

在宅介護支援センターにおける ソーシャルサポート・ネットワークの形成 (2)

副田 あけみ

〔要約〕

本論の目的は、在宅の要介護高齢者と介護者のソーシャルサポート・ネットワークを、在宅介護支援センターのコーディネーターがどのように形成していったのか、その過程の実態と問題点、ならびに支援センター事業の展開における課題を、特定の支援センターの事例をもとにあきらかにすることである。コーディネーターは、ひとり暮らしの高齢者には、手段的サポートの機能をもたらす関係（ネットワーク）の数をふやすように、要介護高齢者の同居家族の介護者には、手段的なサポート授受関係の数をふやすよりも、自身が情緒的サポート機能をもたらすことに力点を置く援助の傾向がみられた。

〔キーワード〕

在宅介護支援センター、インフォーマル資源、フォーマル資源、
ソーシャルサポート・ネットワーク、コーディネーター、

1. 高齢者ケアにおけるソーシャルサポート・ ネットワークへの関心

1) コミュニティケア政策とソーシャルワーク理論における関心

高齢者ケアにおけるソーシャルサポート・ネットワークへの関心には、2つの視点がある。ひとつは、コミュニティケア政策においてインフォーマルネットワークのもつケア機能（とくに介護・日常生活援助機能）を再評価するという視点、もうひとつはインフォーマル・ネットワークのもつ情緒的サポートやス

トレス緩和機能を再評価する視点である¹⁾。

前者の視点は、イギリスの1980年代におけるサービスのプライバタイゼーション政策のもとで、行政によるケアサービス提供の負担を、民間営利・非営利機関による提供にシフトさせるとともに、家族・親族・近隣などのインフォーマルな資源が実質的におこなっていたケア（介護）機能をあらためて再評価し、これらが有効に機能するよう支援していく、という文脈での関心である。

ただし、家族・親族によるケア（介護）といっても、実質的には妻や娘といったひとりかふたりの女性よる高齢者の在宅介護には限界がある。また、隣人や友人・知人、その他の地域の人々に、高齢者介護の手伝いを長期にわたって期待することはできない。といって、フォーマルなケア・サービス提供者だけで介護生活を全面的に援助することは効率的ではない。そこで、フォーマルなサービス提供者とインフォーマルな介護者、ケア（介護）にかんする専門家と素人とが協力・連携しあって、ソーシャルサポート・ネットワークを形成し、高齢者の地域における生活を援助していくこと。コミュニティケア方式によるケースマネジメントの目的のひとつは、こうしたソーシャルサポート・ネットワークを形成することであった。

後者の視点は、アメリカにおけるソーシャルワーク実践・研究のなかでもたらされた。公的サービスの提供が、利用者（高齢者やその家族）から尊厳や生活コントロールの感覚を喪失させ情緒的満足感をもたらさない、不安や孤独感をいやしたりストレスをやわらげることができない、といった実態を専門家たちが憂慮するなかで、インフォーマル・ネットワークがもっている情緒的サポート機能が注目されるようになった。福祉プログラムへの公費財源の抑制のなかで、インフォーマル資源の活用を図っていかざるをえないという実情も、この視点への注目をもたらした。

インフォーマル・ネットワークによる愛情や関心、配慮、信頼、評価といったものが、人々の心理社会的ストレスの緩和や自己肯定感・生活意欲の維持に貢献し、孤立感・孤独感を予防する。こうした効果をあらためて再評価し、専門家によるケア、および利用者自身によるセルフケアに加えて、このインフォーマル・ネットワークによる情緒的サポートがうまく機能するよう、利用者のサ

ポート・ネットワークを形成を援助すること。アメリカにおける多様なケースマネジメント・モデルのなかには、これがケースマネジメントの目的のひとつであるという考えも存在している。

2) 在宅介護支援センターにおけるソーシャルサポート・ネットワークの形成

わが国の在宅における高齢者の介護は、従来も現在も、全面的に同居家族あるいは別居親族（要介護高齢者が単身であったり高齢者のみの世帯のばあい）に依存している。実現が急がれる新ゴールドプランのサービス目標値をみても、わが国の在宅福祉対策は家族・親族による介護を前提として検討されているといえる。

しかし、中高年女性の外部就労化および多様な社会活動への参加の進展、兄弟数の減少による協力の可能性を秘めていた別居親族の減少、単身・夫婦のみの高齢者世帯の増加、高齢者の要介護期間の長期化などの要因によって、同居家族あるいは別居親族が、在宅の要介護高齢者を家族・親族だけで世話していく機能をもち得なくなってきた。政策主体もこれを認め、要介護高齢者をケアする家族にたいして、できるだけ福祉サービスを効果的に使える状況を作り出していくことで、家族・親族を積極的に支援していくという、在宅介護支援センター事業（以下、支援センター事業と略記する）を開始することになった。

同居家族・別居親族による介護にたいして、専門家である支援センターのコーディネーターが中心となって、非専門家である在宅介護相談協力員（民生委員が担当することが多い）の協力のもとに、当事者（要介護高齢者および介護者）の相談にのり、適切な助言や情報提供をおこなう。そして、必要なサービスの導入のため、また、サービスの調整のために関係機関との連絡調整を図る。こうした諸行為によって介護者の負担を軽減し、要介護高齢者ができるだけ長く在宅での介護生活を続けることができるように支援していく。これが、支援センター事業の制度化された目標である。このことは、同居家族あるいは別居家族というインフォーマルな社会資源に、専門機関（専門家）や非専門家（在宅介護相談協力員）、その他のフォーマル、インフォーマルな地域の社会資源が加わることによって、要介護高齢者の介護生活にかんしてサポート機能をもつ諸関

係の群、つまり介護生活にかんするソーシャルサポート・ネットワークを形成することと言いかえてもよい。

この支援の関係群（介護生活にかんするソーシャルサポート・ネットワーク）には、つぎのような関係が含まれる。

当事者（要介護高齢者や介護者）と家族員（介護者以外の同居家族員）・親族との関係

当事者と家族員・親族以外のインフォーマルな資源との関係

当事者と支援センターのコーディネーターとの関係

当事者と行政およびその他のフォーマルなサービス提供者・社会資源との関係

コーディネーターと家族員・親族との関係

コーディネーターと家族員・親族以外のインフォーマルな資源との関係

コーディネーターとサービス提供者・社会資源との関係

サービス提供者・社会資源間関係

こうした関係が、ある一定の時期には一定のパターンをもってそれぞれに関連しあうことにより、全体として当事者たちの介護生活を支えるソーシャルサポート・ネットワークが形成されるわけである。

インフォーマルな社会資源やフォーマルな社会資源が提供しうる介護生活の支援内容（サポート機能のカテゴリー）としては、以下のようなものを考えることができる（ただし、aはフォーマルな社会資源からのみ。a～gまでは手段的支持、hは情緒的もしくは表出的サポートといえる）。

- a 専門的サービス（医療、看護、リハビリテーション、虚弱者・障害者・痴呆性老人にたいするレクリエーションなどのサービス提供）
- b パーソナルケアの提供（直接的な身の回りの世話、介護）
- c 現物の提供（金銭、オムツなどの現物の提供）
- d 情報提供（相談・助言、福祉サービスや介護にかんする情報・知識の提供など）
- e 諸サービスの媒介、連絡・調整（サービス利用のための手続きやサービス機関、関連機関などとの連絡・調整）

- f 緊急時の対応（適切な処置など）
- g 見守り（危機防止のための見守り、ただし、見守りを目的としていてもコミュニケーションによる話の傾聴、感情の受容に力点があるばあいには、情緒的サポートとして理解）
- h 情緒的サポート（愛情や関心、配慮、信頼、評価の提供、話の傾聴、感情の受容など）

こうした支援内容のどれを、どれくらいどこから受けて介護生活を支えるソーシャルサポート・ネットワークを形成していくか。これは、本来、要介護高齢者自身、あるいは、家族や親族のうちの誰かが自ら積極的にアレンジして形成・維持していくことが望ましい。自分の（あるいは自分たちの）介護をめぐる生活を自ら設計していくことが、主体性の発揮・維持という点からいって当然であり、より望ましい形をできるだけ追求していけるはずだから。だが、実際には、当事者は、なにをどのようにどこから、どのくらい援助してもらったらよいかよくわからない。とくに、専門的援助や公的機関のサービスにかんしては知らないことが多い。多少知っていても複数のサービス提供機関への問い合わせや連絡・調整は面倒である。また、そうしたことを考えたり交渉したりする時間やエネルギーが十分でない。こうしたことが一般的であろう。

だから、支援センター事業が求められている。支援センターのコーディネーターは、d情報提供やe諸サービスの媒介というサービス行為をとおして、a専門的サービスやフォーマルな機関によるbパーソナルケアの提供、制度化されているc物的サービスの利用を図る、そして、f緊急時の対応やg見守りをおこなう。こうしたことが支援センター事業の第一義的な目標として期待されている。

h情緒的サポートについては、本来、家族・親族をはじめとするインフォーマルな資源が関与すべきという認識があるために、支援センター事業でも制度的には関心が払われていない。支援センター事業として明文化されているのは、もっぱらaからgまでの手段的な内容のサポートについてである。

3) 在宅介護支援センターにおける情緒的サポート

しかし、高齢者の在宅ケアに携わる援助実践者たちの多くは、要介護高齢者および介護者それぞれにとって、情緒的サポートがかれらの生活意欲、あるいは介護意欲に及ぼす力の大きさを日頃の実践において実感している。それゆえ、コーディネーターが当事者たちにかかわっていくなかで、インフォーマルな関係（ネットワーク）が、こうした情緒的サポート機能を十分にはたしているようにはみえないことがわかったばあい、できる範囲でなんらかの援助行為をおこなう必要性を、かれらは感じている。

介護生活が継続する過程で、家族・親族間に葛藤的な情緒関係が生じることがある。あるいはまた、それまでにあったそうした関係がいつそう悪化することがある。これによって、要介護高齢者や介護者がいつその心理社会的ストレスをもち、孤立感、孤独感を感じることは少なくない。この葛藤的な情緒関係そのものを調整する介入は、当事者たちがその援助をかりに求めてきたとしてもなかなか困難である。だが、別の関係をつくることによって、かれらのストレスを緩和したり、孤立感、孤独感を減じるように働きかけることはできる。

たとえば、要介護高齢者にとっては、デイサービス・センターでの仲間・職員、在宅介護相談協力員、ボランティアによる友愛訪問、ヘルパーなどとの関係を、介護者にとっては、寝たきり老人・痴呆性老人をかかえる家族の会などの自助グループ、デイサービス・センター利用者の家族会、訪問看護婦、ヘルパーなどとの関係を媒介する。そして、それらの関係が、情緒的サポート授受の関係性をもつように働きかけるなど。

そうした社会資源の媒介が種々の理由から困難であったり、媒介してもそれらの社会資源と当事者の関係が、情緒的サポートを授受するような関係にならないようなばあいには、コーディネーター自身が当事者たちと信頼関係を形成して、情緒的サポート機能をはたすことも考えられる。葛藤的な情緒関係はないが情緒的サポート授受の関係もないといったひとり暮らしの高齢者などについても、こうした点を考慮に入れて援助していくことが必要であろう。援助実践の目標を「QOL（生活の質）」の向上をめざすことに置くならば。

この点を支援センター事業の目標にかかげ、当事者たちの介護生活をトータルに援助していこうとするならば、コーディネーターたちは日頃の実践におい

て、情緒的サポートの側面についても配慮したソーシャルサポート・ネットワークの形成を心がけることになる。ただし、支援センター事業の制度上の一義的な目標は、手段的な内容のサポートを必要に応じて組み合わせて提供することであるから、上記の点は、それぞれの支援センターのポリシーやコーディネーターの数、ケース担当数、資質など事業運営上の諸要因によって左右されると思われる。

2. 在宅介護支援センターにおける事例調査

1) 事例調査の目的と方法

では、実際には在宅介護支援センター事業において、要介護高齢者や介護者にたいするソーシャルサポート・ネットワークはどのように形成されているのだろうか。

都下にある2つの支援センターにおけるスタッフの援助実践行為を、ケースマネジメント実践モデルの枠組みを用いて調査分析したさいに、ソーシャルサポート・ネットワークの形成という視点からもデータの一部を収集し分析したのでそれを報告したい²⁾。まず、事例を紹介する。その後で、これらのケースにおいて、介護にかんする上記のaからgまでの手段的サポートとhの情緒的サポートが、誰にたいしてどのようなインフォーマルおよびフォーマルな社会資源によって、どのように提供されたのかを整理する。また、そうしたソーシャルサポート・ネットワーク形成過程における問題点はなにかを記述し、今後、支援センター事業がソーシャルサポート・ネットワーク形成を意識的に展開していくうえでの課題はなにかを論じたい。

ここで取り上げるのは、2つの支援センターのうちの1つのセンターで収集した事例である。このセンターでは、筆者がスタッフの援助実践行為を分析したさいに対象とした208ケースのうち、その77%にたいして、1つ以上のフォーマルなサービスを媒介していた。そのサービスのうち、サービス提供者と当事者とが、サービスの授受をめぐる一定の関係をもつ可能性のあるパーソナルソーシャル・サービスや医療・看護サービスを1つ以上媒介したのは、208のうちの

58%であった。

これらのサービスは支援センターのコーディネーターが媒介したものであるから、当然、コーディネーターと当事者とのあいだに、相談・助言、情報提供、サービスの媒介・社会資源間の連絡・調整といった内容のサポートの授受関係が成立している。また、サービス提供者とコーディネーターとのあいだに、サービス導入のための問い合わせ・連絡や、導入後のサービス内容の確認・変更といった調整の関係も成立している。こうしたいくつかの内容の機能をもった関係群が、総体として要介護高齢者の介護生活を支援するソーシャルサポート・ネットワークを形成している、と考えることができる。

こうした事例のなかから、同居家族や別居親族の情緒的サポート機能を補完する、もしくは代替する形で、インフォーマルもしくはフォーマルな社会資源が情緒的サポートをおこなっているケースを取り上げることにする。一般的には、同居家族や別居親族が、当事者たちにたいする情緒的サポート機能をはたしていることが多いかもしれない。だが介護をめぐって家族・親族の情緒的サポート機能が働かなくなることも少なくない。

フォーマル、インフォーマルな社会資源による補完、代替がおこなわれた事例にかんしては、当事者たちにいくつかの質問をすることで選択する方法が考えられる。が、今回はつぎのような方法をとった。当事者である要介護高齢者あるいは介護者が、相手に信頼を寄せて自分のほうから相談や近況報告の連絡をしばしば入れ、相手がそれに対応しているという関係、当事者が相手を信頼して自身のネガティブな感情表出をとまなう話をしばしばおこない、相手がその話を傾聴し感情を受容している関係、当事者が緊急時のときにまず援助を依頼し、相手がそれに即対応している関係、当事者が相手を信頼して金銭の払い出し、服薬管理などを依頼し、相手がそれに応えている関係。こうした関係が、ケース記録から読みとれる事例をピックアップする。

以下では、こうして選択した事例を9例紹介する。この9例は世帯類型の違いとサポート内容にそれぞれ特徴があると思われるものを任意に選んだもので、かならずしも典型的な例というわけではない。

文章による事例の紹介の前に、ソーシャルサポート・ネットワークの形成過

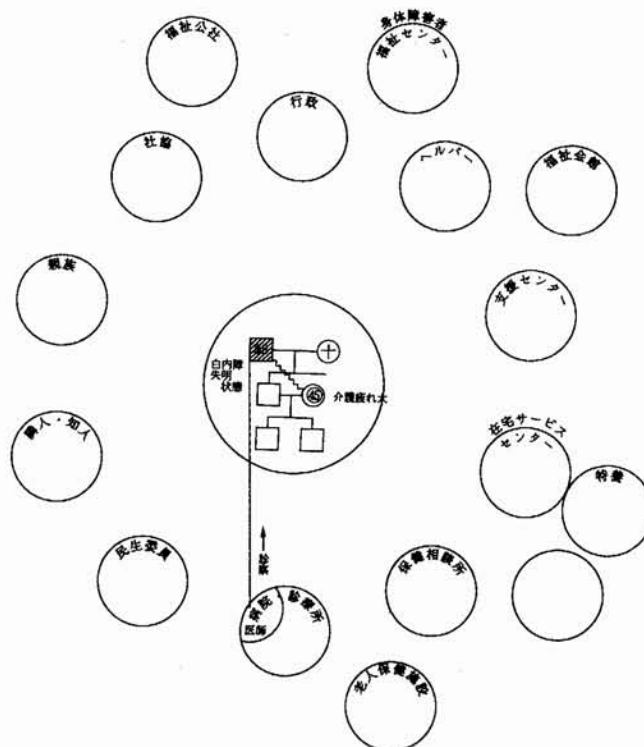
程をエコマップを用いて図示しておいた。これにより、ネットワークの変化の過程が視覚的になり、わかりやすくなったと思われる。なお、変化の過程についてエコマップを何枚描くか、どの期間ごとに描くかについては、とくに基準を設けなかった。要介護高齢者や介護者の状態の変化にたいする対処によって、ソーシャルサポート・ネットワークに顕著な変化があったと判断できた段階ごとに、エコマップを描いた。

なお、本文の事例の紹介もその段階に従って、高齢者本人・家族（主に介護者）のニーズ、インフォーマル資源によるサポート、フォーマル資源によるサポートの3つの項目別に記述した。同じ段階において、これらの項目が複数回記述されているばあいは、その同じ段階においてもあらたなニーズが生じ、それにたいするあらたなサポートがおこなわれていることを示している。また、アンダーラインを引いたものは、支援センターのコーディネーターの援助によって利用されることになったサービスである。

2) 事例紹介

(1) J.O.さん（男性、88歳、息子家族と同居）

① 支援センター援助開始前



支援センター援助開始前

*高齢者本人、家族のニーズ：本人は白内障のためほとんど失明状態。また、発作が起きるのではないかと常に不安がっており、常に誰かが側にいることを求める。そのため、同居の四男の妻は疲れはてており、外出もできないと困っていた。

支援センター援助開始－援助開始4ヶ月

*高齢者本人、家族のニーズ：四男が支援センターに相談に来所。本人を特養（特別養護老人ホーム）に入所させたい、それまでは介護人の派遣を希望すると訴える。

・フォーマル資源によるサポート：支援センターのコーディネーターが相談にのり、特養の申請書を渡すとともに、各機関のヘルパーについて説明。その後、家庭訪問。[そのさい、本人からベッドの脇に尿器を置いて排泄したいが、介護者が置かせてくれないと訴えがある] 四男の妻とも話し、ショートステイ、デイホーム、白内障手術の助成金の各書類と家政婦紹介所の名簿を渡し説明する。本人と四男の妻とも今後、継続面接をすることになる。その後、数度家庭訪問して別々に面接をおこない、話を傾聴し感情を受容。家政婦紹介所のヘルパー派遣開始（週3回）が始まる。デイホームの申請代行をする。

*高齢者本人、家族のニーズ：白内障手術（助成による）をした後、本人の不安が多少軽減され、トイレも自力で可能となる。四男の妻より車椅子で散歩に連れて行きたい、防水シートが欲しいという要望がだされる。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーター、日常生活用具給付の申請代行をおこなうとともに、業者に車椅子、防水シートを発注する。車椅子、防水シートの供与。その後、近況把握と四男の妻の気持ちを受容するため、コーディネーターが家庭訪問や電話を入れる。本人と四男の妻の話をそれぞれ傾聴。ショートステイを勧める。

*高齢者本人、家族のニーズ：本人は入院したいと訴える。四男の妻としては、医師から病気がどうか判断がつかないと言われたので、治療させる気はない、特養申請をしたいと。四男の妻は介護で精神的にまいっており、嘔吐の続く日がある。

・フォーマル資源によるサポート：四男からショートステイ、デイホームの申請希望がなされたので、コーディネーター、申請代行をする。同時に特養申請の

代行もおこなう。コーディネーターふたりが家庭訪問をし、本人と四男の妻の話を別々に聞き、本人の気持ちの受容と四男の妻の息抜きを図る。[本人は故郷に帰りたい、できないなら老人ホームか病院に入りたいと言い、四男の妻を非難する] デイホームの利用が可能となるまで、2週間に1度の割で家庭訪問することになる。

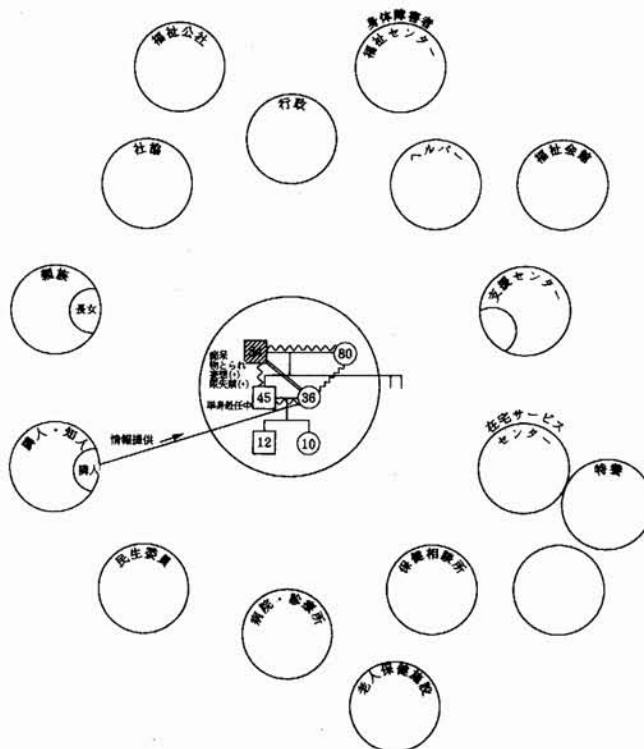
支援センター援助開始5ヶ月-援助開始1年

*高齢者本人、家族のニーズ：本人の介護にたいする不満がさらに増加。四男の妻は知人の病院関係者に問い合わせ、入院可の返事もらう。本人は入院を気に入り、表情が穏やかになった。

・フォーマル資源によるサポート：週2回病院に行く四男の妻にたいして、コーディネーターが電話を入れその努力をねぎらい気持ちを受容する。本人が入院継続を希望していることということで、デイホーム、ショートステイ予約キャンセルの手続きをとる。[5ヶ月後、本人の要態急変し死亡。四男の妻より連絡が入り、コーディネーター弔問のため家庭訪問する]

(2) T.Cさん (男性、84歳、息子家族との同居)

① 支援センター援助開始前



支援センター援助開始前

*高齢者本人、家族のニーズ：高齢者本人の排泄以外のADLは自立、被害妄想などの痴呆様症状あり。妻は尿失禁のままでいる本人にイライラしている。息子は単身赴任しており、週末に帰宅したさい、本人を叱ることが多い。こうした状況のなかで、長男の妻は本人を気の毒に思っており、なんとかしたいと隣人に相談。

・インフォーマル資源によるサポート：隣人が支援センターにかんする情報を長男の妻に知らせる。

支援センター援助開始－援助開始1年

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーターから痴呆の専門医による診察を受けることを助言し紹介する。また、家庭訪問をして排泄介護の方法を伝え、排泄介護用品の紹介、使用方法などを説明する。その後、電話で状況を確認する（モニタリング）。[妻が専門医による診断に連れて行く。また、教わった排泄介護方法で妻が介護しうまくいく。長男の妻が車で本人を福祉会館（機能訓練）や図書館などに連れ出す] デイホームを紹介し、意向を受けて申請代行する。[デイホームに長男の妻の送迎で自己通所が始まる]

*高齢者本人、家族のニーズ：本人、妻に叱られて妻を庭に追い出す。これを見て長男の妻は、本人の痴呆が進行したとショックを受ける。長男の妻は姑と夫とのあいだに入って精神的に苦労が多い、それをわかってくれる人がいないとコーディネーターに電話で訴える。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーターは、痴呆のお年寄りにたいする対処方法を伝え、家族員のあいだに入って気苦労の多い長男の妻の話を傾聴しねぎらう。

*高齢者本人、家族のニーズ：妻は本人を叱責することが多い。長男の妻はショートステイの利用を希望する。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーターが家庭訪問し、ショートステイの申請書を渡すとともに、痴呆性老人への対応方法を指導。[その後、姑から家のことを外部に話すぎると叱られ、落胆していると長男の妻が訴える] 長男の妻の気持ちを受容し、夫に相談することを勧める。[長男が長男の妻に言わ

れて支援センターに来所] 長男の相談にのり、特養の説明をおこなう。

* 高齢者本人、家族のニーズ：本人に精密検査が必要な疾患のあることが判明。長男の妻は、長男、長男の兄弟はあてにならず、かれらにたいする不満と今後どうしたらよいかという不安を、コーディネーターに訴える。

・フォーマル資源によるサポート：本人を受診させた後にセンターに来所してきた長男の妻にたいして、コーディネーターが時間をかけてその心情を吐露させ受容する。その後、今後のケアプランを一緒に検討する。[その後も、本人は長男の妻の送迎によって、デイホームと福祉会館に通所を続ける。長男の妻は、なにも力になってくれない夫、姑にたいして苛立つ、介護にも疲れたと訴える] その訴えを傾聴。

* 高齢者本人、家族のニーズ：本人の言動に妻、長男の妻ともにふりまわされ、ストレスが強くなる。とくに妻は本人が痴呆であることを受け入れがたく、本人にたいしてきつく対応するため、本人も負けずに対応するなど悪循環。別居の長男の兄弟たちがときに訪問するが、長男の妻の苦労を理解しようとしなため、長男の妻のストレスが増加。孤立感をもっている長男の妻は、長男、妻、長男の兄弟たちに疎外されている本人にたいして同情的。そうした状況のなかで、介護をめぐり妻と長男の妻とがケンカになり、ふたりの関係がかなり悪化する。

・フォーマル資源によるサポート：長男の妻からのなんどかの訴えにたいして、コーディネーターは本人の行動について説明するとともに、長男の妻の努力を評価し、負担感の軽減に努める。また、妻との関係が悪化した時点では、長男の妻の感情を受容するとともに、長男にショートステイの利用を相談するよう提案。さらに、家庭訪問して妻にもショートステイの利用を勧める。[この後、長男から特養の申請がだされる]

支援センター援助開始1年－援助開始1年半

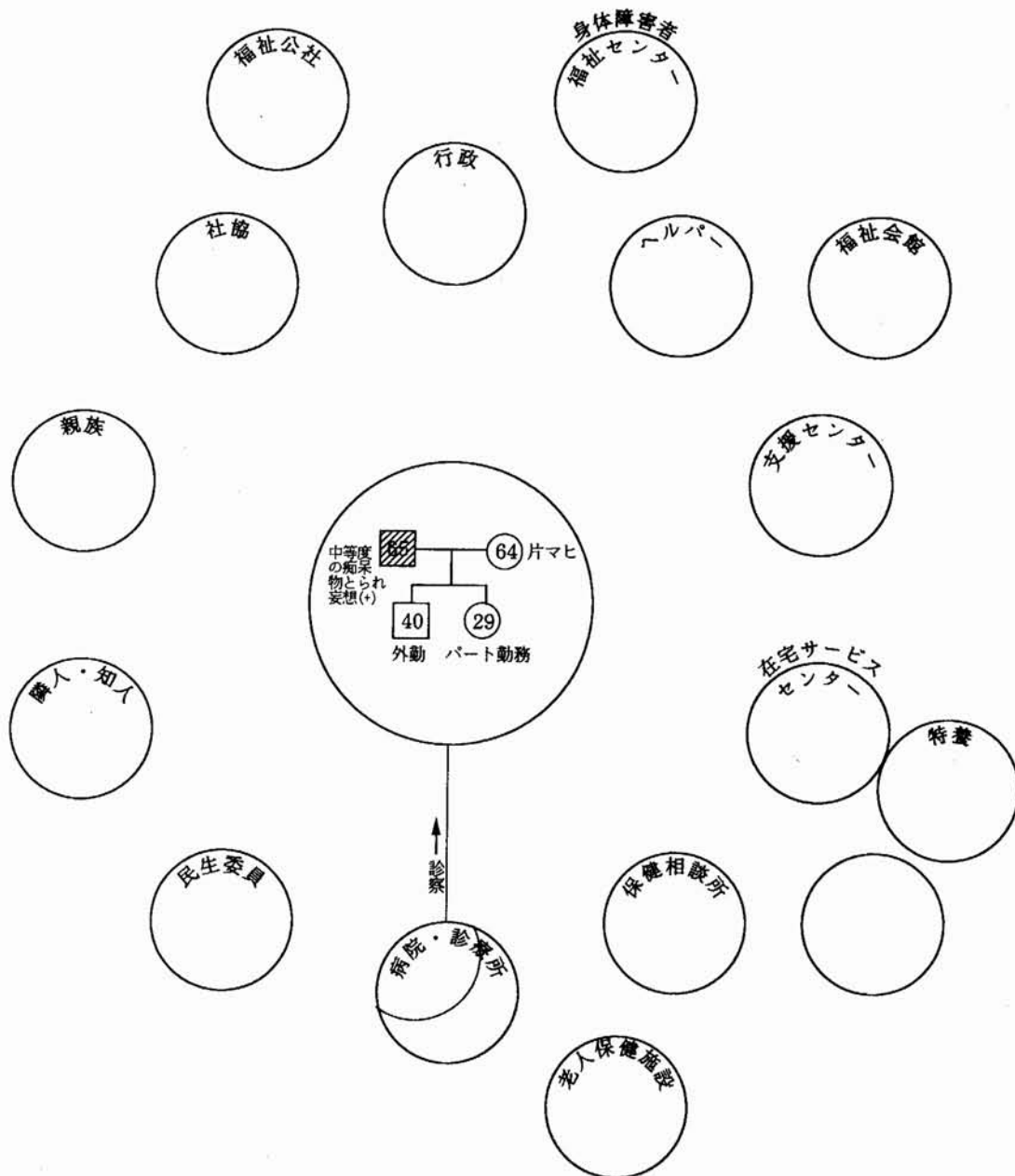
* 高齢者本人、家族のニーズ：本人転倒し動けず、どうしたらよいかと問い合わせの電話を長男の妻が支援センターに入れる。[コーディネーターが受診を勧め、長男の妻が受診させる。その結果、入院し手術] その後、長男の妻が中心となって病院での世話を担当。3ヶ月後から長男の妻の介護疲れ、ストレスが増

大する。半年後、本人寝たきりとなり転院を迫られる。

・フォーマル資源によるサポート：入院決定となった時点で、担当コーディネーターはショートステイの予約を取り消し、状況確認のために病院訪問。その後、家庭に戻っている時間に長男の妻を訪問して、話を傾聴、受容し介護努力を評価する。また、転院の相談にもどり、病院のMSWに相談することを長男の妻に勧める。

(3) R.A.さん (男性、65歳、妻と未婚の子どもとの同居)

① 支援センター援助開始前



支援センター援助開始前

* 高齢者本人、家族のニーズ：本人は柄沢式スケールによると中等度の痴呆、被害妄想が強い。薬効がきれると騒ぎ出し暴力をふるうことが多い。妻は片麻痺で身障3級。未婚の息子は外勤、未婚の娘は両親の介護をしながら、週に数回パートにでていた。

支援センター援助開始－援助開始2ヶ月

・フォーマル資源によるサポート：息子から相談を受けた高齢者福祉課のワーカーが支援センターにリファー。支援センターのコーディネーターが家庭訪問し、息子に本人を専門医に受診させるよう勧める。[息子は本人を専門医に受診させる]

・インフォーマル資源によるサポート：息子が病院に付き添うために、妻を親戚宅に預かってもらう。だが、予定より早く1日で帰宅してくる。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーターが状況把握のため、家庭訪問や電話を入れる。[その後、本人は入院、アルツハイマー性痴呆と診断され、転院を指示される。妻は病院のMSWに転院について相談] コーディネーターはMSWと連絡をとり、転院について相談し、他病院への紹介状をもらう。家庭訪問し、転院について相談にのる。[妻は本人を入院させたことを気にし、親戚から非難されているとややノイローゼ気味となる。娘は転院ができないのではと混乱した様子] その後、娘をセンターに呼んで、話を傾聴し感情を受容する。[その後、娘は保健相談所に相談に行く] 保健相談所保健婦から連絡があり、本ケースについて話し合う。後日、家庭に電話を入れても応答がないため、保健所保健婦とコーディネーターで緊急訪問する。

* 高齢者本人、家族のニーズ：娘がアルツハイマーは遺伝するので嫁に行けないと妻にあたり、娘が中心となって家庭全体が混乱状態に陥る。娘は保健相談所とセンターにかわるがわる電話を入れる。

・フォーマル資源によるサポート：保健相談所保健婦、コーディネーターで家庭訪問し、娘の話を傾聴、感情を受容。保健婦とコーディネーターで家族の力動的関係について話あう。

* 高齢者本人、家族のニーズ：その後、娘を診断した医師より、妻と娘を切り離して生活するように言われた、ヘルパーに来てもらえないかと、息子からセ

ンターに連絡が入る。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーター緊急訪問。妻のショートステイの利用、娘の親戚宅預かりを検討し、保健所保健婦に連絡する。だが、結局、しばらくのあいだコーディネーターと保健婦が交代で、妻、娘の話相手となることにする。妻の受診を息子に勧めるが息子はこれを拒否。[その後、娘が手足のしびれを理由に救急車で病院に行く。娘ノイローゼ状態] コーディネーターは娘をセンターによんで面接。その後も断続的に面接を継続 [その後、本人の特養申請が娘と伯父よりだされる]

支援センター援助開始3ヶ月－援助開始1年

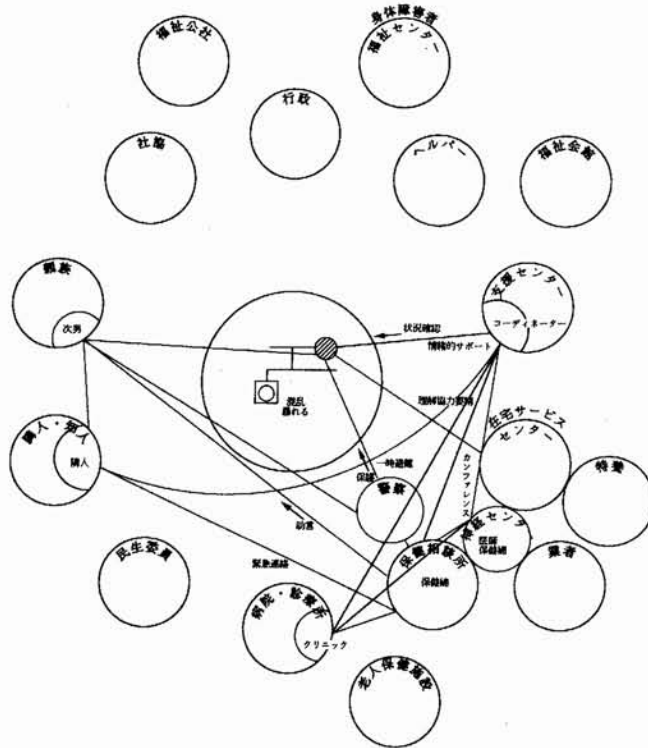
*高齢者本人、家族のニーズ：息子より本人の転院希望の相談が入る。娘が情緒不安定のため、妻もイライラし情緒不安定に。妻は娘についてコーディネーターに相談することを希望する。娘、妻、息子のあいだで本人の転院にかんして意見が食い違う。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーター、本人の入院している病院を訪問し事情を聞く。その後家庭訪問して話し合う。[その後も娘より緊急に訪問して欲しい旨の連絡が入る。娘は保健相談所にも連絡] 保健相談所保健婦と連絡をとりながら、娘とセンターで定期的な面接をおこなう。一方、本人の転院について援助する。

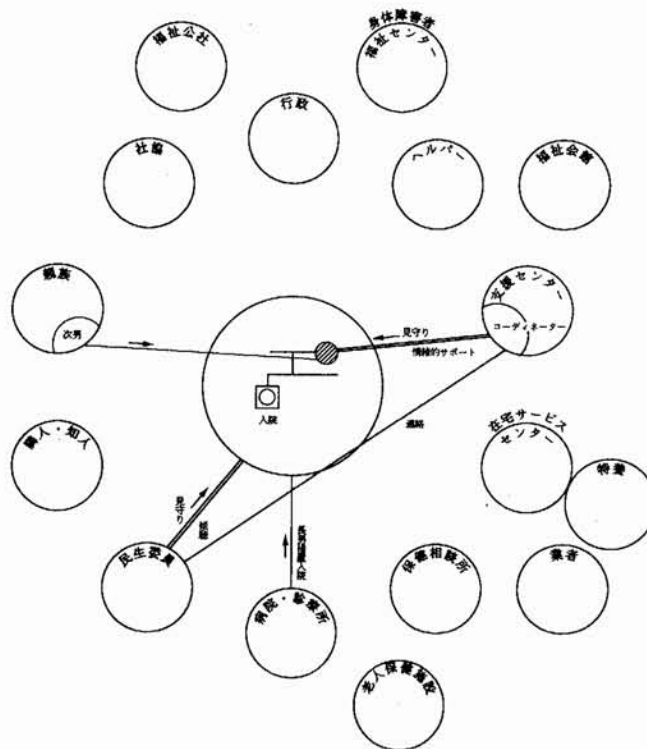
*高齢者本人、家族のニーズ：娘、妻ともに心療内科を受診し、その後継続受診。妻のほうは服薬管理ができていない。

・フォーマル資源によるサポート：コーディネーターは状況把握のために定期的に訪問。妻の薬分包、管理を手伝う。本人の特養入所判定の資料づくりのため、入院中の病院のMSWに入所判定に必要な情報の提供を依頼する。

③ 支援センター援助開始直後－援助開始1ヶ月



④ 支援センター援助開始1ヶ月－援助開始2ヶ月



支援センター援助開始前

*高齢者本人、家族のニーズ：夫死亡後、長男とふたりで生活。長男は精神の障害があり、これまで親子のあいだで暴力をとまなうケンカがみられた。長男が押して転倒したさいに、本人、腰を打って動けない状態となる。

・インフォーマルな資源によるサポート：近隣に住む本人の知人が、長男の職場の上司に入院の手続きについて問い合わせる。職場の上司が一度本人を病院に連れていくが、その後連れ戻り、支援センターに入院について問い合わせる。本人、歩行、入浴にかんして全介助状態。

支援センター援助開始－援助開始直後

・フォーマル資源によるサポート：支援センターのコーディネーターが緊急訪問し、救急車をよんで病院に搬入する。次男に連絡をとり話を聞く。次男の話によると、ふたりは母子密着の傾向が強く、これまでは母親のほうが暴力をふるうことが多かった。次男と退院後のケアプランを検討。ショートステイを利用することになる。退院後、ショートステイの利用。

・インフォーマル資源によるサポート：三男の妻が本人の世話をしに来る。長男を除く兄弟で退院後の相談。次男の手助けで長男もなんとか就労しており、その職場の上司は、長男の意向を尊重してあげて欲しいと支援センターに連絡してくる。

支援センター援助開始直後－援助開始1ヶ月

*高齢者本人、家族のニーズ：長男が混乱して暴れ、本人は警察に逃げ込む。

・インフォーマルな資源によるサポート：隣人が保健相談所に緊急連絡を入れる。

・フォーマルな資源によるサポート：警察にて本人を保護。保健相談所は、次男、本人、長男の了解を得て、精神病院への長男の入院を手配。保健相談所、警察、隣人、次男、本人で今後の生活について話し合いがなされる。その後、コーディネーター、保健相談所保健婦、国立神経センター医師、看護婦、精神科クリニックの医師によるケースカンファランスをおこない、長男の処遇について検討。保健婦が長男の入院を次男や本人から勧めるよう助言。[しかし、結局、ふたりによる生活が継続される] コーディネーターが隣人に本人と長男の関係について説明、了解をもとめる。

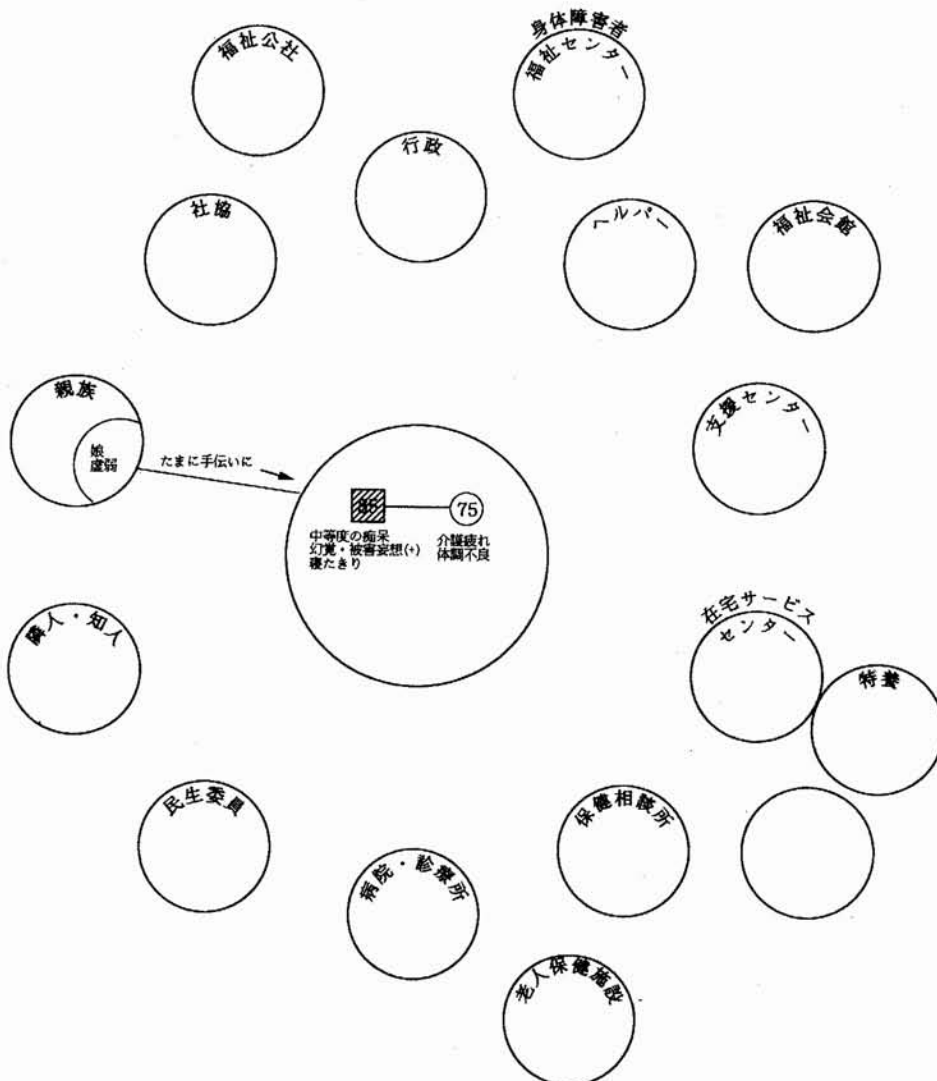
支援センター援助開始1ヶ月－援助開始2ヶ月

*高齢者本人、家族のニーズ：長男が再度暴れ措置入院となる。本人ひとりきりとなり寂しい、死にたいと周囲に訴えるようになる。

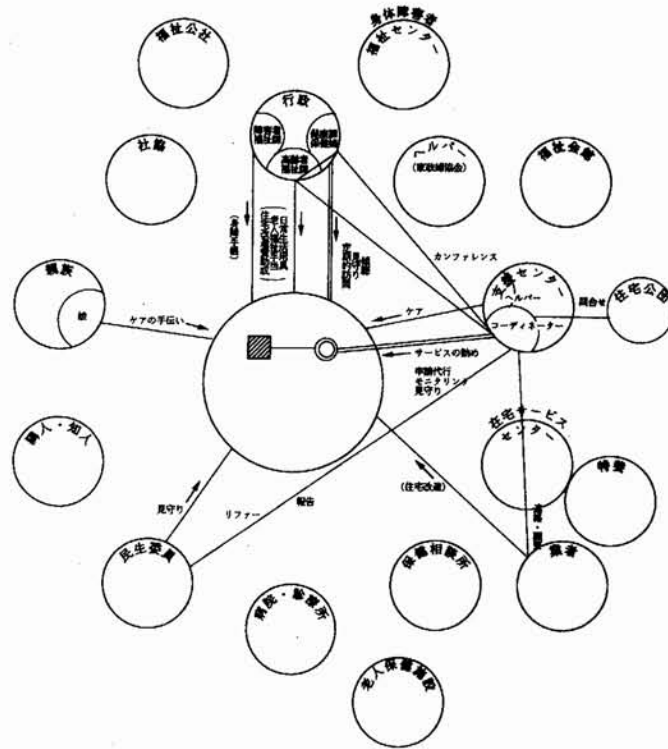
・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが家庭訪問し、状況を確認するとともに、本人の話を傾聴し、感情を受容するとともに励ましをおこなう。地区担当の在宅介護相談協力員（民生委員、以下相談協力員と略記）に連絡を取り、ときどき訪問して話を聞くなどの見守りを依頼する。[相談協力員による本人にたいする見守りの継続]

(5) Y.E.さん（男性、85歳、夫婦世帯）

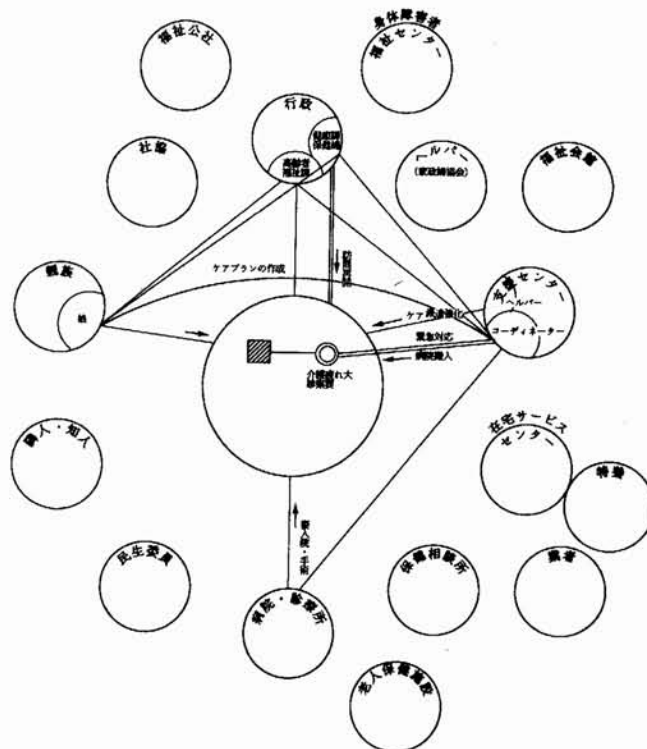
① 支援センター援助開始前



② 支援センター援助開始-援助開始1年



③ 支援センター援助開始1年-援助開始1年半



支援センター援助開始前

- * 高齢者本人、家族のニーズ：本人は寝たきりで歩行、立位、入浴が全介助。幻覚、被害妄想があり中等度の痴呆。妻は健康状態が不良で、介護に疲れている。
- ・インフォーマル資源によるサポート：別居の娘がときおり手伝いに来る。

支援センター援助開始－援助開始1年

- ・フォーマルな資源によるサポート：地域の在宅介護相談協力員から支援センターにリファーがなされる。コーディネーターが家庭訪問し、諸サービスを紹介、説明する。諸サービスの申請代行。[老人福祉手当、住宅改造（住宅公団に連絡了承をとったうえで）、日常生活用具の給付のサービスを受ける]サービスの利用状況についてコーディネーターが家庭訪問して確認。

- * 高齢者本人、家族のニーズ：その後も妻が介護疲れを何度か訴える。
- ・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターからショートステイ、介護ヘルパーのサービス利用を勧める。支援センターの介護ヘルパーが援助を開始する。[その後、妻はヘルパーの利用を拒否。ショートステイの利用は希望せず]ヘルパー派遣を中止する。

支援センター援助開始1年－援助開始1年半

- ・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーター、妻の介護疲れの様子を判断して、再度住宅改造の手続きをとる。また、妻の介護によるストレス軽減と見守りのために、行政の健康課の保健婦と相談のうえ、訪問看護指導により保健婦が定期的に家庭訪問すること、コーディネーターも定期的に家庭訪問することとなる。介護ヘルパー派遣の再開。

- * 高齢者本人、家族のニーズ：妻の介護疲れが大となり、歩行も困難な状況となる。

- ・フォーマルな資源によるサポート：介護ヘルパーが上記の状態をコーディネーターに報告。コーディネーターは家庭訪問して、病院に緊急搬送する。[入院には至らず]

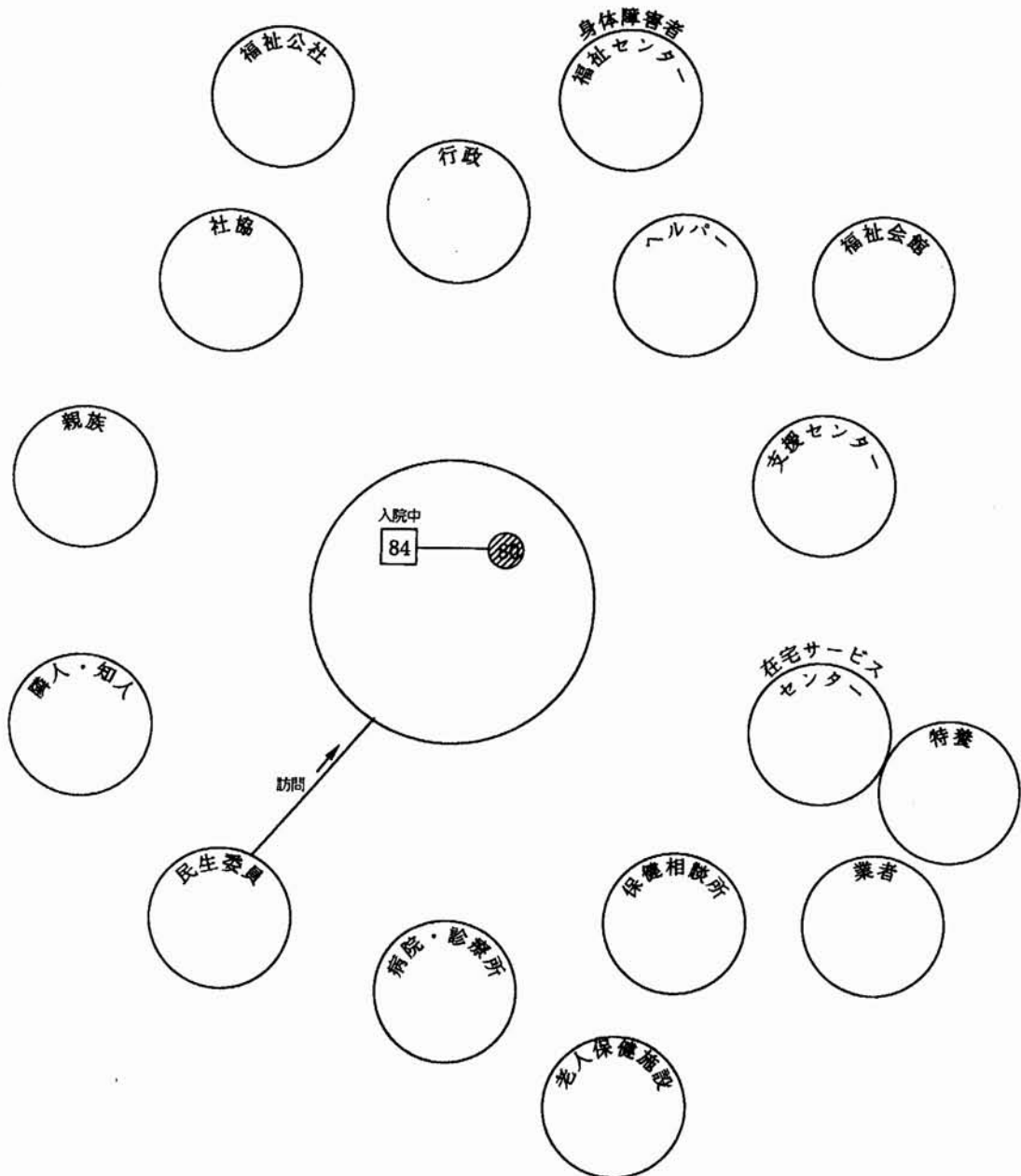
- ・インフォーマル資源によるサポート：隣人が新聞受けに新聞がたまっているのを発見し、娘宅に連絡をする。娘が訪問。家事を手伝う。[その後、妻は入院、手術となる]その間、娘が本人を世話する。娘は主治医と相談のうえ、本人を

在宅でみていくことを決心。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターは高齢者福祉課のワーカーとケース検討した後、娘と訪問看護指導の保健婦とで妻退院後のケアプランを作成。退院後、訪問看護指導を再開。介護ヘルパー派遣の強化。

(6) S.Sさん (女性、80歳、夫婦世帯)

① 支援センター援助開始前



支援センター援助開始前

*本人の状況：84歳の夫は寝たきりで入院しており、ひとりで生活。ときおり相談協力員が家庭訪問をしていた。夫が入院前には、支援センターのヘルパーが訪問し援助をしている。

支援センター援助開始－援助開始2ヶ月

*本人、家族のニーズ：自宅で転倒し動けなくなったと支援センターに連絡が入る。
・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが緊急訪問し、救急車をよんで病院へ。その後、病院訪問し、入院手続きをおこなう。夫へ派遣していた支援センターの介護ヘルパーに依頼して、衣類などを届けてもらう。相談協力員が見舞いに行く。退院前にコーディネーターが病院のMSWとともに退院後のケアプランを作成。

・インフォーマル資源によるサポート：入院中は本人の妹が病院に見舞う。退院直後の家事を妹が担当。

支援センター援助開始3ヶ月－援助開始1年

*本人、家族のニーズ：入院中の夫が死亡。本人は悲嘆、不安、孤独感強く対処できず。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが葬式の段取りをする。その後も、本人の感情を受容し、精神的な支えをするために家庭訪問をおこなう。本人を対象とする家事ヘルパーの派遣を調整し、利用開始とする。夫対象であった介護ヘルパーが家庭訪問し支援する。その後、本人対象として介護ヘルパーも派遣。

・インフォーマル資源によるサポート：姪や甥がときどき訪問して、家事や家の修繕などをおこなう。

*本人、家族のニーズ：本人、不審者がいると、ひとり暮らしの不安を訴えてくる。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが緊急通報システムの導入を図り、相談協力員に協力を依頼。相談協力員が、本人の自宅近くに住む相談協力員の知人に、通報システムの協力員を依頼し了解を得る。緊急通報システムの利用開始。同時に、警察の派出所に連絡を入れて不審者の件を話し、警

官による見守りなどを依頼する。

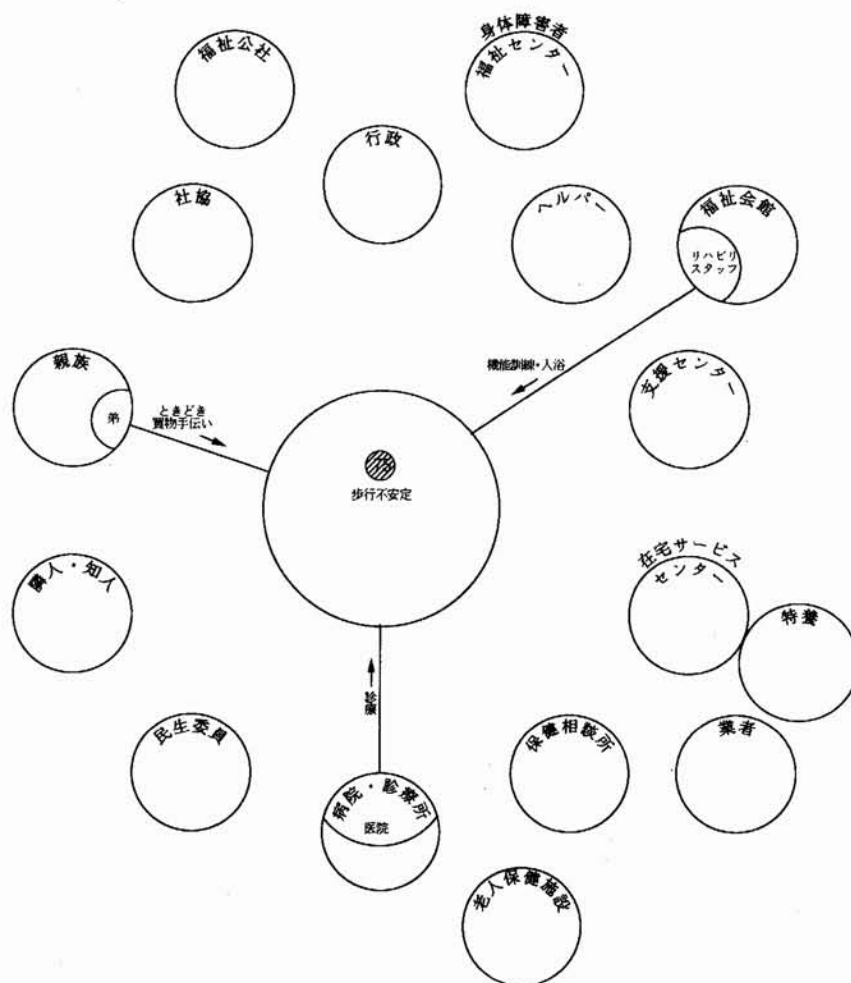
*本人、家族のニーズ：本人、元気がなく、貧血の治療と白内障の手術の必要あり。本人は、周囲に迷惑をかけてまで生きたくない、寂しいと介護ヘルパーやコーディネーターに訴える。

・フォーマルな資源によるサポート：介護ヘルパーによる情緒的サポート。コーディネーターによる情緒的サポート。特養申請を勧め、本人が手続きに行くさいには同行する。その後もときおり家庭訪問をして、情緒的サポートを継続。

・インフォーマル資源によるサポート：妹や甥、また、ふたりの知人が訪問したり電話を頻繁に入れて、情緒的サポートをおこなっている。

(7) N.R.さん（女性、75歳、ひとり暮らし）

① 支援センター援助開始前



支援センター援助開始前

*本人、家族のニーズ：腰部を痛めていて歩行不安定、一部介助。福祉会館での機能訓練のさいの送迎と入浴介助のためのヘルパーを希望している。

・インフォーマル資源によるサポート：弟がときどき訪問して買い物などの援助をしている。

支援センター援助開始－援助開始6ヶ月

・フォーマルな資源によるサポート：訪問看護指導の保健婦より支援センターにリファアがある。家庭訪問して相談にのり、コーディネーターが福祉会館の職員を訪問して車椅子を借りる手配をとる。同時に介護ヘルパー派遣の手続きをとる。

*本人、家族のニーズ：ADLが低下し、歩行がより不安定に。福祉会館での入浴介助に2人必要となる。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが身障センターのPTに連絡をとり、ウォーカーについて問い合わせ、その後申請手続きをとる。福祉会館の館長の好意で雨天時の車による送迎がおこなわれる。

支援センター援助開始7ヶ月－援助開始1年半

・フォーマルな資源によるサポート：[本人、微熱傾向続く] 訪問看護指導の保健婦とコーディネーターとで、今後の入浴方法にかんして協議。ウォーカーの業者とともに同行訪問、身障センターのPTとも協議のうえ、種類を決定しウォーカーを給付。

*本人、家族のニーズ：本人、都営住宅へ引っ越し。訪問看護指導の保健婦より引っ越し先の住宅改造が必要と連絡がある。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーター家庭訪問のうえ、とりあえず、家事ヘルパーの派遣、シャワーチェア、車椅子の給付を話し合い申請代行する。住宅改造について検討。PTと協議のうえ、身障手帳取得を勧め、判定に付き添う。その後、保健婦よりデイサービスの利用を開始した旨連絡がある。コーディネーター、住宅改造、日常生活用具給付、緊急通報システムにかんして申請代行。補装具巡回判定に付き添う。業者に車椅子の修理を依頼。状況把握と見守りのために家庭訪問をおこなう。

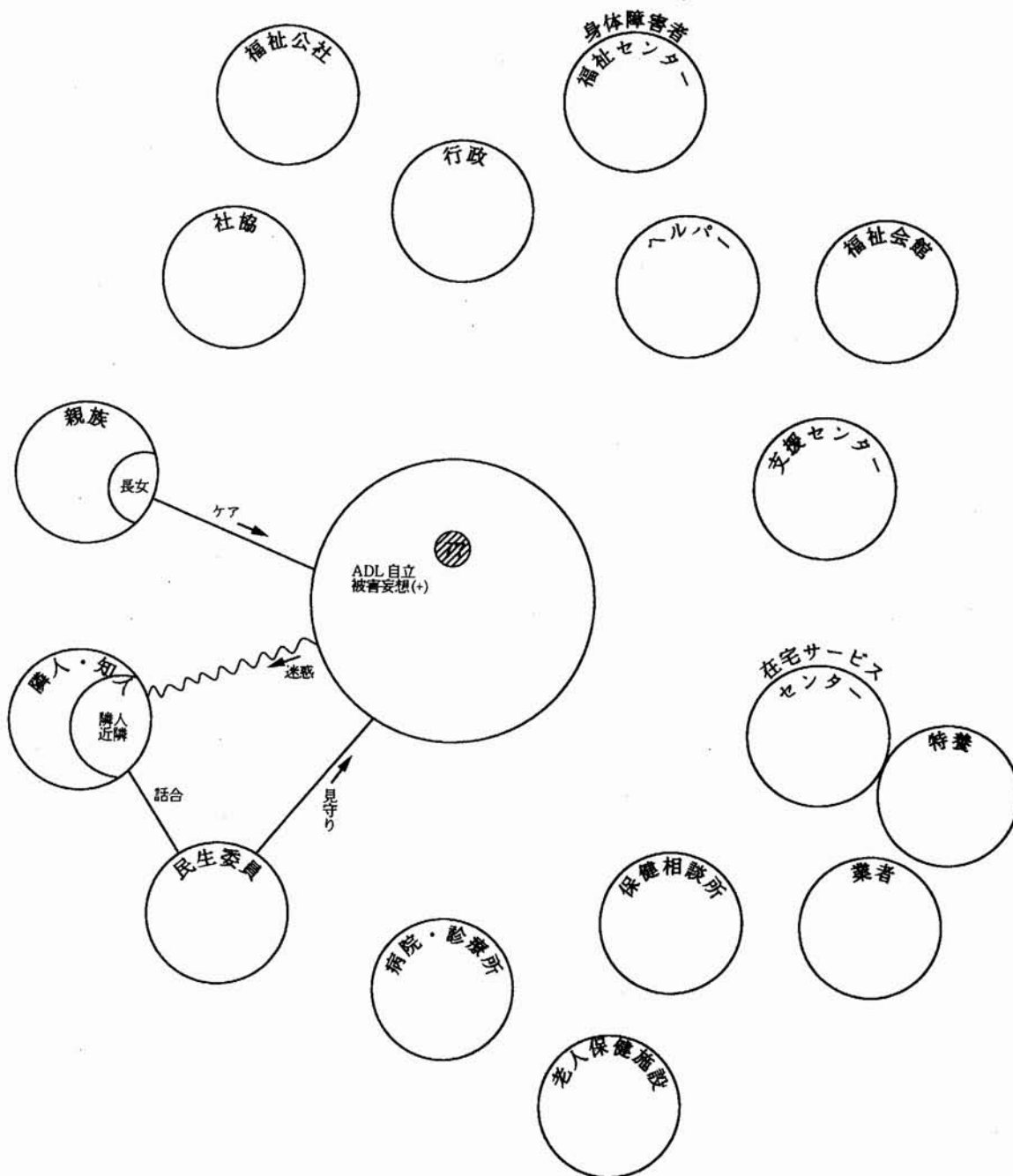
*本人、家族のニーズ：微熱、足のしびれで受診するが不安強く、設備の整っ

た病院で検査したいと訴える。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターより、かかりつけ医に連絡をとって紹介状をもらう。コーディネーターが付き添って老人病院を受診する。

(8) A.S.さん (女性、77歳、ひとり暮らし)

① 支援センター援助開始前



支援センター援助開始前

*本人、家族のニーズ：ADLは自立しているが、被害妄想があって近所でトラブルをおこしている。

支援センター援助開始－援助開始6ヶ月

・フォーマルな資源によるサポート：相談協力員が支援センターにリファーしてくる。コーディネーターは、相談協力員に家族に連絡をとることを依頼。長女、知人、相談協力員、コーディネーターが本人宅に集まって話し合い、今後のケアプランを検討する。福祉会館での入浴、福祉公社の配食サービス、給食サービス、介護ヘルパーを利用することにし、申請代行などおこなう。[同時に、三女が本人を連れて役所に行き特養の申請をする]

支援センター援助開始7ヶ月－援助開始1年

*本人、家族のニーズ：娘たちが訪問しているあいだはよいが、いなくなると隣人宅に行き、騒いで迷惑をかける。

・インフォーマル資源によるサポート：長女、次女、三女が曜日を決めて夕方から訪れて泊まり込んだり、自宅に連れ帰ってみているが、日中ひとりのときが多く、夜間もひとりになる日がある。夕方から夜間にかけて迷惑をかける行動が発生。

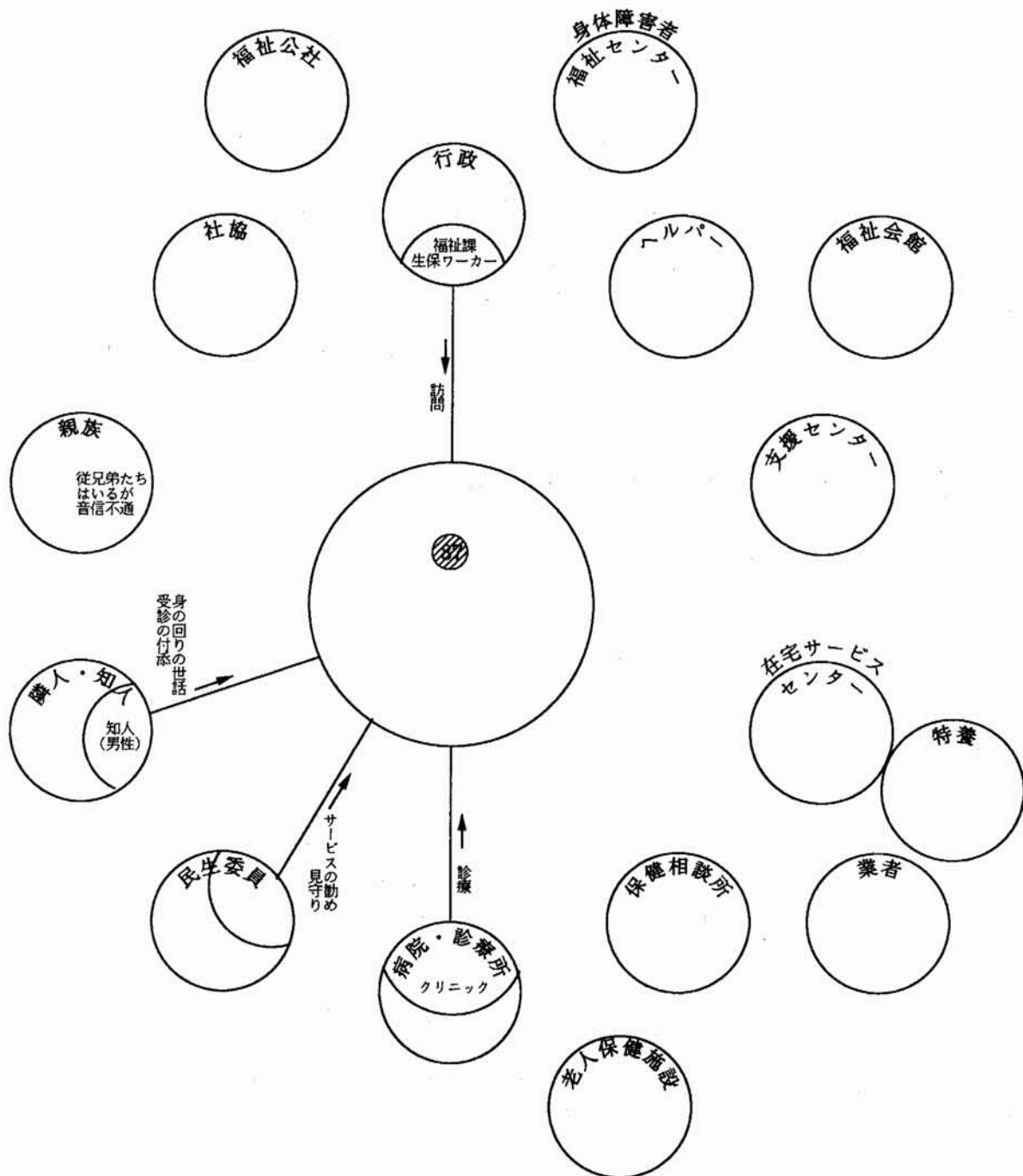
・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターはショートステイの利用を勧めるとともに、介護ヘルパー派遣の時間帯を変更する。娘たちに夜間はできるだけ泊まるよう勧める。[その後も夜間不安定となり、電話をかけ続けたり、近所の人と大喧嘩をするなど問題が生じる][ショートステイを利用するが「帰りたいたい」との訴えで、利用途中で帰宅する] コーディネーターは長女と今後のプランを協議し、デイホームの利用を検討する。[デイホームの利用。だがデイホームに行くと疲れる、物をとられると、ヘルパーに訴える][長女たちはデイサービスセンターの家族会にて「たいへん参考になった」と喜ぶ]

[近隣の人から、火事の心配がある、ひとりで歩いていて危険、家族はもっと親をみるように言って欲しい、と苦情が支援センターに寄せられる] 派遣されている介護ヘルパーが、近隣の人々に痴呆の理解を求める。同時に、コーディネーターはデイホームの利用回数をふやすよう、デイサービスセンターのワーカー

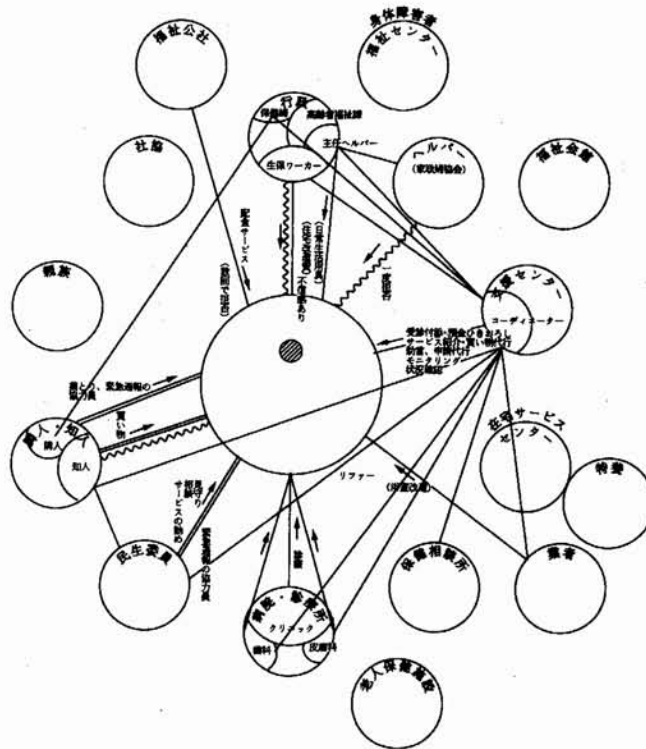
に依頼。娘たちと話し合い、火災報知器、自動 소화器の設置を本人に勧める。[本人、これを拒否する] その後、新しい地区割に伴い、他の支援センターに本ケースを移管。

(9) K.M.さん (女性、87歳、ひとり暮らし)

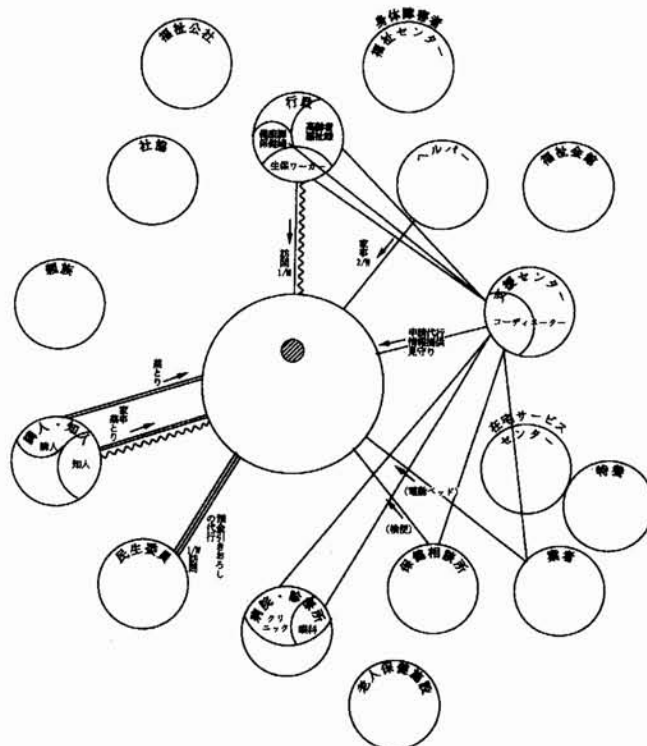
① 支援センター援助開始前



② 支援センター援助開始-援助開始6ヶ月



③ 支援センター援助開始7ヶ月-援助開始1年



回りの世話をしている。隣人がときどき薬を病院にとりに行ってくれる。隣人はよき話し相手の様子。

＊本人、家族のニーズ：本人、家事ヘルパーにたいして怒りだし興奮する。家事ヘルパーが対応できず、高齢者福祉課の主任ヘルパーに連絡をする。

・フォーマルな資源によるサポート：主任ヘルパーが緊急に家庭訪問。本人に精神的問題があるのではないかと支援センターに連絡してくる。センターのコーディネーターは相談協力員に連絡。相談協力員が家庭訪問し、本人と話したところによると、本人の言い分がとくにおかしいとも思われぬ、どうしてもヘルパーを拒否するので給食サービスを勧めたとのこと。結局、コーディネーターが給食サービスの申請代行をおこなう。コーディネーターは家庭訪問のうえ、高齢者福祉課のワーカーに状況を報告。しばらくのあいだ、2日おきに電話を入れて状況を確認する。車椅子の利用を勧める。

＊本人、家族のニーズ：本人、疲れて座っていることができないが、受診もせず往診も拒否。給食サービスの開始が遅れているために、できあいの品物のみ食べている。

・インフォーマル資源によるサポート：知人が毎日来て、買い物などをしてきているが、本人は気に入らないと、きついことばで知人に不満を言っている。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターは給食サービスの開始が遅れているので、福祉公社の食事サービスの利用が可能かどうか、福祉事務所の生活保護担当ワーカーに問い合わせをする。車椅子、ベッドの利用を本人に勧め、申請代行する。給食サービス利用の勧め。[本人は行政にたいする不満をもっている。車椅子、ベッドの利用については、不安をもちつつも一度納得したが、その後、相談協力員に利用したくない旨を伝える] コーディネーター、高齢者福祉課に連絡を入れて申請を保留し、業者にも連絡する。

＊本人、家族のニーズ：皮膚病のためのかゆみを相談協力員に訴える。パーキンソン病のため、歩行困難、手足の振戦あり。食事サービスは断りたい、車椅子は利用したいと言う。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーター、相談協力員と家庭訪問。介護ヘルパーの派遣、住宅改造の必要性を確認し高齢者福祉に打診する。さら

に、緊急通報システムの活用を勧める。住宅改造については、知人をともなって業者のところに出向く。住宅改造、日常生活用具の申請代行をおこなう。相談協力員が知人のことを生活保護担当ワーカーに聞くと、以前ふたりのあいだでいろいろトラブルもあったとのこと。

*本人、家族のニーズ：買い物に行けない、歯科に行きたいなどの訴え。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが預金引き下ろし買い物を代行、ケアセンターの車椅子をかり出して試乗してもらう。シャワーチェアも試す。本人の話を傾聴する。毎週電話を入れるか家庭訪問をおこなう。知人に、車椅子の使い方を教えながら、歯科医院に同行。生活保護担当ワーカーに住宅改造の終了を報告しながら、本人と知人との関係について話をし、ふたりをセットでサポートしていく必要性のあることを確認する。[その後、本人が改造した浴室についての苦情、歯科医院についての苦情を訴える。知人が直接業者に苦情を言う。] コーディネーターは業者に連絡をとり、業者から本人に説明をしてもらうよう依頼。皮膚科受診に同行。保健相談所と本人のやりとりについても援助。

支援センター援助開始7ヶ月－援助開始1年

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーターが家庭訪問し話を傾聴。ショートステイを勧める。[本人は、隣人が転出して友人がいなくなった、ショートステイは利用してみたい、振るえがひどいので受診したいなどと言う] かかりつけ医に相談するよう助言し、ショートステイの利用について生活保護担当ワーカーに連絡し、高齢者福祉課に問い合わせ予約を入れる。

*本人、家族のニーズ：知人の出入りを禁止したので、家事をするパートの人を依頼したと言う。電動ベッドの利用を希望。

・フォーマルな資源によるサポート：コーディネーター、日常生活用具の申請代行をし、業者に見積もりを依頼する。家庭訪問し家事ヘルパーを再度派遣することにする。ベッド搬入後、家庭訪問してモニタリング。本人はとても喜んでいる。結局、ショートステイは拒否。[知人がまた出入りするようになっており、本人は便利と言っている。ヘルパーにできないことをやってもらっているとのこと。]

支援センター援助開始1年－援助開始1年半

*本人、家族のニーズ：相談協力員に特養に入りたいと訴える。ヘルパーには満足している。口唇、口内の渇きの訴えあり。

・フォーマルな資源によるサポート：相談協力員は特養の申請書を市からもらい渡す。心細くなったときに特養を考える傾向があるので、コーディネーターからは無理しないように勧め、訪問看護指導の保健婦と同行訪問する。関係者で協議し、生活保護担当ワーカーの訪問回数は月1回に、保健婦訪問も月1回、コーディネーターは月2回、家事ヘルパーは週2回、相談協力員は週1回という訪問目標を決める。

*本人、家族のニーズ：知人が家賃滞納でアパートを追い出され、本人宅に入り込むようになる。本人は出ていってもらいたがっている。知人に用事を頼むと金銭を要求してくるようになり、本人は血圧もあがりイライラすると相談協力員に訴える。

・フォーマルな資源によるサポート：生活保護担当ワーカーが知人に出るように言うが、本人は知人をかばい、ワーカーを非難。コーディネーターは本人が口で言うほど迷惑がっていない様子なのでしばらく静観することに。高齢者福祉課ワーカーと協議し、知人に養護老人ホーム入所を勧めることにする。[その後、知人はお金をためたら出ていく、ホームには入りたくない、センターに連絡してくる] 相談協力員と情報交換しながら、しばらく静観。

*本人、家族のニーズ：本人、家事ヘルパーとのトラブル、知人へのいらだち、食欲のなさ、受診の希望、かかりつけ医への苦情などを相談協力員に訴える。

・フォーマルな資源によるサポート：家事ヘルパーとのトラブルにかんしては、高齢者福祉課の主任ヘルパーが対応。訪問看護指導の保健婦の訪問を依頼する。[これは本人が拒否] かかりつけ医に往診を依頼し、往診時の立ち会いを保健婦に依頼。「結局、これも本人が拒否」今回の受診は見送る。

・インフォーマル資源のサポート：買い物にかんしては、コンビニエンス・ストアの店員が商品を運んでくれている。知人は出て行った。

3. 事例調査結果の考察

1) サポートの受け手、サポートの与え手、サポートの内容

以上、見てきた事例について、支援センターが援助を開始した後、当事者（要介護高齢者、介護者）が受けたサポートを、それらが当事者のうちの誰にたいしてなされたものか、それらを誰がおこなったのか、それはどのようなものであったのか、の3点にかんして表に整理してみた。

表内のアルファベットは、サポートの内容のカテゴリーを表している（本文4ページ参照）。また、網がかかっている文字は、高齢者の保健・福祉における行政サービスを指す。文字が囲んであるものは、当事者とサービス提供者とのあいだにサポートの授受関係が存在することを示している。なお、コとあるのは、支援センターのコーディネーターを指す。援助期間は援助を開始した時点から調査時点にもっとも近い援助行為をおこなった時点までの期間である（援助が終結しているばあいには、その時点をとった）。

表1 サポートの受け手、与え手、内容

	インフォーマル資源から		フォーマル資源から	
	手段的サポート	情緒的サポート	手段 (a-g) サポート	情緒的 (h) サポート
(1) J.Oさん (ADLすべて介助要) 同居の三男の妻 (援助期間5ヶ月)	b [三男の妻] による 介護		c [白内障]の手術助成 c [車椅子] c [防水シート]の給付 b [家事ヘルパー]の派遣 d [コ]による相談、 情報提供、資源媒介 e 機関との連絡・調整 f [コ]による緊急時の対応	[コ]による傾聴感 情の受容 [コ]による傾聴感 情の受容
(2) T.C.さん (痴呆、排泄、介助要) 妻 同居の長男の妻 (1年)	b [妻]と[長男の妻] による介護	別居の[娘]より	a [専門医]による診断 a [機能訓練]の利用 a [デイホーム]の利用 d [コ]による相談、助言、 介護方法の指導、介護 機器の使用説明サービ スの媒介 e 機関との連絡・調整 f [コ]による緊急時の対	[コ]による傾聴感 情の受容 介護努力の評価
(3) R.A.さん (中等度の痴呆) 妻 未婚の娘 (1年)	b [親族]宅への 泊まり		a [専門医]による診断 d [コ]による相談、助言 情報提供 e 機関との連絡・調整 f [コ]による緊急対応	[コ]と[保健婦]によ る傾聴・受容 家族関係の調整 コと保健婦による 傾聴・受容
(4) B.T.さん (一時期全介助) 長男 (2ヶ月)	f 緊急時の[知人]、 [隣人]による通報 d [三男の妻]による 介護 e [三男]、[次男]話 し合いへの参加		f [コ]による緊急時の対応 b [ショー・ステイ]の利用 f [警察]による緊急保護 a [保健相談所]、[精神科] [医師]、[看護婦]、コな どによるケース検討	[コ]や[相談協力員] による傾聴、受容
(5) Y.E.さん (歩行、入浴、全介助、 中等度の痴呆) 妻 (1年9ヶ月)	b [妻]による介護 b [娘]の手伝い e 娘、プラン作成 への参加 g [隣人]の見守 f 隣人の緊急時の 連絡		c 老人福祉手当での受給 c 住宅改造 c 日常生活用具の給付 d [コ]による相談、助言 情報提供 e 機関の連絡・調整 a [訪問看護指導] b [介護ヘルパー]の派遣 f [コ]による緊急対応	[保健婦]と[コ]によ る見守り、傾聴、受 容

	インフォーマル資源から		フォーマル資源から	
	手段的サポート	情緒的サポート	手段 (a-g) サポート	情緒的 (h) サポート
(6) S.S.さん (一時期全介助) (1年6ヶ月)	b 入退院時 妹 による介護 b 手術のさいの妹の付き添い g 緊急通報システムの 協力員 による見守り	姪 や 甥 の訪問 知人 たちからの電話訪問	f コ による緊急対応 b 家事ヘルパー の派遣 b 介護ヘルパー の派遣 c 緊急通報システム の導入 d コ による相談、助言 g 警察官 による危機防止のための見守り g 相談協力員 による見守り b 相談協力員による手術のさいの付き添い	コ による傾聴、励まし、支え
(7) N.R.さん (歩行、入浴、一部介助) (1年6ヶ月)	b 弟 による家事手伝い		c 車椅子のかり出し b 介護ヘルパー の派遣 d コ による相談、助言 e 機関との連絡・調整 b 福祉会館館長 による雨天時の送迎 a 訪問看護指導 c 住宅改造 b 家事ヘルパー の派遣 c シャワーチェア の貸与 c 車椅子 の貸与 c 身障手帳 の取得 a デイサービス の利用 c 緊急通報システム の導入 a 補装具巡回判定 a かかりつけ医 の紹介状	訪問看護指導の 保健婦 による支え
(8) A.S.さん (中等度の痴呆) (1年6ヶ月)	b 娘たちに よる交代での泊まり c 娘や 知人 によるケアプラン作成への参加		g 相談協力員 による見守り d コ による相談、助言、情報提供 e 機関との連絡・調整 b 福祉会館での入浴 b 福祉公社の 昼食サービス b 介護ヘルパー の派遣 b ショートステイ の利用 a デイホーム の利用 e コ と介護ヘルパーによる近隣関係の調整 d 娘たちにたいする家族会での情報提供	コ 、娘たちの大便などをとおして支えに

	インフォーマル資源から		フォーマル資源から	
	手段的サポート	情緒的サポート	手段 (a-g) サポート	情緒的 (h) サポート
(9) K.M.さん (歩行一部介助) (1年5ヶ月)	b[知人]による身の回りの世話 b[隣人]による薬とり b[コンビニに店員]による配達	[隣人]との会話	d[コ]と[高齢者福祉課のワーカー]による相談 eコとワーカーによる連絡・調整 b[家事ヘルパー]派遣 c緊急通報システムの導入 d相談協力員による相談、助言 c[住宅改造] c[車椅子の貸与] a[歯科]受診 a[皮膚科]受診 c[ベッドの貸与] a[訪問看護]の指導 f 高齢者福祉課[主任ヘルパー]による対応	[相談協力員]による傾聴 [コ]による傾聴

サポートの受け手：支援センターのコーディネーターが比較的長期にわたって援助をおこなった上記の9つの事例では、要介護高齢者本人だけでなく、介護者もサポートを受けている。要介護高齢者のための手段的サポート機能をはたす種々の行政サービスは、同時に介護者の介護負担の軽減というサポートにもなる（ケース（1）、（2）、（5））。要介護高齢者にたいする情緒的サポートは、同居家族や別居親族、あるいは隣人などのインフォーマル資源によってももたらされているが、同居家族の介護者にはもっぱらコーディネーターなどのフォーマル資源から提供されている（ケース（1）、（2）、（3）、（5））。

サポートの与え手：介護に携わることのできる同居家族員が終日家にいるばあい、その同居家族員によってb介護のサポートがほぼ全面的になされている（ケース（1）、（2）、ケース（3）は途中で本人が入院）。ただし、同居家族員自身が問題をかかえているばあいには、同居家族員がいても介護はできず、緊急事態になると外部に援助を求めることになる（ケース（4））。同居家族がいないばあいには、別居の親族が全面的にはではないがなんらかの形でb家事や介護にかかわっている（ケース（6）、（7）、（8））。知人がかかわっていた例もある（ケース（9））。

日中同居家族がいても家族員自身問題をかかえている、あるいは家族員自身

が高齢・病弱である、ひとり暮らしであるといったケースでは、g 普段の生活の見守りや f 緊急時の対応、h 情緒的サポートにかんして、隣人や知人といったインフォーマル資源がサポートしている例が見受けられる ((4)、(5)、(6)、(9))。インフォーマル資源によるサポートは、やはり f、g が中心で、b 日常的な身の回りの世話や介護のサポートは一時的なもの、非ルーティン的なものに限られる (ケース (9) はその意味ではまれな例であろう)。

フォーマル資源からのサポートとしては、やはり、行政のサービス (a、b、c) が多く提供されている。そのうち文字が囲んであるサービスは、当事者とコミュニケーション関係をもちうるサービス提供者がいるサービス (a、b) である。これらのサービス提供者は、当事者たちの状況の変化を見守り (g)、あらたなニーズが生じたさいには、当事者に情報提供をおこなったり支援センターに連絡してくるという監視をおこないうる立場にある (そうしたサポートをおこなう可能性のあるサービスを利用したケースは、(2)、(4)、(5)、(6)、(7)、(8)、(9))。

この他、支援センターのコーディネーター自身による種々の援助活動 (d 情報提供、e 諸サービスの媒介、h 情緒的サポート) の他、他の社会資源、たとえば、相談協力員や専門医、保健相談所保健婦、医療機関の医師・看護婦、身障センターの PT、福祉会館館長、日常生活用具関連の業者、住宅改造関連の業者、警官、生活保護担当ワーカー、高齢者福祉課ワーカー、主任ヘルパー、訪問看護指導の保健婦などが、当事者の介護生活をサポートする (a、d、e、f、g など) ためにかかわっている。(ケース (3)、(4)、(5)、(6)、(7)、(9))。

こうした関係に加えて、コーディネーターによる当事者以外の同居家族員、親族やその他のインフォーマル資源との調整や働きかけ、また、コーディネーターと行政サービスの提供者、あるいはその他の社会資源としての関係機関・関係者との関係 (連絡・調整、情報・意見交換、カンファランスなど) が存在している (すべてのケース)。この後者の諸関係が、当事者と各資源との直接的な関係の形成・維持を支える基盤として存在することで、全体として種々のサポートをおこなう関係群としてのソーシャルサポート・ネットワークが成立している。

9つの事例から、手段的サポート (aからg) の授受関係から成るソーシャルサポート・ネットワークの大きさについては、つぎのようなことが仮定できる。支援センターが援助を始めることによって、ひとり暮らしの要介護高齢者のほうのソーシャルサポート・ネットワークが、同居家族員による介護を受けている要介護高齢者のそれよりも相対的に大きくなる可能性がある。それは、別居親族や隣人などのインフォーマルなサポート関係に加えて、コミュニケーションをとまなうフォーマルな資源とのサポート授受関係を多くもつようになることによる (例、デイサービス、家事ヘルパー、介護ヘルパー、配食サービスなどの利用、相談協力員の相談・見守り、コーディネーターの相談・情報提供・サービス媒介、警官や保健婦による緊急時の対応や一時的な見守り。例: ケース (6)、(7)、(8)、(9))。

ひとり暮らしの高齢者のほうが同居家族員がいるばあいより種々のサービスを利用しやすいという側面があり、ひとり暮らし高齢者というカテゴリーの、サービスの利用可能性の高さが、サービス提供者との関係の本数をより多くもたらす。さらに、相談協力員は、ひとり暮らし高齢者のほうが接触しやすい。高齢者はひとり暮らしで話し相手を求めていることも多いし、相談協力員のほうも家族員に気兼ねする必要がない。

高齢者のネットワークとサポートにかんする野口の調査によれば、すべての世帯類型でネットワークの規模 (友人数、近隣数で測定) が、ネットワークの頻度 (友人・近隣・親戚との電話回数、面会回数で測定) よりも、サポート (2つの内容についての本人の認知度・期待度で測定) の多さと高い相関を示している。そして、単身世帯の高齢者にはネットワーク規模がとくに小さく人が多い。だからひとり暮らしの高齢者はサポートの入手の可能性が著しく限定される (野口 1991、pp.99)。こうした現実があるから、隣人や知人といったインフォーマルな資源も、警官や福祉会館の館長など地域のフォーマルな資源も、ひとり暮らしの高齢者 (もしくは高齢者のみの世帯) はなにかと不便であったり困難も多いだろうからサポートしてあげよう、という心理的傾向をもつことになる。こうしたサポートする側の、ひとり暮らし高齢者にたいする認知の仕方、サポート授受の関係を相対的に多くすることにかかわっていると考えられ

る。

また、コーディネーターが中心となって、必要なサービスや地域の社会資源からの援助をできるだけ導入しようとするさいにも、ひとり暮らしの高齢者のばあい、その人がサービス利用や援助の受け入れを決心すればすぐには行動に移せるということもある。同居家族員がいるばあいは、家族員間でそうした意向についての合意がなかなか形成できないということがある。いずれにしても、ひとり暮らしの高齢者のばあいには、いくつかの複数の関係がサポートの役割を分担しあって、ネットワーク全体でその介護生活を支援していくという体制がとりやすい。

これにたいして、同居家族員が主に介護を担当している高齢者のばあい、とくにその介護者が高齢であったり病弱でないようなばあいには、その介護者による高齢者へのサポートという関係が中心的、絶対的となりがちで、外部からのサポート関係の加わる可能性が低くなりがちである。もちろん、コーディネーターは現物給付型のサービスは必要な限り導入し、その負担の軽減につとめている。だが、家庭という場でサポート関係が成立するようなサービスや資源の導入は相対的に少ないように思われる。家庭内に介護役割を中心的に担う人がいるばあい、あらたなニーズがでてきたり、緊急事が起きたばあいには、その人が訴えてくるはずであるという認識をもつことができる。だから、複数の資源による介護生活全体の見守り、支援体制づくりの必要度が低くなる。それゆえ、コーディネーターとしては、そうした訴えが気軽にできるように、まずは介護者との信頼関係を形成することを重視することになる。

サポートの内容：aからgまでの手段的サポートにかんしては、同居家族員がいても、ひとり暮らしでも公的サービスで利用可能なものはできるだけ導入するようコーディネーターは図っている。情緒的サポートにかんしては異なる傾向がみられる。同居家族員が介護を担当している世帯において、要介護高齢者と介護者のあいだに葛藤的な情緒関係があるばあい、あるいはまた、介護者同士、介護者とその他の家族員や親族とのあいだに葛藤的な情緒関係があるばあい、支援センターのコーディネーターは、ストレス軽減のための情緒的サポート機能をはたすサービスを導入するだけでなく、コーディネーター自身による

h情緒的サポートを介護者にたいして積極的におこなっている(ケース(1)、(2))。その関係の頻度は関係数が少ない分だけ多くなる可能性がある。

家族内・親族内に葛藤的な情緒関係をかかえている介護者の立場からすれば、家族・親族という一次的な強い紐帯よりも、絆の弱い紐帯であるフォーマルな機関のコーディネーターから、情緒的サポートをうるほうが安心できるのかもしれない。家族・親族のなかに情緒的サポートを得ようとするのがもはやできないとか、そうする努力がいっそう複雑な情緒関係を家族・親族内に生み出す恐れがある、あるいは家族・親族外に情緒的サポートを求めることで家族・親族内での自律性を確保しておくことができる、加えてコーディネーターのほうが介護のたいへんさを理解しやすく、また、介護にかんする専門的知識をもっているから信頼ができる、といったことがその理由として考えられよう。同じような悩みをもっている知人や友人がいれば、それらに情緒的サポートを求めることも可能であろうが、そうでなければ理解してもらえない。隣人とは物理的な距離が近すぎて、かえって家庭内の情緒的な関係を求めにくい。そうしたことも考えられる。

介護生活以前から家族内に問題のある情緒関係があったり、家族員自身が精神上の障害をかかえていると想像される世帯(そうした関係や問題は介護生活の継続という要因によって悪化する可能性がある)にたいしては、支援センターだけでなく、保健相談所保健婦や警察官、専門の医療機関医師、在宅介護相談協力員など多くのフォーマルな社会資源がかかわりをもつことになる(ケース(3)、(4))。こうしたケースでは、コーディネーターだけでなく、在宅介護相談協力員や保健婦などのフォーマル資源が家族員の情緒的サポートを分担している。

ひとり暮らしの要介護高齢者や、夫婦のみの世帯の介護者にたいしては、親族や保健婦、相談協力員が情緒的サポート機能をはたしているばあい、コーディネーターは手段的サポートの充実を図ることに専念するか、一時的のみ情緒的サポートをおこなっているようである(ケース(8)、(7)、(9)、(5))。情緒的サポート機能をはたせる社会資源があれば、それらにできるだけ担ってもらおうということであろう。

2) ソーシャルサポート・ネットワーク形成過程における問題と課題

援助の契機：9つの事例について、支援センターが援助を開始した契機は以下のようにまとめることができる。ア) 護者が介護に疲弊した状態になって外部の援助を求める(ケース(1)、(5))、イ) 家族介護者あるいはかかわりをもっていた他の資源が、要介護高齢者の生活状態を改善したいと願う(ケース(2)、(9))、ウ) 要介護高齢者の問題行動にたいして、家族員あるいはかかわりをもっていた他の資源が対処できなくなり援助を求める(ケース(3)、(8))、エ) 高齢者が転倒し要介護状態になるなどの緊急事態の発生に外部の援助を求める(ケース(4)、(6))、オ) 要介護高齢者が特定のサービス利用を希望する(ケース(7))などである。上記事例以外のケースにおいても、インテンシヴなかかわりをもったケースにおいては、おおよそこのような契機がみられる。

援助のタイミング：援助を求めてきたケースは、その時点でインフォーマルな資源による対処が不十分な状態にあるから、コーディネーターとしては相談にのり情報提供しながら、できるだけ必要なサービスが利用できるように試みている。だが、コーディネーターが必要性を認め、サービスの利用を勧めても、それらのサービスがタイミングよく導入できるとは限らない。結果として、そうしたサービスの利用を介した関係の形成が遅れる。

そのような例としては、①サービス量の不足、によるものがあげられる。たとえば、ケース(1)では、デイホームの利用が要介護高齢者にとって同じ高齢者や職員との関係形成の機会になり、介護者の負担軽減になることからコーディネーターがこれを勧め、当事者たちも利用意向をすぐにあきらかにした。だが、空きがないために申請後なかなか利用することができなかった。できていれば、要介護高齢者本人や介護者の心理社会的ストレスを多少なりとも減じることができ、両者の情緒的関係のいっそうの悪化を防ぐことが可能であったかもしれない。

ケース(9)では、給食サービスの申請後、開始が遅れていたために、当分の間は栄養バランスの悪いものを摂取していた。そして結局、福祉公社の配食サービス利用することになった。これも量の不足もしくは、配達ボランティアの不

足によるものと思われる。本人が望んでいるのにもかかわらず適切な食生活ができなかったことも問題であるが、当人の行政への不信感、ひいては行政の各担当者への不信感を増す結果になったことも、関係形成の視点からすれば問題である。

サービス利用のためらい：つぎに、②当事者のサービス利用のためらい、があげられる。当事者たちは、サービス利用の必要性は認識しているものの、利用をなかなか決心できないばあいがある。とくに特養に一時的に入所することになるショートステイを初めて利用するさいのためらいは、人によっては大きい。そのためらいは、要介護高齢者本人であるばあいも、介護者、その他の家族員であるばあいもある。ひとは決心しても他の者が決心できないために利用できなかったり、利用が遅れたりする（ケース（1）、（2））。

このためらいは、知らない所へ行くこと、偏見が残る「老人ホーム」へ行くことへのためらいである。また、知らない人が自宅へ来て部屋にあがってくることや、フォーマルな医療・介護の専門家が自宅へやってくることへのためらいも存在する。知らない人が訪問し、部屋にあがってくることにたいしては、それが自分（たち）のためであるとわかっていても不安が大きい。見知らぬ人への不安、プライバシー露見の不安、介護の限界を外部に表現することへの抵抗感など。また、フォーマルな役割をもった専門家は、専門家の立場から家庭での当事者の身体状況や生活を把握し、これについて専門家の見地から「助言」をしがちである。だが、これは当事者にとっては、自分の生活を他人によってコントロールされるという不安感や不快感をもたらす可能性もある。一度はサービスの利用や専門家の援助を受け入れることを納得したものの、しばらくすると利用したくないと訴える例（ケース（9））は、現実には少なくなくいものと思われる。

サービス利用の拒否：サービスの利用が開始されても、そのサービス提供者と当事者との関係がうまくいくとは限らない。多様な個性をもった高齢者や介護者と信頼関係をきずいていく責任は、第一にはサービス提供者側にある。だが、実際にはうまくいかないばあいも当然生じてくる。ケース（9）のように、当事者が特定のサービス提供者を嫌ったために、サービス提供を介してのサポー

ト関係が切れてしまうこともある。

上記の9つの事例にかんして、コーディネーターは、フォーマルな資源を媒介したり、自らが種々のサポートをおこなうことによって、手段的サポートと情緒的サポートが組合わさったネットワークをインフォーマルな関係につけ加え、全体としてのソーシャルサポート・ネットワークを形成している。だが、そのネットワークによる介護生活支援の限界も認識しており、いくつかのケースにおいては、特養の申請を勧めたり、家族の求めに応じて特養申請の代行をおこなっている（ケース（6）、（1））。特養の申請から入所までの待機期間が年単位であることから、コーディネーターとしても、高齢者の状況の変化や介護者の状況・介護意欲を見極めながら、申請の勧めをおこなわざるを得ない状況にある。

インフォーマル資源の活用：9つの事例のうち、家族・親族以外のインフォーマルな関係（隣人、知人など）が手段的サポートや情緒的サポートをおこなっていたケースは、ケース記録から知り得た情報からは4例あった（ケース（4）、（5）、（6）、（9））。これらはいずれも支援センターのコーディネーターがかかわる以前からのサポートであったり、当事者自身が依頼したサポートであって、コーディネーターが働きかけて得られるようになったサポートではない。ただし、コーディネーターやヘルパー、相談協力員が隣人たちに当事者の問題についての理解を求めるよう働きかける、知人と当事者と関係に気を配るなどして、これらインフォーマルな資源のサポートができるだけ機能するよう働きかけている。しかし、緊急通報システムの導入のさいに近隣の人に協力員になることを依頼する（相談協力員を介して）こと以外では、これまでにまったくかわりがなかった隣人や知人に働きかけることは稀であった。これは、当事者がそれを求めないこと、また、都市部ではそうした働きかけ自体が困難であること、などによるとと思われる。

ボランティアの活用も稀である。ケース（2）や（7）では送迎にかんしてボランティアの活用が考えられてもよかったと思われるが、当支援センターのある地域では、ボランティア活動がまだあまり盛んでないために検討されなかったと考えられる。また、ケース（1）や（2）の介護者の情緒的サポート機能を、要介護高齢者をかかえる家族会などの自助グループに担ってもらう、というこ

とが考えられるが、これもまだ当該地域には存在していなかった。支援センターで働きかけて作ることもコーディネーターたちは検討していたが、その後、社会福祉協議会がよびかけて結成され始めたことがわかったので、支援センターとしては働きかけを控えることになった。

上記の問題点を踏まえて、支援センター事業の展開における一般的な課題をいくつか指摘しておきたい。

課題1 サービス量の充実：家族・親族を中心としたインフォーマルな関係による種々の手段的サポートや情緒的サポートを、公的サービスを初めとするフォーマルな関係が補完、代替しつつ、全体として要介護高齢者の介護生活を支援するソーシャルサポート・ネットワークを形成する。これには、まずは十分な量のパーソナルソーシャル・サービスが必要である。また、できるだけ長く安心してサポート体制を維持するには、訪問看護や往診医のサービスの充実と、特養の量の充実がぜひ必要である。

支援センターのコーディネーターたちは、個々の事例にたいする実践においては、既存のサービスの範囲内で種々の試みをせざるをえない。だが、ニーズに即応していく体制づくりのためには、どのサービスがどのていど充実していればよいのかデータで示すなどして、行政に働きかけていくことが期待される。

課題2 サービスについての理解の促進：フォーマルなサービスの利用にたいする当事者たちのためらいにかんしては、コーディネーターはサービスの内容をていねいに説明し、事前見学を勧めたり、サービス提供者に事前に会うよう心がけることが必要であろう。また、これとは別に、行政としてもコーディネーターが説明のさい利用できる詳しいパンフレットやVTRなどを用意する、広報紙や公的施設を利用して、サービス内容について常時情報提供するなどの努力が求められる。

課題3 専門家たちのサポート原則：コーディネーターをはじめとして、在宅での介護生活を援助する医療や介護の専門家は、当事者が生活の主体であることを認識して、専門家としての権威による指導や指示をせず、当事者たちの主体性や自己決定を尊重すること。自分たちの生活がコントロールされるような不安からそれを拒否をしたくても、必要性を強く感じていると拒否できない。ま

た、専門家からの、しかも善意からの指導、指示ほど拒否しにくいものはない。こうした関係は、当事者からみればサポーターな関係として認識されない。

課題4 サービスのモニタリングの必要性：コーディネーターは、サービスを媒介した後に当事者とそのサービスを満足しているのか、サービス提供者と当事者との関係がうまくいっているのかについて、なんらかの方法で情報収集する（サービス提供者からの報告や当事者自身からの報告でもよい）。不満をもっている、あるいはうまくいっていない、ということがわかったら、自身で、もしくはより適切な第三者による働きかけや調整をおこなう必要がある。こうした監視（モニタリング）は、コーディネーターと当事者との信頼関係が十分にはできていないばあいや、当事者自身からの報告がなされることが予想できないばあいには、ぜひ必要である。

課題5 組織要因の整備：取り上げたセンターのコーディネーターたちは、手段的サポートをもたらすサービスの媒介だけでなく、なんども家庭訪問や電話連絡を入れ、あるいはセンターに介護者をよんで、当事者たちの話を傾聴し感情を受容する、介護を評価するなどの情緒的サポートをおこなっていた。こうしたことは、個々のコーディネーターが好きでかってにおこなっているのではない。支援センターの組織としての援助のポリシー、ミーティングやケースカンファランス、スーパービジョンにおいて、必要と判断しておこなっている。また、そうした行為がおこなえるだけのコーディネーターの時間の確保・調整が重要である。このような情緒的サポートにも力を入れる援助実践をおこなうにあたっては、支援センター事業の運営上の要因である、コーディネーターの数・資質、担当ケース数、エリアの広さ、ケースの記録法などの諸条件を整える必要がある³⁾。

課題6 在宅介護相談協力員の育成：フォーマルな資源でありながら、地域において一住民として当事者たちと気軽に接触しやすい存在であるはずの相談協力員の協力を、支援センターとしては積極的に求めていくことが期待される。取り上げた支援センターは民生委員たちとの事例検討会をおこなっている。このように、どのような協力が望まれるのかについて、具体的に理解を求め知識を提供していくことで、相談協力員は地域における手段的なサポートや情緒的サ

ポートの担い手として、また、地域のインフォーマル資源の発掘の担い手として協力を要請できる存在になりうる。高齢者のみの世帯の増加がさらに進む状況にあって、かれらに期待される役割は大きい。

課題7インフォーマル資源への働きかけ：隣人、自治会、ボランティアといったインフォーマル資源が、介護にかんする手段的サポート（見守りや緊急時の対応、非ルーティンの・一時的なパーソナルケア）や、情緒的サポートの機能をはたす可能性を、都市部ではまったくないというわけではない。これらの機能が顕在化していくためには、日頃より地域住民への積極的な働きかけが必要である。支援センターはまだ事業として開始されて間もないから、認知度も低い。できるだけ地域の団体の集まりにも出席してセンターの理解を求めるとともに、地域の人々に介護の支援についての理解を求めていく努力が期待される。当該支援センターは、こうした点に地道な努力を重ねている。サービス・エリアがもっと小さくなれば、こうした地域の諸資源との関係を密にしていく努力もやりやすくなるであろう。

一方で、介護生活の支援にかかわる地域住民の意識の向上、そして、ボランティアの育成、介護者のための自助グループの育成などは、社会福祉協議会がもっと取り組み、支援センターに働きかけて連携体制を組む必要がある。

本論は、在宅介護支援センター調査研究会（副田、緑寿園・阿和嘉男、富山薬科大学・服部ユカリ、泉苑ケアセンター・新居千秋、同支援センター・宮内由美子）のおこなった調査の一部を副田の責任でまとめたものである。発表を承認していただいた各メンバーに感謝いたします。

注

- 1) この点についての議論は、副田（1995）でおこなったので参照して欲しい。
- 2) 支援センターにおける援助実践の実態を分析したさいの、データ収集の方法、結果などについては、在宅介護支援センター調査研究会（1995）を参照して欲しい。
- 3) 支援センターの援助実践の内容を規定する組織要因については、副田（1996）でおこなった。

文献

副田あけみ (1995) 「在宅介護支援センターにおけるケースマネジメント実践とソーシャルサポート・ネットワークの形成 (1)」、東京都立大学人文学部、『人文学報』第 261 号

副田あけみ (1996) 在宅介護支援センターにおける援助実践—組織要因の検討—、投稿中

在宅介護支援センター調査研究会 (代表 副田あけみ) (1995) 「在宅介護支援センターにおけるケースマネジメント実践とソーシャルサポート・ネットワークの形成 1994 年度 全労済 助成事業」

野口裕二 (1991) 「高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート—友人・近隣・親戚関係の世帯類型別分析—」、『老年社会科学』 Vol.13