病院に駆け込んでくる場合、いくつかの特徴がある。まず第1に、一般スクリーニング検査のデータのうち、肝機能等内科的なデータが極めて悪く、医学的判断で則入院が必要と診断されるような状態。第2に救急搬送時、あるいは外来受診時に家族・近親者の付き添いが少ない例が多い。第3にアルコール離脱期にいわゆる「禁断症状」（この場合の想定は、暴言、暴行で手の着けられないような状態）が表れる確立が高い。第4に大量飲酒の酒歴が長期間で、全身の衰弱傾向があり、強制的に禁酒状態にもっていく場合にショック死を起こす可能性が大きいなどの傾向がある。

いずれにしても、患者本人は酩酊状態であっても、身体的には急性状態で何らかの医学的対処を早急に開始する必要があるような状態である。^(註4)

2) 医療相談（MSW）への依頼と事前の情報収集のポイント

MSWが、このような患者に対し、要請があれば現場に急行しすばやく状況を把握することは必要であるが、直ちに患者および家族・近親者に接近することは危険である。つまり、病状が急変する可能性など何が起こるかわからないことを考慮すると、すぐに関わりを持つことには慎重でありたい。そこで、ここではすばやく状況を把握するための情報収集のポイントを紹介してみることにする。

① 医師の指示を確認する

医療機関における診療行為は、すべて「医師の指示」を前提とし、MSWといえども医師の指示を無視して成り立つ業務ではない。したがってMSWは、このような事例であっても、緊急だから例外だからという理由で医

師の指示を無視して行動を開始してはならない。^(注5)

そこで、まず現場に立ち会った医師が、診察の結果どのような診断を下し、当面どのような治療方針を立てているか。そしてその治療方針に基づいて、MSWに何を期待しているのか、この3点を十分に確認する必要がある。

このような緊急の現場で果たすMSWの役割は、患者が十分な医療を受けられる環境、別な表現をすれば、患者の背景など、医師が救急の現場では収集の不可能な情報を収集し、医師が患者に対して十分な治療を行えるような環境を整える役割を担っているものと考えられる。そのためにはまず、医師の診断と指示を確認して行動を開始する必要がある。

② カルテの確認（健康保険証の有無を中心に）

どこの医療機関においても多少のオリジナルなものであっても、カルテの表紙ないしは見開きは、患者のフェースシートになっているものと思われる。

そこで、まず第1に確認したいことは、健康保険証に関する情報である。まず、保険証の有無である。この場合は、健康保険証の交付を受けているか否かを確認して、まず交付を受けている場合、その種類、有効期間、現住所などが正確に記入されているかを点検する。特に有効期間については、保険料の滞納等で資格を喪失している場合があるので注意を要する。また、現住所については住民票の届出住所であって、すでにそこに居住実績がなく、別のところに住まいがある場合もあるのでこれも注意を要する。

第2は、生活保護受給者等公費負担医療の対象者である場合（これもカルテでわかる）には、公費負担医療の種類、行政窓口、および担当者の氏名の確認を行い、とくに生活保護受給世帯の場合は、本人に了解をとって適当な時期に担当者に、患者が受診されていることの第一報を入れておくとよい。

第3は、健康保険証が持参されていない場合である。このケースの場合は以下の3つのパターンを念頭において情報の収集を行うと

よい。

ア、健康保険証は持参されていないが、自宅にはある。この場合は患者の病状により、緊急に転医・転院を必要とする場合があるので、本人等に了解を得て、保険者に保険証の確認を行うとよい。（次の医療機関に健康保険証の件で迷惑をかけずに済む）

イ、患者が、路上等に倒れており119番通報で救急車により救急搬送された事例については、救急隊の協力を得て、保護された場所を管轄する行政機関の福祉事務所に「行旅病人」の届けを行ってもらい、その後医療機関側からも当該行政機関の福祉事務所に「行旅病人」の申請を行っておくとよい。外来の場合はそのときの医療費のみ全額公費負担、入院の場合は、退院まで全額公費負担となる。^(注6)

ウ、自力で外来に受診に来られた患者の場合は、本人、家族によく説明をして健康保険証（国民健康保険証に限る）を作る意志が確認できれば、その日に代理のものを当該行政機関に出向かせ、健康保険証の交付を受ける手続きをするように勧めるとよい。（救急医療の医療費は当日が一番高額、もし、緊急手術になればそのときに莫大な費用がかかるので、なるべく早く手続きを済ましてしまうことが先決である。その際、交付年月日を必ず確認することが必要である。）

いずれにしても、わが国は保険診療を原則とする医療供給体制である。保険診療ではなく、自由診療となると莫大な医療費がかかる。（もっとも本人の選択による自由診療は論外である。）今回取り上げているアルコール依存症のように、病状の慢性化により長期の治療を必要し、また家族・親族近親者の協力なくして治療の効果のあがらないような疾患にあっては、そのもっとも大きなリスクとなる医療費の負担を解決することは、治療の成功の条件のひとつとなる。

健康保険証の確認から始まる医療費負担の軽減を目的としたMSWの援助は、MSWの第一の大きな業務と言える。

③ 家族・親族近親者の有無

アルコール依存症は、いわゆる精神科領域の疾患ではないという見解もある。しかし、アルコール依存症の治療は、「断酒」というきわめて単純な行為の継続がすべてをよい方向に向わせる。しかし、「断酒」という単純な行為であるがそれを「継続」ということになることになると困難を極める。ここにアルコール依存症の治療の難しさがある。

アルコール依存症は、本人の自覚や断酒しなければいけないという意志もさることながら、ほとんどの場合、家族・親族近親者の無理解と偏見から重症化していく傾向にある。家族は、患者のアルコール飲酒の状態が日常化（慣れっこ）し、アルコール飲酒がすでに病的な飲酒状態になっているにもかかわらず、いつもの繰り返しと思ひ、家族もうとうしくなり、徐々に患者から疎遠になっていく。あるとき、いつもと違うからだの偏重を訴え、血を吐いたり、意識不明になったり、幻覚妄想状態になり人格崩壊を起こしている状態をみて、やっと家族は事の重大性に気づく。そして、あわてて119番通報し、近くの救急病院に駆け込んでくる。これがひとつのパターンである。

この段階では、一般の救急病院ではできることは限られている。とりあえず生命の危機的段階を脱するための応急処置を行うが、一般の救急病院にアルコール依存症の根治治療を期待することは無理である。そこで、救急外来の担当医師は、家族を診察室に呼んで、次のように病状の説明をするのが一般的であると思われる。

医師：「酒を減らすか、止めないとえらいことになりますよ。このデータをみてください。…」

家族：「そんなに悪いんですか。うんざりするほど酒を止めるように言ってますがね。家に連れて帰ってもまた飲むから入院させてくれませんか、先生」

医師：「……（医師しばらく無言）、患者さんはいま入院するほどの状態ではないです。とりあえず点滴しておきますから、落ち着いたら連れて帰っ

てくださいね」

こんなやりとりに、筆者は何度となく立ち会った経験がある。

一般病院が、アルコール依存症とわかっていて入院に踏み切るケースは、内科的に相当の重症の場合で、入院させて強制的に「断酒」しないと生命に係わると判断される場合に限られる。

いずれにしても、長いアルコールの飲酒歴から、本人の意志能力も落ち、あるいは一時的に幻覚・妄想状態になったりするような状態であれば、本人の自助努力に期待することは難しくなっている。このような状態からアルコール依存症の治療を始める場合は、家族・親族近親者の協力なくして治療が成り立たない。

アルコール依存症の治療は、先に「断酒」から始まると書いた。しかし、本人の自由意志で断酒ができるような状態であれば、あえて病的と表現する必要はない。ここでは自分の意志ではどうにもならないような状態の患者の場合は、強制的断酒を行わなければならない。アルコール依存症は精神科の範疇ではないと書いたが、現実的にはその強制的手段として、精神科病院にアルコール依存症患者を入院させ、一定期間治療を行っているのが現状である。このような意味合いからも家族・親族近親者の治療への正しい理解と協力が絶対的条件となり、家族・親族近親者の有無の確認は、治療に対する意志決定の問題（患者の権利擁護）が含まれており、MSWの業務では重要な位置づけとなる。

④ 現在の患者の状態（アルコール飲酒の状況）

MSWが、患者・家族に関わりを持つ前に医師や看護婦、さらに担当している事務職員、そして付き添ってきている近親者に、アルコール飲酒の現状をヒヤリングすることは、極めて重要である。まず、患者のアルコール飲酒の特徴を探るとき、以下の点をヒヤリングしていくとよい。

(ア) アルコールの種類：ビール、日本酒、ウイスキー、ワインなどで、決まったものを飲む習慣があるのか、あれば何でも手当たり次第に飲んでしまう。

(イ) アルコール飲酒歴と病的飲酒の始まり：例、若いときからよく飲んでしたが、仕事で失敗した後くらいから量が増えて、最近では寝ている時以外はいつも飲んでいるようである。

(ウ) アルコール飲酒のパターン：例、ウイスキーのボトル半分くらいの一気のみを繰り返して、意識障害を起こして救急搬送されてくる場合、また朝から飲み続け毎日日本酒一升瓶を空にするなど。

このヒヤリングのねらいは、患者の飲酒の状況を聞くことによって、家族・近親者に改めて患者の飲酒の異常さを気づかせるというねらいがある。そしてこのあと医師による病状説明において、医師の説明をよりよく理解させるための予備知識を提供するねらいもある。

このヒヤリングのもう一つ重要な点は、もし入院をさせなくてはならないと診断されたとき、入院による「強断酒」によっていわゆるアルコール離脱期の「禁断症状」の表れる時期やパターンを予測し、その場合の対処の方法と家族の理解と協力を得なくてはならない。そして、その内容を事前に入院を受け入れる医療機関（自院への入院の場合は病棟に）に伝えておく必要がある。禁断症状にはその表れ方が非常に多様で個人差がある。しかし、もっともひどい場合は、妄想幻覚状態になり、暴力、暴言、窓からの飛び降りなど一時的に手のつけられない状態になる。そのときを予測し、家族の理解と協力（この場合は、状態の落ち着くまでの間個室等に24時間の付き添い）をお願いする。これは、生命の保全および人権上配慮という観点から絶対的な条件となる。

⑤ 治療歴

アルコール飲酒をめぐる治療歴には、大体下記のような3つのパターンに分けることができる。

アルコール依存症と明確な診断はされていないが、アルコール飲酒を原因とする内科的疾患により、一般病院に通院を続けながら、徐々に慢性化して救急搬送に至った例、過去にアルコール専門の開業医（医院）や専門病

院のアルコール専門科に通院や入院歴があって、今回の救急受診となった例、過去にアルコール依存症としての治療歴のない例の3つである。

第1のパターンは、患者も家族もアルコール依存はかなり進んでいるという自覚はあってもアルコール依存症として病識がなく、特別な治療は何も行っていない。従ってアルコール依存症の認知には至っていない場合である。

第2のパターンは、過去にアルコールを酩酊状態になるまで飲んで、意識朦朧となり意識障害を起こしてどこかで保護され、本人の明確な意志の確認のないまま、家族の承諾のみでアルコール専門病院に入院した経験ある患者である。このような例は入院先でのアルコール治療に繋がらず自分の意志で退院し、そのまま飲酒に走り、また同じパターンで保護され、一旦一般の救急病院へ救急搬送される。これを何回となく繰り返すパターンである。

第3のパターンは、アルコール飲酒を原因とする内臓疾患でこれまでに医療機関に受診することが無かった事例で、今回はじめてアブノーマルな状態になって受診した場合が想定される。

このうち、第2のパターンは、筆者の経験からアルコール専門病院への入退院は繰り返すも同じアルコール専門病院には入院せず、別な病院を転々とするケースが多かったように思う。したがって、いわゆる「有名人」となっており、これらの医療機関に問い合わせると直ちに患者情報が収集できるという場合もあった。

⑥ 家族・親族近親者の患者に対する病識

ここでのヒヤリングは、家族・近親者が、患者の状態を正しく理解し、一定程度治療の方法や手段も了解しているのか、あるいは依然として、患者が「大酒飲みが身体を壊した」程度の理解レベルにあるのかを見極めることを目的とするヒヤリングである。前者の場合、先の第2のパターンの患者の家族に多いが、何度となく挫折を経験しているので、家族が疲れ切っている場合が多い。しかし、ア

アルコール依存症の基礎的な理解と治療方法については了解されているので、専門機関には繋げやすい。後者は、すでに患者と疎遠な人間関係である場合が多いので、アルコール依存症の説明と治療に関する了解を得ようとしても、これ以上患者に関わりたくないという意志が先行して、家族に介入することが非常にむづかしい。

⑦ 家族・近親者の患者に対する思い入れ

このヒヤリングの目的は、患者が家族に依存しているのではなく、患者に家族が依存しているいわゆる「共依存状態」に陥っていないかを見極めることを目的としたヒヤリングである。このヒヤリングは情報収集の段階では見極めは難しく、容易に判別がつかない。むしろ、今までのヒヤリング内容からシュミレーションを行って、患者とその家族が共依存状態に陥っていないかを評価してみることが大切である。もし、事例が共依存状態であると想定される場合には、他に自己努力では解決のつかない問題が潜在化している可能性があり、患者の専門的治療と平行して、その隠れた問題も解決する糸口を見つけないと治療に繋がらない場合が多い。^(注7)

3) 情報の整理と評価

本論の冒頭でも書いたように、わが国のこれからの医療は、好むと好まざるにかかわらず、「機能連携と分担」の医療がさらに促進され、とくに急性期医療機関は、先端医療の現場として収斂されていくであろう。ここで取り扱った事例のように、長期の治療期間を要し、いろいろな専門機関の連携しながら、さらに家族・親族近親者の粘り強い協力を必要とするような症例では、一般・急性期医療機関の関わりにも身近な限界があり、MSWの業務もその制約からは自由ではない。

そこで、本論では、「危機介入」という手法を手がかりにしながら、一般・急性期医療機関のMSWが、その患者をふさわしい専門機関に繋げることを目的に一般・急性期医療機関においてどこまでの業務を行っておけば、しかるべき専門機関との有機的連携が可能なのか、私論としての主たる課題である。

実際の臨床場面では、患者・家族に対して一般・急性期医療機関では、アルコール依存症の治療はできないこと。そして、一般・急性期医療機関では繰り返すアルコール飲酒によって引き起こされた内臓疾患に対し、内科的に治療（点滴、薬など）を施し、その結果、皮肉にも体調の悪いときよりかは、おいしく酒が飲める程度の効果しか期待できないことを自覚させなければならない。

そして、アルコールとの決別を前提にした根治治療を望むのであれば、ふさわしい医療機関の説明や紹介をして、これからの患者の進むべき方向を指し示し、さらに、アルコール依存症の治療を目的とする医療機関は、まずそのほとんどが精神科医師と中心とした機関であり、また入院を必要とする場合には、そのすべてが精神病院に併設されたアルコール専門病棟であることを説明しなければならない。

このように、アルコール依存症の治療は一般病院では限界があること、アルコール依存症の治療については、現状において精神科医療の範疇で実施されていることを患者・近親者に「認知」（本人の一日も早い回復を願うには世間体や体裁を排除して、家族が主体的に協力しない限り治療の効果は期待できないこと）してもらうような面接を行わなくてはならないところに難しい側面があり、熟練を要する業務である。

3. MSWの「介入」の実際

1) 「危機」の指標を探る

一般・急性期病院の外来、入院病棟で展開される様々な問題状況のうち、MSWの関与が必要な事案は、背景に少なからず生活・福祉問題が横たわっており、それが家族・親族の人間関係にも波及し、多くの場合治療を妨げる原因となっている。MSWの「業務指針」にある受診・受療援助機能とは、まさにこのような問題状況を解決に向かわせる手だてを行い、治療に繋がるように条件整備を行うことに、MSWの専門職としての価値が存在するもの^(注8)と考える。

そこで、ここではまず、MSWの初期の関

わりとして、MSWが問題ケースと向き合ったとき、まずインテーク面接を行う前に、限られた情報をどのような視点で整理すればよいかを考えてみたい。

一般的に受診、受療を妨げる社会的要因としては、第1に経済的問題、第2に生活環境とくに住居に関わる問題、第3に患者を監護する立場にある人（キーパーソン）に関わる問題の3点を、療養生活の基盤に関わる視点とし、ここでは「危機の客観的指標」と呼ぶこととする。

第4に家族・近親者の患者に対する病状理解（力）に関わる問題、第5に家族・近親者の患者の受入など意識に関わる問題（患者が家族・近親者から阻害されているか否か）の2点を、患者をとりまく人間関係に関わる視点とし、ここでは「危機の主観的指標」と便宜上呼ぶことにする。具体的な例を想定すると、下記のようになる。

第1の指標（経済的問題）—健康保険証の有無、種類などから所得状況を探る。

第2の指標（居住環境）—カルテの表紙の住所に実際に住んでいるか、一人暮らしか家族と同居か、路上で保護されたか、工事現場の簡易住居、などの情報から現在の住環境から派生する様々な問題状況を探ってみる。

第3の指標（介護者、看護者、監護者、身元保証人、扶養義務者）—本人に変わって意志の代弁（アドボカシー）が出来る立場にある人、および看護・介護が出来る人の存在を探る。

第4の指標（家族・近親者の病状の理解）—通常の医師の説明が理解できない。医師や看護婦の言うことにただうなずくだけで、インフォームドコンセントの対象とならないなど、理解力を探る。

第5の指標（家族・近親者の患者受入意識）—「あんなやつ、早く死んでくれたほうがいいんや。あいつは親子の縁をきったさかいわしゃしらん、関係ない。」などと豪語し、患者に近寄ろうとしない。とりあえずのやりとりはするが、自分の都合ばかり

を主張し、近親者としての情が伝わってこない、など患者に対する思い入れなどの意識状況を探る。

アルコール依存症のような症例では、病的飲酒の歴史が長く、職場も家族もその対応に疲れ切っており、はやく危機的状況から脱したいと思う反面、患者の異常性に慢性化し、いわゆる「共依存」状態に陥っていることが多く、患者をとりまく環境の異常性に気付かない例が多い。そして、飲酒しては病院へ、しばらく入院して少し改善したら退院してまた飲酒に走り、慢性期疾患の急性増悪で病院に駆け込むということを繰り返して行く場合がほとんどである。

このような事例の場合は、患者や家族からの通常のインテーク面接では、その問題状況を把握することが困難である。つまり、患者も家族も自分たちの都合の悪いことは言わず、嘘をついてその場をごまかす場合がある。それを鵜呑みした結果、情報が混乱して問題を一層複雑にしてしまい、そのケースの中心的課題を見誤ることがある。

危機介入を行う必要のある症例は、文字通り緊急性を伴っているため、情報をできるだけ可及的にしかも迅速に収集する必要がある。そして、クライアントに関わりを持つ前に、できれば担当の医師、看護婦などと相談をして、まず第一に解決しなければならない問題を確定し、関係者にもそのことを共有してもらう必要がある。

2) 「危機的」状況の評価について

残念ながら、現在のところ、上記の5つの指標を客観的に評価するスケールを構築するには至っていない。多分に熟練ワーカーの臨床的な経験と勘に頼るところが大きいのが、明らかに言えることは、上記の5つの指標どれ一つ欠けても通常の治療を阻害し、治癒あるいは病状の軽快により家庭あるいは社会復帰にはつながらず、様々な生活・福祉問題にあえぎながら、不安定な生活のまま治療を継続していくという状況であることが推測可能である。

問題は、5つの指標のうちどれか一つでも崩壊乃至はそれに近い状態であれば、相手の

出方を見て対処するような手法では、問題が解決しないばかりかいたずらに時間をかけることによって、いっそう問題が複雑になっていく場合がある。このような事例の場合には、5つの指標全てに多少なりとも問題点があり、しかもその問題が潜在化しているために容易に課題を把握することができないという認識に立ち、まさに本格的な「危機介入」を行い、問題を顕在化させ、問題の深化拡大に歯止めをかける必要がある。

3) 「危機的状況」を「演出」する（潜在化している危機的状況を顕在化させる）

しかし、実情は、アルコール依存症のような事例がその典型であると思われるが、病的な状態が日常化しており、患者も家族も何が危機的状況になっているのか、すでに客観的に見る力を失い、また他人に指摘されても素直に受け入れる余裕すら無くしてしまっている場合、そのような患者・家族を治療に繋げることは困難を極める。

このような患者や家族に接近を試みる場合には、まずその患者・家族に“もう、いままでのような対応ではどうにもならず、いま本気になって治療を開始しないと家族が崩壊する。”という危機的状況を誰かに気付かせるような場面を演出する必要がある。

ひとつの例として、アルコール依存症の夫をもつその妻と面接をすると、ほとんどの場合がそうであったが、異常なまでに献身的で、夫が酔って暴力を振るってもひたすら耐えて何年も経過してきており、面接の場面においても以下のような典型的なやりとりがある。

妻：「私もう我慢できない、別れられるものなら別れたい。けれども小さい子供がいるから、自分かってなこともできないし……。」

何度そう思ったことかと泣きながら妻はワーカーに訴える。

ワーカー：「旦那さんは、奥さんがいつもそばにいて、安心しきって酒に走るのでしょね。しかし、旦那さんのお酒は、アルコール依存症という病気ですよ。酒を止めない限り治らない病気ですよ。」

妻：「でも、主人は酒が生き甲斐みたいな人だから、完全に酒を止めたら、生き甲斐を無くしてしまうようで、なんだかかわいそう。」

ワーカー：「奥さん、そもそもご家庭の混乱は、すべてご主人の酒が原因しているのでしょうか。あなたはもうご主人と別れたいとまで言われたではないですか。根本の原因を解決しないと家族が崩壊しますよ。」

妻の沈黙がしばらくつづき、困惑した顔で以下のような訴えを投げかける。

妻：「では、どうしたらいいんですか。」

妻は、ここでようやく、なんとかしなければという気持ちになってきたが、どうしてよいかわからず「どうしたらいいんですか。」と依存的な質問を投げかけてくる。

ワーカー：「アルコール依存症の治療を開始して、見事断酒に行き着いた過去の例では、すべて家族の協力があって実現しています。奥様もご主人と子供と自分のために、ここで気持ちを切り替えて、ご主人の治療に協力していただけませんか。」

と妻の決意の程度を探るような質問を投げかけ、妻がある程度、自分の問題として捉えられているように支援的な問いを投げかけてみる。

妻が、「夫が悪い」、「酒が簡単に買えるから悪い」など他人やまわりの環境を悪く表現することによって、自分を当事者の位置に置かず、自分とは関係のないことという態度に終始している場合には、誘導的な質問は危険である。この時点で介入を試みるとワーカーに対する依存度が急に高まり、「ワーカーさんがそのようにしなさいと言ったからそうした」というような依存的な状態に陥り、ワーカーが身動きとれなくなってしまう危険性がある。

4) 「危機」に「介入」する

このような事例にMSWが、どの時点で介入するかはそのときの状況によってケースバイケースで判断する必要がある。ただし、前章でも述べたように「医師の指示」によって

行動が開始されるという前提を絶対に無視してはならない。医師が判断に迷うような場合は、MSWが事前に収集した情報や関連する社会資源の情報を十分に伝え、医師が責任をもって指示が出せるように協力することが大切である。

この点を十分に意識した上で、危機介入のポイントを提起してみる。

① クライアントを確定する—通常、患者＝クライアントとして確定できれば、わざわざ危機介入という手法を選択しなくても、十分に時間をかけて意志決定にもっていければ、課題はほとんど解決していく。しかし、患者本人が救急状態かアルコールを飲酒している状態での受診の場合は、患者に今後の意志決定を求めて行くわけにはいかない。無理して面接を行うと話が通じないか横道に逸れ、誘導尋問のようになり結果的には病院から追出す口実を作るように誤解されてしまうことがある。したがって、誰をクライアントと定めるかは、介入の成否を左右する。

危機介入を前提とするクライアントの選定は、筆者の経験では患者をとりまく家族のなかで、患者のことを真剣に思い、冷静な判断と行動を期待できる人（キーパーソン）をクライアントとして選定し面接を進めていった経験がある。

② 主訴を確定する—最優先に解決ないしは取り組みを始めなければならない問題を確定し、他の散在する諸問題も同時に優先順位をつけて、それをクライアントが十分に納得できるまで説明を行う。

いわゆる生活習慣病という慢性疾患は、高齢者には、それが風邪を引く程度でも肺炎を併発したり、高熱を発したりして急性増悪の状態になる。医師は、急変を考えてひとまず入院治療を選択するのが一般的である。

また、高齢者の転倒は、足、手首、大腿骨頸部等の骨折となる場合が多く、手術を必要とする状態になる場合が多い。このような場合も入院治療が選択される。その他入院治療が選択される高齢者の疾患は実に多い。しかし、一般・急性期病院の入院加療は、あくま

で急性状態を脱し、総合的に安定期に入れば、その時点で退院の指示が出る。個人差はあるが、悪性疾患を除き、合併症を併発しない限り、大体一ヶ月以内で安定期に入る症例がほとんどであると言われている。

問題は、退院の指示が出たときの患者の日常生活動作（ADL）である。どうにか歩ける状態でも入院になっても、退院の指示が出たときはねたきり状態であるという例は珍しくない。つまり、急性期医療における退院の指示は、あくまで病状が急性状態を脱し、安定期に入ったことを意味し、急性期の医療機関では、退院＝以前のようなふつうの生活に戻るまで回復したことを意味していない。従って、次に再び家庭復帰が実現できるように、総合的に体力回復を目的とした新たな入院が必要となったり、機能回復を目的とした施設入所が必要になってくる。

患者が他人の介護なく再び社会生活が可能にまで回復できれば、さしあたり問題はないが、退院後も何らかの後遺症が残り、家庭介護者の存在が絶対的条件となる場合に、その介護者の状況によって、いわゆる「社会的入院」問題が浮び上がってくる場合もある。筆者は、このような社会的入院患者の当面の落ち着いた先を探すための面接をおこなうとき、その家族に対して以下のような問いかけを行うことがあった。^(注10)

ワーカー：「…安くて、近くて、親切で、いつまでも預かってくれる病院なんて、ないですね!…」

と穏やかに家族に投げかけてみる。そうすると家族は、

家族：「…そうですね!、そんなありがたい病院あるわけないですね…」

ワーカーの顔を見て、笑いながら自問自答するようにつぶやく。

ワーカー：「いま、家に連れて帰って面倒みることは、先ほどのご事情から察するところ、しばらくは無理のようですね。」

家族：「そうなんです。自分の親ですから、面倒みるのは当たり前と思っはおりますが、いまはどうしても無理なんです。困りました。」

ワーカー：「ところで、わたくしも何とかご協力したいと思っておりますが、ご家族のご希望に十分に添えるような機関はこの地域には無いようで、何かには目をつぶらなくてはならないようです。お宅のご事情では、何を最優先に考えなくてはなりませんか。費用ですか。ご自宅に近い方がいいですか。…」

家族：「実は、経済的にいま苦しくて、父親（患者）の年金を少し生活費に廻しているんです。本当はダメな事なんですけど、どうしてもやりくりがつかなくて。…申し訳ないんですが、安いところを探してくれませんか。」

ワーカー：「いろいろとご事情があるようですね。わかりました。探してみます。そのかわりこの近くで無い場合には少々遠くなりますけどよろしいですか。」

家族：「はい、結構です。よろしくおねがいします。」

ワーカー：「これから探してみます。今日は一旦お引き取りください。見つかりましたら連絡します。そのときに先方の医療機関名と担当者のお名前、電話番号をお知らせしますので、ご家族さんから直接電話をしていただき、見学と面接に行ってください。その結果を私の方まで、電話でお知らせください。よく見て、聞いてきてくださいね。」

家族：「ありがとうございます。よろしくおねがいします。なんだか胸のつかえがおりたようです。連絡お待ちしております。失礼します。」

MSWとしては、患者の立場に立った面接ができず非常に不本意であるが、この短いやりとりでもわかるように、家族の本音（＝経済的に困っている）をうまく引き出せると、家族のこわばった顔がいつぱんに穏やかな顔に変わり、いままで話すことができなかつた家庭の事情を淡々の話してくれるようになる。

この例のように、本音の部分から主訴を確定し、それを最優先に解決の方向にもっていくとその周りに点在していた諸問題が、ワーカーの力を借りなくても自分で解決してしまうという例は、筆者の経験でも数多くあった。

アルコール依存症者の課題は、患者の治療を最優先するも、それを妨げている第一の問題を解決しなければ治療には向わない。この第一の問題（主訴）を確定することが極めてむづかしい。こんな例がよくあった。家族・近親者が、よく「お金が無いお金が無い」と繰り返す、しかし、その割にはくパチンコや競馬、競輪の話が家族から出る。さらに聞かけると、患者のために使う金はないが、金が無いわけではないと言う。

このような例は、お金が無いことが主訴ではなく他に理由がある。そのもっとも多かった例は、酒に酔って酩酊状態になると夜昼関係なく、親しくしている近所の家や近親者等の家を訪問し、「酒を出せ」、「金を貸せ」などと叫び、家族が近所や近親者を何度となくお詫びに回ったという経験があり、これ以上係わりたくないとする気持ちが本音である。つまり、お金を出すことが逆に患者との関係が切れなくなってしまうという恐怖感を持っており、とくに傍に患者本人を同席させて面接をしている場合などでは、家族・近親者は絶対に本音にふれようとはしない例が多かった。

③ 主訴に付随する問題の解決に着手する

アルコール飲酒をめぐる家庭内のトラブルは、アルコールの病的飲酒が非常に長期間にわたっていることによって、家庭内に様々な問題を呼び覚まし、アルコール依存症者の治療もさることながら、家庭内の他の問題も相当に深刻で、早期に解決の方向を見出さなければ、文字通り家庭が崩壊してしまうような事例がある。

事例をひとつ紹介してみる。アルコール依存症ですでに肝機能障害を起し、飲酒すればたびたび病院に来て、医師や看護婦とトラブルを起こしていた30才台後半の男性患者がいた。この患者には、当時中学在学中の男子と小学低学年の女子の2人の子供がおり、妻

は離婚して、父子家庭であった。生活保護を受給し、公的扶助ワーカーからも断酒と子供の養育について指導を受けるがいっこうに聞こうとせず、たびたびトラブルを起こしては病院に搬送されるということを繰り返していた。何度となくアルコールクリニックを紹介するも長続きせず、すぐに飲酒に走る状態であった。

このケースの特徴は、患者に入院加療を進めても、未成年の子供がいることを理由に頑なに入院を拒否し、その代わり専門機関の通院を希望する。しかし、もともと断酒の意志がないにもかかわらず、言うことを聞かないとかかりつけ医師に嫌われることを恐れ、また福祉事務所から専門機関で治療を受けないと生活保護を切ると脅かされて、いかにも断酒を決意したようなそぶり、専門外来（クリニック）に通院を始める。しかし、元々酒を止める意志などないことから、長続きせずすぐに飲酒に走る。このようなことの繰り返しがこの患者の日常であった。

筆者は、単身であれば親族や近親者の了解を得て、入院などの方法によりアルコール治療に繋げて行く方法も考えていたが、未成年の子供の養育のことを考えると、「子供にとっては、かけがえのない父親」という親子関係が見え、一時的にも分離することができず、ただひたすら2人の子供が、非行に走ったり、情緒不安定から不登校になったりしないように願いながら、この父親に対してはその場しのぎ的な係わりと知りつつ、問題の事後処理に奔走していた。

患者がアルコールから覚めたときを見計らって、酩酊状態で起こしたトラブルの説明をし、2人の子供のために「もう少ししっかりしなければ、子供にも見捨てられる」と諭しつつ、何とかこれ以上ひどい状態にならないようにという思いで5年ほど関わりを持った。しかし、依然として飲酒中のトラブルは絶えることなく、ついに肝硬変で救急搬送され、意識が戻らず、しばらく人工呼吸器をつけて生命を維持したが、まもなく死亡した。

この事例のように、妻がどのような理由かは定かではないが子供を父親に託して別れてしまったような場合は、アルコール依存症者

の治療もさることながら、子供が未成年でしかも義務教育年齢の場合は、こどもの健全な成長と発達という点も考慮しながら、患者に係わりを持たなくてはならない「多問題ケース」の典型である。

この事例の場合は、幸い2人の子供とも大きな問題も起こさず、ほぼ順調な成長と発達が保たれたようであるが、アルコール依存症者の家庭には少なからず問題が噴出しており、とくに未成年の子供に係わる問題（アルコール飲酒による虐待やACなど）は深刻である。

この事例の場合、係わりを持つようになったときから、公的扶助ワーカーとは密接な連絡を取り、またアルコール飲酒及びそのトラブルについては、保健所の精神保健相談員や最寄りの警察、そしてアルコール専門機関のPSWなど、また子供の養育に関しては、管轄の児童相談所の児童福祉司、また2人の子供が通う学校の担任の教師などと常に連絡を密にして、問題が起これば、特に父親が緊急入院となったときなどは、児童相談所の一時保護などがスムーズに行えるような体制を敷いて、患者との係わり続けた。

アルコール依存症者の治療を目的とする以外にいろいろな問題が山積している場合は、すでにMSWの係わりの域を超えている。上記の例でもわかるように、あらゆる社会資源の専門家の係わりを求めている。いわゆる「社会資源ネットワーク」である。

そして、もっとも大切なことは、個々の事例について、どの社会資源のソーシャルワーカーが、社会資源間のとりまとめをするキーパーソン（コーディネーター）となるか、つまり情報がどこで集約され、今後の方向性がどこから発信されるかという点であると考えられる。この点が不明確であると、患者、家族に対して正しい情報が伝わらず、個々の専門家がかってに解釈した情報が伝わり、結果的にもっとも重要な「患者とワーカーの信頼関係」を壊し、問題を一層複雑にしてしまうという危険性がある。

アルコール依存症患者を巡る家族の病理現象は、多くの場合、取り残された子供が犠牲になる場合が多い。すなわち、主訴に不随す

る問題に対する視点として、未成年のこどもの放置や、虐待を受けていないか、さらに不随する問題の緊急性はどうか、という2点を早急に判断し対処することが肝要であると考える。

4. 考察と今後の課題

筆者の勤務していた医療機関は、大阪市のほぼ中央に位置し、戦火を逃れた古い住宅地、さらにそれらに隣接した府営、市営住宅、そして、老朽化してきたいわゆる「文化住宅」などがひしめく典型的な大都市の住宅街にある救急病院であった。

従って、一般病院を受診する患者も様々で、疾患も多様であり、まさに「駆け込み病院」であり、筆者は便宜的に「とりあえず病院」とか「振り分け病院」などと呼んでいた。アルコール依存症に限らず、様々な精神科的疾患を背景に持つ患者は、一般状態が急性期であることを理由に、救急隊などはまず一般病院に搬送し、救急病院の診断と指示によってしかるべき専門機関に転送するシステムになっていたようである。

患者・家族の訴えとその患者に適切な医療を提供できる場が、精神科医療しかない場合は、医師が中心となって患者・家族の説得を行わなくてはならない。精神科医療は、患者の人権を擁護する観点から、非常に難しい側面がある。最近の凄惨な事件を見てもわかるように、マスコミが犯人の過去の精神科治療歴に触れば、すぐにそのことが一人歩きしあくまで個別的状況のものが、あつという間に一般的なこととして語られてしまうという傾向がある。したがって、極めて慎重な対処が要求される。

一般・急性期医療機関に勤務するMSWが、一般・急性期病院の機能と役割を十分に認識し、その患者にもっともふさわしいと思われる専門機関等に紹介する際に、どのような情報を、どのような観点に着目して収集すればよいのか、あるいは医師をはじめとする他の専門職や専門機関とどのように連携していけばよいのかを、アルコール依存症という症例を事例として、筆者の経験をもとに私論

的に構成してみた。

今後の課題として、アルコール依存症の事例や、他の症例を題材にしながら、「連携の医療」のあり方を実践的に検証できれば幸いである。

おわりに

本論は、医療法人橋会での経験をもとにして作成されたものである。末筆ではありますが、医療法人橋会理事長森本譲氏並びに常務理事浅田利勝氏には、心から御礼を申し上げ、同時に大阪医療社会事業協会の会員並びに大阪府下のソーシャルワーカーのみなさまに心より感謝を申し上げます。(2002年12月)

<注>

1. 本論における「アルコール依存症」は、次のような定義を参考としている。

「アルコール依存症とは、アルコール摂取によって生じる精神状態と、ふつうこれに伴う身体状態をいい、アルコールの精神効果を体験するためや、ときにはアルコール欠如の不快感を避けるために、持続的または周期的に飲酒したい強迫欲求を常に伴うような、行動上その他の反応を特徴とする。耐性はあることもないこともある。一人のものがアルコールとともに、他の薬物に依存することもある。」「アルコール依存症の特徴は、飲酒抑制の喪失と社会的・職業的機能の障害並びに耐性上昇、離脱症状といえる。」

参考資料：「最新医学大事典第2版」医歯薬出版
1996年

2. 拙稿「今日の医療制度改革」『総合社会保障』
2002年3月 社会保険新報社

3. 引用文献：「改訂版 社会福祉実践基本用語辞典」日本社会福祉実践理論学会編 川島書店 1993年

4. アルコール飲酒を主な原因とする一般・急性期病院を受診するケースでもっとも目立つのが、アルコール性肝障害の急性増悪で受診する患者である。高木はアルコール性肝障害のうち、肝硬変になる確率の高いアルコール性肝炎について、次のように述べている。「アルコール性肝炎は大量の酒を数日間飲んだ後、発熱、黄疸などの症状をともなって現れる。アルコール性肝炎や肝硬変の末期

では肝臓の機能が急激に低下するので、黄疸が現れ、タンパクが肝臓で合成されなくなれば腹水がたまり、解毒機能が低下すれば意識障害（肝性脳症）が現れ、凝固因子が合成されなければ、消化管出血が起こる。アルコール性肝炎は治療が困難で、死亡率が高い。」本論で対象とする患者像は概ねこのような状態の患者である。

参考文献：高木 敏「アルコール依存症の関連障害」

掲載文献「こころの科学」No91 日本経論社 2000年5月

5. 「医療ソーシャルワーカー業務指針」（医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書）の第3「受診・受療に関する援助」に医師の指示に関して次のように指針を示している。

- ① 医師からの指示により援助を行う場合はもとより、患者、家族から直接受診・受療についての相談を受けた場合及び医療ソーシャルワーカーが自分で問題を発見した場合等も、医師に相談し、医師の指示を受けて援助を行うこと。
- ② 受診・受療援助の過程においても、適宜医師に報告し、指示を受けること。
- ③ 医師の指示を受けるに際して、必要に応じ、経済的、心理的、社会的観点から意見を述べること。

参考文献：保健医療の専門ソーシャルワーク研究会編「保健医療のソーシャルワーカー業務指針の具体的解説―」中央法規出版1991年

6. 「行旅病人及行旅死亡人取扱法」明治32年3月28日法93

7. 吉岡 隆「共依存とは、問題を起こすことで相手を支配しようとする人と、その人の世話をすることで相手を支配しようとする人との二者関係のことである。〈中略〉だが、実際に共依存は人間関係嗜癖として、依存症のひとつに位置づけられている。適度な依存の域にある人間関係であれば、相互依存（interdependence）だが、人間関係に嗜癖していることで、社会生活が破綻しているのなら、それはまぎれもなく共依存症（codependence）である。」

参考文献：吉岡 隆著「共依存―事故喪失の病―」中央法規 2000年3月

安田は、共依存状態の家族に働きかける意味について、次のように述べている。「アルコール依存

症者は共依存の配偶者と鍵と鍵穴のようにぴったりと密着して、一方は酒を飲み続け、もう一方は相手の飲酒と生き方をコントロールし続けている。この関係を断ち切らない限り、酒を断つことはできない。入院などして一時的に酒を断ったとしても元の生活に戻った途端に酒を飲み始めることになる。そのために酒を飲ませている（本人は決してそうは思っていないが。）イネイブラー（enabler＝支え手）である共依存の配偶者を回復させなければならぬ。）

参考文献：（注3に同じ）

8. 医療ソーシャルワーカー業務指針のなかの2―(3) 受診・受療援助について以下のように指針を提起している。

入院、入院外を問わず、次のような受診、受療の援助を行う。

- ① 生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方について援助すること。
- ② 診断、治療を拒否するなど医師等の医療上の指導を受け入れない場合に、その理由となっている心理的・社会的問題について情報を収集し、問題の解決を援助すること。
- ③ 診断、治療内容に関する不安がある場合に、患者、家族の心理的・社会的状況をふまえて、その理解を援助すること。
- ④ 心理的・社会的原因で症状の出る患者について情報を収集し、医師等へ提供するとともに、人間関係の調整、社会資源の活用等による問題の解決を援助すること。
- ⑤ 入退院・入退所の判定に関する委員会が設けられている場合には、これに参加し、経済的、心理的・社会的観点から必要な情報の提供を行うこと。
- ⑥ その他診療に参考となる情報を収集し、医師、看護婦等へ提供すること。
- ⑦ デイケア等の指導、集団療法のための断酒会等の指導、育成を行うこと。

参考文献：（注6）に同じ

9. 医療ソーシャルワーカーの業務指針2―(4) 退院（社会復帰）援助について、以下のように提起している。

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの問題を予測し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行

う。

- ① 転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定を援助すること。
- ② 在宅ケア諸サービスについての情報を整理し、関係機関、関係職種等との連携の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助すること。
- ③ 住居の確保、傷病や障害に適した改造等住居問題の解決を援助すること。
- ④ 復職、復学を援助すること。
- ⑤ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
- ⑥ 関係機関、関係職種との連携や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退所後の心理的・社会的問題の解決に援助すること。

参考文献：（注6）に同じ

10. 拙稿「医療制度改革下におけるMSW機能の変容と課題」日本医療社会事業協会機関誌 No.65 (1997—12)

「…すなわち、社会的入院患者の多くは、確かに保険者・診療側からすれば医療費を浪費する対象であるが、患者・家族の側からすれば、その背景に生活・福祉問題を抱え、そのために在宅療養のための環境が整わず、本人の意志とは無関係に入院が継続されていく現象と患者群をさしているからである。」(p.29)