

博 士 論 文

介護職の虐待防止に関する研究

金沢大学大学院人間社会環境研究科

人間社会環境学 専攻

学籍番号	1221072004
氏 名	河野 由美子
主任指導教員名	森山 治

目 次

序章 問題の所在と分析視点	1
第1節 問題の所在	
第2節 研究の課題	
第3節 本論文の構成	
第1章 介護職の虐待防止に関する研究の背景	6
第1節 日本の高齢者虐待の実態と社会的対応	
1. 養護者による高齢者虐待の実態	
2. 養介護高齢者施設における虐待の実態	
3. 高齢者虐待に関する社会的対応	
第2節 認知症対応型グループホームの現状	
1. 認知症の概要と歴史	
2. 日本における認知症グループホームの現状	
3. 認知症グループホームの介護職	
第3節 介護職の教育、就労状況	
1. 介護福祉士創設の経緯と定義について	
2. 介護福祉士の教育課程	
第2章 先行研究と分析の視点	27
第1節 先行研究	
1. 国内研究論文	
2. 海外論文	
3. その他	
4. 先行研究のまとめ	
第2節 研究の分析の視点	
第3節 調査仮説、解決問題	
第3章 認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連	41
第1節 本章における調査の背景と目的	
第2節 本章における調査全体の概要	
第3節 本章における調査の結果	
1. 調査結果の概要	
2. 基本属性	
3. 介護職における虐待の認識に関連する結果	
4. 研修受講に関する結果	
5. 自己決定支援の有無に関する結果	
第4章 認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識	110
第1節 本章における背景と目的	
第2節 本章における調査の概要	
1. 用語の定義	
2. 研究方法	
第3節 本章における調査の結果	
1. 分析対象者の概要	
2. 施設内研修会開催の概要	
3. 管理者の介護職や管理者になった経緯と人材育成について	

4.管理者全体の人材育成に対する認識について

第5章 虐待防止への対策方法 135

第1節 認知症グループホームの研修について

第2節 調査結果および認知症介護実践者研修から検討すること

第3節 調査結果から今後に向けた取り組みの提言

1.ストレスマネジメントに向けた新たな研修方法

2.ストレスマネジメントに向けた職場環境の調整

第6章 本論文のまとめと今後の課題 144

第1節 まとめ

1.認知症グループホームの介護職の問題

2.高齢者虐待の関する実態

3.認知症対応型グループホームの現状

4.介護職の教育、就労状況

5.介護職の人材確保の課題

6.調査仮説と解決問題

7.認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連

8.認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識

第2節 本論文の課題

序章 問題の所在と分析視点

第1節 問題の所在

日本は第二次世界大戦後、人口の増加は著しく 1970 年には 1 億人を突破し、高齢人口は 7.0% を超え、高齢化社会¹に突入した。その後も人口は増加し、1995 年には高齢人口が 14.6% を超え高齢社会に突入した。2010 年には全人口の 23% を超え超高齢社会となり、世界の先進国において最も高齢化率は高く、今後も高齢者が増加していくことは明らかである。

高齢社会は様々な問題を抱えている。その一つに認知症高齢者の増加がある。二宮らの²2014 年度厚生労働科学研究成果によると、認知症の推定患者数は 2025 年 675 万人、2040 年 802 万人、2060 年 850 万人であり、時代とともにその数は増加するという結果を示している。認知症 (MCI)³は約 400 万人と推計されており、認知症高齢者の日常生活自立度 II⁴以上の高齢者が増加していくとも言われている。動ける認知症を例にあげると、徘徊や睡眠障害、介護抵抗等に対する昼夜にわたる介護が必要となる。そのため家族の負担は大きく、家族介護者が心身の変調をきたすことも考えられる。家族に負担がかからぬためには、介護従事者の確保、施設サービスといった介護サービスの充実が求められる。

2015 年度国民生活基礎調査⁵によると、高齢者がいる世帯は全世帯の 47.1% を占めている。世帯構造別にみると、夫婦のみの世帯は 31.5%、単独世帯 26.3%、親と未婚の子の世帯 19.8% といずれも増加傾向にある。加齢に伴う筋力の衰えや関節の可動域の変化、感覚機能の衰え等によって、日常生活や社会生活の自立が困難な状況となりやすい。加えて一人で多くの疾病に罹患することもある。そうなることで、単身者は日常生活の自立が困難になり、自宅生活が継続できない状態となる可能性がある。他方、高齢者夫婦のみの場合は「老老介護」と言われるように、お互いが加齢に伴う衰えや疾病を持ちながら生活を営み、介護を継続することが困難となりやすい。2016 年度高齢者白書⁶によると、介護が必要となった主な原因は、65 歳以上の男女合わせて脳血管疾患が 17.2% と最も多く、つぎに多いのは認知症で 16.4% であった。

¹ 高齢人口が総人口に占める割合を一般的に高齢化率と呼ぶ。高齢化率 7% で高齢化社会、高齢化率 14% は高齢社会とされている。

² 認知症施策の規模や有効的な資源活用などを検討するうえで、将来の患者数を正確に予測することを目的に、モデル地区の認知症有病有病率の推移モデルを統計学的に作成し、年齢分布や危険因子の頻度の推移を考慮に入れた将来の認知症高齢者数を推計した。

³ MCI(Mild Cognitive Impairment : 軽度認知障害)と言われている。認知機能(記憶、決定、理由づけ、実行等)のうち 1 つの機能に問題が生じるが、日常生活に支障がない状態のこと。MCI から認知症に症状が発展する人の割合は年平均 10% と言われている。MCI の人が認知症に進まないための介護予防も今後の課題と言える。

⁴ 認知症高齢者の日常生活自立度は、認知症の方にかかる介護の度合い、大変さをレベルごとに分類したものである。I に近い方が軽く、IV に近い方が重くなる。II_b は認知症の重度の段階が 1 つ上がり、普段家庭内でできていたことができなくなることであり、介護の負担が増加することにつながる。

⁵ 世帯数と世帯人員の状況の概要から引用した。

⁶ 厚労省：平成 28 年版高齢者社会白書 高齢者の健康・福祉

特に、認知症は前述したとおり在宅介護が困難になりやすく、今後増え続ける養介護高齢者を支えていくためには、今以上に介護の社会化を図ることが必須であり、入所施設や地域密着型サービスの利用を図ることが当事者及び家族を支えるためには必要不可欠であると考えられる。

養介護高齢者の生活を支える福祉サービスは数多くあるが、そのなかで筆者が注目しているのが地域密着型サービスである。

地域密着型サービス⁷⁾は、認知症高齢者や一人暮らしの高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるサービス体系として介護保険制度の改正を機会に創設された。

その地域密着型サービスのなかでも認知症高齢者の生活を支援する「認知症対応型生活介護（以後グループホームと略す）」は、認知症高齢者が増加する我が国において必要不可欠なサービスであると筆者は考えている。

グループホームは、認知症高齢者が住み慣れた地域の小規模で家庭的な環境のなかで、認知症の専門的知識を有する介護職⁸⁾と24時間生活を共にして、自分らしい生活を送ることができる施設である。その特徴は、認知症の症状緩和に寄与し、その人らしい生活を支援できることにある。認知症は、記憶障害や理解・判断能力の障害等を主とし、幻覚・妄想や徘徊、興奮や暴力等、様々な周辺症状が出現する特徴を有している。自分の行動を否定されたり、環境が急激に変化すると、それに対応できず徘徊行為に結びつき、感情的になったり興奮した状態になることで暴力や暴言等が起こる。従来型の入所施設は1フロアの利用者が多く、一人ひとりに細やかなケアや対応をおこなうことが難しとした問題点を解消する期待が込められていた。

厚労省「介護サービス施設・事業所調査」（2015年10月現在）によると、グループホームは13,003事業所が登録され、利用者数も年々増加している。施設基準は1事業所あたり2ユニット以下で、1ユニットの定員は5人以上9人以下となっている。介護職員⁹⁾はユニットごとに利用者3人に対して介護者1人の割合で配置されている。そこで働く介護職は、認知症の理解や認知症ケアを専門的にできる介護職とされている。

グループホーム協会の調査¹⁰⁾を基にグループホームの介護職の役割を考えると、入所者は要介護度3以下が70%と比較的自立度の高い認知症高齢者が多いことから、利用者自身の生活役割を探し維持することや、利用者同士の関係性の確保や維持等が介護職の役割として求められる。グループホームの介護職は、専門的知識技術を生かしやすい環境にあることから、他の大規模施設の介護職と比較してやりがいは大きい。しかし利用者個々人の多様な症状や状況に対応する必要があるため、加えて24時間生活を共にすることから夜勤業務もある。小規模施設のため夜勤は1ユニットに一人の介護職配置となる。加えて、個別記録

⁷⁾ 原則として当該市町村の被保険者のみが利用可能である。国民の福祉と介護の動向（2016/2017）p159

⁸⁾ 介護職は相対的に職業を表すとらえ、介護職員と区別する。

⁹⁾ 介護職員は個人や規程上参考にする際に用いる。

¹⁰⁾ 2,140事業所の参加、1事業所5名の介護職の回答で、回収率は事業所45.7%、職員44.7%であった。入居者の介護度は「要介護3」29.4%、「要介護2」25.8%、「要介護1」17.9%の順が多い。

の記入といった事務的な仕事も加わり身体的・精神的ストレスは高いとする問題も考えられる。介護職のストレスが高くなることは、高齢者虐待に結びつく危険性をはらんでいる。介護施設でも身体拘束等の虐待が問題となり、2005年「高齢者虐待の予防、高齢者と養護者に対する支援等に関する法律」の制定により、虐待報告が義務付け¹¹られた。この報告義務の影響もあり、2015年度に高齢者虐待が認められた件数は、介護従事者によるものが408件と、前年度より108件(36.0%)増加している。また、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者に対する虐待は75.4%という報告¹²もある。同報告による介護施設別の虐待については、介護老人福祉施設が30.6%と最も多く、グループホームは15.9%であった。

なおグループホームや小規模施設では「心理的虐待」が他施設に比較して多いという特徴が認められ、認知症高齢者の症状として見られる徘徊行為や興奮による暴力といった周辺症状への対応が、介護職のストレスに結び付き、結果として心理的虐待につながると考えられる。

グループホームの介護職は、認知症や認知症高齢者ケアの専門家としてケアにあたっているにもかかわらず虐待は起こっている。その理由は何処に求められるのか。高崎ら¹³(2010)の研究によると「不十分で不適切な教育」に原因があるとされ、高齢者虐待についての知識不足、高齢者の特性や認知症についての理解不足と分析されている。

不十分で不適切な教育の背景には、介護職の国家資格である介護福祉士の養成過程にも一つの原因あると考えられる。

2025年問題¹⁴といわれるように、後期高齢者数の増加に伴う認知症高齢者の増加に反して家族機能が低下していくなかで、介護の担い手として、専門的な知識を身につけた介護福祉士の存在意義は益々高くなっていく。しかし、現在の介護福祉士教育課程は、養成校ルートと実務経験者ルートに分かれている。介護福祉士登録者数¹⁵は年々増加しているが、2016年度は国家試験ルートである実務経験者数が約7.7万人と、養成校ルートの約8倍となっている。このことは、介護福祉士として求められる専門知識や技術が不足している介護職が多数いることを意味している。介護福祉士の養成カリキュラムでは、人間の尊重に関することや社会福祉に関すること、高齢者や障害のある人者の心理、医学知識や介護技術等に1,650時間をかけて学習している。他方、実務経験者¹⁶は3年間の実践経験に初任者研修等を受けた後に国家資格を得ている。初任者研修等では、認知症の理解や発達と老化、

¹¹ 虐待の報告の義務付けは、第二章、第七条

養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

¹² 本調査は、厚労省：平成27年度高齢者虐待対応状況調査結果概要である。被虐待高齢者は、要介護3以上が79.9%を占めていた。入所系施設における被虐待高齢者の認知症程度と種別関係をみると、被虐待高齢者に認知症があり「自立度Ⅳ/M」の場合、身体的虐待を受ける割合が特に高い。

¹³ 高崎絹子監修(2010)：実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防、日本看護協会出版会、41-47。

¹⁴ 団塊の世代が2025年までに後期高齢者に達することで、介護・医療費などの社会保障費の急増が懸念されるという問題のことである。

¹⁵ 厚労省：介護福祉士の登録者数の推移のデータである。

¹⁶ 2016年度から実務者研修が義務づけられている。

介護技術の基本等は短時間であり人間の尊厳と自立の学習は欠けている。虐待は、その人の尊厳や自立を脅かす行為であるため、人間の尊厳と自立の学習を受けるか否かによって、介護福祉士養成施設を卒業している介護職と実務経験による介護職には人間の尊厳に対する意識の差が出てくると考える。

第2節 研究の課題

以上の問題意識から、次の分析視点を着想するに至った。

まず始めに、グループホームで働く介護職員のストレスは次の2点から生じると考えた。

- ①認知症高齢者の生活に24時間密着して働くことによる、利用者との関連性から生じるストレス。
 - ②小規模施設特有の少人数（特に一人夜勤）勤務による、労働の負担とストレス。
- ①②によるストレスを受けることにより利用者に対する虐待が生じる可能性が高くなると考えた。

次に、虐待行為を回避するためには、養成過程において「人間の尊厳」等の人権意識や職業倫理に関する教育が重要な役割を果たしていると考えた。しかし実際の現場では、

- ①養成校で教育を受け、仕事に従事する者より、短時間教育と実務経験で仕事に従事する者の割合が圧倒的に多い。
- ②実務経験者に対しては養成校のカリキュラムにみられる「人間の尊厳」等の人権意識や職業倫理に関する教育がない。介護職員の中には介護福祉士以外の者も従事していることから、相対的に人権意識や職業倫理に関する知識が不足する介護職員が多いことが予測される。このことは人間としての尊厳を基本とする認知症高齢者に対する理解不足につながっているのではないかと考えた。

第3節 本論文の構成

本論文は6章から構成している。

第1章「研究の背景」では、日本の高齢者虐待の実態と認知症高齢者の現状、認知症グループホームや介護職、養介護施設による高齢者虐待の現状、さらに介護職の教育等の現状と課題についてまとめている。認知症高齢者が増加する一方、家族機能は弱体化し、在宅介護は困難な状況になりつつある。認知症高齢者の施設入所は増加すると考えられるなかで、認知症グループホームの果たす役割は大きい。その反面認知症高齢者の生活を支える介護職の負担は大きく、介護職によるストレスが虐待へと結びつく関係性を検討した。

第2章「先行研究と分析の視点」では、高齢者虐待や介護職のストレス、グループホームの介護職、管理職と教育体制等の先行研究について国内の研究書、先行研究論文、海外先行研究論文について整理・検討した。研究の背景と先行研究の結果から、研究の分析視

点についてまとめ、調査内容を導き出した。

第3章「調査Ⅰ」では、「認知症グループホームの介護職における虐待の認識とストレス」の調査結果をまとめた。この調査は、介護職の虐待の認識について量的調査を実施した。認知症グループホームの介護職を対象とした自記式質問紙調査であり、心理的指標としてストレスを測るバーンアウト尺度を用い、虐待の認識とストレスの関係について分析し結果をまとめている。

第4章「調査Ⅱ」では、「介護職における教育指導体制の認識」についての調査結果をまとめた。この調査は、認知症グループホームの施設管理者に対して、職員の教育指導に関する認識を中心に半構造化面接を実施した。一人約60分のインタビューを行い、その語りを整理し、カテゴリ化するとともに、管理者の教育に関する認識を整理した。調査Ⅰ・Ⅱの結果から次章の虐待防止への取組に言及した。

第5章 認知症グループホームの介護職における虐待防止への対策と、虐待防止に向けた支援策を提言した。先行研究や調査結果から、介護職の研修の重要性が明らかになった。虐待防止対策とした研修の目的や方法に工夫をおこなうことで、介護職の虐待に関する知識や技術につながり、その結果介護職のストレスが低減することが虐待防止への有効な手段であるとあきらかにした。

第6章 研究のまとめと本研究の課題について整理した。

第1章 介護職の虐待防止に関する研究の背景

第1節 日本の高齢者¹⁷虐待の実態と社会的対応

まず初めに、高齢者虐待の実態や高齢者虐待への社会的対応について述べる。高齢者虐待は、家庭内の養護者による虐待と施設の介護職による虐待があり、両者を対比しながら記述する。

1. 養護者による高齢者虐待の実態

2015年度厚労省の調査¹⁸によると、養護者による虐待判断件数は16,599件であり、2010年と比較してわずかながら減少している。また、相談通報は29,396件であり2014年と比較して3.5%増加している。

虐待の種別・類型では、「身体的虐待」66.6%と最も多く、以下「心理的虐待」41.1%、「経済的虐待」20.0%、「介護放棄」20.8%（重複あり）の順であった。虐待等で死亡に至った事例は養護者による殺人7件、介護放棄による致死6件、ネグレクトを除く虐待死5件等であった。

被虐待高齢者は、女性が76.8%を占め、年齢は80～84歳が24.1%、75～79歳が21.4%であった。被虐待者のうち介護認定を受けている高齢者の割合は66.7%であった。介護度は、要介護1、23.8%、要介護度2、22.0%の順である。要介護者の日常生活自立度をみるとⅡ以上が69.0%であり、被虐待高齢者の48.0%を占めている。このことは、自分で歩行や移動ができる認知症高齢者が虐待を受けやすい状況にあると理解することが出来る。例えば、食事や排せつ、移動行動等は自立しているが、繰り返し同じことを言う、危険なこと、突拍子もない行動をとる、大声を発する等の行為に対して、家族がその都度対応に苦慮していると推測できる。特に徘徊や弄便、暴力などの行為が認められると、介護者をはじめとする家族の身体的・精神的なストレスは図り知れない。

次に同居家族の内訳と虐待の割合¹⁹をみると、「虐待者とのみ同居」は49.2%であり、「虐待者及び他家族と同居」は37.4%であった。「未婚の子と同一世帯」が33.0%と最も多く、次いで「夫婦のみ」は21.5%であった。続柄では「息子」が40.3%と最も多く、ついで「夫」21.0%、「娘」16.5%の順であった。

養護者による虐待要因について注目すべきは、虐待者とのみの同居が半数を占めることである。認知症高齢者の介護や生活を支えながら、自分の生活も営むことが考えられ、生

¹⁷ 国連では60歳以上、世界保健機構（WHO）では65歳以上を高齢者と定義している。一般的に65歳～74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者としている。

¹⁸ 厚労省：平成26年度「高齢者虐待の防止」による調査結果。全国1741市町村及び47都道府県で実施。

¹⁹ 虐待者に関して、前述している2015年調査で虐待者の総数17,614人における割合である。2003年では、息子、息子の配偶者、娘、夫の順であった。最も多い息子は変化ないが、約10年間で虐待者が変化しており、家族世帯で夫婦のみや未婚の子とひとり親が増加していることが影響している一要因と思われる。

活面の負担がすべて虐待者にかかっている。他からの支援がない状態も考えられことから、2人きりという密室な環境が虐待を起しやすくなると考えられる。

認知症の症状は、時間帯に関係なく1日中症状があらわれ、それに対応することでさらに異なった行動や言動が起こる。それらの一つひとつに対して一生懸命に介護するあまりに、介護や生活自体が調整できなくなり、そのジレンマから、身体的虐待がおこることも考えられる。認知症高齢者の介護を続けることの大変さを伺うことができる。

2. 養介護高齢者施設²⁰における虐待の実態

前出の調査²¹において、養介護高齢者施設（以下、要介護施設とする）の従事者等における高齢者虐待が公表されている。（表1参照）

養介護施設の従事者による虐待は、2010年度と2015年度を比較すると約4倍増加しており、2014年と2015年の比較では増加率は36.0%であった。市町村への相談・通報件数も養介護施設の従事者による虐待については2014年からの1年で46.4%増加している。

養介護施設別ごとの虐待（表2参照）では、「介護老人福祉施設」が125件30.6%と最も多く、次いで「有料老人ホーム」85件20.9%、「認知症対応型共同生活介護施設（認知症グループホーム）」65件15.9%、「介護老人保健施設」37件9.1%の順であった。養介護施設の従事者による虐待の種別（図1参照）は、「身体的虐待」が478人61.4%と最も多く、「心理的虐待」215人27.6%、「介護放棄（ネグレクト）」100人12.9%であった。虐待の程度（深刻度）は5段階評価で最も軽い「生命・身体・生活への影響や本人意思の無視等」が370人47.6%、一方最も重い「生命・身体生活に関する重大な危険」は25人3.2%であった。

加害者としては介護職員が81.2%と最も多かった。虐待者の性別は男性52.5%、女性46.8%であり、虐待者の年齢は、30歳未満の男性30.0%、女性13.9%、50歳以上では女性が54.3%と多かった。介護労働実態調査²²の介護従事者全体に占める男性の割合は20.4%であるため、この結果からは30歳未満の若い男性が加害者となる割合が高いと考えられる。

養介護施設における虐待の種別と自立度や介護度との関係をみると、被虐待高齢者の認知症の程度では「自立度IV/M」の場合、身体的虐待を受ける割合が高い。しかし、「認知症がない自立」は心理的虐待を受ける割合が高いことも明らかになっている。要介護度では、要介護1以下では心理的虐待が50%を占めており、要介護2以下では身体的虐待は少ない。寝たきり度C²³では身体的虐待を受ける割合が高く、心理的虐待を受ける割合は少なかった。

²⁰ 養介護施設とは、高齢者虐待防止法において施設従事者による虐待防止の対象となる施設のことで、老人福祉施設、有料老人ホーム、地域密着型介護福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターをいう。

²¹ 平成27年度高齢者虐待対応状況調査結果概要からのデータである。

²² 2015年介護労働実態調査による結果と比較している。

²³ 寝たきり度は障害高齢者の日常生活自立度と言われ、ランクJ（生活自立）、ランクA（準寝たきり）、ランクBC（寝たきり）と判断される。判定基準は地域や施設等で、保健師らが何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間で判定することを目的として作成した。

施設別では、認知症グループホーム・小規模多機能型居宅介護等では、「経済的虐待」が含まれるケースが他の施設より低く、「心理的虐待」が含まれるケースが高い結果となっている。

前述のとおり要介護度が高いと身体的虐待が多くなるが、グループホームは個室での介護が多くなることから、密室性も虐待や不適切ケアに結びつくと考えられる。

グループホームは、認知症高齢者を対象とした日常生活中心の支援をしていることから、認知症に現れる BPSD（幻覚、妄想、徘徊、異食、暴言暴力等）の症状に振り回される可能性が高い。認知症ケアにおいても、中枢症状より介護者が対応に苦慮する多くは BPSD であると言われている。介護職員は認知症と理解していても、環境条件の違いや人間関係等で急に周辺症状が出現したりすることもあり、常に細やかな対応をする必要があるため、身体的・心理的負担が高く、それに伴い「心理的虐待」が起こる可能性も高いと考える。

加えて、資格がないことや研修を受けていないことで認知症や虐待の理解やその対応ができない介護職員が多数存在する可能性もある。その場合、介護職員の教育課程や施設の研修等について現状を把握することが虐待防止との関係のうえで重要となる。

3. 高齢者虐待に関する社会的対応

家庭や養介護施設での高齢者虐待が表面化したことにより、2005年に高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律が成立し、2006年4月1日から施行された。

法の目的は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、高齢者の権利利益の擁護に資することであるとされている。虐待の種別は身体的虐待、介護世話の放棄・放任、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待と定義された。加えて、虐待者として養介護施設の従事者（表6参照）と高齢者を擁護する養護者も含まれた。この法律では、養介護施設または養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報²⁴しなければならないことである。その影響もあり、虐待通報件数は年々増加している。

さらに、高齢者虐待の防止に向けた基本視点として、次の6点を挙げている。①発生予防から虐待を受けた高齢者の生活の安定までの継続的な支援、②高齢者自身の意思の尊重、③虐待を未然に防ぐための積極的アプローチ、④虐待の早期発見・早期対応、⑤高齢者本人とともに養護者を支援すること、⑥関係機関の連携・協力によるチーム対応である。

この6点のうち、特に本研究に密に関連することは、③⑤にあげられた虐待を未然に防ぐための積極的アプローチと高齢者本人と養護者を支援することである。

²⁴ 第21条 養護施設従事者等による高齢者虐待にかかる通報等で定められている。

表1 虐待通報件数²⁵

	養介護施設従事者等（※1）によるもの		養護者（※2）によるもの	
	虐待判断件数（※3）	相談・通報件数（※4）	虐待判断件数（※3）	相談・通報件数（※4）
2010年度	96件	506件	16,668件	25,315件
2014年度	300件	1,120件	15,739件	25,791件
2015年度	400件	1,640件	15,976件	26,688件
2014.2015増減	108件(36.0%)	520件(46.4%)	237件(1.5%)	897件(3.5%)

※1 介護老人福祉施設など養介護施設又は居宅サービス事業など養介護事業の業務に従事する者

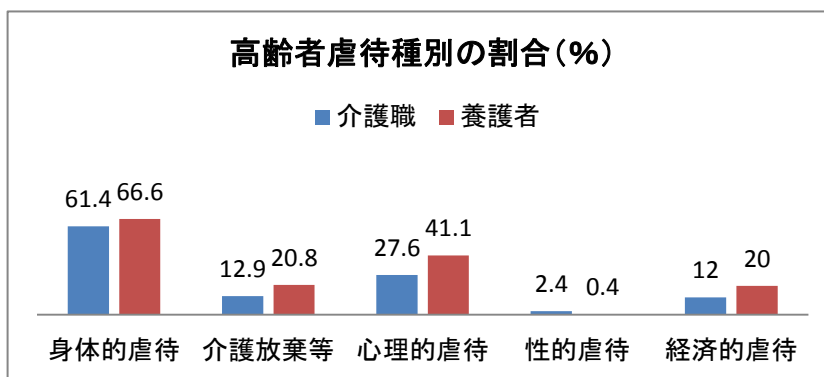
※2 高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等

※3 調査対象年度（平成27年4月1日から28年3月31日まで）に市町村等が虐待と判断した件数（施設従事者等による虐待においては、都道府県と市町村が共同で調査・判断した事例及び都道府県が直接受理し判断した事例を含む。）

※4 調査対象年度（同上）に市町村が相談・通報を受理した件

出所：厚労省；平成27年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000155598.html>（2017.7.31）

図1 養介護施設従事者・養護者における高齢者虐待の種別割合



出所：厚労省；平成27年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000155598.html>（2017.7.31）

表2 施設別虐待割合

施設	件数(%)
特別養護老人ホーム	12(30.6)
介護老人保健施設	37(9.1)

²⁵ 2014年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果

介護療養型医療施設	6(1.5)
認知症対応型共同生活介護	6(15.9)
有料老人ホーム	85(20.9)
住宅型	39(9.6)
介護付き	46(11.3)
小規模多機能型居宅介護等	7(1.7)
軽費老人ホーム	3(0.7)
養護老人ホーム	5(1.2)
短期入所施設	19(4.7)
訪問介護等	25(6.1)
通所介護等	24(5.9)
居宅介護支援事業	2(0.5)
その他	5(1.2)
計	408(100.0)

出所：厚労省；平成27年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaibous>

hitaisakusuishinshitsu/0000155730.pdf (2018.6.4)

第2節 認知症対応型グループホームの現状

ここでは、虐待につながる認知症高齢者の理解のために、まず初めに認知症に関する概念の変遷と疾患の概要について整理する。次に、認知症対応型グループホームの歴史的変遷と現状、そこに従事する介護職の教育課程について述べていく。

1. 認知症の概要と歴史

認知症とは、一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害のない時に見られることをいう。ICD-10²⁶による定義では「通常あるいは進行性の脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断等多数の高次脳機能の障害からなる症候群」とされている。

²⁶ 疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (以下「ICD」と略)とは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類である。最新の分類は、ICDの第10回目の改訂版として、1990年の第43回世界保健総会において採択されたものであり、ICD-10（1990年版）と呼ばれている。（厚労省）

認知症の主な原因は、その種類によりさまざまであるが、多くはアルツハイマー型やレビー小体型などのように、異常な蛋白質の産生や蓄積により脳細胞が死滅し、障害が起こることに起因している。また、脳梗塞や脳出血など脳血管障害によって脳細胞が死滅することでおこる認知症もある。

認知症は、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症に分類され、認知症に似た症状を有する病気には正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症等がある。アルツハイマー型認知症が全体の60%を占め、脳血管障害20%、レビー小体型10%の割合である。男女比においてアルツハイマー型は女性、レビー小体型や脳血管性は男性が多いと言われている。

認知症の中核症状は下記の図2にあるように、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行力の障害が認められる。一方、周辺症状(BPSD)は、①知覚認識障害(幻覚)、②思考内容障害(妄想)、③気分障害(うつや不安感無気力等)、④行動障害(暴力、徘徊、不潔行為等)の行動の異常がみられると言われ、環境や心理状態、人間関係などが絡み合っ変化して変化する。人によって様々な症状がみられることが特徴である。このBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)は1996年に国際老年精神医学会が認知症の行動障害に関する合意会議を開催し、BPSDの定義、病因、臨床症状の記載、研究の方向について議論がなされ、行動障害をBPSDという用語に代えて用いるべきと決定した(2018:山口)²⁷。

認知症は、かつて「呆け(ぼけ)」「痴呆」と呼ばれており、新村(2003)の著書²⁸では、源氏物語に「ほけ人」「ほけほけ人」と認知機能が低下した高齢者と考えられる記述があるとの指摘がある。また、痴呆の語源²⁹は1872年の「医語類聚」では「狂ノ一種」と訳されていた。明治の末期に我が国の精神医学の権威であった呉秀三氏により「狂」の文字を避ける観点から「痴呆」を提唱し、それが徐々に一般化していったといわれている。

福祉サービスが充実していない時代は、認知症になった高齢者の多くは自宅で介護を受け過ごしていた。認知機能障害は記憶障害(ものわすれ)が中心である。特に周辺症状の徘徊や暴力、幻覚等が顕著となると、他の精神病患者と同様に高齢者を家の中に閉じ込めたり、手足を縛ったりして隔離状態にしていたと推測される。また、初期の特別養護老人ホームは、認知症高齢者の対応ができず、医療・治療の対象として精神病院や老人病院へ入院させたが、医師も認知症の原因はわからず専門的治療も行っていなかったと考えられる。1972年に有吉佐和子の小説「恍惚の人」³⁰が発表され、認知症の症状やその変化と介護する家族の苦悩や恐怖、身体的・精神的負担が社会問題として大きく取り上げられ、日本の近い将来を予測していると話題になった。1980年代になり、特別養護老人ホームに認知機能障害の高齢者が受け入れられることになった。また、介護福祉士資格がつけられた

²⁷ 山口晴保(研究開発代表者): BPSDの定義、その症状と発症要因、認知症ケア研究誌、2: 1-16.

²⁸ 新村拓著:痴呆老人の歴史 pp19-25

²⁹ 厚労省:痴呆に替わる養護に関する検討会報告書から引用した。

³⁰ 有吉佐和子著:恍惚の人、新潮社、1972. 翌年映画化もされた。

ことにより、介護の専門家が養成される時代となっていった。1990年代は、宅老所や認知症グループホームといった小規模で多機能な居場所づくりが全国に広がり始め、認知症グループホームは1997年に制度化された。

認知症高齢者のケアを語る時、必ず出てくることは「身体抑制」である。認知症は、徘徊や暴力、興奮状態となることも多く、ベッドや車いすからの転落や点滴を自分で抜くこと、自らオムツを外し体やベッドが排泄物で汚染されること、他者との暴力沙汰を起こすなど自他ともに安全が脅かされ、危険な状況になるとの理由で身体抑制³¹が当然のごとく行われていた。重度化するほど長期間抑制が続けられるようになった。そのようななかで職員の教育を徹底し身体抑制を全廃したのが、上川病院³²である。身体抑制を全廃した結果、夜間よく眠るようになり、食事や排せつ等自立できる人も多くなったと言われている。その後、抑制しない方法や抑制しない施設がケアの成果を出すにつれて、1999年厚労省は身体拘束禁止を打ち出した。

2000年には介護保険制度が創設され、養介護施設や訪問介護、デイサービス等の在宅サービスなど多様な介護サービスが拡大されていった。

2004年国際アルツハイマー病学会（京都）国際会議が開催され、当事者が自らの言葉で意見を発表し話題となったが、厚労省は同年「痴呆症」を「認知症」と変更した。「痴呆」という言葉は『愚か（頭の働きが悪い・劣っている）』『ぼんやり』の意味をもっており、これらは侮辱的な表現であり、本人や家族に恥ずかしい病気であるとの認識を植え付け、社会的にもマイナスイメージが浸透し、その結果、当事者や家族を差別する等の問題が大きくなったことが用語の変更された理由と考えられる。団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、「認知症」は増加することが予測されていることから、国は「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現する」ことを目的に、2015年新オレンジプラン³³と呼ばれる認知症施策推進総合戦略を策定している。

認知症に関する歴史の中で先述したように、認知症に対する対応は時代により変化してきた。現在、認知症は中核症状と周辺症状に区別され、適切な治療と対応によってこれまで対応が困難と考えられていた徘徊や興奮、暴力、幻覚等の周辺症状が改善できると理解されるようになった。そのケアが推進されるためには保健医療福祉の専門家だけでなく、多くの一般市民への啓発活動がより重要となっている。

認知症という病気を理解する事、認知症高齢者への対応方法、さらに地域で認知症の当事者とその家族を支援する体制づくりを構築していくことが必要とされている。そのため

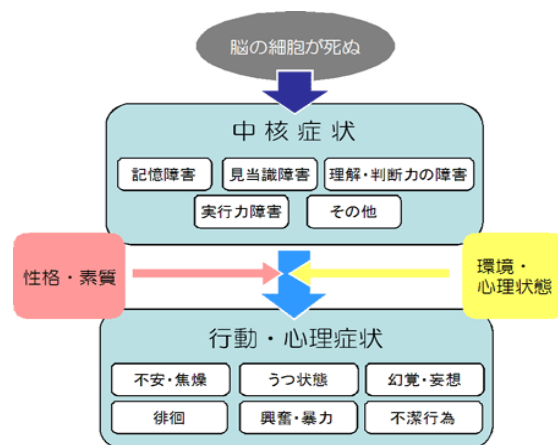
³¹ 転落徘徊予防のためにベッドや車いす等に体幹や四肢をひもで縛る、点滴や経管栄養のチューブを抜かないようにミトンで手を覆う、オムツを外さないためにつなぎの服を着せる等を言う。

³² 高齢者医療を専門とする病院で、1986年から抑制禁止運動に取り組んだ。

³³ 7つの柱に沿ってすすめる。①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護などの提供③若年性認知症施策の強化④認知症の人の介護者への支援⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデルなどの研究開発およびその成果の普及の推進⑦認知症の人やその家族の視点の重視であった。

には、介護保険制度によるサービスの充実や介護職員の専門性を高め、認知症高齢者のケアを充実していくことが重要である。特に認知症グループホームは、地域密着型のサービスとして認知症高齢者のケアを専門的に行っている施設であることから、今後その役割に対する期待は大きいといえる。

図2 認知症の症状—中核症状と周辺症状



出所：厚生省政策レポート「認知症を理解する」から抜粋した

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/19.html>

2. 日本における認知症グループホームの現状

1) 認知症グループホームの誕生の経緯

認知症グループホームは、1985年にスウェーデンで始まった試みであり、精神科医バルプロ・ベック・フリス³⁴氏が民家を改造した小規模で家庭的な生活環境の下、介護者と認知症高齢者との共同生活を始めたのが発祥と言われている。認知症高齢者ケアの実践と認知症グループホームの成果は社会的に評価され、日本の認知症グループホームの基礎となった。

スウェーデンでの取り組みがなされていた同時期に、日本でも独自の活動がでてきている。その発祥に関しては研究者によってまちまちであるが、その時点の宅老所は行政の制度に則っていないため定義自体も定まっていない。山井³⁵ (2004) は民家などを改造して高齢者が落ち着いて滞在できる場所を指すと説明している。加えて宅老所は住民やボランティア、福祉施設の前職員が集まって自然発生的に始めることが多いとも述べている。

³⁴ バルプロ・ベック・フリスは、現在、認知症緩和ケア教育の専門機関であるスウェーデン王立財団シルヴィアホームの最高責任者として、医師や看護職への指導にあたっている。

³⁵ 山井和則著 (2004)：改訂版グループホームの基礎知識、リヨン社. p179

1987年に宅老所としてスタートした我が国の認知症グループホームの先駆けとなる小規模多機能型老人ホームに取り組んだのは、島根県出雲市のことぶき園と言われている。また、小笠原³⁶（2003）は、グループホームの取り組みの始まりを1986年八戸市「紬の家」などの民間人の努力によってつくられた無認可の小規模施設であると指摘している。林³⁷（2016）は文献研究から、制度化される前には「愛の郷・フランシスコの家」（福島）、「元気な亀さん」（埼玉）、前出の紬の家等で実践の動きがあったと説明しており、高齢化が進む日本各地において、地域で生活する高齢者、特に一人暮らしや認知症高齢者の介護に必要な施設として宅老所等が開設されてきたと思われる。

その他に、1991年福岡県の宅老所「よりあい」が伝照寺において、一人暮らしの認知症高齢者の居場所を作ることを目的に始まっている。また、山井³⁸（2004）は、宅老所について県をあげて取り組んだ自治体は宮城県であると述べている。

1990年代までは介護保険制度創設前であるが、民間人や自治体が将来の高齢社会や認知症ケアへの対応策を先駆的に検討、実践していた時期であるといえる。こうした事例は、認知症ケアに携わる多くの実践者の注目を集め、徐々に社会へ浸透していくこととなる。

2000年から施行された介護保険制度において、それまでの認知症グループホームや宅老所³⁹の一部は、居宅サービスの一つである認知症対応型共同生活介護事業（認知症対応型グループホーム）とし再スタートした。当初の対象者はコミュニケーション能力が維持されている軽度から中度までの認知症要介護者であったが、入居期間が長くなり、認知症の進行等によって、看取りや医療ニーズの必要性が生じてきた。2006年の介護保険制度の改正⁴⁰によって、中重度の認知症高齢者もできるだけ住み慣れた地域での生活が継続できるようなサービス体系として、地域密着型サービスに位置付けられた。

「地域密着型サービス」⁴¹とは、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう創設されたサービスである。住み慣れた地域で生活することを基本としており、事業者が所在する市町村に居住する高齢者が対象となっている。このため、認知症グループホームの入居者と介護職は、地域の行事やイベントといったさまざまな活動に参加・協力し、地域住民との密な連携を図ることが求められる様になった。また、地域の住民が参加する認知症グループホームの運営推進会議も実施されており、認知症グループホームを運営する事業所や管理者、介護職員および入居者は、常に地域住民から注目されることになった。

³⁶ 小笠原祐次編（2003）：今、なぜ痴呆症にグループホームか スウェーデンからのメッセージ、筒井書房.p6

³⁷ 林和秀：認知症グループホームの光と影 - 文献から読み解く課題と可能性 - コミュニティ福祉学研究科紀要 第14号（2016）103-110

³⁸ 山井和則著（2004）：改訂版グループホームの基礎知識、リヨン社、p181

³⁹ 現在は宅幼老所（地域共生型サービス）が多くなっている。高齢者も子供も障害者も一人ひとりの生活リズムに合わせて柔軟なサービスを行うことで、地域で家族のように生活できる施設として、全国で展開している。

⁴⁰ 介護保険制度は施行時5年後をめどに必要な見直しを行うとされており、2006年では「制度の持続可能性」「明るく活力のある超高齢社会の構築」「社会保障の総合化」を基本的視点として見直された。その後3年を1期として見直しをしている。

⁴¹ グループホームを監督する権限が都道府県から市町村に移譲された。

2) 認知症グループホームの基礎知識 (山井：2004 を参考) ⁴²

①グループホームの規定

介護保険制度では「認知症対応型共同生活介護」とされ、次のように規定されている。

「共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならぬ」(2006年3月24日厚生省令第34号第89条)

この規定で重要なことは、「家庭的な環境下で共同生活を行いその人の能力に応じた自立した生活を営む」ことである。認知症高齢者は、自分という存在を失っていく不安を抱えながら生活していくことになる。また、環境の変化に適応しにくい状況となり、さらに、できないことが多くなり、不安や恐怖が増強する。そのような認知症高齢者が家で生活するような環境で、その人ができることを生活の中に見出していく。そうすることで安心して穏やかな生活ができることになる。介護職は安心して穏やかで、その人なりに自立した生活を支援する重要な役割をもつ。

②認知症グループホームの施設形態

認知症グループホームは3つの形態がある。

【併設型】病院や老人保健施設、特別養護老人ホームなどに併設された形で開設された施設。入居者の多くは「親施設」「本体施設」から移動してきた高齢者が多い。認知症の症状が進む中で在宅復帰が困難な場合に選択される。医療的な処置や看取りの対応等にメリットがある。

【単独型】民家や一戸建ての家を新築・改築して、9人の高齢者とスタッフが共同生活する。大型規模施設にない、普通の街並みの大きな家という感覚が特徴である。地域との触れ合いも多くなる。

【合築型】マンションのワンフロアやオフィス、元社員寮など、ビルの一角を「グループホーム」として独立・設置している。

③認知症グループホームの介護保険制度上の設置基準⁴³

市町村から指定を受けるためには、人員基準、設備基準、立地基準、運営基準の4つを満たすことが必要である。

入所対象者⁴⁴：認知症でかつ要介護1以上の高齢者

要員体制：入所者3人に対して1人の介護職員を配置する。夜間は利用者の人数に関係なく常時1名を配置する。1ユニットは9人で、1事業所は2ユニットまで併設が可能である。職員のうち常勤管理者は3年以上の認知症介護の経験が必要となる。

⁴² 山井和則著 (2004)：改訂版グループホームの基礎知識、リヨン社

⁴³ 草地真 (2011)：グループホームをはじめよう！、ぱる出版。p 73-95

⁴⁴ 要支援2の高齢者は介護予防サービスの類型である「介護予防型認知症対応型共同生活介護」を利用することができる。要支援1は利用できない。

計画担当者や代表者の配置が必須となる。

設備：個室⁴⁵を原則とする。共用施設は玄関、外周、リビング、キッチン、ダイニング、浴室等である。居室の面積は、7.4m²（和室であれば4.5畳）以上とされている。

居間、食堂、台所はユニット毎に専用設備とする。

立地⁴⁶条件：特養や老健⁴⁷との併設型を除き、住宅地の中に設置することが求められる。

以上の認知症グループホームの設置基準は、入居者にとって生活の場としての空間であるが、その反面、スタッフにとっては「労働の場」である。この二つが同一の建物内・空間に存在している。スタッフが休憩や当直をする空間、施設を管理するための事務作業する空間は、労働者にとって必要である。しかし、その空間が狭く休憩がしづらい状況であったり、休憩中も入居者の言動が聞こえたり、場所を確保することさえ困難な施設もあると考えられる。それによって、労働の意欲や身体的・精神的疲労が多くなり、介護職のストレスにつながる可能性も考えられる。

3) 日本の認知症グループホームの現状

認知症グループホーム数⁴⁸は、介護保険制度が開始された2000年は790事業所、2001年には1,493事業所と1年間で2倍に増加している。2005年では7,604事業所と5年間で約10倍にまで増加している。認知症高齢者の増加に伴い施設が多くなることは必然であるが、小規模施設であり入居者も介護職員も少ないことや、既存の建物をリフォームして運営することが可能なこと等から、一気に増加していったと推察される。

2015年度介護サービス施設・事業所調査⁴⁹では、10月現在13,003事業所が登録されており、前年比3.9%増加し、利用者数は184,500（平成26年度）人となっている。2010年認知症グループホームの実態調査事業報告⁵⁰では、定員「16～20人」の事業所が49.8%、「6～10名」の事業所が40.8%、定員充足率は95%以上が82.4%であった。グループホームの事業主は営利法人53.1%、社会福祉法人24.1%、医療法人17.0%となっている。1ユニットで運営しているのは、特定非営利活動法人63.4%、地方公共団体84.6%であり、2ユニットが多いのは、営利法人で64.0%、医療法人が59.6%を占めていた。

入居者は（図3.4参照）、女性81.8%、男性17.8%、平均年齢女性85.4歳、男性82.4歳であった。入居期間平均3.0年、要介護4は平均3.5年、要介護5は平均4.4年で要介護4以上の入居年数は長くなっている。要介護度別は、要介護3は29.4%、要介護2は25.1%、要介護1は17.9%、合わせて70%以上を占めており、要介護度から見ると動ける認知症高

45 プライベート空間は重要とされている。自分の部屋であることがわかる工夫をするために表札や目印を工夫する。

46 住み慣れた街で地域との触れ合いを保てることを考えると、商店街や商業施設、公共交通機関が利用しやすく、医療機関を含めたサポート体制が整っている場所であることが必要とされている。

47 特別養護老人ホームと老人保健施設の略である。

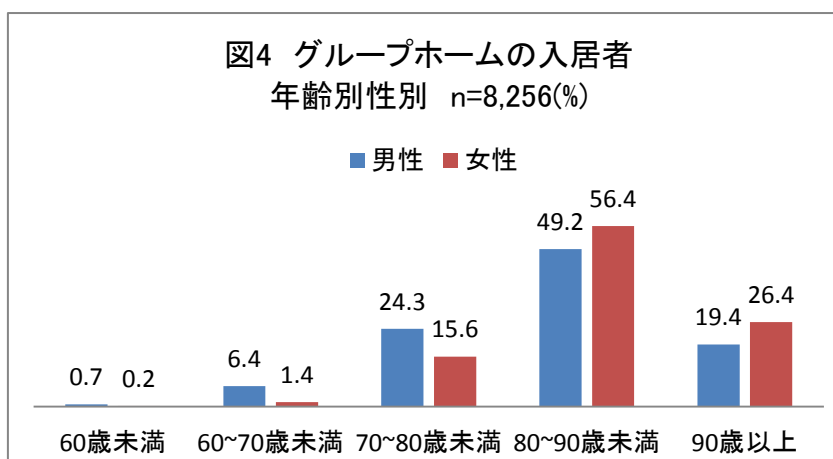
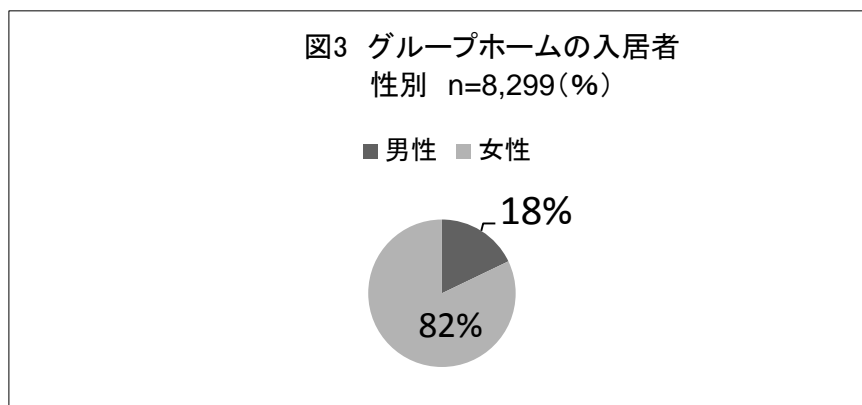
48 独立行政法人福祉医療機構（WAM NET）による調査データ

49 厚生労働省：平成27年度介護サービス施設・事業所調査の概要

50 認知症グループホーム協会：認知症グループホームの実態調査事業報告書

齢者が入所対象となっている。入居者の在宅復帰率は可能性なしが 81.1%であり、終の棲家となっているのが現状である。

図3 図4 認知症グループホームの入居者の性別と年齢



出所：日本認知症グループホーム協会；認知症グループホームの実態調査事業報告書

<http://ghkvo.or.jp/news/wp-content/uploads/2017/02/chousakenkyuujigyouhoukoku-20100730-02.pdf> (2017.6.10)

認知症グループホームの課題について、上田⁵¹（2008）は、入居者が重度化し医療が必要になった場合や看取りが必要になった場合等、認知症グループホームの方針や条件にあわない時には退去させる問題があると指摘する。また、判断能力の落ちた入居者に代わって権利擁護していくことや、地域といかに連携して運営していくか、介護職員の人手不足等と言った多様な課題があると述べている。

介護保険制度が開始されて以後、認知症グループホームの入居者は入居年数が長くなり、高齢化が進むことによって介護度も重度化している。在宅復帰率は低く看取りも行われている。

⁵¹ 山井和則監修 上田理人著（2008）：改訂新版 グループホームの基礎知識、リヨン社。 p33 - 35

入居者の重度化によりそこに働く介護職員の負担も増えていると考えられる。認知症グループホームに従事する介護職⁵²の約 50%は、職員数は不足していると回答している。介護職員は、ホームヘルパー2 級が約 60%を占めており専門的資格のない介護職も多い。小規模施設であり職員数は限られており、外部研修を受ける機会が少ない可能性は高い。それに加えて重度の認知症高齢者への対応も負担が大きい⁵³のに対し、夜勤はほぼ 1 人であり、入居者の急変を気かけながら、他の入居者への対応も行うため、精神的負担は大きいと思われる。

3. 認知症グループホームの介護職

2010 年グループホームの実態調査事業報告⁵³において、80%以上の常勤職員が雇用されている事業所は約 50%であった。介護職員の資格保有については、介護福祉士資格者は 32.9%、看護師資格者は 2.3%、准看護師は 1.9%であった。

介護福祉士の割合を法人格別にみると、「NPO 法人・その他」が 41.3%と多く、次いで社会福祉法人の 39.9%であった。正規職員は全体で 65.8%、株式会社・有限会社が 69.0%、医療法人は 68.5%であった。

入居者一人当たり介護職員は「0.6～0.8 人」（33.8%の事業所）が最も多く、「0.8～1.0 人」（28.5%の事業所）が次いで多く、他の入所施設に比べて比較的手厚い職員配置になっている。夜間に関しては、1 ユニットに 1 人配置が 96.8%、2 ユニットで 2 人配置が 83.5%であり、規定通りに配置されている事業所が多い。しかし、2 ユニットでの 1 人配置は 16.5%あり、約 20 名の認知症高齢者を一人で夜間対応している事業所もある。

介護職の平均年齢は 43.3 歳。事業所ごとの職員の平均年齢は、40 歳代が 60.4%、50 歳代が 24%と比較的高い年齢構成であった。常勤職員の平均年齢は 30 歳代が 24%であり、介護職全体と比較すると若い世代が多い。非常勤職員のみで平均年齢をみると 60 歳以上を占める事業所は 16.6%であった。職員男女比は、女性は 83.1%、男性 16.5%と圧倒的に女性が多い。男性のうち 24.8%が管理職であった。他の職務と兼務なしの介護職は 81.6%であった。

夜勤回数の平均は月あたり 3.9 回で、「5～8 回」が 47.4%と最も多かった。夜勤専門職員を雇用している施設もあり、全体の 23.4%であった。常勤者の夜勤平均回数は 4.2 回と多く、非常勤は「なし」が 55.1%であった。また、養介護施設の中で小規模多機能施設や認知症グループホームはすべて 2 交替夜勤⁵⁴であった。2 交替夜勤は 16 時間以上勤務が 77.8%と最も多く、夜勤帯が終わったあとも続けて勤務をしている。

職員の離職状況について、常勤換算職員数に対する離職者割合は、職員全体において常

⁵² 認知症グループホーム協会：認知症グループホームの実態調査事業報告書調査

⁵³ 認知症グループホーム協会：認知症グループホームの実態調査事業報告書

⁵⁴ このデータは 2013 年介護施設夜勤実態調査結果である。

勤職員は 13.1%、非常勤職員は 7.3%、法人格別では常勤職員で株式会社・有限会社が 16.2%であった。非常勤職員では NPO 法人・その他が 11.7%であった。また、介護職員全体調査⁵⁵では、1 年未満の離職率は 40%を超える高い離職率を示している。

認知症グループホーム介護職における離職者の再就職先は無職が 19.7%と最も多く、その他の職業は 13.2%で、離職者の 30%以上が介護職として再就業していない。

職務満足度は「まあ満足している・大変満足している」が合わせて約 75%、「あまり満足していない・全く満足していない」を合わせて 23.5%であり、概ね職務満足度は良好であるが、不満足が 1/4 存在している。賃金満足度は同様に 78.3%が満足していると答え、不満足は約 15%であった。ストレス・疲労は「良くある・時々ある」が合わせて 92.5%であり、身体的・精神的負担が大きいことを示している。

常勤換算職員数に対する認知症介護実践者研修の修了者割合をみると、全体では 24.9%と少ない。また、認知症介護実践リーダー研修は全体の 5.3%にとどまっている。

以上の認知症グループホームで働く介護職員の現状をみると、介護職員は小規模で家庭的な生活環境で、入居者一人につき介護職員が 0.8 人と概ね 1 対 1 で、他施設と比較すると比較的手厚い介護ができており、少人数で認知症高齢者の生活を支えている。職務満足度において認知症グループホームの介護職員は 75%が満足と回答していることから、仕事に対してやりがいを持って働いている職員が多いことがわかる。離職率も 13.1%と全産業の平均離職率⁵⁶約 15%と比較しても、高い離職率とは言えず、認知症グループホームの介護という仕事に充実感を持っていると思われる。一方、離職後、介護職に再就職しない人が 30%存在すること、また非常勤職員の離職率が高いことから、認知症グループホームが持つ特有の問題があるとも考えられる。その理由として、入居者は全員認知症であり、認知症の症状や周辺症状における行動が多様であり、また日によって個々に違うこと等、認知症を理解することがかなり難しい。そのような高齢者の変化が予測できず、入居者の生活を支えることが負担となることで身体的・精神的ストレスが高くなると推測できる。夜勤を含む 16 時間以上の勤務をしている場合が 70%以上であること。そして夜勤はほぼ 1 人で、急変や異常事態を予測しながらの勤務をおこなう身体的・精神的疲労は図り知れない。

介護職に若い世代が多い場合は、人生経験や社会経験が少なく、多様な対応が困難となることも考えられる。さらに、認知症介護実践者研修⁵⁷は 25%程度の受講にとどまっており、認知症の理解が進んでいない場合は、対応に苦慮する可能性がある。

認知症グループホームに入居する高齢者は、それまでの個々の生活や習慣を背景として入居してくる。高齢者であることから一般的に加齢に伴う身体的変化もある。それに加えて、認知症によって個別に様々な症状が出現することからも、それに伴う生活状況が目ま

⁵⁵ 2015 年介護労働実態調査結果であり、訪問介護職員と介護職員合わせての離職率である。

⁵⁶ 2015 年厚労省：雇用動向調査の結果である。

⁵⁷ 実際に介護現場で働く介護職員を対象とし、実践的な認知症介護の知識や技術を習得する。研修の主催者は各都道府県や政令指定都市で、研修は自治体によって年数回～20 回開催されている。認知症に関わる施設などでは、認知症介護実践者研修の修了者を配置する義務がある。

ぐるしく変化すると考えられる。そのような状態、状況を受け止め日々の介護を行う介護職の負担は大きいと言える。既存の調査では、ほとんどの介護職がストレス・疲労があると回答していることから、介護職の身体的・精神的負担は大きく、ストレス・疲労の改善が必須であると言える。

第3節 介護職の教育、就労状況

第2節では先行研究や調査を参考に、認知症グループホームに従事する介護職の現状や課題を明らかとしてきた。本節では介護福祉士の創設の経緯と養成施設・実務経験による2つの養成ルートに関するカリキュラム等について整理し、教育時間、教育内容と介護職が虐待や不適切ケアを起こす可能性と問題点の関係性について考察していく。

1. 介護福祉士創設の経緯と定義について

介護福祉士が創設された社会的要因について、相澤⁵⁸は(1990)人口構造の変化と家族機能の脆弱化にあると説明している。我が国は1970年に高齢化社会へ突入したが、高齢化のスピードが諸外国に比して速いことが、高齢者問題と介護体制問題をクローズアップさせたと述べている。核家族化が進むことで家族機能が低下し、家族介護が困難な状況を予測したからである。

和田⁵⁹は(2005)、介護福祉士の資格化について、『介護職を資格化しえるほどに必要な知識や技術の教育、研究の十分な蓄積があったわけではない。急激な高齢化と介護の社会化における介護需要の増加によって、介護マンパワーの質・量の両面における確保のための政策展開として資格化された』と述べている。

介護職の専門性(和田⁶⁰:2005)については、社会福祉士及び介護福祉士法の制定2年前から検討⁶¹されおり、専門性について、①介護の対象は、在宅や施設での高齢者が考えられていること。②社会福祉に携わる者として必要な倫理性を有すること。③内容には家政学や社会福祉、リハビリテーション、医療関係者とチームを組めるような教養が必要であること。④介護は自立を促す方向にあること。⑤援助は創意工夫を必要とすること。⑥専門分化したものではなく総合的な専門性であることの6つの要素が含まれるとする。また、これらの基本的な考え方が、介護福祉士養成施設の教育カリキュラムに反映されたとも述べている。この6つの要素は、1970年代末に難病の在宅ケアチームによって、ホームヘル

58 相澤譲治(1990):社会福祉士および介護福祉士成立の背景と課題〔I〕-本福祉法成立の社会的背景-、平安女学院短期大学紀要、21、48-55.

59 和田幸子(2005):介護福祉士の専門性を高めるために、大阪城南女子短期大学研究紀要、39、89-102.

60 59同掲載。p91

61 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告で「社会福祉におけるケアワーカー(介護職員)の専門性と資格制度について(意見)」が1987年2月に出された。

プの専門性が始めて明らかにされたことに系譜を持つ。その専門性とは①日常の家事・介護を通じた自立促進、②利用者の心身と生活を総合的にとらえる力の 2 つに大別できたと述べている。さらに、ホームヘルプのなかでも基幹的な役割を果たす職員には、専門性が不可欠と認めたことが介護福祉士の法制化に結び付いたと結論づけている。

このような議論を踏まえて「社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）」は 1987 年 5 月 26 日公布され、1988 年から資格制度が開始された。

介護福祉士は、同法に基づく名称独占の国家資格であり、「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とするものをいう。」と定義⁶²された。

介護福祉士は日本の急激な高齢化と、核家族化による家族介護の機能低下を背景に介護の社会化を目的に資格化された職業と言える。

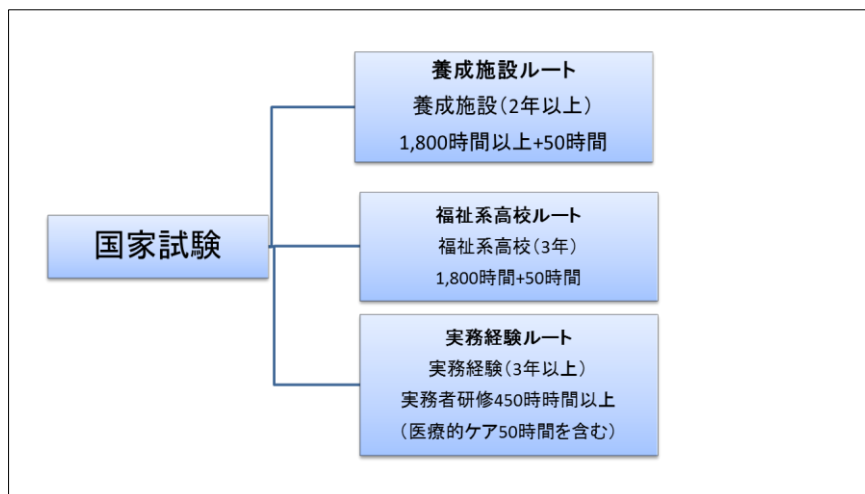
その後、介護保険制度の創設や介護福祉のニーズの多様化・高度化に対応し、2007 年に法改正された。改正のポイントとして、義務規定の見直しとして「誠実義務」と「資質向上の責務」が加わり、他職種との「連携」の規定が見直された。

2. 介護福祉士の教育課程

1) 介護福祉士の資格取得ルート

介護福祉士の資格取得ルートは複数ある。以下の図 5 に示す。

図 5 介護福祉士の資格取得ルート

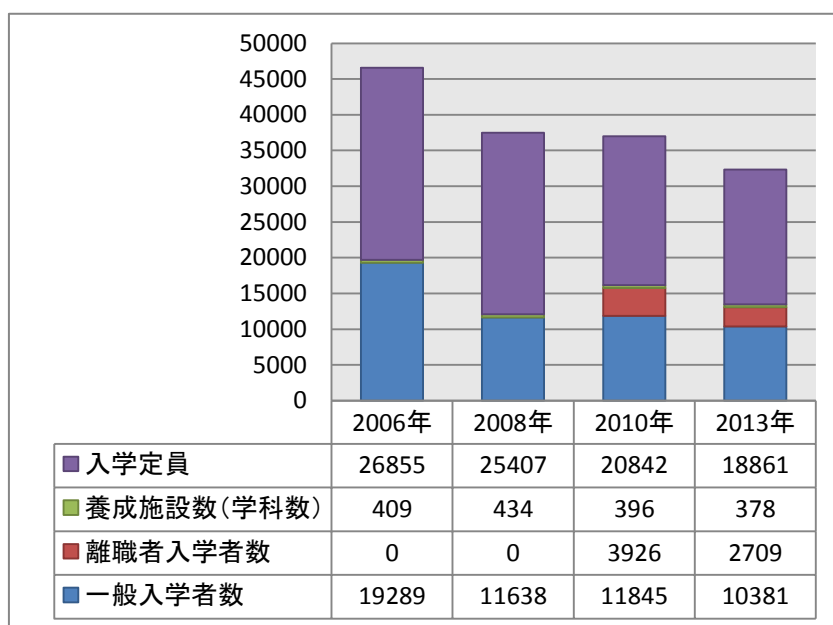


出所：厚生省；介護福祉士養成教育の直面する課題（図は河野が改変した）

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065767.pdf (2017.7.31)

図 6 介護福祉士養成施設入学者数の推移（人）

⁶² 2007 年に改正され、心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこととされた。



出所：厚労省；介護福祉士養成教育の直面する課題（図は河野が改変した）

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065767.pdf (2017.7.31)

資格取得ルート（図5参照）は、養成校ルートと実務経験者ルートに大きく分かれている（福祉系高校ルートは除く）。養成施設は大学、短期大学、専門学校と多様で、2016年度までは養成施設を卒業すると国家資格が与えられた。当初、養成施設は将来の介護ニーズの増大に適合したことで増加し、毎年多くの介護福祉士資格を取得した若い世代が介護の現場に従事していった。小林⁶³（2015）は、多数養成された介護福祉士が多くいたことによって、介護保険制度がスムーズにスタートしたと述べている。しかし、2006年をピークに養成校の入学者は定員割れとなり、2008年に大手事業者が全国規模の不正問題⁶⁴を起こしたことも敬遠される材料となり、さらに入学者の定員割れが進んだと言われている。それに加えて、介護保険報酬が減額されたことで、介護職員の報酬の低さと報酬に見合わない過酷な労働が問題となり、進学希望者が減少したとされている。ちなみに養成校の定員と入学者について（図6参照）、2006年度の定員が26,800人であったのに対して、入学者は19,200人だったが、2016年度は定員枠が16,700人（377校）に対して、入学者は約7,700人とどまり、この10年間で入学者は50%以下になっている。

実務経験者コースは、3年以上の介護等の業務に関する実務経験及び、都道府県知事が指定する実務者研修等（2016年度から開始）における必要な知識及び技能の修得を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法である。厚労省によると2016年度の介護福祉士登録者数のうち国家試験ルート（実務経験者）数は約77,000人、養成校ルートは約

⁶³ 小林千恵子（2005）：介護福祉士養成教育における教育カリキュラムの評価について、地域ケアリング、17（8）、37-42。

⁶⁴ コムスン事件として語られている。訪問介護最大手として全国展開していたが、介護報酬の不正請求や違法な指定申請が発覚し厚労省の処分を受けた。

8,700人と、約8倍の開きとなっている。実務経験者コースは、教育時間が短いことから、養成校を卒業した介護福祉士に比べて専門的知識の乏しい介護福祉士であるとも言える。

厚労省の事業所調査によると、福祉の現場に働く介護職員のうち介護福祉士有資格者は2007年では28.6%、2012年では37.6%に過ぎない。小林⁶⁵（2015）によると、当初国は養成施設で教育することを基本とし、専門職に位置づけしていたが、人材不足を考慮し、速成教育として、実務経験者コースを認めたと指摘している。介護福祉士でさえも、教育時間が十分とは言えない状況にあるのに、60%強の介護職員は、国家資格を未習得である状況からみると、福祉現場で働く介護職員の多くは、介護に関する専門性に欠けていると言えるのではないだろうか。

2) 介護福祉士養成課程（表3、図7参照）

介護福祉士養成課程のカリキュラムと授業時間数は開始以来2回カリキュラム改正を行っている。

水上（2007）⁶⁶は、資格創設時の1987年と介護保険制度施行後の2000年以後では、教育が内容的に⁶⁷大きな変化があると述べている。1回目の改正においては、「老人福祉論」、「家政学概論」、「医学一般」、「介護技術」、「形態別介護技術」、「実習指導」を30時間ずつ増やし教育時間数は1,500時間から1,650時間になった。

その後、介護保険制度の改正や障害者自立支援法の施行に伴い、高齢者介護や障害者福祉を取り巻く状況が変化し、対象者の介護ニーズが多様化・複雑化した結果、2009年に介護福祉士養成カリキュラムは2回目の改正（表3参照）⁶⁸を迎えている。その特徴は、①その基盤となる教養や倫理的態度の涵養に資する「人間と社会」、②尊厳の保持、自立支援の考え方を踏まえ、生活を支えるための「介護」、③多職種協働や適切な介護の提供に必要な根拠としての「こころとからだのしくみ」の3領域にカリキュラムを再編成し、教育時間は1,800時間に拡充した。より専門性の向上を目指し、実践を重視した改正と言われ、「求められる介護福祉士像」12項目を養成の目標とした。

このカリキュラム改正によって、介護の実践とその必要性を理論的に学び、実践に結び付け、実習を通して習得していくことで、介護がより専門的な教育へなっていくと考える。また、介護職員の教育内容が専門性を高めていくことで、介護職の知識と技術が向上し、人権を尊重した介護ができる可能性が強くなった。

他方、実務経験者ルート⁶⁹の教育も改正が行われている。2009年の改正では、実務経験者は3年以上の介護職実務経験と厚生労働大臣指定の600時間課程を修了しなければならなくなった。さらに、2016年度から実務経験者を対象とした450時間以上の実務者研修が追加され、受講修了者のみ国家試験を受験できるようになった。

⁶⁵ 小林千恵子（2015）：介護福祉士養成教育における教育カリキュラムの評価について、地域ケアリング、17（8）、37-42.

⁶⁶ 水上幸代（2007）：介護福祉士養成教育の課題—国家資格化を省みて—、社会関係研究、13（1）、75-104.

⁶⁷ 水上は、2007年の時点で改正案を基に比較して述べている。

⁶⁸ 田中博一（2010）：実務経験者ルート資格取得課程の概要と課題、地域ケアリング、12（4）、28-32.

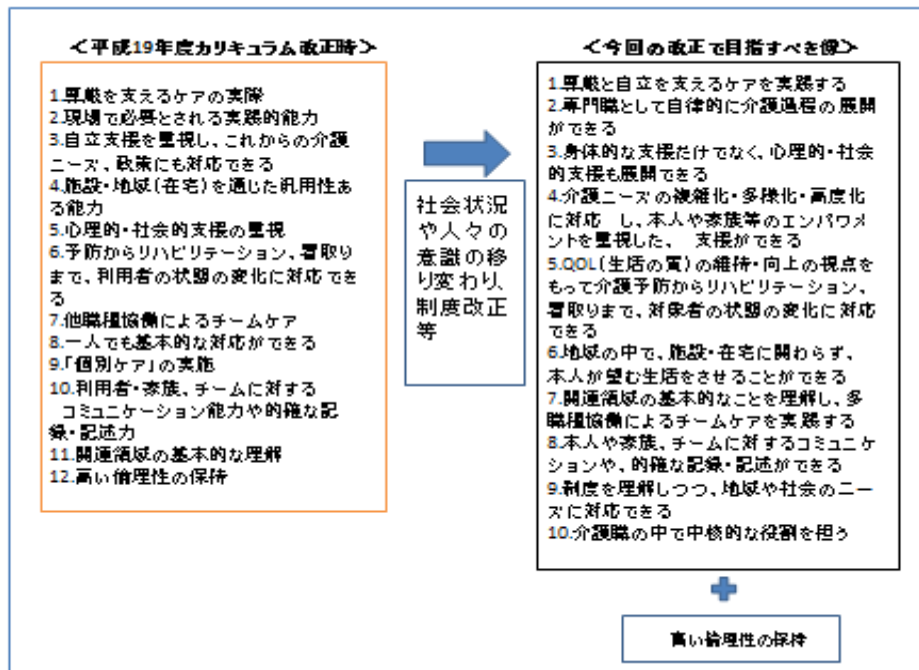
教育時間が短い実務経験者ルートに 600 時間の課程や 450 時間の研修を導入したことは、介護職員の質を高める意義があると一定の評価はできる。しかし、実務経験の対象者は福祉や介護の現場で働いているため、教育手段は通信教育が中心とならざるを得ない。通信教育の問題は、1人で学習を進めることになり、仕事や家庭の負担が大きな中で、教育を続けていく点にある。印刷物や放送メディア、スクーリング等で学びを深めていくことは可能である。しかし、関連する多職種との連携、介護展開過程や的確な記録、制度の理解、チームとして実践する組織管理、倫理の知識等に対して何処まで質が保証されるのかについては不安が残る。

表 3 介護福祉士養成施設等の教育内容⁶⁹ (表は河野が改変した)

	教育内容	時間数	備考
基礎分野	人間とその生活の理解	120	専門分野の基礎となる内容。人権の尊重に関することを含む
専門分野	社会福祉概論(講義)	60	年金、医療保険、公的扶助、介護保険の概論を含む
	老人福祉論(講義)	60	介護保険法に関することを含む
	障害者福祉論(講義)	30	
	リハビリテーション論(講義)	30	日常生活の自立支援、生活能力の維持向上の支援を中心とする
	社会福祉援助技術(講義)	30	介護保険を規定する居宅・施設サービス計画に関することを含む
	社会福祉援助技術演習(演習)	30	
	レクリエーション活動援助法	60	(演習)
	老人・障害者の心理(講義)	60	
	家政学概論(講義)	60	老人・障害者とその家族の改定生活の支援に必要な栄養、調理、被服、住居の基礎知識
	家政学実習(演習)	90	
	医学一般(講義)	90	介護に必要な人体の構造と機能、公衆衛生知識、医事法規
	精神保健(講義)	30	精神障害者の福祉に関すること
	介護概論(講義)	60	保健医療等他分野との連携、職業倫理、人権の尊重に関すること
	介護技術(演習)	150	コミュニケーション技法、住宅設備機器、福祉容疑の活用法を含む
	形態別介護技術(演習)	150	知的障害者、精神障害者の介護、居宅における介護に関すること
	介護実習(実習)	450	
介護実習指導(演習)	90	事例研究を含む	
合計		1,650	

図 7 求められる介護福祉士像

⁶⁹ 水上 (2007) の資料から抜粋した。



出所：厚労省；介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて（図は河野が改変した）

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000188572.pdf (2018.5.4)

3. 介護職の人材確保の課題

介護福祉士の教育課程が充実してきた反面、人材確保については課題が残されている。

まず、介護職員数の確保に関する課題である。介護職員数の推移⁷⁰については、2000年 54.9万人、2015年 183.1万人と、15年間で約 3.3 倍に増加している。そのうち入所施設等で働く介護職員が約 50%を占めている。2007年から 2025年にかけて、生産年齢人口は 15%減少し、労働力人口も 5～13%程度減少すると見込まれる。現行サービス水準を維持・改善しようとする場合、介護職員数は、倍以上に増やす必要があると見込まれている。厚労省の福祉人材確保対策検討委員会⁷¹では、2025年に向け、毎年 6.8～7.7 万人の介護人材を確保する必要があり、2025年には最大 250 万人の介護職を確保する必要があると推計している。

しかし、現行の働き方をみていると、介護職員が量的に確保出来るかについては、簡単に物事が進むとは言い切れない現状がある。介護職員の確保に対する不安材料として、最も大きな課題は非正規職員の離職率の高さである。施設の介護職員の 41%は非正規職員であり、非正規職員の離職率は 21.3%と報告されている。介護労働安全センターの労

⁷⁰ 厚労省：介護人材確保の参考資料のデータ。

⁷¹ 厚労省は 2014 年に第 1 回の検討会を開催しており、介護人材の確保が議題となっているデータである。

働実態調査⁷²によると、2014年から1年間の介護職員の離職率は17.6%、そのうち1年未満の離職率は41.6%であり、充足したくとも採用困難と回答する事業所が70%以上であると報告されている。

2点目は、潜在介護福祉士が多いことである。介護福祉士の登録者数⁷³は、1989年の2,631人から、2000年には10万人を超え、年々増加し2012年には100万人を超え、2016年現在では149万人となっている。そのうち介護職としての従事者率は60%程度であり、その他は介護等に従事していない潜在介護福祉士となっている。そのうち将来的に条件があれば、約50%が福祉や介護分野への復帰意向を示している⁷⁴が、その場合、長期に介護業務から離れているため、新しい制度や仕組みの変化に対応できないことが考えられる。復職のためには、復職のための相談機関や研修等を検討することが必要と考える。

3点目は、養成施設の減少である。介護福祉士養成施設の入学者が減少することとは、介護福祉士として専門的教育を受けた人材が減少することにつながる。実務経験者から国家資格を得る介護福祉士は増加しているが、専門職としての基礎的な知識は養成施設出身者に比べて豊富とは言えず、今後ますます多様化していく高齢者を取り巻く状況や制度等への対応力は不足するのではないかと考える。質を高めていくためには、キャリアアップできる仕組みや研修の整備が必要である。

4点目は、賃金や待遇の低さ、労働条件等の整備不足⁷⁵である。介護報酬等の改定により、多少は賃金が上昇したと思われる。しかし、医療福祉分野における他職種と比較すると賃金水準は低い傾向にある。仕事内容の割に賃金が低いと思っている介護職は50%程度⁷⁶いる。また、休暇や有給休暇が取りにくいと思っている介護職が30~40%いる。このことは、継続して就労できる物理的・人的環境等の労働条件を整備していく必要があり、整備することによって介護職の身体的・精神的負担を軽減することが重要と考える。

介護人材の不足は、介護の質を低下させるだけでなく、不適切なケアや虐待につながる可能性も考えられる。また、介護報酬を得るためには、施設基準に見合った人材を確保する必要があり、確保できない場合はサービスの休止や廃止に追い込まれる危険性もある。これらは結果的に、介護が必要な高齢者やその高齢者を支える家族への不利益と直結し、我が国の高齢社会の危機へとつながる問題でもある。

⁷² 平成27年度「介護労働実態調査」の結果

⁷³ 厚労省：介護福祉士の登録者数の推移のデータで、毎年9月末の登録者数

⁷⁴ 介護福祉士協会による介護福祉士の取り巻く現状からのデータ

⁷⁵ 厚労省：介護人材確保の参考資料のデータ

⁷⁶ 75の同調査による

第2章 先行研究と分析の視点

第1節 先行研究

先行研究に関しては、国内論文、海外論文、書籍から、高齢者虐待に関すること、認知症グループホームに関すること、介護職とストレスに関すること、管理者と教育指導に関することを中心に、概要をまとめ、検討を行った。

1. 国内研究論文

2016年に以下のキーワード別に医中誌、CiNii Articles、Google Scholar、インターネット検索を行った。

「虐待・認知症高齢者」をキーワードとして56件がヒットした。そのうち施設や医療機関の虐待に関する文献は7件であった。

「介護職・虐待」をキーワードとして97件がヒットした。そのうち本研究に関連する文献は16件であった。

「介護職・ストレス」では、医中誌27件、CiNii 94件で重複を除くと54件であった。

「認知症グループホーム・管理者」では、医中誌4件、CiNiiで1件、Google Scholarで1件であった。

これらの中から、本研究に關係する以下の論文に対して検討を行った。

養介護施設における高齢者虐待に関する論文12件、介護職のストレスに関する論文14件、養介護施設・認知症グループホームの介護職に関する論文7件、認知症グループホーム管理者に関する論文4件、介護職の教育研修・キャリアに関する論文8件である。

1) 養介護施設における高齢者虐待について

1990年代後半から老人虐待に関する調査研究が散見され、2006年の高齢者虐待防止法制定に伴い、論文数は急激に増加している。養介護施設や介護職、在宅高齢者等の虐待の実態や要因等についての研究が多くみられるが、虐待防止法制定以降は、予防や防止策の実践や効果等に関する論文が増えている。各研究の概要は次の通りである。

養介護施設における高齢者虐待の要因について、認知症グループホーム協会⁷⁷(2007)は、「虐待をおこした職員の生活・人間性」、「職員全般のケアサービスに対する認識」、「職員全般の虐待に関する認識不足」、「介護職員の労働条件」をあげている。古屋⁷⁸(2008)は、虐待との関連で「有資格者が少ない」、「高齢者に関する知識を学習する機会が不足してい

⁷⁷ 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会編(2007): 認知症グループホームにおける虐待防止・権利擁護研究事業調査報告書、特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会。

⁷⁸ 古屋博子(2008): 高齢者福祉施設における援助職者の態度および意識と不適切ケアの実態調査、高齢者のケアと行動科学、14(1)、20-28。

る」ことを理由として報告している。谷田⁷⁹（2010）の研究では、虐待の起こる状況は介護者のストレスが高く、虐待を認識している人がその傾向にあると指摘している。また、虐待の理解度が高い介護職は、虐待項目をすべて認識している人であると報告している。以上の研究から、虐待や不適切なケアが起こる要因は、虐待や高齢者に関する知識や認識が不足していること、学習の機会が不足していること、そして介護職にはストレスがあることが関係していると理解できる。

虐待の行為や不適切なケアについて木下⁸⁰（2013）は、高齢者の認知症の重度化で、対応の困難さが増す事によって、個別性と尊厳に配慮した介護職と高齢者間の対人交流にはなりにくくなっていると報告している。土屋⁸¹（2014）は、不適切なケアの例として異性による入浴介助、汚れた衣服の放置、車いす上での固定等が多いと報告している。任⁸²（2014）、は尊厳の侵害、役割の侵害、自律の侵害、交流の侵害を準虐待と定義している。倉林⁸³（2014）は、不適切行為の認識について、見守りで対応可能な高齢者を全介助すること、異性による入浴介助、居室の入り口に鍵をかける等をあげている。これらのことから、虐待が行われている事実と不適切であるケアが行われていること、虐待行為について理解をしている介護職は、虐待の認識をしていると理解が出来る。つまり、虐待の認識を持つことが虐待を防ぐ要因となる可能性があることを示している。加えて、認知症の重度化によって介護職の対応が困難な状況が起こる可能性が高い重度の認知症高齢者は虐待の対象となりやすいことも理解できる。

虐待の予防について松本^{84,85}（2013,2015）は、労働環境、職場特性、知識・研修受講経験等が予防因子であること、資格や虐待の研修受講のない職員ほど予防対策を受けていない傾向にあることを報告している。さらに、佐藤⁸⁶（2016）は、不適切なケアかどうか判断に迷うときは、自分より経験値の高い人に相談することが効果的であると指摘する。

先行研究からは、防止策、予防策については、上司や同僚との良好な人間関係、相談やアドバイスをうける体制整備等が図られている労働環境ほど効果があると理解できる。

⁷⁹ 谷田恵美子（2010）：高齢者の虐待認識群と非認識群の「認知症高齢者への対応」に関する比較、*国際ナースケア研究*、9（2）、1-10.

⁸⁰ 木下香織、中島望、太湯好子（2013）：ケアスタッフの認知症高齢者への対応困難感と自己状態の認識が対人交流に与える影響、*日本認知症ケア学会誌* 12（2）、2013.

⁸¹ 土屋典子（2014）：養護施設従事者の虐待への意識に関する調査研究－養介護施設における虐待予防のための実践アプローチ、*立正社会福祉研究*、15（2）、57-59.

⁸² 任 貞美（2014）：介護職員の虐待認識に基づいた高齢者虐待定義の再構築への試み－「準虐待」の構造と特徴に着目して－、*社会福祉学*、54（4）、57-59.

⁸³ 倉林しのぶ、芝山江美子、宮崎有紀子（2014）：養介護施設従事者における「高齢者虐待と不適切な行為」の認識及びその認識に関わる背景と要因、*生命倫理*、24（1）、76-86.

⁸⁴ 松本 望、今井幸充（2013）：認知症グループホームの介護職員が求める虐待予防因子の構造と課題；職員・職場の属性による認識の違いをもとに、*高齢者虐待防止研究*、9（1）、44-53.

⁸⁵ 松本 望（2015）：認知症グループホームにおける不適切なケアの予防要因の効果の検証－介護職員への質問紙調査をもとに－、*日本認知症ケア学会誌*、14（2）、464-472.

⁸⁶ 佐藤弥生、佐々木千晶（2016）：介護職員の「不適切ケア」の判断の拠り所－アンケートの自由記述の分析から－、*岩手県立大学社会福祉学部紀要*、第18巻、11-21.

高齢者自身の虐待の認識について古川ら⁸⁷ (2009) の研究では、スウェーデンと日本の虐待の実態調査の結果から比較・検討を行っている。施設内で虐待を受けていると回答した高齢者は両国とも 30%以上であり、虐待に対する認識はスウェーデンも日本も差異がないことを報告している。虐待を受けている高齢者は、虐待を認識していることが理解できる。

先行研究からは、虐待や不適切なケアが起こる要因として、介護職員の虐待や高齢者に対する知識・認識の不足が多く指摘されている。加えて認知症の重度化により、介護職の対応が困難になるにつれて、悪循環のごとく虐待や不適切ケアへと結びついている。これらの負の連鎖を断ち切るのに有効な手段は、介護職員が虐待行為をきちんと認識できるための、知識不足を補い、人権意識の向上に結びつける研修や講義等を受講することである。

加えて、対応や介護について困っている事に対して、同僚や上司に相談出来る職場環境の形成が重要であるとされている。しかし、ストレスがなぜ虐待につながるのか、その要因を明らかとする研究は見当たらなかった。

2) 介護職のストレスについて

職場（組織環境、上司・同僚との関係性）、利用者（認知症高齢者、利用者の家族）、労働条件、仕事内容等がストレスに関連があるという先行研究は多かった。養介護施設は特別養護老人ホームの介護職を対象とするデータが多く、2000年～2010年にかけて多くが発表されている。ストレス指標には、バーンアウト尺度を利用している研究が多かった。

その中でいくつかの研究概要を紹介すると、ストレスが高くなる要因は、一般的疲労がストレスになること（音山ら⁸⁸：1997）、組織の中の自分の役割、他職種との関係がストレスにつながる（藤野⁸⁹：2001）、同じく、ストレス要因として組織の人間関係・体制・仕事をあげているもの（高良⁹⁰：2003）、利用者の受容（畦地ら⁹¹：2006）、利用者中心介護（張ら⁹²：2007）、上司とのコンフリクト（小野寺ら⁹³：2007）、小規模ケアの事業所は事務的仕事の負荷があり、労働意欲が低下する（長三ら⁹⁴：2007）、心理的な仕事や仕事の質に対する負担（三徳ら⁹⁵：2008）、労働条件・個の尊重（渡辺ら⁹⁶：2012）、急変時の対応（鈴

87 古川潤子、堀米史一（2009）：高齢者虐待に関する関心 - 日・北欧比較 -、社会医学研究、26（2）、133-140.

88 音山若穂、矢富直美（1997）：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.

89 藤野好美（2001）：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.

90 高良麻子（2003）：特別養護老人ホーム職員のバーンアウトに関する研究（1） - バーンアウトの予防を目指して -、東京家政学院大学紀要、第43号、人文・社会科学系 抜粋、85-92.

91 畦地良平、小野寺敦志、遠藤 忠（2006）：介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因 - 職場特性を中心とした検討 -、老年社会学、27（4）、427-437.

92 張 充楨、長三紘平、黒田研二（2007）：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 -、老年社会学、29（3）、366-374.

93 小野寺敦志、畦地良平、志村ゆず（2007）：高齢者介護職員のストレスとバーンアウトの関連、老年社会学、28（4）、464-475.

94 長三紘平、黒田研二（2007）：特別養護老人ホームにおける小規模ケアの実施と介護職員のストレスの関係、厚生学の指標、54（10）、1-6.

95 三徳和子、森本寛訓、矢野香代、他4名（2008）：施設における高齢者ケア従事者の職業性ストレス要因とその特徴、川崎医療福祉学会誌、18（1）、121-128.

木ら⁹⁷：2013)、仕事の満足度・相談者の有無(原田⁹⁸：2013)、人間関係の不調(谷口⁹⁹：2013)と、多くの先行研究でストレスと要因については明らかになっている。

しかしこれらの研究の多くは、特別養護老人ホームをフィールドにしており、認知症グループホームに特化した介護職の研究はわずか次の2件のみであった。古村らの研究では、スタッフのバーンアウトは認知症高齢者との葛藤、職場のサポート体制、スタッフ同士の葛藤、負担感と関連していたと報告されている(古村ら¹⁰⁰：2012)。二宮らの研究では、認知症の重症度で介護職のストレスに差があり、重度群はストレス度と自己効力感に負の相関があると指摘している。二宮ら¹⁰¹：2013)。

先行研究のうち、小規模施設やグループホームの介護職に関する研究では、環境(労働体制、組織等)、上司や同僚の人間関係がストレスの要因として報告されている。認知症グループホームでは、認知症そのものが介護職のストレス要因であると報告されている。また、バーンアウト尺度を指標として利用できるとの知見をうけた。

3) 養介護施設・認知症グループホームの介護職について

特別養護老人ホームや認知症グループホームをフィールドとした、介護職の職場環境や利用者の生活支援、離職の原因等に対する調査研究は多く見受けた。離職者に対する調査結果から、あいまいな業務内容・スタッフ同士の軋轢・管理者に対する不満等に対する改善要求を整理したもの(古村ら¹⁰²：2011)。認知症を理由に利用や入所を断ったことがある認知症グループホームが20%あったと報告しているもの(五十嵐ら¹⁰³：2011)。利用者の生活の質・サービスの質・ホームの質を高めるための研究機能を介護職も担うと考えているもの(舟越¹⁰⁴：2013)。認知症高齢者の生活支援について、終末期ケア・看取りに向き合うとするもの(永田ら¹⁰⁵：2014)。また、認知症グループホームと地域の交流に視点をおくも

96 渡辺 健、石川久展(2012)：高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響—組織の支援体制を中心とした見当—、*Human Welfare*、4(1)、17-26。

97 鈴木貴文、内野滋雄(2013)：高齢者介護現場における職員のストレスサーについて、*臨床福祉ジャーナル*、10巻、18-21。

98 原田小夜、宮脇宏司(2013)：介護施設職員の抑うつ・ストレス反応と関連要因の検討、*聖泉看護学研究*、2巻、8-17。

99 谷口敏代、原野かおり、高木二郎、他2名：介護老人福祉施設におけるメンタルヘルス対策の現状に関する質的調査、*インターナショナル Nursing Care Research*、12(3)、73-82。

100 古村美津代、石竹達也(2012)：認知症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、*日本公衆衛生学会誌*、59(11)、822-832。

101 二宮寿美、棚崎由紀子、光貞美香、他1名：グループホームにおける認知症高齢者の重症度とケアスタッフの心理的側面との関連、*宇部フロンティア大学看護ジャーナル*、16(1)、43-49。

102 古村美津代、石竹達也(2011)：認知症グループホームを離職したケアスタッフの思い—インタビュー調査における質的検討—、*久留米医学会雑誌*、74、307-315。

103 五十嵐裕、佐古泰司、飯島裕一、他7名(2011)：認知症介護長野県内施設アンケートの結果から、*日本認知症ケア学会誌*、10(3)、379-384。

104 舟越由美子(2013)：認知症高齢者グループホームにおけるレジデンシャル・ソーシャルワークの機能とその実態について—グループホームにおけるレジデンシャル・ソーシャルワークの実態調査を通して—、*北星学園大学大学院社会福祉研究科 北星学園大学大学院論集第4号*、(通巻16号)、1-17。

105 永田千鶴、北村育子、松本佳代、他3名(2014)：エイジング・インプレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発：小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探求、*熊本大学医学部保健学紀要*、10、15-26。

の(高山¹⁰⁶:2014)。利用者の重度化に対応した人員配置や事務的仕事の負担の軽減等を介護職の要求としてまとめたもの(小木曾ら¹⁰⁷:2017)。さらに、精神的負担・人間関係・相談できる上司・同僚といった職場内の人間関係の改善について提言するもの(納戸ら¹⁰⁸:2017)等があった。

労働環境や職場内の人間関係が虐待に関連するかを検討することも調査項目を作成するうえで参考となるが、本研究とは研究目的を異にするものが多いといえる。

4) 認知症グループホームの管理者について

先行研究では2010年以降、離職や職場環境等に関する調査が散見された。本研究と関連ある研究としては、管理者の仕事裁量について、組織形態(株式会社・非営利法人等)や経験年数による管理者の裁量権の違いについて明らかとしたもの(谷垣ら¹⁰⁹:2013)。認知症グループホームの管理者が担っている業務内容や困難内容についてのカテゴリを抽出したもの(金ら¹¹⁰:2015)。サービス評価の高い管理者は、組織内ルール・規範を重視していることを明らかとしたもの(米原ら¹¹¹:2017)。及び、優良福祉施設の評価において良い高齢者福祉施設は集団参画型に近い組織であることを指摘したもの(清水ら¹¹²:2017)等を見受けることが出来た。

認知症グループホーム少ない職員数で運営されているため、管理者と職員の信頼関係が労働環境として重要であることは調査にあたっての参考となった。

5) 介護職の教育研修・キャリアについて

高齢者虐待防止法の制定前後から介護職に対する研修や教育について研究がすすめられている。高齢者の理解や認知症、虐待防止等についての研修は多くみられた。

大学卒介護職員を対象とした研究では、同僚との教育課程の違いを理由に専門性を発揮しにくいと感じていると指摘するもの(宮上¹¹³:2010)。研修に関する調査では、勤務経験年数の少ないスタッフや資格がないスタッフは研修受講希望があるとの結果が示されている

106 高山早苗(2014):地域交流を見据えた認知症対応型生活介護の現状と課題:グループホームに期待される機能と職員の意識に焦点をあてて、*Bulletin of the Graduate School, Toyo University*, 51, 245-264.

107 小木曾加奈子、祢宜佐統美、今井七重、他1名(2017):介護老人保健施設における職務環境の改善に対する認識の内容分析、*日本医療・病院管理学会誌*, 54(2), 57-66.

108 納戸美佐子、中村貴志(2017):グループホームの正規職員と非正規職員の職場満足度と職場定着を促すための支援に関する検討、*西南女学院大学紀要*, 21, 115-124.

109 谷垣静子、岸田研作(2013):グループホームにおける管理者の仕事裁量の関連する要因、*厚生*の指標, 60(4), 26-29.

110 金 圓景、奥田佑子(2015):認知症高齢者グループホーム管理者の主な業務内容および抱える困難、*認知症ケア学会誌*, 13(4), 739-748.

111 米原あき、谷口敏代(2017):認知症対応型共同生活(グループホーム)における管理者のサービス評価の認識と関連要因について、785-759.

112 清水昌美、坂本 圭(2017):高齢者福祉施設における組織運営のあり方と人的資源管理について—福祉サービス第3者評価結果に基づく優良施設の事例研究—、*川崎医療福祉学会誌*, 26(2), 220-229.

113 宮上多加子(2010):高齢者福祉施設に勤務する社会福祉系大学卒介護職員のキャリア意識、*高知女子大学紀要社会福祉学部編*, 第60巻, 45-52.

る（古村ら¹¹⁴：2013）職員の健康問題や健康管理についての研修に関する調査では、腰痛の不安が軽減し、健康管理に対する自信が高くなったとの報告もある（大野ら¹¹⁵：2010）。キャリア向上の研修結果からは、「他人と同じでなければ将来が不安」とする意識が低下し、「自分は人から頼られている存在であると思う」ことを意識しているとの報告がある（平川ら¹¹⁶：2011）。介護職員のワークモチベーション¹¹⁷について、看護職員と比較した調査結果をみると、リーダー志向が高く、経験年数を重ねると仕事に対するコミットメントの向上が困難となる（白石ら¹¹⁸：2011）などの報告がされている。

特別養護老人ホームの介護職における職業意識についての調査からは、仕事に関する社会的意義の認識、実践による利用者からの肯定的な応答、自己成長の自覚が重要な働きをしていると報告されている（阿部¹¹⁹：2014）。地域密着型介護事業所職員に対する心理援助に対するニーズ調査では、「職員充実感」と「はらつき」を形成する管理者・リーダーへの研修を行うことが介護の質の向上とメンタルヘルスに寄与するとの結果が報告されている（堀ら¹²⁰：2015）。職場継続意思の強さに関する調査では、愛着的要素、職業・専門分野に対するキャリアコミットメントが高いとの結果（井上ら¹²¹：2016）があった。

先行研究は、直接本研究と重なるものは見当たらなかったが、学歴や勤務経験年数により、研修意識や研修成果の違いが表れており、経験年数に応じた研修やキャリア形成へのシステムを作ることへの参考となった。

2. 海外論文

2017年現在、Pub Med¹²²を使用し、介護職（care workers）、虐待（abuse）、グループホーム（group home）、認知症（dementia）をキーワードとし、検索した。

114 古村美津代、草場知子、中島洋子、他 1 名（2013）：認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフの研修の実態と受けた研修の個人特性による比較—認知症高齢者グループホームの全国調査より—、日本看護福祉学会誌、19（2）、87-99.

115 大野佳子、榎原り子、浜崎真美、他 5 名（2010）：介護福祉学生に対する職務継続のための健康教育の評価、日本予防医学会雑誌、5（1）、17-22.

116 平川仁尚、安井浩樹、青松棟吉、他 2 名（2011）：介護職員のキャリア意識向上のためのワークショップ・プログラム開発、Hospice and Home Care、19(1)、33-37.

117 ワークモチベーションは①リーダー志向②目標達成・有能感③協働④ライフスタイル重視⑤自律の 5 項目である。そのなかでリーダー志向は、他の従業員に助言指導すること。他の従業員のやる気を高めること。チームワークがうまく機能することの 3 項目であった。

118 白石旬子、藤井賢一郎、田口 潤、他 1 名（2011）：介護職員のワークモチベーションの内容およびワークモチベーションの内容とキャリアコミットメントの関連：看護師との比較による介護職員の特徵、介護経営、6（1）、16-28.

119 阿部正昭（2014）：特別養護老人ホームに勤務する介護職の職業意識—テキストマイニングを用いた分析を中心に—、介護福祉学、21（1）、54-61.

120 堀 恭子、いとうたけひこ（2015）：地域密着型サービス事業所における職員の心理援助に対するニーズの探索的研究Ⅱ：臨床心理士が職員研修を行うための基礎資料として、聖学院大学論叢、28（1）、107-119.

121 井上由美、西田真寿美（2016）：認知症グループホーム介護職員の職場継続意思とコミットメントとの関連、認知症ケア学会誌、15（3）、613-623.

122 PubMed とは米国国立医学図書館（NLM）が作成する、生命科学や生物医学に関する参考文献や要約を掲載する MEDLINE を含む、医学分野の代表的な文献情報データベース。この MEDLINE では世界中の 5,600 誌以上の雑誌に掲載された文献情報を検索できる。1997 年、NLM は、MEDLINE を含む PubMed という検索システムをインターネット上に無料で公開を開始した。

その結果、この4つのキーワードによる先行研究は0件であった。

介護職 (care workers)、虐待 (abuse)、認知症 (dementia) での検索は、27件であった。この3つのキーワードに老人ホーム (nursing home) を追加し、検索したところ7件が検索された。このうちの2件の著者は日本人で、高齢者虐待の解説 (Nishiyama K.:2013)、介護保険制度の改正とその概要 (Endo H.:2007) について書かれたものであった。

27件を概観すると、5件が HIV と認知症に関連する論文であった。その他、医療従事者の職場内暴力に関する研究が1件、ディオゲネス症候群¹²³と認知機能に関する研究が1件、高齢者の薬物乱用に関する研究が2件であり、残りの18件が老人ホームの高齢者虐待や介護職の虐待、医療従事者の虐待等に関する研究であった。

次に介護職 (care workers) と虐待 (abuse) によるキーワード検索では、2013年から5年間で97件の該当があった。虐待 (abuse)、認知症 (dementia) による検索では、2013年から5年間で76件の該当があった。

管理者 (manager)、教育 (education)、グループホーム (group home) による検索では58件が該当した。この検索から探した論文は、地域ケア、小児に関するケア、ケアマネジャーの支援、ナーシングホーム¹²⁴の栄養管理等多様な内容であった。この3つのキーワードに認知症を加えて検索すると2件該当し、退役軍人に対する社会資源の研究と、農村在住の認知症退役軍人へのインターネットによる支援研究であった。確認した限りでは、日本の認知症グループホームの教育の研究にあたる内容は見当たらなかった。

なお、虐待とその予防についての先行研究は以下のようなものがある。

医療職・介護職の虐待については、在宅サービスの看護師は40%が心理的虐待や放棄であると報告するもの (Rabold S. et al.:2007)。虐待の対象は高度なケアが必要な高齢者や認知症の程度が重い高齢者が対象となりやすいとの報告があるもの (Nishiyama K. :2013)。また、介護方法や認知症の管理についての理解が不足しているとする内容のもの (Cooper C. et al.:2013)。さらに、特別養護老人ホームの虐待内容について、心理的虐待50.8%、放棄23.7%、身体的虐待1.4%の順に多く現れていると結果を示したもの (Blumenfeld Arens O. et al.:2017)。

虐待予防の対策については、高齢者虐待の知識と管理に関する教育介入は虐待改善の効果があること (Richardson B. et al.:2002)。認知症特有のケアの習得やスタッフをサポートする体制の重要性を指摘したもの (Scott A. et al.:2011)。虐待に関する知識や認識への介入訓練は効果があるとするもの (Jeanne A. Teresi. et al.:2013)。性的虐待への気づきと、教育の介入について言及したもの (Iversen MH. et al.:2015)。介護職のチームワークと高齢者の生活環境の改善を行うことで、介護職の仕事によるストレスを軽減し、虐待が減少

¹²³ デイオゲネス症候群とは、老年期に生じる自身の生命活動に関心を示さなくなる精神障害のことである。

¹²⁴ ナーシングホームは、日本の老人ホームと老人病院を合わせたような医療施設で、大別すると、専門的看護をする skilled Nursing Facilities(SNF) と、濃厚な看護サービスをしなない Intermediate Care Facilities(ICF) となる。本来、米国のナーシングホームは、老人のためだけの施設ではないが、現在では約90%の入居者が65歳以上の高齢者となっている。また、約80%が営利を目的とする企業や民間団体によって経営されている。入所には巨額の費用がかかる。

すると報告するもの (Blumenfeld Arens O. et al.:2017)。労働者間のいじめ等職場環境を改善することで高齢者の安全が守られると指摘するもの (Pickering CEZ. et al.:2017) などである。

以上、海外の研究論文においても日本と同様な内容が報告されている。

日本と同様に介護職による虐待は、高度なケアが必要な高齢者や認知症の程度が重い高齢者が対象となりやすいこと、労働環境が心理的ストレスとなり、高齢者虐待や不適切なケアにつながることも日本と同様であった。虐待の改善については、虐待に関する知識や認識を高める教育や訓練に効果があることも共通した課題であった。

3. その他

研究論文に限らず高齢者虐待等に関する書籍を検索したところ、その多くがグループホームの開設や運営に関する書籍であった。本研究の参考となる書籍について整理すると以下のとおりである。

1) 認知症グループホームに関する書籍の概観

村田¹²⁵ (2003)、認知症グループホーム協会¹²⁶ (2006) は、認知症グループホームの開設にあたる準備やそれにかかる制度、運営等について詳細に述べている。

上田¹²⁷ (2008)、草地¹²⁸ (2011) は、認知症グループホームの基礎知識として社会背景や介護保険制度等との関連、また開設・運営するためのノウハウについて詳細に説明している。

その中で認知症グループホームは「共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、その人に応じた自立した日常生活を営むことができるようにする」と定義されている。この定義を基に、介護職に対する認知症の理解や認知症高齢者への介護方法、入居者の生活や関係性を保つこと等について具体的に説明をしている。

草地は、認知症を理解するスタッフをどう育成するかが重要であると述べている。そして、高齢者の個々の生活歴を理解すること、感情に寄り添うこと、一人の人間として向き合う姿勢、思いに寄り添いともに行動することが認知症介護にとって重要であるとしている。

上田も言葉は異なるが、認知症介護の基本は「ゆっくり」、「一緒に」、「楽しく」であると述べている。そして、「叱らない、怒らない」、「せかせかと仕事をしない」、「忙しい時も笑顔でケアする」を介護職員の心構え 3 原則として提案している。

¹²⁵ 村田裕子著 (2003) : 注目!! 有限会社のグループホーム - 痴呆症高齢者グループホーム開設のために、筒井書房。

¹²⁶ 全国認知症グループホーム協会編 (2006) : グループホームの手引き - 開設から運営まで、ワールドプランニング。

¹²⁷ 山井和則監修 上田理人著 (2008) : 改訂新版グループホームの基礎知識、リヨン社。

¹²⁸ 草地真著 (2011) : グループホームをはじめよう!、東京。

ブリット¹²⁹ (2006) はスウェーデンの認知症高齢者の介護から、認知症の病態や接し方を具体的に述べている。特に、食事時間は知らない人が仲良くなれる時と場所であり、介護職員と一緒に食卓に着き、一人一人をよく観察することが重要と述べている。辛抱強く相手の気持ちをくむようにし、人間愛に満ちた態度で接することが大事であるなど認知症介護の先進国であるスウェーデンのグループホームの環境や職員の接し方についてまとめられている。

2) 高齢者虐待に関する書籍の概観

パトリシア・ブラウネル (Patricia Brownell) 他著¹³⁰ (2004) は、世界の高齢者虐待防止プログラムの取り組みを紹介している。アメリカ、カナダ、オーストラリア、ノルウェー、ラテンアメリカ諸国の虐待の歴史や法律、虐待防止のプログラムといった内容である。

例えば、アメリカの高齢者虐待の定義は各州の法律で異なり、高齢者虐待の通報義務の規定も州ごとにさまざまである。アメリカではヘルスケア分野からの虐待防止に対する関心が高く、高齢者虐待防止活動のモデルプロトコルを作成し、関係者に配布している。ナーシングホームでの虐待防止のために、利用者とその家族を対象としナーシングホームの選定や法律、救済支援方法等の情報を提供していると報告している。

多々良編¹³¹ (2001) では、家庭における高齢者虐待の実態をサービス機関の職員を対象としたアンケート調査の結果を基に、被虐待者、虐待者の特徴や、虐待の具体的事例に対して家族社会学、老年学の視点から高齢者虐待を分析している。被虐待者の年齢は 80 歳以上が 62.7%と多く、多々良らの別調査でも 80 歳以上が 2/3 分を占めると述べている。被虐待者の性別では女性 73.8%と多く、虐待者も女性が 62.5%と多いことも別調査と同様であったとしている。被虐待者と虐待の続柄は子ども 38.4%、子の配偶者は 36.0%を占めていた。虐待の種類では子どもは身体的虐待が 40.1%、子の配偶者は世話の放任 43.8%であった。虐待の種別割合は「身体的」30.8%、「放任」32.2%、「心理的」22.8%であった。虐待と介護負担の関連性では、介護負担は虐待の原因の一要因 66.5%としている。社会参加については、虐待した家族の 40%は、社会参加はないという結果であった。そして、介護ストレスから虐待が生じる、また、家族単位が小さくなり介護負担が特定の人に重くのしかかることが要因であると述べている。介護殺人や自殺等も多くあり、要介護高齢者と介護者の関係性、特に親密な親子関係¹³² が日本の家庭内虐待の温床と締めている。そのうえで体系的な老年学の教育課程¹³³を実現させるよう努力が必要とまとめている。

小林¹³⁴ (2004) は、新聞社に勤務していた関係から、多くの虐待事例と出会い、その事

129 ブリット＝ルイーゼ・アブラハムソン著 (2006)：スウェーデンの認知症高齢者と介護、ノルディック社。

130 パトリシア・ブラウネル、スーザン・カール、エリザベス・ポドニークス、オーラグ・ユークレスタ、リア・スザナ・ダイチマン (2004) 多々良紀夫、塚田典子監訳：世界の高齢者虐待防止プログラム、明石書店。

131 多々良紀夫編著 (2001)：「高齢者虐待-日本の現状と課題」、中央法規。

132 要介護者と介護者の関係性を筆者は息子と母親の親密さと考えて追記した。

133 体系的な老年学教育課程とは、筆者は高齢者の特性や加齢に伴う病気や現象等を体系的に教育することと考える。

134 小林篤子著 (2004)：「高齢者虐待-実態と防止策」、中央新書。

実を基に虐待の種類や被虐待者と虐待者の関係性、虐待の起こった環境等を記している。著書では日本の事例に限らず海外の事例も紹介している。さらに、高齢者虐待の防止について、オムツ外しや身体拘束をやめることを施設一丸となって取り組むことが、誰のための介護かを考える機会となることを紹介している。

多々良（2001）、小林（2004）の2冊は、高齢者虐待防止法施行以前に出版されており、我が国で虐待の実態が明らかになった代表的な書籍である。80～90年代は高齢化が進行し、家族介護者の負担が大きくなってきた頃であった。また、特別養護老人ホームは、3年待機が必要と言われていた。さらに、介護疲れによる殺人や無理心中、施設介護では環境の劣悪さや介護者の虐待事件等が報道され、高齢者の介護問題が社会問題としてクローズアップされていた。

高齢者虐待防止法制定後に出版された高崎監修¹³⁵（2010）では、養介護施設内の虐待発生の要因について、①職員の不足、②虐待に関する知識不足、③職場環境をあげている。職員数の不足により利用者の希望やニーズを優先させたケアというより、職員の業務を優先させたケアになり、それ自体が高齢者の選択の権利を侵害していると述べている。高齢者や認知症の特徴の理解不足は、一人のケアに費やす時間が多く、業務が進まず焦燥感を感じ、またケアの効果を実感できず高齢者の尊厳を無視した不適切行為につながると指摘する。加えて、職場環境では多忙で上司や同僚に相談する余裕がないことや、残業で疲労が蓄積しバーンアウトな状態になりやすいため、高齢者虐待の予防には研修が必要であることを強調している。

有馬¹³⁶（2008）は、虐待種別ごとに虐待防止を行うための評価として、チェックリストとその対応方法について具体的に示している。また、介護職の自己評価の重要性を述べている。

4. 先行研究のまとめ

先行研究論文を調べるとかなり多くの研究がおこなわれている事がわかった。それだけ高齢者虐待や不適切なケアについての関心は高いものであると考えられ、同時に本研究のテーマが社会的に意義のあるものであると認識できる。

国内外の文献からは、施設内虐待の内容については、心理的虐待、放棄といったことが共通して行われやすいことが示されていた。高齢者虐待の要因は明らかとなっており、その予防については少しずつ研究が進められている。虐待の認識を高めることや資格取得や研修受講を勧めること、労働環境を整備することが効果的であると先行研究に示されている。最新の研究結果では、介護職のチームワークと高齢者の生活環境を改善することで仕

¹³⁵ 高崎絹子監修（2010）：実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防、日本看護協会出版会

¹³⁶ 有馬良健著（2008）：介護・看護職のための虐待防止ケースアドボケート実践チェックリスト、医歯薬出版株式会社。

事によるストレスを軽減し、虐待が減少することも示されていた。

しかしながら、本研究のように認知症グループホームを対象を絞り、そこに働く介護職のストレスと虐待との関連について整理された先行研究は見当たらない。また、虐待の認識とストレスの関連性について整理された研究も見当たらなかった。虐待を防ぐ手段としての研修に関しても、どの様な内容や方法が適切なのかは明らかになっていない。管理者による教育指導の実態について調査をおこなうものもみられなかった。以上の先行研究の検討から本研究は十分に独自性を持つ研究であるといえる。

第2節 本研究の分析の視点

筆者は、共同研究として家族介護者のストレスについて研究を重ねており、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者のストレスが高いこと、歩行等の移動ができる認知症高齢者の介護負担が大きいことを明らかにしている。このことから、認知症グループホームの介護職は、24時間認知症高齢者の生活を支援しており、在宅で認知症高齢者と生活を共にする介護者と同様のストレスや介護負担が生じるのではないかと考えた。また、認知症グループホームは小規模施設であることから介護職員数は少なく、一人夜勤の場合が多く、労働環境からもストレスが強くなると考え、認知症グループホームの介護職を研究対象としたいと考えた。

そこで、先行研究における虐待の認識を高めることが虐待予防につながる可能性があることを踏まえて、本論文では認知症グループホームの介護職に対するストレスの実態と虐待の認識との関連を明らかにすることを目的とすることにした。この研究によって、介護職のストレスの要因、虐待の認識との関連を明らかにすることで、介護職のストレスの低減を図ることが可能となり、認知症高齢者を尊重した介護に結びつき、虐待防止につながるのではないかと考えた。

次に、その虐待防止策を図るためには、認知症グループホームの管理者の役割が重要であると考えた。そこで、認知症グループホームの管理者を対象とした介護職への教育指導、特に人材育成に対する認識を明らかにすることを第2の目的とした。そのうえで、認知症グループホームの介護職に特化した、教育支援のあり方を提案したいと考える。その教育支援により虐待に関する適切な認識を身につけることが可能となり、管理者に対する具体的な教育支援方法を提案することで、教育的サポートをすることができると考える。さらに、管理者に対するサポート体制を確保することで、認知症グループホームの利用者の穏やかな生活と、組織マネジメントが充実していくと考えられる。あわせて、介護職が自信を持って働くことへの支援につながり、それによって認知症高齢者への虐待を防止できるのではないかと考えた。

海外論文においても、今回、調べた限りにおいて認知症グループホームの介護職を対象とした虐待とストレスについて特化した研究はなく、特に虐待の認識とストレスに関する

先行研究は見当たらなかった。日本は、今後認知症高齢者が増加する中で、認知症高齢者のグループホームの存在は大きく、本研究の意義は大きいと考える。介護職のストレスが高く、虐待と関連していることは先行研究で理解できるが、虐待の認識とストレスの実態についておこなう本研究の意義はあると考える。本研究が明らかになったうえで、先行研究による改善策が日本の介護職にとって有効か、また参考にできるかを検討したいと考える。

第3節 調査仮説、解決問題

先行研究では、認知症グループホームで働く介護職は、認知症高齢者を中心とした介護ができ、介護職の仕事への正当な評価がされるとした個の尊重が強い場合、ストレスは軽減する。そして、組織の上司や同僚との人間関係が良好で、意見交換ができるとストレスが少ない。また、管理者からの職員に対するサポートが高く信頼関係が築かれた労働環境ほど効果が高い。さらに、組織の決定に対する参加度が高い場合、管理者はリーダーシップを発揮させる等がまとめられている。一方、高齢者虐待の要因は、介護職の知識不足や学習の機会が少ないこと資格の有無、経験年数等によるもの、職場環境が整備されていないことによるものが大きいことが理解できる。そのために、経験年数の短い介護職や無資格者における高齢者虐待予防についての研修への取り組みや、職場で取り組む研修では高齢者の理解から人権擁護、介護ケアに至るまで、多様な内容の研修が実施され成果を上げている等がまとめられている。

しかし、養介護施設における虐待は増加している。特に小規模な認知症グループホームにおいては平成27年度統計で15%の虐待が存在しており、認知症グループホームにおける虐待の種類は心理的虐待が多くあり、介護放棄は他の施設に比べて割合が高かった。また、認知症グループホームの介護職は、ストレス・疲労は「良くある・時々ある」が合わせて92.5%と回答していることから、ほとんどの介護職は何らかのストレスを抱えている。

これらのことは、認知症グループホームの利用者の特徴である認知症特有の症状を理解できていないことが要因の一つと考える。特に幻覚・妄想、徘徊や暴力といった認知症の周辺症状が理解できず、認知症高齢者に対する適切なケアができていないことが挙げられる。そして、人権擁護や意思を尊重することに関する理解が乏しいため、認知症高齢者への日常ケアや言動が虐待行為と認識できていない介護職が存在するためと考える。さらに、認知症グループホームは小規模施設であり介護職員数は利用者3人に一人であり、夜勤はほぼ一人という実態から、日常生活支援のほかに事務業務も加わり、身体的・精神的負担が大きいことを示している。管理者も、職員の介護実践力の把握や利用者の生活支援へのマネジメントに対応できていない現状もある。さらに組織として、労働時間や夜勤体制等、労働条件等が介護職のストレスに関連すると考える。

先行研究の結果から、虐待の関連要因や介護職のストレスの関連要因のそれぞれはまと

められているが、認知症グループホームにおける介護職に関して、認知症高齢者への虐待の認識と介護職のストレスについて分析した研究は見当たらなかった。また、管理者を対象とした教育指導体制における認識について分析した研究はなかった。

そこで、仮説として、認知症グループホームの介護職は、虐待に関する認識が乏しいことがストレスを高めている可能性があると考えた。

そのため、まず、虐待の認識やストレスが介護職の特性として、養成課程や経験年数や介護福祉士の資格取得状況、研修受講や心身の状況、入居者への自己決定支援の対応等に関連があることを検証する。そして、本研究の特徴の1つめとして、認知症グループホームにおける介護職における個人の虐待に関する認識、および職場環境における虐待に関する認識と介護職のストレスとの関連を検証することである。そのなかでも、日常的に行われる1つ1つの介護行動が虐待であるか否かの認識について介護職のストレスとの関連を検証すること。また、虐待に関する労働環境や個人の認識とストレスとの関連を検証を行う。

日常的に行われている具体的な介護行動と虐待の認識の関連を探ることで、どのような介護行動を虐待と認識しているか、また虐待に結び付く可能性があるかが明らかとなる。そして、その介護行動の要因を詳細に検討することができ、虐待に関する認識や介護行動における虐待の認識を高めるような方法を検討することができる。

これらのことから、介護職のストレスによる虐待の認識との関連が明らかになれば、ストレスを低減する方法が検討でき、また介護行動の虐待に関する適切な認識を得ることで、虐待に結び付くことを予防できるのではないかと考える。

本研究を検討する際に、ストレス関連要因の分析によって、介護職の専門的知識や人間の尊厳等、倫理的思考の理解度が不足していることも、関連していることが考えられるのではないと思われる。そのため、介護職員の人権意識や職業倫理に関する知識不足を補う手段としては、職場内教育や外部研修の受講による意識や知識向上が有効と考えられる。

そこで、研究の特徴としての2つめは、認知症グループホームの介護職は認知症の専門的知識や高齢者ケアについての理解や技術が乏しいことや、適切な教育指導を受けられていない可能性があり、管理者を対象として人材育成に関する認識を明らかにすることである。小規模で職員数が限られた中での人材育成の体制を整備することは、管理者として重要な役割である。介護専門職の養成が十分でない現状や、無資格でも働くことができる介護の現場で、認知症高齢者の生活を支援するためには、認知症の理解とその対応力が求められる。今回、管理者の人材育成の認識が明らかになれば、管理者が必要としている教育支援体制を整備できると思われる、不十分な教育が要因となる虐待が防止できる可能性があると思われる。

そこで、以下の2点の調査をおこない、分析したいと考える。

1. 認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連を明らかにする。

先行研究では、認知症グループホームに特化した介護職に対するストレスを分析したものは少なく、虐待に関連した研究も少ない状況である。認知症グループホームは認知症高齢者の終の棲家として穏やかな自分らしい生活ができる場であり、それを支援する介護職はやりがいも感じつつストレスは大きいと思われる。そのような介護職のストレスの実態と虐待に関する認識の関連をあきらかにする。また、研修の項目や内容等についてもストレスや虐待の認識の関連をみることで、今後の研修計画検討に生かすことができる。

2. 認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識を明らかにする。

先行研究では、管理職を対象とした研究は管理者の困難や仕事に対する認識が散見される。また、介護職の研修やキャリアアップに関しては、資格の有無で受けた研修受講内容がある介護職や、経験年数が短い介護職は研修受講を希望していることが明らかであり、管理者としてどのように人材育成の体制を認識しているかが重要と考えた。管理者の認識が明らかになれば効果的な介護職への研修を企画運営できるのではないかと考える。

第3章 認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連

第1節 本章における調査の背景と目的

今後の日本において、日常生活に支障をきたし介護が必要となる認知症高齢者が増加し、介護従事者の確保や施設サービス等の充実が求められる。その中で認知症高齢者を支援する地域密着型サービスである認知症グループホームは、重要であり必要不可欠なサービスである。認知症グループホームの特徴は、少人数で共同生活を行っていることである。そして、自立度が高い認知症高齢者が多いことから、利用者自身の生活役割を探し維持することや、利用者同士の関係性の確保や維持等が特徴的と言える。そのような特徴を持つ認知症グループホームの介護職は、他の養介護施設の介護職と比較してやりがいも大きい、個々の関わりが多様であり精神的ストレスは高いと考える。

一方、高齢者虐待は介護従事者によるものが年々微増している。また、認知症高齢者の日常生活自立度が低い高齢者への虐待が増加しているという報告もある。このような現状を鑑みると、24時間認知症高齢者の日常生活と社会生活を支援する認知症グループホームの介護職は、多様なストレスを感じているのではないかと。そして、そのストレスが高い場合、認知症高齢者に対する虐待発生の重要な因子となるのではないかと、また、介護職の虐待に関する適切な認識が乏しい場合においても、虐待発生につながる可能性あるのではないかと考えた。

そこで、本章では、認知症グループホームの介護職に対する、ストレスの実態と虐待の認識との関連を明らかにすることを目的とした。それが明らかになることによって介護職のストレスを低減を図るための提案ができ、認知症高齢者を尊重した介護につながるのではないかと考え調査を行った。

以下に、その調査の概要と結果について述べる。

第2節 本章における調査全体の概要

1) 調査対象者

本調査の対象者を、平成26年9月1日現在における全国介護事業所介護サービス情報公表システム¹³⁷から、北信越地域5県の認知症対応型共同生活介護事業所全808事業所で働く介護職とした。対象地域の選定については、研究者の居住する地域を中心として、5県の認知症グループホームを対象とした。研究対象の県は、北陸3県（富山、石川、福井）と信越地方（新潟、長野）を合わせた5県である。全国を地域分けした際に、細分化過ぎずかつ数的に著しく片寄らないようにするために形成された地域。行政や国政選

¹³⁷ 厚労省が介護事業所・生活関連情報検索として公表しているシステムである。都道府県別に情報が提示されている。

挙、スポーツ競技の地方予選大会等で地方区分や名称として使用される場合が多い。地域の規模で人口・面積・GDPは5県を合わせると中国圏5県をやや上回る規模となる。

以上のことから、この地域性を考えて研究対象とした。認知症グループホームの介護職を対象とした研究は、多県にわたる研究は少なく地域性から見ても有意義と考えため、5県の認知症グループホームを対象とした。

また介護職の選定について、まず、事業所の管理者宛てに文書で研究参加の有無を確認した。そして、参加協力可能な場合に、管理者宛に協力人数分の調査用紙を郵送し、介護職へ配布を依頼した。その後の介護職個人の協力は自由意思とし、調査用紙が返送されたことで研究に同意したとみなし、本研究への同意が得られた介護職とした。

さらに、対象者から管理者を除くとし、資格は問わないこととした。これは、管理者は職員と同様に日常生活への介護は行っているが、管理職としての意識がバイアスとなってデータに影響を及ぼす可能性があると考えたため、除外した。資格については、前章でも述べたとおり資格がなくても介護職として従事できること、資格の有無もストレスの一因となる可能性も考えられたため、対象として除外した。

2) 調査期間

調査期間は、所属機関において倫理審査委員会の承認を受けたのち、平成26年11月1日から平成27年2月末日とした。これは、施設に対して調査の協力を得ること、調査用紙の郵送、返送までとした。

3) 調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙調査(巻末資料：調査用紙参照)とし、下記の調査項目について選択肢別、数値記入等、できるだけ簡便に回答できる方法とした。無記名自記式質問紙調査としたのは、ストレスや虐待の認識等個人のプライバシーに関する内容が多く、無記名にすることで自分の意思や認識について記載ができると考えたためである。そして、調査用紙の回収方法は、管理者に事業所で一括して研究者に返送してもらうことを依頼した。管理者からの一括郵送という方法について、調査参加の有無が管理者にわかるので、回答は記入の有無を問わず、調査用紙は無記名で返送個人用封筒に入れ厳封するよう依頼した。そして、糊つき封筒を使用し開封が困難な状況にし、介護職の意思を尊重した方法とした。

4) 調査項目 (調査用紙参照)

調査項目は、①対象者の基本属性について、年齢、性別、介護福祉士資格の有無(学歴を含む)、②就業状況について、経験年数、雇用形態、夜勤回数、③心身の健康について、主観的健康感(以後健康感)、心身の自覚症状(20項目)、以上①から③は対象者の基本的属性について確認した。④研修受講に関することとして、研修受講の有無、1年間

に受講した研修内容（7項目）、今後受講したい研修内容（9項目）、1年間で年研修を受講できなかった理由を確認した。⑤虐待の認識について、個人および職場環境に関する虐待の認識の有無（13項目）、介護行動に関する虐待の認識の有無（33項目）について質問した。⑥自己決定支援について、認知症ケアにおける重要な要点である自己決定支の有无（支援必要、支援したい、支援している）を確認した。⑦ストレスを測る心理尺度として、日本版バーンアウト尺度を測定した。

以上の調査項目の中で、調査において重要な項目として介護行動とバーンアウト尺度の概要について、以下に具体的に述べる。

介護行動（表1参照）の概要について、33項目を抽出した。この介護行動33項目の選定基準は、先行研究¹³⁸や調査¹³⁹や¹⁴⁰で虐待行動とされる項目を参考に筆者が抽出した。身体的虐待・心理的虐待・ネグレクト・性的・その他（不適切なケア）の5分類にした。身体的項目は、暴力や乱暴にするなど表面に出やすく理解し易いと考え少なくした。心理的・ネグレクト項目は普段の介護場面に遭遇する10項目以上を選択した。経済的虐待は明らかな犯罪となるものが多く、判断しやすいと考え今回は削除した。性的虐待は排泄、入浴介助等身体の露出や接触等も含め、判断に迷う項目を選択した。

表1 介護行動に関する虐待の認識の項目（33項目）

種類	介護行動に関する虐待の認識の項目
身体的項目	入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた
	ベッドに長時間抑制・拘束した
	手荒く寝具をかける
	嫌がる利用者に無理やり食事をさせた
	利用者に叩かれたので叩き返した
心理的項目	利用者から話しかけられても一切無視した
	「ちゃん」付で呼ぶ
	大声で怒鳴った
	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ
	他の人の前で排泄に関することを話した
	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた
	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した

¹³⁸ 水上敦子（2009）：看護師の患者に対する虐待の実態と要因，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録，No.34：9-16

¹³⁹ 神奈川県：「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」自己点検シート

¹⁴⁰ 高齢者処遇研究会編集・発行（1998）：わが国における一般市民の高齢者虐待に関する意識調査 調査研究報告書，東京。

¹⁴¹ 高齢者処遇研究会編集・発行（2000）：特別養護老人ホームにおける高齢者虐待に関する実態と意識調査 調査研究報告書，東京。

	「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする
	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う
	説明や声かけをせずケアや処置をした
ネグレクト 項目	意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた
	「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした
	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない
	失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した
	ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした
	粉薬をご飯と一緒に混ぜる
	運動させない
	トイレで排泄できる人にオムツで対応する
	オムツ交換を時間で行う
	日中車椅子に座らせたまま放置した
	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた
性的 項目	女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした
	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した
	元気づけるために安易に体に触れた
	性的な冗談や身体について話題にする
	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする
その他	他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる
	利用者の前で職員同士が私的な会話をする

ストレスを測定する心理尺度（表 2 参照）として、日本版バーンアウト尺度¹⁴²を使用することにした。バーンアウト尺度は、ヒューマンサービスにおいてストレスを測る尺度として取り上げられている。バーンアウト尺度は、マスラックを中心として開発され Maslach Burnout Inventory (MBI) として多くの研究に採用されている。そして、看護師を対象とした研究が多く、近年では精神科看護業務や障がい者施設等一般病棟に従事する看護職を対象として、暴力に対する影響や、看護職の特性、看護の対策に利用されており多様な研究がなされている。

介護職においても、高齢者介護職員のストレスと関連、介護職管理職の役割ストレスと関連、特別養護老人ホーム職員を対象としているもの、介護職員の職場特性による主観的ストレスの影響要因等ストレスについてバーンアウト尺度を用いて分析した研究が多い。介護職とストレスに関する先行研究は多数発表されているが、介護職

¹⁴² 久保真人 (2014) : バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは、第 4 刷、21-61、株式会社サイエンス社。

のストレスと虐待に関する先行研究は見当たらなかった。先行研究の結果、久保¹⁴³と田尾が MBI を参考に我が国のヒューマンサービスの現場に適合するよう作成した日本版バーンアウト尺度を心理的指標として測定することにした。尺度は 17 項目である。

尺度から得られた得点は、その高低による相対的評価に用いるべき¹⁴⁴としており、本研究も同様に評価しストレスを評価とする尺度とし、得点が高いとストレスが高い状況であると判断することとした。この尺度における各得点は、情緒的消耗感（以後消耗感）（5～25 点）、脱人格化（6～30 点）、個人的達成感（以後達成感）（6～30 点）に 3 分類される。

表 2 日本版バーンアウト尺度質問票¹⁴⁵

NO	項 目	いつもある	しばしばある	時々ある	まれにある	ない
1	「こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。	5	4	3	2	1
2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	5	4	3	2	1
3	こまごまと気ばりすることが面倒に感じることもある。	5	4	3	2	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。	5	4	3	2	1
5	同僚や利用者の顔を見るのも嫌になることがある。	5	4	3	2	1
6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	5	4	3	2	1
7	1 日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1
9	仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある。	5	4	3	2	1
10	同僚や利用者とも話したくなくなることもある。	5	4	3	2	1
11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1
13	今の仕事に心から喜びを感じることもある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1
15	仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。	5	4	3	2	1
16	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	5	4	3	2	1
17	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	5	4	3	2	1

5) 分析方法

(1) 基本属性については、①性、年代（10～70 代）、学歴、法的資格の有無、介護福祉士資格の取得方法（養成校卒、実務経験）、経験年数、雇用形態（常勤、非常勤、その他）、夜勤回数、心身の自症状の有無について記述統計を行った。経験年数は経験年

¹⁴³ 久保真人（2014）：バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは、第 4 刷、株式会社サイエンス社。

¹⁴⁴ バーンアウト尺度：一般社団法人社会評価システム研究所が久保らの研究を基にした点数の合計でその程度をみる。

¹⁴⁵ 脚注 143 の同書籍 pp214-215 の表を改変した。

数4群（2年未満、2～5年、6～9年、10年以上）にまとめ、夜勤回数は夜勤回数3群（なし、1～4回、5回以上）にまとめ記述統計を行った。②年代と他の個人特性、介護福祉士資格取得別と他の基本属性、夜勤回数と他の基本属性、雇用形態と他の基本属性間について記述統計を行った。

(2) 虐待の認識について、介護行動に関する虐待の認識と、個人および職場環境に関する虐待の認識について記述統計を行った。

(3) 研修受講について、①過去1年間の研修受講の有無、今後受講したい研修内容（8項目）、研修を受講できなかった理由、②研修受講希望の有無と基本属性間、虐待の認識間について記述統計を行った。

(4) 自己決定支援について、①認知症高齢者への自己決定支援の必要性がある、自己決定支援したい、自己決定支援を実施しているの3項目についてそれぞれの有無、②自己決定支援と基本属性間、研修受講希望内容間、虐待の認識間の記述統計を行った。

(5) 介護職のストレスを測定するバーンアウト尺度について、①バーンアウト尺度17項目は5件法（ないは1～いつもあるは5）で質問し、そのまま1点から5点に換算し合計した。基本属性、研修受講希望内容、虐待の認識、自己決定支援の項目についてそれぞれ平均得点と標準偏差を算出した。次に、記述統計後、高情緒消耗感、高脱人格化、低個人的達成感の有無と基本属性、希望研修受講内容、個人の健康状態、自己決定支援とそれぞれ χ^2 検定を行った。尺度得点について、一般社団法人社会評価システム研究所の分類では各尺度合計点数以上が注意を要するとしていることを参考に、それぞれの項目について消耗感は19点以上を高情緒消耗感（消耗感あり）、脱人格化は15点以上を高脱人格化（脱人格化あり）、達成感は16点未満を低個人的達成感（達成感なし）とし、これらの群をストレスが高いと定義した。また、③個人および職場環境に関する虐待の認識13項目、および介護行動に関する虐待の認識33項目、自己決定支援の有無とバーンアウト尺度の3分類について2項ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。基本属性のうちバーンアウト尺度の3分類のいずれかに有意差を認めた、性、介護福祉士資格の有無、経験年数、夜勤回数、主観的健康感を調整因子とした。年齢は年齢3群（10～30代、40～50代、60歳以上）にまとめた。主観的健康観は主観的健康観3群（おおむね健康である、どちらともいえない、健康でない）にまとめた。そして、調整因子選択の基準において、年齢は基本属性との関連ですべての項目に有意差があり削除した。また、有意差はないが関連性があると考え5項目を選択した。④集計・分析は、集計分析ソフトPASW Statistics18を使用し、有意水準5%未満として分析を行った。

6) 倫理的配慮：

倫理的配慮は、所属機関の倫理審査委員会の承認（No.219）を得て実施した。そして施設管理者に研究目的、対象者、調査方法、調査期間、倫理的配慮について文書で

説明し、署名をもって研究協力の同意を得た。協力が得られた施設の個々の介護職への研究調査の参加については、文書で研究目的、対象者、調査方法、調査期間、倫理的配慮について説明し、参加協力を依頼し、調査用紙の返信をもって同意したものとみなすことを文書に記した。

個人情報の取り扱いについては、研究のみに利用すること、無記名で集計処理をして使用すること、集計したデータの管理を厳重にすることを文書で説明した。成果は学会発表および論文発表することを文書で説明した。

7) 用語の操作定義

介護行動：認知症高齢者の日常生活全般に対する援助行動、ならびにその状況とする。

第3節 本章における調査の結果

1. 調査結果の概要

5 県の認知症グループホーム全 808 事業所に研究協力依頼をした。そのうち、247 事業所から研究協力が得られ、その事業所に対し調査用紙 969 通を送付した。910 名の介護職から返信があり、記入のない用紙やほとんど回答がない用紙を除き、分析に必要な回答がなされた用紙を有効とし、645 名（有効回答率 66.6%）を分析対象者とした。

2. 基本属性

分析対象者 645 名に対して、対象者の基本属性について以下の 4 項目について示す。

- 1) 分析対象者の性別、年齢、学歴、介護福祉士の資格、経験年数、雇用形態、夜勤回数、介護福祉士以外の資格、心身の自覚症状、バーンアウト尺度得点の記述統計結果を示す。次に、基本属性間の記述統計を行った。
- 2) 年代と性別、介護福祉士資格の有無、雇用形態、夜勤回数
- 3) 介護福祉士資格取得方法と性別、年代、経験年数、雇用形態、夜勤回数
- 4) 夜勤回数と性別、雇用形態、経験年数

1) 基本属性の結果

(1) 性別（表 3）

男性 119 名（18.4%）、女性が 526 名（81.6%）と女性が圧倒的に多かった。他の先行研究結果においても女性が多く、本研究も同様の結果であった。

表 3 対象者の性別人数 (n=645)

	属性	人数(%)
性別	女性	526(81.6)
	男性	119(18.4)

(2) 平均年齢および年代 (表 4)

44.6 歳 (SD±12.8)、18 歳から 74 歳と幅広い年代が従事していた。年代は、50 歳代が 30.1%と最も多く、次に 40 歳代、30 歳代が約 20%で、30 歳から 59 歳で全体の 70%以上を占めていた。10 代が就業しているということは、介護福祉士資格のない介護職も存在することになり、認知症の理解や接し方など負担が大きくストレスが多くなると思われる。

表 4 対象者の平均年齢と年代別の人数 (n=645)

属性	人数(%)
年齢	
平均年齢(SD)	44.6(±12.8)歳
10 代	3(0.5)
20 代	97(15.0)
30 代	132(20.5)
40 代	141(21.9)
50 代	194(30.1)
60 代	71(11.0)
70 歳以上	7(1.1)

(3) 経験年数および平均経験年数 (表 5)

7.13 年 (SD±5.5) であった。経験年数 10 年以上が 31.9%と最も多く、次いで 2~5 年は 30.7%と多かった。6~9 年は企業でいえば、介護職のリーダー的存在として、ロールモデルの役割や経験年数の若い介護職へ指導できる立場となる。しかし、経験年数が少ない介護職が多いことは、リーダーとして管理・指導できる介護職が少なく、専門的知識や技術の質の向上が困難な状況になるのではないかとと思われる。また、実務経験 3 年で国家資格の受験資格が得られるため、2~5 年の経験者が多いのではないかとと思われる。

表 5 対象者の経験年数別（4 群別）人数（n=645）

属性	人数(%)
経験年数	
平均経験年数(SD)	7.13(±5.5)年
2年未満	99(15.3)
2～5年	198(30.7)
6～9年	142(22.0)
10年以上	206(31.9)

(4) 介護福祉士の有資格者（表 6）

全体の 56.9%であり、そのうち介護福祉士養成校（専門学校、短期大学、大学）で資格を得た介護職は有資格者の 48.0%であった。介護福祉士の資格を有する介護職の半数が実務経験と研修で国家資格を得ている。また、介護福祉士資格のない介護職も 40%程度存在することから、人権擁護や認知症高齢者の理解、介護技術等、専門的知識技術の乏しいと思われる。

表 6 介護福祉士資格の有無と取得方法別人数（n=645）

属性	人数(%)
介護福祉士資格の有無	
介護士資格無	278(43.1)
専門的資格有	367(56.9)
実務経験	191(52.0)
養成課程	176(48.0)

(5) 雇用形態（表 7）

常勤者が 85.6%を占めていた。

表 7 対象者の雇用形態別人数（n=640）

属性	人数(%)
雇用形態	
常勤	552(85.6)
非常勤	73(11.3)
その他	15(2.3)

(6) 夜勤回数 (表 8)

月 5 回以上が 56.3%と半数を超えていた。月 5 回以上ということは、週 1 回以上の夜勤をしていることになる。この場合、ほとんどが一人夜勤であるため、1 ユニット 9 人の認知症高齢者の夜間帯における排泄や移動、徘徊や興奮等の対応していかなければならない。また、事故や病態の悪化による対応も一人で行わなければならない。夜勤の身体的精神的負担は大きいと考える。

表 8 対象者の夜勤回数別 (3 群) 人数 (n=645)

属性	人数 (%)
夜勤 3 群	
なし	106 (16.4)
1-4 回/月	176 (27.3)
5 回以上/月	363 (56.3)

(7) 最終学歴 (表 9)

高校卒が 56.7%と多く、専門学校卒が 19.3%、中学卒は 2.8%存在した。約 60%が実務経験から介護の知識技術を学んでいると思われ、必要性や根拠となる知識が乏しい可能性がある。

表 9 対象者の最終学歴別人数(n=644)

最終学歴	人数 (%)
中学校	18 (2.8)
高校	365 (56.6)
専門学校	124 (19.2)
短期大学	79 (12.2)
大学	57 (8.8)
大学院	1 (0.2)

(8) 資格 (表 10)

複数回答でヘルパー2 級を約 50%が取得し、介護支援専門員は 18.4%であった。法的資格が全くない従事者は 6.4%存在した。その他の資格は 12.6%で、資格は看護師、栄養士、保育士等であり、多職種が混在している。

表 10 対象者の資格別人数 (複数回答)

資格	人数 (%)
介護福祉士	367(56.9)
ヘルパー1 級	24(3.7)
ヘルパー2 級	300(46.5)
ヘルパー3 級	6(0.9)
社会福祉士	14(2.2)
介護支援専門員	119(18.4)
資格無	41(6.4)
その他の資格有	81(12.6)

(9) バーンアウト尺度の平均点 (表 11)

情緒的消耗感 13.5 点 (SD4.60) 脱人格化 11.0 点 (SD4.25)、個人的達成感 16.0 点 (SD4.85) であった。この平均点は、それぞれの項目において平均的点数であり、グループホームの介護職が特別高い得点とは言えない。

表 11 対象者のバーンアウト尺度平均点

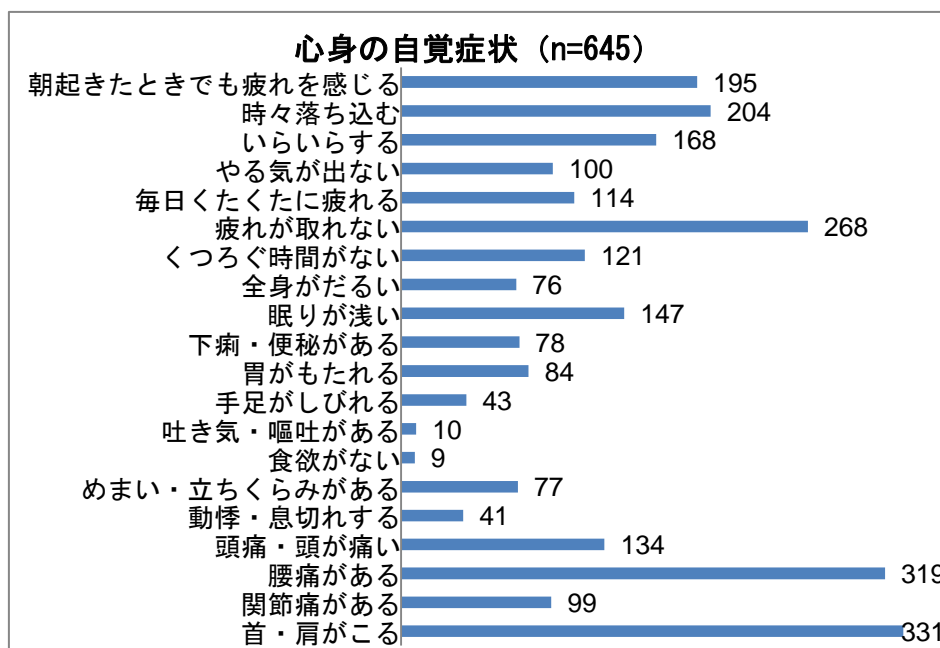
バーンアウト尺度平均点	平均点(SD)
情緒的消耗感	13.5(4.60)
脱人格化	11.0(4.25)
個人的達成感	16.0(4.84)

(10) 介護職の心身の自覚症状の有無 (表 12)

介護職における現在の心身の自覚症状の有無 20 項目については、複数回答であるが「肩が凝る」が 51.3%と半数以上が回答している。次いで「腰痛がある」は 49.5%、「疲れが取れない」41.6%と多かった。少なかったのは「食欲がない」は 1.4%、「吐き気・嘔吐がある」は 1.5%であった。この 20 項目は、いずれもストレスの指標となっている。首や

肩の凝り、腰痛は立ち仕事や無理な姿勢での介護によって正しい姿勢の保持ができていないことも要因と思われる。疲れが取れない、時々落ち込む、朝起きても疲れがとれない等はうつ状態時に現れると言われている。介護職の多くが、身体的精神的負担となりストレスに感じていることがわかる。そのため、認知症高齢者への対応が遂行できない可能性があり、介護職へのストレスの緩和は重要と考える。

表 12 介護職の心身の自覚症状の有無（人）（n=645）



2) 介護職の年代別と基本属性の関連についての結果（表 13）

男性は、30歳代が33.3%と最も多く、20歳代、40歳代と続き、全体の78.1%を占めていた。女性は、50歳代が33.5%と最も多く、40歳代、30歳代と続き、全体の73%を占めていた。女性は、結婚や出産等で20~30代が少なく、子育てが終わる40歳代~50歳から新たな仕事を得るために多くなっていると思われる。

介護福祉士資格は、有資格者も無資格者も50歳代が最も多かった。無資格の場合50歳代は、家庭や子育ての終了とともに働くことを考えたとき、資格がなくても働ける介護の現場を選択したと思われる。10~20歳代で、介護福祉士の資格がない介護職が約20%存在している。やはり、資格がなくても働ける介護の現場を選択したと思われる。グループホームは認知症高齢者の生活の場であり、年齢や家庭生活を経験した40~50歳代は、自分の親世代との関係性や高齢者の特徴を経験から会得している部分もあり、介護を職業としていくことは不安やストレスは少ないと思われる。しかし、若い世代にとって核家族の環境で生活してきた人がほとんどであり、高齢者や認知症を理解することは身体的にも精神的

にも負担が大きいと思われる。

雇用形態も資格同様で、50歳代が最も多く常勤・非常勤ともに多かった。非常勤者の特徴として、50歳以上で60%以上であった。60歳以降は正規職員として雇用は難しく、定年後新たな職場として介護の現場を選択していると思われる。また、50歳代以降は、年齢に伴う身体的老化や親の介護、配偶者の世話などが考えられ、非常勤者として就業していると思われる。非常勤者数は少ないが、チームで認知症高齢者の生活を支える職業として重要である。しかし、非常勤者であることから、施設全体で同じ目標や質の高い介護など、少なからず常勤者との違いがあると思われ、職場環境に影響を与えるのではないかと思われる。

勤務経験年数では、10年以上の50歳代が約40%と多かった。また、50歳以上が半数以上を占めている。また、2年未満においては20歳代が最も多く約30%であった。そして、40歳代、50歳代あわせて約半数を占めている。2年未満の40~50歳代が多いことは、子育てが終わり再就職を考え、資格がなくてもできる介護職を選択したと思われる。長期間続けている介護職は多く、豊富な人生・社会経験、知識や技術を発揮でき認知症高齢者の生活を支えることができていると思われる。また、勤務経験年数が少なく年齢も若い介護職の相談を受けたり、指導が充実し、勤務経験年数の多い介護職は職場に必要な存在であると思われる。そのためには長期間働くための職場環境の充実が求められる。

夜勤回数は、50歳代が月1~4回33.5%、5回以上29.4%と最も多かった。10歳代で月5回以上も存在する。夜勤回数なしは30歳代、50歳代で50%を占めた。

10歳代の夜勤では、資格がないのは当然であるが、認知症高齢者の理解が乏しく、経験も少なく一人夜勤をすることは、他の年代に比べて緊張や不安が大きいと思われる。緊急事態への対応や同時に対応することなど、身体的に精神的負担が大きい中、一人夜勤はそれらに耐えられず不適切ケアや虐待が起こる可能性はある。

表 13 対象者の年代別と基本属性における人数 (n=645)

項目	人数(%)	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
		3(0.5)	97(15.1)	132(20.6)	141(21.9)	192(29.9)	70(10.9)	7(10.9)
性別								
男性	119(18.4)	0(0.0)	28(28.9)	44(33.3)	21(14.9)	18(9.3)	7(9.9)	1(14.3)
女性	526(81.6)	3(100.0)	69(71.1)	88(66.7)	120(85.1)	176(90.7)	64(90.1)	6(85.7)
介護士資格								
あり	367(56.9)	0(0.0)	43(44.4)	94(71.2)	78(55.3)	117(60.3)	32(45.1)	3(42.9)
なし	278(43.1)	3(100.0)	54(55.6)	38(28.8)	63(44.7)	77(39.7)	39(54.9)	4(57.1)
雇用形態(n=640)								
常勤	552(86.3)	3(100.0)	91(93.8)	119(90.8)	128(91.4)	168(87.0)	41(59.4)	2(38.6)

非常勤	73(11.4)	0(0.0)	5(5.2)	11(8.4)	11(7.9)	22(11.4)	21(30.4)	3(42.9)
その他	15(2.3)	0(0.0)	1(1.0)	1(0.8)	1(0.7)	3(1.6)	7(10.1)	2(28.6)
経験年数								
2年未満	99(15.3)	3(100.0)	28(28.9)	14(10.6)	27(19.1)	21(10.8)	6(8.5)	0(0.0)
2～5年	240(37.2)	0(0.0)	54(55.7)	42(31.8)	56(39.7)	60(30.9)	26(36.6)	2(28.6)
6～9年	102(15.8)	0(0.0)	15(15.5)	26(19.7)	17(12.1)	34(17.5)	9(12.7)	1(14.3)
10年以上	204(31.6)	0(0.0)	0(0.0)	50(37.9)	41(29.1)	79(40.7)	30(42.3)	4(57.1)
夜勤回数(n=642)								
なし	106(16.5)	1(33.3)	7(7.2)	27(20.5)	19(13.5)	27(14.1)	22(31.4)	3(42.9)
1～4回/月	176(27.4)	0(0.0)	23(23.7)	30(22.7)	34(30.7)	59(30.7)	28(40.0)	2(28.6)
5回以上/月	360(56.1)	2(66.7)	67(69.1)	75(56.8)	88(62.4)	106(55.2)	20(28.6)	2(28.6)

3) 介護福祉士資格取得方法と基本属性の関連についての結果 (表 14)

介護福祉士有資格者は 366 人で全体の 56.7%を占めていた。介護福祉士資格の取得方法について養成課程（専門学校、短期大学、大学等）を修了した人は 176 人、実務経験（実務経験と国家試験受験）によって取得した人は 191 人と半数以上であった。性別では、実務経験者、養成課程修了者ともに女性が多かった。

年代では、実務経験者のうち 50 歳代で約 40%と最も多かった。養成課程修了者は 20～30 歳代で合わせて約 50%を占めていた。10～20 歳代、60 歳代以上は介護福祉士資格なしが多かった。

経験年数では実務経験者の 6～9 年は 39.8%、10 年以上は 45.0%を占めていた。資格がない場合、2 年以下は 29.1%、2～5 年は 46.0%を占めていた。

資格がない常勤者は約 80%を占め介護福祉士資格のない状態で、日々の介護ケアを行っており、認知症高齢者と長く過ごす時間は多く、身体的精神的負担は大きいと思われる。

夜勤回数について、資格がない場合月 5 回以上は 57.6%、月 1～4 回は 24.6%と資格のない介護職が夜勤を行っていることが明らかとなった。

資格の有無について、資格がない介護職が約 40%いることについて、資格がなくても働くことが可能なため、専門的な知識や技術が乏しい介護職が多い可能性がある。各施設や外部研修で知識や技術を得ることは可能であるが、研修の受講や機会を得ることが困難な状況もあるのではないかと。そのため、認知症高齢者の理解や人権擁護などの知識が乏し可能性があり、不適切なケアや虐待を起こす可能性もあると思われる。

表 14 対象者の資格取得方法別と他の基本属性 (n=645)

項目	人数(%)	実務経験 191(29.6)	養成課程 176(27.3)	資格なし 278(43.1)
性別				
男性	119(18.4)	23(12.0)	39(22.7)	57(20.5)
女性	526(81.6)	168(88.0)	137(77.8)	221(79.5)
年齢				
10代	3(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.1)
20代	97(15.0)	12(6.3)	31(17.6)	54(19.4)
30代	132(20.5)	40(20.9)	54(30.7)	38(13.7)
40代	141(21.9)	41(21.5)	37(21.0)	63(22.7)
50代	194(30.1)	76(39.8)	41(23.3)	77(27.7)
60代	71(11.0)	21(11.0)	11(6.3)	39(14.0)
70歳以上	7(1.1)	1(0.5)	2(1.1)	4(1.4)
経験年数				
2年未満	99(15.3)	6(3.1)	12(6.8)	81(29.1)
2～5年	198(46.0)	32(16.8)	38(21.6)	128(46.0)
6～9年	142(22.0)	67(35.1)	44(25.0)	31(11.2)
10年以上	206(31.9)	86(45.0)	82(46.6)	38(13.7)
雇用形態(n=640)				
常勤	552(86.3)	170(89.5)	162(93.1)	220(79.7)
非常勤	73(11.4)	17(8.9)	11(6.3)	45(16.3)
その他	15(2.3)	3(1.6)	1(0.6)	11(4.0)
夜勤回数(n=642)				
なし	106(16.5)	24(12.6)	33(18.8)	49(17.8)
1～4回/月	176(27.4)	54(28.3)	54(30.9)	68(24.6)
5回以上/月	360(56.1)	113(59.2)	88(50.3)	159(57.6)

4) 夜勤回数と基本属性の関連についての結果 (表 15)

月 5 回以上の夜勤は、常勤者で 94.4%が行っていた。非常勤者は夜勤なしが 36.2%であった。経験年数では 2～5 年が約 40%で最も多かった。女性は 70%以上が月 5 回以上夜勤をしている。女性の多くは、子育てや家庭内の世話も行っている場合が多いと思われ、身体的精神的負担が大きいのではないかとおもわれる。また、経験年数の少ない介護職が一人夜勤をすることは、夜勤帯の認知症高齢者の行動の変化や緊急時の対応等に苦慮する可能性が高いと思われ、精神的負担は大きいのではないかと考える。

表 15 夜勤回数別と基本属性 (n=645)

項目	人数(%)	なし	1~4 回/月	5 回以上/月
		106(16.4)	176(27.3)	363(56.3)
雇用形態(n=637)				
常勤	549(86.2)	58(55.2)	154(88.0)	337(94.4)
非常勤	73(11.5)	38(36.2)	19(10.9)	16(4.5)
その他	15(2.4)	9(8.6)	2(1.1)	4(1.1)
性別(n=642)				
男性	119(18.5)	12(11.3)	21(11.9)	86(23.9)
女性	523(81.5)	94(88.1)	155(88.1)	274(76.1)
経験年数(n=642)				
2 年未満	99(15.4)	22(20.8)	19(10.8)	58(16.1)
2~5 年	239(37.2)	30(28.3)	61(34.7)	148(41.1)
6~9 年	101(15.7)	18(17.0)	25(14.2)	58(16.1)
10 年以上	203(31.6)	36(34.0)	71(40.3)	96(26.7)

5) 認知症グループホーム介護職の基本属性に関する考察

調査対象における個人特性の特徴として、女性が圧倒的に多く、そして 50 歳代が最も多く、経験年数で 40~50 歳代が 2 年未満の約 50%を占め、そのほとんどが介護福祉士資格のない状況であった。これは、女性の働き方として子育てが終わり再就職に介護職を選択したことが要因の一つと言える。このことは、資格がなくても働くことができる介護職を専門的職業として成長させていくことが困難な状況の一因となっていると考える。また、介護福祉士資格を有する介護職のうち実務経験により資格を得た人は半数であり、やはり専門的職業として必要な理論や知識が十分かは疑問である。

さらに、資格がない介護職も 50%以上が月 5 回以上の夜勤を行っており、また経験年数が少ない介護職も月 5 回以上の夜勤を行っている。認知症グループホームの夜勤は多くの施設で 1 人体制である。資格がないことや夜勤体の対応の経験も少ない介護職の夜勤帯のストレスは図りえない。このような状況で複数の認知症高齢者の介護にあたる際には、不適切ケアや虐待が起こる可能性があると思われる。認知症グループホームの実態調査では、平均 5~8 回が 47.4%であることから、本研究対象者の夜勤回数は多く、ストレスを感じ易い状況であると思われ、夜勤と資格の有無や経験年数によるストレスは本研究の結果として特徴の一つと言える。

しかし、先行研究結果から、介護福祉士資格については認知症グループホームに従事する介護職の特徴とは言えず、介護老人福祉施設等の介護職にも同様である。これらの

介護職の資格の有無や取得方法に関する問題は、研修受講や虐待の認識にも関連すると考えられ、次の項でさらに深めたい。

6) 認知症グループホーム介護職の基本属性に関する小括

本研究の対象者である認知症グループホームの介護職の個人特性について分析した。以下のことが明らかとなった。

1. 女性が80%以上を占めていた。
2. 経験年数が2年未満の40~50歳代が多かった。
3. 介護福祉士の資格を有する介護職のうち実務経験による資格を得た人は半数存在していた。
4. 介護福祉士資格のない常勤者が約80%存在した。
5. 夜勤は月5回以上をしているのは、ほとんど常勤者であった。
6. 資格のない介護職や経験年数の少ない介護職の半数以上が月5回の夜勤を行っていた。
7. 経験年数2~5年が約50%であった。
8. 心身の自覚症状では約半数が「肩こり、腰痛」、「疲れが取れない」を自覚している介護職が多い。

以上のことから、女性が圧倒的に多く、40~50代の経験年数が少ない女性が多く、子育てが一段落した女性が再就職していると思われる。専門的知識の乏しい介護職が多く、また経験年数が少ない人や非常勤者が夜勤をしており、緊張や不安が多い中で勤務している可能性が高い。さらに「肩こりや腰痛」「疲れがとれない」などを自覚しており、これらの症状はストレスが招く症状と言われており、心身ともにストレスを感じている介護職が多いのではないだろうか。そのストレスによって、不適切なケアや虐待に結び付く可能性はある。

3. 介護職における虐待の認識に関連する結果

1) 介護行動に関する虐待の認識の結果（表16）

前項で定義した、介護職の介護行動33項目それぞれの項目について虐待と認識しているかを質問した。その記述統計において、全項目で70%以上の人が虐待と思うと回答した項目は、33項目のうち1/3の11項目であった。

33項目を虐待の種類で分けて認識している割合の高い項目の結果を述べる。

最も虐待と思う割合が多かった項目は、身体的虐待項目の「ベッドに長時間抑制・拘束した」が94.3%であった。次に、80%以上の人が虐待と思う割合が多かった項目は、身体的虐待項目の「利用者に叩かれたので叩き返した」91.6%、心理的虐待項目の「大声

で怒鳴った」82.3%、「『臭い』『ばっちい』と言っておむつ交換した」86.7%、「利用者から話しかけられても一切無視した」86.4%、ネグレクト項目の「自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない」90.9%、「失禁でシーツや下着が汚れてもそのまま放置した」92.1%、「ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした」87.4%であった。

次に、最も虐待と思う割合が少ない項目は、性的虐待項目の「女性に対して男性介護者が入浴介助や排せつ介助をした」が10.2%であり、「元気づけるために安易に体に触れた」が10.9%とであった。次に割合が少ないのは、ネグレクト項目の「オムツ交換を時間で行う」が20.6%であった。

表 16 介護行動に関する項目を虐待と認識している割合(n=645)

身体的虐待	入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	485(75.2)
	手荒く寝具をかける	361(56.0)
	嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	426(66.0)
	利用者に叩かれたので叩き返した	591(91.6)
	ベッドに長時間抑制・拘束した	608(94.3)
心理的虐待	利用者から話しかけられても一切無視した	557(86.4)
	「ちゃん」付で呼ぶ	204(31.6)
	大声で怒鳴った	534(82.8)
	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	149(23.1)
	他の人の前で排泄に関する話を話した	313(48.5)
	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	398(61.7)
	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	559(86.7)
	「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	247(38.3)
	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	483(74.9)
説明や声かけをせずケアや処置をした	337(52.2)	
ネグレクト	粉薬をご飯と一緒に混ぜる	231(35.8)
	「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	215(33.3)
	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	586(90.9)
	失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	594(92.1)
	ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	564(87.4)
	意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	244(37.8)
	運動させない	330(51.2)
	トイレで排泄できる人にオムツで対応する	437(67.8)
	オムツ交換を時間で行う	133(20.6)

	日中車椅子に座らせたまま放置した	440(68.2)
	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	403(62.5)
性的虐待	女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	66(10.2)
	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	382(59.2)
	元気づけるために安易に体に触れた	70(10.9)
	性的な冗談や身体について話題にする	359(55.7)
	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	517(80.2)
不適切 ケア	利用者の前で職員同士が私的な会話をする	137(21.2)
	他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	413(64.0)

2) 個人および職場環境における虐待に関する認識の結果（表 17）

ここでは、分析対象者における個人および職場環境における虐待に関する認識の結果を述べる。

まず、介護職の個人の虐待に関する虐待の認識について、介護職として確実な知識として、虐待の種類や通報義務は、わずかであるが認識していない介護職は存在していた。そして、「虐待までいかないが、不適切なケアがある」は、74.3%、「不適切とわかっているでもせざるを得ない状況にある」は 61.9%と多かった。これは個人として、普段の介護支援の中で不適切なケアがあり、やむを得ずしていることで、自責の念にかられ負担となっていると思われる。

次に、職場環境に関する虐待の認識について、「虐待防止の取り組みがある」や「働きやすさへの取り組みがある」、「上司との意見交換ができる状況にある」等、60~80%が思うと回答している。

しかし、介護の方法に疑問を感じる介護職は約 80%存在することから、話し合える環境が整っていると思っていても、介護方法や個人的な疑問や意見を言える状況にないことがわかる。職場全体が虐待の認識について、共通理解を得られるような職場の取り組みが重要である。

表 17 個人および職場環境における虐待に関して認識している割合(n=645)

	項 目	人数(%)
の 認 識 す る 個 人	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、 放置・放棄がある	598(92.7)
	虐待を発見した時には通報義務がある	639(99.1)
	虐待の通報先を知っている	468(72.6)

	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	506(78.4)
	施設内外の研修に参加している	544((84.3)
	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	479(74.3)
	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	399(61.9)
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	484(75.0)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	540(83.7)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	390(60.5)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	527(81.7)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	506(78.4)
	感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	527(81.7)

3) 介護職における虐待の認識の有無に関する考察

介護職の介護行動において、虐待と思う割合が多かった項目で「ベッドに長時間抑制・拘束した」であった。身体拘束は、1999年に厚生省（現厚労省）令で老人保健施設での身体拘束の禁止を規定し、「身体拘束ゼロ作戦」が提言され、その後、身体拘束が代表的虐待として施設における身体拘束ゼロが介護職に浸透していったと考えられ、当然のことと思われる。そして、虐待と思う割合が多い項目は身体的・心理的・ネグレクトに多く、施設別における虐待の種類が多い種類と同様であった。そのなかで、「怒鳴る」「叩き返した」「汚れをそのままにした」等倫理的にも一般的に利用者に接する行動としても明らかに異常と理解できる項目である。グループホームの介護職は人権擁護や虐待に関して理解できている人が多いといえる。

しかし、虐待と思う割合の少ない項目は性的虐待であり、「体に触れる」「異性の介助」等介護職として当然の介護行動と思い、異性を意識することは介護職としてよくないことと考えているからではないかと思われる。相手を異性として尊重した態度が必要であると考えられる。

個人および職場環境に関する虐待の認識では、「不適切ケアがある」「せざるを得ない状況にある」と回答している介護職が多いことが明らかになった。これは、認知症の理解に乏しいだけでなく、労働環境がそのような状況を生み出していると思われる。高崎(2010)は、施設の要因として組織的な劣悪な仕事ぶり、職員の不足等をあげている。グループホームの施設基準において、利用者に対する介護職数は決められており、職員が少ない状況で、小規模施設ならではの業務の煩雑さがあると思われる。職場環境についても、「職員の働きやすさへの改善への取り組みがない」と認識している介護職が40%と多いことから、職場環境が少なからず影響していると思われる。

4) 介護職の虐待の認識の有無についての小括

認知症グループホームの介護職における虐待の認識について以下のようにまとめた。

1. 33 項目の介護行動を虐待と思う割合が 100%の項目はなかった。
2. 33 項目のうち、虐待と思う割合が 70%以上だった項目は 11 項目で 3 分の 1 であった。
3. 33 項目のうち、虐待と思わない割合が 60%以上だった項目も 11 項目で全体の 3 分の 1 であった。
4. 33 項目のうち、介護行動を虐待行為か否かでは 3 割程度の適切な虐待の認識であった。
5. 個人における虐待の認識において、虐待の種別と通報義務があることは 90%以上認識していた。
6. 「虐待までいかないが、不適切なケアがある」、「不適切とわかってもせざるを得ない状況にある」と認識している介護職は 60~70%存在する。
7. 介護の方法に疑問を感じる介護職は約 80%存在する。

これらのことから、本研究の対象となるグループホームの介護職は、介護行動における虐待に関する知識や理解不足といえる。特に、異性の排せつ介助は虐待と思わない割合が多く、本来は相手を尊重した態度として配慮すべき行動であるが、介護職として当然の行為であると思いきやケアを行っているのではないだろうか。しかし、本研究は、対象者が限られており一般化できず、今後の研究課題である。

4. 研修受講に関する結果

1) 研修受講の有無と基本属性の結果 (表 18)

過去 1 年間で介護職の個人特性と研修受講の有無について割合をみた。雇用形態では常勤者の約 90%は受講していた。経験年数では、2~5 年の介護職が約 40%受講していた。夜勤回数では、月 5 回以上している介護職は 58.1%受講していた。介護福祉士の有資格者は 58.3%が受講していた。学歴では、高校卒が 56.8%と多く受講していた。年齢 5 群では、50 歳代が約 30%と多く受講していた。

研修について常勤で介護福祉士の資格を有し、夜勤が多い介護職が研修受講をしていたことから、自己研鑽を積むことや確実な業務遂行ができること、対象者との効果的な関係性等を介護職として学ぶ姿勢や必要性を感じていると考える。

表 18 研修の有無別の基本属性人数 (n=645)

項 目	人数	研修受講有無 (%)	
		Yes 561 (87.0)	No 84 (13.2)

性別	男性	119	104 (87.4)	15 (12.6)
	女性	526	457 (86.9)	69 (13.1)
年齢5群	29歳以下	100	89 (89.0)	11 (11.0)
	30歳代	132	111 (84.1)	21 (15.9)
	40歳代	141	125 (88.7)	16 (11.3)
	50歳代	194	171 (88.1)	23 (11.9)
	60歳以上	78	65 (83.3)	13 (16.7)
介護福祉士 養成課程別	実務経験	191	175 (91.6)	16 (8.4)
	養成課程	176	152 (86.4)	24 (13.6)
	資格無	278	234 (84.2)	44 (15.8)
学歴	中学	18	15 (83.3)	3 (16.7)
	高校	365	318 (87.1)	47 (12.9)
	専門学校	124	105 (84.7)	19 (15.3)
	短期大学	79	68 (86.1)	11 (13.9)
	大学	57	53 (93.0)	4 (7.0)
	大学院	1	1 (100.0)	0 (0.0)
	雇用形態	常勤	552	496 (89.9)
非常勤		73	50 (68.5)	23 (31.5)
その他		15	10 (66.7)	5 (33.3)
経験4群	2年未満	99	80 (80.8)	19 (19.2)
	2-5年	240	178 (89.9)	20 (10.1)
	6-9年	102	123 (86.6)	19 (13.4)
	10年以上	204	180 (87.4)	26 (12.6)
夜勤3群	なし	106	84 (79.2)	22 (20.8)
	1-4回/月	176	151 (85.8)	25 (14.2)
	5回以上/月	363	326 (89.7)	37 (10.3)

2) 研修受講内容と研修受講人数 (表 19、表 20)

複数回答とし、過去1年間の研修を受講したのは561人で全体の87%であった。研修内容で最も多かったのは、認知症に関する研修で74.5%が受講した。次に介護ケアに関する内容で61.2%、人権擁護・意思尊重に関する内容で53.0%に順であった。今後受講したい研修は、職員のメンタルに関する内容が61.3%、緊急時の対応に関する内容が47.5%、認知症理解に関する内容が44.0%と多かった。虐待の関する内容については、今後の受講希望は約20%程度であった。介護職は、認知症高齢者の理解に関する内容に関心が高く、対象者の理解に努めていると思われる。緊急時の対応に関する内容を多くの介護職が希望していることから、一人夜勤や緊急事態への対応に苦慮することがあると

予想できる。それは、職員のメンタルに関する内容を多く希望していることから、精神的負担が大きいと感じていると思われる。しかし、虐待に関する研修希望は 20%程度であることから、虐待への関心が低く、普段の行動における虐待の理解度も確実でない可能性はある。

表 19 1年間研修受講内容別人数(n=564)

項目	人数(%)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	299(53.0)
介護ケアに関する内容	345(61.2)
緊急時の対応に関する内容	247(43.8)
認知症の理解に関する内容	420(74.5)
虐待に関する内容	227(40.2)
高齢者の理解に関する内容	181(32.1)

表 20 今後希望する研修内容 (n=638)

項目	人数(%)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	122(19.1)
介護ケアに関する内容	237(37.1)
緊急時の対応に関する内容	303(47.5)
認知症の理解に関する内容	283(44.0)
虐待に関する内容	122(19.1)
高齢者の理解に関する内容	160(25.1)
職員のメンタルケア	391(61.3)
接遇・コミュニケーション	267(41.8)

3) 研修受講の有無と性別との関連 (表 21)

分析対象者の性別は、男性 (117 人) 女性 (521 人) であり、研修受講の有無に関して男女ともに 60%以上が職員のメンタルケアの研修を希望していた。

男性の特徴として、虐待に関する内容や高齢者の理解に関する内容は女性に比較して 5%以上多く研修を希望していた。

女性は、接遇・コミュニケーションが男性に比較して 5%以上多く希望していた。その他の項目はほぼ同じ割合であった。性差による違いはほとんどないと思われる。女性が接遇やコミュニケーションを希望している人が男性より多いのは、認知症高齢者と良好

な関係性を保持するために必要と考えていると思われる。男性は、知識を深める内容が多いのは客観的知識を高めることで、仕事を継続していくことを考えているのではないかと思われる。

表 21 介護職の研修受講希望ありと性別

項目	性別 (n=638)	
	男性	女性
	117(18.3)	521(81.7)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	26(22.2)	96(18.4)
介護ケアに関する内容	47(40.2)	190(36.5)
緊急時の対応に関する内容	52(44.0)	251(48.2)
認知症の理解に関する内容	55(47.0)	228(43.8)
虐待に関する内容	30(25.6)	92(17.7)
高齢者の理解に関する内容	37(31.6)	123(23.6)
職員のメンタルケア	73(62.4)	318(61.0)
接遇・コミュニケーション	43(36.8)	224(43.0)

4) 研修受講の有無と雇用形態の関連性 (表 22)

分析対象者の全体では、職員のメンタルケアに関する内容は常勤者では 63.3%、その他の雇用形態は 71.4%と最も多く希望していた。緊急時の対応に関する内容は、いずれの雇用形態も 40%以上が希望していた。認知症の理解に関する内容、および高齢者の理解に関する内容では、その他の雇用形態と常勤者は非常勤者より多く希望していた。接遇・コミュニケーションに関する内容はその他の雇用形態が 50%と多かった。人権擁護や虐待に関する内容は、全体で希望している介護職は 20%を下回っており、その他の雇用形態では 0%であった。

職員のメンタルケアに関する内容を受講したいと考えている介護職が多いことは、ストレスが高くその根拠や対処方法等を学び、ストレス緩和やストレスと上手く付き合いながら仕事をしていくことを考えていると思われる。緊急時の対応に関する内容を希望していることは、一人夜勤でなにか起きたらという不安や緊張は高く、また他の入居者への対処など、緊急時の対応や対処方法等を理解したいと思っているのではないかと考える。しかし、人権擁護や虐待に関する希望が少なくその必要性の理解が乏しいのではないかと思われる。ストレスが高いことは明らかであり、ストレスが高いと認知症高齢者に対する接し方や介護方法に影響する可能性がある。

表 22 介護職の研修受講希望ありと雇用形態

項目	雇用形態 (n=633)		
	常勤	非常勤	その他
	547(85.7)	72(11.3)	14(2.2)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	108(19.7)	10(13.9)	3(21.4)
介護ケアに関する内容	207(37.8)	28(37.8)	2(14.3)
緊急時の対応に関する内容	263(48.1)	31(43.1)	6(42.9)
認知症の理解に関する内容	247(45.2)	28(38.9)	6(42.9)
虐待に関する内容	115(21.0)	7(9.7)	0(0.0)
高齢者の理解に関する内容	143(26.1)	13(18.1)	4(28.6)
職員のメンタルケア	346(63.3)	34(47.2)	10(71.4)
接遇・コミュニケーション	232(42.4)	25(34.7)	7(50.0)

5) 研修受講の有無と経験年数の関連性 (表 23)

分析対象者全体で最も希望していたのは、職員のメンタルケアで 6 年以上の介護職は約 70%が最も多く希望していた。経験年数があがると割合が多くなっている。

経験年数が少ない介護職は、仕事や認知症高齢者の理解が乏しく、それによるメンタルケアを学びたいと考えていると思われる。そして、緊急時の対応に関する内容は、2 年未満の介護職の 60%と最も希望していた。経験年数の少ない介護職が多く希望し、経験年数が多くなるほど少なくなった。やはり、緊急時の経験不足や一人夜勤の不安や緊張が関係していると思われる。また、認知症の理解に関する内容についても同様である。認知症は症状や経過、進行度など多様で経験の少ない介護職は認知症の理解を深めて介護をしたいと考えていると思われる。しかし、人権擁護や虐待に関する内容を希望する介護職は 20%程度であり、やはり必要性を理解していない可能性があると思われる。経験年数の少ない介護職ほど、人権擁護や虐待に関する内容を学び、介護に生かすことが重要と思われる。

表 23 介護職の研修受講希望ありと経験年数

項目	経験年数 (n=638)			
	2 年未満	2-5 年	6-9 年	10 年以上
	98(15.4)	194(30.4)	142(22.3)	204(32.0)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	26(26.5)	32(16.5)	18(12.7)	46(22.5)
介護ケアに関する内容	40(40.8)	75(38.7)	52(36.6)	70(34.3)
緊急時の対応に関する内容	57(58.2)	95(49.0)	69(48.6)	82(40.2)

認知症の理解に関する内容	48(49.0)	83(42.8)	54(45.1)	88(43.1)
虐待に関する内容	19(19.4)	32(16.5)	27(19.0)	44(21.6)
高齢者の理解に関する内容	27(27.6)	49(25.3)	38(26.8)	46(22.5)
職員のメンタルケア	52(53.1)	98(50.5)	98(69.0)	143(70.1)
接遇・コミュニケーション	41(41.8)	68(35.1)	69(48.6)	89(43.6)

6) 研修受講の有無と夜勤回数に関連性 (表 24)

全体で最も多いのは、職員のメンタルケアに関する内容であり、月 5 回以上の夜勤を行っている介護職の 60%が希望していた。次に緊急時の対応に関する内容、認知症に関する内容が多く、夜勤の有無や回数にかかわらず 40%程度が希望していた。やはり、夜勤回数にかかわらず人権擁護・虐待に関する内容を希望する介護職は少なかった。夜勤はほとんどの施設では一人であり、緊急事態への不安や緊張が高く精神的負担は大きいと思われる。認知症の理解に関する内容も、夜勤時の対応への理解を深めたいと考えていると思われる。一人夜勤における対応は個人の問題と職場環境や管理の問題も含めた解決策が望まれる。

表 24 介護職の研修受講希望ありと夜勤回数

項目	夜勤回数(n=638)		
	なし	1-4 回/月	5 回以上/月
	104(16.3)	174(27.3)	360(56.4)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	18(17.3)	36(20.7)	68(18.9)
介護ケアに関する内容	42(40.4)	54(31.0)	141(39.2)
緊急時の対応に関する内容	50(48.1)	79(45.4)	174(48.3)
認知症の理解に関する内容	48(46.2)	66(37.9)	169(46.9)
虐待に関する内容	10(9.6)	28(16.1)	84(23.3)
高齢者の理解に関する内容	25(24.0)	34(19.5)	101(28.1)
職員のメンタルケア	60(57.7)	100(57.5)	231(64.2)
接遇・コミュニケーション	46(44.2)	66(37.9)	155(43.1)

7) 介護職の研修受講の有無と学歴に関連性 (表 25)

職員のメンタルケアに関する内容は、どの学歴においても 50%以上が希望していた。特徴的なことは、緊急時の対応に関する内容について中学卒業者は 70%以上希望していた。次いで大学卒業者が 60%程度希望していた。また、人権擁護・虐待に関する内容について中学卒業者は、いずれも 44.4%が希望していた。さらに、認知症の理解に関する

内容については、40~50%程度希望していた。

学歴について、他の個人特性と研修内容の希望有無数は変化していないが、中学校卒業者は人権擁護や虐待に関する内容を希望していることは、実践中心では理解しがたい内容ではないかと思われ、自分の介護を見直したいと考えていると思われる。資格がなく実践中心で介護を行ってきたとき、人権擁護や虐待への理解について、十分な教育や指導が必要と考える。

表 25 介護職の研修受講希望ありと学歴

研修項目	学歴(n=637)					
	中学校	高校	専門学校	短期大学	大学	大学院
	18(2.8)	359(56.4)	123(19.3)	79(12.4)	57(8.9)	1(0.2)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	8(44.4)	56(15.6)	27(22.0)	16(20.3)	14(24.6)	0(0.0)
介護ケアに関する内容	7(38.9)	119(33.1)	50(40.7)	32(40.5)	28(49.1)	1(100.0)
緊急時の対応に関する内容	13(72.2)	154(42.9)	63(51.2)	38(48.1)	34(59.6)	1(100.0)
認知症の理解に関する内容	8(44.4)	145(40.4)	59(48.0)	42(53.2)	28(49.1)	0(0.0)
虐待に関する内容	8(44.4)	69(19.2)	27(22.0)	8(10.1)	10(17.5)	0(0.0)
高齢者の理解に関する内容	6(33.3)	85(23.7)	30(24.4)	24(30.4)	14(24.6)	0(0.0)
職員のメンタルケア	9(50.0)	230(64.1)	74(60.2)	49(62.0)	29(50.9)	0(0.0)
接遇・コミュニケーション	9(50.0)	143(38.8)	48(39.0)	43(54.4)	23(40.4)	0(0.0)

8) 研修受講の有無と年代の関連性 (表 26)

全体を見ると、職員のメンタルケアに関する内容を希望する介護職は、70歳代を除き20歳代から年代が上がるにつれて高い割合になっている。

20歳代は、高齢者の理解や介護ケアに関する内容以外の項目において、他の年代に比較して多く希望している。また、緊急時の対応に関する内容や認知症の理解に関する内容は60%近い介護職が希望している。

30歳代は介護ケアに関する内容は45.5%と最も多かった。

70歳代は虐待に関する内容について一人も希望していなかった。また、高齢者の理解、職員のメンタルケア、接遇やコミュニケーションに関する項目を半数以上希望していた。

以上から、20歳代は研修希望が他の年代より多いのは、経験年数も少なく実践中心であることから様々なことに疑問をもち、理論的な学習を希望しているのではないかと思われる。70歳代は、人生経験や社会経験は豊富であるが、認知症高齢者との接遇やコミュニケーションに関する方法について普段の介護で疑問を持っていると思われる。

年代にあった希望する研修内容を計画することも必要である。

表 26 介護職の研修受講希望ありと年代

項目	年代(n=638)						
	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
	3(0.5)	95(14.1)	132(20.7)	141(22.1)	192(30.1)	68(10.7)	7(1.1)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	0(0.0)	25(26.3)	21(15.9)	25(17.7)	38(19.8)	12(17.6)	1(14.3)
介護ケアに関する内容	0(0.0)	40(42.1)	60(45.5)	53(37.6)	62(32.3)	21(30.9)	1(14.3)
緊急時の対応に関する内容	3(100.0)	55(57.9)	72(54.5)	68(48.2)	77(40.1)	27(39.7)	1(14.3)
認知症の理解に関する内容	1(33.3)	52(54.7)	60(45.5)	66(46.8)	79(41.1)	22(32.4)	3(42.9)
虐待に関する内容	1(33.3)	24(25.3)	25(18.9)	30(21.3)	35(18.2)	7(10.3)	0(0.0)
高齢者の理解に関する内容	0(0.0)	29(30.5)	37(28.0)	32(22.7)	42(21.9)	16(23.5)	4(57.1)
職員のメンタルケア	0(0.0)	50(52.6)	82(62.1)	88(62.4)	123(64.1)	44(64.7)	4(57.1)
接遇・コミュニケーション	1(33.3)	42(44.2)	64(48.5)	61(43.3)	71(37.0)	24(35.3)	4(57.1)

9) 研修受講の有無と介護福祉士資格取得方法 (表 27)

全体として希望割合が多いのは、職員のメンタルヘルスであり、実務経験者では 70%以上が希望している。逆に資格のない介護職は半数程度と少なかった。また、緊急時の対応に関する内容は養成校が 54.3%と半数を超えていた。認知症の理解に関する内容は、資格の有無取得法にかかわらず 40%以上を占めていた。虐待に関する内容は概ね 20%程度であったが、人権擁護等に関する内容は実務経験が他より少なかった。

資格の有無や取得方法について、養成校は緊急時の対応に関する内容を半数以上希望しており、実務経験では実践で得ている場合が多いのではないかとと思われる。また、介護ケアについても同様に養成校が多く希望しており、実践が少ない可能性がある。実務経験が職員のメンタルケアに関する内容を 70%以上希望していることは学歴と同様に高校卒が多かったことを考えると、実践中心で考えてきたことで理論的にストレスやメンタルケアを理解しがたいことが多かったのではないかと考える。さらに、実務経験が人権擁護等に関する内容について他より明らかに少ないことは、グループホームの介護に重要な視点であることが理解に乏しいのではないかとと思われる。やはり、人権擁護や虐待等に関する研修の必要性が高いと考える。

表 27 介護職の研修受講希望ありと介護福祉士資格取得方法

項目	介護福祉士資格取得方法(n=638)		
	実務経験	養成校	介福資格なし

	191(29.9)	175(27.4)	272(42.6)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	25(13.1)	40(22.9)	57(21.0)
介護ケアに関する内容	61(31.9)	70(40.0)	106(39.0)
緊急時の対応に関する内容	80(41.9)	95(54.3)	128(47.1)
認知症の理解に関する内容	82(42.9)	80(45.7)	121(44.5)
虐待に関する内容	39(20.4)	33(18.9)	50(18.4)
高齢者の理解に関する内容	42(22.0)	46(26.3)	72(26.5)
職員のメンタルケア	136(71.2)	107(61.1)	148(54.4)
接遇・コミュニケーション	17(8.9)	12(6.9)	6(2.2)

10) 過去1年間に研修を受講しなかった理由 (表 28)

過去1年間に研修を受講しなかった介護職は645人中、84人(13.0%)存在した。そのうち80名が受講しなかった理由を選択している。最も多い理由は「研修日と勤務が合わない」31人(37.3%)、次に「研修の案内がない」30人(36.1%)であった。

受講しなかった理由と今後受講したい研修内容について、「勤務が合わない」と回答した介護職は、職員のメンタルケアに関する内容を受講希望して介護職が多かった。その他の項目は受講希望しないが多かった。次に、「研修の案内がない」はどの項目も希望しないが多く、特に今後職員のメンタルケアに関する内容を希望しないが多かった。

研修を受けなかった介護職の30%以上が、研修日と勤務日程が合わないことや研修自体の案内がないことが理由であることから、施設管理者の教育指導の重要性の認識が乏しいことや、研修受講ができる勤務体制や積極的な参加希望できる環境づくりが重要と考える。

表 28 過去1年間に研修を受講しなかった理由 (n=80)

理由	人 (%)
研修日と勤務が合わない	31(37.3)
研修の時間が長い	2(2.4)
外部の研修場所が遠い	4(4.8)
研修の案内がない	30(36.1)
関心のある内容ではない	5(6.0)
理解している内容である	5(6.0)
その他	18(21.7)

11) 研修受講希望と介護行動における虐待の認識との関連

介護行動 33 項目はすべて虐待に値する。虐待と認識していないことは、普段の生活を支援している内容を理解していないということであり、大きな問題である。

介護行動を虐待と思わない項目は、『『ちゃん』付けでよぶ』、『おじいさん』『おばあさん』と呼んだ』、『頭をなでる』など子どもに対するような対応や言葉かけをする』、『粉薬をご飯と一緒に混ぜる』、『今忙しいから』と言って、訴えを後回しにした』、『元気づけるために安易に体に触れた』、『利用者の前で職員同士が私的な会話をする』、『意思を伝えられない人に対して『もう食べないの』と聞いた』、『オムツ交換を時間で行う』、『女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした』の 10 項目であった。

研修を希望する人が多い研修内容と上記 10 項目との関連を見る。

緊急時の対応に関する内容を希望していた項目は、『意思を伝えられない人に対して『もう食べないの』と聞いた』を除いた 9 項目であった。

介護ケアに関する内容を希望していた項目は、『粉薬をご飯と一緒に混ぜる』、『元気づけるために安易に体に触れた』の 2 項目であった。

虐待に関する内容は『元気づけるために安易に体に触れた』1 項目だけであった。

認知症の理解に関する内容は、『おじいさん』『おばあさん』と呼んだ』、『頭をなでる』など子どもに対するような対応や言葉かけをする』、『今忙しいから』と言って、訴えを後回しにした』、『元気づけるために安易に体に触れた』、『利用者の前で職員同士が私的な会話をする』の 5 項目であった。

接遇・コミュニケーションに関する内容は『オムツ交換を時間で行う』に 1 項目であった。

人権擁護や職員のメンタルに関する内容は希望しない人が多かった。

緊急時の対応に関する内容は、虐待の認識とは関係ないと思われ、多くの介護職が今後必要と考えていることがわかる。また、粉薬を混ぜたや安易に体に触れた項目では、介護ケアに関する内容を希望していることから、日ごろのケアに疑問や不安を持っているのではないかと思われる。認知症の理解に関する内容を希望しているのは『おじいさん、おばあさんと呼ぶ』や『頭をなでる』『私的な会話をする』などで、子供あつかいをすることや認知症だからわからないこと、認知症の知識に不安を持っているのではないかと思われる。

職員のメンタルについて、どの項目も希望していなかった。精神的負担より、介護実践を確実にしたいと希望しているのではないかと思われる。

普段の介護行動を見直し、相手を尊重したケアが確実にできるための認知症の理解や介護ケアについての学びが必要と思われる。しかし、人権擁護については必要と思っていないこと課題である。虐待と認識していない介護職を中心に、今後必要性を学べる機会が必要である。

表 29① 研修受講希望と虐待と認識しない割合が多い介護行動との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	虐待	認知症の理解	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション
		122	237	303	122	283	126	391	267
「ちゃん」付で呼ぶ	yes	56(45.9)	85(35.9)	91(30.0)	47(38.5)	94(33.2)	55(34.4)	131(33.5)	87(32.6)
	no	66(54.1)	152(64.1)	212(70.0)	75(61.5)	189(66.8)	105(65.6)	260(66.5)	180(67.4)
「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	yes	36(29.5)	67(28.3)	60(19.8)	33(27.0)	63(22.3)	43(26.9)	99(25.3)	64(24.0)
	no	86(70.5)	170(71.7)	243(80.2)	89(73.0)	220(77.7)	117(73.1)	292(74.1)	203(76.0)
「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	yes	57(46.7)	96(40.5)	114(37.6)	58(47.5)	103(36.4)	65(40.6)	158(40.4)	102(38.2)
	no	65(53.3)	141(59.5)	189(62.4)	64(52.5)	180(63.6)	95(59.4)	233(59.6)	165(61.8)
粉薬をご飯と一緒に混ぜる	yes	45(36.9)	80(33.8)	102(33.7)	47(8.5)	89(31.4)	57(35.6)	147(37.6)	99(37.1)
	no	77(63.1)	157(66.2)	201(66.3)	75(61.5)	194(68.6)	103(64.4)	244(62.4)	168(62.9)
「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	yes	56(45.9)	82(34.6)	100(33.0)	53(43.4)	97(34.3)	52(32.5)	141(36.1)	97(36.3)
	no	66(54.1)	155(65.4)	203(67.0)	69(56.6)	186(65.7)	108(67.5)	250(63.9)	170(63.7)

表 29② 研修受講希望と虐待と認識しない割合が多い介護行動との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	虐待	認知症の理解	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション
		122	237	303	122	283	126	391	267
ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	yes	108(88.5)	208(87.8)	260(85.8)	108(88.5)	247(87.3)	138(86.3)	345(88.2)	235(88.0)
	no	451(87.4)	29(12.2)	43(14.2)	14(11.5)	36(12.7)	22(13.8)	46(11.8)	32(12.0)
オムツ交換を時間で行う	yes	35(28.7)	62(26.2)	57(18.8)	36(29.5)	61(21.6)	39(24.4)	86(22.0)	56(20.6)
	no	97(18.8)	175(73.8)	246(81.2)	86(70.5)	222(78.4)	121(75.6)	305(78.0)	212(79.4)
女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	yes	17(13.9)	26(11.0)	30(9.9)	16(13.1)	28(9.9)	17(10.6)	46(11.8)	30(11.2)
	no	105(86.1)	211(89.0)	273(90.1)	106(86.9)	255(90.1)	143(89.4)	345(88.2)	237(88.8)
元気づけるために安易に体に触れた	yes	15(12.3)	22(9.3)	29(9.6)	13(10.7)	25(8.8)	12(7.5)	50(12.8)	29(10.9)
	no	107(87.7)	215(90.7)	274(90.4)	109(89.3)	258(91.2)	148(92.5)	341(87.2)	238(89.1)
利用者の前で職員同士が私的な会話をする	yes	36(29.5)	51(21.5)	63(20.8)	32(26.2)	58(20.5)	32(20.0)	87(22.3)	62(23.2)
	no	86(70.5)	186(78.5)	240(79.2)	90(73.8)	225(79.5)	128(80.0)	304(77.7)	205(76.8)

12) 研修受講希望と個人および職場環境の虐待に関する認識との関連 (表 30①②)

虐待に関する個人の認識と職場環境の認識 13 項目のうち、認識しているより認識していないと多く回答した項目はなかった。

虐待に関する項目について認識していると思う人のうちで、研修受講希望が多かった研修内容は、「職員のメンタルに関する内容」で、60%程度が受講希望していた。次に多かったのは、「緊急時の対応に関する内容」で50%程度が希望していた。最も希望が少なかったのは、「人権擁護に関する内容」や「虐待に関する内容」は20%以下であった。

しかし、虐待に関する職場環境の項目で認識していると思う介護職より認識していない介護職は全体的に研修受講を希望していた。

各研修内容について、「人権擁護・意思の尊重等に関する内容」の研修を希望する人は、「自分の働く職場では虐待がない」と認識していない人が多かった。つまり、自分の職場では虐待があると認識していることになるため、人権擁護等の研修により、確実な知識を学び、虐待を低減させたいと感じていると思われる。

「緊急時の対応に関する内容」の研修を希望する人は、「虐待防止について施設として取り組みがある」「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」と認識していない人は多かった。施設における取り組みがない状況や他者と意見交換ができない状況にあり、緊急事態、特に一人夜勤での不測の事態に備え、自分自身の知識や技術を高めたいと感じているのではないだろうか。

「認知症の理解に関する内容」の研修を希望しない人は「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある」と認識しない人が多かった。虐待に関する内容では、「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある」と認識しない人は研修を希望しない人が多かった。つまり、普段の介護について疑問を持たず、新しい認知症の知識を入れずケアにあたっており、不適切ケアや虐待を起こしてしまう状況にあると考える。しかし、研修を希望しない人で「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」「自分の働く施設で虐待がないと思う」と認識していた人が多かった。自分の施設では、認知症高齢者の理解ができ、施設内での意見交換もあり、良好な状況にあるため必要ないと感じている為と思われる。

「高齢者の理解に関する内容」の研修を希望しない人は、「虐待防止について施設として取り組みがある」「ケアの質の向上に向けた施設としての取り組みがある」と認識している人が多かった。自分の施設では虐待について取り組んでおり、研修の必要性を感じないのではないかと思う。

「職員のメンタルケアに関する内容」の研修を希望する人では、「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」「自分の働く施設で虐待がないと思う」「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」と認識していない人が多かった。また、研修を希望する人は、「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある」と認識している人は多かった。つまり、改善の取り組みや意見交換がない状況で、介護の仕方に疑問を持つことは、職場への不満を考えている方法がうまくいかずストレスが多く、メンタルへの対処を求めていると思われる。

以上から、虐待に関する個人の認識がある介護職は、研修受講希望しないことは知識

や理解があるからではないかと思われる。しかし、虐待に関する職場環境が良好でない場合に、研修を希望している介護職が多いことから、研修によって虐待や人権擁護等あらたな知識や理解を得るためと思われる。虐待に関する職場環境について管理者は、分析し研修や指導を通してよりよい環境を調整する必要がある。

表 30① 研修受講希望と虐待に関する個人の認識との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	認知症の理解	虐待	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション	
		122	237	303	283	122	160	391	267	
虐待に関する個人の認識	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	112(19.0)	220(37.2)	286(48.4)	268(45.3)	112(19.0)	150(25.4)	370(62.6)	247(41.8)
		no	10(21.3)	17(36.2)	17(36.2)	15(31.9)	10(21.3)	10(21.3)	21(44.7)	20(42.6)
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes	121(19.1)	235(37.1)	302(47.7)	281(44.4)	122(19.3)	158(25.0)	387(61.1)	263(41.5)
		no	1(20.0)	2(40.0)	1(20.0)	2(40.0)	0(0.0)	2(40.0)	4(80.0)	4(80.0)
	虐待の通報先を知っている	yes	94(20.3)	169(36.4)	212(45.7)	195(42.0)	91(19.6)	111(23.9)	288(62.1)	194(41.8)
		no	28(16.1)	68(39.1)	91(52.3)	88(50.6)	31(17.8)	49(28.2)	103(59.2)	73(42.0)
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes	93(18.6)	182(36.3)	236(47.1)	227(45.3)	96(19.2)	125(25.0)	322(64.3)	220(43.9)
		no	29(21.2)	55(40.1)	67(48.9)	56(40.9)	26(19.0)	35(25.5)	69(50.4)	47(34.3)
	施設内外の研修に参加している	yes	105(19.6)	195(36.3)	261(48.6)	236(43.9)	105(19.6)	131(24.4)	336(62.6)	230(42.8)
		no	17(16.8)	42(41.6)	42(41.6)	47(46.5)	17(16.8)	29(28.7)	55(54.5)	37(36.6)
	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes	93(19.7)	176(37.2)	227(48.0)	215(45.5)	97(20.5)	119(25.2)	307(64.9)	210(44.4)
		no	29(17.6)	61(37.0)	76(46.1)	68(41.2)	25(15.2)	41(24.8)	84(50.9)	57(34.5)
	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes	72(18.4)	143(36.5)	199(50.8)	178(45.4)	83(21.2)	99(25.3)	251(64.0)	170(43.4)
		no	50(20.3)	94(38.2)	104(42.3)	105(42.7)	39(15.9)	61(24.8)	140(56.9)	97(39.4)

表 30② 研修受講希望と虐待に関する職場環境の認識との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	認知症の理解	虐待	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション	
		122	237	303	283	122	160	391	267	
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes	91(19.0)	173(36.2)	209(43.7)	203(42.5)	89(18.6)	109(22.8)	29.2(61.1)	197(41.2)
		no	31(19.4)	64(40.0)	94(58.8)	80(50.0)	33(20.6)	51(31.9)	99(61.9)	70(43.8)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes	101(18.9)	197(36.9)	245(45.9)	230(43.1)	101(18.9)	122(22.8)	325(60.9)	222(41.6)
		no	21(20.2)	40(38.5)	58(55.8)	53(51.0)	21(20.2)	38(36.5)	66(63.5)	45(43.3)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	75(1.4)	138(35.8)	175(45.3)	165(42.7)	76(19.7)	92(23.8)	223(57.8)	160(41.5)
		no	47(18.7)	99(39.3)	128(50.8)	118(46.8)	46(18.3)	68(27.0)	168(66.7)	107(42.5)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることがある	yes	108(20.7)	243(46.6)	246(47.1)	243(46.6)	111(21.3)	135(25.9)	339(64.9)	221(42.3)
		no	14(12.1)	40(34.5)	57(49.1)	40(34.5)	11(9.5)	25(21.6)	52(44.8)	46(39.7)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	90(18.0)	181(36.2)	230(46.0)	222(44.4)	87(17.4)	125(25.0)	294(58.8)	206(41.2)
		no	32(23.2)	58(40.6)	73(52.9)	61(44.2)	35(25.4)	35(25.4)	97(70.3)	61(44.2)
	感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	95(18.3)	192(36.9)	236(45.4)	225(43.3)	90(17.3)	122(23.5)	309(59.4)	214(41.2)
		no	27(22.9)	45(38.1)	67(56.8)	58(49.2)	32(27.1)	38(32.2)	82(69.5)	53(44.9)

13) 研修受講希望と心身の自覚症状との関連 (表 31)

自分の健康状態と研修への意欲を見るために、20 項目の心身の自覚症状と今後希望する研修の関連を見た。

「職員のメンタルケアに関する内容」について、「寛ぐ時間がない」「疲れが取れない」「毎日くたくたになる」「やる気が出ない」「いらいらする」「時々落ち込む」「朝起きた時でも疲れを感じる」と回答した 7 項目は約 70%研修を希望していた。そして、「虐待に関する内容」についても同様の項目で約 25%が研修を希望していた。

「緊急時に関する内容」は「いらいらする」以外の項目で約 50%が受講を希望していた。また「人権擁護に関する内容」も「いらいらする」以外の項目約 20%が研修を希望していた。

心身の健康状態はうつ傾向に現れる症状である。メンタルに関する内容を希望していることは、心身共に不調がありストレスが大きいと思われる。虐待に関する内容は少ないが、やはりストレスによる虐待に可能性があると感じているとも思われる。ストレスを緩和する方法や知識を得ることが重要と考える。

表 31 研修受講希望と心身の自覚症状（自覚症状の多い上位 9 項目）

項目	自覚	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	認知症の理解	虐待	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション
		122	237	303	283	122	160	391	267
眠りが浅い	yes	22(22.4)	58(40.6)	75(52.4)	60(42.0)	36(25.2)	38(26.6)	98(68.5)	61(42.7)
	no	90(18.2)	179(36.2)	228(46.1)	223(45.1)	86(17.4)	122(24.6)	293(59.2)	206(41.6)
全身がだるい	yes	21(28.0)	34(45.3)	38(50.7)	37(49.3)	20(26.7)	23(30.7)	51(68.0)	35(46.7)
	no	101(17.9)	203(36.1)	265(47.1)	246(43.7)	102(18.1)	137(24.3)	340(60.4)	232(41.2)
くつろぐ時間がない	yes	32(27.4)	42(35.9)	59(50.4)	61(52.1)	35(29.9)	36(30.8)	89(76.1)	58(49.6)
	no	90(17.3)	195(37.4)	244(46.8)	222(42.6)	87(16.7)	124(23.8)	302(58.0)	209(40.1)
疲れが取れない	yes	52(19.7)	104(39.4)	131(49.6)	125(47.3)	57(21.6)	61(23.1)	177(67.0)	120(45.5)
	no	70(18.7)	133(35.6)	172(46.0)	158(42.2)	65(17.4)	99(26.5)	214(57.2)	147(39.3)
毎日くたくたに疲れる	yes	31(27.2)	48(42.1)	61(53.5)	56(49.1)	32(28.1)	33(28.9)	91(79.8)	53(46.5)
	no	91(17.4)	189(36.1)	242(46.2)	227(43.3)	90(17.2)	127(24.2)	300(57.3)	214(40.8)
やる気が出ない	yes	20(20.6)	31(32.0)	48(49.5)	40(41.2)	23(23.7)	29(29.9)	69(71.1)	40(41.2)
	no	102(18.9)	206(38.1)	255(47.1)	243(44.9)	99(18.3)	131(24.2)	322(59.5)	227(42.0)
いらいらする	yes	31(18.8)	58(35.2)	77(46.7)	71(43.0)	36(21.8)	37(22.4)	128(77.6)	69(41.8)
	no	91(19.2)	179(37.8)	226(47.8)	212(44.8)	86(18.2)	123(26.0)	263(55.6)	198(41.9)
時々落ち込む	yes	48(24.0)	80(40.0)	94(47.0)	99(49.5)	50(25.0)	52(26.0)	144(72.0)	97(48.5)
	no	74(16.9)	157(35.8)	209(47.7)	184(42.0)	72(16.4)	108(24.7)	247(56.4)	170(38.8)
朝起きたときでも疲れを感じる	yes	43(22.4)	88(45.8)	107(55.7)	92(47.9)	53(27.6)	53(27.6)	137(71.4)	80(41.7)
	no	79(17.7)	149(33.4)	196(43.9)	191(42.8)	69(15.5)	107(24.0)	254(57.0)	187(41.9)

14) 介護職の教育(研修) に関する考察

研修受講について個人特性では、85%以上の介護職が過去 1 年間に研修に参加していることが明らかであり、継続して学習がなされていることが窺える。そして、10～30代と若い世代や経験年数 2 年未満と短い人は、「緊急時の対応に関する内容」を希望する人は希望しない人より割合が多く、経験不足を補うためや不測事態が起こったときの対処方法の必要性を感じていると考えられる。経験年数 10 年以上は、緊急時の対応に関する内容の研修を希望しない割合は多く、経験年数が多ければ緊急事態に対応できるような経験をしている可能性があり、緊急時の対応への研修の必要性は高いと思われる。

また、6 年目以上の経験者や介護福祉士や介護支援専門員など有資格者は「職員のメンタルケアに関する内容」について希望するは割合が多かった。古村ら (2013)¹⁴⁶は認知症グループホームの研修に実態と受けたい研修の個人特性を全国のグループホームを無作為抽出し、介護職 647 人を比較調査している。本研究と人数、性別や平均年齢も同様の結果であり、比較可能と考えた。古村らの結果では、希望する研修について平均経験月数未満の介護職は、認知症についてや高齢者の人権について希望する割合が高かった

¹⁴⁶ 古村美津代、草場知子、中島洋子、他 1 名 (2013) : 認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフの研修の実態と受けたい研修の個人特性による比較—認知症高齢者グループホームの全国調査より—、日本看護福祉学会誌、19 (2) 87-99.

と報告している。本調査では人権擁護についての内容で2年未満は希望する割合が多く、知識不足や経験が少ない介護職が知識を得たいと思っていることは先行研究を支持する結果であった。認知症については個人特性で概ね割合に差はなく、過去1年間に75%以上の介護職が認知症の理解について研修を受講しており、理解はできていると判断した可能性はある。また、古村らの同調査では円滑な人間関係やストレスの対処法について70%代が研修を希望するとしている。このことも先行研究を支持する結果であった。本研究では有介護資格者や有介護支援専門員資格、経験年数6年以上では職員のメンタルケアに関する内容を希望している割合が多かった。それは、介護の専門職として従事し、また経験を重ね、リーダーや管理職としての重責も加わり心理的負担が大きくメンタルケアをすることでストレスを回避しようとしている可能性はあり、個人特性との関連が明らかとなり本研究の結果は有意義であると思われる。

そして、健康問題についても、「毎日くたくたになる」「やる気が出ない」「いらいらする」「時々落ち込む」等、身体的心理的負担が多い人がメンタルケアに関する研修を希望していた。これらのことから、経験年数や有資格、健康状態によって、仕事内容や役職等における心理的負担が多くなっていることが考えられ、メンタルケアに関する研修を受けることで何かしらの対処につながることを期待していると思われる。さらに、過去1年間研修を受講しなかった理由と今後の研修希望の関連をみたところ、「勤務が合わない」を理由にした人も「職員のメンタルケアに関する内容」を希望する割合が多く、研修を受ける意欲はあっても勤務の都合上研修を受講できず、やはり心理的負担があると推測される。

一方で、介護行動に関する虐待の認識と今後希望する研修受講について、研修を希望しない人で33項目の介護行動を虐待と認識していない項目は10項目であった。介護行動を虐待と認識していない人で、「緊急時の対応に関する内容」の研修を希望する人が多いのは、9項目であった。また、研修を希望しない人は「人権擁護等に関する内容」や「職員のメンタルに関する内容」が多かった。「緊急時の対応に関する内容」は虐待の認識とは異なる内容と考えているのではないかと思われる。「職員のメンタルに関する内容」を希望しないのは、虐待の認識が乏しく必要性を感じていないからと思われる。さらに「人権擁護に関する内容」も希望しないことは、介護行動を虐待と認識しておらず、認知症高齢者を尊重したケアがなされていない可能性がある。また、虐待についての研修も必要ないと感じていることから日常的に人権擁護について疑問を持つことや行動が考えられていないと思われる。

しかし、虐待に関する職場環境の認識においては「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じる」と認識している人は、「職員のメンタルに関する内容」は多く希望しており、自分や他のスタッフの介護方法に不安や知識不足を感じ、それが負担となりストレスを感じていると思われる。また「人権擁護等の研修」や「虐待に関する研修」を希望していないことから理解できる。つまり、日常的な介護行動に関して虐待の可能性がある

との認識を持たず、認知症だからわからないからや、忙しいからと業務優先のケアが行われている可能性が高い。これが、ストレスとどのように関連するかは次の節でさらに分析を深めたい。

15) 介護職の教育に関する小括

介護職の教育に関して、過去1年間の研修受講、研修受講内容と個人的特性、希望する研修受講内容と介護行動、希望する研修受講内容と虐待の認識のそれぞれの関連を分析した。次のことが明らかになった。

1. 本研究の対象となる介護職は、過去1年間で85%の人が何らかの研修教育を受けており、学習意欲は高いと思われる。
2. 若い世代や経験年数が少ない介護職は「緊急時の対応」に関する研修を求めている。経験年数の多い介護職は「メンタルケアに関する内容」の研修を求めている。
3. 健康問題を抱えている介護職は「メンタルケアに関する内容」の研修を求めている。
4. 「勤務が合わない」理由で、過去1年間研修を受講していない介護職は「メンタルケアに関する内容」の研修を希望していた。
5. 研修希望と介護行動に関する虐待の認識では、「人権擁護・意思の尊重等に関する内容」「虐待に関する内容」について介護行動を虐待と認識していない人は、研修を希望していない割合が多かった。
6. 職場環境に関する虐待の認識について、「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じる」こと認識していない人は、「人権擁護等の研修」や「虐待に関する研修」を希望していない割合が多かった。

以上のことから、本研究の対象となった介護職の学習意欲は高い。しかし、虐待の認識が乏しい介護職や介護の仕方に疑問を持たない介護職は、人権擁護や虐待に関心が少なく適切なケアが行われのではないかと思われる。特に若い世代や経験年数の少ない介護職への教育は重要であり、人権擁護や虐待に関する学習の機会は必要と考える。さらに経験年数が多い介護職は、「メンタルケアに関する内容」の研修を求めていることから、精神的負担が大きくストレスを感じている可能性は高いと思われる。よって、ストレスの要因や対処、緩和方法の研修企画や外部研修を積極的に受けるような体制も必要である。

5. 介護職の自己決定支援の有無に関する結果

1) 自己決定支援に関する項目の人数 (表 32)

グループホームの介護職は、自己決定支援について表のとおりであった。「自己決定支援は必要である」「自己決定支援したい」の2項目は90%以上が「はい」と回答している。

しかし、実際に「自己決定支援をしている」と回答した介護職は約 70%と減少している。自立支援が必要であることや自立支援したいと考えていても、実際に遂行することはできていない状況にあるといえる。

表 32 自己決定支援に関する人数 (n=645)

項目	人数(%)
自己決定支援必要と思う	591(91.6)
自己決定支援したい	591(91.6)
自己決定支援している	444(68.8)

2) 自己決定支援に関する項目と個人特性の関連性 (表 33)

自己決定支援と個人特性の関連をみた。それぞれの項目について、有無を聞いた。結果表は、あると回答した数をあげている。

性別ではほとんど違いはなかった。

年代において「自己決定支援している」人は、50～60代が他の年代に比べて割合が多かった。

介護福祉士資格において、「自己決定支援必要」、「自己決定支援したい」、「自己決定支援している」の3項目において、資格有は資格なしに比べて割合が多かった。

学歴において、「自己決定支援したい」人は、学歴が上がるにつれて割合が多かった。雇用形態では、「自己決定支援必要」、「自己決定支援したい」、「自己決定支援している」の3項目について常勤者は割合が多かった。そのなかで、「自己決定支援必要」と思う人は、常勤者は他の勤務形態に比べて割合が多かった。

夜勤回数について、月5回以上夜勤をしている人は、他の回数よりも「自己決定支援している」割合が多かった。月1～4回の夜勤をしている人は「自己決定支援したい」、「自己決定支援している」が多かった。

表 33 自己決定支援と個人特性 (n=645)

項目	人数(%)	自己決定支援している	自己決定支援したい	自己決定支援必要
性別				
男性	119(18.4)	84(70.6)	111(93.3)	108(90.8)
女性	526(81.6)	360(68.4)	480(91.3)	483(91.8)

年代				
10代	3(0.5)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)
20代	97(15.0)	59(60.8)	93(95.3)	90(92.8)
30代	132(20.5)	85(64.4)	116(87.9)	124(93.9)
40代	141(21.9)	86(61.0)	127(90.1)	125(88.7)
50代	194(30.1)	152(78.4)	182(93.8)	184(94.8)
60代	71(11.0)	56(78.9)	65(91.5)	60(84.5)
70代	7(1.1)	3(42.9)	5(71.4)	5(71.5)
学歴				
中学校	18(2.8)	15(83.3)	17(94.4)	18(100.0)
高校	365(56.6)	248(67.9)	332(91.0)	333(91.2)
専門学校	124(19.2)	85(68.5)	113(91.1)	110(88.7)
短期大学	79(12.2)	49(62.0)	72(91.1)	73(92.4)
大学	57(8.8)	47(82.5)	56(98.2)	55(96.5)
大学院	1(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
介護福祉士資格				
あり	367(56.9)	272(74.1)	343(93.4)	342(93.2)
なし	278(43.1)	172(61.9)	248(89.2)	249(89.6)
雇用形態(n=640)				
常勤	552(84.9)	380(68.8)	514(93.1)	513(92.9)
非常勤	73(11.2)	52(71.2)	59(80.8)	61(83.6)
その他	15(2.3)	9(60.0)	13(86.7)	12(80.0)
夜勤回数3群(n=642)				
なし	106(16.5)	76(71.7)	95(89.6)	96(90.6)
1~4回/月	176(27.4)	128(72.7)	162(92.0)	158(89.8)
5回以上/月	360(56.1)	239(66.4)	331(91.9)	334(92.8)

3) 自己決定支援に関する項目と希望する研修内容の関連性 (表 34)

自己決定支援と希望する研修内容の関連をみた。

「自己決定支援必要」、「自己決定支援をしたい」と回答した人は、全項目 90%を超えて受講を希望していた。

「自己決定支援している」と回答した人は、全項目において研修内容を希望していない人が多かった。

自己決定していると回答した人は、自分の介護に自信を持ち充実した介護を実施でき

ていると自負しているからではないか。一方、自己決定支援は必要、自己決定支援したいと回答した人は、意欲や気持ちはあるが、まだ実施できておらず、研修の必要性を感じていると思われる。自己決定支援は、本人を尊重した関わりが重要であり、これができないと不適切ケアや虐待が起こる可能性がある。そのため、人権擁護や虐待、自己決定についての理解が求められる。

表 34 自己決定支援と希望する研修内容

項目	自己決定支	自己決定支	自己決定
	援している	援したい	支援必要
	439	586	587
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	82(67.2)	119(97.5)	115(94.3)
介護ケアに関する内容	155(65.4)	218(92.0)	223(94.1)
緊急時の対応に関する内容	189(62.4)	275(90.8)	279(92.1)
認知症の理解に関する内容	185(65.4)	264(93.3)	260(91.9)
虐待に関する内容	75(61.5)	115(94.3)	114(93.4)
高齢者の理解に関する内容	107(66.9)	151(94.4)	150(93.8)
職員のメンタルケア	268(68.5)	363(92.8)	361(92.3)
接遇・コミュニケーション	169(63.3)	246(92.1)	251(94.0)

4) 自己決定支援に関する項目と個人および職場環境の虐待の認識の関連性 (表 35①②)

自己決定支援と虐待に関する個人および職場環境の認識 13 項目との関連をみた。

「自己決定支援している」人は、「虐待の通報先を知っている」、「施設内外の研修に参加している」「虐待防止について施設として取り組みがある」「ケアの質の向上に向けた施設としての取り組みがある」「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」の項目についてそう思う人は思わない人に比べて、割合が多かった。

「自己決定支援したい」人は、「介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい」「施設内外の研修に参加している」「虐待防止について施設として取り組みがある」「ケアの質の向上に向けた施設としての取り組みがある」の項目についてそう思う人は思わない人に比べて、割合が多かった。

「自己決定支援必要」と思う人は、「高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある」「介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい」「虐待防止について施設として取り組みがある」「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある」の項目についてそう思う人は思わない人に比べて、

割合が多かった。特徴的なことは、自己決定支援必要と思う人は「施設内外の研修の参加している」割合が思わない人より少なかった。つまり、自己決定支援が必要と思っても、そのための研修受講が少ないことから、必要と感じていてもその思いを実行に移す手段が分からない可能性がある。研修受講参加を勧める管理者は、研修の意義や得られることなどを説明する必要があるのではないかとと思われる。

表 35① 自己決定支援と個人および職場環境の虐待の認識

項目	認識の有無	自己決定支援している	自己決定支援したい	自己決定支援必要
		444	591	591
虐待に関する個人の認識	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes 414(69.2)	551(92.1)	552(92.3)
		no 30(63.8)	40(85.1)	39(83.0)
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes 441(69.0)	586(91.7)	586(91.7)
		no 3(50.0)	5(83.3)	5(83.3)
	虐待の通報先を知っている	yes 340(72.6)	430(91.1)	432(92.3)
		no 104(58.8)	181(91.0)	159(89.8)
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes 361(71.3)	473(93.5)	473(93.5)
		no 83(59.7)	118(84.9)	118(84.9)
	施設内外の研修に参加している	yes 386(71.0)	505(92.8)	502(92.3)
		no 58(57.4)	86(85.1)	89(98.1)
	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes 328(68.5)	439(91.6)	440(91.9)
		no 116(69.9)	152(91.6)	151(91.0)
	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes 268(67.2)	360(90.2)	364(91.2)
		no 176(71.5)	231(93.9)	227(92.3)

表 35② 自己決定支援と個人および職場環境の虐待の認識

項目	認識の有無	自己決定支援している	自己決定支援したい	自己決定支援必要
		444	591	591
環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes 352(72.7)	454(93.8)	450(93.0)
		no 92(57.1)	137(85.1)	141(87.6)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes 385(71.3)	501(92.8)	498(92.2)
		no 59(56.2)	90(85.7)	93(88.6)

職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	285(73.1)	364(93.3)	362(92.8)
	no	159(62.4)	227(89.0)	229(89.8)
自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	yes	370(70.2)	488(92.6)	489(92.8)
	no	74(62.7)	103(87.3)	102(86.4)
自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	351(69.4)	466(92.1)	464(91.7)
	no	93(66.9)	125(89.9)	127(91.4)
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	374(71.0)	488(92.6)	488(92.6)
	no	70(59.3)	103(87.3)	103(87.3)

5) 自己決定支援と介護行動に関する虐待の認識 (表 36①②③④)

自己決定支援と介護行動に関する虐待の認識との関連をみた。表は、虐待別に分け結果を示す。

「自己決定支援している」、「自己決定支援したい」、「自己決定支援必要」と思っている人は、33 項目の介護行動すべて虐待と認識している人は認識していない人に比べて、割合が多かった。自己決定支援を必要であり、実践していることから、虐待の認識は高いと思われる。自己決定支援について人権擁護の理解が深まれば、虐待を低減、できるのではないかと思われる。

表 36① 自己決定支援と介護行動に関する身体的虐待項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支援している	自己決定支援したい	自己決定支援必要
		591	591	444
入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	yes	454(93.6)	450(92.8)	338(69.7)
	no	137(85.6)	141(88.1)	106(66.3)
手荒く寝具をかける	yes	340(94.2)	343(95.0)	262(72.6)
	no	251(88.4)	248(87.3)	182(64.1)
嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	yes	546(92.4)	398(93.4)	309(71.8)
	no	45(83.3)	193(88.1)	138(63.0)
利用者に叩かれたので叩き返した	yes	412(69.7)	547(92.6)	546(92.4)
	no	32(59.3)	44(81.5)	45(83.3)
ベッドに長時間抑制・拘束した	yes	561(92.3)	562(92.4)	426(70.1)
	no	30(81.1)	29(78.4)	18(48.6)

表 36② 自己決定支援と介護行動に関する心理的虐待項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支 援している	自己決定支 援したい	自己決定支 援必要
		591	591	444
利用者から話しかけられても一切無視した	yes	519 (93.2)	522 (93.7)	395 (70.9)
	no	72 (81.8)	69 (78.4)	49 (55.7)
「ちゃん」付で呼ぶ	yes	195 (95.6)	194 (95.1)	155 (76.0)
	no	396 (89.8)	397 (90.0)	289 (65.5)
大声で怒鳴った	yes	495 (92.7)	499 (93.4)	381 (71.3)
	no	96 (86.5)	92 (82.9)	63 (56.8)
「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	yes	118 (79.2)	144 (96.6)	118 (79.2)
	no	326 (65.7)	447 (90.1)	326 (65.7)
他の人の前で排泄に関することを話した	yes	295 (94.2)	297 (94.9)	235 (75.1)
	no	296 (89.2)	294 (88.6)	209 (63.0)
認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	yes	293 (73.6)	371 (93.2)	293 (73.6)
	no	151 (61.1)	220 (89.1)	151 (61.1)
「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	yes	395 (70.7)	516 (92.3)	516 (92.3)
	no	49 (57.0)	75 (87.2)	75 (87.2)
「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	yes	234 (94.7)	231 (93.5)	189 (76.5)
	no	357 (89.7)	360 (90.5)	255 (64.1)
「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	yes	449 (93.0)	449 (93.0)	351 (72.7)
	no	142 (87.7)	142 (87.7)	93 (57.4)
説明や声かけをせずケアや処置をした	yes	320 (95.0)	320 (95.0)	250 (74.2)
	no	271 (88.0)	271 (88.0)	194 (63.0)

表 36③ 自己決定支援と介護行動に関するネグレクト項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支 援している	自己決定支 援したい	自己決定支 援必要
		591	591	444
粉薬をご飯と一緒に混ぜる	yes	1 (33.3)	51 (36.2)	179 (77.5)
	no	2 (66.7)	90 (63.8)	265 (64.0)
「今忙しいから」と言っ、訴えを後回しにした	yes	159 (74.0)	203 (94.4)	159 (74.0)
	no	285 (66.3)	388 (90.2)	285 (66.3)
自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	yes	543 (92.7)	542 (92.5)	543 (92.7)
	no	48 (81.4)	49 (83.1)	48 (81.4)
失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	yes	418 (70.4)	546 (91.9)	418 (70.4)
	no	26 (51.0)	45 (88.2)	26 (51.0)
ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	yes	393 (69.7)	518 (91.8)	520 (92.2)
	no	51 (63.0)	73 (90.1)	71 (87.7)
意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	yes	426 (70.1)	232 (95.1)	183 (75.0)
	no	18 (48.6)	359 (89.5)	261 (65.1)
運動させない	yes	310 (93.9)	312 (94.5)	246 (74.5)
	no	281 (89.2)	279 (88.6)	198 (62.9)
トイレで排泄できる人にオムツで対応する	yes	409 (93.6)	410 (93.8)	316 (72.3)
	no	182 (87.5)	181 (87.0)	128 (61.5)
オムツ交換を時間で行う	yes	129 (97.0)	131 (98.5)	103 (77.4)
	no	462 (90.2)	460 (89.8)	341 (66.0)
日中車椅子に座らせたまま放置した	yes	411 (93.4)	411 (93.4)	319 (72.5)
	no	180 (87.8)	180 (87.8)	125 (61.0)
本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	yes	381 (94.5)	380 (94.3)	304 (75.4)
	no	210 (86.8)	211 (87.2)	140 (57.9)

表 36④ 自己決定支援と介護行動に関する性的虐待・不適切ケア項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支援している	自己決定支援したい	自己決定支援必要
		591	591	444
女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	yes	47(71.2)	64(97.0)	62(93.9)
	no	397(68.6)	527(91.0)	529(91.4)
下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	yes	365(95.5)	368(96.3)	288(75.4)
	no	226(85.9)	223(84.8)	156(59.3)
元気づけるために安易に体に触れた	yes	54(77.1)	69(98.6)	64(91.4)
	no	390(67.8)	522(90.8)	527(91.7)
性的な冗談や身体について話題にする	yes	254(70.8)	333(92.8)	332(92.5)
	no	190(66.4)	258(90.2)	259(90.6)
他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	yes	368(71.2)	479(92.6)	368(71.2)
	no	76(59.4)	112(87.5)	76(59.4)
利用者の前で職員同士が私的な会話をする	yes	132(96.4)	132(96.4)	108(78.8)
	no	459(90.4)	459(90.4)	336(66.1)
他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	yes	310(75.1)	387(93.7)	310(75.1)
	no	134(57.8)	204(87.9)	134(57.8)

6) 自己決定支援に関する考察

厚労省の報告で、自己決定¹⁴⁷は、『個人の尊厳』であり、すべての人に認められる権利であり、自己決定できないから支援するものではないこと、「本人」が、主体でその支援は従属的であること確認されている。自己決定支援は個人の意思を尊重し、その人が望む生活を営むことや意思に伴った行動をとることを支援することである。認知症高齢者の場合、認知機能が低下したことによって、自己決定が困難になる可能性が高い。その自己決定を支援できない場合に、不適切なケアや虐待がおこる可能性が高い。人権擁護や虐待に関する理解を得ることは、認知症グループホームの介護職にとって不可欠である。調査から、自己決定支援をしていると回答した人は、社会経験、人生経験豊富な50～60代であり、介護福祉士の資格を有し、心身の自覚症状もない人が多く、介護職として自信を持って仕事に従事しているためであると推察する。また、虐待の認識についても「自己決定支援をしている」人は、自ら虐待について知識を得る努力をし、働く環境が虐待防止への取り組みが充実していると感じている人であると推察する。

以上のことから、組織的に虐待防止の取り組みは当然であるが、社会経験や人生経験豊富な年代を活用し、自己決定支援が確実に実施できることが重要である。

¹⁴⁷ 厚労省老人保健健康増進等事業：平成28年度認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業中間報告

7) 自己決定支援に関する小括

認知症ケアには自己決定支援が重要といわれており、認知症高齢者を尊重したケアと虐待の認識に関連があると考え、自己決定支援と個人的特性、希望研修受講内容、介護行動、虐待の認識のそれぞれの関連を検討した。

次のことが明らかとなった。

1. 自己決定している介護職は、50~60代、介護福祉士の有資格者は有意に割合が多かった。
2. 自己決定したいと思っている介護職は、学歴が上がると有意に割合が多かった。
3. 自己決定支援を否定する介護職は、研修受講を希望しないことが多かった。
4. 自己決定支援を肯定している介護職は、職場環境や個人的に虐待の認識を意識していた。
5. 自己決定支援を肯定している介護職は、33項目のうち30項目について虐待と認識している割合が多かった。

以上のことから、自己決定支援が必要、自己決定支援をしたい、自己決定支援をしていると思っている人は、有資格者であり学歴が高く人権擁護や意思を尊重することの重要性が理解できる知識があると思われる。また、自己決定支援を肯定している介護職は虐待の認識もしており、適切な認知症ケアを行っていると思われる。

6. ストレスに関する結果

介護職のストレスについて、日本版バーンアウト尺度を利用し、介護職のストレスに関連する要因を探ることにした。以後、日本版バーンアウト尺度得点を相対的得点として、得点が高ければ「ストレスが高い」、得点が低ければ「ストレスが低い」と表現する。達成感の関しては、得点が低ければストレスが高いと表現する。

今回の分析対象者のバーンアウト尺度 17 項目について因子分析を行ったところ、先行研究同様 3 つの概念毎に収束し、また因子分解による累積寄与率は 47.4%であった。信頼性を評価するために Cronbach の α 係数を求め、消耗感は 0.809、脱人格化は 0.833、達成感は 0.82 であった。

バーンアウト尺度得点と基本属性、虐待に関する個人および職場環境の認識、介護行動に関する虐待の認識、研修受講希望、

1) バーンアウト尺度得点と対象者の基本属性の関連性 (表 37、表 38)

分析対象者 645 名におけるバーンアウト尺度平均点は、消耗感は 13.5 点 (SD±4.5)、脱人格化は 11.0 点 (SD±4.3)、達成感は 16.0 点 (SD±4.8) であった。これらの平均点

は、とくに高値を示す得点とはいえ、全体としては特に問題はない。藤野¹⁴⁸の研究では情緒的消耗感は 12.993 ± 4.3 点、脱人格化は 10.142 ± 3.7 点、個人的達成感は 16.53 ± 4.5 点であった。藤野は社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについて調査している。様々な職種が含まれており相違はあったが、高齢者施設等に施設で従事しているスタッフ 2,801 人からの回答を得ており、参考になると考えた。古村ら¹⁴⁹は、認知症グループホームのケアスタッフにおけるバーンアウトと個人特性との関連について調査分析している。333 人の回答を得られ、平均年齢や性別の割合等同様の結果であり参考になると考えた。古村の結果によるバーンアウト得点は、情緒的消耗感は 14.3 ± 4.9 点、脱人格化 11.2 ± 4.5 点、個人的達成感は 16.1 ± 4.6 点で概ね本研究と同様であり、対象者としての差異はなく分析結果の妥当性はある。

まず、バーンアウト尺度得点と各個人特性変数間の関連をみた。その結果、性別では、情緒的消耗感得点は女性が男性に比べて高かった。個人的達成感得点は女性が男性に比べて低かった。年代は、20 代が 3 つの尺度得点において他の年代に比べて高くストレスが高かった。

経験年数では、個人的達成感 2~5 年は他の経験年数に比較して低くストレスが高かった。介護福祉士資格の有無において得点はほとんど差がなかった。雇用形態では、常勤者は情緒的消耗感および脱人格化の得点が他の勤務形態に比べて高くストレスが高かった。夜勤回数では、月 5 回以上の夜勤をする人は情緒的消耗感が高くストレスは高かった。主観的健康感では、あまりよくない・よくないはとても健康・健康、どちらでもないを比べて 3 尺度得点は高く、ストレスは高かった。心身の自覚症状では、20 項目のうち「ある」と回答した人の情緒的消耗感・脱人格化はほとんど高くストレスが高かった。特に、情緒的消耗感は「毎日くたくたになる」「やる気が出ない」が高得点であった。脱人格化では「やる気が出ない」が高得点であった。個人的達成感では「やる気が出ない」「いらいらする」「朝起きたときでも疲れを感じる」が低かった。

以上から、対象の特性として 20 歳代、常勤者、経験年数が少ない、月 5 回以上の夜勤をしている介護職は、バーンアウト得点が高く、ストレスに感じていると思われる。これらの条件を基本に、ストレス低減への対策が必要である。

¹⁴⁸ 藤野好美 (2001) : 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.

¹⁴⁹ 古村美津代、石竹達也 (2012) : 認知症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、日本公衆衛生学会誌、59 (11)、822-832.

表 37 バーンアウト尺度得点と対象者の個人的特性

項目	人数(%)	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	
		M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)	
性別	男性	119(18.4)	12.64(±4.3)	10.98(±4.4)	16.88(±5.2)
	女性	526(81.6)	13.71(±4.6)	10.98(±4.2)	15.84(±5.2)
年代	10代	3(0.5)	10.00(±3.6)	7.00(±1.0)	16.00(±3.5)
	20代	97(15.0)	15.30(±4.2)	12.14(±4.7)	15.32(±4.9)
	30代	132(20.5)	13.82(±4.7)	11.97(±4.5)	15.58(±4.8)
	40代	141(21.9)	13.99(±4.9)	11.21(±4.1)	15.51(±4.9)
	50代	194(30.1)	12.81(±4.4)	10.39(±4.1)	16.45(±4.7)
	60代	71(11.0)	12.08(±3.5)	9.25(±2.8)	17.31(±4.4)
	70代	7(1.1)	8.86(±3.3)	7.14(±1.6)	20.14(±6.8)
経験年数(n=642)	2年未満	99(15.3)	13.01(±4.9)	10.20(±4.2)	15.90(±4.6)
	2～5年	197(30.7)	14.03(±4.6)	11.29(±4.2)	15.60(±4.9)
	6～9年	141(22.0)	13.25(±4.5)	11.19(±4.5)	15.77(±4.9)
	10年以上	205(31.9)	13.43(±4.3)	10.91(±4.1)	16.68(±4.8)
介護福祉士資格 実務経験	養成コース	191(29.6)	13.31(±4.2)	10.92(±4.1)	16.54(±4.7)
	養成コース	176(27.3)	13.85(±4.5)	11.24(±4.4)	15.90(±4.7)
	資格無	278(43.1)	13.44(±4.8)	10.86(±4.2)	15.76(±4.9)
雇用形態(n=640)	常勤	552(84.9)	13.80(±4.5)	11.19(±4.2)	15.93(±4.8)
	非常勤	73(11.2)	11.74(±4.4)	9.92(±4.3)	16.92(±5.1)
	その他	15(2.3)	11.93(±4.7)	8.93(±2.7)	15.53(±4.5)
夜勤回数(n=642)	なし	106(16.4)	13.09(±5.3)	10.51(±4.6)	16.68(±5.0)
	1～4回/月	176(27.3)	12.93(±4.1)	10.55(±3.7)	16.35(±4.6)
	5回以上/月	363(56.3)	13.92(±4.4)	11.33(±4.3)	15.69(±4.8)
主観的健康 3群(n=643)					
	とても健康・概ね健康	473(73.3)	12.70(±4.3)	10.36(±3.8)	16.34(±4.8)
	どちらでもない	99(15.3)	15.06(±4.2)	12.21(±4.4)	15.21(±4.6)
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	16.85(±4.7)	13.48(±5.3)	15.11(±5.1)
バーンアウト尺度平均点			13.51(±4.6)	10.98(±4.3)	16.03(±4.8)

表 38 バーンアウト尺度得点と対象者の個人的特性（心身の症状の有無）

項 目	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
		M±SD	M±SD	M±SD
首・肩がこる	331	14.22(±4.3)	11.32(±4.4)	15.92(±4.6)
関節痛がある	99	14.45(±4.8)	11.80(±4.8)	16.34(±4.6)
腰痛がある	319	14.3(±4.6)	11.43(±4.4)	15.76(±4.6)
頭痛・頭が痛い	134	15.92(±4.4)	12.87(±5.0)	14.81(±4.9)
動悸・息切れする	41	15.71(±4.4)	12.78(±4.9)	15.80(±4.7)
めまい・立ちくらみがある	77	15.74(±4.7)	12.70(±5.3)	15.88(±4.9)
食欲がない	9	14.22(±2.7)	11.67(±5.1)	17.00(±5.5)
吐き気・嘔吐がある	10	16.10(±4.8)	12.60(±4.3)	17.00(±5.6)
手足がしびれる	43	15.28(±4.6)	11.23(±3.7)	15.63(±4.3)
胃がもたれる	84	16.00(±4.6)	12.96(±5.1)	16.39(±5.4)
下痢・便秘がある	78	16.28(±4.7)	13.26(±5.4)	15.35(±5.6)
眠りが浅い	147	15.34(±4.2)	12.22(±4.1)	16.29(±4.5)
全身がだるい	76	16.70(±4.4)	14.07(±4.9)	15.97(±5.3)
くつろぐ時間がない	121	15.98(±4.8)	12.51(±4.6)	15.64(±5.1)
疲れが取れない	268	15.56(±4.3)	12.05(±4.5)	15.33(±4.8)
毎日くたくたに疲れる	114	17.07(±4.1)	13.21(±4.9)	15.25(±4.7)
やる気が出ない	100	17.63(±4.2)	15.32(±4.5)	14.16(±4.9)
いらいらする	168	16.60(±4.5)	13.96(±4.9)	14.88(±5.0)
時々落ち込む	204	15.88(±4.2)	12.80(±4.7)	15.83(±5.2)
朝起きたときでも疲れを感じる	195	15.73(±4.5)	12.36(±4.7)	14.70(±4.6)

2) バーンアウト尺度得点と虐待に関する個人および職場環境の認識（表 39①②）

虐待に関する個人および職場環境の認識 13 項目とバーンアウト尺度得点の平均点をみた。まず、虐待に関する個人の認識では「不適切だとわかっている、せざるを得ない状況がある」と回答した介護職は「ない」と回答した介護職に比べて、情緒的消耗感・脱人格化の得点は高く、個人的達成感は低く、ストレスは高かった。「虐待までいかないが、不適切なケアがある」と回答した介護職は、「なし」と回答した介護職に比べて、情緒的消耗感・脱人格化の得点は高くストレスが高かった。

次に虐待に関する職場環境の認識では、「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」の 2 項目において、「思わない」と回答した介護職は、「思う」と回答した介護職に比べて情緒的消耗感・脱人格化の得点は高く、個人的達成感は低く、ストレスが高かった。そして、「自

分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある」と「思う」介護職は、「思わない」介護職に比べて情緒的消耗感・脱人格化の得点は高く、ストレスが高かった。また、「自分の働く施設では虐待がない」と「思わない」介護職は「思う」介護職に比べて情緒的消耗感・脱人格化の得点は高く、ストレスが高かった。

個人に関して、不適切とわかっているにもかかわらず得ない状況があること、不適切ケアがあると認識していることから、理解していてもできないことでのストレスが高いと思われる。ストレスを抱えた状態で、ケアにあたるとさらに不適切なケアや虐待が起こってしまうと思われ、虐待の認識にストレスが影響することが明らかとなった。

表 39① バーンアウト尺度得点と虐待に関する個人の認識との関連

項 目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	
			M±SD	M±SD	M±SD	
虐待に関する個人の認識	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	598	13.49(±4.5)	10.92(±4.1)	16.01(±4.8)
		no	47	13.83(±5.2)	11.70(±5.3)	16.23(±4.7)
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes	639	13.49(±4.5)	10.96(±4.2)	16.02(±4.8)
		no	6	15.50(±6.3)	13.67(±5.9)	17.00(±5.7)
	虐待の通報先を知っている	yes	468	13.33(±4.4)	10.77(±4.1)	16.29(±4.7)
		no	177	13.98(±4.8)	11.53(±4.3)	15.34(±4.9)
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes	506	13.57(±4.5)	11.12(±4.2)	16.11(±4.9)
		no	139	13.29(±4.7)	10.47(±4.1)	15.72(±4.5)
	施設内外の研修に参加している	yes	544	13.44(±4.4)	10.90(±4.1)	16.19(±4.8)
		no	101	13.87(±5.0)	11.42(±4.5)	15.18(±4.8)
虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes	479	13.77(±4.5)	11.38(±4.3)	15.96(±4.7)	
	no	166	12.78(±4.4)	9.82(±3.8)	16.22(±5.2)	
不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes	399	14.14(±4.6)	11.7(±4.4)	15.54(±4.6)	
	no	246	12.49(±4.3)	9.82(±3.5)	16.83(±4.9)	

表 39② バーンアウトと虐待に関する職場環境の認識との関連

項 目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	
			M±SD	M±SD	M±SD	
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes	484	13.24(±4.3)	10.8(±4.1)	16.17(±4.8)
		no	161	14.32(±4.9)	11.53(±4.5)	15.62(±4.9)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes	540	13.36(±4.4)	10.81(±4.9)	16.12(±4.8)
		no	105	14.31(±5.2)	11.84(±4.9)	15.57(±4.8)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	390	12.79(±4.2)	10.49(±3.9)	16.75(±4.8)
		no	255	14.61(±4.7)	11.73(±4.6)	14.93(±4.4)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	yes	527	13.75(±4.5)	11.26(±4.3)	16.05(±4.7)
		no	118	12.46(±4.4)	9.75(±3.4)	15.92(±5.2)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	506	13.28(±4.3)	10.62(±3.9)	15.96(±4.8)
		no	139	14.36(±5.0)	12.30(±5.0)	16.27(±4.7)
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	527	13.07(±4.3)	10.53(±3.9)	16.37(±4.8)	
	no	118	15.47(±4.8)	12.99(±4.9)	14.53(±4.6)	

3) バーンアウト尺度得点と介護行動に関する虐待の認識との関連 (表 40①②③④)

グループホームで日常的に実施している介護行動のうち虐待であるとされている 33 項目について、虐待の認識の有無とバーンアウト尺度得点との関連をみた。虐待の種別で表を分けて結果を示す。

33 項目のうち虐待と認識していない介護職の情緒的消耗感・脱人格化得点が高く、個人的達成感得点が低い項目は、『おじいさん』『おばあさん』と呼んだ、『あれが悪い』『これができない』など短所ばかり言う、「運動させない」の 3 項目であった。

脱人格化得点が高く個人的達成感得点が低い項目は、「手荒く寝具をかける」、「意思を伝えられないひとに対し、『もう食べないの』と聞いた」、「本人の返事を待たずに食事膳を片付けた」、「下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した」、「他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる」の 5 項目であった。

虐待と認識していない項目で情緒的消耗感得点のみが高い項目は、「嫌がる利用者に無理やり食事をさせた」1 項目であった。また、情緒的消耗感得点が高く個人的達成感得点が低い項目は、「粉薬をご飯と一緒に混ぜる」1 項目であった。

脱人格化得点のみが高い項目は、「認知症なので本人はわからないので『あだ名』で呼んでいた」、「自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない」、「トイレで排泄できる人にオムツで対応する」、「他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする」4 項目であった。

個人的達成感得点のみ低い項目は「入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた」、「『ちゃん』付けで呼ぶ」「大声で怒鳴った」、「他の人の前で排泄の話をした」、「『臭い』『ばっちい』と言っておむつ交換した」、「『頭をなでる』など子供に対するような対応や言葉かけをする」、「利用者の中で私的な会話をする」の 7 項目であった。

33 項目すべてにおいて、虐待と認識しない人が情緒的消耗感、脱人格化得点が高く、個人的達成感得点が低かったことから、ストレスと虐待と認識しないことと関連があると推測できる。また、介護ケア項目の中で、バーンアウト得点が高い項目は心理的ケアが多いことが明らかになった。ストレスを緩和する対処法を検討する必要がある。

表 40① バーンアウト尺度得点と介護行動に関する**身体的虐待の認識**

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)
入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	yes	485	13.3(±4.5)	10.8(±4.2)	16.3(±4.9)
	no	160	14.1(±4.6)	11.5(±4.3)	15.3(±4.7)
手荒く寝具をかける	yes	361	13.2(±4.6)	10.5(±4.2)	16.6(±5.0)

	no	284	13.9(±4.5)	11.6(±4.2)	15.3(±4.5)
嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	yes	426	13.3(±4.6)	10.8(±4.2)	16.1(±4.8)
	no	219	14.0(±4.5)	11.4(±4.3)	16.0(±4.9)
利用者に叩かれたので叩き返した	yes	591	13.5(±4.5)	11.0(±4.2)	16.0(±4.9)
	no	54	13.2(±4.9)	11.3(±4.3)	16.0(±4.3)
ベッドに長時間抑制・拘束した	yes	608	13.5(±4.5)	10.9(±4.2)	16.1(±4.9)
	no	37	14.6(±5.4)	12.5(±5.0)	15.8(±4.7)

表 40② パーンアウト尺度得点と介護行動に関する心理的虐待の認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)
利用者から話しかけられても一切無視した	yes	557	13.4(±4.5)	10.9(±4.2)	16.1(±4.9)
	no	88	14.1(±4.7)	11.7(±4.4)	15.1(±4.6)
「ちゃん」付で呼ぶ	yes	204	13.2(±4.6)	11.0(±4.6)	16.7(±4.9)
	no	441	13.6(±4.5)	11.0(±4.1)	15.7(±4.8)
大声で怒鳴った	yes	534	13.4(±4.5)	10.9(±4.2)	16.2(±4.9)
	no	111	13.9(±4.6)	11.6(±4.2)	15.2(±4.7)
「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	yes	149	12.8(±4.5)	10.2(±3.9)	16.8(±4.7)
	no	496	13.7(±4.5)	11.2(±4.3)	15.8(±4.9)
他の人の前で排泄に関する話を話した	yes	313	13.5(±4.6)	10.8(±4.3)	16.5(±4.9)
	no	332	13.6(±4.5)	11.2(±4.2)	15.6(±4.8)
認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	yes	389	13.3(±4.5)	10.6(±4.2)	16.2(±5.0)
	no	247	13.8(±4.7)	11.5(±4.2)	15.7(±4.6)
「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	yes	559	13.5(±4.5)	10.9(±4.3)	16.2(±4.9)
	no	86	13.9(±4.7)	11.5(±4.0)	14.7(±4.3)
「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	yes	247	13.1(±4.5)	10.6(±4.3)	16.6(±5.0)
	no	398	13.8(±4.6)	11.2(±4.2)	15.7(±4.7)
「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	yes	483	13.3(±4.5)	10.6(±4.2)	16.3(±4.9)
	no	162	14.3(±4.6)	12.2(±4.3)	15.1(±4.6)
説明や声かけをせずケアや処置をした	yes	337	13.4(±4.7)	10.7(±4.4)	16.4(±5.0)
	no	308	13.6(±4.4)	11.3(±4.1)	15.7(±4.6)

表 40③ パーンアウト尺度得点と介護行動に関するネグレクトの認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M±SD	M±SD	M±SD
粉薬をご飯と一緒に混ぜる	yes	231	13.0(±4.7)	10.6(±4.2)	16.7(±4.8)
	no	414	13.8(±4.5)	11.2(±4.3)	15.7(±4.8)
「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	yes	215	13.1(±4.6)	10.6(±4.1)	16.4(±4.9)
	no	430	13.7(±4.5)	11.2(±4.3)	15.9(±4.8)
自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	yes	586	13.5(±4.6)	10.8(±4.2)	16.0(±4.8)
	no	59	14.1(±4.6)	12.4(±4.8)	16.0(±5.2)
失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	yes	594	13.5(±4.6)	10.9(±4.3)	16.1(±4.9)
	no	51	14.0(±4.5)	12.0(±3.8)	15.1(±4.7)
ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	yes	564	13.4(±4.6)	10.9(±4.3)	16.1(±4.9)
	no	81	14.0(±4.3)	11.6(±3.8)	15.4(±4.3)
意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	yes	244	13.2(±4.5)	10.4(±4.0)	16.7(±4.9)
	no	401	13.7(±4.6)	11.4(±4.3)	15.6(±4.8)
運動させない	yes	330	13.2(±4.5)	10.6(±4.2)	16.5(±5.0)
	no	315	13.9(±4.6)	11.4(±4.3)	15.6(±4.6)
トイレで排泄できる人にオムツで対応する	yes	437	13.3(±4.6)	10.7(±4.2)	16.2(±4.9)
	no	208	14.0(±4.5)	11.6(±4.2)	15.7(±4.8)
オムツ交換を時間で行う	yes	133	13.3(±4.8)	10.5(±4.3)	16.4(±4.6)
	no	512	13.6(±4.5)	11.1(±4.2)	15.9(±4.9)
日中車椅子に座らせたまま放置した	yes	440	13.4(±4.5)	10.8(±4.1)	16.1(±4.8)
	no	205	13.8(±4.7)	11.4(±4.6)	15.8(±4.9)
本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	yes	403	13.4(±4.6)	10.7(±4.2)	16.4(±4.9)
	no	242	13.7(±4.5)	11.5(±4.3)	15.4(±4.7)

表 40④ バーンアウト尺度得点と介護行動に関する性的虐待・不適切ケアの認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M±SD	M±SD	M±SD
女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	yes	66	12.9(±5.0)	10.6(±4.5)	16.8(±5.0)
	no	579	13.6(±4.5)	11.0(±4.2)	16.0(±4.8)
下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	yes	382	13.4(±4.6)	10.6(±4.2)	16.4(±5.1)
	no	263	13.7(±4.4)	11.6(±4.2)	15.5(±4.5)
元気づけるために安易に体に触れた	yes	70	13.3(±4.4)	10.4(±3.8)	16.2(±5.3)
	no	575	13.5(±4.6)	11.0(±4.3)	16.0(±4.8)
性的な冗談や身体について話題にする	yes	359	13.1(±4.5)	10.7(±4.3)	16.3(±5.0)
	no	286	14.0(±4.6)	11.4(±4.1)	15.7(±4.7)
他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	yes	723	13.3(±4.6)	10.6(±4.2)	16.1(±4.8)
	no	180	13.7(±4.5)	11.6(±4.3)	15.8(±4.8)
利用者の中で職員同士が私的な会話をする	yes	137	13.0(±4.6)	10.5(±4.1)	16.9(±5.0)
	no	508	13.7(±4.5)	11.1(±4.3)	15.8(±4.8)
他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	yes	413	13.4(±4.6)	10.7(±4.3)	16.5(±4.9)
	no	232	13.8(±4.5)	11.5(±4.1)	15.1(±4.7)

4) バーンアウト尺度得点と研修受講希望との関連 (表 41)、

今後受講を希望する研修内容の有無とバーンアウトとの関連において、職員のメンタルケアに関する内容について「希望する」介護職は「希望しない」介護職と比べて 3 尺度得点は高かった。情緒的消耗感得点は「希望する」人の平均点 13.88 ± 4.6 点、「希望しない」人の平均点は 12.82 ± 4.4 点で「希望する」人の得点が高かった。また、脱人格化得点は「希望する」人の平均点は 11.25 ± 4.4 点、「希望しない」人は 10.41 ± 3.8 点と「希望する」人の得点が高かった。個人的達成感得点では「希望する」人の平均点は 16.19 ± 5.0 点、「希望しない」人は 15.84 ± 4.5 点で「希望しない」人の得点が低かった。

研修受講希望におけるバーンアウト得点は差がない状況である。しかし、その中で「職員のメンタルに関する内容」を希望する人は、バーンアウト得点が高く、ストレス対処をしたいと考えている。やはり、ストレス対処法の研修は必要と思われる。

表 41 バーンアウト尺度得点と研修受講希望 (n=638)

項 目	受講の有無	人数(%)	情緒的	脱人格化	個人的	
			消耗感		達成感	
			M±SD	M±SD	M±SD	
過去 1 年間研修を受講した(N=645)	yes	561(87.0)	13.60(±4.5)	11.00(±4.2)	16.2(±4.9)	
	no	84(13.0)	13.30(±4.8)	11.10(±4.4)	15.2(±4.4)	
今後受講したい研修内容	人権擁護・意思尊重に関する内容	yes	122(19.1)	13.54(±4.9)	10.90(±4.2)	17.00(±4.7)
		no	516(80.9)	13.46(±4.5)	10.93(±4.2)	15.83(±4.8)
	介護ケアに関する内容	yes	237(37.1)	13.42(±4.6)	10.78(±3.9)	16.20(±4.7)
		no	401(62.9)	13.50(±4.5)	11.01(±4.3)	16.00(±4.9)
	緊急時の対応に関する内容	yes	303(47.5)	13.80(±4.5)	11.01(±4.1)	15.79(±4.5)
		no	335(52.5)	13.17(±4.6)	10.85(±4.3)	16.30(±5.1)
	認知症理解に関する内容	yes	283(44.0)	13.54(±4.5)	10.73(±3.9)	16.28(±4.7)
		no	355(55.6)	13.42(±4.6)	11.08(±4.4)	15.88(±4.9)
	虐待に関する内容	yes	122(19.1)	14.07(±4.3)	11.11(±4.1)	16.63(±5.1)
		no	516(80.9)	13.33(±4.6)	10.88(±4.2)	15.92(±4.8)
	高齢者理解に関する内容	yes	100(25.1)	13.24(±4.7)	10.52(±4.0)	16.19(±5.0)
		no	478(74.9)	13.55(±4.5)	11.06(±4.2)	16.01(±4.8)
	職員のメンタルに関する内容	yes	391(61.3)	13.88(±4.6)	11.25(±4.4)	16.19(±5.0)
		no	247(38.7)	12.82(±4.4)	10.41(±3.8)	15.84(±4.5)
	接遇・コミュニケーションに関する内容	yes	267(41.8)	13.76(±4.8)	11.07(±4.2)	16.04(±4.9)
		no	371(58.2)	13.27(±4.4)	10.82(±4.1)	16.06(±4.7)

5) バーンアウト尺度得点と自己決定支援に関する項目の関連 (表 42)

介護職の自己決定支援に関する項目「自己決定支援は必要」、「自己決定支援したい」、「自己決定支援している」の 3 項目とバーンアウト尺度得点について、いずれの項目も「いいえ」と回答した人が、平均点が高くストレスが高い傾向にあった。

「自己決定支援は必要」の情緒的消耗感について、「必要である」は 13.49 ± 4.5 点、「必要ない」は 13.78 ± 4.5 点、脱人格化について「必要である」は 10.9 ± 4.2 点、「必要なし」は 11.44 ± 4.6 点、個人的達成感について「必要である」は 16.07 ± 4.8 点、「必要なし」は 15.61 ± 5.2 点であった。

「自己決定支援したい」の情緒的消耗感について、「したい」は 13.39 ± 4.5 点、「したくない」は 14.87 ± 5.2 点、脱人格化について「したい」は 10.82 ± 4.2 点、「したくない」は 12.78 ± 4.8 点、個人的達成感について「したい」は 16.14 ± 4.8 点、「したくない」は

14.81±4.9 点であった。

「自己決定支援している」の情緒的消耗感について、「している」は 13.05±4.4 点、「していない」は 14.54±4.7 点、脱人格化について「している」は 10.67±4.1 点、「していない」は 11.66±4.4 点、個人的達成感について「している」は 16.46±4.8 点、「していない」は 15.8±4.8 点であった。

特に「自己決定支援したくない」の個人的達成感、得点が低く 16 点未満はストレスが高い傾向にあると言える。このことは、自己決定支援をしたいができないことで個人的達成感が低くなると考えられ、そう考えていることは認知症高齢者の尊重したケアにはならず、心理的虐待・ネグレクト等の虐待につながる可能性があると思われる。

表 42 バーンアウト尺度得点と自己決定支援 (n=645)

項目	有無	人数(%)	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)
自己決定支援必要	yes	591(91.6)	13.49(±4.5)	10.94(±4.2)	16.07(±4.8)
	no	54(8.4)	13.78(±4.9)	11.44(±4.6)	15.61(±5.2)
自己決定支援したい	yes	591(91.6)	13.39(±4.5)	10.82(±4.2)	16.14(±4.8)
	no	54(8.4)	14.87(±5.2)	12.78(±4.8)	14.81(±4.9)
自己決定支援している	yes	444(68.8)	13.05(±4.4)	10.67(±4.1)	16.46(±4.8)
	no	201(31.2)	14.54(±4.7)	11.66(±4.4)	15.08(±4.8)

6) バーンアウト尺度得点高低 2 群と基本属性との関連 (表 43①②③)

情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の 3 つの尺度別に結果を表に示す。

情緒的消耗感は 19 点以上を消耗感あり、脱人格化は 15 点以上を脱人格化あり、個人的達成感は 16 点未満を達成感なしとストレスが高いと定義した。消耗感ありは 92 人、全体の 14%で平均点 21.3±1.9 点、消耗感なしの平均点は 12.2±3.4 点であった。

脱人格化ありは 116 人で全体の 18%、その平均点は 18.3±3.1 点、脱人格化なしの平均点は 9.4±2.4 点であった。

達成感なしは 327 人、全体の 50.7%で平均点は 12.2±2.4 点、達成感ありの平均点は 19.9±3.2 点であった。

得点の高低 2 群の消耗感、脱人格化、達成感¹⁵⁰の有無と個人特性、研修受講に関する事項、個人の健康状態に関する事項、自己決定支援に関する事項とそれぞれ χ^2 検定を行った。

バーンアウト尺度得点と対象者の基本属性の関連では、性別において達成感なしの男性

¹⁵⁰ 消耗感は情緒的消耗感、達成感は個人的達成感を略した。

は女性に比べて有意に割合が多かった。年齢 3 群において消耗感ありは 40～50 代、脱人格化ありは 10～30 代がともに 50%以上を占め、他の年代に比べて有意に割合が多くみられた。健康感 3 群においては「あまりよくない・よくない」とする消耗感あり、脱人格化ありは他の主観的健康感に比べて割合が有意に多く 20%を占めていた。消耗感、脱人格化、達成感のいずれにも経験年数、介護福祉士資格の有無、雇用形態、夜勤回数について関連はなかった。

表 43① 高情緒的消耗感 2 群と基本属性との関連

項目	人数(%)	高情緒的消耗感		p 値	
		あり	なし		
性別	男性	119(18.4)	11(12.0)	108(19.5)	0.052
	女性	526(81.6)	81(88.0)	445(80.5)	
年齢 3 群	10～30 代	232(36.0)	42(45.7)	190(34.4)	0.003
	40～50 代	335(51.9)	48(52.2)	287(51.9)	
	60 代以上	78(12.1)	2(2.2)	76(13.7)	
経験年数 4 群	2 年未満	99(15.3)	14(15.2)	85(15.4)	0.531
	2～5 年	198(30.7)	34(37.0)	164(29.7)	
	6～9 年	142(22.0)	17(18.5)	125(22.6)	
	10 年以上	206(31.9)	27(29.3)	179(32.4)	
介護福祉士資格	あり	367(56.9)	47(51.0)	320(57.9)	0.135
	なし	278(43.1)	45(48.9)	233(42.1)	
雇用形態	常勤	552(85.6)	85(92.4)	467(85.2)	0.146
	非常勤	73(11.2)	5(5.4)	68(12.4)	
	その他	15(2.3)	2(2.2)	13(2.4)	
夜勤回数 3 群	なし	106(16.4)	16(17.4)	90(16.3)	0.300
	1～4 回/月	176(27.3)	19(20.7)	157(28.4)	
	5 回以上/月	363(56.3)	57(62.0)	306(55.3)	
主観的健康感 3 群	とても健康・概ね健康	473(73.3)	48(52.2)	425(77.1)	0.000
	どちらでもない	99(15.3)	20(21.7)	79(14.3)	
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	24(26.1)	47(8.5)	
バーンアウト尺度平均点			21.3(±1.9)	12.2(±3.4)	0.000

χ^2 検定 p<0.05

表 43② 高脱人格化得点高低 2 群と基本属性との関連

項目	人数(%)	高脱人格化			
		あり	なし	p 値	
性別	男性	119(18.4)	20(17.2)	99(18.7)	792
	女性	526(81.6)	96(82.8)	430(81.3)	
年齢 3 群	10~30 代	232(36.0)	62(53.4)	170(32.1)	0.000
	40~50 代	335(51.9)	49(42.2)	286(54.1)	
	60 代以上	78(12.1)	5(4.3)	73(13.8)	
経験年数 4 群	2 年未満	99(15.3)	12(10.3)	87(16.4)	0.231
	2~5 年	198(30.7)	42(36.2)	156(29.5)	
	6~9 年	142(22.0)	28(24.1)	114(21.6)	
	10 年以上	206(31.9)	34(29.3)	172(32.5)	
介護福祉士資格	あり	367(56.9)	66(56.9)	301(56.9)	1.000
	なし	278(43.1)	50(43.1)	228(43.1)	
雇用形態	常勤	552(85.6)	104(89.7)	448(85.5)	0.372
	非常勤	73(11.2)	11(9.5)	62(11.8)	
	その他	15(2.3)	1(0.9)	14(2.7)	
夜勤回数 3 群	なし	106(16.4)	18(15.5)	88(16.6)	0.154
	1~4 回/月	176(27.3)	24(20.7)	152(28.7)	
	5 回以上/月	363(56.3)	74(63.8)	289(54.6)	
主観的健康感 3 群	とても健康・概ね健康	473(73.3)	64(55.2)	409(77.6)	0.000
	どちらでもない	99(15.3)	25(21.6)	74(14.0)	
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	27(23.3)	44(8.3)	
ハーンアウト尺度平均点			18.3(±3.1)	9.4(±2.4)	0.000

χ^2 検定 $p < 0.05$

表 43③ 低個人的達成感得点高低 2 群と基本属性との関連

項目	人数 (%)	低個人的達成感			
		あり	なし	p 値	
性別	男性	119(18.4)	71(21.7)	48(15.1)	0.019
	女性	526(81.6)	256(78.3)	270(84.9)	
年齢 3 群	10～30 代	232(36.0)	112(34.3)	120(37.7)	0.179
	40～50 代	335(51.9)	168(51.4)	167(52.5)	
	60 代以上	78(12.1)	47(14.4)	31(9.7)	
経験年数 4 群	2 年未満	99(15.3)	46(14.1)	53(16.7)	0.203
	2～5 年	198(30.7)	95(29.1)	103(32.4)	
	6～9 年	142(22.0)	69(21.1)	73(23.0)	
	10 年以上	206(31.9)	117(35.8)	89(28.0)	
介護福祉士資格	あり	367(56.9)	193(59.0)	174(54.7)	0.301
	なし	278(43.1)	134(41.0)	144(45.3)	
雇用形態	常勤	552(85.6)	273(84.5)	279(88.0)	0.42
	非常勤	73(11.2)	42(13.0)	31(9.8)	
	その他	15(2.3)	8(2.5)	7(2.2)	
夜勤回数 3 群	なし	106(16.4)	62(19.0)	44(13.8)	0.175
	1～4 回/月	176(27.3)	90(27.5)	86(27.0)	
	5 回以上/月	363(56.3)	175(53.5)	188(59.1)	
主観的健康感 3 群	とても健康・概ね健康	473(73.3)	253(77.4)	220(69.6)	0.07
	どちらでもない	99(15.3)	45(13.8)	54(17.1)	
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	29(8.9)	42(13.3)	
バーンアウト尺度平均点			12.1(±2.4)	19.9(±3.2)	0.000

χ^2 検定 p<0.05

7) バーンアウト尺度得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連 (表 44①②③)

心身の自覚症状は有意差のある項目のみ表に示す。

バーンアウトと心身の自覚症状 20 項目との関連では、消耗感ありは 15 項目、脱人格化ありは 16 項目で消耗感なし・脱人格化なしの人数に比べて有意に割合が少なかった。達成感なしは、「頭痛がある」「疲れが取れない」「毎日くたくたに疲れる」「やる気が出ない」「いらいらする」「朝起きたときでも疲れを感じる」の項目では、達成感ありに比べて割合が有意に多かった。つまり、達成感をあまり感じないと心身の自覚症状も現れ、ストレスを感じていると思われる。

表 44① 高情緒的消耗感得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

項 目	人数	高情緒的消耗感		
		あり	なし	p 値
腰痛がある	319	259(46.3)	63(68.5)	<0.000
頭痛・頭が痛い	134	96(17.4)	38(41.3)	<0.000
めまい・立ちくらみがある	77	56(10.1)	21(22.8)	0.001
手足がしびれる	43	31(5.6)	12(13.0)	0.013
胃がもたれる	84	61(11.0)	23(25.0)	0.001
下痢・便秘がある	78	55(9.9)	23(25.0)	<0.000
眠りが浅い	147	113(20.4)	34(37.0)	0.001
全身がだるい	76	51(9.2)	25(27.2)	<0.000
くつろぐ時間がない	121	81(14.6)	40(43.5)	<0.000
疲れが取れない	268	205(37.1)	63(68.5)	<0.000
毎日くたくたに疲れる	114	76(13.7)	38(41.3)	<0.000
やる気が出ない	100	59(10.7)	41(44.6)	<0.000
いらいらする	168	109(19.7)	59(64.1)	<0.000
時々落ち込む	204	152(27.5)	52(56.5)	<0.000
朝起きたときでも疲れを感じる	195	145(26.2)	50(54.3)	<0.000

χ^2 検定 P<0.05

表 44② 高脱人格化得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

項 目	人数	高脱人格化		
		あり	なし	p 値
首・肩がこる	331	260(49.1)	71(61.2)	0.024
腰痛がある	319	250(47.3)	69(59.5)	0.018
頭痛・頭が痛い	134	90(17.0)	44(37.9)	<0.000
めまい・立ちくらみがある	77	51(9.6)	26(22.4)	<0.000
吐き気・嘔吐がある	10	5(0.9)	5(4.3)	0.02
胃がもたれる	84	55(10.4)	29(25.0)	<0.000
下痢・便秘がある	78	49(9.3)	29(25.0)	<0.000
眠りが浅い	147	102(19.3)	45(38.8)	<0.000
全身がだるい	76	42(7.9)	34(29.3)	<0.000
くつろぐ時間がない	121	88(16.6)	33(28.4)	0.005
疲れが取れない	268	197(37.2)	71(61.2)	<0.000
毎日くたくたに疲れる	114	75(14.2)	39(33.6)	<0.000
やる気が出ない	100	49(9.3)	51(44.0)	<0.000

いらいらする	168	99(18.7)	69(59.5)	<0.000
時々落ち込む	204	142(26.8)	62(53.4)	<0.000
朝起きたときでも疲れを感じる	195	137(25.9)	58(50.0)	<0.000

χ^2 検定 P<0.05

表 44③ 低個人的達成感得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

項目	人数	低個人的達成感		
		あり	なし	P 値
頭痛・頭が痛い	134	77(24.2)	57(17.4)	0.041
疲れが取れない	268	150(47.2)	118(36.1)	0.005
毎日くたくたに疲れる	114	67(21.1)	47(14.4)	0.03
やる気が出ない	100	69(21.7)	31(9.5)	<0.000
いらいらする	168	99(31.1)	69(21.1)	0.004
朝起きたときでも疲れを感じる	195	119(37.4)	76(23.2)	<0.000

χ^2 検定 P<0.05

8) バーンアウト尺度得点高低 2 群と研修受講希望との関連 (表 45)

3 つの尺度に有意差のあった項目のみ表に示す。

バーンアウトと研修受講希望との関連では、「人権擁護・意思の尊重等に関する内容」を希望する人は達成感なしが達成感ありに比べて有意に割合が多かった。「職員のメンタルケアに関する内容」は消耗感あり、脱人格化ありは消耗感なし、脱人格化なしに比べて有意に割合が多かった。「接遇・コミュニケーションに関する内容」について脱人格化ありは脱人格化なしに比べて有意に割合が多かった。つまり、研修受講を希望している人は、達成感が低く、生活支援の場では個人の尊厳を守り、意思を尊重することができていない状況から、不安を持っているための研修受講ではないかと思われる。また、脱人格化は相手を無視したり、名前を呼ばない等の状況になると言われており、接遇・コミュニケーションに関して、ストレス対処したいと考えているためではないかと思われる。

表 45 バーンアウト尺度得点高低 2 群と研修受講希望との関連

項目	人数	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感		
		あり	なし	p 値	あり	なし	p 値	あり	なし	p 値
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	122							75(23.1)	47(15.0)	0.009
職員のメンタルケア	391	66(74.2)	325(59.2)	0.007	82(72.6)	309(58.9)	0.008			
接遇・コミュニケーション	267				57(50.4)	210(40.0)	0.046			
χ^2 検定 P<0.05										

9) バーンアウト尺度得点高低 2 群と自己決定支援との関連 (表 46)

バーンアウト得点と自己決定支援の関連では、「自己決定支援をしたい」人について消耗感ありは消耗感なしに比べて有意に割合が少なかった。「自己決定支援している」人について消耗感あり、脱人格化ありの 2 つの尺度は消耗感なし、脱人格化なしに比べて有意に割合が少なかった。達成感なしは達成感ありに比べて有意に割合が多かった。自己決定できているということは、介護職として認知症高齢者へのケアに自信を持って実践しているため、ストレスは少ないと思われる。

表 46 バーンアウト尺度得点高低 2 群と自己決定支援との関連

項目	人数 (%)	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感		
		あり	なし	p 値	あり	なし	p 値	あり	なし	p 値
		92 (14.3)	553 (85.7)		116 (12.0)	529 (82.0)		327 (50.7)	318 (49.3)	
自己決定支援 必要と思う	591 (91.6)	81 (88.0)	510 (92.2)	0.219	106 (91.4)	485 (91.7)	0.855	302 (92.4)	289 (90.9)	0.57
自己決定支援 したい	591 (91.6)	78 (84.8)	513 (92.8)	0.023	101 (87.1)	490 (92.6)	0.063	306 (93.6)	285 (89.6)	0.087
自己決定支援 している	444 (68.8)	52 (56.5)	392 (70.9)	0.007	70 (60.3)	374 (70.7)	0.035	242 (74.0)	202 (63.5)	0.005

χ^2 検定 バーンアウト尺度平均点は t 検定 P<0.05

10) バーンアウト尺度得点のロジスティック回帰分析結果 (表 47①②)

性別、経験年数、介護福祉士資格、夜勤回数、健康状態を調整因子として、自己決定支援、虐待に関する認識、介護行動に関する虐待の認識について 2 項ロジスティック回帰分析を行った。有意な結果のあった項目のみ表に示す。

職場環境に関する虐待の認識では「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」について、そう思う人は思わない人より消耗感あり (オッズ比: 2.793、2.333) と脱人格化あり (オッズ比: 2.619、1.547) のリスクが有意に高く、達成感なし (オッズ比: 0.64、0.598) のリスクが有意に低い。あわせて、介護行動に関する虐待の認識で「手荒く寝具をかける」「『あれが悪い』『これができない』など短所ばかりを言う」も同様にそう思う人は思わない人より消耗感あり (オッズ比: 1.737、1.981) と脱人格化あり (オッズ比: 1.733、2.177) のリスクが有意に高く、達成感なし (オッズ比: 0.682、0.642) のリスクが有意に低いという結果であった。これは、職場環境が良好であり、介護行動も虐待と認識している介護職はストレスが高い結果となった。これは、現状に満足できないと感じてお

り、より良い職場環境や介護ケアを求めている為と思われる。

また、「不適切だとわかっている、せざるを得ない」と思う人は思わない人より消耗感ありのリスク（オッズ比：0.496）、脱人格化ありのリスク（オッズ比：0.493）が有意に低く、達成感なしのリスク（オッズ比：1.463）が有意に高い。これは、自分の倫理観や認知症高齢者への介護について葛藤していると思われ、仕方がないとあきらめていることがストレスとなっていると思われる。

自己決定支援について、自己決定支援したいと思っている人は、思わない人より消耗感ありのリスク（オッズ比：2.615）、脱人格化ありのリスク（オッズ比：2.13）が有意に高かった。そして、自己決定支援していると思っている人は、思わない人より消耗感ありのリスク（オッズ比：1.935）、脱人格化ありのリスク（オッズ比：1.665）が有意に高かった。また、達成感なしのリスク（オッズ比：0.633）は有意に低かった。自己決定支援をしている人は先述したとおり、自信や達成感を持って実践している。しかし、現実には他の介護職や管理者等は自己決定支援ができていないと感じており、ストレスが高いと思われる。

表 47① パーンアウト尺度得点のロジスティック回帰分析結果

項目	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感			
	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	
希望研修内容	人権擁護・意思の尊重等に関する内容						0.551	0.364-0.834	0.005	
	虐待に関する内容	0.572	0.327-0.998	0.049						
	職員のメンタルケア	0.448	0.263-0.764	0.003	0.527	0.33-0.843	0.007			
	接遇・コミュニケーション				0.612	0.401-0.934	0.023			
自己決定支援	自己決定支援したい	2.615	1.316-5.195	0.006	2.13	1.105-4.107	0.024			
	自己決定支援している	1.935	1.206-3.107	0.006	1.665	1.079-2.568	0.021	0.633	0.458-0.914	0.009
虐待に関する認識	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う			0.472	0.273-0.815	0.007				
	不適切だとわかっている、せざるを得ない状況がある	0.496	0.296-0.831	0.008	0.493	0.309-0.785	0.003	1.463	1.055-2.029	0.022
	虐待防止についての施設として取り組みがある	1.71	1.043-2.802	0.033						
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	2.333	1.454-3.744	<0.000	1.547	1.012-2.367	0.044	0.598	0.43-0.831	0.002
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある				0.42	0.214-0.823	0.012			
	自分の働く施設では虐待がないと思う	1.745	1.045-2.914	0.033	2.276	1.441-3.595	<0.000			
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	2.793	1.685-4.632	<0.000	2.619	1.639-4.186	<0.000	0.64	0.422-0.971	0.036	

表 47② バーンアウト尺度得点のロジスティック回帰分析結果

項 目	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感			
	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	
身体的虐待項目	手荒く寝具をかける	1.737	1.092-2.764	0.02	1.733	1.138-2.639	0.01	0.682	0.495-0.939	0.019
	ベッドに長時間抑制・拘束した	2.295	1.041-5.06	0.039	3.384	1.659-6.903	0.001			
心理的虐待項目	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ				2.297	1.274-4.14	0.006	0.635	0.435-0.927	0.019
	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した							0.558	0.347-0.988	0.016
	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	1.981	1.213-3.237	0.006	2.177	1.395-3.399	0.001	0.642	0.445-0.927	0.018
	大声で怒鳴った							0.61	0.399-0.932	0.022
	他の人の前で排泄に関することを話した				1.557	1.022-2.372	0.039	0.671	0.489-0.921	0.014
	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた				2.057	1.343-3.149	0.001			
ネグレクト項目	意思が伝えない人に対し、「もう食べないの」と聞いた				1.728	1.097-2.723	0.018	0.627	0.451-0.873	0.006
	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない				2.243	1.22-4.124	0.009			
	運動させない	1.636	1.027-2.606	0.038						
	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた				1.568	1.03-2.388	0.036			
性的虐待項目	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した				1.712	1.119-2.618	0.013			
	性的な冗談や身体について話題にする	1.753	1.106-2.778	0.017						
	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする				1.863	1.153-3.012	0.011			
不適切	他の職員が見ていないとぞんざいになる						0.569	0.408-0.794	0.001	

1) 性、経験年数、介護福祉士資格、夜勤回数、健康状態を調整した

2) 研修受講、自己決定支援、虐待に関する個人的および職場環境の認識において、はい=0、いいえ=1、介護行動に関する虐待の認識において、思う=0、思わない=1とした。

3) 2 項ロジスティック回帰分析

11) ストレスに関する考察

以上のことから、バーンアウト尺度得点と基本属性においては、三徳（2008）ら^{151）}の研究では女性はストレスの要求度が高いことを報告しており、先行研究を支持する結果となった。三徳らは介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症グループホームの3施設で働く介護職 2,171 人を対象として職業性ストレスを調査分析している。ストレス尺度は異なっているが、施設別のストレスの相違を明らかにしており、認知症グループホームの介護職のストレスについて参考になると考えた。

次に、20 代、70 代は他の年代に比較して得点に有意差があり、20 代は有意にストレ

^{151）} 三徳和子、森本寛訓、矢野香代、他 4 名（2008）：施設における高齢者ケア従事者の職業性ストレス要因とその特徴、川崎医療福祉学会誌、18（1）、121-128.

スが高く 70 代は有意にストレスが少ないことが明らかになった。藤原 (2008)¹⁵²の先行研究では情緒的消耗感と脱人格化では 20 代が 40 代に比べて有意に高いとしている。本研究では 20 代は有意にストレスが高いことが明らかになり若い世代がストレスを起こしやすいことは同様の結果を示した。藤原らは、介護従事者の労働実態とバーンアウトについて調査しており、労働実態として認知症グループホームの介護職も含まれており、参考にできるのではないかと考えた。しかし、藤原らによると個人的達成感について有意差はなかったとしているが、本研究ではどの年代よりも個人的達成感は低く、ストレスを感じていると思われた。個人的達成感「ヒューマンサービスの職務に関わる有能感、達成感」と定義される。成果の急激な落ち込みと有能感や達成感の低下は、離職や自己否定につながる可能性があるとして久保 (2014)¹⁵³は説明している。若い年代は意欲的に介護職に就き、努力を重ねている時期であるが、認知症高齢者との日々の介護で思うようにいかないことや経験したことのない状況にあたり、できると思っていたことがうまくいかず落ち込む結果として、個人的達成感が有意になったのではないと思われる。そして、久保はさらに情緒的消耗感「情緒の枯渇であると言われ、日々の介護の中で過大な情緒的に出し尽くしてしまうことにある」と述べている。年代の若い介護職は、人生経験が少なく認知症高齢者の理解も乏しいなかで、介護職としてひとつひとつ経験を積みあげる段階であり、認知症高齢者の立場を尊重し、その行動も受け入れ対処していくことにエネルギーを費やし、情緒的に疲弊し消耗し、ストレスが高くなっていると思われる。

年代とは逆に 10 年以上の経験年数者では、個人的達成感が有意に高くストレスが少なく、介護に従事する中での出来事への対処や経験の積み重ねから認知症高齢者を理解し、相手を尊重した態度で接することが可能になる。加えて、社会生活を営む者としての認識や高齢者特有の心身の特徴を理解するなど、様々な経験を積むことがストレスを緩和している可能性がある。そして、主観的健康感が良くない介護職は、健康感が良いと思っている介護職に比べてバーンアウト尺度得点が高く、介護職として身体的心理的負担が大きいことと関連していると思われる。それは、心身の自覚症状と介護行動との関連をみても、「毎日くたくたになる」「やる気が出ない」「いらいらする」等に有意差があり、認知症高齢者へのケアの重労働が推測される。特に脱人格化において「やる気が出ない」の得点はストレスが高く注意すべき点数を超えており、虐待との関連も視野に入れる必要があると思われる。介護職の主観的健康感についての先行研究はなかった。馬場 (2005)¹⁵⁴は女性の労働と主観的健康感を就業形態・状況別分析を研究している。その結果ではホワイトカラーはブルーカラーに比べて主観的健康感が有意に高い傾向にあった。ブルーカラーは身体を使うことが中心の職業であり、病気やけが、体調不良等が生じやす

152 藤原和美, 小坂淳子, 今岡洋二他 (2008) : 介護従事者の労働実態とバーンアウト. 大阪健康福祉短期大学紀要, 第 7 号 : 125-131.

153 久保真人 (2014) : バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは, 第 4 刷, 21-61, 株式会社サイエンス社.

154 馬場康彦, 近藤克則 (2005) : 女性の労働と主観的健康観, 季刊家計経済研究 WINTER, No65, 51-59.

くなると述べている。介護職は、認知症高齢者の24時間の生活を支援しており、食事の準備から後片付け、居室等の環境調整、身体介護等と身体を使うことが中心でありブルーカラーに近いと考えるため、馬場らの研究は参考になると考えた。認知症高齢者のそれぞれの症状や状況を個別に把握し、24時間生活を支援し利用者本位のケアを実施していく必要があり、ストレスが高くなる可能性があるのではないだろうか。

虐待の認識について、「不適切だとわかっているけどせざるを得ない状況がある」「虐待までいかないが、不適切なケアがある」と思っている介護職は、認知症高齢者への接し方やケア方法について不適切だと理解しているが、業務優先や人員不足等で多忙となり、仕方なく行っていることに葛藤を生じストレスが高くなっていると思われる。そして、それは職場環境における虐待に関する認識も同様であり、「自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある」と思う介護職は、認知症高齢者への介護の仕方が相手を尊重した方法か、介護の仕方が適切なのか等について、同僚や上司に相談することや知識を得たりすることがないか、または機会が少なく、疑問を解消できずにいることがストレスに結び付く可能性があると思われる。それは「自分の働く施設では虐待はある」と「思っている」介護職のストレスが高いことから、不適切なケアが日常的に行われる可能性が高い環境にあるが、何も改善しないこともストレスが高くなる要因かもしれない。そのことは、「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがない」「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況にないと思う」介護職のストレスが高いことから窺える。渡邊（2012）¹⁵⁵の研究では高齢者介護施設に従事する介護職は「労働条件」が整い「個の尊重」が高ければバーンアウトは低減すると報告している。渡邊らは、高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響について調査分析している。182人の介護職を対象にしており、認知症グループホームの介護職も含まれており、介護職のバーンアウトについて参考にできるのではないかと考えた。本結果もこの先行研究を支持する結果であった。しかし、虐待の認識に特化した労働条件・環境や個の尊重についての分析は本研究のみであり特筆すべきことと考える。

松本（2013）¹⁵⁶は、認知症グループホームの介護職を対象として虐待予防因子について調査していた。その結果、4つの予防因子を挙げており、「負担のない労働環境」は業務量や時間、職員数に伴う負担感の軽減、「職員の専門性」は相談できる上司や同僚、管理職の指導・能力の有無が虐待予防となると述べている。本研究では、松本の言う予防因子ができない状況でストレスが高いことが示された。

バーンアウト尺度得点と介護行動に関する虐待の認識について「思う」と「思わない」を比較し、「思わない」は有意にバーンアウト得点が高くストレスが高い可能性があると思われる。これらの有意差のあった項目は、心理的虐待およびネグレクトであり、虐待

¹⁵⁵ 渡辺 健、石川久展（2012）：高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響－組織の支援体制を中心とした見当－、*Human Welfare*, 4 (1)、17-26.

¹⁵⁶ 松本 望、今井幸充（2013）：認知症グループホームの介護職員が求める虐待予防因子の構造と課題；職員・職場の属性による認識の違いをもとに、高齢者虐待防止研究、9 (1)、44-53.

と思わないということは、いずれも相手を尊重した態度とは言えない。介護職が認知症高齢者の介護について多大な心理的負荷がかかった状態であり、余裕がなく他者への配慮ができない状況になっていると思われる。

職員のメンタルケアを受講希望する人のバーンアウト得点が有意に高いのは、現状においてストレスが高いもしくは高くなると感じており、ストレスを対処したいと思いメンタルケアを希望すると思われる。古村ら（2011）¹⁵⁷の研究でも、今後希望する研修にストレス対処が78%と高い数値を示している。谷口ら（2013）¹⁵⁸の管理職への調査でスタッフの人間関係の不調やプライベートな問題、職場環境変化がメンタルヘルスに影響すると報告している。谷口らは介護老人福祉施設の職員を対象とした調査であり、この得点のみからの結果を支持することはできないが参考になると思われる。

バーンアウト尺度得点を高低の2群に分け分析した。得点の高い群すなわちストレスが高い人は消耗感で14%、脱人格化は18%存在する。そして、達成感では50%を占めていた。これらは、いずれも一般的にバーンアウト尺度では要注意以上の分類に入る。今回の調査で消耗感・脱人格化では約20%のストレスが高い介護職が存在する。達成感では、約半数にストレスの高いことが明らかになった。これらの介護職はストレスが高い状態であり、バーンアウトに陥る可能性が高いと思われる。バーンアウトは、個人のストレスコーピング能力を超えた、過度で持続的なストレスに対処できないために、張り詰めた緊張が緩み、意欲が減衰し、疲れ果ててしまった心身の症状を意味すると言われている。3尺度の関連について久保（2014）¹⁵⁹は、レイターのモデルをもとにバーンアウトのプロセスモデルを作成している。それには、情緒的消耗感を経験した人は、さらなる情緒的資源の消耗を防ぐために様々な対処行動をとるようになる。その一つが脱人格化である。クライアントとの深いかかわりをさげ、彼らから距離をとろうとする行動をとる。日々の消耗感とクライアントに対する否定的な態度が強まっていくなかでサービスの質が低下する。サービスの質の低下はその人自身の自己評価につながり、自己否定をすることになり、これが個人的達成感の低下に相当すると説明している。

達成感なしはありに比べて「人権擁護や意思の尊重等に関する内容」の研修を希望する人が多いことや、「自己決定支援を実施している」人が多いことは、自分のケアサービスの質を下げないため、自己評価を下げないための対処かもしれない。そして、消耗感あり、脱人格化ありはなしに比べて「職員のメンタルケアに関する内容」の研修希望する人が多かった。これは、認知症高齢者との関係性の中で日々過大な情緒的資源を要求された結果生じる消耗感であり、そして、サービスの受け手に対する非人間的な対応となる脱人格化が起り、メンタルケアが必要と考えているストレスの高い介護職のサイ

¹⁵⁷ 古村美津代、石竹達也（2012）：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.

¹⁵⁸ 谷口敏代、原野かおり、高木二郎、他2名（2013）：介護老人福祉施設におけるメンタルヘルス対策の現状に関する質的調査。国際ナショナルNursing Care Research，12（3）、73-82.

¹⁵⁹ 久保真人（2014）：バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは、第4刷、49-5、株式会社サイエンス社.

ンとも取れる。脱人格化ありは「接遇・コミュニケーションに関する内容」を有意に受講希望していることから、ストレス対処を考えていると思われる。

しかし、高情緒的消耗感と高脱人格化ありの項目すべてにおいて、心身の自覚症状がなしの人はありに比べて有意に多かった。ストレスの低い人が自覚症状を訴えていた。

本研究で調査した心身の自覚症状は、ストレスによって変化する自覚症状であった。ストレスの評価としての身体的反応は、即時的影響としてあげられており、ストレスコーピングが困難になる前の状態と考えられ、ストレスの低い人が訴えていると思われる。このような症状が続くと長期的影響による健康障害やバーンアウトが起こる可能性がある。

職場環境に関する虐待の認識では、「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」、「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」について、そう思う人は思わない人より消耗感ありと脱人格化ありのリスクが有意に高く、達成感なしのリスクが有意に低い。あわせて、介護行動に関する虐待の認識で「手荒く寝具をかける」、「『あれが悪い』『これができない』など短所ばかりを言う」も同様にそう思う人は、思わない人より消耗感ありと脱人格化ありのリスクが有意に高く、達成感なしのリスクが有意に低いという結果であった。これらのことについて介護職は、職場への改善の取り組みがされていても、また話し合う状況にあっても現状に満足できておらず、また努力しても仕事を評価されないと感じており、より良い環境改善を求めている結果ではないかと考える。また、そのような不満足な職場環境のなかでは、介護行動においても利用者を尊重したケアをする意欲は高いが、十分なケアができずストレスが高くなる可能性が考えられる。張ら（2007）¹⁶⁰は、組織特性において利用者中心的介護、施設長などのリーダーシップがストレスに関連していると述べている。この研究は、特別養護老人ホームの介護職を対象としてストレス調査を行っており、ストレス尺度としてバーンアウト尺度を指標として分析しているため、本研究の参考になると考えた。畦地ら（2004）¹⁶¹は、介護職の主観的ストレスに影響を与える要因について上司との話し合いが少ない場合ストレスが高いとしている。この研究は、介護職 635 人を対象としてバーンアウト尺度を指標として分析しているため、本研究の参考になると考えた。渡邊ら（2012）は、仕事能力の正当な評価や意見の反映といった「個の尊重」がバーンアウトに影響するとしている。これらのことから介護職は認知症高齢者の介護負担はもちろん、組織の一員として個人の意見が反映しづらい状況や労働環境の管理改善に不十分さを感じ、そしてその労働環境が利用者本位のケアが滞る要因と考えていると思われる。

また、「不適切だとわかっているけど、せざるを得ない」と思う人は思わない人より消耗

¹⁶⁰ 張充楨，長三紘平，黒田研二（2007）：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—。老年社会学，29（3）：366-374。

¹⁶¹ 畦地良平，小野寺敦志，遠藤忠（2006）：介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因—職場特性を中心とした検討—。老年社会学，27（4）：427-437。

感ありのリスク、脱人格化ありのリスクが有意に低く、達成感なしのリスクが有意に高い。このことは、達成感なしが有意に高いことから、せざるを得ない状況があることは、よりよい認知症高齢者ケアを提供している介護職の充実感を低下させることになり、ストレスが高くなると考える。達成感は提供するサービスの質そのものに影響し、質の低下を招き自己評価が低下する状況として定義されており、今回の結果は達成感の低下を示したことになった。

これらのバーンアウト尺度の結果は先行研究と同様の結果であった。しかし、虐待の認識がストレスに関連していることを明らかにした。虐待の認識に関する職場環境とストレスの関連を明らかにしたものはなく、新たな知見と言える。

自己決定支援について、自己決定支援したいと思っている人は、思わない人より消耗感ありのリスク、脱人格化ありのリスクが有意に高かった。そして、自己決定支援していると思っている人は、思わない人より消耗感ありのリスク、脱人格化ありのリスクが有意に高かった。また、達成感なしのリスクは有意に低かった。自己決定支援をしたい人や自己決定支援をしている人は、認知症高齢者を尊重し利用者本位のケアにまい進していると思われる。それは一定の評価をしながら、しかし利用者本位にすすめるあまり私的な問題も解決していくことを求められ消耗感リスクを高めることすなわち、ストレスの高い状況になっていると思われる。また、脱人格化リスクを高めるのは消耗感が枯渇した時に副次的に脱人格化が結果として現れるとされており、ストレスが高くなると相手の人格を無視した思いやりのないケアをしている可能性が高い。

12) ストレスに関する小括

介護職のストレスについて日本版バーンアウト尺度を指標にして、個人的特性、希望研修受講、自己決定支援、介護行動、虐待の認識とそれぞれの関連性について分析した。

以下のことが明らかになった。

1. 対象者の介護職のバーンアウト得点の平均点は、特にストレスが高いとは言えず問題となる得点といえない。
2. 20代は、他の年代に比べて有意に得点が高くストレスが高い状態である。
3. 主観的健康感で「あまりよくない・よくない」と思っている介護職は、それ以外の健康観に比べて有意に得点が高くストレスが高い状態である。
4. 心身の自覚症状について、バーンアウト得点でストレスが高い状態は「やる気が出ない」であった。
5. 虐待に関する職場環境の認識について、ストレスが高いと思われる状態は「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況にない」場合であった。
6. 介護行動に関する虐待の認識について、「おじいさん、おばあさんと呼んだ」「あれが悪い、これができないなど短所ばかりを言う」「運動させない」の項目を虐待と認識していない介護職は、有意にバーンアウト得点の個人的達成感が低得点でありスト

レスが高い状態であった。

7. 本研究の対象者のうち、バーンアウト得点で要注意の得点を示した人は、情緒的消耗感 92 人で全体の 14%であった。脱人格化 116 人で全体の 18%であった。個人的達成感 327 人で全体の 50.7%であった。
8. バーンアウト得点について年齢 3 群の 60 歳以上は他の年齢群に比べてストレスが低い人が有意に多かった。
9. バーンアウト得点の高い群は心身の自覚症状がない人が有意に多かった。
10. バーンアウト得点の高い群は自己決定支援している人が有意に多かった。
11. バーンアウト得点の高い群は、「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況にある」「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」と思う人は、思わない人よりストレスのリスクが有意に高かった。
12. バーンアウト得点の高い群は、33 項目の介護行動のうち 11 項目、特に心理的・ネグレクト項目について、虐待と認識している人のストレスのリスクは有意に高かった。
13. バーンアウト得点の高い群は、自己決定支援したいと思っている人はストレスのリスクが有意に高かった。

以上のことから、本研究の対象者である GH の介護職のストレスは全体的に問題のない状況であった。

しかし、ストレスの高い群がバーンアウト尺度の項目によって 14%～50%であり、ストレスの高い介護職が多いことが明らかとなった。

このバーンアウト得点の高い群は、すなわちストレスの高い介護職である。虐待に関する職場環境が整備されていると思っている人ほどストレスが高いことが明らかとなった。また、介護行動に関して虐待と認識している人ほどストレスが高いことが明らかとなった。

これらのことから、虐待に関する職場環境が整備されていても、また介護行動を虐待と認識できていても、職場環境や認知症ケアの現状に満足できていないことがストレスを高めている可能性はある。さらに自己決定支援をしたい人やしている人はストレスが高く、利用者本位にケアを進めている以外のところでストレスが高くなっているのではないかと思われる。

第4章 認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識

第1節 本章における背景と目的

第3章の認知症グループホームの介護職の調査結果において、過去1年間に研修を受講した介護職は87%と多く、介護職は研修受講によって問題を解決しようとする意識が高いと思われた。

認知症グループホームに従事する介護職は、認知症高齢者のケアを行い、生活を支えるためには、認知症の理解や認知症高齢者ケア等の専門的知識、技術を継続的に学ぶことが必要である。しかし、認知症グループホームには、介護福祉士等専門的資格を持った介護職が少なく、小規模の職場環境において、継続的に学習することが困難な状況があると考える。そのため、介護職教育や指導等の教育体制が不十分となる可能性があり、管理者の人材管理責任は大きく、認知症グループホームの管理者が介護職の人材育成に対してどのように認識しているのか明らかにする必要があると考えた。

そこで、本章の調査目的を認知症グループホームの管理者を対象として介護職への人材育成に対する認識を明らかにすることとした。このことが明らかになることで、介護職が自信を持って働き、また専門職として知識技術を発揮でき、認知症高齢者はもちろんその家族が安心して委ねられる認知症グループホームにおける介護職の人材育成につながるのではないかと考えた。

第2節 本章における調査の概要

1. 用語の定義

本章の調査を実施するうえで、以下の用語について調査における操作的用語の定義を行う。

1) 管理者

管理者とは認知症グループホームを運営する施設管理者でかつ教育研修等を企画運営している者とする。

2) 介護職の人材育成

デジタル大辞泉¹⁶²によると、「将来のために有用な人物、専門的な知識を持った人物を育てること」としている。本論文においても、同様の意味とする。

よって、介護職の人材育成とは、認知症高齢者の日常生活を維持するために、介護職としての専門的な知識技術を持った人材を育成することとする。

¹⁶² デジタル大辞泉：人材育成の項目

3) 管理者の認識

施設責任者として介護者の人材育成について理解すること、理解していること。また、介護職の人材育成の必要性、期待することや望むこととする。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本調査を質的帰納的記述的研究とした。この研究方法は、良く理解できていない現象について質的に記述し、理解することを目的とし、日常的な言語で現象やできごとを包括的に示す方法である。本調査は、認知症グループホームの管理者の人材育成における認識を明らかにすることを目的とするため、認識について対象者の語りから全体的にまとめることが必要と考えたため、この方法が妥当と考えた。

2) 対象者

本調査の対象者を認知症グループホームの管理者とすることにした。そこで、認知症グループホームの開設後3年以上経過している施設管理者10名とした。

開設後3年以上としたのは、認知症グループホームの運営が軌道にのり、教育体制が整ってくる時期と判断したためである。対象人数を10名とした理由は、先行研究¹⁶³¹⁶⁴を参考に施設管理者を対象とした面接調査の対象人数は10名程度であったことから、本研究も最小人数として10名程度が必要と考えた。

また管理者の資格は問わないものとした。それは、厚労省の人員基準において認知症グループホームの管理者は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、老人デイサービスセンター、指定認知症対応型共同生活介護の従事者または訪問介護員等として、3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有することとあり、厚生労働大臣が定める研修「認知症対応型サービス管理者研修」を受講した者で常勤専従であることとされている。よって、資格の有無に関係なく管理者として従事できることから、本研究対象では資格は問わないものとした。

3) 対象者の募集

第3章の研究協力依頼した認知症グループホームにおける、A県内の認知症GH全165事業所の管理者あてに郵送で協力依頼した。全事業所としたのは、開設年度の情報が得られない対象事業所を除外するために県内の全施設とした。次に、研究協力の得られた管理者で本研究対象施設の基準を満たしている場合に、返信の先着順に電話で連絡し、口頭で研究協力を得た。

4) 調査方法

¹⁶³ 岡本麻由美、竹崎久美子(2013): デイサービスを通じた要介護高齢者の「安心」を支えるケア 小規模デイサービスの施設管理者に焦点をあてて、高知女子大学看護学会誌、39(1)、34-42.

¹⁶⁴ 後藤真澄、間瀬敬子、榎本敬子(2014): 高齢者の看取り介護の現状とあり方についての検討介護保険施設・居住系サービスの管理者インタビューを手がかりに、介護福祉学、21(1)、62-69.

本章の調査方法は、自記式質問紙調査と半構成面接調査とした。

- (1) 自記式質問紙調査：研究協力が得られた管理者には、事前に対象者の特性を把握することと面接調査を円滑に行うための資料とするために、性別、年齢、資格と年数、所属組織の設置主体、過去 1 年間の施設内研修会開催回数や内容について、自記式質問調査用紙を送付し面接当日までに記載してもらった。
- (2) 半構成面接調査：面接は一人 60 分程度行い、会話は本人の承諾を得て IC レコーダーで録音した。面接内容は、「管理者や介護職になった経緯」を語ってもらった。そして、その経緯から管理者としての認識につなげることとした。また、「介護職の人材育成のために実際に行っていること」と「介護職の人材育成における認識」について自由に本人の認識について語ってもらった。調査中、語りが続かないときや悩んでいるような様子の時は、事前の自記式質問紙調査項目を確認しながら面接内容について語ってもらった。面接の場所は本人のプライバシーの保持ができる環境を調整した。

5) 分析方法

面接調査内容について、逐語録作成は所属機関において研究調査に信頼を得られている音声言語の文字化などを専門に行っている業者に依頼した。その業者への依頼内容は IC レコーダーの音声の逐語録の作成であった。

- (1) 作成された逐語録を熟読し、対象者全体として、認知症グループホームの介護職の人材育成の実際や人材育成の必要性や期待すること、望むことについて記載されている内容を取り出し、文脈のまとまりを一文とし、その意味を損なわないようにコード化した。そして、類似性の意味のあるものを組み合わせてサブカテゴリ化し、そのサブカテゴリの意味が共通しているものを合わせて、抽象度をあげてカテゴリを生成した。質的研究を専門的に実施している大学教員から助言を受け、内容の妥当性に努めた。
- (2) 作成された逐語録を熟読し、管理者の背景や管理者年数、基礎資格等によっての特徴をまとめ、また介護職の人材育成に影響している内容をまとめた。

6) 倫理的配慮

所属機関における倫理審査委員会の承認を得て (No.15-17) 実施した。対象者については、事業所宛に協力依頼文書を送付しており、施設から管理者を紹介されたことで、承諾を得たと判断した。対象者へ研究の目的、意義、研究方法について文書と口頭で説明し、署名による同意を得た。途中で研究参加の中止を申し出ても不利益を被らないことを説明した。面接内容を録音することを説明し、録音を拒否した場合はメモを取ることの同意を得た。得られたデータは研究者が厳重に保管し、プライバシーの保護に務め、また本研究以外に使用しないことを説明した。

業者依頼した逐語録について、個人情報保護法にかかる確認を契約し、データはセキュリティのためのパスワード設定がされており、終了後データ消去を約束した。

研究成果は、学会発表や論文として公表すること、その際は個人が特定できるような

内容は一切ないことを説明した。

第3節 本章における調査の結果

1. 分析対象者の概要（表1）

対象者と順次面接調査を行い、新たな内容が得られなくなった11名とした。女性8名、男性3名。平均年齢59.9歳で、管理者平均年数は5.9年であった。資格は複数回答で介護福祉士が5名と最も多く、看護師3名、ヘルパー2名であった。

2. 施設内研修会開催の概要

施設内研修会の企画は10施設で企画され、年間計画に則って実施されていた。特に、法人や併設施設がある場合は合同で実施していることが多かった。施設内研修会を企画していない1施設の管理者は、「(所属施設は)グループホームは多いが、各グループホームから職員さん3人以上が研修に出て、自分たちの思いを話す場を設けている」と述べ、研修に出る場合は、個人の意思にまかせて外部研修会に参加している述べていた。

研修方法として「ネットから探してきたり、自分の持っている資料から拾い出してきた、これが当てはまるというものを取ってくる」、「施設で研修会を開きますので、研修委員会という委員もあって、毎回テーマを決めて、課題を持って業務終了後に1時間から1時間半ぐらいの講習を開いてくれる」等、介護職がその講師役を務めていたり、インターネットを基に講義内容を考えたり、また「受講後伝達講習をしている。必要なことを他の人に知ってもらおう。」等、自分が参加した研修内容を伝達講義していた。

過去1年間の施設内研修会の内容について、第3章で介護職の研修について調査した項目で、「人権擁護等」、「介護ケア」、「緊急時の対応」、「認知症の理解」、「高齢者の理解」、「虐待」、「その他」の7項目に「看取り」を加え8項目の実施を聞いた。最も多かったのは「緊急時の対応」8施設、次に「虐待に関する内容」、「人権擁護」は6施設、「介護ケア」、「認知症高齢者の理解」5施設の順であった。

施設内研修内容について、「年度始めに法人で、認知症だけではなくて、人とのコミュニケーションの取り方だったりとか、接遇とか、憲法とか、世の中の動き、制度の問題から社会保障制度の問題から、いろいろ教育されていきます。」、「全体では記録の書き方の話をしたり、個人情報の話、守秘義務の話をしたり、接遇研修をしたこともありますし、清拭の仕方とか、トランスファーの仕方とか、適宜、毎年テーマを見つけながら、1年間に一つか二つ、そういうのをやるようにはしています。」、「介護の技術といっても、単なる介護技術だけでなく、例えば認知症の対応や訪問の際の対応など、いろいろなジャンルで分けて、毎月はできませんが、隔月ぐらいに勉強会をしています。」等と述べら

れていた。それぞれの施設で、多様な研修内容について、日々のケアに必要な介護ケアや接し方、社会制度等、対象となる認知症高齢者の症状変化や社会の動きに合わせて実施されていることが明らかになった。

外部研修の場合は、「外に出る研修の場合は、一応交通費や宿泊費を出して行ってもらうという感じです。」「研修費が1500円なら1500円、研修全部が全部ではないのですが、研修に行きたいと申請があったら査定します。5人いれば、この研修内容だったら1人、2人だねとか。」「半額は負担しますと。本当に自分で勉強したい人は行ってらっしゃいと。」「外部研修は全員受けさせないのですが、例えばいろんな案内が来ますよね。そんなときに、自分がこれは誰か受けてきた方がいいなというものは、例えば1人行かせて、その後、聞いてきたことをスタッフ会議とかで公表してもらって、全員に言ってもらうとか。スタッフを代表して業務として行ってもらっている」、「外部研修は自己希望」等、外部研修は、参加人数や研修費・交通費等は各施設の規定に則って査定されていた。研修内容についても必要なことは管理者が判断し、積極的に研修参加を促し、その後伝達講習をし介護職員にたいする内容の共有化を図っていた。

表1 対象者の概要

年代	性別	管理者 年数	資格	介護職 年数	職員有資格者 割合	施設内 研修会 回数(年)	設置主体
60	男性	13	ヘルパー2級	13	85%	3	特定非営利活動法人
50	女性	6	社会福祉士・介護福祉士	21	57%	22	有限会社
70	女性	8	看護師	8	50%	3	医療法人
50	男性	21	社会福祉士	30	100%	2	社会福祉法人
80	男性	6	ヘルパー2級	6	92%	4	社会福祉法人
40	女性	1	介護福祉士	15	100%	12	公益社団法人
60	女性	1	看護師	1	40%	2	有限会社
50	女性	1	介護福祉士・保育士	10	100%	12	株式会社
50	女性	2	介護福祉士・栄養士	9	92%	6	医療法人
50	女性	3	介護福祉士・栄養士	22	57%	0	社会福祉法人
60	女性	3	看護師	4	47%	6	株式会社

3. 管理者の介護職や管理者になった経緯と人材育成について

1) 介護職や管理者になった経緯

介護職や管理者になった経緯について11人の語りを抽出した。

A「最初は私も、全然こういう職業に就いたことがなくて、資格を持っているわけでもないし、最初栄養士をされていて、(中略) 紹介されたのがここだったのです。施設の立ち上げたときから一応管理者というか、主任という形で、(中略) そういう立場で仕事をする事になったのです。」

B「ずっと気にはなっていたのです。ちょうど自分の父がそういう年代になってきたときに、いろんな出来事が重なって、じゃあやってみようかなという。実務経験で介護福祉士の国家試験を受けて。」

C「ヘルパーを取ってから、介護福祉士の資格を取った。私は去年4月に管理者を交代して引き継いだところです。」

D「看護師の資格を取り、かつケアマネの資格を持っている人が急遽必要であるというお誘いが他からあって。」

E「元々私は、現場の職員だったのが施設長になっている」

F「母は70くらいの歳で、最終的に福祉施設へ入れようと思い見て回ったのですが、福祉施設も非常に爽やかな風の吹くところと、とても暗いところがあったのです。そこで私はいい施設をつくろうと思って、今まで勤めていたところを辞めて。(中略) 要するに家庭で見ているように。ホームヘルパーになった。」

G「私と主人が立ち上げて、たくさんの人を見るよりも、寄り添い介護をしたいなという思いがあって、研修を受けたりして、ぜひグループホームと思って。」

H「老人のこととか認知症のこととかすごく興味があったので、老健さんの仕事が見つかったので、それでその職場に飛び込んだ感じです。そこはマスケアだったので、集められる形の中で、認知症の人はなかなか萎縮していたりして、関われないというのがあったので、勉強した最初からグループホームに興味があったので、独立した形でここを始めました。」

I「グループホームのパンフレットを作る仕事が入って、そこの施設を見にいったのです。こんな(自分)でも(施設経営)できるかなと経営している人に相談したら、「甘い考えの方はできない」と一発で言われたのです。それならパートで、1年間ずっと、元の仕事もしながら、夜勤もしたり日勤もしたり。週3回ぐらいパートをして立ち上げた。」

J「自分は（介護は）看護と違うけど面白そう、介護ぐらいできると思ってきた。自分は支援されて今まで働いてきた。子育て、家事も手伝ってもらってきたから、9人分の洗濯や食事掃除をどうしようとおもった。大変やけどおもしろい、これが自分のスタートの体験。」

K「社会福祉士の資格をとって、特養で働いていた。その施設がグループホームを立ち上げるときに、施設長としてきた。」

以上の違いは、介護職や管理職になった経緯による違いで4つに分類された。

まず、BとFは自分の親の介護に関連して介護職を目指し、その後管理者となった。次に、G、H、Iは高齢者介護や認知症に関心があり、自分でグループホームを立ち上げた。また、A、C、E、Kは施設に職員として従事し、管理者となった。さらに、D、Jは看護職であったが、施設長から依頼された管理者になったが、介護施設スタッフとしての経験はなかった。

この分類は、資格の有無だけでなく、人生経験や社会経験、環境、認知症や高齢者への理解度、認知症グループホームへの関心やこれまで受けた教育等、多様な管理者の背景が関連していると理解した。

そこで、これらの背景に影響したグループホームにおける介護職の人材育成に対する認識に違いがあるのかについて、特徴のある記述を抽出した。その結果、管理者になった経緯によってグループホームのケアにあり方と人材育成への影響について相違があった。

以下にその語りから、考察する。

2) 経緯別によるグループホームのケアのあり方 (表2)

(1) 自分で施設を立ち上げた場合

Gは、「一つ一つ人はいいところも悪いところもあるじゃないですか。なるだけいいところを見て、楽に楽にやろうという感じで。利用者さんがそれで満足するのなら、それでいいじゃないの。」と述べ、「利用者の満足する方法がよい」、つまり利用者本位の介護が重要と思っている。

Hは、「やはり認知症の人なので、非常にコミュニケーションが一番大事だと思うのです。おむつ交換の技術などもありますが、それ以上にきちんとその人のことを認められるという大変ですが、普通に人間としてコミュニケーションを取れるか取れないかが一番大きいと思います。」と述べ、「人として普通にコミュニケーションができること」が大事であると思っている。

Iは、「とにかく穏やかに過ごすように、話し方でも何でもそういうふうに、わざわざし

ていますけど。」と述べ、「穏やかに過ごす、つまり安心した生活ができること」を大事にしている。

以上特徴のある語りから、自らグループホームを自分で立ち上げた管理者は、入居者である認知症高齢者の意思を尊重し、安心した生活をすることの重要性を大切にしていることがみえてきた。また、そのためには認知症高齢者を理解するための接し方ができることを重要と考えていることが特徴と思われた。このように、自らグループホームを立ち上げるときは、自分の理念や理想を掲げ、そのことを実現するために「相手を尊重し、穏やかな生活を支援できる」グループホームを創り、それに必要な人材育成をすることを重要と考えている。

草地¹⁶⁵は、グループホームを立ち上げ、運営していくための最初の企画段階として、「なぜグループホームをやるのか」、「自分はどんなホームを作りたいのか」など、動機や目的、理念を明らかにすることがポイントと述べている。まさに、自ら立ち上げた管理者の特徴が、自分で立ち上げ運営していくための理念や理想が人材を育成する根幹となることがあきらかとなった。

(2) 自分の親の介護から介護職となった場合

B は、「押し付けては全然楽しそうじゃないし、スタッフも、利用者にしても、全然満足感がない。どうせグループホームなら、もっとアットホームにみんなで楽しくできればいいかなと思うので」と述べ、「普通の家庭生活を楽しくできれば満足できること」が大事と考えている。

F は、「どれだけ一生懸命やっても、失敗することはある。けれども相手に本当に心から寄り添っていれば、私たちの人生の大先輩なのだから許してくれる。」と述べ、「誠実に相手に寄り添うこと」が大事であると思っている。

二人の語りからは、「認知症高齢者の日常生活の満足度」や「相手に寄り添うこと」を重要にしていることが特徴であり、自分の介護経験で得たことがその基盤になっていると思われる。

総務省統計局の就業構造調査¹⁶⁶では、2011～2012年は10.11万人が介護や看護を理由に離職しており、少しずつ増えている。女性が8割と圧倒的に多く離職しており、主婦・母親としての役割から介護の担い手となりやすい、また夫婦間で収入の少ない女性が、男性の代わりに親の介護を担うことが多いと考えられる。また、「親の介護に伴う住まい変化調

¹⁶⁵ 草地真著:グループホームをはじめよう。pp.64-65、ぱる出版。

¹⁶⁶ 就業構造基本調査は、国民の就業及び不就業の状態を調査し、全国及び地域別の就業構造に関する基礎資料を得ることを目的とする。昭和57年から5年ごとに実施されている。

査」¹⁶⁷によると、「親の高齢化」62%、「病气やけがで退院後の生活に備えて」37%、等必要時同居し在宅介護をするという結果であった。

さらに、小林ら¹⁶⁸（2013）は、中年期の親の介護経験のある者の感情労働評価についての研究をしている。その結果、「親の介護を通して、自分や親の感情や立場をよく理解して、良い関係を築き、その場の対応ができること」や、「ヤル気を失わないプラスの感情を維持して介護できる」、「マイナスの感情を抑制して、穏やかに気持ちで介護できる」という3つの因子が分析された。

以上のことから、親の介護経験後に介護職として従事した人は、身体的ケアはもちろん、介護を通して相手を理解し、感情のコントロールができるようになったことで、その体験を通して生活の満足感や寄り添うことが重要であることを理解したのではないかと思われる。また、親の介護が終わった後に再就職という形で、自分の介護経験で培ったことを生かせる職業として、介護職を選択したとも考えられる。これらの管理者は親の介護を経験したことを踏まえた思いや自信が、人材育成に影響していると理解できた。

（3）施設の介護職の経験から管理者となった場合

Eは、「自分だったらどうだって置き換えて考えてと一人一人にいつも言っているのですが。自分の家族だったらとか。」、Cは、「やはり言葉遣いが少しきついで、そこは1本線を引いて、利用者さんの下に立ってお話しするぐらいの感じで、そういうことをみんなに考えてほしい」など、「相手を尊重すること」、また、Eは、「グループホームって、ここでご飯を作っているのもあるけど、同じ釜の飯を食べている、本当に家族のようになっちゃう」と「家族同様の関係性を持つこと」等、グループホームのケアの基本となることを大事にしていることが窺えた。

第1章の第3節において介護福祉士教育課程について、以下のように社会福祉士及び介護福祉士の専門性に対して、①社会福祉に携わる者として必要な倫理性を有すること、②他職種とチームを組めるよう教養が必要であること、③介護は自立を促す方向であること、④援助は創意工夫を必要とすることなどが含まれていたことを述べた。上記の語りは、施設で介護職として従事していた管理職は、介護福祉士の専門性である、「倫理性を有すること」に通じる相手に対する尊厳の保持や、「自立を促す方向」、「援助は創意工夫」等によって認知症高齢者の生活を支えるという介護職のケアの基本を重要と考えていると思われる。

¹⁶⁷ 2010年（株）住環境研究所による「親の介護に伴う住まい変化調査」のデータである。親の介護予定者616人、現在親の介護中、過去介護をした838人が回答している。

¹⁶⁸ 小林由佳、長津美代子（2013）中年期における親の介護と感情労働についての考察、群馬大学教育学紀要 芸術・技術・体育・生活科学編、第48巻、217-227。

表2 管理者や介護職になった経緯の違いによるグループホームのケアのあり方

経緯別	グループホームのあり方についての語り	コード
体験	押し付けては全然楽しそうじゃないし、スタッフも、利用者にしても、全然満足感がない。どうせグループホームなら、もっとアットホームにみんなで楽しくできればいいかなと思うので	アットホームにみんなで楽しくできれば満足感が出る
	どれだけ一生懸命やっても、失敗することはある。けれども相手に本当に心から寄り添っていれば、私たちの人生の大先輩なのだから許してくれるのだと。	相手に寄り添うことが大事
施設 立ち上げ	一つ一つ人はいいところも悪いところもあるじゃないですか。なるだけいいところを見て、楽に楽にやろうという感じで。利用者さんがそれで満足するのなら、それでいいじゃないのと。	利用者の満足する方法がいい
	やはり認知症の人なので、非常にコミュニケーションが一番大事だと思うのです。おむつ交換の技術などもあります。それ以上にきちんとその人のことを認められるという大変ですが、普通に人間としてコミュニケーションを取れるか取れないかが一番大きいと思います。	認知症の方とコミュニケーションができることが非常に大事
	とにかく穏やかに過ごすように、話し方でも何でもそういうふうには、わざわざしていますけど。	入居者が穏やかに過ごすようにわざとしている
介護職から 管理者	やはり言葉遣いが少しきついので、そこは1本線を引いて、利用者さんの下に立ってお話するぐらいの感じで、そういうことをみんなに考えてほしい	相手を尊重した態度を考える
	グループホームって、ここでご飯を作っているのもあるけど、同じ釜の飯を食べている、本当に家族のようになっちゃう	同じご飯を食べている家族同様の関係性をもつ
	自分だったらどうだって置き換えて考えてと一人一人にいつも言っているのですけど。自分の家族だったらとか。	相手を尊重する

3) 管理者となった経緯の違いによる人材育成について重要と考えていること (表3)

施設を立ち上げた管理者や介護体験をもとに介護職から管理者となった場合、自分の思

いや実体験が人材育成に関連していると思われた。しかし、施設に介護職として従事し管理者となった場合とでは、双方に違いがあるのではないかと考え、介護職の人材育成についてそれぞれ重要と考えていることを抽出し、考察する。

(1) 施設の立ち上げや自らの体験後介護職から管理者となった場合

G は、「専門職としての自覚は、人と人との触れ合いの中でおこる」、「みんなで仲良く、笑顔で。職員が笑顔なら利用者さんも幸せ。本当に笑顔と言葉掛け。これが介護の基本ではないかなと。」と述べており、「人との触れ合い」や「言葉かけや笑顔」を重要と述べていた。

そして、H は、「対人職が好きか嫌いとか、人に対してきちんとその人のことを思いやれるかどうかの一つの基準」と述べており、「介護という仕事が好き」であることや「相手を思うことができる」ことが重要と述べていた。これらのことから、まず、介護専門職として「対人関係を成立させる基本」が重要と考えていると思われる。

また、F は、「人の動き、それを見て自分を律する、自分がきちんとする。それが習慣になっていけば、きちんと育つのではないかということです」と述べており、「他者から学び習慣化すること」つまり、専門職として「主体的、積極的に学ぶこと」を基本と考えている。

さらに、B は、「みんなで支え合い、誰がどこでも入れる体制であれば、お互いが楽になれる」と述べており、「スタッフ同士の助けあう体制」が重要と述べている。

以上のことから、介護職の人材育成として、「対人関係の重要性」や「対人関係を作り上げていく意欲や体制」、「スタッフ間における仕事の調整や学びあう姿勢」を重要と考えていると思われる。立花らは¹⁶⁹ (2012)、施設長が介護職の仕事を長く継続できるうえで最も大切なことを調査している。その結果から、同僚との良好な人間関係や職場の雰囲気（職場内の人間関係）が、あわせて約 30%を占めていた。このことから、グループホームを立ち上げた管理職や介護経験のある管理者は、介護職が仕事をしやすい環境であること、特に認知症高齢者の生活を支えるための人間関係が重要と考えている。それが実践できれば、介護職が継続して自信を得て仕事ができると考えているのではないかと推測される。そして、前項で述べた、自分で立ち上げた人は理念や理想から、介護体験から得られたことから、その人間関係を作っていく姿勢が人材育成にとって最も重要と考えているのではないかと推測される。

(2) 施設介護職を経て管理者となった場合

A は、「臨機応変や人間性、気付きの点などが優れている人とか、それは資格だけではな

¹⁶⁹ 立花直樹、九十九綾子 (2012) : 介護業務における「バーンアウト」改善に向けた調査研究-特別養護老人ホームの介護職員・施設長に対する調査から見えた課題、厚生指針、59 (8)、29-37.

い、いろいろなことも含めて職員全体のバランスが必要かと思う」、そして、Cは、「教育体制というか、中間管理職のような方たちの教育体制といったものも必要」と述べている。

また、Eは、「9人見ているということで、プロ意識を持っていかないと駄目なんじゃないかと、伝えてみたりはしています」、Kは、「この管理者なので、ここに起きたことの全ての責任は私にあります」、「中間的にいる人、年齢的に、うまくリードしてもらえるような。皆さんが信頼を置けるような人、意外とその人に頼っている、そういう人をうまく使う」と述べている。

これらの語りから、施設や法人から管理者の命を受けた管理者の特徴として、管理者として組織運営に必要なリーダーの存在や人材教育体制の必要性を重要と考えているが特徴と言える。また、管理者としての責任感を強く感じていることが窺える。古村¹⁷⁰は(2018)、認知症グループホームの新人介護従事者の支援体制の課題について、「介護従事者の背景に応じた教育」、「若い世代の未熟さ」、「教育管理能力の不足」、「職場環境の教育体制」などを抽出している。教育の課題であるということは、これらの課題がグループホームにとって必要であり、重要な人材育成に関わるのではないかととらえた。この結果では、介護職の年齢や能力、社会性の低下や管理者として教育体制に余裕がない等が挙げられている。このことから、若い世代の介護職への教育や組織として人材育成に関わるリーダーが必要であり、管理者を補佐できる人材を育成することが重要と考えているのではないかと理解した。

表3 管理者になった経緯の違いによる介護職の人材育成について重要と考えていること

経緯	人材育成について重要と考えていると思われる語り	コード
体験	専門職としての自覚は、これは人と人の触れ合いの中で、その子がどこに目覚めるか。	人とのふれあいで専門職として自覚する
	対人職が好きか嫌いとか、人に対してきちんとその人のことを思いやれるかどうかの一つの基準	対人職が好きか、相手を尊重できるかが基準
施設立ち上げ	みんながみんなを支え合えないと、助けてと言われたときに、その人知らないからって、それは困る。誰がどこでも入れる体制であれば、お互いが楽になれるので。	スタッフ同士助け合う体制が大事
	人の動き、それを見て自分を律する、自分がきちんとする。それが習慣になっていけば、きちんと育つのではないかということです	他者から学び習慣化することが大事
介護	教育体制というか、中間管理職のような方たちの教育体制といったものも必要。	中間管理職の教育体制が必要

170 古村美津代(2018): 認知症対応型共同生活介護事業所における新人介護従事者の支援体制の課題-管理者及び新人介護従事者のインタビュー結果から-、地域ケアリング、20(5)、56-59.

9人見ているということで、プロ意識を持っていかないと駄目なんじゃないか、全体論として、やんわりと伝えてみたりはしていますけど。	介護のプロ意識をもつことが大事
ここの管理者なので、ここに起きたことの全ての責任は私にあります。ガラスが割れたらなぜ割れたのか、強度が足りなかったのか、自然現象なのか、何なのか、それだけしかありません。	管理者としての責任をとる覚悟がある
中間的にいる人、それから年齢的に、そういう方々にうまくリードしてもらえるような。それから若くても皆さんが信頼を置けるような人、意外とその人に頼っている、そういう人をうまく使う	リーダー的存在の人を活用する

4) 管理者経験年数による特徴

対象となった管理者 11 名は、1 年から 21 年と幅広い経験であった。そこで、経験年数の短い管理者と経験年数の長い管理者によって、特徴があるのではないかと思われた。そこで、管理者経験 1～3 年が 6 名、管理者経験 6～21 年 5 名に分けて記述内容を検討した。

(1) 管理者経験 6～21 年

まず、G は、「専門職としての自覚は、これは人と人との触れ合いの中でおこる」、F は「人の動き、それを見て自分を律する、それが習慣になれば、きちんと育つのではないか」、H は「人間としての豊かさが仕事で得られるという実感があれば、少しモチベーションが上がらないか」「認知症の理解に関する内容や、意思尊重とか、一応それを意識してやっている」等、介護職として人間性や専門性を育成することが重要と考え、それは他者との触れ合いの中で身につけることや、認知症高齢者を尊重することによって専門職として育成できると考えている。そして、そのためには「相手のことをきちんと引き出していけるコミュニケーション能力」「認知症の人なので、非常にコミュニケーションが一番大事」等、対人職としてコミュニケーション技術が重要であると感じていた。

また、K は、「自分が知りたいという気持ちになるということに目を向けてほしい」、「本当は知らない人の世界で研修、講義を受けてきてほしい」、F は「アフターチェックをしつかりしなければ。勉強会をしたというのでは意味がない」等、他者との交流の重要性や自己研さんの必要性も述べていた。

さらに、K は、「『知らない』ということには言わせない。相手にそういう情報を伝えて、はじめて 2 人でできる。お互い同士でやる」と、「スタッフ間の情報の共有」についての必要性を述べていた。

以上の特徴ある記述から、管理者経験の長い人は、介護職として認知症高齢者とかかわるために「人間性」や「コミュニケーション」などを重要と感じていた。また、「スタッフ間の情報共有」を大事に考え、「認知症高齢者の理解を深めること」に重点をおいているとまとめることができた。それらのことを得るためには、「積極的に自己研さん」し、「外部

での刺激を得る」等を実践し、介護職として成長することが重要であると考えていた。

(2) 管理者経験 1～3 年

まず、D は、「入居している人も、職員も、自分も、みんな並列の仲間みたいに思う気持ちがあればうまく行く」、A は、「自分たちがうまく、楽しく仕事できないと、住んでいる人が楽しいわけがないというのが根本」等、認知症高齢者とスタッフ間の人間関係成立過程や関係性を保つことを重要と考えていた。また、J は、「認知症の理解は難しい、薬剤管理や病気、身体のことなどの技術は難しい。抗圧利尿薬を飲んでいれば、排泄回数が多くなるといらいらする、感情的になる。生理的現象がとらえられない」、D は、「介護の人も、人の基本的なことを学ぶことによって、人と接する楽しさや怖さを感じるのではないか」と認知症の理解や薬剤管理、身体を生理的に学ぶこと等が必要と考えていた。また、B は、「もっと認知症の方と関わるということを勉強してほしい」、「ケアの方法ももっと積極的に学んでほしい」、「ここしか知らないスタッフだと、老健とか特養スタッフに比べると、ケアの技術が薄い」等、介護ケア技術の習得を必要と感じていた。

さらに、D は、「他を知らない人が多いので、外部研修の参加や、介護の現場と地域の連携や他職種の人たちと、意見交換して自分たちの役割を学び成長してほしい」、B は、「もっといろんな情報を持ってほしい、知識を持ってほしい、どこか他の所を見にいつてくれたらいいなと思う」等、他施設や他職種との交流や知識を深めてほしいと感じていた。

以上の特徴ある記述から、経験年数の短い管理者は、認知症高齢者とスタッフ、介護職と「他職種との人間関係を成立させること」や「連携すること」等を重要と考えていた。また、「介護技術」や「認知症の病気や身体の仕組み」等具体的内容を提示し、理解を求めている。

管理者経験年数の違いは、経験年数の短い管理者は、介護技術や知識を習得することや人間関係を成立させる等、介護職として仕事をするための基礎をつくることを重要と考えていた。また、経験年数の長い管理者は、介護職の人間性を高めることやコミュニケーション技術の向上等、介護職自身を成長させることを重要と考えており、管理者経験による違いが明らかになった。

小笠原ら¹⁷¹ (2017) は、介護職員の研修に対する経営層の意識調査を実施している。その結果、役職の経験年数が短い人では内部研修が資質向上に役立ち、非常に重視している傾向にあると報告している。また、年代の高い役職の人は、外部研修が資質向上に役立つとしていた。これらの結果は、本研究の対象とする管理者の経験年数や年代とは単純に比較はできない。

しかし、本研究では経験年数の短い管理者は、「介護技術や知識を習得すること」や「人

¹⁷¹ 小笠原知子、井上善行 (2017) : 特別養護老人ホームにおける介護職員の研修に対する経営層の意識調査、自立支援介護学、10 (2)、162-171.

間関係を成立させる」等、介護職の基礎をつくることを重要と考えていた。それは、介護職としての資質向上であると思われる。このことから、小笠原らの研究と同様に、管理者経験の短い管理者が、資質向上が重要であるとしていることと一致するのではないかと考える。本研究における管理者経験年数が長い人は、「介護職自身を成長させること」、つまり「自己研さんすること」や「外部の刺激を受けること」を重要と考えており、年代の高い管理者の意識と同様と考えた。それは、本研究の管理者の平均年齢が約 60 歳であり、小笠原らの研究結果と同様に年代の高い人と同様の意識があると考えられ、外部研修で刺激を得ることが、資質向上に役立つとしていることと重なるのではないかとと思われる。

5) 他の資格として看護職を取得している管理者の特徴

11 名中 3 名が看護師であり、管理者になった医療職として特徴があるのではないかと考え、特徴のある記述をみた。

まず、J は、「認知症の理解は難しい、薬剤管理や病気、身体のことなどの技術は難しい。こんなことわかるやろうと思うことがわからない。生理的現象がとらえられない。」D は、「介護の人も、人の基本的な、基本のほんの少しかもしれないけれど、それを学ぶことによって、人と接する楽しさや怖さを感じるのではないか。」と、介護職の基礎教育の不十分さを指摘し、その必要性を感じていた。また、J は、「他の人が立てた介護計画を鵜呑みにするのはだめと言っている。考えてやる」、「人がしてくれると思っている、言われるのを待つ集団なので、その気にさせるが大変。」等、主体的に行動できないことを指摘し、主体的に行動できることを重要と感じていた。さらに、J は、「国家資格を持っている介護福祉士が介護計画を立てられない。それをよしとしている。資格取得してもその資格を使われていない。」等、介護福祉士資格を有効に生かす仕事をしていないとして、有資格者の自覚と責任が必要と感じていた。

以上のことから、看護師資格を持つ管理者は、看護師と同じように対人職として、また専門的職業人として、国家資格を与えられたことに対する自覚を持ち、主体的に行動することを求めていることが特徴と考える。

邑山ら¹⁷² (2018) は、事業管理者が認識する看護小規模多機能型居宅介護の課題について研究している。その結果、居宅介護の課題として、「介護職の医学的な知識と技術の習得」で介護職の知識技術の不足と吸引等に対応できる介護職の育成を認識していた。この先行研究の事業管理者はほとんど看護職であった。また、看護師の教育では、看護介入は問題解決型の思考過程を重要視しており、自ら判断し看護計画を立案し、チームでケアにあっている。しかし、介護職は介護課程の展開について、専任がいることや主体的な介護に

¹⁷² 邑山玉連、木村美香、清水裕子、他 1 名 (2018) : 事業管理者が認識する看護小規模多機能型居宅介護の課題—潜在看護職の再就業を支援する教育プログラムの開発に向けて—、第 48 回日本看護学会論文集在宅看護、35-38。

結び付いていないことを問題視していると思われる。さらに、看護師は看護者の倫理綱領¹⁷³を看護の基本としており、その第 8 条には「看護者は、常に個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める」とされている。その資格を生かすことや、能力を維持向上することを当然として従事していた。

この 3 名の看護職である管理者は、施設から依頼を受けて管理者となっていることから、看護師としての知識や技術、倫理性など介護職に対して同様の能力や姿勢を求めていると思われる。それは介護職にとっても重要なことではあるが、国家資格を持つ専門的知識や技術を生かすこと、主体性のある学びをすること等、今後の課題と言えるのではないか。さらに、看護職は、介護の現状を理解していないことも明らかであり、介護職の人材育成に対する課題は山積していると考ええる。

以上、介護職や管理者としての経緯、管理者経験年数、看護職をもつ管理者の側面から特徴についてまとめ、考察した。次に、対象者 11 名の全体の人材育成についてまとめ、考察する。

4. 管理者全体の人材育成に対する認識について (表 4)

1) 人材育成に対する認識のカテゴリ

認知症 GH の管理者 11 名全員における介護職の人材育成の必要性、期待すること、望むことについて語られた逐語録から 6 カテゴリが抽出された。カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》、「 」を生データと表記した。前項までは、背景や資格等、個人の持つ特徴をまとめたため、個人をあらわす記号を用いた。しかし、この項では認知症グループホームの管理者全体の人材育成に対する認識をまとめたカテゴリを抽出した。

(1) 【認知症高齢者と生活を共にする介護職としての基盤づくり】

まず、「従業員が豊かに育ってくれれば、絶対利用者さんも豊かになると思いました。」「いいことはできなくても、人間らしくいられたらいい。それにはやはり教育が大事だと思います。」等の語りから、《認知症高齢者とかわる対人職としての人間性や生活する力の育成》というサブカテゴリとした。次に、「特に人権というか、その人の尊厳というのは、大切にしているところ」、「ずっと私が大事にしているのは、パーソン・セントード・ケアという、ケアの中身です」、「自分だったらどうだって置き換えて考えてと一人一人にいつも言っているのですけど。自分の家族だったらとか。」等とこれらのことから、《認知症高齢者の意思を尊重した態度》というサブカテゴリとした。そして、「ほとんどほったらかしみたいに見えるけど、そうじゃないのです。あえて、意思を尊重させてやっているのです。だから、穏やかにいるのです。」「なるだけみんな仲良くして、

¹⁷³ 日本看護協会:看護者の倫理綱領 第 8 条

笑顔で。職員が笑顔なら利用者さんも幸せ。介護の基本ではないかなと。」等ということから、《認知症高齢者に関わる基本的姿勢》というサブカテゴリとした。さらに、「押し付けては全然楽しそうじゃないし、スタッフも、利用者にしても、全然満足感がない。どうせグループホームなら、もっとアットホームにみんな楽しくできればいいかなと思うので」、「自分たちがうまく、楽しく仕事できないと、住んでいる人が楽しいわけがないというのが根本だものね」、「私は入居している人も、職員も、自分も、みんな並列の仲間みたいに思う気持ちがあればうまくいく。」、等の語りから、《認知症 GH 入居者と介護職のアットホームな関係性》というサブカテゴリとした。

以上のサブカテゴリから、このカテゴリは24時間認知症高齢者と生活を共にするための人間性や生活する力、認知症高齢者とかかわる態度や関係性の必要性が語られていた。

(2) 【認知症ケアに求められる知識・技術の習得】

「実務経験は豊富であるが、基礎教育はどうかと思う。認知症の理解は難しい、薬剤管理や病気、身体のことなどの技術は難しい。こんなことわかるやろうと思うことがわからない。」ということから、《認知症高齢者の生理機能の変化や病気の理解》というサブカテゴリとした。次に、「介護の人も、人の基本的な、基本のほんの少しかもしれないけれど、それを学ぶことによって、人と接する楽しさや怖さを感じるのではないかと。」ということから、《認知症高齢者との人間関係の維持》というサブカテゴリとした。そして、「相手のことをきちんと引き出していけるコミュニケーション能力だと思います。それを磨くのは、同時にやはりその人がどんな状態にあるかをきちんとアセスメントできないといけないという、両方ですかね。」等という語りから《認知症高齢者とのコミュニケーション技術の向上》というサブカテゴリとした。さらに、「もっと認知症の方と関わるということをもっと勉強してほしいなと思います」、「専門職としての責任はちゃんと観る。例えば入浴の時、傷がないか発赤はないか等全身観察している。また、掃除に入るとその人の生活の有り様が見える。」、「一緒に片付けようと言い、一緒にしている。快適に生活できる生活を支援する」の記述から、《認知症ケアに必要な技術の習得》というサブカテゴリとした。

以上のサブカテゴリから、このカテゴリは認知症高齢者の特徴である異常や苦痛を訴えること、意思の疎通が難しい場合が多く、苦痛や思いを察知し、それを理解して対応ができる知識・技術を必要としていることを述べていた。

(3) 【小規模施設におけるチームの一員としての自覚と責任ある行動の育成】

このカテゴリは「1人で決めるのではなくて、自主性ももらって、でもできないことはできない、意見があるのなら言ってほしいということ、割と私のペースで進めたくないなどは思っている。」、「自分たちの知識を増やしていく中で、こういうのはどうですかねと提案するとか、意見を、こういうのはやってもいいですかみたいに聞いてこれるようなスタッフになってほしいなと思っています。」等という語りから、《認知症高齢者ケアを考える介護職員間の主体的意見交換》というサブカテゴリとした。

「今研修に投資しなさいと言うのですが、そういうもののホルダーは自分のものになるのだと。だから自分で努力しなければ意味がない。」「アフターチェックをしっかりしなければ。勉強会をした、それで通りすぎたというのでは意味がないので」等の語りから、《介護職としての自己研鑽》というサブカテゴリとした。

「国家資格を持っている介護福祉士が介護計画を立てられない。それをよしとしている。資格取得してもその資格が使われていない。」「9人見ているということで、プロ意識を持っていかないと駄目なんじゃないかというのは、割と個人というよりも全体論として、ケアカンファレンスの後に、やんわりと伝えてみたりはしていますけど」という語りから、《認知症ケアの専門職としての意識の向上》というサブカテゴリとした。「今疲れているから私が代わるねみたいにして、フォローするなり、今のはちょっとまずいのではないかと言えるような間柄になればいいなと。」「本当に申し送りというものがなかったです。やっぱりそれはみんなの共有事項がないことがおかしい。みんながみんなを支え合えないと、助けてと言われたときに、その人知らないからって、それは困る。誰がどこでも入れる体制であれば、お互いが楽になれるので。」等という語りから、《小規模施設の介護職員間の情報交換や良好な人間関係》というサブカテゴリとした。

以上のサブカテゴリから、このカテゴリは認知症 GH が小規模施設であり、少人数の職員でケアが行われているため、チームで考え行動できることが必要であると述べていた。

(4) 【認知症 GH に従事する介護職に必要な人材活用とキャリアアップの整備】

このカテゴリは、「臨機応変や人間性、気付きの点などが優れている子とか、ちょっとしたときにこの人変だよとかがすごく分かる人とか、それは資格だけではないですし、いろいろなことも含めて職員全体のバランスが必要かと思います。」「中間的にいる人、それから年齢的に、そういう方々にうまくリードしてもらえるような。それから若くても皆さんが信頼を置けるような人、意外とその人に頼っている、そういう人をうまく使う」という記述から、《認知症 GH に従事する介護職の人材活用》というサブカテゴリとした。次に、「処遇改善を考えて、資格手当をつけるよう会社に働きかけた。それで手当がついた。有資格者はリーダーになってほしいと思っている。」「他の人が立てた介護計画を鵜呑みにするのはだめと言っている。考えてやるまっしと思っている。人がしてくれると思っている、言われるのを待つ集団なので、その気にさせるが大変。」等の語りから、《有資格者の介護職の処遇と活用》というサブカテゴリとした。そして、「私どもは本質的には、スキルよりもマインドの方を第一に考えてお願いするということです。」「募集する段階では資格の縛りはかけない。要するに対人職が好きか嫌いとか、人に対してきちんとその人のことを思いやれるかどうかの一つの基準」という語りから、《認知症 GH の介護職の採用基準》というサブカテゴリとした。さらに、「勤めながら資格取る勉強することを、どんどんしてくださいとよく言っていますけど」、「教育体制というか、中間管理職のような方たちの教育体制といったものも必要。」等という語りから、《

介護職のキャリアアップの体制の整備」というサブカテゴリとした。

以上のサブカテゴリから、このカテゴリは介護施設では資格がなくても介護職として従事できるため、有資格者を活用することや資格を取得すること、リーダー的存在の活用性を必要と述べていた。

(5) 【小規模施設に従事する介護職として自己の成長を促す他交流との促進】

このカテゴリは、「ネットワークづくりは、事業所の中でやるというよりも、いろいろな施設の中で、そうやってやればいいなと思う。例えば、違う職場から1人が、違う施設から1人が、これを受け入れるというパワー、エネルギーというのはすごい」、「もっといろんな情報を持ってほしいとか、知識を持ってほしいとか、ここだけにいると全く進歩しないどこか他の所を見にいったらいいなと思っていて。」等という語りから、「他職種・他施設との交流や情報交換の促進」をサブカテゴリとした。

これは、認知症 GH が小規模であることから他の施設や他職種との交流が少なく、刺激が少ないことから自己成長を促すために必要と述べていた。

(6) 【認知症 GH の管理者としての自覚と責任】

このカテゴリは、「ここの管理者なので、ここに起きたことの全ての責任は私にあります」、「頑張っている人たちは、まず上げてやります。『ああ、見られてるんだな』と思ってもらえるように。」等という語りから、「管理者としての労働環境の整備」というサブカテゴリとした。次に、「とにかく穏やかに過ごすように、話し方でも何でもそういうふうに、わざわざしていますけど。」、「今、「駄目ですよ、ちゃん付けで」とたまに来た人は言うけれども、もし利用者さんがそれで満足するのなら、それでいいじゃないの。」という語りから、「認知症高齢者の安定した生活の維持」というサブカテゴリとした。

さらに、「グループホームからいい発信するよ。みんながフロアで一つになっているのを、まずグループホームから発信するよ。」という語りから、「認知症 GH 情報を地域社会へ発信」というサブカテゴリとした。

以上のサブカテゴリから、このカテゴリは小規模施設で認知症高齢者の生活を維持するために、介護職の労働環境の整備と認知症高齢者が穏やかに生活できる場として自覚と責任が必要であると述べていた。また、認知症 GH を地域や社会にアピールし、魅力ある職場にする必要性も認識していた。

2) 考察

管理者や介護職の成り立ちの経緯や管理者経験年数、他資格による特徴や違いが明らかになった。これらの背景を踏まえて、今回の対象者 11 名全体の認知症 GH の管理者が考える介護職の人材育成の必要性に関する認識として、6 カテゴリが抽出された。人材育成の必要性の認識について介護職員個々に対する必要性と施設管理者としての必要性にわけて考察する。

(1) 介護職員個々に対する人材育成の必要性

【認知症高齢者と生活を共にする介護職としての基盤づくり】に関して、認知症 GH は、当然ではあるが他の高齢者施設と比較して、認知機能の低下による認知症高齢者へ提供される日常生活上のサービス提供は最も多い。それは、入居者が食事の準備から後片付け、部屋の掃除等を介護職の支援を受けながら行っていること、また、自分たちの食べる野菜を育て収穫する、庭に草木を植え育てることなどである。この日常生活を支え、維持しながら認知症高齢者を理解したケアを行っているのが、介護職である。草地 (2011)¹⁷⁴は、その生活を支える介護職として大切なのは「生活」の延長でケアができ、入所者と接することができる「究極の普通の暮らしを支えられる」人材が、極めて重要と述べている。また、平川ら (2014)¹⁷⁵は認知症 GH の介護職の離職しにくい職場環境について、管理職は介護職の採用には「接遇ができ、五感を大切にできる人」が、介護職に向いていると考えていたことを明らかにした。今回、認知症 GH の管理者は、《GH 入居者と介護職のアットホームな関係性》を持つことや《認知症高齢者の意思を尊重した態度》を基本とし、《認知症高齢者に関わる基本的姿勢》を持つことを必要と考えていることと合致する。認知症高齢者を尊重し、人間性豊かで思いやりをもつ人材を対人職として育てていくことは、認知症高齢者と生活を共にする介護職としての人材育成の基盤として必要と考えていた。

【認知症ケアに求められる知識・技術の習得】に関して、認知症は、記憶障害や理解・判断力の障害といった中核症状と、幻覚・妄想、徘徊や暴力等の周辺症状の出現が個々によって様々であり、介護職としてこれらを理解し介護に生かすことは重要である。佐々木¹⁷⁶は、認知症グループホーム協会の「認知症グループホームのあるべき姿と 7 つのケア機能」を報告している。その機能には、「本人の能力が発揮できるように適切なアセスメントでの能力評価を行い、自己実現に向けたケアプランの作成が重要となる」、「医療連携は最後まで安心できる生活を確保することや、重症化対応やターミナルケアの実施も重要となる」ことなどがあるとしている。まさに、介護専門職として生活を支えるため、また自らの不調を訴えることが乏しい認知症高齢者への日々の観察力と、その日やその時の状況で日常生活ができたりできなかつたりと変化が予測できず、その一つひとつに対応する認知症の知識やケア技術は必要不可欠と言える。そして、認知症の理解や、少なからず人間の生理機能や病気の症状等を理解することは、医療職との連携を円滑にし、認知症高齢者の異常の早期発見や早期対応へとつなげるために必要な知識と言える。管理者が《認知症高齢者の生理機能の変化や病気の理解》《認知症高齢者とのコミュニケーション技術の向上》《認知症ケアに必要な技術の習得》が必要と考えていたことと

¹⁷⁴ 草地 真 (2011) : グループホームをはじめよう!、88-99、ぱる出版。

¹⁷⁵ 平川仁尚、鈴木悟司 (2014) : 介護職員が離職しにくい職場環境を作るには - 認知症高齢者グループホームの取材からの考察 -、ホスピスケアと在宅ケア、22 (3)、301-305。

¹⁷⁶ 佐々木 薫(2016) : 認知症ケアのノウハウを地域へ「認知症グループホームのあるべき姿と 7 つのケア機能」に沿った提言、介護の経営と運営、34、36-39。

一致する。それは、介護福祉士養成ルートの新カリキュラム¹⁷⁷では、「こころとからだのしくみ」として 300 時間を要するとされ、在宅ケアにおける介護職の専門職としての要になる部分とも一致すると考えられる。しかし、実務経験者ルートの介護職が多く、専門的知識の不足が否めず、今後の教育内容として必要と考えられる。

【小規模施設におけるチームの一員としての自覚と責任ある行動の育成】に関して、介護職個人として知識技術を習得するとともに、介護職は 24 時間チームで認知症高齢者の生活を支える必要がある。清水ら (2017)¹⁷⁸は、優良な高齢者施設における組織運営のあり方を第三者評価に基づいて分析しており、優良な高齢者施設は集団参画型に近い組織であり、その概念について「支持 (信頼関係)」「チームづくり (情報共有・協働)」「意思決定の実践 (参画意識・現場優先)」が多く記載されていたと報告している。また、津田 (2014)¹⁷⁹は、職員育成のための研修に自己啓発支援があり、それは職員が自分自身の成長のために主体的に取り組む学習を職場が支援することであると説明している。このことを管理者は、《認知症高齢者ケアを考える介護職員間の主体的意見交換》として期待していた。また、《小規模施設の介護職員間の情報交換や良好な人間関係》の必要性を認識していることと一致しており、チームとしての自覚と責任ある行動する人材育成の計画が必要と考えられる。

(2) 施設管理者としての人材育成の必要性

【小規模施設に従事する介護職として自己の成長を促す他職・他施設との交流促進】に関して、認知症 GH は、施設の特徴の一つとして小規模施設でアットホームな環境にある。この環境で働いていることでの知識不足や情報不足を補うことについて、管理者は《他職他施設との交流や情報交換の促進》につながることを期待していた。これは、津田 (2014)¹⁸⁰が職務を離れての研修の特徴としてあげている「研修参加者同士の情報交換や意見交換ができ、自信につながったり、視野の広がりや多くの気づきや学び、『頑張ろう』という気持ちの高揚が期待できる」と述べていることと一致する。他を知ることによって自分を理解し、介護に関する視野を広げ、他職種との連携ができることで理解が深まっていくと思われ、管理書としては勤務時間内に施設外研修などを通じて他施設の職員と交流する機会を確保していくことを望んでいた。

【認知症 GH に従事する介護職に必要な人材活用とキャリアアップの整備】について、管理者は《認知症 GH におけるスタッフの人材活用と調整》の必要性を考えていた。小木曾ら¹⁸¹は、介護老人施設の看護職と介護職に対し職務改善の認識を分析していた。その結果、介護職はキャリアアップの機会の確保を求めていることを明らかにした。平川

177 田中博一(2010)：実務経験者ルート資格取得課程の概要と課題、地域ケアリング、12 (4)、28-32.

178 清水昌美、坂本 圭(2017)：高齢者福祉施設における組織運営のあり方と人的資源管理について—福祉サービス第 3 者評価結果に基づく優良施設の事例研究—、川崎医療福祉学会誌、26 (2)、220-229.

179 津田耕一(2014)：福祉現場 OJT ハンドブック 職員の意欲を引き出し高める人材育成、26-29、ミネルヴァ書房.

180 179 同掲載

181 小木曾加奈子、衾宜佐統美、今井七重、他(2017)：介護老人保健施設における職務環境の改善に対する認識の内容、日本医療・病院管理学会誌、54 (2)、57-65.

ら(2014)¹⁸²も職場環境やキャリア支援の充実は働きやすさの要件であると述べていた。今回の結果から、管理者としてその環境を整備することは介護職のニーズと合致し、働く環境としても意欲的に働くことができると考えられ、キャリアアップにつながる研修会の開催や職場内の学習会は重要と考える。しかし、多くの認知症 GH は小規模であり、単独でキャリアアップ研修を企画運営することは難しい。管理者は、キャリアアップ研修について関係団体や地域のグループホーム連絡協議会等へ、積極的にその必要性を提案していくことが期待される。

最後に、介護職の人材育成のためには【認知症 GH の管理者としての自覚と責任】が必要と考えていた。ドラッカーは¹⁸³、マネジメントについて知識と責任を振り所にした専門的な組織運営のことであり、①組織の具体的な目的と使命を果たす。②業務の生産性をあげ、働き手に達成感を得させる。③社会への影響に対処し、社会的責任を果たすことであるとしている。認知症 GH の目的は、認知症高齢者が終の棲家として、それぞれの意思が尊重され、安心して日常の生活を送ることであり、そこで働く介護職はその個々の意思を尊重した日常の生活を送ることができるよう支える役割がある。管理職はそれを遂行するためには、《管理者としての労働環境の整備》《認知症高齢者の安定した生活の維持》が必要と認識していた。それによって介護職は働きやすくなり、認知症高齢者の生活を支えるという業務の生産性は高くなり、人材育成が円滑に実施できると考えられる。また《認知症 GH 情報の地域社会への発信》ができ、グループホームの概要や介護職の活動等について、外部に理解を求める働きによって外部評価が得られ、介護職の自信や達成感につながり人材育成が充実すると考えられる。

表 4 認知症 GH の管理者が介護職の人材育成に関して期待することや望むこと

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
認知症高齢者と生活を共にする介護職としての基盤づくり	認知症高齢者に関わる対人職としての人間性や生活する力の育成	人とのふれあいで専門職として自覚する
		他者から学び習慣化することが大事である
		スタッフの育成が利用者の生活が豊かになる
		人間らしく生活できるためには教育が大事である
		福祉の力だけでなく、優しさと強さと判断力が大事である
	認知症高齢者の意思を尊重した態度	仕事で得られる人間の豊かさを実感してほしい
		認知症の理解や意思尊重を意識することが大事
		その人の尊厳を大切にす
		パーソン・センタード・ケアが大事である
		利用者の下に立って話をする気持ちでいてほしい
	自分や自分の家族の立場を置き換えて考えてほしい	

¹⁸² 175 同掲載

¹⁸³ P.F ドラッカー著(2010) 有賀裕子訳：マネジメント 務め、責任、実践 I、119-141、日経 BP 社。

	認知症高齢者に関わる基本的姿勢	入居者を無理強いせず見守ることが大事である
		介護の基本はみんな仲良く笑顔で言葉かけをする
		相手に寄り添うことができれば、高齢者は許してくれる
	認知症 GH 入居者と介護職のアットホームな関係性	アットホームにみんなで楽しくできれば介護職も利用者も満足感が出る
		介護職が楽しく仕事をすると入居者も楽しいことが根本である
		入居者も介護職も仲間意識を持つ気持ちが必要である
		同じご飯を食べている家族同様の関係性をもつ
認知症ケアに求められる知識・技術の習得	認知症高齢者の生理機能の変化や病気の理解	認知症の理解や薬剤管理や病気、身体のこと生理現象として理解する
	認知症高齢者との人間関係の維持	人間の生理的な基本を学ぶことが人間関係を学ぶ大事なことである
	認知症高齢者とのコミュニケーション技術の向上	相手のことを引き出せるコミュニケーション能力と状態のアセスメントできることが必要である
		認知症の方とコミュニケーションができることが非常に大事である
	認知症ケアに必要な技術の習得	グループホームの介護職のケア技術を高めたい 認知症を理解するための学習やケア技術を積極的に学んでほしい 訴えられない利用者に対して責任をもって全身観察をしてほしい 入居者と一緒に掃除や片付けをして、快適な生活ができるよう支援してほしい
小規模施設におけるチームの一員としての自覚と責任ある行動の育成	認知症高齢者ケアを考える介護職員間の主体的意見交換	管理者のペースでなく自主的に意見を言うスタッフになってほしい
		したいことを自主的に提案してほしい
		職員間で気づいて自発的行動ができる
		自分たちの思いを仕事に生かしてほしい
	介護職としての自己研鑽	有意識な休暇をとることで仕事もできる
		知りたい気持ちになることを意識する
		研修に自己投資をして自分のものにする
		勉強会後の自己研鑽が大事である
認知症ケアの専門職	仕事の対価を得る目的を考える	

	として意識の向上	介護福祉士の資格を有効に利用する 入居者全員を介護するというプロ意識をもつことが大事である
	小規模施設の介護職間の情報交換や良好な人間関係	お互いに情報の共有化ができて仕事ができる
		職員間で支えあう間柄になってほしい
		必要な時に全員で話し合っしてほしい
		引き継ぎによる情報共有で助け合う体制を作る
認知症 GH に従事する介護職に必要な人材活用とキャリアアップの整備	認知症 GH に従事する介護職の人材活用	人間性、感性、判断力などいろいろ優れた介護職がいてバランスがとれることが必要である
		上手なコミュニケーションができる人を生かすと日常が研修になる
		リーダー的存在の人を活用する
	有資格者の介護職の処遇と活用	有資格者には処遇手当に見合ったリーダーになってほしい
		主体的に働くための資格取得とその対価が必要である
		資格の有無による仕事量に変化をつけることでストレスを回避する
	認知症 GH の介護職の採用基準	本質的スキルよりマインドが大切である
		採用時は対人職が好きか相手を尊重できるかが基準である
	介護職のキャリアアップの体制の整備	意欲的に資格取得の学習をして楽しい職場でやりたい
		やっていることを可視化し、資格取得につなげたい
中間管理職の教育体制が必要である		
小規模施設に従事する介護職として自己の成長を促す他交流との促進	他職種・他施設との交流や情報交換の促進	他施設間の人事交流で違うエネルギーを感じてほしい
		他を知らないことが多いので他職種との連携するなかで自分を成長させてほしい
		他施設を見に行き情報や知識を得てほしい
認知症 GH の管理者としての自覚と責任	管理者としての労働環境の整備	管理者の立場を必要時出すことでうまくいく
		管理者としての責任をとる覚悟がある
		努力は上司が見守っていると思えるようにする
	認知症高齢者の安定した生活の維持	入居者が穏やかに過ごすようにわざとしている
		利用者の満足する方法をとってほしい
	認知症 GH 情報を地域社会へ発信	グループホームがまとまっていることをアピールする

3) 管理者の人材育成についての認識についての小括

1. 管理者や介護職の成り立ちや経験年数、介護以外の資格を持つ管理者は、人材育成について、特徴があった。

2. 成り立ちから、自ら施設を立ち上げた管理者や体験をもとに介護職となった管理者は、対象となる認知症高齢者のことを最も大事に考えていることが窺えた。このことは、自分の意思や考えとしてグループホームの管理に反映できている可能性があり、管理者として人材育成に活かされている。

3. 管理者経験年数の違いは、経験年数の短い管理者は介護技術や知識を習得することや人間関係を成立させる等、介護職の基礎をつくることを重要と考えていた。また、経験年数の長い管理者は、介護職の人間性を高めることやコミュニケーション技術の向上等、介護職自身を成長させることを重要と考えていた。

4. 看護師資格を持つ管理者は、看護師と同じように対人職として、また専門的職業人として、国家資格を与えられたことに対する自覚を持ち、主体的に行動することを求めていることが特徴と考える。

5. 認知症 GH の管理者 11 名は、GH の介護職の人材育成の認識として【認知症高齢者と生活を共にする介護職としての基盤づくり】【認知症ケアに求められる知識・技術の習得】【小規模施設におけるチームの一員としての自覚と責任ある行動の育成】【認知症 GH に従事する介護職に必要な人材活用とキャリアアップの整備】【小規模施設に従事する介護職として自己の成長を促す他交流との促進】【認知症 GH の管理者としての自覚と責任】の 6 カテゴリーが明らかになった。

特に、認知症 GH の介護職の人材育成の特徴として、認知症高齢者の生活を支えること、認知症ケアの専門的知識・技術を習得すること、小規模集団としてチームで責任ある行動をすることがあげられた。

第5章 虐待防止への対策方法

第1節 認知症グループホームの研修について

まず、認知症グループホームの研修について、実践者研修は、地域密着型サービス事業所の指定基準によって、受講が義務付けられている。この研修は認知症介護の理念、知識及び技術を修得させることを狙いとして実施されている。基本的に、従事している介護職は、資格がなくてもこの研修を受講していることになる。また、実践リーダー研修は、実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所においてケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を養成据えることを狙いとしている。

この研修について、調査¹⁸⁴によると研修は自治体によって、実施体制は委託や指定によって行われており、社会福祉法人が過半数を占めている。実践者研修において、研修実施率の低い標準教科は、「外部実習(1日)」約40%、「援助者の位置づけと人間関係論」約45%、「援助関係を築く演習」約47%であり、半数以下の実施であったとしている。また、研修日数の格差も各自治体で異なり、実践者研修は7.5倍、実践リーダー研修は2.0倍と結果を示している。さらに、講師の指導スキルの差も大きく、受講者の経験やスキルの差も大きいという結果であった。さらに、研修期間が長く小規模施設の勤務者は受講しにくく、大規模施設の受講者に偏る傾向にあるとしている。

認知症グループホームを運営していくうえで、勤務体制の確保として事業者は、資質向上のためにその研修の機会を確保しなければならないという基準¹⁸⁵がある。また、管理者は、認知症他グループホーム事業者管理研修を受講する必要がある、事業所を管理・運営していくうえで必要な「指定基準の正しい理解」「職員の労務管理」「適切なサービス提供のあり方」などの知識技術を身につけることを狙いとしている。管理者研修は「地域密着型サービス基準」「地域密着型サービスの取り組み」「介護従事者の労務管理」「適切なサービス提供のあり方」の4科目である。研修として検討すべきは、「適切なサービスの提供のあり方について」である。それは<地域との連携>、<サービスの質の向上>、<その他>がある。そのなかでも、研修については『サービスの質の向上と人材育成』とある。管理者は、サービスの質の向上として必要な知識技術はもちろん、介護職として人材育成に努める必要がある。しかし、「適切なサービスの提供のあり方について」の講義は、5.5時間であり、具体的な内容や方法までは規定されていない。そうすると、管理者の采配によるところが大きいと思われる。調査2の管理者の特徴において、管理者としての成り立ちや経験年数によって思いや人材育成方法が異なることがみえてきた。全体としては、介護

184 (株)日本能率協会総合研究所：平成25年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方及び既存研修のあり方に関する調査研究事業報告書(2014.3)

185 基準は、指定地域密着型サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定地域密着型サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければならないこと。と定めている。

職としての基本的な資質や認知症高齢者の生活を保持する方法、キャリアとして必要なこと等が明らかになった。

以上のことから、介護職や管理者として認知症グループホームで働くためには、基本的な研修受講が規定されている。しかし、認知症介護実践研修においては、各自治体の研修実施内容のばらつきが大きく、受講者や指導者の知識や技術の差が大きいことが示された。また、外部研修に出向く時間がなく、小規模施設の介護職にとって研修の機会を受けにくく、また経験やスキルが未熟な場合があり、受講しても効果的な研修と言えず、認知症介護実践研修として成立しがたい状況となっている。さらに、管理者としての人材育成への思いが研修内容や方法に影響している可能性がある。

第2節 調査結果および認知症介護実践者研修から検討すること

第3章の「認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連における調査」から、虐待の認識がストレスに関連していることが明らかになった。その中で、認知症の理解が乏しいことや介護の専門的知識が不足していること、認知症のケアのケアの経験が乏しいことが、ストレスを高い状態にしていることが明らかとなった。よって、介護職のストレスマネジメントをすることによって、ストレスが低減し虐待防止につながることを確認できた。そして、介護職の人材育成を支援し、達成感が得られることでストレスが低減し、本研究の目指す認知症高齢者の虐待防止につなげることができると思われた。

また、第4章の「認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識に関する調査」結果と、前節の認知症グループホーム研修の実態から、介護職における研修受講に大きな格差があることや、事業所として研修計画や受講をさせる必要があることが示された。対象となった管理者は、これらのことを理解しているが、認知症グループホームが小規模施設であることや、特に夜勤体制などの運営管理方法等を検討すると、効果的な研修内容や方法が困難な状況となっているのではないかと思われる。さらに、認知症グループホームの人材育成に不可欠な内容も明らかとなった。

これらのことから、研修の企画運営を工夫することと虐待や不適切ケアを防止する研修は、入居している認知症高齢者にとってももちろん必要であり、管理者と介護職員にとっても介護職の倫理性を養う上でも重要な研修であると考えられる。

そこで、経験年数や資格の有無、知識やスキルに個々の格差があっても、従事する介護職にとって効果的な研修企画を検討したいと考える。そして、特に筆者が検討してきた虐待や不適切ケアを防止する研修内容が必要と考えた。

これらの研修内容に近似している2件の先行研究をあげる。

伊藤（2011）¹⁸⁶は権利擁護に関するプログラム実践の報告をしている。その中で、不適

¹⁸⁶ 伊藤薫（2011）：認知症介護実践者研修会における権利擁護に関するプログラム開発への実践報告 危険予知トレ

切ケアに対する危険予知訓練シートを活用し、施設内虐待の教育に活用されるという結果を得たと報告している。原田（2014）¹⁸⁷は、高齢者の精神認知機能の特徴や、問題への対応について、2時間の研修プログラムを実施した結果、困難感の軽減が図られたと報告している。この先行研究から、研修の効果はあると思われるが、筆者の方法論とは異なる。

以下に、方法論を述べる。

第3節 調査結果から今後に向けた取り組みの提言

今後も認知症高齢者数は増加し、認知症の症状や進行は個人によって多様である。また、糖尿病や脳血管疾患、骨・関節疾患等の多様な基礎疾患を持ちながら、認知症となる高齢者も増加すると思われる。

認知症グループホームは重要な生活支援の場であり、年々増加している。認知症グループホームで働く介護職は、24時間認知症高齢者の生活支援を行っているが、施設の規定上、職員数も限られ、特に一人夜勤はほとんどの施設で行われている状況である。

虐待の認識とストレスに関する調査から、達成感の低い人はストレスが高いことが明らかとなった。また介護行動を虐待と認識している介護職ほど、ストレスが高いことが明らかとなった。また、先行研究を支持する結果ではあったが、20歳代は他の年齢に比較しストレスが高いことも明らかとなった。これらの結果を踏まえると認知症高齢者の生活を支援する介護職のストレスは高く、ストレスマネジメントが重要と考える。

また、管理者の人材育成に関する認識調査結果から、認知症 GH の介護職の人材育成の特徴として、認知症高齢者の生活を支えること、認知症ケアの専門的知識・技術を習得すること、小規模集団としてチームで責任ある行動をすることが重要であることが明らかになった。

以上の結果をふまえて、介護職として個々の達成感が得られること、適切な知識や技術を修得することによって、ストレスマネジメントができることを検討する。それが、人材育成につながることで、次のような研修内容と方法を提案する。また、その介護職がストレスマネジメントをできる、働きやすい職場環境を整備する方法を整理する。

島井らは、効果的なストレス対処¹⁸⁸において、状況に合わせた対処の選択として、自分の努力で事態を変えられる可能性が高い状況には問題焦点型対処を用いることが有効としている。それは、問題に直接的・積極的に働きかけることであるとされている。また、他者からの援助や支持は社会的サポートとして、重要な資源となると述べている。これらのことを踏まえると、介護職の達成感の低さというストレスに対処するためには、専門家という他者のサポートによって、介護職としての専門的知識や技術を自ら学び習得すること

ーニングを用いた研修内容とその評価、日本認知症ケア学会誌、10（3）、369-378。

187 原田小夜（2014）：介護職の対処能力向上プログラムの効果と課題、日本健康医学会雑誌、22（4）、253-263。

188 島井哲志・長田久雄・小玉正博（編）健康心理学・入門、有斐閣アルマ、75-82、2016。

がストレスに対処できる方法として有効と考える。また、島井らはストレスを乗り越えるうえで重要視されるのは資源の存在であると記述している。筆者は、研修を受けることで、知識や技術が習得でき、自ら自信を持って介護職として従事できるのではないかと考える。その知識や技術等が資源となり、介護職のストレスマネジメントにつながるものが今回の研修パッケージの特徴であり、研修方法の工夫が第1の提言である。

さらに、職場環境の調整において、第3章の調査結果から虐待に関する認識について次のことが明らかになった。「不適切とわかっているが、せざるを得ない状況がある」、「職員の働きやすさの取り組みがない」、「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況にない」等が、ストレスを高めていた。管理者は、職場環境を調整する際に、このことを念頭において、組織マネジメントを検討する資源として検討でき、介護職がストレスマネジメントできることが第2の提言の特徴である。

1. ストレスマネジメントに向けた新たな研修方法

1) 研修の概要

介護・看護・福祉の専門家集団が協働し企画運営を行い、介護職を対象として認知症高齢者の理解やケアの専門的知識、技術を習得する「研修プログラム」と研修日や時間を自己選択し施設で受講できる「出前方式」を合わせた「研修パッケージ」を検討する。

2) 研修パッケージを検討する目的

介護職は、社会情勢や制度の目まぐるしい変化や小規模施設での業務の煩雑さ等、最新の制度やケア技術等の入手は困難な状況があると思われる。また、無資格者や実地研修制度のみで業務に従事している者も少なくない。このような状況で、対人援助職としての専門的知識や技術に不安や戸惑いを抱え、自信がもてず達成感やないことでストレスを感じ、虐待の引き金となる可能性は否定できない。

そこで、今回提案する研修を受講することで職務に関する自信や達成感が得られるきっかけとなり「虐待防止」につながると考える。

3) 研修パッケージの特色と意義

本研究では、「出前方式」という自らが研修時間や場所等を選択できる受講方法によって多くの介護職が受講でき、介護・看護・福祉の専門家集団が協働作成した「研修プログラム」で介護職の専門的知識・技術を高めることができる。これらを合わせた研修パッケージによって、介護職が積極的に職務に取り組み、資質向上のために努力しようとする意欲を高める『きっかけづくり』ができ、それが職務遂行への自信や達成感となってストレス緩和につながると考える。

認知症グループホームの介護職のストレスと研修の関連性において、ストレスは高く「メンタルケア」を必要としている。その一方で、問題を解決しようとする意識は高い。また、「時間がないから仕方がない」「案内がない」等、学ぶ機会がないことを正当化するような

介護職も存在すると思われる。

蘇（2006）¹⁸⁹は介護職員の仕事の動機づけと職務満足について、介護職の動機づけに仕事の有能感を促進すると仕事のやりがい感などの肯定的感情が伴われ、仕事への強い動機づけになると述べている。この有能感は達成感につながると思われ、仕事が促進するきっかけが、「研修パッケージ」であると考える。

職務意欲つまり達成感を促進するために、自信をもって職務遂行できるきっかけとなる研修方法を提案することで、ストレスマネジメントができる意欲につながると理解した。

4) 方法論の提案

「研修パッケージ」の特徴は、以下のとおりである。

(1) 研修の概要

対人援助職に必要な専門的知識や技術、態度や相談等の専門家集団の知識を結集した研修内容である。そして、担当分野の特質を生かし連携協働しながら指導することである。

(2) 研修内容

認知症の理解や認知症高齢者のケアについて、介護・福祉（社会福祉士、法律家、レクリエーション指導者等）・医療職（看護師・薬剤師・栄養士、理学・作業療法士等）の専門家集団が協働し、研修内容を作成し、研修講師として施設に出向くことである。

- ①介護保険制度や人権擁護に関する内容
- ②虐待の理解と介護行動と虐待の関連に関する内容
- ③薬剤の効用や副作用の確認方法、確実な服用方法等
- ④便秘解消のための食物や方法、高齢者の栄養補給（補食）の取り方
- ⑤嚥下しやすい調理法、口腔内のケア、義歯の手当等
- ⑥入居者の生活を潤すレクリエーション方法や趣味の場を創る等
- ⑦個室の環境や共同利用の環境整備等
- ⑧緊急事態（転倒、骨折、嘔吐、窒息、意識障害、脱水等）を理解し、緊急時の状況に合わせた対応方法
- ⑨認知症症状の理解とその特徴、特に周辺症状（徘徊、暴力、幻覚・妄想等）の理解と対応方法
- ⑩高齢者の生理的機能の特徴（視力、聴力、皮膚機能、循環機能等）の理解
- ⑪看取りの対応（死の徴候、家族の対応、死後の処置等）
- ⑫状況や状態に応じた入浴や排せつ、整容行動のケア
- ⑬家族ケア（心配事の相談や、症状や状況への報告・対応等）

以上の項目等を各専門家のアドバイスをもらいながら、実際に実施できる。

¹⁸⁹ 蘇 珍伊（2006）：介護職員の仕事の動機づけと職務満足に関する文献的考察－内発的動機づけと仕事の有能感に焦点を当てた実証的研究－、生活科学研究誌、5。

(3) 研修の受け方

- ①日程や時間、内容を自己選択する。
- ②自分で講義の内容と日程を申込む。
- ③自分で業務調整と時間とを選択する。
- ④各施設内で場所を確保する。
- ⑤休憩時間で実施も可能とする。
- ⑥同僚数名と共同で受講しても構わない。
- ⑦提示した内容以外に希望する内容があれば、希望を受け入れることができる。
- ⑧経験年数に応じた、受講する内容や順番や回数は規定する。基本的なことから徐々にステップアップできるように対策案を個人の提案を取り入れ、案を提示する。

(4) テキスト

小冊子やDVDを作成する。その内容は介護福祉士養成課程のカリキュラム、研修に関する国内外先行研究、本研究調査結果から認知症グループホームの介護職にとって重要となる「認知症の理解」や「認知症高齢者のケア」「グループホームの生活」についての知識・技術である。研修受講後に、復習できるようなドリル形式やDVDで技術の確認等ができるようにすることである。

(5) 研修受講の利点

提案する研修の受講の利点として以下の3点が挙げられる。

- ①今さらスタッフや上司に聞けないことや、基本的な理解が難しい等その人の問題となる状況や必要なことを解決できる内容とする。
- ②経験年数の違いや資格の有無を考慮した内容方法とする。
- ③研修講師が第3者として定期的に施設内を訪問することにより、閉鎖的空間で起こり得る不適切ケアや虐待を未然に防ぐ抑止力につながる。

(6) 研修の運営

研修の運営については、現在の介護職の外部研修は、研修場所が遠方でそのための交通費や1回の受講料等、経済的負担が大きいことが進まない理由の一つである。提案する研修は、受講生の経済的負担が少ない方法で実施するための方法である。

- ①大学や専門機関、病院、行政機関が各地域にある。各専門家の基幹となる機関を中心として近隣のグループホームと契約し、研修を進める。
- ②定期的に各専門家集団や機関が進捗状況や新たな研修内容や方法を検討する会議を設け、連携協働する。
- ③費用は、可能であれば助成を受け、テキスト作成や開発等に充てる。研修は1回500円、もしくは交通費(500円程度まで)を支払うことができればよい。
- ④研修のフォローアップも役割とする。
- ⑤基本は施設に出向くことであるが、早期解決のために電話やメールによるやり取りも可能である。

- ⑥管理者の相談や管理運営についての助言も受ける。
- ⑦最低 1 年間は契約し、その後はいつでも契約解除でき、専門家集団の予定が整えば、再開も可能である。

2. ストレスマネジメントに向けた職場環境の調整

施設内のスタッフ間や管理者とスタッフ間の人間関係性を良好にすることが、職場環境を調整する基本であり、以下の項目の前提条件となる。

渡邊らは¹⁹⁰ (2012)、介護職員の支援体制とバーンアウトの影響について、組織を支援する要因として、仕事能力の正当な評価や意見の反映といった「個の尊重」がバーンアウトを低減すると報告している。また、小木曾ら¹⁹¹ (2017) は、職務環境の改善の認識において、介護職は、様々な職種との交流や連携やキャリアアップの機会の確保、個人の正当な評価や施設の営利を優先しない等を改善してもらいたいことをあげている。これらの先行研究は、介護職の離職や仕事満足度につながる結果であり、ストレスが高まると満足度が下がり離職に結びつく可能性がある。そして、前項でも述べた第 3 章の虐待に関する職場環境の認識においても、同僚や上司と話し合える状況にない場合や、職員の働きやすさの取り組みがない場合等にストレスが高い傾向を示しており、人間関係や職場環境の改善が重要と思われる。

また、本章の第 1 節で述べたように、管理者は、管理者研修において事業所を管理・運営していくうえで必要な「指定基準の正しい理解」「職員の労務管理」「適切なサービス提供のあり方」などの知識技術を身につけることを目的に実施されている。この項目のうち「適切なサービス提供のあり方」の内容に「サービスの質の向上」に人材育成が含まれている。研修時間は約 5 時間程度である。介護職の人材育成についての知識は不足している可能性がある。上田¹⁹² (2015) は、P.F ドラッグラーのマネジメントを翻訳している。その中で、ドラッグラーは「人こそ最大の資産である」、「組織の違いは人の働きだけである」と述べているとしている。あらゆる資源のうち人は最も活用されず、その潜在能力も開発されていない。必要なことは実際に行うことである、と続いている。それは 3 つのうち①共に働く人たちを生かすべきものとしてとらえる。②強みが成果に結びつくような人を配置することであると述べている。すなわち、認知症グループの管理者は人材育成に対する知識が不足しているために、介護職を生かす人として成果を出す重要な役割を持っている人というとらえ方ができていないと思われる。介護職がいきいきと適材適所で働くために、職場環境を調整することは、管理者にとって最重要課題と思われる。しかし、前述したと

¹⁹⁰ 渡辺 健、石川久展 (2012) : 高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響－組織の支援体制を中心とした見当－、*Human Welfare*, 4 (1)、17-26.

¹⁹¹ 小木曾加奈子、裨宜佐統美、今井七重、他(2017) : 介護老人保健施設における職務環境の改善に対する認識の内容、*日本医療・病院管理学会誌*, 54 (2)、57-65.

¹⁹² P.F ドラッグラー著 (2015) 上田惇生編訳、: エッセンシャル版 マネジメント 基本と原則、ダイヤモンド社、79-82.

おり人材育成に関する知識が十分でないため、管理者自ら不安や悩み等が出る可能性もあり、管理者自身のストレスマネジメントも必要と理解した。

以上のことを鑑み、以下の項目について改善していくことで、ストレスマネジメントができ、ストレス低減につながり、虐待予防に寄与するのではないかとと思われる。

1) 同僚や上司等との相互的意見交換を設ける

同僚や上司と定期的な相互の意見交換の時間を設定する。そして、業務の問題点や施設の課題、介護職の介護ケア技術の不一致や未熟な点等を話し合う。また、解決のための方法も話し合い決定していくことが重要である。さらに、不適切な介護や認知症高齢者特有の BPSD による入居者同士、介護職とのトラブルなど、インシデントに関する危機管理としてチームで事例検討会を開催し、原因を明らかにするとともに対策を検討し、決定したことを周知徹底する。

2) 現任教育の指導体制を整備する

管理者は介護職の現任教育やリーダーを育成する指導体制を整備し、個人および指導体制の評価をできるようにマネジメントすることが重要である。その際は、施設の運営方針や認知症高齢者の生活を重要視した介護職が育成解できるような指導をする。そうすることで、介護職がチームとして認知症高齢者のケアを支え、介護職自身も知識技術等の自己研さんを重ねることが可能になると考える。

3) 介護職自らのストレスマネジメントの必要性を自覚する

介護職自身がストレスを感じることができるとともに、ストレスマネジメントの必要性を自覚することができる。そして、自分に適したストレスマネジメント法を見つけだし、セルフケアを促し、継続することでストレスを低減することができるとう理解した。時には、専門家として臨床心理士等に相談できる体制をとれるよう、医療機関や産業医との連携も必要と考える。

4) 介護職の日常介護行動に対する自己点検・自己評価をする

有馬（2008）¹⁹³は、虐待の防止について自らの専門性を高め客観的な虐待防止の自己点検・自己評価に努めなければならないと述べている。介護職は、日常の介護行動の一つひとつに関して、認知症高齢者を尊重した行動かどうか、倫理的配慮ができていたか、どのような対応をすればよいのか等を自らが点検自己評価することができる学習が必要であるとう考える。そうすることで、自分を振替えることができ、より良いケアに結び付くと思われる。

5) 管理者自身のストレスマネジメントの必要性を自覚し、対応策を考える

スタッフや入居している認知症高齢者、その家族や地域住民、親会社等、関わる人が多く管理者自身のストレスマネジメントも重要である。特に、介護職の人材育成は重要と思われる。スタッフ間や入居社との人間関係、研修やキャリアアップ等の教育体制、夜勤や

¹⁹³ 有馬良健（2008）：介護・看護職のための虐待防止ケースアドボケート実践チェックリスト、p3.

緊急時の勤務体制等、多様な側面が人材育成に影響する。管理者は、介護職同様心身の健康を維持することも必要である。そこで、管理者が自分自身の問題を自覚し、対応策を検討することで、相手を尊重し寄り添うケアができる。それによって、入居者と家族の満足度も上がり、グループホームの運営や地域への貢献も可能となる。また、管理者として、介護職として成長し続けていくためにも、研修受講や他職種、他機関管理者との連携も重要である。本章の 2 節の提案した研修についても、管理者としての役割や運営、制度の理解を深めることや不安や疑問等の助言等にも利用できると考え、第 3 者を入れることは重要である。

第6章 本論文のまとめと今後の課題

第1節 まとめ

本論文では、認知症グループホームの現状と、そこで働く介護職の教育課程や就労状況、養介護施設の従事者の虐待の実態を理解した。そして、本論文の中心的検討課題の介護職のストレスと虐待の認識の関連を明らかにした。また、ストレスと虐待の認識について、認知症グループホームの管理者の人材育成にも課題があると思い、調査した。その結果と、それをもとに、筆者が考えるストレスを低減するためのストレスマネジメントのための研修方法と職場環境について提言した。

1. 認知症グループホームの介護職の問題

認知症グループホームで働く介護職には以下の課題があると整理し認知症グループホームで、働く介護職員のストレスは次の2点から生じると考えた。①認知症高齢者の生活に24時間密着して働くことによる、利用者との関連性から生じるストレスがある。②小規模施設特有の少人数（特に一人夜勤）勤務による、労働の負担とストレスがある。これらのストレスから利用者に対する虐待が生じる可能性が高くなるのではないかと考えた。

こうした虐待行為を回避するためには、介護福祉士養成課程において「人間の尊厳」等の人権意識や職業倫理に関する教育が重要な役割を果たしていると考えられるが、実際の現場では、短時間教育と実務経験によって仕事に従事する者の割合が圧倒的に多い。また、実務経験者に対しては、養成校で実施される「人間の尊厳」等の人権意識や職業倫理に関する教育がない。さらに、介護職員の中には介護福祉士以外の者も従事していることから、相対的に人権意識や職業倫理に関する知識が不足する介護職員が多いことが予測される。このことは人間としての尊厳を基本とする認知症高齢者に対する理解不足につながり虐待や不適切ケアにつながるのではないかと考えた。

2. 高齢者虐待に関する実態

養護者と養介護施設の従事者が加害者となる高齢者虐待の実態について述べた。養介護施設別ごとの虐待では、「介護老人福祉施設」30.6%と最も多く、次いで「有料老人ホーム」20.9%、「認知症グループホーム」15.9%、の順であった。養介護施設の従事者による虐待の種別は、「身体的虐待」61.4%と最も多く、「心理的虐待」27.6%、「介護放棄（ネグレクト）」12.9%であった。

本来、養介護施設は高齢者の生活の保障の場である。その安定した生活を保障する養介護施設の介護職員における虐待がなくならないことは大きな社会的問題であるため、養介

護施設における虐待予防は急務な課題であるといえる。

特に認知症グループホームにおいては、認知症高齢者を対象とした日常生活中心の支援をしていることから、認知症に現れる BPSD（幻覚、妄想、徘徊、異食、暴言暴力等）の症状に振り回される可能性が高く、介護職員が対応に苦慮する多くは BPSD であると言われている。介護職員は認知症と理解していても、環境条件の違いや人間関係等で急に周辺症状が出現したりすることもあり、常に細やかな対応をする必要がある。そのため、身体的・心理的負担が高く、それに伴い「心理的虐待」が起こる可能性が高いと考える。さらに、資格がないことや研修を受けていないことで認知症や虐待の理解やその対応ができない介護職員が多数存在する可能性はある。介護職員の養成課程や施設の研修等について現状を把握することができた。

3. 認知症対応型グループホームの現状

認知症グループホームは、1985年にスウェーデンで始まった試みであり、民家を改造した小規模で家庭的な生活環境の下、介護者と認知症高齢者との共同生活を始めたのが発祥と言われている。認知症高齢者ケアの実践と認知症グループホームの成果は社会的に評価され、日本の認知症グループホームの基礎となったと言われている。

スウェーデンでの取り組みがなされていた同時期に、日本では、独自の宅老所ができていた。その発祥は研究者によって異なっているが、その時点の宅老所は行政の制度に則っておらず、定義自体も明らかでないが、民家などを改造して高齢者が落ち着いて滞在できる場所を指すと、山井（2004）は説明している。そして、宅老所は住民やボランティア、福祉施設の元職員が集まって自然発生的に始めることが多いとも述べている。

認知症グループホームは、2015年度介護サービス施設・事業所調査では、10月現在13,003事業所が登録されており前年比3.9%増加し、利用者数は184,500人となって、微増していることが明らかとなった。認知症グループホームで働く介護職員の現状から、介護職員は小規模で家庭的な生活環境で、入居者一人につき介護職員が0.8人と概ね1対1で、他施設と比較すると比較的手厚い介護ができており、少人数で認知症高齢者の生活を支えている。彼らは、職務満足度において認知症グループホームの介護職員は75%が満足と回答していることから、仕事に対してやりがいを持って働いていることが理解できた。

4. 介護職の教育、就労状況

資格取得ルートは、養成校ルートと実務経験ルートに大きく分かれている（福祉系高校ルートは除く）。養成校ルートの養成施設は大学、短期大学、専門学校と多様で、2016年度までは養成施設を卒業すると国家資格が与えられた。当初、養成施設は社会状況と将来の介護ニーズに適合したことで増加し、毎年多くの介護資格を取得した若い世代が介護の現

場に就業していった。2006 年をピークに養成校の入学者は定員割れとなり、養成校の定員と入学者について 2016 年度は定員枠が 16,700 人（377 校）に対し入学者は約 7,700 人とどまり、この 10 年間で入学者は 50%以下になった。

実務経験ルートは、3 年以上の介護等の業務に関する実務経験、及び都道府県知事が指定する実務者研修等（2016 年度から開始）における必要な知識及び技能の修得を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法である。全体では、介護福祉士登録者数は年々増加しており、厚労省によると 2016 年度では実務経験ルートが約 77,000 人、養成校ルートが約 8,700 人と約 8 倍実務経験者が多くなっている。実務経験者コースは、教育時間が短いことから、専門的知識の乏しい介護職員が介護福祉士の多数を占めていることが考えられる。

5. 介護職の人材確保の課題

介護職の人材確保において、最も大きな課題は、非正規職員の離職率の高さである。養介護施設の介護職員の 41%は非正規職員であり、非正規職員の離職率は 21.3%と報告されている。2 点目の課題は、潜在介護福祉士が多いことである。3 点目は、養成施設の減少である。介護福祉士養成施設への入学者が減少するという事は、介護福祉士として専門的教育を受けた人材が減少することにつながる。4 点目は、賃金や待遇の低さ、労働条件等の整備不足である。

人材不足は、新たな人材確保や職員としての教育等、組織管理への影響もあると思われ、労働環境の整備も重要となる。介護人材の不足は、介護の質を低下させるだけではなく、不適切なケアや虐待につながる可能性があることが理解できた。

6. 調査仮説と解決問題

先行研究の結果から、虐待の関連要因や介護職のストレスの関連要因のそれぞれはまとめられているが、認知症グループホームにおける介護職に関して、認知症高齢者への虐待の認識と介護職のストレスを分析した研究は見当たらなかった。また、管理者を対象とした教育指導体制について認識について分析した研究はなかった。

介護職のストレスによる虐待の認識との関連が明らかになれば、ストレスを低減することができ、また介護行動の虐待に関する適切な認識を得ることで、虐待に結び付くことを予防できるのではないかと、仮説を立てた。そして、本論文における調査によって、ストレス関連要因の分析することで、介護職の専門的知識や人間の尊厳等、倫理的思考の理解度が不足していることも、関連していることも明らかになるのではないかとと思われる。そのため、介護職員の人権意識や職業倫理に関する知識不足を補う手段としては、職場内教育や外部研修の受講による意識や知識向上が有効と考えた。

次に、上記の調査を受けて、管理者の人材育成の体制の認識が明らかになれば、管理者が必要としている教育支援体制を整備でき、不十分な教育が要因となる虐待が防止できる可能性があると思われる。

7. 認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連

1) 調査対象者の基本属性について

女性が圧倒的に多く、40~50代の経験年数が少ない女性が多く、子育てが一段落した女性が再就職していると理解した。専門的知識の乏しい介護職が多く、また経験年数が少ない人や非常勤者が夜勤をしており、緊張や不安が多い中で勤務している可能性が高い。さらに「肩こりや腰痛」「疲れがとれない」などを自覚しており、これらの症状はストレスが招く症状と言われており、心身ともにストレスを感じている介護職が多いのではないだろうか。そのストレスによって、不適切なケアや虐待に結びつく可能性はある。

2) 介護職の虐待の認識について

本研究の対象となるグループホームの介護職は、介護行動における虐待に関する知識や理解不足が明らかとなった。特に、異性の排せつ介助は虐待と思わない割合が多く、本来は相手を尊重した態度として配慮すべき行動であるが、介護職として当然の行為であると思いきや行っているのではないだろうか。しかし、本研究は、対象者が限られており一般化できず、今後の研究課題である。

3) 介護職の研修について

本研究の対象となった介護職の学習意欲は高い。しかし、研修受講や内容について、虐待の認識が乏しい介護職や介護の仕方に疑問を持たない介護職が多かった。それは、人権擁護や虐待に関心が少ないことを意味し、適切なケアが行われぬ可能性のあるということである。特に、若い世代や経験年数の少ない介護職はその傾向が高く、彼らへの教育は重要であり、人権擁護や虐待に関する学習の機会を重要と考える。さらに経験年数が多い介護職は、「メンタルケアに関する内容」の研修を求めている。このことから、経験年数の高い介護職は、仕事に対する精神的負担が大きくストレスを感じている可能性は高いと思われる。よって、ストレスの要因や対処、緩和方法のための研修企画や外部研修を積極的に受けるような職場環境体制も必要である。

4) 介護職のストレスについて

本研究の対象者である認知症グループホームの介護職のストレスは全体的に問題のない状況であった。しかし、ストレスの高い群がバーンアウト尺度の下位尺度項目によって14%~50%であり、ストレスの高い介護職が多いことが明らかとなった。

このバーンアウト得点の高い群は、すなわちストレスの高い介護職である。虐待に関する職場環境が、整備されていると思っている人ほどストレスが高いこと、また介護行動に関して、虐待と認識している人ほどストレスが高いことが明らかとなった。

これらのことから、虐待に関する職場環境が整備されていても、また介護行動を虐待と認識できていても、職場環境や認知症ケアの現状に満足できていないことが、ストレスを高めている可能性はある。さらに認知症高齢者への自己決定支援をしたい人やしている人はストレスが高く、利用者本位にケアを進めている以外のところでストレスが高くなっているのではないかと思われた。

8. 認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識

1) 対象者の特性

平均年齢 59.9 歳で、管理者平均年数は 5.9 年であった。資格は複数回答で介護福祉士が 5 名と最も多く、看護師 3 名、ヘルパー 2 名であった。

2) 施設内研修開催の概要

対象者となった施設のほとんどは、施設内で企画され実施されていた。それぞれ順番に講師役を務めていた。過去 1 年間の研修内容について、最も多かったのは「緊急時の対応」8 施設、次に多かったのは「虐待に関する内容」、「人権擁護」で 6 施設、「介護ケア」、「認知症高齢者の理解」5 施設の順であった。外部研修受講については、各施設で異なっているが、施設の規定によって参加人数や費用等の査定が行われていた。研修参加後は、他の介護職員に伝達講習を行い内容の共通化を図っている場合が多かった。

3) 管理者の人材育成についての認識

認知症グループホームの管理者 11 名は、認知症グループホームの介護職の人材育成の認識として【認知症高齢者と生活を共にする介護職としての基盤づくり】【認知症ケアに求められる知識・技術の習得】【小規模施設におけるチームの一員としての自覚と責任ある行動の育成】【認知症グループホームに従事する介護職に必要な人材活用とキャリアアップの整備】【小規模施設に従事する介護職として自己の成長を促す他交流との促進】【認知症グループホームの管理者としての自覚と責任】の 6 カテゴリーが明らかになった。

特に、認知症グループホームの介護職における人材育成の特徴として、認知症高齢者の生活を支えること、認知症ケアの専門的知識・技術を習得すること、小規模集団としてチームで責任ある行動をすることがあげられた。

第 2 節 本論文の課題

本論文では、認知症グループホームの介護職の問題として、ストレスが虐待の関連するのではないかと考え、特に介護職の認識に焦点を当てて、認知症高齢者を取りまく社会の実態や虐待の実態を理解した。そして、介護職の属性、虐待、ストレス、教育、研修等について、また認知症グループホームに特化した先行研究を文献検討した。その結果、介護職とストレスや虐待の実態については、高齢者施設全体の問題として分析が行われていた。

よって、本論文における認知症グループホームの介護職に特化した調査としては意義のある調査であったと考える。しかし、介護職の基本属性やストレスの要因は、先行研究を支持する結果が多く、先行研究の文献検討が不足していたため、調査項目・内容や分析方法が不十分になったと思われる。さらに、海外文献は、日本との認知症グループホームの仕組みの違いや看護職が対象の調査が多く、期間も過去 5 年間にしたことで適切な文献が見当たらなかった可能性もある。虐待は世界注に起こっていることであり、海外では、すでに虐待防止に関する対策が実践されている国もあり、このことも含めて検討すべきであったと思われる。

また、虐待については虐待防止法の制定により、倫理的問題となることが予測され、実際に虐待したことがあるかという項目について、調査はできなかった。しかし、介護行動を虐待と認識しているかどうかによっても虐待に結びつく可能性があるとして、虐待に関する介護行動を検討した。先行研究を参考に、日常的に行われている 33 項目を選択した。そして、項目の妥当性を分析したが、特に異質な項目は見当たらなかった。しかし、なぜその 33 項目にしたのか基準があいまいであったと思われる。本来であれば、介護職の日常の支援方法や接し方等について、参加観察等や実態について介護職自身からも調査し、項目を精選する必要があった。また、5 種類の虐待の種類では身体的虐待の項目が少なく、種類に偏りがあったと考える。

調査において、介護職のストレスと虐待の認識について自記式質問紙実態調査を実施した。また、その関連には認知症グループホームの管理者の人材育成に関する責任は大きいと考え、人材育成の認識について面接調査を行った。

介護職のストレスと虐待の認識についての調査は、まず、対象者を地域限定としたことで、標本に偏りが生じた可能性は否めず、虐待の認識やストレスとの関連等、新たな部分が出てきたと思われる。本研究の標本の偏りについて、先行研究との比較では、対象とした地域には若い世代が少ないこと、経験年数が高いことが特徴として現れた。年齢や経験年数等も標本として検討すべきであった。また、介護職のストレスとして、日本版バーンアウト尺度を用いた。この尺度は、対人職に対するストレス調査で用いられており今回も妥当であったと思われる。しかし、先行研究では、自己効力感や介護肯定感や否定感等、多様な側面からストレスをとらえていた。そして、分析方法は、ロジスティック回帰分析を用いて行ったが、因子分析を行っている方法もあり、ストレス要因を十分に分析できなかったのではないかと理解できた。

管理者の人材育成の認識について面接調査を実施した。半構成面接によって、管理者の認知症グループホームに対する思いや介護職への思いやり、そして人材育成の認識、教育指導の重要性や必要性、管理者としての環境調整等についての認識が明らかになった。しかし、1 県内の 11 施設の管理者という限定的な対象者であり、対象者数は少ないと思われ、一般化には至らないと思われる。面接調査ということで、時間的な制約もあり他県まで拡大することはできなかった。また、人数も調査内容が飽和状態となったところで終了とし

た。しかし、年齢、管理職の経験年数、施設規模、基本資格等が多様であった。それ故に、多様な認識が抽出されたと思われ、意義ある調査結果であった。ただ、管理者経験年数の幅は広く、経験年数の人数による相違も大きく、影響があったのではないだろうか。

今後は、対象者を全国的に拡大するとともに他施設との比較検討をし、認知症グループホームの介護職におけるストレスの特徴を把握し、ストレス要因の低減を検討することが課題である。その際は、調査項目や測定する心理尺度等を精選し、調査の精度をあげた分析をしたいと考える。終の棲家としてグループホームで人生の最期を迎える認知症高齢者が増加することは明らかである。このような状況で従事する介護職のストレスを解消することは困難である。しかし、ストレス対処方法を見出すことによって介護職のストレスは低減され、認知症高齢者の人権を尊重した終の棲家としての生活支援が充実すると願いたい。

また、管理者への人材育成についての認識を面接調査したが、直接虐待防止に関する人材育成の認識の面接ではなかったため、今回の調査から直接虐待防止に関連した結果は見いだすことはできなかった。今後は、虐待防止に特化した研修について管理者の認識や取り組みについての困難等について調査を進めたい。その際は、面接人数を増やし、経験年数や基本的資格の有無等から詳細に聞き取りを行い、妥当性・信頼性のある分析を行い、虐待防止に有効な教育支援につなげていきたい。

<引用・参考文献>

- 相澤譲治 (1990) : 社会福祉士および介護福祉士成立の背景と課題〔I〕 - 本福祉法成立の社会的背景 - 、平安女学院短期大学紀要、21、48-55.
- 畦地良平, 小野寺敦志, 遠藤忠 (2006) : 介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因— 職場特性を中心とした検討—、老年社会学、27 (4)、427-437.
- 有馬良健著 (2008) : 介護・看護職のための虐待防止チェックリスト、第1版、医歯薬出版、3.
- 有吉佐和子著 : 恍惚の人、新潮社、1972.
- 石川 実編 (2007) : 現代家族の社会学 脱制度化時代のファミリー・スタディーズ、第17刷、12-14、有斐閣ブックス、東京.
- 伊藤薫 (2011) : 認知症介護実践者研修会における権利擁護に関するプログラム開発への実践報告 危険予知トレーニングを用いた研修内容とその評価、日本認知症ケア学会誌、10 (3)、369-378.
- 岡堂哲雄編集 (2014) : 系統看護学講座 家族論・家族関係論、医学書院、2-21.
- 小笠原知子、井上善行 (2017) : 特別養護老人ホームにおける介護職員の研修に対する経営層の意識調査、自立支援介護学、10 (2)、162-171.
- 小笠原祐次編 (2003) : 今、なぜ痴呆症にグループホームか スウェーデンからのメッセージ、筒井書房.
- 岡本麻由美、竹崎久美子(2013) : デイサービスを通じた要介護高齢者の「安心」を支えるケア 小規模デイサービスの施設管理者に焦点をあてて、高知女子大学看護学会誌、39(1)、34-42.
- 小木曾加奈子、柘宜佐統美、今井七重、他 (2017) : 介護老人保健施設における職務環境の改善に対する認識の内容、日本医療・病院管理学会誌、54 (2)、57-65.
- 小野寺敦志、畦地良平、志村ゆず (2007) : 高齢者介護職員のストレスとバーンアウトの関連、老年社会科学、28 (4)、464-475.
- 金 圓景、奥田佑子 (2015) : 認知症高齢者グループホーム管理者の主な業務内容および抱える困難、認知症ケア学会誌、13 (4)、739-748.
- 草地 真著 (2011) : グループホームをはじめよう!、ぱる出版、88-99.
- 久保真人著 (2014) : バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは、第4刷、株式会社サイエンス社、21-61.
- 河野由美子 (2015) : 高齢者施設で働く介護職における認知症高齢者への虐待の実態—意思決定と虐待の関連性を中心に—、勇美記念財団在宅医療助成報告書.
- 高齢者処遇研究会編集・発行 (1998) : わが国における一般市民の高齢者虐待に関する意識調査 調査研究報告書、東京.
- 高齢者処遇研究会編集・発行 (2000) : 特別養護老人ホームにおける高齢者虐待に関する実態と意識調査 調査研究報告書、東京.

- 国民衛生の動向・厚生 の指標・増刊 (2016/2017) : 厚生労働統計協会、63 (9)、49-57.
- 国民の福祉と介護の動向・厚生 の指標・増刊 (2016/2017) : 厚生労働統計協会、63 (10)、186-187.
- 後藤真澄、間瀬敬子、榎本敬子(2014) : 高齢者の看取り介護の現状とあり方についての検討
介護保険施設・居住系サービスの管理者インタビューを手がかりに、介護福祉学、21(1)、62-69.
- 小林千恵子 (2015) : 介護福祉士養成教育における教育カリキュラムの評価について、地域ケアリング、17 (8)、37-42.
- 小林由佳、長津美代子 (2013) 中年期における親の介護と感情労働についての考察、群馬大学教育学紀要 芸術・技術・体育・生活科学編、第 48 巻、217-227.
- 佐々木 薫 (2016) : 認知症ケアのノウハウを地域へ「認知症グループホームのあるべき姿と 7 つのケア機能」に沿った提言、介護の経営と運営、34、36-39.
- 島井哲志・長田久雄・小玉正博編 (2016) : 健康心理学・入門、有斐閣アルマ、75-82.
- 清水昌美、坂本 圭 (2017) : 高齢者福祉施設における組織運営のあり方と人的資源管理についてー福祉サービス第 3 者評価結果に基づく優良施設の事例研究ー、川崎医療福祉学会誌、26 (2)、220-229.
- 白石句子、藤井賢一郎、田口 潤、他 (2011) : 介護職員のワークモチベーションの内容および、ワークモチベーションの内容とキャリアコミットメントの関連 : 看護師との比較による介護職員の特徴. 介護経営、6 (1)、16-28.
- 新村 拓 : 痴呆老人の歴史、法政大学出版局、19-25.
- 須加美明 (1996) : 日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史、社会関係研究、2 (1)、87-122.
- 蘇 珍伊 (2006) : 介護職員の仕事の動機づけと職務満足に関する文献的考察ー内発的動機づけと仕事の有能感に焦点を当てた実証的研究ー、生活科学研究誌、5、129-138.
- 立花直樹、九十九綾子 (2012) : 介護業務における「バーンアウト」改善に向けた調査研究ー特別養護老人ホームの介護職員・施設長に対する調査から見えた課題ー、厚生 の指標、59 (8)、29-37.
- 田中博一 (2010) : 実務経験者ルート資格取得課程の概要と課題. 地域ケアリング、12 (4)、28-32.
- 田尾雅夫、久保真人 (2009) : バーンアウトの理論と実際 心理学的アプローチ、第 7 刷、誠真書房、15-46.
- 張充楨、長三紘平、黒田研二 (2007) : 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ー小規模ケア型施設と従来型施設の比較ー. 老年社会学、29 (3)、366-374.
- 津田耕一 (2014) : 福祉現場 OJT ハンドブック 職員の意欲を引き出し高める人財育成. ミネルヴァ書房、26-29.
- 邑山玉連、木村美香、清水裕子、他 (2018) : 事業管理者が認識する看護小規模多機能型居

- 宅介護の課題－潜在看護職の再就業を支援する教育プログラムの開発に向けて－、第 48 回日本看護学会論文集在宅看護、35-38.
- 馬場康彦、近藤克則 (2005) : 女性の労働と主観的健康観、季刊家計経済研究 WINTER、No65、51-59.
- 林和秀 (2016) : 認知症グループホームの光と影 - 文献から読み解く課題と可能性 - コミュニティ福祉学研究科紀要、第 14 号、103-110.
- 原田小夜 (2014) : 介護職の対処能力向上プログラムの効果と課題、日本健康医学会雑誌、22 (4)、253-263.
- 平川仁尚、鈴木悟司 (2014) : 介護職員が離職しにくい職場環境を作るには - 認知症高齢者グループホームの取材からの考察 -、ホスピスケアと在宅ケア、22 (3)、301-305.
- ピーター・ドラッガー著 (2010)、有賀裕子訳 : マネジメント 務め、責任、実践 I、日経 BP 社、119-141.
- P.F ドラッガー著 (2015)、上田惇生編訳 : エssenシャル版 マネジメント 基本と原則、ダイヤモンド社、79-82.
- 藤野好美 (2001) : 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.
- 藤原和美、小坂淳子、今岡洋二他 (2008) : 介護従事者の労働実態とバーンアウト、大阪健康福祉短期大学紀要、第 7 号、125-131.
- 古村美津代、石竹達也 (2011) : 認知症グループホームを離職したケアスタッフの思い－インタビュー調査における質的検討－、久留米医学会雑誌、74 (10-12)、307-315.
- 古村美津代、石竹達也 (2012) : 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.
- 古村美津代 (2018) : 認知症対応型共同生活介護事業所における新人介護従事者の支援体制の課題-管理者及び新人介護従事者のインタビュー結果から-、地域ケアリング、20 (5)、56-59.
- 松井美帆 (2004) : 痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス、日本痴呆ケア学会誌、3 (1)、21-29.
- 水上敦子 (2009) : 看護師の患者に対する虐待の実態と要因、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録、No.34、9-16.
- 水上幸代 (2007) : 介護福祉士養成教育の課題－国家資格化を省みて－、社会関係研究、13 (1)、75-104.
- 山井和則著 (2004) 改訂版グループホームの基礎知識、リヨン社、26-52.
- 山井和則著 (2004) 改訂版グループホームの基礎知識、リヨン社、168-190.
- 山口晴保 (研究開発代表者) (2018) : BPSD の定義、その症状と発症要因、認知症ケア研究誌、2、1-16.
- 米原あき、谷口敏代 (2017) : 認知症対応型共同生活 (グループホーム) における管理者の

サービス評価の認識と関連要因について、認知症ケア学会誌、15 (4)、785-759.
渡邊健，石川久展 (2012)：高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響—組織の支援体制を中心とした検討—、Human Welfare、4 (1)、17-26.
和田幸子 (2005)：介護福祉士の専門性を高めるために、大阪城南女子短期大学研究紀要、39、89-102.

<引用・参考資料>

朝田 隆，泰羅 雅登，石合 純夫，清原 裕，池田 学，諏訪 さゆり，角間 辰之：
厚生労働科学研究成果データベース：概要版報告書

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201218011A>
(2017.6.27)

介護保険事業報告：要介護度別認定者の推移

<http://rihawolf.com/wp-content/uploads/2017/05/a1e2a59994d1d340ec414ee5f08f6d4c.jpg> (2018.6.5)

介護労働センター：平成 27 年度「介護労働実態調査」の結果

www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h27_chousa_kekka.pdf (2017.6.27)

神奈川県：「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」自己点検シート

www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/17104.pdf (2014.7.3)

公益財団法人生命保険文化センター：認知症患者はどれくらい

<http://www.jili.or.jp/lifeplan/lifesecurity/nursing/15.html> (2017.6.28)

厚労省：介護人材確保

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000175117.pdf (2018.5.4)

厚労省：介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000188572.pdf (2018.5.4)

厚労省：介護の雇用管理改善 CHECK&DO25

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000.../0000124113.pdf>(2018.10.3)

厚労省：介護福祉士の登録者数の推移

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/shakai-kaigo-fukushi1/shakai-kaigo-fukushi6.html (2017.6.10)

厚労省：介護福祉士養成教育の直面する課題

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000065767.pdf (2017.7.31)

厚労省：介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit>

su_Shakaihoshoutantou/0000153158.pdf (2017.6.22)

厚労省：高齢者虐待防止法の基本
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/dl/02.pdf> (2018.4.23)

厚労省：(老健局の取り組み) 高齢者向け住まいの概要
<https://www.mlit.go.jp/common/001083368.pdf> (2017.6.29)

厚労省：疾病、傷害及び死因の統計分類(ICD-10)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/> (2018.4.25)

厚労省：障害高齢者の日常生活自立度
www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000077382.pdf (2018.4.23)

厚労省：認知症の概要
<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/19.html> (2018.4.25)

厚労省：認知症施策の現状
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit su_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf (2018.4.18)

厚労省：認知症施策の推進について
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit su_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf (2018.4.23)

厚労省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> (2018.5.9)

厚労省：福祉人材確保対策検討会 介護人材確保
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000047527.html> (2018.5.4)

厚労省：平成16年「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書
www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html (2018.6.3)

厚労省：平成26年度「高齢者虐待の防止」
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishoug yakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000111665.pdf> (2017.7.31)

厚労省：平成27年度介護給付費等実態調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/15/dl/11.pdf> (2018.4.23)

厚労省：平成27年度介護サービス施設・事業所調査の概要
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service15/dl/kekka-gaiyou.pdf>
(2017.6.22)

厚労省：平成27年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000155598.html> (2017.7.31)
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/bou shi/index.html (2018.5.10)

厚労省：平成 27 年雇用動向調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/16-2/index.html> (2018.5.1)

厚労省：平成 27 年度高齢者虐待対応状況調査結果概要

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishoug-yakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000155596.pdf> (2017.6.10)

厚労省：平成 27 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishoug-yakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000155730.pdf> (2018.6.4)

厚労省：平成 27 年国民生活基礎調査の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa15/index.html> (2018.5.28)

厚労省：平成 28 年版高齢者社会白書 高齢者の健康・福祉

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_2_3.html (2017.8.31)

厚労省：平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業

http://www.cao.go.jp/seinenkouken/iinkai/4_20161202/pdf (2018.6.3)

厚労省：平成 28 年度国民生活に関する世論調査 2.今後の生活について

<http://survey.gov-online.go.jp/h28/h28-life/index.html> (2017.8.31)

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H17/H17HO124.html> (2016.7.26)

国立社会保障・人口問題研究所：「日本の将来推計人口」

www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp (2017.6.10)

(株)住環境研究所：親の介護に伴う住まい変化調査」について

<http://www.sekisuiheim.com/info/press/20101214.html> (2018.5.28)

総務省：平成 24 年就業構造基本調査の概要

<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/index2.htm> (2018.5.8)

痴呆ケアの歴史から見た今後の課題：永田久美子高齢者介護研究会資料

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/e25dbb9669f8ff3249256d2e001d124e/\\$FILE/siryous3.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/e25dbb9669f8ff3249256d2e001d124e/$FILE/siryous3.pdf) (2018.5.1)

デジタル大辞泉：人材育成(<https://dic.yahoo.co.jp/search/> 2017.12.15)

内閣府世論調査：在宅介護、施設介護に関する意識について

<https://survey.gov-online.go.jp/h15/h15-kourei/2-2.html> (2018.5.29)

二宮利治、清原裕、小原知之他 (2014)：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究、2014 年度厚生労働科学研究成果

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>, (2016.7.26)

日本医療労働組合連合会：2013年介護施設労働夜勤実態調査

irouren.or.jp/publication/医療労働2月号p02_p40.pdf (2018.6.3)

日本介護福祉士協会：介護福祉士を取り巻く現状について

http://www.jacew.or.jp/pdf/chosakenkyu/H23/nintei_1st_kento_siryuu003.pdf
(2018.5.30)

日本看護協会：看護者の倫理綱領

https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf (2018.9.29)

日本能率協会総合研究所：平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方及び既存研修のあり方に関する調査研究事業報告書 (2014.3)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079596.pdf>(2018.9.29)

日本認知症グループホーム協会：認知症グループホームの実態調査事業報告書

<http://ghkyo.or.jp/news/wp-content/uploads/2017/02/chosakenkyuujigyohoukoku-20100730-02.pdf> (2017.6.10)

日本の保健医療の概観-JICA

www.jica.go.jp/jica-ri/IFIC.../200403_02_02.pdf (2018.4.22)

認知症グループホーム協会：認知症グループホームの実態調査事業報告書

<http://ghkyo.or.jp/news/wp-content/uploads/2017/02/chosakenkyuujigyohoukoku-20100730-02.pdf> (2017.6.22)

認知症ねっと

<https://info.ninchisho.net/mci/k10> (2017.6.28)

認知症の定義

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg/sinkei_deg/2010_02.pdf (2017.6.28)

バーンアウト尺度：一般社団法人社会評価システム研究所

<http://statsmentor.net/www.sesi.or.jp> (2016.3.10)

リジョブ介護：要支援要介護認定の基準

https://relax-job.com/contents_list/20023 (2018.4.23)

<先行研究参考文献 再掲> (国内、海外の順)

畦地良平、小野寺敦志、遠藤 忠 (2006)：介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因－職場特性を中心とした検討－、老年社会学、27 (4)、427-437.

阿部正昭 (2014)：特別養護老人ホームに勤務する介護職の職業意識－テキストマイニングを用いた分析を中心－、介護福祉学、21 (1)、54-61.

有馬良健著 (2008)：介護・看護職のための虐待防止ケースアドボケート実践チェックリス

- ト、医歯薬出版.
- 五十嵐裕、佐古泰司、飯島裕一、他 7 名 (2011) : 認知症介護長野県内施設アンケートの結果から、日本認知症ケア学会誌、10 (3)、379-384.
- 井上由美、西田真寿美 (2016) : 認知症グループホーム介護職員の職場継続意思とコミットメントとの関連、認知症ケア学会誌、15 (3)、613-623.
- 大野佳子、榎原るり子、浜崎眞美、他 5 名 (2010) : 介護福祉学生に対する職務継続のための健康教育の評価、日本予防医学会雑誌、5 (1)、17-22.
- 小木曾加奈子、柘宜佐統美、今井七重、他 1 名 (2017) : 介護老人保健施設における職務環境の改善に対する認識の内容分析、日本医療・病院管理学会誌、54 (2)、57-66.
- 音山若穂、矢富直美 (1997) : 特別養護老人ホームの利用者中心の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.
- 小野寺敦志、畦地良平、志村ゆず (2007) : 高齢者介護職員のストレスとバーンアウトの関連、老年社会学、28 (4)、464-475.
- 木下香織、中島望、太湯好子 (2013) : ケアスタッフの認知症高齢者への対応困難感と自我状態の認識が対人交流に与える影響、日本認知症ケア学会誌、12 (2) 367-375.
- 金 圓景、奥田佑子 (2015) : 認知症高齢者グループホーム管理者の主な業務内容および抱える困難、認知症ケア学会誌、13 (4)、739-748.
- 草地真著 (2011) : グループホームをはじめよう!、ぱる出版.
- 久保真人著 (2014) : バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは、第 4 刷、21-61、株式会社サイエンス社.
- 倉林しのぶ、芝山江美子、宮崎有紀子、他 3 名 (2014) : 養介護施設従事者における「高齢者虐待と不適切な行為」の認識及びその認識に関わる背景と要因、生命倫理、24 (1)、76-86.
- 小林篤子著 (2004) : 高齢者虐待-実態と防止策-、中央新書.
- 小林由佳、長津美代子 (2013) 中年期における親の介護と感情労働についての考察、群馬大学教育学紀要 芸術・技術・体育・生活科学編、第 48 巻、217-227.
- 佐藤弥生、佐々木千晶 (2016) : 介護職員の「不適切ケア」の判断の拠り所—アンケートの自由記述の分析から—、岩手県立大学社会福祉学部紀要、第 18 巻、11-21.
- 全国認知症グループホーム協会編 (2006) : グループホームの手引き—開設から運営まで、ワールドプランニング.
- 清水昌美、坂本 圭 (2017) : 高齢者福祉施設における組織運営のあり方と人的資源管理について—福祉サービス第 3 者評価結果に基づく優良施設の事例研究—、川崎医療福祉学会誌、26 (2)、220-229.
- 白石旬子、藤井賢一郎、田口 潤、他 1 名 (2011) : 介護職員のワークモチベーションの内容およびワークモチベーションの内容とキャリアコミットメントの関連：看護師と

- の比較による介護職員の特徴、介護経営、6 (1)、16-28.
- 鈴木貴文、内野滋雄 (2013) : 高齢者介護現場における職員のストレスについて、臨床福祉ジャーナル、10 巻、18-21.
- 高山早苗 (2014) : 地域交流を見据えた認知症対応型生活介護の現状と課題 : グループホームに期待される機能と職員の意識に焦点をあてて、Bulletin of the Graduate School, Toyo University、51、245-264.
- 宅老所・グループホーム全国ネットワーク編/小規模多機能ホーム研究会編/地域共生ケア研究会編 (2010) : 宅老所・小規模多機能ケア白書 2010、全国コミュニティライフサポートセンター.
- 多々良紀夫編 (2001) : 高齢者虐待-日本の現状と課題-、中央法規.
- 高崎絹子監修 (2010) : 実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防、日本看護協会出版会.
- 高良麻子 (2003) : 特別養護老人ホーム職員のバーンアウトに関する研究 (1) - バーンアウトの予防を目指して -、東京家政学院大学紀要、第 43 号、人文・社会科学系 抜粋、85-92.
- 谷口敏代、原野かおり、高木二郎、他 2 名 (2013) : 介護老人福祉施設におけるメンタルヘルス対策の現状に関する質的調査、インターナショナル Nursing Care Research、12 (3)、73-82.
- 谷垣静子、岸田研作 (2013) : グループホームにおける管理者の仕事裁量の関連する要因、厚生指標、60 (4)、26-29.
- 谷田恵美子 (2010) : 高齢者の虐待認識群と非認識群の「認知症高齢者への対応」に関する比較、インターナショナル Nursing Care Research、9 (2)、1-10.
- 長三紘平、黒田研二 (2007) : 特別養護老人ホームにおける小規模ケアの実施と介護職員のストレスの関係、厚生指標、54 (10)、1-6.
- 張 充楨、長三紘平、黒田研二 (2007) : 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 -、老年社会学、29 (3)、366-374.
- 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会編 (2007) : 認知症グループホームにおける虐待防止・権利擁護研究事業調査報告書.
- 土屋典子 (2014) : 養護施設従事者の虐待への意識に関する調査研究 - 養介護施設における虐待予防のための実践アプローチ、立正社会福祉研究、15 (2)、51-59.
- 永田千鶴、北村育子、松本佳代、他 3 名 (2014) : エイジング・インプレースを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発 : 小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探求、熊本大学医学部保健学紀要、10、15-26.
- 二宮寿美、棚崎由紀子、光貞美香、他 1 名 (2013) : グループホームにおける認知症高齢者の重症度とケアスタッフの心理的側面との関連、宇部フロンティア大学看護ジャーナル、16 (1)、43-49.
- 納戸美佐子、中村貴志 (2017) : グループホームの正規職員と非正規職員の職場満足度と職

- 場定着を促すための支援に関する検討、西南女学院大学紀要、21、115-124.
- パトリシア・ブラウネル、スーザン・カール、エリザベス・ポドニクス、オーラグ・ユークレスタ、リア・スザナ・ダイチマン著（2004）多々良紀夫、塚田典子監訳：世界の高齢者虐待防止プログラム、明石書店.
- 馬場康彦、近藤克則（2005）：女性の労働と主観的健康観、季刊家計経済研究 WINTER、No65、51-59.
- 原田小夜、宮脇宏司（2013）：介護施設職員の抑うつ・ストレス反応と関連要因の検討、聖泉看護学研究、2巻、9-17.
- 藤野好美（2001）：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.
- 藤原和美、小坂淳子、今岡洋二他（2008）：介護従事者の労働実態とバーンアウト、大阪健康福祉短期大学紀要、第7号：125-131.
- ブリット＝ルイーゼ・アブラハムソン著（2006）：スウェーデンの認知症高齢者と介護、ノルディック社.
- 平川仁尚、安井浩樹、青松棟吉、他2名（2011）：介護職員のキャリア意識向上のためのワークショップ・プログラム開発、Hospice and Home Care、19(1)、33-37.
- 古川潤子、堀米史一（2009）：高齢者虐待に関する関心 - 日・北欧比較 -、社会医学研究、26（2）、133-140.
- 古村美津代、石竹達也（2012）：認知症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、日本公衆衛生学会誌、59（11）、822-832.
- 古村美津代、石竹達也（2011）：認知症グループホームを離職したケアスタッフの思い－インタビュー調査における質的検討－、久留米医学会雑誌、74、307-315.
- 古村美津代、草場知子、中島洋子、他1名（2013）：認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフの研修の実態と受けた研修の個人特性による比較－認知症高齢者グループホームの全国調査より－、日本看護福祉学会誌、19（2）87-99.
- 古屋博子（2008）：高齢者福祉施設における援助職者の態度および意識と不適切ケアの実態調査、高齢者のケアと行動科学、14（1）、20-28.
- 舟越由美子（2013）：認知症高齢者グループホームにおけるレジデンシャル・ソーシャルワークの機能とその実態について－グループホームにおけるレジデンシャル・ソーシャルワークの実態調査を通して－、北星学園大学大学院社会福祉研究科 北星学園大学大学院論集第4号、（通巻16号）、1-17.
- 堀 恭子、いとうたけひこ（2015）：地域密着型サービス事業所における職員の心理援助に対するニーズの探索的研究Ⅱ：臨床心理士が職員研修を行うための基礎資料として、聖学院大学論叢、28（1）、107-119.
- 松本 望（2015）：認知症グループホームにおける不適切なケアの予防要因の効果の検証－介護職員への質問紙調査をもとに－、日本認知症ケア学会誌、14（2）、464-472.

- 松本 望、今井幸充 (2013) : 認知症グループホームの介護職員が求める虐待予防因子の構造と課題 ; 職員・職場の属性による認識の違いをもとに、高齢者虐待防止研究、9 (1)、44-53.
- 三徳和子、森本寛訓、矢野香代、他 4 名 (2008) : 施設における高齢者ケア従事者の職業性ストレス要因とその特徴、川崎医療福祉学会誌、18 (1)、121-128.
- 宮上多加子 (2010) : 高齢者福祉施設に勤務する社会福祉系大学卒介護職員のキャリア意識、高知女子大学紀要社会福祉学部編、第 60 巻、43-52.
- 村田裕子著 (2003) : 注目!! 有限会社のグループホーム 痴呆症高齢者グループホーム開設のために、筒井書房.
- 山井和則監修 上田理人著 (2008) : 改訂新版 グループホームの基礎知識、リヨン社.
- 米原あき、谷口敏代 (2017) : 認知症対応型共同生活 (グループホーム) における管理者のサービス評価の認識と関連要因について、認知症ケア学会誌、15 (4)、785-759.
- 任 貞美 (2014) : 介護職員の虐待認識に基づいた高齢者虐待定義の再構築への試みー「準虐待」の構造と特徴に着目してー、社会福祉学、54 (4)、57-69.
- 任 貞美 (2017) : ICF を用いた新たな高齢者虐待の概念枠組みの提唱ー虐待の認識を明確にする概念枠組みを目指してー、社会福祉学、57 (4)、43-57.
- 渡辺 健、石川久展 (2012) : 高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響ー組織の支援体制を中心とした見当ー、Human Welfare、4 (1)、17-26.
- Blumenfeld Arens O, Fierz K, Zúñiga F.(2017):Elder Abuse in Nursing Homes: Do Special Care Units Make a Difference? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology*. 63(2):169-179. doi: 10.1159/000450787. Epub 2016 Oct 22.
- Cooper C, Dow B, Hay S, et al.(2013):Care workers' abusive behavior to residents in care homes: a qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously. *Int Psychogeriatr*. 25(5):733-41. doi: 10.1017/S104161021200227X. Epub 2013 Jan
- Iversen MH, Kilvik A, Malmedal W.(2015) : Sexual Abuse of Older Residents in Nursing Homes: A Focus Group Interview of Nursing Home Staff. *Nursing Research and Practice* Volume 2015, 1-9.
- Jeanne A. Teresi, Mildred Ramirez, Julie Ellis, et al.(2013):A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies* Volume 50, Issue 5, 644-656.
- Nishiyama K.(2013):Elder abuse, *Nihon Rinsho*. 2013 Jun;71(6):1053-9. Review.

Japanese.

Pickering CEZ, Nurenberg K, Schiamberg L.(2017)Recognizing and Responding to the "Toxic" Work Environment: Worker Safety, Patient Safety, and Abuse/Neglect in Nursing Homes. *Qualitative Health Research*.2017 ,27(12):1870-1881.

Richardson B. Kitchen G, Livingston G.(2002):The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age Aging* ,31(5):335-341. doi: 10.1177/1049732317723889.

Scott A, Ryan A, James I, et al.(2011):Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*. 6(2):110-22. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x. Review.

資料一覽

第3章・第4章 図表

第3章 調査用紙一式

第3章 認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連

第2節 本章における調査全体の概要

1. 調査方法

4) 調査項目

pp.43-44 表1 介護行動に関する虐待の認識の項目 (33項目)

種類	介護行動に関する虐待の認識の項目
身体的項目	入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた
	ベッドに長時間抑制・拘束した
	手荒く寝具をかける
	嫌がる利用者に無理やり食事をさせた
	利用者に叩かれたので叩き返した
心理的項目	利用者から話しかけられても一切無視した
	「ちゃん」付で呼ぶ
	大声で怒鳴った
	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ
	他の人の前で排泄に関する話を話した
	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた
	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した
	「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする
	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う
説明や声かけをせずケアや処置をした	
ネグレクト項目	意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた
	「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした
	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない
	失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した
	ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした
	粉薬をご飯と一緒に混ぜる
	運動させない
	トイレで排泄できる人にオムツで対応する
	オムツ交換を時間で行う
	日中車椅子に座らせたまま放置した
本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	
性的項目	女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした
	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した
	元気づけるために安易に体に触れた
	性的な冗談や身体について話題にする
その他	他者の職員が見ていないと対応がぞんざいになる
	利用者の前で職員同士が私的な会話をする

pp.45 表2 日本版バーンアウト尺度質問票¹

NO	項 目	いつも ある	しばしば ある	時々 ある	まれに ある	ない
1	「こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。	5	4	3	2	1
2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	5	4	3	2	1
3	こまごまと気くばりすることが面倒に感じることもある。	5	4	3	2	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。	5	4	3	2	1
5	同僚や利用者の顔を見るのも嫌になることがある。	5	4	3	2	1
6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	5	4	3	2	1
7	1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。	5	4	3	2	1
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	5	4	3	2	1
9	仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある。	5	4	3	2	1
10	同僚や利用者とは何も話したくなくなることもある。	5	4	3	2	1
11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1
13	今の仕事に心から喜びを感じることもある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1
15	仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。	5	4	3	2	1
16	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	5	4	3	2	1
17	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	5	4	3	2	1

¹ 脚注 143 の同書籍 pp214-215 の表を改変した。

第3節 本章における調査の結果

2. 基本属性

1) 分析対象者の基本属性の結果

(1) 性別

pp.48 表3 対象者の性別数(n=645)

属性	人数(%)
性別	
女性	526(81.6)
男性	119(18.4)

(2) 平均年齢および年代

pp.48 表4 対象者の平均年齢と年代別数(n=645)

属性	人数(%)
年齢	
平均年齢(SD)	44.6(±12.8)歳
10代	3(0.5)
20代	97(15.0)
30代	132(20.5)
40代	141(21.9)
50代	194(30.1)
60代	71(11.0)
70歳以上	7(1.1)

(3) 経験年数および平均経験年数

pp.49 表5 対象者の経験年数別(4群別)人数(n=645)

属性	人数(%)
経験年数	
平均経験年数(SD)	7.13(±5.5)年
2年未満	99(15.3)
2~5年	198(30.7)
6~9年	142(22.0)
10年以上	206(31.9)

(4) 介護福祉士の有資格者

pp.49 表 6 介護福祉士資格の有無と取得方法別人数 (n=645)

属性	人数(%)
介護福祉士資格の有無	
介福士資格無	278(43.1)
専門的資格有	367(56.9)
実務経験	
養成課程	176(48.0)

(5) 雇用形態

pp.49 表 7 対象者の雇用形態別人数 (n=640)

属性	人数(%)
雇用形態	
常勤	552(85.6)
非常勤	73(11.3)
その他	15(2.3)

(6) 夜勤回数

pp.50 表 8 対象者の夜勤回数別 (3群) 人数 (n=645)

属性	人数(%)
夜勤3群	
なし	106(16.4)
1-4回/月	176(27.3)
5回以上/月	363(56.3)

(7) 最終学歴

pp.50 表 9 対象者の最終学歴別人数(n=644)

最終学歴	人数(%)
中学校	18(2.8)
高校	365(56.6)
専門学校	124(19.2)
短期大学	79(12.2)
大学	57(8.8)
大学院	1(0.2)
欠損	1

(8) 資格

pp.51 表 10 対象者の資格別人数 (複数回答)

資格	人数 (%)
介護福祉士	367(56.9)
ヘルパー1級	24(3.7)
ヘルパー2級	300(46.5)
ヘルパー3級	6(0.9)
社会福祉士	14(2.2)
介護支援専門員	119(18.4)
資格無	41(6.4)
その他の資格有	81(12.6)

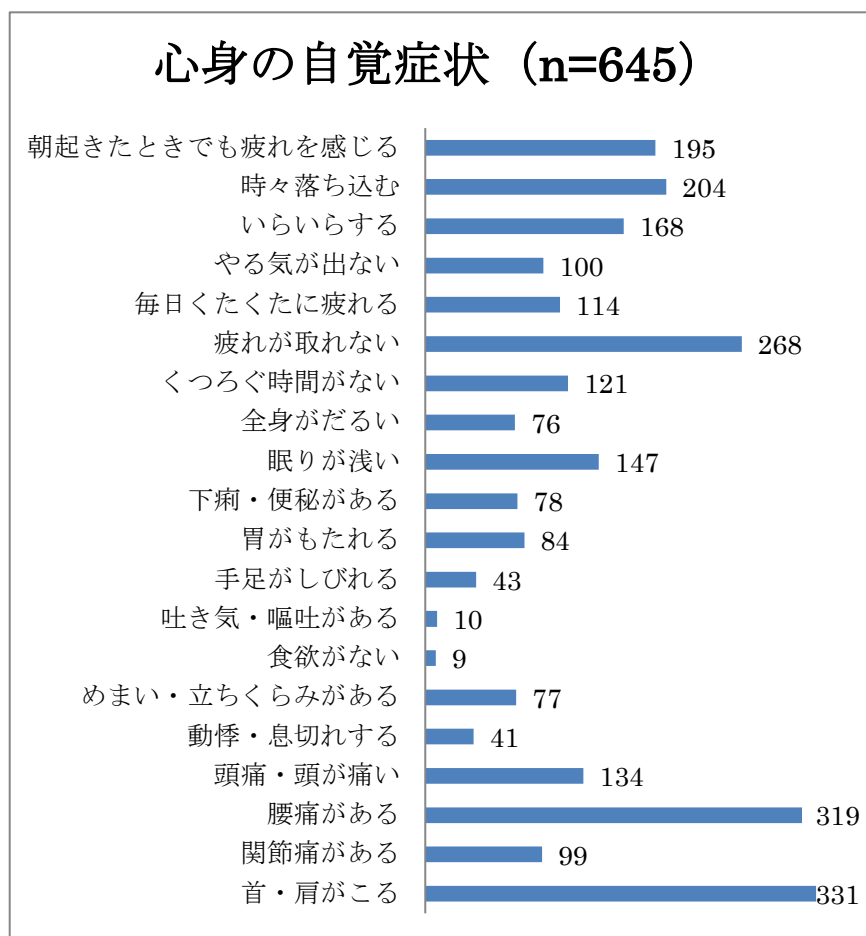
(9) バーンアウト尺度の平均点

pp.51 表 11 対象者のバーンアウト尺度平均点

バーンアウト尺度平均点	平均点 (SD)
情緒的消耗感	13.5(4.60)
脱人格化	11.0(4.25)
個人的達成感	16.0(4.84)

(10) 介護職の心身の自覚症状の有無

pp.52 表 12 介護職の心身の自覚症状の有無 (人) (n=645)



2) 介護職の年代別と基本属性の関連についての結果

pp.53-54 表 13 対象者の年代別と基本属性における人数 (n=645)

項目	人数(%)	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
		3(0.5)	97(15.1)	132(20.6)	141(21.9)	192(29.9)	70(10.9)	7(10.9)
性別								
男性	119(18.4)	0(0.0)	28(28.9)	44(33.3)	21(14.9)	18(9.3)	7(9.9)	1(14.3)
女性	526(81.6)	3(100.0)	69(71.1)	88(66.7)	120(85.1)	176(90.7)	64(90.1)	6(85.7)
介護士資格								
あり	367(56.9)	0(0.0)	43(44.4)	94(71.2)	78(55.3)	117(60.3)	32(45.1)	3(42.9)
なし	278(43.1)	3(100.0)	54(55.6)	38(28.8)	63(44.7)	77(39.7)	39(54.9)	4(57.1)
雇用形態(n=640)								
常勤	552(86.3)	3(100.0)	91(93.8)	119(90.8)	128(91.4)	168(87.0)	41(59.4)	2(38.6)
非常勤	73(11.4)	0(0.0)	5(5.2)	11(8.4)	11(7.9)	22(11.4)	21(30.4)	3(42.9)
その他	15(2.3)	0(0.0)	1(1.0)	1(0.8)	1(0.7)	3(1.6)	7(10.1)	2(28.6)
経験年数								
2年未満	99(15.3)	3(100.0)	28(28.9)	14(10.6)	27(19.1)	21(10.8)	6(8.5)	0(0.0)
2～5年	240(37.2)	0(0.0)	54(55.7)	42(31.8)	56(39.7)	60(30.9)	26(36.6)	2(28.6)
6～9年	102(15.8)	0(0.0)	15(15.5)	26(19.7)	17(12.1)	34(17.5)	9(12.7)	1(14.3)
10年以上	204(31.6)	0(0.0)	0(0.0)	50(37.9)	41(29.1)	79(40.7)	30(42.3)	4(57.1)
夜勤回数(n=642)								
なし	106(16.5)	1(33.3)	7(7.2)	27(20.5)	19(13.5)	27(14.1)	22(31.4)	3(42.9)
1～4回/月	176(27.4)	0(0.0)	23(23.7)	30(22.7)	34(30.7)	59(30.7)	28(40.0)	2(28.6)
5回以上/月	360(56.1)	2(66.7)	67(69.1)	75(56.8)	88(62.4)	106(55.2)	20(28.6)	2(28.6)

3) 介護福祉士資格取得方法と基本属性の関連についての結果

pp.55 表 14 対象者の資格取得方法別と他の基本属性 (n=645)

項目	人数(%)	実務経験	養成課程	資格なし
		191(29.6)	176(27.3)	278(43.1)
性別				
男性	119(18.4)	23(12.0)	39(22.7)	57(20.5)
女性	526(81.6)	168(88.0)	137(77.8)	221(79.5)
年齢				
10代	3(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.1)
20代	97(15.0)	12(6.3)	31(17.6)	54(19.4)
30代	132(20.5)	40(20.9)	54(30.7)	38(13.7)
40代	141(21.9)	41(21.5)	37(21.0)	63(22.7)
50代	194(30.1)	76(39.8)	41(23.3)	77(27.7)
60代	71(11.0)	21(11.0)	11(6.3)	39(14.0)
70歳以上	7(1.1)	1(0.5)	2(1.1)	4(1.4)
経験年数				
2年未満	99(15.3)	6(3.1)	12(6.8)	81(29.1)
2～5年	198(46.0)	32(16.8)	38(21.6)	128(46.0)
6～9年	142(22.0)	67(35.1)	44(25.0)	31(11.2)
10年以上	206(31.9)	86(45.0)	82(46.6)	38(13.7)
雇用形態(n=640)				
常勤	552(86.3)	170(89.5)	162(93.1)	220(79.7)
非常勤	73(11.4)	17(8.9)	11(6.3)	45(16.3)
その他	15(2.3)	3(1.6)	1(0.6)	11(4.0)
夜勤回数(n=642)				
なし	106(16.5)	24(12.6)	33(18.8)	49(17.8)
1～4回/月	176(27.4)	54(28.3)	54(30.9)	68(24.6)
5回以上/月	360(56.1)	113(59.2)	88(50.3)	159(57.6)

4) 夜勤回数と基本属性の関連についての結果

pp.56 表 15 夜勤回数別と基本属性 (n=645)

項目	人数(%)	なし	1~4回/月	5回以上/月
		106(16.4)	176(27.3)	363(56.3)
雇用形態(n=637)				
常勤	549(86.2)	58(55.2)	154(88.0)	337(94.4)
非常勤	73(11.5)	38(36.2)	19(10.9)	16(4.5)
その他	15(2.4)	9(8.6)	2(1.1)	4(1.1)
性別(n=642)				
男性	119(18.5)	12(11.3)	21(11.9)	86(23.9)
女性	523(81.5)	94(88.1)	155(88.1)	274(76.1)
経験年数(n=642)				
2年未満	99(15.4)	22(20.8)	19(10.8)	58(16.1)
2~5年	239(37.2)	30(28.3)	61(34.7)	148(41.1)
6~9年	101(15.7)	18(17.0)	25(14.2)	58(16.1)
10年以上	203(31.6)	36(34.0)	71(40.3)	96(26.7)

3. 介護職における虐待の認識に関連する結果

1) 介護行動に関する虐待の認識の結果

pp.58-59 表 16 介護行動に関する項目を虐待と認識している割合(n=645)

身体的虐待	入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	485(75.2)
	手荒く寝具をかける	361(56.0)
	嫌がる利用者無理やり食事をさせた	426(66.0)
	利用者に叩かれたので叩き返した	591(91.6)
	ベッドに長時間抑制・拘束した	608(94.3)
心理的虐待	利用者から話しかけられても一切無視した	557(86.4)
	「ちゃん」付で呼ぶ	204(31.6)
	大声で怒鳴った	534(82.8)
	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	149(23.1)
	他の人の前で排泄に関する話を話した	313(48.5)
	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	398(61.7)
	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	559(86.7)
	「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	247(38.3)
	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	483(74.9)
説明や声かけをせずケアや処置をした	337(52.2)	
ネグレクト	粉薬をご飯と一緒に混ぜる	231(35.8)
	「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	215(33.3)
	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	586(90.9)
	失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	594(92.1)
	ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	564(87.4)
	意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	244(37.8)
	運動させない	330(51.2)
	トイレで排泄できる人にオムツで対応する	437(67.8)
	オムツ交換を時間で行う	133(20.6)
	日中車椅子に座らせたまま放置した	440(68.2)
	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	403(62.5)
性的虐待	女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	66(10.2)
	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	382(59.2)
	元気づけるために安易に体に触れた	70(10.9)
	性的な冗談や身体について話題にする	359(55.7)
	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	517(80.2)
不適切ケア	利用者の前で職員同士が私的な会話をする	137(21.2)
	他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	413(64.0)

2) 個人および職場環境における虐待に関する認識の結果

pp.59-61 表 17 個人および職場環境における虐待に関して認識している割合(n=645)

	項 目	人数(%)
虐待に関する個人の認識	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、 放置・放棄がある	598(92.7)
	虐待を発見した時には通報義務がある	639(99.1)
	虐待の通報先を知っている	468(72.6)
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	506(78.4)
	施設内外の研修に参加している	544(84.3)
	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	479(74.3)
	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	399(61.9)
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	484(75.0)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	540(83.7)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	390(60.5)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	527(81.7)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	506(78.4)
	感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	527(81.7)

4. 研修受講に関する結果

1) 研修受講の有無と基本属性の結果

pp.61-62 表 18 研修の有無別の個人特性人数 (n=645)

項 目	人数	研修受講有無 (%)		
		Yes 561 (87.0)	No 84 (13.2)	
性別	男性	119	104 (87.4)	15 (12.6)
	女性	526	457 (86.9)	69 (13.1)
年齢 5 群	29 歳以下	100	89 (89.0)	11 (11.0)
	30 歳代	132	111 (84.1)	21 (15.9)
	40 歳代	141	125 (88.7)	16 (11.3)
	50 歳代	194	171 (88.1)	23 (11.9)
	60 歳以上	78	65 (83.3)	13 (16.7)
介護福祉士養成課程別	実務経験	191	175 (91.6)	16 (8.4)
	養成課程	176	152 (86.4)	24 (13.6)
	資格無	278	234 (84.2)	44 (15.8)
学歴	中学	18	15 (83.3)	3 (16.7)
	高校	365	318 (87.1)	47 (12.9)
	専門学校	124	105 (84.7)	19 (15.3)
	短期大学	79	68 (86.1)	11 (13.9)
	大学	57	53 (93.0)	4 (7.0)
	大学院	1	1 (100.0)	0 (0.0)
雇用形態	常勤	552	496 (89.9)	56 (10.1)
	非常勤	73	50 (68.5)	23 (31.5)
	その他	15	10 (66.7)	5 (33.3)
経験 4 群	2 年未満	99	80 (80.8)	19 (19.2)
	2-5 年	240	178 (89.9)	20 (10.1)
	6-9 年	102	123 (86.6)	19 (13.4)
	10 年以上	204	180 (87.4)	26 (12.6)
夜勤 3 群	なし	106	84 (79.2)	22 (20.8)
	1-4 回/月	176	151 (85.8)	25 (14.2)
	5 回以上/月	363	326 (89.7)	37 (10.3)

2) 研修受講内容と研修受講人数

pp.63 表 19 1年間研修受講内容別人数(n=564)

項目	人数(%)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	299(53.0)
介護ケアに関する内容	345(61.2)
緊急時の対応に関する内容	247(43.8)
認知症の理解に関する内容	420(74.5)
虐待に関する内容	227(40.2)
高齢者の理解に関する内容	181(32.1)

pp.63 表 20 今後希望する研修内容 (n=638)

項目	人数(%)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	122(19.1)
介護ケアに関する内容	237(37.1)
緊急時の対応に関する内容	303(47.5)
認知症の理解に関する内容	283(44.0)
虐待に関する内容	122(19.1)
高齢者の理解に関する内容	160(25.1)
職員のメンタルケア	391(61.3)
接遇・コミュニケーション	267(41.8)

3) 研修受講の有無と性別との関連

pp.64 表 21 介護職の研修受講希望ありと性別

項目	性別 (n=638)	
	男性	女性
	117(18.3)	521(81.7)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	26(22.2)	96(18.4)
介護ケアに関する内容	47(40.2)	190(36.5)
緊急時の対応に関する内容	52(44.0)	251(48.2)
認知症の理解に関する内容	55(47.0)	228(43.8)
虐待に関する内容	30(25.6)	92(17.7)
高齢者の理解に関する内容	37(31.6)	123(23.6)
職員のメンタルケア	73(62.4)	318(61.0)
接遇・コミュニケーション	43(36.8)	224(43.0)

4) 研修受講の有無と雇用形態の関連性

pp.65 表 22 介護職の研修受講希望ありと雇用形態

項目	雇用形態 (n=633)		
	常勤	非常勤	その他
	547(85.7)	72(11.3)	14(2.2)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	108(19.7)	10(13.9)	3(21.4)
介護ケアに関する内容	207(37.8)	28(37.8)	2(14.3)
緊急時の対応に関する内容	263(48.1)	31(43.1)	6(42.9)
認知症の理解に関する内容	247(45.2)	28(38.9)	6(42.9)
虐待に関する内容	115(21.0)	7(9.7)	0(0.0)
高齢者の理解に関する内容	143(26.1)	13(18.1)	4(28.6)
職員のメンタルケア	346(63.3)	34(47.2)	10(71.4)
接遇・コミュニケーション	232(42.4)	25(34.7)	7(50.0)

5) 研修受講の有無と経験年数の関連性

pp.65-66 表 23 介護職の研修受講希望ありと経験年数

項目	経験年数 (n=638)			
	2年未満	2-5年	6-9年	10年以上
	98(15.4)	194(30.4)	142(22.3)	204(32.0)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	26(26.5)	32(16.5)	18(12.7)	46(22.5)
介護ケアに関する内容	40(40.8)	75(38.7)	52(36.6)	70(34.3)
緊急時の対応に関する内容	57(58.2)	95(49.0)	69(48.6)	82(40.2)
認知症の理解に関する内容	48(49.0)	83(42.8)	54(45.1)	88(43.1)
虐待に関する内容	19(19.4)	32(16.5)	27(19.0)	44(21.6)
高齢者の理解に関する内容	27(27.6)	49(25.3)	38(26.8)	46(22.5)
職員のメンタルケア	52(53.1)	98(50.5)	98(69.0)	143(70.1)
接遇・コミュニケーション	41(41.8)	68(35.1)	69(48.6)	89(43.6)

6) 研修受講の有無と夜勤回数に関連性

pp.68 表 24 介護職の研修受講希望有ありと夜勤回数

項目	夜勤回数(n=638)		
	なし	1-4 回/月	5 回以上/月
	104(16.3)	174(27.3)	360(56.4)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	18(17.3)	36(20.7)	68(18.9)
介護ケアに関する内容	42(40.4)	54(31.0)	141(39.2)
緊急時の対応に関する内容	50(48.1)	79(45.4)	174(48.3)
認知症の理解に関する内容	48(46.2)	66(37.9)	169(46.9)
虐待に関する内容	10(9.6)	28(16.1)	84(23.3)
高齢者の理解に関する内容	25(24.0)	34(19.5)	101(28.1)
職員のメンタルケア	60(57.7)	100(57.5)	231(64.2)
接遇・コミュニケーション	46(44.2)	66(37.9)	155(43.1)

7) 介護職の研修受講の有無と学歴に関連性

pp.67 表 25 介護職の研修受講希望ありと学歴

研修項目	学歴(n=637)					
	中学校	高校	専門学校	短期大学	大学	大学院
	18(2.8)	359(56.4)	123(19.3)	79(12.4)	57(8.9)	1(0.2)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	8(44.4)	56(15.6)	27(22.0)	16(20.3)	14(24.6)	0(0.0)
介護ケアに関する内容	7(38.9)	119(33.1)	50(40.7)	32(40.5)	28(49.1)	1(100.0)
緊急時の対応に関する内容	13(72.2)	154(42.9)	63(51.2)	38(48.1)	34(59.6)	1(100.0)
認知症の理解に関する内容	8(44.4)	145(40.4)	59(48.0)	42(53.2)	28(49.1)	0(0.0)
虐待に関する内容	8(44.4)	69(19.2)	27(22.0)	8(10.1)	10(17.5)	0(0.0)
高齢者の理解に関する内容	6(33.3)	85(23.7)	30(24.4)	24(30.4)	14(24.6)	0(0.0)
職員のメンタルケア	9(50.0)	230(64.1)	74(60.2)	49(62.0)	29(50.9)	0(0.0)
接遇・コミュニケーション	9(50.0)	143(38.8)	48(39.0)	43(54.4)	23(40.4)	0(0.0)

8) 研修受講の有無と年代の関連性

pp.68 表 26 介護職の研修受講希望ありと年代

項目	年代(n=638)						
	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代
	3(0.5)	95(14.1)	132(20.7)	141(22.1)	192(30.1)	68(10.7)	7(1.1)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	0(0.0)	25(26.3)	21(15.9)	25(17.7)	38(19.8)	12(17.6)	1(14.3)
介護ケアに関する内容	0(0.0)	40(42.1)	60(45.5)	53(37.6)	62(32.3)	21(30.9)	1(14.3)
緊急時の対応に関する内容	3(100.0)	55(57.9)	72(54.5)	68(48.2)	77(40.1)	27(39.7)	1(14.3)
認知症の理解に関する内容	1(33.3)	52(54.7)	60(45.5)	66(46.8)	79(41.1)	22(32.4)	3(42.9)
虐待に関する内容	1(33.3)	24(25.3)	25(18.9)	30(21.3)	35(18.2)	7(10.3)	0(0.0)
高齢者の理解に関する内容	0(0.0)	29(30.5)	37(28.0)	32(22.7)	42(21.9)	16(23.5)	4(57.1)
職員のメンタルケア	0(0.0)	50(52.6)	82(62.1)	88(62.4)	123(64.1)	44(64.7)	4(57.1)
接遇・コミュニケーション	1(33.3)	42(44.2)	64(48.5)	61(43.3)	71(37.0)	24(35.3)	4(57.1)

9) 研修受講の有無と介護福祉士資格取得方法

pp.68-69 表 27 介護職の研修受講希望ありと介護福祉士資格取得方法

項目	介護福祉士資格取得方法(n=638)		
	実務経験	養成校	介福資格なし
	191(29.9)	175(27.4)	272(42.6)
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	25(13.1)	40(22.9)	57(21.0)
介護ケアに関する内容	61(31.9)	70(40.0)	106(39.0)
緊急時の対応に関する内容	80(41.9)	95(54.3)	128(47.1)
認知症の理解に関する内容	82(42.9)	80(45.7)	121(44.5)
虐待に関する内容	39(20.4)	33(18.9)	50(18.4)
高齢者の理解に関する内容	42(22.0)	46(26.3)	72(26.5)
職員のメンタルケア	136(71.2)	107(61.1)	148(54.4)
接遇・コミュニケーション	17(8.9)	12(6.9)	6(2.2)

10) 過去1年間に研修を受講しなかった理由

pp.69 表 28 過去1年間に研修を受講しなかった理由 (n = 80)

理由	人 (%)
研修日と勤務が合わない	31(37.3)
研修の時間が長い	2(2.4)
外部の研修場所が遠い	4(4.8)
研修の案内がない	30(36.1)
関心のある内容ではない	5(6.0)
理解している内容である	5(6.0)
その他	18(21.7)

11) 研修受講希望と介護行動における虐待の認識との関連

pp.71 表 29① 研修受講希望と虐待と認識しない割合が多い介護行動との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	虐待	認知症の理解	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション
		122	237	303	122	283	126	391	267
「ちゃん」付で呼ぶ	yes	56(45.9)	85(35.9)	91(30.0)	47(38.5)	94(33.2)	55(34.4)	131(33.5)	87(32.6)
	no	66(54.1)	152(64.1)	212(70.0)	75(61.5)	189(66.8)	105(65.6)	260(66.5)	180(67.4)
「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	yes	36(29.5)	67(28.3)	60(19.8)	33(27.0)	63(22.3)	43(26.9)	99(25.3)	64(24.0)
	no	86(70.5)	170(71.7)	243(80.2)	89(73.0)	220(77.7)	117(73.1)	292(74.1)	203(76.0)
「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	yes	57(46.7)	96(40.5)	114(37.6)	58(47.5)	103(36.4)	65(40.6)	158(40.4)	102(38.2)
	no	65(53.3)	141(59.5)	189(62.4)	64(52.5)	180(63.6)	95(59.4)	233(59.6)	165(61.8)
粉薬をご飯と一緒に混ぜる	yes	45(36.9)	80(33.8)	102(33.7)	47(8.5)	89(31.4)	57(35.6)	147(37.6)	99(37.1)
	no	77(63.1)	157(66.2)	201(66.3)	75(61.5)	194(68.6)	103(64.4)	244(62.4)	168(62.9)
「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	yes	56(45.9)	82(34.6)	100(33.0)	53(43.4)	97(34.3)	52(32.5)	141(36.1)	97(36.3)
	no	66(54.1)	155(65.4)	203(67.0)	69(56.6)	186(65.7)	108(67.5)	250(63.9)	170(63.7)

pp.71 表 29② 研修受講希望と虐待と認識しない割合が多い介護行動との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	虐待	認知症の理解	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション
		122	237	303	122	283	126	391	267
ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	yes	108(88.5)	208(87.8)	260(85.8)	108(88.5)	247(87.3)	138(86.3)	345(88.2)	235(88.0)
	no	451(87.4)	29(12.2)	43(14.2)	14(11.5)	36(12.7)	22(13.8)	46(11.8)	32(12.0)
オムツ交換を時間で行う	yes	35(28.7)	62(26.2)	57(18.8)	36(29.5)	61(21.6)	39(24.4)	86(22.0)	56(20.6)
	no	97(18.8)	175(73.8)	246(81.2)	86(70.5)	222(78.4)	121(75.6)	305(78.0)	212(79.4)
女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	yes	17(13.9)	26(11.0)	30(9.9)	16(13.1)	28(9.9)	17(10.6)	46(11.8)	30(11.2)
	no	105(86.1)	211(89.0)	273(90.1)	106(86.9)	255(90.1)	143(89.4)	345(88.2)	237(88.8)
元気づけるために安易に体に触れた	yes	15(12.3)	22(9.3)	29(9.6)	13(10.7)	25(8.8)	12(7.5)	50(12.8)	29(10.9)
	no	107(87.7)	215(90.7)	274(90.4)	109(89.3)	258(91.2)	148(92.5)	341(87.2)	238(89.1)
利用者の前で職員同士が私的な会話をする	yes	36(29.5)	51(21.5)	63(20.8)	32(26.2)	58(20.5)	32(20.0)	87(22.3)	62(23.2)
	no	86(70.5)	186(78.5)	240(79.2)	90(73.8)	225(79.5)	128(80.0)	304(77.7)	205(76.8)

12) 研修受講希望と個人および職場環境の虐待に関する認識との関連

pp.73 表 30① 研修受講希望と虐待に関する個人の認識との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	認知症の理解	虐待	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション	
		122	237	303	283	122	160	391	267	
虐待に関する個人の認識	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	112(19.0)	220(37.2)	286(48.4)	268(45.3)	112(19.0)	150(25.4)	370(62.6)	247(41.8)
		no	10(21.3)	17(36.2)	17(36.2)	15(31.9)	10(21.3)	10(21.3)	21(44.7)	20(42.6)
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes	121(19.1)	235(37.1)	302(47.7)	281(44.4)	122(19.3)	158(25.0)	387(61.1)	263(41.5)
		no	1(20.0)	2(40.0)	1(20.0)	2(40.0)	0(0.0)	2(40.0)	4(80.0)	4(80.0)
	虐待の通報先を知っている	yes	94(20.3)	169(36.4)	212(45.7)	195(42.0)	91(19.6)	111(23.9)	288(62.1)	194(41.8)
		no	28(16.1)	68(39.1)	91(52.3)	88(50.6)	31(17.8)	49(28.2)	103(59.2)	73(42.0)
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes	93(18.6)	182(36.3)	236(47.1)	227(45.3)	96(19.2)	125(25.0)	322(64.3)	220(43.9)
		no	29(21.2)	55(40.1)	67(48.9)	56(40.9)	26(19.0)	35(25.5)	69(50.4)	47(34.3)
	施設内外の研修に参加している	yes	105(19.6)	195(36.3)	261(48.6)	236(43.9)	105(19.6)	131(24.4)	336(62.6)	230(42.8)
		no	17(16.8)	42(41.6)	42(41.6)	47(46.5)	17(16.8)	29(28.7)	55(54.5)	37(36.6)
	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes	93(19.7)	176(37.2)	227(48.0)	215(45.5)	97(20.5)	119(25.2)	307(64.9)	210(44.4)
		no	29(17.6)	61(37.0)	76(46.1)	68(41.2)	25(15.2)	41(24.8)	84(50.9)	57(34.5)
	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes	72(18.4)	143(36.5)	199(50.8)	178(45.4)	83(21.2)	99(25.3)	251(64.0)	170(43.4)
		no	50(20.3)	94(38.2)	104(42.3)	105(42.7)	39(15.9)	61(24.8)	140(56.9)	97(39.4)

pp.74 表 30② 研修受講希望と虐待に関する職場環境の認識との関連

項目	認識の有無	人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	認知症の理解	虐待	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション	
		122	237	303	283	122	160	391	267	
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes	91(19.0)	173(36.2)	209(43.7)	203(42.5)	89(18.6)	109(22.8)	292(61.1)	197(41.2)
		no	31(19.4)	64(40.0)	94(58.8)	80(50.0)	33(20.6)	51(31.9)	99(61.9)	70(43.8)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes	101(18.9)	197(36.9)	245(45.9)	230(43.1)	101(18.9)	122(22.8)	325(60.9)	222(41.6)
		no	21(20.2)	40(38.5)	58(55.8)	53(51.0)	21(20.2)	38(36.5)	66(63.5)	45(43.3)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	75(1.4)	138(35.8)	175(45.3)	165(42.7)	76(19.7)	92(23.8)	223(57.8)	160(41.5)
		no	47(18.7)	99(39.3)	128(50.8)	118(46.8)	46(18.3)	68(27.0)	168(66.7)	107(42.5)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることがある	yes	108(20.7)	243(46.6)	246(47.1)	243(46.6)	111(21.3)	135(25.9)	339(64.9)	221(42.3)
		no	14(12.1)	40(34.5)	57(49.1)	40(34.5)	11(9.5)	25(21.6)	52(44.8)	46(39.7)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	90(18.0)	181(36.2)	230(46.0)	222(44.4)	87(17.4)	125(25.0)	294(58.8)	206(41.2)
		no	32(23.2)	58(40.6)	73(52.9)	61(44.2)	35(25.4)	35(25.4)	97(70.3)	61(44.2)
	感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	95(18.3)	192(36.9)	236(45.4)	225(43.3)	90(17.3)	122(23.5)	309(59.4)	214(41.2)
		no	27(22.9)	45(38.1)	67(56.8)	58(49.2)	32(27.1)	38(32.2)	82(69.5)	53(44.9)

13) 研修受講希望と心身の自覚症状との関連

pp.75 表 31 研修受講希望と心身の自覚症状（自覚症状の多い上位 9 項目）

		人権擁護・意思の尊重等	介護ケア	緊急時の対応	認知症の理解	虐待	高齢者の理解	職員のメンタルケア	接遇・コミュニケーション
項目	自覚	122	237	303	283	122	160	391	267
眠りが浅い	yes	22(22.4)	58(40.6)	75(52.4)	60(42.0)	36(25.2)	38(26.6)	98(68.5)	61(42.7)
	no	90(18.2)	179(36.2)	228(46.1)	223(45.1)	86(17.4)	122(24.6)	293(59.2)	206(41.6)
全身がだるい	yes	21(28.0)	34(45.3)	38(50.7)	37(49.3)	20(26.7)	23(30.7)	51(68.0)	35(46.7)
	no	101(17.9)	203(36.1)	265(47.1)	246(43.7)	102(18.1)	137(24.3)	340(60.4)	232(41.2)
くつろぐ時間がない	yes	32(27.4)	42(35.9)	59(50.4)	61(52.1)	35(29.9)	36(30.8)	89(76.1)	58(49.6)
	no	90(17.3)	195(37.4)	244(46.8)	222(42.6)	87(16.7)	124(23.8)	302(58.0)	209(40.1)
疲れが取れない	yes	52(19.7)	104(39.4)	131(49.6)	125(47.3)	57(21.6)	61(23.1)	177(67.0)	120(45.5)
	no	70(18.7)	133(35.6)	172(46.0)	158(42.2)	65(17.4)	99(26.5)	214(57.2)	147(39.3)
毎日くたくたに疲れる	yes	31(27.2)	48(42.1)	61(53.5)	56(49.1)	32(28.1)	33(28.9)	91(79.8)	53(46.5)
	no	91(17.4)	189(36.1)	242(46.2)	227(43.3)	90(17.2)	127(24.2)	300(57.3)	214(40.8)
やる気が出ない	yes	20(20.6)	31(32.0)	48(49.5)	40(41.2)	23(23.7)	29(29.9)	69(71.1)	40(41.2)
	no	102(18.9)	206(38.1)	255(47.1)	243(44.9)	99(18.3)	131(24.2)	322(59.5)	227(42.0)
いらいらする	yes	31(18.8)	58(35.2)	77(46.7)	71(43.0)	36(21.8)	37(22.4)	128(77.6)	69(41.8)
	no	91(19.2)	179(37.8)	226(47.8)	212(44.8)	86(18.2)	123(26.0)	263(55.6)	198(41.9)
時々落ち込む	yes	48(24.0)	80(40.0)	94(47.0)	99(49.5)	50(25.0)	52(26.0)	144(72.0)	97(48.5)
	no	74(16.9)	157(35.8)	209(47.7)	184(42.0)	72(16.4)	108(24.7)	247(56.4)	170(38.8)
朝起きたときでも疲れを感じる	yes	43(22.4)	88(45.8)	107(55.7)	92(47.9)	53(27.6)	53(27.6)	137(71.4)	80(41.7)
	no	79(17.7)	149(33.4)	196(43.9)	191(42.8)	69(15.5)	107(24.0)	254(57.0)	187(41.9)

5. 介護職の自己決定支援の有無に関する結果

1) 自己決定支援に関する項目の人数

pp.78 表 32 自己決定支援に関する人数 (n=645)

項目	人数(%)
自己決定支援必要と思う	591(91.6)
自己決定支援したい	591(91.6)
自己決定支援している	444(68.8)

2) 自己決定支援に関する項目と個人特性の関連性

pp.78-79 表 33 自己決定支援と個人特性 (n=645)

項目	人数 (%)	自己決定支 援している	自己決定支 援したい	自己決定支 援必要
性別				
男性	119(18.4)	84(70.6)	111(93.3)	108(90.8)
女性	526(81.6)	360(68.4)	480(91.3)	483(91.8)
年代				
10代	3(0.5)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)
20代	97(15.0)	59(60.8)	93(95.3)	90(92.8)
30代	132(20.5)	85(64.4)	116(87.9)	124(93.9)
40代	141(21.9)	86(61.0)	127(90.1)	125(88.7)
50代	194(30.1)	152(78.4)	182(93.8)	184(94.8)
60代	71(11.0)	56(78.9)	65(91.5)	60(84.5)
70代	7(1.1)	3(42.9)	5(71.4)	5(71.5)
学歴				
中学校	18(2.8)	15(83.3)	17(94.4)	18(100.0)
高校	365(56.6)	248(67.9)	332(91.0)	333(91.2)
専門学校	124(19.2)	85(68.5)	113(91.1)	110(88.7)
短期大学	79(12.2)	49(62.0)	72(91.1)	73(92.4)
大学	57(8.8)	47(82.5)	56(98.2)	55(96.5)
大学院	1(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)
介護福祉士資格				
あり	367(56.9)	272(74.1)	343(93.4)	342(93.2)
なし	278(43.1)	172(61.9)	248(89.2)	249(89.6)
雇用形態 (n=640)				
常勤	552(84.9)	380(68.8)	514(93.1)	513(92.9)
非常勤	73(11.2)	52(71.2)	59(80.8)	61(83.6)
その他	15(2.3)	9(60.0)	13(86.7)	12(80.0)
夜勤回数 3 群 (n=642)				
なし	106(16.5)	76(71.7)	95(89.6)	96(90.6)
1~4回/月	176(27.4)	128(72.7)	162(92.0)	158(89.8)
5回以上/月	360(56.1)	239(66.4)	331(91.9)	334(92.8)

3) 自己決定支援に関する項目と希望する研修内容の関連性

pp.80 表 34 自己決定支援と希望する研修内容

項目	自己決定支	自己決定支	自己決定
	援している	援したい	支援必要
	439	586	587
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	82(67.2)	119(97.5)	115(94.3)
介護ケアに関する内容	155(65.4)	218(92.0)	223(94.1)
緊急時の対応に関する内容	189(62.4)	275(90.8)	279(92.1)
認知症の理解に関する内容	185(65.4)	264(93.3)	260(91.9)
虐待に関する内容	75(61.5)	115(94.3)	114(93.4)
高齢者の理解に関する内容	107(66.9)	151(94.4)	150(93.8)
職員のメンタルケア	268(68.5)	363(92.8)	361(92.3)
接遇・コミュニケーション	169(63.3)	246(92.1)	251(94.0)

4) 自己決定支援に関する項目と個人および職場環境の虐待の認識の関連性

pp.81 表 35① 自己決定支援と個人および職場環境の虐待の認識

項目	認識 の有無	自己決定支	自己決定支	自己決定支
		援している	援したい	援必要
		444	591	591
高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	414(69.2)	551(92.1)	552(92.3)
	no	30(63.8)	40(85.1)	39(83.0)
虐待を発見した時には通報義務がある	yes	441(69.0)	586(91.7)	586(91.7)
	no	3(50.0)	5(83.3)	5(83.3)
虐待の通報先を知っている	yes	340(72.6)	430(91.1)	432(92.3)
	no	104(58.8)	181(91.0)	159(89.8)
介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes	361(71.3)	473(93.5)	473(93.5)
	no	83(59.7)	118(84.9)	118(84.9)
施設内外の研修に参加している	yes	386(71.0)	505(92.8)	502(92.3)
	no	58(57.4)	86(85.1)	89(98.1)
虐待までいかないが、不適切なケアがあると 思う	yes	328(68.5)	439(91.6)	440(91.9)
	no	116(69.9)	152(91.6)	151(91.0)
不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes	268(67.2)	360(90.2)	364(91.2)
	no	176(71.5)	231(93.9)	227(92.3)

pp.81-82 表 35② 自己決定支援と個人および職場環境の虐待の認識

項目	認識の有無	自己決定支	自己決定支	自己決定支
		援している 444	援したい 591	援必要 591
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes 352(72.7)	454(93.8)	450(93.0)
		no 92(57.1)	137(85.1)	141(87.6)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes 385(71.3)	501(92.8)	498(92.2)
		no 59(56.2)	90(85.7)	93(88.6)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes 285(73.1)	364(93.3)	362(92.8)
		no 159(62.4)	227(89.0)	229(89.8)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	yes 370(70.2)	488(92.6)	489(92.8)
		no 74(62.7)	103(87.3)	102(86.4)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	yes 351(69.4)	466(92.1)	464(91.7)
		no 93(66.9)	125(89.9)	127(91.4)
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes 374(71.0)	488(92.6)	488(92.6)	
	no 70(59.3)	103(87.3)	103(87.3)	

5) 自己決定支援と介護行動に関する虐待の認識

pp.82 表 36① 自己決定支援と介護行動に関する身体的虐待項目の認識

項目	認識の有無	自己決定支	自己決定支	自己決定支
		援している 591	援したい 591	援必要 444
入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	yes	454(93.6)	450(92.8)	338(69.7)
	no	137(85.6)	141(88.1)	106(66.3)
手荒く寝具をかける	yes	340(94.2)	343(95.0)	262(72.6)
	no	251(88.4)	248(87.3)	182(64.1)
嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	yes	546(92.4)	398(93.4)	309(71.8)
	no	45(83.3)	193(88.1)	138(63.0)
利用者に叩かれたので叩き返した	yes	412(69.7)	547(92.6)	546(92.4)
	no	32(59.3)	44(81.5)	45(83.3)
ベッドに長時間抑制・拘束した	yes	561(92.3)	562(92.4)	426(70.1)
	no	30(81.1)	29(78.4)	18(48.6)

pp.83 表 36② 自己決定支援と介護行動に関する心理的虐待項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支 援している	自己決定支 援したい	自己決定支 援必要
		591	591	444
利用者から話しかけられても一切無視した	yes	519 (93.2)	522 (93.7)	395 (70.9)
	no	72 (81.8)	69 (78.4)	49 (55.7)
「ちゃん」付で呼ぶ	yes	195 (95.6)	194 (95.1)	155 (76.0)
	no	396 (89.8)	397 (90.0)	289 (65.5)
大声で怒鳴った	yes	495 (92.7)	499 (93.4)	381 (71.3)
	no	96 (86.5)	92 (82.9)	63 (56.8)
「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	yes	118 (79.2)	144 (96.6)	118 (79.2)
	no	326 (65.7)	447 (90.1)	326 (65.7)
他の人の前で排泄に関することを話した	yes	295 (94.2)	297 (94.9)	235 (75.1)
	no	296 (89.2)	294 (88.6)	209 (63.0)
認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	yes	293 (73.6)	371 (93.2)	293 (73.6)
	no	151 (61.1)	220 (89.1)	151 (61.1)
「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	yes	395 (70.7)	516 (92.3)	516 (92.3)
	no	49 (57.0)	75 (87.2)	75 (87.2)
「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	yes	234 (94.7)	231 (93.5)	189 (76.5)
	no	357 (89.7)	360 (90.5)	255 (64.1)
「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	yes	449 (93.0)	449 (93.0)	351 (72.7)
	no	142 (87.7)	142 (87.7)	93 (57.4)
説明や声かけをせずケアや処置をした	yes	320 (95.0)	320 (95.0)	250 (74.2)
	no	271 (88.0)	271 (88.0)	194 (63.0)

pp.83 表 36③ 自己決定支援と介護行動に関するネグレクト項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支 援している	自己決定支 援したい	自己決定支 援必要
		591	591	444
粉薬をご飯と一緒に混ぜる	yes	1 (33.3)	51 (36.2)	179 (77.5)
	no	2 (66.7)	90 (63.8)	265 (64.0)
「今忙しいから」と言っ、訴えを後回しにした	yes	159 (74.0)	203 (94.4)	159 (74.0)
	no	285 (66.3)	388 (90.2)	285 (66.3)
自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	yes	543 (92.7)	542 (92.5)	543 (92.7)
	no	48 (81.4)	49 (83.1)	48 (81.4)
失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	yes	418 (70.4)	546 (91.9)	418 (70.4)
	no	26 (51.0)	45 (88.2)	26 (51.0)
ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	yes	393 (69.7)	518 (91.8)	520 (92.2)
	no	51 (63.0)	73 (90.1)	71 (87.7)
意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	yes	426 (70.1)	232 (95.1)	183 (75.0)
	no	18 (48.6)	359 (89.5)	261 (65.1)
運動させない	yes	310 (93.9)	312 (94.5)	246 (74.5)
	no	281 (89.2)	279 (88.6)	198 (62.9)
トイレで排泄できる人にオムツで対応する	yes	409 (93.6)	410 (93.8)	316 (72.3)
	no	182 (87.5)	181 (87.0)	128 (61.5)
オムツ交換を時間で行う	yes	129 (97.0)	131 (98.5)	103 (77.4)
	no	462 (90.2)	460 (89.8)	341 (66.0)
日中車椅子に座らせたまま放置した	yes	411 (93.4)	411 (93.4)	319 (72.5)
	no	180 (87.8)	180 (87.8)	125 (61.0)
本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	yes	381 (94.5)	380 (94.3)	304 (75.4)
	no	210 (86.8)	211 (87.2)	140 (57.9)

pp.84 表 36④ 自己決定支援と介護行動に関する性的虐待・不適切ケア項目の認識

項 目	認識の有無	自己決定支 援している	自己決定支 援したい	自己決定支 援必要
		591	591	444
女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	yes	47(71.2)	64(97.0)	62(93.9)
	no	397(68.6)	527(91.0)	529(91.4)
下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	yes	365(95.5)	368(96.3)	288(75.4)
	no	226(85.9)	223(84.8)	156(59.3)
元気づけるために安易に体に触れた	yes	54(77.1)	69(98.6)	64(91.4)
	no	390(67.8)	522(90.8)	527(91.7)
性的な冗談や身体について話題にする	yes	254(70.8)	333(92.8)	332(92.5)
	no	190(66.4)	258(90.2)	259(90.6)
他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	yes	368(71.2)	479(92.6)	368(71.2)
	no	76(59.4)	112(87.5)	76(59.4)
利用者の前で職員同士が私的な会話をする	yes	132(96.4)	132(96.4)	108(78.8)
	no	459(90.4)	459(90.4)	336(66.1)
他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	yes	310(75.1)	387(93.7)	310(75.1)
	no	134(57.8)	204(87.9)	134(57.8)

6. 介護職のストレスに関する結果

1) バーンアウト尺度得点と対象者の基本属性の関連性

pp.87 表 37 バーンアウト尺度得点と対象者の個人的特性

項目	人数(%)	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	
		M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)	
性別	男性	119(18.4)	12.64(±4.3)	10.98(±4.4)	16.88(±5.2)
	女性	526(81.6)	13.71(±4.6)	10.98(±4.2)	15.84(±5.2)
年代	10代	3(0.5)	10.00(±3.6)	7.00(±1.0)	16.00(±3.5)
	20代	97(15.0)	15.30(±4.2)	12.14(±4.7)	15.32(±4.9)
	30代	132(20.5)	13.82(±4.7)	11.97(±4.5)	15.58(±4.8)
	40代	141(21.9)	13.99(±4.9)	11.21(±4.1)	15.51(±4.9)
	50代	194(30.1)	12.81(±4.4)	10.39(±4.1)	16.45(±4.7)
	60代	71(11.0)	12.08(±3.5)	9.25(±2.8)	17.31(±4.4)
	70代	7(1.1)	8.86(±3.3)	7.14(±1.6)	20.14(±6.8)
経験年数(n=642)	2年未満	99(15.3)	13.01(±4.9)	10.20(±4.2)	15.90(±4.6)
	2~5年	197(30.7)	14.03(±4.6)	11.29(±4.2)	15.60(±4.9)
	6~9年	141(22.0)	13.25(±4.5)	11.19(±4.5)	15.77(±4.9)
	10年以上	205(31.9)	13.43(±4.3)	10.91(±4.1)	16.68(±4.8)
介護福祉士資格 実務経験	養成コース	191(29.6)	13.31(±4.2)	10.92(±4.1)	16.54(±4.7)
	資格無	176(27.3)	13.85(±4.5)	11.24(±4.4)	15.90(±4.7)
	資格無	278(43.1)	13.44(±4.8)	10.86(±4.2)	15.76(±4.9)
雇用形態(n=640)	常勤	552(84.9)	13.80(±4.5)	11.19(±4.2)	15.93(±4.8)
	非常勤	73(11.2)	11.74(±4.4)	9.92(±4.3)	16.92(±5.1)
	その他	15(2.3)	11.93(±4.7)	8.93(±2.7)	15.53(±4.5)
夜勤回数(n=642)	なし	106(16.4)	13.09(±5.3)	10.51(±4.6)	16.68(±5.0)
	1~4回/月	176(27.3)	12.93(±4.1)	10.55(±3.7)	16.35(±4.6)
	5回以上/月	363(56.3)	13.92(±4.4)	11.33(±4.3)	15.69(±4.8)
主観的健康 3群(n=643)					
	とても健康・概ね健康	473(73.3)	12.70(±4.3)	10.36(±3.8)	16.34(±4.8)
	どちらでもない	99(15.3)	15.06(±4.2)	12.21(±4.4)	15.21(±4.6)
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	16.85(±4.7)	13.48(±5.3)	15.11(±5.1)
バーンアウト尺度平均点			13.51(±4.6)	10.98(±4.3)	16.03(±4.8)

pp.88 表 38 バーンアウト尺度得点と対象者の個人的特性（心身の症状の有無）

項 目	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
		M±SD	M±SD	M±SD
首・肩がこる	331	14.22(±4.3)	11.32(±4.4)	15.92(±4.6)
関節痛がある	99	14.45(±4.8)	11.80(±4.8)	16.34(±4.6)
腰痛がある	319	14.3(±4.6)	11.43(±4.4)	15.76(±4.6)
頭痛・頭が痛い	134	15.92(±4.4)	12.87(±5.0)	14.81(±4.9)
動悸・息切れする	41	15.71(±4.4)	12.78(±4.9)	15.80(±4.7)
めまい・立ちくらみがある	77	15.74(±4.7)	12.70(±5.3)	15.88(±4.9)
食欲がない	9	14.22(±2.7)	11.67(±5.1)	17.00(±5.5)
吐き気・嘔吐がある	10	16.10(±4.8)	12.60(±4.3)	17.00(±5.6)
手足がしびれる	43	15.28(±4.6)	11.23(±3.7)	15.63(±4.3)
胃がもたれる	84	16.00(±4.6)	12.96(±5.1)	16.39(±5.4)
下痢・便秘がある	78	16.28(±4.7)	13.26(±5.4)	15.35(±5.6)
眠りが浅い	147	15.34(±4.2)	12.22(±4.1)	16.29(±4.5)
全身がだるい	76	16.70(±4.4)	14.07(±4.9)	15.97(±5.3)
くつろぐ時間がない	121	15.98(±4.8)	12.51(±4.6)	15.64(±5.1)
疲れが取れない	268	15.56(±4.3)	12.05(±4.5)	15.33(±4.8)
毎日くたくたに疲れる	114	17.07(±4.1)	13.21(±4.9)	15.25(±4.7)
やる気が出ない	100	17.63(±4.2)	15.32(±4.5)	14.16(±4.9)
いらいらする	168	16.60(±4.5)	13.96(±4.9)	14.88(±5.0)
時々落ち込む	204	15.88(±4.2)	12.80(±4.7)	15.83(±5.2)
朝起きたときでも疲れを感じる	195	15.73(±4.5)	12.36(±4.7)	14.70(±4.6)

2) バーンアウト尺度得点と虐待に関する個人および職場環境の認識

pp.89 表 39① バーンアウト尺度得点と虐待に関する個人の認識との関連

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	
			M±SD	M±SD	M±SD	
虐待に関する個人の認識	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	598	13.49(±4.5)	10.92(±4.1)	16.01(±4.8)
		no	47	13.83(±5.2)	11.70(±5.3)	16.23(±4.7)
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes	639	13.49(±4.5)	10.96(±4.2)	16.02(±4.8)
		no	6	15.50(±6.3)	13.67(±5.9)	17.00(±5.7)
	虐待の通報先を知っている	yes	468	13.33(±4.4)	10.77(±4.1)	16.29(±4.7)
		no	177	13.98(±4.8)	11.53(±4.3)	15.34(±4.9)
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes	506	13.57(±4.5)	11.12(±4.2)	16.11(±4.9)
		no	139	13.29(±4.7)	10.47(±4.1)	15.72(±4.5)
	施設内外の研修に参加している	yes	544	13.44(±4.4)	10.90(±4.1)	16.19(±4.8)
		no	101	13.87(±5.0)	11.42(±4.5)	15.18(±4.8)
	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes	479	13.77(±4.5)	11.38(±4.3)	15.96(±4.7)
		no	166	12.78(±4.4)	9.82(±3.8)	16.22(±5.2)
	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes	399	14.14(±4.6)	11.7(±4.4)	15.54(±4.6)
		no	246	12.49(±4.3)	9.82(±3.5)	16.83(±4.9)

pp.89 表 39② バーンアウトと虐待に関する職場環境の認識との関連

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感	
			M±SD	M±SD	M±SD	
虐待に関する職場環境の認識	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes	484	13.24(±4.3)	10.8(±4.1)	16.17(±4.8)
		no	161	14.32(±4.9)	11.53(±4.5)	15.62(±4.9)
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes	540	13.36(±4.4)	10.81(±4.9)	16.12(±4.8)
		no	105	14.31(±5.2)	11.84(±4.9)	15.57(±4.8)
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	390	12.79(±4.2)	10.49(±3.9)	16.75(±4.8)
		no	255	14.61(±4.7)	11.73(±4.6)	14.93(±4.4)
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることがある	yes	527	13.75(±4.5)	11.26(±4.3)	16.05(±4.7)
		no	118	12.46(±4.4)	9.75(±3.4)	15.92(±5.2)
	自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	506	13.28(±4.3)	10.62(±3.9)	15.96(±4.8)
		no	139	14.36(±5.0)	12.30(±5.0)	16.27(±4.7)
	感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	527	13.07(±4.3)	10.53(±3.9)	16.37(±4.8)
		no	118	15.47(±4.8)	12.99(±4.9)	14.53(±4.6)

3) バーンアウト尺度得点と介護行動に関する虐待の認識との関連

pp.90-92 表 40① バーンアウト尺度得点と介護行動に関する身体的虐待の認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)
入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけた後、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	yes	485	13.3(±4.5)	10.8(±4.2)	16.3(±4.9)
	no	160	14.1(±4.6)	11.5(±4.3)	15.3(±4.7)
手荒く寝具をかける	yes	361	13.2(±4.6)	10.5(±4.2)	16.6(±5.0)
	no	284	13.9(±4.5)	11.6(±4.2)	15.3(±4.5)
嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	yes	426	13.3(±4.6)	10.8(±4.2)	16.1(±4.8)
	no	219	14.0(±4.5)	11.4(±4.3)	16.0(±4.9)
利用者に叩かれたので叩き返した	yes	591	13.5(±4.5)	11.0(±4.2)	16.0(±4.9)
	no	54	13.2(±4.9)	11.3(±4.3)	16.0(±4.3)
ベッドに長時間抑制・拘束した	yes	608	13.5(±4.5)	10.9(±4.2)	16.1(±4.9)
	no	37	14.6(±5.4)	12.5(±5.0)	15.8(±4.7)

pp.91 表 40② バーンアウト尺度得点と介護行動に関する心理的虐待の認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)
利用者から話しかけられても一切無視した	yes	557	13.4(±4.5)	10.9(±4.2)	16.1(±4.9)
	no	88	14.1(±4.7)	11.7(±4.4)	15.1(±4.6)
「ちゃん」付で呼ぶ	yes	204	13.2(±4.6)	11.0(±4.6)	16.7(±4.9)
	no	441	13.6(±4.5)	11.0(±4.1)	15.7(±4.8)
大声で怒鳴った	yes	534	13.4(±4.5)	10.9(±4.2)	16.2(±4.9)
	no	111	13.9(±4.6)	11.6(±4.2)	15.2(±4.7)
「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	yes	149	12.8(±4.5)	10.2(±3.9)	16.8(±4.7)
	no	496	13.7(±4.5)	11.2(±4.3)	15.8(±4.9)
他の人の前で排泄に関することを話した	yes	313	13.5(±4.6)	10.8(±4.3)	16.5(±4.9)
	no	332	13.6(±4.5)	11.2(±4.2)	15.6(±4.8)
認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	yes	389	13.3(±4.5)	10.6(±4.2)	16.2(±5.0)
	no	247	13.8(±4.7)	11.5(±4.2)	15.7(±4.6)
「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	yes	559	13.5(±4.5)	10.9(±4.3)	16.2(±4.9)
	no	86	13.9(±4.7)	11.5(±4.0)	14.7(±4.3)
「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	yes	247	13.1(±4.5)	10.6(±4.3)	16.6(±5.0)
	no	398	13.8(±4.6)	11.2(±4.2)	15.7(±4.7)
「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	yes	483	13.3(±4.5)	10.6(±4.2)	16.3(±4.9)
	no	162	14.3(±4.6)	12.2(±4.3)	15.1(±4.6)
説明や声かけをせずケアや処置をした	yes	337	13.4(±4.7)	10.7(±4.4)	16.4(±5.0)
	no	308	13.6(±4.4)	11.3(±4.1)	15.7(±4.6)

pp.92 表 40③ バーンアウト尺度得点と介護行動に関するネグレクトの認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M±SD	M±SD	M±SD
粉薬をご飯と一緒に混ぜる	yes	231	13.0(±4.7)	10.6(±4.2)	16.7(±4.8)
	no	414	13.8(±4.5)	11.2(±4.3)	15.7(±4.8)
「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	yes	215	13.1(±4.6)	10.6(±4.1)	16.4(±4.9)
	no	430	13.7(±4.5)	11.2(±4.3)	15.9(±4.8)
自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	yes	586	13.5(±4.6)	10.8(±4.2)	16.0(±4.8)
	no	59	14.1(±4.6)	12.4(±4.8)	16.0(±5.2)
失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	yes	594	13.5(±4.6)	10.9(±4.3)	16.1(±4.9)
	no	51	14.0(±4.5)	12.0(±3.8)	15.1(±4.7)
ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	yes	564	13.4(±4.6)	10.9(±4.3)	16.1(±4.9)
	no	81	14.0(±4.3)	11.6(±3.8)	15.4(±4.3)
意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	yes	244	13.2(±4.5)	10.4(±4.0)	16.7(±4.9)
	no	401	13.7(±4.6)	11.4(±4.3)	15.6(±4.8)
運動させない	yes	330	13.2(±4.5)	10.6(±4.2)	16.5(±5.0)
	no	315	13.9(±4.6)	11.4(±4.3)	15.6(±4.6)
トイレで排泄できる人にオムツで対応する	yes	437	13.3(±4.6)	10.7(±4.2)	16.2(±4.9)
	no	208	14.0(±4.5)	11.6(±4.2)	15.7(±4.8)
オムツ交換を時間で行う	yes	133	13.3(±4.8)	10.5(±4.3)	16.4(±4.6)
	no	512	13.6(±4.5)	11.1(±4.2)	15.9(±4.9)
日中車椅子に座らせたまま放置した	yes	440	13.4(±4.5)	10.8(±4.1)	16.1(±4.8)
	no	205	13.8(±4.7)	11.4(±4.6)	15.8(±4.9)
本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	yes	403	13.4(±4.6)	10.7(±4.2)	16.4(±4.9)
	no	242	13.7(±4.5)	11.5(±4.3)	15.4(±4.7)

pp.93 表 40④ バーンアウト尺度得点と介護行動に関する性的虐待・不適切ケアの認識

項目	認識の有無	人数	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M±SD	M±SD	M±SD
女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	yes	66	12.9(±5.0)	10.6(±4.5)	16.8(±5.0)
	no	579	13.6(±4.5)	11.0(±4.2)	16.0(±4.8)
下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	yes	382	13.4(±4.6)	10.6(±4.2)	16.4(±5.1)
	no	263	13.7(±4.4)	11.6(±4.2)	15.5(±4.5)
元気づけるために安易に体に触れた	yes	70	13.3(±4.4)	10.4(±3.8)	16.2(±5.3)
	no	575	13.5(±4.6)	11.0(±4.3)	16.0(±4.8)
性的な冗談や身体について話題にする	yes	359	13.1(±4.5)	10.7(±4.3)	16.3(±5.0)
	no	286	14.0(±4.6)	11.4(±4.1)	15.7(±4.7)
他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	yes	723	13.3(±4.6)	10.6(±4.2)	16.1(±4.8)
	no	180	13.7(±4.5)	11.6(±4.3)	15.8(±4.8)
利用者の前で職員同士が私的な会話をする	yes	137	13.0(±4.6)	10.5(±4.1)	16.9(±5.0)
	no	508	13.7(±4.5)	11.1(±4.3)	15.8(±4.8)
他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	yes	413	13.4(±4.6)	10.7(±4.3)	16.5(±4.9)
	no	232	13.8(±4.5)	11.5(±4.1)	15.1(±4.7)

4) バーンアウト尺度得点と研修受講希望との関連

pp.94 表 41 バーンアウト尺度得点と研修受講希望 (n=638)

項目	受講の有無	人数(%)	情緒的 消耗感	脱人格化	個人的 達成感	
			M±SD	M±SD	M±SD	
過去1年間研修を受講した(N=645)	yes	561(87.0)	13.60(±4.5)	11.00(±4.2)	16.2(±4.9)	
	no	84(13.0)	13.30(±4.8)	11.10(±4.4)	15.2(±4.4)	
今後受講したい研修内容	人権擁護・意思尊重に関する内容	yes	122(19.1)	13.54(±4.9)	10.90(±4.2)	17.00(±4.7)
		no	516(80.9)	13.46(±4.5)	10.93(±4.2)	15.83(±4.8)
	介護ケアに関する内容	yes	237(37.1)	13.42(±4.6)	10.78(±3.9)	16.20(±4.7)
		no	401(62.9)	13.50(±4.5)	11.01(±4.3)	16.00(±4.9)
	緊急時の対応に関する内容	yes	303(47.5)	13.80(±4.5)	11.01(±4.1)	15.79(±4.5)
		no	335(52.5)	13.17(±4.6)	10.85(±4.3)	16.30(±5.1)
	認知症理解に関する内容	yes	283(44.0)	13.54(±4.5)	10.73(±3.9)	16.28(±4.7)
		no	355(55.6)	13.42(±4.6)	11.08(±4.4)	15.88(±4.9)
	虐待に関する内容	yes	122(19.1)	14.07(±4.3)	11.11(±4.1)	16.63(±5.1)
		no	516(80.9)	13.33(±4.6)	10.88(±4.2)	15.92(±4.8)
	高齢者理解に関する内容	yes	100(25.1)	13.24(±4.7)	10.52(±4.0)	16.19(±5.0)
		no	478(74.9)	13.55(±4.5)	11.06(±4.2)	16.01(±4.8)
	職員のメンタルに関する内容	yes	391(61.3)	13.88(±4.6)	11.25(±4.4)	16.19(±5.0)
		no	247(38.7)	12.82(±4.4)	10.41(±3.8)	15.84(±4.5)
	接遇・コミュニケーションに関する内容	yes	267(41.8)	13.76(±4.8)	11.07(±4.2)	16.04(±4.9)
		no	371(58.2)	13.27(±4.4)	10.82(±4.1)	16.06(±4.7)

5) バーンアウト尺度得点と自己決定支援に関する項目の関連

pp.95 表 42 バーンアウト尺度得点と自己決定支援 (n=645)

項目	有無	人数(%)	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
			M(±SD)	M(±SD)	M(±SD)
自己決定支援必要	yes	591(91.6)	13.49(±4.5)	10.94(±4.2)	16.07(±4.8)
	no	54(8.4)	13.78(±4.9)	11.44(±4.6)	15.61(±5.2)
自己決定支援したい	yes	591(91.6)	13.39(±4.5)	10.82(±4.2)	16.14(±4.8)
	no	54(8.4)	14.87(±5.2)	12.78(±4.8)	14.81(±4.9)
自己決定支援している	yes	444(68.8)	13.05(±4.4)	10.67(±4.1)	16.46(±4.8)
	no	201(31.2)	14.54(±4.7)	11.66(±4.4)	15.08(±4.8)

6) バーンアウト尺度得点高低 2 群と基本属性との関連

pp.96 表 43① 高情緒的消耗感 2 群と基本属性との関連

項目	人数(%)	高情緒的消耗感		p 値	
		あり	なし		
性別	男性	119(18.4)	11(12.0)	108(19.5)	0.052
	女性	526(81.6)	81(88.0)	445(80.5)	
年齢 3 群	10~30 代	232(36.0)	42(45.7)	190(34.4)	0.003
	40~50 代	335(51.9)	48(52.2)	287(51.9)	
	60 代以上	78(12.1)	2(2.2)	76(13.7)	
経験年数 4 群	2 年未満	99(15.3)	14(15.2)	85(15.4)	0.531
	2~5 年	198(30.7)	34(37.0)	164(29.7)	
	6~9 年	142(22.0)	17(18.5)	125(22.6)	
	10 年以上	206(31.9)	27(29.3)	179(32.4)	
介護福祉士資格	あり	367(56.9)	47(51.0)	320(57.9)	0.135
	なし	278(43.1)	45(48.9)	233(42.1)	
雇用形態	常勤	552(85.6)	85(92.4)	467(85.2)	0.146
	非常勤	73(11.2)	5(5.4)	68(12.4)	
	その他	15(2.3)	2(2.2)	13(2.4)	
夜勤回数 3 群	なし	106(16.4)	16(17.4)	90(16.3)	0.300
	1~4 回/月	176(27.3)	19(20.7)	157(28.4)	
	5 回以上/月	363(56.3)	57(62.0)	306(55.3)	
主観的健康感 3 群	とても健康・概ね健康	473(73.3)	48(52.2)	425(77.1)	0.000
	どちらでもない	99(15.3)	20(21.7)	79(14.3)	
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	24(26.1)	47(8.5)	
バーンアウト尺度平均点			21.3(±1.9)	12.2(±3.4)	0.000

χ^2 検定 p<0.05

pp.97 表 43② 高脱人格化得点高低 2 群と基本属性との関連

項目	人数(%)	高脱人格化			
		あり	なし	p 値	
性別	男性	119(18.4)	20(17.2)	99(18.7)	.792
	女性	526(81.6)	96(82.8)	430(81.3)	
年齢 3 群	10~30 代	232(36.0)	62(53.4)	170(32.1)	0.000
	40~50 代	335(51.9)	49(42.2)	286(54.1)	
	60 代以上	78(12.1)	5(4.3)	73(13.8)	
経験年数 4 群	2 年未満	99(15.3)	12(10.3)	87(16.4)	0.231
	2~5 年	198(30.7)	42(36.2)	156(29.5)	
	6~9 年	142(22.0)	28(24.1)	114(21.6)	
	10 年以上	206(31.9)	34(29.3)	172(32.5)	
介護福祉士資格	あり	367(56.9)	66(56.9)	301(56.9)	1.000
	なし	278(43.1)	50(43.1)	228(43.1)	
雇用形態	常勤	552(85.6)	104(89.7)	448(85.5)	0.372
	非常勤	73(11.2)	11(9.5)	62(11.8)	
	その他	15(2.3)	1(0.9)	14(2.7)	
夜勤回数 3 群	なし	106(16.4)	18(15.5)	88(16.6)	0.154
	1~4 回/月	176(27.3)	24(20.7)	152(28.7)	
	5 回以上/月	363(56.3)	74(63.8)	289(54.6)	
主観的健康感 3 群	とても健康・概ね健康	473(73.3)	64(55.2)	409(77.6)	0.000
	どちらでもない	99(15.3)	25(21.6)	74(14.0)	
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	27(23.3)	44(8.3)	
バーンアウト尺度平均点			18.3(±3.1)	9.4(±2.4)	0.000

χ^2 検定 p<0.05

pp.98 表 43③ 低個人的達成感得点高低 2 群と基本属性との関連

項目	人数(%)	低個人的達成感			
		あり	なし	p 値	
性別	男性	119(18.4)	71(21.7)	48(15.1)	0.019
	女性	526(81.6)	256(78.3)	270(84.9)	
年齢 3 群	10～30 代	232(36.0)	112(34.3)	120(37.7)	0.179
	40～50 代	335(51.9)	168(51.4)	167(52.5)	
	60 代以上	78(12.1)	47(14.4)	31(9.7)	
経験年数 4 群	2 年未満	99(15.3)	46(14.1)	53(16.7)	0.203
	2～5 年	198(30.7)	95(29.1)	103(32.4)	
	6～9 年	142(22.0)	69(21.1)	73(23.0)	
	10 年以上	206(31.9)	117(35.8)	89(28.0)	
介護福祉士資格	あり	367(56.9)	193(59.0)	174(54.7)	0.301
	なし	278(43.1)	134(41.0)	144(45.3)	
雇用形態	常勤	552(85.6)	273(84.5)	279(88.0)	0.42
	非常勤	73(11.2)	42(13.0)	31(9.8)	
	その他	15(2.3)	8(2.5)	7(2.2)	
夜勤回数 3 群	なし	106(16.4)	62(19.0)	44(13.8)	0.175
	1～4 回/月	176(27.3)	90(27.5)	86(27.0)	
	5 回以上/月	363(56.3)	175(53.5)	188(59.1)	
主観的健康感 3 群	とても健康・概ね健康	473(73.3)	253(77.4)	220(69.6)	0.07
	どちらでもない	99(15.3)	45(13.8)	54(17.1)	
	あまりよくない・よくない	71(11.0)	29(8.9)	42(13.3)	
ハートアウト尺度平均点			12.1(±2.4)	19.9(±3.2)	0.000

χ^2 検定 p<0.05

7) バーンアウト尺度得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

pp.99 表 44① 高情緒的消耗感得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

項 目	人数	高情緒的消耗感		
		あり	なし	p 値
腰痛がある	319	259(46.3)	63(68.5)	<0.000
頭痛・頭が痛い	134	96(17.4)	38(41.3)	<0.000
めまい・立ちくらみがある	77	56(10.1)	21(22.8)	0.001
手足がしびれる	43	31(5.6)	12(13.0)	0.013
胃がもたれる	84	61(11.0)	23(25.0)	0.001
下痢・便秘がある	78	55(9.9)	23(25.0)	<0.000
眠りが浅い	147	113(20.4)	34(37.0)	0.001
全身がだるい	76	51(9.2)	25(27.2)	<0.000
くつろぐ時間がない	121	81(14.6)	40(43.5)	<0.000
疲れが取れない	268	205(37.1)	63(68.5)	<0.000
毎日くたくたに疲れる	114	76(13.7)	38(41.3)	<0.000
やる気が出ない	100	59(10.7)	41(44.6)	<0.000
いらいらする	168	109(19.7)	59(64.1)	<0.000
時々落ち込む	204	152(27.5)	52(56.5)	<0.000
朝起きたときでも疲れを感じる	195	145(26.2)	50(54.3)	<0.000

※ 検定 P<0.05

pp.99-100 表 44② 高脱人格化得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

項 目	人数	高脱人格化		
		あり	なし	p 値
首・肩がこる	331	260(49.1)	71(61.2)	0.024
腰痛がある	319	250(47.3)	69(59.5)	0.018
頭痛・頭が痛い	134	90(17.0)	44(37.9)	<0.000
めまい・立ちくらみがある	77	51(9.6)	26(22.4)	<0.000
吐き気・嘔吐がある	10	5(0.9)	5(4.3)	0.02
胃がもたれる	84	55(10.4)	29(25.0)	<0.000
下痢・便秘がある	78	49(9.3)	29(25.0)	<0.000
眠りが浅い	147	102(19.3)	45(38.8)	<0.000
全身がだるい	76	42(7.9)	34(29.3)	<0.000
くつろぐ時間がない	121	88(16.6)	33(28.4)	0.005
疲れが取れない	268	197(37.2)	71(61.2)	<0.000
毎日くたくたに疲れる	114	75(14.2)	39(33.6)	<0.000
やる気が出ない	100	49(9.3)	51(44.0)	<0.000
いらいらする	168	99(18.7)	69(59.5)	<0.000
時々落ち込む	204	142(26.8)	62(53.4)	<0.000
朝起きたときでも疲れを感じる	195	137(25.9)	58(50.0)	<0.000

※ 検定 P<0.05

pp.100 表 44③ 低個人的達成感得点高低 2 群と心身の自覚症状との関連

項 目	人数	低個人的達成感		
		あり	なし	P 値
頭痛・頭が痛い	134	77(24.2)	57(17.4)	0.041
疲れが取れない	268	150(47.2)	118(36.1)	0.005
毎日くたくたに疲れる	114	67(21.1)	47(14.4)	0.03
やる気が出ない	100	69(21.7)	31(9.5)	<0.000
いらいらする	168	99(31.1)	69(21.1)	0.004
朝起きたときでも疲れを感じる	195	119(37.4)	76(23.2)	<0.000

※ 検定 P<0.05

8) バーンアウト尺度得点高低 2 群と研修受講希望との関連

pp.100 表 45 バーンアウト尺度得点高低 2 群と研修受講希望との関連

項目	人数	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感		
		あり	なし	p値	あり	なし	p値	あり	なし	p値
人権擁護・意思の尊重等に関する内容	122							75(23.1)	47(15.0)	0.009
職員のメンタルケア	391	66(74.2)	325(59.2)	0.007	82(72.6)	309(58.9)	0.008			
接遇・コミュニケーション	267				57(50.4)	210(40.0)	0.046			
χ ² 検定 P<0.05										

9) バーンアウト尺度得点高低 2 群と自己決定支援との関連

pp.101 表 46 バーンアウト尺度得点高低 2 群と自己決定支援との関連

項目	人数 (%)	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感		
		あり	なし	p値	あり	なし	p値	あり	なし	p値
		92 (14.3)	553 (85.7)		116 (12.0)	529 (82.0)		327 (50.7)	318 (49.3)	
自己決定支援 必要と思う	591 (91.6)	81 (88.0)	510 (92.2)	0.219	106 (91.4)	485 (91.7)	0.855	302 (92.4)	289 (90.9)	0.57
自己決定支援 したい	591 (91.6)	78 (84.8)	513 (92.8)	0.023	101 (87.1)	490 (92.6)	0.063	306 (93.6)	285 (89.6)	0.087
自己決定支援 している	444 (68.8)	52 (56.5)	392 (70.9)	0.007	70 (60.3)	374 (70.7)	0.035	242 (74.0)	202 (63.5)	0.005

χ²検定 バーンアウト尺度平均点は t 検定 p<0.05

10) バーンアウト尺度得点のロジスティック回帰分析結果

pp.102 表 47① バーンアウト尺度得点のロジスティック回帰分析結果

項 目		高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感		
		オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率
希望研修内容	人権擁護・意思の尊重等に関する内容							0.551	0.364-0.834	0.005
	虐待に関する内容	0.572	0.327-0.998	0.049						
	職員のメンタルケア	0.448	0.263-0.764	0.003	0.527	0.33-0.843	0.007			
	接遇・コミュニケーション				0.612	0.401-0.934	0.023			
自己決定	自己決定支援したい	2.615	1.316-5.195	0.006	2.13	1.105-4.107	0.024			
	自己決定支援している	1.935	1.206-3.107	0.006	1.665	1.079-2.568	0.021	0.633	0.458-0.914	0.009
虐待に関する認識	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う				0.472	0.273-0.815	0.007			
	不適切だとわかっていても、せざるを得ない状況がある	0.496	0.296-0.831	0.008	0.493	0.309-0.785	0.003	1.463	1.055-2.029	0.022
	虐待防止についての施設として取り組みがある	1.71	1.043-2.802	0.033						
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	2.333	1.454-3.744	<0.000	1.547	1.012-2.367	0.044	0.598	0.43-0.831	0.002
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある				0.42	0.214-0.823	0.012			
	自分の働く施設では虐待がないと思う	1.745	1.045-2.914	0.033	2.276	1.441-3.595	<0.000			
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	2.793	1.685-4.632	<0.000	2.619	1.639-4.186	<0.000	0.64	0.422-0.971	0.036	

pp.103 表 47② バーンアウト尺度得点のロジスティック回帰分析結果

項 目	高情緒的消耗感			高脱人格化			低個人的達成感			
	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	オッズ比	95%CI	有意確率	
身体的虐待項目	手荒く寝具をかける	1.737	1.092-2.764	0.02	1.733	1.138-2.639	0.01	0.682	0.495-0.939	0.019
	ベッドに長時間抑制・拘束した	2.295	1.041-5.06	0.039	3.384	1.659-6.903	0.001			
心理的虐待項目	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ				2.297	1.274-4.14	0.006	0.635	0.435-0.927	0.019
	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した							0.558	0.347-0.988	0.016
	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	1.981	1.213-3.237	0.006	2.177	1.395-3.399	0.001	0.642	0.445-0.927	0.018
	大声で怒鳴った							0.61	0.399-0.932	0.022
	他の人の前で排泄に関することを話した				1.557	1.022-2.372	0.039	0.671	0.489-0.921	0.014
	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた				2.057	1.343-3.149	0.001			
ネグレクト項目	意思が伝えない人に対し、「もう食べないの」と聞いた				1.728	1.097-2.723	0.018	0.627	0.451-0.873	0.006
	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない				2.243	1.22-4.124	0.009			
	運動させない	1.636	1.027-2.606	0.038						
	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた				1.568	1.03-2.388	0.036			
性的虐待項目	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した				1.712	1.119-2.618	0.013			
	性的な冗談や身体について話題にする	1.753	1.106-2.778	0.017						
	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする				1.863	1.153-3.012	0.011			
不適切	他の職員が見ていないとぞんざいになる						0.569	0.408-0.794	0.001	

1) 性、経験年数、介護福祉士資格、夜勤回数、健康状態を調整した

2) 研修受講、自己決定支援、虐待に関する個人的および職場環境の認識において、はい=0、いいえ=1、介護行動に関する虐待の認識において、思う=0、思わない=1とした。

3) 2 項ロジスティック回帰分析

第4章 認知症グループホームの管理者の介護職に対する人材育成体制の認識

第3節 本章における調査の結果

1. 分析対象者の概要

pp.114 表1 対象者の概要

年代	性別	管理者 年数	資格	介護職 年数	職員有資格者 割合	施設内 研修会 回数(年)	設置主体
60	男性	13	ヘルパー2級	13	85%	3	特定非営利活動法人
50	女性	6	社会福祉士・介護福祉士	21	57%	22	有限会社
70	女性	8	看護師	8	50%	3	医療法人
50	男性	21	社会福祉士	30	100%	2	社会福祉法人
80	男性	6	ヘルパー2級	6	92%	4	社会福祉法人
40	女性	1	介護福祉士	15	100%	12	公益社団法人
60	女性	1	看護師	1	40%	2	有限会社
50	女性	1	介護福祉士・保育士	10	100%	12	株式会社
50	女性	2	介護福祉士・栄養士	9	92%	6	医療法人
50	女性	3	介護福祉士・栄養士	22	57%	0	社会福祉法人
60	女性	3	看護師	4	47%	6	株式会社

2) 経緯別によるグループホームのケアのあり方

pp.119 表2 管理者や介護職になった経緯の違いによるグループホームのケアのあり方

経緯別	グループホームのあり方についての語り	コード
体験	押し付けては全然楽しそうじゃないし、スタッフも、利用者にしても、全然満足感がない。どうせグループホームなら、もっとアットホームにみんなで楽しくできればいいかなと思うので	アットホームにみんなで楽しくできれば満足感が出る
	どれだけ一生懸命やっても、失敗することはあると。けれども相手に本当に心から寄り添っていれば、私たちの人生の大先輩なのだから許してくれるのだと。	相手に寄り添うことが大事
施設立ち上げ	一つ一つ人はいいところもあるじゃないですか。なるだけいいところを見て、楽に楽にやろうという感じで。利用者さんがそれで満足するのなら、それでいいじゃないのと。	利用者の満足する方法がいい
	やはり認知症の人なので、非常にコミュニケーションが一番大事だと思うのです。おむつ交換の技術などもありますが、それ以上にきちんとその人のことを認められるという大変ですが、普通に人間としてコミュニケーションを取るか取れないかが一番大きいと思います。	認知症の方とコミュニケーションができることが非常に大事
	とにかく穏やかに過ごすように、話し方でも何でもそういうふうに、わざわざしていますけど。	入居者が穏やかに過ごすようにわざとしている
介護職から管理者	やはり言葉遣いが少しきついで、そこは1本線を引いて、利用者さんの下に立ってお話するぐらいの感じで、そういうことをみんなに考えてほしい	相手を尊重した態度を考える
	グループホームって、ここでご飯を作っているのもあるけど、同じ釜の飯を食べている、本当に家族のようになっちゃう	同じご飯を食べている家族同様の関係性をもつ
	自分だったらどうだって置き換えて考えてと一人一人にいつも言っているのですけど。自分の家族だったらとか。	相手を尊重する

3) 管理者となった経緯の違いによる人材育成について重要と考えていること

pp.121-122 表3 管理者になった経緯の違いによる介護職の人材育成について重要と考えていること

経緯	人材育成について重要と考えていると思われる語り	コード
体験	専門職としての自覚は、これは人と人の触れ合いの中で、その子がどこに目覚めるか。	人とのふれあいで専門職として自覚する
	対人職が好きか嫌いとか、人に対してきちんとその人のことを思いやれるかどうかというのが一つの基準	対人職が好きか、相手を尊重できるかが基準
施設立ち上げ	みんながみんなを支え合えないと、助けてと言われたときに、その人知らないからって、それは困る。誰がどこでも入れる体制であれば、お互いが楽になれるので。	スタッフ同士助け合う体制が大事
	人の動き、それを見て自分を律する、自分がきちんとする。それが習慣になっていけば、きちんと育つのではないかということです	他者から学び習慣化することが大事
介護職から管理者	教育体制というか、中間管理職のような方たちの教育体制といったものも必要。	中間管理職の教育体制が必要
	9人見ているということで、プロ意識を持っていかないと駄目なんじゃないか、全体論として、やんわりと伝えてみたりはしていますけど。	介護のプロ意識をもつことが大事
	ここの管理者なので、ここに起きたことの全ての責任は私にあります。ガラスが割れたらなぜ割れたのか、強度が足りなかったのか、自然現象なのか、何なのか、それだけしかありません。	管理者としての責任をとる覚悟がある
	中間的にいる人、それから年齢的に、そういう方々にうまくリードしてもらえるような。それから若くても皆さんが信頼を置けるような人、意外とその人に頼っている、そういう人をうまく使う	リーダー的存在の人を活用する

4. 管理者全体の人材育成に対する認識について

1) 人材育成に対する認識のカテゴリ

pp.131-133 表 4 認知症 GH の管理者が介護職の人材育成に関して期待することや望むこと

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
認知症高齢者と生活を共にする介護職としての基盤づくり	認知症高齢者と関わる対人職としての人間性や生活する力の育成	人とのふれあいで専門職として自覚する	
		他者から学び習慣化することが大事である	
		スタッフの育成が利用者の生活が豊かになる	
		人間らしく生活できるためには教育が大事である	
		福祉の力だけでなく、優しさと強さと判断力が大事である	
		仕事で得られる人間の豊かさを実感してほしい	
	認知症高齢者の意思を尊重した態度	認知症の理解や意思尊重を意識することが大事	
		その人の尊厳を大切に	
		パーソン・センタード・ケアが大事である	
		利用者の下に立って話をする気持ちでいてほしい	
		自分や自分の家族の立場を置き換えて考えてほしい	
	認知症高齢者に関わる基本的姿勢	入居者を無理強いせず見守ることが大事である	
		介護の基本はみんな仲良く笑顔で言葉かけをする	
		相手に寄り添うことができれば、高齢者は許してくれる	
	認知症 GH 入居者と介護職のアットホームな関係性	アットホームにみんな楽しくできれば介護職も利用者も満足感が出る	
		介護職が楽しく仕事をすると入居者も楽しいことが根本である	
入居者も介護職も仲間意識を持つ気持ちが必要である			
同じご飯を食べている家族同様の関係性をもつ			
認知症ケアに求められる知識・技術の習得	認知症高齢者の生理機能の変化や病気の理解	認知症の理解や薬剤管理や病気、身体のこと生理現象として理解する	
		人間の生理的な基本を学ぶことが人間関係を学ぶ大事なことである	
	認知症高齢者との人間関係の維持	相手のことを引き出せるコミュニケーション能力と状態の	
		アセスメントできることが必要である	
	認知症ケアに必要な技術の習得	認知症の方とコミュニケーションが非常	に大事である
			GH の介護職のケア技術を高めたい
			認知症を理解するための学習やケア技術を積極的に学んでほしい
		訴えられない利用者に対して責任をもって全身観察をしてほしい	

		入居者と一緒に掃除や片付けをして、快適な生活ができるよう支援してほしい
小規模施設におけるチームの一員としての自覚と責任ある行動の育成	認知症高齢者ケアを考える介護職員間の主体的意見交換	管理者のペースでなく自主的に意見を言うスタッフになってほしい
		したいことを自主的に提案してほしい
		職員間で気づいて自発的行動ができる
		自分たちの思いを仕事に生かしてほしい
	介護職としての自己研鑽	有意義な休暇をとることで仕事もできる
		知りたい気持ちになることを意識する
		研修に自己投資をして自分のものにする
		勉強会後の自己研鑽が大事である
	認知症ケアの専門職として意識の向上	仕事の対価を得る目的を考える
		介護福祉士の資格を有効に利用する
		入居者全員を介護するというプロ意識をもつことが大事である
	小規模施設の介護職間の情報交換や良好な人間関係	お互いに情報の共有化ができて仕事ができる
		職員間で支えあう間柄になってほしい
		必要な時に全員で話し合ってもらいたい
引き継ぎによる情報共有で助け合う体制を作る		
認知症 GH に従事する介護職に必要な人材活用とキャリアアップの整備	認知症 GH に従事する介護職の人材活用	人間性、感性、判断力などいろいろ優れた介護職がいてバランスがとれることが必要である
		上手なコミュニケーションができる人を生かすと日常が研修になる
		リーダー的存在の人を活用する
	有資格者の介護職の処遇と活用	有資格者には処遇手当に見合ったリーダーになってほしい
		主体的に働くための資格取得とその対価が必要である
		資格の有無による仕事量に変化をつけることでストレスを回避する
	認知症 GH の介護職の採用基準	本質的スキルよりマインドが大切である
		採用時は対人職が好きか相手を尊重できるかが基準である
	介護職のキャリアアップの体制の整備	意欲的に資格取得の学習をして楽しい職場でやりたい
		やっていることを可視化し、資格取得につなげたい
中間管理職の教育体制が必要である		
小規模施設に従事する介護職として自己の成長を促す他交流との促進	他職種・他施設との交流や情報交換の促進	他施設間の人事交流で違うエネルギーを感じてほしい
		他を知らないことが多いので他職種との連携するなかで自分を成長させてほしい
		他施設を見に行き情報や知識を得てほしい
認知症 GH の管理者としての自覚と責任	管理者としての労働環境の整備	管理者の立場を必要時出すことでうまくいく
		管理者としての責任をとる覚悟がある

		努力は上司が見守っていると思えるようにする
	認知症高齢者の安定	入居者が穏やかに過ごすようにわざとしている
	した生活の維持	利用者の満足する方法をとってほしい
	認知症 GH 情報を 地域社会へ発信	グループホームがまとまっていることをアピールする

I あなたご自身のことについてうかがいます。

問1. あなたの年齢は何歳ですか。(平成26年10月1日現在の年齢)
() 歳

問2. あなたの性別についてうかがいます。どちらかに○をつけて下さい。
1 男性 2 女性

問3. 現在、あなたの持っている介護系・福祉系資格についてうかがいます。下記の項目で該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1 介護福祉士	2 ヘルパー () 級	3 社会福祉士
4 介護支援専門員	5 資格はない	6 その他 ()

問4. あなたの最終学歴についてうかがいます。下記の項目で該当する番号に○をつけて下さい。

1 中学校	2 高校	3 専門学校	4 短期大学	5 大学	6 大学院
-------	------	--------	--------	------	-------

II あなたの現在の職場についてうかがいます。

問5. あなたが現在働いている施設がある県名を教えてください。
() 県

問6. あなたの雇用形態について、下記の項目で該当する番号に○をつけて下さい。

1 常勤	2 非常勤	3 その他 ()
------	-------	-----------

問7. あなたの介護施設における経験年数について教えてください。(平成26年10月1日現在)

() 年 () ヶ月

問8. あなたの過去1か月間の夜勤回数についてうかがいます。

() 回

問9. あなたの担当部署における現在の認知症高齢者の人数についてうかがいます。

() 人

Ⅲ あなたの職場での研修会や勉強会についてうかがいます。

問10. 過去1年間において研修会や勉強会に参加したことはありますか。どちらかに○をつけて下さい。

1 ある (1) へ進んでください) 2 ない (2) へ進んでください)

1) 「ある」と答えた方はどのような研修を受けましたか。下記の項目で該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1 人権擁護・意思の尊重等に関する内容	2 介護ケアに関する内容
3 緊急時の対応等に関する内容	4 認知症の理解に関する内容
5 虐待に関する内容	6 高齢者の理解に関する内容
7 その他 ()	

2) 「ない」と答えた方は参加できなかった理由について、下記の項目で該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1 研修日と勤務が合わない	2 研修の時間が長い
3 外部の研修場所が遠い	4 研修の案内がない
5 関心のある内容ではない	6 理解している内容である
7 その他 ()	

問 11. 今後あなたが受けた研修の内容についてうかがいます。下記の項目で該当する番号すべてに○をつけてください。

1 人権擁護・意思の尊重等に関する内容	2 介護ケアに関する内容
3 緊急時の対応等に関する内容	4 認知症の理解に関する内容
5 虐待予防に関する内容	6 高齢者の理解に関する内容
7 職員のメンタルケア	8 接遇・コミュニケーション
9 その他 ()	

IV あなたの現在の健康についてうかがいます。

問 12. 最近のあなたの健康状態についてどう思いますか。下記の該当する番号に○をつけて下さい。

1 非常に健康	2 まあ健康	3 どちらともいえない
4 あまりよくない	5 とてもよくない	

問 13. 下記の 20 項目の症状のうち、最近気になる症状はありますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 首・肩がこる	2 関節が痛い	3 腰が痛い
4 頭痛・頭が痛い	5 動悸、息切れ	6 めまい・立ちくらみ
7 食欲がない	8 吐き気・嘔吐	9 手足がしびれる
10 胃がもたれる	11 下痢・便秘	12 眠りが浅い
13 全身がだるい	14 くつろぐ時間がない	15 疲れが取れない
16 毎日くたくたに疲れる	17 やる気が出ない	18 いらいらする
19 時々落ち込む	20 朝起きた時でも疲れを感じる	

問 14. 今までに医師の診断を受けた病気はありますか。どちらかに○をつけて下さい。

- 1 ある (問 14 へ進んでください) 2 ない (問 15 へ進んでください)

8	あなたはしばしば無力であると感じていますか	1	2
9	外出して新しいことをするよりも、自宅にいる方が良いと思いますか	1	2
10	たいていの人よりも、記憶が低下していると思いますか	1	2
11	現在、生きていることは素晴らしいことだと思いますか	1	2
12	あなたは、現在のありのままのあなたをかなり価値がないと思いますか	1	2
13	あなたは、元気いっぱいですか	1	2
14	あなたの状況は絶望的だと思いますか	1	2
15	たいていの方は、あなたより良い暮らしをしていると思いますか	1	2

問 19. あなたは最近 6 ヶ月ぐらいの間に、次のようなことをどの程度経験しましたか。 各質問 NO1~17 について「いつもある」「しばしばある」「時々ある」「まれにある」「ない」のうちもっともあてはまる番号に○をつけて下さい。

NO	項 目	いつも ある	しばし ばある	時々 ある	まれ にあ る	ない
1	「こんな仕事、もうやめたいと思うことがある。」	5	4	3	2	1
2	我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	5	4	3	2	1
3	こまごまと気くぱりすることが面倒に感じることもある。	5	4	3	2	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。	5	4	3	2	1
5	同僚や利用者の顔を見るのも嫌になることがある。	5	4	3	2	1
6	自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	5	4	3	2	1
7	1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1

9	仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある。	5	4	3	2	1
10	同僚や利用者と何も話したくなくなることもある。	5	4	3	2	1
11	仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	5	4	3	2	1
12	仕事のために心にゆとりがなくなったと覚えることがある。	5	4	3	2	1
13	今の仕事に心から喜びを覚えることがある。	5	4	3	2	1
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。	5	4	3	2	1
15	仕事が好きで、知らないうちに時間がすぎることもある。	5	4	3	2	1
16	体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	5	4	3	2	1
17	我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	5	4	3	2	1

V あなたと介護している認知症高齢者との関係についてうかがいます。

問 20. 以下の質問項目 N01～20 について、右の「はい」「ややある」「あまりない」「ない」のうちもっともあてはまる番号に○をつけてください。

N0	項 目	はい	ややある	あまりない	ない
1	高齢者は、あなたのことで、身内に愚痴をいいますか	1	2	3	4
2	あなたは、高齢者が繰り返し同じことを言う時相手をしますか	1	2	3	4
3	あなたは、高齢者のものを大事に扱いますか	1	2	3	4
4	高齢者は、自分のお金をあなたに使ってよいと言いますか	1	2	3	4
5	あなたは、高齢者の顔を立てるように心がけていますか	1	2	3	4
6	あなたは、高齢者を笑わせたり、喜ばせたりしますか	1	2	3	4
7	あなたは、日頃他の人に、高齢者のことで愚痴をいいますか	1	2	3	4
8	高齢者は、あなたによく文句を言いますか	1	2	3	4

9	あなたは、高齢者を尊敬していますか	1	2	3	4
10	あなたは、高齢者が一生懸命仕事をしてきたと思いますか	1	2	3	4
11	高齢者は、あなたに、無理なことを言いますか	1	2	3	4
12	高齢者は、あなたが呼んでも、聞こえないふりをしますか	1	2	3	4
13	高齢者は、あなたが注意すると、怒りますか	1	2	3	4
14	高齢者のものを、あなたが使うと、いやがりますか	1	2	3	4
15	高齢者は、他人に、あなたのことで、愚痴をいいますか	1	2	3	4
16	高齢者は、あなたの注意を、素直に聞いてくれますか	1	2	3	4
17	あなたは高齢者をほめてあげますか	1	2	3	4
18	あなたは、高齢者を大切にしますか	1	2	3	4
19	高齢者は、あなたに乱暴をしますか	1	2	3	4
20	あなたは、日頃、高齢者のことで身内に愚痴をいいますか	1	2	3	4

**VI 高齢者の虐待に関することについてあなたの「知識」や「思い」等について
うかがいます。**

問 21. 以下の質問項目 N01～13 について、右の「はい」「いいえ」のどちらかあてはまる番号に
○をつけてください。

NO	項 目	はい	いいえ
1	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	1	2
2	虐待を発見した時には通報義務がある	1	2
3	虐待の通報先を知っている	1	2
4	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	1	2
5	虐待防止についての施設として取り組みがある	1	2

6	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	1	2
7	施設内外の研修に参加している	1	2
8	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	1	2
9	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	1	2
10	自分の働く施設では虐待がないと思う	1	2
11	虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	1	2
12	感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	1	2
13	不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	1	2

問 22. 以下の質問項目について「虐待」と思いますか。右の「思う」「やや思う」「あまり思わない」「全く思わない」のうち、最もあてはまる番号に○をつけて下さい。

2 ページにわたる質問で NO 1～33 まであります。

NO	項目	思う	やや思う	あまり 思わない	全く 思わない
1	入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	1	2	3	4
2	粉薬をご飯と一緒に混ぜる	1	2	3	4
3	手荒く寝具をかける	1	2	3	4
4	嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	1	2	3	4
5	利用者に叩かれたので叩き返した	1	2	3	4
6	利用者から話しかけられても一切無視した	1	2	3	4
7	「ちゃん」付で呼ぶ	1	2	3	4
8	「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	1	2	3	4

9	大声で怒鳴った	1	2	3	4
10	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	1	2	3	4
11	他の人の前で排泄に関することを話した	1	2	3	4
12	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で呼んでいた	1	2	3	4
13	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	1	2	3	4
14	「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	1	2	3	4
15	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	1	2	3	4
16	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	1	2	3	4
17	失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	1	2	3	4
18	ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	1	2	3	4
19	ベッドに長時間抑制・拘束した	1	2	3	4
20	意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	1	2	3	4
21	運動させない	1	2	3	4
22	トイレで排泄できる人にオムツで対応する	1	2	3	4
23	オムツ交換を時間で行う	1	2	3	4
24	日中車椅子に座らせたまま放置した	1	2	3	4
25	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	1	2	3	4
26	女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	1	2	3	4
27	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	1	2	3	4
28	元気づけるために安易に体に触れた	1	2	3	4

29	説明や声かけをせずケアや処置をした	1	2	3	4
30	性的な冗談や身体について話題にする	1	2	3	4
31	利用者の前で職員同士が私的な会話をする	1	2	3	4
32	他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	1	2	3	4
33	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	1	2	3	4

問 23. 問 22 と同様の質問に対し、「今まで行いそうになったこと」はありますか。右の「かなりある」「時々ある」「ほとんどない」「全くない」のうち、最もあてはまる番号に○をつけて下さい。
2 ページにわたる質問で NO 1 ～33 まであります。

NO	項 目	かなり ある	時々 ある	ほとんど ない	全く ない
1	入浴時、声掛けもなく頭からシャワーをかけたり、着替えの時に何も言わずにズボンを下げた	1	2	3	4
2	粉薬をご飯と一緒に混ぜる	1	2	3	4
3	手荒く寝具をかける	1	2	3	4
4	嫌がる利用者に無理やり食事をさせた	1	2	3	4
5	利用者に叩かれたので叩き返した	1	2	3	4
6	利用者から話しかけられても一切無視した	1	2	3	4
7	「ちゃん」付で呼ぶ	1	2	3	4
8	「今忙しいから」と言って、訴えを後回しにした	1	2	3	4
9	大声で怒鳴った	1	2	3	4
10	「おじいさん」「おばあさん」と呼んだ	1	2	3	4
11	他の人の前で排泄に関する話を話した	1	2	3	4
12	認知症なので本人はわからないので「あだ名」で	1	2	3	4

	呼んでいた				
13	「臭い」「ばっちい」と言っておむつ交換した	1	2	3	4
14	「頭を撫でる」など子どもに対するような対応や言葉かけをする	1	2	3	4
15	「あれが悪い」「これができない」など短所ばかり言う	1	2	3	4
16	自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助をしない	1	2	3	4
17	失禁でシーツや下着等が汚れてもそのまま放置した	1	2	3	4
18	ナースコールが頻回な場合、ナースコールを使えないようにした	1	2	3	4
19	ベッドに長時間抑制・拘束した	1	2	3	4
20	意思を伝えられない人に対し「もう食べないの」と聞いた	1	2	3	4
21	運動させない	1	2	3	4
22	トイレで排泄できる人にオムツで対応する	1	2	3	4
23	オムツ交換を時間で行う	1	2	3	4
24	日中車椅子に座らせたまま放置した	1	2	3	4
25	本人の返事を待たずに食事膳を片付けた	1	2	3	4
26	女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした	1	2	3	4
27	下着をはいているかどうか、安易にズボンを下げて確認した	1	2	3	4
28	元気づけるために安易に体に触れた	1	2	3	4
29	説明や声かけをせずケアや処置をした	1	2	3	4
30	性的な冗談や身体について話題にする	1	2	3	4
31	利用者の前で職員同士が私的な会話をする	1	2	3	4

32	他の職員が見ていないと対応がぞんざいになる	1	2	3	4
33	他者に見える状態で排泄や入浴の介助をする	1	2	3	4

Ⅶ 施設に入所し、生活している認知症高齢者の「自己決定」についてあなたの考えをうかがいます。

「自己決定」とは、高齢者が自分の意思で決定して行動する一連の過程とします。

このことを踏まえて以下の質問にお答え下さい。

(例) ①物品名を聞く ②選択してもらう ③何がしたいかを聞く
④選択するのを待つ 等

問 24. あなたは認知症高齢者が「自己決定」することは必要だと思いますか。

下記の質問項目のうち最もあてはまる番号に○をつけて下さい。

1 思う 2 思わない 3 わからない

上記の質問に対して、あなたが選んだ回答についてその理由をお答えください。

【その理由】

問 25. あなたは認知症高齢者の「自己決定」することへのサポートをしたいと思いませんか。

下記の質問項目のうち最もあてはまる番号に○をつけて下さい。

1 思う 2 思わない 3 わからない

上記の質問に対して、あなたが選んだ回答についてその理由をお答えください。

【その理由】

問 26. あなたは認知症高齢者の「自己決定」に関する支援をしていると思いますか。
下記の質問項目のうち最もあてはまる番号に○をつけて下さい。

- 1 していると思う 2 していると思わない 3 わからない

上記の質問に対して、あなたが選んだ回答についてその理由をお答えください。

【その理由】

最後に

認知症高齢者のケアに携わっていることについて思うことを自由に記載して下さい。

以上で質問を終わります。

回答にもれがないかご確認くださいませようお願い申し上げます。

全 13 ページあります。ご確認くださいませようお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。