

ービジョンについて、次年度以降に集中的に論じられる。

スーパービジョンという概念は、コンビニ店員の日常的業務管理から長年にわたる精神療法家の育成に至るまで幅広く、多様な領域でかなり恣意的に用いられている。医療保健福祉領域では、管理よりも教育機能が強調されている。形態と方法は、職種や領域によって異なり、当然にその領域の固有の視点や方法を重視する。一部の領域では標準化されて、団体による認定制度が存在する。その場合でも、スーパーバイザー個人の方法や技術はかなり個別的である。

わが国の相談支援専門員におけるスーパービジョンをどのように考えるべきか、本研究では今後の課題となっている。相談支援専門員をめぐる、現在の段階で特定の規定はないし、個別的なスーパービジョンが行われているという情報はない。自立支援協議会などの部会で事例検討会が開催されて、そのような折に「集団スーパービジョン」を想定した教育機会としていることがより一般的であろう。とすると、現実的な集団スーパービジョン形式において、形式要件や運営の要点について検討しなければならない。日本ケアマネジメント学会では、2009年度報告書において集団スーパービジョンを推奨している。

6. 人材養成に関する効果評価をめぐる概念

人材養成に関する効果評価については、本研究におけるひとつの柱として第3分班研究班で検討される。

一般的な「教育評価」については、森敏昭によると、1901～1930年は教育測定の時

代で、標準学力テストや集団の平均値が利用され、知識理解が評価対象の中心であった。1931～1960年は教育評価の時代で、教育目標という絶対的基準に基づいて、知情意を総合的に評価した。1960年代以降は見直しの時代で、個性や人権を尊重して、診断的評価、形成的評価、適性処遇交互作用に注目するようになった。

この領域の権威である梶田叡一によると、1973年にBloom BSらによる「教育評価法ハンドブック」が訳出されたことによって大きく転回したという。梶田は7タイプの評価と4種の評価類型に整理している。すなわち、①事前的評価は学習者の受け入れ時に評価し、教授活動展開の参考にする、②形成的評価は教授活動内在型で教授活動を改善するフィードバックに用いる、③総括的評価は終了時に成果把握や認定のために用いる、④外在的評価は教育活動の実態把握のために用いる。

学力など個人差を測定するタイプのテストは「集団標準(norm)に準拠したテスト」で、可能な限り一次的得点化が目指される。これに比して、到達すべき目標との関係で個々人の能力を位置づけようとするタイプは「到達基準(criterion)に準拠したテスト」であり、分布が偏っても一向にかまわないし、むしろ全体が満点に近づくべきテストである。相談支援専門員など専門職養成の際に重要なテストは後者であろう。

さらにアメリカ合衆国の教育心理学による「教育目標の分類体系」が紹介されている。すなわち認知的領域では、①知識、②理解、③応用、④分析、⑤総合、⑥評価、であり、それぞれ細項目がコード化されている。情意領域では、①受入れ、②反応、

③価値づけ、④組織化、⑤価値あるいは価値複合体による個性化である。精神運動領域では、①模倣、②操作、③精確化、④分節化、⑤自然化である。これらの諸項目が教育成果を測定する対象となる。

吉田新一郎は、「学んだことの評価」と「学びのための評価」という2分法を紹介して、後者を「プロセス評価」として、教師と生徒が頻繁に情報交換することを強調している。実際に行うことは、①生徒の観察、②自己評価、③質問、④学習日誌、⑤相互評価、⑥その他の評価法、⑦フィードバックである。中でも「自己評価」を重視しており、そのためには、①良い評価を示す明快な基準を設定、②質問をする、③自分を振り返る、④フィードバック、⑤相互評価、⑥ポートフォリオ、⑦教師自身が自己評価のモデルとなるといった手段を挙げている。

相談支援専門員のような専門職は、自らが永遠に能力開発をし続けなくてはならないので、最終的には「自己評価」の力が求められる。

しかし、教育効果の評価は容易ではないし、確定した方法論があるわけではない。梶田叡一は、「現状では、どれか1つのタイプの評価によって教育活動の全体をコントロールできるなどと考えるのはまったくの幻想である。多様な評価のあり方についてそれぞれの特性を明確化し、教育活動の全体を改善し促進するという目的を達成するために、それぞれを組み合わせ用いるということではないだろうか」と述べている。

「研修評価」に限定すると、一般的に Kirkpatrick DL の枠組みが比較的共有されている。レベル1で研修満足度を測り、レベル2で学習到達度を測定し、レベル3

で行動変容度を見つめ、レベル4で成果達成度を確認する。これにレベル5が加われば費用対効果の測定となる。これまでの研究では、レベル1研修満足度は、レベル2以降の成果とは必ずしも相関がないとされている。レベル2は知的理解にとどまるので、臨床実践が必要なケアマネジメントではレベル3の行動変容が重要な指標となろう。ケアマネジメント実施後のサービス利用者の幸福度にどれほど反映するかがレベル4の測定となるが、それが果たして研修の結果であると言えるのか、他にも要因が数多くあって、測定するには相当に困難な諸点が残っている。

7. まとめ

相談支援専門員の人材養成をめぐる、教育や学習に関する諸概念を整理した。統合的理解にはほど遠いが、これまでに試みられてきた実践と理論の追究を踏まえて、共通する言葉で論じるためにも、必要な作業である。

教育や学習をめぐる検討を概観すると、ひとつの専門職を養成しようとする場合に、単なる研修活動で十分とはとても思えない。総合的な人材養成戦略が求められる。

また、わが国の障害者に対するケアマネジメント活動が実りあるものになるためには、相談支援専門員個人の能力向上は決定的に重要であるものの、同時に、機関や組織の構え、国や地方自治体の責任、法律や制度的な整備といった多様な要因を改善する必要がある。

(文責：野中猛)

引用文献

- 1) Benner P (井部俊子監訳) : ベナー看護論 (新訳版). 医学書院、2005
- 2) Carpinello SE et al: New York State's campaign to implement evidence-based practice for people with severe mental disabled. *Psychiatric Services* 53(2);153-155, 2002
- 3) Collons AJ et al: Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing and mathematics. Resnick LB (ed): *Knowing, learning and instruction*. 1989
- 4) Csikszentmihalyi M (今村浩明訳) : 楽しみの社会学. 新思索社、2000
- 5) Dreyfus HL (石原孝二訳) : インターネットについて—哲学的考察. 産業図書、2002
- 6) 古川久敬 : コンピテンシー : 新しい能力指標. JAMAM コンピテンシー研究会編「コンピテンシーラーニング」、日本能率協会マネジメントセンター、2002
- 7) Joyce B & Showers B: Improving inservice training: The messages of research. *Educational Leadership* 37(5);378-385,1980
- 8) 梶田叡一 : 教育評価 (第2版補訂版). 有斐閣、2002
- 9) Kirkpatrick DL: *Evaluating Training Programs- The Four Levels*. Brett-Koehler, 1998
- 10) Knowlws MS (堀薫夫・三輪建二訳) : 成人教育の現代的実践—ペダゴジーからアンドラゴジーへ. 鳳書房、2002
- 11) Lave J & Wenger E (佐伯訳) : 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加. 産業図書、1993
- 12) Marks R: in Mary LB & Newstrom JW (ed): *Transfer of Training*. Basic Books, 1992
- 13) Marquardt MJ (清宮普美代・堀本麻由子訳) : アクションラーニング入門—問題解決と組織学習を同時に進める画期的手法. ダイヤモンド社、2004
- 14) 宮崎民雄 : 福祉職場の OJT とリーダーシップ (改訂版). エイデル研究所、2005
- 15) 森敏昭・秋田喜代美編 : 教育心理学キーワード. 有斐閣、2006
- 16) 中原淳編著 : 企業内人材育成入門—人を育てる心理・教育学の基本理論を学ぶ. ダイヤモンド社、2006
- 17) NSF Workforce Action Team: *The Capable Practitioner*. The Sainsbury Center for Mental Health. 2001
- 18) 岡本浩一 : 上達の法則—効率のよい努力を科学する. PHP 研究所、2002
- 19) 産業能率大学 : 研修資料、2007
- 20) Schön DA (佐藤学・秋田喜代美訳) : 専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える. ゆみる出版、2001
- 21) 清水久三子 : プロの学び方. 東洋経済新報社、2007
- 22) 高橋俊介 : キャリアショック—どうすればあなたは自分でキャリアを切り開けるのか? 東洋経済新報社、2000
- 23) 寺澤弘忠 : OJT の実際 (第2版). 日本経済新聞出版社、2005
- 24) 吉田新一郎 : 効果 10 倍の <教える> 技術—授業から企業研修まで. PHP 研究所、2006
- 25) 吉田新一郎 : テストだけでは測れない! 人を伸ばす「評価」とは. 日本放送出版協会、2006

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「障害者の相談支援にかかる人材養成に関する研究」（主任研究者：野中猛）
平成21年度分担研究報告書

障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力に関する研究
分担研究者 坂本洋一（和洋女子大学 教授）

研究要旨： 障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力を明らかにすることを目的とした。とりわけ、障害者ケアマネジメント従事者とは、相談支援専門員が中心であり、相談支援専門員として業務している専門職143名に対して、アンケート調査を実施した。有効回答数は89名であった。調査対象者のプロフィールは、年齢は平均年齢41.4歳、最年少23歳、最年長64歳、性別では男53名、女36名、現在の職名は最も多い職名は相談支援専門員であった。取得している国家資格は、社会福祉士が41名（46.1%）、精神保健福祉士が28名（31.5%）、介護福祉士が16名（18.0%）であった。介護支援専門員の資格は、取得者が29名（32.6%）であった。学歴は、大学卒が66名（74.2%）で最も多かった。また、担当している事例数は、26名以上と回答した者が最も多かった。

アンケート調査の結果、障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力として、ケアマネジメントに関する知識は、①利用者に対するサービスの理念・援助姿勢の知識、②ケアマネジメント実践における障害者支援の周辺知識、③ケアマネジメント実践における障害者支援の直接的知識、④障害者福祉の基本理念の知識、⑤ケアマネジメント実践における評価法の知識、⑥ケアマネジメント理論の基礎知識、⑦地域支援の基礎知識であった。ケアマネジメントに関する技術では、①利用者本人との関係作りを通じたアセスメントとプランニング技術、②介入の技術と本人および環境の評価技術、③ケアマネジメントを推進する関連技術、④家庭訪問などによる家族相談を通じた支援の見立ての技術（インテーク）、⑤ニーズの見定めとアフターケア体制構築等の終結の技術、⑥モニタリングの技術、⑦モニタリングを通じたケアマネジメント実践の評価技術、⑧ニーズ判定の技術、⑨対費用効果と連携の介入の技術、⑩利用者および環境への介入の技術、⑪利用者と家族に対するアセスメント技術であることが明らかになった。

A. 研究目的

障害者のケアマネジメントは、1995年に日本障害者リハビリテーション協会内に「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討委員会」が設置され、身体障害、知的障害、精神障害の3障害別に本格的に検討が開始された。その後、1998年には、国レベルで「介護等支援専門員養成指導者研修」を都道府県レベルで「介護等支援専門員養成研修」がスタートし、いわゆる障害者ケアマネジャーの人材養成が開始された。現在は、国レベルで3日間の現任研修が行

われ、都道府県レベルでは相談支援従事者初任者研修が5日間、さらに3日間の相談支援従事者現任研修が実施されている。これらの研修カリキュラムは、告示によって提示されている。

日本社会福祉士会（2009）は、現在の研修の状況を分析・考察し、都道府県間の地域格差が生じている、受講者は幅広いバックグラウンドを有している等の現状を指摘しながら、相談支援専門員の人材養成のスキーム（案）を提示している。その提案は、①初任者研修プログラムの修正、②初任者研修受講者で、障害者相

談支援の実務に携わる者を対象にした「実務研修」の実施、③現任研修に更新研修としての性格を持たせる等である。

これらの提案は、現状の研修システムや研修内容に関して現実的な提案を行っているといえる。これらの点を踏まえて、障害者の相談支援に従事する者はどのような能力が求められているかを明らかにして、現実的な研修内容を構築することが肝要であり、つまり人材養成の出発点を決める必要がある。

そこで、本研究は、障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力を明らかにすることを目的とする。障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力を明らかにすることによって初めて人材養成のシステムが構築されるのであって、都道府県研修で担うべき能力開発、職場で開発すべき能力、大学で教育されるべき能力などが明確になり、それぞれ役割分担をすべきであろう。

先行研究として、野中ら(2006)は、「ケアマネジメント技術の評価する尺度の開発に関する研究」において「ケアマネジメント技術評価指標 [Work Index]」を開発している。この作業指標は、研修や教育をする際に事前に研修生の現状を把握することで研修プログラムを調整することができ、知識理解と実践程度の差から実践を拒む障壁を検討するツールとして考案されている。このことから、ケアマネジメント実践において、作業プロセスでの留意すべき事項を明らかにしている。この作業指標の見方を変えれば、ケアマネジメント実践活動に求められる作業課題であり、必要な能力とみなされる。

門屋は(2006)、「ケアマネジメント研修必修項目研究」において、質の高い相談支援を行えるようになるための必修項目について、有効な研修項目を整理し、ニーズの高い項目と低い項目の抽出を試み研修項目の検討を行うとともに、短期

間で得られる技術、実践活動の中で得られるもの、長期の経験で得られるものを明らかにした。その結果、ニーズの最も高い項目は、「ケアマネジメントの知識・技術」であった。次いで、「利用者のサービス」、「障害」、「地域」、「組織」の領域であった。「ケアマネジメントの知識・技術」の下位項目において、インタビューの「関係作り」、関連技術の「チームワーク」、プランニングの「長期目標、短期目標の設定」、「ニーズの優先度判定」、アセスメントの「ニーズの見定め」であった。さらに、「利用者主体・自己決定・主体性」、「障害者支援体制」等が研修項目として優位な内容であった。

本研究委は、障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力を明らかにすることであるが、野中(2006)および門屋(2006)の研究を踏まえ、ケアマネジメントに関する知識とケアマネジメントに関する技術の2つの領域を設けて、能力を明らかにする。これらの能力は、現在、実際に相談支援専門員として活動している者を対象とする。本来、相談支援専門員が求める障害者ケアマネジメント従事者の能力だけでなく、障害者が障害者ケアマネジメント従事者に何を求めているかも明らかにする必要があるが、今回は、相談支援専門員からその能力を明らかにしようとしている。

B 研究の方法

1. 調査の手続き

調査は、野中(2006)、門屋(2006)の研究成果を踏まえ、ケアマネジメント知識の領域とケアマネジメント技術の領域の2つの領域を設定し、アンケートを作成した。ケアマネジメントに関する知識の調査項目は、門屋(2006)による研修必修項目として、40%以上の回答を得た項目を参考にし、筆者が必要と考えた項目を追加し、42項目を設定した。ケアマネジメント技術に関する調査項目

は、野中ら(2006)の作業指標に項目を使用した。ケアマネジメント技術は、ケアマネジメントの実践活動の項目として統計的にも支持されており、このプロセスを習得する必要があることから、野中(2006)を採用した。ケアマネジメント技術に関する調査項目は、48項目であった。このアンケートを現在相談支援の活動をしている相談支援専門員に対して実施した。調査対象者は、各調査項目に対して、「非常に低い」から、「低い」、「どちらでもない」、「高い」、「非常に高い」までのリッカートスケールにより回答を求められた。このアンケートによって得られたデータを整理し分析した。

2. 調査対象者

調査の対象者は、日本相談支援専門員協会が実施した「相談支援専門員モデル研修会」に参加した143名である。

この研修会は、自発的な研修参加によって受講者を募っている。したがって、相談支援活動に熱心な相談支援専門員であるといえる。

3. 調査の方法

調査は、相談支援専門員モデル研修会において、研究の主旨を説明し、調査の協力に同意した者143名を対象にアンケートを配布し、郵送による回収を行った。

4. 回収率

回収率は62.2%で、有効回答数は、89名であった。

5. 調査の内容

アンケートの調査項目は、資料1に示している。調査対象者のプロフィールは、性別、年齢、正式な職名、障害者ケアマネジメントの経験年数、所持している国家資格、介護支援専門員の資格の有無、学歴、現在担当している事例数であった。ケアマネジメントに関する知識については、「利用者サービスの理念・考え方」、「利用者サービスの援助姿勢・利用者サービスの姿勢」、「利用者サービスの方法」、「障害に関する理念・視

点等」、「障害に関する制度や支援」、「ケアマネジメント知識・プロセス等」、「地域支援の理念・視点・方法」等から構成された41項目であった。ケアマネジメント技術に関しては、「インテーク」、「アセスメント」、「プランニング」、「インターベンション」、「モニタリング」、「エバリュエーション」、「ターミネーション」、「関連技術」等から構成された48項目であった。

(倫理面への配慮)

アンケートによって得られたデータは、個人が特定できないように統計的に処理し、データは分担研究者によって厳重に保管された。

C. 研究結果

1. 調査対象者のプロフィール

調査対象者の性別は、男性が53名で59.6%、女性が36名で40.4%と男性の割合が多かった(図1)。年齢階級別状況では、46歳～50歳以下が最も多く21名(23.6%)、次いで36歳～40歳以下20名(22.5%)、31歳～35歳以下17名(19.1%)、41歳～45歳以下12名(13.5%)の順であった。対象者の年齢は31歳から50歳以下の階級が78.7%を占めていた。この年齢階級は、臨床的に最も充実してきている時期であると思われる。最年少は23歳、最年長は64歳で平均年齢は41.4歳であった(図2)。

現在の正式な職種は、相談支援専門員が圧倒的に多く、その他管理者を兼任している者もいた。

障害者ケアマネジメントの経験年数は、5年～10年未満の者が41名(46.1%)と最も多く、次いで10年以上が21名(23.6%)、3年～5年未満が12名(13.5%)の順が多かった。5年以上の障害者ケアマネジメントの経験年数である者が62名で全体の69.7%を占めていた(図3)。年齢と経験年数を考えると、臨床的に充実した年齢で経験的に豊富な対象

者であるといえる。

所持している国家資格について複数回答を求めたところ、社会福祉士の資格を取得している者が41名(46.1%)で、精神保健福祉士の資格取得者が28名(31.5%)、介護福祉士の資格取得者が16名(18.0%)であった。その他、看護師の資格取得者が1名いた(図4)。複数の資格を取得している者も多かった。

介護支援専門員の資格取得については、資格取得者が29名(32.6%)、取得していない者が60名(67.4%)と取得していない者の割合が高かった(図5)。

学歴については、大学卒が66名(74.2%)と最も多く、次いで専門学校卒が9名(10.1%)、短大卒が7名(7.9%)、大学院修了が5名(5.6%)の順であった(図6)。

現在担当している事例数は、26名以上と回答した者が32名(36.0%)と最も多く、次いで5名以下が17名(19.1%)、16名～20名以下および6名～10名以下と回答した者がそれぞれ9名(10.1%)、21名～25名以下および11名～15名と回答した者がそれぞれ5名(5.6%)であった(図7)。

2. 調査項目の結果

(1) 調査項目の平均値

アンケートから得られたデータでリッカートスケールは、「ひじょうに高い」を5点、「高い」を4点、「どちらでもない」を3点、「低い」を2点、「ひじょうに低い」を1点としてスコア化した。そこでまず平均値および標準誤差を整理した。表1は、ケアマネジメントに関する知識に対する回答の平均値と標準誤差を示したものである。

ケアマネジメント従事者に要求されるケアマネジメントに関する知識の調査項目全体の平均値は、4.47とひじょうに高かった。

平均値が上位にランクされている項目は、「利用者主体、自己決定について知っている必要がある」、「エンパワメントを知っている必要がある」、「守秘義務について知っている

必要がある」、「地域で暮らすことの意味を知っている必要がある」、「権利擁護を知っている必要がある」、「人間の尊厳について知っている必要がある」、「プライバシーの尊重を知っている必要がある」、「地域の社会資源を知っている必要がある」等の項目であった。これらの項目の現すところは、利用者サービスの理念・援助姿勢と地域資源といえる。

平均点が下位にランクされている項目は「リハビリテーションサービスを知っている必要がある」、「マネジドケアの考え方を知っている必要がある」、「健康と病気の予防の概念と方法を知っている必要がある」、「障害者雇用促進体制を知っている必要がある」、「社会生活技能訓練を知っている必要がある」、「プログラムの評価や研究方法を知っている必要がある」、「福祉用具と住宅改修について知っている必要がある」、「対費用効果を知っている必要がある」等であった。これらの項目の現すところは、障害者福祉の制度・対費用効果・評価法といえる。

次に、表2にケアマネジメントの技術に関する平均値と標準誤差を整理した(表2)。

その結果、調査項目全体の平均値は4.39でひじょうに高かった。

上位にランクされている項目は、「信頼関係、初回面接法、説明と同意、課題の整理とニーズの推測」、「家族の面接、合同面接、家庭訪問等の家族の相談」、「何を把握すべきか、生活歴、病歴、職歴、家族歴、取り巻く環境等の包括的な状況把握」、「当面急ぐニーズ領域の選択等のニーズの優先度判定」、「日常業務の中、アウトリーチ、本人との相談、広報活動などの利用者の発見」、「資源に対して、サービスを提供させるための工夫等の権利擁護(アドボカシー)」等であった。これらの項目の現すところは、ケアマネジメント・プロセスのインテークが4項目となっており、プランニング、インターベンション、エバリュエーション、アセスメントが1項目であった。

下位にランクされている項目は、「資源のゲートキーパー、配分と開発等の環境への

間接介入」、「能力に応じて徐々に自立性を高める、共同作業等の利用者への直接介入」、「親睦、合同研修、定例勉強会、共通記録様式、管理者会議等における調整(コーディネート)」、「複数の小目標を設定し、それぞれを手順化するパッケージプラン策定」、「症状評価、社会機能評価、QOL評価、家族評価等の各種評価尺度の活用」、「表にして各自に配布する等の手順表・役割分担表の作成」、「効率と効用、費用とは何か等の費用対効果の考え方」等であった。これらの項目の現すところは、インターベンションが3項目、プランニングが2項目、エバリュエーションが2項目であった。

(2) 経験年数と調査項目間の分散分析

各調査項目の平均値に対して、経験年数が影響を与えているかを調べた。

まず、経験年数とケアマネジメントに関する知識の平均値の分散分析を行った(表3)。その結果、「不服と苦情解決を知っている必要がある」の項目だけが5%水準で有意差がみられた。そのため、多重比較を行い、詳細に検討した(表4)。その結果、「不服と苦情解決を知っている必要がある」の有意差は、無記入の者との有意差であった。したがって、経験年数を具体的に回答している者との間では、有意差はみられなかった。

次に、経験年数とケアマネジメントの技術に関する平均値の分散分析を行った(表5)。その結果、「生活目標の設定、夢の把握、現実化する手順を含む長期目標と短期目標のプランニング」、「各職種、各機関の能力と限界を知る、推論する、討論する、連携するチームワーク技術」、「計画、設定、運営、司会、板書、記録、定例化する等のカンファレンス技術」、「同職種、異職種、定期的・不定期、職場内、メディア利用、研究会を通じたスーパービジョンの技術」の4項目に5%水準で有意差がみられた。そこで、これらの調査項目の多重比較を行った。その結果、「生活目標の設定、夢の把握、現実化する手順を含

む長期目標と短期目標のプランニング」、「計画、設定、運営、司会、板書、記録、定例化する等のカンファレンス技術」、「同職種、異職種、定期的・不定期、職場内、メディア利用、研究会を通じたスーパービジョンの技術」の各項目は無記入と回答した者との有意差を示しており、分析の対象から除外した。「各職種、各機関の能力と限界を知る、推論する、討論する、連携するチームワーク技術」は、1年未満、3年～5年未満、5年～10年未満の経験年数によって有意差がみられた(表6)。1年未満(平均値4.83) > 5年～10年未満(平均値4.61) > 3年～5年未満(平均値4.00)の順に平均値が高かった。3年～5年未満の者より1年未満の者および5年～10年未満の者がチームワーク技術に関する能力を要求しているといえる。

(3) ケアマネジメントに関する知識の因子分析

知識に関する41項目について主成分分析(プロマックス回転)の因子分析を行った。調査項目の妥当性を検証するために、KMOおよびBartlettの検定を行った。その結果、Kaiser-Meyer-Olkinの妥当性は、.779と高い値であり、また、Bartlettの有意確率が.000であり、因子分析を行うことに意味があるという結果を得られた(表7)。因子分析の結果、41項目すべて負荷値が0.429以上であったため、調査項目の妥当性が検証された。因子数は、ケアマネジメントに関する知識の要求度が高い知識を60.619%説明している(表7)、11因子を採用することにした。

(4) ケアマネジメントに関する知識のグルーピング

グルーピングに関しては、第8・9・10・11の因子は調査項目が2つ以下しか該当しないことから、7因子までをグルーピングした。表8に示すように、第1因子は、「利用者主体、自己決定について知っている必要がある」、「人間の尊厳について知っている必要があ

る」、「権利擁護を知っている必要がある」、「人間関係と信頼関係を知っている必要がある」、「地域で暮らすことの意味を知っている必要がある」、「エンパワメントを知っている必要がある」、「チームワークの考え方を知っている必要がある」、「ネットワーク・ソーシャルサポートの連携を知っている必要がある」、「ケアマネジメント・プロセスを知っている必要がある」、「記録の方法を知っている必要がある」等であった。

第2因子は、「バリアフリーについて知っている必要がある」、「福祉用具と住宅改修について知っている必要がある」、「障害者雇用促進体制を知っている必要がある」、「年金などの社会保障制度を知っている必要がある」、「プライバシーの尊重を知っている必要がある」等であった。

第3因子は、「障害者の支援体制を知っている必要がある」、「障害の特性によるニーズとケアを知っている必要がある」、「リハビリテーションサービスを知っている必要がある」、「障害福祉サービスを知っている必要がある」、「ICFの考え方を知っている必要がある」、「集団援助を知っている必要がある」等であった。

第4因子は、「専門職として自覚と自律について知っている必要がある」、「QOLについて知っている必要がある」、「インフォームドコンセントを知っている必要がある」、「ノーマライゼーションを知っている必要がある」等であった。

第5因子は、「ストレス対処法を知っている必要がある」、「対費用効果を知っている必要がある」、「プログラムの評価や研究方法を知っている必要がある」等であった。

第6因子は、「マネジドケアの考え方を知っている必要がある」、「リスクマネジメントと対処方法を知っている必要がある」、「トータルマネジメントを知っている必要がある」、「健康と病気の予防の概念と方法を知っている必要がある」、「危機介入の方法を知っている必要がある」等であった。

第7因子は、「地域の社会資源を知っている必要がある」、「地域コーディネーションの方法を知っている必要がある」、「地域自立支援協議会の意義と活動を知っている必要がある」等であった。

これらの結果から、第1因子は利用者に対するサービスの理念・援助姿勢の知識、第2因子はケアマネジメント実践における障害者支援の周辺知識、第3因子はケアマネジメント実践における障害者支援の直接的知識、第4因子は障害者福祉の基本理念の知識、第5因子はケアマネジメント実践における評価法の知識、第6因子はケアマネジメント理論の基礎知識、第7因子は地域支援の基礎知識として確定される。

(5) ケアマネジメントに関する技術の因子分析

ケアマネジメントに関する技術について48項目について主成分分析(プロマックス回転)の因子分析を行った。因子分析を行うために、調査項目の妥当性を検証するために、KMOおよびBartlettの検定を行った。その結果、Kaiser-Meyer-Olkinの妥当性は、.824であり、また、Bartlettの有意確率が.000であり、因子分析を行うことに意味があるという結果を得られた(表9)。

因子分析の結果、41項目すべて負荷値が0.598以上であったため、調査項目の妥当性が検証された。因子数は、ケアマネジメントに関する知識の要求度が高い知識を76.1%説明している(表10)、11因子を採用することにした。

(6) ケアマネジメントに関する技術のグルーピング

表11に示すように、第1因子は、「設定、招集、司会、役割分担、記録等の査定会議の開催」、「招集、司会、運営、記録等の計画策定会議の開催」、「専門機関、制度、専門家、適量性、適質性、利便性、受容性、利用可能性等の専門的ケアの具体的な状況の

査定」、「複数の小目標を設定し、それぞれを手順化するパッケージプラン策定」、「生活目標の設定、梅の把握、現実化する手順を含む長期目標と短期目標のプランニング」、「既存の各種ツール、ストーリー構成等のアセスメント表の作成」、「表にして各自に配布する等の手順表・役割分担表の作成」、「支援期間終了の直前に、予め設定した評価会議の開催」、「共同作業、場面を変え、モデルを提示し、相手を変えながら情報を得る等の利用者本人との関係作り」等であった。

第2因子は、「サービス提供資源を結びつける、説明や紹介、同伴等の連結(リンケージ)」、「資源に対して、サービスを提供させるための工夫等の権利擁護(アドボカシー)」、「ニーズを満足する資源を見定める、専門職の情報源等の仲介(ブローカリング)」、「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、行政への介入等の資源の開発」、「利用者の生活は変化したかの生活変化の評価」、「活動の前後で地域資源が変化したかの地域資源の変化」等であった。

第3因子は、「同職種、異職種、定期的・不定期、職場内、メディア利用、研究会を通じたスーパービジョンの技術」、「計画、設定、運営、司会、板書、記録、定例化する等のカンファレンスの技術」、「各職種、各機関の能力と限界を知る、推論する、討論する、連携するチームワーク技術」、「記録をとる技術」、「体調管理、対人距離、問題解決法、ストレス発散等のストレス対処能力」等であった。

第4因子は、「家族の面接、合同面接、家庭訪問等の家族の相談」、「信頼関係、初回面接法、説明と同意、課題の整理とニーズの推測」、「何を把握すべきか、生活歴、病歴、職歴、家族歴、取り巻く環境等の包括的な状況把握」等であった。

第5因子は、「情報の要約、フェイドアウト等の継続支援機関への連結」、「新たなケアマネジメント・サイクルへ移行、再査定と再契約等を含む新たなニーズの発見」、「連絡先、再開可能性、危機介入の手順等のアフター

ケア体制の構築」、「デマンドとニーズ、迷いや葛藤、モデルの提示、試行の提案等のニーズの見定め」等であった。

第6因子は、「情報交換、情緒的交流等の日常的な連携協力」、「見守りの役割分担、連絡ルート、危機介入の想定、緊急会議等の見守り体制作り」、「現場の情報収集、プランの調整・修正、期限の設定、定例会議等の計画の見直し」等であった。

第7因子は、「当初の目的は達成されたかの目的達成度の評価」、「計画は予定通り実行されたかの計画実行度の評価」、「対象選定の是非、支援方向の概略、費用対効果の視点」、「資料の準備等の受理会議の開催」、「利用者本人・家族・専門家との定量的・定性的なモニタリングの方法」等であった。

第8因子は、「できるADL、しているADL、IADL、疾病と障害の査定、肯定的視点等のセルフケア能力と限界の査定」、「本人・家族・関係者との合意、修正合意等の計画案の提示と合意」、「当面急ぐニーズ領域の選択等のニーズの優先度判定」等であった。

第9因子は、「効率と効用、費用とは何か等の費用対効果の考え方」、「親睦、合同研修、定例勉強会、共通記録様式、管理者会議等における調整(コーディネーション)」、「カンファレンス、サービス調整会議、専門職の協会、学会や研究会におけるネットワーク形成」、「資源への介入、一貫性・継続性、開発・教育・情報提供等の環境の見守り」等であった。

第10因子は、「能力に応じて徐々に自立性を高める、共同作業等の利用者への直接介入」、「資源のゲートキーパー、配分と開発等の環境への間接介入」、「症状評価、社会機能評価、QOL 評価、家族評価等の各種評価尺度の活用」等であった。

第11因子は、「友人、職場同僚、近隣、宗教、クラブ、ボランティア、セルフヘルプ活動等を含むインフォーマルケア能力と限界の査定」、「家族歴、家族構成員のここの想い、

それぞれの支援体制、意見調整等を含む家族の能力と限界の査定」、「照会、情報の質等の関係者からの情報の収集」、「日常業務の中、アウトリーチ、本人との相談、広報活動などの利用者の発見」等であった。

これらの結果から、ケアマネジメントに関する技術のグルーピングは、第1因子は利用者本人との関係作りを通じたアセスメントとプランニング技術、第2因子は介入の技術と本人および環境の評価技術、第3因子はケアマネジメントを推進する関連技術、第4因子は家庭訪問などによる家族相談を通じた支援の見立ての技術(インテーク)、第5因子はニーズの見定めとアフターケア体制構築等の終結の技術、第6因子はモニタリングの技術、第7因子はモニタリングを通じたケアマネジメント実践の評価技術、第8因子はニーズ判定の技術、第9因子は対費用効果と連携の介入の技術、第10因子は利用者および環境への介入の技術、第11因子は利用者と家族のアセスメント技術と確定される。

D. 考察

障害者ケアマネジメント従事者に必要な能力を明らかにするための、相談支援専門員に対してアンケート調査を行った。ここで用いる能力は、操作的に「相談支援専門員に要求される知識と技術」と定義される。本来であれば、相談支援専門員と障害者が求める知識と技術を測定する必要があると思われる。今回は、実際に相談支援専門員に対して調査を行った。

調査の結果、ケアマネジメントに関する知識については、「利用者主体、自己決定について知っている必要がある」、「エンパワメントを知っている必要がある」、「守秘義務について知っている必要がある」、「地域で暮らすことの意味を知っている必要がある」、「権利擁護を知っている必要がある」、「人間の尊厳について知っている必要がある」、「プライバシーの尊重を知っている必要がある」、「地域の社会資源を知っている必要がある」

等の項目で、利用者サービスの理念・援助姿勢と地域資源の項目が知識として要求されている。このことは、相談支援専門員が障害者支援に対して基本的な理念・援助姿勢を理解し、地域作りを志向していることが推測され、その知識に対して高い要求度が出てきたものであると言える。

他方、ケアマネジメントに関する技術については、「信頼関係、初回面接法、説明と同意、課題の整理とニーズの推測」、「家族の面接、合同面接、家庭訪問等の家族の相談」、「何を把握すべきか、生活歴、病歴、職歴、家族歴、取り巻く環境等の包括的な状況把握」、「当面急ぐニーズ領域の選択等のニーズの優先度判定」、「日常業務の中、アウトリーチ、本人との相談、広報活動などの利用者の発見」、「資源に対して、サービスを提供させるための工夫等の権利擁護(アドボカシー)」等で、ケアマネジメント・プロセスのインテークが4項目となっており、プランニング、インターベンション、エバリュエーション、アセスメントが1項目であった。これらの結果は、インテーク技術が重要であり、その技術習得はケアマネジメント実践において入り口が大切であることを物語っている。

これらのデータは、経験年数と密接に関連していると予測されたが、経験年数とケアマネジメント技術の要求度において、「各職種、各機関の能力と限界を知る、推論する、討論する、連携するチームワーク技術」が、1年未満、3年～5年未満、5年～10年未満の経験年数によって有意差がみられたのみであった。つまり、3年～5年未満の者より1年未満の者および5年～10年未満の者がチームワーク技術に関する能力を要求している。これらの経験年数の相談支援専門員が、チームワーク技術を要求しているということは、臨床的にチームワーク技術の重要性を認識してくる時期であるかもしれない。

これらのデータを詳細に検討するために、因子分析を行った。その結果、ケアマネジメントに関する知識において、7つの因子を確

定した。つまり、①利用者に対するサービスの理念・援助姿勢の知識、②ケアマネジメント実践における障害者支援の周辺知識、③ケアマネジメント実践における障害者支援の直接的知識、④障害者福祉の基本理念の知識、⑤ケアマネジメント実践における評価法の知識、⑥ケアマネジメント理論の基礎知識、⑦地域支援の基礎知識であった(表12)。

ケアマネジメントに関する技術において、11の因子を確定した。つまり、①利用者本人との関係作りを通じたアセスメントとプランニング技術、②介入の技術と本人および環境の評価技術、③ケアマネジメントを推進する関連技術、④家庭訪問などによる家族相談を通じた支援の見立ての技術(インテーク)、⑤ニーズの見定めとアフターケア体制構築等の終結の技術、⑥モニタリングの技術、⑦モニタリングを通じたケアマネジメント実践の評価技術、⑧ニーズ判定の技術、⑨対費用効果と連携の介入の技術、⑩利用者および環境への介入の技術⑪利用者と家族のアセスメント技術であった(表13)。

ケアマネジメント従事者に必要な能力は、①利用者に対するサービスの理念・援助姿勢の知識、②ケアマネジメント実践における障害者支援の周辺知識、③ケアマネジメント実践における障害者支援の直接的知識、④障害者福祉の基本理念の知識、⑤ケアマネジメント実践における評価法の知識、⑥ケアマネジメント理論の基礎知識、⑦地域支援の基礎知識の知識領域と①利用者本人との関係作りを通じたアセスメントとプランニング技術、②介入の技術と本人および環境の評価技術、③ケアマネジメントを推進する関連技術、④家庭訪問などによる家族相談を通じた支援の見立ての技術(インテーク)、⑤ニーズの見定めとアフターケア体制構築等の終結の

技術、⑥モニタリングの技術、⑦モニタリングを通じたケアマネジメント実践の評価技術、⑧ニーズ判定の技術、⑨対費用効果と連携の介入の技術、⑩利用者および環境への介入の技術、⑪利用者と家族のアセスメント技術の技術領域で明らかにされた。

参考文献

1. 野中 猛、門田 直美、久世 淳子「ケアマネジメント技術の評価する尺度の開発に関する研究」、財団法人みずほ福祉助成財団社会福祉助成金、2006年4月
2. 門屋 充郎「ケアマネジメント研修必修項目」厚生労働科学研究費助成金障害保健福祉総合研究事業、「障害者ケアマネジメント評価および技術研修に関する研究」主任研究者 野中 猛 収録、2006年4月
3. 日本社会福祉士会「障害者相談支援専門員の継続研修の必要性とプログラム構築に関する研究事業報告書」、平成20年度障害者保健福祉推進事業、2009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

図1 調査対象者の性別 (N=89)

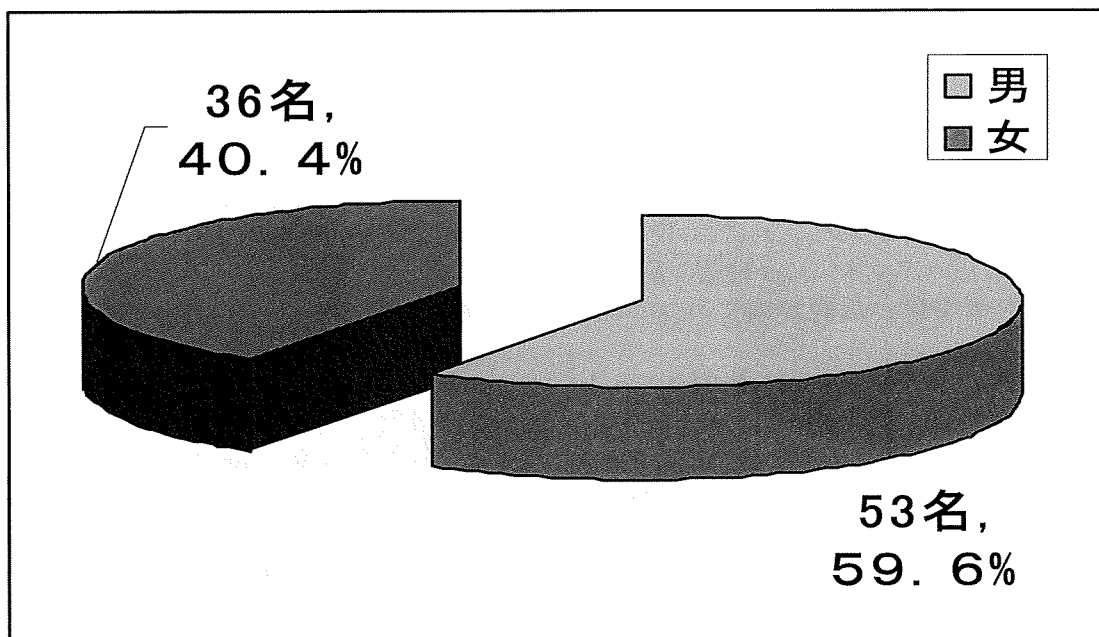


図2 年齢階級別状況 (N=89)

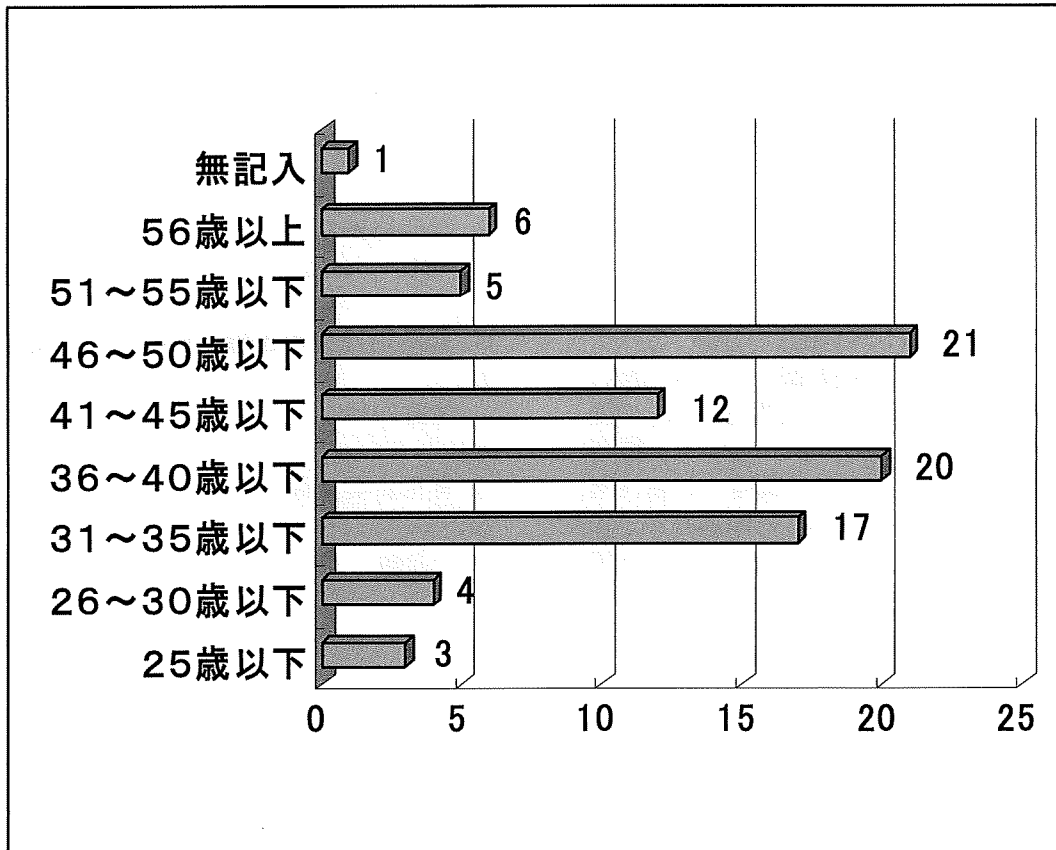


図3 障害者ケアマネジメント従事経験年数 (N=89)

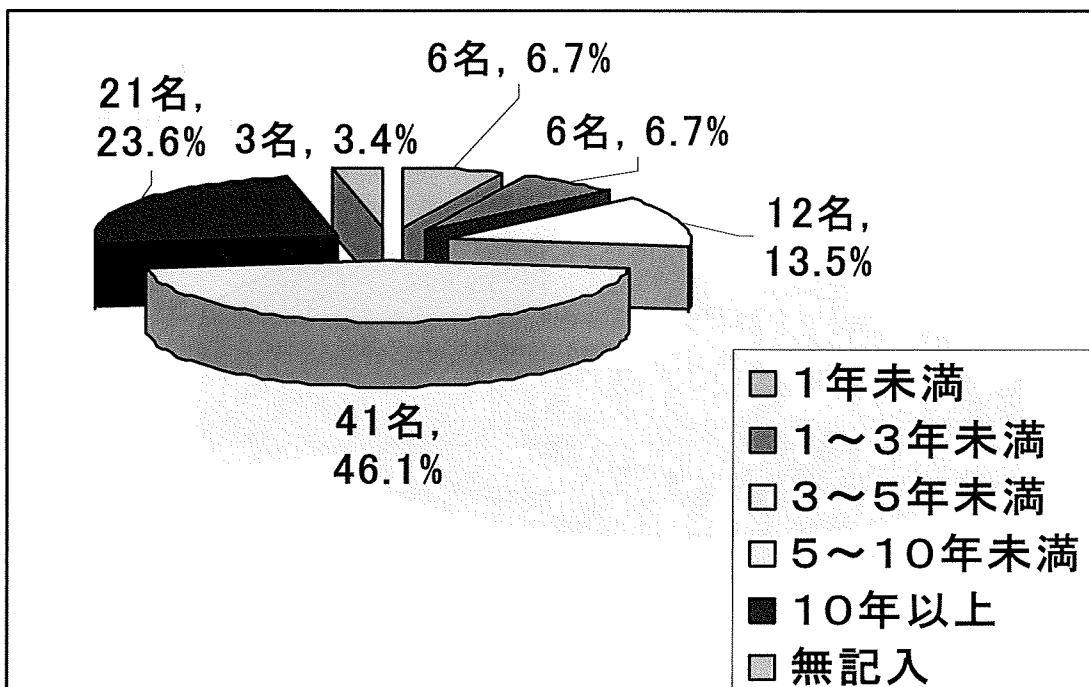


図4 国家資格取得状況 (N=89) 複数回答

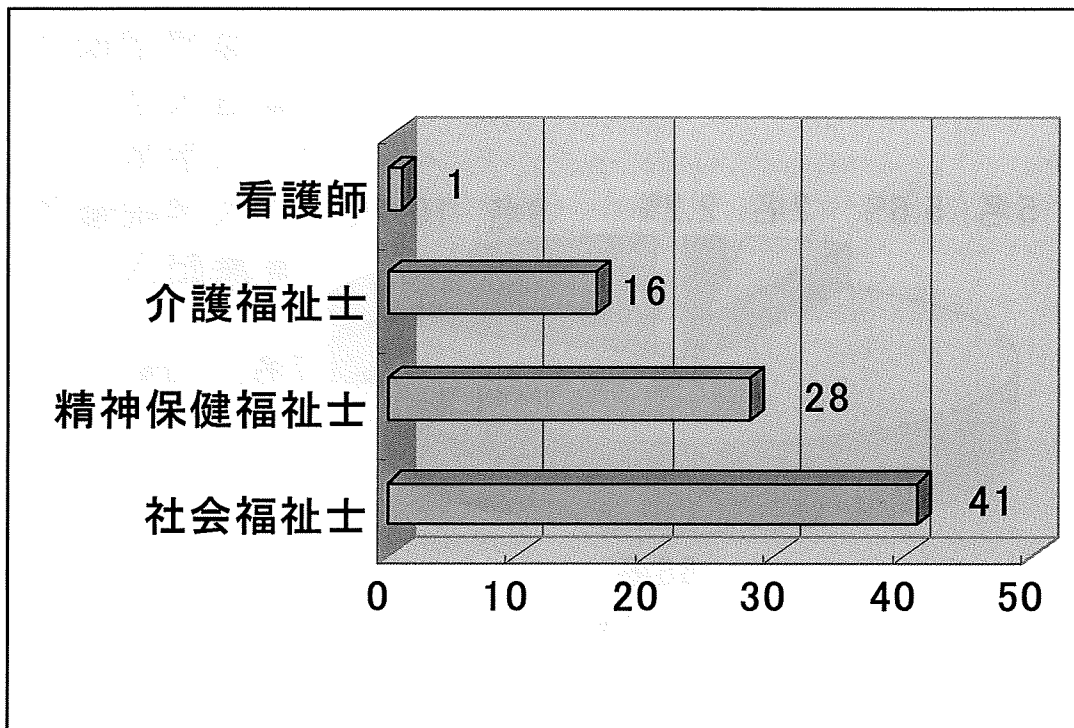


図5 介護支援専門員の資格の有無 (N=89)

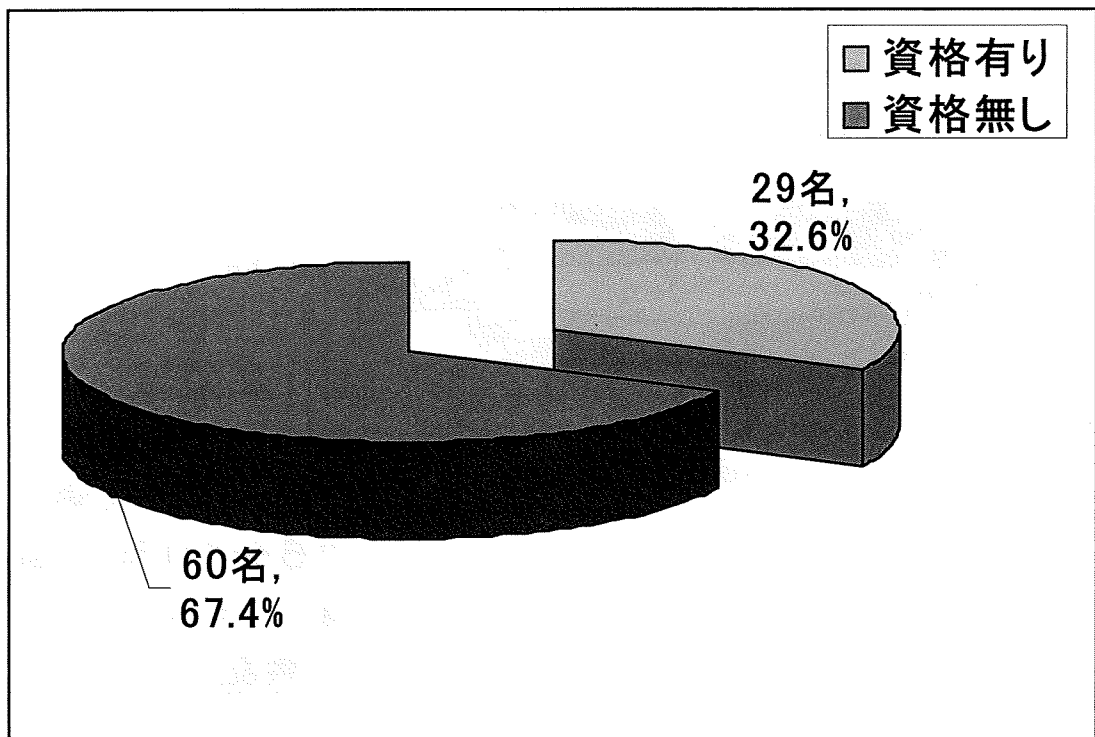


図6 学歴 (N=89)

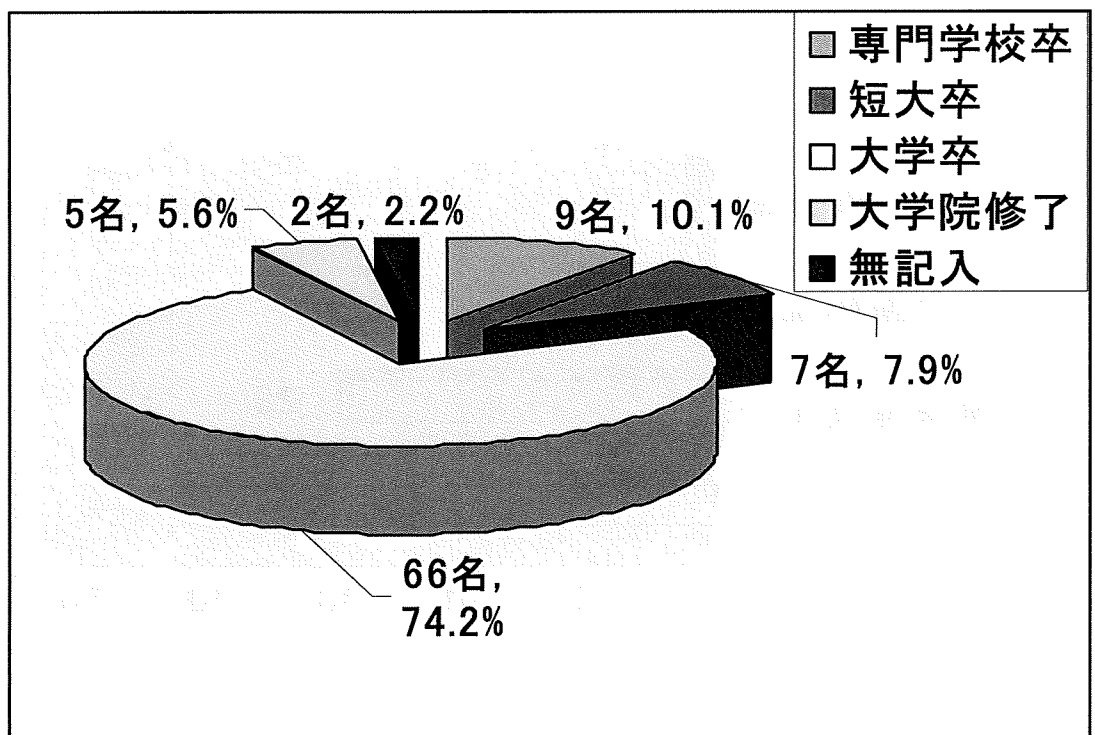


図7 現在支援している事例数 (N=89)

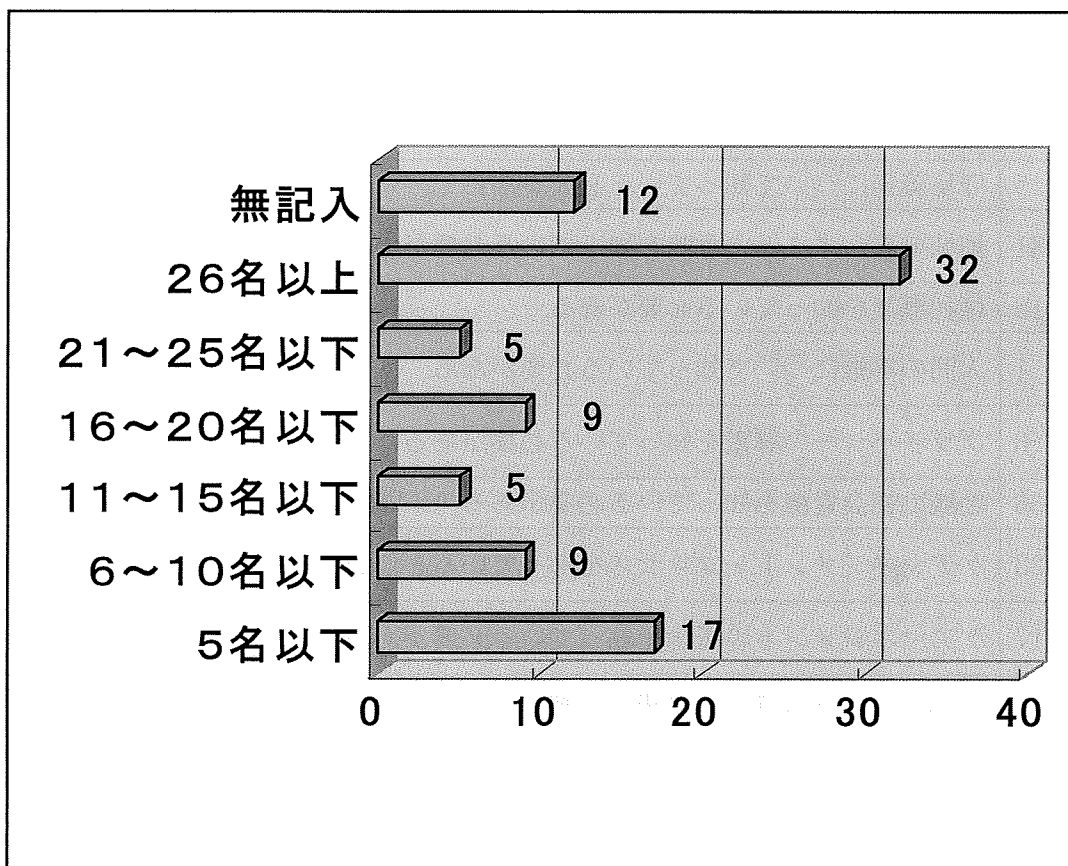


表1 ケアマネジメントに関する知識の平均値

番号	調査項目	平均値	標準誤差
2	利用者主体、自己決定について知っている必要がある	4.92	.271
9	エンパワメントを知っている必要がある	4.87	.343
5	守秘義務について知っている必要がある	4.85	.355
31	地域で暮らすことの意味を知っている必要がある	4.83	.406
16	権利擁護を知っている必要がある	4.80	.457
1	人間の尊厳について知っている必要がある	4.79	.412
6	プライバシーの尊重を知っている必要がある	4.78	.471
35	地域の社会資源を知っている必要がある	4.78	.420
33	ケアマネジメント・プロセスを知っている必要がある	4.75	.459
17	ケアマネジメントの概念を知っている必要がある	4.74	.465
42	地域自立支援協議会の意義と活動を知っている必要がある	4.73	.471
27	チームワークの考え方を知っている必要がある	4.72	.452
8	人間関係と信頼関係を知っている必要がある	4.71	.482
10	ノーマライゼーションを知っている必要がある	4.67	.517
11	障害者の支援体制を知っている必要がある	4.65	.546
32	ネットワーク・ソーシャルサポートの連携を知っている必要がある	4.63	.509
7	インフォームドコンセントを知っている必要がある	4.63	.530
3	QOLについて知っている必要がある	4.61	.576
4	専門職として自覚と自律について知っている必要がある	4.60	.538
25	障害福祉サービスを知っている必要がある	4.60	.516
34	地域コーディネーションの方法を知っている必要がある	4.60	.494
12	障害の特性によるニーズとケアを知っている必要がある	4.55	.544

38	危機介入の方法を知っている必要がある	4.51	.586
41	年金などの社会保障制度を知っている必要がある	4.46	.641
18	トータルマネジメントを知っている必要がある	4.43	.655
20	リスクマネジメントと対処方法を知っている必要がある	4.36	.644
26	記録の方法を知っている必要がある	4.35	.566
14	ICF の考え方を知っている必要がある	4.34	.706
19	不服と苦情解決を知っている必要がある	4.33	.636
21	インクルージョンを知っている必要がある	4.30	.681
28	ストレス対処法を知っている必要がある	4.29	.607
30	セルフヘルプ活動を知っている必要がある	4.29	.678
29	集団援助を知っている必要がある	4.21	.715
23	バリアフリーについて知っている必要がある	4.13	.625
13	リハビリテーションサービスを知っている必要がある	4.12	.688
36	マネジドケアの考え方を知っている必要がある	4.10	.812
37	健康と病気の予防の概念と方法を知っている必要がある	4.08	.548
22	障害者雇用促進体制を知っている必要がある	4.06	.697
15	社会生活技能訓練を知っている必要がある	3.91	.651
40	プログラムの評価や研究方法を知っている必要がある	3.89	.682
24	福祉用具と住宅改修について知っている必要がある	3.88	.600
39	対費用効果を知っている必要がある	3.84	.705
	全体の平均値	4.47	

表2 ケアマネジメントに関する技術の平均値

番号	調査項目	平均値	標準誤差
3	信頼関係、初回面接法、説明と同意、課題の整理とニーズの推測	4.85	.414
2	家族の面接、合同面接、家庭訪問等の家族の相談	4.73	.471
4	何を把握すべきか、生活歴、病歴、職歴、家族歴、取り巻く環境等の包括的な状況把握	4.72	.500
16	当面急ぐニーズ領域の選択等のニーズの優先度判定	4.67	.517
1	日常業務の中、アウトリーチ、本人との相談、広報活動などの利用者の発見	4.62	.554
25	資源に対して、サービスを提供させるための工夫等の権利擁護（アドボカシー）	4.61	.556
36	利用者の生活は変化したかの生活変化の評価	4.58	.540
8	デマンドとニーズ、迷いや葛藤、モデルの提示、試行の提案等のニーズの見定め	4.56	.583
24	サービス提供資源を結びつける、説明や紹介、同伴等の連結（リンケージ）	4.52	.566
20	本人・家族・関係者との合意、修正合意等の計画案の提示と合意	4.52	.676
31	現場の情報収集、プランの調整・修正、期限の設定、定例会議等の計画の見直し	4.52	.676
45	各職種、各機関の能力と限界を知る、推論する、討論する、連携するチームワーク技術	4.51	.586
28	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、行政への介入等の資源の開発	4.51	.659
6	共同作業、場面を変え、モデルを提示し、相手を変えながら情報を得る等の利用者本人との関係作り	4.49	.676
33	利用者本人・家族・専門家との定量的・定性的なモニタリングの方法	4.48	.642
27	カンファレンス、サービス調整会議、専門職の協会、学会や研究会におけるネットワーク形成	4.46	.641
15	生活目標の設定、夢の把握、現実化する手順を含む長期目標と短期目標のプランニング	4.45	.674
10	家族歴、家族構成員のここの想い、それぞれの支援体制、	4.44	.639

	意見調整等を含む家族の能力と限界の査定		
32	情報交換、情緒的交流等の日常的な連携協力	4.44	.656
29	見守りの役割分担、連絡ルート、危機介入の想定、緊急会議等の見守り体制作り	4.44	.621
9	できるADL、しているADL、IADL、疾病と障害の査定、肯定的視点等のセルフケア能力と限界の査定	4.43	.655
34	計画は予定通り実行されたかの計画実行度の評価	4.43	.689
35	当初の目的は達成されたかの目的達成度の評価	4.43	.689
7	照会、情報の質等の関係者からの情報の収集	4.42	.618
12	専門機関、制度、専門家、適量性、適質性、利便性、受容性、利用可能性等の専門的ケアの具体的な状況の査定	4.40	.635
37	活動の前後で地域資源が変化したかの地域資源の変化	4.39	.633
41	新たなケアマネジメント・サイクルへ移行、再査定と再契約等を含む新たなニーズの発見	4.37	.664
46	計画、設定、運営、司会、板書、記録、定例化する等のカンファレンスの技術	4.37	.646
48	体調管理、対人距離、問題解決法、ストレス発散等のストレス対処能力	4.35	.641
42	情報の要約、フェイドアウト等の継続支援機関への連結	4.35	.676
44	記録をとる技術	4.34	.722
11	友人、職場同僚、近隣、宗教、クラブ、ボランティア、セルフヘルプ活動等を含むインフォーマルケア能力と限界の査定	4.33	.653
23	ニーズを満足する資源を見定める、専門職の情報源等の仲介（ブローカリング）	4.33	.653
30	資源への介入、一貫性・継続性、開発・教育・情報提供等の環境の見守り	4.31	.717
17	招集、司会、運営、記録等の計画策定会議の開催	4.31	.748
43	連絡先、再開可能性、危機介入の手順等のアフターケア体制の構築	4.31	.667
14	既存の各種ツール、ストーリー構成等のアセスメント表の作成	4.28	.723
5	対象選定の是非、支援方向の概略、費用対効果の視点、資料の準備等の受理会議の開催	4.27	.670
38	支援期間終了の直前に、予め設定した評価会議の開催	4.25	.773