

# 介護福祉士養成課程における介護技術修得度に関する研究 — 評価尺度の作成と到達目標の設定に向けて (第一報) —

Level of care skill acquisition during care worker training courses:  
developing an evaluation tool and establishing attainment targets (Report1)

横山さつき\*、野村敬子\*、高野晃伸\*、真野啓子\*

吉川杉生\*、稲垣貴彦\*、大井智香子\*、志村真\*

Satsuki YOKOYAMA, Keiko NOMURA, Akinobu TAKANO, Keiko MANO  
Sugio YOSHIKAWA, Takahiko INAGAKI, Chikako OHI, Makoto SHIMURA

抄録：本研究は、試作の評価尺度を用いて介護福祉士養成課程卒業時における介護技術修得度の実態把握を試みることに、また、その結果から試作の評価尺度の利用可能性を検討し評価尺度の改良を図り、妥当な到達目標の設定に向けての示唆を得ることを目的とした。方法：2012年度に介護福祉士資格取得見込みの2年次生68名に対して質問紙調査を実施した。結果・結論：到達度の低い技術項目の因子分析によって、「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」、「尊厳あるケアの実現」、「利用者や介護者の安全・安楽の保持」、「終末期ケア」、「家事の支援」という5因子が抽出された。これらの到達度を高めるための方略を講じる必要があること、そして、試作の介護技術修得度の評価尺度や設定した到達目標には今後修正すべき課題が認められ、利用価値の高い評価尺度作成に向けさらなる探究が必要であることが示唆された。

キーワード：介護福祉士養成教育、介護技術修得度、到達目標、自己評価

## I. はじめに

介護福祉士養成課程では、養成課程卒業時に修得しておくべき介護技術等の内容やレベルについての共通的な基準は示されてこなかった。そのため、養成課程卒業時の知識や技術の水準に養成校間でのばらつきがあるとの指摘がなされている<sup>1)</sup>。また、同じ養成校に学ぶ学生であっても個人差の大きい実情がある。

これらの問題の背景には、どのような能力がどの程度身につけば養成校の卒業が認められ介護福祉士資格を与えられるに値するのかの評価基準が、特に介護技術の側面において不明瞭なことがあると考えられる。事実、これまで本学社会福祉学科（以降は「本学科」と称する）では、社団法人日本介護福祉士養成施設協会の「卒業時共通試験」に合格すること、イコール、養成教育目標の達成としてきたが、これはあくまでも知識の側面の評価でありダイナミックな支援関係における介護技術、および、価値観を評価するまでには至っていない。

また、これまで学内の介護技術演習と450時間の介護実習に合格すること、イコール、介護技術や価値観の側面における養成教育目標の達成としてきた。しかし、特に介護実習における評価基準が曖昧で、施設実習指導者より、「何をどこまでできるように指導すればよいのか

わからない」、「具体的な評価基準が示されていないので的確な評価ができない」などといった声が寄せられ、本学科では介護実習施設と介護福祉士養成施設との連絡調整のための会議（実習先施設長および実習指導者会議）において、介護実習における評価法についての討議が継続的に行われているところである。加えて、実習先指導者による評価について、学生の自己評価との整合性が低い実態<sup>2,3)</sup>や評価者による評価のバラツキがみられる現状<sup>4,5)</sup>が複数報告されており、適切な評価・指導を行うことのできる評価目標・基準の策定が緊要となっている。

社団法人日本介護福祉士養成施設協会は、介護福祉士の知識・技術についての社会的な信頼を確かなものとするために、養成課程卒業時の知識、および、技術水準について標準化を図る必要があると考え、「介護福祉士養成課程における技術修得度評価等の基準策定に関する検討会」を設置した。その検討会によって平成24年3月に、養成校卒業時に修得しておくべき介護技術等の到達目標（介護福祉士養成課程卒業時の到達目標）が策定され<sup>1)</sup>、その指標を各養成校が活用、評価することによって、より精練され利用価値の高い介護技術修得度の評価指標となっていくことが期待されている。

したがって、第1弾として介護技術の側面に焦点を当て、介護技術教育における課題を明確化し、その対処

\*短期大学部 社会福祉学科

方略を考案することのできる信頼性・妥当性・実用性の高い介護技術修得度の評価のための尺度を作成するために、試作の評価尺度を用いて介護福祉士養成課程卒業時における介護技術修得度の実態把握を試みることに、また、その結果から試作の評価尺度の利用可能性を検討し評価尺度の改良を図り、妥当な到達目標の設定に向けての示唆を得ることを本研究の目的とした。

## II. 方法

### 1. 調査対象と方法・時期

某介護福祉士養成校の2年課程に在籍し、2012年度に介護福祉士資格取得見込みの2年次生68名に対して、450時間の介護実習を全て終えた時期(2012年9月末)に、介護技術修得度を自己評価する無記名式の質問紙による集合調査を実施した。

### 2. 調査票の構成項目

調査票は、社団法人日本介護福祉士養成施設協会が平成24年3月に策定した、「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標をベースに、文言と項目の構成に修正を加えた介護技術修得度の評価項目と、基本属性(性別、年齢、社会経験の有無、職務もしくは家族としての介護経験の有無)、そして、試作の評価尺度に関して、不明瞭な質問項目や回答困難な質問項目、意味内容が重複している項目などがなければ確認するための自由記述欄で構成した。

修正して使用した介護技術修得度の評価尺度は、15の技術類型(大項目)152の技術項目(下位項目)から成り、そのうちの身支度、移動・移乗、食事、入浴・清潔保持、排泄、家事、休息・睡眠といった身辺介護技術に関する技術項目に関しては、社団法人日本介護福祉士養成施設協会策定の「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標に準じ、例えば、「利用者の潜在能力を活用した、見守りや声がけでの心身状況に合わせた排泄の介助ができる」と「利用者の潜在能力を活用した、身体に触れての心身状況に合わせた排泄の介助ができる」という2つの設問項目を設けるといったように、①見守りや声がけで行うことができるか、②利用者の身体に触れて行う事ができるかの2パターンの設問項目を設定した(付録・資料)。

回答法は、各介護技術項目について、「実習において利用者に対して単独で実施できる=4点」、「実習において利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる=3点」、「実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる=2点」、「実習および学内演習での実施は困難であるが知識として理解している=1点」、「実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない=0点」の5件法とした。

なお、調査票の構成項目の内容妥当性、表面妥当性の

検討は、10年以上の教育歴のある介護教員2名と、介護福祉士として5年以上の現場経験のある介護教員2名、加えて、介護福祉士教育に携わっている他分野の専任教員4名の計8名で行った。

### 3. 分析方法

社団法人日本介護福祉士養成施設協会が策定した「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」を基準として、対象学生の各技術項目における到達度を、「未到達」と「到達」に分類し、①技術類型ごとに到達度の低い技術項目(到達者が3割に満たない技術項目)の数とその割合を求めるとともに、②基本属性別(男女別、年齢階層別、就業経験の有無別)の到達度間の独立性の検定( $\chi^2$ 検定)を行い、介護技術修得度の現状とその特徴を把握した。加えて、③到達度の低い技術項目についての因子分析(主成分分析、バリマックス回転、固有値1以上・因子負荷量0.4以上を基準として因子の構成項目に採用)を行い、それら技術項目の共通の性質を読み取り、低い到達度となった要因を探索することによって尺度の改良を試みた。④また、尺度構成上の信頼性を、Cronbachの $\alpha$ 信頼性係数によって検証した。⑤さらに、対象学生に試作の評価尺度に対する意見・感想を記述してもらった内容を基に表面妥当性を検討した。

### 4. 倫理的配慮

本調査への学生の協力は任意であり、口頭と書面で研究の目的と方法、および、協力の有無や回答内容が成績に反映されることは一切ないこと等について説明した後、回収用のボックスへの調査票の提出をもって同意を得たものとした。

## III. 結果

介護学生68名中64名の同意が得られ、欠損値が2項目以上なかった63標本を分析標本とし、有効回答率は98.4%であった。

### 1. 基本属性

女性48名(76.2%)、男性15名(23.8%)で、就業経験のある者26名(41.3%)、ない者37名(58.7%)、平均年齢27.75±11.07歳(最小値19、最大値56)であった。

なお、就業経験のある者は、女性16人(61.5%)、男性10人(38.5%)、平均年齢38.40±9.91歳(最小値20、最大値56)で、ない者は、女性32人(86.5%)、男性5人(13.5%)、平均年齢20.36±2.38歳(最小値19、最大値31)であった。

### 2. 介護技術の到達度と到達度の低い技術項目の因子構造

表1に、到達者が3割に満たない技術項目の数とそ

の割合を技術類型ごとに示した。

「X 自立に向けた家事の介護」、「VI 自立に向けた休息・睡眠の介護」、「XII 終末期の介護」、「XV 倫理的観点」という4つの技術類型において到達者が3割に満たない技術項目の割合が6割を超えていた。

到達者が3割に満たない37の技術項目について因子分析を行ったところ9因子35項目が抽出された。しかし、因子階層の低い水準での因子が少数の変数から構成され、それらの変数はいずれも2パターンの設問項目で構成した身辺介護技術に含まれる項目でよく似た内容となっていた。そのため、2パターンのうちのどちらかのパターンの変数を削除して統合することを検討した。

身辺介護技術に関する各技術項目の2パターンの設問項目について平均値の差の検定 (t検定・Welch検定) を行って比較したところ、全ての2パターンの設問項目間に有意差が認められなかった。そこで、身辺介護技術項目に含まれる2パターンの設問項目のうち、見守りや声がけで行う介護技術項目を全て削除して因子分析、および、信頼性分析を行うことにした。

見守りや声がけで行う身辺介護技術項目を削除して設問項目を統合したところ、15の技術類型113の技術項目となり、到達者が3割に満たない技術項目は29であった。そこで、類似項目を削除して統合した29の技術項目についての因子分析を行った(表2)。

因子分析を繰り返した結果、累積因子寄与率が68.006%で、5因子25項目を抽出した。第1因子は11項目で構成され21.047%の因子寄与率であった。順に、第2因子は3項目構成で13.270%の因子寄与率、第3因子は5項目構成で12.104%の因子寄与率、第4因子は3項目構成で12.102%の因子寄与率、第5因子は3項目構成で9.483%の因子寄与率であった。以上の5因子25項目の尺度全体のCronbachの $\alpha$ 信頼性係数は0.9383で、5因子それぞれでは0.8223~0.9654の範囲であり、尺度構成上の信頼性が認められた。また、Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) の標本妥当性の測度が0.776、Bartlettの球面性検定の近似カイ2乗が1181.039(自由度=300、有意確率=0.000)で、因子分析を行う上での標本妥当性が示された。

到達者が3割に満たない技術項目についての因子分析において抽出された5因子の各項目の内容を解釈した。

第1因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は、「排泄に関連した利用者のアセスメントができる」、「入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる」、「移動・移乗に関連した利用者のアセスメントができる」、「必要な水分摂取量を計算し、身体に触れての水分補給ができる」、「利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる」など11項目であり、身辺介護の実施に向け、利用者個々の心身の状態や社会的背景、人的・物的環境条件等についての情報を収集してアセスメント

する能力に関する項目で占められていた。そのため、「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」と命名した。

第2因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は、「利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる」、「専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる」、「利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる」の3項目であり、いずれも尊厳あるケアを実現させるために必要な能力で構成されていた。そのため、「尊厳あるケアの実現」と命名した。

第3因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は、「休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる」、「入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる」、「身体に触れての寝具の選択の介助ができる」、「介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる」、「身体に触れての居室の環境整備ができる」の5項目であり、利用者と介護者の安全や安楽を保持する能力に含まれる項目であると解釈できる。そのため、「利用者や介護者の安全・安楽の保持」と命名した。

第4因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は、「終末期における基本的な介助ができる」、「終末期に関連した利用者のアセスメントができる」、「臨終時の基本的な介助ができる」の3項目であり、いずれも終末期の支援をする能力を示す項目であった。そのため、「終末期ケア」と命名した。

第5因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は、「身体に触れての掃除・ゴミ捨てるの介助ができる」、「身体に触れての洗濯の介助ができる」、「身体に触れての買い物・金銭管理の介助ができる」の3項目であり、いずれも家事を支援する能力を示していた。そのため、「家事の支援」と命名した。

### 3. 基本属性別の介護技術到達度

基本属性別(男女別、年齢階層別、就業経験の有無別)の各技術項目に対する到達度間の独立性の検定( $\chi^2$ 検定)を行ったところ、社会経験の有無間に「利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる」という技術項目に対してのみ有意差が示され、属性間の到達度の大きな違いは認められなかった(表3)。

### 4. 身辺介護技術の設問項目統合後の評価尺度の信頼性

表4に、設問項目統合後の15の技術類型113の技術項目から成る評価尺度の信頼性分析の結果を示した。尺度全体のCronbachの $\alpha$ 信頼性係数は0.9794で、15の技術類型それぞれでは0.7018~0.9475の範囲であり、尺度構成上の信頼性がおおむね認められた。

### 5. 調査後における評価尺度の妥当性の検討

本調査結果を踏まえたうえで4名の介護教員による内容妥当性の検討や、対象学生の意見・感想を基にし

表 1 介護技術到達状況

技術類型 (大項目)	技術項目数[A]		到達者が3割未満の技術項目数[B]		到達者が3割未満の技術項目の割合(%) [B]÷[A]	
	類似項目 削除前	類似項目 削除後	類似項目 削除前	類似項目 削除後	類似項目 削除前	類似項目 削除後
I 介護過程の展開	18	18	1	1	5.6	5.6
II 人間関係形成能力	5	5	0	0	0.0	0.0
III 生活支援における基本	7	7	1	1	14.3	14.3
IV 自立に向けた環境整備	3	3	1	1	33.3	33.3
V 自立に向けた身支度の介護	17	10	1	1	10.0	5.9
VI 自立に向けた移動・移乗の介護	17	10	3	2	20.0	17.6
VII 自立に向けた食事の介護	9	8	4	3	50.0	44.4
VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護	19	11	2	2	18.2	10.5
IX 自立に向けた排泄の介護	21	14	2	2	14.3	9.5
X 自立に向けた家事の介護	13	8	9	5	62.5	69.2
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護	6	4	6	4	100	100
XII 終末期の介護	4	4	3	3	75.0	75.0
XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)	3	3	0	0	0.0	0.0
XIV 緊急・介護事故の対応能力	6	6	1	1	16.7	16.7
XV 倫理的観点	4	4	3	3	75.0	75.0
合計	152	113	37	29		

到達者が3割未満の技術項目の割合が60%以上を占める評価項目を網掛けで示した。

表 2 到達者が3割未満の技術項目の因子分析

因子 技術項目	各因子の因子負荷					共通性 (初期値)	到達 目標
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子		
【第1因子：身辺介護実施に向けての情報収集・アセスメント】 α係数=0.9151 (N=59)							
71)排泄に関連した利用者のアセスメントができる	0.859	0.070	0.176	0.041	0.139	0.826	④
60)入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる	0.746	0.197	0.169	0.054	0.151	0.815	④
44)移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる	0.718	0.347	0.123	-0.034	0.148	0.824	④
58)必要な水分摂取量を計算し、身体に触れての水分補給ができる	0.642	0.019	0.389	0.140	0.129	0.819	④
61)利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる	0.641	0.203	0.024	0.022	0.175	0.727	④
54) 食事に関連した利用者のアセスメントができる	0.631	0.317	0.318	0.073	0.091	0.755	④
59)食事に関連した福祉用具を活用できる	0.630	0.211	0.378	0.149	0.057	0.732	④
15)介護福祉士の役割と機能を理解し、他職種にわかるように説明できる	0.619	0.362	0.024	0.112	0.231	0.670	④
34)身支度に関連した利用者のアセスメントができる	0.436	0.528	-0.006	0.060	0.030	0.826	④
85)家事に関連した利用者のアセスメントができる	0.418	0.305	0.262	0.151	0.345	0.727	④
33)障害に応じた居住環境の工夫をすることができる	0.408	0.578	0.309	0.277	0.242	0.882	④
【第2因子：尊厳あるケアの実現】 α係数=0.9189 (N=63)							
112)利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる	0.338	0.793	0.225	0.157	0.092	0.887	④
113)専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる	0.336	0.772	0.242	0.125	0.131	0.873	④
111)利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる	0.167	0.720	0.413	0.004	0.087	0.819	④
【第3因子：利用者や介護者の安全・安楽の保持】 α係数=0.8223 (N=62)							
93)休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる	0.436	0.164	0.770	0.087	0.155	0.877	④
94)入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる	0.389	0.269	0.743	0.028	0.065	0.878	④
96)身体に触れての寝具の選択の介助ができる	0.166	0.196	0.662	0.313	0.282	0.744	④
109)介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる	-0.100	0.330	0.454	0.255	0.078	0.648	④
95)身体に触れての居室の環境整備ができる	0.349	0.282	0.449	0.121	0.256	0.757	④
【第4因子：終末期ケア】 α係数=0.9654 (N=62)							
98)終末期における基本的な介助ができる	0.095	0.123	0.131	0.936	0.197	0.942	②
97)終末期に関連した利用者のアセスメントができる	0.089	0.096	0.076	0.904	0.151	0.938	②
99)臨終時の基本的な介助ができる	0.061	0.090	0.200	0.900	0.225	0.938	②
【第5因子：家事の支援】 α係数=0.8283 (N=61)							
90)身体に触れての掃除・ゴミ捨ての介助ができる	0.101	0.120	0.114	0.142	0.881	0.810	④
89)身体に触れての洗濯の介助ができる	0.249	0.081	0.170	0.247	0.790	0.873	④
92)身体に触れての買い物・金銭管理の介助ができる	0.263	0.079	0.124	0.215	0.540	0.678	④
固有値	5.262	3.317	3.026	3.026	2.371	17.002	
固有値寄与率(%)	21.047	13.270	12.104	12.102	9.483	68.006	
累積固有値寄与率(%)	21.047	34.317	46.420	58.523	68.006	68.006	

<標本妥当性>Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度=0.776 Bartlettの球面性検定：近似カイ2乗=1181.039, 自由度=300, 有意確率=0.000

<信頼性>Cronbachのα信頼性係数=0.9383 (N=55)

<到達目標>④=実習において、利用者に対して単独で実施できる ③=実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる ②=実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる ①=実習および学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している

表 3 就業経験の有無別の介護技術到達度についての  $\chi^2$  検定結果  
(有意差の認められた技術項目の検定結果)

利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる			
	就業経験		合計 (%)
	あり	なし	
未到達	15( 57.7)	30( 81.1)	45( 71.4)
到達	11( 42.3)	7( 18.9)	18( 28.6)
合計 (%)	26(100 )	37(100 )	63(100 )
	$\chi^2=4.093$	df=1	p=0.043*

\*p<0.05

表 4 介護技術項目統合後の評価尺度 (15 の技術類型 113 の技術項目) の信頼性分析 (Cronbach の  $\alpha$  信頼性係数)

技術類型 (大項目)	技術項目数	N	$\alpha$ 係数
I 介護過程の展開	18	61	0.9475
II 人間関係形成能力	5	62	0.8275
III 生活支援における基本	7	63	0.8454
IV 自立に向けた環境整備	3	62	0.8950
V 自立に向けた身支度の介護	10	83	0.7018
VI 自立に向けた移動・移乗の介護	10	62	0.8198
VII 自立に向けた食事の介護	6	60	0.8558
VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護	11	60	0.9018
IX 自立に向けた排泄の介護	14	60	0.8833
X 自立に向けた家事の介護	8	58	0.8861
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護	4	62	0.8637
XII 終末期の介護	4	60	0.9319
XIII 医療的ケア (喀痰吸引・経管栄養)	3	59	0.8754
XIV 緊急・介護事故の対応能力	6	62	0.8382
XV 倫理的観点	4	63	0.9341
全項目 (I ~ XV)	113	44	0.9794

た表面妥当性の検討により、提示されている技術項目の内包するケアの内容や対象が幅広いため、不明確で回答困難となっている技術項目として、「〇〇に関連した利用者のアセスメントができる」といった、第 1 因子の「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」に関連する技術項目や第 2 因子の「尊厳あるケアの実現」に含まれる技術項目が挙げられた。

#### IV. 考 察

到達者が 3 割に満たない技術項目の割合が 6 割を超えていた技術類型の中に、「I 介護過程の展開」が含まれていなかった。しかし、具体的な身辺介護技術提供に向けての情報収集やアセスメントに関わる項目（「排泄に関連した利用者のアセスメントができる」、「入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる」などの項目）のほとんどが 3 割未満の到達となっており、それらの項目が「到達者が 3 割未満の技術項目の因子分析」において抽出された第 1 因子を構成していた。

武田らは、「アセスメントは状況に応じ応用していく思考過程であり、意義や留意点など認知領域の知識を踏まえて学ぶ過程であるため、最も低い自己評価を示した」と述べている<sup>9)</sup>。つまり、利用者のアセスメントを的確に行うには高いレベルの総合的な応用力が必要となるため、身辺介護に関連した利用者のアセスメントに関する

技術項目の到達者の割合が低かったと考えられる。一方で、具体的な身辺介護技術提供に向けての情報収集やアセスメントに関わる項目の到達目標を最上級レベルの「実習において利用者に対して単独で実施できる」に設定しての分析を行ったため、到達者の割合が低かったとも考えられる。なお、先にも述べたが、各技術項目の到達目標は社団法人日本介護福祉士養成施設協会策定の「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」に準じた。

横山は、「要介護者の真の生活ニーズを捉え、そのニーズを満たすために必要な物的・人的社会資源と要介護者との相互関係を調整・活用して生活上の困難（生活課題）を解決していく介護過程の展開を評価するということは、介護者が習得している専門知識や専門技術、価値観にしたがって、要介護者との直接的でダイナミックな人間関係を基盤として行われる生活支援を評価するということになる。また、要介護者の心身の状態や介護環境が常に変化する中で、状況に合わせた支援方法を選択し実施する柔軟性や応用力を評価することになる。このような流動的な事象に対する評価は必然的に曖昧になる」と述べている<sup>3)</sup>。さらに、対象学生からは、設問が不明確で具体性のない内容であったため回答し難かった設問項目として、第 1 因子の「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」に含有される技術項目が挙げられた。

したがって、アセスメントという漠然とした思考過程の到達度を問われた対象学生が、どのような観点で自己

評価すればよいか困惑し、できているかどうかの確認がもてなかったがために、具体的な身辺介護技術提供に向けての情報収集やアセスメントに関わる項目の到達目標である「実習において利用者に対して単独で実施できる」といった高いレベルに到達しているとは判断できず、到達目標以下のレベルであると回答し、到達者の割合が低まったとも考えられる。

これらのことから、評価が曖昧となる介護過程の展開におけるアセスメントという思考過程を適切に捉え評価できる評価項目、および、評価基準の作成と、現実的で到達可能な到達目標の設定が必要であることが推察される。

同様に、第2因子の「尊厳あるケアの実現」に含まれる、「利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる」、「専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる」、「利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる」といった技術項目も回答困難項目として挙がっており、幅広い内容を含む項目の具体化が必要であると思われるが、現実的にどのような改良が可能であろうか。

漠然たる事柄、ダイナミックな事象に対する評価を的確に行うことのできる評価尺度を作成するためには、より具体的に細分化した下位評価項目を増設すればよい。しかし、青木らは、質問紙に含める質問項目数は経験的に120~130が限度であるとし、それ以上の項目数になると回答者の受検態度を崩しやすいことを指摘している<sup>7)</sup>。項目数を増やすと、繰り返し問うことによって回答者がいい加減に回答したり、回答を止めてしまったり、注意力が落ちて項目を飛ばしてしまったりして、妥当性のある測定ができないことが危惧される。

そのため二次的手段として、評価項目ではなく到達レベルのカテゴリー（評定の区分）を細分化する方法が考えられる。試作の5段階評定では、「実習において利用者に対して単独で実施できる」、「実習において利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」（以下省略）といった評定区分となっており、対象学生の自由記述において、「“利用者”だけではどのような利用者を指しているかわからない」、「心身の状況や介助方法について指導を受けた利用者であればある程度実施できるが、そうでない利用者に対してはできないことがほとんどになってしまう」などといった回答がみられた。

よって、評価する技術項目数を増やすことなくその内容の明確化を図るために、これまでの5段階評定を、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる」、「実習および学内演習での実施は困難であるが知識としては理解して

いる」、「実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない」の7段階評定に改め、介護学生が実習場面で行う介護技術の受け手である利用者を、「不特定多数の利用者」か、それとも「意思の疎通を図り心身の状況を把握した受け持ち利用者などの特定の利用者」であるかによってある程度限定すれば、評価する各技術項目の具体性が増し到達度を判断しやすくなるのではないだろうか。つまり、例えば、「排泄に関連した利用者のアセスメントができる」という技術項目が、項目数を増やさずとも、「不特定の利用者の排泄に関連したアセスメントができる」、「特定の利用者の排泄に関連したアセスメントができる」という2項目として捉えられ具体性が増すと推察されるのである。なお、「不特定の利用者」といった表現からは「どんな利用者に対しても状況に応じた適切な介護技術を提供できる」といった意味合いが派生しているといえよう。

「Ⅲ. 結果」の項でも述べたが、身辺介護技術に関する技術項目の2パターンの設問項目について、平均値の差の検定（t検定・Welch検定）を行って比較したところ、全ての身辺介護技術に関する技術項目について2パターンの設問項目間に有意差が認められなかった。加えて、設問項目統合後の15の技術類型113の技術項目のCronbachの $\alpha$ 信頼性係数において尺度構成上の信頼性がおおむね認められた。これらのことから、例えば、「利用者の潜在能力を活用した、見守りや声がけでの心身状況に合わせた排泄の介助ができる」と「利用者の潜在能力を活用した、身体に触れての心身状況に合わせた排泄の介助ができる」という2つの設問項目を「利用者の潜在能力を活用して心身の状況に合わせた排泄の介助ができる」といった1つの設問項目にするなど、①見守りや声がけで行うことができるか、②利用者の身体に触れて行うことができるかの2パターンでの設問構成を統合して113の技術項目に減らすことが可能であると考えられる。

その他、介護実習中に経験する機会が多くあるにもかかわらず到達度が低く、第3因子として抽出された「利用者や介護者の安全・安楽の保持」については、自己学習や学内演習を積極的に支援するとともに、実習先指導者との協議の下に介護実習中に学生が経験する機会を意図的に設けるなどの調整を図ることが望ましい。

第4因子の「終末期ケア」については、卒業時到達目標が、「実習での実施は困難であるが知識としては理解している」の段階であるにもかかわらず、到達度が低かった。家庭での看取りが促進されつつある昨今であるが、在宅死は死亡場所の12.6%（2010年）にすぎず、身近なところで死を看取る機会の少なさがうかがえる<sup>8)</sup>。また、介護学生は、「死体を見るのが怖い」などといった漠然とした死への恐怖を抱いており、介護学生が死に対峙する機会が少ないが故に死を未知のもの、自分から遠いものと感じている実態が報告されている<sup>9)</sup>。これら

のことから、終末期の支援技術の到達度が低い理由として、学生が人の死に関わることへの不安や恐れを抱き、精神侵襲の高い技術に関わることへの抵抗感をもっていることや、実際に終末期に関わる機会の少ない家庭・社会環境の中で、人の死に関わることをリアルに捉えにくい状況にあることなどが考えられよう。そのため、終末期の支援技術については、死生学的な視点での学内学習を充実させ、学生が消極的になることなく終末期のケアに関わることのできる授業を展開していかなくてはならないことが示唆された。

また、「家事の支援」が第5因子として抽出されたが、これは、調査対象である介護福祉士養成校の2年課程では、家事支援をする機会を多く得られる訪問介護実習やグループホームでの実習を行っていないことが大きな要因になっていると考えられる。そのため、介護実習先の検討を含んだ介護実習体制・環境の整備を早急に進める必要性がうかがえた。

西田らや武田らは、「技術の到達度はその技術項目経験率と対応し、学内演習や実習において多く経験できる技術項目はその到達度も高い傾向にあること」を報告している<sup>10, 11)</sup>。そのため、到達度の低かった技術項目については、より多く経験できるための教育上の工夫の余地がないか、また、設定した到達目標が修得でき得る妥当な範囲であるかどうかを十分に検討しなければならない。

それらの検討を行うためには、介護学生の主観的判断による評価に加え介護実習先の指導者による評価が不可欠である。つまり、介護実習先の指導者の協力を得て、種々の介護技術を実習で体験する機会があるか否か、また、指導体制があるか否かも同時に把握し、妥当な到達目標の設定と到達度の向上を図るための環境整備につなげる必要がある。具体的には、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習および学内の演習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「実習および学内の演習での実施が困難であり知識としても理解していない」といった学生の自己評価票に準じた評定区分に、「体験をさせていない」と「評価が困難」という評定区分を加えた実習指導者用の評価尺度を作成しての調査を行うことによって、介護実習先の指導環境や技術指導の実情を把握する必要がある。

## V. おわりに

本調査によって以下の結論を得た。

1. 到達度の低い技術項目の因子分析によって、「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」、「尊厳あるケアの実現」、「利用者や介護者の安全・安楽の保

持」、「終末期ケア」、「家事の支援」という5因子が抽出され、これらの到達度を高めるための方略を講じる必要がある。

2. 一方で、社団法人日本介護福祉士養成施設協会が策定した、「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標をベースに作成した試作の介護技術修得度の評価尺度では到達度を的確に測定しきれしていないことが推察され、評価尺度作成に向けさらなる探究が必要である。
3. 同じく、社団法人日本介護福祉士養成施設協会が設定した介護技術の到達目標はそのまま援用でき得るものではないと推察され、現実的で到達可能な到達目標の設定に向けての検討が必要である。

これらの結論は一養成校の学生を対象とした調査に基づくものであり一般化はできない。また、本研究は、評価尺度の改良に向けての示唆を得る段階にとどまっている。

したがって、複数の介護福祉士養成校の学生を対象として標本数を増やした調査を行った上での、評価尺度の信頼性、妥当性の検討が必要である。

本研究は、2013年度中部学院大学の特別研究に関する助成を受けて行った研究の一部である。

## 文献

1. 社団法人日本介護福祉士養成施設協会：介護福祉士養成課程における技術修得度評価等の基準策定に関する調査研究事業報告書。1-17, 東京 (2012)。
2. 今泉雅博, 村上逸人, 山下奈穂美：介護実習における評価の実態と本学の状況。愛知新城大谷大学研究紀要, 4: 93-104, (2007)。
3. 横山さつき：介護福祉士養成教育の教育効果を高めるための方略に関する一考察；介護実習における学生の自己評価と実習先指導者による評価からみえてきたこと。介護福祉教育, 18(2): 34-39, (2013)。
4. 林信治：介護実習の評価について考える；介護実習評価表の改訂を通して。東海学院大学紀要, 1: 69-75, (2007)。
5. 村田マサミ：介護実習評価を通して効果的な実習方法を検討する。聖泉論叢, 12: 99-115, (2004)。
6. 武田啓子, 高木直美：介護実習終了時における介護技術の修得状況。日本福祉大学健康科学論集, 14: 11-20, (2010)。
7. 青木繁伸, 鈴木庄亮, 柳井晴夫：新しい質問紙健康調査票 (THPI) 作成のころみ。行動計量学, 2: 41-53, (1974)。
8. 厚生労働省：平成22年度人口動態統計第5表「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/, 2014年2月20日。
9. 和田晴美：介護学生の死観及び死の不安を与える要

- 因の分析. 佐野短期大学研究紀要, 17:103-116, (2006).
10. 西田恭仁子, 田中靖子, 絹巻敏子: 第2看護学科における看護技術教育を考える: 卒業時における看護技術到達度調査による. 神戸市立看護短期大学紀要, 10:53-66, (1991).
11. 武田啓子, 高木直美: 生活支援技術項目と卒業時到達度に関する研究. 介護福祉学, 18(2):122-135, (2011).

委員会受理日 2014.1.9



資料 介護技術修得度 自己評価表

1 介護過程の展開	2 自立に向けた入浴・清潔保持の介護
1 情報に基づいた介護を提供するための情報を収集できる	60 利用者の入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる
2 依頼を受理し、分析・解釈、統合し、課題を抽出できる	61 利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる
3 利用者・家族・チームメンバー(介護職員・他職種)と連携し、実施可能な介護計画を立案できる	* 62 利用者の潜在能力を活用して、一般浴の介助ができる
4 利用者の力を活用した介護計画を立案できる	* 63 利用者の潜在能力を活用して、機械浴の介助ができる
5 立案した介護計画を具体的に(何を目標に、どこで、何を)説明できる	* 64 利用者の潜在能力を活用して、シャワー浴の介助ができる
6 計画した介護計画を利用者の反応を捉えながら実施できる	* 65 利用者の潜在能力を活用して、全身清拭の介助ができる
7 介護技術を利用者の状況に応じて適切に実施できる	* 66 利用者の潜在能力を活用して、陰部洗浄の介助ができる
8 介護技術を提供する際、利用者の思い、考え、感情等を	* 67 利用者の潜在能力を活用して、足浴の介助ができる
9 利用者のいっしょと運ぶ状況変化について指導者、現場職員に報告し、対応できる	* 68 利用者の潜在能力を活用して、手浴の介助ができる
10 計画に沿って実施できたか評価できる	* 69 利用者の潜在能力を活用して、洗髪/の介助ができる
11 計画した目標が適切であったか評価できる	70 入浴・清潔保持のための福祉用具を活用することができる
12 計画した介護の内容と計画を修正できる	IX 自立に向けた排泄の介護
13 実施した介護の意図・内容を記録できる	71 排泄に関連した利用者のアセスメントができる
14 実施した介護の意図・内容を修正できる	72 自然排泄を促すための介助ができる
15 介護福祉士の役割と機能を理解し、他職種にわかるように説明できる	73 自然排泄を促すための介助ができる
16 介助を計画的に実施する上で、適切な人に助言を求めていることができる	* 74 利用者の自覚心・アラウンド・インナーに配慮した介助ができる
17 利用者をとりまくチームメンバー間で報告・連絡・相談等を行える	* 75 利用者の潜在能力を活用して、トイレへの誘導ができる
II 人間関係形成能力	* 76 利用者の潜在能力を活用して、ポータルトイレでの介助ができる
18 言語コミュニケーションが可能な利用者との積極的なコミュニケーションを展開できる	* 77 利用者に合わせた便器・尿器を選択し、利用者の潜在能力を活用して、便器・尿器を使用した介助ができる
19 言葉とコミュニケーションが深い利用者との積極的なコミュニケーションを展開できる	* 78 利用者の潜在能力を活用して、ポータルトイレでの介助ができる
20 家族と援助的コミュニケーションを展開できる	* 79 利用者の潜在能力を活用して、おむつ交換ができる
21 家族と援助的コミュニケーションを展開できる	* 80 利用者の潜在能力を活用して、失禁している利用者への介助ができる
22 介護職員間で協働的な関係を築くことができる	* 81 自己排泄を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持の介助ができる
23 他職種と協働的な関係を築くことができる	* 82 市販のティスボーズ・ザープアルシリオン洗滌器具(挿入部5～6cm以内、濃度50%、成人用で40g以下等)を用いて洗滌できる
III 生活支援における基本	84 排泄に関連した福祉用具を活用できる
24 利用者とのかわりから体調を観察できる	X 自立に向けた家事の介護
25 基本的なバイタルサインの測定ができる	85 家事に関連した利用者のアセスメントができる
26 基本的な清潔手順に待って手洗いができる	86 利用者の生活習慣に配慮した介助ができる
27 基本的な清潔手順に待って手洗いができる	87 家事参加を促すことができる
28 自立に向けた生活支援のための介護技術を利用者に指導できる	* 88 利用者の潜在能力を活用して、調理の介助ができる
29 自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる	* 89 利用者の潜在能力を活用して、洗濯の介助ができる
30 自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる	* 90 利用者の潜在能力を活用して、衣類管理の介助ができる
IV 自立に向けた環境整備	* 91 利用者の潜在能力を活用して、買い物・金銭管理の介助ができる
31 基本的なネットメイキングができる	* 92 自立に向けた休息・睡眠の介護
32 基本的なリフト・昇降機が使える	93 入眠、睡眠に関連した利用者のアセスメントができる
33 障害に応じた居住環境の工夫をすることができる	94 休息、睡眠を考慮した日中活動の介助ができる
V 自立に向けた身支度の介護	* 95 利用者の潜在能力を活用して、居室の環境整備ができる
34 身支度に関連した利用者のアセスメントができる	* 96 利用者の潜在能力を活用して、履きの選択の介助ができる
* 35 利用者の潜在能力を活用して、洗面ができる	XII 終末期の介護
* 36 利用者の潜在能力を活用して、整髪ができる	97 終末期に関連した利用者のアセスメントができる
* 37 利用者の潜在能力を活用して、ひげの手入れができる	98 終末期における基本的な介助ができる
* 38 病的な爪を判断し、医療職と連携して爪の手入れができる	99 終末期の基本的な介助ができる
* 39 利用者の潜在能力を活用して、口腔の清潔が保持できる	100 離された家族・介護職員・チームメンバーへのグリーフケアができる
* 40 利用者の潜在能力を活用して、身だしなみを整えられる	XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)
* 41 利用者の潜在能力を活用して、かじりの衣服着脱の介助ができる	101 医療的ケアを受けている人の日常生活の変化に気づくことができる
* 42 利用者の潜在能力を活用して、前開きの衣服着脱の介助ができる	102 医療的ケアを受けている人の日常生活の変化について医療職に報告することができる
* 43 身じたくに関連した福祉用具を活用できる	103 介護職の実施が認められた医療的ケアを安全・適切に実施できる
VI 自立に向けた移動・移乗の介護	104 インテンション・アグンデントが発生した場合は速やかに報告・記録できる
44 移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる	105 緊急・介護事故の対応能力
* 45 利用者の潜在能力を活用して、移乗の介助ができる	106 基本的な救命救急ができる
* 46 利用者の潜在能力を活用して、車いすの移動介助ができる	107 介護事故発生時に対象者の安全を確保できる
* 47 利用者の潜在能力を活用して、体位変換ができる	108 介護事故発生時に対象者の安全を確保できる
* 48 ストレッチャーによる移動介助ができる	109 防災・防火対策を説明できる
* 49 安楽な体位を確保することができる	110 災害が発生した時の介護福祉士の役割を説明できる
* 50 リフトを使用した移乗介助ができる	111 介護従事者自身のために頸部痛・腰痛予防体操ができる
* 51 トラントボードを使用した移乗介助ができる	XIV 倫理的視点
* 52 リフトを使用した移乗介助ができる	110 利用者のプライバシーや個人情報保護を確保することができる
* 53 その他、利用者の潜在能力を活用した、移動・移乗に関連した福祉用具を使った介助ができる	111 利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる
54 食事に関連した利用者のアセスメントができる	112 利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる
55 食事に関連した生活習慣に考慮した食事介助ができる	113 専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる
* 56 利用者の潜在能力を活用して、安全・安楽に配慮した姿勢の保持ができる	
* 57 利用者の潜在能力を活用して、心身状況に合わせた食事の介助ができる	
* 58 必要水分摂取量を計算し、利用者の潜在能力を活用して、水分補給ができる	
* 59 食事に関連した福祉用具を活用できる	

1)の項目は、本研究において見守りや声だけでできる1)の2つの設問を設定している。  
 2)本調査での評定区分(選択肢)は、「実習において利用者に対して単独で実施できる」、「実習において利用者に対して単独で実施できない」の6段階である。  
 3)本調査を基盤として提案する評定区分(選択肢)は、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できない」の7段階であり、1)の設定は削除した。

Level of care skill acquisition during care worker training courses:  
developing an evaluation tool and establishing attainment targets (Report1)

Satsuki YOKOYAMA, Keiko NOMURA, Akinobu TAKANO, Keiko MANO  
Sugio YOSHIKAWA, Takahiko INAGAKI, Chikako OHI, Makoto SHIMURA

**Abstract** : Objective: The aims of present study were as follows: to use a prototype evaluation tool to assess the level of care skill acquisition achieved by graduation from care worker training courses; to use the findings to investigate the usability of and improve the prototype evaluation tool; and to obtain suggestions regarding the establishment of valid attainment targets for students on care worker training courses. Methods: A questionnaire survey was conducted on 68 second-year students who were expected to become certified care workers in 2012. Results and Conclusion: Factor analysis of skills with low attainment levels identified five related factors: information gathering and assessment for the provision of personal care; providing dignified care; maintaining client and care giver safety and comfort; end-of-life care; and assisting with household affairs. The present findings indicate the need for strategies to increase the level of care skill acquisition by the time of graduation from care worker training courses. Aspects of the prototype evaluation tool and the established attainment targets that require revision were also identified, indicating the need for further research in order to develop a highly useful evaluation tool.

**Keywords** : care worker education, level of care skill acquisition, attainment targets, self-evaluation