

第4節

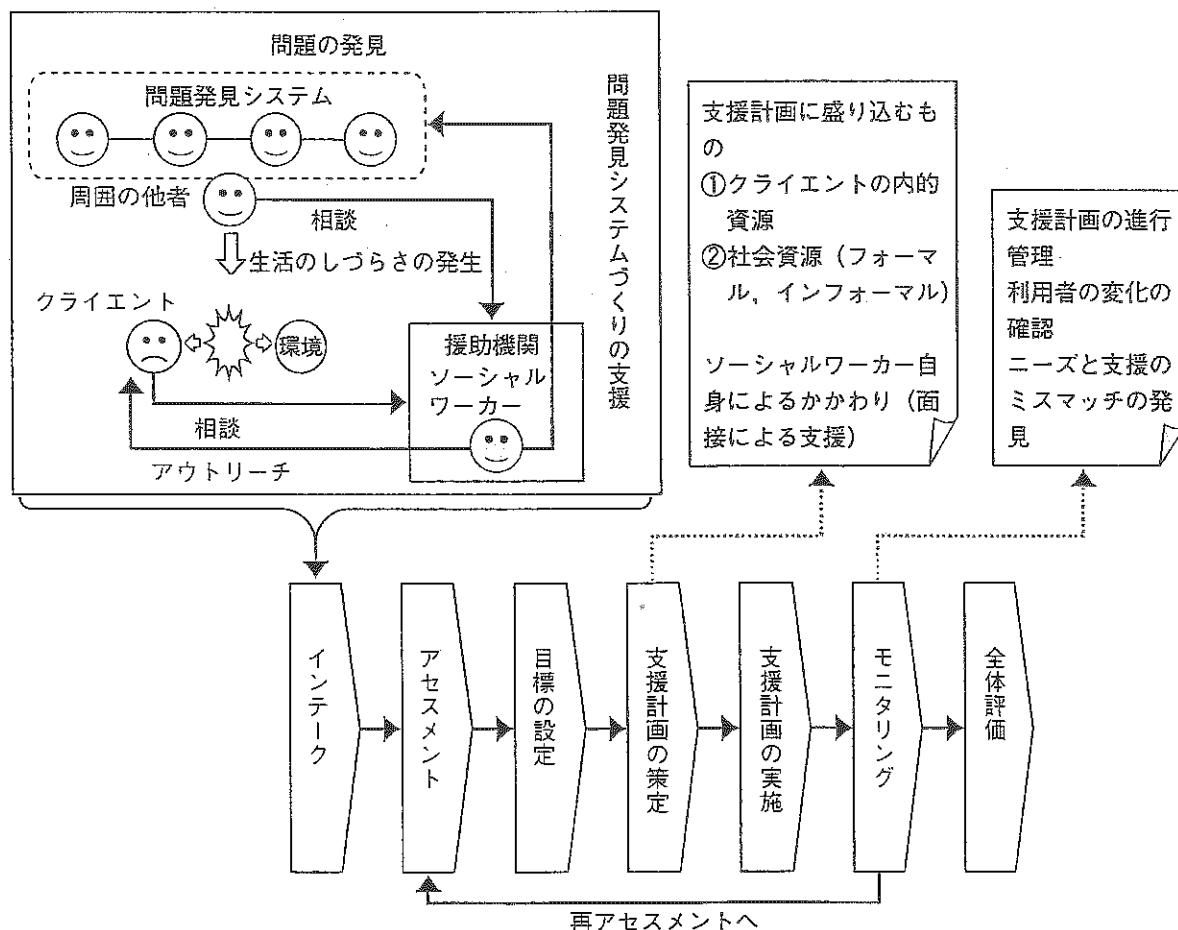
社会福祉援助活動の展開過程

ここでは、主として個人や家族に焦点を当てた援助活動の展開を想定しながら、ソーシャルワーク実践の展開過程について述べていくことにする。こうした展開過程は、一般的に①問題の発見、②インテーク、③アセスメント、④支援目標の設定、⑤支援計画の策定、⑥支援計画の実行、⑦モニタリング、⑧全体評価という局面から構成される。¹⁾

1 問題の発見—展開過程の始まり—

生活のしづらさを感じるクライエントが何らかの支援を求めて援助機関を訪ねるところ

図1 支援の展開過程



から支援の展開過程は始まる。問題の発見とは、クライエントとソーシャルワーカーが最初に出会う場面であり、そこで交わされるやりとりから、すでにソーシャルワークの援助は始まっている。

クライエント（問題を抱えた人）の発見には、以下のようないくつかの形態がある。²⁾ ①クライエント自らが「生活のしづらさ」を感じ、援助機関に援助を求めてくる場合。②クライエントの周囲の人が、クライエントの「生活のしづらさ」を認識し、援助機関にかかわりを求めてくる場合。③ソーシャルワーカー等の援助専門職が、クライエントの「生活のしづらさ」を認識し、援助のための働きかけをしていく場合。④クライエントが何らかの生活上の困難を抱えているが、その認識がないか、認識があっても何らかの理由で援助者の関与を拒否している場合。

近年では、児童虐待や高齢者虐待ケースなどの支援に注目が集まっている。こうした人々は自らの問題を解決する動機づけが弱く、援助を自ら求めない。さらに社会的に孤立している例が多く、発見が困難であり、非常に深刻な状況になってから発見される例が多い。自ら援助を求めてくる人とは別に、地域のなかにこうしたインボランタリー・クライエントに対する問題発見のシステムを構築したり、ソーシャルワーカーが彼らのもとに出向き、積極的に働きかけていくアウトリーチが重要になってくる。

● 問題の発見 2008年1月

Aさんが障害者支援施設（旧・身体障害者更生施設）に入所したところから、支援は始まった。Aさんのプロフィールは以下のとおりである。

氏名：Aさん（男性） 43歳

健康状態：糖尿病、脳梗塞後遺症（左片麻痺）

ADL：左半身麻痺があり、日常的に車いすを必要とする。

生活歴：B県C市で生まれ地元の小・中学校、工業高校を卒業後、折り合いの悪かった父から逃れてタクシー運転手、スナックのマスターなどさまざまな職を転々とする。36歳のときに結婚するが、38歳のときに脳梗塞を発症して左半身麻痺の障害を受ける。妻は発症当時、献身的に介護等の世話をしていたものの、本人の自暴自棄な様子に疲れ、離婚となる。離婚後は、姉や妹がAさんとかかわりをもってくれているが、二人とも家庭をもっており、両親もすでに死去しており、Aさんは退院後の行き先がない状態である。

生活状況：当施設に入所するまでに、生活保護を受給しながら10か所の病院を転々としていた。

2 インテーク

(1) インテークの目的

インテーク (in-take) とは受理面接などと訳されるように、ソーシャルワーカーが援助を求めてくる人と出会い、問題を抱えた人と出会う初回の、あるいはその後の数回の面接をいう。インテークとは相談者を援助関係のなかに引き入れていく過程であり、出会いの最初の段階では問題を抱えた人は理論的には申請者（アピリカント）とされる。それが、インテークの過程を通じて、申請者が自らの抱えている問題をソーシャルワーカーの助力を得て解決していくことうという意思をもつこと、すなわち継続して相談関係をもつ意思を固めることで申請者はクライエントとなるのである。

インテークの主たる目的は、①問題の概括的な把握、②クライエントとの信頼関係の構築といえる。ソーシャルワーカーは、相談者の主訴を傾聴していくことから、この人の暮らしのなかに何が起こっているのかを大づかみにとらえることを意識する。それと同時に、傾聴そのものが相談者の気持ちを支え、他者には話しづらいさまざまな体験を語るに足る相手としてソーシャルワーカーを認識してもらえるようにする。特に初回面接の際には、相談者は二重の不安をもっている。ソーシャルワーカーは、申請者が抱える①「これからどうなっていくのだろうか」という自らの抱える問題と苦境に対する不安と、②「この人は私のことをわかってくれるだろうか」というソーシャルワーカーに対する不安に配慮しつつ、信頼関係を構築していく。

(2) 送致（リファー）

インテーク段階で申請者の問題状況を大づかみに把握した際、自機関よりも適切な支援が提供できる機関があることが判明する場合がある。そのような場合、ソーシャルワーカーはクライエントに対して、クライエントの利益のためにより適切な機関を紹介し、当該機関と援助関係が結べるように調整する必要がある。こうした働きを送致（リファー）という。近年、例えば地域包括支援センターや自治体独自で設置する総合相談窓口など、さまざまな生活問題がもち込まれる機関が増えてきている。こうした窓口で、必ずしもあらゆる相談に対応できるわけではなく、必要に応じて適切な機関へとつないでいくことが総合相談の大切な機能である。ただし、申請者の心情を考えると、いったん相談をもちかけた機関から他機関に紹介されることは「拒否された」「たらい回しにされた」と感じてしまう危険性があるため、しっかりと説明と同意のうえで行うことが大切になる。

② インテーク 2008年1月

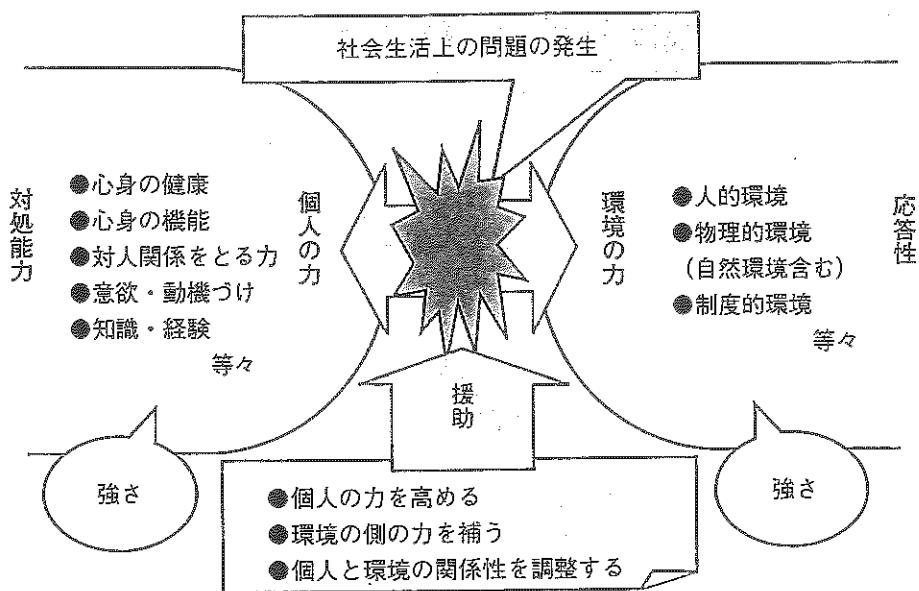
展開過程	CSW の視点
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者支援施設入所。CSW (Certified Social Workers の略。ここでは MSW と区別するために用いる) は入所にあたっての面接を行う。 ・CSW は、施設の機能を紹介するとともに、施設を利用するにあたっての留意点を説明し、Aさんが社会復帰をするために一緒に協力していくというソーシャルワーカーの役割についても説明する。Aさんは CSW の説明を怒ったような表情で聞いていた。 ・こうした説明の後、CSW が Aさんに、この施設にどのようなことを期待しているのかをうかがうと、Aさんは以前に入院していた病院のよくなかった点を何点もあげて説明し、「ここでは、そんなことはないだろうな」と語気強く CSW に確かめようとする。また、「姉と妹は自分の思いを無視してこの施設に入所させたんだ」と、家族に対する不満を語る。CSW はこうした Aさんの言葉を傾聴し、Aさんの感情面を受け止めることを意識して面接を行った。 ・Aさんとの面接の内容から、CSW は Aさんが社会復帰に対して十分な意欲をもっていないようであること、それは障害を負ったことで社会復帰をあきらめていることだけでなく、家族から十分な支援を受けられていないと感じていることも影響していることを感じ取った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Aさんとの面接では、❶援助関係の構築、❷Aさんの思いの理解、の 2 点に留意した。 ・❶については、Aさんに対して受容的にかかわることを重視し、Aさんの話を否定せずに聴き、Aさんの気持ちを受け止めることを心がけた。 ・❷については、面接のなかで Aさんが家族や社会、施設に対してどのように思っているのかをうかがうとともに、Aさんが今後の生活に対してどのような希望をもっているのかを把握することを心がけた。 ・この面接で得られる❶と❷は、Aさんの理解（利用者理解）に有効であるとともに、アセスメントや支援目標の設定に重要な情報である。

3 アセスメントからニーズの確定まで

(1) アセスメントとは

アセスメントとは「情報収集とその分析」を行うことであり、「クライエントの社会生活についての情報収集・分析をおこない、クライエントの社会生活上の問題状況を把握し、環境との間で生じている社会生活上の問題と状況を理解し、その結果に基づき援助計画及び援助展開を導き出していくプロセス」といえる。アセスメントを通じてソーシャルワーカーはクライエントの生活のなかで何が起きているのかを理解しようとする。それを通じ

図2 個人と環境の交互作用という見方



出典：ジャーメイン, C. の考え方をもとに作成。

て、ソーシャルワーカーはどのように支援するのかを明らかにしていく。すなわち、「人と環境の交互作用」というものの見方から、クライエントのおかれている状況を理解しようとするのである。例えばホリス (Florence Hollis) は「状況の中の人 (person in his situation)⁵⁾」としてクライエントを理解しようとしている。そして、そうした状況の理解のなかから、クライエントの福利 (ウェルビーイング；well-being) がいかにすれば増進するかを考える。⁶⁾ この際、クライエントを困難な状況の圧力に押しつぶされている弱い人とみるだけでは不十分であり、クライエントは自らの生活におけるさまざまな決定を行う主体者であり、さまざまな強さ (strengths) をもった存在であるとみるとすることが大切である。⁷⁾

また、こうしたクライエントのおかれた状況の理解は、ソーシャルワーカーによる一方的な分析作業ではない。支援の展開過程は常にクライエントとソーシャルワーカーの協働作業によって進められていくものである。例えば、ソーシャルワーカーはクライエントに質問し、クライエントはそれに応える形で自らのおかれた状況に思いをめぐらせ、それをソーシャルワーカーに説明する。ソーシャルワーカーはその言葉に耳を傾け、情緒的な支えを行いながら、なぜそうしたことが起こるのか、それによってどのような影響がどこに及ぶのかを考えていく。こうした状況の理解と気づきは、クライエントとソーシャルワーカーの両者のやりとりを経て、両者の間で共有されていく。クライエントは自らのおかれた状況を改善するために何らかの決定をなす人であるが、その決定はソーシャルワーカーとクライエントの協働作業のなかで、クライエントのウェルビーイングにとって最もよい形の決定が模索されていくのである。

(2) どんな情報を集めるか

こうしたクライエントの理解を深めるためにソーシャルワーカーが収集すべき情報に

表1 対人援助職が利用者の全体像をしっかりと理解するために必要な情報

アセスメント項目	
A. 利用者は何を問題だと考えているのか。	(1) 何が問題なのか？（その本人が述べた言葉） (2) この問題は日常生活を営むのにどれほど障害になっているのか？
B. 問題の特徴は何か（本人が問題だとと思っていること、及び介護保険の対象として問題だと捉えられていることの両方について考える）	(3) 問題の具体的な説明（いつから始まったか、どのくらいの期間続いているか、問題の起こる頻度、問題が起こる場所や時など） (4) この問題に関する考え方、感情及び行動は何か？（利用者は問題をどのように感じ、考え、それに応じてどのような行動をとっているのか） (5) なぜ、利用者は援助を受けようと思ったのか？ 進んで援助を受けようと思っているのか？
C. 問題解決の可能性（本人や家族の問題への対処力、問題を解決するために必要な資源や人の存在）	(6) この問題解決のためにどのような解決方法あるいは計画がすでに考えられたり、とられたりしたか？ (7) これまで、だれが（人）、どんなシステム（病院、学校、役所といったようなもの）がこの問題に関与してきているか？ それは、問題がよりよくなるのに役立っているか？ あるいは悪くしているか？ (8) 利用者のもつ技術、長所、強さは何か？（これは、生育史と呼ばれる利用者の歴史を知ることで見えてくる。家族やほかの人とどんな関係を作ることができるのか、何を大切にして生きているのか、どんな考え方をする人なのか、などは人の生きてきた歴史によって作られている） (9) この問題はどのような発達段階や人生周期に起こっているのか？（例：児童期、青年期、老年期など）
D. 問題の整理	(10) 利用者のどのようなニーズや欲求が満たされないためにこの問題が起こっているのか？
E. 解決法	(11) この問題を解決するために使える本人の持っている力、それ以外の人的・物的資源（利用者を取り巻く環境で利用者の問題解決に有効だと思われるもの。介護保険サービスに限定しないで考える） (12) どのような外部の資源を必要としているか？（フォーマルな資源、親戚・友人・近隣・セルフヘルプグループといったようなインフォーマルな資源の両方を考える）

出典：渡部律子「アセスメントの意味とその実践方法」『ケアマネジャー』第10巻第5号、2008年、16ページ。

は、表1のようなものがある。⁸⁾これらを単に順番に聞いていけばよいわけではなく、面接のなかで、利用者の主訴に沿いながら話を進めていくのである。

また、状況を理解するための第一の情報源はクライエントその人であるが、必要に応じて家族やクライエントにかかわる重要な他者、他の専門機関などからの情報を得る必要がある場合もある。こうした他者・他機関への情報の照会を行う際には、利用者の了解を得て行うことが大切である。

（3）アセスメントツール

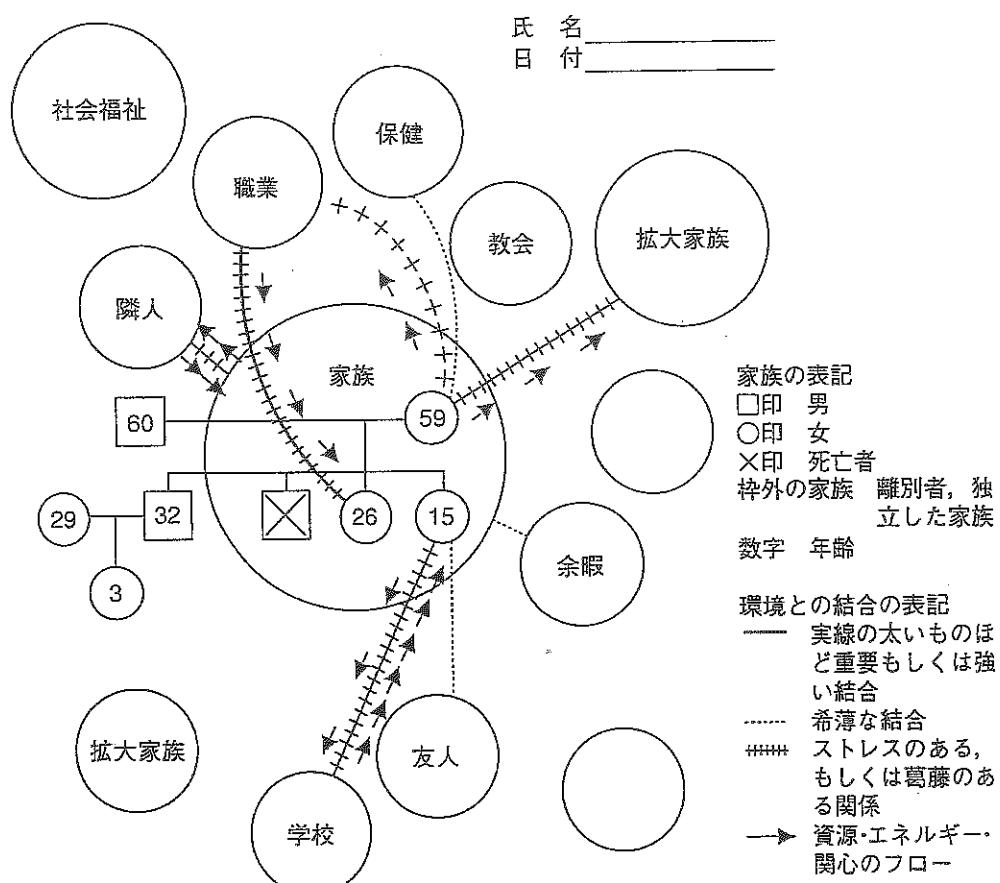
アセスメントとは前述したように情報収集と分析である。そして、収集した情報はただ羅列しただけでは、そこにどんな構造が隠れているかを理解することはできない。アセスメントとは、利用者のおかれている状況の全体像を把握する努力ともいえる。

ソーシャルワークが個人と環境の交互作用を重視する以上、クライエントとクライエントを取り巻く周囲のさまざまなシステム（人・組織等）がどのような関係にあるのかを理解することは大切なことである。こうしたシステム間の関係性を把握するための道具としてエコマップがある（図3）。エコマップは、ソーシャルワーカーが書くことで、クライエントから得た情報を整理することができる。また、クライエントと一緒にエコマップを書いてみることで、クライエントと周囲のシステムの関係性の理解を深めていくこともできる。

（4）ニーズの把握

アセスメントによって、ソーシャルワーカーはクライエントのニーズを明らかにする。⁹⁾ニーズとは、「人間が社会生活を営むために欠かすことのできない基本的要件を欠く状態」と理解され、援助の必要性を意味する概念である。またニーズは「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善等を行う必要があると社会的に認められた」というように、援助の提供の根拠がその時々の社会規範によって左右するものもある。トール（Charlotte Towl）はこうしたニーズの不充足状態が人間に与える影響について、「正常な人間は、幼児的な自己の狭い境界を越える生活を

図3 エコマップ



資料：岡本民夫ほか「老人福祉サービスにおける事前評価とエコマップ」『ソーシャルワーカー研究』第18巻第3号、1992年。

欲する。彼は学ぼうと欲し、結婚し家庭を設けようと欲し、働くと欲し、地域社会の生活に参加し貢献できる者であろうと欲する。彼は、このより充実した生活を実現するための欠くことのできない機会を拒否される時、ひどく元気を失ってしまう」と指摘している。¹¹⁾
プラッドショウ (Jonathan Bradshaw) はニーズを以下の四つの類型から考えた。¹²⁾

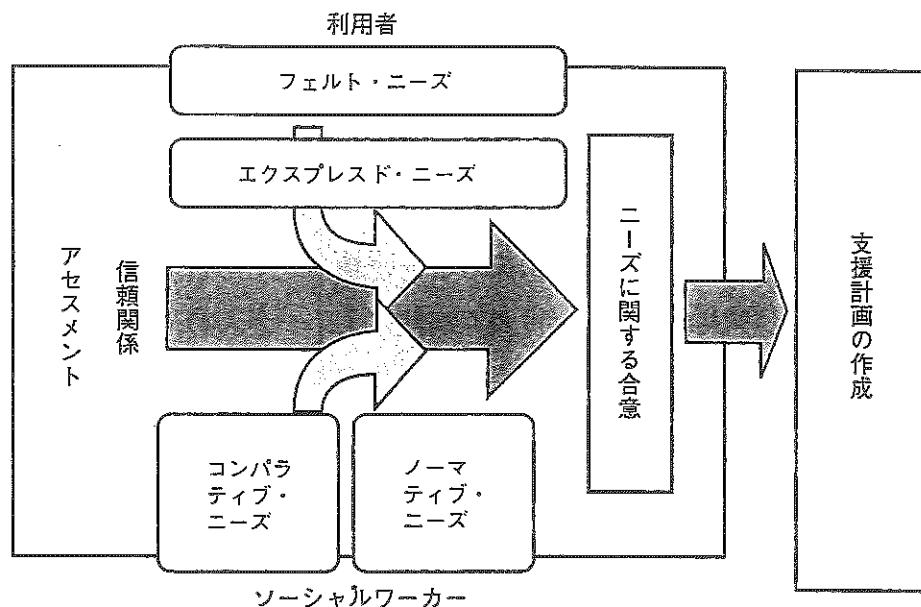
- ❶ normative need：社会の側が定めたある一定の基準からの乖離により認められたニーズ。
- ❷ felt need：利用者が感じているニーズ。
- ❸ expressed need：利用者が感じているニーズを表現したもの。
- ❹ comparative need：すでに何らかの援助を受けている人と比較して、同様のニーズを有していると理解されるニーズ。

ソーシャルワークのプロセスとの関連からみれば、援助する側が認めるニーズ（❶❹）と利用者の認識のなかにあるニーズ（❷❸）は必ずしも支援過程の当初から一致しているわけではなく、ソーシャルワーカーは信頼関係に基づくアセスメントの過程の中で、利用者とニーズの合意を図り、そこから支援計画へと展開していくのである（図4）。

（5）さまざまな資源システムのアセスメント—同時進行—

アセスメントを進めていくとき、ソーシャルワーカーはクライエントの情報だけでなく、クライエントを取り巻く周囲のさまざまなシステム（家族、親族、近隣、知人や受診している病院や通っている学校、勤め先、サービスを受けている機関等々）についても理解を深めていくことになる。

図4 アセスメントにおけるニーズの合意から支援計画への展開



支援計画の作成は、理論上はアセスメントに導かれて行われるが、現実にはソーシャルワーカーはクライエントから得た情報によって常に頭のなかで問題状況の全体像を組み立て直し、それと同時にどのような支援を行うことがクライエントのウェルビーイングを増進することになるかを考えていく。例えば、クライエントのことを情緒的に支えてくれる人の存在や、実際に手助けをしてくれる人たち、いわゆるインフォーマルな支援者はクライエントの社会的支援ネットワーク (social support network) のなかに位置する存在であり、それはクライエントの口から語ってもらわなければ、ソーシャルワーカーは知ることができない。また、実際に何らかのサービスを受けている機関について、クライエントがそのサービス（提供者）に不足や不満を感じていることもある。前者の場合は、支援計画のなかにそうしたインフォーマルな支援者も位置づけられないかと考え、後者の場合であれば援助機関と交渉し、より適切なサービスを提供してもらえるように調整する余地があるかどうかを吟味する。

また、アセスメントのなかでクライエントのもっているストレングスを見つける努力をすることも大切である。クライエントの能力、意欲、希望や自負心などは、それらを生かせる支援計画づくりに大いに役立つ情報である。もちろん、ストレングスはクライエントを取り巻く環境の側にもあるのは前述したとおりである。このように、クライエントの内外の資源をアセスメントすることは、支援計画作成の重要なヒントとなるのである。

③ アセスメントからニーズの確定 2008年2月

展開過程	CSW の視点
<ul style="list-style-type: none">・障害者支援施設の各セクション（医療、心理、体育、ADL、社会適応能力、生活面）で、Aさんのアセスメントが実施される。・CSW はこれまでの関係機関に情報を照会することについてAさんの了解を得た。そのうえで、これまでに入院していた数か所の病院の MSW に連絡をとった。・ある病院の MSW から「Aさんはいつも医師や看護師などの病院スタッフと治療や生活のことで言い争いが絶えなかったので、その仲介に入ることで精一杯だった。家族も本人ができるだけ長く病院に入院させておきたい意向であったため、本人の今後の生活を支援できるような状況ではなかった」という話を聞き、Aさんと支援者（家族や医療スタッフ）との間で十分な信頼関係が築けておらず、またその関係はストレスを含んだものであったことを知ること	<ul style="list-style-type: none">・Aさんのアセスメントにおいては、Aさんがもっている力を把握するとともに、その力の発揮を妨げている環境面の圧力の把握ということも含めて、Aさんと環境との相互作用を明らかにすることをねらいとした。・そのために必要な関係機関からの情報収集については、Aさんの了解を得て行った。利用者の了解は、信頼関係の構築のためにも不可欠である。・関係機関との接触は、情報収集という意味だけでなく、今後の支援における連携の糸口

とができた。

- ・C市の生活保護担当ケースワーカーに連絡をとり、担当ケースワーカーからAさんが脳梗塞で倒れるまでは自由気ままな生活を送っていたことや、病院で繰り返しトラブルを起こすことに対しても受容的に接して、可能な限り信頼関係を築くようにしてきた経緯を知る。また、新たな支援展開を求めてAさんに障害者支援施設を勧めたことや、家族の強い意向もあって障害者支援施設入所に至った経緯についても説明を受けた。この話を聞くことにより、Aさんが自分で希望したのではなく、家族や周りの関係者の説得で障害者支援施設に入所することになった経緯を理解することができた。
- ・Aさんには、障害者支援施設内でも他の利用者とトラブルを起こしたり、訓練や受診を拒否するなどの行動がみられた。このような以前の入院体験のなかでとっていた行動と同じパターンが現れていることについて、CSWは施設生活から受けるストレスをこうした行動で表現していると理解し、今後の対応を検討することにした。
- ・初回のケース会議を行い、初期アセスメントをもとに、Aさんのニーズについて検討した。
- ・想定されるAさんのニーズ：
 - ① 将来の生活設計を具体的に描き、家族に対してそれを主張できるようになりたい。
 - ② 障害をもった体で一人暮らしの生活ができるかどうかを見極めたい。
 - ③ 障害者支援施設を出た後に帰る場所(生活拠点)を確保したい。

をつくるという意味合いにおいても重要である。

- ・得られた情報から、CSWはAさんがどういった状況におかれ、援助者に対してどんな感情を抱いているのかを理解する「波長合わせ」を行った。つまり、こうした情報収集の最も大きな目的は利用者理解の促進という意味をもつものである。

・ケース会議では、各部署のAさんに対するアセスメント内容を共有し、Aさんの理解を促進することが重要な点である。

- ・具体的なニーズの検討においては、Aさんが生活環境の変化に早く適応できるように、本人が施設で取り組むことを明確化することが焦点の一つとなる。

4 支援目標の設定

アセスメントの結果、利用者が現在おかれている困難な状況が「なぜ、どのようにして」起こっているのかがみえてくる。その状況が「解決」されることが支援目標といえる。しかし、「解決」とは、①利用者が現在「困っていること」がなくなる、②利用者の最低限の生活が守られる、③利用者が送りたいと考える暮らししが実現できる、あるいは自己実現が図られる等、さまざまなレベルで考えることができるだろう。もちろん、利用者がこの援助を受ける機会をどのように考えているか、また、利用者と周囲の環境がどのような状況にあるかによっても、目標のレベルや具体的な形は異なってくる。この意味では、アセスメントにおいて単に「困ったこと」に関する情報を収集するだけでなく、クライエントがどのように暮らしてきて、これからどのように暮らしていきたいと考えているのかという、その人の生活歴や内面世界に関する情報が不可欠になってくるのである。

支援目標はソーシャルワーカーと利用者の間で共有されるものであり、また利用者の支援にかかる関係機関や関係者（専門職／非専門職）の間で共有されるものである。前者の共有が図られることで、ソーシャルワーカー＝クライエント間の信頼関係は強くなり、後者の共有が図られることでチームアプローチが促進される。

④ 支援目標の設定 2008年4月

展開過程	CSW の視点
<p>ケース会議において、Aさんの支援目標として、以下の3点が確認された。</p> <p>① Aさんが自信を回復し、自分の権利が主張できるようになる。また、そのために必要なソーシャルスキルを獲得する。</p> <p>② Aさんと家族の間の関係が修復され、家族がAさんの一人暮らしに対して理解できるようになる。</p> <p>③ Aさんが一人暮らしができる設備が整った住居を見つけ、地域社会のなかでさまざまな支援を活用しながら安心して暮らすことができるようになる。</p>	<ul style="list-style-type: none">Aさんのパーソナリティ等を考慮すると、集団を基盤としたプログラムに適応することが難しいことが予想された。そのため、個別的なかかわりを重視し、そのなかからAさんが自立生活をするための動機づけを高め、それに必要な条件の整備を図ることが必要と考えた。
<p>ケース会議終了後、CSWはAさんと面接し、支援目標についてAさんに説明した。説明は、Aさんが受け止めやすい言葉で行い、一つひとつの目標について、Aさんの思いとズレがないかを確認した。Aさんは目標への同意を「そういうことができるようになつたらいいなと思うよ」という言葉で表現した。CSWは、Aさんがそうなれることを応援したいと、援助者</p>	<ul style="list-style-type: none">Aさんと援助者側の間で目標に関する共有化を行う。もし、両者のとらえ方にズレがある場合、その溝を埋め、共有化を図ることを意識する。この話し合いにおいても、Aさんの感情面に対して受容的

としての姿勢を伝え、両者の間には目標に対する協力関係があることを確認した。

にかかわり、Aさんとの信頼関係の構築を図る。こうした信頼関係づくりが、今後の潜在的なニーズの発見につながることも意識していく。

5 支援計画の策定

支援計画とは、支援目標を達成するための方法を明確化し、クライエントや関係者と共有するものであり、その計画に従って実際の支援が行われるものである。支援計画は、支援目標（大きな目標）をいくつかの中目標、小目標に分割し、それぞれに対してどんな支援をどのように行うかを定めるものである。クライエントに対する支援は、大きく分けると、①クライエントの力を高める、②クライエントを取り巻く環境の力を補う、③クライエントと環境の関係性を調整する、という三つの方向性をもつものから構成される。また、支援には社会資源の活用と、ソーシャルワーカー自身が行うクライエントへのかかわりの両方が含まれる。

こうした支援計画の策定は、クライエントとソーシャルワーカーの協働作業で行われることが望ましい。こうしたことができれば、計画に含まれる支援目標を評価軸として、支援の効果についてクライエントと話し合うこともできやすくなる。

⑤ 支援（介入）計画の策定 2008年4月

展開過程	CSW の視点
<p>目標について同意が得られたので、その目標を達成するための方法（支援計画）について話し合いを行う。CSW から施設入所中に提供できるプログラム内容の案を提示し、Aさんと内容について話し合った。その結果、以下の五つの計画について合意を図ることができた。</p> <ul style="list-style-type: none">① 個別プログラムを通して、生活保護費が自己管理できるように、金銭管理を行う。② 個別プログラムにより、一人暮らしをするのに必要な心構えや物的・人的資源などをシミュレーション形式で整理して記録に残す。③ 個別プログラムを通して、家族に向けて一人暮らし生活のプランを説明する方法を検討し、可能な範囲内の協力を依頼する。	<ul style="list-style-type: none">・支援計画の検討にあたっては、Aさん本人の身体や精神状況を変えることに主眼をおくよりも、現在の状態のままでも本人のニーズを満たすことができる新たな環境づくりを行うことを考慮した。・金銭管理や今後の生活をイメージした準備などの作業を通じて本人が生活を前向きにとらえられるようにかかわり、Aさんが自信を得ること、ストレスから生起すると思われる周囲の人々とのトラブルを

<p>④ 家族の協力を得て、車いすで生活することができる住居を見つける。</p> <p>⑤ 地域で安心して一人暮らしができるように、利用できるさまざまなサービスや支援を見つけ、利用できるようになる。</p>	<p>減らすことを意図した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者はAさんであるが、家族も含めてクライエント・システムと理解し、Aさんも家族もともに納得できる一人暮らし生活の環境を整える。 ・アクション・システムは現時点では障害者支援施設のスタッフであるが、地域生活への移行を考え、地域の関係諸機関との連携による支援も進めていく。
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 支援計画の実行

クライエントの直面している困難状況が複雑であれば、支援計画にも複数の社会資源や関係者が位置づけられることになる。支援はソーシャルワーカー自身が行うものと、他の社会資源・担当者によって担われるものがある。ソーシャルワーカーは他の社会資源・担当者との間でクライエントのおかれている状況の理解を共有し、それを基盤として支援目標と役割分担を共有して、それぞれの支援を行っていく。関係者間でのこうした意思統一は不可欠である。

⑥ 支援計画の実行

展開過程	CSW の視点
<p>2008年4月～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援計画を5月1日から開始することとし、その前に支援に関係する者（Aさん、Aさんの家族、CSW、C市社会福祉事務所の障害者担当ケースワーカー・生活保護担当ケースワーカー）が一堂に集まって話し合いを行う。 ・この話し合いで、CSWから支援計画についての詳しい説明を行うとともに、この計画は単にCSWが一方的に考えて提示したものではなく、Aさんとともに話し合いながらつくったものであること、および、この支援を行うことで何らかの変化が期待でき 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援計画の実施にあたり、Aさんの支援にかかわるすべての関係者の合意を形成することが、地域生活への移行において重要だと考えて、カンファレンスを実施した。 ・支援計画についての概要と今後の方向性を詳しく説明し、家族や関係機関に理解を求め、そこから協力姿勢を引き

- ることを伝えた。また、Aさんにも発言を促すと、「自分もがんばってみたいと思っているんだ」と、Aさんの思いが語られた。
- ・支援計画がうまくいかなかったときのことも具体的に話し合う。そこで、C市社会福祉事務所の生活保護担当ケースワーカーより、「とにかくこの計画でやってみよう。いずれ障害者支援施設から出なければならないのだから、これでダメだった場合は、福祉事務所が責任をもって次に行く施設を探してくれる」という言葉が出された。
 - ・Aさんの家族からも、「みなさんがしっかりとAを支えてくれるのなら、私たちもできる範囲で…」と、自分たちも協力する気持ちはあることが表明される。
 - ・このように、消極的な部分もあるが、関係者の合意を得ることができた。
- 2008年5月～
- ・CSWとAさんで、第1回目の個別プログラムを実施した。
 - ・Aさんは自分が希望する地域での生活に向けた話し合いを楽しみにしている様子であった。当初、CSWはAさんが不適応を起こすことも予想していたが、Aさんは個別プログラムに積極的に参加した。
 - ・以降、CSWはAさんの様子を観察し、情緒的に安定しているときを見計らって個別プログラムに誘いかけた。プログラムは、そのときに使える食堂の片隅やデイルーム、居室などを使って実施した。
 - ・このように不定期に実施された個別プログラムであるが、徐々に、Aさんに地域での一人暮らし生活に対する意欲の高まりとやる気がみられるようになってきた。
 - ・Aさんは家族と面会するときに、個別プログラムの出すことを意図した。
 - ・この支援計画のリスクとその対応を事前に想定していることを説明し、計画が単なる希望的観測によってつくられているのではなく、さまざまな可能性を検討したうえでつくられたことを提示した。
 - ・関係機関が一堂に会して、話し合いを行うことで、家族に「自分たちに責任が押しつけられる」という過剰な負担感を抱かせるのではなく、関係者が家族と協力しながらAさんを支えていこうとしているということを示し、家族に一定の安心感を与え、支援計画に対する理解と協力を求めた。
 - ・病院や施設での集団生活に拒否感をもっていたAさんの思いを汲み取り、可能な限り個別的に対応することを心がけた。また、そのことを他の職員にも説明して、この支援の仕方に対する理解を求めた。
 - ・Aさんが面接という閉じられた空間や決められた時間での話し合いを極端に嫌うことを考慮して、個別プログラムの実施場所と時間については、そのとき、その場で異なるという柔軟性をもって行うこととした。
 - ・Aさん単独では伝えにくい思

ときに記録したノートや金銭出納帳を見せて、一人暮らし生活に対する自分の思いを少しづつ伝えられるようになっていった。

- ・CSWは、適宜Aさんの変化を家族に伝えるとともに、家族の思いも受け止めようと、機会を見つけて家族とも面談を行った。
- ・Aさんから不眠や頭痛の訴えがあり、医療的な対応が必要になる。血糖のコントロールも不十分であったことがわかり、主治医を交えた話し合いを行う。これ以降、健康管理に関する事柄が個別プログラムでの話題に加わった。

2008年6月～

- ・不定期の個別プログラムを継続する。この頃になると、入所時から度々起こしていた利用者や職員との対人トラブルが、ほとんどみられなくなった。
- ・Aさんから「不動産屋に一緒に行ってほしい」という能動的な言葉が聞かれるようになる。
- ・個別プログラムで住居に関する情報収集を行いながら、車いすを使用して生活することができる住宅を獲得するため、住宅供給公社や民間の不動産屋への訪問を開始する。
- ・体調の悪い日もあるが、Aさんは個別プログラムで取り組むことにした作業を意欲的にこなしていた。

2008年8月～

- ・Aさんの行動が、これまでのようにストレスを他者にぶつけるということから自分の目標を達成したいというポジティブな行動に変化していく。
- ・姉と妹が面会に来た機会を利用して、今月に住宅供

いについては、CSWが家族に代弁し、Aさんのプラス面を評価して伝えることで、家族からの信用が得られるように工夫した。

- ・このことをきっかけにして、一人暮らしを行うためのスキルの一つとして、健康管理の大切さを考えてもらうことを心がけるようになった。

- ・地域での一人暮らし生活のシミュレーションを具体化させることにより、Aさんの意欲やもっている力の向上（エンパワメント）を図る。
- ・Aさんの意欲が外に向かってきたことで、施設内での取り組みだけでなく、施設外の資源とAさんをつなぐことが課題となる段階に至る。
- ・住居探しについて家族の理解が得られるように、個別プログラムで行ってきた内容を記録にまとめ、家族にそれを提示し、Aさんの努力を伝えるように心がけた。

- ・Aさんのよいところを引き出し、それを評価することによって、日常の行動の変化と一人暮らし生活をするうえでの自覚を促すことを心がけた。
- ・家族に依頼できることとでき

給公社の福祉向け住宅（新築分）の募集があることを本人と家族の両方に伝える。

・住宅供給公社の福祉向け住宅（新築分）に応募するための手続きは、家族が代行して行ってくれることになった。このように、可能な範囲内での協力が得られるようになった。

2008年9月～

- ・12倍の抽選となった住宅供給公社の福祉向け住宅（新築分）に当選し、そのことをAさんは非常に喜んだ。その反面、在宅生活への移行を不安に思うところも見受けられた。CSWは今後の地域での生活のための社会資源の活用について、個別プログラムで検討したことを踏まえて、地域の関係機関に連絡をとることにした。
- ・まず、一人暮らし生活の支援システムを構築するため、Aさんが住むことになるD市（Aさんの姉が住んでいる市）の福祉向け住宅近辺にあるE障害者地域生活支援センターに連絡をとり、今後の支援に対する協力と連携を要請した。
- ・次いで、介護保険制度の利用を考えて、D市の福祉向け住宅近辺にあるF居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）に連絡をとり、今後の支援の協力とケアプランの作成を依頼した。
- ・これからAさんの支援に関する者（Aさん、Aさんの家族、CSW、E障害者地域生活支援センターの所長・ケアマネジャー、F居宅介護支援事業所のケアマネジャー）が一堂に集まってカンファレンスを開き、Aさんの退所後の一人暮らしの支援のあり方について、情報の共有と役割分担等について検討した。このカンファレンスのなかで、Aさんも「家族には迷惑をかけないようにしながら、できることは自分の力でがんばりたい。できないところを助けてほしい」と頭を下げる様子がみられた。

2008年10月

- ・Aさんの家族が、率先して新しい住居への入居手続

にくいことを適切に見極めて、うまく家族を巻き込みながら支援を展開していくことを心がけた。

・個別プログラムでの検討に従って、Aさんが安心して一人暮らし生活を送れるよう、Aさんが住むことになる地域の社会資源に支援の提供を依頼し、今後の生活支援ネットワークの構築を図る。

・介護保険制度を利用して、住環境の整備や必要な福祉用具の貸与を受けるとともに、訪問介護（ホームヘルプサービス）などの在宅サービスにより一人暮らし生活の見守りをしてもらう。

・Aさんの地域生活の支援者の意思統一と連携を図り、よりよい生活環境の整備と支援の方法を探る。

・このカンファレンスは、Aさんの今後の生活への意思表明の機会でもあり、Aさんの思いが語れ、それが関係者に受け止めてもらえるように配慮した。

・家族も全く非協力的であると

<p>きや電化製品・生活用品などの一人暮らし生活に最低必要な物を購入するなど、協力的な姿勢を示すようになる。こうした家族の支援に対して、Aさんもとても喜び、家族に対する感謝の気持ちを抱くようになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Aさんのケアプランとして、以下のような内容が位置づけられた。 <ul style="list-style-type: none"> ① 車いすやベッドなどの福祉用具の貸与を受ける。 ② 手すりの設置などの住宅改修を行って住環境の整備を図る。 ③ 訪問介護員（ホームヘルパー）による週3回の身体介護と家事援助により、一人暮らし生活の見守りをしてもらう。 ・家族には、Aさんの精神的なフォローのみを依頼し、物理的な介護負担がかからないように配慮した。 ・Aさんの姉が、この支援を開始してからの半年間を振り返り、「本当にこの人はついてますわ」と話してくれる。 	<p>いうわけではなく、Aさんの態度が変わってくれれば、希望する生活をさせてあげたいという思いはもっていた。今までの援助が、家族のそうした面を引き出すことになった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族にはAさんの精神面の支援のみを担ってもらい、その他の支援はフォーマルなサービスが担うというケアプランによって、家族の負担を軽減しつつ、Aさんとの関係を維持することができるような支援体制の構築を目指す。 ・家族の思いを十分に受け止めて支えてきたことから発せられた言葉であると推測する。
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 モニタリング

モニタリングとは「監視すること」を意味する。モニタリングの視点は、①計画したとおりに支援が提供されているか、②利用者のニーズや生活状況に変化がないかをみていくことである。もし、サービスが計画したとおりに提供されていなかったり、利用者の心身の変化、利用者を取り巻く環境面の変化が起こっていることでニーズと支援のミスマッチが起こっている場合、ソーシャルワーカーは再度アセスメントを行い、支援計画を修正していく。このように、モニタリングによってソーシャルワークの支援プロセスが循環していくのである。

⑦ モニタリング（退所前のケース会議より） 2008年11月

展開過程	CSW の視点
<ul style="list-style-type: none"> ・退所前のケース会議において、今までの支援計画に対する評価が行われた。その内容は以下のとおりである。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Aさん自らが選択できる行動の内容を拡大するために、個別プログラムの内容がすべて

- ❶ 地域で一人暮らしをするのに必要な心構えや物的・人的資源、金銭管理能力などは、CSWとの個別プログラムを通しておおむね獲得された。
- ❷ 車いすを使用して生活することができる住居を獲得することができた。
- ❸ 住居が確保された後は、ケアマネジメントの手法を用いて、地域での一人暮らし生活の支援システムを構築する作業を行ったが、可能な範囲内の家族の協力も得ることができ、本人も家族も安心できる生活環境が整えられた。
- ❹ 糖尿病の血糖コントロールをAさんが単独で行なうことは難しいため、新しい住居の近くにある病院への引き継ぎを行い、定期的な受診と緊急時の対応をしてくれることになった。
- ❺ Aさんの地域生活に関する支援は、今後F居宅介護支援事業所のケアマネジャーを中心になって行い、施設としてもアフターケアの範囲でかかわりを続けることとした。
- ❻ これらすべての調整が終わり次第、施設を退所して地域での一人暮らし生活に移行することとした。
- ・ケース会議終了後、Aさんと会議内容について話し合い、施設利用の終結と、その後の支援体制について合意を得た。

終了してから住居を探すというような順序立てではなく、可能な限りすべての計画を同時に進行で実施するように心がけた。

- ・Aさんと家族が共通に考えることができる具体的なゴールと介入計画を明確に示す。

・一人暮らし生活において最大の課題となることが予想される糖尿病の血糖コントロールについて、現在の状態を的確に伝えて今後の支援体制を整える。

- ・関係機関の役割を決めておくことで、今後のAさんの生活を支える基盤が明確になる。

8 全体評価

支援経過の終盤では、ソーシャルワーカーはクライエントが終結を意識しその準備ができるよう、徐々に面接の間隔を空けたり、終結のことについてクライエントと話し合っていく。終結に際して、ソーシャルワーカーはクライエントとともに目標が達成されたか否かを評価する。また、目標はすべて達成されてはいないけれども、残る部分はクライエントの力で対処できるという評価がなされる場合には終結とすることができる。

要介護高齢者などのように、長期にわたってサービスを利用し続ける必要があるクライエントもいるが、支援目標が達成され、クライエントを取り巻く問題状況が解決されるこ

とで、援助関係は終結を迎える。

また、支援の終結に際してソーシャルワーカーは、クライエントの問題のみならず、ソーシャルワーカー自身の行った支援について振り返り、評価することも大切である。その振り返りのなかからさまざまな課題がみえてくる。それはソーシャルワーカー自らの力量であったり、所属機関や活用した社会資源の問題、あるいは制度の問題点かもしれない。あるいは、支援において工夫したことが、他のケース、他の援助者に対して有用と思われるものがある場合には、その成果を実践報告等としてまとめ、研究会や研究誌に発表することも大切である。

④ 全体評価

展開過程	CSW の視点
<p>● Aさんの変化・変容</p> <ul style="list-style-type: none">・障害者支援施設に入所した当初は、今までの病院とは違う環境の変化に慣れないこともあって、控えめで謙虚な態度がみられていたが、施設の環境に慣れるに従い、自分の欲求を横暴な言葉や態度で他の利用者や職員にぶつけて荒れることもあった。しかし、新たな環境を設定し、個別支援を実施して以降は、そうしたことなくなり、自分が目指すことに一生懸命に取り組む姿勢が見受けられるようになった。・こうした変化が、地域での一人暮らし生活につながる大きな要因になったと思われる。	<ul style="list-style-type: none">・Aさんの多様なニーズに対して、本人の思いを受け止めながら、適切な支援を展開することができたと思われる。・まずAさんの態度変容ありきではなく、Aさんの周囲の環境に働きかけたり、Aさんのソーシャルスキルの向上を図り、自信を高めるというアプローチが、Aさんの地域生活への動機づけを高めることにつながったと思われる。
<p>● 家族の変化・変容</p> <ul style="list-style-type: none">・入所当初は、身元引受人である姉や妹がAさんの今後の生活を決める権利を握って、Aさんの意向に耳を貸さない複雑な家族の様相が見受けられた。しかし、支援計画が実施されて以後は、少しずつAさんの思いを受け止めてくれるようになり、可能な範囲内での理解と協力を示すようになった。	<ul style="list-style-type: none">・家族の思いにも耳を傾けながら、Aさんにとってよりよい生活とは何かを考えてもらう働きかけを行ったことにより、家族関係の再構築を図る機会を提供することができたと思われる。
<p>● CSW の変化・変容</p> <ul style="list-style-type: none">・入所当初は、障害者支援施設の訓練メニューのみでAさんのニーズに対応しようとしていた。だが、集団生活における対人トラブルの多発と訓練や受診に	<ul style="list-style-type: none">・利用者自身の身体や精神状況を変えることだけで問題解決を図ろうとせず、施設プログ

対する明確な拒否反応というAさんの行動から、既存の支援プログラムにAさんを合わせるのでは十分な支援が行えない場合には、Aさんのニーズに応じた支援をしていけるような支援環境づくりを行い、援助者側がAさんの思いを大切にしていく姿勢で支援を行えば、そこからAさん本人の目標を達成することができるのではないかということに気づいた。また、Aさんとその周りの環境に働きかける視点として、環境の側に変化を起こさせることとエンパワーメントの重要性を理解するようになり、権利擁護を含めたソーシャルワーク実践に関する研究に取り組むようになった。

ラムや職員の見方・態度の変容という環境面からのアプローチを行うことによって、本人の身体機能面は現在のままであっても、本人の認識や態度変容を促すことにつながるということが、実際の支援活動のなかから理解できた。こうした本人中心の支援方法は、他の利用者への支援にも応用できるのではないかという実践上の発見も得ることができた。

※注

- 1) この支援過程の局面は、「福祉専門職の教育課程等に関する検討会・社会福祉士班報告」および「ソーシャルワーク教育のあり方と教育教材の開発に関する研究報告書」の七つの局面に問題の発見を加えている。
- 2) 北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子『ソーシャルワークの実践の基礎理論』(社会福祉基礎シリーズ2 社会福祉援助技術論 上), 有斐閣, 2002年, 132ページ。
- 3) Meyer, C.H., *Assessment in Social Work Practice*, Columbia University Press, 1993, p.4.
- 4) 小原眞知子「アセスメントの定義に関して」『社会福祉系大学、専門学校、高等学校福祉科等におけるソーシャルワーク教育方法および教育教材の開発に関する研究』ソーシャルケアサービス従事者養成・研修研究協議会, 2002年, 293ページ。
- 5) ホリス, F.著; 黒川昭登・本出祐之・森野郁子訳『ケースワーク—心理社会療法—』岩崎学術出版社, 1996年, 8ページ。
- 6) 「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」(国際ソーシャルワーカー連盟(IISW)のソーシャルワークの定義)
- 7) 狹間香代子『社会福祉の援助観』筒井書房, 2001年, 103ページ。
- 8) 渡部律子「アセスメントの意味とその実践方法」『ケアマネジャー』第10巻第5号, 2008年, 16ページ。
- 9) 三浦文夫「ソーシャル・ニーズ」仲村優一ほか編『現代社会福祉事典〔改訂新版〕』全国社会福祉協議会, 1988年。
- 10) 三浦文夫『社会福祉政策研究〔増補改訂〕』全国社会福祉協議会, 1995年, 60~61ページ。
- 11) トール, C.著, 小松源助訳『コモン・ヒューマン・ニーズ』中央法規出版, 1990年, 66ページ。
- 12) Jonathan Bradshaw, 'A taxonomy of social need', McLachlan, G. (ed.), *Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series*, Oxford University Press, 1972, pp.70-82.
- 13) 北島英治・白澤政和・米本秀仁編著『社会福祉援助技術論 上』(新・社会福祉士養成テキストブック2), ミネルヴァ書房, 2007年, 43ページ。