

《福祉社会コース20周年シンポジウム》

地域で支える・地域を支えるー参加と協働を推進する社会福祉士の実践ー

Supporting the Community

- Practice of Social Workers Promoting Participation and Collaboration -

日 時 平成31年2月16日（土）14:55～16:55

場 所 島根大学松江キャンパス 大学ホール

コーディネーター：人間科学部福祉社会コース 加川充浩

シンポジスト：社会福祉法人いわみ福祉会サポートセンターふかふか 樋山季実子

松江赤十字乳児院 井上友見

社会福祉法人松江市社会福祉協議会 三上貴大

コメンテーター：大阪大学大学院人間科学研究科 齊藤弥生

人間科学部福祉社会コース 杉崎千洋

○加川

それでは、ただいまからシンポジウムを始めさせていただきます。

最初に、私から趣旨の説明をさせていただきます。福祉社会コースが設置されて20周年です。私自身は2004年から福祉社会コースに所属しています。今日も卒業生がたくさん来てくれて非常にうれしく思っています。

テーマは、「地域で支える・地域を支える」です。副題が「参加と協働を推進する社会福祉士の実践」です。「地域で支える」と「地域を支える」は、平仮名の1文字違いなんですけど、「地域で支える」というのは、生活困難を抱えている人を地域のみんなで支えていくという個別支援のニュアンスがあります。「地域を支える」というのは、困ってる人を支える地域をつくり、地域力を向上させる意味があります。先ほど齊藤先生のお話にも、地域が協働性を持つ、または連帯というような言葉もありました。そういった地域力を上げていくというイメージをこのテーマに込めています。

今日は、3人にお話ししてもらいます。ですので、その3人が、参加とか協働ということをどう意識しながら社会福祉の仕事をしてきたかということをお話ししてくれるのではと思います。

最初にも話しましたが、20年で200人以上卒業生がいます。いろんな地域で、またはいろんな種別で仕事をされています。高齢、障害、児童、地域行政などです。卒業生同士のつながりも非常にあります。20年、福祉社会コースが続いてきてよかったなというふうにも私も思っています。

今日の3名は、皆さん、勤務年数は10年前後ぐらいです。中堅どころですね。ベテランとまでは言えませんが、もちろん新人でもないというように思います。それぞれ、今の社会福祉に求められている実践についてお話をしてもらいます。

今、社会福祉に求められているものと言いましたが、どういうことが求められているか。私から最初に、導入という意味で2点ほどお話をします。

一つは、福祉の仕事なので、問題解決に当たるわけです。その際、様々な資源を総合的に使うことが、重要だというふうにも考えられています。例えば専門職が主体だった福祉が利用者の

主体に変わっていく。利用者の望む生活をどうやってつくっていくかということですね。そういうことを考えたときに、多様なサービスを使う、地域の資源を活用するというようなことが大事になります。

この20年ぐらいのことを考えると、制度が変わったり、仕組みが変わりました。このコースは1999年にできました。そのころよく言われたのが「措置から契約」です。介護保険制度もできましたし、障害者自立支援制度もできました。今は、障害者総合支援法になりました。従来は、利用者が、サービスを選択したり、自己決定したりすることへの配慮が十分でなかった。障害のある人、認知症の人の自己決定と権利擁護が大切だということに変わってきました。特に、従来の入所施設は、サービスがある程度セットになっていて、決まったサービスを使う。それが福祉の仕事だと考えられてきた。それが変わって、利用者が望む生活をどう実現するかが問われてきたと思います。

そういうとき、様々なサービスを組み合わせる。例えば病院を出て在宅で生活するなら、医療の資源と福祉の資源が連携する。この後、お話にもあると思いますけれども、農業の分野とか司法の分野と福祉が連携する。また、資源がない、決まったサービスしか手元にないとき、どうするか。それならば開発していきましょう。例えば就労の場とか、障害のある人の居場所をどう開発していくかが問われているというように思います。

さらに、島根県は過疎地域が多いです。交通手段も不足してくるし、買い物する場所がない。そこで、例えば住民が、自分たちでスーパーつくってみようかとか、資源を開拓していく。そのとき、社会福祉士が、どうやって側面的に支援していくかが大事になってきます。

社会福祉士は、もちろん制度を使う。相談事業所において相談の仕事しながら、既存のサービスを使う。それにプラス、もう少し利用者の方の生活を広げるためにはどうしたらいいかなど考える。そこで、人・活動・組織・財源を、新たな地域資源として持ってくる。制度的なものと非制度的なものをうまく組み合わせる。これが大事になってきているというのが一つ目です。

二つ目は、先ほどの斉藤先生の話もそうですけれども、地域を基盤とした福祉の重要性です。卒業生の皆さんもおられますけど、2007年から現在の社会福祉士養成カリキュラムは始まっています。そこでは、地域福祉の科目が増えてます。旧のカリキュラムでは、地域福祉論は選択科目の一つだったんですね。社会保障論、公的扶助論、地域福祉論のうち、どれか1つとったらいよいよということでした。現在は、必修です。つまり、個別支援をするのはもちろんですが、人が生活する環境にどう働きかけていくか。環境は、地域とも言えますが、そこに着目する福祉援助のあり方が重要なテーマになっています。

特に地域といったとき、地域住民の皆さんにどう加わってもらいながら福祉をつくっていくか。斉藤先生がコプロダクトと言われました。サービス提供過程の中に、地域住民にどう入ってもらうか。もちろん強制的ではいけません。自発的と、主体性を引き出して、サービス過程に入ってもらえるか。そのことが、地域づくりにもなります。住民の力と、専門職・行政との協働を形成する福祉のあり方ですね。専門職はそのために、地域の中で、様々な工夫をしています。今日は、そうした実践もお話いただけるといいなと考えてます。

すみません、若干長くなりました。本日のテーマとして、一つは社会福祉援助において、資源を総合的にマネジメントする力についてでした。二つ目には、地域を意識した支援に専門職がどう取り組むか、です。

具体的な進行の仕方です。最初に、3人に報告をしてもらいます。その後、質疑応答の時間を取ります。皆さん、質問をお考えいただければと思います。報告者と同じ分野で仕事をしている卒業生もおられると思います。よければ、私はこんなふうに頑張ってますといったお話しをしてもらってもよいです。最後に、コメンテーターのお二人にお話をいただいて、終了にしたいと思います。

それでは、3人に、お話しいただきます。樫山さん、井上さん、三上さんの順番です。最初に、樫山さんからお願いします。

グループホーム利用者の地域移行・定着支援

樫山季実子（社会福祉法人いわみ福祉会 サポートセンターふかふか）

では、私からグループホームの利用者の地域移行・地域定着支援についてご報告します。

まず自己紹介です。私、樫山季実子といいます。旧姓伊藤季実子です。出身は島根県浜田市です。島根大学の教育学部にまだ福祉社会コースがあったときの3期生です。4年生のときに受験して社会福祉士を取得しました。卒業してすぐに、現在の社会福祉法人いわみ福祉会というところで勤めています。最初、桑の木園という障害者支援施設で8年ほど経験し、その後異動して「サポートセンターふかふか」という障害者の共同生活援助事業グループホームで今仕事をして6年目です。現在サービス管理責任者として、グループリーダーという役職を持って仕事をしています。そのほか仕事外に平成20年より成年後見人として活動していて、現在2件受け持ちしています。

ではまず、社会福祉法人いわみ福祉会の法人の概要、それから、サポートセンターふかふかというグループホームの説明をして、その中で地域支援のことについて触れていきたいと思います。

まず、いわみ福祉会がどのあたりで活動しているかということ、島根県の中のオレンジの部分、浜田圏域で法人事業をしています。法人の設立時から掲げている理念、私たちはこの理念をもとにサービスを提供しています。「ごくごく当たり前の生活を奪うことなく、人としての尊厳にふさわしいサービスを」。法人設立が昭和49年ですが、このときから5つの願いを掲げています。「人として重んじられる施設づくり」、「福祉や人についての誤った考え方を変えていきたい」、「この人たちの持つ可能性を追い求め続けたい」、「地域の必要性に応じていきたい」、「地域とのつながりを大切にしたい」という5つの願いを基に、昭和49年から地域の方と一緒につくっています。

現在の法人内のサービスの概要、障害福祉サービスの展開です。入所施設があったり、グループホーム事業をしていたり、日中の生活介護や就労継続支援A型、B型ともにあります。また、ホームヘルプ事業もやっていますし、児童の入所施設も持っています。相談支援事業所や地域活動支援センター、発達障害者支援センター等もあります。高齢者福祉サービスは3カ所ほどありまして、江津市に養護老人ホーム、小規模多機能事業所とグループホーム、三隅町というところに、特別養護老人ホームと養護老人ホームがあります。これが先ほど説明したサービス等の地図になっております(スライド3)。

写真ですが、上2つが桑の木園という入所施設です。ここに法人の本部もあり、最近建てかえられて、新しくなっています。その下の写真がワークくわの木金城第1事業所という、洋菓子をつくっている就労Bの建物です。洋菓子工房トルティーノがつくっている洋菓子になっています(スライド4)。続いて上の2つが第2事業所といって、金城町にあって、石見神楽という伝統芸能の衣装をそこでつくっています。ここは就労A型、B型、ともにあります。その下のギョーザの写真とジュレの写真は、三隅町というところでつくっています(スライド5)。江津市内に、駅に近いところにレス

トランができて、そこで、ピザとパスタをつくっているのですが、江津市の繁華街の中にあるので、たくさんお客さんに来ていただいています。お芋の写真は、同じ江津市にあるフーズくわの木というところでつくっています。そこでは防災食等もつくっています(スライド6)。

上2つのお馬の写真はライディングパークというところで、乗馬ができるような施設になっています。下の2つがグループホームの写真になっています。右下の写真は最近建てられたグループホームです。高齢化の問題が出てきているので、障害者の方が高齢になって、介護が必要になっても対応できるような施設を最近つくっております(スライド7)。続いての写真は、高齢者の施設の写真(スライド8)となっております。

いわみ福祉会では、サービス事業とは別に、先ほどお伝えした神楽、芸能クラブとして石見神楽を練習して披露するというを行っています。フランスに2017年に行って披露したことがあります。これはそのときの写真で、長崎の太鼓の団体とコラボレーションして、フランスで上演して、NHKの「ハートネットTV」にも取り上げられて、かつて放送していただいたこともあります。そのときの写真です(スライド9,10)。法人の概要については以上です。

続いて、サポートセンターふかふかという、私が所属をしているグループホーム事業についてお伝えします。現在、定員87名で16カ所のグループホームがあります。16カ所のうち4カ所が夜間支援のあるホームです。浜田の地区と金城の地区に分かれて支援を行っています。これはホームの全体像で、網かけがしてあるところは夜間支援があるホームです(スライド11)。私がいるのが金城のほうで、9カ所のホームを支援しております。さつき、さくら、桑雲寮、きぼうというところが4カ所まとまった場所にあって、きぼうというところに事務所があります。4つがまとまって事務所の近くにありますが、それ以外のホームは事務所からちょっと離れた場所に位置づけられています。

では、どういった方がグループホームを利用されて、必要として入ってこられたかというところで、地域生活をされていたけれど難しくなってグループホームに入居されたケースをご紹介します。

まず、親や支援者がいなくなり入居された方です。Aさん、40歳男性で、4年前に入居されました。福祉サービスを利用するのは初めてで、それまではお父さんとお母さんと暮らしておられました。生来、知的障害があったのですが、お父さんがそういった介入をすることへの強い拒否があって、地域住民の方も介入できていませんでした。4年前に、3月と5月、立て続けにお父さんとお母さんを亡くされてからひとり暮らしになって、家の衛生環境が悪化して、食事も自分で調理できなくて、コンビニやインスタントラーメンを食べたりして、肥満傾向になっていました。入浴も定期的に行っていない様子があり、家計の計算も難しく、支出が多額にある状況でした。車も持って運転されている方でした。地域の保護司さんが、以前、法人の職員だった方ですけども、その方から直接ご相談があって、福祉サービスにつながってホームを利用することになりました。

日中活動については、先ほど写真にあった馬のところ、就労継続支援A型を利用開始されています。実際、今までは左官関係とか土木関係に勤めておられたんですけども、人間関係が悪くなったり、景気が悪化したりということで、数年で退職することが多かった方です。

ホームに入居されてからは、金銭の支援を行って、定期的な小遣いを決めて、収支の赤字を解消しています。食事はグループホームで提供されるので、それを摂取されたことで肥満が徐々に改善していきました。共同生活ということが初めてだったので、同居の方の変わった行動への理解が難しく、トラブルも最初は多く見られていました。福祉サービスを利用することが初めてだったので、先ほど説明したきぼうホームという事務所があるホームで、職員の目が届くところで生活面の支援を充実させていきました。現在では、今まで行けなかった旅行にも行かれたり、余暇も充実

してきています。車の買い換えを希望されて、その契約の支援があったり、ご実家の不動産が遺産として残っているので、契約や財産に関しての支援が必要で、成年後見の申し立ての支援をして、保佐人が選任されたという現状になっています。

続いてBさんです。単身生活をされていたのですが、借金ができて「生活を立て直したいので入居したいです」ということで入ってこられた方です。Bさんは40代女性の方ですが、20代前半からアパートでひとり暮らしをして、就労継続支援A型を利用していたのですが、40代前半にA型の事業所の販売物を盗んでしまって、それを換金して、市内の質屋さんから警察に連絡が入って、警察から事業所に連絡があって発覚したことがありました。

本人の生活については、障害者就業・生活支援センターが支援していたのですが、そこまで把握されてはいませんでした。計画作成の相談が、相談支援事業所に入って、その相談員が介入することで、ローンの返済額が多額にあって、月々の収支が赤字の状態で行われていたということもわかってきました。借金の多くは、自分で契約した携帯電話3台分とタブレットを3つ所持されていたり、宝石の勧誘に乗って購入して、また換金を勧められて、そのお金でまた宝石を買って、ということをして、徐々に借金が膨らんでいました。相談員がそういった解約の支援をしたんですけども、療育手帳が身分証明になってできませんでしたので、法テラスというところに相談して、自己破産の手続きをして、成年後見の申し立てを行っていただきました。お兄さんが保佐人としてつくことになっていました。

そうした中で、本人さんの中で自分の生活を立て直したいという気持ちが芽生えてきていました。就労継続支援A型の事業所では盗みがたびたび発覚して、その都度、仕事の場面を変更してきましたが、なかなかそれが減らずに、就労継続支援A型からB型へ変更になりました。その関係で収入が減って経済的に苦しくなったので、単身生活の継続が難しくなって、グループホームに入ってこられました。現在は保佐人さんと相談しながら、定期的なお小遣いで生活されています。単身では自分で御飯をつくったり掃除をしたりと、全部自分でしなければならなかったのが、仕事をしながら家事をすることがとても負担になっていたようなんですけども、ホームに入ってからからは、皆さんで協力してすることで負担も減って、気持ちも楽になったと話されています。単身生活での経験を生かして、一緒に住んでいる方に料理とか、ごみ分別とか掃除などを教えていただいています。ビーズなどの趣味を増やして、地域でのビーズ教室に参加されて、楽しく生活されています。

サポートセンターふかふかは、地域の方とどのようにかかわっているかについてお話しします(スライド14)。まず私たちのことを知っていただこうと、行事で夏祭りとか秋のお祭りとか、地域の方に呼びかけて来ていただいて、地域貢献させていただくということをしています。町内会への参加ですが、町内会の会費を直接利用者さんが持って行って支払ったり、市報の配布やごみ出し等も町内会を利用しています。

新たな地域にグループホームを設置というのは、今までなかったところにグループホームを設置していくとき、その地域のキーパーソンを見つけて、その方に働きかけていくことから始まります。回覧板でそのほかの地域の方に、こういった方が入られますというご説明をすることもあります。また、そのグループホームに引っ越してから、利用者さんと一緒に地域の方に挨拶して回ることも行っています。

また、地域の必要性に応えるということですが、地域で、浜田のほうではお祭りとなると絶対神楽をするんですが、そういったところで、お祭りに出演してほしいという依頼があれば出演します。先ほど馬の写真がありました、ライディングパークというのはうちの法人が一からつくったもの

ではなくて、浜田市が経営していたものなのですが、市がそれに困っていたので法人が手を挙げて運営をし、そこで働いていた方も一緒に継続して働いていただいている、という例があります。

地域の方とどのような関係をつくっているか(スライド15)。利用者さん自身がグループホームから近くの事業所まで歩いて行かれたり、自転車で行かれたりするのですが、その中で挨拶をきちっとされていて、良好な関係が築けていると思っています。先ほどお話ししたような行事等でボランティアさんとして来ていただいて、そこで中に入ってもらったり、かかわってもらうことで関係性づくりができています。

そして雇用です。夜間支援があるホームは、泊まりを地域の方にさせていただいたり、食事づくりを地域の近くの方にさせていただいて、地域の方が来られています。また地域の方への研修等をしています。あとは町内会の行事の参加ですが、各地区に分かれている中で、各地区それぞれ草刈り、溝掃除などありますので、利用者さんと一緒に参加したり、運動会にも参加しています。あと、グループホームの避難訓練をするときには、近所の方に声をかけて来ていただいて、その様子を見ていただいています。また、日常生活自立支援事業の生活支援員さんとして、近隣の方が来られています。

あとは、ホームの近くのお店を利用することで、例えば大きな量販店じゃなくて近くの電気屋さんを利用することで修理に来てもらったり、利用者さん自身もそこに行っている注文したり、ということを通してかかわったりしています。

サポートセンターふかふかが、専門職の方とどのようにネットワークつくっているかということですが(スライド17)、日中活動事業所は、利用者さんがグループホームから通っているのですが、連携や会議は頻繁に行っています。相談支援事業所も利用者さん一人一人に相談支援員がついていますので、定期的な報告とか会議等の開催で連携しています。あとは、就業・生活支援センターですが、一般就労されている方もグループホームに入っているのですが、連携をとっています。社会福祉協議会のほうは、日常生活自立支援事業を使っておられる方が結構たくさんおられるので、そういう事業でかかわっています。

第三者成年後見人等は、グループホームの利用者さん全員についているわけではありませんが、今、利用者さんで8名程度は第三者後見人がついているので、毎月訪問に来られたときに様子をお伝えしたり、緊急時に連絡したりということを行っています。弁護士は、先ほどの事例に出てきたように、法律の知識がないので法テラスの弁護士に相談して、ということも行っていきます。行政は、サービスに関する支給決定でかかわったり、医療は病院に通って先生の指示を得たりというところでかかわっております。

ケアマネジャーなんですけれども、グループホーム、高齢化が問題と先ほど言ったんですが、65歳以上の方が現在3名おられて、相談支援事業所からケアマネジャーのほうに移行されるケースが増えてきています。その関係で、ケアマネジャーとも連携していきますし、生活介護とデイサービスを併用して使っている方もおられるので、高齢者のサービスとの関係性も出てきています。

支援の中で、グループホームから単身生活へ出たい、と単身生活を目指してグループホームに入っている方はたくさんおられるんですけれども、単身生活に向けてどのようなことが課題になっているかというところ、まず金銭面です(スライド18)。年金収入だけでは単身生活は難しく、やっぱり工賃収入がないと、なかなかお金の面で難しいということが課題になってきています。また、金銭管理は自分でできるのか、日常生活自立支援事業を使うのか、成年後見人をつけるのかというところで、どの程度自分でできるかが課題です。アパートを契約するときに保証人が必要で、親族がおら

れない方は、誰が保証人になるんだろうかという問題が出てきています。

あとは食事に関する地域資源の不足です。ヘルパーに来ていただいでご飯つくっていただく方もおられますが、やっぱり最近人手不足が言われているので、毎日ヘルパーが入るのは難しい、とお弁当で対応していくことになり、なかなか金銭面での課題があったり、お弁当は飽きるとおっしゃる方もいます。

また、グループホームで生活されてから単身生活になると、グループホームの支援から相談員の支援へ移行していくので、やはり生活支援面で支援の度合いが薄れていきます。また、そのあたりの生活支援の必要性がどれぐらいなのか、というのが課題になってきます。

あとは緊急時の対応です。地震や火事があったときに、自分できちっと対応ができるか、水漏れが起こったときに自分で対処できるか、あと、回覧板が回ってくるんですけど、内容の理解がどれくらいできるか、というところが課題になってきます。

グループホームの中で、単身に向けてどのように支援を取り組んでいるかという点です(スライド19)。金城地区にあるグループホームの中で移動して、支援の内容を変えていっているところですが、夜間支援がついていたホームから夜間支援がないホームに移動することで、朝、自分で起きなくちゃいけないとか、掃除も自分たちでしなくちゃいけない、ということが出てきています。また、事務所に近いホームから、少し離れたホームに移ることで職員の目が届きにくくなる、支援の度合いが低くなるんですけれども、逆に自分で相談できる力をつけるという意味で、単身に向けて取り組むことがあります。また、定員が多いホームから少ないホームに移ることで、掃除する場所、自分が担当する場所が増えて、よりひとり暮らしに近い形になっていくので、それにも取り組んでいます。

あとは、世話人さんにも休日がありますので、そういう日に利用者さん自身で食事づくりをしたり、自分で作れるように練習をしています。成年後見制度、日常生活自立支援事業を使うことも行っています。ホームミーティングとって、利用者さん同士で会議してもらって、困っていることを自分たちで解決できるように、他の人からどう見られているのか気づけるようにという意味で、会議を開催することもあります。また、健康管理と服薬も自分できるようにすることも支援しています。ハートネットミレ青山6丁目というのが、1月に建てたばかりなのですが、アパート形式で自炊ができるグループホームになっています。単身に向けての一步ということで、そうした場所を活用することもあります。

私からは以上です。参考資料では、ホームのマップや、利用者さんの年齢など、区分別に表にしてありますので、またご覧ください。以上で終わります。

「つなぎ保育」の実践と重要性 ―子ども一人ひとりの人生をつないでいくために―

井上友見（松江赤十字乳児院 家庭支援専門相談員）

では続けて報告させていただきます。松江赤十字乳児院で相談員をしています、井上といいます。今日は、「つなぎ保育の実践と重要性～子ども一人ひとりの人生をつないでいくために～」というテーマでお話しをさせていただきます。よろしくお祈りします。

簡単に自己紹介させていただきます。私は平成19年に、先輩と同じ教育学部の福祉社会コースを卒業しました。卒業後はちょっと分野の違う、歯科医院に就職したんですけど、やっぱり福祉の仕事がしたいなと思うようになって、その後転職をして、平成23年度から乳児院で相談員として働いています。

乳児院はどんなところかという説明ですけれど、「あゆみ」や経営については資料を見ていただければと思います(スライド3)。当院は、島根県で1つだけの乳児院です。いろんな事情でおうちでの養育ができないお子さんを、24時間体制でお預かりして養育をしています。定員は30名で、0歳から、大体4歳ぐらいまでの子どもさんが入所しています。入所状況については、資料をご覧ください(スライド4)。

入所理由はおうちによって違うんですけど、保護者さんの入院とか出産とか、場合によっては虐待によって入所されることもあります。ここ数年は、保護者さん自身に知的障がいがある、これは疑いもなんですけれど、あとは発達面での特性によって養育が困難になるケースが増えています。また、精神疾患を抱えていたり、具体的な診断名は出ていないけど、精神的に不安定という保護者さんも多くなっています。産後不安定になって入所となるケースもありますので、そうなると、子どもさんは日齢数日といった新生児さんをお受けすることもあります。入所期間はケースによって違いますが、短ければ1日だけの利用もありますし、長い場合には3~4年入所となる子どもさんもいます。参考として、前年度の入所利用状況をあげていますのでご覧ください(スライド6)。退所理由を見ていただきたいのですが、家庭引き取りとなる子どもさんが一番多いです。当院の場合はほぼ毎年、8割程度の子どもさんが家庭引き取りになっています。

次に、職員体制についてです。いろんな職種の人が一緒になって働いています。私は家庭支援専門相談員という名前で、保護者さんとか関係機関、これは主には児童相談所があげられますが、連絡調整等、主に窓口業務を行っています。

具体的に相談員が何をしているか、大きく分けると次のような業務をしています(スライド8)。まずは、保護者、里親対応についてです。乳児院にはたくさんの保護者さんやそのご家族が来院されます。里親委託もしているのでも、里親さんとかかわりも多いです。相談員はそういった方の最初の窓口となります。来院時にはお話しをさせてもらったり、面会や外出泊の日程調整等を行います。見守りが必要なご家庭もありますので、そういったときには、面会時に同席したり、必要に応じて養育のアドバイス等も行います。次に、関係機関との連携です。子どもさんやそのご家庭の支援には、関係機関との小まめな情報共有や連携が必要なもので、私はそれぞれのケースの面会とか、外出、外泊されたときの様子とか、保護者さんのお気持ちとか、そういった何か動きがあったときには、児童相談所にその都度報告をしています。同じように、関係機関からも連絡をもらい、状況を整理しています。面接や家庭訪問も一緒に行います。次に、職員間での情報共有ですが、乳児院は24時間動いているので、中で子どもさんのお世話をしている職員は交替制勤務をしています。なので、それぞれの職員にこの家庭がこうだったよ、ああだったよと、動きがあったことを常に情報交換するのは困難です。私は家庭の状況をまとめて記録にしたり、カンファレンスの中で説明をするようにしています。最後に、地域とかかわりです。乳児院では子育て家庭支援事業を行っているのでも、毎日のように地域の親子が遊びに来られます。私は必要に応じて、おうちの中で困っていることがあったときに、そこで何のサービスを提供したら助かるかとか、こんなのがありますよと説明したり、お話しをしたりもしています。

次に事業内容ですが、当院では大きく分けて2つの事業を行っています。1つ目が一時的養育ですが、これは、これまでお話ししてきた入所のお預かりのことです。次に子育て家庭支援事業についてです。これは、地域の親子を対象に行っているサービスです。資料を見ていただければと思いますが、いろんなことをやっています(スライド10)。

では、今回のテーマでもあります「つなぎ保育」の取り組みについて、お話しをさせていただきます

ます。つなぎ保育という言葉は、初めて聞いたという方がほとんどではないかと思います。つなぎ保育を考案されたのは、今川恵理子さんという方です。経歴については、資料に掲載してあります(スライド11)。つなぎ保育って何なのかということですが、今川先生が考えられた定義はこのようになります。「措置変更における慣らし保育を、アタッチメント対象の移行という視点から丁寧に行い、措置変更によるアタッチメント対象喪失のダメージを軽減し、喪失の前に新たなアタッチメント関係の形成を支援すること」。簡単に説明すると、乳児院を出ていくとき、つまり退所前に行う施設や里親さんとの交流を、今までよりももっと丁寧に行っていくことを言います。

入所している子どもさんは、いつか乳児院を出ていく日が来ます。そのタイミングは、当院ではおおむね3歳前後です。里親委託になる場合には、さらに月齢や年齢が低くなることもあります。退所先は、児童養護施設や障がい児入所施設、里親等があげられます。

ここで、先ほどから何度か出てきているアタッチメント対象とは何なのかについて、説明します。当院では個別担当制を取り入れています。これは、入所している子ども一人一人に担当職員が1人ついて、寄り添って支援していくことをいいます。職員は交替制勤務をしているので、いつも乳児院にいるわけではないんですけど、担当はできるだけその子どもさんと一緒に過ごす時間をつくって、その子にとって一番安心できる存在になれるように日々かかわり、向き合っています。そうして時間をかけてかかわることで、子どもさんと担当との間に、愛着関係が築かれていきます。この関係はとても大切に、とても尊いものです。この関係を次の場所へつないでいくことが、子どもの後々の人生を支えることとなります。

そもそも、なぜ当院が慣らし保育では不十分と考え、つなぎ保育に取り組んだのかということですが、退所に向けた方針が決定すると、その後はそれに向けて動いていくんですけど、いきなり施設や里親さんのところに子どもを連れて行く、ということではありません。なので、以前から慣らし保育という名前で交流はしていたんですけど、慣らし保育だと、事前に通う回数が少なかったり、新しい担当とのかかわりはほぼありませんでした。また、退所日をあらかじめ設定して、それに向けて進めていくというような感じでした。

乳児院を退所するという事は、住み慣れた場所だったり、一緒に過ごしたお友達とか職員との別れを意味します。特に担当との別れは、一番近い人、これまで支えにしていた人との愛着関係が途切れてしまうことになり、子どもさんにとっては大きな喪失体験となってしまいます。乳幼児期の別れは、特にその喪失感が大きくなります。そういった経験をできるだけ少なくして、安心して次の場所に行ける準備をしてあげることが必要です。子ども自身が、「不安な気持ちはあるけど、次の場所には安心できるあの人がいる」と思えるように、退所前に新しい担当との愛着関係を築くことが、つなぎ保育の一番の目的となります。当院では、平成29年度からこの取り組みを始めました。

つなぎ保育を始める前に行ったことですが、これは乳児院だけで行えるものではないので、児童相談所とか施設とか里親とか、いろんな人との連携が必要です。そのため、まずは、つなぎ保育の重要性を理解してもらうことから始めました。

次に、当院ではどのようにつなぎ保育を行っているのかについて説明させていただきます。流れは、資料に掲載してあります(スライド19)。措置変更先の決定、施設職員や里親による乳児院訪問、つなぎ保育開始、退所当日までのかかわり、退所後の支援という流れです。

実際に、当院でつなぎ保育を行ったケースを2つご紹介したいと思います。1人目が、1歳1ヶ月で里親委託となった子どもさんです。ここではAちゃんと呼ばせていただきます(スライド20)。Aち

やんの実親さんからは、入所時から家庭には引き取れないとの意向がありました。実親さんは里親委託を希望されたので、特別養子縁組という制度を前提に交流を進めることになりました。資料の中に里父・里母という言葉が出てきますが、これは実親さんのことではなく、これから養育していくことになる里親のお父さん・お母さんということの意味しています。

初めてAちゃんと里親さんが出会ったのは、Aちゃんが生後9ヶ月のときでした。ちょうど人見知りが始まっていて、お部屋に入ったときにはもう、ウワーッとすごい勢いで大泣きしたのを覚えています。里親さんには子どもがおらず、子育て経験がなかったため、初めはとても不安そうにされていました。里母さんはお仕事をしておらず、「毎日会いに行きます」と言ってくださり、本当にほぼ毎日面会を続けられました。初めは職員がそばにいないとAちゃんは泣いていたんですけど、10日ほどしたら里母さんと個別で過ごせるようになりました。里父さんはお仕事をしていたので毎日来ることはできなかったんですけど、お仕事の調整をされながら交流を続けられました。

乳児院側の支援としては、少しでも里親さんの不安が軽くなるように、面会時にはできるだけAちゃんの担当職員がそばで見守ったり、困り事を聞く時間をつくりました。面会終了時には、その日ごとに感想とか、「次はこんなことをしてみたい」という要望を書いてもらうシートを用意して、1日の振り返りをしてもらいました。書いてもらったものは、他の職員も読ませてもらったり、書かれたことへのお返事は担当がさせてもらったりして、お互いにコミュニケーションがとれるように工夫しました。また、交流の合間で児童相談所を交えた面接を行い、次はどうしていこうというのを、みんなが同じ目線で支援が進められるようにしました。面会が落ちついてできるようになると、次は外出や、乳児院の中で泊まれるお部屋があるので、宿泊体験をしてもらったり、実際に里親さんのおうちへ外泊したりとステップを進めていきました。外泊は一泊から始めて、少しずつ日数を延ばし、最終的に長期外泊をしながら退所時期を検討していきました。とてもスムーズに進みましたので、最終的にAちゃんは1歳1ヶ月で委託となっています。

委託後は児童相談所と一緒に、定期的に家庭訪問を行いました。里親さんだけで子育てをするにあたり、いろんな悩み事が出てくるようで、お邪魔するたびにたくさんの質問をされました。里親さんに「つなぎ保育してみてどうでしたか」と聞いてみたところ、「交流を続けることはしんどいと思うこともあったけど、毎日通うことで子どもの変化や成長に気づけることが多かった。職員に相談できる時間も多かったので、委託時には不安が減っていた。今後も訪問してもらえると嬉しいし、相談できるところがあると安心」と言ってもらいました。その後は少しずつ間隔をあげながら訪問を続けて、特別養子縁組が成立したところで一旦のケース終了になったんですが、この家庭は市内在住なので、今も乳児院へたびたび遊びに来てくださっています。

2人目は、県外の児童養護施設へ措置変更になった3歳の子どもさんです。ここではBちゃんと呼ばせていただきます(スライド21)。基本的に乳児院から次の場所へ行く際は、そのほとんどが県内になります。ですが、まれに保護者さんの引っ越しなどで県外に行くこともあります。県外へのつなぎ保育は距離が遠く、さきほど説明したような流れで行うことはかなり難しいです。そのためBちゃんの場合は、新しい施設に泊まらせてもらって、少しでも慣れてもらえるようにする方法を選びました。遠方ではありましたが、施設側の理解があり、事前に乳児院までBちゃんに会いに来てくれました。そのとき、これから一緒に暮らすことになる男の子も一緒に来てくれました。

Bちゃんはかなり警戒心が強く、知らない人が見えると引き返したり、絶対自分からは近寄りたくない子どもさんでした。そのため、どうしたら新しい施設の人と仲良くなれるかと考えた結果、“Bちゃんの担当職員と新しい施設の担当職員はとても仲の良いお友達”という設定で進めることに

しました。当日はBちゃんに、「今日は担当のお友達が来てくれたよ、ほら」と、とても仲の良いような感じで近寄り紹介をしました。大好きな担当の身近な人なんだということが伝わったのか、強い警戒をしたり、泣いて嫌がったりすることはありませんでした。その日は3時間ほどではありましたが、一緒に遊んでもらったり、普段の生活の様子を見てもらいました。また、職員同士で話す時間をつくったりして、Bちゃんのことを少しでも知ってもらえるようにしました。

その後、今度は実際に向こうの施設に泊まりに出かけました。施設に着いたとき、ちょうど乳児院に遊びに来てくれていた男の子が見えたんですが、Bちゃん自らその子の名前を呼んだりしていて、「おお」って。やっぱり来てもらうって、顔がちゃんとつながった状態で行くことは大切だという話をしたのを覚えています。緊張は確かにあったんですが、担当がそばにいれば特に泣くこともなく過ごせましたし、少しずつ担当がいない時間をつくったりして、向こうの職員と過ごせる時間も持つようにしていきました。乳児院に帰る日、担当からBちゃんにこれからのことを伝えました。「このおうちね、Bちゃんのおうちだよ。新しいおうちにね、パパとママも来てくれるよ」と伝えると、意味がわかったのか、Bちゃん、ワーッと泣かれたそうです。ですが、この日は乳児院と一緒に帰れるということがわかってか、その後泣きやんで身支度を始めることができました。

乳児院にいる期間は、長い子だと3年くらいになるんですが、年齢が高くなればなるほど、入所してる期間が長くなればなるほど、他の子どもさんを見送る機会が増えるということになるので、Bちゃんも心のどこかで、次は自分の番と思うようになっていたのかもしれない。乳児院に戻ってからは、職員や他の子どもとお泊まりに出かけたときのことを話したり、お別れの準備として、担当とBちゃん、乳児院の職員や子どもが写った写真を一枚ずつ整理したりして、退所までの日々を過ごしました。退所する前日、担当から改めてBちゃんにお話しをしています。「ooさんが迎えに来るから、Bちゃんの新しいおうちに行くよ」と言うと、担当はどうするのって聞くので、「私はバイバイだよ、また会いに行くからね」と返しました。

退所当日は、担当とBちゃん、向こうの施設まで行く予定にしていたんですが、それはBちゃんにとっては、担当に置いて帰られてしまったという喪失感につながってしまうのではと心配してくださり、いろいろ相談した結果、当日は施設の方に迎えに来てもらうことになりました。出発間際、みんなで玄関に集まって、職員や他の子どもたちみんなで、さようならをしました。いつもと様子が違うので、Bちゃんは緊張していたんですが、泣かずに車に乗り込みみ出発することができました。とても成長したねって、Bちゃんなりにとても頑張ったんだろうねと、職員同士で話をしました。施設に到着するまでも、何回か担当のこと聞いたり、涙が出たりもしたようですが、励ましてもらいながら無事に向かうことができました。

退所後しばらくしてから、向こうの施設から手紙と写真が届きました。Bちゃんが元気に過ごしている様子が伝わり、みんなで喜びました。その後も継続して連絡をとらせてもらい、向こうでの生活が落ちついたことを確認してから、今度は担当がBちゃんに会いに行きました。久しぶりに会うBちゃんはとても元気そうで、まわりのお友達に刺激を受けながら、できることが少しずつ増えているようでした。担当との別れ際には、やっぱり涙が出たみたいですが、施設の方からは、「またいつでも会いに来てあげてください」と言ってもらいました。現在も「今度こんな行事がありますよ」と、お誘いの連絡をもらったりしています。こうした施設間のかかわりも、とても大切だと感じています。

では次に、こうしたつなぎ保育を始めたことによる成果と課題についてです。まずは成果ですが、以前よりも退所前の支援に時間をかけることができるようになりました。前は、何月何日付で退所

とあらかじめ日程を決めて、それに向けて進めていきましたが、今は子どもさんの様子を見ながら進めるようにしています。これができるのは、施設や里親の理解があってこそだと思います。これにより、子ども自身の安心につながりました。

次に職員だけでなく、入所している子ども同士でのお別れというものが、より理解できるようになりました。前は他の子どもたちに対し、この子はいなくなるとか、どうなるかということを実体的に説明していませんでした。家族のように一緒に過ごした子がいなくなるわけなので、「あの子はどこ行ったの」と聞いてくる子もいました。今は退所前のイベントとして、みんなで院外に食事に出かけたり、院内でパーティーをしたりするようになりました。退所するまでに時間をかけて、本人やまわりの子どもたちに説明することができるようになったことで、子ども自身にも気持ちの整理をする時間が持てるようになったのではないかと思います。ただ、この理解度については個人差が大きいとも感じます。

それ以外には、他の子どもから「お兄ちゃんお姉ちゃんのところは楽しいよ」と、励ます場面が見られたり、実際に見送るときには、お別れが悲しくて泣いてしまう子も出てくるようになりました。前はあまり別れというものを前面に出さずにいたので、この違いは大きいように思います。また、施設や里親と、支援について話し合う機会が増えたので、以前よりも関係が深まりました。そのことにより、「乳児院で大切に育ててもらった思いを引き継いで、今度はこちらがしっかりと見守っていきます」とか、「最初はどうなんだろうと思ったけど、つなぎをやって良かった」と言ってもらえることが増えました。

成果がある反面、課題ももちろんあります。時間がないので、また資料を読んでもらえたらと思います。つなぎ保育は人と人のやりとりなので、これが正解というものはありません。どこまで子どもの気持ちに寄り添って進めることができるのかと、その都度みんなで悩んでいるというのが実際のところですが、悩みは尽きないんですが、私が今日一番言いたかったのは、この一言です。「つなぎ保育は、子ども一人ひとりの人生をつないでいくための重要なステップ」であると考えています。乳児院は数年しかいられない場所ですが、子どもさんにとっては大事な人生の通過点です。ここで過ごした日々が、子どもたちにとって、これからの人生の大きな糧になると思っています。また、子どもたちにとって乳児院という場所が、離れていても、心のどこかでつながっている存在でありたいとも願っています。今後もより良い支援を目指して、頑張っていきたいと思います。報告は以上です。御清聴ありがとうございました。

○加川

ありがとうございました。子供の施設での実態、特に社会福祉士がどんなことをしているのか、なかなか聞く機会がないので、非常に貴重な内容だったと思います。また、乳幼児の問題って本当に重い課題で、次の居場所をどう探すかなんていうのは本当に深刻な話なんですけど、そういう中でいろんな工夫して、次の行き先をうまく探しつつ、いろんなほかの機関と連携して、いい社会福祉士らしい事例だったかなと思います。

最後になりました。三上さんからは社会福祉協議会の活動についてお話しいただきます。

地域に根付いた居場所づくりを目指して

ー松江市城北地区における夕食提供サービス（オレンジキッチン）の取り組みからー

三上貴大（松江市社会福祉協議会 地域福祉課地域福祉係）

それでは、松江市社会福祉協議会地域福祉課に所属しております三上から報告をさせていただきます。簡単に、まず自己紹介をさせてください。私は松江が出身ではなくて、島根県西部の邑南町というところの出身です。高齢者の方が今でも多いですけども、以前からすごく多いところで、私が福祉に関心を寄せるきっかけであったと思っております。大学では、法文学部に在籍しておりました。卒業後は松江市社協に直に採用ということではなくて、市町村合併の前に東出雲町というところがあり、その東出雲町社協で採用されました。当時、包括支援センターのほうに所属しておりましたけれども、小さい社協でしたので、包括支援センター以外にもいろいろな団体の事務局の少し事務をさせてもらったりとか、生活福祉資金の貸し付けの相談に乗らせてもらったりとか、そういったことをさせてもらっていました。平成23年の8月に市町村合併があって、社協も合併となりました。合併後は包括支援センターに3年8カ月在籍していて、今の地域福祉課が4年目となります。

松江市の概要ですけども、資料(スライド3,4)をご覧ください。在籍されていた方が多いかと思えますので、こちらの風景のほうはもう何となく見られた方があると思います。地域の方々とお話をさせていただくと、福祉活動に携わる人も、伝統的なお祭りとかそういった活動を一生懸命にやっておられて、伝統行事も大切な生活の一部であると感じています。

先ほどの斉藤先生のほうからもお話がありましたので重複しているところもあるかと思えます。包括支援センターがあったりとか、地区社協があったりとか、そういった礎があって地域福祉活動があります。特に下のところですけども、本当に互助の、支え合いのいろいろな活動を進めておられるのが約1,600名の福祉推進員さんで、松江市社協が委嘱をさせていただいております。あとは、本当に長い歴史がありますけれども、なごやか寄り合いといって高齢者の方のサロン活動、こちらのほうも約400カ所、続いております(スライド5)。

本日も報告をさせていただくのが、城北地区の取り組みになります。29地区でも中心部の地区になります。城北地区のイラストですけども、松江城があって、北のほうにある地区になっております(スライド7)。江戸時代からあるような町並みから、昭和40年以降に造設された大型団地などがあり、様々な歴史をもつ地域が合わさった地区でもあります。私が担当させてもらっているのは中央ブロックとあって、6つの地区で、全体で約3万7,000人の地区を担当させてもらっています。自治会、町内会加入率については、市内全体では大体60%ぐらいですけども、城北地区は75%というふうになっていて、比較的地縁のつながりが強い地区でもあるのかと思います。こちらは、城北地区の昔と今を比べた、人口と世帯数を比べたものになります。人口のほうは、新しい団地もできて増えておりますが、何が言いたいかというと、一つの家族、世帯人数です。昔でいうとやはり家族というものは身近な支え合いの手助けをしてくれる人だったと思いますが、城北地区においても世帯人数が減っていて、なかなか家族の中で支え合いが完結できる状況ではないのかなと思っております。

少し私が所属している松江市社協の内容を報告させていただいております。組織図はごらんのようになっておりますけれども、私が所属しているところは地域福祉係で、8名体制で地区を担当させていただいております(スライド10)。地域の支援をさせてもらうときに、どういうツールを使っているかを少し紹介させていただければと思います。地域のいろいろな資源とか支え合いの仕組みって

いうものが今、何があるかをまず知るために、地域の方と意見交換をする場を持っております。こちらは「高齢者の暮らし困ったこんなときお知恵拝借シート」というものです(スライド11)。左側のところが、これまで包括支援センターが相談に乗った中から、多く寄せられる困り事の項目を抽出したものです。こういったものに対して、今ある社会資源が何であるのか、また将来、逆に地域の中でこういったものがあるといいなというものを、ワークショップを通じて地域の人たちから教えてもらいました。こういったワークショップを積み重ねて、地域の課題と今後の手だてを1つのシートに落としていきました。こういったものを通して、地域の方と地域の課題と将来像を考えていくという機会を設けてきました。

本日報告をさせてもらうオレンジキッチンという取り組みも、取り組みが始まったのが平成27年の3月ごろになります。こちらは市の全体的な調査で、買い物に支援が必要な方、調理に支援が必要な方がどれぐらいいるかという数字です(スライド13)。多いか少ないかはそれぞれあるかと思いますが、人口に対してこれだけの人が、やはりこういった支援が必要な方が地域、城北地区におられるということがわかっておりました。これも地域の生活課題の一つではないかということを確認しておりました。こういった地域の課題というものを、私自身だけの認識ということではなくて、まずは地域のいろいろな福祉活動を進めていかれる地区社協さんや福祉活動に関わりある方々と共有していきました。先ほど紹介したワークショップを通じて、こういった集まりの場が欲しいとか、サロンが欲しいとか、様々な意見が挙げられました。挙げられた意見や、地域ケア会議、個別のケース会議の中で上げられている事例も少しあわせて、地域の方とこういった課題があるのではないかと共有していきました。

その中で、一つ着目したのが、孤立、孤食というところでした。ただ、この着目というのはまだ推測というところでしたので、まずは手だてとしてアンケート調査、ニーズを調査していくところからスタートしました。それを進めていく上では、新しい、推進する会の立ち上げが必要ということで、ともに支える城北の会というものを設立していきました(スライド14)。

取り組みの一連はこちらのとおりで、当時の目標は3つに分かれています(スライド15)。一つ目が、先ほど言った、地域にどんな課題があるかというところをニーズ調査していくこと。加えて二つ目に、いろいろなボランティア、福祉活動を担っていただける方の育成をしていくこと。三つ目が、一つのゴールになるわけですが、オレンジキッチンという夕食の提供をする場所をつくっていくこと、それは、最終的には人と人とのつながりの場所をつくっていきたいというところを目標に、会員の人たちと話を進めていきました。こちらはその、ともに支える城北の会の構成団体になります(スライド16)。先ほども斉藤先生の話に出ていましたけれど、地区の社会福祉協議会の関係団体に加えて、社会福祉法人であったりとか、生協さんであったりとか、あとは包括支援センターであったりとか、新しい、少し幅が広がった構成団体というふうになっております。継続的な活動を進めていくということが当初から課題であると地域の方とも認識しておりました。やはり地域の方はすごく忙しくて「今の福祉活動を担っていく、進めていくだけで、なかなかもう手いっぱい難しいよ」ということも、ご意見もいただいております。よくあるのが、会をつくっても実行する人はまた別の人とか、そういった課題もありましたので、なるべく会に入ってもらった方には実動部隊としてやっていただきたいという方向になっておりました。なので、1つの大きな団体ではなくて、部会制を設けて会を進めていくということになりました。

こちらが3つの部会ですが、今日は、一番上のみんなの台所部会、オレンジキッチンという、さっき言った夕食提供サービスをやっていく部会を中心にお話をさせていただきます(スライ

ド17)。こちらにCSWと書いてありますが、いわゆるコミュニティソーシャルワーカーとしての役割も担っております(スライド18)。先ほども言ったように、地域の方っていうのは、本当にいろいろ福祉活動をやっておられる方です。加えてこういった食事の提供サービスというか、食事をつくるということは、やはり新しい取り組みという認識でありましたし、すごくハードルが高いのではないかというお声もいただいております。そんな中で、先ほども言ったような社会福祉法人さんに入ってもらって、利用者さんの送迎であったりとか、食事のメニューの考案だったりとか、実際の調理にかかわっていただくことによって、「何とかこれだったらできるのではないかな」という声もあって、実現に向けて進んでいきました。

あとは、場所が公民館ということではなくて、新しい場所を確保するというのも課題となっていました。県社協さんの補助金を活用して、こういったハード面の整備もしていきました。オレンジハウスと言いますが、この一軒家を全部借りるのでなくて、1階の半分を借りるような形でやっていきました。由来は、裏庭になぜかオレンジの実ができていたところから、オレンジハウスというふうに地域の方が名づけられました。改修を経て、このように中身も整備をされました(スライド19~21)。

先ほどもお話をさせてもらいましたが、アンケート調査をさせていただきました。高齢者の方へのアンケート調査の中で、地域の方にも協力をしていただいていたことができませんでした。大体56%回収率でした。結果からはいろいろ出ていますけれども、食に関する見解では、一人で食事をしている方がいる、あとは他の方と会食を希望する人がいる、数は割的には少ないかもしれませんが、そういった方が確実に存在するということがわかりました(スライド22)。

そういった背景もあってオレンジキッチンをやっているということになって、今、ちょうど1年ぐらいになります。こういった形でやっているのですが、他の事例で昼に食事を皆さんで食べる、というところはあるかもしれませんが、夕食ということで、余りない例かなというふうに思っております。参加人数は大体10から15名ぐらい、余りキャパも大きくないものですから、このくらいが一応一つの基準かなというふうに思っております。ほぼ全員独居の方で、家におられる方ばかりではなくて、近くにサービス付きの高齢者向け住宅がありますが、そこから通ってこられる人もいます。感想はこのようなお意見をいただいております(スライド24)。できるだけ共同調理という形で、参加者の方にも調理に参画をしていただいております。また、社会福祉法人さんの調理師さんにも来ていただいて、手伝ってもらっています。ボランティアさんがユズを提供していただいたりとか、少しお裾分けというようなこともしていただいたりします。ただ食事をするだけではなくて、少しレクリエーションというか、お楽しみのような形で、いろいろなボランティアさんに来ていただいております。先ほど斉藤先生ご紹介をされましたけれども、須田さんにもギタリストで来ていただきましたし、いろいろな方に講師というか、お楽しみの講師としてレクリエーションで会場を盛り上げていただきました。また、取り組みが新聞にも掲載をされました(スライド28)。活動者の方の感想はご覧のとおりですけれども、やっぱり地域を本当に愛する気持ちっていうものが、活動の源なのかなというふうに思っております。

最後に活動の振り返りです(スライド30)。課題もいろいろあります。財源確保や、ほかの地域への波及方法など、課題があるかと思っております。それと、ここからは僕自身の課題であるかと思っておりますが、地域のアセスメントをしていくことは標準化されているわけではなくて、まだまだ暗黙知のなかで、行われている部分があるのかと思います。一つのツールも紹介させていただきましたけれども、どのようなツールや取り組みを通じて、アセスメントを行い地域支援を行っていくのかにつ

いては、試行錯誤しているところです。また、地域の方と一緒に福祉活動をしていくということになると、やはり共感ということが大切になってくるかと思えます。そういった共感を生み出す源として、僕自身の思いとかメッセージをどういったふうに伝えていくかというのも課題かと思っています。資源開発は、ないものはつくるということで、簡単に言えるかもしれませんが、ある程度時間がかかることで、長期的な視野を持って取り組む必要があると思っています。ただ、地域資源の開発を行っていく上では、既存の地縁組織を中心とした団体とか機関だけではなくて、今回の事例のような社会福祉法人さんであったり、NPOさん、任意団体さんであったりとか、そういったものとネットワークを構築していくことが大事だなというふうに思っております。それと、地域支援というふうに言えますけれども、一人一人の生活を支える個別の支援、それがあって地域支援につながっていく、その人を支える視野を持って地域支援をやっていくということが大切であるというふうに、振り返ってみて改めて感じました。

御清聴ありがとうございました。私自身、本当に力不足で、どれだけ地域の方に対して、目に見える形で働きができていくかわかりませんが、地域の方や、松江社協の職員の方にも支えていただきながら、業務をさせていただいております。拙い報告になりましたけれども、以上で報告を終了させていただきます。ありがとうございました。

質疑応答・コメント

○会場より

井上さんの乳児院の発表の中で、利用状況の表にある入所理由と退所理由の「その他」は具体的にどのような理由なのか、差支えなければ教えてほしい。

○井上

ご質問ありがとうございます。入所理由のその他なんですけど、説明の中にもあったんですが、精神疾患と診断されていない人、産後鬱とか統合失調症とか何か診断が出ていなくて、だけど、精神的に不安定で、これから精神科にかかるとか、かかってはいるんだけれども診断が出せない、その人の性格みたいな、特性みたいなものもあって診断にはつながらないとか、そういった理由の精神的な不安定な人っていう方も入っています。この年にはいなかったんですけど、DVでちょっと避難とか、そんな人もいました。個人情報にひっかかってくるのであまり言えないんですけど、でも、この11人の「その他」の方が、さっきお話しした不安定な親御さんが当てはまるかなと思います。

○松江市社協で働いていた須田氏（会場より）

斉藤先生の話にもあったが、松江市が赤字再建団体になったのは昭和39年から7年間だった。当時はおそらく地域の人たちは、役所から丸投げされたという捉え方だったと思うが、何十年もかけて、やっぱり住民が地域の活動をつくっていくように切り替わっていった。ちょうど私が地域福祉を担当するころに、ちょうど花が咲いたということではないか。地域に職員が出かけて行って色々なことをするというのは大変なことで、叱られたり、どなられたり、宿題を出されたり、本当に悪戦苦闘しながらやってきたと思う。地域の人たちはみんな同じ考え方の人だけではなくて、そこに入っていくというのは大変なこと。

○加川

ありがとうございました。本当に長く松江を見てきておられて、かつ、この仕組みもつくってこられた方でございます。そろそろ時間ですので、斉藤先生、いかがですか。ざっと松江の例もありましたし、ソーシャルワーカーとしていろんな地域づくりに、社協、障害、子供の分野にかかわっ

ているということもいただいたかなと思うんですけども、ご感想なり、コメントなり含めて、ちょっとお話しただければと思います。

○斉藤

ご報告ありがとうございました。すごく私が感動したのは、島根大学の福祉コースで一生懸命学んだ皆さんが、県内の各地でこういった福祉のリーダーとなって活躍されておられるんだなということを感じて、非常に感激をしております。

それで、きょう私の講義の主題でもありました、自助とか互助というものが今、国から言われる時代になってきているんですけども、きょうのお三方のお話を聞いても、自助とか互助ってというのは黙っていてできるものではないわけで、やはり専門職の方がしかるべきときにしかるべき力を出して、そして、お金も必要なんですよ。それから、地域の組織化というものも必要なわけで、ですから、自助とか互助とかは黙っていてできるものではないというのを、お三方のお話の中から感じさせていただきました。なので、本当に福祉コースの皆さん、きょうは現役の方もいらっしゃるということで、ますますこういった地域の中で社会福祉の分野のリーダーとなっていただきたいと思いますというふうに思わせていただきました。ありがとうございました。

○加川

ありがとうございました。本当に地域福祉って住民が主体にもなるんですけど、もちろんそこに、いろんな専門職の援助っていうのもやっぱり大事になってきていることも改めて言っていただいたかなと思います。じゃ、杉崎先生、いかがでしょうか。

○杉崎

皆様こんにちは。杉崎です。私の専門は医療福祉です。3人のシンポジストのパワポを事前に拝見し、どのようなことが言えるかなと考えたのが今回のコメントです。「ソーシャルワーカー（SW）のメゾレベルの実践能力向上を目指して 医療ソーシャルワーカー（MSW）の実践能力変容過程研究から考える」と題しました。今回のシンポジウムの主題を「やや斜めから」見たような話です。このコメントは、日本福祉大学・保正友子教授の研究成果に負うところが大きいです。

地域はソーシャルワーカーの主戦場だと、日本福祉大学の前学長二木教授が指摘されています。きょうの3人のように、地域での仕事ができるようになるための能力はどうやって形成されてきて、どうやって伸ばしていくのがコメントのポイントになります。先に重要な点を述べると、MSW（SW）の成長の時期別に実践能力の向上を考えること。そのためには、まず能力の現状を評価することです（以下、56頁のスライド資料参照）。

3人とも、スライド1の表の左側、ミクロ、メゾ、マクロでいうと、メゾの話でした。それから、新人、中堅、ベテランでいうと、中堅です。中堅の定義は、「意識的に全体的な状況を捉えながら、みずからのソーシャルワーク実践を行うことができ、新人期のMSWを指導できる段階」です。MSWに限らず、SW全般に共通しています。

スライド2は、MSWが新人、中堅、ベテランと育っていくという図です。下から上に行っている矢印は、能力の変容促進契機です。実践能力は3つの側面からできています（スライド3）。左上、「価値・知識・技術を適切に統合して発揮」、右上「各種システムとの関係構築」、下の「専門的自己の確立」です。地域での仕事、メゾレベルでの仕事は2つ目の「各主システムとの関係構築」になると考えます。その定義は、「スムーズな業務を遂行するために、病院内外の関係者と関係性を作り、耕していく環境整備」となります。

「各種システムとの関係構築」という実践能力は、6つの要素から成っています。時間の関係で

そのうちの1つである「環境理解の深化」のみ説明します（スライド4）。中堅期の人たちに関しては、「組織内でのポジショニングの変化や地域と関わる機会が増え、全体のシステムのなかでのMSWの在り方を理解しはじめ、メゾレベル、マクロレベルでの理解が深まる」となります。

スライド5は、3つの時期別に影響を及ぼす変容促進契機をまとめてあります。全体に関わる契機は上段で研修参加、ケース対応などです。中堅期以降に関わるのは下段で、講師、バイザー経験などです。まさしく、本日のような機会が変容促進契機になるということです。

実践能力を伸ばしていくために、研修とか教育のプログラムが必要で、例えば社協だと、松江市社協単位とか、あるいは島根県社協とか全社協とか、いろんなレベルで研修もされていると思います。MSWに関しては、島根県MSW協会も研修をしていますが、少人数ですので、残念ながら体系的な研修をするまでには至っていません。一步先を言っているのは、静岡と北海道です。静岡県MSW協会の研修のキーワードは、「ルーブリック」です。大学教育でよく使っています。中教審が2012年ぐらいからやり始めたことです。北海道MSW協会のキーワードは、「ラダーシステム」です。看護師の職場研修などでよく用いられる方式で、段階的に研修を積み上げていきます。

静岡県MSW協会の取り組みに関しては少し資料がありました。その目的は、①MSW実践力評価指標（MSWルーブリック）の作成を通し、キャリアごとの到達目標を明確にする。②そこに到達するための県協会の研修内容を検討する、です。別の言い方をすると、キャリアごとの到達目標を明確にして研修をするのですが、そのための準備として、実践能力の評価指標をつくり、県協会会員の評価をするということです。新人期、中堅期、ベテラン期で、それぞれどんな能力が必要で、今何ができて、何が足りないかという評価をして、その後に研修プログラムを企画・立案し、実施していきます。静岡県MSW協会は、この方法で、全体的な研修のプログラムを県単位で見直している最中だそうです。

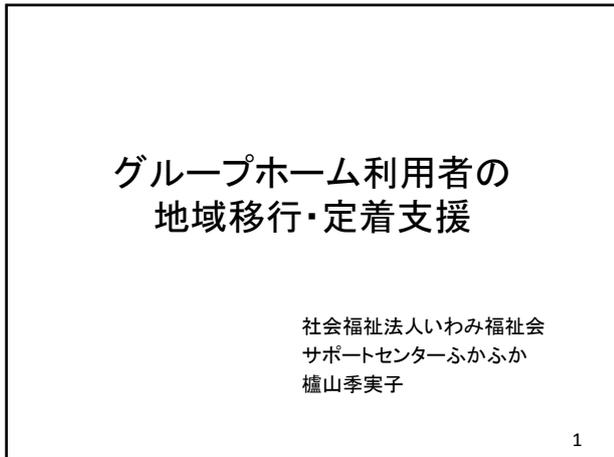
メゾレベルの実践というのは、さきの3人の話を聞いていて、多様であると改めて感じました。分野別の特徴はあると思いますが、共通しているのは、そこに行くまでに、あるいはそこに行く前から、研修プログラムをつくって実践能力を伸ばしていかないといけないということです。その場合、ルーブリックを例にとっても、現場の人と研究者が一緒になってつくっていかないといいです。卒業生の皆様や現場の皆様と、一緒につくってけるとよいと思っております。ありがとうございました。

○加川

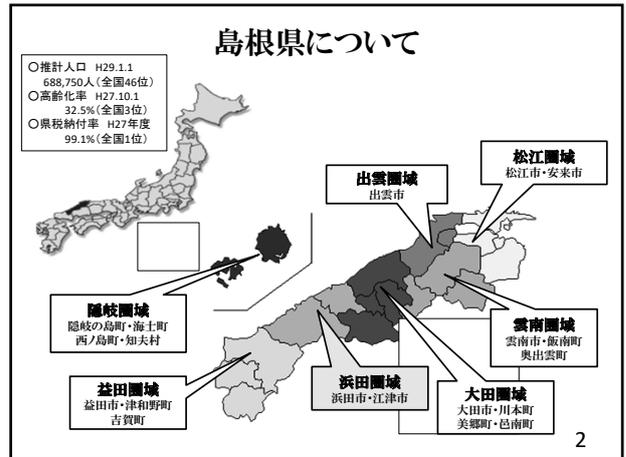
ありがとうございました。皆さん、中堅期で、これからいろんなことにさらに取り組んでいかないといけないところもあるということかなと思いました。

それでは、時間も参りましたので以上にしたと思います。きょうの3人の報告は、すごくよかったなと。福祉のサービスって本当に何をどう使うかという、すごくたくさん選択肢があると思うんですけど、それを、課題をきちっとつかんで、何が必要かというのを理解して、その上で創意工夫のサービスができてるところ、そのサービスを選択したっていうのは経験とかセンスもあるんですけども、それがいろんな解決方法とか資源の利用ができてる例で、本当にいいソーシャルワークの実践だったかなというふうに思います。

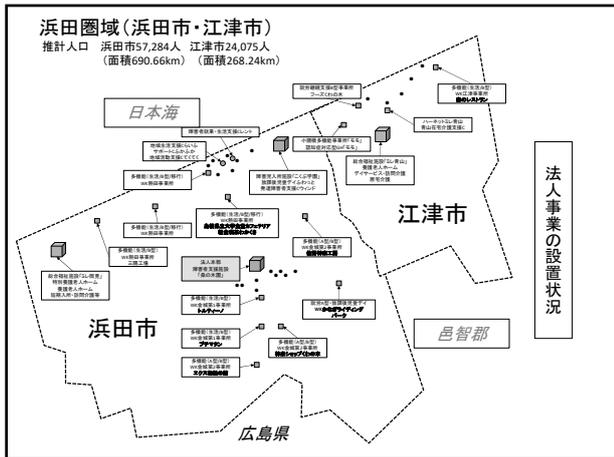
では、以上にしたと思います。どうもありがとうございました。



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10

サポートセンターふかふか
各グループホームの平均年齢等の状況

サポートセンターふかふか浜田		サポートセンターふかふか倉城	
<えきまえ>夜勤/日直 現員 9名(定3) 平均年齢38.5歳 (最高齢56歳)	<ながたけ> 現員 4名(定4) 平均年齢38.2歳 (最高齢52歳)	<さつき>夜勤/日直 現員 6名(定6) 平均年齢55.0歳 (最高齢70歳)	<なかや> 現員 4名(定4) 平均年齢50.2歳 (最高齢69歳)
<かたにわ> 現員 4名(定4) 平均年齢49.6歳 (最高齢57歳)	<しんまち> 現員 6名(定6) 平均年齢52.3歳 (最高齢70歳)	<さくら>夜勤/日直 現員 7名(定7) 平均年齢61.4歳 (最高齢72歳)	<かなざ> 現員 3名(定4) 平均年齢40.3歳 (最高齢49歳)
<ヴィオラのまち> 現員 4名(定5) 平均年齢34.5歳 (最高齢48歳)	<まつばら> 現員 3名(定4) 平均年齢36.6歳 (最高齢47歳)	<農楽家>夜勤/日直 現員 8名(定10) 平均年齢39.6歳 (最高齢53歳)	<しちじょう> 現員 4名(定4) 平均年齢54.2歳 (最高齢61歳)
<みなと> 現員 4名(定4) 平均年齢45.0歳 (最高齢49歳)		<きぼり> 現員 6名(定6) 平均年齢34.1歳 (最高齢52歳)	<第2しちじょう> 現員 4名(定4) 平均年齢34.2歳 (最高齢50歳)
		<しんがい> 現員 5名(定6) 平均年齢51.0歳 (最高齢61歳)	
定員36 現員34		定員51 現員47	

H30.9.1現在

11

在宅からGHへ

① 親亡き後に支援者がいなくなり入居

Aさん(40歳代・男性)
4年前にGHIに入居。福祉サービスを利用するのは初めて。それまでは父母と暮らしていた。生来知的障害があったが、父が介入することへの強い拒否があり、地域住民も介入できません。4年前の3月と5月に父と母を亡くしてから、1人暮らしになり、家の衛生環境の悪化、食事も自分で調理できず、コンビニやインスタントラーメンを食べ、肥満傾向。入浴も定期的に行っていない。家計の計算も難しく、支出が多額にあった。車を持ち、運転している。地域の保護司(以前法人の職員)からの相談で、福祉サービスにつながり、ホームを利用することとなる。

日中活動は就労継続支援A型を利用開始した。家にいる頃は、左官関係、土木関係に勤めていたが、人間関係や景気の悪化等の理由で、数年で退職することが多かった。

入居後は、金銭の支援を行ない、定期的な小遣いを決めることで、収支の赤字を解消した。食事は提供されたものを摂取し、肥満が徐々に改善した。共同生活が初めてのため、同居者の行動への理解が難しく、トラブルもあった。福祉サービスの利用が初めてであったので、事務所のあるホームに入居し、生活面での支援を充実させた。今までできなかった旅行に行くこともでき、余暇も充実させている。車の買い替えを希望され、車の契約の支援があったり、実家などの不動産に関して支援が必要であった。成年後見制度を利用し、保佐人が選任された。

12

在宅からGHへ

②単身生活をしてきたが、借金で生活を立て直したいため入居

Bさん(40歳代・女性)

20歳前半からアパートで一人暮らしをし、就労継続支援A型を利用し、生活していた。しかし、40歳前半、事業所の販売物を盗んで換金しており、市内の質屋から警察に連絡が入り、警察から事業所に連絡があり発覚した。本人の生活については、就業・生活支援センターが支援していたが、そこまでは把握されていなかった。計画作成の相談が入り、相談支援事業所が介入することで、ローンの返済額が多額にあり、月々の収支が赤字の状態でも生活していたことも分かった。借金の多くは、自分で契約した携帯電話(3台分の契約とタブレット3つ所持)、宝石(勧誘にのり購入し、換金を勧められ、そのお金でまた購入させられていた)を購入。療育手帳で身分証明になり、解約不可能。法テラスに相談し、自己破産手続き、成年後見の申立を行ってもらった(兄が保佐人)。支援を進めていくなかで、本人は自分の生活を立て直したいという気持ちが芽生えていた。

A型の事業所では、盗みが度々発覚し、その度仕事の場面を変更してきたが、盗みが止められず、就労継続支援A型からB型への変更となった。工賃が下がること、経済的に苦しくなり、単身生活が継続できなくなったため、GH入居を決める。

入居後は、保佐人と相談し、定期的な小遣いで生活している。単身では、食事、掃除をすべて自分で行わなければならない、仕事をしながら負担になっていたが、ホームに入ってから気持ちも楽になったと話す。単身生活での経験を生かして、同居者に料理やゴミ分別、掃除などを教えている。ピーズなど趣味を増やし、楽しく生活されている。

13

13

地域との関わり

●知ってもらう

行事にて地域貢献

(行事に来てもらい、楽しんでいただく)

町内会への参加(町内会会費支払い、市報の配布、ゴミ出し)

(町内会の清掃や草刈りに参加)

新たな地域にグループホームを設置

(障害者のGHであることを回覧板で伝える。キーパーソンへ挨拶に行く)

引っ越し後のあいさつ

(GHに入居した後、近所に入居者と挨拶に行く)

地域の必要性に答える(神楽、ライディング)

(神楽公演の依頼を受けるなど)

14

14

地域との関わり

●関係性づくり

利用者自身が挨拶等で良好な関係を築く

行事へのボランティア依頼

雇用(世話人への研修、注意喚起) 人づてが多い

(近所の方に食事作りや夜間支援の仕事をしてもらう)

町内会行事への参加(草刈り・溝掃除など、運動会)

グループホーム避難訓練への声かけ

(近所の方に避難訓練の様子を見てもらい、どういった支援が必要か知ってもらう)

日常生活自立支援事業の生活支援員

ホームの近所のお店を利用

(近所の家電店を利用し、修理等でホームと関わる)

15

15

地域との関わり

●ネットワークづくり

関わりを増やし、利用者の顔を覚えてもらう

関わる機会を増やすことで、何でも言える状況が増える



近隣住民にも利用者の見守りをしてもらう

トラブルや困ったことがあった時に、知らせてもらう

(苦情等への対応を経て、障害への理解が深まる)

(理解できない行動をしていた→障害特性について説明)

(バスの最終便に乗りおくれ、歩いて帰っていたところを送ってもらった)

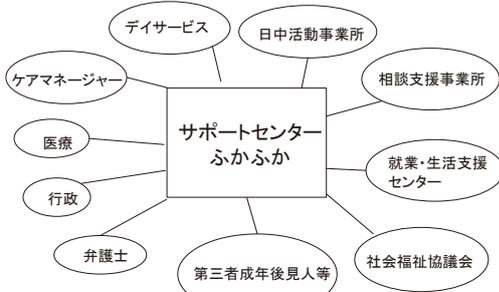
(道路の真ん中を歩いていた)

(いつも喚くような声が聞こえていたが、最近は聞かれなくなった)

16

16

専門職とのネットワークづくり



17

17

GHから単身生活へ

課題

- ・金銭面(収入、支出額)
- ・金銭管理
- ・アパート契約時の保証人
- ・食事に関する地域資源の不足
(ヘルパー不足・・・弁当対応での金銭面課題)
- ・GH支援から相談支援へ移行
(生活面での支援の必要性)
- ・緊急時の対応(天災、水漏れ、回覧板)

18

18

GHから単身生活へ

グループホーム支援で単身生活に向けての取り組み

・各地区にあるグループホームの中で移動を行い、支援の内容を変えていく。

夜間支援付きホームから夜間支援なしのホームへ
 事務所に近いホームから少し離れたホームへ
 定員の多いホームから少ないホームへ

- ・世話人の休日に利用者自身で食事作り
- ・成年後見制度利用、日常生活自立支援事業利用
- ・ホームミーティング
- ・健康管理・服薬
- ・ハートネットミレ青山6丁目（光熱費、アパート形式、自炊）

19

19

参考資料

20

20

浜田地区ホームマップ



21

21

金城地区ホームマップ



22

22

サポートセンターふかふか グループホーム利用者/障害支援区分

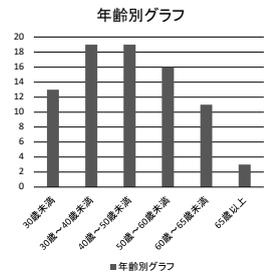
年齢	認定無	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計
30歳未満	4	1	2	3	3			13
30歳以上～ 40歳未満	7	1		3	6	1	1	19
40歳以上～ 50歳未満	5	2	4	4	3	1		19
50歳以上～ 60歳未満	7		2	3	3		1	16
60歳以上～ 65歳未満	2		1	1	6	1		11
65歳以上				1	2			3
合計	25	4	11	15	23	3	2	81
構成比	30%	5%	13%	18%	28%	4%	2%	100%

23

23

サポートセンターふかふか グループホーム利用者/年齢別

年齢	男性	女性	合計
30歳未満	10	3	13
30歳以上～ 40歳未満	15	4	19
40歳以上～ 50歳未満	16	3	19
50歳以上～ 60歳未満	13	3	16
60歳以上～ 65歳未満	8	3	11
65歳以上	2	1	3
合計	64	17	81



24

24

「つなぎ保育」の実践と重要性
 ~子ども一人ひとりの人生をつないでいくために~
 松江赤十字乳児院
 家庭支援専門相談員 井上友見

1

自己紹介

- 平成19年
島根大学教育学部生活環境福祉課程福祉社会コース卒業。
- 卒業後は歯科医院へ就職。
福祉の仕事がしたい！と考え、障害児支援事業所へ。
- 平成23年
松江赤十字乳児院へ就職、現在に至る。

2

【あゆみ】
昭和24年10月
 児童福祉法により、松江市立乳児院を設立。
 松江赤十字病院が市より委託を受け、その運営にあたる。
昭和32年6月
 日本赤十字社に移され、松江赤十字乳児院として発足。
昭和46年1月
 松江市母衣町83番地1に移転新築。
平成21年4月
 松江市南田町162番地に移転新築。

【経営】
 設立主体/日本赤十字社
 経営主体/日本赤十字社島根県支部



3

(1) 県内唯一の乳児院。
 (2) 0~4歳程度までの子どもを預かり、24時間体制で
 養育している。定員は30人。

0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	合計
6人	8人	7人	3人	3人	27人

(H31.2.1 現在)

4

(3) 利用状況

- 保護者の精神的不安定や、知的な障害（その疑い）による養育困難を理由とした入所が増えている。
- 入所期間は、ケースにより異なる。（〇日、〇ヶ月、〇年…）

5

平成29年度 利用状況

入所理由		退所理由	
親の就労	4人	親元引取	30人
身体的虐待	4人	里親委託	3人
心理的虐待	4人	児童養護施設	4人
親の疾病	5人	他施設	3人
親の知的障害	1人	その他	6人
出産	6人	合計	46人
家族の入院付添	1人		
母未婚	3人		
その他	11人		
合計	39人		

* 入所期間は、平均1年4ヶ月（措置入所のみ）

6

(4) 職員体制

施設長	1人	職員の指揮監督、施設全般の管理
事務員	2人	庶務、会計事務及びその他の事務全般
管理栄養士	1人	献立作成、栄養・調理業務、子育て支援に関すること
調理員	4人	調理業務その他に関すること
看護師	6人	養育・保育に関すること、保健・衛生に関すること
保育士	22人	発育発達に関すること、子育て支援に関すること
家庭支援専門相談員	1人	児童相談所及び家庭等との連絡調整、子育て支援に関すること
臨床心理士	1人	入所児等の心理ケアに関すること
保育士（子育て支援）	4人	子育て支援センター事業及び病児・病後児保育に関すること
業務員	1人	施設内の清掃業務等
嘱託医（非常勤）	1人	入所児の保健・医療に関すること
合計	44人	

7

(5) 家庭支援専門相談員の役割

- ・ 保護者（里親）対応
- ・ 関係機関との連携
- ・ 職員間での情報共有
- ・ 地域とのかかわり

8

(6) 事業内容

【一時的養育】

- ・ 家庭事情により在宅での養育が困難な場合、乳児院で必要な期間、子どもを預かり養育する。（24時間体制）

9

【子育て家庭支援事業】

- ① 育児電話相談
- ② 育児サロン
- ③ 病児・病後児保育
- ④ プレママサロン
- ⑤ デイケア
- ⑥ 米子市・松江市ショートステイ
- ⑦ 松江市トワイライトステイ

10

(1) 考案者：今川恵理子氏

- ・ ライフデザイン・カウンセリングルーム ルーム長。
- ・ 臨床心理士。大阪府の心理職として児童福祉や障害福祉に20年間携わる。現在は大学での非常勤講師や公的機関のカウンセラー、福祉施設のスーパーバイザー等、多岐にわたり活動。

11

(2) 「つなぎ保育」の定義

- ・ 措置変更（=退所）における『慣らし保育』を、アタッチメント対象の移行という視点から丁寧に行い、措置変更によるアタッチメント対象喪失のダメージを軽減し、喪失の前に新たなアタッチメント関係の形成を支援すること。

12

(3)「つなぎ保育」が求められる背景

①措置変更とは

- ・乳児院で措置（=入所）している子どもが、違う場所へ生活の場を移すこと。
- ・退所先⇒児童養護施設、障害児入所施設、里親等。

13

②「慣らし保育」と「つなぎ保育」の違い

当乳児院での「慣らし保育」

- ・施設への措置変更前に、実際に1～2回通って子どもに慣れてもらうこと。

「つなぎ保育」

- ・退所時の子どもの不安や喪失感をできるだけ軽減するために、事前に新たなアタッチメント対象とのつながりを持てるよう交流すること。

14

③アタッチメント対象とは

- ・入所児には「担当（=アタッチメント対象）」をつけ、日々の養育の中で愛着関係が築けるようにしている（個別担当制）。

15

④なぜ「慣らし保育」だけでは不十分と考え、「つなぎ保育」に取り組んだのか

- ・『慣らし保育』では、事前に通う回数が少なかったり、新しい担当とのかかわりもほぼなかった。
- ・退所日をあらかじめ設定し、それに向けて進んでいた。
- ・子どもにとって乳児院からの退所は、住み慣れた場所、一緒に過ごした友達や職員との別れを意味する。特に担当との別れは、これまで支えとしていた人との愛着関係が途切れてしまうことになり、子どもにとって大きな喪失体験となる。

↓

退所前に、新しい担当との愛着関係を築くことが必要。

16

⑤「つなぎ保育」を始める前に行ったこと

- ・乳児院だけで行えるものではないため、児童相談所や施設、里親等各関係機関との連携が必要。まずは『つなぎ保育』の重要性を理解してもらうことから始めた。

- * 今川氏を迎えての研修会開催（関係機関も交えて）
- * 関係機関への周知を目的に、外部会議にて説明

17

(4)「つなぎ保育」の実際と流れ

18

1. 措置変更先の決定
2. 施設職員や里親による乳児院訪問
3. つなぎ保育開始
4. 退所当日までのかかわり
5. 退所後の支援

19

(1) Aちゃん(1歳1ヶ月で里親委託)

- ・生後9ヶ月で『つなぎ保育』開始。
- ・里母がほぼ毎日面会（里父も休みに合わせて面会）。（担当職員がフォローし、無理のないようにすすめた）
- ・少しずつ面会時間を延ばし、慣れてきたら外出へ。（近場の外出から、最終的には里親宅へ外出）
- ・乳児院での宿泊面会后、里親宅へ外泊。
- ・長期外泊を重ねながら、具体的な退所時期を検討。
- ・委託後は、児童相談所と家庭訪問を定期実施。
- ・現在の様子は…。

20

(2) Bちゃん(3歳で児童養護施設へ措置変更)

- ・遠方への措置変更であったため、通常の『つなぎ保育』を行うことは困難だった。⇒泊まり込み
- ・施設側の理解があり、事前に乳児院まで本児に会いに来てくれた（職員だけでなく、今後ともに暮らすことになる子どもと一緒に）。
- ・実際に施設へ出向いた際、本児が職員や子どものことを覚えていた。そのこともあってか、比較的スムーズに施設での生活に慣れていくことができた。
- ・現在の様子は…。

21

【成果】

- ・以前よりも、措置変更前の支援に時間をかけることができるようになった。
⇒子ども自身の安心につながった。
- ・職員だけでなく、入所児同士でのお別れがより理解できるようになった。
⇒大人も子どもも、気持ちの一区切りをつけやすくなった。
- ・施設や里親と、支援についての話し合いを繰り返すことで、以前よりも関係が深化した。
⇒子どもの立場になって支援を進められるようになった。
「つなぎをやって良かった」と言ってもらえることが増えた。

22

【課題】

- ・施設の空き状況や受け入れ体制の調整等のために、思うように支援が進まないことも…。
- ・「つなぎをしたから大丈夫」とはならない。大人はそう感じて、子ども自身は無理して頑張っているかも…？もっとできることがあったかも…？
- ・アフターフォローが十分にできていない。（措置変更後の子どもの状態、職員の休暇や退職、どの時点で終了とすれば良いか等）

23

「つなぎ保育」は…
↓
子ども一人ひとりの人生をつないでいくための重要なステップ！

24

**地域に根付いた居場所づくりを目指して
～松江市城北地区における夕食提供サービス
（オレンジキッチン）の取り組みから～**

平成31年2月16日
松江市社会福祉協議会 地域福祉課 地域福祉係
中央ブロック担当（CSW） 三上 貴大

1

1

自己紹介

出身地
島根県邑南町

在籍学部
法文学部 社会文化学科 福祉社会コース（杉崎ゼミ）

職歴
H21年10月～ 旧東出雲町社協（主に地域包括支援センター業務 1年10ヵ月）
H23年8月～ 松江市社協（合併）⇒包括（3年8ヵ月）、地域福祉課（4年目）

2

2

松江市の概況



◆平成17年に1市6町1村が合併し、面積は530km²
平成23年に東出雲町を編入合併し、面積は573km²
◆平成30年4月に中核市移行
◆人口 202,965人、89,056世帯(H30.3月31日現在)
◆65歳以上人口 58,510人 24,696世帯(H30.3月31日現在)
◆高齢化率 28.83% (H30.3月31日現在)
◆小学校35校、中学校17校(公立のみ)
◆29町内会自治会地区連合会、882町内会自治会 加入率61.5%(H29.4月現在)

3

3



●松江祭行列

4

4

松江市の概況

中央 城東、城北、城西、白濁、雑賀、朝日（6地区）



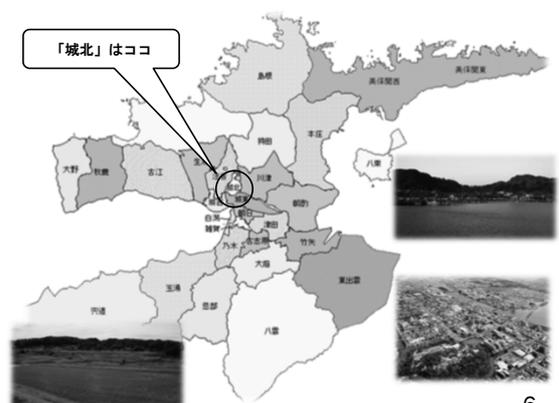
包括支援センター
・6ヶ所及び2ヶ所のサテライト
・すべて市社協が受託。

地区社協
・29公民館区に地区社協。
・事務局を公民館内に置き、担当職員（公民館職員）を配置。
・公民館長が常務理事・事務局長等を兼務している地区あり。

地域福祉活動
・福祉推進員を約1,600名委嘱。
・なごやか寄り合い（サロン）が約400か所。

5

5



「城北」はココ

6

6

オレンジキッチン取り組み経緯

総人口	7,583人	65歳以上人口	2,096人
要支援認定者数	120人	ヘルパー利用者	68人
		デイ利用者	64人
		市配食利用者	4人
2次予防対象者数	285人	買物に支援が必要	40人
		調理に支援が必要	23人
		歩行に支援が必要	22人
		排泄に支援が必要	4人
		入浴に支援が必要	7人
		着替えに支援が必要	4人

地域の生活課題の一つ？ (H27年3月時点)

13

オレンジキッチン取り組み経緯

- ①見立て
 - ・ 今後も高齢化の進展、一世帯あたりの世帯員の減少
 - 「孤立・孤食」の発生？！
- ②手立て
 - ・ (社会交流や食に関するアンケート等を通じた) ニーズ調査による地域診断の必要性
 - ・ 地域資源の確保(人・場所・財源 など)

↓

「ともに支える城北の会」の設立から
オレンジキッチンの取り組みへ

14

オレンジキッチン取り組み経緯

ゴール：「住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けるために」
城北に誰でも気軽に集うことのできる「場」をつくる
その場で「つながりの再構築・修復」を目指す

手順：次の展開プロセスを想定

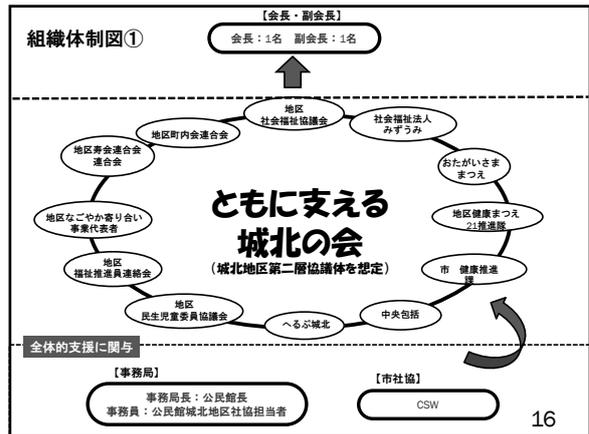
①
調査研究

②
城北担い手
育成

③
オレンジ
キッチン
および活動
拠点整備

つながりの「場」

15



16

3つの部会

組織体制図②

- ①みんなの台所（オレンジキッチン）部会
 - ・ 活動内容：オレンジキッチン実施
 - ・ メンバー：社会福祉法人、民生児童委員、主任児童委員、福祉推進員、なごやか寄り合い代表者 など
- ②生活支援と人づくり部会
 - ・ 活動内容：担い手育成事業
 - ・ メンバー：へるふ城北、民生児童委員、主任児童委員、おたがいさま松江 など
- ③集いと健康づくり部会
 - ・ 活動内容：調査研究事業、集いのプログラム検証
 - ・ メンバー：健康まつえ21推進隊、福祉推進員、包括支援センター、市保健師、なごやか寄り合い代表者 など

*各部会から部会長（1名）選出
*「ともに支える城北の会」会長・副会長は全体を統括
*事務局・CSWは全体的支援に関与

17

ともに支える城北の会の運営

活動の拡がりを目指して

- 従来の福祉活動
- ・ 地区地域福祉活動計画に基づき、地区社会福祉協議会が中心。
- ・ 地域の活動者は既に熱心に福祉活動に取り組んでいる。
- ・ 一方で地域には、多様な福祉ニーズがある。

新しい取り組みは負担感大・ハードルが高い？

新しい仲間！

- 社会福祉法人 みずみ さんとの連携によりできるようになったこと
- ・ オレンジキッチン全体的な関わり
- ・ オレンジキッチン利用者の送迎
- ・ 食事メニューの充実
- ・ キッチンを進め方について適切な助言

CSW+地域の活動者「これだったらできそう？」

18



19



20



21

アンケート結果の概要（抜粋）

回収率：約56%
 地区内高齢者（1地区除く）推定 1,949人に対し、回収数1,084人分
 設問：21問（高齢者の生活状況や生活支援サービスの期待などの聞き取り）
 全体編集と分析：「集いと健康づくり部会」

結果の概要は各世帯へ配布

22

オレンジキッチンの概要

【目的】地区内生活支援サービスの拠点を（つながりの場）つくることで、人とのつながりの中心地を城北に新たにつくる。

【参加対象者】城北地区住民（高齢者→児童等への対象者の拡大）

【内容】夕食提供サービス

【参加費（利用者自己負担）】500円

【ボランティア（スタッフ）報酬】1,000円

【実施予定回数】毎月1回 17:30～19:00

【場所】オレンジハウス

23

オレンジキッチンの様子

参加人数

- 参加者：10～15名（送迎が必要な方は、社会福祉法人“みずうみ”さんが対応）
- スタッフ：4名

世帯状況

- ほぼ全員独居（サービス高齢者向け住宅入居者含む）
- 食事はたまに自分で作る程度

感想

- 「おいしい、温かいご飯が食べられることが楽しみ」
- 「家では一人で食べるけど、ここでは、いろんな人とお話ししながら、食事ができて楽しい」
- 「月に1回が待ち遠しい」

24



25



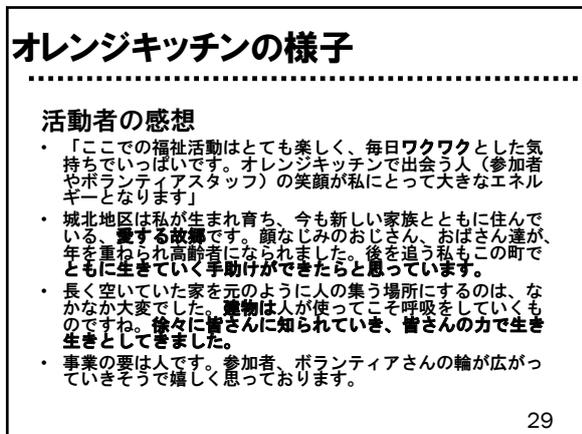
26



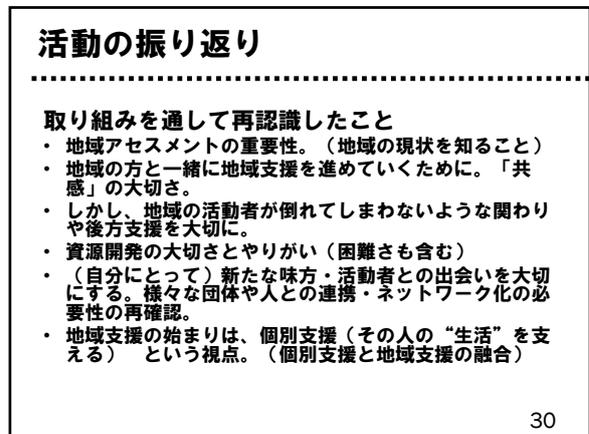
27



28



29



30

1. 卒業後の学びの成果 -3つの実践のレベルと3つの時期

	新人期	中堅期	ベテラン期
ミクロ（個人・家族）			
メゾ（地域）		3 報告	
マクロ（全国など）			

新人期：状況に適切な対応をするための実践経験が乏しいため、程度の多少を問わず、誰かの指示・指導のもとでかろうじて実践ができる段階
 中堅期：意識的に全体的な状況を捉えながら、自らのソーシャルワーク実践を行うことができ、新人期のMSWを指導できる段階（おおむね経験8年以上）
 ベテラン期：一つひとつの状況を直感的に把握して正確な問題領域に的を絞って実践し、リーダーシップを発揮して中堅期のMSWを指導できる段階（おおむね経験15年以上）

1

2. 実践能力の変容過程と実践能力の3側面

図1 MSWの実践能力変容過程のイメージ(保正 2013)

実践能力とは
 「MSWIに対する要求や義務を遂行するための、価値・知識・技術を適切に統合して発揮し、各種システムとの関係構築を行い、専門的自己を確立する能力」
 (Vass 1996, O'Hagan 2007他を参照)

2

図2 実践能力の三側面(保正)

メゾレベルの実践能力≡「各種システムとの関係構築」
 スムーズな業務を遂行するために、病院内外の関係者と関係性を作り、耕していく環境整備

3

4. 「各種システムとの関係構築」の変容過程とは？

- 6つの要素があるが、そのうちの「環境理解の深化」を紹介
- 新人期：自らが直接かかわる患者・家族というミクロレベルへの関心が高い
 実践経験やスーパービジョンを通して環境理解が深まる
- 中堅期：組織内でのポジショニングの変化や地域と関わる機会が増え、全体のシステムのなかでのMSWの在り方を理解しはじめ、メゾレベル、マクロレベルへの理解が深まる
- ベテラン期：クレーム対応窓口になることにより、病院全体を見る視点を持つなど、システム全体への理解が深まる

4

5. 時期別に影響を及ぼす変容促進契機

- 時期にかかわらず恒常的に実践能力変容に影響を与えていく契機
 研修参加、ケース対応、独学、他職種からの影響、研究会や協会活動など
- 新人期から中堅期にかけて出会う契機
 スーパービジョンの受講、MSWの上司・先輩、仲間からの影響など
- 中堅期以降に出会う契機
 講師・バイザー経験、調査・研究の実施、学校への進学、職位・立場の変化など

5

文献

- 二本立(2017)「近年の医療・福祉改革はソーシャルワーカーにとって好機か？危機か？」『医療と福祉』51(1),10-13.
- 保正友子(2013)『医療ソーシャルワーカーの成長への道のり 実践能力変容過程に関する研究』相川書房.
- 保正友子(2017)「質的研究によるソーシャルワーク実践の評価」日本医療社会福祉協会・日本社会福祉士会編『保健医療ソーシャルワーク アドバンス実践のために』中央法規出版.
- 保正友子(2018)「ソーシャルワークの実践能力を評価するルーブリックの作成」(第14期保健医療分野におけるソーシャルワーク専門研修資料).
- 静岡県医療ソーシャルワーカー協会研修体系における研究会(2017)「医療ソーシャルワーカー実践力可視化の試みルーブリック作成を通して」(第5回静岡県ソーシャルワーク実践学会)

6