ISSN 1881-3801

VOLUME 8　NUMBER 1　2013

The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care

介　護　経　営

第８巻　第１号　　２０１３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
地域包括ケアシステムへの期待と課題
高木安雄‥‥1

研究論文
介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの質に関する研究
宮本啓子、東野定律、小山秀夫‥‥2

医療ニーズに対応する小規模多機能型居宅介護におけるケア提供の特徴
－1 事業所のタイムスタディ調査データ分析をもとに－
大夛賀政昭‥‥12

研究資料
福祉系学部の長期動向と産業への接続の問題 －学校基本調査の分析から－
吉田和夫‥‥25

介護施設におけるベトナム人就労者の活用についての研究
－日本に就労経験のある看護師に対する聞き取り調査を中心に－
光山誠‥‥37

研究ノート
地域密着型サービス事業所の災害時における存在価値について
－復興支援の現場から－
橋詰清‥‥46

編集後記

［巻頭言］

地域包括ケアシステムへの期待と課題

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
高木　安雄

社会保障制度改革国民会議の報告書が本年８月にまとめられたが、2025 年までの医療と介護の改革はほぼ地域包括ケアシステムをベースとして、「地域包括ケアシステムは介護保険制度の枠内だけでは実現しない」と、介護サイドの地域包括ケア支援センターと在宅医療サイドの地域医療連携拠点の連携・融合を提言するなど改革の中核と位置付けられる。

地域包括ケアの理念は、介護保険法第５条第３項に、「被保険者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう…有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」と規定されている。「住まい」を中核にその周辺に「医療」「介護」「生活支援・介護予防」を一体的に提供することになっているが、大都市部と町村部では大きな地域格差が存在しており、同じ首都圏でも団地や一戸建ての住宅地など「住まい」の作られ方によって、システムの内容は大きく異なるに違いない。

住宅の広告は大手町駅までの所要時間が掲載されるが、金融など大企業本社が集まる大手町から延々1時間以上もかけて帰る住まいは郊外のベッドタウンであり、寝に帰るだけの「定時制市民」と揶揄されるのが一般的なホワイトカラー、サラリーマンの姿である。退職した途端に「全日制市民」となるが、地域に友人は少なく、社会的参加の道筋も小さい。したがって、昔の同僚との関係が懐かしく、そういえば郊外のターミナル駅周辺にはセレモニーホールがひしめき合っている。葬儀に集まるのは地域の住民ではなく、企業関係が多く集まることを考えると、ターミナル駅周辺が好都合なのである。

しかし、駅を降りたらセレモニーホールという構図は効率化を求め続けた高度経済成長の発想そのものである。駅は街の顔であり、公会堂や教会、広場が駅に降り立った人を温かく迎えてくれるのがヨーロッパの街である。

駅前の進学塾で猛勉強し、大手町の大企業に勤めて、退職したら、「地域に目覚めよ」と言っても無理な話である。団塊の世代の多くは地方から進学・就職のために上京して、結婚して、子供が生まれて、郊外に住まいを求めていったのである。これと対照的なのが工場に勤めていたブルーワーカーの退職後だろう。かれらの多くは結婚して、子供が生まれても、工場周辺に住まいを求めることになり、開発された同じ住宅団地に住むことも多い。退職しても、昔の仲間は近くに住んでおり、ハイキングや史跡巡りの高齢者の集団が旗を掲げて、郊外のターミナル駅で集合しているのを見ることがある。忙しく大手町に向かうサラリーマンを横目に、下り列車に乗って昔の仲間と夫婦そろって楽しい一日を過ごすことが想像できる。

人生の黄昏の時期を地域でどう豊かに生きていくのか、子育てや就労で忙しい時期から地域を眺めて、地域に参加しておくべきだろう。地域の公立校の PTA 役員くらいはやっておくべきで、地域の八百屋さんや大工さんと知り合うことができて、会社とはまったく異なるネットワークを構築することができる。かつて子供たちのために汗をかいた昔の仲間がのんびりできる年齢となって、昔話に集うことになる。地域包括ケアはそうした背景をふまえて取り組む必要があり、成熟社会を迎えて地域を大切に眺め、構築する力量が問われている。

［研究論文］

介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの質に関する研究

著 者　：宮本　啓子（甲子園大学栄養学部栄養学科）
共著者：東野　定律（静岡県立大学経営情報学部）
　　小山　秀夫（兵庫県立大学大学院経営研究科）

抄録

介護保険施設では、管理栄養士の配置などの栄養ケア・マネジメント体制は定着してきているが、サービスの継続的な品質改善活動に課題があることが報告されている。本研究では、実際の栄養ケア実務を行う管理栄養士が品質改善活動に影響を及ぼすと捉えている因子を明らかにすることを目的とした。

管理栄養士で構成されたワーキング・チームでのフォーカス・グループ・インタビューを行った結果、管理栄養士を中心とする栄養ケア・マネジメント体制により、施設入所者の疾病や障害のアセスメント、そして摂食機能の低下等への対応は行っているが、人員配置の少なさや業務の煩雑さから、結果的にプロセス項目を満たせず、介護報酬等でのインセンティブを得られていないことが明らかになった。

今後は本研究の結果をもとに、定量的なデータを収集し、栄養ケア・マネジメントの品質改善活動に影響をおよぼす因子をさらに検討していくことが必要であると考えられる。

キーワード：介護保険施設、栄養ケア・マネジメント、給食管理、管理栄養士

1. はじめに

1.1　研究の背景

栄養マネジメント加算は、平成 17（2005）年 9 月の介護保険制度改正で、介護保険施設サービスに導入された高齢者の最大の栄養問題である低栄養の予防・改善を図るためのサービスである栄養ケア・マネジメント体制を評価するものである[1)]。介護保険施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント体制は、導入時に厚生労働省老健局より参考例が示されている[1)]。この参考例においては、施設長が、管理栄養士と医師などの関連職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備し、管理栄養士は関連職種と共同して、栄養ケアを提供することが示されている。栄養ケア・マネジメントは、低栄養リスクのスクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画の実施、モニタリングを行うものであり、食事提供サービスが主である給食管理業務とは異なる新しいサービスである（図表 1）。施設（病院）における管理栄養士の役割は、給食管理業務が全業務の６割を占めており、栄養ケア・マネジメントの導入に当たって、給食管理業務の効率化が推奨された[2)]。

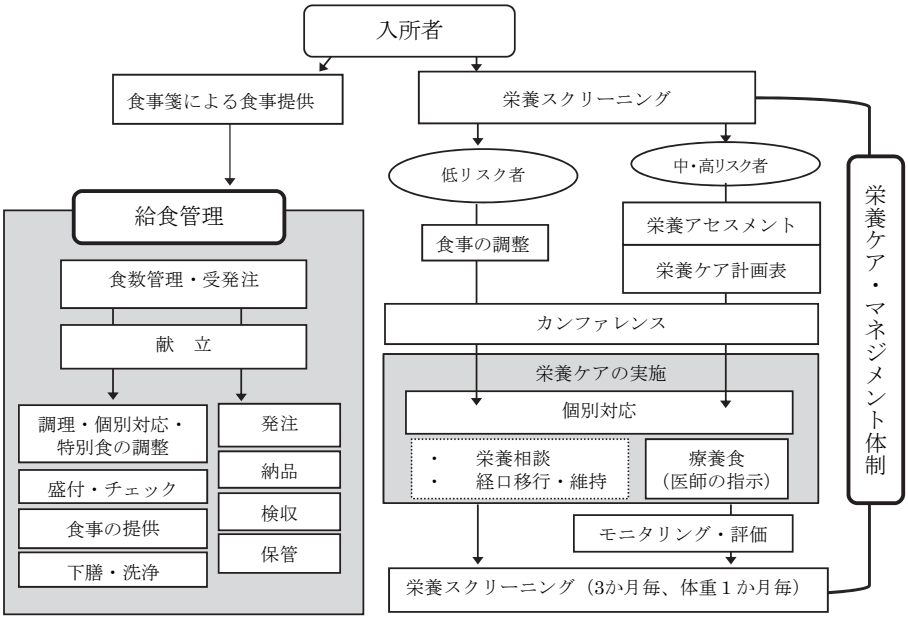
導入後 5 年以上が経過し、管理栄養士の配置などの制度的な体制は整備され定着してきているが、サービスの継続的な品質改善活動に課題があることが報告されている[2)]。介護保険施設の平均要介護度は重度化し、個別対応ニーズが高まり、管理栄養士側では、食事に対する要望や栄養ケアにどのレベルまで対応していくか、栄養・食事サービスの質の在り方が問われるようになってきている。

栄養ケア・マネジメント体制の質の向上を目指すためには、各施設における「サービスの継続的な品質改善活動の課題」を検討し、栄養ケア・マネジメント体制の品質方針や品質改善活動の基準を明らかにしていくことが緊急の課題と考えられる。

1.2　研究の目的

本研究では､医療･介護の質評価に使用される[4)､5)]、評価のストラクチャー（構造)、プロセス（課程)、アウトカムの枠組みに基づき、栄養ケア・マネジメント体制の質の向上に寄与しうる組織体制および栄養部門の体制、業務プロセスの事例を収集し、栄養ケア・マネジメント体制の継続的な品質改善活動に影響を及ぼす因子を、探索的に明らかにし、ひいては介護経営の発展および栄養ケア・マネジメントの質の向上に資することを目的とする。

図表 1. 栄養ケア・マネジメントにおける給食管理の手順の効率化



文献 3 より引用。一部改変。

２．管理栄養士を対象としたフォーカス・グループ・インタビュー調査

2.1　目的

本研究では、探索的定性的研究として管理栄養士で構成されたワーキング・チームでのフォーカス・グループ・インタビューを行った。本研究では、栄養・食事サービス実務を行う管理栄養士が品質改善活動に影響を及ぼすと捉えている因子を明らかにすることを目的とした。

フォーカス・グループ・インタビューとは、メンバー同士の相互作用を促し、そうして掘り下げられた情報を得る手法である[6)]。質的な研究方法は、対象者数が限られるため、本研究は、今後の定量的な評価につなげていくために妥当性を担保するための先行的研究と位置づけた。

2.2　調査方法

2.2.1　フォーカス・グループ・インタビューの手順

フォーカス・グループ・インタビューは、研究協力を得られた 3 施設の管理栄養士（3 人）を対象とした。いずれの施設も兵庫県内で、栄養マネジメント加算を算定している介護保険施設（介護老人福祉施設および介護老人保健施設）である。

フォーカス・グループ・インタビューは、平成 25 年 2 月 12 日 14 時～16 時に貸会議室においてテーブルを取り囲む形で行った。まず、研究者が司会者として研究のテーマと目的をのべ、個人名や施設名はすべて ID で取り扱うこと､研究の成果は、学術論文等で公表を予定していることを説明した。

その上で、会話内容をICレコーダーで録音することの承諾を得た。録音したインタビュー記録はテープリライト専門会社に委託して、逐語録を作成した。フォーカス・グループ・インタビューの主要な調査項目は、①管理栄養士としての実務経験について、②栄養ケア・マネジメント体制の品質方針とその基準、③給食運営体制、④業務上の困難についてとし、参加者が自由に話せるよう、オープンエンドな質問を心がけ、経験に基づく具体的な発言を求めた[6)、7)]。

2.2.2　参加者の所属施設の基本情報の収集

協力の同意を得た各施設の概要や栄養マネジメントの算定の有無は、厚生労働省が管轄している介護サービス情報公表制度の Web サイトを利用して情報を収集した。またインタビュー時に、参加者に、栄養管理部門の詳細を確認し、人員体制などの構造的な側面（ストラクチャー）ならびに栄養ケアや食事サービスの提供過程（プロセス）の情報を収集し、栄養ケア・マネジメントの評価項目の類型化を試みた。

2.3　倫理的配慮

介護保険施設に所属する管理栄養士に対し、研究依頼書面をもって、研究目的、計画内容について説明した。また、個人情報保護の方法、成果の公表予定、費用、協力の撤回についても明記し、協力者が不利益を被ることはないことを説明し、常に質疑を受けると伝えた。

本研究は甲子園大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。(倫理審査受付番号 24-02)

３．結果

3.1　施設概要

協力への同意を得られた管理栄養士が所属する 3 施設について報告する（図表 2)。医療法人介護老人保健施設 A は、短期入所サービス、通所サービス、高齢者向け住宅を併設している。入所者の平均的な入所日数 491.6 日である。1 食の食数を最大値で見込むと、160 食＋10 戸となる。利用料として入所者が負担する食費は、1 日あたり 1600 円である。社会福祉法人地域密着型特別養護老人ホーム B は、地域密着型サービスを中心にし、小規模多機能型居宅介護等に加え、同一敷地内に軽費老人ホーム（ケアハウス）がある。1 食の最大見込食数は 134 食、利用料として入所者が負担する食費は 1 日あたり 1380 円である。社会福祉法人特別養護老人ホーム C は、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）等があり、1 回の最大見込食数は 108 食であり、利用料として入所者が負担する食費は、1 日あたり 1380 円である。

3.2　管理栄養士の業務内容と加算取得状況

3 施設すべてに常勤の管理栄養士が 1 名配置され、栄養マネジメント加算を算定している（図表 3)。給食管理業務は、3 施設とも給食会社に業務委託を行っている。委託部分は、基本献立の作成業務や受発注業務、調理業務である。介護老人保健施設 A の管理栄養士 A は、栄養ケア・マネジメントを中心に食数管理、通所サービスでの栄養教室やイベント開催、在宅サービスへのかかわりも持っている。特別養護老人ホーム B の管理栄養士 B は、地域密着型特養における栄養ケア・マネジメントを中心に行い、介護職の経験を活かし、利用者の在所するユニットに積極的に赴いている。管理栄養士 C は、栄養ケア・マネジメントのほかに、食数管理や献立の調整・展開、食事の個別対応などのウェイトが高くなっている（図表 3)。

介護保険制度には、栄養・食事サービスに関わる評価（加算）として、栄養マネジメント加算のほかに、経腸栄養の利用者を対象に経口摂取を進めるための栄養管理（経口移行加算)、誤嚥（嚥下障害）がある利用者を対象に経口摂取を維持するための特別な管理（経口維持加算)、疾病別の特別な栄養管理（療養食加算）がある。療養食加算や経口維持加算を算定しているのは、介護老人保健施設 A のみであり、常勤の言語聴覚士が配置されているのも、介護老人保健施設 A のみであった（図表 3)。

図表 2. 施設概要

法人格		医療法人	社会福祉法人	社会福祉法人
施設種別		介護老人保健施設 A	特別養護老人ホーム B	特別養護老人ホーム C
事業の開始年月日		2005 年 5 月 1 日	2007 年 5 月 1 日	2005 年 4 月 1 日
運営方針		施設の従事者は、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療並びに日常生活上の世話を行い、入所者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにするとともに、その居宅に於ける生活への復帰を目指しています。	利用者、家族のニーズの把握に努め、自己決定・自立援助を基本とする。 利用者本位のサービス提供を基本とする。 利用者、家族の生活の全体像把握に努め、その中でわれわれの提供するサービスの担う役割と有効性を常に検証する 利用者の生活の個別性を尊重し、個別処遇を基本とする。 利用者の権利擁護を遵守し、家族を含めた個人情報には守秘義務を徹底する。	入居者ひとりひとりの意思および人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスを提供します。全室個室の特徴を活かし、入居者のプライバシーの確保、個別ケアを大切にします。
施設サービス定員		100	29	70
併設施設	短期入所サービス定員	20	20	10
	通所サービス定員	40	25	20
	その他	高齢者向け住宅 10 戸	ケアハウス 60 介護付有料老人ホーム 84	グループホーム 27
経験年数５年以上の従業員の割合		65.5%	8.7%	23.7%
入所者の平均的な入所日数		491.6 日	1,087 日	1,157 日
利用料　居住費/1 日		介護保険に準ずる 特別個室 1,640 円＋525 円、多床室あり	ユニット型個室　3,500 円	個室　2,630 円
1 回の最大見込食数		160＋10 戸	134	108
1 日当たりの食費		1600 円	1380 円	1380 円

図表 3. 管理栄養士の業務内容と加算取得状況

施設種別	介護老人保健施設 A	特別養護老人ホーム B	特別養護老人ホーム C
管理栄養士の配置	常勤 1	常勤 1 （有料老人ホーム非常勤 1）	常勤 1
栄養マネジメント加算	○	○	○
経口維持加算	○	記載なし	記載なし
療養食加算	○	×	×
管理栄養士の主な業務	栄養ケア・マネジメント 食数管理 給食会社の調整・管理 通所サービスの栄養教室 給食会議	栄養ケア・マネジメント 食数管理 個別対応分の受発注 給食会社の調整・管理 給食会議	栄養ケア・マネジメント 食数管理・献立の展開 個別対応分の受発注 給食会社の調整・管理 給食会議
給食管理業務	給食業者への委託	給食業者への委託	給食業者への委託
言語聴覚士の配置	○	×	週 2 回

3.3　管理栄養士の基本属性（図表 4）

最初に各管理栄養士に自己紹介を兼ねて管理栄養士としての実務経験ならびに栄養ケア・マネジメント体制の目標や自己評価を話すように依頼した。司会者である筆者が、適宜、補足や注釈を行った。また調査において重要と思われる部分には、全員に情報が共有されるように、同じ質問を全員に行い、認識が進むように促した。

管理栄養士 A の実務経験は 6 年であり、経験職種は管理栄養士のみである。管理栄養士 B は管理栄養士としての実務経験は 8 年程であるが、介護職等に約 9 年携わっていた。管理栄養士 C は管理栄養士の実務経験は 14 年程度であり、中高校の非常勤講師を経験している。管理栄養士 B ならびに C は、施設の開設から勤務しており、栄養ケア・マネジメント体制の立ち上げを行っている。全員、現在の所属施設以外では、栄養ケア・マネジメントの実務を担当したことはなかった。管理栄養士 B からは、「栄養ケア・マネジメントというのをまったく知らない状態、学校でも習っていない状態」で始めたという発言があった。管理栄養士 C も同様であった。現在、栄養ケア・マネジメント上の課題と考えていることは、管理栄養士 A は食事の個別対応、管理栄養士 B ならびに C は、看取り期への対応であった。

図表 4. 管理栄養士の基本属性

	管理栄養士 A	管理栄養士 B	管理栄養士 C
性別	女性	女性	女性
所属施設	介護老人保健施設 A	特別養護老人ホーム B	特別養護老人ホーム C
実務経験	特養 1 年 現在の施設 5 年	給食会社栄養士 2 年 介護職ほか 9 年 現在の施設 6 年	教員（中高）3 年 給食会社栄養士として 病院・施設 4 年 現在の施設 10 年
現在の所属以外での栄養ケア・マネジメントの経験	なし	なし	なし
栄養ケア・マネジメント上の課題と思うこと	食事の個別対応	看取り期への対応	看取り期への対応

3.4　介護保険施設における栄養・食事サービスの品質方針について

3.4.1　栄養・食事サービにおける最低限の品質とは

インタビューにおいて、高齢者施設で栄養・食事サービスとして最低限ラインは、「食事を出すこと、それにプラス栄養ケアという認識か。最低限は食事が出ることなのか」という問いを投げかけたところ、管理栄養士Ａより、「食べられるものを出す」という返答があり、全員の同意を得た。介護保険施設の管理栄養士は、「食事の提供」なおかつ「食べられる」ということに重点をおいており、「食べられる」という言葉は、フォーカス・グループ・インタビューの中では、頻出ワードであった（図表 5)。頻出ワードは下線で示した。

図表 5. 介護保険施設における栄養・食事サービにおける最低限の品質

管理栄養士Ａ　食べられる※ものを出す。食べられなかったら意味がないので、その人が食べられる※ようなかたちで提供するというのがまず前提になる。次に嗜好。メインディッシュになるタンパク源の魚が嫌いなのに、ずっと魚を出し続けるのも摂取できなくなるので、その場合は違うものを出すというところで、個人的な対応はしていく。

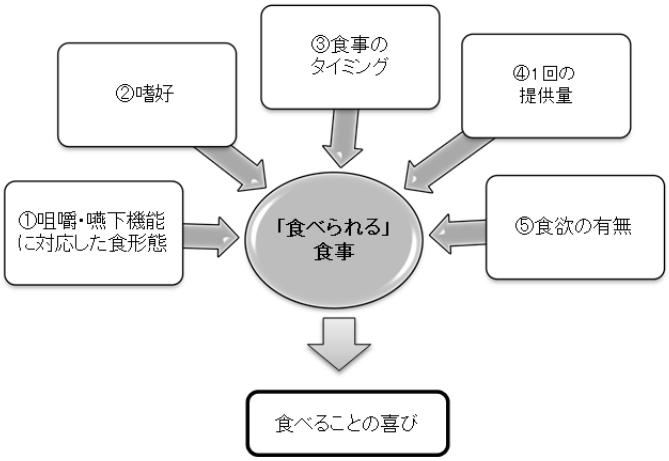
※頻出ワードを下線で示した

3.4.2　「食べられる食事」を構成する要素

「食べられる」という発言に関連して出た言葉は、「嗜好」、「飲み込み」、「むせる頻度」、「食事内容の変更」、「食べられるようなかたち」、「食べられる時に食べて」、「もともと食べない」、「せめて、好きな甘いもの」、「タンパク源の魚が嫌い。その場合は違うものを出す」、「量を 1 人前の半分にしたハーフ食というかたち」、「(時間が) ずれてでもいいから食べられるよう」であった。これらの言葉を、管理栄養士が考える「食べられる食事」の構成要素として整理した。その結果、①咀嚼・嚥下機能に対応した食形態、②嗜好、③食事のタイミング、④1 回の提供量、⑤食欲の有無となった。

また、「胃ろうや点滴」による栄養補給は「食べられなくなる」という状態であり、「栄養状態は改善する」が、「生活とか食生活の質の向上」という面から考えると、「好きなものを食べてもらいたい」、「最期に食べることの喜びで送ってあげたい」という発言があった。これらの結果を、図表 6 に示した。

図表 6. 管理栄養士が考える「食べられる食事」を構成する要素



3.5　給食運営体制と業務上の困難

3.5.1　業務上の困難について

給食の運営に関しては、三施設すべて、給食業者に業務委託を行っていた。しかしながら、「仕事量に対して、人員配置が不足している」「1 人の栄養士が抱えられる量ではない」という意見は、管理栄養士全員に共通していた。仕事量過多の理由としては帳票や書類の多さ、監査への対応があげられた（図表 7)。ほかに、献立作成は、事業委託している給食会社から提供されたモデル献立を、療養食（治療食）や行事食などに調整・変更し、帳票を管理するのは、3 施設とも、施設側の管理栄養士であった。

図表 7. 帳票や書類について

管理栄養士 A　一つの食事変更でも食事箋を用意して、カルテ記入をして、スタッフへの連絡ノートも書いて、食札を新たに作ったり、調理の人への連絡ノートを書いたりする。1 人の食事内容を変更したりするのでも、あっという間に時間が過ぎる。
管理栄養士 B　食数で見ずに一つひとつの仕事で見てくださいと言っています。たくさんある施設を管理栄養士 1 人で管理できるものではないのです。業者が違えば書類も違う。
管理栄養士 C　介護保険の監査だけだったら不要かもしれない検食簿や食品消費日計表も結局、老人福祉法に基づく指導監査では必要なのです。
管理栄養士 C　ケアプランが変わるときには栄養ケア計画も変えないといけない。さらに、それと 3 カ月ごとの栄養ケア計画の見直しとがあるため、少なくとも月に 30 人分は栄養ケア計画を更新していかないといけない。献立も主食ごとに提供エネルギーが変わるので、献立を別々に作成しろという監査での指示があり、今うちは 4 本献立を立てていて、非常に書類に追われている。給食会社から来たモデル献立を、行事食や通所との兼ね合いで、変更するのは施設側です。

3.5.2　加算の算定について

老人保健施設 A は、栄養マネジメント加算、医師の指示があった者には療養食加算、経口維持加算を算定している。特別養護老人ホーム B および C は、栄養マネジメント加算は算定しているが、療養食加算は算定していない。療養食加算を算定していない理由として、「入所者数が 100 人とか、それ以上になってくると、それだけの量は無理だと思う」（管理栄養士 B)、「紙ベースの献立に追われて、てんてこ舞い」（管理栄養士 C）など、食数や個別対応、食種が増えると、帳票類も増え、管理栄養士 1 人では手が回らないとの趣旨であった(図表 8)。

図表 8. 療養食加算を算定していない理由

管理栄養士 B　給食会社のベースの献立のものはできている。入所者数が 100 人とか、それ以上になってくると、それだけの量（療養食対応）は無理だと思うのです。栄養ケアなんて突き詰めていけば、いろいろな個人対応なのに、（立場は）今までの食事だけ出していたころの栄養士のままなのです。
管理栄養士 C　行事とかで献立変更するのは施設側です。結局入力していると紙ベースのものに追われて、てんてこ舞いなものがあります。お昼にサーッと回って、形態が変わったときとか気になる方をパーッと見ていくので精一杯になっています。そこに看取りも入ってくるので、（療養食は）難しいと施設長に言っている状態です。

４．考察

4.1　栄養・食事サービの品質基準

要介護高齢者の低栄養状態の維持・改善のための栄養ケア・マネジメント体制の導入から 7 年が経過し、栄養マネジメント加算を算定している介護保険施設では、管理栄養士の配置などの制度的な体制は整ってきているが、食事の個別対応ニーズが高まり、管理栄養士側では、食事に対する要望や栄養ケアにどのレベルまで対応していくか、栄養・食事サービスの質の在り方が問われるようになってきている。

本研究の結果からは、介護保険施設の管理栄養士は、栄養・食事サービの品質基準として、施設の入所者・利用者が「食べられる食事」を、栄養・食事サービスの重点基準と考えていることが示唆された。管理栄養士が考える「食べられる食事」の構成要素は、①咀嚼・嚥下機能に対応した食形態、②嗜好、③食事のタイミング、④1 回の提供量、⑤食欲の有無であり、栄養ケア・マネジメントの目的（アウトカム）は、低栄養状態の予防・改善に加えて、生活の質（QOL）の向上の優先順位が高いことが明らかになった。

著者らは、介護老人福祉施設においては管理栄養士と看護・介護職が摂食機能障害のスクリーニングや食形態の変更・決定を行っていることが多いことを報告した[8)、9)]が、本研究でも管理栄養士は、咀嚼・嚥下機能（摂食機能）に対応した食形態を重視していることが示された。

4.2　栄養ケア・マネジメントの品質改善活動に影響をおよぼす因子

介護サービスの質の評価では、介護老人保健施設ならびに特別養護老人ホームにおいて、ドナベディアンの質評価モデルに基づいたストラクチャー、プロセス、アウトカム評価項目が示されている[4)、5)]。その中で、栄養ケアに係る項目は、＜ストラクチャー＞項目として、常勤の管理栄養士 1 名以上の配置および栄養マネジメント加算の算定、＜プロセス＞項目として、経口移行加算・経口維持加算の算定、療養食加算の算定が挙げられている。

介護サービスの質の評価では、＜アウトカム＞項目には栄養管理関係はないが、本研究において管理栄養士の考える栄養・食事サービスのアウトカムは、栄養状態の維持・改善ならびに生活の質（QOL）の向上であると考えられた（図表 9）。

図表 9. 栄養・食事サービスの評価項目

	ストラクチャー	プロセス	アウトカム
項目	・ 常勤の管理栄養士１名以上の配置 ・ 栄養ケア･マネジメント体制（加算の算定）	・ 経口摂取のための栄養管理（加算の算定） ・ 療養食の提供（加算の算定）	・ 栄養状態の改善 ・ 生活の質（QOL）の向上

しかしながら、今回の調査では、特別養護老人ホーム B および C では、＜ストラクチャー＞項目である常勤の管理栄養士 1 名以上の配置および栄養マネジメント加算の算定は満たしているが、＜プロセス＞項目である経口移行・経口維持加算ならびに療養食加算の算定は行っていない。フォーカス・グループ・インタビューの発言では、＜プロセス＞項目に関わる加算を算定していない理由として挙げられたのは、「人員配置の不足」ならびに「帳票類の多さ」であった。管理栄養士は摂食機能障害や嗜好への個別対応を行ってはいるが、食数・食種が増えると、できる範囲のことをやるかたちになっていることが窺えた。

以上のことから、＜プロセス＞項目である経口移行加算・経口維持加算、療養食加算を算定し、インセンティブを得るためには、給食管理業務を効率的に行うことが重要であると考えられる。給食管理業務の効率化は、栄養ケア・マネジメント

体制の導入時にも検討が行われている 3 が、現在も管理栄養士の業務において、給食管理業務のウェイトは高く、サービスの継続的な品質改善のためには、給食管理業務における帳票類の見直しなどが必要である。

今後は本研究の結果をもとに、定量的なデータを収集し、栄養ケア・マネジメントの品質改善活動に影響をおよぼす因子をさらに検討していくことが必要であると考えられる。

謝辞

ご多用のところ、本研究にご協力いただきました施設管理者ならびに管理栄養士の皆様に感謝いたします。

本研究は、平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進事業「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」（主任研究　日本介護経営学会）の一部として行ったものである。

引用文献

1）厚生労働省老健局老人保健課長通知「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成 17（2005）年 9 月 7 日老老発第 0907002 号）」において

2）杉山みち子：厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野，長寿科学総合研究，介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究：2006－2008

3）日本健康・栄養システム学会：平成 16 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分），施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会―要介護状態における低栄養状態を改善するために―報告書：2005

4）財団法人 日本公衆衛生協会：平成 21 年度厚生労働省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），介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業-介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書：2010
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai4/sankou3.pdf（アクセス日 2013 年 9 月）

5）介護サービスの質の評価の在り方に係る検討委員会：介護サービスの質の評価について，第 81 回社会保障審議会介護給付費分科会資料：2011
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0201-10b.pdf　（アクセス日 2013 年 9 月）

6）米国立がん研究所編：質的調査法，ヘルスコミュニケーション実践ガイド，日本評論社，116-125：2008

7）田垣正晋：グループ・インタビュー，質的心理学―創造的に活用するコツ，新曜社，155-162：2004

8）宮本啓子，合田敏尚，杉山みち子，小山秀夫：摂食機能障害ケアマネジメントにおけるスクリーニング体制の現状，日本医療・病院管理学会誌，Vol.47(3)1，145-153：2010

9）日本健康・栄養システム学会編：高齢者の栄養改善、経口移行・経口維持、認知症、エンド・オブ・ライフの栄養ケア・マネジメント（改訂版）：2011

Abstract

A study on the quality of nutrition care management in long-term care insurance facility

In the long-term care insurance facilities, nutrition care management system, such as placements of registered dietitians have been established, but that there are several challenges to quality continuous improvement activities of the service have been reported. In this study, we aimed to explore the factors that are considered registered dietitian to do nutrition care practices actually have an impact on quality improvement activities.

We conducted a focus group interview in working a team of registered dietitians. In a result, nutrition care management system has done to respond to food, such as difficulty feeding and nutrition assessment, the facility residents. However, only one person has not been registered dietitian employment, work is complicated. Therefore, a registered dietitian is not obtained the proper incentives for work.

［研究論文］

医療ニーズに対応する小規模多機能型居宅介護におけるケア提供の特徴
－１事業所のタイムスタディ調査データ分析をもとに－

著 者　：大夛賀政昭（長寿科学振興財団・リサーチレジデント）

抄録

2005 年の改正介護保険法により導入された小規模多機能型居宅介護（以下、小規模）は、今後、地域包括ケアシステムを支えるサービスとなることが期待されている一方、医療ニーズへの対応や看取りの実施は難しい等の課題が示されている。本研究では、すでに医療ニーズに対応している１事業所を対象に、他計式１分間タイムスタディ調査（利用者 12 名、職員 11 名）を実施し、ケア提供実態から、その特徴や医療ニーズ対応に必要な介護職員と施設外の医師・看護師との連携について検討を行った。ケア内容分析した結果を認知症グループホームの調査結果と比較したところ、同様の内容が提供されていた。また、職種別のケア内容分析からは、看護師の業務の特徴として、施設内外の医師・看護師との情報交換や調整、介護職員への情報伝達が示された。医療ニーズへの対応には、専門的な看護といったケアだけでなく、情報提供を含んだマネジメントを行う人材の配置が必要であることが示唆された。

キーワード：小規模多機能型居宅介護、他計式1分間タイムスタディ調査、医療ニーズ、多職種連携、臨床的統合

1．緒言

2005 年の介護保険制度改正では、24 時間の在宅介護を支えるという点において、身近な地域で生活が継続できるようにするための新しいサービス体系として、地域密着型サービスが導入された。また、このサービスの一つに位置づけられる規模多機能型居宅介護は、在宅要介護高齢者等が従来の人間関係や生活環境を維持できるよう、「通い」を中心として、要介護者の様態や利用者の希望に応じて、随時「訪問」や「泊り」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度の要介護状態となっても在宅生活が継続できるようサービスを提供できることが、その大きな特徴となっている。

現在、このサービスを提供する事業所は、平成 25 年 1 月現在で全国に 3,914 か所設置されており、今後、24 時間 365 日をキーワードとし、住居の種別を問わず、生活における不安や危険に対して、おおむね 30 分以内に生活上の安全・安心・健康を確保するサービスや対応が提供される[1)]「地域包括ケアシステム」を支える重要なサービスと期待されている。

この地域包括ケアシステムは、その定義から、今いる場所・地域で継続して生活するというエイジング・イン・プレイスの概念を内包していると考えられるが、この視点から小規模多機能型居宅介護の機能を明らかにした研究[2)]からは、「24 時間医療ニーズに対応する体制を整える」、「小規模多機能型事業所での『看取り』への理解を得る」といった医療ニーズや看取りへの対応に関わる機能が必要であることが明らかにされている。こうした研究に示されるように、地域包括ケアシステムを支えるにあたっては、医療ニーズや看取りへの対応機能を介護サービス提供機関が有することが重要であると考えられる。

現行の小規模多機能型居宅介護は、主に宅老所の実践をモデルとしているが、その機能は多様で

あり、利用者の医療ニーズに応じて対応できる仕組みといった、より多機能のサービスを持つ施設も出現しはじめている。このため、地域包括ケアシステム全体の課題[3)、4)]とされる医療と介護の連携を推進するため、医療と介護の情報共有に係る加算や外付けの訪問看護との一体的提供しやすくした複合型サービスの創設など、介護報酬上のインセンティブがこれまで設定されてきた経緯がある。

しかし、先行研究からは、全国の事業所を対象としたアンケート調査[5)、6)]や、その他一部の地域の事業所の利用実態から検討した研究[7)]からは、こうした連携が難しいことから、小規模多機能型居宅介護事業所をはじめ、認知症対応型共同生活介護事業所（以下、認知症グループホーム）や、介護老人保健施設等においても、十分に医療ニーズへの対応や看取りが行われていない状況が報告されている。

とりわけ、この他に、小規模多機能型居宅介護に関する先行研究としては、全国調査からの有効性の検討[8)]、訪問介護との対比からの方向性の検討[9)]、「通い」機能の検討[10)]、サービス利用圏域の検討[11)-13)]、住環境の観点からの検討[14)、15)]、看取り実態の把握[16)、17)]、特定の地域を取り上げた事例的検討[18)-20)]、社会学的な視点から検討[21)]など、様々な研究が見られるが、客観的データによって、看護師や介護職がどのようなケアを提供しているか、利用者の状態変化を観察あるいは評価しているか、どのように多職種間で情報共有しているか、といったケア実態の詳細を明らかにした研究はこれまでに実施されていない。

そこで本研究では、医療ニーズへの対応を行っている小規模多機能型居宅介護１事業所を対象に他計式１分間タイムスタディ調査を実施することによって、ケアの提供実態を明らかにし、医療ニーズの高い利用者を受け入れるために必要な外部機関との連携やこれらを実現するケア提供方法、あるいは、事業所の人員体制といったことを検討することを目的とした。

２．研究方法

2.1　調査対象施設の概要

調査対象施設がある A 県 B 市は、入院医療機関において退院時に当該機関と受け入れ先の在宅医療を担う医師・看護師・その他コメディカルと患者本人や家族が、一堂に会したケアカンファレンスを実施するなど、地域包括ケア先進地域として、在宅での医療受け入れ態勢が整っている。

また、今回の調査対象となった小規模多機能型居宅介護事業所は、重度の認知症やがん患者などの医療ニーズがある利用者を受け入れ、調査実施時点において、開設 10 カ月目であったにも関わらず、在宅療養支援診療所の医師や看護師と連携し、10 件の看取りを行っていた。

2.2　分析データ

本研究においては、上記の施設で 24 時間他計式 1 分間タイムスタディ調査法を用いて、ケア内容別ケア時間データと、調査対象となった職員 11 名と入所者 12 名の基本属性データを収集した。調査当日 1 分ごとに記述されたケア内容は、筒井によって 1989 年より開発がすすめられ[22)]、施設における介護内容の分類だけでなく、在宅介護[23)]、急性期看護[24)、25)]、回復期リハ等にも活用されている分類コード T.C.C.を用いて、調査後コードし、分析用のデータセットを作成した。

なお、この分析データの作成にあたっては、小規模多機能型居宅介護等の小規模な空間において利用者に提供されるケア内容をより詳細に把握するために、1 分間に提供された複数の直接的なケア内容、直接的なケアに付随する巡視・観察や利用者への声かけ等をケア時間の算出に反映できるよう、ケアコードの集計において 1 分間に二つのコードを集計し、1 分間に二つのケアが発生していた場合は、それぞれのケアを 30 秒ずつ割りあて、ケア内容ごとのケア時間を算出した。

2.3　分析方法

本研究では、同様の調査手法で収集されたデータを扱った先行研究[26)-31)]の結果と比較できるよう、

T.C.C.の大分類・中分類別にケア内容・時間の集計を行った。

調査期間中に提供されたケア内容を入所者別・職員別に集計し、および、これらのケアが何人の入所者に提供されていたかを発生割合として算出した。なお、入所者別に集計した際には、入所者固有のケアを算出できるよう、不特定多数を対象としたケアの準備や記録、職員自身の行動といったケア時間は除外することとした。

また、時間帯別の業務内容の差を明らかにするために、時刻別、そして職員が最も多かった11時台および、先行研究[27]において人員配置が最も低くなるとされた深夜帯の22時台から5時台に発生したケア内容とその提供時間、発生割合の差異を比較した（調査対象施設における人員配置の状況は、図表１を参照）。本研究の統計解析には、SPSS ver.18.0を使用した。

図表 1. 職員配置と利用者の状況の時刻別推移

	職員配置					利用者の状況				
時間	職員計	介護職員	看護師			利用者計	利用状況			
			看護師	管理者	外部看護師		泊り	通い	訪問	
6	2	1		1		8	8			泊り
7	2	1		1		8	8			
8	5	3	1	1		12	8	3	1	泊り 通い 訪問
9	6	4	1	1		11	8	3		
10	7	5	1	1		11	8	3		
11	8	5	1	1	1	12	8	3	1	
12	6	5		1		12	8	3	1	
13	7	6		1		11	8	3		
14	7	6		1		11	8	3		
15	5	5				11	8	3		
16	5	5				12	8	3	1	
17	5	5				12	8	3	1	
18	4	3		1		11	8	3		
19	2	1		1		8	8			泊り
20	1	1				8	8			
21	1	1				8	8			
22	1	1				8	8			
23	1	1				8	8			
0	1	1				8	8			
1	1	1				8	8			
2	1	1				8	8			
3	1	1				8	8			
4	1	1				8	8			
5	2	1		1		8	8			

2.4　倫理的配慮

本研究で使用するデータおよび研究計画は、国立障害者リハビリテーションセンターに設置された研究倫理委員会で認証を受けた（受付番号24-111）。分析に際しては、個人情報を含んでいないデータを扱った。

３．結果

3.1　調査対象となった利用者と職員の基本属性

調査対象となった利用者の平均年齢は 78.9 歳（標準偏差10.5）であり、要介護度は、「要介護度4」が４名（33.3%）と最も多く、続いて「要介護5」が３名（25.0%）と続いた。

障害高齢者の日常生活自立度Ｂ以上は、12名中6名（50.0%）であり、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は、12名中８名（66.7%）であった。

また、特別な医療の状況については、要介護認定項目の処置および特別な対応の有無として集計した。この結果、「あり」とされたのは、12名中３名（25.0%）で、その内容は、「モニター測定（血

圧、心拍、酸素飽和度等)」が 2 名、「経管栄養」が 1 名であった。また、調査当日の利用者の利用状況は、全 12 名のうち「泊り」が 8 名、「通い」が 3 名、「訪問」は 1 名であった。

調査対象となった職員は、「男性」1 名（9.1%）、「女性」10 名（90.9%）であり、年齢区分は、「30 歳代」が 6 名（54.5%）と最も多く、続いて、「20 歳代」と「40 歳代」が 2 名（18.2%）と続いた。経験年数は、「3 年以上 10 年未満」が 5 人（45.5%）と最も多かったが、「3 年未満」の職員も 3 名調査当日に出勤していた。職種として看護師であった職員は、11 名中 3 名（27.3%）であった（図表２）。

図表 2. 調査対象となった利用者と職員の基本属性

利用者(N=12)		
	平均値	標準偏差
年齢	78.9	10.5
	N	%
性別		
男	1	8.3
女	11	91.7
要介護度		
要介護１	3	25.0
要介護２	1	8.3
要介護３	1	8.3
要介護４	4	33.3
要介護５	3	25.0
障害高齢者の日常生活自立度		
J2	2	16.7
A1	3	25.0
A2	1	8.3
B2	5	41.7
C2	1	8.3
B以上（再掲）	(6)	(50.0)
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	3	25.0
Ⅰ	1	8.3
Ⅱa	1	8.3
Ⅱb	4	33.3
Ⅲa	3	25.0
Ⅱ以上（再掲）	(8)	(66.7)
特別な医療（処置、特別な対応）の有無		
あり	3	25.0
なし	9	75.0
小規模多機能型居宅介護の利用状況		
泊り	8	66.7
通い	3	25.0
訪問	1	8.3

職員(N=11)		
	N	%
性別		
男	1	9.1
女	10	90.9
年齢区分		
20歳代	2	18.2
30歳代	6	54.5
40歳代	2	18.2
50歳代	1	9.1
経験年数		
3年未満	3	27.3
3年以上10年未満	5	45.5
10年以上20年未満	2	18.2
20年以上30年未満	1	9.1
職種		
看護師	3	27.3
介護職	8	72.7

3.2　利用者に提供されたケア時間

調査当日に発生したケアは、利用者一人平均 325.4 分（標準偏差 151.6）であり、最小 108.0 分、最大 629.3 分であった。

T.C.C.の大分類別の分析結果としては、「療養上の世話」が 199.0 分で全ケア提供時間の 61.2%を占め、次に長かったのは、「ケアシステム関連」65.8 分で 20.2%、その後、「在宅ケア関連」36.2 分（11.1%）、「専門的看護」が 13.5 分（4.2%）、「リハビリテーション」が 10.9 分（3.3%）と続いていた。

利用者の利用状況別にみると、泊りの 8 名においては、合計時間が平均 402.9 分と全体の 12 名より長くなっていたが、そのケア内容は、ほぼ全体と同様の傾向であった。通いの 3 名については、合計ケア提供時間が、191.1 分と泊りの 8 名のほぼ半分であり、ケア内容の構成割合については、「療養上の世話」が 45.7%と泊り群 64.7%と比較すると低く、一方で「リハビリテーション」が 9.9%と泊り群 2.3%と比較すると高くなっていた。訪問については、送迎にかかった在宅ケア関連の時間の 68.0 分（63.0%）を除くと、すべて残りの 40.0 分

（37.0%）は、「療養上の世話」であった。（図表３）

また、提供されたケア内容の詳細をみていくと、発生していたケアの種類は、全体の 64 コード中 36 コードが発生していた。利用状況別にみると、泊りの 8 名では 35 コード、通いの 3 名では 26 コード、訪問の 1 名では 8 コードが発生していた。

さらに、ケアの内容について提供されたケア時間が長かったものをみていくと、利用者全体で最も長かったのは、「コミュニケーション」で 54.0 分、続いて「食事・栄養・補液の介助」42.1 分、「行事・クラブ活動」30.9 分、「ケア関連会議・記録」25.9 分、「循環器系の処置」23.0 分であった。このうち、循環器系の処置以外は、訪問の 1 名を除くすべての利用者に提供されていた。

泊りの 8 名に提供されたケアで最も長かったのは、「コミュニケーション」で 67.1 分、続いて「食事・栄養・補液の介助」58.4 分、「ケア関連会議・記録」32.7 分、「行事・クラブ活動」29.6 分、「清潔・整容」が 27.5 分と続いた。上位４種類のケア内容は、ほぼ同様であったが、コミュニケーションや食事の介助、記録の時間や起床・就寝に係る清潔・整容の時間が長くなっていた。

一方、通いの 3 名については、「行事・クラブ活動」が 34.5 分と最も長くなっており、続いて、「コミュニケーション」33.2 分、「送迎（移送サービス）」31.3 分、「作業療法」18.2 分、「移動（施設内）」15.5 分と続いた。日中活用としてのレクリレーションに係る行事・クラブ活動や作業療法が長いことが特徴であり、施設外での送迎や施設内での移動介助のケア時間も長いことも特徴であった。

なお、訪問の 1 名については、「送迎（移送サービス）」68.0 分が最も長く、その他は「排せつ」14.0 分、「コミュニケーション」11.0 分、「移動（施設内）」10.0 分、「食事・栄養・補液の介助」2.0 分と、訪問時に食事や排せつに加え、寝具の整えや起居の介助を提供していた（図表４）。

図表 3. 調査日に利用者一人あたりに提供されたケア時間

	平均値（分）	標準偏差	最小値	最大値	構成割合
全体（N=12）					
合計ケア時間	325.4	151.6	108.0	629.3	100.0
療養上の世話	199.0	127.6	40.0	488.5	61.2
専門的看護	13.5	18.1	0.0	62.0	4.2
リハビリテーション	10.9	11.9	0.0	26.7	3.3
ケアシステム関連	65.8	31.5	0.0	123.2	20.2
在宅ケア関連	36.2	15.4	11.7	68.0	11.1
利用状況別分析					
泊り（N＝8）					
合計ケア時間	402.9	118.6	297.4	629.3	100.0
療養上の世話	260.7	110.6	157.0	488.5	64.7
専門的看護	19.5	19.8	1.9	62.0	4.8
リハビリテーション	9.3	12.8	0.0	26.7	2.3
ケアシステム関連	81.4	21.9	52.4	123.2	20.2
在宅ケア関連	32.0	7.6	18.7	46.2	7.9
通い（N=3）					
合計ケア時間	191.1	49.8	143.6	243.0	100.0
療養上の世話	87.4	14.3	75.4	103.2	45.7
専門的看護	2.1	2.7	0.0	5.1	1.1
リハビリテーション	18.9	5.9	15.0	25.7	9.9
ケアシステム関連	46.0	6.7	39.4	52.8	24.1
在宅ケア関連	36.7	22.8	11.7	56.2	19.2
訪問（N=1）					
合計ケア時間	108.0	－	－	－	100.0
療養上の世話	40.0	－	－	－	37.0
専門的看護	0.0	－	－	－	0.0
リハビリテーション	0.0	－	－	－	0.0
ケアシステム関連	0.0	－	－	－	0.0
在宅ケア関連	68.0	－	－	－	63.0

図表 4. 利用状況別利用者一人あたりに提供されたケア内容別ケア時間（平均値降順）

順位	全体(N=12)				泊り(N=8)				通い(N=3)				訪問(N=1)			
	ケア内容	平均値（分）	標準偏差	発生割合	ケア内容	平均値（分）	標準偏差	発生割合	ケア内容	平均値（分）	標準偏差	発生割合	ケア内容	平均値（分）	標準偏差	発生割合
1	コミュニケーション	54.0	31.0	100.0	コミュニケーション	67.1	27.7	100.0	行事・クラブ活動	34.5	6.1	100.0	送迎(移送サービス)	68.0	－	100.0
2	食事・栄養・補液の介助	42.1	51.7	100.0	食事・栄養・補液の介助	58.4	57.2	100.0	コミュニケーション	33.2	18.4	100.0	排泄	14.0	－	100.0
3	行事・クラブ活動	30.9	18.2	91.7	ケア関連会議・記録	32.7	10.9	100.0	送迎(移送サービス)	31.3	22.8	100.0	コミュニケーション	11.0	－	100.0
4	ケア関連会議・記録	25.9	14.8	91.7	行事・クラブ活動	29.6	21.4	100.0	作業療法	18.2	4.8	100.0	移動(施設内)	10.0	－	100.0
5	循環器系の処置	23.0	－	8.3	清潔・整容	27.5	16.4	100.0	移動(施設内)	15.5	3.7	100.0	食事・栄養・補液の介助	2.0	－	100.0
6	送迎(移送サービス)	21.6	20.7	100.0	作業療法	23.7	0.0	37.5	食事・栄養・補液の介助	11.8	2.4	100.0	起居と体位変換	1.0	－	100.0
7	清潔・整容	21.3	17.4	91.7	循環器系の処置	23.0	－	12.5	ケア関連会議・記録	7.9	1.5	100.0	教育	1.0	－	100.0
8	作業療法	21.0	4.2	50.0	排泄	20.0	11.3	100.0	更衣	7.4	7.2	100.0	寝具・リネン	1.0	－	100.0
9	排泄	18.0	11.0	83.3	食事の準備、調理	19.0	10.7	100.0	排泄	6.0	－	33.3				
10	移動(施設内)	16.5	5.8	91.7	移動(施設内)	17.9	6.5	87.5	食事の準備、調理	5.4	0.0	100.0				
11	食事の準備、調理	15.3	11.0	91.7	更衣	17.0	10.0	100.0	清潔・整容	4.8	3.5	100.0				
12	更衣	14.3	10.0	91.7	起居と体位変換	13.7	12.1	87.5	入退院の手続き・外出支援	4.5	4.9	66.7				
13	巡視・観察・測定	10.3	14.3	91.7	巡視・観察・測定	13.4	15.8	100.0	与薬・薬の塗布	3.0	2.8	66.7				
14	連絡・報告、情報収集	9.4	9.3	91.7	連絡・報告、情報収集	12.5	9.1	100.0	巡視・観察・測定	2.0	1.0	100.0				
15	与薬・薬の塗布	9.3	9.1	83.3	送迎(移送サービス)	12.1	8.7	100.0	教育	2.0	1.4	66.7				
16	起居と体位変換	9.2	11.3	91.7	与薬・薬の塗布	10.8	9.5	100.0	その他の見守り	2.0	0.9	100.0				
17	その他の処置・検査・治療	7.0	－	8.3	その他の処置・検査・治療	7.0	－	12.5	生活基本動作の拡大	2.0	－	33.3				
18	運動(身体)機能の維持・促進	6.3	5.1	25.0	運動(身体)機能の維持・促進	6.3	5.1	37.5	屋内の整理・清掃	1.8	1.3	100.0				
19	寝具・リネン	4.8	5.8	66.7	移乗	6.1	5.7	62.5	入院・入所者の物品管理	1.3	1.0	100.0				
20	教育	4.5	5.7	91.7	寝具・リネン	6.0	6.3	75.0	起居と体位変換	1.3	0.6	100.0				
21	移乗	4.4	5.5	58.3	教育	5.5	6.5	100.0	連絡・報告、情報収集	1.1	0.9	100.0				
22	洗濯	4.2	2.0	75.0	洗濯	5.1	0.7	87.5	寝具・リネン	1.0	－	33.3				
23	環境	3.9	2.7	75.0	環境	4.3	2.7	100.0	環境	1.0	－	33.3				
24	入退院の手続き・外出支援	3.4	3.0	41.7	検査・採取・治療等	3.1	7.0	100.0	洗濯	0.8	0.7	66.7				
25	検査・採取・治療等	3.1	7.0	66.7	その他のリハ関連	3.0	－	12.5	移乗	0.3	0.0	66.7				
26	その他のリハ関連	3.0	－	8.3	その他(連絡、報告、会議等)	3.0	－	12.5	感染予防	0.1	0.0	66.7				
27	その他(連絡、報告、会議等)	3.0	－	8.3	屋内の整理・清掃	2.9	0.4	100.0								
28	屋内の整理・清掃	2.6	0.8	91.7	入退院の手続き・外出支援	2.7	2.1	37.5								
29	皮膚の処置	2.0	2.0	33.3	BPSDへの対応	2.0	1.0	37.5								
30	生活基本動作の拡大	2.0	－	8.3	皮膚の処置	2.0	2.0	50.0								
31	その他(調剤、処方等)	2.0	－	8.3	その他(調剤、処方等)	2.0	－	12.5								
32	BPSDへの対応	2.0	1.0	25.0	その他の見守り	1.7	0.6	37.5								
33	その他の見守り	1.8	0.7	50.0	入院・入所者の物品管理	1.4	1.6	100.0								
34	入院・入所者の物品管理	1.4	1.4	91.7	感覚器系の処置	1.0	－	12.5								
35	感覚器系の処置	1.0	－	8.3	感染予防	0.6	0.8	100.0								
36	感染予防	0.5	0.7	83.3												

3.3　職種別ケア提供内容の差異

医療ニーズを有する利用者に対して、職種別に異なったケアを提供しているかを明らかにするために、職種として看護師であった職員（以下、看護師）と介護職で、職員一人あたりが利用者に提供したケア提供時間を明らかにした。

合計ケア時間は、看護師は平均 300.0 分に対し、介護職は 571.5 分であった。これは本研究の調査対象となった看護師は、午前中の短時間勤務の職員、管理者、外部機関の看護師 3 名であったためである。

ケア内容別には、介護職は、「療養上の世話」が 285.9 分（50.0%）、「ケアシステム関連」が 179.1 分（31.3%）、「在宅ケア関連」が 56.9 分（10.0%）、「専門的看護」が 30.4 分（5.3%）、リハビリテーションは最も短く 19.3 分（3.4%）であった。一方、看護師では、「療養上の世話」が 137.0 分（45.7%）、「ケアシステム関連」89.3 分（29.8%）、「在宅ケア関連」56.0 分（18.7%）と続き、全く発生していなかったリハビリテーションを除くと、「専門的看護」は最も短く 17.7 分（5.9%）であった（図表５）。

また、詳細な職種別のケア内容別の差異を比較するために、ケア内容別ケア提供時間を職種別に算出したところ、介護職では、「コミュニケーション」が最も長く 69.9 分であった。続いて、「食事・栄養・補液の介助」64.8 分、「行事・クラブ活動」46.8 分、「ケア関連会議・記録」39.3 分、「送迎（移送サービス）」32.1 分、「連絡・報告、情報収集」23.8 分、「食事の準備、調理」22.8 分、「移動（施設内）」21.9 分、「排泄」21.0 分、「清潔・整容」20.1 分と食事・排泄・移動に加え、レクリエーションが長く、会議や記録に係る時間も 3 番目に長いケアであった。

一方、看護師では、最も長かったのは、「連絡・報告、情報収集」で 48.7 分であった。続いて、「送迎（移送サービス）」42.3 分、「清潔・整容」34.0 分、「コミュニケーション」32.7 分、「巡視・観察・測定」15.3 分、「その他（連絡、報告、会議等）」14.3 分、「社会的活動」13.7 分、「与薬・薬の塗布」12.7 分、「更衣」11.3 分、「食事・栄養・補液の介助」11.3 分、「入院・入所者の物品管理」6.3 分であった。このように介護職と比較すると、状態観察である巡視・観察・測定に加えて、処置に関連する与薬・薬の塗布の他に、連絡・報告、情報収集に関連するケア時間が長かった（図表６）。

図表 5. 職種別職員一人あたりが利用者に提供したケア提供時間

	介護職(N=9)					看護師(N=3)				
	平均値(分)	標準偏差	最小値	最大値	構成割合	平均値(分)	標準偏差	最小値	最大値	構成割合
合計ケア時間	571.5	159.3	287.0	826.0	100.0	300.0	315.2	25.0	644.0	100.0
大分類別ケア時間										
療養上の世話	285.9	90.6	150.0	428.0	50.0	137.0	110.4	15.0	230.0	45.7
専門的看護	30.4	26.2	10.0	75.0	5.3	17.7	17.2	4.0	37.0	5.9
リハビリテーション	19.3	25.7	0.0	61.0	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ケアシステム関連	179.1	66.9	103.0	276.0	31.3	89.3	106.3	6.0	209.0	29.8
在宅ケア関連	56.9	61.7	0.0	178.0	10.0	56.0	97.0	0.0	168.0	18.7

図表 6. 職種別職員一人あたりが利用者に提供したケア内容別ケア提供時間（平均値降順）

順位	介護職 (N=9)			看護師 (N=3)		
	ケア内容	平均値 (分)	標準偏差	ケア内容	平均値 (分)	標準偏差
1	コミュニケーション	69.9	32.9	連絡・報告、情報収集	48.7	66.3
2	食事・栄養・補液の介助	64.8	37.0	送迎（移送サービス）	42.3	73.3
3	行事・クラブ活動	46.8	53.3	清潔・整容	34.0	45.0
4	ケア関連会議・記録	39.3	50.7	コミュニケーション	32.7	25.7
5	送迎（移送サービス）	32.1	37.7	巡視・観察・測定	15.3	22.3
6	連絡・報告、情報収集	23.8	15.1	その他（連絡、報告、会議等）	14.3	24.8
7	食事の準備、調理	22.8	50.2	社会的活動	13.7	23.7
8	移動（施設内）	21.9	7.6	与薬・薬の塗布	12.7	15.0
9	排泄	21.0	16.3	更衣	11.3	14.0
10	清潔・整容	20.1	19.2	食事・栄養・補液の介助	11.3	17.9
11	作業療法	18.0	24.5	入院・入所者の物品管理	6.3	10.1
12	更衣	15.5	11.0	その他の見守り	6.3	11.0
13	洗濯	13.5	14.6	屋内の整理・清掃	6.3	11.0
14	巡視・観察・測定	12.1	20.7	排泄	4.0	3.6
15	起居と体位変換	11.4	8.3	ケア関連会議・記録	4.0	6.1
16	夜勤時の対応	10.9	20.3	洗濯	3.7	4.7
17	感染予防	10.5	9.1	起居と体位変換	3.3	4.2
18	屋内の整理・清掃	9.9	9.2	移動（施設内）	2.7	3.8
19	検査・採取・治療等	9.3	16.8	入退院の手続き・外出支援	2.7	4.6
20	環境	9.0	7.8	皮膚の処置	2.0	3.5

3.4　時間帯別ケア提供内容の推移

次に看護師と介護職の勤務体系の違いに加えて、当該施設においては、泊り、通い、訪問と 3 種類の利用者の利用状況がある。このため、本研究では、小規模多機能型宅介護において、時刻別に、どのようにケア内容や、その提供時間が推移するかについて、明らかにするために、時刻別の利用者一人あたりに提供されたケア時間を算出した。

全体では、最も利用者一人に提供されている平均ケア時間が長かったのは、10 時台で 34.2 分であった。続いて、14 時台で 34.0 分、17 時台で 26.5 分、9 時台で 26.3 分であった。10 分以上ケアが提供されていたのは、6 時台から 19 時台までの間であった。

ケア内容別にみると、「療養上の世話」で、最もケア時間が長かったのは 17 時台で 20.8 分、10 時台で 19.5 分であった。「専門的看護」で最もケア時間が長かったのは、6 時台で 3.1 分、次に多かったのは 17 時台で 2.2 分であった。「リハビリテーション」が提供されているのは、15 時台で 6.2 分と 16 時台で 5.2 分のみであった。「ケアシステム関連」は、14 時台が 15.5 分と最も長く、続いて長かったのは 13 時台で 9.8 分であった。「在宅ケア関連」は、10 時台が 8.5 分と最も長く、続いて長かったのは 14 時台で 6.5 分であった（図表７）。

また、小規模多機能居宅介護におけるケアシステムの状況を明らかにするために、3 人の看護師と介護職 5 名計 8 名が出勤していた 11 時台のケア内容と、最小人員配置であると考えられた時間帯の 22 時台から 5 時台の深夜帯におけるケア内容をそれぞれ明らかにするためにその時刻または時間帯を算出し、利用者一人あたりに提供されたケア時間を算出した。

11 時台では、最もケア時間が長かったのは「清潔・整容」で 23.3 分であった。続いて、「更衣」16.7 分と ADL の介助に係るケア内容が示された。

また、この他にケア時間が長かった内容として、利用者の状態観察に係る「巡視・観察・測定」6.5 分、利用者の身の周りの世話に係る「入院・入所者の物品管理」5.0 分、「洗濯」5.0 分などが示された。

一方、22 時台から 5 時台では、「食事の準備・調理」が最も長く 3.3 分であった。 続いて、「循環器系の処置」が 3.2 分、「排泄」3.2 分、「検査・採取・治療等」3.0 分、「BPSD への対応」3.0 分であった。このように、深夜帯においては、医療的処置や排泄といったルーティンワーク、そして BPSD といった突発的事象に対応していることが示されていた（図表８）。

図表 7. 時刻帯別利用者一人あたりに提供されたケア提供時間（全体）（N＝12）

時刻	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5
合計ケア時間(分)	19.1	11.1	17.4	26.3	34.2	23.3	15.1	22.2	34.0	27.0	21.5	26.5	19.8	11.6	8.9	2.9	5.8	3.6	9.7	6.9	5.9	10.4	6.2	8.2
大分類別ケア時間(分)																								
療養上の世話	15.4	8.6	9.3	16.4	19.5	16.7	14.4	10.1	10.9	17.9	12.2	20.8	16.9	8.8	6.8	1.5	0.4	1.9	3.0	3.2	2.9	6.8	4.6	6.2
専門的な看護	3.1	0.3	0.3	1.1	1.3	0.9	0.2	0.0	1.0	0.0	0.5	2.2	1.6	0.3	0.0	0.7	0.0	0.3	1.1	0.1	0.3	1.3	0.1	1.0
リハビリテーション	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	6.2	5.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ケアシステム関連	0.6	1.9	2.3	8.3	5.0	3.8	0.5	9.8	15.5	1.9	2.7	1.4	1.3	2.6	2.2	0.6	5.5	1.5	2.4	1.0	2.6	2.1	1.5	1.0
在宅ケア関連	0.0	0.3	5.5	0.5	8.5	1.9	0.0	1.8	6.5	1.1	1.0	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	2.6	0.2	0.1	0.0	0.0
当該時刻に何らかのケアが発生していた人の割合(%)	63.6	90.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	90.9	90.9	72.7	72.7	72.7	72.7	72.7	63.6	72.7	90.9	63.6	63.6	90.9

図表 8. 最も職員が多かった 11 時台と人員が少ない夜勤帯(22 時から 5 時)に行われた時間帯別利用者一人あたりに提供されたケアの詳細（平均値降順）（N=11）

	11時のケア内容				22時から5時のケア内容			
		平均値	標準偏差	発生割合		平均値	標準偏差	発生割合
1	清潔・整容	23.3	8.6	100.0	食事の準備・調理	3.3	1.5	65.9
2	更衣	16.7	8.5	100.0	循環器系の処置	3.2	3.1	36.4
3	巡視・観察・測定	6.5	5.5	100.0	排泄	3.2	1.6	22.7
4	入院・入所者の物品管理	5.0	4.2	18.2	検査・採取・治療等	3.0	1.4	21.6
5	洗濯	5.0	3.4	100.0	BPSDへの対応	3.0	－	21.6
6	研修・指導	3.8	0.5	63.6	設備・備品の保守・管理	2.5	2.1	20.5
7	起居と体位変換	3.8	2.0	100.0	移動（施設内）	2.4	0.9	13.6
8	移動（施設内）	2.3	1.5	27.3	起居と体位変換	2.4	1.8	12.5
9	BPSDへの対応	2.3	2.5	36.4	その他の処置・検査・治療	2.3	1.5	12.5
10	入退所の手続き・外出支援	2.1	1.3	81.8	ケア関連会議・記録	2.2	3.0	9.1
11	その他	2.0	－	9.1	清潔・整容	2.0	1.7	9.1
12	送迎（移送サービス）	2.0	0.0	90.9	感染予防	2.0	1.4	6.8
13	移乗	1.9	0.3	100.0	移乗	2.0	－	5.7
14	夜勤時の対応	1.8	1.3	45.5	洗濯	2.0	－	5.7
15	運動（身体）機能の維持・促進	1.5	0.7	18.2	コミュニケーション	1.7	1.0	5.7
16	感覚器系の処置	1.5	1.0	36.4	更衣	1.7	0.8	3.4
17	コミュニケーション	1.3	0.6	27.3	環境	1.4	0.9	2.3
18	その他の見守り	1.0	－	9.1	寝具・リネン	1.0	0.0	2.3
19	呼吸器系の処置	1.0	－	9.1	呼吸器系の処置	1.0	－	2.3
20	排泄	0.9	1.1	100.0	巡視・観察・測定	0.9	1.4	1.1

４．考察

4.1　調査対象施設における利用者属性の特徴について

本研究の対象となった小規模多機能施設の利用者と、先行研究における利用者の状況を比較すると、平成 21 年 10 月の全国調査データ[5]では、要介護度４・５の利用者が全体の 21.7%、平成 23 年 2 月の全国調査データ[6]では 22.7%であるのに対し、本研究では、58.3%と半数以上を占めていることから要介護度が高い利用者が、この施設の利用者となっていた。しかし、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は平成 21 年 10 月データ[5]では 81.7%、平成 23 年 2 月データ[6]では 75.3%であるのに対し、本研究では 66.7%と認知症である利用者の割合はやや低い傾向にあった（図表９）。

図表 9. 本研究調査対象と全国データの比較表†

	本研究調査対象	平成21年10月データ	平成23年2月データ
要介護度			
要支援１		4.0	3.7
要支援２		5.3	5.1
要介護１	25.0	22.6	22.0
要介護２	8.3	23.4	24.4
要介護３	8.3	22.4	21.3
要介護４	33.3	14.7	14.8
要介護５	25.0	7.0	8.3
その他			0.4
要介護４・５（再掲）	(58.3)	(21.7)	(23.1)
認知症高齢者の日常生活自立度			
自立	25.0	7.0	9.9
Ⅰ	8.3	12.7	14.8
Ⅱa	8.3	12.5	32.2
Ⅱb	33.3	20.2	
Ⅲa	25.0	20.0	29.5
Ⅲb		7.5	
Ⅳ		10.0	11.3
M		1.5	2.4
Ⅱ以上（再掲）	(66.7)	(71.7)	(75.4)

†本表のN数について、以下の通りである。研究調査対象は12名。この他、比較対象とした全国調査データについては、それぞれ集計方法が異なる。平成21年10月データについては、769事業所（回収率34.6%）から回収された12,556名が分析対象となっている。平成23年2月データについては、全2,717事業所から回収された1,081事業所（39.8%）のデータが分析対象となっており、この事業所の利用登録者状況から分析がなされ、その平均登録利用者数は18.2名となっている。

また、調査対象施設の利用者の医療ニーズについては、「モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）」が2名、「経管栄養」が1名となっていたが、先行研究において夜間の職員体制の増員が必要な宿泊サービス利用者の状態について調べた調査[5)]によると、これらニーズを持つ利用者の状況は、「胃ろう、腸ろうによる栄養管理」が 1.2%、「酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸引）」0.9%と多くないことが分かる。こうしたニーズを持つ利用者が調査用当日の宿泊サービスを利用していた 8 名中 3 名いたことは、本調査対象となった施設における利用者数が少ないため、あくまで傾向であるが、医療ニーズが比較的高い要介護高齢者が一部調査日に存在していたと考えられた。

さらに、事業所の特性として、事業所での看取りを10件実施していることが指摘できるが、前述調査[5)]によると、事業所での看取りの実績は、全登録利用者に対して0.9%（112人）にしか過ぎない。看取り時のケアやがん末期の疼痛管理を実施した利用者もそれぞれ、2.3%（66人）、1.0%（30人）であり、全国的にこうしたケア提供が実施されている事業所は少ない。一方で、こうした医療ニーズを持つ利用者は、看護師配置が低い事業所では、登録に至らないケースが多いことが報告[5)]されており、このような医療ニーズを持つ利用者の受け入れには、事業所内に看護師がいることが前提となると推察される。

本研究の調査対象施設における看護師のケア提供内容および介護職との業務内容を明らかにすることは、小規模多機能型居宅介護事業所をはじめ、医療ニーズを持つ利用者の受け入れ体制をどのように整えるかについて、一定の示唆を与えると考えられた。

4.2　小規模多機能型居宅介護において提供されたケア内容について

小規模多機能型居宅介護において提供されたケア内容の結果からは、これまでに実施されたタイムスタディ調査データ[26)-32)]の中でも、ケア提供内容や入所者が類似すると考えられる認知症グループホームにおける調査データ[32)]と比較すると、「療養上の世話」が占める割合が、認知症グループホームでは 68.6%に対し、本研究の調査施設では 61.2%と低かった。しかし、その代わりの食事の準備等の「在宅ケア関連」は、認知症グループホームでは 6.1%に対し、本研究では 11.1%と高かった。これは、今回の小規模多機能型居宅介護を利用していた高齢者の要介護度の高さによるものであろうと推察された。

ただし、「専門的看護」、「ケアシステム関連」の割合については、大きな違いはなく、さらに詳細にケア内容を分析した結果からも、コミュニケーションに係るケア時間が最も長いこと、次いで、食事の準備や介助が続き、巡視・観察・測定や職員同士の打ち合わせや会議・記録と続くことが示されており、認知症グループホームと本調査の対象となった小規模多機能施設の間には、ケア内容に大きな差異はないことから、これらの両施設で提供されていたケアは類似している傾向が示された。

4.3　小規模多機能型居宅介護における看護師と介護職の連携について

小規模多機能型居宅介護をはじめ、常勤医師が配置されていない介護施設である認知症対応型グループホームにおいて、医療ニーズが高い利用者を受け入れるためには、在宅医療を担う医師やこの医師が所属する機関の看護師との連携が不可欠となる。

本研究で対象となった小規模多機能施設の調査実施日には、いわゆるかかりつけ医の往診はなかったが、同一医療機関の看護師が頻回に訪問しており、利用者の様子を観察し、小規模多機能施設の管理者である看護師と、非常勤で看護を担当している看護師との情報交換をしていた。これについては、3 人の看護師が勤務していた 11 時台に提供されていたケア内容にその実態が示されていた。

調査対象となった施設では、在宅では提供が困難とされる褥瘡の管理や服薬といった看護が提供されていたが、その管理者が看護師であるため常勤の看護師はおらず、日勤帯に、短時間勤務する非常勤看護師が雇用されていた。平成 23 年 2 月の全国調査データ[6)]によると、1 事業所あたりの常勤換算した看護職員数は、1.0 人（常勤 0.8 人、非常勤 0.2）であり、決して手厚い看護師配置でもないが、調査対象施設は、この看護師配置で、重度の認知症や医療ニーズが高い患者、さらにはターミナル期にある患者を受け入れ看取り実績がある。こうした実践内容は、データ上にはあらわれていないが、協力医療機関やかかりつけ医、当該機関に勤務する看護師らによる手厚い医療ニーズへの対応や看取りの実施に対するバックアップ体制があるものと考えられる。同時に、この事業所内の看護師らは、こうした医師や看護師との連絡を密にしており、ケアにかかわる調整をしていることや、さらに、こうした医療ニーズに係る利用者の状態情報を事業所内の介護職への伝達がなされているものと推察された。

今回の調査対象施設においては、看護師資格を持つ管理者がその役割を担っていた。具体的には、この管理者を含む看護師の提供していたケア時間で最も長かったのが、「連絡・報告、情報収集」であった。この他にも「巡視・観察・測定」、や「その他（連絡、報告、会議等）」が提供されていたケア内容の上位に示されていた。

これらの結果からは、医療ニーズを持つ利用者への対応には、専門的な看護といった医師の指示のもとに与薬や処置といったケアができ、なおかつ、こうした情報提供を含んだマネジメントを行える人材の配置が必要であることが示唆されたが、前述の全国調査データ[6)]では、管理者の看護師保有資格はわずか 12.4%に留まっていることから、管理者以外にもこうした業務を行える人材を配置することが必要となってくると考えられた。

4.4　小規模多機能型居宅介護において提供された時刻別ケア時間の特徴

小規模多機能型居宅介護において提供されたケアの特徴を詳細に把握するために、時間帯別のケア提供内容の分析の結果、深夜の介護職一人配置の状況で、「循環器系の処置」が発生していた。こうした処置に係る医行為への対応にあたっては、①主に事業所の看護師が行う、②主に訪問看護を利用する、③主に主治医が行うといった三つパターンがあるが、訪問看護については医師の指示書が必要であり、事業所の看護師が行う場合も主治医からの仔細な指示が必要となる。いずれにしても、介護施設や在宅における訪問における深夜の医療ニーズへの対応については、医師の対応が必要であり、これは介護サービスの提供のみならず、医療サービスを含めた24時間対応のシステム化がされなければならないことを示している。本調査対象のように、充実した医療バックアップ体制がない地域では、深夜に発生した処置へ対応を可能するシステム構築は、今後の大きな課題と考えられた。

また、「BPSDへの対応」が深夜帯に発生しており、ここで行われていた具体的なケアは、「昼夜逆転による徘徊」や「異食行動」への対応であった。先行研究でBPSDの既往のある症例は、施設入所を断られる事例が多いことも報告[33]されており、このようなBPSDを持つ利用者の受け入れは、介護保険施設では難しいと考えられてきた。さらに、これまでの夜間の増員が必要な利用者の状況を聞いた調査研究において、職員が最も高い割合の項目として「不穏、認知症の重症化」を挙がっており、利用者にBPSDの既往があると、登録さえもができない状況も報告されている[5]。

今後は、こうしたBPSDへの対応も求められるが、地域密着型サービスやその他在宅を支えるサービスの普及の中でサービス提供チームは小規模化しており、この中で、こうしたBPSDや医療ニーズへの対応のためには、多職種連携を前提としたチームマネジメントの視点[34]をより強化していく必要があると考えられた。

５．結論

今回、小規模多機能型居宅介護において初めて収集された他計式 1 分間タイムスタディデータという実証的なデータを用いて、このサービスにおけるケア提供の特徴を明らかにした。本研究の限界としては、1事業所のデータ分析から得られた結果であることがあげられ、今後は、他の様々な特徴を持つ小規模多機能型居宅介護事業所のデータを収集し、その妥当性を多面的に検討する必要があると考えられる。

しかしながら、今回の調査対象が他事業所と比較して、多くの看取り実績があり、医療ニーズへの対応を行っているという特性を有していたことから、看護師と介護職のケア提供内容や提供時刻の推移等を明らかにすることによって、多職種協働による医療ニーズへの対応の方法を検討する上での基礎的な資料が提供されたという点において、一定の知見が得られたと考えられる。

地域に根ざした小規模なサービスを提供するために始まった小規模多機能型居宅介護もこの臨床レベルにおける多職種の連携である臨床的統合[35]を進めることによって、医療ニーズや看取りへの対応機能を持ち、今後、地域包括ケアシステムを支えるサービスとなることが可能と予想される。この実現のためには、今後、本研究で明らかにされた施設内外における看護師および医師、そして介護職間の連携やこれを意識した管理者によるマネジメント、看護師の配置を行う経営戦略といった要素について、さらなる検討が必要であると考えられた。

引用文献

1) 平成 21 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）：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：2010
http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf
（アクセス日平成25年7月31日）
2) 永田千鶴，東清巳，松本千晴，他：エイジング・

イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発：小規模多機能事業所編，熊本大学医学部保健学科紀要，7,71-83：2011
3）川越雅弘：我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題，海外社会保障研究，162，4-15：2008
4）高橋紘士：研究の窓，地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて，季刊社会保障研究,47(4)，344-345：2012
5）平成 21 年老人保健健康増進等事業補助金：小規模多機能型ケアにおける専門職連携の在り方に関する研究報告書，立教大学：2010
6）平成 22 年老人保健健康増進等事業補助金：医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能型サービスの在り方に関する調査，みずほ情報総研：2011
7）永田千鶴，松本佳代：エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題，熊本大学医学部保健学科紀要，6，43-62：2010
8）野田毅，糟谷昌志：小規模多機能型居宅介護事業所の有効性に関する研究－全国における事業所の現状調査，厚生の指標，58(2)，1-5：2011
9）永田志津子：介護保険制度における「小規模多機能型居宅介護」の方向性--訪問介護の質的変容との対比から，札幌国際大学紀要，(42)，93-103：2011
10）井上博文：小規模多機能居宅介護におけるサービスと「通い」の意味，臨床作業療法，6(4)，342-346：2009
11）上和田茂，劉宇：小規模多機能型居宅介護施設の設置計画圏域および利用圏における広域化の発生構造，日本建築学会計画系論文集,77(682)，2715-2722：2012
12）劉宇，上和田茂：小規模多機能型居宅介護施設における利用者の居場所選択の様相，九州産業大学工学部研究報告，(47)，75-80：2010
13）劉宇，上和田茂：小規模多機能型居宅介護施設の利用圏構成と地域密着性についての考察，九州産業大学工学部研究報告，(47)，67-74：2010
14）菱田佳奈，松本真澄，上野淳：生活者とスタッフの人間集合からみた小規模多機能高齢者支援施設の環境の読み解きに関する試論－人開集合の形からみた高齢者支援施設の環境の在り方に関する研究(その 1)，日本建築学会計画系論文集，77(672)，291-300：2012
15）永田志津子，笹谷春美，山口麻衣，他：小規模多機能型居宅介護の検証：住機能併設のダイナミクス，札幌国際大学紀要，(43)，51-62：2012
16）遠藤幸子：高齢者を地域で看取る小規模多機能ケアの分析－宅老所における事例を通して，東海学院大学紀要，4，23-37：2011
17）兼田美代：グループホーム等小規模多機能型居宅介護施設における看取りの実態－インタビュー調査から「豊かな看取り」を模索する，甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編，(5)，119-127：2010
18）高田洋子，谷川 明日香：小規模多機能型居宅介護事業の現状と課題－福井県を事例に，福井大学教育地域科学部紀要 第 5 部 応用科学，(48)，1-29：2009
19）西尾敦：史小規模多機能型居宅介護と家族・地域社会－宮古島市における実践と自治体政策，地域研究，(7)，1-18：2010
20）西尾敦史：石垣市における地域密着型サービス--利用者･家族･地域の視点から,地域研究,(6)，1-15，2009
21）楊嵐：地域で住み続けられるケア－小規模多機能型居宅介護のあり方，応用社会学研究（21)，55-74：2011
22）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
23）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
24）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
25）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
26）大夛賀政昭，東野定律，筒井孝子：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
27）大夛賀政昭，東野定律，筒井孝子：介護老人福祉施設において夜間・深夜時間帯に提供されたケアの実態と時間別ケア内容の推移,介護経営，6(1),90-100：2011
28）大夛賀政昭，筒井孝子，東野定律，他：在宅要介護高齢者に家族介護者が提供したケアの実態およびその時間帯別ケア提供の特徴－認知症有無別の検討－，経営と情報,23(2)，65-78:2011
29）大夛賀政昭，筒井孝子，東野定律：独居生活を送る在宅要介護高齢者の属性および提供されるケア実態の特徴－近居家族からのケア提供の有無に着目して－経営と情報，25(1)，85-98：2012
30）大夛賀政昭，筒井孝子，東野定律：回復期リハビリテーション病棟における医療ニーズが高い入院患者の状況および提供されたケアの特徴，経営と情報，24(2)，1-10：2012
31）大夛賀政昭，筒井孝子，東野定律：在宅と施設におけるケア内容別時間の比較に関する研究－夜間帯のケア内容別ケア時間に着目して－，経営と情報，25(2)，47-54：2013
32）東野定律，筒井孝子，大夛賀政昭：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，介護経営，5(1)，15-25：2010
33）鷲見幸彦：認知症、運動器疾患等の長寿（老年）医療に係るネットワーク等社会基盤構築に関する研究，長寿医療研究委託事業統括研究報告書，国立長寿医療センター：2008
34）村田麻起子：介護保険施設サービスにおけるチームマネジメントとその課題，佛教大学大学院社会福祉学研究科篇，41,63-80：2013
35）Fleury MJ, Mercier C：Integrated local networks as a model for organizing mental health services, Administration and Policy in Mental Health, 30, 55-73：2002

Abstract

Multifunctional long-term care services in small group homes, which were introduced in 2005 along with the revision of the Long-term Care Insurance Act, are expected to play a major role in the community-based integrated care system. However, providing appropriate end-of-life care and medical care in these group homes seems challenging. We conducted a one-minute time-motion study (12 users, 11 staff members) in one institution in charge of covering medical care needs to reveal the content of care currently provided. From these results, we examined the characteristics of this small group home and the collaboration between nurses and physicians, internal or external, and the care staff needed to cover medical needs. Results show that the content of care was similar to the one provided in group homes for dementia patients. The analysis of care per profession showed that nurses are currently in charge of exchanging information with external physicians and nurses while transmitting orders to care staff. Thus, covering medical care needs requires not only nursing care but also human resources able to undertake the management of various tasks including information sharing.

［研究資料］

福祉系学部の長期動向と産業への接続の問題 －学校基本調査の分析から－

著 者　：吉田和夫（兵庫県立大学大学院経済学研究科博士後期課程）

抄録

この研究は、大学での福祉系専門職養成を担う学部の状況について長期的な変化を観察し、関連する課題の改善策を考えるものである。

文部科学省学校基本調査のデータによると、近年の社会福祉学系学部への入学者は、最も多かった平成17年度から15～20%程度減少していた。さらに「社会福祉学部」の入学者数に限ると40%近い減少となっていた。また、4年制大学の全卒業者のうち介護・福祉関連の産業に就職する者は近年増加しているが、景気の影響を受ける面も強い。

考察できる背景として、福祉系学部が社会福祉士資格取得を目標としているものの国家試験合格率は低いこと、また、社会福祉士資格を保有することの職業上の有効性が不明確であることを指摘したい。そして、学生の社会福祉士資格取得支援を通じた大学と介護・福祉事業者との協力強化を提言する。

キーワード：社会福祉学系学部、社会福祉士、施設実習、接続

1. はじめに

本稿は、大学での福祉系専門職養成を担う学部の状況について長期的な変化を観察し、そこにみられる課題の改善策を考えるものである。介護保険制度創設から10年を経て、介護保険サービスの新たな位置づけが始まっている。各介護サービスが多様な社会サービスの一つとして地域や医療機関と連携して、支援を必要とする一人ひとりがそのとき最も必要とする支援を実現する考え方である。こうした変化は、介護・福祉事業者が主体的に自己改革を行い、かつ先導的に地域社会における役割を果たすことを要請し、施設・事業所職員一人ひとりが地域を支える専門人材として活躍することを求める[1)]。

しかし、介護・福祉事業者にとって、良質な大卒福祉人材の確保は依然として困難な状況にある。就職支援産業関係者の報告では、福祉系大学生でさえ、就職活動期間を通じて最後まで福祉業界を志望する者がわずか5～6%しかいないという[2)]。また、福祉系大学関係者によると、社会福祉学系学部・学科（短大含む）の入学定員充足率は92.06%（平成20年度）であり、このままでは国民に必要な社会福祉サービスの低下をきたすと懸念されている[3)]。

1990年代から、介護保険制度創設を見据えて社会福祉士及び介護福祉士資格が法定され、有資格者の育成を目的に多くの社会福祉学系大学や学部が創設された。しかしその育成の成果が十分か否かということ、つまり、社会福祉学教育を受け資格を取得した学生のうちの、どの程度の人数が介護・福祉の産業に就職したかということはたいへん興味深いことであるにも関わらず、体系的に研究した先行研究はほとんどないようである。しかし、文部科学省には学校基本調査という良質なマクロデータがあり、大学の専門分野ごとの入学者数や学生数等と卒業後の進路に関する調査が行われている。本稿では、このデータから、福祉系学部の数や入学者数などと卒業者の就職状況について13年間の長期変化を調査し、社会福祉士資格取得支援を通じた大学と介護・福祉事業者との協力

強化について提言する。

２．研究方法

2.1　データ

文部科学省「学校基本調査」を用いる。この調査は、学校教育法で規定された学校と市町村教育委員会を対象とした全数調査であり、学校数、在学者数、教職員数、学校施設、学校経費、卒業後の進路等を調査事項として、毎年 5 月 1 日現在で統計法に基づいて実施されている[4)]。

本稿で利用するデータは、文部科学省ホームページに公表されている平成 12 年から平成 24 年までの 13 年間のものである。この公表データから、高等教育機関学校調査の「大学・大学院」を利用して、「大学の学部数」、「学部別学生数」「学部別高校卒業年別入学志願者数」、「学部別高校卒業年別入学者数」の 4 項目の学部別データを集計対象にする。また、就職状況については卒業後の状況調査の「大学」の「産業別就職者数」による。なお、「大学・大学院」データは国公私立別にも示されるので、それらも用いる。

2.2　集計方法

まず、広く医療・福祉関連の学部の大勢を把握するために公表データの「分野名別集計」を行う。いわゆる「3K」などの介護労働力問題を契機に高校生の進学先に変化が生じ、介護福祉士養成学校の経営問題が生じたことは知られている。このような事情が 4 年制大学の関連学部でも、入学志願者数などにおける傾向的な現象として確認できると考えた。そのために、大学に設置された全学部の中から、学部の分野名として「福祉」「医療」「保健」「看護」といった基本の用語と、「医療福祉」といったその組み合わせの用語を学部名にもつ学部について、年度ごとに学部数、入学志願者数、入学者数、学生数を集計する。用いる分野名は図表 1 の通りで、産業分類に基づいて「福祉」「医療」「保健」の三分野を基本に、近年増加していると感じる「人間」、「看護」、「リハビリテーション」の組み合わせを、筆者が任意で設定した。集計に際しては、基本の用語での集計結果とその組み合わせでの集計結果との間で重複が起きるため、たとえば「福祉」={図表 1 の(ｱ)-(ｵ)-(ｷ)-(ｸ)-(ｹ)-(ｺ)-(ｼ)-(ｾ)-(ｿ)-(ﾀ)-(ﾁ)-(ﾂ)-(ﾃ)-(ﾇ)} という要領で控除計算を行う。これにより分野が特定しにくい学部名を除外して、「福祉」や「医療」などの基本用語で表される分野ごとの傾向をつかむ。

図表 1. 分野名

(ｱ)福祉	(ｸ)福祉医療	(ｿ)福祉保健医療	(ﾆ)看護医療
(ｲ)人間	(ｹ)福祉保健	(ﾀ)医療福祉保健	(ﾇ)看護福祉
(ｳ)医療	(ｺ)医療福祉	(ﾁ)医療保健福祉	(ﾈ)医療看護
(ｴ)保健	(ｻ)医療保健	(ﾂ)保健福祉医療	(ﾉ)保健看護
(ｵ)人間福祉	(ｼ)保健福祉	(ﾃ)保健医療福祉	(ﾊ)看護リハビリテーション
(ｶ)人間健康	(ｽ)保健医療	(ﾄ)リハビリテーション	(ﾋ)人間看護
(ｷ)人間健康福祉	(ｾ)福祉医療保健	(ﾅ)看護	(ﾌ)産業社会

次に、「分野名別集計」で集計対象とした全部の学部から、実際の学部名で、いわゆる社会福祉学系学部と位置付けられる学部を特定して、その学部の入学者数等の状況を集計する。この集計を「学部名別集計」と呼ぶ。その際、社会福祉学系の代表的な学部名は「社会福祉学部」ではあるが、実際の学部名は非常に多く、集計の対象とする社会福祉学系学部をできるだけ正確に絞り込む必要がある。そこで、現に介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士の資格取得が目指されている学科を設置している社団法人日本社会福祉教育学校連盟加盟校の「正会員情報」を参考にする。日本社会福祉教育学校連盟は 1955 年に設立され、現在は 4 年制大学 125 校、短期大学・専門学校 13 校が加盟する学術研究教育団体で、ソーシャルワーカーや福祉専門職養成も目的の一つとしている。調査対

象学部の絞り込み手順は次のとおりである。

加盟校の「正会員情報」には大学名と住所しか記載がないが、ここに示されている大学名から、各大学のウェブサイトに入り福祉系資格者養成を行う学科を検索することができるので、その学科をもつ学部名を抽出して「連盟基準」とする。そして、分野名別集計で抽出した学部を、この「連盟基準」と照合して「連盟基準」にある学部名の学部だけを選ぶのである。ただ、どの大学でも「連盟基準」にある学部名で福祉系資格者養成を行っているというわけではない。図表 2 に「連盟基準」にある学部名に絞った学部数を、連盟加盟校と学校基本調査データとで比較した。これを見ると、「総合福祉学部」、「保健医療福祉学部」「社会福祉学部」などでは、現に設置されている全部または大半が連盟加盟校であり、同名の学部全体を集計してもよさそうである。しかし、「人間学部」や「人間健康学部」などは連盟加盟校でない大学に多い。このことから、恣意性が残るが、長期的変動を観察することを第一義として、「連盟基準」の学部数が学校基本調査による同名の学部数の 2 分の 1 以上となる学部名についてのみ集計することにする。

なお、加盟校 124 大学のウェブサイト検索を通じて、社会福祉士が 117 校で、精神保健福祉士が 96 校で、介護福祉士が 41 校で養成されていることが確認できた[5)]。

図表 2. 学部別集計の対象とする学部名の特定

No.	学部名	社会福祉学教育連盟（[連盟基準] 学部数）	学校基本調査 学部数（平成23）	集計対象採用（○をつけたもの）	
1	社会福祉学部	26	31	○	社会福祉学部
2	人間科学部	13	31		
3	人間社会学部	8	15	○	人間社会学部
4	人間福祉学部	5	7	○	人間福祉学部
5	健康福祉学部（群）	5	8	○	健康福祉学部（群）
6	人間学部	4	16		
7	保健福祉学部	4	8	○	保健福祉学部
8	医療福祉学部	4	5	○	医療福祉学部
9	総合福祉学部	3	3	○	総合福祉学部
10	看護福祉学部	3	4	○	看護福祉学部
11	産業社会学部	2	3	○	産業社会学部
12	保健医療福祉学部	2	2	○	保健医療福祉学部
13	人間社会福祉学部	1	1	○	人間社会福祉学部
14	現代福祉学部	1	1	○	現代福祉学部
15	コミュニティー福祉学部	1	1	○	コミュニティー福祉学部
16	生活福祉文化学部	1	1	○	生活福祉文化学部
17	総合人間科学部	1	2	○	総合人間科学部
18	総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部	1	2	○	総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部
19	人間関係学部	1	7		
20	人間生活学部	1	8		
21	福祉学部	1	1	○	福祉学部
22	福祉貢献学部	1	1	○	福祉貢献学部
23	福祉総合学部	1	1	○	福祉総合学部
24	人間健康学部	1	9		
25	総合人間学部	1	3		
26	福祉健康学部	1	1	○	福祉健康学部
27	人間健康福祉学部	1	1	○	人間健康福祉学部
28	生涯福祉学部	1	1	○	生涯福祉学部
29	看護福祉心理学部	1	1	○	看護福祉心理学部
		96	175	101	

社会福祉学教育学校連盟の学部数は連盟リストに基づいて、筆者が各大学の社会福祉士等の養成学科のある学部名を集計した。

３．結果

3.1　分野名別集計の結果

分野名別集計の結果、「福祉」の学部では短期間に「成長と衰退」ともいえる特徴的な変化が起きていた。図表 3 に示すように、「福祉」の学部の入学志願者数は平成 12 年度に 3.9 万人で、平成 17 年度には 5.9 万人まで増加したものの、その翌年度からは急激に減少し、近年は 3.9 万人で推移し

ている。それに対して、「医療」や「保健」分野の学部数、入学志願者数、入学者数、学生数が、近年大幅に増加していた。例えば「看護」の学部を見ると、平成 12 年度の入学志願者数は 1.7 万人であったが、平成 17 年度に 2 万人を超え、平成 21 年度以降さらに急増して平成 24 年度の入学志願者数は 4.3 万人に達し、「福祉」の学部の入学志願者数を上回っている。類似のことが他の分野名でも生じており、似た名称の「保健福祉」と「保健医療」を比べてみると、「保健福祉」の志願者数は平成 12 年度 5 千人強で、平成 24 年度でも 5 千人とやや減少しているのに対して、「保健医療」は平成 12 年度の 5 千人弱から平成 24 年度の 2.5 万人へ大きく増えている。

この傾向は学部数の推移でより明瞭となる。図表 4 に示すように、「福祉」の学部数は平成 12 年度の 30 学部から平成 17 年度に 57 学部とほぼ倍増したものの、その後は平成 22 年度の 67 学部で天井を打ち平成 24 年度には 63 学部とやや減少した。一方、「看護」の学部数は平成 12 年度に 32 学部であったものが、平成 24 年度には 90 学部と約 3 倍になっている。「保健福祉」と「保健医療」との間でも平成 12 年度から平成 24 年度の間の伸び方に明らかな違いがあり、「保健福祉」が 3 学部から 7 学部になったにとどまるのに対して、「保健医療」では 4 学部から 29 学部へと 7 倍に増加している。

図表 3. 分野名別集計（入学志願者数）

対象学部分野名	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
福祉	39,387	37,883	39,156	43,635	47,715	59,275	51,707	44,477	36,749	36,783	39,126	39,086	39,255
人間	67,207	70,227	83,986	90,590	98,617	111,740	109,820	103,755	104,733	109,561	122,897	123,372	121,074
医療	6,210	7,404	7,090	8,043	8,707	13,250	13,374	12,975	17,404	17,051	21,397	21,540	26,078
保健	16,701	16,435	17,869	20,259	18,784	16,836	16,428	10,926	11,690	11,848	13,337	13,646	15,894
人間福祉	1,319	1,433	1,503	1,669	2,263	2,756	2,292	1,998	5,306	3,949	3,768	3,788	3,735
人間健康	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,547	7,216	9,712	7,542
人間健康福祉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	184	229	297	221
医療福祉	5,728	5,377	4,533	4,762	5,722	6,230	6,551	5,241	4,434	4,789	3,525	3,819	3,443
医療保健	0	0	0	0	0	3,677	4,377	4,742	4,448	3,915	6,083	8,199	9,913
保健福祉	5,274	2,724	2,390	7,165	3,691	3,566	4,349	3,696	4,182	4,372	4,948	5,077	5,098
保健医療	4,967	4,358	4,894	3,876	4,951	5,388	13,159	18,970	16,362	14,339	17,276	22,189	25,404
保健医療福祉	1,216	1,012	1,019	984	908	954	2,204	1,944	1,683	1,623	1,564	2,376	2,191
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	0	0	1,185	2,257	2,544	5,731	8,019	6,724	5,426	4,522	4,718	5,244	5,526
看護	17,182	18,839	18,616	20,546	19,559	20,154	24,748	27,103	26,687	28,248	36,704	40,784	43,885
看護医療	0	1,590	1,154	923	804	732	924	781	823	774	813	770	873
看護福祉	5,463	4,807	3,977	3,901	3,587	4,122	4,463	4,504	4,231	9,677	5,064	5,245	5,125
医療看護	0	0	0	0	971	567	1,107	1,448	1,379	1,364	1,255	1,665	1,713
保健看護	0	0	0	0	653	372	336	204	300	544	1,132	1,324	1,589
看護ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	0	0	0	0	0	0	0	1,527	2,282	1,462	1,473	1,976	2,881
人間看護	0	0	0	1,177	550	245	299	336	332	307	443	344	286
産業社会	13,119	14,959	13,367	15,123	13,511	13,315	11,921	13,194	11,971	10,077	10,176	8,414	10,267
対象入学志願者数	183,773	187,048	200,739	224,910	233,537	268,910	276,078	264,545	260,422	268,936	303,144	318,867	331,993
総入学志願者数	3,451,272	3,512,301	3,690,314	3,796,798	3,670,659	3,589,251	3,510,620	3,585,774	3,625,047	3,626,973	3,751,050	3,798,116	3,783,745

文部科学省　学校基本調査公表データから筆者集計

図表 4. 分野名別集計（学部数）

対象学部分野名	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
福祉	30	34	39	45	54	57	59	61	64	66	67	65	63
人間	51	64	80	91	93	110	108	116	123	129	134	134	129
医療	2	3	3	4	7	7	6	9	12	13	16	17	19
保健	8	8	8	9	10	11	13	12	16	16	16	17	15
人間福祉	2	2	3	3	4	5	5	6	7	7	7	7	6
人間健康	0	0	1	1	2	0	5	7	7	8	9	9	9
人間健康福祉	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
医療福祉	4	4	4	4	6	7	7	7	7	7	7	7	7
医療保健	0	0	0	0	0	1	3	4	5	5	6	6	6
保健福祉	3	3	3	4	4	5	6	6	8	8	8	8	8
保健医療	4	4	5	5	7	8	12	15	17	21	23	28	29
保健医療福祉	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	0	0	1	2	3	7	9	12	12	12	13	13	14
看護	32	34	35	37	42	47	55	64	67	75	83	84	90
看護医療	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
看護福祉	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
医療看護	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
保健看護	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	3	3
看護ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
人間看護	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
産業社会	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3
対象学部数	144	165	192	216	245	279	302	334	361	384	407	413	413
全学部数	1,794	1,859	1,926	1,975	2,062	2,182	2,217	2,301	2,374	2,435	2,479	2,476	2,456

文部科学省　学校基本調査公表データから筆者集計

3.2　学部名別集計の結果

社会福祉学系学部にかかる学部名別集計の結果は図表 5 から図表 8 で示した。以下に、学部名別集計による学部数、入学志願者数、入学者数、学生数の集計結果を解説する。

3.2.1　学部数

図表 5 に示すように、対象とした社会福祉学系学部の設置数は、平成 12 年度の 49 学部から平成 22 年度の 104 学部へ倍増したあと、平成 24 年度の 99 学部へとやや減少傾向にある。設置学部数が最も多いのは「社会福祉学部」で、平成 12 年度の 24 学部から平成 16 年度までの短期間に 33 学部となり 9 学部増えた。しかしその後は平成 23 年度に 31 学部へとわずかながら減少している。その他の学部では、「人間社会学部」、「人間福祉学部」と、「健康福祉学部（群）」、「保健福祉学部」などの学部の数が少し増えている。

3.2.2　入学志願者数

図表 6 に示すように、対象学部全体の入学志願者数は平成 17 年度に 10 万人を超えるまで着実な増加をみたが、その後急減して 8 万人台で推移している。中でも、「社会福祉学部」の入学志願者数は、最大となった平成 17 年度の 3.3 万人から平成 22 年度の 1.4 万人まで半減して、その後はそのまま推移している状態にある。また、志願者数の多い「人間社会学部」や「産業社会学部」でも、平成 18 年度以降は減少傾向にある。さらに、平成 15 年度以降の新設学部の中には、新設時以後は次第に志願者が減っている学部もある。

上智大学、立教大学、法政大学といった著名校に設置されている「総合人間科学部」、「コミュニティー福祉学部」、「現代福祉学部」に加え、平成 17 年度以降に学部が増加した「健康福祉学部（群）」や「人間福祉学部」では、入学志願者数が増加または堅調な推移を見せている。後者についても関西学院大学など著名校が含まれ、著名校とそうでない学校で入学志願者数の 2 極化が起きていることを窺わせる。

図表 5. 学部名別集計（学部数）

集計対象学部名	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
社会福祉学部	24	25	29	29	33	32	32	32	32	32	32	31	31
人間社会学部	5	5	8	9	11	15	15	14	15	15	15	15	14
人間福祉学部	2	2	3	3	4	5	5	6	7	7	7	7	6
健康福祉学部（群）	0	2	2	4	4	5	7	7	8	8	8	8	8
保健福祉学部	3	3	3	4	4	5	6	6	8	8	8	8	8
医療福祉学部	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
総合福祉学部	1	1	1	2	2	4	4	4	4	4	4	3	3
看護福祉学部	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
産業社会学部	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3
保健医療福祉学部	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
人間社会福祉学部	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
現代福祉学部	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
コミュニティ福祉学部	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生活福祉文化学部	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
総合人間科学部	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部	0	0	0	1	1	3	3	3	3	3	3	2	2
福祉学部	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
福祉貢献学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
福祉総合学部	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
福祉健康学部	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
人間健康福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
生涯福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
看護福祉心理学部	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
対象学部数	49	52	61	69	79	92	95	96	103	103	104	101	99
全学部数	1,794	1,859	1,926	1,975	2,062	2,182	2,217	2,301	2,374	2,435	2,479	2,476	2,456

文部科学省　学校基本調査公表データから筆者集計。なお、平成23年度対象学部数101学部が、図表2の対象採用学部数と合致する。

図表 6. 学部名別集計（入学志望者数）

集計対象学部名	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
社会福祉学部	27,714	25,666	24,860	25,492	27,924	33,362	26,828	20,705	15,399	14,155	13,998	15,162	14,728
人間社会学部	8,565	8,639	9,874	13,014	12,927	16,375	17,825	13,528	12,750	13,636	14,206	12,910	12,169
人間福祉学部	1,319	1,433	1,503	1,669	2,263	2,756	2,292	1,998	5,306	3,949	3,768	3,788	3,735
健康福祉学部（群）	0	898	1,411	2,741	3,394	4,187	4,846	4,867	4,082	5,039	5,843	5,930	6,264
保健福祉学部	5,274	2,724	2,390	7,165	3,691	3,566	4,349	3,696	4,182	4,372	4,948	5,077	5,098
医療福祉学部	5,728	5,377	4,533	4,762	5,268	5,053	5,028	4,160	3,370	3,821	2,693	2,827	2,655
総合福祉学部	4,998	4,410	4,316	4,542	4,424	7,381	6,068	5,194	3,948	4,072	3,969	4,899	4,812
看護福祉学部	4,713	3,970	3,293	3,269	3,022	2,821	3,365	3,609	3,461	3,648	4,063	4,285	4,010
産業社会学部	13,119	14,959	13,367	15,123	13,511	13,315	11,921	13,194	11,971	10,077	10,176	8,414	10,267
保健医療福祉学部	1,216	1,012	1,019	984	908	954	2,204	1,944	1,683	1,623	1,564	2,376	2,191
人間社会福祉学部	0	0	0	0	0	575	391	426	436	253	270	0	0
現代福祉学部	3,307	2,100	3,444	2,992	3,185	2,779	2,346	2,356	2,025	2,540	2,619	2,215	2,732
コミュニティ福祉学部	1,809	1,770	1,618	2,578	1,826	3,081	2,835	4,447	5,564	5,584	5,559	5,046	5,428
生活福祉文化学部	0	0	0	0	0	0	0	195	153	150	140	150	176
総合人間科学部	0	0	0	662	805	3,364	2,888	2,977	3,213	3,954	4,012	4,529	5,668
総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部	0	0	0	860	381	2,195	3,388	2,121	1,693	1,419	1,541	1,976	2,881
福祉学部	0	0	0	276	178	194	152	125	106	92	106	104	55
福祉貢献学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,334	1,264	1,312
福祉総合学部	0	0	0	0	490	492	368	337	181	115	114	136	189
福祉健康学部	0	0	0	0	259	341	369	258	265	202	246	340	272
人間健康福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	224	184	229	297	221
生涯福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	30	39	45	43	43
看護福祉心理学部	750	837	684	632	565	1,301	1,098	895	770	6,029	1,001	960	1,115
対象入学志願者数	78,512	73,795	72,312	86,761	85,021	104,092	98,561	87,032	80,812	84,953	82,444	82,728	86,021
総入学志願者数	3,451,272	3,512,301	3,690,314	3,796,798	3,670,659	3,589,251	3,510,620	3,585,774	3,625,047	3,626,973	3,751,050	3,798,116	3,783,745

文部科学省学校基本調査公表データから筆者集計　なお、平成21年度の看護福祉心理学部入学志願者数は元データと相違ない。
看護福祉心理学部は新潟青陵大学に設置され、同大学のウェブサイトで事業報告書を確認したところ、入学志願者数は平成18年度1,110名、平成19年度916名、平成20年度787名、平成21年度793名、平成22年度1,003名、平成23年度962名、平成24年度1,116名と記載されている。平成21年度以外のわずかな差は文科省届出後の訂正と思われるが、平成21年度の6,029名という数値はあきらかな誤りと思われる。

3.2.3　入学者数

図表 7 に示すように、対象学部の入学者数は平成 24 年度で 1.9 万人と、近年はおよそ 2 万人弱で推移している。最も志願者数が多かった平成 17 年度でも 2.3 万人であったので 15%程度の減少に止まる。だが「社会福祉学部」に限れば、最多の平成 16 年度の 8 千人から平成 24 年度の 5 千人との間で 38%も減少している。全体としては、「健康福祉学部（群)」や「保健福祉学部」の入学者の増加や、「人間総合科学部」などの新設により幾分かカバーされている格好である。

図表 7. 学部名別集計（入学者数）

集計対象学部名	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
社会福祉学部	6,168	5,897	6,775	7,272	8,017	7,502	6,853	6,401	5,585	5,210	5,372	5,145	5,003
人間社会学部	1,668	1,687	2,388	2,631	2,949	3,534	3,478	2,844	2,958	2,988	3,003	3,002	2,895
人間福祉学部	419	661	844	873	1,065	1,173	1,222	977	1,180	1,143	1,094	1,066	1,137
健康福祉学部(群)	0	541	538	912	945	1,171	1,426	1,407	1,386	1,371	1,417	1,498	1,481
保健福祉学部	576	592	674	921	911	905	1,020	1,004	1,238	1,256	1,341	1,309	1,423
医療福祉学部	1,309	1,364	1,350	1,567	1,744	1,471	1,458	1,338	1,252	1,167	1,067	989	962
総合福祉学部	914	948	986	1,321	1,310	2,062	1,949	1,923	1,409	1,294	1,213	1,308	1,274
看護福祉学部	742	693	679	638	608	742	775	778	706	667	765	816	755
産業社会学部	1,624	1,671	1,839	1,747	1,557	1,608	1,693	1,369	1,284	1,191	1,143	1,054	1,025
保健医療福祉学部	171	168	168	165	169	165	383	384	384	378	380	564	574
人間社会福祉学部	0	0	0	0	0	439	288	347	327	164	177	0	0
現代福祉学部	236	223	260	247	216	231	227	281	226	225	231	225	221
コミュニティ福祉学部	212	229	237	211	198	255	335	313	424	422	432	414	409
生活福祉文化学部	0	0	0	0	0	0	0	118	84	73	72	82	90
総合人間科学部	0	0	0	245	253	442	473	670	680	627	726	798	784
総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部	0	0	0	64	65	288	327	319	287	285	321	274	201
福祉学部	0	0	0	118	101	123	97	84	81	72	80	82	49
福祉貢献学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160	131	147
福祉総合学部	0	0	0	0	323	307	243	217	135	87	86	101	117
福祉健康学部	0	0	0	0	175	212	225	152	168	150	171	207	179
人間健康福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	159	131	155	182	133
生涯福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	17	22	21	20	24
看護福祉心理学部	208	206	212	208	208	215	213	213	212	224	213	216	217
対象学生数	14,247	14,880	16,950	19,140	20,814	22,845	22,685	21,139	20,182	19,147	19,640	19,483	19,100
総入学者数	599,655	603,953	609,337	604,785	598,331	603,760	603,054	613,613	607,159	608,731	619,119	612,858	605,390

文部科学省学校基本調査公表データから筆者集計

3.2.4　学生数

図表 8 に示すように、対象学部で学ぶ学生の数は平成 17 年度以降約 8 万人程度で、その 4 分の 1 の 2 万人が「社会福祉学部」の学生である。その「社会福祉学部」で学生数が著しく減少しており、最多であった平成 18 年度と比べて平成 24 年度では 28%減少した。しかし、前述の、いわゆる著名校にある「総合人間科学部」や「コミュニティー福祉学部」等に加え、「健康福祉学部（群)」、「保健福祉学部」などの学部では学生数がむしろ増加している。

3.3　社会福祉関連産業への就職

学校基本調査の「卒業後の状況調査」では卒業者数、進学者数、産業別就職者数、職業別就職者数が示してある。しかしそれは、これまで見てきたような学部名別ではなく、学科系統分類の大分類、つまり、「人文科学」、「社会科学」、「理学」、「工学」、「農学」、「保健」、「商船」、「家政」、「教育」、「芸術」、「その他」で集計が行われている。この集計の産業区分は 57、学部種類は平成 24 年度で 498 もあるので、学部の一つ一つについての状況をデータとして公表を望むことは現実的ではない。むしろ、与えられるデータからは関連産業への就職者の総数が分かる。

図表 8. 学部名別集計（学生数）

集計対象学部名	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
社会福祉学部	19,442	21,573	24,012	26,540	28,332	28,573	29,181	28,920	26,921	24,507	22,816	21,445	20,868
人間社会学部	4,548	5,282	6,761	8,427	9,674	11,459	12,578	11,099	11,741	11,796	11,955	12,031	11,945
人間福祉学部	1,746	1,980	2,369	2,819	4,258	4,528	4,606	4,466	4,559	4,490	4,383	4,426	4,423
健康福祉学部（群）	0	541	1,059	1,977	2,944	3,582	4,431	4,949	5,385	5,573	5,583	5,689	5,729
保健福祉学部	1,593	1,916	2,235	2,769	3,106	3,419	3,784	3,869	4,187	4,573	4,891	5,174	5,320
医療福祉学部	4,008	4,742	5,223	5,592	6,036	6,097	6,177	5,967	5,500	5,236	4,799	4,459	4,160
総合福祉学部	3,587	3,644	3,736	4,208	4,575	5,729	6,699	7,368	7,429	6,715	5,919	5,306	5,156
看護福祉学部	2,403	2,843	2,849	2,738	2,584	2,629	2,762	2,877	2,960	2,883	2,884	2,952	3,016
産業社会学部	6,826	6,979	7,288	7,374	7,166	6,935	6,772	6,395	6,082	5,711	5,278	4,902	4,601
保健医療福祉学部	337	520	699	712	708	704	908	1,130	1,393	1,646	1,660	1,844	2,020
人間社会福祉学部	0	0	0	0	0	1,730	1,596	1,417	1,318	1,062	932	594	281
現代福祉学部	236	457	730	974	974	969	920	962	977	975	988	933	914
コミュニティ福祉学部	730	974	932	931	908	941	1,048	1,155	1,375	1,536	1,638	1,747	1,731
生活福祉文化学部	0	0	0	0	0	0	0	118	197	264	335	310	325
総合人間科学部	0	0	0		497	939	1,410	1,846	2,272	2,489	2,747	2,862	2,996
総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部	0	0	0	64	143	445	780	1,033	1,234	1,248	1,237	1,183	1,096
福祉学部	0	0	0	118	221	342	435	405	372	346	313	307	283
福祉貢献学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160	287	434
福祉総合学部	0	0	0	0	323	607	815	1,005	844	659	531	434	416
福祉健康学部	0	0	0	0		378	587	723	718	661	610	664	674
人間健康福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	159	282	439	619	598
生涯福祉学部	0	0	0	0	0	0	0	0	17	39	57	74	83
看護福祉心理学部	208	412	633	840	837	847	848	870	882	894	892	888	890
対象学生数	45,664	51,863	58,526	66,083	73,286	80,853	86,337	86,574	86,522	83,585	81,047	79,130	77,959
総学生数	2,471,755	2,487,133	2,499,147	2,509,374	2,505,923	2,508,088	2,504,885	2,514,228	2,520,593	2,527,319	2,559,191	2,569,349	2,560,909

文部科学省学校基本調査公表データから筆者集計

図表 9. 大学卒業者数、就職者数及び社会保険・社会福祉・介護事業への就職者数

年	月	総数		社会保険･社会福祉･介護事業への就職者数											
		卒業者数	就職者数	計	人文科学	社会科学	理学	工学	農学	保健	商船	家政	教育	芸術	その他
H15	3	544,894	299,925	8,531	797	5,588	13	75	35	543	―	466	881	44	89
H16	3	548,897	306,338	10,684	746	7,251	22	54	41	616	―	656	988	96	214
H17	3	551,016	329,045	11,651	877	7,611	17	82	27	661	―	731	1,343	85	217
H18	3	558,184	355,778	11,467	662	7,110	19	58	53	796	―	819	1,598	102	250
H19	3	559,090	377,734	11,608	566	7,066	16	37	60	826	―	932	1,775	93	237
H20	3	555,690	388,417	11,060	645	6,541	14	34	49	811	―	772	1,810	102	282
H21	3	559,539	382,434	12,411	821	6,870	21	59	72	879	―	968	2,109	137	475
H22	3	541,428	329,132	15,500	1,316	8,216	35	99	121	961	―	1,214	2,637	169	732
H23	3	552,358	340,143	17,840	1,707	8,414	34	140	136	1,156	―	1,571	3,441	173	1,068
H24	3	558,692	357,011	18,160	2,056	8,123	54	138	128	1,112	―	1,760	3,504	191	1,094

文部科学省学校基本調査公表データから筆者集計

この「卒業後の状況調査」データでは日本標準産業分類表の中分類まで示されている。介護・福祉の産業は、平成 14 年に改正された産業分類で、大分類「医療･福祉」、中分類「社会保険・社会福祉・介護事業」に位置づけられる。図表 9 は、改正により「社会保険・社会福祉・介護事業」と集計され始めた平成 15 年以後の集計である。大学を卒業して「社会保険・社会福祉・介護事業」の産業へ就職した者が、近年、増加してきたことが分かる。特に平成 21 年以降は急増しており、平成 20 年までの 1.1 万人台から平成 24 年の 1.8 万人まで増加した。

４．考察

4.1　学校基本調査から見た現状

以上の、入学者数などの状況に関するデータ整理の結果は、かねて言われてきた大学生の「介護・福祉離れ」と整合するものである。また、著名大学ならびに国公立大学以外の、特に歴史の浅い大学や学科が入学定員を満たすことができないなどの問題を抱えていると思われた。特に、「社会福祉学部」においては入学志願者数が半減し、入学者数がピーク時から 4 割近くも減少していることが大学経営に影響を及ぼし、徐々に学部数の減少につながっている。

一方、平成24年3月の全学部から社会福祉関連産業への就職者は1.8万人で平成15年の2倍以上に増えてはいる。しかし、介護労働力不足が問題になった近年の傾向は厳しい。図表 9 のデータから、大学の全卒業者に占める全就職者の割合と、全就職者に占める「社会保険・社会福祉・介護事業」の産業への就職者の割合の、平成17年から平成24年の間の時系列的変化の相関係数を見てみよう。

これを、ピアソンの積率相関係数 = 全就職者割合と関連産業就職者割合の共分散÷（全就職者割合の標準偏差×関連産業就職者割合の標準偏差）で求めると

=-0.0002019÷(0.0352518×0.0091330)= -0.627

で、やや強い逆相関が認められる。介護・福祉の産業に就職する学生は、高齢者介護産業の規模拡大や需要の高まりにもかかわらず、景気の影響で学生が就職しやすい時期には、減る傾向がある。

4.2　社会福祉士資格の低合格率

本稿は、社会福祉士や精神保健福祉士、介護福祉士の資格取得を目指す学生がいる学部の状況を見たものだが、それらの学部で資格取得の状況がいかなるものか興味がある。ここでは、筆者の関心の対象が社会福祉士であるため社会福祉士資格について考察する。

先述の通り、日本社会福祉教育学校連盟加盟校の中では社会福祉士を目指す学部が最も多く、各大学ホームページでも社会福祉士資格の取得支援体制が強調されている。ところが、福祉系大学新卒者の社会福祉士国家試験の合格率は、平成20年度から平成25年度までの間、31～40%と低く、社会福祉学教育の中心に位置づけられた社会福祉士養成がうまく運んでいない状況にある[6)]。とくに受験者数が多い大学の合格率が低い水準にあることは問題である。低い合格率が入学志願者募集に有効に作用するはずはなく、そのような低い合格率が、大学および在学生の学力などに関してマイナスの指標になる可能性がある[7)]。さらに、超高齢社会の介護・福祉の担い手の育成を高等教育に委ねた施策も、その妥当性が問われる。

合わせて、大学等の養成機関が、社会福祉士資格についてキャリア上の競争優位性を過度に強調しているのではないかとの疑問もある。組織にとって、資格は、労働者の採用や昇進・昇給の際の評価基準という面と、対外的に高い能力をもった組織として信頼を調達できる面とで効用がある。この点は、企業が公的資格取得援助制度や、賃金や昇進・昇格などを通じて労務管理面で資格を重要視しているという人的資本論の立場の研究もある一方で、資格の効用が事業の法規への対応上で必要かどうかという基準に立って重視されているという研究もある[8)、9)]。

介護・福祉サービスにおいても法規基準への対応は事業運営の最低条件として重要だが、現在、社会福祉士でなければならない介護・福祉の職種は限られている[10)]。一方、介護福祉士の場合は配置割合に基づく報酬加算によって事業所が受け取る介護報酬に差が出る。社会福祉士に対してはそれがないことから、事業所側は社会福祉士の切実な必要性を認めず、社会福祉士資格を本人の能力開発の一環程度に捉えている可能性がある。こうした、社会福祉士がおかれた地位を裏付けるように、中島他は、各分野網羅的な資格の取得年数や合格率、学歴などの資格属性に基づく取得のハードルの高さを説明変数とし、資格取得による収入を従属変数とした回帰分析を行っている。そこでは、社会福祉士は、社会保険労務士や歯科衛生士などとともに、資格取得に要する費用に比べて取得後の収入が低いことが示されている[11)]。

大学側にも事業者側にも、社会福祉士資格の取得に関する学生の意識を高める取り組みが必要である。

4.3　職業への接続の観点から

この節では、社会福祉士資格とその養成に取り組む社会福祉学系学部の教育を補強・強化するための使命が介護・福祉事業者の手に委ねられていることを考える。

大学が社会福祉士養成課程の中で行う施設実習

は、おおむね大学が所在する府県にある介護・福祉施設で実施されているようである。地域における大学機能の発揮や、指導の利便性などを考慮すれば当然である。しかし、どのような施設でも実習受入施設になれるわけではない。社会福祉士国家試験受験資格取得に関わる実習の実施と指導は、養成校が厚生労働省から許可を受けた実習施設および社会福祉士である実習指導者に限って可能なのである。したがって、養成校にとって介護・福祉事業所の実習担当社会福祉士の実情は重大な問題となる。養成校は実習担当者が優秀であることを望み、かつその事業所が複数の社会福祉士を実習担当として、安定的な指導を提供する体制を築いていなければ不安に感じる。また、介護・福祉事業者が行う実習の質の良し悪しが実習生に及ぼす影響は大きい。施設実習の不充分さや不完全さが、学生の職業選択における接続を阻害する結果につながるという調査研究報告は多くなされている[12)、13)]。

一方、福祉系学生の学習へ福祉施設が果たす教育上の役割を実証的に研究した成果として外崎がある。それは、宮城県仙台市を調査対象にして、社会福祉施設 150 施設と社会福祉士を目指す学生の中で実習前の 178 人に対して、福祉施設に期待される「学習内容」と「教育的役割」に関する 40 項目について 5 件法でアンケートを行い、各項目の平均値を因子分析したものである。そして、因子を整理した結果から次のような考察を行う。「学生は福祉施設での学習内容に実際的に役立つ技術を期待し、福祉施設の教育の役割についても、福祉現場で用いられている実践的な技術や応用の教育としての提供など、学校で学習する基礎的な内容に対して、実践的で応用的な面への期待が高く、一方福祉施設では、利用者と直接的なかかわりを持つうえで求められる価値観や心がけなどを学習内容として重要視し、実践的な技術の面よりもむしろ、きちんとした福祉観を形成するという点に教育の役割意識がある」[14)]。

このように、介護・福祉事業者は主に実習を通じて、学生がより実践的・応用的な技術を身につけ、福祉の仕事の価値観や職業意識を感得するために大きな使命を担っているのである。学生は多数の実習施設を比較することが出来ないにしても、指導にあたってくれた大学教員が高く評価する就職先で誇りと愛着を感じながら働く方を、そうでない方よりも選ぶであろう。事業者が、社会福祉士資格を、ともすると「過剰で無用な」資格との位置付けをしたままでは、低賃金と並んで介護・福祉労働者の不満となっている社会的評価の低さを改善することは難しい。事業者は、有資格者が職能を発揮できるように、業務体制を仕組むことが望まれる[15)]。

５．おわりに

4 年制大学の社会福祉学系学部は、平成 17 度年以降に入学志願者数が大幅に減少したことにより、入学者数も大きく減少している。また、介護・福祉事業者は依然として介護労働力の確保の悩みが尽きない中で、サービスの質だけでなく地域社会における使命も問われている。それぞれの課題を改善するためには、大学と事業者の両者が協力して社会福祉士の能力を活用することが必要である。

事業者には、有資格者の積極的な雇用によって質の高い介護・福祉サービスの産出を行って、外部からの信頼と評価の獲得に結びつける取組みが必要であることを強調したい。他方、学校側は、社会福祉士国家試験の合格率を底上げすることで学部の魅力を高めていくことが求められる。ただ、福祉の仕事は利用者の現実の生活に密着して存在するのであって、机上と現場とのギャップをいかに乗り越えるかが重要だ。そこで、事業者側がこれに資するように施設実習体制を準備して、学生が福祉現場への理解と職業に対する高い志を持つことができるような良質の指導をおこなうことが大切だ。また学生にとってその場が、労働者として自身の生活維持の拠り所となり、かつ、自分自身が社会的セーフティネットの基盤であるということを学ぶことができる場でもありたい[16)]。

本稿の今後の課題は次のとおりである。まず、文部科学省ホームページに発表されたデータを用

いたことから、集計値が学部単位の概数に過ぎないことと、就職した産業の集計では学部別集計もできなかったことである。今後、統計法によるデータ入手を試みたい。また、事業者の資格認識や積極的な実習受け入れがスムーズな学生採用につながるという仮説の実証ができていない。この点は、事業者に対するアンケート調査によるデータを用いた分析が必要である。

参考文献

1）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング：地域包括ケア研究会報告書：2010
2）門野友彦：「新入職員の定着と戦力化における経営者の役割」，経営協，全国社会福祉協議会，35-41：2012
3）大橋謙策：社会福祉教育の危機的状況と学校連盟の役割・使命，一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟，学校連盟通信，第 62 号，http://jassw.jp/data_room/newsletter/letter62.pdf（アクセス日 2013年7月7日）
4）文部科学省：学校基本調査，http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm（アクセス日 2013 年 6 月 19 日）
5）一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟：会員校情報，http://www.jassw.jp/membership/index.html　及び会員各大学のホームページ（アクセス日2013年6月19日）
6）厚生労働省社会・援護局福祉基盤課：第 25 回社会福祉士国家試験合格発表（参考資料）第25回社会福祉士国家試験学校別合格率，http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002x909.html（アクセス日2013年6月19日）
7）マーチン・トロウ：高学歴社会の大学－エリートからマスへ－，天野郁夫・喜多村和之訳，東京大学出版会：1976
8）今野浩一郎・下田健人：企業からみた資格，資格の経済学－ホワイトカラーの再生シナリオ－第4章所収，中公新書，99-125：1995
9）阿形健司：職業資格の効用をどう捉えるか，日本労働研究雑誌，№594/January，20-27：2010
10）吉田和夫・水野利英：介護サービス施設・事業所調査で見る介護労働の10年，兵庫県立大学政策科学研究所：2013
11）中島隆信・中野諭・河本好美他：資格の経済学，三田商学研究，45(4)，1-16：2000
12）岩田裕美・長嶋緑・南正信他：福祉系短期大学生の福祉職志望意識の変化に及ぼす要因の検討第1報，つくば国際短期大学紀要，35，81-89：2007
13）山下喜代美：卒業を直前にした介護･福祉コースの学生の介護観と今後の不安，東京福祉大学・大学院紀要，1（1），39-47：2010
14）外崎紅馬：社会福祉施設における福祉教育の質的構成要素に関する研究，会津大学短期大学部研究年報，65，23-46：2008
15)林敏彦：学歴シグナル，需要と供給の世界（改訂版）第6章所収，日本評論社，91-106：1989
16)松尾幸一：職業教育の現状・課題・国際比較，階層化する労働と生活 第4章所収，日本経済評論社，169-245：2006

Abstract

Since the introduction of Long-Term Care Insurance in 2000, many universities related to the field of social welfare, had been established in an effort to meet the demand for the numbers of nursing care workers.　However, after about 5 years since its inception, the number of applicants who wish to enter these schools decreased drastically, and consequently the number of enrollments dropped.

Although the students in the faculty of social welfare at universities are eligible to take the national exam to become a Certified Social Worker accredited by our government, the employees of Long-Time Care sector are not necessarily required to obtain this certificate. In addition, the passing rate of the examination is fairly low.

To improve this situation, the significance on the roles of Certified Social Workers in Long-Term Care must be acknowledged more.　For this reason, the universities which embrace this faculty ought to promote the understanding of the vocation and professional ethics to the students, while the business operators in Long-Term Care need to provide high quality social work internship for the students.

［研究資料］

介護施設におけるベトナム人就労者の活用についての研究
－日本に就労経験のある看護師に対する聞き取り調査を中心に－

著 者　：光山誠（広島大学大学院博士課程後期社会科学研究科マネジメントコース）

抄録

今後の介護労働力不足の確保のために、外国人の活用は必須である。経済連携協定（EPA）の枠組みの一つとして、看護師候補生及び介護福祉士候補生の受入れをインドネシア及びフィリピンから行ってきたが、現場での高評価に比してこれまでの国家試験の合格実績は、あまり良いものではなかった。2014 年からはベトナムからの受け入れも決まっているが、その改善は喫緊の課題である。本研究では、ベトナム人で既に日本の看護師資格を取得した看護師 8 名に聞き取りを行い①文化について②仕事について③ダブルギャップについて（ベトナムから日本、日本からベトナムという 2 度のギャップを経験している）調査をし、幾つかの知見を得たので報告したい。ベトナム人人材を介護分野で活用するには異文化間のコミュニケーション問題の存在を認識することが重要である。その上で、彼らが日本で介護人材として就労する上で重要な文化的側面について研究を深める必要がある。

キーワード：介護労働力不足、看護師、EPA、ベトナム、異文化間コミュニケーション問題

1. 研究の目的

2012 年度の 65 歳以上の人口は 3074 万人で、初めて 3 千万人を超えた。前年から 102 万人増え、総人口に占める割合は 24.1%となった。特に本格的な介護需要が増加する後期高齢者となる 75 歳以上は 1517 万人（同 11.9%）となった[1)]。一方、合計特殊出生率（１人の女性が生涯に出産する子供数の推計値）は 1.39（2011 年度）で前年から横ばいであるが、出生数で見ると前年比 2 万 606 人減の 105 万 698 人と減少傾向にある [2)]。

このように高齢化が急速に進行し、生産年齢人口が減少する上に医療・介護サービス需要が高まる中、医療・介護分野での労働人口は平成 19 年の約 385 万人から 2025 年である平成 37 年には 551～684 万人程度確保しなければならないと推計されている 。これは労働者人口に占める、医療・介護分野の割合が、5.8%から 10%程度になる事を意味している。（社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション 」）[3)] すなわち日本全国の全労働者の約 1 割が医療もしくは介護分野での職に就かなければ充足しないということになる。これらのことから、女性や高齢者の就労促進や看護師や介護福祉士、リハビリ専門職などの潜在有資格者の顕在化等の様々な努力を重ねた上でも、医療・介護分野の人材確保は大きな問題である。

このような社会的な背景のもと、我が国は公益社団法人国際事業団（JICWELS）を日本側の受入れ団体として、2008 年度からインドネシア及びフィリピンとの間で経済連携協定（EPA）に基づく看護師・介護福祉士候補生の受け入れを行ってきた。さらにベトナムとの間でも 2014 年度から受入れを開始することが決定している。しかしながら国家試験の合格実績は 2012 年度の EPA 候補者全体で、介護福祉士の合格者数は 128 人（受験者数 322 人・合格率 39.8%）、看護師においては、合格者数 30 人（受験者数 311 人・合格率 9.6%）という実績であった。これは、日本人を含む全体の合格者、合格率が介護福祉士で 87797 人、64.4%であり看護

師で 50224 人、88.8%であることを考えると、人数としても合格率としても、十分な結果とは評価出来ない状況と言えよう[4)]。

厚生労働省によると、この受入れ制度が成立してきた主要な背景は、看護・介護分野の労働力不足対応ではなく、相手国からの強い要望に基づき、経済活動の連携の強化の観点から実施するものである。しかし、日本の介護現場での採用状況を見てみると、2011 年度の離職率は 16.1%であり、採用率は 21.0%であった。また、介護サービスに従事する従業員の過不足状況を見ると、全体では不足感（「大いに不足」と「不足」と「やや不足」の合計）は 53.1%であった。適当は 46.1%であった５）。これらの状況を鑑みても介護業界における人材不足は深刻であり、EPA によってインドネシア・フィリピン・ベトナムの各国から来日した看護師・介護福祉士候補生から 1 人でも多くの国家試験合格者を出し、高度技能を有する有資格者として医療・介護分野での長期的な就労が期待されていると言えよう。

当初から日本語によるコミュニケーションの問題については多くの指摘をされてきたが[6)、7)]、上記のように改善を行っていくなか、今後は解消さていくことが期待できる。しかしながら、これまでの合格実績があまり良い結果ではなかったのは果たして日本語能力や専門知識の不足だけだったのであろうか。本研究では、言語問題以外の阻害要因が存在するか否かを探索するために、日越の文化的及び職業的な差異を明らかにしていきたい。

２．研究方法と対象

2.1　介護人材の受け入れ事業の概要

EPA は Economic Partnership Agreement の略であり、一般的には自由貿易協定（FTA：Free Trade Agreement）と呼ばれている[8)]。日本においては、モノやサービスの関税などの貿易障壁の削減や撤廃に加え、投資、人の移動、知財保護など広範な分野を対象としていることからこの呼称を用いる。看護師・介護福祉士候補生の受け入れの在留資格はこの EPA の「2 国間の協定に基づく特定活動」によるものである[9)]。

そもそも、外国人が日本の看護師資格・介護福祉士資格を取得し、就労するためには様々な制限が存在する。まず看護師資格を取得するには、①日本の看護師学校養成所を卒業した者、または、②日本の看護師学校養成所と同等以上と認定された外国の教育環境を修了し、原則その国の看護資格を取得した者の中で、かつ日本の中学校及び高等学校を卒業していない者は日本語検定 N1 を取得することが条件で受験資格を得ることができる。ただし、②であっても全てが認定されるわけではなく、認定不可の場合もある[10)]。外国人が日本の看護資格を取得した場合、資格取得後 7 年間の医療ビザによって在留許可が与えられたが、EPA 看護師との整合性をとるために 2010 年にその在留期限が撤廃された。介護福祉士に至っては例え外国人が資格取得したとしても、EPA 介護福祉士以外は、現時点ではその資格による在留許可が与えられることはない。

EPA による看護師・介護福祉士候補生の受入れの制度の開始当初の流れは以下の通りである。まず看護師候補生は、それぞれの国の看護資格保有者であり、実務経験がインドネシアで 2 年以上、フィリピンでは 3 年以上であることが条件である。介護福祉士候補生は、インドネシアでは高等教育機関（3 年以上）卒業後に政府による介護士の認定を受けた者か、看護学校卒業者が条件であり、フィリピンでは看護学校卒業者か高等教育機関から学位号を取得し、かつ政府から介護士として認定された者が条件である。両者ともに入国後、6 ヶ月間の日本語ならびに看護・介護導入研修を受ける。日本語の能力が日本語能力検定 2 級程度あればこの研修を受講しないことも可能である。資格取得前の在留期間は看護師候補が上限 3 年であり、介護福祉士候補が上限 4 年である。共に年 1 回の更新が必要であり、この間に試験に不合格の（資格を取得しなかった）場合は帰国しなければならない。受験機会は看護師候補生が３回であり、介護福祉士候補生は１回のみである。ただし、不合格で帰国した場合でも短期ビザで再度入国して、受

験が可能である。

国家資格取得前の日本国内での活動は、看護師候補は病院で、介護福祉士候補は介護施設での就労・研修となり、資格取得のための実務経験と知識の習得を求められる。共に雇用契約の締結が必須である。国家資格を取得後は、それぞれの資格で日本人と同等の条件により就労が可能である。在留期間上限は 3 年であるが、更新回数の制限は無く、事実上永久的に在留を認めることになる。

その後、上述の制度は、運用開始から 6 年目を迎え、以下のような、いくつかの改正が加えられた[11]。

①国家試験受験上の配慮として、2012 年度より看護師・介護福祉士国家試験に共通して全ての漢字へのふりがなを付記し、疾病名英語表記を行う。さらに看護では難解な表現の言い換え、試験時間の延長（1.3 倍）、介護では試験時間の延長（1.5 倍）を行う。

②国家試験学習上の支援として、看護師・介護福祉士国家試験に共通して、受け入れ施設における学習に対する助成、専門日本語教材の配布や集合研修、模擬試験などを行う。さらに看護ではオンデマンド講座、e ラーニングでの過去問題などの反復学習、インターネット（スカイプ）による個別学習相談や指導を行い、介護では、就労開始から国家試験までの一貫した「標準的な学習プログラム及び研修の手引き」の提供などを行う。

③人員基準の緩和として、それまでは介護福祉士候補生を職員等の配置基準に算定できなかったのが、受入れ施設において就労を開始した日から 6 か月を経過するか、日本語能力検定試験 N1 又は N2（2010 年 3 月 31 日までに実施された審査の場合は 1 級または 2 級）に合格した介護福祉士候補生については算定が可能となる。ただし、夜勤に配置する際にあたっては、同時に介護福祉士候補生以外の介護職員を配置する、緊急時に連絡できる体制を整備する、学習時間確保のために適切な範囲で実施するなどを施設側に求めている。

④訪日前の日本語研修後の日本語能力の要件としては、2014 年インドネシア人候補生においては N5 相当以上に達することを加えている。

⑤介護福祉士候補生の国家試験の受験機会は１回だけであるが、一定以上の点数を取ることにより、在留期限の１年間延長が認められ、２回目の受験機会を得ることができることになった。

2014 年から開始予定のベトナムから受け入れはインドネシア及びフィリピンからの受け入れと以下の点で相違している。

①事前に12か月の日本語研修を受けることを課している。訪日後は、2～3 か月間の日本語及び看護・介護導入研修を行う。

②日本語検定試験 N3 を受験し、受け入れ事業所側とのマッチング後、N3 を取得した者のみが来日可能になる。

③介護福祉士候補生の要件として、3 年制又は４年制看護課程修了者のみとしていること。ただし、実務経験は不必要である。

日本語能力検定試験[12]については、難易度順 N1～N5 の 5 段階に分類されており、2010 年までは旧分類 1 級～4 級の 4 段階分類であった。課題遂行のための言語コミュニケーション能力を図る試験であり、言語知識（文字・語彙・文法）、読解、聴解の 3 つに構成されている。N4、N5 は基本的な能力を問い、N1、N2 は幅広い日本語の理解を求めるものであり、N3 は、その橋渡しのような役割を果たしている。特に N１の難易度は極めて高く、2012 年 12 月実施の試験では国内外合計 105546 名が受験して、認定者が 25409 名、認定率は 24.1%であった。

筆者は、光山誠 2008[13] において、介護業界における外国人人材活用についての可能性を示唆した。その後 、ベトナム の大学や日本の関係機関の協力のもと、2012 年度よりベトナム EPA 参加による資格取得を目的とした現地でのビジネスモデルとして日本看護教育コースを開始した。2010 年頃より具体的な準備期間に入っていたが、当時はベトナムとの EPA の詳細な日程や内容などが決まって

いなかったので、それまでのインドネシアやフィリピンの例を参考にしてモデルを作成した。以下は筆者のこれまでのビジネスモデルの流れである。

2011 年 3 月 24 日　タンロン大学（ハノイ）との間で語学留学生支援に関する協定書を締結し、同大学外国学部日本語学科の学生受け入れによる今後の看護学生の受け入れを想定した先行的な試行を行う。同協定書に基づき 2011 年 7 月に 1 期生 2 名が来日し、1 年間、日本語学校に通いながら、介護施設でのアルバイトとしての就労体験を行う。以降、2012 月 7 月に 2 期生 4 名、2013 年 7 月に 3 期生 5 名が来日し、現在に至る。2012 月 9 月タンロン大学健康科学部看護学科において日本看護教育コース開始する。1 期生が 18 名である。（うち 1 年生 14 名 2 年生 4 名）予定では 1 期生が 2015 年 7 月頃ベトナムで看護資格を取得し、2 年間の実務経験を経て、最短で 2018 年度の EPA 看護師候補生として来日する。2019 年 3 月に 1 回目の日本の看護師国家試験を受験することになる。さらに、2013 年 9 月ハノイ市立ハードン医療短期大学と日本介護福祉士教育コース（仮称）を協定についての覚書を調印する予定である。

2.2　研究方法

研究課題を明らかにするとともに、外国人が日本に来て看護師資格取得をするまで、また取得後の様々な事象を明らかにするために、聞き取り調査を行った。

2.3　研究対象

本調査の対象者は、既に日本の看護師資格を所有しているベトナム人看護師 8 名（全員女性）である。彼女らは、民間非営利事業（AHP ネットワーク協同組合、現 NPO 法人 AHP ネットワークス、以下 AHP）によるベトナム人看護師育成支援事業により、来日し資格を取得している。AHP は日本で初めて外国人が日本で看護を学び、病院で研修するプログラムを実施した団体である。この事業は、民間の異業種協同組合である AHP とベトナム医療省との協力で 1994 年に始まった、民間主導のベトナムにおける看護水準の向上を主目的とした外国人医療人材育成のための国際貢献事業である。現在は中断しているが、第 1 期生から第 8 期生まで 56 名のベトナム人が日本の看護師国家資格を取得し、病院で研修就労している[14)]。

本研究が介護施設での人材をテーマにしているにも関わらず、調査の対象者が看護師であるのは、介護施設においても看護師の役割が極めて重要であるということ、介護福祉士が国際的な資格でないこと、日越 EPA の資格要件として看護師・介護福祉士候補生ともに、ベトナムにおける看護師であることからである。

2.4　調査方法

対象者 1 人当たりに対して、約 60～90 分の半構造化面接を行った。対象者は、日本語会話能力が十分にあるため、通訳を介さず直接面接を行った。

2.5　調査期間および場所

A 氏：2012 年 3 月 8 日　兵庫県姫路市内

B、C、D、E、F 氏：2012 年 3 月 9～11 日　ベトナム、ハノイ市内

G 氏：2012 年 9 月 22 日名古屋市内

H 氏：2012 年 12 月 4 日ベトナム、ハノイ市内

2.6　聞き取り項目

ア．文化について

（人間関係について、ルールについて、日本人もしくは日本についての良い所・悪い所について）

イ．仕事について

（違いや大変さについて、適応について、賃金や処遇について、上司と部下の関係性について）

ウ．ダブルギャップについて

（ベトナムから日本に移動、日本からベトナムに移動というように異なる水準・習慣・意識等の中での医療現場での勤務経験から学んだことについて）

2.7　倫理的配慮

対象者であるベトナム人日本看護師資格取得者に

は、研究の趣旨について口頭で説明し、不明な点や疑問点についての質問を受けた。聞き取りに当たっては、質問項目の概要を提示したうえで、本研究に対する協力は自由意志であり、いつでも拒否することができ、その際にも政治的、思想的に何ら不利益を被ることがないことを伝えた。また、聞き取り内容については録音および筆記による記録をすることに同意を得た。

３．結果

3.1　属性

調査対象の属性は（図表 1）に示した通りである。

図表 1. 聞き取り調査の属性

A氏	1997年日本の看護学校を卒業後、日越両国で各約5年間看護師として勤務後、2010年に再来日し、日本の大学院修士課程を卒業し、現在老人保健施設で看護師として勤務している。来年度中に帰国し、大学教員になる予定である。
B氏	2001～2008年看護学生・看護師として日本に滞在し帰国、現在ハノイ市立医療短期大学（3年制）で講師（実習担当）として勤務している。
C氏	1999～2008年看護学生・看護師として日本に滞在し帰国、現在在留邦人向けの医療通訳サービス会社で日本語通訳として勤務している。
D氏	1999～2006年看護学生・看護師として日本に滞在し帰国、現在ベトナム軍事病院で看護師として勤務している。日本の大学院に入学希望をしている。
E氏	1997～2006年看護学生・看護師として日本に滞在し帰国、日系企業数社に勤務後、日本の大学院を目指して2012年再来日し、現在準備中である。
F氏	1997～2011年春まで看護学生・看護師として日本に滞在し帰国、東京の某病院で病棟看護主任として勤務、2010年に日本に帰化し、ベトナムの総合病院で邦人専門看護師として勤務している。
G氏	2001年来日、看護学生・看護師として滞在し、現在名古屋の急性期病院で勤務している。
H氏	2000～2008年看護学生・看護師として日本に滞在し帰国、ハノイの急性期病院に勤務後、現在は日系政府機関に現地採用のスタッフとして勤務している。

3.2　結果

聞き取りの結果は（図表 2）の通りである。

3.2.1　文化について

3.2.1.1　人間関係について

家族・親戚・友人・近所付き合いを重要視する。特に親兄弟に対しての関係性は最重要である、現代の若者世代では希薄になってきているとしている。

3.2.1.2　ルールについて

今回インタビューをした対象者は、日本人に比べてベトナム人のことを遵法意識は低く、個人主義と感じている。

3.2.1.3　日本(人)の良い所・悪い所について

日本人に対しては、勤勉・まじめと尊敬の念を持っている反面、行き過ぎて・神経質になっていると思っている。

3.2.2　仕事について

3.2.2.1　違い、大変さについて

今後、看護師という職業の地位の向上、医療サービスの競争化により変化がみられるのではないかと思われるが、現時点では医療・職業倫理に対する根本的な考え方が異なるようである。「死」対する考えは、ベトナムでは日本に比べると自然なもの、また淡泊なものとして受け止めているようである。さらに、死に直面した場合は無理をせずに死を選ぶ、自宅死を望む、医療に対して患者は受け身など、言い換えると「死」は仕方がないもの、諦めるものとしてとらえているようである。これらは、医療制度や医療技術や患者の医療に対する認識の違いによるものではないかと予想ができる。

図表 2. 聞き取り調査結果

	文化について			仕事について				ダブルギャップについて（越→日→越というふうに環境が変化したことにより感じたこと）
	人間関係について	ルールについて	日本(人)の良い所・悪い所	違い・大変さ	適応	賃金や処遇	上司と部下の関係性	
A氏	越）助け合う・仲が良い・家父長制が少しは残っている・親世代は収入が少ないので金銭的援助をする、親戚関係が濃い	日）早めに仕事が始まる(仕事前に準備する)、時間を守り、まじめ、約束を守る 越）安請け合いが多い、	日）製品の細部まで気を使いすぎ(例ティーバッグ破れない)、過剰包装(越では別途費用がかかる)、神経質、 越)飲食店で注文した料理が間違っていてもあまり怒らない、脅迫観念が強い	日）は公私を分ける(仕事以外は付きあわない)、日は看護師の地位向上が確立している、報連相が出来ていれば職務の自由度が高い 越）個人主義(会社を代表するという意識が低い)、	越）言われないとしない、	越）配偶者控除などの制度がないので専業主婦は成立しない、	越）ボスが絶対、上意下達、上司の指示通りしか動かないので部下の成長が無い、部下が失敗しても上司は責任を取らないので、部下はリスクを取らない	日越で看護業務を経験しているが、日本が最初なので日本が基準(ベトナムで仕事をするのがストレス)
B氏	越）身内の年長者に対しては敬意を示すが、他人にはそうでもない、都市部では薄くなってきている	越）時間に対する感覚が違う、計画通りすぎる、	日）責任感が強すぎる(まあまあというような曖昧さがない、妥協しない、結果ギクシャクする)しつこい、あきらめない	越）指示がないと行動しない(注射・バイタルチェックも)、プライドが低い、責任感に対する相違がある	越）はっきりものを言う、間を感じる感覚は日ほど無いが、ある(あったほうが良い)	越）国家試験もなく地位低い、女性定年55歳、	越）失敗に対する責任は当事者、階級が上に行けば行くほど守られる、	越)看護教育では技術中心(学生でも静脈注射までする)、 日）理論中心、ベトナムで仕事を経験せずに日本に行って良かった
C氏	越）親孝行、家族関係重視 友人とは公私を分けない 同僚の家族の携帯番号も知っている、友人の家に連絡もせずに簡単に遊び行く	越）並ばない、自分勝手、早い者勝ち、配慮しない、時間にルーズ(決めれば守るが)、意識が低い	日）真面目、丁寧、もう少しゆるくても良いのでは、自殺が多い、ストレスが多い	越）看護倫理より生活の為という感じ、私語多い、記録の情報量が全然違う、プランも立てない 日）座れないくらい忙しい	越）帰国しても病院就職ができない(英語ができないと)日本でのキャリアが生かせない、環境に染まりやすい(良くも悪くも)	越）看護師の地位、収入は低い・看護資格より日本語を忘れないことを優先する	越）院長は偉い、院長室立ち入り禁止、距離が遠い、上司との関係性が無いと出世しない	越）仕事・勉強も薬だが給料が低い、現在医療通訳をしているが、最初はベトナムでの医療語が分からなかったが、すぐに理解できた
D氏	越）近親者のお年寄り・目上は尊敬し大事にする、近隣とは(都市部以外)仲が良い、近所の子供が自由に遊びに来る、友人の親が病気になってもお見舞いに行く、ベトナム人は誘った方が必ずおごる、	越）遅刻には甘く、早く帰宅する(タイムカードがなく残業代が無いもしくは少ない)、借りたお金を返さない場合が多い、規則を守らない(守りすぎると嫌がられる)、列を並ばない、	日）気を遣いすぎる(だから掃除をするのが面倒だから友人を家に呼ばない)、一旦決定すると変えにくい、落ち込み易い、友人に対して全てを話さない	越）指示以外しない、働き過ぎると変人扱いされる、ストレスを感じない、ミスをしても隠す、看護師としての独立心が無い、医療結果に対して責任を取らない(罪を感じない) 日）気を回しすぎる	日本で看護師を目指した初期の動機は外国に行きたかったから	越）能力関係なく出世する、	越）特殊な人間関係(コネなど)がある場合が多いので、失敗しても上司から怒られない結果成長阻害が見られる、上司が変わらないと部下は変わらない	日本に行ってびっくりして、ベトナムに戻ってまたびっくりした(2 回驚いた)すなわち基準が 2 回変わった
E氏	越）家族優先、最近は近代化してきたのでストレス社会になってきた、競争がはげしくなってきた、	越）バスの時間も定刻通りではない(15 分間隔程度の表記)、	日）キチンとしている、完璧主義、仕事ができないと先に進まない、	日)患者を大事にする、精神に対するケアをする、 越)看護師の方が患者より立場が上、入院した方が、病気が悪化する、病院数が少ない上国営が多く競争が少ないのでサービスが改善されないから、地方は特にひどいので、医療施設が都会に集中する、これからは私立が増えるので改善されるのでは無いかと期待する、まじめにしても褒められない、法整備がキチンとされていないのでいくつかの解釈がされていて穴が多い、看護師にチップを払わないと注射を痛くされる	越）顔にすぐ出る(日本人は表情に出さない)	越）以前に比べると看護師の社会的地位が向上した、ベトナムでは終身雇用は公務員ぐらいなのであわなかったらすぐ辞める、仕事に対する、	越)サインをした人が責任を取る、	最初にベトナムに帰国した際に病院に就職しようとしたがインフラだけでは組織全体の環境が悪いのでやめた、病院の窓口でもチップが必要、
F氏	越）家族関係が 1 番大切、身内の高齢者は敬う(他人はそうでもない)	越）時間を守らない(遅刻して、早く帰る)、ごみのポイ捨て、列に並ばない、早いもの勝ち、規則に対する根本的な考えが甘い	日)家に呼ばれたときに他人に後片づけをさせない、我慢強い、親切、冷たい、神経質(うつ傾向)、	日）患者を預かる限りは責任を持つ(患者も医療知識が豊富)、 越）医師の言っていることが絶対、	日)子供を出産したが、大きくなる前にベトナムでの生活をさせるために帰国したが言語、文化に慣れるのに大変だった、	越)長く日本で看護師をしてきて業務は好きだが、ベトナムでは給料が低いので看護師ができない	越)管理者は仕事をしないで部下にさせる、上に行くほど権限が強くなり仕事しない、ミスをしても個人の責任にはならない(上司も隠す)、 日)上司が見本を見せる	越)患者に対しての説明が十分でない(説明責任が無い)、態度も悪い、備品も不足している、
G氏	越）隣人との付き合いが頻繁であり、壁を作らない、人間関係は日本より複雑だがストレスを防ぐ側面もある 日）畏まった感じがする（例えば訪問する際に突然行くとは少なく必ずポイントを取っていく）	日）遵法心、道徳心がある 越）ルールはあるが、厳しく取り締まることは少ない、守るのはバカ（例えば財布を拾っても中身だけ取って捨てる、ゴミの出し方が悪い等）	日）良い点として、正確・誠実・真面目、悪い点として根に持つ、嫌味を言う、直接言わず間接的に言う 越）良い点としてはオープン、誰とでも仲が良い・ケンカしてもさっぱりしていて長引かない、悪い点としては、考えが浅い、すぐに謝らない、仕事関係以外では年配者を大事にする、若い人達は他人に関心が低くなってきている	日）仕事に対しての意識が高い、レベルが高過ぎる、慎重である・医師と看護師の関係がベトナムに比較すると平等である（チーム医療） 越）医師の指示が無いと動かない、業務範囲が日本とは異なる（注射・縫合等）、医療レベルによる死亡が多いように感じる（妊婦・乳幼児）	本人だけでなく家族（配偶者）の適応が問題であった（精神的）	越）金銭感覚が見栄っ張り・自分の給料に対して不平不満を言う・給料は低いとすぐ転職をする	越）医師と看護師の関係は日本のようではない	結婚・子育てに悩む
H氏	越）本来は大家族主義であるが現在では都市部では核家族化が進んでいる様だ、近所との交流が多い、家に来てもらうと嬉しい、仲良くなりたい、1 歳でも年長者は先輩として重んじる、経験より年齢が重要	日）時間を守る・自分の担当に対して責任を持つ 越）気分によって変わることがある	日本の仕事に対する姿勢が好きだが、人間関係は嫌だった	越）人間関係が無いと仕事がやりにくい、嫌いな人と仕事が出来ない、仕事より家族が大事・男女差があるよう（家事・子育て・親の面倒は女性の仕事)、仕事に対してのプライドが高い（ただし職種や帰属する組織による)、死に対する考えとは「自然」「淡泊」「無理せず死を選ぶ」「自宅死を望む」「患者は受身」、人員基準などの法令遵守に意識が低く努力目標のようである 日）家族より仕事が優先、仕事は最後までやりきる、死に対する考えは「治療する」「あきらめない」、	先輩・後輩の関係で苦労（日本から来るボランティアも同様に悩んでいる）	ベトナムに帰国後、一時期病院で働いていたが、やはり現在の日本政府系機関で勤務している	モノ・カネだけでなく人間関係が優先である、タテとかヨコの関係ではなく誘った方がおごることが多い、人間関係があれば失敗しても守られる	現時点ではベトナムで働くことが楽である、現在日本の政府系機関の現地スタッフとして勤務しているが現地スタッフは日本人スタッフとは違い長期雇用されベトナム人に合わせてくれる、最初にベトナムから日本に来た時は辛かったが、日本からベトナムに戻った時はそうでもなかった
考察	家族・親戚・友人・近所付き合いを重要視する、特に親兄弟に対しての関係性は最重要である、現代の若者世代では希薄になってきている	今回インタビューをした日本で看護資格を取得したベトナム人はベトナム人のことを遵法意識は低く、個人主義と感じている	日本人に対しては、勤勉・まじめと尊敬の念を持っている反面、行き過ぎて・神経質になっていると思っている	医療・職業倫理に対する根本的な考え方が異なるようである、人命に対する意識レベルに相違があるようである、看護師という職業の地位の向上、医療サービスの競争化により変化がみられるのではないかと思われる、「死」に対する考えは医療制度や技術や患者の医療に対する認識によるものではないか	そもそも今回インタビューを行った看護師のみなさんはかなり優秀なので日本に適応することについては思った程問題がなく、若く経験が無く来日したので、日越の職業比較もなかった	看護師の地位が相対的に高くなく、所得水準も低いためモラルを求めることが困難な状況であるが、ベトナム国家としては日本へのＥＰＡによる看護師交流を踏まえて看護教育の高等化大学化を目指している	組織の中で部下と上司の関係は、封建的な側面を残している、人間関係が非常に重要な要素であり就職や出世に大きな影響を持つ	日越の看護師の業務に対する意識の格差、社会的な位置付けの相違により、ほとんどの日本で看護資格を取得した人が看護業務に就いていない現状があり、その改善は教育の仕組みや医療制度の改革・正しい競争の導入にあると思われる。結婚や子育てなどの家族問題に悩むことが多い

3.2.2.2　適応について

今回インタビューを行った対象者は、日本で初めて就労したため、日越の職業経験の比較もなく、日本で適応することについてそれ程問題がなかった。むしろ、家族のことや、職場内での人間関係の悩みがあったようである。

3.2.2.3　賃金や処遇について

ベトナムにおける看護師の地位が現状ではそれ程高くなく、所得水準も低いためモラルを求めることが困難な状況であるが、今後の医療ニーズの高まりと日越ＥＰＡを含めた国際化に適応するために看護教育の高等化及び大学化が必須である。

3.2.2.4　上司と部下の関係性について

組織に対するコミットメントより人と人のつながりや、上下関係を重要視する側面を残している。人間関係が非常に重要な要素であり就職や出世に大きな影響を持つと考えている。

3.2.3　ダブルギャップについて（越→日→越というふうに環境が変化したことにより感じたこと）

日越の看護師の業務に対する意識や社会的な位置付けの相違を感じている。具体的に言うと、患者や家族に対しての説明が十分でない、態度が悪い、チップを要求するなどである。これらの改善は教育の仕組みや医療制度の改革・正しい競争の導入にあると思われる。家族主義の色合いが依然として強いために、結婚や子育てなどライフサイクルの変動に伴い家族問題に悩むことが多い。

４．考察

4.1　考察

全体としては医療機関や組織に対するコミットメント、看護師という資格・職業に対するプライド、自身のキャリアに対する期待などにおいて日越での相違があると仮定できる。さらに文化的な面では、家族を最優先することや職場内での上下関係を大事にするなどの人間関係を重視することや、時間を守るなどのルールに対して、責任感に対して、金銭に対しての意識などが異なるようである。これらの相違から学習意識や就労意識に対しての阻害要因となる可能性が指摘できる。ベトナム人が看護・介護の現場で就労するうえで、言語以外の阻害要因となりうる要素を今後深く掘り下げていきたいと考える。

4.2　本研究の意義と今後の課題

4.2.1　意義

本研究の意義は、以下の 3 点である。まず、第一の意義は、語学問題ばかりに焦点が当てられていたが、それ以外の文化的問題が存在することを明らかにした。既存研究や本制度の社会的評価は、外国人が資格を取得し、就労する際に生じる、「言語の壁」という日本語習得問題に焦点が絞られてきた。そのような問題の大きさは十分に理解するが、外国で就労する際の「文化の壁」もまた無視出来ない要因である。

第二の意義は、組織に対するコミットメントや職業・資格に対するプライド、キャリアに対する考え方の相違がみられたことである。経済成長の段階や政治的・宗教的な背景が異なることから止むを得ないことであるが、そのことを理解することは重要である。

第三の意義としては、「死」に対する認識の違いがみられたことである。高齢者介護に関わる限り他者の「死」から逃れることが出来ず、特に介護施設で就労する看護師にとって、「死」は日常であり、その理解は不可欠な要素であり、「死生観」についても掘り下げていきたいと考えている[15)、16)]。本研究では、これらに焦点を当て、外国人が対人接触多い介護労働者として就労する際の問題点に言及出来たことは、大きな貢献と言えるであろう。

4.2.2　課題

本研究の課題は、以下の 2 点である。第一の課題は、本研究が質的に「文化の壁」の問題の存在を指摘するに留まっていることである。このような問題が、いかにして就労や修学に影響を及ぼすのかについて、そのプロセスの解明にまでは踏み

込むことが出来なかった。今後は、早急にこのプロセスを解明することに取り組む必要があると考えられる。第二の課題は、本研究が質的に指摘することに終始している点である。この「文化の壁」の問題について、さらに特定化を行うためには、より問題点を明確化し、概念を操作化することが必要である。その上で、「文化の壁」の問題が外国人研修生の就労・修学にいかなる影響を与えるのかについて、量的な研究を推進することで、これらの問題が外国人看護師の育成・確保にもたらす影響を明らかに出来る。これにより、本研究で指摘した。国家試験合格者数・率の面から、停滞を見せている EPA による看護師候補生・介護福祉士候補生の受け入れ制度の更なる発展に貢献出来るであろう。

謝辞

ご多忙にも関わらず、貴重な時間をインタビューに割いて下さったベトナム人看護師の皆さんに心より感謝申し上げます。

参考文献

1）総務省統計局：統計局ホームページ，高齢者人口，（オンライン）2012 年 9 月 16 日（アクセス日 2013 年 7 月 15 日）

2）国立社会保障・人口問題研究所：人口統計資料集，人口及び人口増加率 2012 年度版，（オンライン）2012 年４月１日

3）内閣府：社会保障国民会議「最終報告」，（オンライン）2008 年 11 月 4 日（アクセス日 2013 年 7 月 16 日）
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf.

4）厚生労働省：広報・報道，報道発表資料，（オンライン）2013 年 3 月 28 日（アクセス日 2013 年 7 月 15 日）
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002ycsb.html.

5）（財）介護労働安定センター：平成 23 年度介護労働実態調査結果について：2012

6）三枝令子：介護福祉士国家試験の日本語，介護福祉学：2012

7）公益社団法人全国老人保健施設協会：外国人スタッフ雇用に関する課題点の調査研究事業報告書：2010

8）経済産業省：EPA，（オンライン）（アクセス日 2013 年 7 月 16 日）
http://www.meti.go.jp/policy/trade_policy/epa/about_epa.html.

9）法務省：在留資格，特定活動７，（オンライン）（アクセス日 2013 年 7 月 16 日）
http://www.moj.go.jp/ONLINE/IMMIGRATION/ZAIRYU_HENKO/zairyu_henko10_21_08.html.

10）厚生労働省：厚生労働省，看護師国家試験の受験資格認定について，（オンライン）（アクセス日 2013 年 7 月 11 日）

11）公益社団法人国際厚生事業団：平成 26 年度版 EPA に基づく看護師候補者及び介護福祉士候補者受入れの手引き：2013

12）国際交流基金/日本国際教育支援協会：日本語能力試験，日本語能力試験とは，（オンライン）2013 年 4 月 1 日（アクセス日 2013 年 7 月 16 日）
http://www.jlpt.jp/.

13）光山誠：介護業界における人材確保問題～外国人人材導入のためのビジネスもでる～，京都市，立命館大学大学院経営管理研究科：2008

14）AHP ネットワークス：外国人看護師養成支援事業の歩み　1992～2010 年，NPO 法人 AHP ネットワークス，（オンライン）（アクセス日 2013 年 7 月 15 日）
http://www.ahp-net.org/data/Vietkango1992-2010001.pdf.

15）アルフォンス・デーケン：新盤　死とどう向き合うか，NHK 出版：2011

16）岡本双美子，石井京子：看護師の死生観尺度作成と尺度に影響する要因分析，日本看護研究学会雑誌，53－60：2005

Abstract

There is a need for employment of foreigners as human resources for future nursing care in Japan. Japan has accepted nursing trainees and certified care worker trainees as a result of economic partnership agreements from Indonesia and the Philippines. However, these trainees have had a lower result of the national examination despite high evaluation results of their on-site training. This is a problem, and it must be improved soon, due to the fact that acceptance of trainees from Vietnam begins in 2014. To look further into this matter, I have interviewed eight Vietnamese nurses who successfully received nursing qualifications in Japan. From my interviews, I gathered what can be summed up as 3 results. I gathered information on: 1. Culture 2. Work 3. A “double gap” that was experienced in culture changes. The first cultural gap occurred when the nurses were in Japan; the second was experienced after they were adapted to Japan and had to assimilate back to their own culture. Because we employ Vietnamese, you must understand that there is also a mutual cultural conflict on our side when they are among us. Through my interviews, I discovered the necessity of studying the points and concerns of cultural differences and assimilation. I hope that by doing this and solving this problem, we can help them assist us in nursing.

［研究ノート］

地域密着型サービス事業所の災害時における存在価値について
－復興支援の現場から－

著 者　：橋詰　清（公益社団法人日本認知症グループホーム協会現地災害対策本部／国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻博士課程）

抄録

東日本大震災により、多くの医療、介護施設が被災した。発災直後から、様々な支援活動が行われたが、特に、介護の現場では体系的かつ組織的な支援活動が実施されていない事例が数多く見受けられた。特に広域的な災害時は、医療・介護従事者も含め地域社会が被災者である。国をはじめ、様々な組織が震災後から様々な対応策を講じてきた。しかし、被災地域の復興はまだまだ序章である。また、災害対策には、これさえやれば完璧であるといった対策はあり得ない。被災地域において様々な困難に立ち向かい、利用者、家族及び地域住民の安心、安全を確保した地域密着型サービスの事例を取り上げることにより、今後発生が予測される災害を見据えた地域における介護事業所の存在価値を論じた。

キーワード：地域密着型サービス、グループホーム、運営推進会議、災害派遣介護チーム

1. はじめに

2011 年 3 月 11 日 14 時 46 分、宮城県牡鹿半島の東南東沖 130km の海底を震源として発生した東北地方太平洋沖地震は、日本における観測史上最大の規模、マグニチュード 9.0 を記録し最大震度は 7 で、震源域は岩手県沖から茨城県沖までの南北約 500km、東西約 200km の広範囲に及んだ。この地震により、場所によっては波高 10m 以上、最大遡上高 40.1m にも上る大津波が発生し、東北地方と関東地方の太平洋沿岸部に壊滅的な被害をもたらした。被災地では、ライフラインが絶たれ、交通網は遮断され、通信手段も制限された孤立状態が続いた。また、生きていくことに必要な飲料、食料、燃料が枯渇するといった事態も発生した。

また、1995 年 1 月 17 日発生の阪神･淡路大震災、2004 年 10 月 23 日発生の新潟県中越地震、2007 年 3 月 25 日発生の能登半島地震、同年 7 月 16 日の新潟県中越沖地震等が発生した。東日本大震災をはじめ、様々な自然災害が日本中で猛威をふるっている。

地域密着型サービスは、要介護者等が住み慣れた地域で生活ができるよう、2008 年 4 月の介護保険制度改正により創設されたサービス体系である。上記の災害を基に、様々な災害時対策の研究が実施されている。しかし、地域密着型サービスの災害時対策については、個々の事業所レベルにおいての対策及び防火対策が殆どである。

認知症共同生活介護（以下「グループホーム」という。）など介護保険事業所においても、利用者や職員の多くの命が奪われ、多大な被害を受けた。避難生活や仮設の事業所での事業継続を余儀なくされたグループホームも複数ある中で、流出や倒壊を免れ、他の事業所の利用者や地域住民の避難場所として機能したグループホームもあった。

グループホーム事業者が中心となって構成する組織、公益社団法人日本認知症グループホーム協会（以下「日本 GH 協」という。）が、東日本大震災の被災地で行った支援活動を通し、今後の災害時対策のあり方のみならず、避難行動や避難生活における注意点、外部からの支援体制のあり方や、災害時における認知症ケアのあり方など、様々な事実を把握することができた。特に、被災したグ

ループホームが体験した、過酷な条件の下における、避難生活、被災後の生活は、多くのことを教え、課題を示唆している。震災後２年が経過している今もなお、復興への道のりはいまだ序章に過ぎない。東日本大震災をはじめとするさまざまな自然災害が全国各地で発生している。大規模災害は完全に防ぐことはできないが、これらの災害に対しどのように取り組むべきか、地域において何ができるかを考察していきたい。

また、世界に類をみない長寿国である日本において、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくことは我々の共通の望みである。今回の震災においても認知症対策は大きな課題となった。施設及び避難所に限らず、震災の影響により高齢者は、閉じこもりがちになり、心身の機能が低下し、生活が不活発になることによる認知機能の低下が進んだ。特に環境の変化に脆弱である認知症高齢者に対する支援は十分であったといえない。認知症高齢者を支えられる地域づくりを推進するために何ができるかを併せて考察していきたい。

・東日本大震災による介護現場への影響

2011 年 6 月 13 日時点で、岩手県、宮城県、福島県の 3 県において 52 の高齢者施設（特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床、グループホーム）が被災しており、407 名の入所者、58 名の職員が死亡し、78 名の入所者、115 名の職員が行方不明となっている。

図表 1. 東日本大震災による高齢者等の被災状況について

【岩手県、宮城県、福島県の合計数・平成 23 年 6 月 13 日現在】

施設種別	平成 21 年 10 月 1 日現在の施設数等		被災施設数（全壊。半壊）	死亡者数		不明者数	
	施設数	現員		入所者	職員	入所者	職員数
特別養護老人ホーム	333	20,633	11	170	19	41	60
養護老人ホーム	41	2,816	2	48	24	2	0
軽費老人ホーム	98	3,161	5	21	1	2	3
介護老人保健施設	201	17,520	6	137	9	26	48
介護療養病床	78	1,722	1	0	0	0	0
グループホーム	414	5,377	27	31	5	7	4
合計	1,165	51,377	52	407	58	78	115

※福島県で被災したグループホーム入所者は、同一敷地内の老健に避難中に津波を受けたため、死亡者数及び不明者数は老健に計上している。（出展：厚生労働省）

２．方法

2.1　研究方法及び調査対象

東日本大震災発災後から地域密着型サービス事業所が果たした役割と機能を明確にしていくという研究目的から、岩手県、宮城県沿岸部を中心とするグループホーム及び小規模多機能型居宅介護事業所へのヒアリング調査及び支援活動を実施した。

2.1.1　倫理的配慮

本調査の依頼の際に、調査対象に対して、筆者が実施する調査であること、研究の趣旨、調査結果は研究目的以外では使用しないこと、その後の調査結果の報告により不利益を被ることはないことを口頭にて説明した。本調査の回答者は、任意で回答した者であり、回答をもって同意を得たこととした。

2.1.2　事例１　被災状況

グループホームＡ（宮城県石巻市鮎川浜、運営主体・営利法人、2ユニット、入所者18名）

東日本大震災においてグループホームを含め地域一帯が流出。

津波直後の 1 次避難所として牡鹿総合支所へ避難。一般避難者も多く収容していたため利用者の不穏な状態により避難所全体の秩序が乱れることを懸念した行政側より、2次避難所へ移動するように指示された。ここでは5日間過ごした。2次避難所は介護老人福祉施設のホールを間借りした。介護老人福祉施設側の都合により 4 月末までの期限とされた。体調不良のため入院した利用者を除く13名と共に、3次避難所へ移動した。ここでは47日間過ごした。3次避難所は宮城県内陸部の色麻町の公共施設であった。震災の影響を受けておらず、利用者にとっては快適な環境ではあったが、被災者である職員にとってはこの避難所まで通勤することは不可能であった。5名を除く職員が退職することとなった。この避難所での生活支援の援助から日本GH協をはじめとする全国の介護ボランティアにより実施した。ここでは 152 日間過ごした。現在は、4次避難所である石巻市内の仮設グループホームへと移動した。平成23年9月30日のことである。当初、仮設グループホームの完成予定は7月とされていたが実際の完成は 9 月となった。仮設での運営がある程度落ち着いたことを踏まえ、新施設への移転先の検討を始めた。建設候補地を探すこととしたが、土地の確保が思うように進まなかった。候補地を確保することができたが、様々な法律上の制限により時間だけが浪費される結果となった。様々な課題を解決し着工することができたのは平成25年2月に入ってからであった。新施設の完成予定は7月を予定している。

2.1.3　事例２　被災状況等

グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所併設Ｄ（岩手県釜石市片岸町、運営主体・営利法人）

東日本大震災において地域一帯が流出。

グループホームは高台に建っており近隣の避難地域に指定されていた。震災当日は約80名の地域住民が避難していた。地域住民は地域の避難所が立ち上がるまでの2日間そこで過ごした。3日目の朝に山火事による火災の延焼の可能性があると情報が入り、近隣の廃校へ移動した。この時点では職員の家族の安否確認を取ることが出来なかった。廃校では対応ができないと判断したため、遠野市の公共施設へ移動した。震災の影響を受けておらず、県内の後方支援の拠点となっていた。しかし、職員は通勤することができず、当該施設に泊り込みで支援にあたった。この避難所での生活支援の援助から日本GH協をはじめとする全国の介護ボランティアにより実施した。そこでは１ヶ月間過ごした。その後、4 月 15 日に当該施設にもどり運営をはじめた。

2.1.4 事例３　被災状況

グループホームＣ（宮城県気仙沼市唐桑町、運営主体・営利法人、1ユニット、入所者9名）

東日本大震災においてグループホームを含め地域一帯が流出。

津波直後の１次避難所として近隣の小学校の体育館へ避難。津波の影響を考え、体育館よりさらに高台にある障害者施設へ移動した。そこには100名位が避難していた。ここでは 1 日間過ごした。翌日、社会福祉協議会の支所へ移動した。そこは日頃デイサービスが行われており、看護師等も待機していた。そこでは、一般避難者と施設系避難者をわけて対応することとなった。この時点では、職員の家族の安否を確認することはできなかった。また、本部とも連絡が取れなかった。3日目に本部に繋がる道路が通じ確認がとれた。バックアップ施設の介護老人福祉施設との調整を図るよう指示されたが、バックアップ施設である介護老人福祉施設が被災していた。本部と調整を行った結果、本部に併設されているデイサービスの場所を使用することとした。その後、9 月 15 日に現在の仮設グループホームへ移動した。

2.1.5　事例４　被災状況

グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所併設Ｂ（岩手県大船渡市赤崎町、運営主体・社会福祉法人）

東日本大震災において当該法人が運営している同地区にあるデイサービスが流出し、地区全体においても多大な被害を受けた。

津波を逃れた地域住民及びデイサービスの利用者と職員が当該施設に避難してきた。開所前の住民説明会及び運営推進会議において災害時の避難場所としての機能を説明していたことが地域の避難場所となった理由であった。ライフラインが寸断され、外部との連絡が途絶えた状況において避難所としての生活がはじまった。震災後 3 日目に自衛隊と市職員が訪れ避難名簿の作成を依頼された。しかし、日中、地域住民は自宅へ、夜に戻る生活であった。昼間は利用者と職員と地域の女性数名程度だが、夜になると避難所に入りきれない数の住民が集まり正確な情報は掴めなかった。100 名位の地域住民が避難していた。5 日目に、自衛隊が瓦礫を撤去し、法人本部へ行けることとなった。本部は通電していたので利用者を本部へ移動した。この時点では職員の家族の安否確認を取ることが出来なかった。また、本部での生活支援の援助を日本 GH 協をはじめとする全国の介護ボランティアにより実施していた。この時点での職員のストレスは相当なものであった。利用者が移動した後は、全てを避難所として開放した。（避難所として８日間機能した。）その後、4 月 1 日当該施設にもどり運営をはじめた。

上記４事例を中心として、具体的な事象をもとに災害時における地域密着型サービスの役割及び機能を検証し、地域密着型サービスの存在価値を明らかにすることとする。

３．結果

3.1　調査結果から

3.1.1　事例１管理者コメント

被災して地域とのかかわりの大切さをこれほど痛切に感じたことはなかった。震災当日、地域の方が入居者の車いすを押し共に高台に逃げ、安否に気遣ってくれた。職員だけでは避難できたかどうかわからない。

また、ボランティアの受入れであるが、施設の構造や介護方法など、人が入れ替わるたびに説明するのが大変だった。また、津波でほとんどすべてが流されたため、マニュアル等の整備も不十分で、何が足りないのかを把握することさえ困難だった。今回の震災は規模が甚大なもので牡鹿半島の全域に住む人が被災者となったため、皆自分のことで精一杯の状況であった。

三次避難先への移動に伴い職員のほとんどが退職せざるを得なくなった。介護職員が不足したとき、日本 GH 協が各県から介護ボランティアを派遣してくれたことでずいぶん助かった。介護ボランティアの質の高さに感心し、介護ボランティアからさまざまな指摘を受けたことについては今後の課題にしたい。

3.1.2　事例２　管理者のコメント

震災後から 3 日目にかけて、先が見えなかったこともあって、どれだけ踏ん張らないといけないかの目処がみえなかった。備蓄品は、想定が、2、3 日分ぐらいだったので、ガスボンベも 2 日で無くなってしまった。利用者の対応よりも、事業所に避難してきた 70～80 人の地域住民への対応の方が相当に大変だった。事業所のある地区が避難地域に指定されていることから、何かあれば受け入れざるを得ないと覚悟はしていたが、どのように受け入れたらよいのかのシミュレーションなどはしていなかった。地域住民で混乱する中で利用者がどうなるか心配であったが、地震や津波を経験している利用者もいることから、ほとんど手がかからなかったことには驚いた。利用者は、「なにぃ、おらだちは昔、戦争でもっとひでえめにあった。」などと話しており、予想したほどの混乱もなく落ち着いて行動していた。当初は、職員の中にもパニックを起こした者が何人かいて、現状から逃れようとしていたのが分かった。家族の安否確認が

出来なく、探しに行きたくてもその場を離れられないというジレンマだったのだと思うが言葉かけしか出来なかった。関係者の安否確認が出来るまでには、かなりの時間を要した。とにかく、石川県や新潟県から支援部隊が入ってくれたことには感謝している。支援が入るまでの間、職員は24時間休み無しの状態で圧倒的に人数が足りなかった。遠野では地域の高齢者などがボランティアで手伝ってくれたが、専門職ではないので見守りをしてくださる程度。夜間は、数名単位の二交代でこなしていたが、それを毎日繰り返していたので相当にきつかった。また、小さい子どもがいる職員も大勢いて、家に帰れない状況は非常にまずかった。専門職の支援者が入ってくれなかったら、戦線離脱していたところだろう。

3.1.3　事例3 管理者のコメント

津波を想定した避難訓練は実施していなかったが、消防訓練のたびに「津波がきたらどうしたらいいか。」「冬場の場合どうすればいいか。」「夜１人の時は、どうすればいいか。」と消防に尋ねていた。市内から当該GHに入る道は２本あるが、２本とも海辺を通る道であり、津波の場合は通行できないことが予測された。「市内からは応援にいけない。消防もいけない。当該施設が孤立するリスクもある。」と言われていた。

常に、近所の店や郵便局などに顔を出し、施設の目の前に立つ夕市へ出かけるなど、普段から地域との付き合いがあり、コミュニケーションを図っていた。顔を覚えていてくれた。施設から避難する前にも、近所の方や当該地域在住の職員の家族が、玄関まで来て「逃げろ。」と教えてくれた。

利用者はある意味強さをもっている世代であり、避難中にも、「しょうがねえんだ。」と言う言葉が聞かれた。避難所において配給されたおかゆを見て、「戦争の時こうだったな。」と、戦時中の話で盛り上がることもあった。不安がる利用者を別の利用者が肩をたたいて慰めるなど、利用者同士がお互い助け合う姿も見られた。

当該地区は、自然な付き合いがベースにある。常時から利用者が外に出かける機会を数多く設けるようにしていた。職員の実家の畑で職員の家族と触れ合ったり、小学校が近かったので、職員の小学生の子どもと触れ合ったりするなど、職員の家族も含めてグループホームに関わってもらっていた。自治会長、民生委員の地主など、運営推進会議のメンバーが比較的地域に顔の広い方々だった。そこで、「わからなければ聞けばいい。」「できないことは助けてもらおう。」というスタンスで臨み、実際地域住民に助けてもらっていた。

事実が把握できないと、推測でしか対応法を考えられない。噂で入るくらいなら、はっきり事実を公表した方がいいと思う。「なぜそこで」「なぜその判断ができたか」事実を把握して、また同じことがあった時に活かしたい。情報を、学びとして頭に入れていた方がいいと思う。記憶は、記録に残さないと表に出ていかない。これだけのことがあったのだから、みんなが次のみんなに引き継いでいかなくてはならない。

あの時、判断材料がなく、判断する状況になかったのだ。そこが問題だったのだ。状況もわからずに責任転嫁をするのでなく、事実を共有して、「うちはこれで、こういうことがあった。」と考えていくことが必要である。今回の震災を、「しょうがないよね」「みんな予想できなかったからね」で済ましてはいけない。「あの状況でよくやった」という情報と、「上手くいかなかった」という情報から、もっと学びたい。

職員はどこかみなぎりぎりである。動揺もある。職員の精神科通院が増えているといわれるが、同じようなことが、いろいろ起きているのではないかと思う。震災前と環境は激変して、職員は、こんなに追い詰められるのだなと感じている。

管理者は、何かあった時の責任を取り、判断を下す役割だと意識している。だが、管理者が不在の緊急時に、その役割を職員が担い、判断せねばならないという状況は変えていくべきだと思う。

震災後に採用の求人をしても、前ほどには集まらない。集まっても、職員は初めての方が多い。経験者が集まらない。これを機に辞めた職員もい

る。職員を補充したい気持ちはある。きちんとした運営をするには、まだ時間がかかると感じている。

3.1.4　事例４管理者コメント

ああいう状況になると、自分たちができることは限られてくる。自分たちにできることは、利用者の安全を守ること、不安を少しでも取り除いて安心してもらうことだった。そういうことしかできないという思いが職員間にあったと思う。それが、利用者に寄り添ったり、同じ布団で寝たりという行動となった。職員と利用者というよりは、家族みたいな感じだった。私たちは利用者を支えているようで、利用者に助けてもらったところも多かった。今思えば「介護」という言葉で表されるものではなかったとも思う。

職員からは、家族はどうしているだろう、という声がある。利用者から「絶対大丈夫だから。」という励ましの声をもらったり、利用者が冗談を言って笑わせてくれたりもした。心の安心を与えられたという感じがした。

利用者はこの近隣に住んでいて、多い方には２、３回の津波経験がある。「あの時も大丈夫だったから、きっと大丈夫だよ。家が流されても命があればいいんだから。」という話をしてもらうと、大先輩だから言葉の重みが違う。それに助けられた部分はある。

高齢者に関わるというのは、認知症だから関わるというのではない。介護は社会問題ではあるが、人付き合いでもある。顔と顔をつき合わせて話をしてということが根本にある。そこが重要なのだと今回は思った。一方的に介護するのではなく、助けられることもたくさんあった。それを知る良い機会だった。

地域密着型の事業所として、地域と関わらなくてはという思いが今までもあったのだが、実際に避難生活を一緒にして、地域との関係が深くなったというか、近所という関係止まりではなくなった感じがある。同じ空間にいたので、何よりもここを知ってもらった。認知症の方々を見てもらった。その介護をする職員を見てもらった。私たちも、地域の方々と話をして、お子さんの名前を覚えて遊んだりもできた。お互いを知る機会になった。以前は表面的な関わりだった気がする。今回の震災で、同じ苦労を共にした仲間になった。心から通じ合えた。喜怒哀楽を共にしたので、仲間になったという言葉が合うようになった。前は「地域密着型」という言葉に縛られる感覚があった。こちらから何かしなければ、地域と関わらなくてはと。「地域密着型だから何かやらなくては」それが足かせになって動けないところもあったように思う。今回は、密着というか一緒になったという思いが強かった。「何かをしなければ、してあげなくちゃ。」という感じよりも、お互い同じ方向を向いて、一緒に手をつないで歩くようなイメージの方が、実は良いのだと気づいた。

そうなるには、お互いを知らなければならない。避難生活では、お互いを知ることができた。そうした経験が関係づくりに結びついて、お互いが並んで、同じ方向を向いて、同じ目標に向かって歩けた。

ここや被災した事業所は、当面の間は、復興とかそういった同じ目標に向かって地域の人と歩いていける。そうではない、被災していない地域では、地域のお祭りなどを成功させようとか協力関係を持とうとかいう小さなことでも良いので、同じ目標に向かって一緒に進んで行く。目標は短期でも構わないと思う。そうした関係で進めれば、お互いに助けやすいし、達成した時の喜びも一緒に味わえる。それを重ねて、密着していく、と今回思った。

3.2　地域密着型サービスの役割とは「地域包括ケアシステムの拠点として」

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定

義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする[1)]。

そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

グループホーム及び小規模多機能型居宅介護事業所の支援におけるキーワードは、「生活支援」と「地域づくり」である。わが国の認知症高齢者の支援における地域ケアの活動は急速に拡充し、グループホーム等の活動に対する期待は大きくなっている。認知症高齢者が地域で生活を確立するためには、さまざまなケア（生活支援）が必要で、日常の生活の営みを「暮らし」として実現するために、医療的支援はもとより生活者として対象を規定して支援を展開することが求められる。そして、地域の中でその支援の核となる拠点が存在しなければ、生活の広がりを実現することは困難である。その拠点となりうるのが地域密着型サービスである。

3.3　地域密着型サービス事業所が果たした役割

震災直後は、福祉避難所の指定を受けていない地域密着型サービス事業所にも、近隣住民が集まってきた。もともと、近隣の人の認知症に対する理解は高かったわけではないが、子どもから大人まで、数日間から10日程度、寝食を伴にする中で、介護事業所や認知症の人に対する意識が変わってきたのではないかと。過酷なアクシデントが、逆に、地域の人の関係性や意識を変えるきっかけとなった。

利用者は、グループホームや小規模多機能の中ではなんら問題なく過ごせるが、避難先では耐えられない状況となった事例が多く見受けられた。一般避難所において数日間は、奇声を発したりして落ち着かない状態が続いた。これらの症状が、本人にとって今まで表出されていなかった認知症の症状であったのか、震災後の環境で新たに生じてしまった症状なのかは分からないが、何らかの症状が出てしまうようだ。また、現在も、避難所や仮設住宅等で続いている課題だが、症状が出てきた時に、ボランティアなどでは対応することが出来ない。地域の高齢者にも変化が確認され、1ヵ月くらい経過した頃からＡＤＬの低下が目立ってきた。被災地域の多くのデイサービスも休まざるを得ない状況となっていたが、その間、地域のお年寄りのＡＤＬはがたがたと落ち始めていた。週に 1 回程度、デイサービスに通う意味があるのかと感じていた家族も、生活力が落ちていく姿を目の当たりにすることとなってしまった。

今回の震災では地域密着型サービス事業所が、大いに地域貢献することができた。背景には、2ヶ月に一度開催する運営推進会議などを通じて、事業所に対する地域住民の認識が高まっていたことがあると考えられる。

3.4　避難行動について

震災の経験を通して、自分たちがなぜ生き残れたのか、また、なぜ亡くならなければならなかった人がいるのかをしっかりと考察する必要がある。防波堤などの安全神話は崩され、頼りになるのは一人ひとりの防災意識の高さだ。その意識を保つためにどうしたらいいかを、今回、私たちは考えていかなければならない。今回の震災では既存の、ハザードマップはあまり役にたたなかった。もともと、避難場所に指定された場所に避難し命を失った事例が多くあった。併せて、職員自体も被災者である。こうした状況を外部支援が入るまでどう凌ぐかは大きな課題になる。災害時にシステムを構築することは不可能である。いかに事前に、日常から災害時を想定したシステムを構築しておくことが重要である。

3.5　災害派遣介護チームについて

震災直後から一週間の困難は、物資がないこと、人手がないこと、情報がないことであった。こうした状況の中で、「災害派遣医療チーム」はあって

も、「災害派遣介護チーム」は存在していなかった。被災地域の病院では、直後から自治体の職員が入るなどして緊急医療が始まっていたが、介護の現場には誰も来ない。職員のなかには、家や家族が流されてしまった者もいて、利用者と同様に緊急事態に直面する。現場に来ることが出来ない職員もいる中で、人手はどうしても不足する状態になる。命を預かるという意味では、介護も医療も同じ重みがあるはずだが、赤十字などが使命として入ってくる医療と、任意のボランティアに任せている介護現場との違いは大きい。介護には緊急性がないのか。実効性のある災害介護派遣チームの構築が望まれるところである。

3.6　備蓄および物資の課題

特養や老健では備蓄の義務があるものの、どのくらいの期間を蓄えるべきか明記されていない。一週間分程度の飲料水やガスコンロの備えはあったが、実際は足りないものだらけであった。同様に、グループホームや小規模多機能などの地域密着型サービス事業所にも、備蓄を義務付けていくことが必要であろう。また、グループホームや小規模多機能は、避難所指定の有無により、その後の明暗が分かれる。避難所指定を受けている施設では、避難民が集まってくると同時に、物資、情報などを入手することができていた。

４．考察

4.1　災害介護派遣チームの構築の必要性

今回の震災において実施された介護職員等の派遣システムは、3 月 18 日の厚生労働省からの事務連絡に基づき行われたものであった。そのため、災害派遣医療チーム（DMAT） に代表される医療関係者の災害時の専門職派遣のシステムに比較し、迅速かつ自律的なシステムとは言い難い。個人的なつてを通じた自主的な支援活動が行われていたが、あくまで個人的支援であり、限界性があった。また、専門性が発揮される機会であったにもかかわらず有効的に実行的に専門性が発揮できていたとは言い難い。現場のニーズと必要な専門性に隔たりがあった。これらの状況をふまえ、DMAT と同様なシステムとして災害介護派遣チームを構築すべきである。

4.2　災害対策の再構築

現場で行われている多くの避難訓練は想像力に欠け、リアリティがないにも関わらず、「台本通り」に進行すれば、成功だとする傾向が強い。そのため、具体的な課題がみえてこない。災害時は準備をしていても予測できない事態に陥るものである。形骸化された前提のもと、実効性の無い訓練が行われているのでは、実際の災害時には有効に機能しない。平成 25 年 2 月に発生したグループホームの火災事故も同様のことが言えるのではないか。だからこそ、事業者の責務として、事業所の特性に即した災害に備えることが重要である。

また、東日本大震災のような広域な大規模災害が発生した場合、グループホーム、小規模多機能といった経営基盤が脆弱である法人が多い場合には、事業継続が非常に困難な状況に陥ると予測される。これらの状況への対策として、階層別の法人間の連携体制を構築する必要がある。圏域内、広域内、全国といった個々の階層毎に法人間を中心として地域社会を巻き込んだ日常からの連携体制を構築すべきである。今回の震災を通して、事業所が所在するその地域と防災協定を結び、県内、県外においても法人間において相互の連携体制を構築するための協定を結んだ法人も存在する。特に災害時には、その専門性を地域に発揮しなければならない。また、地域から支援、理解がなければ事業所の存在価値はない。日常から地域との関わりを改めて再認識する必要がある。災害のみにかかわらず、一事業所、一法人での取り組みには限界がある。法人間、事業所間、地域、行政等との連携により様々な課題を解決していく方法が見出されるのではないか。

4.3　運営推進会議の活用

今まで、様々な取組が行われてきたが、今回の震災を通して改めて、公的な支援と個人の自助努

力の間をつなぐ地域の助け合いという概念が脚光を浴び、その拠点として地域密着型サービス事業所が見直されたのではないか。ただし、今まで地域とか共助という概念をどこまで掘り下げていたかと言えば、具体的な方法論は各事業所まかせであったというのが現実である。だから、当初は「何かをしなければ、してあげなくては」といった一方通行の関係であった。地域密着型サービスに義務付けられている運営推進会議にしても義務化されているので実施している場合が多かった。しかし、今回の震災を通して地域づくりをどう行っていけばよいかが問われたことに地域住民の誰もが気づいたときに地域とは何か、共助とは何かといった地域づくりのきかっけとなったのではないか。

誰が主体なのか。今回の震災を通して、地域全体が当事者となったのではないか。「東日本大震災」、「復興」といった課題に対して、一人ひとりが自分自身の問題、自分の家族の問題として取り組んでいったのではないか。そのときの場が、地域密着型サービス事業所であったのではないか。特に、運営推進会議は、地域で課題を共有する地域づくりの場となったのではないか。運営推進会議は入り口であって、万能ではない。地域との連携を構築するための、事業者側の価値をあらわす指標ではないかと考える。利用者の地域生活の確立に向けた支援を実践するときに、利用者の表面的な行動や現象にあるのではなく、その人生や人間関係などの人間全体に向けなければならない。当事者本人だけを対象にするのではなく、家族関係など地域社会全体を対象にして考えなければならない。これは被災地域のみの問題ではない。また、東北の復興は東北だけの問題ではない。いまの日本では、どこの地方でも地域活性化が最重要の課題の一つである。人口の減少、地域コミュニティの崩壊、高齢化、少子化、産業の衰退等、震災がなくても同様であったはずである。

社会と共存するためには、自らも変化しなければいけない。また、自らを相手から理解されなければいけない。理解してもらうためには、客観視、可視化できなければいけない。不変とされる組織の存在価値と常に変わり続けなければいけない機能価値がある。既存のものは常に古くなる。あらゆる決定と行動が、それを行った瞬間から古くなり始める。であるから、あらゆる制度、サービス、システムを組織的かつ継続的に改善していかなければならない。人の営みは、変化の中にあり、未来の中にあり、社会という環境の中にある。介護事業もその環境の中に存在する。社会と共に存在するのである。共存、協働するためには、普遍の存在価値を堅持しつつ機能的価値を革新し続ける組織を構築する必要があるのではないか。

また、米国海兵隊の格言に「平時に汗を流せば、戦時に血は流れない」The more sweat in peace, the less blood in war.という教訓がある。何か起きてからあわてて処置する、いわゆる「対症療法」では適切な対応はできない。迅速な対応のためには常日頃からの準備が不可欠ということである。

地域を中心として、各々の組織を連帯、連携し、あたかも一つの連合体という形態をとる。この連合体の推進役として私たち専門職の役割があるのではないか。その入口となりうるのが、運営推進会議ではないか。地域づくりの推進のツールとして運営推進会議は大きな可能性を持っていると考える。

謝辞

本研究を進めるにあたり、調査にご協力くださいました関係機関の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

１）三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：地域包括ケア研究会報告書，厚生労働省平成21年度老人保健健康増進等事業：2010

参考文献

１）内閣府：平成23年版防災白書：2011
２）日本気象協会：平成23年東北地方太平洋沖地震津波の概要（第3報）：2011
３）日本認知症グループホーム協会：認知症グル

ープホームにおける災害時対策に関する研究事業報告書, 平成 24 年度老人保健健康増進等事業:2013
４）日本認知症グループホーム協会：グループホームにおける災害時対策に関する研究報告書，平成 23 年度老人保健健康増進等事業：2012
５）野中郁次郎：アメリカ海兵隊ー非営利組織の自己革新，中央公論新社：1995

Abstract

A purpose of this study is to clarify the value of the care service in the community at the time of disaster. Many medical facilities and nursing homes suffered much damage by Great East Japan Earthquake. After an earthquake disaster, various support activity was carried out. However, systematic and organized support activities were not carried out in a care service. At the time of particularly extensive disaster, the whole community became a victim including healthcare workers and care workers. Including a country, various organizations took various countermeasures after an earthquake disaster. However, the revival of the disaster area is still the first stage. In addition, the complete anti-disaster measures do not exist.

I investigated a case of the care service business that provided safe service for relief while dealing with various problems in a disaster area. By this, I wrote up the value of the care service in the community at the time of a disaster.

編集後記

介護経営第８巻第１号をお届けします。

今回も多くの方々から投稿をいただき、ありがとうございました。

今回の投稿期限も前年に引き続き、前倒しで行いました。しかし、一方では、学会総会が今年は例年よりも約 1 カ月早く、それに間に合わせるのが大変でした。事務局の方々には苦労していただきました。また、査読期間が少ないにもかかわらず、快く引き受けてくださった先生方（一部の先生方には再査読、再々査読などもしていただきました）にも、心から感謝しております。

来年も投稿期限が同じとは限りません。情報はホームページに掲載しますので、投稿をお考えの際はご留意ください。（投稿自体は通年で受け付けております。）

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。ありがとうございました。

（K. N）

介護経営

第８巻 第１号 （年１回発行）２０１３年１０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