

ISSN 1881-3801

VOLUME 5 NUMBER 1 2010

The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営

第5巻 第1号

2010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

地域包括ケアにおける医療・介護連携

小山 秀夫……1

研究論文

全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況
および連携活動能力に関する研究

筒井孝子、東野定律、大冢賀政昭……2

認知症対応型グループホーム入所高齢者の BPSD 等の状態と
提供されるケア内容の関連に関する研究

東野定律、筒井孝子、大冢賀政昭……15

介護老人福祉施設の財務と「再生産コスト」に関する基礎研究

藤井賢一郎、柿本貴之、白石旬子……26

地域包括支援センターの活動開始時期に関する計量分析

山内康弘、筒井孝子……39

非正規介護職の就業意識

永井隆雄……48

研究資料

介護老人保健施設および慢性期医療機関におけるコンプライアンス経営体制と
情報公表制度についての認識との関連

小山秀夫、宮本啓子、東野定律……56

家族介護者の介護否定感と介護継続意思に対する介護コミットメントの効果

張英恩、筒井孝子、小山秀夫、中嶋和夫……69

研究ノート

県外へ広域展開する社会福祉法人に関する研究—政令指定都市に着目して—

芳賀祥泰……79

介護リスクマネジメントシステムの機能分析と実態分析

—介護老人福祉施設と介護老人保健施設の比較分析—

柿沼倫弘、柿沼利弘、関田康慶……89

編集後記

[巻頭言]

地域包括ケアにおける医療・介護連携

兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻
教授 小山秀夫

特定非営利活動法人日本介護経営学会（田中滋会長 慶應義塾大学大学院教授）では、平成22年11月19日（金）に神戸オリエンタルホテルを会場として、第6回学術大会を開催する運びとなりました。平成24年4月には、介護・診療報酬の同時改定が行われますが、そのためにも介護保険法等の法改正という大作業が待ち受けています。すでに社会保障審議会介護保険部会等では白熱した議論が展開されていますが、最重要課題のひとつが介護・医療連携です。当日は、厚生労働省で医療・介護連携を担当する唐澤剛審議官や、社会保障審議会介護保険部会委員である齊藤正身当学会理事が参加するシンポジウム等を企画しました。

わが国の介護・医療の連携問題は、単なる医療費抑制施策から国民医療・介護の確保と言う段階に変容していると思います。平成18年の医療・介護報酬同時改定後、医療崩壊に対する懸念が広がり国民医療費増加を国内総生産の範囲内に封じ込めるという医療費政策は頓挫せざるをえない情勢に追い込まれてしまいました。平成20年の内閣府の社会保障・国民会議が端的に方向性を明らかにしたように、わが国の国民医療・介護の構造問題の打開という、パラダイムシフトを進めない限り、もはや国民医療・介護は確保できないし、今後の介護保険財源の確保という難題にも対応できません。その中心的課題が、急性期病床圧縮による再編ですが、その本質が急性期医療や介護のグローバルゼーション対応と公私の役割分担、及び医療・介護の連携強化による一体的運用にあることは明らかです。今後は、地域医療・介護に視座を置いた果敢な政策展開と介護・病院経営の安定化、あらゆる連携強化にあると考えられます。

地域包括ケアシステムの確立には、介護・医療連携の強化をはじめ、24時間対応やインフォーマルな地域支援など多くの課題が山積していますが、何よりも地域の独自性を十分考慮した民主的な地域包括ケアシステム構築のための公私の努力の協力が大切です。

介護保険制度改革は、多難です。しかし、わが国の介護保険制度を堅持し介護経営の安定化を確保することが、介護保険サービスを確保することであるという、学会設立の理念に向けて、会員相互の積極的参画により、今後とも活発な学会活動を展開したいと考えおりますので、ご支援ご協力をお願い申し上げます。

[研究論文]

全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況
および連携活動能力に関する研究

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）

大冨賀政昭（立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科）

抄録

日本をはじめ欧米先進諸国では、医療と介護の質や機能を改善し、効率化をすすめるための多様な試みがなされてきたが、いずれも成功したとはいえない。しかし、近年、注目されている地域包括ケアは、従来の問題を解決し、成功させるためのアプローチとして、期待されている。

わが国では、介護保険制度の枠組みの中で、2006年に地域包括ケアシステムの構築と推進という方策の中で、まずはIntegrated careの試みがはじめられた。その際に、地域の中核として位置付けられたのが、わが国独自の機関である地域包括支援センターであった。

本研究では、この地域包括支援センターの職員の連携活動に着目し、どのような基本属性をもった職員が、連携活動を円滑に実施してきたかについて全国の地域包括センター職員への調査結果を基礎として分析をすすめた。

この結果からは、連携活動を円滑に進めていたのは、専門職としての基礎資格を有し、地域包括支援センターでの勤務経験が長い職員であることが明らかになった。また、保健と福祉、保健と介護といった領域の異なる複数の資格保有者における連携活動能力得点の高さが示された。

以上の結果から、地域包括ケアシステムの全国的な整備に必須の要件である地域包括支援センター職員の連携活動能力の向上のためには、センターでのベテラン職員の配置や、センター内で行うOJTシステムの整備が喫緊の課題であることがわかった。

キーワード：地域包括支援センター、連携、連携活動評価尺度、地域包括ケア、Community-based integrated care system、Integrated care

1. 緒言

今日、多くの先進諸国で模索されている保健・医療・福祉・介護領域における施策の潮流は、「Integrated care（ケアの統合化）」である^{1,2)}。これには、保健と福祉の統合化もあれば、医療と介護の統合を主に目指すといったパターンもあり、国によって異なった特徴がある。

しかし、いずれの国においても、こういった施策が必要とされてきた背景には、従来型の急性期ケアに特化した医療資源の分配システムや組織では、慢性疾患を持つ患者、とりわけ高齢患者のニ

ーズに対応しきれなくなっていることがある。疾病構造の変化にも関わらず、現在においても、例えば、慢性期におけるケア提供は、治療や処置以外に個々の患者特有の多様なケアニーズがあるにも関わらず、画一的な急性期治療モデルの実施によって、患者のニーズに応えることができず、患者のQOLも低いのに、コストは増加しているといった問題を抱えてきた。

これらの課題の解決のためには、長期的、包括的、継続的に医療と介護を統合したケアを提供できるシステムへ転換が求められており、こういっ

た特徴を持ったシステムを **Integrated care system** と総称している。この中でも、オランダの **Community-based integrated care system** は、ユニークで 2 つの独立したコンセプトを包含している。すなわち、まずは「**Community-based care**」であり、もうひとつが「**Integrated care**」であった³⁾。このユニークな取り組みは、いわば、これら 2 つの方針を医療ケアの中で統合させて組み込もうというものであり、オランダだけでなく、これに取り組もうという国は増え続けているようである^{4) 6)}。日本における地域包括ケアシステム構築の推進もこの系譜につながるものと説明できよう。

わが国では、これらの 2 つのコンセプトを結合させることで公的な地域レベルの健康・医療・社会的サービスの機能の統合を促進させようとしており、わが国の地域包括ケアシステムもまた、**Community-based integrated care system** と表現できるコンセプトを持っているといえよう。しかし、このシステム構築の困難さは、“Building a Tower of Babel in health care?”⁷⁾ と表現された、**Community-based integrated care system** の理論と実践の説明の題名に示されていることから、実現は相当に困難であろうことが推察される^{8), 9)}。

一方、こういった統合ケアの推進のために、例えば、英国では伝統的になされてきたコミュニティを基盤としたシステムの変革として、「公」からの「上位下達」方式によって運営されてきた地域のケアシステムを住民主体に変えていくという改革が進められてきた¹⁰⁾。これは、2006年に発表された英国の「Our health, our care, our say: a new direction for community services, Cm6737¹¹⁾」で地域住民自身の「Self help (自助)」が強調され、これからは住民自治を基盤とした、いわゆる互助を含めた地域の立て直しが論じられている。

わが国でも、同様に 2009、2010 年に発表された地域包括ケア報告書の中では、公の報告書としては、はじめて「互助」への言及がなされており、わが国でも新たな地域ケアの在り方が求められている^{12), 13)}。

さて 2005 年に介護保険法の改正が行われ、地域

を基盤とした「自立支援」、「尊厳の保持」を基本理念とする地域包括ケア体制の整備が謳われた。ここでは地域ケアの推進のために、地域密着型サービスが新設されるとともに、わが国独自の試みといえる地域包括支援センターの設置がはじめられた。また 2006 年には、医療制度改革関連法案が可決され、医療費適正化のための在院日数の短縮等、療養病床の再編成、後期高齢者医療保険関連法案が出され、これらの一連の動きは、介護と医療の統合化 (**Integrated care**) の推進を意図した政策であるといえる。

前述した、2 つのコンセプトを持つ地域包括ケアシステムの中核として位置付けられたのが本研究の対象とした地域包括支援センターであった。このセンターは、地域包括ケア圏域に設置され、おおよそ中学校区の圏域に 1 か所の設置が目指され、2009 年 4 月末時点で 4,056 ケ所となった。2010 年の時点で、すでにこのセンターは全市町村に設置された。専門職員の配置人数が 6 人以上となったセンターも増加し、人員体制の整備は着々と進んでいる¹⁴⁾。

このセンターが地域包括ケアに果たす役割は、①総合相談・支援、②虐待防止・早期発見、③包括的・継続的ケアマネジメントの支援、④介護予防マネジメントと定められたが、とくに③は、利用者、地域住民、介護サービス提供者、医療関係者、各種関係団体、民生委員、NPO 等との人的ネットワークの構築が求められている。

この人的ネットワーク構築を実行する職種としては、社会福祉士、保健師および主任介護支援専門員の 3 職種の保健・福祉の専門職の設置とこれらの職種を超えたチームアプローチによる地域課題の解決が目指されてきた。

したがって、このセンターでは、これらの専門領域の異なる職員間の連携が必須となっているわけだが、これまで地域包括支援センターに勤務する職員については、どのような領域の専門資格をどのくらい人数の職員が保持し、これらの職員がどの程度の連携活動を行っているかといった内容を全国的に把握した研究はほとんどない。

そこで、本研究では、全国の地域包括支援センター職員を対象に保健医療福祉専門職の連携活動能力を把握するために開発された「連携活動評価尺度¹⁵⁾」を用いて調査を実施し、地域包括支援センター職員の他職種や他機関との協働や連携の実態を明らかにするとともに、この連携活動と職員の属性との関連性について検討することを目的とした。さらに保有資格による連携活動評価得点の差異やこの得点の高低と関連する要因等を明らかにし、自治体における地域包括支援センターの運営を検討する際の資料となることを企図した。

2. 研究方法

2.1 調査方法

全国の市区町村（2009年3月現在：1,804自治体）に対し、地域包括支援センターの整備状況に関する調査を行い地域包括支援センターの施設概要を把握した上で、当該市区町村に設置される地域包括支援センター（3,973か所）に所属する職員を対象とした調査を行った。

調査は、オンライン上に調査票を設定し、回答を依頼したが、オンラインでの回答が困難と回答された調査対象自治体等については、調査票を郵送し、回答を依頼した。

2.2 調査項目

自治体調査における調査項目は、当該市区町村における人口、地域包括支援センターの設置状況、専門3職種の配置の状況、地域密着型サービスへの取り組み状況、地域包括支援センターの主要業務への取り組み状況等であった。

一方、地域包括支援センター職員の調査における調査項目は、所属地域包括支援センターの概要と職員自身の性別、年齢、役職、保有資格、勤務年数といった基本属性および職員の連携活動の実施状況についてのデータを収集した。なお、連携活動能力の把握については、筒井が保健医療福祉職における連携を総合的に把握するために開発した「連携活動評価尺度¹⁵⁾」の15項目を用いて評価を行った。

2.3 倫理的配慮

調査データは、調査から得られたデータの中で、個人識別が可能となる情報については、全て暗号化しており、個人が特定できないよう処理がなされた。本研究は、国立保健医療科学院に設置される倫理審査委員会の認証（NIPH-TRN#09001）を得て実施した。

2.4 分析方法

2.4.1 分析データ

実施した調査のうち、本研究では、地域包括支援センター職員に関する調査データを用いた。データの回収率は、2009年3月現在で全国の市区町村に設置されていた地域包括支援センター3,973か所のうち、1,495か所の地域包括支援センターに所属する5,870名の職員から調査票が収集された（センター回収率37.6%）。このうち分析には、連携活動評価尺度の15項目の回答に欠損のない5,424名分のデータが用いられた。

2.4.2 分析項目

分析対象となった地域包括支援センターの設置要件となっている職員の3種類の資格と、職員別の保有資格の組み合わせを明らかにした。続いて、これら保有資格の組み合わせ別の基本属性（年齢、性別、学歴、勤務形態、前所属機関、地域包括支援センターでの勤務年数、取得資格別経験年数）別に、連携活動評価得点およびこの尺度を構成していた4つの下位因子ごとの得点を一元配置分散分析（最小有意差検定）による統計的な検定を実施し、比較を行った。

また、連携活動評価得点および四つの下位因子得点を従属変数、基本属性（性別、年齢、専門資格の保有状況、最終学歴、地域包括支援センターの勤務年数を独立変数（資格、学歴についてはダミー変数を作成）とした重回帰分析を実施し、連携活動評価得点に影響を及ぼす要因の分析を行った。なお、これらの統計解析には、SPSS ver18.0を用いた。

3. 結果

3.1. 全国の地域包括支援センター職員における専門3職種の資格保有状況

職員の資格で最も多かったのは「保健師・看護師」で1,804名(33.3%)であった。続いて「社会福祉士」1,320名(24.3%)で、「主任介護支援専門員」が832名(15.3%)と続いていた。また、「複数の資格保有者」が683名(12.6%)と1割以上の割合を示していた。

この複数の資格を持った職員の内訳は、「保健師・看護師と主任介護支援専門員」が453名(8.4%)で最も多かった。次いで、「主任介護支援専門員と

社会福祉士」156名(2.9%)と示された。これらは、介護支援専門員の取得の際の基礎資格となる保健師や社会福祉士に加えて主任介護支援専門員を持っている職員であった。

さらに、3種類の資格を保有していた職員が46名(0.8%)と示された。これらの職員は、「保健師・看護師と社会福祉士」28名(0.5%)で保健と福祉の2領域の基礎資格を所持していた。一方で、地域包括支援センターにおける専門3資格を持っていない「資格無し」は785名(14.5%)であった。これらの職員の71.3%が、「とくに役職がない」であった。

図表1 全国の地域包括支援センター職員の専門職種保有の組み合わせ

	N	%
単数資格保有者	3,956	72.9
内訳		
保健師・看護師	1,804	33.3
社会福祉士	1,320	24.3
主任介護支援専門員	832	15.3
複数資格保有者	683	12.6
内訳		
保健師・看護師と主任介護支援専門員	453	8.4
主任介護支援専門員と社会福祉士	156	2.9
3職種	46	.8
保健師・看護師と社会福祉士	28	.5
資格無し	785	14.5
合計	5,424	100.0

3.2 地域包括支援センターにおける保有資格の組み合わせ別連携活動評価得点

3.2.1 連携活動評価得点

地域包括支援センター職員全体の連携活動評価得点は、平均23.6点であった。これを保有資格の組み合わせ別にみると、最も高かったのは、複数資格保有者の25.7点であり、続いて主任介護支援専門員の25.0点、社会福祉士23.4点、保健師・看護師23.3点であった。これら3職種のいずれの

資格も持たない職員は20.1点と最も低かった。資格別の点数は、保健師・看護師と社会福祉士との間には、統計的有意差はなかったものの、これ以外の資格の間には、すべて有意な差があった。したがって、複数資格保有者が最も連携活動評価得点が最も高く、次いで、主任介護支援専門員、社会福祉士と保健師・看護師の群と続き、最も低かったのが資格なしの職員であった。

図表2 全国の地域包括支援センター職員の専門3職種の保有組み合わせ別連携活動評価得点
(総得点、下位因子別、項目別得点)

	保健師・看護師 (N=1,804)		主任介護支援専門員 (N=832)		社会福祉士 (N=1,320)		複数資格保有者 (N=685)		資格なし (N=785)		合計 (N=5,424)	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
連携活動得点	23.3	5.1	25.0	4.8	23.4	4.7	25.7	4.7	21.1	5.8	23.6	5.2
下位因子得点												
情報交流得点	5.8	1.0	6.0	1.0	5.8	1.0	6.1	0.9	5.6	1.1	5.8	1.0
業務協力得点	4.7	1.6	5.0	1.5	4.7	1.5	5.2	1.4	4.0	1.8	4.7	1.6
関係職種との交流得点	9.0	2.3	9.9	2.2	9.2	2.2	10.1	2.2	8.1	2.6	9.2	2.4
連携業務の管理・処理得点	3.7	1.5	4.1	1.6	3.8	1.4	4.3	1.5	3.4	1.7	3.8	1.6
項目別得点												
X1 あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	2.1	0.4	2.1	0.4	2.1	0.4	2.1	0.4	2.0	0.5	2.1	0.4
X2 あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	1.9	0.4	1.9	0.5	1.9	0.4	2.0	0.4	1.8	0.5	1.9	0.5
X3 あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか	1.8	0.5	1.9	0.5	1.8	0.5	2.0	0.5	1.7	0.6	1.9	0.5
X4 あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか	1.3	0.7	1.4	0.8	1.2	0.7	1.5	0.7	1.1	0.8	1.3	0.7
X5 あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか	1.8	0.7	1.9	0.6	1.9	0.7	2.0	0.6	1.6	0.8	1.8	0.7
X6 あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか	1.6	0.6	1.7	0.6	1.6	0.6	1.8	0.5	1.2	0.7	1.6	0.6
X7 あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか	1.3	0.6	1.4	0.6	1.3	0.6	1.4	0.6	1.1	0.6	1.3	0.6
X8 あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか	1.4	0.5	1.5	0.5	1.5	0.5	1.6	0.5	1.3	0.6	1.5	0.5
X9 あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどういった専門職がいるか、把握していますか	1.7	0.5	1.8	0.5	1.7	0.5	1.8	0.5	1.6	0.6	1.7	0.5
X10 あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか	1.7	0.7	2.0	0.7	1.6	0.7	2.1	0.7	1.5	0.8	1.8	0.8
X11 あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか	1.1	0.6	1.2	0.6	1.2	0.6	1.3	0.6	1.0	0.6	1.1	0.6
X12 あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか	1.8	0.7	1.9	0.7	1.9	0.7	1.9	0.7	1.7	0.8	1.8	0.7
X13 あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか	0.5	0.7	0.7	0.9	0.4	0.7	0.8	0.9	0.4	0.7	0.5	0.8
X14 あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか	1.5	0.7	1.6	0.7	1.5	0.7	1.6	0.6	1.3	0.8	1.5	0.7
X15 あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか	1.8	0.7	1.9	0.7	1.8	0.7	1.9	0.6	1.7	0.8	1.8	0.7

* 回答カテゴリ

- X1:「0:全く報告しない」「1:あまり報告しない」「2:必要に応じて報告する」「3:いつも報告する」
 X2, X9:「0:全く把握していない」「1:あまり把握していない」「2:ある程度把握している」「3:大変よく把握している」
 X3:「0:全く集めていない」「1:あまり集めていない」「2:だいたい集めている」「3:よく集めている」
 X4:「0:全くしていない」「1:あまりしていない」「2:ある程度している」「3:よくしている」
 X5:「0:全く要請しない」「1:あまり要請しない」「2:よく要請する」「3:大変よく要請する」
 X6:「0:全くされない」「1:あまりされない」「2:よくされる」「3:大変よくされる」
 X7, X11:「0:全く参加しない」「1:あまり参加しない」「2:かなり多くの集まりに参加する」「3:すべて参加する」
 X8:「0:全く聞いていない」「1:あまり聞いていない」「2:よく聞いている」「3:すべて聞いている」
 X10:「0:全く動めない」「1:あまり動めない」「2:ある程度動める」「3:積極的に動める」
 X12:「0:全く回らない」「1:あまり回らない」「2:回る」「3:いつも回る」
 X13:「0:全くない」「1:あまり持っていない」「2:だいたい持っている」「3:いつもある」
 X14:「0:全くしない」「1:あまり配布していない」「2:だいたい配布している」「3:すべて配布している」
 X15:「0:全く管理していない」「1:あまり管理していない」「2:だいたい管理している」「3:すべて管理している」

3.2.2 4つの下位因子ごとの得点

保有資格の組み合わせ別に、連携活動評価得点における下位因子別の得点を比較した結果、いずれの下位因子得点も総得点の順位とほぼ同じで、最も得点が高かったのが複数資格保有者、続いて主任介護支援専門員で、その次に高かったのは、社会福祉士と保健師・看護師の集団であった。

社会福祉士と保健師・看護師の2群間には、総得点と同様に、いずれの下位因子得点においても統計的には有意な差はなかった。また、無資格の職員は、総得点と同様に、いずれの下位因子得点も他の有資格者よりも有意に低かった。

下位因子別の得点について詳細に分析した結果、「業務協力」、「連携業務の管理・処理」は、総得点と同様、主任介護支援専門員より複数資格保有者の方が有意に得点が高かったが、「情報交流」、「関係職種との交流」という交流関連の得点は、主任介護支援専門員と複数資格保有者の間には有意差はなかった。

以上の結果からは、複数資格保有者と主任介護支援専門員との連携活動の差異は、「業務協力」、「連携業務の管理・処理」に関する業務によると推察された。

3.3 保有資格別の属性および連携活動評価得点との関連

3.3.1 年齢

地域包括支援センター職員全体の平均年齢は、42.1歳であり、年齢区分で見ると、40代が31.0%と一番多く、続いて30代29.2%、50代26.3%と示された。

保有資格の組み合わせ別の平均年齢をみると、複数資格保有者の平均年齢が47.1歳と一番高く、続いて、主任介護支援専門員46.7歳、保健師・看護師42.6歳、社会福祉士が最も若く、34.8歳であった。

年齢区分別の連携活動評価得点をみると、50代以上が平均24.5点と高かった。また40代も23.7点と20代、30代と比較すると有意に得点が高かった。30代は、平均22.6点で、20代の23.1点より

も低い得点であった。

しかし、さらに、これを基礎資格別年齢階層別に分析すると、30歳代では、保健師よりも社会福祉士の平均得点のほうが有意に高かったが、40歳代以上になると、この2職種間の有意差はなくなった。

以上の結果からは、基礎資格の影響としては、社会福祉士における30代で若干示されたものの、40歳以上では示されておらず、基本的には年齢が高いほど連携得点は高くなる傾向があることが示唆された。

3.3.2 性別

性別は、地域包括支援センター職員全体では、女性が79.6%と8割弱を占め、男性は18.4%と低い割合を示していた。

保有資格の組み合わせ別の性別割合は、保健師・看護師では96.3%と女性がほとんどを占めていたが、主任介護支援専門員は74.8%が女性で、社会福祉士は61.7%であり、社会福祉士における男性の割合が高かった。

男女別には、男性の平均得点は24.2点で、女性は23.5点であり、男性のほうが女性よりも有意に連携活動評価得点は、高かった。

3.3.3 最終学歴

最終学歴は、地域包括支援センター職員全体では、短期大学・専門学校卒業50.6%と一番高い割合を示していた。続いて四年制大学卒業が37.2%、高等学校卒業が9.7%であった。

保有資格の組み合わせ別に四年制大学卒業以上の割合をみると、社会福祉士が89.3%と最も高く、主任介護支援専門員26.6%、保健師・看護師は17.3%であった。

最終学歴と連携活動評価得点の関連については、四年制大学卒業の得点は23.5点であり、短期大学・専門学校卒業の23.7点よりやや低い有意差はなかった。高等学校卒業よりは、四年制大学卒業、短期大学・専門学校卒業の職員のほうが高かった。

しかし、学歴別の連携活動評価得点は、基礎資格別に異なる傾向があり、社会福祉士においては、学歴による得点の差異はなかった。主任介護支援専門員も短期大学・専門学校卒と四年制大学卒業は、四年制大学卒業が高い得点を示していたが、このほかの学歴間には有意な差はなかった。

一方、保健師では、大学院修士課程の得点は、高等学校、短期大学・専門学校卒、四年制大学卒よりも得点が高かった。次いで得点が高かったのは、短期大学・専門学校卒で、この専門学校卒の中に保健師学校を卒業した職員が含まれており、最も人数が多かった。保健師学校卒業者らは、四年制大学卒よりも連携得点が高かったが、大学院修士課程修了者よりも低かった。

3.3.4 役職

地域包括支援センターの職員全体として、「特に役職はない」職員が最も多く、57.5%を占めていた。次いで、「管理職ではない主任・主査」が18.5%、「センター全体の責任者・管理職」が12.9%、「ある部門の責任者・管理職」が6.7%であった。

保有資格の組み合わせ別のセンター全体の責任者の割合は、主任介護支援専門員が22.4%と一番多く、保健師・看護師9.9%、社会福祉士7.5%であった。保有資格のない者の70%以上が役職もなかった。

役職と連携活動評価得点の関連については、センター全体の責任者が27.2点と、他の役職よりも有意に高かった。また、役職なしの得点は、22.3点と他の役職者よりも有意に低かった。

3.3.5 勤務形態

勤務形態は、地域包括支援センター職員全体では、常勤（専従）が80.3%と8割を占め、続いて非常勤（専従）9.8%、常勤（兼務）8.6%、非常勤（専従）1.1%と示された。

保有資格の組み合わせ別には、主任介護支援専門員の常勤者は90.5%と最も高く、社会福祉士85.8%、保健師・看護師78.8%と続いていた。

勤務形態別の連携活動評価得点は、常勤の中で

も専従24.0点、兼務24.1点であり、これら2群に有意差はなかった。非常勤は、専従19.9点、兼務20.1点であった。非常勤職員は、常勤よりも有意に低い得点を示していた。

3.3.6 勤務経験機関（複数回答）

地域包括支援センター職員のこれまでの勤務経験機関うち、勤務先として最も高い割合を示していたのは、在宅介護支援センターの30.1%であった。続いて、介護保険施設が26.8%、民間居宅介護支援事業所22.1%、行政（母子・成人保健関連）20.8%、行政（福祉関連）16.2%であった。

保有資格の組み合わせ別にみると、保健師は、行政（母子・成人保健関連）が46.3%と最も多かった。主任介護支援専門員は、民間居宅介護支援事業所が51.9%と最も多く、次いで、在宅介護支援センターが45.1%と多かった。社会福祉士は、介護保険施設が42.2%と最も多く、続いて在宅介護支援センターが30.2%であった。このように資格によって勤務経験は大きく異なっていた。

連携活動評価得点が高かったのは、在宅介護支援センターの勤務経験があるものが25.13点と最も高く、続いて行政機関の中でも福祉関連に勤務していた職員24.4点、母子成人保健関連が24.4点で、これ以外の勤務先での経験があった職員よりも有意に高い得点を示していた。

3.4 全国の地域包括支援センター職員の連携活動評価得点と基本属性の関連

連携活動評価得点を関連する要因に関する分析を行った結果、総得点と関連していたのは、性別で、女性よりも男性のほうが得点は高く、年齢は高い程、また、地域包括支援センターにおける勤務年数が長いほど連携活動評価得点が高かった。基礎資格と連携活動評価得点との関係は、「保健師・看護師」、「社会福祉士」、「主任介護支援専門員」のいずれかの資格を有している、あるいは複数の資格を保有していることによって連携活動評価得点は高くなっていた。しかし、保健師と社会福祉士といった資格別の差はなかった。

図表3 全国の地域包括支援センター職員の専門3職種保有の組み合わせ別基本属性

	保健師・看護師 (N=1804)			主任介護支援専門員 (N=832)			社会福祉士 (N=1320)			複数資格保有者 (N=683)			資格なし (N=785)			合計 (N=5424)		
	平均	標準偏差		平均	標準偏差		平均	標準偏差		平均	標準偏差		平均	標準偏差		平均	標準偏差	
年齢	42.6	9.9		46.7	8.5		34.8	8.5		47.1	6.9		44.1	9.6		42.1	10.1	
	N	%	選考得点	N	%	選考得点	N	%	選考得点	N	%	選考得点	N	%	選考得点	N	%	選考得点
年齢区分																		
20代	215	11.9	22.3	3	0.4	24.3	434	32.9	22.8	1	0.1	23.0	32	4.1	20.3	685	12.6	22.5
30代	468	25.9	22.6	204	24.5	24.6	563	42.7	23.4	107	15.7	25.5	244	31.1	20.9	1586	29.2	23.1
40代	628	34.8	23.3	280	33.7	24.8	209	15.8	23.9	318	46.6	25.5	246	31.3	21.1	1681	31.0	23.7
50代以上	484	26.8	24.4	333	40.0	25.5	106	8.0	25.1	250	36.6	26.0	254	32.4	21.6	1427	26.3	24.5
無回答	9	0.5	-	12	1.4	-	8	0.6	-	7	1.0	-	9	1.1	-	45	0.8	-
性別																		
男性	32	1.8	22.9	192	23.1	26.0	486	36.8	23.9	73	10.7	26.4	214	27.3	22.5	997	18.4	24.2
女性	1737	96.3	23.3	622	74.8	24.7	815	61.7	23.2	597	87.4	25.7	544	69.3	20.6	4315	79.6	23.5
無回答	35	1.9	-	18	2.2	-	19	1.4	-	13	1.9	-	27	3.4	-	112	2.1	-
最終学歴																		
高等学校卒業	60	3.3	22.7	205	24.6	25.2	17	1.3	23.2	19	2.8	25.6	227	28.9	20.7	528	9.7	22.9
短期大学・専門学校卒業	1404	77.8	23.4	395	47.5	24.5	118	8.9	24.0	493	72.2	25.7	333	42.4	21.0	2743	50.6	23.7
四年制大学卒業	289	16.0	22.7	212	25.5	25.7	1150	87.1	23.4	153	22.4	25.5	212	27.0	21.7	2016	37.2	23.5
大学院修士課程修了	24	1.3	25.9	9	1.1	27.2	28	2.1	23.6	7	1.0	27.3	4	0.5	23.5	72	1.3	25.2
大学院博士課程修了							1	0.1	30.0				1	0.1	26.0	2	0.0	28.0
その他	23	1.3	24.4	8	1.0	26.1	4	0.3	26.5	10	1.5	24.8	7	0.9	21.3	52	1.0	24.5
無回答	4	0.2	-	3	0.4	-	2	0.2	-	1	0.1	-	1	0.1	-	11	0.2	-
役職																		
センター全体の責任者・管理職	179	9.9	27.4	183	22.0	27.3	99	7.5	26.7	194	28.4	27.6	45	5.7	25.4	700	12.9	27.2
ある部門の責任者・管理職	124	6.9	25.4	88	10.6	26.8	36	2.7	24.8	87	12.7	27.0	26	3.3	22.0	361	6.7	25.8
管理職ではない主任・主査	416	23.1	23.9	187	22.5	24.1	137	10.4	24.6	175	25.6	25.2	90	11.5	23.0	1005	18.5	24.2
特に役職はない	1007	55.8	22.2	344	41.3	23.9	1007	76.3	22.9	202	29.6	24.0	560	71.3	20.7	3120	57.5	22.5
その他	71	3.9	21.0	23	2.8	24.8	39	3.0	22.7	21	3.1	23.4	59	7.5	18.8	213	3.9	21.3
無回答	7	0.4	-	7	0.8	-	2	0.2	-	4	0.6	-	5	0.6	-	25	0.5	-
勤務形態																		
専従(常勤)	1421	78.8	23.7	753	90.5	25.1	1133	85.8	23.6	594	87.0	25.8	452	57.6	21.9	4353	80.3	24.0
専従(非常勤)	196	10.9	19.7	32	3.8	22.8	99	7.5	21.0	29	4.2	22.5	177	22.5	18.7	533	9.8	19.9
兼務(常勤)	165	9.1	24.5	45	5.4	24.9	74	5.6	24.8	58	8.5	26.0	123	15.7	22.1	465	8.6	24.1
兼務(非常勤)	19	1.1	18.5	1	0.1	20.0	11	0.8	20.5	1	0.1	20.0	27	3.4	20.9	59	1.1	20.1
無回答	3	0.2	-	1	0.1	-	3	0.2	-	1	0.1	-	6	0.8	-	14	0.3	-
勤務経験機関(複数回答)																		
在宅介護支援センター	355	19.7	25.0	375	45.1	25.7	396	30.2	24.4	354	51.8	26.5	150	19.1	22.9	1632	30.1	25.1
民間在宅介護支援事業所	212	11.8	23.4	432	51.9	25.3	156	11.8	23.7	229	33.5	25.4	172	21.9	20.7	1201	22.1	24.1
介護施設	205	11.4	22.8	288	34.6	25.1	557	42.2	23.3	120	17.6	25.3	285	36.3	20.6	1455	26.8	23.2
行政(福祉関連)	346	19.2	24.3	112	13.5	25.6	132	10.0	23.4	176	25.8	25.6	111	14.1	22.5	877	16.2	24.4
行政(母子・成人保護関連)	835	46.3	24.0	38	4.6	25.2	9	0.7	25.8	216	31.6	25.8	28	3.6	21.9	1126	20.8	24.4
その他	806	44.7	22.6	154	18.5	25.8	390	29.5	23.5	268	39.2	25.5	216	27.5	20.9	1834	33.8	23.3

図表4 全国の地域包括支援センター職員の連携活動評価得点と基本属性の関連

	連携活動評価得点		情報交流		業務協力		関係職種との交流		連携業務の管理・処理	
	β	P値	β	P値	β	P値	β	P値	β	P値
性別	-0.10	0.00 **	-0.02	0.30	-0.07	0.00 **	-0.09	0.00 **	-0.10	0.00 **
年齢	0.14	0.00 **	0.08	0.00 **	0.10	0.00 **	0.12	0.00 **	0.13	0.00 **
単数資格(保健師・看護師)	0.24	0.00 **	0.11	0.00 **	0.25	0.00 **	0.22	0.00 **	0.14	0.00 **
単数資格(主任介護支援専門員)	0.27	0.00 **	0.12	0.00 **	0.21	0.00 **	0.29	0.00 **	0.18	0.00 **
単数資格(社会福祉士)	0.26	0.00 **	0.12	0.00 **	0.23	0.00 **	0.24	0.00 **	0.19	0.00 **
複数資格	0.27	0.00 **	0.10	0.00 **	0.24	0.00 **	0.27	0.00 **	0.19	0.00 **
学歴(高卒)	-0.08	0.05	0.00	1.00	-0.04	0.27	-0.06	0.15	-0.13	0.00 **
学歴(短大・専門学校卒)	-0.12	0.06	0.01	0.87	-0.11	0.07	-0.07	0.26	-0.17	0.01 **
学歴(4大卒)	-0.10	0.10	0.01	0.86	-0.09	0.17	-0.06	0.37	-0.17	0.01 **
地域包括勤務年数	0.10	0.00 **	0.08	0.00 **	0.12	0.00 **	0.07	0.00 **	0.06	0.00 **
調整済みR ²	0.11	0.00 **	0.02	0.00 **	0.08	0.00 **	0.09	0.00 **	0.06	0.00 **

** : P<.01, * : P<.05

下位因子別の得点との関連性も分析したが、「情報交流」得点には、総得点に見られた性別による得点の差はなかった。「連携業務の管理・処理」の得点は、高卒、短大・専門卒、4大卒のいずれの学歴でも得点は有意に低くなる傾向があった。

4. 考察

4.1 地域包括支援センター職員における保有資格の状況と連携活動評価得点との関連要因

2010年4月に厚生労働省がまとめた地域包括支援センター運営状況調査によると、包括的支援業務従事者の総数は1万6,078人で、うち保健師(準ずる者を含む)6,082人で37.8%、社会福祉士(同)5,467人、主任介護支援専門員4,529人という結果と介護予防支援業務従事者は総数1万8,293人で、うち保健師3,259人、経験のある看護師2,496人、社会福祉士4,608人、介護支援専門員7301人、兼務従事者は総数1万3,991人で、うち保健師は5,248人という結果を勘案すると、保健師・看護師については、全職員の34.4%、社会福祉士は29.3%、主任介護支援専門員12.3%となる。

一方、本研究の結果からは、地域包括支援センターの職員の保有資格について、3資格のいずれかを保有していた職員は69.9%(保健師33.3%、社会福祉士24.3%、主任介護支援専門員15.3%)であり、これら3資格すべて、あるいは、これよりも多い資格を所持していた職員は12.6%であった。

保有資格についてのデータが、国の調査と若干異なっていたのは、複数の資格保有者を抽出してこれらの詳細な分析をしたことに加え、准看護師等の準ずる資格者は、有資格者に含まなかったためである。これらを除けば、収集されたデータの傾向は、概ね厚生労働省の収集したデータと一致しており、本稿で示した結果は、全国の地域包括支援センターの職員の一般的傾向を表しているものと考えられた。

全国の保健師を対象にした連携活動評価得点は先行研究¹⁶⁾によれば、平均得点22.5点(SD±5.1)、地域権利擁護事業(当時)の専門員を対象とした先行研究¹⁷⁾では23.4点(SD±5.1)であり、今回

の調査対象である地域包括支援センター職員の平均値は、これらよりもわずかに高かった。これは、本研究で収集されたデータの31.0%が40歳代であり、これ以上の職員で概ね7割を占め、年齢が高いことが影響していると考えられた。

連携活動得点の結果からは、40歳代以上では、保健師と社会福祉士の2職種間に得点の差はなくなっており、無資格者を除けば、資格の種類の連携活動の得点の差はないものと考えられる。むしろ、連携活動においては、先行研究の結果を鑑みても年齢が高いほど、得点が高くなる傾向があるといえよう。

保有資格別の分析で留意すべき点は、保健師の30歳代の得点についてである。本研究の結果も、自治体保健師の結果からも、30歳代の保健師の得点は低いことがわかっている。これらの結果は、同様に保健師を対象とした根岸らの先行研究でも30歳代のPISP得点¹⁸⁾が低いことが示されており、この原因として言及されている、30歳代における、いわゆる職業的アイデンティティの低さが本研究においても影響している可能性が考えられた。

これら保健師の30歳代の得点は、社会福祉士の30歳代よりも有意に低く、この年代だけは、保有資格間の差が出ていた。本研究において収集された地域包括支援センターの保健師の前勤務先の46.3%が行政であることから、このことは、先行研究が示しているように、30歳代の保健師に対する現任教育の体制づくりや先輩保健師をモデルとして保健師の専門性を学ぶといった人員配置の配慮が求められている¹⁹⁾ことを示していると言えよう。したがって、今後、自治体で地域包括支援センターの職員配置を検討する際には、30歳代および若年層の保健師の配置には、必ずベテランの職員も同時期に配置するといった人員配置の上での配慮が必要となってくるであろうと考えられる。

このほか、全体的には最終学歴や役職、勤務形態によって連携活動得点に差異があることが示された。

例えば、職員の最終学歴で比較すると、最も連携活動得点の平均値が低い高等学校卒業者は、こ

の得点が22.9点であるのに対し、大学院博士課程修了が28.0点、大学院修士課程修了が25.2点、四年制大学卒業が23.5点、短期大学・専門学校卒業が23.7点と23点を超えていた。しかし、これらについては、統計的に有意な差は見られなかった。

また、職員の最終学歴について職種別にみると、学歴による得点の差異がみられた職種に関しては、3職種のうち主任介護支援専門員と保健師であり、社会福祉士については学歴による得点の差異は全くなく、基礎資格別に学歴による影響は異なっていた。

特に保健師に関しては、最終学歴が大学院修士課程修了の次に連携得点が高かったものは、大学短期大学・専門学校卒であり、この中に保健師学校を卒業した職員が多く含まれ、他の最終学歴よりも連携得点が高くなったものだと考えられる。

このことは、学歴といっても、個人が有する連携活動能力に関わる教育プログラムに関しては、教育を受けた時代やその社会情勢によって異なるものであったことを裏付ける一つの結果であり、これらの学歴と連携活動得点との関係については、今後さらに慎重な検討を続ける必要がある。

勤務形態別には、常勤のほうが非常勤よりも高く、地域包括支援センターでの勤務年数が長いほうが連携活動評価得点は高かった。このことは、センターでの継続的な業務が連携活動得点を高くする可能性があること、すなわち連携活動を推進できるようになる可能性があることを示しており、今後、地域包括支援センター職員を対象としたOJTを、どこで、どのように行うのかを考える際の重要な知見となるだろう。

4.2 統合ケアの推進における地域包括支援センターの位置とセンター職員研修における課題

WHOの高齢者の統合型ケアのためのヨーロッパ事務局では、統合型ケアを『診断・治療・ケア・リハビリ・健康促進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化をまとめて一括にまとめるというコンセプトであり、ここでの「統合」は

サービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を向上させる手段である。』と定義している⁶⁾。このように医療と介護のケアの統合をすすめるためには、サービス決定や提供に係る各種業務を、どこまでシステム化するかが課題となるが、今回は、このシステム化については言及しておらず、今後の課題としたい。

一方、地域包括ケア体制整備のための課題に対応できる職員の養成は、わが国にとって喫緊の課題であることがわかった。本研究で用いた連携活動評価尺度は、「情報交流」、「業務協力」、「関係職種との交流」、「連携業務の管理・処理」という4つの下位尺度得点から成立している。

本研究では、福祉と保健の両領域共に資格を複数持っている職員が、どの資格所有者よりも連携活動評価得点が高く、とくに「連携業務の管理・処理」の得点が有意に高かったことが特徴であった。この結果は、国際的な動向であるIntegrated careの潮流^{1,2)}と、これを実現するための職員の技能をどう考えていくかについて有益な示唆を与えている。

Integrated careの推進は、北欧を中心として実現がすすんでいるヒューマンサービスにおける基礎資格の一元化とその動きを同じくしている。例えば、フィンランドのラヒホイタヤ(Practical nurse)を代表とする医療、介護、保育等に携わる新たな職種の登場はその一例である。こういった基礎資格の一元化という文脈ではないが、ラヒホイタヤという資格についての検討の必要性は、すでに平成20年度地域包括ケア報告書に示されている¹²⁾。この報告書に資格の詳細は示されていないものの、地域包括支援センター職員の第4の職種として、こういった保健と福祉、医療と介護といった学際的な領域の知識と技能を持った職員という新たな職種の採用は、今後、検討すべき課題として取り上げるべき内容であろう。

また、現在の地域包括支援センター職員に対しては、将来的には、地域の保健医療福祉に地域の抱える課題、地域資源の現状を始めとする保健医療との連携協働のための知識・技能の体得、対人

援助サービスにおける新しいマネジメント方法に関する基礎知識については、OJT (on-the-job training) システムを早急に構築することが期待される。その際に、すでに急性期病院の看護師に対して実施している E-learning を用いた研修システムの導入等は有効であろう¹⁹⁾。さらに、今後は、こういった研修の受講が、キャリアアップとつながる仕組みとすることも検討すべき課題と考えられる。

こうした OJT システムの構築は、福祉関連職種は、保健や医療職よりも若干の遅れがあることは否めない。したがって、保健医療福祉職が同一の職場で働くこととなった地域包括支援センターにおいて、この人材養成のための OJT システムが整備されていくことは、この契機として重要であろう。

本研究でも連携活動評価得点が高かった地域包括支援センター職員は、保健と福祉の両方の資格を持った職員であることが明らかにされた。

これは換言するならば、高い連携能力の職員には、保健と福祉領域に通暁した知識や技能を持っていたともいえる。この結果は、わが国が地域包括ケア体制を整備していくために必要な職員養成研修・教育体制に関する資料として有益であり、これらの複数資格を持った職員の技能や臨床経験を分析することは今後の課題として重要であろう。

5. 結語

本研究結果より、国、及び保険者、自治体等が地域包括支援センターの本来果たすべき役割としての医療と介護、そして地域資源との連携に関するパフォーマンスを高めていく際に有用な職員像として、連携活動得点が高かった保健・福祉といった単一ではなく複数の領域に通暁し、一定の経験を積み、視野が広い職員を今後、配置する必要があることが示唆された。

また、これから 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを全国的に整備するためには、地域包括支援センター職員の能力の向上が必須であるが、このためには、地域での連携活動の行うための臨床

現場における人員配置における工夫や、職員に対する OJT システムの整備が喫緊の課題であることがわかった。

このため、本研究で初めて明らかにされた保健医療と福祉の両方の領域の 3 資格以上を保有していた職員の業務の実態とその成果の分析が有用な資料となる可能性があることから、これらについての詳細な検討が今後の課題と考えられる。

6. 謝辞

本研究は、平成 20 年老人保健健康増進等事業(未来志向研究プロジェクト)「地域包括支援センターの評価に関する研究(主任研究者:高橋紘士)」の研究成果の一部を再分析し、新たに論考を加えたものである。本研究の調査に参加していただいた全国の地域包括支援センター職員の皆様に深く感謝したい。

引用文献

- 1) M. Johri, F. Beland, H. Bergman : International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(3), 222-35 : 2003
- 2) K. Leichsenring, A. Alaszewski : Providing integrated health care and social care for older persons, *A European View of Issues at Stake. Aldershot/England: Ashgate Publishing Limited* : 2004.
- 3) Plochg, NS. Klanzinga : Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for Quality in Health Care* 14:91-101:2002
- 4) SM. Shortell, RR. Gillies, DA. Anderson : *Remaking Health Care in America, the evolution organized delivery systems*, San Francisco CA, Jossey-Bass : 2000
- 5) WE. Welton, TA. Kantner, SM Katz : *Developing Tomorrow's Integrated Community Health Systems: A Leadership Challenge for Public Health and Primary Care*, *Milbank Quarterly* 75(2), 261-288 : 1997
- 6). Gröne, M. Garcia-Barbero : *Integrated Care: A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*, *International Journal of Integrated Care* 1: e21 : 2001

- 7) T. Ploch : Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, *International Journal of Integrated Care*. 6, e21 : 2006
- 8) 筒井孝子: 地域包括ケアシステムの未来—社会的介護から、地域による介護へ—, *保健医療科学* 58(2), 84-89 : 2009
- 9) T. Tsutsui, T. Matsushige, M Otaga, M Morikawa. From 'care by family' to 'care by society' and 'care in local communities': switching to a small government by the shift of long-term care provision. *ISA world congress of Sociology*, Gothenburg, Sweden 11 – 17 July, contribution paper : 2010
- 10) 多田羅浩三: イギリスにおける地域包括ケア体制の地平、*海外社会保障研究* No.162, p16-28 : 2008
- 11) H. M. Government : Department of Health. *Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services Cm. 6737. The Stationery Office* : 2006
- 12) 平成20年度老人保健健康増進等事業、平成20年度地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成21年5月22日
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html> (平成22年8月1日アクセス)
- 13) 平成21年度老人保健健康増進等事業、平成21年度地域包括ケア研究会報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成22年4月26日
<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> (平成22年8月1日アクセス)
- 14) 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会: 地域包括支援センターの現状等について. *ネットワーク. 全国地域包括・在宅介護支援センター会報*, 4-5 : 2010
- 15) 筒井孝子: 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(上)(下). *社会保険旬報*, No.2183, 18-24, No.2184, 24-28 : 2003
- 16) 筒井孝子、東野定律: 全国の市町村保健師における「連携」の実態に関する研究、*日本公衆衛生雑誌*, 53(10), 762-775 : 2006
- 17) 筒井孝子、東野定律、筒井澄栄: 地域福祉権利擁護事業における「専門員」の属性及び地域における他機関との連携の実態—「専門員」の全国調査結果から—, *東京保健科学学会誌*, 7(3), 175-184 : 2004
- 18) 根岸薫、麻原きよみ、柳井春夫: 行政保健師の職業的アイデンティティ尺度の開発と関連要因の検討、*日本公衆衛生学雑誌* 57(1), 27-38 : 2010
- 19) 筒井孝子、Eラーニングを用いた看護必要度研修の実態とその評価、*看護必要度第4版—看護サービスの新たな評価基準—* (岩澤和子、筒井孝子編)、2010年刊行予定

abstract

In Japan, as well as in other European countries and the United States, governments have made various attempts in order to improve medical and long-term care functionality, efficiency and quality, but it would be presumptuous to say that any of these countries perfectly succeeded in this task. Nevertheless, recently, the “community-based integrated care” raises some high expectations regarding the possibility of resolving some fundamental problems and increasing the chance of success.

In our country, within the framework of Long-Term Care Insurance System, an attempt of introducing integrated care was made through policies promoting and establishing, since 2006, the community-based integrated care system.

In this paper, we will pay a particular attention to the coordination skills of these community-based support center's employees. Through a data analysis based on a survey conduct on these employees all over the country, we will discuss the presence or the absence of a smooth coordinated activity and the qualification of these employees.

Our results clearly showed that the only employees for whom the activity was well coordinated and was going smoothly were the employees who were certificated as specialist, and with a long working experience in these support centers.

From the result above, it seems that, in order to improve the employees' coordination ability, which is essential for all the institutions of the community-based integrated care system, the matter regarding the position of veteran employees inside the support center, and regarding the necessity to adjust the OJT system to the center, need to be dealt with promptly.

[研究論文]

認知症対応型グループホーム入所高齢者の BPSD 等の状態と
提供されるケア内容の関連に関する研究

著者：東野定律（静岡県立大学経営情報学部）

共著者：筒井孝子（国立保健医療科学院福祉サービス部）

大冨賀政昭（立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科）

抄録

本研究では、認知症対応型グループホームにおいて実施した1分間タイムスタディ調査結果を用いて、認知症の高齢者に対して、「どのようなケア」が、「どのくらいの時間」提供されているかを分析し、さらに BPSD 発生種類別にも、これらの介護内容と時間を明らかにした。

この結果、要介護度や認知症日常生活自立度とケア提供時間には関連性はなく、高齢者の個別の BPSD の発現状況、及び ADL 自立度によってケア時間が異なっていた。

今後は、BPSD の発現状況別に提供されたケア内容の関連について詳細な分析をし、ケア時間の増加に影響を及ぼしている BPSD に対するケアの標準化を検討する必要があると考えられた。またグループホームにおける BPSD の発現を軽減または消失させるようなケアの内容について検討し、そのケアの成果に対しての介護報酬等も検討する必要があると考えられた。

キーワード：認知症対応型グループホーム、他計式1分間タイムスタディ調査、認知症ケア、BPSD、夜勤

1. 緒言

要介護高齢者における認知症状の発現の割合は、年ごとに上昇し、2005年には約205万人とされていた認知症高齢者は、2035年には2.2倍に当たる445万人になると推計されている¹⁾。こうした状況をうけ、認知症であっても、在宅で暮らし続けることができる地域ケア体制の整備が政策として進められ、また認知症サポーター等養成事業等によって、地域の理解の推進も進められているが、今後増え続ける認知症を有する高齢者へのケアニーズに対応するような仕組みを整備することは喫緊の課題となっている。

すでに認知症に対するケアは、介護保険制度発足時から、その質の確保のために認知症介護指導者の育成や都道府県単位の認知症介護の実践者やリーダーを育成するための研修体系の整備、グル

ープホームや小規模多機能型居宅介護事業所へのサービス評価の導入、認知症へのケアマネジメント共通ツールの研究開発と普及といった多様な取り組みが行われてきている。

また平成20年には「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」によって認知症対策がまとめられ²⁾、また同年より認知症ケア高度化推進事業の実施等によって国内外の認知症ケアの事例の集積が図られ、その水準が年々、高まってきていると考えられる³⁾。

しかし、認知症の症状は、多様で個性の強いケアが必要とされることから、状態の変化が激しい場合には、「その時々に応じた」対症療法的なケアを提供することも少なくない。このことは、ケアの標準化が必須であるにも関わらず、その個性が優先されるように見えることから、職員によ

っては、標準化されたケアの提供が何かが、よくわからないといった状況に陥っている危険性がある。今後、目指されるべき標準化されたケアとは、「どのような状態」の認知症高齢者に、「どのようなケア」が「どれくらい」提供されたかを示すことに他ならない。

一方で、施設における介護業務の提供時間は増加しており、入居者の要介護度や問題行動の有無等の心身状況に応じた適切な介護が提供できる体制を整備することが必要である。とりわけ夜勤帯は日勤帯と比較すると低い人員配置によって業務が行なわれており、少ない人員で必要とされる介護業務が果たして十分に提供できていないことが明らかになっている⁴⁾。

すでに先行研究で日勤と比較して夜勤は勤務時間が長いことによって、疲労感や身体的疲労度が高いという老人保健施設の介護者における報告⁵⁾や、日勤より夜勤のほうが作業中や作業後の疲労の訴えが高いという報告⁶⁾がなされている。このような様々な問題を抱えている介護福祉施設における夜勤者の業務については、労働衛生的な観点からの研究⁷⁾、介護保険制度実施後の介護職員⁴⁾⁸⁾、とりわけ認知症高齢者へのケアを扱った研究⁹⁾¹²⁾はいくつかあるものの、認知症対応型グループホームを対象とした実証的な研究¹³⁾はほとんどない状況である。

そこで、本研究では、これまで十分に明らかにされてこなかった認知症対応型グループホーム(以下、GH。)において、国内^{4), 13), 14)19)}をはじめとして、海外^{20) 22)}においても客観的に業務内容や業務量を測定する手法として行われているタイムスタディ調査法を用いて、調査を実施し、認知症の高齢者に対して、時間帯別にどのようなケアが実施され、さらにBPSDに対してどの程度の時間、ケアが提供されているかを検討することを目的とした。

2. 調査方法

2.1 調査方法

関西地方A県B市に所在するGHにおいて、介護職員に対する他計式の1分間タイムスタディ調査を実施した。調査は当該グループホームの職員が行ない、調査日に勤務していたすべての介護職員全員に調査が行われた。

2.2 調査項目

調査の対象となったのは、GHにおける職員5名と利用者18名であった。また、入所者には、性、年齢等の基本属性と認知機能、身体機能、IADL、問題行動に関するデータを当該施設の職員が評価した。タイムスタディ調査において、職員によって1分ごとに記述された介護内容データは、介護業務分類コードによって分類され、数量化された。

介護業務分類コードは、筒井によって1989年より開発がすすめられ¹⁴⁾、施設における介護内容の分類だけでなく、現在は在宅介護¹⁶⁾、急性期看護¹⁵⁾、¹⁶⁾、回復期リハ等を含めた総合的な介護・看護業務を測定するためのツールとして利用されており、これらのコードは、現在362コードで成り立っている。

2.3 分析方法

1分間タイムスタディ対象となったGH利用者および職員の基本属性の記述統計およびGH利用者に提供されたケア時間について分析を行った。また、要介護度別、認知症の有無別、BPSDの発現の状況別とケア内容の関連について検討を行った。さらに勤務時間帯ごとのケアの特徴について記述統計を行った。

ケア時間の比較にあたっては、2変数の場合にはT検定、3変数以上ある場合については一元配置分散分析を用いて、統計的有意差があるかどうか検討した。なお、これらの統計解析にあたっては、

SPSS ver.18.0 を使用した。

2.4 倫理的配慮

調査実施に際して、調査対象施設において調査説明会を実施し、対象施設の責任者の許可を得た。調査計画については、国立保健医療科学院に設置された研究倫理委員会で認証を受けた（NIPH-IBRA#07008）。また調査対象者に対しては、書面で調査の主旨、匿名性、守秘義務の遵守、データ処理方法を説明し、承諾書によって、了承を得た。

3. 結果

3.1 調査対象高齢者および職員の属性

3.1.1 1 分間タイムスタディ当日の職員及び入所者の属性

職員は 5 名で女性 5 名となっており、平均年齢は 57.7 歳、平均経験年数は 3.8 年であった。利用者は 18 名のうち、年齢についての情報があつた 11 名の平均年齢は 86.1 歳であった。要介護度の内訳は、要介護 1 が 3 名、要介護 2 が 2 名、要介護 3 は 3 名、要介護 4 は 8 名、要介護 5 が 2 名であった。また認知症高齢者日常生活自立度Ⅲa 以上は、8 名と全入所者の 44.4%を示していた。

図表 1 1 分間タイムスタディの調査対象となつた GH 職員の属性

	N	%
性別		
男	0	0.0
女	5	100.0
	平均	標準偏差
年齢	57.7	2.3
経験年数	3.8	4.0

図表 2 タイムスタディの調査対象となつた GH 利用者の属性

	平均	標準偏差		N	%
年齢	86.1	7.8			
	N	%		N	%
年齢区分			寝たきり度		
75～79 歳	2	11.1	J2	13	72.2
80～84 歳	3	16.7	A1	1	5.6
85～90 歳	2	11.1	B1	1	5.6
90 歳～	4	22.2	B2	3	16.7
無回答	7	38.9			
性別			認知症度		
男	2		Ⅱb	10	56.6
女	16		Ⅲb	4	22.2
要介護度			Ⅳ	4	22.2
要介護 1	3	16.7			
要介護 2	2	11.1			
要介護 3	3	16.7			
要介護 4	8	44.4			
要介護 5	2	11.1			

3.1.2 提供されたケア時間

GHの利用者一人あたりに提供された直接ケア時間の平均値は、平均70.4分で、最小は3.5分、

最大は323.2分と利用者による提供時間の差が大きかった。

図表3 利用者一人あたりに提供された直接ケア時間の平均値の比較

N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	P値
18	70.4	86.4	3.5	323.2	0.19

3.2 GH利用者の属性別提供ケア時間の比較

3.2.1 要介護度別のケア時間

要介護度別には、要介護3の集団が平均120.1分と最も提供ケア時間が長く、続いて要介護4が81.9分と示されたが、どちらも標準偏差が100以上とばらつきが大きかった。要介護度とケア時間には統計的な有意差はなかった。

他の高齢者の基本属性は、身体機能は自立しているが、認知機能の低下やBPSDのために、身の回りの世話については、見守りや一部介助が必要な状況であった。

3.4 時間帯別ケア内容別ケア提供時間

3.4.1 日勤帯におけるケア内容別ケア1時間あたりの平均ケア提供時間

日勤帯においては、「日常会話、声かけ」が151.3分と最も長く、続いて、「食事の後始末、下膳、配茶後の後始末」131.3分、「定時薬の区分け、のみやすいよう区分けしておく」126.3分といった食事や与薬管理に関するケアも多く、「職員間の連絡、打ち合わせ、伝達など」123.8分、「カーデクス、看護記録、リハビリ記録、ケース記録など」103.8分といった記録や、「病室内の掃除・消毒・ゴミ捨て、環境整備の準備・片付け」56.3分といった環境整備に関するケアも多く提供されていた。

3.2.2 認知症の有無別のケア時間

認知症の有無別には、Ⅲ以上が84.8分とⅢ未満の58.9分より長かったが、これら2群間に統計的な有意差はなかった。

3.4.2 準夜勤帯におけるケア内容別ケア1時間あたりの平均ケア提供時間

準夜勤帯においては、「食事の準備、配膳後食札の数の確認」が160.0分と最も多く、それに関連して、「食事の後始末、下膳、配茶後の後始末」78.8分と食事に関するケアが多いことが特徴であった。日勤帯に一番多かった「日常会話、声かけ」160.0分は、食事の準備とほぼ同じ程度の時間が提供されていた。

3.2.3 BPSDの有無別のケア時間

要介護認定のアセスメント項目のうち、BPSDに係る群（2008年までに用いられたアセスメント項目の第7群）の有無別のケア時間を比較した。

この結果、有意差があった項目は、19項目のうち、「幻視・幻聴」、「同じ話や不快な音」、「落ち着きが無い」、「目が離せない」、「無断で収集」、「火元の管理」の6項目であり、これらの行動がある高齢者により長いケア時間が提供されていた。

その他には、「カーデクス、看護記録、リハビリ

3.3 ケア時間が最も長かった高齢者の属性

また、ケア時間が最も長かった高齢者のBPSDについては、「幻視・幻聴」、「昼夜逆転」、「暴言や暴行」、「大声を出す」、「介護に抵抗」、「目的無く動き回る」「不潔な行為」といった行為が「時々ある」とされていた。認知症度は「Ⅳ」であった。

図表 4 GH 利用者の属性別提供ケア時間の比較

		N	平均値	標準偏差	P 値
要介護度					
要介護 1		3	63.2	21.2	0.64
要介護 2		2	13.1	0.6	
要介護 3		3	120.1	100.1	
要介護 4		8	81.9	110.3	
要介護 5		2	17.9	13.2	
認知症の有無					
Ⅲ未満		10	58.9	56.4	0.54
Ⅲ以上		8	84.8	116.8	
BPSD					
被害的	なし	15	76.3	94.1	0.60
	あり	3	46.4	43.0	
作話	なし	16	74.0	91.4	0.72
	あり	2	49.7	60.3	
幻視・幻聴	なし	15	52.6	59.1	0.04 *
	あり	3	164.9	157.3	
感情が不安定	なし	12	52.5	55.8	0.21
	あり	6	108.9	128.9	
昼夜逆転	なし	5	40.7	29.3	0.37
	あり	13	83.0	100.1	
暴言や暴行	なし	14	60.2	65.8	0.33
	あり	4	110.3	148.3	
大声を出す	なし	16	54.1	63.4	0.13
	あり	2	208.8	164.7	
同じ話や不快な音	なし	15	57.2	64.4	0.01 **
	あり	3	141.5	164.7	
介護に抵抗	なし	8	50.3	52.8	0.38
	あり	10	88.1	107.6	
目的無く動き回る	なし	14	53.6	52.6	0.09
	あり	4	133.1	157.5	
落ち着きが無い	なし	14	52.7	53.4	0.11
	あり	4	136.2	154.2	
1人で戻れない	なし	13	45.6	45.1	0.42
	あり	5	138.0	136.8	
落ち着きが無い	なし	5	43.8	64.8	0.04 *
	あり	13	81.9	94.9	
目が離せない	なし	12	39.2	47.8	0.02 *
	あり	6	135.5	116.4	
無断で収集	なし	15	40.1	44.2	0.00 **
	あり	3	227.1	87.4	
火元の管理	なし	16	50.0	58.2	0.00 **
	あり	2	241.4	118.6	
物や衣服の破壊	なし	10	61.3	67.7	0.60
	あり	8	83.7	111.2	
不潔な行為	なし	18	71.3	87.5	
	あり	0	.	.	
異食行動	なし	1	7.0	.	0.47
	あり	17	75.1	88.6	

図表5 GHで最もケア時間が長かった高齢者のBPSDの状況

要介護度	4		
寝たきり度	A1		
認知症度	IV		
BPSD			
被害的	ない	落ち着きが無い	ない
作話	ない	1人で戻れない	ある
幻視・幻聴	ときどきある	目が離せない	ある
感情が不安定	ない	無断で収集	ある
昼夜逆転	ときどきある	火元の管理	ある
暴言や暴行	ときどきある	物や衣服の破壊	ある
同じ話や不快な音	ない	不潔な行為	ときどきある
大声を出す	ときどきある	異食行動	ときどきある
介護に抵抗	ときどきある	ひどい物忘れ	ある
目的無く動き回る	ときどきある		

図表6 日勤帯における利用者一人あたりに提供されたケア内容別ケア時間の平均値（上位20）

	平均値	最小値	最大値	標準偏差
日常会話、声かけ	151.3	30.0	240.0	64.5
食事の後始末、下膳、配茶後の後始末	131.3	0.0	580.0	199.6
定時薬の区分け、のみやすいよう区分けしておく	126.3	0.0	310.0	117.8
職員間の連絡、打ち合わせ、伝達など	123.8	60.0	220.0	55.3
食事の準備、配膳後食札の数の確認	107.5	0.0	300.0	127.0
カーデクス、看護記録、リハビリ記録、ケース記録など	103.8	30.0	220.0	73.1
病室内の掃除・消毒・ゴミ捨て、環境整備の準備・片付け	56.3	0.0	220.0	85.2
後始末、下膳、患者私物のやかん・楽のみを集め洗浄	43.8	0.0	260.0	89.0
食事部分介助（食事を食べやすく切る、すりつぶす）	32.5	0.0	100.0	38.1
歩行の介助、歩行器での移動の介助、盲導犬を移動させる	31.3	0.0	70.0	22.3
脳・神経系、呼吸、体温測定、身長・体重の測定、血圧測定	31.3	0.0	90.0	37.2
記録物からの情報収集	27.5	0.0	80.0	35.8
薬を患者に配布、経口与薬の実施、服薬介助など	26.3	0.0	120.0	43.1
食事中的見守り	25.0	0.0	150.0	51.3
おやつ準備、配茶前に患者全員の冷茶を捨てる	25.0	0.0	150.0	51.8
洗濯物をたたむ、洗濯物の整理	25.0	0.0	90.0	31.6
歩行の見守り	21.3	0.0	60.0	19.6
更衣動作の一部介助（靴下、靴含む）、トイレ介助中の衣服の着脱	20.0	0.0	60.0	22.0
食間食・分割食の見守り	18.8	0.0	130.0	45.5
職員間の連絡・指示・調整、記録の確認の申し送り	18.8	0.0	130.0	45.5

図表7 深夜勤帯における利用者一人あたりに提供されたケア内容別ケア時間の平均値（上位20）

	平均値	最小値	最大値	標準偏差
食事の準備、配膳後食札の数の確認	160.0	0.0	590.0	233.7
日常会話、声かけ	160.0	0.0	400.0	157.4
食事の後始末、下膳、配茶後の後始末	78.8	0.0	410.0	147.1
カーデクス、看護記録、リハビリ記録、ケース記録など	65.0	10.0	210.0	76.9
徘徊老人への対応、探索	50.0	0.0	400.0	141.4
職員間の連絡、打ち合わせ、伝達など	45.0	0.0	160.0	61.2
歩行の見守り	36.3	0.0	110.0	37.8
更衣動作の一部介助（靴下、靴含む）、トイレ介助中の衣服の着脱	22.5	0.0	80.0	27.1
記録物からの情報収集	22.5	0.0	180.0	63.6
褥創、軟膏塗布、薬浴、ケアの準備・実施・後始末	13.8	0.0	50.0	18.5
ニード、訴えを知る、患者との相談、確認	12.5	0.0	70.0	25.5
排尿時の見守り	11.3	0.0	40.0	16.4
薬を患者に配布、経口与薬の実施、服薬介助など	11.3	0.0	40.0	18.1
脳・神経系、呼吸、体温測定、身長・体重の測定、血圧測定	10.0	0.0	80.0	28.3
職員自身の移動、ストレッチャーを他病棟へ借りにいく	10.0	0.0	20.0	7.6
排尿後の後始末	8.8	0.0	40.0	14.6
車椅子の操作、車椅子の準備・片付け、ベッドの位置を変える	8.8	0.0	70.0	24.7
（夜間）巡視、容態観察	8.8	0.0	50.0	18.1
衣服、日用品整理、入れ替え、不要物品の整理	8.8	0.0	40.0	16.4
洗濯物をたたむ、洗濯物の整理	8.8	0.0	60.0	21.0

記録、ケース記録など」65.0分、「職員間の連絡、打ち合わせ、伝達など」45.0分と記録に関するケア時間が多く、生活に係ることでは、「歩行の見守り」36.3分、「更衣動作の一部介助（靴下、靴含む）、トイレ介助中の衣服の着脱」22.5分といったケアが発生していた。さらに、この時間帯においては他の時間帯に見られない「徘徊老人への対応、探索」50.0分と長い時間発生していたが、これは一人の高齢者に発生していたケアであった。

3.4.3 深夜勤帯におけるケア内容別ケア1時間あたりの平均ケア提供時間

深夜勤帯では、「カーデクス、看護記録、リハビリ記録、ケース記録など」が53.8分と最も多かった。続いて、「食事の準備、配膳後食札の数の確認」43.8分「食事、保存食を作る」28.8分といった食事の準備に関するケアが多く発生していた。

その他として、深夜勤時に特有の業務としては、「おむつ除去、装着」27.5分、「（夜間）巡視、容態観察」23.8分発生しており、また「歩行の見守り」38.8分、「排尿時の見守り」16.3分といった生活動作の見守りといったケアも発生していた。

4. 考察

4.1 GH利用者に提供されたケア時間の内容

本研究においては、GHの利用者一人あたりに提供された直接ケア時間が初めて示された。この平均提供時間は、70.4分と示されたが、これは、先行研究¹³⁾で示された介護老人福祉施設の94.9分との間には、有意差はなく、施設とグループホームでは差異はないことがわかった。ただし、同グループホームにおける、提供時間は最小は3.5分、最大は323.2分と、直接ケアを提供されている時間には、大きなばらつきがあることが明らかになった。

図表8 深夜帯における利用者一人あたりに提供されたケア内容別ケア時間の平均値（上位20）

	平均値	最小値	最大値	標準偏差
カーデクス、看護記録、リハビリ記録、ケース記録など	53.8	0.0	160.0	59.7
食事の準備、配膳後食札の数の確認	43.8	0.0	350.0	123.7
歩行の見守り	38.8	20.0	90.0	29.0
食事、保存食を作る	28.8	0.0	150.0	56.4
おむつ除去、装着	27.5	0.0	110.0	36.2
（夜間）巡視、容態観察	23.8	0.0	50.0	19.2
日常会話、声かけ	21.3	0.0	50.0	21.7
排尿時の見守り	16.3	0.0	40.0	16.0
更衣動作の一部介助（靴下、靴含む）、トイレ介助中の衣服の着脱	12.5	0.0	50.0	19.1
更衣動作の全介助（靴下、靴含む）	11.3	0.0	60.0	22.3
飲み物の用意	10.0	0.0	30.0	10.7
排便時の見守り	8.8	0.0	70.0	24.7
おむつの後始末	8.8	0.0	30.0	9.9
食事部分介助（食事を食べやすく切る、すりつぶす）	8.8	0.0	70.0	24.7
身体を起こす、ささえる、移乗、臥床させる、寝かせる	7.5	0.0	30.0	10.4
褥創、軟膏塗布、薬浴、ケアの準備・実施・後始末	7.5	0.0	60.0	21.2
職員間の連絡、打ち合わせ、伝達など	7.5	0.0	30.0	10.4
洗面所までの誘導	5.0	0.0	20.0	7.6
入れ歯の手入れ	5.0	0.0	20.0	9.3
排尿動作援助（衣服の着脱などは除く）	5.0	0.0	20.0	7.6

これまで認知症高齢者への在宅における家族介護内容についてのタイムスタディ調査結果¹¹⁾では、要介護度と介護時間の長さに関連は見られなかったとされ、本研究においても同様の結果が示された。

また介護保険制度において認知症を判断する基準となっている認知症日常生活自立度においてⅢ以上と示された高齢者とⅢ未満の高齢者を比較しても、ケア時間に有意差は示されておらず、このことはいわゆる認知症度と提供時間の長さには関連性がないことを示唆している。

しかし、BPSDの発生別には、例えば、「落ち着きが無い」、「目が離せない」といった落ち着きがない高齢者へのケア時間は、これらの行動がない高齢者より有意に長かった。これは、臨床的知見として示されてきた先行研究らと同様の結果を示

していた。これは、今後、利用者が落ち着きがない場合にはどのようなケアが有効であるかといった介護技術についてさらに検討する必要があるものと考えられる。

また、「目が離せない」という現象が起こっている利用者の実態が、どのような理由によって、この現象が起こっているのかは、明確にできなかった。このため、今後は、この他の「幻視・幻聴」、「同じ話や不快な音」、「火元の管理」、「無断で収集」といったBPSDの周辺症状によって、より長いケアが提供されている利用者の実態とそのケアを分析し、これらの症状への個別の対応と、これに係る介護技術の標準化をすすめていくような研究が求められているものと考えられる。

例えば、今回の調査結果においては、夕方に発

生した徘徊老人の探索、夕方から夜にかけておこる夕暮れ症候群などが行動異常を引き起こす誘引との指摘²³⁾もなされている。しかし、こうした症状を始め、BPSDに対するGH職員の認知症の認識が低いという調査研究²⁴⁾もあり、職員がこれらの知識を持つことにより、ケア方法が変わってくる可能性はあるだろう。さらに、こういったケア方法を家族に伝達することによって在宅介護の方向性が変化することもありうることから、今後、さらに検討が必要な課題と考える。

また、勤務時間帯別のGHのケア内容の特徴について、声かけやニーズ把握、巡視観察について着目して分析した結果からは、準夜勤、深夜勤帯ともに、移動が可能で、ADLが高いが、BPSDによって落ち着きがなくなり、目が離せない高齢者が多く入所している場合は、生活動作の見守りに多く時間が提供されていることが明らかになった。この状況は深夜帯においても継続されており、夜勤の介護体制については、要介護度だけでなく、入所者のBPSDを反映した勤務体制が工夫されなければならないことがわかった。

介護老人福祉施設においては、夜間に記録時間が増えていた¹³⁾が、その他にもおむつ交換など、ほとんど決まっている定例業務が多いため、十分な仮眠が取れていない状況が指摘される⁴⁾など、近年、夜勤帯での業務におけるエビデンスは示されるつつある。しかし、GHをはじめ、在宅におけるケアのエビデンスは、ほとんどない。

先行研究からは、夜間にBPSDとの遭遇によって、ケアスタッフの大きな負担になっている²⁵⁾ことが示され、一般にBPSDは深夜帯に発生するような昼夜逆転等の症状²⁶⁾は多くの事例があるとされてきたが、本研究においては、深夜帯にBPSDは発生していなかった。これは、調査対象としたグループホームが、認知症の症状に対応したケアを日中に実施し、夜間のBPSDを軽減させている

ケアの成果として評価すべき内容と考えられた。

5. 結論

本研究において、認知症対応型GHにおいて提供されていたケアの実態が時間帯別に初めて明らかにされた。この結果からは、要介護度や認知症自立度別にはケア時間の多寡との関連性は見られなかった。

むしろ、高齢者の個別のBPSDの発現状況やADLの自立度によってケア時間の多寡が決まる傾向にあった。今後は、BPSDの発現状況別に提供されたケア内容の関連について詳細な分析をし、ケア時間の増加に影響を及ぼしているBPSDに対するケアの標準化を検討する必要があると考えられた。

また、今後は、GHにおけるBPSDの発現を軽減または消失させるようなケアの内容について検討し、そのケアの成果に対してインセンティブを介護報酬等において検討する必要があると考えられた。

6. 謝辞

平成20年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「認知症をもった要介護高齢者に対する介護手法及び介護サービスに関する調査研究(病院管理研究協会)」の研究成果の一部及び平成22年度科学研究費補助金(若手研究B)「介護保険施設における介護職員の労働環境改善に関する基礎的研究(主任研究者:東野定律)」の研究成果の一部である。また本調査にご協力いただいたA認知症対応型グループホームの関係者の皆さまに心よりお礼申し上げる次第である。

引用文

- 1)高齢者介護研究会報告書、2015年の高齢者介護、平成15年6月:2003
- 2)厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策

- 推進室「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書、平成20年7月10日：2008
- 3)認知症介護研究・研修センター：認知症ケア高度化推進事業ホームページ。ひもときねっと、
http://www.dcnnet.gr.jp 平成22年8月15日アクセス
- 4)大冢賀政昭、筒井孝子、東野定律：介護福祉施設における夜勤介護職員の業務内容の実態に関する研究、福祉情報研究 (5)、16-31：2009
- 5)緒方正名、山田寛子、當瀬美枝：老人保健施設に勤務する介護者の負担感測定とその対策、川崎医療福祉学会誌、7(1):33-45：1997
- 6)緒方正名、土居真樹子：介護職員の自覚症状調査—日勤・夜勤の疲労自覚症状と仮眠による影響—、川崎医療福祉学会誌、9(2):155-161、1999
- 7)佐々木司、鈴木一弥、久保智英、他：2連続模擬夜勤時にとる仮眠の睡眠構築に及ぼす影響、労働科学、81(4):161-168：2005
- 8)三好禎之：指定介護老人福祉施設における夜間介護労働の構造実態(1)、名古屋柳城短期大学研究紀要 27、131-143：2005
- 9)堤雅恵、田中マキ子、原田秀子、他：認知症高齢者を対象としたアクティビティケアの効果の検討：エネルギー消費量および対人交流時間からの分析、山口県立大学社会福祉学部紀要 13、65-71：2007
- 10)堤雅恵、柴田 寿子、松尾照美：認知症高齢者の徘徊に伴うケア上の課題に関する研究—疲労徴候およびエネルギー消費量に焦点を当てた事例検討、日本認知症ケア学会誌 8(3)、419-427：2009
- 11)東野定律、筒井孝子：介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態、東京保健科学学会誌 5(4):244-257：2002
- 12)Care Time of Dementia Clients at Dementia and Rehabilitation Centre ? A Time and Motion Study. 8th Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology and Geriatrics, Beijing, People Republic of China : 2007
- 13)大冢賀政昭、東野定律、山内康弘、筒井孝子、松繁卓哉：介護福祉施設等における情報に関連する業務の実態に関する研究。第68回日本公衆衛生学会総会、奈良、2009.10.21-23：2009
- 14)全国社会福祉協議会、サービス供給指標調査研究事業報告書：1995。
- 15)筒井孝子：看護量の測定および推定のための方法論に関する研究—看護業務分類コードの作成について—、看護管理、7(12)：890-900：1997
- 16)筒井孝子：介護業務における精神的負担感および身体的負担度に関する研究—特別養護老人ホームにおける介護内容別業務量調査に基づく実証研究—『病院管理』33(1)39-48：1999
- 17)筒井孝子：急性期病棟の看護業務の実態と患者の病態との関係(第1報)—患者への看護業務の「発生率」および「平均提供時間」による検討—、病院管理、7(2):15-24：2000
- 18)藤田あけみ、石鍋圭子、川口徹、他：療養型病院における看護職、介護職のリハビリテーションケアの実態、青森県立保健大学雑誌、8(1)、209-210：2007
- 19)永田智子、桑原雄樹、田口敦子、村嶋幸代、八巻心太郎、吉池由美子：訪問看護ステーションにおける利用者ごとの業務内容と時間：タイムスタディとヒアリングによる実態調査から、日本医療・病院管理学会誌 45、155：2008
- 20)A Hendrich, M Chow, BA Skierczynski,Z Lu,/A 36-Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spending Time? The Permanente Journal 12(3)：2008
- 21)Z Tang, L Weavind, J Mazabob, et al : Workflow in intensive care unit remote monitoring: A time and-motion study, Critical Care Medicine, 35 (9)、2057-2063：2007
- 22)MS Thomson, A Gruneir, M Lee, et al : Nursing Time Devoted to Medication Administration in Long-Term Care: Clinical, Safety, and Resource Implications, Journal of the American Geriatrics Society 57、266-272：2009
- 23)鈴木達也、野呂瀬 準、須田(二見) 章子、他：認知症の周辺症状(BPSD)への対応、日本医科大学医学会雑誌、6、135-139：2010。
- 24)新田静江、上村奈美、望月紀子：グループホーム職員における認知症に伴う行動・心理症状—(BPSD)への対応に関する基礎的知識と就業経験の関連、Yamanashi Nursing Journal、7 (1)、27-32：2008
- 25)正源寺美穂、太田あや、加藤香里、中出清香、村田実穂ケアスタッフが遭遇した夜間における認知症高齢者の行動・精神症候群。老年看護学 10(1) 148-154：2008
- 26)下垣光：第3章1節 異常行動とその発生要因、江草安彦(監)新・痴呆性高齢者への理解とケア、メディカルレビュー社、東京、68：2004

Abstract

In this paper, researcher-administrated time and motion study (per minute) was conducted in group-home specialized for people with dementia to analyze how and how long care were provided to elderly suffering from dementia, clarifying also the time and nature of the services by category of BPSD.

Results show that there is no relationship between neither the degree of independence with dementia, the need level of long term care, or the time spent to provide care. However, the ADL and other individual factors regarding the occurrence of BPSD have an influence on this care time.

The next step will be to conduct a more detailed analysis focusing on the relationship with the nature of care, providing accordingly to these occurrence factors of BPSD. Also, it is necessary to examine the nature of care that could reduce or prevent the occurrence of BPSD in group-home, and at the same time re-evaluate the remuneration for these long-term care services according to their outcome.

[研究論文]

介護老人福祉施設の財務と「再生産コスト」に関する基礎研究

著者：藤井賢一郎（日本社会事業大学専門職大学院）、柿本貴之（高齢者総合福祉施設 陽谷苑）、白石 旬子（日本社会事業大学社会事業研究所）

抄録

介護老人福祉施設の「再生産コスト」に関する議論に資することを目的として、A 県の介護老人福祉施設（分析対象 41 施設）の財務諸表の分析を行った。

その結果、介護老人福祉施設の利益水準を、資産の規模から説明することはできなかったが、開設後 20 年以内は施設間でほぼ一致した「安定的財務行動」をとり、それ以降は、財務行動にバリエーションが生まれている可能性を示唆した。

さらに、「再生産コスト」についての論点を確認し、「安定的財務行動」の意義について議論した。

キーワード：再生産コスト、介護老人福祉施設、介護報酬、財務、利益

1. 緒言

介護報酬は、法律上、「平均的な費用の額を勘案」¹⁾することが明確にされているが、詳細な費用分析等に基づいた設定が行われてきているわけではない。すなわち、介護保険導入時には、暗黙裡に、既存サービス種別の経営状況を大きく変更しないように、また、個々の施設・事業所が不利にならないように報酬額の設定が行われ²⁾、さらに、それ以降も、基本的には介護事業経営実態調査のサービス別損益を参考にする程度で、全体の改定率と政策的インセンティブを軸として、基本的な報酬額は踏襲される形で、3年おきの改定が行われてきた。

そのため、「平均的な費用」については、何をもって平均とするか、利益（以下、社会福祉法人については事業活動収支差額、経常収支差額を意味するものとする）は含まれるのか、含まれるとすれば適正利益とはどの程度なのか³⁾といった点については、いまだ十分な議論は行われていない。たとえば、介護老人福祉施設については、利益率（事業収入に対する比率）を 10%程度確保することが望ましいという経営側からの意見^{4,5)}がある。

しかし、議論に耐えうる分析が行われた結果の数値ではなく、論拠が十分でなければ、この数値は他産業との比較の上で高すぎるとみなされるだろう⁶⁾。

一方で、「再生産コスト⁷⁾」「再生産可能利益⁸⁾」を利益として確保することが必要であるという議論がある。特に、「再生産コスト」の主張の中では、「再生産コスト」に、施設の建替え費用に、生活水準の向上やインフレ率を勘案した α （具体的には 10 年間で建築費の 20%）の設定が行われており、資産に注目して適正利益を見積もるという点において、公共料金の設定（特に総括原価主義）⁹⁾に準じた方式で興味深い。ただし、この主張も、 α の設定において、十分実証的分析を行っておらず、議論の余地は多く残している。

以上の点を踏まえ、介護老人福祉施設の損益や財務の特徴を分析するとともに、その財務上の推移について基礎的な実証分析を行い、「再生産コスト」に関する議論に資することを目的として、本研究を行った。

2. 仮説の設定と研究の方法

2.1 仮説の設定

一般に、介護老人福祉施設の損益や財務には、次のような特徴がある。

第1に、介護老人福祉施設の資産は、売上に對して極めて大きい。すなわち、総資産回転率は0.3程度であり、一般産業に比較してきわめて低く¹⁰⁾、介護老人保健施設(0.53)¹¹⁾や一般病院(1.4)、療養型病院(0.97)、精神科病院(0.90)¹²⁾と比較しても、低い水準にある。介護老人福祉施設は、稼働、利用者単価に大きな差がないため利用定員あたりの収益はほぼ一定である。そのため、総資産回転率が低いということは、利用定員あたりの資産が高水準にあることを意味する。このことは、社会福祉法人が社会福祉事業を行うために直接必要な土地・建物についてリース等が基本的に認められていないこと¹³⁾に加え、過去補助金・交付金の投入により建物に過剰な投資が行われたこと¹⁴⁾も原因の1つとして想定される。

ところで、総資産回転率が高い要因が、建築物投資が大きいことにあるとすると、このことが、経営側に利益水準を高めようとするインセンティブを働かせている可能性がある。これは、以下のような事情による。現在の介護老人福祉施設の多くは、補助金・交付金を受けて建築されており、制度的に建築費の4分の3を補助金によって整備された時代があった。しかし、補助金・交付金は徐々に縮小され、将来的には期待できないと考える経営者も多い。そうすると、将来、建築物を修繕したり、再整備したりするコストは、減価償却費分のキャッシュを積立てることで補えず、利益によってそれを補う行動をとる経営者が少なくない。また、補助金・交付金が縮小されて以降に建築された施設では、高額な借入によって資金を確保する場合もある。そして、通常減価償却期間(鉄筋コンクリート造の場合39年)より、借入金返済期間(福祉医療機構の場合20年)が短期であるため、借入金返済を減価償却費だけでなく、利益によって確保する必要が生じるのである。

第2の特徴は、介護老人福祉施設の入所待ちが多く、また、収益が介護報酬として保証されてい

る点において、損益がきわめて安定的なことである。また、事業開始時点で大きな設備投資を行うと、それ以降は、大規模改修(10年前後)や増改築、再整備の時期(20年以上)にいたるまで、再投資は行われない。これら結果として、安定的な資産や負債・資本の推移が行われる「安定的財務行動」が選択されることになる。具体的には、安定的な収支差額が次期繰越活動収支差額として積み上がるとともに、資産が減価償却によって減少し、これに応じて、安定的に現金預金が増加するという動きが想定される。また、この「安定的財務行動」は、介護保険制度下の安定的な経営環境のもと、消極的に選択されたものであり、施設ごとによって大きくは異ならないのではないかと考えられる。このような「行動」は、仮説的なシミュレーション等はある^{7,14)}ものの、実証的な研究は筆者の知る限りはない。

以上を踏まえ、本研究では、以下の2つの仮説を設定した。

(仮説1) 介護老人福祉施設の単年度の利益水準の高低は資産の大きさにより説明できる。

(仮説2) 介護老人福祉施設の資産や負債・資本は中長期的(10~20年)に「安定的財務行動」をとっている。

2.2 方法と対象

A 県の老人福祉施設協議会の協力を得て、県下の全介護老人福祉施設を対象にその財務諸表等データの提供を依頼した。

データの把握に当たっては、2005~2006年度の介護老人福祉施設(併設・空床利用の短期入所生活介護を含む)の事業活動収支計算書(企業会計の損益計算書に該当、以下、社会福祉法人会計基準に基づく用語を使用する)、資金収支計算書、貸借対照表、および基礎データ(施設開設年、定員等)を、施設側に調査票に記入してもらう方式をとった。

調査期間は2007年10月5日~11月5日に行い、集計にあたっては、2006年度または2006年度末の状況の情報を用いた。

A 県の全 74 施設のうち 53 施設より調査票を入手したが、公立施設である 4 施設、財務諸表の記入に不備のある 7 施設、開設後 1 年を経過していない 1 施設を除き、41 施設を分析の対象とした(有効回収率 55%)。施設の内訳は、従来型 29 施設、一部ユニット型 9 施設、ユニット型 3 施設であった。

$$\text{ROS} = \frac{\text{事業活動収支差}}{\text{総資産}} = \frac{\text{事業活動収支差}}{\text{事業活動収入}} \times \frac{\text{事業活動収入}}{\text{総資産}} = \text{ROA} \times \text{総資産回転率}$$

なお、社会福祉法人会計では、国庫補助金等により建物等の資産を取得した場合、当該金額を貸借対照表の貸方に純資産に「国庫補助金等特別積立金」として計上するとともに、当該固定資産を減価償却する際に、減価償却と同様の方法で当該固定資産に対応する国庫補助金等特別積立金を収益として償却する。そのため、民間企業で多く行われる圧縮記帳に基づく財務諸表の場合と比較すると、収益額が、国庫補助金等の償却分だけ見た目上過大になるとともに、総資産、総資本についても、国庫補助金等の分だけ膨らむことになる。

そこで、今回、ROS、ROA、総資産回転率を算定する際に、国庫補助金等の金額を控除した後の値を算出し、「(圧縮後)」として区別して示した。ただし、圧縮記帳によらない場合とよる場合で、結果に大きな相違がみられなかったことから、「(圧縮後)」データについては必要最低限示した。

次に、仮説 2 の検証にあたっては、各施設の貸借対照表上の現金預金、減価償却資産、ネット有利子負債、国庫補助金等特別積立金、次期繰越活動収支差額について、定員単位の値を算定し、それを施設建設年別の推移をみることで、検証を行った。その際、次のような定式化を行った。

資産について、現金預金の変化 ΔCE 、減価償却資産の変化を ΔDA とし、負債・資本について、有利子負債の変化を ΔIBD 、国庫補助金等特別積立金の変化を ΔSRF 、次期繰越活動収支差額の変化を ΔSF し、その他の勘定科目の変化を無視すると、

$$\Delta CE + \Delta DA = \Delta IBD + \Delta SRF + \Delta SF$$

$$\therefore (\Delta IBD - \Delta CE) = -\Delta SF + (\Delta DA - \Delta SRF)$$

仮説 1 の検証にあたっては、事業活動収入額に対する事業活動収支差額(以下、Return On Sales: ROS)、総資産に対する事業活動収支差額(以下、Return On Assets: ROA)、総資産回転率、3 指標をもとに分析した。ROS、ROA、総資産回転率は以下の関係にある。

となる。すなわち、ネット有利子負債 ($\Delta IBD - \Delta CE$) の減少(借入金の償還→現金預金増を意味する)は、次期繰越活動収支差額の増加と、減価償却資産の減少から国庫補助金等特別積立金の減少を控除した値を減少分によっておこる。ここで、本研究で検証する「安定的財務行動」とは、中期的に安定的に利益(事業活動収支差額)が確保され、新規投資が行われないという状況で、次期繰越活動収支差額が安定的に増加、減価償却資産と国庫補助金等特別積立金が安定的に減少することを通じて、ネット有利子負債が確実に減少していく(すなわち、「ネット現金預金」が確実に増加していく)ことを指すこととする。

なお、次期繰越活動収支差額については基本金の「その他の積立金」を加え、また、ネット有利子負債についてはその他固定資産の「積立預金」を加えた金額を用いた。「その他の積立金」「積立預金」は、社会福祉法人独特の勘定科目であり、将来の特定の目的(修繕費等)に限定した積立を預金等した場合に計上されるものであるが、積立の有無や金額が法人独自の判断によって行われ、A 県のデータでも特定の規則や法則性をもたないと判断できたので、このような処理を行った。

また、減価償却資産については、基本財産の「建物」及びその他の固定資産の「建物」「構築物」「機械及び装置」「車両運搬具」「器具及び備品」(「建設仮勘定」は含まない)の合計額とした。

3. 結果

図表 1 に、個々の施設について、ROS と総資産

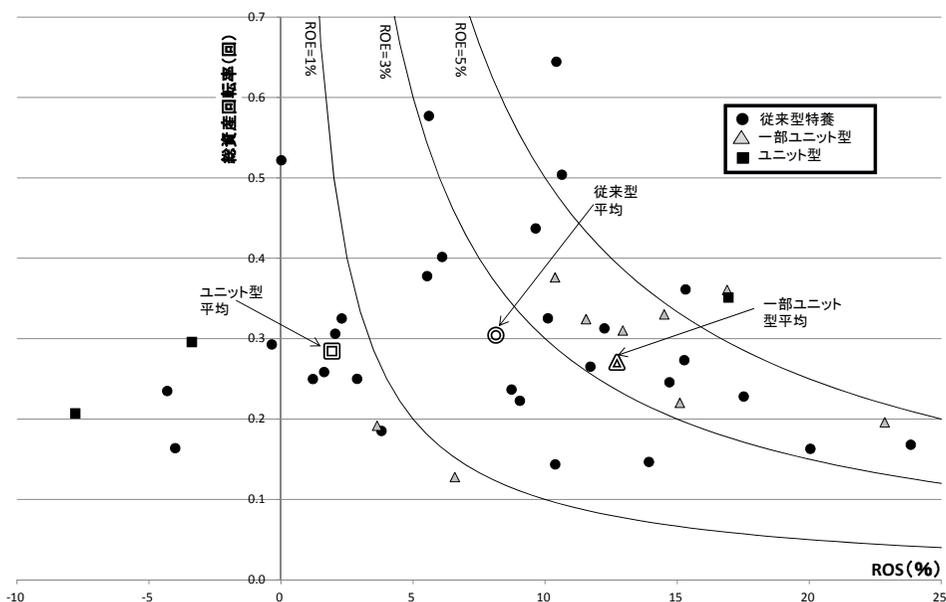
回転率の関係を散布図に示し、図表2に、施設のタイプ別、開設経過年別に、ROS、ROA、総資産回転率の平均値等の記述統計を示した。

図表1では、ROSが15%以上の施設は総資産回転率が低く、仮説1を支持しているかにみえるが、ROSが0~15%の施設をみる限り、総資産回転率とROSの関係はみられていない。ROSと総資産回転率の相関係数は、-0.055、-0.109（圧縮）であ

り、両者の関係は統計学的に有意でない。

また、図表2で、変動係数に着目すると、合計、施設類型別、開設経過年別にみて、ROSとROAの変動係数には差がみられない。仮説1が成立しているとすれば、ROAの変動係数がROSの変動係数より小さくなるため、ここでも仮説1は支持されないこととなる。

図表1 施設別のROS、総資産回転率ROA



次に、仮説2を検証するために、図表3~6に、個々の施設の施設開設年と、定員当たりのネット有利子負債、次期繰越活動収支差額、減価償却資産、国庫補助金等特別積立金の関係を、散布図に示した。

図表5では、1985年以降開設施設に限定すれば、比較的線形に減価償却資産が減少している様子が示されている。一方、それ以前に開設した施設については、そうした傾向がみられない。また、図

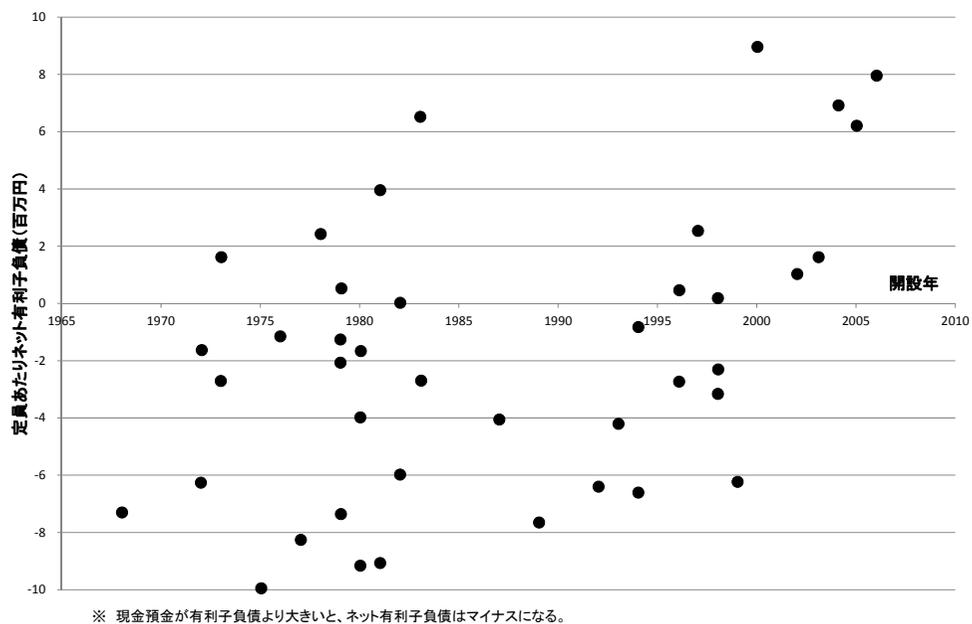
表5ほど明確ではないが、図表3のネット有利子負債、図表4の次期繰越活動収支差額についても、同様の傾向がみられる。それに対し、図表6の国庫補助金等特別積立金については、2000年前後をピークとした山形の分布となっている。この傾向は、介護保険制度施行前後をピークをとって近年にいたるまでの補助金・交付金の減額によるものと考えられる。

図表2. 施設類型別・開設年別利益率、総資産回転率

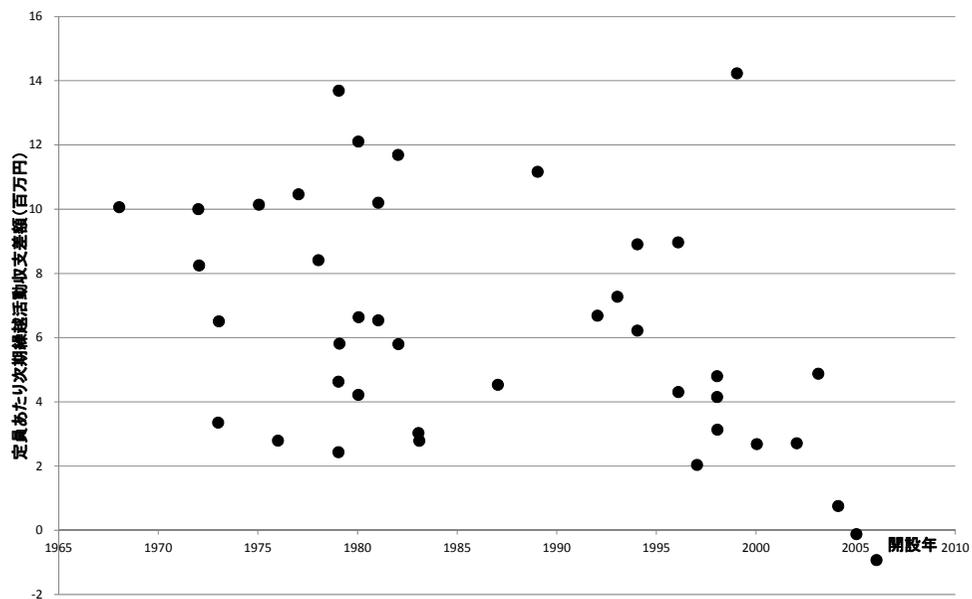
		施設類型別			開設経過年(※)別			合計
		従来型	一部ユニット型	ユニット型	～30年より前	～20年より前	20年以内	
度数		29	9	3	7	15	19	41
ROS (%)	平均値	8.1	12.7	1.9	7.1	11.3	7.2	8.7
	標準偏差	7.0	5.7	13.2	6.8	6.5	8.3	7.5
	変動係数	0.87	0.45	6.84	0.95	0.58	1.16	0.87
	中央値	8.7	12.9	-3.4	8.7	10.6	10.1	10.1
	最小値	-4.3	3.6	-7.8	-4.0	0.0	-7.8	-7.8
	最大値	23.8	22.9	16.9	17.5	23.8	22.9	23.8
	レンジ	28.2	19.2	24.7	21.5	23.8	30.6	31.6
ROS(圧縮) (%)	平均値	8.4	13.1	1.9	7.3	11.5	7.6	9.0
	標準偏差	7.3	5.7	13.5	7.1	6.6	8.6	7.8
	変動係数	0.87	0.44	6.99	0.97	0.58	1.14	0.87
	中央値	8.9	13.2	-3.4	8.9	10.9	10.8	10.4
	最小値	-4.4	3.7	-8.1	-4.2	0.0	-8.1	-8.1
	最大値	24.2	23.0	17.2	18.3	24.2	23.0	24.2
	レンジ	28.7	19.2	25.3	22.6	24.2	31.0	32.3
ROA (%)	平均値	2.3	3.5	1.1	2.5	3.0	2.0	2.5
	標準偏差	1.9	1.8	4.2	2.4	1.8	2.3	2.1
	変動係数	0.85	0.50	3.77	0.97	0.59	1.14	0.87
	中央値	2.1	3.9	-1.0	2.1	3.3	2.0	2.4
	最小値	-1.0	0.7	-1.6	-0.7	0.0	-1.6	-1.6
	最大値	6.7	6.1	5.9	6.7	6.1	5.9	6.7
	レンジ	7.73	5.40	7.56	7.4	6.1	7.6	8.33
ROA(圧縮) (%)	平均値	3.0	4.4	1.6	3.2	3.7	2.8	3.2
	標準偏差	2.6	2.1	5.3	3.1	2.2	3.1	2.7
	変動係数	0.87	0.48	3.42	0.99	0.59	1.10	0.86
	中央値	2.6	5.1	-1.0	2.6	3.9	2.8	2.8
	最小値	-1.3	1.0	-2.0	-1.1	0.0	-2.0	-2.0
	最大値	8.6	6.9	7.7	8.6	6.9	7.7	8.6
	レンジ	9.9	5.9	9.7	9.7	6.9	9.7	10.6
総資産回転率	平均値	0.30	0.27	0.28	0.31	0.30	0.29	0.29
	標準偏差	0.13	0.09	0.07	0.16	0.14	0.12	0.12
	変動係数	0.43	0.32	0.26	0.52	0.48	0.40	0.40
	中央値	0.26	0.31	0.30	0.24	0.27	0.27	0.27
	最小値	0.14	0.13	0.21	0.16	0.13	0.13	0.13
	最大値	0.64	0.38	0.35	0.64	0.58	0.64	0.64
	レンジ	0.50	0.25	0.14	0.5	0.4	0.5	0.52
総資産回転率(圧縮)	平均値	0.38	0.34	0.33	0.43	0.36	0.36	0.37
	標準偏差	0.17	0.12	0.10	0.22	0.17	0.11	0.15
	変動係数	0.43	0.34	0.31	0.50	0.48	0.30	0.41
	中央値	0.35	0.37	0.30	0.30	0.36	0.35	0.35
	最小値	0.18	0.16	0.25	0.26	0.16	0.19	0.16
	最大値	0.82	0.49	0.45	0.82	0.67	0.61	0.82
	レンジ	0.64	0.33	0.20	0.56	0.51	0.42	0.67

※ 開設年は、2007年度末時点での経過年数。

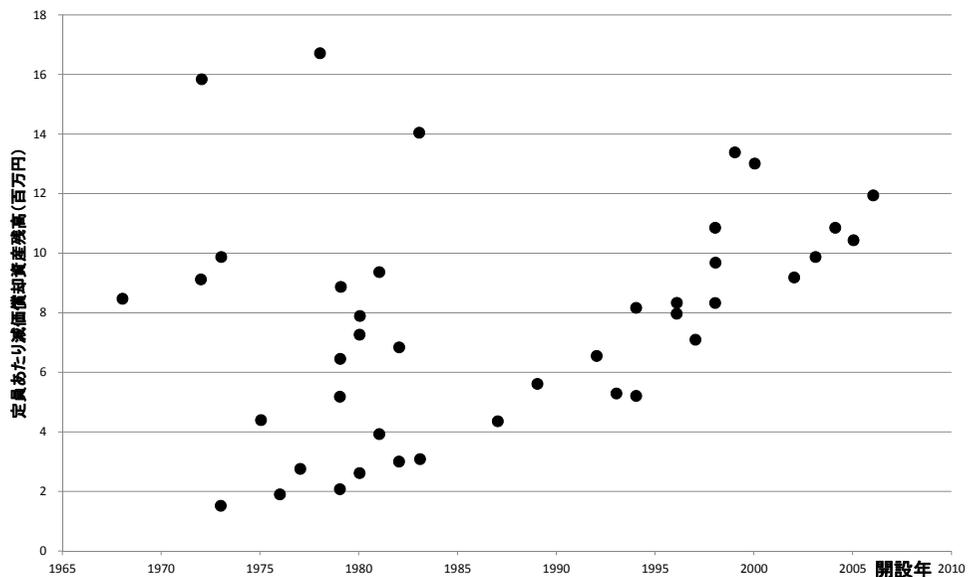
図表3 施設開設年と定員当たりネット有利子負債



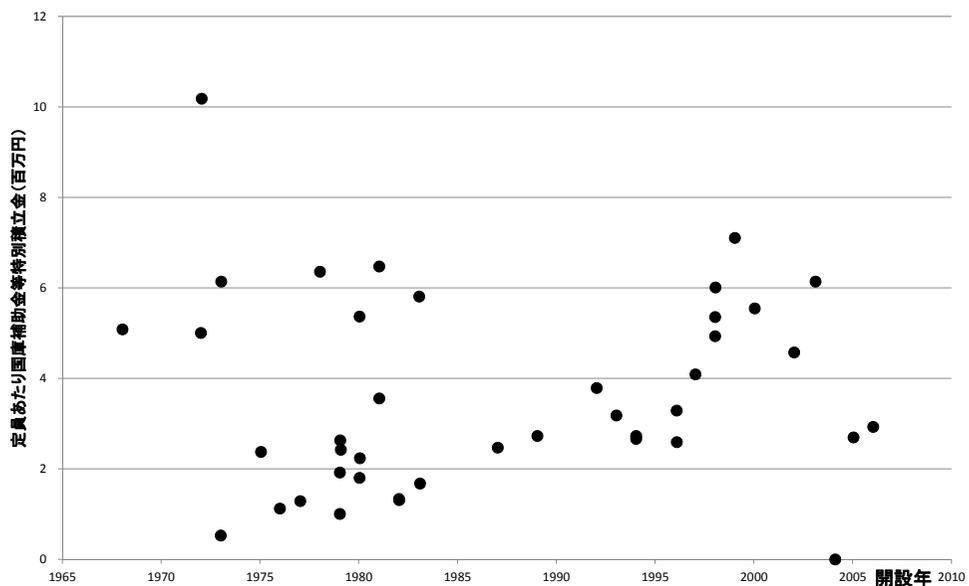
図表4 施設開設年と定員当たり次期繰越活動収支差額



図表5 施設開設年と定員当たり減価償却資産



図表6 施設開設年と定員当たり国庫補助金等特別積立金



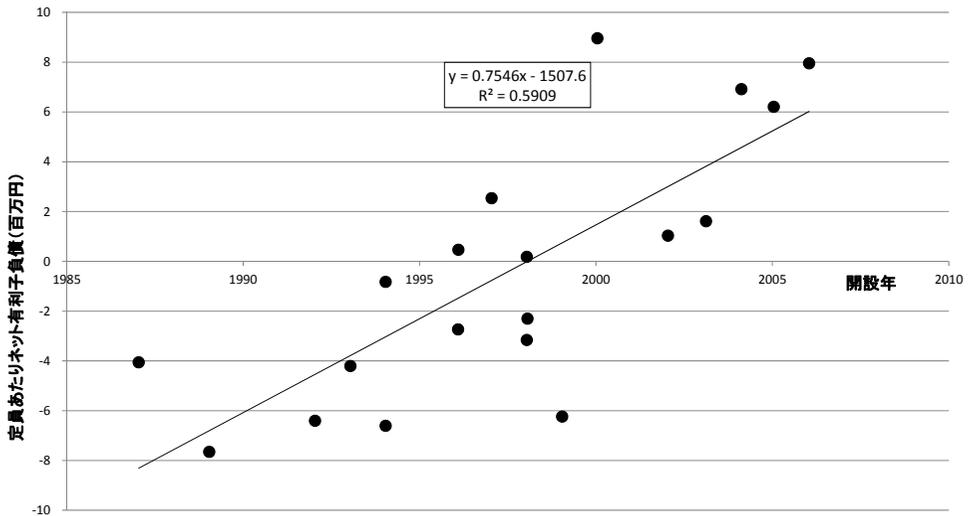
以上のように、国庫補助金等特別積立金以外については、1985年以降に開設した施設において比

較的安定的な変化がみられるため、これを明確にするため、図表3～5の開設20年以内（2006年

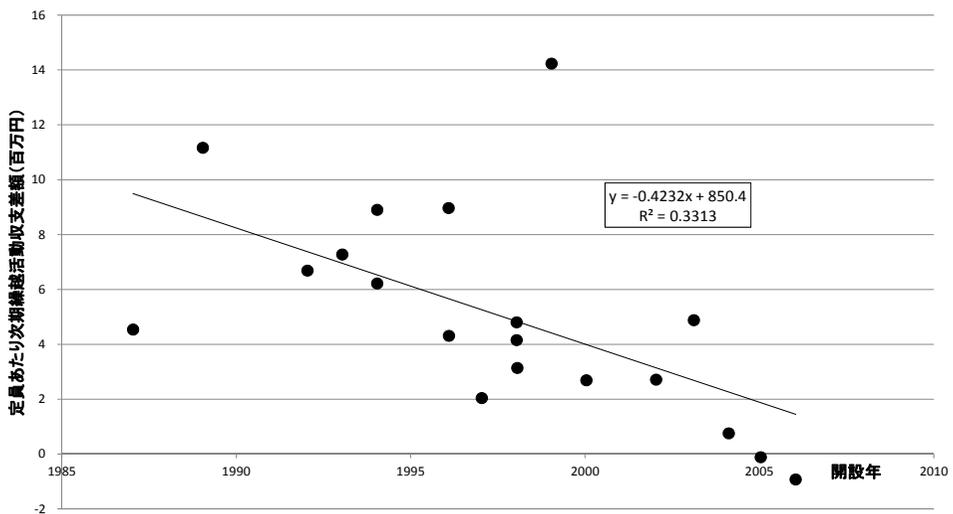
度末時点)の施設を取り出し、図表7～9に、開設年とネット有利子負債、次期繰越活動収支差額、減価償却資産の関係を示した。図表7～9の有利子負債、次期繰越活動収支差額、減価償却資産を、開設年により単回帰すると決定係数(相関係数)は、それぞれ、0.591(0.768)、0.331(-0.573)、0.629(0.789)と比較的高い値が得られた。以上

のように、開設20年以内では、開設年と有利子負債、次期繰越活動収支差額、減価償却資産の相関が高いことが示されたが、これは、この期間において、いずれの施設も類似した財務上の行動をとっているからと想定することが可能と考える。回帰式の係数に着目すると、ネット有利子負債は定員1人当たり年間75万円減少(「ネットの現金預

図表7 施設開設年と定員当たりネット有利子負債(開設20年以内施設)



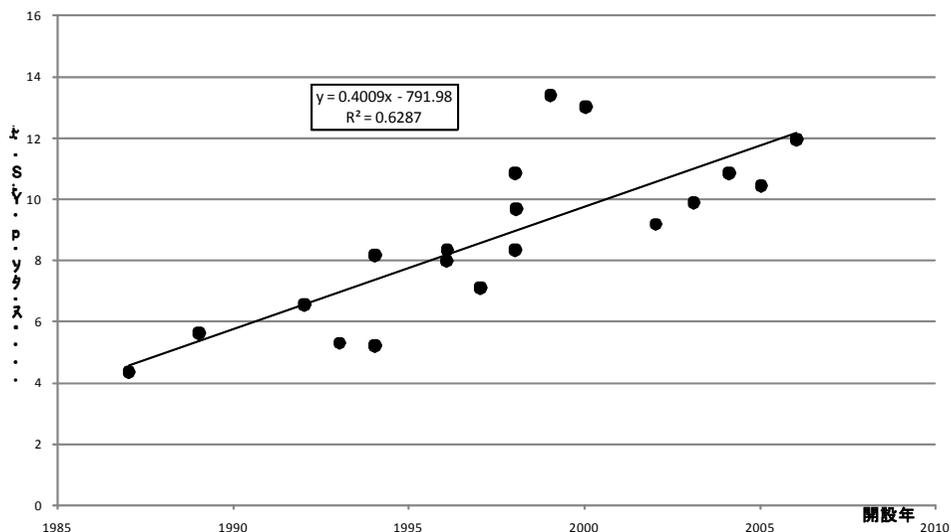
図表8 施設開設年と定員当たり次期繰越活動収支差額(開設20年以内施設)



金」が年間75万円増加)し、これは次期繰越活動収支差額すなわち利益定員1人当たり年間42万円と減価償却定員1人当たり年間40万円によっても

たらされているということになる(これに国庫補助金等特別積立金の取崩し分が加わりネット有利子負債を増加する)。

図表9 施設開設年と定員当たり減価償却資産(開設20年以内施設)



以上のように、仮説2については、開設後20年以内に限り、「安定的財務行動」をとっている可能性が示唆された。

4. 考察

4.1 「安定的財務活動」

本研究では、単年度の利益と資産規模との関連は見いだせなかったが、開設後20年以前の施設においては総じて類似した「安定的財務活動」をとる可能性を示すことができた。開設後20年を超える施設では資産の状況に明確な傾向が見いだせなかった理由として、開設後20年たつと大規模修正や増改築が行われる場合が多く施設による差が大きくなることが考えられる。つまり、開設後20年間は、安定的に利益と減価償却を計上してキャッシュを保有し、それ以降、さまざまな経営判断・行動がなされるということである。

これまで、介護老人福祉施設については、「営利追求型の施設とそうでない施設とに二分化」して

いる実態¹⁵⁾や、人件費を抑圧して高い利益率をあげる施設の実態¹⁶⁾が報告されており、現に介護事業経営実態調査でも、介護老人福祉施設の利益率の大幅な格差がマクロ的にも示されている¹⁷⁾。

本調査でも、例えば図表8で、外れ値として1人当たり14百万円を超える次期繰越活動収支差額を計上している施設があり、これは図表7に1人当たりネット有利子負債が約6百万円の額となっている施設(すなわち、開設後10年足らずで「ネット現金預金」を定員1人当たり約6百万円積み上げた施設)に該当する。

しかし、こうした外れ値施設(こうした施設をどうするかの問題は重大ではあるが)含んだうえでも、全体として大まかにほぼ同じ「安定的財務行動」をとっているということが示唆されていることになる。

それでは、この「安定的財務活動」は、「再生産コスト」の観点からどのように評価することができるだろうか。その前に、「再生産コスト」につい

での議論や論点をまとめる。

4.2 「再生産コスト」に関する議論

「再生産コスト」の概念については、診療報酬に関して日医総研ワーキングペーパーの中で「再生産費用」として言及された¹⁸⁾のが、医療介護分野における嚆矢であろう。ただ、このワーキングペーパーでは、「再生産費用」を「資産を維持し、作業連続を確保するための費用」と定義しつつも、提示された「従業員方式計算」と「資産維持方式」のいずれも、公共料金対象の公益企業の数値をそのまま当てはめており、論理的な根拠は十分とはいえなかった。

次に「社会福祉法人経営の現状と課題」¹⁹⁾では、再生産コストを施設整備コストとしたうえで、減価償却費として「介護報酬あるいはホテルコストの中に再生産コストが入っていると“概念”されている」という見解を示している。ただ、「現実として、事業継続を目的とした資産の再取得のための再生産コストを捻出できるか」という観点で、介護報酬改定のマクロ的観点とともに、①金利コストの考慮、②公費補助の低下、③再生産備蓄期間という観点を示している。しかし、結局、同書は、①については基本的に考慮しないという考え方、②については現行の補助制度を前提にすべきという考え方、③については施設整備費用を償還する期間は借入金返済期間ではなく減価償却期間とすべきという考え方をとっており、結局、現行の減価償却費がすなわち再生産コストであるという立場である。

これに対して、「介護サービス施設・事業者の効率的経営を図るための経営指標等に関する調査研究事業報告書」⁷⁾は、「再生産コスト」を「施設の建替え費用」と定義する一方、施設の減価償却期間には「生活水準の向上（相部屋から個室、冷暖房装備、1人当たり占有面積拡大など）、インフレの進行、途中でのリニューアルなどが発生すると考えるのが自然なので、当初建設費と同額はありえない」とし、減価償却とは別に再生産コストを「10年間で建築費の20%」と設定している。この

値は、あくまで「暫定法」として、過去10年（平成10～19年）の実質経済成長率が11.8%であったことや、特養の1床当たり建設コストの過去10年間の伸びが20%弱であったことを勘案したものと述べられている。しかし、実質経済成長率の伸びがどのように反映されるのか（そもそも名目経済成長率もしくはGDPデフレーターを使用すべきではないか）という点や、同報告書で最近の特養の1床当たりの建設コストとして用いられているデータが日本医療福祉建築協会会員の設計作品の収集データであるため割高であることが予想できる点から、「10年20%」という値自体は、あくまで「仮置き」のものと考えてべきであろう。

このほか、千葉⁸⁾は、社会福祉法人としてのあるべき経営行動を念頭に置いたうえで「何らかの形でその組織を永続させるために必要最低限度の収支差額」として「永続のための収支差額」あるいは「再生産可能利益」という概念を示している。ここでは、日医ワーキングペーパーと同様、建物整備に留まらないコストが念頭に置かれているように読める。ただ、概念の提示にとどまり、具体的な内容や金額について明示されていない。

4.3 「再生産コスト」の論点

以上のような先行研究の論点に加え、筆者が論点として加えるべきと考えるのは、以下の点である。

まず、今回分析の対象としたのは、社会福祉法人が運営する介護老人福祉施設の「再生産コスト」である。したがって、単に、介護報酬全体の観点からだけではなく、千葉の指摘⁸⁾のように、法人税非課税である公益法人等としての「再生産コスト」という観点を明確に意識することが重要であろう。

FASB（アメリカ財務会計基準審議会）は、「財務会計諸概念に関するステートメント第6号」の中で、非営利組織体の「純資産の維持」について述べ、「純資産を維持しないかぎり、継続して用役を提供する能力は減少する…収益及び利得が、その期間に資産の一部を消費するコスト（減価償却費）を含むその費用および損失と少なくとも同等

でないかぎり、その組織体が資産を使用するにつれて組織体の純資産は減少する。」²⁰⁾としている。

配当を行わない非営利法人は、全く同じサービスを反復的に維持するだけであれば、減価償却がコストとして計上される限り、「再生産」は可能である（ただし、インフレ局面では、将来再整備すべき資産のインフレ率分も利益として確保する必要がある）。なお、現在の社会福祉法人会計は、国庫補助金等を特別積立金として基本金に組み入れ、補助金を受けた資産の減価償却とともに、収益として取り崩すが、これは、社会福祉法人の資産が補助金によって整備されるという前提の会計手法であり²¹⁾、そうした前提が非現実的な現状では、取崩額を除外して内部留保額を考慮する必要があるという考え方もある^{16,22)}。この前提に立つと、現在の社会福祉法人会計上では、国庫補助金等特別積立金取崩額分を再生産コストとして計上できる立場をとることになる。

しかしながら、そもそも、介護サービスは、完全な反復であってはならないのではないか。まずは、「介護サービス施設・事業者の効率的経営を図るための経営指標等に関する調査研究事業報告書」⁷⁾で指摘しているような、生活水準の向上等、ハードの質の改善に対するコストも「再生産コスト」に含めるべきであろう。また、介護老人福祉施設サービスそのものが反復されず、将来はそれに代わる代替財を提供するためのハード等の整備が必要になるかもしれない（現在議論されている「地域包括ケア」の構築は、まさにこうした方向性である）。こうしたイノベーションに対するコストは、内部留保によって積立てられるものというより、現在のサービスと並行して開発・提供されることによって費消する場合が多いと考えられるが、管理会計上は、一旦利益として認識すべきであろう（社会福祉法人会計上は、他経理区分に繰入れるという形で財務会計上も表現されうる）。ところで、こうしたイノベーションの結果、整備すべきハードが安くなる可能性は大いにある。さらに、ケアと住居を分離する方向性の中で、サービス事業者がハードを整備することが求められなく

なる方向性も考えられる（この場合、再生産コストとして利益に対応する金額が、賃貸料等の費用として認識されることになる）。結局、イノベーションの結果が再生産コストを押し上げることも想定できるが、逆の場合も十分想定できることになる。

このほか、不測の事故（一部は特別損失に計上される）についても、再生産コストとして利益から一定額積み上げることも「再生産コスト」の範囲に含めることが可能かもしれない。

最後に、拡大再生産のためのコストについても指摘しておきたい。マクロ的に日本全体をみると、介護老人福祉施設サービスを利用する者は、10年間で、約30万人から約44万人まで増加し、サービス量年間平均約4%拡大してきている。サービス量に応じ資産が増加するとすれば、業界全体で毎年売上の10%分以上（ $=4\% \div \text{総資産回転率} = 4\% \div 0.3$ ）の資金が必要であったということになる。もちろん、拡大のための資金をすべて利益の内部留保から行うということは、社会的に認められないが、事実上借入と内部留保以外に資金調達の手段がない状況では、一定額、「拡大再生産コスト」を利益として確保することを認める考え方も成立しうるのではないか。ただ、この場合も、サービスが拡大している地域とそうでない地域は偏在し、拡大する事業者とそうでない事業者も偏在している。薄く広く介護報酬として「拡大再生産コスト」を計上するのは、技術的に困難であろう。

4.4 「安定的財務活動」が正当化しうるか

さて以上のように考えると、今回得られた「安定的財務行動」は、「再生産コスト」の観点から正当化しうるであろうか。すなわち、定員1名当たり利益と減価償却それぞれ年間約40万円ずつ計上し、年間約75万円のキャッシュを増加させ、10年待たずにネット有利子負債がゼロとなり、20年間で定員1人当たり800万円（100人定員施設で8億円）のキャッシュを所有ことが、「再生産」の観点で正当化しうるだろうかということである。

まず、上述の通り、「拡大再生産コスト」を含め

る場合は、この程度の利益水準でも正当化できる可能性がある。しかし、最も保守的に「再生産コスト」を見積もる場合、すなわち「再生産コスト」が減価償却費と一致すると考える立場からは、減価償却とほぼ同額の利益は明らかに過剰である。

さらに、単に「再生産コスト」をどの程度認めるという前に、産業としての介護サービスの「イコールフットィング」の観点も重要である。

一般に、多くの企業はネット有利子負債がプラス（有利子負債＜現金預金）の状況で経営を行っている。平成18年度「中小企業実態基本調査」によれば、全産業平均のネット有利子負債は0.86か月分の売上相当額であり、サービス業1.03か月、飲食店・宿泊業7.17か月、不動産業6.52か月となっている。それに対して、今回の対象では、ネット有利子負債が平均で売上の上の-5.5か月分の状態（有利子負債＜現金預金：現金預金を溜め込んでいる状態）であった。

そもそも、介護老人福祉施設の場合、補助金・交付金が減少してきたとはいえ、福祉医療機構の融資が十分受けられる状況にある。そう考えると、施設を再整備する費用を、全て内部留保で賄おうとして、現金預金（積立金を含む）を溜め込むことが、「再生産コスト」として容認しうるだろうか。

現金預金を保有し過ぎであると株主等に責めを負うことの多い任天堂（2010年度末で売上の上の-7.4か月分のネット有利子負債）は、現金預金を保有するのは、任天堂のビジネスのリスクが大きい上に借入や株式発行による資金調達に困難であるためと説明している（2008年3月期決算説明会の質疑応答において）²³⁾。この説明を基に考えると、リスクが極めて小さく、政策金融による借入が容易な環境にある介護老人福祉施設が、現金預金を保有しすぎることは、それがたとえ将来の再投資であつても正当化されにくいかもしれない。

4.5 本研究の限界

最後に本研究の限界について述べる。

本研究は、特定の都道府県の介護老人福祉施設のクロスセクションデータに基づいたものであり、

これが全国的に該当するのか不明であり、また、各施設の時系列データでも同様なことが示されるのかは不明である。ちなみに、A県は、大都市圏にはなく、人口減少県である。要介護高齢者の増加が著しい都道府県でも、今回と同様な「安定的財務行動」がとられているかどうかは、今後の検討課題である。

また、社会福祉法人会計における「会計基準方式」と「指導指針方式」の相違や使用している会計ソフトウェアの相違もあり、介護老人福祉施設単体の財務諸表を適切に区分できているかという点についても（データ収集後中身を十分吟味し、不適切なものは分析から除いたものの）、課題が残されている。

以上のような限界を持ちつつも、本研究は、介護老人福祉施設の財務の実証データを分析し一定の傾向を示すとともに、再生産コストの議論に関する示唆を与えた点で意義があるものとする。介護報酬に、公共料金に設定されている適正利潤（資産に一定比率を乗ずる）の考え方が導入されにくいのは、自然独占が起きるような大企業中心の業界ではなく、さりとて、タクシー業界のように「標準能率事業者」を設定するデータの蓄積・分析にも乏しいことが一因と考える。この点から、本研究が、「再生産コスト」を議論する際の一助になれば幸いである。

【引用文献】

- 1) 介護保険法第41条第4項ほか
- 2) 小山 秀夫：介護報酬、季刊社会保障研究、36(2)、224-234、2000
- 3) 小山秀夫：介護報酬改定、日本病院会雑誌、50(5)、663-671、2003
- 4) 深瀬勝範、社会福祉法人の事業シミュレーション・モデル、中央経済社（東京）、58、2007
- 5) 全国老人福祉施設協議会、「介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム」ヒアリング提出資料、第3回社会保障審議会介護給付費分科会、平成19年11月13日
- 6) 藤井賢一郎：特別養護老人ホームの財務の特徴、WAM、532、30-31、2009
- 7) 明治安田生活福祉研究所、介護サービス施設・事業者の効率的経営を図るための経営指標等に関する調査研究事業報告書、2009

- 8) 千葉正展、福祉経営論、ヘルス・システム研究所（東京）、99-104、2009
- 9) 桑原秀史、公共料金の経済学、有斐閣（東京）、33-61、2008
- 10) 藤井賢一郎：介護システムの変革において求められる経営、月刊福祉、88(13)、22-27：2005
- 11) 赤瀬武士：大きな転機を迎えた介護関連事業者、信金中金月報、6(6)、4-22：2007
- 12) 厚生労働省医政局、平成20年度病院経営管理指標、2008
- 13) 社会福祉法人の認可について、第2-1-(1)、平成12年12月1日障第890号・社援第2618号・老発第794号・児発第908号
- 14) 日本医療福祉建築協会、高齢者施設における建物整備と法人経営、日本医療福祉建築協会（東京）、15-20：2009
- 15) 永和良之助：介護保険制度下における社会福祉法人の経営変化、佛教大学社会福祉学部論集、4、19-36、2008
- 16) 松崎 久実：介護保険体制下の福祉施設の財務と経営―埼玉県下特別養護老人ホームの2000年度の財務データ分析、浦和論叢、30、219-249：2003
- 17) 厚生労働省老健局、平成20年介護事業経営実態調査、2008
- 18) 前田由美子：診療報酬のあり方に関する一考察―再生産費用とあるべき医療費の計算―、日医総研ワーキングペーパー、79、1-26、2003
- 19) 社会福祉法人経営研究会、社会福祉法人経営の現状と課題、全社協（東京）、93-100、2006
- 20) FASB, Statements of Financial Accounting Concepts, No6 (平松一夫、広瀬義州訳、FASB財務会計の諸概念、中央経済社（東京）、267-408、2002)
- 21) 菊池芳久：社会福祉法人会計基準の創設～経営努力が報いられる会計へ～、月刊福祉、83(9)、62-67：2000
- 22) 宮内忍、社会福祉施設の財務・会計管理、社会福祉施設経営論（宇山勝儀）、光生館（東京）、160-161、2005
- 23) 任天堂 HP：
<http://www.nintendo.co.jp/ir/library/events/080425qa/05.html> (2010年8月31日確認)

Abstract

In order to contribute to the discussions regarding “reproduction costs” in special nursing homes for the elderly, financial statements of the special nursing homes for the elderly in A prefecture in Japan (41 facilities) were examined.

The profit levels did not correspond to the asset levels. However, assets and liabilities have shown similar shifts in the past 20 years.

The significance of “reproduction costs” and “stable financing behaviors” were discussed.

[研究論文]

地域包括支援センターの活動開始時期に関する計量分析

著者：山内康弘（帝塚山大学 経済学部経済学科講師）

共著者：筒井孝子（国立保健医療科学院 福祉サービス部福祉マネジメント室長）

抄録

目的：「予防重視型システム」への転換に向け各市区町村に創設された地域包括支援センターの活動開始時期に注目し、その時間的差異を生み出す潜在的な要因について計量的に把握する。

方法：「介護保険事業状況報告」における月別データ（2006年4月から2008年4月まで）を用いて、地域包括支援センターの活動開始時期を表すイベントヒストリーデータを構築し、都道府県別に構造的な違いが存在する可能性を考慮した上で、コックスの比例ハザードモデルによる分析を行った。

結果：推定の結果、1)人口規模が大きく人口が密集している市区町村、2)医療や福祉に従事する者が多い市区町村、3)広域的な対応を実施している市区町村で早期に活動を開始しており、4)高齢者の割合が大きい市区町村で活動開始が遅れる傾向にあることが統計的に示された。

考察：人口や人口密度、高齢者割合といった外生的な要因が地域包括支援センターの活動開始時期の地域差を規定していることが示された。また、その一方で、広域化や共同設置の実施、人材の育成といった裁量的な方策によって、より迅速な対応を実現できる可能性があることも示された。

キーワード：地域包括支援センター、活動開始時期、生存時間分析、比例ハザードモデル

1. 緒言

2006年度の介護保険制度改正において「予防重視型システム」への転換が掲げられ、要介護状態になっても地域での生活を継続できる「包括的なケアシステム」の実現に向け、各市区町村に「地域包括支援センター」が創設された。

地域包括支援センターについては、「他職種協働・他職種連携」の実現¹⁾、「統合（integrate）された、利用者本位（individual-based）である、連続的（continuous）なサービス」の提供²⁾、高齢者サービスに関する「ワン・ストップサービス」の新たな拠点³⁾、生活圏域でのサービスの完結⁴⁾といった大きな期待が寄せられている。しかし、一部の市区町村で地域包括支援センターの体制が整っていない事が新聞紙上で指摘されるなど、立

ち上げ期においては課題が残る状況となった⁵⁾。

こうした背景を受け、本研究は、地域包括支援センターの体制整備における活動開始時期に注目し、生存時間分析による計量的な検証を試みた。介護保険の保険者である市区町村の体制整備の時間的差異が、新たな取り組みである「包括的なケアシステム」の実現の地域的差異にも結び付く可能性が懸念されるのであれば、本研究を通じて、その潜在的な要因を詳細に検証する必要性は高いといえる。

2. 方法

本研究が使用したデータは、厚生労働省が公表している「介護保険事業状況報告（月報）」である。具体的には、「保険者別保険給付介護給付・予防給

付居宅（介護予防）サービス（給付費）」の表より、「介護予防支援・居宅介護支援」欄における要支援1及び要支援2の給付が始まった年月を抽出し、イベントヒストリーデータを構築した。このことにより、地域包括支援センターの実質的な活動開始月を特定化した。地域包括支援センターは原則2006年4月に設置することとなっているが、2年間の猶予が設けられていることから、2006年4月から2008年4月までの25ヶ月間のデータを用いた。

計量的手法については、生存時間分析(Survival Analysis)を用いた。本稿のようないわゆる「政策導入」に類する分析については、Jones and Branton (2005)⁶⁾において、2項選択モデルといったクロスセクションデータではなく、生存時間分析によるイベントヒストリーデータの使用が推奨されている。なお、具体的な手法については、Cleves, Gloud and Gutierrez (2004)⁷⁾を参照した。なお、我が国において、介護保険分野を扱った生存時間分析としては、花岡・鈴木(2007)⁸⁾、遠藤(2007)⁹⁾があげられる。花岡・鈴木(2007)は介護保険導入によるサービス利用可能性が高齢者の長期入院に影響を与えたことを分析している。また、遠藤(2007)は、訪問介護事業所の地理的集中が存続期間に影響するか否かをコックスの比例ハザードモデルを使って詳細に検証している。本稿における分析の枠組みは以下のとおりである。

本稿では、遠藤(2007)と同様、Cox(1972)¹⁰⁾が提案した比例ハザードモデル(Proportional Hazards Model)によるセミパラメトリック分析を行う。一般的に、コックスの比例ハザードモデルは、以下のようなハザード関数を特定化する。

$$h(t | x_j) = h_0(t) \exp(x_j \beta_x)$$

なお、ハザード関数 $h(t)$ は、時間 t までに「生き残っている」(何も事象が起こっていない)こ

とを条件とした制限付きの確率密度関数のことである。

以上のモデルにより、回帰係数のベクトルである β_x がデータから推定されることになる。このモデルを使用する利点は、ベースライン・ハザード(Baseline Hazard)と呼ばれる $h_0(t)$ が、何ら分布を仮定することなく使用できることである。

本研究では、都道府県別に構造的な違いが存在する可能性を考慮するために層化されたベースライン・ハザードを使用する(層化モデル:Stratified Model)。

x_j はハザード値に影響を与えていると思われる説明変数ベクトルである。具体的には、市区町村の規模を表す人口(千人単位)、人口密度(人口/面積)、高齢人口割合(%)、就業率(%)、産業別就業人口割合(第1次をベースとして第2次及び第3次)、医療・福祉就業者割合(%)、広域連合・一部事務組合ダミー及び人口との交差項、共同設置ダミー及び人口との交差項である。さらに、市区町村の財政状況を示す指標(実質収支比率、公債費負担比率、公債費比率、実質公債費比率、起債制限比率、財政力指数、経常収支比率のうちひとつ)を挿入する。使用するデータは、図表1に詳細を示した。

推定される β_x の符号によって、主に以下の仮説群を検証する。

仮説1:人口規模の大きな市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早い。

この仮説1は説明変数「人口」の符号が正に有意になることによって確認される。人口規模の大きな市区町村はいわゆる「規模の経済性」が広い意味において発揮され、地域包括支援センター設置の準備にも比較的容易に人員を配置すること

図表1 使用するデータの詳細

変数	説明	出典
地域包括支援センター活動の開始(月)	「第6-2表 保険者別保険給付 介護給付・予防給付 居宅(介護予防)サービス(給付費)」より、「介護予防支援・居宅介護支援」欄における要支援1及び要支援2の給付が始まった年月を抽出し、イベントヒストリーデータを構築	a
人口(千人)	「都道府県・市区町村別統計表(一覧表)」より「人口総数」の数値(2005年10月1日時点)	b
人口密度(千人/km ²)	上記人口を「全国都道府県市区町村別面積調」における数値(2005年10月1日時点)で除したものの	c, d
高齢人口割合(%)	「65歳以上人口」を「人口総数」で除したものの(2005年10月1日時点)	b
就業率(%)	「就業者数」を「人口総数」で除したものの(2005年10月1日時点)	b
産業別就業人口割合(%)	産業別(第2次・第3次)の「就業者数」を「人口総数」で除したものの。第1次産業はベースとなる。(2005年10月1日時点)	b
医療・福祉就業者割合(%)	職業別就業者数欄の「医療、福祉」に類する就業者数を「人口総数」で除したものの(2005年10月1日時点)	b
広域連合・一部事務組合ダミー	介護保険を広域連合または一部事務組合によって運営している市町村を1、その他の市町村を0としたダミー変数(2006年4月1日時点)	a
共同設置ダミー	地域包括支援センターを市町村域を越えて共同で設置している市町村	e
委託実施ダミー	地域包括支援センターを市町村域を越えて共同で設置している市町村	e
実質収支比率(%)	実質収支の標準財政規模に対する割合。実質収支は、形式収支から、翌年度に繰り越すべき繰越費、繰越明許費、繰越等の財源を控除した額	d
公債費負担比率(%)	公債費に充当された一般財源の一般財源総額に対する割合	d
公債費比率(%)	公債費の標準財政規模に対する割合	d
実質公債費比率(%)	下段の起債制限比率について、準元利償還金の範囲等の見直しを行ったもの	d
起債制限比率(%)	地方債元利償還金及び公債費に準じる債務負担行為に係る支出の合計額(地方交付税が措置されるものを除く)に充当された一般財源の標準財政規模及び臨時財政対策債発行可能額の合計額(普通交付税の算定において標準財政需要額に算入された公債費を除く)に対する割合で過去3年間の平均値	d
財政力指数	基準財政収入額を基準財政需要額で除して得た数値の過去3年間の平均値	d
経常収支比率(%)	人件費、扶助費、公債費のように毎年度経常的に支出される経費(経常的経費)に充当された一般財源の額が、地方税、普通交付税を中心とする毎年度経常的に収入される一般財源(経常一般財源)、減税補てん償及び臨時財政対策債の合計額に占める割合	d

a: 厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>)
 b: 総務省統計局「平成17年国勢調査」(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>)
 c: 国土交通省国土地理院「平成17年全国都道府県市区町村別面積調」
 d: 総務省「平成18年度市町村別決算状況調」
 e: 独立行政法人福祉医療機構「WAMNET」(<http://www.wam.go.jp>)

ができるものと予想できる。また、職員1人が担当する事務の数を比較的少なくすることが出来るため、職務の専門性が高くなるものと予想される。

仮説2: 広域連合、一部事務組合、共同設置により市区町村域を超えてセンターを運営している市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早い。

この仮説2は、説明変数「広域連合・一部事務組合ダミー」(広域保険者=1、その他=0)、「共同設置ダミー」(共同設置=1、その他=0)の符号が正に有意となることによって確認される。なお、地域包括支援センターは原則として市区町村域内で設置されることになっているが、小規模市区町村への例外措置として行政域を超えた共同設置が認められている。仮説1と同様に「規模の経済性」

が発揮されることを期待できるとともに、市区町村域を越えた横断的な連携が、「組織間学習」を促進し¹⁾、新規事業への迅速な対応を可能しているものと期待できる。

仮説3: 高齢者の多い市区町村は、地域包括支援センターが担う業務量が相対的に多くなることなどから、その活動開始が相対的に遅い。

この仮説3は、説明変数「高齢人口割合」の符号が負に有意になることによって確認される。地域包括支援センターの業務量については、高齢化率が高ければ高いほど多くなることから、業務遂行上の問題点として指摘されてきたところである²⁾。

仮説4: 医療や福祉に従事する者が多い市区町村は、地域包括支援センターの活動開始

が相対的に早い。

この仮説4は、説明変数「医療・福祉就業者割合」の符号が正に有意になることによって確認される。医療や福祉に従事する者が多い市区町村は、関連する人員の流動性が比較的高く、新たな人材の確保が容易であると予想される。

仮説5：運営を外部の民間団体に委託している市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早い。

この仮説5は説明変数「委託実施ダミー」（委託=1、直営=0）の符号が正に有意となることによって確認される。地域包括支援センターの運営を直営で行うことになれば、原則として専門職の3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等）を公務員として確保しなければならない。その際、自らの組織内の配置転換で対応できなければ新たに職員を採用する必要があり、設置が遅延する可能性がある。一方、委託であれば、委託先の団体で雇用されている専門職を活用することによって基準は満たされることになり、設置は迅速

となる可能性がある。

仮説6：財政力のある市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早い。

最後にこの仮説6は説明変数「財政力指数」の符号が正に有意となるなど、財政状況を表わす変数の有意性によって検討される。財政力のある市区町村は、新規事業のための予算獲得が内部で容易であるなど、比較的柔軟で迅速な対応が可能であると期待できる。

3. 結果

本研究で使用したデータの記述統計を図表2に示している。観測期間中に合併によって廃置分合した市区町村などを除き、観測総数は1,818となった。但し、観測終了時点の2008年4月までに地域包括支援センターの活動を開始していないと思われる市区町村、実質収支比率、公債費比率、財政力指数の各財政指標を把握できない市区町村（東京都特別区）のデータについてはやむを得ず脱落している。

図表2 記述統計

変数	観測数	期待値	標準偏差	最小値	最大値
地域包括支援センターの活動開始時期(月)	1818	3.21	4.87	1	25
人口(千人)	1818	70.105	177.443	0.214	3579.628
面積(km ²)	1818	203.5	239.7	3.0	2178.0
高齢人口割合(%)	1818	25.0	7.0	8.5	53.4
就業率(%)	1818	49.2	4.1	31.8	77.2
第1次産業就業人口割合(%)	1818	12.5	10.7	0.01	77.9
第2次産業就業人口割合(%)	1818	27.8	8.3	1.3	52.9
第3次産業就業人口割合(%)	1818	58.9	10.3	20.5	93.0
医療・福祉従事者割合(%)	1818	4.3	1.0	1.0	11.0
広域連合・一部事務組合ダミー	1818	0.11	0.31	0	1
共同設置ダミー	1818	0.03	0.17	0	1
委託実施ダミー	1798	0.33	0.47	0	1
実質収支比率(%)	1795	4.8	3.9	-37.8	35.7
公債費負担比率(%)	1818	17.6	6.3	0.8	47.2
公債費比率(%)	1795	15.2	4.7	-1.3	32.0
実質公債費比率(%)	1818	15.0	4.6	-1.5	40.6
起債制限比率(%)	1818	10.6	3.5	-2.7	27.4
財政力指数	1795	0.519	0.312	0.050	2.600
経常収支比率(%)	1818	89.5	7.4	52.4	125.6

市区町村における地域包括支援センター活動開始時期(月)は、先述したとおり、厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」の2006年4月から2008年4月までの25ヶ月間のデータを用いている。活動開始時期の期待値が3.21であることから、もわかるように右に歪んだ分布となっている。図表3は地域包括支援センターの活動開始月の度数分布を示したものである。1か月目、つまり改正

介護保険法が本格施行された2006年4月の時点で6割以上の市区町村が地域包括支援センターの活動を開始しており、3か月目には8割以上の市区町村で活動を既に開始していることがわかる。但し、その後活動を開始する市区町村数は鈍化し、9割を超えるのは1年後となっている様子がうかがえる。

図表3 地域包括支援センターの活動開始月の度数分布

開始月	度数	相対度数(%)	累積相対度数(%)
1か月目	1,158	63.70	63.70
2	256	14.08	77.78
3	83	4.57	82.34
4	36	1.98	84.32
5	12	0.66	84.98
6	8	0.44	85.42
7	41	2.26	87.68
8	9	0.50	88.17
9	5	0.28	88.45
10	5	0.28	88.72
11	6	0.33	89.05
12	2	0.11	89.16
13	97	5.34	94.50
14	37	2.04	96.53
15	13	0.72	97.25
16	4	0.22	97.47
17	1	0.06	97.52
18	1	0.06	97.58
19	6	0.33	97.91
20	1	0.06	97.96
21	3	0.17	98.13
23	1	0.06	98.18
25以上	33	1.82	100.00
合計	1,818	100	

図表4は、コックスの比例ハザードモデルによる推定結果である。表中のモデルaからfまでは市区町村の財政状況を示す指標(実質収支比率、公債費負担比率、公債費比率、実質公債費比率、起債制限比率、財政力指数、経常収支比率)をそれぞれひとつずつ挿入した推定結果であり、モデ

ルhは「実質収支比率」と「財政力指数」を同時に挿入した推定結果を示している。入れ子型構造であることと対数尤度の数値を考慮すれば、モデルhがより説明力のあるモデルであると言える。以下、モデルhをもとに結果を見ていく。

図表4 コックスの比例ハザードモデルによる推定結果

	Stratified Cox regr. -- Efron method for ties: Stratified by prefecture									
	a	b	c	d	e	f	g	h		
人口(千人)	0.0015 ** (3.32)	0.0015 ** (3.77)	0.0016 ** (3.41)	0.0014 ** (3.75)	0.0014 ** (3.70)	0.0016 ** (3.44)	0.0014 ** (3.76)	0.0015 ** (3.27)	0.0015 ** (3.27)	0.0015 ** (3.27)
人口密度(千人/km2)	0.044 ** (2.63)	0.051 ** (3.79)	0.047 ** (2.82)	0.051 ** (3.80)	0.052 ** (3.82)	0.043 ** (2.64)	0.052 ** (3.86)	0.042 * (2.51)	0.042 * (2.51)	0.042 * (2.51)
高齢人口割合(%)	-0.034 ** (-6.87)	-0.035 ** (-6.86)	-0.035 ** (-6.91)	-0.035 ** (-7.04)	-0.035 ** (-7.13)	-0.031 ** (-5.79)	-0.036 ** (-7.21)	-0.030 ** (-5.74)	-0.030 ** (-5.74)	-0.030 ** (-5.74)
就業率(%)	-0.010 (-1.11)	-0.010 (-1.18)	-0.010 (-1.18)	-0.010 (-1.19)	-0.010 (-1.17)	-0.011 (-1.26)	-0.009 (-1.12)	-0.011 (-1.23)	-0.011 (-1.23)	-0.011 (-1.23)
第2次産業就業人口割合(%)	0.00030 (0.07)	0.00046 (0.10)	0.00062 (0.14)	0.00035 (0.08)	0.00035 (0.08)	-0.00048 (-0.10)	0.00057 (0.13)	-0.00069 (-0.15)	-0.00069 (-0.15)	-0.00069 (-0.15)
第3次産業就業人口割合(%)	-0.006 (-1.41)	-0.006 (-1.29)	-0.006 (-1.31)	-0.006 (-1.30)	-0.006 (-1.33)	-0.007 (-1.63)	-0.006 (-1.35)	-0.008 (-1.75)	-0.008 (-1.75)	-0.008 (-1.75)
医療・福祉就業者割合(%)	0.10 ** (3.72)	0.11 ** (3.88)	0.11 ** (3.89)	0.11 ** (3.86)	0.11 ** (3.91)	0.11 ** (4.04)	0.11 ** (3.81)	0.11 ** (3.90)	0.11 ** (3.90)	0.11 ** (3.90)
広域連合・一部事務組合ダミー	0.44 ** (3.11)	0.45 ** (3.17)	0.45 ** (3.14)	0.45 ** (3.15)	0.45 ** (3.14)	0.46 ** (3.23)	0.44 ** (3.08)	0.45 ** (3.16)	0.45 ** (3.16)	0.45 ** (3.16)
広域連合・一部事務組合ダミー×人口(千人)	-0.0039 * (-2.55)	-0.0039 * (-2.51)	-0.0039 * (-2.50)	-0.0038 * (-2.48)	-0.0038 * (-2.49)	-0.0040 * (-2.56)	-0.0038 * (-2.47)	-0.0040 * (-2.61)	-0.0040 * (-2.61)	-0.0040 * (-2.61)
共同設置ダミー	0.47 * (2.52)	0.46 * (2.42)	0.47 * (2.50)	0.46 * (2.46)	0.46 * (2.46)	0.46 * (2.43)	0.46 * (2.42)	0.46 * (2.48)	0.46 * (2.48)	0.46 * (2.48)
共同設置ダミー×人口(千人)	-0.0075 (-1.89)	-0.0077 (-1.86)	-0.0078 (-1.90)	-0.0077 (-1.89)	-0.0078 (-1.93)	-0.0072 (-1.81)	-0.0076 (-1.83)	-0.0072 (-1.85)	-0.0072 (-1.85)	-0.0072 (-1.85)
委託実施ダミー	0.069 (1.24)	0.072 (1.33)	0.075 (1.36)	0.071 (1.31)	0.068 (1.25)	0.072 (1.32)	0.069 (1.26)	0.064 (1.15)	0.064 (1.15)	0.064 (1.15)
委託実施ダミー×人口(千人)	-0.0012 ** (-2.71)	-0.0012 ** (-3.02)	-0.0013 ** (-2.78)	-0.0012 ** (-3.01)	-0.0011 ** (-2.99)	-0.0013 ** (-2.76)	-0.0012 ** (-3.01)	-0.0012 ** (-2.65)	-0.0012 ** (-2.65)	-0.0012 ** (-2.65)
実質収支比率(%)	-0.015 * (-2.36)							-0.015 * (-2.44)	-0.015 * (-2.44)	-0.015 * (-2.44)
公債費負担比率(%)		-0.00008 (-0.02)								
公債費比率(%)			0.0058 (1.04)							
実質公債費比率(%)				0.0023 (0.43)						
起債制限比率(%)					0.0070 (0.98)					
財政力指数						0.22 * (2.00)		0.23 * (2.08)	0.23 * (2.08)	0.23 * (2.08)
経常収支比率(%)							0.0055 (1.52)			
対数尤度	-5000	-5087	-5001	-5087	-5087	-5000	-5087	-4999	-4999	-4999
Link test(2乗項挿入)統計量	-0.37	-0.69	-0.56	-0.64	-0.60	-0.78	-0.65	-0.53	-0.53	-0.53
観測数	1775	1798	1775	1798	1798	1775	1798	1775	1798	1775

注1) 上段の数値はハザード比ではなく係数そのものである。

注2) 下段の括弧内はZ統計量である。

注3) **は有意水準1%で有意、*は有意水準5%で有意であることを示す。

まず、説明変数「人口」の係数は0.0015で正に有意となった。人口規模の大きな市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早いという仮説(仮説1)は採択されたと言える。これはいわゆる「規模の経済性」が広い意味において発揮されたものと考えられる。

続いて注目の説明変数「広域連合・一部事務組合ダミー」の係数は0.45、「共同設置ダミー」の係数は0.46とともに正に有意となった。広域連合、一部事務組合、共同設置の方法により市区町村域を超えてセンターを運営している市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早いという仮説(仮説2)は採択されたと言える。なお、「広域連合・一部事務組合ダミー」と「人口」の交互項は、-0.004で負に有意となった。

そして、説明変数「高齢人口割合」の係数は-0.03で負に有意となった。高齢者の多い市区町村は、地域包括支援センターが担う業務量が相対的に多くなることなどによって、センターの活動開始が相対的に遅いという仮説(仮説3)は採択されたと言える。やはり、業務遂行上の問題が、センターの活動開始時期にも影響したと考えられる。

また、説明変数「医療・福祉就業者割合」の係数は0.11で正に有意となった。医療や福祉に従事する者が多い市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早いという仮説(仮説4)は採択されたと言える。医療や福祉に従事する者が多い市区町村は、関連する人員の流動性が比較的高いことが影響しているものと考えられる。

一方、説明変数「委託実施ダミー」の係数は0.064

と正の符号であったが有意水準 5%で有意とはならなかった。運営を外部の民間団体に委託している市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早いという仮説（仮説 5）は、ここでは確認できなかった。但し、「人口」との交差項の係数は-0.0012と負の符号を示して有意となった。

最後に、説明変数「財政力指数」の係数は 0.23と正に有意となった。財政力のある市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早いという仮説（仮説 6）は採択されたように見える。しかし、説明変数「実質収支比率」の係数は予想に反して-0.015で負に有意となっており、財政状況との関連において明確な結果は見いだせなかった。

その他の変数では、説明変数「人口密度」が正に有意、「高齢人口割合」が負に有意となった。

4. 考察

2006年度の介護保険制度改正において「予防重視型システム」への転換が掲げられ、要介護状態になっても地域での生活を継続できる「包括的なケアシステム」の実現に向けて、各市区町村に「地域包括支援センター」が創設された。本研究は、そのコアとなるべき、地域包括支援センターの活動開始時期に注目し、生存時間分析による計量的な検証を試みた。

都道府県別に層化されたコックスの比例ハザードモデルによる推定結果によれば、説明変数「人口」の係数が正に有意であることから、人口規模の大きな市区町村は、地域包括支援センターの活動開始が相対的に早い傾向にあることが示された。人口規模の大きな市区町村はいわゆる「規模の経済性」が発揮され、センターの設置準備にも比較的容易に人員を配置することができるのではないかとこの予想に合致していると言える。

また、「規模の経済性」が働き、職員1人が担当する事務の数を比較的少なくすることが出来るため、職務の専門性がより高く、地域包括支援センターのような新規の事業に対して集中して対応できたとも考えられる。説明変数「人口密度」が正に有意となっていることから、地域のアクセシビリティが高いことによる生産性の高い行政運営がセンターの活動を早期に実現している傾向にあると見てとれる。但し、係数の値の大小に注目すると、「人口」の係数は 0.0015であり、有意でありながらもハザード比で人口千人当たり 0.15%の違いでしかない。それに対して、説明変数「広域連合・一部事務組合ダミー」及び「共同設置ダミー」の係数はそれぞれ 0.45（ハザード比 1.57）、0.46（ハザード比 1.59）と比較的大きな値を示した。広域連合、一部事務組合、共同設置といったスケールメリットを目指した政策は、職員間の情報伝達の円滑化や職務の専門性を高め、新規事業への迅速な対応を可能にしていると言え広域連携策の有効性を示す結果となった。また、「広域連合・一部事務組合ダミー」と「人口」の交差項が負で有意となったことから、広域連合や一部事務組合といった広域連携策は、人口規模の小さな市区町村においてより効果を発揮することが示された。市区町村域に制約があり、人材にも制約のあるなかで、いかにして専門性を担保していくのかといった課題が浮き彫りになった。

センターが担う業務量の観点では、説明変数「高齢人口割合」が予想どおり負に有意となり、業務量が多くなると考えられた市区町村の地域包括支援センターでは、その活動開始時期が相対的に遅くなっていることがわかった。筒井（2006）²⁾が指摘していたとおり、センターが担う業務量が過大になる可能性があるという懸念がセンターの活動時期に影響したと思われる。

業務量の懸念を払拭するための専門職の確保という点では、説明変数「医療・福祉就業者割合」の係数は予想どおり正に有意になったことがあげられる。医療や福祉に従事する者が多い市区町村は、関連する人員の流動性が比較的高いことから、人員の確保が比較的容易であったのではないかと考えられる。2008年3月までに地域包括支援センターを設置していなかった市区町村の担当者への非公式な聞き取り調査でも、「専門職の確保が困難であった」という回答が最も多かった。そういった意味において、「委託実施ダミー」は正に有意となるものと予想していた。しかし、説明変数「委託実施ダミー」の係数は正の符号であったが有意水準5%で有意とはならなかった。外部委託によって新たに発生する事務によってセンターの活動開始が遅延する可能性を示したと言える。但し、「人口」との交差項の係数は負の符号を示して有意となったことから、人口規模の小さな市区町村に限れば、外部委託によって早期に活動を開始できた可能性がある。

説明変数「財政力指数」の係数は予想どおり正に有意となり、財政力のある市区町村は、センターの活動開始が相対的に早い傾向が見て取れた。「財政力指数」は地方交付税法上の「基準財政収入額」を「基準財政需要額」で除して得た値をもとにしており、自主財源の大きさを表していると言えることから、自由に扱える財源が多い市区町村において、センターの活動時期が相対的に早いとも捉えられる。しかし、説明変数「公債費負担比率」、「公債費比率」、「実質公債費比率」、「起債制限比率」、「経常収支比率」は有意ではなかった。また、説明変数「実質収支比率」の数は予想に反して負に有意となり、変数の定義をそのまま解釈すれば、フローの意味において赤字の多い傾向にある市区町村が迅速にセンターの活動を始めてい

るということになる。実質収支比率は、実質収支の標準財政規模に対する割合であることから、分母に来る標準財政規模が大きい市区町村では相対的に実質収支は小さくなる傾向にある。よって、人口規模と同様に、財政規模の大きな市区町村が早期にセンターの活動を始めた影響が反映しているのかもしれない。いずれにしても、財政による制約という点では明確な結果は得られなかった。

以上の考察から、人口や人口密度、高齢者割合といった外生的な要因が地域包括支援センターの活動開始時期の地域差を規定していることを示すことができた。また、広域化や共同設置の実施、人材の育成といった裁量的な方法を用いることによって、より迅速な対応を実現できる可能性があることが示されたと言える。もちろん今回の介護保険制度改革による「予防重視型システム」への転換は端緒についたばかりであり、地域包括支援センターの活動開始時期のみによって制度全体を評価すべきものではない。各市区町村による介護予防施策が、要支援・介護者の減少に結びつき、ひいては介護給付費の抑制が実際に実現しているかどうかを中長期的に評価する必要があるだろう。今後も関連の分析を進めていきたい。

謝辞

当研究費用の一部は財団法人かんぼ財団平成19年度の助成によるものである。本研究論文の草稿の段階で、田中滋先生（慶応義塾大学）、小山秀夫先生（兵庫県立大学）、油井雄二先生（成城大学）、堀真奈美先生（東海大学）より貴重なコメントを頂戴した。記して御礼申し上げます。もちろんあり得べき誤りは全て筆者に属するものである。

参考文献

- 1) 田中滋：介護報酬と介護経営の課題、日本介護経営学会第2回シンポジウム基調講演：2006.
- 2) 筒井孝子：改正介護保険法における地域包括ケア体制とは—地域包括支援センターの課題—、保健医療科学、第55巻（第1号）、10-18：2006.
- 3) 三浦公嗣：介護報酬改定の政策的意義、日本介護経営学会第2回シンポジウム発表：2006.
- 4) 宇田淳・北野幸子・河口 豊：地域包括ケアシステムの構築に関する事例研究—広島県安芸太田町における地域施設計画の試み—、介護経営、1(1)、25-36：2006.
- 5) 日本経済新聞：介護予防拠点 200市町村未設置 サービス開始間に合わず、2006年5月8日夕刊記事、1：2006.
- 6) Jones, Bradford. S. and Regina P. Branton: Beyond Logit and Probit: Cox Duration Models of Single, Repeating, and Competing Events for State Policy Adoption, *State Politics and Policy Quarterly*, 5(4), 420-443: 2005.
- 7) Cleves, Mario A., William W. Gould and Roberto G. Gutierrez: *An Introduction to Survival Analysis Using STATA; Revised Edition*, STATA Press: 2004.
- 8) 花岡智恵・鈴木亘：介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響、*医療経済研究*、19(2)、111-127: 2007.
- 9) 遠藤秀紀：訪問介護事業所の存続期間と地理的集中、*応用地域学会報告* (http://homepage2.nifty.com/h_endo/pdf/duration_homehelp.pdf)：2007
- 10) Cox, D. R.: *Regression Models and Life-Tables*, *Journal of the Royal Statistics Society. Series B (Methodological)*, 34(2), 187-220: 1972.
- 11) 小笠原浩一・島津望：地域医療・介護のネットワーク構想：2007.

Abstract

Purpose: We examined the latent causes of the temporal differences in the starting time of activity in Comprehensive Regional Support Centers, which are founded for a transition to a “System with an emphasis on sickness prevention” in cities, towns, and villages.

Method: We assembled the event history data showing the starting time of activity in Comprehensive Regional Support Centers using monthly data for a period of two years in “Report on long-term care insurance services,” and performed Cox proportional-hazards model analysis, considering the possibility that there are differences in structure by prefecture.

Results: Our estimation results showed that, *ceteris paribus*, municipalities with 1) greater and higher population, 2) more medical and welfare service workers, 3) wide-area and joint management beyond the border, and 4) lower population aging rate have started the activities more promptly.

These findings suggest that the differences in the starting time between municipalities are determined by exogenous factors such as size, density, and aging rate of population, and discretionary policies such as wide-area, joint management, and human resources development.

[研究論文]

非正規介護職の就業意識

著者 : 永井隆雄 (株式会社 JEXS・コンサルタント)

抄録

今日、非正規雇用の増大は大きな社会問題になっているが、介護現場としてそれは例外ではない。正規雇用でも十分でないと言われる労働条件だが、非正規雇用ではますます厳しいものとなっている。そこで、本研究の目的は、非正規介護職の就業意識を、正規雇用の場合と比較し、問題点を探り、今後の施策を明らかにすることである。今回の調査から非正規で働く女性は、30歳代前半以降の場合、比較的良好な就業意識を示したが、給与に対するギャップが高いことが明らかになった。正規と非正規における「同一価値労働同一賃金の原則」を重視し、均等処遇を目指すべきである。また、介護職全体の処遇自体が生活していくのに十分な水準とは言えない。そこで、介護職の処遇水準自体を是正していくことも必要である。入職後6ヶ月以上1年以内はバーンアウトのピークになっている。精神的なケアを重視し、意欲的に仕事に取り組めるように風土作りをしていかないといけない。

1. 問題の所在

高齢者介護の現場では施設外でおよそ70万人、施設内でおよそ30万人が介護に従事していると言われている。施設外で介護に従事する人々をホームヘルパーと呼ぶこともあるが、圧倒的に非正規で女性が大半を占めている。これに対して施設内における非正規率はあまりなく20%に満たない。本報告では、施設内で介護に従事する介護職を主な対象にして、その就業意識を明らかにする。介護職の研究は近年、徐々に進んできているが、その分析方法は離転職意思形成に強い因果関係を持つとされるバーンアウト(燃え尽き)、組織コミットメントなどであるが、こうした就業意識はその人の置かれた就業環境はもちろんのこと、各人の性格特性によっても規定される。

本報告では2007年に実施された実態調査の結果について施設内の非正規職員に焦点を絞りながら、検討していきたい。非正規という就業形態で働く介護職の目線に立った職場環境がどのようなものか、それが正規の場合とどう違うのかを明らかにしたい。

最初に、理論的背景について概観しておきたい。

1.1 バーンアウト

バーンアウトは、Freudenberger (1974) によって提唱され、意欲的・献身的に働いていた人が疲労困憊し、消耗して、様々な心身症状を示す職業的なストレスのひとつとして知られるようになった。1980年代以降は、バーンアウトの測定尺度が開発され、実証研究が行なわれるようになった。Maslach & Jackson (1981) は、MBI (Maslach Burnout Inventory) を開発し、バーンアウトを「情緒的消耗感」、「脱人格化」「個人的達成感(の減少)」の3つの側面をもつ症候群として操作的な定義を行なった(田尾・久保,1996)。

1.2 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(日本労働研究機構,2003)。その背景として、「仕事に対するコミットメント(work commitment)」が従業員のパフォーマンスや「組織市民行動(organizational citizenship behavior)」、遅刻・欠勤などを決定付けてきたことがある(Blau, 1985; Cohen, 1993,1995; Wiener & Vardi,1980)。コミットメントの観点は、単に組

織に愛着を示すというのではなく、複数の軸に従ってコミットメントが発揮されるという点である。

Meyer, Allen, Smith (1993) は、これら3つの要素の根底にあるのは、「組織との関係性」と、辞めるか留まるかという「転職意思」であるとする。組織との関係性を示す各要素は経験の違いにより形成され、それぞれが異なる行動に結びついていくが、組織内での経験が期待と一致し、欲求が満たされると、情緒的コミットメントが形成される、としている。組織に対する投資が蓄積したと知覚されると、存続的コミットメントが形成される。また組織に対する忠誠心を強調するような「組織社会化」を経験すると、規範的コミットメントが形成される。情緒的および規範的コミットメントは、パフォーマンスや組織内でのシチズンシップに関係する一方、存続的コミットメントはそれらと無関係である、または負の関係にあるというこ

とが一般的に理解されている。

働く人々の就業意識が多様化し、雇用環境が変化する今日においては、様々な形態の帰属意識を取り上げることが有効である。そこで、これらについても考慮し、尺度として取り入れることにした。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。

<採用された5つの下位尺度>

1. 職務満足感 (Job Satisfaction)
2. 継続的コミットメント (Continuous Commitment)
3. キャリア・コミットメント (Career Commitment)
4. 仕事への没入 (Job Involvement)
5. 帰属意識 (affective Commitment)

図表 1 就業形態別男女別の就業意識 (正規)

就業形態	性別	満年齢	人数	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	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
正規	男性	20-24歳	13	108	90	95	95	88	95	89	84	90	100	106	114	119	102
		25-29歳	20	98	100	102	94	100	91	87	106	91	98	106	112	109	98
		30-34歳	13	98	114	91	83	111	86	97	97	84	95	108	104	115	90
		35-39歳	5	91	102	103	104	135	139	124	98	74	93	89	115	106	103
		40-44歳	4	85	114	109	108	123	104	131	125	86	85	88	98	104	95
		合計	55	99	102	98	93	105	96	97	99	87	96	104	110	112	97
	女性	19歳以下	2	76	67	103	116	123	134	124	132	103	90	74	65	81	99
		20-24歳	33	107	109	94	95	92	96	85	92	99	99	96	102	87	104
		25-29歳	37	104	102	99	102	86	95	99	100	108	103	104	107	95	103
		30-34歳	13	98	94	106	104	88	116	97	85	101	89	98	77	108	98
		35-39歳	6	86	90	113	124	127	136	147	121	116	84	103	99	111	116
		40-44歳	6	97	104	109	101	123	102	116	94	102	113	95	93	100	99
		45-49歳	6	91	91	94	103	105	100	116	109	104	104	92	102	100	102
		50-54歳	9	95	98	93	106	130	107	117	107	104	111	99	101	95	94
		55-59歳	6	109	89	108	100	95	98	95	132	120	122	106	93	104	91
		合計	118	101	100	100	102	97	102	102	101	100	105	101	99	99	96
	合計	19歳以下	2	76	67	103	116	123	134	124	132	103	90	74	65	81	99
		20-24歳	46	107	104	95	95	91	96	86	90	96	99	99	105	96	104
		25-29歳	57	102	101	100	99	91	94	95	102	102	101	105	109	100	101
		30-34歳	26	98	104	99	93	100	101	97	91	93	92	103	91	112	94
		35-39歳	11	88	95	109	115	131	138	136	111	97	88	96	106	109	110
		40-44歳	10	92	108	109	104	123	102	122	107	96	102	92	95	101	98
		45-49歳	6	91	91	94	103	105	100	116	109	104	104	92	102	100	102
		50-54歳	9	95	98	93	106	130	107	117	107	104	111	99	101	95	94
		55-59歳	6	109	89	108	100	95	98	95	132	120	122	106	93	104	91
		合計	173	101	101	99	99	100	100	100	99	100	99	100	101	103	101

図表 2 就業形態別男女別の就業意識（非正規）

就業形態	性別	満年齢	人数	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	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
非正規	男性	20-24歳	3	120	135	95	85	67	53	82	88	89	119	102	118	123	110
		25-29歳	3	79	88	114	122	37	102	108	105	87	62	75	50	107	116
		40-44歳	1	137	122	80	77	135	73	93	88	115	163	137	149	115	99
		合計	7	105	113	101	100	64	77	95	95	92	101	95	93	115	111
	女性	20-24歳	4	122	130	76	55	118	61	58	78	74	112	117	93	92	83
		25-29歳	4	110	82	119	125	95	104	93	104	101	112	102	84	86	95
		30-34歳	1	72	77	103	100	135	110	93	113	133	98	76	37	46	83
		35-39歳	4	88	80	113	133	121	116	116	100	124	98	118	98	127	108
		40-44歳	3	86	90	114	100	108	85	124	113	131	100	92	87	69	94
		45-49歳	2	68	71	94	105	135	110	100	94	85	69	51	46	69	91
		50-54歳	2	72	67	123	138	90	146	147	132	133	110	89	74	81	83
		55-59歳	3	91	86	105	107	116	142	144	100	111	98	81	93	92	99
	合計	23	94	89	105	107	113	106	107	101	108	102	97	83	89	94	
	合計	20-24歳	7	121	132	84	68	96	58	68	82	80	115	111	104	105	95
		25-29歳	7	97	84	117	123	71	103	99	104	95	91	90	69	95	104
		30-34歳	1	72	77	103	100	135	110	93	113	133	98	76	37	46	83
		35-39歳	4	88	80	113	133	121	116	116	100	124	98	118	98	127	108
		40-44歳	4	99	98	106	94	115	82	116	107	127	116	103	102	81	95
		45-49歳	2	68	71	94	105	135	110	100	94	85	69	51	46	69	91
		50-54歳	2	72	67	123	138	90	146	147	132	133	110	89	74	81	83
		55-59歳	3	91	86	105	107	116	142	144	100	111	98	81	93	92	99
	合計	30	97	95	104	105	101	99	104	100	104	102	96	86	95	98	

2. 研究方法

2.1 対象

調査対象になったのは永井・小野（2007,2008）のデータセットである。福岡市にある22の特別養護老人ホームで働く203名の介護職である。うち30名が非正規介護職である。調査は九州大学および西南学院大学が協力し、関係施設に調査を依頼し、承諾を得た調査である。

2.2 分析

就業形態の違いに着目して集計した。先ず、就業意識（バーンアウト、組織コミットメント、職場環境要因—ストレス—の下位尺度）をクロス集計した（図表1及び図表2）。次に、仕事観による違いで3つのクラスターを作った。仕事観についての12項目をWard法、平方ユークリッド距離、階層数3でクラスター分析し、その結果を「グループごとの平均」で表示した（図表3）。3つのク

図表 3 仕事観によるクラスター

就業形態	クラスター	O1_経済的自立	O2_能力の活用	O3_社会的地位	O4_社会貢献	O5_仲間との交流	O6_自己成長	O7_健康維持	O8_無目的	O9_勤労義務の自覚
正規	交流重視型	102	114	116	109	126	116	115	99	93
	勤労義務型	97	107	89	110	79	104	96	73	118
	経済的動機型	105	73	90	74	82	69	74	137	91
	合計	101	101	101	100	101	100	99	101	100
非正規	交流重視型	85	107	103	111	125	114	133	111	95
	勤労義務型	95	91	72	106	84	95	103	81	132
	経済的動機型	98	75	107	76	65	74	71	95	73
	合計	92	93	94	100	95	97	107	97	101

図表 4 就業形態別男女別クラスター別就業意識

就業形態	性別	クラスター	バーンアウト			組織コミットメント				
			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
正規	男性	交流重視型	3.3	2.1	3.0	3.1	3.1	2.8	2.4	2.9
		勤労義務型	3.3	2.1	2.9	3.0	3.3	2.8	2.2	2.8
		経済的動機型	3.8	2.7	2.7	2.1	2.9	2.1	1.6	2.0
		合計	3.4	2.3	2.9	2.8	3.1	2.6	2.1	2.6
	女性	交流重視型	3.3	2.0	3.0	3.3	3.0	3.0	2.2	2.9
		勤労義務型	3.5	2.2	3.0	3.2	2.8	2.9	2.2	2.5
		経済的動機型	3.9	2.6	2.6	2.4	2.8	2.3	2.0	2.4
		合計	3.5	2.2	2.9	3.1	2.9	2.8	2.2	2.7
非正規	男性	交流重視型	2.9	2.1	3.5	4.0	1.8	2.8	2.3	3.8
		勤労義務型	3.8	2.3	2.9	2.3	1.2	1.7	2.2	1.7
		経済的動機型	4.1	2.9	2.6	2.8	2.4	1.9	1.8	2.2
		合計	3.6	2.5	3.0	3.0	1.9	2.1	2.0	2.5
	女性	交流重視型	3.1	1.7	3.3	3.7	3.5	3.6	2.7	3.0
		勤労義務型	3.3	2.0	3.2	3.2	3.0	2.4	2.2	2.5
		経済的動機型	3.5	2.5	2.4	2.3	3.5	2.3	1.8	2.4
		合計	3.3	2.0	3.1	3.2	3.3	2.9	2.3	2.7

図表 5 就業形態別男女別クラスター別の期待ギャップ

就業形態	性別	クラスター	G1_上司	G2_作業条件	G3_給与条件	G4_自己に対する承認	G5_権限委譲	G6_仕事の面白さ	G7_自己成長の機会	G8_仕事の多様性	G9_施策の納得性	G10_アイデアの活用	G11_能力の活用	G12_雇用の安定
正規	男性	交流重視型	2.8	2.6	2.7	2.5	2.1	2.3	2.3	2.4	2.6	2.3	2.4	2.5
		勤労義務型	2.7	2.7	2.8	2.3	2.2	2.5	2.2	2.6	2.8	2.6	2.4	2.6
		経済的動機型	3.1	3.1	3.2	2.9	2.5	2.7	2.9	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
		合計	2.8	2.8	2.9	2.5	2.3	2.5	2.4	2.6	2.8	2.6	2.5	2.7
	女性	交流重視型	2.5	2.6	2.7	2.2	2.1	2.1	2.0	2.4	2.6	2.5	2.3	2.4
		勤労義務型	2.5	2.6	2.7	2.3	2.2	2.5	2.5	2.5	2.7	2.5	2.4	2.5
		経済的動機型	2.7	3.0	2.5	2.5	2.4	2.7	2.6	2.6	3.0	2.9	2.7	2.4
		合計	2.6	2.7	2.6	2.3	2.2	2.4	2.3	2.5	2.7	2.6	2.4	2.4
非正規	男性	交流重視型	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.5
		勤労義務型	2.0	2.0	2.5	2.5	2.5	3.0	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
		経済的動機型	2.3	3.0	3.3	3.3	2.3	3.0	2.3	2.7	3.3	2.7	2.3	3.3
		合計	2.1	2.4	2.7	2.7	2.3	2.7	2.3	2.4	2.7	2.4	2.3	2.9
	女性	交流重視型	2.3	2.6	3.1	2.4	2.3	2.1	2.0	2.7	2.8	2.5	2.2	2.9
		勤労義務型	2.4	3.0	3.1	2.3	2.0	2.0	2.1	2.3	2.8	2.3	2.1	2.3
		経済的動機型	2.6	3.0	2.8	2.6	2.8	2.6	2.4	2.8	2.8	2.6	2.4	2.6
		合計	2.4	2.8	3.0	2.4	2.3	2.2	2.1	2.6	2.8	2.4	2.2	2.6

クラスターはそれぞれ、「交流重視型」、「勤労義務型」、「経済的動機型」と命名された。これを踏まえ、就業形態、性別、クラスターでクロス集計した(図表4)。また、就業形態別・男女別・ク

ラスター別に期待ギャップをクロス集計した(図表5)。また、就業形態別・男女別・年齢帯別に転職意思を集計した。最後に、期待ギャップ(上司や給与条件、仕事の面白さ、雇用の安定感など12

項目)について就業形態別男女別に集計し、その平均値の軌跡を描いた(図表7)。なお、期待ギャップを負の値として描くと、幻滅度合いを示すことから、「幻滅曲線」とされている。

図表6 就業形態別男女別年齢別転職意思
(中央値)

就業形態	性別	満年齢	転職意思
正規	男性	20-24歳	2.0
		25-29歳	1.8
		30-34歳	2.0
		35-39歳	1.5
		40-44歳	1.5
		合計	1.8
	女性	19歳以下	1.5
		20-24歳	1.9
		25-29歳	1.7
		30-34歳	1.6
		35-39歳	1.3
		40-44歳	1.6
		45-49歳	1.2
		50-54歳	1.2
合計	1.6		
非正規	男性	20-24歳	3.0
		25-29歳	1.0
		40-44歳	2.0
		合計	2.0
	女性	20-24歳	2.8
		25-29歳	1.5
		30-34歳	1.0
		35-39歳	1.5
		40-44歳	1.0
		45-49歳	2.0
		50-54歳	1.5
		合計	1.5

3. 結果

3.1 非正規介護職の就業意識

(1)バーンアウト

非正規介護職は、正規介護職と比較すると、バーンアウトの度合いが低い。しかし、男女差があり、非正規でも男性はバーンアウトの度合いがむしろ高い(特に脱人格化)。一方、女性の非正規介護職は30歳代以降ではバーンアウトの度合いが低い。非正規女性でも、20歳代前半はバーンアウトの度合いが高い。なお、バーンアウトの進展を図表8に示した。

(2)組織コミットメント

非正規介護職の組織コミットメントでは、職務満足が全体としてはやや高い。しかし、年齢帯によって差があり、20歳代後半以降の女性で職務満足が高く、30歳代前半以降では職務コミットメントが高くなる。男性の組織コミットメントは良好とは言えない。職務満足は個人差が大きい。

(3)職場環境要因(ストレッサー)

非正規介護職の職場環境要因では、30歳代前半以降の女性において「働きやすさ」があり、過重労働、上司葛藤、同僚葛藤などが低い。20歳代前半の場合、男女とも、職場環境にストレスを感じている。

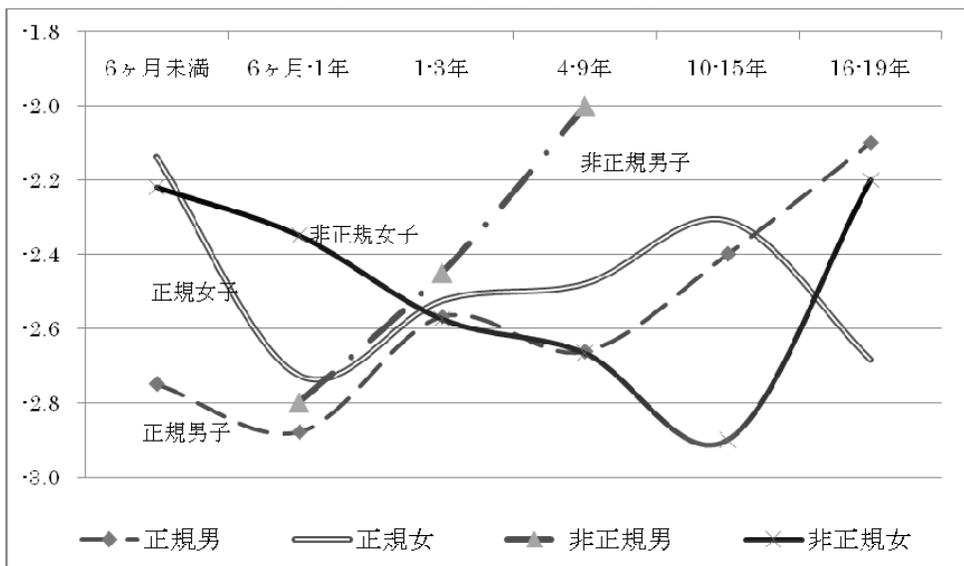
3.2 仕事観クラスターによる意識の違い

サンプル数が少なく、最後は個別論になってしまうことを避けるために、仕事観によるクラスター分析を行なった。3つのクラスターを就業形態別、男女別に分けて比較した。

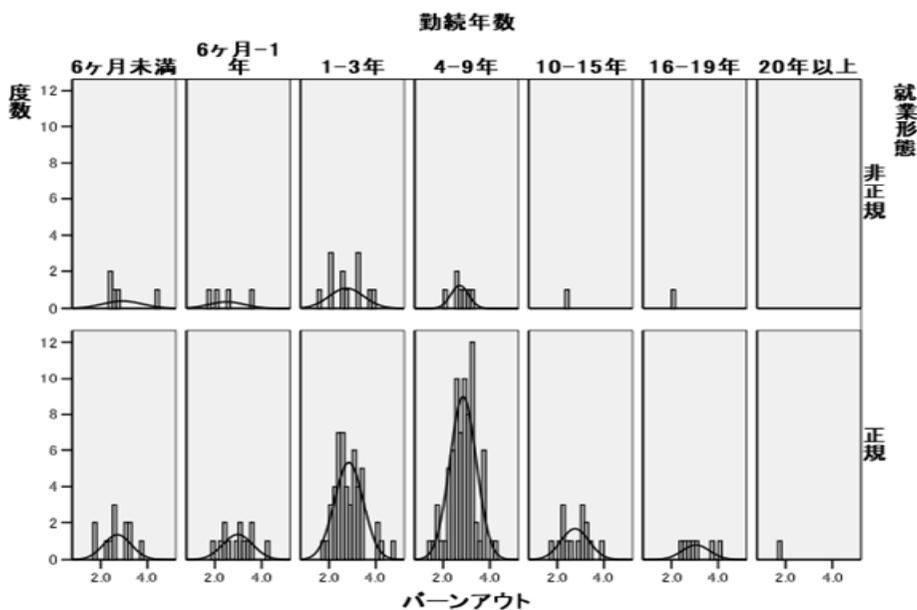
交流重視型と勤労義務型の非正規男性は、脱人格化が低い。情緒的消耗感については、交流重視型は低いが、他の2つでは高い。これに対して、非正規女性のバーンアウトは、情緒的消耗感は平均的であるが、脱人格化では、経済的動機型を除いて低い。個人的達成感では同様の傾向で、経済的動機型以外は高い。

組織コミットメントでは、非正規男性の交流重視型は職務満足が高く、帰属意識が高い。勤労義

図表 7 就業形態別男女別幻滅曲線



図表 8 就業形態別・勤続期間別のパーンアウト



ただし、男性についてみると、正規と非正規とであまり差がない。

非正規女性の組織コミットメントは、全体としての傾向では正規との差がないが、交流重視型では、職務満足、職務コミットメント、帰属意識が

高く、良好である。経済的動機型存続的コミットメントが特に正規女性よりも高い。

3.3 就業形態別男女別クラスター別の期待ギャップ

非正規女性の給与条件に対する期待ギャップが特に大きい。経済的動機型の男性では、期待ギャップが大きい。

3.4 就業形態と幻滅曲線

就業形態別の幻滅曲線では、次のような傾向がある。

- ① 非正規女性の幻滅曲線は一貫して下落し続ける。
- ② 非正規男性の幻滅曲線は一貫して上昇している。
- ③ 正規男性の幻滅曲線は長期勤続すると、上昇するが、1年以内、4・9年では落ち込んでいる。

3.5 就業形態とバーンアウト

就業形態別にバーンアウトを見ると（図表2）、非正規では、入職6ヶ月以上1年未満で二極化している。その後、収斂しているが、これはバーンアウト高位群が離職してしまうか、ある程度職場に適応してバーンアウトが解消しているか、どちらかである。勤続期間が長くなると、バーンアウトのばらつきは小さくなっていく。

4. 考察

職場環境にストレスを感じると、その結果としてバーンアウトし、組織コミットメントは好ましくない方向に形成される。今回の分析から、次のようなことがいえる。

- ① 正規・非正規にかかわらず、20歳代前半ではバーンアウトの割合は高く、職場環境はストレスの多いものになっている。そのため、組織コミットメントもあまり良好ではない。
- ② 非正規でも男女差、年齢差が非常に大きい。
- ③ 非正規の女性で30歳代前半以降の実在者でバーンアウトの割合が低い。

④ 非正規の女性で30歳代後半と50歳代前半で職務満足が高い。

⑤ 非正規男性の転職意思は高いが、非正規女性では30歳代以降、低くなっている。

これらから、非正規男性は職務不適應を起こしている場合が多いと考えられる。これは経済的動機を重視した結果と推定される。ただし、20歳代後半の男性実在者はバーンアウトの割合も低く、職務満足も比較的良好である。

女性の非正規介護職は、就業意識について年齢によって二極化している。20歳代前半を中心とする若い世代ではストレスが強く、バーンアウトの割合が高く、組織コミットメントも良好ではない。一方、30歳代前半以降になると、比較的就業意識は好転する。また継続的就業意欲も高い。しかし、職務満足しているとしても、給与条件については高い期待ギャップがある。

5. 提言

高齢化時代を迎えてますます今後の介護分野で人材が必要とされると予測されている。介護は施設外で行なわれるものが増えつつあるが、依然として施設内で行なわれるものも従事者数は多い。どちらの場合も女性が非常に多く、しかも施設外で行なう介護、いわゆるホームヘルパーの場合、非正規が中心である。

今回の調査から非正規で働く女性は、30歳代前半以降の場合、比較的良好な就業意識を示したが、給与に対するギャップが高いことが明らかになった。正規と非正規における同一価値労働同一賃金の原則を重視し、均等処遇を目指すべきである。

また、介護職全体の処遇自体が生活していくのに十分な水準とは言えない。そこで、介護職の処遇水準自体を是正していくことも必要である。

入職後6ヶ月以上1年以内はバーンアウトのピークになっている。精神的なケアを重視し、意欲的に仕事に取り組めるように風土作りをしていくことが課題の1つになっていくものとする。

参考文献

- 1)Blau, G. J. (1985) The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology*, 58, pp.-288.
- 2)Cohen, A. (1993) A Work commitment in relations to withdrawal intensions and union effectiveness. *Journal of Business Research*, 26, pp.75-90.
- 3)Cohen, A. (1995) An examination of the relationships between work commitment and nonwork domains. *Human Relations*, 48 (3) , pp.239-263.
- 4)Freudenberger,H.J. (1974) Staff burn-out, *Journal of Social Issues*,30,pp.159-165
- 5)Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. 1993 A commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78,pp.538-551.
- 6)Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981) Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologists Press, Inc.
- 7)永井隆雄・小野宗利 (2007) 「高齢者介護職のバーンアウトの諸要因分析と対処策」社会政策学会秋季大会報告
- 8)永井隆雄・小野宗利 (2008) 「介護職のバーンアウトと離職」『人材育成研究』,第4巻第1号,pp.77-95
- 9)日本労働研究機構編 (2003) 『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
- 10)小野宗利 (2007) 「介護職の就業意識－組織調査」『経済論究』,第129号,pp.39-54
- 11)田尾雅夫・久保真人 (1996) 『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
- 12)Wiener, Y., & Vardi, Y. (1980) Relationships between job, organization and work outcomes: An integrative approach. *Organizational Behavior and Human Performance*, 26, pp.81-96

Abstract

Recently Non-regular workers are growing more and more and it has been social issue, in care workers field also. In elderly care workers, On the one hand Regular workers' condition are not so efficient and comfortable, on the other hand Non-regular are harder. In this study we examine the difference between regular and non-regular and we proposal future planning and policy. The rule of same work for same pay should be respected for the regular and irregular. And we remember care worker's poor condition. The conditions of them are expected better. In the early career (from 6 month to 1 year), burnout is in peak. Mental care or support is looked up on and much better circumstances should be created.

[研究資料]

介護老人保健施設および慢性期医療機関におけるコンプライアンス経営体制と情報公表制度についての認識との関連

著者：小山 秀夫（兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメント専攻）
共著者：宮本 啓子（静岡県立大学大学院生活健康科学研究科 客員研究員）
東野 定律（静岡県立大学経営情報学部）

抄録

本研究では、介護老人保健施設および慢性期医療機関における情報公表制度についての認識とコンプライアンス経営体制の現状を把握し、その関連を検討することを目的とした。

調査方法は質問紙調査とし、介護老人保健施設は、2008年2月に実施（n=1,062, 回収率32.3%）、慢性期医療機関は2010年2月に実施した（n=189, 回収率22.6%）。

介護老人保健施設ならびに慢性期医療機関の双方において、コンプライアンス経営といった場合に意識して取り組んでいる内容として最も多いのは、医療法もしくは介護保険法等の法令遵守であり、次いで利用者の権利擁護であった。情報公表制度がコンプライアンスの向上に役立つと考えている場合、コンプライアンス経営体制を推進している傾向があり、サービスの質の向上や労働環境の改善に取り組んでいる意識が高かった。

コンプライアンス経営体制構築の自律的な取り組みを促すには、情報公表制度等の利便性向上を図り、活用が推進されることが重要と考えられる。

キーワード：コンプライアンス、介護老人保健施設、慢性期医療機関、介護サービス情報公開制度、第三者評価

1. 緒言

2000年4月に「措置から契約へ」のうたい文句のもと、行政措置制度の老人福祉から、社会保険方式の介護保険制度への転換がなされた。以降、介護サービス受給者数は2000年9月の月平均184万人から、2008年月平均377万人と2倍以上に増加し、それに伴い介護サービス事業所数、なかでも居宅介護サービスは、民間事業者の参入などによって大幅に増加した¹。

他方、事業者による介護報酬の不正請求等の問題も増加²し、2007年6月には、大手介護サービス事業者が介護報酬の不正申請などの問題で、介護サービス事業所の新規及び更新指定不許可処分を受け、同年12月に同社の訪問介護事業等の介護サービス事業は他社に売却されるに至った^{2,3}。

介護や医療サービスは、国民の保険料ならびに租税等の公的資金で運営される社会保険制度で給付されるサービスであるため、法令や指定基準に定められる設備や運営基準、人員配置基準について行政による指導や監査が行われ、最低限の法令遵守ができない事業者を排除する仕組みとなっている^{4,5}。しかし、2007年に起きた不正事案により、介護サービス事業者の法令遵守が十分に確保されていないことが明らかになり、介護サービス事業におけるコンプライアンスのあり方が問われることになった。

この事案の前年2006年4月の介護保険制度改正では、事業運営の透明性の確保および利用者の介護サービス事業者選択に資することを目的とした、「介護サービス情報の公表」制度が開始されてい

る^{6,7}。「介護サービス情報の公表」制度は、介護サービス事業者が届け出た情報を第三者が調査・確認し、その結果を全てインターネット等で定期的に公表するものであり、全ての介護サービス事業者に公表が義務づけられることになった。

コンプライアンスの展開においては、事業者が事業理念や倫理方針、サービス基準を作成し、情報公表や自己評価を行うことが推奨されている⁸。これらの流れから、介護サービス情報の公表制度は、介護サービス事業におけるコンプライアンス推進に貢献する制度と考えられる。

そこで、本研究では、設立主体に医療法人が多い介護老人保健施設および慢性期医療機関におけるコンプライアンス経営に関する認識と体制整備の状況を把握し、また介護サービス情報の公表制度がコンプライアンスに役立つと考えている施設とそうでない施設の間にコンプライアンスの認識や取り組み状況に差異があるか検討することとした。

2. 研究方法

2.1 コンプライアンスの定義

コンプライアンス (compliance) は、狭義には、「法令や社内規則などの遵守 (法令遵守)」であるが、わが国においては、「法令、社会規範等の遵守や、そのための組織体制の整備を包含」⁹、「法令の文言のみならず、その背景にある精神まで遵守・実践していく活動」¹⁰などと広い意味で捉えられている。ゆえに、「企業倫理」(Business Ethics) あるいは「倫理法令遵守」(Ethical-Legal Compliance) とするほうが当を得ているとする指摘⁹や事業活動におけるステークホルダー (利害関係者) に対して責任ある行動を求める「企業の社会的責任 (Corporate Social Responsibility; CSR)」の中核ないし基盤となるという指摘¹¹もある。

高らは、企業倫理やコンプライアンスを必要とする理由について、社会契約論という観点から、「社会は、企業の存在を認める段階で、企業に求める責任をあらかじめ勘案しており、またそれゆえ、企業が期待された責任を果たさない場合、社

会は企業の存在を否定する」¹²と述べており、本研究においても、法令のみならず、社会的要請に応えるために、企業倫理や組織の理念、組織規定等も含めて遵守することも「コンプライアンス」に含まれるという広義の定義を採用した。また、コンプライアンス経営とはコンプライアンスを経営の中心に据えて体制を整備し、責任ある公正で誠実な経営を目指す組織文化の定着に取り組むことと考える^{13,14}。

2.2 調査対象及び調査項目

調査対象は、組織体制が整っていると考えられる介護保険施設の中から、医療法人立が多い介護老人保健施設および慢性期医療機関 (療養病床) とした。

介護老人保健施設は、社団法人全国老人保健施設協会会員施設 3,290 施設を対象として、2008 年 2 月に質問紙調査を実施した。回答は、管理者として施設長に依頼した。一般社団法人慢性期医療協会会員施設 838 施設を対象として、2009 年 12 月末から 2010 年 2 月に質問紙調査を実施した。回答は、管理者として院長または法人の理事長に依頼した。

調査票は、先行文献から項目を検討し、施設管理者などの意見をもとに修正を行った。施設の法人格については選択肢から回答を選択する形式とし、慢性期医療機関においては一般病床および医療保険、介護保険別の療養病床の病床数を記載してもらい、医療保険許可病床のみ、介護保険許可病床のみ、双方ありに 3 つに区分して解析に使用した。

調査票には「コンプライアンス」の広義の定義を記載した。組織において「コンプライアンス経営」といった場合、どのようなことを意識して取り組んでいるかを問う項目では、先行文献^{9,11,13}から、コンプライアンス、企業倫理、CSR の範囲とみなされる 20 項目を抽出し、その他を加えた 21 項目から、「あてはまるものすべてに○」として該当項目全てを回答するものとした。コンプライア

ンスの整備状況を問う項目では、コンプライアンス体制の整備の要件^{9,11,13}とされている担当者の配置、研修の実施、報告体制の整備等を選択肢から選択してもらった。

医療や介護サービス情報の公表制度とコンプライアンスについて問う項目は、「あてはまるもの1つに○」と指定し、「1. はい 2. いいえ」の選択肢から選択してもらった。

なお、介護サービス情報の公表制度と比較されるものに第三者評価がある。保険医療機関を対象とした第三者評価は、財団法人日本医療機能評価機構が1997年に開始した病院機能評価事業、一般社団法人日本慢性期医療協会が2010年より開始した慢性期医療認定病院認定審査などがあり、福祉サービスを対象としたものは、2004年開始の福祉サービス第三者評価事業などがある。第三者評価事業は、事業者が自らのサービス改善に取り組むための支援ツールという面があり⁴、諸外国の方策においても、第三者評価はコンプライアンス経営の推進のために重要であることが指摘されている¹⁶。

しかしながら、わが国の医療や福祉サービスにおける第三者評価の受審は任意であり、その結果の公開も情報提供に同意があった場合のみ行われることなどを考慮し、本研究においては情報公表のツール⁴としての介護サービス情報の公表制度に絞って検討を行った。

回収したデータは、IBM SPSS Statistics Ver.18 J for Windows を用いて集計・解析を行った。項目間の検定には、フィッシャーの正確確率検定の後、残差分析を行った。有意水準は5%とした。

調査対象施設は番号化処理を行い、解析に使用した。本調査は施設長や院長などの施設管理者の意識調査および業務調査として行われ、患者・利用者個人に関する情報を収集していないため、個人情報保護に関する問題があるとはみなされなかった。

3. 結果

3.1 各施設の法人格

3.1.1 介護老人保健施設の法人格

回収数は1,062件、回収率は32.3%であった。介護老人保健施設の法人格で最も多かったのは医療法人682件(64.2%)であり、次いで、社会福祉法人171件(16.1%)、無回答91件(8.6%)、社団・財団法人53件(5.0%)、地方公共団体33件(3.1%)、その他19件(1.8%)、公的・社会保険関係団体13件(1.2%)と続いた(図表なし)。

3.1.2 慢性期医療機関の法人格

回収数は189件、回収率は22.6%であった。慢性期医療を提供する施設・医療機関の法人格で最も多かったのは、医療法人155件(82.0%)であり、次に社団・財団法人が12件(6.3%)、社会福祉法人、特定・特別医療法人、その他が同数で6件(3.2%)であり、無回答が2件(1.1%)、地方公共団体ならびに公的・社会保険関係団体がそれぞれ1件(0.5%)であった。

医療保険許可病床のみは78件(41.3%)、介護保険許可病床のみは16件(8.5%)、双方ありは78件(41.3%)、無回答は17件(9.0%)であった(図表なし)。

3.2 コンプライアンス経営として意識して取り組んでいる項目

3.2.1 介護老人保健施設

介護老人保健施設において「コンプライアンス経営といった場合、どのようなことを意識して取り組んでいるか」という設問に、あてはまるすべて答えてもらったところ、1,062施設から計9,507件の回答(平均該当数9.0)があった(表1)。

該当数が多いものを10項目あげる。最も「意識して取り組んでいる」のは、「介護保険法・指定基準の遵守」の961件(10.1%)であった。次に「利用者の人権・尊厳の尊重」838件(8.8%)、「よりよい医療・介護サービスの提供」814件(8.6%)、「職員の知識の向上」694件(7.3%)、「法人・団体倫理・内部規制の遵守」628件(6.6%)、「利用者の満足度の追求」623件(6.5%)、「労務環境の向上」620件(58.2%)、「安定的な経営」598件

(6.3%)、「地域社会への貢献」583件(6.1%)、「職員の意見のくみ取り」557件(5.9%)、であった。

3.2.2 慢性期医療機関

慢性期医療機関において「コンプライアンス経営といった場合、どのようなことを意識して取り組んでいるか」という設問に、あてはまるすべて答えてもらったところ、189施設から計1,739件の回答(平均該当数9.0)があった(表1)。

該当数が多いものを10項目あげる。最も「意識して取り組んでいる」のは、「医療法もしくは介護

保険法・指定基準の遵守」176件(10.1%)であった。次に「利用者の人権・尊厳の尊重」140件(8.1%)、「法人・団体倫理・内部規制の遵守」130件(7.5%)、「よりよい医療・介護サービスの提供」126件(7.2%)、「医療法もしくは介護保険法・指定基準以外の法令の遵守」118件(6.8%)、「地域社会への貢献」112件(6.4%)、「職員の知識の向上」102件(5.9%)、「労務環境の向上」100件(5.8%)、「納税義務の遂行」94件(5.4%)、「利用者の満足度の追求」93件(5.3%)であった。

表1. 施設種別のコンプライアンス経営として意識して取り組んでいる項目

	介護老人保健施設 (n=1,062)			慢性期医療施設 (n=189)			p-Value [†]
	該当数	(%)	順位	該当数	(%)	順位	
医療法もしくは介護保険法・指定基準の遵守	961	(10.1)	1	176	(10.1)	1	0.275
上記以外の法令の遵守	514	(5.4)		118	(6.8)	5	0.000***
法人・団体倫理・内部規定の遵守	628	(6.6)	5	130	(7.5)	3	0.012*
納税義務の遂行	321	(3.4)		94	(5.4)	9	0.000***
効率的な運営体制の確立	487	(5.1)		73	(4.2)		0.068
取引先(企業等)との契約の確実な履行	208	(2.2)		66	(3.8)		0.000***
安定的な経営	598	(6.3)	8	91	(5.2)		0.039*
よりよい医療・介護サービスの提供	814	(8.6)	3	126	(7.2)	4	0.005**
不適切な医療・介護サービス提供の回避	453	(4.8)		84	(4.8)		0.690
利用者の人権・尊厳の尊重	838	(8.8)	2	140	(8.1)	2	0.152
利用者の満足度の追求	623	(6.5)	6	93	(5.3)	10	0.017*
職員の意見のくみ取り	557	(5.9)	10	88	(5.1)		0.155
労務環境の向上	620	(6.5)	7	100	(5.8)	8	0.175
職員の知識の向上	694	(7.3)	4	102	(5.9)	7	0.003**
雇用の創出	156	(1.6)		29	(1.7)		0.824
地域社会への貢献	583	(6.1)	9	112	(6.4)	6	0.302
慈善活動	64	(0.7)		21	(1.2)		0.017**
文化・芸術等への支援活動	70	(0.7)		17	(1.0)		0.218
環境への配慮	296	(3.1)		73	(4.2)		0.004**
特に意識し、取り組んでいる事項はない	7	(0.1)		2	(0.1)		0.632
その他	15	(0.2)		4	(0.2)		0.513
総数	9,507	(100)		1,739	(100)		

† フィッシャーの正確確率検定: 介護老人保健施設 vs. 慢性期医療機関, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3.2.3 施設種別によるコンプライアンス経営として意識して取り組んでいる項目の差異

介護老人保健施設と慢性期医療機関において、コンプライアンス経営として意識して取り組んでいる項目の差異をフィッシャーの正確確率検定を使って解析した(表1)。

介護老人保健施設は慢性期医療機関より、有意に「安定的な経営」(p=0.038)、「よりよい医療・介護サービスの提供」(p=0.005)、「利用者の満足度の追求」(p=0.017)、「職員の知識の向上」(p=0.003)に意識して取り組んでいる割合が高かった。また有意差はなかったものの、利用者の

人権・尊厳の尊重、職員の意見のくみ取りなどの労務管理への意識は、慢性期医療機関に比して介護老人保健施設のほうが高い傾向があった。

慢性期医療機関は介護老人保健施設より、有意に「医療法もしくは介護保険・指定基準以外の法

令の遵守」(p<0.001)、「納税義務の遂行」(p<0.001)、「取引先(企業等)との契約の確実な履行」(p<0.001)、「慈善活動」(p=0.017)、「環境への配慮」(p=0.004)に意識して取り組んでいる割合が高かった。

表 2. 施設種別のコンプライアンス経営体制の整備状況

	介護老人保健施設		慢性期医療施設		p-Value†
	n	(%)	n	(%)	
法人・団体の社会的責任に関する規定・倫理綱領・行動規範等を定めているか	定めている	719 (69.1)	137 (74.5)	0.163	
	定めていない	322 (30.9)	47 (25.5)		
	総数	1,041 (100)	184 (100)		
コンプライアンスの担当者をおいているか	おいている	316 (30.4)	92 (49.2)	0.000***	
	おいていない	723 (69.6)	95 (50.8)		
	総数	1,039 (100)	187 (100)		
定期的にコンプライアンスについての研修を行っているか	行っている	264 (25.5)	62 (33.0)	0.039*	
	行っていない	770 (74.5)	126 (67.0)		
	総数	1,034 (100)	188 (100)		
コンプライアンス違反の防止や発見のために、職員の相談・報告体制をつくっているか	つくっている	256 (25.6)	73 (40.1)	0.000***	
	つくっていない	743 (74.4)	109 (59.9)		
	総数	999 (100)	182 (100)		
コンプライアンス違反の防止や発見のために、職員の内部通報体制をつくっているか	つくっている	94 (9.4)	25 (13.7)	0.082	
	つくっていない	904 (90.6)	157 (86.3)		
	総数	998 (100)	182 (100)		
コンプライアンスの状況を把握するための調査等を行っているか	行っている	332 (32.2)	76 (40.9)	0.023**	
	行っていない	698 (67.8)	110 (59.1)		
	総数	1,030 (100)	186 (100)		

† フィッシャーの正確確率検定: 介護老人保健施設 vs. 慢性期医療機関, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3.2.4 施設種別のコンプライアンス経営体制の整備状況

介護老人保健施設と慢性期医療機関において、コンプライアンス経営体制の整備状況を比較した(表 2)。「法人・団体の社会的責任に関する規定・倫理綱領・行動規範等を定めている」のは、介護老人保健施設 1,041 施設中 719 施設 (69.1%)、慢性期医療機関 184 施設中 137 施設 (74.5%) で、有意差はなかった。「コンプライアンスの担当者をおいている」のは、介護老人保健施設 1,039 施設中 316 施設 (30.4%)、慢性期医療機関 187 施設中 92 施設 (49.2%) で、有意に慢性期医療機関のほうが高かった (p<0.001)。「定期的にコンプライアンスについて研修を行っている」のは、介護老人保健施設 1,034 施設中 264 施設 (25.5%)、慢

性期医療機関 188 施設中 62 施設 (33.0%) で、有意に慢性期医療機関のほうが高かった (p=0.039)。

「コンプライアンス違反の防止や発見のために、職員の相談・報告体制をつくっている」のは、介護老人保健施設 999 施設中 256 施設 (25.6%)、慢性期医療機関 182 施設中 73 施設 (40.1%) で、有意に慢性期医療機関のほうが高かった (p<0.001)。コンプライアンス違反の防止や発見のために、職員の内部通報体制をつくっている」のは、介護老人保健施設 998 施設中 94 施設 (9.4%)、慢性期医療機関 182 施設中 25 施設 (13.7%) で、有意差はなかった (p=0.082)。「コンプライアンスの状況を把握するための調査等を行っている」のは、介護老人保健施設 1,030 施設中 332 施設 (32.2%)、慢性期医療機関 186 施設中 76 施設

表3. 介護老人保健施設におけるコンプライアンス経営への意識と情報公表制度との関連

コンプライアンス経営といった 場合、どのようなことを意識し て取り組んでいるか	医療や介護サービス情報の公表制度は コンプライアンスの向上に役立つか				p-Value [†]	
	役に立つ (n=484)		役に立たない (n=542)			
	n	(%)	n	(%)		
医療法もしくは介護保険法・指 定基準の遵守	該当	437	(90.3)	491	(90.6)	0.915
	非該当	47	(9.7)	51	(9.4)	
上記以外の法令遵守	該当	243	(50.2)	259	(47.8)	0.453
	非該当	241	(49.8)	283	(52.2)	
法人・団体倫理・内部規定の 遵守	該当	310	(64.0)	301	(55.5)	0.006**
	非該当	174	(36.0)	241	(44.5)	
納税義務の遂行	該当	158	(32.6)	151	(27.9)	0.102
	非該当	326	(67.4)	391	(72.1)	
効率的な運営体制の確立	該当	233	(48.1)	233	(43.0)	0.103
	非該当	251	(51.9)	309	(57.0)	
取引先(企業等)との契約の確 実な履行	該当	101	(20.9)	102	(18.8)	0.433
	非該当	383	(79.1)	440	(81.2)	
安定的な経営	該当	259	(53.5)	315	(58.1)	0.148
	非該当	225	(46.5)	227	(41.9)	
よりよい医療・介護サービスの 提供	該当	383	(79.1)	397	(73.2)	0.028*
	非該当	101	(20.9)	145	(26.8)	
不適切な医療・介護サービス 提供の回避	該当	226	(46.7)	206	(38.0)	0.005**
	非該当	258	(53.3)	336	(62.0)	
利用者の人権・尊厳の尊重	該当	383	(79.1)	424	(78.2)	0.76
	非該当	101	(20.9)	118	(21.8)	
利用者の満足度の追求	該当	294	(60.7)	303	(55.9)	0.128
	非該当	190	(39.3)	239	(44.1)	
職員の意見のくみ取り	該当	275	(56.8)	254	(46.9)	0.002**
	非該当	209	(43.2)	288	(53.1)	
労務環境の向上	該当	300	(62.0)	294	(54.2)	0.013*
	非該当	184	(38.0)	248	(45.8)	
職員の知識の向上	該当	340	(70.2)	328	(60.5)	0.001**
	非該当	144	(29.8)	214	(39.5)	
雇用の創出	該当	81	(16.7)	67	(12.4)	0.05*
	非該当	403	(83.3)	475	(87.6)	
地域社会への貢献	該当	278	(57.4)	283	(52.2)	0.102
	非該当	206	(42.6)	259	(47.8)	
慈善活動	該当	33	(6.8)	30	(5.5)	0.435
	非該当	451	(93.2)	512	(95.0)	
文化・芸術等への支援活動	該当	36	(7.4)	32	(5.9)	0.379
	非該当	448	(92.6)	510	(94.1)	
環境への配慮	該当	144	(29.8)	142	(26.2)	0.21
	非該当	340	(70.2)	400	(73.8)	

† フィッシャーの正確確率検定, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表 4. 慢性期医療機関におけるコンプライアンス経営への意識と情報公表制度との関連

コンプライアンス経営といった場合、どのようなことを意識して取り組んでいるか	医療や介護サービス情報の公表制度は コンプライアンスの向上に役立つか				p-Value [†]	
	役に立つ (n=108)		役に立たない (n=75)			
	n	(%)	n	(%)		
医療法ないしは介護保険・指定基準の遵守	該当	99	(91.7)	71	(94.7)	0.564
	非該当	9	(8.3)	4	(5.3)	
上記以外の法令遵守	該当	71	(65.7)	43	(57.3)	0.279
	非該当	37	(34.3)	32	(42.7)	
法人・団体倫理・内部規定の遵守	該当	78	(72.2)	47	(62.7)	0.198
	非該当	30	(27.8)	28	(37.3)	
納税義務の遂行	該当	57	(52.8)	34	(45.3)	0.368
	非該当	51	(47.2)	41	(54.7)	
効率的な運営体制の確立	該当	47	(43.5)	22	(29.3)	0.063
	非該当	61	(56.5)	53	(70.7)	
取引先(企業等)との契約の確実な履行	該当	43	(39.8)	23	(30.7)	0.215
	非該当	65	(60.2)	52	(69.3)	
安定的な経営	該当	58	(53.7)	30	(40.0)	0.073
	非該当	50	(46.3)	45	(60.0)	
よりよい医療・介護サービスの提供	該当	80	(74.1)	43	(57.3)	0.025*
	非該当	28	(25.9)	32	(42.7)	
不適切な医療・介護サービス提供の回避	該当	54	(50.0)	29	(38.7)	0.135
	非該当	54	(50.0)	46	(61.3)	
利用者の人権・尊厳の尊重	該当	86	(79.6)	49	(65.3)	0.04*
	非該当	22	(20.4)	26	(34.7)	
利用者の満足度の追求	該当	59	(54.6)	31	(41.3)	0.098
	非該当	49	(45.4)	44	(58.7)	
職員の意見のくみ取り	該当	58	(53.7)	28	(37.3)	0.035*
	非該当	50	(46.3)	47	(62.7)	
労務環境の向上	該当	62	(57.4)	35	(46.7)	0.176
	非該当	46	(42.6)	40	(53.3)	
職員の知識の向上	該当	60	(55.6)	39	(52.0)	0.654
	非該当	48	(44.4)	36	(48.0)	
雇用の創出	該当	20	(18.5)	9	(12.0)	0.304
	非該当	88	(81.5)	66	(88.0)	
地域社会への貢献	該当	70	(64.8)	38	(50.7)	0.067
	非該当	38	(35.2)	37	(49.3)	
慈善活動	該当	13	(12.0)	7	(9.3)	0.636
	非該当	95	(88.0)	68	(90.7)	
文化・芸術等への支援活動	該当	8	(7.4)	8	(10.7)	0.441
	非該当	100	(92.6)	67	(89.3)	
環境への配慮	該当	49	(45.4)	23	(30.7)	0.048*
	非該当	59	(54.6)	52	(69.3)	

† フィッシャーの正確確率検定, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表 5. 介護老人保健施設における情報公表制度とコンプライアンス経営体制との関連

		医療や介護サービス情報の公表制度は コンプライアンスの向上に役立つか		p-Value [†]
		役に立つ	役に立たない	
		n (%)	n (%)	
法人・団体の社会的責任に関する規 定・倫理綱領・行動規範等を定めている か	定めている	347 (72.3)	351 (65.6)	0.025*
	定めていない	133 (27.7)	184 (34.4)	
	総数	480 (100)	535 (100)	
コンプライアンスの担当者をおいている か	おいている	160 (33.9)	149 (27.9)	0.04*
	おいていない	312 (66.1)	386 (72.1)	
	総数	472 (100)	535 (100)	
定期的にコンプライアンスについての研 修を行っているか	行っている	131 (27.6)	129 (24.5)	0.280
	行っていない	344 (72.4)	397 (75.5)	
	総数	475 (100)	526 (100)	
コンプライアンス違反の防止や発見の ために、職員の相談・報告体制をつく っているか	つくっている	137 (30.0)	114 (22.1)	0.005**
	つくっていない	319 (70.0)	402 (77.9)	
	総数	456 (100)	516 (100)	
コンプライアンス違反の防止や発見の ために、職員の内部通報体制をつくっ ているか	つくっている	52 (11.4)	38 (7.4)	0.035*
	つくっていない	404 (88.6)	477 (92.6)	
	総数	456 (100)	515 (100)	
コンプライアンスの状況を把握するた めの調査等を行っているか	行っている	193 (41.1)	128 (24.2)	0.000***
	行っていない	277 (58.9)	401 (75.8)	
	総数	470 (100)	529 (100)	

† フィッシャーの正確確率検定, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表 6. 慢性期医療機関における情報公表制度とコンプライアンス経営体制との関連

		医療や介護サービス情報の公表制度は コンプライアンスの向上に役立つか		p-Value [†]
		役に立つ	役に立たない	
		n (%)	n (%)	
法人・団体の社会的責任に関する規 定・倫理綱領・行動規範等を定めている か	定めている	81 [†] (77.1)	52 [†] (71.2)	0.386
	定めていない	24 [†] (22.9)	21 [†] (28.8)	
	総数	105 [†] (100)	73 [†] (100)	
コンプライアンスの担当者をおいている か	おいている	57 [†] (53.4)	33 [†] (44.0)	0.228
	おいていない	49 [†] (46.2)	42 [†] (56.0)	
	総数	106 [†] (100)	75 [†] (100)	
定期的にコンプライアンスについての研 修を行っているか	行っている	42 [†] (38.9)	18 [†] (24.3)	0.054
	行っていない	66 [†] (61.1)	56 [†] (75.7)	
	総数	108 [†] (100)	74 [†] (100)	
コンプライアンス違反の防止や発見の ために、職員の相談・報告体制をつく っているか	つくっている	48 [†] (46.6)	24 [†] (32.9)	0.087
	つくっていない	55 [†] (53.4)	49 [†] (67.1)	
	総数	103 [†] (100)	73 [†] (100)	
コンプライアンス違反の防止や発見の ために、職員の内部通報体制をつくっ ているか	つくっている	13 [†] (12.6)	12 [†] (16.4)	0.515
	つくっていない	90 [†] (87.4)	61 [†] (83.6)	
	総数	103 [†] (100)	73 [†] (100)	
コンプライアンスの状況を把握するた めの調査等を行っているか	行っている	52 [†] (49.1)	23 [†] (31.1)	0.021*
	行っていない	54 [†] (50.9)	51 [†] (68.9)	
	総数	106 [†] (100)	74 [†] (100)	

† フィッシャーの正確確率検定, * p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(40.9%)で、有意に慢性期医療機関のほうが高かった ($p=0.023$)。

3.3 医療や介護サービス情報の公表制度とコンプライアンスの向上との関連

「医療や介護サービス情報の公表制度はコンプライアンスの向上に役立つか」の質問に対して、介護老人保健施設 1,030 件の回答があり、「大変役立つ」と「やや役立つ」を合わせて「役立つ」と答えたのは、486 件 (47.2%)、「あまり役立たない」「ほとんど役立たない」を合わせて「役立たない」と答えたのは 544 件 (52.8%) であった。

上記の質問に対して慢性期医療機関では、183 件の回答があり、「大変役立つ」と「やや役立つ」を合わせて「役立つ」と答えたのは、108 件 (59.0%)、「あまり役立たない」「ほとんど役立たない」を合わせて「役立たない」と答えたのは 75 件 (41.0%) であった。

慢性期医療機関のほうが介護老人保健施設より、有意に「医療や介護サービス情報の公表制度はコンプライアンスの向上に役立つ」と答えている割合が高かった ($p=0.004$) (図表なし)。

医療や介護サービス情報の公表制度が、コンプライアンスの向上に役立つという認識とコンプライアンス経営といった場合に、意識して取り組んでいる項目との関係を、各施設別に検討した。

介護老人保健施設において「医療や介護サービス情報の公表制度が、コンプライアンスの向上に役立つ」と答えた群においては、「役立たない」と答えた群に比して、有意に、「法人・団体倫理・内部規定の遵守」($p=0.006$)、「よりよい医療・介護サービスの提供」($p=0.028$)、「不適切な介護サービス提供の回避」($p=0.005$)、「職員の意見のくみ取り」($p=0.002$)、「労務環境の向上」($p=0.013$)、「職員の知識の向上」($p=0.001$)に意識して取り組んでいる割合が高かった (表 3)。

慢性期医療機関において「医療や介護サービス情報の公表制度が、コンプライアンスの向上に役立つ」と答えた群においては、「役立たない」と答えた群に比して、有意に、「よりよい医療・介護サ

ービスの提供」($p=0.025$)、「利用者の人権・尊厳の尊重」($p=0.04$)、「職員の意見のくみ取り」($p=0.035$)、「環境への配慮」($p=0.048$)に意識して取り組んでいる割合が高かった (表 4)。

次に医療や介護サービス情報の公表制度がコンプライアンスの向上に役立つという認識とコンプライアンス経営体制の整備状況との関係を、各施設別に検討した。

介護老人保健施設において「医療や介護サービス情報の公表制度が、コンプライアンスの向上に役立つ」と答えた群においては、「役立たない」と答えた群に比して、有意に、「法人・団体の社会的責任に関する規定・倫理綱領・行動規範等を定めている」($p=0.025$)、「コンプライアンスの担当者をおいている」($p=0.04$)、「コンプライアンス違反の防止や発見のために、職員の相談・報告体制をつくっている」($p=0.005$)、「コンプライアンスの状況を把握するための調査等を行っている」($p<0.001$) 割合が高かった (表 5)。

慢性期医療機関において「医療や介護サービス情報の公表制度が、コンプライアンスの向上に役立つ」と答えた群においては、「役立たない」と答えた群に比して、有意に、「コンプライアンスの状況を把握するための調査等を行っている」($p=0.021$) 割合が高く、他の項目は、両群で差異はなかった (表 6)。

考察

民間企業においては、2006 年 5 月に施行された新会社法において、全ての株式会社に対し、危機管理や法令遵守のための内部統制システムの構築についての義務 (法定責任) が課された¹⁷。民間企業におけるコンプライアンスの目的は、リスク管理や企業への信頼性の向上などが上げられている^{9,10,13}が、医療・介護サービス事業におけるコンプライアンスの目的については、これらに加えて、利用者の尊厳の尊重や権利擁護の実現を指摘する声が多い^{2,8,18,19}。

本研究においても、介護老人保健施設ならびに慢性期医療機関が、コンプライアンス経営といっ

た場合に意識して取り組んでいる内容として最も多いのは、両者とも「医療法・介護保険・指定基準の遵守」であり、次いで「利用者の人権・尊厳の尊重」であった。高は、企業の社会的責任（CSR）の段階として、①法令の文言を守る狭義の法令遵守（フェイズ1）、②社会の求める人道的要請に応える倫理実践（フェイズ2）、③社会的善の実現に貢献する社会貢献（フェイズ3）の枠組みを示している⁹。このフェイズに従うと、医療・介護サービス事業者におけるコンプライアンスは、狭義の法令遵守は当然のこととしてフェイズ2である倫理実践まで含むのが社会的要請であり、事業者側もそのように認識していることが明らかになった。

施設種別の特徴として、介護老人保健施設は安定的な経営への意識が高い。介護保険制度においては2度にわたる介護報酬引き下げがあり、介護老人保健施設の収入からの利益率は、2005年の12.3%から2008年は7.4%に低下していることが報告²⁰されており、安定的な経営への意識は、望ましい姿に対する取り組みの意識だと推察される。また安定的な経営のためには、介護従事者の適正な配置も必要である。しかし介護従事者の離職率は他職種に比して高く²¹、本研究の結果からも人材の確保や労務環境の改善、そして質の向上のための教育・研修は、事業者のコンプライアンス経営においては大きな課題となっていることが推察された。介護従事者の人材確保・処遇改善は、2009年に介護職員処遇改善交付金事業が開始されるなど政策レベルで図られているが、社会的な要請に対応できる質の高い人材を安定的に確保していくことは、介護サービス事業者のコンプライアンス推進にも貢献すると考えられる。

慢性期医療機関においては、狭義の法令遵守ならびに社会貢献への意識は、介護老人保健施設より有意に高かった。また、コンプライアンスの担当者の配置率やコンプライアンスに関する研修の実施率、把握調査の実施率について、介護老人保健施設に比して慢性期医療機関は有意に高く、慢性期医療機関においては、全体的にコンプライアンス経営への意識や体制整備は進んでいると考え

られた。

「医療や介護サービス情報の公表制度はコンプライアンスの向上に役立つ」と考えているのは、介護老人保健施設より慢性期医療機関のほうが有意に多かった。

医療や介護サービスの情報公表制度がコンプライアンスの向上に役立つと考えている場合、慢性期医療機関と介護老人保健施設双方において、コンプライアンス経営体制を推進している傾向があり、サービスの質の向上や労務環境の改善に取り組んでいる意識が高かった。

財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価の社会的影響に関する調査」結果報告²²によると、回答した病院の6割以上が「病院機能評価の影響が大きい」とした項目は、患者の権利の尊重や安全な医療の提供に関連する項目が多かったとされ、病院機能評価事業は、保険医療機関のコンプライアンスの推進に寄与していると考えられる。

一方、福祉サービス第三者評価事業は2004年に開始され、ようやく全国的に推進組織が整ってきたところであるが、受審数の伸び悩みや評価機関の信頼性への疑問が指摘されるなど形骸化の可能性も指摘されている⁴。病院機能評価の受審は2010年の診療報酬改定で緩和ケア病棟入院料の施設基準等の要件に加えられたが、福祉サービス第三者評価事業においてもこのようなインセンティブの設定など、第三者評価事業の活用を促す仕組みが必要と考えられる。

また慢性期医療機関において、医療や介護サービスの情報公表制度への意識は全体的に高かった。医療保険制度には、介護サービス情報の公表制度のような公的な情報公表制度はないが、マスコミなどにより病院ランク付けなどが行われ、患者・利用者による病院選びの選択に使用されている²³ことなどが背景にあり、情報公表への意識が高いのではないかと推察される。

一方、インターネット上で公開されている「介護サービス情報の公表」サイトは、利用者の認知度や活用率が低く^{24,25}、介護支援専門員は制度を認知しているが活用には至っていないこと²⁴、利便

性が低いこと^{24,26,27}が報告されている。介護老人保健施設において「役に立たない」との回答が多い理由として、制度の意義よりも利便性や認知度の低さを考えての回答が含まれている可能性も高い。

医療機関や介護施設の情報を公表する制度は、アメリカ合衆国^{28,29}やイギリス³⁰、スウェーデン³¹などで行われている。いずれもインターネット上で、治療成績を比較したり、サービスの評価を確認したりすることができる。わが国の介護サービス情報の公表制度も利便性の向上や利用促進を図り、活用が推進されることが、介護サービス事業者におけるコンプライアンス経営の自律的な取り組みを促すには、重要と考えられる。

本研究の限界

介護老人保健施設の調査は2008年2月実施、慢性期医療機関の調査は2010年2月実施と2年の間を挟んでおり、結果にはその点を考慮する必要がある。介護老人保健施設への調査は大手介護サービス事業者等の不正事案の直後に実施したため、介護老人保健施設におけるコンプライアンス経営についての取り組みは始まったばかりであったとも推察される。また、この不正事案直後に厚生労働省が設置した「介護事業運営の適正化に関する有職者会議」による提言に基づいて、法令等遵守のための業務管理体制の整備などを盛り込んだ介護保険制度の改正が行われ、2009年5月1日から施行された。この改正によって、事業規模に応じて法令等遵守責任者の選任や法令遵守マニュアルの整備などの法令等遵守態勢の整備が介護サービス事業者に義務づけられたため、現在は、介護老人保健施設での法令等遵守への対応が進んでいると考えられる。

謝辞

調査にご協力いただいた社団法人全国老人保健施設協会会員施設ならびに一般社団法人日本慢性期医療協会会員施設の皆様には、この場を借りて深く感謝の意を表します。

また多大なるご示唆を頂きました、東洋大学

藤林慶子先生ならびに高知女子大学 長澤紀美子先生に厚く御礼申し上げます。

本研究は、平成21年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「介護保険施設におけるマネジメント理論の展開に関する実証的研究」(主任研究者 小山秀夫)の一部として行なったものである。

参考資料

1)厚生労働省老健：平成20年介護保険事業状況報告年報

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/08/index.html>：2010

アクセス日 2010.7.28.

2)関川 芳孝：コムスン事件が問うているもの--社会福祉法人のコンプライアンスとは、月刊福祉、90(13)、44-47：2007.

3)宣 賢奎：介護ビジネスと企業倫理：大手介護企業「コムスン」を事例として、共栄大学研究論集、6、27-55：2008.

4)泉 佳代子、松下 能万、川延 宗之：福祉サービス第三者評価の意義と役割：コムスン問題からの考察、人間関係学研究：大妻女子大学人間関係学部紀要、9、49-61：2007.

5)平田 厚：福祉事業者のコンプライアンスとは、月刊福祉、90(13)、18-21：2007.

6)社団法人シルバーサービス振興会、介護サービス情報の公表に関する調査研究委員会、：利用者により介護サービス(事業者)の適切な選択に資する「介護サービス情報の公表」について 報告書：2006.

7)藤林 慶子：「介護サービス情報の公表」の成立過程と課題、保健医療科学、55(1)42-49：2006.

8)高野 範城、小湊 純一、荒 中：高齢者・障害者の権利擁護とコンプライアンス、あけび書房、79-80：2005.

9)高 巖：コンプライアンスの知識<第2版>、日本経済新聞出版社、2010.

10)内閣府国民生活審議会消費者政策部会自主行動基準検討委員会：消費者に信頼される事業者と

- なるために—自主行動基準の指針—、
<http://www.consumer.go.jp/seisaku/shingikai/report/finalreport.pdf> : 2002. アクセス日 2010.7.28.
- 11) 田中 宏司 : コンプライアンス経営—倫理綱領の策定と CSR の実践、生産性出版、368-371 : 2005.
- 12) 高 巖、トーマス ドナルドソン : ビジネス・エシックス—企業の社会的責任と倫理法令遵守マネジメント・システム、文眞堂、2004.
- 13) 平田 光弘 : コンプライアンス経営とは何か、経営論集、61、113-127 : 2003.
- 14) 小山 秀夫 : コンプライアンス経営、日本医療・病院管理学会誌、45 (1)、1 : 2008.
- 15) 中村 瑞穂 : 企業倫理実現の条件、明治大学社会科学研究所紀要、39 (2)、87-99 : 2001.
- 16) 長澤 紀美子 : 高齢者介護施設のコンプライアンス—オーストラリアおよびイギリスにおけるコンプライアンス体制構築に向けた方策、高知女子大学紀要、社会福祉学部編、59、67-85 : 2010.
- 17) 永石 一郎 : 内部統制システム構築義務とその主張・立証責任の構造、一橋法学:一橋大学大学院法学研究科紀要、3 (2)、355-394 : 2004.
- 18) 山口 厚江 : 高齢者介護ビジネスの社会的責任、文眞堂 : 2006.
- 19) 李明鉉、辛 福基、姜 大善 : 社会福祉施設のコンプライアンスについての認識と導入に関する研究—韓国の老人福祉施設を中心に、日本社会事業大学研究紀要、55 (59) 59-77 : 2009.
- 20) 厚生労働省老健局 : 平成 20 年介護事業経営実態調査
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zygyo/keiei/20index.html> : 2008
アクセス日 2010.7.28.
- 21) 理橋 孝文 : 日本における介護ケアワーク—特徴と問題点、海外社会保障研究、170 (50)、50-61 : 2010.
- 22) 財団法人日本医療評価機構 : 「病院機能評価の社会的影響に関する調査」の結果について、
http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/enquete_20100318.pdf : 2010.
アクセス日 2010.7.28.
- 23) 杉江 典子 : 病院情報に関するレファレンスブックの出版傾向と「病院ランキング本」の評価、文化情報学 : 駿河台大学文化情報学部紀要、14 (1)、19-29 : 2007.
- 24) 社団法人シルバーサービス振興会・介護サービス情報公表支援センター : 介護サービス情報の公表制度支援事業利活用促進等研究会報告書 : 2010.
- 25) 社団法人 全国老人福祉施設協議会 : 介護サービス情報公表制度に関するアンケート、
<http://www.roushikyo.or.jp/jsweb/html/public/contents/data/00001/944/> : 2008. アクセス日 2010.7.28.
- 26) 大富 和弘 : 「介護サービス情報の公表」制度のめざすものと、現状からみる課題(下)、月刊ゆたかなくらし、322、10-14 : 2009.
- 27) 島村八重子 : 介護サービス情報の公表制度の改善に向けて — 利用者サイドから、介護保険情報、98、12-13 : 2008.
- 28) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO): Quality Check™,
<http://www.qualitycheck.org/Consumer/SearchQCR.aspx>. アクセス日 2010.7.28.
- 29) United States Department of Health & Human Services: Hospital Compare,
<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/hospital-search.aspx>. アクセス日 2010.7.28.
- 30) The Care Quality Commission: Find care services,
<http://www.cqc.org.uk/findcareservices.cfm>. アクセス日 2010.7.28.
- 31) Socialstyrelsen: Aldreguiden,
<http://www.socialstyrelsen.se/forallmanheten/alldreguiden> アクセス日 2010.7.28.

Abstract

The purpose of this study was to clarify the presence of the compliance management system and awareness of the health care service information system for “geriatric health services facilities” and “medical and care facilities”.

For the study, a self-administered questionnaire survey was conducted among geriatric health services facilities in February 2008 (n=1,062, The collection rate was 32.3 %) and for “medical care facilities” in February 2010 (n=189, The collection rate was 22.6 %).

The result of this survey in both “geriatric health services facilities” and “medical care facilities”, that the most important contents of the compliance management system are observance of the laws and advocacy for the elderly.

In particular, the facility directors aware that a health care service information system is contribute to improve compliance, which tended to promote compliance management system.

We considered important that the promotion of the use of a health care service information system.

[研究資料]

家族介護者の介護否定感と介護継続意思に対する介護コミットメントの効果

著者：張 英恩（岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科）
共著者：筒井 孝子（国立保健医療科学院 福祉マネジメント室長）
共著者：小山 秀夫（兵庫県立大学 経営研究科教授）
共著者：中嶋 和夫（岡山県立大学 保健福祉学部教授）

抄録

【目的】本研究の目的は、家族介護者の介護否定感と介護継続意思との因果関係において、介護コミットメントがそれら変数に対してどのような効果があるかを明らかにすることであった。

【方法】本調査研究では、韓国 A 広域市内の漢方病院、デイサービスならびに高齢者福祉館を利用している高齢者の家族員 317 名のデータを用いた。調査項目は要介護高齢者の性別、年齢、要介護高齢者の機能状態及び問題行動、家族介護者の性別、年齢、要介護高齢者との続柄、介護コミットメント、介護否定感、介護継続意思で構成した。統計解析では、家族介護者の介護否定感と介護継続意思の因果関係モデルに関連する要因として介護コミットメントを取り上げ、介護否定感と介護継続意思に対するその変数の効果を構造方程式モデリングで検討した。

【結果】統計解析の結果、介護コミットメントは介護否定感を軽減させ、かつ介護継続意思を高める効果を示した。

【考察】介護継続意思は、従来のストレス認知理論のみならずコミットメント理論を統合した因果関係モデルによって、より適切に説明できる可能性を議論した。

キーワード：家族介護者、介護継続意思、介護コミットメント

1. 緒言

韓国は、儒教の影響により、高齢者の介護はその家族が担うことが「孝」の高度な実践と位置づけられ重視されてきたが、2008年8月より老人長期療養保険制度(日本の介護保険にほぼ相当する制度)の保険給与を開始したことから明らかなように、高齢化の急速な進展のなかで介護の社会化政策が展開されている。2010年の高齢者人口に占める長期療養認定者の割合は約6%（約32万人：1～4等級）と推計されている¹⁾。それら認定者のうち、施設入所サービス給付は約6万人、在宅サービス給付は約9万人、特別現金給付は約1千人(家族介護費と療養病院介護費)と推測されている。しかし、高齢者の多くが在宅での介護を望み、また実際、韓国の前記長期療養認定者の多くが家族に

よる介護を受けている状況は、日本や欧米とも共通した傾向と言えよう。日本や欧米諸国において、今後も介護関連サービスが量的に拡大したサービス内容の多様化という方向に継続的に変化したとしても、要介護高齢者の家族のすべてが施設利用を選択する確率は極めて低いものと推察される。従って、現時点において家族介護者による在宅での介護継続に関わる要因を明らかにしておくことは、今後の高齢者福祉サービスの在り方やその開発の方向性の検討にとって基礎的な資料を提供することにつながる。

従来の研究によれば、介護継続意思の関連要因は介護肯定感や満足感等の促進要因ならびに介護否定感等の阻害要因に区分でき、とくに後者に関しては介護に対する否定的評価（ネガティブなスト

レス認知)が介護継続意思を低下させる²⁾重要な要因となっていることが指摘されている。また、唐沢(2006)³⁾は、介護に対する意識の有様は、自らの継続意思を高めながらも、他方では介護負担を引き起こす要因ともなりえることを示唆している。従って、家族介護者の介護継続の問題をより総合的に検討するためには、従来のストレス認知理論を援用した研究^{2), 17)-19)}に加えて、複雑な家族介護者の介護役割にかかわる意識の認知的な側面の説明が必要であり、そのようなふたつのアプローチを総合的に行うことが重要な研究課題と位置づけられよう。本研究では、後者の要因として、著者らがこれまで着目してきた介護コミットメント⁴⁾を取り上げる。それは介護者自身の役割に対する認知のひとつとして著者らがコミットメント理論を援用して開発した介護に関連した概念であって、そのことが要介護高齢者の介護ストレス過程にどのように関連しているかを明らかにすることは、臨床的な介入を考える上で意義深い知見をもたらしてくれるものと期待できる。

以上のことから、本研究では、要介護高齢者ならびにその家族に対する在宅介護の支援に資する基礎資料を得ることをねらいとして、家族介護者の介護否定感と介護継続意思との因果関係において、介護コミットメントがどのように関連しているかを明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

本調査研究では、韓国 A 広域市に在住している 65 歳以上の要介護高齢者を在宅で介護する世帯の主たる家族介護者 500 人を対象とした。調査は、A 市内にある某大学付属病院漢方病院を利用(外来・入院)している要介護高齢者の家族ならびにデイサービスセンター及び高齢者福祉館を利用している高齢者の家族に対し、研究者本人が直接赴き、家族に調査の趣旨と意義、倫理的配慮等を口頭及び文書にて示した上で、調査協力の有無を事前に確認し、同意が得られた者に限定して、調査を依頼した。調査票は、著者のひとりが配布し、約 2 週間の期間を経た後に、秘密保持のため厳封された

調査票を回収した。調査期間は 2008 年 11 月から 2009 年 1 月までの 3 ヶ月間とした。

調査内容は、要介護高齢者の性別、年齢、要介護高齢者の機能状態(日常生活動作(ADL)と認知機能)及び問題行動、ならびに家族介護者の性別、年齢、要介護高齢者との続柄、1 日の平均介護時間(睡眠時間は除く)、介護期間(単位:ヶ月)、介護コミットメント、介護否定感、介護継続意思で構成した。

コミットメントは、一般的に、「対象に対するかわりあいや傾倒、愛着などの意味を持つ心理的態度」を意味し、それを参考に本研究では介護コミットメント(caregiving commitment)を、「在宅にて要介護高齢者を主に介護する家族介護者の介護役割に対する認知」と操作的に定義した上で、その下位概念を「情動的コミットメント(affective commitment)」、「計算的コミットメント(continuance commitment)」、「規範的コミットメント(normative commitment)」の 3 因子 12 項目で構成した。それら 3 因子に対応する項目は、先行研究⁴⁾の成果を基礎に作成した。各質問項目に対する認知の程度は、「1 点:全くそう思わない」「2 点:あまりそう思わない」「3 点:ややそう思う」「4 点:非常にそう思う」の 4 件法で求めた。

介護否定感は、東野ら(2004)⁵⁾が開発した Family Caregiver Burden Inventory (FCBI)を用いて測定した。なお、本研究では「韓国語版 FCBI」⁶⁾を用いた(下位概念は、「要介護高齢者に対する拒否感情(拒否感情)」「社会活動に関する制限感(社会活動制限感)」「経済的逼迫感」の 3 因子 12 項目で構成されている。各質問項目に対する回答は、「0 点:まったくない」「1 点:ときどきある」「2 点:しばしばある」の 3 件法で求めた。

介護継続意思は、桜井⁷⁾の研究を参考に独自に開発した「介護継続意思尺度」(8 項目版)で測定した。質問項目に対する回答はこれからの高齢者介護に対する継続意思について「1 点:いいえ」「2 点:どちらでもない」「3 点:はい」の 3 件法で求めた。

統計解析では、まず、著者が作成した介護コミットメント尺度と介護否定感尺度、介護継続意思

尺度の妥当性と信頼性を検討した。妥当性は因子構造モデルの側面からみた構成概念妥当性に着目し、構造方程式モデリングを用いた確証的因子分析で検討した。また、信頼性は内的整合性に着目し、尺度全体および下位尺度ごとに Cronbach の α 信頼性係数を算出し、検討した。次いで、家族介護者の介護否定感と介護継続意思の関係は、Lazarus & Folkman (1984)⁸⁾の「ストレス認知的評価モデル」の枠組みを基礎に、介護否定感を介護場面のネガティブなストレス認知として、また介護継続意思をストレス反応のひとつとして位置づけ、因果関係モデルを仮定した。さらに、Meyerら(2002)⁹⁾の組織コミットメントの3次元モデル(A Three-Component Model of Organizational Commitment)を参考に前記因果関係モデルに介護コミットメントを加えることで、介護否定感と介護継続意思に関連する要因として介護コミットメントの効果を検討した。なお、上記の解析に当たって仮定したモデルのデータへの適合性と要因間の関連性を、構造方程式モデリングを用いて検討を行った。

前期因果関係モデルのデータへの適合度の評価には、比較適合度指標 CFI 及び TLI は 0.90 以上¹⁰⁾、平均二乗誤差平方根 RMSEA は 0.8 以下¹¹⁾であれば、そのモデルが妥当なモデルとされていると判断できる。因子モデルの標準化係数(パス係数)の有意义検定には、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、棄却比(Critical Ratio ; C.R.値)を用いて、その絶対値が 1.96 以上(5%有意水準)を示す場合を統計学的に有意な水準にあると判断した。また、回答が得られた 354 名(回収率 70.8%)のうち、いずれの調査項目にも欠損値がなく、かつ、要介護高齢者を在宅にて介護する家族 317 名を分析対象とした。統計解析ソフト「SPSS12.0J」と質的データとして順序尺度(多分相関係数)のカテゴリカル処理が可能な構造方程式モデリングソフト「Mplus2.01」¹²⁾を使用した。

3. 結果

3.1 調査対象者の基本的属性等の回答分布

集計対象の家族介護者および要介護高齢者の基本的属性等の分布は(図表 1)に示した。すなわち、家族介護者の性別構成は男性 65 名(20.5%)、女性 252 名(79.5%)であった。平均年齢は 48.4 歳(標準偏差 10.3、範囲 22-84)であった。要介護高齢者との続柄別では、息子の嫁が 139 名(43.8%)、娘が 83 名(26.2%)、息子 49 名(15.5%)、配偶者が 29 名(9.1%)の順であった。平均介護期間は 47.1 ヵ月(標準偏差 58.7、範囲 0-360)、1 日平均介護時間は 5.5 時間(標準偏差 3.9、範囲 0-18)であった。

要介護高齢者の性別構成は、男性 72 名(22.7%)、女性 245 名(77.3%)であった。平均年齢は 77.7 歳(標準偏差 7.7、範囲 65-98)であった。要介護高齢者の障害程度の平均得点は、ADL が 16.9 点、認知機能が 8.8 点、問題行動が 18.5 点であった。

また、介護コミットメント尺度、介護否定感尺度、介護継続意思尺度の回答分布は(図表 2)から(図表 4)に示した。介護コミットメント尺度の回答カテゴリ「非常にそう思う」に着目すると、その割合が最も多く観察された項目は、「Xa12. 介護するのは家族なら、当然である」が 141 名(44.5%)で、「Xa2. 私は介護を望んでいる」が 93 名(29.3%)で、「Xa9. 介護は私の義務である」が 85 名(26.8%)

図表 1 対象者の基本的属性等の分布

カテゴリー			
<家族介護者>			
性別	男性	65	(20.5)
	女性	252	(79.5)
平均年齢		48.4歳	(SD=10.3)
高齢者との続柄	息子の嫁	139	(43.8)
	娘	83	(26.2)
	息子	49	(15.5)
	配偶者	29	(9.1)
	その他	17	(5.3)
平均介護期間		47.1ヵ月	(SD=58.7)
1日平均介護時間		5.5時間	(SD= 3.9)
<要介護高齢者>			
性別	男性	72	(22.7)
	女性	245	(77.3)
平均年齢		77.7歳	(SD= 7.7)
障害程度の平均得点	ADL	16.9点	(SD= 6.2)
	認知機能	8.8点	(SD= 3.4)
	問題行動	18.5点	(SD= 4.8)

単位:名(%), SD:標準偏差, n=317

の順であった。また、介護否定感尺度の回答カテゴリ「しばしばある」に着目すると、その割合が最も多く観察された項目は、「Xb5. 介護のために、趣味や学習などの個人的な活動に支障をきたしている」が92名(29.0%)で、「Xb8. 介護のために、自分自身のための自由な時間がとれない」が69名(21.8%)で、「Xb9. 介護に必要な費用が家計を圧迫していると感じる」と「Xb11. 要介護者の介護には費用がかかりすぎると感じる」が64名(20.2%)

の順であった。介護継続意思尺度の回答カテゴリ「そう思う」に着目すると、その割合が最も多く観察された項目は、「Xc1. 要介護者自分が最後までみてあげたいと思う」が203名(64.0%)で、「Xc8. 悔いを残したくないので、介護している」が197名(62.1%)で、「Xc4. 要介護者は、私にとって大事な人なので、自分で介護したい」が186名(58.7%)の順であった。

図表2 介護コミットメントの回答分布

質問項目	回答カテゴリ			
	全く そう思わない	まあ そう思わない	大体 そう思う	非常に そう思う
情動的コミットメント				
Xa1. 私は介護していることに誇りを持っている	22 (6.9)	90 (28.4)	136 (42.9)	69 (21.8)
Xa2. 私は介護を望んでいる	45 (14.2)	67 (21.1)	112 (35.3)	93 (29.3)
Xa3. 介護は自分にとって重要な意味を持っている	24 (7.6)	96 (30.3)	118 (37.2)	79 (24.9)
Xa4. 介護は私の生きがいである	44 (13.9)	95 (30.0)	123 (38.8)	55 (17.4)
計量的コミットメント				
Xa5. 介護を継続することで、得られるものが多い	67 (21.1)	106 (33.4)	104 (32.8)	40 (12.6)
Xa6. 今、介護より大切なことがないので、介護を続けている	111 (35.0)	95 (30.0)	71 (22.4)	40 (12.6)
Xa7. 善い行いをしていると感じられるので、介護を続けている	90 (28.4)	111 (35.0)	86 (27.1)	30 (9.5)
Xa8. 介護を続けているのは、私がこれまでお世話になったからである	118 (37.2)	94 (29.7)	77 (24.3)	28 (8.8)
規範的コミットメント				
Xa9. 介護は私の義務である	37 (11.7)	64 (20.2)	131 (41.3)	85 (26.8)
Xa10. 介護以外にやりたいことがあったとしても、今は責任を持って介護することをやめるべきではない	31 (9.8)	63 (19.9)	145 (45.7)	78 (24.6)
Xa11. 他人に介護を任せることができたとしても、私が介護をしなければならぬ	60 (18.9)	105 (33.1)	105 (33.1)	47 (14.8)
Xa12. 介護するのは家族なら、当然である	18 (5.7)	37 (11.7)	121 (38.2)	141 (44.5)

単位:名(%),n=317

図表3 介護否定感の回答分布

質問項目	回答カテゴリ		
	まったく ない	ときどき ある	しばしば ある
要介護者に対する拒否感情			
Xb1. 適切に介護しているにもかかわらず、要介護者から感謝されていないと感じる	168 (53.0)	116 (36.6)	33 (10.4)
Xb2. 要介護者を見るだけでイライラする	174 (54.9)	122 (38.5)	21 (6.6)
Xb3. 要介護者に対して、我を忘れてしまうほど頭に血がのぼるときがある	179 (56.5)	117 (36.9)	21 (6.6)
Xb4. 要介護者の言動に、どうしても理解が苦しむときがある	118 (37.2)	169 (53.3)	30 (9.5)
社会活動に関する制限感			
Xb5. 介護のために、趣味や学習などの個人的な活動に支障をきたしている	56 (17.7)	169 (53.5)	92 (29.0)
Xb6. 介護のために、社会的な役割が果たせず、不安になる	160 (50.5)	126 (39.7)	31 (9.8)
Xb7. 介護に追われ、家族や親族との関係がだんだん疎遠になると感じる	183 (57.7)	112 (35.3)	22 (6.9)
Xb8. 介護のために、自分自身のための自由な時間がとれない	69 (21.1)	181 (57.1)	69 (21.8)
経済的逼迫感			
Xb9. 介護に必要な費用が家計を圧迫していると感じる	111 (35.0)	142 (44.8)	64 (20.2)
Xb10. 介護に関わる出費のために、余裕のある生活ができなくなると感じる	150 (47.3)	123 (38.8)	44 (13.9)
Xb11. 要介護者の介護には費用がかかりすぎると感じる	129 (40.7)	124 (39.1)	64 (20.2)
Xb12. 介護のために、貯蓄していたお金までも使い、将来の生活に不安を感じる	173 (54.6)	110 (34.7)	34 (10.7)

単位:名(%),n=317

図表 4 介護継続意思の回答分布

質問項目	回答カテゴリ		
	そう 思わない	どちらでも ない	そう 思う
Xc1. 要介護者自分が最後までみてあげたいと思う	55 (17.4)	59 (18.6)	203 (64.0)
Xc2. 要介護者と少しでも長く一緒にいたいので自分で介護したい	82 (25.9)	81 (25.6)	154 (48.6)
Xc3. 自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やはり自分で介護をしたい	72 (22.7)	68 (21.5)	177 (55.8)
Xc4. 要介護者は、私にとって大事な人なので、自分で介護したい	56 (17.7)	75 (23.7)	186 (58.7)
Xc5. 要介護者の介護を有意義に感じているので、介護を続けたい	70 (22.1)	95 (30.0)	152 (47.9)
Xc6. たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護したいと思う	111 (35.0)	67 (21.1)	139 (43.8)
Xc7. 介護に対して、生きがいを感じているので、このまま介護を続けたいと思う	85 (26.8)	91 (28.7)	141 (44.5)
Xc8. 悔いを残したくないので、介護している	55 (17.4)	65 (20.5)	197 (62.1)

単位:名(%), n=317

3.2 各尺度の因子構造の構成概念妥当性及び信頼性の検討

家族介護者の介護否定感ならびに介護継続意思に対する介護コミットメントがもつ効果の検討することに先立ち、測定尺度に対する因子構造モデルの側面からの構成概念妥当性を検討した<図表5>。

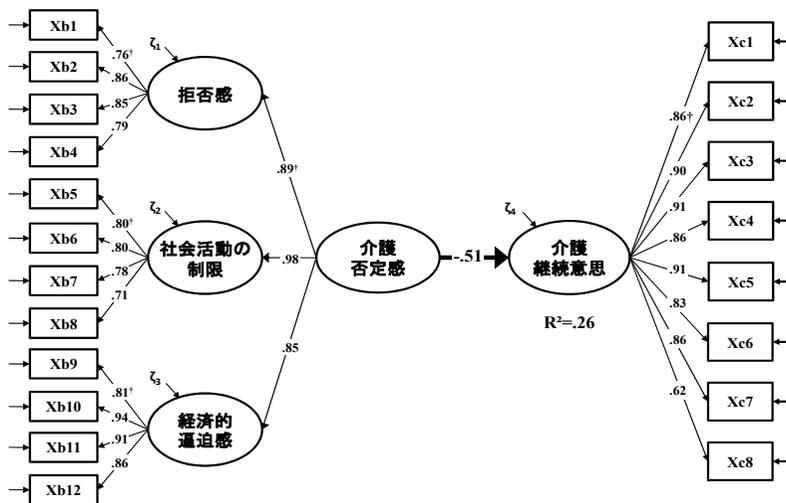
図表 5 測定尺度の確証的因子分析の結果

測定尺度	適合度			
	CFI	TLI	RMSEA	Cronbach's α
介護コミットメント	0.943	0.970	0.110	0.856
介護否定感	0.971	0.989	0.084	0.911
介護継続意思	0.991	0.996	0.073	0.914

その結果、「介護コミットメント尺度」において仮定した 3 因子二次因子モデルのデータへの適合度指標は、CFI=0.943、GFI=0.970、RMSEA=0.110 となっており、統計学的に許容できる水準となっていた。また、このときモデルの識別のために制約を加えたパスを除き、第二次因子から第一次因子に対する標準化係数におけるパスの推定値はすべて有意かつ正值(標準化係数: 0.54-0.91)であり、いずれも統計学的に有意な水準(p<0.05)となっていた。次いで、介護否定感尺度において仮定した 3 因子二次因子モデルのデータへの適合度指標は、CFI=0.971、GFI=0.989、RMSEA= 0.084 となっており、統計学的に許容できる水準となっていた。

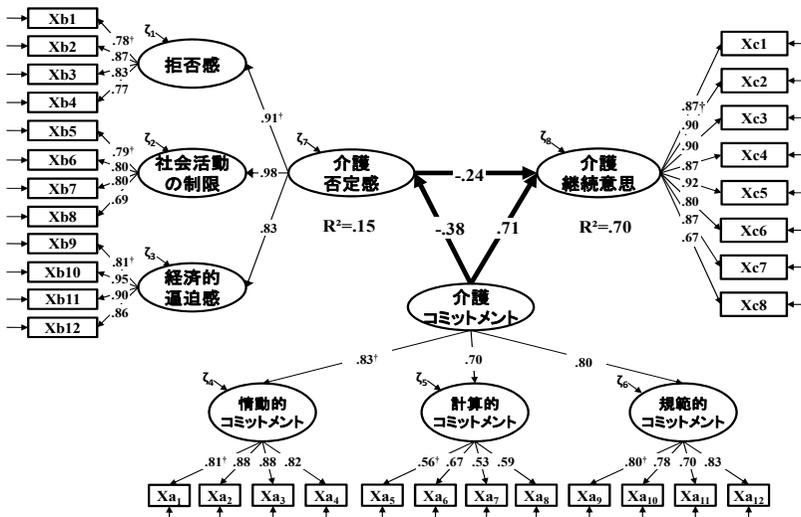
また、このときモデルの識別のために制約を加えたパスを除き、標準化係数におけるパスの推定値はすべて有意かつ正值(標準化係数: 0.72-0.91)であり、いずれも統計学的に有意な水準(p<0.05)となっていた。介護継続意思尺度の 1 次因子モデルのデータへの適合度指標は、CFI=0.991、GFI=0.996、RMSEA= 0.073 となっており、統計学的に許容できる水準となっていた。また、このときモデルの識別のために制約を加えたパスを除き、標準化係数におけるパスの推定値はすべて有意かつ正值(標準化係数: 0.66-0.92)であり、いずれも統計学的に有意な水準(p<0.05)となっていた。また、介護コミットメントおよび介護否定感、介護継続意思を測定尺度とみなしたときの内的整合性及び尺度全体の内的整合性を検討するために、Cronbach's α 信頼性係数を算出した結果、「情動的コミットメント(4 項目)」で 0.874、「計算的コミットメント(4 項目)」で 0.611、「規範的コミットメント(4 項目)」で 0.792 となっていた。なお、12 項目全体では Cronbach's α 係数は 0.856 となっており項目数を考慮するなら、おおむね許容できる良好な値を示していた。介護否定感尺度の Cronbach's α 係数を算出した結果、「拒否感情(4 項目)」で 0.813、「社会活動制限感(4 項目)」で 0.764、「経済的逼迫感(4 項目)」で 0.884 となっていた。なお、12 項目全体では Cronbach's α 係数は 0.911 となっており項目数を考慮するなら、おおむね許容できる良好な値を示していた。また、介護継続意思尺度の Cronbach's α 係数は 0.914 となっており良好な値を示していた。

図表 6 介護否定感と介護継続意思との関連性 (標準化解)



n=317, CFI=0.965, TLI=0.987, RMSEA=0.079

図表 7 介護否定感と介護継続意思に対する介護コミットメントの効果(標準化解)



n=317, CFI=0.934, TLI=0.978, RMSEA=0.079

3.3 家族介護者の介護否定感と介護継続意思に対する介護コミットメントがもつ効果の検討

介護否定感と介護継続意思で構成される因果関係モデルはデータに適合していた。採用した適合度指標は統計学的な許容水準を満たしていた(CFI=0.965, TLI=0.987, RMSEA=0.079)。また、前述のモデルに含まれるパスの係数値および有意性検定の結果、「介護否定感」因子(標準化係数: -0.51, $p<0.05$)が「介護継続意思」因子に有意な影響を示し、その説明率は26.0%であった<図表6>。次いで、介護否定感と介護継続意思に対する介護コミットメントの効果の大きさを検討したところ、「介護コミットメント」は「介護否定感」因子(標準化係数: -0.38, $p<0.05$)と「介護継続意思」因子(標準化係数: 0.71, $p<0.05$)に対して有意な水準で関連性を示していた。また、「介護否定感」因子(標準化係数: -0.24, $p<0.05$)も「介護継続意思」因子に対して統計学的に有意な水準で関連性を示していた。なお、前記3変数を用いた因果関係モデルのデータへの適合性は、CFI=0.934, TLI=0.978, RMSEA=0.079であった。なお、この因果関係における「介護継続意思」因子に対する説明率は70.0%であった<図表7>。

4. 考察

高齢者の多くは住み慣れた家・地域での生活を望んでおり、日本の介護保険と同様に韓国の老人長期療養保険制度も在宅介護を施策の大きな柱となっている¹³⁾。介護継続意思を従属変数とした従来の研究を概観すると、まず、要介護高齢者の心身機能の低下などのストレスおよび介護否定感や介護肯定感などの認知的評価が介護継続意思を阻害あるいは促進する要因との関連性を検討した研究が多くみられる¹⁴⁾⁻¹⁹⁾。とりわけ、要介護高齢者の日常生活動作(ADL)などの身体的状態と問題行動などの精神的状態や介護者の健康状態などが介護否定感を増加させ、介護継続意思を阻害または中断する要因を検討した研究が報告されている²⁰⁾⁻²¹⁾。このように、介護否定感が介護継続意思に影響を与える要因であると明らかになっている。

そこで、本研究ではLazarus & Folkmanのストレス認知理論⁸⁾を基礎に、介護否定感を介護場面のストレスラーの認知的評価(ネガティブなストレス認知)として、また介護継続意思をストレス反応として位置づけ、因果関係モデルを仮定した。また、唐沢(2001)²²⁾は家族による介護が望ましいという心理メカニズムである「家族介護意識」が高い家族介護者は、他者の支援や介護サービスによる介護を行なうことに対して罪悪感を経験し、介護継続意思を強化する反面、介護否定感を抱え込む要因となっている可能性があることと指摘していることと、さらに東野(2007)ら²³⁾が、「家族介護意識」のひとつの側面である老親扶養義務感が高いと介護継続意思も高くなる可能性が高いと報告していることを前提に、著者らは「家族介護意識」のひとつとして位置づけられる「介護コミットメント(Caregiving Commitment)」を、前記のストレス認知理論を援用した因果関係モデルに投入した。

その結果、本研究においては、まず第一に、家族介護者の介護否定感が介護継続意思に及ぼす影響(因果関係)が、統計学的に支持された。このことはLazarus & Folkmanのストレス認知理論、すなわちストレス認知評価とストレス反応との因果関係が支持されてことを意味する。同時に、家族介護者の介護否定感を軽減することが、結果的に在宅での介護継続を支援することに繋がる可能性が高い^{21), 24)}ことを示唆しており、それは従来の研究結果に矛盾しない。またそれは、従来の研究では、介護否定感は介護者の主観的疲労感、抑うつ感などの身体的・精神的面で介護の大変さとも関連性がある²⁵⁾⁻²⁷⁾とする知見と同次元の知見と推察される。

次いで本研究では、介護コミットメントが介護否定感と介護継続意思に統計学的に有意な水準で関係していることを明らかにした。具体的には、介護コミットメントが介護否定感を軽減するとともに介護継続意思を高める方向で、換言するならば、家族介護者の介護役割に対する認知が介護に対するストレス認知とストレス反応に対して直接的な

効果を示すことが統計学的に支持された。この介護コミットメントが介護継続意思に関係するという知見は、介護意欲や扶養意識^{29)・30)}が介護継続に直接的に関与する重要な要因であるという指摘に矛盾するものではないと推察される。コミットメントに関する従来の研究を概観すると、様々な対象にコミットメントの概念が取り上げられており、コミットメントがストレス反応(蓄積的疲労徴候、精神的健康、離・転職など)に影響を与えるという研究報告も認められる^{31)・32)}ことから、介護コミットメントを在宅での介護継続の原動力として位置づけることが可能と言えよう。

以上の結果を基礎に、さらに介護コミットメントの介護否定感と介護継続意思に対する直接効果について、前記因果関係におけるパス係数の数値に着目してみるなら、本研究では家族介護者の介護コミットメントが介護否定感に比して介護継続意思に強く関係していることを明らかにした。この知見は、介護コミットメントを Lazarus & Folkman が位置づけているストレス認知理論における「先行要因 (Causal Antecedents)」として位置づけがたいことを示唆している。むしろ介護継続意思に関連する因果関係モデルとしては、コミットメント理論がより支持される結果であって、具体的には、介護コミットメントは介護継続意思を規定するが、他方では、介護負担感によってその関係性が変動しやすい傾向にあることを示唆している。換言するなら、介護コミットメントと介護継続意思は強固な因果関係があり、それらの要因間であって介護負担感 は媒介変数として機能しているとする解釈も否定できないことが示唆される。ただし、本研究では介護場面に関連するさまざまな要因を十分に考慮しきれていない。従って、今後はさらに種々の先行要因(介護効力感や介護に関連したソーシャルサポート認知)を加え、介護継続意思の発生メカニズムの解明とその理論開発が望まれ、そのことによって介護否定感を増大及び減少させる要因などといった検討が可能になり、臨床的にも有意な知見が得られるものと期待できよう。たとえば、本研究の知見に従うなら、

家族員の介護コミットメントの介護負担感に対する軽減効果に大きく依存するあるいは期待することなく、介護の継続意思に深く関連している介護負担感をいかに軽減するかという問題を直視した介護に関する社会化政策を適切かつ効果的に開発して行くことが望まれよう。従来の研究では、家族介護者の介護負担感の軽減にとって在宅福祉サービスはその種類にとって効果が異なることが知られている³³⁾。他方では、介護負担感が高齢者虐待と密接な関係があることが知られている³⁴⁾。このような状況の中でどのような在宅サービスをどのような家族にどの程度提供するかと言った臨床的な側面も重視したケアプランが検討される必要がある。その意味で、介護コミットメントの介護負担感と介護継続意思に対する効果が明らかになったことは大きな成果と言えよう。

参考文献

- 1) 韓国保健福祉家族部: 老人長期療養保険の財政推計模型開発に関する研究、韓国社会保険研究所、VI.財政推計の結果: 2008
- 2) 藤田利治、石原伸哉、増田典子、他: 要介護老人の在宅介護継続の阻害要因についてのケース・コントロール研究、日本公衛雑誌、39(9)、687-695: 1992
- 3) 唐沢かおり: 家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因、社会心理学研究、22(2)、172-179: 2006
- 4) 張英恩、嚴基郁、金貞淑、他: 要介護高齢者を介護する家族の介護コミットメント尺度の開発及び抑うつとの関連性、韓国老人福祉研究、42、79-98: 2008
- 5) 東野定律、桐野匡史、種子田綾、他: 要介護高齢者の家族員における介護負担感の測定、厚生学の指標、51(4)、18-23: 2004
- 6) 柳漢守、桐野匡史、金貞淑、他: 韓国都市部における認知症高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関連性、日本保健科学学会、10(1)、15-22: 2007

- 7)櫻井成美:介護肯定感がもつ負担軽減効果、心理学研究、70(3)、203-210:1999
- 8)Lazarus RS、Folkman S:Stress, appraisal, and coping、New York, NY、Springer Publishing Company:1984
- 9)Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, et al: Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization-A Meta analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences, Journal of Vocational Behavior, 61, 20-52:2002
- 10)山本嘉一郎、小野寺孝義編著:Amosによる共分散構造分析と解析事例[第2版]、ナカニシヤ出版:2002
- 11)田部井明美:SPSS 完全活用法共分散構造分析(Amos)によるアンケート処理、東京図書:2004
- 12)Mplus ver.2.01;Muthen & Muthen
Web: www. StatModel.com / Support: Support@ StatModel.com
- 13)韓国保健福祉家族部:老人長期療養保険の財政推計模型開発に関する研究、韓国社会保険研究所、II. 老人長期療養保険制度の基本構造、2008
- 14)斎藤恵美子、國崎ちはる、金川克子:家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続傾向に関する検討、日本公衛誌、48(3)、180-189:2001
- 15)山本則子、石垣和子、国吉緑、他:高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL)、生きがい感及び介護継続意思との関連:統柄別の検討、日本公衛誌、49(7)、660-671:2002
- 16)高野歩、山本澄子:介護者の介護に対する肯定的意識と介護継続との関連、地域看護、37、243-245:2006
- 17)小泉直子、藤田大輔、濱西壽三朗、他:在宅痴呆性老人の介護継続を阻害する要因について、厚生指標、40(2)、19-23:1993
- 18)Hyun-ji Lee: An impact of family caregivers' filial obligation on caregiving burden and future care willingness for the frail elderly、Journal of the Korean Gerontological Society、27(4)、1015-1030:2007
- 19)Dolores Pushkar Gold, Myrna Feldman Reis, Dorothy Markiewicz, et al: When Home Caregiving Ends-A Longitudinal Study of Outcomes for Caregivers of Relatives with Dementia, American Geriatrics Society, 43(1), 10-16:1995
- 20)山田紀代美、鈴木みずえ、土居滋:在宅要介護老人の介護者の疲労感と在宅介護の継続・中断に関する調査研究-ADL・精神症状からの検討、日本看護学会誌、4(1)、2-10:1995
- 21)筒井孝子、新田収:在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関連する要因の検討、総合リハビリテーション、21(2)、129-134:1993
- 22)唐沢かおり:高齢者介護サービス利用を妨げる家族介護者の態度要因について、社会心理学研究、17(1)、22-30:2001
- 23)東野定律、大冨賀政昭、筒井孝子、他:老親扶養義務感と介護継続意思との関係、介護経営、2(1)、2-11:2007
- 24)三田寺裕治:要援護高齢者の在宅介護継続を規定する要因-家族介護者の主観的要因を中心に、淑徳短期大学研究紀要、42、87-:2003
- 25)山田紀代美、鈴木みずえ、佐藤和佳子:長期間の介護継続における介護者の疲労感及び生活満足感の変化に関する研究、老年看護学、5(1)、165-172:2000
- 26)佐藤敏子、清水裕子:女性介護者の蓄積的疲労徴候の実態を介護継続関連要因-嫁・妻・娘の検討、日本在宅ケア学会誌、9(1)、46-51:2005
- 27)坂田周一:在宅痴呆老人の家族介護者の介護継続意志、老年社会学、29、37-43:1989
- 28)今福恵子、田中早苗、坂上朋子、他:家族介護者の介護に対する継続意欲と関連要因の分析、静岡県立大学短期大学部、特別研究報告書、19、1-7:2003
- 29)原沢優子、長谷部佳子、岡本和士:介護家族の老親扶養義務感が介護継続意欲に及ぼす影響、日本保健医療行動科学学会年報、21、177-188:2006
- 30)藤崎宏子:要介護老人の在宅介護を規定する家

族的要因-分析枠組の検討-、総合都市研究、39、61-83 : 1990

31)田中佑子：単身赴任者の組織コミットメント・家族コミットメントとストレス、社会心理学研究、12(1)、43-53 : 1996

32)難波峰子、矢嶋裕樹、二宮一枝、他：看護師の組織・職務特性と組織コミットメント及び離職意向の関連、日本保健科学学会誌、12(1)、16-24 : 2009

33)Jungsoo Yoon、Takako Tsutsui、Sadanori Higashino、et al : Longitudinal Research

regarding Effects of Long-term Services in Japan -The influence of Long-term Service on Female Family Caregiver's Burden-、International Journal of Welfare for the Aged、21、4-24 : 2009

34) Han-su Yu、Ki-Wook Um、Young-Eun Chang、et al : The relationship between recognition of stress and abuse and neglect in the family caregiver、International Journal of Welfare for the Aged、18、59-75 : 2008.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine the Relationship between psychological abuse and care burden in the primary caregiver's characteristics.

Method: Study subjects were 903 primary caregivers for the older persons who selected from 5,189 class 1 insured persons in the long-term care (LTC) insurance (April 1, 2002).

The structural model was used to analyze the gender, age, and care level provided to the senior requiring care; the gender and age of the main caregiver; the period of time over which care has been provided; the relationship between the caregiver and the elderly person requiring care; psychological abuse ; and care burden.

The Structural Equation Modeling assumed that independent variable in a factor of the care burden and dependent variable in two factors of the psychological abuse.

Results : Structural Equation Modeling result showed that only "negative feeling" , one of the care burden, was significantly associated with factor of psychological abuse "verbal aggression". However, it became clear for the relations of care burden and psychological abuse that there were peculiarity by caregiver's characteristics.

This finding suggests the importance of providing family caregivers with supports focusing on their negative feeling in order to prevent psychological abuse to the car-recipients.

[研究ノート]

県外へ広域展開する社会福祉法人に関する研究
—政令指定都市に着目して—

著者：芳賀 祥泰（北九州市立大学大学院マネジメント研究科特任教授）
（株式会社エルダーサービス代表取締役）

抄録

目的：本研究の目的は、非営利組織である社会福祉法人が、経営戦略として法人所在地（発祥地）以外の県外へ特別養護老人ホーム（以下特養）を広域展開している実態とその傾向を明らかにし、問題点を検証することである。

方法：2010年6月末時点でWAM ネットに掲載されている特別養護老人ホーム（以下特養）を対象とし、以下の分析を試みる。

①政令指定都市19都市および東京23区（以下、政令市とする。合計20都市）に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況。

②政令市のある都道府県内に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況。（政令市を除く）

結果：①対象施設1,123施設中、県外からの進出は、48施設（4.3%）39法人である。

②対象施設2,274施設中、県外からの進出は、30施設（1.3%）19法人である。

考察：社会福祉法人においても、経営戦略として広域展開が行われているが、進出地域、進出数についても限定的であるので、各政令市が、今後の特養新設を、広域展開法人に頼るのは慎重になる必要がある。

キーワード：広域展開、社会福祉法人、特別養護老人ホーム、経営戦略、政令市

1. 研究目的

1.1 背景

介護サービスを供給している主たる開設主体の1つである社会福祉法人は、1951年に創設された公益法人から発展した特別法人であり、公益性と非営利性の性格を備え、半世紀以上にわたって日本の社会福祉の発展に大きな役割を果たしてきた。一般産業に比べ、医療福祉事業は、公益性と非営利性の性格、対象者の人格の尊厳に深く係わる点で違いが大きい。高齢者分野での「終の棲家」としての役割を担う社会福祉法人が主たるサービス供給主体である特別養護老人ホーム（以下、特養）は、2000年に介護保険が開始され、それまでの措置制度による行政委託費による収入から個別契約サービスによる介護保険収入に収入構造が変化し、

サービス業としての介護が要求されるようになった。それにともない社会福祉法人は、「施設運営」から「施設運営管理」、「法人経営」などマネジメントをこれまで以上に意識する必要がでてきた。¹⁾

特養を運営する社会福祉法人の中には、経営を強く意識し、経営戦略としての成長戦略として複数施設展開を行うところもある。中には法人所在地（発祥地）以外の県外まで進出する（広域展開）ところがある。

介護サービスにおいて参入規制のある特養は、社会福祉法人の強みである。厚生労働省「平成20年介護サービス施設・事業所数調査結果の概要」によると、2008年10月1日現在の特養施設数6,015施設中5,503施設の開設主体が社会福祉法人である。これは特養全体の91.5%である。その

他の開設主体として市区町村 329 施設 (5.5%)、都道府県 40 施設 (0.7%)、広域連合・一部事務組合 123 施設 (2.0%)、日本赤十字社・社会保険関係団体 6 施設 (0.1%)、社会福祉協議会 14 施設 (0.2%) である。²⁾

株式会社などの営利法人が参入できない社会福祉法人の強みである特養を基軸に成長戦略を描くのは、経営を意識した社会福祉法人であれば当然といえる。

日経ヘルスケア 2010 年 6 月号の「首都圏に進出した地方法人の狙いと「戦果」」では、「首都圏進出を果たした法人の中には、これまで地元で医療機関や介護施設を活発に展開してきた有力法人が多い。だが、人口が少ない地方でのシェア拡大には限界がある。法人のさらなる成長を図るため、患者や利用者の増加が見込める首都圏に進出するというのが典型的なパターンだ。」³⁾と述べられ、成長戦略に基づいた地方の社会福祉法人の首都圏進出の例がでてい

る。営利法人では、規模の拡大は売上拡大、利潤の追求上必要である。社会福祉法人が法人発祥地から離れ、他県まで進出するのは何故であろうか。その背景には利潤追求ではないが、経営基盤強化といった社会福祉法人にも法人経営戦略の表れと見ることができるのではないかと考えた。

社会福祉法人の他県への進出は、売上の拡大、他県も含めての人材獲得、新ポスト（新施設長など）創出、ブランド力向上などにプラスに働く。さらに優秀な人材の引き留め、キャリアパスが作りやすくなる、向上心アップにもつながることがメリットとして考えられる。

マネジメントという言葉を広く日本に普及させた P.F ドラッカーは、非営利組織にこそマネジメントが必要であると述べている。⁴⁾

マーケティング研究の世界的第一人者である F. コトラーは、サービス産業におけるマーケティングの重要性を述べている。今までサービス業は製造業に比べるとマーケティングに遅れをとっており、その理由として多くのサービス業は小規模で

あり、マーケティングなどの経営技法は高価かつ不適切と考えられていたり、大学や病院では、長年にわたって需要が供給を上回るという状況が続いており、最近までマーケティングの必要性がなかったと述べている。そして今後のサービス業でのマーケティングの重要性を挙げている。⁵⁾

地元密着型の社会福祉法人が、他県まで進出して介護サービス事業を行う広域展開法人がでてい

る背景にはマーケティングに基づく成長経営戦略が見てとれる。特養待機者が全国で 42 万人いる現状で、新規の特養を建設する際、地元市町村にある社会福祉法人だけではなく、他県からの社会福祉法人進出に頼らざるを得ない可能性がある。東京都や横浜市などでは公募による特養建設を進めてきた経緯があり、他県からの進出のきっかけにもなっている。

他県から広域展開している社会福祉法人の実態と傾向を全国規模で検証することは、今後の各市町村の特養整備における検討材料のひとつになると考えた。今回は、特に高齢者数が今後増大する政令指定都市（東京 23 区を含む）での動向に注目した。広域展開している都市間差、広域展開法人はどの都道府県から進出しているのか、その法人はどのような特徴があるのかを明らかにした上で、広域展開の問題点を考えてみたい。

1.2 研究の目的

本研究の目的は、非営利組織である社会福祉法人が、経営戦略として法人所在地（発祥地）以外の県外へ特別養護老人ホーム（以下特養）を広域展開している実態とその傾向を明らかにし、問題点を検証することである。

2. 研究方法

2010 年 6 月末時点で WAM ネット（独立行政法人福祉医療機構運営サイト）に掲載されている特養を対象とした。各施設のホームページ、各市町村ホームページでも確認した。

この中で、以下のように対象を分け、調査分析を行った。

①政令指定都市19都市および東京23区(以下、政令市合計20都市)に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況。(n=1,123)

②政令市のある都道府県内に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況。(政令市を除く)(n=2,274)

尚、①②の中で医療法人が母体であり、介護サービス供給主体としての主役であると(二木：1998)提唱した病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの3種類の入院・入所を開設しているグループ「3点セット複合体」での展開があるのかも示す。⁶⁾

3. 結果

3.1 政令市がある都道府県内に特養を展開して

いて法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況

まず政令市がある都道府県内に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況を示す。(図表1)

対象特養施設合計3,397施設中、県外からの進出は、78施設(全施設に対する進出率2.3%)である。県外からの進出施設が一番多い都道府県は、神奈川県で19施設(進出率6.5%)、ついで兵庫県の18施設(進出率6.5%)、東京都の17施設(進出率4.3%)である。平均進出率の2.3%より高いのは、上記3都県以外は、宮城県(進出率2.6%)だけである。残りの11道府県は、進出施設数も一ケタであり、愛知県、京都府、岡山県、広島県、福岡県の5府県では各1施設しか進出しておらず、北海道、新潟県では県外からの進出は0である。

図表1 政令市のある都道府県内に特養を展開していて法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況
(2010年6月末日現在)(単位 施設数) ●数字は順位

(都道府県名)	特養施設数①	県外からの参入②	県外からの進出率②÷①(%)
北海道	201	0	(-)
宮城県	115	3	2.6%
新潟県	157	0	(-)
東京都	399	17 ●	4.3% ●
埼玉県	261	5	1.9%
千葉県	215	4	1.9%
神奈川県	293	19 ①	6.5% ①
静岡県	185	3	1.6%
愛知県	209	1	0.5%
京都府	135	1	0.6%
大阪府	349	4	1.1%
兵庫県	278	18 ②	6.5% ①
岡山県	120	1	0.8%
広島県	161	1	0.6%
福岡県	240	1	0.4%
合計	3,397	78	2.3%

WAM NET より筆者作成。

3.2 政令市 20 都市に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況

対象施設 1,123 施設中、県外からの進出は 48 施設 (4.3%) 法人数 39 法人である。

広域展開している社会福祉法人 39 法人のうち「3 点セット複合体」での展開が 15 法人である。

(図表 2)

図表 2 政令指定都市 19 都市および東京 23 区に特養を展開していて、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況 (2010 年 6 月末日現在) (単位 施設数) ●数字は順位

(都市名)	特養施設数①	県外からの進出②	県外からの進出率②÷① (%)
札幌市	46	0	(-)
仙台市	37	1	2.7%
新潟市	40	0	(-)
東京 23 区	211	16 ●	4.7%
さいたま市	38	2	5.3%
千葉市	32	0	(-)
川崎市	30	1	3.3%
横浜市	121	17 ①	14.0%
相模原市	25	0	(-)
静岡市	29	1	3.4%
浜松市	36	0	(-)
名古屋市	62	0	(-)
京都市	57	1	1.8%
堺市	30	0	(-)
大阪市	95	1	1.1%
神戸市	65	6 ●	9.2%
岡山市	35	0	(-)
広島市	45	1	2.2%
北九州市	45	0	(-)
福岡市	44	1	2.3%
合計	1,123	48	4.3%

県外からの進出で一番多いのは横浜市の 17 施設、ついで東京 23 区の 16 施設、神戸市の 9 施設である。札幌市、新潟市、千葉市、相模原市、浜松市、名古屋市、堺市、岡山市、北九州市の 9 政令市には県外からの進出はない。横浜市、東京 23 区、神戸市以外で県外からの進出がある政令市も進出数は 1 施設もしくは 2 施設であり、上記 3 都市との差異が顕著である。

横浜市に進出している社会福祉法人は、9 都県

にわたり、福岡県と東京都から 4 施設ずつである。福岡県と東京都のほか、青森県、山形県、千葉県、愛知県、兵庫県、徳島県、高知県である。ただし、福岡県からの進出 4 施設は、すべて同一法人 (怡土福祉会・福岡市) である。怡土(イト)福祉会は、福岡市ではグループホームを 1 施設運営しており、特養は運営していない。横浜市に怡土福祉会が展開している特養はいずれも 2005 年以降開設 (2005 年 1 施設、2007 年 2 施設、2009 年 1 施設) され、

特養のみの単一事業所である。

東京 23 区に進出している県は、14 府県にわたり、鳥取県（こうほうえん、敬仁会）と茨城県（清栄会、北養会）から 2 施設ずつの進出である。鳥取県と茨城県のほか、青森県、山形県、栃木県、福島県、新潟県、埼玉県、千葉県、静岡県、京都府、岡山県、高知県、香川県からである。

他県からの進出の多い横浜市、東京 23 区では、「3 点セット複合体」15 法人のうち 14 法人が集中している。横浜市と東京 23 区に進出している「3

点セット複合体」は以下の通りである。

（1）横浜市に進出している「3 点セット複合体」

横浜市に神奈川県外から進出した社会福祉法人全 14 法人を調べたところ、3 法人が「3 点セット複合体」である。3 法人とも 2000 年の介護保険制度開始以前から「3 点セット複合体」として確認されている法人である。（図表 3）

また 3 法人のうち 1 法人（白鳳会）が神奈川県以外の兵庫県にも展開している。

図表 3 横浜市に進出している県外からの「3 点セット複合体」

社会福祉法人名	法人所在地	その他の進出県
1. 愛生福祉会	愛知県名古屋市	
2. 白鳳会	徳島県吉野川市	（兵庫県にも進出）
3. 愛生福祉会	高知県宿毛市	

1. から 3. は二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院，141-151, 1998 に「3 点セット複合体」として掲載有。

（2）東京 23 区に進出している「3 点セット複合体」

東京都に東京都外から進出した社会福祉法人全 16 法人を調べたところ、半数以上の 11 法人が「3 点セット複合体」である。その 11 法人のうち 7 法人は 2000 年以前から「3 点セット複合体」として

確認されている法人である。（図表 4）古くからの

「3 点セット複合体」が東京都に進出している半面新興の「3 点セット複合体」も進出している。

これら 11 法人の中には、傘下に株式会社を持つ

図表 4 東京 23 区に進出している都外からの「3 点セット複合体」

社会福祉法人名	法人所在地	その他の進出県
1. 北養会	茨城県水戸市	
2. 邦友会	栃木県太田市	
3. 晴山会	千葉県千葉市	（茨城県にも進出）
4. 長岡福祉協会	新潟県長岡市	
5. 新生寿会	岡山県井原市	
6. 敬仁会	鳥取県倉吉市	
7. 藤寿会	高知県南国市	（兵庫県、愛媛県にも進出）
⑧. 南東北福祉事業団	福島県郡山市	
⑨. 清栄会	茨城県鹿島郡	
⑩. 洛和会	京都府京都市	
⑪. こうほうえん	鳥取県境港市	

1. から 7. までは二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院, 141-151, 1998 に「3 点セット複合体」として掲載有。⑧、⑨、⑩、⑪は、各法人ホームページにて確認した。

ループ(NO.1=北水会グループ(医療法人北水会、社会福祉法人北養会、株式会社ケアレジデンス他)が確認できた。また11法人のうち2法人が東京都以外の県にも展開している。

(3) 神戸市に進出している社会福祉法人

神戸市に県外から進出している社会福祉法人は、4法人6施設であり、6施設中3施設が社会福祉法人鶯園(岡山県津山市)からの進出である。鶯園のある岡山県以外その他の進出社会福祉法人は、大阪府からが2法人(全電通近畿社会福祉事業団、心の家族)、京都府からが1法人(フジの会)である。横浜市、東京23区との相違として神戸市には「3点セット複合体」が進出していないことと、全て近隣県からの進出であり、関東以東、九州、四国などからの進出がない点がある。

3.3 政令市のある都道府県内に特養を展開して、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況(政令市を除く)

最後に政令市のある都道府県内に特養を展開し

ていて、法人所在地が他県の社会福祉法人の進出状況(政令市を除く)を示す。(図表5)

対象特養施設2,274施設中、県外からの進出は、30施設(1.3%)19法人である。政令市への進出率は4.3%に対して政令市以外の都市への進出率は1.3%で、政令市のほうが他県からの進出が活発である。政令市に進出している社会福祉法人数39に対して、政令市を除く政令市所在都道府県に進出している社会福祉法人は19であり、進出法人数でも政令市のほうが他県からの進出が活発である。

広域展開している社会福祉法人19法人のうち、「3点セット複合体」での展開が5法人で、広域展開法人19法人中26.3%である。(図表6)

「3点セット複合体」での進出状況も政令市への進出法人数15に対して政令市を除く政令市所在都道府県に進出している法人数は5で、政令市への進出が活発である。県外からの参入で一番多いのは兵庫県の12施設、ついで千葉県の4施設、埼玉県と大阪府の各3施設である。東京都はわずか

図表5 政令市のある都道府県内に特養を展開して、法人所在地が他県の社会福祉法人進出状況(政令市を除く)(2010年6月末日現在)(単位 施設数) ●数字は順位

(都道府県名)	特養施設数①	県外からの参入②	県外からの進出率②÷①(%)
北海道	244	0	(-)
宮城県	78	2	2.6%
新潟県	117	0	(-)
東京都	188	1	0.5%
埼玉県	223	3 ●	1.3%
千葉県	183	4 ●	2.2%
神奈川県	117	1	0.9%
静岡県	120	2	1.7%
愛知県	147	1	0.7%
京都府	78	0	(-)
大阪府	224	3 ●	1.3%
兵庫県	213	12 ●	5.6%
岡山県	85	1	1.2%
広島県	116	0	(-)
福岡県	141	0	(-)
合計	2,274	30	1.3%

1施設であり、東京23区との相違がある。北海道、新潟県、京都府、広島県、福岡県は他県からの進出は無い。

兵庫県に進出している社会福祉法人は、3府県にわたり、大阪府から8施設、静岡県から3施設、高知県から1施設の進出である。静岡県から進出している聖隷事業団は、兵庫県内に3施設を展開し、大阪府の弘道福祉会と聖徳園が各2施設複数施設を展開し、同一法人による同一地域への集中展開（ドミナント展開）が特徴的である。

千葉県に進出している県は、2県にわたり、静岡県の聖隷事業団が2施設、新潟県の苗場福祉会

と松涛会から1施設ずつである。

埼玉県には3府県から進出し、その内訳は、大阪府（枚方療育園）、神奈川県（ケアネット）、千葉県（福祉楽団）が1施設ずつ進出し、大阪府には2県から進出し、徳島県の緑風会（健祥会グループ）が2施設、奈良県のバルツァ事業会が1施設である。

「3点セット複合体」の法人は、5法人のうち3法人が同一県内に集中展開している。地域ブランド力、人材採用、人材交流面でも同一県内に展開するほうが効率的であり、経営戦略としての集中展開である。

図表6 政令市のある都道府県内に特養を展開していて法人所在地が他県の「3点セット複合体」
(2010年6月末日現在)

社会福祉法人名	法人所在地	進出県（ ）は進出施設数
1. 聖隷事業団	静岡県浜松市	神奈川県（1）、兵庫県（3）、千葉県（2）
2. 藤寿会	高知県南国市	兵庫県（1）
③. 苗場福祉会	新潟県魚沼郡	千葉県（1）
④. 弘道福祉会	大阪府守口市	兵庫県（2）
⑤. 賛育会	東京都墨田区	静岡県（2）

1. 2. は二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院, 141-151:1998に「3点セット複合体」として掲載有。③. ④. ⑤は各法人ホームページにて確認した。

3.4 他県への進出年

他県にまで広域展開している社会福祉法人は、政令市への進出（施設数48施設、39法人）、政令市のある都道府県内（政令市を除く）への進出（施設数30施設、19法人）がある。このうち1法人藤寿会（高知県）だけは法人数に重複されており、他県まで進出している社会福祉法人は、合計57法人である。これらの法人が展開している特養はいつの時点での進出だったのか進出年を示す。（図表7）

2000※には2000年以前に進出した施設が含まれる。介護保険制度が開始された年までに進出していた特養施設と解釈する。

その結果、政令市では、2009年に進出した施設が8施設（16.7%）で最も多く、2007年以降に進出した施設が26施設（54.2%）と過半数

を超えており、この2、3年間の進出が多い。

政令市外では、2000年に進出した施設が12施設（40.0%）で最も多いことから、介護保険制度開始前から進出を計画していたと推察できる。政令市以外では2009年以降は進出数が減少している。

全体では、2005年以降の進出が60.3%になっているが、これは東京23区、横浜市への進出数の多さが要因である。横浜市では、県外からの進出17施設のうち16施設（94.1%）が2005年以降の進出である。横浜市に進出している「3点セット複合体」3法人全てが2005年以降の進出である。東京23区では、県外からの進出16施設のうち、11施設（68.8%）が2005年以降の進出である。東京23区に進出している「3点セット複合体」11法人のうち7法人が2005年以降の進出である。これらにより、横浜市と東京23区への近年の県

図表7 県外進出した特養の進出年 (単位 施設数) 構成比率 (%)

進出年 (西暦)	政令市 (構成比率)	政令市外 (構成比率)	合計 (構成比率)
2000※	6 (12.5%)	12 (40.0%)	18 (23.1%)
2001	3 (6.3%)	3 (10.0%)	6 (7.7%)
2002	0 (—)	1 (3.3%)	1 (1.3%)
2003	1 (2.1%)	1 (3.3%)	2 (2.6%)
2004	4 (8.3%)	0 (—)	4 (5.1%)
2005	4 (8.3%)	4 (13.3%)	8 (10.3%)
2006	4 (8.3%)	2 (6.8%)	6 (7.7%)
2007	7 (14.6%)	3 (10.0%)	10 (12.8%)
2008	6 (12.5%)	3 (10.0%)	9 (11.5%)
2009	8 (16.7%)	0 (—)	8 (10.3%)
2010	5 (10.4%)	1 (3.3%)	6 (7.7%)
合計	48 (100%)	30 (100%)	78 (100%)

外からの進出は、「3点セット複合体」の影響が強い。一方、進出数第3位の神戸市では、県外からの進出6施設のうち1施設(16.6%)が2005年以降の進出である。「3点セット複合体」の進出は、0である。以上のことをまとめると次のようになる。

(1) 広域展開法人は、57法人(78施設)である対象特養施設合計3,397施設中、県外からの進出は、57法人78施設(全施設に対する進出率2.3%)

である。北海道、新潟県では県外からの進出は0である。

政令市への県外からの進出は、39法人48施設である。政令市のある都道府県で政令市を除く市町村への進出は、19法人30施設である。政令市のほうが他県からの進出が活発である。「3点セット複合体」以外で4法人は、3県以上にまたがって特養を広域展開している。(図表8)

図表8 3県以上にまたがって特養を展開する「3点セット」以外の社会福祉法人

社会福祉法人名	法人所在地	展開都市
1. ファミリー	青森県三戸郡	(東京23区, 横浜市)
2. 敬寿会	山形県山形市	(東京23区, 横浜市, 仙台市)
3. こころの家族	大阪府堺市	(大阪市, 神戸市, 京都市)
4. 枚方療育園	大阪枚方市	(兵庫県三田市, 埼玉県行田市)

(2) 広域展開法人は、特定地域に集中している政令市のある都道府県に広域展開しているのは、78施設57法人である。対象施設数の全体の2.3%であり、県外からの進出は横浜市と東京23区の首都圏巨大都市に偏っている。同じ大都市である名古屋市では県外からの進出施設は0であり、大阪市でも1施設にすぎない。県

外からの進出がないのは20都市中9都市で約半数の都市である。これらのことから横浜市と東京23区など一部の都市を除けば、政令市でも特養の他県からの進出は限定的である。

(3) 「3点セット複合体」の広域展開は、特定地域に集中している

「3点セット複合体」は、57法人のうち19法人

(全体の33.3%)であり、そのうち14法人が東京23区と横浜市への集中展開である。「3点セット複合体」は、医療法人が母体であり、広域展開法人の少なくとも3割以上が医療法人母体系である。

4. 考察

広域展開法人に関しての問題点を考える。

(1) チェーン化の困難さ

広域展開法人の問題点としてまず全国チェーン化の困難さがある。社会福祉法人は、介護付有料老人ホームが主である特定施設のように数十、百を超える施設をチェーン展開するにはいたっていない。特養は介護保険制度開始時から参入規制と総量規制があり、新規建設は当初から限定的であった。その意味では、社会福祉法人の広域展開および特養複数展開は、介護保険制度開始後から2006年3月までの大手営利法人の特定施設複数展開とは、規模もスピードも劣る。

(2) クリームスキミングの可能性

次の問題点としては、広域展開が、結果として人口多い地域への集中展開となっており、クリームスキミング(いいとこどり)になっている恐れがある点である。広域展開法人がクリームスキミングを戦略として考えていたならば、地方自治体が、今後県外からの社会福祉法人進出による特養施設整備に頼るにはリスクがあり慎重にすべきである。県外からの進出数、進出率を地方自治体は注視すべきである。

各地方自治体は、今後の特養整備において、次の選択肢を考える必要がある。すなわち①地元で新規社会福祉法人育成、②地元既存社会福祉法人の複数施設展開支援、③他県(同県内他市町村含む)からの社会福祉法人誘致の3選択肢である。もちろんどれか1つを選択しなければならないわ

けではなく、併用も必要だろう。しかし今後、県外からの進出に頼らざる得なくなった場合には、公募での公設民営方式の採用ならびにその際、家賃等の地域相場より低めの設定などの対策が必要である。また県外から進出法人を呼び込むには、他県へ進出している「3点セット複合体」を中心に現在広域展開している法人はじめ他の有力社会福祉法人への地方自治体のPR体制の充実が求められる。その際、地方自治体は、他の都市間同士の誘致合戦に勝つために戦略を練っておく必要がある。

5. 今後の課題

今回は、政令都市および政令市のある15都道府県のみを調査し、全国全ての県での調査ではないので全国的調査の必要がある。その他の介護サービスで広域展開している場合は網羅できていない。また自治体や法人へのインタビューなど質的調査は行っていない。今後の課題としたい。

【引用・参考文献】

- 1)社会福祉法人経営研究会『社会福祉法人経営の現状と課題』全社協,31-37:2006
- 2)厚生労働省「平成20年介護サービス施設・事業所数調査結果概要」:2008
- 3)日経ヘルスケア(2010年6月号)「首都圏に進出した地方法人の狙いと“戦果”」日経BP社,40:2010
- 4)P.F.Drucker,上田惇生訳『非営利組織の経営』ダイヤモンド社,まえがき9:2007
- 5)Philip Kotler,村田昭治監修,和田充夫,上原征彦訳『マーケティング原理』ダイヤモンド社,739:1983
- 6)二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院,5,141-151:1998

Abstract

Purpose : The purpose of this study is to clarify the actual situation and the trend of social welfare corporations being as nonprofit organizations that expand their special nursing homes for the elderly to the outside of prefecture, and verify the issue.

Method : Based on special nursing homes for the elderly reported in WAM Net, these analyses were attempted to be made.

1.State of expansion of social welfare corporations expanding to the 19 designated cities and the 23 special wards of Tokyo (hereinafter referred to as government ordinance cities, total of 20 cities) and headquartered in the outside of that expended prefecture.

2.State of expansion of social welfare corporations expanding to prefectures that have government ordinance city and headquartered in the outside of that expanding prefecture (excluding social welfare corporations expanding to government ordinance cities).

Result:1.Out of 1123 facilities, 48 facilities (4.3%) and 39 organizations were expanded from the outside of that prefecture.

2.Out of 2274 facilities, 30 facilities (1.3%) and 19 organizations were expanded from the outside of that prefecture.

Consideration: Even social welfare corporations are regionally expanding as their business strategy; however, the region and the number of expansion are limited. Therefore, each government ordinance cities need to be careful to rely on regionally expanding corporations to have newly built special nursing homes for the elderly.

[研究ノート]

介護リスクマネジメントシステムの機能分析と実態分析—介護老人福祉施設と 介護老人保健施設の比較分析—

著者：柿沼倫弘（東北大学大学院経済学研究科 博士課程後期3年の課程）

共著者：柿沼利弘（東北福祉会・東北福祉大学）

関田康慶（東北大学大学院経済学研究科 医療福祉講座医療福祉システム分野 教授）

要旨

本研究の目的は、第1に介護リスクマネジメントシステムの機能分析を試み、1次～4次予防とシステム機能との関連性を明らかにする。第2に介護老人福祉施設と介護老人保健施設のリスクマネジメントシステムの実態の比較分析し、それらの相違点を明らかにする。第3は、介護リスクマネジメントシステムに関する仮説を設定し検証することである。

研究方法では、介護リスクマネジメントシステムの機能分析、WEB アンケート調査から得られた結果を用いた介護老人福祉施設と介護老人保健施設の統計的な比較分析を実施し、仮説を設定し、その妥当性を検証した。

分析結果から、次のことが判明した。インシデント・アクシデントの発生要因では、介護老人福祉施設では職員間のコミュニケーション、介護老人保健施設では利用者の認知症に特性がみられた。両施設の利用者1人あたりインシデント・アクシデントの平均発生数は、年間約2件である。

キーワード：リスクマネジメント、APDEAサイクル、1次～4次予防機能、調査分析、施設比較分析、分布関数

1. はじめに

1.1 研究目的と意義

本研究では、次の3つの目的を明らかにする。第1に、介護リスクマネジメントシステムの予防的対策の視点とシステム機能の視点から、介護リスクマネジメントシステムに、どのような機能が求められるのかを明らかにする。第2に、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の介護リスクマネジメントシステムの実態を比較分析し、それらの相違点を明らかにする。第3に、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の介護リスクマネジメントシステムに関する仮説を設定しその妥当性を検証する。ここでは訴訟対策・財務管理は含まない。

本研究では、介護リスクマネジメントを次のように定義する。「介護経営過程で予想されるリスクを事前に把握して、事故（アクシデント）やヒ

ヤリ・ハット（インシデント）の発生を予防し、不幸にしてこれらが発生した場合には、関係者の被害を最小にとどめるマネジメントのことである」（著者らの定義）。ハイリッヒの法則で、1つの重大事故の背景には、多くの潜在的な軽微な事故や事故に至らなかったが、ヒヤリ・ハットした事象があると知られている。事故のみでなく、その背景のヒヤリ・ハットを捉えることも重要課題になる。

インシデント・アクシデントは、利用者の被害の程度を考慮して次のように定義した。「インシデントとは、ヒヤリ・ハットすることがあったが、利用者に影響はなかった場合。または、利用者に何らかの影響がある可能性があったので、経過観察が必要となった（ただし、結果的に、利用者には影響はみられなかった場合。）アクシデントとは、

施設内外を問わず、利用者に新たな医療的処置・治療や介護を必要とするほどの影響が生じた場合。なお、インシデント・アクシデントは、過失の有無を問わないものとする。」(著者らの定義)

介護リスクマネジメントにおいて、インシデント・アクシデントの発生は、利用者や家族、職員にとって、身体的・心理的に大きなダメージを与える可能性が高い。このため、安全性の視点から議論することに意義がある。また、介護リスクマネジメントに関する行政の求める基準があるが、インシデント・アクシデントの実態把握は不十分である。

1.2 先行研究、先行調査との比較

介護リスクマネジメントにおいては、単一または複数の事業所や施設のインシデント・アクシデントに関する一定期間のデータを用いた事例研究(三田寺 2005、美阪 2010 等)、法律面からのアプローチがある研究(山田 2008 等)があるが、介護リスクマネジメントシステムの機能分析や介護保険施設の比較分析に関する先行研究がほとんどない。介護リスクマネジメントシステムに、どのような機能が必要であるかという議論が求められる。

事業者は、事故発生時には市町村への届出義務がある(「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第46号)」)。しかし、社会保険研究所(2006)や福祉サービスにおける危機管理に関する検討会(2002)の定義では、インシデント・アクシデント報告者の主観によるものとなっており、著者らの提案するように、利用者の状態や事実に関する視点で議論なされていない。このため、報告すべき判断が人によって異なり、標準化されない可能性が高い。また、先行研究や先行調査のインシデント・アクシデントの定義が統一されておらず、インシデントとアクシデントを明確に分けていないもの(二階堂 2004)もある。三菱総研(2007)の定義では、「利用者に被害があったかどうか」という利用者の状態に視点が置かれている。具体的な介護リスクマ

ネジメントシステムの実態分析もみられるが(明渡 2003、三田寺 2005、美阪 2010 等)、この分野の実証的な研究は、不十分であるため、一般性のある計量的な実態把握が求められる。

1.3 研究方法

研究は、次の3つのプロセスに基づいて行う。

第1は、介護リスクマネジメントシステム機能分析、第2は、機能分析に基づく介護老人福祉施設と介護老人保健施設の介護リスクマネジメントシステムの統計的比較分析を行う。この比較分析を通じて、2つの異なる機能の施設間で、介護リスクマネジメントシステムに共通性があれば、標準化された介護リスクマネジメントのあり方が検討可能となる。第3は、介護リスクマネジメントシステムに関する仮説検証を行う。比較分析と仮説検証には、著者らの実施した後述するWEBアンケート調査結果を用いる。

第1のプロセスでは、予防的対策の視点とシステム機能の視点を中心に検討する。

第2のプロセスの比較内容は、属性、安全管理の組織運営、安全情報の管理(収集・記録・保存)方法・集計・分析、インシデント・アクシデントの内容、安全管理対策と自己評価等である。これらの内容について、比較分析するためにWEBアンケート調査を行う。調査対象は、東北・北海道地方のすべての介護老人福祉施設(906施設)と介護老人保健施設(537施設)で、合計1443施設であった。両施設の構成割合は、全国の割合とほぼ同じである。これが東北・北海道地方を対象とした理由の一つである。

調査方法は、文部科学省「知的クラスター創成事業」で、著者らの研究グループが開発した分析機能内蔵型のWEB調査システムを用いた。全対象施設に、依頼文、アンケート用紙(見本用)、WEB調査システムの操作説明書を郵送、回答はWEB入力形式である。分析結果は、入力者が回答直後に参照できる。調査期間は2010年6月7日～25日であった。

第3のプロセスは、インシデント・アクシデント

の内容、利用者1人あたり年間のインシデント・アクシデント件数に関する仮説を設定し、検証する。

2. 介護リスクマネジメントシステム機能分析

2.1 予防的対策の視点

介護リスクマネジメントを予防的対策の視点から分類すると、次に定義するような1次～4次予防が考えられる。「1次予防：インシデント・アクシデントが発生しないよう、日常的に対応する。2次予防：インシデント・アクシデントを早期に発見する。3次予防：インシデント・アクシデント発生後に被害を大きくしないよう適切に対応する。4次予防：インシデント・アクシデント発生後に利用者や利用者家族、施設職員に対して心理的・身体的なケアを行い、できるだけ元の状態に復帰できるように対応する。」(著者らの定義)

1次予防には、安全管理委員会等の組織の設置、安全管理(転倒・転落・感染症等)に関するマニュアル指針の策定、安全教育・研修、消毒の設置、利用者の健康状態のチェック等がある。2次予防には、ナースコール連動型離床センサーの設置、職員による施設内巡回、インシデント・アクシデント情報報告の奨励、共通言語・共通意味の共有等がある。3次予防には、医療機関受診後等の経過観察、インシデント・アクシデント発生時の対応マニュアルの策定、安全管理委員会による迅速な状況把握、利用者家族への早期かつ適切な説明等がある。4次予防は、利用者や家族、職員のストレス軽減策実施、心理的・身体的なケア、医療的対応を行い、できるだけ元の状態に復帰できるように対応することを目的とする。

2.2 システム機能の視点

1次～4次予防の視点に対応した介護リスクマネジメントシステムに必要な機能として、7つの機能が考えられる。①インシデント・アクシデント発生予防機能、②インシデント・アクシデント情報のセンサー・報告機能、③インシデント・アクシデント情報の整理・蓄積機能、④インシデント・アクシデント情報の分析機能、⑤インシデント・アクシデ

ント情報分析後の改善対応の発見・実施機能、⑥改善対応策適用後のインシデント・アクシデント情報の分析・評価機能、⑦APDEAサイクルのリスクマネジメント全体を管理する機能である。7つの機能を活用することにより、1次～4次予防の達成を目指すことができる。APDEAサイクルとは、リスクの事前評価(A: Assessment)、実施計画(P: Planning)、実行(D: Do)、プロセス評価・事後評価(E: Evaluation)、修正活動(A: Action)のプロセスで行うマネジメントである。PDCAの概念に対して、事前評価と事後評価を重視している。先述したWEBアンケート調査の内容は、これら7つの機能を基に設計している。

インシデント・アクシデント発生予防機能は、1次予防と対応している。委員会等の組織の設置、マニュアル、安全教育・研修等が考えられる。インシデント・アクシデント情報のセンサー・報告機能は、2次予防と対応している。インシデント・アクシデント情報報告の奨励、介護従事者のみでなく、上層部も含めて、共通言語・共通意味が共有可能な安全教育・研修、マニュアル整備、委員会等の情報周知活動等が重要である。

インシデント・アクシデント情報の整理・蓄積機能、インシデント・アクシデント情報の分析機能、インシデント・アクシデント情報分析後の改善対応の発見・実施機能、改善対応策適用後のインシデント・アクシデント情報の分析・評価機能、APDEAサイクルのリスクマネジメント全体を管理する機能は、それぞれが1次～4次予防に対応している。

インシデント・アクシデント情報の整理・蓄積機能では、インシデント・アクシデント情報の管理(収集・記録・保存等)方法が重要である。報告様式は、①簡潔なチェック方式が中心で、テキスト部分が少ない様式、②情報漏れをなくすための7W2H2E様式が望まれる。

7Wとは、誰が報告(Who)、誰に関する報告(Whom)、発生場所(Where)、発生時間(When)、領域(Which)、生起事象(What)、発生要因(Why)に関する情報である。2Hとは、対処方法(How to)、

人員・時間・資金投入量 (How much)、2E とは、対策の結果 (Evaluation)、情報の信頼性 (Evidence) を指している。

インシデント・アクシデント情報の分析機能には、RCA や SHELL モデル等の要因分析手法があるが、これらは個々のケースを対象にするため、インシデント・アクシデントの全体像を捉えられるわけではない。インシデント・アクシデント情報分析後の改善対応の発見・実施機能では、多くのケースを累積してデータベース化を図り、後述する分布関数等の方法によって検討する必要がある。改善対応策適用後のインシデント・アクシデント情報の分析・評価機能は、インシデント・アクシデントの発生件数の変化、インシデント・アクシデントの割合の変化をモニタリング評価することが重要になる。

APDEA サイクルのリスクマネジメント全体を

管理する機能は、すべての機能の統合的役割があるため、安全管理委員会や施設長等の役割が重要となる。APDEA は利用者状況や経営に関する情報収集過程で、情報のエビデンスと最初のリスクアセスメントが重要になる。

3. 介護リスクマネジメントのシステム設計に関する調査結果と比較分析

WEB アンケート調査の回収率は、11.2% (回答施設は 162 施設) であった。内訳は、介護老人福祉施設 99 施設、介護老人保健施設 63 施設であった。調査対象とした介護老人福祉施設と介護老人保健施設の割合は 6:4 で、回収結果の割合と同じであった。これは、全国の両施設の構成割合ともほぼ一致していた。主な調査結果と比較分析結果を以下に示す。

図表 1 介護老人福祉施設と介護老人保健施設の主な属性 (*= $p<0.01$)

	全体(N=162)	介護老人福祉施設(N=99)	介護老人保健施設(N=63)
※定員数の中央値	80 人	70 人	100 人
利用率の中央値	96%	97%	96%
※常勤換算介護従事者 1 人あたり利用者数の中央値	2.4 人	2.2 人	2.7 人
※要介護 4 以上の利用者割合の中央値	57%	68%	42%
※ユニット型個室の導入率	18%	40%	13%

3.1 回答施設の属性について

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の主な属性は、図表 1 に示している。ここでは、両施設の属性の中央値の Mann-Whitney 検定を行った。属性は、定員数、常勤換算介護従事者 1 人あたり利用者数、要介護 4 以上の利用者割合、ユニット型個室の導入率である。

検証結果から、介護老人福祉施設で有意に定員数が少ない傾向がみられた。常勤換算介護従事者 1 人あたり利用者数は、介護老人福祉施設のほうが有意に手厚い人員配置の傾向にある。要介護 4 の利用者の割合は、介護老人福祉施設のほうが有意

に高く、全国的な傾向と一致するものであった。

居室区分は、介護老人福祉施設で有意にユニット型個室の導入率が高く、一人ひとりの生活に目が行き届きやすい体制になっていると考えられる。

3.2 安全管理の組織運営と情報の管理方法・集計・分析について

定期的な安全管理に関する委員会や会議の開催を実施している施設は、93%と 9 割以上を占めた。介護老人福祉施設で 92%、介護老人保健施設で 95%と多くの施設で設置している。これらの委員会や会議の頻度は、月 1 回が 74%と約 4 分の 3 で

大半を占めた。月1回で実施の割合は、介護老人福祉施設で75%、介護老人保健施設で73%であった。

専任の集計・分析担当者を配置している施設は、20%と2割を占めた。兼任の集計・分析担当者みの配置が55%と半数以上であった。それぞれ両施設でほぼ同じ割合であった。

インシデント・アクシデント情報は、77%と約8割の施設がテキスト様式で管理していた。介護老人福祉施設で77%、介護老人保健施設で76%であ

った。チェック様式は14%であった。前者で10%、後方で21%であった。テキスト様式では、インシデント・アクシデント情報が正しく把握されない可能性が高い。

インシデント・アクシデントの集計・分析対象は、両方を集計・分析している施設が81%と8割以上を占めた。介護老人福祉施設で78%、介護老人保健施設で87%であった。

図表2 施設のインシデント・アクシデントの種類の比較

インシデント・ アクシデントの種類	全体 (N=162)			介護老人福祉施設 (N=99)			介護老人保健施設 (N=63)		
	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位
転倒に関するもの	158	97.5%	1位	95	96.0%	1位	63	100.0%	1位
転落に関するもの	120	74.1%	2位	71	71.7%	2位	49	77.8%	2位
外傷に関するもの	67	41.4%	3位	41	41.4%	3位	26	41.3%	3位
誤薬に関するもの	41	25.3%	4位	26	26.3%	4位	15	23.8%	4位
誤嚥に関するもの	30	18.5%	5位	21	21.2%	5位	9	14.3%	6位

図表3 施設のインシデント・アクシデント発生要因の比較

インシデント・アクシデントの 主な原因3つ選択	全体 (N=162)			介護老人福祉施設 (N=99)			介護老人保健施設 (N=63)		
	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位
観察・見守り不足	136	84.0%	1位	83	83.8%	1位	53	84.1%	1位
確認不足	82	50.6%	2位	51	51.5%	2位	31	49.2%	3位
利用者の認知症	78	48.1%	3位	36	36.4%	3位	42	66.7%	2位
利用者の要介護度の重度化	45	27.8%	4位	27	27.3%	5位	18	28.6%	5位
職員間のコミュニケーション不足	41	25.3%	5位	32	32.3%	4位	9	14.3%	7位

3.3 インシデント・アクシデントの内容について

インシデント・アクシデントの種類について、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の双方で、多かったものを3つあげてもらった。主なものを図表2に示している。インシデント・アクシデントの種類について、多い順にみると、転倒98%、転落74%、外傷41%であった。転倒が9割以上を占めて、いずれの施設でも高い割合を占めていた。両施設では、その順位は転倒・転落・外傷の順で同じ

であり、割合にも差がみられなかった。

インシデント・アクシデントの発生要因についても、多かったものを3つあげてもらった。両施設のインシデント・アクシデントの発生要因の上位5つを図表3に示している。順にみると、観察・見守り不足が84%と8割以上、確認不足が51%と過半数、利用者の認知症が48%とほぼ半数であった。これらでインシデント・アクシデントの発生要因の全体の52%と半数以上を占

めていた。介護老人福祉施設と介護老人保健施設を比較すると、発生要因の上位3つは同じ要因であった。しかし、後者で利用者の認知症が前者よりも3割高い特徴があった。インシデント・アクシデントが必ずしもサービス提供者側の要因のみで起こるわけではないことを指摘できる。

インシデント・アクシデントの発生場所について、多かった場所を両施設に2つあげてもらった。図表4は、施設のインシデント・アクシデントの発生場所の上位5つを示している。インシデント・アクシデントの発生場所は、多い順にみると、利用者の居室（ベッド）69%、利用者の居室（ベッド以外）49%、食堂35%、トイレ28%、廊下21%であった。利用者の居室でのインシデント・アクシデ

ントが全体の56%と約6割を占めた。利用者の居室が主な発生場所といえる。介護老人福祉施設と介護老人保健施設を比較すると、前者では食堂、後者ではトイレでのインシデント・アクシデントの発生が多いことがわかった。

インシデント・アクシデントの発生時間帯は、多い順に12～17時台41%、6～11時台26%、18～23時台23%であった。午後の時間帯に比較集中している。介護従事者の業務内容から、忙しい時間帯であることや注意力の限界が要因として考えられる。発生時間帯は、介護老人福祉施設と介護老人保健施設で同じ順位で、割合にも差はみられなかった。

図表4 施設のインシデント・アクシデントの発生場所の比較

インシデント・アクシデントの 主な発生場所2つ選択	全体 (N=162)			介護老人福祉施設 (N=99)			介護老人保健施設 (N=63)		
	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位
利用者居室(ベッド)	112	69.1%	1位	72	72.7%	1位	40	63.5%	1位
利用者居室(ベッド以外)	79	48.8%	2位	46	46.5%	2位	33	52.4%	2位
食堂	56	34.6%	3位	43	43.4%	3位	13	20.6%	4位
トイレ	45	27.8%	4位	19	19.2%	5位	26	41.3%	3位
廊下	34	21.0%	5位	22	22.2%	4位	12	19.0%	5位

図表5 施設の安全管理対策の比較

安全管理対策 (該当するものをすべて選択)	全体 (N=162)			介護老人福祉施設 (N=99)			介護老人保健施設 (N=63)		
	件数	割合	順位	件数	割合	順位	件数	割合	順位
安全管理（転倒・転落・感染症等） マニュアル・指針の策定	142	87.7	1位	86	86.9%	1位	56	88.9%	1位
安全教育・研修	123	75.9	2位	79	79.8%	2位	44	69.8%	4位
低床ベッド	120	74.1	3位	77	77.8%	3位	43	68.3%	5位
安全管理委員会等の組織の設置	120	74.1	3位	70	70.7%	4位	50	79.4%	2位
ナースコール連動型離床センサーの設置	117	72.2	5位	69	69.7%	7位	48	76.2%	3位
職員による施設内の巡回	113	69.8	6位	70	70.7%	4位	43	68.3%	5位
転倒防止マット	112	69.1	7位	70	70.7%	4位	42	66.7%	8位
消毒の設置	109	67.3	8位	67	67.7%	8位	42	66.7%	8位
車椅子等からのずり落ち防止策	101	62.3	9位	58	58.6%	9位	43	68.3%	5位

3.4 安全管理対策について

安全管理対策で、実施しているものをすべてあげてもらった。図表5はその結果である。

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の安全管理対策では、安全管理（転倒・転落・感染症等）マニュアル・指針の策定88%が最多であった。これは、両施設でもそれぞれ約9割の実施割合を占め、最多であった。前者では安全教育・研修が約8割と高く、後者では、安全管理委員会等の組織の設置の割合が約8割を占めていた。

安全管理対策で、最も強化しているのは、多い順に、安全教育・研修22%で2割以上を占めた。介護老人福祉施設では、安全教育・研修が26%、介護老人保健施設では、ナースコール連動型離床センサーの設置が27%で最多であった。

安全管理対策で、最も成果（件数の減少等）があったと感じられるものは、ナースコール連動型離床センサーの設置で、24%と約4分の1を占めた。介護老人福祉施設では21%と2割以上、介護老人保健施設で29%と約3割を占め、最も多かった。

4. 介護リスクマネジメントシステムに関する仮説検証

ここでは、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の介護リスクマネジメントシステムの相違の有無を明らかにするために、それに関する3つの仮説について、検証した。

仮説の検証では、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の機能に注目した。前者は利用者の生活支援を主な機能とし、後者は利用者のリハビリテーションを主な機能としている。

仮説1では、両施設の利用者の属性が異なるため、インシデント・アクシデントの発生要因も異なることが想定される。

仮説2では、施設の機能が異なるので、利用者がある生活空間の時間配分も異なる可能性があり、発生場所に相違があることが想定される。

仮説3では、生活支援とリハビリテーションでは運動量が異なるため、2つの施設間で利用者1人あたりの年間インシデント・アクシデントの発生件数に相違があると想定される。

仮説1：インシデント・アクシデントの発生要因には、両施設間で相違がある。
 仮説2：インシデント・アクシデントの発生場所には、両施設間で相違がある。
 仮説3：利用者1人あたりの年間インシデント・アクシデントの発生件数は、両施設間で相違がある。

仮説1の検証では、インシデント・アクシデントの発生要因として、図表3の5つの要因を取り上げた。仮説2の検証では、インシデント・アクシデントの発生場所について、図表4の5つの場所を取り上げた。

これらの仮説が実態として成立するのかを検証する。検証には、先述したWEBアンケート調査のデータを用いる。分析は、施設種別と主なインシデント・アクシデント発生要因と発生場所の全体に占める構成割合について、2×2のχ²検定を1%の有意水準で行う。ここでは、検証結果で有意な差がみられたものの一部を示している（図表6、7）。

図表6 施設種別と利用者の認知症間の関連性 (p<0.01)

		利用者認知症		合計
		なし	あり	
施設種別	介護老人福祉施設	63	36	99
	介護老人保健施設	21	42	63
合計		84	78	162

インシデント・アクシデントの発生要因は、介護老人保健施設では利用者の認知症が有意に多く、介護老人福祉施設では職員間のコミュニケーション不足が有意に多かった。これは、前者では後者と比較して、認知症の日常生活自立度が軽中度の利用者が多く、平均在所日数は短期間で自宅に復帰する割合が高い（厚生労働省 2009）ためと考えられる。

介護老人福祉施設と介護老人保健施設のインシデント・アクシデントの発生場所は、食堂が介護老人福祉施設で有意に多く、トイレが介護老人保健施設で有意に多かった。

仮説 2 では、介護老人福祉施設と介護老人保健施設の利用者 1 人あたりの年間インシデント・アクシデント発生数の中央値について、Mann-Whitney 検定を行った。利用者 1 人あたりの年間インシデント・アクシデントの発生件数は、20 件区分で 13 区分にカテゴリ化された年間インシデント・アクシデントの発生件数の代表値を各

施設の定員数で除したものである。検定の結果、有意な差はみられなかった。

全体の利用者 1 人あたりの年間インシデント・アクシデント発生件数の中央値は、2.1 件（介護老人福祉施設：2.1 件、介護老人保健施設：1.9 件）であった。これは、定員 100 名ならば、年間平均で約 200 件のインシデント・アクシデントが発生していることを意味する。

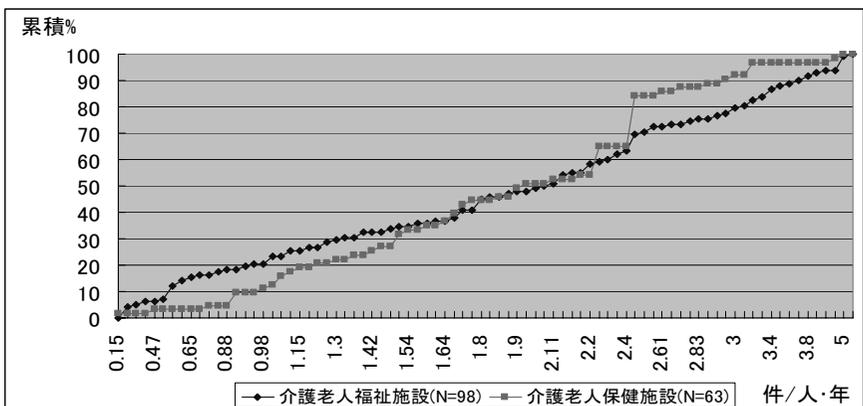
図表 8 は、両施設の利用者 1 人あたりの年間インシデント・アクシデント発生件数の分布関数を示している。

分布関数の特性は、次のように示される。「分布関数は、横軸に検討したい変量を取り、変量値の低いものから累積して 100%になるまでの曲線である。……分布関数の縦軸の値は、確率分布の面積を示しているので、分布関数の形状は確率分布の形状を反映している。……特異データ（アウトライヤー）やエラーデータに関して、安定性があるので分布関数から得られる統計量(四分位数等の

図表 7 施設種別と食堂間の関連性 (p<0.01)

		食堂		合計
		なし	あり	
施設種別	介護老人福祉施設	56	43	99
	介護老人保健施設	50	13	63
合計		106	56	162

図表 8 施設別利用者 1 人あたりの年間インシデント・アクシデント発生数の分布関数



統計量)は安定的である。」(関田康慶「データ解析の理解と統計分析のリスクマネジメントへの応用」『医療安全管理テキスト』)

図表8の横軸は、利用者1人あたりの年間インシデント・アクシデント件数で、縦軸は累積割合を示している。

介護老人福祉施設で利用者1人あたりの年間インシデント・アクシデント件数が2.5件以上の割合が約3割ある。介護老人福祉施設ではユニット型個室の導入率の高さ、常勤介護従事者1人当たりの利用者数が少ないため、一人ひとりへの時間や注意力が増した結果、発見につながっている可能性がある。介護老人保健施設の2.5件付近で、グラフが急勾配になっているのは、2つ理由がある。第1に、当該施設で100人の定員の施設が多いこと、第2は、240件以上のカテゴリの代表値を250件として取り扱ったためである。しかし、これによって中央値が変わることはない。

5. 考察と結論

5.1 考察

本研究では介護リスクマネジメントシステム機能について、1~4次予防的対策の視点に基づき検討した。安全管理委員会等の組織は、「インシデント・アクシデント発生予防機能」で、APDEAサイクルのリスクマネジメント全体を統合する役割がある。調査結果をみると、その設置割合は9割以上と高いが、機能的には不十分な状況にある。インシデント・アクシデント集計・分析担当者は、専任の担当者が2割程度、兼任のみの配置が過半数であった。インシデント・アクシデント情報の分析機能がまだ不十分であることを示している。

インシデントとアクシデント内容の明確化が「インシデント・アクシデント情報のセンサー・報告機能」と「インシデント・アクシデント情報の整理・蓄積機能」の充実の基盤になる。これらの機能の充実度がインシデント・アクシデントの発生件数にも直接的な影響を与える。インシデント・アクシデント情報の管理方法は、約8割がテキスト形式であった。管理様式に関わらず、報告内容に

7W2H2Eの視点がないと、インシデント・アクシデント情報を正確に分析できない可能性がある。

インシデントの種類、発生要因、発生場所、発生時間帯等の各要素を単一の要素ではなく、条件の組み合わせとしてみることで、インシデント・アクシデントの全体像を捉えることが可能となる。ハイリスクな条件を発見することで、クリティカルポイントが明確になり、場当たりのな対策の防止、効果的・効率的な資源運用につながることを期待される。これは、「インシデント・アクシデント情報分析後の改善対応の発見・実施機能」と関連する。

仮説検証の結果、インシデント・アクシデントの発生要因は、利用者の認知症が介護老人保健施設で有意に多かった($p<0.01$)。これは、介護老人保健施設では元気な認知症利用者が多く(厚生労働省2009)、介護従事者の対応に限界があるためと考えられる。また、インシデント・アクシデントの発生場所は、食堂が介護老人福祉施設で有意に多かった($p<0.01$)。これは、介護老人福祉施設の機能が利用者の生活支援にあることと関係していると考えられる。介護老人福祉施設の利用者は、運動するよりも、食堂で他の利用者と交流するため、食堂にいる時間が必然的に長くなる。また、介護老人福祉施設は、要介護4の利用者の割合が高く、認知症の日常生活自立度も重度者が多い(厚生労働省2009)。

両施設には、発生要因や発生場所にわずかな差がみられたが、両施設の利用者1人あたりの年間インシデント・アクシデントの件数の中央数は約2件で相違なかった。インシデント・アクシデント発生件数は、アウトカムのひとつである。そのため、インシデント・アクシデント・レベルや分布関数分析と組み合わせることで、より詳細な分析を必要とする。

5.2 結論

介護リスクマネジメントシステムは、APDEAサイクルの機能面からみた場合に、7つのシステム機能を有することが判明した。それらは、1次~4次

予防の実現に関わるものであった。インシデント・アクシデント情報の管理方式の大部分がテキスト形式であるため、WEB アンケート調査結果から、インシデント・アクシデントを減少させるための計量分析に対応できていないことが判明した。7W2H2Eの視点を含むことにより、情報漏れをなくし、APDEAサイクルをまわすことで、安全管理水準の向上が期待される。

仮説検証の結果、介護老人福祉施設と介護老人保健施設では、利用者1人あたりの年間インシデント・アクシデント発生件数に有意な差はみられなかった。両施設では、利用者像や施設機能、職員配置等の相違に関わらず、インシデント・アクシデントが年間平均で利用者1人あたり約2件発生する。安全管理対策として、介護老人福祉施設では介護老人保健施設と比較した場合、職員間のコミュニケーションを密にして、食堂での転倒防止策を議論すること、介護老人保健施設では元気な認知症高齢者への対応策が求められる。

引用文献・参考文献

- 1)明渡陽子:介護事故調査が析出させた「介護周辺」の課題ー「足るを知る介護」を求めて、白梅学園短期大学紀要、39、1-22:2003
- 2)福祉サービスにおける危機管理に関する検討会:福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針~利用者の笑顔と満足を求めて:2002
- 3)厚生労働省:平成19年介護サービス施設・事業所調査:2009

- 4)美阪由紀子:事故報告書が伝えてくれる介護事故の実態と課題の一考察、北星学園大学大学院論集、1、55-70:2010
- 5)三田寺裕治:高齢者福祉施設におけるリスクマネジメントー介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討ー、淑徳短期大学研究紀要、44、85-100:2005
- 6)三菱総合研究所:高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書:2009
- 7)三菱総合研究所:特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドラインー特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書ー別冊:2007
- 8)二階堂一枝、篠原裕子、松村幸子他:訪問看護におけるインシデント・アクシデントおよび予防対策の実態ー介護保険法施行後3年を経たN市訪問看護ステーションの調査からー、新潟青陵大学紀要、4、237-261:2004
- 9)日本介護福祉士会:介護現場におけるサービスの質の確保に関する調査報告書ー介護事故等に関する実態把握及び分析をとおしてー:2008
- 10)関田康慶:「データ解析の理解と統計分析のリスクマネジメントへの応用」『医療安全管理テキスト』日本規格協会、224-225:2008
- 11)社会保険研究所:介護報酬の解釈2 指定基準編:2006
- 12)山田健司:介護事故にみるリスクの本質とサービス範囲の限界、京都女子大学生生活福祉学科紀要、4、27-35:2008

Abstract

There are three purposes of this study. First, we tried functional analysis of care risk management, clarified relationship between primary prevention function~forth prevention function and function of the system. Second, we compared the care risk management system situation between nursing homes and geriatric facilities, clarified difference of both facilities. Third, the hypothesis on care risk management system is examined.

In this study, following research methods are applied as follows: functional analysis, statistical analysis, examining hypothesis. In order to apply these methods, we use the data obtained from the

WEB research system built in statistical analysis which is developed by our research group.

APDEA (Assessment, Planning, Do, Evaluation, Action) cycle is a fundamental basis care risk management system. However analyzing data show these systems are insufficient. Comparing the two kinds of facilities, nursing homes are required to improve the communication gap among care staff and geriatric facilities are required to improve the care service for dementia clients. The average of cases of incident/accident of both facilities is about 2 during a year.

編集後記

介護経営第5巻第1号をお届けします。

今回は前巻にも増して多くの方々から投稿をいただきました。一方では、学会内の査読者数には限りがあります。そのため、査読をしていただいた一部の先生方には大変なご苦勞をおかけすることになりました。また、査読の過程では、様々なご意見をいただきました。それらのご意見をもとに、投稿の締め切りや査読基準などについて、今後の検討課題を次回の編集に向けて一つ一つ解消していきたいと考えています。

これからも、皆様からの盛んな投稿をお待ちしております。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に御礼申し上げます。

(K. N)

介護経営

第5巻 第1号 (年1回発行) 2010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