

II-5. 海外の重症児（者）地域支援コーディネーターに関する調査
—国際知的・発達障害学会（IASSIDD）重度重複障害特別研究グループ（SIRG-PIMD）の
スウェーデン円卓会議（Round Table Meeting）への研究発表を通じて—

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授

研究協力者 小埜寺直樹 明治安田生活社会福祉研究所福祉社会研究部 主任研究員

1. 調査概要

国際知的・発達障害学会（International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities）には、10の特別研究グループ（Special Interest Research Groups）が設置されている。その1つに重度重複障害（Profound Intellectual and Multiple Disabilities）に関する特別研究グループ（SIRG-PIMD）がある。PIMDと我が国の重症心身障害とはほぼ類似の障害とされる。

本年9月にSIRG-PIMDは、スウェーデン・ヴェステロースにおいて、円卓会議（Round Table Meeting）を開催した。筆者らは、円卓会議において重症児（者）地域支援コーディネーター養成案を発表し、そこでの質疑等を通じて、各国の地域ケアシステムとその核となる地域支援コーディネーターに関する情報を収集することにした。

2. 円卓会議の概要

- (1) 日程 2015年9月23日～25日
- (2) 場所 Mälardalen University（スウェーデン・ヴェステロース）
- (3) 参加者数（登録者数） 34名
- (4) 参加国 英国（イングランド）、イタリア、オランダ、カナダ、スイス、スウェーデン、ドイツ、ベルギー、日本

3. 発表内容と調査結果

円卓会議のポスターセッションにおいて、「日本における重症児（者）地域支援コーディネーター養成プログラムの作成（Making curriculum of community care coordinator for PIMD in JAPAN）」と題するプレゼンテーションを行った。ポスターの内容は添付資料のとおり

りである。

ポスターでは、日本における重症児（者）の推計、入所・通所施設数等の基本統計と、重症児（者）地域支援コーディネーターを核とした地域支援のシステム図（イメージ）を説明した。その上で、重症児（者）地域支援コーディネーターに求められる基本機能として、アセスメント、地域診断、ケアマネジメント、家族支援等を例示し、各国における取組状況について、フロアと議論を行うことを目的とした。

結論としては、海外において重症児（者）に特化した専門支援コーディネーターを配置している国は存在しなかった。日本の取組は、各国より、極めて重要な取組であるとの高評価を得た。我が国の先駆性が確認された。なおフロアとの質疑応答で、重症児（者）の地域支援における各国の課題についての意見交換も行った。以下簡潔に示す。

- ・児童と成人の支援が分断している、継続的支援が課題である（英国、ドイツより）。
- ・福祉（social care）と医療（health care）との連携が重要である（英国より）。
- ・重症児（者）数の把握（推計）が困難である（オランダ、ベルギーより）。
- ・地域ケアの効果測定方法、特に誰にとってのメリットなのか（英国より）。

また円卓会議中に、各国のPIMD地域支援コーディネーターの状況について、簡易な質問紙調査を実施した。その結果は以下のとおりである。

	Q1 在宅生活においてPIMDの複雑なケアニーズを調整するキーパーソン									Q2 PIMD 専門の地域支援コーディネーターの有無
	親	ソーシャルワーカー	家庭医 (GP)	専門医 (小児科医)	専門医 (ID Physician)	看護師	訪問介護スタッフ	デイケアスタッフ	その他	
英国 (イングランド)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
スウェーデン	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
ベルギー	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ¹	△
カナダ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
スイス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
ドイツ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
イタリア	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
オランダ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ²	×

注) 1 ベルギー キーパーソンとして施設のスタッフ

2 オランダ キーパーソンとして multiple healthcare psychologist

【Q1 在宅生活においてPIMDの複雑なケアニーズを調整するキーパーソン】

- 各国とも、多様な社会資源を調整する際のキーパーソンとしては、「親」が圧倒的に多かった。次に「ソーシャルワーカー」「小児科医」が続いた。
- 英国とドイツでは、「家庭医 (GP)」と「専門医」が共にキーパーソンとされた。他方、ベルギー、カナダ、オランダにおいては、医療関係職 (医師・看護師) ではなく、「親」「ソーシャルワーカー」「施設職員」が地域支援の調整者とされた。
- 「訪問介護スタッフ」は、どの国においても、キーパーソンではない、との回答であった。
- 選択肢以外のその他のキーパーソンとして、オランダでは「multiple healthcare psychologist」が提示された。

【Q2 PIMD 専門の地域支援コーディネーターの有無】

- 各国とも、PIMD 専門の地域支援コーディネーターは、現時点では存在しない、との回答

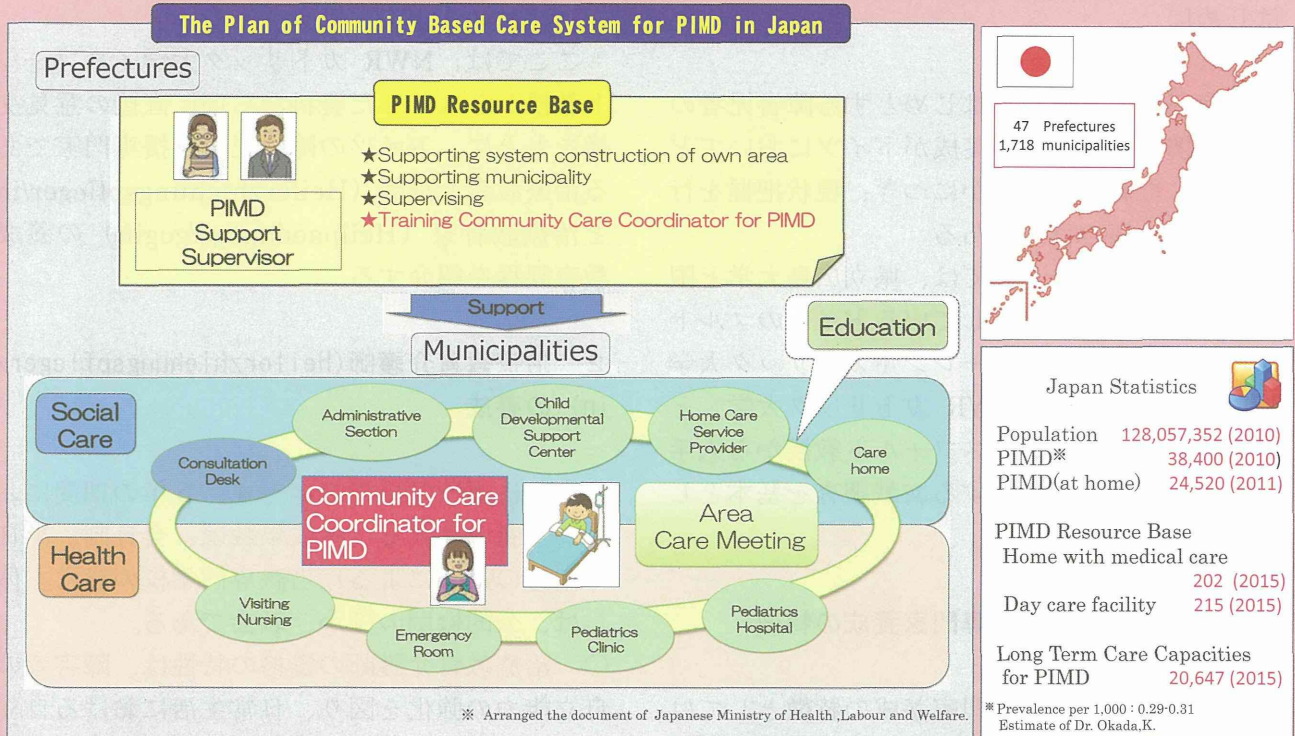
であった。

ベルギーについては、PIMD が利用している施設のスタッフが地域資源の調整を行っている、とのことである。ひとつのあり方とは思われたが、独立したコーディネーター職とは異なるため、「△」とした。

Making curriculum of community care coordinator for PIMD in JAPAN

S.Suemitsu ¹, N.Onodera ², T. Matsubasa ³

1. Kawasaki University of Medical-Welfare , Asahigawa-so Medical-Welfare Center
2. Japan Women's University The Graduate School of Integrated Arts and Social Sciences
3. Kumamoto University



Contents of CCC training curricuram

- PIMD Clinical Status (complex health care needs)
 - + Assessment Skill
 - + Family Support Skill
 - + Research skill
 - + Care Management Skill
 - + Advocate Skill



How about in your country?

Introduction

There are about 38,000 PIMD in Japan, and 25,000 of them are living with their family. The local authority provides social and health care resources for the elderly and the disabled. But those for PIMD are insufficient, because they are minority, having complex care needs.

Objective

Supporting PIMD community life involves community care coordinator(CCC) that are comprehensive complex care needs of PIMD, combine variety of educational, social and health care settings, deliver individual appropriate services. The Japanese community based care system is to allocate CCC in each area in future. This study discusses the framework of CCC training curriculum.

Method

Based on the government report of 15 area pilot research(2012-2014), this study extracts some basic function which demands for CCC practice.

Results

Four following basic functions came into light:

1. Research actual situation: PIMD number, available resources etc.
2. Cooperation of health care and social care.
3. Developing new community resources.
4. Family support.

Discussion

For a minority to support community living leads two directions: one is widening specialized knowledge of each local resource, another is using general resources effectively. The former is meeting and learning complex care needs of PIMD, the latter is managing variety of community resources as a key-worker for PIMD. In the CCC curriculum, two above-mentioned domains is found.

Japan makes the CCC training curriculum while referring to similar activities among foreign countries.

Ⅱ－6．ドイツにおける障害者支援の専門職養成の現状について (2015年12月)

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授
研究分担者 三原 博光 県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科 教授
研究協力者 高原 弘海 社会福祉法人旭川荘 理事

はじめに

重症心身障害児者をはじめとする障害児者の支援に携わる専門職の養成がドイツにおいてどのように行われているかにつき、現状把握を行うのが本小稿の目的である。

現状把握の手法としては、県立広島大学と国際学術交流協定を締結しているドイツのノルトライン・ヴェストファーレン州カトリック大学（以下、本稿では「NWR カトリック大学」と略称）のミハエル・イスフォルト教授から入手した情報を主要文献とする文献調査を基本とした。

1 ドイツの社会福祉専門職養成の特徴

ドイツの社会福祉専門職養成の特徴としては、対象者別に専門職養成教育が行われ、それに基づいて就職先が決まることが挙げられる。

即ち、障害者専門職養成教育を受けた場合、就職場所は障害者関係の施設であり、高齢者の場合は、高齢者関連施設となる。もしも障害者専門職養成施設で学んだ者が高齢者関連施設での就職を希望する場合、高齢者専門職養成教育課程を最初から学ばなければならない。この特徴は、ドイツの伝統的専門職養成教育プログラムであり、EU 諸国のなかでも独特のものである。

(注)

2001年にOECDが実施したPISA能力調査におけるドイツの子どもたちの予想をはるかに下回る結果(PISAショック)を契機にした初等・中等教育制度の改革、EU加盟国の教育大臣が参集して決議した1999年の「ボローニア宣言」を契機にした大学教育制度の改革など、ドイツの教育制度は変革期にあることから、今後、その動向を注視する必要がある。

ここでは、NWR カトリック大学イスフォルト教授から入手した資料ならびに直接の意見交換をもとに、ドイツの障害児者支援専門家である治療教育介護師(Heilerziehungspfleger/in)と治療教育家(Heilpaedagoge/gogin)の養成教育課程を紹介する。

2 治療教育介護師(Heilerziehungspfleger/in)の養成

○ 主に専門学校で2年～4、5年の期間において養成される(養成年数は、全日制、半日制等の違いによる)。当該専門学校の経営主体は、公的機関のほか、教会である。

○ 治療教育介護師の資格の特性は、障害者の自立能力の強化を図り、日常生活における自立能力を支援することにある。その際、治療教育介護師は、障害者の程度と性質を考慮する。

治療教育介護師は、絵画、水泳、音楽などの意義のある障害者の自由な余暇活動を支援する。また、治療教育介護師は、障害者の社会的活動を促進するために、障害者が信頼している他者との個人的関係の構築を支援する。

更に治療教育介護師は、寝たきり障害者や患者の身体的介護(衣服の着脱など)、食事介護を行う。同様に患者への薬の管理にも責任を持つ。また、治療教育介護師は、施設や病院内での専門的支援に参加をし、余暇プログラム、発達支援プログラムに積極的に参加する。

○ 治療教育介護師の活動場所は、主に、障害者介護施設、グループホーム、デイサービス、リハビリテーションセンター、特別支援学校、幼稚園である。

○ 専門学校・職業訓練学校の入学条件は、中間レベルの高校学力水準とされる。

○ 専門的学習内容は、以下のとおりである。

- ・一般教育学
- ・動作教育/運動療法
- ・治療教育実践の方法論
- ・芸術と工作/工作療法
- ・音楽教育/音楽療法
- ・社会学
- ・特別治療教育
- ・遊戯療法

更なる専門的学習領域としては、医学/精神医学、心理学、法律、社会管理が挙げられる。

州と大学による選択義務領域としては、視覚障害者教育、知的障害者教育、身体障害者教育が挙げられる。

専門的実践領域は、完全な入所施設、治療教育を目的としたデイサービス、入所施設でその専門的知識が活用される。実習生は、行動障害、社会的適応障害、知的、身体障害、言語障害の支援、促進、教育を行う。

○ 教育科目【作業中】

○ 養成期間中の実習の間は、実習に対して報酬が与えられる。実習は国家資格では必須であり、報酬が支払われ、地域の施設で、毎月、1433 ユーロ支払われる。

専門学校によっては、学生に学費、入学試験・試験料を課している場合もある。

3 治療教育家 (Heilpaedagoge/gogin) の養成

○ 主に1. 5年間～4年間で、大学で養成される。学術的専門的要素を持つ。

○ 治療教育家は、知的障害者、身体障害者、重複障害者、慢性疾病患者の社会的・職業的自立を容易にするために支援を行う。発達障害、情緒障害、行動障害の児童・青少年も、同様に治療教育家の支援の対象となる。

○ 治療教育家は、まず第一に、行動に問題を抱えている当事者の診断を行う。そのために、まず、問題となる当事者の現在の資源と能力を調査する。そして、早期治療教育の必要のある児童、学校不適応な子ども、知的障害者などに対して、一人ひとりの治療プログラムを作成する。そして、適切な教育的処置によって、これら対象者の個性と能力の強化を図

る。特に重度な障害者に対しては、治療教育的、介護の役割を治療教育家が担う。治療教育家が治療教育的な施設で働いている場合には、適切な治療計画を立てるとともに、そのプロセスを調査し、施設職員に対するスーパービジョンを計画し、実施する。

○ 治療教育家の活動場所は、主に、障害者介護施設、グループホーム、知的障害者デイサービス、児童・青少年センター、クリニック及び治療センター、幼稚園、教会関連の社会福祉協議会である。

○ 専門大学の入学条件としては、多くの場合、保母資格・幼稚園教諭の有資格者、中間レベルの高校学力水準が求められる。

○ 専門的に期待される内容は、以下のとおりである。

・対象者の安全管理（遊ぶ子どもの監督、水泳などの監督）

・対象者への共感、葛藤への対処（悲しみへの共感、攻撃性への対処）

・コミュニケーション能力（障害者、障害者家族、他の専門家との会話）

・心理的、身体的安定性（身体障害者や精神障害者とのかかわり）

・行動観察能力（対象者の行動変化の確認）

○ 専門教育科目は、芸術・工作・音楽科目（障害者との音楽、工作作業の目的）と化学（医学との関連性、薬の理解と影響を学ぶ）である。

○ 教育科目【作業中】

○ 養成期間中の実習の間は、実習に対して報酬が与えられる。実習は国家資格では必須であり報酬が支払われる。地域の施設では、毎月1,433 ユーロ支払われる。大学によっては、学生に入学試験・試験料を課している場合もある。

○ 専門分野としての治療教育学の構築過程としては、まず、医学及び教育学の分野における治療教育学の概念・コンセプトは19世紀に生まれ、20世紀初頭には、ハンガリーに初めての大学が創設された。1924年には、スイスのチューリッヒに欧州で初めての講座が開設され、大学での治療教育家の教育が開始された。

独自の学位試験の法令の公布は 1999 年まで待たなければならなかったが、それ以降、治療教育学は、例えば、リハビリテーション教育学、統合教育学と云うテーマで、独立した専門分野としての発展を遂げている。

4 若干の考察

- 上記の 2 及び 3 で概要をご紹介した治療教育介護師と治療教育家について、若干の考察を加えてみたい。
- ① 治療教育介護師はドイツの高等専門学校で養成されるのに対し、治療教育家はドイツの伝統的な大学で養成されるという違いがあり、前者は基本的に福祉分野、後者は基本的に教育分野の専門職と位置付けられるものと考えられる。
- ② 日独の比較という面では、ドイツの治療教育介護師は支援現場の直接専門職であり、日本の介護福祉士と基本的には同じ性格の資格と考えられる一方、治療教育家は現場の支援に加えコーディネートの役割も担う専門職と考えられ、後述の補論で紹介している三田谷啓博士の論文等も踏まえると、関連学問分野の習得を前提とし、相対的にはアカデミック色の強いドイツの伝統的な資格と考えられる。
- ③ 近年、ドイツにおいて、支援現場での具体的な専門性に特徴を有する治療教育介護師の高等専門学校での養成が堅調であるのに対し、相対的にアカデミック色、抽象的な専門性に特徴を有する治療教育家の養成が低調と云うことが指摘され、就職分野においても、従来の教育現場で就職先の確保が困難なことから、社会福祉施設の分野における就職先の拡大が求められている。この点に関連し、イスフォルト教授から入手した文献によると、治療教育家の独自の学位試験の法令が 1999 年に公布されて以降、治療教育学は独立した専門分野としての発展を遂げていると述べられているが、その例示として、リハビリテーション教育学と統合教育学が挙げられており、従来の伝統的な治療教育学の分野に

においても、具体的な専門性に着目した専門分化が図られている可能性があるものと考えられる。

- ④ EU 域内のヒト、モノ、カネの往来の拡大という要請を背景として、冒頭にも注記したように、ドイツにおいても、ボローニア宣言を契機とした大学教育制度の改革が進められる中、医療福祉分野の専門職の養成も変革期を迎えており、ドイツの伝統がどのような形で維持されていくのか、今後の動向が注目される。
- ⑤ 特に、治療教育という学問分野は、ドイツ（あるいは中欧ヨーロッパ）の特色のある専門分野とも考えられるところ、後述の補論で紹介している三田谷治療教育院の堺理事長の指摘にあるように、治療教育の本質が「一人ひとりの人間を丸ごと捉え、その人の生活に根差して、持ち味を生かしていく」という点にあるとすれば、今後、ドイツにおいて、治療教育という学問分野、治療教育家という専門職がどのような展開を遂げていくかは興味深い。

終わりに

重症心身障害児者をはじめとする障害児者の支援に医師、看護師等の医療職が携わっているのは各国に共通するものと考えられるが、ドイツにおいてこれら医療職のほかに障害児者の支援の専門職として特記されるのが、イスフォルト教授から入手した文献で述べられている、上記の治療教育介護師と治療教育家の二つの専門職である。

両者が、役割分担と連携を図りながら、医師、看護師等の医療職とも連携しながら、障害児者の支援を行っているものと考えられるが、実際の支援現場においてどのような役割分担・連携のもとに支援が行われているかについては、文献調査に加え、訪問による聴き取り調査も含めた更なる調査が必要と考えられる。

(参考 1)

「治療教育」に関する補論

「治療教育」に関する補論として、明治時代末期から大正時代初期にかけてドイツに留学し、ドイツにおける治療教育をわが国に導入した三田谷啓（さんだや ひらく）博士の取組みを振り返り、確認しておきたい。

- 三田谷博士（1881－1962）は、兵庫県有馬の地に生まれ、苦学の末に大阪府立高等学校で医学を修めた。宮川経輝牧師や海老名弾正牧師とも親交を結び、精神科と小児科に興味を持った三田谷は、東京において藤川游博士から治療教育学を、呉秀三博士から精神病理学を学んだ後、ドイツに留学し、帰国後、昭和2年に阪神間の芦屋の地に「三田谷治療教育院」を開設した。
- 三田谷博士が「精神神経学会雑誌第41巻第8号」（昭和12年8月発行）に寄せた論文「我国に何故治療教育事業興らざるか」においては、次のようなことが述べられている（三田谷治療教育院のホームページより抜粋して転記）。

「治療教育」とは何か

ここで治療教育と称するのは *heilpaedagogik* の意味である。その定義は必ずしも確定しているわけではないが、大体において次のように理解していいと思う。

治療教育とは障害児教育を最も適当な方法をもって取り扱い、その全生活をはかることを目的とするものをいう。この事項を研究する学科を治療教育学と称するのである。勿論、治療教育学は応用科学であるから、基礎科学と補助科学の力を借りる必要がある。

基礎科学は生理学、衛生学、小児科学、精神病学、神経病学、児童心理学、教育学等で、補助科学は体操学、音楽、木工、園芸、児童心理、動物心理、比較心理、人類学、統計学、神話、童謡などの諸科をあげるべきである。

治療教育の効果

治療教育の効果については多言を要しない。

即ち治療教育は障害児の各個について最も適当な支援を行うからである。その支援の主要は、心身の障害をなるべく除去し、生活を向上し、その素質に適した作業をとらせるのである。このようにしてなるべく個人が最も得意とする業につかせることに努めるのである。

（中略）

しかしながら事実はこのまま放置すべき時代ではない。医学者も教育者も共に特殊教育の要に当たるべきである。

教育者よ起て、起つて可憐な児童を闇より光に変換させよ。

医学者よ起て、起つて彼等の障害を支援し、補強し、生存権の拡大を喜ばせよ。

実を言えば概して教育家に障害児教育の真価を認め渾身の努力をする人が少ないようである。特別学級の受持教師は肩身の狭いような状態である。そして如何にも貧乏くじを引いたように、人も自分も考えているようだ。光栄と考えて決して恥ずかしいことではない。

医学者にしてもそうである。障害児の持っている障害に向かって最善の支援をし、心身の能率を増進させたら、病気の治療をするのと何の差があるのか。

今や国家の大欠陥として障害児教育に大きな孔ができています。そしてその結果として国家も社会も家庭も個人も大きな損害を招いているのである。この禍を転じて福に導くことは何人にも関わる生存の重大な事件ではないか。」

- 上記のとおり、障害児教育の現状を憂い、治療教育学の実践の必要性を説いた三田谷博士は、昭和2年に芦屋（精道村）の地に三田谷治療教育院の本院を設置し、子どもを預かることのできる学寮「コドモの学園」も付設して、本格的に治療教育事業を開始するに至った。

同院の活動の特徴として、芦屋市立美術博物館学芸員の加藤瑞穂氏が、「阪神間モダニズム展」の公式カタログで、「医学と教育の結びつき」と「母親の教育を重視した点」の二つを挙げているのは興味深い。

- 三田谷治療教育院は、その後、阪神淡路大震災による壊滅的な被害を乗り越え、現在も芦屋の地において、90年近くに及ぶ歴史を刻んできているが、現在の堺 執（さかい みのる）理事長を訪問し、興味深い話が伺えた。

■創設者の三田谷博士が治療教育の実践を始めた頃から、「治療教育」自体の本質は変わっていない。治療教育の定義として確定したものはないと思うが、治療（医学的なもの）と教育（教育的なもの）が合体したものというような捉え方ではなく、「一人ひとりの人間を丸のままとらえ」、その人が実際に生活していくという視点から、その人の持ち味を生かしていくという点に治療教育の本質があるのではないか。治療教育学も、単に、医学と教育学の合体ということではなく、人間を丸のまま捉えるという視点で、関係する専門分野を統合するようなものと理解した方が良いと思う。

■治療教育については、何かをすれば治るのではないかと云った誤解もあったのではないかと思うが、社会的な受け止めという面では低迷期が長く続いてきたように感じると同時に、個別支援計画に基づく利用者の特性に応じた支援の重視と云った流れの中で、近年においては、治療教育の考え方が再評価されてきていることも感じる。

（注）

昭和12年の論文「我国に何故治療教育事業興らざるか」において、三田谷博士は、いみじくも治療教育に関する一般の認識について、次のとおり指摘している。

「治療教育に関する一般の認識の不足する事は次の点である。即ち治療教育を施せば障害児でも普通の程度になるか、もしそれが不可能ならば教育する価値はないと考えることにある。

これは根本的な誤りであることをまず理解させなければならない。独自の才能を伸ばすと障害児でも時には普通児以上のことができる。しかしこれは特殊な事例であって、それが出来たからといって普通児になったわけではない。

たとえ貧しい職だからだといっても、それが人生に必須の職業であったら、それを責任をもってしてくれたらそれでいい。大学卒業者が鋭敏な上等の頑で法律網をくぐる工夫をして社会に迷惑をかけるより、責任をもち真剣に仕事する職業者の方が、むしろ人間存在の意義が深いとも言える。要は人類の社会生活を安らかにする点にある。」

（参考2）

ドイツにおける社会福祉専門職の養成に関する参考として、次に、「ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育」をテーマとした県立広島大学三原博光教授執筆論文を掲載。

1. はじめに

県立広島大学は、2011年9月にドイツ・ノルトライン・ヴェストファーレン州にある社会福祉系カトリック大学（以下、NRWカトリック大学と呼ぶ）と国際学術交流協定を結んだ。この交流協定の前後から、両大学の教職員・学生との学術的交流が積極的に行われてきた。そして、今後も、特にそれぞれの大学のソーシャルワーカー養成教育関係者の国際学術的交流が活発になると予想される。両国が自国のソーシャルワーカー養成教育制度を検証し、更に教育制度を充実させるためには、それぞれの相手国のソーシャルワーカー養成教育のあり方を認識し、比較検討した上で、それを自国のソーシャルワーカー養成教育に反映させることが必要であると思われる。

本研究では、まず文献を通して、ドイツの社会福祉特性、ソーシャルワーカー養成の大学について述べ、次に県立広島大学と国際学術交流協定を結んでいるNRWカトリック大学のソーシャルワーカー養成教育を紹介することで、ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育の特徴を述べることを目的とした。

なお、ドイツの社会福祉施策は年金や失業保険などの社会保障は国が主導し、社会福祉施策の実施は、民間の社会福祉団体に委ねられていると言われている。そこで、ドイツでは次の6

つの民間団体によって社会福祉事業が運営され、国が経済支援を行っている。それらは、パリテート福祉団体 (Parittischer Wohlfahrtsverband)、労働者福祉団体 (Arbeiterwohlfahrt)、ユダヤ中央福祉会 (Zentralwohlfahrtsstell der Juden in Deutschland)、ドイツ赤十字 (Deutsches Rotes Kreuz)、ディアコニー福祉団体 (Diakonisches Werk : プロテスタント系)、カリタス・フェアバント (Deutscher Caritasverband : カトリック系) である。

2. ドイツのソーシャルワーカー養成の大学

ドイツの大学教育は歴史的に古く、15世紀のハイデルベルグ大学の修道院における神学の開講に始まったと言われている。ドイツで「大学」の名前がつく教育機関は、伝統的に総合大学 (Universität) と専門大学 (Hochschule) である。総合大学では、基礎研究や応用研究などの「学術的」研究に重点が置かれるのに対し、専門大学では音楽、芸術、工業、社会福祉などの実践が重視された職業的教育が重視され、ドイツの各都市に国立大学として設置され、総合大学は全ドイツで105校、専門大学は211校あると言われている⁵⁾。ドイツのソーシャルワーカー養成過程は、総合大学の一部と専門単科大学^{注2)}をあわせると約89存在すると言われ、毎年8000人の学生がその課程を修了して社会福祉領域で働いている。ドイツでは、大学卒業と同時にソーシャルワークの資格を取得することになり、その資格は国家資格として認知されている。

なお、総合大学のなかでは、社会福祉の専門家養成と関連する専門教育として、社会教育 (Sozialepadagoge) と呼ばれる専門教育が行われ、その教育課程を卒業したものは、教育関係への就職を目指すものが多かった。しかしながら、2000年代に入り、1999年にボローニャ宣言とともに、ソーシャルワークと社会教育の2つの名称ないし課程がソーシャルワーク (SozialeArbeit) という名称に統一されつつあり、多くの大学の課程から社会福祉教育という名前が消えて行き、ソーシャルワーク教育が主流となっていることが紹介されている⁶⁾。なお、ボ

ローニャ宣言とは、ヨーロッパ諸国で各国独自に行われてきた教育制度を見直し、共通なシステムのなかで、「ヨーロッパ大学圏」のなかで高等教育を進めることを宣言したものである⁷⁾。つまり、ヨーロッパ諸国で、EU諸国に所属している国々では、経済的移動の自由から、EU諸国内で自由に労働につくことができる。その場合、各国において異なる教育年数、学位、言語において大学教育が行われることは、各国の経済的な面において好ましくない。そこで、新たに大学レベルで学部と大学院の導入が行われている。それは、学部の学士 (Bachelor) は3年教育課程であり、大学院は修士 (Master) の2年教育課程である。そして、ヨーロッパ単位互換制度 (European Credit Transfer System) によって、教育の一部を他国で受け入れられるようになる。このような流れにドイツの大学教育も影響を受け、過去の伝統的な大学教育システムを見直すようになってきているのである。

ドイツのソーシャルワーカー養成の課程は、20世紀の初めにドイツの各地で始まった。当時は、大学の課程としてではなく、社会福祉の実践現場からの施設や機関の養成と再教育の要望に応えるための、1年ないし2年間の養成過程として出発したと言われている。そこで、ドイツのソーシャルワークの養成は、ディアコニー福祉団体 (プロテスタント系)、カリタス福祉団体 (カトリック系) の民間社会福祉団体が経営する社会福祉の単科大学 (Fachhochschule) ならび専修学校 (Fachschule) で行われてきた。なお、筆者が研修したプロテスタント系の障害者1000人が生活をする大規模な障害者福祉施設内では、治療教育師 (Heilerziehungspfleger) や老人介護士 (Altenpfleger/in) のための専修学校が設置され、そこで教育と施設実習、さらに学生の施設への就職も行われており、ドイツでは専門家養成教育と現場の職業教育が結びついているのである。

3. NRWカトリック大学のソーシャルワーカー養成教育

ドイツのソーシャルワーカー養成は、ソーシャルワーカーの養成が大学で行われている北米やイギリスなどに倣い、それと対等なレベルに

引き上げることにより、EU 諸国や北米などの養成機関との間で単位互換制度を可能にしていると指摘されている⁸⁾。そして、ドイツ国内で取得されたソーシャルワークの資格が、他のEU諸国においても適用され、ベルギーやオランダでの就職が可能となる。ただ、社会福祉の法律や制度は、その国の特殊の事情があり、これらの国々で働く前提条件として、言語はもちろん、これらの国々の社会福祉関係の法律、制度を学ぶことが必要とされている。

ドイツでは、全ドイツの大学のソーシャルワーカー養成教育の教育格差は、あまりないと言われている。しかしながら、ここで紹介するのは、ドイツの大学の1つであるNRWカトリック大学のソーシャルワーク養成教育の取り組みであるため、全ドイツの大学のソーシャルワーク養成教育を代表するものではない。したがって、これらの問題点を踏まえて、NRWカトリック大学の取り組みを紹介する。

NRWカトリック大学はドイツ北西部のアーヘン(Aachen)市、ケルン(Koeln)市、ミュンスター(Munster)市、パーダーボルン(Paderborn)市に4つの学部を持ち、ソーシャルワークや看護マネジメントの専門家養成に励んでいる。1971年に設立され、約3500名の学生が学び、100名の正規の教職員、400名の非常勤講師が教育活動に従事している。

(1) 学部構成

①アーヘン(Aachen)学部：約800名の学生が学んでいる。研究専攻領域は、ソーシャルワークが中心である。ソーシャルワーク学士・修士課程があり。女性の社会的支援のためのソーシャルワーク学士課程があることが特色である。児童教育学士、保健科学学士の取得も可能である。

②ケルン(Koeln)学部：約1200名の学生が学んでいる。研究領域は、ソーシャルサービス部門と健康サービス部門に分けられる。ソーシャルサービス部門の学士は、ソーシャルワーク学士、児童教育学士、依存症予防・治療学士であり、修士課程には、ソーシャルワーク、家族福祉・結婚カウンセリングの専門領域である。健康サービス部門の学士は看護科学、修士課程は健康ケアマネジメント、ヘルスケア教育など

の専門課程がある。大学の本部がある。

③ミュンスター(Munster)学部：750名の学生が学んでいる。学士・修士課程は、ソーシャルワーク学士、治療教育学士・修士、ソーシャルワーク修士、ソーシャルワークサービス・マネジメント修士、カウンセリング修士課程がある。

④パーダーボルン(Paderborn)学部：約750名の学生が学ぶ。学士・修士課程は、ソーシャルワーク学士、児童教育学士、ソーシャルワーク修士である。神学部門は、宗教教育学士がある。

なお、アーヘン(Aachen)学部の具体的な内容は、以下の通りである。

(a) 卒業後の主な活動領域

— 児童・青少年福祉（児童養護施設、特別支援教育・福祉）

— 障害者福祉（知的障害者施設、身体障害者施設、発達障害者）

— 精神障害者（統合失調症、躁鬱病者支援など）

— 家族支援（結婚・虐待など）、アルコール・薬物依存症への支援、ホームレスの支援、医療ソーシャルワーク、犯罪受刑者への支援、外国人労働者、移民・移住者

(b) 入学試験

入学試験はなし。ただ、高校時代の内申書による書類選考があり、特に高校時代の社会的活動が評価の対象になる。2011年で、アーヘン学部140名の定員に約3倍の約420名の志願があった。

(c) 学費

1学期の学費が162.20ユーロ（約16200円）である。この学費には、学生が学期中に大学へ通学するためのバス・列車の定期券代も含まれている。

(2) ソーシャルワーク養成教育カリキュラム

① 教育科目

ドイツのソーシャルワーク教育の大きな特徴は、他大学との単位互換制度にあると言われている。共通のモジュールと呼ばれる科目群を設定することにより、大学を変える場合にはそれを行先の大学で認定してもらうことにより、卒業要件を満たす試みである。ここでは、アーヘン学部のソーシャルワーカー養成教育カリキュ

ラムを紹介する。ソーシャルワーク養成教育のプログラムは、大きく以下の5領域のモジュールに分けられている⁹⁾。教育カリキュラムの内容をモジュールに分類することで、EU 諸国の大学同士での単位互換が可能となるのである。

学士 (Bachelor) は、6 学期(3 年制)で全体の履修規定時間は 5400 時間であり、180 単位である。実習は 94 日間である。

領域Ⅰ：学術的思考と活動の基礎

モジュール 1：学問的基礎と活動の基礎

モジュール 2：研究計画 1

モジュール 3：テーマと研究の重点分野を掘り下げる

モジュール 4：モジュール 3 と同じ

モジュール 5：学士論文

領域Ⅱ：科学として並びに専門職としてのソーシャルワーク

モジュール 6：科学的ソーシャルワーク入門

モジュール 7：ソーシャルワークの歴史的体系的アプローチ

モジュール 8：概念的行動の基礎

モジュール 9：ソーシャルワークの理論

モジュール 10：専門的介入と専門職的視点

モジュール 11：ソーシャルワークの専門職的視点

領域Ⅲ：ソーシャルワークの社会的並びに規範的基礎

モジュール 12：ソーシャルワークの法的基礎

モジュール 13：ソーシャルワークの社会的基礎と限定条件

モジュール 14：ソーシャルワークの政治的・経済的基礎と限定条件

モジュール 15：ソーシャルワークの基礎と限定条件としてのエトスと倫理

領域Ⅳ：人間の存在と意義

モジュール 16

モジュール 17：認知と形態 人間の美的文化的次元

モジュール 18：行動と体験 人間の心理社会的次元

モジュール 19：発達、教育、社会化

モジュール 20：健康、疾病、障害

領域Ⅴ：実践領域

モジュール 21.1：選択分野 1 労働と経済
モジュール 21.2：選択分野 2 教育と保障
人間の心理社会的次元

モジュール 21.3：選択分野 3 保健・医療

モジュール 21.4：選択分野 4 参加

そして、各モジュールの下で以下の科目などが開講されている。

- ・ヨーロッパにおけるソーシャルワーク
- ・高齢者におけるソーシャルワーク
- ・障害者におけるソーシャルワーク（児童から高齢まで）
- ・移民におけるソーシャルワーク
- ・精神障害者と依存症患者におけるソーシャルワーク
- ・ソーシャルワーク実践のための芸術の概念と実践
- ・精神病理学におけるソーシャルワークの導入
- ・児童と青少年における性的虐待の行為者と被害者
- ・コミュニケーションと専門職業の関係
- ・面接会話指導
- ・システム理論と精神分析的見解から個別、グループに対するソーシャルワーク
- ・児童と青少年における虐待放棄のための教育
- ・ソーシャルワークにおける芸術療法
- ・ソーシャルワークの医学的基礎
- ・慢性的疾患の要介護者と障害者へのソーシャルワーク
- ・国際ソーシャルワーク
- ・海外実習におけるスーパービジョン

「移民におけるソーシャルワーク」「ソーシャルワークにおける芸術療法」「外国におけるスーパービジョン」の科目は、移民問題を抱え、芸術をソーシャルワークの治療方法として考え、海外の社会福祉施設実習を認めるドイツの国家的特徴を反映しているのではないと思われる。

②実習教育の特徴

大学入学前に、2～3ヶ月間の社会福祉実習が課せられている。そして、入学後1年間以内に実習Ⅰ段階として、15日間の実習が課せられている。2年生になると実習Ⅱ段階として30日間の実習が夏休みの間に課せられ、卒業までに94日間の実習が課せられている。最後の3

年生では、実習Ⅲとして、49日間の実習が学期期間間に課せられている。実習の分野については、モジュール 21 内から選択をする。学生には研究成果の報告と発表を行うことが課せられているが、毎日の実習ノートの記録の義務などはない。

実習指導者の要件については、原則的に2年以上の実務経験を有することにみが規定されている。特にソーシャルワーカーの資格要件と記述されていない。実習指導者は、実習施設が決定する。

以下が施設の実習指導者の主な課題である。

- ・実習生との面接を定期的に行う
- ・研究計画を専門的に支援する
- ・実習証明書の発行
- ・大学の実習担当教員と連絡、協力する

ドイツの社会福祉実習では、大学が実習生の実習指導に対して、実習謝礼を支払うと言った規定はない。むしろ、逆に大学側は学生の長期間の実習に対して、実習施設が学生に実習（労働）への謝礼を支払うことを期待している^{註3)}。

実習のなかで、外国の社会福祉施設での実習も単位として認められている。海外の実習の条件として、学生は実習担当教員との間でEメールやE-ランニングを使用できるとことがあげられている¹⁰⁾。この方法を通して、学生は実習指導者から実習指導を受けるのであり、学生の実習の評価については、実習施設には期待されない。したがって、大学が海外の実習施設に謝礼を支払うと言った規定はない。

4. ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育の特徴

ここでは、NRWカトリック大学のソーシャルワーク教育の取り組みを含めて、ドイツのソーシャルワーカー養成教育の特徴についてまとめてみる。

まず、ドイツのソーシャルワーク教育は、EU諸国との連携のなかで、他のヨーロッパ諸国の影響を受けながらソーシャルワーカーの養成を行っている点が特徴的である。NRWカトリック大学の教育カリキュラムの各モジュールで示されたように、このモジュールによる単位を取得した場合、ドイツ国内だけでなくEU諸国

の大学のソーシャルワーク教育の単位として認められる。つまり、ドイツ国内で取得されたソーシャルワークの資格が、他のEU諸国においても認知され、ベルギーやオランダでの就職が可能となる。また、実習教育では、海外の社会福祉施設での実習も認められている。これらのことから、ドイツでは、海外の社会福祉に目を向けた視点を持ちながら、ソーシャルワーカーの養成が大学で行われていると考えられる。すなわち、ドイツのソーシャルワーカー養成では、社会福祉の問題をグローバル化の世界的視野で捉えようとし、異文化におけるソーシャルワークの実践も考えていると言えよう。

次にドイツのソーシャルワーカーの就職について考える。ドイツの社会福祉事業では、ドイツ政府が6つの民間団体に社会福祉事業を委ね、補助金を与えサポートしている。そして、大学を卒業した学生達の多くは、この6つの民間の社会福祉事業の団体に就職をし給与や労働時間などの職業的待遇が保障されていると言われていた。例えば、ドイツでは、正式に働いた場合、雇用主は、労働者に対して、1年間に3週間～4週間の休暇を保障することが義務づけられている。したがって、ドイツでは、大学教育機関、社会福祉施設、社会福祉行政の3つの機関の連携が行われ、ソーシャルワーカーの職業的待遇が保障されているのである。

最後にNRWカトリック大学アーヘン学部の取り組みのなかで、学内のカフェテリアにおける精神障害者の就労体験の機会の提供、子どもを持つ学生のための託児所の整備等の取り組みは、大学機関が地域福祉貢献のためのノーマライゼーションの場にあると言えよう。そして、大学運営への学生の参加の取り組みも大学を民主的な場として考えていることを示していると言えよう。

5. 課題

ここでは、ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育の内容を確実なものにするための課題をあげる。

今回、ドイツのソーシャルワーカー養成教育の特徴は、あくまでも、幾つかの文献とNRWカトリック大学をモデルとして示されたのであ

った。したがって、ドイツのソーシャルワーカーが、本当に保健医療福祉の現場で評価され、給与や労働時間などの職業的待遇も保障されているのかをソーシャルワーカー養成校の卒業生達への直接的インタビューや質問紙による調査を通しての検証が必要とされよう。また、ドイツのソーシャルワーク養成教育がEU諸国でも評価されているならば、実際にどれだけの数のドイツのソーシャルワーカー養成校の卒業生がEU諸国の社会福祉機関で働いているかなどの調査も必要とされると言えよう。

注1) この報告は、「県立広島大学平成19年度社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」におけるドイツ老年社会学者メアテス博士(Dr. Mertes)講演による。

注2) ドイツのソーシャルワーカー養成の単科大学は、主に宗教団体経営による私立大学が多い。

注3) 老人介護士(介護福祉士)の実習に対しては、施設が実習の報酬を学生に支払う場合がある。実習生を正式な職員に代替する存在とし、経営的にも安くマンパワーを雇用できると施設側が考えているのである。

引用文献

- 1) 三原博光.障害者福祉. 世界の社会福祉ドイツ・オランダ. 東京, 旬報社, 159-173, 2000.
- 2) ザイフェルト, M.ドイツの障害児家族と福祉.三原博光訳, 東京,相川書房,1994.
- 3)Bintig,A.:Die deutschen Behindertenstastiken von1906 bis1979.Rehabilitaion. 20 : 147—158, 1981.
- 4)河島幸夫.ナチスと教会. 東京, 創文社, 88—105, 2006.
- 5) 高島豊. 2011年度私立大学図書館協会 海外認定研修報告書、
www.jaspul.org/kokusai-cilc/nintei_report2011_1pdf
- 6) 春見静子.ヨーロッパ大学圏の形成とドイツのソーシャルワーカー養成の転換. 医療福祉研究. 3 : 80—93, 2007.
- 7) リチャード・ルイス. ボローニャ宣言—ヨ

ーロッパ高等教育の学位資格と質保証の構造への影響—, 講演録. 吉川裕美子訳. 大学評価・学位研究, 3, 9, 77—90, 2005.

- 8) 春見静子. ドイツ・カリタス連合体の研究 X—カリタスによる医療・福祉職の人材育成—. カトリック社会福祉研究, 12 : 71—92, 2012.
- 9) Modulhandbuch : Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit der Abteilung Aachen.2011.
- 10) Praxisordnung für den Bachelorstudiengang “Soziale Arbeit ” im Fachbereich Sozialwesen an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen. Vom11. Juni.2007.
- 11) 三原博光. 大学の食堂における知的障害者の就労体験の取り組み. 職業リハビリテーション, 24 (2) : 24—30, 2011.

II-7. オーストラリアの福祉制度とケアマネジメントについて

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授

研究協力者 今村朋子 佐賀整肢学園こども発達医療センター 主任相談支援専門員

1. オーストラリアの社会保障

オーストラリアの社会福祉の基本理念は「自立を原則とした最低保障とし、財源は税金による一般財源で賄い、国による社会保障で不足する場合は、民間のサービスを利用する」という考え方である。社会保障の特色としては、

- ① 年金、家族手当、生活保護等の「所得保障制度」及びメディケアと呼ばれる「医療保障制度」が社会保険方式ではなく、原則的に一般財源で賄われていること
- ② 医療・福祉サービスは全国民を対象とする普遍的なサービスであること
- ③ 介護保険制度はなく、主として税財源により介護サービスが提供されること
- ④ 連邦政府、州、地方自治体、民間団体といった多様な主体が各制度を機能的に分担し、並列的にサービスを提供していること
- ⑤ ボランティア活動が高齢者介護を支える大きな柱となっていること

が挙げられる。

連邦政府・州政府・市町村の機能分担は次の通り。連邦政府は、税収を財源としたメディケアの運営や介護サービスなどへの補助金の交付、州政府との共同プロジェクトの実施、政策のガイドラインづくりなどを行う。医療や介護の直接的なサービス運営は、州政府・地方自治体及び営利・非営利の民間福祉団体が担当する。市町村は介護施設の支援など極限られた分野の役割を果たしており、医療・介護サービスは州をいくつかの地域に分割した医療区の事業活動単位で供給されている。民間福祉団体は、主に重度な施設ケアサービスの提供者として重要な役割を担っている。

2. 高齢者の福祉施策の歴史的背景と制度

一般的にオーストラリアの福祉は連邦政府によって運営されており、失業、障害、高齢、一人親などの理由で経済的サポートを必要とする

人たちは、連邦政府の機関である各地のセンターリンク (Department of Human service の一部) を通し、経済的援助を受けることとなっている。また高齢者・障害児者本人に対しての支援はもちろんであるが、介護者 (Carer) に対しての手当やサービスが手厚く充実していることが特徴的である。

日本と同様高齢化が進んでおり、連邦政府及び各州は高齢化への危機意識は高く、以前からその対処のために取り組んできた。オーストラリアにおける社会福祉サービスも日本同様、目まぐるしく変化しているが、その中で高福祉・高負担ではない現実的な路線での介護システムの充実を目指している。

オーストラリアの在宅福祉サービスは 1985 年 The Home and Community Care Act (HACC 法: 在宅・地域ケア法) により施設重視から在宅重視へと大きく転換した。この法律に基づいて提供される HACC プログラムでは、財政的には国、州、地域が分担して財源を担い州と地域の虚弱高齢者、障害者及びこれらのグループの介助者に在宅サービスを提供する。特に介護者へのレスパイトサービスに力を入れている点で注目されてきた。2013 年には法改正が行われ、今後 Consumer Directed Care(以下 CDC)へと移行していく予定である。

3. 障害者に関する福祉施策

障害者に対する福祉施策は、1986 年に障害者サービス法の成立後、所得保障と雇用援助を含めた種々の障害者支援サービスが行われている。所得保証は、連邦政府の所管であるが、障害者支援サービスは連邦政・州政府障害者協定に基づき、連邦・州・自治体政府が協力連携しながら、総合的に提供されている。協定の中で、特に連邦政府は雇用に対し、州は居住環境その他支援サービスに対し、責任を負うことが明確化されている。具体的なサービスについては、ホ

ームヘルプやデイサービス、レスパイトなど高齢者と同じようなサービスが提供されているが、多くは高齢者に対しサービス提供している地域の在宅サービス事業者が障害児者へも同様に行っていた。

4. ソーシャルワーカー（以下 SW）の養成

オーストラリアには、日本のように法律で規定される国家資格制度はない。オーストラリアソーシャルワーカー協会（以下、AASW：Australia Association of Social Workers）が認可する大学で学士号（あるいは修士号）を取得したものが SW となる認定証明書を得る。

州によって養成教育の違いはほとんどなく、教育の標準化・同質化が図られているが、学号取得後の質の担保は問われている。AASW では卒業後の研修に関する部署を設けて、継続的な生涯研修の充実に努め質の維持・向上に努めているが、その間インターンシップの SW は必ずしも多いとはいえない状況にある。

5. ケアマネジメント

オーストラリアにはケアマネージャーという資格はないが、ケアマネジメントの取り組みの歴史は長く、その手法を使った入所者のケアプランは SW だけでなく看護師などにより、かなり以前から作成されてきた。

またオーストラリアの制度の中で重要とされるものに、地域ごとに設置されている高齢者ケア判定チーム (Aged Care Assessment Team 以降、ACAT と記す) がある。看護師、高齢科医、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー等で構成され、介護または支援が必要になったときに医学的・社会的ニーズを判定し施設サービスの適・不適を判断し、最適なケアプランを作成する。また以前の制度である、地域高齢者ケアパッケージ (CACPs)、長期在宅高齢者ケアプログラム (EACH) の中で制度化され、主要な手法として用いられてきた。日本と異なる点は、高齢者、障害者のすべてに作成されるわけではなく、ケアマネジメントを行うことで在宅生活が可能になるケースなどニーズが複合的で、重度な対象者に対し提供されている点である。

6. 研修報告

今村が 2015 年 6 月 15 日から 7 月 24 日の間、清水基金の支援を得て、以下の体験研修を受け、末光は 2015 年 11 月 26 日から 12 月 1 日の間訪問調査を行ったので、その概要を報告する。

イギリスの流れをくみ、独自のケアマネジメントシステムが構築され、わが国の福祉情勢とも共通点が多い。

クイーンズランド州の高齢者のサービス事業所、特別支援学校などでの実習及びインタビューを通し、ケアマネジメントの実態を探った。

・研修のねらい

福祉制度の理解

ケアマネジメントの位置づけ(資格を含めて)

ケアマネージャーの働きと実践(支援の視点、評価、使用している様式などを含めて)

ケアマネージャー研修制度について

日本人ソーシャルワーカーへのインタビュー

Carers Australia ではレスパイトサービス、カウンセリング、相談支援、ファイナンシャル、権利擁護、啓発活動などの事業を運営し、主に介護者 (Carer) 向けのサービスを展開している。今回、オーストラリアで資格を取得し、長年 SW として働いている高田氏にクイーンズランド州の福祉制度やケアマネジメント業務についてのインタビューを行った。以下インタビューで得た新しい福祉制度の概要である。

オーストラリアでは 2009 年に連邦政府による障害福祉サービスに対する意識調査が行われ、所得保障などの問題やサービスの不平等さに関する問題が大きく取り沙汰された。これを期に連邦政府で高齢及び障害福祉施策の大きな改正が行われ、それを受け、ニューサウスウェルズ州、ビクトリア州、サウスオーストラリア州でも 2013 年より Consumer Directed Care (CDC) という新しい在宅サービスシステムを開始した。クイーンズランド州でも 2015 年 7 月より高齢福祉分野で導入され 3 年をかけて本格施行となる、同様に障害福祉分野では 2016 年度から導入予定となっている。

具体的には、対象者もしくは介護者がサービスを必要とする際に、

- ① 州のサイトに対象者情報を登録する（ホストプロバイダによる支援も可能）
 - ② 地域のホストプロバイダを選択する
 - ③ ホストプロバイダがケアマネジメントの手法によるアセスメントを実施し、プランを作成。サービスに関する情報提供、サービス調整、利用支援を行う
 - ④ 対象者がサービス利用
 - ⑤ ホストプロバイダにより給付管理を行い、モニタリングが実施され、再調整を行う
- という流れになる。ただし、ホストプロバイダを選択せず、セルフマネジメントとすることも出来る。

Carers Australia では現在、ホストプロバイダ事業所として6名のスタッフが配置されている。資格は問われていないが、そのうち4人はソーシャルワーカーを配置している。レベル1といわれる軽度の高齢者、障害児者を対象とし、アセスメントを実施後、サポートプランを作成し、半年に1回のモニタリングを行う。ホストプロバイダは1回に月600AU\$が支払われ、活動毎に毎時25AU\$が請求できる。レベル2以上の対象者はACATの管轄となる。

制度移行期ということもあり、利用者や事業者に対して新しい制度はまだ浸透しておらず、現状でのホストプロバイダとしてのサービス利用者は数名程度である。しかしながら、来年以降は、これまで十分サービスが行き届かなかった対象者のサービスの選択肢が増え、利用をするようになるだろうと予想され、州全域でこれまで福祉サービスを利用してきた2倍以上の対象者の増加が見込まれている。このことによりケアマネジメントサービスがさらに地域へ浸透していくことが予想された。

当面の課題は、日本と同様、ホストプロバイダの利用希望が短期間の間に行われ、対応に追われる可能性があること、また事業者の不足により必要なサービスを調整することができ、提供することが出来るかという点であると話された。

高齢者福祉サービス（レスパイトセンター）（ナースিংホーム）での研修

- ・ Centacare Community Service

・ Annerly Respite Centre

主に高齢者を対象としたレスパイトサービスを提供としている事業所。レスパイトサービスの中には、①訪問型 ②デイサービス型がある。オーストラリアでは介護者のためのサービスであるという視点でサービスが行われている。日本で使用する「レスパイト」で行われるサービス（短期入所や預かりサービス）の意味合いとは異なる。

2カ所の研修先では、障害者からの利用が一定数あり、この地区では障害に特化した事業所での利用を選択するというより身近な地域の事業所を使うことが多いとのことであった。障害種別や年齢によらず、その日に会った利用者同士が声を掛け合い、プログラムを楽しんでいる様子が印象的であった。常時目が離せない人や情緒的に不安定な人など対象者のニーズに合わせ必要な支援を行い、職員に関しても対象者の種別にこだわることなく、サービスを提供していた。またプログラムの参加に関して、決して参加を強制されることは全くなく、対象者が希望する活動を常時2～3つ同時進行させていた。

今回訪問した Annerly Respite Centre では、職員はコミュニティサポートワーカーと呼ばれる直接処遇職員とケースマネージャー兼事業マネージャー、ディレクターの8名。それ以外に地域のボランティアが日々役割を担い業務を行っていた。利用者は80名程度の契約者が日に10～20名程度利用している。

ケアマネージャーの業務については、主に事業所に関わる地域の高齢者に対し、事業所利用への繋ぎと初回時のアセスメント、プランの作成、毎月の定期的な評価（利用者・家族への面談及び訪問による）及び見直し、記録を行っている。年1回の評価は行政により義務付けられているが、規定された様式などはなく、それ以外は事業所独自（記録書式も独自）に行っている。また、他機関との調整を行ったり、会議を持ったりすることはなく、医療サービスや他事業所の利用に関して相談を受ける場合は出来る範囲で対応するが、基本的には利用者やその家族が直接調整を行っている。日本の「サービス管理責任者」に近い。

ケアマネジメントサービスを提供し、ケアマネジメントの手法を使って一連の業務が行われていたが、Centacare Community Service では、ケアマネージャーの配置はなく、どの対象者についても個別支援計画以外のケアプランは作成されていなかった。また、ホストプロバイダの利用者もなかった。

・ Gravatt Aged Care

ACAT によるアセスメントで重度と認定された高齢者（一部 65 歳未満の障害者）が 146 名入居している。入居施設は中心の管理室から放射線状に 6 棟の居室が伸びた特徴的な形状をしていた。また Palliative Approach に基づいた、終末期までのケアを行っている。

スタッフは 200 名が交代勤務をおこなっている。今回は Life Style Team の業務に同行し実習を行った。Life Style Team は看護師とともに入所者やその家族に対し、初回時（その後の定期も含む）のアセスメントを行い、生活面のニーズや必要な福祉用具を判断し手配を行う。また施設内の行事の企画、運営を行い、アセスメントで聞き取ったニーズから参加対象者を選定するなどの役割を担っている。また個別の支援計画の策定も行っている。

特別支援学校での研修

・ Guidance Officer（ガイダンスオフィサー）
州立の学校には必ず Guidance Officer が配置され、多くは州内の特別支援学校を中心に数校を掛け持っている。資格は州が規定する要件を満たした心理士や教員経験者。

Guidance Officer の主な業務は、

- ① カウンセリング
- ② 学校内での問題に対し管理者、教師、生徒とその家族を含む各種相談支援や情報提供
- ③ 支援計画の作成（ガイダンスオフィサーが直接 Individualized Educational Program（個別教育計画：以下 IEP）を作成することはないが、必要に応じて IEP とは別にプランを作成する）
- ④ 他機関との連携
など、スクールソーシャルワーカー、学校内のケアマネージャー的な役割を担っている。この

点はシドニーの Renwick Centre でも同様であった。

研修中、多動、他害自傷のある知的障害の児童が安定して座るために使用しているベルトが、抑制に該当しないかとの情報が他クラスの教員から入った。まず担任、補助職員等から本児の状況とベルトの使用状況を聞き取り、州が規定する身体拘束に関する取り決めを確認し、学校長に状況報告。支援者の都合で無計画に使用していたベルトを、本児が本当に必要な時に使用するという内容で、校長が IEP の見直し行えるよう手助けをし、担任及び補助職員等へ今後の対応を伝え、保護者の同意を取るよう助言を行った。

・ Nursery Road State Special School

130 人の生徒をもつ大規模な州立の特別支援学校。教員（Teacher aid と呼ばれる資格者の補助職員も含んでいる）は 30 名、PT/OT/ST などのセラピストは 4 名いるが、パート勤務となっている。またその他に guidance officer が 2 名配置されている。

多くは重度の障害児で重症心身障害児、肢体不自由児、知的障害児、自閉症児（主に知的障害者あり）が通っている。視覚障害、聴覚障害など様々な合併症や医療的ケアが必要な児童もいた。

この学校の特徴として Xavier Conductive education という肢体不自由児を対象とした教育法を実施している。この特殊な教育法を実施している教室は他の教室と別にユニットを組んでおり、4 クラスに各 6～7 人の肢体不自由児童が年齢別にクラス分けされ、保護者の希望により授業を受けている。1 日に 1 時間程度この教育法を学んだ教員（コンダクター）と補助職員による指導を受ける。スノコ状のベッド、ハシゴ付きの椅子、ステッキ、腕の抑制帯などの特殊な用具を使い、繰り返し身体を動かす。その際リズムに合わせて体の動きを言語化し、脳に学習させる。また、隣接する未就学児の早期療育施設でもこのプログラムが行われていた。

・ Calamvale Special School

132 人の生徒をもつ大規模な州立の特別支援学校。教員（Teacher aid と呼ばれる資格者の補助職員も含んでいる）は 92 名、看護師は配

置されていないが、訓練を受け医療行為を行う教師がいる。PT/OT/STなどのセラピストは非常勤で勤務している。またその他に guidance officer が1名配置されている。

多くはIQ70以下の知的障害児で、自閉症を重複した児童もいる。132名の児童のうち12名が肢体不自由児。数名胃瘻による経管栄養や血糖管理など医療的なケアが必要な児童もいる。

通学は主に通学バスで、下校時には近隣のレスパイトセンターの送迎車も見受けられた。特に問題行動の激しい児童や介護度の高い児童などは放課後に福祉サービスを利用している場合が多い。必要があれば、サービス事業所と対象児についての情報共有やIEPミーティングの際に参加してもらうこともある。その調整は主に担任が行う。

7. WALCA

18歳以上の重症心身障害者通園センター(男性10人、女性26人)での20年の運営の歴史と、力点を置いているコミュニケーションプログラムに関する意見交換を行い、建物構造ならびに設備そしてスポーツイベントの視察を行った。

新年度から導入される「NDIS」(公的費用が事業者だけでなく本人に支給されることに変更)への対応に苦慮している現状が訴えられた。

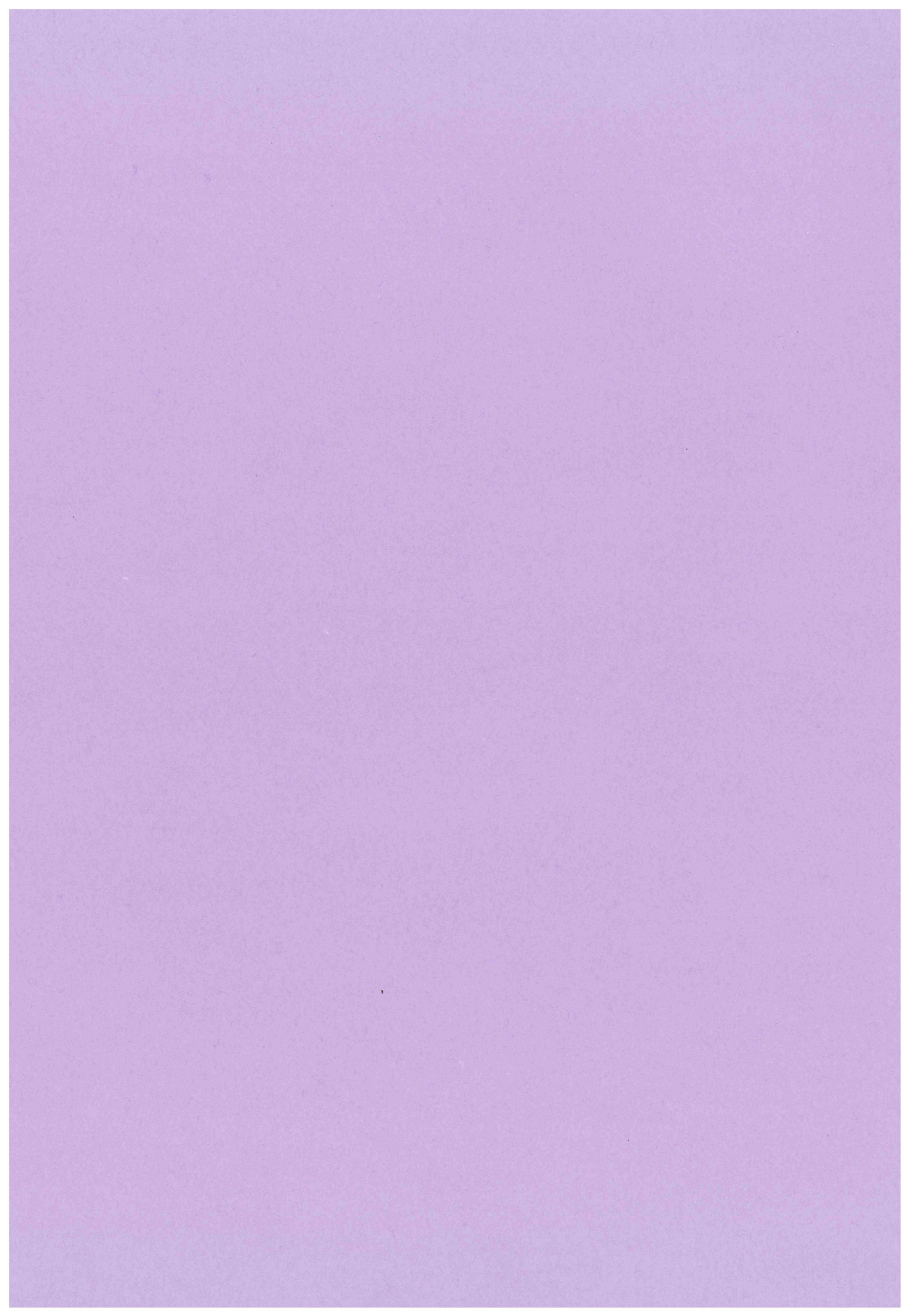
8. Renwick Centre

視覚と聴覚の重複障害児の特別支援学校であり、一部知的・身体障害を合併したクラスもあり、その担任ならびにコーディネーター担当者と意見交換をした。現在のところ、重症心身障害児者に特化したコーディネーター養成のプログラム等はオーストラリアに存在しないとの説明がなされた。

9. ニューカッスル大学の Michael Arthur-Kelly 助教授との協議は、2016年8月14日～19日メルボルンで開催される IASSIDD 国際知的・発達障害学会で「重症心身障害児者コーディネーター養成カリキュラムに関する国際比較」のパネルディスカッションを企画する打合せを行った。

9. 参考文献

- ・ 湯原悦子 (2011) 「オーストラリアの介護者支援」『協同対人援助モデル研究 家族介護者支援を考える-日本と英・豪・米の比較研究』,17-26
- ・ 森恭子(2010-03) 「オーストラリアのソーシャルワーカー認定資格制度及び福祉従事者の現状と課題」 文教大学生生活科学研究所『生活科学研究 32』,151-157
- ・ 天野マキ (2012) 「オーストリアの社会保障・社会福祉制度改革過程に視る社会的制作の視角」『東洋大学/福祉社会開発研究』,5号,15-28
- ・ 認知症介護研究・研修東京センター (2009) 「オーストラリアの社会保障制度」『オーストラリアの認知症ケア動向IV』
- ・ 厚生労働省 (2007) 『2005～2006 海外情勢報告 オーストラリア』,290-293



重症心身障害児者等コーディネーター及び 支援者育成研修実施の手引き (自治体向け)

平成 27 年度 厚生労働科学研究費補助金
重症心身障害児者の支援者・コーディネーター
育成研修プログラムと普及に関する研究
厚生労働省ネットワークシステム