

厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業

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

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 高木 憲司
令和 2(2020)年 3 月

目次

I. 総括研究報告

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)

(資料)ケアマネ・相談支援アンケート調査票 ……………36

相談支援専門員・介護支援専門員合同研修プログラム(案) ……………38

II. 分担研究報告

1. 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のための研究

(分担研究 1) ……………40

研究分担者:本名 靖(東洋大学大学院 教授)

研究協力者:高木 憲司(和洋女子大学 准教授)

2. 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 2) ……………51

研究分担者:高木 憲司(和洋女子大学 准教授)

3. 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(2)

(分担研究 3) ……………68

研究分担者:高木 憲司(和洋女子大学 准教授)

4. 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 4) ……………85

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)

5. 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 5) ……………97

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)

(資料)コアカテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリー一覧 ……………|14

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ……………|16

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き、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、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 ストレングス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知りました。（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。

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、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ついでというところでした。」「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、担当者会議ついでという本当に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。

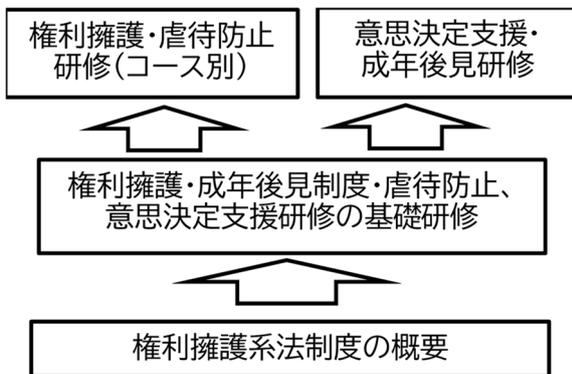


表6 権利擁護系研修の体系(私案)

「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

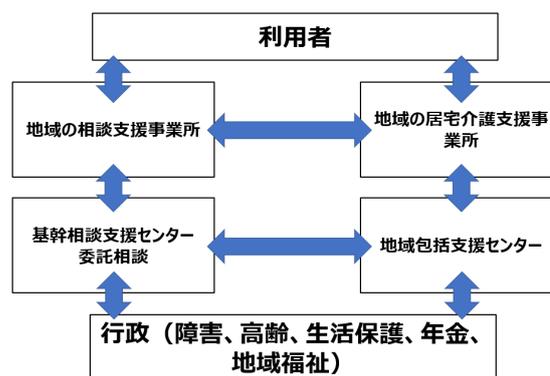
といった意見もあり、しっかりとつなげていく期間を取る必要があるとの認識もあった。

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らうと思われる。

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くと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。

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

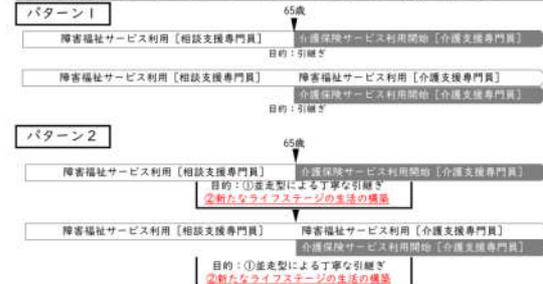
【高齢障害者のケアマネジメントのタイプ/障害・介護並走型】



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】

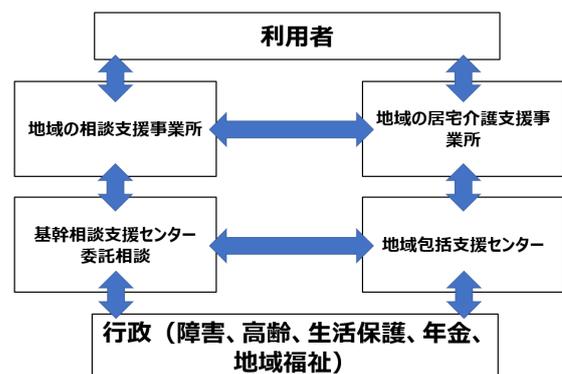
解決方策として、「合同で研修できる機会」、「双方が入ったサービス担当者会議の場」、「引き継ぎの時間を数か月取る」ことが重要。

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

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

相談支援専門員とサービス管理責任者等の連携促進のための研究
(分担研究報告書Ⅰ)

研究分担者 本名 靖 (東洋大学大学院 非常勤)
研究協力者 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。

A. 研究目的

前年度の研究成果より、「医療的ケア」については、既に実施されている「医療的ケア児等支援者養成研修」及び「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」があり、相談支援専門員やサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者も受講できる環境が整備されているため、本研究の対象外とした。また、現状で実施されているスーパービジョンは実践研修、更新研修で盛り込んだので、今回の研究では専門コース別研修のうち「権利擁護・成年後見」と「地域移行・定着」の2つが主な柱ととらえた。

まず、「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内容との調整が必要となると考えた。

「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、触法の研修では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。

また、これまで入っていなかった、災害時に関する相談支援等の役割等についての研修も必要である。

これらの課題について、現行のカリキュラムや現在国において検討中の案を比較しつつ、今後のあるべき研修体系のあり方について考察し提示することを目的とする。

B 研究の方法

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。

C. 研究結果

C-1 権利擁護系の各研修との内容の比較

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。

これら3つの研修の内容について、カリキュラムを概観する。(図表1,2,3)

科目	獲得目標	内容	時間数
権利擁護・成年後見制度			
1日目 1.各種法制度の概要及び相談支援従事者の役割を理解する(講義)			
法制度の概要	権利擁護に関する各種法制度の基本的な理解を深める	・障害者権利条約、障害者虐待防止法等の法制度概要 ・成年後見制度、日常生活自立支援事業の制度概要	2.5
権利侵害・虐待	虐待の定義、実情の理解を深める	・虐待の定義、内容 ・権利侵害の状況	1
各機関の役割	関係機関の役割を学ぶ	・弁護士等の職能団体、都道府県権利擁護センター、行政等の関係機関の職務、職域概要	1
実践事例報告(シンポジウム形式)	相談支援事業所の役割、関係機関との連携について学ぶ	・障害者への虐待、権利侵害事例に対する具体的実践 ・協議会の活用 ・関係機関の役割分担、連携方法	2.5
2日目 2.相談支援に必要な権利擁護の視点(演習)			
実践事例の報告(演習Ⅰ)	相談支援の役割、関係機関との連携等による支援方法の視点を広げる	・障害者の権利を保障する支援方法や介入、機関連携についてグループワークを行う	3
事例を活用し実際に支援体制を組み立てる(演習Ⅱ)	具体的に事例を使い権利擁護虐待防止の支援体制づくり地域連携を検討する	・グループで1事例選択し、課題解決に向けた支援体制作りを検討する ・グループ発表し全体で共有し再度振り返る	3
総括	研修のポイントの再確認	・自己の事例について、アドボカシーやエンパワメント等の視点を含め、相談支援の実践を振り返る ・グループ内で自己の振り返りを共有	1
			合計14

図表1 専門コース別研修(権利擁護・成年後見制度)

令和元年度「障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修」プログラム	
3コース共通研修	
内容	時間
受付	15分
オリエンテーション(事務連絡)	5分
研修の趣旨説明	30分
休憩	10分
障害者の権利擁護について	30分
障害者虐待防止法の理解と虐待事案について	70分
休憩	10分
当事者、家族の声を聞く	30分
主に知的障害のある人を対象とした障害者虐待防止研修	50分
休憩 昼食	60分
市町村・都道府県等窓口職員コース(コース別研修)	
内容	時間
養護者による虐待事案への対応と支援(講義と演習)	80分
休憩	10分
保護・分離及び成年後見制度等の活用の必要性(講義と演習)	40分
休憩	10分
警察及び地方労働局との連携(講義)	60分
2日目 受付	20分
事実確認調査における情報収集と面接手法(講義)	120分
休憩 昼食	60分
事実確認調査における情報収集と面接手法(演習)	120分
休憩	10分
障害者福祉施設従事者による虐待通報への事実確認調査のポイント	80分
検証に堪える記録の書き方	50分
管理者・設置者コース(コース別研修)	
内容	時間
身体的虐待の防止及び身体拘束・行動制限の廃止(講義と防止計画等作成演習)	60分
休憩	10分
経済的虐待の防止(講義と防止計画作成演習)	60分
休憩	10分
性的虐待及び心理的虐待、放棄・放置の防止(講義と防止計画作成演習)	60分
2日目 受付	10分
職員のメンタルヘルス(アンガーコントロール含む)	90分
休憩	10分
障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止について	90分
休憩・昼食	60分
施設・事業所における虐待防止体制の整備(講義)	90分
休憩	10分
施設・事業所における虐待防止体制の整備(講義と演習)	100分
虐待防止マネージャーコース(コース別研修)	
内容	時間
経済的虐待の防止(講義と防止計画作成演習)	60分
休憩	10分
性的虐待及び心理的虐待、放棄・放置の防止(講義と防止計画作成演習)	60分
2日目 受付	10分
職員のメンタルヘルス(アンガーコントロール含む)	90分
休憩	10分
障害者福祉施設従事者等による障害者虐待の防止について	90分
休憩・昼食	60分
施設・事業所における虐待防止研修の進め方(講義と演習)	200分

図表2 令和元年度「障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修」プログラム

C-1-1 権利擁護・成年後見制度

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。後半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。

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 研修案（1日コース 340分）								
＜全体研修＞								
(1) 利用者中心の支援が必要な根拠や背景を知る (2) 「意思決定支援ガイドライン」の内容を理解する (3) 受講者自身が、これまで他者決定による支援を行ってきたことへの気づきを得る (4) 意思決定支援が利用者中心の支援を実現することを実感する (5) 受講者が実践現場に戻って意思決定支援に取り組めるようにする (6) 研修効果の標準化のため、映像、テキスト、ルーティン化などを工夫する								
＜研修構成＞								
番号	当日	時間	大方テ ゴリ	中カテ ゴリ	タイトル	内容	ねらい	スライド頁
1	9:00-9:15	15	導入	グループ ワーク	気づきグループワーク	アイスブレイク(お互いに握手して、簡単な自己紹介をする) ↓ 意思決定支援の主体は？支援された意思決定の主体は？に関するグループディスカッション(適宜、講師はグループにマイクを渡して回答してもらう) ↓ 解説 ↓ 受講者自身がリスクを取った経験についてのグループディスカッション(質問①)+マイクを渡して回答「そのときの事を振り返るとどのように感じますか？」と質問 ↓ 利用者本人が意思決定する事、リスクを取ることを支援した経験についてのグループディスカッション(質問②・③)+マイクを渡して回答+適宜質問	アイスブレイクとともに、意思決定支援における自身の経験を受講者と共有する。 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(サポーター)としての一手段であることの気づきを得る。リスク抜きに意思決定は出来ないことを理解する。	P1-13
2	9:15-9:45	30	導入	グループ ワーク	事例から見る「意思決定支援」ー意思決定に対する阻害要素とは？ー	①「権利」に関する事例 ②「支援付き意思決定と代理代行決定」の経験に関する事例 ③「意思決定におけるリスク」の経験に関する事例 ↓ について講師が紹介。 ↓ アイスブレイク(自分の所属+支援している利用者の属性+進行役と発表者を決定)+事例について検討(どのような阻害要素が存在し、どのようにすれば意思決定支援を展開できるか？)	支援者が直面しがちな意思決定支援における阻害因子(なぜ「意思決定支援」がうまく行かないのか?)、どのようにその阻害要因に対応していけば良いかを検討してもらうことにより、研修への関心を高める。	P14-19
3	9:45-10:00	15	導入	発表 +解説	意思決定を支援するかかり支援例	事例について各グループからの発表+各事例の解説+阻害要因に関する解説	それぞれのグループの検討結果を共有することで、意思決定支援における課題と対応方法についての気づきを得る。	P20-27
休憩 10:00-10:10 10分								
4	10:10-11:10	60	導入	講義	「意思決定支援」における基本的考え方	「意思決定支援」についての基本的な考え方に関する解説 ①支援付き意思決定と代理代行決定の区別、検討順序 ②基本的な考え方(3つのスタンス(表出された意思+意思と嗜好に基づく最善の解釈+最善の利益)の紹介、障害者権利条約及び同条約委員会の一般的意見) ③トリアージ映像(3分)+3つのスタンスの解説 ④意思決定に関する能力の判定・法的有効性との対比 ⑤日常生活における意思決定と社会生活における意思決定の種類・内容 ⑥レスキュー(解決要請事態)モデルとエンパワメント(自己効力感向上)モデル ⑦意思決定の支援の層と層を厚くするための工夫 ⑧意思決定支援の枠組み(流れ)と本人の意思と嗜好の収集についての工夫 ⑨意思決定支援を行うことによる支援者側の考え方・行動の変化	「意思決定支援」という言葉について多義的な意味合いがあること、支援付き意思決定と代理代行決定の領域があること、それぞれの領域においてスタンスの違いがあることを理解する。 意思決定支援の場面・機会を判別し、本人から始まるのか他者から要請されるのかという出発点の違いを意識することにより、実は昨今の意思決定支援は他者からの要請に基づくものが多いことに気づく(本来はもともと前から意思決定支援を行う必要性があることを理解する)。 意思決定支援の方法(特に本人の意思と嗜好に関する収集・更新・解釈方法)や枠組み、好事例について理解し、実践することで、支援者側の考え方や態度の変化があることに気づく	P28-51
5	11:10-11:35	25	ガイド ライン	解説	障害福祉サービスの提供等に係る意思決定支援ガイドライン解説	①国内のさまざまな「意思決定支援」ガイドラインの紹介 ②ガイドライン概要説明(Ⅰ趣旨 Ⅱ総論 Ⅲ各論)	意思決定支援ガイドラインの全体像と各ガイドラインとの関係性について理解する。	P52-67
昼休憩 11:35-12:35 60分								
6	12:35-13:10	35	ガイド ライン	事前 説明 +司 劇ビ デオ +解 説	①支援付き意思決定映像で学ぶ「パート2」～ガイドラインに沿った「意思決定支援」会議を実現するためのポイント～ シーン1: 意思決定支援会議の実現に向けた働きかけ	映像を見る前に、主人公の状況と映像を見るうえでの注意事項の説明(5分) 映像シーン1の上映(10分) グループワーク(8分) 共有(7分) 解説(5分)	あらかじめ会議に対して、どのような点が意思決定支援上の課題なのかを認識し、共有することができると、意思決定支援(支援付き意思決定)会議を実現するためにどのような働きかけが必要かを理解できる。	P68-72
7	13:10-13:20	10	ガイド ライン	解説	ガイドラインを踏まえた「意思決定支援」会議に向けた事前準備	①意思決定支援会議を行うための事前準備の重要性 ②事前準備において検討すべきこと(目的・基本原則・ルール化・役割分担等)	支援付き意思決定のコンセプトや潜在的な対立可能性を認識することなしに会議をはじめようとしてもうまくいかないことを認識し、ファシリテーションを意識した進行が求められることを理解できる。	P73-81
8	13:20-13:45	25	ガイド ライン	司劇ビ デオ	シーン2: ご本人の価値観や嗜好を 発見・収集するための個 別面談	映像シーン2の上映(5分) 共有(7分) 解説(5分)	本人の嗜好と価値観の収集方法の一例を紹介しつつ、「意思決定支援」との関係性についての理解を深める。	P82-83
9	13:45-13:50	5	ガイド ライン	解説	ガイドラインを踏まえた「意思決定支援」の基本視点と意思決定支援ツール	パーソンセンタードの視点の重要性 意思決定のためのベストチャンス(最適な環境)の提供 意思決定を促進するためのツール紹介	ご本人にとってもっとも意思決定しやすい環境を整えるための様々な工夫があることを理解する。	P84-88
休憩・準備 10分 13:50-14:00								
10	14:00-14:30	30	ガイド ライン	司劇ビ デオ	シーン3: 意思決定支援会議の実 践	映像シーン3の上映(10分) 共有(7分) 解説(5分)	支援付き意思決定の支援における具体的な工夫や発見、キーパーソン(アドボケート)の役割を担う人をチームにしていることの効果、「意思決定支援」を継続することの意味について理解する。	P89-90
11	14:30-14:40	10	ガイド ライン	解説	ガイドラインを踏まえた「意思決定支援」のためのファシリテーション技法と意思決定支援の限界	支援付き意思決定の場面における面接技法 ファシリテーションを意識した会議運営の例示 意思決定支援の限界(認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインより)	ファシリテーション型会議運営の具体的な手法を学ぶとともに、支援付き意思決定の支援にも限界が存在することを理解する。	P91-97
12	14:40-15:10	30	ガイド ライン	解説	②本人意思の推定 ③本人の最善の利益の 追求 のための指針	意思決定能力アセスメント 「意思決定能力」のとらえ方 アセスメント実施時の質問例と留意点 「本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合」と判断する前に考えること 本人意思推定(本人の意思と嗜好に基づく最善の解釈)を行う際の留意点 「本人意思の推定が困難な場合」における最善の利益の考え方 代理代行決定の限界	本人の意思決定能力、アセスメント、意思と嗜好に基づく最善の解釈と主観的最善の利益に関する理解を深めるとともに、代理代行決定のプロセスを意図させざる。また、プロセスを踏まれば誰でも代理代行ができるわけではなく、各種法令に定められた権限に基づいて、適切な者が行う必要があることを理解する。	P98-110
休憩 10分 15:10-15:20								
13	15:20-15:40	20	記録化 解説	記録化 ワーク	意思決定を支援するための情報収集と記録 ～ 本人の価値観を尊重し、 支援者の気づきを高める ～	本人意思の汲み取り、意思決定支援の過程を記録する方法について	日々の選択における本人の選択とその背景にある価値観等を収集することの重要性を意識し、収集時におけるポイントを学ぶ	P111-119
14	15:40-16:00	20	記録化 ワーク	記録化 ワーク	支援者目線で見た本人の生活環境と会話状況に関する簡単な報告書を書いてもらう。その後、サンプル回答を配布。	記録上、落としきれないポイントの確認や記載方法が抽象的・曖昧・支援者の主観混じりの表現等になっていないかをセルフチェックする。	P120-121	
15	16:00-16:10	10	まとめ 解説	まとめ 解説	本日のポイントの整理			P122-128

図表3 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 研修案（1日コース 340分）

C-1-2 虐待防止・権利擁護指導者養成研修

虐待防止・権利擁護指導者養成研修では、最初に共通研修が置かれ、その後、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、虐待防止・権利擁護研修では、障害者虐待に特化した内容が講義されている。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、その後、3コースに分かれて研修を受けることになる。

窓口職員コースでは、養護者による虐待事案への対応と支援について講義と演習が行われる。次に、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。

C-1-3 意思決定支援ガイドライン研修

意思決定支援ガイドライン研修では、研修の目的である6項目が冒頭に示されている。

1) 利用者中心の支援が必要な根拠や背景を知る。

- 2) 「意思決定支援ガイドライン」の内容を知る。
- 3) 受講者自身が、これまで他者決定による支援を行ってきたことへの気づきを得る。
- 4) 意思決定支援が利用者中心の支援を実現することを実感する。
- 5) 受講者が実践現場に戻って意思決定支援に取り組めるようにする。
- 6) 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、等である。

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。

C-1-4 上記研修内容の整理

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、権利侵害としての虐待について広く浅く研修するが、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。

C-2 「地域移行・定着、触法」研修

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。（図表4）

地域移行・定着、触法	科目	獲得目標	内容	時間数
1日目 1. 各種法制度の概要及び相談支援従事者の役割を理解する（講義）				
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	・障害者総合支援法等を主とした法制度の概要 ・地域生活支援に関する制度（住宅政策、日常生活自立支援事業等）の概要	45分	
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	・地域移行の流れや関係者の役割等 ・地域の実情や支援体制の説明	45分	
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	・家族支援の在り方 等	1	
1日目 2. 障害者地域移行支援における相談支援（演習）				
実践事例の報告（演習1）	障害者の地域移行における相談支援の役割と関わり方を獲得する	・相談支援従事者による地域移行支援の状況の実践報告を受け、グループワークを通して確認する ・実践報告の事例を通して、地域での関係機関と相談支援従事者等の連携を確認する	1.5	
事例を活用し実際に支援体制を組み立てる（演習2）	具体的に事例を使い障害者の地域移行の体制づくりを獲得する	・受講者が事例を持ち寄り、それぞれの抱えている課題を共有する ・グループで1事例選択し課題解決に向けた支援体制づくりを検討する ・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	1.5	
総括	研修のポイントの再確認	・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	
2日目 1. 各種法制度の概要及び相談支援従事者の役割を理解する（講義）				
法制度の概要	触法障害者に関わる各種法制度の基本的な理解を深める	・障害者総合支援法、心神喪失等医療観察法、少年法、地域生活定着支援事業等を主とした法制度の概要や仕組みの説明 ・触法障害者への支援導入の流れや関係者の役割等の説明	45分	
触法障害者等への支援状況	地域の触法障害者の生活状況、支援体制を理解する	・地域生活定着支援センターの支援状況の説明 ・地域の実情や支援体制の説明	45分	
触法障害者及びその家族の理解	触法障害者や家族の基本的特性を理解する	・触法障害者の障害特性 ・家族支援の在り方	1	
2日目 2. 触法障害者支援における相談支援（演習）				
実践事例の報告（演習1）	触法障害者支援における相談支援の役割と関わり方を獲得する	・相談支援事業における触法障害者支援の状況の実践報告を受け、グループワークを通して確認する ・実践報告の事例を通して、保護観察官、社会復帰調整官、保護司、教育関係者、相談支援従事者等の連携を確認する	1.5	
事例を活用し実際に支援体制を組み立てる（演習2）	具体的に事例を使い、触法障害者支援の体制づくりを獲得する	・受講者の事例を持ち寄り、それぞれの抱えている課題を共有する ・グループで1事例選択し、課題解決に向けた支援体制づくりを検討する ・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	1.5	
総括	研修のポイントの再確認	・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13				

図表4 専門コース別研修（地域移行・定着、触法）

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。

<第1日目> 東京8月7日(水) / 大阪9月9日(月)	
時間	プログラム
9:30	< 受付 >
9:55~10:00	開会・主催者挨拶
10:00~10:30	「本研修のねらいと全体構成」 水藤昌彦 [国立のぞみの園]
10:30~12:00	【総論】 「知的障害のある犯罪行為者への支援」 水藤昌彦 [国立のぞみの園]
12:00~13:00	～昼食休憩～
13:00~14:30	「刑事司法と福祉の連携」 森久智江 [立命館大学]
14:30~14:40	休憩
14:40~17:20	【支援プロセス1】 「矯正施設退所に向けた支援①」 唐木慶二・渡邊守 [国立のぞみの園]

<第2日目> 東京8月8日(木) / 大阪9月10日(火)	
時間	プログラム
9:00~10:30	【支援プロセス1：つづき】 「矯正施設退所に向けた支援②」 渡邊守・唐木慶二 [国立のぞみの園]
10:30~10:40	休憩
10:40~12:20	【支援プロセス2】 「矯正施設退所直後からの支援①」 関口清美・佐々木茜 [国立のぞみの園]
12:20~13:10	～昼食休憩～
13:10~14:30	【支援プロセス2：つづき】 「矯正施設退所直後からの支援②」 関口清美・佐々木茜 [国立のぞみの園]
14:30~14:45	休憩
14:45~15:45	【支援プロセス3】 「地域生活を継続するための支援」 中川英男 [滋賀県社会福祉士会]
15:45~15:50	休憩
15:50~16:10	【研究報告】 「地域生活定着支援センターの役割」 古屋和彦 [国立のぞみの園]
16:10~16:40	【総括コメント】 水藤昌彦 [国立のぞみの園]
16:40~16:45	修了証授与・閉会

図表5 国立のぞみの園「知的障害のある犯罪行為者への支援を学ぶ研修会」〈基礎研修〉

D. 考察

「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。

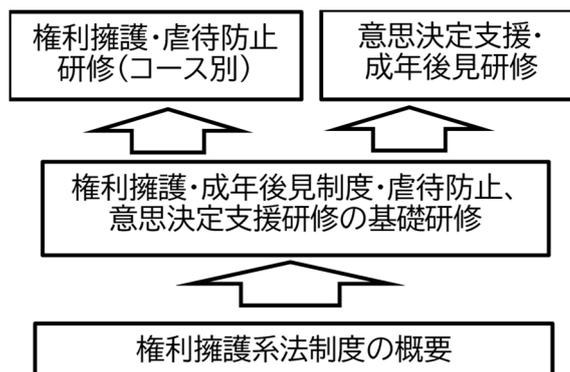


表6 権利擁護系研修の体系(私案)

「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、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のかと考えられる。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。カリキュラム案を示す。（図表6）

図表6 「災害時ケアプランコーディネーター養成研修」

基礎講座

第一講 (80分)

- ・社会モデルとして障害を考える
- ・災害と防災リテラシーの基礎知識を身につける

	受講生の活動	指導者の活動	準備物	参考テキスト
基本知識の獲得 (50)	障害を医学モデルではなく、社会モデルで認識する	障害を社会モデルとしてしっかり説明する ・社会が生んだ障壁が障害の原因である		立木茂雄『災害と復興の社会学』3章
	社会現象としての災害を小さくするための重要な事項について理解する	①災害は自然現象ではなく、社会現象であることを伝える ・災害因である自然現象による影響と社会のぜい弱性の重なった部分が災害である ・災害D=f(ハザードH, ぜい弱性V)で決まる 例) 災害名: 東日本大震災 災害因名: 東北地方太平洋沖地震 「地面の揺れや大雨が人の命を奪うのではなく、そういった自然現象に耐えられないもろい住居や、危険な場所に住んでいることが人の命を奪う」 ②災害を小さくするには、災害因(自然現象)の影響力を小さくする(防災)のと同時に、社会のぜい弱性を小さくする(減災)の両方が必要 防災=構造物によってハザードの影響を抑えることで被害を抑止する 減災=構造物を使わない被害抑止や事前のそなえ、応急対応・復旧・復興による社会のぜい弱性の縮小		立木茂雄『災害と復興の社会学』1章
		③個人のぜい弱性が大きい人たちが「災害時要配慮者」 ・個人のぜい弱性V=f(人P, 環境E)によって決まる 例) 車イスの人とメガネをかけた人のぜい弱性の大きさを差を訪ねた後、家族と暮らしている車イスの人と一人暮らしのメガネをかけた人のぜい弱性の大きさを差を考える ・災害D=f(ハザードH, f(人P, 環境E))を理解する		立木茂雄『災害と復興の社会学』2章
	防災リテラシーについて知る 防災リテラシーを高める方法と、防災リテラシーによる効果を知る	防災リテラシーについて説明する 防災リテラシーは 「脅威の理解」: どんな災害が起こりうるのか、その際自分がどんな被害を受け、どれだけ日常生活に影響を受けるのが理解する 「必要なそなえの自覚」: 受けるであろう被害・生活への影響に対して、どんなそなえがどれだけ必要か自覚する 「とっさの行動への自信」: いざという時に命を守る行動が取れるよう、避難訓練を繰り返して避難行動をパッケージ化する の3つの要素で成り立っている 「防災リテラシーがあれば、自分がさらされているリスクに対して必要なだけそなえられようになり、いざという時に命を守るための適切な行動をとることができる」		災害時の適切な避難を促す「防災リテラシー」、月刊公明、2016年12月号、50-55.
具体的な手法の理解 (25)	平時のケアプラン作成に関わる福祉専門職が災害時のケアプランを作成することの必要性を理解する	①これまでの災害時要配慮者の取り組みがうまく進まなかった根本原因は、平時の生活を考えられている福祉部局と、災害時の対応を考える危機管理部署が断絶しているからであることを伝える ・東日本大震災で宮城県で障害者死亡率が高かった原因が、災害時の対応までを含んでいなかった福祉だけのノーマライゼーションの推進によることを根拠として伝える ②平時のケアプランを作成しているケアマネジャーや相談支援専門員が、もっとも要配慮者のそばによりそい、必要な合理的配慮を本人とともに伝えることができる存在であることを伝える		誰ひとり取り残されない防災をめざして国民生活(Web版)2018年9月号、No. 74
	災害時ケアプランを作成するための具体的な手順を知る	①平時のケアプランの延長線上に災害時ケアプランがある ②災害時ケアプラン作成のプロセスを理解しているか確認する(e-learning視聴済み) 1) 起こりうる災害とそれによる日常生活への影響を伝えよう(脅威を正しく理解する)、当事者の身体、生活、日常生活で使用している資源についてアセスメントし、その資源が災害時に使えるのか、足りるのか確認し、足りない場合の解決策を検討する(安心防災帳を使用) 2) 当事者が生活する地域に向き、実際の避難経路などを確認する 3) 災害時一緒に避難するであろう地域住民(特に自治会役員と近隣者)と調整会議を開き、避難行動については当事者の持つ資源といざというときに必要になる資源を、エコマップを描きながら共有して避難行動のプラン案を作成する。避難生活については実際に避難生活を送る場所に集まり、国際生活機能分類に基づいた災害時の困りごとチェックシートから特に困ることをあげ、住民きめた全員で解決策を検討する。 4) 平時のケアプランを記入している様式を拡張し、緊急時の特記事項として調整会議で話し合った結果を災害時ケアプランとして記入する 5) 当事者もしくはその代理人とともに、想定される災害を理解したこと、自身でそなえるべきこと、必要であれば声を上げて支援を求めようことを記入し、命を守るために必要な情報共有に同意した署名を記入した確認書を作成する。これにより平時のケアプランと同じく、当事者と支援者の間に水平の関係が築ける。 6) 立てたプラン通りに避難訓練や避難所開設訓練を、地域住民が参加するインクルーシブな防災訓練の形で行い、検証し、必要であれば改善する。 ③プランの完成そのものがゴールではなく、地域住民も巻き込んで行われる一連のプロセスが継続的に実施されるしくみを地域に根付かせることが大切。	ワークシート等でe-learningの内容を確認する	誰ひとり取り残されない防災をめざして国民生活(Web版)2018年9月号、No. 74
まとめ	福祉専門職にだけ責務が増えるのではなく、様々な関係者と連携しながら当事者をエンパワメントすることが大切であると知る	・当事者、その家族、地域住民たちによるインクルーシブな訓練の必要性を伝える ・当事者やその家族が、地域住民と信頼関係を結べるよう、当事者と家族を支える		

第二講 (80分)

・災害時ケアプランのための当事者アセスメントをする

	受講生の活動	指導者の活動		
準備	災害時の影響について正しく知る (5分)	災害時の影響についての資料を配付 ・資料に基づき簡潔に (10分程度) 説明 起こる災害の規模や被害だけでなく、日常生活がどのように影響を受けるのか、支援者と当事者が想像しやすいように伝える ・災害D=f (ハザードH, f (人P, 環境E)) を思い出させる	・地域のハザードマップ ・避難所・避難場所マップ ・あなたまのまちの直下型地震によるライフライン被害シミュレーション結果	
	アセスメント ・キットに従い聞き取りをする (60分)	安心防災帳および予備の3と4の台紙を配布 1グループに一人の当事者を配置し、キットの内容が1, 2がADL, 3, 4がICFの活動と参加、環境要因であることを説明し、キットに従って聞き取りをするよう指示 時間の目安: ① 1 (身体) と2 (生活) のアセスメント: 30分 ② 3 (現在のそなえ) のシール貼り: 15分 ※その際、人とのつながりの部分はサービスを受けていたり挨拶する中であれば資源としてカウントし、台紙に貼るように指示する (3で資源として認識できていないと4で必要なそなえを考える際にあがってこない) ③ 災害による影響をもとに、現在のそなえが使えるのか、足りるのか考えて、○△×を付ける (台紙とシールの両方に○△×を置く): 3分 ④ ×および△のシールを4の台紙に移す (困った顔の欄に貼る): 1分 ⑤ 3に貼られなかったシールも確認し、改めて災害にそなえて準備すべき資源がないか確認する: 1分 ⑥ 4 (必要なそなえ) に貼られたシールの課題解決方法 (資源をどう獲得するか) を検討する: 10分	・自分で作る安心防災帳 ・安心防災帳使い方資料	
	資料をもらう。 ・災害時に不足する事案について考え、災害時ケアプランの原案を作る (10分)	災害時ケアプラン素案用様式 (ケアプラン版とサービス等利用計画版を配布する) 平時のケアプランやサービス等利用計画の一部を改変した様式に、緊急時の困りごとや必要な備えなどを記入して、災害時ケアプランの素案を作成するよう指示		災害時ケアプラン素案用様式
まとめ	自分が担当する地域の要支援者に思いを巡らせ、災害時ケアプランを事前に作ることの重要性を確認する (5分)	要配慮者一人一人について、本講義で学んだように災害時のケアプランが必要であることを確認する		

応用講座

第三講 (120分)

・災害時ケアプラン調整会議を模擬的に体感する

	受講生の活動	指導者の活動	備考	
導入	・災害時の当事者アセスメントを思い出し、災害時のケアプラン調整会議にのぞめるようにする。(10分)	第一・二講のふりかえりを行う。 当事者アセスメントの結果、災害時ケアプランの素案を思い出させる。 その上で、平時関わり合いのない住民に、当事者の代弁者として平時の状況とプランの素案を伝えて、話し合いの場が作れるようにする。		
演習	① 避難行動のケアプランを作成する。(30分) 平時の資源を青、災害時に必要となる資源を赤で描く	当事者のアセスメントについて思い出し、エコマップを作成しながら議論をまとめるよう指示。 地域住民にとっては避難訓練時の段取りの形でまとめる	・模造紙 ・赤青黒のプロッキー	Hartman, A. (1978), Diagrammatic assessment of family relationships. Social Casework, 59(8), 465-476
	② 避難先での避難生活のケアプランを作成する (30分) 出てきた意見は付箋で整理する	① 当事者に困りごとチェックシートから特に困ること3つを選択してもらい ② 選択された困りごと3つの解決策を検討してもらい (出た意見は1つごとに1枚の付箋に記入し、全ての意見を付箋にして貼った上で、グループで検討した結果を解決策として整理する) 地域とその施設が持つ資源を上手く活用し、より多くの避難者が受け入れられる合理的配慮の行き届いた避難所をめざす	・AO版困りごとチェックシート ・正方形の黄色付箋 ・ラッシュオンペン	
個人ワーク	演習の結果を受けて、第二講で作成した素案の修正と確認書の作成を行う (15分)	2つの様式を用いて災害時ケアプランの作成を行うことで、当事者自身の自助を高めることと、このプランの内容と実行についての自己決定を促し、当事者と支援者の水平な関係性が保たれることを伝える	・ケアプラン改造様式 ・サービス等利用計画改造様式 ・確認書様式	
全体発表	各グループの代表者が、模造紙やチェックシート、様式などを用いて、作成したプランについて報告する (30分)	各グループの考えや経験したことを、受講者全体で共有化する		
まとめ	自分の地域に戻り、災害時ケアプランの作成に取りかかる気持ちになる。(5分)	各自が地域に戻り、実践するように言う。		

E. 結論

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になっており、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。

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

・今橋久美子, 平成30年度厚生労働科学研究報告書「障害者の意思決定支援の効果に関する研究」, 2019年3月

・特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会, 厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業「避難行動要支援者に対する個別計画作成における計画相談支援事業者

等の協力に関する調査・研究事業」調査報告書, pp88-90, 2020年

なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

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

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ると、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。

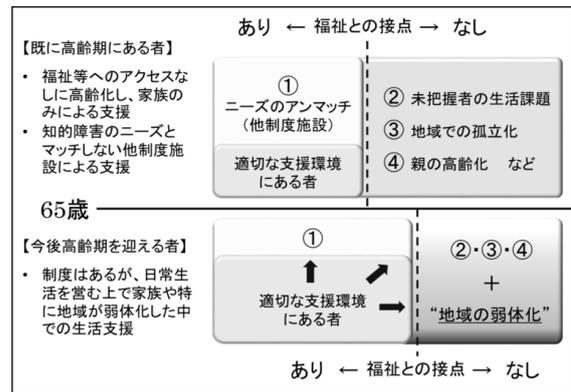


図3 諸課題の所在(イメージ)

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

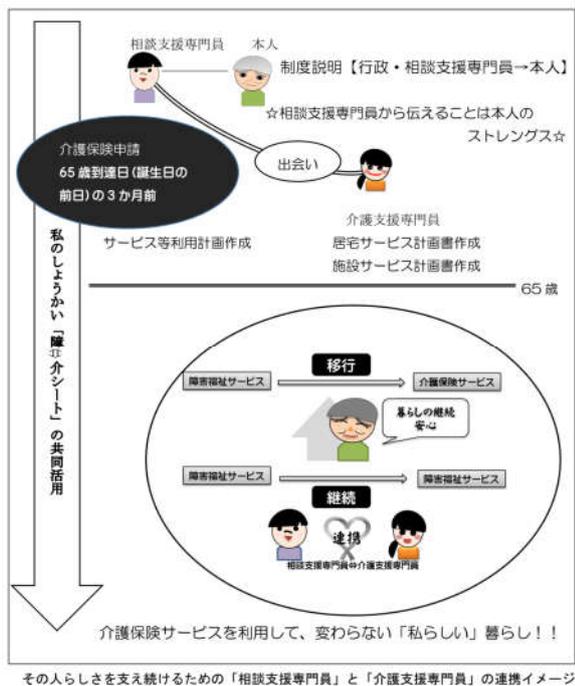
③ 介護認定がないと支援に入ることが難しいといった制度そのものの違いからくる認識の違い

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	たまだ 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	
家族構成	姉	玉田 信代	75
	職業		無職
家族構成	同居/別居		死亡
	備考		特別養護老人ホームのリーパー入所
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、若い頃のようにはできなくなってくるのかな……

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、「私のしょうかい(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。

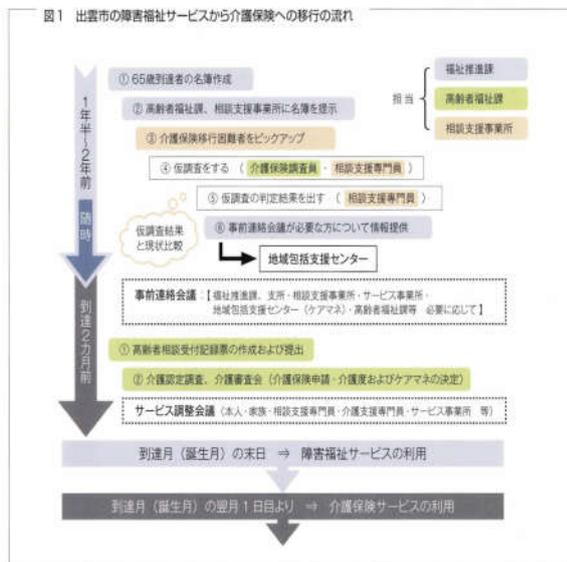
これまで、障害のある人の介護保険移行時に、混乱していたことが解決できそう！！
 その上、相談支援専門員との連絡もスムーズで、今後も一緒に考えていけるので、力強いわ！

(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。

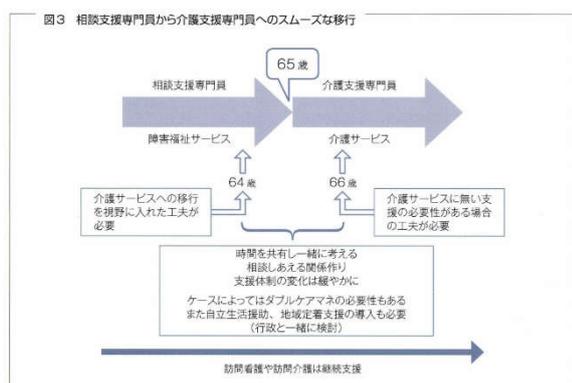
この3つ目は、制度の変更を環境の変化という視点で考えて、障害福祉サービスとしての自立生活援助を入れたり地域定着支援を入れたりしながら、相談支援専門員も一定期間かわり続けることができるというものです。とはいえ、相談支援専門員がいつまでもかわるわけではなく、きちんとフェードアウト

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たが、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もあれば、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。

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

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（2）
（分担研究報告書3）

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、そもそも、相談支援専門員と介護支援専門員が、どの程度、障害高齢者への対応経験を有するのか、お互いの制度を理解しているか、今後どのような対応を望んでいるか等について調査する必要があると考え、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。その結果、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、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層構造が重要であり、それぞれの横・縦の連携体制の構築が望まれることが示唆された。

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、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する。

B 研究の方法

〇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。

C. 研究結果

(1) 回答者の属性について

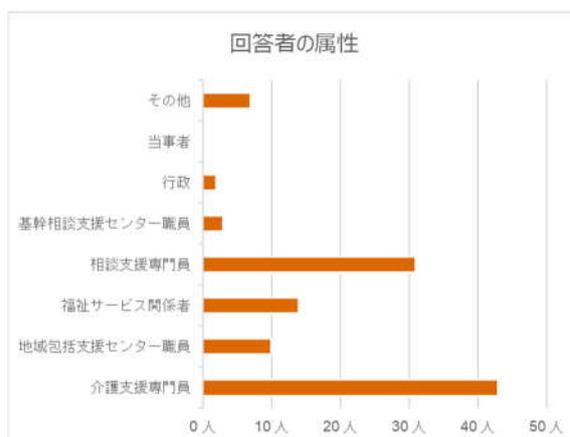
回答者の属性については、相談支援専門員が31人(40.8%)、介護支援専門員が43人(56.6%)、福祉サービス関係者が14人(18.4%)、地域包括支援センター職員が10人(13.2%)、基幹相談支援センター職員が3人(3.9%)、行政が2人(2.6%)、その他が7人(9.2%)であった(図表1)。

その他の職種としては、以下のとおり。

- ・精神保健福祉士、社会福祉士
- ・保健師、看護師
- ・認知症ケア上級専門士
- ・看護師 ・MSW ・PT

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(図表2)。

図表1 回答者の属性



図表2 重複者数

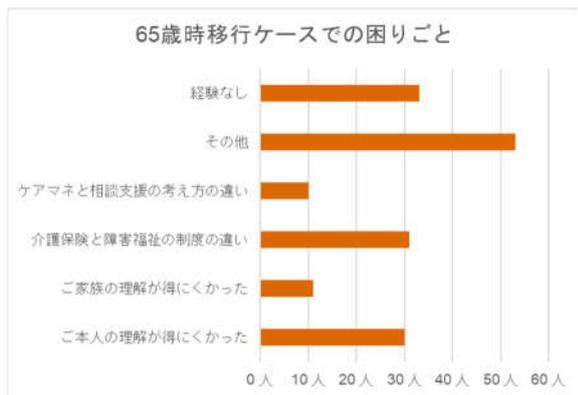
	地域包括支援センター職員	福祉サービス関係者	相談支援専門員	基幹相談支援センター職員	行政
介護支援専門員	3人	1人	9人	0人	0人
地域包括支援センター職員	/	0人	0人	0人	0人
福祉サービス関係者	/	/	5人	0人	0人
相談支援専門員	/	/	/	0人	2人
基幹相談支援センター職員	/	/	/	/	0人
行政	/	/	/	/	/

(2) ケアマネと相談支援の連携で感じる困難性

(2)-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。また、職種ごとの内訳は図表4のとおりであった。「その他」が53件の具体的な内容は図表5のとおりであった。

図表3 65歳時移行ケースでの困りごと



図表4 65歳時移行ケースでの困りごと（職種ごとの内訳）

	総数	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	その他
ご本人の理解が得にくかった	30	17	8	3	12	0	0	1
ご家族の理解が得にくかった	11	6	2	2	3	0	0	1
介護保険と障害福祉の制度の違い	31	14	5	4	12	2	0	4
ケアマネと相談支援の考え方の違い	10	4	2	1	6	0	1	2
その他	53	29	4	10	22	0	2	4

図表5 「その他」の内容

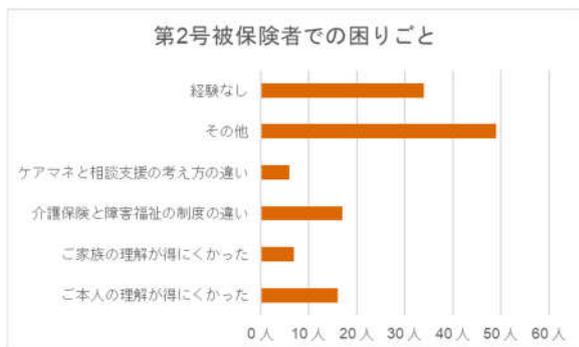
- ・入院中の利用者さん（精神科）→65歳前から介護支援専門員さんがケースカンファレンスには来られない…
- ・本人が障害優先・介護優先のサービスの違いに戸惑う場合が多く、介護保険サービスに満足できないか、納得できないと訴える相談もあった。相談はあったが、実際に支援経験はない
- ・長く同行援護のみの利用で、セルフプランで調整されていたため、相談支援専門員がついておらず、更新の際に市の障害支援課より本人、家族にケアプランの提出を要求されたので、ケアマネがケアプランを支援課に提出した
- ・訪問介護のサービス内容が障害と介護保険では違うため、同様の内容では利用できなかった（ex要支援の方は買い物代行は不可なので）
- ・障害福祉では費用が発生しなかった（もしくは上限がある）が、介護では発生するときの、家計バランスの再考
- ・サービスの入り方（時間配分など）の違い
- ・65歳になると同時に年金開始となり、生保が外れる時の請求の煩雑さや、生活支援再考
- ・料金などについて、不満があり、納得していただくのに時間がかかった。
- ・同事業所のケアマネは、移行にあたり、利用で

きるサービスが減り困っていた

- ・私は相談とケアマネ両方やっているの、移行ケースは1年前から、本人と話し合う機会を持ち準備をしてきたので、比較的スムーズに行えたと思うが、費用の面（1割負担）で、利用料がかかること、手当てがなくなることなど、説明を理解してもらったが大変だった
- ・障害サービスは時間なので、何をどう使い、何が必要なかわからなかった
- ・継続して障害福祉サービスを利用しているため、移行はしていませんが、今後どのようなタイミングで介護支援専門員と連携をしていくのか、本人や家族への説明や顔合わせ等はどのように行っていくのかはとても難しいのではないかと思います。
- ・介護と障害の優先順位や区分等に時間がかかるため、緊急を要する場合の対応に暫定が立てにくい時は困る
- ・ご本人はまだまだ働きたい気持ちが強かったが（B型利用）、能力、体力ともに低下しており、介護移行への気持ちの切替が難しかった
- ・自立度が高い方だと、介護保険には本人の希望に合う通所先がない
- ・介護保険サービスを探す際に、地域包括支援センターに相談したが、場所により対応が違う
- ・65歳になる3ヶ月前に申請し誕生日前に認定が出るが、非該当や要支援になる事が多い。移行になる前にサービスを出来るだけスリム化するようにしているが、どうしてもご本人の生活の質を維持するには必要なサービスもあり、区分変更の申請が必要となる。誕生日までは変更申請もかけられず、しかも誕生日までは相談支援が担当なので、結果が出るまでのご本人の生活が滞らない様にあらゆるインフォーマルサービスを探したり、社会資源を探し奔走する事になる。
- ・そもそもが相談支援専門員がついていないまま、65歳になり、担当CMになった。
- ・障害サービスの利用方法と介護サービスの違いを理解してもらえない。自分の都合で日時、曜日を伝え、サービスを提供してもらっている。介護サービスは、日時・曜日を事前に計画し、サービス提供を行う。
- ・生保2号であったため、介護保険移行時にサービスが減少するため介護度が高いほどサービスを減らさなければいけない。それまでは使えたのになぜ使えないと、理解が得られない。
- ・一緒に買い物に行けない等、自立に向けた支援のあり方の違い。

(2)-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。また、職種ごとの内訳は図表7のとおりであった。「その他」が49件であり、その内容は図表8のとおりであった。

図表6 第2号被保険者のケースでの困りごと



図表7 第2号被保険者のケースでの困りごと
(職種ごとの内訳)

	総数	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	高齢相談支援センター職員	行政	その他
ご本人の理解が得にくかった	16	10	4	2	5	0	0	1
ご家族の理解が得にくかった	7	3	1	1	1	1	0	0
介護保険と障害福祉の制度の違い	17	10	4	0	5	1	0	2
ケアマネと相談支援の考え方の違い	6	4	1	0	1	0	0	2
その他	49	22	2	11	19	1	2	3

図表8 「その他」の内容

・市の障害支援課にサービス許可をもらうまでの期間がある。
・障害支援課と介護福祉課の連携が、年々良くなってはきていますが、まだまだつながりはよくありません。書類等の手続きなどで手間がかかったり、認識がそれぞれの課で違うため、混乱があった。
・障害者手帳がありかつ生活保護受給者がヘルパーを使う場合、障害が優先になるが、介護のケ

ースの場合、プランを立てればその日からサービス利用できるが、障害では、支援課に必要書類を届け、利用を許可いただくまでに2週間かかるので、使いにくい

・本人が正しく理解できているかは不安、他に家族もいなく独居で全てケアマネに任せるタイプ

・64歳→65歳で切り替えがあるので、障害者支援課の対応について。急にサービスが使えず、ケアマネに依頼がくる。本人申請とのことですが、何らかの障害者への告知の支援は？わかりやすく口頭で伝える必要あると思う。

・65歳でそろそろ移行ということで、60歳過ぎたくらいから小出しに情報提供していたが、ご家族も本人も被害的になってしまい、(追い出される等と思われる)、説得に時間がかかった。1回/月、1回/2か月くらいからデイサービスに慣れていただき、移行できたケース

・利用したい介護サービスはあっても高年齢層の方がおられる場所で実際、40代、50代の方が過ごされることの違和感(ご家族の方)がありました。

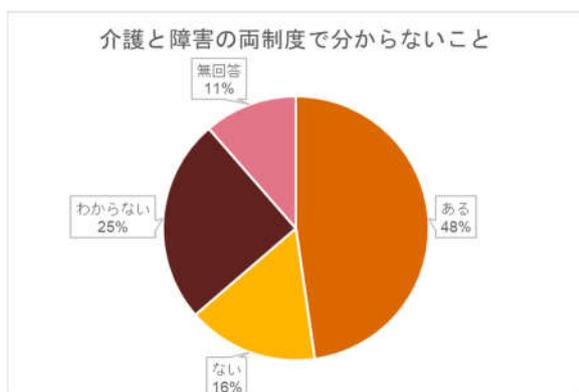
・一般的になかなか本人がサービスを受けられないというケースがあるようです。母親のケアマネと意見が違った、自分が専門職なので、物足りなさを感じた。

・若いほど集団の中に入る=高齢者の中に入りたがらない。特に男性(高次脳機能障害)は難しい。女性はある程度理解しサービス利用している。

(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」と回答した者が多いことがわかる(図表10)。また、わからなかったことの具体的な内容は、図表11のとおりであった。

図表9 介護と障害の両制度でわからないこと



図表10 介護と障害の両制度でわからないこと
(職種ごとの内訳)

	総数	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	その他
ある	42人	17人	7人	4人	14人	2人	1人	3人
ない	14人	9人	0人	3人	5人	0人	0人	2人
わからない	22人	12人	2人	5人	9人	1人	1人	1人
無回答	10人	5人	1人	2人	3人	0人	0人	1人
計	88人	43人	10人	14人	31人	3人	2人	7人

図表11 わからなかったことの具体的な内容

<相談支援専門員>

- ・制度の違い等、都度確認しているが、不安はある
- ・わかりにくい、ようやく数年かけてわかるようになった
- ・本日の研修で理解できた
- ・介護支援専門員と相談支援専門員の計画を立てるときに双方上限の時間の使い方が違うが、なぜか？介護の方が厳しい？障害は、そうではない？
- ・介護保険の要介護認定は自分の持っている能力で生活が出来るかを確認すると研修で学びましたが、事前の配慮は対象にならないともありました。家族の支援力やサポート力が反映されることはあるのか理解できていない。
- ・利用できるサービス内容と、対象者、利用料金、手続きなど。まず、障害者支援課と、介護保険課のどちらに相談したらいいのか。
- ・認定調査の視点の違い
- ・ケアマネさんは、基本的に障がいを持たれている方に対する苦手意識が強いようで、特に精神の方に対するサービスの必要性の認識にズレを感じます。また、支援の方を地域包括支援センターのケアマネに持って頂くと訪問介護の事業所に様

子見の支援をお願いされたりして驚く事があります。

<介護支援専門員>

- ・障害者が介護保険の認定をうけた際に障害福祉サービス事業所を利用できなくなるケース
- ・障害の分野の制度
- ・障害分野の経験ないため、制度そのものでわからないことが多い。ただし、障害者手帳取得者は別
- ・移動支援、通院介護が、介護保険に同サービスはないため利用できないため、院内介助で、自費負担を強いられる、家族がおらず生保課の方の負担が大きくなる
- ・制度の違い等、都度確認しているが、不安はある
- ・障害サービスの具体内容を理解しきれていない
- ・わかりにくい、ようやく数年かけてわかるようになった
- ・似ている言葉などが多く、混乱することが多い。障害に関わっている方は、仲介を積極的に受けるイメージがあります。介護はケアマネなど、一線を引くことが多い。

・両制度をうまく利用していける方法がよくわからない

・今日の研修である程度解消した

・ケアマネと相談支援のダブルケアマネ制度を知らなかった

・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。

・認定調査の評価の仕方の違いを知らなかった

・視点が異なるので一緒にしようとするのが違うのでは…？

・基本的に障がいを持たれている方に対する苦手意識が強いようで、特に精神の方に対するサービスの必要性の認識にズレを感じます。また、支援の方を地域包括支援センターのケアマネに持って頂くと訪問介護の事業所に様子見の支援をお願いされたりして驚く事があります。

・ALSが多く、両制度を利用しているが、I市の特色として障害の税金が多く出ているため、重度訪問になると受けてくれるヘルパーが少なく苦労する。

<地域包括支援センター職員>

・どのようなサービスが具体的に受けられるのか細かく分からない。人によって受けられるかどうかの判断基準が分からない。

・生保2号の具体的な内容、障害特性に沿ったと

は具体的にどういことか知りたい

- ・どの程度障害サービスが認められて利用できるかわからない
- ・介護保険サービスを利用している方で一時介護料を活用するための調整がわからなかった。
- ・やれる事、やれない事の根拠
- ・使える単位の違いで、利用者にとって障害サービスの方が有効か
- ・サービス名称と内容の違いがあり、理解がしにくい。また、負担（料金）の仕組みや、実際の額もわからない。

<福祉サービス関係者>

- ・介護分野に関してはわからないことが多い
- ・制度を紙面では理解しているが、介護の制度の支援をしていないので制度を実践的に活用できない。様々な事例を知って勉強したい。
- ・介護制度、サービス、知識が少ない
- ・自立支援に対する考え方の違いが制度として成り立っている事がわからない

<基幹相談支援センター職員>

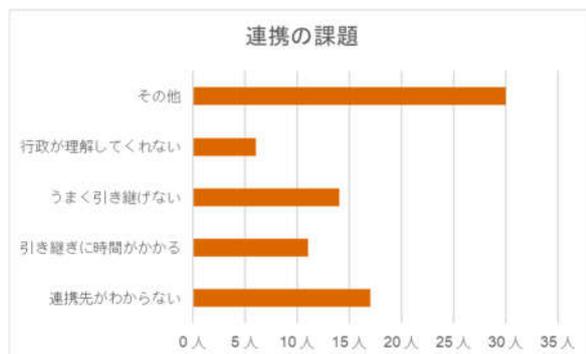
- ・介護認定の方法の違い

(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(図表12)。また、職種ごとの内訳は図表13のとおりであった。「その他」の具体的な内容は図表14のとおりであった。

さらに、連携がうまく言った事例、うまくいかなかった事例についても記載いただいた(図表15)。

図表12 連携の課題



図表13 連携の課題(職種ごとの内訳)

	総数	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	その他
連携先がわからない	17	8	3	4	5	0	0	1
引き継ぎに時間がかかる	11	7	1	1	5	0	0	1
うまく引き継げない	14	6	2	2	6	1	0	0
行政が理解してくれない	6	4	1	0	2	0	0	0
その他	30	18	2	7	7	2	0	0

図表14 「その他」の内容

- ・段取りに、相談支援専門員のみ動くことがほとんど。調整に介護支援専門員が入らないので、相談できず、最終ケースカンファレンスのみ出席...
- ・障害(特に精神)を受け入れしてくださる介護サービスを調整するのが難しい
- ・時間の確保が困難で、引き延ばしになってしまう。
- ・もし今の事業所において高次脳機能障害の方が来た場合は連携先がわからない
- ・障害の事業所の特性などの理解が自分たちにはないこと、ごめんなさい
- ・障害と介護との歩み寄り、言葉の違い
- ・障害事業所の特徴や、利用できる施設がわからない
- ・時間をかけることは悪いこととは思いません。
- ・それぞれの支援員の制度理解が乏しいことと、"わからないから"とそれ以上、わかろうとしない方もいる
- ・介護連携を行っていく予定であるが、あくまで介護を利用していくことが前提にあるため、どうしても利用できるサービスにあてはめてしまうような計画になってしまうおそれを感じます。
- ・制度の申請時期をスムーズにしてから、介護保険につなげてほしい。
- ・以前は違う自治体にいたため、I市のことが理解できていない
- ・ご本人にとっては、途中でサポートする者が変わるのはいかがなものか...と思います。国の一方的な壁ではないでしょうか？
- ・介護のケアマネが障害サービスについて知らないことが多い。
- ・認定調査がそもそも介護保険と障がい観点が違うのでご本人の状態像を反映されない項目ばかり。結果、介護保険の認定調査票の特記事項にチェックに当たらないけれど、ここは押さえておいて欲しいと言う記述を書いて調査時に立ち会って、認定調査員にお渡しした事が2回ほどあ

る。

- ・障害から介護になった後、丸投げされてしまう。個別計画書もいただけない。担当者会議の呼びかけをするも出席できない状況のようです。
- ・障害の相談支援者も引き継ぐタイミングがわからないのか、早すぎたり遅すぎたりタイミングとなってしまう。
- ・障害のサービスによっては利用者負担が生じないものもあるのか、介護保険で1割負担が生じたときにサービスを利用しないと申し出たり、苦情が出ることもある。
- ・ケアマネのバックでフォローしてくれない包括では対応できなくなると行政頼りではあるが行政は逃げてばかりいる。困難ケースを依頼してくるのにこちらの相談には話を聞くだけで解決しない。
- ・忙しいケアマネだとなかなかつかまらないので、事後報告になってしまう事。障害の相談支援専門員よりケアプランがなかなか届かない。

図表15 うまくいった事例、うまくいかなかった事例

- ・地域包括支援センターが介入してくれる事例は、丁寧な印象があり、方向性は様々ですが、うまくいった感があります。要介護1が出て、直接、介護支援専門員の事業所であると、1度目のケースカンファレンスを望まれるため、引き継ぎに不安感あり。そういった方に限って、その後、利用者さんが具合が悪くなり、入院になった。院内（医療）には介護支援専門員が入れない？とのことで、病院の相談室のSWが動いていると聞くことが多い。
- ・入所施設（障害）から、介護施設への移行についてはなかなか難しい
- ・同行援護に関して、サービス事業所のヘルパー人員不足で長く続けられなかった
- ・地域包括支援センターに相談し、地域包括支援センターが介護ケアマネを用意してくれ、地域包括支援センターがケアマネのバックアップをしっかりと行い、ご本人にも障害から介護への移行の説明をしっかりとていねいにやってくれたことでうまくいった
- ・介護優先の原則は納得いかない、という方がよくいた。
- ・基幹と地域包括支援センターの連携がうまくつなげたケース
- ・介護保険と障害サービス両方を利用している方は困難ケースも多く、ケアマネ1人で大きな負担になることが多々ある。ダブルケアマネという方

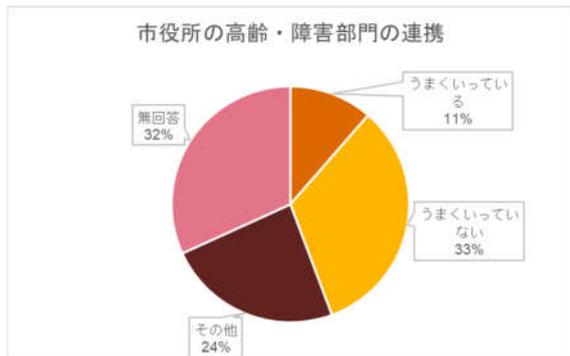
法はありだと思ふ。

- ・相談支援専門員さんと引継ぎのためのやりとりを行い、同行訪問が出来る対応についてTELにて相談も行った。サービス事業者が変わらなかったため、サービスは継続ができた
- ・就労Bを利用していた障害者の方が65歳になり介護保険のリハ利用希望、障害のケアマネさんから引継ぎ、本人は利用できるリハの回数の少なさに不満（もっとリハをしたいとの希望）があったようだが、信頼関係のあるケアマネさんの説明に納得いただけた。
- ・精神障害により、入院期間が長かった方が障害の通所から、介護の通所にうつったとき、介護の通所利用者とうまく関係づくりができないことがあった、（生活歴の違い、本人65才（障害のデイの利用者の方が本人に合う）でデイの人の方が年齢高い）
- ・65歳時の移行時にうまく役所（障害、介護）と折り合いつかず、その間に入院となり、そのまま県外へ行くこととなってしまった。（長期療養型病院）
- ・介護保険に移行する時、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。知的のケース、地域包括支援センターの方から、障害はわからないと、相談した時にすぐ言われてしまった。
- ・2号被保険者の精神の方の対応が困難。
- ・介護サービスと障害サービスを利用していた2号被保険者が、生活保護を受けることになり、ほとんど障害のサービスでまかなうことになったため、障害に詳しい事業所へ引き継いでもらいたかったが、市役所（障害）が窓口になってくれない。
- ・第2号の段階から、少しずつ介護サービスを導入していき、障害サービス4日、介護サービス1日…というような形で、徐々に慣らして移行することができた。
- ・ダブルケアマネ体制で、介護保険のヘルパー、デイサービス、障害の生活介護、地域活動支援センターを利用していた。更新のタイミングで急に計画相談は外れるように言われ、本人の了承を得て修了となった。引継ぎ期間が短かった。
- ・上記の認定調査員に特記事項を渡した例で、たまたま認定調査員が他地域で認定調査の仕事をしている時の援護課にいた職員さんで顔見知りだったのでそのまま認定調査に反映されて要支援2から要介護1の区分変更が出来た。

(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(図表16)。また、職種ごとの内訳は図表17のとおりであった。「その他」の具体的な内容は図表18のとおりであった。

図表16 市役所の高齢・障害部門の連携



図表17 市役所の高齢・障害部門の連携(職種ごとの内訳)

	総数	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	その他
うまくいっている	10人	8人	0人	1人	3人	1人	0人	2人
うまくいっていない	29人	16人	5人	3人	9人	1人	0人	2人
その他	21人	9人	2人	5人	6人	1人	0人	1人
無回答	28人	10人	3人	5人	13人	0人	2人	2人
計	88人	43人	10人	14人	31人	3人	2人	7人

図表18 「その他」の内容

- ・連携している様子は見かけない。間に、相談支援専門員や、地域包括支援センターが入り、調整している。
- ・連携はしていただいているが、同行援護を介護保険前に利用していた方が、2年間、本人(妻)の申告がなかったためか、連携に時間を要した
- ・介護保険申請時に障害支援と連携をとってほしかった
- ・個人情報の取り扱いについて、お互いの捉え方が違う。→障害部門に介護保険利用者の障害申請について問い合わせたら、「ご本人や家族の相談でなければ受け付けられない」と断られたが、後日、障害部門から対象の方についての相談があり(窓口に実際に今来ていて対応に困

ているので、助けてほしいといった旨の相談) 個人情報等を当方に確認する(TELにて) 行為が見られた。(一貫した対応がなされていないのではないかと)

・障害福祉利用から突然介護保険適用になり、申し送りがない

・②に記入、かなり良くなってきているが、役所内での連携をとっていただきたい。困難ケースで、両部門だけでなく、生活支援課等も入ってくるケースもあるが、連携、情報共有、理解がとれないときがある。相談支援の方で、上手く立ち回れないときは、ややこしくなっていること、利用者さんも困っている事が起きていると思います。

・市役所の担当者によって連携が取れたり取れなかつたりする

・高齢担当と障害担当の課は別々の仕事のよう

に思う
・障害部門の方の人数の少なさ
・上手くいっている部分、そうでない部分、両方あるかなと思う

・介護分野の歩み寄りが少ない(行政も含め)

・役所は縦割りで、年度で人事異動があり、4・5月と、翌3月は仕事になりません。障害者は絶対数が少なく、介護より優遇されているように感じます。

・障害者支援課としか関わっていないため、連携については把握しておりません。

・全く連携がとれていないと思う。

・どの程度連携できているのか不明

・障害のみでも職員間の連携が出来ていないことがある。

・質問等で問い合わせる際に両部内で回されることがあった。(「それは介護で聞いてください」→「それは障害で聞いてください」…答えが出ない、など)

・それぞれの部門が連携ではなく、自分たちの担当ではない…と回しているだけでは…?

・65歳以上の方で、生活支援課のケースワーカーに相談し、介護保険ヘルパー利用開始していた。生活支援課・障害者支援課・介護保険課からは特に連絡はなく、本人から報告を受けた。

・83歳で介護保険の認定調査で非該当になる精神の方が、障がいサービスから介護保険への移行がなかなか出来なかった。(ご本人にとっては必要な通院介助の居宅支援サービスが切られてしまう事を主治医も難渋した。意見書くらいでは要支援しか出ない人だった) 期間限定での障がいサービス利用が長引いてその間の障がい者支援課と地域包括支援センター、介護保険

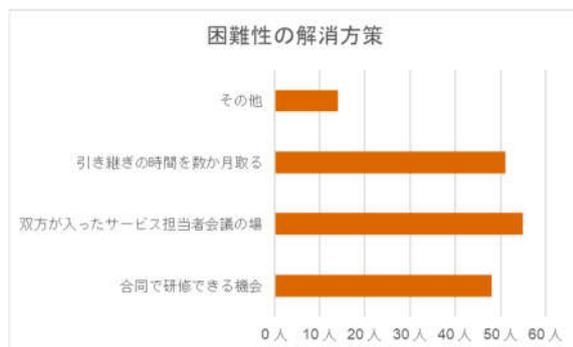
課のやり取りがどう巡りで、「障がい特性によるものであれば障がいサービスで」と言う介護福祉課と「83歳にもなって、障がいサービスの利用は・・・。」と言う障がい者支援課との板バサミで地域包括支援センターと相談支援が翻弄された。

- ・どの部分が連携しているかわからないので、どこまでお任せして良いのか途迷うことはあります。
- ・各々サービスの違いがわかっていない時がある。
- ・お互いの制度を理解していない時があり、たらいまわしのような状況になったことがある。
- ・誰（どの担当）にどの相談をしたらいいのか窓口が周知されていない。
- ・高齢だけで福祉政策課、福祉課、地域ささえあい課でまったく連携できていないため困難ケースをさらに困難にしてくれる。
- ・連携をしている所は感じられない。

(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(図表19)。また、職種ごとの内訳は図表20のとおりであった。「その他」の具体的な内容は図表21のとおりであった。

図表19 困難性の解消方策



図表20 困難性の解消方策(職種ごとの内訳)

	総数	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	その他
合同で研修できる機会	48	27	7	6	18	2	0	4
双方が入ったサービス担当者会議の場	55	23	8	9	19	3	1	5
引き継ぎの時間を数か月取る	51	27	3	7	21	2	1	3
その他	14	8	1	2	6	0	0	3

図表21 「その他」の内容

- ・報酬体系が課題と思われる。引継ぎに対する単価を、実態に即していないと、こちらも願いにくい。
- ・65歳での切り替えになる利用者の場合は、介護保険サービス開始時の初回担当者会議には、双方のケアマネが参加が必要だと感じる
- ・合同の事例検討の機会
- ・情報交換ができる
- ・ケースを通した学びは、次への実践につながると思うので。
- ・どのようなことが困難となっているのか実際のケースを知ることができると、解消にもつながると思う
- ・もっと、解決できる対策を、積極的にとるべきです。
- ・引継ぎの時間があり、問題なく引き継ぎを行いたい
- ・障害の認定調査に立ち会ったり、介護計画の担当者会議に出席してもらい障害サービスの方達と連携をもち、うまくいった。こちらから介護(障害)事業所に見学に何度も行った
- ・障害と介護の研修や連携しやすい状態を作してほしい。市(行政)は縦割りでは?
- ・介護保険と障害サービスの両方を使う人に対しては、両方の専門家が、関わるべきだと思う。
- ・(市役所の高齢と障害福祉部門)部を一緒にした方がいいと思う。子供も含めて
- ・手続きの簡略化、手続き代行制度を作る
- ・それぞれの連携
- ・ケースによっては、本当にダブルケアマネの時期が必要だと思うが、相談支援専門員に対しても対価が入る様にしてほしい。
- ・相談支援員の研修がレベルが低すぎる。介護保険のように長時間、5年ごとなど厳しくないせいか、考え方の違いが見受けられる
- ・話の中だけでなく、各関係者全員で、会議を設けるべきかも

(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

さらに自由記述としては図表22のとおりであった。

図表22

- "引継ぎ"の共有
- 事例演習
- お互いの研修の場での勉強会によびあうことがよいのではと思った
- ・障害者が社会との交流を図り生産活動を行うための活動などの事例など教えてください。
- ・地域活動支援センターの活動について
- ・就労移行支援とはどんなサービスなのか。就労継続支援A型・B型、賃金や待遇の差は
- ・共生型サービスとは
- 障害の相談先（基幹、委託Etc）と高齢（包括）の違い
- 事例演習、グループワーク
- 制度の違い、事例演習は介護支援専門員、相談支援専門員双方が理解が必要であるため、積極的に取り入れていくことが求められる
- 障害の方が介護保険サービスを利用（65歳時の移行）時の在り方について
- 制度の違い、コミュニケーションをとり、知る
- 連携
- ・65歳に達する障害者は何人いるか
- ・人数は平均しているか
- ・実際の高齢人口における高齢者の障害者、割合はどれほどあるのか
- ・顔の見える関係づくり
- ・お互いの業務の紹介
- ・制度の違いについて
- ・障害者とはどんな方々を差すのか
- ・若年者が介護保険を利用する場合、利用に対して拒否多いのではと感じる。
- ・事例検討、演習を行い、お互いの理解や制度について、認知できたらと思う
- 連携をとりやすい環境設定、グループワーク

- (事例検討、研究等)
- 支援内容についてくわしい説明
 - 事例演習、制度・理念の違い、若年者高齢者の違い、連携やチームケアについて
 - 事例演習、社会資源
 - 理念の違い
 - 不明
 - ・65歳以上になった方の引継ぎの在り方
 - ・高次脳機能障害の方の事例演習
 - 障害福祉サービスを利用してこなかった人が介護保険サービスを利用することと利用してきた人が障害福祉サービスを使い続けること、移行していくことの違い
 - ・障害特性
 - ・介護保険でできることできないことがあり、障害サービスの移行者で必要なサービスがうまく利用できない
 - ・就労希望がある人への支援
 - ・高齢者サービスに障害の人がなじむか、活動の違い
 - ・実際の事例を使用した、具体的・実践的な支援の流れ、障害から介護の移行期、必要な（必ず検討すべき）手続き、その実際の流れ
 - 障害認定、特性の理解と介護保険との違い、介護保険の理解
 - 事例演習、制度の違い、理念の違い
 - 今回のような合同研修の機会をもっと増やすべきです。でも今回の認定調査の説明は時間をかける必要はないと思います。介護保険と障害で使うサービスの名称など（ケアマネの名称 etc）同じにした方が良いと思います。
 - 具体的な事例、グループワーク
 - ケアマネ、相談支援の連携、基幹と地域包括支援センターの連携、8050対応などチームとして機能する事例演習
 - 事例を出してどういった実際の関わり、計画作成の考え方の違い、共通点が見いだされるのか知りたい。
 - ・理念の違い
 - ・連携（役割分担等）
 - 制度の違い
 - ・制度の違い
 - 例えば、必要とされるサービスを利用する場合の実際の利用までの流れについて具体的に違いがわかれば利用者さんへどのように説明を行えば良いかのヒントになると思います。
 - ・障害の特性の理解（特に精神）
 - ・実際の事例を通して、制度の違いが学ぶことができれば良いと思います。

○各々の分野で支援上での困難事例の検討などできると、答えがわかるのかと思います。

○上手いこと事例を定期的に知る機会、引継ぎのための情報共有の仕方

○・高齢障害者

・“うつ”“精神疾患”

○制度の違い、連携、事例演習

○事例演習、制度の違い、理念の違い、若年者と高齢者の違い、行政、相談の連携

○障害の理解、家族の思い、制度の違い

○理念の違い、若年者と高齢者の違い

○本人の状態、思いをよく知る、情報の共有が大事→互いに助け合えて仕事の効率が上がる→本人のためになる→自立

○若年層で高次脳機能障害になると、家族が疲弊するので、家族支援にも力を入れる。金銭的なところの不安解消など、病気の受容、etc

○本人を取り巻く生活環境、社会資源の活用方法。障害者（知的）は保護者ありきのため。

○事例と制度の研修

○事例演習、後見人制度について

○共存…移行するのではなく双方で支援していけば良いと思う。

○介護保険と障害のサービスの内容の違い

○制度の違い、特にそれぞれの利用できる行政のサービス内容と利用料金、利用できる対象

○1人の利用者さんには必ず複数の支援の方が関わっているので、全員が情報共有できる連携の取り方が詳しく知りたい。

○障害児～障害者への相談支援の流れ、保護者支援

○制度の違い、ご本人の意向にできるだけ沿うようなサービス提供できるように丁寧に聞き取り、連携できると良いと思う。

○・64才から65才になる時の丁寧な支援、本人へ手続きのことなど、

・サービス内容についての違い

○制度の違い、事例検討

○若年者の次の行き先・展望、目的、相方の理解

○難しい…

○ワークショップ等を通じ事例検討など

○・障害特性。その人の障害はどういう特徴があるか？

・家族がどの程度、理解・協力するか？

○・制度の違い

・利用方法について（料金等）

対応の仕方の違い

○何を視点に支援を行っていくかに違いがあると

思う。ケアマネも医療系からなられていないと専門用語もわかりづらい。家族の視点から影響されてくる可能性が高い。両方の視点が情報共有できていけると良いと思う。

○制度の違い

○・制度の違い

・サービス移行に関わるケース検討など

○連携の仕方

○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、、、全て。精神、行政縦割りの現実

(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。結果は図表23のとおりであった。

図表23 その他意見

○ケアマネさんと呼べられます。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。医ケア児もしかりです。

○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えます。

○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よいと思います。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。

○利用料金のことで（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？

D. 考察

(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ついて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、具体的に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ぶべきである。

(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」は比較的少ないことから、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。

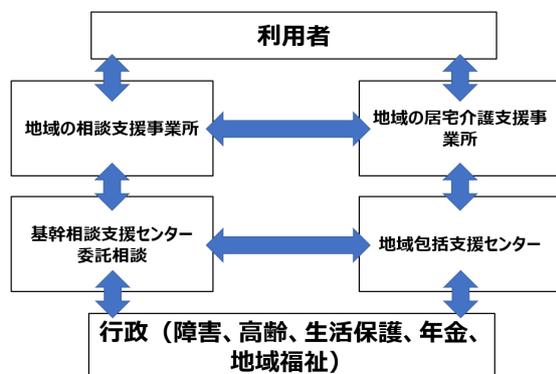
「その他」の分析として、段取りに相談支援専門員のみが動くことがほとんどであり、最終のケースカンファレンスのみケアマネが出席するといったケースや、逆にケアマネに丸投げされるケース、わからないからとそれ以上わかろうとしない方もおり連携が難しい、介護保険のサービスはどうしても利用できるサービスに当てはめてしまうような計画になってしまうおそれがあるといった双方から不満の声も挙がっている。また、障害(特に精神)を受け入れる介護サービス事業所が少ないといった、事業所の理解が得られず引き継ぎを困難にしているケース、高次脳機能障害の方の連携先がわからないという意見もあった。フォローしてくれない包括や行政は逃げ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（図表24）。

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、相談してもた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した学びが必要」「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。

E. 結論

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(図表25)。

図表25 本研究で整理された事項

【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る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。

【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。

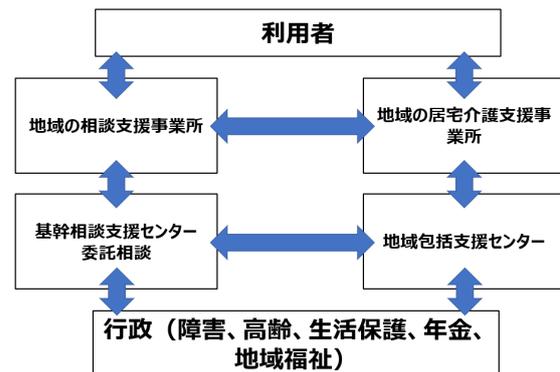
特に事例を通じた学び（事例演習）が理解を得やすい。

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。

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。

最後に、アンケートにご協力いただいたすべての皆様、研修機会の場を与えてくださったI市関係部局の皆様にご心より感謝いたします。

参考文献

- ・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ぎました,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。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

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

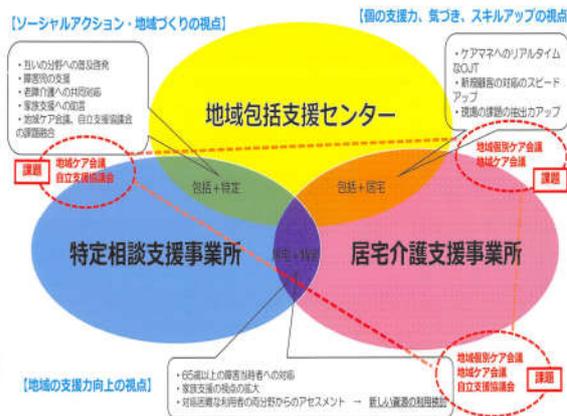
の処理を行う。なお、調査に対しては拒否できないことを明記した。

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しな。 (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考えると、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、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。

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为目标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いただきたる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

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ー分析を行い、新たな洞察を得ることを目的とした。その結果12のコアカテゴリーが生成された。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、カテゴリー分析とした。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。カテゴリー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、相互理解の不足が要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勞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』でありながらも自己の感情を統制し、『利用者をお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あ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な高さである。【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ク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ことは、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。

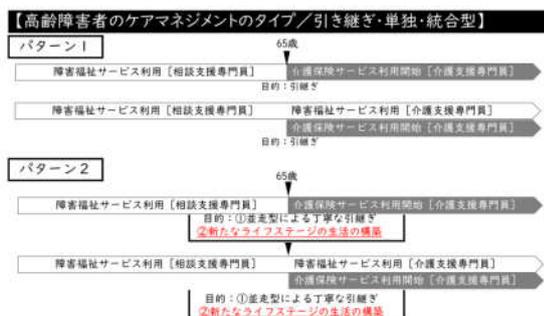


図1. 高齢障害者のケアマネジメントタイプ／引継ぎ・単独・統合型における、パターン1及びパターン2の図

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)	
【両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)
		[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)
『障害側が感じる不公平感』	[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](S2-7)	
	[問題が生じると決めたこ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](S1-17)	
	[少数派だと感じる多職種連携会議の場](S2-27)	
『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)
		[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)
『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』	[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)	
『理解しづらい支給決定の根本的な考え方の違い』	[障害者の視点では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](S3-23)	
【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)
		[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)
『より一層本人中心で捉える移行期の支援』	[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』	[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)
		[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)
	『自治体の支給決定が招く並走型の両相談員の連携不足』	[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』	[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実践上の悩みと課題】	『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)
		[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)
	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』	[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)
		[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)
『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』	[利用負担ゼロ円なのでとやみかたに家賃補助](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)	
『痛感する本人の生活を守る事の難しさ』	[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)	
		[本人の生活を守る事の難しさ](S3-2)

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)
	『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』	[専門家からみてわかりにくい保健師の所属・役割・業務範囲](C1-162)
		[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】	『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、本人はクレーム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の不信感](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)	
【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』	[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)
	『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』	[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)
	『決まった答えなどないケアマネジメント』	[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)
	『複数年の利用ケースで必要となる総合相談窓口』	[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]
		[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)
『複数年の利用ケースで必要となる総合相談窓口』	[複数年の利用ケースで必要となる総合相談窓口](C1-246)	
	[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)	
『複数年の利用ケースで必要となる総合相談窓口』	[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)	

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

2020年 5月 28日

厚生労働大臣 殿

所属研究機関長 機関名 和洋女子大学
職名 学長
氏名 岸田 宏司

次の職員の令和元年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 家政学部 家政福祉学科・准教授
(氏名・フリガナ) 高木 憲司・タカキ ケンジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	和洋女子大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 竹村 牧男

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野)
2. 研究課題名 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 (H30・身体・知的一般・009)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 人間科学総合研究所・客員研究員
(氏名・フリガナ) 本名 靖・ホンナ ヤスシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2020年 5月 13 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 学校法人国際医療福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 大友 邦

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 医療福祉経営専攻 先進的ケアネットワーク開発研究分野・教授
(氏名・フリガナ) 石山 麗子・イシヤマ レイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。