

を行っている。しかし口頭で行われているため、記録も不十分でスタッフの頭の中の経験知にとどまっている。そこで「記述式の実施記録表・スコアによる評価表」（参加者の病名・年代・性別等も含む）を作成、言語化することで実践を振り返り、現状と課題を分析し実践をステップアップすることが重要と考える。そして「花くらぶ」の活動を通じて、人と関わることへの心地よさ・喜びを、安心した空間の中で経験し、自分らしい目標設定のきっかけとなる場であり続けたい。「花くらぶ」の活動を福祉という小さな枠組の中にとどめず、「花のちから」で心豊かになる「花くらぶ」を通して当事者、ボランティアの力を埋もれさせることなく、生かして今後もまちの中からマッチングしていくものを探り続け、まちのパートナーとして、提案し、協力し地域づくり活動を目指したい。

参考文献

- 1) 東京都保健福祉局：「緑の東京10年プロジェクト」<http://www.kannko.metro.tokyo.jp/nature/attachemnt/2011fact/pdf>
- 2) 一般財団法人練馬みどりの機構：福祉連携緑化事業 <http://www.nerimamidorinokiko.org/project/hukushi.html>
- 3) 東京都知事本局計画調整部計画調整課：「10年後の東京」 http://www.chiji.metro.tokyo.jp.plan2011pdf/gaiyo/plan2011pr_2.pdf
- 4) 寺谷隆子、精神障害者の「自立生活」を考える、社会福祉研究、vol109、38-44 (2011)
- 5) 財団法人練馬区都市整備公社2006-2010：練馬まちづくりセンター、センターの理念 <http://www.nerimachi.jp/about/ideal.php>
- 6) 栄セツコ、精神障害者の地域生活支援「障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域生活支援センターの移行に関する一考察」 桃山学院大学総合研究所紀要 34(1)、57-71 (2008)
- 7) 田崎史江、園芸療法、バイオメカニズム学会誌、vol30、No.2: 59-62 (2006)

若年認知症者の地域自立生活支援におけるソーシャルサポートのあり方に関する研究

博士後期課程1年／学部2006年卒 田中 悠美子

I. 問題の所在と研究目的

若年性認知症は、若年期認知症（18歳～39歳に発症した認知症疾患の総称）と初老期認知症（40歳～64歳に発症した認知症疾患の総称）の両者を含んだ名称としている。厚生労働省の調査ⁱⁱでは、推計で全国に約3万8000人、推定発症年齢の平均は51.3±9.8歳（男性51.1±9.8歳、女性51.6±9.6歳）と発表された。

若年性認知症という名称が注目される背景には、老年性認知症者とは異なる社会生活上の問題を持つと考えられる。それは、①失業やローン返済、教育費などもあり生計維持が困難になること、②病気の受容に対する抵抗感があること、③周囲の理解や医療・福祉サービスにおける社会的な評価がされていないこと、④相談するためのアクセシビリティの問題があること、4点に整理できる。そこで本研究は、これらの問題を解決するために医療やケアの専門職のあり方やアプローチ方法に着目したいと考えた。特に、地域福祉の考え方が主流になっている今日において、在宅サービスを展開していく上で重要な鍵といわれているソーシャルサポート・ネットワークに焦点を当てたい。

そこで本研究の目的は、若年性認知症者や家族に対して、どのようなソーシャルワーク理論を用いて支援をしていくのか、ソーシャルサポートを鍵概念にした理論仮説の生成について検討を行うこととした。

II. 研究方法

研究方法は、文献調査と聞き取り調査を行う。

-
- i 宮永和夫：I. 疫学、『若年認知症の臨床』新興医学、東京、37-39、(2007)。
 - ii 朝田隆：若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究、厚生労働省 (2009)。

倫理的配慮として、日本社会事業大学の倫理審査委員会の承認（受付番号10-02002）を得て実施した。

Ⅲ. 研究意義

若年性認知症に関する研究は、十分に論議されておらず実態が明らかではない。そのため、社会福祉士など専門職への示唆を与えることができる。また、ソーシャルサポート・ネットワークに関しては、理論面でも実践面でも初期段階といわれているため、若年性認知症者に限らず、老年性認知症者や他の難病者の支援にも汎用性のあるものとする。

Ⅳ. 理論仮説の生成に向けた視点と枠組み

1. 認知症ケアの理念とチームアプローチの必要性

近年、認知症ケアの基本的な考え方は、「その人らしさを中心としたケア」に移り変わってきた。それは英国の心理学者トム・キットウッド (Tom Kitwood, 1997) が提唱したパーソンセンタードケアⁱⁱⁱという理念でもある。また、永田が、本人が認知症を発症してからどんな体験をし、どんな思いを抱いているか、本人の声に耳を傾けることが第一歩である^{iv}というように、様々な場面で本人が語る機会が増えていった。それによって、認知症に対する価値観や認識が変化した。今求められているのは、認知症ケアの理念を具現化することであり、医療とケアの専門職によるチームアプローチを展開していくこと、さらには、専門職と非専門職である家族や友人、近隣住民がチームとなって連携し協働していくのが重要であるとする。

2. 発病前後における社会生活の変容

個々の生活状況に合わせた支援のあり方とし

iii トム・キットウッド著、高橋誠一訳：認知症のパーソンセンタードケア、筒井書房、東京（2005）。

iv 永田久美子：Ⅲ. 認知症ケア新時代「希望」に向かって共に歩み続けよう認知症とともに生きる人の声に耳を澄ませながら、(エリザベス・マッキンレー、コリン・トレヴィット著：認知症のスピリチュアルケアこころのワークブック) 新興医学、80-84（2010）。

表1 若年性認知症の病歴の覚知と受容の過程（筆者作成）

告知前	異変を感じて診察を受ける
	疑惑・困惑を抱く
告知	周囲の人（家族・職場仲間など）が気づき疑惑を持つ。本人は病感を他者に訴える。
告知後	医療機関に受診する
	周囲の人は、本人行動への対応が困難になる。本人は受診を勧められる。
告知後	1. 否認 2. 怒り 3. 取引 4. 抑うつ 5. 受容・現状の受け入れ 6. 状況に適応

て、沖田（2009）^vは、「診断から介護保険までの間に就労支援および社会参加のできる多様な場の提供が必要である。」という。筆者は、発病後の社会生活や対人関係の変容の実態を明らかにすることで、ソーシャルサポートのあり方が検討できるのではないかと考えている。つまり、異変に気づいて医療機関へ受診し、診断を受けた後の過程の中で、インフォーマルサポートの実態と必要とされているサポートがどのように提供されるべきか着目していきたい。

表1は、先行研究から、若年性認知症の病歴の覚知と受容の過程をまとめた。告知前、告知、告知後の時期を区分して、当事者の状況を整理している。

3. ソーシャルサポートの機能とソーシャルネットワークの構造

ソーシャルサポート・ネットワークは、機能的側面と構造的側面で捉えることができる。機能的

v 沖田裕子：若年認知症の人へのオーダーマイドの支援のために社会資源の現状と課題、日本認知症ケア学会誌、8(1)：34-39（2009）。

表2 若年性認知症者のソーシャルサポートの分類と特徴

House (1981) 4つの分類	若年性認知症者のソーシャルサポートの特徴 (筆者作成)
手段的サポート (Instrumental support)	ストレスを軽減するための対処を行う。直接的に問題解決のために資源を提供する。役割を代わりに行う。相談をする、活動に参加するなどの行動・介入を行う。
情動的サポート (Informational support)	問題解決するために情報を提供する。専門的な医療や介護に関する知識、専門家から助言をもらう。各種メディア、書籍、地域住民などから情報を得る。家族介護者の体験に基づいた知識を得る。
評価的サポート (Appraisal support)	相手の気持ちや行動に対して評価やフィードバックなど認知的な側面への働きかけ。第三者からの評価されること。状況や気持ちをありのまま認める。
情緒的サポート (Emotional support)	愛情や愛着、親密性のような情緒的な側面への働きかけ。喜びや悲しみを分かち合う。共感する。情感的に話を受け止める、支持される。自分だけではないと感じられる。安心感を得られる。

側面をもつソーシャルサポートに関しては様々な研究者によって分類されており、全て一致するものはないが、中でも最も有力なものは、House (1983) の4つの分類、①情緒的サポート、②手段的サポート、③情動的サポート、④評価的サポートである。本研究ではこの分類をモデルに若年性認知症者のソーシャルサポートの特徴を整理した(表2)。

構造的側面としてのソーシャルネットワークについては、「個人を中心とする可変的かつ有機的な人間関係の構造であり、ソーシャルサポートが交換され機能する場」と定義する。供給主体別に大きくインフォーマルサポートとフォーマルサポートの2つに分け、さらに、インフォーマルサポートにファミリーサポートを位置づけ、合わせて3つのサポートシステムの構造で捉えていく。

以上を踏まえて、本論におけるソーシャルサポート・ネットワークは、「本人と同居家族に関わりのある親族、友人、職場、家族会、ボランティア(個人・団体)などによるサポートをインフォーマルサポートとし、その中には、本人と同居している家族間のサポートをファミリーサポートとする。そして、制度化されたサービスを提供する公的機関やさまざまな専門職によるサポートをフォーマルサポートといい、これらに基づくサ

ポートが相互に交換する総体」を指すことにする。

4. ソーシャルサポート・ネットワークを活用した理論仮説

若年性認知症者のソーシャルサポート・ネットワークを仮説に捉えた上で、ソーシャルワークを展開するシステムについて検討したい。ここでいうソーシャルワーク機能は、NASW (1981) のソーシャルワーク実践の定義とその機能を指す。

この機能を展開していく際に、その展開過程^{vi}を示し、本研究で明らかにすることを焦点化する。大橋 (2008)^{vii}がいうように、「「診断法」としてアセスメントのあり方と福祉サービスを必要としている人のニーズキャッチの機会である面接が重要である」から、まず、筆者はアセスメントの視点と枠組みを検討することに焦点を当て、理論仮説の具現化を図っていく。

vi 米本秀仁：3ソーシャルワーク実践の展開過程モデル、『新社会福祉援助技術演習』、中央法規、205-220、(2001)：ソーシャルワーク展開過程とは、①問題把握からニーズ確定まで、②アセスメント、③支援標的・目標設定、④支援プログラム作成、⑤プログラムの実行、⑥モニタリング、⑦評価の7段階があるとされている。

vii 大橋謙策：10社会福祉におけるニーズの捉え方とソーシャルワーク実践、『新訂社会福祉入門』、放送大学教育振興会、135-148、(2008)。

V. 若年性認知症者を抱える家族への聞き取り調査

調査概要（表3）と結果及び考察を述べる。

では、具体的な分析結果について、インフォーマルサポートを親戚、友人、職場、家族会の4つに分けて内容を示し考察を行う。

【親戚】について、相談相手や情報提供者になっている。否定的な側面では、病気によって関係性が希薄になった。もしくは、同居家族が感じている思いと異なる評価をされることもあった。

【友人】について、医療や福祉関係の情報に詳しい友人から情報を得ることができた。また、具体的な手段の担い手になっている場合もあった。さらに、友人から評価され制度利用を後押しするような働きかけをしていた。

【職場】について、告知前、会社の上司より『仕事に支障が来たしている』と告げられ、上司に同席してもらい産業医に会う。告知後、人事から退職を勧められ、妻は職場の配置替えや休職と有給休暇について情報を得た。

【親戚】【友人】【職場】の3つに共通点は診断後において、具体的な対応策など手段的や情動的なサポートを多く得ていると考える。

【家族会】について対応方法を得るために、家

族会に参加することや家族会の参加者に相談するという家族会自体を手段的サポートとして活用している様子がわかる。

情動的サポートについては最も多くの語りがあった。介護する上でのヒントや制度利用の手続きをするための情報を得ている。そして、家族会の中に医師や社会福祉士、社会保険労務士などの専門職の存在が散見された。

情緒的サポートについて、家族にとって愚痴を言えたり、構えずリラックスできる場として情緒的な支えを得ている。

評価的サポートは、家族会のメンバーなど他者から本人が発する言葉や行動に対して認めたり、評価されることで本人が物事を肯定的に捉えるためのサポートをしている。

VI. 本研究の到達点と残された課題

本研究の到達点は、医療とケアの専門職のあり方に着目し、ソーシャルサポート・ネットワーク理論を活用した若年性認知症者の理論仮説の生成を行った。ソーシャルワークを展開していく上で、若年性認知症者のソーシャルサポート・ネットワークに着目した支援が重要であること、そして、家族への聞き取りからソーシャルサポートと

表3 聞き取り調査の概要

調査目的	病名診断の前後における生活の変化や得られたサポートを探索的に明らかにすること
調査方法	対象者：若年性認知症者と家計を共にし、同居する家族 データ収集：文書にて調査の趣旨を説明し同意が得られたものに対して、半構造化面接を行う。
分析方法	質的記述的研究：“データを帰納的に分析”し、現象を率直に記述する（straight description of phenomenon）
結果 【基本情報】	【調査協力者】8名（7名が配偶者。内訳は妻4名、夫3名。他に娘1名。年代は、30代後半が1名、50代前半が2名、60代前半が5名。）
	【本人に関すること】性別は男性5名、女性3名。2名は既に他界。基礎疾患としては、前頭側頭葉型認知症（FTD）が4名、アルツハイマー病（AD）3名、FTDとパーキンソニズムの複合が1名である。
	【インフォーマルサポートの有無】8事例で共通点は家族会。 他には、親戚（5名）、友人（3名）、職場（3名）の項目に関して共通性がある。
	【社会福祉制度の利用について】介護保険制度を申請し認定調査を行った人は、8名中7名。また、7名中4名がデイサービスやショートステイなどの在宅サービスを利用。 1名のみ障害者自立支援法に基づく外出支援を利用。

りわけインフォーマルサポートのあり方を実証的に明らかにすることができた。

しかし、家族を対象にした調査では、ソーシャルワーカーがどのような援助をしたのかについて明らかになっていない。残された課題としては、今後、ソーシャルワーカーを対象に、若年性認知症者や家族への支援、とりわけソーシャルサポート・ネットワークづくりを媒介することに関し、どのような理論や実践仮説を持って、本人や家族を援助しているのかという理論仮説の検証を行っていく。

<謝辞>

インタビュー調査で貴重なお話を聞かせて下さった若年認知症家族会の皆様、本論文のご指導をしてくださった大橋謙策教授に深く感謝申し上げます。

公的扶助ケースワークの課題と役割

日本社会事業大学福祉計画学科4年

青木尚人

1. はじめに

私は本報告では公的扶助ケースワークの役割と課題について述べた。なぜ今回このようなテーマにしたかという、生活保護の受給者が200万人を突破した現在の日本において福祉事務所のケースワーカーである公的扶助ケースワーカー（社会福祉法によれば現業員）は生活保護制度の中心的担い手になっているからだ。しかし現在ケースワーカー1人につき100世帯程度を支援の対象にしているため、ケースワーカーの負担がかなり大きくなっている。そこで今回公的扶助ケースワーカーがどのように生活保護の取り組みを行っており、またどのような課題がそこにはあるのかを考えるきっかけとしたい。

2. 生活保護の現状（清瀬市を中心として）

第2章では生活保護の現状について述べた。非保護世帯数の数が平成7年度以降上昇しており、非保護人員は平成8年度以降上昇の兆しを見せている。そして厚生労働省が発表している生活保護実態について（厚生労働省平成22年版厚生労働白書、被保護実世帯数・非保護人員・保護率・扶助人員と扶助率の推移）という統計からどれだけこの数年間で生活保護の受給者が拡大しているのかということを確認した。また、生活保護の受給の原因の動向などについても報告をした。

生活保護の現状を述べる上で平成23年度3月22日現在の東京都26市の生活保護受給の表を用いて解説を行った。以下はその資料である。昨年の統計データでは清瀬市は武蔵村山市より高かったが、伸び率が清瀬市より高く、平成22年の12月に取られた統計では武蔵村山市は2番目になっていた。1番目の立川市は武蔵村山市、清瀬市を突き放しており、4番目の東大和市と順位の1番、2番、3番の差がかなり開いているためトップ3の