

認知症高齢者のコミュニティソーシャルワーク ～理論に基づく実践の積み重ねから生活困窮者自立支援に向けて～

Community Social Work : Serving Elderly Persons with Dementia — Helping Low-income Senior Citizens Live Independent Lives —

篠本 耕二
Kouji SHINOMOTO

二塚 綾ⁱ
Aya FUTATSUKA

要旨

研究では、実際に独居の認知症高齢者の支援を通して、専門職連携と地域住民の組織的協力・支援を実現していくコミュニティソーシャルワークの実践を行った。この実践では、専門職と研究者が協働しながら研究するアクションリサーチという研究手法を用いた。その事例研究の過程において、地域で孤立している要援護者に共通した課題と支援方法があることがわかった。この支援方法は、2015（平成27）年4月から施行される生活困窮者の支援にも十分応用できるものと考えられる。

Abstract

In this study, the author practiced community social work that focused on employment cooperatives and organized joint efforts, and helping local, elderly residents with dementia who live alone to remain independent. The author used a technique called action research to carry out the study, and a researcher collaborated with a specialist. Throughout the process, the author knew there was a problem and was aware of the support methods frequently used for supporting people who live by themselves. The author believes this method can be applied to aid low-income senior citizens. The method was implemented in April 2015.

[キーワード]

コミュニティソーシャルワーク 地域支援 社会的孤立 生活困窮者

Key word : community social work, community support, social isolation, the life poverty

I. はじめに

甲府市は、山梨県のほぼ中央に位置し、2006

（平成18）年3月の二町村との合併により甲府盆地の北端から南端まで細長くなり、人口20万人弱を擁する国中地方の中心的都市として発展してきた。高齢化率は26.2%と全国平均を1ポ

イント程度上回り、生活保護受給世帯は2.39%という状況である。

社会福祉協議会（以下「社協」という）は、地域福祉を推進する中核的組織として小地域ネットワーク活動と称するコミュニティワーク・地域組織化を進めてきた経緯があるが、1999（平成11）年の地域福祉権利擁護事業（現日常生活自立支援事業、2000（平成12）年の介護保険制度による高齢者のケアマネジメント（居宅介護支援）、2006（平成18）年の障害者自立支援法による障害者ケアマネジメント（相談支援）の導入を契機に個別支援（直接支援）に取り組む必要が生じた。もちろん、それらの制度導入以前にも個別の支援は行われていたが、本格的に取り組むようになったのは、この二つの制度によるものといってもよいであろう。

このように、個別支援の展開が社協活動に必須となり、この過程で地域におけるインフォーマル資源の開発と共助システムの構築、さらにソーシャルサポートネットワークの形成が新たな課題となった。いわゆる、個別支援の効果を最大限に満たすために必要な地域組織化を図ること、個別支援と地域支援・組織化の両方を一体的に行うコミュニティソーシャルワークの実践である。

筆者及び研究協力者は、このコミュニティソーシャルワークという実践理論を基に支援した一つの事例の分析から、2015（平成27）年に始まる生活困窮者支援の方法に向けた提案を行いたい。

II. 事例の紹介

1. 事例の概要

Aさんは、60代後半の男性、30代で離婚、結婚歴があり実子が2人いるが現在は独居である。2003（平成15）年に慢性腎不全を発症、現在週3回の透析を必要とし、入院透析も検討されている。2012（平成24）年にはアルツハイマー型

認知症の診断を受けた。

Aさんは、民生委員と地域福祉活動推進員（以下「推進員」という）により要援助者として把握され、2011（平成23）年に民生委員からの連絡を受けて地域包括支援センター（以下「包括」という）の支援が開始された。民生委員及び推進員は当初から熱心に見守り活動を行っており、地域の強み＝ストレングスの一つである。Aさんへの支援に関し、包括から家族に関わりを打診したが、一切を拒否される。

支援の端緒及び概要は、2012（平成24）年9月、包括の社会福祉士から、Aさんに社協で行っている日常生活自立支援事業の利用を勧めたいと電話にて相談がある。その内容は、光熱水費等の滞納が目立つようになり判断能力の低下が伺われるため、今後も在宅生活を継続していくためには日常生活自立支援事業の利用が必要であると判断し、本人に当事業の利用を勧めたいとのことであった。

その後、Aさん自身の歩行能力が徐々に低下し、自立歩行困難な状況が見られたために在宅生活困難との判断によりショートステイ利用となった。

ショートステイ利用から数カ月が経過し、在宅復帰か施設入所かの選択が必要な時期となったが、Aさんは「一度家に帰ってから決める」との意思を示し、これを受け包括の社会福祉士から、一時帰宅によりAさんの意思決定支援を試みたいとの提案がなされたのである。

2. 課題

支援を行う過程で、個人の課題と地域の課題が明らかとなった。

Aさんの課題：受け答えが横柄であること、口数が少ないことなどから、コミュニケーションが不得意である。自分の思いがうまく言葉にできず、伝えることができないことにより、支援者との意思疎通が難しく、本人のニーズが把握

しづらい。また、近隣との交流もなく、孤立した状況となっている。さらに、支援を期待できる家族がいない。

地域の課題：「(地域の中で)介護が必要になったり、在宅生活にリスクがあったりする住民は、施設で生活するほうが良い」という考えが多数であるため、地域住民で支えること(共助)には負担感が強い。介護を含む生活支援については基本的には家族が担うべきで、その家族が不在であれば介護サービス、特に施設入所が妥当との考えが一般的である。

3. インフォーマル支援とフォーマル支援の連携・協働＝ソーシャルサポートネットワークの形成

包括の社会福祉士と担当ケアマネジャー(以下「ケアマネジャー」という)が形成した、訪問介護事業所、通所介護事業所、クリニック(透析)、民生委員、地域福祉活動推進員、成年後見人、社協をメンバーとしたネットワーク(フォーマル支援)に社協が進めている小地域ネットワーク活動(インフォーマル支援)が協働することとした。地域組織化については社協の地区担当者(以下「地区担当」という)が行った。

フォーマル支援の主宰である包括の社会福祉士を通じてフォーマル支援とインフォーマル支援が情報を共有させることで、支援が連携・協働して行えるように図った。

4. Aさんの個別支援から地域組織化へ(CSWのプロセス)

日常生活自立支援事業は、毎月1回本人宅を訪問し、日常生活における課題や金銭管理に関する助言などを通して本人の自立生活を支援する個別支援である。

しかし、今回の事例のように、何らかの課題を抱えながらも自宅生活を行うといった場合には、個別支援だけでは不十分である。自宅での

生活が24時間であることを考慮すれば、地域住民によるインフォーマル支援が必要であり、ネットワークの網の目を細かくすることで、緊急時の早期発見・早期対応が可能になる。さらに、介護保険制度では在宅介護が基本である上、介護老人福祉施設には多くの入所待機者がいることから、要介護独居であっても在宅生活を継続せざるを得ないような状況は多々ある。今回の事例は特別なことではなく、地域の共通課題として取り組む意義があると考えられる。

【個別支援の状況】(抜粋)

2013(平成25)年6月に支援開始となって以来、支援日には毎回、本人口座から生活費等の払い戻しを行い自宅訪問または施設訪問をしている。

10月〇日、Aさんは訪問日を忘れており、出かけるところだった。

11月〇日、訪問の際、ケアマネジャーと同席する。Aさんはマイカーの車検を取りたいようだが、認知症を原因とされる車の新たな破損箇所があることから、ケアマネジャーとしては車検を取ることに反対の意見。Aさんは車を金庫代わりに使っているとの情報があり、そのために車の処分は考えられない可能性もある。

11月×日、包括の社会福祉士からの情報提供。透析後、階段の上り下りなどのヘルパー介助が一人から二人になってきていること、クリニックから通院透析の限界による入院透析の提案があることなど、身体面での悪化がみられると。さらに、在宅時に血圧が上がり救急搬送されたとのこと。また、11月△日には、近隣住民宅の塀に車で衝突しブロック塀を崩しており、車はレッカー移動されたいがどこに保管されているか現段階では不明との話もあった。後日レッカー搬送代等の支払いを行う。

11月□日、金融機関から、税金未納のため差

し押さえを行うと話があったと連絡が入る。通帳にて預金の差し押さえ事実を確認。市にAさんの判断能力の低下等について説明を行い、12月〇日に差し押さえの一部が解除された。そして、12月より在宅生活困難によりショートステイ利用開始となった。

2014（平成26）年1月〇日、介護サービス利用料の口座振替手続きのため、ショートステイ先を訪問し、Aさんの書類記載を支援。嫌々ながらの様子を見せるAさんに言葉を添えながら、何とか記載してもらう。

6月〇日、Aさんに、在宅復帰を目的とした、部屋の引っ越し（2F→1Fへ）に関し、近所の方々の協力があると話をする。

7月〇日、Aさんに体調について聞くと「えらいなあ」との返答。アパートに帰る話題については「なんで帰らなきゃならん」「一人で寂しい」と、帰りたいくないとの意思を示す。

日常生活自立支援事業は、判断能力が低下している人に助言や情報提供等の手段を用いて自己決定を支援するものであるが、Aさんは当事業の利用当初から、特に金銭管理に関し、「良いようにやってくれ」というお任せの姿勢が強く、パワーレスの状況であると思われた。この原因が体調不良によることは推察できたが、最近まで就業していたことやこれまでの独居生活の状況から、能力的にはできる部分も少なくないと判断。体力的に厳しいと思われる金融機関での払い戻しや金銭管理に関する助言・仕分けなどといった若干の支援を行うことで、できるだけAさん自身が行うように努めた。

【地域の組織化過程】（抜粋）

社協が進めている小地域ネットワーク活動では、ネットワークの3役を自治会長、民生委員、推進員と定めている。推進員は社協で委嘱するものであるため、地域の組織化過程ではキーパーソンを推進員と定めた。地域の組織化過程では、地域住民と社協職員の意識差を埋めるため

の対話を意識した。

2014（平成26）年4月〇日、キーパーソン（Bさん）へのアプローチ。地域の合意形成を図る際に、同じ住民の立場であるBさんから積極的に取り組む発言を引き出せれば、当該自治会の小地域ネットワーク活動が動き出すのではないかと仮定した。

4月×日、地域の合意形成。小地域ネットワークの三役及び支援者の顔合わせ（支援者：地区担当、日常生活自立支援事業専門員、成年後見人）小地域ネットワーク活動のために必要と思う下記の事項を確認する。

- 小地域ネットワーク活動内容の再確認（地区担当から資料等により説明）
- ニーズの共有（なぜインフォーマル支援が必要とされているのか、Aさんの状況と推定される思い等）
- 地域住民の率直な思いを受け止めつつ、インフォーマル支援が必要とされる背景・推定されるAさんの思い等についての情報提供を行い、活動に対する合意形成を図る。

4月△日、Bさんに地域の反応を確認、Bさんから改めて小地域ネットワーク活動について説明してほしいとの依頼がある。（説明の席には同じアパートの住民2名も参加）

4月□日、地域住民との話し合い※成年後見人同席。市や当該地区の状況（高齢化率等、小地域ネットワーク活動について説明。Aさんの状況やAさんを中心とした支援ネットワークについて意見交換を行う。（ここでは地域住民の率直な思いが語られる）

5月〇日、Bさんに地域の反応を確認、元自治会長が参加。さらに、協力員の増員に対する問いがあった。

5月×日、当初予定していた自宅泊（1泊2日）の日程では引っ越しが間に合わないこと、また、Bさんがその日は立ち会えないことを考慮して日程を変更する。さらに、Aさんと包括の社会福祉士、ケアマネジャーで話し合

い2階から1階へ転居が決定する。

5月△日、Bさんが倒れたと知人から連絡がある。病状から、しばらくは入院生活となることが知らされる。1泊2日の自宅泊については、包括の社会福祉士と相談の上で行うことを決定。なお、Bさんを支援メンバーからは外さず、支援状況の報告を随時行うこととする。ここから、民生委員をキーパーソン代理として進めていくこととする。

5月□日、小地域ネットワークメンバーの最終的な打ち合わせ。フォーマル支援者とインフォーマル支援者の連携・協働のために包括の社会福祉士とケアマネジャーが出席した上で開催。模造紙で作成したネットワーク図、見守り当番表、小地域ネットワークメンバー連絡網を地区担当から提示する。その際、緊急連絡先を病院または地域包括支援センターとすることについて合意を得る。さらに、今後毎月小地域ネットワークメンバーで活動の振り返りと情報交換を行う会議を開催していくことについて合意を得る。

6月○日、小地域ネットワークの当番メンバーに電話にて連絡。昨日の活動について聴き取り、自らの果たした役割について再認識してもらおうとともに、活動の成果を言葉で伝えることでネットワークへの参加意欲を高めた。

7月○日、小地域ネットワーク維持のための働きかけ。この間、結果的に1回しか一時帰宅していないが、1ヶ月後に振り返りと情報交換を行う予定であったため、予定通り会議を開催。地域内に援助を必要としている人が他にもいること。今後はそのような人々も支援の対象にすることができるかどうかについて地区担当から提案する。

5. 市民の地域課題への理解（「参加市民のヒアリング」から）

「折角施設に入っているのに、なぜ毎週1泊2日で帰ってくるのか」や「親族がいければ、

施設に入所するのは当たり前ではないのか」さらには「独居で介護が必要になったら施設に入るしかない」と、ネットワークメンバーである地域住民からこのような意見が出された。これらの発言には、「(要援護者は)他人に迷惑をかけてはいけない」という思いが根底にあるのではないかとの印象があった。

その一方で、「いずれは施設かなと思っていたけれども、地域でこういうことができるなら家で生活していけそう」といった声も聞かれた。自分の問題としてとらえられるよう働きかけること、活動に関わる際の不安を緩和することなどにより、地域活動への参加のハードルを下げようと試みた。この事例の場合は、緊急時対応について不安の声が聞かれたため、緊急時の救急車の手配を基本にクリニックと包括を緊急連絡先とした。地域活動への参加を通じて、偏見の緩和を目指したが、解消に至るまでにはさらに時間が必要と考えられた。

しかし、地域移行への支援が終結し、改めて専門職スタッフと小地域ネットワークのメンバー合同による支援プログラムの評価を行ったところ、地域移行こそ叶わなかったが、“地域づくり”(住民組織化)という点では、相応の評価を得ることができたのである。ⁱⁱ

また、本人が在宅復帰を望んでいるのではないかという仮説は見事に覆されたが、その結論を導くために必要な意思確認の試行錯誤をすることができたこと、さらにその過程で地域組織化及び福祉組織化、ソーシャルサポートネットワークを形成できたことが評価できる。このAさんのコミュニティソーシャルワークの実践の評価においては、支援プログラム評価を行っている。その評価内容は表1の通りである。

A様の支援ネットワーク形成・コミュニティソーシャルワークプログラム評価 (参考)

	ストラクチャー評価	プロセス評価	インパクト評価	アウトカム評価
評価の内容	福祉サービス事業を実施するための仕組みや体制の評価である。ストラクチャー(構造)とは、事業やサービス提供者に付属する能力や資源のことをいい、構造そのものを評価	事業・援助の有効性を詳細に評価するために、このプロセス(過程の途中)の評価が重視される。事業の目的や目標の達成に向けた過程や活動状況の評価	福祉サービス(介入プログラム)自体が利用者にとれほどの受益をもたらし、その目標を達成したかを評価するものである。あくまでも福祉サービス(介入プログラム)自体が利用者にとれほどの受益をもたらし、その目標を達成したかを評価	福祉サービス(介入プログラム)及びその他の影響が利用者にとれほどの受益をもたらし、その目標を達成したかを評価するものである。福祉サービス(介入プログラム)及びその他の影響(環境的要因等)が利用者にとれほどの受益をもたらし、その目標を達成したかを評価
今回の評価基準	支援ネットワーク(構造)を構成する者の内容と数を中心に評価(CSW研修アセスメントシートNo.3を参照)	当初の在宅復帰に向けての支援という目的達成のために、支援者による数度の話し合いや本人の意思確認や意思に沿った必要な支援を考えたかを定期的な面接やケア会議(支援者会議)、モニタリングをもとに評価	本人の受益度を評価するために、本人に面接触した時の言動、主観・表出した言葉をもとに評価	本人とともに、フォーマル(専門職)及びインフォーマル(地域住民・ボランティア)支援による評価
専門職による評価(介入前)	地域包括支援センター(担当:社会福祉士)及び担当居宅介護支援事業所(CM)が中心とした介護保険制度をもとに組織化されたフォーマル支援者を中心としたネットワーク。具体的な構成員は、ケアマネジャー、包括の社会福祉士、短期入所施設、社協の日自の専門員・地域担当者、クリニック、民生委員、地域福祉活動推進員	①昨年の暮、歩行能力が徐々に低下し、自立歩行困難な状況が見られたために在宅生活困難との判断によりショートステイ利用を始める。②今年1月地域包括の社会福祉士M氏から、ショートステイ利用後のご本人の生活拠点を含めた今後生活について話し合いを行う。③数回の話し合いの結果、ご本人自身が今後どこで生活していきたいかという思いを決められるよう、毎週1回、1泊2日でご自宅生活をしてみる方法を取りたいと地域包括M氏から相談がある。④成年後見人とも相談し、1泊2日でご自宅生活を行う際には社協で進めている小地域ネットワーク活動を活用する必要があることと合意。地区担当者を中心に、当該自治会の小地域ネットワーク活動を進めることになる。⑤ご本人はアパートの2階に居住しているが安全性を考慮すれば1階へ住居を移したほうが良いことについて、担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、本人で話をしてもらった結果、1階へ転居することを決定した。⑥フォーマル支援とインフォーマル支援の連携・協働のため、既存の支援者等ネットワーク主催者である地域包括支援センター職員と担当ケアマネジャーも出席。模造紙で作成したネットワーク図、見守り当番表、小地域ネットワークメンバー連絡網を地区担当者から提示。その際、緊急連絡先を病院または地域包括支援センターとすることについて合意を得る。⑦対象者の一時帰宅に立ち合い。⑧一時帰宅実施日の活動について聴き取り。住民自身が果たした役割について再認識してもらうとともに、活動の成果を言葉で伝えることで、ネットワークへの参加意欲を高める。⑨の間、結果的に1回しか一時帰宅していないが、1ヶ月後に振り返りと情報交換を行う予定だったため、予定通り会議を開催。地域内に援助を必要としている人は他にもいること、今後はそのような方々も対象にすることができるかどうかについて、地区担当者から提案。	自立歩行困難で短期入所施設に入所した。当初は施設での生活に馴染めず不満を口にしていた。しかし、施設が自宅かについては明言しておらず、支援者たちによってご本人の意思を付度しようとしていた。	施設入所にあたっては、ご本人の意思がはっきりしないまま入所となってしまった。支援者もご本人の意思の付度ができず、入所生活が継続していた。それ故に介護保険制度の理念である(認知症独居であっても)在宅介護や地域福祉のコミュニティケアの理念によって、在宅復帰を模索した。結果としては、本人の言動により、自宅よりも施設を選択することが妥当であることがわかった。しかし、支援者によって決められたことを本人に納得させるのではなく、ご本人に選択やそれに迷う機会を与えることができたことは評価できると思う。また、地域において見守りや互助のシステム(小地域ネットワーク・組織化)ができたこと、要介護になったら、何が何でも施設入所という考えを変えられたこと、支援に参加した地域住民自身の自己肯定感が得られたこと等も評価できるものと考えられる。
専門職による評価(介入後)	短期入所施設から自宅復帰に向け、見守りや軽度支援(ちょっとしたお手伝い)をするためにBさんを中心とする地域住民による支援ネットワークを形成した。インフォーマル支援を中心としたソーシャルサポートネットワークの形成となった。具体的支援者は、上記に加えて近隣住民・アパート隣人、現自治会長、元自治会長、成年後見人		①*/14「(施設にて)俺はここで生活する」②*/7「(自宅に)帰りたくないね。(自宅に)居たくないね」「(家よりも施設の方がいいという質問に対し) そうだね。いいね。」「(自宅からの写真を見て) これどこで? わかんねーや。」③*/28「(施設がいいのかなという質問に対し) そうだね。ここに住んじやいたいね。」「(アパートに思い入れはあるという質問に対し) ないね。」④ご本人の言葉からは、自宅へ帰ることへの未練は全くないようである。これらの言葉は、躊躇なくいずれも即答であることから、本音であると考えられる。	
地域住民による評価		何度か話し合いをし、途中で地域支援チームの要であるK氏が病気で倒れたりした上で支援に参加したところ、帰宅訓練を1度しかできなかった。支援の内容はその時の様子でしかできないが、不安はあったが、何とか1泊2日のプログラムを大過なく過ごすことができた。良い経験となったと思う。その後、いつ帰ってくるか、またどう対応したら良いかなど不安があった。しかし、その時は地域包括やかかりつけのクリニックに相談するという申し伝えがあったので、それで安心できた。		当初、本人が自宅復帰せずに施設入所を望んだことに失敗や落胆の発言があったが、専門職チームのとりえ方が、意思決定支援ができたこと、このケース支援により、地域住民ネットワークができたことを成果と考えるという意見に賛同された感じである。結果、住民支援メンバーも成果が上がったとの意識をもつに至った。

* 今回の支援プログラムの評価については、大島巖(2011)「福祉サービスのプログラム評価とその展開」・「地域福祉の理論と方法」中央法規出版の評価概念を用いて専門職支援者の支援記録から評価を行っている。従って、具体的な指標、満足度の数値化や回答に費やした時間などを用いて行ったものではない。

Ⅲ. 考察

1. コミュニティソーシャルワークの機能（大橋）との比較

このAさん事例の実践を大橋のコミュニティソーシャルワークの10の機能^Ⅲに照らし合わせて考察を行った。

- ①アウトリーチ型のニーズキャッチ機能：今回はアウトリーチ型ニーズキャッチにはなっていないが、小地域ネットワーク活動によりそれが始められる可能性がある。
- ②地域生活している家族全体を支援する相談支援機能：独居であるため、家族全体の支援となっていない。今後は「家族がいるから支援はいらない」という考えから「家族がいても支援が必要な場合もある」という考えの転換を住民に図る必要がある。
- ③ICF（国際生活機能分類）の視点と枠組みを踏まえ、福祉サービスを必要とする人およびその家族の参加、活動を促進する自己実現型ケア方針の立案機能：独居認知症というAさんが、住み慣れた自宅での生活を送る、そこで人生を全うするという希望を実現するためにフォーマル支援者及びインフォーマル支援者が連携協働し、それを実現するための方法を考える。個人の因子によって起こる生活課題を介護保険制度及び小地域ネットワークという環境因子で補うことがケア計画の基本となる。
- ④家族のエンパワーメントを促し、継続的に支援する機能：本人のエンパワーメントまで至っていない。しかし、継続的に支援する機能はつくられた。
- ⑤インフォーマルケアの開発機能や新しいサービス開発機能：自己実現型ケア方針の立案を行うための前段階である。24時間の生活に対応するための支援及び見守りへの近隣住民の協力・協働を引き出している。

- ⑥ソーシャルサポートネットワークづくりの機能およびサービスを総合的に提供できるコーディネート機能：フォーマルケアにあたる支援関係者ネットワークとインフォーマルケアにあたる小地域ネットワークが連携したソーシャルサポートネットワークづくりを試行した。
- ⑦ピアカウンセリング活動の組織化を図る機能：認知症という意味能力を阻害する要因及びもともとの人見知りという性格と合わせてピアな関係づくりが困難な状況である。
- ⑧問題の再発防止および社会的に必要と認証される生活課題に対応するフォーマルケア確立機能：地域住民と認知症で独居高齢者のコミュニティケアの実現という共通認識を持ち、介護が必要になったら施設入所という従来の住民意識の変革を図った。そのために、住民が不安に思うことへの配慮、相談の窓口、システムの明確化を行った。
- ⑨福祉サービス利用者にとっても、社会資源の効率的運用面から考えても必要な地域トータルアドミニストレーション機能：本来は行政と一体となり、地域ケアマネジメントとして資源調整するところであるが、外注化されている包括との協働によって、資源及びケアの運営管理が可能となった。
- ⑩ソーシャルワーク実践で明らかになったニーズ解決のための市町村地域福祉計画策定機能：共助システムの構築は急務であり市内全域での小地域ネットワーク活動の実効性を上げることで共助システムが構築でき、かつ効力を発揮する。このことを地域住民と地域福祉計画に反映していきたい。

2. 社会福祉協議会とコミュニティソーシャルワークが果たす機能との整合性

社協では、地域に起こる生活課題を地域住民が主体的に解決する仕組みづくりとして、小地域ネットワーク活動（地域組織化活動）を行っ

てきた。しかし、この活動は台帳への登録という形でニーズ把握を行うものとなっている。さらに、登録対象者については、独居高齢者や高齢者のみの世帯、障害者世帯等が例示され、地域の実情に応じて登録の対象者を定めることとされている。この方法は、アウトリーチ型ニーズキャッチが実現できる一方で、登録を拒否する人々や地域の実情により登録の対象者とみなされない人々などが洩れてしまうことになる。そのため、社協に設けられた日常生活自立支援事業や訪問介護事業所、心配ごと相談室などといった窓口も活用して広くニーズ把握をする必要がある。

このような個別ニーズを小地域ネットワーク活動（インフォーマルネットワーク）につなげ、さらにフォーマルネットワークとの連携・協働によりソーシャルサポートネットワークを構築していく取り組みが、社協が本来なすべきコミュニティソーシャルワークそのものといえるのである。

これまでの社協活動は、事業の型（かたち）を決めて地域へ下ろすという上意下達型が多かったようにみられる。これが長く続いてきたため、知らず知らずのうちに地域は受動的になってしまったと言える。これを住民主体の活動に転換するためには、まず、住民のエンパワーを行わなければならない。今回の事例では、システム理論を活用して住民のエンパワーを試みている。

3. 地域づくりへの可能性

地域住民や専門職の価値観はそれぞれ違う。その中で何者も排除せず、支え合い、助け合う福祉コミュニティの実現を目指していくのは容易なことではない。基本特性として閉鎖性・境界性を持つ地域に、ボランティアを中心としたアソシエーション型組織が参加することも、地域づくりの一つの方法となり得ると考えられる。

但し、行政やアソシエーション型組織の関与

により「代替組織ができたから自分たちの役割は終わった」と活動停止となり、提案の仕方によっては「またやらされる」と負担感から反発される。また、負担感を持ちつつも黙々と活動を行っている場合には、役割を終えた時点で「やっと解放される」と活動から離れていくことが少なくない。

地域をエンパワーすることで活動が持続され地域づくりが行われることになるが、その方法はケースバイケースで、地域アセスメントに基づき、時間をかけて丁寧に、対話により進めていく必要があると考えられる。

IV. まとめ・地域の新たな課題～生活困窮者自立支援事業への対応に向けて

今回事例研究の題材として取り上げた独居認知症高齢者のAさんは、そのコミュニケーション能力の低さから地域でも孤立した状態にあった。その孤立した状態の住民を専門職と地域住民が協働して支える仕組みを構築した。この支援の仕組みや実践方法は、他の要援護者、例えば、2015（平成27）年4月から施行される生活困窮者自立支援法の対象者である生活困窮者にも応用可能である。

周知の通り、生活困窮者自立支援法は、市町村を実施主体として施行される。その実施に伴う支援の展開に関する実践方法が「社会保障審議会 生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書」に示されており、「尊厳ある自立に向けた支援は、（中略）いわゆる縦割り行政を超えて、地域において多様なサービスが連携し、できる限り一括して提供される条件が必要である。（中略）生活困窮者それぞれの事情や思いに寄り添いつつ、問題の打開を図る個別的な支援を行うべきである」とある。さらには、「個々人の事情と段階に応じ、思いに寄り添った支援は、社会福祉協議会、社会福祉法人、NPOや社会貢献の観点から事業を実施する民

間企業などのいわゆる社会的企業、民生委員・児童委員その他様々なインフォーマル支援組織など、民間の柔軟で多様な取組が活かされ、国や自治体がこれをしっかり支えることで可能になる」とされている。

このことを踏まえながら、実際の生活困窮者支援をイメージしてみると、社協が窓口となっている生活福祉資金の貸付相談に来る人々が思い浮かぶ。その多くは、地域社会とのつながりがなかったり、薄れていたりする。また、頼れる親族や知人がいないといった場合が少なくない。同じく社協で行っている日常生活自立支援事業の利用者をとりまくネットワークは、福祉サービス等の支援者がほとんどで、地域社会とのつながりが薄い傾向が窺える。

後藤は、「社会的孤立を単なるソーシャルネットワークが欠如した状態としてだけではなく、『意味のある』ソーシャルネットワークが欠如した状態という視点を重視することが必要である」と指摘している。また、L. マグワファイアによれば、「はげ口を与える親密な関係がなければ、人びとはしだいに孤立するようになるか、あるいは自分たちの感情や活動の面で逸脱するようになるかもしれない」と述べている。さらには、「社会保障審議会 生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書」では、「社会的孤立の拡大は、自立への意欲を損ない、支援を難しくし、地域社会の基盤を脆弱にする」と指摘されている。これらの議論等からは、生活困窮に陥る人々と孤立は密接な関係にあり、生活困窮者への支援が、“地域づくり”をもとに地域福祉を推進する社協にとって大きな意味があることがわかる。

市町村社協がこれまで行ってきた小地域ネットワーク活動は、住民主体の活動となることで早期発見・早期対応の機能を効果的に発揮してきた。これにフォーマルネットワークと連携させることでソーシャルサポートネットワークを形成し支援するという手法は、孤立した生活困

窮者への支援としてもその効果が期待されており、社協はその期待に応えなければ、その存在意義が問われることとなるであろう。

最後に、実践研究にあたって協力をいただいた甲府市北西地域包括支援センター三浦康正氏と居宅介護支援事業所上機嫌の傳田大樹氏に感謝を申し上げる。

注

- ⁱ 甲府市社会福祉協議会。
- ⁱⁱ 評価の内容は以下の通り。今回の支援プログラムの評価については、大島巖 (2011)「福祉サービスのプログラム評価とその展開」・『地域福祉の理論と方法』中央法規出版の評価概念を用いて専門職支援者の支援記録から評価を行っている。
- ⁱⁱⁱ 特定非営利活動法人日本地域福祉研究所編 (2005)『コミュニティソーシャルワークの理論』pp22-23
- ^{iv} 東洋大学福祉社会開発センター編 (2011)『地域におけるつながり。見守りのかたち』中央法規出版 pp-34
- ^v L, マグワファイア著・小松源助・稲沢公一訳 (1994)『対人援助のためのソーシャルサポートシステム』川島書店 p-2

参考文献

1. L, マグワファイア著・小松源助・稲沢公一訳 (1994)『対人援助のためのソーシャルサポートシステム』川島書店
2. 岩間伸之・原田正樹編著 (2012)『地域福祉援助をつかむ』有斐閣
3. 菊池和則 (1999)「他職種チームの3つのモデル」『社会福祉学』Vol.39, No 2
4. 厚生労働省 (2013) 審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書
5. 東洋大学福祉社会開発センター編 (2011)『地域におけるつながり。見守りのかたち』中央法規出版
6. 特定非営利活動法人日本地域福祉研究所編 (2005)『コミュニティソーシャルワークの理論』
7. 福富昌城 (2013)「チームアプローチとは何か」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編『5訂介護支援専門員実務研修テキスト』長寿社会開発センター