

介護支援専門員のための家族アセスメント

——フレームワークの考案——

吉 島 豊 録

要 旨

介護支援専門員は、介護保険被保険者の生活課題を分析し、様々な社会資源と繋ぎながら、被保険者本人の主體的な能力を引き出すことによって課題が解決するように支援する。被保険者の家族もこの社会資源に位置づけられるが、介護支援専門員は被保険者と家族の関係をアセスメントするという視点が脆弱であるように思われる。本論では、カルガリーアセスメントモデルを基礎として考案した、介護支援専門員の家族アセスメントに資するフレームワークを紹介する。

キーワード：家族アセスメント、カルガリーアセスメントモデル、介護支援専門員

1. 研究の背景

1.1 介護支援専門員

平成12年4月に創設された我が国の公的介護保険制度では、介護支援専門員という新しい資格も同時に創られた。保険者（市町村、特別区等）は、被保険者の申請により、介護の必要性を勘案して「介護度」を認定する。介護支援専門員は、その「介護度」ごとに定められた予算限度額を考慮しつつ、地域の中にある分断された介護サービスを組み合わせ、被保険者の自立に資するサービス展開を提案する専門職である。

社会保障費の抑制が叫ばれる我が国において、介護保険制度もその持続性への意識が強く求められている。そのため、個々の被保険者の予算限度額を管理する介護支援専門員の過不足の無い計画作成に期待が寄せられるのは当然のことであろう。

1.2 研修体系の見直し

しかしながら、計画作成の前提となる被保険者の課題を分析（以下、アセスメント）する介護支援専門員の能力には、制度創設時から疑問の声が上がっていた。さらに、平成25年に、厚生労働省老健局より「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討

会における議論の中間的な整理」¹⁾が示されると、平成28年度より、新カリキュラムでの研修が実施されることになった。介護支援専門員としての業務を行うためには、看護師や社会福祉士等定められた国家資格を有する者が、「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格した後、実務研修や専門研修等を受講し資格の質の担保する仕組みに（平成18年度からは、5年ごとの更新制）になっていた。新カリキュラムでは、リハビリテーション、福祉用具、看取り、認知症、医療連携、家族支援、社会資源の活用という科目内容が新設され、より専門的な内容を学び資格の更新をすることになった。

1.3 家族アセスメントへの違和感

筆者は、平成28年度より、神奈川県、滋賀県、島根県から「家族への支援が必要な事例」に関しての講義・演習を依頼され出講する機会を得ている。

介護保険被保険者証に記載された被保険者が、アセスメントやサービス提供を考える際の「本人」となる。そのため、介護支援専門員は、家族を社会資源の一つであるとしか見ることができなくなっている可能性が高い。つまり、家族への支援という視点は、どうしても後回しにされるのである。この点について、以前より違和感があり、家族アセスメントの方法を標準化していく必要があると考えていた。本論でも述べていくが、家族アセスメントでは、家族を一つのシステムとして捉えた上で支援をしていく必要がある。新カリキュラムである「家族への支援が必要な事例」の講義・演習を受諾したことを契機に、介護支援専門員のための家族アセスメント法を考案したので論文としてまとめた。

2. 研究の方法と目的

介護支援専門員が担当するのは、第1号被保険者である高齢者が中心となる。その特性を踏まえて、まず、家族療法のフレームワークを検討する。介護支援専門員の研修テキスト²⁾³⁾では、不十分であると思われるが、カルガリーアセスメントモデルの要素がみてとれる。そのため、家族療法のフレームワーク検討は、カルガリーアセスメントモデルを中心として批判的に検討し、家族アセスメント法の基底とする。その上で、不十分であると思われる点を補うためにすでに広く知られている見解から、独自の方法を考案し、介護支援専門員のための家族アセスメント法をフレームワークとともに提案することを目的とする。

3. 家族の定義と推論材料

家族療法を駆使する臨床では、家族を定義しない。『これが私たちの家族です』と紹介された人々の集まりを家族と呼ぶ⁴⁾ことが、家族アセスメントの臨床では実際的である。紹介された人々の「関係性」について言及することが家族アセスメントである。「関係性」は、後述する様々な視点は、定量的に測定しにくい、紹介された人々の「関係性」を推論するための材料を抽出するフレームワークを構成する要素となる。

4. 家族アセスメントに対する介護支援専門員の心理的負担

介護支援専門員は家族へのアプローチに関して、被保険者と家族の関係についての情報把握が重要であり、同時にそれがアセスメントを深めることに繋がるということも認識している⁵⁾。しかし、アセスメント業務と介護保険関連の事務処理業務という、性質の異なる業務の板挟みとなり、そのことに負担感を抱いている⁵⁾⁶⁾。つまり、重要であるが負担でもあるという一種のジレンマに陥っているのである。しかも、前述したとおり、介護保険被保険者証に記載された被保険者「本人」以外の家族は、「本人」を支える資源であるという短絡的な整理で業務を遂行していると思われる。

そのため、本人と家族の「関係性」への推論は、極力簡便で尚且つ介護支援専門員の興味をひく方法で展開されるフレームを考案しなければならないと考える。

5. 家族療法とアセスメントモデル

家族療法のアセスメントモデルは第一世代、第二世代、第三世代と分類されている。家族療法は、「1970年代に入って『一般システム理論』が脚光を浴び、『システムとしての家族』というとらえ方⁷⁾が、それまでの家族研究からシフトするようになった。家族療法の特徴は、①個人の問題ではなく「関係」の問題として問題を捉え直す、②家族の過去・現在・未来を視野に入れること、③個人と家族、家族とコミュニティの関係を視野に入れることである。提案する家族アセスメントのフレームワークでは、コミュニケーションを、家族の「関係性」を推察する構成要素として採用するため、第一世代からはコミュニケーションモデル、第二世代からはナラティブ・セラピーを取り上げ、カルガリーアセスメントモデルに統合する。

5.1 コミュニケーションモデル⁴⁾

第一世代のコミュニケーションモデルでは、“二重拘束仮説”という考え方をを用いた治療が行

われる。“二重拘束仮説”とは、二人あるいはそれ以上の人間のコミュニケーションにおいて、二つの異なる考えや言動を混同することによって縛られているという仮説である。このモデルでは、それを治療に用いるのである。コミュニケーションモデルは、因果関係に着目しその原因を除去しようというアプローチではなく、“問題は相互作用の問題から生じる”という原理からの治療方法であり、それを不眠症や統合失調症の患者に指示しながらアプローチする方法である。このモデルには、文化人類学者のペイトソンの理論が中核にある。提案する家族アセスメントのフレームワークには、コミュニケーションのあり様を採用する。

5.2 ナラティブ・セラピー⁴⁾

第二世代のナラティブ・セラピーは対人援助アプローチのひとつである。“ナラティブ”には“物語”と“語り”の二つの意味がある。“語りの場”において誰とどのように話すかということがその会話の内容を大きく変える。ナラティブ・セラピーでは、コミュニケーションに焦点を当て、家族全員を面接に集めて直接それを観察する方法である。

5.3 カルガリーアセスメントモデル²⁾⁴⁾

第三世代のカルガリーアセスメントモデルは家族を一つのケアユニットとして捉えるモデルである。つまり、家族は、夫婦システムやきょうだいシステムといった下位システムから構成され、同時に地域社会や職場といった上位システムから影響を受けると考える。下位システム間や家族とその上位システムとの間には境界（バウンダリー）があり、緩やかに境を作る。この点が個人のアセスメントを中心とする介護支援専門員が持ちえない視点である（講義・演習を行った場合、驚きをもって歓迎される）。

カルガリーアセスメントモデルでは、家族の内部の構造をジェノグラム、家族の外部の構造をエコマップで表現しアセスメントする。

先にカルガリーアセスメントモデルが不十分と述べたのは、家族のコミュニケーション、ライフヒストリーという、家族の「関係性」から、家族の言動を支配する価値観を推察するための構成要素が欠落しているからである。これらについては、コミュニケーションモデルとナラティブ・セラピーから援用できる点を見出す。また、「図と地」という概念を持ち込み、家族という「図」の背景にある「地」にも介護支援専門員の思考が及ぶようにする。

6. 家族アセスメントの構成要素

6.1 ジェノグラム

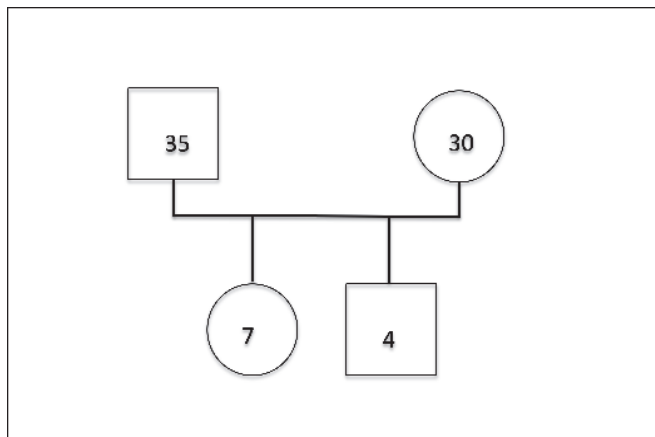
「ジェノグラムは、複数世代が盛り込まれた家族関係図」⁸⁾のことである。「Monica・

McGoldrickとRandy・Gersonによって開発され進化をとげてきた方法であり家系図とも言われる⁴⁾。家系を表現しつつ家族の中の主だったライフイベント（出生、死亡、結婚、離婚等）も視覚的に表すことが可能である。これにより、家族全体及び家族メンバーそれぞれの特徴や課題について明らかにできる。男性は□、女性は○で表す。年齢（生年月日）が分かっている場合は図形の中に書き入れる（図1）。婚姻関係がある場合は、線で繋ぎ、子どもが生まれた場合は、左側を長子とし夫婦の下に描き表す（図2）。ジェノグラムにエコマップ（第4節）も描き入れる場合もある。

ジェノグラムは、家族の関係性を可視化するとともに、そこに「家族の歴史」⁹⁾があるということに介護支援専門員は着目する必要がある。後述するライフヒストリーと合わせ読むことにより、家族関係の変化を推察することができる。



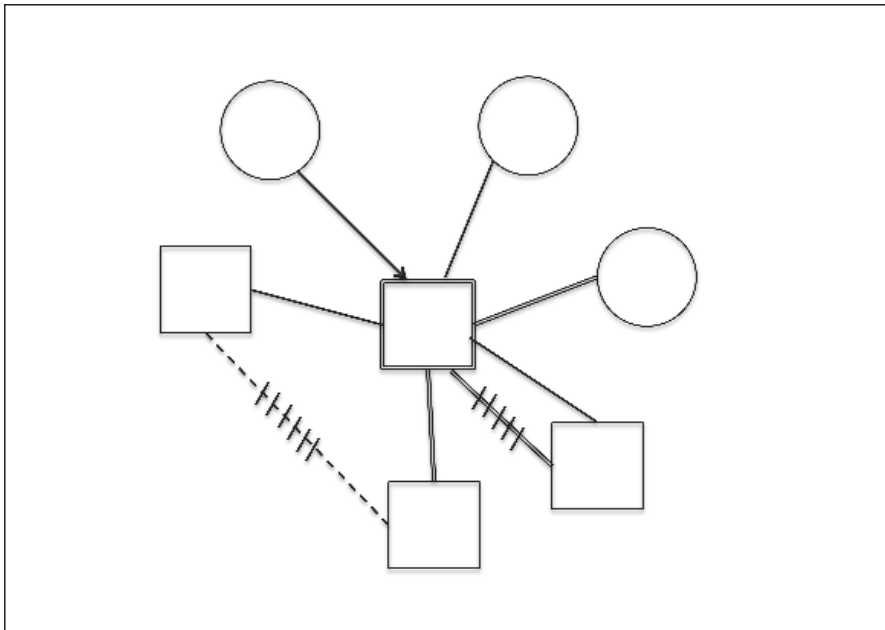
（図1）ジェノグラム（男女、年齢の表現）



（図2）ジェノグラム（婚姻関係と親子関係）

6.2 家族の外部構造と人間関係（エコマップ）

家族の外部構造(拡大家族や社会資源を含めた家族の人間関係)を整理する方法としてエコマップというものがある(図3)。繋がりや強さを表現するのは、線の数や線の種類である。例えば、一本線よりも二本線の方が繋がり強い。三本の線で結ばれているとさらに繋がり強いことを表現できる。点線は希薄な関係を表す。線の数や種類に関わりなく描かれた斜線は、ストレス状態にあることを表す。矢印は、働きかけの方向性である。







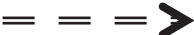


(図3) 一般的なエコマップ

家族の関係を一覧でき、便利な図であるが、難点がある。これらの線は、一つの家族の中で相対的に引かれるという点である。実務的には、一本線を基準にして、それより強い弱いという判断で描かれる。そうすると、家族構成が変わり(特に死亡等で)描くことができなかった場合のエコマップの変化を追うことが難しくなる。エコマップは、家族の変化を追うことで、前述のジェノグラムや、後述するライフストーリーなどと合わせ読むことが可能となる。

その難点を解消するために、(表1)のように、矢印に普遍性をもたせた。

(表1) エコマップ (吉島考案)

関係の方向性 (記号)	関係 (又は発語) の内容
	日常生活動作・ 手段的日常生活動作の援助
	支持的な発語
	非支持的な発語
	依存的な発語
	支持的な態度・行動
	非支持的な態度・行動
	依存的な態度・行動

(表1)にある日常生活動作とは移動・食事・排泄・入浴・整容・着脱衣をいい、手段的日常生活動作とは、服薬管理・掃除・買い物・架電等を言う。(表1)の矢印はそれらに援助・見守り・助言・励まし等(以下、援助等という)が必要な場合に用いる。複数の援助等があったとしても、矢印は一本とし、説明が必要であれば、エコマップの欄外に記載欄を設けている。

(表1)の支持的な発語とは、相手の存在を認め支持するような発言があった場合、非支持的な発語とは、相手の存在を否定し非支持を表明するような発言があった場合、依存的な発語とは、依存が伺えるような発言があった場合にそれぞれ用いる。

態度・行動の場合は、二重線の矢印となり、発語がなかったとしても態度や行動があった場合に用いる。発言と態度や行動が両方見られた場合には、別々に記載する。

6.3 ライフヒストリー

ライフヒストリーは、ソーシャルライフヒストリーとも言い、日本語では、生活史あるいは社会生活史と言う。

家族のアセスメントをおこなう際には、当然、家族全員のライフヒストリーが必要になる。なぜならば、誰かの身の上で起こったことは、別の家族構成員に何らかの影響を及ぼすため、その関連を見比べるためである。ライフヒストリーの図には、単にライフイベント（誕生、結婚、移転、疾病、死亡など）を描き入れるだけでなく、必要に応じて“社会の出来事”の軸を設けると、家族の事情（特に経済状況など）と社会の動きを繋げて考えることができる。

また、家族のメンバーが精神的に疲弊したり、身体的に苦痛を感じたであろう時期を描き入れ、その時期に他の家族メンバーはどのような時間を過ごしていたかを照らし合わせ、家族間の関係性を推察する。家族メンバーの疲弊や苦痛は、介護支援専門員の主観的な判断でよいとしている。その理由は、構成要素全てを合わせ読み、整合性がとれるように推論するからである。

6.4 コミュニケーション

家族内のコミュニケーションからも家族関係を明らかにすることができる。特に表面的な発語や対話だけでなく、その背景にある関係性を示す非言語的コミュニケーションに着目をする。言語的コミュニケーションはメッセージの内容を表すものであるが、対話の場面においては必ず非言語的コミュニケーション（表情や仕草、態度、声の大きさや調子、距離、沈黙、間、言葉の切り出し方、言葉の運びなど）を伴う。「非言語的コミュニケーションはメッセージを発する者が相手とどのような関係性をもちたいかを示す」¹⁰⁾ ことになる。しかし、介護支援専門員の研修では、被保険者や家族は何を言ったかということは取り上げられるが、どのように言ったかという非言語情報については殆ど扱われない。また、実践を記録として残す習慣もない。したがって、家族間の関係性を読み解くために対話の中の非言語的コミュニケーションに着目し、メッセージを読み取る習慣が無いのである。

6.5 局面・事態・状況

介護支援専門員がアセスメントを行い、ケアプランを作成することになる被保険者は、被保険者又は家族等が申請をすることになっている。つまり、支援が必要であるため介護保険制度を利用したいという意思表示が前提となる。何らかの生活変化があることを被保険者や家族が認めたと言い換えることもできる。介護支援専門員は、その生活変化を被保険者本人や家族の能力を引き出しながら、元通りにすることを目指す。アセスメントという行為は、その生活変化を詳らかにし、尚且つ原因背景を探ることである。

局面・事態・状況とは、生じた生活変化を被保険者や家族と共有したものであり、乗り越えようとしなければならないことを端的に表現するものである。

6.6 家族ライフサイクル

個人、家族、社会システムを関連づけながら理解するために有用な McGoldrick, M らのモデル⁴⁾を、介護支援専門員のために手を加えたのが(表2)である。

家族ライフサイクルを家族アセスメントの構成要素の一つに持ち込むことは、介護支援専門員の視点を大きく変容させ、かつ、被保険者と家族との板挟み状態を回避する実務的なヒントを提供することができる。アセスメントの中心は被保険者である本人であって、家族はあくまでも社会資源の一つであるという介護支援専門員の考え方・視点である。家族には家族の発達課題があり、それをクリアできているかという視点に基づくアプローチが、介護支援専門員と家族との関係性を良好なものにすると考えられる。

家族ライフサイクルは、家族の標準を示したものではないと考える。発達課題を残したままに次なる段階に進む家族もいるだろう。その場合、課題を克服できていないと捉えるのではなく、介護支援専門員は、克服できなかったことをどのように受け止めているのかの言語化に軸足を置くべきであろう。言語されたものは、第3節のライフヒストリーや第4節のコミュニケーションと相俟って推論の素材となる。

(表2) 家族ライフサイクル McGoldrick, M ら (吉島改)

段階	段階を特徴づける基本原則	発達的に前進するために家族に求められる 「発達課題」
1 新婚期（結婚から 第1子誕生まで）	原家族からの巣立ち 自己の情緒的・経済的責任 を受け入れること	a. 原家族との関係における自己分化 b. 親密な仲間関係の発達 c. 職業における自己確立と経済的自立 d. 適切な外的境界
2 養育期（乳児・幼 児を持つ家族）	結婚による家族の繋がり 育児という新たな役割	a. 夫婦という二者関係から、子どもを含んだ 三者関係への変化を受け入れる b. 新しい生活のあり方（家事・育児の分担等） を再構築する c. 安全基地の確保 d. 親役割と祖父母役割を包含するよう、拡大 家族との関係を再編成する e. 適切な外的境界

<p>3 教育期①（小学生 の子どもを持つ家 族）</p>	<p>子どもの社会性の発達</p>	<p>a. 子どもに大切な家族の一員であるという感 覚を与え続ける b. 子育て、経済的課題、家事における協働 c. 親役割と祖父母役割を包含するよう、拡大家 族との関係を再編成する d. 適切な外的境界と世代間境界</p>
<p>4 教育期②(中学生・ 高校生等 10 代 の子どもを持つ家族)</p>	<p>子どもの巣立ちの準備</p>	<p>a. 子どもの自由や責任を認める b. 中年期のカップルとキャリアの問題に再度 焦点を当てる c. 祖父母世代を世話する方向に移行し始める d. 適切な外的境界と世代間境界</p>
<p>5 分離期（子どもを 巣立たせる時期）</p>	<p>中年期における子どもの 巣立ちとその後</p>	<p>a. 親と成人した子どもとの間で大人対大人の 関係を発達させる b. 親離れ、子離れに伴う喪失感等を克服する c. 老後の生活設計を具体的に検討する d. 子育ての責任から解放され、新たな関心ご と・キャリアを探求する e. 祖父母のケアの必要性、機能低下、死に対 処する f. 適切な外的境界</p>
<p>6 充実期（夫婦二人 暮らしの時期）</p>	<p>世代交代の移行を受け入 れること</p>	<p>a. 夫婦が新たに出会い直し、夫婦の関係性を 強化する b. 子ども世代がより中心的な役割を取るよう サポートする c. 祖父母世代に対して、過剰に機能することな くサポートする d. 適切な外的境界</p>
<p>7 完結期（配偶者を 失った後の時期）</p>	<p>限りある現実、死や自分 自身の人生の完結を受け 入れること</p>	<p>a. 配偶者、同胞、他の仲間の喪失に対処する b. 死と遺産への準備をする c. 子ども世代との役割交代に対処する d. 支援する側から支援を受ける側への変化を 受け入れる e. 適切な外的境界</p>

各段階には、適切な外的境界という発達課題が記されている。これは、家族というシステムを取り巻くより大きなシステムとの境界（バウンダリー）が柔軟であるか否かを問うている。境界は、強すぎると孤立を生み、弱すぎると過干渉を生む。その時々状況に応じた可変性を持つことができる柔軟性が必要なのである。また、世代間境界は、家族というシステムの中のサブシステムの境界を意味し、同じように柔軟性が求められる。

6.7 問題解決能力と順位

システムとしての家族とは、家族全体で一つの生き物であると説明している。例えば、身体はどこかに故障が生じた場合、別のどこかがその故障を庇うように機能するようあり様である。家族の中に生活問題が生じて、何とかバランスを取り直して生活問題を乗り越えていく。その方法は、家族独自の仕方があると考えていく。問題解決能力とは、その家族の乗り越える仕方を整理したものである。つまり、これまで、どのような問題解決の仕方まで来たのかを明示していく。

その際、重要なのは、誰が主導権を持っていたか、指揮命令する形なのか、話し合いを優先させるのか、誰も主導しないのか、家族というシステムの外部に助けを求めるのか、明確に役割を分担して臨むのか等々、まさに家族の独自性に注目することである。この場合表面化するものが、家族内の順位（パワー）である。順位も含めた、家族の問題解決の方法・能力を把握する意義は、その方法・能力を活かすことによって、システムという「影響を与え合う人間関係」¹¹⁾を刺激し、「悪循環パターンを断ち、良循環に変化したことによる家族の自己解決」¹²⁾を期することができるからである。

6.8 「地」

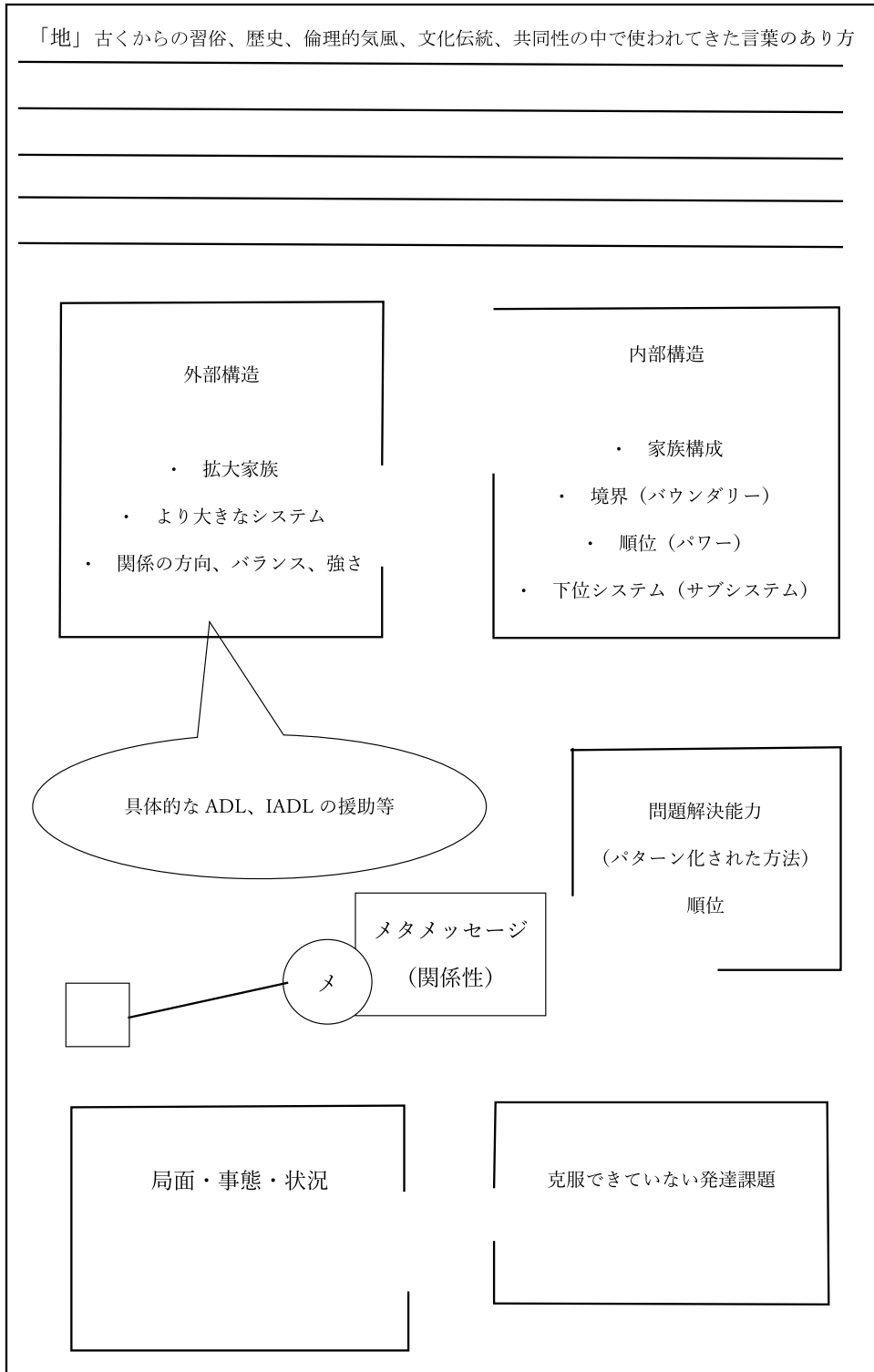
これまで述べてきた家族アセスメントを構成する要素すべては、「共同性の影響を受けている。共同性とは、古くからの習俗、歴史、倫理的気風、文化伝統、共同性の中で使われてきた言葉のあり方」¹³⁾であるという考え方がある。つまり、家族というシステムの外側には、共同性を携えた地域社会というより大きなシステムがあるのである。人間は、発達の過程において、「見えない他者一般」¹³⁾の存在を信じる次元に達する。親は、子育ての過程のどこか適切な時期に、この共同性に子どもを誘っていく。家族の関係性を考える際に親は子をどのように誘ったのかという視点は必要になる。

また、介護支援専門員がこの共同性を携えた地域社会に着目しなければならない理由がもう一つある。厚生労働省は、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供できる地域ケアシステム」¹⁴⁾の構築を目指している。

地域包括ケアシステムは、「時代や地域によって（特に）自助・互助の概念や範囲に違い」¹⁵⁾が生じる。つまり、提供されるサービスは、全国一律ではなくなり、地域の実情や特性に合わせて変わってくることになる。それを読み取って、介護支援専門員は不足している社会資源を地域ニーズとして挙げていく役割も担う。

しかしながら、家族アセスメントの構成要素の中で、共同性を携えた地域社会は見えにくい。なぜならば、共同性とは他者との「心のはたらかせあい」¹³⁾だからである。つまり、構成要素の地となるもので、構成要素が図なのである。図を塗りつぶしていくことによって、もっとも見えにくい家族の心のはたらかせ合いが見えてくるのである。

以上の整理から、(図4)の家族アセスメントフレームを作成した。



(図 4) 考案した家族アセスメントフレーム

7. 研修事例の展開

家族アセスメントの構成要素（第4章）を、実際の介護支援専門員研修テキスト³⁾の事例を使って説明する。

7.1 事例

- (1) 氏名・年齢 戸村 克洋 (77歳) (男) 仮名
- (2) 住所 I県J市
- (3) 要介護度 要介護4
- (4) 既往歴・現病歴 パーキンソン病、両大腿骨頸部骨折、神経因性膀胱
- (5) 入院歴
 - ① 75歳時、両大腿骨頸部骨折、難病主治医の所属する大学病院整形外科入院
 - ② 76歳時、尿管結石による激痛で救急搬送、入院2週間
 - ※ 現疾患であるパーキンソン病発症までは、健康であった。
- (6) 受診・通院の状況 大学病院神経内科月1回通院、訪問診療週1回
- (7) 認知症高齢者の日常生活自立度 III b
- (8) 障害高齢者の日常生活自立度 C-2
- (9) 生活歴

I県生まれ。父親は官吏、二女一男の3人姉弟の末子。地元の大学を卒業後、大手建設会社に構造関係の技師として勤務。転勤等あったが、最後は地元支社の部長級で退職。定年後も関係J子会社に勤務するが、歩行の変容等体調不良が出現し、予定より早く現職を退く。従来からのものづくりが好きで、エンジニアとして向学心もあり、よい仕事をしてきた。

妻は、大学同窓生の妹で3歳年下、男子2人に恵まれる。次男は自閉症があり、特に妻は、母親として通園や特別支援学校への通所通学、行事協力、また次男の成人後は作業所開所などの「親の会」活動に参加するなど、人生の大半を次男に捧げてきた。夫は見守りながら側面的支援をしてきたが、定年後は次男のために「親亡き後のための場づくり」などへ積極的にかかわりたいと思っていた矢先に、パーキンソン病になった。
- (10) 主訴

本人:難病ではあるが、可能な限りこの家で生活していきたい。障害のある次男の行く末が心配。

妻 : 夫も次男も私が世話をしていきたい。これが私の役割な

のだから。

- (11) 相談者（利用者との関係・続柄など） 戸村 百合子（妻）（74歳）主婦
- (12) 相談に至る経緯 本人が外来している大学病院医療相談室ソーシャルワーカーから、本院の予後や日常生活を考えると妻1人では対応が難しくなることから、介護保険サービスの利用を助言したので、担当して欲しいと依頼された。
- (13) 世帯状況 妻と次男の3人暮らし
- (14) 主たる介護者 妻。次男には介護は期待できないが、一部限定したことのみできる（パン購入他）。
- (15) 世帯構成・家族等 妻（74歳）と自閉症のある次男（50歳）との3人暮らし。長男（52歳）は大阪に居住、妻（48歳）と2子（男18・女15）あり。現在海外（米国）へ単身赴任中。妻も就労。
- (16) 家族の介護状況 妻が守介護者であるが、1年ほど前からもの忘れが著明となり、今は軽度の認知症状がある（未受診であるため確定診断ではない）。夫の転倒等、緊急時に救急車を呼ぶ判断が難しい。本人への対応はおおむねヘルパーがするが、訪問のない時間帯での水分補給や服薬介助では、妻のもの忘れや不適切な対応が頻発している。水や薬を飲ませる等の行為そのものを忘れてしまう。次男が長年利用している通所施設（就労継続B）へ行くのを嫌がり最近1か月ほど毎朝、妻とトラブルが発生、大声での罵声や自傷行為（頭突き）などがある。
- (17) 経済状況・その他特筆すべき事項 夫の厚生年金 年360万円
妻の国民年金 年70万円
次男の障害年金（金額未確認）
地代（駐車場収入あり）
- (18) 健康状態 ① パーキンソン病：10年前に大学病院神経内科で確定診断。以降外来通院月1回。
② 神経因性膀胱：昨年、尿管結石による暴行尿管逆流で尿路感染したため、訪問診療週1回、2週間に1回カテーテル交換、床ずれケア
既往：両大腿骨頸部骨折：2年前転倒、上記大学病院にて入院手術加療
- (19) ADL 全介助、寝返り不可。

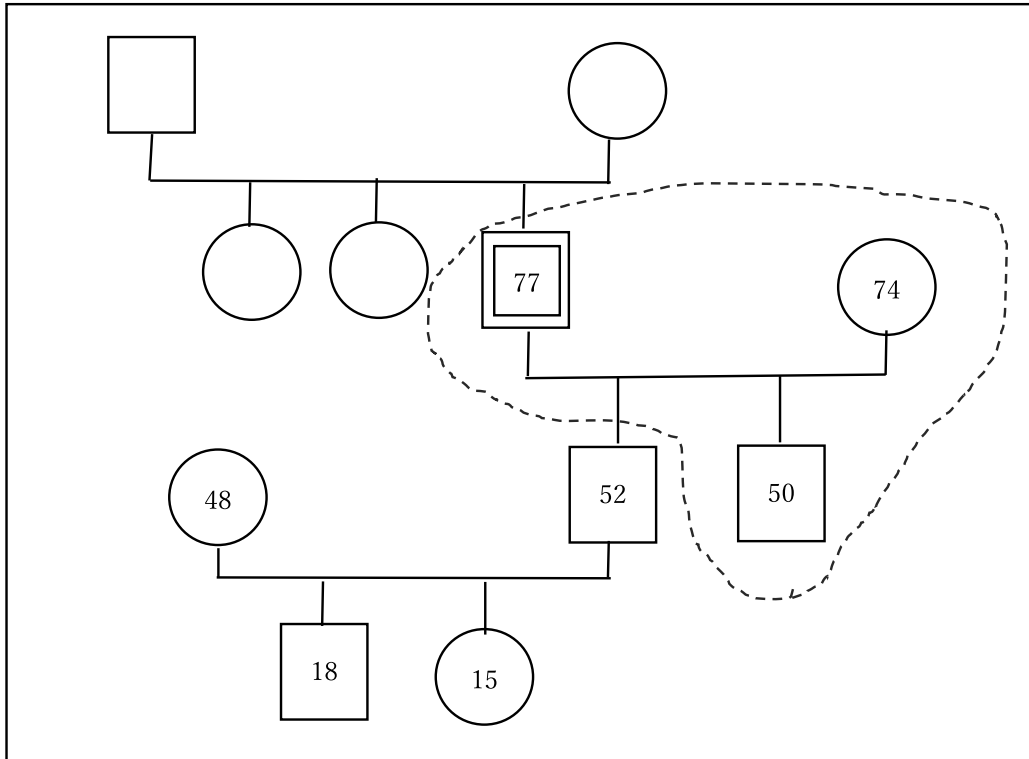
- 移動：車いす（全介助）。車いすへの移乗全介助。かろうじて座位は保持できるが身体は右傾が著明。
- 入浴：全介助。通所介護にて対応。
- 食事：全介助
- (20) IADL 掃除、洗濯、買い物、調理、金銭管理は妻が対応。
服薬管理は訪問看護師が対応。
- (21) 認知 視覚：テレビなどの鑑賞時は老眼鏡を装用。聴覚は問題ない。
健忘、注意障害、実行機能障害あり。
不安なことがあると精神的に落ち込み、物事への反応等が希薄になる。
- (22) コミュニケーション能力 発語不明瞭のため、時折聞き取りにくい。
会話は聞き取りにくい、日常生活動作等基本的な意思伝達は可能。記憶にはムラがある。
- (23) 社会との関わり 温厚で人望も厚く、在職中も後輩などから慕われ、勉強会講師などを務めていた。今でも何かお手伝いをと申し出る元同僚もいて、限られた人とは交際あり。動けなくなってからは、暮のテレビを見るのが日課になっていた。
- (24) 排尿・排便 尿意及び便意あり。便秘傾向のため薬にて対応。体調により便秘あり。尿に関しては全介助、バルーンカテーテル留置。便は、全介助。夜間はおむつとパッド、昼間はヘルパー訪問時にポータブルトイレで排便希望。
- (25) 褥瘡・皮膚の問題 仙骨部に発赤と表皮剥離を繰り返している。
- (26) 口腔衛生 口腔衛生すべてを介助（義歯の装着、口腔内清拭等のケア、洗浄薬による義歯清掃）。従来は妻がしていたが、このところ実施していない日がある。
- (27) 問題行動 体調不良時には幻視がみられ、不穏になる。特に入院時は顕著なため、入院はさせたくない和家人は考えている。このところ、薬の効果がよく、安定している。
- (28) 食事摂取 食形態はすべて柔らかい状態。ご飯も粥ではないが少しベタベタしている。食事中はどうしても姿勢が崩れるので、何回も身体を

- 起こしながら時間をかけて食べさせている。
- (29) 介護力 本人のパーキンソン病確定以降は、妻が介護保険サービスを利用しながら介護している。最初、妻は次男の関連で「親の会」活動もしていたが、夫が車いす生活になってからは全面的に介護に専念するようになった。しかし、前後して妻自身に認知症状が出現し、従来できていたケアの分担業務の忘れや、対応の不備などが起きている。
- (30) 居住環境 自家、戸建住宅5LDK、2階。1階はすべてバリアフリー対応済み。トイレ（様式）および浴室（和洋折衷浴槽）てすりあり。特殊寝台、エアマット、車いす貸与、ポータブルトイレ購入済み。
- (31) 特別な状況 同居している次男は軽度の知的障害を伴う自閉症者、療育手帳B2。30代後半から「親の会」による就労支援施設を週5回で通所。意思疎通は慣れた人なら簡易な応答はおおむね可能。こだわりと潔癖症が顕著で、声かけや見守りは必須であるが、慣れた生活環境のもとでは安定しており、父親の好きなパン屋への買い物もできていた。この数か月の通所の拒否と自室閉じこもりは、次男への思いの強い妻を混乱させている。

7.2 ジェノグラム

与えられた情報のみでジェノグラムを描いた（図4）。

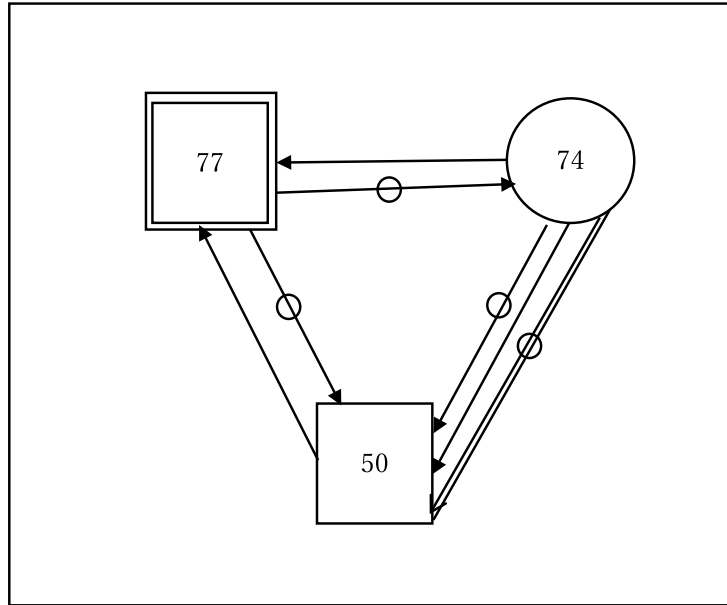
第1節の（1）（9）（11）（13）（15）の情報が反映されている。



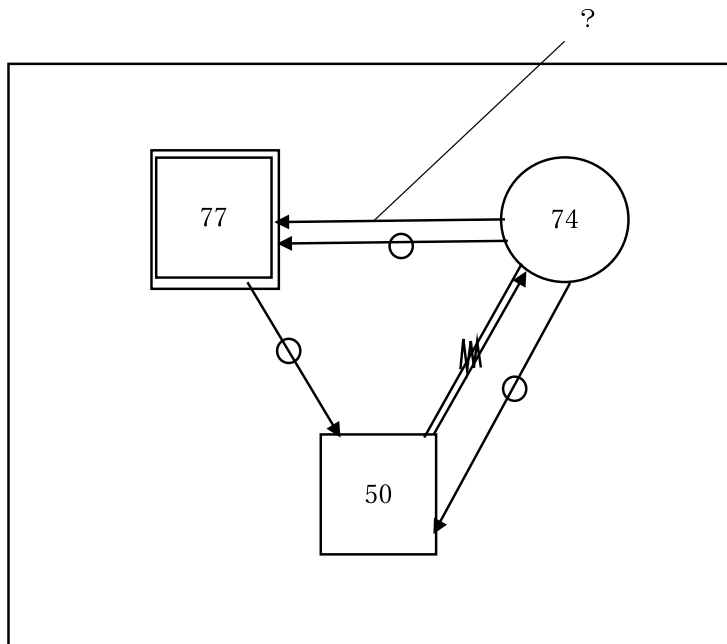
（図4） 戸村さんのジェノグラム

7.3 外部環境と人間関係

第1節(29)を見ると、家族内の役割が大きく変化している。その変化を可視化するために、変化する前(図5)と変化した後(図6)のエコマップ(吉島考案)を作成した。



(図5) 家族内の役割が変化する前



(図6) 家族内の役割が変化した後

(図5)については、第1節(1)(9)(10)(14)(16)(26)(31)の情報を根拠とした。
 (図6)については、第1節(1)(9)(10)(16)(20)(26)(28)(31)の情報を根拠とした。

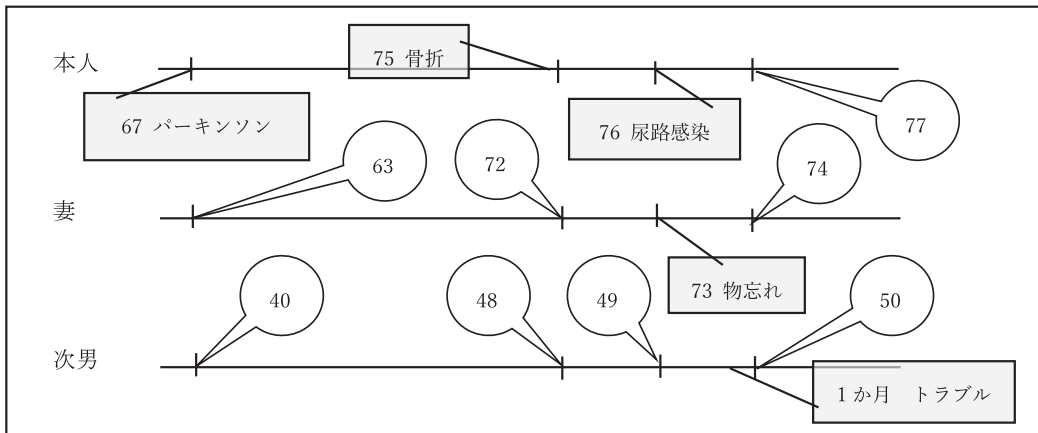
(図5)と(図6)を比較すると、次の点が変化している【情報A】。

- ・父親のためにパンを買いに行くという次男の役割が無くなっている。
- ・母親は夫のADL/IADLの世話を引き続き行っているのであるが、抜け漏れが生じている(?マーク)。
- ・母親は次男に対する気持ちは変わっていないが、具体的なADL/IADLの世話や、親の会などの行動が無くなっている。
- ・次男の母親に対する反発が生じている。

7.4 ライフヒストリー

ライフヒストリーについては、(図4)のジェノグラムからも分かるように、本人の両親や二人の姉の年齢、パーキンソン病発症より前の明確な情報が研修テキストに無い^{*1}。そのため、本人のパーキンソン発症以降のライフヒストリーとした。本来であれば、本人の両親のライフヒストリーも必要であり、それによって、本人がどのような環境で幼児期を過ごしたのかを推測し、愛着形成に問題は無かったのか等を検討する。

(図7)は、第1節(1)(5)(15)(16)(18)(29)(31)の情報をを用いて作成した。



(図7) ライフストーリー

(図7)より分かることは、以下の通りである【情報B】。

- ・次男と妻とのトラブルは、妻の物忘れが頻発ようになった後に生じている。
- ・妻が夫の骨折を機に、夫の介護に専念するようになった後も、しばらくは次男と妻のトラブルは生じていない。

7.5 コミュニケーション 【情報C】

言語的コミュニケーションに関しては、(図5) から (図6) への変化で読み取れるように、妻から次男への(介護支援専門員を通じた形で間接的ではあるが)支持的な言葉が収集できる。しかしながら、支持的な言語とは裏腹に、ADL/IADLの世話や行動が消失している。つまり、言動不一致の状態であることが分かる。

非言語的コミュニケーションに関しては、大声での罵声や頭突き等次男の行動全体から母親との関係性を示すメッセージを読み取る必要がある。

7.6 局面・事態・状況

特筆すべきものとしては、

- ① 妻の認知症状が頻発し始めている
- ② 次男と妻のトラブルが生じている
- ③ 本人の不安や落ち込みが生じている

という点が挙げられよう。①、②、③の関係性を整理する必要がある【情報D】。

7.7 家族ライフサイクル

教育期①② d 軽度の知的障害を伴う自閉症がある次男。その特性から、世代間の境界の柔軟性は常に変動すると思われる。

分離期 a 大人対大人の関係の発達、一定の時期で停止していると思われる。

d 子育ての責任から解放されることは無いと思われる。

完結期 b 死と遺産への準備に関しては不明。長男が関与してくると思われる。

c 役割交代できる子ども世代が近くにいない。

充実期 a 夫婦の出会い直しをする前に、本人のパーキンソン病が発症してしまった。

新婚期(次男) c 職業における自己確立と経済的自立は未達成であると思われる。次男は、

この段階移行の発達課題を殆ど達成しないまま両親との生活を送ってきた。

7.8 問題解決能力と順位

(1) パターン化された問題解決の方法

妻が夫(本人)の見守りと理解を背景に、一人で次男のケアを支えてきた。

第6節の充実期の発達課題に向き合う前に本人のパーキンソン病が発症し、新たな問題解決の方法をパターン化するに至らなかった。

(2) 順位についても同様で、妻が1位のまま、その順位の再検討・見直しをする機会を失ってしまった。

7.9 「地」

研修用の架空の事例であるため、古くからの習俗、歴史、倫理的気風、文化伝統、共同性の中で使われてきた言葉のあり方の影響を検討することはできなかった。実際の事例を分析する場合は、第1章～第7章までの情報に、これらがどのように影響しているかを突合しながら、第9節で行うような仮説形成をすることになる。

7.10 仮説形成

【情報A】から妻と次男の関係性を整理すると、妻の言動不一致と次男の役割消失に着目する必要がある。妻の次男への働きかけの不足が次男の役割を奪った可能性がある。働きかけの不足は、夫の世話にも見て取れる。【情報B】は、妻と次男のトラブルが、この働きかけの不足の後で生じているので、次男はその状況を観察していた可能性もある。次男は、単に自分への働きかけが自分の父親に振り向けられたことだけを原因として反発しているのではないと思われる。次男は、知的障害を伴う自閉症があるため、【情報C】の方法（罵声や頭突き）で、自分の母親への心配を表現している可能性もある。そして、本人の不安は、【情報D】から、妻と次男のトラブルが背景にあるのではないかという仮説も立つ。

介護支援専門員は、これらの仮説の検証をすべく情報の再収集をおこない、アセスメントを深めていくという段階に入っていくことになる。

8. まとめと課題

8.1 カルガリーアセスメントモデルとの相違点

本論で紹介したのは、広く知られているカルガリアセスメントモデルを基にして考案した家族アセスメントのフレームワークである。

特に、エコマップの描き方を新たに考案した点、家族全員のライフヒストリーを可視化した点、特異条件が作る図は、「共同性を地盤として」¹³⁾ その中で生じるという考え方を採用した点の3点である。特に3点目の図と地の考え方は、今後主観的事実を推測していく場合に应用可能だと考えている。

いずれにしても、いくつかの方法論を集めて、仮説を形成するということを目指したフレームワークであるため、「論証力の弱い」¹⁶⁾ 推論となる。

8.2 課題

実際にこのフレームワークを活用して研修を行った際、集められていない情報がある。ほとんどの介護支援専門員は、高齢者本人を中心とした情報を収集をすることになる。したがって、本

論の事例（図4）でもそうであるが、本人の両親の情報を集められていない。また、家族ライフサイクルの情報も同様に少ない。

今回考案した家族アセスメントのフレームワークを介護支援専門員が日常業務で使用することで、その「業務負担感」⁵⁾が軽減されることはないだろう。むしろ、アセスメントのために収集する情報の量は増し、質は高度なものが求められることとなる。しかし、新カリキュラムでは必須とされているので避けて通ることはできない。前述したとおり、論証力が弱い推論であるため、介護支援専門員に求められるのは、家族支援の意義と有用性を理解し、漏れの無い情報収集が必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省老健局振興課『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理』平成25年1月7日、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7.html>（最終閲覧日2020.2.6）。
- 2) 遠藤英俊 監修，前沢 政次 他『2訂/介護支援専門員研修テキスト』，一般社団法人 日本介護支援専門員協会，2018年3月。
- 3) 青地千晴 他，一般社団法人 神奈川県介護支援専門員協会，『改訂 介護支援専門員実践テキスト』中央法規，2019年6月20日。
- 4) 日本家族研究・家族療法学会編『家族療法テキストブック』金剛出版，2013年7月5日。
- 5) 白澤政和 他『介護支援専門員が認識する時間を要する業務内容とそれに関連する心理状態に関する探索的研究』生活科学研究誌・Vol.12（2013）。
- 6) 吉島豊録『アローチャートでケアマネジメント』環境新聞社，2009年10月5日。
- 7) 中村伸一『専門家による家族介入の現在—家族の外側から支える実践』家族社会学研究，2017，29（1）：38-48。
- 8) 団士郎『対人援助職のための家族理解入門』中央法規，2013年7月11日。
- 9) 早樫一男『対人援助職のためのジェノグラム入門』中央法規，2016年4月25日。
- 10) 野村直樹『やさしいベイトソン』金剛出版，2008年6月15日。
- 11) 杉山善朗 他『高齢者介護の家族支援技法に関する研究』北方圏生活福祉研究所年報2，15-21，1996。
- 12) 岩隈真由美 他『精神疾患をもつ妊婦と家族の看護』日本看護協会論文集 母性看護，37，57-59，2006。
- 13) 小浜逸郎『日本語は哲学する言語である』徳間書店，2018年7月31日。
- 14) 森洋子『地域包括ケアシステムにおける共生社会実現の課題』経営情報イノベーション研究，8，43-57，2019-10。
- 15) 厚生労働省『地域包括ケア研究会報告書』平成25年3月，
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf（最終閲覧日2020.2.8）。
- 16) 米盛裕二『アブダクション』勁草書房，2007年9月20日。