

令和 5 年 6 月 26 日現在

機関番号：33202

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2019～2022

課題番号：19K02253

研究課題名（和文）家族介護者ケアマネジメントツールの開発と包括的家族介護者支援システムの構築

研究課題名（英文）Development of family caregiver care management tool and construction of a comprehensive family caregiver support system.

研究代表者

相山 馨 (AIYAMA, KAORI)

富山国際大学・子ども育成学部・教授

研究者番号：10582629

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,100,000円

研究成果の概要（和文）：本研究では、病院と地域の支援者が家族の状況や関係性を理解し、家族介護者の課題解決に向けた支援ができるケアマネジメントツールを開発するとともに、そのツールを効果的に活用するための包括的な家族介護者支援システムの構築に向けて検討した。開発したツールを支援システムに沿って実践活用した結果、病院と地域の支援者が共通のツールを活用して、家族介護者を支援することができること、また、総合病院や精神科病院のいずれにおいても、患者の入院時から状況に応じて家族介護者支援を開始し、インタビュー、アセスメント、プランニングと展開する一連のケアマネジメントが実践できることを確認した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究では、要介護者の入院時から「家族介護者」の支援を開始する病院の支援者と地域の支援者が共通の視点を持ち、連携して家族介護者を支援するための「包括的家族介護者ケアマネジメントツール」を開発した。研究の成果は、このツールを活用することで家族介護者の課題の深刻化を防ぐ予防的アプローチ、家族介護者の負担感の軽減に向けての支援を可能にしたことである。また、このツールを効果的に活用する「包括的家族介護者支援システム」を定式化した。

研究成果の概要（英文）：In this study, we developed a care management tool that enables hospital and community supporters to better understand family situations and relationships, and to support family caregivers in solving their unique issues. We also examined the construction of a comprehensive family caregiver support system for the effective use of the management tool. As a result of the practical implementation of the developed tools in unison with the support system, it was discovered that supporters in hospitals and the community can assist family caregivers by using common tools. It was also confirmed that in both general and psychiatric hospitals, family caregiver support can be initiated at the time of patient admission in accordance with each specific situation, and a series of care management practices can then be implemented, continuing uninterrupted to intake, assessment, and planning.

研究分野：社会福祉

キーワード：家族介護者支援 ケアマネジメント アセスメントツール

1. 研究開始当初の背景

わが国において、「複合的な課題をもつ家族」「老老介護」「ダブルケア」「介護離職」等の介護を巡る課題が増加する中、家族介護者の介護負担に関わる支援が進められてきているが、家族介護者の介護負担感の軽減には至っていない。また、ケアを必要とする人を担当する支援者は、家族介護者を含めてケースに関わっていないながらも、包括的な支援までは行っていないという課題もある。さらに、地域に家族介護者を支援するサービスや社会資源があっても、家族介護者のニーズに応えるために資源が有効活用されていない場合が多く、介護疲れや介護ストレスによる高齢者虐待、介護殺人、介護自殺、介護心中が後を絶たない。このような課題を解決するために、家族介護者のニーズを早期に捉え、介護ストレス等の困難の芽を生じさせない効果的な家族介護者の支援方法の確立とそれを実践するための包括的な家族介護者支援システムの構築が求められている。

2. 研究の目的

本研究は、要介護者の入院時から多職種の連携による家族介護者の支援を開始することにより、家族介護者の不安を早期に解消し、介護疲れや介護ストレスの発生そのものを防止するとともに、病院と地域の多様な支援者が共通の視点をもち、家族介護者を支援する包括的家族介護者ケアマネジメントツールを開発するとともに、そのツールを効果的に活用する包括的家族介護者支援システムを構築することを目的とする。

3. 研究の方法

(1) ヒアリングによる実態調査

複合的な課題をもつ家族の家族介護者(9市町10名)に対するヒアリングによる実態調査を行い、入退院時に抱えているニーズを把握した。また、総合病院担当者、精神科病院で家族介護者の入退院に関わっている経験年数5年以上の専門職(9市町、10機関11名)、地域での要介護者を支援している介護支援専門員、相談支援専門員等(9市町、11機関11名)、家族介護者の支援を担当している地域包括支援センター職員等(9市町、10機関11名)へのヒアリングから家族介護者への支援内容を把握し、効果的なケアや効果的な社会資源活用の実態を把握し分析した。

(2) 包括的家族介護者ケアマネジメントツールの開発と活用システムの検討

調査結果を踏まえ、「介護者のケアマネジメントにおけるアセスメントツールの開発」(2013-2015 基盤C代表研究者:相山馨)の枠組みをもとに、包括的家族介護者ケアマネジメントツールの各シートの構成・項目、このケアマネジメントを実践するシステムについて検討し、原案を作成した。作成したツールの各シートの枠組みや項目は、経験年数5年以上の医療・保健・福祉・介護の実践者12名によって検討し、改良を加えた。さらに、ケアマネジメントツールを医療・保健・福祉・介護・司法の学識経験者で検討し、改良を重ねた。また、上記の実践者や学識経験者に加えて生活支援の専門職によって、実際にケアマネジメントを実践するシステムの検討を行った。

(3) 活用マニュアルの作成と実践でのツール活用

完成したケアマネジメントツールの実践試行を病院と地域の支援者(8市町、25機関、25名)により実施し、ヒアリングによりツールやツール活用システムの改善点を明確にするとともに、ツールの各シートの構成や項目の精査、ツールを活用するシステムの再検討を行い、活用マニュアルを作成した。その後、さらにツールを支援者(7市町、18機関、28名)により実践活用し、その活用の効果を明らかにするとともに、活用方法や活用システムの構築に向けて検討した。

4. 研究成果

(1) 家族介護者のニーズ

家族介護者へのヒアリングでは、複合的な課題をもつ家族の家族介護者は、自分自身が体調不調である、家族関係に精神的負担を抱えている、自分の時間が確保できない状況にあるなど、何らかのストレスを抱えての生活が継続していることが明らかになった。また、在宅で介護をするにあたり、要介護者の介護に対する不安だけではなく、他の家族との関係に不安があること、自分のケアと要介護者のケアとの両立が難しく、自分自身に必要なケアが後回しになってしまうこと、関わる病院と地域の専門職の支援の方向性が異なる場合は、家族介護者が混乱してしまうという不安があげられた。しかし、それとは逆に病院の支援者と地域の支援者が家族介護者を理解し、共通する視点をもって関わってくれることで、家族介護者の安心感を生み出すことができた。そして、支援者が家族介護者の話を聴いてくれること、つらさや大変な状況をわかってくれることにより、家族介護者の負担感が軽減されるとともに、本音が話せるようになることが明確になった。また、病院や地域の専門職の家族介護者への配慮ある対応がストレスを軽減させることにつながる一方で、専門職の支援の意味がよくわからない場合には、その支援そのものが家族介護者にストレスを生じさせていた。また、病院と地域の支援者が違うことで、家族介護者は同

じことを何回も話さなければならないという状況がストレスになっている場合もあった。近年、病院と地域の連携強化が重視され実施されているものの、情報の連携が不十分であり、病院と地域の支援者が別々の視点で関わっているような場合は、家族介護者の支援に必要な情報が途絶えてしまうという状況が生じると考えられる。

(2) 専門職の家族介護者に対する支援

病院の支援者の家族介護者への支援の内容として共通していた点として「家族介護者の力量の把握」「困っていることの確認」「要介護者の疾患の再発防止に向けた家族指導」「在宅サービスとの連携」があげられる。特に、精神科病院では、家族介護者との「信頼関係づくりを意識した関わり」や「家族介護者の自立に向けた支援」が行われていた。家族介護者への効果的な支援としては「家族介護者の話を聴くこと」「要介護者の状況の理解に向けた働きかけ」「困りごとの背景の把握」「家族の関係性の把握」が共通していた。また、地域の支援者の家族支援の内容としては、家族介護者に対して「話せる状況や関係づくり」「不安に思っていることの確認」「仕事を続けられるような配慮とサービスの調整」等があげられた。効果的な家族介護者支援としては、「家族介護者の話を聴き共感すること」「家族介護者がわかるような具体的な説明」「家族の関係性の理解」「柔軟な対応・サービス調整」「困りごとの要因の分析」等があがった。家族介護者のアセスメントについては、総合病院、精神科病院ともに、「家族介護者以外の頼れる人」についての情報収集は行っており、精神科病院や地域の支援者は家族介護者との信頼関係をつくることを優先して、タイミングを見計らって関わっていた。支援者が必要だと考えた場合に、家族介護者への支援は行われているものの、その時の状況に応じての対応となっているため、ケースによって必要な状況の把握を見逃してしまうことや、対応できないまま要介護者の退院へと至る可能性があると考えられる。同時に、アセスメントシートについては病院・地域のいずれの支援機関にも家族介護者のシートはなく、状況に応じて本人の支援記録の一部に記載されていたり、情報を収集しても記録はしなかったりする場合があり、その判断は支援者の勘と経験に委ねられている状況であった。病院の支援者、地域の支援者ともに家族介護者の話を聴き、家族の関係性を把握し、困りごとの背景や要因を捉える支援が重要であると認識しつつも、その情報収集を的確に行うことがしにくい状況にあるといえる。また、家族介護者は普段関わっている地域の支援者に話せないことを病院の支援者には話せるという場合、逆に病院の支援者に話せないことを地域の支援者には話せるという場合があることを把握することができた。特に、要介護者の入院はこれまでの地域での支援を見直したり、立て直したりするきっかけになり得るため、病院での家族介護者への関わりは新たなニーズを発見する場にもなると考えられる。さらに、家族介護者が高齢であっても、さらに病気を抱えていたとしても、要介護者の支援者にとっては、「要介護者に付随する身近な社会資源」として認識されており、家族介護者自身も家族が介護することが不可避であると認識していることから、家族介護者が不調を抱えたまま介護を担い続けざるを得ない実状が生じていることが明らかになった。

(3) 家族介護者支援に効果的な社会資源

家族介護者へのヒアリングを通して、家族介護者が自身のケアのために社会資源を活用している状況は見受けられず、そればかりか自身の受診すらもままならない状況であることが明らかになった。なお、家族介護者自身が求めている社会資源としては、「話を聴いてくれる場」「自分が休息できるサービス」「リフレッシュできる場」があがり、専門職からは、「家族介護者が遠慮なく話せる場」「必要な時に対応してくれる柔軟なサービス」等があげられた。家族介護者を支援する上で家族介護者にとっては「話せる場」「休息させてくれるサービス」、支援者にとっては、「話を聴く場」「家族介護者が必要な時に導入できるサービス」が重要な社会資源になると考えられる。また、この調査から、家族介護者にとって重要な社会資源は、「自分のことを話せる支援者」であり、家族介護者が話せる相手は、その時の要介護者の支援者とは限らないこと、よく知っている関係が直接「話せること」にはつながらないことが明らかになった。

(4) 包括的家族介護者ケアマネジメントツールの作成

ツールの構成

先行研究による基礎研究と2015年に開発した「介護者のケアマネジメントにおけるアセスメントツール」の枠組みと本調査の結果を踏まえ、病院の支援者と地域の支援者が連携し包括的に家族介護者を支援するケアマネジメントツールを構成するとともに、検討会や実践試行によって項目等を精査し、ツールを作成した。

このツールは、家族介護者のニーズやリスクを発見する「スクリーニングシート」、家族介護者の生活全体を捉えてニーズを明確化する「アセスメントシート」、家族介護者の支援計画を立案する「プランニングシート」、実践した支援を確認する「モニタリングシート」、家族介護者支援に活用する地域資源を掘り起こすとともに支援に効果的な新たな社会資源を開発する「資源開発シート」で構成した。各シートはケアマネジメントプロセスのインテーク、アセスメント、プランニング、ケアの実施、モニタリング等の各局面で使用する。「スクリーニングシート」と「アセスメントシート」にはチェック項目と自由記載の欄を設けた。

各シートの項目

「スクリーニングシート」は病院の支援者が家族介護者と出会いケースを発見した場合に、家族

介護者本人の同意を得て話を聴く時のツールとして使用する。このシートでは、家族介護者の「年齢や家族形態」「就労・通学の状況」「体調」「治療している病気」「疲れ」「睡眠時間」「ストレス」「自分の時間」「困っていることや不安なこと」「他者の支援」等を確認するとともに、要介護者の入院に伴って生じる「書類等の手続き」「カンファレンスへの参加」「面会」「洗濯等の身の回りの世話」「費用の支払い」等の要介護者の家族が担う役割やジェノグラムによる「家族関係の把握」により、家族介護者が抱えている負担やつらさを家族介護者本人と支援者の双方が確認することを可能にするものとして作成した。また、連携や共通認識がスムーズになるように、関わっている在宅の支援機関を確認できるようにした。そして、このシートの最終項目に、家族介護者ケアマネジメントについての同意の確認を行い、同意があった場合、次の段階であるアセスメントの実施機関については、家族介護者が話を聴いてほしいと思う機関や担当者が対応できるように病院で引き続き行うか、またはその他の支援機関で行うかを家族介護者の意向を踏まえて判断できるようにした。

また、「アセスメントシート」は、家族介護者自身の状況を確認する枠組みの中に、「健康状態」「障がい等」「やらなければならないこと」「思うように時間がとれないこと」「大変だと感じること」「寂しさ・孤立感」「困っていること・悩み・不安なこと」「自由時間(リフレッシュ)」「趣味・楽しみ事」「就労」「通学」「要介護者へのケア」「要介護者以外の家族のケア」「ケアの知識・技術」「ケアに対する意欲」「身体面への不安・負担感」「精神面への不安・負担感」「経済」を項目とし、家族介護者の環境を確認する枠組みとして、「家事等の家族の役割」「家族の関係性」「他の家族の理解」「家族外からの支援の受け入れ」「家族の特性」「近隣とのつながり」「友人・同僚とのつながり」「専門職との関わり」「地域の利便性」を項目として配置し、エコマップで「地域や周囲との関係性」を把握できるようにした。このような項目に沿って家族介護者の生活の全体像を家族介護者と支援者が確認した上で、家族介護者の意向を聴き、アセスメント結果の整理によって課題とその背景要因を明らかにし、支援方針を検討できるようにした。そして、活用性の高い社会資源として、「地域のフォーマルな社会資源」「地域のインフォーマルな社会資源」を項目にあげ、「現在つながっている社会資源」と「現在つながっていないが今後関わりがあるとよいと考えられる社会資源」にチェックし、プランニングで活用できる社会資源と活用したい社会資源を把握できるようにした。

「プランニングシート」はアセスメントで明らかになった「課題の背景と要因」「今後の支援の方針」をもとに支援計画を立案するツールであり、「家族介護者の課題」「目標」「実施者及び実施内容」を自由記載できるように構成した。また、モニタリングシートは記述式とし、「支援の実施状況」と「家族介護者の状況の変化」「新たなニーズ」が生じていないか支援経過を記録するツールとして作成した。「資源開発シート」は、既存の活用可能な社会資源では対応できない家族介護者の課題に対して、新たな社会資源を開発するために活用するツールであり、開発のために連携する機関・団体等をはじめ開発のプロセスを検討できるように項目を配置した。

(5) 包括的家族介護者ケアマネジメントツールの活用方法と活用システム

まず、インテークでは、要介護者が病院に入院し、家族介護者と関わった時に、スクリーニングシートを活用して家族介護者の話を聴くことから支援を始める。スクリーニングシートは、サポート的な声かけをしながら家族介護者と一緒に作成する。項目に沿って情報を把握し、その結果を家族介護者と共有する。ここで家族介護者が現状を認識できるようサポートし、支援を受け入れるベースをつくる。その後、家族介護者ケアマネジメントの支援プロセスについて説明し、支援の開始について家族介護者本人に確認する。同意が得られた場合は、アセスメントに進み、その際に、ケースの状況に合わせて、アセスメントを病院等のスクリーニング実施機関で引き続き行うか、別の機関につないだ方がよいか家族介護者の意向を踏まえて判断する。別の支援機関につないだ方がよいケースは適切な支援機関につなぎ、その支援機関がアセスメントを行う。また、それについても家族介護者の同意を得る。

アセスメントでは、家族介護者自身の状況を捉えるために「問題」や「特性」を把握する。また、環境を把握するために「家族の状況」や「地域との関わり・つながり」について確認する。要介護者に在宅支援者がいる場合は、本人の同意を得た上で連携してアセスメントを行う。プランニングでは、「家族介護者の課題」をアセスメントシートの「課題の背景と要因」をもとに抽出し、「目標」はアセスメントシートの「今後の方針」をもとに立てる。「実施内容」には、実施者を明確にし、それぞれが実施する内容を具体的に記載する。また、ケア会議ではこのシートを活用して関係者間で協議し、具体的な支援の実施内容を決定する。実施する支援計画については、家族介護者の同意と支援者の合意を得る。モニタリングでは支援経過を追いながら、支援の実施状況と家族介護者の状況、新たなニーズを確認する。資源開発については、主に地域の生活支援コーディネーターや社会福祉協議会の職員が行う機会が多いと考えられるが、地域資源の掘り起こしや新たな社会資源の開発を行うことにより、家族介護者支援の地域づくりに向けての取組になると考えられる。また、ツールを実践で活用するフロー図及び活用マニュアルを作成した。

(6) 包括的家族介護者ケアマネジメントツールの活用性

作成した「包括的家族介護者ケアマネジメントツール活用マニュアル」を活用し、包括的家族介護システムに沿って展開し、活用性を検討した。総合病院、精神科病院のいずれにおいても、要介護者の入院時から状況に応じて家族介護者支援を開始し、インテーク、アセスメント、プラ

ンニングと展開する一連のケアマネジメントが実践できることを確認した。これにより、要介護者の入院中から家族介護者支援を開始することが可能になり、課題の深刻化を防ぐ予防的アプローチが可能となった。ツールを活用した実践と実践後のヒアリングを行った結果、明らかになったこととして以下の点があげられる。これまでの支援と比較すると、家族全体の状況や家族員の関係性、周囲や地域とのつながりや関係性を把握することができたこと、困難が生み出されたプロセスがわかったこと、家族のできることとできないこと(ケアのしづらさ)が明確になったこと、家族介護者に対して疑問に思っていたことの理由が見つかったこと、困りごとの背景や要因がわかるようになったこと、家族介護者の本音を聴くことができるようになったこと、家族の変化を捉えることができるようになったことが、利点としてあげられる。ツールの活用によって支援者が家族介護者やその家族の課題の背景を理解して関わることができるようになったと考えられる。また、ツールを活用することで家族介護者個人のアセスメントのみならず、地域アセスメントを行い、新たな資源を見出すことができたことから、家族介護者支援を通して地域にも視点を広げて課題解決に向けて関わることができるようになった。

また、実際の支援内容については、支援者がどの機関や関係者とつながればよいか見えてきたこと、フォーマルな社会資源ありきの支援計画ではなく、地域のインフォーマルな社会資源を活用できること、家族介護者に説明したことが理解されていない場合があり、機関間の連携によりそれをカバーすることができること、支援者が共通した視点をもって関わることができることなど、地域での多機関・多職種連携がスムーズな支援につながる内容があげられた。さらに、ツールを活用する中で、家族介護者自身が、誰にも話せなかったことが話せて楽になった、自分一人で頑張らなくてもよいと思えるようになったといった家族介護者の声を確認した。話すことで家族介護者の精神面が安定したり、自分が話すことによって自分自身の状況に自ら気づいたりするなど、精神的な負担軽減につながる変化も捉えることができた。

支援者の新たな気づきとしては、まず、家族介護者中心にアセスメントを行うことで、要介護者のつらさが見えたこと、家族介護者を支援することが要介護者のサポートになることに気づいたこと、家族介護者中心にみた視点や情報は本人支援に生かすことができることがあげられる。家族介護者と要介護者のつながりや、家族員同士のつながりをアセスメントシートの活用によって支援者が理解することにより、生活上の複合的な課題を紐解くことが可能になることが示された。そして、要介護者の病院への入院は、家族介護者に必要な支援を見つけることを可能にするとともに、入院期間は支援体制を整える期間になり得ると考えられる。このような病院の機能を生かし、病院の支援者と地域の支援者の連携のもと、家族介護者の課題解決に向けた包括的なケアマネジメントを開始することは、効果的な家族介護者支援や要介護者の支援につながることを明確にした。

本研究のツール活用と支援システムの課題としては、病院支援者から地域の支援者への情報伝達、共有が遅れがちになるという点があげられる。ヒアリングでは、その場で情報を管理できるタブレット等のICTの活用についての提案があった。今後はよりスムーズな包括的な連携が可能となるよう継続した研究を進めていきたい。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計3件（うち査読付論文 0件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 2件）

1. 著者名 石倉卓子 相山馨 河崎美香	4. 巻 第12巻第2号
2. 論文標題 教育・保育・福祉における「環境」とは	5. 発行年 2021年
3. 雑誌名 富山国際大学子ども育成学部紀要	6. 最初と最後の頁 1-13
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスとしている（また、その予定である）	国際共著 -

1. 著者名 相山馨	4. 巻 No.83
2. 論文標題 施設ケアマネジメントの実践と成年後見～その人らしく生活するために～〔保佐〕	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 実践成年後見	6. 最初と最後の頁 99-105
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 相山馨	4. 巻 第11第1号
2. 論文標題 介護殺人にみる高齢者支援の課題～支援者の視点を通して～	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 富山国際大学子ども育成学部紀要	6. 最初と最後の頁 15-25
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスとしている（また、その予定である）	国際共著 -

〔学会発表〕 計2件（うち招待講演 0件/うち国際学会 0件）

1. 発表者名 相山馨
2. 発表標題 家族介護者のニーズに対応する効果的な支援方法の検討 - 病院支援者と在宅支援者の実践過程を通して -
3. 学会等名 日本ケアマネジメント学会
4. 発表年 2020年

1. 発表者名 相山 馨
2. 発表標題 家族介護者が仕事を続けながら自分らしく生活するためのケアマネジメント実践
3. 学会等名 日本認知症ケア学会
4. 発表年 2019年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	中村 佐織 (NAKAMURA SAORI) (80198209)	京都府立大学・公共政策学部・教授 (24302)	
研究分担者	田村 須賀子 (TAMURA SUGAKO) (50262514)	富山大学・学術研究部医学系・教授 (13201)	

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------