

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（3）
（分担研究報告書4）

研究分担者 高木 憲司（和洋女子大学 准教授）
研究協力者 本名 靖（東洋大学大学院 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。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。その結果、障害・高齢分野の相互理解の重要性や、事例演習の重要性、チーム支援の重要性、支給決定（行政の理解）の重要性等が示唆された。

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、先進的な取り組みを行っている地域もある。本研究では、これらの取組みを中心に担っているキーパーソンにインタビュー調査を行い、重要なポイ

ントや課題について整理することを目的とする。

B 研究の方法

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、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

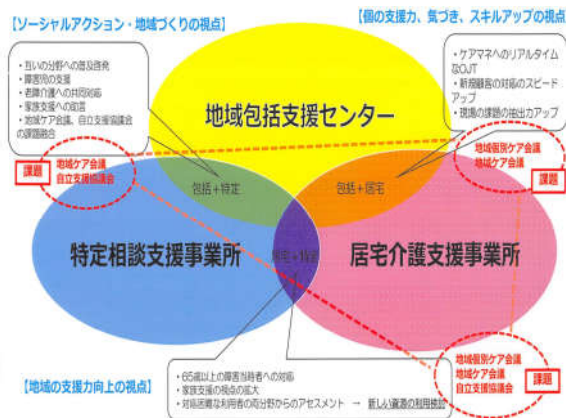
の処理を行う。なお、調査に対しては拒否できないことを明記した。

C. 研究結果

(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(図表1)。



図表1 社会福祉法人M相談支援センター業務イメージ

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
→包括・障害で対応
- ・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)
→包括・高齢・障害で対応

- ・母(要介護)、子(統合失調症、乱費傾向)の世帯
→高齢で対応
- ・母子の2人世帯で引きこもりの世帯
→包括・障害で対応
- ・認知症と知的障害(境界型)が疑われる単身の世帯
→包括・障害で対応
- ・視覚障害のある介護保険利用者の同行援護利用支援
→高齢・障害で対応

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うが、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。例えば、高齢の相談で訪問した際、引きこもりの息子の話がでたりする。その息子さんが実は統合失調だったりする。また、障害よりも包括のネームカードを持っていた方が家に入れてくれやすいということもある。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のではないかと期待している。

J市では、市直営で基幹相談支援センターがあるが、スキルが十分ではない。市直営の相談支援センターだとしても利用者本人により添えず行政の立場からの相談になってしまう場合もある。

総合相談は、継続性の面からも市直営よりも社会福祉法人等が委託で行って行く方が良いのではないかと(市だと人事異動が2~3年ごとにあるため)と考えている。

Q4. 高齢・障害で「違い」を感じるがありますか。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、例えば病院に行くにしても、何時にどこにという連絡をご家族にされ、そういった「段取り」をしているが、障害の方は、どこに行くか、いつ行くか、本人の気持ちに寄り添う所から始まる。

例えば、老人保健施設から別施設へ移った身体障害の方、実はこの方アスペルガーでもあってうまく居場所が見つからないタイプだった。「こういう人は高齢者施設の対象ではないのではないか」と一旦思ってしまうと、次の支援方針が立たなかったりする。その方で、こんなエピソードもあった。通院が終わって家についても介護タクシーから降りようとする。 (本人としてはファミレスにどうしても行きたかったのだと後でわかった。) 困ってしまった90歳の母親が、ケアマネに電話をしてきたが、ケアマネは対処できずに困ってしまった。障害の相談支援専門員の場合は、本人が降りたくないっていうことをまず受け止める。その上で理由を探り、ファミレスに行く日を別な日にしようなどの代替案を提示して腹落ちさせることが重要と気づく。単にアスペルガーという障害特性の知識があるかないかということだけではなく、ケアマネは常に家族とやり取りをしており、本人の気持ちに寄り添うということにはなっているが障害のそれとはやはり全く違う。ケアマネは家族のニーズやデマンドに即対応しなければならないという意識が高い。障害の相談支援は、本人が動きたくないという理由をとことんまで追求する。そのために時間がかかっても仕方がないとの認識である。

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る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。

この件等を通じて、通院に行くにしても、いつ行くか、誰と行くか、どういう手段で行くか、自分なりに考え、支援すべきはどこなのかを考えていく、そういったことにケアマネも気づきがあった。

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かだが、本市のように既に実践で事例を通じながらやって行くところは少ない。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」をあげてもらおう。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ましょうという流れ。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が一緒にというのは、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と一緒にやろうという流れになっている。

日常的な業務のなかの要望から出た自然な流れとなっている印象がある。

特に、ケアマネ協会からの申し出により始めていったという流れが良かったのではないかと思っている。

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。

障害者が65歳を迎えてというケースはまだあまりない。地域包括から相談が来たケースで繋がったケースではそれほど問題にはなっていない。65歳問題では1割負担の問題があったがそれも制度改正により改善している。65歳問題は 予見できる問題であって準備ができる。

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。

ケアマネはプランニングはできる。相談支援はそこに至るまでのプロセスを重要視している。

本人の意向の聞き取りから始まって、事実関係を確認して、本人が言語化できない部分は言語化して、これで合っているということを確認して行く演習を一緒にやる。

研修参加者は、主任ケアマネと相談からは初任者研修の演習講師が参加した。基幹相談支援センターや委託相談などで地域づくりを行っているような相談支援の人たちである。

ケアマネが70人ぐらいで、相談支援が16人ぐらい。会場は一箇所一回のみ。県内全域に声をかけて参加者を募っている。

障害の相談支援は、演習の小グループのファシリテーションの役割として参加している。

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。

今年度の研修では、相談支援側からケアマネ側に介護保険の視点を知りたいとのオーダーをかけている。

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。

主任ケアマネさん達は、経験も豊かで本来のケアマネジメントについての理解もある人たち。

地域包括支援センターだけでなく、一般のケアマネ事業所の方々も多くおられた。主任ケアマネさん達に障害のことを分かってもらった感があって嬉しかった。

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。

ケアマネさん達からは、「ストレングス視点の重要性に気づけた」、「ストレングスモデルをもっと勉強したい」とのアンケート回答もあった。

事例についてうまくいかなかった場合は、この後、グループスーパービジョンをやりながらさらに検討していくことなどを確認しあった。

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。

ケアマネさん達は、病院を退院するとなった時の動きが早い。一方で、相談支援はニーズから入るので早い動きについていけないという課題を感じていた。障害の相談支援専門員は、退院時の一気に動いていく相談は不得意としているというようなことをケアマネさんにも話として出していった。「退院決定後一週間で家に帰れる体制を作らなければならない」そういった動きに障害の相談支援専門員は慣れていない。良いか悪いかではなく、そういった現実の話も演習の中に含ませていかなければ現実的な対応ができない。

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。

演習事例案(検討中のもの)について、紹介する。

【事例】

・退院後の生活支援が必要な方への支援事例

69歳の夫、64歳の妻、29歳の長男との3人暮らし。

夫は左官の仕事で平均8万円から14万円程度の収入と療育手帳Bを所持している長男の障害基礎年金2級の収入で親子3人が質素に生活をしてきた。

半年前に、妻が脳出血で救急搬送され入院していたが、主治医から病院での治療とリハビリはほぼ完了したとの話から、退院前調整会議を実施することとなった。

退院に向けて、MSWや病棟看護師からは、施設入所などの情報提供も行われたが、妻の「施設には絶対行きたくない」「家に帰りたい」という強い意志と、家族仲が良く夫

や長男からの「妻(母)と今まで通り一緒に暮らしたい」という希望もあることから、在宅での生活に向けて検討していく方向となった。長男は、母が入院した当初は動揺していたが、通所している就労継続支援B型事業所の職員や移動支援のヘルパーによる母親への面会支援を行い、長男を支えた父親も仕事が休みの日は長男を連れほとんど病院へ面会へ行っている。

退院するにあたり、病院のMSWから、介護保険の2号被保険者ということで、ケアマネに連絡が入り、すでに長男の支援に関わっている相談支援専門員も含めた形で退院前調整会議を行うこととなった。今回の会議では、夫が仕事に出ている間(5時から18時)の妻の支援について検討する必要がある。

自宅は築40年以上の平屋借家で家賃3万円。

自宅に戻るにあたっては、すでにPTが自宅調査しており、段差解消や手すりの設置、家具配置の工夫により在宅生活は可能と見立てている。

妻の状態は右半身麻痺(伝い歩きは可)と言語障害が残っているが、基本的には身の回りのことは自分でできる。ハード面の課題から、自宅での入浴には介助者の支援が必要。

主治医からは「今後体力や機能維持のための取り組みは必要だが大きな機能の改善は難しい」という判断。言語障害により言葉が聞き取りにくい部分もあるが、継続して関わることで意思疎通は出来る。ただし、ときおり感情失禁が見られる。

本人は、長時間一人でいることの不安はあるものの、外に出ることや家にサービスが入ることへの抵抗はない。ただし、毎日の外出や80歳代、90歳代の方と一緒に過ごすことには抵抗を感じている様子。

夫は、年金保険料の納付をしてこなかったということで、老齢年金の受給はない。ただ

し、将来のためにと妻が貯めていたタンス預金
が100万円ほどあり、今回の入院費の支払
いなどで残金が60万円くらいになっている。こ
のため今後も就労を継続し、収入を得ていく
ことで生計を成り立たせる必要があり、妻の
退院後も仕事を継続する予定。

息子は、市内の特別支援学校を卒業
後、現在も通っている就労継続支援B型事
業所へ通所。毎日休まず通所している。性
格はおとなしく、作業所での箱折りの作業は
職員よりも丁寧な仕上がりになっている。就
労継続支援B型事業所には、特別支援学
校からの仲の良い友人が数人おり、休日
には母親たちも一緒にカラオケなどに行くこと
もある。

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。

こういったことを講義の中で伝えたところ、
アンケートの回答の中にも出てきた。「高齢者
であっても権利行使という考え方は必要だ」
「生きる権利ということが今まで落ちていた
視点」という回答があった。ケアマネ教育全
体の問題ともいえるかもしれない。

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、やることが多すぎて無
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。

I市では、相談支援ガイドライン研修会というのがあり、その中で高齢・障害の講義がある。U市では、基幹相談支援センターの人材育成の一環として、ケアマネも呼んで一緒に研修している。T市では、基幹の他には民間の相談支援が一事業所が5か所くらい、人材が少ない中でOJTのようにやっていこうかと言っている。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●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、それほど数が多くないこともあるが、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、本人のストレング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。

D. 考察

(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。図表2にまとめる。

図表2 ケアマネ像と相談支援像の比較

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 	<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思いたい ・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

<ul style="list-style-type: none"> ・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"> ・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チ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図表3のとおりである。

図表3 グループワークのポイント

- | |
|--|
| <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、絵に描いた餅となってしまう。

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おいていただく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。

E. 結論

今回、複数の先進的な取り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整理することができた。（図表4）。

図表4 本研究で整理された事項

(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

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ると考える。

(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、絵に描いた餅となってしまう。

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。

最後に、インタビューにご協力いただいたすべての皆様に心より感謝いたします。

参考文献

・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。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし