

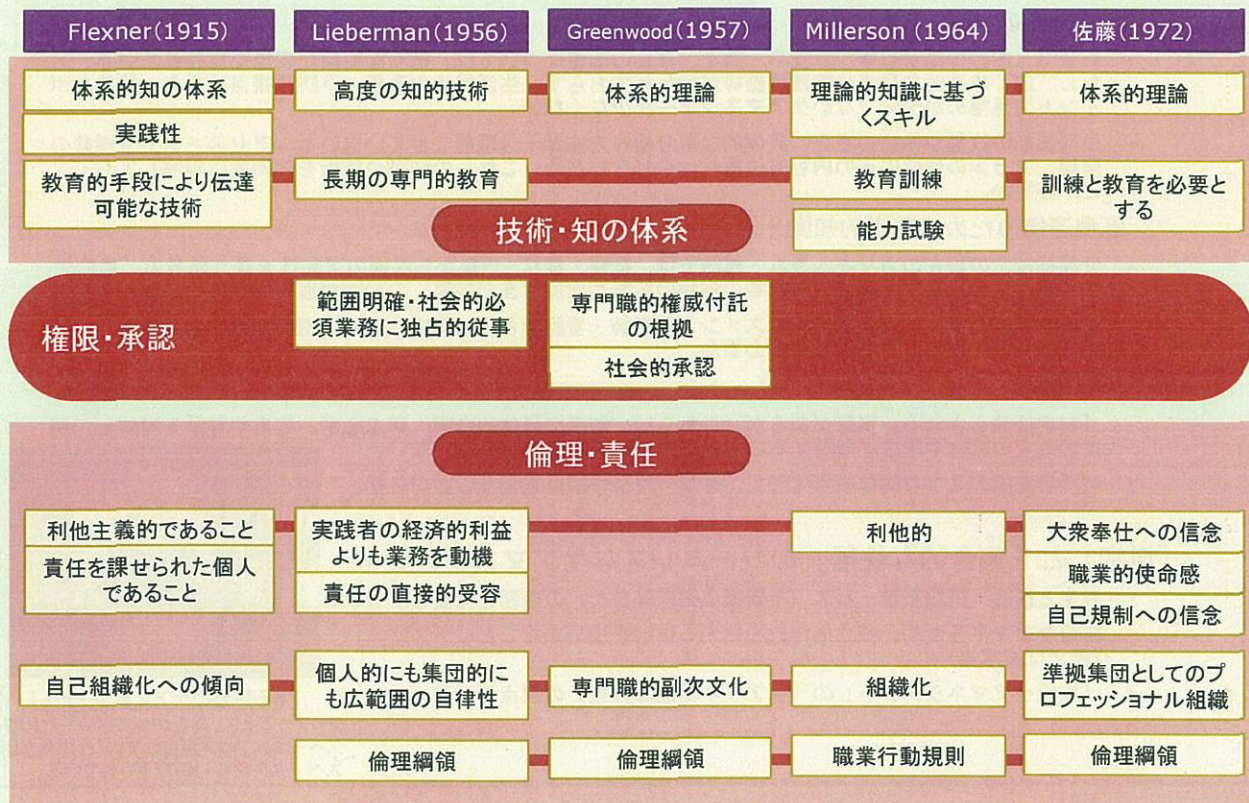
第2回介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会

生涯成長を見据えたケアマネジャー養成の視点

日本社会事業大学専門職大学院 藤井賢一郎

プロフェッションのモデル

専門職とは、専門職でなければ保持しない「技術・知の体系」と「(自主的)倫理・責任」を有しており、それによって「権限・承認」が与えられる。



		考え方	現行	議論・検討の方向性
専門職としての成長 資格取得	主として経験を素材とした学習 (実務研修、「正當的周辺参加」等) 成熟期を超えた継続的学習	○個々の「経験」を素材とした学習 ○現場での取組を自己評価する学習 ○最新の知識・技術を更新×一方的な「座学」	●主任ケアマネ研修 ●更新研修	●事業所内の内省支援体制の拡充&ケアマネ1人事業所のためのスーパービジョンの仕組の構築 ●一定の権限・資格を付与する場合(主任ケアマネ等)の実務的試験の導入+実施体制等の検討 ●更新不可の条件の設定 ●登録削除についてのケアマネ協会の関与
	臨床家としての体系的初期学習	○実務に沿った実践的演習 ○実務+業務支援・内省支援による定型化熟達(いわゆるOJT) ×一方的な「座学」	●実務者研修(44時間)	●現行「実務者研修」の内容は資格取得までに課し、実務に資する演習を中心とする(自らの事例によるアセスメント、ケアプラン作成等) ●実施体制等の検討(硬直化をいかに防ぐか)。 ●実務者研修後、一定期間の、ケアマネの業務補助・実務従事(OJT体制のもと)の導入の検討(研修先となる一定規模事業所の不足をどうするか)
	基礎的体系的な学習(養成課程) 臨床基礎技術専門職性 基礎知識・価値	○臨床やシミュレーションで基礎的技術を学習(身体化の手前) ○専門職としての準拠集団や価値を認識 ○科学的体系的な知識を学習 ○専門職としての価値や倫理を理解	(各専門職等としての5年の経験各専門職養成課程等における学習・試験) (各専門職養成課程等における学習・試験)	●必要な資質の明確化⇒習得すべき臨床基礎技術の明確化 ●共通の演習(模擬事例にもとづく、アセスメントツール、ケアプランの作成など)の導入⇒プログラムの構築と実施体制の検討 ●必要な資質の明確化⇒習得すべき知識の明確化 ●共通の研修の導入⇒カリキュラムの構築と実施体制の検討

2

その他補足的に

● ケアマネジャーとして習得すべき知識について

① 生活機能の改善・予防

- ・ 排せつ(おむつはずし等)、食事・嚥下、移動の改善については、様々な取組が現場でなされている。しかし、広く体系的な研修や実践評価等が行われておらず、生活機能の改善・予防の視点や介入・維持のポイントの見極めが十分でないケアマネジャーが少なくない。
- ・ 生活機能の改善や予防の視点、具体的な取り組み方法が十分理解できていないと、アセスメントや課題の整理、プランの作成にその内容を位置付けられないため、これらの知識や技術を体系的に理解しておくことが必要か。

② 医療連携のための基礎的知識・視点

- ・ 介護福祉士の現在のカリキュラム・試験では、症候・症状~予後から疾病の可能性を疑う思考力、病態生理や解剖生理に関する視点、高齢者の疾病の診断と治療(含む投薬)の知識が獲得されていない。
- ・ 介護支援専門員になった際のアセスメントや医師・看護師との情報の共有や連携のためにも、これらの知識を体系的に理解しておくことが必要か。

③ 「制度観」

- ・ 「制度に踊らされる」実態があるが、これらは、制度の具体的内容に留まらず、趣旨や背景を理解し、制度の改変の流れや理由を理解することで対応が可能なものも少なくない。
- ・ 利用者支援のミクロ的な視点に加え、メゾ、マクロ視点を養うことが必要。

● 「自宅」と「集合的な住居」のシームレスなケアマネジメント

- ・ 在宅と居住・施設系サービス(小規模多機能等含む)の兼務を可能とすること
- ・ 施設ケアマネを含め、独立的地位を持てる体制を構築すること(例えば右写真)
- ・ 「施設ケアマネジメント」の「ケアマネ機能の分担」の視点の活用

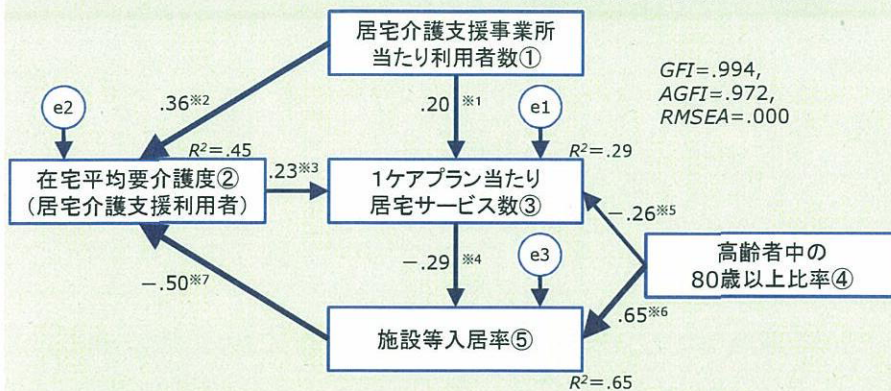


【ある特養のケアマネコーナー】
フロアごとに、ユニットの外のパブリックスペースにフロア担当ケアの「仕事場(相談スペースを含む)」が設置されている。

【参考①】

都道府県別データ(2009注)を用いたパス解析(標準化係数)

注: 東北大震災の影響のない直近のデータ



- ① 居宅介護支援受給者数¹÷居宅介護支援請求事業所数²
 ② 居宅介護支援受給者の平均要介護度¹
 ③ 給付管理対象のサービス受給者数¹÷居宅介護支援受給者数¹
 ④ 80歳以上人口³÷65歳以上人口³
 ⑤ (介護保険施設(地域密着型含む)、特定施設入居者生活介護受給者(地域密着型含む)、認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)受給者)¹÷65歳以上人口³

【資料】

- 1 介護給付費実態調査 月報(2009.10審査分)
 2 介護給付費実態調査(2009年度)
 3 人口推計(2009.10.1)

- ※1 事業所規模が大きくなると、ケアプランに位置付けられるサービス数が多くなる(事業者規模が多くなることで、サービス数を増やす「学習」や「余裕」が進む?)($p=.155$)。
 ※2 事業者規模が大きくなると、平均要介護度が高くなる(事業者規模が多くなることで、在宅の介護度が重くなる状況を維持できている?)($p<.001$)。
 ※3 要介護度が高くなると、プランのサービス数が増える($p=.161$)。
 ※4 プランのサービス数を増やすと、施設等入居率を下がる($p=.003$)。
 ※5 80歳以上の割合が高くなると、プランのサービス数が減る(後期高齢者は世代的にサービスを利用していないのか?多様なサービスを使いこなせるのか?)($p=.060$)
 ※6 80歳以上の割合が高くなると、施設等入居率が高まる($p<.001$)

ケアマネジャーの育成の体制?(内省支援や専門職としての理念・信念の共有)

居宅介護支援事業所規模の重要性を示唆??

チームとして機能する体制?

藤井作成(未発表) 4

【参考②】

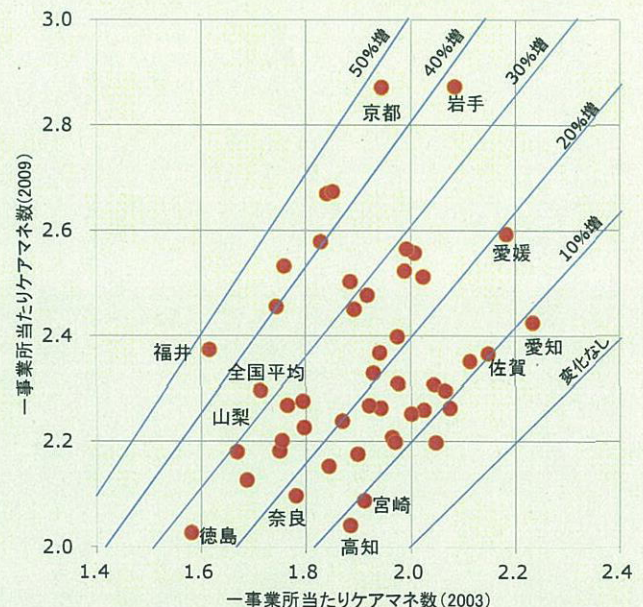
居宅介護支援事業者規模とその推移

居宅介護支援事業所規模の推移



- 一事業所当たりケアマネジャー数は増加傾向にあるが、全国平均で2.5人に満たない。
- 利用者40人未満事業所割合(多くはケアマネ1人事業所)の割合は、減少傾向にあるが約40%(2006→07の上昇は、2006改定の影響によるものと考えられる)。

事業所当たりケアマネ数の都道府県別推移



- 2003→2009で、一事業所当たりのケアマネ数が上位のままの都道府県(岩手、京都)、下位のままの都道府県(徳島)はあるが、その他は順位の変動が大きい($R^2=.097$)。
- 別に計算した変動係数は7.7%→8.8%と若干上昇しており、わずかながら、都道府県間のばらつきが広がる傾向。

【資料】「介護サービス施設・事業所調査」

※全数調査であるが回収率の関係で、時点間比較は慎重にすべきである。

藤井作成 5

