

## ケアマネジメントにおける社会資源活用の方法

## Methods of Using Social Resources in Care Management

相山 馨  
AIYAMA Kaori

## I はじめに

社会資源は、利用者の生活支援における一つの重要な要素である。そして、支援者には利用者の生活上のニーズに応えるために、迅速かつ効果的にその社会資源を活用することが求められる。また、支援者は、利用者の主体的な立場を尊重し、生活全体を捉える的確なアセスメントとプランニングに基づいて社会資源を活用することが大切である。社会資源の活用とは、一人一人の利用者に対して、必要な社会資源を紹介するとともに円滑に提供できるようにするための調整や、必要な社会資源がその地域に存在しない場合における社会資源の改善、開発、整備である。生活を支援するソーシャルワークにおいて、社会資源の活用の重要性はリッチモンド(Richmond, M. E.)以来、多くの研究者によって述べられてきた。しかし、それは概念整理を中心に進められており、実践での活用については必ずしも活発に議論されてきたわけではない。

その一方で現在、ケアマネジメント<sup>1)</sup>に対する関心の高まりとともに、生活支援における社会資源の活用の必要性が改めて指摘されている。しかし、日本のケアマネジメントは、介護保険にみられるように、提供するサービスが制度上のサービス、すなわちフォーマルな社会資源に焦点化されているため、利用者主体の生活支援として機能しているかという疑問である。本来、ケアマネジメントは、高齢者や障害者の地域生活支援の視点から、利用者のニーズと適切な社会資源とを結びつけるという特徴をもっている。つまり、地域で生活する利用者が身体障害や精神障害、認知症等により、利用者自らの力で社会資源を有効に活用し、在宅生活を維持することが難しくなったときに、ケアマネジメントが必要になるのである。この点について、先行研究には、フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源の適切な組み合わせが効果的な支援を可能にすることや、インフォーマルな社会資源の利用が、利用者の精神面のケアに大きな効果をもたらすという指摘がある<sup>2)</sup>。それは、ケアマネジメントを利用者主体の生活支援として展開するために、フォーマル、インフォーマルを区別しない生活全体を支える社会資源の活用が有効であることを意味している。つまり、効果的な社会資源活用は、利用者の地域生活を継続させる糸口となる可能性をもっていると考えられるのである。

そこで、本稿では、利用者の地域生活支援の実践に向けての社会資源の活用方法について、ソーシャルワークの方法において、最も社会資源の活用を重視しているケアマネジメントに依拠して検討を

進めていきたい。

## II 社会資源の概念

近年、社会資源は、社会福祉のみならず医療、看護、教育等のさまざまな領域で研究されているが、その先行研究においては「社会資源」や「資源」の概念があいまいで、社会資源を意味する複数の用語が混在していることが多い。もちろん、これまでに社会資源に関する用語や概念を、各領域を超えて統一しようとする試みがあったわけではなく、社会資源の定義や内容がそれぞれの領域で多様であることは当然である。社会福祉領域の先行研究においても「社会資源」に関する用語は「資源」「社会的資源」「社会福祉資源」「資源システム」「社会資源」等さまざまであった。そこで、まず、本研究では「社会資源」の概念の整理を行い、本研究における社会資源の定義を明確にすることから始めていきたい。

日本の「社会資源」に関する研究の歴史は、1958年に開催された第9回国際社会事業会議で社会資源の動員の議論がなされたことから始まった。これを契機に、社会福祉、教育、保健、経済、保育、看護等の領域において社会資源の研究が進められるようになったが、そこでの主な関心は社会資源の活用に関することであった。その後、1980年代頃からは身体障害、認知症、非行などの問題に対して、1990年以降は在宅生活の継続へと広がりを見せるようになった。そして、近年では、地域を基盤とした生活課題への取り組みというように社会資源の議論も時代と共に変化してきている。

また、社会資源に係る用語の中では「資源」という用語が最も古く、1926年頃が始まりとされている<sup>3)</sup>。その後1950年代になると、総理府(現内閣府)資源調査会は「資源」を、国民の福祉の維持、向上を基盤とし、人の望む生活を実現するために人と環境との相互作用により生じ、その生活の維持・向上に役立つものであると整理している<sup>4)</sup>。そして、1990年代後半に入ると資源は「人間にとって役に立つものになるもの」<sup>5)</sup>「必要時に人が引き出す貯蔵物」<sup>6)</sup>と指摘されるように、幅広い意味をもつということで共通理解が得られるようになった。

このような資源や社会資源の先行研究もふまえて、社会福祉領域の「資源」や「社会資源」の概念整理をみていくと、宮岡京子が社会資源に関する用語の整理を行っている。そこでは、①「社会的資源」「社会事業資源」「社会福祉的資源」「社会福祉資源」「資源システムの資源」は社会資源を指して用いられていること、②「資源」と「社会資源」が同義語として用いられており、それがすべての用語を包括していること、が指摘されている<sup>7)</sup>。また、一方では社会資源を「慢性・長期的健康問題をもつ子どもや家族が、日常生活を送る上で支援となる機関・人・制度等」<sup>8)</sup>、「学校外部にある『行政』や『専門的技能を持つ人材(専門家)』」<sup>9)</sup>、「対象者の改善・更生を実現するために利用・導入しうるいっさいのソフトないしはハードな要素」<sup>10)</sup>、「利用者のニーズを充足し、問題を解決するために動員されるあらゆる人的物的資源を総称したもの」<sup>11)</sup>と医学、教育学、社会学等の他領域では定義されている。こうした定義もふまえて、次に社会資源の活用についてみていくと、地域にある社会資源を活かし、それぞれの目的に役立てるという視点が主流を占めた。なかでも、太田義弘は、資源とは対象者の活用にかかわらず存在し、利用法のいかんによっては大いに便益をえるものであり、社会資源とは広く社会福祉的ニードを充足するためのあらゆる手段や方法であると定義し、その意義はいかにそれを活用するかという利用の技術によって評価されるものであると指摘している<sup>12)</sup>。この

ような先行研究からは、社会資源が人の欲求やニーズに応えるために活用されるすべてのものであると理解できる。

### III 欧米との比較にみる日本の社会資源の特徴

このようにみると社会資源は、人の生活で活用することによって初めてその意義を果たすものであると考えられる。しかし、利用者からすれば、社会資源が孤立したり、医療保健機関と生活扶助機関が協働せずにサービスを提供したりすることで、存在する社会資源のもつ機能や効果を半減してしまう危険性があるといえる<sup>13)</sup>。そのため、利用者と社会資源を結びつけることによって、利用者の地域社会での生活を支援していくという方法がソーシャルワークのアプローチであるケアマネジメントに位置づけられているのである<sup>14)</sup>。そこで、次にケアマネジメントと社会資源との関係から考察を進めていきたい。

そもそもケアマネジメントは、アメリカでケースマネジメントとして発展してきたものである。それは、1950年代のアメリカにおいて精神障害者の脱施設化運動が進むなかで、議論がはじまり、1970年代には精神障害者のコミュニティケアの推進を図るために導入されることで発展してきた。その後は、対象を問わず利用者の抱える生活上の課題を解決するために、適切な社会資源と利用者をつなげる方法として理論化され、実践されるようになったのである。このケースマネジメントの考え方は、イギリスに影響を与える。ここでは1990年の国民保健サービスおよびコミュニティケア法の策定によって、その考えと仕組みが制度化されていった。その中でマネジメントの対象となるのが、ケアであるという考えのもと、「ケアマネジメント」という用語が定着することとなった。そして、それはその後の日本にも影響を与えることになったのである。

表1 アメリカ・イギリス・日本にみるケアマネジメントの考え方の比較

	アメリカ	イギリス	日本
研究者	① ルビン(Rubin, A.) 1987年 ② マクスリー(Moxly, D. P.) 1989年 ③ ホルト(Holt, B.J) 1993年	① チャリス(Challis, D. & デイビス(Davies, B.)1986年 ② イギリス保健省 1991年 ③ オーム(Orme, J.) & グラストンベリ(Glastonbury, B.G.) 1993年	① 白澤政和 1992年 ② 橋本泰子 2001年 ③ 佐藤信人 2003年
定義	① 複雑で重複した問題や障害をもつクライアントが適時に適切な方法で必要とするすべてのサービスを利用できるよう保障すること ② 多様なニーズをもった人々が自分の機能を最大限に発揮して健康に過ごすために、フォーマル及びインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する ③ クライアントに対して地域社会で個別的な助言、カウンセリング、セラピーを提供しながら、同時に地域のサービス提供機関やインフォーマル支援のネットワークのなかで、クライアントと必要とされるサービスや支援を連結させるという2つの中心的機能がある	① ニーズを抱えたケースの効果的発見、周到なアセスメント、多様かつ広範囲の資源(家族、友人、インフォーマルネットワーク、公私機関)からのケアの組織化と調整 ② 個々のニーズにサービスを適合させるプロセス ③ 人々を柔軟性のないサービスに合わせるのではなく、確認されたニーズに柔軟なサービスを結びつける	① 対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させ、適切な社会資源と結びつける ② ケアニーズをもっている人びとを対象にして、ケアの継続性を確保し、利用者の生活の向上を目指す取り組み ③ 利用者の立場にたつて必要なサービスを編み上げる
形態	① サービス提供の一方法 ② 人(もしくはチーム)の活動 ③ ケアの立案・調整のアプローチの一つ	① 一つの全体性をもったシステム ② 循環的プロセス ③ 資源に導かれるシステム	① 手続きの総体 ② 幅広い援助技術 ③ 総合的援助
社会資源の分類	①②③ フォーマル、インフォーマル	①②③ フォーマル、インフォーマル	①②③ フォーマル、インフォーマル

このような動向を経て、重視されるようになったケアマネジメントにおける社会資源の考え方や特徴についてアメリカ、イギリスを日本と比較し、整理すると表1のようになる<sup>15)</sup>。この表1をみる限り、ケアマネジメントの利用者のニーズを充足するという目的を達成するために社会資源を結びつけていくという点では各国の研究者が共通している。つまり、ケアマネジメントが機能する上で社会資源は不可欠な要素であると理解できる。

また、社会資源の分類については、フォーマル・インフォーマルという供給主体による分類<sup>16)</sup>により、研究が進められてきている。特に白澤政和は、ケアマネジメントではフォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源を合わせると、サービスの供給主体の数が増加し、利用者がそれらを組み合わせることにより、ニーズの多様化・高度化への対応ができると指摘している<sup>17)</sup>。すなわち、ケアマネジメントはフォーマル・インフォーマルな社会資源を組み合わせることで、利用者の多様なニーズに対応できるものなのである。

#### IV 日本の社会資源活用の問題

しかし、日本の高齢者領域の社会資源活用は、制度によってケアマネジメントの範囲が限定されたことで活用の幅が狭められているのが現状である。たとえば、介護支援専門員実務研修のテキストで、「ケアマネジメントは利用者の生活に関わる領域である保健、医療、福祉、環境（住宅）などのさまざまな公的サービス、非（準）公的サービス、私的サービスを総合的に調整し、地域生活を支援するものである<sup>18)</sup>と指摘していることとは乖離しているような状態である。

この点については、介護保険制度の施行前から、ケアマネジャーが利用者にフォーマルな社会資源を優先し、地域のインフォーマルな社会資源と利用者をリンケージする機能が十分に果たせないのではないかという危惧もあった<sup>19)</sup>。その理由の一つには、ケアマネジャーの役割がコストコントロールであると考えられているところにある。すなわち、ケアマネジャーには、支給限度額の枠内で単価が設定されている介護保険サービスを組み合わせるコストコントロールという避けられない業務が課せられているからである。そして、もう一つは、居宅介護支援事業者が独立していないという問題である。日本のケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業者は、介護サービス事業者と同一法人で運営されるところが多い。そのため、ケアマネジャーはフォーマルなサービス提供を優先せざるをえない状況を余儀なくされているのである。

こうした介護保険制度導入後の社会資源活用は、2002年の馬場純子の介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査によって、情報収集からケアプランの見直しまでの各プロセスにおいてインフォーマルな社会資源が把握されていないという結果を裏づけされることとなった<sup>20)</sup>。また、2005年に実施された齊藤順子の現任ケアマネジャーの自己評価に関する調査でも、「公的介護保険以外の資源（公的・私的両方）は、ほとんど使っていない」と回答するケアマネジャーが多いことが指摘された<sup>21)</sup>。このように、介護保険制度によってケアマネジメント実践は生活支援というよりケア・サービス管理に終始し、そこでのフォーマルな社会資源に大きく偏って活用されたのであった。

この偏った社会資源活用は、今日の利用者の生活支援を解決する上で多くの問題を生み出すこととなった。その大きな問題は、利用者の意図した生活になっているかどうかという点である。具体的に利用者の生活支援にフォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源<sup>22)</sup>はどのような影響を与え

るのであろうか。

フォーマルな社会資源の特性は、一定のサービス提供に関する評価基準のもとにサービスを提供できることにある。しかし、一方でそれはサービスの柔軟な対応という点で問題を孕んでいる。特に、高齢者の場合、日々の生活の些細な変化によって、その時と場に応じたケアが必要になることが多く、そうした利用者の生活変化に対応するような柔軟性がフォーマルサービスでは難しい。一方で、インフォーマルな社会資源は、家族や友人、近隣、ボランティアで成り立つような利用者固有のつながりや、お互いの信頼や愛情、善意からのサービスを柔軟に提供することが可能であるが、専門性、継続性、安定性に欠けるという特性をもっている<sup>23)</sup>。これらをふまえると、フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源は、お互いを補い、組み合わせることにより、利用者の生活上の多様なニーズに対応することが可能になると考えられるのである。それゆえ、日本のケアマネジメント実践では、十分に機能していないインフォーマルな社会資源活用を実践することが重要な課題となるのである。それでは、フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源を総合的に組み合わせて、利用者の生活全体をとらえて支援するということが具体的にはどのような支援になるのであろうか。ここでは、社会資源を利用者の生活全体の枠組み<sup>24)</sup>からとらえるために考案したケアマネジメント実践シートによりアセスメントを行い、プランニングまで試行した結果<sup>25)</sup>から社会資源活用の方法について検討を進めていきたい。

## V ケアマネジメント事例からの社会資源活用分析

### 1 事例紹介

Sさん 年齢：75歳 性別：男性 家族構成：妻と二人暮らし 要介護度：要介護2

#### 【アセスメント情報】

- ① 特 性：昔から頑張り屋。一生懸命にする人。「長生きしたい」と思っている。以前は友だちとよく山に出かけていたが、脳梗塞が発症し、左片麻痺になってからは行かなくなった。現在は近所の人と多少の交流がある。
- ② ニーズ：以前は左上下肢麻痺があっても、単独で外出できていたが、最近では下肢筋力が低下し、一人での外出が困難になってきている。本人は足が思うように動かないため、少しでも良くなりたと思っている。最近、喉のとおりが悪くなり、食事がとれない。孫が中学生になり、会いに来なくなり、とてもさみしく思っている。
- ③ 文化 娯 楽：山へ出かけるのが大好きだった。盆栽の手入れが楽しみ。剪定バサミを使うのが得意。
- ④ 仕 事：紡績工場、建材工場で勤務。59歳で退職。
- ⑤ 参 加 交 流：現在は通所リハビリ、通所介護の利用者との交流がある。
- ⑥ 住 環 境：持ち家。1階に自室あり。廊下、トイレ、階段に手すりあり。電動ベッド使用。
- ⑦ ア ク セ ス：JR駅に近い。
- ⑧ 家 族：以前は長男一家と同居していたが、長男が隣に家を建て、別々に生活するようになった。現在は妻が本人の介護を担っている。
- ⑨ 近 親：孫が毎日小学校の帰りに寄っていたが、中学校に行くようになってから、あまり

来なくなった。現在はたまに来て声をかけてくれる。孫が来るのを楽しみにしている。長男が通院介助をしている。長男の妻は毎日、新聞を取りに来て声をかけてくれる。本人は長男家族が来てくれることを、とてもうれしく思っている。

- ⑩ 近 隣 : 2軒隣の一人暮らしのNさんが時々来て、一緒にお茶をのみながら近所のいろいろな話をしてくれている。通所サービスの送迎時に、向かいの家の人が声をかけてくれている。本人はそのことをとてもうれしく思っている。
- ⑪ 友人・同僚 : 3ヶ月前までは市内に住む友だちの訪問があったが、今は誰も来ない。
- ⑫ 介護保険 : 歩行のリハビリを行うために、通所リハビリ2回/W利用。安全に入浴するためサービスに通所介護1回/W利用。福祉用具貸与(ベッドからの立ち上がりをスムーズに行うため電動ベッド利用。)
- ⑬ 保健サービス : 以前保健センターのリハビリ教室を利用していた。
- ⑭ 医療サービス : 主治医への定期受診

## 2 ケアプランの比較にみる社会資源活用の変化

このようなケアマネジメント実践シートから得られたアセスメント情報をもとに作成されたケアプランと、これまでのケアプランとを比較してみた。表2は使用する前、表3は使用した後である。

表2 使用する前の居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	※2
リハビリを続けて今の歩行状態を維持したい	歩行能力の維持向上ができ自宅での自立移動が維持できる	機能訓練を行い、歩行能力が維持できる	【本人】 ・自宅での歩行訓練を続ける。現在の生活活動を続ける。 【介護保険のサービス】 ・関節可動域訓練、筋力維持、増強訓練、歩行訓練、昇降訓練、1本杖歩行訓練など。	本人  通所リハビリ・通所介護	本人  Aデイケア Bデイサービス
起き上がり、立ち上がりを安全に行いたい	安全に起き上がり、立ち上がりができる	福祉用具を利用し、安全に起き上がり、立ち上がりができる	【本人】 ・本人の能力を活用し、安全に起き上がり、立ち上がりを行う 【介護保険のサービス】 ・ベッドのレンタルにより安全に立ち上がりを行う	本人  福祉用具貸与	本人  C事業所
安心して入浴したい	安全に入浴ができる	定期的に安全に入浴ができる	【本人】 ・自分でできる洗身を行う 【介護保険のサービス】 ・入浴にともなう一連の介助、見守り(洗身、着脱、移動等)	本人  通所リハビリ・通所介護	本人  Aデイケア Bデイサービス
外出の機会を保ち、他者との交流を維持していきたい	他者との交流が維持できる	定期的に他者との交流が維持できる	【本人】 ・他者との交流、活動に参加する 【介護保険のサービス】 ・他者と交流ができるように支援する	本人  通所リハビリ・通所介護	本人  Aデイケア Bデイサービス

表3 使用した後の居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	※2
庭の盆栽の手入れをしたい	玄関先で盆栽の手入れができる	妻が手入れをした盆栽に選定をして整える	<b>【本人】</b> ・玄関先まで歩いていき、 <u>剪定バサミ</u> を使用し盆栽を整える ・妻が世話をした <u>盆栽</u> を鑑賞する ・自分で剪定した <u>盆栽</u> を鑑賞する <b>【家族】</b> ・盆栽の手入れをし、玄関先まで持ってくる	本人 本人 本人 家族	本人 本人 本人 妻
孫が来なくなったことによる寂しさを軽減したい	他者との交流することの楽しさを感じる	他者との交流をとおして、寂しさを軽減する	<b>【家族】</b> ・ <u>新聞</u> をとりよりにきた時に声をかける ・時間のある時は、 <u>新聞</u> をとりよりにきて声をかける <b>【地域】</b> ・通所リハビリ、通所介護の外出時に声をかける ・地域の話題を提供し、一緒に <u>お茶</u> を飲む <b>【介護保険のサービス】</b> ・他者との交流を楽しむためのプログラムを企画・運営する ・入浴の時間に他者との交流を楽しむことができるよう配慮する	家族 家族 地域の人 地域の人 通所リハビリ・通所介護 通所リハビリ・通所介護	長男の妻 長男・孫 近所の向かいのTさん 近所の2軒隣のNさん Aデイケア Bデイサービス Aデイケア Bデイサービス
歩く能力を維持したい	自宅内を歩いて移動する能力が維持できる	手すりを使用し自宅内を歩く能力が維持できる	<b>【本人】</b> ・手すりを使用し廊下を歩く練習を続ける <b>【介護保険のサービス】</b> ・杖歩行訓練、屋外歩行訓練、理学療法士の指導による下肢筋力増強運動 ・歩行訓練、体操参加などの日課のメニューをとおして身体を動かす ・電動ベッド使用により安全に立ち上がりを行う	本人 通所リハビリ・通所介護 通所リハビリ・通所介護 福祉用具貸与	本人 Aデイケア Bデイサービス Aデイケア Bデイサービス C事業所
今の健康状態を維持したい	健康状態が維持できる	体調を整える	<b>【家族】</b> ・喉のとおりが悪い時の食事の見守り ・体調不調の早期発見 ・服薬管理、健康管理 <b>【介護保険のサービス】</b> ・健康状態の観察、健康チェック ・食事時の状態の観察	家族 家族 家族 通所リハビリ・通所介護 通所リハビリ・通所介護	妻 妻 妻 Aデイケア Bデイサービス Aデイケア Bデイサービス

まず、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」では、本人の楽しみである「庭の盆栽の手入れ」や「孫が来なくなったことによる寂しさ」、「健康状態の維持」が新たなニーズとしてあがった。これまでのケアプランには日常生活の活動を中心にニーズがあげられていたが、新しいケアプランでは趣味の継続や寂しさの原因が具体的にあげられており、利用者固有のニーズになったといえる。このような変化にともない、「長期目標」「短期目標」も具体的な内容になった。そのため、6ヶ月後に何

を目指すのか、そのためには3ヶ月後に何を目指さなければいけないのかが明確になったといえる。

また、「サービス内容」には大きな変化がみられた。まず、脳梗塞が発症し左片麻痺になってから、庭に出ることをあきらめて、手入れをすることがなくなっていた「盆栽」に、再度取り組むことができるように玄関に盆栽を移動させたり、妻があらかじめ剪定を行ったりすることなど、本人の剪定しやすい環境をつくるための工夫があげられている。これは、健側である右上肢の機能を活用し、慣れ親しんだ剪定バサミを使って盆栽の手入れをすることにより、要介護状態になる前と同様に趣味を楽しむことを支援するものであると考えられる。また、小学校の帰りに必ず寄っていた孫が中学校に進学してから来なくなってしまったことによる寂しさについては、「毎日の新聞をとりくる時」を長男家族と会う機会と位置づけることにより、家族としてのつながりを実感する場面をつくる支援があげられている。そして、いつも通所リハビリや通所介護に行く時に声をかけている近所の向かいの家のTさんや、時々家に来て一緒にお茶を飲み会話を楽しんでいるNさんとの交流は、地域における孤立の回避やこれまでの地域でのつながりの継続を導く支援であるととらえることができる。このようなことから、生活全体の枠組みに基づいてアセスメントし立案することによって、ケアプランは利用者固有のニーズをとらえ、ミクロからマクロまで広がりある視点から利用者らしい個別支援を展開することができると考えられる。

それではこのようなケアプランにあげている社会資源はどのように変化したのであろうか。ここでは、ケアプランにあげられている社会資源を図式化し、検討することにした。施行前のケアプランは図1であり、施行後は図2である。これらを比較してみると、試行前のケアプランでは、インフォーマルな社会資源がニーズに対応するものとして活用されていないため、フォーマルな社会資源だけで立案されていたことがわかる。しかし、施行後はニーズを解決するためにインフォーマルな社会資源が、ケアプランに位置づけられたことやフォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源とが結びついたプランニングが実施されたことにより、利用者の生活の広がりから人、物、サービス等多様な社会資源活用が可能になったといえる。このように、利用者の生活の中にすでに存在しているインフォーマルな社会資源を活用することは、利用者の地域生活を継続するためのケアマネジメント実践において重要な視点であると考えられる。

次に、その社会資源活用によりどのような効果が期待できるのかについて整理してみると、施行前のケアプランでは、①歩行能力の維持、②定期的な入浴、③対人交流による寂しさの軽減、④安全な立ち上がりの4項目だったのが、シート活用後においては、①歩行能力の維持、②定期的な入浴、③対人交流による寂しさの軽減、④安全な立ち上がり、⑤趣味の再開・継続、⑥健康の維持、⑦家族交流によるさみしさの軽減・つながりの維持、⑧地域交流による寂しさの軽減・つながりの維持と8項目に増えている。これは、利用者の多様なニーズにトータルな社会資源を活用して対応することが可能になったといえる。例えば、「孫が来なくなって寂しい」というニーズに対しては、「長男家族との交流」や、「近所の人たちとの交流」、そして「通所リハビリや通所介護の人たちとの交流」により、その軽減が図られている。また、その支援には通所リハビリや通所介護の外出時に向かいの家のTさんが声をかけるといったフォーマル、インフォーマルな社会資源の連携もある。これは「通所リハビリや通所介護の外出時」が「Tさんの声かけ」の機会になっていると捉えることができる。そして、それが利用者のうれしさにつながっていることから、このような社会資源は利用者のニーズに効果的に活用されているのである。

また、その一方で、物的、人的な多様な社会資源を組み合わせることにより、潜在化していたニーズに対応できることも明らかになった。それは、「楽しみの一つである盆栽」「慣れ親しんだ剪定バサミ」「妻」の組み合わせにより、「趣味の再開・継続」が可能になったことや、「新聞」「長男の妻」「孫」「長男」の組み合わせにより、「家族交流による寂しさの軽減・つながりの維持」に対応できるようになったことである。このような利用者固有の社会資源の組み合わせがニーズを解決するためのシステムとして機能することにより、より効果的なケアマネジメント実践が可能になるのである。

図1 これまでのケアプランにおける社会資源活用

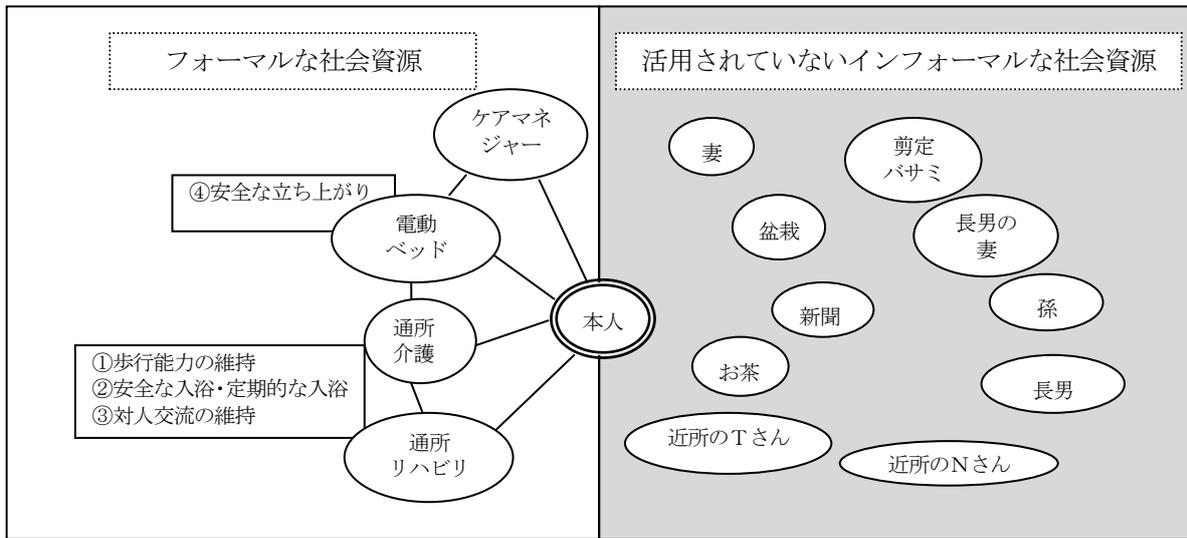
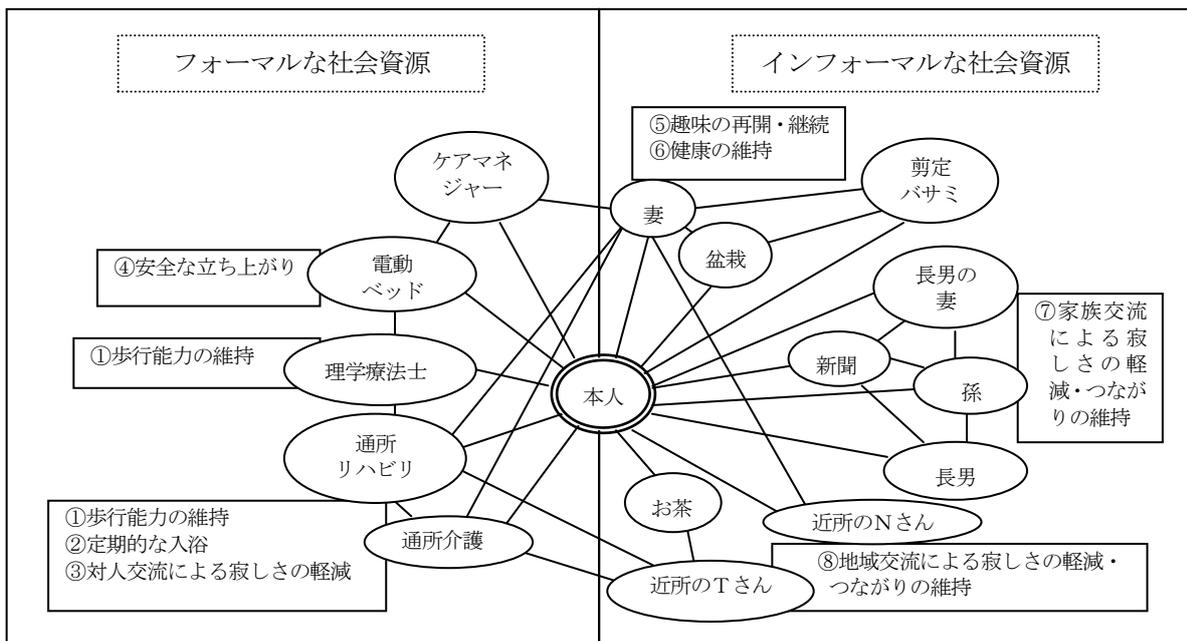


図2 試行後のケアプランにおける社会資源活用



以上のことから、フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源をトータルに組み合わせて活用するには、まず、利用者の生活の中にあるインフォーマルな社会資源をミクロからマクロまでの幅広い視点からとらえることが必要であることが明らかになった。また、そのような社会資源を利用者の多様なニーズに効果的に活用するには、その社会資源の組み合わせや活用によって期待できる効果について検討し、プランニングすることが重要であると考えられる。そして、そのためには個々の利用者にとっての社会資源活用の意味や可能性を捉える視点が不可欠であると考えられる。

## VI おわりに

本稿では、利用者の地域生活支援のためのケアマネジメントを実践するために、現在の日本のケアマネジメントにおける社会資源活用の問題をとらえ、その問題に対応するための社会資源活用の方法について考察してきた。ここでは高齢者の生活全体をとらえる枠組みとしての高齢者の生活エコシステムをもとに社会資源活用のためのツールとして考案した「ケアマネジメント実践シート」で得た情報をもとにプランニングを試行した事例から検討を進めてきた。その結果、これまで課題とされていたインフォーマルな社会資源活用の方法や、多様なニーズに対応するための社会資源のトータルな活用方法については、実践事例をとおして具体化できたと考えている。

さらに、事例の検討から得た社会資源活用の効果からは、インフォーマルな社会資源活用が、利用者固有の家族のつながりや地域のつながり、そして、地域での生活を継続する支援を実践する上で欠かせないものであると理解できる。また、インフォーマルな社会資源活用も含めた支援の展開は、利用者の個別支援を導くケアマネジメント実践につながるものであると考えられる。今後は、このような実践事例の結果を手がかりに、利用者が住み慣れた地域で生活し続けることができるケアマネジメント実践について、さらに検討を進めていきたい。

### 〈注〉

- 1) 本稿ではケース・マネジメントやケースマネジメントを制度として日本で定着しているケアマネジメントという呼称で使用していくこととする。
- 2) 菊池信子 「ケアマネジメントと社会資源－利用者側の資源活用－」 『ソーシャルワーク研究』 Vol.22 No.1 相川書房 1996年 37頁
- 3) 総理府資源調査会事務局 『明日の日本と資源』 総理府資源調査会事務局 1953年 135頁
- 4) 同書 136-137頁
- 5) 鹿園直建 『地球システム科学入門』 東京大学出版会 1992年 85頁
- 6) スキンナー著 日下部実訳 『地球資源学入門』 共立出版 1971年 1頁
- 7) 宮岡京子 「文献にみられる『社会資源』」 『ソーシャルワーク研究』 Vol.16 No.3. 相川書房 1990年 75-80頁
- 8) 鈴木千衣 横山由美 及川郁子 平林優子 田村佳士枝 川口千鶴 小原美江 石井由美 「慢性・長期的健康問題をもつ子どもと家族の日常生活と社会資源の活用－福島県内在住者を対象として－」 『福島県立医科大学看護学部紀要』 第7号 福島県立医科大学看護学部 2005年 13頁

- 9) 北澤一利 松崎瑞穂 尚和里子 安藤由美子 「地域の社会資源による中学校性教育支援の試みー地域社会資源が学校現場と意思疎通を図るためのチェックシートの開発ー」 『北海道教育大学紀要』第 57 巻第 1 号 北海道教育大学 2006 年 264 頁
- 10) 田中一哉 「社会資源について考える」 『更生保護と犯罪予防』 Vol.20 No.3 日本更生保護協会 1985 年 74 頁
- 11) 小西加保留 伊賀陽子 藤平輝明 「社会資源の活用方法と留意点」 『治療』 Vol.88 No.12 南山堂 2006 年 2996 頁
- 12) 太田義弘 「社会資源とコミュニティ・オーガニゼーション」 『北星論集』第 3 号 北星学園大学 1966 年 82-98 頁
- 13) 同論文 88 頁
- 14) 白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁監修 『ケアマネジメント概論』 中央法規 2000 年 2 頁
- 15) Moxly, D. P., *The Practice of Case Management*, Sage Publications, 1989, p.17.  
 Rubin, A., "Care Management", *Social Work*, Vol.28, No1, National Association of Social Workers, 1987, pp.49-54.  
 Holt, B. J., *The Practice of Generalist Case Management*, Allyn & Bacon, 2000, p.2.  
 Orme, J. & Glastonbury, B., *Care Management: Tasks and Workloads*, acmillan, 1993, p.4.  
 Challis, D. & Davies, B., *Case Management in Community Care*, Gower, 1986, p.1.  
 SSI&SWSG, *Case Management and Assessment: Practitioners' Guide*, The Stationery Office, 1991, p.11.  
 白澤政和 『ケースマネジメントの理論と実際』 中央法規 1992 年 11 頁  
 佐藤信人 『介護サービス計画(ケアプラン)作成の基本的考え方・試論ノート』 全国介護支援専門員連絡協議会 2004 年 5-6 頁  
 橋本泰子 「地域ケアとケアマネジメント」 『社会福祉研究』第 80 号 鉄道弘済会 2001 年 93-94 頁
- 16) 白澤政和 「社会資源論」 『大阪市社会福祉研究』第 10 号 大阪市社会福祉協議会 1987 年 10 頁  
 小坂田稔 『社会資源と地域福祉システム』 明文書房 2004 年 52-58 頁
- 17) 白澤政和 前掲書 28 頁
- 18) 介護支援専門員実務テキスト作成委員会編 『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 2003 年 45 頁
- 19) 宮城孝 「わが国におけるコミュニティ・ソーシャルワーク応用上の視点と課題」 日本社会事業大学編 『ケアマネジメントシステムにおけるインフォーマルケアの位置と役割』 日本社会事業大学社会事業研究所 1999 年 4 頁
- 20) 馬場純子 「介護支援専門員のケアマネジメント業務の現状と課題」 『人間福祉研究』第 5 号 田園調布学園大学 2002 年 63-86 頁
- 21) 齊藤順子 「介護支援専門員の職務意識とその課題ー利用者主導のケアマネジメントの実践に向けてー」 『総合政策研究』 No.19 関西学院大学 2005 年 105-123 頁
- 22) フォーマル、インフォーマルの社会資源の分類の内容については、非営利民間サービス資源を

別の分類にするなど、さまざまに分類されている。しかし、日本のケアマネジメント研究においては、その多くが白澤政和の分類をもとに論じられていることから、本稿では白澤政和のフォーマル・インフォーマルの分類による社会資源内容に基づいて研究を進めていくことにする。

23) 白澤政和 前掲書 116-118 頁

丸尾直美 「社会保障の構造改革と介護保険」 『社会福祉研究』第75号 鉄道弘済会 1999年 8頁

白澤政和 橋本泰子 竹内孝仁監修 前掲書 134 頁(奥西栄介執筆部分)

24) 拙稿 「ケアマネジメント実践における社会資源活用の視座ーエコシステムからの検討」 『富山国際大学子ども育成学部紀要』第2巻 2011年 165 頁

25) 本事例は、2009年7月に実施した「ケアマネジメント実践シート第二次試行調査」の事例である。紙面の関係上、本稿では1事例について考察してみたい。倫理的配慮として利用者・家族には十分な説明を行い、了解を得た。個人名や施設名はアルファベット表記や仮名とし、個人が特定できないように配慮している。