

ISSN 1881-3801

*VOLUME 3 NUMBER 1 2008*

**The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care**

# 介 護 経 営

第3巻 第1号

2008年

日本介護経営学会

*The Japanese Association of Business Management for Long-Term Care*

介護経営
------

Jpn. J. Biz. Manage. L.-T. Care
---------------------------------

## 目 次

### 巻頭言

私の「介護の日」～介護職を目指す学生とともに～

宇田 淳…… 1

### 研究論文

要介護高齢者の主介護者におけるソーシャル・サポートの評価に関する研究

筒井孝子、東野定律、柳漢守、尹靖水、筒井澄栄、大冢賀政昭、桐野匡史、中嶋和夫、小山秀夫 …… 2

介護保険法改正のサービス担当者会議への影響

～神奈川県と尾道市の比較調査～

田城孝雄、高橋 隆、瀬戸恒彦、大槻紘美、田中 滋…… 10

介護職における職務適応と性格タイプ

永井隆雄、小野宗利…… 23

新人介護職における意識の違いと処方箋

永井隆雄、小野宗利…… 35

### 研究資料

介護技術・技能の変革による介護作業価値向上に関する基礎的検討

扇原 淳、武藤 充、山路 学…… 43

### 編集後記

## [ 巻頭言 ]

## 私の「介護の日」～介護職を目指す学生とともに～

日本介護経営学会理事 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科教授

宇田 淳

私は、教職に就いている。マスメディアによる介護現場の(3K+1K:きつい、厳しい、帰れない、給料が安い=結婚できない)報道で、学生が介護の社会を目指さない、また親や先生が子供に介護の職に就かせないなど、介護福祉系の学生定員割れ問題の報道に寂しさと、不安を感じている。数年先の介護人材の不足が予期されるからである。人材不足はマスメディアの報道に問題も一因があるという方もいるが、介護現場が(3K+1K)であることは事実である。

一方、在学生の間では、「全ては、高齢者さんの心の底からの笑顔のために」と従事する熱血青年の奮闘ぶりを描く老人介護漫画が、高齢者介護の実態をリアルに描いていると評判である。現場をまだ知らぬ学生が、「リアルに」というのは不可思議ではあるが、実際に、読んでみると、事業の運営や財政問題、新予防給付など介護保険制度の問題点や限界、介護人材の待遇問題、将来に向けての人材育成、外国人介護士など、タイムリーな話題が満載である。主人公たちの『介護ってのは、千差万別!』『“今日”できねえことは“明日”はもっとできなくなるんだよ』という言葉は、介護する側に、介護とは?誰のための介護なの?と深く語りかけるメッセージなのだ。この漫画が、介護保険制度開始前2003年、ビジネスマン向けのコミック誌に連載が始まり、この漫画が受け入れられていることに、介護の普遍化を感じる。

先日、厳しい介護状況の中、厚生労働省は、介護についての理解と認識を深め、介護従事者、介護サービス利用者及び介護家族を支援するとともに、利用者、家族、介護従事者、それらを取り巻く地域社会における支え合いや交流を促進する観点から、高齢者や障害者等に対する介護に関し、国民への啓発を重点的に実施するための日として、「11月11日」を「介護の日」と決めた。

私にとっての「介護の日」は、未来の医療・福祉職に就く介護の担い手である学生諸氏に、「何を伝え、何をともに考えるのか」という原点に立ち返る日である。そして、「介護への理解」を介護者の負担感だけで捉えてしまわずに、大勢の人間が関心を持つことで何が変わられるかのメッセージを伝えていくことを確認する日である。

日本介護経営学会は、研究の進展とその成果の世の中への積極的発信を通じ、介護分野の発展に役立つ学会が目標であり、「介護経営を考える」ことを共通フィールドとする、研究者、実務家・自治体職員・政策関係者・報道など幅広い分野からの参加を期待している。そして、研究成果を「世に問う場」として、学術大会、シンポジウム、学会誌や研究会などの活動している。学会活動が、私にとっての「介護の日」の原動力である。

介護の社会を目指す学生たちよ、私たちとともに、介護経営を一緒に考えていきましょう。

## [ 研究論文 ]

### 要介護高齢者の主介護者における ソーシャル・サポートの評価に関する研究

著者： 筒井孝子（国立保健医療科学院 福祉サービス部）

共著者：東野定律（静岡県立大学 経営情報学部）、柳漢守（岡山県立大学 保健福祉学部）、尹靖水（梅花女子大学 現代人間学部）、筒井澄栄（岡山県立大学 保健福祉学部）、大野賀政昭（立教大学大学院 コミュニティ福祉学研究科）、桐野匡史（岡山県立大学 保健福祉学部）、中嶋和夫（岡山県立大学 保健福祉学部）、小山秀夫（静岡県立大学 経営情報学部）

#### 抄録

目的：本研究は、要介護高齢者の主介護者における受領的なソーシャル・サポート認知を測定する尺度開発を目的とした。

方法：対象は、S県O市に在住し、要介護認定を受けた要介護高齢者1,085人の主介護者とした。ソーシャル・サポート認知は「介護関連ソーシャル・サポート認知尺度」で測定した。前記尺度の構成概念妥当性は、「情緒的サポート認知」「手段的サポート認知」「情動的サポート認知」を一次因子、「介護関連ソーシャル・サポート認知」を二次因子とする二次因子モデルのデータへの適合度、その因子モデルと精神的健康との関連性で検討した。

結果：前記の二次因子モデルは、データに適合し、3つの因子のうち、手段的ソーシャル・サポート得点のみが精神的健康に影響し、その得点が高い主介護者ほど精神的健康は良好であった。

結論：本研究で開発した介護関連ソーシャル・サポート認知尺度は、構成概念妥当性を十分備えた尺度として位置づけられた。これによりこの尺度は、保健医療福祉専門職が主介護者に対するソーシャル・サポートの方法を具体的に考える際に有用な資料となると考えられた。

キーワード：要介護高齢者、ソーシャル・サポート、構成概念妥当性

#### 1. 緒言

ソーシャル・サポートの概念は老年学（Gerontology）をはじめとして、多様な領域で個別に検討されてきた。そのため、ソーシャル・サポートの概念をひとつの定義に集約することは容易ではない<sup>1</sup>。例えば、O'Reilly<sup>2</sup>は、ソーシャル・サポートの測定尺度に関連した33の研究論文を概観し、そのうちの14の論文にあった定義は、Caplan、Weiss、Cobb、Kahnらの定義の引用であったと指摘している。さらに、上記の4人の定義に共通していた点を3つに集約し、ソーシャル・サポートを1)個人の社会的、心理的、身体的ウェルビーイングに肯定的な影響を及ぼす、2)特定の行為ないし行動が行なわれる、3)相互作用過

程であるとした。加えて、ソーシャル・サポートの低位概念は、1)情報による支援 informational、2)情緒による支援 emotional、3)手段による支援 instrumental に集約されることを指摘している。

このように欧米では、「ソーシャル・サポート」（social support:社会支援）に関する多くの測定尺度が開発され、すでに構造方程式モデリングを基礎とする確証的因子分析によって因子モデルの側面での構成概念妥当性<sup>3-10</sup>が検討されている。

一方、わが国においては、ソーシャル・サポートの測定を意図した尺度はいくつか開発されようとしているが、尺度における妥当性の検討に際して、内容的妥当性の検討はあるものの、因子モデルを用い、構成概念妥当性を検討した尺度は見当

たらず、また認知症等を持った要介護高齢者を介護する家族については、ソーシャル・サポートのストレスに対する調節効果や媒介効果<sup>11-13</sup>を検討した研究はほとんど見当たらない。このため、ソーシャル・サポートに関しての妥当性の高い尺度の開発が望まれるところである。

そこで本研究では、要介護高齢者の主介護者を対象に、彼らの受領的なソーシャル・サポートを測定し、その因子モデルのデータへの適合ならびに外的基準との関連という2つの側面から構成概念妥当性を検討することを目的とした。

本研究においては、対象とするソーシャルサポートの内容について、介護者がソーシャルサポートを利用可能な資源であると認知することの重要性を考慮し、受領的なソーシャルサポートとは、「介護者が他者からどのようにどの程度の支援を受けているかに関する認知」と定義し、自らの要求を満たすために利用するサポートではなく、あくまで他者からの提供によって成立する受領的なサポートを中心にソーシャルサポートの内容を構成し、その測定を行った。

具体的には、「情緒的サポート認知」、「手段的サポート認知」、「情報サポート認知」を一次因子、「介護関連ソーシャル・サポート認知」を二次因子とする二次因子モデルを想定し、その構成概念妥当性を検討することとした。

## 2. 方法

### 2.1. 調査対象

S県O市に在住し、平成14年4月1日までに要介護認定を受けた第1号被保険者である要介護高齢者5,189人の主介護者のうち、調査の協力が得られた1,143人を対象とした。

### 2.2. 調査者

調査は、市役所の保健師ならびに介護保険制度において、市町村から調査委託を受けている介護支援専門員が行った。介護支援専門員らに対しては、調査の目的、内容等について調査説明会を行い、その方法について説明を行った。その上で、

調査員が主介護者に個別に調査票を配布し、主介護者から調査協力の同意書を得ている。これらの調査票については、秘密厳守のため封印後、調査票が回収されている。

なお、本調査は、O市の調査に関する倫理委員会を経て実施されている。

### 2.3. 調査内容

調査内容は、要介護高齢者の性、年齢、要介護度、主介護者の性、年齢、続柄、介護継続期間、受領的な介護関連のソーシャル・サポート認知、精神的健康を評価する項目であった。

また本研究で、主介護者の受領的なソーシャル・サポート認知を介護に関連した受領的な援助に関する認知(評価)と定義し、O'Reilly<sup>2</sup>の研究業績を基礎に下位概念を「情緒的サポート認知 emotional support」、「手段的サポート認知 instrumental support」、「情報的サポート認知 informational support」の3因子で構成し、合計9項目の質問(以下、「介護関連ソーシャル・サポート認知尺度」)を準備し、これに対する回答を求めた。

具体的には、「介護をするようになってから、家族や親戚、近隣、友人等からどのような支援を受けているか」と質問し、回答は2件法(「いいえ」、「はい」)で構成した。

精神的健康については、英国版GHQ-1214で測定した。回答はリカート4件法で求め、得点化はGHQ採点法15(4選択肢の左から0-0-1-1点、12点満点)に従った。

### 2.4. 分析方法

分析に際しては、要介護高齢者の性、年齢、要介護度、主介護者の性、年齢、介護継続期間、介護関連のソーシャル・サポート認知、「GHQ-12」の回答に欠損値を有さない1,085人のデータを用いた。

第1に、介護関連ソーシャル・サポート認知尺度の因子モデルの側面から見た構成概念妥当性を、「情緒的サポート認知」「手段的サポート認知」「情

報サポート認知」を一次因子、「介護関連ソーシャル・サポート」を二次因子とする二次因子モデルを想定し、そのデータへの適合性を検討した。

第2に、外的基準との関連性における構成概念妥当性を、介護関連ソーシャル・サポート認知を独立変数、精神的健康を従属変数とする因果関係モデルを設定し、そのモデルのデータへの適合性と要素間の関連性のふたつの側面から検討した。なお、このとき GHQ-12 は、1 因子モデルを想定した。適合度の判断には、比較適合度指標 Comparative Fit Index (CFI) Tucker-Lewis Index (TLI) Root Mean Squares Error of Approximation (RMSEA) を用いた。パラメータの推定は、得点が2 値型変数 binary variable であることを考慮し、WLSMV (Weighted Least-Squares parameter estimates using a diagonal weight matrix with robust standard errors and Mean- and Variance-adjusted chi-square test statistic) を採用した。

統計解析ソフトは M-plus Ver2.0116 を用いた。なお、因子モデルの標準化係数(パス係数)の有意性は、非標準化係数を標準誤差で除した値(以下、t 値)を参考とし、その絶対値が1.96 以上(5% 有意水準)を示したものを統計学的に有意とした。

### 3. 結果

#### 3.1. 主介護者・要介護者の基本属性

主介護者の基本属性は、性別は男性 242 名(22.3%) 女性 843 名(77.7%)であった。年齢は、平均が 60.5 歳(標準偏差 11.56、範囲 28-93 歳)であった。介護継続期間は、平均 48.1 ヶ月(標準偏差 51.55、範囲 0-492 ヶ月)であった。要介護

高齢者と主介護者の続柄は、息子の嫁 340 名(31.3%) が最も多く、次いで配偶者 317 名(29.2%)、娘 270 名(24.9%) の順であった。

要介護者の基本属性は、性別は男性 333 名(30.7%) 女性 752 名(69.3%)であった。年齢は、平均が 82.4 歳(標準偏差 7.63、範囲 65-103 歳)であった。要介護度は、「要支援」が 78 名(7.2%)、「要介護度 1」が 324 名(29.9%)、「要介護度 2」が 274 名(25.3%)、「要介護度 3」が 171 名(15.8%)、「要介護度 4」が 125 名(11.5%)、「要介護度 5」が 113 名(10.3%) で要介護 1 の割合が最も高かった(図表 1)。

図表1 主介護者・要介護者の属性分布(n=1,085)

主介護者		要介護者	
性別	男性 242人 (22.3%) 女性 843人 (77.7%)	性別	男性 333人 (30.7%) 女性 752人 (69.3%)
平均年齢	60.5歳 (標準偏差=11.56) (範囲28-93歳)	平均年齢	82.4歳 (標準偏差=7.63) (範囲65-103歳)
平均介護期間	48.1ヶ月 (標準偏差=51.55) (範囲0-492ヶ月 <sup>1</sup> )		
被介護者との続柄	配偶者 317人 (29.2%) 息子 125人 (11.5%) 息子の嫁 340人 (31.3%) 娘 270人 (24.9%) 娘の婿 1人 (0.1%) 孫(女) 1人 (0.1%) 孫(男) 1人 (0.1%) その他 30人 (2.8%)	要介護度	要支援 78人 (7.2%) 要介護1 324人 (29.9%) 要介護2 274人 (25.3%) 要介護3 171人 (15.8%) 要介護4 125人 (11.5%) 要介護5 113人 (10.3%)

<sup>1</sup>介護期間が1ヶ月未満の場合'0'としている

#### 3.2. 介護関連ソーシャル・サポート認知尺度における回答分布

介護関連ソーシャル・サポート認知尺度の回答分布は図表 2 に示した。「はい」が最も多かった項目は「あなたに介護関連の福祉サービスを教えてくれる人はいますか」が 79.3% で最も高く、次いで「介護をしているあなたを気遣ってくれる人はいますか」が 75.0%、「介護をするようになって、あなたを励ましてくれる人がいますか」が 66.6%、「介護を手伝ってくれる人はいますか」が 61.8% と続いていた。

図表2 介護関連ソーシャル・サポート認知尺度における回答分布 (n=1,085)

質問項目	いいえ	はい
X <sub>1</sub> あなたの介護に対する努力をほめてくれる人はいますか	434 (40.0)	651 (60.0)
X <sub>2</sub> 介護をするようになって、あなたを励ましてくれる人がいますか	362 (33.4)	723 (66.6)
X <sub>3</sub> 介護をしているあなたを気遣ってくれる人はいますか	271 (25.0)	814 (75.0)
X <sub>4</sub> 介護で疲れたときに、留守番などの簡単な用事を気軽に頼める人はいますか	534 (49.2)	551 (50.8)
X <sub>5</sub> 介護を手伝ってくれる人はいますか	414 (38.2)	671 (61.8)
X <sub>6</sub> 介護で忙しいときに家事を手伝ってくれる人はいますか	500 (46.1)	585 (53.9)
X <sub>7</sub> 1日以上外出するとき、介護を変わってくれる人はいますか	630 (58.1)	455 (41.9)
X <sub>8</sub> あなたに介護関連の福祉サービスを教えてくれる人はいますか	225 (20.7)	860 (79.3)
X <sub>9</sub> あなたに介護の適切な方法を教えてくれる人はいますか	473 (43.6)	612 (56.4)

名 (%)

3.3. 精神的健康に関する尺度 (GHQ-12) における回答分布

精神的健康に関する尺度 (GHQ-12) における回答分布は図表3に示した。平均得点は、4.03点(標

準偏差 3.32) であった。「抑うつ症状」を呈しているか否かを、従来の Cut off-point で判断すると、3点以上の得点を示した者の割合は 617 人 (56.9%) で半数を超えていた。

図表3 GHQ-12の回答分布 (n=1,085)

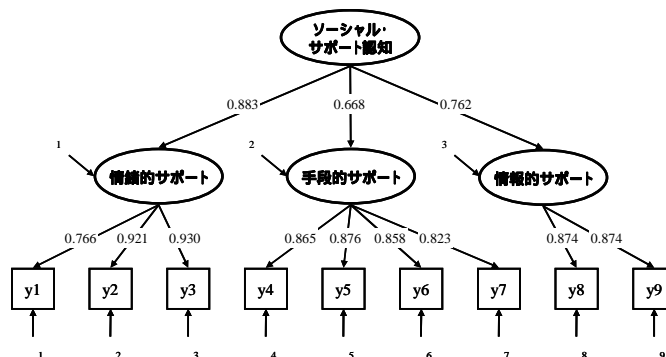
質問項目	回答1	回答2	回答3	回答4
X <sub>1</sub> 1 何かをする時にいつもより集中して、	71 ( 6.5 )	702 ( 64.7 )	270 ( 24.9 )	42 ( 3.9 )
X <sub>1</sub> 2 心配事があって、よく眠れないことは、	132 ( 12.2 )	467 ( 43.0 )	344 ( 31.7 )	142 ( 13.1 )
X <sub>1</sub> 3 いつもより自分のしていることに生きがいを感じる事が、	105 ( 9.7 )	661 ( 60.9 )	264 ( 24.3 )	55 ( 5.1 )
X <sub>1</sub> 4 いつもより容易に物ごとを決めることが、	78 ( 7.2 )	789 ( 72.7 )	201 ( 18.5 )	17 ( 1.6 )
X <sub>1</sub> 5 いつもストレスを感じたことが、	60 ( 5.5 )	405 ( 37.3 )	455 ( 41.9 )	165 ( 15.3 )
X <sub>1</sub> 6 問題を解決できなくて困ったことが、	164 ( 15.1 )	585 ( 53.9 )	259 ( 23.9 )	77 ( 7.1 )
X <sub>1</sub> 7 いつもより問題があった時に積極的に解決しようとする事が、	123 ( 11.3 )	741 ( 68.3 )	204 ( 18.8 )	17 ( 1.6 )
X <sub>1</sub> 8 いつもより気が重くて、憂うつになることは、	108 ( 10.0 )	462 ( 42.6 )	395 ( 36.4 )	120 ( 11.0 )
X <sub>1</sub> 9 自信を失ったことは、	197 ( 18.2 )	559 ( 51.5 )	250 ( 23.0 )	79 ( 7.3 )
X <sub>1</sub> 10 自分は役に立たない人間だと考えたことは、	392 ( 36.1 )	538 ( 49.6 )	123 ( 11.3 )	32 ( 3.0 )
X <sub>1</sub> 11 いつもより日常生活を楽しむことが、	49 ( 4.5 )	329 ( 30.3 )	628 ( 57.9 )	79 ( 7.3 )
X <sub>1</sub> 12 ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは、	536 ( 49.4 )	391 ( 36.0 )	123 ( 11.3 )	35 ( 3.3 )

名 (%) \*項目1: 「回答1:できた」、「回答2:いつもと変わらなかった」、「回答3:いつもよりできなかった」、「回答4:まったくできなかった」  
 項目2, 5, 6, 9, 10, 12: 「回答1:まったくなかった」、「回答2:あまりなかった」、「回答3:あった」、「回答4:たびたびあった」  
 項目4, 7, 11: 「回答1:できた」、「回答2:いつもと変わらなかった」、「回答3:できなかった」、「回答4:まったくできなかった」  
 項目3: 「回答1:あった」、「回答2:いつもと変わらなかった」、「回答3:なかった」、「回答4:まったくなかった」  
 項目8: 「回答1:まったくなかった」、「回答2:いつもと変わらなかった」、「回答3:あった」、「回答4:たびたびあった」

3.4. 介護関連ソーシャル・サポート認知尺度の因子モデルのデータへの適合性

「情緒的サポート認知」、「手段的サポート認知」、「情報サポート認知」を一次因子、「介護関連ソー

シャル・サポート認知」を二次因子とする二次因子モデルのデータへの適合度は、CFI が 0.984、TLI が 0.987、RMSEA が 0.059 であった。パス係数はいずれも統計学的に有意な水準にあった。



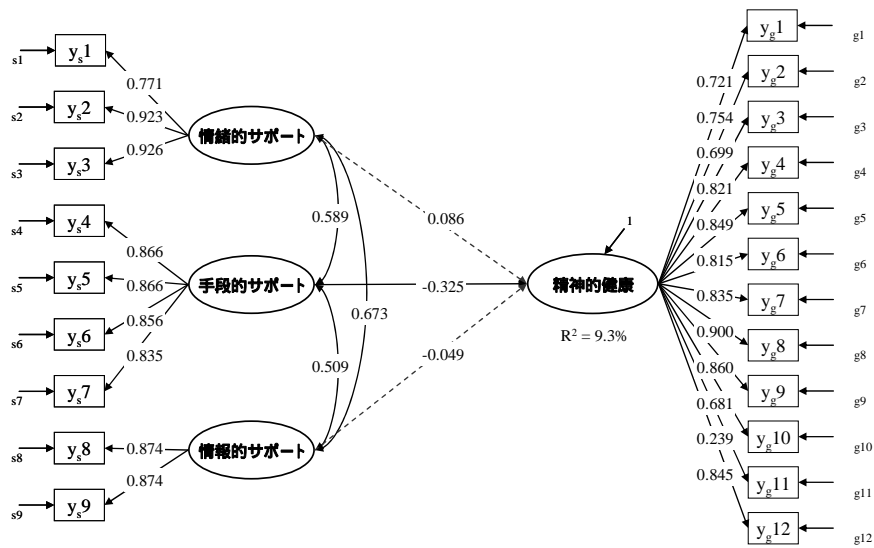
図表4 介護関連ソーシャル・サポート認知尺度の因子構造 (標準化解)

n=1,085, CFI=0.984, TLI=0.987, RMSEA=0.059, KR-20=0.81

3.5. 介護関連ソーシャル・サポート認知と精神的健康の関係

介護関連ソーシャル・サポートの各因子を独立変数として、また精神的健康を従属変数とする因果モデルのデータへの適合度は、CFI が 0.972、TLI

が 0.984、RMSEA が 0.044 であった。独立変数の従属変数に対する寄与率は 9.3% であった。なお、パス係数は手段的サポートのみが統計学的に有意な水準にあった。



図表5 介護関連ソーシャル・サポート認知と精神的健康の関係  
(標準化解; n=1,085, CFI=0.972, TLI=0.984, RMSEA=0.044)

#### 4. 考察

本研究では、O'Reillyの定義に基づいて「介護関連ソーシャル・サポート」を二次因子、「情緒的サポート認知」、「手段的サポート認知」、「情報サポート認知」を一次因子とした二次因子モデルを想定し、その構成概念妥当性を検討した。この結果、前記因子モデルは、データに適合(CFI = 0.973、TLI = 0.969、RMSEA = 0.043)することが明らかにされた。このように、二次因子モデルがデータに適合したことは、本研究で開発した「介護関連ソーシャル・サポート認知尺度」の構成概念妥当性を支持する結果として解釈でき、また介護関連ソーシャル・サポート認知の概念的な一次元性を支持するものであり、重要である。

これまでに、ソーシャル・サポートに関しては、多様な測定尺度が開発されその効果について研究がなされてきた。しかし、本研究で示したような構造方程式モデリングを適用した確証的因子分析によって尺度の構成概念妥当性を検証したものは、わが国においては少なかった17-20。

しかし、諸外国では、尺度の内部構造の側面において構成概念妥当性を検討した尺度の開発がすすめられており、例えば、「Social Support Behaviors: SS-B」21、22、「Interpersonal Support Evaluation List: ISEL」23、「Multidimensional

Scale of Perceived Support: MSPSS」24、「Social Provisions Scale: SPS」25、「Social Support-Family Measure: SSFM」26、「Inventory of Social Supportive Behaviors: ISSB」27、「Social Support Questionnaire: SSQ」27が報告されるようになっている。本研究で示された要介護高齢者を介護する家族のソーシャル・サポートを測定するための尺度も、この一連の研究のひとつとして位置づけられる。

以上の解析に加え、介護に関連した受領的なソーシャル・サポートの認知が主介護者の精神的健康に影響するという仮説を検討した結果、本モデルがデータに適合し、また受領的なソーシャル・サポートの認知を高く評価している者ほど健康状態が良好であることが明らかになった。これは、介護関連ソーシャル・サポート認知尺度の外的基準との関連における構成概念妥当性を支持する結果と言える。

すなわち、これまで臨床的に言われてきたように、ソーシャル・サポートが多いと認知している者ほど、精神的な健康度は良好であるということを示している。

しかし、これまでの研究におけるソーシャル・サポートの効果については、主にそのサポートが直接的に認知した高齢者の精神的健康に与える効



果の違いについて研究がなされ、その結果、情緒的なソーシャル・サポートを受けている高齢者にとって、日常生活能力の高さなど、当該高齢者の状態に関係なくすべての高齢者において、精神的健康に与える効果が得られるという結果<sup>28</sup>が示されてきた。

本研究では、はじめて要介護高齢者の介護を現在行っている介護者を対象とし、ソーシャル・サポートの認知の測定を行った。この結果、情緒的なサポートの認知の影響よりも、手段的なサポートのほうが介護者の精神的健康に与える影響が大きいことがわかった。この結果から、介護者は情緒的サポートよりも、例えば、介護の代替といった手段的サポートを望んでいる可能性が示され、先行研究とは異なっており、貴重な結果といえる。

いずれにしても介護は、基本的に介護者に大きな負担を与えていることが示されており<sup>29-37</sup>、これらの介護負担の軽減とこうしたソーシャル・サポートとの関連性について、さらに検討していく必要がある。

ただし、本研究で取り上げた介護関連ソーシャル・サポートを評価した内容は、短時間で質問をできることをねらいとするため、かなり質問数を少なくし、かつ、サポート源としての続柄を特に限定せずに、回答しやすい質問で構成した。

このため、例えば、同じ介護援助であっても、仕事と割り切って援助してもら場合と介護者が遠慮や気遣いをしながら援助をしてもら場合では、介護者の負担あるいは、心理的ストレスへの影響は、まったく異なることが予想される。したがって、今後は、質問方法の妥当性を含め、さらに慎重な検討が望まれよう。

以上、本研究においては、要介護高齢者の主介護者における介護に関連した受領的なソーシャル・サポート認知を測定する尺度の開発を試みた。その際、構成概念妥当性を因子モデルと外的基準との関連で検討し、介護関連ソーシャル・サポート認知尺度の構成概念妥当性が支持された。これにより、この尺度は、とくに、地域で在宅介護を支える保健医療福祉専門職にとっては、主介護者

に対するソーシャル・サポートの方法を具体的に考える際の有用な資料となると考えられた。

今後は、交差妥当性の検討を重ねつつ、ソーシャル・サポートに関する調節・媒介効果モデルの検証も踏まえながら、専門家の適切な介入方法について検討がなされなければならないと考える。

## 引用文献

- 1) Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, et al : Social support: a conceptual analysis, *J Adv Nurs*, 25(1), 95-100:1997
- 2) O'Reilly P : Methodological issues in social support and social network research, *Soc Sci Med*, 26(8), 863-873:1988
- 3) Vaux A: Appraisals of social support: Love, respect, and involvement, *J Community Psychol* 15, 493-502 : 1987
- 4) Vaux A, Riedel S, Stewart D: Models of social support: The Social Support Behaviors(SS-B) Scale, *Am J Community Psychol*, 15(2), 209-237:1987
- 5) Brookings JB, Bolton B : Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support Evaluation List, *Am J Community Psychol*, 16(1), 137-147:1988
- 6) Zimet GD, Powell SS, Farley GK, et al : Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *J Pers Assess*, 55(3-4), 610-617:1990
- 7) Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR : The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study, *J Clin Psychol*, 47(6):756-761:1991
- 8) Mancini JA, Blieszner R: Social provisions in adulthood: concept and measurement in close relationships, *J Gerontol*, 47(1), 14-20:1992
- 9) Windle M, Miller-Tutzauer C: Confirmatory factor analysis and concurrent validity of

- the perceived social support-family measure among adolescents, *Journal of Marriage and the Family*, 54, 778-787:1992
- 10) Pretorius TB, Diedricks M: A factorial investigation of the dimensions of social support, *S Afr Tydskr Sielk*, 23(1), 32-35:1993
- 11) Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM: The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy, *Res Nurs Health*, 16(6), 395-404:1993
- 12) Baillie V, Norbeck JS, Barnes LE: Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly, *Nurs Res*, 37(4), 217-222:1988
- 13) Franks MM, Stephens AP: Social support in the context of caregiving: husbands' provision of support to wives involved in parent care, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 51(1), 43-52:1996
- 14) McDowell IAN, Newell C: *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*, Oxford University Press:1987
- 15) 福西 勇夫: 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point、心理臨床、3(3)、228-234:1990
- 16) Muthén LK, Muthén BO: *Mplus User's Guide*, Los Angeles:1998
- 17) 新名理恵、矢富直美、本間昭: 痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果、老年精神医学雑誌、2(5)、655-63:1991
- 18) 岸玲子、江口照子、笹谷春美、他: 高齢者のソーシャル・サポートおよびネットワークの現状と健康状態: 旧産炭地・夕張と大都市・札幌の実態、日本公衆衛生雑誌、41(5)、474-488:1994
- 19) 藤野真子: 在宅痴呆性老人の家族介護者のストレス反応に及ぼすソーシャル・サポートの効果、老年精神医学雑誌、6(5)、575-581:1995
- 20) 田中共子、兵藤好美、田中宏二在宅介護者のソーシャルサポートネットワークの機能: 家族・友人・近所・専門職に関する検討、社会心理学研究、18(1)、39-50:2002
- 21) Vaux A: Appraisals of social support: Love, respect, and involvement, *J Community Psychol*, 15, 493-502:1987
- 22) Vaux A, Riedel S, Stewart D: Models of social support: The Social Support Behaviors(SS-B) Scale, *Am J Community Psychol*, 15(2), 209-237:1987
- 23) Brookings JB, Bolton B: Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support Evaluation List, *Am J Community Psychol*, 16(1), 137-147:1988
- 24) Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study, *J Clin Psychol*, 47(6), 756-761:1991
- 25) Mancini JA, Blieszner R: Social provisions in adulthood: concept and measurement in close relationships, *J Gerontol*, 47(1), 14-20:1992
- 26) Windle M, Miller-Tutzauer C: Confirmatory factor analysis and concurrent validity of the perceived social support-family measure among adolescents, *Journal of Marriage and the Family*, 54, 778-787:1992
- 27) Pretorius TB, Diedricks M: A factorial investigation of the dimensions of social support, *S Afr Tydskr Sielk*, 23(1), 32-35:1993
- 28) 杉澤秀博: 高齢者における主観的幸福感および受療に対する社会的支援の効果 - 日常生活動作能力の相違による比較 -、日本公衆衛生雑誌、40(3)、171-180:1993
- 29) Grafstrom M, Fratiglioni L, Sandman PO, et al: Health and social consequences for

- relatives of demented and non-demented elderly, A population-based study, *J Clin Epidemiol*, 45(8), p861-p870 : 1992
- 30) Vitaliano PP, Russo J, Young HM, et al : Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease, *Psychol Aging*, 6(3), 392-402 : 1991
- 31) Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, et al : The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia, *J Clin Epidemiol*, 45(1), 61-70 : 1992
- 32) Baumgarten M, Hanley JA, Infante-Rivard C, et al : Health of family members caring for elderly persons with dementia-A longitudinal study, *Ann Intern Med*, 120(2), 26-132:1994
- 33) Baumgarten M: The health of persons giving care to the demented elderly- a critical review of the literature, *J Clin Epidemiol*, 42(12), 1137-1148:1989
- 34) Nygaard HA: Strain on caregivers of demented elderly people living at home, *Scand J Prim Health Care*, 6(1), 33-37:1988
- 35) Jutras S, Lavoie JP: Living with an impaired elderly person- the informal caregiver's physical and mental health, *J Aging Health*, 7(1), 46-73:1995
- 36) Haley WE, Levine EG, Brown SL, et al: Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia, *J Am Geriatr Soc*, 35(5), 405-411: 1987
- 37) Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, et al: Psychiatric and physical morbidity effects of dementia Caregiving- prevalence, correlates, and causes, *Gerontologist*, 35(6), 771-791:1995

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this research is to develop a scale for measuring perceived social support received by family members providing care to seniors requiring care.

**Method:** The subjects were 1,085 individuals who as of April 1, 2002, were acting as the main caregivers for any of the 5,189 seniors living in O City, S Prefecture, certified as "Type 1 Insured Parties" after having received certification of eligibility for long-term care. All of the subjects agreed in advance to participate in this study. "Perceived social support received by main caregivers" was measured using the "Care-related Social Support Perception Index." The construct validity of this Care-related Social Support Perception Index was verified based on goodness of fit with data from a secondary factor model that used "Perceived emotional support," "Perceived instrumental support," and "Perceived informational support" as the primary factors and "Care-related perceived social support" as the secondary factor, and using the relationship between this factor model and mental health.

**Results:** The secondary factor model described above was in conformance with the data. Of the three factors in care-related social support, only instrumental social support had an effect on mental health: main caregivers with higher scores for this factor had better mental health.

**Conclusions:** The Care-related Social Support Perception Index developed in this research can be seen as having an acceptable level of construct validity.

## [ 研究論文 ]

### 介護保険法改正のサービス担当者会議への影響 神奈川県と尾道市の比較調査 -

著者： 田城孝雄（順天堂大学 医学部公衆衛生学講座）

共著者：高橋 隆（茨城県立医療大学 保健医療学部）、瀬戸恒彦（かながわ福祉サービス振興会）、大槻  
絃美（かながわ福祉サービス振興会）、田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）

#### 抄録

介護保険法改正の影響を検証するために、平成 17 年と平成 18 年に、地域包括ケアに先進的に取り組んできた尾道市と、神奈川県のサービス担当者会議の実態を比較調査した。

尾道市では、利用者、家族、主治医の参加には変化が無く、基本的に介護保険制度改正の影響を受けておらず、神奈川県では、介護保険制度改正の影響を受けて、利用者と家族が参加するサービス担当者会議の開催回数が増加したが、介護支援専門員は、サービス担当者会議への主治医の参加に困難感を覚えており、主治医に参加を呼びかけていないと回答した割合が 50%を超えていた。主治医の参加という点では、改正の効果が現れていない。要介護者は、要介護状態になった基礎疾患の治療のため、服薬などの医療を受けていることが多い。医療と介護の連携は必要であり、主治医と介護支援専門員などとの連携は不可欠である。サービス担当者会議に主治医の参加を促す施策が必要である。

**キーワード：**サービス担当者会議、居宅介護支援専門員、尾道方式、介護保険法改正、主治医

#### 1. 目的

介護を必要とする高齢者が地域の中で安心して暮らせるようにするためには、個別のケアマネジメントだけでなく、介護を地域全体で支えるという地域ケア全体のマネジメントとして、情報共有、連携、調整を図ることが重要となる。要介護高齢者の援助過程であるケアマネジメントにおいては、ケアカンファレンス（＝サービス担当者会議）がこの役割を担ってきた。利用者各々のニーズに即したサービスを提供するため、多様なサービス提供主体による医療、保健、福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的に提供されうるサービス体系の確立はケアマネジメントの重要な要素の一つであり、ケアマネジメントが介護保険制度に導入された理由となっている。

ケアカンファレンスの重要性の強調、指摘が増す一方で、現実的にはケアマネジャーが日々の業務に忙殺される中、多職種による共同開催の困難さもあり、ケアカンファレンスの実施については低調であることが指摘され、開催状況と内容についても標準化されていとは言い難い。本研究では、平成 17 年度から平成 18 年度にかけて、介護保険制度改正を経たサービス担当者会議の実態と内容の経時的変化を明らかにし、現在のサービス担当者会議の状況と今後の展望を検討することを目的とする。

地域包括ケアに先進的に取り組んできた尾道市と、急速に高齢化が進行し都市部と農村部を抱え全国標準とされる神奈川県のサービス担当者会議の実態を比較し、制度改正の影響を検証するため

に、平成17年度と平成18年度の2か年にわたって調査を実施した。

## 2. 方法

### 2.1. 調査方法

平成17年11月1日時点において指定を受けているすべての居宅介護支援事業所を対象に、調査票を郵送した。1事業所あたり調査票を2票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、管理者から、調査対象事業所に勤務する介護支援専門員に手渡すよう依頼した。所属する介護支援専門員の中から担当件数の多い順に、2名に回答してもらった。記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

また、平成18年度についても、10月1日時点において指定を受けている全ての居宅介護支援事業所を対象に、平成17年度と同様に調査票を郵送した。

### 2.2. 分析方法

分析方法は、尾道市と神奈川県を比較検討するため、2検定を行った。p < 0.05 を有意差ありとした。解析には統計ソフト SPSSver.12J を用いた。

## 3. 結果

### 3.1. 調査票配布数及び回収率

平成17年度と平成18年度に実施した調査において、調査票の配布数及び回収率は、表1のとおりであった。

表1 調査票配布数及び回収率

#### 平成17年

	調査票配布数	有効回収数	有効回収率
神奈川県	3,386	1,122	33.1%
広島県尾道市	82	45	54.9%

#### 平成18年

	調査票配布数	有効回収数	有効回収率
神奈川県	3,496	1,397	40.0%
広島県尾道市	100	30	30.0%

### 3.2. 開催回数

尾道市と神奈川県の居宅介護支援専門員の回答したサービス担当者会議の開催回数の割合を図1に示す。(平成17年度 図1A, 平成18年度 図

1B)

各年の平均回数、標準誤差、最小回数と最大回数を表2に示す。

表2 開催回数の平均

年次	平均値 ± 標準誤差 (最小値 最大値)
平成17年	(平均値 ± 標準誤差 (最小値 最大値))
尾道市	4.78 ± 0.86 回 (1 33 回)
神奈川県	3.00 ± 0.10 回 (1 24 回)
平成18年	(平均値 ± 標準誤差 (最小値 最大値))
尾道市	3.80 ± 0.44 回 (1 10 回)
神奈川県	4.17 ± 0.09 回 (1 46 回)

尾道市では、開催回数が減少し、一方、神奈川県では増加した。

図1A サービス担当者会議の開催回数(平成17年10月中)【平成17年調査】

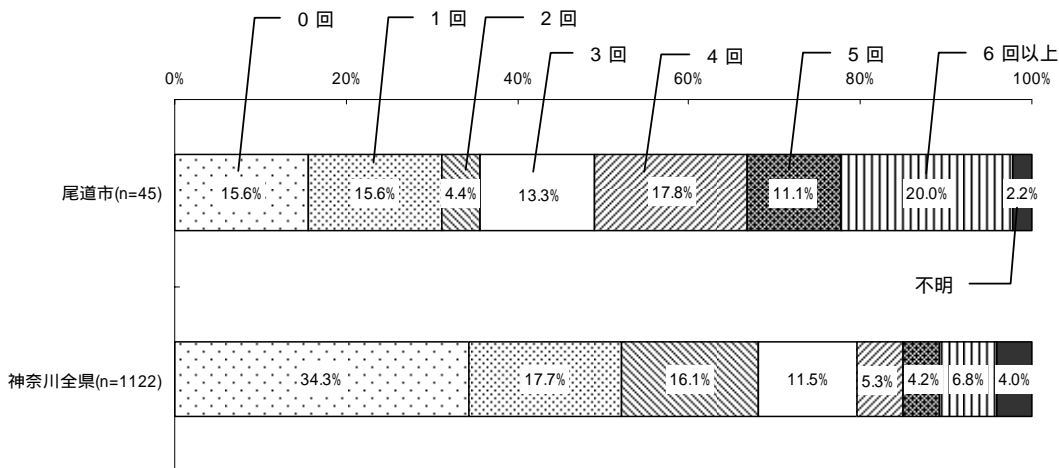
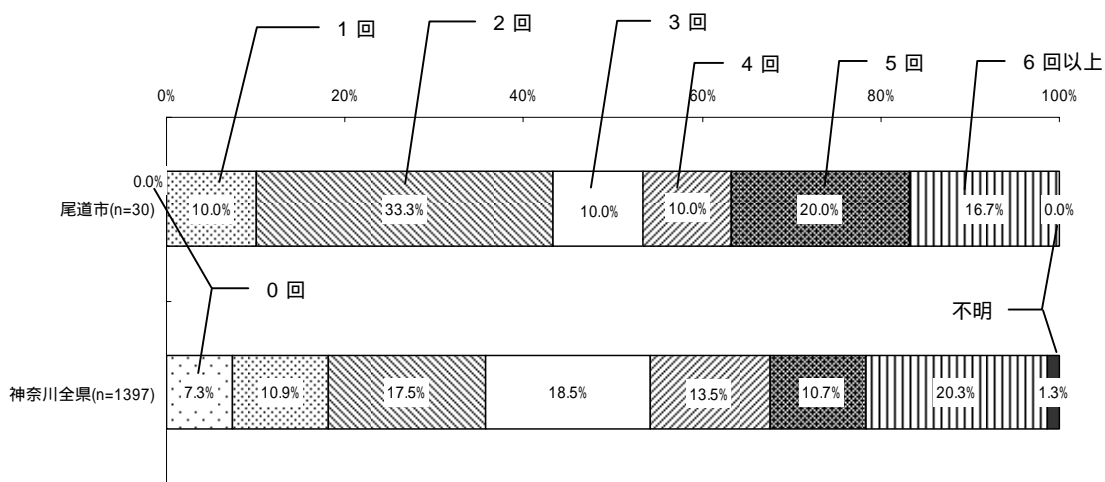


図1B サービス担当者会議の開催回数(平成18年10月中)【平成18年調査】



### 3.3. サービス担当者会議の所要時間

サービス担当者会議の所要時間は、平成17年度は、尾道市は $22.43 \pm 1.29$ 分(10 40分)、神奈川県は $51.39 \pm 0.88$ 分(1 180分)であり、一方、平成18年度は、尾道市が $23.45 \pm 1.61$ 分(15 50分)、神奈川県は $45.60 \pm 0.46$ 分(10 120分)であった。(表記は平均値 $\pm$ 標準誤差(最小値 最大値))

尾道市では、所要時間に変化が無く、一方、神奈川県では短縮した。

### 3.4. 開催場所

平成17年には、尾道市は、主治医の診療所・病院が89.2%、利用者の自宅54.1%、自分が勤務している事業所18.9%、介護保険施設13.5%、居宅サービス事業所2.7%であり、神奈川県は、利用者の自宅63.0%、自分が勤務している事業所49.6%、居宅サービス事業所16.8%、主治医の診療所・病院12.4%、介護保険施設8.1%であった。(図2A)

平成18年には、尾道市は、主治医の診療所・病院が90.0%、利用者の自宅53.3%、自分が勤務

している事業所26.7%、介護保険施設13.3%、居宅サービス事業所13.3%であり、神奈川県は、利用者の自宅88.7%、自分が勤務している事業所37.5%、居宅サービス事業所21.1%、介護保険施設14.1%、主治医の診療所・病院9.5%であった。(図2B)

尾道市では、主治医の診療所・病院が、最も多く、平成17年89.2%、平成18年90.0%と変化は無かった。次いで、利用者の自宅が多く、平成17年54.1%、平成18年53.3%と変化がなかった。次いで自分が勤務している事業所が多く、平成17年18.9%から、平成18年26.7%と増加した。

一方、神奈川県では、利用者の自宅が最も多いが、平成17年の63.0%から平成18年には88.7%に増加した。回答した居宅介護支援専門員自身の勤務する事業所が次に多いが、平成17年の49.6%から、平成18年には37.5%に減少している。次いで居宅サービス事業者が多い。主治医の診療所、病院は、平成17年12.4%、平成18年9.5%であり、尾道市より少なかった。

図2 A サービス担当者会議の開催場所（平成17年10月中）【複数回答】【平成17年調査】

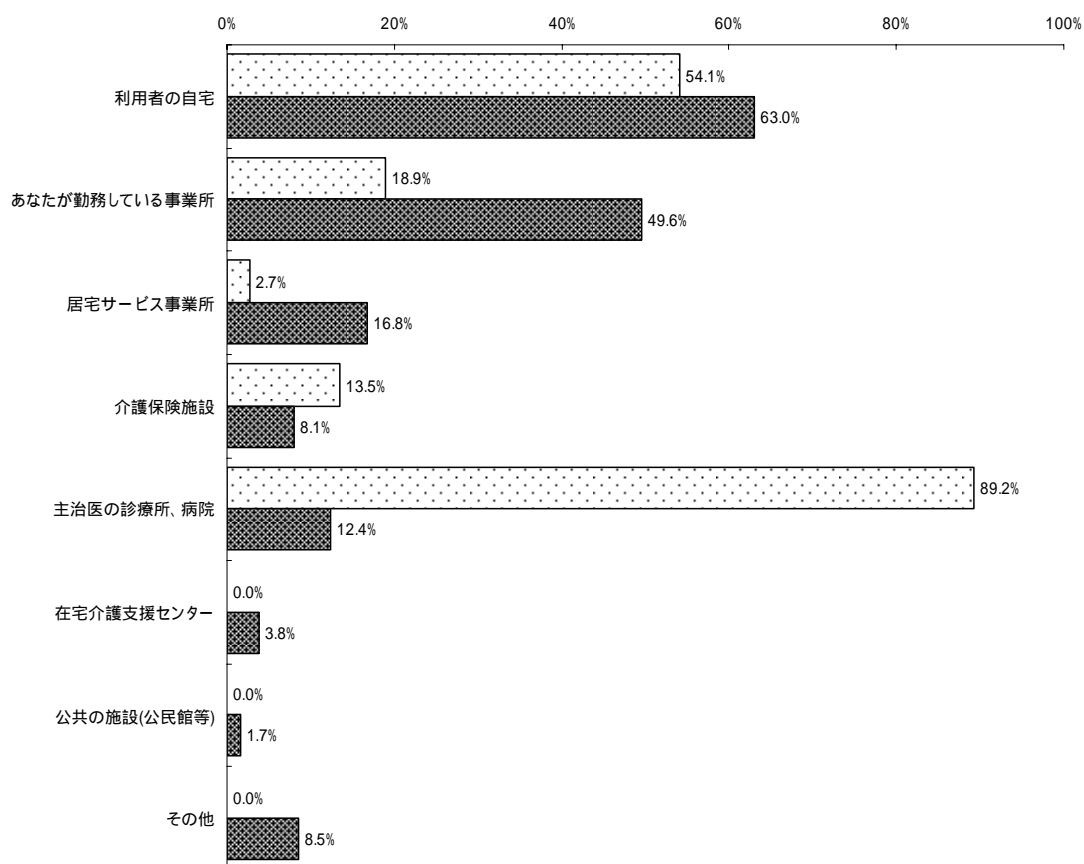
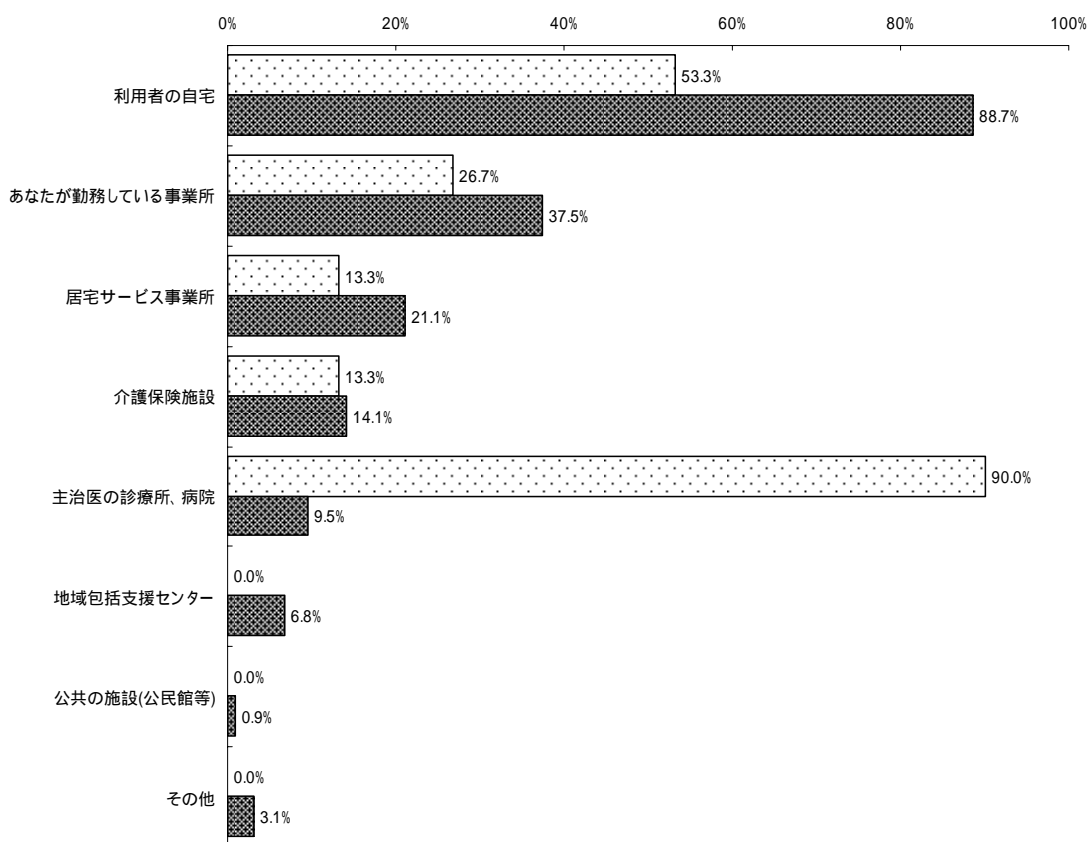




図2B サービス担当者会議の開催場所（平成18年10月中）【複数回答】【平成18年調査】



### 3.5. サービス担当者会議の参加者（サービス担当者会議の構造）

#### 3.5.1. 利用者の参加

平成17年は、調査期間中に開催したサービス担当者会議に利用者が出席したと回答した介護支援専門員は、尾道市で91.9%（34/37）、神奈川県64.6%（447/692）であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めたとしたが、平成18年には、尾道市で86.7%（26/30）、神奈川県89.3%（1140/1277）であり、尾道市と神奈川県で有意差を認めなかった。（表3、図3）

#### 3.5.2. 家族の参加

平成17年は、調査期間中に開催したサービス担当者会議に家族が出席したと回答した介護支援専門員は、尾道市で94.6%（35/37）、神奈川県69.4%（480/692）であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認め、一方、平成18年には、尾道市で90.0%（27/30）、神奈川県87.9%（1122/1277）であり、利用者の参加と同様に、尾道市と神奈川県で有意差を認めなかった。（表3、図3）

表3 利用者・家族が参加したサービス担当者会議

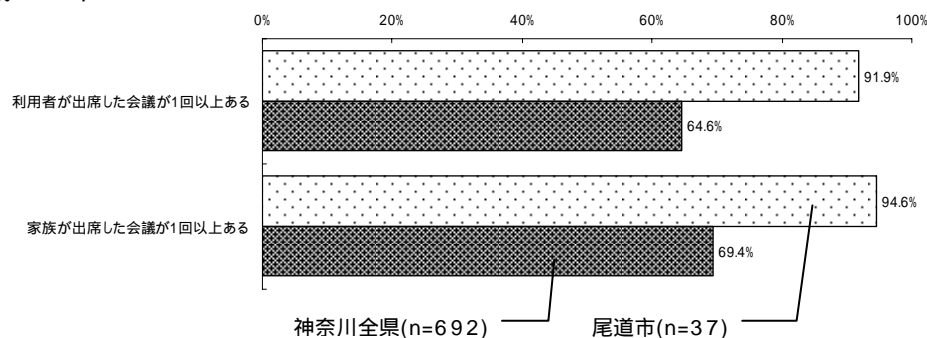
平成17年	尾道市	神奈川県	P値
利用者が出席したサービス担当者会議が1回以上ある	34/37(91.9)	447/683(65.4)	0.001
家族が出席したサービス担当者会議が1回以上ある	35/37(94.6)	480/680(70.6)	0.002

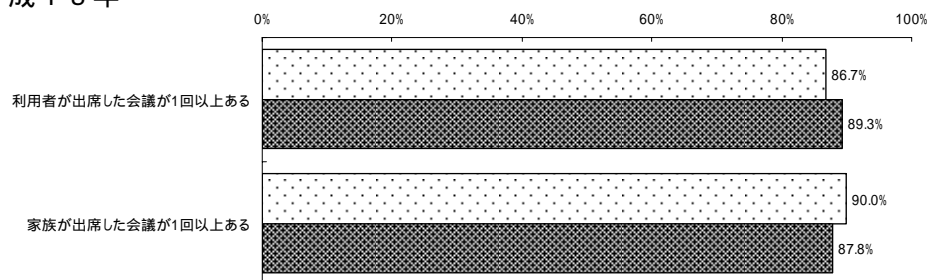
平成18年	尾道市	神奈川県	P値
利用者が出席したサービス担当者会議が1回以上ある	26/30(86.7)	1140/1277(89.3)	0.474
家族が出席したサービス担当者会議が1回以上ある	27/30(90.0)	1122/1277(87.9)	0.443

図3 サービス担当者会議への利用者・家族の参加

平成17年



平成18年



## 3.5.3. サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

介護支援専門員が、利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員に呼びかける比率は、平成17年は、尾道市が神奈川県より有意に高かった。サービス事業者に参加を呼びかける割合は、有意差を認めなかった。

一方、平成18年は、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員に呼びかける比率が、尾道市は神奈川県より有意に高かったが、利用者、家族では有意差を認めなかった。サービス事業者に参加を呼びかける割合は、平成17年と同様に、有意差を認めなかった。(表4)

表4 サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

	平成 17 年			平成 18 年		
	尾道市	神奈川県	P 値	尾道市	神奈川県	P 値
利用者	36/37(97.3)	454/692(65.6)	0.000	27/30(90.0)	1173/1277(91.9)	0.714
家族	36/37(97.3)	540/692(78.0)	0.005	29/30(96.7)	1196/1277(93.7)	0.502
主治医	36/37(97.3)	161/692(23.3)	0.000	29/30(96.7)	425/1277(33.3)	0.000
サービス事業者	37/37(100.0)	633/692(91.5)	0.064	29/30(96.7)	1242/1277(97.3)	0.845
主治医以外の医療 機関の職員	20/37(54.1)	194/692(28.0)	0.001	15/30(50.0)	408/1277(31.9)	0.037
民生委員	19/37(51.4)	54/692(7.8)	0.000	9/30(30.0)	78/1277(6.1)	0.000

3.5.4. サービス担当者会議に実際に参加した人

利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員の参加率は、平成 17 年は、尾道市が神奈川県より優位に高かった。サービス事業者の参加率には有意差を認めなかった。

一方、平成 18 年は、参加を呼びかけた人と同様

に、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員の参加率は、尾道市が神奈川県より優位に高かったが、利用者、家族では有意差を認めなかった。サービス事業者に参加を呼びかける割合は、平成 17 年と同様に、有意差を認めなかった。(表

5)

表5 サービス担当者会議に実際に参加した人

	平成 17 年			平成 18 年		
	尾道市	神奈川県	P 値	尾道市	神奈川県	P 値
利用者	35/37(94.6)	423/692(61.1)	0.000	27/30(90.0)	1128/1277(88.3)	0.778
家族	35/37(94.6)	486/692(70.2)	0.001	29/30(96.7)	1122/1277(87.9)	0.141
主治医	33/37(89.2)	97/692(14.0)	0.000	24/30(80.0)	156/1277(12.2)	0.000
サービス事業者	36/37(97.3)	624/692(90.2)	0.149	28/30(93.3)	1220/1277(95.5)	0.556
主治医以外の医療 機関の職員	23/37(62.2)	171/692(24.7)	0.000	15/30(30.0)	349/1277(27.3)	0.006
民生委員	18/37(48.6)	37/692(5.3)	0.000	9/30(30.0)	66/1277(5.2)	0.000

3.5.5. サービス担当者会議に参加が必要と思われる人

サービス担当者会議に毎回参加が必要と思われる人についてみると、平成 17 年は、利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員の参加率について、尾道市が神奈川県より優位に高かった。サービス事業者の参加率には有意差を

認めなかった。

一方、平成 18 年は、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員の参加率は、尾道市が神奈川県より優位に高かったが、利用者、家族では有意差を認めなかった。サービス事業者に参加を呼び掛ける割合は、平成 17 年と同様に、有意差を認めなかった。(表 6)

表6 サービス担当者会議に参加が必要と思われる人

	平成17年			平成18年		
	尾道市	神奈川県	P値	尾道市	神奈川県	P値
利用者	35/37(94.6)	423/692(61.1)	0.000	27/30(90.0)	1128/1277(88.3)	0.778
家族	35/37(94.6)	486/692(70.2)	0.001	29/30(96.7)	1122/1277(87.9)	0.141
主治医	33/37(89.2)	97/692(14.0)	0.000	24/30(80.0)	156/1277(12.2)	0.000
サービス事業者	36/37(97.3)	624/692(90.2)	0.149	28/30(93.3)	1220/1277(95.5)	0.556
主治医以外の医療機関の職員	23/37(62.2)	171/692(24.7)	0.000	15/30(50.0)	349/1277(27.3)	0.006
民生委員	18/37(48.6)	37/692(5.3)	0.000	9/30(30.0)	66/1277(5.2)	0.000

## 3.6. サービス担当者会議不参加の理由

サービス事業者不参加の理由では、平成17年は、「日や曜日があわない」の項目で、尾道市が有意に低かった。それ以外の項目も、尾道市は神奈川県より低い、有意差は認めなかった。一方、平成18年は、「日や曜日があわない」に加えて、「時間帯が合わない」も、尾道市が有意に低かった。

主治医の不参加の理由については、平成17年は、尾道市はいずれの項目についてもたいへん低い割合である。これに対して、神奈川県は、「自分が呼びかけていない」(57.7%)、「日にちや曜日が合わない」(45.3%)、「時間帯が合わない」(45.3%)と、いずれも高い割合になっている。いずれの項目についても、尾道市は神奈川県より有意に低かった。神奈川県の介護支援専門員の約60%の回答者が主治医に出席を呼びかけていないことが特徴的であ

った。平成18年は、「連絡がつかない」「出席を呼びかけていない」の2項目で、尾道市は神奈川県より有意に低かった。神奈川県の介護支援専門員の約60%の回答者が主治医に出席を呼びかけていない点は、平成18年も変わり無かった。

利用者の不参加の理由については、平成17年は、「出席を呼びかけていない」が、尾道市2.2%、神奈川県18.0%であり、有意差を認めた。平成18年は、すべての項目で有意差を認めなかった。

家族の不参加の理由については、平成17年は、尾道市では「日にちや曜日が合わない」が24.4%であり、これに対し、神奈川県では「日にちや曜日が合わない」が30.8%、「時間帯が合わない」が25.2%になっているが、有意差を認めなかった。平成18年は、「時間帯が合わない」が、尾道市が有意に神奈川県より高かった。(表7)

表7 サービス担当者会議の不参加理由

(1)事業者

	平成17年			平成18年		
	尾道市	神奈川県	P値	尾道市	神奈川県	P値
日や曜日があわない	9/45(20.0)	492/1122(43.9)	0.002	7/30(23.3)	708/1397(50.7)	0.003
時間帯が合わない	16/45(35.6)	437/1122(38.9)	0.647	7/30(23.3)	609/1397(43.6)	0.027
連絡がつかない	0/45(0.0)	15/1122(1.3)	0.435	0/30(0.0)	14/1397(1.0)	0.582
会議の意義の無理解	0/45(0.0)	25/1122(2.2)	0.311	0/30(0.0)	29/1397(2.1)	0.425
信頼関係の不確立	1/45(2.2)	10/1122(0.9)	0.365	1/30(3.3)	8/1397(0.6)	0.059
出席を呼びかけていない	0/45(0.0)	43/1122(3.8)	0.181	1/30(3.3)	6/1397(0.4)	0.024

(2)主治医

	平成17年			平成18年		
	尾道市	神奈川県	P値	尾道市	神奈川県	P値
日や曜日があわない	7/45(15.6)	508/1122(45.3)	0.000	13/30(43.3)	639/1397(45.7)	0.793
時間帯が合わない	11/45(24.4)	508/1122(45.3)	0.006	11/30(36.7)	634/1397(45.4)	0.343
連絡がつかない	1/45(2.2)	210/1122(18.7)	0.005	0/30(0.0)	219/1397(15.7)	0.018
会議の意義の無理解	3/45(6.7)	253/1122(22.5)	0.012	6/30(20.0)	307/1397(22.0)	0.796
信頼関係の不確立	0/45(0.0)	312/1122(27.8)	0.000	4/30(13.3)	317/1397(22.7)	0.225
出席を呼びかけていない	2/45(4.4)	647/475(57.7)	0.000	2/30(6.7)	742/1397(53.1)	0.000

(3)利用者

	平成17年			平成18年		
	尾道市	神奈川県	P値	尾道市	神奈川県	P値
日や曜日があわない	4/45(8.9)	143/1122(12.7)	0.445	1/30(3.3)	164/1397(11.7)	0.154
時間帯が合わない	3/45(6.7)	134/1122(11.9)	0.281	1/30(3.3)	121/1397(8.7)	0.302
連絡がつかない	0/45(0.0)	8/1122(0.7)	0.570	0/30(0.0)	5/1397(0.4)	0.743
会議の意義の無理解	3/45(6.7)	157/1122(14.0)	0.161	3/30(10.0)	161/1397(11.5)	0.796
信頼関係の不確立	0/45(0.0)	12/1122(1.1)	0.486	0/30(0.0)	12/1397(0.9)	0.610
出席を呼びかけていない	1/45(2.2)	202/1122(18.0)	0.006	2/30(6.7)	81/1397(5.8)	0.841

(4)家族

	平成17年			平成18年		
	尾道市	神奈川県	P値	尾道市	神奈川県	P値
日や曜日があわない	11/45(24.4)	346/1122(30.8)	0.361	13/30(43.3)	429/1397(30.7)	0.139
時間帯が合わない	6/45(13.3)	283/1122(25.2)	0.070	15/30(50.0)	329/1397(23.6)	0.001
連絡がつかない	4/45(8.9)	99/1122(8.8)	0.988	1/30(3.3)	98/1397(7.0)	0.432
会議の意義の無理解	4/45(8.9)	181/1122(16.1)	0.192	7/30(23.3)	225/1397(16.1)	0.288
信頼関係の不確立	1/45(2.2)	27/1122(2.4)	0.937	1/30(3.3)	33/1397(2.4)	0.730
出席を呼びかけていない	2/45(4.4)	142/1122(12.7)	0.101	2/30(6.7)	54/1397(3.9)	0.434

#### 4. 考察

##### 4.1. 平成17年と18年間の変化

###### 4.1.1. 介護保険法の改正

平成18年4月から改正介護保険法が施行され、介護保険制度が改正された。この改正ではサービス担当者会議の重要性が盛り込まれ、やむをえない理由がある場合を除きサービス担当者会議の開催は基本であることが明示され、サービス担当者会議を開催しないと、不適切な事業運営に関する報酬減算の対象となり、介護報酬が減額されることが規定された。

###### 4.1.2. 尾道市の市町村合併

尾道市は、平成18年1月10日に、因島市、瀬戸田町を合併した。このため、対象事業所数が41事業所から50事業所に増加した。

##### 4.2. サービス担当者会議開催回数

神奈川県では、サービス担当者会議の開催回数が、平均3.00回から4.17回へと増加した。また一度も開催しなかった居宅介護支援専門員の割合も、34.3%から7.3%に減少し、平成18年施行の改正介護保険法の影響を受け、サービス担当者会議の開催が促進され、介護保険法の改正の効果と考えられる。

一方、尾道市では開催回数が、4.78回から3.80回へと減少した。サービス担当者会議を、一度も開催しなかった居宅介護支援専門員の割合は、15.6%から0%に減少し、回答した居宅支援専門員は、全員が少なくとも1回は、サービス担当者会議を開催していた。平成17年は5回弱の開催回数であった尾道市が、翌18年に平均約1回開催回数が減少している理由として、種々の要因が考えられる。市町村合併により、市域が拡大し、平成17年の対象と異なる事業所が、新たに回答者に加わった。その影響は否定できない。質問票に

合併前の地域を記載する項目を設けなかったため、区別できなかった。また尾道市の回答率が減少している。合併前の旧市域の事業所と新市域の事業所の比較を行う調査が必要である。

##### 4.3. サービス担当者会議の開催時間

サービス担当者会議の開催時間は、神奈川県では51.4分から45.6分に短縮している。一方で尾道市では、22.4分から23.5分と若干延長している。

尾道市は30分以内の割合が、平成17年91.9%であり、平成18年も90.0%であった。また60分を超えると回答した介護支援専門員は0%であった。一方、神奈川県は、30分以内の割合は、平成17年は31.2%、平成18年は33.4%であり、平成17年は、60分の割合が42.2%と最も多くなっていた。60分を超えると回答した介護支援専門員は、平成17年12.6%、平成18年は3.9%であった。このことから、神奈川県は、尾道市よりもサービス担当者会議の開催時間を2倍以上かけていることがわかる。尾道市の介護支援専門員は、短い時間で担当者会議を終わらせており、神奈川県の介護支援専門員は、比較的長い時間をかけて担当者会議を開催している。

平均開催回数と平均所要時間の積を指標とすると、平成17年は、尾道市は107.2分、神奈川は154.2分であり、回数は尾道市が多いが、総時間数は神奈川より短くなっている。また尾道市は、主治医の診療所・病院で、一度に数件のサービス担当者会議を集中して行い、神奈川県は利用者宅で、別々に行うことを考慮すると、サービス担当者会議の前後の移動時間を含めると、拘束時間に大きな差が生じている。尾道方式は、効率的なサービス担当者会議の開催方法を確立している。

平成18年には、尾道市は、89.1分と、さらに総時間数が短縮しているが、一方、神奈川県は、190.2分と、さらに23%総時間数が増加している。

回数の増加に比して、開催時間の短縮はそれほど無く、総時間数は増加している。介護報酬の減額を避けるために、サービス担当者会議を励行しているが、尾道市のように効率的なサービス担当者会議の運営に手をつけず回数が増加し、総時間数は約四分の一増加している。このままでは介護支援専門員の負担感が益々増加し、サービス担当者会議の開催に困難を覚える可能性がある。神奈川県は、効率的なサービス担当者会議の運営方法に関して検討する必要がある。

尾道市と神奈川県とでは、介護支援専門員の基礎職種や会議の運営方法など、多くの点で異なっている。サービス担当者会議の時間の相違については、医療職と福祉職の違い、主治医が参加しているか否か、開催場所の違いなどが、開催時間に影響を及ぼしていると考えられる。

#### 4.4. サービス担当者会議の開催場所

尾道市では、サービス担当者会議の開催場所として、主治医の診療所・病院が最も多い。このことは、後述するサービス担当者会議への主治医の参加率が高いことに繋がる。

神奈川県では、利用者の自宅が最も多かったが、平成18年には88.7%と1.4倍に増加している。自分の勤務する事業所で行う割合は、平成18年には25%減少した。

#### 4.5. サービス担当者会議への参加者

利用者と家族のサービス担当者会議への参加は、平成17年には、神奈川県は、尾道市に比べ、有意に少なかったが、平成18年には、神奈川県と尾道市には有意な差を認めなかった。

サービス担当者会議に、参加が必要と思う、参加を呼びかける、（結果として）実際に参加する、の3つの段階ごとに、神奈川県と尾道市を比較すると、利用者と家族に関しては、平成1

7年には3つの段階で有意差を認めた。利用者と家族の参加の必要性に関して、介護支援専門員の意識の段階から、有意な差があったと言える。平成18年には、有意差を認めないので、介護保険法改正の影響は、神奈川県において、サービス担当者会議に利用者と家族の参加が必要であるとの意識の改革をもたらした。

意識改革をもたらした要因としては、介護保険制度改正により、介護支援専門員の質向上のために研修体系が構築され、現任研修の義務化が図られたことも考えられる。神奈川県においては、神奈川県介護支援専門員協会が中心となって、介護支援専門員を対象とした研修を充実しており、介護支援専門員の意識が変化したと考えられる。

神奈川県において、サービス担当者会議に、利用者と家族の参加が増えた理由として、従来はサービス担当事業所において、介護サービス担当職員中心に、サービス給付の調整を主として行っていたが、介護保険法の改正により、サービス担当者会議の開催が励行され、それとともに、利用者の自宅で開催される割合が高くなり、結果として利用者と家族の参加の割合が増加したと考えられる。

#### 4.6. 制度改正の影響と今後の課題

神奈川県では、介護保険制度改正の影響を受けて、サービス担当者会議の開催が実施されるようになり、利用者や家族の参加を得て介護の方針やケアプランの検討が行われるようになった。平成18年度におけるサービス担当者会議の開催について、平成17年と18年を比較すると、この1年間で神奈川県においては、サービス担当者会議を頻繁に開催するようになり、大きく改善されていることがわかる。

しかし、サービス担当者会議に、参加が必要と思う、参加を呼びかける、（結果として）

実際に参加する、の3つの段階ごとに、神奈川県と尾道市を比較すると、主治医と民生委員に関しては、平成17年・平成18年とも、3つの段階で有意差を認め変化は無かった。主治医と民生委員の参加の必要性に関しては、残念ながら神奈川県の介護支援専門員の意識の改革をもたらさなかった。

尾道市の介護支援専門員は、主治医の不参加理由として、どの項目も低い割合であった。つまり介護支援専門員は主治医の参加に関して困難に思っていないことになる。一方、神奈川県では、主治医の参加に困難感を覚えており、介護支援専門員は、主治医に参加を呼びかけていないと回答した割合が平成17年・平成18年とも、50%を超えていた。主治医の参加という点では、改正の効

果が現れていない。

要介護者は、要介護状態になった基礎疾患の治療のため、服薬などの医療を受けていることが多い。医療と介護の連携は必要であり、さらに在宅医療の推進のためには、主治医と介護支援専門員や訪問看護師、訪問介護士などの介護保険給付を行う職種との連携は不可欠である。介護支援専門員をはじめ、関係職種の意識改革を行い、サービス担当者会議に主治医の参加を促す施策が必要である。

尾道市では、介護保険法改正の影響に加え、回収率の低下と、市町村合併の影響が重なった。旧市域と新市域の比較などの、さらなる調査が必要である。

#### Abstract

In order to examine the effects of the revision of the Long-term Care Insurance Law, we made a comparative investigation in 2005 and 2006 of the situation of care conferences in Onomichi City, which has been leadingly working on community comprehensive care, and in Kanagawa Prefecture.

In Onomichi City, participation of users, family members and doctors in care conferences did not change, so basically, it has not been affected by the revision of the Long-term Care Insurance Law. In Kanagawa Prefecture, more care conferences, in which service users and their family take part, were held as a result of the revision. However, care managers found difficulty in getting doctors to participate in care conferences; over 50% of care managers answered that they did not ask doctors to attend the meetings. The revision has not affected doctors' participation. People needing nursing care are often receiving medical treatment, like drug use, for their underlying diseases that account for their care requiring condition. Therefore, cooperation between medical and long-term care is necessary; cooperation between doctors and care managers is essential. We need a measure to encourage doctors to participate in care conferences. cooperation of various occupations, we must not stick to standardized care-managing training programs, but rather introduce meticulous training and guidance that take parent organizations into consideration



## [ 研究論文 ]

### 介護職における職務適応と性格タイプ

著者：永井隆雄（株式会社 JEXS 組織戦略研究所所長・コンサルタント）

共著者：小野宗利（小野人事管理研究所所長・中小企業診断士）

#### 抄録

介護施設では高い離職率によって経営計画や人材育成が困難になっている。そこで、なぜ人が辞めるのかが問題になる。1つにはそれは施設経営のあり方に起因する問題である。一方、介護職の職務適応に起因する諸要因を考慮してみる必要がある。本研究では、203名の意識調査に基づき、性格類型を想定し、それによって就業意識（転職意思、バーンアウト、組織コミットメント、職場環境要因の認識、期待ギャップ）がどのように異なるかを検討した。これらの検討を通じて、いかなる人材を介護職として採用すべきか、またどのような人材は施設に定着しないのかを明らかにする。検討を通じて、職務適応しやすいのは安定的自信家型、共感的堅実家型で、一方、高不安ルーズ型、衝動的行動型は不適応を起こしやすいこと、堅実型心配性型は中間的であることが示された。

**キーワード：**バーンアウト、組織コミットメント、性格特性、クラスター分析、離転職意思

#### 1. 研究の背景と目的

介護職については今日、高い離職率が問題になっている。その離職率は平均で20%を超えていると言われるが、施設によってかなり差があり、永井・小野による施設調査によると、過去3年間で20%を超えているだけではなく、在籍者の半分近くが常時入れ替わっているケースもあった。この場合、離職率は50%になるだろう。先行研究でも、この高い離職率は経営課題として議論されている（小野,2007b；永井・小野,2008）。本研究では、離職の背景に職務適応があると想定し、それが性格タイプによって異なってくるという前提で、問題を俎上に上げ、検討する。

離職率の計算は期首と期末の人員数の合計を足して2で割り、平均在籍者数を求め、これを分母とし、期中における離職者総数を分子にして算定したものを「全体離職率」とするのが適切である

が、このような計算が必ずしも行なわれているわけではない。一方、入職者の総数を1年後の離職者で割った場合を「1年後における新規入職者離職率」ということになるが、これも正確に算定されていない可能性が高い。離職率の定義があいまいであることは1つには大きな問題である。

いずれにしても、離職率を低減し、定着化を進めていくこと、また離職の背景になっている現象を探っていくことは大きな課題である。なぜなら、一人の人材を採用し、新人として訓練し、活躍できる状態にまで立ち上げていくには先行投資がかかる。ある程度の離職はいかなる企業や職務でも起こりうるが、想定するよりも顕著に高い場合、人的効率が低くなってしまふ。また、離職は組織に対する共鳴性の欠如、労働条件の否定を意味する。かかる離職が極端に高いことは組織にとって健全ではなく、実在者に対して不信感を招くこと

にもなりかねない。

本研究では、介護職の職務適応に焦点を当て、その諸要因を探り、今後の施設経営を改善するための方策を明らかにすることにしようとしている。職務適応とは、仕事と職場に適応し、より高い職務満足とコミットメントを示しつつ、継続的に就業する意欲を示している状態と定義することができる。

本研究では、介護職に関する意識調査をデータベースとして、主に性格類型によってそのバーンアウト、組織コミットメント、仕事観、期待ギャップなどが異なることを示すことを目的とする。

## 2. 研究の理論的背景

### 2.1. バーンアウト

バーンアウトとは、「長時間にわたって人に援助する過程で、心的エネルギーがたえず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を示す症候群」(Maslach & Jackson, 1981; 田尾・久保, 1996)と定義されている。バーンアウトを測るMBI尺度には、「情緒的消耗感(EE; emotional exhaustion)」、「脱人格化(DP; depersonalization)」、「個人的達成感(PA; personal accomplishment)」という3つの下位尺度がある。情緒的消耗感とは、仕事を通じて、情緒的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態のことである。脱人格化とは、サービスの受け手に対する無情で、非人間的な対応のことである。個人的達成感とは、ヒューマンサービスの職務に関わる有能感、達成感のことである。通常、その減少を認識する。

### 2.2. 組織コミットメント

働く人々の仕事に対するコミットメントは、長らく組織行動の研究者のみならず、実務家の関心を集めてきた。組織コミットメントに関する基準

は5つの下位尺度からなるものとし、各尺度に3つの設問を設けた。設問は日本労働研究機構(2003)の調査で明らかになったものから、因子得点の高いものを中心に選び出した。「全くあてはまらない」から「全くその通り」までの5件法で質問した。

<採用された5つの下位尺度>

1. 職務満足感 (Job Satisfaction)
2. 存続的コミットメント (Continuous Commitment)
3. 職務コミットメント (Job Commitment)
4. 仕事への没入感 (Job Involvement)
5. 帰属意識 (Affective Commitment)

### 2.3. 職場環境要因

職場環境要因については、介護におけるバーンアウトに関する先行研究を参考にし、働きやすさ、上司葛藤、同僚葛藤、利用者葛藤、過重労働、上司サポートを設問として加え、「いつも」、「しばしば」、「時々」、「たまに」、「全くない」の頻度尺度とし、5件法で質問した。

### 2.4. 仕事観

仕事観、すなわち、働く目的をどう持つかは、バーンアウトや離転職意思、組織コミットメントに関係することが小野(2007a)によって明らかにされている。そこで、仕事観に関する設問を設け、「全くあてはまらない」から「全くその通り」までの5件法で質問した。

### 2.5. 性格特性

性格特性論においては、いわゆるBig Fiveがコンセンサスを得ている(藤島・山田・辻, 2005)。日本では90年代後半、これに基づく5因子性格検査が相次いで公表された。村上・村上(1995)の5因子性格検査、FFPQ研究会(1998)の5因子性格

検査、下仲他(1999)によるNEO-PI-Rの翻訳などである。5因子の名称は多少異なるが、本研究では、神経症傾向(N)、外向性(Ex)、開放性(O)、調和性(A)、統制性(C)の5特性の名称を採用した。5因子モデルに基づく性格試験に関しては150項目を50項目に短縮した質問紙がある(藤島他,2005)。しかし、これでも実際の調査では他の質問項目もあるため、冗長である。そこで、小野(2007a)では、24項目まで短縮し、調査票に組み込んだ。本研究ではこの項目に準じている。

## 2.6. 期待ギャップ

入職後の期待ギャップは、早期離職と関係していることが先行研究によって示されている(若林,1988;Dunnette,1973)。そこで、介護職の職場事情になじみやすいように項目をアレンジし、上司、作業条件、給与条件、仕事の面白さ、権限委譲、自己成長の機会など12の項目を選定した。これらについて、「期待以上」、「おおむね期待通り」、「やや期待外れ」、「全く期待外れ」の4件法で質問することにした。

## 2.7. 転職意思

本調査では、回答者の転職意思を確認するため、現職に留まりたい、転職したい(但し、介護職として)、転職したい(介護職以外の仕事)という設問を行なった。回答は三者択一である。

## 3. 調査結果

### 3.1 調査の概要

調査対象は、福岡県内の老人福祉施設22箇所を対象にし、調査票を配布した(1)。調査方法は、アンケート用紙を用いた無記名の自記式アンケート調査とした。各特別養護老人ホームに事前に趣旨を説明し、必要部数の調査票を用意し、郵送し、回答者の選択は施設に一任した。一部を留め置き

法により、一部を郵送によって回収した。調査期間は、2007年6月21日から7月20日であり、配布数281通、回収数は208通(有効回答203通)、回収率は74.0%であった。また各施設に離職状況や入職後の研修などについて追加調査を行なった。この調査期間は、2008年1月10日から1月30日だった。22施設のうち9施設から回答があった。施設の類型の特徴は特養であること、施設内の介護職であることである。運営形態等は分散している。

(1)福岡県で調査を実施した理由は、研究者の一人、小野の調査フィールドであることもあるが、今回の調査を支援頂いた西南学院大学社会福祉学科の賀戸先生のご紹介で施設調査が可能になったことによる。

(2)22施設に関して施設ごとに集計したところ、バーンアウトや転職意思、組織コミットメント、離職率等は大きな差があった。しかし、一部について複数施設が混在していること、離職率に関しては回答数が3分の1程度に留まったことなどから、検討には限界があった。ただ、施設の運営によって定着度合に差があることは明らかのようなのである。

## 3.2. 尺度の検定

### 3.2.1. バーンアウト尺度

バーンアウトに関する17の設問についてバリマックス回転を伴う主因子法による確証的因子分析を行なったところ、3つの因子解が得られた。因子はそれぞれ「脱人格化」、「情緒的消耗感」、「個人的達成感」と命名された。3つの因子について内的一貫性を示す信頼性係数を算定したところ、脱人格化( $\alpha = .840$ )、情緒的消耗感( $\alpha = .844$ )、個人的達成感( $\alpha = .857$ )だった。いずれも十分な値だった。

### 3.2.2. 職場環境要因

職場環境要因に関する設問についてプロマックス回転を伴う最尤法による探索的因子分析を行なったところ、6つの因子解が得られた。因子はそれぞれ「働きやすさ」、「利用者葛藤」、「過重労働」、「上司葛藤」、「同僚葛藤」、「上司サポート」と命名された。因子数を5にするなどして何度か因子分析を行なったが、「上司葛藤」と「上司サポート」は収束しないので、6つの因子解とした。信頼性係数はそれぞれ、働きやすさ(=.827)、利用者葛藤(=.738)、過重労働(=.797)、上司葛藤(=.700)、同僚葛藤(=.620)、上司サポート(=.660)だった。各因子の信頼性はおおむね十分な数値だった。

### 3.2.3. 組織コミットメント

組織コミットメントに関する5つの下位尺度各3つの設問について、バリマックス回転を伴う主因子法による確証的因子分析を行なったところ、5つの因子解に収束した。因子はそれぞれ「職務満足感」、「存続的コミットメント」、「仕事への没入感」、「帰属意識」、「職務コミットメント」と命名された。信頼性係数は、職務満足感(=.879)、存続

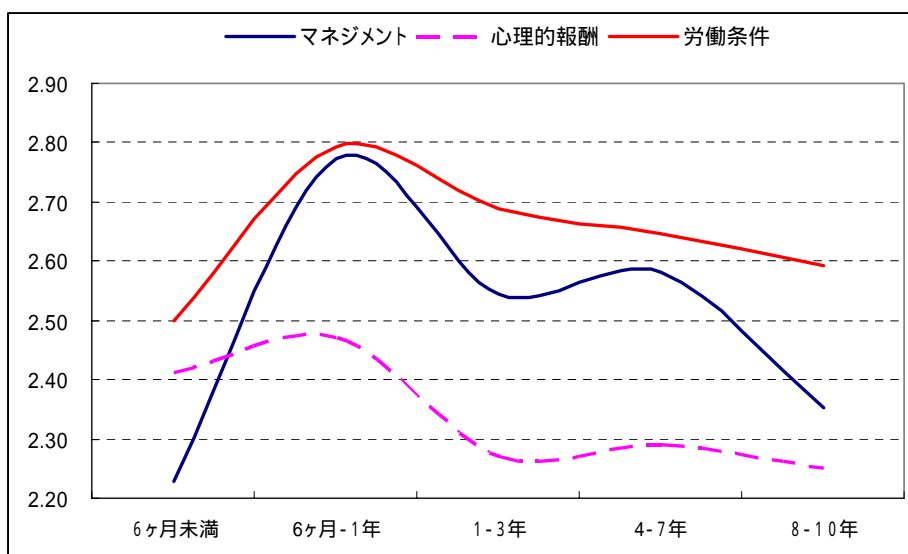
的コミットメント(=.789)、仕事への没入感(=.664)、帰属意識(=.714)、職務コミットメント(=.775)だった。おおむね問題のない数値だった。

### 3.2.4. 期待ギャップ

期待ギャップに関する12の設問についてバリマックス回転を伴う主因子法による探索的因子分析を行なったところ、3つの因子解が得られた。それぞれ「マネジメント」、「心理的報酬」、「雇用条件」と命名された。内的一貫性を示す信頼性を算定したところ、マネジメント(=.878)、心理的報酬(=.812)、雇用条件(=.623)だった。雇用条件についてはやや低かった。

3つの因子について勤続期間を横軸に取り、グラフにしたところ(図表1)入職して6ヶ月を過ぎるとマネジメントに関して急速にギャップ感が高まり、その後、徐々に小さくなるが、4年を過ぎると再びやや大きくなること、心理的報酬に関しては似た軌跡を辿るが、その変化はやや小さいことが見て取れる。一方、労働条件については1年を過ぎると、徐々にギャップ感が小さくなっていく。

図表1 期待ギャップ







3.3.2. 性格類型と就業意識

性格類型を独立変数にし、バーンアウト、組織コミットメント、職場環境要因、期待ギャップを従属変数にしてグラフ化した。これらについて解釈していく。バーンアウトでは、共感的堅実家型と安定的自信家型は比較的バーンアウトの度合いが低いが、他の3つは総じてバーンアウトの度合いが高い(図表5)。

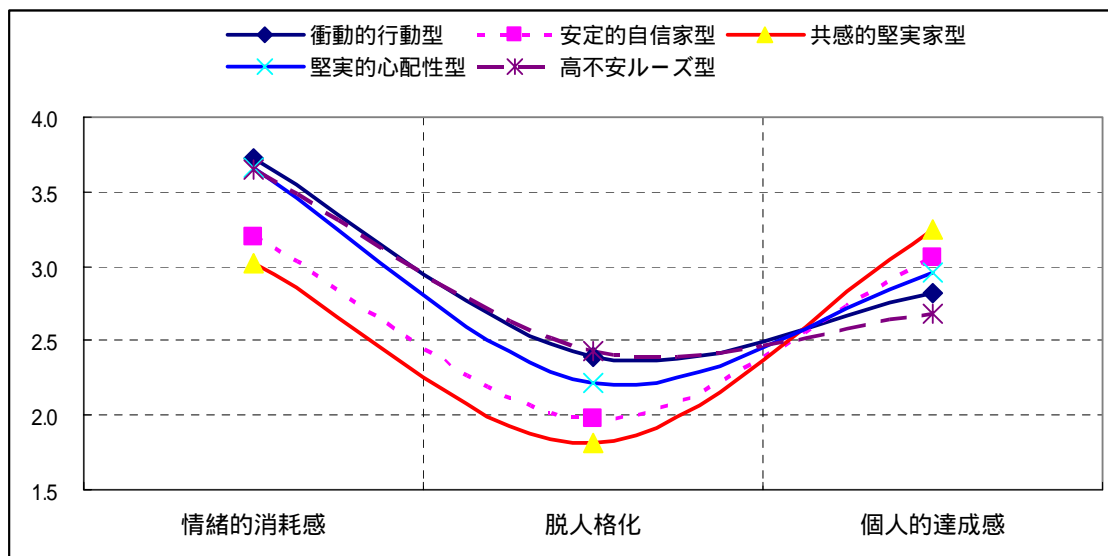
組織コミットメントでは、衝動的行動型が仕事への没入感が低く、他の項目では平均的な傾向を示す(図表6)。一方、共感的堅実家型は職務満足、職務コミットメントが非常に高く、存続的コミットメントは低い。高不安ルーズ型では、職務満足、職務コミットメント、仕事への没入感についていずれも低いが、存続的コミットメントは最も高く、帰属意識もやや高い。堅実の心配性型では、どの項目も平均的である。安定的自信家型では、全般

的に高いが、仕事への没入感はあまり高くない。

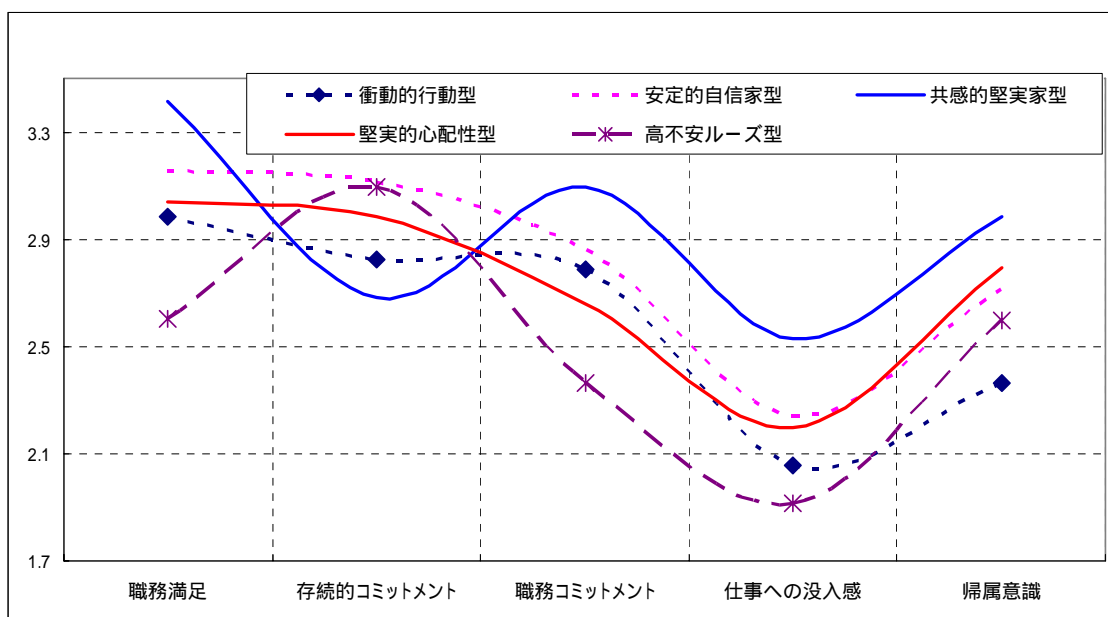
職場環境要因では、衝動的行動型が過重労働、上司葛藤、同僚葛藤を相対的に強く感じており、仕事そのもの及び人間関係にストレスを感じていることを示す。堅実の心配性型もストレスが強く、過重労働、上司葛藤、利用者葛藤をやや強く感じている。安定的自信家型は働きやすさを感じ、人間関係の葛藤や過重労働を比較的感じていない(図表7)。

期待ギャップでは、共感的堅実家型では勤続期間を通じて大きなギャップの変化はなく、比較的横ばいで推移していく(図表8)。これに対して、安定的自信家型、高不安心配性型、高不安ルーズ型では、入職6ヶ月から1年未満をピークにギャップが高まり、その後はギャップが多少とも解消される。この場合、安定的自信家型が最も回復が早い。

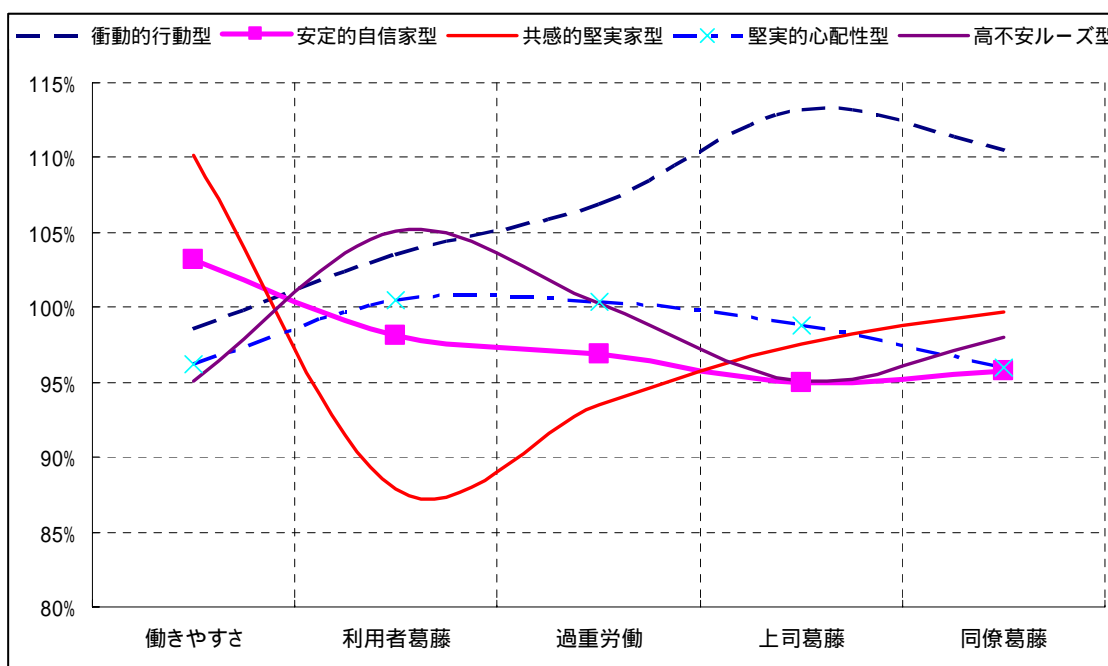
図表5 性格類型とバーンアウト



図表 6 性格類型と組織コミットメント

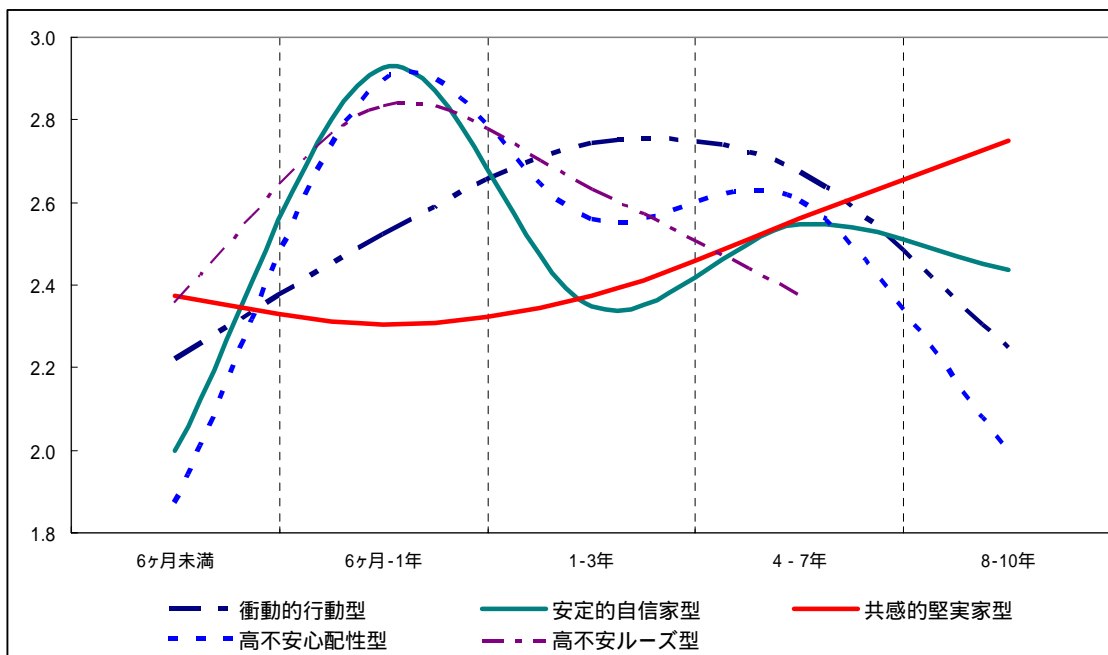


図表 7 性格類型と職場環境要因





図表 8 性格類型と期待ギャップ



3.4. 転職意思と就業意識

を従属変数にする重回帰分析 (ステップワイズ法)

3.4.1. パーンアウトと転職意思

を行なった。結果は図表 9 にまとめられたが、パ

ーンアウトは転職意思を強く予測することは  
先行研究によっても示されている (小野, 2007a)。  
そこで、3つの下位尺度を独立変数にし、転職意思

ーンアウトの下位尺度 3つを織り込んだモデル 3  
では調整済み R2 乗が .263 だった。パーンアウトが  
転職意思を予測することが示された。

図表 9 パーンアウトを独立変数にし、転職意思を従属変数にする重回帰分析

モデル		標準偏回 帰係数	t 値	有意確率 p	F 値	調整済み R2 乗
モデル 1	(定数)		3.323	.001	54.184	.208
	脱人格化	.461	7.361	.000		
モデル 2	(定数)		4.289	.000	33.495	.243
	脱人格化	.332	4.542	.000		
	個人的達成感	-.235	-3.209	.002		
モデル 3	(定数)		3.000	.003	25.034	.263
	脱人格化	.239	2.948	.004		
	個人的達成感	-.217	-2.985	.003		
	情緒的消耗感	.184	2.516	.013		

従属変数: 転職意思

## 3.4.2. 転職意思と就業意識

転職意思がどのような要因によって決定されているかを確認するために、バーンアウト、組織コミットメント、職場環境要因、期待ギャップの各項目を独立変数にする重回帰分析（ステップワイ

ズ法）を行なった。結果は図表 10 にまとめられた。モデル 4 では、職務コミットメント、仕事への没入感、マネジメントに関する期待ギャップ、存続的コミットメントの 4 項目を独立変数とするもので、調整済み R2 乗は .401 だった。

図表 10 就業意識を独立変数にし、転職意思を従属変数にする重回帰分析

モデル		標準偏回 帰係数	t 値	有意確率	F 値	調整済み R2 乗
モデル 1	(定数)		20.194	.000	80.581	.284
	職務コミットメント	-.536	-8.977	.000		
モデル 2	(定数)		21.260	.000	57.023	.358
	職務コミットメント	-.356	-5.280	.000		
	仕事への没入感	-.331	-4.913	.000		
モデル 3	(定数)		6.207	.000	43.450	.388
	職務コミットメント	-.331	-4.990	.000		
	仕事への没入感	-.246	-3.476	.001		
	マネジメント	.207	3.275	.001		
モデル 4	(定数)		6.628	.000	34.587	.401
	職務コミットメント	-.318	-4.842	.000		
	仕事への没入感	-.210	-2.936	.004		
	マネジメント	.208	3.319	.001		
	存続的コミットメント	-.132	-2.285	.023		

従属変数：転職意思

#### 4. 考察と討論

本研究では、性格特性が就業意識に関係しているという認識に立つ。転職意思を予測し、好ましい介護サービスの裏面指標であるバーンアウトは職場環境要因によってもたらされるという研究モデルがわが国では依然として主流である。そのため、バーンアウトとパーソナリティを関連付けた研究は少なく、エゴグラムとの関連(中村・稲岡, 1985)のほかは踏み込んだ研究が長らく乏しかった。ところが、看護職に関して、5因子モデルとの関連付けでバーンアウトを説明しようとする研究が近年になってようやく出てきた(福島他, 2004)。本研究では、性格特性を5因子ではなく、性格分類にタイプ分けし、それによって違いが出るかを探った。

バーンアウトでは、2つのタイプが顕著にバーンアウトしていた。また組織コミットメントでも、5つのタイプによって違いが見られた。職場環境要因でも、2つのタイプは他の3つとはかなり異なるパターンを示した。期待ギャップでも、5つのタイプはおおむね4通りの軌跡を示した。これらから、性格タイプが就業意識に説明力を持つものと考えられる。

入職後の受入についてはどうしていけばいいのか。大きな課題である。期待ギャップは、「幻滅曲線」、「現実的な職務予告(realistic job preview)」(若林, 1988; Wanous, 1980)の観点でも重要な視点であり、介護職問題における現実的活路のひとつと言える。入職後6ヶ月をどうするかが大きなポイントになると考えられる。また、採用も重要な課題である。職務適応という点では共感的堅実家型、安定的自信家型が望ましく、一方、高不安ルーズ型、衝動的行動型は不適応を起こしやすい。とりわけ、この2つでは利用者葛藤も高く、好ましいサービスを期待しにくい。堅実的心配性型は中間的で、職務上は特に問題がない。

採用時点で性格テストなどを用いてチェックすることが必要である。なお、この場合の問題特性は、衝動性、不安、心配性などの高さであり、共感性、自信、理解、能率の低さである。また面談

でも考慮すべきである。なお、実務的に介護職で心理テストを導入するとすれば、今回の結果をもっと精緻に検証するとともに、30分程度で実施可能なテストを開発し、低廉な費用で採用時に実施できると人的効率の向上に寄与できるだろう。しかし、人手不足で採用選考で応募者を弾く状況にない施設も多く、入職後の指導や教育で対応できないものかという課題も残されてくる。

#### 参考文献

- 1) Dunnette, M.D., Arvey, R.D., & Banas, P.A. Why do they leave? Personnel, (May-June), pp.25-39:1973年
- 2) 藤島寛・山田尚子・辻平治朗「5因子性格検査短縮版(FFPQ-50)の作成」『パーソナリティ研究』13(2)pp.231-241:2005年
- 3) 福島裕人・名嘉幸一・石津宏・與古田孝夫・高倉実「看護者のバーンアウトと5因子性格特性との関連」『パーソナリティ研究』12(2).pp.106-115:2005年
- 4) FFPQ研究会『FFPQ(5因子性格検査)』北大路書房, 1998年
- 5) 久保真人『バーンアウトの心理学』サイエンス社, 2004年
- 6) Maslach, C., & Jackson, S.E. Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologists Press, Inc.:1981年
- 7) 村上宣寛・村上千恵子「主要5因子性格検査の世代別標準化」『性格心理学研究』8, pp33-42:1995年
- 8) 中村久美子・稲岡文昭「看護婦にみられるBurn-outとエゴグラムに示される個人特性との関連」日本看護学会集録 第16回看護管理, pp.17-21:1985年
- 9) 永井隆雄・小野宗利「介護職のバーンアウトと離職」, vol.3, pp.77-95:2008年
- 10) 日本労働研究機構編『組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発: HRMチェックリストの開発と利用・活用』日本労働研究機構, 2003年

- 11)小野宗利 (2007a)「介護職の就業意識 - 組織調査」九州大学大学院紀要『経済論究』第129号,pp.39-54: 2007年11月
- 12)小野宗利 (2007b)「介護職の離転職と HRM 施策」九州大学大学院紀要『経済論究』第129号,pp.55-63: 2007年11月
- 13)下仲順子・中里克治・権藤恭之・高山緑『NEO-PI-R,NEO-FFI 共通マニュアル』東京心理株式会社,1999年
- 14)田尾雅夫・久保真人『バーンアウトの理論と実際 - 心理学的アプローチ』誠信書房,1996年
- 15)若林満「採用・配置・昇進」三隅二不二・山田雄一・南隆男編『組織の行動科学』所収 福村出版,198

### Abstract

Most of the care house face high turnover rate and find out managerial planning and Human Resource Development. We should examine why many care workers leave. One reason is that care house has management problem and another reason is care workers' job adaptation and its factors. In this study we examined the attitude and consciousness in 203 care workers. We supposed 5 personality types and they predict the attitude and consciousness (turnover intention, Burnout, Organizational Commitment, Cognition on the workplace environment factors, and gap between expectation and real).The aim of this study is what people the care house should recruit and employ and what personality type is easy to quit from the care house. Stable-self-confident type and Compassionate-solid type are preferable regarding job adaptation. High-anxiety-loose type and Impulse-high-activity type are not preferable. Steady-uneasy type is middle.

## [ 研究論文 ]

### 新人介護職における意識の違いと処方箋

著者：永井隆雄（JEXS 組織戦略研究所所長・コンサルタント）

共著者：小野宗利（小野人事管理研究所所長）

#### 抄録

組織に参入する新人は自分のナイーブな期待と現実のギャップに直面するが、特に新人介護士は、深刻な幻滅と葛藤を経験する。1年以内に離職する介護士は後を絶たず、非常に多い。この論文では、離職の先行指標になるのは何か、何が離職の背景になっていくのかを、施設ごとの離職状況や意識調査の結果を検討することを通じて明らかにしようとしている。幻滅は203の介護士を対象にし、12の項目（上司、給与、承認、権限委譲など）によって測られた。その結果、バーンアウトと組織コミットメントは有効な先行指標にならないことが示され、一方、幻滅が決め手になることが明らかになった。

**キーワード：**幻滅曲線、バーンアウト、組織コミットメント、介護職、新人

#### 1. 目的

高齢者介護施設で働く介護職においては早期離職が頻発しており、その背景にはバーンアウトがあるが、さらにその淵源には職場環境や処遇の問題が横たわっているものと考えられる。言わば、「介護労働」というおおきな社会問題があり、今後はそれを「介護経営」、「(介護)施設経営」という視点で取り組んでいかないといけない局面を迎えつつある。従来のような介護理念、介護概念だけで現場を切り盛りすることは困難であろうと考えられる。

介護問題に関してはこれまでいくつかのアプローチがなされてきた。1つには社会福祉学における介護概念の探求である。もちろん、介護のあるべき姿や理念は大いに議論されるべきであるし、その信念や理想なくして成り立たないものと考えられる。一方、社会政策学では、老人介護における労働条件の劣悪さが糾弾されてきた。労働条件を大幅に改善しないと、介護労働の問題は前進しないという発想である。確かに介護従事者の労働条件は決して十分なものとは言えない水準であるし、処遇に対する不安や不満もある。しかし、定着している層もあり、仮に2倍の報酬を払って解決するとしても現実的ではない。また、介護という仕

事では決して世間水準から見て高い報酬を得られないことは入職する前から十分に告知されていることで、無理やりに、その仕事に追い込まれ、不利益変更の結果、その条件になったわけではない。つまり、労働条件のみに帰着させる発想は政治的なデモンストレーションに過ぎない。本研究では、実際の介護従事者の就業意識を主観的な次元で捉え、離職意思形成の原因を意識の面から多角的に探っている。また、離職という現象はキャリアの初期に特徴的な問題として組織行動論で議論されてきたし、現在も研究がなされている。そこで、決して高くないだろう条件ながら、何かあるだろうと夢と期待を持って入職し、ある者はその夢がなくなって日々の仕事に喜びを覚えて定着し、ある者はひどい幻滅感から職場を瞬く間に去ってしまう現実を追いかけ、その違いと背景を丹念に追いかけることにした。

本研究は組織行動論の理論と手法を用いて介護職の初期キャリアを研究するものである。これまでバーンアウト研究があり、バーンアウトすれば介護労働の質は下がるはずなので、その原因を探り、それを回避するという研究は多くなされてきた。それらは一定の成果となっている。しかし、バーンアウトは先行指標であり、HRMの施策として

ターゲットにすべきなのは離職低減や定着化、採用口スである。それらを結果変数に想定できるように研究モデルに組んだのが本研究である。

永井・小野(2008)は、介護職においてバーンアウトが転職意思の先行指標になることを示し、さらにバーンアウトの原因変数には職場環境要因があること、また組織コミットメントとバーンアウトに一定の関係が認められることを明らかにした。また、小野(2007a)は、仕事観がバーンアウトや職場環境の認識に関係することを強調し、仕事の意味にあまり関心を示さず経済的動機を重視する「実利指向型」よりも、人との交流や献身、能力の発揮に価値を見出す「自己実現型」がバーンアウトしにくいことを示した。さらに、永井・小野(2008)は、施設ごとに離・転職意思やバーンアウト、組織コミットメントなどが大きく異なることを示したが、この点についてその背景を含めて十分に掘り下げることができなかった。そこで、施設ごとの離職状況などを追加調査によって明らかにし、施設ごとに介護経営を考えるという観点から、早期離職の実相に迫り、介護職の定着化に向けたソーシャル・サポート、コーピングなどの支援策、計画的な人材育成など HRM 施策を検討し、提言していくことが必要になってくる(小野,2007b)。本研究は、そのための現状把握に寄与することを目的としている。

## 2. 背景

### 2.1. 組織社会化と幻滅

組織に新人が参入した時、新しい組織に適応していく必要から知識や技術を習得し、態度を形成し、行動を変容させ、組織に順応していく。このような過程を「組織社会化(organizational socialization)」という(佐々木,1993)。このような過程については、「氷解」、「変化」、「再氷結」という3段階(Schein,1980)など様々な行動変容のステージ・モデルが想定されている。なお、新人とは明確な期間はないが、入職して組織への適応に煩悶、葛藤し、定着化していく実在者のことを指し、彼らは未熟なスキル、職務知識、組織固

有の価値観や行動規準と、自分自身の生活、その人固有の価値観などが対立し、時に苦悩し、しだいに組織の一員としての自己が芽生えて自立していく。もちろん、この対立・葛藤は根源的なものであり、完全に解消されてしまうわけではない。キャリアの中期以降も様々な葛藤や煩悶、懊悩が起こってくるだろう。また、期間は職務内容によって異なってくるだろう。

新人が組織に参入する時、最初にその人が期待していたことと現実ギャップがある時、幻滅(disillusionment)や対立、葛藤が生じてくる(若林,1981)。Dunnetteら(1973)は、入社2年以内に離職した群と離職しなかった群に分け、在職経験を比較したところ、上司や承認、仕事の責任などについての幻滅に差があることを明らかにし、幻滅経験が離職に関係していることを示した。若林・南・佐野(1980)は、潜在能力の高さが期待の高さと考え、上司との交換関係によって幻滅感と職務遂行がどうなるかを検討し、潜在能力、交換関係が共に高い場合、幻滅感が小さいこと、その一方で潜在能力が高くて交換関係が低かった群では最も幻滅感が大きいことを示した。また、幻滅を防ぎ、現実を十分に予告して採用すべきであることをWanous(1976,1980)は強調している。

先行研究を踏まえ、永井・小野(2008)では、期待ギャップに関する設問を独自に作り、上司、作業条件、給与条件、自己に対する承認、権限委譲、仕事の面白さ、自己成長の機会、仕事の多様性、施策の納得性、アイデアの活用、能力の活用、雇用の保証という12項目について質問を行なった。なお、尺度は「期待以上」、「おおむね期待通り」、「やや期待以下」、「かなり期待以下」の4件法としている。

### 2.2. 仮説

介護職においては早期離職が多く、好ましい交換関係が形成されないまま離職してしまう。しかし、資格に裏付けられて働く介護職においては、たとえ離職する場合でも、また介護士として再就職したいという希望する者も少なくない。しかし、

新人として組織社会化のプロセスを経験できずに早期離職してしまった場合、その後も組織との交換関係において不適応を示してしまう可能性がある。そこで、次のような作業上の仮説を想定し、新人介護職の組織社会化プロセスについて検討していく。

- 仮説 1：施設ごとに離職率は異なる
- 仮説 2：離職率の高い施設は幻滅度合いが高い
- 仮説 3：幻滅度合いの高い施設は転職意思が高い
- 仮説 4：幻滅度合いの高い施設はバーンアウトの度合いが高い
- 仮説 5：幻滅度合いの高い施設は組織コミットメントが低い

### 3. 方法

#### 3.1. 調査対象

本研究では、2007年7月に実施された小野による介護施設調査のデータセットを用いている。この調査は、福岡市に所在する22の施設について実施され、203名の施設内介護職の就業意識に関するものである。また2008年1月4-20日、施設ごとの離職状況や新人受け入れ態勢について調査を行ない、8の施設から回答を得た。なお、退職者数についての詳細を明らかにした施設は6施設だった(1)。サンプルは特養であり、全国的に見ても標準的な地方都市のものとなっていると考えられる。福岡県は調査協力が得やすいことから、医療や福祉に関して全国から調査依頼が多いところである。

(1) 退職率などの数字はあまりその施設にとって示したくない経営情報であろう。そのため、極端によいか、悪いか、あるいは偽装された数字か

が報告されやすいものと考えられる。そこで、電話をして趣旨を説明し、さらに守秘義務を約束してデータ収集に当たった。

#### 3.2. 研究方法

##### 3.2.1. 施設ごとの離職状況

施設ごとに離職状況を算定した。過去2年間(2006年及び2007年)の期首と期末の在籍者数の平均を分母とし、期中の退職数を分子にして離職率を計算した。

##### 3.2.2. 幻滅曲線

施設ごとに幻滅度合いを算定し、独立変数に経験期間、幻滅度合いを従属変数にし、さらに、これを図表として示す。なお、幻滅度合いは12項目4段階の合計点とする。幻滅曲線は全体としての傾向をつかんだ後、転職意思別、施設別に描き直してさらに検討を加える。

### 4. 結果

#### 4.1. 施設ごとの離職状況

調査期間において離職は全くなかったとする施設もあったが、具体的に数字を示したところでは、13.2%が最も低い数字だった(略号「聖」)。これに対して、最も高いところは37.3%だった(「花」)。その他については全体の調査と関連付けて帰属させることが困難だった。これは介護施設調査を行なった際、一部の施設について郵送法を採ったために、施設が判然としない調査票が含まれたことに起因する。

図表 1 施設別の離職率

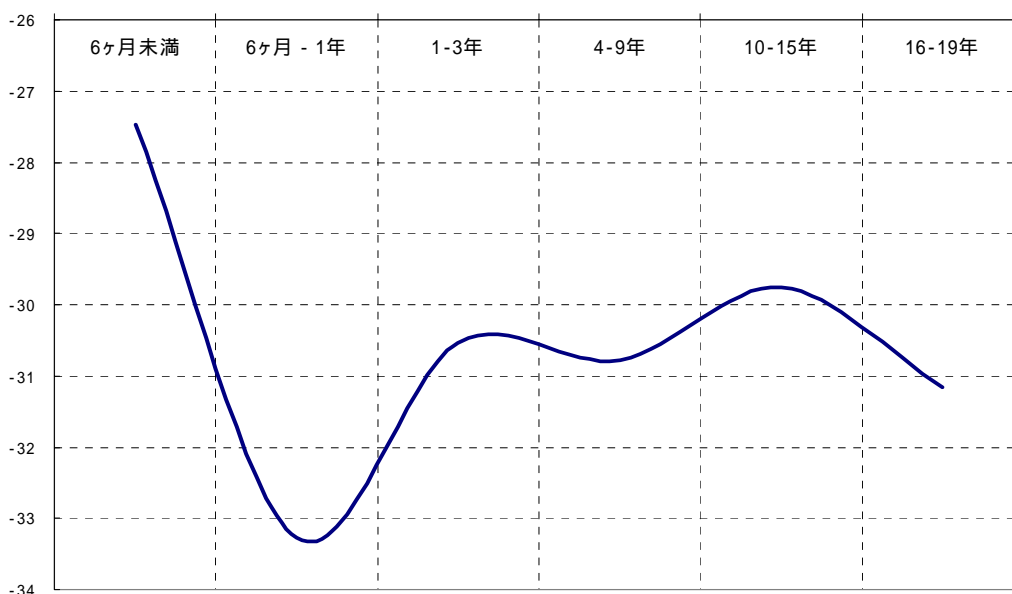
	花	聖	A	B	C	D
離職率(%)	37.3	15.2	17.9	13.2	23.6	25.7

#### 4.2. 幻滅曲線

まず、全体としての幻滅曲線を描いたところ、図表2のようになった。入職して6ヶ月から1年未満のところ、最も大きく落ち込んでいる。一

方、1-3年ではある程度回復するが、その後は再び低迷する。さらに、10年を過ぎた頃から再び悪化していく。

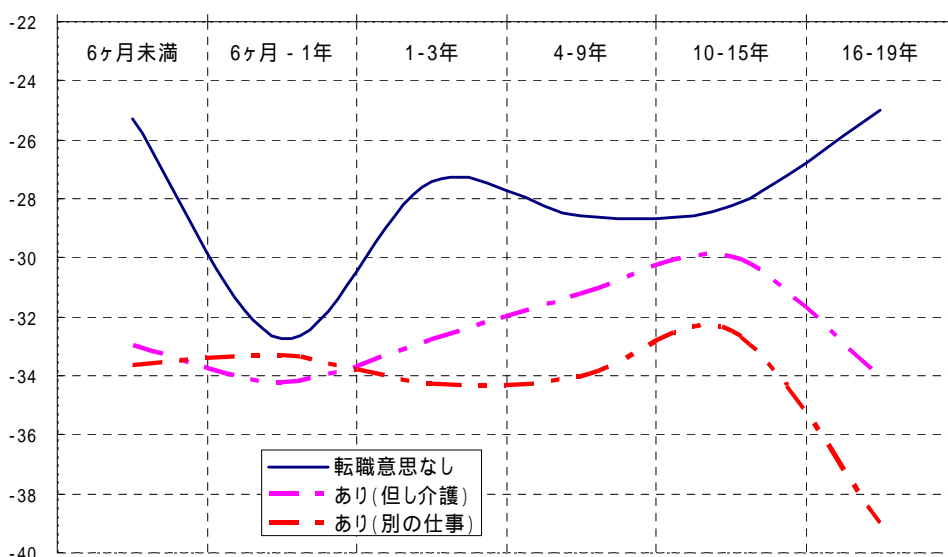
図表 2 幻滅曲線(全体)



次に転職意思別に描いたところ、図表 3 のよう  
 になった。転職意思のない群では、おおむね全体  
 の傾向と平行であるが、入職 10 年以降は悪化  
 せず、むしろ改善していく。これに対して、転職  
 意思のある群は、介護職として転職を希望する群

も、介護職以外の職を希望している群でも、同じ  
 く入職直後である 6 ヶ月未満の段階で幻滅感があ  
 り、そのまま低迷している。入職 4 年以降にな  
 ると、差が生じて、介護職以外での転職を希望する  
 群はより一層幻滅感が強いことが示される。

図表 3 幻滅曲線(転職意思別)

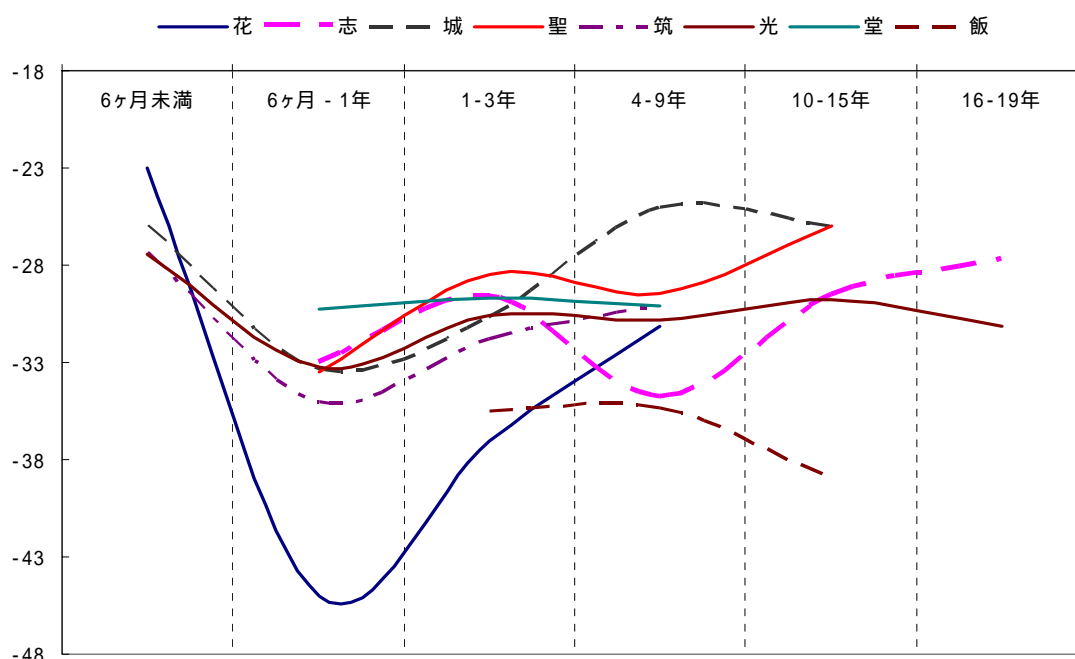




次に、8つの施設について幻滅曲線を示したところ、図表4のようになった。これを見ると、幻滅曲線の軌跡が施設ごとにかなり異なっていることが示されている。図表1で最も離職率の高かった「花」という施設では入職後6ヶ月から1年未満で大きく落ち込んでおり、その後の回復も緩慢で、10年以降については在籍者がいないという状況になっている。一方、「堂」は幻滅曲線がフラットで、期間によって差があまりない。また、離職率の低

かった「聖」の幻滅曲線は、入職6ヶ月の実在者がいないが、経験年数3年未満では最も0に近い水準にあり、幻滅感が小さいことが示され、かつその後も改善向上していることが確認できる。4年以降において幻滅感の少ない「城」に関しては離職状況が把握できなかった。全体としては入職6ヶ月以上1年未満に比較的強い幻滅感、期待ギャップが生じているが、その後は多少とも改善していく点で共通している。

図表4 幻滅曲線（施設別）



名称は略号としている。なお、施設数が多いこともあり、どの施設がどの線か、判別しにくいがおおむね3つ程度のパターンに階層化していることが見て取れる。「花」は極端に落ち込み、「城」とされる施設は回復が急である。「飯」は長期的にも下落している。

#### 4.3. 転職意思

転職意思に関する設問について平均を求めて整理したところ、図表5の通りになった。「志」及び「聖」については2以上の数字が示され、介護と

いう仕事ではなく、他の仕事に就きたいことが大勢を示す結果になっている。一方、「花」や「筑」、「堂」の数字は低くなっている。

図表 5 施設別経験年数別の転職意思

	花	志	城	聖	筑	光	堂	飯
6ヶ月未満	1.0	3.0	1.0		1.0	2.0	1.3	
6ヶ月 - 1年	1.0	2.2	2.0	2.5	1.5	2.0	1.6	
1-3年	2.0	2.3	1.3	1.9	1.3	2.2	1.9	2.3
4-9年	1.8	2.0	1.0	1.8	1.7			2.3
10-15年		1.3	1.5	1.0				3.0
16-19年								

転職意思なしを1とし、転職意思あり(ただし、介護職)を2とし、さらに転職意思あり(ただし、別の仕事)を3として、その平均値を求めた。

#### 4.4. パーンアウトと組織コミットメント

施設ごとにパーンアウトの下位尺度(情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感)及び組織コミットメントの下位尺度(職務満足、存続的コミットメント、職務コミットメント、仕事への没入感、帰属意識)を算定し、その後、偏差値に換算して表示したのが図表6である。これを見ると、「花」

についてはパーンアウトでは平均的であるが、帰属意識が低い。「聖」はパーンアウトの度合いがやや低い。一方、「飯」は、顕著にパーンアウトの度合いが高く、組織コミットメントは低い。「回」はパーンアウトの度合いが低い。「光」は、個人的達成感、組織コミットメントが低い。

図表 6 施設ごとのパーンアウト、組織コミットメント

事業所	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	職務満足	存続的コミットメント	職務コミットメント	仕事への没入感	帰属意識
花	51	51	49	50	50	52	<b>48</b>	<b>46</b>
回	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	51	<b>48</b>	49	51	53
恵	<b>48</b>	49	52	51	<b>46</b>	49	52	53
志	54	52	<b>45</b>	<b>46</b>	54	49	49	<b>48</b>
城	<b>45</b>	48	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	55	53	<b>47</b>
聖	<b>48</b>	<b>46</b>	51	51	49	<b>48</b>	49	52
筑	52	51	51	52	53	50	50	52
堂	51	49	52	50	49	53	52	50
飯	<b>60</b>	<b>63</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>58</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>47</b>
善	51	<b>48</b>	50	48	49	51	50	48
光	53	53	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>46</b>	49
不明	48	50	50	51	51	51	50	50

偏差値表示、偏差値 55 以上及び 48 以下を太字表示。

## 5. 考察

介護施設における介護士の離職率は20%とされているが、本調査でも、おおむねこの範囲になっていた。ただし、その実態把握は困難で、全体を推計するに足る情報を得ることは難しかった。

我々は、本研究で次のような仮説を提示したが、それらについて検証にしていきたい。

仮説1: 施設ごとに離職率は異なる 支持された (図表1参照)

仮説2: 離職率の高い施設は幻滅度合いが高い 支持された (図表4参照)

仮説3: 幻滅度合いの高い施設は転職意思が高い 支持されなかった (図表5参照)

仮説4: 幻滅度合いの高い施設はバーンアウトの度合いが高い 支持されなかった (図表6参照)

仮説5: 幻滅度合いの高い施設は組織コミットメントが低い 部分的に支持された (図表6参照)

以上から、施設全体のバーンアウトの程度、組織コミットメントの実情把握からは離職は予測しにくいと結論付けることができる。一方、幻滅の度合いは離職率の先行指標になると考えることができる。つまり、幻滅度合、期待ギャップを質問することが転職意思を問うのには適当ということになる。かかるインプリケーションからすると、幻滅とその回復という観点で、介護労働を一層研究していくべきものと考えらるべきであろう。

本研究における結論は、全体的なサンプルとして検討を行なった永井・小野(2008)及び小野(2007a)と異なる結果になった。これは施設単位では調査サンプルが全数ではないことに起因するものと考えられる。そして、サンプルが少ない場合でも、幻滅という測定尺度で検討すれば、転職意思の先行指標となり、それは転職行動を予測す

ることになる。しかし、バーンアウト尺度や組織コミットメントだけでは十分にそれを予測することは困難である可能性を示す。

## 参考文献

- 1) Dunnette, M.D., Arvey, R.D., & Banas, P.A.: Why do they leave?, *Personnel*, 50, 3, 25-39; 1973
- 2) 永井隆雄・小野宗利: 介護職のバーンアウトと離職、*人材育成研究*, 3(1), pp. 77-95; 2008
- 3) 小野宗利: 「介護職の就業意識 - 組織調査」、『*経済論究* (九州大学大学院経済学会)』, 129, pp. 39-54; 2007
- 4) 小野宗利: 「介護職の離職とHRM施策」、『*経済論究* (九州大学大学院経済学会)』, 129, pp. 55-63; 2007
- 5) 佐々木政司: 「組織社会化過程における新入社員の態度変容に関する研究」、『*経営行動科学*』, 8, pp. 23-32; 1993
- 6) Schein, E.H.: *Organizational Psychology*, New Jersey: Prenticehall, 1980
- 7) 若林満・南隆男・佐野勝男: 「わが国産業組織における大卒新入社員のキャリア発達過程 - その経時的分析」、『*組織行動研究*』, 6, pp. 3-131; 1980
- 8) 若林満: 「キャリア形成とモチベーション」、『*組織の行動科学*』(西田耕三・若林満・岡田和秀編著), 有斐閣, pp. 175-202; 1981
- 9) Wanous, J.P.: Organizational Entry: from naive expectations to realistic beliefs, *Journal of Applied Psychology*, 61, pp. 22-29; 1976
- 10) Wanous, J.P.: Organizational Entry: Recruitment, selection, and socialization of newcomers, Addison-Wesley; 1980

## Abstract

The differences depend upon Care Houses about attitude in Newcomer: Prescription for HRM in are Workers Newcomers in organizational entry face the gap between his naive expectation and the realistic; paticually care workers experience the serious disillusionment and conflict from the

organization. There are son many early turnover in care workers within 1 year. The purpose of this article is to examine what are the leading indicators for turnover and what is causal process in high turnover rate in care workers though focusing on the differences in several care houses. We research 203 care workers on disillusionment by 12 questionnaires (ex.boss, pay, recognition, and delegation). Both Burnout and Organizational Commitment are not leading indicators for high turnover rate. On another hand, Disillusionment is critical.

## [ 研究資料 ]

### 介護技術・技能の変革による介護作業価値向上に関する基礎的検討

著者：扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科）

共著者：武藤 充（早稲田大学人間科学部健康福祉科学科）、山路 学（青山学院大学理工学部経営システム工学科）

#### 抄録

現今、わが国の介護事業者は利用者に対する質の高いサービスの提供が求められている。しかし、ケアワーカーの確保が困難な状況であることに加え、彼らの離職率も高い現状にあり、職員の確保・育成・定着に対する取り組みが急務である。我々は、前述のような背景の中で他施設との競争に打ち勝つカギは、利用者へ質の高いサービスを保証した介護技術・技能の変革であると捉えた。そこで、本研究では、この介護技術・技能の変革を介護作業価値の向上という側面から捉え、介護作業価値マネジメントモデルと介護作業価値向上展開モデルを提案した。また、本モデルに基づいた活動を展開している特別養護老人ホームにおける会議プロセスの改善事例を検討した。職員は、会議プロセスの改善をはじめとした本モデルに基づく取り組みとその成果を肯定的に評価していた。こうした取り組みを継続的に行ない、今後さらに客観的な指標を用いて取り組みの評価を行っていく必要がある。

**キーワード：**介護技術・技能の変革、介護作業環境、人材育成、インテリジェンス・ケアワーカー、介護作業価値向上

#### 1. はじめに

我が国の介護事業者は、介護保険制度の導入以降、「措置・委託により与えられる福祉」から「利用者が契約により選択する福祉」へと変わったことで、より質の高い介護サービスの提供が要求されている。そのため、施設間の質に対する考え方および取り組み方の違いによって、業績などに差が生じている。多くの介護事業者の収益基盤は悪化し、介護事業から撤退する事業者や NPO も出始めている。

こうした状況を乗り越えるには、ケアワーカーによって提供される介護サービスを高水準かつ同一品質で提供することが不可欠であり、QCD（Quality, Cost, Delivery）を意識した介護サービスの提供が必須条件と言える。

しかしながら、介護事業を含む福祉業界では、

利用者満足を追求する質向上活動の動きが見られるが、実際には長く措置制度の下にあったために、いまだに浸透しきれていない<sup>1)</sup>。また、サービスの質を高める、あるいは一定以上の質に保とうとする活動の指標として ISO9001 を取得する社会福祉法人もあるが、ISO9001 は、創造性が支配する業務分野への適用や全員の活力・自主性の向上・人材育成などの面での弱みが指摘されている<sup>2)</sup>。

以上のような背景がある中で、我々は、介護事業者が地域内での競争に打ち勝つ高水準かつ同一品質の介護サービスを直接的な顧客である利用者へ提供するには、介護技術・技能の変革が必要であり、そのためには介護作業環境の刷新と人材育成が不可欠であると考えます。

本稿では、介護技術・技能の変革を介護作業価値の向上という側面から捉えて、介護作業価値マ

ネジメントモデルと介護作業価値向上展開モデルを提案する。さらに、提案した介護作業環境の刷新と人材育成に取り組んでいる特別養護老人ホームの事例について検討する。

## 2. 介護現場における人材育成の現状

高齢者人口の増加と核家族化に応じた介護サービスに対する需要の拡大に伴って、介護事業者は利用者に対する質の高いサービスの提供が求められている。

しかし、現状ではケアワーカーの確保がそもそも困難な状況であることに加え、全産業の平均離職率16.2%を上回る21.6%の離職率となっており<sup>3)</sup>、介護サービスの担い手であるケアワーカーの確保・定着が難しくなっている<sup>4)</sup>。また、確保できたとしても十分な適性診断や研修が行われず、介護技術にバラつきがある状態で業務に入ることが少なくない。これには、新人に対して指導を行う者の資質に依存し、指導担当者によって指導内容が異なるために、個人にも現場にも混乱を生じさせていることは否定できない。加えて、介護技術・技能、仕事の手順、介護サービスの展開の仕方については、多くのあいまいさ、すなわち「暗黙知」が存在している。多くの介護施設では、個人や組織の中にある介護技術・技能、ノウハウや運用ルールなどがあいまいなままであり、ケアワーカー個人の能力が十分に発揮できず、高水準かつ同一品質の介護サービスが提供することが困難な状況にある。

## 3. 介護現場における労働作業価値向上

介護施設の経営者は、施設で提供するサービスの独自性よりも、事故や感染症等を起こさないことが重要であると考えることが多い。これらに対する予防策や発症・発生後には事故や感染症に直接関係する事柄については何らかの対応をするが、

そこに直接的に関係しない部分は切り離して考えられることが多い。再発を防ぐためには、該当するケアワーカーの個人の資質や能力に着目し、介護作業を取り巻く環境を踏まえて考えることも重要である。

また、ケアワーカー自身はもちろんのこと、利用者やその家族、一般の人々に、ケアワーカーの仕事が社会的に価値のある業務であると認知されることが不可欠である。ここでの価値とは、介護作業に対するサービスの出来栄とその評価と考える。この価値を向上することが、事故や感染症の予防につながり、離職率を低減することにつながると考える。

この介護作業の価値に関しては、山路ら<sup>5)</sup>、<sup>6)</sup>による製造業を対象にした労働作業価値向上の基本原則が、ケアワーカーにとっても大いに示唆に富む。これは図表1のように5層からなり、下の階層ほどケアワーカーにとって基本的な要求となる。以下、各項目に関して説明する。

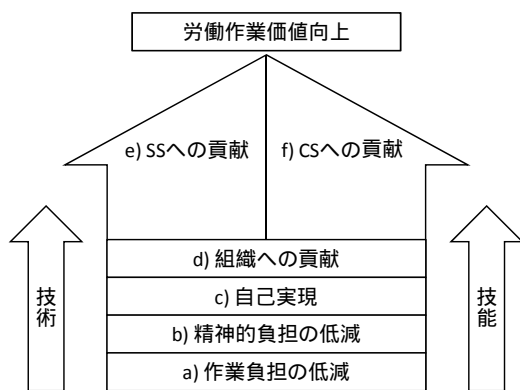
- a) 物理的負担軽減では、体位交換や移乗をはじめとした重筋作業の軽減の具体的プログラム化と実施が必要不可欠である。利用者とその家族の期待を適える“安全・安心な介護サービス”の基盤となる。
- b) 精神的負荷低減では、介護現場における精神的な障害を軽減する適切な労働環境の提案と実施が不可欠であり、より高度な介護技術・技能の習得のモチベーションとなり、質の高い介護サービスの基盤となる。
- c) 自己実現では、利用者にとって安全・安心という意味も含んだ高度な介護技術・技能を習得することにより、モラルの改善を図る。これらを習得することにより、同一施設内にお

いて同一品質で、しかも質の高い介護サービスの提供が可能となる。さらに言えば、利用者とその家族の気持ちに応えられる介護サービスにつながるのである。

- d)安全・安心の介護サービスが展開されることで、少なくとも介護に伴う事故や感染症の発症による通院や入院による施設の減収や苦情処理対応の時間が減少し、組織への貢献がなされ、これが、e)地域住民が安心して質の高い介護サービスを受けられるという意味で地域社会の福祉水準の向上に貢献し、f)利用者とその家族という顧客満足への貢献がなされることとなる。

これらの要件が、バランスよく満たされることにより、より高いレベルの要件が生まれ、これを繰り返すことで、介護における労働作業価値、すなわち介護作業価値がスパイラルアップすると考える。

図表1 労働作業価値向上の基本原則3)



#### 4. 介護作業価値マネジメントモデル

質の高い介護サービスを展開するためには、少なくとも職員間の介護技術・技能のバラつきをな

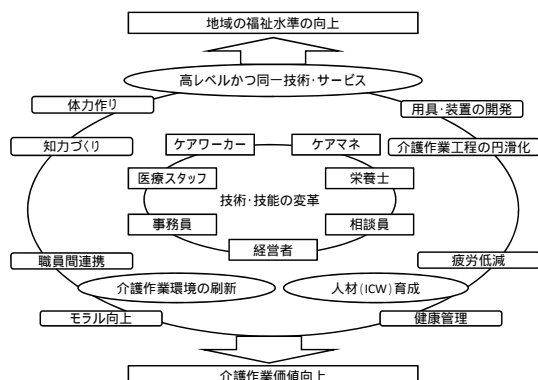
くすることが不可欠である。これを達成するためには、ケアワーカーや相談員、ケアマネジャー、医療スタッフ、事務職員および経営者が連携して、ケアワーカーの技術・技能の改革に臨まなければならない。

そこで、先の労働作業価値の基本原則に基づき、介護作業価値マネジメントモデルを図表2に示した。通常、労働作業の価値を考える際に、その対価として賃金で考えるが、今回は作業環境とそれを取り巻く環境を考慮に入れたモデルとした。

このモデルでは、現在の介護現場における課題を認識し、介護作業価値を高めるために必要な要件を表している。具体的には、自ら向上していく課題として、体力づくりや知力づくり、職員間連携、モラル向上が挙げられ、環境の向上として、ケアワーカーに負担のかからない用具・装置の開発、介護作業工程の円滑化、疲労軽減、健康管理が必要である。これは、ケアワーカーが技術・技能を習得し、発揮するための環境づくりと考えられる。これらのことを実践するためには、ケアワーカーだけでなく、相談員やケアマネジャー、医療スタッフ、事務職員、経営者ともコミュニケーションをとる必要があるため、全職員をつなぐシステムが重要となる。

これらを的確に実行していくことで、ケアワーカーの技術・技能の変革がなされ、継続的な質の高い介護サービスが可能となり、利用者とその家族の満足、いわゆる顧客満足と地域の社会的満足が高まり、介護作業価値も高まる。当然、従業員満足も高まる。このような施設が地域内に存在する住民は、質の高い介護サービスを受けられる可能性が高くなる。すなわち、地域の福祉水準の向上に寄与することになる。

図表2 介護作業価値マネジメントモデル



### 5. 介護作業価値向上展開モデル

我々は、提案したモデルを戦略的に展開するためには、ケアワーカーが介護技術の腕を磨き、それを十分に発揮できる環境を整えることが特に重要であると考えた。

そのカギとなるのは、作業環境の刷新とインテリジェンス・ケアワーカー（Intelligence Care Worker、以下 ICW）の育成という、人材育成であると考えた。この ICW を、これまでの単純労働作業志向から脱却した“生きがい”の持てる知的生産作業を行うケアワーカー、と定義する。これは、製造業が直面しているオペレータの育成<sup>5、6</sup>)と類似している。これらの充実を図ることが、介護作業価値の向上につながり、エクセレントファシリティとして介護施設が成長するというモデルを提案した。

作業環境の刷新では、前述のように施設で展開させる介護サービスを見える化し、「暗黙知」を「言語知」に変換する、作業・精神的負荷の軽減、作業時間・負荷の平均化、機器・設備の信頼性の向上、情報公開等を含む。

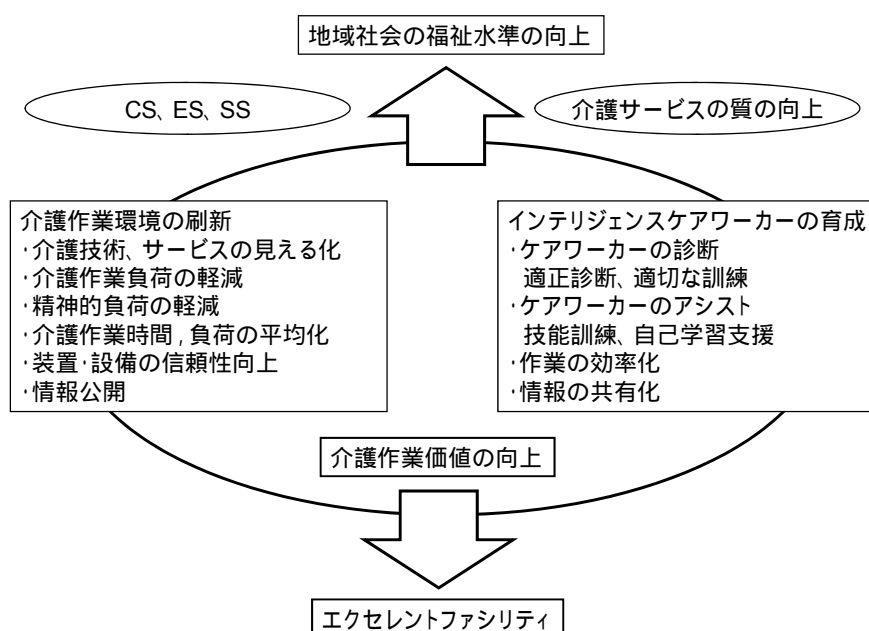
人材育成、ICW の育成には、入職時の適性診断に基づく適切な訓練と自己学習支援を含むアシストが重要となる。さらに、作業の効率化と情報の共有化を図ることも重要である。

介護作業価値とは、顧客である利用者の満足に寄与する、提供した介護サービスの出来栄え、ということができる。介護作業価値の向上とは、ケアワーカーが現場の仕事の価値を自ら創出し、チーム活動による相互啓発を通して、“生きがい”を共有し、自己実現・自己成長を達成することである。すなわち、ケアワーカー自身が介護施設で働くことに意義を見出し、顧客である利用者とその家族の期待に応える介護技術とサービスの永続的な提供を通して、地域社会の福祉水準の向上に寄与することができる。

また、介護作業価値向上に取り組む意義としては、ケアワーカーの知的労働作業の創出であり、これによりモチベーションを高め、各個人の技術・技能をより高度なものへと変革し、介護サービスの質の向上を投資手段へとつなげ、施設の品質経営に貢献できると考える。



図表3 介護作業価値向上展開モデル



6. 実践報告：会議プロセスの改善

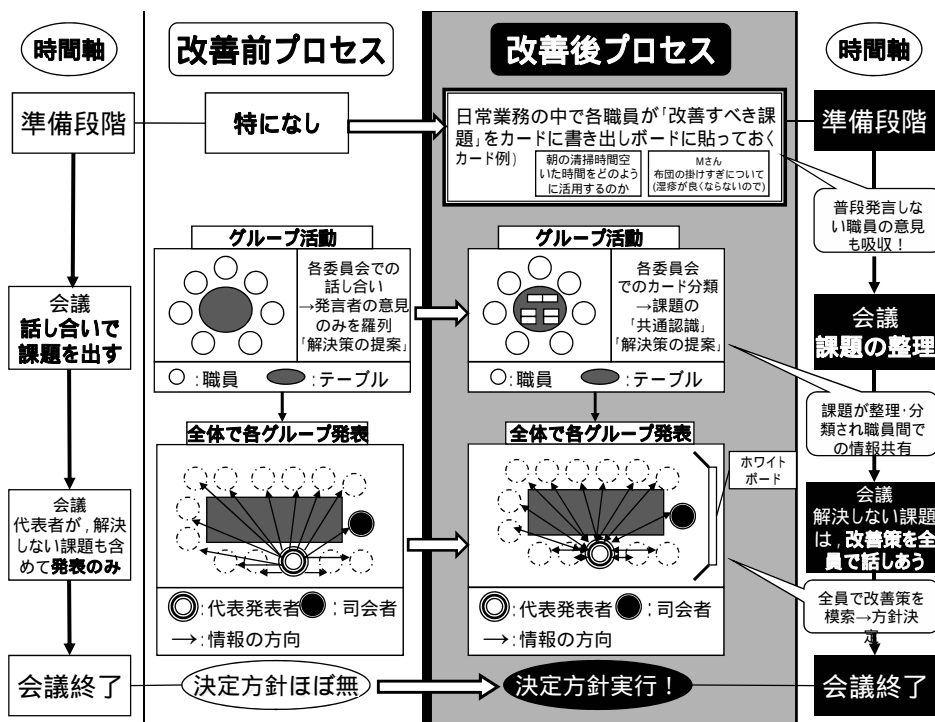
ここでは、埼玉県内の特別養護老人ホーム（総職員数 49 名、利用者定員 74 人で、2007 年度の稼働率は 96%）において 2007 年から前述のモデルに基づいた活動の事例を紹介する。

この施設で行った介護作業環境の刷新に向けて取り組みの成果の一部について報告した 7) が、その際、ケアワーカーを含んだ全職員による作業から、当施設の最も中心的な改善課題として「会議」が抽出された。

同施設で行われた会議の中で、管理職を含めた職員間の情報共有を目的にしていた会議が月に 1

度行われていた。職員が、日頃気にかけている個別処遇や業務運営について、提案や意見交換を行い、業務改善を図るものである。しかし実際の会議運営は、情報が一方的に流れるもので課題の解決策を参加者全員で探るといった進行ではなかった。また会議の準備段階において、全職員が視覚的に情報を共有できる仕組み作りもなされていなかった。このことから、会議を“1つのシステム”として捉え、その有効化・効率化を図る 8) ことを目的に、会議プロセスの改善を行った。図表 4 に会議改善のプロセスを示した。

図表4 会議プロセスの改善事例



以下に改善前と改善後の会議方法の違いを示す。

会議の準備段階においては、改善前には特に準備はしていない

「改善すべき課題」を事前に各職員が日常業務中にカードに書き出しておく

あらかじめ会議プログラムを紙面にて作成し職員に配布

ホワイトボードを準備

会議が始まると、主にリーダーを中心に各委員会で話し合い<グループ活動>

あらかじめ収集されたカードを中心に課題の分類・改善策の提案

各委員会が集まり、全体に改善策の発表を委員会のリーダーが行う

発表を委員会のリーダーが行い、委員会で改善策が出なかったものは参加者全員で改善策を模索

方針決定

改善策の決定方針が定まらないままに会議終了

改善策の決定方針を打ち出す

1ヶ月後の会議でその成果を確認する

会議プロセスを改善したことから考えられるメリットは、まず会議の本来の役割である問題解決・情報共有が可能となったことである。これまでの会議では、各委員会が話し合った問題点の改善策の発表及び課題の発表のみであったが、改善後は参加者全員で解決できなかった問題点を把握・改善策の模索を行うことで、今後の改善方針を打ち出し実行につなげる会議システムとなった。各委員会の話し合いの段階においても、カードによる問題点の分類・整理、またホワイトボードの活用によって情報を視覚的に捉えやすくなり、職員間の相互の情報共有がスムーズになった。

事後に職員を対象に行ったアンケート調査で、

図表5のように改善の効果を認識していた9、10)。

図表5 アンケート調査結果9、10)

項目1	内容	項目2	成果
会議改善	会議前に各職員で課題をカードに書き会議に持参する	情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の意見を持って会議に臨める</li> <li>・発言者が増えた</li> <li>・全員参加の会議に</li> <li>・幅広い意見の共有</li> <li>・問題解決の効率化</li> <li>・会議の質向上</li> </ul>
		課題整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別処遇の改善</li> <li>・怪我・事故の減少</li> <li>・具体的な会議へ</li> <li>・問題点の把握</li> </ul>
	ホワイトボードの使用	時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間の目安が分かり、集中できる</li> <li>・時間短縮</li> </ul>

課題の収集においても、これまでは課題の提案をあまり行わなかった職員もカードへの書き出しによって課題の提案をしやすくなったとする意見も見られた。

医療サービスにおいても、質の高いサービスを提供するために、患者や現場に関する情報伝達が不可欠であることが認識されている11)ように、このような形で会議プロセスを改善する取り組みも介護施設では不可欠である。

ここで行われた会議プロセスの改善は、図表3のモデル中の特に作業の効率化と情報の共有化に有効であり、作業環境の刷新でいえばすべての項目に影響を及ぼすものである。

このように業務プロセスを、「暗黙知」から「言語知」化し、分析・改善を繰り返すことで質向上につながる12)ことはもちろんであるが、こうした改善活動がケアワーカーのバーンアウトを防止する13)16)とする報告もある。さらに、介護労働者

の確保・定着等に関する研究会が職員間のコミュニケーションが離職防止に対して重要であることを指摘しているように4)、今回のような会議を通じた職員間のコミュニケーションを図ることが離職防止に効果的に働く可能性があり、この点については今後検証する必要がある。

また、同施設では、職員による感染症対策のビジュアルマニュアル6)を作成した。これについては、PCでマニュアルがいつでも見られる環境にあり、職員はこれを、「業務が明確化した」、「均質化が図れた」と評価していた17)。業務の可視化・標準化に効果を上げていると推察できた。同施設では、この取り組みをして以降、感染症等を発症し通院・入院した利用者は半数近くまで減少した18)。

今後は、前述のモデルに基づいた改善の取り組みを継続的に行っていくことが、従業員満足やケアワーカーの確保・定着にどのように影響するのかを引き続き調査していくことに加えて、Q19、

20)等の客観的な指標を用いて取り組みの評価を行う予定である。

## 7. まとめ

我が国の介護事業者は、ケアワーカーの確保が困難な状況であることに加え、彼らの離職率も高い現状にある。ケアワーカーの確保・育成・定着に対する取り組みが急務となっている。その一方で、いずれの事業者にも利用者に対する質の高いサービスの提供が求められている。

我々は、前述のような背景の中で他施設との競争の打ち勝つカギは、利用者に質の高いサービスを保証した介護技術・技能の変革であると捉えた。

本稿では、この介護技術・技能の変革に着目して、それを介護作業価値の向上という側面から捉え、介護作業価値マネジメントモデルと介護作業価値向上展開モデルを提案した。

また、モデルに基づいて展開している特別養護老人ホームにおける会議プロセスの改善事例を検討した。職員は、会議のプロセスの改善をはじめとしたモデルに基づく取り組みを肯定的に評価していた。

今後は取り組みの成果を客観的な指標で評価していく必要がある。

## 引用文献

- 1)川原邦彦、職員満足の見点と今後の福祉経営、月間福祉、85(4)、12 - 15 : 2002
- 2)日本福祉施設士会・「福祉 QC」全国推進委員会、「福祉 QC」活動ガイドブック ver.3 . 社会法人全国社会福祉協議会 : 2005
- 3)厚生労働省「雇用動向調査(平成18年)」
- 4)介護労働者の確保・定着等に関する研究会(中間とりまとめ)、厚生労働省職業安定局 : 2008
- 5)山路 学、酒井浩久、天坂格郎、技術・技能の変革によるグローバル生産の実際、日本生産管理学会、第24回全国大会講演論文集要旨集、169 - 172 : 2006
- 6)酒井浩久、天坂格郎、インテリジェンス・オペレータ育成のための“HI-POS”の提案と実証 - トヨタのグローバル生産戦略の布石、品質、36(3)、48 - 56 : 2006
- 7)扇原 淳、関根淳美、沖 繁希、山路 学、高齢者福祉施設における業務プロセスの改善に関する研究、介護経営、2(1)、52 - 57 : 2007
- 8)福永信彦、会議の上手な進め方その1、月間福祉、89(1)、86 - 89 : 2006
- 9)武藤 充、扇原 淳、沖 繁希、山路 学、科学的アプローチを用いた高齢者福祉施設業務プロセスの改善(第3報)日本公衆衛生雑誌、55(10) : 2008印刷中
- 10)扇原 淳、武藤 充、沖 繁希、山路 学、科学的アプローチを用いた高齢者福祉施設業務プロセスの改善(第4報)日本公衆衛生雑誌、55(10) : 2008印刷中
- 11)星野元宏、棟近雅彦、病院におけるブリーフィングの方法論に関する研究、日本品質管理学会第80回研究発表要旨集 79 - 82 : 2006
- 12)義本純子、富岡和久、介護保険施設における介護福祉士のバーンアウトとストレスの関係について、北陸学院短期大学紀要、37、173 - 182 : 2006
- 13)一瀬貴子、介護職・看護職の職務バーンアウト研究の現状と課題、関西福祉大学紀要、(9)、101 - 117 : 2006
- 14)倉石哲也、福祉援助職のバーンアウト症候群とその予防としてのスーパービジョンの可能性について、臨床教育学研究、(7)、29 - 49 : 2001
- 15)藤野好美、日本における社会福祉専門職のバーンアウト研究についての考察 - 先行研究の現状と今後の展開に関して、評論・社会科学、

- 61、1 - 22 : 2000
- 16) 徳永淳也、今中雄一、波多野浩道、社会福祉サービスにおける質改善活動とバーンアウト抑制の関連、日本公衆衛生雑誌、53(8)、822 : 2006
- 17) 沖 繁希、特別養護老人ホームにおける TQM 展開に関する研究、2007 年度卒業論文要旨集 (早稲田大学人間科学部健康福祉科学科)、168 : 2008
- 18) 保泉 幸男、TQM 展開における会議カイゼンの試み、第 1 回福祉における品質経営研究大会報告資料集、44 - 50 : 2008
- 19) 山田ゆかり、池上直己、MDS - QI (Minimum Data Set - Quality Indicators) による質の評価、病院管理、41、455 - 467 : 2005
- 20) 伊藤美智子、近藤克則、アメリカのナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステムの現状と評価、社会福祉学、48、153 - 166 : 2007

### Abstract

In Japan, there is need for elderly care providers who can offer high-quality services to users. However, it is difficult to find new care workers, and their unemployment rate is high. Hence, there is an urgent need to take measures for finding, training, and retaining care workers. The authors believe that the key to making care providers deliver high-quality care-work services lies in the development of care-work techniques and skills. In this study, we focused on the development of care-work techniques and skills from the perspective of intelligence care-work value improvement and proposed the "Intellectual Care Work Value Improvement Management Model" and the "Intellectual Care Work Value Improvement and Development Model." Based on these models, we demonstrated a case wherein there was an improvement in the meeting process at a nursing home for the elderly. There were favorable responses from staff members who undertake the activities described in our models. It is necessary to further examine these activities using objective indexes in the future.

## 編集後記

介護経営第3巻第1号をお届けします。今回も多くの方から投稿をいただき、大変ありがとうございました。今回は、かれこれ発行3年目ということもあり、編集委員会としては一部の編集作業過程の改善を行いました。大きな点として、これまでも査読はいたしておりましたが、今回はより広範囲の先生方に査読をお願いすることにし、そのやり取りのための文書やシートの再整備などを行いました。なるべく査読内容にツールなどの基本的な部分が原因で差が生じないようにするためです。その点では一定の効果はあったと思うのですが、一方で、初めてお頼みする査読者の先生方とのやり取りの点で十分な余裕がなく、査読者の先生方にも投稿者の方々にもご迷惑をおかけしてしまった面があったかと思っています。その点についてはお詫び申し上げなくてはなりません。ですが、今後も、質と量に優れた学会誌を追及して、さまざまな改善を行っていきたいと考えています。皆様からの盛んな投稿やご意見をお待ちしておりますので、よろしく願いいたします。また、この場をお借りして、編集に携わっていただいた先生方、事務局の方々に御礼申し上げます。

(K.N)

### 介護経営

第3巻 第1号 (年1回発行) 2008年11月発行

発行人 田中 滋

発行所 日本介護経営学会

〒104-0061 東京都中央区銀座 1-5-15

TEL/FAX : 03-3564-3235