

介護老人福祉施設の介護職員が有する  
看護職員との連携における  
役割ストレス

Role Stressors among Care Workers in Care  
Collaborations with Nurses in Nursing Homes

平成28年度

大阪市立大学大学院 生活科学研究科

金原 京子

# 目次

序章 研究の背景と目的	
第1節 研究背景	
1. 研究の背景と問題の所在	1
2. 医療的行為（ケア）とは	2
3. 介護職員にとっての医療（的）行為	4
4. 介護職員と看護職員の施設における位置づけと関係性	6
5. 介護老人福祉施設に従事する介護職員の特性	8
第2節 本研究の目的	9
第1章 介護職員のメンタルヘルスに関する文献研究及び本研究の位置づけと枠組み	
第1節 介護職員のメンタルヘルスに関する先行研究	10
第2節 介護職員が医療的ケアを担うことで生じる不安・葛藤：役割ストレス	
1. 医療的行為をめぐる介護職員の葛藤	12
2. 介護職員自身が内包する葛藤	13
3. 介護職員を取り巻く環境としての葛藤	13
第3節 本研究におけるストレスモデルと変数の検討	15
第4節 「役職の有無」に着目する意義	16
第5節 ストレス反応をバーンアウトで評価する意義	17
第6節 本研究の枠組みと論文の構成	
1. 本論文の構成	19
第7節 調査概要	
1. 調査対象者	21
2. 調査方法	21
3. 倫理的配慮	21
4. 分析方法	22
5. 集計対象者の属性	22
6. 集計対象者が所属する施設の概要	23
第2章 介護老人福祉施設で働く介護職員の「役割ストレス」の構成要素	
第1節 研究目的	24
第2節 「役割ストレス」の概念定義	24
第3節 研究方法	

1. 測定尺度	25
2. 分析方法	31
第4節 研究結果	
1. 「役割ストレス」の記述統計量	31
2. 因子分析の結果	32
3. 信頼性および因子間相関の検討	34
4. 「役割ストレス」の認識に影響を与える要因の検討	34
第5節 考察	
1. 因子構造	36
(1) 業務分担の認識相違から生じる困難感	
(2) 職能を発揮できない不全感	
(3) 相対的役割過剰感	
2. 因子間相関	40
3. 「役割ストレス」の認識に影響を与える要因の検討	40
4. まとめ	41
第3章 「役割ストレス」の心理的ストレス反応への影響	
第1節 研究目的	43
第2節 分析方法	43
第3節 研究結果	
1. 日本語版MBIの記述統計量	44
2. 日本語版MBIの因子構造と得点	44
3. 「役割ストレス」と日本語版MBIの関連	46
4. 「役割ストレス」と日本語版MBIの下位尺度との関連	47
第4節 考察	
1. 日本語版MBIの検証	48
2. 「役割ストレス」と日本語版MBIの関連	49
3. 「個人要因」「環境要因」と日本語版MBIの関連	51
4. 「役割ストレス」の日本語版MBIの下位尺度への影響とモデルの説明力	53
5. まとめ	54
第4章 介護老人福祉施設に従事する介護職員の「役割ストレス」と 日本語版 MBI の関連～役職者・非役職者別の検討	
第1節 研究目的	55
第2節 分析方法	55
第3節 研究結果	

1. 役職者・非役職者ごとの属性	55
2. 「役割ストレス」 と日本語版 MBI の役職の有無による差異	56
3. 役職の有無別でみた「役割ストレス」 と日本語版 MBI の関連	57
第4節 考察	
1. 役職の有無別でみた「役割ストレス」 の影響	59
2. 役職の有無別でみた日本語版 MBI との関連要因	61
3. 役職者・非役職者におけるモデルの説明力の差異	62
4. まとめ	63
第5章 自由記述にみる役職のある介護職員のストレス	
第1節 研究目的	64
第2節 研究方法	
1. 研究対象	64
2. 分析方法	64
第3節 研究結果	
1. 対象者の属性分布	66
2. 性別・年齢ごとの出現語句の頻度	67
第4節 考察	
1. 男性介護職員の傾向	70
2. 女性介護職員の傾向	71
3. 中堅介護職員の傾向	72
4. まとめ	72
終章 本研究のまとめと課題	
第1節 本研究の総括	74
第2節 介護職員のメンタルヘルスの向上に向けての提言	
1. 非役職者である介護職員に向けての提言	77
2. 役職者である介護職員に向けての提言	79
第3節 本研究の限界と課題	80
引用・参考文献	82
参考資料1 (調査票)	
参考資料2 (自由記述 原本)	

## 序章 研究の背景と目的

### 第1節 研究背景

#### 1. 研究の背景と問題の所在

近年、介護老人福祉施設では利用者が重度化し、何らかの医療行為を必要とする対象者が増えている。平成12年(2000年)の介護保険制度施行時に3.35であった要介護度は、平成25年度(2013年)には3.89に上昇しており<sup>1)</sup>、高齢者施設での医療的行為の実施状況を調べた調査(2011)<sup>2)</sup>でも、介護老人福祉施設における「経管栄養や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態」の利用者は10.9%、「喀痰吸引を実施している状態」の利用者は4.4%に上り、看護職員の配置の手厚い介護老人保健施設(従来型)の7.6%、2.5%を上回っている。こうした実情に呼応し、平成24年4月(2012)からは「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正によって、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件の下で「たんの吸引等」の行為が実施できるようになり、介護老人福祉施設は「生活の場」という本質こそ変わらないが、医療依存度の高い利用者にも対応しなければならなくなった。

また、近年は医療行為のみならず「看取り」を行う介護老人福祉施設も増えている。これは、慣れ親しんだ生活の場で死を迎えたいという利用者やご家族の価値観の変化と誘導的な施策双方の影響といえる。利用者・ご家族の価値観の変化とは、石飛幸三氏が提唱した「平穏死」(2013)<sup>3)</sup>に象徴されるように、ご本人やご家族に「過剰な医療によって苦痛を長引かせるのではなく、自然の経過に任せて穏やかに死を迎えたい」という考え方が広がってきていることをさす。5年ごとに実施されている人生の最終段階における医療に関する意識調査<sup>4)</sup>でも、平成15年(2003)に比べ平成20年(2008)では「病院に入院するのではなく、できるだけ自宅で療養したい」という人が増えている。誘導的な施策の影響とは、平成18年度(2006)から「看取り介護加算」が導入され、看取りに積極的に取り組む施設に介護報酬が上乘せされる仕組みになったことから、本格的に看取りに取り組む施設が増加している状況をさす。人口動態統計<sup>5)</sup>による場所別に見た

死亡者数割合でも、看取り加算導入時点の平成 18 年（2006）は、老人ホームでの看取りは 2.6%であったが、平成 26 年（2014）には 5.8%と 2 倍以上になっている。実数では 2 万 5,000 人余りから 7 万 3,000 人余りへの増加で、全体の死亡者数に占める割合としては微々たるものだが、少しずつ広がりを見せているのは確かである。

このように昨今の介護老人福祉施設は医療依存度の高い利用者を受け入れ、看取りを行う施設へと機能を大きく変化させており、自ずとそこでの従事者の業務内容も様変わりしてきている。医療的行為の実施や看取りへの対応は、生活援助を基盤とする介護職員にとっては新たに付加された役割であり、新たな役割を担うことでのストレスが生じていると考えられる。

## 2. 医療的行為（ケア）とは

ここでは、介護職員の新たな役割となりつつある「医療的行為（ケア）」と「医療行為」の違いについて用語の定義を行う。

医療行為とは人の傷病の治療・診断又は予防のために、医学に基づいて行われる行為で、医師のみに認められたものである。ただし、診療の補助として看護師にも相対的な医療行為は認められている。一方、医療的行為は、毎日の食事の代替としての経管栄養の実施や、安楽な呼吸を確保するための吸引など、治療を主目的とするのではなく、日常生活に必要な生活援助の延長線上にある行為として、特別支援学級や在宅介護の現場で使われるようになった用語である。ただ、具体的に何が医療行為で、何が医療的行為とされるのかが明示されていなかったため、医療的行為が拡大解釈される事態が生じ（平林：2009）<sup>6)</sup>、厚生労働省は平成 17 年 7 月（2005）、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」の医政局通知において、「医療機関以外の高齢者介護・障がい者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるもの」として表 0-1 に示す 16 の行為を明示した。また、平成 24 年 4 月（2012）からは「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正によって、介護福祉士および一定の研修を受

けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られている事等、一定の条件下での「たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）」と「経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）」の実施も可能となっている。本研究では、厚生労働省が明示した上記の 18 の行為を医療的行為ととらえる。

表 0-1 介護職員が行ってもよいとされている医療的行為

※ただし、医師や看護師の指導のもとに限定される。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>①水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること</li><li>②自動血圧測定器により血圧を測定すること</li><li>③新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着すること</li><li>④軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）</li><li>⑤皮膚への軟膏への塗布（褥瘡の処置を除く）</li><li>⑥皮膚への湿布の貼付</li><li>⑦点眼薬の点眼</li><li>⑧一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）</li><li>⑨肛門からの座薬挿入</li><li>⑩鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること</li><li>⑪爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること</li><li>⑫重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること</li></ol> |
|---|

- ⑬耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）
- ⑭ストマ装置のパウチにたまった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取替えを除く）
- ⑮自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ⑯市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること

医政局長通知（2005年7月26日）「医師法第17条、歯科医師法第17条および保健師助産師看護師法第31条の解釈について」（医政発第0726005号）より

### 3. 介護職員にとっての医療（的）行為

介護職員は本来、生活援助を担う専門職種である。平成19年12月（2007）に公布された「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」で、介護福祉士の業は「食事・排泄、入浴、その他の介護」から「心身の状態に応じた」と改められ、心理・社会的機能に対する支援も役割として付加されたが、食事、排泄、入浴といった生活援助を基盤とする専門職であることに変わりはない。こうした成り立ちの介護職員が医療行為を担うのは違法といえるが、長年、グレーゾーンとして黙認され、今回の法改正が行われる以前から多くの介護現場では、たんの吸引以外にも褥瘡の処置や摘便、人工肛門の処置、浣腸等の医療行為が行われていた実態があった。介護保険制度施行当初から介護職員の医療行為の状況を捉えてきた篠崎(2011)<sup>7)</sup>は、施設介護職員が行う種別ごとの医療行為の実施率で20%を超えたのは、平成13年（2001）は4項目のみであったが、平成19年（2007）には7項目に増えたと報告し、その背景として利用者の重度化を指摘している。こうした状況に対し、厚生労働省も先に示したように、通知として介護職員の医療行為について一定の方向性を示しはしたが、通知から5年経過した時期に研究者が行った調査（2010）<sup>8)</sup>でも、この通知に対する現場の周知度は7割程度に止まっており、医療行為か医療的行為かを意識せずに様々な行為が行われていたことが推察される。打田（2010）<sup>9)</sup>が「支援を必要としている人や支援したい人のなかでは、すでにたんの吸引、経鼻経管栄養・胃ろうが医療行為から



生活支援の行為という意識になっているのではないだろうか」と指摘する通り、法律で担保される以前に、違法性を意識せず、たんの吸引や経管栄養を行っていた介護職員も多かったと思われる。

こうした中、国も平成 21 年度（2009）にようやく動き出し、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」を設置し、介護職員が医療的な行為を担わざるを得ない現状への対応策を本格的に検討するに至った。介護職員が行う医療的行為や職種間連携に関しては、この時期、様々な関連職能団体が独自の視点での調査研究事業を行っている。

全国老人福祉施設協議会は「特別養護老人ホーム入所者への医療対応と職種連携のあり方に関する調査研究事業」（2009）<sup>10</sup>として、施設内で対応せざるを得なくなっている医療的行為について、介護職員・看護職員がそれぞれの立場から、介護職員による実施や、看護職員として役割分担をどの様と考えているのか、介護職員に任せられると考えている処置や、その際の要件等について調べている。その結果、介護職員は「口腔内の喀痰吸引」と「服薬管理」については、当然のこと、ないし、この程度なら大丈夫、と容認していた。しかし、対応経験のある介護職員の半数以上は、「しかたなく」「できればやりたくない」「やむを得ず」といった意識であり、積極的な容認とは言いがたい。また、看護職員も、すべての医療的行為について、「当然のこととして」任せるという感覚は少なく、「緊急時や程度が軽ければ」と条件付きで任せるという意識であった。また、14 の医療対応の項目について介護職員の職務範囲とすることへの賛否を問うた設問では、項目ごとに賛否の高低差はあるものの、介護職員と看護職員とも同じような回答分布となっており、職種間での感覚的なずれは少なかった。

一方、日本老年看護学会も「特別養護老人ホーム利用者の医療ニーズへの対応のあり方に関する研究事業」（2009）<sup>11</sup>を行っている。こちらは、調査対象とする医療的行為を「吸引」と「経管栄養」の 2 つに限定し、これらの処置を受けている利用者へのケアの実態を刻銘に調べあげ、介護職員にある程度任せることを前提とした実施体制のあり方を検討しており、介護職員への研修のためのマニュアル作成を行っている。

全国国民健康保険診療施設協議会も「介護現場での看護と介護の役割等に関する調査研究事業」(2011)<sup>12)</sup>を行っている。その中で、半数以上の介護老人福祉施設が入所制限を設けているケアとして、気管切開、その他の人工呼吸、酸素療法、IVHによる栄養管理、経管栄養（経鼻）、自己導尿、疼痛管理、喀痰吸引等が上げられ、受け入れ制限の理由として、看護職員や医師の不足と、緊急時対応の体制不備が上げられていた。また、介護職員の業務拡大については、「経管栄養」「人工肛門」「喀痰吸引」等については、「準備」や「片づけ」といった行為の一部については、介護職員の実施を検討すべきとする施設が半数以上であり、その理由として「看護師の不足」や「介護職の参加による質の向上」があげられていた。

以上のような検討会や調査事業を経て、平成24年(2012)の改正によって、介護職員による喀痰吸引と経管栄養の実施は正式に認められた。しかし、医療的行為の実施は「医療や看護との連携による安全確保が図られている事」とあるように、医療との連携が必須条件とされている。「医療行為なら今までもある程度やっていた」という延長線上ではなく、医療的行為を受ける高齢者側の安全性を担保する上でも、医療職との連携の徹底が求められたわけであり、常勤医のいない介護老人福祉施設においては医療職の代表となる看護職員との連携が重視されるようになった。

#### 4. 介護職員と看護職員の施設における位置づけと関係性

だが、介護老人福祉施設は人員の配置からみても介護職員が中核をなす施設で、看護職員は極めて少数派であることから、両職種間の関係性は希薄である場合が多い。表0-2に介護老人福祉施設と介護老人保健施設・介護療養型医療施設の人員基準の対比を示す。

表 0-2 入所定員 100 人あたりの人員基準

介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
医師（非常勤可）1 人 看護職員 3 人 介護職員 31 人 介護支援専門員 1 人 その他 生活指導員等	医師（常勤）1 人 看護職員 9 人 介護職員 25 人 理学療法士，作業療法士または言語聴覚士 1 人 介護支援専門員 1 人 その他 支援相談員等（看護職員数は看護・介護職員の総数の 2/7 程度，看護・介護職員の総数の 5/7 程度）	医師 3 人 看護職員 17 人 介護職員 17 人 介護支援専門員 1 人 その他 薬剤師，栄養士等

介護老人保健施設は看護職員の配置もまだ比較的多く、夜間の常駐も義務づけられているため、看護職員が介護職員と共に日常生活援助に参加する機会も多いが、介護老人福祉施設の場合は看護職員の数が少ないこともあり、看護職員は利用者の重度化で増加してきた医療行為を行うことに手一杯で、介護職員と共に日常生活援助を行う時間を確保しにくい。また、ほとんどは夜間、看護職員が不在でオンコール体制をとっているため、必然的に介護・看護の関係性は希薄になり、介護職員にしてみれば「看護は夜間の大変さをわかっていない」といった形で、看護職員への不満に発展することもある。

こうした状況下で、介護と看護の連携が推奨されたからといって、即、実行できるものではない。「看護職員が介護職員の上」という暗黙の階層性の存在も指摘されており（柴田・他：2003、井上：2006）<sup>13)</sup> <sup>14)</sup>、介護職員と看護職員の関係構築を難しくしている。チームワークの認識から職種間の関係性を検討した松岡・他（2000）<sup>15)</sup> も、看護職員は両者の関係性を両職種が対等である「インターディシプリナリィ・トランスディシプリナリィモデル」と考えているが、介護職員は職種間の階層性が存在する「マルチディシプリナリィモデル」と捉え、両者の認識に違いがあることを報告している。これらの研究は年代的にやや古いが、清水・他（2009）<sup>16)</sup> が介護老人保健施設を対象に行った質的調査でも、「働きにくさ」の要因として「看護・介護職の協力体

制」があげられ、介護職員が看護職員に非協力を感じていたことが報告されており、状況はあまり変わっていない。

両職種間にこうした関係性の背景があるため、今回の法整備に伴い、介護職員はたんの吸引や経管栄養といった医療的行為を担うだけでなく、それに付随する看護職員との連携も意識しなければならず、法改正に伴う職場環境の変化は、介護職員にとって単に業務量が増えるだけでなく、看護職員との対人的なコンフリクトの要素を含む新たなストレスを生み出しているのではないかと、というのが本研究の仮説である。

## 5. 介護老人福祉施設に従事する介護職員の特性

平成 26 年介護サービス施設・事業所調査(2014)<sup>1)</sup>によると、現在、介護老人福祉施設で働く介護職員は 20 万 3,620 人に上る。介護保険制度が始まった平成 12 年(2000)には 4,463 施設であった施設数も、平成 26 年(2014)には 7,249 施設に増加しており、介護職員数も 7 万 3,496 人から急増した。20 万 3,620 人のうち、常勤が 17 万 7,467 人と 87.2%を占め、介護福祉士も 11 万 3,128 人と 55.6%に達し、年々、増えてきてはいるが、ヘルパーや無資格での就労も未だ多い。全数調査ではないが、介護労働実態調査(2014)<sup>17)</sup>で男女比の動向を見ると、男性が徐々に増えているが、女性の占める割合が 75%と、まだまだ女性中心の職場であり、低賃金や労働の厳しさから他の産業に比べると離職率も高く、人員の定着が課題となっている。新卒の採用は 21.3%、中途での採用が 75.6%と中途採用が圧倒的に多いのも介護業界の特徴といえよう。そのため、正規雇用だから、介護福祉士の有資格者だからといった理由で経験の浅い若手が主任やリーダー等の役職を担わされることも多く、年齢と組織内での立場は必ずしも合致していない。若いながらに役職につき、組織をまとめる立場にある者も多く、そのストレスから離職をしてしまうといった悪循環も指摘されている(日本学術会議：2011)<sup>18)</sup>。介護リーダーの業務・役割に関する実態調査(松井：2011)<sup>19)</sup>で

も、役職に就いた理由として「組織管理者・責任者個人の独断的な選考（命令）」との回答が最も多く、やむを得ず任務を行っている人が多いことが報告されている。

役職がない場合は、利用者に向き合っただけの日常生活援助が職務の主体となるが、役職がつくと、新人の育成や多職種（看護職員を含む）との連携・調整等、組織内で課せられる役割遂行義務は様変わりし、抱えるストレスの質も変わってくるのが予想される。

## 第2節 本研究の目的

本研究の目的は、実証的な方法を用いて介護老人福祉施設で働く介護職員が医療的行為を担うことを契機として、医療職である看護職員と連携を図っていく上で感じる「役割ストレス」に着目し、その関連要因を明らかにすることで、介護職員のストレス軽減、メンタルヘルスの向上に資する提言を行うことである。

## 第1章 介護職員のメンタルヘルスに関する文献研究及び本研究の位置づけと枠組み

### 第1節 介護職員のメンタルヘルスに関する先行研究

2000年の介護保険制度施行以来、介護サービスの社会化が進み、サービス提供者・利用者が共に増える中、高齢者介護の大きな担い手である介護職員のメンタルヘルスへの関心が高まってきている。ヒューマンサービス事業者がバーンアウトの状況に陥ったり離職意向を抱くことはケアの質低下をもたらし、サービス利用者のQOLに悪影響を及ぼすことが報告されており（Maslach : 1978, Hockwater, et al. : 1993）<sup>20) 21)</sup>、利用者へのサービス向上を考える上でも、介護職員のメンタルヘルスはきわめて重要な課題といえる。

本邦では、1987年に田尾<sup>22)</sup>が Maslach Burnout Inventory を改変した日本語版バーンアウト尺度を作成して以降、看護職員のストレス研究は数多くみられるようになったが（土江・他 : 1993, 上野・他 : 1996, 東口・他 : 1998）<sup>23) ~ 25)</sup>、介護職員のストレスが注目されることは少なく、1990年代に東京都老人総合研究所（現：東京都健康長寿医療センター）の研究者らが進めた一連の研究が、本邦での介護職員のストレス研究の先駆けといえる。彼らは、上司とのコンフリクト、介護的仕事の負荷、利用者とのコンフリクト、事務的仕事の負荷、同僚とのコンフリクトの5因子で構成される施設高齢者の介護者のストレッサーを評価する尺度を作成し（矢富・他 : 1991）<sup>26)</sup>、その後、この尺度を用いながら、様々な視点からストレス反応への影響が検討された。介護理念・教育機会・スーパービジョンのシステム・意思決定への参加状況等の職場の組織的特性とストレスの関連では、仕事の裁量度や組織的決定への自己参加の程度が高いほどストレスが低く（矢富・他 : 1992）<sup>27)</sup>、管理職のリーダーシップや施設規模との関連を検討した結果では（宇良・他 : 1995）<sup>28)</sup>、管理職のリーダーシップが強いほどストレスが低いといった知見が示されている。また、利用者の身体的状況や生活スタイルを尊重した利用者中心的介護をとることでのストレス緩衝効果についても検討されており（音山・他 : 1997）<sup>29)</sup>、利用者中心の介護が実践されているほど（ただし、認知症高齢者の場合は除く）、情緒的疲弊は低くなっていた。その他、組織的な特性だけでなくパーソナリ

ティ特性との検討（川野・他：1995）<sup>30)</sup>もなされ、楽天性と執着性が情緒的消耗感を強めることが示唆されるなど、多くの知見を残している。

介護保険制度が施行された2000年以降は、介護サービスが人々にとって身近なものになり、社会的な関心も高まってきたことから、介護職員のストレス研究は増加してきた。ユニットケア（一人ひとりの個性と生活のリズムを尊重した「個別ケア」を行うために、利用者個人のプライバシーが守られる「個室」と、他の利用者や職員と交流するための「居間」を設ける介護手法）の導入といった環境の変化が介護職員のストレスに及ぼす影響（田辺・他：2005，張・他：2007）<sup>31) 32)</sup>や新たに登場してきたグループホーム（認知症対応型共同生活介護）での介護職員のストレス（伴：2005，古村：2012）<sup>33) 34)</sup>について等、国の福祉政策の変遷を反映したストレス研究もなされるようになり、事業形態ごとでの研究が進むにつれ、同じ介護職員でも訪問介護か施設介護か、施設介護でも介護老人保健施設、介護老人福祉施設、グループホームといった施設形態でストレスの内容や程度が異なることが明らかとなり、介護老人福祉施設で働く介護職員が最も多様な悩みを抱えているといった報告（労働政策研究・研修機構：2009）<sup>35)</sup>もなされている。訪問介護職員に比べ、施設系事業所の介護職員の離職率が高いことから<sup>17)</sup>、昨今の介護老人福祉施設に従事する介護職員の状況がきわめて深刻であることが推察できる。

1990年代は他の職種でみられたストレスとストレス反応の傾向が介護職員にも当てはまるか、といった研究が中心であったが、2000年以降、一時、平成19年の調査で介護職員の離職率が21.6%と、全産業の15.4%に比べ大きく上回った時期もあったことから（近年は16~17%で推移）<sup>17)</sup>、離職率や離職意向等（佐藤・他：2003，黒田・他：2011，白石・他：2011）<sup>36) ~38)</sup>、雇用的側面からのストレス研究（堀田：2010）<sup>39)</sup>も増加している。

概観すると、2000年以前の研究は、介護職員のストレス研究の基盤が形づくられた時代であり、2000年の介護保険制度の導入以降は、制度の変遷の中で懸念されるストレスについて、より具体的な形での検討が進んでいるといえる。平成24年度(2012)の

一部の医療的行為の介護職員への権限移譲という制度変更も、介護職員にとっては非常に大きな事象であることから、この変革における介護職員への影響を検討する本研究の意義は大きいと考える。

## 第2節 介護職員が医療的行為を担うことで生じる不安・葛藤：役割ストレス

### 1. 医療的行為をめぐる介護職員の葛藤

序章で述べたように医療的行為の実施に不安を感じる介護職員は多い。佐々木は「医療的ケアを通じて、新たに医療サービス領域との境界に立つことになった介護職が、自らの専門性と対立するような他の専門性と共存、または協働しなければならない状態」で大きな葛藤が生じているとし、その構造を「役割ストレスモデル」として提案している<sup>40)</sup>。また、医療的ケアにおける介護職員の不安や葛藤の原因は「スキル不足や経験不足、教育・研修上の欠如などばかりが問題ではなく、介護職の専門性や専門職としてのあり方、キャリアのあり方、メンタリティ、介護施設におけるマネジメントのあり方、介護保険制度や医療制度などの政策・制度的なものまで多岐・広範にわたるとともに複合的に影響しあっている」と述べ、医療的行為をめぐる介護職員の抱く葛藤と環境要因を以下のように示した。

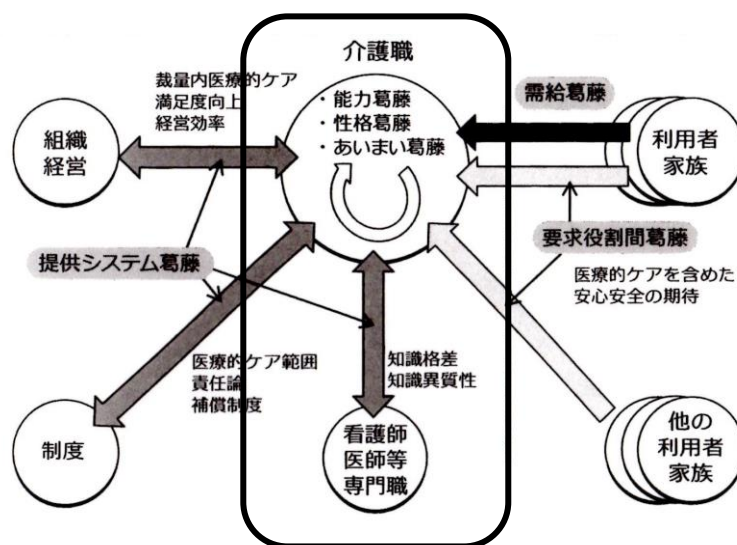


図 1-1 介護職員が医療的ケアをめぐる環境と役割ストレスモデルの対比

(引用：佐々木由恵, 介護現場における医療ケアと介護職の不安, p85)



介護職員が行う医療的行為には、彼らが抱える様々な状況や課題が集約されていることから、医療的行為を切り口に介護職員が置かれている現状や課題を概観する。

## 2. 介護職員自身が内包する葛藤

図 1-1 にあるように、葛藤の要因は、「能力葛藤」「性格葛藤」など介護職員自身が内面に抱える葛藤と、周辺環境との関わりにおいて生じる葛藤に分けられる。

介護職員が内面に抱える葛藤の一つに「能力葛藤」があるが、これは介護職員の専門職種としての教育課程が他の専門職種に比べ非常に短い点にある。また、年限が短いだけでなく、介護福祉士養成課程においては、短期大学や専門学校など 2 年制以上の養成施設を経るルートと、実務経験 3 年以上の者や高校の福祉科を卒業した者が一定の研修を経るルートといった多様な資格取得方法があることでの資格の質のバラつきも指摘されている。増えてきたとはいえ、施設における介護福祉士の占有率は半数程度であり<sup>1)</sup>、ヘルパーや無資格の労働者も多く、他の職種に対し劣等意識が生じやすくなるのは否めない。

また、「性格葛藤」についてであるが、介護職員は自律性の低さや、自らだけでなく所属する組織、職業集団についての評価も低いという特性があることが指摘されている（佐々木：2011，阿部：2009，本間・他：2008）<sup>40)～42)</sup>。これは、介護の専門職としての歴史の浅さや、先に述べた教育年限の少なさも一因ではあるが、「対象を尊重し、対象者に寄り添う」ことを尊重する介護職員としてのメンタリティの影響も指摘されている<sup>40)</sup>。介護職員は様々な職種と接点を持たねばならない時、自らが所属する組織や領域の評価を低く抑えることで、組織外部や領域外との一体性を高め、職務を円滑にしようとする対処行動となり、受動性が身についてしまった、とするものである。看護職員との階層性を指摘した研究については序章でも述べたが、介護職員が、その職種としてのメンタリティが故に、看護職員との関係性に難しさを感じてしまう可能性は大いにありうる。

## 3. 介護職員を取り巻く環境としての葛藤

環境としては、①組織や制度といった社会的要素、②利用者および家族、③看護職員・医

師といった医療系の専門職の大きく3つに大別できる。

社会的要素には、介護職員の医療的行為を禁止し、医療的行為で過失を犯しても何ら補償がなされてこなかった法律と現状のギャップ、利用者の医療依存度や介護量が増えてきたというニーズがありながらも業務に即した人員配置がなされない実態、また、量だけでなく内容としても業務が高度化、多様化してきていながら賃金体系に反映されず、社会的評価が低いままといった理不尽さ<sup>40)</sup>等、国や制度の対応、組織に対してはさまざまな葛藤があげられる。

また、利用者・家族との間でも、利用者やご家族は介護職員の業務範囲等についての認識が希薄であるため、「こんなに苦しんでいるのに、なぜ、介護職員は何もしてくれないのか」と医療的な行為を求めてくることも多く、介護職員は利用者や家族のニーズに応えたいという思いはありつつも、知識や技術が十分とは言えない自分たちが手を出してよいのか、といった葛藤や、実施せざるを得ない状況に陥った場合は、安全にできるだろうか、といった不安が生じる。こうした組織や制度、利用者や家族との間で生じる葛藤は、介護職員に医療的行為の実施を「求める」側の圧力といえる。

だが、看護職員・医師といった専門職は、介護職員に一方的に医療的行為を求めているわけではない。介護職員が医療的行為を担うことに戸惑いがあるように、看護職員や医師側にも任せることへの躊躇や戸惑いがある（全国国民健康保険診療施設協議会：2011，尾台<sup>12)</sup> 2007)<sup>12)</sup> 43)。介護職員と医療側の専門職との関係は、社会や本人・ご家族のニーズに応えるべき同胞でありながら、ベースとなる学問領域やメンタリティの違いから足並みを揃えることができないという「もどかしさ」としての葛藤ともいえる。

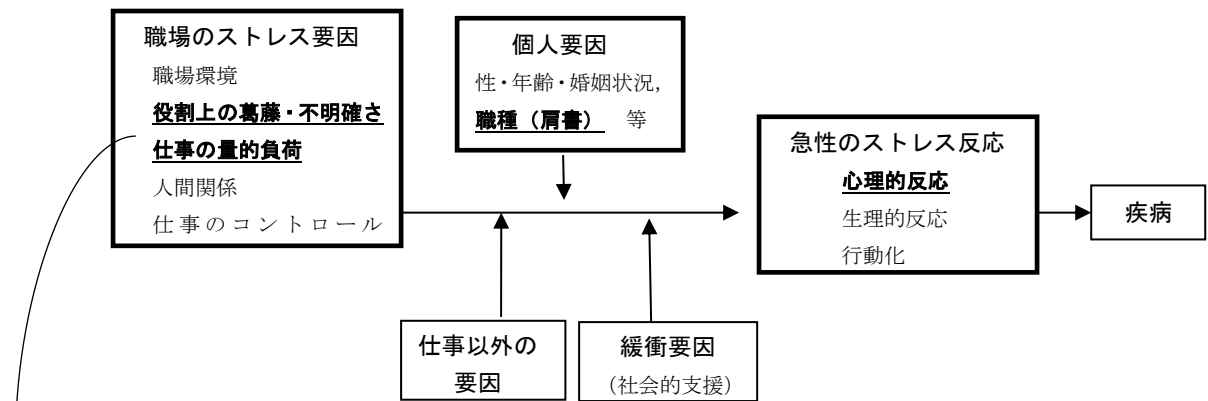
本研究では、介護職員が社会や利用者・家族から求められるニーズに対応できない時に抱く葛藤というよりは、むしろ介護員自身が内面に抱える葛藤や、看護職員や医師と連携しようとするときに感じる「連携」という理想論と現実のギャップの中で生じる葛藤（図 1-1 中の太枠）に注目し、「役割ストレス」<sup>41)</sup>と位置づけ、検証をすすめる。

### 第3節 本研究におけるストレスモデルと変数の検討

本研究では、近年、最も包括的な職業ストレスモデルとされている NIOSH のストレスモデル<sup>44)</sup>を理論的な枠組みとした。NIOSH のモデルと本研究を対比させたのが図 1-2 である。

ただし、本研究の場合は職場ストレスラーを、第2節で述べたように、医療的行為を担うにあたって介護職員が看護職員との関係性の中で生じる「役割ストレスラー」と限定的にしたことから、「仕事の量的負荷」や「役割上の葛藤・不明確さ」は、看護職員との関係性の中で感じる「仕事の量的負荷」や「役割上の葛藤・不明確さ」になる。

● NIOSH の職業性ストレスモデル(出典 : Hurrell & McLaney[1988])<sup>44)</sup>



● 本研究での構成要素

(上記の太字・下線部に着目)

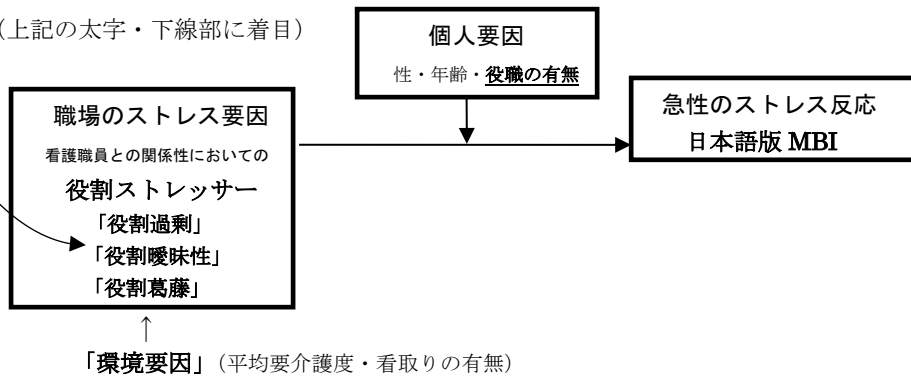


図 1-2 職業性ストレスモデルと本研究で扱う構成要素の関係

「個人要因」には、性別、年齢、婚姻状況、職種（肩書）等があげられるが、今回は、基本的な属性としての性別や年齢と役職の有無、介護福祉士の資格の有無を変数として取り上げた。役職や介護福祉士の資格の有無を取り上げたのは、介護の職域は、必ずしも年功序列の業界ではなく、年齢と役職が相関していないこと、また、現場では介護福祉士の資格を持たない者も多く、介護福祉士の有資格者には吸引や経管栄養といった医療的行為を容認しているが、無資格者には実施させない、といったルールを設けている施設等もあり、役職や資格の有無によって、医療職との関わりや実際に医療的行為に遭遇する頻度が異なることが予想されるからである。

また、本研究では「職場環境」を「役割ストレス」に影響を与える要因に位置づけた。先行研究において、平成12年（2000）の介護保険制度施行直後に福祉職従事者を対象に行われた調査では制度的な混乱が反映され、「制度・法律」「業務特性」についてのストレスの体験頻度が高くなっていたり（藤野：2001）<sup>45)</sup>、施設の建て替えにおける介護老人福祉施設の職員の職場適応過程に関する縦断研究でも、建て替え3か月後に一時的に仕事の困難感が急激に高まっていたことが報告され（鈴木・他：2002）<sup>46)</sup>、伴（2005）<sup>33)</sup>が「仕事における変化は個人と仕事の関係性を再編する。短期的にはストレスの増大が予測され、長期的には、変化が個人にとってポジティブに評価されればストレスは減り、ネガティブに評価されればストレスは増えるであろう」としているように、職場環境の「変化」は、ストレスへの重要な影響要因といえる。序章で述べた通り、介護老人福祉施設の職場環境には、利用者の重症化と、看取りへの新たな取り組みという二つの「変化」が生じている。そこで、本研究ではこの二つの要素を「利用者の平均要介護度」と「施設の看取りへの取り組みの有無」として分析の変数に加えた。

#### 第4節 「役職の有無」に着目する意義

ストレス研究の歴史が長い企業従業員や看護職員を対象とした研究では、年齢や経験（田尾・他：1996、米原・他：2002、田中：1999）<sup>47) ~ 49)</sup>、新人、管理職といった立場

の違いについての研究も多く（田中：1999, 井奈波・他：2011, 桐山・他：2002, 宇佐美・他：2008, 菊岡・他：1999）<sup>49) ~ 53)</sup>、若年者でストレスが強いことや<sup>47)</sup>、非管理者は質的負荷を感じやすく、管理者は量的負荷を感じやすい<sup>49)</sup>等の検証が進んでおり、こうした知見から新人向け、若手社員向け、管理者向けなど対象に合わせたストレスマネジメントの取り組みがなされている。

しかし、介護職員のストレス研究においては、職場環境の改善に直結しやすい処遇や賃金（矢富・他：1999, 張・他：2008）<sup>27) 37)</sup>、教育訓練機会の充実度（矢富・他：1999, 張・他：2008, 堀田：2010）<sup>27) 37) 39)</sup>、組織風土（白石・他：2011）<sup>38)</sup>、施設の規模や構造（田辺・他：2005, 張・他：2007）<sup>31) 32)</sup>といった職場環境面に関するものが先行し、年齢、性別（澤田：2007）<sup>54)</sup>、職位といった個人要因での差異に着眼した研究は少ない。

一般的にストレッサーやストレインに影響を及ぼしやすいのは年齢とされる（Schaufeli：1998）<sup>56)</sup>。しかし、介護職員のストレッサーを年齢だけで解釈するのは危険である。序章で示したとおり、介護職員は、他の職業と雇用状況が大きく異なっており、入職者が新卒とは限らない。30歳未満の従業員が3割を占め、3年未満での早期離職者も多い中<sup>17)</sup>、若いながらも役職につき、組織をまとめる立場にある者も少なくない。一方、中途採用のため年齢は上だが、介護職員としての経験が浅い者も多く、年齢と組織内での立場は必ずしも合致しないアンバランスさがある。また、職位によって組織内で課せられる役割遂行義務が大きく異なることから、年齢よりも職位別で検討した方が、その後のストレス対策の検討にも結び付きやすい。よって、本研究では年齢ではなく、「役職の有無」という職位別での検討を行う。「役職の有無」という個人要因別に検証し、対象の特性を明らかにすることで、対象者の層に見合った「役割ストレッサー」低減策を検討する基礎資料とする。

## 第5節 ストレス反応をバーンアウトで評価する意義

ストレッサーによって生じる心身の変化を「ストレス反応（ストレイン）」と呼び、ストレス反応には短期的なものと同期的なものがある。ストレッサーを認識すると、ヒ

トは環境の脅威に対して、無意識に身構え、心拍数の増加や血圧、体温の上昇、筋肉の緊張などの変化が見られる。これは、ストレッサーが認識されると、すぐに表れる反応で短期的ストレス反応とされ、生体が環境からの脅威に適応していくためのプロセスで、環境の脅威がなくなるとすぐに解消されるため、リスクとしての危険性は低い。むしろ、問題なのはストレッサーが解消されないまま、緊張状態が長期に及んだ場合である。緊張状態が長引くことで、蓄積されてしまった疲労は睡眠障害や食欲不振、頭痛などの様々な健康上の障害を引き起こし、さらに深刻化した場合は、循環器系疾患や筋骨格系疾患、精神疾患につながっていくとされている。

Dohrenwend (1978)<sup>56)</sup>は、ストレッサー・心理的ストレス反応の関係を早期に解消できれば、感情反応が精神症状へ悪化することはない、と早くから指摘していたが、従来は睡眠障害や食欲不振、頭痛などの身体症状や疾患の罹患率をアウトカムとする疫学的なストレス研究が中心であった。しかし、近年は、予防的により早期に対応していくため、疾患レベルに至る以前の心理的ストレス反応に目が向けられるようになり、従業員のメンタルヘルスの向上を目的とする研究へと関心が移ってきている。

本研究でも、介護職員のメンタルヘルスを予防的に支えることを第一の目的とするため、ストレス反応を疫学的な視点や、最終局面を迎えてしまった離職といった行動面ではなく、心理的側面から評価する。また、心理的側面を捉える尺度としては、田尾が Maslach Burnout Inventory (以下、MBIとする)を翻訳した項目を久保が17項目にまとめたものを用いた(久保：2004)<sup>57)</sup>。これは、本邦でも多くのヒューマンサービス事業者のストレス研究に用いられ、介護職員への適用についても一定の信頼性および妥当性が保障されている(東口・他：1998, 原田・他：2000, 久保：2007)<sup>25) 58) 59)</sup>。

バーンアウトは「エネルギー、力、あるいは資源を使い果たした結果、衰え、疲れはて、消耗してしまったこと」と定義され(Freudenberger：1974)<sup>60)</sup>、「情緒的消耗感(emotional exhaustion)」「脱人格化(depersionalization)」「個人的達成感の低下(personal accomplishment)」の3つの下位尺度から構成される。MBI マニュアル第3版(Maslach：1996)<sup>61)</sup>によれば、「情緒的消耗感」とは「仕事を通じて、情緒的に消

耗してしまった状態」と定義され、MBIの3つの下位尺度のうちの中核的症狀と位置づけられている。「脱人格化」は「利用者に対する無情で、非人間的な対応」であり、利用者の人格を無視し、事務的な対応をする、といった行動をとってしまう状況を指す。ヒューマンサービス業でありながら利用者との接触を避け、事務仕事に終始し、そちらに生きがいを感じてしまうといった状況も脱人格化を示す行動といえる。「個人的達成感」は、「ヒューマンサービスの職務に関わる有能感、達成感」とされており、それらが低下してしまう状態が「個人的達成感の低下」で、離職や自己否定につながりやすいとされている。この操作的に定義された「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」がバーンアウトの主症状とされている。

以上、本研究で「役割ストレス」を主軸に据えた意義、および「個人要因」や「環境要因」における変数の設定、ストレス反応を捉える指標としてバーンアウトを用いた意図を示した。

## 第6節 本研究の枠組みと論文の構成

### 1. 本論文の構成

本論文では、以下の7つの研究目的を設け、各章において言及を行う。

第1章 文献研究をとおして介護老人福祉施設で働く介護職員のストレス研究を概観し、その中で「役割ストレス」に着目する意義を述べる（目的1）。

第2章 介護老人福祉施設で働く介護職員が医療的行為を担い、医療職である看護職員と連携を図っていく上で感じる「役割ストレス」の尺度を開発し、内容妥当性および信頼性を検討する（目的2）。

「役割ストレス」の認識に関連する要因を明らかにする（目的3）。

第3章 「役割ストレス」が心理的ストレス反応（バーンアウト）に及ぼす影響を検討する（目的4）。

第4章 役職者と非役職者別で、「役割ストレス」の心理的ストレス反応（バーンアウト）への影響を検証する（目的5）。これは、役職者と非役職者で、組織内で課せられる役割遂行義務が大きく異なるため、対象者に合わせたストレスマネジメントへの提言を行う基礎資料を得ることを目的とするためである。

第5章 本研究のモデルで説明のできなかった役職者の「役割ストレス」以外のストレス要因について、自由記述の質的分析から整理を行う（目的6）。

終章 本研究での成果をふまえ、介護老人福祉施設で働く介護職員のメンタルヘルスの向上に向けての提言を行う（目的7）。

以下が、本研究の研究枠組みである。

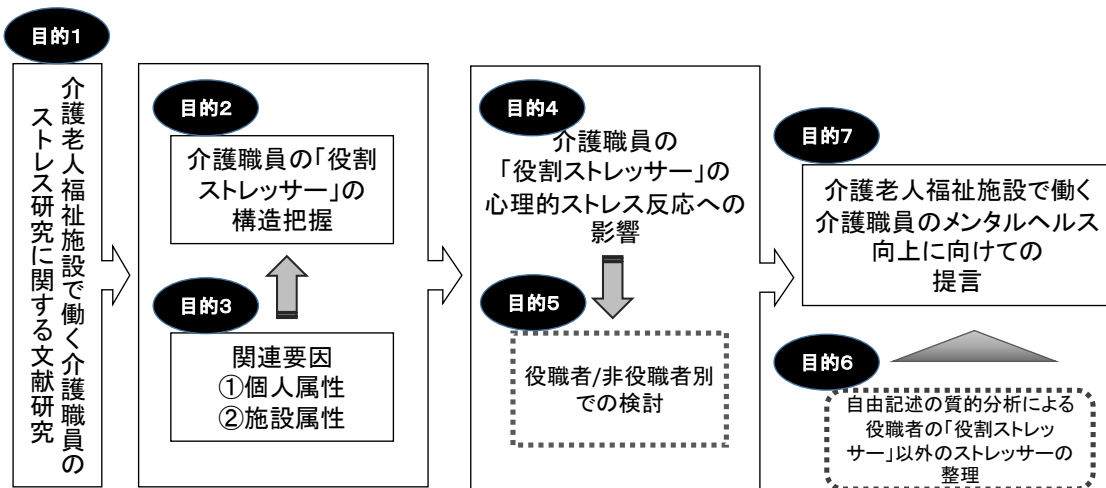


図 1-3. 本研究の枠組みと目的

次節にて、具体的な調査概要を述べる。



## 第7節 調査概要

本研究は、介護老人福祉施設の介護職員を対象に行った自記式質問紙によるアンケートの結果をもとに構成している。以下が本研究の調査概要である。

### 1. 調査対象者

本研究の対象者は、介護老人福祉施設の介護職員である。2010年9月末日時点でWAM NETに登録されていた近畿2府4県（大阪府・京都府・兵庫県・滋賀県・奈良県・和歌山県）の介護老人福祉施設731施設（同地域内の全施設中75%）に対し、1施設2通の調査票を配付した。よって、調査票の総配布数は1,462通となる。送付先は各施設の介護・看護の責任者宛とし、調査票に回答する介護職員の選定については、調査目的を記した依頼状を調査票に同封した上で、施設側に一任した。また、全数から75%の施設への絞り込みはランダムサンプリングにて行った。

### 2. 調査方法

調査は「特別養護老人ホームにおける介護職・看護職の業務ストレスと両者間の連携に関するアンケート」と題し、郵送による無記名自記式質問紙法にて行った。調査実施期間は2010年11月20日～2011年1月8日である。データ分析は回答施設が特定できないようコード化を行い、厳重なデータ管理の下で実施した。有効回答数は315票（回収率21.5%）であった。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、研究者が調査実施当時に所属していた機関の疫学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究対象者には文書にて研究の主旨を伝え、研究への協力は自由意思であり、調査は無記名で匿名性が保たれること、また、分析は統計的処理を行うため、個人や施設が特定される恐れがないことを明記した。調査票の配付は介護・看護の責任

者を経由して行ったが、回収は調査協力者が直接、研究者宛てに返信するようにして匿名性を保持し、調査票の回収をもって本研究への同意とした。

#### 4. 分析方法

本研究の分析の流れについて、以下に概略を示す。

まず、第2章において、本研究の主題である介護老人福祉施設の介護職員が有する看護職員に対する「役割ストレス」の構造を明らかにするために、Khan・他の「役割ストレスモデル」をもとに作成した16項目について因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行った。

第3章では「役割ストレス」の心理的ストレス反応への影響を検するため、基本属性（性別、年齢、役職の有無、介護福祉士の資格の有無）、施設属性（利用者の平均要介護度、看取りへの取り組み状況）、「役割ストレス」を独立変数、日本語版MBIを従属変数とする重回帰分析を行った。

また、第4章では、役職者と非役職者の2群に分けて第3章と同様の重回帰分析を行い役職の有無による「役割ストレス」の心理的ストレス反応の影響力の差異について検討した。以上の分析はすべてSPSS Windows版 vol.22を使用した。

第5章では、調査票に設けた自由記述の質的分析から、量的調査で網羅できなかった役職者のストレスについて検討を行った。

なお、上記の具体的な分析方法は各章にて改めて記す。

#### 5. 集計対象者の属性

調査対象者の基本属性を表1に示す。性別は、男性124名（39.4%）、女性190名（60.3%）で女性が多かった。年齢は20歳代が100名（31.7%）、30歳代が115名（36.5%）、40歳代が61名（19.4%）、50歳代以上が39名（12.4%）であり、20～30歳代が多かった。調査時期と同年度の平成22年の介護労働実態調査<sup>17)</sup>と比較すると、性別では、男性がやや多く、年齢の構成比では20歳代や30歳代からの回答がやや多かった。職種は、介護福祉

士の有資格者が249名（79.0%）と大半を占め、ヘルパーは39名（12.4%）、無資格者は19名（6.0%）と有資格者からの回答が多かった。また、「主任やリーダー等何らかの役職についていますか」との問いに関しても、役職ありとの回答が222名（70.5%）と多く、今回の対象者は、中堅やベテランクラスの介護職員からの回答が中心であったことが読み取れる。

表1 集計対象者の属性分布(記述統計)

項目	カテゴリー	度数	%
性別	男性	124	39.4
	女性	190	60.3
	無回答	1	0.3
年齢	20歳代	100	31.7
	30歳代	115	36.5
	40歳代	61	19.4
	50歳代以上	39	12.4
	無回答	0	0.0
職種	介護福祉士	249	79.0
	ヘルパー	39	12.4
	無資格	19	6.0
	無回答	8	2.5
役職	あり	222	70.5
	なし	93	29.5
	無回答	0	0.00

n=315

## 6. 集計対象者が所属する施設の概要

回答者が所属する施設の概要について述べる。本研究では1施設に対し2名の介護職員に調査依頼を行っている。そのため、回答も1名からしか回答を得られなかった施設と2名から回答が得られた施設が混在する。よって、315人の介護職員から回答を得ているが、実際の施設数はこれより少ない。ここでの施設概要は、実際の施設数に対するものではなく、回答者ののべ数に対しての数値であることを予め断っておく。

平均入所者数は72.1±30.3人（30～320人）、平均要介護度は3.87±0.35（3～5）と、いずれも全国平均の70.6人や3.86に近似しており、母集団に近い施設の対象者から回答が得られたと判断できる。

その他、看取りへの取り組み状況は、既に実施している施設が242施設（76.8%）であり、検討中が11施設（3.5%）、実施していない施設が58施設（18.4%）であった。

## 第2章 介護老人福祉施設で働く介護職員の「役割ストレス」の構成要素

### 第1節 研究目的

第1章における介護職員のストレス研究で示されたように、介護職員のストレスに関して様々な視点から研究が進んでいるが、介護職員が医療的な行為を担う中、看護職員との連携において感じる「役割ストレス」に着眼したストレス研究は見受けられない。介護老人福祉施設の利用者の医療依存度が増え、介護職員への負担が増大してきたのは昨今の傾向であり、「特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査」(2008)<sup>62)</sup>や「特別養護老人ホームにおける医療的ケアの提供体制の整備に関する調査事業報告書」(2011)<sup>63)</sup>など全国的な調査が行われ、医療(的)行為の実態自体は明らかにされてきた。こうした報告書でも、自由記述等で介護職員の医療(的)行為に対しての不安が表出されているものの、吸引(口腔内)、褥瘡の処置、インスリン注射といった個々の医療(的)行為に関してや、日常的に行う行為、急変時の対応といった実質的な場面での負担や不安として取り上げられることが多く、医療的な行為を担うことでの総体としての不安感や葛藤については取り上げられていない。そこで「役割ストレス」の概念を用いることで、単に業務量が増えるといった物理的な負担だけではなく、新たな役割を担うことでの不安や葛藤といった心理的な側面を含有した形での介護職員の負担を検討する。

本章の目的は、「役割ストレス」の概念的な構造を検討した上で、実態を測定する尺度を作成し、その構成要素を明らかにすることである。また、性別や年齢、役職の有無などの個人属性の違いや施設属性が「役割ストレス」の認識に及ぼす影響についても検討を行う。

### 第2節 「役割ストレス」の概念定義

学生ならば、親ならば、この職業の人ならばこのような行動を取ると人々が予想する行動様式を役割と呼び、また、その行動を期待することを役割期待と呼ぶ。組織の中でそれぞれのメンバーは、それぞれ果たすべき役割が期待され、また期待に応えるように

役割を遂行している。しかし、この役割は、場合によっては簡単に果たせないこともあり、役割期待はストレスに転じることもある（田尾：2005）<sup>64)</sup>。

Khan・他（1964）<sup>65)</sup>は、役割理論を援用し、人が求められた役割期待に沿えなかった時に、矛盾や圧迫、不明瞭性を知覚し、それが蓄積されていくことで、心理的な不均衡状態が引き起こされ、正常な職務の遂行が困難となり、やがては離職意向や離職行動といった重大な事象につながる、といった考え方を示し、こうした精神的な緊張を「役割ストレス」と定義した。

本研究では、このKhan・他の定義をもとに、「役割ストレス」を「介護職員が医療的行為を担う中で、看護職員と連携を図らねばならないという新たな職務に対して、その役割を果たせなかった時に感じる、矛盾や圧迫、不明瞭性の知覚であり、また、それが蓄積されていくことで感じる心理的な不均衡状態」と操作的に定義する。「役割ストレス」の定義を「介護職員が医療的行為を担う中で、看護職員と連携を図らねばならない」という状況に限局化することとで、看護職員との間に暗黙の階層性があり、第1章で述べたように介護職員自身にも内包する葛藤がある中での、介護職員の看護職員への思いに焦点を当てる。

### 第3節 研究方法

#### 1. 測定尺度

本研究では介護職員が看護職員との連携上で感じる「役割ストレス」の構成要素の抽出にあたって、Khan・他が示した「役割ストレス」の下位概念：役割葛藤（role conflict）、役割の曖昧さ（role ambiguity）、役割荷重（role overload）に基づき検討した。

「役割葛藤」はさらに「intersender conflict」と「person-role conflict」の二つに分類される。「intersender conflict」とは、同時に二人以上の人から異なる役割を期待される時に生じるものであり、もう一つの「person-role conflict」は他者が期待するところ自らの思いに食い違いが生じる時に感じるものとされる。「役割の曖昧さ」とは、

果たすべき役割や仕事の内容や手順・手続きが明らかでなかったり、責任の所在や範囲がわからないような時に生じ、職場内外のコミュニケーションが十分に働いていない時に倍加される。「役割過剰」は職場で自分の能力以上のことや、許容限度を超えた任務が課せられることでのストレスサーで、第1章の第2節で述べた、実力以上のことを求められる「能力葛藤」などはこれにあたる。

#### 1) 役割葛藤

昨今の介護老人福祉施設は、「生活」と「医療」という異なる価値観の領域が混在するため、葛藤が生じやすい場となっている。糖尿病の利用者に対し、看護職員は血糖値管理を第一義として厳格な食事の管理を求めがちだが、介護職員は利用者に食事の楽しみを持ってもらいたい、との思いがあり、職種間で意見が対立してしまうといった光景は、よく現場で遭遇することである。この様に、看護職員の言うことと目上の介護職員の助言が異なった場合、新人の介護職員などはどちらに従えばよいのか判断しかねることになり、「intersender conflict」が生じてしまう。

また、介護職員からは「自分たちは何でも屋と思われており、仕事がどんどん回ってくる」「看護が忙しいと、すぐに配薬や点眼を任せられ、なぜ、自分たちが…、と思いつながら実施せざるを得ない」といった声が聞かれ、往々にして不本意ながら請け負っている業務が多いことが伺える。これらは、本当はもっと利用者に関わりたいという理想がありながら、本来は看護がすべき医療的行為も行わねばならず、介護職員としての本分が全うできない「person-role conflict」にあたり、能力や専門性が生かせないと感じることでストレスサーが生じていると推察される。さらに、こうした不本意な業務を指示されながらも、序章で述べた職種間の暗黙の階層性や、第1章、第2節で述べた介護職員の自己評価の低さから、看護職員に意見ができなかったり、一方的に批判を受けたりすることも不満要素として語られていた。よって、「役割葛藤」のアイテムプール作成にあたっては、「intersender conflict」と「person-role conflict」の双方および、介護職員の「性格葛藤」を内包した要素を盛り込んだ。

## 2) 役割の曖昧さ

介護老人福祉施設では「生活モデル」と「医療モデル」が混在している。胃ろうやストマをその人の食事、排泄の延長線上で捉えれば、それらのケアは日常生活援助として、介護職員にも実施可能な業務の範疇となり、もともと、明確に区分しがたい曖昧さが根底にある。また、序章で述べたように、介護と看護の業務の線引きに対する国の指針が遅れたことも現場の混乱を招いた。指針が示されて以降も、施設の対応にはばらつきがあり、マニュアルを設け厳密に対応しているところもあれば、特に基準もないまま、職員の感覚で業務が行われている施設もある。先の役割葛藤で示したように、忙しい時には、医療的行為がゆだねられる、看護職員がいる昼間は行う必要はないが、夜間帯には実施が求められる等、ケースバイケースとなることも多い。現場の声としては、「介護と看護は、もともと線引きできるものではないので、業務の重なりはしかたがない」と曖昧さを容認する声がある一方で、不文律の中で、医療的行為を実施せざるを得ない状況に、何か生じた時の責任の所在が不明瞭で不安だ、といった戸惑いも聞かれた。そこで、「役割の曖昧性」に関しては、そもそも介護と看護の役割分担が必要と思うか、といった業務の捉え方を問う設問と、明確な役割分担がないことでもたらされる現場の戸惑いを軸に設問を設定した。

## 3) 役割過剰

一般に過剰というと、長時間労働や身体的負担を伴う業務が連想されやすい。実際、介護老人福祉施設では、介護職員には夜勤があるが、看護職員は夜勤ではなく、オンコール体制をとっているところも多く、労働時間には実際、差異が生じている。また、介護老人福祉施設は「生活の場」であることから、排泄や入浴介助等、身体的負荷の大きい業務が主体となり、それを担っているのは介護職員である。しかし、久保（2004）<sup>57)</sup>が、役割荷重を考える場合、「量的な意味での過重負担だけでなく、作業の質的な負担も考えていかねばなりません」と述べているように、本研究で取り上げている医療的ケアの実施においては、作業や手技といった量的な負担だけでなく、「責任」という質的

な負荷も重要な要素となる。実際、介護職員からは「医療的ケアはできればやりたくない」との思いも表出されていることから、役割過剰を捉えるにあたっては、量的負荷と質的負荷の双方を含むようにアイテムプールを作成した。

アイテムプールの作成過程をまとめたものが表 2-1 である。アイテムプールは、先行研究および研究者が本研究の前段階として実施した介護老人福祉施設の介護職員・看護職員に対する職種間の連携に関するヒアリングをもとに作成した。ヒアリングの協力者は兵庫県にある介護老人福祉施設に勤務する介護職員 2 人（30 代男性主任、20 代女性）、看護職員 2 人（双方、50 代女性）と、大阪府にある介護老人福祉施設に勤務する介護職員 1 人（30 代女性主任）、看護職員 1 人（40 代女性）である。

当初、概念枠組みに沿って 45 項目を設定したが、介護老人福祉施設に勤務する介護職員や看護職員（ヒアリング対象者と同様）に調査票を確認してもらったところ、「回答しにくかった」「設問の意味がわかりにくかった」と指摘を受けた項目があったため、項目の削除や集約、ワーディングの調整を行った。特に、表 2-1 の通し番号 3～7 の項目は、介護職員における役割葛藤の「person-role conflict」として、自分たちの意図するケアができない、評価されていないといった現場の声を反映して作成したアイテムプールであったが、介護職員と看護職員を対比させるため、両職種とも同じ設問項目にしたいという研究者の意図もあり、具体的な表現はせず、「専門性」「自分の能力」等の抽象度を高めた項目とした。また、項目数が多すぎると回答者の負担となり、回収率への影響が懸念されることから、3 概念のバランスや内容の網羅性を考慮しつつ項目数を絞った。なお、これら項目については、福祉領域で研究を行う研究者よりエキスパートレビューを受け、項目の妥当性を検討しており、内容妥当性は有していると判断される。最終的に絞り込まれた 3 領域 16 項目を表 2-2 に示す。



表2-1 アイテムプールの抽出課程

概念	通し番号	項目名	検討内容
役割葛藤	パーソンロールコンフリクト	1 職業的な専門性を発揮できない。(10)	
		2 自分の能力が十分に生かしている(R)。(2)	
		3 誰にでもできる仕事と思われている。	
		4 簡単な仕事と思われている。	
		5 排泄介助・食事介助・入浴介助で終わってしまう。	
		6 利用者とゆっくり関われない。	
		7 利用者とゆっくり話しをする時間がない。	
		8 本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いつつながら行っている業務がある。(6)	
		9 何でも屋と思われ、雑用がまわってくる。	「何でも屋」「雑用」がストレートすぎる【現】。→8に集約。
		10 各職種が各々で実施できることでも行わず、自分たちに仕事がまわってくる。	状況を思い描きにくい(看護職が褥瘡処置をするとき、オムツを外すためだけに呼ばれる)【現】。→8に集約。
		11 職種間で業務の優先度に違いを感じる。(15)	
		12 職種間で価値観が違うと感じる	価値観の違から優先度に違いが出るため、11に集約。
	インターセクターコンフリクト	13 職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない。(9)	
		14 利用者の異変を報告しても流される	介護職からのインタビュー内容から抽出した項目。看護職からも、褥瘡予防のための体位変換やオムツ交換を伝えても、その通り実施してもらえない、といった声があった。よって、自分たちの職種の意図が他職種に伝わりきってない状況での項目として、24に集約。
		15 自分たちの気づきを報告しても尊重されない。	
		16 ケアの内容や結果について他職種から批判される。(12)	
		17 利用者とゆっくり関わっていると、仕事が遅いと言われる	介護職員へのヒアリングから抽出した項目。「ゆっくり関わっていると」という状況が限定的ではないか【現】。16に集約。
		18 利用者の訴えを尊重してケアしていたが、同調だけでアセスメントがないと非難される。	介護職員のヒアリングで1日に何十回と排泄介助をしていたことを、看護職員から異常と感じなかったのか、と指摘され幸かった、といった語りから設けた項目。作成意図を聞く状況は理解できるが、短文ではイメージしにくい【現】。→16に集約。
		19 スタッフによって求められる(求める)内容が異なることがある。(16)	
		20 人によって言うことが違う。	19に集約。
		21 時間帯(日勤と夜勤)で介護職員の行う業務内容が異なるので戸惑う。	施設によって異なるのではないかと。同じ対応をしている所もある【現】。→19に集約。
		22 同じ介護職員であっても任せられる業務内容に違い(ばらつき)がある	
役割曖昧	23 看護職との役割分担がはっきりしている。(R) (7)		
	24 役割分担が不透明だ	内容は23の反転項目。23に集約。	
	25 マニュアルがないのでわかりにくい。	マニュアルの整備は施設の特性で、個人がどう感じているかを測る項目ではない。	
	26 ケアについてどこまで行うべきか判断に困ることがある。(1)		
	27 どこまでが生活援助で、どこからが医療行為なのか不明瞭である。	役割が曖昧なことでの不安や困難性を示す項目として集約した。	
	28 介護職員として実施できる業務の範囲がわかりにくい。		
	29 介護と看護ではケア内容に重なりが多いので分担が難しい。(14)		
	30 役割が曖昧なままの方が気が楽なこともある。	30の「気が楽だ」という表現が気になる。回答しにくい【現】。役割が曖昧な状況を受け止めている状況として集約した。29と逆の視点の項目として設定。	
	31 役割分担をしすぎると、かえって仕事がしにくい。		
	32 職業間で責任の所在が不明瞭である。(11)		
	33 責任の所在が曖昧な方がよい時もある。	32の対と思うが、文面として回答する時に躊躇がある。自分なら少しそう思っている、○はしない【現】。→32に集約。	
	34 自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある。(5)	経験の浅いスタッフからは、どう動けばいいかわからない、といった漠然とした不安が表出されていたことから挿入。	
役割過剰	量的負荷	35 看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい。(4)	
		36 自分たちの仕事で手一杯で、相手の職種のことで考える余裕がない。(8)	
		37 自分たちの職種の方が仕事に追われている。	36と同義を感じる【現】。
		38 自分たちの方が労働時間が長い。	実態がそうであり、回答が「そうである」に偏ることが予想される。項目として入れる意味があるか。→削除。
		39 自分たちの方が体力的にきつい。	
	40 他職種の方が楽そうだ。	「楽そうだ」という表現が気になる【現】。35の反転項目になるので、35に吸収してよいのではないかと。	
	質的負荷	41 自分の技術や能力以上の仕事を求められる。(3)	
		42 自分たちの職種の方が責任が重い。(13)	
		43 他職種に、仕事に対する責任感が感じられない。	「責任感が感じられない」という表現が気になる【現】。→42の反転項目になるので42に集約。
		44 自分たちの職種の方が神経を使う。	バーンアウトの質問項目と重なるのではないかと。ストレスというより、ストレス反応ではないかと。→削除。
45 自分たちの職種の方が精神的な余裕を持ちにくい。		内容として44と同義。→削除。	

■ は削除項目。

□ は最終的に残った項目。文末の( )内の数字は最終的なアンケート項目での番号を示す。

【現】は、介護老人福祉施設の介護職員、看護職員に調査票を回答してもらったプレテストで出た意見を示す。(R)は反転項目を示す。

表2-2 介護職員が看護職員との連携上で感じる「役割ストレス」の調査項目

※【R】は反転項目を示す。

**【役割葛藤】**

- ②自分の能力が十分に生かしている。【R】
- ⑥本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。
- ⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない。
- ⑩職業的な専門性を発揮できない。
- ⑫ケアの内容や結果について他職種から批判される。
- ⑮職種間で業務の優先度に違いを感じる。
- ⑯スタッフによって求められる（求める）内容が異なることがある。

**【役割曖昧性】**

- ①ケアについてどこまで行うべきか判断に困ることがある。
- ⑤自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある。
- ⑦看護職との役割分担がはっきりしている。【R】
- ⑩職種間で責任の所在が不明瞭である。
- ⑭介護と看護ではケア内容に重なりが多いので分担が難しい。

**【役割過剰】**

- ③自分の技術や能力以上の仕事を求められる。
- ④看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい。
- ⑧自分たちの仕事で手一杯で、相手の職種のことまで考える余裕がない。
- ⑬自分たちの職種の方が責任が重い。

## 2. 分析方法

「利用者の高齢化や重度化が進む中、日々行っている「介護業務」について、あなたがどのように感じているかお聞かせください」との教示文を示し、日々の業務を振り返ってもらう中で、介護職員の看護職員との連携上で感じる「役割ストレス」<sup>②</sup>として設定した3領域16項目の各項目について、「そう思わない(1点)」、「あまりそう思わない(2点)」、「どちらともいえない(3点)」、「ややそう思う(4点)」、「そう思う(5点)」と5段階のリッカート尺度で回答を得た。得点は「役割ストレス」を強く認識しているほど得点が高くなるよう設定した。なお、②⑦に関しては反転項目であるため、数字を逆転して分析した。

次に「役割ストレス」がどのような構造になるのかを分析するために、因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行い、因子負荷量が0.35を下回る項目を削除しつつ分析を繰り返し、因子構造を確認した。その結果、表2-3に示すように11項目からなる3つの因子が抽出された。また、尺度の信頼性についてはCronbachの $\alpha$ 係数(内的一貫性)で検証した。

抽出された「役割ストレス」と基本属性との関連については、調査項目で連続変数として回答を得た「年齢」「施設の利用者の平均要介護度」はピアソンの相関係数を用い、個人属性の「性別」「役職の有無」「介護福祉士の資格の有無」、施設属性の「看取りへの取り組みの有無」はt検定にて検討した。

## 第4節 研究結果

### 1. 「役割ストレス」の記述統計量(単純集計結果)

表2-3は「役割ストレス」の記述統計量を示す。項目の回答分布に問題となるような偏りは見られず、欠損値の出現も1~2人の範囲内であったことから、分析に支障はないと判断した。また、因子分析には欠損のない311の調査票を用いた。

表2-3 「役割ストレス」の各設問に関する回答分布

n=315

	平均値	標準偏差	そう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	やや そう思う	そう思う	欠損値
1. ケアについてどこまで行うべきか判断に困ることがある。	3.45	1.09	4.8	18.1	19.0	43.2	14.9	0
2. 自分の能力が十分に生かしている。(R)	2.86	0.79	2.2	14.6	53.7	25.7	3.8	0
3. 自分の技術や能力以上の仕事を求められる。	3.38	1.03	3.5	16.5	32.1	33.7	14.0	1
4. 看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい。	3.77	1.10	3.8	6.7	31.4	24.4	33.3	1
5. 自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある。	2.36	1.11	22.9	40.6	17.8	14.3	4.1	1
6. 本来、自分たちの職種の仕事ではないと思いつながら行っている業務がある。	3.31	1.30	11.4	18.7	17.8	31.7	20.3	0
7. 看護職との役割分担がはっきりしている。(R)	2.55	1.13	5.1	14.6	32.1	27.0	21.3	0
8. 自分たちの仕事で手一杯で、相手の職種のことまで考える余裕がない。	3.02	1.10	7.9	25.7	33.0	23.2	10.2	0
9. 職種間で意見が異なったとき、自分の意見を相手に十分伝えられない。	2.87	1.15	11.7	30.8	22.9	27.9	6.7	0
10. 職業的な専門性を発揮できない。	2.63	1.03	12.1	36.8	31.1	15.6	4.4	0
11. 職種間で責任の所在が不明瞭である。	2.90	1.18	13.0	26.7	27.0	23.5	9.5	1
12. ケアの内容や結果について多職種から非難される。	3.03	1.17	11.7	21.9	27.9	28.9	9.5	0
13. 自分たちの職種の方が責任が重い。	3.12	1.13	9.8	14.3	43.2	18.1	14.0	2
14. 介護と看護ではケア内容に重なりがいいので分担が難しい。	2.92	1.09	8.9	28.3	32.4	22.5	7.9	0
15. 職種間で業務の優先度に違いを感じる。	3.36	1.06	4.1	17.5	31.7	32.1	14.6	0
16. スタッフによって求められる(求める)内容が異なることがある。	3.84	0.95	2.2	7.6	18.1	47.9	24.1	0

## 2. 因子分析の結果

「役割ストレス」の構造を把握するために因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行ったところ11項目からなる3因子構造となった。各因子の因子分析結果を示したものが表2-4である。

第1因子は、「⑩スタッフによって求められる（求める）内容が異なる」や、「⑮職種間で業務の優先度に違いを感じる」「⑫ケアの内容や結果について他職種から批判される」など、職種間での価値観の違いから優先度が異なったり、役割の認識の違いによって業務遂行上生じてくる迷いや衝突が表出された4項目であったため「業務分担の認識相違から生じる困難感」と命名した。第2因子は、「②自分の能力が十分に生かしている【反転項目】」や「⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない」など、介護職員としての専門性が十分に発揮できていないことに関する4項目が抽出されたため、「職能を発揮できない不全感」と命名した。第3因子は、「④看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい」や「⑬自分たちの職種の方が責任が重い」といっ

表2-4 介護老人福祉施設で働く介護職員の役割ストレスの因子分析

n=311

項目	第1因子	第2因子	第3因子	平均値	標準偏差
第1因子 業務分担の認識相違から生じる困難感 $\alpha = 0.703$				3.29	0.78
⑮職種間で業務の優先度に違いを感じる。	.803	-.118	-.073	3.36	1.06
⑫ケアの内容や結果について他職種から批判される。	.633	.075	-.009	3.03	1.17
⑯スタッフによって求められる(求める)内容が異なることがある。	.631	-.040	.039	3.84	0.95
⑭介護と看護ではケア内容に重なりが多いので担当が難しい。	.369	-.003	.283	2.92	1.09
第2因子 職能を発揮できない不全感 $\alpha = 0.669$				2.68	0.73
⑩職業的な専門性を発揮できない。	.086	.648	.086	2.63	1.03
⑤自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある。	-.107	.636	-.007	2.36	1.11
②自分の能力が十分に生かしている。(R)	-.125	.539	-.014	2.86	0.79
⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない。	.219	.498	-.075	2.87	1.15
第3因子 相対的役割過剰感 $\alpha = 0.644$				3.41	0.90
④看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい。	-.077	-.109	.799	3.77	1.10
⑥本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。	-.037	.100	.572	3.31	1.30
⑬自分たちの職種の方が責任が重い。	.142	.030	.503	3.12	1.13
寄与率	25.57	8.99	5.61		
累積寄与率	25.57	34.56	40.18		
因子相関	第1因子				
	第2因子	.543			
	第3因子	.471	.273		

※ プロマックス回転を伴う主因子法 ※ (R)は反転項目を示す。

※ 各因子の平均値は各下位尺度に含まれる項目の和を各因子を構成する項目数で除して算出した。

た、自分たち介護職員の方が大変である、といった業務に関する量的、質的過剰感が表出された3項目からなるため、「相対的役割過剰感」と命名した。

因子分析から外れた項目は、「①ケアについてどこまで行うべきか判断に迷うことがある」(3.45±1.09点)、「③自分の技術や能力以上の仕事を求められる」(3.38±1.03点)、「看護職との役割分担がはっきりしている」【反転項目】(3.45±1.13点)、「⑧自分たちの仕事で手一杯で、相手の職種のことまで考える余裕がない」(3.02±1.10点)、「⑩職種間で責任の所在が不明瞭である」(2.90±1.18点)であった。

### 3. 信頼性および因子間相関の検討

抽出された3因子を構成する項目の信頼性（内的一貫性）をCronbachの $\alpha$ 係数で確認したところ、尺度全体でのCronbachの $\alpha$ 係数は0.77であった。下位項目では、第1因子が0.70だが、第2因子が0.67、第3因子が0.64とやや低い。しかし、 $\alpha$ 係数は項目数が少ないほど低くなる傾向があり、 $\alpha$ 係数の有効基準とされる0.60は満たしていることから（Robinson, Shaver et al: 1991）<sup>66)</sup>、3つの因子の信頼性は確保されていると判断した。各因子の平均値を比較すると、第3因子の「相対的役割過剰感」が $3.41 \pm 0.90$ 点で最も高く、次いで第1因子の「業務分担の認識相違から生じる困難感」が $3.29 \pm 0.78$ 点であり、第2因子の「職能を発揮できない不全感」が $2.68 \pm 0.73$ 点と最も低かった。項目別での平均値を見てみると、最も平均値の高かったのは「⑩スタッフによって求められる（求める）内容が異なる（ $3.84 \pm 0.95$ 点）」であり、次いで「④看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい（ $3.77 \pm 1.10$ 点）」であった。一方、平均点が最も低かったのは「⑤自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある（ $2.36 \pm 1.11$ 点）」であり、「⑩職業的な専門性を発揮できない（ $2.63 \pm 1.03$ 点）」が続いた。

因子間の相関を見ると、第1因子である「業務分担の認識相違から生じる困難感」と第2因子「職能を発揮できない不全感」や第3因子「相対的役割過剰感」の相関は、0.54や0.47と中程度の相関が見られたが、第2因子「職能を発揮できない不全感」と第3因子「相対的役割過剰感」の相関は0.27と低かった。

### 4. 「役割ストレス」の認識に影響を与える要因の検討

個人属性については、「性別」「年齢」「役職の有無」「職種（介護福祉士か否か）」のすべてで関連性に差異が見られたが、施設属性での差異はなかった。表2-5に、個人属性と「役割ストレス」の関連性の結果を示す。

表2-5 「役割ストレス」と個人属性の関連性

		第1因子 業務分担の認識相違から生じる困難感	第2因子 職能を発揮できない不全感	第3因子 相対的役割過剰感
年齢 <sup>1)</sup>		-0.114 *	-0.152 *	0.43
性別 <sup>2)</sup>	男性	3.27±0.84	2.76±0.79	3.23±0.96
	女性	3.30±0.74	2.67±0.68	3.52±0.84
	t値	-0.36	1.63	-2.85 **
役職 <sup>2)</sup>	あり	3.33±0.75	2.61±0.71	3.50±0.91
	なし	3.19±0.83	2.83±0.74	3.19±0.84
	t値	1.50	2.47 *	2.84 **
介護福祉士の資格 <sup>2)</sup>	あり	3.32±0.78	2.66±0.72	3.45±0.89
	なし	3.10±0.78	2.74±0.75	3.16±0.93
	t値	-1.94	0.74	-2.22 *

\*\* p<.01 \* p<.05

<sup>1)</sup>ピアソンの相関係数を用いた。

<sup>2)</sup>等分散かどうかの検定を行った上で、等分散を仮定した独立型のt検定を行った。

性別では、第3因子の「相対的役割過剰感」で、男性で3.23±0.96点、女性で3.52±0.84点となり、 $t(309)=2.85(p<0.05)$ と女性ほど過剰感が強かった。

年齢で差が出たのは「業務分担の認識相違から生じる困難感」と「職能を発揮できない不全感」で、「業務分担の認識相違から生じる困難感」では $r=-.114(p=0.05)$ 、「職能を発揮できない不全感」では $r=-.152(p=0.01)$ といずれも年齢が若いほど、困難感や不全感が強かった。

役職の有無で差が見られたのは、第2因子の「職能を発揮できない不全感」と第3因子の「相対的役割過剰感」であった。第2因子では、役職者で2.61±0.71点、非役職者で2.83±0.74点、 $t(312)=2.47(p<0.05)$ と、非役職者で不全感が高く、第3因子では、役職者で3.50±0.91点、非役職者で3.19±0.84点、 $t(310)=2.84(p<0.01)$ と役職のある人ほど役割過剰感を強く認識していた。

「職種（介護福祉士か否か）」では、第3因子の「相対的役割過剰感」でヘルパーや無資格者で3.16±0.93点、介護福祉士で3.45±0.89点で、 $t(302)=2.22(p<0.05)$ と介護福祉士の有資格者で過剰感が強かった。

## 第5節 考察

### 1. 因子構造

分析の結果、抽出された各因子と構成概念としたKahn・他の役割ストレスモデル<sup>44)</sup>との整合性をみると、第1因子の「業務分担の認識相違から生じる困難感」は役割曖昧性に、第2因子の「職能を発揮できない不全感」は役割葛藤に、第3因子の「相対的役割過剰感」は役割過剰に相当すると解釈でき、理論通りの因子が抽出された。しかし、一部の項目は、当初想定した区分とは異なる因子として抽出された。仮設枠組みとの対比を示したのが表2-6である。

表2-6 介護老人保健施設で働く介護職の役割ストレスの仮設枠組みと因子分析結果の比較

因子分析結果	仮設枠組み
第1因子 業務分担の認識相違から生じる困難感（役割曖昧性）	
⑮職種間で業務の優先度に違いを感じる。	【役割葛藤】
⑫ケアの内容や結果について他職種から批判される。	【役割葛藤】
⑯スタッフによって求められる（求める）内容が異なることがある。	【役割葛藤】
⑭介護と看護ではケア内容に重なりが多いので分担が難しい。	【役割曖昧性】
第2因子 職能を発揮できない不全感（役割葛藤）	
⑩職業的な専門性を発揮できない。	【役割葛藤】
⑤自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある。	【役割曖昧性】
②自分の能力が十分に生かせている。（R）	【役割葛藤】
⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない。	【役割葛藤】
第3因子 相対的役割過剰感	
④看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい。	【役割過剰】
⑥本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。	【役割葛藤】
⑬自分たちの職種の方が責任が重い。	【役割過剰】

※ 仮設と実際が異なった項目について、仮設枠組み欄に網掛けを行った。



### (1) 業務分担の認識相違から生じる困難感

第1因子は平均得点が $3.29 \pm 0.78$ 点と第3因子の「相対的役割過剰感」に次いで高く、大きなストレス要因となっていた。項目でみると、「⑭介護と看護ではケア内容に重なりが多いので分担が難しい」は、平均得点 $2.92 \pm 1.09$ 点と得点はあまり高くはない。また、因子負荷量も $0.37$ と他の項目に比して低かった。施設における看護と介護は、「医療モデル」と「生活モデル」に分かれるものではないといった意識が浸透し、こうした業務上の曖昧性は、ある程度必然的なものとして捉えられ、大きなストレス要因にはなっていなかった。

むしろ「⑯スタッフによって求められる（求める）内容が異なることがある」が $3.84 \pm 0.95$ 点と全項目中でも最も平均得点が高い。鳥海（2007）<sup>67)</sup>は「介護と看護をどのように組み合わせるのか、突っ込んだやり取りで明確に位置づけることが重要」と提唱しているが、介護・看護職員とも離職率が高く、職員の入れ替わりが激しいことや、度重なる制度変更で、施設内での共通した認識や基準を設けることができず、スタッフ個人の判断で業務が運営されがちであることから、こうしたストレス要因が生じたと考えられる。

また、「⑮職種間で業務の優先度に違いを感じる」も $3.36 \pm 1.06$ 点と比較的高い数値を示し、介護と看護の認識の違いを感じている者が多かった。両者が異なる視点を持つことは、各々の専門性の違いから当然のことであり、この点だけではストレス要因とは言い難い。しかしながら、「⑱ケアの内容や結果について他職種から批判される」も $3.03 \pm 1.17$ 点と比較的高い点数を示した。他職種から批判されるという事象は「役割葛藤」の状況であるが、実際に批判されるというよりは、批判を予見し「反論してもしかたがない」といった妥協的なコーピングが図られ、状況が曖昧なまま放置されていることを映し出したと解釈され、「業務分担の認識相違から生じる困難感」という役割曖昧性を意味するカテゴリーに含まれたと考える。要するに、第1因子は業務内容が重なっている事自体に問題があるわけではなく、介護と看護での業務の認識、すみ分けの基準が曖昧なまま放置されていることで生じたストレス要因と位置づけられる。

介護職員は自立性が乏しく、相手に歩調を合わせがちというメンタリティについては1章でも触れたが、これはFolkman・他(1986)<sup>68)</sup>が分類したコーピング方略の「自己コントロール (self-controlling)」にあたり、ストレスフルな状況に置かれた時に不快な感情などを表に示さないようにする方略であり、多くの研究がネガティブな精神的健康の正に相関があるとしている(加藤:2005)<sup>69)</sup>。こうした知見を踏まえると、この項目の点数が高い点で、今後、バーンアウトとの関連を慎重に検討していく必要がある。

## (2)職能を発揮できない不全感

第2因子は平均得点が $2.68 \pm 0.73$ 点と最も低かった。介護職員への医療行為の拡大という状況変化の中で「生活」を支えるという介護職員の専門性が揺らいでいるのではないかと、という懸念もあったが、ストレスサーとしての認識は低く、介護の専門性が保たれていたと解釈できる。これは、今回の調査対象者のうち介護福祉士の有資格者が8割近くを占め、また、役職にある人が7割と中堅層が多かったためと考えられる。

中堅層になると、自分の仕事に自信を持ち、専門性も確立している。基本属性との関連でも、この第2因子は若い人ほど感じやすいといった傾向が見られ、中堅層が多かったために全体的には得点が低くなった、という解釈は成り立つ。若い人ほど「職能を発揮できない不全感」が強くなっていたのは、知識や技術が未熟なことから、理想としてのケアが先行し、実践が伴わないことによる不全感と思われる。年齢が高くなると、この因子の認識が低くなっていたのは、経験を重ねるごとに、こうしたギャップが解消されるためであろう。

しかし、「⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない」が $2.87 \pm 1.15$ 点と、この因子の中では高い得点となっていた。自分の描く介護職員としてのケアの方向性がありながら、序章で述べたように十分に真意を伝えることができていないことでのperson-role conflictが生じており、看護職員との階層性の影響がみられ、介護職員としての専門性が活かされにくい状況が伺えた。

### (3)相対的役割過剰感

第3因子は平均得点が $3.41 \pm 0.90$ 点と、3因子中で最も高いストレス要因であった。項目で見ると、「④看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい」が $3.77 \pm 1.10$ 点であり、因子負荷量も0.80と高く、業務量の多さという量的な過剰感が強かった。先行研究でも量的負荷の認識が高くなっており、異なるストレス要因項目を使用しての結果ではあるが、量的な過剰感がストレス要因として最も認識されやすいという結果は先行研究の知見と合致する。

また、第3因子に含まれた「⑥本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある」は、本来、生活援助を旨とする介護職員が、医療的行為を担わねばならないという昨今の状況を反映させ「役割葛藤」の因子として想定した項目であったが、「役割過剰」として抽出された。医療的行為という新たな役割に関して、介護職員は「なぜ、自分たちが担う必要があるのか」といった葛藤よりも、医療的行為を担うことで「業務量が増えた」という量的負担として捉えているようである。こうした結果となったのは、法的に合法ではないものの、ほとんどの施設で既に介護職員による医療的行為が実践されていた実態があったことから、葛藤ではなく、単に業務量が増えた、という認識につながったものと思われる。

今日の介護職員が抱える役割過剰感は、先行研究で見られた人材不足や業務の煩雑さ等の従来からの慢性的過剰感に加え、医療的行為という更なる負荷が加わった状態であり、深刻度を増している。

介護老人福祉施設の介護職員の人員配置は、介護保険制度制定時の2000年に4:1から3:1への見直しがあったものの、昨今の利用者の高齢化や重度化、施設機能の変化に対しては、重度化対応加算が一部導入されただけで、人員配置の抜本的な見直しはなされていない。業務の量や質だけが肥大し、介護職員の役割過剰感は増える一方であることから、増えた業務量を補てんするだけの職員配置の見直しが求められる。

## 2. 因子間相関

介護職員の役割ストレスとして抽出された3因子間の相関係数は、 $r=0.27\sim 0.54$ と中程度の正の相関が見られ、ストレスの3要素は相互に密接に関わっていることが示された。特に第1因子と第2因子の相関が $r=0.54$ 、第1因子と第3因子の相関が $r=0.47$ と比較的強く、「業務分担の認識相違から生じる困難感」は、「職能を発揮できない不全感」や「相対的役割過剰感」に波及する重要な要素であった。「業務の認識相違から生じる困難感」が「相対的役割過剰感」と関連が高かったのは、介護職員自身から「介護は何でも屋と思われている」といった言葉が出てくるように、業務分担や業務内容が曖昧なことで介護職員が様々なことを担わされ業務量が増えている状況を反映しており、「職能を発揮できない不全感」との関連は、色々な業務を担うことで本来の介護職員としての機能を見失いがちになっている、ということであろう。

このように「業務分担の認識相違から生じる困難感」は他の因子にも連動していることから、この要因の改善は他の要素の改善にも通じることが示唆された。「業務分担の認識相違から生じる困難感」は、介護と看護での業務の認識、すみ分けの基準が曖昧なまま放置されていることで生じるストレスであることから、曖昧な部分を放置せず、都度、調整していくことが重要である。

## 3. 「役割ストレス」の認識に影響を与える要因の検討

年齢が若いほど「業務分担の認識相違から生じる困難感」が強かったのは、施設の業務分担のあり方に不慣れなことでの経験不足と考えられ、先行研究（田尾・他：1996、米原・他：2002、田中：1999）<sup>47)~49)</sup>とも合致しもっともな結果といえる。「職能を発揮できない不全感」も若年者で高かったが、これは「業務分担の認識相違から生じる困難感」と連動する形で、業務が煩雑な中で、介護職員としての専門性を意識しづらい状況にあるためと思われ、経験の浅い介護職員が戸惑うことなく職種としての専門性を確立していけるよう、中堅の介護職員がモデルとなって後輩を育成していく必要がある。

男性より女性で「相対的役割過剰感」が強かったのは、看護職員も女性であることが多いため、同性同士で評価視点も厳しくなり、介護職員としては「自分たちは夜勤もしている」「体力を消耗する肉体労働をしている」のに看護職員は楽そうだ、といった感情が働いたのではないかと推察される。

役職者で「相対的役割過剰感」が有意に高まっていた。これは、役職者だからこそ日常の業務に加え、看護職員を含めた多職種との連携・調整や、部下の指導といった役割が付加されたためと解釈できる。介護保険制度導入後の職場環境の変化が、経験のある介護職員の職務負担を増加させているとの指摘もあり（小野寺・他：2007）<sup>70</sup>、「ゆとりのない職員体制のなかで意欲や能力を発揮することが難しくなった中堅職員が抜けてしまう状況となれば、先輩から必要な技術を習得することができなくなった新任職員の離職傾向がさらに高まるという負のスパイラルに陥っていくことになる」（阿部：2007）<sup>71</sup>ともあるように、中堅の介護職員がストレスを蓄積し、バーンアウトしてしまうのは組織としても損失が大きい。施設管理者は、こうした点も考慮し、中堅介護職員に多大な負荷がかからないよう検討しなおす必要がある。

介護福祉士の有資格者で「相対的役割過剰感」が高かったのは前述した役職者で「相対的役割過剰感」が高くなっていたのと同等の理由と考えられる。役職は、介護福祉士の有資格者に課されることが多いため、同様の傾向を示したと解釈できる。

#### 4. まとめ

本章では、介護職員の役割ストレスについて3領域16項目からなる仮設枠組みを設定し、質問項目を作成した。これを用い、実際に介護老人福祉施設に従事する介護職員に質問紙調査を行い、得られたデータをもとに因子分析を行った結果、概念枠組みで想定した3領域が、「業務分担の認識相違から生じる困難感」「職能を発揮できない不全感」「相対的役割過剰感」として抽出された。各因子の平均得点を見ると「相対的役割過剰感」が最も高いストレス要因となっており、一方、「職能を発揮できない不全感」は低く、介護職員への医療的行為の導入は役割過剰感を高めてはいるが、介護職員

の専門性はさほど侵食されていないことが示唆された。また、この3要因に影響する要素としては、若い人ほど「業務分担の認識相違から生じる困難感」「職能を発揮できない不全感」といったストレスを感じやすく、役職者が「相対的役割過剰感」を感じやすい傾向にあった。役職者は、ストレスを感じやすい若年者の指導やモデルとなりうる重要な人材であることから組織として役職者の負担について検討していく必要性がある。

探索的にではあるが、これら3因子について実証的な研究枠組みで実態が確認でき、これらに影響を与える個人要因を検討できたことは意義深いと考える。次章では、この「役割ストレス」の認識が、心理的ストレス反応に与える影響について検討をすすめる。

### 第3章 「役割ストレス」の心理的ストレス反応への影響

#### 第1節 研究目的

第2章で検討したとおり、ストレスの認識としては第3因子の「相対的役割過剰感」が $3.41 \pm 0.90$ 点と最も高く、次いで第1因子の「業務分担の認識相違から生じる困難感」が $3.29 \pm 0.78$ 点であり、第2因子の「職能を発揮できない不全感」が $2.68 \pm 0.73$ 点と最も低かった。しかし、ストレスは認知されていても、適切な対処行動がなされていけば必ずしもストレス反応に結びつくものではない。本章では、第2章で検討した各々の役割ストレスが心理的ストレス反応へ及ぼす影響を検証し、介護職員のメンタルヘルスにおいて重要なストレスを明らかにすることを目的とする。

#### 第2節 分析方法

まず、日本語版 MBI に関して検証的因子分析を行い、妥当性を検証した。日本語版 MBI は、「まったくあてはまらない」(1点)～「あてはまる」(5点)の5件法で回答を得た。その後、「役割ストレス」の心理的ストレス反応への影響を検証するため、基本属性(性別、年齢、役職の有無、介護福祉士の資格の有無)、施設の種類として利用者の平均要介護度、看取りへの取り組み、「役割ストレス」の3因子を独立変数とし、日本語版 MBI を従属変数とする強制投入法による重回帰分析を行った。重回帰分析を行うにあたり、「性別(男性=0, 女性=1)」「年齢(20代=1～50代以上=4)」「役職の有無(なし=0, あり=1)」「介護福祉士の資格の有無(ヘルパーおよび無資格者=0, 介護福祉士=1)」「看取りへの取り組み(なし=0, あり=1)」は、ダミー変数を作成した。利用者の平均要介護度は、回答された実数値を投入した。検定の統計的有意水準は5%未満とし、VIF 値によって独立変数間の多重共線性の有無を確認した。

また、日本語版 MBI への影響をより詳細に検討するため、日本語版 MBI の全体を従属変数とする分析とともに、3つの下位尺度を従属変数とする分析も合わせて実施した。

### 第3節 研究結果

#### 1. 日本語版MBIの記述統計量

表3-1はバーンアウトの記述統計量を示す。項目の回答分布に問題となるような偏りは見られず、欠損値の出現も1人の範囲内であったことから、分析に支障はないと判断した。また、因子分析には欠損のない310の調査票を用いた。

表3-1 バーンアウトの各設問に関する回答分布

項目	平均値	標準偏差	まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる	欠損値
1. こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。	3.47	1.32	9.5	17.1	18.7	26.3	28.3	
2. われを忘れるほど仕事に熱中することがある。(R)	3.20	1.12	6.7	21.3	30.8	27.6	13.3	1
3. こまごまと気配りをすることが面倒に感じることがある。	3.30	1.12	6.3	21.0	21.6	39.0	12.1	
4. この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。(R)	3.63	1.08	4.8	9.2	27.6	35.6	22.9	
5. 同僚や利用者の顔を見るのも嫌になる時がある。	2.69	1.26	17.8	34.3	19.4	17.1	11.1	1
6. 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある。	2.68	1.31	21.0	29.5	22.9	13.0	13.3	1
7. 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることがある。	3.94	1.09	3.2	9.2	15.9	34.0	37.8	
8. 出勤前、職場に出るのが嫌になって家にいたいと思うことがある。	3.30	1.38	12.7	21.6	12.4	28.9	24.1	1
9. 仕事を終えて、今日はよい1日だったと思うことがある。(R)	3.67	1.01	2.9	9.2	27.3	39.0	21.6	
10.同僚や利用者とも話したくなくなることがある。	2.65	1.28	21.9	29.5	20.6	17.8	10.2	
11.仕事の結果はいつでもよいと思うことがある。	2.32	1.13	26.0	37.1	21.3	9.5	5.7	
12.仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。	3.78	1.07	3.2	11.1	18.1	39.4	28.3	
13.今の仕事に、心から喜びを感じることもある。(R)	3.64	1.04	1.6	13.0	29.8	30.8	24.8	
14.今の仕事は私にとってあまり意味がないと思うことがある。	2.06	1.05	35.9	33.7	22.9	3.5	4.1	
15.仕事楽しくて知らないうちに時間が過ぎることがある。(R)	3.19	1.17	8.3	21.3	28.6	27.3	14.6	
16.体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	4.01	1.08	3.2	8.6	12.4	35.6	40.3	
17.われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。(R)	3.52	0.99	3.8	8.9	34.9	36.5	15.9	

※ 欠損値は度数、「まったくあてはまらない」～「あてはまる」は%で示した。

#### 2. 日本語版MBIの因子構造と得点

日本語版MBIの検証的因子分析を行ったところ、第1因子が「脱人格化」に対応する因子、第2因子が「情緒的消耗感」に対応する因子、第3因子が「個人的達成感の低下」に対応する因子となり、概念通りの3因子が抽出された。バーンアウトの因子負荷量と平均値を表3-2に示す。また、各因子のCronbachの $\alpha$ 係数は、0.84、0.80、0.76といずれも高値を示し、因子間相関では「情緒的消耗感」と「脱人格化」は0.88と非常に強い相関が見られたが、「脱人格化」と「個人的達成感の低下」、「情緒的消耗感」と「個人的達成感の低下」は0.41と0.57と中程度の相関となった。因子の寄与率も第1因子「脱



人格化」18.0%、第2因子「情緒的消耗感」14.1%、第3因子「個人的達成感の低下」13.7%で、全体での寄与率は45.8%となった。

表3-2 バーンアウトの因子分析結果

n=310

項目	第1因子	第2因子	第3因子	平均値	標準偏差
第1因子 脱人格化 $\alpha = 0.835$				2.62	0.89
5. 同僚や利用者の顔を見るのも嫌になる時がある。	.701	.308	.089	2.69	1.26
10. 同僚や利用者とも話したくなくなることがある。	.681	.364	.041	2.66	1.28
11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	.675	.144	.109	2.32	1.13
6. 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある。	.608	.273	.235	2.69	1.31
14. 今の仕事は私にとってあまり意味がないと思うことがある。	.544	.131	.273	2.07	1.05
3. こまごまと気配りをするのが面倒に感じる時がある。	.461	.315	.136	3.31	1.12
第2因子 情緒的消耗感 $\alpha = 0.801$				3.70	0.89
16. 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	.173	.846	.005	4.02	1.09
12. 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。	.267	.703	.031	3.80	1.07
8. 出勤前、職場に出るのが嫌になって家にいたいと思うことがある。	.393	.533	.141	3.31	1.34
1. こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。	.467	.487	.156	3.48	1.31
7. 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じる時がある。	.283	.406	.067	3.95	1.09
第3因子 個人的達成感の低下 $\alpha = 0.764$				2.53	0.72
13. 今の仕事に、心から喜びを感じる時がある。(R)	.253	.027	.753	2.35	1.04
15. 仕事楽しくて知らないうちに時間が過ぎることがある。(R)	.146	.178	.694	2.82	1.17
9. 仕事を終えて、今日はよい1日だったと思うことがある。(R)	.072	.114	.693	2.33	1.01
2. われを忘れるほど仕事に熱中することがある。(R)	.025	-.098	.481	2.80	1.13
17. われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。(R)	.081	.068	.457	2.48	0.98
4. この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。(R)	.341	.101	.377	2.39	1.08
寄与率	17.98	14.14	13.72		
累積寄与率	17.98	32.11	45.83		
因子相関	第1因子				
	第2因子	0.881			
	第3因子	0.414	.567		

※ パリマックス回転を伴う主因子法 ※ (R)は反転項目を示す。

※ 各因子の平均値は各下位尺度に含まれる項目の和を各因子を構成する項目数で除して算出した。

平均値は「情緒的消耗感」が $3.70 \pm 0.89$ 点と最も高く、次いで「脱人格化」の $2.62 \pm 0.89$ 点、「個人的達成感の低下」 $2.53 \pm 0.72$ 点であった。田尾・久保がバーンアウトに陥

っている状態として危険域や要注意群としている得点にあった者<sup>47)</sup>は、「脱人格化」（危険域21点以上・要注意18～21点）で危険域58人（18.4%）、要注意群52人（16.5%）、「情緒的消耗感」（危険域：24点以上、要注意21～23点）で危険域47人（15.0%）、要注意群70人（22.2%）と、いずれも危険域と要注意群を合わせ約3分の1にバーンアウト兆候が認められた。しかし、「個人的達成感の低下」（反転なしで危険域が9点以下、要注意が10～12点）では危険域が2人（0.6%）、要注意群が1人（0.3%）と少なかった。

### 3. 「役割ストレス」 と日本語版MBIの関連

「役割ストレス」と日本語版MBIとの関連を検討するため、重回帰分析を行った結果が表3-3である。

表3-3 介護老人福祉施設で働く介護職員の役割ストレスと日本語版MBIの関連

項目		標準化係数 $\beta$	t値	VIF
個人特性	性別 (男性：0, 女性：1)	-.016	-.283	1.088
	年齢 (20歳代：1, 30歳代：2, 40歳代：3, 50歳代以上：4)	-.182 **	-3.154	1.143
	役職の有無 (なし：0, あり：1)	.031	.500	1.293
	介護福祉士の資格の有無 (なし：0, あり：1)	.031	.537	1.163
施設特性	平均介護度 (1～5)	-.030	-.553	1.047
	看取りへの取り組みの有無 (なし：0, あり：1)	-.123 *	-2.250	1.038
役割ストレス	業務分担の認識相違から生じる困難感 (1～5)	.070	1.082	1.431
	職能を発揮できない不全感 (1～5)	.309 ***	5.076	1.278
	相対的役割過剰感 (1～5)	.168 **	2.756	1.277
R <sup>2</sup>		0.240		
調整済みR <sup>2</sup>		0.214		
F値		9.200		

\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05 † p<.10

「職能を発揮できない不全感」 ( $\beta = 0.31$ ) が 0.1%水準で「相対的役割過剰感」 ( $\beta = 0.17$ ) と 1%水準で日本語版MBIと有意な関連を示した。「役割ストレス」以外の要因では、年齢 ( $\beta = -0.18$ ) が 1%水準で日本語版MBIに影響を与えており、年齢が若い人ほどバーンアウト傾向が強かった。また、看取りへの取り組み ( $\beta = -0.12$ ) も 5%水準ではあるが影響が見られ、看取りを実施している施設ほどバーンアウトが少なかった。

#### 4. 「役割ストレス」と日本語版MBIの下位尺度との関連

「役割ストレス」と日本語版MBIの下位尺度との関連を検討した結果が表3-4である。下位尺度との関連では、「脱人格化」で調整済み $R^2$ が0.25と大きく、逆に「個人的達成感の低下」では0.05にとどまった。

「職能を発揮できない不全感」は、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」の3因子すべてと関連がみられた。「相対的役割過剰感」との関連が見られたのは、「情緒的消耗感」と「脱人格化」で、「個人的達成感の低下」とは関連がなかった。「業務分担の認識相違から生じる困難感」はバーンアウトとの関連はなかった。

「役割ストレス」以外の要因では、日本語版MBI全体との関連でも有意差が出た年齢は「情緒的消耗感」「脱人格化」との関連は見られたが、「個人的達成感の低下」との関連はみられなかった。逆に、日本語版MBI全体で関連が示唆された看取りへの取り組み状況と関連が見られたのは「個人的達成感の低下」のみで「情緒的消耗感」や「脱人格化」とは関連がなかった。

表3-4 介護老人福祉施設で働く介護職員の役割ストレスと日本語版MBI下位尺度との関連

項目	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感の低下		
	標準化係数 $\beta$	t値	標準化係数 $\beta$	t値	標準化係数 $\beta$	t値	
個人特性	性別 (男性:0, 女性:1)	.050	.858	-.075	-1.371	.005	.087
	年齢 (20歳代:1, 30歳代:2, 40歳代:3, 50歳代以上:4)	-.176 **	-2.914	-.146 **	-2.609	-.102	-1.606
	役職の有無 (なし:0, あり:1)	.033	.515	.036	.594	.011	.163
	介護福祉士の資格の有無 (なし:0, あり:1)	-.060	-.980	.040	.702	.106	1.667
施設特性	平均介護度 (1~5)	-.037	-.635	.012	.230	-.059	-.983
	看取りへの取り組みの有無 (なし:0, あり:1)	-.071	-1.232	-.086	-1.609	-.131 *	-2.175
役割ストレス	業務分担の認識相違から生じる困難感 (1~5)	.104	1.543	.106	1.688	-.063	-.897
	職能を発揮できない不全感 (1~5)	.209 ***	3.282	.330 ***	5.571	.185 **	2.777
	相対的役割過剰感 (1~5)	.138 *	2.173	.182 **	3.075	.072	1.077
R <sup>2</sup>		.162		.275		.078	
調整済みR <sup>2</sup>		.133		.250		.047	
F値		5.682		11.091		2.494	

\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05 † p<.10

## 第4節 考察

### 1. 日本語版MBIの検証

まず、本章の検証をすすめるうえで中核をなす日本語版MBIの検証を行った。日本語版MBIは、本邦でも看護職員や介護職員、教員、保母など様々なヒューマン・サービス業のストレス研究に用いられている。しかし、欧米における先行研究でも、理論的な基本構造としては3因子説がとられているが、「情緒的消耗感」と「脱人格化」の一次元可能性が浮かび上がり、二次元説が提唱されるなど、未だ一定の結論が得られていない。原田ら(2000)<sup>58)</sup>は、介護老人福祉施設の介護職員のデータをもとに、MBIの尺度が本邦の介護職員に適合するかを検討しており、MBIの改定モデルの適合度は、統計学的に

は許容水準を満たしているが、「個人的達成感の低下」をMBIの下位概念に加えることには疑問を呈し、3因子斜交モデルについては強く支持できないとしている。また、日本語版MBIを作成した久保自身が行った適合度や妥当性に関する研究（2007）<sup>59)</sup>でも3因子構造の因子的妥当性は高かったものの、MBI尺度の近似の概念との関連から構成概念の妥当性を検証した結果で「個人的達成感の低下」の特異性が示されている。

そこで本研究では、「役割ストレス」 とストレス反応の関連を検討する前段階として日本語版MBIの因子構造の確認を行った。結果としては、概念通りの3因子構造が抽出され、信頼性（内的一貫性）も0.76～0.84と高かった。因子間相関でみた場合、「個人的達成感の低下」と他の2因子の相関がやや低くはあるが、寄与率に大きな偏りもないことから、従属変数として適切であると判断した。

また、「情緒的消耗感」と「脱人格化」に関しては、バーンアウトの兆候を認めた者が約3分の1を占めており現状の厳しさが示された。

## 2. 「役割ストレス」 と日本語版MBIの関連

第2章で検証したように、認識が最も高かったストレスは「相対的役割過剰感」（3.14±0.90点）であったが、バーンアウトとの関連が強かったのは、最も認識の程度が低かった「職能を発揮できない不全感」（2.68±0.73点）であった。「相対的役割過剰感」が認識の程度が高い割にバーンアウトに至らなかったのは、田尾（1986）<sup>72)</sup>が「過重というのは…有能さをあらわすものであったり、自らの立場の誇示に役立つものなので、内発的な含意を持つ」と指摘するように、「看護職員より忙しい」という過剰感「介護老人福祉施設は介護職員が中核的な役割を担っている」といった介護職員の有用感に転化されバーンアウトにならなかったと推察される。物理的な「役割過剰感」はバーンアウトと結びつきやすいが、今回は因子名に「相対的」という言葉が入っている通り、看護職員と比較して、というニュアンスが入った過剰感であることから、上記のような流れが生じたと思われる。

逆に「職能を発揮できない不全感」は、専門職としてのアイデンティティを脅かすものであり、専門職アイデンティティが損なわれるとストレス反応に負の影響が見られるとする児玉(2005)<sup>73)</sup>やElovainioと Kivimäki(2001)<sup>74)</sup>の結果を支持する形となった。

介護職員のストレスサーというところ、業務の忙しさといった過剰感が連想されやすく、実際、認識の面では $3.14 \pm 0.90$ 点と高かったが、バーンアウトにつながる要因としては「職能を発揮できない不全感」の方が重要であった。この不全感は $2.68 \pm 0.73$ 点と感じられている程度こそ低いものの、メンタルヘルスに悪影響をもたらす要因として、注視すべき因子といえる。

1987年の社会福祉士及び介護福祉士法の制定以来、介護職員は専門職としての確立がめざされ、職業集団としても急成長してきたが、業務内容が多様化し、肥大化する中、その専門性は形成途上(中畠:2005)<sup>75)</sup>にあるともいわれ、定義や専門性が確立されているとは言い難い。今回の医療的行為の介護職員への導入も、利用者ニーズに対しての医師や看護職員の絶対的な不足を解消することに重きが置かれ、医療的行為の導入が介護職員の専門性にどのような影響を及ぼすのかについての踏み込んだ議論がなされていないことから、介護職員が医療的行為の手技的な部分だけに特化してしまい、ミニ看護師化することを危惧する意見もある。今回、「職能を発揮できない不全感」の因子がストレスサーとしての認識率は低い、バーンアウトと密接につながる結果となったことは、こうした危惧を抱く層が少なからず存在することを示唆しているといえよう。

また、前章で述べたように、若年層が、こうした不全感を抱きやすい傾向にあった。吸引回数は、口腔ケアをしっかりと行い、排痰のしやすい姿勢にする、湿度など室内環境を整える等、生活面の調整や工夫で減らせる。若年層の介護職員がこのような生活面から高齢者を支えるという「介護」として専門性を実感し、日々の食事介助や排泄介助等をこなすべき業務として捉えるのではなく、日々のケアの積み重ねで生活が整い、利用者が穏やかに過ごせることを伝え、自分たちの仕事に誇りをもってもらうことが大切である。

一般的に職業ストレス研究では、役割曖昧性もストレス反応との結びつきが強いとされるが (Lee & Ashfort : 1996) <sup>76)</sup>、本研究における「業務分担の認識相違から生じる困難感」は、認識の程度は $3.29 \pm 0.78$ 点と、「相対的役割過剰感」と並び、認識の程度は高かったものの、バーンアウトとの関連はなかった。本研究における役割の曖昧性は、介護と看護の業務の重なりによって生じる曖昧性ということになるが、第2章でも述べたように施設における介護と看護は「生活モデル」と「医療モデル」として明確に区分できるものではない、といった考え方が浸透し、受け入れ (対処行動) がなされていたためストレス反応につながらなかったと考えられる。

表3-4で示した「役割ストレス」の日本語版MBIの下位尺度への影響については「脱人格化」の調整済み $R^2$ が最も高くMBIの中核概念である「情緒的消耗感」よりも、「脱人格化」と強い関連性が見られた。これは、本研究における「役割ストレス」が、介護職員が医療を担う時に求められる看護職員との連携時に感じるストレスとしての位置づけで、対人関係の要素が強いことによると思われる。本研究での「役割ストレス」は、看護職員や医師などの医療側の職種に対して「介護職員」という立場として感じる役割の重さであり、絶対的な仕事量としての負荷ではない。日本語版MBIの因子的、構成概念妥当性の検証を行った久保(2007) <sup>59)</sup>が「前者 (情緒的消耗感) は過重労働など一般的なストレス変数との関連が強く、後者 (脱人格化) は同僚とのコミュニケーションなど人間関係に関わるストレスとの関連が強かった」と述べている通り、今回の傾向はこうした見解に即した結果となった。

### 3. 「個人要因」「環境要因」と日本語版MBIの関連

バーンアウトと個人属性 (性別・年齢・職位など) では、特に年齢との関連の強さが指摘されている (Schaufeli:1998) <sup>55)</sup>。本研究でも性別や職位との関連はなかったが、年齢とは5%水準で関連を示し、年齢が若いほどバーアウトの傾向が強かった。年齢が若い場合は、職場での修業年限も浅く、人間関係が希薄であることが多く、必然的に対人関係のストレスも多くなることが予想される。また、Miller (1999) <sup>77)</sup>が指摘す

るように、新人は職場での役割やキャリアが明確でないことから、不慣れな環境下でバーンアウトも生じやすかったものと推察できる。

また、「看取りへの取り組み」は、「個人的達成感の低下」を下げることを通じてバーンアウトを軽減する方向に作用しており、「情緒的消耗感」や「脱人格化」との関連は見られなかった。介護職員は、夜間、看護職員が不在となる状況で、施設で看取りを行うことに不安を感じ、避けようとしていることが報告されており（清水・他：2007, 大友：2007）<sup>78) 79)</sup>、バーンアウトを高める要因になると予測したが、結果は逆であり、「看取り」の実施は、「情緒的消耗感」や「脱人格化」といったバーンアウトの負の側面とは関連せず、「個人的達成感の低下」を減らすプラスの側面、やりがいを高める方向に働いていた。「看取り」は医療の限界をえたところで、対象者の生活を整えながら最後まで人間らしく過ごして頂くためのサポートをする営みである。医療や看護が前面に出ることはないが、徐々に生活機能が衰えていく中で、褥瘡を予防したり、呼吸がしやすくなるように体位を工夫する等、利用者の苦痛を和らげ、安楽を確保するための取り組みや夜間や急変時の対応についての調整など、介護と看護の接点は自ずと増える。そのため、看護職員との関係性の悪さから生じる「役割ストレス」は緩和され、むしろ、両職種間で利用者の安全・安楽という共通目標を持たたやりがい感として「個人的達成感」が高まったものと推察できる。介護老人福祉施設での看取りは、今後、ますます増えていくことが予想される。「看取り」の経験が多い職員ほど施設で看取ろうとする意識が高い傾向があることも報告されていることから（大友：2007）<sup>79)</sup>、組織としても「看取り」を介護職員のストレスとして捉えるのではなく、職員間の連帯感を高める契機ととらえ、施設内の体制を整えていくことが重要と考える。

その一方で、医療的行為を反映した指標として取り上げた利用者の「平均要介護度」との関連はなかった。平均要介護度は医療的行為のみを反映するのではなく、認知症の重症度やADLの自立度といった要素も含まれるため、指標としての曖昧さがあったと考える。また、もう一つの理由として、「看取り」は非日常的な機会として、介護と看護の情報共有の機会を増やし、お互いを結びつける作用があるが、日々の日課的に行わ



れる吸引や経管栄養といった医療的行為は、一旦、介護と看護で役割分担の合意がなされると、淡々と進められる業務の一つに落ち着いてしまうことから、バーンアウトとの関連が希薄になったと考えられる。

#### 4. 「役割ストレス」の日本語版MBIの下位尺度への影響とモデルの説明力

日本語版MBIの下位尺度を従属変数にした時、調整済み $R^2$ が0.25と「脱人格化」との関連が強く、「情緒的消耗感」や「個人的達成感の低下」との関連が弱かった点については、本研究で取り上げた「役割ストレス」という概念自体が、対人ストレス的な要素が強いためと考えられる。中でも「個人的達成感の低下」との関連が極端に低かったのは、「個人的達成感の低下」が他の2因子と一線を画す独立性を持つ因子であったためであろう。この独立性は、尺度開発者であるMaslachとJackson(1996)が開発当初から指摘していた点であり<sup>61)</sup>、MBIを用いた61の研究データについてメタ分析を行ったLeeとAshforth(1996)<sup>76)</sup>も「個人的達成感の低下」とストレスの関連は希薄であることを報告している。こうしたことから、本研究のモデルの説明力の低さや片寄りは妥当なものと解釈できる。

また、全体としても決定係数である調整済み $R^2$ は0.21であり、本モデルの説明力は弱かった。これは、今回、「役割ストレス」に特化してモデルを組み立てたことに起因する。NIOSH(米国国立労働研究所)が開発した総合的職場性ストレス調査票は、ストレスとして「物理的環境」「役割葛藤」「役割曖昧性」「対人葛藤」「仕事の将来の曖昧さ」「仕事のコントロール」「雇用機会」「量的労働負荷」「労働負荷の変動」「人々への責任」「技術の低活用」「認知的欲求」「交代制勤務」といった多様な項目で成り立っており、バーンアウトといったストレス反応は、こうした多くの要因によって生じるものである。本研究では、介護老人福祉施設の介護職員が、昨今の施設機能の変化で感じていると予測される「役割ストレス」を限定的に取り上げたため、モデルとしての説明力が低くなってしまふことは否めない。むしろ、他に多くの要因がある中で、

「役割ストレス」だけで調整済み $R^2$ が0.21に達したことは、「役割ストレス」の影響力の大きさと捉えることもできる。

## 5. まとめ

本章では、「役割ストレス」のバーンアウトへの影響について検討した。その結果、「相対的役割過剰感」や「業務分担の認識相違から生じる困難感」は認識されていた程度は高かったが、バーンアウトへの影響は少なかった。これは、前者の場合、忙しさが有用感に転化されたため、後者は、介護と看護の視点の相違が自明の理として受け止められていたためと解釈できる。むしろ、バーンアウトへの影響として最も深刻であったのは「職能を発揮できない不全感」であり、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」といったバーンアウトの下位尺度全般に関連し、専門職としてのアイデンティティを脅かすものとして、役割ストレスの中でも注視すべき課題であることが明らかとなった。

## 第4章 介護老人福祉施設に従事する介護職員の「役割ストレス」と

### 日本語版 MBI の関連～役職者・非役職者別の検討

#### 第1節 研究目的

本章の目的は、前章で検討した「役割ストレス」のバーンアウトへの影響を、役職者と非役職者別で検討することである。

#### 第2節 分析方法

「役割ストレス」、日本語版 MBI については、役職の有無で比較するため t 検定を実施した。また、役職の有無で 2 群に分け、基本属性として「性別」「年齢」「介護福祉士の資格の有無」、「役割ストレス」の下位尺度 3 要因、昨今の施設状況を反映する項目として「看取りへの取り組み」と利用者の「平均要介護度」の 7 項目を独立変数、日本語版 MBI を従属変数とする重回帰分析を行った。

#### 第3節 研究結果

##### 1. 役職者・非役職者ごとの属性

役職者・非役職者の属性を示したのが表 4-1 である。性差は少ないが、年齢では非役職者で 20 歳代が半数を占める一方、役職者は 30 歳代が 41.9%と最も多かった。また、職種でも役職者では介護福祉士の有資格者が 87.8%に達したのに対し、非役職者ではヘルパーや無資格者が 4 割を占めた。

役職の有無別での所属施設の概要については、平均要介護度はいずれも 3.87 と近似していた。看取りへの取り組みは役職者の所属施設が 79.6%と、非役職者の所属施設の 73.3%に比べ若干高かったが有意差はなかった。

表4-1 役職者・非役職者別の基本属性

項目	カテゴリー	全体 n=315 100.0%		非役職者 n=93 29.5%		役職者 n=222 70.5%	
		度数	%	度数	%	度数	%
性別	男性	124	39.4	32	34.4	91	41.0
	女性	190	60.3	61	65.6	129	58.1
	無回答	1	0.3	0	0.0	1	0.5
年齢	20歳代	100	31.7	51	54.8	49	22.1
	30歳代	115	36.5	22	23.7	93	41.9
	40歳代	61	19.4	14	15.1	47	21.2
	50歳代以上	39	12.4	6	6.5	33	14.9
	無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0
職種	介護福祉士	249	79.0	54	58.1	195	87.8
	ヘルパー	39	12.4	24	25.8	15	6.8
	無資格	19	6.0	14	15.1	5	2.3
	無回答	8	2.5	1	1.1	7	3.2

## 2. 「役割ストレス」 と日本語版 MBI の役職の有無による差異

表 4-2 は、「役割ストレス」と日本語版 MBI の項目ごとの平均得点を役職の有無別で比較した結果である。「役割ストレス」全体での平均得点は、非役職者  $3.07 \pm 0.63$  点、役職者は  $3.14 \pm 0.59$  点と有意差はなかった。しかし「役割ストレス」の下位項目では有意差が見られ、「相対的役割過剰感」は非役職者  $3.19 \pm 0.84$  点、役職者  $3.50 \pm 0.91$  点と役職者で有意に高く、「職能を発揮できない不全感」は非役職者  $2.83 \pm 0.74$  点、役職者  $2.61 \pm 0.71$  点と非役職者で有意に高かった。「業務分担の認識相違から生じる困難感」の因子は全体としては、役職者と非役職者での差異は見られなかったものの、「⑫ ケアの内容や結果について他職種に批判される」の設問に関しては役職者  $3.18 \pm 1.19$  点、非役職者で  $2.77 \pm 1.08$  点と役職者で特に高く、違いが見られた。

日本語版 MBI の全体での平均得点は、非役職者  $2.92 \pm 0.67$  点、役職者は  $2.90 \pm 0.66$  点で有意差はなく、下位項目でも有意差はみられなかった。

表4-2 「役割ストレス」および「日本語版MBI」の役職者・非役職者の平均得点

	平均得点±標準偏差		t値
	非役職者	役職者	
役割ストレス $\alpha = .80$	3.07±0.63	3.14±0.59	1.00
第1因子「業務分担の認識相違から生じる困難感」 $\alpha = .70$	3.19±0.83	3.33±0.75	1.50
⑮職種間で業務の優先度に違いを感じる	3.30±1.09	3.38±1.05	0.59
⑫ケアの内容や結果について他職種から批判される	2.77±1.08	3.18±1.19	2.49 *
⑯スタッフによって求められる(求める)内容が異なる	3.72±0.98	3.89±0.94	1.46
⑭介護と看護ではケア内容に重なりが多いので負担が難しい	2.95±1.07	2.91±1.10	0.24
第2因子「職能を発揮できない不全感」 $\alpha = .67$	2.83±0.74	2.61±0.71	2.47 *
⑩職業的な専門性を発揮できない	2.76±0.97	2.58±1.05	1.44
⑤自分で何をやるべきなのか、よくわからないときがある	2.52±1.05	2.29±1.13	1.63
②自分の能力が十分に生かしている(R)	3.03±0.80	2.72±0.78	2.55 *
⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない	3.02±1.10	2.81±1.16	1.53
第3因子「相対的役割過剰感」 $\alpha = .64$	3.19±0.84	3.50±0.91	2.84 **
④看護職と比べると自分たちの職種のほうが忙しい	3.51±1.11	3.88±1.08	2.80 **
⑥本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いつながら行っている業務がある	3.15±1.29	3.37±1.30	1.40
⑬自分たちの職種の方が責任が重い	2.91±1.11	3.21±1.13	2.13 *
日本語版MBI $\alpha = .87$	2.92±0.67	2.90±0.66	0.20
第1因子「情緒的消耗感」 $\alpha = .84$	3.75±0.91	3.69±0.88	0.54
第2因子「脱人格化」 $\alpha = .85$	2.60±0.92	2.63±0.87	0.28
第3因子「個人的達成感の低下」 $\alpha = .75$	2.54±0.79	2.52±0.70	0.17

「役割ストレス」および「日本語版MBI」の平均得点は各尺度項目の和を因子を構成する項目数で除した値である。

\*\*\*  $p < .001$     \*\*  $p < .01$     \*  $p < .05$     (R)は反転項目を示す。

### 3. 役職の有無別でみた「役割ストレス」と日本語版 MBI の関連

表 4-3 が役職者と非役職者別での要因間の関連であり、表 4-4 が重回帰分析の結果である。非役職者では役割ストレスの下位項目である「相対的役割過剰感」( $\beta = 0.34$ )、「職能を発揮できない不全感」( $\beta = 0.28$ )と「看取りの実施の有無」( $\beta = -0.24$ )が1%水準、「性別」( $\beta = -0.18$ )が5%水準と、4項目で日本語版 MBI と有意な関連がみられ、モデルの説明力を示す調整済み  $R^2$ は 0.43 となった。一方、役職者では、役割ストレスの下位項目「職能を発揮できない不全感」( $\beta = 0.31$ )と「年齢」( $\beta = -0.23$ )が1%水準と、2項目で日本語版 MBI と有意な関連がみられるのみであり、調整済み  $R^2$ は 0.15 にとどまった。

表4-3 非役職者と役職者における要因間の関連

非役職者 (n=82)	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
I. 日本語版MBI(1~5)	1.000	-.176	-.179	.124	.026	-.188 *	.459 ***	.513 ***	.487 ***
II. 性別(男性=0, 女性=1)		1.000	-.010	.002	.007	-.008	-.042	-.093	.085
III. 年齢 (20歳代: 1, 30歳代: 2, 40歳代: 3, 50歳代以上: 4)			1.000	-.099	-.179	-.086	-.186 *	-.163	-.112
IV. 介護福祉士資格の有無(なし=0, あり=1)				1.000	.296 **	.185 *	.051	.022	.163
V. 平均要介護度(1~5)					1.000	.310 **	.144	.053	.193
VI. 看取りへの取り組みの有無 (なし: 0, あり: 1)						1.000	.020	.006	.104
VII. 業務分担の認識相違から生じる困難感							1.000	.517 ***	.432 ***
VIII. 職能を発揮できない不全感								1.000	.360 ***
IX. 相対的役割過剰感									1.000

役職者 (n=190)	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
I. 日本語版MBI(1~5)	1.000	.013	-.225 **	.028	-.059	-.086	.218 **	.342 ***	.162 *
II. 性別(男性=0, 女性=1)		1.000	.243	.048	.037	.039	.074	-.085	.219 **
III. 年齢 (20歳代: 1, 30歳代: 2, 40歳代: 3, 50歳代以上: 4)			1.000	-.063	.028	-.014	-.146 *	-.062	.077
IV. 介護福祉士資格の有無(なし=0, あり=1)				1.000	-.021	-.126 *	.169 *	.046	-.004
V. 平均要介護度(1~5)					1.000	.104	-.042	-.033	.004
VI. 看取りへの取り組みの有無 (なし: 0, あり: 1)						1.000	-.014	-.012	.004
VII. 業務分担の認識相違から生じる困難感							1.000	.380 ***	.386 ***
VIII. 職能を発揮できない不全感								1.000	.186 **
IX. 相対的役割過剰感									1.000

\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05

なお、いずれの重回帰モデルにおいても F 値は 0.1%水準で有意でありモデルの有効性が示された。また、独立変数の VIF 値も 1.01~1.54 と多重共線性が疑われる 2 よりも低かった。

表4-4 役職の有無でみた「役割ストレッサー」と日本語版MBIの関連

項目		非役職者 (n=82)		役職者 (n=190)	
		標準化係数 $\beta$	t値	標準化係数 $\beta$	t値
個人特性	性別 (男性 : 0, 女性 : 1)	-.175 *	-2.052	.078	1.087
	年齢 (20歳代 : 1, 30歳代 : 2, 40歳代 : 3, 50歳代以上 : 4)	-.088	-1.004	-.231 **	-3.270
	介護福祉士の資格の有無 (なし : 0, あり : 1)	.105	1.182	-.020	-.285
施設特性	平均介護度 (1~5)	-.048	-.510	-.036	-.529
	看取りへの取り組みの有無 (なし : 0, あり : 1)	-.242 **	-2.712	-.087	-1.282
役割ストレッサー	業務分担の認識相違から生じる困難感 (1~5)	.147	1.410	.026	.320
	職能を発揮できない不全感 (1~5)	.284 **	2.819	.305 **	4.174
	相対的役割過剰感 (1~5)	.343 **	3.515	.097	1.292
R <sup>2</sup>		.484		.188	
調整済みR <sup>2</sup>		.427		.152	
F値		8.559		5.234	

\*\*\* p<.001    \*\* p<.01    \* p<.05

#### 第4節 考察

##### 1. 役職の有無別でみた「役割ストレッサー」の影響

役職者・非役職者の比較で、最も顕著な相違がみられたのは「相対的役割過剰感」であった。表 4-2 にある通り認識としては役職者で高くなっているが、表 4-4 の結果が示す通りバーンアウトへの影響は見られなかった。役職者で「相対的役割過剰感」の認識が高かったのは、役職につくことで、自らの担当業務だけではなく、部下の指導や管理、他職種を含めての仕事の割り振りや業務量の調整といったマネジメント業務が付加されてくるためと考えられる。しかし、役職者が非役職者以上に「相対的役割過剰感」を

感じていながらもバーンアウトにつながっていなかったのは、「過重というのは、現場の管理者にとっては、有能さを表すものであったり、自らの立場の誇示に役立つ」（田尾：1986）<sup>72)</sup>とあるように、業務を遂行していくことが自己の達成感や有用感となり、バーンアウトにつながらなかったと考えられる。一方、非役職者の「相対的役割過剰感」の認識は役職者より低かったが、バーンアウトへの影響は強く中心的ストレスナーとなっていた。役職者は過剰な業務であっても、それをこなしていただくだけの知識や技術があり、多大な業務をこなしていくことが達成感、有用感につながるが、非役職者は、業務をこなせない中で自らの能力不足をより痛感する形になり、バーンアウトが強まったものと思われる。

「職能を発揮できない不全感」は他の役割ストレスナーに比べると認識は低く、非役職者 2.83±0.74 点、役職者 2.61±0.71 点と非役職者で不全感を抱いている者が多かった。「職能を発揮できない不全感」は、専門職としてのアイデンティティを脅かすものであることから、認識が低いからといって軽視すべきではないことは前章でも述べた。役職者では「相対的役割過剰感」や「業務分担の認識相違から生じる困難感」がバーンアウトとの関連を示さなかった中、「職能を発揮できない不全感」は、唯一、バーンアウトと関連が見られた因子でもあり、注視すべきストレスナーといえる。

表 4-3 において、非役職者では「職能を発揮できない不全感」と「業務分担の認識相違から生じる困難感」との相関が 0.52 ( $p<.001$ ) と強いが、役職者では両者の相関は 0.38 ( $p<.001$ ) と少なかった。役職者は業務内容にもある程度精通していることから、看護職員との連携においても介護職員としての職能を発揮すべきところを心得ているが、非役職者の場合、経験の浅さから介護と医療の業務の曖昧さの中で、医療的な側面に巻き込まれる形となり介護職員としての本質を見出しにくかったのではないかと推察される。そのため、「業務分担の認識相違から生じる困難感」との連動が役職者の場合より強かったのであろう。即ち、「業務分担の認識相違から生じる困難感」との関連性の相違は、「職能を発揮できない不全感」の含有する意味合いが、非役職者と役職者と異なることを示している。非役職者の場合は、医療に巻き込まれることへの抵抗感が



不全感として表出された向きがあるが、役職者の場合は、医療側との対峙ではなく、医療的行為を担う過程で再考がもとめられてきた「介護の専門性とは何か」という命題に対しての内省としての不全感と考えられる。また、「介護職の専門性は、専門性の理論的要素のひとつと考えられる知識や技術に焦点が当てられていて、実践的要素に関してはまだ明らかになっていない」（安：2014）<sup>80)</sup>とも言われており、実践の場である現場で、実践における専門性の模索が続いていると考えられる。役職者の場合は、経験の長さや、全容把握がしやすい立場上、こうした介護職員の専門性への問い直しが不全感として表出されたのであろう。

## 2. 役職の有無別でみた日本語版 MBI との関連要因

次に「役割ストレス」以外のでバーンアウトとの関連が見られた点について言及する。非役職者において女性でバーンアウトが低かったのは、澤田<sup>55)</sup>が男性の場合、昇進意欲と重なり、ストレスを感じやすいとするジェンダー的な側面が反映されたためと思われる。役職者で性差がなくなったのは、役職につく段階で男性側の昇進へのプレッシャーが解消されたからであろう。また、役職者で、年齢が若いほどバーンアウトが高くなっていた点は、経験の浅いまま役職がついてしまった層のストレスが反映されていることと推察される。今回の調査対象でも表 4-1 で示したとおり、役職者の 2 割が 20 歳代であり、経験が浅いまま役職に就いた者が数多く含まれていた。先行研究（Schaufeli:1998）<sup>55)</sup>でも、年齢が若く、経験が浅いほどバーンアウトが強くなるとされており、今回の結果はこれらの知見とも合致する。介護の現場は、中途採用者も多く、従業員の年齢構成にバラつきがある。若くして役職についてしまった者は、自分よりも年齢の高いスタッフをとりまとめていかねばならない。介護業界特有の年齢構成の歪みが、今回の結果につながったものと考えられる。

また、非役職者で施設での「看取りへの取り組み」がバーンアウトを軽減する方向に作用していたことは興味深い。小林・他(2010)<sup>81)</sup>が新人介護職員に看取り体験について行った質的研究では、看取りを経験することは有意義であったと、自分にとって看取る

ことの意味付けをしている、といった要素が抽出されている。「看取り」とは、医療の限界を超えたところで、対象者の生活を整えながら、最後まで人間らしく過ごして頂くためのサポートをする営みであり（時田：2000）<sup>82)</sup>、今回の結果は、非役職者である介護職員が、そこに価値を見出していることを伺わせるものであった。介護老人福祉施設での看取りは、今後、ますます増えていくことが予想される。看取りの体験を介護職員の成長の機会と位置付け、若手にも積極的にかかわってってもらうことも一考であろう。

### 3. 役職者・非役職者におけるモデルの説明力の差異

非役職者では「性別」「看取り実施の有無」「職能を発揮できない不全感」「相対的役割過剰感」の4要素がバーンアウトに影響を与え、調整済み $R^2$ も0.43となり、医療的行為を担い、看護職員と関わりを持たねばならないという「役割ストレス」のバーンアウトへの影響が非常に大きいことが示された。

今回の分析対象者でも、非役職者にはヘルパーが25.8%、無資格者15.1%が含まれており、介護福祉士の有資格者の占める割合は58.1%と役職者の87.8%に比べ少なかった。平成24年度(2012)に介護職員に喀痰の吸引や経管栄養の実施が認められるようになってからは、介護福祉士養成施設においても50時間以上の医療的行為に関する講義や演習が義務づけられたが、もともと養成時間数の少ないヘルパーの場合は、ほとんど触れられていないといってもよいだろう。こうした中、ヘルパーや無資格者は、施設に勤務して初めて医療的行為の多さに直面するわけであり、戸惑いが大きくなるのは当然といえる。また、介護福祉士の有資格者といえども養成課程において数回しか実施していない医療的行為を実際の現場で担っていくのは大きな負担であろう。介護職員よりはるかに医学の知識や技術の習得に多くの時間を費やしてきた新人看護職員でさえ、入職1年目には特に技術面での能力不足がバーンアウトを高める要因となっていることが報告されている（小野田・他：2012）<sup>83)</sup>。医療的ケアにたずさわることは、介護職員にとってはさらに負荷のかかることであり、

リアリティ・ショック的な要素も含め、非役職者において「役割ストレス」のバーンアウトへの影響が強かったことは当然の結果といえる。

一方、役職者ではバーンアウトと関連がみられたのは「年齢」と「職能を発揮できない不全感」のみで調整済み $R^2$ も0.14と非常に弱く、バーンアウトへの関連性は少なかった。役職者の場合は経験年数も長く、実際、ある程度医療的行為を担っていた実態が予想され、大きなストレス要因にはなり得なかったと考える。しかし、表4-2にあるように、バーンアウトを感じている程度は役職者・非役職者で大きな違いがなかったことから、役職者には「役割ストレス」以外に何らかのストレスが存在し、疲弊感を高めていることが推察される。

#### 4. まとめ

役職者と非役職者では、「役割ストレス」のバーンアウトへの影響度は大きく異なり、非役職者の場合には「役割ストレス」のバーンアウトへの影響が強くみられたが、役職者の場合は、「役割ストレス」とバーンアウトの関連は低かった。しかし、バーンアウトの状況自体は、役職者・非役職者で差異がなかったことから、役職者には「役割ストレス」以外にバーンアウトを強める何らかの要因があると考えられる。今回の分析結果からは役職者のストレスの内容を明らかにできないため、次章にて、役職者の自由記述を分析することで、役職者のストレスを検証していく。

## 第5章 自由記述にみる役職のある介護職員のストレス

### 第1節 研究目的

看護職員との連携は介護職員にとって一定のストレス要因となり、特に非役職者では、重回帰分析の結果で、調整済み $R^2$ が0.43と大きなストレス要因となっていたが、役職者では0.14にとどまり、役職者のストレス反応（バーンアウト）を高めているストレスは、看護職員との連携以外に別途、存在することが示唆された。

そこで、調査票に含まれていた自由記述の質的分析を通して、量的な分析では説明のできなかった役職者のストレスについて検証を行った。自由記述には多くの情報が含まれ、選択式の設問では抽出できない対象者の本音が見えることがある。そこで、回答者の肉声に近い自由記述を分析することで、介護老人福祉施設の役職にある介護職員が抱えるストレスを探索的に検討する。また、従来、自由記述の分析には内容分析などの質的手法が用いられることが多かったが、分析対象者数が多くなると背景要因（属性）との関連性を読み解くことが困難になるという欠点がある。しかし、近年、その欠点を解決する手法としてテキストマイニングと統計的手法を用いた探索的な分析も行われるようになってきた（高橋：2010）<sup>84)</sup>。今回は、この新たな手法を用いることでストレスの内容と属性との関連性を検討する。

### 第2節 研究方法

#### 1. 研究対象

今回は、役職者における「介護職員と看護職員の連携に関するストレス」以外のストレス要因を探ることを目的としていることから、職種間の連携に関する記述を除いて記述のみられた37名のテキストデータを分析対象とした。

#### 2. 分析方法

分析には、石田が開発したRMeCabを用いた<sup>85)</sup>。これは、Web上で無料公開されている統計ソフトRと、同じくオープンソースである日本語形態素分析エンジンの

MeCab (和布蕪) を結び付け、日本語でのテキストマイニングを可能にした手法である。自由記述の分析には、質的研究方法が用いられることが多いが、この場合、分析が研究者の主観に左右されることも多く、再現可能性の点で課題も多い。しかし、テキストデータを分解し、数量的に解析するテキストマイニングの手法は、客観性と再現性のある形での分析が可能であるため、本研究ではテキストマイニングを用い、示された結果に基づいてデータの意味づけを行う。手順として、形態素分析により自由記述を一語一語に分け使用頻度の高い語句を確認し、その後、対応分析（コレスポンス分析）を行った。

対応分析とは、 $\chi^2$ 検定のようにクロス表の分析に使われる解析手法で、クロス表を対象に行（回答者の水準）と列（反応の水準）を調整して、相関の強いもの同士が隣接するように並び替えを行う分析手法で、林の数量化Ⅲ類と基本の考え方は同じとされている<sup>86)</sup>。

対応分析では、行、列合計の反応パターンを重みとする新たな行列を作り、理論的手法により情報を縮約（線形代数学に基づく特異値分解を利用）した座標成分スコアを算出し、この成分スコアを同時布置することにより関係性を考察する。対応分析の特徴は、その計算結果を利用したグラフィックスの解釈に重点が置かれる点である。行カテゴリーの水準と列カテゴリーの水準を合わせた図では、ある回答者（の水準）の座標点と、ある反応（の水準）の座標点との近さが一目でわかるため、回答者のグループごとに特徴的な反応が判断できる点で優れている。そのため、市場調査など対象者の特性を明らかにしたい時に探索的に用いられることが多い。関係性の強い要素同士は近くに、弱い要素同士は遠くに表示される。また、軸が交差する原点付近に近い要素は比較的特徴が薄い。座標成分スコアは、行列比率反応パターンを元に算出されていることから、絶対的な値の意味はなく、相対的な距離として、各々の関係性が示されるため、通常、対応分析では主成分分析のように軸に対する解釈は行わない。それぞれの軸／成分は、対応分析という林の数量化Ⅲ類と同等の手法によって数理的に得られたものであり、図式化した後に軸の方向で何らかの傾向が強いといった解釈を行える場合もあるが、そうした解釈が行えない場合もある<sup>87)</sup>。

今回の分析では、第一行が「20代男性」「30代男性」…「30代女性」「40代女性」といった性・年代のグループ、第一列が、各性・年代グループのいずれかで上位10位にランキングしていた名詞・形容詞であり、各々の形態素の出現率から解析がなされ、視覚化された結果が図5-1や図5-2ということになる。また、軸の意味付けに関しては、左側に男性、右側に女性のプロットが集中するといった傾向が見られたが、縦軸についての軸の解釈は困難であった。

また、これらの分析を行うためには、対象語の取捨選択が必須である。形態素は名詞、動詞、形容詞、副詞、助詞等の構成要素に分解されるが、「て」「に」「を」「は」といった助詞や、「考える」「思う」といった動詞から対象者の思考を読み解くことは困難である。よって、今回は、一つの語句から分析対象者の意図を解釈しやすい名詞、形容詞を抽出し、分析した。さらに、抽出された名詞、形容詞においても「こと」「的」「よう」といった、あまり特徴を示さない言葉は除外する操作を行い、上位頻出語とした。

### 第3節 研究結果

#### 1. 対象者の属性分布

分析対象者の性別・年齢構成を表5-1に示す。性別では女性が6割と多く、年齢では30歳代の役職者が45.9%と半数に近い。次いで40歳代以上が35.1%と多いが、20歳代の役職者も18.9%と約5分の1を占めた。

表5-1 分析対象者の基本属性 実数(%)

			性別	
			男性	女性
			15 (40.5)	22 (59.5)
年齢	20歳代	7 (18.9)	3 (8.1)	4 (10.8)
	30歳代	17 (45.9)	10 (27.0)	7 (18.9)
	40歳代以上	13 (35.1)	2 (5.4)	11 (29.7)

n=37

## 2. 性別・年齢ごとの出現語句の頻度

総抽出語数は3,470語、異なり語数は690語であった。うち、今回、分析対象とした名詞と形容詞の総抽出語数は1,143語であり、異なり語数は425語であった。

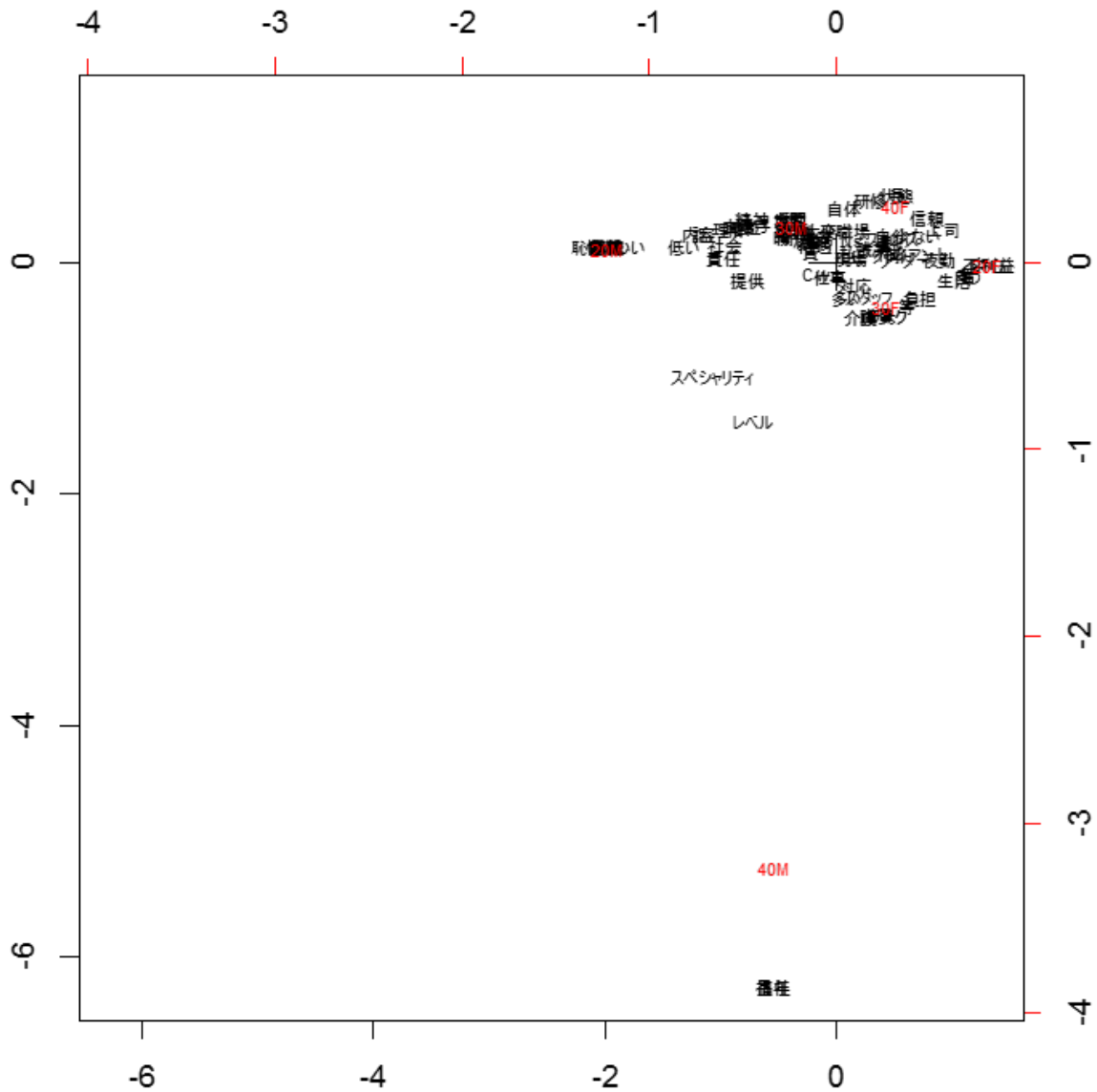
表5-2は、性別、年齢ごとでの出現語句の頻度を、上位10位前後を目安に列挙したものである。同一頻度の語句が多かったことから、きりのよい個所で区切りをつけた。

表5-2 性別・年齢での上位頻出語

		総抽出語数	異なり語数	上位頻出語												
男性	20歳代	122	65	1位	2位	3位	3位	3位	3位	3位	3位					
				低い	介護職	社会	仕事	給与	専門性	立場	責任					
				7	4	3	3	3	3	3						
	30歳代	354	195	1位	1位	3位	3位	5位	6位	6位	6位	6位	6位	6位	6位	
				ない	介護職	多い	仕事	職員	誰	職場	職種	業務	給与	関係	介護	利用者
				8	8	7	7	6	4	4	4	4	4	4	4	4
	40歳代以上	46	10	1位	2位	2位	2位	2位	2位	2位	2位	2位				
				職員	福祉	長年	多い	仕事	介護	レベル	専門性	介護職				
				2	1	1	1	1	1	1	1	1				
女性	20歳代	183	96	1位	2位	3位	4位	4位	4位	7位	7位	7位	7位			
				利用者	職員	ため	介護	何	胃ろう	自分	ストレス	ケア	看護職	介護職		
				7	6	5	4	4	4	3	3	3	3	3		
	30歳代	232	142	1位	2位	3位	3位	5位	5位	5位	5位					
				仕事	多い	介護	職員	現場	デスクワーク	リーダー	利用者	介護職				
				6	5	4	4	3	3	3	3	3				
	40歳代以上	167	97	1位	1位	3位	3位	3位	3位	7位	7位					
				自分	仕事	職員	ストレス	看護職	介護職	良い	研修					
				5	5	4	4	4	4	3	3					

性別、年齢で対応分析を行った結果を示したのが図5-1となる。「20」「30」「40」は、それぞれ「20歳代」「30歳代」「40歳代以上」の年齢区分を示し、「M」は男性、「F」は女性を示す。40歳代以上の男性を示す「40M」が、対象者数が2名と少なかったことも影響し、他の年齢・性別層から極端に離れた座標軸を示した。

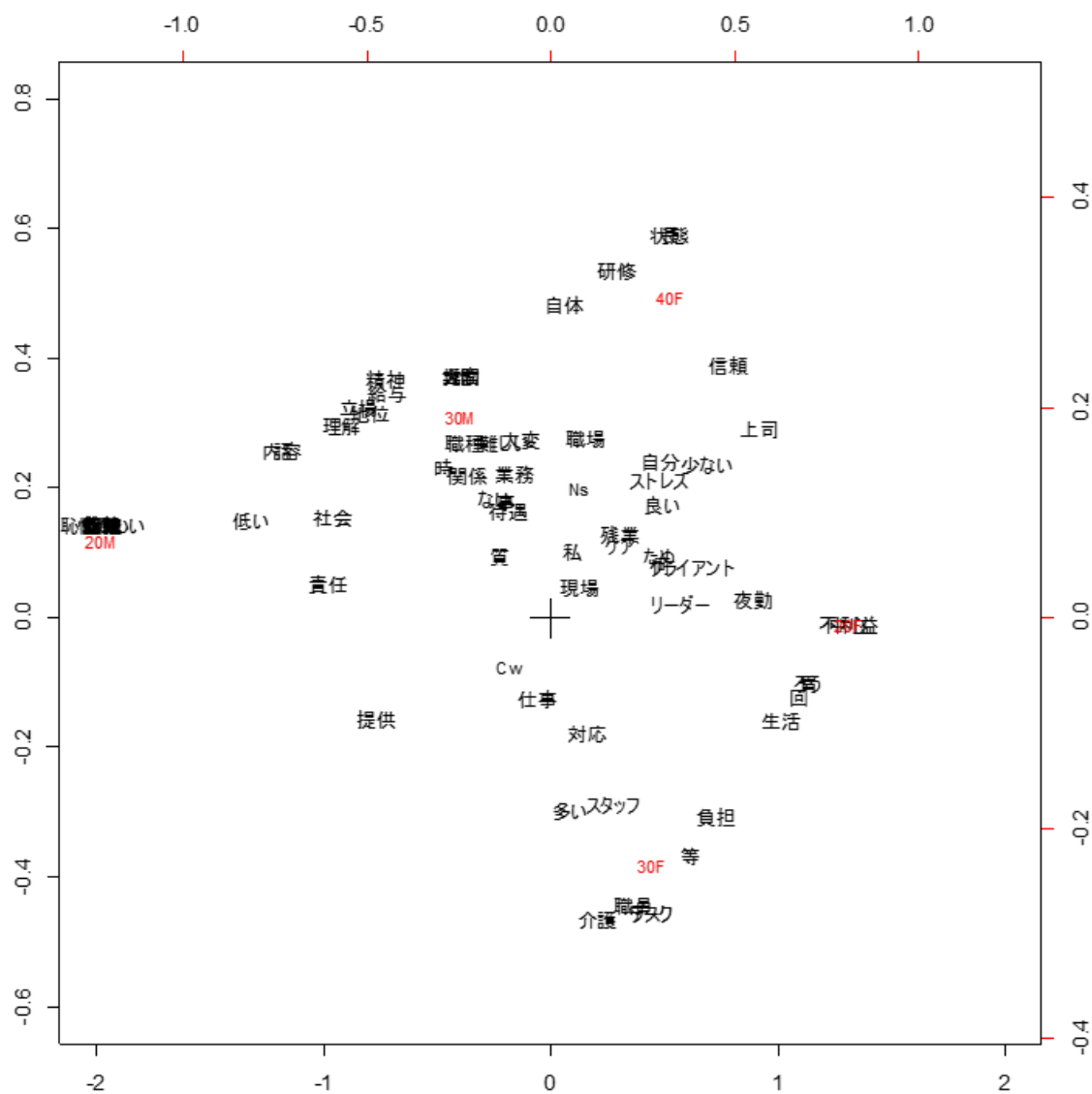
図 5-1 性別・年齢による対応分析結果



他の年齢・性別層の傾向をクローズアップするため、座標軸を変更し、拡大したものが図 5-2 になる（「40M」はグラフ外となる）。また、図 5-2 の「20M」の上に、複数の語句が重なっている個所があるが、ここには「多忙」「対等」「恥づかしい」「低下」「転職」「部分」「忙しい」「明確」という語句が並んだ。「30M」の上にも同様に語句の重なった箇所があるが、ここには「人間」「世間」「誰」「非常」といった語句が並んだ。



図 5-2 性別・年齢による対応分析結果(拡大版)



座標軸の右より上に「40F」、右中ほどに「20F」、右より下に「30F」があり、全般的にみた場合、右に示された語句が、女性に多く見られた言葉といえる。逆に「20M」は左端の中央、「30M」もグラフの中央よりやや左に位置することから、左側に示された語句が男性に多く見られた言葉となる。

20歳代男性を示す「20M」と30歳代男性を示す「30M」の間には、「低い」「社会」「内容」「話」「理解」「立場」「給与」「精神」といった語句があがっており、これは若年

男性の傾向と解釈できる。また、女性の特性と考えられる右側には「残業」「夜勤」「クライアント」「ため」といった語句が並んだ。中でも、30歳代女性の「30F」と20歳代女性の「20F」の間には、「生活」「胃ろう」「回」「負担」といった語句がみられ、これらは若年女性の傾向と捉えられる。

また、30歳代男性を示す「30M」と30歳代女性を示す「30F」の間には、「介護職」「仕事」「対応」「スタッフ」「多い」といった語句が並ぶが、これらは性別ではなく30歳代の年齢層の特徴と捉えることができる。

## 第4節 考察

### 1. 男性介護職員の傾向

左半分の男性として多かった語句は、「精神」「給与」「立場」「地位」「理解」「話」「内容」「社会」「責任」「提供」であり、介護職員の社会的地位の低さが大きなストレス要因となっていることが推察される。実際の自由記述でも「社会的地位が低い」「給与が安く、生活できない」「やりがいは大いに感じるが、将来を考えるといつまで続けられるか、というのが心境だ」といった内容がみられた。

特に「20M」の上部に集中している語群には、「多忙」「対等」「恥ずかしい」「低下」「転職」「忙しい」が含まれ、「恥ずかしい」「低下」といった表現に見られるように、自らの仕事に対して、自信を持たず、「多忙」「忙しさ」の中で「転職」を考えていることがうかがい知れる。

従来は、介護は家庭の延長線上に位置づけられ、女性の占める割合が高かったが、近年は特に施設系の職場において男性介護職員が増えてきており、3割近くを占めるようになってきている。男性は女性に比べ、家庭内で生計を担うケースが多く、より強い昇進意欲を持つとされるが、現在の介護職員の給与水準や社会的評価は低く、男性が生計維持者として、安定して就業し続けることが困難となっている。介護職員のバーンアウトにおける性差に着目した研究を行った澤田(2007)<sup>54)</sup>が「男性介護職員に対しては、将来に展望をもてるよう、具体的なビジョンを示すことが、バーンアウトの低減に有効である」

と述べているように、介護業界全体として、男性介護職員が就業継続できるような仕組みを構築していく必要がある。

## 2. 女性介護職員の傾向

一方、グラフの右側にあがった女性介護職に特徴的な語句は、「現場」「夜勤」「残業」「利用者」「ため」であり、介護職員の社会的な地位や給与に関する記述が目立った男性群とは異なる傾向を示した。女性の場合は、社会的な地位向上よりも家庭と仕事の両立といった点に重きが置かれており、「夜勤」や「残業」といった実質的な負担が大きなストレス要因となっていた。介護分野における労働者の確保に関する研究でも<sup>35)</sup>、介護職員を選んだ動機として、女性は男性に比べ、「身近な人の介護経験から」「自分や家族の都合のよい時間に働ける」「介護の知識や技術が身につく」等、家庭内での役割と仕事の内容を結び付け、就業に至る「家庭要因」が強く、また、主生計維持者ではない女性でこの傾向が強くみられていたことから、女性は男性とは異なった価値観で仕事を捉えていることが伺える。介護労働実態調査<sup>17)</sup>によると、男性の介護職員が増えてきたとはいえ、女性の従業員占める比率は65.2%とまだまだ高い。女性の場合は家計補助的労働として就業している場合も多いため、実質的な働きやすさといった労働環境に関連する語句が多くなったと思われる。

また、「利用者のため」といった意識が強かったのも女性の特徴であった。「(忙しさの中で)私、今日、利用者のことを考えていただろうか…、と反省することも多く…」といった記述や、「介護職すべてが利用者のために働いていれば、介護職同士のいざこざはあまり起きないと思う。しかし、私の職場では、利用者のためという基本的な考え方をもち、よりよい介護をめざすという目標に向かっている職員が少ないように感じる」といった記述がみられ、利用者本位の姿勢を大切にしていた。

「20F」の近辺には、「胃ろう」「不利益」といった言葉があがっているが、「ユニットケア、個別ケアの方針を進めておきながら、結果的には胃ろうの方は集団的ケアになっている。胃ろうの方には朝、昼、晩の生活の流れを感じてもらえないのか」といった記

述にもみられるように、理想と現実の乖離に苦しむ姿が浮かび上がり、忙しさから十分な介護ができなかったり、こうした思いを抱いていない職員との温度差に苛立ちを強めている様子が伺えた。

### 3. 中堅介護職員の傾向

「30M」の周辺には、「人間」「職種」「関係」「大変」「難しい」といった語句が並び、20歳代とは異なり、介護職員同士や多職種との連携・調整に苦慮している姿が浮かび上がった。この年代は、リーダーなど何らかの役割が伴ってくる時期でもあることから、スタッフを管理していく上での人間関係や業務の調整、それに伴う多忙さを示す語句が抽出されたものと考えられる。松井が介護リーダーの業務・役割に関して行った調査<sup>19)</sup>でも、職員間の人間関係調整が、利用者やご家族との関係調整をはるかに上回るストレスとなっており、今回の結果と合致する。実際の記述でも、「職員同士のトラブルやいざこぎで本来の業務と違うような気がして…(中略)…自分自身は介護だけに没頭したい」といった内容や、「現場で起こった問題は、自分たちリーダーで常に解決を求められる」といった内容が上がっており、中間職としての苦悩が浮かび上がった。

### 4. まとめ

年齢、性別での対応分析を行った結果、役職者の中でも年齢や性別によって特徴的なストレス要因があることが明らかになった。介護老人福祉施設は、近年、徐々に男性介護職員が増えてきているとは言え、まだまだ女性が多い職場である。また、女性の場合は、家計補助的労働としての就労が主流であることから、職場に対して求める内容も生計維持者として就労する男性介護職員とは異なってくる。安定した生活を望む男性にとっては給与や社会的な地位は非常に重要な要素であったが、女性にとっては、「夜勤」や「残業」といった労働環境面のストレスの方が大きく、社会的な地位や給与は二の次であった。今回の分析結果は、「女性職域である介護労働に従事する男性や、主な生計維持者として働こうとする者等に職業選択、定着面での課題が生じている可能性は高い」

という介護分野における労働者の確保等に関する研究(2009)<sup>35)</sup>の指摘と重なっており、「男性のバーンアウトを防ぐためには、昇進可能性に期待を寄せ、昇進意思をもてるだけのキャリアの確保が重要」(澤田:2007)<sup>54)</sup>とあるように、従業員の多様性を尊重し、少しでもその要求に応えられるような雇用の柔軟性が求められる。しかし、介護労働実態調査<sup>17)</sup>でも早期離職防止や定着促進のために施設が行っている内容として「労働時間の希望を聞いている」(55.1%)や「賃金・労働時間等の労働条件(休暇をとりやすくすることも含める)を改善している」(56.0%)と女性が望む労働環境面に取り組む施設は多いが、男性が望む「管理者・リーダーの部下育成や動機付け、能力向上に向けた教育研修を行っている」といったキャリアアップを促す項目の実施率は27.3%に止まっており、従業員の職務意識の多様性に対応できていない状況が伺えた。

終章では、第2章から第5章までの結果を概観し、調査結果から浮かび上がった介護老人福祉施設の介護職員のメンタルヘルス向上に向けての具体的な提案を行う。

## 終章 本研究のまとめと課題

### 第1節 本研究の総括

本研究では、利用者の重度化によって医療的行為や看取りの役割を新たに担わなければならないようになった昨今の介護老人福祉施設で働く介護職員が、看護職員と連携をとるときに感じる「役割ストレス」に焦点をあて、実証研究を行った。

目的1として、介護老人福祉施設の介護職員のストレス研究について文献研究を行ったところ、介護職員が医療的行為を担い、看護職員と連携を図る上で感じる「役割ストレス」は実態調査が中心で、「役割ストレス」を概念構造から検討し、心理的ストレス反応との関連を検証した実証的な研究が乏しいことが明らかになった。そこで、「役割ストレス」を主軸に据え、「役割ストレス」の認識に影響を与える「個人要因」「環境要因」の変数や、「役割ストレス」の及ぼす影響をバーンアウトで捉える本研究の研究枠組みを示した。

目的2では、「役割ストレス」の概念的な構造を検討し、実態を測定する尺度を作成し、構成要素を明らかにすることをめざした。その結果、「役割ストレス」は、構成概念とした Kahn・他のモデルに即した「業務分担の認識相違から生じる困難感(役割曖昧性)」「職能を發揮できない不全感(役割葛藤)」「相対的役割過剰感(役割過剰)」という3側面から捉えられることが明らかとなった。

3つの中で最も高く認識されていたのは「相対的役割過剰感」で、この因子は量的過剰感だけでなく、仕事の責任といった質的過剰感も含んだ因子だが、量的負荷はストレスとしての認識が高くなるとする先行研究と合致した。また、この因子には、当初、役割葛藤として設けた「⑥本来、自分たちの職種じゃないと思いながら行っている業務がある」という項目が含まれた。これは、介護職員が新たに増えた医療的ケアを「なぜ、自分たちが担う必要があるのか」といった葛藤としてではなく、量的負荷としてとらえていることを示す。これは、法的に認められる以前から介護職員による医療的行為が蔓延していたことから、今さら、といった受け止め方がなされ、葛藤ではなく量的負荷に含まれる形になったと考える。

「業務分担の認識相違から生じる困難感」も比較的大きなストレス要因となっていたが、両者の役割重複自体の負担は少なかった。ただ、「⑫ケアの内容や結果を他職種から非難される」といった項目は高くなっていたことから、この因子は、介護と看護での業務の認識やすみわけが曖昧なまま放置されていることに起因する他職種との軋轢としてのストレス要因と考えられる。

一方、「職能を発揮できない不全感」の認識は最も低かった。介護職員へ医療行為が拡大されていく中、介護職員の「生活を支える」という専門性が揺らいでいるのではないかと、という懸念があったが、この因子についての認識の程度は低く、介護職員の専門性は保たれていたと解釈できる。これは、今回、調査対象者の約8割が介護福祉士の資格を有し、また7割が所属施設内で何らかの役職を担う中堅層・ベテラン層であったことから低くなったと推察される。

目的3では、「役割ストレス」の認識に影響を与える「個人要因」「施設要因」について検討した。その結果、「業務分担の認識相違から生じる困難感」や「職能を発揮できない不全感」は年齢が若いほど強く、逆に、「相対的役割過剰感」の認識は、役職者で有意に高かった。前者の結果は、業務に不慣れなことに起因すると考えられるが、こうした若手の役割モデルとなるべき役職者で「相対的役割過剰感」が高まっていた。これは、役職につくことで通常の介護業務以外にも、後輩の指導や多職種との連携・調整、委員会・会議への参加など、管理的な業務が増えるためと推察された。

ストレスの認識の程度と心理的ストレス反応（バーンアウト）の程度は必ずしも相関するわけではない。そのため、目的4では「役割ストレス」の各因子とバーンアウトとの関連を検証した。その結果、最もバーンアウトとの関連が強かったのは、認識の程度が低かった「職能を発揮できない不全感」であった。「職能を発揮できない不全感」は、職業的なアイデンティティにも通じることからバーンアウトとの関連が強くなったと思われる。一方、認識の程度は高かったものの、「相対的役割過剰感」はバーンアウトとの関連が薄かった。これは、多くの業務や役割をこなすこと自体が、介護職員自身の有用感につながっていたためと推察される。

また、「業務分担の認識相違から生じる困難感」も「相対的役割過剰感」に次いで認識が高い因子であったがバーンアウトとの関連はなかった。これは、施設における看護と介護は「医療モデル」と「生活モデル」に分かれるものではないといった考え方が浸透し、こうした業務上の考え方の違いや曖昧性は、ある程度必然的なものとして捉えられ、介護職員の中で適切な対処行動が行われていたためと解釈できる。

さらに、目的5では、介護職員の層に合わせた具体的なメンタルヘルスの対応策を検討するため、役職者と非役職者別で役割ストレスの及ぼす影響を検討した。その結果、非役職者では役割ストレスとバーンアウトに一定の関連性があることが示されたが、役職者では「役割ストレス」の影響は軽微であった。両者で顕著な違いが見られたのは「相対的役割過剰感」で、非役職者ではバーンアウトとのつながりが最も強く、中心的なストレスとなっていたが、役職者ではバーンアウトとの関連は見られなかった。これは、役職者は、過剰な業務があっても、それをこなしていくだけの知識や技術があり、こなしていくことが自己の達成感や有用感につながるが、知識や技術が不十分な非役職者の場合は自らの能力不足を痛感することになり、バーンアウトが強まったものと思われる。一方、「職能を発揮できない不全感」は、他の役割ストレスに比べると、認識の程度こそ低いですが、非役職者、役職者、双方でバーンアウトと関連が見られた因子という点で注視すべきストレスといえる。特に非役職者では「職能を発揮できない不全感」と「業務分担の認識相違から生じる困難感」との相関が強く、非役職者の場合は、経験の浅さから介護と医療の曖昧さの中で介護職員の本分を認識しづらくなっていることが示唆された。

また、役職者は「役割ストレス」による影響は少なかったが、非役職者と同等のバーンアウト状態にあったことから、役職者には「役割ストレス」以外にバーンアウトにつながるストレスがあることが推察された。

目的6では、目的5で明らかにできなかった役職者が抱える「役割ストレス」以外でバーンアウトにつながるストレスを探索するため、役職のある介護職員の自由記述のテキストマイニングから、役職者が抱えるストレスを検討した。その結果、



男女を問わず30歳代の介護職員からは、スタッフを管理していく上での人間関係や業務の調整、それらに伴う多忙さを示す語句が抽出され、中間管理職として苦悩している様子が浮かび上がり、また、男性では介護職員の社会的地位や処遇の低さがクローズアップされ、女性では、家庭や育児との両立といった側面から「夜勤」や「残業」といった実質的な労働に対しての負荷があげられる等、対象者の性別や年齢による特性が明らかとなり、ストレスの内容が多岐にわたることが示された。

## 第2節 介護職員のメンタルヘルスの向上に向けての提言

本研究の結果を踏まえ、介護老人福祉施設で働く介護職員のメンタルヘルスの向上に向けて、役職者、非役職者各々に向けてと、役職を問わず全体に向けての提言を行う。

### 1. 非役職者である介護職員に向けての提言

非役職者の介護職員の場合、医療的行為を行い看護職員と連携していかなければならないという「役割ストレス」とバーンアウトの関連が強く、なかでも「相対的役割過剰感」と「職能を発揮できない不全感」がバーンアウトを高めていたことから、彼らが過剰感を克服し、専門性を発揮できるサポートが必要であろう。「相対的役割過剰感」がバーンアウトにつながるのは、知識や技術の未熟さによって多大な仕事がこなせず、自身の能力不足を感じやすいからといえる。役職者は「相対的役割過剰感」を感じながらも、多大な業務をこなすことを自身の有用感につなげていたことから、非役職者が役職者の域に達することができるよう、職場研修やバックアップの体制を整え、非役職者の知識や技術を培っていく事が求められる。しかし、医療的行為の手技をマスターすることが介護職員にとっての到達点ではない。手技だけに特化してしまうのは、介護職員がミニ看護師化するだけで介護としての本分を欠くことになる。吸引などは、利用者の安楽な「生活」を支えるための一つ的手段に過ぎず、医療的行為の実施といった業務拡大がなされても、利用者の生活を支えるという介護職員の本質、専門性には変わりがないことを十分に伝えていく必要がある。

また、介護職員にばかり変革を求めても介護職員の専門性は育まれない。「業務分担の認識相違から生じる困難感」の因子における「⑫ケアの結果や内容を他職種から批判される」の項目や、「職能を発揮できない不全感」の因子に含まれる「⑨職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない」が、因子内の他の項目に比べ得点が高かったことは、序章で述べた通り、介護職員が看護職員との関係性に困難性を感じていることを示している。利用者に安全な医療的行為を提供していくには、看護との連携は必須であり、両職種の関係性を改善していくためには、看護職側の意識改革も重要であろう。介護職員が医療に直面して戸惑いがあるように、病院で務めていた看護職員が介護保険施設に入職した場合にも戸惑いや葛藤がある。先行研究でも、施設で働く看護職員は、施設看護に対して「生活モデル」を指向していながらも、実際の業務内容は看護職員の人数の少なさから診療の補助を中心としたものになりがちで、施設看護と病院看護の違いについて肯定的な側面はあるが、一方で、否定的な側面もあり、施設看護へ認識を転換していくことに葛藤を抱えていることが報告されている（加藤・他：2006）<sup>88)</sup>。現在、介護老人福祉施設に従事する看護職員の多くは、新人ではなく中年以降の年代が多い。この世代の看護基礎教育は病院における看護が中心あり、施設看護や多職種連携といった概念が含まれていなかった事も、彼女らの施設への適応を困難にしていると思われる。看護職員側にも、これから施設看護に携わるかもしれない若手に対しては養成課程で、また、現在、就労している看護職員に対しては継続教育として、施設看護や多職種連携について学ぶ機会を提供し、福祉職と良好な関係性を構築できる素地を養う必要がある。

また、両職種の垣根を低くしていくためには、介護と看護の情報を一元化したり、同じフロアで働ける環境をつくるといったワークスペースの調整も考えられる。介護と看護の記録が別々であったり、看護職員が医務室に固まってしまうといった施設は、まだまだ多い。共通の記録やワークスペースを設けるといった環境面の改善から、日々の報告や業務のあり方を見直していくことも一考であろう。

## 2. 役職者にある介護職員に向けての提言

一方、役職者では本研究で取り上げた医療的行為や看護職員との連携における「役割ストレス」は主要なストレスではなかったが、役職者も非役職者同様にバーンアウトに陥っていた。第5章の自由記述の分析から役職者には多様なストレスがあることが明らかになり、その一つには、中間管理職としての苦悩もあった。現在の介護現場は、離職率の増加こそ下火になったが、まだまだ離職率は高く、スタッフの入れ替わりも激しいことから、入職後数年で、若くして役職についてしまうケースも多い。実際、本研究の対象者でも20歳代の半数が既に役職を担っていた。ただ、役職がつくと介護の仕事に専念できず、雑多な業務に忙殺されるといったストレスも生じてくる。松井(2011)<sup>19)</sup>の行った調査でも、多くの介護職員のリーダーがストレスに感じることの筆頭が「職員間の人間関係の調整」「職員の指導・教育」であり、利用者やご家族との関係ではなく、サービス提供者側の内部の関係において、よりストレスを感じていることが報告されている。介護職員としてのアイデンティティ確立の途上にある新人の介護職員にとっては、中堅介護職員はモデルになりうる貴重な存在である。その中堅層が疲弊して辞めたり、後輩に対し適切なモデルを果たせないのは組織にとって大きな損失である。よって、施設管理者は、役職者に極端に負荷がかからないよう、一定の労務管理を行うことが求められる。

また、性別や年齢層でもストレスの内容は大きく異なっていた。男性は賃金や将来的な安定性が重要であったのに対し、女性の場合は家庭生活と仕事の両立といった側面から、夜勤や残業といった実質的な労働に対する負担が大きかった。よって、賃金優先型、時間優先型といった働き方の多様性を設け、できるだけ個々の従業員のニーズに即した働き方ができる職場環境を整えていくことが必要であろう。特に、近年増えている男性介護職員については、低賃金や社会的地位の低さから、将来を悲観し、離職してしまうケースもあることから、介護職員としての将来を見通せるようなキャリアパスの整備も、今後、必要である。ただ、男性が増えてきたものの、まだまだ女性が中心の職場であることから、女性が働きやすい職場環境の整備は必須であり、仕事と家庭の調和

(ワークライフバランス)の視点は重要である。内閣府<sup>89)</sup>もワークライフバランスについて「企業の活力や競争力の源泉である有能な人材の確保・育成・定着の可能性を高めるもので、とりわけ現状でも人材確保が困難な中小企業において、その取組の利点は大きい」としているように、大企業でないと、こうした取り組みはできないとあきらめるのではなく、小規模な組織でこそ積極的に運用を検討すべきと考える。

### 第3節 本研究の限界と課題

本研究の結果を踏まえ、今後、さらに介護職員の「役割ストレス」についての研究を深めていく上で、研究の限界および今後の課題として以下の点があげられる。

第1点目は、21.5%という回収率の低さである。今回、回答のあった21.5%は「特別養護老人ホームにおける介護職・看護職の業務ストレスと両者間の連携に関するアンケート」に関心を持ち、回答してくれた層であることから、調査結果についても、業務ストレスや介護と看護の連携に関心を持つ層の認識として解釈する必要があり、成果を一般化することはむずかしい。

第2点目は、「役割ストレス」の評価尺度についてである。概念通りの因子で成立したものの、各因子の信頼性係数は0.64~0.70であり、許容範囲は満たすものの決して高い値ではなかった。従って、今後も引き続き質問項目の追加や精緻化を図り、尺度の精度をあげていく必要があると考える。

第3点は、本研究は2010年11月から2011年1月にかけての一時点で実施されたものである。この時期は、介護職員に吸引や経管栄養などの一部の医療行為が導入される直前であり、本調査で捉えられた医療的行為や看護職員との連携に関わる「役割ストレス」は、あくまで調査時点の現状を捉えたに過ぎず、昨今の介護老人福祉施設の状態を反映して増えてきた「役割ストレス」だけを純粹に抽出できているとは言いがたい。また、介護職員の医療的行為が認められ数年経った現在、この「役割ストレス」が、現在どの様に受け止められているかの検証も含め、継時的に捉えていく必要があると考える。

対象者に関しても限界と課題があげられる。対象者が近畿地区に限定されていたため、施設規模や利用者の平均要介護度が母集団である全国の平均値に近似していたとはいえ、全国的な傾向として完全に一般化することはできない。調査規模を拡大し、一般化を図っていく必要があるであろう。もう一つは、対象者の偏りである。本研究では、中堅層の介護職員からの回答が多かったが「役割ストレス」の影響を受けていたのは経験の浅い介護職員の層であったことから、彼らを対象とした研究を行い、「役割ストレス」の低減に向けての検証を進めていく必要があると考える。

このようにいくつもの課題を残しはしたが、介護職員への医療的ケアの移譲という政策が、介護老人福祉施設で働く介護職員に与える影響について、一定の傾向をつかむことはできた。介護職員のメンタルヘルスを整え、ひいては施設利用者の QOL 向上に資するためにも引き続き研究を行っていく。

## 謝辞

本研究にあたり、調査にご協力くださった介護職員の皆さまに心より御礼申し上げます。また、研究に助成頂いた大阪ガス福祉財団および本研究をご指導くださいました大阪市立大学大学院生活科学研究科岡田進一教授（主査）、岩間伸之教授（副査）、所道彦教授（副査）に深く感謝いたします。

## 引用・参考文献

### 序章

- 1)厚生労働省大臣官房統計情報部：介護サービス施設・事業所調査，  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html>. (2000, 2013).
- 2)医療経済研究機構：医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査[介護保険施設]  
(2011).
- 3)石飛幸三：平穏死のすすめ. 講談社，東京 (2013).
- 4)終末期医療に関する意識調査等検討会：人生の最終段階における医療に関する意識  
調査報告書 (2014).
- 5)厚生労働省：人口動態統計，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>. (2006,  
2014).
- 6)平林勝政：介護職と医行為をめぐる法的諸問題. 月間福祉， 6， 12-18 (2009).
- 7)篠崎良勝：介護従事者における医療行為の実態・意識調査. 産業文化研究， 20， 69-  
86 (2011).
- 8)金原京子・濱田久仁子・板倉勲子：介護老人福祉施設と介護老人保健施設における  
看護職と介護職の連携について～医療的ケアの実施状況と実施への思いに焦点をあ  
てて～. (財)木村看護教育振興財団，看護研究抄録集， 17， 7-20 (2010).
- 9)打田仁美：介護職と医療ケア 試行事業受講生の立場から. 月間福祉， 7： 22-25  
(2011).
- 10)公益社団法人 全国老人福祉施設協議会：特別養護老人ホーム入所者への医療対応と  
職種連携のあり方に関する調査研究事業報告書 (2009).
- 11)一般社団法人 日本老年看護学会：特別養護老人ホーム利用者の医療ニーズへの対応  
のあり方に関する研究事業報告書 (2009).
- 12)公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会：介護現場での看護と介護の役割等  
に関する調査研究事業報告書 (2011).

- 13)柴田明日香・西田真寿美・浅井かおり・他：高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識. 老年看護学, 7(2), 116-126 (2003).
- 14)井上千津子：看護と介護の連携. 老年社会科学, 28(1), 29-34 (2006).
- 15)松岡千代・石川久展：「チームワーク」認識に関する研究：自記式質問紙を用いた専門職間比較. 香川県立医療短期大学紀要, 2, 17-24 (2000).
- 16)清水みどり・緒方泰子・吉本照子：介護老人保健施設の看護・介護職が認識する職場の働きやすさ. 新潟青陵学会誌, 1(1), 81-91 (2009).
- 17)公益財団法人 介護労働安定センター：介護労働実態調査, <http://www.kaigo-center.or.jp/report/> (2010, 2014).
- 18)日本学術会議 社会学委員会 福祉職・介護職育成分科会：提言 福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて (2011).
- 19)松井奈美 (代表)：ニーズの多様化に対応できる指導的介護福祉士の養成の在り方に関する基礎的研究～介護リーダーの業務・役割に関する実態調査 (2011).

## 第1章

- 20)Maslach, C. : The client role in staff burn-out : Journal of Social Issues, 37 : 111-124 (1978).
- 21)Hockwater, W.A., Perrewew, P.L. & Kent, R.I. : The impact of persistence on the stressor-strain and strain-intention to leave relationships : A field examination. Journal of Social Behavior and Personality, 8(3) : 389-404 (1993).
- 22)田尾雅夫：ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定. 京都府立大学学術報告 (人文), 40, 101-123 (1987).
- 23)土江淳子・中村弥生：看護婦の職務意識とストレス, バーンアウトとの関係. 日本看護研究学会雑誌, 16(4), 9-20 (1993).

- 24)上野徳美・山本義史：看護者のバーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果～サポート・ネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として．健康心理学研究, 9, 9-20 (1996).
- 25) 東口和代・森河裕子・三浦克之・他：日本版 MBI(Mashlach Burnout Inventory) の作成と因子構造の検討．日本衛生学雑誌, 53, 447-455 (1998).
- 26)矢富直美・中谷陽明・巻田ふき：老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発．社会老年学, 34, 49-59 (1991).
- 27)矢富直美・中谷陽明・巻田ふき：老人介護スタッフにおける職場の組織的特性のストレス緩衝効果．老年社会科学, 14, 82-92 (1992) .
- 28)宇良千秋・矢富直美・中谷陽明・他：特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響．老年社会科学, 16(2), 164-171 (1995).
- 29)音山若穂・矢富直美：特別養護老人ホームの利用者中心的介護が介護スタッフのストレスに及ぼす影響．季刊・社会保障研究, 33(1), 80-89 (1997).
- 30)川野健治・矢富直美・宇良千秋・他：特別養護老人ホーム職員のバーンアウトと関連するパーソナリティ特性の検討．老年社会科学, 17(1), 11-20 (1995).
- 31)田辺毅彦・足立啓・大久保幸積：特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討．老年社会科学, 27 (3), 339-344 (2005).
- 32)張允楨・長三紘平・黒田研二：特別養護老人ホームにおける介護職員のストレスに関する研究～小規模ケア型施設と従来型施設の比較～．老年社会科学, 29 (3), 366-374 (2007).
- 33)伴英美子：介護施設職員のストレスとバーンアウトの時系列的変化に関する事例研究 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の事例．KEIO SFC JOURNAL, 4 (1) : 4-28 (2005).



- 34)古村美津代・石竹達也：認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフのバーンアウトと個人特性と職場環境要因との関連. 日本公衆衛生雑誌, 59 (11), 822-832 (2012).
- 35)独立行政法人 労働政策研究・研修機構：介護分野における労働者の確保等に関する研究. 労働政策研究報告書, 113, 35-62 (2009).
- 36)佐藤ゆかり・澁谷久美・中嶋和夫・他：介護福祉士における離職意向と役割ストレスに関する検討. 社会福祉学, 44 (1), 67-78 (2003).
- 37)張允楨・黒田研二：特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究. 厚生学の指標, 55 (15), 16-23 (2008).
- 38)白石旬子・藤井賢一郎・大塚武則・他：個性が尊重されない「組織風土」における、「キャリア・コミットメント」の高い介護職員の離職意向と「介護観」の関連. 老年社会科学, 33 (1), 34-46 (2011).
- 39)堀田聡子：介護保険事業所（施設系）における介護職員のストレス軽減と雇用管理. 季刊・社会保障研究, 46 (2), 150-163 (2010).
- 40)佐々木由恵：介護現場における医療ケアと介護職の不安, 社会評論社, 東京 (2011).
- 41)阿部正昭：介護職の専門職化とその専門性. コミュニティとソーシャルワーク, 3, 24-37 (2009).
- 42)本間美幸・八巻貴穂・佐藤郁子：介護福祉士の専門性に関する研究～福祉施設介護職員責任者の意識調査結果から. 北翔大学人間福祉研究, 11, 39-49(2008).
- 43)尾台安子：介護保険関連施設で働く看護職の実態と医療的行為に関する認識から見えてきたもの. 松本短期大学紀要, 16, 19-29 (2007).
- 44)Hurrell, J.J. & McLaney, M. A. : Exposure to job stress-a new psychometric instrument. Scandinavian Journal of Work and Environmental Health.14 (suppl.1), 27-28 (1988) .
- 45)藤野好美：社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究. 社会福祉学, 42(1), 137-149 (2001).

- 46)鈴木聖子・狩野徹:施設建替えにおけるケアスタッフの職場適応過程に関する研究.  
老年社会科学, 24 (3), 311-317 (2002).
- 47)田尾雅夫・久保真人:バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ. 誠心書房,  
東京 (1996).
- 48)米原奈緒・種市康太郎・小杉正太郎:勤続年数が従業員の職場ストレスに及ぼ  
す影響. 産業ストレス研究, 9, 179-184 (2002).
- 49)田中美由紀:年代別・職位別にみた職場ストレスと職務満足感に関する検討—  
調査および半構造化面接を用いて—. 産業ストレス研究, 7, 67-73 (1999) .
- 50)井奈波良一・井上真人:女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係—経験  
年数1年未満と1年以上の看護師の比較—. 日本職業・災害医学会会誌, 59 (3), 129-  
136 (2011).
- 51)桐山雅子・砂川洋子・奥平貴代・他:総合病院に勤務する看護中間管理職者のスト  
レスと関連要因に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 25(4), 61-71 (2002).
- 52)宇佐美尋子・小杉正太郎:ソーシャルサポートとコーピング方略との関連—管理職  
者・非管理職者別の検討—. 産業ストレス研究, 15(4), 277-285 (2008).
- 53)菊岡弘芳・菊岡牧子・南方宏朗・他:職種別・職位別にみたストレスの違い. 産業ス  
トレス研究, 6(4), 203-206 (1999).
- 54)澤田有希子:高齢者福祉施設介護職員のバーンアウト因果モデルに関する実証的研  
究—多母集団の同時分析を用いたモデル構造の男女差の検討—. 社会福祉学, 47(4),  
136-148 (2007).
- 55) Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. : The Burnout Companion to Study and  
Practice : A Critical Analysis. Taylor and Francis, London (1998).
- 56) Dohrenwend, B.S.: Social stress and community psychology. American Journal  
of Community Psychology, 6 , 1-14 (1978).
- 57) 久保真人:バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは—. 87-128, サイエンス  
社, 東京 (2004) .

- 58)原田和宏・斎藤圭介・布元義人・他：特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト尺度の因子モデルの検討. 老年社会科学, 22 (1), 46-58 (2000).
- 59)久保真人：日本語版バーンアウト尺度の因子的, 構成概念妥当性の検証. 労働科学, 83 (2), 39-53 (2007).
- 60)Freudenberger, H.J.: Staff burnout. Journal of Social Issues,30,159-165 (1974) .
- 61)Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P.: The Maslach Burnout Inventory, (3rd ed.). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (1996).

## 第2章

- 62)厚生労働省：特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査 (2008).
- 63)株式会社 三菱総合研究所：特別養護老人ホームにおける医療的ケアの提供体制の整備に関する調査事業報告書 (2011).
- 64)田尾雅夫：管理職の役割変化とストレス. 日本労働研究雑誌, No.545/12, 29-39 (2005).
- 65) Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., et al. (奥田俊介・岡田充雄・篠真吾訳)：組織のストレス (上・下) 葛藤にさらされた現代組織の歪み. 産業能率短期大学出版部, 東京 (1973).
- 66)Robinson J.P., Shaver P.R. & Wrightsman L.S.: Chapter 1;Criteria for scale selection and evaluation. In Measures of Personality and Social Psychology Attitudes,(Ed.) By Robinson J.P. Shaver P.R. & Wrightsman L.S.,1-16, Academic Press, SanDiego (1991).
- 67)鳥海房江：高齢者施設における看護師の役割～医療と介護を連携する統合力. 雲母書房, 東京 (2007).

- 68)Folkman,S., Lazarus,R.S., Gruen,R.J., et al.:Appraisal,coping,health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579 (1986).
- 69)加藤司：ストレスフルな状況に対するコーピングと精神的健康. 東洋大学社会学部紀要, 43 (1), 5-21 (2005).
- 70)小野寺敦志・畦地良平・志村ゆず：高齢者介護職員のストレッサーとバーンアウトの関連. *老年社会科学*, 28(4), 464-475 (2007).
- 71)阿部正昭：労働市場における介護職の現状と特徴. *コミュニティとソーシャルワーク*, 1, 24-36 (2007).

### 第3章

- 72)田尾雅夫：中間管理者における役割ストレスと疲労感. *心理学研究*, 57 (4), 246-249 (1986).
- 73)児玉真樹子・深田博己：職業性ストレスに及ぼすメンタリングの影響と、職業的アイデンティティの媒介変数としての働き. *産業ストレス研究*, 12(4), 341-351 (2005).
- 74) Elovainio, M. & Kivimäki, M. : The effects of personal need for structure and occupational identity in the role stress process. *The Journal of Social Psychology*, 141, 365-378 (2001).
- 75)中畠洋：介護福祉職の専門化に関する一考察. *介護福祉学*, 12 (1), 29-40 (2005).
- 76) Lee, R.T. & Ashforth, B.E.: A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133 (1996).
- 77)Miller,V.D. & Jablin,F.M.: Information seeking during organizational entry. Influences,tactics and a model of the process. *Academy of Management Review*, 16, 92-120 (1991).

78)清水みどり・柳原清子：特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識～介護保険改定直前のN県での調査. 新潟青陵大学紀要, 7, 51-62 (2007).

79)大友芳恵：「看取り介護」実践が援助者にもたらすもの～職員調査から見た教育課題. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 3 (1), 45-48 (2007).

#### 第4章

80)安瓊伊：介護福祉士の専門性の構成要素の抽出～介護福祉士養成施設の介護教員の自由記述の内容分析に基づいて. 老年社会科学, 35 (4), 419-428 (2014).

81)小林尚司・木村典子：特別養護老人ホームの新人介護職員の看取りのとらえ方. 老年社会学, 32(1), 48-55 (2010).

82)時田純：施設別にみた終末期ケアの現状と課題； 介護施設. Geriatric Medicine, 44 (11), 1539-1547 (2006).

83)小野田舞・内田宏美・津本優子：新卒看護師の職場適応とその影響因子に関する縦断的研究. 日本看護管理学会誌, 16 (1), 13-23(2012).

#### 第5章

84)高橋公一：「老人観」の測定の試み～イメージ測定におけるテキストマイニングの可能性. 学校法人昌賢学園論集, 9, 99-112 (2010).

85)石田基広：Rによるテキストマイニング入門. 森北出版株式会社, 東京 (2008).

86)金明哲：Rによるデータサイエンス データ解析の基礎から最新手法まで. 森北出版株式会社, 東京 (2007).

87)高橋信：Excelで学ぶコレスポネンス分析. オーム社, 東京 (2005).

#### 終章

88)加藤基子・丹治優子・廣田玲子：介護保険施設における看護職員の看護活動と看護に対する認識. 老年看護学, 10(2), 92-102 (2006).

89)内閣府：仕事と生活の調和の実現に向けて：企業の取り組み.

<http://www.cao.go.jp/wlb/company/>. (2016).

# 参考資料 1

(調査票)

# 【介護職調査票】

## 特別養護老人ホームにおける 介護職・看護職の業務ストレスと 両者間の連携に関するアンケート

◆調査に関するご質問は下記にお問い合わせください。

調査者：千里金蘭大学看護学部（助教）

大阪市立大学大学院 生活科学研究科（後期博士課程） 金原京子

### 【連絡先】

住所：〒565-0873 大阪府吹田市藤白台 5-25-1

TEL：070-5021-5052・FAX：06-6872-7309

e-mail：k-kimbara@cs.kinran.ac.jp



## ご回答に際してのお願い

### 1. 目的

この調査は、利用者の高齢化・重度化が進む特別養護老人ホームで働く介護職・看護職が、

- 1) こうした現状をどのように受け止めて（ストレスを感じて）いるか
- 2) 両職種間の連携がどの程度進み、連携によってストレスが軽減されているかについて検証することを目的としています。

### 2. 対象

この調査票は、近畿2府4県にある特別養護老人ホーム978施設（平成22年10月現在WAM NETに登録されている施設）の中から無作為抽出した732施設（75%）の方々に配付させていただきました。

### 3. 方法

- 1) 本調査は無記名です。  
※ 巻末にIDを付しておりますが、介護職と看護職の調査票の照合のみに用い、施設の特定はいたしませんのでご安心ください。
- 2) 調査票は全部で8ページあります。
- 3) 回答に15～20分ほど時間を要しますが、ご協力よろしく願いいたします。

### 4. 倫理的配慮

プライバシーの保護には細心の注意を払い、ご記入いただいた内容はすべて統計的に処理し、調査結果からご回答いただいた方のお名前や施設が特定されることは決してありません。

### 5. 回収

ご回答いただきました調査票（アンケート用紙）は、同封の返信用封筒に入れ、**平成23年1月8日（土）**までにご返送くださいますようお願いいたします。

## I. あなたご自身のことについてお伺いします。

下記の項目について、回答選択肢の中から当該するものに○、または適切な数字をご記入ください。

1. あなたの性別はどちらですか？

1. 男性 2. 女性

2. あなたの年代はどちらですか？

1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代以上

3. 介護職としての経験年数を通算でご記入ください。

( ) 年

4. 現在の職場での経験年数をご記入ください。

( ) 年

5. 職種はどちらですか？

1. 介護福祉士 2. ヘルパー1級・2級 3. 無資格

6. あなたは主任やリーダー等何らかの役職についていますか？

1. はい 2. いいえ

7. あなたの雇用形態はどちらですか？

1. 常勤 2. 非常勤

## II. 施設についてお伺いします。

下記の項目について、回答選択肢の中から当該するものに○、または適切な数字をご記入ください。

8. 施設の入所定員は何人ですか？

( ) 人 ※短期入所者は含まない。

9. 利用者の平均要介護度をご記入ください。

( ) 度

10. 施設スタッフの数をご記入ください。

介護職 ( ) 人・看護職 ( ) 人  
※非常勤を含む

11. 看護師が夜勤をしていますか？

1. はい 2. いいえ 3. 検討中

12. 看護師の早出・遅出を設けていますか？

1. はい 2. いいえ 3. 検討中

13. 療養長（介護・看護の責任者）の職種を教えてください。

1. 介護職 2. 看護職 3. 双方に長がいる 4. その他 ( )

14. 看取りを行っていますか？

1. はい 2. いいえ 3. 検討中

15. 胃ろうの人を受け入れていますか？

1. はい 2. いいえ 3. 検討中

16. 介護・看護業務マニュアルを整備していますか？

1. はい 2. いいえ 3. 検討中

17. 多職種が集まる会議や委員会活動はありますか？ 「はい」を選ばれた場合は頻度もお答えください。

※ あなたが所属している、いないに関わらず、施設全体の実施状況としてお答えください。

1. はい → 1) 毎週 2) 月に数回 3) 年に数回  
2. いいえ

### Ⅲ. 利用者についてお伺いします。

◇ 医療依存度のある利用者について

18. 施設もしくは担当フロア内に「**頻回な吸引を要する人**」および「**胃ろうをしている人**」は常時、何人位いますか？ 母集団となる施設の利用者数、もしくは担当フロアの利用者数も合わせてお答え下さい。

① 頻回な吸引を要する人 ( ) 人 / 施設・担当フロア ( ) 人中

② 胃ろうをしている人 ( ) 人 / 施設・担当フロア ( ) 人中

\*実数と、その母数の両方をご記入ください。

◇ 認知症のある利用者について

19. **認知症の日常生活自立度判定Ⅲ**（日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする）※注1以上の方は何%程度おられますか？

※注1 着替え・食事・排泄が上手にできない、時間がかかる。  
やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。

( ) %

20. あなたは認知症のある方々のケアに、どの程度困難感を感じていますか？

1. 全く感じない 2. あまり感じない 3. どちらともいえない  
4. ある程度感じる 5. ひじょうに感じる

### Ⅳ. 研修機会についてお伺いします。

21. 「**施設内での**」研修会や勉強会の実施状況を教えてください。

1. 毎月実施している 2. 年に数回実施している 3. (ほとんど) 実施していない

22. あなたの施設では「**認知症に関する**」研修を定期的に行っていますか？

1. はい 2. いいえ 3. 検討中

23. 「**施設外の**」研修への参加機会はありますか？

1. 毎年ある 2. 何年かに1回はある 3. (ほとんど) ない

**V. 利用者の高齢化や重度化が進む中、日々行っている「介護業務」について、あなたがどのように感じているかお聞かせください。**

それぞれの項目を読んで、「1. そう思わない」～「5. そう思う」のうち、あなたのお考えに最も近いと思う番号1つに○をつけてください。

そう思う  
 ややそう思う  
 どちらともいえない  
 あまりそう思わない  
 そう思わない

- |   |           |
|---|-----------|
| 1) ケアについてどこまで行うべきか判断に困ることがある。 _____         | 1…2…3…4…5 |
| 2) 自分の能力が十分に生かしている。 _____                   | 1…2…3…4…5 |
| 3) 自分の技術や能力以上の仕事を求められる。 _____               | 1…2…3…4…5 |
| 4) 看護職と比べると自分たちの職種の方が忙しい。 _____             | 1…2…3…4…5 |
| 5) 自分で何をやるべきなのか、よくわからないことがある。 _____         | 1…2…3…4…5 |
| 6) 本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。 _____ | 1…2…3…4…5 |
| 7) 看護職との役割分担がはっきりしている。 _____                | 1…2…3…4…5 |
| 8) 自分たちの仕事で手一杯で、相手の職種のことまで考える余裕がない。 _____   | 1…2…3…4…5 |
| 9) 職種間で意見が異なった時、自分の意見を相手に十分伝えられない。 _____    | 1…2…3…4…5 |
| 10) 職業的な専門性を発揮できない。 _____                   | 1…2…3…4…5 |
| 11) 職種間で責任の所在が不明瞭である。 _____                 | 1…2…3…4…5 |
| 12) ケアの内容や結果について他職種から批判される。 _____           | 1…2…3…4…5 |
| 13) 自分たちの職種の方が責任が重い。 _____                  | 1…2…3…4…5 |
| 14) 介護と看護ではケア内容に重なりが多いので分担が難しい。 _____       | 1…2…3…4…5 |
| 15) 職種間で業務の優先度に違いを感じる。 _____                | 1…2…3…4…5 |
| 16) スタッフによって求められる（求める）内容が異なることがある。 _____    | 1…2…3…4…5 |

**VI. 職場の対人関係についてお聞きします。介護職の場合と看護職の場合の双方についてお答えください。**

**「介護職」との関係性について、日頃どのようにお感じになっているかお聞かせください。**

それぞれの項目を読んで、「1. そう思わない」～「5. そう思う」のうち、あなたのお考えに最も近いと思う番号1つに○をつけてください。

そう  
思う  
や  
や  
そう  
思う  
ど  
ち  
ら  
と  
も  
い  
え  
な  
い  
あ  
ま  
り  
そ  
う  
思  
わ  
な  
い  
そ  
う  
思  
わ  
な  
い

- 1) 介護職は仕事の問題で困っているとき、どうすればいいか相談にのってくれる。 1…2…3…4…5
- 2) 介護職はおりあるごとに声をかけてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 3) 介護職は仕事で落ち込んでいるとき、励ましてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 4) 介護職は気軽に食事に誘ってくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 5) 介護職はいつも自分を見守ってくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 6) 介護職は個人的な心配事や不安がある時、どうすればよいか親身になってくれる。 1…2…3…4…5
- 7) 介護職は気軽に話をしてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 8) 介護職は仕事の負担が非常に大きい時には仕事を手伝ってくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 9) 介護職は仕事に関して信頼できるアドバイスをしてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 10) 介護職は仕事がうまくいかなかった時に、どこがよくないかを言ってくれる。 \_\_ 1…2…3…4…5
- 11) 介護職は仕事がうまくやれたときは、正しく評価してくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 12) 介護職はあなたのことをかってくれたり、高く評価してくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 13) 介護職は仕事の問題を解決するのにやり方やコツを教えてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 14) 介護職は課題解決のために専門知識に関する情報を提供してくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5

「看護職」との関係性についても同様に、日頃どのようにお感じになっているかお聞かせください。

それぞれの項目を読んで、「1. そう思わない」～「5. そう思う」のうち、あなたのお考えに最も近いと思う番号1つに○をつけてください。

そう  
思う  
やや  
そう  
思う  
どちら  
とも  
いえ  
ない  
あまり  
そう  
思わ  
ない  
そう  
思わ  
ない

- 1) 看護職は仕事の問題で困っているとき、どうすればいいか相談にのってくれる。 1…2…3…4…5
- 2) 看護職はおりあるごとに声をかけてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 3) 看護職は仕事で落ち込んでいるとき、励ましてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 4) 看護職は気軽に食事に誘ってくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 5) 看護職はいつも自分を見守ってくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 6) 看護職は個人的な心配事や不安がある時、どうすればよいか親身になってくれる。 1…2…3…4…5
- 7) 看護職は気軽に話をしてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 8) 看護職は仕事の負担が非常に大きい時には仕事を手伝ってくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 9) 看護職は仕事に関して信頼できるアドバイスをしてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 10) 看護職は仕事がうまくいかなかった時に、どこがよくないかを言ってくれる。 \_\_ 1…2…3…4…5
- 11) 看護職は仕事がうまくやれたときは、正しく評価してくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 12) 看護職はあなたのことをかってくれたり、高く評価してくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 13) 看護職は仕事の問題を解決するのにやり方やコツを教えてくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 14) 看護職は課題解決のために専門知識に関する情報を提供してくれる。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5

**Ⅶ. 介護職と看護職間で見解の相違がある時、あなたはどのような行動を取りますか？**

それぞれの項目を読んで、「1. あてはまらない」～「4. よくあてはまる」のうち、あなたが取る対応に最も近いと思う番号1つに○をつけてください。

- |                                       | あては<br>まら<br>ない | 少<br>し<br>あ<br>て<br>は<br>ま<br>る | あ<br>て<br>は<br>ま<br>る | よ<br>く<br>あ<br>て<br>は<br>ま<br>る |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1) お互いの意見の間を取ろうとする。 _____             | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 2) 相手の要求に従う。 _____                    | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 3) お互いの意見を水に流すよう主張する。 _____           | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 4) 相手の目的に沿うようにする。 _____               | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 5) 自分の意見を押し通すために、いろんなことをする。 _____     | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 6) お互いが納得できる決定をする。 _____              | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 7) お互いに満足するような結論を見つけ出そうとする。 _____     | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 8) お互いの意見の相違に直面しないようにする。 _____        | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 9) お互いの目的を支持する。 _____                 | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 10) 最良の結果が得られるように、お互いの考えを理解する。 _____  | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 11) できる限り口論にならないようにする。 _____          | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 12) お互いの妥協点を探そうとする。 _____             | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 13) 自分にとって有利な結果を得ようとする。 _____         | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 14) 自分の立場を押し通そうとする。 _____             | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 15) お互いの意見の歩み寄ったところで、取りきめようとする。 _____ | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 16) 相手との衝突を避けようとする。 _____             | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 17) 相手の望み通りにする。 _____                 | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 18) 相手の考えを認める。 _____                  | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 19) 対立を防ごうとする。 _____                  | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |
| 20) 自分の意見を通そうとする。 _____               | 1               | 2                               | 3                     | 4                               |

**Ⅷ. 職場での心身の状況についてお聞きします。**

それぞれの項目を読んで、「1. まったくあてはまらない」～「5. あてはまる」のうち、あなたの現在の状態に最も近いと思われる番号1つに○をつけてください。

あてはまる  
ややあてはまる  
どちらともいえない  
あまりあてはまらない  
まったくあてはまらない

- 1) こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 2) われを忘れるほど仕事に熱中することがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 3) こまごまと気配りをすることが面倒に感じることもある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 4) この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 5) 同僚や利用者の顔を見るのも嫌になる時がある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 6) 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 7) 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 8) 出勤前、職場に出るのが嫌になって家にいたいと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 9) 仕事を終えて、今日はよい1日だったと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 10) 同僚や利用者とは何も話したくなくなることもある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 11) 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 12) 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 13) 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 14) 今の仕事は私にとってあまり意味がないと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 15) 仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 16) 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5
- 17) われながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。 \_\_\_\_\_ 1…2…3…4…5





## 参考資料 2

(自由記述)

	Opinion	Sex	Age
1	Cwのスペシャリティに関してNsだけでなく、一般社会もほとんど理解されていないのが現状。確かにまだまだレベルも低いかもしれないし、スペシャリティを生かしたケアが現場の忙しさから難しい部分もある。当然給与に関しても今のサービス提供のレベルでも低く感じる。今後、スペシャリティの向上も重要だが、給与の低さもあり、お恥ずかしい話だが「仕事は何ですか」と聞かれ、Cwと言うのが嫌な時もある。社会的位置が上がらなければ、他職種との対等な関係は困難ではないか。	男性	20代
2	介護統括という立場なので、自分が相談に乗ってもらったりアドバイスをもらったりということはほとんどない。常にストレスを感じているが、これは役職としてしかたがないと思い、日々業務している。Cwは昔に比べ責任が増し、スキルアップも叫ばれているのに、現在、それに見合った待遇とはとても思えない。待遇向上を願うばかりである。	男性	30代
3	現在「NsとCwの連携・協働のための研修」を行っているが仕事に長時間にわたる研修を受けている。こんなことならもう少し頑張っただけでNsをめざした方が給与も高くなって良いのではないかと考えさせられる。最近ではCwもやらなくてはいけないことが増え、精神的にも体力的にもかなりきつい。	女性	40代
4	これからの特養は看取りも増えてくるのに夜勤などもNs不在の中、Cwが落ち着いて取り組めるよう、研修などを重ね、スキルアップに努めている。	女性	40代
5	仕事自体はきつけど、自分が選んだ道だからやりがいを感じる。ただ長と呼べる人の質が悪くストレスだ。現場を知ろうとしない人が長では良いケアはできない。クライアントのことも職員のことも大事に考えてくれる人でなければよい職場にはならないと思う。悩んだ時、相談に乗ってくれるような上司がいない。自分の考えが正しいのか間違っているのかをアドバイスしてくれるような信頼できる人が近くにいません。それなりの付き合いはあるが知らない間にストレスを感じている気がする。判断力がありリーダーシップのある信頼できる上司がいればと思う。	女性	40代
6	「風通しのよい職場環境づくり」を日ごろ心がけているが、やはり他職種連携がうまくいかずトラブルになる場合もある。クライアント主体に物事を考え、根拠・理由をお互いが求めあい共有することが大切である。	男性	30代
7	Nsの数が少なく業務に追われる中、吸引の制限がある(口腔内のみ)、経管栄養の注入ができない等、Cw・Ns両面から見てとても不都合が生じる。夜勤にNsがいない。夜勤に疲がつまっている方を見殺しにしてよいのか？ 胃ろうの開始時間を一斉にするとか、胃ろうの方を1ユニットに固める等しなければ回らない。一方で、ユニットケア・個別ケアの方針を勧めておきながら、結果的に胃ろうの方は集団的ケアになっている。胃ろうの方には朝・昼・夕の生活の流れを感じてもらえないのか？	女性	20代
8	ストレスは常に感じている。他職種との連携ができない、上司には評価されないと仕事に常に思う。現場で起こった問題は、自分たちリーダーで常に解決を求められ、上司は何もしない。リーダーの負担がありすぎて、常にやめたい、疲れたと感じている。	女性	20代
9	施設におけるよい人材確保(Ns・Cw共)が難しいこと自体ストレスです。	女性	40代
10	自分自身も含め、メンタルケアの難しさを感じる。自分の立場的に他の職員の様子も観察しなければならず、ストレスが過度になっている者に対するケアや入り込みに悩む。	女性	40代
11	ここ数年でCwはある程度社会から認められつつあると思うが、待遇面、環境はまだまだだし、Cw自身にもスペシャリティが足りないと思う。	女性	30代

	Opinion	Sex	Age
12	休み(特に長期)が取れない、給与が安いというのは同職種なら、どこでも誰でも思うところだと思う。しかし他の職業(一般企業サラリーマン)の実情をみると「決まった時間に仕事が終わる、ある程度の残業代が出ている」という環境に私たちはあり、私たち自身ももっとスペシャリティを高めなければいけないと思っている。「誰でもできる」という広い門戸を構えて、ゆくゆくは社会的に「さすがプロ」と言われるようにならないと高い給料は求めにくいのではない。ただ、最初に書いた不満は解消されるべき。職員間の対人ストレスは高いと思う。決まった空間で、決まった人間とずっと向き合っているとどうしても視野が狭くなる。クライアントと接すること自体が勉強だが、なかなかそれに気づいて学べない。	男性	30代
13	食事、入浴、排泄の最低レベルしか行えていない。体力的にもたないと感じている(夜勤が月に7・8回)。サービス残業もかなり多い。	女性	30代
14	1日中同じ事を言い、しつこくつきまとうクライアントに「何度も同じ事を言わんとして」「もううるさい」とイライラして言うてしまうことがある。それを聞いて部外者や上司に「なんてひどいことを言う職員だ、認知症をわかってないのか」と大変怒られることがある。別に「認知症がどうだ」と知らなくてもこの仕事で1週間も経てば、物事を記憶しておけず、何度も同じ事を繰り返す事ぐらいわかる。わかっている自分にもゆとりがなくついついそんな言葉を投げかけてしまうのだ。現場を離れて偉そうなことを言う人たちに、3日でいいから認知症の人の世話をしてみてくれ、と言いたい。やってきたと言われるかもしれないが、実際現場にいる私でも、同じ事を繰り返すクライアントに接していなければ騒いでいるそのクライアントを「認知症だから仕方がない」と思える。だが、直接そのクライアントに接すると、そんなのんびりした考えはふっとんでしまう。クライアントには優しくあんなことは言っははいけない、こんなことはしてはいけない、認知症のクライアントは弱者なのだから…、と。しかし、それではケアをするこちらが精神的にも体力的にもこわれてしまう。介護現場の現状は厳しいです。	女性	50代
15	胃ろうのクライアントはいないが、経管(鼻からチューブを通して)は3人いる。気管切開をしている人もおり、Nsが吸引を頻繁に行っている。	女性	30代
16	今回は看護と介護の関係性がテーマであったが、日頃から介護と他部署との関係で悩んでいる毎日だ。現場と現場ではない人、医療的やそうでない視点など、立場が違くと視点が違う。ただ、対象が同じなのに視点や想いが違うことで食い違う事が多々あり、その間で右往左往しているのが現状で、結局インシチュブを取るのNsとなっている。お互いがお互いを認め合い、理解し、協力していくという一見簡単なことが、今非常に難しく感じられ、不可能なのではないかとまで感じる。一日も早くクライアントや職員のために働きやすい、気持ちのいい職場環境になればと願う。	男性	30代
17	Cwの社会的地位が低いと言われているが、Cw自身の質の向上なくしては地位は上がっていかない。そのあたりを意識して日々の業務に取り組んでいるCwが少ないと感じる事があり、時にあきらめかけてしまう事がある。	男性	30代
18	長年Cwとして仕事をしてきたが、介護レベルが落ちている職員が多い。福祉のスペシャリティがある職員も減ってきている。	男性	40代
19	対人関係については職種の問題ではなく、その人のやり方、考え方によって異なるため、一概に言えないと思う。仕事自体は非常にやりがいがあると感じているが内容が多く、対応しきれない事も多い。うちの職場は労働組合のようなものもないので、何かあった時には誰も守ってくれないのだろうな、と感じている。	男性	30代
20	現在、フロアリーダーを初めて体験しているが、職員同士のトラブルやいざこざで本来の業務と少し違うような気がしてしかたなく、自分自身は介護だけに没頭したいのに、そうはいかず本当にストレスと鬱憤で爆発しそうなのをこらえて頑張っているのも、それに見合った給与と時間がもらえれば職場の雰囲気も変わってくると思う。	男性	30代

	Opinion	Sex	Age
21	介護ストレスは職員とクライアントという関係だけでなく、クライアントの家族とも関わり、信頼関係の築きも大切だと思うので、ストレスの原因の一つになっている。	女性	20代
22	問題になっている医療行為だが、私は負担に思ったことはない。看護スタッフ、先輩スタッフからしっかり引き継がれることを前提に、実際現場では「必要な時」が「今」あるから…。してはダメだからと、みすみす苦しんでいる人を見ていることができない現状にある。	女性	30代
23	朝食事など職員が少ないのでクライアントに申し訳なく思いながら手早く朝食介助をしている自分に嫌気を感じながら介助している。	女性	50代
24	Cwの定着率の低さ、各職員のスキルや技量に個人差があり、一定レベルの介護の質の確保に日々、七転八倒している。しかし、いつもそんな自分でも一緒に働く仲間から励まされ、クライアントから働くことの喜びを教えてもらい、介護の仕事を追及していきたいという思いは今後も変わることはないという自信はある。	女性	30代
25	研修・委員会などがあることに感謝しているが、やや多く、参加するのに休みの日まで出てこなくてはならないとか、時間外にはならないよう協力し仕事を済ませているが、どうしても時間外になる時にも時間外手当がない事などを調整してほしい。職員がやる気をなくすことのないよう、説明をしていくにも苦勞、限界があることが最近の悩みである。	女性	50代
26	CwはNsに比べると無資格でも働けるから「社会人として」や「プロとして」といった意識が低い。私は介護とは関係のない職業から転職してきたため、比較するものがあるからかもしれないが、比べてみると責任感の低さや協調性の低さが目立ち、こういう事がCwとしての質を低下させ、職の地位も低くみられることに繋がっているのではないかと感じる。	男性	20代
27	フロアとしてはNsへ依頼し、対応は良くなってきているが、その他での連携(ケアマネージャー等)も各部署からの報告をしてほしい。認知症のフロアでは共に生活し、その方の対応をすることに、時として苛立ち、ストレスを感じることも多い。	女性	30代
28	Cwが全てクライアントのために働いていれば、Cw同士のいざごさはあまり起きないと思う。しかし、私の職場ではクライアントのため、という基本的な考え方をもち、よりよい介護をめざすという目標に向かっている職員は少ないように感じる。例えば、介護の現場で行われる離着床はとても体力的に疲れるが、それを1日に何回したか、他の職員は何回行ったかなど、私は気にも止めていないが、職員によっては回数を気にして、何回以上はしたくない、していない人がすればいい、など自分の不利益を訴える職員もいる。クライアントの事を考えれば、不利益を感じることもないと思うし、クライアント中心の考え方をしていないため、そのような発言や考えが出てくると思う。介護という仕事に就く上で、お金のため、自分のためという思いが先に立つ職員も多い。そんな中でクライアント中心の生活をめざすのは大変むずかしいと感じる。	女性	20代
29	給与の割に業務が多忙で精神的にしんどい時がある。各責任者の立場や仕事内容が明確になっておらず、立場上の事を常に求められる。大変な仕事である。	男性	20代
30	他職種(特にNs・Cw)間での人間関係に隔たりが感じられるのは同じ施設内でも待遇が違いすぎるというシステム上の問題だと思う。食事に誘ってくれる云々の人間性ではこの不公平感は埋まらない。特養などではCwの役割が大きいのに、未だに社会的地位がNsより低いのは、そうした点が大きいと思う。	男性	30代
31	現場スタッフに余裕がなく、ゆとりのない場合が多い。認知症に対する理解ができない職員が多く、研修をしたいがなかなか出来ていない。作業をケアだと思っている職員が多い。サービス業だと思うが、職員の質や仕事に対する考えの違いがあり、チームケアが出来ない事が多い。クライアントの事を考えるときに、自分の都合のいいように考え、話をする人が多い。	男性	30代

	Opinion	Sex	Age
32	私はリーダー職だが新人が来た時は通常業務をしながら、その方のフォローをすることが常で、この状態がずっと続いているので、常にイライラしており、つい言わなくていいことまで口に出てしまい、仕事が終わってもその事が頭を離れなかったり、イライラが続くこともある。こんな状態でクライアントと接するので、口調がきつかったり、良くない態度であったりすることがあり、またその事で悩む。	女性	40代
33	家族とのふれあいをもっと持ちたいと思う。クライアントの状況に理解を持って頂き、職員に協力してもらえれば助かると感じることもある。	女性	50代
34	今の仕事で最もストレスなことはリーダーとしての責任の重さ…。現場業務を他スタッフと同じように行った上にある様々な課題・提出物等デスクワークの量、スタッフの育成、各種会議への出席、出張や資格取得等々。従来型施設でありながら、ユニットケアと同等の質のサービス提供を求められるため、リーダーがデスクワーク等を勤務時間内に行う事が難しく、残業や休日にデスクワークを行うことも多い。リーダーに限らず、職員に求められるもの(研究発表や目標管理等)も多く、かつてのように現場の仕事だけでは評価されない時代になっている。「私、今日、クライアントのことを本当に考えていただけるか」と反省することも多く、「介護」以外の仕事の負担が「介護」に出してしまうのではと、不安がある。でも、この仕事を辞めたいと思う事はない(職場が変わることはあるかもしれないが)。人から自分が求められている、という事に喜びを感じ、その人の良いところに気付き、引き出せるととても嬉しくなる、とてもすてきな仕事だと思う。	女性	30代
35	Cwに信念を持って業務に就いているが世間あまり認められていない仕事なのではないかと感じる事がある。一番そう感じるのは給与の低さである。大変難しい仕事と思っているが、世間では誰でもできる仕事と思われているのではない。現在30代であるが、給与の基本給は17万円台と非常に安い。仕事はお金ではないが、お金もモチベーションを上げる一部であると私は考える。専門的な知識も必要なCwをもっと世間で認めて欲しいと常に感じている。	男性	30代
36	仕事に見合った給与なのか考える事がある。	男性	50代
37	リーダーをしているが、仕事量が多く、残業や休みの日でも何らかの仕事をしている日々であり、疲れがたまっている。全体的に残業の多い職場である。自分以外の職員も同様であり、給与の少ない嘱託職員さんなどは大変だと思う。	女性	40代