

令和元年度厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業
総括研究報告書

相談支援専門員及びサービス管理責任者等の専門知識等の向上
並びに高齢化対応を含めた連携促進のための研究

研究代表者 高木 憲司（和洋女子大学 准教授）

研究要旨：

2015年度から2017年度に実施した「障害福祉サービスにおける質の確保とキャリア形成に関する研究」において、主にサービス管理責任者等の研修体系について調査・研究し、モデル事業を通じて、基礎研修・実践研修・更新研修の各標準プログラムの開発を行った。この研究における今後の課題として、一般的な知識・技術だけでなく、専門的な知識・技術を獲得する必要性と、相談支援専門員とサービス管理責任者等の相互理解と連携の必要性が把握されたところである。

本研究では、相談支援専門員とサービス管理責任者等が専門的な知識とスキルを獲得するために、共通して受講できる専門コース別研修の標準プログラム案を開発する。2018年度は、特に標準化が求められている「障害児支援」「就労支援」を中心に標準プログラム案の作成を行った。2019年度は、「権利擁護・成年後見」「虐待防止」「意思決定支援」のいわゆる権利擁護系の各研修との内容の調整、「地域移行・定着、触法」の研修内容について分析し、今後のあるべき研修体系のあり方について考察した。

また、障害者が65歳を超える事例が多くなっており、高齢障害者に対応できる相談支援専門員の養成が急務となっている。逆に、障害者支援の理念等を理解する介護支援専門員の養成も求められている。本研究では、これらの課題に対応するため、効果的な相談支援専門員と介護支援専門員との合同研修の標準プログラム案の開発を行うこととしている。まず、先進的に研修を実施している地域や、自らの体験を発信している文献の整理と分析を行った。次に、I市（関東、人口約50万人、高齢化率約21%の都市）の相談支援専門員及び介護支援専門員にアンケート調査を実施し、考察した。さらに、相談支援専門員と介護支援専門員の協働について、各地域で模索しながら取り組まれている事例を調査し、S県における取組み、J市における取組みで中心的な役割を担う方に、インタビュー調査を行った。また、相談支援専門員と介護支援専門員の関わりの実態や葛藤、背景や要因を明らかにするため、フォーカス・グループ・インタビューを実施し、データを解釈主義に依拠してカテゴリー分析を行い、新たな洞察を得た。

研究分担者

本名 靖（東洋大学大学院 客員教授）
石山 麗子（国際医療福祉大学大学院 教授）

A. 研究目的

本研究では、相談支援専門員とサービス管理責任者等が専門的な知識とスキルを獲得するために、共通して受講できる専門コース別研修の

標準プログラム案を開発する。2018年度は、特に標準化が求められている「障害児支援」「就労支援」を中心に標準プログラム案の作成を行った。2019年度は、「権利擁護・成年後見」「虐待防止」「意思決定支援」のいわゆる権利擁護系の各研修との内容の調整、「地域移行・定着、触法」の研修内容について分析し、今後のあるべき研修体系のあり方について明らかにすることを目的とする。

また、障害者が65歳を超える事例が多くなっており、高齢障害者に対応できる相談支援専門員の養成が急務となっている。逆に、障害者支援の理念等を理解する介護支援専門員の養成も求められている。本研究では、これらの課題に対応するため、効果的な相談支援専門員と介護支援専門員との合同研修の標準プログラム案の開発を行うことを目的としている。

B. 研究の方法

B-1. 現行のカリキュラム分析（専門コース別研修）

研究方法として、現行のカリキュラムを比較しつつ、要素分析や、重複部分の指摘等を行っていく。そのうえで、今後のあるべき研修体系について考察していく。

（倫理面への配慮）

本研究は、国の資料や文献研究であることから、倫理面への配慮は特段必要ないと判断した。

B-2. 文献調査（高齢・障害）

研究方法として、先行文献の「相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業」報告書（三菱総研，平成29年度老人保健事業推進費等補助金）を概観し、ポイントを整理した。また、兵庫県の先進的な研修の取組みについて整理した。

関連文献として、CiNiiにて「障害者」「65歳問題」で検索しヒットした文献から、先進的な取り組みをしているものや、体験談等を選択し、文献調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、県の資料や文献研究であることから、倫理面への配慮は特段必要ないと判断した。

B-3. I市の相談支援専門員及び介護支援専門員へのアンケート調査

研究方法として、関東の人口約50万人、高齢化率約21%の都市「I市」の相談支援専門員及び介護支援専門員を対象として、障害高齢ケースへの対応経験の有無や、65歳移行時の困りごと、第2号被保険者ケースでの困りごと、両制度

でわからないこと、連携の課題、困難性の解消方法等について質問紙調査法（無記名）により調査した。

（1）調査対象

I市の相談支援専門員及び介護支援専門員合同研修会参加者 110人

（2）調査方法

質問紙調査法（無記名）

（3）調査実施時期

令和2年1月17日

（4）回収数

有効回答件数：110件

回収率：100%

質問紙については資料編に掲載する。

（倫理面への配慮）

倫理的な配慮として、和洋女子大学人を対象とする研究に関する倫理委員会に提出して承認を得た。また、調査対象者の個人情報、代表研究者が厳重に保管するとともに、個人を特定できないように匿名化し個人情報と連結不可能なデータとした上で統計的処理を行う。なお、調査に対しては拒否できることを明記した。

B-4. 高齢・障害連携の取組みについてのインタビュー調査

研究方法として、関東のS県における取組み、甲信越地域J市における取組みで中心的な役割を担う方に、インタビュー調査を行う。

取組みの内容や、重要と思われるポイント、課題等について半構造式インタビュー調査法を用いる。

（倫理面への配慮）

倫理的な配慮として、和洋女子大学人を対象とする研究に関する倫理委員会に提出して承認を得た。また、調査対象者の個人情報は、代表研究者が厳重に保管するとともに、個人を特定できないように匿名化し個人情報と連結不可能なデータとした上で統計的処理を行う。なお、調査に対しては拒否できることを明記した。

B-5. 相談支援専門員と介護支援専門員に対するフォーカス・グループ・インタビュー調査

東京、千葉、埼玉の相談支援専門員と介護支援専門員に対するフォーカス・グループ・インタビューを行う。

(1) 研究の依拠するパラダイム

本研究におけるパラダイムは、解釈主義に依拠して行う。

(2) データ収集の方法

データ収集の方法は、相談支援専門員と介護支援専門員の連携促進を目的とした研修の目的を踏まえ、両専門員が概ね同数ずつ会して議論し、集団の力動を活かしながらインタビューを展開する。これらによって得られたデータを追体験するかのごとく分析することから、データ収集の方法は、フォーカス・グループ・インタビューとした。

(倫理面への配慮)

倫理的な配慮として、和洋女子大学人を対象とする研究に関する倫理委員会に提出して承認を得た。また、調査対象者の個人情報、代表研究者が厳重に保管するとともに、個人を特定できないように匿名化し個人情報と連結不可能なデータとした上で統計的処理を行う。なお、調査に対しては拒否できることを明記した。

C. 研究結果

C-1. 現行のカリキュラム分析(専門コース別研修)

権利擁護系の研修として、現行の相談支援専門コース別研修にある「権利擁護・成年後見」と、「令和元年度障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修」、「障害福祉サービス等に提供に係る意思決定支援ガイドライン研修」の3つの研修がある。

まず、専門コース別研修の権利擁護成年後見制度については、法制度の概要についての講義があり、権利擁護に関する各種法制度の基本的な理解、障害者権利条約、障害者虐待防止法等の法制度、成年後見制度日常生活自立支援事業の制度、権利侵害虐待虐待の定義実情の理解虐待の定義や内容権利侵害の状況、関係機関の役割などの基礎的知識を得るための講義

が前半部分を占めている。後はシンポジウムと実践事例報告となっており、その事例を使ってグループワークで支援体制づくりの検討を行う。総括として自分の事例についての振り返りなどを行うこととなっている。

虐待防止・権利擁護指導者養成研修の方は、市町村や都道府県などの窓口職員のコース(相談支援専門員も想定)、障害福祉サービス事業所等の管理者設置者のコース、虐待防止マネージャーコース(サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者を想定)の3コースに分かれている。

3コース共通研修部分では、障害者の権利擁護として、障害者虐待防止法の理解と虐待事案についての講義がある。この辺りが専門コース別研修の内容と重複が見られるが、障害者虐待に特化した話となっている。さらに、当事者家族の声や主に知的障害のある人を対象とした虐待防止研修について講義があり、3コースに分かれる。

窓口職員コースでは、保護・分離および成年後見制度等の活用の必要性、警察や地方労働局との連携、事実確認調査における情報収集と面接手法など、主に行政側からの視点の研修内容となっている。相談支援専門員も虐待発見側という立場もあるため、こちらのコース受講も想定されている。

管理者コースでは、身体的虐待の防止及び身体拘束行動制限の廃止、経済的虐待の防止、性的虐待及び心理的虐待、放棄・放置の防止、職員のメンタルヘルス(アンダーコントロール含む)、施設や事業所における虐待防止体制の整備など、主に管理者の視点の研修内容となっている。

虐待防止マネージャーコースでは、虐待防止計画作成演習や、施設事業所における虐待防止研修の進め方など、現場での虐待防止マネジメントの視点から研修が組まれている。

意思決定支援ガイドライン研修の方では、冒頭のアイスブレイクの際、意思決定することの意義や支援付き意思決定の主体が本人であること、意思決定支援は支援者としての一手段であ

ることなどの気づきを得ることを狙いとしており、上記2つの研修に見られるような、制度的な説明については割愛されている。その後は、教材DVDの動画等を活用しながら、意思決定支援会議の進め方などについて、グループワークを通じて学んでいく内容となっている。

これら3つの研修の重複部分を整理すると、以下のとおりである。

・専門コース別研修「権利擁護、成年後見制度」における「権利侵害・虐待」の講義と、虐待防止・権利擁護指導者養成研修における「障害者虐待防止法の理解、虐待事案について」の講義に重複がみられる

・しかし、専門コース別では、広く浅く、虐待防止・権利擁護指導者養成研修では、虐待に特化して深く(成年後見制度についても、虐待対応としての位置づけとしての活用)という内容となっている。

・意思決定支援ガイドライン研修では、意思決定支援会議の演習につなげるための気づきの促し等から導入され、制度の説明というより、運用の実際を学ぶような内容となっている。

専門コース別の「地域移行・定着」については、地域移行・地域定着が伸びていないという課題があり、増やしていくためにも必要である。しかし、触法の部分で医療観察法まで入っていて幅広い割に時間が短く、そもそも専門コース別研修で医療観察法まで含めるかどうかを検討する必要がある。

内容としては、1日目の前半部分は、法制度の概要(障害者の地域移行に必要な各種法制度の基本的な理解を深める)、都道府県及び市町村の地域移行支援状況(地域移行の現状、地域の支援体制を理解する)、障害者及び家族の理解(障害者や家族の基本的特性を理解する)であり、導入部分としての講義である。その後は、地域移行、地域定着の事例報告と支援体制づくりの演習となっている。

また、国立のぞみの園において、「知的障害のある犯罪行為者への支援を学ぶ研修会」を開催している。基礎研修会と実践者研修会がある。

C-2. 文献調査(高齢・障害)

「相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業」報告書(三菱総研,平成29年度老人保健事業推進費等補助金)では、相談支援専門員と介護支援専門員との連携の課題等について多くの示唆が与えられている。(下線は筆者)

報告書P3 図表4「事業所アンケート調査からみえた高齢障害者の介護保険移行に関する支援の課題」では以下のように整理されている。

- 相談支援専門員と介護支援専門員がお互いを知らない
- 介護保険移行の業務プロセスが標準化されていない
- 介護保険移行に関する教育・人材育成の仕組みが不十分である
- 介護保険移行のあり方について協議する場がない
- 介護保険移行ケースは事業所全体からみればわずかなため、課題解決に向けたアクションを起こしにくい

報告書 P3 図表6「自治体ヒアリング調査からみえた高齢障害者の介護保険移行における関係機関の連携のポイント」では、以下のように整理されている。

- 制度の運用主体である市町村行政の役割
- 高齢の一元的窓口としての地域包括支援センターの役割
- 市町村行政、障害の支援者、高齢の支援者の三者協働の重要性
- 移行のあり方について検討する場の設定
- 人材育成における都道府県、専門職団体の役割

報告書P4「1-2-4合同モデル研修会の開催」では、以下のようにまとめられている。

高齢障害者の支援における相談支援専門員と介護支援専門員の適切な役割分担・協働を促進するために、各地域で開催される研修会の参考となる研修コンテンツを提供するとともに、相談支援専門員の専門コース別研修、介護支援専門員の更新研修等の充実に向けた検討の基礎資料とし

て活用することを目的として、相談支援専門員・介護支援専門員を対象とした合同モデル研修会を実施した。

図表8 合同モデル研修会からみえた今後の研修の在り方に関する示唆

○介護保険移行を円滑に進めるための地域の基盤整備として、相談支援専門員、介護支援専門員を対象とした合同研修会を開催することには一定の意義があることが確認された。

○研修会のプログラムとしては、単に制度に関する理解を深める座学だけでなく、お互いが顔見知りになり、今後の移行の取り組みに向けて協働して何ができるかを考えるグループワークが有効であった。

○時間について、今回は半日開催としたが、プログラムのねらいや内容に応じて、終日開催や業務終了後の夜間に1, 2時間開催といった調整も想定しうる。

○研修開催のエリアについては、地域の関係者が従来どの単位で連携を進めているかを踏まえ、単一市町村、圏域単位、都道府県全域での研修を重層的に実施することが望ましい

報告書P5～7「1-3 相談支援専門員と介護支援専門員の連携のあり方について（今後の方向性）」では、以下のようにまとめられている。

平成24年4月に施行された障害者総合支援法の施行3年後の見直しにおいては、介護保険制度との関係の整理が重要な論点の一つであった。介護保険については障害分野からさまざまな課題が指摘されてきたが、平成30年度からは、共生型サービスが創設されるなど、障害者が介護保険サービスを利用しやすくなるため、今後、障害福祉と介護保険の関係のあり方が再び問われてくるだろう。

ここでは、本調査研究のまとめとして、介護保険移行における相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する今後の方向性について記述する。

(1) 相談支援専門員と介護支援専門員を取り巻く、支える体制への考慮

(2) 相談支援専門員と介護支援専門員に共通するケアマネジメント実践への期待

(3) 相談支援専門員と介護支援専門員の研修・人材育成のあり方検討

報告書P9の「2.1.6調査結果概要」においては、事業所アンケートの結果からデータを示している。

(1) 65歳に到達した利用者の状況

平成28年4月から29年8月の間に65歳に到達した障害者の有無をみると、相談支援の68.1%、居宅介護支援の12.4%で65歳に到達した障害者がいた。

(2) 事業所が行った移行に関する支援の具体的な内容

事業所が行った介護保険移行前の支援の具体的な内容をみると、相談支援では、利用者・家族に対する対面での説明、外部機関（市町村行政等）との検討、市町村行政との情報交換、事業所内部での介護保険移行の可能性検討、障害福祉サービス事業所との情報交換の実施割合が高かった。一方、居宅介護支援では利用者家族に対する対面での説明、介護保険サービス事業所との情報交換、介護保険サービス担当者会議への出席の実施割合が高かった。

事業所が行った介護保険移行後の支援の具体的な内容をみると、相談支援では、利用者・家族に対する対面での説明、居宅介護支援事業所との情報交換、障害福祉サービス事業所との情報交換の実施割合が高かった。一方、居宅介護支援では、外部機関（市町村行政等）との検討、介護保険サービス事業所との情報交換、サービス担当者会議への出席、介護保険サービスの提供現場への立会、関係機関の会議・意見交換の場への出席、地域包括支援センターとの情報交換の実施割合が高かった。

この結果から、65歳に到達する前には相談支援及び居宅介護支援ともに、自分たちの分野を主とした連携はできているが、他分野との連携は十分なものにはなっていない。65歳に到達した後も、相談支援の半数程度の事業所は、何らかの移行支援を実施しているが、居宅介護支援との連携促進は今後の課題といえる。特に、地域包括支援センターと比べ全国的に設置率の低い基幹相談支援センターとの情報交換の実施割合が低く、両者の連携において、基幹相談支援センターに役割を付与できるかに課題を残している

(3) 連携先の介護支援専門員の見つけ方 (略)

(4) 高齢障害者の介護保険移行に関する研修・人材育成

事業所内外での高齢障害者の介護保険移行に関する研修・人材育成の実施状況をみると相談支援、居宅介護支援いずれも、実施していない割合が半数を超えていた。また、実施している場合も、日常の OJT や講演会、座学研修や事例検討会で、実践的なマニュアルの整備等には至っていなかった。

また、事業所外の教育研修の実施主体は、相談支援では、市町村行政が44.6%、相談支援専門員の団体、ネットワークが33.1%であった。一方、介護支援専門員では、市町村行政が46.7%、地域包括支援センターが38.7%、介護支援専門員の団体、ネットワークが25.3%であった。

この結果から、事業所内外における高齢者の介護保険移行に関する教育・研修をより充実していくことが求められており、その内容としては従来の座学研修だけでなく、事例検討会やグループワーク等のワークショップ型研修を組み合わせる必要があるといえる。また、今後の教育研修のシステムを構築していく際には、市町村行政を中心に、専門職の団体・ネットワークを活用していくことが考えられる。

兵庫県では、障害者が65歳に達したとき、介護保険サービスにスムーズに移行できるよう、移行期の数か月は相談支援専門員と介護支援専門員と一緒に支援（ダブルケアマネ体制）している。独自の連携ツール「わたしのしょうかい（障⇄介）シート」を開発・導入し、障害者本人の生活や強みを介護支援専門員に伝えている。

平成28年3月、一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワークが、兵庫県高齢障害者ケアマネジメント充実強化事業として、「私のしょうかい（障⇄介）シートを活用した連携」をとりまとめている。

専門職連携の不足について、以下のとおり要因分析をしている。

- ・ 連携が進まない要因

① 65歳になると障害福祉サービスは利用できなくなりサービス量が減少する”といった、一方的で間違った知識が世間一般に広がっていることがある。そのような誤解は、“連携をしても意味がない”といった次なる誤解を生み、連携が進まない要因の一つとなっている。

② 費用負担の違い

障害福祉サービス利用者の自己負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じない。しかし、介護保険に移行すると1割負担が発生するといった事実を知らない相談支援専門員も中にはいる。行政も含めた費用負担に対する説明が十分になされず、介護保険の利用をすすめることで、トラブルに発展している利用者もいる。そして、この費用負担への齟齬が支援者の混乱を招き、連携を遅らす原因になっている。

③ “知らないこと”が連携を遅らせ、混乱の要因になっている

介護保険サービスへ移行・併用するにあたってのルールや体制、支援ツールが決まっていないことも大きな課題となっていると痛感する。

・相互理解の課題

これまでどういった障害福祉サービスを受けてこられたのかを確認する必要があるが、同じ言葉でも意味することに違いがある。介護支援専門員がその内容について理解できていない場合がある。

・費用負担の課題

介護保険サービス利用に伴い費用発生があることから、その負担についても説明をするが、これまでの障害福祉サービス利用で、ほとんど自己負担してこなかった方に対し、同じ様なサービスであっても負担が生じることについての理解を得るために時間を要することが多い。

・認定基準の違い

障害福祉サービスの認定基準と、介護保険の認定基準には視点の違いがある。自分でできないことが1回でもあれば「できない」とする障害の見方と、1回でもできれば「できる」とする介護保険の見方では、同じ利用者でも認定結果には違いが出てくるのは当然である。

その認定の基準の違いを、理解していない介護支援専門員もまだ多くみられるのが現状である。

相談支援専門員と介護支援専門員の連携ツールとして、「わたしのしょうかい(障⇔介)シート」を開発し、活用を促進している。

(1)「私のしょうかい(障⇔介)シート」活用の目的

① 相談支援専門員から介護支援専門員に、本人中心に展開してきた支援の情報を伝え、障害者が高齢期を迎えても、本人が望む生活をおくることができる。

② 相談支援専門員と介護支援専門員が、本人の状態・制度・サービス・環境等を共通理解することで、本人の権利を擁護しつつ多様な支援を展開することができる。

③ 連携のためのシートの活用により、本人の思いを的確に引き継ぐことで、移行時のQOLの低下を防ぐことができる。

④ 移行後のモニタリングを通じて相談支援専門員が関与を継続することで、高齢障害者自身の安心感に寄与することができる。

(2)「私のしょうかい(障⇔介)シート」の5つの視点

- ① その人らしい暮らしの継続
- ② その人が安心して暮らすことの継続
- ③ その人自らの意思の主張の継続
- ④ なじみの環境での暮らしの継続
- ⑤ ストレngthsに基づくケアマネジメント

月刊ケアマネジメント 2019.5「引き継ぎは1～2年かけてスムーズな支援を目指す 出雲市の取り組みから」(東美奈子・(株)RETICE相談支援専門員)から、出雲市における取組がわかる。(下線は筆者)

○試行錯誤の中から移行システムを作る

最初は、相談支援専門員が移行困難だと感じている事例を、行政の介護保険担当課と障害福祉担当課で話し合うという形で始めましたが、事例を重ねるうちに仮調査をした方が良いのではないかということになり、試行錯誤を重ねたうえで移行システムを作りました。

○移行にかかる1～2年は、情報共有と信頼関係を作る時間

このような出雲市の移行システムの特徴は、①行政の柔軟な支給決定、②介護支援専門員と相談支援専門員の丁寧な引き継ぎ ③介護保険への

移行はケアマネジメントをする人の交代ではなく、介護支援専門員という支援者を増やすという取り組みになる一という3点です。

つまり64歳から66歳までの2年間をかけて、介護支援専門員と相談支援専門員がお互いを相互理解しながら、本人中心に一緒にかかわっていくことが必要なのです。ただし、移行するときに継続してかわりながら関係調整ができる他のサービスが入っている場合(医療保険での訪問看護など)には、この期間が短くてよい場合もあります。

月刊ケアマネジメント 2019.5「ケアマネジャーが経験した65歳の人の移行」において、2名の介護支援専門員の経験談が語られている。

まず、千代田介護支援センター(神奈川県相模原市)日高明夫氏(主任ケアマネジャー、相談支援専門員)の体験談である。ここではポイントのみ記載する。

○ケアプランで位置づければ移行後も障害福祉サービスは利用できる

○ケース・バイ・ケース、相談支援専門員と上手に連携する

次に、フルヤ所沢ケアサービス(埼玉県所沢市)可児和子氏(ケアマネジャー(元障害者施設勤務))の体験談である。

○共に考え・納得していく過程が必要

○この先、どう生きていくのか 守りではなく攻めの姿勢で前向きな支援を

C-3. I市の相談支援専門員及び介護支援専門員へのアンケート調査

(1)回答者の属性について

回答者の属性については、相談支援専門員が31人(40.8%)、介護支援専門員が43人(56.6%)、福祉サービス関係者が14人(18.4%)、地域包括支援センター職員が10人(13.2%)、基幹相談支援センター職員が3人(3.9%)、行政が2人(2.6%)、その他が7人(9.2%)であった。

なお、複数の資格を有する者がいるため、重複回答があった。

(2)ケアマネと相談支援の連携で感じる困難性

①65歳時移行ケースでの困りごと

ケアマネと相談支援の連携で感じる困難性のうち、65歳時移行ケースでの困りごととして、まず、「経験なし」は33件であった。「ご本人の理解が得にくかった」「制度の違い」が各30件であった。「ご家族の理解が得にくかった」が11件、「ケアマネと相談支援の考え方の違い」が10件であった。

②第2号被保険者のケースでの困りごと

ケアマネと相談支援の連携で感じる困難性のうち、第2号被保険者のケースでの困りごととして、65歳移行時と同様の傾向であった(図表6)。まず、「経験なし」は34件であった。「ご本人の理解が得にくかった」16件、「制度の違い」が17件であった。「ご家族の理解が得にくかった」が7件、「ケアマネと相談支援の考え方の違い」が6件であった。

(3) 介護と障害の両制度でわからないこと

介護と障害の両制度でわからないことが「ある」は42件、「ない」は14件であった(図表9)。内訳をみると、相談支援専門員、介護支援専門員いずれも「わからない」と回答した者が多かった。

(4) 連携の課題

介護と障害の連携の課題として、「連携先がわからない」17人、「引き継ぎに時間がかかる」11人、「うまく引き継げない」14人、「行政が理解してくれない」6人、「その他」30人であった。

(5) 市役所の高齢・障害部門の連携について

市役所の高齢・障害部門の連携について、「うまくいっている」10人、「うまくいっていない」29人、「その他」21人であった。

(6) どのようなことが困難性の解消につながるか

どのようなことが困難性の解消につながるかについて、「合同で研修できる機会」48人、「双方が入ったサービス担当者会議の場」55人、「引き継ぎの時間を数か月取る」51人、「その他」14人であった。

(7) ケアマネ・相談支援専門員の合同研修を行う場合のキーワード

ケアマネ・相談支援専門員の合同研修を行う場合のキーワードとして、挙げていただいた。結果は次のとおりであった。

事例演習	12件
制度の違い	18件
理念の違い	7件
引継ぎ	3件
連携	11件

(8) その他意見

その他意見として自由記述形式で記載いただいた。

○ケアマネさんと呼べます。私は、専門相談員であって、高齢の方は分からないので、困ることがあります。認知されていない相談分野の違い。。。

○障害を持った高齢者は増えつつあるのか、高齢・障害分け隔てない人材の育成

○高齢者の高次脳機能障害を患っている方が、認知症と同じ症状があらわれるため、対応に苦労することがある

○こまごまとした部分でむずかしいです

○普段、8050など思うことが時々ありますが、今、記入でうまく浮かびません。

○今後どうしても当事者の高齢化等で介護保険絡みの増加は見込まれるため、研修の実施に向けてよろしく願いいたします。

○児童を担当しているのですが最近、不登校で日中の居場所ということで放デイ等を探して計画を立てたり、相談が多くなっています。教育部門との連携、不登校(低学年からの)などの研修があると良いなと思っています。

○制度の違い、その年代の違い

○普通の高齢者でも、65歳くらいの方が介護のデイに行くのに抵抗があります、障害の方も65歳になったら障害のデイからの移行するにあたり、10年くらい、移行期間がほしい。→本人が過ごしやすい場所がなくなると、引きこもりになってしまう?

○以前、先生の講義を聴かせていただき、I市の実情を理解して問題を明確にしなければならぬことを理解しました。今後も何かの機会にお話を頂ければと思います。

○介護保険の利用者は障害サービスについても全てケアマネがケアプランに組み込み対応しなければならぬというI市の考え方はどうかと思います。

○高齢者のサービスに障害(知的や精神、若年)を組み込まれても、高齢者の対応しか学ん

でないスタッフが適切に対応できない。利用者や家族が必要な支援や情報を受けられずかわいそう。

○相談支援専門員の資格は取得していますが、実際には違う業務をしておりアンケートの回答が出来ず、申し訳ありません。ただ、今、就学前のお子さんが、地域で安心して生活していくために、国も市も動いているので、個人としては、ケアマネさんや地域支援者との連携や、ケース検討は、していくことは大切になっていくと思っております。医ケア児もわかりです。

○相談支援専門員の資格を取らせて頂きましたが、まだ、専門員としての職務を行っておりませんので、回答できません。申し訳ありません。障害と介護の連携について考えていきたいと思っております。

○相談支援専門員の資格が、ケアマネよりも簡易であり、非常に不安である。支援専門員の資格を取りながら、言うのもおかしいと思っているが、役割的にはケアマネや、社会福祉士と同等の役割や責任があるにもかかわらず、経験があれば、受講資格があり、受講したら、資格が取れる。それで、お金が発生するような事業に携われるのは、制度としてどうなのだろう。

○主に児童の計画を行っていますが研修を通して成人のサービス等を知り、児童にも使えるサービスをさらに考えられるようになった。

○障害児に関わるケースにて、家族の介護によりケアマネ・相談支援専門員等が関わることもあるが、全体を把握していないことが多く、ケース介入までの時間にかかなりの時間が必要だと感じたことがあります。

○64歳から65歳になる時に、本人が不利益や混乱しないような移行ができるとう思います。知り合いのケアマネが、以前介護へ移行した方が納得しておらず、怒っていたということを聞いたことがあります。（市へ抗議のTELをしたそうです。）

○障害者とひとくりにしないでほしい、身体と知的、精神ではまったく異なる

○まだ経験が浅く、勉強中で、あまり答えられません。

○理念の違いも理解した上で引き継いでいか、そもそも相談支援専門員の基礎資格はケアマネの資格を持っている人にする事も必要だと思う。相談支援専門員自身もあまりに介護保険への理解が乏しい事も問題だと思う。

○利用料金の中で（今までは無料だったのに年を取ったらお金を取られた）以前訪問で担当していた利用者様に怒られたことがありました。

○ケアマネのフォローは誰がしているのか？

C-4. 高齢・障害連携の取組みについてのインタビュー調査

(1) 社会福祉法人M相談支援センター

Q1. M相談支援センターの特徴についてお聞かせください。

社会福祉法人Mは、甲信越地域のJ市（人口約20万人、高齢化率約30%）にある「地域包括支援センター」の一つを運営している。ここでは、障害者の計画相談支援を担う「特定相談支援事業所」と、いわゆるケアマネジャーが在籍する「居宅介護支援事業所」の3事業所を一カ所にまとめて、障害・高齢の連携を行っている。

Q2. 包括・高齢・障害の3事業所が連携した事例があればお聞かせください。

M相談支援センターにおいて、対応した「複合的課題」を持つ事例としては、以下のような事例があった。

- ・父（要介護）、母（精神疾患で治療中断）、子（医療不信感）の世帯
- ・老健施設から別施設へ退所した高齢の身体障害者（+アスペルガー）
- ・母（要介護）、子（統合失調症、乱費傾向）の世帯
- ・母子の2人世帯で引きこもりの世帯
- ・認知症と知的障害（境界型）が疑われる単身の世帯
- ・視覚障害のある介護保険利用者の同行援護利用支援

これらの複合した課題を有する世帯に対する支援については、自分の専門領域のみでは対応できない場合があり、各専門領域の相談員がチームとして機能していく必要があるとの認識である。

Q3. 包括・高齢・障害の3事業所を1カ所で行うことは注目すべき取り組みだと思いが、J市ではここだけなのでしょうか。

J市ではワンストップ相談を目指し、障害・高齢・生活困窮の3総合相談を1カ所の全包括支援センターで実施予定（2011年4月以降）である。この3つは非常に関連性がある。

Q4. 高齢・障害で「違い」を感じることがありますか。あれば具体的に教えてください。

高齢と障害の違いについては、「文化の違い」を感じる。

ケアマネジャーは、「給付管理をする人」であり、サービスをパッケージで提供するのが役割であるという意識が強い。本人よりもむしろ家族のニーズ(時にはデマンド)に対しても即応しなければとの思いが強いと感じている。一言でいえば「プランナー」という意識が強い。

一方、障害の相談支援専門員は、「人生支援を行う人」という意識が強く、本人の自己決定を重要視する。本人が悩んでいるときは腹落ちするまで待ってみたり、選択肢を提案してみたりといったことを行う。

自己決定ということの捉え方も障害と高齢で違う。制度の違いというよりも文化の違いがあると感じる。双方の意識の違いがあり、時にコンフリクトを生じさせる。

Q5. 高齢・障害の「違い」を乗り越えるために有効な手段として、どのようなことが考えられますか。

お互いの文化を理解し、尊重し合う関係になるのは時間がかかる。2年ぐらいかかるんじゃないかと思う。

どのように深めていくのだが、本市のように既実践で事例を通じながらやっていると少ない。そうなるとやはり研修ということになる。

J市でも勉強会を始めている。まず、障害・高齢でそれぞれ「不安と思うこと」をあげてもらい、それに対して一問一答で返していく中で、ディスカッションしていき、理念の違いや制度の違い、障害特性の理解を徐々に深めていくイメージである。

大きな規模の市になると、セクショナリズムが強くなるイメージがある。当事者を人として見るのではなく、制度の対象者としてみる傾向が強くなる気がする。役所の高齢と障害の部局は、人としてつながっている場合も多いが、セクションとして連携ができていないかと言うと難しいと感じている。

事例検討を通じたスーパービジョンが、各相談センターで出来るように持って行きたいと考えている。

(2) S県ケアマネ・相談支援合同研修準備委員

Q1. 合同研修に当たって留意していることがあればお聞かせください。

双方のジャンルの違いがベースにあるため、まずは、相互理解が重要であると考えている。

事例を使って一緒に演習(事例演習)することで、どうやったら手をつなげるかを探っていく。

いわゆる「事例検討」はしんどい。キャッチボールではなくドッチボールになってしまう。徐々に段階を踏んでいくことが必要である。

いきなりきれいな「連携」といわれてもうさんくさいかなという感じがする。県レベルではなく、市町村レベルでやっていくべき。顔の見える関係は市町村レベルで作っていく。県研修はその講師を作っていくイメージ。県内の市町村単位でもやりたいという話が出ている。

Q2. 昨年行った合同研修の経緯についてお聞かせください。

S県では、昨年度の主任ケアマネの研修のアンケートで、障害のことや共生型サービスについて学びたいという回答があった。相談支援の団体に対して、ケアマネ協会から申し出があり、それでは一緒に研修を行ってみたいという流れ。去年初めて連携研修を行った。

ケアマネ協会側からは制度の話が聞きたいという話があったが、現場の相談員が聞きたいのは、制度よりもむしろ運用という話になる。

共生型サービスについては、両方のサービスを使いながら生活している障害者や65歳前後でのりしろ(移行期間)をつけながら徐々に移行していくやり方であり、今までもあった。

ただ、そこは上手にできている所はできているけれども、やはりケアマネと相談支援と一緒にするのは、地域によってはできているところもあるが、きちんとできていないところも相当ある。

なので、まずは顔の見える関係を作りたいという気持ちが強い。そんな話の中で研修を一緒にやろうという流れになっている。

Q3. 障害・高齢の問題でどのような話が出ているのかについてお聞かせください。

ケアマネからすると、家に訪問した時に、結構な年齢の働きに出ていない子供がいるということが分かるんだけど、それをどうすれば良いか

がわからない。それが引きこもりなのかどうかもよくわからない。問題があるのかどうかもよくわからない。

そういった事例をケアマネさん達は持っていて、地域の中では相談支援としても聞くことがある。こういった事例について一緒に連携してやらなければという思いは双方にある。

なので、障害について学びたいというのがケアマネさん達の自然な要望事項。

65歳問題では、知識がないまま行政とやりやってもバツサリ切られるだけという印象。なので、障害の相談支援専門員と連携し1年ぐらいは両方使いながら本人の納得を得ながら移行していくというやり方を取っていた。そういった流れもあって連携研修が始まった。

Q4. 合同研修の具体的な内容についてお聞かせください。

研修の内容としては講義と演習。

講義の方は、制度の話なので良いのだが、演習をどうやってやるかが問題になっていた。

相互理解、つまり、それぞれが何を大事にして相談を行っているかを両者が知ること。

ケアマネは、介護保険のサービスをどう使うかには長けているが、それ以外のサービスのことになるとよく知らない。

S県の相談支援の初任者研修ではアセスメントとニーズ整理を丁寧にやるという伝統があったので、初任者研修の内容をそのままやろうという話になった。相談支援の初任者研修のアセスメントとニーズ整理の部分を切り取って演習として行なった。

ケアマネからのオーダーが、元々障害のことを学びたいというものであり それに対応した演習のつくりとなっている。

ただ、その逆(相談支援が高齢者のことを学ぶ)も大事であり、今年度以降そういった形も取り入れようとしている。

この演習をやって、主任ケアマネさん達も本来のケアマネジメントを思い出したと言っている。

ケアマネさん達から言わせると、我々はどうしてもサービスに結びつけることを優先してきたとの思いがある。また、本人の意向よりも家族の意向

を優先してきたという思いがある。一部のケアマネさんではあるが、いわゆるサービスありきのケアマネジメントになってしまっていたとの反省がある。

演習では、ストレングスの視点もかなり盛り込みながら進めた。事例として「本人がこういう言葉を言っている」「こういうことを大事にしている」などを確認しながら進めていった。

Q5. 合同研修2年目の課題があればお聞かせください。

まず、ケアマネ、相談支援、それぞれの現在の課題は何かという話から出し合った。

やはり、ケアマネさんたちからは、障害分野を学びたいという漠然としたオーダーであった。

8050問題で、相談とケアマネが連携して動く、そういった演習を行ってみてはどうかという話も出たが、相談支援がケアマネから学ぶ内容ということを見ると、先ほどの退院調整という話になった。

昨年度は、障害のアセスメントからニーズ整理に焦点を当てた演習を実施したが、昨年度のテーマとしては、相談支援専門員がどのような視点でケアマネジメントを展開しているのかについてを、事例を通じて伝えるとともに、障害福祉サービスと介護保険サービスの違い等について共有を行った。

今年度について、相談支援団体からの提案として、家庭の中に両方の支援対象者がいる事例を作成し、それぞれの立場でどのように考えていくのかについて議論を行っていくこととした。

研修スケジュール案

→実際には新型コロナの影響で開催できず

- ・障害者福祉、相談支援の講義（40分程度）
- ・事例演習（120分程度）

事例の確認

双方の立場で話し合い

どのような視点で考えるか

対象者の生活を支えていく上での視点の違い
サービス内容の違い

どのように連携を図っていくか

この家庭全体をどのような視点で支えていくか
等

この事例を使って、退院後の環境調整や息子の障害福祉サービス利用について学んでいくことも考えている。

Q6. 両者の理念の違いについて特に強調した講義は設定していないのでしょうか。

介護保険は、保険のサービスで一律性や公平性を重視する。一方、障害福祉は、税金のサービスでノーマライゼーションや個別性を重視するなどの違いが考えられるが、まだ少し早い気がしている。話せる人も限られる。現場の相談支援としてはやはり運用の話になる。

介護と障害でサービスの利用の仕方の違いも講義と演習ではやっていくつもりである。

障害当事者は、サービス利用は生きるための権利の行使であるという出発点があり、それをサポートするのが相談支援の役割だと思っている。

介護保険は、保険という枠の中でサービスを利用するという出発点があり、介護保険サービスをどのように枠内で納めるかについてお手伝いをするのがケアマネの役割という認識の違いがある。

Q7. その他で感じていることなどあれば教えてください。

地域包括のケアマネはソーシャルワーカーなのかというと、正直、やるが多すぎて無理だと思う。地域包括は住宅探しはしませんと言われてしまう。しかし、24時間の緊急電話を持ち、在宅を支えている。絶対的な存在感はある。

人口規模によって、それぞれの工夫を凝らして、障害・高齢の連携を作っていく努力が必要。やはり、この障害・高齢の課題では、課題解決や人材育成、顔の見える関係作りの中心は市町村であり、都道府県はその講師陣を育成していく方向性ではないか。

(3) 兵庫県相談支援を“つなぐ”研修準備委員
分担研究2の先進事例研究において紹介した兵庫県の研修準備に携わっている委員にインタビューすることができた。

Q1. いわゆる「ダブルケアマネ体制」で進める上で、人員は足りているのでしょうか。

どこでもそうだが、やはり人員不足の状況は変わらない。相談支援よりも若干ケアマネの方が余

力はあるが、それでもいっぱいいっぱいである。ダブルケアマネ体制は大変だが、ケアマネと計画相談が関わることで、結果的に省力化につながるという思いでやっている。

Q2. 障害で重要視している「ストレングス視点」「本人中心支援」といった概念が、ケアマネさん達に理解されていますか。

兵庫県では平成27年度以降、相談支援を“つなぐ”研修というのをやっていて、ケアマネさん達も大勢参加されている。皆さん、言葉では「高齢分野でもやっている」といわれるが、どうしても、本人中心ということについては若干抵抗を感じておられるようである。

高齢分野では、普段、キーパーソン(多くの場合家族)が考えておられる支援をどう支えるかということに重きを置いているが、一方、障害の方は「キーパーソンは本人」ということでやっていて、お互いに違和感を持っているということがある。

Q3. 社会福祉士等の基礎資格の有無が、ストレングス視点等の概念理解に影響すると考えますか。

それはすると思うし、今後の最も大きな課題かと思う。相談支援もケアマネもお互いにソーシャルワークするという一点で共通するという意識が必要だと思っている。

Q4. “つなぐ”研修5年目を迎えて、地域の状況は変わってきましたか。

65歳移行問題については、それほど数が多いこともないこともあるが、徐々に広まりつつあると感じている。当然、地域差はある。

Q5. 65歳を過ぎても障害福祉のサービス(移動支援等含む)を支給決定してくれますか。

移動支援や上乗せの居宅介護等も支給決定してくれる場合が多い。県の担当者が熱心で、研修講師も引き受けてくれている。実際の支給決定は市町村だが、県が言っているからというのは大きい。感謝しており、また、心強い。これも当然地域差はある。

“つなぐ”研修の理念として、その人の暮らしを「継続する」ということを大事にしている。これまで通りの生活を継続するために必要な、これまで

使ってきたサービスについては、要介護状態になったから利用する介護保険サービスとは違うよねということを行行政も含めた関係者が、理解することが重要だと思っている。

Q6. ダブルケアマネ体制から、相談支援が退いていくタイミングは難しいのではないのでしょうか。

確かに、「相談支援の退き方」が研修の大きな要素になっている。担当のケアマネさんに、本人のストレンクスを含めた本人理解、障害特性の理解、本人の意向の理解などを引き継ぐことができ、もう大丈夫となれば退いていくことになる。行政やサービス事業者も含めて、関係者全員がこれらを理解していくことができるよう、会議等を積み重ねていく。「つなぐ」とはこのプロセスのことだと思う。

C-5. 相談支援専門員と介護支援専門員に対するフォーカス・グループ・インタビュー調査

(1) 結果

フォーカス・グループ・インタビュー（全126分）の会話（549の会話）の逐語録から記述の分析方法に則り分析した。126のコードから意味のまとまりのあるものを集め、99のサブカテゴリー、44のカテゴリー、12のコアカテゴリーが生成された。

表2. 生成されたコアカテゴリー

【専門職の倫理と価値観】
【両専門員の連携時の摩擦】
【連携相手の制度の理解】
【高齢障害者のケアマネジメントのケアマネジメントのタイプ/引継ぎ・単独・統合】
【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】
【ケアマネジメント実践上の悩みと課題/相談支援専門員】
【ケアマネジメント実践上の悩み/介護支援専門員】
【想いを叶える拡大統合ケア】

【利用者を中心に連携したい両専門員の想い】
【行政との連携や交渉】
【両専門員に必要な教育】
【両専門員が協働してつくる新しいケアマネジメントの展開】

生成された全カテゴリーの概要（参考資料1）は、分担研究5の巻末に添付した。

本文中の表記は次のとおりである。

語りの引用は「」、コードは()、サブカテゴリーは[]、カテゴリーは『』、コアカテゴリーは【】とした。

語りは代表的な内容のみとし、できる限り要約せず、そのままの形とした。語りを中略する場合の表記は「・・・」とした。また直接関係のない会話は、省略した。会話であるため、主語や目的語等が省略され、わかりにくい場合には前後の文脈から研究者によって補足し()と表記した。なお、会話はゴシック体で記述した。

本研究における用語の定義・略語の説明は、次のとおりである。

用語	意味
両専門員	相談支援専門員、介護支援専門員をさす。
ケアマネジャー 又は、ケアマネ	介護保険制度の介護支援専門員をいう。
介護	介護支援専門員や介護保険サービスの提供にかかわる職員をさす。
障害側	相談支援専門員や障害福祉サービスの提供にかかわる職員をさす。
障害高齢者	健常者が65歳に達し、介護を要する状態となったことをさす。
高齢障害者	65歳に達した障害者をさす。

(2) コアカテゴリーごとの説明

1) 【専門職の倫理と価値観】

7つのサブカテゴリーから、『利用者丸ごと受け入れる覚悟』、『経営と理念の狭間のジレンマ』の2つのカテゴリーが生成された。

『利用者丸ごと受け入れる覚悟』は、[凹凸があることが人間で、それを人間として価値を認められないのでは不安になる]という①人格尊重にかかわること、[全力で利用者の味方になると覚悟してかかわることが、移行期のケアマネとしての支援]という、②移行期の受け入れ側の専門としての価値、[毎日1時間電話で訴える人を問題と捉えるケアチームの認識の変換が、移行期のケアマネの最初の多職種へのアプローチ]とあるように、③チームが有する価値に対するケアマネジャーとしての倫理的介入、を示す3点であった。

2) 【両専門員の連携時の摩擦】

このコアカテゴリーは、10のサブカテゴリー、5つのカテゴリーから生成された。

カテゴリーは、『障害が介護に抱く印象と誤解』、『障害が介護に見られていると感じる印象』、『両専門員の課題分析や計画作成の考え方の相違』、『障害側が感じる不公平感』、『ケースを選んでいるように見えるケアマネ』であった。

カテゴリーの一部に『誤解』という言葉が含まれるとおり、【両専門員の連携時の摩擦】の生じる背景に、双方が直接関わりあい、理解を深め合う機会が少ないことがあげられ、相互理解の不足が一因であることは両専門員が気づいていた。

3) 【連携相手の制度の理解】

このコアカテゴリーは、8つのサブカテゴリー、5つのカテゴリーから生成された。カテゴリーは、『心情的に理解できないお互いの制度の特徴・違い』、『生きる権利や保障としての障害福祉サービスと保険制度のギャップ』、『対象とするライフサイクルの相違』、『領域間連携の場で実感するケアプラン作成の考え方の相違』、『理解しづらい支給決定の根本的な考え方の違い』である。

4) 【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/引継ぎ・単独・統合型】

本研究ではデータをカテゴリー化する過程において、年齢が65歳に達した障害高齢者に対す

るケアマネジメントのタイプを二つに分類し、コアカテゴリーに分類したケアマネジメントのタイプの名前をつけた。このコアカテゴリーは、その一つ目に該当し、【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/引継ぎ・単独・統合型】とした。

【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/引継ぎ・単独・統合型】とは、両制度を1人のケアマネジメント実践者が支援することである。

特に本研究の課題となっている両専門員の協働に関し、『成功の秘訣は、単独ケアマネジメントに移行する一定期間の両専門員の協働支援』であった。

総じて移行期には、特に[障害の知識に基づく制度利用や自治体との交渉術も必要となる併給ケースに対する単独ケアマネジメントの専門性]が求められ、こうした状況下での『成功の秘訣は、単独ケアマネジメントに移行する一定期間の両専門員の協働支援』であることが示された。

5) 【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】

本研究では、データをカテゴリー化する過程において、年齢が65歳に達した障害高齢者に対するケアマネジメントのタイプを二つに分類し、コアカテゴリーに分類したケアマネジメントのタイプの名前をつけた。このコアカテゴリーは、その二つ目に該当する。

【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】とは、両専門員が並走しながら支援を行うこと、である。

このコアカテゴリーは、7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーから生成された。カテゴリーは、『並走型ケアマネジメントがもたらす専門的支援と連携の円滑さ』、『自治体の支給決定が招く並走型の両相談員の連携不足』、『行政が認めた並走支援の毎月モニタリング』であった。

6) 【ケアマネジメント実践上の悩みと課題/相談支援専門員】

このカテゴリーは、10のサブカテゴリー、4つのコアカテゴリーから生成された。

コアカテゴリーは、『障害特性を汲みとれない要介護認定判定基準の課題がもたらす障害高齢者の生活への影響』、『主治医の意見書の提出遅れが招く認定結果の遅延と経済と生活への影響』、『適切性に疑問のある障害サービス利用状況が招く介護保険移行への影響』、『痛感する本人の生活を守ることの難しさ』である。

7) 【ケアマネジメント実践上の悩みと課題/介護支援専門員】

このカテゴリーは、11のサブカテゴリー、6つのコアカテゴリーから生成された。

コアカテゴリーは、障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行とは、利用できる幅の『狭い方向へのサービス移行で、利用者にぶつけられる怒りと、解決できないジレンマで苦しむケアマネ』、『障害との連携の歴史が浅く関係が薄くて必要な支援につなげられず苦慮するケアマネ』、『安価な代替サービスで乗り切る』、『自治体の部署間の連携不足で右往左往するケアマネ』、『移行を妨げる一因は、利用者の主体的指示の効力の範囲の違い』、『成り代わりセルフケアプランの実態』があった。

介護支援専門員の語りでは、「ヘルパーさんが違う。障害で来るヘルパーさんと介護保険のヘルパーさんで仕事の内容が違って、介護保険の提供責任者は2時間なら2時間の援助内容を組んでヘルパーさんが入って、そういうふうにやっていく。でも、障害のその前の重度訪問介護とかだとヘルパーさんは本人の指示待ちで、そこがやっていくので、その使い勝手が全く違うものですよ。なので、そのせいもあって、金銭的な面だけじゃなくて移行したくないっていう。全然、違う。ハムは1ミリに切っただけとか、そうやって調理をしてほしいっていう生活してきたから、来て、ちゃちゃちゃ、って調理をしていくのは変えられないっていうところはあるのかなと思います。」

障害福祉サービスの利用者は、これまで自分でヘルパーに指示し、サービスをコント

ロールしてきた。ところが介護保険によって提供されるサービスは、保険によって規定されたルールの枠内で、手順書に添って行うことになる。利用者からみれば、保険制度に依拠する窮屈なサービスのスタイルでは、自分の生活を自分でコントロールする自立性を喪失しかかぬ、ということへの憂いが、利用者が障害福祉サービスにとどまりたいと考える一因であることが示された。

8) 【想いを叶える拡大統合ケア】

本研究から示された実態をここでは、“拡大統合ケア”という言葉を使用して表現する。その意味は、従来の統合ケアを、利用する制度や連携する対象、世帯構成員を含めた複数の対象者への同時一体的な支援等、一層推し進めたものである。

このコアカテゴリーは、2つのサブカテゴリー、1つのカテゴリーから生成された。

カテゴリーは、『想いを叶える領域横断の多職種連携のケアマネジメント』であった。

語り「もう頼み込むってことだと思っんですけど。その奥さまの思いとか、そういうのもお伝えして、在宅でやっていきたいという思いがすごく強かったので。在宅でやっていくためには、奥さまもだんだん高齢化してきて、休んでいただく時間が欲しい、だけど病院に、定期的にレスパイトで入院もしてたんですけど、そこに行くと経鼻（経管栄養のチューブ）を留置されちゃうんですね。

（介護事業所ではその対応ができる場所はほとんどないので）それをなるべく避けたいっていうところで。・・・入ってくれてた訪問看護の看護師も（経鼻経管栄養のチューブの処置を）やってくれていて、看護師同士の連携を図ってもらって、最初ショートステイに行ってる時に、・・・（そのショートステイは、経鼻経管栄養の利用者の受け入れは通常行っていないので）訪問看護の職員も来てもらいながら、ショートステイでショートステイの看護師も（その処置を）一緒にやるってような形でだんだんに（処置に）

慣れていっていただいてっていうところでした。」「そのケースでは訪問介護の事業所さんだけで本当、受け入れは大変で四つ、五つあって、担当者会議っていうと本当に20人ぐらい集まって・・・」

9) 【利用者を中心に連携したい両専門員の想い】

このコアカテゴリーは、3つのサブカテゴリー、1つのカテゴリーから生成された。

カテゴリーは、『互いを尊重しあう両専門員』であった。

[相談支援専門員の利用者に対する思いを大切にしたい介護支援専門員]に対して、相談支援専門員は、[最初の目標は、両相談員がタッグを組める関係になること]であった。

10) 【行政との連携や交渉】

このコアカテゴリーは、14のサブカテゴリー、6つのカテゴリーから生成された。

コアカテゴリーは、『多層的な支援が必要な状況に関与を求める専門員』、『行政職員の利用者への理解を支援する専門員としての役割』、『利用者自身の行政に対する意思表示を支援する専門員としての役割』、『根拠が不明瞭な行政の判断、地域・担当ごとのバラつきに抱く不信感』、『役所に認識して欲しい部署間連携の必要性』、『相談することで理解してくれる役所』であった。

11) 【両専門員に必要な教育】

このコアカテゴリーは、11のサブカテゴリー、5つのカテゴリーから生成された。カテゴリーは、『研修初期段階で学ぶべきこと』、『課題分析、計画作成の立て方の視点と制度に関する知識』、『事例検討の有効性』、『研修の企画や運営方法』、『行政職員の知識レベルを保つための研修の必要性』であった。

12) 【両専門員が協働してつくる、新しいケアマネジメントの展開】

このコアカテゴリーは、7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーから生成された。

コアカテゴリーは、『世帯に複数、支援を要する者がいる場合の総合的支援の必要性』、『支援事例を通じて見えてきた総合福祉機関と総合相談窓口の必要性』、『決まった答えなどないケアマネジメント』であった。両専門員が『支援事例を通じて見えてきた総合福祉機関と総合相談窓口の必要性』を実感していた。支援の困難さや、暮らしの多様性から『決まった答えなどないケアマネジメント』のなかで、【両専門員が協働してつくる、新しいケアマネジメントの展開】を切り拓く原動力がインタビューの語りから感じられた。

D. 考察

D-1. 現行のカリキュラム分析(専門コース別研修)

「権利擁護・成年後見」については、「虐待防止」「意思決定支援」のいわゆる権利擁護系の各研修との内容の調整が必要となると考えた。

これら3つの研修の重複部分を整理すると、以下のとおりである。

1) 専門コース別研修「権利擁護、成年後見制度」における「権利侵害・虐待」の講義と、虐待防止・権利擁護指導者養成研修における「障害者虐待防止法の理解、虐待事案について」の講義に重複がみられる。

2) しかし、専門コース別では、広く浅く、虐待防止・権利擁護指導者養成研修では、虐待に特化して深く(成年後見制度についても、虐待対応としての位置づけとしての活用)という内容となっている。

3) 意思決定支援ガイドライン研修では、意思決定支援会議の演習につなげるための気づきの促し等から導入され、制度の説明というより、運用の実際を学ぶような内容となっている。

専門コース別研修が都道府県、市町村で講師が統一されているわけではないので、意思決定支援研修で指摘された、「研修効果の標準化のため、映像、テキスト、ルーティーン化などを工夫する必要がある。」という指摘は当然のことと

考えられる。まず、各研修の標準化のためのテキストや映像教材、使用する資料の統一を図る必要がある。

その上で、研修内容が重複する部分をどのように統一していくのか、権利擁護系の研修体系を構築する必要があると考えられる。

「法制度の概要」については、各研修の冒頭に行われており、単位制として受講免除とするか、各研修共通の法制度研修を受講する。その上で、「権利擁護・成年後見」、「虐待防止」「意思決定支援」の基礎研修を受講するよう求め、虐待防止のコース別研修、意思決定支援・成年後見制度研修を受講するなど、権利擁護系の研修体系づくりが必要と感じられた。以下に私案としての権利擁護系研修の体系を示してみる。

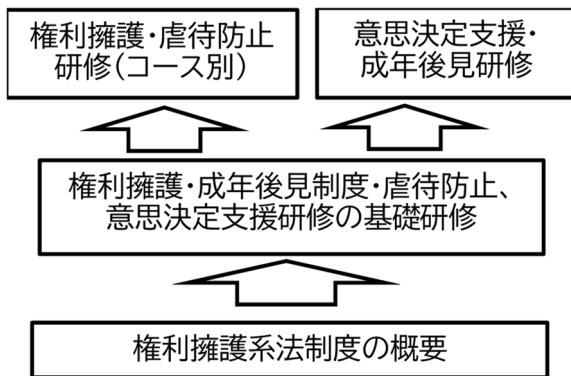


表6 権利擁護系研修の体系(私案)

「地域移行・定着、触法」については、地域移行・地域定着の実施件数が伸びていないという課題があり、増やしていくためにも必要である。しかし、触法の部分で医療観察法まで入っていて幅広い割に時間が短く、そもそも専門コース別研修で医療観察法までを含めるかどうかを検討する必要がある。

専門コース別研修はできるだけ間口の広い研修であるべきであるから、医療観察法に関しては知識として触れる程度で良いのではないのかと考えられる。触法研修では、刑務所出所者などの支援がメインとなるのではないのかと考えられ、医療観察法対象者は地域の中でも受けられるところが決まってきたり、どこでも受けられるものでもないの、専門コース別研修で深く触れる必要はないのではないのかと考えられる。

専門コース別研修ではポイントを理解する入り口の研修で、その後さらに深く学びたい人はのぞみの園の研修(ただし知的障害者に特化)などで学ぶ。そういった道筋になるのではないかと考えられる。触法障害者に関しては大きな課題であり、相談支援やサビ児管等が十分に知識を持っておく必要がある。また触法障害者を受け入れた際の加算が大きく、こういった事も知識として入れておくこと受け入れへのインセンティブにもなると考えられる。

受け入れるには支援の質の向上が不可欠であり、この研修の定着が必要である。触法障害者についてはのぞみの園の二日間研修もある。また、地域定着支援センターも二日間研修をしており、触法と地域定着支援をセットで行っている(社会局のセーフティネット補助金を使っている)。こういったところで学んだ方々が地域に持ち帰って伝達研修を行ってくれると良いのだが、自立支援協議会の部会などでできないかとの考えもある。

精神障害者については、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築体制整備事業」と同じ場で研修を行っている事例もあり、保健所とも連携している。地域住民への周知とともに、地域包括ケアシステム構築の中で実施していくことも有用である。

その他、職能団体が独自に行っている支援者としての入り口研修(面接技術など)もあるが、こういったソーシャルワークの基礎的部分も研修体系の一つとして非常に重要な要素と考えられる。

また、専門コース別研修として事業別のコースも重要であり、グループホーム、自立訓練、生活介護など、それぞれのサービスの根本の理念を学ぶ必要がある。あらゆるところで研修が行われており、研修の全体像の整理を各都道府県で行う必要があると感じている。

さらに、災害対策基本法の一部改正により、新たに、避難行動要支援者名簿の作成、名簿情報の避難支援等関係者等への提供等の規定が設けられたことを受け、市町村を対象に、その事務に係る取組方法等の指針(避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針)が示された。その中で、地域の特性や実情を踏まえつつ、

名簿情報に基づき、市町村又はコーディネーター（民生委員等）が中心となって、避難行動要支援者と打合せ、具体的な避難方法等についての個別計画を策定することとなっているが、障害特性について理解している相談支援専門員等が民生委員等と連携・協力し個別計画を作成していくことも求められる。このような観点から「災害時ケアプランコーディネーター養成研修」も国において検討されている。

D-2. 文献調査（高齢・障害）

先進的に実施してきた方々のレポート等から、共通して言えることについて考察していきたい。

まず、「双方がお互いを知らない」それは、制度の理解やサービス内容に関する知識だけでなく、理念の違いがあることに戸惑っている。

「顔の見える関係づくり」とよく言われるが制度やサービス内容が似ているからこそ、細かな事で違うために誤解が生じやすい。その結果、他制度のサービス関係者同士がお互いに人格攻撃になったりすることを防ぐためにも、お互いが尊重し合える状況をまずは作る必要がある

障害者の場合、障害福祉サービス等から介護保険サービスへの移行が行われることが前提となっているはずなのに、移行のプロセスが標準化されていない問題がある。マニュアルや様式・ツールの整備が必要である。

介護保険移行に関する教育や人材育成の仕組み、すなわち、研修の体制等を整える必要がある。

個々人の障害高齢者に目を向けた場合に、各市町村でどのような支給決定を行うかを含めて、関係者の納得感が得られるような協議の場が必要ではないか。その協議の場として市町村レベルの自立支援協議会の活用も有効である。

市町村行政の理解が乏しく、相談支援専門員や介護支援専門員が翻弄されるといった場面も少なくないようだ。制度の運用を行う市町村行政として、両制度の理解はもとより、それぞれの専門性を尊重しながら円滑な移行を図る努力を行っていかねばならない。

地域包括支援センターの役割について、注視をする報告が多かった。

市町村行政（地域包括支援センターや基幹相談支援センター含む）、障害の支援者、高齢の支援者の三者協働の重要性に関する報告があった。個別に障害状況や事情の異なる生身の人間を扱う以上、制度の縦割りの壁があったとしても制度運用を柔軟に行い、当事者への支援が途切れることなくスムーズに移行していくよう、関係した皆が一緒に考えていく姿勢が重要である。

介護保険移行の困難ケースが出た場合に自立支援協議会等の場を活用し移行の仕組みづくりについて検討するという案も報告があった。これは立場の違う三者が一堂に会してそれぞれの多様な視点で検討し中立公平な両サービスの併給の必要性などについて、冷静に判断し事例として積み上げていくきっかけともなるのではないかと。

人材育成については市町村を主にしつつも、基礎的な知識伝達もあるため、都道府県における研修や専門職団体が主体となった研修も考えられる。

さらに、専門的なソーシャルワーク的な研修では専門職団体による研修も有効であろう。

合同モデル研修では、まず、介護保険移行を円滑に進めるための制度の理解、またそういった座学だけでなく、お互いが顔見知りになり今後の意向の取り組みに向けて共同して何ができるかを考えるグループワークが有効であったとの報告があった。時間については半日開催、終日開催又は業務終了後の夜間に1時間開催を数回行うといったことも想定される。

研修開催のエリアについては、やはり地域の関係者が地域の社会資源を使ってどのように調整していくかといった観点が重要となることから、市町村単位あるいは地域包括支援センター所管地域単位、基礎知識の共有といった座学は都道府県全域といった重層的な実施が望ましいのではないかと。

介護保険におけるケアマネジメントが、ニーズに応じたサービスというよりむしろコストコントロールに傾いていたといった指摘もあり、本来のケ

アマネジメントができるよう良いきっかけになるのではない。

障害分野においてもオールケアマネ状態となった平成25年度から、サービスの当てはめといった技術論に終始する傾向も見られる。

障害も介護も本来のソーシャルワークとしてのケアマネジメントに立ち返る好機と捉えていくことが望まれている。

キーワードは、「本人中心」「エンパワメント」「ストレングス視点」「インフォーマルサービスの活用」等である。

65歳に到達した利用者を経験する相談支援が、6割から7割とかなりの割合を占めるようになってきた。

しかしながら、前述のように介護保険移行に関する実践的なマニュアルや様式・ツールの作成に至っていないため、また柔軟な制度運用がなされていないため、その取り扱いは市町村によってばらつきがあることが報告されている。

まずは、各市町村において65歳を目前とする障害者がどこにどのくらいいるのか、そのサービス利用状況や65歳以降の生活の意向、サービス利用の意向など把握する必要がある。

そして、十分に両制度の知識を持った相談支援専門員や介護支援専門員が関わり、早め早めに、介護保険移行の丁寧な説明を行なっていく必要がある。その際、市町村行政は、障害・高齢のセクショナリズムに陥ることなく、本人中心を理念とし十分に協力していく必要がある。

連携ツールという意味においては、兵庫県は「わたしのしょうかい(障⇄介)シート」というツールを作り活用している。

シートでは、単に基本情報を伝えるということではなく、本人が望む生活が何なのか、本人の状態、制度、サービス、環境等を共通理解するためのものとなっている。

「本人の思い」を確実に引き継ぐことで、QOLの低下を招かないことを目標としている。

シートを活用するにあたって5つの重要な視点を掲げているが、これらの視点も普遍的なものであると考える。

① その人らしい暮らしの継続

- ② その人が安心して暮らすことの継続
- ③ その人自らの意思の主張の継続
- ④ なじみの環境での暮らしの継続
- ⑤ ストレングスに基づくケアマネジメント

これらは本人のQOLの低下を招かないために必須のことであると考えられる。

連携を行う際に、本人を中心に据えることで、各専門職の専門性が出すぎることなく本人とともに協力していく関係ができるのではないかと思われる。

出雲市では介護保険移行のシステム化を目指した。

利用者が65歳になる一年半から2年前に、市が名簿を作り、対象者の相談支援をしている事業所と介護保険担当課に配布する。相談支援専門員は移行が困難と思われる利用者についてピックアップし仮調査を行う。その結果を踏まえて地域包括支援センターと介護保険担当課を交えて事前連絡会議を行う。その中で介護保険移行に向けて具体的にどのような調整が必要か、関係者間で意思統一を図り、介護支援専門員とのつながりなどもできてくる。そのため、その後の連携もスムーズになる。といったシステムである。

他の自治体にも参考となるよう、応用可能なポイントとして以下が挙げられている。

- 1. 顔の見える関係作り
- 2. 当事者にとっての変化は緩やかに
- 3. ダブルケアマネができるシステム作り
- 4. それぞれの役割を当事者にわかるように説明する
- 5. 情報交換は丁寧にする
- 6. かかっている人全員が顔を合わせる機会(支援会議)を頻回に

すべて完璧に行うことは無理であり、地域特性の違いにより、できないことがあってもよく、各地域で、街づくりを意識しながら、障害高齢移行の問題も一丸となって考えていけるとよいのではないかと思う。

介護支援専門員の経験談からは、「ケアプランで位置づければ移行後も障害福祉サービスは利用できること」を知ってほしいという提言もあった。

それぞれが、分野をまたいで仕事をしていくことは、地域の底上げにもつながるとの認識を持っており、様々な制度を利用して生活する利用者を中心に考えていくことの重要性を説いている。

理念の違いについて、こういった経験を通じて、具体的に文章にしている。

障害福祉サービスは「参加と平等」というノーマライゼーションの精神に基づき、QOLが非常に重視されており、ヘルパーと遊興施設に行くことが「いいことである」と評価される世界である。一方、介護保険は、最低限度の生活を維持するために最小限のサービスでいい（保険制度）という世界であり、保険は皆でお金を出し合っただけでやりましょうというものといった違いについて言及している。

介護保険に移行する前に、そういった理念の違いや徐々に移行すること、QOLの維持等についてきちんと説明し、共に考え、納得してもらうということを、もっと丁寧に進める必要があると考えられる。

D-3. I市の相談支援専門員及び介護支援専門員へのアンケート調査

(1) 回答者の属性について

介護支援専門員の方が相談支援専門員と比べてやや多く、地域包括支援センター職員は一定数いるが基幹相談支援センター職員が少ない。

介護支援専門員かつ相談支援専門員は9人であった。

(2) -①ケアマネと相談支援の連携で感じる困難性

連携における困難性について、移行ケースでの困りごと約1/3が経験がないと回答しているが、約2/3は何らかの経験があることがわかった。障害福祉と介護保険の連携が必要な方が徐々に増えてきていると思われる。

「本人や家族の理解が得にくかった」との回答が多かったが、これは、自己負担の仕組みの違いにより、介護保険サービスを利用した際に自己負担が増加することと、65歳となった障害者が突然高齢者のデイサービス等に通うことの違和感等が要因となっていると考えられる。

「両制度の違い」との回答も多かったが、これは、障害福祉と介護保険が、似た制度でありながら、認定の際の視点や、訪問時間の上限設定の考え方、サービスの具体的な範囲・内容、外出同行の認められる範囲等の違いがあり、それらを熟知することの困難性と、各制度に基づき業務を行ってきたため、他制度の理解への抵抗感も一部ではあるように思われる。また、65歳の移行期では年金や生活保護等の多制度も絡んでくる場合があり、より一層複雑となっている。

移行期の1年前から準備してきたケース、地域包括支援センターの介入によりうまくいったケースもあり、基幹相談支援センター、地域包括支援センター、行政が現場の相談支援専門員や介護支援専門員を支える必要があることがうかがえる。一方で、引き継ぎをどのようなタイミングでどのように行っていくのか方法論が確立していない、そもそも相談支援専門員がいないケースもあるとの意見もあり、実践例を積み上げる中でグッドプラクティスを示していけるような取り組みが望まれている。

(2) -②第2号被保険者のケースでの困りごと

こちらでも約1/3は経験なしであり同様の傾向がみられた。

「本人・家族の理解が得にくかった」「制度の違い」が多く、「考え方の違い」は比較的少ない傾向も同様である。「その他」の自由記載欄の分析から、市役所の障害部局と介護部局の連携不足が困りごとを増悪させている問題や、介護ではプランを立てればその日からサービス利用できるが障害の場合は2週間程度かかる等の制度の運用の違いによる戸惑いの問題、高年齢層の方がおられる場所で40代50代の方がすごされることの違和感等の利用者側の居心地の問題等があることがわかった。

(3) 介護と障害の両制度でわからないこと

介護と障害の両制度でわからないことが「ある」は「ない」の3倍であり、現場での困惑につながっている。

(2) -①とも重複するが、似たような制度であるだけに違いが分かりづらいといった意見が多く、認定の際の視点や、支給決定の際の判断基

準、訪問時間の上限設定の考え方、サービスの具体的な範囲・内容、外出同行の認められる範囲等の違い等が挙げられている。また、「ケアマネは障害の制度を学んでいないのに、相談支援するのが当然と思われることが多く困惑している。わからないのは当たり前で詳しく知る必要はないと思う」「視点が異なるので一緒にしようとするのが違う」など、そもそも他制度を学ぶことに拒否的な姿勢も介護支援専門員側から一部見られた。一方で、「(ケアマネは)障害を持っている人に対する苦手意識がある(特に精神障害者)。サービスの必要性の認識にズレを感じる」といった、障害側から介護側への不信感も一部であるようである。

「障害特性に応じた支援」といっても、具体的などのようなことなのかといった曖昧さも障害分野にはあることが指摘されている。

実際、お互いの制度に関する知識が不足しており、そこは真摯に認め必要最小限の知識は学ばべきである。

(4) 連携の課題

「連携先がわからない」「うまく引き継げない」「引き継ぎに時間がかかる」が比較的多く、「行政が理解してくれない」は比較的小さいことから、行政への不満については大多数の意見ではないことがわかる。

「その他」の分析として、段取りに相談支援専門員のみが動くことがほとんどであり、最終のケースカンファレンスのみケアマネが出席するといったケースや、逆にケアマネに丸投げされるケース、わからないからとそれ以上わかろうとしない方もおり連携が難しい、介護保険のサービスはどうしても利用できるサービスに当てはめてしまうような計画になってしまうおそれがあるといった双方から不満の声も挙がっている。また、障害(特に精神)を受け入れる介護サービス事業所が少ないといった、事業所の理解が得られず引継ぎを困難にしているケース、高次脳機能障害の方の連携先がわからないという意見もあった。フォローしてくれない包括や行政は逃げてばかりといった行政サイドへの不満の声もあった。一方、連携に時間がかかること自体は悪いこととは思わない

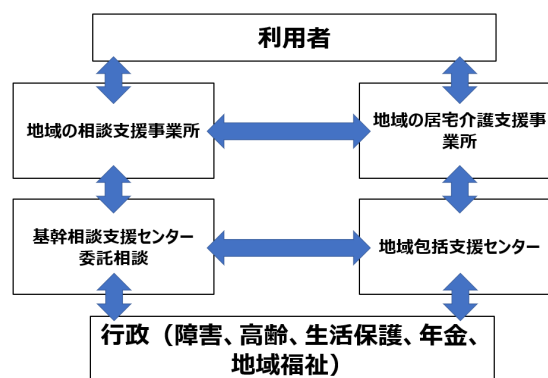
といった意見もあり、しっかりとつなげていく期間を取る必要があるとの認識もあった。

連携がうまくいった事例、いかなかった事例の自由記載を見ると、「地域包括支援センターが介入してくれる事例ではうまくいく」や「基幹相談支援センターと地域包括支援センターの連携でうまくつながった」「少しずつ介護サービスを導入していき徐々に慣らしていこうすることができた」「ダブルケアマネ体制で更新のタイミングを計った」といったケースがある一方、「市役所の障害部局介護部局の連携不足によりうまくいかない」「本人の障害を理解してもらえず介護保険の制度を具体的に説明してもらえなかった知的障害のケース」「地域包括支援センターから障害者はよくわからないとすぐに言われてしまった」「障害に詳しい事業所で引き継いでもらいたかったが市役所障害部局が窓口になってくれなかった」などのケースも見られた。

連携については、現場での連携だけでなく、基幹相談支援センター(委託相談)及び地域包括支援センターレベルでのフォロー、行政レベルでの下支えという3層構造になっており、それぞれの横・縦の連携が必要となり、その体制の構築が望まれる(分担研究3 図表24)。

分担研究3

図表24 高齢・障害者を支える縦横連携の3層構造



(5) 市役所の高齢・障害部門の連携について

市役所の高齢・障害部門の連携について、「うまくいっている」との回答より、「うまくいっていない」との回答が約3倍となっており、必ずしも市役

所内連携が良好とはとらえていない現状が明らかとなった。I市では、相談支援専門員と介護支援専門員の合同研修を、市役所の高齢、障害の両部門で企画し、講師も務めていたことから、両部門の連携はとれているほうではないかと予想していたが、現場の相談員等からみると、そうではないということになる。

「その他」の自由記述を分析すると、全く連携が取れていないという意見より、連携はしているがまだまだといった意見が多いことがわかる。しかし、相談してもらい回しにされるといった事例もあり、公務員として避けられない人事異動があると振出しに戻るといった意見もある。

市町村としても、障害児、障害者、高齢者はライフステージが違っても一人の人間として支援の継続性が重要であり、生活保護や地域福祉等の部署も含めて、その時々における最善の支援につながるよう、セクショナリズムを排して連携し、現場を支えていただければと考える。

(6) どのようなことが困難性の解消につながるか

どのようなことが困難性の解消につながるかについて、「合同で研修できる機会」、「双方が入ったサービス担当者会議の場」、「引き継ぎの時間を数か月取る」の回答が多く、それぞれ支持を集めた。

「その他」の自由記載の分析では、「引き継ぎに対する報酬が必要」「引き継ぎの期間をきちんと設ける」「初回担当者会議には双方のケアマネが参加すべき」「事例検討ケースを通じた学びが必要」「双方の支援の現場を理解するため見学に行くことも必要」「顔の見える関係をつくる。市役所の両部門を含めて連携しやすい状態を作っていく」等の意見が上がっていた。特に事例を通じた学びが理解が得やすいとの意見が多かった。

(7) ケアマネ・相談支援専門員の合同研修を行う場合のキーワード

基本的な制度の違いについて学びたいといった意見が多い。次に事例演習事例を通じた実践的な演習、連携の具体的な方法、理念の違い、引き継ぎと続いていた。

自由記述では、「お互いの研修の場での勉強会に呼び合う」「障害の相談先と高齢の相談先の違い」「障害者のサービスの具体事例を知りたい」「お互いにコミュニケーションをとる」「基本的なデータとして65歳に達する障害者が何人いるのか等」「支援内容についての詳しい説明」「連携チーム作り」「高次脳機能障害の方の事例演習」「障害特性とは何か(特に精神)」「就労希望がある人への支援」「手続きやその実際の流れ」「合同研修の機会」「8050対応などチームとして機能する事例演習」「うまくいった事例を定期的に知る機会」「引き継ぎのための情報共有の仕方」「家族の想いの違い、家族支援」「社会資源の活用方法」「成年後見制度」「移行するのではなく双方で支援していく」「関係者の情報共有」「両方の視点の理解と情報共有」等のキーワードやアイデアが挙がっていた。

(8) その他意見

その他の意見として、「高齢障害分け隔てない人材の育成」「教育部門との連携、不登校などの研修」「移行期間は10年ぐらいかけてというケースもある」「地域の実情を知り問題を明確にし、それに対応していく」「高齢者のサービスに障害(知的、精神、若年者)を組み込まれても高齢者の対応しか学んでいないスタッフが適切に対応できない利用者や家族が必要な支援や情報を受けられずかわいそう」等の意見があった。

現場での対応に苦慮する者として、地域を支えるための対応方策を検討していく必要を感じていることがわかる。相談支援専門員、介護支援専門員だけでなく、サービス提供事業者側の高齢・障害対応に関する努力も望まれている。

D-4. 高齢・障害連携の取組みについてのインタビュー調査

(1) 障害・高齢分野の相互理解の重要性

「高齢と障害の間には「制度の違い」というより「文化の違い」を感じる。」との発言があった。相互理解については、「それぞれが何を大事にして相談を行っているかを両者が知ること。」という発言もあった。具体的な違いとして、複数の方が同じような発言をしている。以下の表にまとめる。

ケアマネ像	相談支援像
-------	-------

<ul style="list-style-type: none"> ・給付管理をする人 ・サービスをパッケージで提供するのが役割との意識 ・本人よりもむしろ家族のニーズ(時にはデマンド)に対しても即応しなければとの思いが強い ・一言でいえば「プランナー」という意識 ・保険のサービスであり、一律性や公平性を重視する ・保険という枠の中でサービスを利用するという出発点があり、介護保険サービスをどのように枠内で納めるかについてお手伝いをするのがケアマネの役割 ・キーパーソン(多くの場合家族)が考えておられる支援をどう支えるかということに重きを置いている ・キーパーソン(主に家族)中心 	<ul style="list-style-type: none"> ・人生支援を行う人 ・本人の自己決定を重要視 ・本人が悩んでいるときは腹落ちするまで待ってみたり、選択肢を提案してみるといったことを行う。時間がかかっても仕方ないとの思い ・税金のサービスであり、ノーマライゼーションや個別性を重視する ・障害当事者は、サービス利用は生きるための権利の行使であるという出発点があり、それをサポートするのが相談支援の役割 ・「キーパーソンは本人」という意識 ・本人中心
---	---

障害福祉分野を学んだケアマネからは、「我々はどうしてもサービスに結びつけることを優先してきたとの思いがある。また、本人の意向よりも家族の意向を優先してきたという思いがある。一部のケアマネさんではあるが、いわゆるサービスありきのケアマネジメントになってしまっていたとの反省がある。」との発言もあったという。

これらの両者の「文化の違い」から、現場において、抵抗感や違和感、誤解、コンフリクトが生じてしまうのだろうと思われる。

合同研修においては、これらの両者の「文化の違い」があり、それぞれが何を大事にして相談を行っているかを両者が知ることを目標にした丁寧な講義が必要である。

(2) 事例を通じた合同演習(事例演習・グループワーク)の重要性

複数の方から、事例を用いた合同での演習(グループワーク)が有効であるとの認識が示された。

「事例検討」と「事例を通じた演習」という言葉の使い分けにこだわっていた方もおられた。「事例検討」となると、事例提出者に対して気づきを促すようなグループワークとなり、「キャッチボールではなくドッジボールになってしまう」と表現されていた。

ここで目指されるのは、確かに「キャッチボール」的なグループワークであり、その観点から、ここでは「事例検討」と「事例演習」を明確に分け、「事例演習」の重要性について考察する。

現場の相談支援としては、運用の話になるため、高齢・障害の複合的な課題(8050問題)を有する家族の事例を用いて、例えば、高齢者の退院後の環境調整や知的障害者の障害福祉サービス利用について双方が学んでいくといったアプローチが有効であろう。

グループワークを進めるにあたってのポイントは以下のとおりである。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・事例をどのような視点で考えるかについて確認 ・対象者の生活を支えていく上での視点の違いについて確認 ・サービス内容の違いについて確認 ・どのように連携を図っていくかについてディスカッション ・この家庭全体をどのような視点で支えていくかについてディスカッション 等 ※ ストレングスの視点や本人を中心とした支援についても盛り込む ※ 相談支援の退き方についても重要な視点(ケアマネだけでなく行政やサービス事業者等の関係者全員に引継ぎができれば退いていく) |
|---|

事例演習に入る前の段階として、「顔の見える関係作り」が重要であるため、まず、障害・高齢でそれぞれ「不安と思うこと」をあげてもらい、それに対して一問一答で返していく中で、ディスカッションしていき、理念の違いや制度の違い、障害特性の理解を徐々に深めていくような小規模の勉強会を各地で開いていくことも有効であると考えられる。

合同研修においては、双方の「不安」を自己開示し、ディスカッションしていくことを通じて顔の見える関係を作りつつ、事例演習を通じて、双方の視点や役割、制度や理念や文化の違いについても、お互いを尊重しあいながら理解を深めていく機会を持つことが有効であろう。

(3) チーム支援の重要性

複合した課題を有する世帯に対する支援については、それぞれの専門領域のみでは対応できない場合があり、各専門領域の相談員がチームとして機能していく必要がある。こういった事例について一緒に連携してやらなければならないという思いは双方にある。

その際に、中心となる考え方としては、障害高齢者となった本人の「暮らしの継続」であり、本人を中心に置いて、どのような支援があればその人らしい暮らしが継続できるのかを皆で考えていくことが強固なチームを形成していくと考えられる。

そのためには、ケアマネと相談支援だけでなく、行政（高齢部局・障害部局）、サービス担当事業者、本人、家族等が、チームのメンバーとして、方向性を共有していく必要がある。

合同研修においては、チーム支援の重要性について、講義や演習の中で強調していく必要がある。

(4) 支給決定の重要性

ケアマネ・相談支援が、合同研修等により、相互理解し、本人中心に65歳の移行期に臨んだ場合に、ダブルケアマネ体制や、65歳を超えても障害福祉制度からのサービス提供など、柔軟に支給決定が行われなければ、絵に描いた餅になってしまう。

合同研修において、行政の理解ということが、この両者の連携に当たって重要な要素となることも、強調されるべきである。

(5) 合同研修の内容について

障害と高齢の連携体制を作っていくのが合同研修の目的となる。地域の連携となると、まず、「顔の見える関係」作りから入り、徐々にお互いの理解を深めていくこととなるが、その目的に照らすと、都道府県レベルでは広域すぎるため、基本的には市町村レベルや、地域包括支援センターの担当地区レベルで行っていくべきだと思う。

都道府県における研修では、その講師陣を養成する目的で行っていくべきと考える。

内容については、高齢・障害の多分野の職種を一堂に会することを考慮すると、複数日にわたる研修はハードルが高いため、講義と事例演習を柱に、1日研修から始めていくべきと考える。

- ・障害者福祉、介護保険の講義（午前）
- ・事例演習（午後）

なお、講義については通信等で受講していただいていたなどの対応は検討されるべきと思われる。

また、上記にこだわらず、人口規模によって、それぞれの工夫を凝らして、障害・高齢の連携を作っていく努力が必要である。

(6) ワンストップ総合相談について

J市ではワンストップ相談を目指し、障害・高齢・生活困窮の3総合相談を11カ所の全包括支援センターで実施予定であり、この取り組みは注目に値する。多問題家族の中で、生活困窮に関する相談もマルチに対応できるようになる可能性が高く、まさに地域の中核的な相談センターとなりうると期待している。

D-5. 相談支援専門員と介護支援専門員に対するフォーカス・グループ・インタビュー調査

(1) 高齢障害者の制度移行期に関わる専門職としての倫理的課題への対応

1) 両専門員が獲得すべき倫理的な2つの視点

【専門職としての倫理と価値】では、①人格尊重、②移行期の高齢障害者の生活を支える覚悟、③ケアチームの倫理的課題へ

の介入といった、専門職の倫理的な価値が示された。

宮脇らは、ケアマネジメント実践者には、自らを省みるだけでなく、チームに対する倫理的介入の必要性があると述べており³⁾、特に相談援助の間接援助における倫理的観点からの両専門員の倫理的教育が示唆された。

2) 専門性を発揮する礎としての基本姿勢

介護支援専門員は、【ケアマネジメント実践上の悩み／介護支援専門員】のコアカテゴリーで、利用者が65歳を迎え、障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行に際し『狭い方向へのサービス移行で、利用者につつけられる怒りと、解決できないジレンマで苦しむケアマネ』でありながらも自己の感情を統制し、『利用者丸ごと受け入れ支える覚悟』をもって、[行いたいのは、本人に喪失感を感じさせない関わり]を行おうと努力していた。制度を変えることはそう容易にはできない。如何ともしがたい状況で、利用者の発する感情がどのようなものであっても、葛藤しながらも利用者にまっすぐに向き合うさまは、専門職としての責任や利用者に対する理想の姿勢が映し出されていると考える。

一つの制度の中であっても、連絡調整機能を担う両専門員にとって、専門職としての倫理的な姿勢や立場を貫くことは容易ではない。ここでの特徴は、制度移行、【行政との連携や交渉】、利用者の揺れる不安の中で利用者の【想いを叶える拡大統合ケア】といった制度間の拡大版多職種連携を展開しつつも、専門職としての公正・中立性と、チームの倫理的な価値を貫く倫理性の高さである。【両専門員の連携時の摩擦】に見られるように、自らの立場からのみ連携対象を捉え、相手の専門性への尊重に欠け、その専門職が抱く価値の相違への理解が不十分であれば、双方に誤解が生じ、摩擦となりやすい。多職種は意識せざるとも、異なる制度理念、専門職の職業倫

理綱領、組織理念の礎のうえにたち、日々の仕事をしている。目には見えない無意識的かつ潜在的なレベルでの多職種間に生じる摩擦は、結果として利用者にとって害をもたらす要因となる。両専門員は、多職種連携においてこうした潜在的なリスク要因が隠れていることを知り、日々省察できるよう、倫理的観点にたつ多職種連携の知識と技能の習得が必要である。

3) 倫理的課題を発見する倫理的感受性の醸成

実態としては、要求される倫理的課題への意図的な対応にまだ至らないと考える。なぜなら少なくとも介護支援専門員実務研修に、実践倫理に関する科目が導入されたのは、2016年から⁴⁾、大半の現任の介護支援専門員は、専門的な倫理教育を受けないまま従事している実態があるからである。

倫理的課題への気づきがあつてこそ、それが入口となり³⁾、倫理的課題に向けた対応ができる。経験と共に倫理的感受性は低下する可能性も指摘されており、経験者である両専門員に対する、実践倫理の教育の必要性は不可欠であると考えられる。

4) その人らしさの捉え方

本研究における語りから生成されたサブカテゴリーに、[その人らしさという言葉と、障害・介護の両専門員が抱く概念の差大きさ]があつた。

その人らしさには、2通りの見方があると考えられる。一つは、個別にとらえる、その人らしさで、人の数だけ無限に存在する。もう一つは、本研究の語りから得られた、制度の理念やその対象像の枠組みとしての、その人らしさの捉え方であり、制度が定義する対象像により相違が明瞭になる。

制度による枠組みは、研修等、知見を得る事で学習できる一方で、個人としてのその人らしさを正確に捉えることは容易ではない。また単に利用者との付き合いが長ければ適切に捉えられるとも限らない。専門

員は、利用者の意思表示や意思決定の支援にかかわり、ときに代弁機能も果たす。したがって、専門員の個人的価値に依拠した利用者のその人らしさという、思いこみの像を創り上げることとのないよう十分に留意が必要である。

5) 利用する制度の移行、ライフステージの移行期という構造を理解し、支援を展開するための教育

真の利用者本位は、盤石な倫理の基盤のうえにのみ成し得るものであり、特に本研究は障害者の65歳到達時点での利用制度の移行と、ライフステージの移行と複数の構造が交錯するなかでの支援を対象としている。両専門員は、倫理的ジレンマが普段以上に生じやすい状況下であり、ジレンマを感じる事が特別なことではなく、むしろそのジレンマの分析を行う技法の修得が重要となる。これらを予め認識し、倫理的課題への対応方法を習得することが、制度移行期の相談援助に対応する倫理教育の具体化へつながるものと考えられる。

(2) 高齢障害者のケアマネジメントの方法別の実装に向けた更なる整理の必要性

フォーカス・グループ・インタビューの語りから、特に高齢障害者の年齢が65歳に達する時点で行うケアマネジメントの方法は、次の二つに分類された。

○【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ／引き継ぎ・単独・統合型】

(図1)

○【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】(図2)

現在は、専門員が置かれた状況のなかで潜在的かつ感覚的に実践される方法である。この経験知を集約し、最適の方法論へと昇華し、両専門員の共通の知として共有し、連携していくことが望まれる。以降、タイプ別の説明を行い、考察を加える。

(3) 【高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引き継ぎ・単独・統合型】

このタイプは、65歳時点で障害福祉サービスから、介護保険サービスに移行する場合と、両方のサービスを併用する場合があるが、65歳以降は、どちらも介護支援専門員が担当する。

1) 【高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引き継ぎ・単独・統合型】

①パターン1とパターン2の特徴

パターン1とパターン2があり、その特徴は次のとおりである。

○パターン1は、65歳の一時点における単なる引き継ぎ実施のみをさす。

○パターン2は、相談支援専門員と介護支援専門員が一定期間並走して、必要な支援を行う。必要な支援は次に示す。

②パターン2における相談支援専門員と介護支援専門員の連携の目的(二つ)

i) パターン2の一つめの目的

“丁寧な円滑な引き継ぎ”である。個々での引き継ぎの機能は、a)、b)、c)の3つである。

a) 介護支援専門員は相談支援専門員に、[これまで長い人生を支えてきた立場からケアマネが引き継いでほしい情報は、その人の大事にしているところ、人となり]等の利用者の価値や人となりを伝える。

b) 『領域間連携の場で実感するケアプラン作成の考え方の相違』であり、これらの情報を引き継ぐ。

c) 『利用者自身の行政に対する意思表示を支援する専門員としての役割』といった、その利用者の意思表示の特性を知り、それらを表明し、意思を実現していくことである。

時には、利用者との付き合いの長い相談支援専門員が、付き合いの日の浅い介護支援専門員が汲み取れない利用者の意思を代弁することもできる。利用者にとっては、自分の意思を伝えきれない場合には、代弁され、介護支援専門員にとっては、より短期間で、その利用者のことをよく知ることができるようになる。

一つ目の目的は、このような“丁寧な引継ぎの機能”であると考える。

ii) パターン2の二つの目的

【高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引継ぎ・単独・統合型】は、利用者が65歳に達し、“高齢期という新しいライフサイクルを迎えた利用者の生活を再構築する支援”であって、単に利用する制度が変わることの支援ではない。若年のときとは違い、今後は、徐々に加齢に伴う心身状態に変化を来すようになる。特に障害者の場合には、加齢による変化だけでなく、もともとあった障害特性に、加齢による心身の変化が重なる。そのため、健常者が高齢期を迎える以上に、個別に配慮した生活管理や健康管理を要する。

実際に、相談支援専門員は、ケアプランにリハビリテーションを位置付けることに関する見解として、[障害固定が前提となっているサービス利用であることをケアマネが理解していないと感じる障害側の見方]があるのに対し、介護支援専門員は、[障害固定してリハを受けてこなくても、加齢に伴う筋力低下を防ぐリハや終末期リハの必要性がある考える]という高齢期を支援するプロフェッショナルとしての見解を示した。

③障害特性と加齢による心身の変化に対応するための相談支援専門員と介護支援専門員の協働の必要性

介護支援専門員は、制度や担当変更に伴う高齢期に見られる喪失感に着目し、[行いたいのは、本人に喪失感を感じさせない関わり]を行いたいと考え、そのためには、相談支援専門員が熟知している、[これまで長い人生を支えてきた立場からケアマネが引き継いでほしい情報は、その人の大事にしているところ、人となり]と考えていることがわかった。

高齢期というライフステージに入っていき、利用者の人生のターニングポイントを支える者としての立ち位置をたとえ介護支援専門員が自覚したとしても、これまで支援してきた相談支援専門員のような関係性はすぐにはできないし、障害に関する知識も少ない。ゼロからスタートするのは

なく、伴走者であり続けた相談支援専門員と共に、並走型のケアマネジメントを行うことで、利用者的高齢期のライフステージの構築に向けた新たな生活を「創る」こと、すなわち「つなげる」だけでなく「創る」機能を持つことこそが並走型ケアマネジメントの真の目的であり、そこに価値があると考える。

④障害高齢者には存在しないケアマネジメントの並走機能

健常者から要介護になった障害高齢者には、ケアマネジメント専門職の並走機能はない。障害福祉サービスの計画相談支援を通じ、ケアマネジメント機能が発揮されてきたからこそ、並走型の支援は可能となると考える。

⑤単独型ケアマネジメントに移行した後の、直接援助・間接援助の質への影響

障害に加え、やがて加齢に伴う心身の変化が生じる。それに備えた、人生の再設計の必要性を見据えた並走型の支援は、後に介護支援専門員が単独で担当する際の支援の方向性に影響するものと予測される。

【高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引継ぎ・単独・統合型】は、単なる制度移行やサービス移行のための引継ぎではなく、新しいライフサイクルを支援するという概念を備えてい

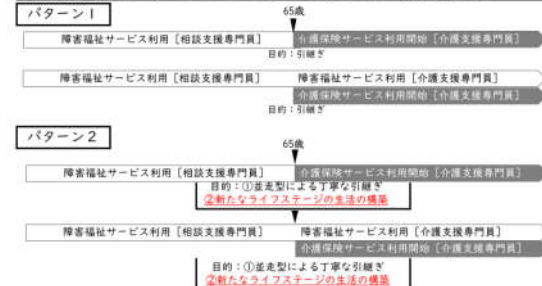
【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】



図2. 高齢障害者のケアマネジメントタイプ/障害・介護並走型の図

る。生活の再構築をも目指した並走型の協働ケ

【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/引き継ぎ・単独・統合型】



アマネジメントでは、利用者だけでなく、両専門員や多職種の技能向上とネットワーキングに効果を

奏するとの仮説がたてられるだろう。利用者のために供給システムの活動や業務を変えようとする事は、ケアマネジメントの“介入”の実践機能のうち、“間接介入”に該当する⁷⁾高度な技能を要する実践であると考ええる。

図1. 高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引継ぎ・単独・統合型における、パターン1及びパターン2の図

2) 【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】の支援

①【高齢障害者のケアマネジメントタイプ/障害・介護並走型】の定義と特徴

【高齢障害者のケアマネジメントタイプ/障害・介護並走型】では、障害者の年齢が65歳に達した後、障害福祉サービスを継続しつつ、介護保険サービスの利用も開始する場合であって、障害福祉サービスに相談支援専門員が、介護保険サービスには、介護支援専門員が、それぞれの専門的な領域においてサービス調整を行う。65歳の障害サービスから介護保険サービスの時点で、相談支援専門員は、介護支援専門員に対し、これまでの利用者や利用者をめぐる状況について情報を提供する。介護支援専門員は、独自に行うアセスメントの結果も併せて判断し、利用者とその家族にとって最適の介護保険サービスの組みあわせを検討する。いわば、それぞれの専門性を持ちながらも協働するタイプの、両専門員の並走型のケアマネジメントである(図2)。

この特徴は、一時点だけでなく、以降も継続され、両専門員が協働して高齢障害者の高齢期のライフサイクルを、いわば最期まで支えることができることが最大の特徴である。

②継続的・安定的な実施のための報酬上の評価の考え方に関する検討の必要性

このタイプでは制度上の整備が行われる必要がある。それは報酬上の評価である。介護保険制度で行う介護支援専門員のモニタリングは、毎月を基本とするが、相談支援専門員は、ケースにより異なる。仮に相談支援専門員は毎月のモ

ニタリングの必要性を捉えているなかで、介護支援専門員の担当が存在することのみをもって、もし自治体が計画相談支援のモニタリング実施頻度を低く評価するなら、それは決してあってはならないことであると考ええる。

そのような自治体の判断は、[行政から指示を受けたモニタリング間隔の延伸がもたらした相談員同士の連絡と連携の希薄化]へと繋がる恐れがある。形式的には並走型であっても、機能的には並走型を継続することは難しい。なぜなら多くの場合、相談支援専門員は、『経営と理念の狭間のジレンマ』に陥り、一相談支援専門員の意志では、活動できない状況が想定されるからである。正論では、専門職としてあるべき活動をすべきだと考えがちだが、実態論は異なる。経営と支援の安定性・継続性には、並走型如何にかかわらず、相談支援専門員の専門性の関与の頻度に応じた適切なモニタリング頻度の支給決定が不可欠であると考ええる。

③並走型ケアマネジメントの実行性・効果性を高めるための考えの整理とツールの開発の必要性

並走型にみる高度な連携技術を要する実践を全国の多くの両専門員が即時、実行し、効果を発揮するには、それらの考え方と技能を整理し、即時性を発揮するための実践用のツールの開発が必要である。加えて研修の機会の確保も必要である。

④行政職員の理解を深めるための研修の必要性

相談支援専門員と介護支援専門員の役割は、ケアマネジメント機能のうち、計画作成の機能のみが焦点化されがちである。本来的に、ケアマネジメントには、そのプロセス全体を通じた課題課題解決機能がある。

また、直接利用者の身体に手を触れるものではない相談援助の介入技法として、直接援助・間接援助がある。本研究の対象にみるように、より複雑な課題を抱えながら高齢化により、これまでよりも多くの者が、多くのライフステージを経験することが一般化している今日、特に高齢障害者や、障害者高齢者

に対する、介入（Intervention）の必要性及び有効性を、これらの制度に関わる国や地方自治体の職員に対する理解してもらうことは不可欠である考える。

3) 【拡大統合ケア】と【両専門員が協働してつくる、新しいケアマネジメントの展開】について

①統合ケアと拡大統合ケア

統合ケアについて繁田は、「integrated care（統合ケア）」とは、異なる職種や組織の連携・協調によって、ケアの分断を減らし、ケアが一体的・連続的に提供されることを目指したサービス提供モデルである⁵⁾としている。

本研究においては、更にその概念を推し進めたものとして、拡大統合ケアという言葉を示した。職種・領域・組織や機関・複数の制度を超え、マネジメントする専門職の数も膨大でること、また、支援の対象者が複数である場合等とした。

②拡大統合ケアの概念と専門性の整理、教育の必要性

障害者には、難病の者も含まれる。障害福祉サービス、介護保険サービスの利用を基本としつつ、難病法、雇用促進に関するサービス、医療保険、年金等、生活を維持するために必要となる制度の幅は極めて多様であり⁶⁾、これこそがケアマネジメントの総体といえると考え。それだけに、相談支援専門員と介護支援専門員の両専門員には、これらの拡大統合ケアを実行するために、必要な教育の機会が確保されなければならないと考える。

③両専門員の協働と新たなケアマネジメントの展開への展望

【両専門員が協働してつくる、新しいケアマネジメント】において、[肌で感じる制度をまたいだ8050問題の増加]や[長い暮らしの中で起きる親子障害のケースの施設入所の判断]は、一つの世帯に複数の支援者が存在すること、そのため活用する制度はより広範であること等が予想される。相談支援専門員

と介護支援専門員が、利用者のケアマネジメントを通じ、個別のケースの課題解決の取組みにとどまらず、県の職能団体同士が協働し、研修企画・実施を実現したように、組織間連携で課題解決を図るなら、それはまさに介入における間接援助とみなすことができる。このような相談支援専門員と介護支援専門員の連携が織りなす、【新たなケアマネジメントの展開】取組の蓄積は今後、両専門員の教育の充実や実践の質の向上等に繋がるものと予想する。

E. 結論

E-1. 現行のカリキュラム分析（専門コース別研修）

今回、権利擁護系の各研修との内容の比較及び「地域移行・定着、触法」研修の内容を検証し、いくつかのポイントを見出すことができた。

以下にポイントを示す。

- ・専門コース別研修「権利擁護、成年後見制度」、「虐待防止・権利擁護指導者養成研修」、「意思決定支援研修」では同じ法制度の研修を実施しているため、この部分を共通化して3つの研修に対応する法制度をまず受講することが求められる。次に、3つの研修の基礎的な部分を講義と演習で実施し、意思決定・成年後見制度研修と、虐待防止コース別研修に分かれるという整理が必要であると考えられる。この内容が権利擁護系研修の体系化に繋がると考えられる。
- ・意思決定支援研修で指摘された研修の標準化を目指すためにテキストが必要であると考えられる（各県で微妙に研修内容に相違が見られるところもあるので）。
- ・専門コース別研修「地域移行・定着、触法」は、できるだけ間口の広い研修とし、基礎的な知識や問題意識の気づきを得るための研修とする。
- ・深める研修としては、知的障害は、国立のぞみの園が実施する研修、精神障害は地域生活定着支援センターが実施する研修も活用する。

・事例研修は、地域ごとの事情も異なるため、市町村単位で行う事例検討会などで取り扱えないかと考える。

・精神障害者については、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築体制整備事業」の活用も考えられる。

・その他、職能団体等が独自に行っている支援者としての入り口研修（面接技術など）もあるが、こういったソーシャルワークの基礎的部分も研修体系の一つとして非常に重要な要素と考えられる。

・専門コース別研修として事業別のコースも重要であり、グループホーム、自立訓練、生活介護など、それぞれのサービスの根本の理念を学ぶ必要がある。

・あらゆるところで研修が行われており、研修の全体像の整理を各都道府県で行う必要があると感じている。

・さらに、災害対策基本法に基づく避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針には、市町村又はコーディネーター（民生委員等）が中心となって、避難行動要支援者と打合せ、具体的な避難方法等についての個別計画を策定することとなっており、障害特性について理解している相談支援専門員等が民生委員等と連携・協力し個別計画を作成していくことも求められる。このような観点から「災害時ケアプランコーディネーター養成研修」も国において検討されている。

以上、現行カリキュラムや検討中のカリキュラム案等から、専門コース別研修に関するポイントを整理することができた。

E-2. 文献調査（高齢・障害）

今回、障害・高齢の移行事例を先進的に取扱い、個人や組織で対応してきた複数の文献を精査すると、いくつかの共通したポイントを見出すことができた。

以下にポイントを示す。

・お互いの制度や理念、具体的なサービス等の違いや共通点を、まずは知ることが重要。

・制度の違いから生じるお互いの誤解に発展させないために、「顔の見える関係作り」「信頼関係作り」が重要。

・本人を中心に据えたケアマネジメント、本来のソーシャルワークが重要。

・エンパワメント、ストレングス視点、QOLの維持、本人の思いを引き継ぐ等のキーワードを念頭に置いた支援が重要。

・ダブルケアマネ体制で数か月間かけて引き継ぐといった丁寧な移行プロセスが必要なケースもある。

・介護保険への移行マニュアルや様式・ツールの必要性。

・市町村行政（障害・高齢・生活保護・地域福祉）、基幹相談支援センター（委託相談）、地域包括支援センター、相談支援専門員、介護支援専門員、障害・高齢のサービス提供事業者等の関係者が意見をすり合わせる場として自立支援協議会の活用も有効。

・本人を中心に、障害・高齢の関係者が一堂に会した担当者会議が重要。

・研修は市町村、都道府県単位の他、圏域や地域包括支援センター地区ごと、専門職団体が実施するなど、多層的に行うことが効果的。

・研修は座学だけでなく事例検討などを通じたグループワークが効果的。

・事例検討は、地域ごとに社会資源が異なるため地域ごとに行う必要性がある。

・地域で本人をどう支援するか、地域包括ケアシステムの観点も必要。

・障害・高齢に垣根のないインフォーマルサービスをニーズに応じて形成していくことが必要。

以上、先進事例から、障害・高齢の介護保険移行に関するポイントを整理することができた。

E-3. I市の相談支援専門員及び介護支援専門員へのアンケート調査

今回、I市の相談支援専門員と介護支援専門員に対して、アンケート調査を行い、障害・高齢者のケースについて、困りごとの有無や、連携の課題、市役所の連携状況、解決方策、研修を行う場合のキーワード等をお聞きし、以下のことが整理された。

【グッドプラクティス（優れた取組）事例の紹介】

実践例を積み上げる中で、例えば、引き継ぎをどのようなタイミングでどのように行っていくのかといった方法論についても、複数のパターンでグッドプラクティスを示していけるような取り組みが望まれている。

【介護と障害の両制度の理解促進】

介護と障害の両制度は、似たような制度であるだけに 違いが分かりづらい。

認定の際の視点や、支給決定の際の判断基準、訪問時間の上限設定の考え方、サービスの具体的な範囲・内容、外出同行の認められる範囲等の違い等を整理し、それぞれの視点をわかりやすく伝える必要がある。

相談支援専門員、介護支援専門員の一部で、お互いの不信感についても言及があったが、実際、お互いの制度に関する知識が不足しており、そこは真摯に認め必要最小限の知識は学ぶべきである。

【高齢・障害者を支える縦横連携の3層構造】

連携の課題として、しっかりとつなげていく期間を取る必要がある。その際、一定期間、相談支援専門員と介護支援専門員が伴走する「ダブルケアマネ体制」は有効な方法である。

65歳の移行期では年金や生活保護等の多制度も絡んでくる場合があり、より一層複雑となっている。

基幹相談支援センター、地域包括支援センター、行政が現場の相談支援専門員や介護支援専門員を支える必要がある。

そのためには、現場での連携だけでなく、基幹相談支援センター（委託相談）及び地域包括支援センターレベルでのフォロー、行政レベルでの下支えという3層構造（図表24）になっており、それぞれの横・縦の連携が必要となり、その体制の構築が望まれる。

市町村としても、障害児、障害者、高齢者はライフステージが違って一人の人間として支援の継続性が重要であり、生活保護や地域福祉等の部署も含めて、その時々における最善の支援につながるよう、セクショナリズムを

排して連携し、現場を支えていただければと考える。

【解決方策】

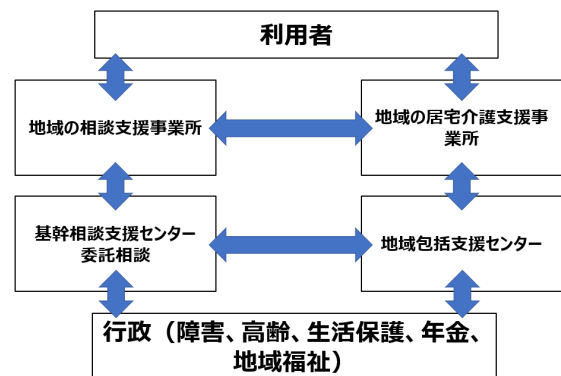
解決方策として、「合同で研修できる機会」、「双方が入ったサービス担当者会議の場」、「引き継ぎの時間を数か月取る」ことが重要。

特に事例を通じた学び（事例演習）が理解を得やすい。

地域を支えるための対応方策を検討していく必要を感じていることがわかる。相談支援専門員、介護支援専門員だけでなく、サービス提供事業者側の高齢・障害対応に関する努力も望まれている。

高齢・障害者を支えるためには、地域全体の支援の質の底上げが重要となることから、入口研修としての都道府県レベルの研修はあってもよいが、事例演習等については、市町村レベル、地域包括支援センター管轄地域レベルでの研修が必要と考えられる。また、研修を実施するにあたっては、上記で整理した内容を念頭においたプログラム作りが望まれる。

分担研究3 図表24 高齢・障害者を支える縦横連携の3層構造（再掲）



適切な高齢障害者の相談支援、居宅介護支援、サービス提供を実施するためには、特に図表24に示した3層構造が重要であると考えられる。図表では示されていないが、場合によっては、例えば、相談支援専門員が地域包括支援センターと連携したり、介護支援専門員が基幹相談支援センターと連携したりする場面があってもよい。い

ずれにしても、困難事例を支えるためには、地域の顔の見える関係作りが重要となる。行政にはセクショナリズムにとらわれることなく、対象者を一市民としてとらえ、関係部署が連携を取りつつ現場を下支えしていく体制が望まれる。

E-4. 高齢・障害連携の取組みについてのインタビュー調査

今回、複数の先進的な取組みを行っている地域のキーパーソンにインタビューし、障害・高齢の合同研修を行う際の重要な視点を以下のとおり整理することができた。

(1) 障害・高齢分野の相互理解の重要性

両者の「文化の違い」があり、それぞれが何を大事にして相談を行っているかを両者が知ること目標にした丁寧な講義が必要である。

(2) 事例を通じた合同演習（事例演習・グループワーク）の重要性

双方の「不安」を自己開示し、ディスカッションしていくことを通じて顔の見える関係を作りつつ、事例演習を通じて、双方の視点や役割、制度や理念や文化の違いについても、お互いを尊重しながら理解を深めていく機会を持つことが有効であると考えられる。

(3) チーム支援の重要性

障害高齢者や、複合した課題を有する世帯に対する支援については、それぞれの専門領域のみでは対応できない場合があり、各専門領域の相談員がチームとして機能していく必要がある。その際に、中心となる考え方としては、障害高齢者となった本人の「暮らしの継続」であり、本人を中心に置いて、どのような支援があればその人らしい暮らしが継続できるのかを皆で考えていくことが強固なチームを形成していくと考えられる。

そのためには、ケアマネと相談支援だけでなく、行政（高齢部局・障害部局）、サービス担当事業者、本人、家族等が、チームのメンバーとして、方向性を共有していく必要がある。

(4) 支給決定の重要性

ケアマネ・相談支援が、合同研修等により、

相互理解し、本人中心に65歳の移行期に臨んだ場合に、ダブルケアマネ体制や、65歳を超えても障害福祉制度からのサービス提供など、柔軟に支給決定が行われなければ、絵に描いた餅になってしまう。

合同研修において、行政の理解ということが、この両者の連携に当たって重要な要素となることも、強調されるべきである。

(5) 合同研修の内容について

基本的には市町村レベルや、地域包括支援センターの担当地区レベルで行っていくべきであり、都道府県における研修では、その講師陣を養成する目的で行っていくべきと考える。

内容については、講義と事例演習を柱に、1日研修から始めていくべきと考える。

(6) ワンストップ総合相談について

障害・高齢・生活困窮の3総合相談を包括支援センターで実施予定の市もあり、この取り組みは、多問題家族の中で、生活困窮に関する相談もマルチに対応できるようになる可能性が高く、まさに地域の中核的な相談センターとなりうると期待できる。

E-5. 相談支援専門員と介護支援専門員に対するフォーカス・グループ・インタビュー調査

相談支援専門員と介護支援専門員7名に対するフォーカス・グループ・インタビューの結果及び考察から、以下の示唆を得た。

1. 障害者の年齢が65歳に達する際の相談支援専門員と介護支援専門員の連携の目的について

次の二つの目的があることの示唆を得た。

○引継ぎ

円滑な制度移行とサービス利用の調整を目的とした引継ぎ。

○ライフサイクルの転換期における、中長期的視点にたった、新たな生活設計に関する、過去のケアマネジメントと、未来に向けたケアマネジメントの協働支援。

2. 相談支援専門員と介護支援専門員の連携の目的、ライフサイクルの転換期における協働から得られる副産物について

ライフサイクルの転換期における、中長期的視点にたった支援を両専門員が協働で行う場合、本研究で浮彫になった相談支援専門員と介護支援専門員の連携の実績から、利用者、そこにかかわる多職種チーム、更には個別のケースを超えて地域の多職種ネットワークの展開にもメリットがあるとの仮説がたてられる。

3. 教育

教育は、結論の1. に示した2つの目的をもとに、相談支援専門員と介護支援専門員に期待される機能を果たすために、フォーカス・グループ・インタビューの語りと、カテゴリー化のプロセスにおいて、下記の必要性があると考えられた。併せて最初に学ぶべきことなど優先順位は、コアカテゴリー・カテゴリー・サブカテゴリーにおいて示された。

(1) 科目と内容

1) 制度間連携を担う相談支援専門員・介護支援専門員の倫理、及び意思決定の支援

- ・利用者的人格尊重
- ・移行期の利用者を支える専門職としての姿勢
- ・専門職としての倫理：自己の省察と、多職種連携における倫理的課題への介入
- ・意思表示・意思決定及び実行の支援
- ・利用者の主体的判断の重要性とケアマネジメントにおける直接援助の介入レベル
- ・利用者の権利擁護と代弁機能
- ・成年後見制度
- ・各対象の虐待防止法

(2) 制度と対象像の理解

- ・社会福祉法の理念
- ・障害領域については、障害者総合支援法や児童福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者福祉法、難病法等の関連法の理念・目的、対象像の特徴の理解、自立の概念の相違

・支給決定の考え方、要介護認定の基本的考え方と判定基準

※科目において、ここまでは、最初に学ぶべきことである。

・計画作成に必要な基準、告示、通知の主な内容

・具体的な支援に有効な知識として、医療介護連携に関する施策、就労支援、仕事と介護の両立や、治療と仕事の両立、休業補償等の雇用保険の施策、年金、生活保護法に関する基本的な知識等

(3) かかわる多職種の役割と主な業務範囲、所属先や、行政の窓口、具体的な連携の方法や留意点、連携時に使用するツール例

(4) 対象者のライフサイクルの理解

- ・ライフサイクルとそこで一般に生じやすい課題、適用となる法令や施策の理解
- ・家族のライフサイクル
- ・ライフサイクルの移行に伴う、心理的なサポートの方法

(5) リハビリテーションの理解

- ・基本的考え方
- ・適用 ※死に至るまで
- ・リハビリテーション専門職との連携
- ・医師の指示
- ・リハビリテーションのサービスを利用可能とする制度と留意点
- ・ケアプラン作成方法

(6) 制度の適切な利用に向けた利用者への情報提供に関する両専門員の責務と連携

利用料実質無料であることから、安易に導入していた家事援助や、制度移行に難渋を示す利用者への対応如何が、介護保険制度の移行や、そればかりでなく、移行した後の、利用者の制度への不満や介護支援専門員に対する怒りに繋がっていた。

制度の適切な利用は、いずれの制度においても共通するものであり、あらためてこれについて周知、実行を求める必要性が示唆された。

- ・利用者への情報提供の責務
- ・利用者の適切なサービス利用に関する支援
- ・適切なサービス利用に関する両専門員の

連携

・専門職の倫理との関連

(補足講義:例)

・制度による、利用者のサービス利用に対する利用者の意識の相違、利用に関するスタンスの相違、利用者によるコントロールの相違

※(例)[介護ヘルパーは手順書に添って提供し、障害ヘルパーは本人の指示で動くというヘルパー利用の基本的考え方の違いが、介護への移行を妨げる一要因]

(7) 高齢障害者に対するケアマネジメントのタイプ別の方法での視点や技能の習得

・引継ぎ時における、相談支援専門員の役割及び、介護支援専門員の役割

・引継ぎの時期・期間、引継ぐべき事項

・利用者心身状態・環境、制度移行に関する受けとめの状況に関するアセスメントの結果から、定期間の並走型マネジメントを行うの必要性の判断と、これに関連する支給決定等に関する自治体への手続きの具体に関する事項等

・自治体(部署別)との連携、届け出が必要な事項等

(8) ケアマネジメントの介入に関する知識と技能

・利用者、利用者の社会的ネットワーク、対人サービス供給者の行動等、各レベルへの意図的な介入

・直接援助と間接援助、及びその代表的な介入例

3. 高齢障害者の制度移行期を効果的に支援する方法と技能の平準化とより効果的な実施方法に関する更なる研究の必要性について

高度な連携技術を要する実践を平準化し、効果的に、実行の即時性を発揮するためには、高齢障害者に対するケアマネジメントのタイプ別の支援に関する、より効果的な支援のあり方に関する整理や実践に展開可能な場合別、時間軸別のツールの作成等の必要性が示唆され、今後の研究の継続の必要性がある。

(例) ケアマネジメントのタイプ別効果の検証

○引継ぎのみ、介護支援専門員による単独ケアマネジメント

○65歳時点での一定期間の相談支援専門員

と介護支援専門員の並走型ケアマネジメント

○65歳以降、相談支援専門員と介護支援専門員の並走型ケアマネジメント

3. 拡大・統合と今後の新たなケアマネジメントについて

相談支援専門員と介護支援専門員の連携は、利用者のケアマネジメントを通じ、個別のケースで生じる課題や、県の職能団体同士が協働し、研修企画・実施を実現したように、両者の組織を通じて両専門員にまつわる課題を解決することは、まさに介入における間接援助と関連し、相談支援専門員と介護支援専門員の連携が織りなす、【新たなケアマネジメントの展開】であり、両専門員への教育の充実と、実践の広まりが、その展開をより一層力強いものにしていくもの予想する。

E-6. 相談支援専門員・介護支援専門員合同研修プログラム(案)の試作

以上の知見から、総合的に検討し、「相談支援専門員・介護支援専門員合同研修プログラム(案)」を試作した。合計時間は10.5時間となっており、演習があるため、実際にはもっと時間はかかることが想定され、集中的に行えば、実質2日間研修となる。

連携を図っていくうえで、社会資源は地域で異なるため、都道府県において、本プログラムを用いて指導者養成を行い、市町村の基幹相談支援センターや地域包括支援センターが中心となって地域で研修を実施していく方法が望ましいと考えている。「顔の見える関係」を作っていくうえでも、まずは、研修で顔を合わせることは有効である。

現在、アフターコロナの世界に入りつつあるが、福祉関係の研修も昔ながらの研修室で対面受講という方法から、リモートでの受講へと転換を図る良い機会であると思う。遠隔受講やテレビ会議システムを用いた遠隔でのグループワーク等も今後活用が図られるべきであり、多忙な職員が研修受講しやすい環境も作っていくべきだと考える。

参考文献

各分担研究巻末に記載

F. 健康危険情報

本研究における健康危険情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

<資料>

(分担研究3) ケアマネ・相談支援アンケート調査票

和洋女子大学 家政学部 家政福祉学科 准教授 高木憲司

近年、障害者の高齢化により、介護保険サービスを利用する障害者も増加しているなか、日々、ケアマネジャーさん、相談支援専門員さん方がご苦労されていることと存じます。現在、厚生労働科学研究により、ケアマネ・相談支援の合同研修を行う場合にどのようなプログラム内容が良いか研究中です。皆様のご意見をお聞かせいただければと存じます。

まず、あなたの属性を教えてください。(次の項目に○印をつけてください。複数選択可能)

介護支援専門員 ・ 地域包括支援センター職員 ・ 福祉サービス関係者
相談支援専門員 ・ 基幹相談支援センター職員 ・ 行政 ・ 当事者
その他()

Q1 ケアマネと相談支援の連携で感じる困難性について(□にチェックしてください。複数選択可能)

① 65歳時の移行ケースで困ることはありましたか

- ご本人の理解が得られにくかった ご家族の理解が得られにくかった
介護保険と障害福祉の制度の違いに戸惑った
ケアマネと相談支援それぞれの考え方の違いに戸惑った
・その他(以下に具体的にご記入ください)

② 第2号被保険者(介護保険サービス利用者)のケースで困ることはありましたか

- ご本人の理解が得られにくかった ご家族の理解が得られにくかった
介護保険と障害福祉の制度の違いに戸惑った
ケアマネと相談支援それぞれの考え方の違いに戸惑った
その他(以下に具体的にご記入ください)

③ 介護と障害の両制度でわからないこと(双方の制度の理念の違いなど)はありますか

- ある ない わからない

「ある」と回答した方は、以下に具体的にご記入ください。

④ 連携についての課題があればお教えてください

- 連携先がわからない 引継ぎに時間がかかる うまく引き継げない
行政が理解してくれない その他(以下に具体的にご記入ください)

⑤ うまくいった事例、うまくいかなかった事例などがあればお教えてください

⑥ 市役所の高齢と障害部門の連携について感じる場所があればお教えてください

- 両部門の連携はうまくいっている 両部門の連携はうまくいっていない
その他(以下に具体的にご記入ください)

Q2 どのようなことが困難性の解消につながるとお考えですか。(複数選択可能)

- 合同で研修できる機会 双方が入ったサービス担当者会議の場
引継ぎの期間を数か月単位でとる(ダブルケアマネの期間を設ける)
その他(以下に具体的にご記入ください)

Q3 ケアマネ・相談支援の合同研修を行うとした場合、重要と思うキーワードは何だとお考えですか。

(例) 事例演習、制度の違い、理念の違い、若年者と高齢者の違い、連携、チーム・・・等

Q4 その他ご意見があればお書きください。

アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました。

相談支援専門員・介護支援専門員合同研修プログラム（案）

科目	獲得目標	内容	時間数
1. 倫理、制度の違い、関係機関との連携を理解する（講義）			
相談支援専門員・介護支援専門員の倫理	制度間連携を担う、相談支援専門員・介護支援専門員の倫理を理解する 本人の意思決定を支援する存在であることを理解する	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人格尊重 ・エンパワメント ・ストレングス ・自己決定 ・ライフサイクル ・移行期の利用者を支える専門職としての姿勢 ・専門職としての倫理：自己の省察と、多職種連携における倫理的課題への介入 ・意思表示・意思決定及び実行の支援 	1.5
制度と対象像の理解	障害、高齢それぞれの制度の、理念、目的、対象者像を理解する 相談支援専門員と介護支援専門員の並走・伴走型支援が可能であることを理解する 自立の概念の相違、認定システムの相違等を理解する。	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法の理念 ・障害領域（障害者総合支援法、児童福祉法等の理念・目的、対象像の特徴の理解） ・介護保険領域（介護保険法等の理念・目的、対象像の特徴の理解） ・相談支援専門員と介護支援専門員のダブルケアマネによる並走・伴走型支援 ・自立の概念の相違 ・支給決定の考え方、要介護認定・支援区分認定の基本的考え方と判定基準の相違 	1.5
多職種連携の理解	高齢障害者がかかわる様々な機関について理解し、連携の方法や留意点を理解する	<ul style="list-style-type: none"> ・行政 ・障害福祉サービス ・介護保険サービス ・生活保護（みなし2号） ・生活困窮者自立支援制度 ・保健所 ・医療機関 ・発達障害者支援センター ・難病相談支援センター 	1
2. 高齢障害者のケアマネジメントと相談支援の連携（演習）			
情報連携（引継ぎ）	相談支援からケアマネに、どんな情報を引継げばよいか理解する	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を用いて、どんな情報を引継げばよいか、グループワークを通して検討する ・相互理解を深め、相手の立場になって考えることで気づきを得る ・グループごとに検討した内容を発表し全体で共有する ・全体の共有の後に各グループで再度振り返りをする 	1.5

障害者が65歳を迎えたケースの事例演習	障害者の高齢期の支援を相談支援専門員と介護支援専門員がどのように連携しながら支援していくかを理解する	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を用いて、65歳前後の具体的な連携について、グループワークを通して検討する ・グループごとに検討した内容を発表し全体で共有する ・全体の共有の後に各グループで再度振り返りをする 	2
介護保険第2号被保険者の事例演習	稼働年齢にある介護保険利用者（障害者）の支援を相談支援専門員と介護支援専門員がどのように連携しながら支援していくかを理解する	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を用いて、40～64歳の障害者（脳血管障害、ALS等）の具体的な連携について、グループワークを通して検討する ・グループごとに検討した内容を発表し全体で共有する ・全体の共有の後に各グループで再度振り返りをする 	2
総括	研修のポイントの再確認	<ul style="list-style-type: none"> ・自己の事例を振り返る ・グループ内で自己の振り返りを共有 	1
		合計	10.5