

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（4）
（分担研究報告書5）

研究分担者 石山 麗子（国際医療福祉大学大学院 教授）
研究協力者 高木 憲司（和洋女子大学 准教授）

研究要旨：

障害者の高齢化に対応する専門的な技能を有する人材の育成は急務である。現在、相談支援専門員と介護支援専門員の合同研修の標準プログラム案の開発が進められている。その効果性を高めるためには、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必要がある。本研究ではフォーカス・グループ・インタビューのデータを解釈主義に依拠してカテゴリ分析を行い、新たな洞察を得ることを目的とした。その結果12のコアカテゴリが生成された。両専門員は【専門職の倫理と価値観】に基づいて業務を遂行するが、【連携相手の制度の理解】の不十分さから【両専門員の連携時の摩擦】が生じ、【ケアマネジメント実践上の悩み】を抱えていた。【利用者を中心に連携したい両専門員の想い】が動機となり、試行錯誤しながらも、利用者の【想いを叶える拡大統合ケア】や【行政との連携や交渉】、職能団体等を通じた【両専門員に必要な教育】の機会を作る等、アクションが起きており、【両専門員が協働してつくる新しいケアマネジメント】への道筋が見えていた。本研究は、そこから得られた示唆をもとに、教育プログラムへの反映の可能性を考察した。

A. 研究目的

本邦で少子高齢化が進展する中、障害者における高齢化の状況も全国の障害者約936万人のうち、65歳以上の者は311万を超え、身体障害者では全体の約7割を占めている現状がある¹⁾。全国の相談支援事業所では、支援期間1年半のうち、65歳に到達する者の割合は、68.1%にのぼる。相談支援専門員は、障害福祉サービスを利用していた利用者が、介護保険サービスに移行する際にさまざまな課題を感じているが、そのなかでも特に介護支援専門員と相談支援専門員（以下「両専門

員」という。）におけるアセスメントの視点の相違をあげている。一方で、介護支援専門員と顔見知りになる機会がないことも課題となっており²⁾、実態は、いわばまだ連携の前段階にあるといえよう。

平成30年介護保険法と障害者総合支援法の同時改正が行われ、「共生型サービス」が導入された。サービス利用の支援においてケアマネジメントは不可欠だが、現状では、ケアマネジメント機能における共生型の概念は示されていない。高齢障害者におけるケアマネジメント上の課題は、障害福祉サービスの利用者が65歳を迎え、介護保険サービスへ移行する際に生じ、同時に両専

専門員の連携上の課題でもある²⁾。65歳以上の利用者における課題は、複数の場合に分けられ、障害福祉サービスから介護保険サービスへ移行する場合もあれば、その両方を併用することもあり、先行研究で明らかにされている実態よりも一層複雑な課題があることが推察される。両専門員は、自らの専門領域ではない領域、つまり、相談支援専門員なら介護保険制度を、介護支援専門員なら障害者総合支援法を理解したうえで緊密な連携を図らなければならないが、現状では知識や技能面にも課題があり²⁾、連携をより難しくする要因ともなっている。

これらの課題の解決を目指すため、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の必要性が生じ、相談支援専門員と介護支援専門員の連携を促進するための方策の一つとして、平成30年の制度改正によって連携に関する努力義務が規定され、研修プログラムの開発も進められているところである。

本研究ではフォーカス・グループ・インタビューの参加者の語りから、質的に両専門員各々立場からみた連携の実態、課題や葛藤、背景や要因を捉え、両専門員が目指す支援像などを通じ、今後必要な教育や必要な知識等を見い出して考察する。それにより、本研究は上記の研究方法を通じ、高齢障害者のQOLの向上に資するケアマネジメントの実行を目指した、最適な研修プログラムの開発に寄与することを目的とする。

B 研究の方法

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。

(3) 研究者の特性

筆者は、障害児の生活支援、障害者の就労支援の実践を経て、介護支援専門員としての実践とそのスーパービジョンを経験し、厚生労働省において厚生行政に従事した。その後、大学院の教員として教育及び研究に従事している（博士：医療福祉学）。

共同研究者は、障害者リハビリテーションセンター理学療法士として、障害者支援の実践を経て、厚生労働省において障害者福祉制度の設計等に関わった。その後大学教員として教育及び研究に従事している。

(4) 研究協力者の選定

東京、千葉、埼玉の指定特定相談支援事業所に所属する相談支援専門員、指定居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員であって、本研究への賛同に同意を得られた7名である（表1）。インタビュー協力者の特徴及び構成は、フォーカス・グループ・インタビューが最適とされている人数の範囲とした。内訳のうち最も重視したのは職種の属性で、相談支援専門員（3名）、介護支援専門員（3名）をそれぞれ同数とし、うち両資格を保有し現在も両方の立場で従事する者を1名合計7名とした。性別（男性（3名）、女性（4名））、また本研究に関連する、複数の移行や両制度並行利用型のケースにおける経験のある者であること、多くの経験をもとに語るができるよう経験年数も考慮（3年未満の初任者は含めない）した。加えて、相談支援専門員と介護支援専門員の群は、初対面の者とした。顔見知りによる経験の共有やあたりまえの概念など、言語化されない事からの割合を低減するためである。研究協力

者は、このようなバランスに留意し、構成した。

表1. フォーカス・グループインタビューへの協力者の一覧

協力者コード	性別	インタビューへの参加の立場	相談としての経験年数	介護としての経験年数	基礎資格
C1	女	介護支援専門員	無し	14年	介護福祉士
C2	女	介護支援専門員	無し	13年	看護師
C3	女	介護支援専門員	無し	10年	ヘルパー2級
S1	男	介護支援専門員／相談支援専門員	4年	12年	社会福祉士／精神保健福祉士
S2	女	相談支援専門員	7年	無し	社会福祉士／精神保健福祉士
S3	男	相談支援専門員	7年	無し	社会福祉士
S4	男	相談支援専門員	13年	無し	社会福祉士

※表中の経験年数欄の「相談」とは、相談支援専門員、「介護」とは、介護支援専門員を示す。

[実施時期・場所]

2020年2月16日（日）

18時～20時07分（全126分53秒）

全てのインタビュー協力者の交通のアクセスに配慮し、場所は東京駅近郊、インタビューに集中、情報が外部にもれないよう会議室にて実施した。

(5)インタビューガイド

インタビューガイドは、本研究において別途、分担研究で行われたI市でのアンケート調査票との整合性を考慮して作成した。

フォーカス・グループ・インタビューは、半構造化とし、インタビューガイドにそって実施した。

- ・介護支援専門員の方は相談支援専門員と、相談支援専門員の方は介護支援専門員の方とこれまで連携するなかで、難しさを感じたことはどんなことがありましたか。
- ・制度が違うことで感じる難しさはどのようなところでしょうか。
- ・制度の移行や併用についての市役所のかかりはどうですか。

- ・これまでに語られてきた困難性は、どうすれば解消できると思いますか。

(6)分析方法

同意を得て録音したフォーカス・グループ・インタビューのデータから逐語録を作成した。逐語録は参加者の追体験をするがごとく、また内的視点を確かめるよう意識して繰り返し読み、加えてフォーカス・グループ・インタビューの際に筆者が手元で記録したメモも併せて確認した。

データより意味のある知見を抽出することを目的としていることから、カテゴリ分析とした。一文ずつ、または文脈のまとまりごとに区切り、セグメントに対して研究者の洞察を加えつつ、コードを割りあてて、構成概念を形成した。カテゴリ形成の段階では抽象度を高め、現象の類似点と相違点に関する比較及び各特性をまとめた。分析は、テキストの読み込み、脱文脈化、再文脈化の過程を繰返して行った。これらの過程を繰返し、理論的飽和に至るまで行った。

分析は、反証可能性、客観性を保つため研究協力者に確認を受けるほか、共同研究に分析結果を報告し、確認を受けながら進めた。

(7)倫理的配慮

研究代表者である高木 憲司（和洋女子大学准教授）において、和洋女子大学の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て実施した。

インタビュー協力者には、インタビュー開始前に、文書にて本研究に関する説明を行い、同意を得て実施した。併せて同意の撤回が可能であることを説明した。

データの取り扱いについては、フォーカス・グループ・インタビューにおいて得られたデータは、個人を特定できないよう匿名化し、個人情報と連結不可能なデータとして逐語録を起こした。また、データは、セキュリティのかかるUSBに保存する

と共に、鍵のかかる書庫において研究者が保管した。

C. 研究結果

(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、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、『利用者を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。

『利用者を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。

介護支援専門員は相談支援専門員から[介護サービスは、本人への寄り添い度が低いという障害側の介護側に対するイメージ]を持たれているように感じており、一方で相談支援専門員は、[障害側は介護側から考えが緩いと責められているという気持ち]を抱いていた。

また、[介護の常識では大盤振る舞いに見えるサービスの組み方]や、障害者高齢者に対するリハビリテーションの必要性に対する180℃異なる見解の相違など、『両専門員の課題分析や計画作成の考え方の相違』があることを両専門員双方が実感している。

更に、相談支援専門員は、[少数派だと感じる多職種連携会議の場]に身を置いていること、連携上[制度間のトラブル発生時に生じる行政と関係者の責任の押し付け合い]の状況がある中で[問題が生じると決めごとが多い介護保険より、折れて責任をかぶりがちな障害福祉サービス]の立場に立たされていると感じていた。しかし、カテゴリーの一部に『誤解』という言葉が含まれており、【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。

『心情的に理解できないお互いの制度の特徴・違い』は、[異なる両制度の自立の概念]と[制度で異なる支援の価値と目的、理念の隔たりを認識]の2つのサブカテゴリーから生成された。着目すべきは“制度の理解”にもかかわらず『心情として理解できない・・・』のは、いずれも自立の概念、価値や目的、理念等、根源的かつ倫理的基盤に拠る、といった、より深いレベルのカテゴリーである所以である。

また、相談支援専門員は、制度利用の目的『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』を感じている。対象の年齢階級についても介護支援専門員は、要介護者に限定しているが、相談支援専門員は、[障害サービスは赤ちゃんから65歳までの社会活動支援も行うという説明で価値の違いに納得したケアマネジャー]とあるとおり、『対象とするライフサイクルの相違』についての認識を介護支援専門員に求めている。

高齢障害者のケアマネジメントにおいて、介護支援専門員は、[介護・高齢・行政の拡大担当者会議で初めて実感したケアプラン作成の考え方の相違]から、『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』を感じ取っていた。一方で、相談支援専門員は、[障害の視点で認識しづらい介護の手間を基準とした認定審査の考え方]をあげていた。

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、障害福祉サービスから介護保険サービスに制度移行し、相談支援専門員から介護支援専門員に担当を引き継ぐ場合、

又は、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用しても、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。

【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】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、『生活は一つだから、計画も一つという考え方』、「引継ぎの重要度や方法の認識のズレが連携困難の一要因』、『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』、『より一層本人中心で捉える移行期の支援』、『委託が基本相談として行う単独統合型ケアマネジメントの方法]であった。

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。加えて、障害福祉サービスの利用範囲よりも[狭い制度への移行時に生じる利用者の怒りの感情を両相談員の連携で乗り切る方法の模索]の中で留意していたことは、[移行期に何より大切なのは本人の味方になる支援]と思うからこそ介護支援専門員は、[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]を相談支援専門員からの引き継ぎに期待している。このケアマネジメントのタイプには、引き継ぎの一定期間に限定し、両専門員による並走型のケアマネジメントを行うパターンがあった。[半年かけた両相談員の並走期間]で、その利点として、[一定期間の並走型ケアマネジメントで引き継げる、利用者のこと、相談支援専門員の利用者への関わり方や思い]である。

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、年齢が65歳に達した一人の高齢障害者が、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する場合に、相談支援専門員が障害福祉サービスの、介護支援専門員が介護保険サービスのケアマネジメントを担当し、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。

[並走型ケアマネジメントの利点は、専門性のすみわけによる専門的支援]であり、[並走型ケアマネジメントによって可能となるその人にとっての自立、目標設定とケアプランの考え方のすり合わせ]を行うことができる。このようにして、利用者は、『並走型ケアマネジメントをもたらす専門的支援と連携の円滑さ]を享受できる。

一方で、[自治体が認めなければ報酬は出ない両相談員の同時介入が必要な場合の報酬の仕組み]であること、相談支援専門員は、[併用で感じる、障害のモニタリング間隔を長くしようとする自治体の指示と専門職の判断との乖離]を感じている。

[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]は、『自治体の支給決定が招く並

走型の両相談員の連携不足』という実態をもたらす。

一方で、[サービス利用は併用、相談は毎月モタリングにしてもらい、両専門員がモニタリング同時訪問した並走期間]が実現すれば、【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】の効果をもたらすことができる特徴を有する。

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。

利用者の年齢が65歳に達し、介護保険制度の利用に移行することで相談支援専門員は、その利用者がこれまでに受けてきたサービスに合わないこと、知的障害、発達障害、視覚障害、2号被保険者等、あらゆる対象に関し、『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』についての悩みを抱えていた。

一方で、相談支援専門員にまつわるサービスの適正利用という観点では、[利用負担ゼロ円なのでとりあえずやっていた家事援助]や、[障害福祉サービスの逃げ道を駆使して介護への移行を遅らせるにつれ難しくなる利用者の介護への移行]があった。障害福祉サービスの適正利用に関する課題が、介護保険制度移行時の課題に関連することとなり、[本人の生活を守ることの難しさ]を痛感していた。

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、利用者には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。

相談支援専門員は、[障害から介護への移行の意味は、概念・サービス共に狭い方向への移行と同じ]と捉えていた。介護支援専門員は、[楽しみのための外出ができないことで利用者から怒りをぶつけられるやるせない思い]から、[障害サービスでできたことを介護保険でできないジレンマ]を感じていた。

一人の利用者に複数の重度訪問介護事業所を利用してケアプランを組まなければならないケースでは『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』の姿があった。また、介護支援専門員は、高齢障害者の障害福祉サービスにおける[人により、場合により異なる移動支援での通院介助の判断の悩ましさを]感じていた。

高齢障害者にとっては、過去に利用した障害福祉サービスは、実質利用料無料だったため、介護支援専門員は、介護保険制度への移行にあたり、利用者の経済面での心理的、物理的な負担に考慮し、[社会保障制度以外の安価な代替サービスの提示で乗り切る通院介助]方法等の代替案を利用者に提案していた。

障害福祉サービスと介護保険サービスの併用や、難病法に基づくサービス等あいまって、これまで顔の見える関係ではない自治体の部署との連携が求められるなかで[自治体

の部署間連携が不足することで右往左往する介護支援専門員]の姿が浮き彫りになった。

特に難病の場合には、保健師との調整も必要だが、[専門員からみてわかりにくい保健師の所属・役割・業務範囲]であり、連携時に、ある一つの職種であっても、その所属や部署が異なることによって業務範囲が異なるという、多職種連携・多（他）機関連携の難しさと苦労が浮き彫りになった。

障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行に難渋を示す利用者は珍しくないが、その理由の一つとして『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』があげられた。

[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]である。

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。

[家族の思いを中心に据えて同職種間連携を展開し受け入れ先サービス種別と事業所を拡大]し、[出席者20名超の大規模サービス担当者会議の展開で支えた重度障害のケース]を支えていた。

語り (C2-14) 「もう頼み込むってことだと思うんですけど。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って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）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ときに、・・・

（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）一緒にやるっていうような形でだんだ

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。

両専門員は、『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』として、
[役所の、本人はクレームとのラベリング
を変えたいケアマネとしての思い]、[その人
の生活にあった制度利用を関係者で訴え、役
所の理解を得るための交渉]を行っていた。

[生活困窮の総合的支援の必要性があっ
ても、委託先に任せてほぼ関与しない姿勢をと
る行政の実態]に不満を禁じ得ず、『多層的
な支援が必要な状況に関与を求める専門員』
の存在があった。

[連携の必要性を認識して欲しい役所の高
齢・介護・障害・生活保護の各部局]、更
には[自治体と相談支援センターの間に入って

調整する基幹型センターの役割]の必要性も
示された。

一方で[毎月モニタリングの必要性を伝え
ることで認めてくれた行政]もあった。

行政との交渉は、専門員の代行が第一義
でなく、障害福祉サービスの当事者による、
『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』の重要性が示され
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。

[最初に行うべきは、両制度の違いを知る
こと]であり、[異なる両制度の自立の概念]
や、[研修の最初に全ライフステージと自分
の介入の範囲を見比べて、自分の領域と連携
の領域を認識する必要性]が示された。

『課題分析、計画作成の立て方の視点と
制度に関する知識』では、ケアマネが最初
に理解すべきは障害とのライフステージと自
立の考え方の相違]、[一度獲得した機能と、
獲得しなかった機能に対するサービスの考え
方の相違に関するプラン作成ベースのすり合
わせの必要性]が示され、方法論としては、
『事例検討の有効性』が示された。

『研修の企画や運営方法』は、[合意を得
て協力して実施した両専門員の組織（県協
会）レベルの研修]や[合同研修の規模は、
県主催の単位と、市町村単位がある]ことが
示された。

また両専門員だけでなく、『行政職員の知
識レベルを保つための研修の必要性』が、
[共通認識を得るための、自治体職員に対
する教育の必要性]から示された。

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。

[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]を迫られるケース、課題解決のために[専門職(高齢・介護)・行政全員で暮らしの理解を高める自宅で行う拡大担当者会議]経験を通じ、[両制度をまたいでみえた現場のニーズに即した新たな共生型サービスのあり方]が見いだされた。

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

(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、『利用者を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的の高さである。【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に、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年からで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ってこそ、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える。

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]があった。

その人らしさには、2通りの見方があると考ええる。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ね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える。

(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の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

“丁寧な円滑な引継ぎ”である。個々の引継ぎの機能は、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”であると考えられる。

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く、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ではなく、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

者の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る。生活の再構築をも目指した並走型の協働ケ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られる。

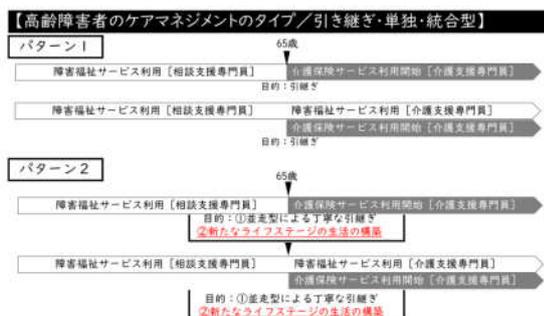


図1. 高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引継ぎ・単独・統合型における、パターン1及びパターン2の図

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。

【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

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

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える。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

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

キング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

- ・利用者の人格尊重
- ・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し、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。

参考文献

- 1) 内閣府ホームページ，障害者の状況；検
索日2020.05.01，
https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h30hakusho/zenbun/siryo_02.html
- 2) 株式会社三菱総合研究所「平成29年度
老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康
増進等事業）「相談支援専門員と介護支援専
門員との連携に関する調査研究事業」報告書
- 3) 宮脇美保子，石山麗子；「身近な事例で考
えるケアマネジャー倫理」，中央法規，
2019.
- 4) 介護支援専門員資質向上事業の実施につ
いて（平成18年6月15日付け老発第
0615001号厚生労働省老健局長通知
- 5) 東京都認知症多職種協働テキスト，東京
都福祉保健局高齢社会対策部、地方独立行政
法人東京都健康長寿医療センター

6) 小森哲夫、原口道子、石山麗子著編，難
病ケアマネジメント研修テキスト，社会保険
研究所，2016.

7) デイビッド・P.マクスリー著，野中猛ら
訳，ケースマネジメント入門，中央法規，
2014

謝辞.

本研究を進めるにあたり、お世話になった研究
協力者、共同研究者、関係事務ご担当者等、皆
さまに心より感謝し、御礼を申し上げます。

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

コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー(コード照合番号)
【専門職の倫理と価値】	『利用者をもっと受け入れ支える覚悟』	[凸凹があるのが人間で、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](S4-29)
		[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](S1-83)
		[全力で利用者の味方になると覚悟してかわることが移行期のケアマネとしての支援](C1-11)
		[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](C1-13)
		[行いたいのは、本人に喪失感を感じさせない関わり](C1-15)
『経営と理念の狭間のジレンマ』	[現場は本人に寄り添おうとしても、制度のインセンティブを経営者がどう判断するかで、現場の方向性も影響をうけかねない](S4-33)	
【同専門員の連携時の摩擦】	『障害が介護に抱く印象と誤解』	[介護サービスは、本人への寄り添い度が低いという障害側の介護側に対するイメージ](C1-55)
	『障害が介護に見られていると感じる印象』	[障害側は介護側から考えが緩いと責められているという気持ち](S2-20)
		[介護の常識では大盤振る舞いに見えるサービスの組み方](S1-64)
	『両専門員の課題分析や計画作成の考え方の相違』	[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](S2-30)
		[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ケアマネ](C1-53)
	『障害側が感じる不公平感』	[一度獲得した機能と、獲得しなかった機能に対するサービスの考え方の相違に関するプラン作成ベースのすり合わせの必要性](S2-31)
『ケースを選んでいるように見えるケアマネ』	[特に介護度が低く出やすい精神障害者の担当を躊躇する介護支援専門員](S2-3)	
【連携相手の制度の理解】	『心情的に理解できないお互いの制度の特徴・違い』	[異なる両制度の自立の概念](S2-24)
	『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』	[制度で異なる支援の価値と目的、理念の隔たりを認識](S2-22)
		[同性代の他の人と同じような生活を保障しようとする障害福祉](S2-25)
	『対象とするライフサイクルの相違』	[障害サービスは赤ちゃんから65歳までの社会活動支援も行うという説明で価値の違いに納得したケアマネジャー](S2-21)
	『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』	[研修の最初に全ライフステージと自分の介入の範囲を見比べて、自分の領域と連携の領域を認識する必要性](S1-67)
『理解しづらい支給決定の根本的な考え方の違い』	[介護・高齢・行政の拡大担当者会議で初めて実感したケアプラン作成の考え方の相違](C2-23)	
【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ】	『生活は一つだから、計画も一つという考え方』	[すべてのケースでケアプランは一つ、モニタリング実施者も1人なのは生活は一つだから](S2-10)
	『引き継ぎの重要度や方法の認識のズレが連携困難の一要因』	[引き継ぐ側、引き継がれる側の引継ぎに対する重要性の認識のズレ自体が連携の困難さ](S4-8)
		[狭い制度への移行時に生じる利用者の怒りの感情を両相談員の連携で乗り切る方法の模索](C1-10)
		[半年かけた両相談員の並走期間](S3-3)
	『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』	[一定期間の並走型ケアマネジメントで引き継げる、利用者ごと、相談支援専門員の利用者への関わり方や思い](S4-9)
		[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](C1-24)
		[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](C1-24)
	『より一層本人中心で捉える移行期の支援』	[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](C1-40)
『委託が基本相談として行う単独 統合型ケアマネジメントの方法』	[移行期に何より大切なのは本人の味方になる支援](C1-14)	
『委託で行う基本相談の一環として行うことで円滑に進む単独統合型ケアマネジメント』	[委託で行う基本相談の一環として行うことで円滑に進む単独統合型ケアマネジメント](C1-176)	
【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ】	『並走型ケアマネジメントたまたす専門的支援と連携の円滑さ』	[毎月のモニタリングがもたらす両相談員の連携の円滑さへの効果](C2-8)
		[並走型ケアマネジメントの利点は、専門性のすみわけによる専門的支援](C2-11)
	『自治体の支給決定が招く並走型の両相談員の連携不足』	[並走型ケアマネジメントによって可能となるその人にとっての自立、目標設定とケアプランの考え方のすり合わせ](C2-20)
		[自治体が認めなければ報酬は出ない両相談員の同時介入が必要な場合の報酬の仕組み](C1-58)
		[併用で感じる、障害のモニタリング間隔を長くしようとする自治体の指示と専門職の判断との乖離](C2-5)
『行政が認めた並走支援の毎月モニタリング』	[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](C2-6)	
『サービス利用は併用、相談は毎月モニタリングにしていらい両専門員がモニタリング同時訪問した並走期間』	[サービス利用は併用、相談は毎月モニタリングにしていらい両専門員がモニタリング同時訪問した並走期間](S3-9)	
【ケアマネジメント相談支援専門員の悩みと課題】	『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』	[受けてきたサービス量に見合わない要介護状態区分の判定結果で苦慮する65歳移行期の支援](S1-1)
		[発達障害のこだわりと、介護保険のルールをどう調整するのかは専門員の悩み](S4-31)
		[視覚障害者のニーズとマッチしない介護保険の認定基準とサービス内容](S1-2)
	『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』	[知的障害の方の大半が受ける要支援認定が妨げる通所サービスの利用継続](S2-2)
		[2号被保険者に影響する認定の判断基準と就労継続可能性](S2-1)
	『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』	[主治医意見書の遅れが招き絡み合う深刻な複数の問題](S2-3)
『痛感する本人の生活を守る事の難しさ』	[利用負担ゼロ円なのでとやみかたに家事援助](S2-12)	
	[障害福祉サービスの逃げ道も駆使して介護への移行を遅らせるにつれ難しくなる利用者の介護への移行](S2-14)	
		[相談支援専門員の数の不足により依然多いセルフケアプラン](S1-99)

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー(コード照合番号)
【ケアマネジメント実践上の悩みと課題/介護支援専門員】	『狭い方向へのサービス移行で、利用者から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』	[障害から介護への移行の意味は、概念・サービス共に狭い方向への移行と同じ](C1-9)
		[障害サービスでできたことを介護保険でできないジレンマ](C1-8)
	『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』	[楽しみのための外出ができないことで利用者から怒りをぶつけられるやむを得ない思い](C1-7)
		[障害と日頃の連携のないケアマネが苦慮する重度訪問介護のヘルパー事業所探し](C1-25)
	『安価な代替サービスで乗り切る』	[社会保障制度以外の安価な代替サービスの提示で乗り切る通院介助](C1-19)
	『自治体の部署間の連携不足で右往左往するケアマネ』	[自治体の部署間連携が不足することで右往左往する介護支援専門員](C1-155)
		[専門員からみてわかりにくい保健師の所属・役割・業務範囲](C1-162)
	『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』	[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](C2-12)
『成り代わりセルフケアプランの実態』	[本人に代わってサービス事業所が作成する成り代わりのセルフプランの実態](C1-2)	
【大叶ア統えい合るのケを想い】	『想いを叶える領域横断的多職種連携のケアマネジメント』	[出席者20名超の大規模サービス担当者会議の展開で支えた重度障害のケース](C2-15)
		[家族の思いを中心に据えて同職種間連携を展開し受け入れ先サービス種別と事業所を拡大](C2-14)
【心利に用者をもつたの想い】	『互いを尊重しあう両専門員』	[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](C1-41)
		[これまで長い人生を支えてきた障害側からケアマネが引き継いで欲しい情報は、その人の大事にしているところ、人となり](C1-40)
【行政との連携や交渉】	『多層的な支援が必要な状況に関与を求める専門員』	[生活困窮の総合的支援の必要性があっても、委託先に任せてほば関与しない姿勢をとる行政の実態](S4-11)
		[多層的な支援で問われるケースに行政を巻き込む交渉力](S4-12)
	『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』	[役所の、本人はクレーマーとのラベリングを変えたいケアマネとしての思い](C2-9)
		[その人の生活にあった制度利用を関係者で訴え、役所の理解を得るための交渉](S2-2)
	『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』	[行政の説得材料となる障害福祉サービス利用期間の長さ本人の確固たる意思表示](S3-6)
		[地域差を実感するモニタリング実施期間の自治体の判断](C1-68)
	『根拠が不明瞭な行政の反判断、地域・担当ごとのバラつきを抱く不信感』	[地域差、担当者の力量に左右される障害者のサービス利用実態](C1-141)
		[根拠が不明瞭なローカルルールに対して抱く専門員不信感](C1-34)
『役所に認識して欲しい部署間連携の必要性』	[役所は担当が変われば、ルールや判断も変わる](C1-39)	
	[異動を機にルール・判断基準の継承・連携が途切れる大規模自治体ならではの欠点](S1-52)	
『相談することで理解してくれる役所』	[連携の必要性を認識して欲しい役所の高齢・介護・障害・生活保護の各部署](C1-148)	
	[必要性を感じた障害福祉ケースワーカーとケアマネの関わり](C3-2)	
【両専門員に必要な教育】	『研修初期段階で学ぶべきこと』	[自治体と相談支援センターの間に入って調整する基幹型センターの役割](C1-238)
		[毎月モニタリングの必要性を伝えることで認めてくれた行政](C1-66)
	『課題分析、計画作成の立て方の視点と制度に関する知識』	[最初に行うべきは、両制度の違いを知る](S1-65)
		[制度で異なる支援の価値と目的、理念の隔たりを認識](S2-22)
	『事例検討の有効性』	[異なる両制度の自立の概念](S2-24)
		[ケアマネが最初に理解すべきは障害とのライフステージと自立の考え方の相違](S1-69)
	『研修の企画や運営方法』	[研修の最初に全ライフステージと自分の介入の範囲を見比べて、自分の領域と連携の領域を認識する必要性](S1-67)
		[ケアマネの法定研修を活用した障害福祉制度と計画作成の立て方の研修](S3-13)
『行政職員の知識レベルを保つための研修の必要性』	[一度獲得した機能と、獲得しなかった機能に対するサービスの考え方の相違に関するプラン作成ベースのすり合わせの必要性](S2-31)	
	[事例検討が有効性を発揮する両相談員の相違と特徴に関する理解と実感](S2-14)	
『決まった答えなどないケアマネジメント』	[合意を得て協力して実施した両専門員の組織(県協会)レベルの研修](S4-16)	
	[合同研修の規模は、県主催の単位と、市町村単位がある](S1-80)	
【新しいケアマネジメントの展開】	『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』	[共通認識を得るための、役所の職員に対する教育の必要性](C2-22)
		[両制度をまたいでみえた現場のニーズに即した新たな共生型サービスのあり方](C1-57)
『支援事例を通じて見てきた総合福祉機関と総合相談窓口の必要性』	[肌で感じる制度をまたいだ8050問題の増加](S1-86)	
	[長い暮らしの中で起きる親子障害者のケースの施設入所の判断](S2-50)	
『決まった答えなどないケアマネジメント』	[専門職(高齢・介護)・行政全員で暮らしの理解を高める自宅で行う拡大担当者会議]	
	[複数制度の利用ケースで必要となる総合相談窓口](C1-246)	
『決まった答えなどないケアマネジメント』	[一つの建物に福祉関係機関が集約されることでもたらされる良い変化](S1-58)	
	[ケースの特性ごとに異なる移行期のケアマネの役割](S3-1)	