ソーシャル・サポート・ネットワークの介入研究の視点と方法論[1)]

田中宏二・田中共子[2)]・兵藤好美[3)]

ソーシャル・サポート・ネットワークが健康に肯定的な効果を持つという知見は様々に確認され報告されている。こうした基礎的知見の次段階として，どのようにソーシャル・サポート・ネットワークを拡充するのかといった研究上の問いが考えられる。

介入の実践は総じてコミュニティ・メンタルヘルス領域での適用例が多いが，他にも社会福祉，健康心理，臨床心理（家族療法，行動療法，学生相談他）など複数の領域に渡っており，応用研究のすそ野は広い。それぞれの基本的理論を背景に，従来その領域で目的とされたこと（例えば治療や健康の増進など）を効果的に遂行するため，付加的あるいは補足的にこのアプローチが取り入れられている。ここに社会学的・社会心理学的な調査から，介入への方向性を示した研究を加えると，研究は相当数にのぼる。

介入研究を分類してみると，まずおおまかに「ソーシャル・サポートを獲得する」介入と，「ソーシャル・ネットワークを拡大する」介入があるように思われる。後者はネットワーク拡大をサポート源の獲得とみなし，いわば潜在的なサポートを獲得することを目的とする。そしてその活性化に対し，さらに何らかの関わりをとるかどうかで，「ネットワーク成立の機会を提供する」介入と，「ネットワーク成立の能力を獲得する」介入が分類できよう。後者はソーシャル・スキルを身につけたうえで出合いの機会を提供し，機会を生かせるよう計画する。

アプローチの基本は，本人を取りまく対人関係を調整する，現場でのフィールド実験である。研究領域ごとに用いる方法論，測定・評価の方法，実験計画，目標や価値観などが異なる。その形態も，訪問（例えば Johnson, Howell and Molloy, 1993）や電話（例えば Heller, Thompson, Vlachos-Weber and Steffen, 1991）などの接触行為，アクティビティ参加（例えば Benum, Anstorp, Steffen and Sorensen, 1987），関係強化の指導（例えば Attneave, 1990），グループ形成（例えば Haley, Brown and Levine, 1987）など様々である。

援助対象者は，何らかの意味で困難な状況に陥っている者で，ソーシャル・サポート・ネットワークが不足，あるいは現在以上に強化する必要のある者である。潜在的な問題から顕在的な問題までが含まれる。出産後の母親（例えば Higgins, Schilmoeller, Baranowski and Coladarci, 1993）や高齢者（例えば CIarke, Clarke and Jagger, 1992），母子家庭（例えば Soehner, Zastowny, Hammond and Taylor 1988），孤独感の高い者（例えば Andersson, 1985）などであれば，軽微な困難を軽減するための援助的介入，ないしは問題発生の可能性を持つハイリスクな対象者への予防的介入である。しかしリハビリをする患者（例えば Allegrante, MacKenzie, Robbins and Cornel 1991）や治療中の患者（例えば Stephens, Roffman and Simpson, 1944）などは，治療の一環として問題解決的な介入と

1）本研究は，平成７年度文部省科学研究費補助金総合研究(A)「健康防御への社会的支援介入法の適用に関する総合研究」（代表者　田中宏二　課題番号　07301012）の研究成果の一部である。

2）広島大学留学生センター

3）岡山大学大学院教育学研究科

いえよう。

介入対象として操作するのは，ハンディやリスクのある本人すなわち「ターゲット」の場合も，あるいは周囲の「サポーター」の場合もある。前者にはハイリスクの人や患者，後者には障害者のクラスメイト（例えば Haring and Breen, 1992），障害者の家族（例えば Kirkham, Schilling Norelius and Schinke, 1986），介護者である家族(例えば Toseland and Rossiter, 1989），ターゲットの居住する地域の住民（例えば Johnson, et al. 1993）などが考えられる。

Ⅰ．研究紹介

以下にいくつかの視点を表現している報告例を紹介し，そのうえで社会心理学的な視点から介入方法を組織する場合について，例としてのモデルを提示しながら検討してみよう。

1．社会福祉的な介入アプローチ

まず社会福祉の視点からみた研究の展開と留意点について，マグワァイア（1994）の記述を引用しながら，介入アプローチの概略を述べてみよう。

(1) 研究の展開と視点

定義として，「ソーシャル・サポート・ネットワークは，社会福祉の領域では，家族・友人・隣人・地区の世話人などのインフォーマル・ネットワークを指す」と述べている。そして「素人の援助者をソーシャル・サポート・ネットワークと総称して」その活用を計るのが，介入の基本的な姿勢となっている。

これは，「フォーマルな社会福祉サービスは，インフォーマルな問題解決過程の衰退を埋め合わせるために発達してきている」という歴史的な認識に基づいている。ソーシャル・サポート・ネットワーク研究の評価は，「当初は，そのアプローチについても，過度に楽観的で非現実的な見方になりがちであったが，最近に至ってそれらの限界と危険を確認しながら多面的に検討」しているととらえられている。

現在，「ネットワークセラピー，ソーシャルシステムセラピーなど」の名称でとらえられている介入は，「フォーマルなサービスを担当する専門識者としてのソーシャル・ワーカーが，その援助活動を展開していくにあたって，専門職でない素人による，インフォーマルな援助を理解し，確認し，創出し，活用していく」営みなのである。こうして専門性に傾きすぎた関わり方を修正していく意味で，対象者の存在し生活している環境の中で問題をとらえなおし，それこそが現実的で効果的な介入であると考えるようになった。

このとらえ方は，「社会福祉の実践全体をエコロジカル（生態学的）な視点に立脚して展開していく」，「人と環境が相互に補いあっていることを認め，両者を強めていく」アプローチである。その結果，「ソーシャル・サポート・ネットワーク・アプローチは，多面的なアプローチとしての性格を持っている」ことになり，「ソーシャル・サポート・ネットワークアプローチは，現代社会における福祉ニーズに対応した援助活動を発展させるための方策」として期待されるようになったのである。

(2) ソーシャル・サポートシステム介入の記述

ソーシャル・サポート・ネットワークをどのようにとらえるかを，それを「どのように記述するか」という問題としてとらえれば，以下のような項目が考えられているという。

援助者の類型（家族，友人，同僚など），援助の場所（近隣，職場など），ターゲットとする人口，つながりの類型，つながりが自然のものであるかそれとも作り出されているか，介入のレベル（予防，治療，リハビリテーション）。

(3) ソーシャル・サポートシステム介入の価値

ソーシャル・サポート・ネットワークに介入することの価値については，専門家による治療的な支援のみになるのは不自然であるうえ，そして「インフォーマルな支援源のほうが望ましい」という認識をしている。

その介入は簡潔に表現すれば，「クライエントが，家族・友人・同僚・牧師，自助グループおよび支援グループといった，自分のまわりにあるソーシャル・ネットワークに対して持つ感受性を励まし，強めようとする」ことである。その方法としては，「話し合いを通して，また励まして，すでに関係しているソーシャル・ネットワークに参加させたり，紹介したりすることを通して具体化される」という。それは，「現にある，また可能性としてある積極的な絆，もしくは関係を強めることを必要とする」ことであって，それには新たなネットワークの開拓も従来のサポート源の強化も含まれている。

(4) ソーシャル・サポートシステム介入の分類

ソーシャルワークの領域で行われるソーシャル・サポートシステム介入には，大きく分けて3通りある。臨床的介入として位置づけられている「ネットワーク介入」は家族療法とシステム理論によって支持される。そこでは患者の家族を単位として友人を加え，拡大ネットワークを作り，専門家が会合を指導していく。組織管理的介入を行う「ケースマネージメント」は，組織理論とシステム理論によっている。この場合は家族や友人よりも，専門的なサービス提供者の組織を活用する。

システムへの介入を行う「システム開発」は，システム理論と臨床理論を背景にしている。ここではソーシャル・ワーカーによって，インフォーマルな資源や自助努力を活用するようなシステムが指導される。この方法は，ソーシャル・サポートと精神的健康の関係についての疫学的な知見に基づいている。

(5) システム開発アプローチの5段階

「システム開発アプローチ」は，精神療法などの心理臨床的なアプローチと共に使えるジェネラリスト・アプローチであるとされ，適用には特に高い関心が寄せられているという。それは以下の5段階から構成されている。

①換気の段階：意見・感情の表出，ラポート。②アセスメントの段階：ネットワーク図の作成，支援関係の特質，接触頻度など一連の質問。③明確化の段階：感情や情緒についての深い理解，生態学的・システム志向のセラピーとして家族や友人などとの交換に注目。④計画立案の段階：問題につきあわせて計画。⑤再組織化の段階：否定的要素を減らす，問題の再吟味，システム転換。

これらを順次行うことは，次のようなプロセスをたどることを意味する。①不平不満を言いたい場面や問題について思いきり話し合うことを許し，励ます段階から始め，②可能なシステムの強さと弱さに注意を向け，③その可能性のあるシステムに抱く感情について再考し，④システム開発についての合理的なアプローチが作り出され，⑤システムに変化が加えられてソーシャル・サポートが促進される。

2．教育開発的な介入アプローチ

上記のような社会福祉領域で介入を企画する場合は，主に病者を対象とした治療モデルや社会的弱者を対象とした福祉モデルに基づいている。しかしながら健常者を対象として，ある能力をのばしたり，ある環境的な困難や状況の変化を克服させようとする，いわば教育モデルにもとづく介入も存在する。

この例として，環境移行の対処に関する研究がある。新環境に移行した者は，ソーシャル・サポート・ネットワークがほぼゼロになっているとみなされる。その時点からのソー

シャル・サポート・ネットワークの再構築を行い，すみやかに新しい社会へ適応していくことを目的とした提案が行われている。

Fotaine (1986) では，異文化環境への移行が取り上げられ，異文化適応のためにソーシャル・サポート・ネットワーク介入を行う場合の，基本的な方針がまとめられている。予防的，適応的な意義を持つ，心理教育領域の適用例として，この主旨を紹介してみよう。

(1) ソーシャル・サポート・スキル

次のような段階を追って，ソーシャル・サポートを獲得していくことを，ソーシャル・サポート・スキルと称する。

① ソーシャル・サポート・ニーズの同定：「私はどんなニーズを持つだろう？」

新しい環境という，適応に危機的な状況下では，特に初期においてサポートを喪失していることを認識し，その結果どんなことが生じやすいかを知っておき，代わりのサポートが必要であることを自覚する。

② 可能なサポート・システムの同定：「私にはどんな潜在的サポートがあるのか？」

必要なソーシャル・サポート・システムが同定され認識されたら，新たな環境でのサポート・システムを見いだす方略に視点を移す。システマティックな観察を行って，そこから，雇用される会社組織やコミュニティ，フォマル／インフォーマルな場の中の可能なサポート・システムをみいだす。例えば職場，自助グループ，娯楽グループ，家族，異性，宗教団体など。方法としては新聞や掲示板を利用する，問い合わせる，個人的に聞く，娯楽・教育施設や教会に出向くなどする。

③ 個人のニーズと可能なソーシャル・サポート・システムを照合する：「私にはどれがきくか？」

可能なものすべてが，その個人に適切とは限らず，ニーズとシステムのマッチングが必要。習慣や過去の経験は，新環境において保持できるとは限らず，「することがない」，「誰も何も一緒にしてくれない」という場合は，親しみの持てる物がない・人が居ない，ということも多い。

④ 接触を行う：「こんにちは！」

適切なソーシャル・サポート・システムを選び出し，接触のための対人接触のスキルがいる場合はそれを身につける。公的な組織は系統的な受け入れ体制があるが，非公式のものの場合はより対人的スキルが必要である。Sigleton ら（1980）の一般的な「ソーシャル・スキル訓練」が参考になるが，異文化でのスキル研究は未発達。

⑤ 速やかなパーソナライゼーション：「自信を持ち，くつろぐ」

家にいたり，好きなことをするときのようなくつろぎを創出する。速やかに自分の空間を作り，自分に自信を持つことは，対人関係の発展やソーシャル・サポート獲得に必要。その方略を持つことは，異質な環境へ頻繁に移行する人には，特に大事である。くつろげずにホームシックになることは，適応や有能さを発揮する障害となる。

⑥ 社会システムの理解：「一緒にシステムを維持する」

ひとたび適切なソーシャル・サポート・システムに組み込まれ，有意な相互作用が生じたら，関与を維持しその度合いを深める。より詳細なその社会のシステムの知識を持ち，システムの規範や価値観に敏感でいることも必要。先には「知り合いを作る」スキル，本段階では「システムや関係を維持する」スキルがいる。

⑦ リエントリーや再移動のスキル：「帰国」

家族，友人，知人，その他のソーシャル・サポート・システムとの間に，関係の再構成が必要。不在期間が長いほど困難が予想される。役割は他の者に代わられ，システムも変化し，自分自身も変化している。

以上，①～⑦は，ソーシャル・サポートを獲得するための，「ネットワークの開拓」と「ネットワークの充実」をめざした，段階的な指導案である。関係の維持と深まりが，サポートの獲得に通じるとみなされている。この介入は本人によって管理されてもよいし，指導者のいるプログラムとして適用されてもよいように思われる。

3．行動分析的な介入アプローチ

行動療法で用いられる緻密な実験計画に基づき，フィールドでの介入を行って効果を測定するという方法論の研究がある。

Haring, et al.（1992）では，対象は学級内の障害児2名（自閉症，精神発達遅滞・言語獲得の遅れ）で，それぞれに1人か2人の健常児のピア peer を割り当て，仲間支援ネットワーク peer support network を創出した。具体的には，教室活動を一緒にする，スポーツなどの関心を共有する，趣味を一緒にするなどが試みられた。

実験デザインには，まずベースライン測定，次いで介入スケジュール実施，最後にフォローアップ測定といった行動療法の枠組みを用いた。介入フェーズにおいては，教師による強化(社会的賞賛)，障害児自身によるセルフモニタリングなどが用いられた。行動観察による社会的相互作用（言語的・非言語的含む），適切な社会的応答の測定が行われ，観察者間の一致度による信頼性の検討も行われている。実験計画は，多層ベースライン方式を用いた。この結果，障害児と他のクラスメイトとの間で，社会的な接触が増加した。

4．イベント組織型の介入アプローチ

実験計画に基づく介入というより，教育実践の領域に属するような試みもある。アクションリサーチに近いが，ここでは現場における試みは厳密な実験計画に必ずしも基づかず，その状況でのサポート的な関わりが目的に照らして効果を持ったかどうかを検討しているに過ぎない。調査的な方法のみならず，内省報告や状況観察が述べられている。

Fondacaro, Heller and Relly（1984）では，目的は，大学寮の大学院生の不適応問題，例えば飛び降り自殺などを予防するために，「ソーシャル・ネットワーク発展のための介入プログラム」を開発することであった。具体的には寮生の孤独感の低減と社会的相互作用の増加をもたらそうとしている。

その方法としては，寮のスタッフとヘルパーの学生を中心に「自殺防止プログラム」を1年間展開している。ワークショップ，アクティビティ，講義，ミーティングなどを組織した。リーダー学生による孤独な学生への接触の試みが行われ，それに先だって，接触しやすいようにリーダー学生にソーシャル・スキル訓練が施された。友情形成セミナーと称したセミナーも開催した。その結果，自殺企図の発見と防止などで成果があがり，寮の通常プログラムとして常時実施するに至ったものもあると述べられている。

5．ハイリスク標本からなるグループ組織型の介入アプローチ

社会調査によってソーシャル・サポート・ネットワークと健康との関わりを研究した後，その集団からハイリスクの小集団を選び出し，それを介入の対象とした介入実践研究がある。これは精神医学的な予防の試みと位置づけられる。

Benum, et al.（1987）では，選出されたハイリスクの被験者は中年女性で，オスロの郊外新都市に居住し（地域のつながりが希薄），調査質問紙の結果，ソーシャル・サポートが弱く，QOL が低く，ストレス症状が多かった人々である。メンタルヘルスの向上を目的とした予防的プログラムが，地域の支援のもとに企画された。基本デザインは，対象者内で組織されるアクティビティへの参加であり，新しい社会的関係 social tie を作って社会的

関係を強化することをめざす。

そこで手続きとしては，まず318人の調査回答者からハイリスクの該当者100人を選出し，その半数を対照群とし，半数を介入群とした。介入は１年間続けられ，開始半年後（介入群のみ）と，開始１年後，および終了２年後（両群とも）に面接を行った。最終的な修了者は介入群26名，対照群29名。

開始前の面接で把握した対象者の特徴は以下の通り。ネットワークもサポートも家族に限られがちで，アクティビティに参加した経験が概してない。近所以外には友達を作りたいと思わず，近所づきあいもほどほどで近づきすぎない関係を保っている。新しい社会的つながりを作ることには，不安が高く，消極的。自分に自信がない。健康状態が悪くひきこもりがち。しかし面接では，孤立から逃れたいと言い，アクティビティにも参加意欲を示した。

新規の対人関係の開拓を介入の焦点として，この集団を対象とした各種グループ企画から好みのものを選んでもらった。それは指導者がついてのスポーツや社会活動などであったが，それと平行して，ミーティングが週１回持たれた。評価のための測定項目は，構造的面接，ネットワーク質問紙，質的インタビュー（オープンエンド），組織的観察（グループリーダーによるフォーム記入）であった。

その結果，始めの６カ月間は慣れのための「開始期」，続いて関与の強まる「強化期」，最後に責任感やリーダーシップの発生する「独立期」が観察され，社会的接触の増加，新しい友人の獲得，自信の回復，サポートの交換が認められた。介入群は対照群より，ソーシャル・ネットワークが発達し，QOL と自信がやや向上したが，精神健康には有意差が認められなかった。１年間では関係の開始段階までしか成立しなかった可能性があり，効果の表れ方や期間中のライフイベント（介入の効果を下げた可能性あり）にも個人差があった可能性が述べられ，今後は創られたシステムの維持が課題だと指摘されている。

II．介入計画立案の視点とモデルプラン

１．介入計画の視点

以上の知見とアプローチ方法をもとに，新たな介入計画としていかなる方法が案出できるであろうか。介入研究において考慮すべき要素をまとめながら考えてみたい。

(1)　実施計画の基本構成を組み立てる

「評定―計画―実施」という筋道は，上記の研究に共通している。現場ニーズを評定し，実際に可能な刺激策を立案し，実行する。この方法を，例えばＩ－１(4)やＩ－２のように，対象にあった介入モデルとして構造化して用意しておくとよいだろう。実施現場のエコロジカルな事情の尊重なくしては介入が成立しないことを考えれば，必要事項を包括する事前評定は特に重要と思われる。

(2)　対象者を選定する

対象者のソーシャル・サポート・ネットワークへのニーズは，対象の選定に前提される場合もある。その場合は潜在的ニーズが存在するとみなし，満たされることが望ましいとみなされる。しかし治療の一環となれば介入が必然的でも，潜在的な問題でしかない段階，例えば単にハイリスクとか軽微な問題，つまり教育モデルのカテゴリーの場合には，プログラム参加に先立ち，特に介入計画の説明と参加意志の確認が必要であろうし，また参加動機の維持にもより留意すべきと思われる。

(3)　実施者を選定する

介入計画を実施する主体として，専門家が自ら指揮し指導する場合と，専門家の指導する非専門家が実施する場合，および対象者自らが実施する場合が考えられよう。非専門家

をプランの媒介的実行者として想定する場合は，例えば社会人ボランティア，基本的訓練を受けた学生などが考えられよう。対象者のセルフ・プランの形をとろうとする場合は，軽微な問題の持ち主を想定すべきであろう。病的で重篤な症状を抱えた者の場合は，専門家の治療的関与を伴わせるのが妥当と思われる。

「ソーシャル・サポート・ネットワーク拡充自己管理プラン」などとして，専門家から独立したプログラムを考える場合は，手続きを簡略化する必要がある。その場合は，問題解決的ではあっても治療的な領域にはあまり踏み込まず，基本的な生活能力がある程度満たされている対象者において，生活の質の向上や健康増進など，よりいっそうの幸福に寄与する程度の関わりをとるのがよかろう。

(4) ネットワークの拡大か，サポートの獲得か，焦点を定める

これはソーシャル・ネットワークを拡大すればいいのか，ソーシャル・サポートが増加することまで確認するのかという問題である。ネットワークには自ずとサポートが付随するとみなすのか，あるいはサポート資源の活性化を促す方策が必要なのかといった，介入のレベルの問題といえよう。

(5) 指導のレベルを設定する

Ⅰ－5では，対象者（ハイリスク標本）のみのグループを構成して対人接触の場面を作るだけであるが，それだけでも介入は成立する。もしソーシャル・スキルはあるが，単に接触の機会がないという場合なら，機会の提供だけで効果が期待できよう。しかし，もしも対象者のスキル欠損のため対人関係の形成困難が生じているなら，不足スキルを補わずに機会のみ提供されても，その効果は希薄かもしれない。あるいはスキルがあればより効果的に関係が形成できる。この意味Ⅰ－4では対人接触の技能が指導された。Ⅰ－2で示されるように，不特定の初対面の他者との対人接触なら「対話のスキル」や「関係開始のスキル」を選ぶなど，場面に応じたスキルの内容を設定したい。

またネットワークの貧弱な人はしばしば対人関係形成の不安があるが(Ⅰ－5)，その低減の方策として，リラクセーションや，自己教示など認知療法的な操作も考えられよう。

(6) 効果の測定の次元を設定する

精神的健康の好転を始めとした，従属変数の選定は，効果の媒介メカニズムについての仮説次第で定められよう。例えばネットワークの拡大を，単に親しくしている人の数や頼りになる人の数の増加で調べる簡略な方法もあるし，サポート授受など関係の質を測定する複雑な調査シートを用いる場合もあろう。また介入期間に応じて，例えば比較的短期ならそれでどこまでの効果が期待できるかなどの，的確な予想が必要であろう。Ⅰ－5でも，1年では介入期間が短かったかもしれないことが指摘されている。

(7) 社会調査を先行させる場合

Ⅰ－5のように社会調査が先行する場合は，変数間の関連から効果についての仮説を立て易く，被験者選出の根拠も提供される。対象者を一般的な対象群と比較して特徴を明らかにでき，同じ調査項目を尺度とすれば介入結果との差異が検討できる。

2．モデルプラン：高齢者へのソーシャル・サポート・ネットワーク介入

ここでソーシャル・サポート・ネットワークへの介入プランを，独居老人を例に考えてみよう。以下は，高齢者世帯におけるソーシャル・サポート・ネットワークに関するニーズについての，田中・兵藤・田中・野辺（1995）の報告を基に構成してみた。

立場としては，環境の中で利用可能なサポート資源をみいだし，関わりを開始する「環境的視点」をとる。対象者の困難として，孤独感の高さ，モラールの低さ，軽度の抑うつ傾向，といったハイリスクと呼べる要素を想定し，「生態学的視点」でその問題の発生を理

解する。まず社会調査によって問題がどの程度存在するかを確認し，要因間の関連から問題の構造を見いだし，どういったソーシャル・サポート・ネットワークがどの程度問題の軽減や解決に役立つかを確認したうえで，介入を企画する。実施者として，専門家である心理学者が，一般のボランティアを指導するという媒介者設定型とする。心理学者は臨床心理士とは限らないが，ソーシャル・サポート・ネットワークによる精神的健康増進の視点をもつ者とする。したがって社会福祉領域のソーシャル・ワーカーや地域の福祉担当者，治療や予防医学に関わる看護婦，保健婦，医者といった医療領域の専門性やリーダーシップの発揮は前提としない。

(1) 構　　成

基礎調査による背景仮説，ニーズサーベイによる対象者の選定，ワークシートプランによる実施と評価を速やかに行うため，「ASMPDE モデル」を設定する。その構成は以下の通りである。A：assessment・評価（自分のニーズ把握），S：search・調査（可能なサポート供給源のリストアップ），M：matching・一致調整（ニーズと可能な供給源との突き合わせ），P：plan・行動計画（接触をはかる可能な実施計画の立案），D：do・実施（実行する），E：evaluation・評定（計画の見直し，不足する能力の補充）。

(2) 前提となる仮説

社会調査を行い，介入の必要性や可能性を把握するため，以下を確認しておく。①高齢者のソーシャル・サポート・ネットワークは，より若いときと比べて縮小しており，限られたものとなっている。②ソーシャル・サポート・ネットワークへのニーズは，満たされていない。③ソーシャル・サポート・ネットワークの拡充は，健康，生きがい，ストレス低減などに，ポジティブな影響を与える。

特に，気軽な話のできる相手，外出したりして楽しむ相手，常時あるいは定期的に安否を気遣ってくれる相手，いざというときに来てくれる相手などがいないこと，それを非常に欲していること，こうしたネットワーク欠損が幸福感などに大きな影響を与えていること，そして近隣との交際が比較的限られているが，その関係開拓の余地はあることを確認する。

なお，高齢者のソーシャル・サポート・ネットワークについては，兵藤・田中（1995）において，上記を中心とした報告が行なわれている。

(3) ソーシャル・サポート・ネットワーク刺激に対するニーズの把握

母集団から対象者の選定を行い，介入計画に参加するかどうか判断を求める。例えば，1＝あまりそう思わない～5＝非常にそう思うの評定法で，以下を尋ねる。(1)友人・知人を今よりも増やしてみたい，(2)今以上人づきあいを増やそうとは思わない（逆転項目），(3)もう少し家族や親戚と頻繁に行き来したい，(4)もっと近所づきあいをしたい。

(4) 介入の具体的指導内容

① ソーシャル・サポート・ニーズの同定：「私はどんなニーズを持つだろう？」（A）

サポート不足の認識を問い，どのようなサポートが必要か自覚する。いかなる供給源からのサポートか，ターゲットのネットワークはどのようなものかを同定する。それを刺激してサポートを得るためのプランに参加するかどうか尋ねる。刺激レベルには，新規の接触で関係の開発をする場合，あるいは従来のネットワークメンバーとの結びつきを強める場合がある。

② 可能なサポート・システム同定：「私にはどんな潜在的サポート・ネットワークがあるのか？」（S）

現環境でのサポート供給源を書き出す。例えば，地域組織，趣味のグループ，家族・親戚，近所，旧友，その他の交友関係など。新規の接触のためには新聞や広報誌をみたり各所に問い合わせたりして情報を集める。現在のネットワーク構成員との関係の強化

をする場合は，「その人と今よりどうしたいのか」を決める。

③　自分のニーズとソーシャル・サポート・ネットワーク資源とを照合する：「私にはどれがよいか？」(M)

情報をながめて，自分のニーズと可能なシステムをマッチングさせる。先方の事情や，自分の現実的な可能性を検討する。

④　実施計画を立てる：「どれに，いつ，どのように，アクセスしようか」(P)

費用や時期や場所など，自分に無理のないものを選び出す。実施のための予定表を作り，手続きを明確にして，準備をする。

⑤　接触を行う：「こんにちは」「お久しぶり」(D)

関係の開始や，関係の再会，関係の程度の深化を求めて接触する。

⑥　関係について評価し工夫する：「関係を維持し，さらに深めるには何が必要か」(E)

必要に応じてソーシャル・スキル訓練やリラクセーションを行う。組織に協力したり貢献したり，相手との互恵性ができるよう自分も役に立つ努力をしたりする。所属組織やその人との関係が，うまく維持できたか点検する。あるいは別の資源を考える。

(5)　ワークシート例

プラン実施補助ツールとしてワークシート方式を採用すれば，基本的デザインの確定したプログラムとして扱いやすくなり，構造的に取り組め，手続きの筋道も分かりやすくなる。対象者に現象を視覚化して提示し，気づきをもたらすこともでき，記録や評定のデータとしても利用できる。もし適用対象が異なれば，対象に合わせたワークシートを作成し，それに即した介入を進めればよい。

①　サポート供給源マップ（図１）

「同居の家族・親戚，別居の家族・親戚，近所の人，職場の人，友人，その他」について，変化をチェックする。対人関係の中で，より近づきたい人を特定する。

②　サポート種別一覧表（表１）

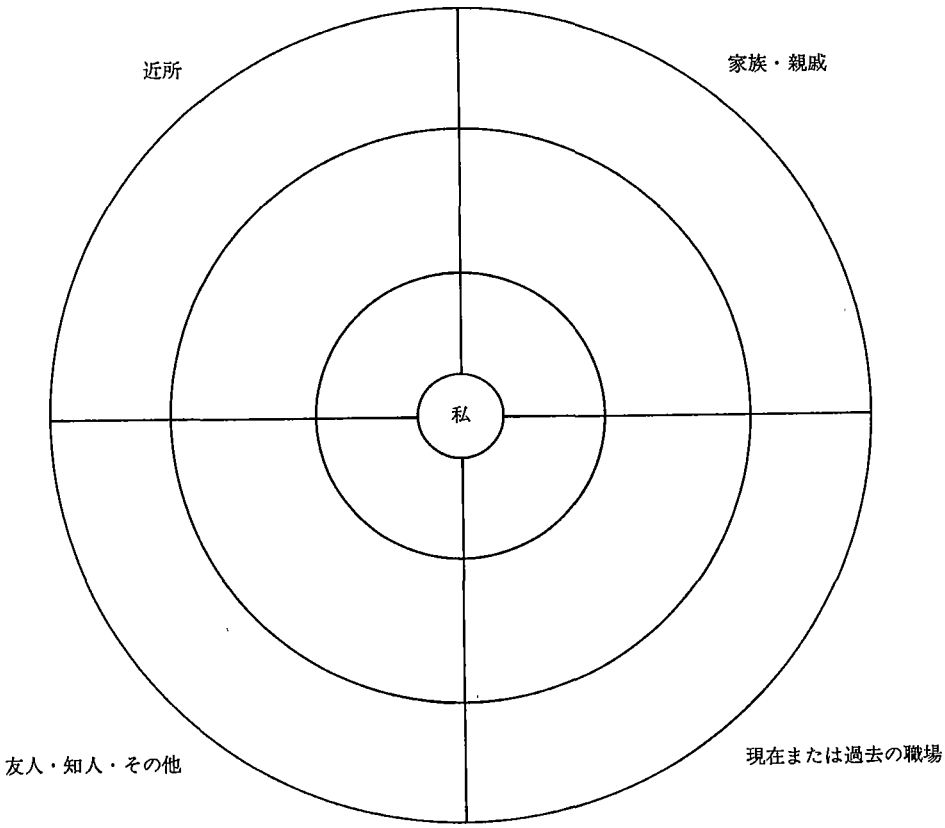
「入院時の看病，借金，地域情報，心配事の話し相手，落ち込んだときの慰め，旅行時の家の世話，ものを借りる，世間話やお茶」などから，本人にとって重要なものを選ぶ。簡単に尋ねるなら，「情緒的（励まし，なぐさめ），道具的（物，金），情報的（生活情報）の分類でもよい。また対象者の特殊性を加味すれば，話し相手（世間話），実動作（家事とか），レクリエーション（趣味，食事），相談（心配事，悩み），安否気遣い（健康，非常事態）」も可能であろう。

③　サポートシステム一覧表（表２）

「地域団体，宗教団体，行事，教室，ボランティア活動，クラブ，町内会，趣味の会，地域の世話役」などから，自分の接触したいものを選択し，そのデータを書き込む。

④　実施記録表（表３）

新規開始と接触強化の実施プラン，経過の記録を書く。



①あなたが親しいと思う人たちを，あげてください。真ん中をあなたとして，親しい人ほど円の中心になるようにして，書いてください。その際，家族・親戚，近所，現在または過去の職場，友人・知人・その他，にわけて書いてください。

②その中で，あなたが今よりもっと親しくなりたいと思う人がいますか。いたら，どのくらいの位置まで親しくなりたいか，矢印で書いて，示してください。

図1　シート1/サポート供給源マップ

表1　シート2/サポート種別一覧表

①先ほどの人たちの中で，次のことをしてくれそうな人をあげてください。
②今よりもっと，これらのことをして欲しいですか，それとも今の人たちにしてもらっているので十分ですか。
③この人からは，もっとこれをしてほしい，という相手がいたら，○をつけてください。
④もっと欲しい場合は，今あげた人たちで十分ですか。それとも新しい関係も，作ってみたいですか。
⑤新しい知り合いを作る計画を立ててみましょうか？……はい・いいえ

種類	気軽なつきあい	頼みごと	ケア
例	世間話，趣味，外出，食事，お茶	家事，買い物，借金	安否気遣い，看護，世話，悩みの相談
人			
評価	1．今のままでよい 2．もっとしてほしい	1．今のままでよい 2．もっとしてほしい	1．今のままでよい 2．もっとしてほしい
相手	1．今の人たちで十分 2．新しい人が欲しい	1．今の人たちで十分 2．新しい人が欲しい	1．今の人たちで十分 2．新しい人が欲しい

表2　シート3/サポートシステム一覧表

あなたが新しい知り合いを作れそうな場には，どんなものがありますか。思いつく可能な団体やグループ，方法をあげてください。

活動の仕方，接触する方法はどんなものですか。いつそれをやってみますか。

予定通りできたか，結果を記録してください。

種類	趣味の講座教室	地域の集まり活動	老人会	昔の職場や学校の集まり	お寺，教会	その他
団体						
場所						
時間						
方法						
予定						
結果						

表3　シート4/実施記録表

①関係の新規開始

場所・機械	できた知り合い	してくれること	関係の満足	今後の方針
		1．気軽なつきあい 2．頼みごと 3．ケア	1．かなり満足 2．まあ満足 3．不満足	
		1．気軽なつきあい 2．頼みごと 3．ケア	1．かなり満足 2．まあ満足 3．不満足	
		1．気軽なつきあい 2．頼みごと 3．ケア	1．かなり満足 2．まあ満足 3．不満足	

②関係の強化

関係区分	対　象　者	方　　法	関係の進展	今後の方針
1．家族・親戚 2．近所 3．職場 4．友人他			1．かなり進展 2．やや進展 3．進展せず	
1．家族・親戚 2．近所 3．職場 4．友人他			1．かなり進展 2．やや進展 3．進展せず	
1．家族・親戚 2．近所 3．職場 4．友人他			1．かなり進展 2．やや進展 3．進展せず	

引用文献

Allegrante, J. P., MacKenzie, C. R., Robbins, L. and Cornell, C. N., 1991 Hip fracture in older persons : *Does self-efficacy-based intervention have a role in rehabilitation? Arthritis Care and Research*, 4 (1), 39—47.

Andersson, L. 1985 Intervention against lonliness in group of elderly women : An Impact Evaluation. Social Science Medicine, 20 (4) 1, 355—364.

Attneave, C. L. 1990 Core network intervention : An emerging paradigm. Journal of Strategic and Systemic Therapies. 9 (1), 3—10.

Benum, K., Anstorp, T. O., Steffen, D. and Sorensen, T. 1987 Social network stimulation : Health promotion in a high risk group of middle-aged women. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementalum. 337 (76), 33—41.

Clarke, M., Clarke, S. J. and Jagger, C. 1992 Social intervention and the elderly : A randomized controlled trial. American Journal of Epidemiology, 136 (12), 1517—1523.

Fondacaro, M. R., Heller, K. and Relly, M. J. 1984 *Development of friendship networks as a prevention* strategy in a University megadorm. The Personnel and Guidance Journal, 520—521.

Fontaine, G. 1986 Roles of social support systems in overseas relocation : Implications for intercultural training. International Journal of Intercultural Relations, 361—378.

Haley, W. E., Brown, S. L. and Levine, E. G. 1987 Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. Gerontologist, 27 (3), 376—382.

Higgins, B. S., Schilmoeller, G. L., Baranowski, M. D. and Coladarci, T. T. 1993 Support systems and caretaking behaviors of adolescent and older mothers : The first year after delivery. Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing, 6 (1), 5—14.

Haring, T. G. and Breen, C. G. 1992 A Peer-mediated social netwok intervention to enhance the social integaration of persons with moderate and severe disabilities. Journal of Applied Behavior Analysis, 319—333.

Heller, K., Thompson, M. G., Vlachos-Weber, I. and Steffen, A. M. 1991 Support interventions for older adults : Confidante relationships, perceived family support, and meaningful role activity. American Journal of Community Psychology, 19 (1), 139—146.

兵藤好美・田中宏二　1995　高齢者の社会的支援ネットワーク特性と精神的健康　中国四国心理学会論文集, 28, 88.

Johnson, Z., Howell, F. and Molloy, B. 1993 Community mothers, programme : Randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. BMJ, 306 (6890), 1449—1452.

Kirkham, M. A., Schilling, R. F., Norelius, K. and Schinke, S. P. 1986 Developing coping styles and social support networks : An intervention outcome study with mothers of handicapped children. Child Care, Health and Development, 12 (5), 313—323.

マグワァイア, L. 著, 小松源助ら訳　1994　対人援助のためのソーシャルサポートシステム　川島書店 (Maguire, L. 1991 Social Support Systems in Practice : A General Approach. National Association of Social Workers. INC. : Washington, D. C., U. S. A).

Stephens, R. S., Roffman R. A. and Simpson, E. E. 1994 Treating adult marijuana dependence : A test of the relapse prevention model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (1), 92—99.

Soehner, G., Zastowny, T., Hammond, A. and Taylor, L. 1988 The single-parent family project : A community-based, preventive program for single-parent families. Journal of Child and Adolescent Psychotherapy, 5 (1), 35—43.

田中宏二・兵藤好美・田中共子・野辺政雄　1996　高齢者の社会的支援に関する研究ノート：高齢者給食サービスの予備調査　岡山大学教育学部研究集録, 101, 1—13.

Toseland, R. W. and Rossiter, C. M. 1989 Group interventions to support family caregivers : A review and analysis. Gerontologist, 29 (4), 438—448.

(平成8年4月15日受理)