

自殺をほのめかす利用者を支援するソーシャルワーカーに スーパーバイザーとしてどうサポートすればよいのか

●事例提出者

Kさん 地域包括支援センター・
主任ケアマネジャー

K

◆提出理由

本ケースを担当しているのは、当包括センターの社会福祉士（25歳・女性、以下「SW」と表記）です。彼女は福祉系の大学を卒業後、施設での介護職を経て、昨春の包括センターの開設と同時に異動（出向）となりました。そのため、相談業務の経験はまだ1年数カ月です。

利用者のBさんは、精神的不安定さやアルコール依存の傾向もあり、「死にたい」といった言葉を何度も繰り返します。長くかかわっているヘルパーや訪問看護師などのサービス担当者は「言葉だけで実際に死ぬことはない」と語り、「実務経験の短い若いSWだから、本人の言葉を真に受けて心配しているのだろう」と受けとめている様子です。しかし、この1年の間にSWの担当していた利用者で、自殺してしまった方がいるため（SWのかかわりが自殺を引き起こしたわけではありませんが）、彼女（及び私）は「口先だけのことと、軽く流してはいけない」という思い（恐怖心）と、「その言葉に振り回されて、自立を妨げるような過剰援助をしてしまっていないか」という思い

の間に日々葛藤している状態です。

そういった彼女（SW）をいかに支援していくかを考えるなかで、彼女と同じように「せめて自殺だけは……」という思いが、現在の私の一番強い願いとなっています。今後、どのようにこのケースをとらえ、彼女をサポートしていけばよいのか、助言をいただければと思います。

●クライアント

Bさん（65歳・男性・独居）

B

▼要介護度：要支援2

▼診断名：脳血管障害（H10.9）、
高血圧症（H10.10）、
変形性脊椎症（H10.12）

▼身体状況：脳梗塞後遺症として軽い右片麻痺はあるが、杖を用いての一人での外出も可能。衣服の着脱も自立。入浴はシャワー浴のみだが自立。ただし片麻痺に加え腰痛等もあるため、全般的に動きは不安定である。

▼精神状態：認知症等はない。しかしアルコール依存の傾向にあり、精神的には不安定になりやすい。

▼家族状況：独居。結婚歴なし。兄が同市内に居住しており、月1回程度の訪問はあるが、あまり積極的な関与はない。

▼**経済状態**：生活保護

▼**職歴**：左官工として働いていたが、50代で脳梗塞を発症し動くことができなくなったため、生活保護を受給するようになった。

▼**住居状況**：親の代からの持ち家で、段差等はあるが愛着もある。

◆**サービス利用状況**

訪問介護 週2回（生活援助中心）

訪問看護 週1回（バイタルチェック、服薬指導）

訪問リハビリ 週1回（歩行や入浴動作等）

◆**現状と問題点**

今年1月に65歳の誕生日を迎えるまでは、身体障害者への支援費としてサービスが入っていた。その頃は、訪問介護と訪問看護が交互にほぼ毎日（週6回）入っている状態だった。サービス従事者（ヘルパー、訪問看護師）によると、「本人は依存的な傾向があり、毎日人に来てもらいたがる。自分たちサービス従事者も、過剰援助と感じつつも支援費で認められているから否定もしにくく、サービスを続けてきた。介護保険になって担当ケアマネジャー（担当のSW）の存在ができたのをきっかけに、適切な援助になるようにしたい」とのこと。

しかし、サービスの回数が減った（人の出入り

が少なくなった）ことから、Bさんは精神的に不安定な状態となっていった。支援費の頃からかわっているサービス従事者によると、「担当者が替わったり、何か変化が起きたときには常にそういった傾向になるが、やがて落ち着く」とのことであった。事実1カ月半ほどかけて徐々に精神状態は落ち着いていき、スタッフやSWの励ましに対して自立を意識した発言もみられるようになった。しかし、その後もちょっとした変化等で不安定になることが繰り返されている。加えて、以前から飲酒の習慣はあったが、最近では酔って電話をかけてきてスタッフのちょっとした言動に対する不満を延々と言い続けたり、何度も同じ話を繰り返したり、「死にたい」と言うこともある。粘り強く受容・傾聴の姿勢で接していくうちに落ち着き、翌日には明るさを取り戻すこともある。

そのような状態のなか、担当SW（及びスーパーバイザー役としての私）は「本人の精神状態を安定させる（せめて自殺に向かわない）ことを最大の目的として、多少過剰であっても、目一杯サービスを入れるべきか、依存的傾向を少しでも食い止め、自立支援の姿勢で接するべきなのか」と葛藤し続けている。

ケース検討会

検討課題を明確にする

高橋 ありがとうございます。これから事例検討を進めていきたいと思いますが、まずはじめに今日の検討課題を設定しましょう。この事例のなかで、Kさんが一番引っかかっているところ、もしくは今日みなさんに検討してもらいたいのはどんなところですか？

Kさん 一番引っかかっているのは、自分がまず

い判断をして、クライアントであるBさんと現在担当しているSWを傷つけてしまうのが怖いのだと思います。自分の担当事例だったら、おそらくこんなに悩まなかっただろうなと思います。

高橋 どうして自分の事例だと悩まなくて、後輩の事例だと悩むのですか？

Kさん 自分の担当ケースであれば、迷ったときは直にBさんに会えば細かい表情や感情も読みとれるので、援助の方向性なども確信をもって決め

られると思うのですが、現在は基本的に担当のSWを通じた情報に基づいて助言をしているので、どうしても確信をもてない部分があります。

高橋 そうすると、自分の中で「Bさんとはこのような人である」という確信をもてると、SWに対しても適切なスーパービジョンができるのではないか、ということですね。

Kさん はい、少なくとも今よりは自信をもって助言できると思います。

高橋 では、クライアントであるBさんはどのような人なのか、Bさん像をつくっていくことを今日のセッションのテーマの一つにしましょうか。

Kさん はい、よろしくお願いします。

高橋 もう一つ、SWに対する後方支援をどのようにしていけばいいか、という点についてはいかがですか？

Kさん それがまさに私の求めているものだと思います（笑）。

高橋 では、その2点を今日のテーマにしていきましょう。まずは、クライアント像が少し見えにくいので、Bさん像を明確にするところから入っていきましょう。では、質問をお願いします。

Bさん像を探る

発言 これまでKさんは、Bさんと直接お会いしたことはあるのですか？

Kさん はい、2度ほどあります。それと、包括センターにかかってきた電話に出てお話しすることもあります。

発言 これまでのかかわりのなかで、KさんはBさんについてどんな方だという印象をもっているのでしょうか？

Kさん 印象を一言でいえば、とても傷つきやすい人だと思います。初回面接は私も同席したのですが、私は事前情報にあった50代で脳血管障害を発症して生活保護を受けているという生活歴から、とても心に傷を負っている方だろうという予

測のもとに訪問したのですが、SWの彼女はそういう予測をしていなかったようで、面接の空気がとてもギクシャクしたものになってしまいました。一言一言のちょっとしたやりとりでBさんがどんどんナーバスになっていくのがわかりました。ただでさえ、Bさんはその時期は落ち込んでいたので、本当は後方支援として控えているつもりだったのですが、私が介入して滞りない面接になるよう処理したという経緯があります。

発言 「ただでさえその時期は落ち込んでいた」というのは、何があったのでしょうか？

Kさん Bさんは1月に65歳の誕生日が来て介護保険の対象になり、私たちがかわることになったのですが、支援費から介護保険になるときに、誰からもきちんとした説明を受けていなかったようなのです。そのため、「誰も自分には説明しようとしな」「自分はみんなからないがしろにされている」といった被害者的な気持ちになっていました。「もう、どうなったっていいじゃないか。俺のことなんて誰も気にとめていやしないんだろう」といった発言がありました。

発言 ご本人は、脳血管障害や変形性脊椎症、右半身の軽微な麻痺という自分の障害や疾病に対して、どんな受けとめ方をしているのですか？

Kさん ご自分では「足が悪いから一人では病院にも行けない」とおっしゃっていますが、実際には介護者なしで病院に行っています。実際の身体の状態よりも、もっと悪い状態に聞こえるような表現をされます。

発言 アルコール依存の傾向があるということですが、何かトラブルなどは起こっていますか？

Kさん お酒は若い頃から比較的好きで、よく飲んでいたようですが、特にトラブルを起こしたりということはありませんでした。アルコールが問題視されるようになったのは、介護保険に切り替わることによって情緒不安定になって以降です。それまでは単にお酒好きだった人が、状態が悪いときには昼間からろれつが回らないほど飲んで電

話をかけてきたり、夜間も「担当のSWにつなげ」とか延々と不満を訴えかけてきたりということが、この半年間に何回かあります。

発言 包括センターに電話をかけてくるときは、担当のSWを名指しでかけてくるのですか？

Kさん はい。彼女がいけない場合には私が出るという感じです。

発言 「アルコール依存」と診断したのはどなたですか？

Kさん 依存と診断されているわけではないのですが、以前からかかっているドクターが、「だんだんアルコール依存を心配しないといけない状況になってきたね」とおっしゃっていて、関係者も心配しているという段階です。

発言 Bさんは「死にたい」と何度も言っているようですが、実際に自殺を図ったりしたことはあるのですか？

Kさん いえ、今のところ本当に自殺しそうな動きはしたことがありません。

発言 現在の介護度はいくつですか？

Kさん 要支援2ですが、本人のADLからみると、次の更新では要支援1になる可能性もあると思います。

発言 Bさんが今、一番不満に思っていることは何ですか？

Kさん 人が来てくれないことです。

発言 サービスが足りなくて、生活がしにくいということですか？

Kさん いえ、決して実態としては困っているわけではありませんが、とにかく人に来てほしいという思いがすごく強い方なのです。担当のSWも、本来は予防業務なので3カ月に1回の訪問でいいのですが、「ずっと訪問に来ていない！」と言われるので、月に1回は訪問しています。介護保険になってヘルパーの訪問回数が減ったときには、「寂しい」と言葉にしておっしゃっていました。

発言 近隣との付き合いや友人関係などで寂しさ

をサポートできる方はいらっしゃいますか？

Kさん 近隣とのかかわりはほとんどありません。月に1回程度お兄さんが来てくれることがありますが、友人との交流などはまったくありません。本人がおっしゃるには、「病氣して以降、人に会いたくなくなった。会っても楽しくない」ということです。

発言 事例概要には「翌日に明るさを取り戻したりする」とありますが、具体的にはどのようなことでしょうか？

Kさん 明るいといっても、すごく陽気になるというわけではなく、「いつまでもくよくよ考えて仕方がないしな」とおっしゃったりする程度です。基本的にはすごく気の小さい方だと思うのですが、30分くらい電話でガーッと文句を言ってきた次の日に、「昨日はあんなに嘔みついて悪いことをした」というようなことをおっしゃったりします。

発言 比率として、状態のよいときと悪いときでは、どちらが多いのですか？

Kさん 私も気になったので、先日まとめてみたんです（笑）。この半年間のうち、状態がすごく悪かったのは通算すると2カ月弱くらい、あと1カ月は揺れ動いている状態。残りの3カ月強はわりといい状態で、全体としては穏やかに過ぎている期間のほうが長いです。

発言 状態が悪くなるきっかけは、どんなことですか？

Kさん 新しいサービスを利用したり、かわる人が変わったりすることにすごくストレスを感じます。これまでで最も悪い状態になったのは、支援費から介護保険に移行したときでした。そのときは説明が十分にされていないこともあり、不安が高まって食事あまり食べられなくなり、ほとんど脱水症状を起こしかけていました。その後、担当のケースワーカーが変わったときも何日間かガクンと不安定になりました。

発言 脳梗塞になる前の生活の様子はわかります

か？

Kさん 今かかわりのあるスタッフはすべて脳梗塞以降のかかわりなので、それ以前のことをハッキリ知っている人はいません。ただ、部屋の中には肉体労働をする人特有のわりとハデ目のアクセサリーがあったり、ガテン系のおじさん達がオシャレをするようなアイテムがいくつかあるので、昔は仕事仲間と「ちょっと飲みに行こうや」といった暮らしをしていたのだろうな、と想像しています。

発言 仕事はお一人でしていたのですか？

Kさん 市内の工務店に所属していたようです。

発言 では、工務店の人たちが飲み仲間ですね。

Kさん おそらくそうだと思います。

発言 お兄さんは現在のBさんのことをどうみていらっしゃるのですか？

Kさん Bさんは身内のことを話すのを嫌がるので、これまではこちらもあえて突っ込んで聞いてはいません。お兄さんがいらしていることは、たまたまヘルパーの訪問中にお会いしたことがあるのでわかったのです。ですので、現段階ではお兄さんとの直接のコンタクトはとれていません。

関係機関のかかわりについて

発言 Bさんを援助している機関は複数ありますが、いつもSWに電話をかけてくるのですか？

Kさん いいえ、包括センター以外にも、訪問看護やヘルパーステーションにもかけています。ご本人なりにローテーションしているようです（笑）。ただ、看護師さんやヘルパーさんたちはベテランが多くて付き合いも長いので、その人たちに比べるとSWは受けとめ方がやわらかく、一番話をしやすそうではあります。

発言 かかわりをもっているスタッフ間での連絡や話し合いは日常的に行っているのですか？

Kさん はい。電話でのやりとりは日常的にありますし、カンファレンスも状態が変わったときな

どに適宜行っています。

発言 初回面接ではギクシャクした空気が流れてしまったということですが、今はBさんはSWの彼女を受け入れているのですね。

Kさん はい。受け入れていると思います。ただ、状態が悪くなると今でも、「お前もどうせ、どうでもいいと思っているんだろう！」というようなことは言いますが。

発言 そういうことを言われたとき、SWの方はどんな言葉を返すのですか？

Kさん 「どうでもいいと思っていたら、ここまで足を運びません！」と言ったりしています。

高橋 すごいですね。そこまで言うのですか。

Kさん そのときは目に涙を溜めながら言ったそうです（笑）。でも、必死になってそう言ったら、「そうか」とわかってくれたそうです。今の二人の関係性は決して悪くない状態です。

高橋 Bさん自身は、状態が悪くなるとアルコールを飲んでほうほうに電話をかけて文句を言い、でも翌日に謝ったりしていることについて、どんなふうにとらえているのでしょうか。

Kさん SWとの会話のなかでは、「安定した落ち着いた気持ちで暮らしたい」という本音と思われる発言も聞かれますので、本当のところは不安定な自分を不本意に感じておられると思います。

発言 どんなときに不安定な状態になるか、ご自分では認識されているのですか？

Kさん 認識していることもあります。ケースワーカーさんが変わったときも、ご自分で不安定になりそうだということはわかっておられました。つい攻撃的になってしまうけれども、引き金となっているのは何なのかは自覚していると思います。おそらく、素直に言えないので矛先を変えて攻撃しているのだと思います。

高橋 攻撃するきっかけは、「見捨てられたかもしれない」という思いをしたときですね。

Kさん はい。自分がないがしろにされていると感じたときが一番です。それと、知らない人や知

らない制度に接することの怖さだと思います。

発言 「死にたい」という言葉は今も出るのですか？

Kさん やっぱり状態の悪いときは今も「死にたい」という言葉が出ます。長くかかわっているスタッフは「気が弱いからそういうセリフを言うだけで、死ぬはずはない」と言っています。私も十中八九はないと思っているのですが、アルコールの問題もあり、突発的という可能性もゼロではないと思いますので、常に怖さは感じています。

発言 精神科の受診をしたことはありますか？

Kさん いえ、ありません。

高橋 Bさんは眠れないことはありますか？ たとえば不安なときなど。

Kさん 「眠れない」という言葉は聞いたことがありません。

発言 脳梗塞という病気は、時にうつ状態や性格の変化などを引き起こしたりしますが、医学的な観点でのチェックはされていますか？

Kさん なるほど。これまではそういった観点からの話し合いはしていませんでした。

発言 近隣や友人関係のつき合いもないということは、包括センターやサービス事業所に話を聞いてもらうのが生活の支えになっているような状況ということですか？

Kさん はい。現実としてはそうです。

発言 サービス機関の人が来ないときは何をしていますのですか？

Kさん テレビをボーッと見ています。ただ、すごく状態のいいときは、訪問リハビリの後に、室内に置いてある健康器具の自転車漕ぎを張り切ってやったりします。ただ、性格的に極端にやりすぎてしまうところがあって、腰を痛めるほど自転車を漕いだり、以前脱水症状になったときに私たちがポカリスエットをもっていった状態が回復したときなどは、その後もずっとポカリを飲み続けたりということがあります。

発言 言葉は悪いかもしれませんが、幼児的な反

応が多いように思うのですが……。

Kさん そうなんです。「子どもが駄々をこねるような」という表現がぴったりです。

高橋 その幼児性というのは、病気に起因しているものなのか、発病前からのパーソナリティが強調されて出てきているのか、そのあたりの情報はありますか？

Kさん う〜ん、そのあたりはわかりません。

どんな支援策が考えられるか

発言 ここまで聞かせていただいたなかでは、Bさんは表現のしかたには問題があるかもしれませんが、生活していく力そのものはもっていらっしゃる方のように感じたのですが、Kさんとしてはこのケースをどんなふうに展開すれば落ち着くとイメージしていますか？

Kさん 私のなかでは、ヘルパーさんや看護師さんの定期的な訪問によって、栄養をきちんととり、薬を飲んで通院をして、心穏やかに暮らすというのが理想の姿です。本心を言うと、実はBさんにはサービスを目一杯入れてもいいんじゃないかと思っています。回数多くかかわるなかで、少しずつ自立につながるような行動をとってもらおうほうが向いているように思うのです。ただ、何年間もかかわってきたヘルパーさんや看護師さんが「今までは過剰だったから自立に向けて少しセーブしましょう」と言っているところを、直接の担当者でもない私がまったく逆行するようなことを言って関係性が崩れてしまっただけはよくないと思います、発言を控えているのが実情です。

発言 サービスの回数が増えて依存度が満足されたら、この方は自立に向かうのでしょうか？

Kさん 依存度を満足させるのが主目的ではありません。たとえば、掃除でも調理でも週1回サービスに入るのではなく、ご本人と一緒に週3回行う。そういうことの繰り返しを通じて、「自分自身の生活のために自分が何かをする回数を増や

す」というマネジメントのしかたもあるのではないかと思うのです。

高橋 意図としてはよくわかります。専門職による固定した人間関係の濃密なかかわりのなかで、Bさんの精神的な安定と生活上のスキル向上をはかっていこうということですね。

Kさん はい、そうです。

高橋 今後の対応策を考える前に、ここまでのやりとりで見えてきた情報を少し整理すると、どうもBさんは「見捨てられ不安」がかなり強いようです。そして対人関係の特徴としては、攻撃しては後悔するというパターンを繰り返す傾向が見えてきました。Bさんへの今後の対応を考える場合、彼の精神的な不安定感がどこからくるのかを考えることが非常に重要です。もともと性格に起因するものなのか、それとも病気からくるものなのか。たとえば、過去にものすごく大きなトラウマになるような出来事をBさんが経験していて、そのうえ分離不安が強いたら、自殺する可能性は決して低くはありません。不安定感の要因を見極めることによって、しかるべき機関につなげるべきなのか、サービスの種類や回数を調整することで解決できるのかも判断することができます。そこが見切れていないことが、Kさんたちの「怖さ」にもつながっているのではないのでしょうか。

Kさん たしかに、それはあると思います。

高橋 どうすればいいと思いますか？

Kさん 発病前の生活状況や性格などについては、これまで誰も踏み込んでこなかったのが、過去を知っている唯一の人であるお兄さんに当たるしかないと思います。

発言 医療的な観点からのチェックも、もう一度必要ではないでしょうか。

Kさん そうですね。定期的な受診と訪問看護は、ずっと同じ機関がかかわっているのので、一度その点に焦点を絞って話し合いをもってみたいと

思います。

高橋 お兄さんから生育歴・生活歴を聞き、一方で医療面でのチェックをしながら、今欠けている決め手を明確化していくということですね。

Kさん はい。今のお話をうかがっていて気づいたのは、私自身が自殺の可能性についてきちんと詰めていなかったために、「自殺はない」と言う人たちに「今Bさんが感じている不安は、放っておいていいものではないと思いますよ」と言う根拠が欠けていたのだな、ということです。

高橋 とても大切な点に気づきましたね。もう一つ気になるのは、仮に先ほどKさんがおっしゃったようにサービスを目一杯入れたとして、分離不安が強い人の場合、絶えずそばに誰かにいてほしいという欲求がありますよね。その欲求をすべて抱えきれぬのか、という点はいかがですか？

Kさん Bさんは、支援費時代は週6回サービスが入っていれば落ち着いていました。分離不安の強い方は、たとえ週6回誰かが入っていても、夜中になると落ち着かないという場合も多いと思うのですが、Bさんはとにかく1日1回誰かが入れば、夜間は一人でも大丈夫ですし、日曜は誰も来なくても落ち着いて暮らしていました。

高橋 そういうアセスメントがあったうえで、Bさんの依存性を受けとめつつ、一歩ずつ自立への道を促していくような支援を行いたいと考えているわけですね。

Kさん はい。

発言 そのときに、果たしてフォーマルな社会資源との関係性だけで、Bさんの人生が豊かになっていくのだろうかという疑問があるのですが。

Kさん 正直、デイのような場所に通うのは、Bさんの性格から考えて難しいのではないかと思います。訪問リハビリの後で自分で自転車を漕いだことがあるように、Bさんは施設などに行かなくても、自主的な動きができる方だと思っています。とりあえずはフォーマルな資源とのつき合

いがメインになるとしても、将来的にはひとりでぶらっと買い物や散歩にでも出かけていくような生活ができればいいなと思っています。

高橋 Bさんは人との関係性をつくるのが上手ではないので、関係性を一気に増やすのは難しい。だからBさんが一歩前に進むためには、まずはサービス提供者との関係をキッチリとつくって、誰かに依存できるような、ホールディングするような関係性が必要だと考えているわけですね。

Kさん そのとおりです。

高橋 そういう方法論も、たしかにアリだと思います。ただ、その方法が最適なものかどうかは、先ほどから出ているように、生育歴・生活歴を押さえ、アルコール依存や脳梗塞などを医療的な観点からキチッとチェックした上で判断することが大切です。

Kさん はい、よくわかりました。

スーパーバイザーとしての SWとの接し方について

高橋 では、クライアント像と今後の対応についてはここまでにして、次に今日のテーマの2点目である「後方支援者として担当のSWにどうスーパーバイズしていけばよいのか」についてはどうですか？

Kさん 今日この場に来るまでは、私の判断ミスから間違った助言をして、BさんやSWに辛い思いをさせるのが怖かったのですが、ここまでの検討のなかで、これから何をすればよいのかが見えてきましたので、まずはそこを一緒にやっていこうと思います。

高橋 今後の後方支援についてもかなりスッキリしたようですね。

Kさん はい。

高橋 一つだけ確認しておきたいのですが、このSWはクライアントに自殺された経験をもってい

ますよね。その後遺症がBさんとの関係に影響を及ぼしているようなことはありませんか？

Kさん それは今のところ大丈夫です。彼女のよ

うな経験をすると、つつい心配が先に立って過剰に訪問してしまいがちだと思うのですが、「それは援助としては間違っているよね」と彼女との間でストレートに話し合いを重ねてきましたし、彼女自身も自覚して訪問回数をセーブしています。ただ同時に、「セーブしても怖いという思いは常にある」と彼女が言うのもよくわかるので、その時々彼女の思いを受けとめながら、日々話し合っています。

高橋 どんなことでも相談できる関係性がKさんと彼女との間にはできているということですね。

Kさん はい。いろいろなことを率直に言い合える関係性はできていると思います。

高橋 そこはとても大切な点ですね。ほかに、みなさんが気になった点がありますか？

発言 Kさんはスーパーバイザーとして、とても上手にSWとの関係をつくって支援をしていらっしゃると思うのですが、SWの方は援助職としての経験が1年あまりということですので、仮に今後このケースが難しくなっていくときに、主担当の交替などは考えておられますか？

Kさん もしBさんの状態が悪くなって担当が交替すると、また「見捨てられた」という思いが湧いて、より状態が悪くなる可能性があると思います。ですから、完全に交替するのではなく、2人体制にもっていきたいと思います。

高橋 だいたいよろしいでしょうか。Kさん、今日のテーマについては見通しが立ちましたか？

Kさん はい。正直、今日ここに来るまでは混乱していたのですが、おかげさまで自分のなかでかなり整理できる状態になりました。明日から早速彼女と一緒に動いてみたいと思います。みなさん、ありがとうございました。