

## 論文

# ケアマネジメント技術教育の効果に関する研究

## — B 大学におけるケアマネジメント演習受講者と非受講者の比較検討から —

二本柳 覚

## I. はじめに

ケアマネジメントは介護保険のシステムとして我が国に導入されてから 20 年近く経過し、社会的認識も変わりつつある。そもそもケアマネジメントは精神障害者の支援方法として始まったものであり、高齢者に限定したのではなく、例えば野中は「生活に困難をきたした人のニーズに基づいて、必要な資源や支援をとりまとめ、計画案の提示もしくは実際に支援を提供することで、対象となる人がより良い状態になるように関わる実践活動」(2013)と定義している。実際、我が国においても高齢者分野のみではなく、障害者や児童の分野においてもケアマネジメントは利用されており、日本学術会議が発表した提言(2008)においても、ケアマネジメントは今やソーシャルワーカーが必須とする能力であることが示されている。増田(2013)によれば、2011 年度時点において、ケアマネジメントは「医療・介護・予防そして生活支援・住まいという 4 つのコンセプトで地域における総合的・包括的なケア体制を整えていく方向へ」向かっていると述べている。様々な保健医療福祉サービスが制度化されてきている一方で、そもそも人の生活は、家族や友人による日常的なケアや、居住地域における相互扶助などのインフォーマルなサービスも含めた重層的なネットワークの中で成り立っているものであり、利用者の生活を公的制度の組み合わせで

けで補おうとすることは、形だけのケアマネジメントと言わざるをえない。利用者の生活の質を高めていくためにも、ソーシャルワーカーとなる社会福祉士や精神保健福祉士などがケアマネジメントを効果的に活用するための能力を身につけていくことが必要である。

しかし、ソーシャルワーカーの養成機関である大学においてケアマネジメントを使用することができるだけの能力を身につけさせる教育(以下、ケアマネジメント技術教育)は十分に成熟したかといえ、そうとは言い難い。例えば社会福祉系大学でいえば、社会福祉士などの国家試験のためのカリキュラムには、ケアマネジメントを学習する機会は「相談援助演習」などの科目であるものの、その量は教員の采配にもよるが 1～2 講分にしかない。また、社会福祉士並びに精神保健福祉士の指定科目とは別に、ケアマネジメント知識を教示することを目的とした「ケアマネジメント論」以外で、ケアマネジメント技術教育を行う科目を独自科目として設置している大学は、日本ソーシャルワーク教育学校連盟に所属する大学・短期大学 206 校のうち、筆者が確認する限り 5 校のみと、極めて少ない。現実的に、ケアマネジメント技術の習得に関しては現場実践などによって行われるのが現状である。また、ケアマネジメント技術により立てられたプランを実行することになるのは多職種であるため、チームワーク技術はケアマネジメントに必須の能力であるとい

えるが、これを行うためには、多職種との連携を専門職自体が意識していなければならないといえる。しかし、松岡（2000）は多職種連携の課題において専門職自身の価値観や連携に関する欠如などをあげており、専門職間教育の必要性を示している。近年、複数の医療系学部を持つ大学などにおいて専門職連携教育（inter-professional-education:IPE）が徐々に浸透してきているが、依然専門職の養成は其々独自の専門職が持つ知識・技術構造と独自に発展してきた教育システムによって縦割りで考えられ、チーム支援を前提とした専門職養成システムが十分に構築されているとはいえないのではないか。

かといって、ケアマネジメントを主な業務とする介護支援専門員や相談支援専門員が十分な知識、技術を持っているかといえば疑問が残る。例えば厚生労働省の発表（2019）によれば、現在介護支援専門員の基礎資格で最も多いのが介護福祉士であり、全体の43.9%を占めている。一方で三宅らが行った地域包括ケアシステムにあたり、介護福祉士が要介護高齢者の地域生活を支えるために、どのような能力が必要であるかを調査した研究では、介護福祉士自身は、介護支援専門員の業務に関する知識は最低限で良い、と思っているという結果が出ている（三宅他2015）。また、楠永らが行った、介護支援専門員のケアマネジメントにおける課題を既存研究から整理した調査からは、介護福祉士のカリキュラムでは、ケアマネジメントに関しては殆ど記載が見られず、福祉系介護支援専門員はアセスメントやケアプラン作成に関する苦手意識を持っているという報告が見られる（楠永他2018）。さらに、ケアマネジメントを実施する者（以下、ケアマネジャー）の力量については、例えば小野らが2002年に報告した調査結果ではモニタリングの能力や家族関係調整能力、個

別性を反映したケアプランを作成する力の不十分さなどを指摘している。その後、2006年に報告された「介護支援専門員の生涯研修のあり方に関する研究会最終報告書」においても、介護支援専門員がケアマネジメントを実施する上での課題として、基本プロセスなどのケアマネジメントの重要なプロセスの実施が十分でない、ケアカンファレンスが十分に機能していない、主治医を始めとした多職種・多機関との連携が不十分、利用者の状態に応じた継続的なケアマネジメントが不十分である、専門職としての資質にばらつきがある、などと指摘しており、介護支援専門員の研修体制について再構築を求めたものであった。その後にかかれた、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においても、介護支援専門員の資質向上に関して、「実務研修の時間数は、求められる介護支援専門員の知識や技術に比し、不足している」と論じており（2013）、これに基づいて、介護支援専門員制度では、2016年度より、研修実施ガイドラインの策定や実習の追加などを盛り込んだ新カリキュラムを実施している。しかし、この実習は3日間相当（18時間以上25時間程度）かつ見学にとどまるものである。医療福祉系の専門職における実習時間は、例えば社会福祉士に課せられた実習時間は2019年度時点で180時間、看護師の上乗せ資格である保健師についても同様に180時間あるのに対して、介護支援専門員制度の研修時間は、社会福祉士などの基礎資格があることを前提としても相当に少ない。まだ始まったばかりの制度であり評価はこれからのところはあるものの、専門職を養成する実習としては時間数としては不十分ではないかと考える。相談支援専門員についても、初任者へのケアマネジメントに関する教育は、旧カリキュラムでは相談支援従事者初任者研修における講義、演習を含めて19時

間、2019年度から開始された新カリキュラムでは大幅に増えたものの34.5時間と限られている。そのような状況から考えるに、大学教育の段階において、ケアマネジメントに関する教育を実施していくことの必要性は極めて高いといえる。

二本柳は、我が国のケアマネジメント技術教育の現状について、A大学で実施されている、ケアマネジメント技術教育の一環である、ケアマネジメント演習の効果測定している。その結果、ケアマネジメントにおけるインテーク、アセスメントなどの中核技術に関する知的理解が演習受講前に比べ増加し、相談援助実習を経たあと4ヶ月を超えても測定結果が微増にとどまったことから、相談援助実習によって得た学びが知識として定着してきている可能性などを示唆している(2012)。しかし、二本柳が行った調査は、あくまでも演習受講者のみを対象とした調査であり、実際に演習による効果かどうかは未知数の部分が存在する。

そこで今回は、ケアマネジメント技術教育を行っているソーシャルワーカー養成校<sup>1)</sup>において、ケアマネジメント演習の受講者(以下、受講者)と、コントロール群として、ケアマネジメント論のみを受講した受講者(以下、非受講者)群を設定し、比較検討することにより、ケアマネジメント技術教育による学修効果について明らかにすることを目的として調査を行うこととした。

## II. 調査方法

本調査はケアマネジメント技術教育を実施しているB大学において、ケアマネジメント演習受講者と、非受講者との比較検討を実施したものである。なお、単年度だけでは受講者数に限りがあり、またコントロール群とのバランス

が取れなかったことから、2年度分を合わせて分析を行った。なお、この2年度分については、担当教員と直接やり取りを行い、2年間における担当教員および授業内容、また学生の受講年次、相談援助実習の時期などにおける大きな変化がないことを確認している。

B大学ではケアマネジメント論を3回生前期に、ケアマネジメント演習を3回生後期に実施している。どちらも1クラスでの開講となっており、両年度における教育内容の差はないことを確認している。また履修者全員が、その間の夏季休暇期間中に相談援助実習を実施している。

ケアマネジメント演習は、ケアマネジメントの歴史的展開、その理論、我が国における現状などについて講義を行うケアマネジメント論を履修していることを前提条件として開講されている。本科目では、ケアマネジメントにおけるケアプランを作成する能力を身につけることに加え、ケアマネジメントを行うにあたって必要になるソーシャルワーク技術についての知識を擬似的に体験する場になることを意識して実施されている。開始から4講目については、当年度の夏季休暇中に実施した実習体験から、その体験で悩んだ事例について解決するための様々な検討事項をブレインストーミングで個人ごとに出していき、それらから出た意見を統合する作業を行っている。またその中でケアマネジメントプロセスや社会資源、地域ネットワークに関する助言を教員より行っている。その後、5講目より、主に事例集を用い、1事例に約2-3講をかけて、サービス計画書を作成する。作成する対象は高齢者と障害者を2例ずつである。実際のプラン作成では、①テキストにある事例について、事前に教員によるテキストに記載していない情報を肉付けし②学生を4~5名で構成されたグループに分け、まずはテキストで示

されているアセスメント結果のみを元にプランを作成する。③その結果について教員の講評を実施し④その後、学生からのアセスメントに関する質問を受付け、先に作ったプランの修正を行う、という流れで実施する。なお使用する事例は、アセスメントやアドボカシーなどの部分で特徴的な課題を持つ事例を選定している。(表1)

本アンケートの対象は、ケアマネジメント論を受講した者のうち、受講者と非受講者を対象として、「ケアマネジメント論終了時」＝「1回目」、「ケアマネジメント演習開始時」＝「2回目」、「終了時」＝「3回目」にケアマネジメント技術作業指標 (Work Index: 以下、WI)<sup>2)</sup>を用いたアンケートを実施した。

WIは受講者の知的理解を求める評価指標で、「インテーク」6項目、「アセスメント」9項目、「プランニング」6項目、「インターベンション」

9項目、「モニタリング」5項目、「エバリュエーション」8項目、「ターミネーション」3項目、「関連技術」5項目の8カテゴリー・51項目で構成された質問項目である。評価基準は、1から順に「何のことも全くわからない」「おおまかにわかったが、一部理解が危うい」「内容はなんとか理解できた」「内容は理解できたが、人に説明するには自信がない」「既にほぼ完全に理解しているし、人にも説明できる」の5段階である。(表2)

アンケートは各回をケアマネジメント論終了時、ケアマネジメント演習開始時、同終了時から1週間以内に、教室・時刻を指定し対象学生に参集してもらい、調査者が調査内容についての説明を行った上で、実施・回収した。

各項目間の信頼性を確認するため、受講者、非受講者それぞれについて、各項目間におけるクロンバックの $\alpha$ 係数を確認した。その結果、

表1: ケアマネジメント論およびケアマネジメント演習のシラバス (一部抜粋)

	ケアマネジメント論	ケアマネジメント演習
達成目標	(1) ケアマネジメントの概念について理解できる。 (2) ケアマネジメントの歴史について理解できる。 (3) ケアマネジメントの必要性および有効性について理解できる。 (4) ケアマネジメントの支援プロセスについて理解できる。 (5) わが国のケアマネジメントの実際について理解できる。	(1) ケアマネジメントに必要な専門知識と技術を習得する (30%) (2) 演習を通じて、ケアマネジメントにおける実践能力を習得する (70%)
第1講	オリエンテーション	オリエンテーション
第2講	ケアマネジメントの概念	ケアマネジメントにおけるプロセス
第3講	海外におけるケアマネジメントの歴史	ケアマネジメントにおける社会資源
第4講	わが国におけるケアマネジメントの歴史	ケアマネジメントにおける地域ネットワーク
第5講	ケアマネジメントのモデル	ケアマネジメントの事例 (1)
第6講	ケアマネジメントプロセスの全体像	ケアマネジメントの事例 (1)
第7講	ケアマネジメントプロセス (インテーク)	ケアマネジメントの事例 (1)
第8講	ケアマネジメントプロセス (アセスメント①)	ケアマネジメントの事例 (2)
第9講	ケアマネジメントプロセス (アセスメント②)	ケアマネジメントの事例 (2)
第10講	ケアマネジメントプロセス (ケアプランの作成①)	ケアマネジメントの事例 (2)
第11講	ケアマネジメントプロセス (ケアプランの作成②)	ケアマネジメントの事例 (3)
第12講	ケアマネジメントプロセス (ケアプランの実施・モニタリング)	ケアマネジメントの事例 (3)
第13講	ケアマネジメントプロセス (評価・終結)	ケアマネジメントの事例 (3)
第14講	わが国におけるケアマネジメントの実際と課題	ケアマネジメントの事例 (4)
第15講	授業のまとめ	ケアマネジメントの事例 (4)

表2：ケアマネジメント技術作業指標 8 カテゴリー 51 項目

<b>1. インテーク(受理)</b>	
1-1 利用者の発見	：日常業務の中で発見, アウトリーチ, 本人との相談, 広報活動など
1-2 機関からの紹介	：口頭・文書, 直接・間接, 通常業務の内外, 機関や職種の高ヒエラルキー
1-3 家族の相談	：家族面接, 合同面接, 家庭訪問
1-4 関係作り	：信頼関係, 初回面接法, 説明と同意, 問題の整理とニーズの推測
1-5 包括的な状況把握	：何を把握すべきか? 生活歴, 病歴, 職歴, 家族歴, とりまく環境
1-6 受理会議の開催	：対象選定の是非, 支援方向の概略, 費用対効果の視点, 資料準備
<b>2. アセスメント(査定)</b>	
2-1 利用者本人との関係作り	：共同作業, 場面を変え, モデルを提示し, 相手をええながら情報を得る
2-2 関係者からの情報収集	：照会, 情報の質(誰がいつ何処でどのように採取したか, 5W1H)
2-3 ニーズの見定め	：デマンドとニーズ, 迷いや葛藤, モデルの提示, 試行の提案
2-4 セルフケア能力と限界	：できるADLとしているADL, IADL, 疾病性と障害の査定, 肯定的視点
2-5 家族の能力と限界	：家族歴, 家族成員の個々の想い, それぞれの支援体制, 意見調整
2-6 インフォーマルケア能力と限界	：友人, 職場同僚, 近隣, 宗教, クラブ, ボランティア, セルフヘルプ活動
2-7 専門的ケアの具体的状況	：専門機関, 制度, 専門家, 5A(適量性, 適質性, 利便性, 受容性, 利用可能性)
2-8 査定会議の開催	：設定, 招集, 司会, 役割分担, 記録
2-9 アセスメント表の作成	：既存の各種ツール, ストーリー構成
<b>3. プランニング(計画策定)</b>	
3-1 長期目標と短期目標	：生活目標の設定, 夢の把握, 現実化する手順
3-2 ニーズの優先度判定	：当面急ぐニーズ領域の選択
3-3 計画会議の開催	：招集, 司会, 運営, 記録,
3-4 パッケージプラン策定	：複数の小目標を設定し, それぞれを手順化
3-5 手順表・役割分担表	：最後に表化して各自に配布
3-6 案の提示と合意	：本人・家族・関係者との合意, 修正合意,
<b>4. インターベンション(介入)</b>	
4-1 利用者への直接介入	：能力に応じて徐々に自立性を高める, 共同作業
4-2 環境への間接介入	：資源のゲートキーパー, 配分と開発
4-3 仲介(ブローカリング)	：ニーズを満足する資源を見定める, 専門職の情報源
4-4 連結(リンケージ)	：サービス提供資源と結びつける, 説明や紹介, 同伴
4-5 権利擁護(アドボカシー)	：資源に対して, サービスを提供させるための工夫
4-6 調整(コーディネーション)	：親睦, 合同研修, 定例勉強会, 共通記録様式, 管理者の会議
4-7 教育・研修	：助言, 解説, 資料配付, 情報提供
4-8 ネットワーク形成	：カンファレンス, サービス調整会議, 専門職の協会, 学会や研究会
4-9 資源の開発	：必要な資源や機能を発見する, 機関への介入, 組織への介入, 行政への介入
<b>5. モニタリング(追跡)</b>	
5-1 見守り体制作り	：見守りの役割分担, 連絡ルート, 危機介入の想定, 緊急会議
5-2 環境の見守り	：資源への介入, 一貫性・継続性, 開発・教育・情報提供
5-3 計画の見直し	：現場の情報収集, プランの調整・修正, 期限の設定, 定例会議
5-4 日常的な連携協力	：情報交換, 情緒的交流
5-5 モニタリングの方法	：[利用者本人・家族・専門家]×[定量・定性]=計6種
<b>6. エバリュエーション(評価)</b>	
6-1 計画実行度の評価	：計画は予定通り実行されたか?
6-2 目的達成度の評価	：当初の目的は達成されたか?
6-3 生活変化の評価	：利用者の生活は変化したか?
6-4 利用者・家族の満足度評価	：支援活動に利用者とその家族は満足したか?
6-5 地域資源の変化	：この活動の前後で地域資源は変化したか?
6-6 評価会議の開催	：支援期間終了の直前にあらかじめ設定
6-7 各種評価尺度	：症状評価, 社会機能評価, QOL評価, 家族評価
6-8 費用対効果の考え方	：効率と効用, 費用とは何か?
<b>7. ターミネーション(終結)</b>	
7-1 新たなニーズの発見	：新たなケアマネジメント・サイクルへ, 再査定と再契約
7-2 継続支援機関への連結	：情報の要約, フェイドアウト
7-3 アフターケア体制	：連絡先, 再開可能性, 危機介入の手順
<b>8. 関連技術</b>	
8-1 記録方法	：一次記録(カルテ, SOAPなど), 二次記録(専門職のまとめ), 三次記録
8-2 チームワーク	：各職種・各機関の能力と限界を知る, 推論する, 討論する, 連携方法
8-3 カンファレンス	：計画, 設定, 運営, 司会, 板書, 記録, 定例化
8-4 スーパービジョン	：同職種, 異職種, 定期的・不定期, 職場内外, メディア利用, 研究会
8-5 ストレス対処法	：体調管理, 対人距離, 問題解決法, ストレス発散

表3：クロンバック  $\alpha$  係数

尺度	受講者			非受講者		
	1回目	2回目	3回目	1回目	2回目	3回目
インテーク	.844	.805	.900	.837	.854	.830
アセスメント	.866	.411	.944	.850	.868	.812
プランニング	.814	.837	.861	.853	.859	.815
インターベンション	.928	.935	.743	.837	.865	.871
モニタリング	.854	.887	.906	.743	.853	.765
エバリュエーション	.900	.613	.934	.879	.918	.900
ターミネーション	.854	.859	.881	.828	.810	.844
関連技術	.818	.869	.918	.840	.861	.810

受講者の2回目のアセスメント項目に関するのみ  $\alpha = .411$  と低い数値が出たものの、他の項目では  $\alpha = .60$  以上が計測された。アセスメントにおいても、他の回は全てにおいて  $\alpha = .80$  以上となっていることから、項目に大きな問題があるわけではない、と判断し使用した。(表3)

また、今回2年度分のデータを使用しているため、受講段階での平均値のばらつきに差がないかどうかを確認するために、2014年度と2015年度の1回目について、カイ二乗検定を行った。その結果、すべての項目において、有意差が認められなかったため、使用することに問題はないと判断した。

統計処理には SPSS ver.22.0 を使用した。

### Ⅲ. 倫理的配慮

本調査はケアマネジメント論、ケアマネジメント演習の成績に与える影響、及び調査協力をしないことによる不利益は一切ないこと、調査への協力はあくまで任意であり、協力の中止や情報の抹消はいつでも可能であること、個人が特定されることがないように、すべてデータとして取り扱うことを伝え、本アンケートの提出をもって同意したとみなすことを伝えた。なお、本調査は、高知県立大学社会福祉研究倫理審査

表4：調査対象者の状況

	2014年度	2015年度	計
ケアマネジメント演習受講者	8	38	46
ケアマネジメント演習非受講者	28	4	36

委員会の承認を得たものである(承認番号 社研倫 14-49号)。

### Ⅳ. 調査結果

アンケート対象者については、ケアマネジメント論の受講者数は、2014年度が72名、2015年度が67名の計139名であり、本調査協力者は78名(56.1%)であった。そのうち2014年度が36名、2015年度が42名であった。調査協力者のうち、ケアマネジメント演習の受講者の割合は受講者46名(59.0%)、非受講者32名(41.0%)であった。(表4)

単純集計では、全体平均が受講者では1回目3.12、2回目3.13、3回目3.12と大幅な変化は見受けられなかった。また非受講者においても、1回目3.11、2回目3.08、3回目3.12と同じく大きな変化は見受けられず、また受講者と比べても同じあるいは若干低い程度にとどまっている。

項目間では、「長期目標と短期目標」が、受講者が1回目3.96、3回目4.09、非受講者が1回目3.59、2回目3.78、3回目3.69と、それぞれの回で最も平均が高くなった。なお、非受講者の1回目については関係作りも3.59と同率であった。受講者の2回目については「ニーズの見定め」で、全項目を通じて最も高いものとなったが、3回目では3.52と大きく落ち込んでいる。

得点が低く出たものでは、受講者、非受講者ともに、3回とも「費用対効果の考え方」が最も低く現れた。受講者では1回目2.30、2回目2.26、3回目2.43、非受講者では1回目2.38、2回目2.19、3回目2.38であった。なお非受講者の1回目については「査定会議の開催」も同数の2.38であった。(表5・6)

続いて、カテゴリ間で見ていくと、ケアマネジメント演習で学ぶことになるインテーク、アセスメント、プランニングの3カテゴリにおいて3回目の段階で、非受講者との間で0.2以上の差が見られた。特にアセスメントについては、0.31と最も差がつくなど、受講者の方が非受講者よりも高い傾向が見られている。その他、受講者では6カテゴリにおいて微増傾向が確認されたものの、エバリュエーションとターミネーションについては、1回目よりも3回目の点数が低く現れた。非受講者では2回目に点数が下がり、3回目で元に戻る、また大きな変動が見られないことが見受けられた。(表7)

続いて、3地点における平均点を分散分析で比較した。まず受講者では、Mauchlyの球面

表5：受講者における各項目の平均点及び一元配置分散分析結果

	1回目	2回目	3回目	一元配置 分散分析		1回目	2回目	3回目	一元配置 分散分析
利用者の発見	3.54	3.54	3.43	n.s.	調整_コーディネーション	2.91	3.02	3.17	n.s.
機関からの紹介	3.17	3.35	3.26	n.s.	教育・研修	2.80	2.91	2.83	n.s.
家族の相談	3.63	3.61	3.46	n.s.	ネットワーク形成	3.17	3.13	3.83	n.s.
関係作り	3.70	3.59	3.54	n.s.	資源の開発	3.04	3.15	2.89	n.s.
包括的な状況把握	3.37	3.37	3.72	*	見守り体制作り	3.33	3.46	3.33	n.s.
受理会議の開催	2.74	2.72	2.85	n.s.	環境の見守り	3.02	3.15	3.20	n.s.
利用者本人との関係作り	3.48	3.67	3.63	n.s.	計画の見直し	3.33	3.37	3.48	n.s.
関係者からの情報収集	3.54	3.50	3.54	n.s.	日常的な連携協力	3.24	3.39	3.48	n.s.
ニーズの見定め	3.22	4.28	3.52	n.s.	モニタリングの方法	2.67	2.78	2.83	n.s.
セルフケア能力と限界	3.17	3.13	3.39	n.s.	計画実行度の評価	3.28	3.65	2.98	n.s.
家族の能力と限界	3.50	3.43	3.52	n.s.	目的達成度の評価	3.30	3.11	3.13	n.s.
インフォーマルケア能力と限界	3.48	3.35	3.57	n.s.	生活変化の評価	3.20	3.15	2.98	n.s.
専門的ケアの具体的状況	2.78	2.74	2.85	n.s.	利用者・家族の満足度評価	3.11	3.15	2.91	n.s.
査定会議の開催	2.67	2.46	2.76	n.s.	地域資源の変化	2.93	2.98	2.80	n.s.
アセスメント表の作成	3.28	3.28	3.52	n.s.	評価会議の開催	2.65	2.80	2.63	n.s.
長期目標と短期目標	3.96	3.91	4.09	n.s.	各種評価尺度	2.63	2.46	2.57	n.s.
ニーズの優先制度判定	3.61	3.59	4.04	*	費用対効果の考え方	2.30	2.26	2.43	n.s.
計画会議の開催	2.83	2.93	2.87	n.s.	新たなニーズの発見	3.54	3.37	3.35	n.s.
パッケージプラン策定	2.61	2.54	2.87	n.s.	継続支援機関への連結	3.02	3.13	2.93	n.s.
手順表・役割分担表	2.61	2.57	2.80	n.s.	アフターケア体制	3.22	3.13	3.02	n.s.
案の提示と合意	2.96	3.22	3.33	*	記録方法	2.83	2.98	3.04	n.s.
利用者への直接介入	3.33	3.50	3.50	n.s.	チームワーク	3.28	3.43	3.43	n.s.
環境への直接介入	3.17	3.13	3.22	n.s.	カンファレンス	3.20	3.37	3.37	n.s.
仲介_ブローカリング	3.13	3.02	3.17	n.s.	スーパービジョン	3.15	3.20	3.48	n.s.
連結_リンケージ	3.20	3.17	3.28	n.s.	ストレス対処法	3.09	2.91	2.96	n.s.
権利擁護_アドボカシー	2.91	3.17	3.39	*					

\*  $p > 0.05$

表6：非受講者における各項目の平均点及び一元配置分散分析結果

	1回目	2回目	3回目	一元配置分散分析		1回目	2回目	3回目	一元配置分散分析
利用者の発見	3.38	3.34	3.41	n.s.	調整__コーディネーション	2.81	3.03	3.00	n.s.
機関からの紹介	2.81	3.03	3.00	n.s.	教育・研修	2.75	2.69	2.91	n.s.
家族の相談	3.31	3.53	3.38	n.s.	ネットワーク形成	3.03	3.00	3.31	n.s.
関係作り	3.59	3.56	3.44	n.s.	資源の開発	3.13	2.84	3.03	n.s.
包括的な状況把握	3.50	3.44	3.19	n.s.	見守り体制作り	3.25	3.06	3.28	n.s.
受理会議の開催	2.53	2.41	2.59	n.s.	環境の見守り	3.06	3.00	3.13	n.s.
利用者本人との関係作り	3.31	3.53	3.44	n.s.	計画の見直し	3.44	3.31	3.38	n.s.
関係者からの情報収集	3.59	3.69	3.50	n.s.	日常的な連携協力	3.44	3.44	3.22	n.s.
ニーズの見定め	3.34	3.19	3.16	n.s.	モニタリングの方法	2.63	2.81	2.88	n.s.
セルフケア能力と限界	3.13	3.06	2.91	n.s.	計画実行度の評価	3.41	3.25	3.31	n.s.
家族の能力と限界	3.22	3.16	3.19	n.s.	目的達成度の評価	3.34	3.22	3.22	n.s.
インフォーマルケア能力と限界	3.44	3.06	3.38	n.s.	生活変化の評価	3.28	3.25	3.31	n.s.
専門的ケアの具体的状況	2.69	2.63	2.94	n.s.	利用者・家族の満足度評価	3.28	3.28	3.31	n.s.
査定会議の開催	2.38	2.34	2.59	n.s.	地域資源の変化	2.94	3.06	2.97	n.s.
アセスメント表の作成	3.06	3.16	2.94	n.s.	評価会議の開催	2.72	2.72	2.88	n.s.
長期目標と短期目標	3.59	3.78	3.69	n.s.	各種評価尺度	2.88	2.50	2.78	n.s.
ニーズの優先度判定	3.41	3.56	3.38	n.s.	費用対効果の考え方	2.38	2.19	2.38	n.s.
計画会議の開催	2.66	2.72	2.84	n.s.	新たなニーズの発見	3.38	3.28	3.38	n.s.
パッケージプラン策定	2.69	2.53	2.41	n.s.	継続支援機関への連結	3.16	3.03	3.03	n.s.
手順表・役割分担表	2.59	2.44	2.69	n.s.	アフターケア体制	3.00	3.09	3.16	n.s.
案の提示と合意	2.91	2.97	3.00	n.s.	記録方法	2.88	3.00	2.94	n.s.
利用者への直接介入	3.41	3.38	3.47	n.s.	チームワーク	3.31	3.31	3.25	n.s.
環境への直接介入	3.22	3.06	3.34	n.s.	カンファレンス	3.09	3.06	3.13	n.s.
仲介__ローカリング	3.09	2.97	3.09	n.s.	スーパービジョン	3.31	3.25	3.28	n.s.
連結__リンケージ	3.34	3.25	3.16	n.s.	ストレス対処法	3.09	3.16	3.16	n.s.
権利擁護__アドボカシー	3.19	3.31	3.31	n.s.					

\*  $p > 0.05$ 

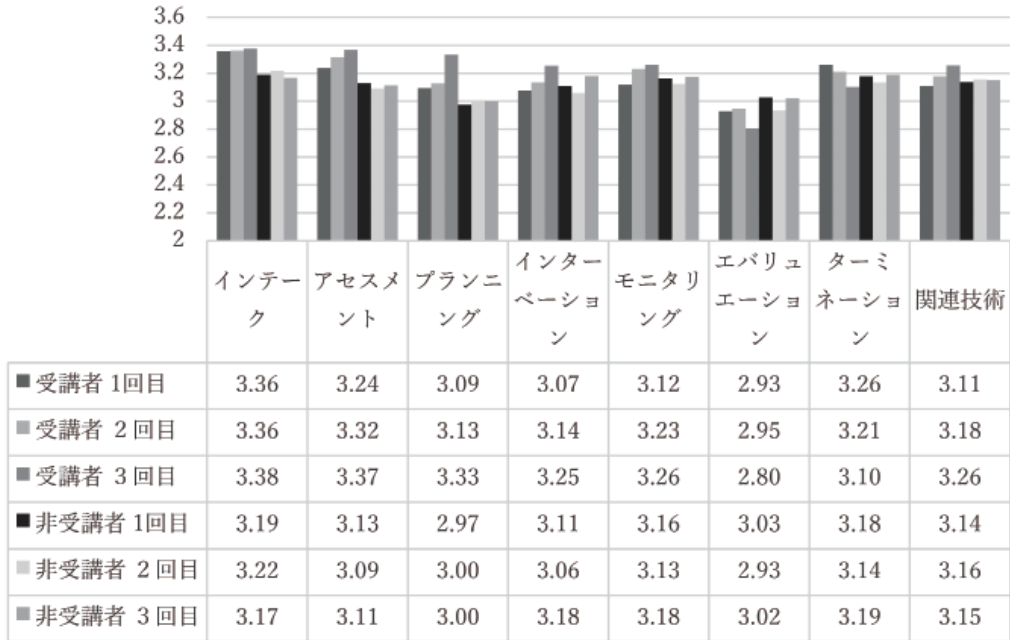
性の検定を見て、分散共分散行列の等質性をチェックした結果、球面性の仮定が成り立っていた項目では、「包括的な状況把握」( $F(2, 90) = 4.01, p < .05$ )、「ニーズの優先度判定」( $F(2, 90) = 6.26, p < .01$ )、「案の提示と合意」( $F(2, 90) = 3.45, p < .05$ )の3項目において有意差が見られた。また、一部の項目については、球面性の仮説が成り立っていないため、Greenhouse-Geisserの自由度の修正を行った。その結果、権利擁護( $F(1.189, 84.91) = 4.81, p < .05$ )のみに有意差が見られた。有意差が見られた項目について、ボンフェローニの方法を用いて多重比較を行ったところ、1回目と3回目に「ニーズの優先度判定」「案の提示と合意」「権利擁護」では5%水準で、2回目と3回目において「包括的な状況把握」「ニーズの優先度

判定」が5%水準でそれぞれ有意差が確認された。非受講者においては、すべての項目で有意差が認められなかった。

また、各回における受講者、非受講者間における差を確認するため、有意水準5%で両側検定の $t$ 検定を実施した。その結果、初回では、「長期目標と短期目標」( $t(76) = 2.182, p < .05$ )のみ有意差が見られた。2回目では、「見守り体制」( $t(76) = 1.532, p < .05$ )、3回目では、「包括的な状況把握」( $t(76) = 2.778, p < .01$ )、「セルフケア能力と限界」( $t(75.913) = 2.301, p < .05$ )、「アセスメント表の作成」( $t(76) = 2.696, p < .01$ )、「長期目標と短期目標」( $t(76) = 2.218, p < .05$ )、「ニーズの優先度把握」( $t(76) = 3.667, p < .001$ )、「パッケージプラン策定」( $t(76) = 2.083, p < .05$ )、「利用者・家族の満足度評価」( $t(76) =$



表7：カテゴリー毎の平均点推移



-2.128, $p<.05$ ) の 7 項目に有意差が見られた。

## V. 考察

今回の結果から、大幅な数値の差はなかったものの、全体として受講者の方が得点に伸びが見られるカテゴリーが多くあることが判明した。特にアセスメント及びプランニングのカテゴリーについては、3 回目調査では 0.2 以上の差が現れている。ケアマネジメント演習では、主にケースに対するアセスメント及びプランニングを中心に講義展開がされており、その教育効果が差として現れたものと考えられるのではないかと推察される。一方、二本柳 (2012) で示した調査では、相談援助実習がケアマネジメントに関する知識について学習効果の維持につながっている可能性を指摘している。この調査は初回がケアマネジメントについての学習をしていない段階であり、調査タイミングも異なるた

め、今回の結果と純粋な比較としてすることは難しいが、非受講者の数値は微増もしくは微減でとどまっており、ケアマネジメント演習がなくとも学習効果の維持に相談援助実習が影響した可能性は否定できない。今後ケース数を増やし、さらなる調査が必要であろう。

反面、演習では取り上げていないモニタリング以降については、受講者のほうが多少高い傾向はあるものの、有意に差が出るほどではなく、また、エバリュエーション、ターミネーションに関しては、受講者が 1 回目より 3 回目の方が低くなるという結果となった。これについては、理解の低下というよりも、演習を受講したことにより、自己理解について厳しく見るようになったことが原因ではないかと考えられる。対象者は学生であることから実際にプランを立てたあと、プランの評価 (モニタリングやエバリュエーション) は経験したことなく、評価について知識として一定程度理解できていると思ってい

たものが、ケアマネジメントをより理解したことによって、実は「わかったつもり」で終わっていた、と感じるようになったのではないだろうか。

有意差についても、回数間における有意差は、ケアマネジメント演習受講者については数項目ではあるものが出ている反面、非受講者についてはすべての項目で有意差が見受けられないという結果となった。二本柳(2012)はWIを用いた調査において、ケアマネジメント技術教育を受講した学生を対象に相談援助実習後の変化を調査しているが、その結果、相談援助実習がケアマネジメント技術教育の教育効果に持続性を与える可能性があることを示唆している。しかし、今回の調査対象は3年時に相談援助実習を経験しているが、実習直後に行われた2回目と1回目では有意差は見られておらず、ケアマネジメント演習の受講の有無にかかわらず、項目によっては下がったものがあることから、ケアマネジメント論のみによる教育では、統計的には相談援助実習そのものがケアマネジメント技術の知識面に影響を与えたとは言い難い。

「包括的な状況把握」「ニーズの優先度判定」「案の提示と合意」「権利擁護」に有意差が見受けられた点については、ケアマネジメント演習の担当教員が「クライアントのアセスメント、プランニング作業を進めていく中で、クライアントのニーズ把握については特に意識した」と述べており、その結果としてアセスメント、プランニングの中でも特に影響があったのではないかと考えられる。また、「権利擁護」については、アンケートに記載している各項目に関する説明文で「資源に対して、サービスを提供させるための工夫」と記載している。これは社会資源側へケアマネジャーがアプローチをする事により、利用者がサービスを受けやすいように資源調整、資源修正を行っていく。その結果と

して利用者が支援を受ける事ができる環境を保証することを指している。プラン作成においてはフォーマル、インフォーマルそれぞれの資源をクライアントにとって良い形で活用することが求められ、そのためにケアマネジャーが社会資源に対して介入することの重要性がより理解できたと考えられる。

受講者、非受講者間における $t$ 検定結果については、1回目、2回目と教育内容に大きな変化がない回においては、有意差が見られたのは1項目と少ないものであった。どちらも受講者群の方が、点数が高くなっているが、これらが影響している理由については、それぞれがその受講している他の科目の影響、また実習による影響などが考えられるが、それについては今回の調査範囲外になっており、今後の検討課題である。3回目の結果については、7項目に有意差が出ており、「利用者・家族の満足度評価」以外は全てケアマネジメント演習で行った講義内容を受けて影響を受けたものと考えられる。また、「利用者・家族の満足度評価」については、受講者の方が、有意に点数が低く出ている。この項目は受講者の中では初回3.11から始まり、2回目と点数が微増、3回目で点数を下げ2.91まで落ち込んでいるが、逆に非受講者では点数が微増を繰り返し、3回目では3.31まで上がっている項目である。3回目で $t$ 検定で有意差が出るほど差が出たことから、満足度評価について、演習を通すなかで説明できるほどの理解が出来ていないことに気がついた結果、点数の減少が見られた、と考えることができるのではないだろうか。

## VI. 研究の限界

WIは主観的データであるため、その結果が対象者の考え方に大きく起因することには注意

を払わなければならない。また、今回の対象者は社会福祉士のみを目指すコースだけでなく、加えて精神保健福祉士、介護福祉士を目指す別のコースが存在し、今回コースごとの分析までできていない。今後は他の履修科目等についても十分な考慮を含めた検討が必要になってくると考えられる。また、今回の結果において、平均値では大きな差がつかなかった項目が多く見られたが、ケアマネジメント論、ケアマネジメント演習ともに選択科目であり、前提科目であるケアマネジメント論自体を受ける時点で意識が高い学生であることが想定される。比較対象の設定については一考する必要がある。

また、2年度分のデータを使用したため、全く同条件のデータを揃えられたとは言い難い。同教員による授業であることや、初回段階の  $t$  検定によって、比較対象に有意差がないことを確認するなど、できる限り条件を揃えて分析を行った。しかし、そもそもの在学生数や協力者数に限りがあるため、統計上処理をするためには仕方がない部分があるものの、本来でいえば望ましいものではないともいえ、今後の調査課題と言えよう。

また、二本柳が調査した A 大学と今回の調査を行った B 大学では科目の配置タイミングなどが異なっていることから、大学間における単純な比較評価を行うことが困難である。国家資格科目のようにカリキュラムが明確にしている科目でない以上、開講する大学の意図や教員の考えによって、教育内容が大きく変わることが想定される。今後、ケアマネジメント技術教育を実施している各校の状況についても十分な検討が必要であろう。

## VII. おわりに

今回の調査において、ケアマネジメント技術

教育により、ケアマネジメント技術の知的理解の向上がより望めることが明らかとなった。しかし、その一方で、今回の調査対象としたケアマネジメント演習は、ケアマネジメントプロセスの評価、終結に関する部分は取り上げることが出来ていない。また、結果からもエバリュエーションやターミネーションは、他のカテゴリーに比べて各回の変化は少ないことが見受けられた。これらは、実際に自分たちが立てたプランを試行させることが出来ないことから、立てたプランがどのように効果を示したか、または示されなかったのかを疑似体験させることは難しい部分であることが要因といえ、このことから大学におけるケアマネジメント技術教育において、この部分をどのように対応するのか、今後の大きな課題といえるのではないかと。

二本柳 (2012) は相談援助実習がケアマネジメント技術の知的理解に一定の影響を与えることを示唆しているが、それは、ケアマネジメント技術教育を受けた上で実習教育を受けた場合に限定がされていることから、ケアマネジメント演習という学内演習と相談援助実習という実践が結びつけられることが知識の定着につながった、と考えることができるのではないかと。技術的知識を獲得するにあたっては、座学と実習を結びつけるために、指導計画上、想起させ、復習させ、検証させ、定着させることができるよう編成することが必要であると言われている (長谷川 1977)。そのことから、相談援助実習前に学内におけるケアマネジメント技術教育を実施することが、ケアマネジメント技術の定着においては重要であるといえよう。

近年は社会福祉士、精神保健福祉士の実習において、個別支援計画の作成を含んだ実習プログラムが設定されることが多くなった。高梨による調査によれば、「職場実習・職種実習・ソーシャルワーク実習」という3段階で実習を整理

した際、3段階目であるソーシャルワーク実習において利用者のアセスメントに対して実習生の着眼が増えている、という報告がなされている(2018)。アセスメント、プランニングを行う中で、実習施設で対応できることはなにか、多機関との連携が必要な課題は何か、といった視点を持つことはケアマネジメント技術の涵養においては重要であろう。しかしながら、実習指導者自身がそのような視点をふくめたスーパービジョンができるかは、スーパーバイザーとしての力量も影響をしてることが想定される(渡邊他 2019)。そのため、ケアマネジメント演習等で学んだ内容を想起、検証させることができる実習プログラムをどう組み込むのか、実習指導者と養成校教員との間で十分な検討を行うことが必要であろう。

また、丸山(2012)はソーシャルワーカー養成教育について「4年間の大学教育におさまりきれものではない」と述べており、社会福祉士養成カリキュラムとソーシャルワーカー養成との乖離を指摘している。実際、限られた時間の中でソーシャルワーカーとして持つべき能力を獲得し切ることは、現状の教育システム上困難であるといえる。その上で、社会から要求されるソーシャルワーカーとしての能力を早期に獲得するためには、卒業後も見据えた教育システムの構築が必要であると考えられる。特にケアマネジメント技術については、モニタリングなど、中長期にわたる関わりを通じて体験的に獲得しうるものといえ、それを勤務先のみで獲得することは現状としては難しい(木全 2011)。それを克服する一手法として、他者の経験した事例を擬似的に経験するといったプログラム開発が必要と考えられる。今後、在学生や勤務経験の浅いソーシャルワーカーに対するプログラム開発に向けた調査研究を推し進めていきたい。

## 注

- 1) 本論で述べるソーシャルワーカー養成校とは、社会福祉士、精神保健福祉士養成カリキュラムを実施している養成校を指す。
- 2) WIは、野中らによって作成されたケアマネジメントを展開するために必要となる「中核技術」を自己評価するために開発された指標であり、その信頼性と妥当性は、検証の結果確保されている。

## 参考・引用文献

- 上野千代子・吉井清子・奥田亜由子 他(2008)「学部教育におけるケアマネジメント技術教育の現状と評価」『日本社会福祉教育学会誌』2, 29-39.
- 小野美奈子・松本憲子・草野径子(2002)「介護保険施行後のケアマネジャーの課題:A町要介護認定を受けた24名への家庭訪問調査から」『宮崎県立看護大学研究紀要』2(1), 30-47.
- 木全和巳・高山京子・高橋義久(2011)「若手の相談支援専門員が必要としている研修の内容に関する基礎的研究(その2)2年目のインタビュー調査の結果から」『日本福祉大学社会福祉論集』125, 143-182.
- 楠永敏恵・柁崎京子・吉賀成子 他(2018)「「福祉系」介護支援専門員によるケアマネジメントの課題についての文献検討」『社会医学研究』35(1), 11-17.
- 厚生労働省(2013)「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf>, 2019年10月1日確認).
- 厚生労働省(2019)「第21回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について」([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187425\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187425_00003.html), 2019年10月1日確認).
- 介護支援専門員生涯研修体系のあり方に関する研究委員会(2006)「介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会最終報告書」財団法人 長寿開発センター.
- 高梨未紀(2018)「生活施設におけるソーシャルワーク実習生の学びの視点:テキストマイニングによる実習日誌の分析から」『日本福祉大学社会福祉論集』(138), 117-130.

- 日本学術会議社会学委員会社会福祉学分会 (2008)  
「近未来の社会福祉教育のあり方について - ソーシャルワーク専門職資格の再編成に向けて -」  
(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t59-1.pdf>.2019年10月1日確認).
- 二本柳覚 (2012) 「大学におけるケアマネジメント技術教育—外因要素が知的理解に及ぼす影響について—」『日本福祉大学社会福祉論集』127, 101-112.
- 野中猛・門田直美・久世淳子 (2006) 「ケアマネジメント技術を評価する尺度の開発に関する研究」みずほ福祉助成財団研究報告書、日本福祉大学野中研究室.
- 野中猛・上原久 (2013) 「ケア会議で学ぶケアマネジメントの本質」中央法規.
- 長谷川淳 (1977) 「教育の方法：技術教育における座学と実習」『看護展望』2 (10), 1-7.
- 増田樹郎 (2013) 「ケアマネジメントの構成と課題～介護保険におけるケアマネジメント事情をとおして～」『障害者教育・福祉学研究』（愛知教育大学）9, 65-70.
- 松岡千代 (2000) 「ヘルスケア領域における専門職間連携 - ソーシャルワークの視点からの理論的整理」『社会福祉学』40 (2), 17-35.
- 丸山裕子 (2012) 「社会福祉士養成教育におけるソーシャルワーク演習の位置と課題：担当教員からのヒアリング調査にもとづく考察」『桃山学院大学総合研究所紀要』38 (1), 211-224.
- 三宅美智子・三宅真奈美・藤原芳朗 (2015) 「介護福祉士に求められる地域包括ケアのあり方：介護現場職員の質問紙調査から」『川崎医療短期大学紀要』35, 43-50.
- 渡邊隆文・安保尚・井坂優美 他 (2019) 「実習スーパービジョンにおける実習指導者と社会福祉士養成校教員との連携に関する現状と課題：フォーカスグループインタビューデータのテキストマイニングから」『健康科学大学紀要』15, 13-21.

*Abstract*

## The Educational Effects of Care Management Skills Training: a Comparative Study of Seminar of Care Management Participants and Non-participants at B University

Akira NIHONYANAGI

The purpose of this study is to understand the learning outcomes of education in care management skills after learning “Care Management”. It conducted a comparative analysis of the intellectual understanding of care management gained by students who took “Seminar of Care Management”, which teaches care management skills, and students who did not take the seminar at B university, an institution at which social workers are trained. The survey method employed a five-grade evaluation questionnaire on intellectual understanding that utilized care management work indicators at three points in time: at completion of “Care Management”, at commencement of “Seminar of Care Management”, and at completion of the seminar.

As a result, in the categories of assessment and planning, a difference in scores was observed at the conclusion of the “Seminar of Care Management”, with students who took the seminar achieving higher scores. In addition, when the t-test was performed, it showed that the results of the group that took “Seminar of Care Management” with seven topics were significantly higher at the point in time when “Seminar of Care Management” ended. These results suggest that an increased intellectual understanding of care management skill can be expected as a result of education in the care management skill.

Key words: Educational Effect, Seminar of Care Management, Work Index