

オランダで開発された「インフォーマル・ケア・スキャン・エイド」を通してみる家族介護者支援と日本への示唆

田川 佳代子*

はじめに

本稿は、オランダの「インフォーマル・ケア・スキャン・エイド：ケア・ネットワークの構成、組織、リスク要因の計画図を立てる」(2012 Centre of expertise for Informal Care)を調べ、その内容と脈絡を通してオランダにおける家族介護者支援を捉え、日本の家族介護者支援への示唆を得ようとするものである。

この「インフォーマル・ケア・スキャン・エイド」は、オランダの「インフォーマル・ケア専門知識センター」によって手掛けられ、オランダ政府保健福祉スポーツ省の助成により出版された。著者はウィルコ・クライスワイク (Wilco Kruijswijk) 氏、編集はオランダの社会開発センターMovisieである¹⁾。

「インフォーマル・ケア専門知識センター」は、家族介護と家族介護支援のためのオランダ全国知識センターである²⁾。介護提供に着目し、要介護者を介護する家族の支援に関わる総ての部門に向け、そのビジョンから実践的な解決策、ひらめきから知識や助言を含め、幅広いサービスと成果を提供する。「インフォーマル・ケア専門知識センター」は、MovisieとVilansの両者のパートナーシップ契約によって設置される。

Vilansは、オランダのヘルスケアとサポートのための知識マネジメントを専門とする全国組織で、主にオランダ政府から資金提供を受け、全国認知症プログラム(オランダ全地域の9割において統合ケア・ネットワークを形成)、「よい介護のために」(約700の組織が参加する品質改善プログラムの実施)、「介護を決める」(460以上の長期ケア組織を持続可能な組織に転換)のような実績をもつ³⁾。

Movisieは、ボランティア活動のための知識センター

で、政府の財政援助による非営利団体であり、ボランティア団体、暫定的な支援サービス、地方自治体のために活動する需要主導型プロジェクトベースの組織である。アクティブな市民による生活の質の高いコミュニティの創造をめざしている⁴⁾。Movisieの独自の役割は、脆弱な弱い立場にある人々に対し、持続的に前向きの変化をもたらすための学習プロセスを促進し、市民社会組織、政府、社会に関わる企業、そして市民主導を支援、助言、協働することである。知識社会の先進国オランダで展開されるインフォーマル・ケア、介護者支援の知見は、日本の介護者支援に多くの示唆をもたらすと考えられる。

1. インフォーマル・ケア・スキャン開発の目的

(1) インフォーマル・ケア・ネットワークの把握

インフォーマル・ケア・スキャン・エイド (Kruijswijk 2012) は、介護や福祉の専門職が実践において用いる道具として開発されている。要介護者や介護者が、インフォーマルなケア・ネットワークをマッピングし、構成員を緻密に位置づけるのを補助するための道具として用いられる。それによって、介護を必要とする本人の家族や親族、親しい人々などによる支援ネットワークのもつ強さや弱さに着目する。この道具の開発は、ネットワークを横断するすべての情報を構造化し、視覚化するのに役立つねらいがある。介護の提供は、1人のクライアントと1人の介護者の接触に止まらず、他の人の関わりも生ずるため、ケア・ネットワークに関する情報の把握を簡潔に行う必要性が認められる。

2007年に導入されたオランダの社会支援法 (Wet

maatschappelijke ondersteuning, Wmo) では、家事サービスの提供は地方自治体の責任となり、要介護者の家事援助に対する受給資格はなくなった。それに代わり、社会支援法では、連帯の原理に基づき、個人は主として自分の社会的ネットワークや家族ネットワークの援助で自分の介護ニーズを充足する仕方を見つける責任をもつことになった。2015年には、人々の介護サービスに対する権利はさらに弱められ、それまでの公的介護保険制度 (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) が、長期介護法 (Wet langdurige zorg, Wlz) に移行した。長期介護法は、普遍的な社会保険だが、対象範囲が狭められ、1日24時間支援が必要な人のみを対象とする。軽度の介護は、健康保険法 (Zorgverzekeringswet, Zvw) と社会支援法に移行された。AWBZの終了とともに、地方自治体が広範囲にわたる長期介護サービスの責任を持つことになった。社会支援法では、地方自治体が、インフォーマルな介護者へ、情報、助言、案内、情緒的サポート、教育、実際の援助、経済支援、物的支援などを提供する義務をもつ (Fleischmann, M. and Van den Broek, T. 2020: 344-5)。

ケア・ネットワークを活用するためには、ネットワークの可能性や限界を緻密に位置付けることが求められる。そのためにインフォーマル・ケア・スキヤンの開発が進められた。

(2) インフォーマル・ケア・スキヤン開発の経緯——「共鳴の喜び」

インフォーマル・ケア・スキヤン・エイド (Kruijswijk 2012) は、アムステルダム大学で実施されたケア・ネットワーク研究の成果「反映された満足を探して」 (Looking for Reflected Satisfaction, by Tonkens, E. Van den Broeke, J. and Hoijsink, M. 2008) から生まれたものである。この研究は、都市部の多民族居住地域におけるケア・ネットワークの協働と介護者の満足のパターンについて手掛かりを得る目的で行われた。

その研究では、2007年と2008年、アムステルダムにいる患者の25のネットワークの75人の参加者に対し深層面接が実施され、主題分析と帰納法による分析の結果、3つのネットワークのタイプが見出された。その内の「均衡のとれたネットワーク」は、専門職とボランティアと家族介護者、そしてすべての活動を調整する1人の中心的な家族介護者から構成され、「共鳴の喜び」とコード名を付した協働と介護者の満足が最もよく現れるタイプとされる。また、基本的に

家族から成る「家族ネットワーク」は、「共鳴の喜び」はあまりみられなかった。そして、専門職介護から成る、中心的な介護者が不在の「専門職ネットワーク」は、コミュニケーションと調整の欠如が介護者の満足を妨げていた。

この研究結果から、1つはネットワークの支配的な枠組みとして、介護者が何を感じ考えているか、それが援助を希求する余地に影響する程度、そしてもう1つは援助を組織化し管理するスキルの程度、この2点が「共鳴の喜び」に関係していた。「均衡のとれたネットワーク」は、高学歴の白人市民の間でのみ見られ、新たな福祉供給の在り方は、これらのサービスを最小限にしか必要としない市民に最も順応し、他の2つのネットワークは、より支持的な福祉国家の在り方が求められた。

ケア・ネットワークがどう機能しているか、ケア・ネットワークの協働がうまくいっているかに関心が注がれ、介護負担を強調するだけではなく、肯定的な経験に目が向けられている。「インフォーマル・ケア・スキヤン・エイド」の出版に先立ち、家族介護支援の専門職や政策立案者からは、ネットワークにあるストレスをマッピングするためのツールを開発する必要性が指摘された。

介護が必要な人の支援に入るときに、介護者を見失う傾向が指摘される。ケア・ネットワークの全体像を構造化するチャート図があれば、介護者には助けになる。家族介護者ネットワークの強みと弱みに着目しつつ、ケア・ネットワークがどのように機能しているか、どうしたら協働がうまくいくのか、ネットワークにあるストレスは何か、それらを視覚的に把握し、マッピングを補助するための道具の開発が行われた。

(3) インフォーマル・ケア・スキヤンの特徴

インフォーマル・ケア・スキヤン (Kruijswijk 2012) の名称は、スキヤナーのイメージと結びついたオランダ語に由来する。スキヤンは、見渡し注意深く走査するという意味があり、「鳥の目」にたとえられる。ケア・ネットワークのアクターは緻密に位置付けられ、段階的に調べられる。

インフォーマル・ケア・スキヤン・エイドは、介護者やケア・ネットワークに関わる専門職であれば利用できる。この道具の開発にあたって、とりわけ、CMO Flevoland 社会開発センターの協力が指摘される⁵⁾。この非営利団体のコミュニティ組織は、フレヴォランド州の介護福祉部門の雇用機関である。保健

労働市場、教育活性化、住民強化の施策など、組織や政府のニーズに合わせて特定のプロジェクトを実施する。その役割は、知識と分析の共有、新たな開発の接続と導入、住民、行政、団体の視点を一致させていくことである。

インフォーマル・ケア・スキャンの特徴は、クライアントと介護者の面接で得られる情報を構造化する方法にある。質問内容は、専門職にはなじみのものである。収集される情報が、インフォーマル・ケア・スキャンによって構造化されることで、複雑なネットワークの手掛かりが与えられ、見落としをなくすように設計されている。ケア・チームを強化し主導し、介護状況のダイナミクスをより視覚的に把握するため、ジェノグラムやエコマップが利用される。

Wright, L. M. and Leahey, M. (1999) は、すべての家族、特に介護に携わる可能性の高い家族のために、簡単なインタビューでジェノグラムの情報を図式化し、必要に応じデータ収集を広げ、エコマップで外部の家族構造情報を取得することを奨励する。例として、「身近な家族以外で、あなたにとって重要なリソースは誰ですか。それともストレスを感じている人はいますか」など、ジェノグラムとエコマップによって、この構造を評価するデータを取得する。これにより患者に関わるすべての専門職が「家族を考える」ことを継続的、視覚的に想起させられる。

Rempel, G. R., Neufeld, A. and Kushner, K. E. (2007) は、家族介護研究でジェノグラムとエコマップの相互作用のある活用を検討する。ジェノグラムは家族構成や構造の図式的描写であり、エコマップは個人や家族の社会関係の図式的描写である。ジェノグラムやエコマップの開発や利用は家族との臨床実践に根差したもののだが、家族の経験を研究者が理解する研究ツールとしても活用される。ジェノグラムやエコマップの相互作用のある利用が、介護する脈絡にある社会的ネットワークを理解し、研究者と参加者の関係性のプロセスを高め、どちらか片方だけでは見いだせない参加者の社会的ネットワークの潜在性の発見につながる。

オランダのインフォーマル・ケアでは、面接で得た情報を視覚化、構造化する道具として、エコマップやジェノグラムを活用し、それによってケア・ネットワークが機能する仕方やネットワークの協働、あるいはネットワークにあるストレス、ネットワークの強み・弱みを確認する。そうした目標に照らし介護や福祉の専門知識が介護支援に活用される。市民自身が自

らのネットワークをケアに活用していくという明確な目的に沿った専門職による実践は、国から地方、専門職から市民に至るまで一貫した合理的思考に支えられる。人々が用いる知識のイノベーションに社会全体が関連性をもちながら作用する状況がみられる(田川2020)。

日本でも、インテークやアセスメント時に、ジェノグラムやエコマップを使用するが、それを用いる専門職がどのような意図をもってその道具を使用するかの一貫した説明は乏しい。道具を用いる専門職の意図や目的意識によって、その道具の生かされ方は異なる結果をもたらす。オランダの場合、サービス利用者である本人や家族介護者にとって、それらの道具がどう役立てられるのかについての説明や、家族介護者にそれが役立てられたという経験の確認や報告が意味あるものとされている。専門職が行う行為の結果や、行為の説明責任は誰に向けられているか、サービス利用者に向けられているか、そのことが、サービス施策を提供する義務のある自治体、業務の委託を受ける民間事業者、雇用される専門職、市民、それぞれの役割において一貫して主体的、能動的に扱われているかが問われる。

2. インフォーマル・ケア・スキャン・エイドの背景

(1) インフォーマル・ケアに焦点化した政策

ヨーロッパ諸国におけるインフォーマル・ケアは、国によって多少の違いはあるものの、家族介護者がどのように最善の仕方で介護をすることができるかに共通の関心がもたれる。オランダで開発されたインフォーマル・ケア・スキャン (Kruiswijk 2012) は、その共通の関心に役立つと考えられる。その成果は、専門職が家族介護者やボランティアとより密着して協働するための道具を獲得し、介護者が直面する負担の軽減を助けるねらいをもつ。

社会の高齢化は、多くのヨーロッパ諸国で介護政策と制度の大幅な改革につながっている。専門職による介護の削減により、親族・非親族の両側から、インフォーマル・ケアの需要が増加している。同時に、家族構成の変化や退職年齢がより遅くなるなど、人口構造や社会の変化により、インフォーマル・ケアの提供にも影響が表れている (Van Groenou, M. I. B. and De Boer, A. 2016)。

オランダ社会文化計画局 (Sociaal en Cultureel Planbureau, Netherlands Institute for Social Research,

SCP) の調査 (2010) によると、2001年から2008年の間、インフォーマルな介護者数はほぼ同じままで、2001年に370万人、2008年に350万人であったが、重度の、または過剰な負担を負っているインフォーマルな介護者数は、約30万人から45万人に急増し、長期および/または集中ケアを提供するインフォーマルな介護者が増えるなかで、適切なインフォーマル・ケアが徐々にネグレクトや虐待に逸脱し手に負えなくなる問題が指摘されている (Movisie 2010)⁶⁾。

2016年には、16歳以上のオランダ市民の約3分の1がインフォーマルな介護者であり、その割合は2年前と比べ変化はなく、調査時点で合計約300万人である。そのうち約75万人 (インフォーマルな介護者の17%) が、長期 (3か月以上) および集中的な支援 (週8時間以上) を提供している。インフォーマルな介護者は、平均5年間、週平均7時間の支援を提供する (De Boer, A., Plaisier, I. and De Klerk, M. 2020: 10)。

最近のナレッジ・センターによれば、オランダには約500万人のインフォーマルな介護者がおり、そのうち83万人が3か月以上、週に8時間以上援助をするといわれる。オランダ社会文化計画局 (SCP) の定義によるインフォーマル・ケアは、身近な社会環境の誰かによる助けを必要としている人への総ての助けのことをいう。それほど集中的でない援助、同居人への援助、施設居住者への援助も含まれる。インフォーマル・ケアは、通常以上のケアである。通常のケアとは、配偶者、両親、同居している子供、または他の同居人から合理的に期待できる助けのことである。インフォーマル・ケアは無給の援助である。それを義務として誰かに課すことはできない。元気な孫の世話は定義の範囲外になる。インフォーマル・ケアは、任意なものであり、遅かれ早かれ誰もがそれに対処しなければならないが、自発的なものではない。介護者であるか、介護者になるか、将来介護者からの助けが必要になるかなど、これを阻止することはできず、看護行為をすることもある。これは、人生の好きな時にケアすることを選択し、そのための時間を作るボランティア・ケアとは異なる。それは通常その時点において感情的なつながりはなく、限られた時間だけ世話をし、それをやめることもできる。ケア・ボランティアは、組織化された脈絡で機能し、看護行為を行うことはめったにない⁷⁾。

個々の介護に関する行動モデルとして開発されたインフォーマル・ケア・モデル (Informal Care Model)

は、介護を受ける人の介護の必要性に応じ、介護提供の傾向は、態度や愛情、連帯や相互性の規範、距離・時間・金銭・能力について認識された障壁が実際のインフォーマル・ケアの提供に影響すると考えられる。実際に介護を提供するかどうかは、家族や社会的ネットワーク、コミュニティ・ケアの状況にも影響される (Van Groenou, M. I. B. and De Boer, A. 2016)。

現在の政策と社会の変化が、インフォーマル・ケアの提供のメカニズムに否定的にも肯定的にも影響を与える。長期的なインフォーマル・ケアの提供は、さまざまな状況で複数のアクターを含む複雑な現象として把握される。福祉国家縮小のなか、これらのことは、インフォーマル・ケア提供の発達の手掛かりとされる (Van Groenou, M. I. B. and De Boer, A. 2016)。

オランダの政策および社会レベルでは、インフォーマルな介護者は、専門職とともに、介護をする対象者の支援計画を調整し作成する際、不可欠なチームのメンバーと見なされることが理想的とされる。しかし、専門職とインフォーマルな介護者の間の協働が効果的に行われているとは限らない。介護者と専門職、それぞれ介護提供について異なる脈絡と参照枠をもつ。それゆえ専門職がインフォーマルな介護者と協働するには、異なる機能の仕方が検討され、インフォーマルな介護者に注意を払う必要があるが、実際には専門職が介護するクライアントに焦点が当てられる (Hengelaar A. H., et al. 2018)。

オランダの社会支援法では、専門職による援助と介護サービスの受給権を得る前に、可能な限り自分自身のネットワークを活用する義務が課される (The National Health Care Institute⁸⁾; Fleischmann, M. and Van den Broek, T. 2020: 344-5)。

従い、そうしたネットワークが機能するか、可能性と限界に注意を払う必要がある。ケア・ネットワークを運用するには、ケア・ネットワークについての洞察が必要であり、その意味で、インフォーマル・ケア・スキャンは、ケア・ネットワークに関する手掛かりを得るのに貢献するとみられる。

(2) インフォーマル・ケア・スキャンの照準目標

インフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) は、家族介護の支援者が用いる道具として開発された。それによって介護状況の概要を把握し、家族介護のネットワークにかかる負担のリスクを見積もることがねらいとされる。

インフォーマル・ケア・スキャンの照準とする目標

は次の5つが挙げられている。

① 具体的なものにする(Specific)。インフォーマル・ケア・スキャンを使って、どのような介護が必要とされているか、介護者の認識、家族、ケア・ネットワークをマッピングする。少なくとも1人の介護者が関係し、クライアントである場合もある。インフォーマル・ケア・スキャンは、個人の自宅か事務所で行われ、初対面のインタビューで用いられ、後の段階でネットワークの変化を確認するために用いられる。

② 測定可能なものにする(Measurable)。インフォーマル・ケア・スキャンは、実証された複数の道具を活用する。ジェノグラム、エコマップ、「自己評価負担スケール」(The Self-Rated Burden, Van Exel et al. 2004)⁹⁾、「インフォーマル・ケアを通して感知された圧力」(Perceived Pressure through Informal Care; de Ervaren Druk door Informele Zorg, EDIZ, Anne Margriet Pot, 1995)である。

③ 受入れられるものにする(Acceptable)。インフォーマル・ケア・スキャンは、構造化された道具である。介護者とクライアントとともに専門職もインフォーマル・ケア・スキャンに含まれる。ケア・ネットワークの情報からそのタイプを推定する。

④ 現実的に行う(Realistic)。インフォーマル・ケア・スキャンをするのに、およそ1時間は必要である。これはすべてのケースで実行可能ではない。インフォーマル・ケア・スキャンは、部分的に、別の時間に行われることもある。加えて、家族介護者やクライアント本人の限界にも慎重に観察しながら進められる。

⑤ 一定の時間をかける(Time-specific)。インフォーマル・ケア・スキャンをするために必要最低時間として、およそ1時間、広範囲なスキャンでは、1時間半から2時間が必要とされる。

(3) 対象集団

原則として、インフォーマル・ケア・スキャンは、クライアントと介護者の能力や負担をマッピングする必要があるあらゆる介護状況で使用できる。

質問項目は一般的なものであるので、多様な介護状況でインフォーマル・ケア・スキャンを使用できる。特定の状況では、補足的な質問が効果を強めることもある。ただし、これは専門家に委ねられる。1回で全体のスキャンを遂行しようとして介護者やクライアントに無理が生じることがないように注意喚起される。

(4) 専門職に必要とされるコンピテンス

インフォーマル・ケア・スキャンは、事務管理部門

で働く家族介護の支援者のためにつくられている。これは、次の介護や福祉の職員を意味する。

- ・面接を実施し、報告書をまとめるために少なくとも1時間は自由に使える。
- ・インタビューの結果に基づいて、必要に応じて行動を起こす立場にある。

専門職には、一般的な家族介護支援に関する知識以外に、社会的マッピング、自分自身が支援することのできる範囲と限界、紹介が必要となる場合などの知識が求められる。専門職のスキルとして共感、面接技術が期待される。

3. アプローチ

インフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) は、ケア・ネットワークの強みと弱みを簡単な方法でマッピングする。ネットワークについての情報は、例えば、クライアントと1人の介護者というように、ネットワークの1人あるいは2人からのものである。その内容は、偏りのある可能性も含む。他の家族員は、もしかしたらその状況をまったく異なる仕方で表現するかもしれない。それも面接に参加する介護者のものとは別に追加項目に含められる。

インフォーマル・ケア・スキャンは、5つのステップで行われる。全体の概要は、次のとおりである。

- ステップ1：家族と会いジェノグラムを書く
- ステップ2：介護の必要性
- ステップ3：介護者
- ステップ4：ネットワークとエコマップ
- ステップ5：助言

(1) ステップ1：家族と会いジェノグラムを書く

ジェノグラムを書く目的は、家族構成を明確に把握することにある。家族の人数、名前、年齢、関係について、できる限り事実に基づいて記入する。インフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) を用いて、介護者やクライアントとともにジェノグラムを書く過程は、ケア・ネットワークをマッピングする最初のステップとなる。ジェノグラムは、短時間で家族の全体像を捉えるための便利な方法である。家族の名前が分かれば、面接も容易になり、家族の構成員のなかの(可能性のある)介護者を迅速に確認できる。

ジェノグラムは家系図から発展したもので、家族療法家、家庭医、その他のヘルスケアに携わる専門家によって広く用いられてきた。家系図は、1957年頃からボーエン理論と密接に関連し、家系図とジェノグラ

ムには形式と記号に類似点がある。しかし、家系図は家族システム理論と絡むが、ジェノグラムは家族が複数の文脈（民族、宗教、人種、移住、階級、性的志向／文化、地域、社会／年齢、ジェンダー、家族変化、人生周期の移行、文化的民族的背景、個人の機能）においてどのように相互作用するかに強調点があり、2つは異なる評価方法と捉えられる（Butler, J. F. 2008）。

ジェノグラムは、少なくとも三世代にわたる家族メンバーや家族の関係性についての情報を記録するものである。家族の情報が図式化され、複雑な家族のパターンが見やすい形で表示される（McGoldrick, et al. = 2018: 1-2）。

ジェノグラムは、家族に関する情報を収集し、視覚的に表現するツールで、家族に関連する関係性とネットワークについて理解するのに役立てられる。ジェノグラムを作成する目的は、家族に存在する複雑な対人関係とその生物心理社会的環境をマッピングすることである。家族の背景、役割、コミュニケーションのパターン、社会的相互作用、環境との相互関係の構成と構造を評価するための標準的なツールである（Majhi, G., Reddy, S., and Muralidhar, D. 2018）。

□は男性、○は女性、その関係を線でつないで示す。男女をつなぐ横線は婚姻関係を表す。記号の横に名前、年齢、生年月日を記入する。子どもは、両親をつなぐ線から下に縦線で示す。子どもの下に孫を記載する。この基本図形で、家族に関する多くの情報を表す。クライアントには「C」を書き入れる。面接に出席した人、主導している人に印をつける。家族の中で亡くなった人は図形に十字を入れ、没年月日を書く。離婚は関係線に二重斜線を引いて示す。

インフォーマル・ケア・スキャンでは、その場にいる人からジェノグラムを描き始め、その後、他の家族について段階的に尋ねていく。ジェノグラムの作成では、様々な記憶が呼び覚まされる可能性に留意して家族の話聞き、インフォーマル・ケア・スキャンの遂行は慎重に行う。

ジェノグラムの長所は、家族全員を明確に把握できることである。これを使用して、家族介護を提供する人と提供しない人を確認し、またネットワークの柔軟性を把握する。

(2) ステップ2：介護の必要性

インフォーマル・ケア・スキャン（Krujswijk 2012）では、家族を記録し図式化した後のステップは、下記の8つの質問項目AからHを用い、どのような介護が

必要とされるのか、その強度や期間、介護の見通しなどを尋ねる。回答の初めに該当すれば介護の必要性は低く、回答の終わりに該当すれば介護の必要性は高くなる。

質問A. 「介護が必要な人はどこにいますか。」

回答：施設や病院以外の場所、長期療養施設入所、病院・リハビリ施設一時入院、その他

質問B. 「介護が必要な頻度はどの程度ですか。」

回答：日中時々、日中定期的に、日中絶え間なく、昼夜ともに

質問C. 「どのような介護が行われていますか。」

回答：情緒的サポート(ES)、訪問時のカウンセリング(CO)、家事援助(HH)、治療・病後の回復期または処置(TCT)、実際の援助(PH)、身の回りの世話(PC)、看病(NH)、監督と管理(SC)

質問D. 「患者は何の障害や病気を持っていますか。」

質問E. 「必要な介護期間を見積もることはできますか。」

回答：数日または数週間単位、月単位、1年以上、終わりが見えない

質問F. 「今後の病状についての医学的な見通しはどうですか。」

回答：期待される回復、安定、良い時期と悪い時期を交互に繰り返す、進行、終末期

質問G. 「病理学的過程の経過はどの程度予測可能ですか。」

回答：合理的に予測可能、不確実な結果、予期せぬ危機的状況

質問H. 「クライアントは自分の病気・状態に対してどう反応していますか。」

どのような介護が必要とされているかは、ケア・ネットワークにかかる負担、それに耐える意欲に関わる。集中的な昼夜の介護が必要なのか、長期の介護か、短期の介護か、施設か、在宅か、それによって家族介護者の負担は異なる。

質問Aは、介護の場所について、在宅か、長期の施設入居か、一時的な施設入所・入院か、尋ねられる。

質問Bは、介護者へ依存する程度が尋ねられる。

質問Cは、介護者が提供する介護が何か尋ねられる。

質問Eは、介護期間の予測可能性について尋ねられる。

質問F、Gは、病気の進行具合や治療の効果・改善の見込みの確率など予後予測について尋ねられる。

質問Hは、患者の態度について、受身か、主導権を持っているか、柔軟か、要求が多いかなど、クライアントの行動について尋ねられる。例えば、受け入れている、病識がない、注意を要する、機嫌がとりにくい、扱いうる、拒否的などである。

インフォーマル・ケア・スキャンでは、これらの回答を精査し、介護の期間や強度など、介護者にかかる客観的な負担について第一印象を得る。次のステップ3では、介護者の主観的負担に重点を置いて尋ねる。

(3) ステップ3：介護者

家族構成が明確になり、どのような介護が必要とされているのかが把握されたら、次は介護者についてである。インフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) では、面接に出席する1人の介護者に注目する。その人は介護に最も携わり、介護についてよくわかっていることが重要である。その介護者に対して次の4つの質問項目AからDを用い尋ねる。

質問A. 「自己評価負担スケール」

「自己評価負担スケール」(The Self-Rated Burden, Van Exel et al. 2004) は、介護者がどのような状態であるか、短時間で知る簡便な方法である。0は「全く深刻ではない」、100は「あまりにも深刻」、この0から100の間で感知される負担の位置に印をつけるよう求める尺度である。

Van Exel et al. (2004) は、3つの介護負担の質問紙、Care Strain Index (CSI)、Caregiver Reaction Assessment (CRA)、Sense of Competence Questionnaire (SCQ)、それらと Van Exel らの自己評価負担スケール (SRB) を比較し、実行可能性、収束性、臨床的妥当性を検討した。その結果、臨床実践では CSI と SRB が、より長く複雑な CRA や SCQ より、脳卒中者の介護負担にはより実効可能性があり、妥当性のあるアセスメント・ツールとされる。SRB はリスクのある介護者の素早いスクリーニングに用いられる。

質問B. 「インフォーマル・ケアを通して感知された圧力」

「インフォーマル・ケアを通して感知された圧力」(Perceived Pressure through Informal Care; de Ervaren Druk door Informele Zorg, EDIZ)¹⁰⁾ は、Anne Margriet Pot (1995) によって開発された。これは下記に示す9つの質問項目を尋ね、感知された圧力を位置付ける

尺度である。

質問. 「1から9までの質問項目について、右の解答欄の内、あてはまる箇所に○をつけてください。」

1. 私は、……の状況のため、社会生活にかける時間があまりない。
2. 私の……の責任は、私の仕事と／または家族と相俟って、容易ではない。
3. 私が……に関わることで、他の人が苦しい思いをする。
4. 私は、……の要請にいつも応じている。
5. 私の独立性が侵害されている。
6. 私の……の状況は常に私の注意を必要としている。
7. 私が……に関わるために、家庭や／あるいは職場で衝突がある。
8. 私の……の状況が私を悩ませ続けている。
9. 一般的に言えば、私は……状況のために多くの重圧を感じている。

回答：「いいえ!」「いいえ」「多かれ少なかれ」「はい」「はい!」

得点は、「いいえ!」「いいえ」に、値0を割り当てる。「多かれ少なかれ」「はい」「はい!」には、値1を割り当てる。これらすべてを計算した得点は、0(圧力なし)から9(重い重圧)の間である。口頭もしくは質問紙で質問に答えてもらう。高い得点は、感知される圧力の問題になり、低い得点は意欲の問題になる。

質問C. 「介護に携わったことでこれまでに収入や支出に変化はありましたか。」

必要に応じ経済状況について尋ねる。インフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) では、これはできるだけオープンに行うものとされる。

質問D. 「労力をどう使用していますか、労力源はどこからきていますか。」

介護者に労力の源とその使用について尋ねる。労力の消耗は、時間、発達、身体的、社会的、情緒的重圧が原因になりうること、労力源は、よい友人、同僚からのサポート、スポーツや趣味がなりうる。この点に関して、次のストレスのタイプが念頭に置かれる。

1. 介護の提供が介護者に課す時間的圧力
2. 発達の重圧。介護者が自己の発達に遅れをとるという感覚
3. 身体的ストレス。健康への悪影響—介護者の強さと労力に影響

4. 社会的ストレス。介護者が相反する役割に直面しているという感覚
5. 感情的ストレス。支援を受ける側の予測できない行動に起因する、受け手に対する介護者の否定的な感情

これらの次元は、「インフォーマル・ケアを通して感知された圧力」の質問項目のなかにも見出せるものであり、インフォーマル・ケア・スキャンの面接では、これらの次元を念頭に置きながら、主なボトルネックを特定し、介護者が対処できない場合に役立てられる。

Novak, M. & Guest, C. (1989) によれば、介護の長さや認知症のレベルのような介護を受ける人に志向した介護負担スケールは、介護者の負担とはあまり相関しないことが示される。介護者が必要としている特定の援助は、介護を受ける人に志向した尺度では示されない。介護者の介護負担の主観的感情とニーズが介護の負担をもっともよく予測するものであり、これらの感情を踏まえた介護者支援が示唆される。

(4) ステップ4：ネットワークとエコマップ

これまでの3つのステップを経るとすでに多くの情報を収集したことになる。家族を緻密に位置づけ、介護の必要性を把握し、介護者が直面している主観的および客観的な負担をある程度把握した状態である。インフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) では、ここからエコマップを完成させネットワークに焦点を当てていく。

エコマップ

家族がジェノグラムの中心的な焦点であるのに対し、エコマップは社会的ネットワークに集中する。インフォーマル・ケア・スキャンは、ケア・ネットワークの洞察の手がかりを得るためのアプローチである。

エコマップは、1975年に、ミシガン大学スクール・オブ・ソーシャルワーク児童福祉および学習支援研究所の実践の一部として、アン・ハートマン(Ann Hartman) によって開発された。エコマップの用語は、生態学から引き出される。生態学は、生物と環境間のつながり、その維持と向上を研究する。ハートマンは、生態学の人間らしい要素を用い、人々が生活し働く物理的・社会的環境とより効果的な相互作用を可能とする社会関係や社会システムを表すための道具を開発した。この概念は、人々が日常生活での折り合いをつける際、情報や実際的な援助、情緒的支援ニーズな

どの資源をもたらす関係性を人々が発達させることを暗示する。エコマップは、社会集団のメンバーとより大きな社会的ネットワークとのつながりの間にあるネットワークの描写によって関係性を視覚的に表現し、そのネットワークの大きさ、構造、機能を伝える (Ray, R. A. & Street, A. F. 2005: 546; Hartman 1995)。

Ray, R. A. & Street, A. F. (2005) は、運動神経細胞の変性を起こす患者のインフォーマルな介護者の、サポートを受けるソーシャル・ネットワークの動的な特性を用い、データを収集するための研究ツールとしてエコマップの活用を調べた。その結果、エコマップは、ネットワークの構造と強さに関する議論を促進する視覚的な手段を提供し、それによって人々はネットワークの各メンバーを識別し、それぞれの関係の強さを調べ、時間の経過とともに育まれるものと緊張の発生源を確認できるようになるが、参加者が視覚的に生成された関係を定量化しようとする、それには限界があることも示された。

エコマップでは、クライアントに注目し、ケア・ネットワークのメンバーは周囲の円に描き、家族、介護者、隣人、友人、(元) 同僚、または専門職など、介護に貢献する人なら誰でも追加できる。ここでジェノグラムのどの人物がエコマップに含まれるか、含まれていないかを確認し、この理由について尋ね、ネットワークの柔軟性を確認する。例えば、移動時間がかかり、家庭や仕事のため介護ができない場合、ネットワークの柔軟性が乏しく、介護支援を求めるのが難しいことなどが検討される。

インフォーマル・ケア・スキャンでは、二種類の円が用いられる。水色の通常の太さの線の円はクライアントのケア・ネットワークに関係し、緑色の太い線の円はボトルネックとなる問題の箇所と介護者のエネルギー源に関係する。エコマップが完成すると、介護者の能力と負担に関する補足情報とともにクライアントのケア・ネットワークに関する情報が得られる。

次の質問項目AからEの回答を用いてエコマップに記入する。

ネットワークの構成

質問A. 「何人が関わっていますか。」

回答：ニーズに合わせて柔軟に、常に5人以上、常に約3人、1人

質問B. 「ネットワークはどういう人々から構成されていますか。」

回答：親密な家族、友人・近所の知人・(元) 同

僚、ボランティア、専門職

誰が、何を、どのくらい、どのくらいの頻度で行いますか？

質問C. ネットワーク内で誰が何をするかを決定し、これをエコマップに記入する。

結束と能力

質問D. 「ネットワークに良好な協力関係がありますか。」

回答：難しいことも相談できる、難しい話は避ける、不満や葛藤がある

質問E. 「家族は十分な官僚的スキルを持っていますか。」

例えば、準備や手配、支援、言語的スキル、官僚用語、社会的スキルに慣れている。

回答：数人の構成員、1人の構成員、誰もいない

質問AとBは、ネットワークの構成と種類について尋ね、それに基づいてエコマップへの記入の仕方が決まる。家族だけで介護をしている場合は、総て水色の円を使って表せる。もし専門職、あるいは、定期的な援助を提供する友人も巻き込んでいるならば、別々の円に各々を書き入れる。

質問Cは、ネットワークの構成と規模に応じ、各ネットワーク・メンバーあるいはネットワークのグループ（家族／専門職）を調べて、彼らが何をしているかを知る。該当する円に関係する人々の名前を書き入れ、その人たちが何をしているか略語を用いて示す。この略語は、ステップ2 質問Cで用いたものと同じである。

質問Dは、ネットワークのチームワーク、結束に関するものである。困難な状況、欲求不満、対立があるかどうか具体的な質問をして、それが誰に関係しているか調べる。これをエコマップでは点線で示す。ネットワーク内の人物を常に念頭に置き、さまざまな人物の組み合わせについて尋ね、ネットワークの全体像を得る。

質問Eは、コンピテンスに関する質問である。ネットワークに十分な官僚的スキルが存在するかどうかを調べる。メンバーは準備や支援の選択肢を知り、この選択肢の利用方法を知っているか。そうでない場合、問題がわかっているか。可能であれば、どのメンバーがこれらの能力を持っているかをエコマップに示す。

これらのすべてのデータに基づいて、ネットワークの柔軟性が見積もられる。需要が少なく、大規模なケ

ア・ネットワークと十分な官僚的スキルがあれば、柔軟性は高くなる。しかし、介護の需要が高く、家族介護者が少ないと、柔軟性が乏しくなる可能性がある。

(5) ステップ5：助言

これらすべてのインフォーマル・ケア・スキャン (Kruijswijk 2012) のステップを経ると、ケアの状況、介護者、およびネットワークに関する多くの情報が得られる。発見された問題の箇所に基づいて、具体的なアドバイスを提供することができる。その助言を最後の欄に書き留める。

記入に際し、「できること」、「知ること」、「望むこと」の観点から、介護者がいる状態を扱う。「できること」は、時間、発達、身体的、感情的、または社会的領域における介護者の全体に影響を及ぼす制約を課す問題の箇所を指す。「知ること」は専門知識、つまり知識とスキルを習得すること、「望むこと」は介護者の期待と潜在的な将来の必要性を指す。

4. ケア・ネットワークの特性を知る

インフォーマル・ケア・スキャンのステップ全体を詳細に捉え返してみると、ケア・ネットワークの特性に焦点をあてることによって、インフォーマルな介護者の支援にとって必要な適切な質問を投げかけられ、それによりインフォーマルな介護者が自らのケア状況を再認識し、よりよいケア・ネットワークの構築に向けて対処することができるようになると考えられる。

インフォーマル・ケア・スキャン・エイドの巻末資料2に掲載される「ネットワークの特性」(Kruijswijk 2012: 24-5)は、インフォーマル・ケア・スキャンのステップで述べられてきたケア・ネットワークの特性を表にしたものである。

ネットワークの特性の1点目はその規模とタイプである。ネットワークのメンバーは誰か、その規模と組合せにより、ネットワークの安定性を捉える。メンバーには、パートナーや近い家族、拡大家族、隣人や友人、介護者、付き添い介護人が挙げられる。例えば、家族ネットワークは、主に家族から構成される。この特性は、インフォーマル・ケア・スキャンで、ケア・ネットワークをマッピングする最初のステップ1で、介護の必要な人や介護者と一緒にジェノグラムを書く過程から引き出される。

ネットワーク特性の2点目に挙げられるのは、中心的な介護者は誰かということである。患者、中心人物、孤立した中軸の介護者、専門職、誰もいないなど

である。中心的な介護者の機能は、ネットワーク活動の調整であり様々な介護者間の調整を担う。1人介護は、孤立や欲求不満を抱えることが指摘される。この特性は、インフォーマル・ケア・スキャンのステップ3で、最も介護に携わり、把握している介護者に面接に同席してもらい、介護負担を尋ねる過程から明らかになる。また、ステップ4のエコマップを作成する過程で、中心的な介護者の社会的ネットワークがどのようなものかにより明らかになる。

ネットワーク特性の3点目は、介護の必要性は何か、どのような介護が必要とされているかということである。介護の場所、期間、依存の程度、進み具合、患者の態度、これらはネットワークの負担にかかわる。この特性は、ステップ2で、介護の必要性を尋ねる8つの質問項目から引き出せる。

ネットワーク特性の4点目は結束と関係性についてである。既知の間柄か、ほんのちょっとした知り合いか、ほとんど知らないか、雑多な集まりかなど、結束の濃密さが問われる。また、難題について話し合えるか、避けるか、長引く対立や欲求不満の蓄積があるかなど、その関係性が問われる。具体的なケア・ネットワークの例として、次が挙げられる。「既知の間柄は強力に信頼できるかもしれないが難題を突破するのが難しい」、「強力な家族文化をもつネットワークは、そうでない介護者や友人、専門職ネットワークとは異なるダイナミクスを持つ」、「緩やかな関係性のネットワークは柔軟性があるが、中軸の介護者の指示が必要である」などである。この特性は、ステップ4で、ネットワーク構成を尋ねる質問ABC、結束を尋ねる質問Dから引き出せる。

ネットワーク特性の5点目は、介護者のコンピテンスである。官僚的スキル、社会的スキル、言語的スキルについて尋ねられる。中軸の介護者は、一見相反するように見えるさまざまな能力を備える必要性が指摘される。具体的には、専門職の介護組織にはビジネスライクに賢明であり、介護者に対しては感謝を伝え、やる気を起こさせ、患者や介護者に対しては自分の限界や関心を柔軟に伝えられること、そして移民の場合、言語的スキルに注意が必要なが挙げられる。この特性は、ステップ4の質問Eから引き出せる。

ネットワーク特性の6点目は、フレームと呼ばれる介護者の感じ方や考え方についての理解である。具体例として、義務については、「これは正しいことだと思う」、「周囲はこれが正しいことだと思っている」、

「こうすれば他人に迷惑をかけることはない」、「私はこれを楽しんでいる」、「私はこれを楽しんでおり見返りを得ている」が挙げられる。他にも、選択肢については、「私はこれを自発的に行いいつでもやめることができる」、「私はやめられない」、「閉じ込められているように感じる」。感謝については、「耐えられる」、「耐えられない」、「感謝されている」、「感謝されていない」、「それが人生」、「悪いと感じる」。有償介護については、「専門職による介護の権利が与えられている」、「自分でできる限りする」、「専門職の介護を必要とするならいい仕事をしていない」などである。介護者が自分の努力をどのように見ているかが尋ねられる。ある程度の自由な選択が認められているか。代替医療の解決策（専門職の招集や施設への入所）をどのように見ているか。専門職の支援を受ける権利への高い期待は、欲求不満と社会的憤りを引き起こす可能性があることや、家族の価値観が強い文化は外部の支援の受け入れを困難にすることが指摘される。ケア・ネットワークに対する介護者の認識の枠組みは、家族のおかれた社会文化的脈絡などステップ1のジェノグラムを作成していく初めの過程から、ステップ3の介護者の介護負担を尋ねる過程、ステップ4でエコマップを書く過程など、全体のプロセスを通して、分析・考察される。このケア・ネットワーク特性への洞察は、固有の強みとリスク要因を把握するうえでも重要となる。

インフォーマル・ケア・スキャン・エイドの巻末資料3では、Tonkens, E. Van den Broeke, J. and Hoijtink, M. (2008)の調査によって明らかにされた、4つのタイプの家族介護のネットワークが示される (Kruiswijk 2012: 26-30)。即ち家族ネットワーク、混合ネットワーク、専門職ネットワーク、1人の孤立した中軸ネットワークである。各々のタイプは、支援の提供において認識しておく必要のある固有の強みとリスク要因が明らかにされており、ケア・ネットワークを知るための手がかりとなる。

まとめにかえて

インフォーマル・ケア・スキャンは、オランダの介護政策とその現状において課題とされるインフォーマルな介護者支援において、ケア・ネットワークの固有の強みとリスク要因を把握するためのツールとして開発された。介護や福祉において本人や家族介護者の支援に携わる専門職がどう機能するのか、機能の方向性を明確にしたうえで、それを補助するための道具が

くられた。

Tonkens ら (2008) の研究が、このインフォーマル・ケア・スキャンの開発の出発点を形成した。ケア・ネットワークの組織構成とリスク要因に関する疑問が提起され、ストレスに加え、介護者の可能性、肯定的な経験にも注意が払われた。肝要とされたのがネットワークのメンバーの能力であり、それらはネットワークの許容量の指標とされる。介護状況は多様であり、さまざまなタイプのケア・ネットワークが存在することを前提に、オープンなアプローチが採られ、白人家族のみならず、多民族居住地域のネットワークについて検討された。日本社会でも外国からの移住者が増加するにともない、高齢化や介護の問題も発生することから、こうした研究の視点や枠組みは多くの示唆を与える。

インフォーマル・ケア・スキャンは、家族状況、介護状況、介護の必要性、介護者の客観的、主観的負担の経験、ケア・ネットワークの構成、組織、リスク要因についての計画図を立てる目的に使用される。どの要素を深く掘り下げ、あるいは表面的に扱うかは、専門職に委ねられる。この道具を用いる専門職は、介護を必要とする人や介護者に志向する。専門職の志向性の制御は、施策の目的達成にとって重要である。

インフォーマル・ケア・スキャンは、インフォーマル・ケアとフォーマル・サービスの協働を進める際に役立てられる。面接で得た情報を視覚化、構造化する道具として、エコマップやジェノグラムを活用し、それによってケア・ネットワークが機能する仕方やネットワークの協働、あるいはネットワークにあるストレス、ネットワークの強み・弱みの洞察を得る。

市民自身が自らのネットワークをケアに活用していくという社会支援法に明記された目的に沿って、国から地方、専門職から市民に至るまで一貫し、社会全体が関連性をもって一つの方向性に制御されながら展開するオランダの介護者支援の状況を調べた。

翻って、日本の介護を観ると、介護保険制度の下、家族介護者の負担はあまり改善されてきておらず、家族介護者を支援する法制度の基盤整備もなされていない (田川 2018)。介護保険制度は、本人のためのものであって介護者のためのものではないという理由から、専門職による家族介護者への対応は消極的なものである。

日本の介護や福祉でもジェノグラムは用いられる。しかし、ジェノグラムを作成する目的や意図は、専門

職にとっては対象把握のためである。利用者は当然のように情報を提供し、その情報が何の目的で使われるのか、あるいはその記録が誰に見られるのか、明確に伝えられないまま、情報収集は機械的、画一的に行われる。そこには支援する側と支援される側の非対称的な力関係が反映される。情報ネットワーク・システムの導入がなされ、多くの機関で情報が共有される。例えば、地域包括支援センターで収集された情報が自治体にも、医師会にも閲覧可能となったり、自治体によっては、消防や警察も情報連携に含まれる。何がどう記録されどの範囲で利用されるか、本人や家族介護者にその使われ方は知らされない。しかしながらその一方で、家族介護者はどのような経緯で介護を提供しているのか、介護の負担について専門職から尋ねられることはほとんどない。支援もなされないのに、ただ情報を聞かれるだけの面接に疲弊する家族介護者は少なくない。ジェノグラムの作成過程が同時に支援の過程となり、インフォーマルな介護者や本人、支援者がその目的を共有し、協働する過程そのものが問われる。

専門職が制度にない支援をするには、臨床経験の豊富さや力量、専門性に基づく自律的判断、それを可能とする裁量の余地が必要である。自治体から委託を受け携わる民間法人に雇用される専門職が、クライアントの支援に際し、行政と対等あるいは対峙する立場でクライアントのニーズを擁護することは可能だろうか。

介護保険制度が誰の利益に資するものとなるのか、市民は制度・政策のかじ取りを政府・自治体 (保険者)、サービス提供者 (民間事業者・専門職) に委ねるのではなく、オランダの市民のように主体的・能動的に社会的役割を担っていくことが課題である (田川 2017)。

市民が自ら抗うことのできない現在や将来の介護について、行政、専門職の支援を引き出し活用していくため、必要とされる官僚的、社会的、言語的スキル等のコンピテンシーを市民が獲得するための準備教育が求められる。

付記

本研究は、JSPS 科研費「18K02109」の助成を受けたものです。

注

* 愛知県立大学教育福祉学部

- 1) 英語翻訳は国際通訳機関、デザインはデザインスタジオ企画イリュージョン、研究協力者はアニタ・ピーターズ (Anita Peters) 氏、テオ・ロイアーズ (Theo Royers) 氏、ルース・シェルペンゼール (Roos Scherpenzeel) 氏である。この出版物の複製は、出典を明記すれば許可されている。「インフォーマル・ケア・スキャン」は記入様式であり、「インフォーマル・ケア・スキャン・エイド」はその解説である。
- 2) インフォーマル・ケア専門知識センター (Centre of expertise for Informal Care 2012) [www.expertise.centrummantelzorg.nl/English] は、現在、“Zorg voor Beter (Care for Better)” [https://www.zorgvoorbeter.nl/over-ons] (最終アクセス日 2022年11月4日) に移行している。高齢者や慢性疾患介護に関する知識の共有や交換の場となっている。
- 3) Vilans について参照 [https://www.vilans.org/about-vilans/] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 4) Movisie について参照 [https://www.europeanvolunteercentre.org/movisie] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 5) CMO Flevoland 社会開発センター [https://flever.nl/ons-verhaal/] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 6) Movisie (2010) Ontspoorde mantelzorg. Utrecht: Movisie; Goed voor Elkaar. [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Prestatieveld4/Ontspoorde%20mantelzorg.pdf] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 7) MantelzorgNLpro 参照. [https://www.mantelzorg.nl/pro/onderwerpen/wat-is-mantelzorg/definitie-van-mantelzorg] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 8) The National Health Care Institute, Long-term care, youth health services and social support. [https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 9) Self-Rated Burden (SRB) Reference: Van Exel et al. (2004). Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: A comparison of CSI, CRA, SCQ and self-related burden. *Clinical Rehabilitation*, 18, 203–241. [https://bpgmobile.rnao.ca/sites/default/files/Self-Rated%20Burden%20%28SRB%29.pdf] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- 10) Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) Ontwikkeld door dr. Anne Margriet Pot (1995). [https://palliatievezorgcopd.nl/wp-content/uploads/2019/03/EDIZ.pdf] (最終アクセス日 2022年11月4日)

文献

- Butler, John F. (2008) The family diagram and genogram: comparisons and contrasts, *The American Journal of Family Therapy*, 36(3), 169–180. [DOI:10.1080/01926180701291055]
- De Boer, Alice, Plaisier, Inger and de Klerk, Mirjam (2020) *Informal carers in focus: Policy report on informal care in the Netherlands*, The Netherlands Institute for Social Research.
- Fleischmann, Maria and Van den Broek, Thijs (2020) Netherlands, Áine Ní Léime et al. (eds.), *Extended Working Life Policies*, Springer Open. 341–349. [DOI.org/10.1007/978-3-030-40985-2]
- Hartman, Ann (1995) Diagrammatic assessment of family relationships, *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 111–122.
- Hengelaar, Aldiene Henricke, Van Hartingsveldt, Margo, Wittenberg, Yvette, Van Etten-Jamaludin, Faridi, Kwekkeboom, Rick, Satink, Ton (2018) Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective—A thematic synthesis, *Health and Social Care in the Community*, 26, 474–485. [DOI: 10.1111/hsc.12503.]
- Kruijswijk, Wilco (2012) *Informal Care Scan Aid: mapping out the composition, organisation and risk factors of a care network*, center of expertise for informal care, MOVISIE Communication Department. [https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Informal_Care_Scan_Aid%20%5BMOV-385066-0.1%5D.pdf] [https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Informal_Care_Scan%20%5BMOV-385042-0.1%5D.pdf] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- Majhi, Gobinda, Reddy, Sadananda and Muralidhar, D. (2018) The use of family genogram in psychiatric social work practice, *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 9(2), 98–102. [DOI: 10.5958/2394-2061.2018.00034.4]
- McGoldrick M., Shellenberger S. and Petry S. S. (2008) *Genograms; Assessment and Intervention, Third Edition*, W. W. Norton and Company (= 2018, 渋沢田鶴子監訳・青木聡・大西真美・藪垣将訳『ジェノグラム 家族のアセスメントと介入』金剛出版)
- Novak, Mark and Guest, Carol (1989) Caregiver Response to Alzheimer's Disease, *Int'l. Aging and Human Development*, 28(1), 67–79.
- Pot, Anne Margriet (1995) Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ). [https://palliatievezorgcopd.nl/wp-content/uploads/2019/03/EDIZ.pdf] (最終アクセス日 2022年11月4日)
- Ray, Robin A. and Street, Annette F. (2005) Ecomapping: an innovative research tool for nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 545–552. [file:///D:/Ecomapping.pdf] (最終

アクセス日 2022年11月4日)

Rempel, Gwen R., Neufeld, Anne and Kushner, Kaysi Eastlick (2007) Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research, *Journal of Family Nursing*, 13(4), 403–419.

田川佳代子 (2017) 「オランダの社会的ケアとアクティヴ・シティズンシップ」『社会福祉研究』19巻 19–32.

田川佳代子 (2018) 「高齢者介護とソーシャル・ガバナンス」『愛知県立大学教育福祉学部論集』(67) 75–82.

田川佳代子 (2020) 「オランダのアウトリーチ・ガバナンス研究から学ぶ——「自分でできることは何か」を支える協働」『愛知県立大学教育福祉学部論集』(68) 39–45.

Tonkens, Evelien, Van den Broeke, Jennifer and Hoijtink, Marc (2008) In search of resonating pleasure. Cooperation between care workers, carers and volunteers and clients in long term care, Paper presented at the International conference with Who cares? Informal care as shock absorber of welfare state reform, 22 April 2008, Amsterdam School of Social Sciences

Research, University of Amsterdam. [<https://bpgmobile.mao.ca/sites/default/files/Self-Rated%20Burden%20%28SRB%29.pdf>] (最終アクセス日 2022年11月4日)

Van Exel, N. Job A., Op Reimer, Wilma J. M. Scholte, Brouwer, Werner B. F., Van den Berg, Bernard, Koopmanschap, Marc A., and Van den Bos, Geertrudis A. M. (2004) Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: A comparison of CSI, CRA, SCQ and self-related burden, *Clinical Rehabilitation*, 18, 203–241.

Van Groenou, Marjolein I. Broese and De Boer, Alice (2016) Providing informal care in a changing society, *European Journal of Ageing*, 13, 271–279. [DOI 10.1007/s10433-016-0370-7]

Wright, Lorraine M. and Leahey, Maureen (1999) Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview, *Journal of Family Nursing*, 5(3), 259–274. [<file:///D:/15%20Min.pdf>] (最終アクセス日 2022年11月4日)