

認知症高齢者介護家族に対するソーシャルワークの 接近・介入としてのケアマネジメント

金田千賀子

Care management as approach and intervention of the social work for dementia aging care-for-elderly-people family

Chikako KANEDA

本稿では、認知症高齢者の介護家族を支援するためのソーシャルワークのあり方をケアマネジメントという方法から検討するために、家族介護の事例をもとに介護の経過にどのようにケアマネジャーが寄り添ってきたのかについて分析を行った。その結果、認知症高齢者介護という長期的な介護となる場合の家族への支援として、介護の渦中にある家族が励んできたことに対する評価者でありながら理解者であることが、介護を継続できる要因の一つであることが介護家族のヒアリングより明らかとなった。専門職者として時に介入しながら先を見通した介護サービスに係る情報提供をしながら介護体制を作り上げていくことであることが示唆された。

Keywords : 認知症高齢者、介護家族、ソーシャルワーク、エンパワーメント、ケアマネジメント
Dementia, Care-for-elderly-people family, Empowerment, Care management

はじめに

筆者はこれまで、認知症高齢者の介護家族がどのようにして在宅介護を継続してきたのかについて関心を寄せ研究してきた。その中で、介護を継続できた理由としては、介護していることを見ていてくれる理解者や共有者がいることが鍵となっていることが明らかになった。それは、同居家族の場合もあれば当事者グループや近隣といったこともある。筆者(2005)が「介護者の会」の当事者組織に焦点を当てた研究によれば、「介護者の会は介護保険サービスのなかで得られる事後的な休息(要介護者が一定期間いないということ)ではなく、精神的に支えられるものであった」と、介護家族は感じている。「介護者自身がしてきた介護を認めてくれる仲間の存在は、介護を継続していく糧ともなることも明らかになった。介護者の代替になるようなサービスは、確かに一定の拘束間から開放されるということはあるが、介護者が感じている気持ちを共感し、精神的な負担から開放されなければ、介護を続けていくことは困難である。」(筆者:2005)つまり、通所介護(以下デイサービスと記す)や短期入所(以下、ショートステイと記す)といったサービスが、介護を継続していくにあたり、決して万能なサービスではないということである。特に、認知症高齢者介護においては、そのことは顕著である。我孫子市が行った介護家族調査(2002)によれば、1日のうちに介護に費やされる時間は平均13時間であり、介護期間の長期化や認知症の症状の特性からみても、見守りや目の離せないという拘束感が伴っている。介護家族の気持ちを共感することのできる存在は、介護の継続に不可欠な介護家族自体のエンパワーメントにもつながっており、サービスと両刃でなくてはならないものだと考えている。当事者組織やセルフヘルプグル

ープは一定の機能を果たすことができるが、その多くはインフォーマルグループとして位置づけられており、特に介護家族を対象にした組織は、そこに参加しなければ一定の効果が得られず、介護家族にとって難しい場合もある。

介護家族が介護を継続していく要件として、エンパワーメントされていく環境が重要であることは明らかになったが、その環境を整えること、あるいは誰がその役割を担うのかについては、筆者もこれまで明らかにしてこなかった。

わが国に介護保険が導入されて以来、介護保険サービスを受ける高齢者にはケアマネジメントがおこなわれ、ケアマネジャーが一人ひとりにあったサービスパッケージの提供を行っている。そこで行われるケアマネジメントは人と人との関わりの中で展開され、専門職として時と場合に応じたケアプラン作成以外の接点をもつことのできる一番身近な存在である。しかしながら、介護保険におけるケアマネジメントが本来のケアマネジメントであると誤解されやすく、ケアマネジメントとは、ケアプランを作成することであり、ケアマネジャーはケアプランを作成する人というような理解をされている風潮がある。

本研究では、ソーシャルワークの方法としてのケアマネジメントを認知症高齢者の介護家族の事例から検討し、今日の介護問題をすべて公的サービスや専門職に委ねてしまうのではなく、生活の一部としてどのようにとりこみながら折り合いをつけながら継続していくのか、そこでの専門職の担うべき役割について検討することを目的としている。

1. 介護保険下のケアマネジメントとソーシャルワーク技術としてのケアマネジメント

わが国におけるケアマネジメントについては、「介護保険制度とともに導入されたため、要介護等高齢者を対象としたそのみがケアマネジメントであるという誤解がある。」(近藤:2006)このことにより、ケアマネジャーの業務が画一化したものといった印象を受ける。介護保険制度下におけるケアマネジメントを担うケアマネジャーの職務について安岡(2003)は、「居宅介護支援といっているケアプラン作成を中心とする、アセスメント、ケアプラン作成、モニタリングなどで、これは従来のMSW(医療ソーシャルワーカー)や在宅介護支援センターなどの諸機関のソーシャルワーカーの行ってきた職務と重なり、そこだけ見れば介護支援専門員の機能はすでに存在するこれらの機関のソーシャルワーカーで十分に新しい職種をつくる必然性はない。

ところが新たに加わったものとして、もう一つの機能である給付管理機能がある。この給付管理こそ介護保険運用の根幹となる機能である。では給付管理機能を分離し、例えば医療保険の請求事務のように介護保険請求等の事務を独立させ、介護保険専門員はケアプラン作成を中心とする居宅介護支援に専念すればトータルな利用者や家族の支援ができるのであろうか。答えは、ノーである。」と述べており、ケアマネジャーは、介護保険下においては、給付管理のできるケアプラン作成者という意味合いが大きい。しかし、安岡が指摘しているように、ケアプラン作成を中心としたところで利用者や家族のトータルな支援ができないとするならば、家族の支援をトータルにしていくためにはどのようなことが必要なのだろうか。

そもそもケアマネジメントは、ケースワーク・グループワークと並んだソーシャルワークの方法のうちのひとつである。社会福祉方法論のひとつの技術としてのケアマネジメントが登場したのは、1990年台のことであった。それまで福祉・医療サービスの提供の中心は、施設であったが、1980年代後半になり「福祉関係8法改正」により在宅を中心にした提供へと大きく政策の方向性が変化した。

「ケアマネジメントをソーシャルワークの技法の一環として遂行するためには、サービスの基盤整備の遅れや組織的体制などの不備を放置したままで個別支援者の所属している施設・機関の持つサービスに利用者の生活課題を適合させていくことは克服させなければならない。」(植田、結城:2007)利用者の生活課題やニーズに即したケアマネジメントをするためには、「本人の心身の状況に合わせ、ニーズを

把握し、インフォーマルなサポートのネットワークが生まれ、またフォーマルなサービスネットワークが生まれる。ケアマネジメントは、インフォーマル・サポートネットワークとフォーマル・サービスネットワークを本人の自己選択、自己決定を尊重しながら総合化する働きを持つものである。」(植田、結城：2007) というように、両者を組み合わせながらサービスを提供していくことが必要である。

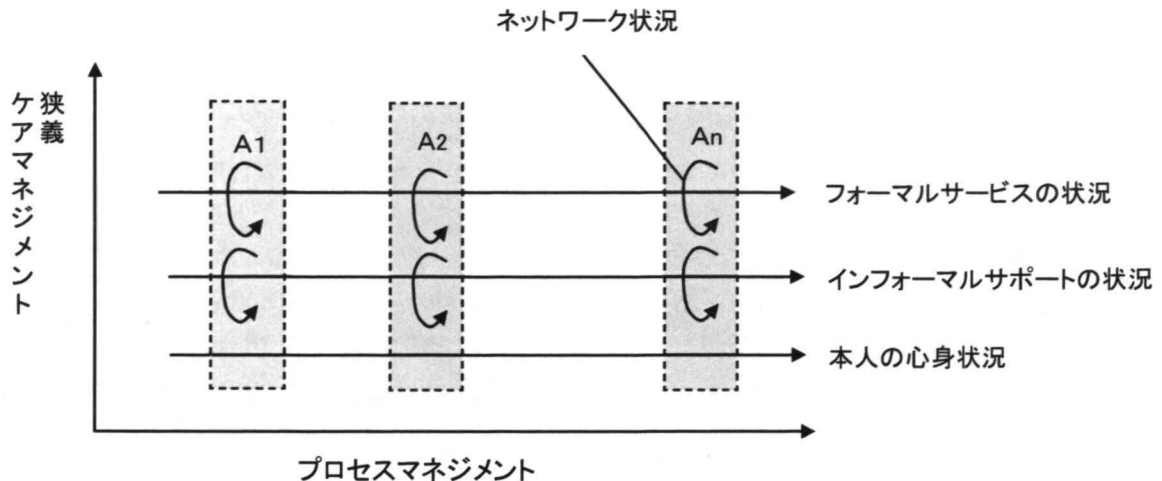


図1 広義のケアマネジメントの構造

出典：上野谷加代子(1996)「第1部 第1章 在宅サービスにおけるケアマネジメントとワーカビリティ」
『地域福祉実践方法の視点と方法』, 44

図1は上野谷(1996)が作成した広義のケアマネジメントの構造を示したものである。A1～Anというような状況の変化に伴い、様々なサービスを組み合わせる図である。この状況の変化のなかで、それぞれに合わせた支援をしていくわけであるが、ソーシャルワークの技術としてのケアマネジメントを展開するにあたっては、A1～A2に向かう(要介護者や家族の状況が変化する)経過の中でどのように支えていくのか、あるいはA2でのサービス利用についてどのように決定していくことにより添った支援ができるのかということが大切だと考えている。つまり、状態が悪くなる＝サービス量を増やすといった結果ではなく、変わっていく状態を家族と専門職(ケアマネジャー)が共に確認し、家族の希望や意見を十分に聞きながら専門職側からの意見や提案をしながら、納得のいく形で次のステージ(サービス量やサービス内容)を決めていくということである。そして、その際の家族の動揺や不安をも受容していくことである。図1の中でいうならば、A1→A2あるいは、A2→Anの間の支援こそ、ケアマネジメントの中で重要なことだと考えている。

2. 認知症高齢者を家族で介護した事例をもとにして

(1) 対象と方法

本研究では、認知症高齢者を在宅において家族で介護してきたAさん家族の事例をもとに、Aさん家族が在宅介護を継続してきた経過とそれに関わるケアマネジメントの瞬間を中心に分析をする。研究方法としては、Aさんの息子に、①2005年9月、2007年8月、10月の計3回のヒアリングを行うこと、②介護サービスを受けた際の記録等の提供を受け、ヒアリングの内容の補足資料とすることの2つの方法を用いた。なお、1事例を用いて分析することにおいては、その妥当性などに疑問あるなど様々な意見があるが、認知症介護において長期的なかかわりの記録と家族と本人の状態の変化という2項目は、

介護継続に関する分析の際には鍵となるため、1事例を深く分析することに一定の変化の過程が明らかになる。また本研究では、ケアマネジメントのあり方を問うものであるもので、一事例でありながらも関わり方による評価は今後の研究に寄与するものだと考えている。

なお、文中のヒアリングからの抜粋には発言順に番号振り、その番号を記載している。フィールドノートからの抜粋はその日付を記した。

(2) 事例の概要

Aさん(83歳女性)は、息子夫婦とその子どもとの5人暮らしである。長年共働きの息子夫婦に代わって、孫の子育てを行ってきた。息子夫婦がB市に家を建ててからこの地に移り住んだが、以前暮らしていたC市へは美容院や病院、買い物などバスを使って行っていた。Aさんに認知症の疑いが現れ始めたのは77歳のころだった。初めに気づいたのは、テレビが好きだったAさんがテレビを観ることに興味を示さなくなったことや、風呂やトイレに小さな便がおちているようになったことだった。その時、家族は「年のせいだろう」「もう少し様子を見よう」とまさか認知症になっているとは思っていなかった。やがて毎日用意しておいたお昼のお弁当を食べている形跡がなかったり、嫁いだ姉との電話で今までになく寂しがったり、急に怒り出したりといった喜怒哀楽が激しくなり、姉たちも「様子がおかしい」ことに気付き始めた。

ある時、「お義母さんは下着をはいていない」と息子の嫁が気づき、一体どうしているのかと気にかかり、夜中のAさんの様子を観察したこともあった。Aさんは下着をトイレに流しており、その行為は幾度となく繰り返された。

このころからAさんの息子は介護サービスについての勉強を始めた。市役所に話を聞きに行き、介護保険制度について勉強し、介護保険の要介護認定を受けることにした。Aさんの認定にあたり、長年お世話になっている主治医の先生に意見書を書いてもらうことにした。家族はAさんにどのような認知症の症状があったのか、またどういうことに生活をする上で困っていたのかなど特記事項に書いた。その結果、初めて受けた要介護認定は3であった。

主治医にケアマネジャーを紹介してもらい、デイサービスを利用したいことを伝え、Aさんと息子はいくつかのデイサービスの見学に出かける。そのうちの1つのデイサービスでは、カラオケやゲームを楽しみ、帰宅後に息子が「行ってみる？」と声をかけると「うん」と答えたためデイサービスの利用を始めることにした。

はじめのうちは、一人でデイサービスの送迎車を待つことができたため、鍵をかけて出かけて行ったが、時が経つにつれて、送迎車を一人で待てなくなり、近所を徘徊するようになった。歩いているところをデイサービスの職員がみつけることが多くなり、一人にしておくのが困難となった。家族は、大学生の孫が朝の送り出しや、デイサービスから帰ってきたときの迎えを交代でするようになり、それが難しい時は、娘の家に送ってもらうようにしたり、ケアマネジャーが所属している事業所のデイサービスで数時間預かってもらったりした。

外から見ても自分の家がわからなくなり、名前がだんだん思い出せなくなり、徘徊もひどくなってきた。中から鍵をかけるだけでは外に出してしまうために、外からも鍵をかけるようになった。このような状況になったときも、家族で看ると決めていた。

ショートステイとデイサービスを併用して利用するようになった。このころから、家族での介護が限界にきていた。家族親族の一人でも施設へ預けることを反対したら、在宅介護を続けることを条件に、施設入所の是非について家族に尋ね、全員が施設での暮らしをやむを得ないと判断したため、特別養護老人ホームの申し込みをし、80歳の時に入所した。

(3) 事例から見た家族が認知症に気づくタイミング

家族が A さんの認知症に気づいたのは、市役所に介護保険についての説明を聞きに行ったときから遡って2年前のことである。当時、家族が主治医に書いた自宅での A さんの様子についてのメモには、2年前に「①精神的に弱くなり、自分自身に自信が持たなくなってきた。②お風呂の浴槽に便（少量）が浮いている（6ヶ月に1度くらい）。③電気の消し忘れ等が多くなってきた。④自分の大好きな娘婿がガンで亡くなり、精神的なショックを受けた様子で、元気がなくなってきた。⑤耳が著しく遠くなってきた」と記されている。また、1年前には「①最近の自分の行動等の忘れに、自分自身に全く自信がもてなく、精神的に非常に弱くなり、閉鎖的的症状が顕著となってきた。②外出（バス等公共交通機関の利用）は一人で出来ない。③ずっと昼間は一人で何十年も過ごしてきたのに、急に寂しいということ言うようになってきた。④可愛がっていた孫娘が就職をして家を出て一人暮らしをすることになった。⑤トイレに少量の便が落ちている（3～4ヶ月に1度）。⑥買い物等には一緒についていなければならない」ということに家族は気づいていた。

また、介護保険の申請の半年前には、「①日にち、曜日がほとんどわかっていない。②自分の子どもの名前がよくわからなくなる。③孫・曾孫が誰の子どもなのかわからなくなる。④自分の兄弟のことがわからなくなる。⑤異常な寂しさを示し、一人でしないでほしいと抱きついたりする等があり、情緒が非常に不安定な時が多くなってきて、その差が激しくなった。⑥昨日の行動は、ほとんど思い出せない。⑦さっきしまった身の回りのものが、どこにいつしまったのかわからなくなり、さほど大事なものでなくても泣きついてくるようなことが時々ある。⑧単純な電気器具等の使い方がわからなくなったり、たわいもないことでも家に誰もいないとすぐ前の家に聞きに行く（1日6回も聞きに行ったりすることがある）。⑨また聞きに行く様子が著しくあわてた異常な状況の時もある。⑩医師からもらった薬がなかなか理解して飲めず、誰かに確認しないと心配、不安になる。また飲んだり、飲まなかったり、飲んだかどうかもうすぐ忘れてしまうことが頻繁になる。⑪好きなテレビ（相撲等）を見なくなってきた。⑫体調が悪いわけでもないのに、何度も体温を測ってみたり、「熱がある」といって風呂に入りたがらない。⑬一人の時に、ご飯の量が異常に少なくなっていることがある。⑭毎日来ているパジャマ等が自分のものかどうかわからない。」ということを家族は感じていた。

このように A さんの変化を家族が気づいていたことを客観的にみても、認知症の疑いのある症状がサービスに結びつく2年前からすでにあつたことがわかる。また、A さん自身も物忘れをしている自分に次第に自信がなくなっていく様子が分かる。しかしながら、家族はそのことに当時は気づかずにしたため、結果的に介護保険制度を申請した時点では、かなり認知症が進行しており、最初の認定で要介護度は3となった。

3. A さんのサービス利用開始と家族の役割

(1) 家族とケアマネジャーの協働

A さん家族は、介護保険申請をした後に、意見書を書いてももらった主治医にケアマネジャーを紹介してもらった。介護保険サービスを利用する上で最初に検討したのが、デイサービスであった。図2は、A さんと家族の状況にケアマネジャーがどのような言動を示してきたのかを表したものである。

図2では、A さん家族とケアマネジャーとの関係性を介護過程により3つの段階に分類した。支援過程①は、介護サービスを受ける前までの段階である。この段階では、介護保険制度を利用することが決定して初めてケアマネジャーと関係ができる。そこで、A さんのケアマネジャーは、デイサービスの見学を勧めた。このことを A さんの息子はヒアリングの際に次のように述べている。

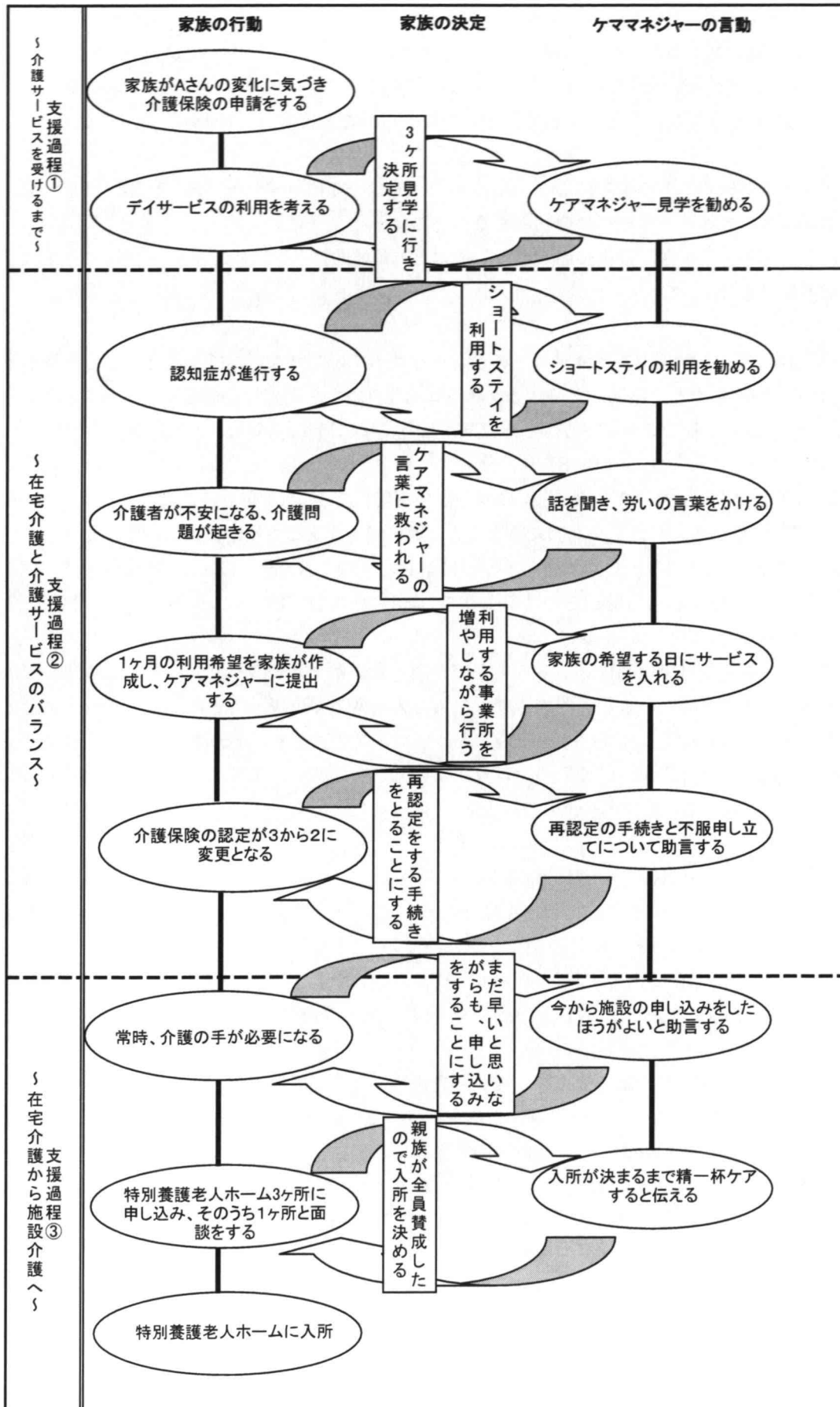


図2 家族とケアマネジャーの協働によるケアの決定過程

「最初はデイサービスなんてそういうところは嫌がると思ったんです。全くそんなものはうちのお袋は絶対嫌がるなど思いながらも、ケアマネさんは、『いろいろな施設があるから一回見てらっしゃい、私が全部段取りとるから、とにかく時間を作って、自分の目で見て、お母さんを連れて行かれたらどうですか』と言われて。それで私も行ったんです。」(104S)

ケアマネジャーのアドバイスにより、Aさんと家族と一緒にデイサービスを見学に行き、家族の視点からも納得のできるデイサービスを利用することになった。

しばらくすると、Aさんの認知症が進行してきた。具体的にその時のことをAさんの息子は以下のように述べている。

「30分、1時間（デイサービスの迎えを）待ってられないんです。そうすると隣の家に行ったり、町内をぐるぐる回ったりする。ある日もう町内から出て行く道路まで行って、デイサービスの車が迎えに来て気が付いて。それで車に乗って家に帰り、（職員に）家に鍵をかけてもらって施設までいったんです。」(107S)

「元気で模範生だったのが、徐々に悪い部分が現れてきて、半年も経たなかったですね。あとは、（朝）送り出すのが難しくなってきました。家に帰ってきて夜中に出て行こうとする、昼間でもそうですが、町内へ少しの時間だけ出かけるという時でも、家の鍵をかけないと危ないんですよ。ですから、外からも（鍵）をかけるようにしました。」(107S)

この時期を図2では支援過程②として、在宅介護と介護サービスのバランスをとる時期とした。認知症が進み、一人で家にいることが難しくなったAさんを家族が介護してきたが、デイサービスだけではその生活を支えられなくなってきた。そのことに気づいたケアマネジャーは、Aさん家族に「ショートステイ」を利用して介護を続けていったほうがよいことを助言し、家族はショートステイを利用することにした。

「私がショートに踏み切ったのは完全に自分の家がわからなくなったからです。ふっとわがままな性格がでることもありましたし、名前を聞かれても『そんなのわかっている』と怒ったように答えて。馬鹿にしていると思ったのかもしれないけど、そういうことをしながら施設の方も確認していたんですね。早かったですね。家がわからなくなったし、名前もだんだんわからなくなってきた。一番顔と名前を覚えてたのは私くらいでしたね。もう今は全然…顔もわかりません。」(110S)

その後、Aさん家族が介護をしていくのに不安を抱えたり、問題が起きたときに、相談したのはケアマネジャーであった。「あの人（ケアマネジャー）がいなかったら、到底介護はできませんでしたね。本当に感謝です。」（フィールドノーツ 2007/8/1）とあるように、ケアマネジャーは、Aさん家族のケアプランを作るだけでなく、Aさん家族の心理的な面も支えていた。

Aさんの認知症が進むにつれて、家族は1ヶ月の介護サービスの予定を組み、ケアマネジャーはその予定通りにデイサービスとショートステイを組み合わせた利用計画を立てた。1施設では、家族の望むサービスの利用が難しい場合には、利用する事業所を増やしていきながら対応していった。

Aさんは、最初の介護認定から半年後の見直しの段階で要介護度が3から2に変更となった。ケアマネジャーはこの結果に対し、「再認定の申請」と「不服申し立て」の2種類によってもう一度審査してもらうことができることを家族に説明し、家族は、再認定の申請をする手続きを決めた。

常時介護の手が必要となり、デイサービスとショートステイを週の半分以上利用しながらの在宅介護

はAさん家族とその親族のすべての人を利用しても難しくなってきた。その折に、ケアマネジャーがAさん家族に施設への入所申し込みをすることを勧めた。その時のことを、Aさんの息子は、以下のよう振り返っている。

「ケアマネさんには『一応申し込みだけは施設に出しておこうね。もしダメならダメでお断りすればいいし、順番もあるし』と言って2～3（ヶ所）出しておいたんですね。それで実際に今の施設がオープンするということで数ヶ月前から面談が始まりました。面談をしてもらって、その日に私は『これでオッケーを頂いてもひょっとしたらお断りするかもわかりませんので』ということを行いました。それからしばらくして皆で話す場を持ってそこで（親族も）オッケーということになったものですから、そこですぐに連絡して『家族としては意思確認ができたのでお願いします』と言って、じゃあそれでは審査しますということになったんです。でも、あのときにオッケーをもらってなくて、あのままだったらもっとひどいことになっていた。施設さんには助けられないとどうしようもないってなった時に・・・、そんな自由にはやってられませんから。」(154S)

Aさん家族はまだまだ在宅ケアを続けられると考えていたが、ケアマネジャーはその家族の思いと反し、施設の申し込みをするように働きかけた。そのことを後にAさんは、「あの時はまだ早いと思っていたけど、今思えばあのタイミングでよかったのだと思う」（フィールドノート 2007/8/1）と振り返っている。

これまでの一連のケアマネジャーの働きかけは、ニーズ把握を的確にしていたと理解することができる。多くの場合、「対象者（利用者）や家族の述べるのは“要望”であって“ニーズ”ではない。実際のところニーズのほとんどは自覚されることはなく、これを見つけられるのは専門的な力をもった者のみである。」（黒澤：1998）すなわち、ここにケアマネジャーの専門性がある。施設に入所させなくても、まだ介護できると思っていた家族ではあったが、潜在的なニーズとして、入所することの手続きを進める時期になっていたということである。

（2）公立中正なケアマネジメント

Aさんと契約をしたケアマネジャーは独立した居宅介護支援事業所を運営しており、入所施設や通所施設を有していなかった。そのため、法人の利害関係とAさんのケアプラン作成とは全く関係がなく、Aさん家族が必要な介護サービスを必要なだけ地域の資源の中から選択することができた。このことは、ケアマネジメントに求められていた公正中立なケアマネジメントが行われるための条件が整っていたと言えるだろう。そのことにより、Aさん家族の希望にあわせたサービス提供を行えたといえる。

（3）ケアマネジャーの役割と認知症高齢者介護家族支援

高齢者のケアマネジメントを、「高齢者の心身機能の障害から生じる生活課題の克服のために必要な社会資源を適時・適切にパッケージする（結びつける）こと」と黒澤（1998）は定義している。本研究の事例を通して考えてみても、確かに必要なサービスが必要なだけパッケージされていることは、Aさんと家族の生活継続には不可欠なものである。しかしながら、ケアマネジメントは、サービスパッケージを提供することに終始するわけではない。本来「ケアマネジメントは介護保険の対象となる要援護高齢者だけに限定される援助の手法ではなく、地域で生活をしている要援護者すべてを対象とした援助の手法である。」（松井、白澤：1998）認知症高齢者を援助する場合、その多くは家族とともにくらしているため、認知症の周辺症状への対応に苦心している家族への支援は不可欠である。ケアマネジメントを介護保険におけるケアマネジメントと理解することにより、その範疇は非常に狭いものになり、ケアパッ

ケージの提供のみになって恐れがある。そのことにより、介護家族の支援が困難を極め、介護サービス利用時の時間的解放でしか家族をケアすることが難しくなる状況となる。

本研究でのAさん家族のヒアリングの中にもあったように的確な助言と、家族がこれまでしてきたケアを評価すること、そしてケアする家族の伴走者となる役割もケアマネジメントにおけるケママネジャーの重要な役割ではないかと考える。「家族支援の目的が家族負担の軽減だけであるならば、ケアの対象者である老人に対する家族成員の想像力が貧困化していくことは否定できない」と畠中(2006)が述べているように、Aさん家族のような“在宅介護をしたい”と考えている家族にとって、負担を取り除くだけの支援をすることは、例えば認知症高齢者とできるだけ距離を置く介護の方法を模索するといったマイナスの支援を提供していくことに繋がりがかねない。ともにくらし家族介護を通して、何を学びどういう喜びを感じるのかという「プラスのイメージ」をもちながら専門職は支援していかなければならない。そしてその支えとなる力量が問われる。大切なのは、「家族とケアされる老人の関係のなかで相互性が維持されるように配慮すること」(畠中:2006)である。

5. ソーシャルワークにおける「時間」

Aさんは、最初にサービスを利用した日から1年2ヶ月で特別養護老人ホームに入所した。Aさんに認知症の症状が現れはじめてから約3年のできごとであった。本事例においては、介護期間3年間のうち1年2ヶ月間ケアマネジャーが専門職としてAさんとその家族を支援し続けてきた。このような継続的な支援というものは、緊急的にサービスを投入することや、一定期間で終結を迎えるケースとは異なり、高齢者の変化と家族の状況を常に踏まえながら見守っていることを必要とする。ソーシャルワーク視点に立った援助は、一定の方法により行われるものではなく、その起こった課題の性質によって異なる。窪田(1984)は、ソーシャルワークには、「生活課題解決の時間軸」があることを指摘している。また、それには6種類あるという。Aさんの事例で考えてみれば、表1の窪田の示す時間軸の⑤1～2年に当たり、長期的援助という項目となる。認知症高齢者の介護は、その病気の特性から長期化することが多く、10年以上も在宅介護をしているという介護家族も決して少なくない。そのことから考えれば、認知症介護は、ソーシャルワークの長期的援助という項目に該当する。1～2年といった長期の間かかえなければならぬ課題の場合、「私た

表1 ソーシャルワークの時間軸(窪田講演録をより筆者作成)

I 緊急支援
①24～48時間(1～4日程度を含んで)の危機とそれへの対応
②3週間程度(2～4週間)を単位とする問題解決過程と援助
II 短期援助
③3ヶ月程度(1～4ヶ月)
④6ヶ月程度(5～10ヶ月)
III 長期的援助
⑤1～2年(3年くらいまで)
⑥5～6年

ちはごくふつうに、それらととりくみながら自分の生活、家族の生活を行っているということ」であり、この「1～2年の間、何を目標にして生活していくかを一緒に考えることが大切な援助過程を形成」する要素である。つまり、今ある現状と当面起こりうることを予測しながら、どのような決定をしていくか、どのような生活を作り上げていくのかを支援することが長期的支援では核となる。先述したように認知症介護の長期化は、Aさんの事例以上のものであることが多い。窪田の時間軸でいえば、⑥5～6年ということも珍しくない。窪田は、この5～6年間という長期間の支援の場合には、「1～2年を射程距離にいれた計画を立て、しかも一方で『当分はつづけなければ』と考え」、「5～6年は今の生活でやれそうかどうか、その間に変化が起こるとすればどんなことを予測すべきかといったことの積み重ねで、生涯をささえてゆく援助プランになっていく」と述べている。「要するに、本人が問題と取り組み、それを乗り越える営みの単位としている時間、自分の生涯のなかでの位置づけについての認識、またその間

題と解決をめぐる生活関係の範囲といったものにあわせて、私たちの援助も提供していくことが大切」である。ソーシャルワークに必要なものとしては「問題状況をこういういくつかの軸に沿って解明しつつ、その状況を簡明なものとして構造化してゆく技術が求められる。」(窪田：1984)

まとめにかえて

ケアマネジメントをソーシャルワークの方法論の一つとして捉えるならば、それは相手と一定の距離を保ちながらも、待ち続けるだけでなく専門職側が予測できない展開に対し布石を打つことも必要な視点である。本稿の事例でいうならば、認知症高齢者介護を今後も続けていきたいと考えている家族に施設への申し込みをしたほうがよいとの提案をすることや、要介護度が変化していく経過の中でデイサービスだけでなくショートステイを利用することを勧めるなど、渦中の家族ではわからない認知症の進行度に合わせた少し先のことを見越した支援をしていた。それは単に今後の認知症の進行を予測した先回りケアプランではなく、家族とのかかわりの中で互いの合意を得ながら作られていくものである。ソーシャルワークにおけるケアマネジメントは、認知症高齢者の介護の場合で例えるならば「家族介護の経過を支援する」ことだと考える。つまり、認知症が進行していく中で、徘徊をするようになる、自分の家が分からなくなる、食べられるものと食べられないものの区別がつかなくなるなどといった、これまでできていたことができなくなることを境に、家族の介護する部分が増えていくわけである。そのなかで、家族介護の負担ととらえ、軽減するケアプランを立てサービスを投入することではなく、それまでの進行していく過程を家族とともに見ていきながら家族を支えていき、決定する力と選びとる強さを支援することが、ケアマネジメントの中では求められるのではないかと考えている。

介護保険を利用しながら、在宅で認知症となった家族を介護したいと考える家族が、専門的な立場からの意見をもらい、時にひとりの人間として家族の担った介護を評価し励ましてくれる存在は、Aさんの息子の述べていたように「あの人がいなければ介護できなかった」という重要なキーパーソンとなる。このキーパーソンは、これまで当事者組織などのなかで「同じ悩みを持つもの同士」、「仲間がいる」ということで補われてきた。しかしながら、認知症高齢者介護ということから考えれば、外に出かけることができない、あるいは家のことを他人の前で話すことに抵抗があるなど、すべての人に受け入れられるものではない。一方で、介護保険制度を利用することにより、自分でケアプランを作成しない限り、一人ひとりにケアマネジャーがつく。このケアマネジャーは、本人にケアを提供するデイサービスやショートステイといった場面で働く専門職よりも家族により近い立場で家族を支えていくことができる存在なのである。単に近い存在ではなく、時に介入をもしながら、家族の選択し決定するプロセスに付き合っていくことも在宅介護を支える際には重要である。そのキーパーソンとしての役割も担うことが求められる。

在宅介護を支えるためのサービス体系は整ってきている。しかしながら、在宅サービスが充実しただけでは在宅介護を支える万全の体制ではない。それは介護をする人、つまり介護家族の支援をどのようにするかということである。本稿では、Aさん家族の介護をケアマネジャーがキーパーソンになりながら支援していた。家族の状況と認知症高齢者の状況を鳥瞰しながら適宜、接近と介入繰り返しながら長期的に関わるソーシャルワークあり方について今後、検討していきたい。

文献

- 我孫子市 (2002) 『痴呆性高齢者の在宅生活の実態に関する調査報告書』
- 島中宗一編 (2006) 『老人ケアのなかの家族支援』 ミネルヴァ書房, 13, 14.
- 金田千賀子 (2005) 「認知症高齢者を介護する家族を支える当事者組織の役割」『社会福祉学研究』日本福祉大学大学院社会福祉学研究科, 8.
- 窪田暁子 (1984) 「社会福祉方法論の今日的課題—社会福祉実践の構造—」『第 10 回児相研セミナー報告書』, 85-86.
- 近藤克則 (2006) 「15-2 介護保険下のケアマネジメントの効果」『新版地域福祉辞典』日本地域福祉学会, 452.
- 黒澤貞夫 (1998) 「ケアマネジメントの実践 1」『月刊福祉』 5, 76.
- 松井妙子、白澤政和 (1998) 「高齢者におけるケアマネジメント」『保健の科学』 40(7), 533.
- 竹内孝仁 (2004) 『ケアマネジメント』医歯薬出版株式会社, 23.
- 植田章、結城俊哉編 (2007) 『社会福祉方法原論の展開』高蒼出版, 118, 127-128.
- 上野谷加代子「第 I 部 第 1 章 在宅サービスにおけるケアマネージメントとワーカビリティ」『地域福祉実践の視点と方法』 43.
- 安岡美美子 (2003) 「介護支援専門員 (ケアマネジャー) の役割」『ゆたかなくらし』萌文社, 8

付記

これまでの認知症ケアの状況を幾度にも渡りヒアリングさせていただき、また資料の提供をしていただいた A さん家族に感謝申し上げます。

本研究は、科学研究費補助金基盤研究 (A) 「地域福祉計画・介護システム開発を通じた東アジア型福祉社会モデルの構築に関する研究」課題番号: 18203032 研究代表者: 野口定久 (研究期間 2006~2008 年) の研究の一環で行われた、「少子高齢社会における福祉政策の実践と発展—台湾・日本の比較研究—国際シンポジウム」(2007 年 10 月 26-27 日 於: 東呉大学) で報告したものに加筆したものである。