

Living Support Through Social Work and Nursing Methods

— Deployment Examples of Nursing Support Based on Ecosystems Project —

Taeko Morishita

ABSTRACT

The objectives of the present study were (1) to assess nursing support initiatives developed from ideas suggested by support providers in the field of social work, and (2) to examine relevant case studies of the utilization of these support initiatives.

In the present study, we attempted to develop nursing support initiatives based on the ideas adopted from the living support methods used in the field of social work. Using the essential concepts of nursing as a framework, and based on ecosystems project, we present these initiatives in “layers” leading to their concrete realization. Furthermore, we conducted case examinations of the use of these support initiatives.

The results revealed the following: (1) Support providers with a variety of job descriptions and specializations primarily work with individuals requiring support and become involved with and collaborate on support initiatives. The living problems of individuals requiring support were solved and their relationships with their daughters improved substantially.

These factors were also linked to solutions for health and living issues. The reasons for this success are that further investigations were conducted in order to solve outstanding issues based on visualized simulation, which facilitated continued support. (2) The support system for support providers utilizes specialized initiatives for individuals requiring support, which results in successful collaboration between individuals with different job descriptions. This can be considered as the process of shifting from the middle-range concept of ecosystems project to a process of practical integration. We expect to conduct further case studies in the near future.

ソーシャルワークと看護における生活支援と方法

—エコシステム構想による看護領域の支援ツールと事例展開—

森下 妙子

はじめに

エコシステム構想における生活支援ツールは、日本において太田義弘¹⁾によってすでに開発され研究されている。エコシステム構想のフレームワークは中範囲概念であり、ソーシャルワーク実践活動への統合化の1つの提起である。この構想は、利用者を中心にシステム思考と生態学的視座から構築されている。さらにエコシステム構想の具現化は、コンピュータを駆使してシミュレーションし、利用者とソーシャルワーカーが協働して課題解決を思考する。それは利用者中心に課題解決できる支援ツールとして有効性が試行されている。

看護²⁾の領域においてもコンピュータはさまざまに活用されているが、エコシステム構想の支援ツールは現在の段階では見あたらない。

そこで筆者は、ソーシャルワークにおけるエコシステム構想から生活支援ツールの思考を、看護領域への示唆として支援ツールの作成に取り組んだ。

今回はエコシステム構想の生活支援ツールをもとに、看護の領域に使用可能な支援ツールを作成し、それを用いて事例検討を行った。

本研究の目的は、①ソーシャルワークにおける生活支援ツールから示唆を得て看護の支援ツールを試行すること、および、②その支援ツールを用いた事例検討と考察を行うことにある。

1. エコシステム構想と生活支援ツールの概要

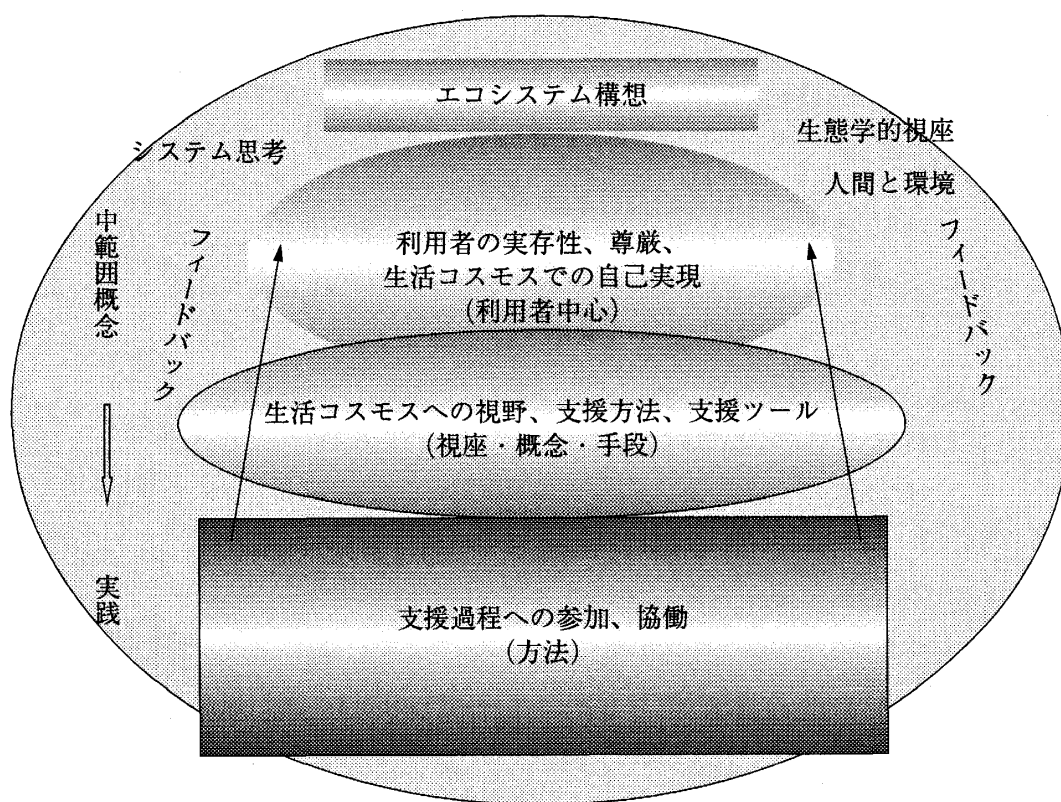
エコシステム構想は³⁾、システム思考と生態学的視座により構築されている。この概念は、生活を二方向からとらえる見方である。1つはシステム思考であり、要素と要素間の関係や構造、機能进行分析し、もう1つは生態学的視座としての人間と環境の関連から、生活実体を時系的、空間的に変容過程をも含み、立体的、統合的にとらえることである。それはソーシャルワークの目的と方法を実践行動概念へと統合化することで、中範囲概念として実践活動に有効な方法を具体化することであり、実践モデル展開のための一構想でもある。

実践概念を特性とするソーシャルワークにおいて、理論と実践の統合化は課題である。そこで概念を具体化する1つの方法として、生活を因子情報に分解・統合し、因子情報をコンピュータでシ

ミュレーションし、支援を必要とする情報をビジュアルに現す支援ツールが重要となる。その支援ツールは「Eco Scanner (エコスキャナー⁴⁾)」と命名されている。

人間は社会生活を送っているが、その構造は複雑で過去から未来、時間と空間等生活の内容を具体的に示すのは困難である。さらに支援者は、利用者の実存にアプローチするために、その人のエコシステム状況を理解することが必要である。それが生活支援ツール、エコスキャナーである。複雑な利用者の生活状況を因子情報として収集し、それをミュレーションしシステム分析を行いさらにグラフ化する。そして処理情報の提供からエコシステム状況としてビジュアル化する。図1は、エコシステム構想の特徴を太田⁵⁾が記述している内容について筆者が図式化したものである。

図1 エコシステム構想の特徴



この図1から、エコシステムの特徴は、①利用者中心であること。利用者は主体的な存在であり、人間の実存を意味し、自己実現に向かっている人である。②その利用者の生活上の多種多様な問題を解決するため、システム論と生態学的視座を取り入れた思考でその人の生活状況に迫ることになる。その人の生活をエコシステム状況でとらえ、そこから抽出された問題を利用者と支援者は、共に参加しながら協働で解決に向かう。③それには支援者側の視座、概念、それらを具体化する手段、方法が重要となり生活コスモス⁶⁾への視野、支援方法としての具体化、それらが支援ツールにつながる。そしてフィードバック機構が随時機能することになる。

人間の生活は、環境との相互作用の中で営まれている。その人の生きかた、そこから派生する生活の問題、その人の価値や尊厳など、本人自身にとっても不可解な事象がありその人にとって具体的な体験でありながら、周りから全容を知ることが不可能に近い。それをシステム思考や生態学的

な発想を用い、生活そのものをできるだけ実体と近いところで科学的に解明できる一つの方法がエコシステム構想であり、その具体化が支援ツールである。生活状況をすべて科学的に分析することは不可能であるが、類似した形で利用者の生活状況を情報収集・分析し考察することは可能であり、そのための支援ツールといえる。

利用者は、例えば高齢者で生活に支障をきたし、あるいは身体に障害を持ち、また疾病に罹患し、あるいは失業中である等解決すべき課題について、それらを因子情報として情報を収集する。各因子は、それらを質問群として回答によりシミュレーションしていく。これは支援に必要な生活状況を理解しながら課題を明確にし、解決に向けて協働できる資料を提供できる。すでに、パイロット研究で試作した情報処理プログラムがプロトタイプ版で開発⁷⁾されている。

コンピュータの進展はすべての科学の発展に大きく寄与した。社会福祉においても情報のネットワークは拡大し、ツールとして利用範囲は多い。そこで現場の課題を解決するため情報を整理し、生活を改善するためのツールが必要となった。そのため、エコシステム構想展開のための支援ツールが開発されたといえる。

2. 看護領域におけるコンピュータ活用と看護の支援ツール

ソーシャルワークにおける支援ツールの開発については前述したが、その内容は中範囲概念であるエコシステム構想を実践活動に統合し、具体化したことである。

支援ツールにおけるシミュレーションの特徴は、人間の生活コスモスを生態システムとしてとらえ可能な限り因子に分解して生活の実体に近づくことにある。因子情報はさらに細分化して階層に分類する。128因子の階層に分類された質問項目の回答はデータ入力され、生活モデルのシミュレーションを可能にする。

シミュレーションは、利用者自身の生活コスモ스에似たエコシステム状況を描くが、あくまで利用者の実存に関わる思考が主であり疑似状況であるといえる。しかし利用者と支援者は、生活状況を改善する1つの手法として因子情報を分析する。さらに支援方法の展開から生活状況の改善をシミュレーションし、ソーシャルワーカー、利用者ともに参加、協働のもとに利用者自身が変容する過程を画像でとらえ課題解決していくことである。

看護領域においてもコンピュータ導入は、多くの利益をもたらしている。例えば臨床現場においては、バイタルサインズの数値を測定し、それをコンピュータに読み込み活用する発想から、「看護過程 Nursing Process⁸⁾」を事例によって思考するツールの開発、さらには電子カルテの開発まで様々である。

米国においては、看護診断⁹⁾の体系化が行われた。これはコンピュータ開発と関連している。看護診断 Nursing Diagnosis という用語は、1950年米国においてマクマナス McManus の論文にはじめて登場したといわれている¹⁰⁾。看護診断は日本において1970年代散見するようになった¹¹⁾とされるが、1980年代に看護診断の経過や課題について翻訳が見られ、1990年代以降、看護診断という用

語が看護の現場で用いられ現在に至っている。

現在では看護過程の内容について、事例を提供しコンピュータで学生が学ぶソフトが開発されている。また看護診断は他領域の専門職が理解できる診断名とするため、ソフト開発され電子化されつつある。看護の領域においては最近医療事故との関連で、記録は法的に重要性を増している。

看護過程では、看護の対象である人間の理解を中心に、その人の情報を収集しながらアセスメントを行う。人間であるその人を理解する時、現象のみでは理解が困難な状況の中で、問題を特定し解決に向けて看護診断を行い、計画立案することはさらに困難を伴う。計画を実践し評価するが、フィードバックの働きが最も重要である。これはシステム思考を用いている。そしてこのプロセスは、エコシステム構想や支援ツールに用いる科学的・分析的思考を重視するという意味と同義であるといえる。

このように看護の領域においてもコンピュータはさまざまに使われ、ツール開発が行われているが、エコシステム構想からの発想はありながら体系化されず、利用者と協働で支援していくツールは開発されていない。そこで筆者はエコシステム構想から示唆を得て、看護の支援ツールに取り組んだ。それはエコシステム構想の概念を実践へとつなぎ、ソーシャルワーカー、看護職者、医療関係者、その他のスタッフが共通して使用可能な支援ツールである。

3. 看護領域における健康・生活支援ツール

看護の領域におけるコンピュータ使用は、上記のように様々に行われている。新築された病院では必ずオンラインによるオーダーシステムが導入され、病院内全部門での業務を一元化する支援システムがある。

病院の看護部門におけるコンピュータ導入は、急速に進展している。コンピュータ活用は、医師の指示や情報の統合化、患者情報の把握の迅速化、転記作業の軽減化、請求業務の簡素化など業務改善の効率化に寄与している。さらにそこでは、入院患者の氏名や病名、入院月日や入院病棟等病院内の管理体制が整備されている。病棟においても、看護計画の立案、勤務計画表の作成、看護度さらには日報、月報の集計、人事台帳の作成、適切な人事管理に至るまで多くの業務内容が、コンピュータにデータ入力される。しかし、一方でコンピュータ活用がリスクを生じることもある。患者氏名や病名などは個人情報であり、個人のプライバシーが守秘されない現状もある。これらに対する動向として2005年4月より個人情報保護法¹²⁾が制定され、病室前に個人名を本人の希望により明示せず、また外来受診時、個人名を呼名せず番号を使うなどの工夫が行われている病院も現れ、守秘義務やプライバシー保護は支援者に課せられている。

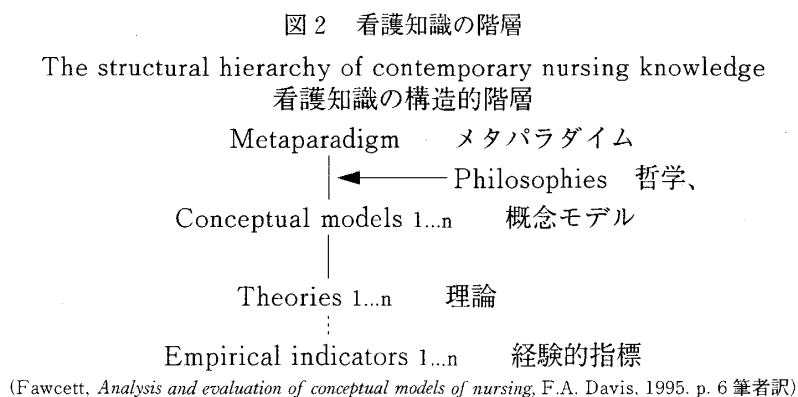
このように看護の領域においても、コンピュータの導入は行われ、数値の計算等は正確で人の何倍も速く、又勤務表などはかなりの時間を費やしてきたため、この時間を看護師がベッドサイドへ行き利用者と向き合う時間として有効に活用できることとなる。その意味でコンピュータ使用による時間短縮が、仕事の効率化を果たしているといえる。しかしコンピュータ活用のリスクが包含さ

れての使用であることを支援者は自戒しなければならない。今後とも看護実践にコンピュータはさらに利用されると予測できる。

そのためにはまず看護の概念枠組みが重要となる。最初にオーダリングシステムがあるのではなく、どのように利用者の課題解決に向けて、同じ立場で参加、協働して課題解決を行うか、看護の概念から具体への思考が重要であり、その具体が1つの支援ツールである。そのためにはエコシステム構想が看護領域の視点に近いと考えられる。それは人間と環境という概念枠組みの共通性から始まり、物事をシステムティックにとらえ、健康や生活も含めて利用者の目線を重要視し、当事者の改善・変容に向かう時間的経過など多くの示唆を含むからである。

看護学者のフォーセット Jacqueline Fawcett¹³⁾は、知識の構造的階層について述べ、その上位にあるメタパラダイムはパラダイムをさらに分析対象とすると記述している。フォーセットは看護学の中心概念は人間、環境、健康、看護であり、これらをメタパラダイムとし¹⁴⁾、看護領域においてこの概念は、一般的に同意されていると考えている。看護知識の階層についても図2のように図式化している。

要約すると、フォーセットは、メタパラダイムを一つの学問の最も巨視的な見方と考えている。また、ほとんどの学問は、一つのメタパラダイムと多くの概念モデルを有し、抽象的ではあるがより限定的な方法で、最も包括的な概念と命題を組み入れている。さらに彼女は哲学 Philosophies を第2の知識階層の構成要素と位置づけ、信念と価値を定義づけている。そして概念モデルは現象の観念的なイメージを表す言葉と命題、概念についての記述からなる。すなわち一連の概念と命題を意味ある構成に統合すると述べている¹⁵⁾。



理論の範囲では、最もひろい理論を大理論 grand theories と呼び、概念はすべて抽象的である。中範囲理論 middle-rang theories は、大理論より範囲が狭く、扱う概念の数も局面も限定されているが経験的に検証できるので最も有用であるとしている。記述理論、説明理論、予測理論は中範囲理論である。

看護文献の研究の多くがこの中範囲理論の一般化や検証に向けられている。部分理論 partial theories は¹⁶⁾、小理論とか経験的一般化と呼ばれる理論で、その範囲と有用性が最も限定されている。しかし限定された狭い範囲でも価値があり、研究を加えることにより中範囲理論に発展する可能性がある。

中範囲理論は、一般理論と作業仮説との中間にある中範囲の特殊理論であり、着実な研究データに基づいて理論的に積み重ねて確立し、包括体系へと志向する。

中範囲理論と中範囲概念の違いについて、理論とは、個々の事実や認識を統一的に説明することのできる普遍性を持った体系的知識¹⁷⁾といえる。また概念は、①事物の本質をとらえる思考の形式、事物の本質的な特徴とそれらの関連。②大まかな意味内容で¹⁸⁾ある。しかし本文で使用している中範囲概念は体系的知識ではなく、事物の本質的な特徴と大まかな意味内容であることから中範囲概念を用いている。中範囲理論はフォーセットのいう内容を指すといえる。

エコシステム構想は以上から中範囲概念といえ、理論と実践の乖離をつなぎ実践への統合が重要である。この構想から示唆を得て看護支援ツールを思考すると、ソーシャルワークでいう主要概念は生活であるが、それは看護において健康の概念である¹⁹⁾といえる。

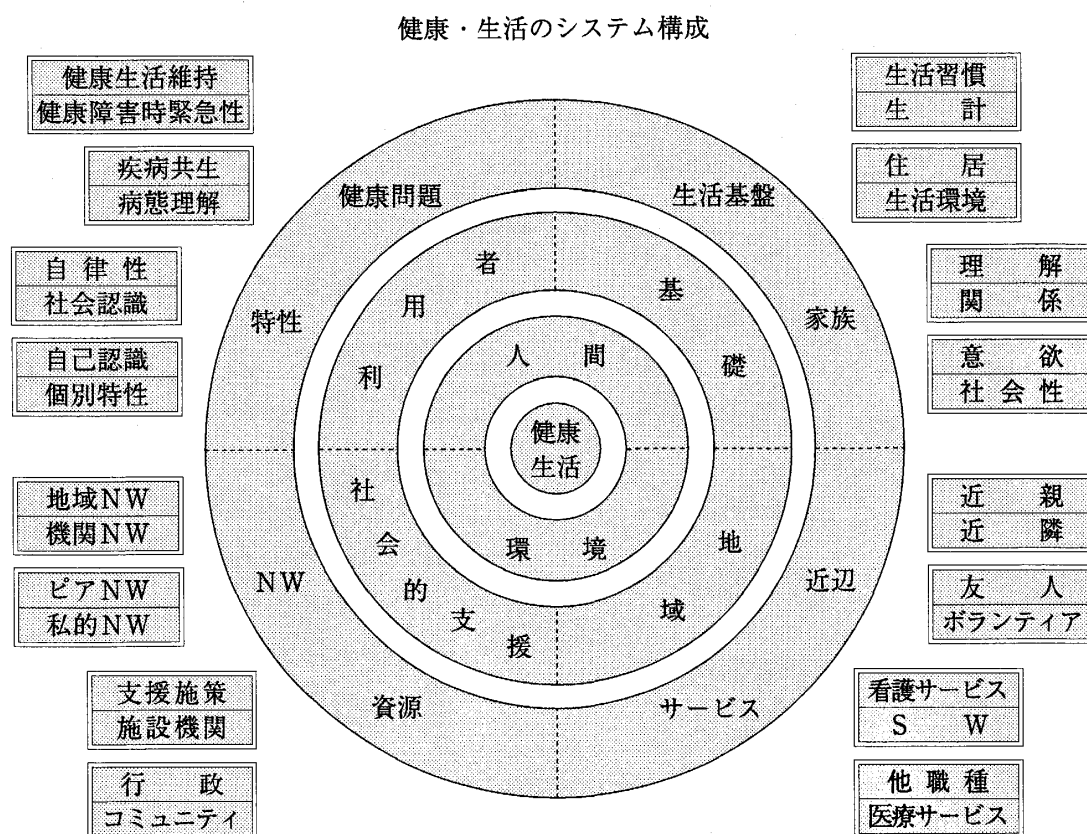
中範囲概念のエコシステム構想から、実存するその人の生活や健康問題が、コンピュータを駆使することにより、データ処理が迅速で、正確でビジュアルに訴え、課題を改善するための枠組みから思考することになる。

看護における支援ツールの概念枠組み conceptual framework が必要となり、それがエコシステム構想、人間、健康・生活、環境、看護の5つの概念であり、これらが主要概念となる。エコシステム構想は前述してきた内容である。人間は、①身体的、精神的、社会的、霊的存在であり、②常に成長・発達している。そして、③出生から死に至るライフサイクルの段階を経ている。その人間の健康は、種々の健康段階を経ながら生活している。そして健康と生活の安寧な状態を望みながら人々は暮らしているが、病気に罹患することもある。環境は、地域や社会をさす内容を含むが、エコシステム構想の人間と環境の相互作用については、同じ内容を指している。看護は人間を中心に健康問題の解決にあたる。これらをもとに支援ツールの階層は、組み立てられることになる。それが以下の図3に示した健康・生活のシステム構成である。

まず中心になる概念は、ソーシャルワークの主要概念である生活の概念と、看護で主要概念としている健康の概念を加え健康・生活とした。次いで看護の主要概念である人間、環境がその次ぎに配され、人間には利用者、基礎、さらに下位に特性、健康問題、生活基盤、家族とした。環境には地域、社会的支援、そして下位に近辺、サービス、資源、ネットワーク（以下 NW）とカテゴライズする。それぞれの下位にさらに特性には個別特性、自己認識、社会認識、自律性、健康問題には病態理解、疾病共生、健康障害緊急性、健康生活維持、生活基盤には生活習慣、生計、住居、生活環境、家族には理解、関係、意欲、社会性、近辺には近親、近隣、友人、ボランティア、サービスには、看護サービス、SW（ソーシャルワーカー）、他職種、医療サービス、資源には支援施策、施設機関、行政、コミュニティ、NW（ネットワーク）には、私的 NW、ピア NW、機関 NW、地域 NW が配置される。

利用者の健康・生活をとらえようとする場合支援者は、その人の過去から現在の健康状態、生活の質、さらには時間、空間の経過をマクロとミクロにありのままとらえようとする。それが健康・生活のエコシステム構想の発想でありこの思考は、利用者中心に支援者が協働で参画し、その人の

図3 健康・生活におけるシステム構成（太田、2003年、筆者改訂²⁰⁾）



自律に向けて相方向で成長していき課題を解決していくための支援ツールである。

これらをもとに、各質問項目を精選し、128質問項目に設定した。それが表1である。これは入院中の利用者が、専門職に対して支援を受けた時点、および退院が近くさらに本人が退院後地域で関わる専門職の全ての支援者に利用可能な支援ツールを志向した。そのためには適切な因子情報の収集ができるクエッションアが必要となり、健康時や健康障害についての項目も加えた。それらについて利用者が質問に回答し、そのデータを入力し結果をグラフ化する。そのグラフの結果は、支援者と利用者によって検討され、再度インターベンションを行い、その回答の結果を前回のグラフと比較検討し、健康や生活の改善を中心に課題解決し自己実現に向けて状況をより向上していくことになる。

また、以上の健康と生活は、システム思考として構造的に要素を分解してとらえること、つまり、関係や機能に加えて、生活の質や内容等仕組みや働きを把握することである。しかし、生活の変化やプロセス、時間的経過等は生態学的側面からとらえる必要がある。このようにその人が生活する時系列的変化や深さ、その人の生き方、人間と環境との関わりの中での概念がエコシステム構想である。

さらに生活コスモスという生態をできる限り網羅して因子に分解し、量・質共に数量化し時間的経過も含め、シミュレーションする。そこから情報の処理を蓄積し、生活コスモスの変容状況を比較できる。これは、医療場面で遭遇するCTスキャンやMRIの断層写真を想定すると理解しやすい。しかし人間の生活コスモスは複雑で断層写真とは大きく異なるが、生活を因子情報からシミュ

表1 生活のエコシステム情報 疾患を持つ利用者の構成と内容

実践要素の構成 内容情報				1 価値	2 知識	3 方策	4 方法	
生活システム領域カテゴリー				態度 姿勢 志向 機運 関心 自覚	現状 事実 実情 内容 関係 理解	制度 政策 計画 政策 見通 私案	取組 対応 参加 活用 協力 努力	
全体	領域	分野	構成	内 容	価値意識	状況認識	資源施策	対処方法
健康・生活	I 人間	1 利用者	① 個性	A 個別特性	倫理特性	機能特性	社会特性	行動特性
				B 自己認識	自己への関心	自己理解	自己改善計画	自己改善努力
				C 社会認識	社会への関心	社会状況認識	社会参加計画	社会参加努力
				D 自律性	生きがい意識	目的の具体化	目的達成計画	目的達成努力
			② 健康問題	A 病態理解	病態への関心	病態理解の現状	病態理解への見通	病態改善への取組
				B 疾病共生	疾病共生の自覚	疾病共生の現状	疾病共生の維持対策	疾病共生の維持努力
				C 健康障害緊急性	健康障害緊急時の自覚	健康障害緊急時の理解	健康障害緊急時の対策	健康障害緊急への対応
				D 健康生活維持	健康生活維持への関心	健康生活維持の現状	健康生活維持改善計画	健康生活維持改善努力
		2 基礎	③ 生活基盤	A 生活習慣	生活習慣への関心	生活習慣の現状	生活習慣の改善計画	生活習慣の改善努力
				B 生計	生計への姿勢	生計の現状	生計の維持計画	生計の維持努力
				C 住居	住居への関心	住居の現状	住居の維持計画	住居の維持努力
				D 生活環境	生活環境への関心	生活環境の現状	生活環境への支援策	生活環境への取組
			④ 家族	A 理解	家族による理解	家族の役割関係	役割の改善計画	役割改善の努力
				B 関係	関係の関心	関係の現状	関係の改善計画	関係復元努力
				C 意欲	家族の支援意識	支援の状況	支援への見通	支援への協力
				D 社会性	社会への関心	社会との関係	社会参加計画	社会参加努力
	II 環境	3 地域	⑤ 近辺	A 近親	近親の姿勢	近親との関係	近親の支援見通	近親の支援協力
				B 近隣	近隣の関心	近隣の理解	近隣の支援見通	近隣の支援協力
				C 友人	友人の関心	友人の理解	友人の支援策	友人の支援協力
				D ボランティア	Vの機運	Vの支援状況	Vの支援計画	Vの参加協力
			⑥ サービス	A 看護サービス	NSの姿勢	NSの活動状況	NSの支援計画	NSの取組
				B SW	SWの姿勢	SWの活動状況	SWの支援計画	SWの取組
				C 他職種	他職種の姿勢	他職種活動状況	他職種活動計画	他職種の取組
				D 医療サービス	医療機関のSV姿勢	医療SVの内容	医療SVの支援計画	医療SVの展開
		4 社会的支援	⑦ 資源	A 支援施策	支援施策の機運	施策の動向	施策の拡充計画	施策の活用展開
				B 施設機関	施設機関の機運	機関の実状	機関の支援計画	機関の支援方法
				C 行政	行政の姿勢	行政の現状	行政の推進計画	行政の取組展開
				D コミュニティ	Cの雰囲気	Cの実状	Cの支援計画	Cの参加協力
			⑧ NW	A 私的 NW	NWへの関心	WNの現状	NWの改善計画	NWの改善努力
				B ピア NW	NWへの関心	WNの現状	NWの改善計画	NWの改善努力
				C 機関 NW	NWへの関心	WNの現状	NWの改善計画	NWの改善努力
				D 地域 NW	NWへの関心	WNの現状	NWの改善計画	NWの改善努力

(太田、「ソーシャルワークの臨床的展開とエコシステム構想」2003年 7頁をもとに筆者改訂²¹⁾)

レーションし、その情報から、より具体的な生活の一場面一場面を画像に現す事は、課題解決を容易にする。エコシステム構想の目的はあくまでも利用者中心の支援であり、その人の現在の生活や健康の変容、実践過程の課題など、情報を活用し課題を解決し評価しやすい処理が行えるコンピュータの役割があり、それをいかに活用するかである。

最近の医療状況は、医療費の高騰、診療報酬の改定により、入院決定後直ちに退院までのクリニカル・パスウェイ²²⁾が作成され、急性期の疾患では短期間に退院する。この疾患では何日以上入院は診療報酬の支払いが安くなるという仕組みになっている。そのため入院日数を短期間にする努力を病院はせざるを得ない。それには退院後のフォロー体制が重要である。また慢性疾患は生活習慣病といわれ、罹患者は増加している²³⁾。そこでこの支援ツールを用い健康に障害を持ちながら、退院していく利用者や慢性疾患を持ち生活している利用者に関わる全ての専門職者が、画像で課題を確認でき次の支援行動に示唆が得られることを課題とした。

4. 本事例の概要と結果及び考察

今回、数例のパイロット調査の中から本事例を対象とした理由は、現在入院中であるが近日中に退院が決まると予測され、退院後のフォローが可能と判断した人であること。さらに地域内での生活も支援可能であり倫理的配慮として本人の承諾が得られた人であった。支援者として筆者が、研究の了解を得て面接を行い、福祉事務所や老人ホームのソーシャルワーカーや病院勤務のメディカルソーシャルワーカー、看護師等と共にサポートにあたった。

A氏の概要

本事例のA氏は、O市にある病院へ約2ヶ月間入院し退院前に面接し、その後の経過を支援しながら、退院時と6ヶ月後の状況の変化を検討したものである。

A氏は、①86歳の女性、②病名は心不全、糖尿病、気管支炎、胃潰瘍（今回入院の主な病名は糖尿病）、③家族は長男（66歳）と同居であるが、2人の仲が悪く些細なことで口論となる。2人とも無職で生活に困難をきたしている。退院後本人を受け入れるところが無く、本人も病院で治療を受け病院での生活を希望していた。しかし疾病は快方に向かい入院して2ヶ月が経過しているため、退院を勧められている。第1回面接時、糖尿病のコントロールもよく退院に近い状況である。そして退院が決定した後も引き続き6ヶ月支援を行い、退院前と6ヶ月後のシミュレーションのグラフによる結果比較を行った。

面接は入院中3回とY老人ホームにおいて約1ヵ月毎に1回の6回、合計9回であった。

事例の結果

【A氏アセスメント、プランニングへの支援とそのプロセス】

A氏への面接とそのアセスメントの結果から、①疾病は回復しており、現状維持しながらこれ以

表2 支援プロセスの概要

回数 月	内 容
第1回 12月2日	【病院入院中】この段階では、A氏の病気のこと、家族の関係、それらを取り巻く状況、その他の情報収集ができた。
第2回 12月9日	退院が近いが帰るところがなく不安で困っているとのこと、病院側と福祉事務所のソーシャルワーカー（以下SWとする）と話す機会があること等が了解できた。
第3回 12月15日	退院が決まり、Y老人ホームへ行くことに決定したとのこと。退院当日、A氏は病院を退院後Y老人ホームへ入所した。退院前に第1次の情報を本人から得て支援ツールに第1次データ入力を行い、後日結果と支援内容を共有した。
第4回 1月初旬	【老人ホームへ入所してからの支援状況】 Y老人ホームでは、本人に元気が無く家族もほとんど面会なし。そのため老人ホームの職員であるSWと検討し、家族との面会を働きかけることになった。
第5回 2月中旬	本人の反応は悪い。老人ホームのSWと再度話し合い、刺激を大切にすることにした。さらに息子との面会の後は興奮することが分かり、娘に来てもらい話し合うこととした。Y老人ホームから娘に連絡をしても応じなかった。しかしその後、母親に会いには来たが確執があるらしくすぐ帰った。
第6回 3月初旬	徐々に認知症の症状が現れはじめた。しかし会話はできる状態であった。そこで再度娘に働きかけ、Y老人ホームのSWと筆者で娘との話し合いを持った。高齢者の特徴を娘に説明し、また親への思い等娘からの話も聞いた。内容は、勝手な親、両親の喧嘩が絶えない、母親は自分のことしか考えない等で子どもは苦勞した。障害を持つ姉が居たため周りへの苦勞もあった。早く家を出たいと思った等少しずつ話した。長年の思いを表出し、気持ちも少しずつ晴れ、それからは親に接する態度も変化しはじめた。
第7回 3月中旬	再度話し合い、娘は忙しい中でできるだけ来訪することを約束した。その後、親子は少しずつ確執も薄れていくようであった。娘の態度が変化すると母親の態度も変化しはじめた。
第8回 4月中旬	本人を中心として施設のSWが娘と共に関わりを持ち、認知症の症状は見られなくなった。娘との面会が効果的で、親族の影響力の大きさと関係性が本人を刺激したようであった。
第9回 6月中旬	会話がはずみ、元通りの元気さが戻った。その後は娘も頻繁に来訪するようになり、本人の経過も順調であった。しかし息子との関係は改善されなかった。退院後6ヶ月経過した時点で、本人と面談し、支援ツールに第2次データ入力を行い、その結果を後日共有した。

上悪化しないよう自己管理できる。そのためには生活を整え食物を管理する。②家族の問題として、息子と同居であるが無職で生活が不安定であり、家族意識は薄く直ぐ口論となる。③近親として、嫁いでいる娘がいるが家に寄りつかない。④財政的には困窮している。⑤社会資源の活用には疎い。⑥医療機関に依存している。しかしプラス面として退院後は、⑦老人ホームへ入所できたため居住での不安はなくなった、等があげられた。

これらは所属の異なる福祉事務所のソーシャルワーカー、Y老人ホームのソーシャルワーカー、病院所属のメディカルソーシャルワーカー、看護師等が意見交換しながら支援活動を行った。

A氏 第1次データ入力、第2次データ入力の結果比較と考察

A氏の第1次データ入力、第2次データ入力の結果は以下である。

図4は、全体の32構成子であり、内容として個別特性、サービス関連は、現在の関心事を示している。第1次データ入力の段階では入院中であり、健康の問題、老人ホームへの関心以外は全て課

題となる。自律性、健康障害緊急性、生活習慣、施設機関、サービス関連には関心を持っているが、入院中であり、老人ホームへの入居のための対策等で関心を持たざるをえなかったと思われる。

図4 A氏第1次データ入力、健康・生活32分野構成子

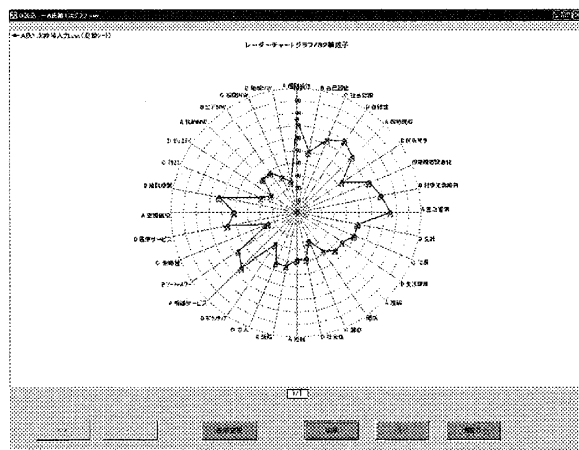
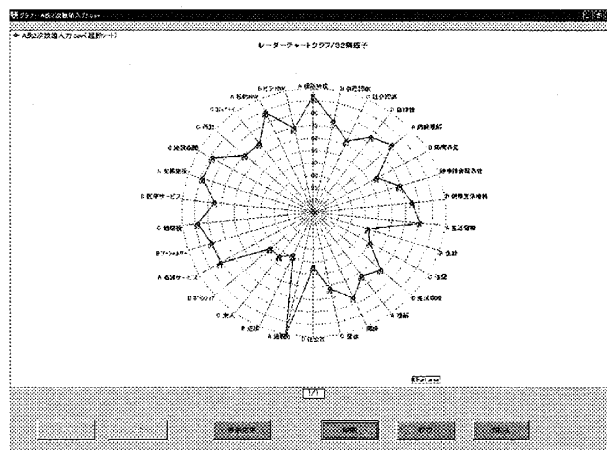


図5 A氏第2次データ入力



次いで図5の第2次データ入力では、近親は10ポイントとなり、個別特性9.4ポイントに、病態理解、支援政策、施設機関、SW、他職種、看護サービス、私的NW 8ポイント強と大きく変化した。特に娘との関係が修復され周りにも感謝している。しかし、生計や住居、友人、ボランティア、地域NWは低値を示した。

第2次データ入力では、全体として改善されている。それは特に一時期認知症の症状が出現し悪化の状況にあったが、娘の関わりや周囲の人々の支援で病気もやや回復し元気になったこと等である。

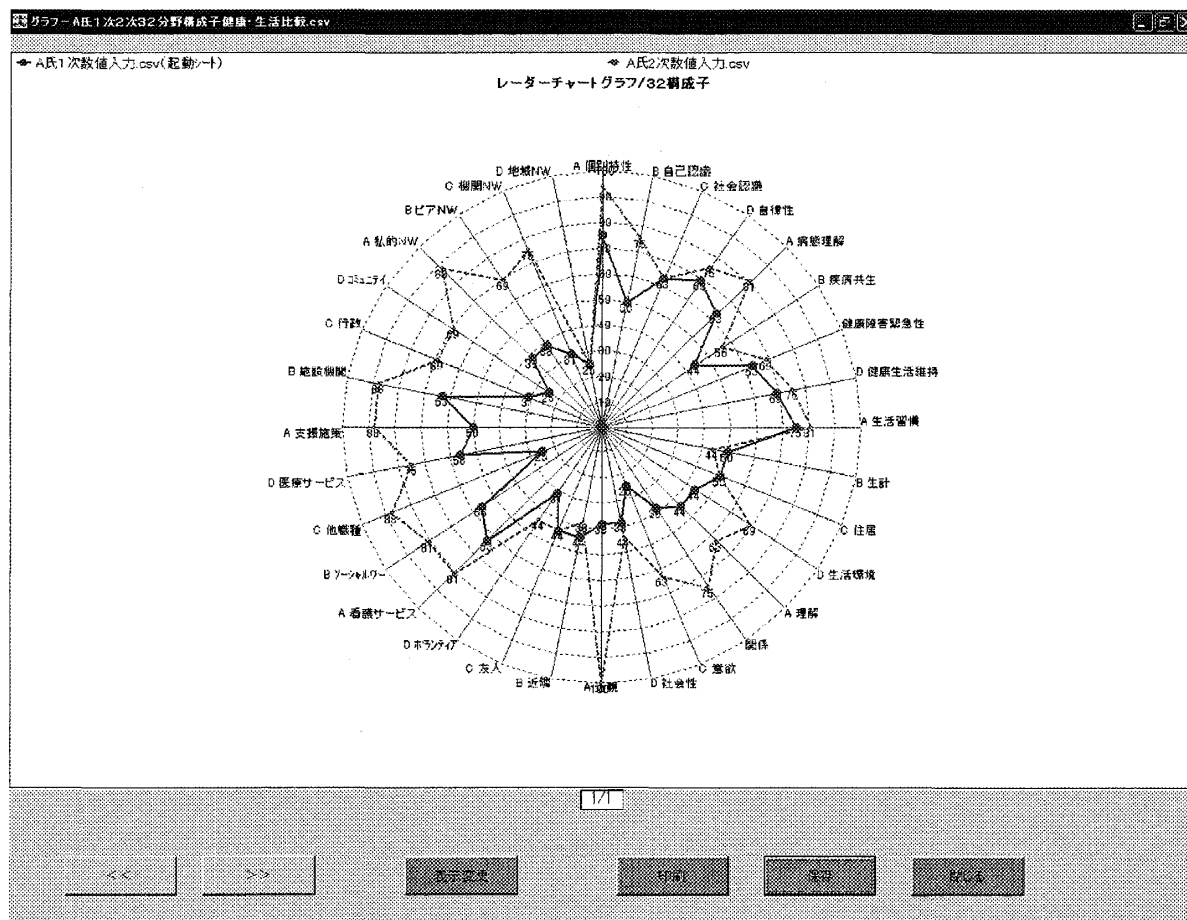
本人は健康問題に大きな関心はあるが、周囲のことには関心がなく課題となった。これはやはり第1次データ入力時は入院中であり、関心がもてない状況といえる。しかし第2次データ入力では改善されている。これは健康問題がやや解決していること、家族との関係について、息子との関係は改善されていないが、娘との関係が格段に良くなったこと等変化してきたといえる。

図6は、第1次データ入力と第2次データ入力の比較表である。この比較表でさらに改善点が視覚的に理解しやすい。

家族支援において、娘との関係修復を焦点に支援した結果は大きな影響を他に及ぼした。特に娘への働きかけは本人の変容を促した。この場合、支援者で専門職である第3者が介入することは、近親2人では解決しにくい状況も、コミュニケーションや信頼関係の回復に結果として進展し、短期に前進し効果をあげた。これを契機に母親も大きく変容し、元気を取り戻していった。認知症の症状も改善され支援体制の効果が発揮できたといえる。

看護理論家オレム Dorothea E. Orem²⁴⁾は、システム理論を背景に患者にセルフケア不足 self-care deficit がある時、できないところを補うのが看護であり、合法的なサービスになると述べている。看護システムの考え方は、部分でなく全体をみることを重視し、システムを作用しあう要素としてとらえる一般システム理論が背景にある。そしてオレムのセルフケア self-care とは、その人自身の機能と発達を調整するために、自分自身や自分の環境に向けた活動を自発的に開始し、実

図6 A氏の第1次、第2次データ入力比較 健康・生活 32分野構成子



践することであり、生命、健康、安寧の維持を目的としている。そして自己の意志に基づいて行う意図的な行動であるとしている。

A氏の場合、セルフケアは自己管理に関連することである。自己管理は、できることから自分で行うことになる。支援者は健康について、A氏が関心を持ちこれ以上病状が悪化しないよう自分で管理できるよう支援することが重要である。さらに今回はその支援が、娘の態度や関わりに関連し、これは支援者の環境への調整であったともいえる。これはエコシステム構想でいう人と環境に対する支援の結果であり、支援ツールから得た示唆として改善されたと理解できる。

上記より以下の3点がまとめられる。

- ① 本人の病状への正しい認識、自らの食物の管理を行うことについては、老人ホームのため食事は管理されている。しかし、間食などの内容やカロリーの計算については本人が納得の上で、自己管理が必要となる。そのためには娘の役割が大きく、二人の関係が改善されたため、娘が本人の管理に助言を行い、今後もこの状況を続けることが必要である。さらに時々支援ツールを用いてビジュアル化しその結果で様々な対応も可能であり、周りの専門職でその結果から改善に関わることができる。
- ② 老人ホームでは生活環境に慣れ、娘との関係回復により面会が多く母親の精神的安定があり、一方で本人は居住の心配がなくなったため、さらに安定し適応している。これはこの課題が解

決されたといえる。

- ③ 家族の再統合を試みる。これは特に息子との親子関係を修復するという点であったが修復できなかったため、再度情報収集にフィードバックしながら、計画立案を行うことになる。これは達成できなかったため大きな課題として残った。しかし娘に働きかけ関係の回復ができたことは、大きな成果といえる。

それは参加と協働という利用者を中心に支援者が計画に関わり、支援ツールのデータを利用者に提示しながら検討し、課題を共に考えたことが功を奏したと思われる。これらは支援ツールを用いての関わりでありその成果と考える。

支援ツールの今後の課題

支援ツール作成は、エコシステム構想をもとにソーシャルワークの枠組みを改変し行ったが、課題も多く残されている。それは、支援ツールが看護領域で使われやすく、他職種と協働で使うツールとしての意味を持つかということである。

今回の事例検討から以下の4点が課題となった。①現在入院中の利用者には、質問項目が少ないこと。②情報収集の最適化においては、因子の構成を再考すること。利用者の複雑な状況をとらえようとする場合、質問項目は重要であり試行錯誤は避けられない。③シミュレーションの統計処理方法も複雑であり、グラフ表示の方法にも課題がある。そして最大の課題は、④支援ツールをどのように活用するかである。これは支援者が利用者と共に有効な情報を収集し、利用者のエコシステム状況に何処まで肉薄でき支援ツールの活用ができるか、また利用者自らが課題解決に向かうための方法を支援者はサポートし、協働で実践を評価し有効な支援ツールの活用を行うことができるか等である。これらは、活用方法を誤ると専門性や科学性を損ねることになり、倫理面への配慮も課題である。

看護における支援ツールの課題は多くあるが、エコシステム構想を基礎とした支援ツールとして、その活用へとプロセスを踏み実践に統合化するための研究であり、今後も支援ツールの活用が重要となる。

おわりに

エコシステム構想という中範囲概念から、利用者が専門的、科学的に最適な方法で支援を受けられる概念の具体として、支援ツールを活用し事例検討を行い考察してきた。

さらにソーシャルワーク領域や看護領域を中心として、専門職のスタッフが誰でも利用できるコンピュータを用いた支援ツールは、支援者と利用者が共に課題解決に活用できるツールであることを述べてきた。支援ツールのビジュアルな結果を共有することは、利用者の最適な情報収集を行い適切なサポートを実践することにつながり、専門領域を越えて利用者中心に参加、協働で支援できることになる。

今回は、ソーシャルワークにおける生活支援ツールから示唆を得て看護の支援ツールの作成を試みた。エコシステム構想を基礎とした概念枠組みから、その具体までを階層別に表作成した。さらにその支援ツールを用いて事例検討し考察した。その結果、①支援者は職種、専門性も様々であったが、利用者と支援者はプランに協働に関わり、利用者の居住の解決ならびにその娘との関係改善ができた。その理由はビジュアル化されたシミュレーションから、さらに課題解決に向けて検討を継続して行ったことである。②その中で利用者に専門的な支援を行うための確実な情報収集と支援ツールの活用、その結果としてのサポート体制は、各職種間による協働の成果を生じたといえる。

そこで一つの共通した支援ツールを用い、どこに課題が生じているか質問の項目や因子を思考し、ビジュアル化することは、共通した支援体制を組むことが可能だといえる。今回の事例はそれが有用であることを意味している。今後の課題として支援ツールの検証は、数多くの事例検討が必要だと考える。

【注】

- 1) 太田義弘「ソーシャルワークの臨床的展開とエコシステム構想」『龍谷大学社会学部紀要』第22号 2003年 9頁
- 2) 日本看護科学学会誌 第25巻 第1号 2005年3月 80頁「看護学」について、日本看護科学学会の見解によれば、看護の定義は、「多様な領域の実践活動を通じて個人・家族・集団・地域の人々の身体的、精神的、社会的、霊的健康の増進を目指す活動。保健医療福祉機関、地域、在宅、学校、事業所等で提供される。」と記述されている。筆者もこのような内容でこの用語を用いている。
- 3) 太田義弘『ソーシャルワーク実践とエコシステム』誠信書房 1995年 103—108頁
- 4) 前掲書 9頁 ここでは「支援ツール Eco Scanner と称しセットにしてエコシステム構想と呼んでいる。」と記述されている。
- 5) 同書 6頁 エコシステム状況の理解についての記述を筆者が改変し図式化した。
- 6) コスモスとは、秩序のことであり、転じてそれ自身のうちに秩序と調和とをもつ宇宙または世界の意である。新村出編『広辞苑』岩波書店 1998年 969頁
- 7) 太田義弘「ソーシャルワーク実践研究とエコシステム構想の課題」『龍谷大学社会学部紀要』第20号 2002年 10頁
- 8) 看護過程という用語は、Nursing Process の訳語で米国からの外来語であったが、今では定着している。定義はさまざまであるが、内容は1, 情報収集、アセスメントに始まり、2, 問題の抽出、看護診断、3, 計画立案、4, 実施、5, 評価という5段階が定着している。黒田裕子『看護過程の教え方』医学書院 2001年 1頁
- 9) 看護診断とは看護過程の第2段階である。NANDA（北米看護診断協会）は、看護診断を「実在または潜在する健康問題／生活過程に対する個人・家族・地域社会の反応についての臨床判断である。看護診断は、看護師に責務のある目標を達成するための決定的な治療の根拠を提供

する」(『NANDA 看護診断 定義と分類2001—2002』、医学書院 293頁)と定義している。
医学診断は疾病の診断であり、看護診断は健康や病に対する個人・家族・地域社会の反応を明らかにすることに焦点をあてている。

- 10) 草刈淳子「日本における看護診断20年の歩みと今後の課題」Vol. 31 No. 6 看護研究1998年13頁より、マクマナスの論文は、McManus, R. L. *Assumption of Function of Nursing, Regional Planning for Nursing and Nursing Education*, Teacher's College, Columbia University. 1950. からである。
- 11) 同書 13—14頁
- 12) 「個人情報の保護に関する法律」であり、第一章から第六章まで条項が決められている。特に第一章では、第一条目的、第二条定義と続く。専門職従事者の守秘義務は当然守られるべきであるが、プライバシー権概念が変化し、新しいプライバシー概念が必要になった。それは、個人情報コントロール権であり、インターネットなどの普及により守秘義務だけでは不十分になったのである。
- 13) Jacqueline Fawcett, 1995. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*, F.A. Davis, p. 6.
- 14) *Ibid.*, p. 7.
- 15) *Ibid.*, p. 2.
- 16) 理論の範囲についてフォーセットは、大理論 grand theories 中範囲理論 middle-rang theories 部分理論 partial theories と第1版では分類しているが、[小島操子監訳 ジャクリーヌ フォーセット『看護モデルの理解 分析と評価』第1版第4刷 医学書院 1997年 28頁] 前述の注14は third edition であり、部分理論 partial theories の説明は無くなっている。
- 17) 新村出編 前掲書 2815頁
- 18) 同書 444頁
- 19) 森下妙子「医療、看護、福祉の統合的実践」『龍谷大学大学院紀要』 第7号 1999年 29—46頁
- 20) 太田義弘 前掲書 5頁
- 21) 太田義弘 前掲書 7頁
- 22) タジムヴィラーニ、竹花富子訳「臨床実践ガイドラインとクリニカル・パスウェイ：この2つを比較する理由」『インターナショナルナーシングレビュー』 Vol. 27 No. 4 2004年より。クリニカル・パスウェイとは、(クリティカル・パスウェイ、ケアマップとも呼ばれる) 1985年ニューイングランド・メディカルセンター病院のカレン・ザンダーによって最初に開発されたといわれている。これは特定の診断、治療法、症状などを共有する患者に最適な介入の順序やタイミング、ケア活動、期待されるアウトカムなどを記述した学際的なケアプランであるとされている。これらは仕事の予定や実績を時間との関係で日程管理表として開発されたものがベースとなっている。従って特定の目標と達成を可能にする確実なプロジェクトの管理に使用

されるツールである。これはまた、急性期ケア病院の入院期間の短縮によって起きた財政面の難題に取り組んだ1980年代末から1990年代に広く普及した。さらに米国では、広い範囲においてオーダーメイドで作成され、クリニカル・パスウェイのフォーマットは時間割方式で、チェックリスト、記録用ツールを始め多種多様であるといわれている。日本でもこの方式は研究され病院において取り組み使われている。しかし一定のケア上のニーズの範囲外にある患者は対象にならない。

- 23) 厚生統計協会 『国民衛生の動向』 2002年 第49巻第9号 88—89頁と『国民衛生の動向』2005年 141—144頁との比較である。糖尿病を例にすると2002年の報告では、強く疑われる人690万人、糖尿病の可能性を否定できない人を加えると1370万人であったが、2005年のデータでは強く疑われる人740万人と50万人増加し、可能性を否定できない人を加えると1620万人となり、250万人の増加となっている。(平成9年と平成14年実施の糖尿病実施調査の結果である)

- 24) オレム, D.E. 小野寺杜紀訳『オレム看護論』医学書院 1995年

Orem, D.E. *Nursing concept of practice* (6th ed.), St. Louis: Mosby. よりオレムの看護論は、日本の教育現場や臨床において活用されている。その理由はセルフケアという用語が理解しやすく活用されやすいと考えられる。近年の傾向として自己概念などの用語に含まれる自己のあり方、自己のために、自分で行う等頻繁に使われている。この傾向に合致したセルフケアという用語は、活用されやすいと推測できる。実践現場でこの理論を使う場合は、黒田裕子監修『やさしく学ぶ看護理論』日総研 2004年の「ドロセア・E・オレム」153頁～181頁に記述されている。その意味で本事例は糖尿病という疾患から、特に自己管理が要求され活用しやすい理論といえる。ただしセルフケアという用語を用いる場合、その文化的背景も必ず視野に入れて用いる必要がある。

【参考文献】

- ・コニー・M・デニス 小野寺杜紀訳『オレム看護論入門—セルフケア不足看護理論へのアプローチ』医学書院 1999年
- ・フォン・ベルタランフィ 長野敬他訳『一般システム理論—その基礎・発展・応用』みすず書房 1996年
- ・柏木公一「電子カルテ：臨床における記録の電子化の影響」『インターナショナルナーシングレビュー』Vol. 27 No. 5 2004年 35—39頁
- ・柏木聖代・岡谷恵子他「根拠に基づく看護技術のデータベース化がもたらすもの」『インターナショナルナーシングレビュー』Vol. 27 No. 5 2004年 41—44頁
- ・黒田祐子『NANDA-NOC-NIC の理解—看護記録の電子カルテに向けて』医学書院 2003年
- ・小松源助『ソーシャルワーク理論の歴史と展開』川島書店 1995年
- ・中村佐織「ジェネラル・ソーシャルワークにおける展開過程の意義」『ソーシャルワーク研究』Vol. 24 No. 1 通巻93号 1998年

- 太田義弘『ジェネラル・ソーシャルワーク』光生館 1999年
- 太田義弘・佐藤豊道編『ソーシャル・ワーク』海声社 1984年
- Meyer, Carol H. *Clinical social work in the eco-systems perspective*, Columbia University New York. 1983.
- ペギー チン他 白石聡監訳『看護理論とは何か』医学書院 1997年
- ソフィア・T・ブトゥリム 川田誉音訳『ソーシャルワークとは何か』川島書店 1986年
- 竹村節子・森下妙子他『看護理論のケアへの活用』金芳堂 2004年
- Timberlake E. M., Farber M. Z., Sabatino C. A, *The general method of social work practice, McMahon's generalist perspective*, Ally and Bacon. 2002.