

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
分担研究報告書

相談支援専門員の高齢化対応を含めた連携促進のための研究（1）
（分担研究報告書2）

研究分担者 高木 憲司（和洋女子大学 准教授）

研究要旨：

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が、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もあるため、それらを確認することで多くの示唆が得られると考える。

複数の文献を調査した結果、共通するポイントとして、「双方の制度や理念、具体的なサービス等の違いや共通点を、まずは知る」「顔の見える関係作り」「信頼関係作り」「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」「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」「ダブルケアマネ体制で数か月間かけて引き継ぐ移行プロセス」「介護保険への移行マニュアルや様式・ツール」「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」等が導かれた。

A. 研究目的

障害者が65歳を超える事例が多くなってきており、高齢障害者に対応できる相談支援専門員、障害者支援の理念等を理解する介護支援専門員の養成が求められている。また、介護保険第2号被保険者（40歳～64歳）では、介護保険が優先的に適用されるものの、訓練系や就労系のサービスについては障害福祉サービスの利用も可能であり、介護保険制度と障害福祉制度を複合的に組み合わせて利用するケースもあるため、相談支援専門員及び介護支援専門員は両制度

を熟知したうえで緊密な連携を図っていく必要がある。

これらの課題に対応するため、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もある。それらを確認することで、共通するポイントはどのようなことであるのかを明らかにすることを目的とする。

B 研究の方法

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。

C. 研究結果

C-1 「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）

平成29年度に実施されたこの研究事業では、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

- ・自身に、相手の制度理解、サービス内容に関する知識が不足している
- ・相手に、自身の制度理解、サービス内容に関する知識が不足している

○介護保険移行の業務プロセスが標準化されていない

- ・事業所として情報提供の方法が決まっていない
- ・介護保険移行に関するマニュアルや様式・ツールがない

○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

・介護保険移行は障害・高齢の制度をまたぐ課題で、障害・高齢の個別の支援者だけでは対応しきれない。このため、行政の障害所管課、高齢所管課が、障害・高齢の支援者の専門性を尊重しながら、制度の運用主体として移行を推進することが重要である

○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

・計画相談支援の全数展開により、介護保険移行前の相談窓口は相談支援専門員に集約されている。一方、移行後については、要介護となった場合の相談窓口となりうる介護支援専門員の人数が多く、また、要支援・非該当で介護支援専門員が対応できない場合もある。このため、高齢側の相談窓口は、個別の介護支援専門員ではなく地域包括支援センターに一元化することで、移行の流れが円滑になり、支援の取りこぼしを防ぐことができる。

○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

・市町村行政、障害の支援者、高齢の支援者が、協働して介護保険移行を進め、一堂に会して研修を実施することで、相互の役割を理解し地域包括ケアを推進することができる。

・市町村行政にとって、現場の声を踏まえて柔軟な行政判断を実施することは、重要な役割である。介護保険移行は、この役割を実際の業務を通じて実感するのに極めて有効な取り組みである。

○移行のあり方について検討する場の設定

・障害・高齢の個別の支援者からみると、介護保険移行ケースの件数はわずかであり、業務多忙なこともあって、移行の仕組みづくりに向けたアクションを起こしにくい。今後の移行ケースの増加予測等を踏まえると、市町村行政が主導して、一般的なケースをもとに移行の仕組みをつくることが重要である。

・こうした仕組みづくりを検討する場として、（自立支援）協議会等の活用が期待される。

・移行の仕組みづくりについて検討する場が用意されれば、移行困難ケースについても、市町村行政、障害の支援者、高齢の支援者の多様な視点で検討し、中立・公平に併給の必要性について判断することも可能となる。

○人材育成における都道府県、専門職団体の役割

・市町村行政の担当職員数には限りがあり、定期的な人事異動があること、障害・高齢のサービス提供基盤は単一市町村を越えて整備される場合も多いことを踏まえ、介護保険移行に関する教育・人材育成においては、単一市町村での取り組みだけでなく、都道府県や専門職団体による広域の取り組みも積極的に行われることが期待される。

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き、支える体制への考慮

相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方を検討する場合、両者を取り巻き体制を考慮する必要がある。たとえば、相談支援は、相談支援専門員や介護支援専門員の個別の活動だけで完結するものではない。障害分野であれば、相談支援専門員を支える相談支援事業所や地域の相談支援体制（基幹相談支援センターや（自立支援）協議会を含む）、都道府県・市町村行政が大きく関係する。介護保険分野であれば、介護支援専門員を支える、居宅介護支援事業所やサービス担当者会議、さらには地域包括ケアシステムなどである。

地域で相談支援体制を構築・充実していくためには、障害福祉計画や介護保険事業計画における位置づけや（自立支援）協議会の活用が有効な手段となる。相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方についても、（自立支援）協議会等において協議することが重要である。その際には、現場を牽引する基幹相談支援センターと地域包括支援センターの連携についても検討することが有効であろう。

現在、高齢障害者が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される

地域包括ケアシステムの構築が目指されている。今後はこうした包括的な支援の考え方を全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度とも連携して、新しい地域包括支援体制の確立を目指すことになる。相談支援専門員と介護支援専門員との連携についても、こうした障害福祉や介護保険を支える体制を考慮しながら推進することが必要である。特に、市町村行政はこうした包括的な相談支援を実現するための体制を自ら構築していくことが重要であり、その体制の中に、相談支援専門員と介護支援専門員との連携を適切に組み込んでいくことが求められる。

(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

相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方を検討する場合、障害分野と介護保険分野のサービスや利用手続き等の差異性の強調がなされるが、むしろ類似性をみる方が生産的である。相談支援専門員と介護支援専門員の共通点は、多くの専門職や関係者が協力して地域のサービスを利用者の生活状況やニーズにあわせて調整し、柔軟に提供するというケアマネジメントの実践にある。

介護保険におけるケアマネジメントは、利用者の個別の生活ニーズに応じてサービスをパッケージで提供することを目指してきたが、実際はコストコントロール、すなわちサービスにかかる費用を予算額内におさめる 技術的なものになってきたという指摘がある。利用者のニーズに応じてサービスを当てはめていくという、ケアマネジメントが本来目指すことが見過ごされ、介護保険のサービスにいかに関心を当てはめるかに関心が集中してきた。その結果、ケアマネジメントを使っていかに関心者の生活の質を向上させていくか、そのために支援をどのように組み立てていくかを考えること、特に地域におけるサービスが不十分な状況でサービス事業者間の連携や調整がほとんど行われていないことが指摘されている。

障害分野におけるケアマネジメントにも同じような状況があると考えられる。障害分野のケアマネジメントは、障害者の地域生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、さまざまな地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけ調整を図るとともに、

総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発をも推進する援助方法であるとされていた。しかし、平成 25 年度から障害福祉サービスを利用するすべての障害児者にサービス等利用計画（児童については障害者支援利用計画）を作成することになった頃から、その者が現在利用している既存のサービスを計画に落とし込むことに終始し、サービス担当者会議を利用して地域の関係機関と連携し地域生活を可能にすることや、病院や入所施設から地域生活への移行を目指してケアマネジメントを展開している事例はあまり多くないものと推測される。

こうした状況を踏まえると、相談支援専門員も介護支援専門員も、ケアマネジメントの質が大きな課題となっているという点は共通している。その中で、相談支援専門員と介護支援専門員との連携を推進することは、利用者へのニーズアセスメントに基づいてフォーマル・インフォーマルなサービスを組み合わせ、地域での生活支援という実現するというケアマネジメントの原点に立ち返る好機と捉えることができる。今後は、相談支援専門員と介護支援専門員が協力することで、本来のケアマネジメントが実現されることを期待したい。

(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

今後の地域包括ケアシステムは、障害者や高齢者が要介護状態等になっても出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続ができるよう包括的な支援体制を推進するもので、多職種協働による介護サービスの提供、医療や保健、福祉の連携の推進、地域の支え合いやインフォーマルサービスの充実などを包括的に進めていくこととなる。

その際には、相談支援専門員や介護支援専門員による質の高いケアマネジメントが利用者提供されることが求められる。また、関係者も含めたサービス担当者会議や地域ケア会議を通じて、多職種協働でケアマネジメント支援・地域資源の開発・地域づくり・政策形成を進めていくことも重要である。

そのためには、相談支援専門員や介護支援専門員の資質向上及びケアマネジメントの質の向上を図る必要があるとともに、研修や人材育成のあり方が問われる。また、今後は、相談支援専門員や介護支援専門員の養成制度についても検討する必要があるかもしれない。たとえば、両者共通のプラ

ットフォームを基礎として、その上に各分野に対応したカリキュラムを設定することが想定される。

(4) 総括

高齢障害者の尊厳の保持を旨とした自立支援を基本とするケアマネジメントを再構築するためには、相談支援専門員と介護支援専門員が連携しあいながら、一人ひとりの利用者に対して本人を中心とした継続的な支援をしていくことが求められる。このことは、わが国の相談支援専門員、介護支援専門員それぞれの支援の質を高める絶好の機会になることから、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促進・充実に期待する。

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。

こうした65歳に到達した障害者に介護保険移行に関する特別な支援を実施した割合は、相談支援78.8%、居宅介護支援64.9%であった（図表11，図表12（割愛））

(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。

報告書P24では、事業所が行った介護保険移行に関する支援の内容について、以下のようにまとめられている。

(1) 65歳に到達した利用者の人数(略)

(2) 事業所が行った介護保険移行に関する支援の内容

事業所が行った65歳に到達する前の支援の具体的な内容は、利用者・家族に対する介護保険制度に関する対面での説明が89.2%、外部機関(市町村行政等)との介護保険移行の可能性検討が85.1%、市町村行政との意向に関する対面以外(書面、電話、メール等。以下同じ)による情報交換が77.7%であった

事業所が行った65歳に到達した後の支援の具体的な内容は、利用者・家族に対する介護保険制度に関する対面での説明が62.3%、居宅介護支援事業所との移行後フォローに関する対面以外による情報交換が58.8%、障害福祉サービス事業所との移行後フォローに関する対面以外による情報交換が56%であった。

C-2 兵庫県の取組み

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。

報告書P6「2 高齢障害者をとりまく諸課題－制度適用を中心に－」では、以下のように指摘している。

人口の高齢化の進展に伴い、障害のある人も高齢化しているが、これら的高齢障害者をとりまく環境は、様々な課題に直面している状況にある。

障害がない者との比較において最も顕著な違いとしては、家族構成・地域との交流・本人の所得を含む資産等であるが、これらは過去から現在の生

活に至るまでの延長線上のものであり、また、高齢障害者のみに特有の課題というわけでもない。

従ってこれらの諸課題については、広く障害者施策一般及び地域福祉において検討されるべきものも少なくない。

これに対し、制度の問題、特に介護保険サービスと障害福祉サービスの適用関係は、まさに高齢期への移行に際し、その生活に激変を与えかねない課題となっている。

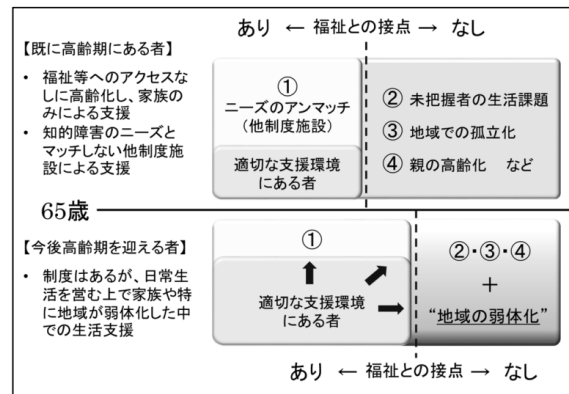


図3 諸課題の所在(イメージ)

障害者総合支援法の規定(第7条)により、自立支援給付のうち、介護保険法に相当するサービスを利用できる場合は、原則として介護保険サービスからの給付が優先される。

しかしながら、この調整規定は以下のような構造的または運用上の課題を抱えている。

① 介護保険サービスを利用する場合、これまで利用していた障害福祉サービス事業所とは別の介護サービス事業所を利用することとなる場合がある。全ての介護サービス事業所が障害特性に対する理解や専門性を有しているわけではなく、極端な場合には主たるニーズである障害特性に配慮がない状態で介護サービスの提供が行われる。

② 介護保険法に相当するサービスの解釈において、自治体ごとの差異があり、心身の状態がほぼ同様の者であっても、65歳を境として障害福祉サービスの継続利用に大きな差が生じている場合がある。

③ 障害福祉サービス利用時の負担は原則として応能負担であるが、介護保険サービスは定率負担を原則としている。しかしながら、障害のある者の65歳以前の資産形成は障害のない者と比較して大き

な差がある場合もあり、このためにサービスの利用抑制を引き起こす可能性がある。

④ 制度移行に伴う負担方法を含む様々な変更についての説明が行われていないことによる利用者の不安が強い場合があり、居宅サービス計画作成時に、介護支援専門員が対応に追われるといった場合がある。

※ 介護保険サービスと障害福祉サービスの調整規定にかかる兵庫県下の市町の解釈には大きな差がある。重度訪問介護を利用していた者が65歳に到達した場合に、引き続き支給を行う（上乗せ支給）を行うかどうかの基準が異なっている例（要介護5以上でなければ支給を打ち切る場合や、個々の状況に応じて判断をしている場合等）。

【社会保障審議会障害者部会報告書・社会保障施策等についての兵庫県下の自治体アンケート結果・兵庫県社会保障推進協議会（2015年）参考】

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く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。

（3）両者に共通する課題

それぞれの立場から連携における諸課題を出していった中で、共通する課題があることに気が付く。

① それぞれが、お互いの「制度」「サービス」を理解できていない

② 介護保険申請の遅れが、連携不足を生むきっかけになっている

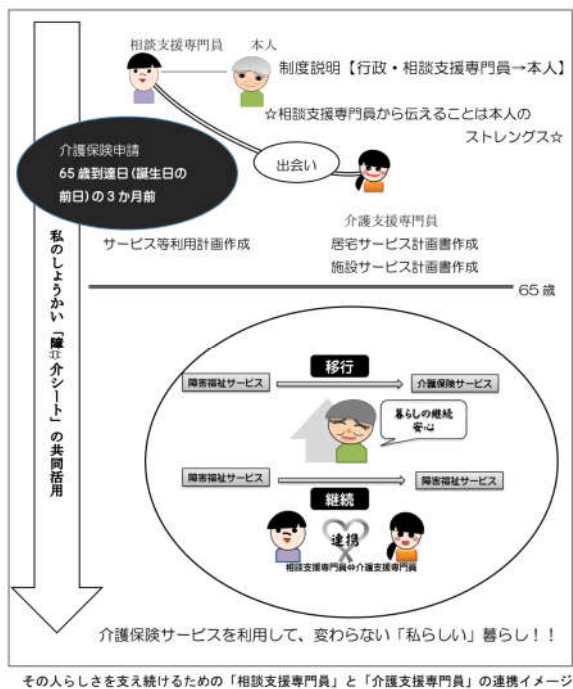
③ 介護認定がないと支援に入ることが難しいといった制度そのものの違いからくる認識の違い

④ 65歳から“障害福祉サービスは利用できない”“サービス量が減少する”といった間違った認識

⑤ 費用負担の違い（介護保険は原則1割負担）からの混乱

⑥ 2つの制度はご本人やご家族にも理解が難しく混乱の原因になっている

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。



(報告書②P20より)

(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 ストレングスに基づくケアマネジメント

(3)「私のしょうかい（障⇔介）シート」の概要

① 「私のしょうかい（障⇔介）シート」とアセスメントシートの違い

障害のある人が65歳になり、介護保険サービスに移行する際、相談支援専門員から介護支援専門

員に「その人の持つ力」を伝えるためのシートである。障害のある人の「できないこと」をアセスメントするためのシートではない。「障害」の種別や程度に関わらず、人が直面する「生きにくさ」は、その人の周囲の状況（人間関係・社会環境）に左右される。「障害＝本人の特性」として捉えるのではなく、「生きにくさ」と捉え、その生きにくさに対し必要な支援を必要なだけ届けるという視点が大切である。「私のしょうかい（障⇔介）シート」は、対象になる人の生きる力を肯定的に捉え、その人の高齢期が充実した日々となるための情報提供シート・情報共有シートである。

② ストレングスの視点

障害のある人の「できないこと」に目を向けた時、そのアセスメントはいわゆる問題行動の羅列になり、その人の行動そのものを制限することになりかねない。相談支援専門員や介護支援専門員は支援課題をとらえていこうとする時に、「強さ」や「能力」に焦点を当て「豊かな感情・活力・知恵・望み・可能性」等、これまで本人の努力により身に付けてきた「生きる力」を高齢期に引き継いでいくという視点が必要である。

③ 「私のしょうかい（障⇔介）シート」作成にあたり大切にしたいこと

相談支援専門員・介護支援専門員共に各所属でアセスメントツールを使用している。しかし、それらは高齢期へ支援をつなぐためのアセスメントツールではない。「私のしょうかい（障⇔介）シート」は、作成目的が従来のアセスメントとは基本的に異なるということを理解しておいてほしいと考えている。障害のある人の有する能力を最大限に活かし、豊かな高齢期を生きるために必要な支援を提供するために作成していただきたい。

(4)私のしょうかい（障⇔介）シートの活用方法

- * 相談支援専門員が本人に関する基本情報を整理
- * 相談支援専門員の情報整理をもとに、介護支援専門員に引き継ぎ
- * 移行後の連携

私のこと① まずは、本人の基本情報から！

ふりがな	たまた ひろし	作成日	平成20年12月10日
氏名	玉田 裕	相談支援専門員 (事業所名)	望山 幸光 (相談支援事業所ゆり)
性別	■男 □女	介護支援専門員 (事業所名)	横山 奏子※ (居宅介護事業所めぐみ)
生年月日	昭和 20年4月10日	年齢	64歳
現住所	兵庫県A市藤木町1001-103	住民票	■同左
TEL/FAX	078-200-2000	携帯	なし
家族構成	続柄	氏名	年齢
	母	玉田 直美	
	姉	玉田 信代	75
連絡先	家族(知人)	成年後見人	私の家族
	氏名)	藤木 健司	
	関係性)	成年後見	
	TEL/FAX)	078-200-0000	
TEL/FAX)			
備考	母は他界、父は消息不明 姉に子どもがいるが、全く連絡は取れない。配偶者とは死別。		

※介護支援専門員や事業所は、決まり次第記入していく。

(報告書③P17より)

私のこと② 経済状況や利用しているサービスの状況を！

障害名	知的障害	既往	自閉症 高血圧症
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳(B1) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳(級)	自立支援医療(更生・精神通院)	その他(健康保険:国民健康保険)
障害支援区分	区分4	要介護度(申請日)	1月10日申請
経済状況	障害基礎年金2級 66,000円/月 作業工賃 10,000円/月 両親の遺産 500万円 月々60,000円を生活費に使っています。お菓子を買い過ぎてしまいます。 金銭管理は成年後見人の藤木健司さんがしています。		
備考	年々、医療費がかさんでいます。 障害福祉サービスは自己負担がないので、介護保険サービスで自己負担が発生することで貯金を切り崩すようになるのは本人も心配しています。 貯金は成年後見人の藤木健司さんが管理しています。本人は貯金の総額を知っています。		
私が受けている公的支援(障害福祉サービス、介護保険等その他の支援)			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
就労継続支援B型	ひかりB型事業所 サービス管理責任者:藤村 則子	箱折等の軽作業 日常生活のサポート	週5回
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
移動支援	太陽ヘルパーステーション サービス提供責任者:西村 広之	社会参加のための外出	月3回 1回2時間
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護通院等介助	太陽ヘルパーステーション サービス提供責任者:西村 広之	通院時の送迎 受診手続	月1回 5時間
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護家事援助	太陽ヘルパーステーション サービス提供責任者:西村 広之	食事準備 掃除・洗濯・片づけ	週4回 1回1時間
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
地域定着支援相談支援	相談支援事業所ゆり 相談支援専門員:望山 幸光	緊急訪問や相談 サービス等利用計画作成	随時
備考			

キーパーソンは誰? 介護の領域でいう「キーパーソン」は障害者福祉の領域では多いのですが、サービス利用の意思決定や問題解決は支援者と一緒に行います。

(報告書③P18より)

私のできること

私の望むこと・ストレングス	私の嫌なこと(苦手なこと)
お弁当やお惣菜、パンなどは自分で買える。	生活用具、衣類などのサイズに関する買い物は手伝ってほしい。
洗濯は自分で毎日できる。	掃除は苦手。拭き掃除は拭いた場所が分かりにくいので苦手。
自分で切符を買って電車に乗ること	電車に乗ることはできるが、不安が強い時がある。遠方に行く時は手伝ってほしい。

家事でも苦手なこと得意なことがあります。気分が上がりがたいて、できなくてきなかつたりすることもあるので、ゆっくり付き合ってください。でも、若い頃のようにほだされてくることができたらいいな……

本人の状態と能力、意欲について
本人の「状態像」の把握は、本人の申告と観察による。これはセルフケアの現状(できること)を把握することである。このセルフケアの「現状」は様々な要素が相互作用して生じる。現状で「していない」生活活動がある場合、「できるか」「できない」の判断は、専門職の客観的な判断が必要となる。その判断をする際に、本人の「意欲」を把握しておく必要があり、信頼関係が未熟なうちにわかるものではない。とりわけ、障害がある人の場合は、本人の状態がその人の能力(できること)と乖離していることがあるので、その人がどのような状態かを客観的に捉えるためにも、「私のしょうがい(障害)シート」を有効利用していただきたい。

(報告書③P23より)

私の生きづらさ	必要な支援
初めての場所や病院の初回受診はとにかく緊張する。	初めて行うことは、ヘルパーさんが一緒に同行してほしい。
仕事も頑張っているが、いつ怒られるか不安。	仕事でわからないことがあった時に助言がほしい。
暮らしの中で様々な決定事項があるが、どうしたらいいかわからないことが多い。	基本的には勝手にせずに、必ず声をかける。困った時は、電話などでも良いので助言がほしい。

玉田さんの「障害(生きづらさ)」について詳しく書きました。私たちは、玉田さんの生きづらさに寄り添いながら支援してききました。まだ、玉田さんと数回しか出会ってないけど、コミュニケーションがうまく取れなくて、玉田さんが何を望んでいるのかわからない……望山相談支援専門員は「できる」って言うけど、厚んどのかしら? 障害は不便だけど、必要な支援があれば困りません。これからも、私らしく生きるためのお手伝いをしてください。

合理的配慮について
2016年4月に施行される「障害者差別解消法」で合理的配慮を可能な限り提供することが、事業者等に求められるようになります。合理的配慮とは、社会的障壁を「取り除く」ことです。社会的障壁は「障害のある人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの」であり、高齢期を迎える障害者には介護保険移行そのものに合理的配慮の視点が必要なのかもしれません。

(報告書③P24より)

私の思い

【私の願い】
*私は住み慣れたこの家でずっと暮らしたいです。そのためには家事を手伝ってほしいし、困った時には相談に乗ってほしいです。
*働くことが好きなのでこれからも作業所で仕事を頑張っていきたいです。

【私がしたいこと】
*できる限り自分のことは自分でしたい。
*自宅で住み続けたい。
*AKBのコンサートに行きたい。ファンクラブに入りたい。
*自転車で散歩に自由に行きたい。
*電気屋さんでウインドショッピングがしたい。

【私がしてほしいこと】
*基本的には勝手にしないでほしい。必ず声をかけてほしい。
*暮らしの中で様々な決定事項があるが、どうしたらいいかわからないことが多いので、困った時に電話などするので、助言をしてほしい。

【その他に思うこと】
*お姉さんにたまに会いたい。
*最近、腰が痛い。
*これからどうなるんやろう（将来のことを考えると不安になる）。

玉田さんは AKB が好きなんですわ！
今度、一緒に聴いてみたら、玉田さんのことが少し分かるかしら！！

あいのま季の玉田さんを受け止めてくれてありがとうございます。
「私のしょうかい（紹介シート）」はこれで終わりです。
情報は他にもたくさんあるので、玉田さんが困っていたらいつでもご連絡お待ちしています。
これから、一緒に考えていきましょう。

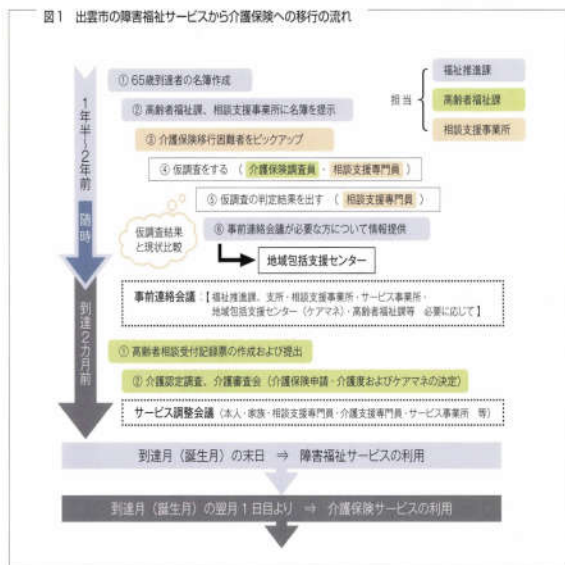
これまで、障害のある人の介護保険移行時に、混乱していたことが解決できよう！！
その上、相談支援専門員との連絡もスムーズで、今後も一緒に考えていけるので、力強いわ！

(報告書③P25より)

C-3 島根県出雲市の取組み

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



(月刊ケアマネジメント 2019.5 P28より)

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。

それが図1です。利用者が65歳になる1年半から2年前(利用者が63歳から64歳の間)に、行政は65歳到達者名簿を作り、対象者の相談支援をしている相談支援事業所と介護保険担当課に配布します(2月と8月の年2回行います。これも1年に1回だと不都合が生じたために年2回に増やしました)。

次に相談支援専門員は、自分が担当している利用者の中で移行困難者をピックアップし、仮調査をします。仮調査の結果を踏まえて、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します(当初は仮判定が要支援・非該当になった人のみ事前連絡会議をしていましたが、それでは、重度な人の移行がスムーズにいかなかったため、全員に対して事前連絡会議を実施するようになりました)。

ここまで行くと、相談支援専門員は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、対象となる利用者にどのようなタイプの介護支援専門員が合うのかなどが見えてきますので、移行準備がスムーズです。また、その過程の中で介護支援専門員との顔もつながっていきますから、その後の連携もスムーズになるわけです。

○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。

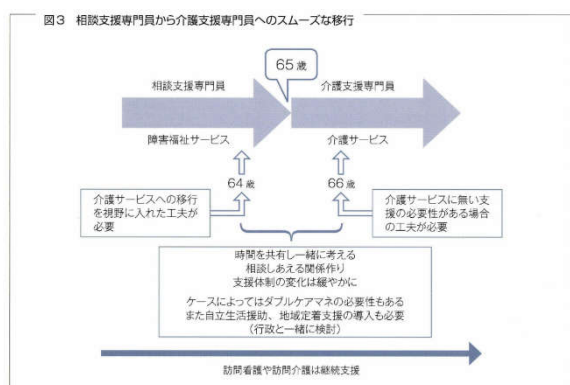
この3つ目は、制度の変更を環境の変化という視点で考えて、障害福祉サービスとしての自立生活援助を入れたり地域定着支援を入れたりしながら、相談支援専門員も一定期間かわり続けることができるというものです。とはいえ、相談支援専門員がいつまでもかわるわけではなく、きちんとフェードアウト

トすることも意識しています。あくまでも介護支援専門員にしっかりとつなぎ、利用者さんが安心して地域で暮らすことができるように支援することを目標にかかわっていくものです。出雲市のシステムの根幹にあるのは、利用者中心であること、利用者自身の生活のしづらさはどこにあるかを考えること、そして、利用者が望む場所で望む暮らしを実現するために支援者はどう動くべきかを考えることにほかなりません。このことを官民共同で意識しながら協議する気持ちを忘れないことが重要なのです。

実際には最低でも1年くらい前から、障害福祉サービスから介護保険への移行に向けたシミュレーションをしながら、介護支援専門員と相談支援専門員がご本人を中心に話し合いをしていくことが重要です。つまり、1年くらい前には、ケアマネを決定しておくことでよりスムーズな移行ができます。とはいっても、実際に介護支援専門員が動く必要はなく、必要な会議に参加してもらったり、相談支援専門員と情報共有をしていくための時間なのです。

また、65歳を過ぎても最低1年くらいは、相談支援専門員と介護支援専門員がダブルケアマネとして動ける体制を作ることが重要ではないかと思います。なぜなら、信頼関係のできていない人に自分の希望を伝えることや困ったことを相談することには抵抗があるのが当然だといえるし、関係性ができていないと、支援者もご本人の表現の背景にある想いまでは感じ取れないことが多いからです。

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（図3）。



私たちが大切にすべきことは“当事者の方が困らないように支援をすること”です。そのためには連携すること、顔の見える関係でいることが大切です。

他の自治体にも参考となるよう、応用可能なポイントを次に挙げてみます。

1. 顔の見える関係作り

(一緒にかかわりながらお互いの特徴を知る)

⇒地域ケア会議に相談支援専門員も参加する
一緒に事例検討会をする

協議会の定例会等に包括支援センターの人も参加する

一緒に学べる研修会を企画し、その時にはグループワーク等で知り合えるような企画をする 等

2. 当事者にとっての変化は緩やかに

(フェードインとフェードアウトは徐々に)

⇒お互いさまの関係づくりをする。意識的に相互が早めからかわる

当事者に一緒に合う機会を数回以上持つ

3. ダブルケアマネができるシステム作り

(行政と一緒に考える)

⇒柔軟に制度を利用できる仕組みづくり

一定期間、必要に応じて、介護・福祉両方のサービスを利用できるようにする

4. それぞれの役割を当事者にわかるように説明する

⇒相談支援専門員が説明できる介護保険のパンフレットの作成

介護保険と福祉サービスのサービス一覧表の作成 等

5. 情報交換は丁寧に

(押し付け合いではなく一緒に考えるように)

⇒情報提供のコツは客観的事実を自分の感情を入れず具体的に伝えること

誰の言った言葉なのかは明確に伝えること

6. かかわっている人全員が顔を合わせる機会(支援会議)を頻回に

⇒場を共にすることで、新たな視点に気づくこともある

介護支援専門員と相談支援専門員の見方の違いが視点を広げることにつながる

地域特性の違いにより、できることとできないことはあると思います。各地域で、自分自身がこの街で年を取るの安心と思えるような街づくりを意識しながら

ら、この障害福祉サービスから会議保険への移行の問題も官民共同で考えていけるとよいのではないかと思います。

実践の中で感じることは、「システムができた」と思った瞬間から、形骸化が始まるということです。常に点検しながら評価し、新たな課題を見つけ、見直ししていくことが重要だと思います。

C-4 ケアマネジャーが経験した65歳の人の移行

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。（下線は筆者）

○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

介護保険法と障害者総合支援法を併用する例としてよくあるケースを紹介します。

64歳・女性、障害者手帳1級、障害者程度区分1、視覚障害あり（左目全盲、右目ほぼ見えず）という人の事例です。

この人は障害者総合支援法で、居宅介護（介護保険でいう訪問介護）と同行援護を使っていますが、65歳となり、介護保険に移行することになりました。シミュレーションの結果、要支援2となったため、居宅介護は総合事業の訪問型サービスに移行。同行援護は障害福祉サービスですが、このまま利用できることになりました。介護保険には移動に対するサービスがないためです。

介護保険では病院に付き添うサービスとして通院介助がありますが、要支援の人は使えません。一方、障害者総合支援法では、視覚障害のある人向けの同行援護や通院等乗降介助、通院介助（身体介護を伴わない）など、いくつかの移動を支援するサービスがあります。これらのサービスは介護保険に上乗せで利用できるのです。

ちなみに私は当初この利用者を介護予防サービスのケアマネジャー、障害者総合支援法の相談支援専門員として担当していました。そのため、ケアプランとサービス等利用計画の二つを作成していましたが、介護のほうにプランを一本化しました。介護予

防サービス計画書に障害福祉サービスを位置づければ、セルフプランとみなされることを知ったからです（相模原市の場合）。

書類上の業務としてケアマネジャーとして行っていることは、プランのサービス種別に同行援護を位置づけること、障害サービスの更新申請書に年に1回サインをもらうことくらいです。障害サービスを位置づけるといっても、それほど難しいことではないんです。いつも行っているとおり、きちんとアセスメントして、ニーズを把握し、根拠あるケアプランを作成する。やっていることは同じです。「障害サービスを使うことになりそうだから、相談支援専門員を引き受けてもらえないか」とケアマネジャーから依頼されることがありますが、「いやいや、あなたがやればいい。一緒に考えるからやってみようよ」と呼びかけています。

○ケース・バイ・ケース、相談支援専門員と上手に連携する

相談支援専門員がついたほうがいい場合も当然あります。代表的なのは、就労継続支援や自立訓練等のサービスを利用する場合です。高次脳機能障害など2号被保険者で介護保険の適用になっても、高齢のデイサービスが合わないような方もいます。そういうときは、就労継続支援A型やB型の通いのサービスを検討することになりますが、ケアマネジャーだとなかなか情報が得られにくい。事業所によって、定期的に異なる軽作業が行われたり、逆に同じ作業を繰り返したりと特徴が異なるので、このあたりは詳しい相談支援専門員に任せたいほうがいいと思います。

私の務める事業所では、相談支援専門員を兼任するケアマネジャーが私も含めて3人います。ほかにも併設するヘルパー事業所のサ責が相談員にステップアップしたりと、さまざまです。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。さらに広げて、仲間とつながっていったらと思っています。

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

地域の人が集まる勉強会で障害についての研修に取り組んでいますが、そこでよく話すのは、障害者

福祉サービスと介護保険のサービスは、そもそも理念が違うということです。

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います。ヘルパーさんとディズニーランドに行くことが「いいことですね」と評価される世界です。

かたや介護保険は、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という精神であり、保険制度です。保険は皆でお金を出し合っているのだからやりましょうというもの。法律の基本的な考え方も、生まれた経緯も違います。

移行にかかわるケアマネジャーは、こうした介護保険と障害福祉サービスの違いに苦労することが多いと思います。前述の人は生活保護も利用していたので、3つにまたがる制度の違いを説明するのは本当に大変なことでした。

○共に考え・納得していく過程が必要

これまで障害サービスを使ってきた人に、移行についてどう説明すればいいか。私は率直に、「65歳になったら障害者というくりではなく、障害があろうとなかろうと、国民すべてが介護保険の対象者になる。介護保険という法律ができて、そういうことになっているんです」と説明しています。

65歳になって介護保険に移行すると、サービスが減るとか、使い勝手が悪くなるという人がいます。一番の問題は、障害サービスを使っていた人が65歳になる前に、介護保険に変わりますよ、変わったらサービスはこうなりますよ、ということを事前にきちんと説明されていないことだと思っています。

もちろん市役所から「介護認定を受けてください」というお知らせはいきますが、それだけでは十分伝わりません。介護保険に切り替わる前に、「自立」や「自律」ということについてきちんと説明し、共に考え、納得してもらおうということを、もっと丁寧に進める必要があると感じています。

○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

障害者と高齢者の世界、両方を見てきた立場からすると、障害者総合支援法と介護保険法が違うのはなぜなのか、統合すべきなのか、別々でいいのか、もっと根本の枠組みの議論をする必要があると思います。

障害者は65歳を超えても、状況に応じて障害福祉サービスを使えるわけですが、高齢者から見れば

不公平に見えることもあるのではないのでしょうか。実際、障害福祉の世界では、いかに介護保険に移行するのを引き延ばすか、そういう発想から抜け切れない人もいます。自治体も65歳を区切りに障害サービスをパチンと切ってしまうところがあれば、サービスが使えなくなると困るのでそのままにしておくようなところもあつたりと、いろいろです。

そんなその場しのぎが、この先10年も20年も続くわけがない。どうせなら守りでなく攻めの姿勢で、60歳を過ぎたら、年を取ったら自分がどういうところで何をしたいのか、具体的に一緒に考えていきましょうという前向きな支援をしたいですね。

行政の職員は異動もあるので、障害福祉も介護保険も生活保護も、それぞれの制度をよく知っている関係者もいるはずですが、ぜひ行政ががんばって、そういう制度の理念の違いを現場と共有してほしい。私は障害者施設の職員に、介護保険の勉強してほしいと提案しています。

ケアマネジャーも介護や医療だけでなく、社会福祉や社会保障の基本を学ぶことが大切です。まずはお互いがお互いを知ることから。これからの時代は、もっと広い視野が必要になってくると思います

D. 考察

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なければならない。

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必要となることから、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かと。

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は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. かかわ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てこの枠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。

E. 結論

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、ストレンクス視点、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。

参考文献

- ・三菱総研、「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、平成29年度老人保健事業推進費等補助金
- ・一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク、兵庫県「高齢障害者ケアマネジメント充実強化事業～私のしょうかい（障⇄介）シートを活用した連携～」報告書、平成28年3月
- ・濱口直哉、障害ケアマネと介護のケアマネ連携ツールをつくりました、月刊ケアマネジメント、2017年6月
- ・濱口直哉、「私のしょうかいシート」で障害から介護へケアマネジャーも不安なく引き継げました、月刊ケアマネジメント、2017年7月
- ・東美奈子、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、月刊ケアマネジメント、2019年5月
- ・日高明夫、ケアマネジャーが経験した65歳の人の移行、月刊ケアマネジメント、2019年5月
- ・可児和子、ケアマネジャーが経験した65歳の人の移行、月刊ケアマネジメント、2019年5月
- ・高木憲司、平成30年度厚生労働科学研究報告書「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」、2019年3月

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし