

平成23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

準市場としての介護保険制度における経営状況並びに
マネジメントからみた介護サービスの質の向上等に関する
調査研究事業報告書

平成 24（2012）年 3 月

特定非営利活動法人 日本介護経営学会

は じ め に

本報告書は、平成23年度老人保健健康推進等事業「準市場としての介護保険制度における経営状況並びにマネジメントからみた介護サービスの質の向上等に関する調査研究事業」の研究結果をまとめたものである。本研究の目的は、介護サービス事業者の介護経営のあり方を準市場という側面から介護サービスの実態を把握し、介護保険サービス事業者のマネジメントをいかに確立するかを科学的に検証することであった。

介護サービス事業者の経営管理に関する検討を通じて、介護保険制度の理念の実現と介護経営が両立する介護事業のあり方を介護サービス事業者等に指し示し、もって提供サービスの質の向上に資することを目標とする。本年度は、介護経営の多角的な視点からの研究を実施し、介護経営、マネジメント等に寄与することを第二義的目的とした。①介護サービス情報の公表に関する調査研究、②訪問介護事業におけるHRM的分析、③介護職員の雇用定着に関する研究、④イギリスにおける介護施設経営：評価基準・監査方法および情報公表制度の展開と介護施設に対する影響、⑤地域包括支援センターにおける地域マネジメントに関する調査、⑥介護保険施設における専門職の能力発展及び阻害要因の研究、⑦東日本大震災における会議保険事業所におけるリスク・マネジメントとしての職員ケアに関する研究、⑧東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究等を実施した。これら複数の調査によって、介護サービスの経営の実態を明らかにし、今後の方向性を模索するものである。

このほか、特定非営利活動法人日本介護経営学会の主催で、平成23年11月4日、神戸オリエンタルホテルを会場として、第7回学術大会「介護・診療報酬同時改定と介護経営の課題」を開催し、当日は、厚生労働省で医療・介護連携を担当する唐澤剛審議官や全国老人保健施設協会会長の山田和彦氏、社会保障審議会介護給付費分科会委員である馬袋秀男氏、全国社会福祉施設経営者協議会の介護保険事業経営委員長である当学会の廣江研理事らが参加した。さらに、平成24年3月4日、慶應義塾大学三田キャンパスにおいて、記念シンポジウム等を企画し、当日は、厚生労働省老健局の宮島俊彦局長からの特別講演「地域包括ケアのこれから」を受け活発なパネルディスカッションが実施された。

本調査研究事業の実施にあたっては、本学会理事並びに普及啓発事業として実施したシンポジウムの講演者並びにシンポジスト各位のご協力を得た。また、多くの介護サービス事業所管理者には、研究のためのプリサーベイともいえるべきヒアリング調査等にご協力をいただいた。ここに深く感謝申し上げる次第である。また、本研究実施にあたっては、調査の一部と委員会実施、報告書作成等に渡り、日本ヘルスケアテクノ株式会社のご協力を頂いた。多くの方々のご協力を得て、本調査研究事業を実施することができた。

平成24年3月末日

特定非営利活動法人日本介護経営学会

目次

はじめに	1
目次	2
第1章 介護サービス情報の公表に関する調査研究	
Ⅰ. 調査研究の概要	5
1. はじめに	
2. 調査研究の目的	
3. 実施経過	
Ⅱ. 調査研究の結果	7
1. 居宅介護支援事業所	
2. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	
3. 介護老人保健施設	
Ⅲ. 考察	31
Ⅳ. 資料編	32
第2章 訪問介護事業におけるHRM分析 —訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査—	
Ⅰ. 研究の概要	35
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
Ⅱ. 調査研究	37
1. 訪問介護事業所 経営者 調査研究	
2. 訪問介護事業所 常勤・訪問介護員 調査研究	
3. 訪問介護事業所 非常勤・訪問介護員 調査	
Ⅲ. 結論と課題	57
Ⅳ. 資料編	59
調査票一覧	
参考文献	
第3章 介護職員の雇用定着に関する研究 ～介護以外の業務や医療的ケア、介護事務の導入について～	
Ⅰ. 研究の概要	69
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
Ⅱ. 介護職員の雇用定着に関する研究	70
1. 目的	
2. 実施対象	
3. 実施方法	
4. 結果と考察	
Ⅲ. 資料編	87

1. 資料1 介護福祉士が行う痰の吸引等の医療的ケアの導入についての自由記述意見一覧
2. 資料2 介護保険施設における離職防止の取り組みについての調査票

第4章 イギリスにおける介護施設経営：評価基準・監査方法および情報公表制度の展開と介護施設に対する影響

I. 研究の概要	99
1. 研究の目的	
2. 研究の方法	
II. 研究の結果	99
1. イギリスにおける介護施設経営の概況	
2. 介護施設に関わる監査基準・監査方法・情報公表制度の歴史的展開	
3. 事業者に対するインタビュー調査の結果	
4. 考察：情報公表から情報活用へ	
III. 資料編	110

第5章 地域包括支援センターにおける地域マネジメントに関する調査

I. はじめに	115
1. 研究の背景	
2. 研究の目的	
II. 研究方法	117
1. 地域包括支援センター職員の連携実態に関する調査	
2. 静岡県内の自治体に対する地域包括ケアに関するヒアリング調査	
III. 研究結果	121
1. 地域包括支援センター職員の連携実態に関する調査結果	
2. 静岡県内の自治体に対する地域包括ケアに関するヒアリング調査結果	
IV. 結果と考察	144
1. 地域包括支援センター職員の連携実態に関する調査	
2. 静岡県内の自治体に対する地域包括ケアに関するヒアリング調査	
V. 資料編	146

第6章 介護保険施設における専門職の能力発展及び阻害要因の研究

I. 研究の概要	153
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
II. 介護保険施設における専門職の能力発展及び阻害要因の研究	153
1. 目的	
2. 調査方法及び調査対象	
3. 結果	
4. 結論	
5. 補足	
III. 資料編	158

第7章 東日本大震災における介護保険事業所におけるリスク・マネジメント としての職員ケアに関する研究事業	
Ⅰ. 研究の概要	169
はじめに	
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
Ⅱ. 東日本大震災における介護保険事業所におけるリスク・マネジメント としての職員ケアに関する研究についての調査	170
1. 調査の目的	
2. 調査対象並びに調査方法	
3. 調査結果	
4. 考察	
第8章 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究 (1) 被災事業所の経営再建に向けた事例調査	
Ⅰ. 研究の概要	189
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
Ⅱ. 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究	190
1. 目的	
2. 実施要領	
3. 結果と考察	
Ⅲ. 資料編	192
第9章 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究 (2) 被災の規模と経営に及ぼした影響の調査	
Ⅰ. 研究の概要	201
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
Ⅱ. 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究	201
1. 目的	
2. 実施要領	
3. 結果と考察	
Ⅲ. 資料編	204
【居宅介護事業所】	
【訪問介護事業所】	

第1章 介護サービス情報の公表に関する調査研究

I. 調査研究の概要

1. はじめに

「介護サービス情報の公表」制度は、2006年4月の介護保険制度改正において、事業運営の透明性の確保および利用者の介護サービス事業者選択に資することを目的として開始された。本制度は、介護サービス事業者が届け出たサービスに関する情報を、第三者が調査・確認し、その結果を全てインターネット等で定期的に公表するものであったが、開始5年経過後も制度の認知や情報の利活用が進んでいないことが報告され、2012年4月1日施行の介護保険制度改正により、運用が見直されることになっている。

具体的には、公表前の調査実施を一律に義務づけることを廃止し、都道府県が定める調査指針、調査計画に基づき必要と認められる場合に調査を行うこと、及び指定情報公表センター、指定調査機関の手数料直入規定が廃止され、手数料を徴収する場合は都道府県の歳入となるなどの改正が行われた。

改正後は、厚生労働省通知『介護サービス情報の公表』制度における調査に関する指針策定のガイドライン』（老振発 0313 第一号）（資料1）に基づき、都道府県が調査指針、調査計画を定め、「新規申請時または新規指定時などや地域の実情に応じた基づき必要と認められる場合に調査を行うようになる。調査対象は基本情報ならびに調査情報（運営情報に表記変更）に加え、「介護サービスの質や介護従事者に関する情報」も考慮される。

介護サービスの質を比較するには、指標と基準が必要であるが、介護サービス情報の公表制度では質の指標と基準をどこにおくかは示されていない。介護保険制度における介護サービスの質の基準は3つあると考えられる。まず、介護保険法に基づく人員、設備及び運営に関する基準である。これは介護保険法に基づいた介護サービスを提供するための質の最低基準と考えられる。つぎに福祉サービス第三者評価などによる基準があるが、第三者評価は、「信頼され選ばれる福祉サービス事業者になるため」（『福祉サービス第三者評価のご案内』社会福祉法人全国社会福祉協議会）というように、施設側の自己評価も含めて、さらなる質の向上を目指すための基準である。3つめは地域レベルの基準であり、地域特性に合わせた水準や基準があると考えられる。

介護サービス情報の公表制度で質に関する情報を公表するためには、サービスの質の指標に加えて質の判断基準ラインの全国平均、または必要に応じて都道府県別に示す必要があると考えられる。

2. 調査研究の目的

この調査研究では、利用者本位のサービスの質の指標と基準を検討するための基礎資料とするために、静岡県、兵庫県、広島県の介護サービス情報の公表制度の基本情報を集計し、分析を行うことを目的とした。

3. 実施経過

データ収集には、インターネット上で公表されている介護サービス情報の公表サイトの平成 20

年度（2008 年）における静岡県、兵庫県、広島県の基本情報を利用した。膨大なデータの収集、データのチェック作業、集計等に関しては、日本ヘルスケアテクノ株式会社へ委託した。また、分析については、甲子園大学の宮本啓子氏にご協力いただいた。なお、未記入や異常値、不明等があるデータは欠損値として扱った。

II. 調査研究の結果

1. 居宅介護支援事業所

(1) 法人等の種類と設立年月日

居宅介護支援事業所は、静岡県 760 件 (29.1%)、兵庫県 1,157 件 (44.3%)、広島県 696 件 (26.6%) の計 2,613 件を対象とした。

法人で最も多いのは営利法人 924 件 (35.4%)、続いて社会福祉法人（社協以外）670 件 (25.6%)、医療法人 549 件 (21.0%)、社会福祉法人（社協）157 件 (6.0%) であり、この 4 種類で約 9 割を占めている（表 1）。

法人等の設立年月日における、3 県全ての中央値は 1993 年、県別では静岡県および静岡県の中央値は 1995 年、広島県の中央値は 1989 年であった。1990 以降に設立された法人が、1548 件 (59.2%) と約 6 割を占めている。また、1945 年以前に設立されたとする法人が 51 件 (2.0%) あるが、設立年月日を 1898.02 や 1900.01 とするものも含まれ、誤記の可能性も考えられる。また 2613 件中 8 件 (0.3%) の設立年月日が欠損となっている。図 1 に主な法人等の設立件数の推移を示した。

表 1 法人等の種類

法人格	N=2613	(%)
営利法人	924	35.4
社会福祉法人 (社協以外)	670	25.6
医療法人	549	21.0
社会福祉法人 (社協)	157	6.0
社団・財団	76	2.9
NPO	58	2.2
生協	49	1.9
その他法人	41	1.6
農協	37	1.4
その他	25	1.0
地方公共団体 (市町村)	24	0.9
地方公共団体 (広域連合・一部事務組合等)	3	0.1

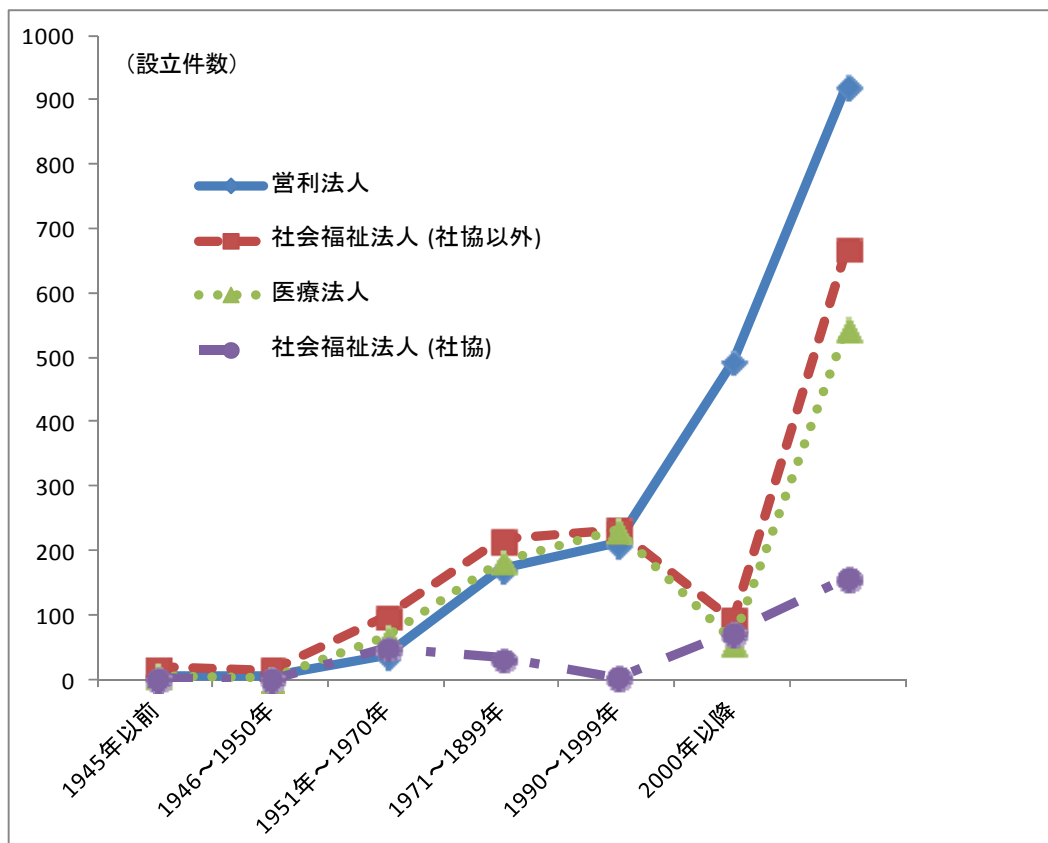


図 1 主な法人等の設立件数の推移

(2) 介護支援専門員の人数

従業者の実人数における介護支援専門員・常勤専従者 (n=2,612) は、3 県平均値 1.7 人 (標準偏差 1.4)、中央値 1.0 人、最大値 11.0 人、最小値 0 人であった。県別では、静岡県は平均値 1.9 人 (標準偏差 1.5)、中央値 1.0 人、最大値 11.0 人、最小値 0 人、兵庫県は平均値 1.7 人 (標準偏差 1.3)、中央値 1.0 人、最大値 10.0 人、最小値 0 人、広島県は平均値 1.7 人 (標準偏差 1.4)、中央値 1.0 人、最大値 9.0 人、最小値 0 人で、3 県の差異はなかった (図 2)。

従業者の実人数における介護支援専門員・常勤非専従者 (n=2,610) は、3 県平均値 0.7 人 (標準偏差 1.0)、中央値 0 人、最大値 8.0 人、最小値 0 人であった。

従業者の実人数における介護支援専門員・非常勤専従者 (n=2,601) は、3 県平均値 0.5 人 (標準偏差 1.0)、中央値 0 人、最大値 9.0 人、最小値 0 人であった。

従業者の実人数における介護支援専門員・非常勤非専従者 (n=2,611) は、3 県平均値 0.2 人 (標準偏差 0.6)、中央値 0 人、最大値 8.0 人、最小値 0 人であった。

従業者の実人数における介護支援専門員の常勤換算人数 (n=2,611) は、3 県平均値 2.4 人 (標準偏差 1.7)、中央値 2.0 人、最大値 15.2 人、最小値 0 人であった。

居宅介護支援事業所における常勤換算人数による事業所規模をみると、最も多いのは 1～3 人未満の事業所 1,597 件 (61.1%) であった (図 3)。ついで 3～5 人未満 622 件 (23.8%)、5～10 人未満 200 件 (7.7%)、10 人以上 13 件 (0.5%)、欠損値が 2 件 (0.1%) であり、1 人未満と記載されている事業所が 179 件 (6.9%) あった。

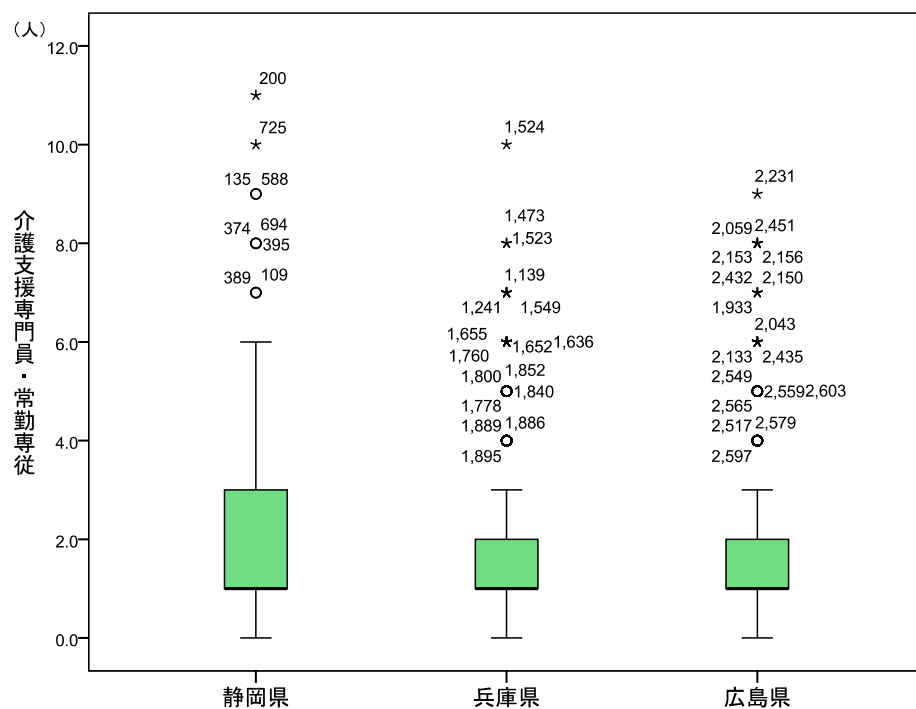


図 2 県別の介護支援専門員・常勤専従者数の分布

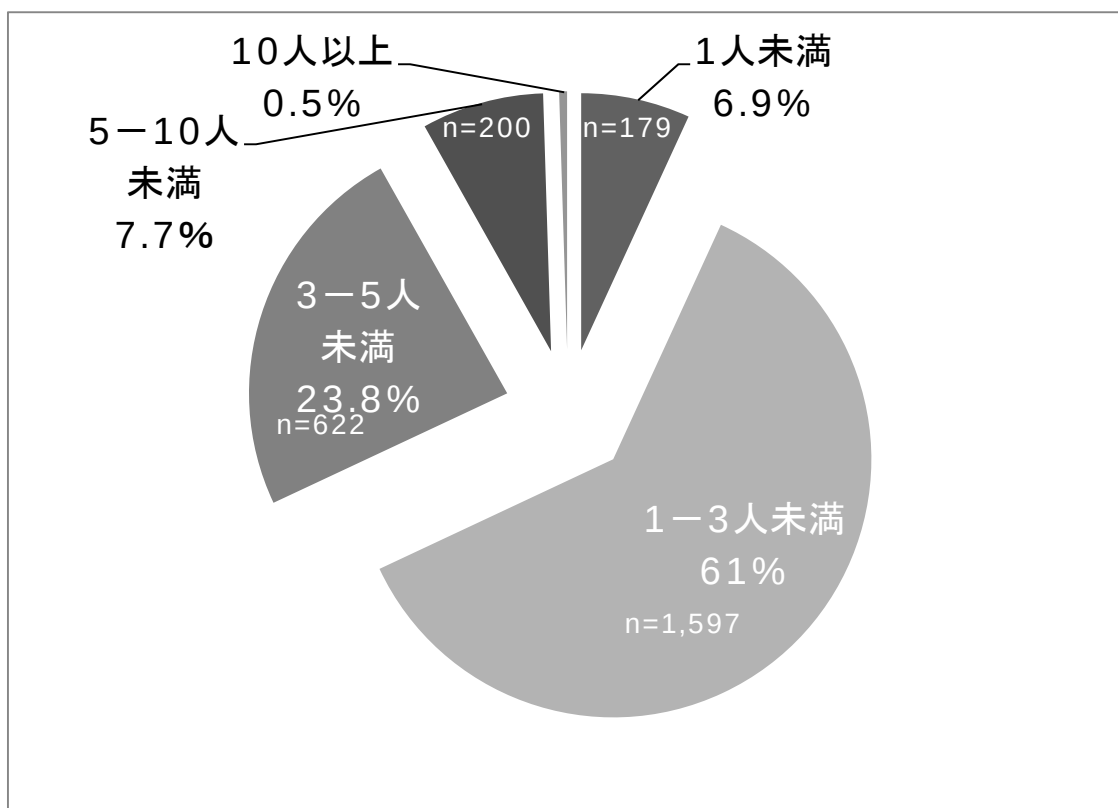


図 3 居宅介護支援事業所の事業所規模

(3) 介護支援専門員常勤換算一人当たりの平均給付管理件数

介護サービスの内容等で記載される介護支援専門員一人当たりの平均給付管理件数（n=2,613）は、3県平均値 25.2 件（標準偏差 8.3）、中央値 27.0 件、最大値 50.0 件、最小値 0 件であった（表 2）。最も多かったのは 21～35.9 件（n=1,838, 70.3%）、次に 20.9 件以下（n=693, 26.5%）であった。

県別では、静岡県は平均値 25.7 件（標準偏差 8.9）、中央値 28.0 件、最大値 40.0 件、最小値 0 件、兵庫県は平均値 25.0 件（標準偏差 8.2）、中央値 26.4 件、最大値 50.0 件、最小値 0 件、広島県は平均値 24.9 件（標準偏差 7.7）、中央値 26.0 件、最大値 44.0 件、最小値 0 人であった（図 4）。静岡県の介護支援専門員一人当たりの平均給付管理件数は、有意に兵庫県ならびに広島県における平均給付管理件数より高かった（Kruskal Wallis 検定, $p=0.001$ ）。

表 2 介護支援専門員一人当たりの平均給付管理件数の分類

平均給付管理件数	N=2613	(%)
20.9件以下	693	26.5
21～35.9件	1838	70.3
36～39.9件	43	1.6
40件以上	6	0.2
欠損値	33	1.3

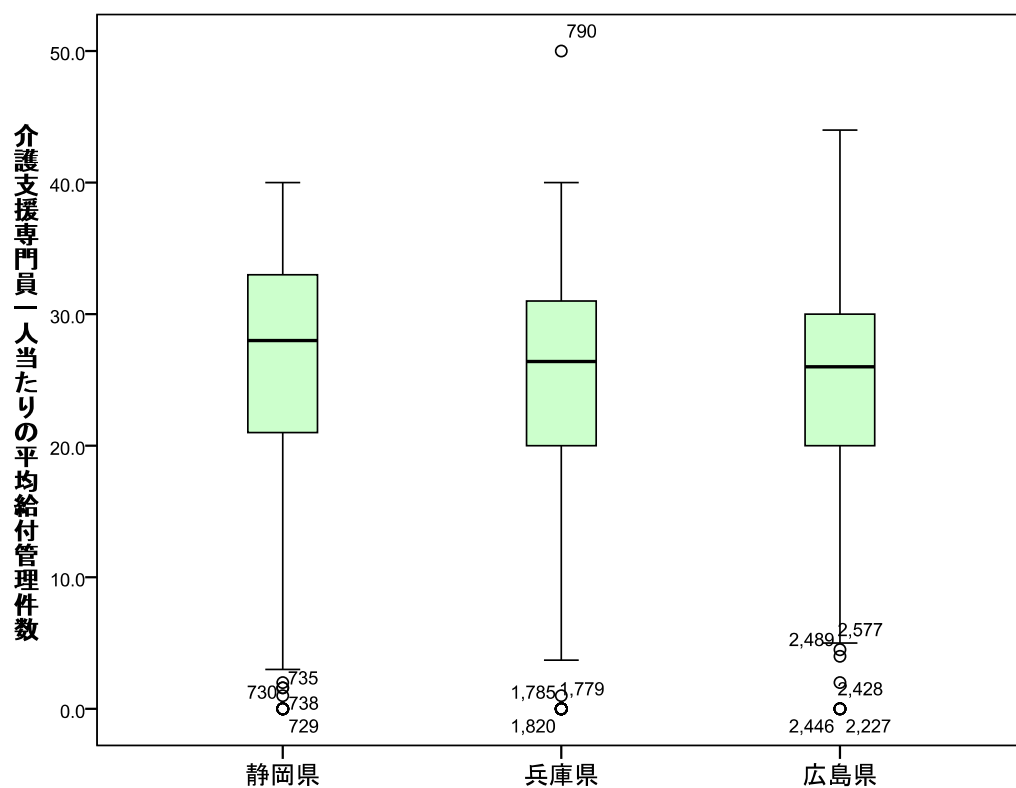


図 4 県別の介護支援専門員一人当たりの平均給付管理件数の分布

(4) 介護支援専門員のうち主任介護支援専門員

従業者の実人数における介護支援専門員のうち主任介護支援専門員の常勤専従者は0人2,357件(90.2%)とする事業所が最も多く、特定事業所加算の加算を算定している事業所は2,613件中24件(0.9%)であった(表3)。

表3 介護支援専門員のうち主任介護支援専門員

介護支援専門員のうち 主任介護支援専門員 常勤専従	N=2613	(%)
0人	2,357	90.2
1人	237	9.1
2人	15	0.6
3人	4	0.2

(5) 介護サービスの利用者への提供実績

居宅介護支援事業所における介護サービスの利用者への提供実績では、介護サービス情報の公表制度への報告の前月および前年同月の介護度別の請求実績が示されている(図5)。前月分の経過的要介護から要介護5までを合計し、2,613件で除した1事業所あたりの請求実績平均値は64.3件(標準偏差49.3)であり、中央値52.0件、最大値410件、最小値0件であった。経過的要介護から要介護3までの平均請求実績は51.7件であり、平均請求実績の約80%を占める。

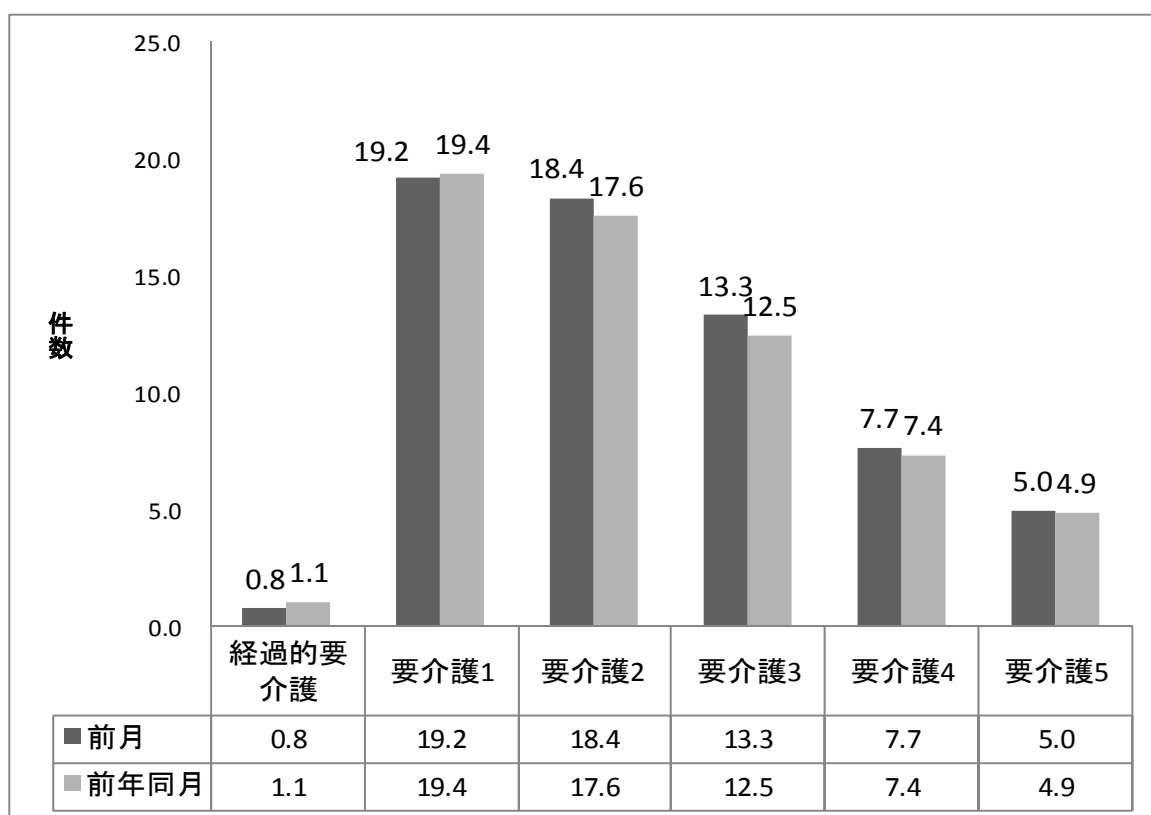


図5 居宅介護支援事業所における介護度別の平均請求実績

居宅介護支援事業所あたりの請求実績を、介護支援専門員の常勤換算人数で除した介護支援専門

員の常勤換算一人当たりの前月請求実績を、県別で図 6 に示した。静岡県の実績は 26.4 件（標準偏差 11.6）、中央値 27.5 件、最大値 185.0 件、最小値 0 件であり、兵庫県の実績は、平均値は 25.3 件（標準偏差 8.8）、中央値 26.0 件、最大値 160.0 件、最小値 0 件、広島県の実績は 23.4 件（標準偏差 9.3）、中央値 24.9 件、最大値 65.0 件、最小値 0 件であった。Kruskal Wallis 検定では、静岡県は、有意に兵庫県、広島県の県別介護支援専門員の常勤換算一人当たりの前月請求実績より多く（ $p=0.0001$ ）、兵庫県は広島県より多かった（ $p=0.003$ ）。

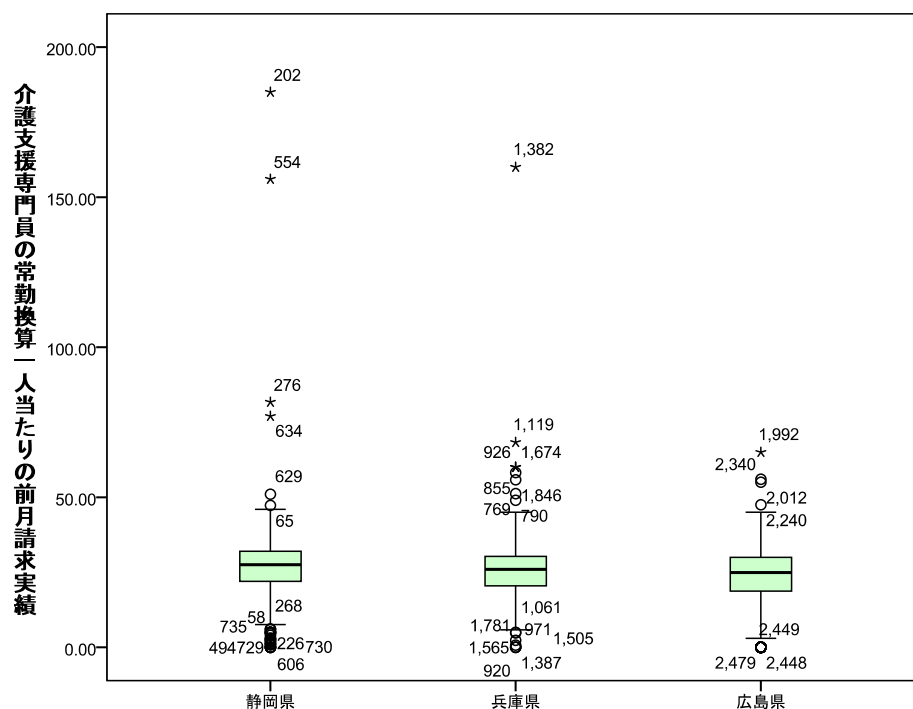


図 6 県別の介護支援専門員の常勤換算一人当たりの前月請求実績

(6) 前年度 1 年間の介護支援専門員の採用者数および退職者数

介護支援専門員常勤者の前年度 1 年間の平均採用者数（ $n=2,584$ ）は、0.3 人（標準偏差 0.6）、中央値 0 人、最大値 4.0 人、最小値 0 人であった。おなじく介護支援専門員常勤者の前年度 1 年間の平均退職者数（ $n=2,583$ ）は、0.2 人（標準偏差 0.5）、中央値 0 人、最大値 3.0 人、最小値 0 人であった。平均採用者数ならびに平均退職者数ともに、県別で有意な差異はなかった。

介護支援専門員の常勤換算人数による事業所規模と前年 1 年間の退職者数の関係では、小規模事業所（1 人未満、1～3 人未満）は有意に、中・大規模事業所（3～5 人未満、5～10 人未満、10 人以上）より、退職者数 0 の割合が高かった（図 7）。

(7) 事業所規模と介護支援専門員が有している資格

介護支援専門員常勤専従者が有している資格（複数保持者あり）を事業所規模別にみたところ（表 4～6）、小規模事業所（1 人未満、1～3 人未満）と中・大規模事業所（3～5 人未満、5～10 人未満、10 人以上）では、介護支援専門員常勤専従者で、看護師有資格者の在籍（1 人以上）の有無に差があり、小規模事業所は、看護師有資格者の常勤者として 1 人以上在職している割合が、有意に、

中・大規模事業所の割合より低かった。社会福祉士資格ならびに介護福祉士資格についても、同様の傾向があり、社会福祉士有資格者または介護福祉士有資格者が常勤者として1人以上在職している小規模事業所の割合は、有意に、中・大規模事業所における割合より低かった。

(8) 事業所規模と介護支援専門員常勤者の経験年数

介護支援専門員常勤者の勤務年数を事業所規模別にみたところ（表7～11）、小規模事業所（1人未満、1～3人未満）は、中・大規模事業所（3～5人未満、5～10人未満、10人以上）より、有意に経験年数の長い常勤者の在籍割合が少なかった。介護支援専門員経験10年以上の常勤者が在籍している事業所は76件であり、小規模事業所と中・大規模事業所で在籍割合に差はなかった。

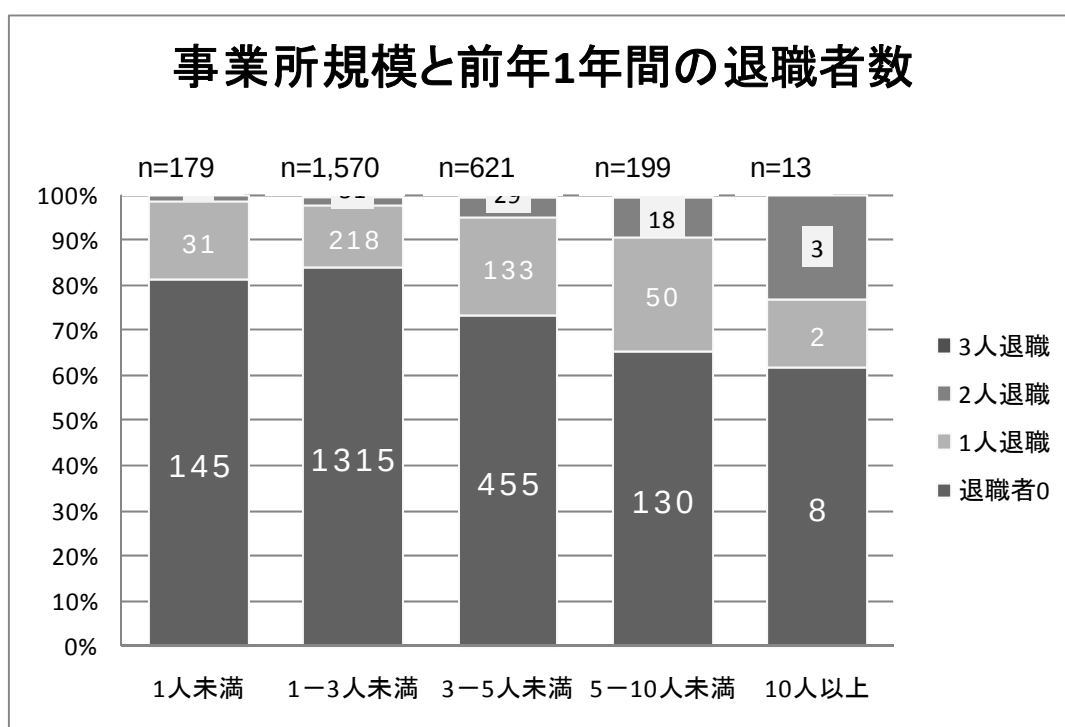


図7 事業所規模と前年1年間の退職者数

表4 介護支援専門員—常勤—専従が有している資格 看護師

事業所規模 (n=2611)	なし		あり		p-Value
	n=2021	(%)	n=590	(%)	
1人未満 (n=179)	136	76.0	43	24.0	p<0.001*
1-3人未満 (n=1579)	1309	82.0	288	18.0	
3-5人未満 (n=622)	450	72.3	172	27.7	
5-10人未満 (n=200)	121	60.5	79	39.5	
10人以上 (n=13)	5	38.5	8	61.5	

*Pearson のカイ 2 乗

表 5 介護支援専門員—常勤—専従が有している資格 社会福祉士

事業所規模	なし		あり		p-Value
	n=2237	(%)	n=372	(%)	
1人未満 (n=179)	163	91.1	16	8.9	p<0.001*
1-3人未満 (n=1579)	1445	90.5	152	9.5	
3-5人未満 (n=622)	487	78.3	135	21.7	
5-10人未満 (n=200)	134	67.0	64	32.0	
10人以上 (n=13)	8	61.5	5	38.5	

*Pearson のカイ 2 乗

表 6 介護支援専門員—常勤—専従が有している資格 介護福祉士

事業所規模	なし		あり		p-Value
	n=1053	(%)	n=1558	(%)	
1人未満 (n=179)	85	47.5	94	52.5	p<0.001*
1-3人未満 (n=1579)	822	51.5	775	48.5	
3-5人未満 (n=622)	121	19.5	501	80.5	
5-10人未満 (n=200)	25	12.5	175	87.5	
10人以上 (n=13)	0	0.0	13	100.0	

*Pearson のカイ 2 乗

表 7 介護支援専門員 1 年未満の常勤者の有無

事業所規模 (n=2609)	なし		あり		p-Value
	n=2045	(%)	n=564	(%)	
1人未満 (n=179)	147	82.1	32	17.9	p<0.001*
1-3人未満 (n=1597)	1362	85.3	235	14.7	
3-5人未満 (n=621)	421	67.7	200	32.2	
5-10人未満 (n=199)	109	54.5	90	45.0	
10人以上 (n=13)	6	46.2	7	53.8	

*Pearson のカイ 2 乗

表 8 介護支援専門員 1 年～3 年未満の常勤者の有無

事業所規模 (n=2607)	なし		あり		p-Value
	n=1474	(%)	n=1133	(%)	
1人未満 (n=179)	114	63.7	32	17.9	p<0.001*
1-3人未満 (n=1597)	1054	66.0	235	14.7	
3-5人未満 (n=621)	254	40.8	200	32.2	
5-10人未満 (n=198)	50	25.0	90	45.0	
10人以上 (n=12)	2	15.4	7	53.8	

*Pearson のカイ 2 乗

表 9 介護支援専門員 3 年～5 年未満の常勤者の有無

事業所規模 (n=2611)	なし		あり		p-Value
	n=1508	(%)	n=1103	(%)	
1人未満 (n=179)	116	64.8	63	35.2	p<0.001*
1－3人未満 (n=1597)	1047	65.6	550	34.4	
3－5人未満 (n=622)	276	44.4	346	55.6	
5－10人未満 (n=200)	65	32.5	135	67.5	
10人以上 (n=13)	4	30.8	9	69.2	

*Pearson のカイ 2 乗

表 10 介護支援専門員 5 年～10 年未満の常勤者の有無

事業所規模 (n=2607)	なし		あり		p-Value
	n=1115	(%)	n=1492	(%)	
1人未満 (n=179)	102	57.0	77	43.0	p<0.001*
1－3人未満 (n=1597)	802	50.2	795	49.8	
3－5人未満 (n=620)	173	27.8	447	71.9	
5－10人未満 (n=198)	36	18.0	162	81.0	
10人以上 (n=13)	2	15.4	11	84.6	

*Pearson のカイ 2 乗

表 11 介護支援専門員 10 年以上の常勤者の有無

事業所規模 (n=2611)	なし		あり		p-Value
	n=2534	(%)	n=76	(%)	
1人未満 (n=179)	174	97.2	5	2.8	p=0.427*
1－3人未満 (n=1597)	1552	97.2	45	2.8	
3－5人未満 (n=622)	606	97.4	16	2.6	
5－10人未満 (n=200)	189	94.5	10	5.0	
10人以上 (n=13)	13	100.0	0	0.0	

*Pearson のカイ 2 乗

2.介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

(1) 入所定員

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下特養）は、静岡県 180 件（29.4%）、兵庫県 272 件（44.4%）、広島県 160 件（26.1%）の計 612 件を対象とした。

入所定員は、静岡県 73.1 人、兵庫県 69.3 人、広島県 61.3 人で、3 県平均は 63.8 人であった（図 8）。県別の入所定員は、静岡県ならびに兵庫県に比して、広島県は有意に少なかった（ $p=0.001$ ）。静岡県と兵庫県に有意差はなかった（ $p=0.446$ ）。Kruskal Wallis 検定。

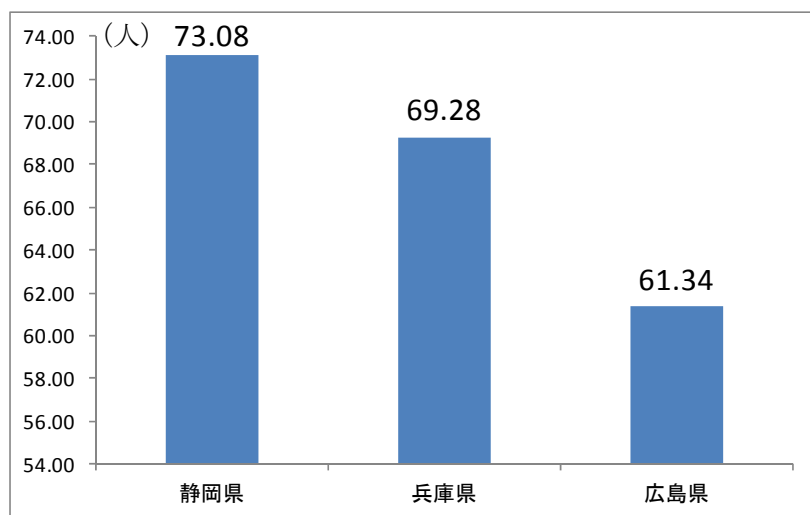


図 8 県別 介護老人福祉施設の入所定員平均

(2) 入所者の平均年齢

入所者の平均年齢は、静岡県 84.3 歳、兵庫県 86.1 歳、広島県 86.6 歳で、3 県平均は 85.7 歳であった（図 9）。県別の平均年齢は、静岡県、兵庫県、広島県では有意な差があり（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）、静岡県に比して兵庫県は低く（ $p<0.0001$ ）、兵庫県に比して広島県は低かった（ $p=0.001$ ）。すべて Kruskal Wallis 検定。

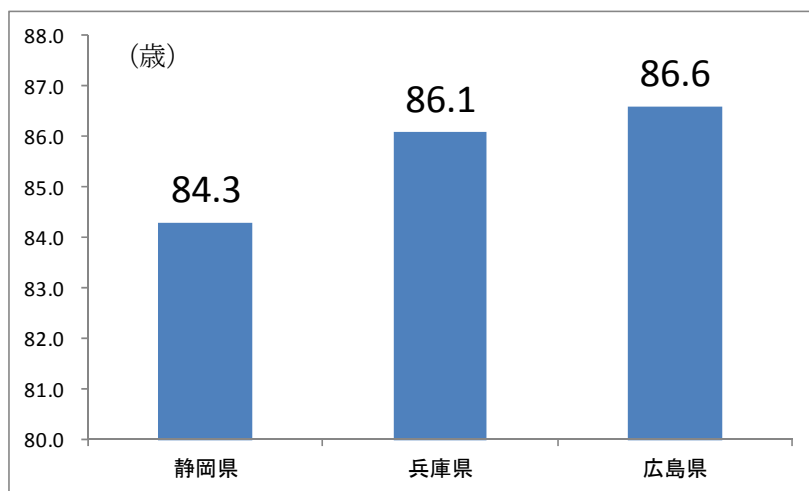


図 9 県別 入所者の平均年齢

(3) 入所者の要介護度

施設別の入所定員を 100 とし、介護度別の割合の県別平均値を算出した。広島県の特養において要介護 4 と要介護 5 の入所者が入所定員に占める割合（62.4%）は、静岡県（59.6%）ならびに兵庫県（60.8%）より有意に高かった（ $p=0.013$ ）。Kruskal Wallis 検定。

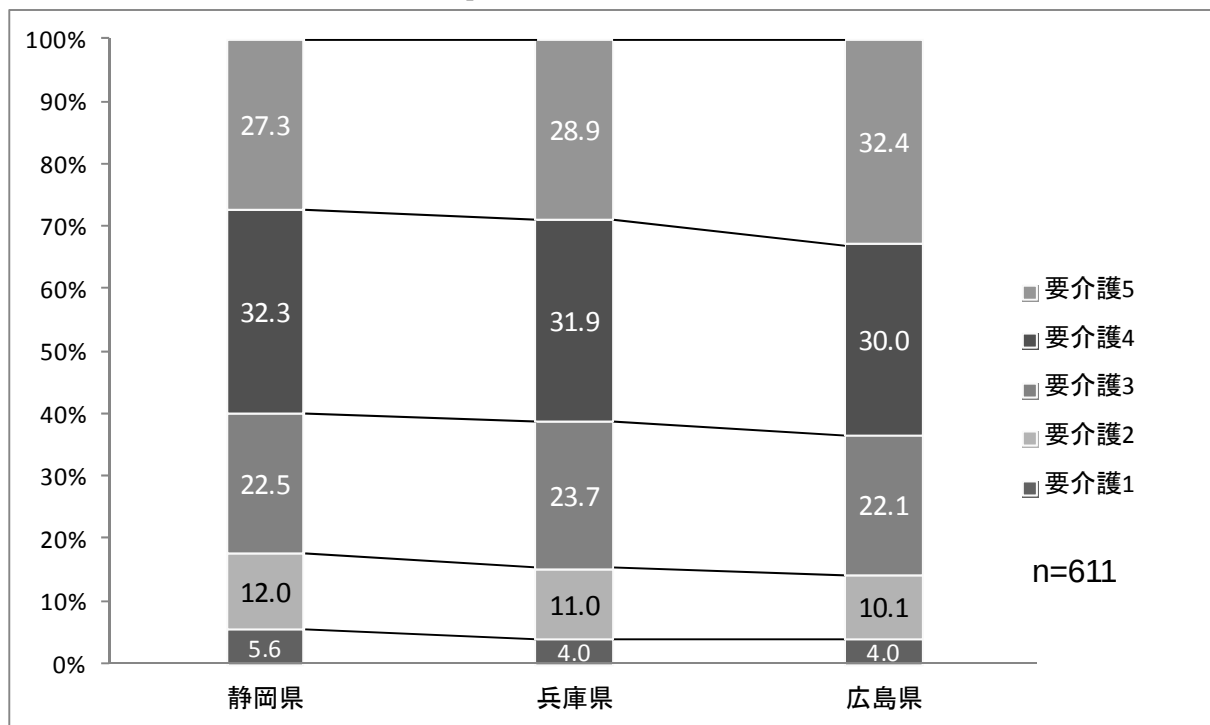


図 10 入所定員を 100 とした場合の各介護度の割合

(3) 従業者の実人数のうち主な有資格者・職員配置

特養の主な有資格者・職員配置を表 12 に示す。医師の常勤専従者の平均（ $n=612$ ）は 0.03 人（標準偏差 0.17）、中央値 0 人、最大値 1.0 人、最小値 0 人であった。常勤換算人数の平均値は 0.21 人（標準偏差 0.32）、中央値 0.1 人、最大値 3.0 人、最小値 0 人であった。

看護職員の常勤専従者の平均（ $n=612$ ）は 2.46 人（標準偏差 1.5）、中央値 0 人、最大値 8.0 人、最小値 0 人であった。常勤換算人数の 3 県平均値は 3.9 人（標準偏差 1.4）、中央値 0 人、最大値 10.4 人、最小値 0 人であった。

介護職員の常勤専従者の平均（ $n=612$ ）は、23.9 人（標準偏差 11.4）、中央値 22.0 人、最大値 72.0 人、最小値 0 人であった。常勤換算人数の 3 県平均値は 30.5 人（標準偏差 12.2）、中央値 28.0 人、最大値 86.1 人、最小値 0 人であった。

県別に、入所定員を常勤換算人数で除した各職員一人当たりの入所者数を算出した（図 11～13）。医師の常勤換算 1 人当たりの入所者数平均値（ $n=557$ ）は 547.2 人（標準偏差 348.0）、中央値 500.0 人、最大値 2666.7 人、最小値 0 人であった。静岡県は、有意に兵庫県ならびに広島県より、医師の常勤換算 1 人当たりの入所者数が多かった（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）。

看護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数平均値（ $n=604$ ）は、18.5 人（標準偏差 6.6）、中央値 17.0 人、最大値 100 人、最小値 0 人であった。看護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数は、県別の差異はなかった（ $p=0.074$, Kruskal Wallis 検定）。

介護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数平均値 (n=603) は、2.3 人 (標準偏差 2.3)、中央値 17.0 人、最大値 23.3 人、最小値 0 人であった。介護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数は、静岡県、兵庫県、広島県で有意な差異があった ($p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定)。

看護職員の常勤換算人数と介護職員の常勤換算人数を合わせた看・介護職員 1 人当たりの入所定員数平均値 (n=609) は、2.1 人 (標準偏差 1.9)、中央値 2.0、最大値 33.3 人、最小値 0 人であった。看介護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数は、静岡県、兵庫県、広島県で有意な差異があった ($p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定)。

表 12 有資格者・職員の配置

医師数					
	施設数	最小値 (人)	最大値 (人)	平均値	標準偏差
医師常勤専従	612	0.0	1.0	0.03	0.17
医師常勤換算人数	612	0.0	3.0	0.21	0.32

看護職員数					
	施設数	最小値 (人)	最大値 (人)	平均値	標準偏差
看護職員常勤専従	612	0.0	8.0	2.5	1.5
看護職員常勤換算人数	612	0.0	10.3	3.9	1.4

介護職員数					
	施設数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
介護職員常勤専従	612	0.0	72.0	23.9	11.4
介護職員常勤換算人数	612	0.0	86.1	30.5	12.2

常勤換算人数がゼロの施設数			
	(人)	施設数	%
医師常勤換算人数	0	54	8.8
看護職員常勤換算人数	0	7	1.1
介護職員常勤換算人数	0	8	1.3

(4) 常勤換算人数について

表 12 に、常勤換算人数がゼロと記載されている施設数を示した。常勤換算人数は、当該施設の従業者の勤務延べ時間数を、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該施設の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいうため、常勤者数が 2 人である施設の、常勤換算人数は必ず 2 人以上になるはずである。また介護老人福祉施設の人員配置基準は、介護保険法に基づいて医師必要数 (非常勤可)、看護・介護職員は、3:1 以上 (入所者 100 人の場合、看護 3 人) と規定されており、常勤換算人数が 0 人という記載は本来あり得ない。本報告では、常勤換算人数で、常勤換算看護・介護職員 1 人当たりを算出しているが、常勤換算人数に誤った数値が含まれていることを勘案しておかなければならない。

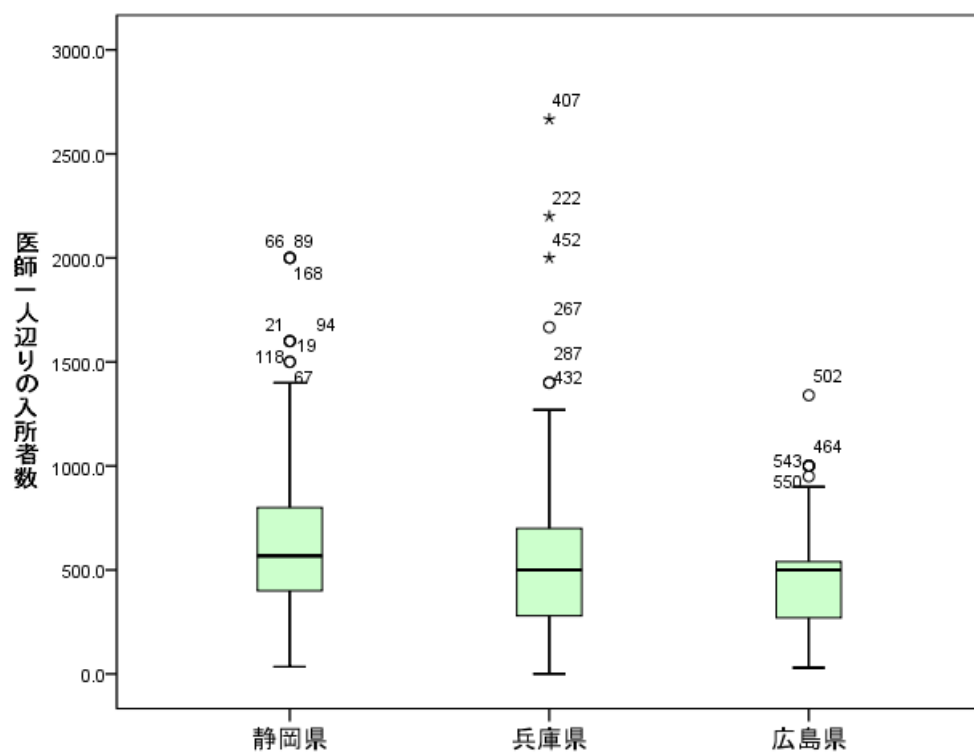


図 11 県別 医師一人当たりの入所者数

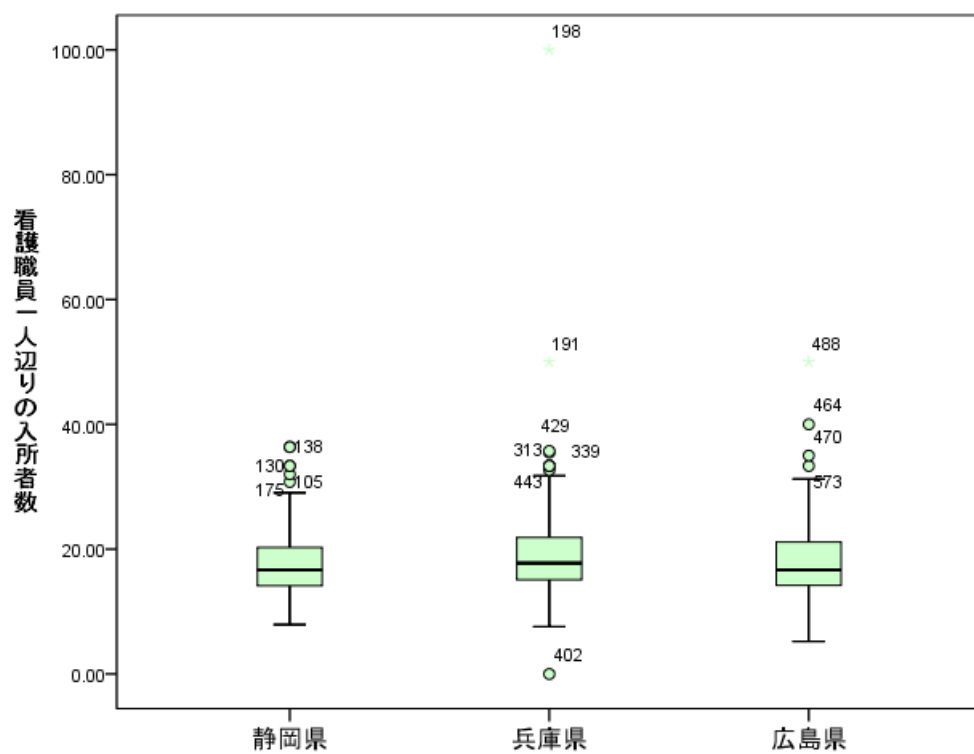


図 12 県別 看護職員一人当たりの入所者数

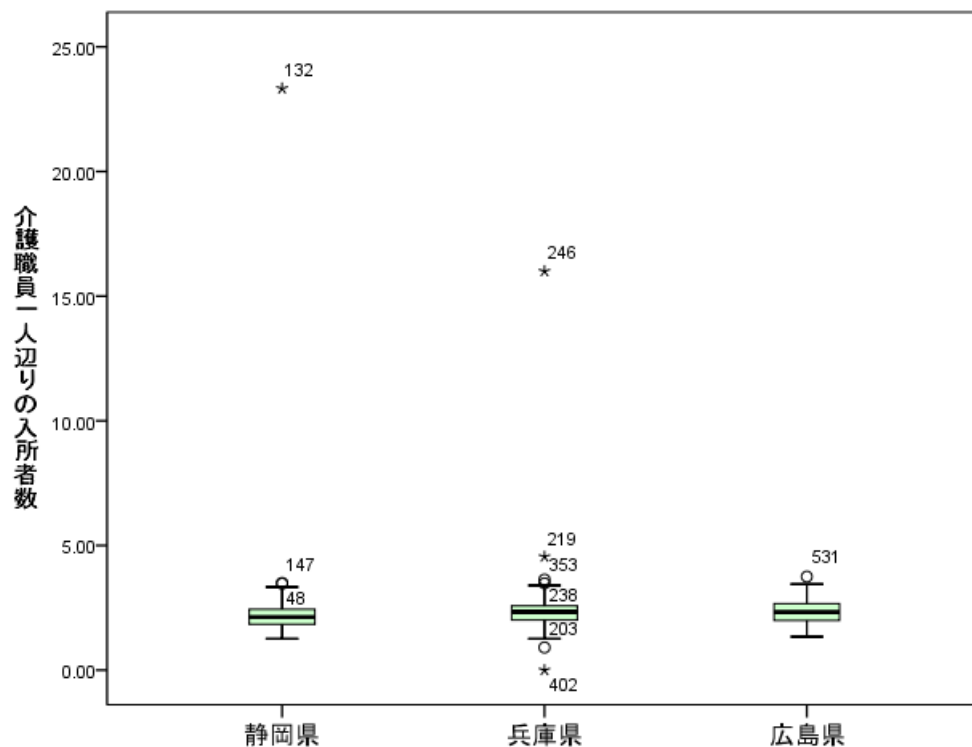


図 13 県別 介護職員一人当たりの入所者数

(5) 看護・介護職員における常勤換算人数のうち常勤専従者の割合

看護職員における常勤換算人数のうち常勤専従者の占める割合を県別に比較した（表 14）。静岡県における看護常勤専従者割合（ $n=178$ ）の平均値は 58.9%（標準偏差 36.2）、兵庫県の看護常勤専従者割合（ $n=266$ ）は、平均値 68.5%（標準偏差 37.6）、広島県の看護常勤専従者割合（ $n=160$ ）は、平均値は 62.3%（標準偏差 14.4）であった。

介護職員における常勤換算人数のうち常勤専従者の割合は、静岡県（ $n=178$ ）の平均値 76.3%（標準偏差 58.5）、兵庫県（ $n=266$ ）の平均値 77.9%（標準偏差 34.5）、広島県（ $n=160$ ）の平均値 84.4%（標準偏差 14.4）であった（表 14）。

介護職員の常勤換算人数における介護福祉士の常勤専従者の割合は、静岡県（ $n=178$ ）平均値 36.7%（標準偏差 28.9）、兵庫県（ $n=266$ ）平均値 40.2%（標準偏差 25.9）、広島県（ $n=160$ ）平均値 49.5%（標準偏差 18.1）であった（表 14）。

看護職員における常勤換算人数のうち常勤専従者の割合は県別の有意差はなかった。介護職員における常勤換算人数のうち常勤専従者の割合および介護福祉士の常勤専従者の割合は、静岡県ならびに兵庫県に比して、広島県は有意に高かった（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）。

表 13 県別 看護・介護職員における常勤換算人数のうち常勤専従者の割合

県		看護職員常勤換算 のうち、常勤専従 者の割合	介護職員常勤換算 のうち、常勤専従 者の割合	介護職員常勤換算の うち、介護福祉士 常勤専従者の割合
静岡県	n	179	178	178
	平均値 (%)	58.9	76.3	36.7
	中央値 (%)	68.2	81.6	37.0
	標準偏差	36.2	58.5	28.9
	最小値 (%)	0.0	0.0	0.0
	最大値 (%)	108.7	766.7	333.3
兵庫県	n	266	266	266
	平均値 (%)	68.5	77.9	40.2
	中央値 (%)	72.3	80.2	38.3
	標準偏差	37.6	34.5	25.9
	最小値 (%)	0.0	0.0	0.0
	最大値 (%)	400.0	480.0	340.0
広島県	n	160	160	160
	平均値 (%)	62.3	84.4	49.1
	中央値 (%)	73.2	88.3	49.5
	標準偏差	34.9	14.4	18.1
	最小値 (%)	0.0	0.0	0.0
	最大値 (%)	100.0	108.7	95.7

(5) 前年度 1 年間の退職者数

看護職員常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 0.7 人（標準偏差 1.1 人）であり、静岡県、兵庫県、広島県の退職者平均数で有意差はなかった（ $p=0.152$, Kruskal Wallis 検定）（図 14）。

看護職員非常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 0.4 人（標準偏差 0.9 人）であり、兵庫県（平均値 0.58 人）は、静岡県（平均値 0.34 人）ならびに広島県（平均値 0.21 人）と比べて有意に退職者平均数が多かった（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）（図 15）。

介護職員常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 2.6 人（標準偏差 3.2 人）であり、静岡県（平均値 4.9 人）ならびに兵庫県（平均値 4.9 人）は、広島県（平均値 3.8 人）と比して、と比べて有意に退職者平均数が多かった（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）（図 16）。

介護職員非常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 4.6 人（標準偏差 3.7 人）であり、静岡県（平均値 2.9 人）ならびに兵庫県（平均値 3.0 人）は、広島県（平均値 1.4 人）と比して、と比べて有意に退職者平均数が多かった（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）（図 17）。

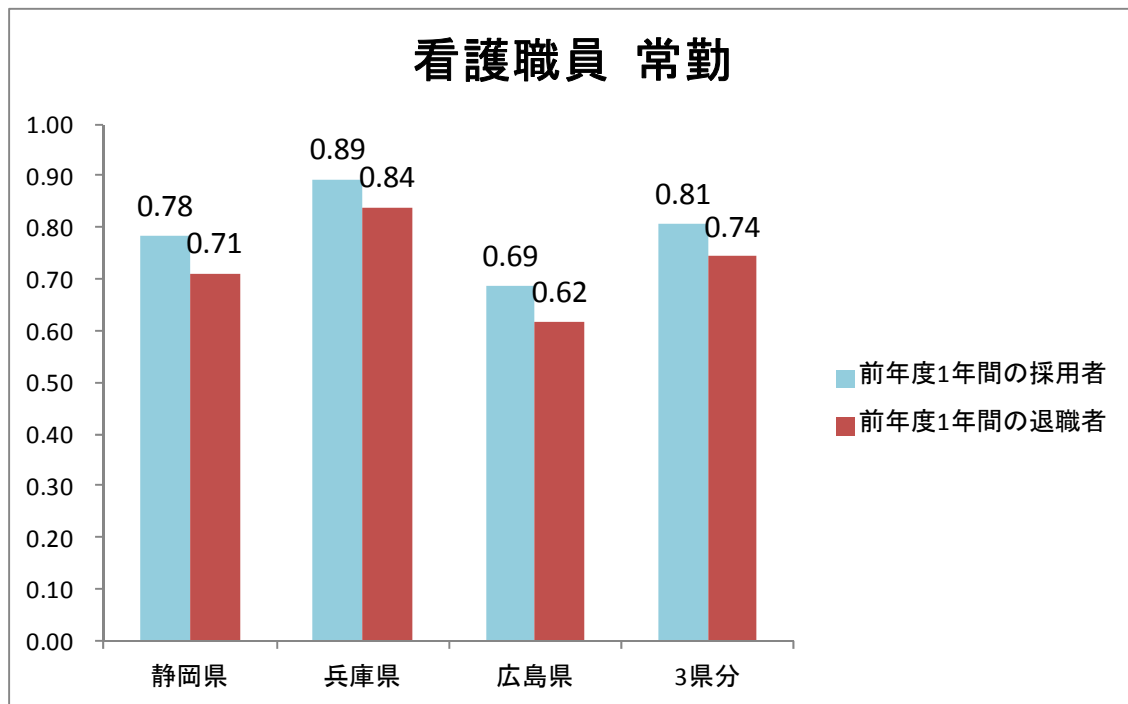


図 14 看護職員常勤における退職者数

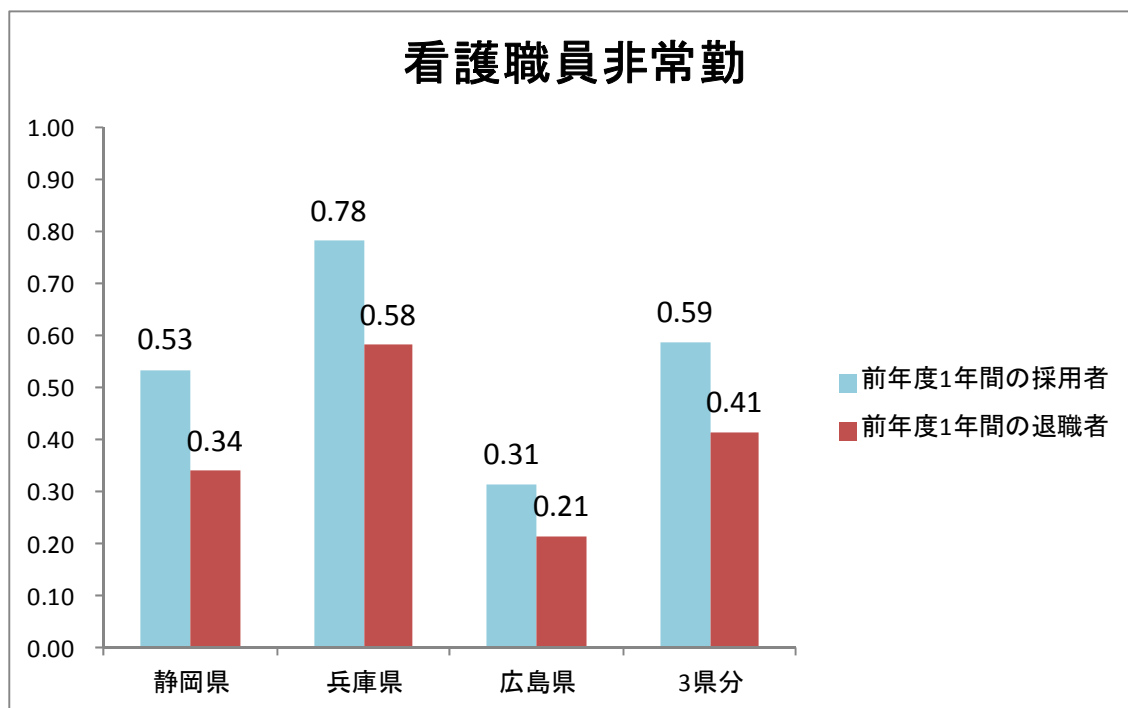


図 15 看護職員非常勤における退職者数

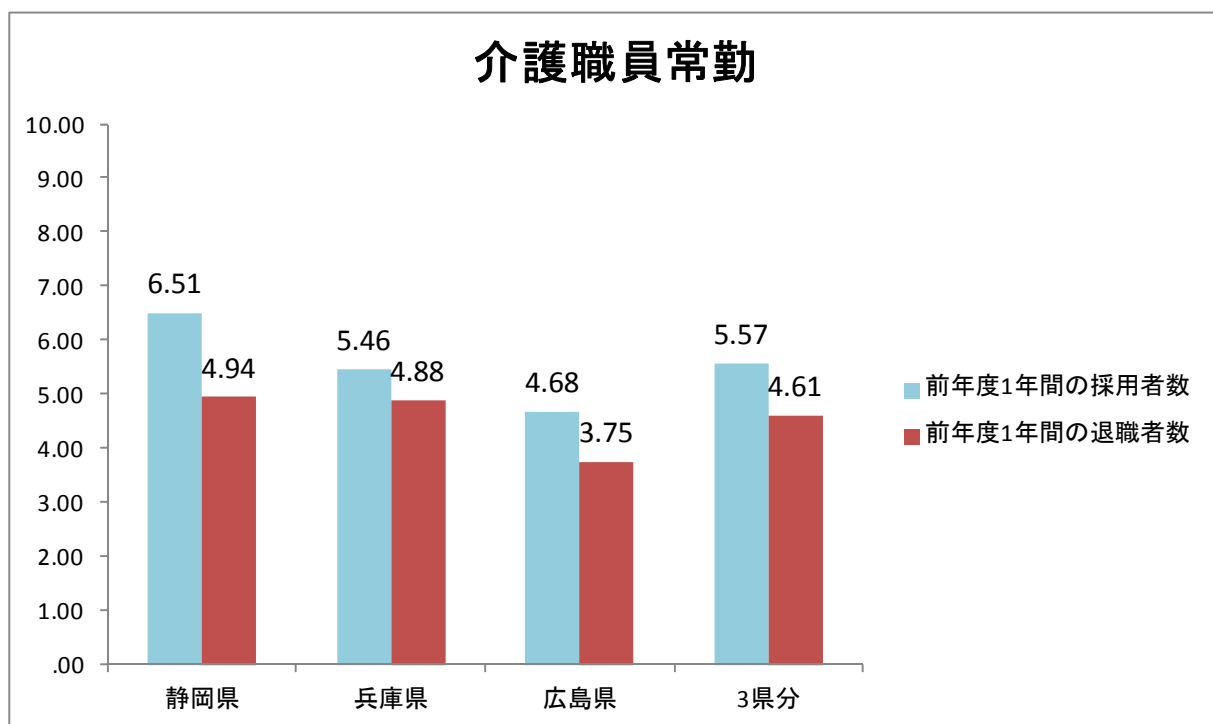


図 16 介護職員常勤における退職者数

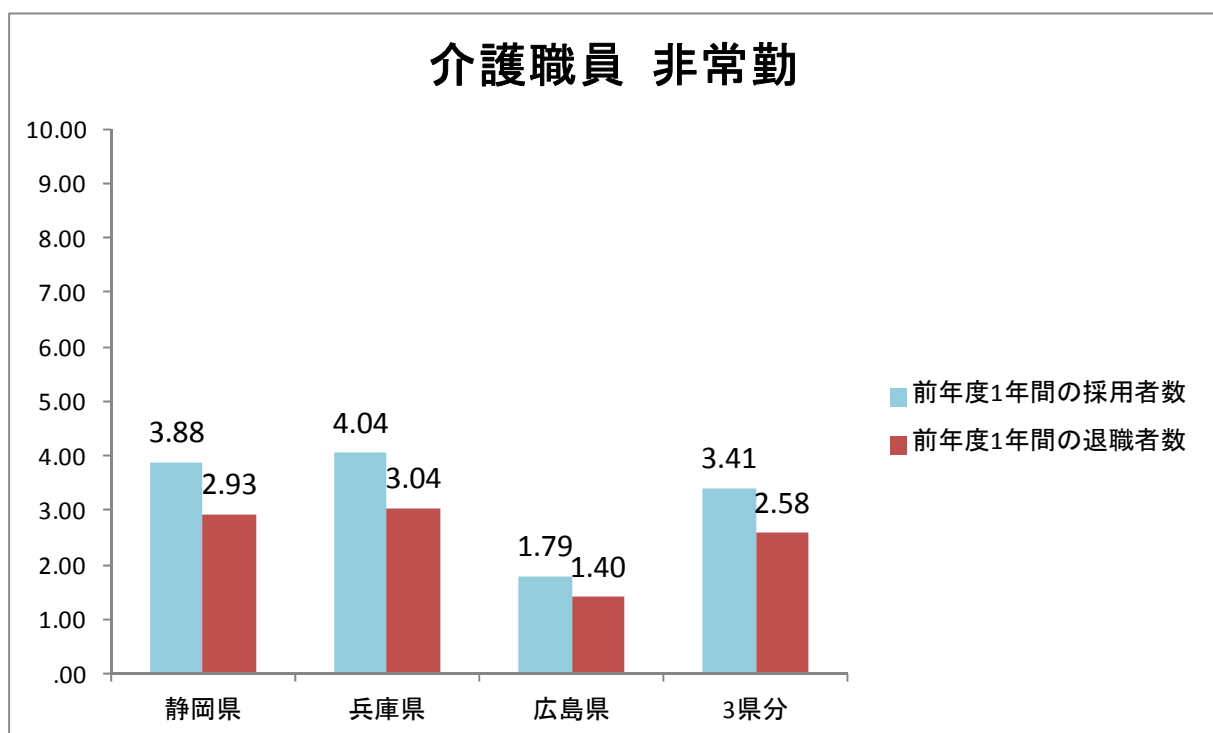


図 17 介護職員非常勤における退職者数

(6) 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数は、兵庫県は、静岡県ならびに広島県に比して、有意に差があった ($p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定) (表 14 および図 18)。労働基準法に定められた法定労働時間は週 40 時間以下であり、介護保険制度では法定労働時間が 32 時間を下回る場合は 32 時間を基準とするとされている。

表 14 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

	n	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
静岡県	180	39.8	0.8	40.0	32.0	40.0
兵庫県	271	39.4	1.2	40.0	35.0	40.0
広島県	160	39.7	0.7	40.0	37.5	40.0
3県分	611	39.4	2.5	40.0	32.0	40.0

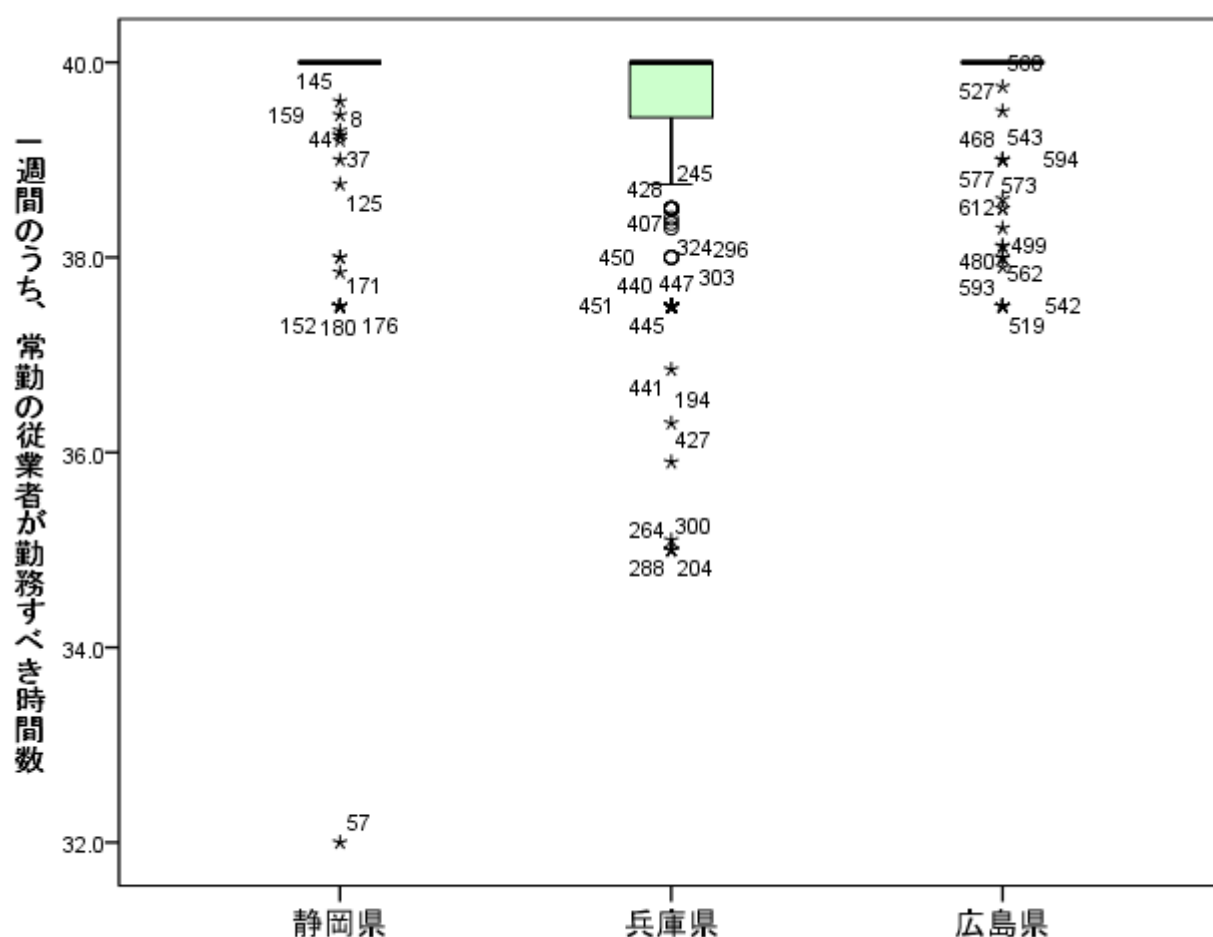


図 18 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

3.介護老人保健施設

(1) 入所定員

介護老人保健施設（以下老健）は、静岡県 95 件（28.2%）、兵庫県 143 件（42.4%）、広島県 160 件（29.4%）の計 337 件を対象とした。入所定員の平均は、静岡県 104.1 人、兵庫県 93.2 人、広島県 81.0 人で、3 県平均は 92.7 人であった（図 19）。県別の入所定員は、静岡県、兵庫県、広島県の各県で有意に差があった（ $p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定）。

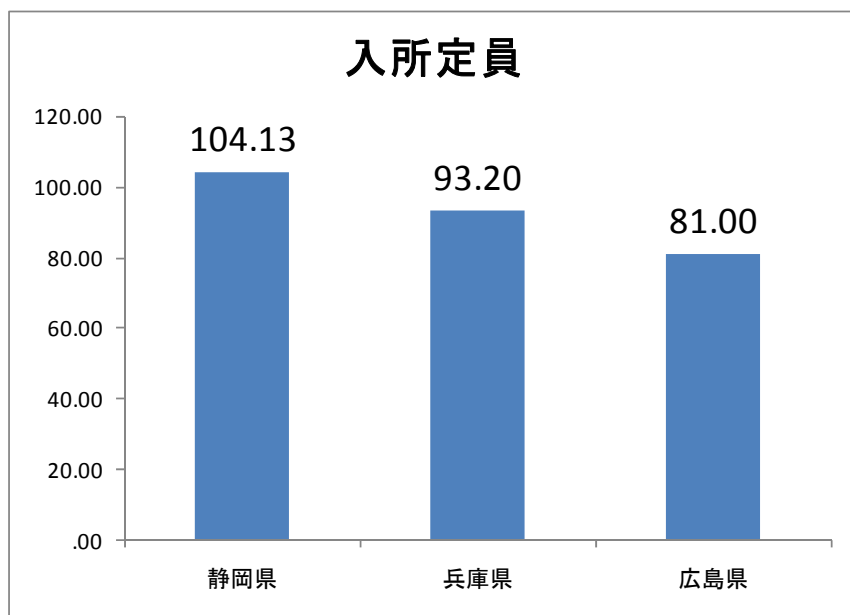


図 19 県別 介護老人保健施設の入所定員平均

(2) 入所者の要介護度

施設別の入所定員を 100 とし、介護度別の割合の県別平均値を算出した。老健において要介護 4 と要介護 5 の入所者が入所定員に占める割合は、各県で有意差はなかった（ $p=0.114$, Kruskal Wallis 検定）。

(3) 従業者の実人数のうち主な有資格者・職員配置

老健の主な有資格者・職員配置を表 15 に示す。医師の常勤専従者の平均（ $n=337$ ）は 0.73 人（標準偏差 0.49）、常勤換算人数の平均値は 1.1 人（標準偏差 0.35）であった。

介護老人保健施設においては、常勤の医師が 1 人以上配置されていることとなっているが、医師常勤専従および常勤非専従者のどちらもゼロと記載されている施設が 7 件（2.0%）、医師の常勤換算人数がゼロと記載されている施設が 3 件（0.9%）、医師の常勤換算人数が 1 人未満の施設が 34 件（10.1%）あった（重複あり）。

看護職員の常勤専従者の平均（ $n=337$ ）は 8.2 人（標準偏差 2.9）、常勤換算人数の 3 県平均値は 10.0 人（標準偏差 3.2）であった。介護職員の常勤専従者の平均（ $n=337$ ）は、24.6 人（標準偏差 9.2）、常勤換算人数の 3 県平均値は 27.8 人（標準偏差 9.7）であった。

その他の配置については表 15 を参照。

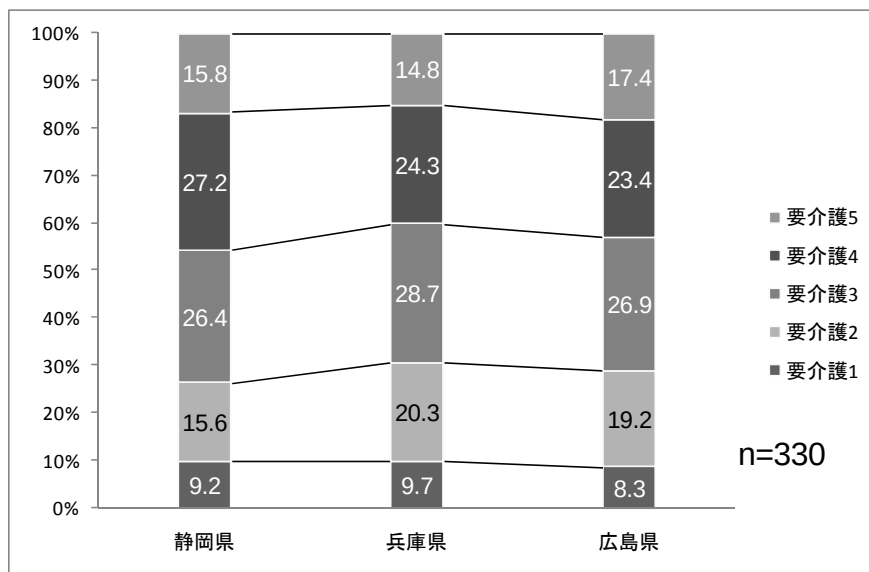


図 20 入所定員を 100 とした場合の各介護度の割合

表 15 従業者の実人数のうち主な有資格者・職員配置

医師

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
医師常勤専従	337	0.0	2.0	0.7	0.49
医師常勤換算人数	335	0.0	2.5	1.1	0.35

看護師

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
看護職員常勤専従	337	0.0	18.0	8.2	2.90
看護職員常勤換算人数	337	0.0	20.5	10.0	3.23

介護職員

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
介護職員常勤専従	337	0.0	55.0	24.6	9.12
介護職員常勤換算人数	337	0.0	61.8	27.8	9.69

理学療法士

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
理学療法士常勤専従	337	0.0	5.0	0.7	0.90
理学療法士常勤換算人数	337	0.0	5.0	1.1	0.99

作業療法士

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
作業療法士常勤専従	337	0.0	4.0	0.9	1.05
作業療法士常勤換算人数	336	0.0	5.0	1.3	1.06

言語聴覚士

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
言語聴覚士常勤専従	337	0.0	2.0	0.1	0.36
言語聴覚士常勤換算人数	336	0.0	2.3	0.2	0.43

(4) 常勤換算 1 人当たりの入所者数

県別に、入所定員を常勤換算人数で除した各職員一人当たりの入所者数を算出した(図 20～13)。医師の常勤換算 1 人当たりの入所者数平均値 (n=332) は 81.8 人(標準偏差 19.7)であり、静岡県は、有意に兵庫県ならびに広島県より、医師の常勤換算 1 人当たりの入所者数が多かった ($p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定)。

看護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数平均値 (n=335) は、11.8 人(標準偏差 0.5)であった。看護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数は、静岡県(12.4 人)に比して、広島県(11.2 人)は有意に少なかった。

介護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数平均値 (n=335) は、3.4 人(標準偏差 2.3)であった。介護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数は、静岡県、兵庫県、広島県で有意な差異はなかった。看護職員の常勤換算人数と介護職員の常勤換算人数を合わせた看・介護職員 1 人当たりの入所定員数平均値 (n=) は、2.5 人(標準偏差 1.0)であった。

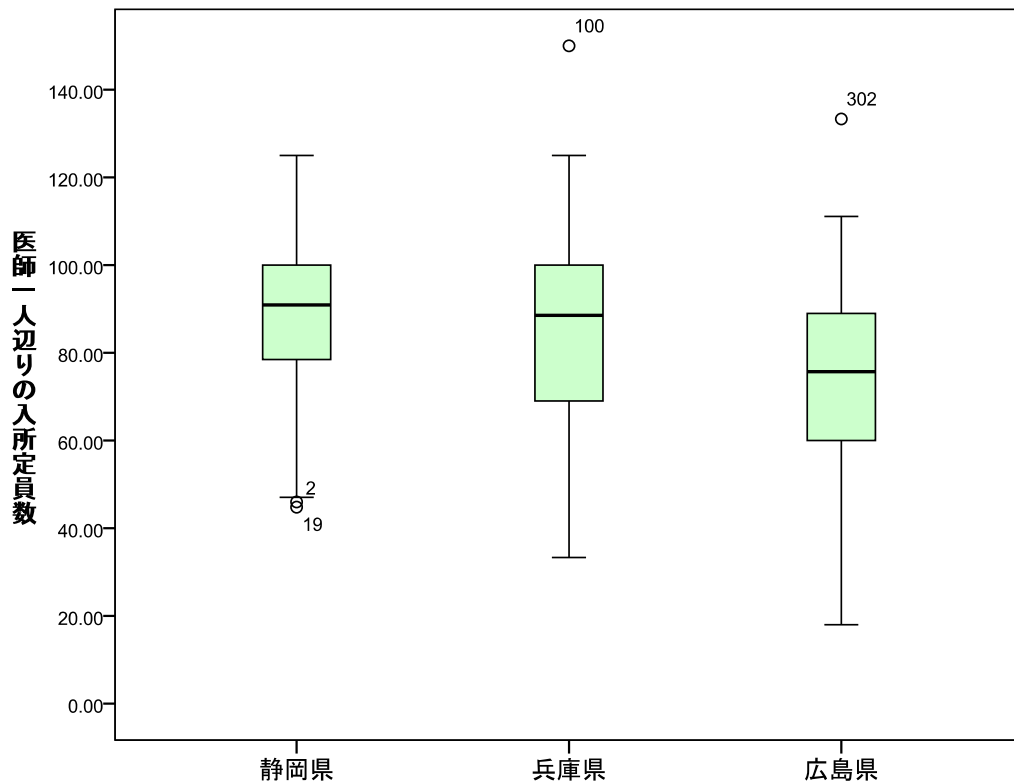


図 21 医師の常勤換算 1 人当たりの入所者数

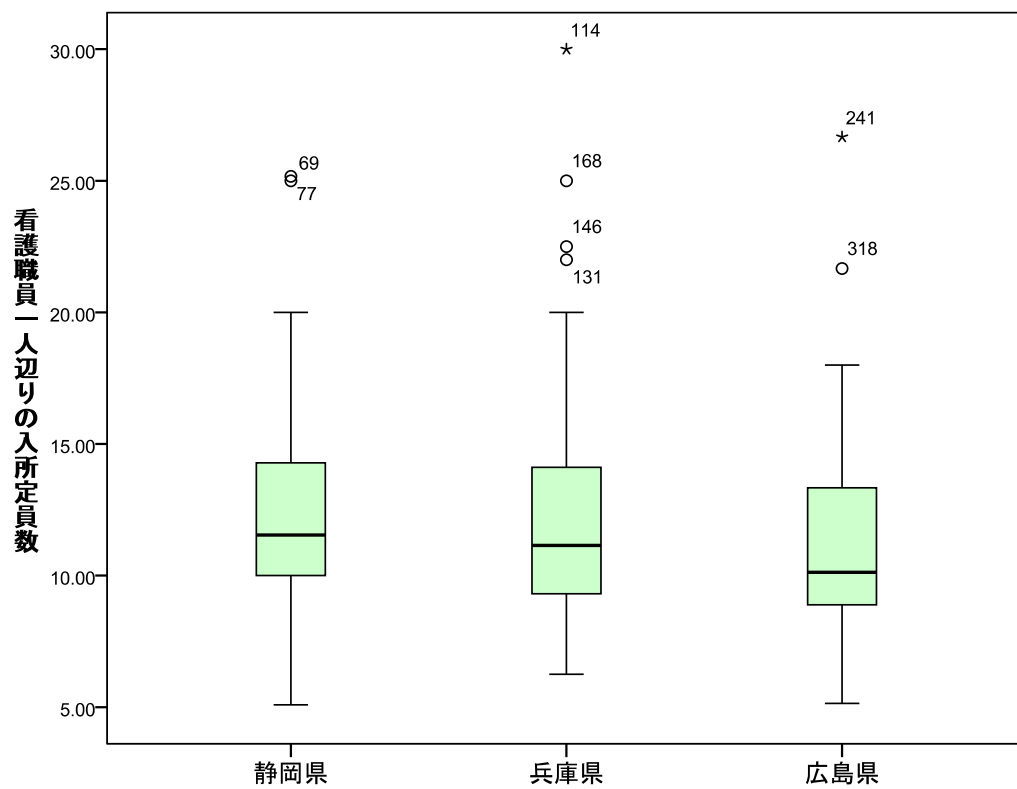


図 22 看護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数

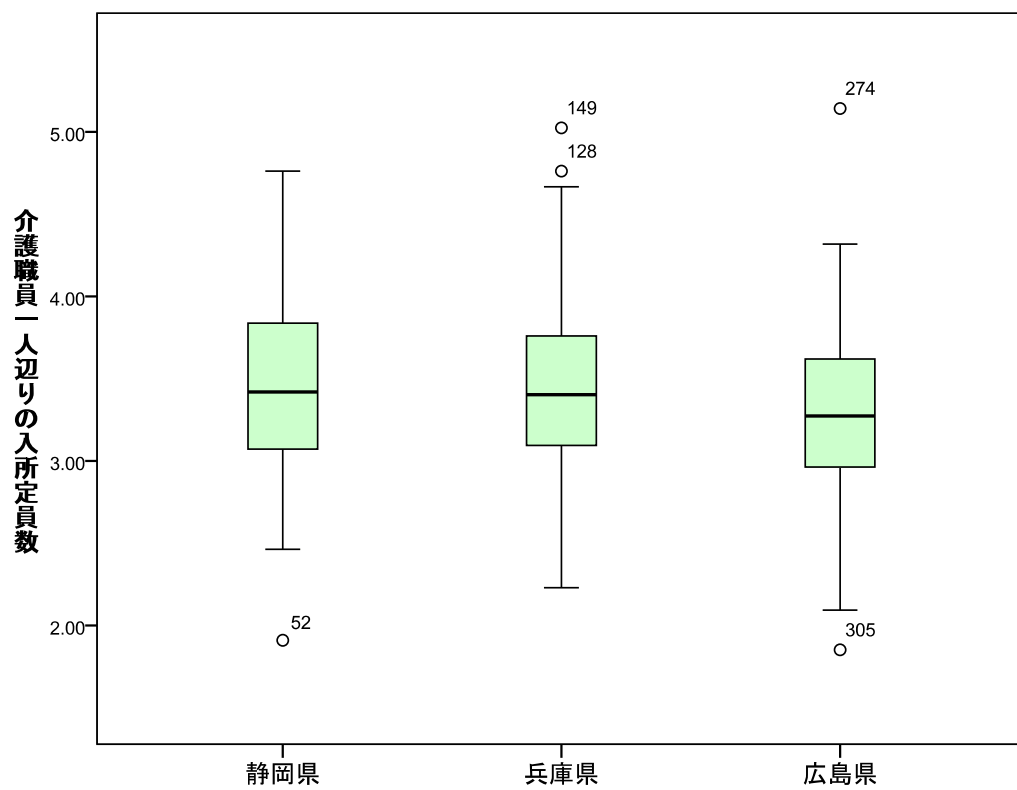


図 23 介護職員の常勤換算 1 人当たりの入所者数

県		医師常勤換算の うち常勤専従者 の割合	看護職員常勤換算 のうち常勤専従者 の割合	介護職員常勤換算 のうち常勤専従者 の割合
静岡県	n	94	94	94
	平均値 (%)	60.9	78.7	88.5
	中央値 (%)	76.9	91.8	91.8
	標準偏差	40.7	16.0	16.0
	最小値 (%)	0.0	0.0	0.0
	最大値 (%)	121.2	108.6	108.6
兵庫県	n	140	142	142
	平均値 (%)	61.6	81.1	86.4
	中央値 (%)	83.3	84.1	88.1
	標準偏差	44.1	16.3	11.8
	最小値 (%)	0.0	35.0	52.6
	最大値 (%)	142.9	120.7	120.0
広島県	n	98	99	99
	平均値 (%)	68.0	86.3	89.3
	中央値 (%)	90.9	90.0	90.5
	標準偏差	41.6	14.5	9.6
	最小値 (%)	0.0	39.0	57.7
	最大値 (%)	100.0	100.0	103.5

(5) 前年度 1 年間の退職者数

看護職員常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 1.68 人（標準偏差 1.7 人）であり、静岡県、兵庫県、広島県の退職者平均数で有意差はなかった（図 24）。

看護職員非常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 0.9 人（標準偏差 1.5 人）であり、兵庫県（平均値 1.3 人）は、静岡県（平均値 0.9 人）ならびに広島県（平均値 0.5 人）と比べて有意に退職者平均数が多かった（図 25）。

介護職員常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 4.5 人（標準偏差 3.4 人）であり、兵庫県（平均値 5.1 人）ならびに静岡県（平均値 4.8 人）は、広島県（平均値 3.5 人）と比べて有意に退職者平均数が多かった（図 26）。

介護職員非常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 1.8 人（標準偏差 2.6 人）であり、兵庫県（平均値 2.5 人）は、静岡県（平均値 1.6 人）および広島県（平均値 0.9 人）と比して、と比べて有意に退職者平均数が多かった（図 27）。

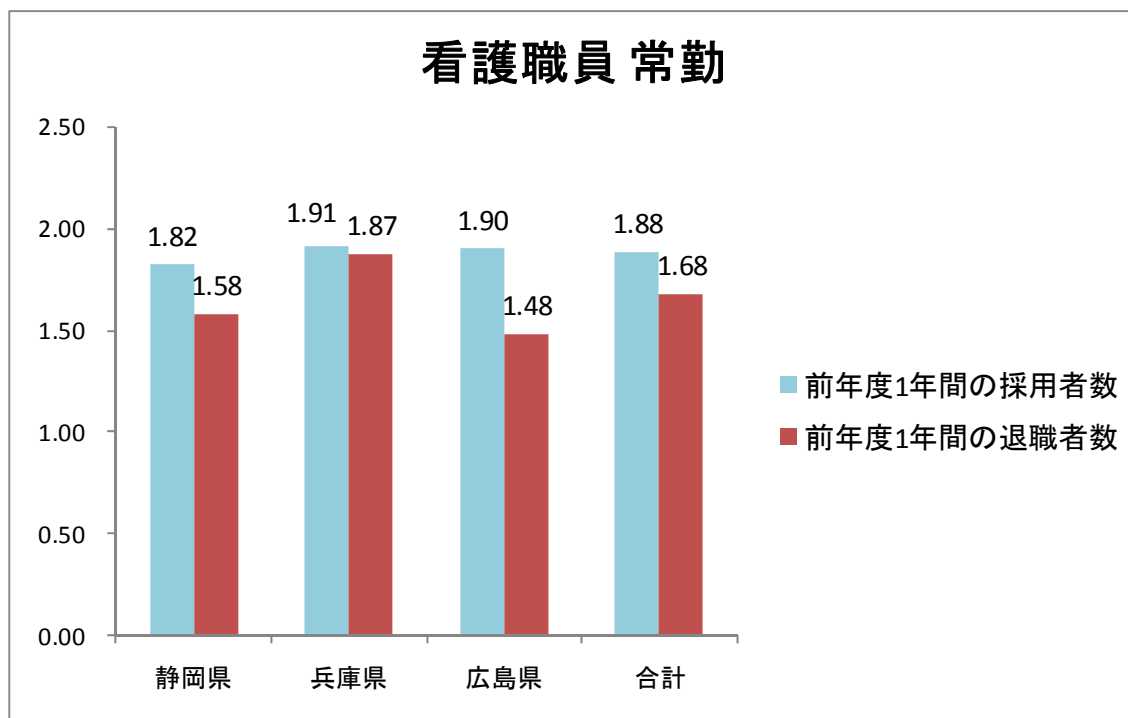


図 24 看護職員常勤における退職者数

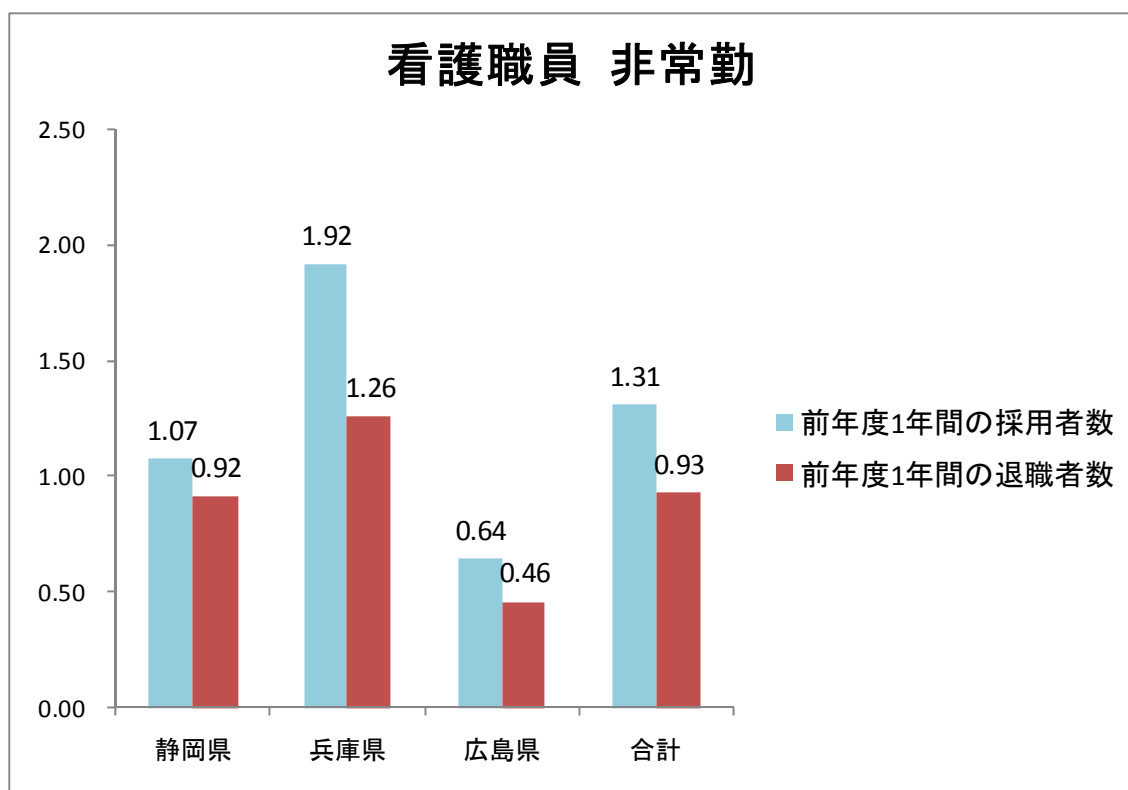


図 25 看護職員非常勤における退職者数

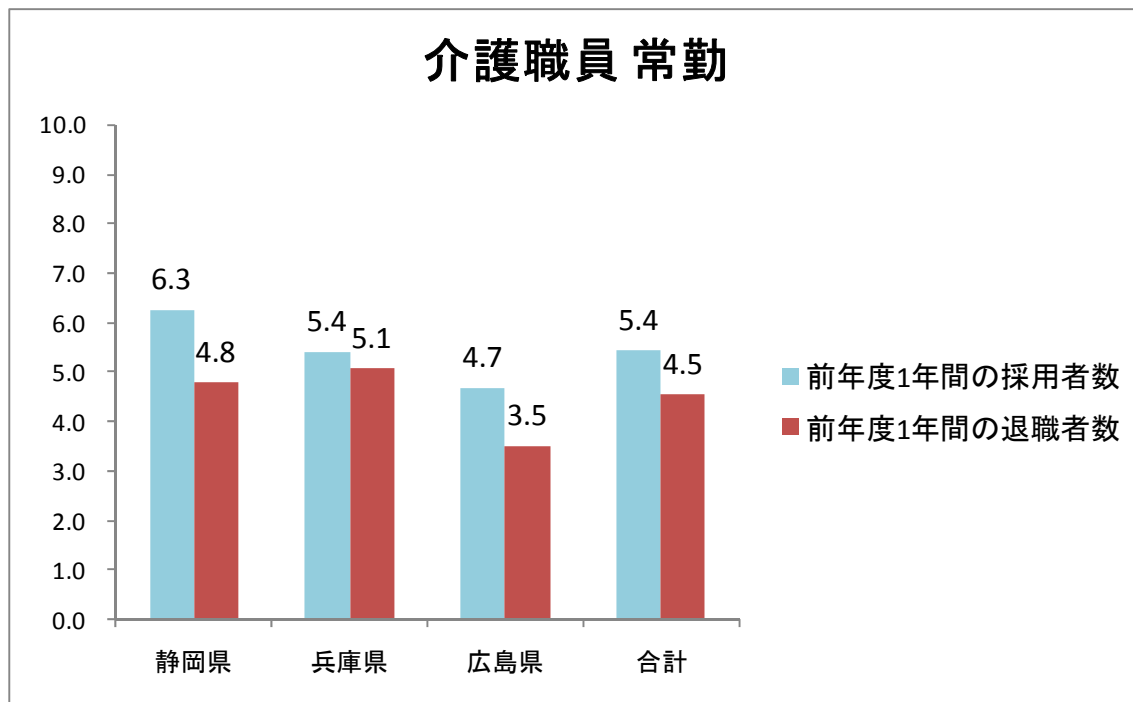


図 26 介護職員常勤における退職者数

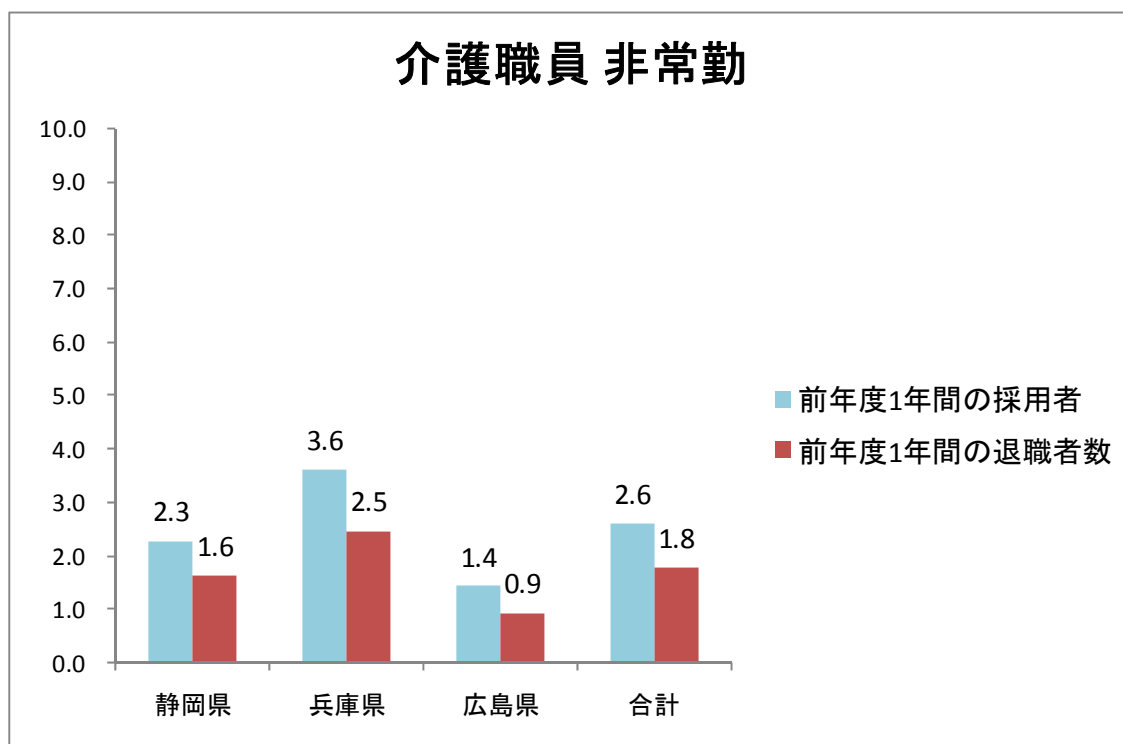


図 27 介護職員非常勤における退職者数

Ⅲ. 考察

この調査研究では、利用者本位のサービスの質の指標と基準を検討するための基礎資料とするために、静岡県、兵庫県、広島県の介護サービス情報の公表制度の基本情報を集計し、分析を行ったが、データは多量で集計結果は膨大であるため結果の一部を示した。

介護保険利用者が介護保険サービス情報の公表する場合、調査情報以上に基本情報は重要である。しかしながら、誤記が少なからず発見されることは、遺憾である。基本情報のデータのどこをどのように見ればサービス利用選択に資するかについては、データの読み解き方法を示す必要がある。

集計結果からも明らかなように、居宅介護支援事業所は、静岡県 760 件 (29.1%)、兵庫県 1,157 件 (44.3%)、広島県 696 件 (26.6%) の計 2,613 件を対象であり、介護支援専門員・常勤専従者 (n=2,612) は、3 県平均値 1.7 人 (標準偏差 1.4)、中央値 1.0 人、最大値 11.0 人、最小値 0 人であった。課題として考えられるが、経験年数が短く、5 人以上の介護支援専門員がいる事業所の過去 1 年間の退職者が少なくとも 35%以上に達していることである。利用者にとって介護支援専門員はケアプラン作成などにおいて重要であるが、経験年数が短く、勤務年数も短いものが多いことは、利用者の利益にならない。このため、介護支援専門員の経験年数や勤務年数、1 年間の退職者人数は、重要な判断材料になると考えられる。

介護老人福祉施設、静岡県 180 件 (29.4%)、兵庫県 272 件 (44.4%)、広島県 160 件 (26.1%) の計 612 件の介護職員非常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 4.6 人 (標準偏差 3.7 人) であり、静岡県 (平均値 2.9 人) ならびに兵庫県 (平均値 3.0 人) は、広島県 (平均値 1.4 人) と比して、と比べて有意に退職者平均数が多かった ($p<0.0001$, Kruskal Wallis 検定) という結果からみると、退職者数はひとつの判断材料になる。ただし地域による有効求人倍率は地域により、差異があることには配慮しなければならない。

介護老人保健施設、静岡県 95 件 (28.2%)、兵庫県 143 件 (42.4%)、広島県 160 件 (29.4%) の計 337 件の看護職員常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 1.68 人 (標準偏差 1.7 人) であり、介護職員常勤における前年度 1 年間の退職者数は、3 県平均 4.5 人 (標準偏差 3.4 人) であり、兵庫県 (平均値 5.1 人) ならびに静岡県 (平均値 4.8 人) は、広島県 (平均値 3.5 人) と比べて有意に退職者平均数が多かったことも考え合わせる必要がある。

介護サービス情報の公表制度 (以下、公表制度) における訪問調査の義務化見直しは、制度全体に与えた影響は、はかり知れないものであるが、基本情報の集計分析および利用者に対する適切な情報提供が必要であると結論できる。

(資料 1)

「介護サービス情報の公表」制度における調査に関する指針策定のガイドライン
(老振発 0313 第一号 平成 24 年 3 月 13 日)

1. 調査が必要と考えられる事項

(1) 調査を実施すべきと考えられる事項

○新規申請時または新規指定時

(調査項目の例) 新規申請時に調査することが必要と判断される項目を中心に調査

○新規申請または新規指定時から一定期間毎年実施

(一定期間の例) 新規申請から 3 年間は毎年実施

(調査項目の例) 運営情報の項目を中心に調査

○事業者自ら調査を希望する場合

(調査項目の例) 事業者の希望に応じ、全ての項目もしくは運営情報を調査

※公表システムで、自主的に調査を受けた事業所であることを明示し公表する

(2) 地域の実情に応じて、調査を実施するものと考えられる事項

○更新申請時

(調査項目の例) 更新申請時に調査することが必要と判断される項目を中心に調査

○調査による修正項目の割合に応じ実施

(調査実施の例) ・修正項目の割合が一定以上の場合には、次年度も調査を実施

・修正項目の割合に応じ調査頻度を設定し実施

○一定年数ごとに実施

(調査間隔の例) 2 年ごとに調査

2. 調査を行わないなどの配慮をすることが適当と考えられる事項

○第三者評価など、第三者による実地調査などが行われている場合

(配慮の例) ・福祉サービス第三者評価を定期的実施している事業所については、調査を行わない

・外部評価が義務付けられている地域密着型サービス事業所については、調査を行わない

○1 事業所において複数サービスを実施している場合

(配慮の例) 主たるサービスの調査を実施することにより、他のサービスについては、調査を行わない

3. 他制度との連携などにより効率的に実施することが可能と考えられる事項

○報告内容に虚偽が疑われる場合

(調査方法の例)

疑いのある項目を中心に調査 (状況に応じ指導または監査と連携し調査)

○公表内容について、利用者などから通報があった場合

(調査方法の例)

通報があった項目を中心に調査 (状況に応じ指導または監査と連携し調査)

○実地指導と同時実施

(調査方法の例) 実地指導の内容を考慮の上、連携し調査

○状況に応じて、調査する項目を選定して実施

○その他必要に応じて実施する場合

(調査方法の例)

食中毒や感染症の発生、火災などの問題が生じた場合に、必要な項目について管内の事業所を調査 (状況に応じ行政指導などと連携し調査)

(資料 2)

介護サービス情報公表支援センターウェブサイトおよび介護サービス情報の基本情報画面の一部



3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等							
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	
	専従	非専従	専従	非専従			
介護支援専門員	4人	0人	0人	0人	4人	4人	
うち主任介護支援専門員(両掲)	1人	0人	0人	0人	1人	1人	
事務員	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
その他の従業者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						0時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。							
介護支援専門員の男女の人数			男性	1人	女性	3人	
従業者である介護支援専門員が有している資格							
延べ人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	
	専従	非専従	専従	非専従			
医師	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
歯科医師	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
薬剤師	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
保健師	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
介護士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
介護サービスの内容等							
特定事業所加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無						なし	
特定事業所加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無						あり	
医療連携加算(介護報酬の加算)の有無						あり	
通院・退所加算(Ⅰ)(介護報酬の加算)の有無						あり	
通院・退所加算(Ⅱ)(介護報酬の加算)の有無						あり	
認知症加算(介護報酬の加算)の有無						あり	
独居高齢者加算(介護報酬の加算)の有無						あり	
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算(介護報酬の加算)の有無						なし	
介護支援専門員1人当たりの平均給付管理件数 (標準的給付管理件数:35)						30件	
介護サービスの利用者への提供実績							
利用者の人数							
区分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
記入年月日の前月の請求実績		17人	32人	24人	21人	19人	113人
前年同月の請求実績		14人	40人	24人	21人	16人	115人
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況							
窓口の名称		苦情相談窓口					

第2章 訪問介護事業におけるHRM分析 —訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査—

株式会社ケアネットサービス 代表取締役 唐木成仁

I 研究の概要

1. 研究の目的

2000年に介護保険制度が施行され、早くも11年という月日が経ち、2012年4月には介護報酬改定が行われる。介護業界を取り巻く環境は、介護報酬改定が行われるたびに厳しくなり、一層の企業努力が求められている。

株式会社帝国データバンクの調査によると、2009年度の売上高が判明した介護サービス・有料老人ホーム業者数は7022社にのぼり、報酬が改定された2006年4月直前の2005年度の2733社と比べ、156.9%大幅増の約2.5倍に急増。売上高総額も4兆2122億100万円と、2005年度の2兆1650億3100万円に比べ、94.6%の大幅増となった。

その一方、独立行政法人福祉医療機構で運営しているWAMNET (<http://www.wam.go.jp/>) の調査によると、訪問介護事業所の数は2007年に27,602だったものが、2008年に26,955、2009年に26,741と年々漸減傾向となっており、2006年時の26,599とほぼ横ばいの事業所数になってきている。

ここで、プロダクト・ライフ・サイクルという観点から考えると、介護業界における訪問介護をひとつの製品としてとらえた場合、市場の開発を目的とした導入期から、市場の拡大が進む一方で企業間の競争も激化する成長期を経て、製品の機能そのものよりも販売の促進や広告で差別化を図る成熟期に突入しているところだと考えられよう。ただ、訪問介護をひとつの製品として捉えるのには限界がある。プロダクト・ライフ・サイクルという考え方には、どの製品にも性能に違いがないという前提条件が基本的概念にあるが、訪問介護の場合は、人的資源によって介護サービスの内容の善し悪しが決まるからだ。

ゆえに、訪問介護という介護サービスは、成熟期に入っても販売の促進や広告で差別化を図るだけではなく、根本的な人的資源の問題を解決することこそが介護サービスの価値、そして、最終的には企業である訪問介護事業所の存続に大きく影響を与えることになるのは間違いない。

このような背景のもと、介護業界の人的資源の大きな問題点として、「介護職員の離職率の高さ」という現実が度々取り上げられてきた。介護職員を雇用することができないという状況が訪問介護の人員基準違反につながり、多くの指定取消処分につながっている。この大きな問題を解決しない限り、人的資源の重要度が高い介護業界の未来はないものと言い得よう。

この問題点に対しては、介護保険制度や介護報酬の改定に伴う内部改造、一昨年から開

始された介護職員処遇改善交付金の交付、そして2012年4月からは介護職員処遇改善加算の創設に伴い、キャリア・パス要件（介護職員の職位、職責、職務内容などに応じた任用要件と職位、職責、職務内容などに応じた賃金体系の整備をし、就業規則などの書面で全介護職員に周知）の作成を積極的に取り入れるなど、企業がHRM（ヒューマン・リソース・マネジメント）をどのように行い職員を定着させ、サービスの価値を上げていくかが、今まで以上に企業存続の鍵を担うことになった。

以上の問題点に対して、前年までの研究同様、本研究では、訪問介護事業所がどのようなHRMを行い職員の定着及び満足度を高めているのか、また事業所で働く訪問介護員の満足度は実態としてどれほどのものなのかを調査するために、ハーツバーグ理論を用いたオリジナルのアンケート調査を行うことを通して、企業のHRMと職員の満足度を客観的に分析することを目的とする。

2. 事業実施の概要

(1) 研究の対象・方法

今回対象とする企業は、全て訪問介護事業者とし、調査名を「訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査」とする。

本アンケートの送付範囲は、関東圏内(栃木、茨城、群馬、埼玉、東京、千葉、神奈川)の1都6県とし、訪問介護事業者 678 事業所にアンケート調査票を郵送した。

この 678 事業所の選定については、過去3年間の本研究と同様、調査研究の趣旨が訪問介護事業所における経営者の取り組みと訪問介護員の満足度を調査することを目的としていること、また経営者と常勤・訪問介護員、非常勤・訪問介護員の個別の調査を比較検討するため、調査票を送付するにあたっては昨年度同様に本年度も独立行政法人福祉医療機構で運営している前出の WAMNET (<http://www.wam.go.jp/>) を援用した。なお、昨年までの研究と大きく異なる点は、より広い調査試料を得るために、配布する事業所数を 351 事業所から 678 事業所と大幅に増やしたことである。(n=351 から n=678 に変更した。)

この 678 の訪問介護事業所に対して、経営者用アンケート、常勤・訪問介護員用アンケート、非常勤・訪問介護員用アンケートの3種類のアンケート調査票を青・緑・クリーム色のそれぞれ別々の封筒に入れ、その3種の封筒を1つの大きな封筒に入れて事業者に郵送した。

さらに、事業所で調査票を記入していただくにあたり、訪問介護員の方々の選出は訪問介護事業所の経営者に一任し、青色の封筒を経営者、緑色の封筒を常勤で働いている訪問介護員(専従・兼務問わず)に、クリーム色の封筒を非常勤の訪問介護員(専従・兼務問わず)にそれぞれ 1 部ずつ渡していただくこととした。(訪問介護員の満足度に関する調査が本調査の主軸であり、個人の意志を調査票にできる限り反映させるため、そして個人情報保護の観点から、青・緑・クリーム色のそれぞれの封筒で個別に返信ができるようにしたものである。)

(2) 調査票

今回アンケート調査票に用いるハーツバーグの理論とは、「人々が仕事の上で満足を感じるとするのであれば、それは圧倒的に仕事の内容に自分を生かすことからであり、仕事の達成に直接関連を持たない仕事の環境は、不満を呼び起こすことがあっても、満足に寄

与することはまれであるという事実を、はっきりとした統計的数字によって証明したものであり、ハーツバーグは仕事の内容のみが仕事への動機づけを誘発することから、これを「動機づけ要因」と名づけ、仕事の環境は、せいぜい不満の発生を防止するという、予防衛生的な役目しか持たないことから、これを衛生要因と名づけた」(『仕事と人間性』より抜粋) ものである。

この理論を基に、訪問介護事業所の経営者のアンケート調査票の中に、基本的な会社の取り組みについて、衛生要因 (hygiene factors) と呼ばれる「会社に対して不満を覚えるもの」と、動機づけ要因 (motivator) つまり「やる気に結びつくもの」に分けた質問項目を設けた。

また、常勤・訪問介護員と非常勤・訪問介護員には、衛生要因 (hygiene factors) と動機づけ要因 (motivator) の中で、現在所属する訪問介護事業所の取り組みに対する満足度を回答いただき、さらに取り組みに対する優先順位をつけていただくこととした。

さらに、調査票にある既定の取り組み以外のものに関しては、経営者の取り組みならびに訪問介護員の要望を、それぞれ自由記述欄に記入していただくこととした。

II 調査研究

1. 訪問介護事業所 経営者 調査研究

(1) 県別回収結果

訪問介護事業所の経営者から回収された調査票は、表 1 及び図 1 の通りである。

本年の研究では前年の研究時に最も回収率の低かった神奈川県からの回収率が最も高く 32% となり、全県平均 28% の回収率となった。

表 1 経営者調査票県別回収結果 (n=191)

県名	回収数	配布数	構成比	回収率	構成比
栃木	25	88	0.12979	0.284091	0.13089
茨城	33	119	0.17552	0.277311	0.172775
群馬	26	96	0.14159	0.270833	0.136126
埼玉	24	97	0.14307	0.247423	0.125654
東京	29	95	0.14012	0.305263	0.151832
千葉	28	101	0.14897	0.277228	0.146597
神奈川	26	82	0.12094	0.317073	0.136126
合計	191	678	100	0.282746	100

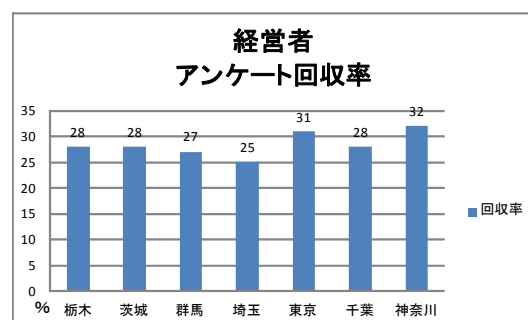


図 1 経営者調査票県別回収率

(2) 法人状況

法人の運営主体、資本金、法人の設立年の概要は表 2～表 4 に記した。

まず表 2 は運営主体別の事業所数であるが、「営利法人」が半数以上を占める結果となった。続いて「社会福祉法人」、「社会福祉協議会」となっている。

表2 法人の運営主体(n=191)

運営主体	事業所数
社会福祉法人	27
社会福祉協議会	14
医療法人	7
社団法人、財団法人	2
営利法人	106
共同組合	13
NPO法人	13
その他	9
合計	191

法人の資本金は表3の通りである。「1千万円未満」の事業所が約70%という結果になった。

表3 法人の資本金(n=176)

資本金	事業所数
1千万円未満	122
1千万円以上～3千万円未満	29
3千万円以上～5千万円未満	3
5千万円以上～1億円未満	5
1億円以上	17
合計	176

法人の設立年は表4の通りである。「1999年以前」と答えた介護保険制度施行前に設立されている事業所が約36%を占めた。また「不明」と答える経営者も多かった。

表4 法人の設立年(n=191)

法人設立年	事業所数
1999年以前	68
2000年～2004年	41
2005年～2010年	46
不明	36
合計	191

(3) 訪問介護員の人数

訪問介護事業所の職員の人数は、表5の通りである。前年の研究までは、研究対象の事業所を10人以上の事業所と限定していたが、本年度の研究では特に事業所の職員数に制限をもたせなかった。「10人未満」の訪問介護員を雇用する経営者からの回答が最も多い結果となった。

表 5 訪問介護員の人数(n=191)

訪問介護員数	事業所数
10人未満	82
10人以上20人未満	59
20人以上30人未満	21
30人以上40人未満	15
50人以上	14
合計	191

(4) 訪問介護事業所の売上高

訪問介護事業所の月間売上高は表 6 の通りである。月間の売上高が「100 万円未満」と答えた訪問介護事業所が最も多く、「200 万円未満」の事業所が約 64%を占める結果となった。また逆に、「500 万円以上」の売上高を記録している訪問介護事業所が約 11%と二極化傾向を表している。

表 6 訪問介護事業所の売上高(n=188)

売上高	事業所数
100万円未満	61
100万円以上～200万円未満	60
200万円以上～300万円未満	24
300万円以上～400万円未満	17
400万円以上～500万円未満	5
500万円以上	21
合計	188

(5) 訪問介護事業所の収支状況

続いて直近の決算における収支状況を調査したところ、昨年度の調査では「黒字」と答えた訪問介護事業所が 80%を超えていたが、今年度の調査では、表 7 の通り「黒字」と答えた訪問介護事業所が 58%、「赤字」と答えた訪問介護事業所が 42%となった。

また、その「赤字」の原因について、表 8 の通り「利用者数の減少」と答えた経営者が最も多く、中には「特定事業所加算の取得による単価上昇」と答えた経営者もいた。

表 7 収支状況(n=188)

決算	事業所数
黒字	87
赤字	63
決算期をまだ迎えていない	38
合計	188

表 8 赤字の原因 (n=63)

赤字の原因	事業所数
利用者数の減少	24
売上単価の減少	12
訪問介護職員の離職	9
同業者間での競争激化	8
特定事業所加算の取得による単価上昇	1
その他	9
合計	63

(6) 訪問介護員の離職率

訪問介護員の離職率について、昨年度は「10%未満」と答えた経営者が60%を超えていたが、表9の通り「10%以上20%未満」と答えた経営者が約83%という結果になった。

表9 訪問介護員の離職率(n=184)

離職率	事業所数
10%未満	5
10%以上20%未満	152
20%以上30%未満	13
30%以上40%未満	8
40%以上50%未満	1
50%以上	5
合計	184

(7) 経営者の年齢データ

訪問介護事業所の経営者の年齢データは表10と図2の通りである。

「50歳～59歳」の経営者が最も多く、続いて「60歳以上」、「40歳～49歳」と続いている。訪問介護事業所の経営者の高齢化が及ぼす問題、例えば後継ぎ問題などが業界全体としての問題になりかねないと考えられる。

表10 経営者 年齢データ(n=184)

年齢	人数
20歳～29歳	4
30歳～39歳	23
40歳～49歳	35
50歳～59歳	75
60歳以上	47
合計	184

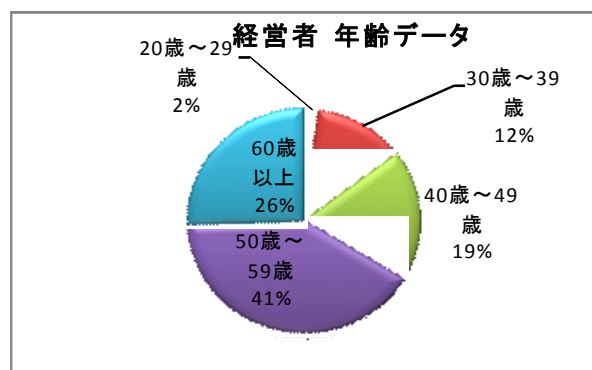


図2 経営者の年齢データ

(8) 経営者の保有資格

経営者の保有資格は表11の通りである。訪問介護事業所の経営者が所有している資格は、

「介護福祉士、ホームヘルパー１級・２級」を取得されている方が最も多かった。その一方で、「中小企業診断士、経営学修士（MBA）」の所有者は若干名、「弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士」などの法務系の資格を持っている経営者はいなかった。

表 11 訪問介護事業所 経営者の保有資格(n=240)

保有資格	人数
ケアマネジャー	68
介護福祉士、ホームヘルパー１級・２級	113
社会福祉士、社会福祉主事	40
医師、看護師、保健師、薬剤師	16
弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士	0
中小企業診断士、経営学修士(MBA)	3
合計	240

(複数回答可)

(9) 経営者の業務領域

ご記入いただいた経営者の業務領域は、表 12 の通りである。

「経営者」のみの業務領域と答えた経営者が、約 37%であった。また、「経営者兼訪問介護事業所管理者兼サービス提供責任者」と幅広い業務領域を持つ経営者も約 17%いることがわかった。

表 12 訪問介護事業所 経営者の業務領域(n=183)

業務領域	人数
経営者	67
経営者 兼 ケアマネジャー	32
経営者 兼 訪問介護事業所管理者	53
経営者 兼 訪問介護事業所管理者 兼 サービス提供責任者	31
合計	183

(10) 訪問介護事業所の経営理念

訪問介護事業所における経営理念の調査結果は、表 13 の通りである。「経営理念を掲げており、浸透させる努力をしている」事業所が、約 45%という結果であった。

表 13 訪問介護事業所の経営理念(n=184)

経営理念	人数
経営理念を掲げている	76
経営理念を掲げており、浸透させる努力をしている	82
経営理念を掲げていない	12
今後経営理念を考える予定	14
合計	184

(11) 経営者の得意不得意分野

訪問介護事業所の経営者が経営業務の中で苦手とする分野は表 14 の通りである。「介護

保険法や労働基準法などの法務管理」と答える経営者が多く、次に「職員のモチベーション管理」、「事業資金の調達」となっている。

表 14 訪問介護事業所 経営者の経営業務(n=510)

経営業務	票数
経営計画の策定	76
事業資金の調達	82
収支管理	55
給与計算	49
営業活動	53
職員のモチベーション管理	92
介護保険法や労働基準法などの法務管理	103
合計	510

(複数回答可)

(12) 訪問介護事業所の経営者における衛生要因(hygiene factors)及び動機づけ要因(motivator)

下の表 15 は衛生要因である 7 つの項目について、事業所内で力を入れている・気をつけているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄内に記入したものである。現在、経営者が力を入れていると答えた票数が最も多かったのは「職場の人間関係」であった。続いて「労働条件」、「会社の方針と管理体制」となっている。

図3は経営者の中でそれぞれの衛生要因に対して力を入れている割合を示したものである。

表 15 訪問介護事業所 経営者 衛生要因 (hygiene factors) (n=675)

衛生要因(hygiene factors)	票数
会社の方針と管理体制	113
監督	42
職場の人間関係	148
労働条件	116
給与	96
職員の生活	76
職員の保障	84
合計	675

(複数回答可)

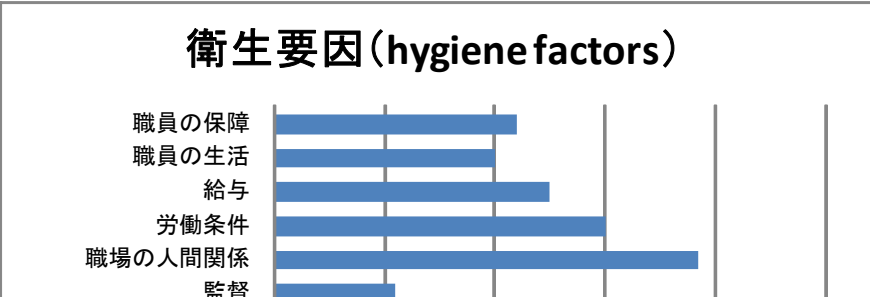
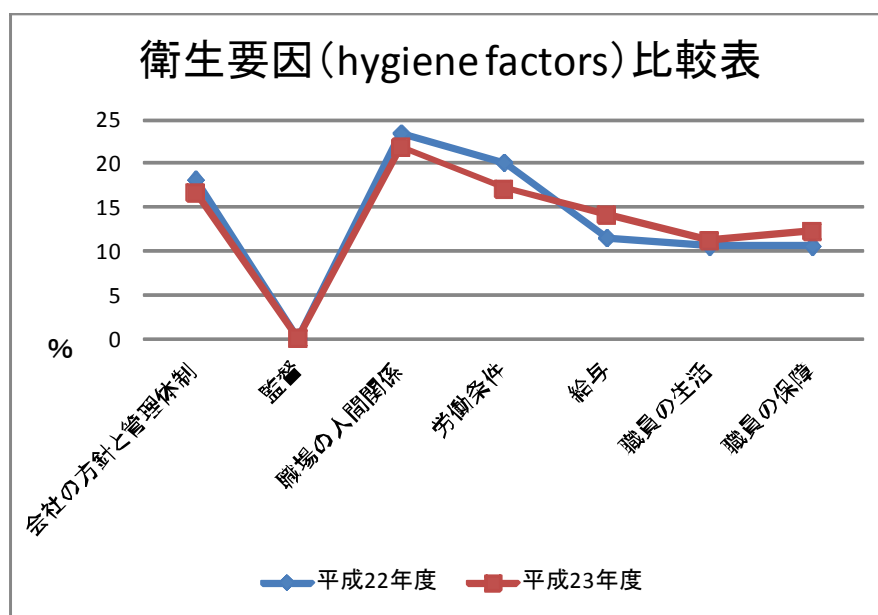


図3 訪問介護事業所 経営者 衛生要因 (hygiene factors)

表16は昨年度平成22年度と平成23年度における、それぞれの衛生要因が総数に占める割合を比較したものである。平成23年度は昨年度よりも「労働条件」が低く、「給与」が高い傾向であることがわかる。

表16 訪問介護事業所 経営者 衛生要因 (hygiene factors) 比較表



続いて表17は訪問介護事業所の経営者が動機づけ要因 (motivator) の6つのキーワードについて、事業所内で力を入れている・気をつけているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄内に記入したものである。「職員が成長する取り組みをつくること」と答えた経営者が最も多く、次に「職員に合った仕事を与えること」、「職員に責任を与えること」が続いている。

また、図4は訪問介護事業所の経営者の取り組みの中でそれぞれの動機づけ要因に対し

て力を入れている割合を示したものである。

表 17 訪問介護事業所 経営者 動機づけ要因 (motivator) (n=589)

動機づけ要因 (motivator)	票数
職員に達成感を与えること	97
職員が物事を達成した時に承認すること	90
職員に合った仕事を与えること	122
職員に責任を与えること	98
職員に昇進、地位を与えること	52
職員が成長する取り組みをつくること	130
合計	589

(複数回答可)

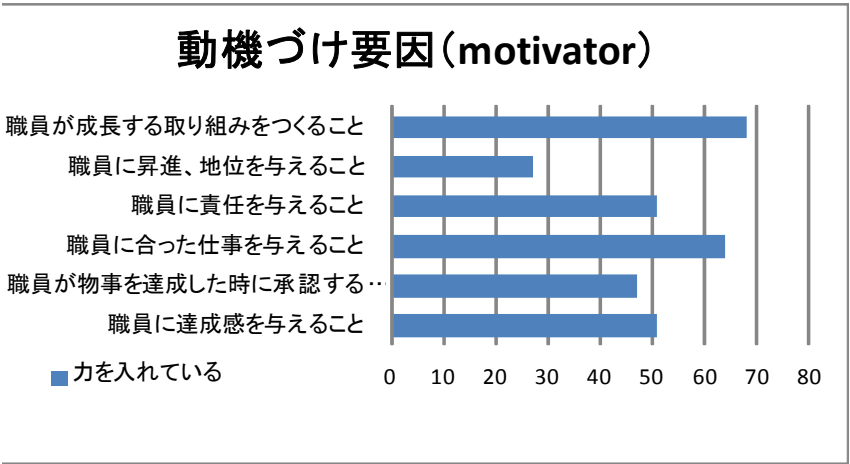
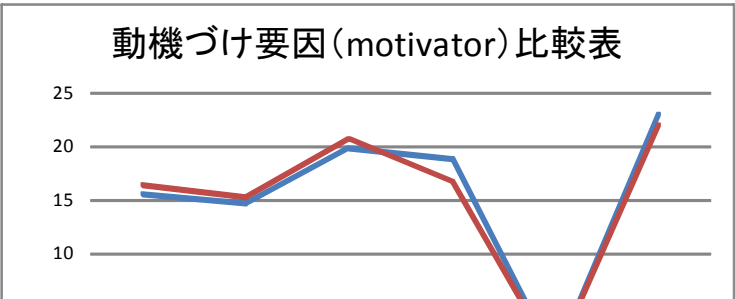


図 4 訪問介護事業所 経営者 動機づけ要因 (motivator)

表 18 は平成 22 年度、平成 23 年度のそれぞれの動機づけ要因が総数に占める割合を比較したものである。昨年度と比べて、平成 23 年度は「職員に責任を与えること」に対して力を入れている割合が多かった。

表 18 訪問介護事業所 経営者 動機づけ要因 (motivator) 比較表



(13) 職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについて（自由回答）

- ・社会的に弱い立場の方（母子家庭、障がい者等）を受け入れ、“お互い様”の考えを定着させるようにしている。
- ・平成 22 年度より、社員の退職金・弔慰金の保険に加入し、職員の定着を目的とした。
- ・サービス地域が広く、山間部にまで訪問するので、交通費の実費支給を行っている。
- ・初心者のヘルパーには、懇切丁寧に指導することを心掛けている。
- ・月に 1 回ヘルパー研修会を開催し、意見交換を行っている。
- ・2 ヶ月に一度の親睦会（ボーリング大会、みかん狩りなど）を実施している。
- ・「労すれば報われる」という実績により、公正な人事考課を実施。また、上級資格を取得するための奨励金制度あり。
- ・定期的に面談を実施している。
- ・正規職員の採用
- ・個々のヘルパーの性格に合った利用者に取り組んでもらうこと。
- ・有給休暇を、パート職でも使えること。
- ・毎月の勉強会、外部研修の取り組み、非常勤職員への賞与（寸志）等。
- ・職員も経営者である自覚を持ち、達成感を共有することに努めている。
- ・年度末面接等の職員の意思確認とコミュニケーションに留意している。
- ・70 歳定年制と、非常勤ヘルパーも有給休暇を取得できるシステムを導入。
- ・職員の不満や都合を聞いて、出来る限り配慮をしてやること。但し、利用者に迷惑を掛けない範囲で取り組むこととする。処遇改善の交付金制度で、職員に対し給料面で優遇していたが、交付金制度がなくなるからといって給料を下げるわけにもいかず、下げれば離職することは目に見えているので、今後どうすれば良いか悩んでいる。事業の撤退

も考えなければならない状況だ。今でさえ、経営者はほとんどボランティアなのだ。

- ・自分が管理者としてではなく、現場に入ること。
- ・職場の環境づくり（従業員の絶対数の確保等）に留意している。
- ・クレームや失敗を教材とし、共有していく。（チームでケースに当たる。）
- ・社員の会社に対する不満や要望に常に気付く努力をする。
- ・就業規則を整備すること。（法人の中で、特別な勤務形態の登録型ヘルパー用の規則を作成中）
- ・一人ひとりの仕事に対する問題点や悩みを、じっくり聞くこと。
- ・社員の雇用を増すこと。
- ・移動費を支給することと、研修会を開催すること。
- ・職員相互の気持ちが理解しやすい環境を作るため、活動目標を設定し、目標の達成率の高い職員を、3ヶ月に1回表彰している。
- ・法人全体では200人以上の職員がいるが、ヘルパー業務に向いていると思われる職員をヘルパーステーションに配属している。
- ・年1回の個別面談を行っている。
- ・資格・認定を得るための各種検定参加を推奨している。
- ・特に社員の年齢等を考慮して、当法人で経営する他の事業所および施設への異動を検討している。
- ・離職するケースがない。
- ・職員が仕事出来るようにするため、本人の希望と力量に合わせて、1ヶ月間に15時間程度の社内合同研修を実施。社外研修なども会社負担で受講してもらうほか、保健師による社内研修を盛り込んでいる。
- ・体調についても、仕事についても、家族（子どもの様子など）についても、常に言葉掛けをするようにしている。
- ・交付金と同額を昇給することにしたため、ますます残業代の支払いが高くなってしまった。
- ・毎月定例のミーティングを実施。管理者・サービス提供責任者とヘルパーとの話しやすい雰囲気づくりに気を付けている。
- ・コミュニケーションをはかり、職員の思いをヒヤリングできるように努めている。
- ・月1回以上の“団会議”を開催。介護職としての支え合う心を育成し、また仕事へのモチベーションを高めている。
- ・〇〇県育いきいき参加企業になっている。
- ・1対1のサービスなので、ヘルパーの精神的苦痛を緩和させるよう常に心掛けている。
- ・弊社独自の「資格取得祝い金制度」の設置と、処遇改善交付金によるヘルパーの時給ベースの見直しを実施。
- ・定期的な飲み会を実施。

- ・資格取得に対する助成金制度を設けている。
- ・月1回の上司との評価面談会を実施。
- ・月1回程度の面談会が行われている。
- ・定期的な個人面談を実施し、具体的な方向性を示し、目標を持たせる。また、その達成度に合わせて、正当な評価を行う。
- ・ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化を図っている。
- ・会社独自の休暇を設定し、有給としている。誕生日3日、夏季・冬季5日×2回、特別休暇として上限20日、その他ボランティア休暇5日、年末年始休暇などの有給休暇等、計84日あり。
- ・就業規則の周知、資格取得への助成、各種研修への参加等を実施。
- ・一人一人の話を傾けることを重視している。
- ・常に登録型ヘルパーの募集をかけていても応募者がなく、一方で正職員を雇用するとなると赤字になるので、当事業の継続は困難になるのでは。
- ・職員に権限を与えて、責任は自分が持つこととする。職員に責任を持たせておきながら自分が権限を握るのは、最も悪い。
- ・常に利用者本意のサービスに努め、スタッフと共に介護について考えている。離職者は殆どいない。

2. 訪問介護事業所 常勤・訪問介護員 調査研究

(1) 県別回収結果

訪問介護事業所に勤務する常勤・訪問介護員におけるアンケート調査は、神奈川県における回収率が一番高く、埼玉県における回収率が最も低い結果となった。また、平均回収率は約28%であった。

表 19 県別回収結果 (n=187)

県名	回収数	配布数	構成比	回収率	構成比
栃木	22	88	0.12979	0.25	0.117647
茨城	35	119	0.17552	0.294118	0.187166
群馬	27	96	0.14159	0.28125	0.144385
埼玉	19	97	0.14307	0.195876	0.101604
東京	28	95	0.14012	0.294737	0.149733
千葉	28	101	0.14897	0.277228	0.149733
神奈川	28	82	0.12094	0.341463	0.149733
合計	187	678	100	0.276382	100

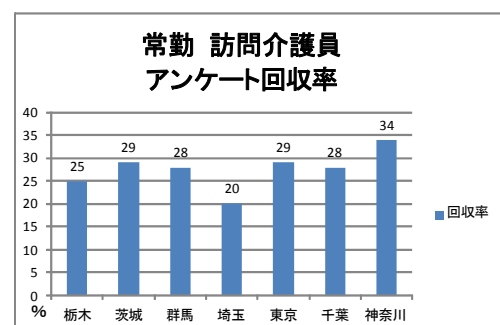


図 5 県別回収結果

(2) 法人状況

表 20 は運営主体別の表である。「営利法人」に雇用されている常勤・訪問介護員からの協力が約53%と過半数を超える結果となった。続いて「社会福祉法人」、「社会福祉協議会」となっている。

表 20 運営主体 (n=185)

運営主体	事業所数
社会福祉法人	28
社会福祉協議会	24
医療法人	6
社団法人、財団法人	2
営利法人	98
共同組合	12
NPO法人	8
その他	7
合計	185

表 21 は法人の設立年によって区分された表である。2000 年に介護保険制度が施行される前の「1999 年以前」から訪問介護を開始している事業所が、約 35%という結果になった。「不明」と答える方も 20%存在している。

表 21 法人設立年(n=185)

法人設立年	事業所数
1999年以前	65
2000年～2004年	40
2005年～2010年	43
不明	37
合計	185

表 22 は資本金についての調査をまとめたものである。「1 千万円未満」の訪問介護事業所が約 73%という結果になった。

表 22 資本金(n=142)

資本金	事業所数
1千万円未満	104
1千万円以上～3千万円未満	17
3千万円以上～5千万円未満	2
5千万円以上～1億円未満	4
1億円以上	15
合計	142

(3) 訪問介護員の人数

訪問介護員が「10 人未満」の事業所が 104 所あり、訪問介護事業所が 20 人未満の事業所が全体の約 75%を占める結果となった。また、50 人以上の大規模な訪問介護事業所は約 4%であった。

表 23 訪問介護員の人数(n=187)

訪問介護員数	事業所数
10人未満	77
10人以上20人未満	64
20人以上30人未満	23
30人以上40人未満	15
50人以上	8
合計	187

(4) 常勤・訪問介護員の年齢データ

ご記入いただいた常勤・訪問介護員の年齢データは表 24 及び図 6 の通りである。「50 歳～59 歳」の方が最も多く、「20 歳～29 歳」の方が最も少ない結果となった。

表 24 常勤・訪問介護員 年齢データ (n=187)

年齢	人数
20歳～29歳	18
30歳～39歳	35
40歳～49歳	53
50歳～59歳	59
60歳以上	22
合計	187

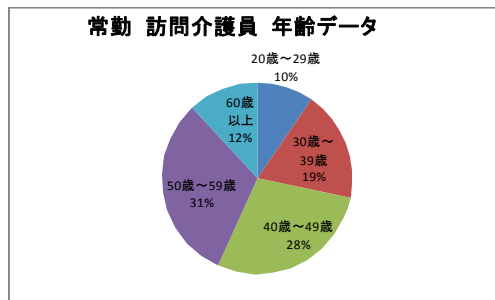


図 6 常勤・訪問介護員 年齢データ

(5) 保有資格

またご記入いただいた常勤・訪問介護員が保有している資格は表 25 の通りである。「介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級」を取得している訪問介護員が約 80%、一方で「中小企業診断士、経営学修士 (MBA)」を取得している方はいないという結果になった。

表 25 常勤・訪問介護員 保有資格 (n=231)

保有資格	人数
ケアマネジャー	27
介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級	184
社会福祉士、社会福祉主事	15
医師、看護師、保健師、薬剤師	4
弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士	1
中小企業診断士、経営学修士 (MBA)	0
合計	231

(複数回答可)

(6) 常勤・訪問介護員における衛生要因(hygiene factors)及び動機づけ要因(motivator)

表 26 は 1 ～ 7 までの衛生要因に関する項目について、それぞれ満足している項目を全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

また、その 7 つの項目の中で最も優先するものを挙げていただき、一番優先するものの総数を欄内に記入した。

常勤・訪問介護員が満足をしていると一番票数を集めた項目は、「職場の人間関係」で約 66%であった。続いて「労働条件」が約 47%、「会社の方針と管理体制」が約 37%であった。

さらに優先順位の票数を一番多く集めた項目は「職場の人間関係」であり、続いて「会社の方針と管理体制」、「給与」となっている。「監督」については最も票が少なく、優先順位としても最も低いという結果になった。

表 26 常勤・訪問介護員 衛生要因 (hygiene factors)

衛生要因(hygiene factors)	票数	優先順位
会社の方針と管理体制	69	45
監督	29	4
職場の人間関係	123	53
労働条件	87	22
給与	64	27
職員の生活	40	10
職員の保障	52	10
合計	464	171

表 27 は、「動機づけ要因」の 1 ～ 6 のそれぞれの項目について、満足しているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

また、6 つのキーワードの中で最も優先するものを挙げていただき、一番優先するものを欄内に記入した。

「職員に責任を与えること」が一番票数を集めたが、優先順位は決して高くないことがわかった。また「職員に合った仕事を与えること」が二番目に票数を集め、優先順位も最も多くの票を集める結果となった。

表 27 常勤・訪問介護員 動機づけ要因 (motivator)

動機づけ要因(motivator)	票数	優先順位
職員に達成感を与えること	73	31
職員が物事を達成した時に承認すること	59	15
職員に合った仕事を与えること	83	46
職員に責任を与えること	95	19
職員に昇進、地位を与えること	31	15
職員が成長する取り組みをつくること	59	39
合計	400	165

(7) 職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについて（自由回答）

- ・利用者宅が遠距離なので車で送迎している。新しいヘルパーをやさしく指導している。
- ・キャリアアップによる評価を行っている。
- ・月1回勉強会を開催、ヘルパーとコミュニケーションをとっている。
- ・会議は昼食を摂りながら、一人でも多くの職員が集まる時間帯に行うようにしている。
- ・スキルアップ研修に対しての補助あり。定期的な勉強会が開催される。
- ・常勤には1年間のうち1ヶ月の休暇（リフレッシュ休暇は2週間、夏冬休暇は各1週間、誕生日休暇は3日間）が与えられている。ただし、パート職は誕生日休暇が1日のみ。
- ・ミーティングをする。
- ・スタッフの休みを優先している。（どこにTELをすれば“悩み”“訴え”を聞いてくれるのか。休みをもらえないのが、辛い。）
- ・その人にとって適職か？を見極めるのが大切。
- ・働きやすい職場環境の整備。
- ・登録スタッフの収入安定のため、正職員の仕事をまわすようにしている。
- ・研修会への参加や、会社独自の「研修補助金」制度の導入。
- ・コミュニケーションを大切にすること。
- ・保健師、看護師、栄養士による社内研修の実施。社内同行研修、外部研修への参加、職員間のコミュニケーションの充実など。
- ・資格・役職・移動の各種手当を充実させるとともに、慰労会や親睦会を実施している。
- ・スタッフ育成のために、介護職セミナーへの参加を促している。
- ・福利厚生制度の充実。
- ・問題・悩みを個人のものとせず、共有することが大切。その方法として、密なミーティング（事業所全体では、最低月に1～2回実施）と日々の事務所での話し合いを実践することで連帯感が生まれ、皆が共通の認識で各ケース把握ができることから、孤独感は生まれない。
- ・月1回の研修、ケース検討会、定例会議等を開催している。
- ・50代、40代、30代、20代と年齢順に責任者を決めて、調整担当役としての仕事を与えられている。
- ・職員研修制度、会社独自の倶楽部制度がある。
- ・年次研修時に、学びたいもしくは参加したことがない内容を受講できる機会が設けられている。
- ・訪問介護員すべての方に、毎日感謝の言葉を伝えている。また、困難事例については、

なるべくサービス提供責任者と共にフォローしながら行う。旅行や希望休も出している。

- ・年間3～4回職員の誕生会が開催され、プレゼントもいただいている。
- ・各職員が希望を言える機会が設けられている。
- ・スキルアップのための各種研修が充実している。
- ・スタッフ一人一人の要望を聞きながら、勤務を組み入れていること。
- ・ミーティングを密に取り、コミュニケーションの円滑化を図っている。
- ・コミュニケーションをとること。
- ・各種研修の開催
- ・定期的な研修会の開催
- ・サービス提供責任者が、ヘルパーから直接話を聞く機会を頻繁に持っていること。
- ・ヘルパーの構成人員の平均年齢が比較的若い事業所のため、学校行事等への参加や流感等での代替派遣が多くなっている。“お互い様”の気持ちで、多くのヘルパーが参加できるようなシステムを考えて対応している。
- ・月1回の定例会を持ち、コミュニケーションを密にとっている。
- ・介護員への信頼関係と、利用者様への責任・満足度を高めること。

3. 訪問介護事業所 非常勤・訪問介護員 調査研究

(1) 県別回収結果

栃木県における回収率が最も高く、埼玉県における回収率が最も低い結果となった。また、平均回収率は約25%となっている。

表 28 県別回収結果(n=170)

県名	回収数	配布数	構成比	回収率	構成比
栃木	24	88	0.12979	0.272727	0.141176
茨城	30	119	0.17552	0.252101	0.176471
群馬	25	96	0.14159	0.260417	0.147059
埼玉	20	97	0.14307	0.206186	0.117647
東京	24	95	0.14012	0.252632	0.141176
千葉	26	101	0.14897	0.257426	0.152941
神奈川	21	82	0.12094	0.256098	0.123529
合計	170	678	100	0.251084	100

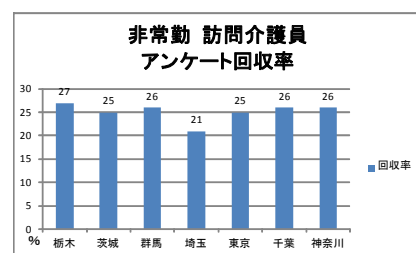


図 7 県別回収結果

(2) 法人状況

運営主体別にみると、表 29 の通り、「営利法人」に勤める非常勤の訪問介護員の方からの協力が多い結果となった。続いて、「社会福祉法人」、「社会福祉協議会」となっている。

表 29 運営主体(n=167)

運営主体	事業所数
社会福祉法人	28
社会福祉協議会	14
医療法人	9
社団法人、財団法人	2
営利法人	89
共同組合	5
NPO法人	13
その他	7
合計	167

また、法人設立年は「1999 年以前」の法人が約 33%を占めている。「不明」と答えている人も約 19%いる。

表 30 法人設立年(n=156)

法人設立年	事業所数
1999年以前	52
2000年～2004年	36
2005年～2010年	39
不明	29
合計	156

資本金は表 31 の通りである。「1 千万円未満」の訪問介護事業所が 75%を占めており、続いて「1 千万円以上～3 千万円未満」の訪問介護事業所となっている。

表 31 資本金(n=121)

資本金	事業所数
1千万円未満	91
1千万円以上～3千万円未満	18
3千万円以上～5千万円未満	2
5千万円以上～1億円未満	1
1億円以上	9
合計	121

(3) 訪問介護員の人数

表 32 の通り、訪問介護事業所の職員の人数は、「10 人以上 20 人未満」の事業所が約 42%を占め、20 人未満の訪問介護事業所が約 77%という結果となっている。

表 32 職員規模(n=166)

訪問介護員数	事業所数
10人未満	59
10人以上20人未満	69
20人以上30人未満	20
30人以上40人未満	10
50人以上	8
合計	166

(4) 非常勤・訪問介護員 年齢データ

ご記入いただいた方の年齢データは表 33 及び図 8 の通りである。昨年度同様に「50 歳～59 歳」の方が最も多く、「20 歳～29 歳」の方からの回答が最も少なかった。

表 33 非常勤・訪問介護員 年齢データ(n=169)

年齢	人数
20歳～29歳	12
30歳～39歳	31
40歳～49歳	50
50歳～59歳	49
60歳以上	27
合計	169

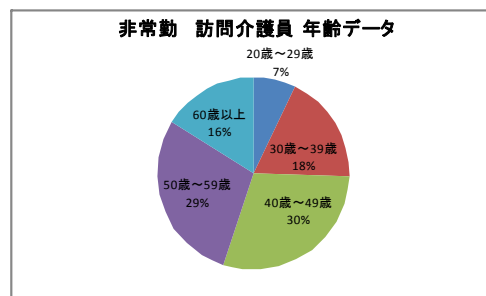


図 8 非常勤・訪問介護員 年齢データ

(5) 保有資格

ご記入いただいた方が保有されている資格は表 34 の通りである。「介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級」の方が約 93%を占めている。一方で、「弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士」、「中小企業診断士、経営学修士（MBA）」を保有されている方はいなかった。

表 34 保有資格(n=180)

保有資格	人数
ケアマネジャー	5
介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級	168
社会福祉士、社会福祉主事	5
医師、看護師、保健師、薬剤師	2
弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士	0
中小企業診断士、経営学修士(MBA)	0
合計	180

(複数回答可)

(6) 非常勤・訪問介護員における衛生要因 (hygiene factors) 及び動機づけ要因 (motivator)

表 35 は 1～7 までの「衛生要因」に関する項目について、満足しているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

さらに、この 7 つの項目の中で最も優先するものを挙げていただき、その総数を優先順位の欄内に記入した。

非常勤の訪問介護員が満足していると答えたものは、票数からみると「職場の人間関係」が約 75%、「労働条件」が約 52%、「給与」が約 42%となっている。優先順位からみると、

「職場の人間関係」、「会社の方針と管理体制」、「給与」と続いている。

「会社の方針と管理体制」は満足していると答えた方が約 32%にとどまっているが、非常勤で働く訪問介護員の多くが優先している項目であることがわかる。

表 35 非常勤・訪問介護員 衛生要因 (hygiene factors)

衛生要因 (hygiene factors)	票数	優先順位
会社の方針と管理体制	54	35
監督	28	3
職場の人間関係	127	50
労働条件	88	21
給与	72	33
職員の生活	24	7
職員の保障	33	9
合計	426	158

表 36 は 1～6 までの「動機づけ要因」に関する項目について、満足しているものを全て選んでいただき、その総数をそれぞれの欄に記入したものである。

さらに、この 6 つの項目の中で最も優先するものを挙げていただき、その総数を優先順位の欄内に記入した。

非常勤の訪問介護員が満足していると答えたものは、票数からみると「職員に合った仕事を与えること」が約 61%、「職員に達成感を与えること」が約 43%、「職員に責任を与えること」が約 35%となっている。優先順位からみると、「職員に合った仕事を与えること」、「職員に達成感を与えること」、「職員に責任を与えること」と続いている。

表 36 非常勤・訪問介護員 動機づけ要因 (motivator)

動機づけ要因 (motivator)	票数	優先順位
職員に達成感を与えること	73	35
職員が物事を達成した時に承認すること	49	10
職員に合った仕事を与えること	103	58
職員に責任を与えること	59	15
職員に昇進、地位を与えること	16	9
職員が成長する取り組みをつくること	52	21
合計	352	148

(7) 職員の定着を目的とした会社独自の取り組みについて (自由回答)

- ・ホームヘルパーへの同行訪問。理解や不安感解消のため、数度同行を行っている。
- ・子育て中の職員も働きやすいサポート体制がある。資格取得に向け、会社全体で支え、研修等を開催している。
- ・プライドを持って仕事ができるように考えてくれている。
- ・話しやすい環境づくりを心掛けている。お互い声を掛け合ったり、何気ない会話を大切

にしている。

- ・家庭を持った人が多いため、急に仕事を替わってもらう時にも、お互いが気持ちよく替わる環境づくりを目指している。
- ・社内研修の充実として、保健師、栄養士、看護師の資格のある方に依頼し、月 1 回実施。また、同行研修は、管理者により月 15 時間以上実施。社員のほぼ全員が会社主催の研修会に参加するのみならず、地域住民の参加も認められている。
- ・関連のデイでローテーションにより、フロア運動や入浴、レクレーション係など自分で勉強したものを取り入れてくれ、評価もしてくれる。
- ・毎月 1 回定例会を行い、ミーティングと勉強会も実施している。
- ・例会に研修を取り入れ、ヘルパーのレベルアップを計っている。また、福利厚生も充実している。
- ・充実した勉強会等で技術力の向上に力を入れている。
- ・勤務年数に応じた表彰・賞金制度がある。また、資格取得へ向けた各種奨励（研修費・交通費・宿泊費などの支給）が充実している。
- ・社員教育と、資格取得へ向けたバックアップに取り組んでいる。
- ・ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化を図っている。
- ・一人一人職員のことも、例えば身体のことなども考慮してくれたり、人間関係が安定するような職場である。
- ・管理者たちが、お互い話しやすい雰囲気をつくってくれている。
- ・月 1 回の月例会を開催している。
- ・利用者様へのコミュニケーション・技術向上、介護員同士の信頼関係に重点を置くこと。

III 結論と課題

1. 衛生要因 (hygiene factors) からの分析結果と課題

表 37 は経営者と常勤で働く訪問介護員、非常勤で働く訪問介護員の回答から、それぞれ衛生要因における上位 3 項目を抽出し、経営者はその衛生要因に力を入れている方の割合、常勤・非常勤の訪問介護員の衛生要因における満足している度合いを満足率と、さらに衛生要因の中で優先順位をつけた優先順位率を記したものである。

注目すべき点は、経営者が力を入れている上位 3 項目がそのまま常勤の訪問介護員の

満足率につながっていることである。しかし、あまり訪問介護事業所にいない非常勤の訪問介護員は三番手に「会社の方針と管理体制」ではなく「給与」が上がってきている。優先順位率から分析すると、非常勤の訪問介護員も「会社の方針と管理体制」は2番目に挙げられるほど重要視しており、今後経営者が非常勤の訪問介護員に対して「会社の方針と管理体制」に対する取り組みをどのように行い、満足率を上げていくかが鍵となることは間違いない。

表 37 衛生要因 (hygiene factors) の上位項目の抽出

		常勤 訪問介護員		非常勤 訪問介護員	
		衛生要因	満足率	衛生要因	満足率
経営者		職場の人間関係	66%	職場の人間関係	75%
		労働条件	47%	労働条件	52%
		会社の方針と管理体制	37%	給与	42%
衛生要因	割合				
職場の人間関係	77%				
労働条件	60%				
会社の方針と管理体制	59%				
		衛生要因	優先順位率	衛生要因	優先順位率
		職場の人間関係	31%	職場の人間関係	31%
		会社の方針と管理体制	26%	会社の方針と管理体制	22%
		給与	16%	給与	21%

2. 動機づけ要因 (motivator) からの分析結果と課題

表 38 は経営者と常勤で働く訪問介護員、非常勤で働く訪問介護員の回答から、それぞれ動機づけ要因における上位3項目を抽出し、経営者はその動機づけ要因に力を入れている方の割合、常勤・非常勤の訪問介護員の動機づけ要因における満足している度合いを満足率と、さらに動機づけ要因の中で優先順位をつけた優先順位率を記したものである。

注目すべき点は、経営者が最も力を入れている「職員が成長する取り組み」について、常勤の訪問介護員、非常勤の訪問介護員ともに満足率の上位3項目に入っていないことである。ゆえに「職員が成長する取り組み」の動機づけ要因の項目においては、経営者の自己満足で終わってしまっているのが現状である。ただし、「職員が成長する取り組み」に対する優先順位率は、常勤の訪問介護員、非常勤の訪問介護員ともに2番手、3番手に挙げられている項目であり、経営者の意識改革・変革が訪問介護員にもたらす影響は大きいと考えられる。

表 38 動機づけ要因 (motivator) の上位項目の抽出

		常勤 訪問介護員		非常勤 訪問介護員	
		動機づけ要因	満足率	動機づけ要因	満足率
経営者		職員に責任を与えること	66%	職員に合った仕事を与えること	61%
		職員に合った仕事を与えること	47%	職員に達成感を与えること	43%
		職員に達成感を与えること	37%	職員に責任を与えること	35%
動機づけ要因	割合				
職員が成長する取り組み	68%				
職員に合った仕事を与えること	64%				
職員に責任を与えること	51%				
		動機づけ要因	優先順位率	動機づけ要因	優先順位率
		職員に合った仕事を与えること	28%	職員に合った仕事を与えること	39%
		職員が成長する取り組み	24%	職員に達成感を与えること	24%
		職員に達成感を与えること	19%	職員が成長する取り組み	14%

- *1 経営者欄の割合は n=191 とし、数値はそれぞれの要因の項目で除したものである。
- *2 満足率について、衛生要因は常勤の訪問介護員を n=464、非常勤の訪問介護員を n=400 とし、動機づけ要因は常勤の訪問介護員を n=426、非常勤の訪問介護員を n=352 とし、それぞれの要因の項目で除したものである。
- *3 優先順位率は、常勤の訪問介護員を n=187、非常勤の訪問介護員を n=170 とし、それぞれの要因の項目で除したものである。

平成 24 年 1 月 13 日

訪問介護事業者 各位

平成 23 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金対象研究事業
「訪問介護事業における人的資源管理に関するアンケート調査」ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私たち介護業界における外部環境はめまぐるしい変化を重ねており、訪問介護事業所を経営されている方の多くが、「人的な問題」について悩まれているのが現状ではないかと思われます。

そこで、厚生労働省より、老人保健事業推進費等補助金を受け、訪問介護事業の中核である「人的資源管理」に焦点をあて、訪問介護事業所を経営・管理されている皆様の人的資源管理における取り組みと、職員の皆様の満足度を調査することとなりました。

ご回答いただきました内容につきましては、各事業所様の情報を本調査の目的以外に使用することはありません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、上記本調査実施の趣旨をご理解の上、アンケート調査にご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、アンケートにつきましては、1月31日（火）までに同封いたしました返信用封筒にてご返送ください。

末筆ながら、貴社のますますのご発展を心よりお祈り申し上げます。

敬具

* ご不明な点等がございましたら、下記宛てにお問い合わせくださるようお願い申し上げます。

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金対象研究事業
日本介護経営学会 唐木 成仁
株式会社ケアネットサービス内
TEL 028-651-6660

アンケートを記入していただくにあたって（お願い）

1. 3 種類の封筒のお渡しについて

3 種類の封筒にアンケート用紙が入っていますので、お手数ですが、

- ①青色の封筒…経営者（役員レベル）の方にお渡してください。
- ②緑色の封筒…常勤の訪問介護職員の方にお渡してください。
- ③クリーム色の封筒…非常勤の訪問介護職員の方にお渡してください。

（専従・兼務を問わず、訪問介護職員の方々の選出はお任せいたします。）

2. アンケート記入上の諸注意

- ① 原則として、平成 23 年 12 月 31 日時点の実態をおうかがいいたします。
ただし、設問に調査期間を記載しているものにつきましては、その期間についてご記入ください。
- ② 質問に対してどうしても記入しづらい、わからないものがございましたら、未記入で結構です。次の質問に移ってください。
- ③ ご回答いただきました内容につきましては、本調査の目的以外に使用することはございません。また、自由記載欄への内容につきましては、個々の回答者が特定できないようにデータ化いたします。
- ④ ご多忙のところ誠に申し訳ありませんが、経営者様は青色、常勤の訪問介護職員様は緑色、非常勤の訪問介護職員様はクリーム色の封筒（切手不要）を使用して、それぞれ平成 24 年 1 月 31 日（火）までにご投函をお願いいたします。（なお個別に郵送していただいて差し支えありません。）

経営者様用 アンケート

I. 法人の概要について

(1) 所在地	●法人の所在地はどちらですか。下記の（ ）にそれぞれご記入ください。 1. () 都・道・府・県 2. () 市・区・町・村
(2) 運営主体	●貴事業所の運営主体を次の中から 1 つ選び、記号に○を付けてください。 1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 社団法人、財団法人 5. 営利法人（株式会社、有限会社） 6. 共同組合（農協、生協） 7. NPO法人 8. その他（ ）
(3) 設立年	●貴法人の設立年を次の中から 1 つ選び、記号に○を付けてください。 1. 1999 年以前 2. 2000 年～2004 年 3. 2005 年～2009 年 4. 2010 年以降
(4) 資本金	●貴法人の資本金を次の中から 1 つ選び、記号に○を付けてください。 1. 1 千万円未満 2. 1 千万円以上～3 千万円未満 3. 3 千万円以上～5 千万円未満 4. 5 千万円以上～1 億円未満 5. 1 億円以上
(5) 訪問介護 職員数	●平成 23 年 12 月 31 日時点での貴事業所の訪問介護職員数（登録型ヘルパーを含んだ人数）を次の中から 1 つ選び、記号に○を付けてください。 1. 10 人未満 2. 10 人以上 20 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 5. 50 人以上
(6) 売上高	●直近の訪問介護事業の月間売上高を次の中から 1 つ選び、記号に○を付けてください。 （数か所の事業所を運営されている法人様につきましては、このアンケートが送られた事業所単体での売上高をお選びください。） 1. 100 万円未満 2. 100 万円以上～200 万円未満 3. 200 万円以上～300 万円未満 4. 300 万円以上～400 万円未満 5. 400 万円以上～500 万円未満 6. 500 万円以上
(7) 決算	●平成 22 年度の決算内容はいかがでしたか。次の中から 1 つ選び、記号に○を付けてください。 1. 黒字 2. 赤字 3. 決算期をまだ迎えていない ⇒2. 赤字 と答えた方にうかがいます その理由は何が原因だと考えますか。1 つ選び、記号に○を付けてください。 1. 利用者数の減少 2. 売上単価の減少 3. 訪問介護職員の離職 4. 同業者間での競争激化 5. 特定事業所加算の取得による単価上昇 6. その他（ ）

(2) 経營業務	●下記の業務について、自分が<u>特に苦手だと思うものを3つ選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 経営計画の策定 2. 事業資金の調達 3. 収支管理 3. 給与計算 4. 営業活動 5. 職員のモチベーション管理 6. 介護保険法や労働基準法などの法務管理
(3) 人的資源 管理	●貴事業所で力を入れている・気を付けているものを<u>全て選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 会社の方針と管理体制 2. 監督 3. 職場の人間関係 4. 労働条件 5. 給与 6. 職員の生活 7. 職員の保障 ●貴事業所で力を入れている・気を付けているものを<u>全て選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 職員に達成感を与えること 2. 職員が物事を達成した時に承認すること 3. 職員に合った仕事を与えること 4. 職員に責任を与えること 5. 職員に昇進、地位を与えること 6. 職員が成長する取り組みをつくること

(4) その他	●会社独自の方法で<u>職員の定着を目的とした取り組み</u>を行っているケースがございましたらご記入ください。 ----- ----- -----
--------------------	--

調査項目は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。

I 法人の概要について

Ⅱ. 経営状況 1. ご記入いただく方について

(1) 所在地	●法人の所在地について（ ）にそれぞれご記入ください。 （ ）都・道・府・県 （ ）市・区・町・村
(2) 運営主体	●貴事業所の運営主体を1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 社団法人、財団法人 5. 営利法人（株式・有限会社） 6. 共同組合（農協、生協） 7. NPO法人 8. その他（ ）
(3) 設立年	●貴法人の設立年を1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 1999年以前 2. 2000年～2004年 3. 2005年～2009年 4. 2010年以降
(4) 資本金	●貴法人の資本金を1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 1千万円未満 2. 1千万円以上～3千万円未満 3. 3千万円以上～5千万円未満 4. 5千万円以上～1億円未満 5. 1億円以上
(5) 訪問介護職員数	●平成23年12月31日時点での貴事業所の訪問介護職員数（登録型ヘルパーを含んだ人数）を次の中から1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 50人以上
(1) 年齢	●あなたの年齢を下記の中から1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 20歳～29歳 2. 30歳～39歳 3. 40歳～49歳 4. 50歳～59歳 5. 60歳以上
(2) 保有資格	●あなたの保有している資格を全て選び、記号に○を付けてください。 1. ケアマネジャー 2. 介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級 3. 社会福祉士、社会福祉主事 4. 医師、看護師、保健師、薬剤師 5. 弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士 6. 中小企業診断士、経営学修士（MBA）

2. 経営管理について

人的資源管理	●下記の 7 つの項目の中から満足しているものを<u>全て選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 会社の方針と管理体制 2. 監督 3. 職場の人間関係 4. 労働条件 5. 給与 6. 生活 7. 保障 ●また、上記の 1～7 において重要だと思うものを 3 つ選び、<u>優先するものから順に</u>番号をご記入ください。 [] ⇒ [] ⇒ []
	●下記の 6 つの項目の中から満足しているものを<u>全て選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 達成感を感じる機会・回数 2. 物事を達成した時の承認 3. 自分に合った仕事を与えられている 4. 責任を与えられている 5. 昇進する機会、地位を与えられている 6. 会社で自分が成長する取り組みがある ●また、上記の 1～6 において重要だと思うものを 3 つ選び、<u>優先するものから順に</u>番号をご記入ください。 [] ⇒ [] ⇒ []
その他	●会社独自の<u>方法で職員の定着を目的とした取り組み</u>を行っているケースがございましたらご記入ください。

調査項目は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。

非常勤・訪問介護職員用 アンケート

I 法人の概要について

(1) 所在地	●法人の所在地について（ ）にそれぞれご記入ください。 （ ）都・道・府・県 （ ）市・区・町・村
(2) 運営主体	●貴事業所の運営主体を1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 社団法人、財団法人 5. 営利法人（株式会社、有限会社） 6. 共同組合（農協、生協） 7. NPO法人 8. その他（ ）
(3) 設立年	●貴法人の設立年を1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 1999年以前 2. 2000年～2004年 3. 2005年～2009年 4. 2010年以降
(4) 資本金	●貴法人の資本金を1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 1千万円未満 2. 1千万円以上～3千万円未満 3. 3千万円以上～5千万円未満 4. 5千万円以上～1億円未満 5. 1億円以上
(5) 訪問介護職員数	●平成23年12月31日時点での貴事業所の訪問介護職員数（登録型ヘルパーを含んだ人数）を次の中から1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 50人以上

Ⅱ. 経営状況 1. ご記入いただく方について

(1) 年齢	●あなたの年齢を下記の中から1つ選び、記号に○を付けてください。 1. 20歳～29歳 2. 30歳～39歳 3. 40歳～49歳 4. 50歳～59歳 5. 60歳以上
(2) 保有資格	●あなたの保有している資格を全て選び、記号に○を付けてください。 1. ケアマネジャー 2. 介護福祉士、ホームヘルパー1級・2級 3. 社会福祉士、社会福祉主事 4. 医師、看護師、保健師、薬剤師 5. 弁護士、司法書士、行政書士、社会保険労務士 6. 中小企業診断士、経営学修士（MBA）

2. 経営管理について

人的資源管理	●下記の7つの項目の中から満足しているものを<u>全て選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 会社の方針と管理体制 2. 監督 3. 職場の人間関係 4. 労働条件 5. 給与 6. 生活 7. 保障 ●また、上記の1～7において重要だと思うものを3つ選び、<u>優先するものから順に</u>番号をご記入ください。 [] ⇒ [] ⇒ [] ●下記の6つの項目の中から満足しているものを<u>全て選び</u>、記号に○を付けてください。 1. 達成感を感じる機会・回数 2. 物事を達成した時の承認 3. 自分に合った仕事を与えられている 4. 責任を与えられている 5. 昇進する機会、地位を与えられている 6. 会社に関心が成長する取り組みがある ●また、上記の1～6において重要だと思うものを3つ選び、<u>優先するものから順に</u>番号をご記入ください。 [] ⇒ [] ⇒ []
その他	●会社独自の<u>方法で職員の定着を目的とした取り組み</u>を行っているケースがございましたらご記入ください。

調査項目は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。

フレデリック・ハーズバーグ著 昭和54年10月30日第13刷発行 「仕事と人間性」 東洋経済新報社

フレデリック・ハーズバーグ著 昭和53年3月3日発行 「能率と人間性」 東洋経済新報社

ハーバード・ビジネス・レビュー編集部編訳 2009年10月8日第1刷発行 「動機づける力 モチベーションの理論と実践」 ダイアモンド社

フィリップ・コトラー著 2010年2月24日第11刷発行 「コトラーのマーケティング・コンセプト」 東洋経済新報社

ヘルスケア総合政策研究所 平成21年10月25日発行 「介護経営白書 2009年度版」

株式会社帝国データバンク 「介護サービス・有料老人ホーム業の経営実態調査」

<http://www.tdb.co.jp-report-watching-press-pdf-p101206.pdf>

第3章 介護職員の雇用定着に関する研究
～介護以外の業務や医療的ケア、介護事務の導入について～
(介護保険施設における離職防止の取り組みに関する調査研究事業)

聖隷クリストファー大学社会福祉学部 教授 横尾恵美子

I 研究の概要

1. 研究の目的

介護従事者の離職率は改善はなされない状況が続いている。介護労働安定センターの 22 年度の調査では従事者が 49 人以下の事業所では前年度よりも離職率の上昇が大きくなっている。従業員の過不足状況では 21 年度は「従業員が不足していると感じている」と答えている事業者は 46.5%であったが、22 年度は 50.3%と 3.5 ポイント上昇している。

また介護従事者には腰痛をはじめとする慢性的な身体の不調を訴える人たちが多く存在する。近年では身体的不調だけでなく、うつ状態等の精神的な不調により、離職を余儀なくされている人たちも多い。また女性ならではの妊娠・出産・育児により退職をするケースも後を絶たない。

一方、「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正され、介護福祉士等が一定の教育や研修を受けることにより療の吸引や経管栄養等の処置を行う「医療的ケア」が介護職の業務として認められるようになった。介護従事者が介護業務以外の分野にも活躍できる分野が拡がりつつある。

以上のことから、離職率を改善するためにも、筆者は諸事情で介護業務が遂行できなくなった際に、臨機応変に他業務への変更等の措置を取ることが必要であると考えている。今回の「医療的ケア」をその一環として考えることができないだろうか。単に看護職不足のために、その補助をするということではなく、介護従事者が腰痛や妊娠出産で介護業務が困難になった際に、その受け皿として「医療的ケア」を専門に行う介護職として新たな働き方になるのではないと思われる。

介護業務ができない際に「医療的ケア」の専属や、「介護事務業務」等多様な介護以外の配置転換の工夫がなされることが、働き続けることのできる職場環境の構築の一助になると確信している。

本研究の目的の一つは、介護従事者が介護業務を遂行することが困難になるような、身体的・精神的体調不調や女性の職場ならではの妊娠や出産等の現状と、その際の対応策の実施状況について調査することにある。二つ目は、「医療的ケア」に代表される、本来は他職種の業務であるもののうち、簡易な一部分を介護従事者が業務として行うことについての意向を把握することにある。三つ目は、その結果を分析・考察することにより、働き続けることができる職場環境の構築のための基礎研究とすることにある。

2. 事業実施の概要

本研究はまだあまり行われていない、「医療的ケア」などの介護業務以外の業務の実施の現状とこれから導入の意向を把握するために行われる調査研究事業である。

分担研究者である横尾の所属する聖隷クリストファー大学を事業実施の拠点とする。研究協力を重松義成氏に研究員として依頼し、その所属先である西九州大学短期大学部を、アンケート調査票郵送等の実務先拠点として事業を実施した。

II. 介護職員の雇用定着に関する研究

～介護以外の業務や医療的ケア、介護事務の導入について～
(介護保険施設における離職防止の取り組みに関する調査研究事業)

1. 目的

本研究の目的の一つは、介護従事者が介護業務を遂行することが困難になるような、身体的・精神的体調不調や女性の職場ならではの妊娠や出産等の現状と、その際の対応策の実施状況について調査することにある。二つ目は、「医療的ケア」に代表される、本来は他職種の業務であるもののうち、簡易な一部分を介護従事者が業務として行うことについての意向を把握することにある。三つ目は、その結果を分析・考察することにより、働き続けることができる職場環境の構築のための基礎研究とすることにある。

2. 実施対象

- 1) 調査対象地域 : 全国
- 2) 調査対象 : 介護保険施設の管理者（施設長）
- 3) 標本数 : 2011 年 12 月末時点で、WAM ネットに登録している介護保険施設（介護療養型医療施設を除く）のうち 1000 の施設を無作為抽出する。

3. 実施方法

- 1) 調査方法 : 返信用封筒を同封した郵送調査を行う。郵送時に調査についての目的とデータの取扱い等の倫理配慮を記した依頼文を同封する。
- 2) 調査内容 :
 - ① 施設の概況
 - ② 施設長の属性
 - ③ 介護業務を遂行することが困難な状態について
 - ④ 介護業務を遂行することが困難な際の対応策について
 - ⑤ 「医療的ケア」や「介護事務」について
 - ⑥ 離職防止の対策としての重要度と実施（達成）率
(別紙資料 2 調査票参照)
- 3) 倫理的配慮 : 調査が自由意志によるものであり拒否することが可能であり、調査票は無記名のため個人を特定するものではなく、結果は研究目的以外には使用しないことを書面で確約した。
本研究は聖隷クリストファー大学倫理委員会の承認を得ている。
- 4) 調査期間 : 平成 23 年 12 月～平成 24 年 1 月
- 5) 回収率 : 18.5%
- 6) 調査先 : 聖隷クリストファー大学

4. 結果と考察

問 施設の概要

1. 入所定員

対象施設の入所定員は図1に示すように、有効施設合計182施設中、40人以下は2.1%（4施設）と少なく、40～50人で23.4%（43施設）、91～100人で22.3%（41施設）、次いで71～80人（35施設）が19.0%となっている。平均入所者数は77.2人、SDは25人となっている。

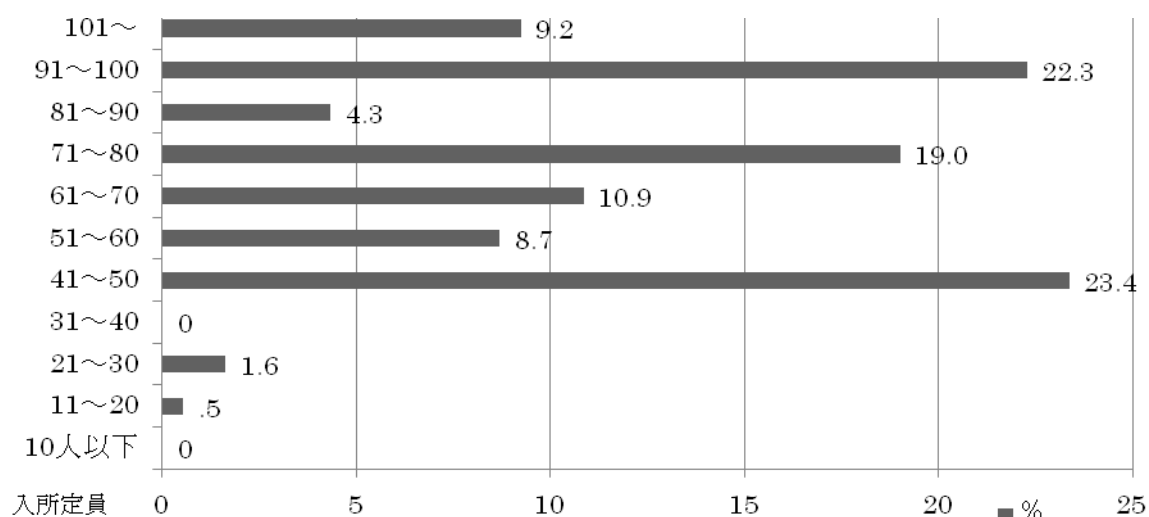


図1 入所定員

2. 事業開始時期

事業所の開始時期を介護保険制度施行前後で分類した。図2に示すように、介護保険施行以前の施設が55.9%と11.8ポイント多くなっている。

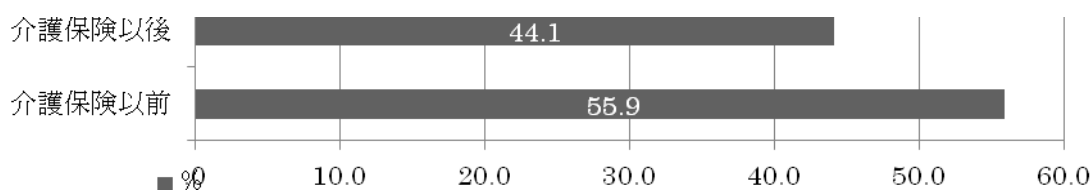


図2 施設の事業開始時期

3. ユニットケアの実施状況

有効施設数180施設中ユニットケアを実施している施設は、図3に示すように、36.7%（66施設）、ユニットケアを実施していない施設は63.3%（114施設）であり、ユニットケアの実施率は3分1強にしか過ぎない。

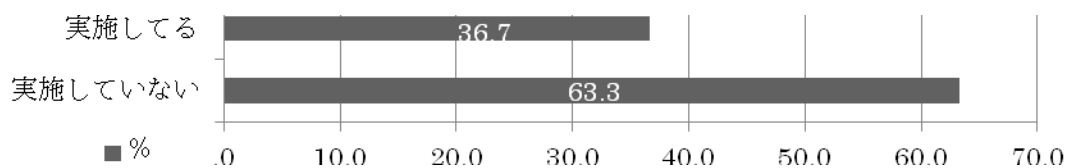


図3 ユニットケアの実施の有無

問 介護職員の状況

1. 介護職員数とその割合

職員数は表1示す。正規職員の平均人数は33人、SDは16.8人となっている。非常勤職員は8時間換算にて人数を算出している。平均非正規職員数は10.6人でSDは11.2人である。

正規職員と非正規職員の比率を図4に示した。有効施設数173施設中、正職員が5割未満の施設は8.1% (14施設) であり、1割に満たない。

9割以上が正社員の施設も28.9% (50施設) あり、8割以上は52.6%と半数を上回る。利用者との比率では図5に示すように、利用者対職員の比率が3対1の割合は17.8%しかなく2割を切っている。2対1は47.0%と5割弱を占める。

	n	M	SD
正職員数	178	33.0	16.8
非正規職員数	178	10.6	11.2

表1 介護職員の平均人数

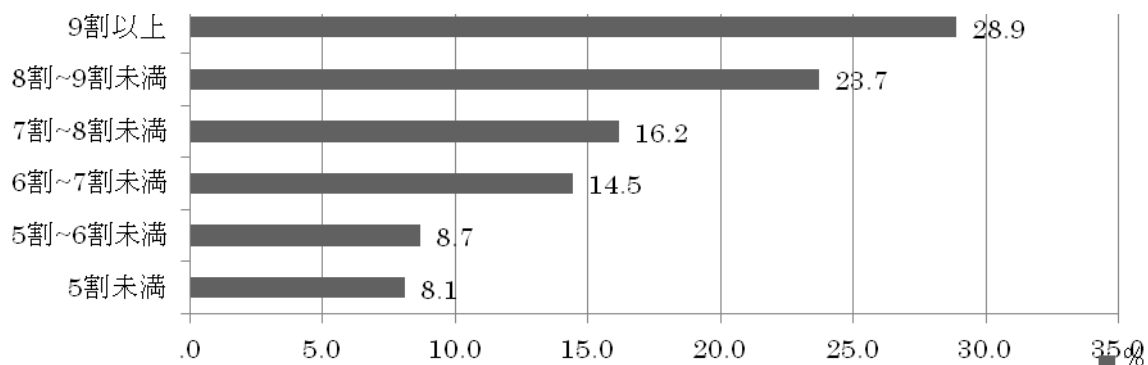


図4 正職員の割合

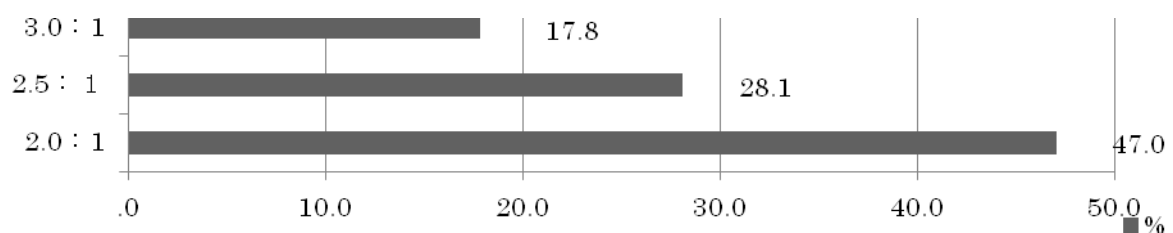


図5 利用者と職員の比率 (利用者数 : 職員数)

問 施設長の概要

1. 施設長の性別

図6に示すように男性が122人(65.9%)、女性が63人(34.1%)となりほぼ3人に一人が女性となっている。

2. 施設長の年齢

施設長の平均年齢は55.6歳、SD10.3歳となっている。最少年齢は29歳であり、最高年齢は80歳となっている。図7に施設長年齢のヒストグラムを示した。

3. 施設長としての経験年数

施設長としての平均経験年数は5.4年、SDは4.5年である。

図8に施設長としての経験年数のヒストグラムを示した。図9に示すように、10年以上の経験者が16.3%いるが、2年未満も21.1%と2割を超えている。5年未満が53%と半数を超えている。

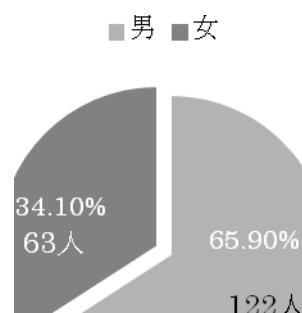


図6 施設長の性別

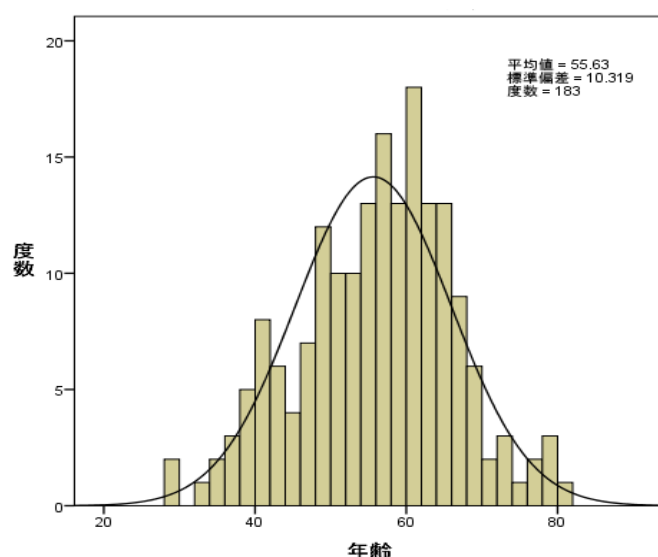


図7 施設長の年齢

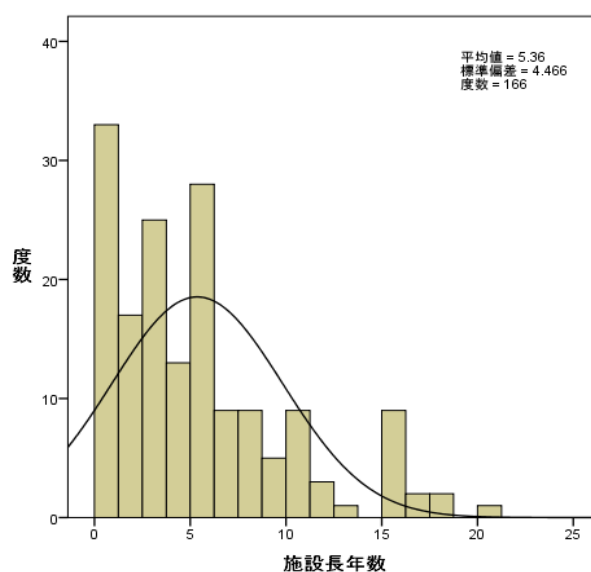


図8 施設長としての経験年数

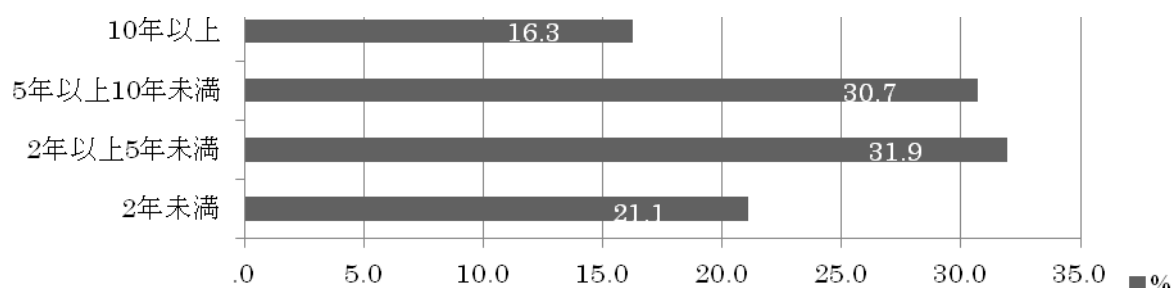


図9 施設長としての経験年数分類

2. 施設長の福祉経験年数や資格等

施設長になってからの年数は長くないが、平均福祉経験年数は14.0年、SDは10.2年となっている。図10に示すように、福祉経験年数は10年以上が62.5%を超え、2年未満は9.8%と1割に満たない。

図11に示すように施設長の最終学歴は大学卒が55.7%となり、大学院卒も含めると59.5%と6割近くを占めている。

取得資格は図12に示すように介護支援専門員が最も多く42.2%、次いで、社会福祉主事38.9%、介護福祉士20.7%、医師16.0%、社会福祉士15.1%、看護師や保健師8.6%となっている。その他の資格としては、ホームヘルパー2級資格者12.4%(23人)、精神保健福祉士、保育士共に2.7%(5人)となっている。

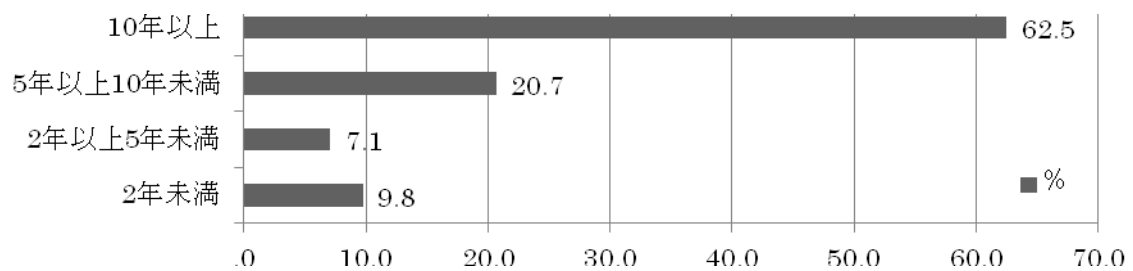


図10 施設長の福祉経験年数分類

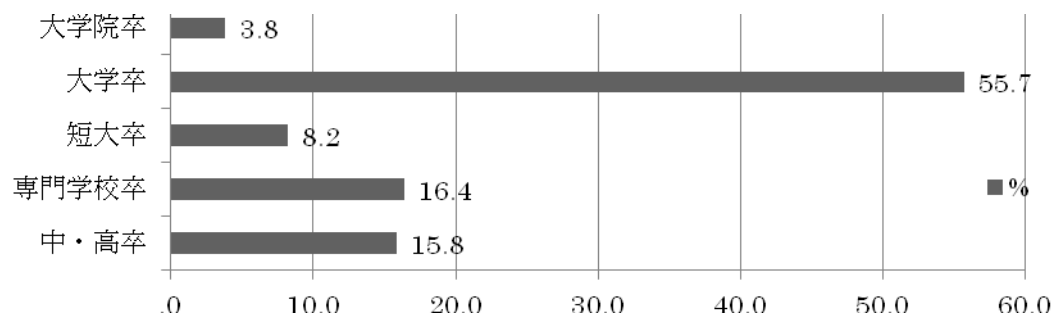


図11 施設長の学歴

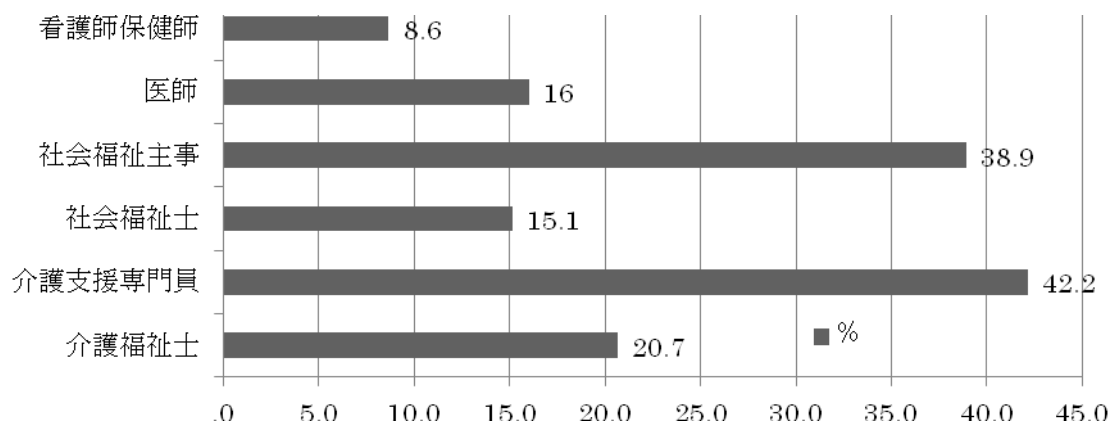


図12 施設長の取得資格

問 介護業務を遂行することが困難になる割合

介護業務遂行の困難性について腰痛をはじめとした身体的不調とうつ状態などのメンタルヘルス、妊娠や出産・育児休暇等の側面から調査を実施した。

表2に示すように現在身体的不調を訴えている職員のいる施設は48.0%と半数近くに及んでいる。5年間で身体不調で退職した者も42.5%と4割を超えている。過去5年の退職者も28.7%と3割弱占める。現時点での退職者も12.7%と1割以上いる。

うつ状態についてみると身体的不調よりもその割合は低いが、現時点でうつ状態の職員がいると答えた施設は15.7%ある。過去5年間にうつ状態で退職した者のいる施設は38.1%、退職した者のいる施設は35.4%となり、3分の1以上の施設でうつ状態による退職者や退職者を出している。

妊娠に伴う介護業務の困難性については、現在妊娠中の職員がいる施設は43.4%と4割を超え、現在育児休暇を取得中の職員がいる施設も39.6%と4割近くある。過去5年間に産前産後休暇取得者は77.8%、育児休暇取得者は74.9%と7割を超えている。妊娠に伴う休暇を取得した者がその後も働いているという施設は76.6%と8割近くがそのまま就労を継続している。しかし、妊娠や出産で退職した者がいる施設も43.3%ある。

上記以外の理由で介護業務が遂行できなかった職員のいる施設も33.7%あり3分の1に及ぶ。その主な理由としては家族の介護や結婚、がんや脳出血等の自分の病気、骨折や事故等が挙げられている。

介護業務が出来ない状況になった際に介護以外の業務への異動措置を取ったことのある施設は26.0%と3割に満たない。具体的な内容はケアマネジャーや事務職や洗濯場等の環境整備等の業務、デイサービスへの配置換えが挙げられている。

表2 介護業務が困難となる割合

	介護業務の困難性(n)	有の割合(%)
身体的不調	現在腰痛等の身体的不調者の有無 (173)	48.0
	現在腰痛等の身体的不調で退職中の者の有無 (181)	12.7
	過去5年における腰痛等、身体不調での退職者の有無 (179)	42.5
	過去5年における腰痛等、身体不調での退職者の有無 (178)	28.7
うつ状態	現在うつ状態の職員 の有無(171)	15.7
	現在うつ状態で退職中の者の有無 (180)	7.2
	過去5年におけるうつ状態で退職した者の有無 (176)	38.1
	過去5年におけるうつ状態で退職した者の有無 (175)	35.4
妊娠 出産 育児	現在妊娠中の者の有無 (182)	43.4
	現在産前産後の休暇取得者の有無 (183)	35.5
	現在育児休暇の取得者の有無 (182)	39.6
	過去5年における産前産後休暇取得者の有無 (175)	77.8
	過去5年における育児休暇の取得者の有無 (179)	74.9
	過去5年で妊娠や出産での退職者の有無 (178)	43.3
	過去に産前産後休暇等を取得し、その後勤務の有無 (175)	76.6
その他	上記の理由以外で介護業務が困難な者の有無 (178)	33.7
	介護ができない場合に移動等の措置等の有無 (177)	26.0
問 介護業務を遂行できなくなった場合の対応策をとる確率		

図13に示すように、介護業務を遂行することに困難が生じた際に①～⑥までの対応策をとる確率がどれだけあるかを「とても高い」から「とても低い」までの5件法で調査した。

「とても高い」と「やや高い」の合計である対応策をとる確率が高いのは②の「特養からデイサービスなどの介護業務が比較的軽い部署に法人内で異動する」であり「とても高い」6.0%、「やや高い」44.0%と合わせると50%となり、半数の施設で法人内の異動を考えていることが分る。次いで高いのは①の「具体的には決めていないが介護業務以外の業務への異動」となり、「とても高い」2.7%、「やや高い」21.9%と合わせて24.6%となり4分の1の施設で何らかの業務内容の変更をかんがえている。

実現されることが低いのは「厨房などの調理業務への異動」であり「とても低い」74.7%、「やや低い」13.2%、合わせて87.9%と9割近い施設で実現しにくいと回答している。同様に、「看護職の補助業務への異動」は「とても低い」75.9%「やや低い」11.4%、合すると87.3%となり9割弱が導入の可能性を否定している。「電話対応や来客の接客等の簡易な事務業務」は「とても低い」56.3%「やや低い」23.0%と合わせて79.3%と8割近い。

「特別な措置はとらない」は「とても高い」4.9%、「やや高い」8.2%と合わせると13.1%となり、1割強の施設で対応策をとっておらず、「どちらでもない」を加えると54.9%となり半数以上が対策を取らないか、どうしているか明確でない施設で占められていることとなる。

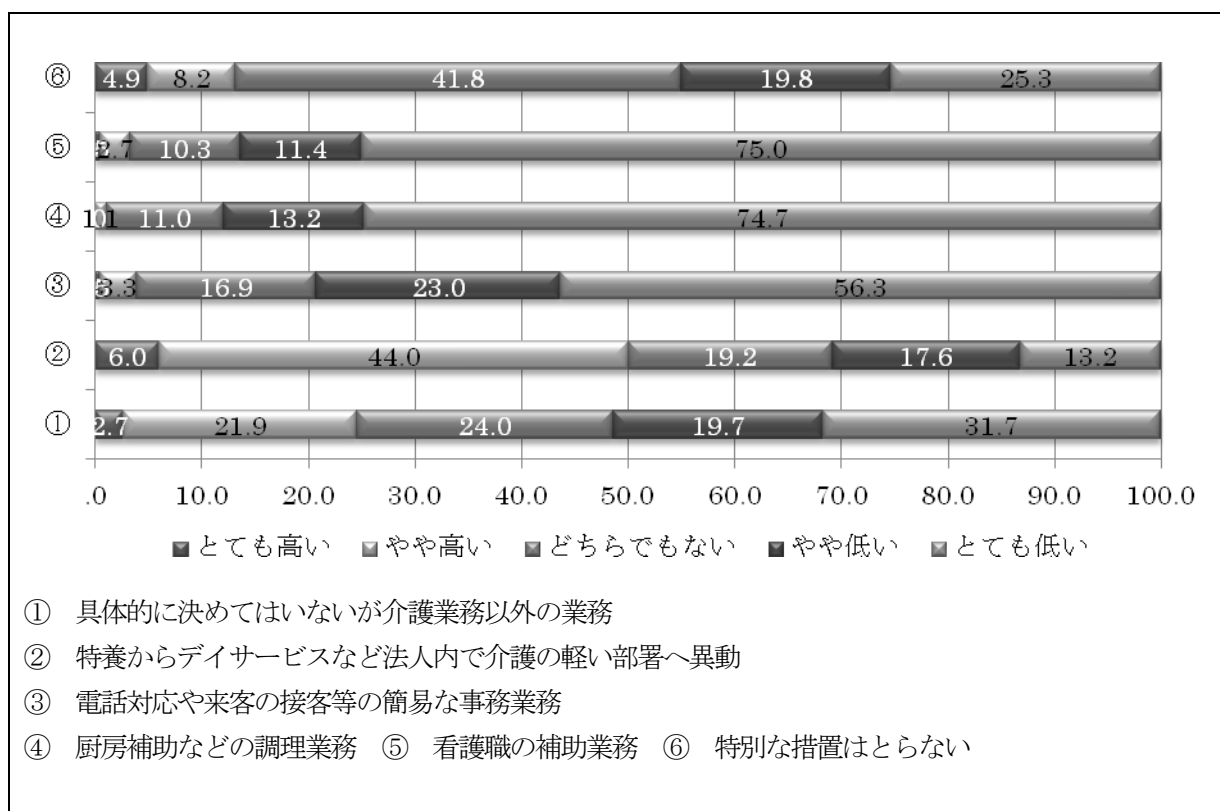


図13 介護以外の業務の異動への可能性

介護職が介護業務を遂行することに困難が生じた時に次に掲げる6項目のような対応措置を施設長が取る可能性について相関分析を行ったものが表3である。

表3が示すように、①の「具体的な内容は決めていないが、介護以外の業移動をする」と③「電話対応

や来客の接客等の簡易な事務業務」は $r=.536$, $p<.01$ 、①と②「特養からデイサービスなどの法人アイで介護の軽い部署への移動」は $r=.420$ $p<.01$ と共に高い正の相関がみられる。①は②から⑤までの項目と正の相関がみられ、⑥とは負の相関がみられるが、④から⑥の相関係数は高くない。

②の「特養からデイサービスなどの法人内で介護の軽い部署への移動」は④、⑤の項目である看護補助、厨房への異動とは相関がない。③の「電話対応や来客の接客等の簡易な事務業務」は④「厨房補助などの調理業務への異動」と相関が強く $r=.449$ $p<.01$ となっている。⑤の「看護職の補助業務への異動」は④の「厨房補助などの調理業務への異動」と正の強い相関があり、 $r=.487$ $p<.01$ であり、③の「電話対応や来客の接客等の簡易な事務業務」とも相関があるが、相関係数は $r<.3$ である。

法人内の他事業所への異動をだけを実施している施設と、それ以外の部署への異動まで視野に入れている施設に分かれている。

表3 介護以外の業務への異動についての相関

	①	②	③	④	⑤
①	-				
②	.420**	-			
③	.526**	.279**	-		
④	.281**	.090	.449**	-	
⑤	.187*	.077	.295**	.487**	-
⑥	-.214**	.045	-.156*	.001	.052

① 具体的な内容は決めていないが、介護業務以外の業務

② 特養からデイサービスなど法人内で介護の軽い部署へ異動

③ 電話対応や来客の接客等の簡易な事務業務

④ 厨房補助などの調理業 ⑤ 看護職の補助業務 ⑥ 特別な措置はとらない

問 介護職が行う医療的ケアや事務業務について

介護以外の業務である、「医療的ケア」と「介護事務(介護報酬等を計算する事務)」の導入等についてどのように考えているかの調査を行った。

図14に示すように、介護従事者が痰の吸引等の医療行為を一定の研修を受けることなどにより「医療的ケア」として痰の吸引等ができるということを「よく知っている人」は 77.5%、「少し知っている」20.3%となり、97.8%の人が知っている。「あまり知らない」は 1.1%(2人)、「ほとんど知らない」1.1%(2人)とほとんどの施設長が理解している。

介護報酬等を計算することのできる資格である。「介護事務管理士」「介護事務士」(介護事務も同様の内容として表記している)の資格についての理解度は医療的ケアに比較すると低い。「よく知っている人」は 10.5%と1割程度であり、「少し知っている」26.5%で合わせても 37%と4割に満たない。「全く知らない」17.7%と2割近くになっている。

図15に示すように、「医療的ケア」についての導入については「とても必要である」63.5%と6割を超え、「やや必要である」25.4%を加えると 88.9%が9割近い施設長が必要性感じている。「全く必要でない」「あまり必要でない」では 11.0%(20人)に過ぎない。

「医療的ケア」といわれている痰の吸引や経管栄養に処置についてだけでなく、もう少し広くとらえ「看護師が本来行う医療的ケアの一部を介護職員が行うことについて」では「とても必要である」45.3%、「やや必要である」

37.6%となり、合わせて 82.9%となる。看護師の業務を担うことについては「吸痰や経管の処置」に限定するよりも、必要性が低くなっている。

介護報酬を計算する事務である「介護事務管理士」「介護事務士」についての必要性は高くない。「とても必要である」0.6%、「やや必要である」17.2%であり、加えても 17.8%で 2 割に満たない。「全く必要でない」10.6%、「あまり必要でない」42.2%を合わせると 52.8%で半数以上の施設長は介護職が介護報酬を計算する資格を取得することの意義を感じていない。「資格者を優先的に採用しますか」についても「とても優先する」0.6%、「やや優先する」14.4%となっている。「全く優先しない」17.2%、「あまり優先しない」31.7%となり、合わせると、48.9%となり 5 割近い。

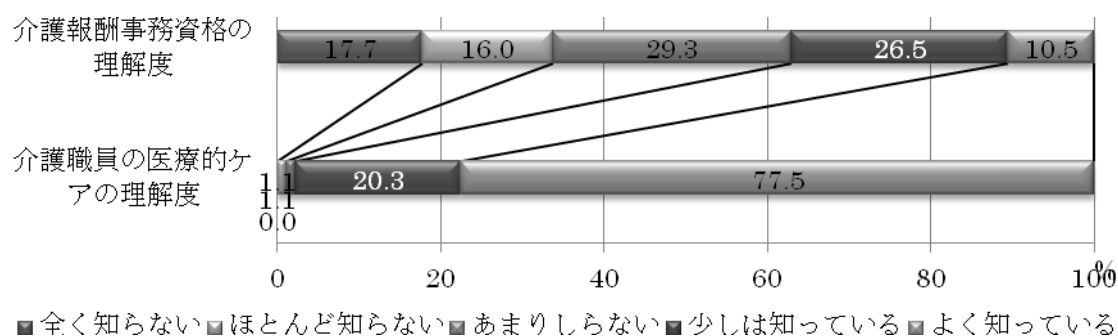


図 14 「医療的ケア」や「介護事務士」についての理解度

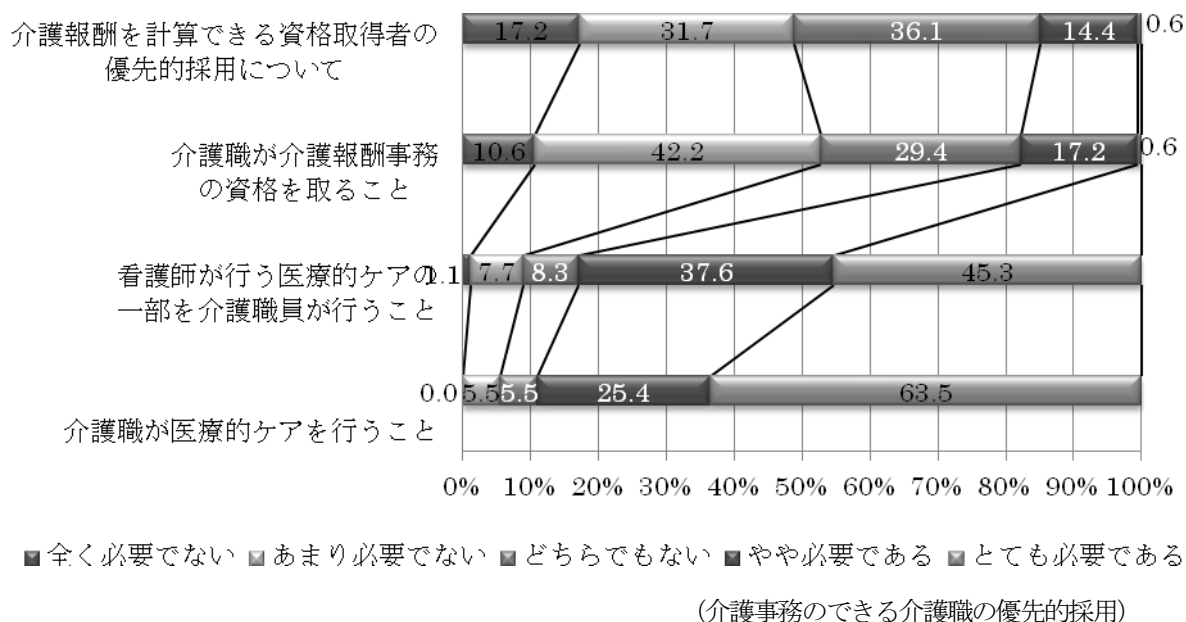


図 15 「医療的ケア」と「介護事務」の必要性について

問 介護福祉士が痰の吸引や経管等の処置をすることが可能になったことについてどう思いますか (資料 1 参照)

101 件の自由記述回答が寄せられた。その主な内容は実際に行っている施設も多かった「医療的ケア」が法整備されたことを歓迎するものが多い。研修やその他の制限が多く使いにくいという意見もある。また現状では取り入れざるを得ないが、実施に伴う危険性などを挙げているものもあった。全てを加筆することなく、そのまま記入した表を資料1として文末に載せている。

問

介護職の離職防止（定着率の向上）のために重要だと思われることと現在の実施（達成）率

離職防止の対策について、その重要度と実施（達成）度を図る項目により調査した。表4に示すように、重要度は「全く重要でない」=1から「とても重要である」=5とし、実施（達成）度は「とても低い」=1から「とても高い」=5の共に5件法にて質問をしている。

重要度では最頻値(Mo)が5「とても重要である」とした項目は20項目中12項目であり「妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること」「妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと」「育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること」「管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること」「管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を養成すること」「管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけること」「利用者のケア方針を検討する会議を定期的に行っていること」「新人職員の研修体制を整えていること」「介護職と利用者の関係が良好であること」「介護職間の関係が良好であること」「管理職と介護職員の関係が良好であること」「医療的なケアが必要なケースで介護職員と看護職員の連携が取れていること」が挙げられている。

「利用者の要介護度が低いこと」はMo=3であり、M=2.6「夜勤回数が少ないこと」M=3.8、Mo=3とともに低い。

平均値が最も高いのは「介護職間の関係が良好であること」でM=4.7、次いで「介護職と利用者の関係が良好であること」M=4.6となっており、人間関係の重要性が示唆されている。「残業が少なく、労働時間が短いこと」や「介護福祉士取得のための支援体制を整えていること」「利用者の要介護度が低いこと」などは施設間のばらつきが大きい項目となっている。

達成度をもてみるとMo=5は「妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること」「妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと」「産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること」「育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること」と出産や育児に関する項目が最も高くなっているが、これは本来労働基準法で定められていることであり、平均値も5でよい項目であるが、重要度と達成度において $r=0.5$ $p<0.01$ 以上と強い相関関係がみられる項目でもある。重要視していない施設長の職場では達成度もまだ低いことがうかがわれる。

達成度の平均値の低いものは「利用者の要介護度が低いこと」が挙げられるが、これは介護保険施設の性格上、達成度は低くならざるを得ない。平均値は「夜勤回数が少ないこと」M=3.2、や「給料が他社に比べると高いこと」M=3.3、「残業が少なく、労働時間が短いこと」M=3.5となっており、これらの項目は重要度も低くなっている。

管理職のリーダーシップを示した項目についても達成度の平均値は低くなっている。「管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること」「管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を養成すること」「管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけること」は平均値も最頻値も重要度に比べ、達成度が低くなり、重要だとは思っているが現状では達成できていない項目となっている。

表4に示すように、重要度と達成度の相関分析をみると、質問項目の1～4は賃金等の経済的な側面を持つものであるが、これは事業体の財政基盤にもよるので除外して考える。

妊娠・出産・育児に対する対策項目は全てが重要性和達成率は $r=0.55$ $p<0.1$ 以上の正の高い相関を示している。

労基法上で取り組みが必要な項目であるにもかかわらず、現在の達成度を「とても低い」から「どちらともいえない」という積極的に体制をとってはいない割合が、ことであり、「妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること」25.5%「妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと」23.0%、「育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること」26.8%と、共に4分の1の施設もあり、「産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること」34.4%、と3分の1の施設が積極的に取り組んでいない。

賃金や妊娠等の支援を除いた項目で重要度と達成率が $r=.3$ $p<0.1$ 以上の相関を示したものは「介護福祉士取得のために支援体制を整えていること」 $r=.495$ $p<0.1$ 、「忙しい時には職種を超えて介護職のサポートに入れる体制があること」 $r=.400$ $p<0.1$ 、「利用者のケア方針を検討する会議を定期的に行っていること」 $r=.381$ $p<0.1$ 、「管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけること」 $r=.328$ $p<0.1$ 、「介護職と利用者の関係が良好であること」 $r=.327$ $p<0.1$ 、となっている。

相関のないものや相関係数が $r=.3$ 以下のほとんど相関がないとみなされるものは「管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を養成すること」「介護職間の関係が良好であること」新人職員の研修体制を整えていること」「管理職と介護職員の関係が良好であること」「医療的なケアが必要なケースで介護職員と看護職員の連携が取れていること」これらは施設長が重要だと感じているが、必ずしも達成できているわけではない項目となっており、取り組みが遅れている、又は成果の上がりにくい項目であると考えられる。

特に「管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を養成すること」は現在の達成度を「とても低い」から「どちらともいえない」までに占める割合が50.0%となり、リーダーシップを備えていない管理職が半数の施設に存在している。

表4 離職防止にたいして、重要度と達成度

	質問項目	重要度	達成度	重要度と達成
--	------	-----	-----	--------

		M	Mo	SD	M	Mo	SD	度の相関(r)
1	給料が他社に比べると高いこと	4.1	4.0	0.7	3.3	4.0	0.8	.136
2	介護福祉士や社会福祉士等の資格手当制度があること	4.1	4.0	0.7	3.6	4.0	1.1	.294**
3	残業が少なく、労働時間が短いこと	3.8	4.0	0.9	3.5	4.0	0.9	.190**
4	夜勤回数が少ないこと	3.5	3.0	0.8	3.2	3.0	0.7	.223**
5	妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること	4.5	5.0	0.7	4.2	5.0	0.9	.553**
6	妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと	4.4	5.0	0.7	4.2	5.0	0.9	.552**
7	産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること	4.2	4.0	0.8	4.0	5.0	0.9	.579**
8	育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること	4.4	5.0	0.7	4.1	5.0	0.9	.546**
9	介護福祉士取得のために支援体制を整えていること	4.0	4.0	0.9	3.6	4.0	1.0	.495**
10	管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること	4.4	5.0	0.7	3.8	4.0	0.8	.331**
11	管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を育成すること	4.5	5.0	0.7	3.4	4.0	1.0	.113
12	管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけていること	4.3	5.0	0.7	3.6	4.0	0.9	.328**
13	利用者のケア方針を検討する会議を定期的に行っていること	4.4	5.0	0.8	4.1	4.0	0.8	.381**
14	新人職員の研修体制を整えていること	4.5	5.0	0.7	3.8	4.0	1.0	.167*
15	介護職と利用者との関係が良好であること	4.6	5.0	0.6	3.9	4.0	0.7	.327**
16	介護職間の関係が良好であること	4.7	5.0	0.5	3.7	4.0	0.8	.139
17	管理職と介護職の関係が良好であること	4.4	5.0	0.7	3.6	4.0	0.8	.206**
18	利用者の要介護状態が軽いこと	2.6	3.0	0.9	2.7	3.0	0.8	.319**
19	医療的ケアの必要なケースで介護職と看護職との連携が取れていること	4.5	5.0	0.6	3.6	4.0	1.0	.245**
20	忙しい時には職種を超えて介護職のサポートに入れる体制があること	4.2	4.0	0.8	3.5	4.0	1.0	.400**

重要度： 1=全く重要でない～5=とても重要である

達成度： 1=とても低い ～ 5=とても高い 共に5段階評価

20項目について離職防止策として、重要であるかを聞く質問項目を用いて因子分析(最尤法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転)を行った。ただし、各項目のうち因子負荷が0.35に満たなかった5項目を削除し、再度因子分析を行った。最尤法を用い因子を抽出した。因子数はスクリープロットにより判断し3因子とし、プロマックス回転を行った。その因子負荷を表5に示した。第一因子は「管理職が経営理念や法人を伝えている」

「新人研修体制が整っている」「管理職が介護職員にねぎらいの言葉をかける」「ケア方針を検討する会議を定期的に開催している」「リーダーシップを備えた中間管理職を育成する」「介護福祉士取得の支援体制の整備」などに対して負荷量が高く、「専門職の育成」に関する因子とした。第2因子は「介護職と利用者との関係が良好」「介護職間の関係が良好」「介護職と看護職の連携」「管理職と介護職の関係が良好」「職種を超えてのサポート体制」等に対して負荷量が高く、「人間関係・連携」に関する因子とした。第3因子は「妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと」「妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること」「育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること」「産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること」などに対して負荷量が高く「出産子育て支援」に関する因子とした。3つの因子間の相関は表6に示した。信頼性の検討のために、クローンバックの α 係数を算出したところ各下位尺度共に $\alpha = .8$ 以上の内部一貫性がみられた。

離職防止策の重要度と同様に、20項目について離職防止策として、実施(達成)しているかを聞く質問項目を用いて因子分析(最尤法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転)を行った。ただし、各項目のうち因子負荷が0.35に満たなかった8項目を削除し、再度因子分析を行った。最尤法を用い因子を抽出した。因子数はスクリープロットにより判断し3因子とし、プロマックス回転を行った。その因子負荷を表6に示した。第一因子は「リーダーシップを備えた中間管理職を育成する」「職種を超えてのサポート体制」「管理職が経営理念や法人を伝えている」「管理職が介護職員にねぎらいの言葉をかける」「新人研修体制が整っている」「介護職と看護職の連携」などに対して負荷量が高く、「専門性と連携」に関する因子とした。第2因子は「産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること」「育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること」「妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと」などに対して負荷量が高く「出産子育て支援」に関する因子とした。第三因子は、「管理職と介護職の関係が良好」「介護職間の関係が良好」とうに対して負荷量が高く、「人間関係の良好さ」に関する因子とした。

信頼性の検討のために、クローンバックの α 係数を算出したところ各下位尺度共に $\alpha = .78$ 以上の内部一貫性がみられた。

離職防止のために重要だと考えられる因子と実施(達成)率の因子について相関分析を行った。表8に示すように、重要だと思われる「専門職の育成」と「人間関係・連携」「出産子育て支援」は共に相関がみられ特に「専門職の育成」と「人間関係・連携」は $r = .726$ $p < .01$ と強い相関がある。「専門職の育成」と「出産子育て支援」 $r = .553$ $p < .01$ 、「人間関係・連携」と「出産子育て支援」は $r = .530$ $p < .01$ とともに高い相関関係を示している。実施率(達成率)の因子においても、3項目共に相関がみられる。「専門性と連携」の達成率と「人間関係の良好さ」の達成率は $r = .719$ $p < .01$ と高い相関がみられる。「専門性と連携」の達成率と「出産子育て支援」の達成率は $r = .513$ $p < .01$ 「人間関係の良好さ」の達成率と「出産子育て支援」の達成率は $r = .410$ $p < .01$ とかなりの相関がある。

各因子について重要だと考えている人がそれと類似した因子の実施(達成)率の相関は相関係数が高くはないが相関はしている。出産子育て支援を重要だと考えている人は実施率も高いことが分かるが、これは先にも述べたが労基法に定められていることなので、実施しなければならないということも関連していると考えられる。

表5 離職防止策としての重要度の因子分析

変数(質問項目)	第一因子	第二因子	第三因子
	専門職の育成	人間関係・連携	出産子育て支援
第一因子：専門職の育成 ($\alpha = .841$)			

管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること	. 770	-. 022	-. 026
新人職員の研修体制を整えていること	. 760	. 021	. 004
管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけていること	. 674	-. 056	. 076
利用者のケア方針を検討する会議を定期的に行っていること	. 663	. 212	-. 016
管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を育成すること	. 602	. 111	-. 102
介護福祉士取得のために支援体制を整えていること	. 545	-. 091	. 220
第二因子：人間関係・連携 ($\alpha = .823$)			
介護職と利用者との関係が良好であること	. 034	. 830	-. 048
介護職間の関係が良好であること	-. 150	. 820	. 060
医療的ケアの必要なケースで介護職と看護職との連携が取れていること	. 182	. 587	-. 010
管理職と介護職の関係が良好であること	. 105	. 522	. 157
忙しい時には職種を超えて介護職のサポートに入れる体制があること	. 265	. 381	-. 086
第三因子：出産子育て支援 ($\alpha = .808$)			
妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと	-. 069	. 053	. 853
妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること	. 012	-. 001	. 728
育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること	-. 076	. 134	. 646
産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること	. 214	-. 150	. 579

表6 離職防止策として実施度（達成度）の因子分析

変数(質問項目)	第一	第二	第三
	因子	因子	因子
	専門性と	出産子育て	人間関係

	連携	て支援	の良好さ
第一因子：専門性と連携($\alpha=.865$)			
管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を育成すること	.777	-.044	.007
忙しい時には職種を超えて介護職のサポートに入れる体制があること	.726	-.113	-.007
管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること	.723	-.046	.031
管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけていること	.653	-.181	.184
新人職員の研修体制を整えていること	.649	.159	-.023
医療的ケアの必要なケースで介護職と看護職との連携が取れていること	.638	.080	.018
利用者のケア方針を検討する会議を定期的に行っていること	.597	.277	-.072
第二因子：出産子育て支援($\alpha=.784$)			
産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること	-.060	.869	.075
育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること	.043	.773	-.048
妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと	-.072	.613	.039
第三因子：人間関係の良好さ($\alpha=.811$)			
管理職と介護職の関係が良好であること	.033	.024	.968
介護職間の関係が良好であること	.127	.057	.583

表7 離職防止の対策としての重要度と達成度の相関

	専門職育成 支援重視	人間関係・連 携重視	出産子育て 支援重視	専門性・ 連携達成率	出産子育て 支援達成率
専門職育成支援重視	—				
人間関係・連携重視	.726**	—			
出産子育て支援重視	.553**	.530**	—		
専門性・連携達成率	.309**	.208**	.251**	—	
出産子育て支援達成率	.236**	.187*	.487**	.513**	—
人間関係良好達成率	.278**	.215**	.221**	.719**	.410**

考察と今後の課題

1. 介護業務を遂行することが困難になる現状とその対策について

介護業務が出来ない状況になった際に介護以外の業務への異動措置を取ったことのある施設は26.0%と3割に満たない。現時点で、業務が困難なほどの身体的な不調を訴えている者のいる施設は50%にも及び、その対策が急務である。

対策として最も一般的なのは、「特養からデイサービスなどの介護業務が比較的軽い部署に法人内で異動する」であり、次いで「具体的には決めていないが介護業務以外の業務への異動」が4分の1の施設で行われている。それ以外の措置を具体的に決めていない施設が多い。

しかし、「電話対応や接客等の簡易な事務業務」「厨房補助などの調理業務への異動」「看護師の補助業務への異動」などの対応措置を取る可能性のある施設はその複数で相関を示し、特に代替え措置を考えていない施設長と配置転換を模索している施設長の差があることが示唆された。

また「介護業務ができなくなっても特別な措置を取らない」という施設長も1割以上あり、「どちらでもない」を加えると5割を超える。体を壊した時の配置換えの措置において施設間格差がみられ、何らかの困難性が生じても働き続けることができるための対策を講じる取り組みの必要性が示唆された。

妊娠に伴う介護業務の困難性については、過去5年間においては産前産後休暇や育児取得者は7割を超えている。妊娠に伴う休暇を取得した者がその後も働いている割合は76.6%と高く、8割近くの人があるまま就労を継続している。

しかし、妊娠や出産で退職した者がいる施設も43.3%ある。その要因として、労基法上で取り組みが必要な項目であるにもかかわらず、現在の達成度を「とても低い」から「どちらともいえない」という積極的に体制をとってはいない施設の割合を以下に示す。「妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること」25.5%、「妊娠中には入浴介助などの介護業務から外すこと」23.0%、「育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること」26.8%と、共に4分の1の施設が取り組みに消極的であり、「産前産後の休暇を取りやすい仕組みを作っていること」34.4%、と3分の1の施設が積極的に取り組んでいない。このように基本的な対策についてさえ積極的に取り組もうとしない施設長のもとでは妊娠等に伴う離職率は高くなると考えられる。

一方で出産育児に伴う休暇を取得した者の8割近くが仕事を辞めていないという現状は、産休や育休を取りやすい環境を整備することにより定着率が向上することを示唆している。

また、うつ等の精神的な不調を訴え就業が困難になっている者が存在する施設も過去5年間で4割近くを占めている。この現状を改善するために何等かの措置を講じる必要を感じるが、メンタルヘルスについては、対策が最も遅れていると推測される。今後この対策についてどのようなシステムを作っていくかということも課題である。

2. 「医療的ケア」や「介護事務」など介護以外の業務の導入について

介護福祉士が一定の研修の後に痰の吸引や経管栄養等の処置を行えるようになる「医療的ケア」についての施設長の理解度は高く、導入についても高く評価をしている。もともと非合法ではあっても、現状で実施していた施設も多いこともこの結果を反映している。一方で「介護事務（介護報酬等を計算する事務）」についての理解度は高くなく、必要性はほとんど感じていない。

介護という身体的に過重な負担がかかる労働において、一時的に身体的等の理由により

介護業務を遂行することが困難な際には臨機応変に他業務への変更等の措置を取ることが必要であると考えられるが、「医療的ケア」以外の他職種への補助的な配置転換については考えられていないことが判明した。多様な介護以外の配置転換の工夫がなされることが、働き続けることのできる職場の環境構築の一助になると感じているが、その取り組みはまだ始まってはいない。

3. 離職防止の対策の重要度と実施(達成)率について

離職防止に重要だと考えられている事柄は「介護職間の関係が良好であること」や「介護職と利用者の関係が良好であること」など人間関係の重要性が示唆されている。このことは離職理由の上位に「人間関係がよくない」ということが挙げられている、ということを示している。しかし重要度と実施（達成）率の相関みられず、重要だと考えている施設長の職場の人間関係が良好であるとは言えないことが示唆された。

「管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること」「管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を養成すること」「管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけること」などの管理職としての資質を身につけることが離職防止に効果的だと考えている施設長は多い。しかし、達成率をみると重要性に比べ平均値も最頻値も低くなっている。

特に「管理職研修によりリーダーシップを備えた中間管理職を養成すること」は達成度が「とても低い」から「どちらともいえない」までに占める割合が 50.0%となり、リーダーシップを備えていない管理職が半数の施設で存在することが判明した。リーダーシップのある管理職の育成もこれからの課題である。

1. 資料 1

介護福祉士が行う痰の吸引等の医療的ケアの導入についての自由記述意見

1	(1) 法律により認められる事で、責任の所在が明らかになる。但し看護職員が施設にて働く意義が曖昧になる。 (2) 今後の施設介護はターミナルケア等で医療が関わる事が少なくなり死亡原因等の追求が疎かに
---	--

	なる。
2	①介護職員個人の責任が問われかねない事に懸念がある。 ②職員配置(介護報酬)上の手当てがない。 ③50時間研修を今後採用する職員に受講させるについて、一度に複数の職員を受けさせる事は難しく、結果的に吸引が必要な利用者を拒むような事態が懸念される。 ④たん吸引を採用条件にするとただでさえ難しい人材確保が更に難しくなる恐れがある。
3	ある程度容認することは必要と思われる。
4	あれだけの研修時間で任せるのは不安
5	これからの高齢者の増加にともなう介護の重度化や重症化をみると、介護士も医療的ケアが可能にならないと高齢社会に対応できないと思う。しかしこれにともなう介護士への負担増への対応も国の制度として十分考慮すべきと考えます。 これは介護職の低賃金の解消と合わせ介護報酬の改善がなくては困難と思われます。
6	そこまでして入所している利用者は特養が適切なのか、療養型の施設は絶対必要である。
7	たんの吸引等が今日、医療行為と、定義づけることに、疑問を感じる。看護師、医療連携が家庭より充実しているにもかかわらず、たん吸引等を医療行為として、残し、過重な研修を強いることに、既得権を保持しようとする団体の意志を感じる。 一定の研修は、理解できるが、複雑な手続、過重な研修は、医療ケアを必要とする高齢者を拒む施設を生む。
8	たんの吸引等の中に実質的違法性阻却としたものや不特定多数に行えるもの、更にはH27卒以降の学生に対応したものとバラバラで非常にわかりづらいものとなっている。よって混乱するのは現場となってしまう点をどうかしてほしいと思います。
9	たんの吸引等を医療的ケアとしたところが問題。医療行為ではないと捉えられれば、医療職の特に医師の理解は得られやすかったのではないかな。 17項目の中の医師の指示書をとるのにとっても苦労している。
10	できる範囲が広がり、制度が良くなりつつありますが、さらにふみ込んだ医療的ケアができると、介護福祉士もやりがいがあると思います。 家庭(自宅)でも、している範囲のケアができると事業所の看師も助かります。例えば、経管栄養の白湯を流す作業等、介助職でもミスなくできる行為を介助職でもできる医療的ケアに制度を緩和して預けたら良いと思います。
11	とてもよいと思う。
12	とても重要であると思える。緊急を要する際、NSを呼びに行っている時間がもったいない。
13	とても必要なことと考えている
14	ニーズがあるので良いと考えますが、Nsがいる場合はNsに任せるべきだと思います。 不在時等、状況によって介護職が実施すべきだと思います。
15	メリット…重度化対応の一助となる。専門化が一段と進む。 デメリット…労働過重がさらに深刻となる。介護職のなり手が少なくなるのでは。
16	やや不安なところもある
17	よい傾向である。
18	リスクは大きい現状では必要であると思う。本来は医療的ケアが可能な老人保健施設が担うべき

	ものであるが、その老健が在宅復帰を前提としていること自体がおかしい。特養と老健の現状の役割分担は逆なような気がする。
19	医療スタッフが少ない中では必要である
20	医療に対する知識について介護士が知っておく必要は感じますが医療行為とされる部分を担うという考え方には疑問を感じる。 看護師の不足による代替であればあま喜ばしい事とは思わない。介護士の役割、資格について将来を見据え確立すべきと考える。
21	医療行為が広がったことに対しては良いこと加茂知れないが、本来看護師が行うことであるので知識(力量)を研鑽する必要がある。
22	医療的ケアが必要な入所者が増加しているので、必要と思う。 胃ろうやたんの吸引必要者をどこが受けるのか社会的な合意が必要
23	医療費の削減の為に政策的誘導、国策と感じる。 医療的ケアを要する要介護者が拡大してきているのはずいぶん前からわかっていたこと。それに合わせて医療職の養成、配置基準の見直し、報酬の改定をすればよかったのにそれをしてこなかった。そのツケを払わされている気がしてならない。
24	一定の研修を経たあとでなら良いと思います。 余談ですが、マスコミの”介護職は仕事がきついのに給料が安い”キャンペーンを信じてはいけません。そもそも賃金相場は労働の難易度、景気情勢等によって変化するものであり、また賃金水準はなり手がいなければ自然と上昇するものです。
25	可能となった事は認識していない。従来から行っていることを白昼のもとにさらしただけで矛盾だらけで現場に大きな負担をかけている。医療職側からの牽制や妨害の面もあると思っている
26	可能にはなったが、実施してよいことに至るまでの諸条件が多過ぎる。(講習,試験,評価など)
27	介護サービス基盤の強化のため、看護職員と介護職員の連携は今後も必要と思われるので良いことだと思います。
28	介護と看護が協調して行うことが多い仕事なので大変よいことである。夜間看護師配置がない中でたんの吸引等については緊急時対応として行う必要があったがオーソライズされることとなった。
29	介護に携わるプロとして必要と考えているので、可能となったことは大きな前進と考える。ただし、介護福祉士の広い範囲の力量を見極める視点が必要。
30	介護上日常的な援助行為として必要と思う。
31	介護職であっても常に向上心を持ち、医療分野の一部について、知識を持つことは、医療と介護という職種間連計が図られ緊急時でも対応できる。
32	介護職の行為が法的に守られるのであり非常に良い事と感じている。
33	介護職の地位向上にむけていいことだと思っている。
34	介護職の必要性、重要性が生まれる。高齢社会が進むなかで、すくないスタッフでやりくりする上で必要なことであると思う。
35	介護福祉士が医療的ケアを行うことが可能になったからといって吸痰、経管栄養を介護職員が行える条件は限定されているためあまり意味がないものと思われる。(吸痰は口腔内の痰のみ。経管栄養の胃ろうへの接続はNSが行う←これでは結局NSがしなければならなくなる。よってNSの人員のかねあいで医療的ケアが必要な入居者の利用を制限せざるを得ない。

36	介護福祉士資格取得者の実務、知識レベルに非常に差があり、資格を有していることを基に医療的ケアの実施に条件付きながら門戸が開かれたことには、疑問を感じる。 そもそもの資格取得に係るハードルの引上げと、就業した際の労働条件の引上げが必要であったが、遅きに失くしてしまい、人員の確保に国全体が追われてしまっている現在の実情としては、「低い労働条件」で「より高度な仕事」をさせようとしていることに、一事業者として文句も言えない。
37	介護老人施設(特別養護老人ホーム)は生活の場であるが、利用者は様々な疾患を抱えており、加齢と共に機能低下は必然であることを考えれば衰えた機能維持のための医療的ケアは介護上必要となってくる。自宅で家族が行える医療処置は最低限施設において介護士が担えるものでなくてはならない。
38	看護師が常に対応できる状況にない(特に夜間は不在)ので介護福祉士の対応が必要になる
39	看護師が病院でも人材不足の中、介護福祉士が担っていくべきだと思う。 介護福祉士は、医療の範囲を広げることで、社会的地位も向上し、処遇を改善する努力を積極的に行うことも大切ではないだろうか。 介護施設で看護師を増やす方向もあるが、逆に介護福祉士が医療の幅を広げ、指導的な立場で看護師を最小限の配置にすることも考えていくことが公益に繋がると思う。
40	看護師の人員配置の定数が低いので必要と思う
41	看護師の人材が少ない中で介護施設には仕方がないと思うが、リスクを考えると経営者等は、老健施設へ最優先で入所させるべきものと思う。
42	看護師不足(正確には人件費の問題で雇用できない)の中、法的に認められるのは良いことだと思いますが、まだ不完全な点多く、今後の展開に期待します。
43	看護師不足が騒がれている中で介護職員の医療的知識と技術は今後ますます必要になってくると思います。
44	看護師不足の為に賛成する
45	看護師不足の現状で業務分担出来る可能性のあるものは十分研修を行った上で必要
46	看護師不足の現状を補う業務をして欲しい。研修及び経験を積み業務は可能。 当施設では職域を越えた業務の援助をするよう職員間の垣根を取りはらっている。 そのため時間外(17時以降)の勉強会及び沢山のサークル研究、改善活動を行っております。
47	看護職が常時いない職場では必要だが老健には特に必要ない
48	看護職が多く配置されていない現状で、夜間等の不在の時のたんの吸引等の医療ケアが必要な場合が多くなっている。でなければ、医療的ケアの必要な人が入所できなくなるし、重度化して医療が必要になれば退所しなくてはならない。在宅ケアも含め医療ケアが必要であると思う。
49	看護職の人員に対し、吸引が必要な方が多く、介護職もたん吸引を行わなければ(特に夜間)入所者の生命を守れないため、絶対に必要だと思います。
50	看護職員の単なる手伝いに終始するだけでは不十分と考えます。 多職種協働の良い足掛かりにしなければならぬと考えます。
51	吸引については利用者が苦しんでいる姿を見て、わざわざNSを呼ばなくても、正しい知識を持った近くにいる人(介ゴ士)が実施出来る事は良い事だと思う。 胃ろうについてもNSを呼ばなくても良いので同じ事。すぐにその利用者の対応が出来る。看護師の配置が多く出来て、固定チームとなり、すぐに対応出来る体制があれば必要ないとも思う。

52	許可条件が厳し過ぎる。
53	教育システムの構築は必要不可欠だが、介護施設における看護師不足の現況の中、今後も需要が高まると感じます。
54	業務が広がり、大変な部分もあると思うが、総体的にはよかったと思います。
55	緊急時(夜間の際等)医療的ケアが可能になったこと必要である。職員には負担をかけるけどご利用者の為になる。
56	近年利用者の介護度が上がっている。当施設で4.42 看護職員だけでは対応しきれない状況である。現在、全介護職員が14時間研修を実施し対応しているか。今後60時間研修になると仕事との関係で負担が大きい。
57	経験と知識があればできる。
58	研修が長すぎる。研修の必修は如何なものか？
59	元々法的には禁じられていても、夜勤対等で必要があれば(緊急性が高い時)やらざるを得なかったケアで、各施設で教育指導のもとやっていたものが、正式に法的に認められたことは良いと思うが、逆に実施の為の過程(座学や実習、研修の膨大な時間)にかかる負荷が大きすぎて、実質的に現場がまわらなくなったことは、現状に逆行する極めてお粗末な法律だと思う。 そもそも介護職員は、居宅における家族に代わってケアに携わる訳であるから、家族に許される医療行為は、もっと簡単な研修で介護職員にも範囲を限って認めるべきだと考える。
60	現実的で望ましいことだと思う
61	現場では研修や実習などが明確にされておらず混乱している法人内の特養では看護部が夜勤を行わないため絶対に必要。
62	高齢化が進みできるだけ高齢者を在宅で支えるようになりつつある。家族が必要とあれば指導を受け行っています。老健は在宅復帰から看取りまで幅広い利用者がいる。 介護士として利用者様の安全、健康、命を守る為、必要な行為と思う。
63	今まで、矛盾した中で実質的ケアを行っていたので、介護職員にとっては地位向上も含めて良いことと思う。経営的には業務独占、又は分業や処遇(給与)も含めて新たな課題であろうと思うが否定的にはとらえていない。
64	今までやむを得ず実施していた施設は多数あると思う。法的に生理された点については望ましいと考える。 しかし、介護職員の質の向上をしっかりと図っていかないと新たなリスクを施設は背負うことになるため責任も重い。本来であれば介護報酬等で必要な介護職員が雇用できるようにするべきである。ただし、特養はそうまでして医療対応の利用者を受け入れるべきものなのか、という根本的な課題について議論するべき。胃ろうの造設を安易にしてしまう医療の実態、そのこと(延命)について考える機会の少ない日本の社会のあり方に疑問を感じている。
65	今まで違法行為と知りつつ生活施設での家族として担う役割として捉えてきたが、介護職員を守るべきものは全くない状態に危機感があった。自分の身は自分で守ると思えば健康的に比較的落ちついた方しか入所させられず本当にサービスが必要な重度の高齢者も障害者もサービスを使うことができずにいた。そんな現状はもう何十年も前からのことで、やっと厚労省は重い腰を上げましたか…という印象。 ただ今回の医療ケアが可能になった範囲ではまだまだ不十分だし、現在すでに働いている介護

	福祉士が50時間の研修を受けるのもムリ。研修に派遣している間ずっと現場は欠損状態で回せということなのだろうか…。
66	今後もっと教育・研修を充実して介護人もナースのようにいろいろと実務が可能になるとよいです。痰吸引はその入り口です。
67	在宅において家族が実施していることを考えても、十分な訓練や知識を取得することについてはよいと考えます。又制度として認められたということについてはよかったと思います。 当施設内では看護師が24時間体制でいますので介護福祉士が行うことは考えずらいです。普及させるための研修制度についてはやや疑問を持っています。
68	在宅に於いても家族が吸引等を行っていることを考えれば当然のことだと思います。福祉施設も、医療度の高い方が入所しますので介護福祉士の技術を高めることは必要と考えられます
69	施設の利用者はいついかなる場所で容体急変するかわかりませんので救命のため必要な措置であると思います。その一方で介護福祉士の責任も負担も増すこととなり介護職への人材離れの心配も懸念しています。
70	事務的に考えると必要と考える。
71	自宅では「無資格でも家族なら可能」と認められるのなら施設にて介護福祉士が行うことは当然に可能と考える。リスク管理とクレームの問題だけ。利用者が希望しないのなら入所不可という図式が成り立つので利用者はほぼ賛同すると思われる。
72	実際の現場では必要となるが、本来は医行為であり、介護スタッフへの心理的負担が大きい。医師の配置やNSの増員が必要な為、介護報酬のUPが必要である。
73	十分な経験を積まないと医療事故につながりやすい。当苑は老健であるため昼夜共にNSがいるので必要性はない。
74	十分な研修と指導が必要
75	従来より行われていた行為であり、大変効果的な改正と考える。
76	人員配置上やむを得ず介護士が実施していると思われます。看護師の人員配置基準や夜間の配置基準等の整備が必要と思われるのが1点とメディアが発する福祉職へのマイナスイメージを払拭するべきと思われます。
77	制度上いくつかのハードルがあったと思うが、実際に医療的ケアが可能となったことは、介護現場においてはおおきな前進と思う。
78	責任が大きくなるのに十分な研修と知識がCWに出来ていない
79	責任の明確化が図れないのではと思う
80	前からしっかりOJTをして実施していたので良い動きと思っている。
81	対象者の方の意思が重要だと思う。看護師がいらない職場であればやむをえないと思うが、出来るだけ看護師にまかせた方がよい。
82	遅すぎた感あり4
83	遅過ぎる
84	昼間は看護師が勤務しているが、夜間体は看護師がいらない為にたんの吸引を必要とする利用者が出た場合に介護士が出来る事になると助かります。
85	当施設には看護師が大勢(10名)おられる為、緊急時の対応も十分に出来ていますが介護福祉士がたんの吸引などの医療的ケアが行えるようになったことは問題もあるかもしれませんが良いことだと

	思います。介護福祉士も責任と(今まで以上に)又、自信が得られ常に学ぶことに徹するようになるのではと期待します。
86	当施設は介護度が高く経管栄養の方が多く入所されています。そんな中吸引を必要な方も多くほとんどは看護師がしていますが数年前より介護職に吸引や注入の指導を行い実施してもらっていますが一部の介護職のみが行い全部ではありません。口腔内だけに吸引は留まっていますが、それ以上になってくると技術面や判断等に不安があり安心してまかせられませんし介護職だったら誰にでもというわけにもいきません。 痰の吸引は看護師にとっても高度な分野で簡単ではありませんし相手の苦痛が伴うものですので命にかかわってきます。看護師を配置することが一番望ましいと思います。
87	当然のことと考えるが、老健の実施に研修時間数が多すぎ非現実的。特養、訪問はすでに実施。内部研修・演習で可能となっていることと大きくかけ離れた制度の考え方で、むしろ老健は看護、医師常駐の中で補助的に行うことを想定すると、制度強化に意味を感じず。窒息死、誤嚥死の回避を考えると、もっと短時間、現実的制度とすべき。
88	特養と老健間又は他の福祉施設への就職に支障はないか
89	特養においては夜間看護師不在となることから非常に大切なことと認識している
90	特養における入所対象者が高齢になり食事の誤嚥は多くなってきました。誤嚥性肺炎を繰り返したり、脳梗塞による合併症で嚥下困難(嚥下障害)がある方は必ず入所しています。夜間看護師が不在の特養においては単純な吸引でよいのです。必ず「痰が吸引できる」までの講義を受け、なお、体験実習を得てできるまでに介護士の教育は必要です。それでなければ制度改革(看護師の要員、医師要員等)をしなければ安心した生活確保につながらないと思います。
91	特養の現状を考えると(重介護者増、基本的に高齢者基礎疾患を持っている)医療的ケアは必要と思います。また、高齢者の死因のトップは肺炎(誤嚥性肺炎)であり痰の吸引は行わざるを得ない現状にあると思います。さらに特養では終末期の介護を行っている所も多く、私共の施設も大半の方が施設での終末を迎えています。看護師の配置が少ない特養において増々医療的ケアは必要になると思います。しかし、このようなことに取り組む施設とそうでない施設の格差はすでにあり、研修体制を整えることが急務と考えています
92	特養の利用者の重度化が進み、ターミナルケアを積極的に取り組む中では必要なことだと考えます。特に夜間、看護職員を配置することは不可能ですから命を最優先して考えると不可欠です。但し、常時たんの吸引が必要な方はやはり医療機関で対応することが望ましく、特養が病院や療養型のようにならないことを願っています。 あくまでも緊急時や一時的な対応の範囲で実践されるべきだと思います。い労についてはトラブルのない安定している方であれば十分可能であると考えています。
93	年々利用者が重度化する中で看護職の採用が困難であるため介護福祉士がある程度の医療行為は必要だと思います。
94	必要である。ただし、十分に研修を受けた上で、かつ当初は看護師の指導の下で
95	法律の課題もありますが、看護師の採用が困難な状況の中で利用者は重度化しています。窒息の可能性はとても高いですし、誤嚥で肺炎防止のためにも医行為はありがたいです。夜間ナースがいない施設の在り方の中で大変重要な方向への歩みだと思います。現実には重度化しているのです。
96	未だ、実際に座学や実地研修が始まっておらず判断できない。

97	命優先の為に必要である
98	目の前に苦しんでいる人がいれば助けてあげるのが当然。資格があればできるしかくがなければできないのは解るが少しの勉強と実践で苦しみを取り除くことができればいいと思う。介護福祉士もそれなりの勉強をして資格を得ているのだから。
99	目的が介護福祉士(介護全般)の質の向上に結びつくならいい。便利屋としてならどうなのか。多くの施設が必要ならいいのではないかな。介護福祉士の地位向上資格の難易度(適性・給与)に結果として結びつくことを期待。
100	当施設でも痰の吸引を必要とする利用者がいる為、行為が出来る事はありがたいが、技術的な物も含め、看護師等の指導を要すると思います。
101	夜間などNSが不在時に必要となれば、たん吸引等の医療的ケアをせざるを得ないと思っている。そのためには、それに必要な知識や技術を身につけることが大切。「できるようになったからやって下さい」という考えでは責任が重すぎて困る。
102	夜間には看護職員が不在であるため、介護職員が吸たん業務等を行うのは不可欠だと思いますので、一歩進んだことと受けとめています。
103	夜間のことなどの対応がよくなってとても良かった。
104	夜間看護職のいない特養などでは、胃ろうや経管栄養などの利用者さんの夜間の吸引は必ず行う為介護職の医療的ケアが可能になったことは必然と思う。
105	夜勤に看護師が配置されていない現状でしたので、良かった。と思います
106	夜勤帯に看護職を配置できない現状では必要な行為の一つだと思います。
107	利用者は医療的なケアが必要な方が多く、又、インスリン注射も自宅においては、本人又は家族が出来るのに、施設に入所になったら出来ないのは介護施設を利用させないようにしているとか考えられない。介護福祉士のような国家試験にパスした人には、看護師の指導のもと、医療的処置をできるようにしないと入所が制限されてしまう。
108	良いことだと思うが、公的機関での実習等充実させるべきだと思う。
109	良いと思う
110	良い事だと思う
111	老健では看護師が常駐しているのであまり必要性はない

2. 資料 2

介護保険施設における離職防止の取り組みについての調査 調査票

I. あなた自身のことについてお尋ねします

- 問 1 あなたの性別は 1) 男 2) 女
- 問 2 あなたの年齢は () 歳
- 問 3 あなたは結婚しておられますか
1) 未婚 2) 既婚 3) 離婚
- 問 4 あなたがこの施設の施設長になってから何年になりますか () 年
- 問 5 あなたが今まで経験した福祉職の経験年数は何年ですか ()

- 問6 あなたの事業所の開設は介護保険制度施行の前ですか後ですか
1) 介護保険以前 2) 介護保険以降
- 問7 あなたの施設の入所定員を教えてください () 人
- 問8 あなたの施設はユニットケアを実施していますか
1) していない 2) している
- 問9 あなたの施設の介護職員数をお教えてください
正規職員 () 人 非正規職員 () 人
… 非正規職員は1日8時間勤務に換算して人数を出してください…
- 問10 あなたの施設の今年1年(平成22年9月1日から平成23年8月31日まで)の介護職員の入職者数を教えてください
正規職員 () 人 非正規職員 () 人
… 非正規職員は1日8時間勤務に換算して人数を出してください…
- 問11 今年1年(平成22年9月1日から平成23年8月31日まで)の介護職員の離職者数を教えてください
正規職員 () 人 非正規職員 () 人
… 非正規職員は1日8時間勤務に換算して人数を出してください…
- 問12 あなたの最終学歴を教えてください
1) 中・高校卒 2) 専門学校卒 3) 短大卒 4) 大学卒
5) 大学院卒 6) その他 ()
- 問14 あなたの取得している資格は何ですか。
(あてはまるものに全て○を付けてください)
1) 介護福祉士 2) ホームヘルパー1級 3) ホームヘルパー2級
4) ホームヘルパー3級 5) 介護支援専門員 6) 社会福祉士
7) 精神保健福祉士 8) 社会福祉主事 9) 保育士
10) 介護基礎研修修了者 11) その他 ()

II-1. 介護職員が介護業務を遂行する際に困難が生じる状況についてお伺いします。

- 問1 現在、腰痛等の身体的不調で休職している職員はいますか
1) いない 2) いる () 人
- 問2 現在、腰痛を訴えている職員の割合はどれくらいいますか
(仕事に支障をきたす程度の状態でお答えください)
1) いない 2) いる () 割
- 問3 過去5年間で痛等の身体の不調で休職した職員はいますか
1) いない 2) いる () 人
- 問4 過去5年間で痛等の身体の不調で退職した職員はいますか
1) いない 2) いる () 人
- 問5 現在、抑うつ状態で休職をしている職員はいますか
1) いない 2) いる () 人
- 問6 現在、抑うつ状態であると考えられる職員の割合はどのくらい
1) いない 2) いる () 割いますか

(仕事に支障をきたす程度で状態でお答えください)

- 問7 過去5年間に抑うつ状態で休職をした職員はいますか
1) いない 2) いる ()人
- 問8 過去5年間に抑うつ状態で退職をした職員はいますか
1) いない 2) いる ()人
- 問9 現在、妊娠中の職員はいますか
1) いない 2) いる ()人
- 問10 現在、産前産後の休暇を取得している職員はいますか
1) いない 2) いる ()人
- 問11 現在、育児休暇を取得している職員はいますか
ない 2) いる ()人 1) い
- 問12 過去5年間で産前産後休暇を取得した職員はいますか
1) いない 2) いる ()人
- 問13 過去5年間で、育児休暇を取得している職員はいますか
ない 2) いる ()人 1) い
- 問14 過去、産前産後休暇を取得した職員は今も勤務をしていますか
1) いない 2) いる ()人 (同法人への移動も含む)
- 問15 過去5年間に妊娠出産で退職した職員はいますか
1) いない
- 問16 腰痛などの身体的不調や抑うつ状態、妊娠出産以外の原因で介護業務が遂行することが困難になった職員はいましたか
1) いない 2) いる ()人
原因 ()
- 問17 介護業務ができない状態になった際に介護以外の業務への移動等措置を今までとられたことがありますか
1) いない 2) いる ()人 内 容
()

II-2. 介護職員が介護業務を遂行することに困難が生じた際、次にあげるような対応措置

- 問1 具体的な内容は決めていないが、介護業務以外の仕事へ異動
1) 全く必要でない 2) あまり必要でない 3) どちらでもない
4) やや必要である 5) とても必要である
- 問2 介護業務が比較的軽い法人内で異動 (特養からデイサービスへ異動など)
1) 全く必要でない 2) あまり必要でない 3) どちらでもない
4) やや必要である 5) とても必要である
- 問3 電話対応や来客の接客等の簡易な内容の事務業務への異動
1) 全く必要でない 2) あまり必要でない 3) どちらでもない
4) やや必要である 5) とても必要である
- 問4 厨房補助などの調理業務への異動
1) 全く必要でない 2) あまり必要でない 3) どちらでもない

- 4) やや必要である 5) とても必要である

問5 看護職の補助業務への異動

- 1) 全く必要でない 2) あまり必要でない 3) どちらでもない
4) やや必要である 5) とても必要である

問6 特に措置は取らない

- 1) 全く必要でない 2) あまり必要でない 3) どちらでもない
4) やや必要である 5) とても必要である

Ⅲ. 介護職が行う医療的ケアや事務業務についてお伺いします

問1 あなたは介護職員が一定の指導のもとにたんの吸引等の医療的ケアができるようになったことを知っていますか

- 1) まったく理解していない 2) あまり理解していない 3) どちらでもない
4) やや理解している 5) 十分理解している

問2 あなたは介護職員が痰の吸引等の医療的ケアを行うことについてどう考えますか

問3 あなたは看護師が本来行う医療的ケアの一部を介護職員が担うことについてどう考えますか

- 1) まったく理解していない 2) あまり理解していない 3) どちらでもない
4) やや理解している 5) 十分理解している

問4 あなたは介護事務管理士・介護事務士（介護報酬の計算事務を行う）という資格があることを知っていますか

- 1) まったく知らない 2) あまり知らない 3) どちらかという知らない
4) やや知っている 5) 十分知っている

問5 介護職が介護事務管理士や介護事務士等の資格を取得することは必要ですか。 1) まったく必要ない 2) あまり必要ない 3) どちらかという必要ない

- 4) やや必要である 5) 大変必要である

問6 あなたは、介護報酬を計算できる資格取得者を優先して採用しますか。

- 1) まったく優先しない 2) あまり優先しない 3) どちらかという優先しない
4) やや優先する 5) 大変優先する

問7 介護福祉がたんの吸引等の医療的ケアが可能になったことについてどう思いますか。

IV. 以下の質問はあなたにとって、次にあげる事柄が介護職の離職防止(定着率の向上)にとって①あなたはどのくらい重要と思いますか。また現状ではあなたの施設で以下の事柄は ②達成できていると考えていますか。		重要度					現在の達成度				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		全く重要ではない	あまり重要ではない	どちらともいえない	やや重要である	とても重要である	とても低い	やや低い	どちらともいえない	やや高い	とても高い
問1	給料が他の施設と比べ高いこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問2	介護福祉士や社会福祉士等の資格手当制度があること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問3	残業等が少なく、労働時間が短いこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問4	夜勤回数が少ないこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問5	妊娠中には夜勤に入らないで済むような体制が整っていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問6	妊娠中には入浴介助などの身体に負担のかかる介護業務から外すこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問7	産前産後の休暇を取りやすい雰囲気を作るための職員教育を行うこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問8	育児休暇や介護休暇を取りやすい仕組みを作っていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問9	介護福祉士取得のために支援体制を整えていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問10	管理職が経営理念や方針を常に職員に伝えていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問11	管理職研修によりリーダーシップの備えた中間管理職を育成すること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問12	管理職がこまめに介護職員にねぎらいの言葉をかけてること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問13	利用者のケア方針を検討する会議を定期的に行っていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問14	新人教員の研修体制を整えていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問15	介護職と利用者との関係が良好であること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問16	介護職間の関係が良好であること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問17	管理職と介護職の関係が良好であること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問18	利用者の要介護状態が軽いこと	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問19	医療ケアの必要なケースで介護職と看護職と連携が取れていること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
問20	忙しいときには職種を超えて介護職のサポートに入る体制があること	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

第4章 イギリスにおける介護施設経営 評価基準・監査方法および情報公表制度の展開と介護施設に対する影響

高知女子大学社会福祉学部 教授 長澤紀美子

I. 研究の概要

1. 研究の目的

イギリスにおける近年の介護施設に関わる政策動向、特に監査に関わる評価基準、情報公表制度の変化が介護施設(residential homes)経営にどのような影響を及ぼしたかを調査し、利用者の選択と施設経営に資する情報公表の設計について検討をおこなうことを目的とする。

2. 研究の方法

本研究は、①文献レビュー、②イギリスにおけるヒアリング調査、③調査結果のとりまとめと分析、の3段階により実施する。①では、イギリスおよび諸外国の介護情報の公表に関わる公文書、研究機関による報告書等を収集し、整理する。②では、イギリスにおける第三者機関CQC(Care Quality Commission)の担当者および、介護施設のマネージャーにヒアリング調査を行う。③では、情報公表の設計が事業者の行動や利用者選択に及ぼす影響について、①②をもとに考察する。なお、本報告でのイギリスは、特に断りのない限り、United Kingdom (UK)を構成する4ヶ国の1つであるイングランド(England)を指すこととする。

II. 研究の結果

1. イギリスにおける介護施設経営の概況

UK(United Kingdom)の2006年の高齢化率は15.9%(808万人)であり、わが国に比べ高齢化の進行は比較的緩やかである(GAD 2009)。しかし、2005年から2041年の間に65歳以上人口は1.8倍に、85歳以上人口は3.2倍(2005年の100万人から2041年の320万人)に増えると予測されている(Wittenberg et al.2008)。これは1946年から1951年、そして1960年から1966年の間に出生した2つの「ベビーブーマー」世代(「人口学的な時限爆弾」と呼ばれる)の高齢化により、後期高齢者が急増するためであり、それに伴う要介護高齢者の増加が懸念されている。さらに認知症の高齢者は今後30年で2倍になり、そのコストは3倍(年間170億から500億ポンドに)上昇すると推測されている(The King's Fund 2009)。今後の要介護高齢者の将来的な増加に向けた介護施設の整備と介護の財源問題(現在はNHSの医療(無料)と自治体社会的ケア(原則自己負担)に分断され、予算制約から、公費で補助を受けている65歳以上の高齢者は支援の必要な要介護高齢者の半数弱のみである)の解決が政策課題となっている。

最近の統計によれば、UKにおける介護施設(Care Homes;高齢者だけでなく、若年の身体障害者向けの施設も含む。以下も同じ)は、2010年4月時点で474,000床、過去5年間横ばいである。それ以前の10年間は施設の統合合併や公費支出削減の影響から、施設数・ベッド数は減少していたが、現在は、閉鎖による供給減の約2倍分が新しく登録した事業者

（殆どが民間営利事業者）のベッドであり、新たな供給が閉鎖を上回り、施設数の減少に歯止めがかけられた。（“Laing and Buisson, 2010, Care of

Elderly People; UK Market Survey 2010-11”による。以下も出典は同じ）。

介護施設市場の総費用は140億£であり、民間営利が99億（71%）、非営利が19億（14%）、公立が22億£（16%）を占めている。イギリスでは1980年代に民間介護施設の入所費用に国庫扶助を利用することが可能となったため、民間営利部門の介護施設が急増し、現在でも民間営利部門が多数を占めている。公立施設は最もベッドあたりの単価が高く、週あたりベッド単価が824£、他のセクターの平均445£と比べ、約2倍近くあり、コスト高が自治体の直接供給を減らす動きに拍車をかけている。なお介護施設の平均的なベッド稼働率は89%（2010年3月）である。

UK全土での施設入所者は418,000人（2010年4月）で近年横ばい傾向を示している。内、民間施設入所者が382,000人（91%）、公立施設（NHSの長期入院病棟、ナーシングホーム、公立レジデンシャルホーム）は36,000人（9%）である。418,000人の入所者のうち、認知症高齢者は248,000人（59%）を占めている。なお、民間の介護施設では圧倒的に営利部門の事業者のシェアが高く、営利が85%、非営利が15%である。民間営利施設の入所者の4割が自己負担であり、残りが自治体による公費支出やNHSによる無料の看護ケア（ナーシングホームなど）の受給者である。介護施設のコストの急増により、自己負担者の料金は上昇しているものの、公費から支払われる報酬は低下しており、公費負担の入所者に対する利益率は施設経営の維持に必要な2.1%に満たず、平均0.8%しかない。

さらに民間営利施設の55%が3つ以上の施設をもつ「大規模事業者」であり、その内4大チェーン（Southern Cross Healthcare Group, BUPA Care Services, Four Seasons Health Care, Barchester Health Care）で23.7%を占めている。民間営利部門の残りの45%が独立型の単一の小規模施設である。

2010年に成立した保守党・自民党の新連立政権は、厳しい歳出削減に取り組んでおり、今後、自治体の社会的ケア部門が負担する介護予算のさらなる縮小も予想される。以上のように民間営利部門が主体である介護施設では、自治体からの報酬の削減傾向から効率的な経営が求められるとともに、以下に示す全国的な第三者機関からの監査並びに自治体からの監査（公費負担入所者を受け入れている施設）の二重の監査を受けなければならない、自己評価を含む施設のマネジメントサイクルを機能させ、潜在的利用者（特に利益をもたらす自己負担の入所者）から選ばれる施設づくりが求められているといえる。

2. 介護施設に関わる監査基準・監査方法・情報公表制度の歴史的展開

(1) 2000年ケア基準法による全国最低基準（NMS）

イギリスの社会的ケアの領域では、高齢者入所施設に係る1984年の「登録ケアホーム法」とそれに基づく「レジデンシャル・ケア・ホーム規則」および実際のケア基準である「施設ケアの実践綱領」の公表を始めとして、ケア基準の改訂や登録・監査方法の見直しが頻繁に行われてきた。また1990年に制定された「NHSコミュニティケア法」によるコミュニ

ティケア改革に伴う、民間営利部門の事業者の急増が質の低下の問題を招いたことから、質の監視システムの検討が積極的になされるようになった（岩間 2005）。

基準の見直しに重要な役割を果たした1996年のバーグナー報告(Burgner Report)では、法規に基づくケア基準（全国的に統一され、かつサービスの範囲や提供主体の違いを超えて適用できる基準）の設定の必要性が提言された。

さらにブレア労働党政権成立後に福祉領域としては初めて公表された1998年の白書「社会サービスの近代化」(Modernising Social Services)では、社会的ケアにおける第三の道を「ケアの提供者中心から、利用者と介護者や家族が経験するサービスの質と達成されるアウトカムに確固たる焦点を置くこと」と説明し、利用者の視点からみたサービスの質とアウトカムの達成を提唱した（DH 1998）。

その後、2000年ケア基準法に基づき全国ケア基準委員会(National Care Standards Commission、NCSC)が設置され、事業主体（公立・民間）にかかわらずケアの規制（登録・監査）の一元化、登録・監査対象の拡大（在宅事業者の登録・監査の開始）、法規（ケア基準法および規則：抽象的）と全国最低基準（National Minimum Standards：サービス別・具体的）による基準の全国統一と遵守の要請が実施された。

NMSの各項目は、「アウトカム」（利用者にとって望ましい状態）という名称で質的に記述され、そのアウトカムを達成するための根拠となる状態を示す「基準」(Standards)から構成される。例えば、高齢者介護分野での、高齢者ケアホーム最低基準（National Minimum Standards; Care Homes for Older People, 3rd, ed, 2003）は、7領域38項目から構成される。7領域とは、①施設の選択、②医療・個別ケア、③日常生活、④苦情・保護、⑤生活環境、⑥職員の配置、⑦管理・運営である。このNMS自体には法的拘束力はないが、2003年度の改正により、質の低い事業者に改善計画の提出が義務化され、従わない場合には起訴・登録抹消等の是正措置が採られることとなった。そのため事業者は実質的にNMSの遵守を求められているといえる。

一方で、NMSやそれを管轄するNCSCの課題として、①「アウトカム」重視としつつも、プロセス中心の項目である（一部は「構造」面での項目も含む）、②最低基準であるものの構造面の基準が厳格で達成が困難な施設が多い（柔軟性に欠ける）、③質の確保（虐待防止等）に実効性が乏しい等の批判があった。たとえば、②についてはNMSの実際の適用は2002年4月からであったが、多くの基準が2007年まで猶予され、構造面の基準の適用が難しいとする業界団体の反発により環境に係る条件が修正された（例えば、2007年迄80%を個室化するという条件を2002年8月時点での平均個室割合を維持するという条件に緩和した）。

（2）2008年医療社会的ケア法による「質と安全に関する基本的基準」

NCSCは、2004年より、CSCI(Commission for Social Care Inspection)へ機能を移行したが、CSCIはNMSを調査し、現行のNMS基準が利用者に係わることに焦点化されていない、柔軟性に欠けることを報告した（CSCI 2005）。さらに、公共サービス全般にわたる監査

の包括的な見直しが提言された。それらを受けて、2006年度から、福祉サービスにおける監査の方法も大幅に改訂されることとなった。

具体的には、①リスクに比例した監査の柔軟化（「主要監査」についてリスクが高い施設には監査の頻度を年数回と重点的におこない、リスクが低い施設には監査の間隔を2～3年に1回とする）、②基準を7つのアウトカムに再編（7つのアウトカム・グループごとに記述的評価を作成し、その総合的な判定を4段階をおこなう3つ星評価を2008年から採用した）、③認知症ケアに対応した、訓練を受けた評価者による観察的評価（Short Observational Framework for Inspection, SOFI）の導入、④自己評価の義務化（年次クオリティ・アシュアランス評価の提出を事業者に義務化）、⑤基準に対応する法規を確認できる指針の公表（2007年）と制裁の強化（是正措置を段階的に設定し、法令遵守違反について段階的に対応する）である（長澤2010）。

以上の改革と並行して、初めて保健医療サービスと福祉サービスの両方の領域において登録・監査をおこなう規制機関であるCQC(Care Quality Commission)の設置を内容とする‘Health and Social Care Act 2008’が2007年11月に国会に上程され、2008年7月に成立した。2009年4月よりCQCが事業を開始するに伴い、2010年9月末には既存のシステム（NMSによる登録・監査、3つ星評価）が終了し、2010年10月から社会的ケア事業者は、NMSに代わる新しい基準「質と安全に関する基本的基準」により評価されることとなった。

「質と安全に関する基本的基準」の特徴は、①各基準が法規と直結している（基準の遵守が法令遵守(コンプライアンス)となる）こと、②医療と福祉サービスに共通の基準であることから、特に「質」と「安全」に焦点を当てていること、③利用者のアウトカムを重視していることの3点である。具体的に「質と安全に関する基本的基準」のガイドラインをみると、法的規定、利用者のアウトカム、促し(Prompt)（一般的促し・サービス種別ごとの促し）、関連法規、リスクの判断から構成されている。つまり、各基準が2008年医療・社会的ケア法に基づく2009年規則および2010年規則に準拠し、規則の各条に評価項目が対応している。

また上記の特徴③のアウトカムの達成については、新たな基準では「促し」により、基準の柔軟な適用と事業者の創意工夫を促している。そこには、事業者が一定のアウトカムに到達できれば、そのためのプロセスは問わない、という考え方が背景にある。NMSではプロセスが「基準」であり、厳格な遵守が求められていたのに対し、2010年基準では、「促し」はアウトカムを達成するための参考にすぎない。従って「促し」を使用しない場合は、他のやり方によって基準を遵守し、利用者ニーズを充足していることを証明する必要がある。ここでは、「促し」の活用によって革新的な実践の推進が目指されている(CQC 2010)。

この「促し」が必要である背景として、2つの理由が考えられる。1つ目には、以前の施設・在宅のサービス毎に設定されていた全国最低基準（NMS）と異なり、医療および福祉領域の基準を一元化した新しい基準は、サービス毎に具体化されない、多様なサービスに適用する概説的な説明であるため、個別のサービス毎の「促し」が必要であること、2つ目には、施設ケアや在宅ケアに加え、ダイレクト・ペイメントなどの現金給付による利

用者に直接雇用された親族や知人によるケアの組合せなどがある中で、ケアの提供様式の多様化が求められ、従来のように画一的なケアの提供プロセスを特定し、そのプロセスを基準とすることは難しくなっているためである。

2010年10月から、全ての事業者は、法定サービスの事業についてこの「質と安全に関する基本的基準」によるCQCの最登録を受けることになった。その際に基準が満たされていない場合、「条件付登録」となる（明確な改善計画と期限を求められる）。また、この基準自体には、NMSと同様に法的拘束力はないが、法令遵守の判断に際し、アウトカムと促しが勘案されることになる。

（3）連立政権以降のCQCの役割の変化

2008年度から事業者に対して実施されるようになった格付け評価は、格付けが事業者のサービスの質を正確に反映していない、との批判を受けて（政権交代する以前であるが）、2010年に廃止された。

さらに、2010年の連立政権成立以降は、公共サービスに係わる様々な監査機関の機能の縮小や改編が進められた。CQCは、それまでのCSCIの機能にはなかった民間病院の規制も対象とし、医療から福祉領域に渡る多種のサービスの規制を一括しておこなうことになったが、その規制の内容は、CSCI時代の「監査」によって質の改善を促す役割から、質の最低限を示した「質と安全に関する基本的基準」に基づき事業者を「登録」し認可することにより、最低限の質を担保する役割へと変化した。

また、従来自治体および事業者に対しおこなっていた評価の柔軟化（業績結果と監査の間隔をリンクさせ、業績のよい場合は3年に1回の監査とする）も中止されることになった。それは従来のように業績評価の結果と監査を連動させようとする、予算や人員が必要であり、CQCが統合により約3分の1の予算が削減された背景から、監査の仕組みを簡素化する必要があるという経済的理由によるものである。

CQCは引き続き、事業者に対し、強制的権限をもつ（法令遵守がなされていなければ、通告、罰金、それでも改善されない場合は、裁判で訴追もおこなう）。そのために裏付けとなるデータについて、CQCの担当者は、急性期病院については存在するが、他のサービス（民間営利・非営利の病院、成人社会的ケア、NHSコミュニティケア）については、情報が十分でないために、今後年1回現地訪問調査を行う、と回答した。

以上のようなCQCの機能の改変等を含む、NHSソーシャルケア2010年度法案（Health and Social Care Bill 2010-11）が国会で審議中であり、今後CQCの機能がどのように運用上変化していくかは継続的に注視する必要がある。

3. 事業者に対するインタビュー調査の結果

○聞き取り調査の概要

- ・日時：2011年8月9日
- ・場所：Woodhorn Park Care Home (Ashington, Northumberland)

・インタビュー対象者と管轄業務

① Steven Phipps (Regional Operations Manager) 法人の地域オペレーショナル・マネジャー

② Vivian Morris (Manager of home) 施設長

○対象施設 (Woodhorn Park Care Home) について

・イギリスの4大民間営利介護事業者の1つであるBarchester Healthcareグループが経営する老人ホーム(residential home)。Barchester Healthcareは、1993年に最初の施設の運営を開始し、現在ではイギリス(UK)全土で200以上の施設や在宅ケア機関を運営し、10,000以上の利用者を抱える、国内でも有数の民間営利ケア事業者の1つ。高齢者ケアでは老人ホーム、ナーシングホーム、デイケアなどを運営し、その他にも身体障害者や自閉症利用者のための施設や病院も経営している。

・Woodhorn Park Care Homeは認知症等の症状をもつ高齢者のための入所施設(residential home)であり、60床の施設である。公表されている最も新しい2009年のCSCI(Commission for Social Care Inspection)の監査によると3つ星(Excellent)の評価を受けている。自己負担入所者の費用は週あたり£444.00から£564.00である。

○近年のCQC(以前はCSCI)による監査制度の変化(以下は施設経営者への聞き取り結果)

- ・現在の監査(施設の評価)制度はここ数年改悪されている。以前は年2回の監査が義務化され、2回の内1回は抜き打ちで行われていた。現在は、よい(Excellent)(3つ星評価の4段階の最も良いランク)に認定されれば、2~3年に1回である(監査の柔軟化)。経営者の交代等により施設のケア水準は変わることがあるため、監査の間隔が空くと質を継続的に担保できないと考えられる。
- ・現在の監査のしくみ(監査の柔軟化)は、理論上は正しいかもしれないが、現実には適合していない。実際には予算削減により、CQC等の監査機関が職員を減らし、訪問調査員(監査官)(inspector)を減らしている。そのため、以前に比べ書類審査の比重が高くなっている。書類の作文能力によって評価が左右されることになり、このような監査では入居者の家族に対し、十分な説明責任を果たせない。
- ・監査官の職種は、以前は看護師、元施設長(マネジャー)など、施設の経験のある専門職であり、監査は、そのような専門職から学ぶことができる、肯定的な学習の機会であった。現在では監査官は専門職とは限らず、様々なバックグラウンドの人がいる。そのため、監査者との常識の共有が難しい。
- ・以前の監査は2日間行われ、入居者や家族から直接話を聞いたりする時間も多かった。しかし、現在では監査にかかる時間は5~6時間となり、朝10時に訪問し夕方17時には終了している。またCQCは夜間の監査や、抜き打ちの監査はおこなっていない。
- ・監査は有料。CQCには毎年登録のための費用として50万£支払っている。

○CQCの監査と自治体の監査

- ・ CQCと自治体は異なるプライオリティ、異なる基準によって監査を行っている。しかし、監査の内容は重複している。
- ・ 現在、サービスを利用している95%の高齢者が公費による支払いの該当者で、残り5%が私費で支払いをしている。公費により支払いがされる利用者がいる場合、必ず自治体の監査を受けなければならない。
- ・ CQCの基準は法的基準であり、それを遵守しているかどうか問われる。自治体の基準は自治体と事業者との契約に基づいており、CQCのものに比べ、内容は詳細である（たとえば、サービス開始後の2日後に報告が必要等の条件がある）。Barchester Healthcareは、この地域（Northumberland）全体で11施設を運営しており、7つの自治体に分散している。自治体ごとに異なる基準が設けられているために、監査への対応が複雑化している。
- ・ 監査官により得意分野があり、それに焦点を当てたがる傾向がある。そのように監査官一人一人の主観的判断にゆだねられている部分が多い。

○基準の変化と監査手続きの変化

- ・ NMS（National Minimum Standard）から「質と安全基準」へと基準が変更され、医療により重点化したものになったが、実際にはあまり変化していないのではない。ただし、以前のNMSの方がより判断しやすい基準であり、現在の方がより多くの書類を要求されるようになった。
- ・ 現在は、CQCから施設に電話があると、その5日後に16のコア基準について、書類を提出しなければならない。さらに電話の6週間後に訪問調査が入る。短期間で多くの書類を準備しなければならなくなったため、施設の自己評価と監査に対応した研修を法人で行っている。
- ・ 法人グループはもともと医療機関（民間病院）ももっていたために、新しい医療機関と共通した「質と安全基準」への対応もしやすかった。また法人には高齢者ケアだけではなく、身体・知的障害者などさまざまな種別の施設が全国に200以上あるため、ベストプラクティスの共有を図るとりくみも進めている。

○施設の自己評価と（監査のための）法人研修

- ・ CQCや自治体の監査に備え、書類を日ごろから準備するとともに、法人の中で月1回監査を行っている。たとえば、先週午前2時に、施設長が施設を訪問し、（職員には知らせずに）抜き打ち監査をおこない、夜間の施設の状況を確認した。他の法人や施設はそこまでやっているとは限らない。
- ・ 法人の登録担当責任者（Head of registration）がCQCのリエゾン・オフィサーと月1回情報交換等の機会をもっている。

- ・ 法人の中に元監査官を4名、監査機関の元管理職員を3名雇用し、基準の変化や監査制度の変化について、いち早く法人理事会に知らせ、職員に周知を図っている。
- ・ 法人内でマネジャーに対しては、CQCの監査にどのような書類を提出すべきか、どのような指導がされるか、基準の内容等について、3日間の研修を行っている。既に管轄地域の11施設の中で2施設がCQCの監査を終了している。
- ・ 定期的に、11施設のマネジャー（施設長）会議を行っている。マネジャーには、元看護師、ソーシャルワーカー、等様々な職種があり、それぞれの専門職の視点を活かして話し合う。優れた看護師のマネジャーをえることはどの施設でも難しい。
- ・ 家族への満足度調査も年1回独自におこなっている。通常およそ60%の家族が回答する。同じ質問項目を専門職である施設職員にも回答してもらう。これらの回答結果を法人本部で分析し、報告している。

○3つ星評価の廃止と今後の方向性

- ・ 従来の3つ星（格付け）評価は、4段階の判定（excellent-good-adequate-poor）に修正された。3つ星評価の判定の際は、評価機関の評価と自治体の評価を統合した。CQC評価を30%、残り70%を自治体評価として評点に加える（例えば、CQC評価が excellentの場合30%、goodの場合20%等として点数化する）。自治体評価は、施設との契約に基づき、ケアプランが適切に策定され見直しされたか、職員の配置等について判断し、最終的に残り7割分として点数化される。しかし、CQCの4段階評価が廃止されたために、現在は両者の評価を統合できなくなった。
- ・ そのような従前の判定方式を廃止し、新政権は新しいシステムに置き換えようとしている。しかし、対案が確定しているわけではなく、今後の方向性は明らかではない。
- ・ 現在の案では、CQCが最初に事業所の登録を行い、次にCQCによりgoodと認定・登録された施設が excellentの評価をえるためには、外部の民間監査機関に費用を支払い審査を受けるという提案がある。しかし、それができる団体があるのか、監査官としてどのような人が想定されるか、示されておらず、現実的ではない。本来既存の制度を廃止する前に対案を示すべきだが、それが無いまま廃止にしたことに問題がある。

○事業者にとって望ましい情報公表

- ・ 利用者・住民に情報を提供する際は、シンプルなものにすべきである。事業者には詳細な報告書が必要だが、利用者・住民が施設を選ぶ際には簡単でわかりやすいものがよい。その意味では3つ星（格付け）評価や4段階評価はわかりやすい。
4. 考察：情報公表から情報活用へ：Patient Opinionの取り組み

2010年に成立した新連立政権は、” Building Big Society” (Cabinet Office 2010)の

中で、中央政府から地域（地方自治体、コミュニティ）へ、また公から民（協同組合や社会的企業）への権限移譲を進めるとともに、政府のもつあらゆるデータを定期的に公表し、市民に活用されるようにすると宣言した（例えば、警察が地域の犯罪統計データを毎月公表させ、自分の近所の犯罪に関する情報を入手しやすく、警察が取り組みの成果の説明責任を引き受けるようにする、などが例に挙げられている）。さらに公共部門の情報公表については、白書”Open Public Services”（2010）の中で、以下の5つの原則が掲げられた。

- ①選択「どんな場合でも選択を増やす」
- ②分権化「権限は最も低い適切なレベルに分権化される」
- ③多様性「公共サービスは多様な供給者に開放されるべきである」
- ④公平性「公共サービスに公平なアクセスを保証する」
- ⑤アカウンタビリティ「公共サービスは利用者と納税者に説明責任を果たす」

その中で、福祉や医療のような個別サービスは、個人予算制度を活用して①の選択をとりわけ進める方向性が示されている。

しかし、医療については既に、非営利という形であるが、UK全土の医療サービスに関する患者や医療機関が意見を交換する場がある。それが”Patient Opinion”である。

Patient Opinionとは、2005年に創設されたサイトで、独立非営利機関が政府と協力して運営する、UKの医療サービスに関わるフィードバックができる主要なプラットフォームである(<http://www.patientopinion.org.uk/info/about>)。

そのしくみは、医療サービスを利用した患者が自らの経験を投稿し、投稿した情報が以下の4段階のプロセスのどの段階を進行しているのかが示され、各々の段階の情報がネット上で公開される。①患者が医療サービスを利用した経験（ストーリー）をネットやツイッター・フェイスブックなどを通して投稿し、シェアする（第1段階）。なお、ユーザーは同じ医療機関や同じ疾病で同様の経験をした患者の話が集積されたものとして読んだり、医療機関や疾病ごとに検索することもできる。②医療機関の職員がそのストーリーを読んだ場合に第2段階の印がつく。③医療機関職員から最初に投稿した患者は返事を（ネット上で）受け取る（第3段階）。④患者のストーリーから医療機関でサービスの変革が生まれる（第4段階）。

現在150以上の医療機関がこのサイトを「購読」し、患者からの意見（賛辞や苦情・批判など）に返答し、必要な場合は意見に対応している。

このようにこのサイトは、患者がまず発信し、患者と医療機関の双方向型のコミュニケーションを可能にし、医療サービス改善のプラットフォームとして活用されている。これは、ソーシャルメディア時代におけるオープンガバメント論、「Gov. 2.0」等の医療における適用といえるだろう。

オープンガバメント論とは、政府は場（プラットフォーム＝自由な開かれた討論空間）だけを設けて、情報を透明化し、それをユーザーが共有して主体的に参加することを促すものであり、透明性、市民参画、官民の連携を三原則とする（塚越 2011）。このようなネットを介しての患者主体の発信と医療機関・職員らとの情報・意見の交換（相互に異議

申し立ての自由をもつ）は、パターンリズムに陥りやすい医療現場で、また生の声として拾うことが難しい患者の経験に基づく実感としての情報を集積し、サービスの改善に役立てることが可能なのではないだろうか。

イギリスNHSの医療現場においては、2003年度から本格的に患者・市民参画政策（Patient and Public Involvement:PPI）が導入され、2008年にはそれが市民・患者経験と関与政策（Public and Patient Experience and Engagement:PPE）に改められ、医療機関にはサービス計画・供給に患者・住民を体系的に関与させなければならない法的義務が強化された。しかしなお、2010年にはStafford病院で2005年から08年までの間に1,200人の患者が医療過誤や職員のネグレクトから不要な死を強いられたことが発覚し、従来進めていた医療機関の情報提供のあり方も見直しを迫られている。情報の見える化にあたっては①情報公開が不十分、②情報が殆どアクセスされない、という課題がある（藤沢 2011）。医療機関や介護施設での情報公開、あるいは制度的に設けられた情報公表が一方通行にとどまらず、患者・利用者（家族や潜在的な利用者も含む）の知りたい情報が（アクセスしやすい形で）公開されているか、アクセスされ活用されているか、という視点は重要である。必要な情報が透明化され、課題に関する情報の共有化され、患者・利用者が参加でき、その意見を現実のサービスの計画化や改善、ひいては施策に反映させるしくみを作ることは利用者主体のサービスを構築するひとつの手段となりえると考えられる。

http://www.patientopinion.org.uk/ Patient Opinion New Tab

File Edit View Favorites Tools Help

Google eg 検索 メール 詳細 ログイン 設定

Patient Opinion
Every voice matters

An independent site about your experiences of UK health services, *good or bad*.
We pass your stories to the right people to make a difference.

[More about Patient Opinion](#)

Home **Tell your story** About us

Search Search for a place, service, condition...
eg Leeds General Infirmary, heart surgery, depression

We believe that patients' feedback - *good* or *bad* - is essential to improving UK health services.

Tell us what was good and what could be improved, say thanks or call for change - we'll pass your stories to the people in the health services who can make a difference.

[Tell your story - Make a difference](#)

Featured stories [View latest stories](#)

"It would seem that being *prejudged* by the ambulance crew led to *hostility* from A+E staff."

STORY HAS A RESPONSE
experienced by 1 other

Who's listening to your stories?

34,534 stories told

2:23 2011/12/17

http://www.patientopinion.org.uk/ Patient Opinion New Tab

File Edit View Favorites Tools Help

Google eg 検索 メール 詳細 ログイン 設定

Featured stories [View latest stories](#)

"It would seem that being *prejudged* by the ambulance crew led to *hostility* from A+E staff."

STORY HAS A RESPONSE
experienced by 1 other

Who's listening to your stories?

34,534 stories told
1,573 staff listening
208 stories have led to changes

What are people saying about health services?

What's good?

- staff
- hospital
- good care
- good service
- excellent care

What could be improved?

- appointment
- information
- doctor care
- hospital
- communication

How do people feel about their experiences?

amazing Dignity **fantastic**
Feeling **friendly** grateful

STORY HAS A RESPONSE
experienced by 2 others

STORY HAS A RESPONSE
experienced by 1 other

CHANGE MADE

http://www.patientopinion.org.uk/opinions toilet."

2:25 2011/12/17

Ⅱ. 資料編

表 1. イギリス 全国最低基準 (NMS) 高齢者ケアホーム版

大項目	番号	主要基準	基準	小項目
1 施設の選択	1		情報	3
	2		契約	2
	3	○	ニーズ・アセスメント	5
	4		ニーズの充足	4
	5		試行的な訪問	3
	6	○	中間的ケア	5
2 医療および対人ケア	7		サービス利用者計画	6
	8	○	医療的ケア	13
	9	○	投薬	11
	10	○	プライバシーと尊厳	7
	11		末期と死	12
3 日常生活および社会的活動	12	○	社会的接触と活動	4
	13	○	コミュニティとの接触	6
	14	○	自律性と選択	5
	15	○	食事と食事時間	9
4 苦情および保護	16	○	苦情	4
	17		権利	3
	18	○	保護	6
5 環境	19	○	建物	6
	20		共有設備	7
	21		トイレおよび洗濯設備	9
	22		改造と福祉機器	8
	23		個人の居室：面積の要件	11
	24		個人の居室：家具・調度類	8
	25		サービス：暖房と証明	8
	26	○	サービス：衛生と感染予防	9
6 職員	27	○	職員配置	7
	28	○	資格	3
	29	○	採用	6
	30	○	職員研修	4
7 マネジメントおよび運営 (アドミニストレーション)	31	○	日常の業務運営	8
	32		エートス	8
	33	○	質の保証 (Quality Assurance)	10
	34		財務手続き	5
	35	○	利用者の金銭	6
	36		職員へのスーパービジョン	5
	37		記録	3
	38	○	安全な業務実践	9
主要指標数	21		小項目数	248

表 2. 3 つ星評価の条件と監査の頻度（2008～2010 年）

星の評価	判断の条件	主要監査の頻度
☆☆☆ 3 つ星 Excellent	サービスが完全ではなくても、かなり良好で、良くマネジメントされており、高い業績結果を持続している機関(ABCD の条件を兼ねる) A. アウトカムグループが 1 つでも Poor であれば 3 つ星にならない B. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Good より上 C. アウトカムグループの半分以上が Good か Excellent D. 良い業績が持続していることを前提とするため、登録後最初の主要監査では Excellent となりえない	最低 3 年に 1 回
☆☆ 2 つ星 Good	いくつかの Excellent のアウトカムをもっている場合もある (AB の条件を兼ねる) A. アウトカムグループが 1 つでも Poor であれば 2 つ星にならない B. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Good より上 C. アウトカムグループの半分以上が Good より上	最低 2 年に 1 回
☆ 1 つ星 Adequate	いくつかの Good あるいは Excellent のアウトカムをもっている場合もある (AB の条件を兼ねる) A. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Adequate より上 B. アウトカムグループの半分以上が Adequate より上	最低 1 年に 1 回
星なし Poor	いくつかの Good あるいは Excellent のアウトカムをもっている場合もあるが、おおむね業績は低い。安全なサービスとは認められない。 A. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野で 1 つ以上のアウトカムグループが Poor、もしくは B. 1 つ星～3 つ星の上の規定に該当しない	年 2 回

表3. 年次クオリティ・アシュアランス評価の項目（2007年10月改訂版）

（CSCI、Annual Quality Assurance Assessment; Care homes for older people、Part1:Self Assessment、Part2:Data Set、2007）

第1部 「自己評価」

1. 利用者の意見 （利用者の意見をすくいあげ、活動に反映するためにおこなっていること／利用者の意見を基におこなったサービスの変更や今後変更する予定のこと）	
2. 公平性と多様性 （民族、性、同性愛志向、障害、年齢、宗教、信念等の多様性について配慮しおこなっていること／公平性と多様性を促進するためにおこなったサービスの変更や今後変更する予定のこと）	
3. 改善への障害 （過去12ヶ月に改善したいと考えた程改善できなかったこと／これらの障害の影響を縮小するためにおこなったこと）	
4. 費用に対する効果（バリュー・フォア・マネー） （バリュー・フォア・マネーを実現できていると考える理由）	
アウトカムグループ 1 施設の選択 2 医療および対人ケア 3 日常生活および社会的活動 4 苦情および保護 5 環境 6 職員 7 マネジメントおよび運営	各グループについて記述する ・できていること ・できている証拠 ・改善が必要なこと ・過去1年間にどのように改善したか ・次の1年間の改善計画 全体の要約 ・できていること ・過去1年間にどのように改善したか ・改善が必要なことと、それをどのようにおこなっているか
追加的情報 利用者に関する個別情報（社会的ケア監査委員会の方が利用者調査等をおこなう場合に必要とする情報）	

第2部 「データ・セット」

1～6 職員 人数・配置・シフト・離職者数、資格と研修、職員の年齢・性・民族、雇用時の犯罪歴の審査
7～17 サービス 機器のメンテナンス、危険物、投薬、感染症コントロール、各手順に関する方針・手続き・マニュアルの有無と最後に見直しされた月日、利用者の人数（入所・退所・短期入所者数）、（重度の）介護ニーズをもつ利用者数（寝たきり、認知症、失禁、入浴介助等）、利用者に関する情報（性・民族・宗教・性的志向等）、苦情や保護を受けた利用者数・死亡者数、利用者の契約（公費または自費）、ケアとサポート（自治体や医療機関との連携）

表4. 「質と安全に関する基本的基準」（‘Health and Social Care Act 2008’に基づく）

大項目	アウトカム No.	基準	コア 基準*	2010年 規則** による基 準	2009年 規則*** による基 準
1 関与と 情報	1	利用者の尊厳と関与	○	17	
	2	ケアと治療への同意	○	18	
	3	料金			19
2 個別ケ ア・ 治療・支援	4	利用者のケアと福祉	○	9	
	5	栄養的ニーズの充足	○	14	
	6	他の事業者との協働	○	24	
3 保護と安 全	7	利用者を虐待から保護する	○	11	
	8	清潔さと感染症のコントロール	○	12	
	9	投薬管理	○	13	
	10	建物の安全性・適切さ	○	15	
	11	器具の安全性・利用可能性・適切さ	○	16	
4 職員配置 の適切さ	12	労働者に関連する要件	○	21	
	13	職員配置	○	22	
	14	労働者への支援	○	23	
5 質とマネ ジ メント	15	目的の陳述			12
	16	供給するサービスの質の評価とモニタリング	○	10	
	17	苦情	○	19	
	18	利用者の死亡に関する届け出			16
	19	精神保健法1983年法による拘留された、または拘留の 対象となる患者の死亡または無許可の不在に関する 届け出			17
	20	他のインシデントの届け出			18
	21	記録	○	20	
6 マネジメ ントの適切さ	22	事業者が個人またはパートナーシップである場合の要		4	
	23	事業者がパートナーシップ以外の団体である場合の要		5	
	24	登録マネジャーに関する要件		6	
	25	登録専門職の研修		7	
	26	財務状況			13
	27	不在に関する届け出			14
	28	変更に関する届け出			15

(CQC 2010, “Essential Standards of Quality and Safety” より)

(2010 年・2009 年規則のNo.は各規則の当該基準の項の番号を示す)

* 28 基準のうち 16 基準で、ケアの質と安全に最も直接的に関わっているもの；事業者はこれらのアウトカムを充たしている証拠を持たなければならない。（これら 16 基準は経時的にコンプライアンスのチェックがなされる）。一方、コア基準でない残りの 12 の基準は、日々のサービス運営に関わり、運営が適切に行われているかの確認項目であるが、何か懸念がある場合にのみチェックされる。

** Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010 (2010 No. 781)

*** Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009 (2009 No. 3112)

表5. アウトカム7「利用者を虐待から保護する」

A 法的規定*

2010 No.781規則 (Health and Social Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010)

第4章第11条

【1】登録(事業)者は、サービス利用者が虐待のリスクから保護されることを保障するための適切な調整をしなければならない。それは次のような手段による;

(a) 虐待の可能性と特定し、その発生を予防するための合理的な段階を踏むこと

(b) 虐待の申立てについて適切に応答すること

【2】法定サービスを実施する上であらゆる形式のコントロールや拘束が行われる際には、登録(事業)者は、そのようなコントロールや拘束のリスクが(a)違法の、(b)その他過度なものにならないよう、利用者を保護するための適切な調整を行わなければならない。

【3】【1】の項の「虐待」とは、サービス利用者に関するもので、以下を意味する。

(a)性的虐待

(b)身体的・心理的な不適切な扱い(ill-treatment)

(c)金銭及び財産の窃盗・悪用・業務上横領

(d)危害を及ぼす、あるいは損害を与える可能性があるネグレクト及び怠慢の行為

B 利用者のアウトカム(利用者が経験すべきこと)*

・利用者は虐待、あるいは虐待のリスクから保護され、人権が尊重され、弁護される。

これは規則を遵守している事業者が以下のようなことをするためである。

サービスにおける虐待の特定や発生からの予防のための措置を講ずる。

虐待が発生したまたは発生のリスクがあると疑われる際に適切に対処する。

虐待から利用者を保護する政府の指針や地域の指針が全ての職員にアクセスでき、実行に移されることを保証する。

拘束を行う際は、いつもその人に適切な、合理的な、適当な、正当と認められることを保証する。

デスカレーションまたは抑制は、尊厳が尊重され、人権が保護されるように使われ、できる限り利用者の好みを尊重する。

利用者の多様性、信念、価値が、保護に関する懸念の特定、予防、対応にどのように影響するかを知

利用者のあらゆる行動の否定的な影響から他者を保護する。

それが利用者の最善の利益の1つであり、成年後見法2005に基づいている際には、適用できる限り、「自由の剥奪からの保護策」を活用する。

C 促し(Prompt)** (共通)

・虐待の兆候や申立てを特定し、対処する有効なプロセスがあるか?

・職員は何が虐待や拘束にあたるか理解しているか?

・虐待の兆候や申立てに職員は適切に対応しているか?

・虐待が発生する前に防止する、及び発生後に更なる虐待のリスクを最小限にする、有効なプロセスがあ

・職員は、どのような拘束であれば使うことができ、どのようなものはできないか、またどのようにそれを使うかという条件を理解しているか?

・拘束が利用される際に、それが安全で法に基づき、過剰ではないということを後に確認するプロセスがあ

・虐待からの保護及び拘束のシステムは、国の指針(No Secrets 等)と成年後見法2005及び精神保健法倫理綱領(政府及び専門家向け)を考慮に入れているか?

・虐待の申立てを行った人が尊重され、支援されているか?

D リスクの判断基準** (利用者への影響)

低い 適切なレベルが使われているが、拘束に対して利用者が好む技法が使われていない。

虐待を経験した利用者が支援を受けていない。

中程度 微妙なレベルの虐待を受けた人が、職員に認識されていない。

拘束されている間、利用者の尊厳が維持されていない。

虐待を報告した人がすぐにその状況をやめさせていない。

利用者が職員に金銭や所持品を貸している、それは職員が依頼したり、それが起こるような状態を招いたためである。

高い 兆候が認識されないために、利用者が長期的間、虐待を受けている。

虐待を報告した人がその懸念に対して取り組みがされていない。

拘束されている間、危害を加えられた(最も適切な手段が使われなかったために)。

利用者が、彼らにリスクを引き起こす他人と一緒に場所に置かれる。

利用者が職員に金銭や所持品を与えるように圧迫を受ける。

第5章 地域包括支援センターにおける地域マネジメントに関する調査研究事業

静岡県立大学経営情報学部 講師 東野定律

I. はじめに

1. 研究の背景

2012年の介護保険制度改正では、未曾有の介護及び医療サービス需要の増加をふまえた総合的な提供システムである「地域包括ケアシステム」の構築が明言された。ここでいう「地域包括ケアシステム」は、2010年の「地域包括ケア研究会報告書」で日本において初めて、「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」と定義されたシステムである。

このシステムには、「医療との連携強化」、「介護サービスの充実強化」、「予防の推進」、「見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保」や「権利擁護」、「高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備」といった視点による取り組みが求められている。また、これにはできるだけ介護状態にならないようにすることを目的とした介護予防の視点が組み込まれ、自宅での自立した生活を継続し、施設等の利用を遅らせるというOECDの報告書において指摘された「ageing in place」に基づいた住み慣れた地域社会での生活継続を支援するシステムとも説明できる。

ただし、2005年の介護保険制度改革で最初にこのシステムの構築が目指された際には、個別支援を通じた地域社会の要介護者に対する支援システムの構造的転換が求められたものと解釈され、保険者におけるマクロ的な介護と医療の連携を企図した提供システムの構築という自治体として実施すべき施策や保険者機能がいかにあるべきかといった自治体固有の責務への言及は明らかではなく、このため自治体の保険者としての機能がどのような実態にあるのかについてのエビデンスは十分に示されてこなかった。

すなわち、「医療と介護の連携」、「自立支援」、「要介護者の尊厳の保持」そして、「生活の場で介護支援を実施すること」、「地域保健医療システムの再構築」といった実現のために保険者として自治体がどのような機能を果たすべきなのか、また、このシステムの要と期待されて発足した地域包括支援センターを自治体はどのように位置づけ、ここで、いかに包括的支援事業を実施していくかといったビジョンは、これまでは必ずしも明確にされてこなかったといえる。

このため、この実現に向けて努力してきた自治体は、日常生活圏域のニーズ調査や地域ケア会議等の取り組みに代表される和光市¹⁾などの一部の自治体のみに限られ²⁾、とりわけ、ここ5年間の全国の介護保険事業の取り組みの実態は明らかにされてこなかった。平成23年4月の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律³⁾」では、地域包括ケアシステム実現のために医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者への包括的な支援（地域包括ケア）の推進、日常生活圏域ごとに地域ニーズを的確に把握した計画を策定（第5期介護保険事業計画による管理強化）といった明記がなされたものの、これを実施するにあたってのわが国における自治体の準備状況に関するエビデンスは、かなり乏しい状況にあるといえよう。

とくにこの地域包括ケアシステムの中核として位置付けられたのが、本研究で対象とした「地域包括支援センター」であるが、このセンターは、地域包括ケア圏域に設置されるものとされ、おおそ中学校区を圏域^{注1)}に1か所の設置が目指され、平成21年4月末時点で

4,056 ヶ所となった。すでに、このセンターは全ての市町村において設置され、専門職員の配置人数が6人以上となっているセンターも増加するなど、人員体制の整備が進んでいるとされている^{iv}。

このセンターが地域包括ケアに果たす役割としては、①総合相談・支援、②虐待防止・早期発見、③包括的・継続的ケアマネジメントの支援、④介護予防マネジメントが示された。とくに③の包括的・継続的ケアマネジメントは、利用者、地域住民、介護サービス提供者、医療関係者、各種関係団体、民生委員、NPO等との人的ネットワークの構築が求められ、これを実行する職種として、社会福祉士、保健師および主任介護支援専門員の3職種の保健福祉の専門職が示され、これらの職種を超えたチームアプローチによる地域課題の解決が目指されている。

このような状況の中、地方自治体は地域包括ケアシステムの構築に際して、方針を示すよう平成23年4月の改正介護保険法によって明示された。

しかしながら、その方法論については未だ不透明であるといえる。一昨年度実施された介護保険事業の取り組みの程度の実態調査結果より自治体ごとの地域包括ケア構築のための取り組み状況は大きな乖離がある状況が明らかにされており、地域特性や人口規模に応じた地域包括ケアシステムのための基礎資料が不足している状況にある。

2. 研究の目的

そこで、今年度研究事業においては、第一に、静岡県内の地域包括支援センター職員を対象に保健医療福祉専門職の連携活動能力を把握するために開発された「連携活動評価尺度^v」^{注2)}を用いて調査を行った結果を分析し、地域包括支援センター職員における協働や連携の実態を明らかにするとともに、この連携活動と職員の属性との関連性について検討することを目的とした。具体的には、保有資格による連携活動評価得点の差異やこの得点と関連する属性等を明らかにし、自治体における地域包括支援センターの運営を検討する際の資料となることを企図した。

第二に、地域包括ケアシステムの中核として位置付けられた地域包括センターにおける運営上の問題点を把握するため、地域包括ケアシステム構築のための保険者機能や認知症施策の立案の状況あるいは医療と介護の連携、第5期介護保険事業計画策定の進捗状況等についてヒアリングを行い、自治体の方針や具体的な達成目標や課題について把握することを目的とした。

II. 研究方法

1. 地域包括支援センター職員の連携実態に関する調査

1) 調査方法と調査内容

静岡県内の市区町に対し、地域包括支援センターに所属する職員を対象とした調査を行った。調査項目は、所屬地域包括支援センターの概要と職員自身の性別、年齢、役職・専門職種、勤務年数といった基本属性および職員の連携活動の実施状況についてのデータを収集した。なお、連携活動能力の把握については、筒井（2003）が保健医療福祉職における連携を総合的に把握するために開発した「連携活動評価尺度」の15項目を用いて評価を行った。この評価票は、連携得点の算出において各項目を0から3点の4段階で評価し、得点が高いほど連携活動得点が高くなるように設計され、計45点満点の尺度となっている。

情報共有	①あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか
	②あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか
	③あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか
業務協力	④あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に、関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容
	⑤あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか
	⑥あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか
関係職種との交流	⑦あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか
	⑧あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか
	⑨あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか
	⑩あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼び掛けますか
	⑪あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか
連携業務の管理・処理	⑫あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか
	⑬あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか
	⑭あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関（住民組織を含む）に資料、情報を伝達していますか
	⑮あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか

図表 2-1 「連携活動評価尺度」の15項目

2) 分析方法

県内の49か所の地域包括支援センターに所属する160名の職員から調査票が収集された。このうち、本分析においては、連携活動評価項目に関して、欠損のないデータを用いた。

また、分析対象となった職員における地域包括支援センターの配置される職種の要件となっている3種の資格についてその保有の組み合わせについて明らかにした。続いて、これら保有の組み合わせ別の基本属性（年齢、性別、学歴、勤務形態、前所属機関、包括支援センターでの勤務年数、取得資格別経験年数）別に連携活動評価得点の得点について、T検定および一元配置分散分析による統計的な検定を実施し比較を行った。

なお、これらの統計解析には、SPSS ver18.0を用いた。

2. 静岡県内の自治体に対する地域包括ケアに関するヒアリング調査

1) 調査方法

地域包括センターにおける運営上の問題点を把握する方法について、過去に実施された地域包括支援センターに関する研究論文および調査研究報告書をレビューし、県内の地域包括支援センターの担当者、および県担当者などの意見を収集した結果、まずその地域に存在する地域包括支援センターを統括する保険者である自治体の担当者にヒアリングし、地域包括ケアの現状および地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアの展開状況とその問題点について整理を行った。

2) 調査地域

静岡県内において地域包括支援センターを中心に地域包括ケアの展開を行っている2市（以下F市とK市とする）

3) 調査内容

具体的な地域包括支援センターの地域におけるマネジメントの状況および運営上の問題点に関するヒアリング調査内容については、平成23年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業」の内容を参考にその質問内容とフェースシートの検討と作成を行った。

また、具体的なヒアリング内容については、次の2点を中心に行った。

①地域包括ケアシステム構築のための保険者機能や地域包括支援センターの状況

地域包括ケアシステム構築のための保険者機能や地域包括支援センターの状況について、事前に保険者機能に関する内容について回答いただき、その内容を基にヒアリングを行った。

②医療と介護の連携を促進する自治体主導の仕組み作り

地域包括ケアシステムのうち、とりわけ医療と介護の連携に焦点をあて、急性期から慢性期にかけての一貫的なケア提供のための退院支援、多職種協働を実現するケア会議の実施について、自治体が当該地域資源の状況を踏まえ、どのようにイニシアチブをとっているか、ヒアリングを行った。

図表 2-2 ヒアリング内容および質問項目①

問1.「事業計画・政策立案の状況」

1-1) 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。

1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

1-3) 2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計しているか。

1-4) 2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。

1-5) 高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスがあるか。

問2.「地域連携の仕組みづくり」

2-1) 医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について

2-2) 自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携パス（医療連携パス）の仕組みがありますか。

図表 2-3 ヒアリング内容および質問項目②

問3. 自治体としての地域包括支援センター職員への支援

- 3-1) 自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ブランチ・サブセンター含む）の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。
- 3-2) 自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ブランチ・サブセンター含む）からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。
- 3-3) 自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。

問4. 「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」「介護サービス事業者支援」

- 4-1) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置していますか。
- 4-2) 自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。
- 4-3) 自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。
- 4-4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。
- 4-5) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。
- 4-6) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。
- 4-7) 自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。
- 4-8) 自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所の指導・監査の状況。

問5. 高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連

- 5-1) 自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年 4 月厚生労働省老健局）だけでなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。
- 5-2) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。
- 5-3) 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。
- 5-4) 高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。
- 5-5) 成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。
- 5-6) 老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断した場合に施設入所措置などを含め権限を行使した平成 22 年度の件数をお答えください。

図表 2-4 ヒアリング内容および質問項目③

問6. 地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および第5期介護保険事業計画の進行

6-1) 国で示している方針以外に自治体（保険者）独自の地域包括ケアシステム（地域包括ケア）の解釈を示していますか。

6-2) 市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の「8 介護保険事業計画に位置付けて重点的に取り組むことが望ましい事項」とされている地域包括ケアシステムの実現のため、今後重点的に取り組むことが必要な以下の4つの事項について、第5期介護保険事業計画の策定時に検討していますか。

6-3) 高齢者福祉計画や介護保険事業計画だけでなく、地域福祉総合計画のような障害者分野も含めた各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定しているか。

6-4) 貴自治体(保険者)に地域包括ケアのみを専任担当する課あるいは専任の担当者の有無。

6-5) 第5期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施および分析の状況。

6-6) 第5期介護保険事業計画における日常生活圏域の設定を行っているか

問7. 地域における医療と福祉の連携における医師のリーダーシップの促進および退院時の対応状況（医療と介護の連携状況と行政の関与）

7-1) 「かかりつけ医紹介制度」等のかかりつけ医の推進をする自治体（保険者）独自の制度の設定あるいは取り組みがあるか。

7-2) 医師会と協働して推進する自治体（保険者）独自の施策があるか。

7-3) 病診・病病連携を促進する自治体（保険者）独自の施策があるか。

7-4) （急性期病院または回復期病院からの）退院時の処遇に対する行政の関与はどのくらいか。

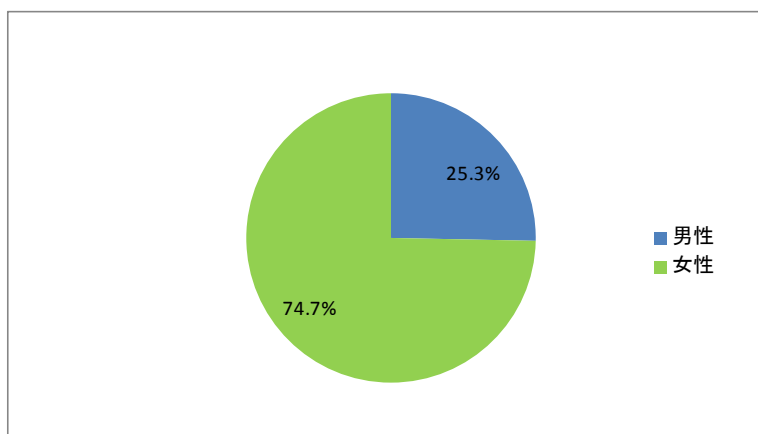
Ⅲ. 研究結果

1. 地域包括支援センター職員の連携実態に関する調査結果

1) 性別

分析対象となった地域包括支援センターの職員の性別は、男性が 17.1%、女性が 79.3%であった

	N	%
男性	40	25.3
女性	118	74.7
合計	158	100



図表 3-1 性別

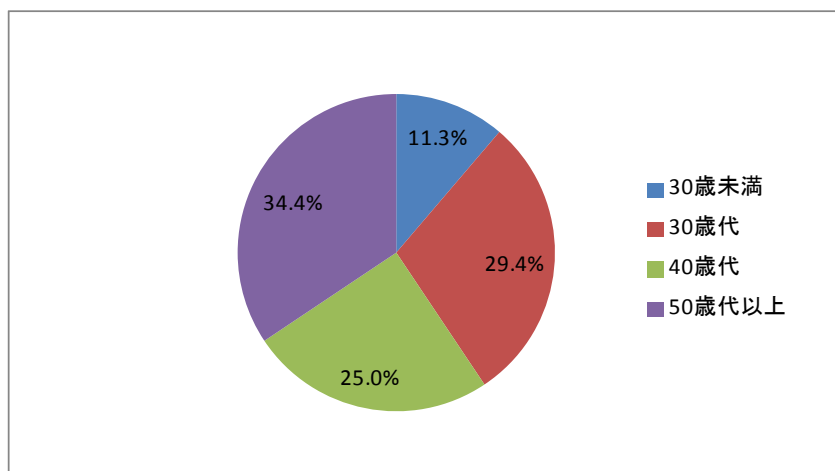
2) 年齢

分析対象となった地域包括支援センターの職員の平均年齢は 43.2 歳で 23 歳から 65 歳までの範囲をとっていた。また、年齢階層別にみると、50 歳代以上が最も多く 34.4%、次いで 30 歳代 29.4%、40 歳代 25.0%であった。

表 2 年齢

平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
43.24	10.62	23	65	160

	N	%
30歳未満	18	11.3
30歳代	47	29.4
40歳代	40	25.0
50歳代以上	55	34.4
合計	160	100

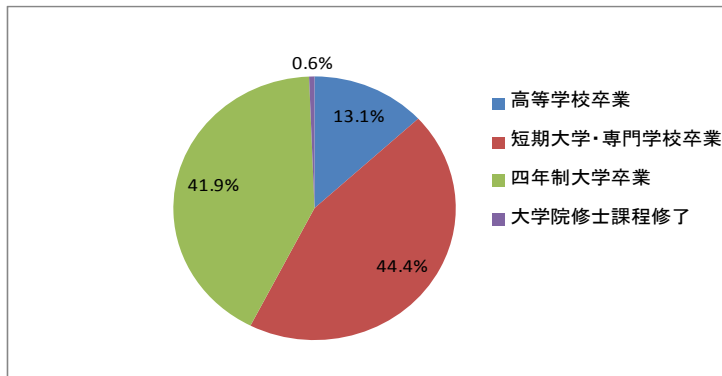


図表 3-2 年齢

3) 最終学歴

最終学歴では、短期大学・専門学校卒業が 44.4%で最も多かった。次いで、四年制大学卒業が 41.9%、高等学校卒業が 13.1%であった。その他、0.6%程度であるが大学院修士課程修了以上の職員もみられた。

	N	%
高等学校卒業	21	13.1
短期大学・専門学校卒業	71	44.4
四年制大学卒業	67	41.9
大学院修士課程修了	1	0.6
合計	160	100

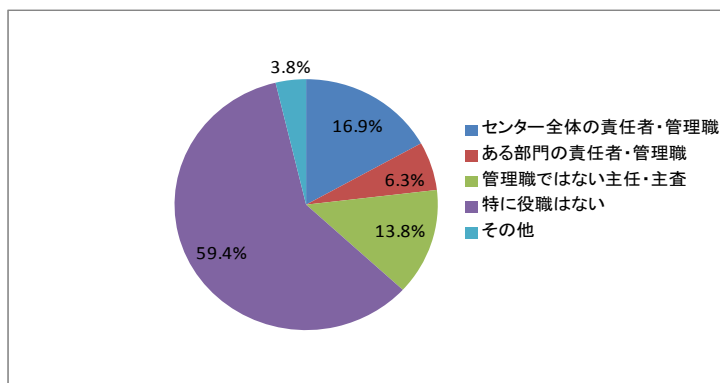


図表 3-3 最終学歴

4) 役職

役職では、特に役職はないが 59.4%で最も多かった。次いで、センター全体の責任者・管理職が 16.9%、管理職ではない主任・主査が 13.8%であった。

	N	%
センター全体の責任者・管理職	27	16.9
ある部門の責任者・管理職	10	6.3
管理職ではない主任・主査	22	13.8
特に役職はない	95	59.4
その他	6	3.8
合計	160	100

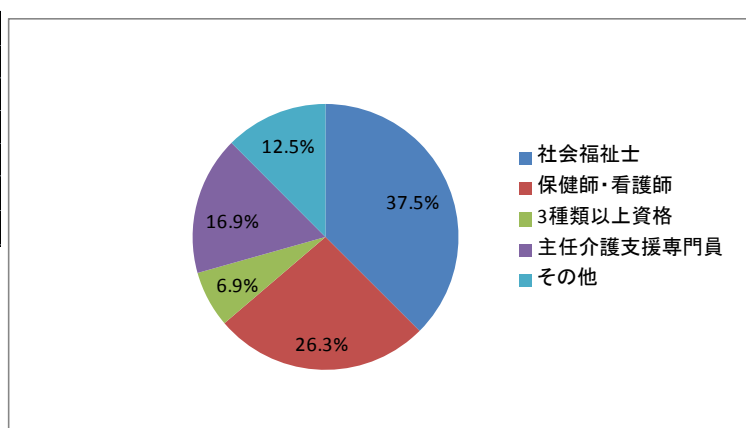


図表 3-4 役職

5) 資格保有状況

職員の資格としては、社会福祉士の割合が最も高く 37.5%で、続いて保健師・看護師 26.3%で、主任介護支援専門員が 16.9%と続いていた。

	N	%
社会福祉士	60	37.5
保健師・看護師	42	26.3
3種類以上資格	11	6.9
主任介護支援専門員	27	16.9
その他	20	12.5
合計	160	100



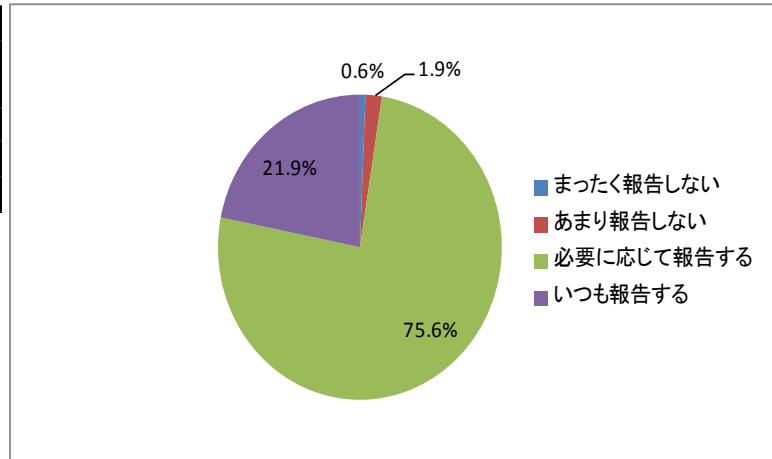
図表 3-5 資格保有状況

6) 地域包括支援センターにおける職員の連携状況

①他の機関への報告

「① あなたは、住民・利用者に対して事業や援助活動をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか」では、「3.必要に応じて報告する」が最も多く（84.1%）、次いで「4.いつも報告する」（12.8%）であった。

他の機関への報告	N	%
まったく報告しない	1	0.6
あまり報告しない	3	1.9
必要に応じて報告する	121	75.6
いつも報告する	35	21.9
合計	160	100

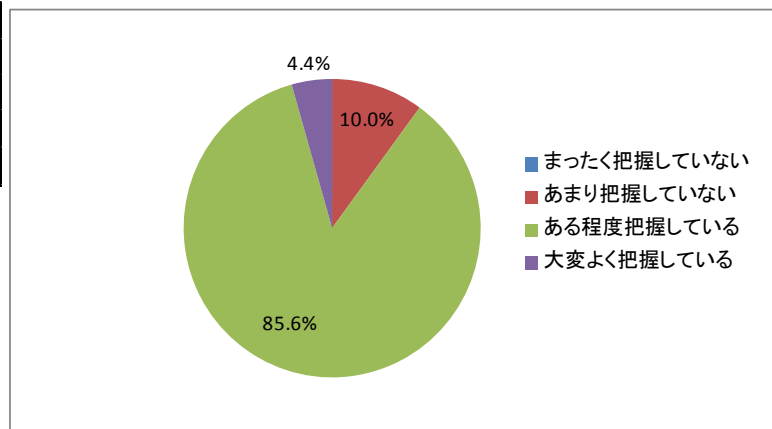


図表 3-6 他機関への報告

②資源やサービスの把握

「② あなたは、住民・利用者が、どんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（79.9%）、次いで「2.あまり把握していない」（14.0%）であった。

資源やサービスの把握	N	%
あまり把握していない	16	10.0
ある程度把握している	137	85.6
大変よく把握している	7	4.4
合計	160	100

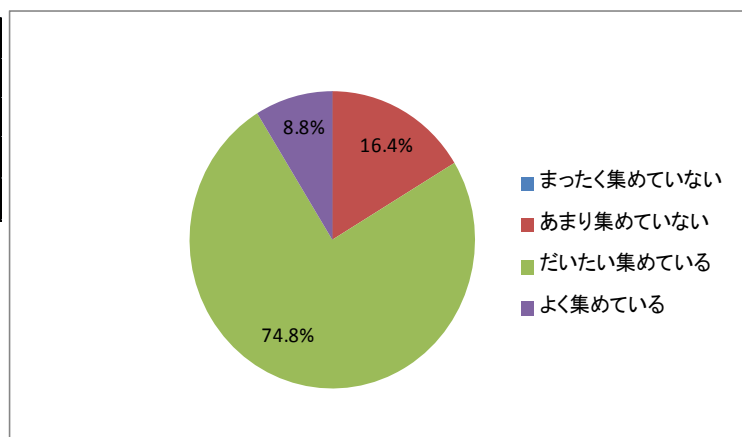


図表 3-7 資源やサービスの把握

③知識や情報の収集

「③ あなたは、事業の実施やサービス提供に必要な知識や情報を、関連する他の機関（住民組織を含む）から集めていますか」では、「3.だいたい集めている」が最も多く（72.6%）で、次いで「2.あまり集めていない」（19.7%）であった。

知識や情報の収集	N	%
あまり集めていない	26	16.4
だいたい集めている	119	74.8
よく集めている	14	8.8
合計	159	100

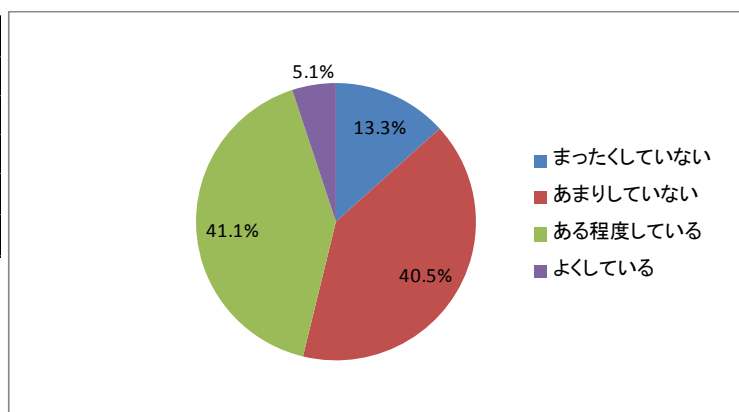


図表 3-8 知識や情報の収集

④サービス内容の文章化と提案

「④ あなたは住民の相談内容や問題状況を基礎に関係する他部門や、関連する他の機関に対して必要とされる行政サービスやインフォーマルなサービス、事業、資源・制度、保健・介護および福祉サービスの内容を文章化し、提案していますか」では、「2.あまりしていない」が最も多く（46.2%）、次いで「3.ある程度している」（35.7%）であった。

サービス内容の文章化と提案	N	%
まったくしていない	21	13.3
あまりしていない	64	40.5
ある程度している	65	41.1
よくしている	8	5.1
合計	158	100

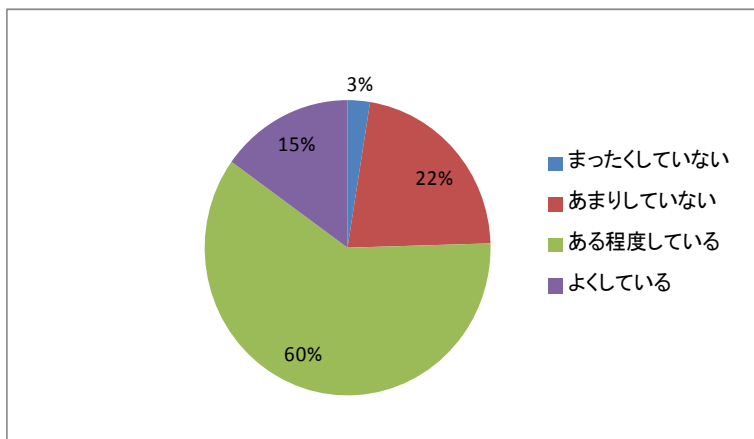


図表 3-9 サービス内容の文章化と提案

⑤他機関への協力要請

「⑤ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）に協力を要請しますか」では、「3.ある程度している」が最も多く（60.5%）、次いで「2.あまりしていない」（23.3%）であった。

他機関への協力要請	N	%
まったくしていない	4	2.5
あまりしていない	35	22.0
ある程度している	96	60.4
よくしている	24	15.1
合計	159	100

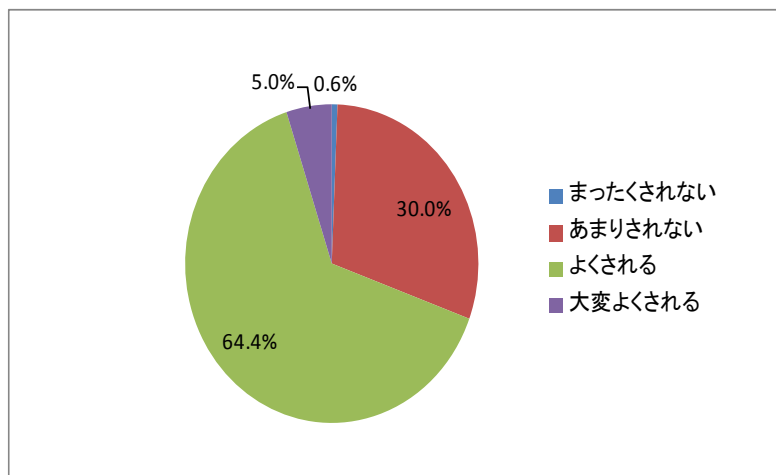


図表 3-10 他機関への協力要請

⑥他機関からの協力要請

「⑥ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から協力を要請されますか」では、「3.よくされる」が最も多く（55.8%）、次いで「2.あまりされない」（36.6%）であった。

他機関からの協力要請	N	%
まったくされない	1	0.6
あまりされない	48	30.0
よくされる	103	64.4
大変よくされる	8	5.0
合計	160	100

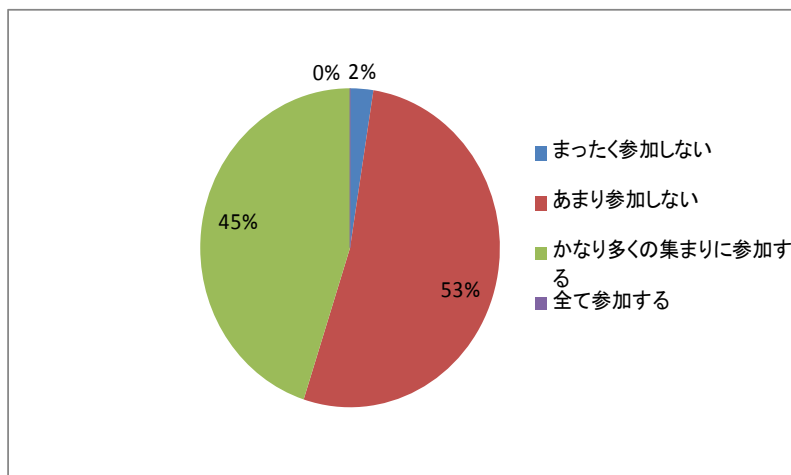


図表 3-11 他機関からの協力要請

⑦他職種・専門職の会議参加

「⑦ あなたは、ご自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種・専門職の集まり（会議）にも参加していますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（59.3%）、次いで「3.かなり多くの集まりに参加する」（34.0%）であった。

他職種・専門職の会議参加	N	%
まったく参加しない	4	2.5
あまり参加しない	84	52.5
かなり多くの集まりに参加する	72	45.0
合計	160	100

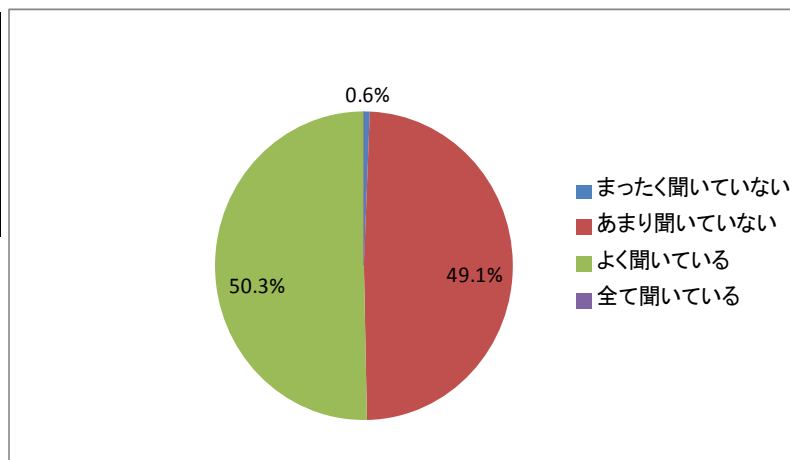


図表 3-12 他職種・専門職の会議参加

⑧他機関の情報把握

「⑧ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）から、その機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか」では、「2.あまり聞いていない」が最も多く（50.9%）で、次いで「3.よく聞いている」（46.8%）であった。

他機関の情報把握	N	%
まったく聞いていない	1	0.6
あまり聞いていない	78	49.1
よく聞いている	80	50.3
合計	159	100

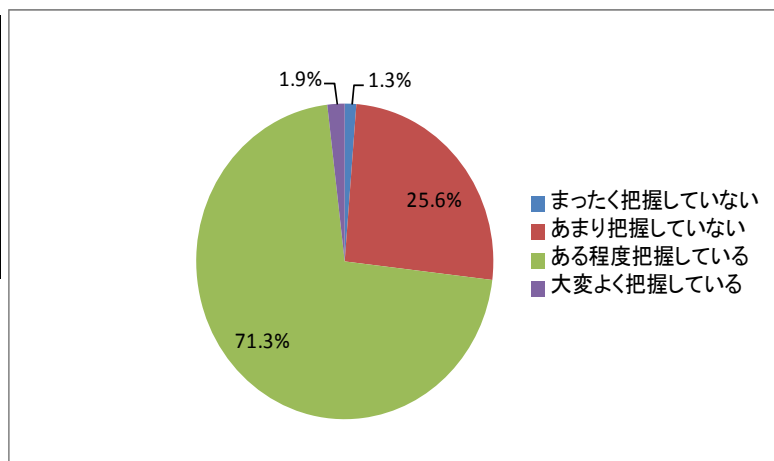


図表 3-13 他機関の情報把握

⑨他機関の専門職の把握

「⑨ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）にどのような専門職がいるか、把握していますか」では、「3.ある程度把握している」が最も多く（69.2%）、次いで「2.あまり把握していない」（27.3%）であった。

他機関の専門職の把握	N	%
まったく把握していない	2	1.3
あまり把握していない	41	25.6
ある程度把握している	114	71.3
大変よく把握している	3	1.9
合計	160	100

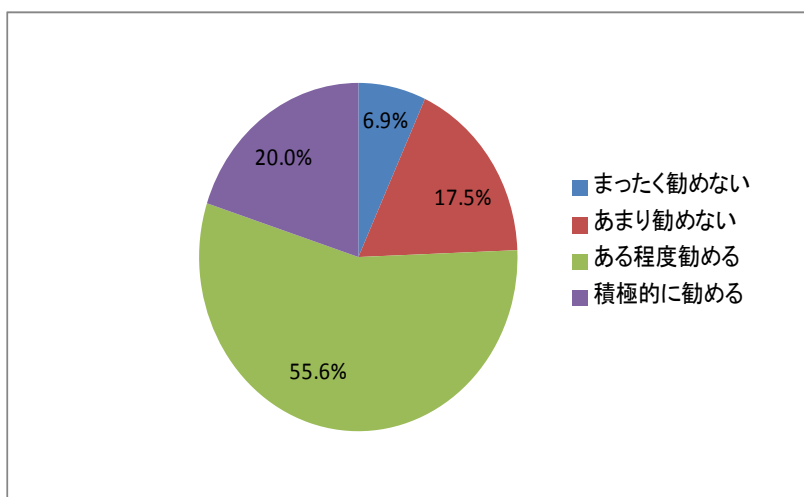


図表 3-14 他機関の専門職の把握

⑩説明会参加の呼び掛け

「⑩ あなたは、事例検討会などの説明会への参加を、同僚に呼びかけますか」では、「3.ある程度勧める」が最も多く（55.0%）、次いで「2.あまり勧めない」（25.6%）であった。

説明会参加の呼び掛け	N	%
まったく勧めない	11	6.9
あまり勧めない	28	17.5
ある程度勧める	89	55.6
積極的に勧める	32	20.0
合計	160	100

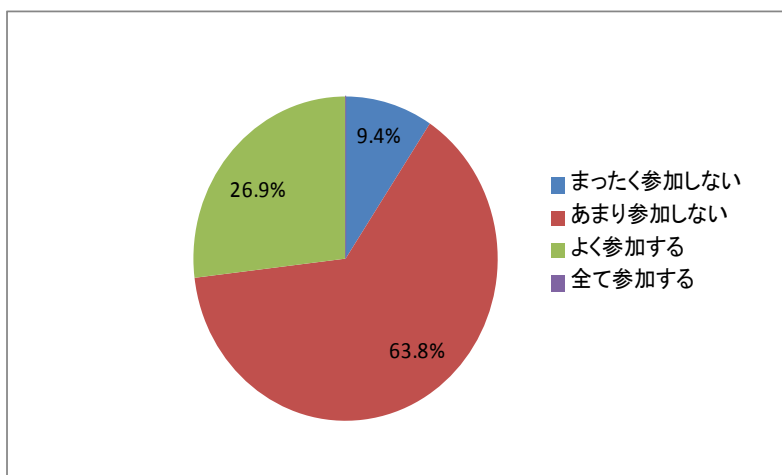


図表 3-15 説明会参加の呼び掛け

⑪親睦会への参加

「⑪ あなたは、関連する他の機関（住民組織を含む）や他の職種との親睦会に参加しますか」では、「2.あまり参加しない」が最も多く（63.0%）で、次いで「3.よく参加する」（24.4%）であった。

親睦会への参加	N	%
まったく参加しない	15	9.4
あまり参加しない	102	63.8
よく参加する	43	26.9
合計	160	100

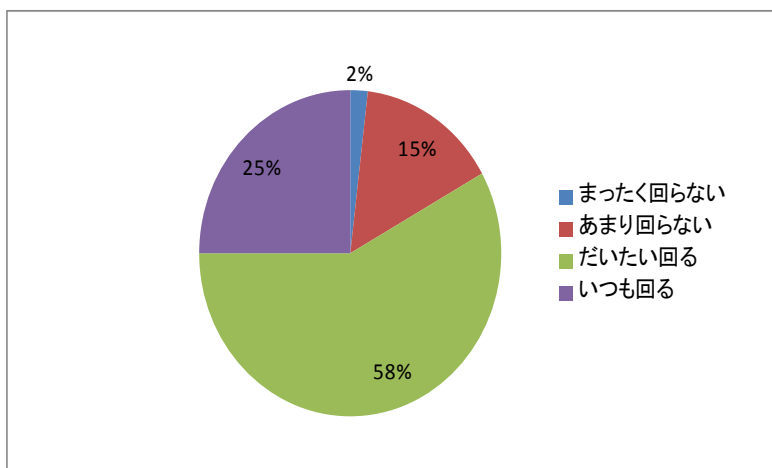


図表 3-16 親睦会への参加

⑫他の機関への挨拶回り

「⑫ あなたの機関では、新規の専門職が就任した場合、関連する他の機関（住民組織を含む）に挨拶回りをしますか」では、「3.だいたい回る」が最も多く（54.7%）、次いで「2.あまり回らない」（24.4%）であった。

他の機関への挨拶回り	N	%
まったく回らない	3	1.9
あまり回らない	24	15.0
だいたい回る	93	58.1
いつも回る	40	25.0
合計	160	100

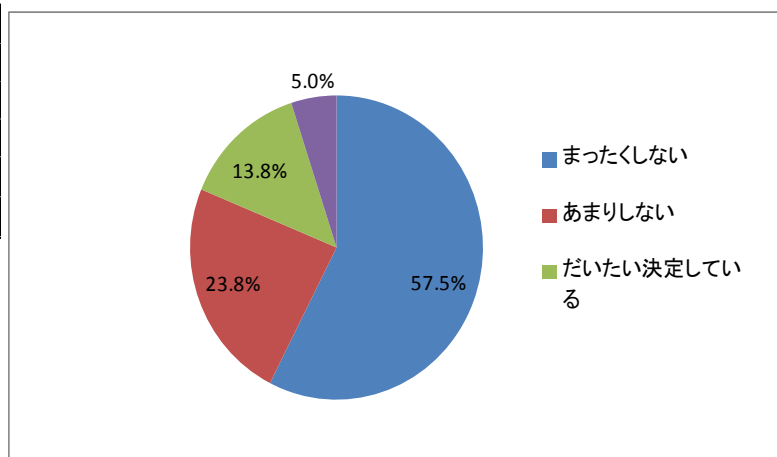


図表 3-17 他の機関への挨拶回り

⑬費用負担の決定

「⑬ あなたは、複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加する会議などにおいて、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか」では、「1.まったくしない」が最も多く(61.9%)、次いで「2.あまりしない」(25.0%)であった。

費用負担の決定	N	%
まったくしない	92	57.5
あまりしない	38	23.8
だいたい決定している	22	13.8
いつもする	8	5.0
合計	160	100

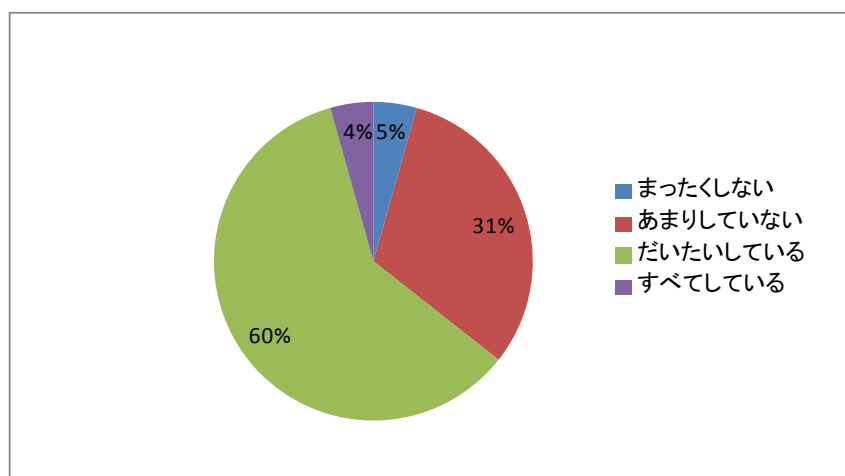


図表 3-18 費用負担の決定

⑭他の機関への資料情報伝達

「⑭ あなたは、自分の業務内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料、情報を伝達していますか」では、「3.だいたいしている」が最も多く(54.0%)、次いで「2.あまりしない」(34.3%)であった。

他の機関への資料情報伝達	N	%
まったくしない	7	4.4
あまりしていない	50	31.3
だいたいしている	96	60.0
すべてしている	7	4.4
合計	160	100

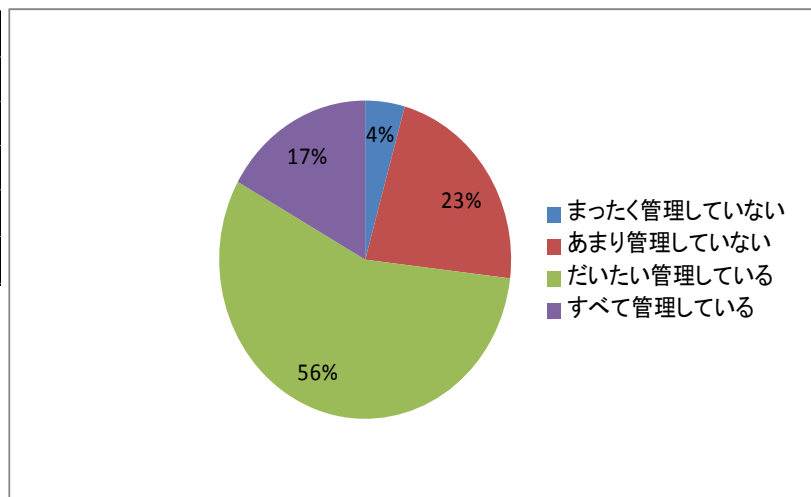


図表 3-19 他の機関への資料情報伝達

⑮情報の適正管理

「⑮ あなたは、複数の関連する他の機関（住民組織を含む）・専門職で集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理していますか」では、「3.だいたい管理している」が最も多く（61.0%）、次いで「2.あまり管理してしない」（20.8%）であった。

情報の適正管理	N	%
まったく管理していない	7	4.4
あまり管理していない	36	22.5
だいたい管理している	90	56.3
すべて管理している	27	16.9
合計	160	100

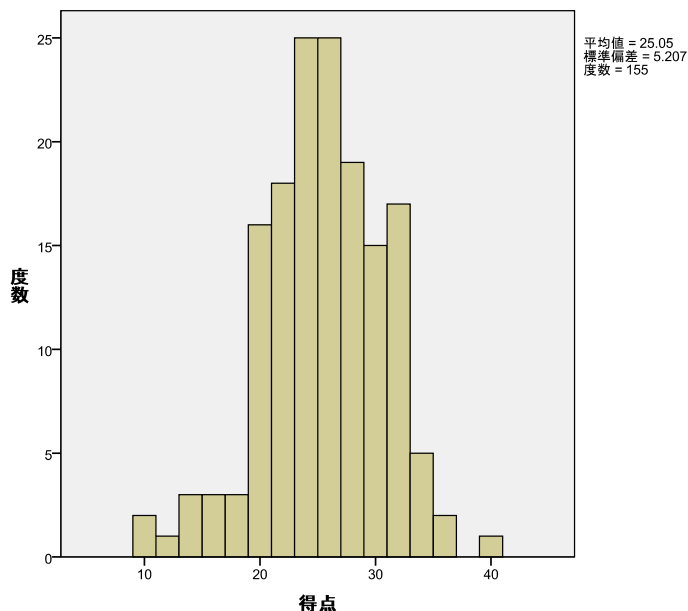


図表 3-20 情報の適正管理

7) 地域包括支援センターにおける職員の連携得点

職員の連携得点については、平均で 25.1 点、最小値が 10 点、最大値が 40 点という範囲をとっていた。また、センターごとに職員の連携得点の平均値をみると、最も職員の連携得点が高いセンターの平均値は 34.0 点であり、一方、平均が 10 点代センターもいくつか見られた。

平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
25.1	5.2	10	40	155



図表 3-21 地域包括支援センターにおける職員の連携得点の分布

表 3-22 各センターの職員の連携得点

センターID	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
1	26.0	5.5	20	35	6
2	24.0	3.2	19	28	5
3	25.5	2.4	23	28	4
4	27.0	0.0	27	27	2
5	27.3	3.2	25	31	3
6	19.7	2.3	17	21	3
7	10.0		10	10	1
8	25.0		25	25	1
9	31.0	0.0	31	31	2
10	26.5	5.5	20	32	4
11	30.0	0.8	29	31	4
12	27.0	5.0	22	32	3
13	34.0	8.5	28	40	2
14	34.0		34	34	1
15	22.6	2.7	19	26	5
16	29.5	2.1	28	31	2
17	26.3	1.5	25	28	3
18	28.0	5.7	24	32	2
19	28.0		28	28	1
20	21.2	5.1	14	26	5
21	23.8	6.5	15	30	4
22	34.0		34	34	1
23	20.2	6.8	10	27	5
24	24.3	1.0	23	25	4
25	24.6	7.3	14	32	5
26	26.3	4.0	22	30	3
27	21.5	0.7	21	22	2
28	24.5	2.1	23	26	2
29	21.0		21	21	1
30	23.8	2.9	21	29	6
31	30.8	4.1	26	36	4
32	26.0	4.0	22	30	3
33	27.7	2.1	26	30	3
34	18.0		18	18	1
35	33.0		33	33	1
36	26.3	5.5	21	32	3
37	24.0	3.5	20	26	3
38	23.0		23	23	1
39	25.0	4.2	20	29	4
40	21.4	4.7	14	31	9
41	26.5	6.8	12	34	8
42	28.0	5.6	22	33	3
43	25.0		25	25	1
44	23.5	6.8	16	32	4
45	22.7	6.1	16	28	3
46	31.0		31	31	1
47	29.7	3.2	26	32	3
48	20.6	1.8	19	23	5
49	23.3	3.1	20	26	3
合計	25.1	5.2	10	40	155

8) 地域包括支援センター職員の属性および連携活動評価得点との関連

①性別

男女別には、男性の平均得点は 24.2 点で、女性は 23.5 点であり、検定の結果、男性と女性の間に統計的に有意な差がみられなかった。

図表 3-23 性別と連携活動評価得点との関連

性別	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
男性	25.2	3.79	18.0	34.0	40
女性	25.1	5.65	10.0	40.0	113
合計	25.1	5.22	10.0	40.0	153

②年齢

年齢構成別に比較すると、統計的に有意な差がみられなかったが、平均値の値をみると 50 歳代以上が最も得点が高く 26.3 点、40 歳代で 25.2 点、30 歳未満で 24.3 点、30 歳代で 24.0 点というように、年齢階層が高い層で得点が高い傾向がみられた。

図表 3-24 年齢と連携活動評価得点との関連

年齢構成	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
30歳未満	24.3	3.94	18.0	34.0	24
30歳代	24.0	5.28	10.0	33.0	43
40歳代	25.2	5.30	10.0	34.0	42
50歳代以上	26.3	5.48	14.0	40.0	46
合計	25.1	5.21	10.0	40.0	155

②最終学歴

最終学歴と連携活動評価得点の関連については、四年制大学卒業の得点は 24.6 点であり、最も低い値であった。短期大学・専門学校卒業の 25.5 点よりやや低い有意差はなかった。高等学校卒業、短期大学・専門学校卒業の職員のほうが四年制大学卒業より得点が高い傾向がみられた。

図表 3-25 最終学歴と連携活動評価得点の関連

最終学歴	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
高等学校卒業	25.1	6.38	14.0	40.0	19
短期大学・専門学校卒業	25.5	5.11	10.0	36.0	69
四年制大学卒業	24.6	5.02	10.0	34.0	66
大学院修士課程修了	26.0		26.0	26.0	1
合計	25.1	5.21	10.0	40.0	155

④役職

役職と連携活動評価得点の関連については、センター全体の責任者が 29.2 点と最も高く、ある部門の責任者・管理者が 28.1 点と次に高かった。また、これら責任者・管理者と役職なし、その他との間には統計的に有意な差がみられ、責任者・管理者に比べ得点が低かった。

図表 3-25 役職と連携活動評価得点の関連

役職	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
センター全体の責任者・管理職	29.2	4.16	21.0	36.0	27
ある部門の責任者・管理職	28.1	6.35	19.0	40.0	10
管理職ではない主任・主査	25.5	3.76	20.0	33.0	20
特に役職はない	23.7	4.68	10.0	31.0	92
その他	20.7	7.12	10.0	32.0	6
合計	25.1	5.21	10.0	40.0	155
(I) 役職	(J) 役職	平均値の差 (I-J)		標準誤差	P
センター全体の責任者・管理職	⇔ ある部門の責任者・管理職	1.122	1.743	1.00	
	⇔ 管理職ではない主任・主査	3.772	1.389	0.07	
	⇔ 特に役職はない	5.527	1.031	0.00	**
	⇔ その他	8.556	2.125	0.00	**
ある部門の責任者・管理職	⇔ 管理職ではない主任・主査	2.65	1.824	1.00	
	⇔ 特に役職はない	4.404	1.568	0.04	*
	⇔ その他	7.433	2.431	0.03	*
管理職ではない主任・主査	⇔ 特に役職はない	1.754	1.162	1.00	
	⇔ その他	4.783	2.192	0.31	
特に役職はない	⇔ その他	3.029	1.984	1.00	

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

⑤資格保有状況

資格保有状況と連携活動評価得点の関連では、主任介護支援専門員が最も高く 27.8 点、3 種類以上資格を持っているものが 26.6 点と続いていた。

なお、主任介護支援専門員とその他の間以外には有意差は見られなかった。

図表 3-26 資格と連携活動評価得点の関連

資格	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
社会福祉士	25.0	4.93	10.0	34.0	59
保健師・看護師	24.8	3.64	17.0	32.0	40
3 種類以上資格	26.6	6.38	14.0	34.0	11
主任介護支援専門員	27.8	5.57	15.0	40.0	25
その他	21.5	5.70	10.0	31.0	20
合計	25.1	5.21	10.0	40.0	155
(I) 資格	(J) 資格	平均値の差 (I-J)		標準誤差	P
社会福祉士	⇔ 保健師・看護師	0.208	1.016	1.00	
	⇔ 3 種類以上資格	-1.653	1.629	1.00	
	⇔ 主任介護支援専門員	-2.857	1.184	0.17	
	⇔ その他	3.533	1.283	0.07	
保健師・看護師	⇔ 3 種類以上資格	-1.861	1.689	1.00	
	⇔ 主任介護支援専門員	-3.065	1.265	0.17	
	⇔ その他	3.325	1.358	0.16	
3 種類以上資格	⇔ 主任介護支援専門員	-1.204	1.795	1.00	
	⇔ その他	5.186	1.862	0.06	
主任介護支援専門員	⇔ その他	6.39	1.488	0.00	**

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

2. 静岡県内の自治体に対する地域包括ケアに関するヒアリング調査結果

1) F市のヒアリング調査結果

①調査対象となったF市の属性（2011年4月1日現在）

- ・総人口 261,335 人
- ・面積 245.02km²
- ・人口密度 1,040 人/km²
- ・高齢者人口 55,636 人
- ・高齢化率 21.29%
- ・要介護認定者数 8,171 人
- ・要介護認定率 14.7%
- ・要支援 1,2 認定者 1,532 人
- ・健康づくりシニア数 12,856 人
（二次予防事業対象者）
- ・市内に 8 つの日常生活圏域を設け、8 つに地域包括支援センターを設置
- ・介護予防事業としては、一次予防事業と二次予防事業を実施

一次予防事業

【介護予防普及啓発事業】

介護予防講演会、脳健康教室、ひざ痛・腰痛予防教室、栄養まんてん教室
脳いきいき教室、いきいき介護予防教室

【地域介護予防活動支援事業】

介護予防交流会
介護予防サポーター養成講座

二次予防事業

【二次予防事業把握事業】

65歳以上全員に基本チェックリストの配布

【通所型介護予防事業】

転ばん教室、歯つらつ健口教室

【訪問型介護予防事業】

運動・栄養・口腔

◎介護予防のためのプログラム

健康づくりシニアの 通所型 介護予防プログラム		健康づくりシニアの 訪問型 の介護予防プログラム		
転ばん教室 (運動器の機能向上) ストレッチ、バランス運動、簡易な器具を用いた筋力トレーニングなどを行います。 	歯つらつ健口教室 (口腔機能向上) 歯科衛生士が、個別に口腔内の健康相談・アドバイスをしながら、食べる力・飲み込む力を向上させる訓練を行います。 	訪問指導事業 (運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上) 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士がご自宅にうかがい、健康に関する日々の生活のアドバイスをいたします。		
65歳以上のすべての方を対象とした介護予防プログラム				
脳いきいき教室 介護予防全般についての講話・ストレッチ体操や軽体操・口腔機能向上・栄養改善、認知症予防等について学びます。 	脳の健康教室 (閉じこもり、認知症、うつ予防) 簡単なゲームや体操、作品づくりなどを行い、脳の活性化を図ります。 	栄養まんてん教室 (栄養改善) 管理栄養士が、個別に食事についての相談をしながら、いきいきと暮らす為の食事に関する話や調理実習を行います。 	膝・腰痛予防教室 腰・腰痛の予防改善対策として、正しいストレッチ方法や運動方法を学び、習慣化していきます。 	その他 介護・うつ・認知症予防に関する講座、講演会の開催。

図表 3-27 F市で実施されている介護予防プログラム

②F市におけるヒアリング結果

問1.「事業計画・政策立案の状況」について

1-1) 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。

A; 定期的に行っている（年1回程度実施）

1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

A; していない

1-3) 2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。

A; はい

1-4) 2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。

A; はい

1-5) 高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。

A; はい F市地域高齢者等見守り支援ネットワーク事業（新聞店と協定）

問2.「地域連携の仕組みづくり」について

2-1) 医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について、開催の有無とその頻度についてお答えください。

会議等の種類	自治体（保険者）が主催している場合○	開催の有無	開催している場合の頻度
地域包括支援センター運営協議会	○	有	（ 4 ）か月に一度 年間3回
地域ケア会議（やむを得ない事由による措置、虐待対応方針決定、政策的の方向を出す協議の場）	○	有	（ ）か月に一度 不定期
個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）	○	有	（ ）か月に一度 各担当者が随時
地域全体の連携推進のための会議		無	（ ）か月に一度

地域ケア会議や個別ケース担当会議を「1. 有」と回答した場合、誰が招集権限を持っているか

A; 【地域ケア会議】 →行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター
【個別ケース担当会議】 →担当ケアマネジャー

2-2) 自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携パス（医療連携パス）の仕組みがありますか。

A; いいえ

問 3. 自治体としての地域包括支援センター職員への支援について

3-1) 自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ランチ・サブセンター含む）の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。

A;自治体（地域包括支援センター主管部署）が主催して運営している

3-2) 自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ランチ・サブセンター含む）からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。

A;いいえ

3-3) 自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。

A;いいえ

問 4. 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」「介護サービス事業者支援」について

4-1) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置していますか。

A;設置はしていないが、自主的な組織があり、支援している

4-2) 自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。

A;はい → 開催頻度：1か月に一度

4-3) 自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施しているか。

A;はい

主な実施目的→ケアプランの質の向上

対象となる計画の選定方法→一部事業者から一部抽出

平成 22 年度の実施件数（対象ケアプラン数）→4 件

4-4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。

A;はい →平成 22 年度の開催件数：10 件

その会議に自治体（保険者）の職員は参加していますか。

A;はい →平成 22 年度の参加件数：10 件

4-5) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。

A;設置していないが自主的な組織を支援している

4-5) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。

A;設置していないが自主的な組織を支援している

4-6) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。

A;はい

4-7) 自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。

A;はい

4-8) 自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。

A;指導については行っていない

問 5.高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連

5-1) 自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年 4 月厚生労働省老健局）だけではなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。

A;はい

5-2) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。

A;はい

5-3) 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

A;はい

5-4) 高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。

A;はい

5-5) 成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。

A;はい

問 6. 地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および第 5 期介護保険事業計画の進行について

6-1) 国で示している方針以外に自治体（保険者）独自の地域包括ケアシステム（地域包括ケア）の解釈を示していますか。

A;ない

6-2) 市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の「8 介護保険事業計画に位置付けて重点的に取り組むことが望ましい事項」とされている地域包括ケアシステムの実現のため、今後重点的に取り組むことが必要な事項について、第 5 期介護保険事業計画の策定時に検討していますか。

A ; 以下のような内容について検討を行っている。

1. 認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項

・認知症サポーター養成講座を通しての住民への認知症理解を広める活動を推進

・徘徊高齢者探索サービスとして、GPS を利用した現状場所の把握ができる機器の貸し出しなどを今後も行っていく。

2. 医療との連携に関する事項

・地域連携室が退院連携を行っているが、一人暮らしで在宅生活が困難なケースについて地域包括との連携を行っている。

・ケアマネの問題としては、退院時のサマリがもらえない（特に大きな医療機関）などがあるので、医師会や行政などの対応が必要であり、検討課題としている。

3. 高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項

・住宅政策としては、市営住宅などを利用を促すなどの対応をする、開発地区に関しては、高齢者世帯を対象とした住宅の設置を促している。

4. その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項

- ・見守り強化として、新聞配達店と協定し、地域高齢者等見守り支援ネットワーク事業を継続して行っていく予定。
- ・昼間の独居の高齢者に対して、希望があれば高齢者の見守り支援のサービスを使用できるような
- ・自立している高齢者を対象に生きがいデイサービスの中で介護予防教室を開催したりまちづくりセンターの高齢者教室の中で介護予防の内容を開催したりすることで、高齢者の外に出る機会を増やそうとしている。
- ・各地域包括支援センターに一次予防教室を開催することを進めている。
- ・支援を受けていない人へのヘルパーサービスの利用促進と定期的な評価の実施
- ・配食サービス等の業者への見守り支援のお願いをしている
- ・包括ケアのシステム構築としては、強化していくものは各機関に依頼する内容を広めていくこと（イベントなどを増やす）で体制を作っていくことがよいのではないかと考えている。

6-3) 高齢者福祉計画や介護保険事業計画だけでなく、地域福祉総合計画のような障害者分野も含めた各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定しているか。

A;ある

6-4) 貴自治体（保険者）に地域包括ケアのみを専任で担当する課あるいは専任の担当者の有無。

A;【担当課】 ある 【担当者】 よくわからない

6-5) 第5期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施および分析の状況。

A;抽出調査で行っている。日常生活圏域ごとの課題分析を行っている

A;介護給付費と関連づけて分析を実施している

6-6) 第5期介護保険事業計画における日常生活圏域の設定を行っているか

A;はい 日常生活圏域の数：8

問7. 地域における医療と福祉の連携における医師のリーダーシップの促進および退院時の対応状況（医療と介護の連携状況と行政の関与）について

7-4)（急性期病院または回復期病院からの）退院時の処遇に対する行政の関与はどのくらいですか

A;事例によって関与している

2) K市のヒアリング調査結果

①調査対象となったK市の属性（2011年4月1日現在）

- ・総人口 62,291 人
- ・面積 86.65km²
- ・人口密度 689 人/km²
- ・高齢者人口 12,991 人
- ・高齢化率 20.9%
- ・要介護認定者数 1,641 人
- ・要介護認定率 12.6%
- ・要支援 1,2 認定者 372 人
- ・市内に3つの日常生活圏域を設け、3つに地域包括支援センターを設置

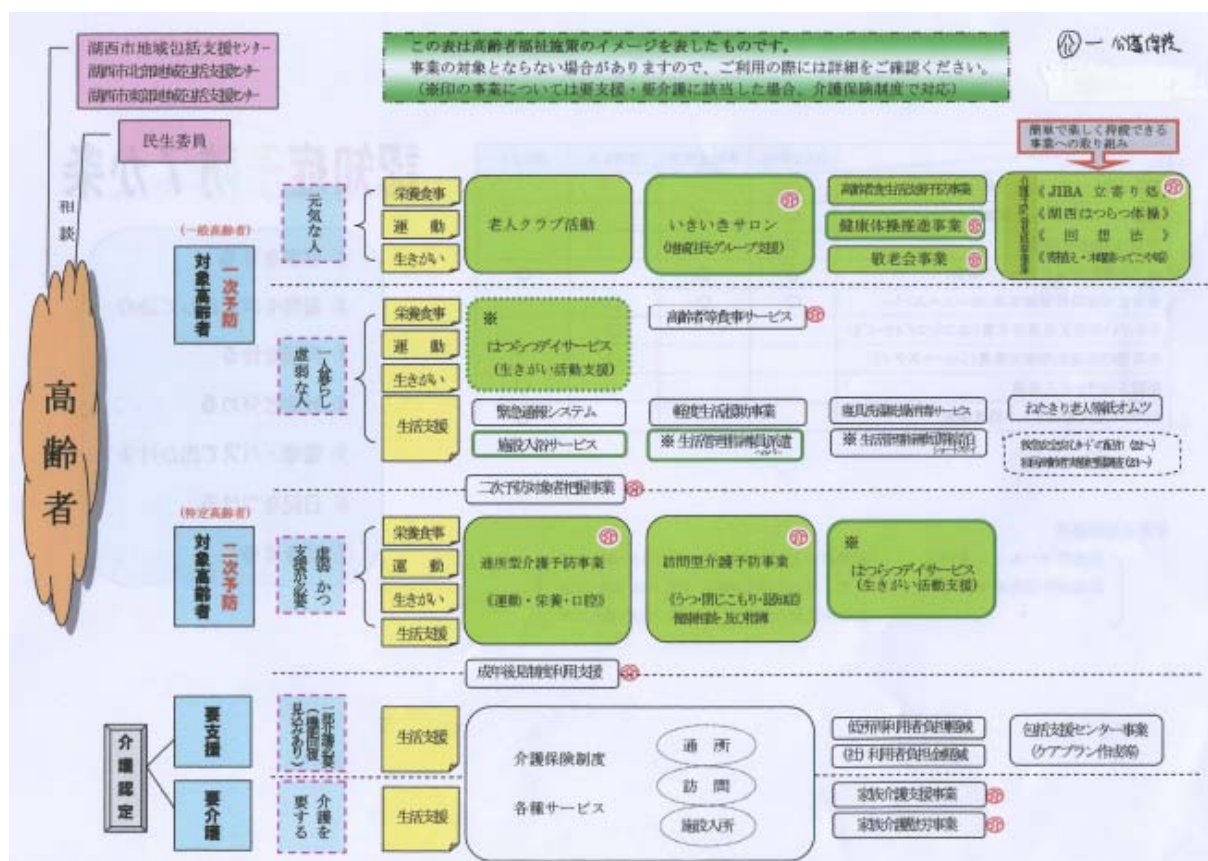


図 3-28 K 市で実施されている高齢者施策およびプログラム

②K 市におけるヒアリング結果

問 1. 「事業計画・政策立案の状況」について

1-1) 介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。 A;

A; 定期的に行っている (年 1 2 回程度実施)

1-2) 介護保険給付状況の分析を行っていますか。

A; していない

1-3) 2025 年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。

A; いいえ

1-4) 2025 年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体（保険者）としての介護基盤整備方針を検討していますか。

A; いいえ

1-5) 高齢者のニーズに応じた自治体（保険者）独自の施策（一般財源事業）やサービスがありますか。

A; はい → 図 を参照

問 2. 「地域連携の仕組みづくり」について

2-1) 医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について、開催の有無とその頻度についてお答えください。

会議等の種類	自治体（保険者）が主催している場合○	開催の有無	開催している場合の頻度
地域包括支援センター運営協議会	○	有	6 か月に一度
地域ケア会議（やむを得ない事由による措置、虐待対応方針決定、政策的な方向を出す協議の場合）	○	有	不定期
個別ケース担当会議（個別プランに基づくサービス調整等）		有	不定期
地域全体の連携推進のための会議		無	() か月に一度

地域ケア会議や個別ケース担当会議を「1. 有」と回答した場合、誰が招集権限を持っているか

A; 【地域ケア会議】 → 行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター
【個別ケース担当会議】 → 行政の高齢者介護部門・地域包括支援センター

2-2) 自治体（保険者）として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携パス（医療連携パス）の仕組みがありますか。

A; いいえ

問 3. 自治体としての地域包括支援センター職員への支援について

3-1) 自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ブランチ・サブセンター含む）の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。

A;自治体（地域包括支援センター主管部署）が主催して運営している

3-2) 自治体（保険者）として、地域包括支援センター（ブランチ・サブセンター含む）からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。

A;いいえ

3-3) 自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。

A;はい→3 職種の公共性、協働性など

問 4. 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」「介護サービス事業者支援」について

4-1) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の連絡協議会組織等を設置していますか。

A;自治体として設置している

4-2) 自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。

A;はい

4-3) 自治体（保険者）として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施しているか。

A;はい

主な実施目的→1.不正請求等の発見と是正 2.ケアプランの質の向上 3.ケアマネの質の把握
対象となる計画の選定方法→一部事業者から一部抽出
平成 22 年度の実施件数（対象ケアプラン数）→3 件

4-4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。

A;いいえ

4-5) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。

A;自主的な組織であるが関与していない（22年度までは支援、予算の計上している）

4-5) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。

A;設置していないが自主的な組織を支援している

4-6) 自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。

A;いいえ

4-7) 自治体（保険者）として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。

A;はい

4-8) 自治体（保険者）として、地域密着型（介護予防）サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。

A;実地指導については全事業者に対して行っている

問 5. 高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連

5-1) 自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成18年4月厚生労働省老健局）だけではなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。

A;はい

5-2) 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。

A;いいえ

5-3) 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。

A;はい 平成22年度実施件数1件

5-4) 高齢者虐待対応の一時保護施設やシェルターを確保していますか。

A;いいえ

5-5) 成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。

A;はい

問6. 地域包括ケアシステムの構築に向けた組織整備および第5期介護保険事業計画の進行について

6-1) 国で示している方針以外に自治体（保険者）独自の地域包括ケアシステム（地域包括ケア）の解釈を示していますか。

A;ない

6-2) 市町村介護保険事業計画の作成に関する任意記載事項の「8 介護保険事業計画に位置付けて重点的に取り組むことが望ましい事項」とされている地域包括ケアシステムの実現のため、今後重点的に取り組むことが必要な事項について、第5期介護保険事業計画の策定時に検討していますか。

A; 以下のような内容について検討を行っている。

1. 認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項
・認知症サポーター養成講座を通しての住民への認知症理解を広める活動を推進
・出前講座の推進

2. 医療との連携に関する事項
・医療との連携の必要性は理解しているが医師会との調整等はしていない。

3. 高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項
・住宅政策としては、公共建築物のバリアフリー化

4. その他の被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事項
・配食や緊急通報システムの拡充、買い物・見守りの在り方を検討している。

6-3) 高齢者福祉計画や介護保険事業計画だけでなく、地域福祉総合計画のような障害者分野も含めた各分野の計画を総合的に包括するような計画や方針を策定しているか。

A;ある

6-4) 貴自治体（保険者）に地域包括ケアのみを専任で担当する課あるいは専任の担当者の有無。

A;【担当課】 ある 【担当者】 いる

6-5) 第5期介護保険事業計画におけるニーズ調査の実施および分析の状況。

A;介護給付費と関連づけて分析を実施している

6-6) 第5期介護保険事業計画における日常生活圏域の設定を行っているか

A;はい 日常生活圏域の数：3

問7. 地域における医療と福祉の連携における医師のリーダーシップの促進および退院時の対応状況（医療と介護の連携状況と行政の関与）について

7-4)（急性期病院または回復期病院からの）退院時の処遇に対する行政の関与はどのくらいですか

A;事例によって関与している

IV. 結果と考察

1. 地域包括支援センター職員の連携実態に関する調査

全国の保健師を対象にした連携活動評価得点は先行研究によれば、平均得点 22.5 点 (SD ± 5.1)、地域権利擁護事業 (当時) の専門員を対象とした先行研究では 23.4 点 (SD ± 5.1) であり、今回の調査対象である地域包括支援センター職員の平均値は、これらよりもわずかに高かった。

連携活動得点の結果からは、年齢が高いほど、得点が高くなる傾向があるといえよう。

保有資格別の分析で留意すべき点は、全体的には最終学歴や役職、所有する資格によって連携活動得点に差異があることが示された。例えば、最終学歴は、高等学校卒業、短大卒が大卒よりも高い得点を示していた。また、責任者・管理者と役職なし、その他との間には統計的に有意な差がみられ、責任者・管理者に比べ得点が低かった。

これらの学歴や役職と連携活動得点との関係については、今後さらに慎重な検討を続ける必要がある。

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

また、これから 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを全国的に整備するためには、地域包括支援センター職員の能力の向上が必須であるが、このためには、地域での連携活動の行うための臨床現場における人員配置における工夫や、職員に対する OJT システムの整備が喫緊の課題である。

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

2. 静岡県内の自治体に対する地域包括ケアに関するヒアリング調査

1) 地域包括ケア体制の強化に必要な行政の果たす役割と課題

地域包括ケア体制の強化に必要な行政の果たす役割と課題に関しては、ヒアリングの結果から行政と地域包括支援センターが「協働」して相談支援と課題解決のための支援計画を策定し実行に移すことが必要であり、「情報提供・開示の仕組み」が整っていないかもしれないということが明らかになった。

さらに、地域ニーズや社会資源の把握が欠かせないが、単に個別的なサポートだけではなく、地域全体で課題解決をするという視点に立って、地域の連携を主導したり、新しい施策や事業の検討が必要となり、それらを総合的に反映させる必要があるが

そのためには、「情報の提供・開示の仕組みが整っていること」「地域の連携を主導すること」

「医療との連携が必要なケース等に対する医療機関や医師会の支援体制が整っていること」

「委託している地域包括センターと協働姿勢」といった内容を満たすことが必要となると考えられた。

2) 地域包括ケアの中の地域包括支援センターの役割について

ヒアリングを行った2市では地域包括支援センターの評価を行うことが重要であるといった意見も聞くことができた。「各のセンターそれぞれの機能を理解したうえで、センターに求めるケア体制の定義や強化を図って行くことが必要ではないか」等、委託型の問題点を指摘するものや、直営型と委託型の機能分担や連携の必要性を強調する内容があった。

また、「全センターの対応の標準となる基準を示すための基幹型の設置が望ましい」「基幹型センターがあると理解とまとまりが得られる」などと、基幹型センターの設置を地域包括ケア体制の強化に必要であるといった意見も聞かれ、今後の地域包括ケア体制を進めていく上で重要な条件の一つであるといえる。

3) 地域包括ケア推進への課題

わが国における地域包括ケア・システムの本格的な展開は2005年の制度改革によって行われ、介護サービス提供と医療サービス提供の両側面から行われた。

また、医療サービスは地域医療連携（連携パス）、介護サービスは、多職種連携によって、包括ケアの展開が図られている。

地域包括ケアは、国際的にも「統合ケア」として、その促進が図られている。ただし、Community-based な展開と同時進行を標榜する政策はまれであり、その困難に満ちた試みは国際的にも注目されているが、地域包括ケアの導入の背景には、介護保険財政の悪化があり、これまで3つの観点（給付・認定・ケアマネジメントの適正化、質の向上、予防の促進）から改革が進められてきたが、国民の意識を変えるほどの抜本的な改革を行わざるを得ない状況にあるのも事実である。

こういった状況において、今後、地域包括ケアが導入できるか否かは、行政だけでなく住民を含めた地域固有の状況に応じた専門職の支援ネットワークや地域の互助組織のシステム化への工夫等が必要であると考えられる。

参考文献

i) 埼玉県和光市：第4期和光市介護保険事業計画高齢者保健福祉計画、平成21年3月：2009. <http://www.city.wako.lg.jp/var/rev0/0001/5947/200942810522.pdf>（平成23年8月31日アクセス）

ii) 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）、地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書、財団法人長寿社会開発センター、平成22年3月：2010.

iii) 厚生労働省老健局長（平成23年6月22日）、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の公布について（老発第0622第1号）
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T110627R0010.pdf>（平成23年8月31日アクセス）

iv) 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会．地域包括支援センターの現状等について．ネットワーク．全国地域包括・在宅介護支援センター会報，P4-5

v) 筒井孝子．地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発（上）（下）．社会保険旬報，No.2183，18-24，No.2184，24-28，2003.9

参考資料；静岡県内における地域包括支援センターの運営状況調査（まとめ）

（厚生労働省調査から抜粋）

調査時期 平成 23 年 9 月
 調査対象時期 平成 23 年 4 月末時点（実績は平成 22 年度分）
 調査対象 市町、地域包括支援センター
 調査実施主体 厚生労働省
 （厚生労働省へ直接提出した調査票と同じものを県にも提出依頼）

調査結果

（注意）調査結果は、厚生労働省の結果公表前のため、今後、修正等の可能性あり。

1. 地域包括支援センターの概要

（1）地域包括支援センターの設置数

○静岡県

	箇所数	市町直営	委託
H.18.4.1	9 6 箇所	2 5 （26.0%）	7 1 （74.0%）
H.19.4.1	1 1 1 箇所	2 5 （22.5%）	8 6 （77.5%）
H.20.4.1	1 2 0 箇所	2 3 （19.2%）	9 7 （80.8%）
H.21.4.1	1 2 1 箇所	2 1 （17.4%）	1 0 0 （82.6%）
H.22.4.1	1 2 2 箇所	2 0 （16.4%）	1 0 2 （83.6%）
H.23.4.1	1 2 5 箇所	1 9 （15.2%）	1 0 6 （84.8%）

○全国

	箇所数	市町直営	委託	施設保険者	未設置保険者
H.18.4 末	3,436 箇所	1,265 （36.8%）	2,171 （63.2%）	1,483 保険者 （87.8%）	207 保険者
H.19.4 末	3,831 箇所	1,392 （36.3%）	2,439 （63.7%）	1,640 保険者 （98.2%）	30 保険者
H.20.4 末	3,976 箇所	1,409 （35.4%）	2,567 （64.6%）	1,657 保険者 （100.0%）	0 保険者
H.21.4 末	4,056 箇所	1,279 （31.5%）	2,729 （67.3%）	1,618 保険者 （100.0%）	0 保険者
H.22.4 末	4,065 箇所	1,208 （29.7%）	2,810 （69.1%）	1,589 保険者 （100.0%）	0 保険者

○ブランチ、サブセンター数と設置保険者数の推移（静岡県）

	静岡県	割合	
ブランチを設置している保険者数	8	8/35	22.9%
サブセンターを設置している保険者数	4	4/35	11.4%
ブランチ設置数	31		
サブセンター設置数	4		

（２）地域包括支援センター設置主体

		静岡県				全国	
		平成 23 調査		平成 22 調査			
設置主体		箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
直営		19	15.2%	20	16.4%	1,208	29.7%
	うち広域連合等の構成市町村					148	3.6%
委託		106	84.8%	102	83.6%	2,810	69.1%
	社会福祉法人（社協除く）	67	53.6%	63	51.6%	1,504	35.6%
	社会福祉協議会	20	16.0%	21	17.2%	526	12.9%
	医療法人	13	10.4%	13	10.7%	482	11.4%
	社団法人	2	1.6%	2	1.6%	91	2.3%
	財団法人	0	0%	0	%	63	1.7%
	株式会社等	4	3.2%	3	2.5%	66	1.6%
	NPO 法人	0	%		%	23	0.6%
	その他	0	%		%	55	1.2%
無回答		0	0%	0	0%	47	1.2%
計		125	100.0%	122	100.0%	4,056	100.0%

（３）要支援者数等

	平成 23 年調査	平成 22 年調査	平成 21 年調査
介護予防支援実施件数	194,016 件	188,330 年	127,412 件
うち介護予防支援の委託件数 （年間延件数）	71,938 件	60,283 件	44,554 件
委託した居宅介護支援事業所数 （年間の実事業所数）	2,008 件	2,157 件	7,021 件
要 支 援 者 数（実人数）	27,117 人	23,540 人	34,477 人

2. 地域包括支援センター人員配置状況

(1) 地域包括支援センター職員配置状況

	静岡県		全国			
	平成 23 調査 (平成 23 年 4 月末)		平成 22 年調査 (平成 22 年 4 月末)			
人 数	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
12 人以上	1	0.8%	1	0.8%	296	7.3%
9 人以上～12 人未満	8	6.4%	4	3.3%	263	6.5%
6 人以上～9 人未満	28	22.4%	26	21.3%	783	19.3%
3 人以上～6 人未満	81	64.8%	85	69.7%	2,380	58.6%
3 人未満	7	5.6%	6	4.9%	339	8.3%
計	125	100.0%	122	100.0%	4,061	100.0%

※ 全国分については、人数が不明な箇所は除くと注意書きあり。

1 センター当たりの 平均職員数	5. 0 7 人
---------------------	----------

3. 相談件数について

○総合相談	平成 23 年調査	平成 22 年調査
	静岡県	
総合相談件数	238,298 件	215,898 件
	1906.4 件	1,769.2 件
うち権利擁護に関すること	12,878 件	9,554 件

※ 相談件数は増えている

4. 包括的・継続的ケアマネジメントについて

(1) 関係機関との連携回数

包括的・継続的ケアマネジメントの関係機関との連携回数	全体（平成 23 年）		直 営		委 託	
	回数	1 センターあたりの件数(平均)	回数	1 センターあたりの件数(平均)	回数	1 センターあたりの件数(平均)
医療機関との連携回数	5,481	43.8	430	22.6	5,051	47.7
その他との連携回数	24,886	199.1	1,520	80.0	23,366	220.4

(2) 関係機関との連携課題の有無について

関係機関との連携状況について課題あり	全体（平成 23 年）		直 営		委 託	
	課題有 数	割合	課題有 数	割合	課題有 数	割合
医療機関との連携	95/125	76.0%	16/19	84.2%	79/106	74.5%
介護保険サービス事業所	76/125	60.8%	9/19	47.4%	67/106	63.2%
地域のインフォーマルサービス	87/125	69.6%	11/19	57.9%	76/106	71.7%

公的機関	88/125	70.4%	12/19	63.2%	76/106	71.7%
入院（所）・退院（所）時	78/125	62.4%	11/19	57.9%	67/106	63.2%
広域の地域包括支援センター	55/125	44.0%	10/19	52.6%	45/106	42.5%

（３）介護支援専門員に対する個別支援の回数

介護支援専門員に対する 個別支援の回数	全体（平成 23 年）		直 営		委 託	
	回数	1 センターあた りの件数(平 均)	回数	1 センターあた りの件数(平 均)	回数	1 センターあた りの件数(平 均)
個別事例に対するサービス担 当者会議開催支援の回数	3,413	27.3	648	34.1	2,765	26.0
質の向上のための研修の回数	588	4.7	95	5.0	493	4.7
ケアプラン作成指導等を通じた介護 専門員のケアマネジメント指導の回数	4,813	38.5	914	48.1	3,899	36.8

（４）介護支援専門員に対する個別支援の課題の有無

介護支援専門員に対する 個別支援について課題有	全体（平成 23 年）		直 営		委 託	
	課題有数	割合	課題有数	割合	課題有数	割合
相談窓口	85/125	68.0%	11/19	57.9%	74/106	69.8%
支援困難事例に対応介護 支援専門員への支援	91/125	72.8%	10/19	52.6%	81/1096	7604%
個別事例に対するサービス担 当者会議開催支援	78/125	62.4%	10/19	52.6%	68/106	64.2%
質の向上のための研修	84/125	67.2%	13/19	68.4%	71/106	67.0%
ケアプラン作成指導等を通じ た介護支援専門員のケアマネ ジメントの指導	75/125	60.0%	12/19	63.2%	63/106	59.4%
介護支援専門員同士のネット ワーク構築	75/125	60.0%	7/19	36.8%	68/106	64.2%
介護支援専門員に対する情報支 援	69/125	55.2%	8/19	42.1%	61/106	57.5%
ケアプランの趣旨に基づいてサービス が提供されるよう、居宅サービス 事業所等への研修等の働きか け	63/125	50.4%	11/19	57.9%	52/106	49.1%
その他	4/125	3.2%	0/19	%	4/106	3.8%

5. 介護予防事業、任意事業の受託の状況

介護予防事業、任意事業の受託有りのセンター

	受託有りのセンター数		
	全体 (全センターのうち受託 有りセンターの割合)	直営 (全直営センターのうち 受託有りセンターの割合)	委託 (全委託センターのうち 受託有りセンターの割合)
介護予防事業			
21年度	57 (47.1%)	5 (23.8%)	52 (49.1%)
22年度	63 (51.6%)	6 (30.0%)	57 (53.8%)
23年度 (予定を含む)	67 (53.6%)	6 (31.6%)	61 (57.5%)
任意事業			
21年度	44 (36.4%)	4 (19.0%)	40 (37.7%)
22年度	43 (35.2%)	4 (20.0%)	39 (36.8%)
23年度 (予定を含む)	51 (40.8%)	4 (21.1%)	47 (44.3%)

※介護予防事業の受託ありのセンターの割合は増えている

6. 夜間・休日の対応

	全 体 (125 箇所)		直 営 (19 箇所)		委 託 (106 箇所)	
	実施センタ ー数	割合	実施センタ ー数	割合	実施センタ ー数	割合
24 時間対応の実施 (携帯 電話等での対応を含む)	108	86.4%	11	57.9%	97	91.5%
休日開所の実施の有無	44	35.2%	1	5.3%	43	40.6%
毎週対応している	10	8%	1	100%	9	7.2%
隔週や土日のどちらかで 対応している	34	26.4%	0	%	33	31.1%
未記入	1	0.8%	0	%	1	0.9%

※ 24 時間対応をしているセンターの割合は約 8 割。

※ 休日開所しているセンターは約 3 割。直営センターは 1 箇所。

7. 住民に対する広報活動の状況

住民に対する広報活動の 状況 (地域包括支援センターと しての独自の取組)	全 体		直 営		委 託	
	実施センタ ー数	割合	実施センタ ー数	割合	実施センタ ー数	割合
市民向け広報誌・回覧板	81	64.8%	15	78.9%	66	62.3%
ホームページの更新による情 報公開	56	44.8%	14	73.7%	42	39.6%
パンフレット配布	113	90.4%	15	78.9%	98	92.5%
自治会への説明	81	64.8%	9	47.4%	72	67.9%
運営協議会の構成団体へ の説明	60	48.0%	11	57.9%	49	46.2%
その他	55	44.0%	9	47.4%	46	43.4%

8. 地域包括センターが抱える課題

	全 体		直 営		委 託	
	課題有センター数	割合	課題有センター数	割合	課題有センター数	割合
職員の力量不足	50	40.0%	3	15.8%	47	44.3%
業務量に対する職員数の不足	78	62.4%	14	73.7%	64	60.4%
職員の入れ替わりの早さ	26	20.8%	2	10.5%	24	22.6%
業務量が過大	96	76.8%	12	63.2%	84	79.2%
介護予防支援業務（介護予防プラン作成）	64	51.2%	5	26.3%	59	55.7%
	56	44.8%	4	21.1%	52	49.1%
	56	44.8%	8	42.1%	48	45.3%
	44	35.2%	1	5.3%	43	40.6%
	23	18.4%	2	10.5%	21	19.8%
関係機関との連携が十分でない	55	44.0%	7	36.8%	48	45.3%
フォーマルサービス機関	21	16.8%	3	15.8%	18	17.0%
インフォーマルサービス機関	44	35.2%	5	26.3%	39	36.8%
市区町村	17	13.6%	0	%	17	16.0%
その他	11	8.8%	1	5.3%	10	9.4%
専門職の確保	55	44.0%	7	36.8%	48	45.3%
予算の確保が難しい	29	23.2%	1	5.3%	28	26.4%
人材不足	42	33.6%	7	36.8%	34	32.1%
その他	8	6.4%	1	5.3%	7	6.6%
その他	16	12.8%	2	10.5%	14	13.2%

※ 業務量が過大、業務量に対する職員数の不足を上げるセンター数が多かった。内訳は、直営センターでは、支援困難事例への対応、委託センターでは、介護予防支援業務（プラン作成）が多かった。専門職の確保に課題があるとあげた内訳は人材不足であった。

第6章 介護保険施設における専門職の能力発展及び阻害要因の研究

神戸松蔭女子学院大学人間科学部生活学科 教授 太田久彦

I. 研究の概要

1. 研究の目的

介護保険施設では、資格を持つ専門職の多職種集団が協働で組織活動を行なっている。本研究では、一定の職業能力を有して入職することになる各専門職者が、入職後の職業能力の向上をどのように行ない、それが日常の業務にどのように反映されるのかを調査することを通じて、介護老人福祉施設が提供するサービスの質の改善に貢献することを目的とする。

今回の調査では、主たる対象職種を管理栄養士とした。

2. 事業実施の概要

平成23年8月1日から平成24年1月31日の間に、神戸市内の社会福祉法人の一法人に属する3つの介護老人福祉施設の管理栄養士3名、介護士長2名と面接を行なった。関連データとして、東京都内のデイケアセンターにおいて参与観察と面接を2回行なった。データは、テキストとして収集し、質的に分析を行ない、概念形成を試みた。

本報告書作成までに分析が完了しなかったデータまで含めたデータの分析結果は、今年度の医療情報学会で発表することを予定している。

II. 介護保険施設における専門職の能力発展及び阻害要因の研究

1. 目的

介護保険施設では、資格を持つ専門職の多職種集団が協働で組織活動を行なっている。本研究では、一定の職業能力を有して入職することになる各専門職者が、入職後の職業能力の向上をどのように行ない、それが日常の業務にどのように反映されるのかを調査することを通じて、介護老人福祉施設が提供するサービスの質の改善に貢献することを目的とする。

今回の調査では、当初管理栄養士と介護福祉士を対象に想定したが、データ収集と分析に関する時間制約のため、主たる対象職種を管理栄養士とした。

2. 調査方法及び調査対象

介護保険施設の専門職の技能向上のプロセスをする対象として、介護老人福祉施設常勤職員として管理栄養士と介護職を取り上げた。対象とした介護老人福祉施設は、神戸市内の一社会福祉法人が運営する3施設とした(A施設、B施設、C施設と仮称)。

調査方法は、面接による聞き取り調査とした。面接は、質問者(調査者)と回答者(施設の専門職)が1対1で相対する形式で行ない、その他の者は面接の場面に介在しない形式とした。

調査とその後のデータの分析に充てる時間が潤沢でないことが、途中の経過で判明したため、調査及び分析対象を今年度の調査に関しては、管理栄養士のみとし、介護士との面接は、管理栄養士の職務を分析する際の補助的データとして、活用する目的だけに限定することとなった。

管理栄養士は、介護老人福祉施設においては、一人職場であることが一般的であり、今回の調査対象となった施設においても、同様に一人職場であったため、対象者には選択の余地はなかった。補助的データを得るために面接を行なった介護士は、管理栄養士に対して上司の立場で存在し得る介護士長を対象とした。

面接は録音し、後にテキスト起こした。このテキスト化した面接記録を分析対象とした。テキストの分析は質的に行なった。

また、今回の調査において、間接的データとして活用することを目的に、東京都世田谷区にあるデイケアセンターにおいて、参与観察及びスタッフとの面接を行なった。

3. 結果

神戸市内の3つの介護老人福祉施設に3人の管理栄養士に面接調査を行なった。同じ施設の介護士長(寮母長)2名とも面接を行なうことができた。これらの介護施設を運営している社会福祉法人の常任理事とも面接を行なう予定であるが、この報告書作成時点では、まだ面接を実施できていない。

東京都世田谷区にあるデイケアセンター施設に理学療法士1名、医師1名とも面接を行なった。

(1) 当該介護老人福祉施設の栄養部門の特徴

各施設の規模は、以下のとおりである：A施設は特養の定員が29人、ショートステイ10人、ケアハウス90人、B施設は特養定員が52人、ショートステイ18人、デイサービス延べ利用403人(月20日開催)、C施設は特養の定員73人、ショートステイ7人、デイサービス延べ利用182人(月20日開催)、グループホーム定員27人。

当該介護老人福祉施設は、介護部門、看護部門、事務部門で組織構成されている。栄養関連の専門職は、事務部門に所属している。

栄養関連専門職は、管理栄養士1名と調理師数名とで成り立っているが、施設に所属しているのは管理栄養士だけである。調理師は、全員が委託業者に所属しており、3施設とも同じ委託業者である。委託業者の調理師数は、A施設が5名、B施設が7名、C施設が7名である。

管理栄養士の業務は、給食管理と利用者の栄養管理である。これは、どのような施設においても共通の業務である。給食管理には、調理、衛生管理、作業管理、施設設備管理が入っているが、委託業者が厨房業務を一手に引き受けていることから、今回の調査施設では、管理栄養士は、給食管理においては献立の管理(の一部)と施設設備管理だけを行なっていた。

委託業者が入って調理作業を全面的に請け負っているだけでなく、基本的な献立作成、食材の調達を行なっているため、調理に関する管理栄養士の負担は、かなり軽減されていることになる。

ただし、調理に関しては、基本的な献立は調理師側からの提示があるものの、個別の入所者に対してなされる工夫は管理栄養士が立案することになる。これは、例えば、嚥下障害のある入所者にどのような食形態の食事を提供するかということは、食事の安全管理、栄養管理に関する極めて重要な課題であり、管理栄養士の能力が多いに発揮される場面である。

(2) 当該施設管理栄養士業務の特徴

当該介護老人福祉施設における管理栄養士の主な業務としては、給食管理と栄養管理が挙げられる。

給食管理は、先に述べたように、委託会社の調理師による調理と委託会社の(管理栄養士によると思われる)基本的な献立計画が提示されているが、個別の入所者に対する対応は、各施設の管理栄養士によって行なわれている。個別の入所者に対する食事の対応は、将に当該施設の管理栄養士の能力を直接反映するものである。

栄養管理は、「栄養ケアマネジメント」を実施することで、施設に介護報酬が付与される。そのため、介護保険の規定に則って年に2回、入所者と家族に対して栄養ケア計画の説明がなされている。

(3) 当該施設の管理栄養士の技能の向上とそのプロセス及び阻害要因

施設で独自に提供する行事食などに関しては、書籍から情報を得たり、インターネットに載っている他の施設の食事の情報が役に立っている。この他の情報源としては、同業者の口コミによるものが挙げられる。

入所者の個別の身体的な問題に対応した食事の工夫は、入所者の栄養ケアマネジメントに直結した重要な問題である。管理栄養士の技能のレベルが最も反映される場面ではないかと思われる。

入所者個別の身体的問題への栄養面での対応に関しては、次のような要素に分解することができる。

- ・問題点の発見
- ・問題に対する解決策の探求
- ・解決策の評価

上記の各項目を更に検討を加えると、「問題点の発見」では、入所者の摂食・嚥食や栄養に関する問題点をいかに発見するかということになる。管理栄養士が入所者の摂食・嚥食・栄養を直接自ら発見する機会は、昼食時の観察くらいしかない。この機会を積極的に活用して入所者の問題点を把握することは、管理栄養士の技能向上につながると言えよう。

このような少ないチャンスを利用した問題の発見よりも、情報として重要なのは介護職からの情報伝達によるものである。入所者との接触時間が最も多いのが介護職であることから、摂食・嚥食・栄養に関する問題も介護職が発見して情報伝達をすることが多い。摂食・嚥食・栄養に関する問題点は、申し送りのさまざまなルートで管理栄養士に情報伝達されるが、その中で軽視できないのが非正規伝達ルートである。これは、立ち話などの機会に介護職が伝達する場面を指している。このような非正規ルートでの情報伝達を活用するためには、介護職との良好なコミュニケーションを保つことが重要である。

「問題に対する解決策の探求」に関しては、以下のような意見が集約された。まず、第一が試行錯誤による独自の取り組みである。いずれの施設の管理栄養士も、この点をまず取り上げていた。嚥下困難を呈している入所者の嚥下困難に対して直接食事形態の変更で解決を試みる場合などが、この解決方式になる。思ったような結果をもたらさないことも多いと指摘があった。第二は、研修会に参加して知識を得ることで問題の解決策を得るというものである。この研修会参加というのは、二重の意味を持っており、研修会のテーマ自体が管理栄養士が抱えている問題をテーマにしていることもあるが、それだけでなく、研修会に集まった他の施設の管理栄養士との交流を通じて解決策を得ることがある。第三は、企業主催の研修会である。これは、主に嚥下困難に対する添加剤を製造もしくは販売している企業による研修会であり、管理栄養士にとってはテーマが嚥下困難に限定されているため、その解決策を探るために有益な情報が提供されていることが分かった。第四は、当該介護老人福祉施設を擁する社会福祉法人内における管理栄養士同士の情報交換である。各施設では一人管理栄養士として業務を行なっているが、法人内には複数の施設が存在しており、その管理栄養士同士の不定期の交流の中で解決策が発見できることは少なくないとのことであった。第五は、外部から非常勤で訪れる専門職からのアドバイスである。これも主には嚥下困難の現象をいかに克服するかという観点での他職種からの情報伝達である。このルートで情報を提供するのは、言語聴覚士と作業療法士である。いずれも不定期に施設を訪問しており、訪問のない施設もあった。外部他職種の訪問のある施設では、外部他職種からの情報の有益性を認識しているために、管理栄養士から積極的に施設訪問を要請することもあった。この点では、同一法人内でも施設間に情報の質に差がある場合が存在することになる。

今回調査を行なった介護老人福祉施設の管理栄養士が、例外なく重要な情報源として挙げたのは、神戸市内の老人福祉施設協会が主催する研修会であった。また、研修会は押し並べて有益な情報を提供してくれる機会として積極的に評価されていた。施設もしくは法人の方針として優れている点として、私が指摘した

いのは、管理栄養士が、これらの研修会に参加することへの制限が一切ないということであった。研修会参加には、参加制限はなく、出張旅費も支給されていた。

管理栄養士の技能の向上を阻む積極的な要因として取り上げるべき課題としては、外部の非常勤専門職種の訪問の有無のことを指摘したい。特に、比較的経験年数の少ない管理栄養士が従事している施設で外部非常勤専門職の訪問が行われていなかった。この施設の管理栄養士は、そのような外部非常勤専門職の訪問があること自体を知らないままであった。

今回面接を行なった管理栄養士3人は、いずれも研修会に制限なく参加できることなど、施設側が管理栄養士の技能向上に配慮していることを積極的に評価していたが、外部の専門職からの情報提供などは、知らないでいると、そのまま何らの改善のないままになってしまう可能性がある。このような情報の欠落に気付くには、施設間の管理栄養士の相互交流・情報交換の場を増やすことが当面の解決策と思われる。

管理栄養士は、さまざま職場において活躍することができる専門職である。医療保健の分野では、今回調査対象とした介護老人福祉施設の他には、病院が代表的な職場である。今回面接を行なった管理栄養士は、いずれも病院勤務の経験を有しているが、病院の勤務経験が、介護老人福祉施設における仕事に直接繋がらないことを指摘していた。病院においては、患者の身体状況を反映する検査データを重視する一方で、患者との交流は希薄であるのに対して、老人福祉施設では、検査データに乏しいものの、入所者との交流は濃密であり、そのため、今回調査を行なった老人福祉施設の管理栄養士は入所者の栄養ケアに関する満足度は高いという印象を受けた。

4. 結論

管理栄養士に求められる技能は、所属する職場により異なる。今回調査を行なった介護老人福祉施設では、委託業者が調理作業・基本的献立計画の策定と食材調達を行なっていたため、当該施設の管理栄養士は、献立策定に関しては個別対応の必要な入所者への計画立案・実施・評価に特化していた。

摂食嚥下・喫食・栄養に関する問題を抱える入所者が多い介護老人福祉施設で働く管理栄養士にとって、問題を有する入所者への対応に重点的に配慮できる、当該施設の栄養部門の運営体制は、管理栄養士にとっても極めて好都合な運営体制と言える。

当該施設の管理栄養士の技能向上において、他の介護老人福祉施設の管理栄養士にも一般化できる課題としては、以下のような事項を挙げることができる。

問題点を発見するための能力として、問題点を発見する場を作る積極性と他職種から問題点に関する情報伝達を促すためのコミュニケーション能力を挙げることができる。

問題点の解決能力を向上させるために求められることには、次のような事項が挙げられる。まず、研修会などの情報を提供する場への積極的参加がある。研修会は、研修をする場という意味だけでなく、同業者が集まることで、同業者同士のコミュニケーションが新しい情報を提供する場としても重要である。

施設内の課題として、外部からの非常勤専門職の活用が挙げられる。この課題は、得られる情報が有益であることを知らないために、外部の非常勤専門職の存在そのものを知らないでいる管理栄養士が存在する可能性があるため、施設管理部門の積極的情報提供が必要である。

近隣の同種施設間の管理栄養士の交流も問題解決能力の向上に有益である。同一法人内に複数の同種施設がある場合には、この交流の機会を積極的に設けることが望まれる。

いずれの場を利用するにしても、能力の向上は、当人の積極性が何よりも求められることは言うまでもない。個々人の積極性の涵養は、個々人に委ねられるものではあるが、施設文化としての能力向上を奨める環境

を育成することが重要であろう。今回調査を行なった施設は、このような施設文化の面では優れている文化を醸成している印象を受けた。

5. 補足

管理栄養士の関連職種として、介護士(寮母長)との面接を2名で行なった。しかし、データ分析に時間がかかり、本報告書作成までに介護士のデータ分析結果を加えることができなかった。

また、施設管理者として法人常任理事1名との面接を予定しているものの、本報告書作成までに、面接を設定することができなかった。

以上の点を加えた総合的な分析と結果に関しては、関連学会等の機会に成果を発表する予定である。

東京都内のデイケア施設の参与観察及び面接を行なったデータは、今回の管理栄養士の分析には活用できなかった。介護士を対象とした分析を次年度に実施する予定であり、この際に活用することを予定している。

Ⅲ. 資料編

2011年9月6日 A施設の管理栄養士との面接で得られたオリジナルテキストデータを資料として提示する。

Q:それではお話を伺いたいと思うんですが。どこから伺いますかな。今のこの施設のことから伺いたいんですが。〇〇さんが今、△△で勤められてますよね。△△の施設の組織構成、組織図といいたいでしょうか。組織構成っていうこと、ちょっと最初に伺っておきたいんですけれども。どういう部署に、今、所属されてることになるんでしょうか。

A:今は事務所です。私の上司が施設長になるので、別に看護師でもなく事務所の中の一員として所属してることになります。

Q:部門とすると、どういう部門があるんですか。この△△の中には。

A:介護職と看護職、あとは事務所になると思います。

Q:介護と看護と事務。この事務の中に、管理栄養士として所属をしているってことなんですね。

A:そうです。

Q:栄養関係の職種というと管理栄養士さんの他に。管理栄養士はお1人ですよね。

A:1人です。

Q:そうですね。栄養関係では、管理栄養士と調理の方も。

A:調理はいます。

Q:いますよね。

A:ただ外部の業者が入ってますので、その中に管理栄養士がいるというわけでもないですし。現場をお願いしてるという形です。

Q:調理師さんは何人居るんですか。

A:今はすごく少なくて5名です。

Q:5人。じゃあ管理栄養士が1人で、調理師が5人。

A:そうです。5人の中に1人栄養士がいます。

Q:これも外部の方になるんですか。

A:はい、外部です。ただ、それは別に「厨房の中に1人栄養士置いてください」とか、そういうことがあるわけでもなく、たまたま今、栄養士が1人いるという状態です。

Q:管理栄養士お1人の方もこの施設の職員で、それ以外は委託会社という。

A:そうです、委託です。

Q:分かりました。それでは食事に関すること、ちょっと質問後ほどさせていただきますけれども。ま

ずは〇〇さんの管理栄養士のことでお話を伺っていきたいと思うんですけれども。先ほどのお話でいうと、こちらに勤める前は病院で仕事をされていたんですね。一番最初のところからお話を伺いたいと思うんですけれど、管理栄養士の資格を取られたときは、養成校を卒業されて管理栄養士の国家試験を受けられたっていう形ですか。

A:はい。

Q:そうすると大学卒業して即、国家試験を受けて資格を取られて、その後すぐにもう管理栄養士として仕事をされ始めました？

A:そうです。

Q:一番最初、どちらでお仕事されたんですか。

A:最初、病院です。

Q:こちらに、この施設に来られるまで職場は何回か変わられましたですか。

A:ここが3つ目です。病院最初1年間勤めてて、そこが嘱託だったんですね。そういうこともあって1年で退職して、次の病院に行きまして2年間勤めて。で、今の施設に入りました。

Q:現在、今、この△△でお仕事をされていて管理栄養士としてのお仕事をされ。そうすると、こちらに来られたときに資格を取られてから1年、2年、3年たったところ。4年目に△△に来られたということになりますか。

A:はい。

Q:今、ここで2年間？

A:3年目です。

Q:そうですね。管理栄養士としての仕事を、今、具体的にはどんなことをされておられますか。

A:すごくいろんなことをしてるので一言では言えないんですけど。大きく分けると、給食管理と栄養管理なんですけど。

Q:給食管理は具体的にはどのようなことを？

A:具体的には献立作成から始まって、その他の帳票類の作成であるとか。あと厨房内の調理員とのコミュニケーションとったりとか。そういうフロアと厨房の間にやっぱりなるので、その橋渡しをしたりとかっていうことが主になります。

Q:栄養管理ではどういうことをされるものなんですかね。

A:栄養管理はもう栄養マネジメント。あとは、どち

らに入るか分からないんですけども施設では入居されてる方がほとんどなので、その方たちの日々の状態に合わせた食事出しをしたりとかはしています。

Q:資格を取られて現在までの間に、管理栄養士としての技能、技術の向上っていうものがおそらくあったと思うんですけども。どういうふうに技能に、技能、技能っていうんですかね、技術、ちょっと何て言ってもいいかよく分かりませんが。仕事のスキルがこれまでの仕事の経験の中で、どういうレベルアップされてきたのかってところを概略、言葉に表現できれば伺いたいと思うんですけどいかがでしょう。

A:やっぱり1人職種なんですね。今までの職場も2人だったりとか、管理栄養士が。大きい病院でもそうだったんですけど。なので、そんなに正直聞ける方がいらっしゃらないっていうのが現状だったので、もう自分で研修に行き情報得たり。そこで出会った他の施設の栄養士さんと「どうしてる、こうしてる」という話をし、そこで教えてもらった情報、実際、実践してみたりとか。あとはもう本読んで「こんなことがある、やってみよう」として実際にやってみて。どうだったかっていうのも、実際現場でやってみて、評価といえるのか分からないですけど自分なりに「あ、これは使える」「これは使えない」とかやっています。

Q:それは具体的には例えば食事の献立の内容ってことになりますか。

A:献立の内容は、逆にすごく分かりやすく。献立をお出ししたら、入所者の反応見たら分かったりとか。残してる量を見たら分かったりとかするんですけど。

逆に施設ですごい思ったのは、食べれなくなった人にどういうふうにしたら食べてもらえるかとか、どういう介助の方法したら食べてもらえるかとか。そういうのがやっぱり本では「こうしたらいい」と書いてあるんですけど「実際そんなの、できひんよ」と思うこととかがあったりして。そういうのは介護士さんと話し合っ「ちょっと一回こういうの試してみようか」とか。あとは業者にサンプルとかもらって「こんなあるけど、どう?」とか言ったりしてやったりとかします。

Q:なんかこう、具体的な例みたいなものって挙げただけですか?

A:例ですか。

Q:ええ。

A:さっき言ったみたいに、口を、もうだんだんAD

Lが下がってきて食事介助をしたいけど口を開いてくれない病床の方とかがいっぱいあるんで。そういうときどうしたらいいかっていうのを本で調べて「こうしたらいいらしいよ」とか言って、このKポイント。

Q:Kポイント。

A:でも結局、Kポイント押すには口を開かないと開けないじゃないですか。

Q:そうですね。

A:そういうのとかですかね、具体的には。

Q:なるほど。こちらにこられるまでに病院で2カ所でお仕事をされてきていて。病院の勤務とここの勤務と、スキルが違うというか。求められるものが違うようなところってございますか。

A:全く違います。

Q:全く違う?

A:はい、全く違いますね。

Q:どういう点が違いますか。

A:病院にもよるかもしれないんですけど。私が居たところは、栄養指導では患者さまに会って実際声を聞いて、検査結果を見たらすごくよくなってっていうのが分かたりするんですけど、やっぱり人と人として接する機会がすごく少なくて。それに対して施設は逆に、毎日ここで食事とってる人ばかりなので、直接目で見て変化が分かるっていうか。逆に血液検査とかはあんまりしないので、はっきりした違い分からないんですけども。実際に(人の変化を)感じるのは施設だと思ってますけど。

Q:病院だとなかなか、管理栄養士の方が患者さんお一人お一人の状況を直接把握するっていう。

A:人数が多すぎて。

Q:多くて、もう・・・(把握できない)。小さな病院ですと違うんですかね。

A:うーん、どうですかね。あと直営か委託かにもよると思うんですけど。私がいた、その2つ目の病院は小さかったんですけど直営だったんで。結構、厨房の給食管理の方が8割ぐらい占めてたんです。厨房の中にも入って、人が足りなかったら調理もするし、厨房の中のシフトとかも管理栄養士が作ったりとかしてたし。そういうこととかもしてたんです。病院によって、それは違うとは思いますが。

Q:ああ、そうか。給食管理、その調理の現場に管理栄養士の方が入られるっていうことも、ごく普通にあること?

A: いや、時たまですけど。「ちょっと今日は急に休みになりました。人が足りません」というときに、もう調理師誰も来られないっていうときに「じゃあもう入ります」って入って、やったりとかしてました。

Q: 今は調理の現場に入られることは？

A: 今は全くないです。

Q: ないですか。そうですか。分かりました。そうすると今は、患者さんの様子を結構直接把握しながら、どういう問題点が解決されなければいけないかとか、どういう問題点があるのかっていうのを、ご自身で確認をしながらお仕事をされてるっていう感じですか。

A: そうですね。ただ1人なので、入所者がもう今100名ぐらいいらっしゃるの、毎日100名を見るのはさすがに無理なので、そこは介護職とか看護師と、ちょっと情報取り合っているって感じですけど。

Q: 100人全部を見るのは無理ですよね。

A: はい、そうですね。あとユニットなんで余計。

Q: なるほど。問題のある人に関して、ナースさんとか介護職の方から「こういう人で問題がある」なんていうようなことの相談を受けつつ、お一人お一人の問題がある方をチェックするような形になるんですか。

A: そういうのもあるし、基本「今日はちょっと2階に行こうか」とか、自分の中で割り振りを決めておいて、1週目はここの階、2週目はここの階とか、とりあえずは決めとくんですけれど。その他、介護職がメモとか残してくれるので「誰々さん、こんな状態なので見に来てください」とか。あとは、ナースから直接（携帯持ってるんでみんな、各職種が）携帯に電話かかってきてとか。

Q: 今のお話の、例えば口を開けてくれない方の問題とか、その対処方法、どの問題にどういうふうに対処をしたらいいいのかっていうのは、教科書的に解決がすぐできる問題というものもあるんですか（笑）

A: いや、正直あんまり今まで本の通りにやって「成功した」っていうことは、あんまりないです。

Q: ないですか。そうすると教科書にない情報を得てくるか、もしくはご自身で試行錯誤して。

A: そう、もう試行錯誤です毎日。

Q: 何か同業の、他の施設の方からアドバイスをもらうようなこともありますか？

A: それもあります。

Q: あります。

A: ○○は何箇所があるので、そこに各栄養士が

いるので、そこの方に聞いたりとか。ただ、だいたい聞いても「うちもそれで困ってるのよ」って言われることがやっぱり多いです。

Q: 大部分はもう試行錯誤で、解決策を探っていくということになりますか。

A: はい。まだまだ、まだ3年目なので余計にそうなります。

Q: 試行錯誤、試行錯誤で解決策を探っていく中で、なかなか名案に至らないってこともありますか。

A: あります。常にそうです。

Q: 常に。

A: どちらかというと。

Q: 例えば□□の中の管理栄養士の方以外で、どこで、何か情報得てくるようなこともございますか。

A: それもあります。研修に行けば、だいたい同じ栄養士さんが来ることが多いので、研修では。そのときに聞いたりとかします。

Q: 研修っていうのは具体的には、どのような場があるのでしょうか。

A: 一番多いのは老社連。老人福祉連盟がやってる、その栄養士の集まりの「栄養士会」っていうのがあるんですけども。それで結構研修が年に4～5回あるので。行けば、特養、ケアハウスってグループごとに分かれて研修があったりとかするので、同じような悩みもった施設の栄養士さんと会うことができます。

Q: 研修というのは、何かテーマをもって教育をするような場、というふうに考えていいのでしょうか。

A: そうです。その老社連の栄養士会の役員の方がテーマを決めてくださって、それに沿った内容で「次はこういう研修をします」って案内がくるので。

Q: それはかなり役に立つ研修ということに？

A: 頼りにしてます。

Q: 頼り。頼りになるってことは、とても大事な場ということになりますね。

A: そうですね。

Q: 他にも何か、そういう研修の機会みたいなのは？

A: あとは、市がやってるものとかですかね。でも正直それはテーマが大きすぎて。どちらかっていったら、さっき言った老社連の研修の方が役立ちます。

Q: 市って、神戸市？

A: 神戸市ですね。

Q: テーマが大きすぎるというのは、具体的にはど

うというようなことになるのですか。

A:対象が施設だけじゃなかったりとか。

Q:いわゆる管理栄養士の方が働いている職場ごとに、問題が随分異なるということになりますか。

A:はい。

Q:そうすると、なるべく共通の話題をもった人たちが集まるような場で研修を受けた方が、実際の日常の問題の解決に役立つような情報が得られるということになりますかね。

A:はい。それが一番いいです。あと研修でいえば企業の研修ですね。

Q:へえ。

A:企業、企業って言うっていいのか。例えば、とろみの粉を出してる会社の研修とか。

Q:そういう、企業が主催するような研修も結構数があるんですか。

A:数でいえば老社連の方が多いです。

Q:企業の研修っていうのはどうなのでしょう。例えば製品のプロモーションを兼ねたような研修ってことになりますか。

A:そうです。

Q:それはそれなりに、また結構役立つ情報が出てくる？

A:あります。

Q:製品のプロモーションを上回る有益な情報があるというふうに考えていいですか。

A:ありますね。

Q:私、今の所で仕事をする前は、常勤と非常勤で東京のリハビリテーション病院に勤めてたんです。そこで結構、嚥下困難の人とですね。脳卒中の方がほとんどだったものですから、嚥下困難がすごく多くて。管理栄養士の方と言語聴覚士の方と、いつもしょっちゅういろいろ相談をしながら仕事してたんです。とろみ関係に関する添加剤っていうんですかね。すごい種類がたくさんあるの知ってびっくり。こんなたくさんあるのかって。こんなにあると選択、何を根拠に選択していいのか分かんないなっていうふうなのを感じましたけど。そういう取舍選択っていうのはどういうふうにされてるんですか。

A:ここがオープンする前に私、〇〇の△△の方で研修をしてたんですけど。そこでも使ってるものを使うようにしました。正直そのとき知識がなかったっていうのもありますし、その栄養士さんに聞いて「それがいいよ」って教えてもらって。そこからもう今年2年半ぐらい、オープンしてたってんですけど。ものを変えることによって、実際使うのは介護職な

んで混乱とか間違いとかあっても駄目なので。すごくいいものが出たら変えようとは思うんですけど、そこまで差がないと、まだ思ってるので。やっぱり現場のことを考えると、そんなにコロコロとろみ剤を変えようとは今は思っていないです。

Q:よほど画期的なものが登場しなければ(変えない)。

A:あと何か逆に施設の中で、とろみ粉に問題があれば変えると思うんですけど。今のところ特に言われてないですし。

Q:分かりました。そうしますと管理栄養士としてのスキルという点では、給食の管理と栄養の管理。例えば今お話を伺った、とろみを付けるのに何を使うかなんていうのは、これは給食管理の話になるんですか今の話は？

A:どうですかね

Q:栄養管理、両方、両方の話になりますかね。

A:そうですかね。

Q:栄養にも関わってくる。

A:栄養。その、とろみ剤をどの種類にするかっていうことですか。

Q:そうそう。その取舍選択っていうのは、このことで言葉にこだわる必要はありませんけれども、給食管理に属することなんですか。栄養、栄養管理っていうのは患者さんの栄養状態をいい状態に維持するっていうことが栄養管理ですよ。

A:そうですね。

Q:両方にまたがることなんですかね。今、お話を伺った研修っていうことに関していうと、研修で得てくる知識は給食管理と栄養管理の両方に反映されることというふうに考えていいですか。

A:はい。

Q:そうですね。今のお話で管理栄養士としての技能とか技術。技術っていうと変ですかね？ 変でもないかな。技能向上する上で非常に役立っているのは、研修の場というふうにいえますか。

A:研修で得たものを実践して。多分、研修とあともう試行錯誤の日々の。

Q:そうか。研修プラスご自身での試行錯誤。

A:やってみないと。やっぱり人によって違ったりするので。あとは研修で受けてきた情報も現場に返すと「それは現場としてはできません」て、やっぱり言われることもあるので。

Q:(そういうことが)あるんですか？

A:実際、私がやるわけじゃない内容もあるじゃないですか。その、とろみ粉にしても、とろみ粉っていうかゼリー剤の研修に行ったときとかもそうなんで

すけど。実際情報得て調理員の方に話すんですけど。「やあ、それは分かってるけど、実際できないのよ」ってこう。実際やれるまでっていうのが結構大変やったりするんで。人手の関係とか、時間の関係とかで。あと、コストがかかったりとか(笑)
Q:コストがかかってしまくてできないってこともあるんです?

A:例えば朝にソフト食を作って朝ご飯にちゃんと出したってなったら、急激に冷やす機械とかいるじゃないですか。でもそんなん、うちにはないですし。

Q:なるほど。学んだ、学んだというか「これやってみたい」っていうことも、必ずしもできないことがあるっていうことになるんですね。そうか、そうすると。

A:実際やるのが自分1人じゃないので。どう現場に伝えて、やってもらうかっていうところも(問題になります)。

Q:そうすると、ご自身で考えていろいろ工夫するっていう場面もかなり多いですね。

A:多いですね。

Q:むしろそれが基本ですか。

A:はい。多いと思います。

Q:そうですね。それはもう〇〇さん独自の工夫ってことになりますよね。

A:そうです。あってるのか、あってないか分からないですけどね(笑)「こうしてみよう」って。

Q:そうすると、例えばすごくいいもの考えて「あ、これはいいな」っていうようなところが得られた場合は、それは「こんなふうにしたらどうですか」って、例えばこのロングステージの中で情報伝えあうとかってことはあるんですか。

A:それはあります。

Q:ありますか?

A:はい。

Q:例えばこのロングステージの中で、ここでしかやっていないこととかってこともあるんでしょうか。

A:どういうぐらいの規模のことですか(笑)

Q:例えば大石の、大石の中で特別に工夫をしていることとか。岡本の施設で、特別に工夫していることなんていうこともありえる?

A:それはありえると思う。小さなことでもよかったら、あるとは思うんですけど。

Q:でも、その中でも共通でできるようないいことっていうのは、なるべくお互いに情報伝え合うような感じにされてるんでしょうか。

A:はい。うちは栄養士の集まりっていうのがありまして、□□の中の。そこで情報共有したりとか(し

ています)。

Q:それは例えば月に一遍ぐらい、何かそんな。

A:定期的ではないです。

Q:不定期で。

A:はい、不定期で。

Q:その不定期の集まりの中で結構、有益な情報に関していうと「こんなことがいいですよ」っていうようなことが伝わってくるんですね。

A:ありますね。

Q:なるほど。そうすると、それっていうのは耳学問、耳学問。まあ耳学問っていうと、ちょっと何か言葉が不適切。私自身は直接の職種は、私、医師だったんですけれども。自分自身の話をしますと、こんなところで変な話ですけれども。実は耳学問がすごい重要だったんですね。

A:へー。

Q:まだあんまり世間で言われていないようなことですとか、教科書にわざわざ書くようなことではないような知識で、非常に重要なこととかっていうのを、やはり医師が集まる場でお互い教えあうっていう耳学問がすごい重要だって思ったんです。そういう場に居ないと、非常勤で医師で勤めたときっていうのは基本的に他の所で教育職で仕事をしていて非常勤、今でもそうなんですけども、非常勤の医師で、普段は別の所で仕事をしていると、医師同士の耳学問がなくなってしまって時代から取り残されていくっていうのを如実に実は感じてしまうんです。そうすると正直いって焦りを感じまして、いろんな医学雑誌ですとかそういったもの必死で見るようになるんです、遅れまいとして。っていうようなところはございます、何か?

A:あります。

Q:具体的には何か、時代から遅れないために一生懸命情報を、研修の場とか、今より何かこう知識を得てくるようなことはされてますか。

A:知識を得るといって、厚生労働省のホームページとか見たりしますけど。何か更新されたりしてたりするかもしれない。やっぱり基準とかも研修に行って知った段階でも遅かったりしてて。「実はこのとき変わってました」とかあったりするんです。毎日とはとてもしてないんですけど、そういうところで得たりとかはしてますけど。あとは、雑誌の立ち読みです。

Q:そうですね。なるほど。そうすると結構、厚生省のホームページなんかもちょうちよくは、もう。

A:ちよくちよくですけど。

Q:厚生省のホームページなんかですと、例えばあ

る程度の期間チェックしないでおく重要な情報を見ないまま表から消えてしまうこともありえますよね。で、後から「え、そんなこと発表があったの」とかっていうことで驚かれることもあります？

A:あります、すみません。

Q:やっぱりそうすると最新の情報を入れるっていうことでは、それなりに結構積極的に。

A:いかないと。

Q:情報取りにいかないと、いけないということなんですね。何か、学会か何かに所属をされていて、そこから情報がくるようなこともありますか。

A:学会は私、ちょっと今所属してないんです。病院のときは所属してたんですけど、もう辞めてしまってます。

Q:辞めたときは、学会からの情報なんかは？

A:雑誌が送られてくるじゃないですか。それを読んだりしてたんですけど。

Q:それは結構役に立つ情報が多かったですか。

A:いや、飛ばし読みでした

Q:医学関係だと学会の情報って、あんまり役立たない。同じですかね

A:はい、おそらく。

Q:ちょっと古かったりとか、ピントがちょっとずれてたりとかってことがよくあるんですけど。似たようなところありますね、やっぱり。分かりましたそれから今、例えばご自身の技能を向上させるのにご自身でもいろいろ試行錯誤されるし、研修の場に行くなんてことお話し伺いましたけれども。そういう点で職場の方で配慮してくれてること、ってなことはあるんですか。例えば今研修の話で思ったんですけども、研修に行くっていうと1日とか半日、行くことになりますよね。そういうのに、行きにくい雰囲気とか行きやすい雰囲気とかってございますか。

A:うちは、全く行きにくい雰囲気はなくて。行きたいと思えば行けます。自分次第で。

Q:それは出張扱いということになるんですね。

A:はい。

Q:年に何回までとかっていうような？

A:いや、ないです。ただ高額な研修とかは、あまり申し込んだことがないので。そうなってくると相談になると思うんですけど。

Q:参加費ですね？

A:参加費、研修費が。あとは場所がもしすごく遠いと、さすがに言われるかもしれないですけど。

Q:北海道とか

A:そう、自分自身がそこを選ばないので。

Q:そうなんですか。なるべく近場でとか。

A:そうですね。やっぱりそんなにあげられないんで、1人しかいないんで。

Q:ですよね。1人の職場だと、ちょっとその点では自分自身で制限かけちゃいますね。

A:そうですね。

Q:でも「これはぜひ行ってみたいな」っていうものがあって。例えば札幌であるとかっていうときは、ちょっと無理かも負担になるかもしれないけども行くってなことは、もちろんこれは、あり？

A:ありだと思います。

Q:それは、いいですね。

A:恵まれてます。

Q:特に研修、年に何回までとかっていう制限等はないです？

A:「どんどん行きなさい」っていう感じですね。

Q:それはいい

A:はい、ありがたいです。

Q:ちゃんと出張費も交通費も出るんですよ。

A:出ます。何百円単位からでも出ます。

Q:それは理事長・・・結構、私、自分のことではないけど、病院関係ですと医師の行くのに、年に何回までって言われること結構多いんですよ。

A:そうなんですか。それって高額だからとかですか。

Q:じゃないです。メジャーな学会で年2回とか、マイナーなものだったら有給休暇を取ってけとか。そんなの結構ざらにありました。こちらいいですね

A:はい、研修に関しては、かなり。

Q:そうすると、そういう点で、研修でスキルを向上させるっていう点に関しては積極的に取り組めるっていうことになりますよね。

A:はい。

Q:何かご自身でスキルを向上させるっていう点で「もうちょっと職場で配慮があればいいな」なんていうようなことを感じられることがありますか。

A:会社自体のことですか。

Q:そうですね。

A:そんなに別に。

Q:制度的には別に問題がない。

A:はい。

Q:制度的には問題ない。そうすると、ちょっとポイントがずれちゃうかもしれませんが。後で聞いたかなと思ってたことに関わってくるんですけども。例えば食事の状況に関して「誰々さんが、ちょっとこういうことで問題がありますよ」とかっていう情報を提供してくれる部門っていうと介護職、介護の方

が多いですか。

A: 介護がほとんどなので。

Q: 介護の方からの情報が、円滑に伝わってくるといことも大事ですね？

A: 大事です。

Q: そのところで、ぎくしゃくすることがあるとかなんてことがありますか。

A: あんまり感じないですけど。

Q: 他部門での、介護の方とのコミュニケーションなんかには特別問題点は感じておられない？

A: そうですね。

Q: 分かりました。それから……随分時間かかっちゃってすみません。

A: 大丈夫です。

Q: 管理栄養士の技能のことで最後に伺いたいことがあります。〇〇さんご自身の中で、ここの施設で管理栄養士として仕事をしていく上で「かくありたい」といいますか、いろんな職場職場で仕事の仕方ってあると思いますので、今この大石の職場で優れた管理栄養士になりたいといえますか、目指すとすれば、どのようなことができるようになると、大石のここの職場での優れた管理栄養士というふうにいえると思いますか。

A: 難しいですね。自分自身がすごく気を付けていることがあります。やっぱり1人なので、その知識とか技術とかもいるとは思んですけど。他の職種とパイプつないで、いろいろな情報得るってことが一番だと思うので、言われたことにはすぐ対応するっていうこととか、そういうことに気を付けたりはしています。

あとは自分が持っている情報全部吐き出して「こんなどうやろ」「こんなどうやろ」ってもう。例えば昼ごはん食べてるときも、そういう情報とかを聞いたりとか、自分からも情報得に行くし、言ってもらいやすい環境というか、を作ったりはしてます。

Q: そうすると、今ご自身が日々仕事している状況というのは、ご自身のイメージとして考えている管理栄養士の望ましい姿にかなり近い状況と考えていいですか。

A: いや、どうですかね。

Q: 少なくとも、そこからかけ離れて劣った状況にいるとは考えにくいですね。

A: そうですかね。まあ、努力しています

Q: それから今お話を伺っていて。実は今日お話を伺う中に、管理栄養士としての技能を向上させたいと思うんだけど、それがなかなか思うようにできないような何か阻害要因みたいなものがある

のかどうかってことを伺いたいなってことも、実は思っていたんですけども。今、お話を伺っているとあんまり阻害要因ないのかなって気もするんですけど、いかがですか。

A: でもやっぱり、もっと知識とか、介護職に聞かれたときに「こうしたらいいよ」っていうのを、ずばって言ってあげたいって思うところあるんですけど。なかなか自分自身も試行錯誤している部分があるので「こうしたらいいよ」っていうのが、なかなか言えてないので。もっとそういう部分を磨いていきたいとは思ってますけど。

Q: その為には何か、どんなことが必要になりますか。

A: でも経験と、研修行ったり本読んだりするしかないかなって。何がありますかね、逆に？

Q: 他に、ないですわ

A: あとは、うちの施設に常勤してるのは介護職、看護職。あとは嘱託の医師とかがいるんですけど。言語聴覚士とか、あと……。月1回しか来ないんですけど。そういう職種の方が、知り合い通じてなんですけど来てくれるときとかがあるので、ちょっと利用して、そういう方にお話聞いたりとかはしたいなって思ってますけど。

Q: 今お話を伺った中で、例として伺ったのでは、やはり摂食というか、食事をいかに食べてもらうかっていうことで苦労されているのかなっていうふうに思いましたけれども。

A: そうですね。

Q: そうすると、そこに関する問題点がかなり多いですか。

A: 多いです。

Q: そうすると言語聴覚士の方は、かなり重要な存在になりますね。

A: ただ、まだ始まったばかりで。まだ5回も来てないと思うんですけど。その方も常に月1回来てくれるって決まってるわけじゃなくて。ここの看護師通して「知り合いの言語聴覚士さんが時間あいてるときに来てもらうわ」みたいな感じで来てもらってるだけなので、なかなか、そういう方とお話する機会っていうのがないんですけど。

Q: 言語聴覚士の方が不定期に来られると、診てもらえる、対応してもらえる利用者さんの数が限られてますよね。そうすると、あらかじめピックアップしておくんですか。どの方が、問題がある方を何人かピックアップしといて、今度来られたらぜひ診てもらう形にするんでしょうか。

A: そうです、ぜひ。今回は逆に「診てほしい人が

いるので来ませんか？」っていう感じで、看護師伝いに言ってもらって、来てもらうっていう方法とってたりします。

Q:理学療法士、作業療法士の方なんか。

A:作業療法士は月に1度、定期で来てます。

Q:作業療法士の方が、何かアドバイスすることはありますか？

A:あります。姿勢、姿勢とかはあります。食事の中の姿勢のことが気になるので、そういうことを聞いたりして。その方とかは面識あるんで、来られたときは喋るんですけど。

Q:それぞれの職種で、やはり問題点の分析の視点が多少違ったりしますんで。

A:違いますね。

Q:非常に多分それぞれで得られることが多いんじゃないかなって思いますけどもね。

A:逆にそういう、いろんな職種の方が月1回でもいいので来てくれると、そこでも情報得たりとかできるので。あとは、違う見方やっぱりしてるので。「ああ、そうか」って思うこととかもあるんで、ありがたいなと思います。

Q:そうすると言語聴覚士の方が定期で来るようになるというですね。分かりました。それから、ちょっと残り時間が少なくなってきましたけども。次に伺いたいことは、チームワークといいましょうか、チームワークもいろいろあると思うんですけども。例えば栄養部門のところに関していえば、お1人の管理栄養士と調理師の方が派遣になるんですかね。

A:委託です。

Q:委託になるんですか。委託の方と正規の職員の中尾さんお1人という関係で、管理栄養士と調理師のチームという、チームワークという点ではどうなんでしょうか。やりにくさとか、やりやすさとかございますか。

A:やりにくくはないですね。すごい、こちらが要望したことに応じてくださる委託さんなので。なので、無理なこと多分言ったりもするんですけど。本当に無理なことは「それはちょっと」って言われるんですけど「じゃあ、取りあえずやってみようか」っていう姿勢であってくれるので、そんなにやりにくいとは感じないですけども。

Q:今、食事は全部施設内で作っている？

A:いえ、クックチルもあります。クックチルで来たものを温め直してっていうものもありますし、うちで一から作ってるものも混合です。そういう、委託さんの特徴みたいで、そこが。

Q:それは委託会社が持ってきてって形になんですすね。

A:そうです、納品して。別に厨房の広さとかからしたら、うちで一から作れる広さはあるんですけど。委託さんが、そういう特徴がある委託さんなんでそうなってます。

Q:これまでもご経験で、病院で勤務されたご経験なんかではいかがですか。管理栄養士の方と調理師の方っていうのは、どういう関係に・・・

A:どういう関係

Q:限られた人間同士の中で仕事をすると、うまくいかない人間関係いったんできちゃうと、とても仕事しにくいっていうようなことが起きてくるのかなっていうようなこと、私自身の経験から思うんで、そういうことってございますか。

A:ありましたよ、とかいって。ただ、どういう厨房かにもよるといえる。その厨房の中で、きっちり例えばリーダーみたいなんがいたら、管理栄養士とそのリーダーとで話し合っただけで決めたことを厨房に持ち帰れるっていうことがあるんですけども。やっぱり、中がしっくりしないと、いろんな人がいるじゃないですか。いろんな人が言ってきたりとかするんで、それで何か「どうしたらいいんやろ」っていうことありましたけど。

Q:今のこの職場ですと、調理師さん5人で委託の方ということで、中に栄養士の方がお1人居るわけですね。その栄養士の方が、委託の人たちの何かリーダー的な役割になるんですか。

A:実はその栄養士は、この4月、この4月から栄養士になったばかりなので、ゆくゆくはおそらくその栄養士がリーダーになると思うんですけども。今は調理師が、すごく経験年数も長い調理師がリーダーとしていろんな業務をまとめています。

Q:調理師さんとの関係では、リーダーの方をまず介しているいろいろお願いすることになりますか？

A:それが多いです。

Q:特に人間関係で困ってしまっただけで、にっちもさっちもいかなかったとかはない。

A:今はないです

Q:人が限られてる職場で、人間関係、崩……トラブってしまうと、にっちもさっちもいなくなって誰かが辞めざるを得なくなるってことが私の経験ではあるんですけど。そんなことって栄養の部門でありえることなんですか。

A:ありえると思います。

Q:それがいったん起きちゃったら結構つらいです

ね。介護の方と看護、看護の方、ナースさんも大体何人が常勤でいるんですか。

A: はい。

Q: 圧倒的に多いのは介護の方ですよ。

A: 介護です。

Q: 介護士さんて何人いるんですか。

A: 派遣とかも合わせてですか？

Q: ああ、派遣の方も。

A: 常勤は今3人いまして。派遣が3人か。

Q: 結構多いですね。そうか、どうなのかな。看護の方と、これは看護師の方に聞かなきゃいけない。それはいいです。看護の方と介護の方と、数は圧倒的に介護の方が多く、必然的に介護の方とのコミュニケーションの機会が多くなりますよね。看護の、ナースの方からも結構貴重な情報ってのは伝わってきますか。

A: 貴重……。

Q: 役に立つというか。患者さんの、例えば栄養管理のことなんかでナースさんの方から「こうしてほしい」とか「ここが困ってる」とかなんてことはあるんでしょうか。

A: 施設の給食のことは何も言われないんですけども。やっぱり施設なので家族さまからの差し入れとかがあったりしたときに「これ差し入れがあったけど」まあ、ドクターと話すのはナースが多いので「ドクターと話してこういう感じになったけどいい？」って確認をしてくれます。

Q: 具体的に、先ほどのお話にありましたように摂食嚥下のことで困っているような状況っていうのは介護の、介護の方から相談がある。

A: それは介護です。

Q: そうすると普段のコミュニケーションとしても、介護の方とやりとりすることが。

A: ナースも結構話しますけどね。

Q: あります。

A: 直接食事のことじゃなくても「体調がこうなってる」とか、嘔吐したら「何で嘔吐したんやろうか」とか。

Q: 他の部門の方とのコミュニケーションというのは、どうなのでしょう。以前リハビリテーションの病院で、どういう場面で他の職種の人から重要な情報を得るのかって、都内の病院で質問させてもらったことがあるんですけども。そうすると、「立ち話」が多いんですよ。

A: はい、立ち話です。

Q: 多いですよ。今だったら、立ち話か電話、携帯ですかねPHSか何か。やはりそういう立ち話的、

もしくはPHSとか電話を介した相談がやはり多いですか。

A: 多いです。立ち話です、今まで。廊下とかエレベーターとか。

Q: むしろ正規なコミュニケーション・ツールよりは、そういうちょっとした場面場面での意思の疎通が重要ですか。

A: 重要です。なので話したいことがあったら、そのナースさん見つけたら「ああ、誰々さん」とか言って「こんななんですけど」とか言って。「じゃあまた後で返事するね」とか言われて。

Q: 何か正規の文書で相談が来るとかなんてこともあるんですか。

A: それはないですね、逆に。

Q: ないですね。

A: その話したことを「じゃあこうしよう」って決めたことを介護職に返すときは文書で返しますけど。相談は。

Q: 最初の問題が提案されたときには、立ち話的な相談ですか。

A: 立ち話ですね。

Q: 立ち話的な相談できて、それに対する解答はきちんとこう、文書になるんですね。そう、確認しなきゃいけないんですけども病院でしたらカルテってことになりますよね。こちらでも患者さん一人一人のそういう状況、記録をする何かカルテみたいなものがあるんでしょうか。

A: 食事面ですか？

Q: 何でもいいんですけども。食事面でも、そういうふうな残したり？

A: 栄養ケアマネジメント自体が、そういうカルテになるのか分かんないんですけど。今までの経過とか、薬の情報とか、お通じの情報とか、そういう残してるものになるので。食事面でいえば、それが。

Q: それは、栄養科で管理してるファイルになります？

A: そうです。ただ栄養面での計画を、栄養ケア計画って、栄養ケアマネジメントで立てるんですけど。それは医師の、医師も確認しないと駄目。医師、看護師の多職種で確認して合意のもと実行するってなっているんです。今どきで、パソコンに入れという全職種が見れるようにしたりとか、あと、全職種が集まるカンファレンスの場で内容を読むので、みんなの耳には入るってことです。

Q: カンファレンス、入所者さんお一人お一人に関する何かカンファレンスみたいなものの定期的に

開かれてるんですか？

A: 家族も含めた、カンファレンスといいますか「今、こういう状況でお過ごしになられてます」という内容、家族に報告するというか。そういう場面が年に2回ありまして。介護職が作ってるケアプランに基づいてるんですけど。そのときに食事の状況も話して、必要あれば栄養ケアマネジメントの計画を話してってしてるのです。

Q: そういうのは何かこの、大きな病院のカルテみたいなのにまとめられてるんですか。

A: カル……。ファイル、個人ファイルみたいなのにまとめられてます。

Q: それは看護職の方が日常管理してる？

A: 管理は介護職です。で、栄養に関する部門だけこっちも持ってて。

Q: 栄養部門で管理、ファイルとして管理されてるんですね。よく知らなくていけませんけど、病院でいうナースステーションみたいな所に保管をされてるってことなんですか。

A: うちの施設では各階の、入所者が利用してる階に一人一人のファイルがあって、そこに挟んであります。

Q: それは、ナースステーションとは言わないですよね。

A: そうですね。ナースだけではないし。

Q: ナースさんもそこにいるんですか。

A: ナースは、ナースの部屋はあるんですけども各階担当しているの、ふらふら、こうフロアに出てきますけど。

Q: なるほど。すいません、中の事情あまりよく知らないんで。そうすると施設内の他の部署。特に、他の部署っていっても具体的には介護の人たちと看護ってことになりますよね。その人たちとの共同作業みたいなものも特に問題なく行われているというふうに。

A: おそらく。

Q: 何かうまくいなくて困ってるな、なんていうふうに感じることもありますですかね。

A: うまくいくように努力をしています。「どう言ったらいいやろ」とか日々考えたり。

Q: 分かりました。

A: 現場が結構やっぱり第一なので、言うことだけ言っても「それはできないです」って介護職に言われたら終わりなんで。「じゃあ、これやったらできる？」とか、こう、もっともっと簡単な方法言ったりとか。「じゃあ、こっちはこれ私がするから、ここはできる？」とか言ったりとかしてます。

Q: こと栄養面に関していえば、やはり皆さんがリーダーとしていろいろ指導的な立場にもなるんだろうと思いますけど。日常的なところで、この患者さんのことで、何といいましょうか責任者というか、リーダーってなる存在っていうと介護職の方になるんですか。

A: 日常的なことの責任者ですか。

Q: 責任者っていうのかな。一番誰がリーダーシップを発揮してるのかっていう。

A: 介護とかそういう意味でのリーダーってことですか。

Q: そうですね。日々の、入居してる方の生活で発生してくる問題点を解決するにあたって誰が一番のマネジメントの役になっているのか。

A: それはケアの面ですか。

Q: 結局ケアのことが多くなっちゃうかなっていうふうに思うんですけども。そうするとやっぱり介護職の方？

A: ケアの面は介護職になると思います。ただ食事の面は、各階リーダーが居るんですけど、そのリーダーが食事のことやったら栄養士に相談するし、薬のこととかやったらナースに相談して同意のもと決定して実行っていうふうに。

Q: そのリーダーっていうのは介護職？

A: 介護職です。

Q: 各フロアに、リーダーがいるんです？

A: はい、1人ずつ。

Q: そのリーダーというのは、日々交代？

A: いえいえ。

Q: じゃなくて、固定で？

A: 固定で。だからリーダーが出勤しているときと、出勤してないときっていうのあるんですけど。

Q: 介護のリーダーの方が、全体的な取りまとめ役。取りまとめ役というか、リーダーシップを発揮するかなっていう。

A: 取っているはずですよ。

Q: その中に栄養のところは皆さんが役割を担ってるということになるんですね。

A: そうですね。

Q: はい、分かりました。ありがとうございました。ちょっと時間が余計にかかってしまって申し訳ありません。

第7章 東日本大震災における介護保険事業所における リスク・マネジメントとしての職員ケアに関する研究事業

東洋大学社会学部社会福祉学科 教授 藤林慶子

I. 研究の概要

はじめに

平成23（2011）年3月11日に発生した東日本大震災から1年が過ぎようとしている。同震災における死者・行方不明者は1万9千人を超え、仮設住宅などで避難生活を送る人は32万人以上と言われている（2月29日、朝日新聞調べ）。我が国を襲った未曾有の災害に対して、多くの支援が行われた。震災直後には医療チームが入り、阪神・淡路大震災の時のようにボランティアが広範囲な被災地を訪れた。保健・医療・福祉に関わる多くの団体が被災地に対して、各職種の派遣や物資の援助を行った。しかし、1年が過ぎようとしている現在、被災地の介護保険事業所では未だ問題が解決したわけではなく、人手不足や様々な問題が山積している。

本研究では、1年が経過する今だからこそ、被災地で支援に当たってきた介護保険事業所の職員の支援について考え始める時ではないかという問題意識から、職員のトラウマケアをキーワードとして、研究を行うこととした。

C. R. フィグリーは、「援助者であることはリスクも負う。すなわち、人々をケアすることで時には、相手の外傷性の体験に曝された直接の結果として苦痛を経験することもある」¹としている。またフィグリーは、ケアズマ的トラウマまたは二次的トラウマとして、「最初一人だけの構成員に見られた外傷性ストレスがシステム全体に「感染」したようなとき起こる」²としている。そして、これらが、二次的外傷性ストレス（STS）、二次的外傷性ストレス障害（STSD）になるとも指摘している。また共感疲労、共感ストレスという用語についても述べており、トラウマケアに対応する専門家は共感性があるがゆえに、二次的外傷性ストレスに陥りやすいとも述べている。

介護保険事業所の職員は、トラウマケアの専門家と同様にきわめて共感的に利用者への支援を行う。例えば、ケアマネジャーは共感と傾聴をケアマネジメントの研修会でも習うことが多い。共感と傾聴は、バイスティックの法則として、ソーシャルワーク分野から提唱されてきたものであるが、問題は共感と傾聴だけでは解決しない。あくまでも基本的な姿勢として、バイスティックは提唱しているにすぎない。この協会と傾聴が、トラウマケアにおいては両刃となることもある。

今回の大震災において、職員に対するトラウマケアが必要であるとともに、介護保険事業所の職員は、利用者のトラウマケアに向き合うための能力が求められることが明らかとなってきたといえる。トラウマケアについての研修は、今後の被災地における介護保険事業所に必要なものであり、それについて探索的に研究を行うことが、本研究の目的の一つである。

1. 研究の目的

東日本大震災において被災した介護保険事業所の今後のリスク・マネジメントを考える必要性が明らかになった。特に被災した職員の今後の勤務に対する問題点、勤務継続のためのトラウマケア、利用者への支援方法等の問題点を明らかにすることが重要であり、被

災後のリスク・マネジメントのあり方として、職員のトラウマケア教育の必要性を明らかにすることを目的とする。

本研究は先にも述べたように、トラウマケアについての最新理論についての研修を行うこともその目的である。日本介護経営学会として、これらの研修を行うことは、社会的に必要であり、介護保険事業所のマネジメントとして重要であると考ええる。

上記の目的すべてが今年度の研究のみで明らかになるとは思わない。継続的な研究の実施が必要であろう。

2. 事業実施の概要

本研究は、①非被災地である東京都内A地区地域包括支援センター職員、②被災地であるI市特別養護老人職員を対象として、ケア並びに今後のケア支援のために必要なトラウマケアについての研修会（関西学院大学池埜聡教授）、研究会後のアンケート調査を実施した。研修会の実施そのものが本研究の目的の一つである。トラウマケアについての介護保険事業所職員への研修はほとんど行われておらず、臨床心理的な対応だけが一般的な知識として浸透しているが、最新のトラウマケアの一理論を研修することにより、職員がどのように考えるかを明らかにした。

また、職員のトラウマケアへの対応の意識は、介護保険事業所のリスク・マネジメントとしても重要であり、リスク・マネジメントの一つとして職員ケアをどのように対応するかを模索した。

池埜聡教授はトラウマケアの最新理論とソーシャルワークの関係について研究をしていらっしゃり、非被災地A区では「阪神淡路、東日本、そして東京へー大規模が災害における新たなトラウマケア」、被災地B市ではA区での感想等から研修内容を若干変更し「恒例被災者のトラウマに向き合うー高齢者福祉食としての役割とトラウマケア」というテーマで研修を行っていただいた。この研修自体が、老人保健事業の目的の一つである普及啓発活動に該当するものと考ええる。

アンケート調査の結果から、研修はたいへん好評であり、特に被災地B市において、その必要性が認識されていた。このような研修の継続性についても被災地B市の方が必要であると回答した割合は多く、被災地において利用者のみならず自分自身や同僚や部下のトラウマに向き合う職員にとって、トラウマケアについての知識が必要であることが立証されたといえる。

Ⅱ. 東日本大震災における介護保険事業所におけるリスク・マネジメントとしての職員ケアに関する研究についての調査

1. 調査の目的

被災者を支援する介護保険事業所職員のトラウマケアの必要性や、介護保険事業所職員としてのトラウマケアの知識の必要性については十分に実施されているとはいえない。本調査では、トラウマケアについての知識として、どのようなものが必要かを明らかにし、その研修成果を今後の事業所のマネジメントに反映させるために、研修後の感想等を聞き取ることで、被災地における介護保険事業所の職員ケアについて考察することを目的とする。

2. 調査対象並びに調査方法

①非被災地である東京都内A区地域包括支援センター職員等26人、②被災地であるB市特別養護老人職員8人を対象として、ケア並びに今後のケア支援のために必要なトラウマケアについての研修会を実施し、研究会後のアンケート調査票を配布し、その場で回収した。ゆえに有効回答率は100%である。

なお研修会は、最初に非被災地A区で実施し、その感想等から被災地B市での研修内容を変更した。そのため、研修内容については若干の違いがある。主な違いは、被災地B市では、被災者等に対する個別の対応を入れたこと、リスク・マネジメント、職員ケアの観点を重視したレジュメとしたことである。

3. 調査結果

(1) 単純集計等結果

1) 地域

研修会は2地域で行った。「非被災地A区」28人（76.5%）、「被災地B市」8人（23.5%）であった。

表1 地域

	度数	パーセント
非被災地A区	26	76.5
被災地B市	8	23.5
合計	34	100.0

2) 役職

役職は、「センター長等管理者」5人（15.6%）、「主任・課長等」8人（25.0%）、「役職なし」15人（46.9%）、「その他」4人（12.5%）であった。

表2 役職

		度数	パーセント	有効パーセント
有効	センター長等管理者	5	14.7	15.6
	主任・課長等	8	23.5	25.0
	役職なし	15	44.1	46.9
	その他	4	11.8	12.5
	合計	32	94.1	100.0
欠損値	システム欠損値	2	5.9	
合計		34	100.0	

3) 資格

資格を複数回答でとった結果、一番多かったのは「保健師・看護師」と「介護支援専門員」の11人（23.4%）であった。次いで「社会福祉士」9人（19.1%）であり、「その他」の職種として、精神保健福祉士、介護福祉士等であった。

表 3 資格（複数回答）

	あり	%
社会福祉士	9	19.1
主任ケアマネジャー	7	14.9
保健師看護師	11	23.4
介護支援専門員	11	23.4
その他	9	19.1
合計	47	100.0

4) 年齢

年齢は「50歳代」が最も多く14人（41.2%）であった。

表 4 年齢

	度数	パーセント
20歳代	3	8.8
30歳代	9	26.5
40歳代	6	17.6
50歳代	14	41.2
60歳代	2	5.9
合計	34	100.0

5) ト라우マケアの研修に参加してよかったと思うか

今回のトラウマケアの研修会に参加してよかったかを4段階のリッカードスケールでとった結果、「大変そう思う」26人（74.5%）、「ややそう思う」7人（20.6%）であった。

表 5 ト라우マケアの研修に参加してよかったと思うか

	度数	パーセント	有効パーセント
有効 大変そう思う	26	76.5	78.8
ややそう思う	7	20.6	21.2
合計	33	97.1	100.0
欠損値 システム欠損値	1	2.9	
合計	34	100.0	

6) ト라우マケアの研修内容に満足したか

今回のトラウマケアの研修内容について満足したかについては、「大変そう思う」が21人（61.8%）、「ややそう思う」19人（38.2%）であった。

表6 **トラウマケアの研修の内容について満足したか**

	度数	パーセント
大変そう思う	21	61.8
ややそう思う	13	38.2
合計	34	100.0

7) トラウマケアの研修は自分の職種に必要か

トラウマケアの研修は自分の職種に必要だと思うかを尋ねた結果、「大変そう思う」19人（55.9%）、「ややそう思う」14人（41.2%）であった。「あまりそう思わない」と回答した1名の職種は、「保健師・看護師」であった。

表7 **トラウマケアの研修は自分の職種に必要だと思うか**

	度数	パーセント
大変そう思う	19	55.9
ややそう思う	14	41.2
あまりそう思わない	1	2.9
合計	34	100.0

8) トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思うか

今回のような研修を何回か継続して行う必要があるかどうかについては、「大変そう思う」18人（52.9%）、「ややそう思う」13人（38.2%）、「あまりそう思わない」3人（8.8%）であった。

表8 **トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思うか**

	度数	パーセント
大変そう思う	18	52.9
ややそう思う	13	38.2
あまりそう思わない	3	8.8
合計	34	100.0

9) トラウマケアの研修の内容は理解できたか

今回の研修について理解できたかどうかを尋ねたところ、「ややそう思う」が21人（61.8%）、「大変そう思う」11人（32.4%）であった。今回の研修は、A区とB市では若

干内容が異なり、A区で行ったものの方が大脳生理学等の内容が多かったため、A区でやや理解が少ない状況であった。

表9 ト라우マケアの研修の内容は

理解できたか

	度数	パーセント
大変そう思う	11	32.4
ややそう思う	21	61.8
あまりそう思わない	2	5.9
合計	34	100.0

10) 災害発生時にトラウマケアの支援の知識は必要だと思うか

災害発生時にトラウマケアの支援の知識は必要かどうかを問うた結果、「大変そう思う」が30人（88.2%）であった。

表10 災害発生時にトラウマケアの

支援の知識は必要だと思うか

	度数	パーセント
大変そう思う	30	88.2
ややそう思う	4	11.8
合計	34	100.0

11) 災害についてのリスク・マネジメントの知識は自分の職種に必要か

災害についてのリスク・マネジメントの知識は、自分の職種に必要だと思うかという設問に対しては、「大変そう思う」が26人（76.5%）、「ややそう思う」が8人（23.5%）であった。

表11 災害についてのリスク・マネジメ

ントの知識は自分の職種に

必要だと思うか

	度数	パーセント
大変そう思う	26	76.5
ややそう思う	8	23.5
合計	34	100.0

12) 貴事業所で震災前に震災についてのリスク・マネジメントについて考えていたか

震災についてのリスク・マネジメント対応については、「あまりそう思わない」が19人（55.9%）、「ほとんどそう思わない」8人（23.5%）と対応していなかったという回答が

多かった。ただし、今回は事業所単位での回答ではなく、従事者としての回答も含まれている。そこで、役職と本設問についてのカイ二乗検定を行ったところ、有意な関連はなかったが、「センター長等管理者」が「あまりそう思わない」「ほとんどそう思わない」と回答しており、管理者としてリスク・マネジメントについて考えていなかったという結果となった。

表12 貴事業所で震災前に震災についてのリスク・マネジメントについて考えていたと思うか

		度数	パーセント	有効パーセント
有効	大変そう思う	2	5.9	6.1
	ややそう思う	4	11.8	12.1
	あまりそう思わない	19	55.9	57.6
	ほとんどそう思わない	8	23.5	24.2
	合計	33	97.1	100.0
欠損値	システム欠損値	1	2.9	
合計		34	100.0	

13) 貴事業所で震災後の震災についてのリスク・マネジメントを検討したか

「ややそう思う」が19人（55.9%）、次いで「あまりそう思わない」7人（20.6%）であった。地域とのカイ二乗検定では、有意な関連はなかったが、被災地B市の方が震災後にリスク・マネジメントについて考えたという回答が多かった。

表13 貴事業所で震災後に震災についてのリスク・マネジメントを検討したか

		度数	パーセント	有効パーセント
有効	大変そう思う	3	8.8	9.1
	ややそう思う	19	55.9	57.6
	あまりそう思わない	7	20.6	21.2
	ほとんどそう思わない	4	11.8	12.1
	合計	33	97.1	100.0
欠損値	システム欠損値	1	2.9	
合計		34	100.0	

14) 今回の研修は、ケアの質の向上、サービスの質の向上につながるか

今回の研修はケアの質の向上、サービスの質の向上につながるかどうかを尋ねた結果、16人（48.5%）が「ややそう思う」と回答し、次いで「大変そう思う」15人（45.5%）で

あった。

表14 今回のトラウマケアの研修を受講することで、ケアの質の向上、サービスの質の向上につながると思うか

		度数	パーセント	有効パーセント
有効	大変そう思う	15	44.1	45.5
	ややそう思う	16	47.1	48.5
	あまりそう思わない	2	5.9	6.1
	合計	33	97.1	100.0
欠損値	システム欠損値	1	2.9	
合計		34	100.0	

(2) 統計解析結果

地域、年齢、役職、資格と各種項目のカイ二乗検定をおこなった結果、有意な関連があったものは以下の通りであった。

1) 地域×トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思うか

地域とトラウマケアの研修を継続して行う必要があるかどうかについては、有意な関連があった。被災地B市に「大変そう思う」の回答が多かった。

表15 地域×トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思うか

			トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思うか			合計
			大変そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	
地域	非被災地A区	度数	11	13	2	26
		地域の %	42.3%	50.0%	7.7%	100.0%
	被災地B市	度数	7	0	1	8
		地域の %	87.5%	.0%	12.5%	100.0%
合計		度数	18	13	3	34
		地域の %	52.9%	38.2%	8.8%	100.0%

Pearson のカイ二乗=6.520, 自由度=2, 漸近有意確率 (両側)=0.038*

2) 地域×今回のトラウマケアの研修を受講することで、ケアの質の向上、サービスの質の向上に役立つか

地域とトラウマケアの研修の質の向上の関係については、有意な関連があった。被災地B市の方が「大変そう思う」の割合が高かった。

表16 地域×今回のトラウマケアの研修を受講することで、ケアの質の向上、サービスの質の向上につながると思うか

			今回のトラウマケアの研修を受講することで、ケアの質の向上、サービスの質の向上につながると思うか			合計
			大変そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	
地域	非被災地A区	度数	8	15	2	25
		地域の %	32.0%	60.0%	8.0%	100.0%
	被災地B市	度数	7	1	0	8
		地域の %	87.5%	12.5%	.0%	100.0%
合計		度数	15	16	2	33
		地域の %	45.5%	48.5%	6.1%	100.0%

Pearson のカイ二乗=7.587, 自由度=2, 漸近有意確率 (両側)=0.023*

3) 資格 (主任ケアマネジャーあり) ×貴事業所で震災後に震災についてのリスク・マネジメントについて検討したか

資格と震災後のリスク・マネジメント対応については、「主任ケアマネジャー資格あり」の場合に、「たいへんそう思う」の回答が多かった。

表16 資格 (主任ケアマネジャーあり) ×貴事業所で震災後に震災についてのリスク・マネジメントを検討したか

			貴事業所で震災後に震災についてのリスク・マネジメントを検討したか				合計
			大変そう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	
主任ケアマネジャー資格あり	なし	度数	0	16	7	3	26
		主任ケアマネジャー資格ありの %	.0%	61.5%	26.9%	11.5%	100.0%
	あり	度数	3	3	0	1	7
		主任ケアマネジャー資格ありの %	42.9%	42.9%	.0%	14.3%	100.0%
合計		度数	3	19	7	4	33
		主任ケアマネジャー資格ありの %	9.1%	57.6%	21.2%	12.1%	100.0%

Pearson のカイ二乗=7.587, 自由度=2, 漸近有意確率 (両側)=0.023*

4) 資格 (介護支援専門員あり) ×トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思う

か

介護支援専門員資格を有している場合に「トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思う」と回答した割合が多かった。

表17 資格（介護支援専門員あり）×トラウマケアの研修は継続して行う必要があると思うか

			トラウマケアの研修は継続して 行う必要があると思うか			合計
			大変そう思 う	ややそう思 う	あまりそう 思わない	
介護支援専門員 なし 度数 (ケアマネジャー) 資 格あり	あり 度数 介護支援専門員 (ケアマネ ジャー) 資格あり の %		10	12	1	23
			43.5%	52.2%	4.3%	100.0%
あり 度数 介護支援専門員 (ケアマネ ジャー) 資格あり の %			8	1	2	11
			72.7%	9.1%	18.2%	100.0%
合計 度数 介護支援専門員 (ケアマネ ジャー) 資格あり の %			18	13	3	34
			52.9%	38.2%	8.8%	100.0%

Pearson のカイ二乗=6.249, 自由度=2, 漸近有意確率 (両側)=0.040*

5) 相関

研修内容満足度等について、相関を調べた結果、リスク・マネジメントについては相関が低いことが明らかになった。また、リスク・マネジメントの理解が必要であるという項目の相関も研修満足、内容満足、研修理解で相関がなかった。また、研修に満足と理解は相関していなかった。

表18 研修内容相関係数

		研修参 加満足	研修内 容満足	研修職 種必要 性	研修継 続性	研修理 解	災害発 生時トラ ウマケアの 知識必要 性	災害に ついて のリス ク・マ ネジメ ント知 識職種 必要性	震災前 リス ク・マ ネジメ ント対 応	震災後 リス ク・マ ネジメ ント検 討	リスクメ ジメント 理解必 要性	受講に よる質 の向上
研修参加 満足	Pearson の 相関係数	1	.492**	.480**	.564**	.228	.489**	.225	-.120	-.242	.327	.480**
	有意確率 (両側)		.004	.005	.001	.202	.004	.207	.514	.182	.068	.005
	N	33	33	33	33	33	33	33	32	32	32	32

研修内容満足	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.492** .004 33	1 34	.532** .001 34	.627** .000 34	.373* .030 34	.276 .114 34	.420* .013 34	-.243 .173 33	-.184 .306 33	.250 .160 33	.181 .312 33
研修職種 必要性	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.480** .005 33	.532** .001 34	1 34	.738** .000 34	.402* .019 34	.513** .002 34	.654** .000 34	.070 .698 33	-.031 .866 33	.509** .002 33	.446** .009 33
研修継続 性	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.564** .001 33	.627** .000 34	.738** .000 34	1 34	.488** .003 34	.528** .001 34	.589** .000 34	-.059 .743 33	.026 .886 33	.478** .005 33	.469** .006 33
研修理解	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.228 .202 33	.373* .030 34	.402* .019 34	.488** .003 34	1 34	.336 .052 34	.387* .024 34	.000 1.000 33	.018 .921 33	.192 .285 33	.398* .022 33
災害につ いてのリ スク・マ ネジメン ト知識職 種必要性	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.489** .004 33	.276 .114 34	.513** .002 34	.528** .001 34	.336 .052 34	1 34	.443** .009 34	-.119 .509 33	-.281 .113 33	.664** .000 33	.399* .022 33
災害につ いてのリ スク・マ ネジメン ト知識職 種必要性	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.225 .207 33	.420* .013 34	.654** .000 34	.589** .000 34	.387* .024 34	.443** .009 34	1 34	.095 .598 33	-.233 .192 33	.442* .010 33	.217 .225 33
震災前リ スク・マ ネジメン ト対応	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	-.120 .514 32	-.243 .173 33	.070 .698 33	-.059 .743 33	.000 1.000 33	-.119 .509 33	.095 .598 33	1 .012 33	.433* .344 33	-.170 .720 33	.065 .065 33

震災後リ スク・マ ネジメン ト検討	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	-.242 .182 32	-.184 .306 33	-.031 .866 33	.026 .886 33	.018 .921 33	-.281 .113 33	-.233 .192 33	.433* .012 33	1 .935 33	-.015 .193 33	.232
リスクメ ネジメント 理解必 要性	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.327 .068 32	.250 .160 33	.509** .002 33	.478** .005 33	.192 .285 33	.664** .000 33	.442* .010 33	-.170 .344 33	-.015 .935 33	1 .005 33	.482**
受講によ る質の向 上	Pearson の 相関係数 有意確率 (両側) N	.480** .005 32	.181 .312 33	.446** .009 33	.469** .006 33	.398* .022 33	.399* .022 33	.217 .225 33	.065 .720 33	.232 .193 33	.482** .005 33	1

**．相関係数は 1% 水準で有意（両側）です。

*．相関係数は 5% 水準で有意（両側）です。

（３）フリーアンサー結果

フリーアンサーは勉強になった、役だったという意見が多かった。特に被災地B市では、研修会自体が実際の活動も入れた内容になっていたのも、よかったという意見が多かった。介護保険事業所において、トラウマケアという概念、震災のリスク・マネジメントという概念自体が不明確であり、各職員に浸透していないという印象を受けた。

表19 フリーアンサー

地域	役職	研修について、リスク・マネジメントについての自由意見
被災地B市	センター長等 管理者	被害を受けた職員、当時支え続けた職員、心が傷ついた職員と体に疲労を抱えながら、長時間労働に耐えました。当時傷ついた人たちの前に笑ってはいけない、職場環境は最悪の状況だったかもしれません。その後は地域支援もがんばっていた職員（被災者支援）に二次受傷も考えられる。そんな職員を受け止める支援のあり方、プログラムがあればよいと思う。
被災地B市	その他	とても興味深くお話を聞かせていただきました。少しでも心の重荷が取り除けると思っていたのですが、今回のお話からそれが弊害になりうることもあることを知ることができました。今後もこういう機会がありましたら、参加したいと思います。有り難うございました。

被災地B市	その他	震災後福祉避難所の運営に携わっていた。避難所では、人間関係（夫婦間）、住居、金銭と生活に多く関わる問題、支援が求められていたように思いました。精神的に寝れない、うつなど目に見えるトラウマが疑われる症状は多少ありましたが、今回の研修で身体にこれだけの影響、支障が与えられるとは思いませんでした。H23. 6頃より、避難所支援に携わりましたが、なかなかインターネットを調べても心の部分での支援については乗っているものがなく、今回のトラウマケアも含め知識、支援は広まっていけばよいと思いました。
被災地B市	課長・主任等	言葉や内容がとても難しくスムーズに頭の中に入ってきてませんでした。レベルの違いでしょうか。もう少し理解できれば、即活かすことができると思いました。心のケアという意味では自然にできていることがたくさんあると感じました。まずは自分の心と向き合い、自分の感情コントロールができるように努力しなければならないと思います。
被災地B市	その他	すごく参考になりました。呼吸をすることが大切だということや、やる前とやった後に気づかせてあげることがよいということ、勉強になりました。
被災地B市	その他	利用者の中には多かれ少なかれ、被災している方がいます。震災後自宅に帰れなかった（独居のため）方とともに過ごしたことや津波で住居をなくしたショックで記憶をなくし、さらに環境の変化で一気に認知症が進行した方、以下も仮設で生活している方。みんなで体操をしたこと（朝にラジオ体操、余暇活動）少し安心（救われた）しました。自分たちのしていることに地震がなかったの。有り難うございました。
被災地B市	課長・主任等	被災された方やトラウマをもたれた方と向き合うことが自分にとってはトラウマやリスクと感じられ、回避しようとするときがあります。仕事として行うことが必要であり対応していますが、その時のストレスは相当なものがあります。今回の研修を受けたことにより、対処方法を知ることができたこと、エビデンスから学べたことにより自分自身のトラウマが少し解消できたと思える一方で、自事業所でも学んだり、活用していきたいなと考えました。有り難うございました。
非被災地A区	役職なし	DVや虐待を受けている人または介護している人、虐待の恐れのある人のセルフヘルプグループや、家族会は語る場が多かったのですが、身体感覚をとりもどすプログラムというのが、これほど効果があるとは思わなかったです。でも個人的には身体感覚を取り戻すことが心の回復につながる実感を感じながら、体感しています。ぜひ家族会や虐待をしてしまう親など、語る場以外の場、プログラムに身体を動かせる感じるプログラム、広まるといいと思います。

非被災地 A区	役職なし	トラウマケア、医学的モデルでは対応しきれないことがわかり、目からウロコでした。日本の文化の中に、対処することで有用なことが身近にあることもびっくりでした。呼吸、自分がすることもちろんですが、人と合わせることがとても大切で宇意味のあること、今日いちばんの学びとなりました。「つながり」は高齢者支援をしていく上でも大切です。一人ではない、安心感は、心の支えとなる点はトラウマケアと共通だと思います。
非被災地 A区	役職なし	身体の動きと心が密接に繋がっていることがわかりました。武蔵の心技体の精神かと思います。もっと勉強したく思っています。「一人ではない」社会とのつながりが大切と痛感！
非被災地 A区	役職なし	貴重なお話を有り難うございました。今日は包括が対応でしたが、例えば震災時などは長く関わっていく社協やボランティアなどでもこういった認識、知識があると連携しやすくなると思いました。
非被災地 A区	役職なし	傾聴ではなく、具体的な行動をすることを学びました。盆踊り、ヨガ等のセラピーは無力となった方には必要かもしれない。呼吸法、呼吸リズムはストレス解消によいので「なるほど」と思った。身体がほぐれることで言葉としてストレスが解消されていく→トラウマケアへつながる？
非被災地 A区	役職なし	心理臨床的に震災のトラウマケアへアプローチすることに少し疑問を持っていました。まだ「身体」に目を向けたトラウマケアは少ないとのことですが、もっともっと広がっていくといいと思います。トラウマとは別ですが、例えば出産も非常に身体を意識する体験で、医者任せにするのではなく自分で身体をコントロールすることの必要性、大切さがあると思います。身体の感覚からフィードバックされるものがあるのだと思います。トラウマケアにもきっと有効なのだと感じました。
非被災地 A区		以前、精神病院の実習時のプログラムの中に、よさこい、ソーラン節のグループ活動がありました。摂食障害等を持った若い男女でしたが、踊るときは顔つきが変わり、生き活きと躍動的だったことがとても印象的でした。このプログラムとトラウマケアは同様であると実感しました。アクションの重要性を理解しました。
非被災地 A区	役職なし	今までトラウマケアとは、支援者が出向いて話を傾聴し、こころのケアをするイメージがあった。しかし、今回の研修に参加し、アクションを起こすことがトラウマに効果があると初めて知った。
非被災地 A区	役職なし	自分ができることは何かを考えながら、話を聴いた。
非被災地 A区	役職なし	震災という大きなトラウマを受け止め方について同扱っていくのかを改めて考えさせられました。トラウマからどう脱却させるか、地域との関係の再構築などいろいろと考えさせられました。

非被災地 A区	センター長 等管理者	これまで認識していたトラウマケアという概念を改めなければならないことが理解できた。心のケアは心の回復との思いでいましたが、「身体」を解放していくことであること。その過程で心の痛みも少しずつ軽減されていくこと理解できました。時間をかけて関わっていかなければならないこと、当事者には終点はないかもしれません。
非被災地 A区	役職なし	2つの大きな震災や日本、世界の歴史的背景から当ラマケアについてご講演頂いたことで、今の現状を、そしてこの先の未来についてたいへん間がル事が多かったです。心のケアと聞くと、心理学の分野をイメージすることが多いと思いますが、社会福祉士として、トラウマケアの中心核となり実践することが大切であると強く感じることができました。有り難うございました。
非被災地 A区	課長・主任等	震災のリスク・マネジメントは行政にとっても、とても大切な課題です。自らも被災者となり家族の安全を確保しつつ、復興に尽力しなければなりません。行政の力では限界があり、住民（社会資源）の協力がどうしても必要です。誰が何をできるか整理しておく必要があります。
非被災地 A区	役職なし	カウンセリング的アプローチではなくて、実際にアクションを起こして、身体感覚を想起させるという視点を興味深く感じた。
非被災地 A区	センター長等 管理者	当事者の受け取り方が様々だと思います。震災や自己が大きければ大きいほど、その受け取り方の違いも大きくなると思います。それを一体化するのは難しいと思います。
非被災地 A区	課長・主任等	トラウマケアの必要性、役割等、福祉の中でも十分に生かせると思った。とても興味深い内容でした。
非被災地 A区	役職なし	災害支援の考えとして、当事業所では担当地域の高齢者への安否か幾人や直後の生活支援についてという初期対応のこのみ行ってきました。トラウマケアの必要性は災害以外でも現時点でもあります。トラウマのメカニズムが具体的に知ることができ勉強になりました。今日の東北地震においても、専門職の方のみが災害後に「こころのケア」をする人として求人されていたようですが（とても残念に思っていたのですが）、私でも私なりにトラウマケアができることを知り、今後に活かしたいと思いました。有り難うございました。
非被災地 A区	センター長 等管理者	心のケアは傾聴に近いと思っていたが、つながることアクションを起こすことが大事だとわかった。
非被災地 A区	課長・主任 等	これまでのトラウマケアと異なる視点でお話しいただいた。平常時でも活用できることが多くあると思う。今後に活かしていきたい。
非被災地 A区	センター長 等管理者	トラウマケアについて正しく学んだことがありませんでした。自分の経験から自己流で行ってきたので、たいへん勉強になりました。

非被災地 A区	役職なし	自分の肉体を取り戻すための支援について知ることができてよかった。心のケアというと、精神的な面にばかり目が向けられてしまうので、目からウロコでした。SWだけではなく、保健師やケアマネにもその役割が求められているのではないかと思います。
非被災地 A区	役職なし	方法論は理解できたが、実際の現場で同行うのか、よくわからなかった。
非被災地 A区	役職なし	阪神の時、京都学生VCセンターにおり、当時のことを思い出しながらお話を伺いました。社会福祉の分野のものが持つ自然な動きや普段の気づきがいかにトラウマケアとリンクしているかを知ることができてとてもよかったと思います。普段は医師や行政など制度や立場からは弱いところにいることが多いので、一番役に立てるといわれ、とてもうれしかったです。

4. 考察

トラウマケアに関する研修会については、参加してよかったと思う人の割合が高く、満足度も高かった。ただし、職種にとって必要かどうかは、「ややそう思う」の割合が他の項目よりも高く、職種にとって必要かどうかは不明確であった。

また、このような研修を継続して行う必要があるかどうかについても、「ややそう思う」の割合が他の項目よりも高く「あまりそう思わない」の割合も高かった。有意な関連はなかったが、継続して行う必要性は被災地B市の方が感じており、非被災地A区ではその割合が低かった。

研修内容については、「ややそう思う」の割合が高く、難しかったとするフリーアンサーの回答もあった。これはA区、B市を問わず、1人程度がやや理解しにくいと感じており、研修内容に大脳生理学的な講義が含まれることが原因ではないかと考える。

災害のリスク・マネジメントについては、多くの人が大変必要であると感じていた。特に震災前に震災についてのリスク・マネジメントに自分の事業所は対応していなかったとする割合が多く、それは被災地B市においても同様であった。介護保険事業所における災害時のリスク・マネジメントとはどのようなものかの想定が十分ではなく、今回のような大災害において利用者の避難等については十分に検討がなされていたが、事業所のマネジメントや職員ケアについてまで想定することはできなかったのではないかと推測できる。震災後に検討を行ったかどうかについては、被災地B市において特に検討を行ったとしている回答が多かったが、それも「ややそう思う」が多く十分な対応がなされているとはいえないのではないだろうか。

今回の研修が、ケアやサービスの質の向上につながるかどうかでは、「ややそう思う」の割合が多く、研修会の最後にいかに今後のケアにつなげるかの説明が不十分であったことが推測できる。本研究の目的等について、分担研究者がまとめとしてきちんと述べる必要があったと思う。ただし、被災地B市では今後のケアの質の向上、サービスの質の向上につながるという割合が高く、研修内容の若干の違いがそのような相違につながったのかどうかを検証する必要がある。

職種で有意な関連があったものについては、主任ケアマネジャーと介護支援専門員資格を有している人の方が、震災後のリスク・マネジメントへの検討、トラウマケアの研修の継続で多かった。この理由については、もう少し詳細な分析と聞き取り調査等の実施によって行わなければならないと考える。

研修内容についての項目は相関が高かったが、リスク・マネジメントについては、他の項目よりも相関していない場合が多く、トラウマケアとリスク・マネジメントの関係をもう少し詳細に研修会内で入れるべきであったのではないかと考える。

今回、本研究においてリスク・マネジメントという用語を使用した。リスク・マネジメントとは何かを最初に考えなければならない。そもそもリスク・マネジメントとは、「リスクをどうにかすること」とし、「リスクについて組織を敷き統制するための調整された活動」³であるとしている。当然のことながら、自然災害もリスク・マネジメントの対象となっており、内閣府中央防災会議では、「大規模地震の被害想定をもとに人的被害、経済被害の軽減について達成時期を含めた具体的目標（減災目標）を定めた地震防災戦略を策定して」⁴おり、企業に対する事業継続ガイドラインを示している。今回の東日本大震災が想定外の規模であったとはいえ、首都直下地震が発生すると言われている中で、震災に対する何らかの対応が必要であることはいうまでもない。地震リスクのポイントは、建物の耐震診断や補強、企業内の家具類や設備の耐震化、避難時の備蓄食糧等の確保、安否確認方法の準備だけではなく、いち早く企業活動を再開できることが重要であるとされている。

被災地の介護保険事業所の多くは、被災した中でできる限りの支援を利用者に提供し続け、被災した地域からの利用者の移送等に伴う負担、職員の被災による負担等の多くの問題を解決

しながら、今日に至っている。利用者にのみその関心が行き、職員の二次外傷や職員自身のトラウマについての対応を後回しになりがちになってしまう。B市の研修会の後に、施設長の「職員は震災以降とてもがんばってくれた。職員の気持ちをできるだけ施設長として聞こうと思ってやってきたが、それだけではいけないということがわかった。明確な職員へのトラウマケアという観点が必要であることがわかった」という言葉が印象に残っている。

池埜教授は、研修会において、職員の二次受傷の影響として、①急に担当高齢者のことが頭に浮かぶ（再体験）、②仕事のことを考えないようにしている（回避）、③いらいらする・集中できない（過覚醒）、④抑うつ、眠れないという症状をあげ、これらは逆転移やバーンアウトとは異なる影響であり、支援者つまり職員自身の「傷つき」から生じるものであり、見過ごしてはいけない・癒されなければならないものであると述べている。さらに二次受傷や代理受傷、共感的疲労について説明した上で、「癒しのある職場」が必要であると述べている。

そして、「癒しのある職場」とは、①「ケアする人のためのケア」を実践できる職場構築のために必要な視点、②職員も癒され、励まされ、成長できるように何が必要かを考える、③「ストレスマネジメント」という枠組みからの脱却、④特定のマネジメント法、技法だけで達成できるものではない、⑤一人の努力だけで達成できるものではない、⑥総合的な視点から「癒しのある職場」を考える必要があると提唱している。その構築のために、10のブロックを積み立てることであるとしている。ベースとなるブロックとして、①職場における思いやり・共感、②一貫した職場内の応答、③安定した家族関係、④予測可能な日常業務をあげている。そして、自分自身の感情反応を理解し、管理し、調整するのを支援する（自己覚知の大切さ）。管理者、職員同士が職員の行動、意思伝達、ニーズや感情を、正確に、共感を持って理解し、応答することを学ぶ。そして、できるだけ予期でき、安全で、適切な応答をすることである。

その上に積み上げられるブロックは、①感情の発見、②感情の調整、③感情の表出であり、まずベースとなるブロックで職場環境を整え、その上に職員の感情を置いている。そして、感情と肉体感覚、考え、感情、行動へのつながりに対する理解を深めることと、感情の背景に対する理解を深める（例えば感情が起こる内的と外的な事情など）としている。

また、職場環境、感情に焦点を当てた上に、①専門性の運用能力、②ミッションの実践、③創造、アイデンティティーの3つをあげ、①問題解決技術の獲得と専門家としての成長、②問題に気づき、認めること、③目標の構築、目標に向かって解決策を考え出し、その一つ一つに肯定的と否定的な帰結を探る、④理論→選択した解決を実行して、評価する、⑤専門家としてのアイデンティティーを構築、⑥自分の肯定的側面の探索、⑦自分の一貫性、⑧未来の可能性を広げていける自信の獲得が必要であるとしている。

これらの研修内容から、いわば、職員自身によるソーシャルワーク的な対応を組織的に取り組むことが、震災後のリスク・マネジメントとして必要であるということが言えるのではないかと考える。

従業員に対する心のケアをリスク・マネジメントの一環として捉えるのは、本研究が初めてではなく、亀井利明・亀井克之はリスク・マネジメント総論増補版において、「心の危機管理とリスク・コーディネーション」「経営者の心の危機とその救済」として、企業を構成する人についての問題処理は「単に経営学上のマネジメント理論や戦略理論では対処できない」とし、カウンセリングやコンサルティング、セルフ・コントロール、癒しのマネジメントが必要であるとしている⁵⁾。

本研究の目的は、被災者を支援する介護保険事業所職員のトラウマケアの知識の必要性を明らかにすることである。研修会並びにその後のアンケート調査によって、その必要性が明らかになっただけではなく、被災地と非被災地との受け取り方の相違も統計的には有意ではないが、なんらかの差異があることが明らかとなった。

介護保険事業所職員としてのトラウマケアの知識の必要性については、先行研究がなく、現

状としても十分に理解されているとはいえない。職員へのトラウマケアの研修を行うことにより、利用者の支援だけではなく、事業所のリスク・マネジメントとしての職員ケアにも活用できることが本研究によって明らかとなった。

今回の調査では、被災地域のサンプル数が少なかったため、十分な分析ができなかったことが問題点である。

今後の介護保険事業所のマネジメントを考える際に、どのようにリスク・マネジメントやトラウマケアを取り入れるか、管理者としてこれらの研修等をどのように行うべきかを模索することは今後の課題である。

¹ B.H.スタム編、小西聖子・金田ユリ子訳、「二次的外傷性ストレスー臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題」、誠信書房、2003、p3.

² B.H.スタム前掲書、p7.

³ (株) 損保ジャパン・リスクマネジメント、「リスクマネジメント実務ハンドブック」、日本能率マネジメントセンター、2010、p22.

⁴ (株) 損保ジャパン・リスクマネジメント前掲書、p185.

⁵ 亀井利明・亀井克之、「リスクマネジメント総論増補版」、同文館出版、H21、P132.

第8章 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究事業

(1) 被災事業所の経営再建に向けた事例調査

株式会社ウェル・ナビ 代表取締役 阿部信子

I. 研究の概要

1. 研究の目的

東日本大震災により、太平洋沿岸部の介護事業所は津波によって事業所の流出、職員や利用者の被災など大きな被害を受けた。一方で、津波による被害を免れた事業所は、高齢者が多く取り残された被災者への支援についても大きな役割を果たしてきた。

本研究は、被災地における介護事業所が、非常事態の中で果たした役割とそれが経営面に及ぼした影響を明らかにし、さらに事業再建にあたっての経営課題を把握することを目的とする。

2. 事業実施の概要

震災により被害の大きかった宮城県における介護事業所に対し、以下の内容にてインタビュー調査を行う。

(1) 調査項目

- ① 被災状況、被害の規模
- ② 被災直後から現在までの対応内容
- ③ ①②の経営への影響
- ④ 再建に向けた今後の経営課題

(2) 調査対象9事業所の内訳

	津波被害あり	津波被害なし
地域包括支援センター	1	0
特別養護老人ホーム	1	1
訪問介護（法人規模大）	1	4
訪問介護（法人規模大）	1	0

Ⅱ．東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究事業

(1) 被災事業所の経営再建に向けた事例調査

1. 目的

東日本大震災により、太平洋沿岸部の介護事業所は津波によって事業所の流出、職員や利用者の被災など大きな被害を受けた。一方で、津波による被害を免れた事業所は、高齢者が多く取り残された被災者への支援についても大きな役割を果たしてきた。

本研究は、被災地における介護事業所が、非常事態の中で果たした役割とそれが経営面に及ぼした影響を明らかにし、さらに事業再建にあたっての経営課題を把握することを目的とする。

2. 実施要領

(1) 調査対象

宮城県仙台市、塩釜市、石巻市、女川町における以下の9事業所

- ①女川町地域包括支援センター
- ②社会福祉法人永楽会 特別養護老人ホームおながわ
- ③社会福祉法人仙台福祉会 せんだんの杜ものう
- ④株式会社HCM アミカ石巻介護センター
- ⑤株式会社HCM アミカ仙台東介護センター
- ⑥株式会社HCM アミカ塩釜巻介護センター
- ⑦株式会社HCM アミカ北山介護センター
- ⑧株式会社HCM アミカ仙台南介護センター
- ⑨ぱんぷきん株式会社女川ステーション

調査対象9事業所の位置づけ

	津波被害あり	津波被害なし
地域包括支援センター	①	
特別養護老人ホーム	②	③
訪問介護（法人規模大）	④	⑤⑥⑦⑧
訪問介護（法人規模大）	⑨	

(2) 調査項目

- ① 被災状況、被害の規模
- ② 被災直後から現在までの対応内容
- ③ ①②の経営への影響
- ④ 再建に向けた今後の経営課題方法

(3) 調査方法

事業所管理者等に対するインタビュー形式

(4) 調査期間

平成23年8月10日～平成24年2月29日

3. 結果と考察

(1) 結果の概要

インタビューを通じて、被災地における介護事業所が抱える経営課題として、以下の項目を把握することができた。

①経営基盤の強化

経営トップのスピード感をもった意思決定の有無

被害を穴埋めし支援できる経営資源、体力の有無

(関連団体とのネットワーク力含む)

②リスク管理の徹底

避難場所、避難方法、安否確認等のシミュレーション

物資やデータの保管、備蓄、補給手段の準備

③環境変化への適応

地域コミュニティの崩壊、人の移動、ニーズ変化への対応

危機的状況をビジネスチャンスととらえる力

④被災トラウマへの対応

職員、利用者双方とも、地震・津波に対する恐怖感や

甚大な被災によるトラウマを抱えており、トラウマへの対応

を中心においた人事マネジメントが必須

(2) インタビューのまとめ

以下の通り。

	女川町地域包括支援センター	特別養護老人ホーム おながわ	せんだんの杜ものう
法人の概要	女川町	社会福祉法人永楽会 宮城県北内陸部の大衡村、大郷町、大和町、大崎市、富谷町に展開、おながわは平成 18 年に女川町の公募により開設した。	社会福祉法人東北福祉会 せんだんの杜ものう 東北福祉大学の関連法人であり、研究と実践の場として、仙台市を中心に県内に 5 拠点を展開している。
主な面談者	地域包括支援センター所長 三浦氏	施設長 木村氏	総合施設長 佐々木氏
所在地	宮城県牡鹿郡女川町鷺神	宮城県牡鹿郡女川町浦宿	宮城県石巻市桃生町中津山
震災被害の程度	・女川町は震源地に最も近く、リアス海岸のため津波の被害が甚大であった。人口約 1 万人のうち、約 1 割が死亡、建物の 8 割が流出した。 ・地域包括支援センターは、高台にある町立病院内に事務所を置いていたが、町立病院の 1 階天井まで津波が及んだ。震災当日は午後 3 時より研修を予定していたため、支援センターのスタッフは全員病院内にいたため助かった。 ・支援センターの利用者 72 名のうち 35 名が津波により亡くなった。	・所在地の浦宿地区は内海に面しているものの、大きな山の陰になり奇跡的に津波被害を免れた。 ・しかし職員 80 名のうち 40 名が津波により家を失い、10 名が家族を亡くし、10 名の安否が 1 月あまり確認できなかった。 ・燃料や食料は法人本部が調達し手届けてくれた。また、水は近隣でおなじく奇跡的に津波を免れた水産加工場から分けてもらうことができたので、入所者の生活環境を維持することができた。	・津波被害の大きかった旧石巻市と町村合併した桃生町にあり、内陸部のため津波被害はなし。 ・施設周辺は農地で、地盤がゆるいためか施設全周で平均 20 センチの地盤沈下、また賃借していた通所施設の建物が被害をうけたため閉鎖。 ・石巻市の沿岸部に自宅のある職員も多く、全職員 115 名のうち、津波による被害で仮設住宅に暮らす者 4 名、自宅半壊 5 名、親族を亡くした者 10 名、実家を流出した者 5 名である。
震災直後から現在までの経過	・津波により町全体が壊滅的な被害を受けた。4 月に入ってからようやく、利用者個々の安否情報が確認できるようになった。 ・5 月に仮設住宅への入居が始まり、要介護認定業務が再開した。 ・現在は毎月 15～20 名の新規要介護認定があり、支援センター利用者は 50 名（元からの利用	・震災～4 月いっぱい頃まで通所や短期入所の利用が激減し、事業収支が悪化させた。6 月に法人本部から 2800 万円の繰入により資金をつないだ。 ・通所と短期入所の利用が止まったままであれば年末までに 8000 万円程度の赤字を覚悟したが、仮設住宅への入居がすべて終了した 10 月頃より	・建物が損壊して休止した通所サービスは、他の 3 箇所の事業所へ利用者を振り分け、利用回数を制限、隣町の他法人事業所へ移すなどを行った。 ・閉鎖した通所施設に代わるものは、11 月に地域の集会所を借りることができるようになり、週 2 日予防介護中心の通所を再開することができた。

	者で町内に残った20名＋震災後ADL低下による新たな利用者)。 ・町外避難先へのサービス連絡調整は、インターネットが使えない状況が続いたため困難であり、行政窓口の案内程度しかできなかったことが残念であった。しかし、避難先(引受先)の関係機関は非常に協力的であり、スムーズな対応をしてくださったので大変助かった。	通所の利用が伸び始め、元の定員20名を25名に増員した。 ・町内の小規模多機能施設(ぱんぷきん)が津波で流出したため、残った利用者を当ホームで一時的に受け入れた。また、4ユニットを3ユニットへ集約し、1ユニット分のスペースを確保して被災した職員および家族へ提供した。	・6月半ば～9月末まで石巻市の福祉避難所を運営し、利用者実数47名(要介護者35名＋家族12名)、延べ利用者2800名を受け入れた。1日の平均利用者数は20数名、スタッフは9名体制であった。 ・3月から6月までに産休等による予定退職を含む13名が離職、新入職員10名、通所の休止によりスタッフを遣り繰りしたので人員体制は凌ぐことができた。 ・福祉避難所については、新潟県津南町の社会福祉法人と当法人の仙台の拠点からの応援体制で運営することができた。
震災による経営面への影響	・事業収支の面では、利用者数の減少(ケアプラン作成料の減少)があったが、当支援センターは町の直営であり費用面から運営体制に変更等はない(原発立地のため町の財源は豊か)。	・町の復興がままならず、町外への転居や、津波に対する恐怖感から職員の離職が出ている。9名の離職者と、平成24年4月に認知症グループホームを開設予定であったが、6名の増員スタッフが集まらず、合計15名の欠員が出ている。人手不足をボランティアの助けで凌いでいるのが現状だが、町からの人口流出がとまらず人員確保が困難になっている。 ・事業収支は、平成24年度は予算達成できる見込みである。	・事業収支の面では、通所の休止等による収入減と振り分けた事業所の収入増で差し引き約700万円減、建物の修繕費は2600万円かかり補助金が入っても約800万円持ち出し、計1500万円のマイナスがあった。一方で、福祉避難所の運営についてスタッフをボランティアで賄ったこと、多方面からの寄付金、義捐金、消耗品をはじめとする物資支援があったことから、結果的に本年度の決算ではプラスになっている。
今後の経営課題	・災害を想定した上で、利用者個人個人の避難場所、避難のための移動手段、安否確認のあり方等をシミュレーションして決めておくことが必要で	・震災によりADLの低下や家族環境が変わったことなどにより、当ホームへの入所待機者が180名を超えている。通所の定員を増やしたが、入所	・職員確保が難しくなっている。職員が離職すると人員の補充ができない。福祉の現場から人が流出していると感じている。

	ある。 ・津波により役場内に設置されていたサーバーが損壊し、利用者データ等がすべて失われた。クラウドシステムを活用してインターネット上にデータを保管することも対策として考えられるが、個人情報保護の観点からは問題もあり悩ましい。 ・町として、医療・保健・福祉を一体的に運営する体制ができており、コミュニティ作りを目的とした活動を展開していく。 ・町の中心部はともかく、牡鹿半島に小さい集落が点在しており、それらの集落への対応が困難である。	40名の定員を50名に増加できないか検討している。 ・ただしネックとなる人手不足、人材確保の困難さは続いており、見通しは厳しい。現在いる職員が疲弊しきらないように休ませる工夫をしていかなければならない。 ・失業保険の延長が逆にモラルハザードとなっており、働く意欲を失わせる結果となっていることを危惧する。 ・今回の災害のように、不可抗力による利用者の激減などに備え、資金面で余裕が持てるよう基金を積み立てしていきたい（今回は本部に助けられた）。 ・防災という面では施設側に準備不足の面があったと思う。衛星電話の確保、職員の安否確認の徹底などを行っていききたい。	・津波につかりながらも助かった職員や、家族の安否がわからず1週間探しまわった職員などは、そのトラウマも大きく、時々体調を崩して休みがちになる。その他の職員は、穴埋めのため時間や気持ちに余裕が持てなくなっている。職員の心身の疲労が蓄積してきており、負担を少しでも軽減し、疲弊しきらないよう対処することが求められている。
その他	・仮設住宅への入居が始まると、従来のコミュニティから分断され、引き籠もりがちになる高齢者が多く、運動量の低下や物忘れなど、ADL低下が目立ってきている。 ・通所サービスの要望が高いが、土地が限られており場所の確保が困難。	・地盤沈下により、満潮時には周囲が冠水するため、干満潮にあわせたフレックス勤務とするなどの対策をとった。 ・県立宮城大学の看護学部が調査に入り、介護の質の維持ができたとの評価を受けた。	・報道により介護職員の「命を預かる責任の重さ」が強調され仕事の厳しさや職員が犠牲になってしまうことが意識され、介護の仕事に対しての忌避要因となっているのではないか。

	ぱんぶきん介護センター 女川ステーション	アミカ石巻介護センター	アミカ塩釜介護センター
法人の概要	ぱんぶきん株式会社 石巻市を中心に在宅介護事業7箇所、関連会社にて介護タクシー、配食事業を手がける。	株式会社HCM 東北～関東～中部～関西エリアにおいて訪問介護60事業所を展開、他に施設事業も手がける。従業員数約1500名。 アミカ介護センターは宮城県に5箇所、福島県に2箇所。	
面談者	管理者 住吉氏	ケアマネジャー 星氏 (補足：副社長松島氏、東北エリアマネージャー旭岡氏)	管理者 工藤氏 (補足：副社長松島氏、東北エリアマネージャー旭岡氏)
所在地	宮城県牡鹿郡女川町女川	宮城県石巻市中里(震災後に移転)	宮城県塩釜市玉川
震災被害の程度	訪問介護事業所が併設された小規模多機能施設が津波により流出、職員20名のうちの10名、利用者5名が亡くなった。	元は石巻工業港に近い中浦にあり、津波によって事務所のあるマンション1階天井まで冠水した。 津波により職員1名が亡くなり、利用者の8割に連絡がつかなくなった。	沿岸部に位置しながら、奇跡的に地震による建物の被害も、津波による被害もなかった。職員も全員無事であった。
震災直後から現在までの経過	・小規模多機能施設の利用者10名を残った職員のうちの4名が、第一小学校内の避難所でケアをした。 ・その後、特別養護老人ホームおながわが1部屋を提供してくれ、小学校の避難所から移行した。 ・しばらくして津波で建物1階に被害を受けた町立病院の中に、福祉避難所が設置され、そちらに利用者を移した。 ・訪問介護の利用者の安否確認は困難を極めた。登録者200名のうち、20～30名が亡くなった(親族を頼って町から出た人も多く、正確な安否はつかめていない)。 ・その後、仮設住宅ができると町から仮設内の福	・4月1日に、石巻の事業を塩釜事業所に移管、震災前訪問介護利用者70名、ケアプラン作成34名の利用者のうち残った利用者数は1桁、ケアプランで7名であった。 ・塩釜事業所の支援を受けながら、11月に現在の中里に事業所を移転し再会。訪問介護は元の利用者15名+新規20名から、現在は45名程度まで増えてきた。ケアプランは元の利用者7名+新規20名、石巻市内の別法人事業所から7名引継ぎ、現在は35名程度まで増えてきた。 ・事業所の移転再開まで、塩釜事業所の工藤所長が石巻まで出向き、スタッフ会議、サービス伝票回収、情報伝達、県の出先機関へ	・震災による物理的・人的な被害がなかったため、津波被害の大きかった石巻事業所と元々分割した仙台東営業所(地震による建物被害あり)の支援を行った。 ・石巻事業所では、スタッフ会議、サービス伝票回収、情報伝達、緊急車輛の手配、事業所の移転等県への手続き関係の支援などを行った。 ・仙台東事業所では、地震による建物の被害が大きく、利用者・職員数と多い事業所なので、安否確認をはじめ支援を行った。

	祉住宅の管理を委託され、訪問介護事業所を仮設内に移して現在に至る。 ・現状は登録ヘルパー10名、利用者は震災前からの10名+新規10名の計20名。	の調整などをフォローしてくれた。 ・また、非常勤職員が震災直後、自発的に利用者宅へ訪問し安否確認等をしてくれた。	
震災による経営面への影響	・震災～4月末頃までは、介護報酬が算定できない（収入激減）、職員の給料も払われるかどうかも不安なまま、先々の不安を抱えてすごした。 ・4月末になり、本社より小規模多機能施設は正式に解散、在宅介護は5月から再開するように指示があり、4月以降の給与支払いも通知を受けた（4月は月給の半額）。	・石巻事業所の管理者は退職予定で休暇をとっている。管理面では、本社の支援もあるが、塩釜事業所が相当程度のフォローをしてくれたため、逸早い事業の再開に結びついた。 ・事業収支は黒字、本年2月売上180万円→3月売上220万円見込み、売上は伸びてきている。	・塩釜市は身体障害者到手厚い給付を行っており、塩釜事業所は重度の障害者に対する自立支援サービスを24時間体制で行っており、利用者1人あたりの収入はHCM社内の他事業所と比較しても非常に高い特色をもって運営している。 ・震災での直接的な被害がなく、他事業所の支援にまわることができた。事業収支の面では、「震災特需」のようなものは何もなく、従来通りの運営方針でこの1年間も順調に利用者数及び収益を増やした（利用者数8→13名、スタッフ数6→10名、月間売上174万円→310万円）。
今後の経営課題	・人材確保が難しい。本社が2級ヘルパー養成講座を開いているため、受講者から2名を採用したが、技量の高いベテランスタッフの多くが津波で亡くなってしまったので、新人の教育に苦労している。 ・訪問介護の利用者がなかなか増えない。町として「心と体と暮らしのサポート」として介護ニーズの把握に努めているが、ニーズがある方の情	・人材確保が課題である。スタッフが介護の仕事に戻ってこない、津波に対しての恐怖感から牡鹿半島地域へ訪問にいけないなど、介護ニーズはあっても人員の確保ができていない現状もある。 ・星ケアマネジャー自身は、震災当日は自宅のある南三陸町にあり、南三陸町も津波による甚大な被害を受けたため、しばらくは仕事どころではなく自分のことだけで精一杯であ	・塩釜市独自の身体障害者に対する給付方針を受けて、今後とも重度の介護を必要とする利用者へ、質の高いケアを提供できるよう努力したい。 ・塩釜市は、民生委員を中心に各地域ごとに要介護高齢者の見守りの体制をとっており、災害の場合の安否確認をはじめ、市自身が対策をとっている。今後とも市の方針に沿ってしっかりと対応していきたい。

	報がこちらまで入ってこない。 ・仮設住宅の中を見ていると、認知症の高齢者が目につくのだが、要介護認定→介護サービスの利用に結びついていない。	った。こうした災害時の連絡体制を決めておくことが大事と思った。	
その他	・震災直後の数ヶ月は、先々の仕事・生活の見通しが立たない不安を抱えながら、一方で利用者の安否確認・情報収集が困難な中、死亡情報だけが続いて入ってくるような状況があり、将来についての不安が非常に大きかった。 ・仮設住宅に暮らす高齢者のADL低下が早いと感じている。仮設住宅では生活空間・活動領域が限られているので、自分でやる気力が低下し、衰えが早くなっているようである。	・HCM社としては、宮城県よりも福島県の事業所（福島、郡山）を心配している。放射能への対処方法がなく、将来にむけての見通しがきかない。 ・会社の対応としては、震災直後にまず500万円の現金を用意し、米、食料品、乾電池、衛生用品等を調達し、3月14日に仙台へ届けた。事業所地域への炊き出し、職員への配布を行った。 ・本社が情報のハブ機能を担った。電話による職員の安否確認、ガソリンスタンドやスーパー等の営業情報の収集と事業所への伝達等を行った。 ・事業の再開に関しては、4月中旬の段階で、「アクセルを踏み」と積極的に責める姿勢で指示を出した。 ・全体的に、経営トップがスピード感をもって意思決定→現場で伝達できたと思う。 ・建物被害の出た事務所を移転したいのだが、物件が見つからない。全般的に不動産の物件が不足していることと、それなりの物件は家賃上昇が著しく借りられる状況にない。	

	アミカ仙台東介護センター	アミカ仙台南介護センター	アミカ仙台北山介護センター
法人の概要	株式会社HCM 東北～関東～中部～関西エリアにおいて訪問介護60事業所を展開、他に施設事業も手がける。 従業員数約1500名。アミカ介護センターは宮城県に5箇所、福島県に2箇所。		
面談者	ケアマネジャー 中野氏 (補足：副社長松島氏、東北エリアマネージャー旭岡氏)	管理者 山口氏 (補足：副社長松島氏、東北エリアマネージャー旭岡氏)	管理者 小船氏 (補足：副社長松島氏、東北エリアマネージャー旭岡氏)
所在地	宮城県仙台市宮城野区岩切	宮城県仙台市太白区長町	宮城県仙台市青葉区山手町
震災被害の程度	地震による事務所建物、周囲の地盤に被害あり。事務所への入り口に1メートル近くの大きな断絶があり、現在板を差し渡して通っている。 ・利用者では、要介護状態から入院死亡1名、自宅損壊で避難所に移った者2名であった。	周辺の地盤がゆるく、建物の倒壊、道路の陥没等の被害が大きかった。 サービス提供エリアでは、津波被害があった名取市・岩沼市までカバーしていること、職員は仙台市若林区に住んでいる者が多かったことから、広範な被害が出ていると思う。 管理者自身は自宅半壊の被災。	地震による直接的な影響かどうかはわからないが、利用者2名が入院、ターミナルで亡くなった。 ライフラインが断絶したが。建物や人員に大きな被害はなかった。
震災直後から現在までの経過	・利用者数210名。スタッフ数35名と比較的大所帯であるが、通信インフラの断絶、ガソリンの不足による移動の制限などがあり、全員の安否確認に2週間を要した。 ・震災当日、所用で仙台に来ていた執行役員(在宅事業部長)が陣頭指揮をとり対応にあたった。 ・石巻から仙台に避難や移転してきた利用者のケアプラン作成、短期入所の手配等を5名ほど受け入れた。	・若林区内の病院が閉鎖されたこともあり、利用者の入れ替わりが激しい。震災から5月までの感、108名の利用者から30名減、月間売上150万円ダウンした。 ・携帯電話がつかない状況が長く続いたため、安否確認やサービス実施に関する情報は黒板を使いアナログ的に管理した。	・震災直後、通信が途絶えたことで利用者の安否確認ができず、所長が友人の運転する車で私的に利用者宅を回り安否確認を行った。 ・震災からしばらく、ガソリンが確保できないため訪問に制約が出るなどした。食料品や物資の支援については、東京の本社からのサポートがあった。
震災による経営面への影響	・4月中旬には本社から「アクセルを踏め」との指示があり、積極的に動いた。	・震災直後は大幅な売上減を見たが、この1年間で見れば利用者108→115名、月間売上415万円→550万円	・震災特需は、訪問介護にはないと思う(通所は特需あり)。 ・福祉避難所や仮設の福

	・震災からの1年間で、利用者数 210→250 名、スタッフ数 35 名変わらず、月間売上 840 万円→930 万円と売上を伸ばすことができた。	まで伸ばしている。	祉住宅などのニーズがあるが、現実的にはそれらの仕事は社会福祉法人に割り振られ、いくらよいケアをしていても株式会社にはまわってこない。 ・この1年間は利用者 90→100 名、月間売上 680 万円→850 万円まで伸ばしている。
今後の経営課題	・経営というよりもケアマネジャーとしての視点であるが、緊急時の連絡体制のあり方を整理することが必要ではないかと考える。1 人の利用者をめぐって、ケアマネジャー、地域包括支援センター、通所等の介護サービスの事業所と複数の関係機関から安否確認が入り、複雑で重複も多いが情報の共有化もできていない。整理してまとめて連携できる体制を築くことが必要ではないか。 ・あらかじめ避難所のマップを用意しておく、無線による通信手段の導入を検討する。	・繰り返しになるが、実数で 100 余名の利用者数だが 60 名が入れ替わっている。仙台市に隣接する名取市・岩沼市では、転居にしても入院入所等のサービスにしても選択肢が多いためか、利用者の入れ替わりが激しいのが特徴であり、その点に注意してサービスにあたる必要がある。 ・個人的には、自分や家族の命がかかっているような緊急時に、どこまで利用者を優先すべきか悩ましい問題である。	・メンタル面で、「また地震が来たら怖い」という気持ちがある。皆同じだと思うので、どう対処していくか。 ・自分のスタッフ、利用者さん、事業所を守るのが第一、初動のルールを決めておくことが必要である。
その他	・HCM社としては、宮城県よりも福島県の事業所（福島、郡山）を心配している。放射能への対処方法がなく、将来にむけての見通しがきかない。 ・会社の対応としては、震災直後にまず 500 万円の現金を用意し、米、食料品、乾電池、衛生用品等を調達し、3 月 14 日に仙台へ届けた。事業所地域への炊き出し、職員への配布を行った。 ・本社が情報のハブ機能を担った。電話による職員の安否確認、ガソリンスタンドやスーパー等の営業情報の収集と事業所への伝達等を行った。 ・事業の再開に関しては、4 月中旬の段階で、「アクセルを踏み」と積極的に責める姿勢で指示を出した。 ・全体的に経営トップがスピード感をもって意思決定→現場で伝達できたと思う。 ・建物被害の出た事務所を移転したいのだが、物件が見つからない。全般的に不動産の物件が不足していることと、それなりの物件は家賃上昇が著しく借りられる状況にない。		

第9章 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究事業

(2) 被災の規模と経営に及ぼした影響の調査

株式会社社会保険研究所 飯岡勝利

I. 研究の概要

1. 研究の目的

東日本大震災により、太平洋沿岸部の介護事業所は津波によって事業所の流出、職員や利用者の被災など大きな被害を受けた。一方で津波による被害を免れた事業所は、高齢者が多く取り残された被災者への支援についても大きな役割を果たしてきた。

本研究は、被災地における介護事業所が、非常事態の中で果たした役割とそれが経営面に及ぼした影響を把握することを目的とする。

2. 事業実施の概要

震災により被害の大きかった宮城県における居宅介護支援事業所、訪問介護事業所に対し、被災の規模と経営面への影響に関するアンケート調査を実施する。

(1) 調査対象

①居宅介護支援事業所

震災により被害の大きかった宮城県内の全事業所 約650箇所を対象として
悉皆調査を実施する。

②訪問介護事業所

宮城県内の中でも津波による被害が甚大であった沿岸部に所在する事業所
約150箇所を対象として抽出調査を実施する。

(2) 調査項目

- ①被災状況、被害規模
- ②当該事業所利用者における被災の規模
- ③被災直後から現在までの対応内容
- ④経営への影響
- ⑤今後の課題

II. 東日本大震災により被災した介護事業所の経営課題に関する調査研究事業

(2) 被災の規模と経営に及ぼした影響の調査

1. 目的

東日本大震災により、太平洋沿岸部の介護事業所は津波によって事業所の流出、職員や利用者の被災など大きな被害を受けた。一方で津波による被害を免れた事業所は、高齢者が多く取り残された被災者への支援についても大きな役割を果たしてきた。

本研究は、被災地における介護事業所が、非常事態の中で果たした役割とそれが経営面に及ぼした影響を把握することを目的とする。

2. 実施要領

(1) 調査対象

①居宅介護支援事業所

震災により被害の大きかった宮城県内の全事業所 約650箇所を対象として
悉皆調査を実施する。

②訪問介護事業所

宮城県内の中でも津波による被害が甚大であった沿岸部に所在する事業所
約150箇所を対象として抽出調査を実施する。

(2) 調査項目

①被災状況、被害規模

②当該事業所利用者における被災の規模

③被災直後から現在までの対応内容

④経営への影響

⑤今後の課題

(3) 調査方法

事業所管理者に対するアンケート調査方式

(4) 調査期間

平成23年8月5日 から 平成24年2月17日まで

3. 結果と考察

(1) 結果の概要

① 居宅介護支援事業所へのアンケート調査

対象地域 : 宮城県内全域

対象者 : 宮城県内全域の居宅介護支援事業所（悉皆）

調査期間 : 平成24年2月1日～平成24年2月17日

送付件数 : 850 箇所

回収件数 : 184 箇所

回収率 : 21.6%

結果の概要：地震による津波被害だけでなく広範囲にわたり建物被害、
ライフラインの途絶等による経営面での影響を受けている。しかし、
復旧への道筋については（津波被害の有無で）地域より明暗が分か れている。津
波被害が及ばなかった地域では、震災直後の混乱期はともかく、その後は落ち着き
を取り戻しているが、津波被害が大きかった地域では復旧の見通しがたっていない
のが現状である。

②訪問介護事業所へのアンケート調査結果の概要

対象地域 : 宮城県内の津波被害の大きかった沿岸部地城市町
(石巻市 岩沼市 女川町 気仙沼市 塩竈市 セーヌ宿町
仙台市若林区 名取市 東松島市 松島町 南三陸町
山元町 亘理町 多賀城市 計 14 市町)

対象者 : 宮城県内の上記地域に所在する訪問介護事業所 (抽出)

調査期間 : 平成 24 年 2 月 1 日～平成 24 年 2 月 17 日

送付件数 : 150 箇所

回収件数 : 30 箇所

回収率 : 20.0%

結果の概要: 津波被害が大きかった地域にもかかわらず、訪問介護サービスの再開は、「震災直後」60%、「一定の期間の後」36.7%と再稼働率は極めて高い。ただし、調査票配布数に対し回収率20%であり、いまだ再開できていない事業所が多数あるものと推察される。サービス提供にあたり最も困難であり、また支援が欲しかった項目はガソリンの確保であった。過疎化が進む沿岸部地方においては移動の手段は車が中心であり、燃料が手当てできないため訪問ができなかった事例も見受けられた。

(2) アンケート調査のまとめ

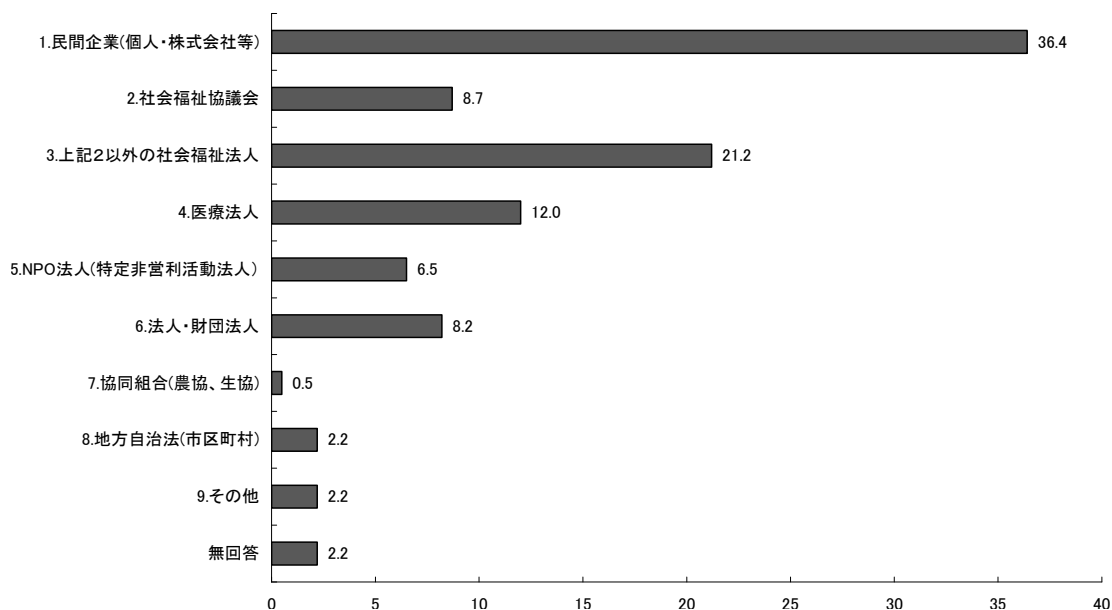
上記2種類のアンケート調査結果のまとめを次頁以降に示す。

【居宅介護事業所】

1. 事業所が属する法人の種類

事業所が属する法人の種類では、「民間企業（個人・株式会社等）」が 36.4%と最も高い割合となっている。次いで、「上記以外の社会福祉法人」（21.2%）、「医療法人」（12.0%）と続いている。

1. 事業所の法人種類（n=184）



	件数	%
1.民間企業(個人・株式会社等)	67	36.4
2.社会福祉協議会	16	8.7
3.上記2以外の社会福祉法人	39	21.2
4.医療法人	22	12.0
5.NPO法人(特定非営利活動法人)	12	6.5
6.法人・財団法人	15	8.2
7.協同組合(農協、生協)	1	0.5
8.地方自治法(市区町村)	4	2.2
9.その他	4	2.2
無回答	4	2.2
全体	184	100

【その他の内容】

- ・ 合同会社
- ・ 一般社団法人
- ・ 有限会社

2. 事業所の所在地別の回収率

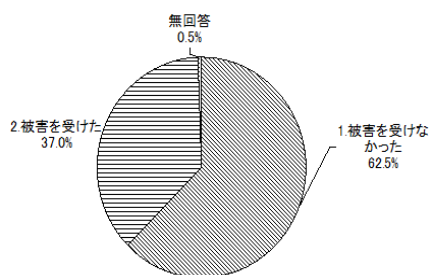
事業所の所在地別に回収率は以下の通りである。津波被害が大きかった沿岸部の市町村は、内陸部の市町村より回収率が低い傾向がうかがわれる。

市町村名	発送数	回収数	回収率
石巻市	38	11	28.9%
岩沼市	12	3	25.0%
大河原町	9	2	22.2%
大崎市	39	14	35.9%
大郷町	2	1	50.0%
大衡村	2	1	50.0%
女川町	2	0	0.0%
角田市	9	2	22.2%
加美町	10	5	50.0%
川崎町	4	3	75.0%
栗原市	34	9	26.5%
気仙沼市	19	3	15.8%
蔵王町	2	0	0.0%
塩竈市	24	9	37.5%
色麻町	3	3	100.0%
七ヶ宿町	3	1	33.3%
柴田町	10	3	30.0%
白石市	13	6	46.2%
仙台市	239	61	25.5%
大和町	6	3	50.0%
多賀城市	15	3	20.0%
富谷町	9	2	22.2%
登米市	22	8	36.4%
名取市	16	7	43.8%
東松島市	13	3	23.1%
松島町	7	1	14.3%
丸森町	4	2	50.0%
美里町	10	4	40.0%
南三陸町	4	0	0.0%
村田町	3	1	33.3%
本吉町	3	0	0.0%
山元町	7	3	42.9%
利府町	5	2	40.0%
涌谷町	3	2	66.7%
亶理町	7	5	71.4%
無回答		1	
合計	608	184	30.3%

3. 事業所の経営におけるについて

東日本大震災において、事業所の経営において被害を受けたかについては、「被害を受けなかった」が62.5%、「被害を受けた」が37.0%となっている。

3. 東日本大震災で被害を受けたか (n=184)



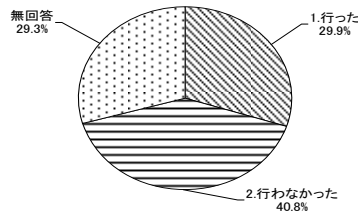
	件数	%
1.被害を受けなかった	115	62.5
2.被害を受けた	68	37
無回答	1	0.5
全体	184	100

4. 被災を受けた他の事業所との連携や利用者の受け入れ等について

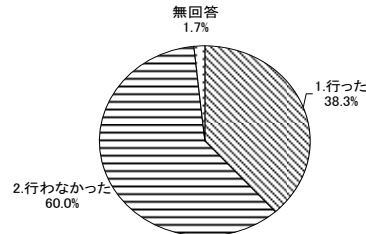
被災を受けた他事業所との連携や利用者の受け入れ等について、「行った」が 29.9%、「行わなかった」が 40.8%となっている。

「被災を受けなかった」事業所では、「行った」が 38.3%、「行わなかった」が 60.0%となっている。また、「被災を受けた」事業所でも、14.7%が「行った」と回答している。

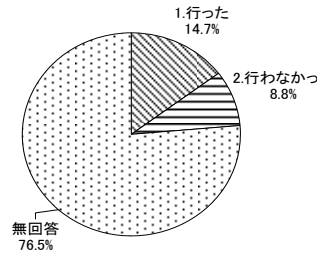
4. 東日本大震災で被害を受けた他事業所の利用者の受け入れ等を行ったか (n=184)



被害を受けなかった (n=115)



被害を受けた (n=68)



上段:度数 下段:%		4. 東日本大震災で被害を受けた他事業所の利用者			
		合計	1. 行った	2. 行わなかつ	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184	55	75	54
		100.0	29.9	40.8	29.3
	1. 被害を受けなかつた	115	44	69	2
		100.0	38.3	60.0	1.7
	2. 被害を受けた	68	10	6	52
		100.0	14.7	8.8	76.5
	無回答	1	1	-	-
		100.0	100.0	-	-

4-1 具体的に行った内容

【被害を受けなかった事業所】

4	被災された方の受入れを行ったが保険者も被災しており、認定結果や連絡・調整に苦慮した
6	事業所間ではないが、自治体を通じて非難してきた方のケアプラン作成、健康チェック訪問を行った。
8	対応不可能なサービスの提供を代わりに行った。影響はなし。
15	他市で被災された直後、病状の悪化により当市の病院で入院。加療後、当市の借り上げ住宅で在宅復帰された方の担当を引き受けている。影響は特になし。
21	当事業所は津波被害はなく震災（一部）なので、津波被害の事業所より3名は当事業所で受け入れた。
23	南三陸被災者の介護サービスマネジメント
37	町外から避難された方の受入れを行った
40	被災転居者3名の支援（居宅）。運営上長時間労働。
41	他市町村（気仙沼、石巻他）、施設入居者で被災された方の施設入所
47	石巻市事業所、避難所を訪問、居宅で何か出来ることがあれば連絡していただくよう説明する。結果は特に依頼はなかった。
48	同じ系列の居宅支援事業所が被災したため、職員を別事業所配置を行い、継続ケース、新規相談に対応した。被災した別の居宅支援事業所と話をし、対応できないケースの受入れを行った。運営上は被災地区にあった事業所の震災前の利用者を担当しています。
51	自宅被害あり、なおかつ避難所で介護が必要な方、緊急ショートで対応した。
52	被災地から一時的に町内へ避難してきた方々への対応を行った。現在も継続的に支援している方もいる。
56	受入れをOKしたが、実際には入院され利用はなかった。
63	仙台市より避難していた人のケアマネジャーをした。
64	南三陸町より1名、青葉区に移住し、家族介護困難で急ぎショートステイを探した。南三陸町ケアマネとの連携はとれなかった。運営上の影響は特になかった。

67	津波で被災された利用者を担当した届出が被災地のままのため届出用紙の様式がそれぞれ違い面倒だった
69	他市町村からの受け入れ、連携。 受け入れて対応できる状況だったため、忙しくはなったが大きな変化はなかった。
72	一時的に引越しされた方の支援を行った。
80	同系列の被害を受けた事業所の利用者の受け入れ。事業再開まで2ヶ月以上かかった。
81	沿岸部の施設からの被災者を緊急受け入れ
83	家族が体調不良になり、利用者の受け入れを行った。担当件数が増えた。
89	在宅高齢者の福祉避難所受け入れ支援・安否確認・物資配達等の対応を行いました。
91	小規模多機能の施設が被災したため、そこにいた利用者の一人が同法人のショートステイを利用することになり、その居宅介護支援を引き受けることとなった。
97	・家族にも疲労が見えたので、ご本人週2回のデイサービス ・津波で家の家財も全て失っていたので、福祉用具の手配 ・ご本人の様態安定のため、通院同行して医師に面会 ・前事業所に電話で連絡、資料を送ってもらった 石巻市役所が混乱していたので、前事業所に石巻の情報を何度か電話をして教えてもらった
98	県内の沿岸部、福島県からの避難ケースを担当した。保険者との届出など事務手続きの調整や前任ケアマネからの引き継ぎ又は戻る際など各種の連絡調整を行う。沿岸部の被災自治体などとの連絡調整は困難で時間がかかった。
103	津波の被害を受け、避難してきた利用者への居宅介護支援、遠方の利用者だったため、以前利用していた居宅との連携を取りながら対応した。
106	他事業所とは情報交換は行った。
107	避難で仙台市に越してきた方への対応
118	津波により自宅流失した被災者が町単位で集団で避難してきたため、介護サービスが必要な高齢者を包括や市役所と連携を図りながら受け入れを行った。4月に急に受け入れが増えたため、通常業務が一時ストップしたり、サービス先行で、書類業務に遅れがでた。
119	同一グループの被害を受けた施設の利用者の搬送、受け入れを併設されている当施設に避難させた。居宅においてはライフラインの寸断、ガソリンが無くあるべき業務が出来ず、併設の施設で受け入れした高齢者の介護業務を行っている。
124	津波被害により転居されてきた利用者の受け入れを行い、適切なサービス調整を行った。利用料の減免手続きの仕方が不明であり、確認に時間を要した。
125	併設の特養にて養護老人ホーム・GHの方々の受け入れを行った。居宅介護支援事業所としての影響はない
131	家屋全壊により転居されて来た方のケアプラン作成（あまり影響なし）
144	ショートステイの受け入れ不可のため、サービス調整。ガソリン不足によりヘルパー支援不可での連絡
149	罹災者の相談業務、患者さんの移送ボランティア、要介護者の施設入所、総て無償で行ったため、収益事業が大幅に減少し、時間と労力が大きく取られる状況が長く続きました。
150	老人二人暮らしで自宅が被災し、避難所生活していたが、2日目、加美町の息子さん宅に転居。転居してきたことが環境の変化により下肢筋力低下や自宅入浴が大変になり、デイサービスの利用希望があり利用を開始。（被災する前にもデイサービスを使用していました）介護予防の方だったので、書類のやり取りが大変でした。
151	20名定員のデイサービスに23名まで受け入れた。スタッフを増員した。
153	被災した事業所の利用者様を短期入所介護施設で受け入れした。一時的に定員増となり、通常のサービスが提供できなかった。
155	弊社の短期入所生活介護の方に記入
158	石巻の方が仙台市内の施設に入るにあたっての調整等を行いました。事業所の運営には影響なし
159	被災地の利用者の受け入れ（ケアマネジメント）を行った。運営上は特に変わりなし
173	被害がひどい地域（石巻市や亘理町等）から転居された方の居宅介護支援を行い、施設探しや在宅支援の調整・支援をした。運営上の影響はなかった。
175	同じ法人の居宅が被災したことで、担当が一次的にこちらに依頼され、受け入れたことがあった。その期間、1〜2ヶ月だったため、とくに運営上の影響は無かった。
177	被災者の受け入れ

【被害を受けた事業所】

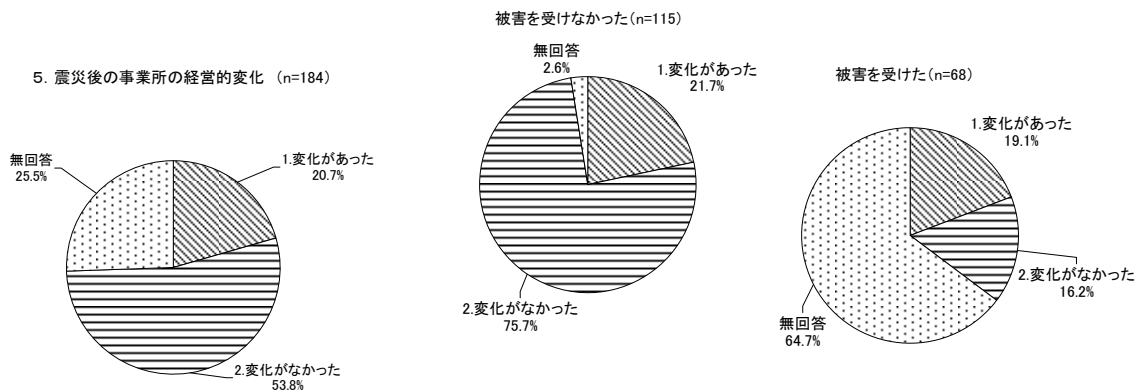
9	津波の被害を受けていない事業所に、利用者、職員を引き受けていただきました。
18	当施設は泊まり等の受け入れる施設はないため、受け入れは出来なかったが、それ以外での安否確認、水、物資等の支援を行っていた。他事業所さんとショートステイのある施設さんから協力を頂き感謝している。
28	石巻市、亘理町からの避難者の受け入れ。地元の被害も大きく多忙であったが何とか対応した。
54	震災後、施設や事業所が壊滅してしまい、その受入れを行った。人員減により対応が厳しかった。
78	震災の影響等により介護が必要となった方の受入れを保険者と連携をとり行った。
85	被災地より親族のいる仙台に着の身着のまま相談にこられた方や紹介で暫定のプランを急ぎで作成
92	病院から軽度の患者様を受け入れ。障害者施設から利用者を受け入れ。職員の手が多く必要となり時間外勤務、公休返上にて対応となった。
93	移送サービス（別になし）
116	町や他作業所、地域包括と連携を取り緊急入所やショートステイ等の対応を行った。その結果一時的に定員オーバーとなった。職員の配置に対し、オーバーとなったため介護職の負担が多かった。居宅件数が増えた
145	石巻事業所と連絡をとったが、連絡不通
174	担当ケアマネが津波の被害で亡くなってしまった。代わりに担当の依頼が有り、引き受けた。

5. 震災後の事業所の経営的な変化について

震災後の事業所の経営的な変化について、「変化があった」が20.7%、「変化がなかった」が53.8%となっている。

「被災を受けなかった」事業所では、「変化がなかった」が75.7%となっている。

「被災を受けた」事業所では、「無回答」が64.7%と高い割合であるが、「変化がなかった」が16.2%しかなく、言い換えれば8割以上の事業所が経営面で変化があったと見ることができる。



上段:度数 下段:%		5. 震災後の事業所の経営的な変化			
		合計	1.変化があつた	2.変化がなかった	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184 100.0	38 20.7	99 53.8	47 25.5
	1.被害を受けなかった	115 100.0	25 21.7	87 75.7	3 2.6
	2.被害を受けた	68 100.0	13 19.1	11 16.2	44 64.7
	無回答	1 100.0	-	1 100.0	-

5-1. 具体的な内容

【被害を受けなかった事業所】

4	震災前より要介護認定がおくれる傾向にあったが、震災後は3ヶ月ほど認定が遅れるようになり、サービス調整に苦慮した。
6	事務所は物理的被害は少なかったが、地域のライフラインストップ、ガソリン不足により、営業（サービス提供不可）できず、収益が1/3以下になった。
8	ライフラインの関係や、ガソリン不足などによりサービスが行えないこともあり収入が減った。
21	売上げ面では3.11以後、他事業所より早く立ち上げたため4月くらいまで半減し、後は回復した。
37	一時利用者の人数が減った（死亡、転居等）
51	震災の影響で身体状態低下した方が増えた。新規利用が増えた。
67	今までそれほど認知症がひどくなかった方が急激に進行して家族も対応が大変になりサービス見直しを行った。ストレスのためか体調を崩し亡くなる方が多く、利用者が減った。
69	一時的に経営上の収益は上がったが、入所や入院された方が多く、いつもの状況に戻った。
80	収入減（利用者減少、事業所の休止による）
83	担当件数の増加
88	宮城県沿岸部や福島県から避難した方を数名担当した。
91	担当している地区では、津波の被害は全く無かったが、電気・水道のライフラインの停止等による生活環境の変化や地震のショック等により、亡くなられる方がおり、利用者が減った。
96	緊急入所者が増加し、一時利用者山河減ったが、その後国から人数超過でもOKとのことで、担当件数が増え、結局はプラスになったが、複雑な心境である。
106	利用者が減った（他界、引越し、施設入所）
108	自宅が被災した方、別の場所に転居した。担当件数が少なくなった。
109	在宅の担当者数が減り施設入所者が増えた。
110	沿岸部から被災し転居した方の支援
118	受け入れを行ったことで、一時的に請求額は増えた。仮設に移らず、そのまま残った利用者がいたため、担当を継続することになった。
119	震災直後、約一週間ほど続いたライフラインの寸断により、高齢者の急変、低体温症、褥瘡の悪化等々、様々な問題が起きた。そのことを知り得るすべも、サービス事業所の稼働も十分でない状況で、亡くなられた方が直後ではなくても、それをきっかけに数週間、数ヶ月後に続き、給付管理数の減少に至っている。
126	利用者の中に自宅が震災にあい、住めなくなり、施設や子供に引きとられた人が数人おり、利用者数がへりました。
131	施設への入所、転居による利用件数減
140	各種サービス提供ができていないため、サービス調整や避難してきた方のケアプラン依頼が増えた
149	4-1の通り
177	正職も日給月給で勤務時間短縮となった。
184	ケアプラン数減少傾向の加速

【被害を受けた事業所】

9	収入減
11	地震直後より安否確認のため本来の業務が出来なかった。同時に行っている訪問介護事業にも影響があった。水道の復旧が遅れたため事業所内のシャワー室を職員のため提供。水道代、ガス代が大幅アップ。
14	一時的に被災された方の新規ケースが増えたが、数ヶ月の間に、ほとんどの方が老健施設等の入所になった
18	通所事業所の建物の被害が（ガラスが割れたり、鉄筋が折れ曲がったり）ひどく、設備上運営ができない状況であったため、一ヶ月以上お客様へサービス利用ができない状況を作ってしまった。ガス、水の復旧も遅かったこともあり、再開が遅くなり、損失もあったと思われる。
54	震災により施設に事業所が甚大なる被害を受け人件費が赤字になった。

71	物損等の被害があった
75	津波の被害を受けた地域に事業所、利用者が多かったため、亡くなられた方、他地域に移り生活を行われている方々など人が少なくなった。
85	サービス利用なしの方増えたり、ボランティアで見守り支援で動いて、通信費、ガソリン代増。
100	一時的に利用者減となった。又パニックを起こし亡くなった方もおられた。
111	ライフライン不通により、事業所運営困難、経営的にダメージを受けた。
116	担当件数が増えたことで経営的には良くなった。
117	被災のあった地区から要介護が引越してきて利用の人数が増えた。
172	亡くなられた方や入院入所された方の数が多すぎたことで昨年度に比べ収入が激減。新規相談者をすべて担当しても、二次的に病気を発症しなくなる方や入院される方も多く、昨年度の実績には全く及ばない。
183	一時的ではあるが利用者が少なくなった

6. 事業所における被災の状況や規模(復旧の状況等)

①事業所の建物被害について

【被害を受けなかった事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
40	ライフライン	特になし	特になし
42	耐震検査を行った(居宅、訪問の事務所)	事務所の移転をした	事務所の移転をした
56	なし		
64	駐車場に段差ができた。給水管、ボイラーの破損、天井より水漏れ、避雷針がおれた。	避雷針以外は修理した。	全て修理した
67	ケース記録を入れるキャビネットの破損程度。※3月の時より4月の余震の被害が大きかった。	変わりなし	変わりなし
69	ほぼ変化なし	ほぼ変化なし	ほぼ変化なし
83	無		
99	パソコンが2回目の震災で使えなくなった。	契約会社との連絡で半月ほどで使用できた	同上
107	建物に被害あり	引越しをした	
148	なし		
177	パソコン破損、物がおちた位。	通常	通常

【被害を受けた事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
7	停電、電話不通、断水、事業所ガラス窓の破損、事業所内用品の破損(書類棚等)	完全復旧	同上
9	大規模半壊	変わりなし	変わりなし
11	建物については被害なし		
13	建物は崩壊することはなかったが、ボイラーの破損あり		現在も復旧していない
14	ライフライン、インフラ等の影響を受けた。		
18	建物外観の損傷、ガラス割れ、ドア等のゆがみ、書庫の倒れたことによるゆがみ、トイレ破損、エアコン水漏れ、備品関係の破損	外壁、内装工事により改修、修復できるものは修復し、手直しして現在も使用している。(まだ余震が続いているため)	地震の影響か、建物全体が少しの振動でも揺れる。小さな余震でも敏感に揺れていることがわかるが業務上支障はなし。

22	給水槽が倒れ、水が流入してきて、事業所内が浸水した。	ライフラインも復旧し、通常業務が可能な状態であった。	通常業務が可能な状態である。
24	壁の落下、棚、パソコン落下	壁修復、パソコン定位置へ	震災前の状況に戻る
27	室内散乱し、パソコン破壊によりデータ使えない	復旧した	復旧した
28	事務所壁面の亀裂程度	復旧している	
31	当事業所は高齢者向け賃貸住宅の1階にあり、後から半壊との調査結果あり、ヒビ、各居室のドアが閉まらない、45室中1～2割が天井がはずれる。エレベーターの故障等	ヒビの他はほぼ復旧	復旧終了
35	建物にヒビあり。電気、水道ストップ。	回復	回復
36	事務所の天井落下及びシステム(パソコン)破損	システムの復旧、天井の修理	環境的には特に問題がなくなって現状維持できている。
43	停電、エアコン故障	通常	通常
44	屋根瓦の大量落下、壁にヒビ	復旧していない	復旧していない
46	天井の崩落	改修される	問題ない
50			
53	全壊	取り壊し、一時移転	一時移転、次年度より新たな移転先へ移ることが決定
54	水道、電気が長期間使用できなかったこと	いまだに施設のあちこちに故障が出て、雨漏りやトイレの使用が困難	いまだ完全には復旧していない。
60	建物へのヒビ、駐車場、エントランス沈下(5cm程)	大きな支障なくそのまま使用	大きな支障なくそのまま使用
66	建物半壊	建物半壊	一部復旧
68	壁のひびわれ、床がへこんだ。窓が開かない。電気とまり、水道もとまった。(2週間までには復旧)	変わりなし(建物は震災直後と変化なし)	変わりなし
71	水道管の破裂、パソコン等の倒壊	水道管の復旧	以前よりゆれが強くなった
74	建物、事業所にひびがはいり、パソコン等、机上の物壊れる	復旧し元に戻る	復旧し元に戻る
75		地盤沈下はどうしようもないがほぼ復旧	上記6ヵ月後と同じ
78	建物の破損(半壊)、備品の破損	復旧	復旧
82	一部損壊があったが、大きな影響はありませんでした。		
85	ガラス割れ、ひび	ガラスは交換、他は保護のみ	今年1月末より工事にやっと入った
86	電気、ガス、水道等ライフラインの停止	ほぼ通常通り	通常通り
92	特に大きな建物被害はなかった。壁のひび割れ程度。	特に大きな建物被害はなかった。壁のひび割れ程度。	修理を終えている。
100	外壁、内部壁紙に破損	そのまま使用	当分そのまま
104	電気、電話の不通(5日間)、家屋損壊(屋根瓦落下、壁の破損、車の破損等)		復旧完了(2月)
105	停電。プリンターが落下し損壊。併設のデイサービスセンター建物にヒビ。	ほぼ復旧	完全復旧

111	一部損壊	一部損壊	一部損壊
112	全て流出したため避難所で業務を細々としていた。	代表自宅も全壊したため4月から町内の空家を借用し、そこに事業所も移転。7/1併設デイサービスが町内の借宅工場をリフォームして再開したため移転	上記と同じデイサービスと同建物内に事業所を併設している。
113	ひび割れ等あるが、直接業務には影響していない。		やっと建物の修繕に入ったところ。
114	出入口付近、通り道の地盤沈下による段差発生、通路のかべのはがれ等により来客の出入りが不便、危険であった	危険箇所には立ち入らない様に制限したまま、工事着工はやっと始まったばかり。	寒くなる前にやっと工事が完了した状態。
116	ボイラーの故障、スプリンクラーの故障、建物のひび割れ、ガラスの破損等、多数。	建物のひび割れ	建物のひび割れの応急処置中
127	停電、建物ゆがみ、建てつけが悪くなる。水道水停水、事務所内机書庫、パソコン落下、足のふみ場がない状況	プロパンガスの為、早くDSの営業開始する(1週間位で)。	ドアの建てつけが悪い、それ以外復旧済
128	全壊	賃借	賃借
129	軽度の壁等の破損		そのまま現状維持
133	駐車場アスファルト	アスファルト補修済	アスファルト補修済
134	複合施設(特養・グループホーム・訪問介護・訪問入浴・通所介護・居宅・厨房)となっているが、特養廊下のずれ、エアコン装置一部破損、家電製品・厨房設備・機材一部破損。停電3/18復旧。断水3/25復旧。ガス3/18復旧。		
136	配管破損、敷地内亀裂等	完了	完了
137	隣接しているデイサービス浴室故障、伴い水没		
138	津波で壊滅した	現在に事務所に移り稼働している	上記事務所で稼働している
141	施設西側の斜面が地すべりし、建物自体が西側から崩れる可能性があった。	地すべり部分の工事完了し、危険はなくなった。	問題なし
142	床のきしみ、壁の崩落	改修	問題なし
143	なし	なし	なし
145	一部損壊	復旧済み	復旧済み
156	1階浸水、周辺道路、瓦礫により危険。大潮のたび水が上がる。ライフラインの寸断。	事務所3階のため、パソコンシステム等普及し、4/29より戻る。	周りは更地になったところが多いが、弊社は震災前と同様。
160	大規模半壊	建物は復旧済み	フェンス等工事依頼も着工できず
162	近くを流れる川を津波が遡上し、堤防が決壊、施設周囲に海水が流れ込み当施設も床上浸水となり一時孤立状態となる。	ヘドロ(汚泥等)が床下タンクに入り込み、異臭が出てきたため、確認作業に入る。	床下ピットのヘドロ除去は完了。外部のエレベーターはまだ不動作。建物周囲のアスファルトの陥没等はこれからの作業となる。
163	津波により1階総てが流出する	取り壊し。別に事業所を借りて再開	同上
164	水没し全壊	変化なし。事業所は市内公共施設にて業務継続。	取り壊し中。事業所はプレハブの仮事業所にて業務継続
165	土台一部、外壁、内壁の多	家の修理や再建を考えるも住	家以外に問題なし

	数、亀裂発生、戸の一部が動かない。水道、電気、ガス停止。電話不通、家具一部損壊。	み替え住宅無く資金も無く家はそのまま。ガス、水道、電気、電話は復旧。特に問題なし	
166	当居宅介護支援事業所は東松島市にて運営していたが津波により全壊。賃貸契約は解約し本社、他サービス事業所のある石巻へ事業所移転(間借り)	現在も間借りしたまま(相談室一室)事業継続している。	いずれ、東松島市へ戻る意向であるが、物件を見つけられずにいる。
169	個人ファイル用キャビネットの破損、倒壊	使用できるキャビネットで代用	指定の場所に設置している
172	地震により6年前に増築した部分の床が4～5cm沈下。建物自体半壊の認定を受けた。	修繕費が高額という事と、現時点で業務上支障をきたしていないことから修繕していない。ただ、度重なる余震で沈下は進んでいる。	同上
174	事務所内の機器が移動し、壁に穴があいた。機器が作動しなくなり(停電復旧後も)業者を呼んだ。	電気の復旧後は通常に戻った。	特に問題なし
176	壁に亀裂程度		
179	特になし	特になし	特になし
183	なし		

②事業所運営にかかわる人的資源について

【被害を受けなかった事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
16	なし	なし	なし
40	なし	なし	なし
56	なし		
64	なかった		
67	なし		
69	代表が津波の被害を受け、決算や決裁事項に影響あり	通常の体制に戻る	上記同様
83	無		
99	なし		
107	ガソリンがなく出てこれない方、家庭の事情等あり		
109	1名が退職した。	2名を増員し5名体制とした。	5名体制で継続している。
148	なし		
177	なし	なし	なし

【被害を受けた事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
7	なし		
9	震災2ヵ月後に解雇	変わりなし	変わりなし
11	被害なし		
13	特になし		
14	特になし	特になし	特になし
18	各自訪問中であつたが、事故やケガの報告なく、利用者の無事を確認した上で退室し各自事務所に戻った。	特に影響なし	特になし

22	なし	なし	なし
24	ガソリンが不足し、出勤できない職員でいる。	問題なし	問題なし
27	ライフライン中断により職員と連絡取れなくなった	復旧した	復旧した
28	なし		
35	スタッフの一部が被災し、出勤できず、他のもので対応。	なし	なし
36	併設でデイサービスがあり、利用者の安全保護に努めた。特に人的資源は居宅としてはなかった	システムの復旧に伴って、入力しなおしやシステム(新規)の入力。	何とか新システムにも慣れてきた。人的被害はなくスタッフにも被害はない。
43	一人不可	通常	通常
44	心理的ショックによる休職	時間短縮で復職	時間短縮で復職
46	1名死亡	補充せず	補充せず
53	特になし	一名増員	一名増員
54	死亡者や精神的ショックにより復職出来ていないものもいる。	何とかいる職員で対応	新規採用にて対応
60	なし	なし	なし
66	なし	なし	なし
68	なし	なし	なし
71	特になし		
74	なし		
75	津波で亡くなった方、他地域へ避難された方などが多かった	他地域へ避難された方はそのままの方が多。	上記6ヵ月後とほぼ同じ
78	なし	なし	なし
85	直後は泊り込みでしたが、ガソリン無く通勤できない職員が多く、近くの職員のみで対応。	通常	通常
86	交通機関の復旧が進まず勤務時間間に間に合わないことがあった	ほぼ通常通り	通常通り
92	家の被害や家族行方不明のため、出勤できなかった職員が2名。1名4日後出勤。1名3週間後出勤。	それぞれ自宅生活も落ち着き、通常の勤務についている。	同様
100	特に問題なし	特に問題なし	特に問題なし
104	なし		
105	なし	なし	なし
111	なし	なし	なし
112	ケアマネ3名、事務員1名のうち3名が自宅全壊で避難所生活。残る1名も親族が5名が行方不明でほぼ毎日探し歩いていた状況。	自宅全壊の3名は各々住居を得て通勤(1名は隣町)。残る1名も全員みつきり一段落。全員業務に復帰している。	震災前と同じく業務に従事している
113	CM3名とも勤務中だったが、津波が来ない所へ訪問していたため助かった。		
114	幸いなことにスタッフ、家族とも無事だったが自宅の被災などで、大変な思いで仕事を続けていた		
116	なし		
127	ガソリンが手に入らない、交通機関のマヒ、ヘルパー ケアに入る事が出来ない。職員が出社できない	復旧済	復旧済

128	なし	震災直前と同じ	震災直前と同じ
129	特になし		
133	なし	なし	なし
134	職員にケガ等はなし。施設が福祉避難所・一般避難所となり、避難所の対応・介護を行いながら	通常運営	通常運営
138	事業所職員は無事だった	人の異動があった	6ヶ月後のメンバーで行っている
141	なし		
142	なし	なし	なし
143	なし	なし	なし
145	併設のヘルパーさん1名死亡	併設ヘルパーステーション、石巻事業所、気仙沼事業所、階段、備品等使用不可、車は2ヶ月くらいで調達(流されたが)	現在、石巻事業所の階段改修中、机、キャビネット調達中
156	4名のうち、3名が自宅全壊。身内に不幸(死者)があった者2名	自宅の片付けや捜索、火葬、葬儀等を仕事をしながら両立。	1名が家庭の事情によりH23.9より1年間休職中。(子どもが震災により不安定な状況)
160	無	無	無
162	特になし(外出していた職員一名は高台に避難した)	変わりなし	変わりなし
163	介護支援専門員は一人カンファにしかけていたが、事業所に戻ってきたので一緒に避難。デイサービスは全員避難。訪問介護は訪問中、老夫婦2人をつれて避難。	津波後、家族のあり方を考えたり、車も流出したため、退職者多くなる。	規模を縮小して開始している。人員が集まらない。
164	なし(ただし所員全員自宅全壊)	変化なし	変化なし
165	なし	なし	なし
166	CM6名中、自宅が全壊2名、大規模半壊1名、半壊1名、一部損壊2名	全員自宅で生活できている	全員自宅で生活できている
169	特になし	特になし	特になし
172	なし		
174	連絡がとれず身動きできない状態が続いた。	通常に戻り問題なし。	
176	職員4名のうち2名が自宅流失と浸水となり避難した。	各々仮設(住居費負担なし)に入居	同上
179	なし	なし	なし
183	ケアマネジャー1人津波により殉職	ケアマネジャーの増員	

③事業所運営に関する地域資源について

【被害を受けなかった事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
16	なし	なし	なし
40	通所サービス、ヘルパーステーション、ショートステイの受け入れ一時中止	なし	なし
56	ライフラインが中断し、デイサービス、デイケアがお休みになった。	3～10日くらいで復旧し、利用再開可能となった。	完全に戻った
64	予定通りのサービス(ヘルパー、デイケア、デイサービス、介	元通りサービスできた。	

	護タクシー)が手配できない日が月末まで続いた。		
67	ライフラインが止まり、サービス事業所が利用できなかったところが多かった。	再開できている。	平常どおり
69	連携している事業所間に大きな影響はなし	連携している事業所間に大きな影響はなし	連携している事業所間に大きな影響はなし
83	短期入所施設の閉鎖により、ショートステイ受け入れ先の減少	変わらず	変わらず
99	電気、水道、ガソリン入手不可	時間経過とともに日常に戻る	
109	津波建物被害を受けた介護サービス事業所が数カ所あった。	津波被害を受けた事業所は復旧していない。建物被害を受けた事業所は再開した	6か月後と状況に変化はない。
177	(ガソリン、食料なく)全てのサービス(居宅)受け入れ不十分だった。	通常	通常

【被害を受けた事業所】

	震災直後	6か月後	現在
9	担当者がいない為分からない	担当者がいない為分からない	担当者がいない為分からない
13	デイサービスの建物被害により連絡調整に手間がかかった。	復旧した	復旧した
14	デイサービス、施設サービス、ショートステイ等の利用ができなかった。	特に変わりなし	特に変わりなし
18	特になし。他事業所(特養)が津波を受けて利用者さんも職員さんも流されたと聞いています。	特になし	特になし
22	沿岸部のサービス事業所が津波被害を受けた。	沿岸部のサービス事業所は再開できないため、別事業所への振替。	特に問題なし
24	停電	復興	問題なし
27	通所やショートが避難所や要援護者でサービスとしての機能を失った。当社のサービス2週間中止した。	復旧した	復旧した
28	市内及び近隣市内の全サービスが休止、利用していたデイの建物全半壊も4～5ヶ所の事業所あり。	復旧、業務縮小営業	
35	ガソリン不足	なし	なし
36	利用者の方のサービス(デイサービスやヘルパー)が可動不可能で又、津波で自宅がなくなってしまった。	ロング入所できる方は何とか、特養や老健へ。仮設住宅では生活できない方について、デイサービスの利用の回数を増やした。	ロング入所の方は現状維持。仮設での生活の方も現状維持でデイサービス、ショート利用
43	交通が不便、バス不便	通常	通常
46	最悪	徐々に	
50	ライフラインが停止した。連絡が取れず、施設も被災している、サービス利用がうまくいかなかった。	被災しなかった施設にて、人員超過だが利用させていただいた。STできる施設が限られ、希望をいただいても予約すら難しい状況となる。	在宅サービスは問題なく利用できている。STがまだ利用人数が限られている。入所はとても難しい状況が続いている。

53	特になし	特になし	特になし
54	各施設、市役所ともに甚大な被害があった	ほとんど復旧とはいかなかった	徐々に復旧しつつある
60	電気、水の中断	全て復旧	全て復旧
66	ライフライン切断のため不明	復旧	復旧
68	ショートステイの退所、軽度の方は避難所へ(～1ヵ月後までに復旧)	震災前と同じ	震災前と同じ
71	特にない		
74	なし		
75	とにかく津波によりなにもかも無くなった	上記とあまり変わりなし	少しだけ上記より良い方向で。
78	各市町村の状況による		
85	ライフラインのストップでどこも同じ状況	施設等入所支援混乱	通常
86	ガソリン不足のため、ヘルパー事業所やデイサービス事業所の休止が目立った。	ほぼ通常通り	通常通り
92	電気、水道、電話回線が停止し、電気は3日後、水道は10日後、電話3/23復旧。ガソリンの販売停止に利用者宅巡回が出来なかった。	ほぼ通常の業務に戻っている。	同様
100	支援物資が1週間ほど経過したときから届き、係わっている方々に配達できた。	近隣の海側の方々が仮設に入居。その方の支援が必要となった。	近隣の海側の方々が仮設に入居。その方の支援が必要となった。
104	事業車の給油ができず、訪問に支障		
105	近隣の事業所全てが機能せず。いくつかの事業所が津波で流失。	特に隣市町の施設がいくつか流出したため、全面的に資源は減少した。移転・再開した事業所もある。	ほぼ落ち着いたが、いまだに休止したままの事業所も有る。
111	なし	なし	なし
112	頼みの包括も震災対応に迫われ、他事業所とも連絡がとれず、他の地域資源もどうなっているのかわからず、何が何だかわからない状況で経過。	介護に関する地域資源はほぼ回復した。	震災前と同様にまで回復
113	他のデイサービスやショート施設などが運営中止となる。		運営継続している事業所を利用している。
114	すべての通所、入所施設が水、電気、ガスの被害を受け、ショート、デイサービスへの受入れがストップした。家族は生活の立て直しと共に介護量の増大の中で頑張っていた。	ほとんどの事業所が復旧、利用者の希望もあり、早いペースで受入れをしてくれた。	
116	通所、訪問サービスの中止	復旧	復旧
127	保健者からの被害状況確認、見回り等なし	復旧済	復旧済
128	事業所(要介護者の受入れ施設)全てを失って、自宅へも帰れてない方がほとんどだった。市役所の窓口に行っても何の情報も得られなかった。	再開する事業所等があり、利用者さんの受入れも出来るようになっていた。	再開の他、新開設の事業所などもできてきている。
129	電気・水・ガスのライフラインの断絶。ガソリン・食料品等の流		復旧済

	通の減少。		
133	訪問介護事業所がガソリン不足で休止。通所介護、その他サービス事業所がガソリン不足で休止。	ほとんど元どおりの事業所利用可	ほとんど元どおりの事業所利用可
134	建物は大きな被害なし。ライフラインストップ、ガソリン不足により通所サービス休止。訪問介護一部休止。訪問入浴休止。ショートステイ受け入れ困難。訪問介護安否確認等の身。1事業所(通所)浴室に破損あり。	通常運営	通常運営
137	ガソリン不足		
138	地域全体が津波で流出し、避難を余儀なくされた。	その地域にはもどれなく、皆、仮住まいしている。	その地域にはもどれなく、皆、仮住まいしている。
141	同一法人が津波にて被害を受ける(人的被害も含め)。利用している通所施設も津波被害を受けたり、町内全部の事業所が断水・停電・情報も全てストップしてしまった。	津波被害事業所以外は元通りのサービス提供が出来るようになる。	通常通りに戻る
142	デイや入所施設が利用できない	改善	なし
143	インフラの被災によるサービスの継続不可	復旧	復旧
145	併設のヘルパーステーション、本社の石巻一部損壊。石巻、気仙沼階段倒壊、車流され、備品使用不可。	車調達、パソコン調達	気仙沼改修済み、四肢の巻き事業所修繕中、机、キャビネット調達中
156	自宅が全壊、半壊等により、在宅生活が困難となった。ライフラインが寸断し通所も休業。	H23.9まで福祉避難所で過ごした方あり。超過ベッドで施設入所、他県へ入院、入所。	新規にデイサービス開所1件、仮設のグループホーム場所を移してデイサービス再開1件、建物修理等によりほとんど震災前の利用可となっている。しかし地区によっては訪問歯科や往診、スーパー等がなく不自由している。
160	町、社会福祉協議会、サービス事業者はほぼ活動していた	約一ヵ月後から休止していたデイサービスも開所	滞りなく活動できていた。
162	ほとんどサービス事業所が停止。ライフラインもストップ状態で全てにおいて停止だった。	9割通常に戻るが、特別養護老人ホームが一つ利用不可となり他サービスで調整をする。	以前と同じ。
163	地域全体が津波による被害、危険地域になりは入れない。	少しずつ整地されたが修復不能。	
164	担当者が利用していたデイサービス1件全壊。認知症対応型通所介護1件、短期入所1件全壊。他デイサービス半壊1件	半壊のデイサービスが復旧。	変化なし
165	半壊家屋が多数	取り壊し家屋が少しずつ増えた。再建住宅は少ない。	取り壊し住宅多数。再建住宅は少ない
166	特養、GH、通所介護事業所等休止中の関係で受け入れ可能な事業所探しが大変だった	復旧、再開し始めているが、入所施設、SS、デイス等困った。	現在も上記同様な状況は少なからず見られる。
169	通信手段の断絶、デイ等の閉鎖、ガソリン不足、ふーパーの	ほぼ回復	回復

	閉店		
172	なし		
176	通所介護施設は半数(3施設)が流失した。		3施設とも復旧し再開に至っている。
179	確認できず。利用できず	サービス事業所が全壊し、利用できず(1ヶ所)。サービスの法人への応援体制等のために以前のサービスが利用できず(1ヶ所)	サービス事業所が全壊し、利用できず(1ヶ所)。サービスの法人への応援体制等のために以前のサービスが利用できず(1ヶ所)
183	デイサービスの被害		今まであった場所よりも遠い場所になり利用できない

④事業所が担当する利用者について

【被害を受けなかった事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
16	なし	なし	なし
40	家屋被害、ライフラインが断絶し医療機器(呼吸器)→入院	なし	なし
56	一人暮らしの方が娘さんの近くの施設に入所された。	入所継続	同上
64	住居の破損	住居の破損	市住に住んでいる人はまだ仮設住まいである。
67	自宅半壊で、施設に急ぎょショート利用となった。	ちょうど申し込んでいたGHが空き、入所した。	
69	津波被害を受けた利用者なし。他市町村より、被災者の受け入れ実施。安否確認を自転車・徒歩にて一人暮らしや高齢世帯で支援が必要な方を優先に実施。食料・水等の配給支援。	公的な支援情報について情報提供、申請に同席、代行実施。介護サービス利用料減免等について、利用者、事業所間とのやりとり、身体機能低下やうつ病等、震災後のADL低下傾向、それについて対応。	今後の生活支援情報について情報収集及び提供
83	避難所生活3名	ライフラインの復旧により自宅へ戻り	従来どおりの生活に戻る
97	津波で家を流された人3人、全壊1人、半壊5人、重度半壊2人	上記半壊者のうち2人がアパートの取り壊しで移転(ほんとうに壊さなければいけないほどの被害？住人に出てもらうに調度良い理由になったような…。)	
99	なし		
107	避難していた	自宅に戻った	
109	死者1名、津波被害6名、建物被害6名	死者、津波被害者は変化なし。建物被害7名。	死者、津波被害者、建物被害者変化なし。
148	1名死亡		
155	訪問介護の方に記入		
177	なし	なし	なし
180	半壊の住宅があった。	改善	

【被害を受けた事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
7	自宅全壊、自宅半壊	自宅改修済み	同上
9	担当者がいない為分からない	担当者がいない為分からない	担当者がいない為分からない
11	全壊、大規模半壊、半壊		

13	生命に関わることは無かったがライフラインが止まったことによる支障あり。在宅酸素が使えず入院となった。	問題なし	問題なし
14	本人が直接被害にあわれた方はいないが、親族等が被害にあったケースが10件くらいあった。	同上	同上
18	津波で被害を受けた方々(床上浸水や家を流された人)8～10名。電気が止まったことで寝たきりの方のエアマットのしぼみ、寒さでなくなった方1名。その後石巻市やあちこちから転居し、担当することになった方もいます。	津波で被害を受けた方々は避難所生活→施設入所→家族や親戚、仮設住宅へと移行している方々がいる。	床上浸水の方々は、自宅へ戻り、現在はいつも通り暮らしている。 仮設住宅→津波で全壊。地震で建物倒壊した人々が暮らしている。 重度の寝たきりの方は現在も施設入所中。
22	食糧、水分の調達の困難さがありました。	日常生活に支障はありません。	日常生活に支障はありません。
24	福祉用具、特殊寝台/在宅酸素利用者が停電により器具の使用が困難	問題なく利用	問題なく利用
27	被災者を新たに5名受け入れた	そのまま継続してかかわっている。	そのまま継続してかかわっている
28	2名死亡。通所・ショート利用者の多くはそのまま泊まり	2名入所、1名転居	
31	2週間前後1階食道への避難と各居室の物、家具の散乱をヘルパーにより片付ける。TV、家具が壊れた利用者もいた。	居室の改修他現状復旧	同上
35	娘宅等へ引越し	なし	なし
36	荒浜の方3人が連絡取れなかった。	2人の方が死亡。1名不明。	1名の方がいまだに不明。
43	被災した人を受け入れた(2名)。津波被害。	一人は自宅へ、一人はケアハウス入居中。	同上
44	死者や引越し、施設入所者あり	死者や引越し、施設入所者あり	死者や引越し、施設入所者あり
46	お亡くなりになった方多数	お亡くなりになった方多数	なかなか増えず。世帯数減少が影響。
50	被災(津波や火災)でなくなったり、住宅に住めなくなった方々の安否確認を行った。	被災にあった方の把握が出来るようになり、住居に戻れない方、仮設に身体状況が合わず、施設を探す方、他県に移った方、入所した方、死亡や不明もハッキリしている。	いまだ不明の方が1名おられます。入所待ちも数名。仮設で生活が無理なため、ロングショート利用となり施設で過ごしている方もおります。在宅での方は、問題なくサービス利用できています。ただ少々STの利用が難しいことはあります。
53	全壊3名、大規模4名、半壊1名	全壊3名、大規模5名、半壊3名	担当利用者数が昨年と比べて6～7名減。体調悪化、死亡されたケースが増えた。
54	直接的にはないが、親族等にあった。	直接的にはないが、親族等にあった。	我々は精神的ケアも必要と努力しているところ
60	家屋の半壊の方が2名	修復し自宅で生活再開	修復し自宅で生活再開
66	住居全壊、半壊にて非難	一部避難先にて生活	一部避難先にて生活
68	ショートステイを退所させられた。家族が外出先から帰ってこ	二人、体調を悪くして亡くなられた(支援の因果関係は不明)	震災前と同じ

	れなくなり、デイサービスで預かってもらった。		
71	家屋の半倒壊～全壊	自宅に戻れず施設利用中	自宅に戻れず施設利利用中
74	なし		
75	津波による犠牲	身体的、精神的ダメージがする方も多い	上記よりあまり変わりなし
78	死亡者1名、津波による避難者7名	仮設住宅入居者2名、施設入所2名、在宅復帰2名	仮設住宅入居者2名、施設入所2名、在宅復帰2名
82	住居が全壊、半壊 エンシュアの調達等	慣れない仮住居で転倒骨折	
85	全壊、半壊、独居、二人暮らしの方の支援。寝たきりし、ショート探し大変	仙台で支援を頑張っても、元の地域へ戻りたい方も出て、各被災地の居宅と連携図る。	通常
86	津波の被害をうけ避難所での生活を続ける	第二避難所での生活を続ける。エレベーターもなく不便→腰痛の悪化	第二避難所での生活。不便ではあるがやむなく暮らしている。
92	津波により亡くなった利用者は1名(利用者100名中)だったが、その後に肺炎や体調の悪化で亡くなった方は3名である。罹災者10名であるが、家族の罹災が多く、本人の援助が出来なくなっている。	被災のための特例入所者5名、他県への移住者6名	特例入所4名、仮設住宅1名
100	地震については内陸部で10人程度の方々が半壊と判断され減免となっている	継続	家を住み替えた方1人のみ、他の方々は修繕して住み続けておられます。被害が少ない地域でした。
102	住居の全・半壊により帰宅できない利用者が数名いた。女川町からの避難者の居宅介護支援受け入れ。	住居の新築、改築のため施設入所中の利用者あり。	女川町からの避難者は現在も女川に帰れる見込みなし。
104	なし		
105	2名死亡	ほぼ落ち着いてきた。被災した利用者も仮設住宅に入居し、元の状態に戻りつつある。	利用者の動きは落ち着いている。仮設住宅内での生活で新たな問題も出てきている。
111	津波による被災者あり	転居先にてサービス継続	転居先にてサービス継続
112	浜通りに居住する方が多かったため約2/3が被災。避難が送られて亡くなった方も数名いる。	仮設住宅へ移った方、また遠方の縁者宅にいる方などさまざま、落ちつかない状況。	利用者数は震災前の2/3程度。殆どの方が居住地が落ちついたものの、生活激変で認知症状が進んだ方も多い。
113	死亡者はなし。独居の方への対応に苦慮。水や食べ物に困った。	以前の状況に戻っている	以前の状況に戻っている
114	地震による建物の損壊、津波による自宅の浸水より1人暮らしの方の生活が成りたたなくなり、家族へ当面同居を依頼。認知症の方の一人ぐらしは水、電気の復旧の間、介護事業所で預かっていただいた。	やむをえず家族と同居を続けている方、賃貸の借上制度を利用して引越しの手続をとった方、震災による影響での悪化と思われ亡くなった方。	震災後の不安から家族と同居を続けている方、慣れない土地で暮らしている方。
116	透析の方が入院、床ずれが発症。酸素療法中の方が在宅生活が困難になり入院	改善又は在宅に戻った	改善又は在宅に戻った
117	数名の方が自宅をなくし避難所生活になる。	自宅を直して再び住む方や仮設住宅に入る方が出た。	自宅を直して再び住む方や仮設住宅に入る方が出た。

127	人的被害はなし。危険区域の方の引越。	後遺症で亡くなる方数名。	なし
128	情報源もなく所在のつかめない方が多かった。2～3週間後、不明、死亡。避難生活者等があった。	仮設住宅、施設、他県転出の方があった。	仮設住宅、施設、他県転出の方がある。
129	停電によるエアマット等の利用ができなかった。在宅酸素の中断		復旧済
133	震災がきっかけで入院者2名。他地域への避難(娘や息子宅へ)5名。	ほとんど自宅等へ戻ってきた。サービス利用再開	サービス利用継続
134	震災当日、石巻の娘さん宅へ居た利用者1名、津波被害により死去。半壊6名、大規模半壊7名、全壊4件。	ある程度修理はしているが、危険な家屋にて生活している方が数名居る。	改築、新築する方が多くなっているが、中には危険家屋にて生活を続けている方も居る。
136	一時避難		
137	家屋損壊		避難生活継続、家の立て替え、高齢者施設入居。
138	津波で亡くなられた方、家族を失った方、家を友人を失った方、地域を失った方、助かったが何らかの原因で亡くなった方	前向きに考えようと励まし合い笑顔もみられるようになった。	仮設に入っている人など、今後のことを考えるとあらたな不安がある。
141	(津波で)死亡3名、町外への避難2名。32名	死亡2名。施設入所5名。31名	30名(内今月2名死亡)
142	家屋全壊～半壊多数	改善	なし
143	家屋倒壊	同上	アパート暮らし
145	石巻一名死亡(家が流出)、3名一時避難(家、大規模半壊)	自宅へ戻る	避難した一名死亡、一名施設入所、一名仮設住宅
156	死者9名 入所(自宅全壊等)14名 その他(自宅全壊等により自宅以外へ)7名	民官借上げアパートへ1名 仮設住宅へ1名	他県特養より在宅へ3名戻る。 緊急入所より自宅へ1名戻る。
160	集会所等へ避難(海岸沿いに住居の方)。亡くなった利用者はいなかった。	仮設住宅へ入居中。1割強程度。	仮設住宅へ入居中。1割強程度。
162	牡鹿、野蒜、大曲浜エリアなど被害の大きかった利用者がなくなった。自宅に住めない利用者は福祉施設に避難する。	仮設住宅に移住や娘さんや息子さん宅に移った人もいる。早く自宅を直した方は戻って暮らしている。	定員オーバーでも対応してくれた老健やショートステイも定員に戻そうと退所を迫られている利用者も数人いる状態。他は「6ヵ月後」と同じ状態。
163	デイサービス、ヘルパーサービスについては当時利用している方については全員避難したが、デイサービスで在宅に居た方は数人亡くなっています。ヘルプの方は2名避難し、自宅に戻れなかったのでお泊りして介護していました。	デイ利用者は震災後、ショックを受けてお亡くなりになられた方もいます。各々家を無くした方が多いので、孫の家、親戚、子で家で生活しています。	アパート、子で家で生活。建物が壊れたところで生活している人もいます。
164	3名の方が死亡。全利用者の7割ほどが自宅半壊以上の被災を受けた。	震災が原因と考えられる体調悪化者の死亡。津波被害地域外の方の半壊認定(地盤沈下等により)	特になし
165	1名県外避難	特になし。高齢者の体調に変化に見られる。認知症の進行	特になし

		等	
166	死亡、転居、緊急入所あり	仮設へ入居や自宅改修終わり戻ってこられる方が多くなる。	当社の他居宅介護支援事業所も全壊し、CM4名死亡しているため、連携・応援しつつ居宅変更して当事業所で引き継いだこともあり、利用者数は震災以前ずっと増加中。
169	自宅損傷のため在宅が不可になった。身体機能の低下、介護サービスが受けられない	入所。サービス利用に繋がった。	それぞれの居住地に在宅で過ごしている。震災前のサービスと同様に受けられるようになった。
172	・津波による死亡者7名 ・自宅流失者17名 ・自宅全・半壊者3名	・自宅流失者→仮設住宅3名、 借り上げアパート9名、施設5名 ・自宅全・半壊者→親族宅3名	同上
176	前月(2月)に比較し30%の減少があった。	直後とほぼ同様	80%程度に回復
179	行方不明1名。全壊1名。	行方不明1名。市外病院へ入院1名	死亡届提出1名。仮設住宅へ入居1名
183	被災したため他県に一時避難者がでた。	町内にもどってきた人が多くいる。一方他の居宅に移動した人もいる。	

7. 事業所の被害額と補填の状況

【被害を受けなかった事業所】

	被害額 (万円)	補填額 (万円)	補填元
6	150	40	公的な制度(ハローワーク)
16			津波で亡くなった方がいた。家の半壊が数名。
21	300	300	銀行借入、個人出資(経営者)
40			なし
64	579.3	252.3	仙台市から受けた
69			特になし
83	15	0	
177			不明(系列会社は会社も流された)

【被害を受けた事業所】

	被害額 (万円)	補填額 (万円)	補填元
9	500	0	
14			併設の施設として外壁等の被害があった。
22			本社対応のため、具体的な金額等は把握していない。
24			借事務所なので大家のほうで修理
27			国により人件費の負担の申請を考えたが、手続きが面倒であった。且つ、震災後の処理で大変だったため申請しなかった。
28			家主の関連会社負担で建物修理
31			建物は家主が補修している
44	400	0	
60			補填、修復していない
66	10	10	事業所自己資金
68	0	0	建物は賃貸のため事業所の直接の損ではない。
71	100		
74			パソコン等新しく購入しましたが、本社で行ったので金額等わからない。

85			法人大きく、大工事で部署分だけではだせません
86	0	0	
100	100	50	自然災害の保険で40万ほど入金有り。その他は代表のお金でやりくりします。通所介護の事業所も運営しているため、テレビ、食器、備品の被害が多額となっている。
104	200	200	
105	20	0	
111			全館クロス改修予定。金額未定
112	1000	0	現在国の「介護サービス事業所・施設等復旧支援事業」に法人として約700万円の補助金交付を申請中。
114			建物の被害がほとんどであるが、大家さんが対応して下さった。
116	600～800		県、国
128	300		
133	30		会社負担
134	100	0	
137	900	600	老人福祉施設等災害復旧事業費補助金交付
142	300	100	法人内
143			なし
156			車3台流失、リース残あり(5年) 車2台、新規リース
160	1000	800	補助金(支援金)、貯蓄。自宅兼事業所だったため、電気製品総て流された。
162			居宅としてはなし。施設は2000万円
163		1000	日本政策金融公庫からの借入金
164	92	250	・仮設事業所は義援金を充当　・車輛は各団体からの寄贈2台 ・OA機器、什器は補助金 ※仮設事務所は地域包括支援センターと同一使用(被災額) リース車輛3台、OA機器リース分、建物…地域包括支援センターに完備
165	400		
166	500	400	自己資金補填 一部、施設等復旧支援事業申請予定
176	400	0	被害額、利用者の減少により、給付額は35%程度減少
183			事業所の営業車1台流失→全社協より車1台(法人に2台頂き、1台を支援センターに)

8. 事業所が行って欲しかった支援

【被害を受けなかった事業所】

	震災直後	6ヵ月後	現在
6	正確かつタイムリーな情報。事業所単位の判断に活動を任されるのではなく要請、在宅利用者への物資の確保。優先給油…ガソリン		同じことが起きた場合の指針
16	ガソリン確保の支援		
21	介護車両も緊急車両扱いにして欲しい。市町村によって扱いしないところもあり大変困った。		
40	ガソリン確保	なし	なし
42	・食材の確保 ・紙おむつの確保 ・HHやCMの車のガソリンの確保		

56	車の燃料の支援	復旧OK	同上
64	食料、オムツ等利用者への支援物資が必要。 避難所生活では生活が難しい 認知症や精神疾患の人は食物にも困っていた。		
67	・訪問のためのガソリンの供給 ・各事業所の状況の情報提供		
69	・生活支援情報や介護保険の減免・給付等の情報が混乱し、情報収集に時間がかかりとまどった。正確な情報がほしかった。 ・介護保険を利用されていない要援護者の方の対応が必要。 ・利用者の安否確認や支援にガソリンがなくヘルパーが訪問できない等の状況があった。命に直結する問題なのでガソリンの供給を優先していただきたい。	罹災証明受けられた方が、利用者の半数以上になり、情報提供や事業所間の調整等に時間がかかった。手続きや給付管理等、簡素化してほしかった。	今後同様の災害に対しての取り組みについて情報をいただきたい。
83	諸々との情報が乏しかった。支援活動が充分にできる燃料の供給		地区ごとの避難を明確にして欲しい。避難所にベットや車いすを準備できないか？認知症患者の避難先の確保
99	とても疑問に感じたことは、行政職員がガソリンの不足(通勤)で困っている様子(私たちはスタンドに並んで購入しました)が見受けられなかったことです。後に居宅とデイにガソリン券が配られて購入できましたが、行政職員にもそのようなメリットがあったのではと思ってしまいました。「ガソリンがなくて優先順位で利用者さんをまわらざるをえなかった」のが現状でした。		
107	ガソリンや交通の優先		
146	ガソリン、水、食品等	特になし	特になし
148	ガソリンの調達		
177	ガソリン、食料、ライフラインの確保。人材の確保	なし	なし
180	ガソリンの供給。インフラの整備	特になし	特になし

【被害を受けた事業所】

	震災直後	6ヵ月 後	現在
7	ガソリンの供給。 当事業所は営利法人であることを理由に福祉避難所の開設に協力しようとしたところ、営利法人＝商売というイメージが強かった様子で、迅速な対応が行えなかった。残念である。	なし	なし
9	情報、ガソリン、オムツ等	利用者がいない為分かりません	利用者がいない為分かりません
11	被害者に対してお見舞いに行ってほしかった。独り暮らしの方に物資を提供して欲しかった。大きな被害はなくとも職員も損害を受けた。少し休める時間が欲しかった。		
13	ガソリンがあることで、利用者宅への安否確認や事業所等への連絡調整が蜜にできたと思います。 優先的にガソリン購入できれば良かった。	特になし	特になし
14	ガソリン等のインフラ支援、食料等を届けるための支援	特になし	特になし
18	直後は何がなんだかよく分からず無我夢中だったので、よく覚えていない。その時に必要な支援といってもその場でないと案外分からないものです。後からになって、こういう連携が取ればよかったなどと思うので一番に思うことは連絡手段が何でもいいので欲しいです。	非常災害時の適切な訓練。 HP上に常に避難地域、収容人数、設備等載せて閲覧できるようにしておくのも一つ。	津波被害のあった近くの事務所で仕事をしているので、安全性など心配なので、次に大きな地震が来た際、ここにとどまっていっても大丈夫なのか、地域ごとの安全エリアを教えて欲しい。
22	圏域の地域包括からの情報が欲しかった。		
24	燃料	特になし	特になし
27	酸素の手配、物の手配、電気の早期復旧		
28	行政(市)からの情報が得られなかった。(市内の被害大きく大混乱) 歩いて確認に毎日市役所へ行き、海に近い方の安否を張り紙で見る状態であった。寝たきり者、認知症周辺症状の強い方を非難してもらえぬ施設見つからず、相談も数日間受けていただけない状況だった。	復旧したため支障なし	
31	GSと暖房機器の配給や支援 建物内避難のため、物資の支援がなかったので食料の支援	なし	なし
35	地震を考えてのガソリン券などの発行を前もってあれば安否確認に役立ったと思われます。	なし	なし

36	震災直後は津波の被害が大きかったため、利用者（デイサービス）利用していなかった方の安否が充分取れなかった。（ライフライン）がなくなってしまう、このような状況であったため、仕方ないと思うが、町の動きがまったく始めはなかったので残念に思う。	震災3ヵ月後より、貴施設も避難所となり、集団生活ができない方の救護に当たったが、次々と身体状況も家族状況も分からない方が役場の方とともに来設され、申し送りが不十分だったなが行った。	現在は家を失った方は施設へ、又仮設での生活を送っている。
43	ガソリンの調達	なし	なし
44			早く建物の修理を行って欲しい。
46	宮城県ケアマネジャー協会の小湊さん、弁護士さん他支援していただき助かった。		
50	希望はありますが、あの状況ではあれ以上の支援は無理だったと思います。行った季節により、支援の希望内容に変化があると思います。	施設（被災）の仮設の目途を早く立てて欲しかった。救いを希望される方が多いからです。	仮設で施設が立つことが決まっております安心です。
53	必要物資の支援（食料、オムツ類、一番がガソリン）事業所が開けなかったので新たな事務所の提供（臨時でも）	法人内でカバーできる	
54	震災を直接受けた人たちはそれなりに支援はあったが、在宅で介護をしている人、受けている人達の援助が後手後手になった	震災を直接受けた人たちはそれなりに支援はあったが、在宅で介護をしている人、受けている人達の援助が後手後手になった。	ほぼ通常どおり
60	ガソリンの提供。各サービス事業所の垣根越えた協力。在宅が不可能な方の受け入れ施設等の案内。	法の緩和（月に一度の訪問義務、書類記録）	なし
66	ライフライン切断のため連絡がとりづらい中、問い合わせ（関係のない）が多く、大変だった。連携体制についての情報がほしかった。		
68	・インフラの早急な回復 ・食材の確保 ・燃料の確保（灯油がなくて大変でした）	特になし	特になし
71	独居等の安否確認	特になし	特になし
74	気仙沼、南三陸町の利用者様の居宅支援を行った。	利用者件数なし	利用者件数なし
78	ガソリンの支援		
82	利用者の安否確認が広範囲のためガソリンの調達が大変でした。		
85	ガソリン供給、緊急時ショート受け入れ、酸素や医療機器等で困ったので医療との連携・搬送支援	多くのアンケート等多すぎる	なし
86	ガソリン等、交通手段の確保。放射能汚染情報など必要な情報がえられなかった。	がんばったね手当	がんばろう手当

92	食料の必要だった日が、初めの1週間くらいでした。その後は自衛隊により毎日配給された。お菓子やおやつ、パンの甘いものが多く、糖尿病の方への食事に苦慮。燃料、ガソリンがほしかったです。	特に無いです。	特に無いです。
100	利用者宅へ安否確認するためのガソリン。一人暮らしの方々へ直後の食料。一週間くらいで支援物資が届き始め届けることが出来たが、ガソリン不足で遠い方へは苦勞しました。近い方へは自転車で移動。	制度で仕方ないのですが、電気が通らなかった日数、ガスが使えずその時の施設が休まざるを得なかったときの職員への賃金等の補填？訪問できなかった(定期訪問)時の減算はきついです。(訪問しても避難所等、本人のいるところの確認できなかったの で、居宅支援費を減算しました)	特にありませんが、多方面よりの支援に感謝しつつ、アンケートの依頼が日に2件等来たとき、特に経営の数字まで入れての要望は出来にくい状態です。
102	・独居高齢者の保護(安否確認はできても、それ以降の行き先等はケアマネジャーに何の権限も無い) ・行政の支援(ケアマネジャーに任せきり) ・在宅サービス提供事業所が早期にサービス提供を再開するための支援(ガソリン確保等)	震災を振り返るだけの研修ではなく、もしまた同様の震災が起きた場合の対応についてのシステム確立。	
104	電話等機器の復旧を急いで欲しかった。ガソリンがほしかった。(仕事ができない) 同業者同士の意見交換もなかなかできず、孤立しそうだった		なし
105	電話が早く通じて欲しかった。情報を得る手段も欲しかった。物資(特にガソリン)が欲しかった。	まだ通常業務を行える状況ではなかったため、特定事業所集中減算集計作業をはじめとする規制の緩和を行政にお願いしたかった	特になし
111	早急のライフライン復旧。ライフライン復旧に関する情報。		
112	一瞬にして全て流出し、何も持ち出せなかったため、とにかくいろいろな情報や資料がほしかった。	すぐにでもしなければならぬことは一段落し、事業所としての基盤からつくり直そうとしていた時期。先ゆきに対する不安も大きく、やはり情報や経済的支援の有無等について知りたかった。	保持金交付をもっと迅速にしてほしい。
113	利用者訪問調整のためのガソリン支給(不足のため訪問に困った)。		
114	一人暮らしの方への水、食糧の支援。介護が必要な方専用の避難所の確保。常時の見守りの支援、そのための移動手段(ガソリンなど)の支援。		
116	ライフラインの復旧	他県からや他市町村から避難してきた方への円滑な事務手続きが行えるような行政の支援。	ある程度改善してきなので特になし。(国からの通知により改善)
117	物資の支援(食料、水、オムツなど)。ボランティアなどのマン	老人をかかえる方や自宅をなくした方への生活支援	老人をかかえる方や自宅をなくした方への生活支援

	パワー		
127	身近にある区役所との連携がスムーズに行える大地震翌日に土日・祝日でも区役所が先頭に立ち指示相談を受ける状況であってほしい。デイサービスの再開は1人暮らしの方の事案考慮し出来るだけ早く開始したのですが、食料調達、ガソリン等の調達が大変でした。デイサービスにも食料配給があれば良い	なし	なし
128	当日共に避難(学校)した利用者の食料、衣類、オムツなど。排泄設備(仮設トイレは水がなく、つまっていた)。車のガソリン(利用者を把握する為の移動に必要)。家族他情報(書類が流出し連絡先も不明だった)。	利用者他情報。事業の為の必要備品。	徐々に復旧している
133	ガソリン供給。電気・水道など復旧。	他町村からの避難者の受け入れ体制はとれていたが、包括や市からの紹介や依頼がなかった。直接的な支援はあまりなかった。	被災者支援の意識はあるが、受け入れる方法がない。
134	ガソリンの支給。避難されている方への食料・水等の支給。医療依存度の高い方は入院させて頂いたが、各サービス休止により介護者が疲れてしまい、介護交代をしてもらえる所が全くなく困った。→ショート受け入れ不可。福祉避難所も受け入れ困難な方だった。	特になし	特になし
136	津波被害を受けた地域から避難された方の保険者との連絡がとれずにサービス利用がとどこおってしまう事があったので、そこを包括的に支援してもらいたかった。		
137	医療品の提供		
138	どの場所で事業を再開したらいいか、言葉でもほしかった。	地域からはなれた。別の区域で通常の業務を行っている。移動距離が長くなった。別の区に事務所がある。実際の利用者はもとの区域の方。それはいいが、居宅事業所はわりと区域で分けられており、情報など薄くなってしまうと、なんとなく、排除されてしまったような感じを受けている。必要とされていないのではと思う。	同じ。地域に必要とされていない事業所となった。言葉かけがほしかった。これは被災して別の場所に移った利用者とその家族も訴えている。
141	状況の把握(ガソリンの確保)。行政がまったく機能していなかった為、包括より連絡あり集まったのが11日後で、その時でも	精神的なフォロー	今回の震災を生かし、今後、行政と共に色々進めていきたいが、行政が動かない。どうしたら共にいい方向に体制を

	なかなか情報が収集できなかった。1人なので施設(津波被害)の対応をせざるをえなかった。自分の仕事がまったく出来なかった。		作っていく事が出来るかアドバイスがほしいです。
142	ガソリン給付		事務所の物品等購入の補助
143	ガソリンの供給、インフラの整備	なし	なし
145	ガソリン不足(訪問できず、利用者さんにしかられた)、ライフラインの早期復旧、食料品が調達できない(並んで購入)	ガソリン不足が続く、思うように訪問できなかった。	概ね復旧済み
156	保険者からの情報 施設サービスの情報	在宅サービスの情報	震災後、死亡、施設入所、他県へ等で利用者数が30件、3月で終了となり、その後利用者数が新規で20件くらいであったが、亡くなったり、小規模につないだり入院等で請求数は昨年の同時期より減っている。
160	仙台の貸家へ避難したが、何の助成の対象にならなかった。(義妹の隣家、仕事上の書類も搬出し、毎日七ヶ浜を往復していた)	仮設入居者と自力で自宅兼事業所を建て直したが、支援物資は一切来ず、接遇が大きく違っていた。	落ち着いていつもどおりの仕事が出来ている。
162	・安否確認訪問のためのガソリンの入手 ・連絡方法 ・水(手が洗えない)、食料 ・避難所情報 ・電気	車がなかった(故障車が多くて)	
163	・ガソリンがなく、利用者宅に回れなかった。 ・緊急連絡体制(児業者⇄地域一区役所との連携) ・人員の確保 ・食糧不足 ・避難場所の体制(確保)(老人をかかえているのに、避難場所にこられては困ると社会福祉協議会職員から断られる)	法人にも義援金が欲しかった。物が無く再出発するにも人、物、金がない。思うように進まない。必要備品の補助と支給を早急にほしい。	
164	・人的支援(被災利用者の対応、被災により利用が必要となった方、行政機関、地区長、民生委員からの連絡等で多忙であった) ・物的支援(事務所が水没し何もなくなった) ・移動手段(公用車、自家用車共に流出。また、ガソリンが手に入らず移動ができなかった)	建物の支援(公共施設の一室を使用させてもらっている状況で、面談場所がなかったり連絡に難が多かった。ソフト面の整備が進まなかった)	特になし
165	ガソリン、水、パン、白飯	特になし	特になし
166	ライフライン、NTT及び携帯電話復旧。行政からの指示、本社からの指示	社用車、PC、NTT電話回線(間借り先で呼び出し対応と事業所用携帯1台)	事業所移転先が未定で現在も間借中。
169	ライフラインの確保 食料、ガソリンの確保	各種情報	特になし

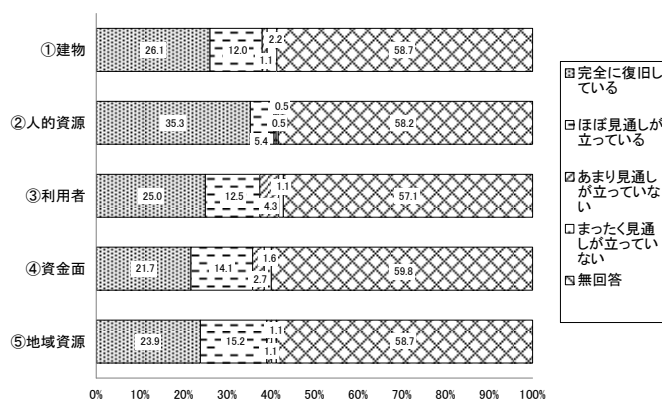
172	ライフラインの早急な回復、燃料(ガソリン、灯油)の供給		
174			先日2月3日になって、支援物資の配給があった。今回は福祉事業所が対象とのこと。会場の体育館に行き必要な物(洗濯機、消毒用アルコール、靴下等)をいただいたが、体育館の中は、まだまだたくさん有り、半分も減らない状態。他の体育館も物資の倉庫と化し、現在体育館はまだ使用できない。この状態ではいつまでも体育館は空かず、使用できないことが予想できる。毛布、電気カーペット等すでに被災者には配ってある物がまだまだ有り、希望したら被災者用だからダメだと断られた。(配り終えたと聞いているが…)いつまでも残しておいてどうする
176	・利用者の安否確認、特に一人暮らしの利用者の確認が通信、交通手段の無いときに特に感じた。 ・震災を理由に生活支援を一時中止せざるを得なかった。		支援が必要な方の情報を特に仮設住宅における情報を得る協力体制の整備

9. 事業所の今後の見通し

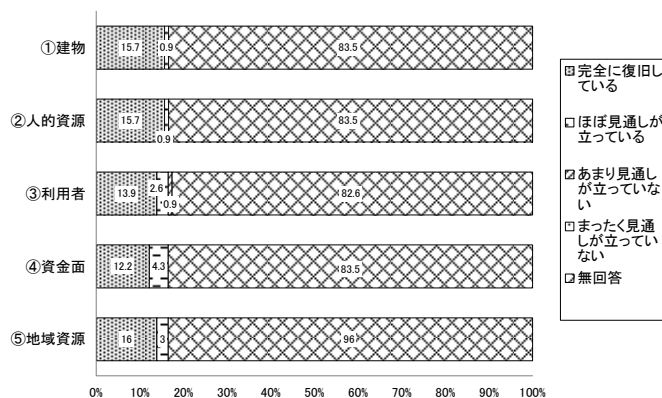
事業所の今後の見通しとして、「被災を受けなかった事業所」ではほぼ全ての項目で「あまり見通しが立っていない」「まったく見通しが立っていない」の回答割合は極めて低く、また、無回答は「被災を受けていない」ためと考えられるので、現時点においては、ほぼ全ての事業所で今後の見通しが立っているものと推察される。

一方、「被災を受けた事業所」では、「人的資源」の分野が最も復旧が進んでおり、「完全に復旧している」「ほぼ見通しが立っている」割合が 80.8%となっている。他の分野でも、概ね7割程度、復旧見通しが立っているようである。逆に、「あまり見通しが立っていない」「全く見通しが立っていない」割合が最も高いのは「利用者」で 13.2%となっている。

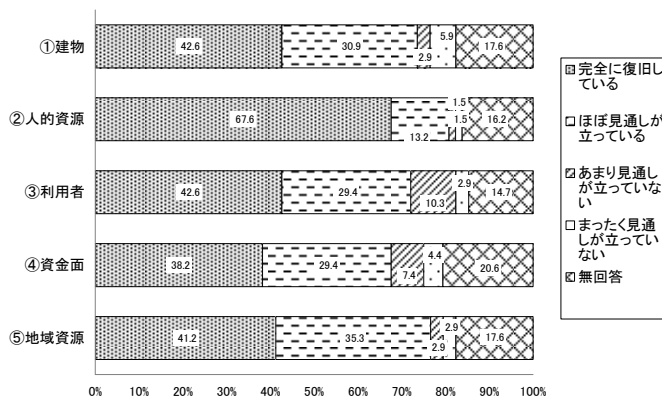
9. 事業所の今後の見通し (n=184)



9. 事業所の今後の見通し(被災を受けなかった事業所) (n=115)



9. 事業所の今後の見通し(被災を受けた事業所) (n=68)



9. 事業所の今後の見通し①建物 × 3. 東日本大震災で被害を受けたか

上段:度数		9. 事業所の今後の見通し①建物					
下段:%		合計	完全に復旧している	ほぼ見通しが立っている	あまり見通しが立っていない	まったく見通しが立っていない	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184	48	22	2	4	108
		100.0	26.1	12.0	1.1	2.2	58.7
	1.被害を受けなかった	115	18	1	-	-	96
		100.0	15.7	0.9	-	-	83.5
	2.被害を受けた	68	29	21	2	4	12
		100.0	42.6	30.9	2.9	5.9	17.6
	無回答	1	1	-	-	-	-
		100.0	100.0	-	-	-	-

9. 事業所の今後の見通し②人的資源 × 3. 東日本大震災で被害を受けたか

上段:度数		9. 事業所の今後の見通し②人的資源					
下段:%		合計	完全に復旧している	ほぼ見通しが立っている	あまり見通しが立っていない	まったく見通しが立っていない	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184	65	10	1	1	107
		100.0	35.3	5.4	0.5	0.5	58.2
	1.被害を受けなかった	115	18	1	-	-	96
		100.0	15.7	0.9	-	-	83.5
	2.被害を受けた	68	46	9	1	1	11
		100.0	67.6	13.2	1.5	1.5	16.2
	無回答	1	1	-	-	-	-
		100.0	100.0	-	-	-	-

9. 事業所の今後の見通し③利用者 × 3. 東日本大震災で被害を受けたか

上段:度数		9. 事業所の今後の見通し③利用者					
下段:%		合計	完全に復旧している	ほぼ見通しが立っている	あまり見通しが立っていない	まったく見通しが立っていない	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184	46	23	8	2	105
		100.0	25.0	12.5	4.3	1.1	57.1
	1.被害を受けなかった	115	16	3	1	-	95
		100.0	13.9	2.6	0.9	-	82.6
	2.被害を受けた	68	29	20	7	2	10
		100.0	42.6	29.4	10.3	2.9	14.7
	無回答	1	1	-	-	-	-
		100.0	100.0	-	-	-	-

9. 事業所の今後の見通し④資金面 × 3. 東日本大震災で被害を受けたか

上段:度数		9. 事業所の今後の見通し④資金面					
下段:%		合計	完全に復旧している	ほぼ見通しが立っている	あまり見通しが立っていない	まったく見通しが立っていない	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184	40	26	5	3	110
		100.0	21.7	14.1	2.7	1.6	59.8
	1.被害を受けなかった	115	14	5	-	-	96
		100.0	12.2	4.3	-	-	83.5
	2.被害を受けた	68	26	20	5	3	14
		100.0	38.2	29.4	7.4	4.4	20.6
	無回答	1	-	1	-	-	-
		100.0	-	100.0	-	-	-

9. 事業所の今後の見通し⑤地域資源 × 3. 東日本大震災で被害を受けたか

上段:度数		9. 事業所の今後の見通し⑤地域資源					
下段:%		合計	完全に復旧している	ほぼ見通しが立っている	あまり見通しが立っていない	まったく見通しが立っていない	無回答
3. 東日本大震災で被害を受けたか	全体	184	44	28	2	2	108
		100.0	23.9	15.2	1.1	1.1	58.7
	1.被害を受けなかった	115	16	3	-	-	96
		100.0	13.9	2.6	-	-	83.5
	2.被害を受けた	68	28	24	2	2	12
		100.0	41.2	35.3	2.9	2.9	17.6
	無回答	1	-	1	-	-	-
		100.0	-	100.0	-	-	-

9-1 見通しが立たない問題点

【被害を受けなかった事業所】

109	建物被害だけの方は見通しが立っているが、津波被害を受けた地域に居住していた方は全く見通しが立っていない。行政が今後の方針を打ち出し説明をするのがこれからのことである。
-----	---

【被害を受けた事業所】

9	土地、資金面の問題
44	建物所有者があまり修理に取り掛かろうとする意思が感じられない。
46	世帯数が減少し、利用者さんがいなくなった。売り上げ減少。つぶれてしまう。 ※ボランティアさんが仮設をまわり、市でいろいろと対応しているため、事業所へ仕事がなかなかまわってこないような気がする。仮設ばかりが手厚い対応にて持ち家の一人暮らしの人は不公平と訴える。
68	家主が対応してくれていない
128	別な用途で使用していた建物を賃借しており、最低限の改修は行ったが、これ以上投資できる十分な資金の余裕は無く、以前の環境に改修する予定はない。資金余剰ができるまでの状況になく、以前の資金環境にもどる具体的予定は計画しづらい状況にある
138	事業所として震災後、利用者の出入が50名近くあった。現在1人あたりの人数も30名にたらず、経営の悪化となっている現実がある。事業所は2名です。
141	人口の激減。電車が走っていない為に他市町村へ若い人達が引っ越しし、それに伴い利用者さんも一緒に行く。仮設入居しても最近では皆さん疲れが出てきて、本人が入院や死亡、介護者が倒れるケースが多くなり、施設入所されたりする。
156	自宅で介護を受けながら生活できる環境が整っていない。 ・自宅が全半壊 ・施設からの在宅復帰が困難 ・仮設が狭く寒い ・介護者に精神的にも金銭的にも余裕が無い
163	資金は借りたが返金するために
165	仙台バブルの影響で、住宅、土地、職人代金、資材価格の上昇があり、資金が増々足りなくなっている。仙台の歓楽街の土日は土建業者で賑わい別世界らしい。
172	津波で自宅を流失した利用者というのがもともと介護度が高く、それを受け入れる家族も仮設住宅やアパートに居住している為、受け入れが困難となっている。また、今回の震災で同居していた介護者・家族をすべて亡くしている利用者もいる。 上記利用者はすべて施設入所中である。
174	亘理町は特殊な習慣というか独特で、役場主体で動いているため、利用者の情報は役場と一部事業所間でやりとりをしており、個人、民間の事業所は新規の利用者を探しづらい。実績がなければ資金面もつながらず悪化していくばかり。
176	人口流出（約13%）による利用者の減

10. 今後の震災における事前準備

【被害を受けなかった事業所】

6	職員の犠牲が食い止められるよう、災害時に起こりがちな心理と適切な判断について。 例）同調性バイアス、他愛行動、等
12	・電源の確保 ・利用者各個へ緊急事態の時の対処方法を確認すること。民生委員とのつながりの強化 ・ガソリンをいつもいれてある状態にしておくこと
16	備えや緊急連絡先のファイル化
40	もう少し早くのアンケートを望みます。
42	ガソリンと食材の備蓄をしておく
56	行政の早い対応。暖を取るもの、食料、ねたきりの方への紙おむつ等々
69	・事業所の災害時マニュアルの見直し ・行政・地域包括支援センター、事業所間の普段からの連携 ・事業所での食料、水、衛生材料等、震災に備えての備蓄 ・正確な情報の収集と提供

83	認知症の利用者、ベッドが必要な要援護者、在宅酸素使用者の避難先を明確にしたい。水、燃料、保存食の確保、反射式ストーブ、オムツ、灯油、ローソク、懐中電灯、乾電池、携帯ラジオ、使い捨てカイロ、カセットコンロ
97	さほどのことも無いのに半壊の認定をして、そのような人は修理の必要もありませんから、支給された〇〇万円を貯金しています。 ほんとうに必要な人は全然足りないから、次のステップの資金がありません。 ばらまきはやめて、必要などころにできるだけ多く援助して下さい。判定の基準をしっかりすべきです。
99	緊急時に対応できる(支援してくださる方)ことは何か、誰かイメージを持っておくことが必要だと思う。(一人ケアマネなので)
109	食料備蓄1週間分、燃料1週間分、自家発電機複数台。3日程度ではライフラインが復旧しなかったため。
120	避難所が小中学校体育館になっているが、寒さ対策など、シェルターとして機能できるようにすべき。包括支援センターを中心とした、地域高齢者の把握と支援について対策。
126	医療的ケアの多い人の場合停電で命にかかわることが多い(吸引や人工呼吸器の利用者など)。物が倒れないよう工夫しておく。(タンスも飛び出さないように、高い所に物を重ねない、重ねた時は落ちないように工夫しておく)
155	食料品、各種の電池、寝具類、水等 安否確認の情報がいち早くわかる緊急連絡名簿
180	通信手段の確保。交通手段の確保(ガソリン)。

【被害を受けた事業所】

7	・地域における相互扶助 ・マニュアルの整備
9	資源エネルギーの設置、電気自動車
11	内陸だからといって油断せず、非常の事態を想定し、持ち出し物を常に身の回りに備える。車の中にも常にいれておく。電気が使えなくなることを想定する。ガソリンは常に半分以上入れておく。集合場所を決めておく(連絡先を含む)。職場内においては利用者の安否確認ができるよう、ネットワークを作っておく。一人ひとりが身を守る。(歩いて行動を心がける)
13	・災害において、安否確認のルートの確認と連絡調整の仕方を検討し、各事業所へ周知する
14	ライフラインに関する備品の整備、インフラ等の整備
18	・ハザードマップの再確認 ・災害における日頃からの意識(非難、安否状況、伝える手段) ・水、食糧の備蓄(最低一週間分) ・命の大切さ(自分の身は自分で守る) ・訪問時間の安全確認(利用者さん) ※以上これらのことも含めてマニュアル作成しなおしました。でもまだまだ不足だと考えています
22	情報の共有、データの保存
24	発電機、燃料備蓄
28	・重度の方、認知症の周辺症状強い方が避難(スムーズ)できる施設の情報周知 ・町内会や近所の方へ協力依頼(ケアマネやサービス事業所も被災することがあるため)
35	発電機やガソリン等の配付(事前に)
36	システムの破損があつて、連絡先が分からなかったが、紙に連絡簿を記載していたため、震災後連絡がとれた方もいたので、今後も連絡先を記載しておくこと。 訪問は車でだがこのたび自転車(職員)を借りて訪問したので、今度は近隣は自転車利用して1台購入を考えている。
43	・非常生活用品の準備 ・緊急連絡の体制など
44	情報が早く入るような、電気などの確保
46	備蓄。情報の管理。マニュアル作成。
53	介護保険サービスだけでなく、地域の支援等の協力体制の確認
54	各分野のネットワークが必要と思います。

60	・震災の時のような緊急時の役割の明確化 ・在宅生活が難しい方の受け入れ先の確保。（家族も被災者であり、自宅での介護力が著しく低下する）
68	今日、震災直後から地域の方と声をかけあって情報を共有した。普段から食材や燃料、安全な場所、避難先を共有できれば。行政の支援体制が後手後手だった。休む暇も無く大変であったと思うが、今後はエキスパートと呼んで普段から対策をとっておくべきと思う。もう終わったとは思わず、常に用心が必要。
85	独居や老夫婦のみ、子どもたちは他県が多く、困ったとき全てCMまかせ。常に遠くの方とのかかわり方、大切にしておかないと緊急時対応に困る。逆に訴えてくる方も出てくるかもしれない。
86	安否確認マップ、地域連携連絡マップ
100	・緊急時の連絡網の確保、確認、定期的見直し ・車のガソリンが半分になったときすぐ給油 ・発電機の準備 ・寒さ対策等含み非常持ち出し袋を準備する
105	個人情報・緊急時の連絡体制の整備、定期的な見直し。非常持ち出し物品の確認、定期的な入れ替え。各ケアマネ担当利用者の連絡先について事前に整備した上で、各スタッフが周知しておくこと。
111	地域の方の避難所としての体制の検討
112	情報の保存を厳密に。今回事業所のみならず自宅も被災したため必要な情報をどこに保存しておいたら良かったのか検討中。地域としての連絡体制の整備。山元町では現在町内の各事業所と包括で連絡体制についてマニュアル作成中。
114	障害者、高齢者等、要介護状態にある方が不安少なく過ごせる避難所の設定、設備の準備をお願いしたい。特に一人暮らしで頑張ってこられた方への支援は既存のサービスでまかなえる部分はほんのわずか。今まで関わってこられた方のボランティアで乗り切った部分がほとんどです。緊急時のサービス枠の拡大について、サービス事業所が不安なくきちんと請求できる形での支援ができる様なマニュアルが必要だと思う。（行政の対応は遅いし、何もないので仕方ない部分もあったかと）
116	今回の規模の震災を想定してマニュアルの見直しを行いました。行政や包括、各事業所との連携方法を再確認しておくことはもちろんのこと、各自治体間での情報の共有や円滑な事務手続きが行えるような体制作りを普段から行っていくことが事前準備として有効だと感じました。
128	防災訓練。避難場所高台へのルート。重要書類の保管場所（できれば別の場所、建物）。備蓄。
129	普段からの地域のネットワークの強化
133	発電機、震災に対する防災グッズを準備しておく。紙ベースでの利用者名簿一覧などカギ付の書庫で保管し、いつでも確認できるようにしておく。パソコン管理は電源を必要とし、役立たなかった。
134	効率的に安否確認できるような体制づくり。非常用物品を準備しておく。震災時の情報共有の方法について、事業所単位ではなく、町全体として考えていく事が必要だと思う（現在検討中）。
138	地域を知るしかない。
141	町内の居宅支援事業者で、合同居宅介護支援事業所（ワンストップ機能）を立ち上げ、すぐにサービス提供出来る体制作りをする事が出来るよう、今、行政もまき込んで、なんとか形にしようとしています。
145	日常必需品少し多めに調達しておく、ガソリンを小刻みに給付しておく、電池、必需品でないものも用意しておく、常に地震を予測して生活する。
156	独居や日中独居の方の避難方法の検討。自助、共助、公助で今回は要介護者の援護台帳は機能できない状況だったが、通所介護利用中の方は避難でき助かった。
160	必要備品を決め、搬出がすぐ出来るようにしておく。 連絡先、外出時は行き先を確認しておく（職員） とにかく逃げ、命を守ること（意志）
162	地域の避難場所の確認
163	食料品の確保、ガソリン、ライフライン、市町村、県、国の行動と連絡体制、安全な避難場所

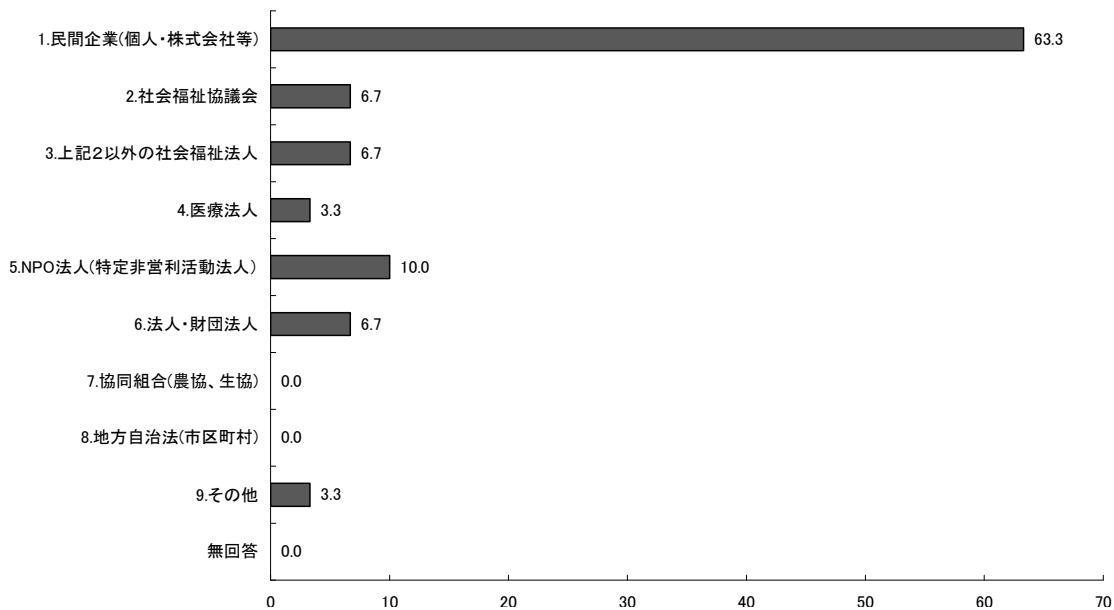
164	・地域の事業所と災害時も想定した連携の構築 ・同業種での協力態勢の構築 ・指定避難箇所の見直しと整備 ・災害を想定した行政機関や地域役員との協議（消防や警察も含む） ・事業者、本人、家族の防災意識向上 ・可能であれば事業所の立地の見直し
165	水、代替燃料（携帯ガスコンロ、ボンベ、炭、練炭）、汲み取り式トイレ、バケツ、ポリ缶、衣装ケース（水を貯められる） 割合に電気が早く復旧するので、IHヒーター、風呂が使えた。大都市（東京など）は電気の復旧は何日かかるのか不安。仙台は約2日で復旧した。 ガソリンの備蓄もしたいが、火災発生したときは危険となる。
172	今回のような地震があった場合、被災された要介護者は自宅での生活が困難となる。その場合に地域ごとに受け入れる医療機関・施設をある程度決めておけば要介護者が路頭に迷うことは無いのではないかと
174	ライフラインが途切れ、連絡が取れなかったことが重大。個人の力では困難。携帯、固定電話が繋がりやすくなるようなものを開発してもらいたい。
176	・既存の組織にとらわれないで居宅介護支援事業所が共有するシステムをつくり、全体の状態を確認できるようにする。 ・通信・移動手段が無い状態での安否確認の方法の確立
183	・町内の避難所の確認 ・災害にあったときの初期行動の確認 ・最低限必要な物資の確保

【訪問介護事業所】

1. 事業所が属する法人の種類

事業所が属する法人の種類では、「民間企業（個人・株式会社等）」が63.3%と最も高い割合となっている。次いで、「NPO法人（特定非営利活動法人）」（10.0%）と続いている。

1. 事業所の法人種類（n=30）



	件数	%
1.民間企業(個人・株式会社等)	19	63.3
2.社会福祉協議会	2	6.7
3.上記2以外の社会福祉法人	2	6.7
4.医療法人	1	3.3
5.NPO法人(特定非営利活動法人)	3	10.0
6.法人・財団法人	2	6.7
7.協同組合(農協、生協)	0	0.0
8.地方自治法(市区町村)	0	0.0
9.その他	1	3.3
無回答	0	0.0
全体	30	100

【その他の内容】

・企業組合

2. 事業所の所在地別の回収率

居宅介護支援事業所の悉皆調査における回収率は、津波被害が大きかった沿岸部の市町村は、内陸部の市町村より回収率が低い傾向がうかがわれた。津波被害が大きかった地域を対象とした本調査の全体の回収率は20.1%と、居宅介護支援事業所への全体回収率30.3%より低い割合となっている。事業所の所在地別の回収率は以下の通りである。

市町村名	発送数	回収数	回収率
石巻市	39	5	12.8%
岩沼市	5	0	0.0%
女川町	1	0	0.0%
気仙沼市	13	0	0.0%
塩竈市	16	4	25.0%
七ヶ宿町	3	1	33.3%
仙台市若林区	26	7	26.9%
名取市	13	4	30.8%
東松島市	9	1	11.1%
松島町	1	0	0.0%
南三陸町	3	1	33.3%
山元町	6	4	66.7%
亘理町	3	0	0.0%
多賀城市	11	3	27.3%
合計	149	30	20.1%

3. 事業所における被災の状況や規模（復旧の状況等）

①事業所の建物被害について

	震災直後	6ヵ月後	現在
1	事業所内の食器棚、書類棚等の倒壊と介護車両の津波濡れ。	新しいものを新規購入。車両は直後に洗浄対応に。	同上
2	なし	なし	なし
3	浸水（書庫、机の中の書類）、パソコン、コピー機同じく浸水	ほぼ復旧した	完全復旧
4	対規模半壊のため業務停止	変わりなし	変わりなし
5	津波被害なし。自身は一部、ヒビ等	津波被害なし。自身は一部、ヒビ等	津波被害なし。自身は一部、ヒビ等
6	無	無	無
7	事務所内備品の破損		
8	特になし	特になし	特になし
9	備品の倒れ、パソコン破損	なし	なし
10	自宅兼事業所となっていて、家具の転倒、食器等の落下、外壁の倒壊等があった。	外壁の修繕、室内等の片付けなど終了した。	ほとんど以前と同様に戻った。
11	床下浸水	現状復旧済	現状復旧済
12	全て流出	町内に工場宅居を借りてデイサービス再開したので同時にヘルパーステーションも設けた（7/1～）	町内に工場宅居を借りてデイサービス再開したので同時にヘルパーステーションも設けた（7/1～）
13	大規模半壊	とりこわし	新築の建設がおわるまで仮事務所にて
14	津波被害はありませんが室内散乱、機器物のこわれ大。水道、電気不通。	さほど変わりがなく室内外痛んだまま。直すこと出来ずにあります。	建物基礎部分は被害時のまま（解体する費用なし）。
15	電気、ガス、水道、電話とライフラインの不通。事務用品の散乱、壁等にヒビ。	ライフラインは2週間程で開通。壁等のヒビはまだそのまま。	ライフラインは2週間程で開通。壁等のヒビはまだそのまま。
16	流出	変わらず	変わらず
17	停電、断水		

18	起訴が破損し、壁も落ち、危険建物の判定をうけた。(立ち入り禁止となり、社協事務局内に間借りしました。)	仮設のプレハブで業務を行う。元の事業所は支援物資置場として使用しているので使っていない。	6ヶ月後と変わらず現在に至っている。
19	被害なし。停電のみ(4日間)		
20	特に大きな被害はなく、事務所内の書棚が倒れ、壊れた程度でした。	新しい書棚も購入し、事務所内の整理整頓が出来た。	新しい書棚も購入し、事務所内の整理整頓が出来た。
21	建物のひび割れ	復旧可能	
22	事業所の建物は全壊	同じ場所での再建はできない	全壊を免れたデいの施設の一部分で再開
23	なし	なし	なし
24	建物回りの陥没	仮復旧	業者に依頼中
25	電気、ガス、ガソリン、事務所内機器がすべてダメでした。	機器以外は復旧する。一部損壊。	すべて復旧する。一部損壊。
26	壁に亀裂程度		機能に影響なし
27	外壁及び内装等破損、ボイラ及び排水等破損	修理済み	修理済み
28	入り口付近亀裂、事務所内は異常なし	修復	
29	訪問介護の建物全壊	デイサービスに間借り	デイサービスに間借り
30	事務所内、壁亀裂、天井と壁のずれ発生	家主に(不動産)連絡したが点検しただけでそのまま	そのままの状態

②事業所運営にかかわる人的資源について

	震災直後	6ヵ月後	現在
1	ヘルパー各自の住居の整理や子どもの休学休園で休むスタッフがほとんど。ライフラインが復旧するまで(ガソリンも)休むことに。	全員元に戻りました。	同上
2	なし	なし	なし
3	3名が3月いっぱい欠勤	全員が復帰した。	全員が復帰した。
4	震災2ヵ月後に解雇	変わりなし	変わりなし
6	無	無	無
8	訪問介護員(1名)津波被害により、自宅が全壊のため休職	復職済み	復職済み
9	なし	なし	なし
10	特に問題はない	特に問題はない	特に問題はない
11	無し		
12	訪問中のヘルパー1名が波にのまれたが、翌朝救出された。サービス提供責任者が避難所で生活しながら訪問継続した。	利用件数に応じた人員は確保できている。	利用件数に応じた人員は確保できている。
13	なし	2名退職	人員増している(2名程)
14	5名中2名土台を残すも津波により全員で避難、1名宅も避難所生活。	上記3名家族転々と避難所生活(車も流されました)。	2家族の内1家族別々の仮設住宅、1家族も借り上げ住宅、他もなんとか生活出来ております
15	スタッフ全員、生命、身体に被災はないが津波による被	家族の事情等で退職者2名、新規採用1名できたが、	その後、新規採用1名できたが、さらなる増員が必要であ

	害で避難所生活を送った者もいた。	ニーズに応えるには増員が必要。	るのだが、家庭の事情等の事由により面接しても採用にはつながらない。求職者も挙がらない
18	9人のヘルパーの内2名の家が流出、2名が半壊、人命には被害なし。3人の常勤職員のみで業務再開。	町外に引越したり、仕事が少なくなり退職したりで、残ったヘルパー5人で訪問。7月～2名補充して7人での訪問となる。	8人のヘルパーで対応(内3人がヘルパー2級取得したばかりの新人さん)。
19	子供が小さい職員が来れなかったり、ガソリンが無くて何人か仕事ができなくなった。	震災前に戻る	震災前に戻る
20	自宅流出のため、4名避難所生活	3名仮設生活、1名新築	3名仮設生活、1名新築
21	ヘルパーの自宅が流されて、仕事に来ることができない。行方不明の親が出た。	ヘルパー不足	落ち着いている。
22	サービス提供責任者1名と介護員1名、当時の管理者1名の3名が死亡。4名解雇、1名退職。	以前からの介護員2名と新たに雇い入れた1名で再開	再開当時と同様、管理者、サービス提供責任者を含め3名体制
23	なし	なし	なし
24	避難所介護等に係る	震災前に戻る	仮設入居者の利用者増によりヘルパー増
25	家、車流される(ヘルパー)利用者流される1名、1名怪我、利用者死亡1名、入院2名	入院の方2名が戻られる。ヘルパーも戻ってくる。	特になし
26	実員数20名のうち正社員1名、契約社員1名合計2名が水死。3名が住宅流失した。	補充は無い	補充は無い
27	稼動人員(常勤2名のみ)	常勤及び登録ヘルパー全稼動	同上
28	職員1名死亡	職員1名増員、職員1名退職	ヘルパーの募集をしているが集まらない。
29	全員無事	半数引越し	少人数で続けている
30	4名罹災にて休職	全員復帰	全員復帰

③事業所が担当する利用者について

	震災直後	6ヵ月後	現在
1	避難所や親族宅に住まいを移し、一割くらい減りました。亡くなられた方もおります。	仮設住宅や親族宅への訪問に変わり戻りました。	同上
2	なし	なし	なし
3	状況がわからない状態	震災前と同じになっている。	震災前と同じになっている。
4	震災2ヵ月後に他法人に受け入れ	変わりなし	変わりなし
5	死亡者なし。家屋被災、半壊5件	死亡者なし。家屋被災、半壊5件	死亡者なし。家屋被災、半壊5件
6	自宅流失1件、避難所生活3名	自宅へ戻り生活2名、家族と同居1名	
7	安否確認		
8	家族対応及び家庭宅への非難のため、訪問中止。家族対応の出来ない利用者への訪問を続けた。	入院・死亡以外は訪問再開	入院・死亡以外は訪問再開

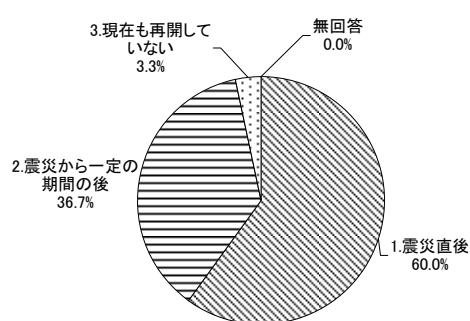
9	不明者	なし	なし
10	自宅が流されたケースは施設に入所したり、ショートステイやデイサービスなど利用したりしていた。	自宅にいるケースなどは普通にサービス開始している。	以前同様に営業している。
11	無し(震災前と同じ)		
12	浜通りに居住する独居の方2名が逃げおくれで亡くなった	新規の方もおり、震災前の利用者数には達している	新規の方もおり、震災前の利用者数には達している
13	1名死亡、引越などで半減	震災前と同じくらい	震災前より増えている
14	半数の利用者(1人、2人暮らし高齢者宅)津波被害、その他の方も避難所へ(バラバラの場所に)。	県内のお子様宅、多賀坂、仙台へ、そちらで亡くなられた方、入院、転々と転院(透析の方)。	ほぼ利用者の方、減少となり今後の事心細くも続けております。
15	行方不明の後に死亡が確認された方が1名、避難所に逃れたり、離れて住む家族のもとへ逃れたり、およそ2/3の方が場所を変えられた	自宅に戻られた方もこの頃からありました。その他、仮設住宅へ新規でケアを開始した時期でもありました。	現員のヘルパーでフル稼働に近い状況です。
17	2名の利用者様の被害ありました。内1名様津波被害、安否わからず。もう1名様独居での生活困難の為の避難所生活の為本人了解のもとショート利用してもらう。	津波被害の方は震災当日の夕方発見され救急車にて特養施設に保護されました。	そのまま入所生活となる。
18	3月末までは、訪問できず(ガソリンもなく、利用者の安否確認がすまなかった)。4月に入って一人、二人と訪問再開する。	施設入所、死亡(津波被害)等で6割ぐらいに減少。被災した他事業所の利用者の引き継ぎ有り8割まで回復。	6ヶ月後と状況は変わらず
19	被害なし(利用者全てが住宅型有料老人ホーム在住の為)		
20	独居、高齢者夫婦で自宅が大規模半壊で住めなくなり、施設や同居になった方が数名。避難所生活。	仮設での生活の方が数名	施設、同居、仮設で生活
21	水や電気がこないのでは休みが多かった	通常となりました	通常となりました
22	16名	1名	2名
23	なし	なし	なし
24	避難所介護により利用者介護減	震災前に戻る	仮設入居者利用により2名ヘルパー増
25	利用者様流される1名、利用者様死亡1名、入院2名	入院2名の方が戻られる。	1名の方がショートを在宅で利用されている。1名が在宅で利用されている。
26	4月の利用は給付単位レベルで40%の減少となった。	9月の利用は給付単位レベルで10%の減少まで回復した	1月の利用は上述の6ヵ月後とほぼ同様でとどまっている
27	登録数の約半分が避難状態。不明者2名。	震災前の約2/3名しか戻っていない。	震災前の状態に戻りつつある。
28	死亡20名、避難所・県内避難12名、県外5名、入院5名、施設11名、安否不明2名	施設入所、入院者が多い。県外に出た方も施設入所になっている。	利用者、震災前の1/2にとどまっている。仮設に入居しても体調安定せず入院者増。
29	8割くらい死亡又は不明	2～3割	3割のまま
30	10名避難(犠牲者なし)	6名他県や他市町村へ	震災前の状態に戻りつつある。利用者数+αに戻りました。

4. 訪問介護サービスの提供の再開した時期

訪問介護サービスの提供については、「現在も再開していない」が3.3%にすぎず、調査へ回答があった事業所はほぼ再開している。再開の時期として、「震災直後」が60.0%と最も高い割合となっており、次いで「震災から一定の期間の後」が36.7%と続いている。この「震災から一定の期間の後」の内容を見ると「1ヵ月後」が最も多くなっている。

ただし、本調査では回収率は20%と低く、回答が得られなかった80%の事業所（119箇所）におけるサービス提供再開についてはより厳しい状況であろうと推察される。

4. 震災後、介護サービスの提供を再開した時期（n=30）



	件数	%
1.震災直後	18	60.0
2.震災から一定の期間後	11	36.7
3.現在も再開していない	1	3.3
無回答	0	0.0
全体	30	100

【震災からサービス再開までの月数（n=11）】

- ・ 6ヵ月後
- ・ 2ヵ月後
- ・ 1ヵ月後（5件）
- ・ 20日
- ・ 10日（2件）
- ・ 1週間程度

5. 被災を受けたことによる利用者に対する訪問介護サービス提供に関する影響

1	とにかくガソリン入手が困難で、訪問できない状態が一ヶ月も続いたこと。人工透析（週3日間）の利用者さんのケアは止められないため、行政に（ガソリン購入）許可証発行を依頼するも、出してくれるところと拒否されるどころ（行政もバタバタしていたが）があり、且つ許可証があってもスタンドで拒否もあり喧嘩しながらの入手でした。
2	なし
3	ご利用者の居住場所が把握できなかった。
4	担当者がいない為わかりません
5	被災直後はガソリンがなく、事を特定し、最小限寝たきりの人を優先し訪問した。独居の方は断水が続いたため水も運んだ。
6	利用者と家族より信頼関係が深まった。
7	ガソリン不足のため定期的訪問が出来なかった。
8	ガソリンの確保が難しく、職員の動ける範囲が狭くなった。
9	特に変化は無い
10	被災したことにより道路が倒壊したり、自宅が流され避難所生活を余儀なくされたりとしていた。電気、水道も寸断され、職員等も生活がままならない状態で全くサービスが出来る状態ではなかった
11	被災前と変わらず
12	職員も被災し、車もない状況で訪問は無理かとも思ったが、どうしても介護が必要なケースが何とか歩いていける距離だったので、訪問継続できた。その後、デイサービスに行けなくなった方（他のデイサービスを拒否した方）の入浴介助2～3名訪問する

	ことに。
13	ガソリンの問題やスタッフの被災により直後は困難な中でも時間や曜日を変更してなんとか行った
14	時間通りに行く事が困難でした。夜間も何うようにもなりました。
15	水道・電気・ガスのライフラインの開通まで、水やお湯の代替や運搬をヘルパーが担った例があります。ガソリン不足により、移動には自転車を活用しました。余震の度に、安否確認を行いました。
17	移動手段がなく訪問できませんでした。
18	訪問の依頼があっても、ヘルパーの数が足りなく、希望するだけの回数を訪問できなかった。（希望する時間帯にも対応できなかった）
19	入浴できなくなった(停電の為)。電気復旧後は灯油節約の為、入浴の回数を減らした。
20	津波で死去された方、同居、施設入所で利用中止。 今回の被災で私より大変な人たちがたくさんいるので甘えることは出来ない。一人で頑張れるところまで生活するので、私より大変な人の支援をして欲しいという要支援の方が数名いました。最終的に利用者減少となってしまった。
22	・地域に人がいないので利用する人も少ない。 ・町外の避難先や入所等して利用者が少なかった。介護員も21名中11名家が流出又は半壊以上で働く者がいなかった。 ・働く意欲が無いように見えた。
23	ガソリンが不足し、自転車を会社全体で購入し、ヘルパーをケアにあたらせた（ガソリンを新潟から買ってきた）
24	利用者（家族含む）と協議し訪問回数を減じて対応した。
25	食料がなかったことにて、利用者が望んでいる物が買えなかった。特に寒い中3時間ならばないと買い物が出来なかったりしました。（時間内にしなければいけないので厳しかった）
26	・利用者の所在確認に8日間を要した。（行方不明除く） ・ヘルパーの津波被害、ガス欠、ライフラインの寸断等でサービス提供も未定とせざるを得なかった。最終的には生命の維持のためのサービスに特化した。 ・移動手段としての自動車不能使用、徒歩、自転車での移動であった。
27	震災直後は安否確認に重点をおいて対応。 電気、水道等が復旧になった地区より訪問開始。
28	体調を崩される利用者増。介護人の情緒不安が起こり、ヘルパーに対しての訴えが多くなる（聞いて欲しい）。利用者がヘルパーとボランティアとの区別がつかず混乱していた。
29	仮設に入居されて場所が散らばってしまい車を止めることが難しくなった。
30	震災直後は電気、水道が止まりましたが、プロパンにより水を（地下水から）確保し、炊き出しし利用者宅へ届けたり、避難所への清拭サービス実施。ガソリン不足により自動車購入（市よりガソリン券発行許可いただく）

6. 事業所が行って欲しかった支援

	震災直後	6ヵ月後	現在
1	都会と異なり田舎は車が無いとサービス提供が出来ません。ガソリン供給支援が最も重要なキーです。	解決してます	同上
2	安否確認、訪問休止できない利用者様がいる為、ガソリン給油できず、緊急車両扱いをして欲しかった。		
3	後片付け	設備機の援助	特になし
4	情報、ガソリン、オムツ類等	利用者がいない為分かりません	同上
5	訪問用事ですが、緊急車両が市町村により緊急扱いし	当事業所ではオムツ関係は家族がいても買いにいけない	現在は平常に訪問できております。

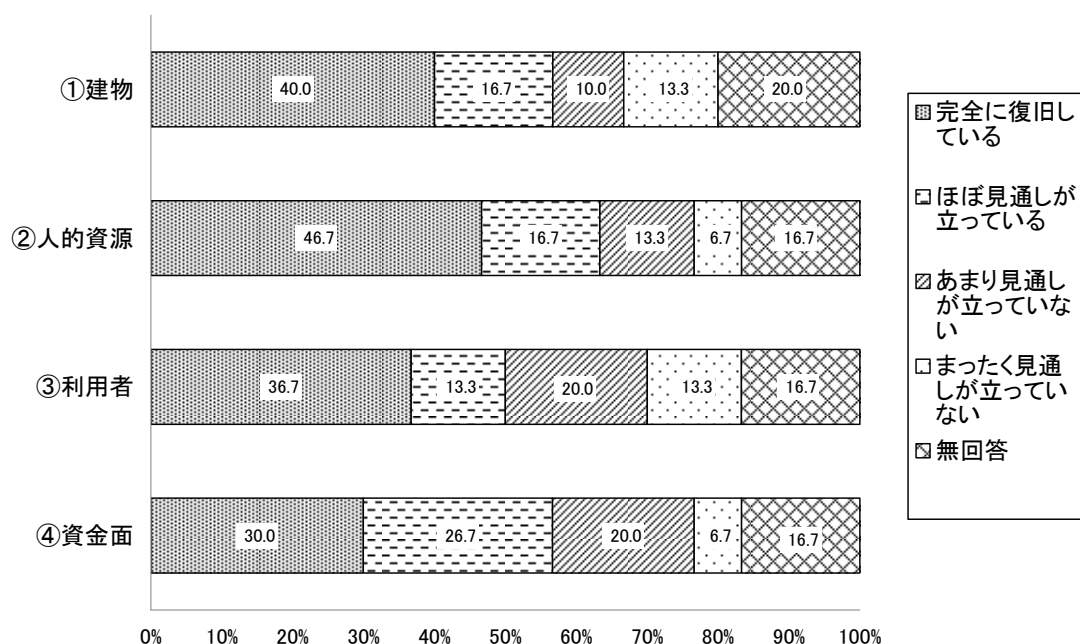
	てくれないところがあり大変困った。緊急時には市町村が統一し訪問介護は緊急車両扱いすべきだ。	い人、独居の方のために購入して在庫を抱えていたため、被災直後は無償で配付してとても喜ばれました。今でもあの時は助かったといわれます。	
6	燃料の供給情報-安否確認が思うようにできなかった。 要援護者に給水が一般市民と同様に給水車でしか水をもらえなかった。→誰が並んで少しの水をもらうか？		
7	ガソリンの供給		
8	ガソリン（安否確認や訪問再開のために必要だった）の優先供給		
9	震災のない地方での日用品買占めをしない支援	なし	なし
10	ケースが全員入所や避難生活などをしていたため、再開のメドが立たなかったため特にはなかった。	同様、特になし	特になし
11	ガソリン	無し	無し
12	訪問のためのガソリン確保	一からつくり直そうとしていた時期で、これからこの事業がどうなっていくのか、経済的に成り立っていくのか不安が大きかった。それらに対する情報がほしかった	保持金交付をもっと迅速にしてほしい。
13	電気、ガソリン	特になし	特になし
14	利用者の方々の事を考えて行動しましたので。	ヘルパーも利用者の方も減少したまま働ける人が仲間同志の助け合いの気持ちで活動しました（ボランティアもしながら）	移送移動サービスも行っていますが、昨年より企業よりの支援で無償移送を行う方々が、困っている方達の手助けをしてまして喜ばれております。タクシー会社、無償サービスのはざままで先行きが見えず状況でおります。
15	自宅で過ごす利用者に対して、オムツ、リハパン、パット、水、食料の支援物資は、どこに行けばわけてくれるものか、または、少ない支援物資をどの方へ届けたらいいのか、困難な状況でした。	震災による減免手続きにて、事務作業量が極端に増えました。区役所へ届出等で来訪するにも駐車場に長い列ができていて、残業も多くなり、疲労が蓄積されました。	
16		事業を再開したいと考えても事務所を設けたいと建築業者等依頼するが、業者の手がまわらないとの事です。資金面も多くは出せないため早い段階で支援があると良かった。	

17	ガソリンの支援		
18	移動手段であるガソリンの提供。訪問先の衛生用品の配布（オムツ・洗淨布等）。ヘルパーが使う使いすての予防衣や手指の消毒剤等の物品が足りなかった。	人材の確保ができるような情報がほしかった。事務所（プレハブ）のライフラインをなんとかしてほしい。（手洗い場・うがいの場がない状況）	事業所の環境を早く改善できるように支援してほしい。水道がない、トイレもない状況が6ヶ月後から何も変わっていない。利用者さんの心のケアを行う支援。
19	早期の電気の復旧。ガソリン供給。	特になし	なし
21	ガソリンの支給（ガソリンがそこをついたため、訪問が出来なかった。自転車で訪問していたが、範囲が限られる）	通常となる	通常となる
22	役場から早く支援が欲しかったが声もかけられなかった。	他のNP0の支援を受けて事業所を再開、現在2名の利用者の援助である。	利用者は施設入所、ショートステイなど。利用する人がいない。
23	ガソリンスタンドを使用するため「緊急車両指定」を市町村で交付して欲しかった。	なし	なし
24	食料、飲料の支援	介護ヘルパーの確保	仮設住宅入居者の介護利用者増によるヘルパー増員
25	ガソリン	特になし	特になし
26	利用者の安否確認と避難所の確保と誘導、ライフラインの早期復旧、自動車燃料の確保、人工透析者への施設の手配		緊急時の対応マニュアルの見直し（想定外の規模だった）、携帯電話活用による連絡網の確保（利用者との）、緊急避難施設（健常者除く）の指定により、利用者の避難と職員の最小限の活動を支える資材の確保
27	利用者に対して水や食料の支援	特になし	特になし
28	自宅に残れた利用者の安否確認ガソリン不足による移動手段の確保。本部からの指示、ケアマネとの連携	震災後、自宅に残された利用者への訪問もなかなか復活するのに時間が必要だった。物資も不足していた。とりあえず出来ることからはじめた。	震災前の利用者数にはほど遠い数字。仮設からの依頼も少ない。
29	車が無く安否確認ができなかったので、車の貸与、自転車の貸与。	補助金の流れが遅いのでスムーズにして欲しい。	介護保険の見直しで時間の短縮で利用者さんと会話が不十分になるのが不安。生死だけではなく、精神面のフォローは直接携わっているヘルパーだと思います。軽い扱いはしないでほしい
30	緊急車両としてヘルパー事業所は認められておらず、交渉して20枚位発行していただいたが、初めから認めて欲しかった。		

7. 事業所の今後の見通し

事業所の今後の見通しとして、「人的資源」において見通しが立っている（「完全に復旧している」＋「ほぼ見通しが立っている」）割合が63.4%と最も高い。逆に、見通しが立っていない（「あまり見通しが立っていない」＋「全く見通しが立っていない」）では、「利用者」が33.3%と最も高い割合となっている。

7. 事業所の今後の見通し（n=30）



7-1 見通しが立たない問題点

4	土地の問題、資金面の問題
10	施設入所したり、死亡したりしているため、ケースが減っているため資金面も大変になってきたりしている。利用者も増えていないため、先の見通しには不安がある。
14	利用者の減少。他事業所もサービスの内容により種々の違いあります。
18	利用者さんに対しての見通しは、人口流出が進んでいる町の状況と利用料の減免がなくなってどのような利用状況になるかが読めない。
22	建物を建てるための場所、雇用のために募集しても集まらない。利用者も見つからないし、人件費と建設費も見通しがあまり立っていない。
25	利用者様がなかなか集まることが出来ない。ケアマネからの紹介がないので事務所にて知り合いを通じています。
26	人口流出（約13%）による利用者の減
28	仮設や自宅を修復して戻られている利用者が居宅のケアマネに繋がっていない。仮設はほとんど社協で回っている為。
29	ヘルパーの募集をしても集まらない。利用者も戻ってこない（引越したかた）

8. 事業所の被害額と補填の状況

	被害額 (万円)	補填額 (万円)	補填元
1	5	5	自己資金
4	500		
5	300	300	個人（経営者）、銀行借入
7	10	10	自宅事業所補填 売り上げでは（△約80万円）
9	20	0	
10	100	100	自宅も兼用になっているため、自己負担で修繕した。
11	0	0	
12	1000	0	現在、国の「介護サービス事業所・施設等復旧支援事業」に法人として三事業所合計で約700万円の補助金交付を申請中
14			仙台よりのNPOを支援して下さる団体様よりパソコン、プリンター届けて頂きました。（企業様より頂きそれを配分との事でした）
22	1082	770	各団体よりの寄付金。法人全体として把握しているが、事業所としては分けられない。
24	30	30	社協補助及び行政（石巻市）より
25	100	100	管理者の自己分
26	800	0	人的被害については民間保険にて対応した。給付単位レベルで約20%程度の収入減となった。
29		180	宮城県

9. 今後の震災における事前準備

1	独自の震災マニュアルだけでなく、介護関連事業所間のネットワークマニュアルが必要だと思います。ライフラインとガソリンが止まるととてもアナログな動きとなるので今回は同様の震災が生じてでも円滑にケアできる緊急時対応策は作るべきだと思います。
4	津波の影響を受けない場所での再開。資源エネルギーの設置。電気自動車。
5	ライフラインがストップするので食料、水、LPガス、おむつは多めに在庫を持つ。
6	水、カセットコンロ、反射式ストーブ、保存食、ホッカイロ、発電灯、少量のガソリン、灯油、ローソク、懐中電灯、乾電池、携帯ラジオ
10	訪問介護が主に行っている為、各自利用者の状況を常に把握しておくこと。津波に対しても警戒意識も持つておくことが一番大事だと考えております。
11	地域防災マップを参照し利用者の避難場所の確認
12	資料や情報の保存を共有化。地域のネットワークづくり。
14	地震保険加入していましたが、特に有効な事がうかびません。教えて頂きたいところです。
20	事務所内の書棚等は高くしない。 スタッフ、サ責は地元で徒歩でも事務所に寄れる状態にし、サ責が指示を出せる体制が一番よいと思う。
22	災害マニュアルの見直し、地震についても訓練を取り入れていく等のことをしていく方向。
24	本施設は社会福祉協議会の事務局との供用となっており、又避難所指定ともなっているので食料、飲料の保管等が必要と思われる。
25	ガソリンの提供がして欲しい。なぜかNPOの方々にはガソリンがあったみたいでした。
26	6でも記述しましたが、 ・官民一体となった緊急時の指揮系統の確立 ・各事業所又は一定単位の場所に利用者の避難用及び職員の活動の為の資材の確保
29	防災訓練は全職員参加でやるべきだと思います。情報をすばやく流す。