

ケアマネジャーのストレスに関する研究

著者	保坂 恵美子, 佐藤 亜紀, 許 莉芬, 大岡 由佳, 藤島 法仁, 筒井 健二, 原田 幹子, 田中 智子, 大西 良, 鋤田 みすず, 占部 尊士
雑誌名	久留米大学文学部紀要. 社会福祉学科編
巻	6
ページ	1-34
発行年	2006-03-31
URL	http://hdl.handle.net/11316/689

ケアマネジャーのストレスに関する研究

保坂恵美子¹⁾・佐藤亜紀²⁾・許 莉芬³⁾・大岡由佳²⁾
藤島法仁²⁾・筒井健二⁴⁾・原田幹子²⁾・田中智子²⁾
大西 良⁵⁾・鋤田みすず⁶⁾・占部尊士²⁾

A study about stress of Care Manager

Emiko HOSAKA, Aki SATOU, Lifen HAU, Yuka OOKA,
Norihito FUJISHIMA, Kenji TSUTSUI, Mikiko HARADA,
Tomoko TANAKA, Ryo ONISHI, Misuzu SUKITA, Takashi URABE

【key word】 Care manager, stress, burnout, A qualitative study

はじめに

ケアマネジャーは介護保険制度のもとで、介護サービス計画の作成に関わる専門職として新設された職種であるが、その社会的役割の大きさに対して、職場内での位置づけや賃金・給与は高くなく、心身の負担感などについても、その実情は明らかにされていない。本稿は、このような現状をふまえながら、ケアマネジャー（介護支援専門員）のストレスに関する質的研究を行ったものである。調査対象者は9名で、性別では男性2名、女性7名、基礎となる職種は看護職5名、介護職3名、相談業務1名である。

分析結果によると、基礎となる職種が看護職より介護職のストレスの方が強く、その要因として医療面での知識差や給与体系の違い等が示唆されている。性別・ライフコース別負担感の分析では、男性より女性、共働き女性の場合は職業継続型よりも一時中断再就職型に、「家庭と職場」の二重負担感（スト

レス）が最も強く現れている。MBI尺度によって測定したケアマネジャーのバーンアウト（燃え尽き）傾向は、個人的達成感にかなり強く現れており、また、ストレス性の身体症状や無力感などにしばしば襲われている。ケアマネジャーの職業倫理とストレスとの関係をみると、この仕事に自発的に本音で向き合うケースにも、受動的に建前で向き合うケースにも強いストレス症状が現れており、適応の難しい仕事であることが示唆されている。

さらに、ケアマネジャーの職場環境を人間関係の側面から検討すると、特に利用者や上司との関係にストレスの生じやすい要因がある。職場の運営面については、医師や行政との関係に、制度上の問題については、低所得者対策の不十分さや制度自体の理解しづらさ、行政と事業者間の連携の弱さなど、ケアマネジャーにも利用者にもストレスを感じやすい諸要因のあることが確認された。

¹⁾久留米大学文学部・同大学院比較文化研究科教授

²⁾久留米大学文学部・同大学院比較文化研究科

³⁾久留米大学文学部・同大学文学部研究生

⁴⁾久留米大学文学部・同大学院比較文化研究所研究員

⁵⁾久留米大学文学部・同大学文学部助手

⁶⁾本間病院ソーシャルワーカー

第I章 調査研究の概要

1 研究目的について

2000年4月に施行された公的介護保険制度は、医療保険と介護保険の負担の不均衡問題や在宅福祉重視策に伴う介護者家族の負担増、特別養護老人ホームの整備の弱さと長期待機者の多い現実、低所得者層への配慮の弱い利用者一部負担金等の問題、認知症高齢者の要介護認定度の低さ、市町村間における要介護認定やサービス等のばらつきの問題、高齢者の自己決定や利用者本位のサービスを標榜しながら利用者の選択に十分応えることができないサービスの質と量の問題など、さまざまな問題を抱えながら5年目を迎えている。

ケアマネジャー（介護支援専門員）は、このような介護保険制度のもとで介護支援サービスを提供する専門員として、居宅介護支援事業所や介護保険施設等に配置が義務付けられた職種である。その任務は、「要介護者等に対して、その心身の状況、おかれた環境等に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるように心身の状態や個々の課題（ニーズ）等を十分把握した上で、介護サービス計画の作成を通じて多様なサービス提供主体による保健・医療・福祉分野の各種介護サービスが統合的、一体的、継続的に提供されるように¹⁾」サービスを調整したり、サービス利用者を支援したりする点にある。

いずれにしても、ケアマネジャーは介護保険制度のもとで新設された職種であり、その社会的期待は大きいことになるが、その割にはケアマネジャーの職場内での位置づけや賃金・給与体系などは高くないといわれており、また、ケアマネジャーがどのような身体的、精神的ストレスを負っているかなどについても、研究は着手されたばかりの状態といえるであろう（第III章参照）。

看護職と同様に、ケアマネジャーはモノではなく、人に対するサービスを目的とする職種であることに起因する人間関係の不調整や葛藤などに直面しやすく、心身の負担感やストレス等を負いやすい職種であると考えられる。また、ケアマネジャーは仕事柄、医師・保健師・看護師やケアワーカー・PT・OTばかりでなく、福祉施設の職員や民生委員、ボランティアなど職場内外の人々との連携的・調整的な仕

事が多く、対人サービス従事者に見受けられるのと同様のバーンアウト（燃え尽き）しやすい立場にいるように思われる。

以上のような現状をふまえながら、ここでの研究目的の第1の課題は、ケアマネジャーは仕事に対してどのようなストレスを感じているのかを検讨することである。また、第2の課題は、ケアマネジャーのストレスには、性・年齢・職歴などケアマネジャーの属性や家族のライフスタイル、職業倫理などがどのように関係しているのかを検讨することである。また、第3の課題は、ケアマネジャーの職場環境とストレスとの関係を検讨することである。すなわち、ケアマネジャーの労働時間や給与体系、休暇がとりやすい環境かどうかなどの問題や、ケアマネジャーと利用者や職場の同僚・上司との関係、職場内外の他職種との関係、福祉現場と制度上の問題に対してケアマネジャーはどのようなストレスを感じているのか、また、そのような問題に対して、どのような対応策が必要とされているのか等について検讨することである。

2 調査対象者

本調査の対象者は、福岡県南部地域の居宅介護支援事業所、及び介護保険施設等に勤務する介護支援専門員（ケアマネジャー）で、本調査の趣旨を事前に説明し、協力する旨の承諾書が得られたケアマネジャー9名である。ケアマネジャーの属性や家族関係については第2章、表2-3に示すとおりである。

3 調査方法

この調査は量的研究を行うための問題発見型質的研究に位置づけられる。調査方法は自記式質問紙法と半構造化面接法の併用による。

自記式質問紙の方は、面接調査に出かける前に、あらかじめケアマネジャーに質問紙を送付し回答してもらったものを、面接時に回収する方法で行っている。今回使用した調査票は、マスラックらのMBI尺度（Maslach Burnout Inventory）と性・年齢・職歴などケアマネジャーの属性や家族関係を記入するための調査票（2枚）である。MBI尺度については、これを通じてケアマネジャーのバーンアウト（burnout）の状態を測ることを目的としている

(第Ⅲ章).

半構造化面接法は、自記式質問紙では把握できないケアマネジャーになった動機やその後の評価、職業倫理や人生観、職場の人間関係や労働環境、無力感を感じることなど、ケアマネジャーのストレスと何らかの関わりがあると思われる項目をあらかじめ調査用紙に書き出しておき、面接員がこれを見ながら面接するが、話の流れはできるだけ中断せずに話が脇にそれた時にはさりげなく元に戻すという方法で行われている。また、この調査では了解の得られた相手に対しては、面接時の会話をテープに収録しており、分析の際このテープも活用している。

調査期間は平成17年6月27日～7月31日の間で、ケアマネジャーの都合の良い日時に調査員が2人1組、ないし3人1組のチームを組み、居宅介護支援事業所・介護老人保健施設・病院等を訪問し、1ケースあたり2～3時間の面接調査を行っている。調査員は久留米大学大学院比較文化研究科の佐藤亜紀、原田幹子、大岡由佳、藤島法仁、田中智子、占部尊士と同大学院比較文化研究所研究員筒井健二、同大学文学部研究生許莉芬、同大学文学部社会福祉学科助手大西良、本間病院鋤田みずず、及び保坂恵美子の計11名である。

4 ストレスの定義と概念枠組み

(1) ストレスの定義

心理臨床大辞典(培風館、2004年改訂版)によると、ストレス(stress)とは厄介な対人関係や面倒な仕事上の要請、騒音・外傷など、様々な要因(ストレッサー, stressor)によって非特異的に引き起こされるイライラ・抑うつ・不安・身体症状などによって示される状態をさしている。

心理学的立場からこれを定義したラザルス(Lazarus, R.S.)によると、個人のもつ資源に負担をかけたり、個人のもつ資源を越えたり、個人の安寧を危険にさらしたりすると評価されるような、個人と環境との関係をストレスと定義している。この定義は、環境からの要請と、それに対する個人の対処能力のバランスに注目し、環境からの要請の方が個人の対処能力を超えるときに、ストレスとして評価されるというように、認知的側面を重視したものとなっている。このことは、同じストレッサーに

さらされていても、個人の対処能力やそれらに対する認知が異なれば、ストレスとしての意味合いも変わってくるというように、ストレス状況における個人差を説明しやすくしているのである。

本稿が目的とするケアマネジャーのストレスは、ラザルスらの定義に依拠したものであり、個人と環境との関係がケアマネジャーの対処能力を超えた状態とケアマネジャー自身によって認知され、そこに生じたケアマネジャーの葛藤・不安・いらいら・抑うつ・身体症状などの環境不適應状態と定義しておくことにしたい。このような環境不適應状態が長期化すると、生体としての人間の心身の状態は、病気や燃え尽き(バーンアウト)症状を発症しやすくなるであろう。つまり、ストレスとは健康と病気との間に位置する人間の社会的・心理的・精神的・身体的異常性の反応であり、このような異常性の長期化は人間の生活環境として望ましい状態ではなく、何らかの対応策が必要になると考えられるのである。

(2) ストレス研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みについてみると、まず第1の項目群には、ケアマネジャーの属性を示す項目、すなわち、性、年齢、職歴、学歴、経験年数、職場の種類(福祉施設・病院・在宅介護支援センター等)、勤務形態(常勤・非常勤など)、職務内容(職場の地位や担当ケース数など)、休日数、給与体系などの項目が含まれている。これはケアマネジャーのストレスに何らかの影響を与えると考えられる項目である。

第2の項目群には、家族構成と家族関係を示す項目、仕事をする上での家事サポートや悩み事の相談相手などの項目が含まれている。これはケアマネジャーのストレスを緩衝すると考えられる項目群である。

第3の項目群には、マズラックのMBI尺度(情緒的消耗感・脱人格化・個人的達成感の後退を示す17項目の質問紙)と、無力感・健康状態などの項目が含まれている。これはケアマネジャーのストレスを測定する項目群である。

また、第4の項目群には、ケアマネジャーになった動機やその評価、職業倫理や高齢者観など、ストレスに直面した時ケアマネジャーの理由づけに関与すると考えられる項目群が含まれている。

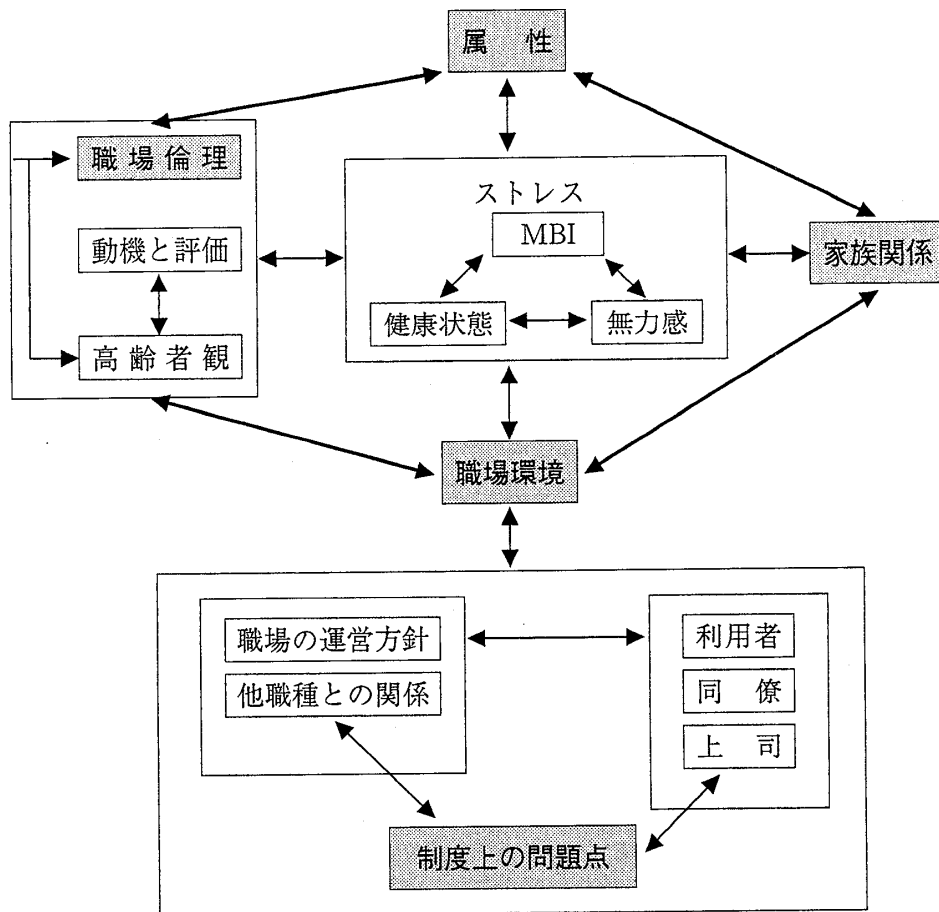


図1-1 ケアマネジャーのストレス — 概念枠組み —

さらに、第5の項目群には、職場の働きやすさや労働条件、ケアマネジャーと利用者との関係や職場の同僚・上司との関係、職場の運営方針や他職種との関係など、職場環境に関わる項目と制度上の問題点を問う項目が含まれている。これらはケアマネジャーのストレスに直接的かつ多面的な影響を及ぼしやすい項目と考えられる。

以上の項目群の中でどの要因がケアマネジャーのストレスに最も強い影響を及ぼしているのかについては、ケースごとに異なることになるであろう。また、ストレスからの脱却には、制度上の問題点を明らかにする必要があると考えられる。

以上を図示すると、図1-1に示すような概念枠組みが提示される。

(保坂 恵美子)

第Ⅱ章 調査対象者の属性と家族関係

1節 基礎となる職種からみる「ケアマネジャー」のストレス構造

感情が労働の大きな要素となっているものを、ホックシールドは感情労働と名づけており、保育士や看護師、ソーシャルワーカー、接客業などヒューマンサービスの職種はすべて感情労働者である²⁾。感情労働は、従来の肉体労働、頭脳労働といった職業分類には当てはまらない。この労働の特徴は第一に、対面あるいは声による人びととの接触が不可欠であること。第二に他人のなかにならなかの感情変化—感謝の念や安心—を起こさなければならないこと。第三に雇用者は研修や管理体制を通じて労働活動がある程度支配するということである。

感情労働について語られる際、看護師が代表的職業として分析されることが多く、また感情労働者である看護師は『燃え尽き症候群（バーンアウト）』になりやすい職業であることも指摘されている。現実にはほとんど看護師をやって燃え尽きたというより、本来の看護を行えず、それ以外の業務に疲れ、やりきれない思いで辞めていくというのが実情ではないかと示唆されている。このようにバーンアウトの発生は、固有の仕事の構造によるところも大きいのである。

2000年4月、介護保険制度が施行され、わが国に本格的な介護支援サービスが制度的に位置づけられ、利用者およびその家族が持つさまざまなニーズと社会資源を結びつけるための手続きが、新しく登場した職種で、ケアマネジャーの職務である。複雑な手続きはたんに利用者との関係のなかで行われるのではなく、複数の関係職種、関係機関とのやり取りの中で決定されていく。この構造は他の職種から見て特有であり、先に述べた感情労働の特徴からみても、ケアマネジャーが感情労働であることは明らかである。看護師の職業構造と比較した場合、より多くの人びととの接触があることや、限られた財政、制度の中でサービスを駆使していることなどから考えるとその疲労感、ストレスがより大きいことが予測される。

今回、ケアマネジャーの聞き取りをすることで、ストレス構造にアプローチし、危険要因を探ることを試みた。その結果、基礎となる職種が看護職と介護職のケースが多いことから、そもそも感情労働として取り上げられることが多かった看護職と、介護職のケアマネジャーとしてのストレス構造に注目し、相違点を考察し報告する。

(1) 属性の特徴

性別では男性が2名、女性が7名と今回のケースでは女性が多く、年齢では37歳～51歳と一般的に働き盛りで、ライフステージからみると集団や組織でリーダー的存在としての役割も担う年代である。経験年数では、ケアマネジャーの資格が登場してすぐに取得した対象者がほとんどで4年～5年となっている。また職歴では看護師が5名（ケース2, 4, 5, 6, 7）、介護福祉士を含む介護職が3名（ケース3,

8, 9）、相談職が1名（ケース1）であり、男性の看護師はいなかった。

看護職の教育歴をみると、短期大学が1名で他は専門学校出身である。福祉学科の4年生大学出身者は相談職に従事していた男性1名と、介護職に従事していた女性1名であり、看護職に専門学校出身者が多いが、教育歴にはばらつきがある。基礎となる職業が看護職であるケースの看護職歴は長く、20年以上の経験者も含まれている。

現在の勤務施設は老人保健施設が2名、社会福祉施設、病院、診療所、在宅介護支援センター、特別養護老人ホームなどさまざまであった。

(2) MBI 尺度の比較

今回のインタビュー調査の際、各ケースにバーンアウトの測定尺度である、Maslach Burnout Inventory (MBI) を用い、現状のストレス状況について調査した。その結果を基礎となる職種別、看護職と介護職に分類し分析を試みる。尚、ケース1は相談職であるため除外した。

MBI 尺度は情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の後退の3つの下位カテゴリーから構成される。情緒的消耗感とは単なる疲労ではなく、心理的な要素が中心となって起こる疲労感、虚脱感のことである。身体疲労も伴うが根源は心の疲労である。消耗感と同時に、サービスを受ける人たちに消極的な対応を促すことにつながり、この症状は脱人格化と呼ばれている。個人的達成感とは仕事における得意や達成感に関する感情であり、その後退は意欲の減退を意味するばかりではなく無力感を感じさせ、その気分は、消耗感の気分をいっそう強化することにもなり、悪循環になる³⁾。

図2-1は看護職と介護職をグループ化し、MBIの得点の平均を抽出したものである。図からわかるように情緒的消耗感、脱人格化において看護職を基礎とするケースより介護職を基礎とするケースのほうが得点は高く、ストレスをより強く感じていることが明確である。個人的達成感については看護職のほうが得点が低く、介護職より仕事に達成感が感じられてないことを示す。先行研究では看護職は情緒的達成感、脱人格化において得点が高く、個人的達成感では多くの看護師が達成感を感じているという

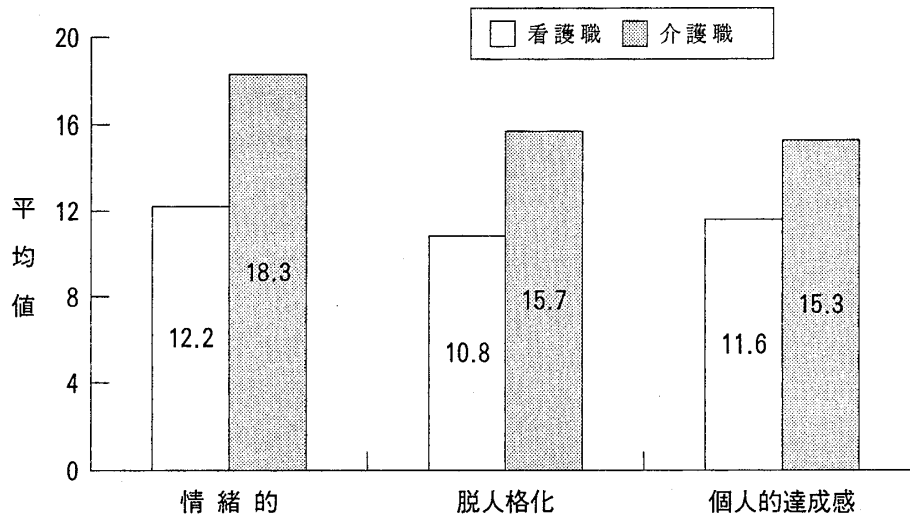


図2-1 基礎となる職種別に見たMBI平均得点

ことが示されているが、ここでは、「要注意」と介護職よりバーンアウトの危険性があることは注目すべき点である。

(3) 基礎となる職種からみるストレス構造

それぞれのインタビューで基礎となる職種の違いを語った場面に注目し、ストレス構造を考察する。

① 評価について

ケアマネジャーとしての評価に関する語彙データを分類し、考察を試みる。

表2-1のように、全ケースケアマネという職務に肯定的評価をしているが、ケース2は「いろいろな勉強ができた」と①知識の向上を評価し、ケース4, 5は「自分に合った仕事で満足」「利用者を訪問したら楽しい」と②職務満足度増大を、ケース6, 7は③前職のスキルアップとして評価している。ケース3についてはヘルパーとしてプランされたものの実践を行っていたが、ケアマネの資格を取得しプランを計画立案できるようになったことを評価しているため、③に分類されると考える。

表2-1 評価の分類

		看護職	介護職
知識の向上	ケース2	「高齢者との信頼関係ができ、頼られること」	
職務満足増大	ケース4	「医師・看護師の目ではなく介護者の目で見れること」	
	ケース5	「サービスを順調に導入できる時」	
スキルアップ	ケース6	「介護保険は看護師の仕事においても必要」	ケース3 「サービスを自ら提案できるようになった」
	ケース7	「介護を知らなければ看護はできない」	
結果の満足			ケース8 「特にないが利用者に喜ばれる時」
			ケース9 利用者との信頼関係ができ、在宅生活がうまくいったとき

ケース別に考察すると、積極的な現場の矛盾解決のためと動機で【自己向上型】に分類されたケース3はサービスを立案することで資格取得の目的を実践していると思われる。ケース2は看護師であるが、平成9年より在宅介護支援センターで相談業務に従事しており、相談業務の経験は他のケースのなかでも長い。また他の質問項目、「介護保険上の問題点」についての解答も、他のケースが利用者の負担の大きさを中心に捉えミクロな問題点に焦点を当てていたのに対し、制度の目的と矛盾、国の体制にまで及び語られていることから、資格取得に関連した学習が経験に反映し「いろいろな勉強ができた」という幅広い知識の向上を評価しているものと思われる。またケース6,7は年齢的に51歳、53歳と今回の対象者の中では年長者であり、それは同時に看護職としての経験の長さも意味していることから、看護師という資格を基準として、ケアマネジャーの資格をスキルアップとして捉えていることが考えられる。

基礎となる職種別にみると、介護職ではいずれのケースも「サービス提供ができるようになった」ことや、「利用者に喜ばれるとき」「在宅生活がうまくいったとき」など、利用者との相互関係のなかで自分の職務を評価していることがわかる。

一方看護職においては、知識の向上や「自分にあった仕事で満足」「利用者を訪問したら楽しい」という職務満足が評価基準となっており、また、スキルアップに分類されたケースをみると、看護職では、「介護を知らなければ看護はできない」「介護保険は看護師の仕事においても必要」とケアマネジャーの職務を、看護師資格に対するスキルアップとして評価しており、利用者との相互関係を基準とする評価はきかれなかった。

介護職では利用者の満足が自己評価そのものとなっており、感情労働者の他人のなかになんらかの感情変化—感謝の念や安心—を起こさなければならないことという第二の特徴も見取れる。この感情労働という側面の特徴が介護職において強くみられたことは、看護職を基礎とする群より、介護職のほうがバーンアウトの危険性が高いことを示し、図1-1の結果を裏付けるものである。

② 基礎となる職種と現職についての評価

介護職であるケース3,9では、基礎となる職種が看護職との比較において、給料体系への不満が聞かれた(表2-2)。看護職よりケアマネジャーの方が給与は安いことはそれぞれのケースの聞き取りでわかったが、基礎となる資格が看護師である場合、給与体系は看護職の給与体制に準ずるケースが殆どであるため、看護職が基礎となっているケアマネジャーからは不満を示唆する発言は聞かれなかった。

ケース2は看護職であるが、資格給の不満ではなく、業務量に対する給与の不満であり、ケース3,9とは質的に異なる。

また他職種の評価としてケース2、ケース7の看護職は介護職の視点や知識不足を指摘しており、またその知識不足は介護職においてケース8,9も感じるところであり、この知識差が主に医療面での知識差を意味しているものと思われる。ケース9においては、看護職との知識差がストレスであると応えている。この知識差が「職場での人間関係」に影響をもたらし、基礎となる職種が介護職であるケアマネジャーにさらに精神的負担をかけていることが考えられる。また、全般的な制度上の知識不足や、利用者満足を得られないときなど、基礎となる職業に関係なく無力感を感じる結果を生み出しており、基礎となる職種が介護職のケースは、医療面とケアマネジャーの一般的知識不足という両面でストレスを感じ、看護職のケアマネジャーよりストレス構造が複雑であることが示唆される。

基礎となる職種が看護師であるケアマネジャーは、医療面で知識を有しており、それがケアマネジャーの仕事を遂行する上で重要であることは、介護職に知識向上を求めていることからわかり、さらに、「医師、看護師の目ではなく介護者の目で見れること」(ケース4)、「高齢者を尊重できるようになった。看護職で仕事をしていたらこのように感じることはなかったと思う」(ケース6)と、ケアマネジャーの視点が、看護師の視点より高く評価していることも特徴的である。

まとめ

今回ケアマネジャーのストレスについてMBI尺度を用い測定した結果、基礎となる職種が看護職で

表2-2 基礎となる職種と現職についての評価

		看護職	介護職	
給与体系の不満	ケース2	「職場は働きづらい、ケアマネは給与に対して業務量が多い」	ケース3	「同じケアマネをしていますが元職種によって基本給が5～6万違う」
			ケース9	「前職が介護士で看護師より給与が低い」
他職種への評価	ケース2	「元職種が看護師と介護福祉士では視点が異なる」(人間関係の困難)	ケース9	「ヘルパーにもっと自分で考えてほしい」
	ケース4	「ヘルパーとの対等な関係がほしい」		
	ケース7	「介護職は医療面での勉強をもう少ししてほしいと思う」		
視点の変化	ケース4	「医師・看護師の目ではなく介護者の目で見れること」(やりがい)		
	ケース6	「高齢者を尊重できるようになった。看護師で仕事をしていたらこのように感じることはなかったと思う」	ケース3	「サービスを自ら提案できるようになった」
知識不足			ケース8	「知識不足を感じる」
			ケース9	「医療面で知識不足を感じてストレスがある」

あるケースより、介護職であるケースのほうが、よりストレスを感じていることがわかった。看護職においては先行研究で示された情緒的消耗感、脱人格化など危険要因は高いが、個人的達成感もつよく感じているという結果と異なり、ケアマネジャーという新たな職務で看護職をしていたときよりもストレスは大きく、ケアマネジャーに移行することでバーンアウトの危険性が高くなっていることが予測される。

介護職を基礎とするケアマネジャーでは、その職務評価の面で、利用者との相互関係を前提として評価しているため、職務満足を得にくく、更に、看護職との知識差、給与体系がストレスを増大させていることが考えられた。

以上の結果より、基礎となる職種によってストレス構造が異なり、介護職のケアマネジャーはよりバーンアウトの危険にさらされていることが明らかとなった。基礎となる職種別のストレスマネジメントの検討が今後の課題である。

(佐藤 亜紀)

2節 ケアマネジャーのライフコースと家族構成からみた負担感

ケアマネジャーのストレスが生じる主な要因は、職場や家庭環境に求めることができるであろう。特に、共働きの女性ケアマネジャーは、仕事と家事の両立に対する心理的、肉体的負担感が大きいと考えられる。このような観点から、ここではまず第一に、ケアマネジャーのどのようなライフコースが最も負担感が強くなるのかについて検討することにしたい。第二に、ケアマネジャーの負担感は家庭と職場の双方に起因すると考えられることから、ここでは、ケアマネジャーが家庭と職場のどのような場面でストレスを強く感じているのかについて検討することにしたい。

A 家族構成・ライフコースと家事の負担感

家族構成についてみると、夫婦と子どもの世帯が9ケース中5ケース(ケース1, 2, 3, 5, 8)、夫婦のみの世帯が9ケース中2ケース(ケース6, 7)ある。また、夫婦と義理の息子、義父入院中の世帯

が1ケース（ケース4）、母子世帯が1ケース（ケース9）となっている。

このうち、ケース1とケース8のケアマネジャーは男性で、残りの7ケースは女性のケアマネジャーである。（表2-3）

(1) 男性ケアマネジャーのケース

ケース1（45才）の男性は職場の管理者であり、担当しているケース数は20ケースと他のケアマネジャーより負担ケース数が少ない。時間外の労働については、「基本的に残業はないが、家で仕事をするにはある」と回答している。家庭内の仕事については、「主婦として妻がいるので、ほとんど妻がしている」

と答えており、このケースの場合には「家庭と仕事の両立」という問題は起こらない。

また、仕事に対する無力感については「利用者に必要なサービスを提供してあげられない時」、「家族と利用者の意見が食い違っている時」などの回答があげられている。つまり、ケアマネジャー本人の無力感ではなく、利用者に制度上サービスが提供できなかったり、家族と利用者との人間関係の不調整に無力感を感じていることが理解される。

これに対して、ケース8は37才の男性で、ケース1の男性より年齢的に若く管理職でもないために、担当ケース数は50ケースと前者より多い。職場状況について、ケース8の男性は「働きやすいがケース

表2-3 ケースの属性と家族構成・ライフコース等

ケース	性別	年齢	家族のライフステージ	ライフコース	前職	担当ケース数	無力感
1	男性	45	夫婦・子ども2人 義務教育期	性別分業型	相談業務	20	経済的な理由によって対象者に必要なサービスが提供できない時。家族と利用者の意見が違いサービス提供に結びつかない時。
2	女性	48	夫婦・子ども2人 高等教育期	再就職型	看護職	50	仕事量の多さ。居宅介護部門は赤字と言われること。知識不足で問題解決出来ない時。
3	女性	42	夫婦・子ども2人 義務教育期	再就職型	介護職	50	様々な立場の人と関わる困難さ。経済力によって利用が左右されること。非課税世帯への対応の弱さ等→ケアマネ業務への無力感。
4	女性	48	夫婦・夫の息子1 (社会人)・ 義父入院中	職業継続型	看護職	60	一生懸命やっても誠意が相手に通じない時。何かしたいと思っても制度に従うしかない時。金銭面でサービスが削減される時等。
5	女性	50	夫婦・子ども2人 高等教育期	職業継続型	看護職	60	仕事が忙しくて心身とも疲れ果てた時。利用者のニーズに対応できない時。利用者が介護保険を理解しにくいこと。
6	女性	53	夫婦・子どもなし	職業継続型	看護職	40	仕事が終らない時。利用者のことが分かるほど、仕事量が増えること。金銭面でサービスが利用できないこと。
7	女性	51	夫婦・子どもなし	職業継続型	看護職	45	家族が理解してくれない。利用者の金銭負担の上昇。軽度認定者の将来・低所得者問題。申請主義。
8	男性	37	夫婦・子ども2人 義務教育期	性別分業型	介護職	50	自分自身の知識不足。
9	女性	44	本人・子ども1人・ 義務教育期 (長女婚出)	性別分業型	介護職	60	給与体系に問題あり。子どもが仕事を理解してくれない時。利用者がサービスを受け入れない時。利用者のやる気のなさ。利用者が介護保険を使えない時。

数は若干多いと感じている」。しかし、時間外労働は「あまりしないがしても一時間程度」と答えており、労働時間に起因する仕事上のストレスはあまり感じていないことを窺わせている。家庭内でのサポートについては「家事の分担はない」と答えており、ケース1と同様に家庭と仕事の両立に起因する負担感を生じ得ないことになろう。

いずれにしても、ケース8の職場は働きやすい環境であるが、無力感に対する回答が「知識不足を感じる」あるいは「女性が多いので、肩身が狭い」となっており、女性の多い職場の中で、介護職からケアマネジャーになった経歴も手伝って、自分自身に無力感を感じていることが読み取れる。実際に、MBI尺度の個人的達成感をみると、ケース1の男性ケアマネジャーが「危険因子無し」であるのに対して、ケース8は「危険因子あり」のレベルとなっており、その分、ケース1よりストレスは大きいことになるであろう。これは、勤務年数の長短と管理職の有無などに起因すると考えられる。

(2) 一時中断再職型女性ケアマネジャーのケース

① 高等教育期の子どもがいる女性

ケース2(48才)の女性ケアマネジャーは一時中断再職型で、結婚を機に主婦業に専念したため看護職を辞め、17年前に職場に復帰している。家庭内のサポートについては、「家族は家事をしないので、休日に食事などを作っておく」と答えている。つまり、ケース2の場合には、子どもが高校以上に成長しており、母親の年齢が次のケース3より高いために、休日に家事をまとめてしておくことが可能な環境といえるであろう。

職場状況についてみると、ケース2は50ケースを担当しており、「仕事時間より早く出勤し、帰りも時間通りに仕事が終わらない」、「書類が多い」と回答している。また、仕事の無力感については「給料に対して、業務量が多い」、「利用者や制度に対する無力感がある」、「上司から在宅介護支援事業は赤字だと言われる」、「知識不足などで問題解決ができない」、「仕事量が多いため仕事に不安を感じる」などの無力感を感じており、担当ケース数の多さ、サービス残業、上司から赤字と言われる介護保険制度に対する無力感など、多面的な無力感を抱え込んでい

ることが理解される。このような現状から、本ケースのMBI尺度は脱人格化と個人的達成感が「危険因子あり」となっており、ストレスはかなり強いことになろう。

② 義務教育期の子どもがいる女性

ケース3(42才)の場合も一時中断再職型女性ケアマネジャーで、5年前まで専業主婦として、家事、育児に専念している。再就職後においても、家事は全部自分一人でしているのものでそのことで夫としばしば、言い合いになる。「仕事をしているので、家族員に迷惑をかけないように家事をやりたいと思っている。しかし、帰りが7時や7時半になり、それから買い物をして食事を作る。夫は8時半ごろ帰宅するので、私がどのくらい忙しくしているのかまったく知らない。夫は帰ってくると『おい、飯』などいうので、こちらもカチンときてしまう」、「自分で選んだ仕事なので家族の協力は得られないとあきらめている」、「子どもの世話も自分がしている。子どもも部活で帰りが遅く家事の手伝いなどできない」、「家事のサポートはないので疲れがたまっている面がある」などの回答が見出される。本ケースの場合、本人は5年前まで専業主婦であったため、再就職をした後もなお、夫の意識が変わらないこと、子どもが義務教育段階で家事のサポートが期待できないことなどの理由で、家庭内でのストレスがたまりやすいケースとなっている。

仕事について、ケース3の場合は50ケース以上を担当しているため、「17時半までの勤務時間だが時間通りに帰れない」、「残業代はつかない」、「担当件数が多く書類作成に追われている」、「休みの日も担当ケースについて電話がある」など、労働状況はあまりよいとはいえない。また、無力感についてみると、ケース3は、「今、自分自身が一番無力感を感じている」、「ケアマネジャーの業務のほかに介護保険制度以外でも様々な立場の人と関わることの困難さを感じる」といった答えが見出される。

以上の結果から、一時中断再職型の女性の家事負担感、本人の年齢が若く子どもの年齢が低いほど、また、職場復帰の期間が短いほど、強いことになるであろう。

加えて、業務量が多いことや業務量に対する賃金の低さ、知識不足、休日でも電話の対応に追われる

など、絶えず仕事に追われている一時中断再職型女性のケアマネジャーにとって、職場におけるストレスも無視できない高さといえる。

MBI尺度をみると、ケース2の脱人格化と個人的達成感「危険因子あり」、ケース3の脱人格化は「危険因子あり」と両ケースとも、男性のケアマネジャーに比べて、ストレスはかなり強いことになる。

(3) 職業継続型女性のケアマネジャー

職業継続型女性のケアマネジャーが5ケースある(ケース4, 5, 6, 7, 9)。世帯類型の違いにより、以下のように分類ができ、その実態をみることにする。

① 高等教育期の子どもがいる女性

ケース5(50才)の職業継続型女性のケアマネジャーは、ケース2と同様に大学生と高校生の高等教育期の子どもがいるが、子どもの年齢が高いために、帰りの時間を気にかけることが少なくなっている。このため、ケース5は、仕事に専念できる環境にあることになる。また、本ケースは職業継続型であり、家庭と仕事の両立に適したライフスタイルを維持している。すなわち、「仕事で悩むことは時々あるが、家では利用者のことは一切言わない」、「家族が仕事を支援してくれることはないが、仕事の内容を理解し、家事も協力してもらっている」と回答している。このような家族的な支援によって、本ケースの場合には、ケース2, 3に比べて、遥かに共働きしやすい環境にあることになるであろう。

職場における担当ケース数は60ケースとケース2, 3よりも多く、「仕事が忙しくて、心身ともに疲れた時、無力感を感じる(月に一回位)」と回答している。しかしながら、ケース5の上司は職場におけるストレスはすべて吐き出しなさいという方針なので、ストレスがたまった時には、家族員に相談しなくても、職場でストレス発散をしていることになるであろう。この点、上司からいつも赤字だと言われているケース2に比較して、ケース5の上司との関係はかなり良好といえるであろう。MBI尺度をみると、個人的達成感「危険因子あり」となっており、これは負担ケース数の多さが原因と考えられる。

② 再婚家族で、義父入院中の女性

ケース4(48才)は再婚家庭で、夫と夫の息子が

同居、夫の父親が脳出血で入院中の世帯である。ケース4は時々この父親の看護をしている。家事のサポートについては、「夫も夫の息子も家事はしない」、「夕方遅くなっても、私が夕食を作るまで菓子類などを食べて待っており、遅い時には夕食が夜9時ぐらいになる」、「家事の効率化を目指し電化製品などを買い換えた」、「食事は休みの時につくり溜めする」などの対応を行っている。

仕事上の悩みなどは、「守秘義務があり、余り相談しない。よほど腹が立つ時は、名前を伏せて話を聞いてもらう」としている。夫の息子が去年から同業者として働いているので、夫より夫の息子に相談することのほうが多い。担当ケース数は60ケースで、「ゆとり感がなく常に仕事に追われている」。また、職場環境については、「民主的な運営が行われており、オープンな経営なので職場としてはいいところと思う」、「管理者はケアマネジャー以外の人が多く、ケアマネジャーのことは理解できない」と回答している。

無力感については、「一緒に懸命やっても誠意が通じない時」、「何とかしたいと思っても、制度に従うしかない時」、「自分の思いを利用者に受け入れてもらえない時」などと答えており、ケース4の無力感とは、自分自身の能力に対する無力感ではなく、専門職から見て、制度上に如何ともなし難い問題に直面した時の無力感となっている。また、当職場に転勤してから、5か月しか経っておらず、利用者との関係作りには時間が必要と感じている。現段階では利用者とはお互いに腹の探りあいになっており、この点での仕事におけるストレスを感じている。

本ケースのMBI尺度をみると、個人的達成感に「危険因子あり」が現れており、これは職場が変わったことによるストレスと考えられる。しかしながら、本ケースの場合、「賃金が高い」、「仕事は自分に合っている」など、ストレスを緩和しやすい環境もある。時間的経過と共に利用者との信頼関係も深まることも予想され、長期的にはストレスは緩和されるのではないであろうか。

③ 夫婦のみの世帯

夫婦のみの世帯が2ケース(ケース6, 7)ある。このうち、ケース6(53才)の家事サポートについてみると、「夫の理解はあるが協力はない。しかし、

家が散らかっていても何も言わない」,「口出ししないことも協力の一つと思う」,「母が近くに住んでいるので、仕事で忙しい時は1か月ほど手伝ってもらった。そのため、安心して仕事に集中できた」などと回答している。つまり、ケース6は子どもがいないうえに、配偶者や親族からのサポートもあり、家事への気づかいをせず仕事に集中できるケースとなっている。

担当ケース数をみると、ケース6は40ケースでケース4,5と比べて担当ケース数は少ない。しかし、本ケースの場合「休みはきちんと取っていない」,「時間外勤務はあるが、サービス残業」と答えており、40ケースでもケアマネジャーの負担感は大いことになるであろう。

これに対して、ケース7の(51才)家事のサポートは、「得られないがしてもらいたいと思ったことはない」と答えている。また、仕事に対する悩みについては、「家族に相談する」,「アドバイスはないが聞いてもらえるだけでほっとする」など、家事に対する直接の支援はないが、相談相手としての配偶者の存在が、ストレスの解消に効果を発揮していることになるであろう。

ケース6の無力感についてみると、仕事が終わらない時や利用者のことが分かるほど、仕事の量が増えるなど、現行制度に対する無力感を感じており、自分自身の問題ではなく、専門職の立場から見た無力感といえるであろう。

次に、ケース7の担当ケースについてみると、45ケースになっており、「ケース数は多いと感じる」,「休みは少ない」,「家事があるため仕事は自宅に持ち帰ることが多い」など、仕事と家庭の両立にはケース数の多さが負担となっている。また、ケース7は2年前に悪性疾患にかかっており、現在の健康状態は良好であるが、看護師長の立場から、ケース数の多さに対して、ケアマネジャーの人員補充を希望している。

無力感についてみると、利用者の家族に理解してもらえないこと、介護保険の利用者負担金の上昇、軽度認定者の取り扱い、低所得者対策など、現行の介護保険制度に対して、専門職の立場から無力感を感じている。ケース6,7のMBI尺度は、どちらも個人的達成感が「危険因子あり」となっており、専

門職の立場から見れば見るほど、現行の介護保険制度では利用者のニーズに応えられず、この点にケアマネジャー達成感の低さが現れていることになる。

(4) 母子世帯

ケース9(44才)は母子世帯で、本人は中学3年生の次女と同居、長女は婚出している。家事については、「サポートなし」,「雨が降る時送り迎えすることはある」,「残業すると家事をする人は誰もいない」,「保存食品を作り溜めしているが、次女は何も食べていないことがある」などと回答している。

本ケースの無力感についてみると、親の働いている気持ちが子どもに通じていないこと、特に仕事のやりがいは感じていないのに「生活のため仕事をしている」こと、給与体系が同僚の看護師と比べものにならないほど低いことなどに加え、良いサービスを提案しても利用者から受け入れられなかったり、利用者が自分からリハビリをしようとしないうちなど、利用者に対しても無力感を感じている。また、本ケースの場合、利用者には何かしてあげたいのに介護保険を使えないなどのように、制度に対しても無力感を感じており、自分自身にも利用者にも、制度自体にも無力感を感じている点が注目されている。本ケースのMBI尺度をみると、脱人格化のみが「危険因子無し」で、個人的達成感と情緒的消耗感尺度が「危険因子あり」とかなり強いストレス状況にあることが指摘できる。以上の結果から、9ケースを通して最も強いストレスを感じているのがケース9ということになる。

B まとめ

以上の結果からケアマネジャーのライフコース別の負担感についてみると、男性ケアマネジャーの場合は、家庭内の仕事を妻に任せるので、家庭と仕事の両立に起因する負担感が生じていない。彼らの感じるストレスは、職場における利用者との人間関係や自分自身の知識不足などであり、家庭内での問題がストレスに結びつくことはない。

共働きの女性ケアマネジャーを見ると、家庭内の負担感家事の支援がないことや手がかかる子どもを持つことなどで、強く感じていることになる。共働きの女性のうち、職業継続型ケアマネジャーは家

庭と仕事の両立に適したライフスタイルを確立しており、新たな家庭内でのストレスは未然に阻止されている。これに対して、一時中断再職型ケアマネジャーは就職を果たした後も、家族成員の意識が変わらないということで、家事と仕事の両立が問題になりやすいことになる。

ライフコースの如何を問わず、共働きの女性ケアマネジャーの職場における負担感は業務量の多さ、現行制度に対する無力感、給与体制に対する不満など、職場におけるストレスを抱え込みやすい体制にある。また、この人々は「仕事も家事も」という二重役割を負担しており、「家庭と職場」の双方からのストレスを受けやすい仕組みの中におかれている。

これらの現状を考えると、女性の社会進出のためには、家庭内での男女の家事、育児負担の平等化を進めると共に、仕事と子育ての両立支援に向け、福祉システムの構築を図る必要があることになるであろう。

(許 莉芬)

第三章 ケアマネジャーのストレスについて

ケアマネジャーとは、2000年4月に開始された介護保険でケアマネジメントする介護支援専門員として位置づけられた専門職であり、「社会的援助を必要とする人たちの自立とQOLを高めるためのニーズに基づく援助」をする大切な役割を担っている⁴⁾。

そのようなケアマネジャーは2004年には33万人に膨れ上がり、ますますケアマネジャーという用語は市民権を得始めている。しかし、ケアマネジャーは、業務を遂行していく上で、多くの問題を抱えているようである。

第一生命経済研究所「ケアマネジメントの実態調査(2002年)」によると、在宅支援センターとケアマネ業務を兼務している者が4割を占め、ケース数についても国は50ケース以内が望ましいとしながらも、51ケース以上受け持っているケアマネが27%も存在している⁵⁾。また、全国介護支援専門員連絡協議会「2003年度介護支援専門員の実態にかかる全国調査」の調査によって、47.8%の人が休日出勤を行っており、69.9%の人が時間外勤務を行っているという実態が浮かび上がっている⁶⁾。このような実態の

中で、ケアマネジャーはオーバーワークの状態にあり、中にはバーンアウトしてしまう者がいると指摘されている⁷⁾。

この「バーンアウト」という言葉がケアマネジャーのストレスと関連が強いとの考えから、本稿では、聞き取りで明らかとなった身体症状や無力感とバーンアウトの関連からケアマネジャーのストレス反応について論じる。

1 バーンアウトの定義と尺度

バーンアウトとは、そもそも「モーターや電球がバーンアウトした(焼き切れた)」といった日常会話の中でしばしば使われてきた言葉である。この日常語が転じて、バーンアウトは、人が日常生活の中で不安全感や不適応感を持った時に、過度で持続的なストレスに対処できずに張りつめていた緊張がゆるみ、意欲や野心が急速に衰えたり乏しくなったとき表出される心身の症状をさすようになった。人が燃え尽きの段階に至った時には、個々の性格面等での影響を引き起こすことも少なくはない。即ち、バーンアウト現象は、無意識のうちに自己の破壊がなされたり、目的意識の欠如、生活エネルギーの低下、無意識のうちにある人を嫌う傾向、他者・組織あるいは社会に対する配慮の低下といったかたちで、日常生活に反映されることになるのである^{8,9)}。

このようなバーンアウトは、看護師のようにモノではなくヒトを相手にするヒューマン・サービス従事者に見受けられるものとされている。とりわけ、社会福祉専門職は、専門職としての専門性・技術性が未成熟な分、他のヒューマンサービス専門職に比べて精神的・物理的なストレスを受けやすい立場にあると考えられている¹⁰⁾。

現在、バーンアウトを計る尺度としては、1981年にMaslachによって開発されたバーンアウト(燃え尽き症候群)尺度 Maslach Burnout Inventory (MBI) があり、本邦においては、久保・田尾(1992)が改訂した MBI 改訂版バーンアウト尺度が使用されることが多い。この尺度は、「情緒的消耗感(Emotional Exhaustion)」「脱人格化(De personalization)」「個人的達成感(Personal Accomplishment)」の3因子から構成されている。「情緒的消耗感」は、肉体的疲労ではなく心理的な

疲労感・虚脱感のことを指す。また、「脱人格化」とは、煩わしい人間関係を避けたり、個々の個人差や人格を無視し機械的に対応する傾向をいう。「個人的達成感」については、仕事の成果に伴って感じる成功感や効力感であるが、バーンアウトの症状としては、反対にこういった達成感が低下してしまう徴候が見られるとする¹¹⁾。「情緒的消耗感」5項目、「脱人格化」6項目、「個人的達成感」6項目の配分になっており、全項目で17項目あり、[いつもある]～[ない]の4段階評価尺度となっており、ストレス反応としての燃え尽き症状を査定できる¹²⁾。

2 ケアマネジャーのバーンアウト現状分析

本稿においては、ストレスと関連の高い「燃え尽き」に焦点を当て、ケアマネの身体状況並びに無力感の聞き取りを参考にしながら、質問紙バーンアウト尺度(MBI改訂版)を下に分析を試みた。

A. 燃え尽き反応

9人に改訂版 MBI を実施したところ、表 3-1 の

結果となった。情緒的消耗感ならびに脱人格化の傾向については、危険群([注意][要注意][危険])にいる者が1人ないし2人になっており、多くが健常群([まだ大丈夫][平均的])となる。しかし、個人的達成感については、健常群は2人となっており、その他7名は危険群と考えられた。換言すると、仕事の成果に伴うであろう個人的達成感においてケアマネジャー全体に問題があると考えられる。

B. 身体反応

9人に聞き取りを行ったところ、表 3-2 のようにケアマネジャー開始直後より、多岐にわたる身体症状を呈していたことが読み取れる。しかも、表 3-2 であるように、現在に至っても心身不調が「続いている」ものは、全員 MBI の3下位尺度のいずれかで危険群に位置づけられていた。この継続している心身不調は、肩こりや胃痛という形で継続することが多いが、9人のケアマネジャーの勤務が 3.9 ± 1.6 年(Mean \pm SD)であることから、平均4年という中長期にわたって上記のような心身不調を呈し続

表 3-1 MBI の結果

ケアマネ平均 診断	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
	N	%	N	%	N	%
まだ大丈夫 (40%以下)	5	55	5	55	1	11
平均的 (40~60%)	3	33	2	22	1	11
注意 (60~80%)	0	0	1	11	4	44
要注意 (80~95%)	1	11	1	11	2	22
危険 (95%以上)	0	0	0	0	1	11

表 3-2 ケアマネジャー開始直後・現在の身体症状とバーンアウトの危険性

身体変化	時期	症状	現在	MBI		
				E	D	P
ケース1	あり	開始前	過食・睡眠不足・動悸	よい		
ケース2	あり	開始前	近視・肩こり・うつ状態	—	*	*
ケース3	あり	開始直後	肩こり・頭痛・胃痛・不眠	続いている	**	
ケース4	あり	—	胃潰瘍・十二指腸潰瘍	続いている		***
ケース5	あり	開始1年後	疲労で風邪悪化	続いている		**
ケース6	あり	開始前	肩こり・目の痛み	続いている		*
ケース7	あり	—	悪性疾患	よい		**
ケース8	なし	—	—	よい		*
ケース9	—	開始直後	肩こり・円形脱毛症・胃痛	続いている	**	*

E (情緒的消耗感) D (脱人格) P (個人的達成感)

*バーンアウト注意 **バーンアウト要注意 ***バーンアウト危険

表3-3 マネージャーが（自分自身・利用者）に対して無力感を感じる時

自分自身	利用者
納得できるサービスを提供不可（ケース1, 2, 4） 知識不足（ケース2, 8） 仕事過多・給与体系不満（ケース6, 9） 他職種との連携（ケース3） 心身疲労（ケース5） 家族の不理解（ケース9）	理想と考えるサービス提供の拒否（ケース1, 3, 6, 9） 家族の不理解（ケース7） 利用者不安に答えられないとき（ケース4） 知識不足（ケース8）

けていることが明らかとなった。

C. 無力感

バーンアウトにも関連があると考えた無力感についてケアマネ自分自身について、また利用者に対しての無力感について聞き取りを行った。結果として表3-3にあるように、（自分自身）・（利用者）に対し、提供する利用者サービスをめぐって無力感を感じていることが明らかとなった。具体的に無力感を感じるときとは、介護保険制度上、利用者金銭負担が過多になる場合などにケアマネジャーが他の社会資源をプランニングすることが難しい時（ケース1, 2）、サービス利用を開始する前にキャンセル（ケース6）されたり、サービスを受け入れない時（ケース9）である。またサービスをめぐって、利用者家族から理解が得られなかったり（ケース7）、自分の知識不足を痛感した時である（ケース2, 8）。加えて、超過労働により心身疲弊している時（ケース5）、報酬も似合った額にならない状況に対して（ケース9）無力感を感じていた。

3 考察

上記にあるように、ケアマネジャーにおいては、MBIにおいて個人的達成感が伴わないという傾向が〔注意〕〔要注意〕〔危険〕で8割を占めていた（表3-1参照）。Robinson JRら¹⁰⁾による看護師のMBI調査研究があるが、その研究では看護師は情緒的消耗感では危険群が多いが、個人的達成感では健常群がほとんどで反対に望ましいという結果が出ていた。また、大岡ら¹¹⁾による消防隊員のMBI調査研究においては、消防隊員は情緒的消耗感や脱人格化では危険群が多い傾向にあるが、個人的達成感において問題は見当たらないという結果であった。

これより、人を対象とするヒューマンサービスの仕事であっても、職種によってバーンアウトの傾向が違ふことが明らかとなった。ケアマネジャーの傾向として、「情緒的消耗感や脱人格化では健常群が多いが、個人的達成感においては危険群が多い傾向にある」と言えよう。

この個人的達成感について問題であるという背景には、様々な要因があると考えられる。

表3-3の無力感との関連を見ると、利用者サービス提供において、（自分自身）（利用者）に対して無力感を感じるものが多い傾向にあった。この傾向については、田辺ら¹⁵⁾による社会福祉士のバーンアウト調査が参考となる。田辺らの調査においては、MBIの3因子とストレス要因の関連を調べたところ、情緒的消耗感については「仕事自体の問題」「職場環境や研修に関する問題」が、脱人格化については「職務の方針や権限」が、個人的達成感については「利用者に関する問題」がバーンアウトを引き起こすストレス要因であると結論付けていた（上記にあげたすべての項目で $p < 0.001$ ）。

今回の調査ではサンプル数が限られていたため統計的処理は出来なかったが、表3-3にあるように、ケアマネジャーの多くが「利用者に関する問題」で無力感を感じていることが確認されている。即ち、この「利用者に関する問題」で効力感が伴わない（＝無力感）状態に置かれることで、MBI「個人的達成感」で危険群に陥る傾向にあると考えられた。木村¹⁶⁾が述べるように「利用者にとってあるべきケアマネジャーになろうとするとケアマネジャーはバーンアウトしてしまう」のかもしれない。

さらに、表3-2にあった身体症状についてであるが、今回のMBI調査の結果との統計的関連は見受けられなかった。しかし、一般に、バーンアウト状

態にあると慢性の疲労感、頭痛、息苦しさ、不眠、消化器症状などの不安愁訴に悩まされるといわれている¹⁷⁾。今回の各ケースを見たとき、挙げられた症状は、過食・不眠・動悸（息苦しさ）・頭痛・肩こり・消化器症状等であり、上記に挙げられたバーンアウト状態の身体状態と一致した。これはストレスによって自律神経系に混乱が生じて身体症状が形成された心身症¹⁸⁾とも言い換えることができる。今回の年齢層が若干高いことを考慮すると、これらの身体症状が更年期障害とも考えることができるかもしれないが、更年期障害悪化が心身症のひとつと考えられていることを思い起こせば、今回の心身不調の要因は明かであろう。すなわち、ケアマネジャーという職務のストレスによって心身不調を呈していると考えられた。

上記にみてきたように、ケアマネジャーは利用者の自立とQOLを高める援助をする中で、無力感を感じることがある。その無力感の背景には、利用者主体である支援であるがゆえに、利用者に関する問題が大きなストレスとなっている。そのストレスのため、ケアマネジャーは個人的達成感が感じられず、バーンアウト症状として身体症状が遷延化していくことも往々にしてあると考えられた。現在、本邦におけるケアマネジャーはバーンアウト、とりわけ利用者を通じての仕事の達成感において危機に瀕しているといえよう。

(大岡 由佳)

第Ⅳ章 ケアマネジャーの職業倫理と高齢者観

職業倫理とは「人々が携わる職業労働に対して、その当事者がどのような倫理的あるいは道徳的意味づけを与えているかを指し示す用語」¹⁹⁾である。倫理とは、規範の一種であるが、規範とは「社会的状況において成員の行動が同調を要求されている一定の標準または当為命題」²⁰⁾である。すなわち、倫理は個人の行為の準拠枠として働く一方、個人の意味づけによって新たに形成、変容される。しかし「現実の社会関係レベルでは、集団間の利害対立、異なる価値観の競合、公式規範と成員間の非公式規範の間の相違、社会変動に伴う観念と現実のギャップの拡大によって、社会規範の対立や葛藤は頻繁に生じ

る。こうした中で行動の選択を強いられ、適応を図らなければならない個人はしばしば深刻なディレンマ、不安を経験する」²⁰⁾。

また、規範への同調は多様で、理念的には大きく①「規範自体が行為者によって正当なあるいは望ましい価値を体したものとみなされ、自発的に同調が動機づけられている場合」、②「規範の遵守が何らかの利益をもたらすという判断から手段的に同調がなされる場合」、③「周囲からの孤立の恐れあるいは人々と共同歩調を取ることの心理的満足から同調が試みられる場合」、④「もっぱら制裁を恐れ、これを回避するために同調が行われる場合」に分けられる²⁰⁾。規範への同調は①の自発的同調を1つの極として、②③④の形式的な同調＝規範の形式化をもう1つの極とする。

本章の目的は、職業倫理への同調とストレス・高齢者観の関係を考察することである。職業倫理への同調の在りようによってストレスや高齢者観はどのように異なるのだろうか。職業倫理への同調について、ここでは「入職動機」と「職業倫理に対する現在の同調」に注目する。「入職動機」が自発的なのか(＝直接的：なりたいたってなった)、受動的なのか(＝間接的：なりたいたってなったのではなく、職場での異動などで間接的になった)、そして「職業倫理に対する現在の同調」が自発的なのか形式的なのかという2つの軸によってケースを4つの類型に区分し、それぞれの類型がストレス・高齢者観とどのように関わるのかを考察する。本章では、最初に、職業倫理の具体的内容について9人のケアマネジャーがケアマネジャーとして何をなすべきと考えているのかを整理し、続いて、それぞれの類型とストレス・高齢者観の関係について考察する。

(1) 被調査者の職業倫理

9人のケアマネジャーはケアマネジャーとして何をなすべきと考えているのだろうか。「こうしたい」と思うのに「これしかできない」時に無力感を感じるが、「こうしたい」と思うその内容にはケアマネジャーとして「こうすべき」という内容が含まれる。無力感を感じる内容は、裏を返せば、彼女(彼)のケアマネジャーとしての倫理観を示すものである。また、個々それぞれの無力感がどれだけ共通の認識

となっているかについても確認する必要がある。

9人のケアマネジャーは大きく、①対象者および家族との関係、②他職種との関係、③自己の能力、④制度のあり方に無力感を感じている。より具体的に、①対象者および家族との関係については、対象者と家族の間の意見の相違に対応できない（ケース1）、対象者のヘルパーへの依存やりハピリに対する意識を改善できない（ケース3, 9）、一生懸命やっても家族に誠意が伝わらない（ケース4, 7, 9）であり、対象者に必要なサービスを提供できないことに無力感を感じている。

また、②他職種との関係については、他のケアマネとの関係がうまくいかない（ケース2）、ケアマネが自分ひとりで動くことはできない（ケース3）で、③自己の能力に関しては、知識・経験不足（ケース2, 7, 8）に無力感を感じている。そして、④制度のあり方について、制度に対する無力感は全ての被調査者が感じている。内容としては、低所得者への対策が少ない（ケース1, 2, 4, 6, 7, 9）、仕事量が多過ぎる（ケース2, 3, 6）、分かりにくい（ケース3, 5, 8）である。

以上のことから、被調査者による職業倫理の具体的内容は、家族関係に配慮しながら対象者の価値観を理解し必要なサービスを提供すべきこと、他職種との良好な関係を構築すべきこと、必要な知識や経験を身につけるべきことであり、その中でも特に対象者および家族との関係については共通の認識となっている。また、制度矛盾に対する無力感は職業倫理というよりもストレスの根幹にあるものであろう。自己の良心と対象者との価値観の相違、連携の困難さ、求められる責任と自己の能力の斟酌、さらに制度に労働の根拠をおきながら制度自体に矛盾を感じるというディレンマの中で、被調査者はどのような動機でケアマネジャーになり、現在、職業倫理にどのように同調しているのだろうか。

(2) 職業倫理への同調

最初に「入職動機」について、自発的（＝直接的：なりたと思ってなった）と考えられるのは3ケースある。すなわち「現場の矛盾や疑問を解決したかった」（ケース3）、「在宅医療に興味があり訪問看護の延長線上でなった」（ケース4）、「前々からケア

マネになりたいと思っていた。研修会で取った方がよいと言われ、スキルアップの意味合いが大きい」（ケース5）である。また、受動的（＝間接的：なりたと思ってなったのではなく間接的になった）と考えられるのは5ケースある。すなわち「施設の方針」（ケース1）、「職場で資格を取らなければならぬ雰囲気があった」（ケース2）、「上司からのアドバイスでよく分からないまま受験」（ケース6）、「病院の方針で資格を取り、配置転換となった」（ケース7）、「深い動機をもたずに職場の異動でなった」（ケース9）である。なお、ケース8の動機は「受験資格があったから」というもので自発的、受動的両方の解釈が可能である。

続いて、「職業倫理に対する現在の同調」について、仕事に対する評価およびやりがいの観点から、ケースは、自発的（1, 3, 4, 6, 7）、形式的（2, 8, 9）、中間的（5）に分けられる。詳しい説明は後述するが、以上のことからケースは、①最初の動機が自発的で現在の同調も自発的な「自発一貫型」、②最初の動機は受動的であるが現在の同調は自発的な「自発転換型」、③最初の動機は自発的であるが現在の同調は形式的な「形式転換型」、④最初の動機が受動的で現在の同調も形式的な「受動・形式型」に分けることができる（図4-1参照）。

以下、それぞれの類型ごとにケースをみていき、類型の特徴を指摘したい。

①「自発一貫型」（ケース3, 4）

ケース3のケアマネジャーの入職動機は「現場の矛盾や疑問を解決したかった」と極めて自発的で、仕事に対しても「自分からサービスについて考え、提案できる」と積極的に働きかけることに意義を見出している。しかし、やりがいについては「今は感じていない」とし、その理由として「5年間ヘルパーをやってきて、自分がケアマネになったらあししよう、こうしようと思ってきたことが全くできていない」と言及する。入職動機や評価が自発的な分、「ケアマネになっても何も変えられない」現実に直面し、やりがいは否定的なものとなっているが、それはとりもなおさず職業倫理に自発的に同調しようとする意識の表れだと考えられる。

ケース4のケアマネジャーの入職動機は「在宅医療に興味があり訪問看護の延長線上でなった」と自

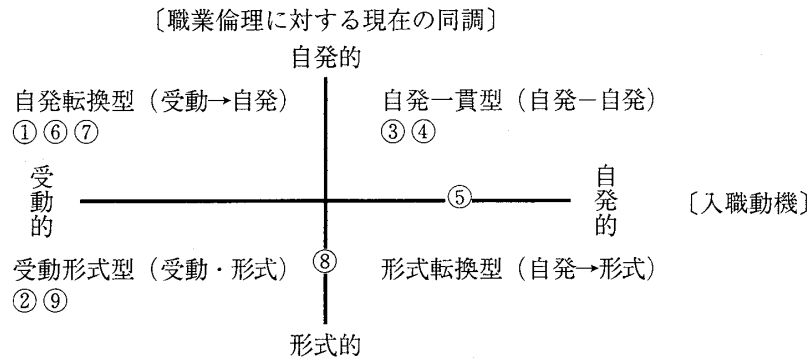


図 4-1 最初の動機と現在の同調からみたケアマネジャーの類型

注：○数字はケース番号を示す。

発的で、仕事に対しても「介護の現場を見ることができ、病院とは違った発見がある。個人的には向いている」と肯定的な評価をしている。しかしその一方で、気がかりな利用者には自分の携帯番号を教え、休日も公私の区別がなくなり、仕事を「終始やめたいと思う」とも言及する。「自分では何とかしてあげたいと思っても制度には従うしかない」「一生懸命やっても家族に誠意が通じない」「こうした方が楽になると思っても受け入れてもらえない」時に無力感を感じ、職業倫理に極めて自発的である。

「自発一貫型」では、何かを変えたいと思ってケアマネジャーになったが、何も変えられず、仕事そのものにやりがいを見出したいが、やりがいを感じきれていないところにその特徴がある。

②「自発転換型」(ケース 1, 6, 7)

ケース 1 のケアマネジャーは入職動機が「施設の方針で」と受動的＝間接的であるが、現在、仕事にやりがいを「感じる」とし、やりがいを感じる時は「利用者が満足した生活を送っていると感じた時、会った時に待っていたと笑う時、あなたにだけは言っておくけどと言われた時」である。ケース 1 のケアマネジャーは現在、社会福祉施設の在宅事業部部長という役職をもつ。入職動機が受動的＝間接的なものであったとしても、現在は職場内でリーダー的存在であり、職業倫理に自発的に同調する意識を読み取ることができる。部長という立場から、指導する、部をまとめるという役割を担い、施設経営全体におけるケアマネ業務の位置づけにも腐心するが、職場内のポジションによって同調のありようも規定されると考えられる²¹⁾。

ケース 6 のケアマネジャーは入職動機が「上司からのアドバイスでよく分からないまま受験した」と受動的＝間接的で、仕事に対する評価は「勤務時間だけでは仕事が消化できない。仕事の線引きが困難」とする。また、やりがいについて「感じる」とし、その内容は「提供したサービスに利用者が喜んでくれた時。医療の現場では見えなかったものが見える。今は看護師よりケアマネの仕事でいいと思う」である。ケース 6 のケアマネジャーは現在の仕事に肯定的な評価をしていて、職業倫理に自発的に同調しようとする意識がうかがえる。「介護保険は医療保険と違い要求される仕事の量が違う」「利用者のことが分かれば分かるほど仕事の量が増える」とケアの手段の側面の過大さを感じているが、このような困難も「看護師の現場で仕事をしていたら無理とは思わない」と看護師としての経験が支えとなっている。時間の線引きについても「日曜、祝日に電話がかかってきても時間を費やすことはない」とする。

「自発転換型」では、現在の仕事にやりがいを感じていることに特徴がある。そしてこの転換には、職場内の立場で同調の在りようが規定される場合と、自らの意思で仕事に対する意味づけを変えていく場合があると考えられる。特に、後者では過去の経験や対処行動のあり方がその成否を分けると思われる(ケース 7 についての説明は紙数の都合上後掲表にゆずる)。

③「形式転換型」(ケース 5, 8)

同類型に含まれるケースは 5, 8 であるが、ケース 5 の現在の同調には自発的な側面もみられ、ケース 8 の入職動機は自発的・受動的両方の解釈が可能

である。そのため、純粋に形式転換型と言えるケースはない。ケース5のケアマネジャーの動機は「前からケアマネになりたいと思っていた。研修会で取った方がよいと言われ、スキルアップの意味合いが大きい」と自発的で、現在の仕事に対しても「利用者を訪問することは楽しい」「関係を作っていくことが好き」など、職業倫理に自発的であるばかりでなく、天職観があるようにも思える。しかしその一方で、動機としてスキルアップがあったこと、サービスを順調に導入できる時にやりがいを感じ、自分のやっていることを認められない時にやりがいのなさを感じるなど、対対象者というよりも自己の特性やスキルに関心が大きく、職業倫理に形式的に同調している側面も見受けられる。

ケース8のケアマネジャーの入職動機は「受験資格があったから」というもので、仕事に対する良い面の評価は「特にない」、やりがいについては「感じる」とし、感じることとして「利用者や家族に喜んでもらえる」こと、感じないことは「特にない」とする。ケース8のケアマネジャーは自分に対する無力感について「感じないこともないが、具体的には頭に浮かばない」とし、「この仕事を続けていきたい。生活もある」と言及する。ケース8のケアマネジャーにとってケアマネジャーの仕事は生きていくための術であり、職業倫理への同調も限定的で形式的な側面があると考えられる。

「形式転換型」では、対象者との関係においてそれほど大きな負担を感じておらず、現在の仕事にやりがいを「感じる」と答え、また、ケアマネジャーの仕事を生活の手段ととらえていることに特徴がある。そこには仕事に対するある種の割り切りというものが見られる。

④「受動・形式型」(ケース2, 9)

ケース2のケアマネジャーは入職動機が「職場で資格を取らなければならない雰囲気があった」と受動的=間接的で、仕事に対して「仕事を辞めたいと思うことはしょっちゅうだ。利用者との関係ではなくケアマネとの関係などでそう感じる。仕事量が多いためいつまで自分がもつだろうかと考えることもある」とする。ケース2のケアマネジャーは在宅介護支援センターに勤務し、相談業務とケアマネ業務を兼務する。24時間携帯電話をもたされ、夜中でも

利用者家族から電話が入る。ケアの圧倒的な手段的側面の過大さに追われ、「職場は働きづらい」と言明するなど、現段階では職業倫理に形式的に同調していると考えられる。

ケース9のケアマネジャーは入職動機が「深い動機をもたずに職場の異動でなった」と受動的=間接的で、仕事に対して「仕事に終わりがなく公私の区別がつかない」とし、やりがいについて「今は感じていない。生活のためにこの仕事をしている」とする。ケース9のケアマネジャーは「自己の力不足を実感する」「医療の面では知識不足」「利用者との信頼関係を築くのが上手でなくこの仕事に合っていないと思うことがある」と仕事に対する自己の特性をつかんでいる。仕事にやりがいを感じず、「しょっちゅう辞めたい」と思うが、生活のために続けている現状から考えると、現在は職業倫理に形式的に同調していると考えられる。

「受動・形式型」では、仕事を辞めたいと思っていることに特徴がある。仕事量の過大さは大きな問題となっていて、もはやケアマネジャーとしてどうあるべきということよりも、いかに仕事をこなすかということに重点が置かれている。

(3) 職業倫理への同調とストレス

表4-1は、9人のケアマネジャーを「ケアマネジャーになった動機」と「職業倫理に対する現在の同調」の観点から類型化したものである。

それぞれの類型はストレスとどのような関係にあるのだろうか。ストレスを測定するMBI尺度は「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」という3つの下位因子をもち、それぞれについて得点化がなされる。情緒的消耗感、脱人格化の得点は高いほどバーンアウトの可能性が大きく、個人的達成感が高いほどその可能性が大きい。3つの下位尺度の得点と類型との関係の特徴について、第1に、「自発一貫型」では、リスク水準が非常に高い因子(脱人格化、個人的達成感)をそれぞれ1つずつもつ結果となった。第2に、「自発転換型」と「形式転換型」では、おおむね得点は良い。特にケース1は9ケース中唯一の因子においても得点は良かった。第3に、「受動・形式型」では、リスク水準が比較的高い因子をそれぞれ2つずつもち、全体的に悪い

表4-1 9人のケアマネジャーの職業倫理への同調

類型	番号	最初の動機	仕事に対するやりがい・評価	対処行動および留意点
自発一貫型	3	現場の矛盾や疑問を解決したかった。	今は感じていない。	ケアマネになって4ヶ月。
	4	在宅医療に興味があった。	個人的には向いている-終始辞めたい。	自分が満足すればよい。
自発転換型	1	施設の方針。	感じる。	現在、在宅事業部部長。
	6	上司のアドバイスでよく分からないまま受験。	感じる(看護師よりケアマネ)。	看護師の経験が支え。携帯おいて帰る。
	7	病院の方針。	感じる(看護師の方がやりがい)。	自己の経験や知識の不足に無力感。
形式転換型	5	ケアマネになりたいと思っていた。	感じる。	利用者を訪問することは楽しい。
	8	受験資格があった。	感じる。	この仕事を続けていきたい。生活もある。
受動・形式型	2	資格を取らなければならない雰囲気があった。	感じる-辞めたいと思うのはしょっちゅう。	相談とケアマネの兼務。携帯24時間所持。
	9	深い動機をもちずに職場の異動。	今は感じていない。しょっちゅう辞めたい。	生活のために仕事。携帯持ち歩く。

表4-2 9人のケアマネジャーの高齢者観

類型	番号	高齢者観
自発一貫型	3	ケアマネになった時ではなく、ヘルパーになった時に変わったと思う。高齢者の立場で考えることができるようになった。また、家族の中で高齢者の置かれている状況やその気持ちが分かるようになった。高齢者のわがままが許せるようになった。
	4	家族、利用者の歩いてきた人生、親子関係など、利用者の生き様をトータルにみるようになり、以前より理解が深まった。認知症の高齢者に対する理解が深まった。
自発転換型	1	こんなに「在宅で死にたい」と思う人が多いのかということに気づいた。自分は施設で働いてきたので、施設を進める方向に考えていたと思う。今は在宅で生活するためにどうしたらよいかと考えるようになった。
	6	高齢者を尊重できるようになった。これまで何十年と生きてきたのはすごいと自然に思えるようになった。ずっと看護師をしていたらこのように感じることはなかったと思う。自分が生きていくうえでためになる部分がある。
	7	現場の教育や看護士時代の認知症患者への経験から、高齢者への理解があったために特別に変わっていない。
形式転換型	5	高齢者は人生の先輩だと思う。特に明治生まれの人はたくましいと思う。
	8	明治生まれの人が少なくなって気骨のある人が少なくなったように感じる。
受動・形式型	2	制度導入前は「福祉の世話になりたくない」とサービスを拒否する人も多かったが、今は逆に「保険料を払っているのだから利用しないと損」という高齢者が増えているように思う。
	9	ケアマネジャーになる前にデイケアにいた。そのとき、利用者と付き合っていて、生活歴と生き様をトータルにみることができ、高齢者に対する理解が深まった。

結果となった。

このような結果から、①転換したものは結果が良い。職業倫理を自発化したものであっても形式化したものであっても、それを自ら行った場合、抱えるストレスは相対的に小さい。自発化については、職場内でポジションが変化したという場合を除いて、対処法を身につけることがその要件となるが、仕事に対して自分なりの意味づけを見出したものはストレスが小さいのではないか。②「自発一貫型」と「受動・形式型」はストレスが大きい。「自発一貫型」のストレスの大きさは、ケアマネジャーを取り巻く現在の制度的状況がただ職業倫理に自発的に同調し

ようすると過大なストレスを生む状況にあることを意味している。また「受動・形式型」のストレスの大きさは、この制度的状況に加え、私的状況がプラスされている。すなわち「受動・形式型」では、仕事量の過大さという制度的状況と、辞めようにも辞められないという私的状況の板挟みの状況にある。

(4) 職業倫理への同調と高齢者観

表4-2は、9人のケアマネジャーの高齢者観を類型ごとにまとめたものである。

類型ごとに高齢者観の若干の特徴をみていくと、「自発一貫型」では、高齢者の立場や置かれている

状況に対する理解の深まりが挙げられている。「自発転換型」では、職務上の立場に規定された見方と自分にとってプラスになるという見方が挙げられる。仕事に対する自分なりの意味づけを反映した見方に特徴があるのではないだろうか。また「形式転換型」では、やや客観的な見方、「受動・形式型」では、高齢者の権利意識に対する見方が特徴的である。類型ごとに高齢者観には一定の違いが認められる。

(5) まとめ

本章では、職業倫理への同調と、ストレス・高齢者観の関係を考察した。職業倫理への同調について「入職動機」と「職業倫理に対する現在の同調」という2つの軸によってケースを4つの類型（「自発一貫型」「自発転換型」「形式転換型」「受動・形式型」）に分け、それぞれの類型とストレス・高齢者観の関係をみた。その結果、①「転換」したものはストレスが相対的に小さく、「自発一貫型」「受動・形式型」でストレスが相対的に大きいこと、②類型ごとに高齢者観に一定の違いがみられることが明らかになった。このことから、職業倫理への同調の在りようによって、ストレスと高齢者観は一定程度規定されると考えられる。

また、考察の結果、「自発一貫型」が仕事にやりがいを感じていないことが明らかになったが、これはケアマネジャーを取り巻く現状の大きな問題点と言える。なぜ「自発一貫型」がやりがいを感じ得ないのか。それは、ケアマネジャーという職種が人に対するサービスの提供を目的とし、他職種との密な連携を求められるという職務上の特徴をもつことに加え、担当ケース数の多さや仕事量の過大さという制度上の課題を抱えているためである。このような状況のもとでは、介護保険のシステムを維持するために、規範の形式化は避けられず、また、それをくぐりぬげないと専門家にはなれない。そしてそのような専門家がシステムを維持するという循環が生まれる。システムはシステムのために存続し、人間疎外の論理を内包する。「精神なき専門家」(M. Weber)を再生産しかねない制度・システムの意義が問われよう。

(藤島 法仁)

第V章 ケアマネジャーの職場環境

ケアマネジャーが所属する職場環境としての居宅支援事業所は、社会福祉法人、医療法人、特定非営利団体、生協、株式会社などの多種併設が多く単独での事業はほとんどない。事業所構成員の内容や数、職場の方針に大きな違いがある。また利用者については、収入、家族構成、介護に対する考え方に差があるにもかかわらず、介護保険制度は地域独自の施策はあるが画一的な面が多い。この状況の中、ケアマネジャーは試行錯誤しながら活動をしているのである。

そこで本章ではケアマネジャーが所属している職場の環境を人間関係的側面、職場の運営と多職種との連携介護保険の問題点に分け、ケアマネジャーのストレス要因を考察する。

1 節 人間関係的側面

人間のストレス要因の中で、人間関係は主要要因である。ヒューマンサービスの中で、相談業務は人を「ささえる」という役割を要求されるため、そのストレスははかりしれない。21世紀の高齢化社会では、他者からの援助を受け自立生活に「ささえ」が必要な高齢者の割合が増えていくことは間違いが無い。ケアマネジャーは高齢者を充分「ささえられる」のであろうか。職場環境からみて、高齢者を「ささえる」ためにはどのようなシステムが必要であるかを本節で検討する。

「ささえる」という概念は、医療や看護、ホスピスケアに使われることがある。柏木は「末期癌患者は、医師の目からみると絶望的な状態であっても、患者は最後まで回復への希望を持っている。看取る者は、この希望を支える努力をしなければならない。」²²⁾ また、斉藤は「病む人の不安、不便をできるだけ排除し、日常的な生活を援け、『いのち、生き方』の選択をささえしていくための準備を、周囲から整えていく」と、発想を看護に限らず「ささえ」について考える際のキーワードにしたいと述べる²³⁾。さらに、土屋は「ささえるの根底にあるべき原則的な考え方は、事実と直面しそれを受けいれなければならないのはその人自身なのであって、他の人が代

わってやることはできない。また本人の能力を信じて、そして、相手にかかわっていかうとすることが大切である。」²⁴⁾と提案している。

そこでまず「ささえる」とはどのようなことかを定義する。「ささえる」とは、第1、本人の代わりはできないが生活問題を共有することである。第2、本人の生きる力を信じ助けるとのことである。第3に、1、2を前提に本人にかかわるとのことである。以上3つの意味で「ささえる」という言葉を使うことにする。しかし「ささえる」には「ささえられる」という力関係が必要である。そこでこの2つの視点から、ケアマネジャーの職場の人間関係として、利用者との関係、上司との関係、同僚との関係の中のストレス要因を他の要因と関連づけながら分析する。

(1) 利用者との関係

まず利用者との人間関係で、どのような場面でストレスを感じるのかアンケート調査から分析する。

利用者との関係で困難を感じたことがあるか、という質問に対し、全ケース困難を感じたことがあり、ケアマネジャー業務開始1～2年の間に感じたという回答している。

では具体的にどのような場面でストレスを感じているのであろうか。9ケースのストレスをまとめると、表5-1のような結果であった。

A 利用者との関係で感じる困難

① 低所得でサービス利用に制限がある。

今回の調査では、低所得者の問題が最も対応困難であるという回答が多かった。介護保険制度上の問

題、家族・親族からの援助が無いなど家族関係の問題、また身寄りが無い、介護保険サービスさえ利用できないなど、ケアマネジャーは力不足を痛感しているのである。

低所得利用者に困難を感じている意識として、生活保護を受けるほどではないが、お金が無い対象者は多く、身内や地域の助けも無く無力感を感じる(ケース1)。施設入所料が上がり払えない人が多くなる。女性の年金額が低くどのように支援するかは国の責任である(ケース4)。生活に苦しい利用者に対して何とかしてあげたいが何もできない時に無力感を感じる。年金の低い女性に対し国はささえていく責任がある(ケース9)。と制度に対して批判的に答えているケースが多い。

平成14年厚生労働省の「国民基礎調査」を概観すると、高齢者1人あたりの平均所得は65歳以上男性で303.6万円、女性は112.4万円と3分の1、所得なしも男性4.4%に対し、女性は16.5%と女性が上回っている状況である。また、生活費の不足にどう対応しているのかを平成7年の調査と比較してみると、最も多かった「子供と同居したり、子供に助けてもらおう。」が減少して3番目となり、代わって「生活費を節約して間に合わせる。」「貯蓄を取り壊してまかなう。」が増加している²⁵⁾。

このことから、高齢者を経済的に「ささえる」はずの家族・親族は当てにならなくなり、「ささえる」べき介護保険制度は不十分、そして「ささえられる」高齢者は行き場のない嘆きをケアマネジャーにぶつけるという結果になっているのである。低所得者対策の充実が急がなければ、「ささえる」ケアマネジャーの負担感は軽減されないという過酷な現実が

表5-1 利用者との関係で困難を感じる時

項目	ケース
低所得でサービス利用に制限あり。	1, 2, 4, 6, 7, 9
独居, 老老介護, 介護拒否による介護問題がある。	1, 3, 4, 9
認知症がある, 理解力が低いため関係づくりが困難。	1, 3, 6
部屋が汚い。	2, 3
家族関係が複雑。	7, 3
話しが長い。	2
2号保険者で受け入れが困難がある。	7

推察できる。

② 独居高齢者，老老介護，介護拒否による介護問題。

平成13年厚生労働省の「国民基礎調査」から要介護者のいる世帯構造をみると、「3世代同居」が32.5%，夫婦のみは18.3%，単身世帯は15.7%，その他22.4%である。また，1人暮らしの高齢者人口に占める割合は，2000年国勢調査では男性8.0%，女性17.9%，その後も男女1人暮らしの値は伸びつづけている。介護サービスを利用しなければ高齢の配偶者しか介護の担い手がない，一人暮らしで介護者がいない世帯が多く存在しているということである²⁶⁾。

介護問題に対する意識として，老老介護や生活全体に関わる問題にであう時無力感を感じる（ケース1）。ケアマネジャーの関わる場面は限られているために，家族の協力が必要である（ケース3，4），などがある。

介護保険制度における介護認定の支給限度額には，家族形態に対する料金設定が設けられていないため，十分なサービスが受けられず，国民基礎調査から明らかのように，独居者の増加はサービスの利用制限をまねている可能性がある。また介護保険で対応できない問題は，地域独自の高齢者対策や障害者対策，難病対策なども利用することになるが，行政の窓口は一本化されていないため，ケアマネジャーの知識に頼ることになる。また，核家族化，女性の社会進出，個人主義浸透による家族問題のため，家族の介護力は低下しており，限度額の中で最も有効なサービス利用計画をたてねばならない。ケアマネジャーは利用者本人だけでなく，介護者をも「ささえる」役割を担い，利用者に対し成果が通じない，自分の知識不足を感じる，などの無力感を感じている。

③ 認知症の利用者との関係作りが困難。

相談業務の中でコミュニケーションが取りにくいということは大きな問題である。特に認知症の利用者は理解力が低いばかりか，誤解や被害妄想，サービス拒否などもあり，どんな方法で介護保険の理解を促し，キーパーソンを誰にするかは家族関係に深く関わることであるためにストレスが強い。また利用者本人を理解，受容し，信頼を得るには根気強い

対応が必要とされる。

認知症の利用者に困難を感じている意識として，サービスの受け入れに波がある（ケース1）。理解力が低下している利用者によく説明するのは大変（ケース3）。何とかしたいが，限界を感じている（ケース6）などがある。

このように，認知症高齢者との信頼関係を確立することが非常に困難であり，生活問題を共有することができず，本人へのかかわりが不十分となり，「ささえる」ことができなくなる。家族，親族，行政が非協力的である場合，ケアマネジャーを「ささえる」のは同僚や上司ということになるのだろうか。

B ケアマネジャーの自身の問題からくる利用者との関係困難

ケアマネジャーと利用者との関係のストレス加算要因として，経験年数とケース数が考えられる。そこで意識調査からまず経験年数とのかかわりを考察する。

① ケアマネジャー経験年数からの利用者との関係
経験年数を比較すると，ケース（1，2，4，5，6，7，8）は4年以上の経験を持ち，ケース（1，2，5，7，8，9）は利用者との関係は落ち着いていることから，利用者の受け持ち期間と経験年数が比例しており，利用者との信頼関係ができるまではお互いの腹の探り合いがおこなわれていることが推測できる。困難事例で信頼関係が成立しにくい場合は，長期間の援助関係がケアマネジャーのストレスを蓄積させている可能性がある。

MBI尺度からみると，ケアマネ経験年数によって，バーンアウトの状態に有意差があり，個人的達成感を感じることができない傾向が出ていることから（第三章参照），利用者との長期にわたる不安定な関係は，利用者をうまく「ささえ」られないというストレスになる可能性が高い。

② ケース数と記録の多さからくる利用者との関係
受け持ち事例数からみると，ケース（2，3，4，5，8，9）は50以上ケースを持ち，ケース数の多さによる残業や休日返上などからくる疲労感，利用者との関係性に影響を与えているのではないだろうか。

ケース(3, 4, 7, 9)は、自宅にいても携帯へ連絡が入ると答えており、ケース(3, 4, 6, 7, 9)は、週2日以上残業がある、または自宅へ仕事をもち帰ると答えている。制度改正ごとに記録物の内容は増加傾向で、そのための残業は今後も増えるのではないだろうか。またケース(3, 4, 8, 7, 9)は受け持ち事例数が多すぎると回答している。ケース数と事務量の多さは、利用者との関わりの時間までも節約せざるを得ない状況を生み出し、「ささえ」側と「ささえられる」側の双方のストレスをつのらせることになり、制度面の問題とも深く関わっている。

(2) 同僚との関係

次にアンケート調査から、同僚との関係について表5-2のようにまとめることができる。

居宅支援事業所の人員配置は、利用者50人に1人のケアマネジャーを置くという基準から、1事業所のケアマネジャーの数は1人から10数人ぐらいが多い。前職種は看護師か介護系の職種(社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー他)に大きく分けられる。前職種による視点の相違についてケース2は、看護師の立場から介護福祉士とは視点が違うためにぶつかる時がある、と答える。またケース3は、自分は介護するほうの立場だったので、訪問介護やデイサービスの担当者の気持ちがわかるが、看護師には分からないだろうと答え、ケース6(看護師)はケアマネジャーは看護師でないと無理、と答えている。これは専門職種での視点の相違のために必然的

表5-2 同僚との関係で困難を感じる時

項目	ケース
前職種による視点の相違がある。	2, 3, 6
前職種による給与の違いがある。	3, 4, 9
ケースが共有できない。	6, 7
女性ばかりの職場である。	2

に起こることであるが、「ささえ」あわねばならない同僚との対立は、やり場のないストレスとなる可能性がある。

次に給与の差に不満を感じているケース3は、50ケース担当しているのに、看護師との給与格差が5~6万円あり残業手当さえつかないと答える。ケース4は、ケアマネジャーとして資格に位置づけが無く、看護師と介護福祉士との給与格差が大きい。ケース9は、同じ仕事をしているのに前職種で給与に差がある、と職場への不満として答えている。前職種の給与を基本にしているという事業所が多く、事業所への不満としてだけでなく、お互いの関係性に影響している可能性がある。

第3に、ケースが共有できないという点については、ケース6は、同僚間でケースを共有し休みたいときに休める体制づくりが必要。ケース7は、困難事例を抱え込んでしまうケアマネジャーがいて上司として気になるが、聞きにくいため共有は必要である、と回答している。ケースが共有化できないため、担当者の代りができず業務が個人に偏り、休めば他のスタッフへの負担が増え、仮の対応には限界がある、という悪循環を生み出す結果となっている。同僚が「ささえ」あえる体制づくりは、職場環境だけでなく制度面へも課題を投げかけている。

(3) 上司との関係

上司との関係について、アンケートの回答から表5-3のようにまとめることができる。職場の上司との関係は、業務への理解と職場の方針という2つの問題がある結果である。

上司との関係に困難を感じたことがあるかに対し、ケース2以外のすべてのケースの回答は「ない」であった。ケース2は、上司とは気が合わない、勉強不足である、ということを描いている。しかし困難を感じていないケースでも、上司との関係がうま

表5-3 上司との関係で困難を感じる時

項目	ケース
ケアマネジャーの経験が無いため分かってもらえない。	4, 6, 9
前職種によって給与に差がある。残業手当が無い。	3, 4, 9
居宅は赤字だと言われる。	2

くいつているが、上司はケアマネジャーの経験が無い
ため、ケアマネジャーの業務を理解してもらえない
(ケース4, 6, 9), それに対し, (ケース3, 5, 7)
は上司がケアマネジャーであるため, よく動いてく
れ理解してくれるという回答であった。業務への理
解という面では, 上司が事務長や施設長である場合,
ケアマネジャー業務への理解が低い, いざとなっ
たら頭を下げてくれる(ケース1), というように
支持的「ささえ」となっているようである。また待
遇面は上司や同僚の両方の関係に影響を与えている。

まとめ

職場の状況としての人間関係では, ①利用者との
関係, ②同僚との関係, ③上司との関係の3つに分
類し, 「ささえ」「ささえられる」をキーワードに
ケース分析を行った。利用者との関係では, 利用者
のニーズが非常に多彩であるため, 「ささえ」ケア
マネジャーはさまざまな努力を強いられている。ケ
アマネジャーになってよかったと感じるのは, 利用
者が喜んでくれるときという答えが多かったが,
それはケアマネジャーを「ささえ」ちからとはなっ
ても, ケアマネジャー業務を継続する動機としては
不十分であるように思われる。

では今後ケアマネジャー業務を継続できる「ささ
え」は何か。それは行政や上司, 同僚, 家族のサポ
ートである。そのためには, 同僚とはお互いを「ささ
え」あう関係である必要があり, ケアマネジャーを
「ささえ」上司は, ケアマネジャーの成長をサポ
ートし, 所属機関の中で専門性を発揮させる²⁷⁾ 役割
が期待されているのである。そして「ささえ人を
ささえ」ためのサポート体制は, 所属事業所だけ
ではなく, 行政ぐるみの協力が望まれる。そのため
には行政自体が管理的でなく, ケアマネジャーを
「ささえ」支援の視点にたつことが必要である。

ケアマネジャーは, まだ十分な社会的承認を得て
いない現状の中で, 人間が人間を「ささえ」とい
う, 特殊な技術を要求され, その姿勢を常に問われ
ている²⁸⁾。その責務に耐えかねケアマネジャーがもえ
つき, 援助が形式的にならぬよう, ケアマネジャー
のストレスについては, 今後十分に検討されるべき
である。

(原田 幹子)

2 節 職場の運営と他職種との連携

どのような職場でも, 職場を運営する経営者の経
営方針や上司の運営方針, また職場の運営の実際は,
そこに働く人々の業務や心身に大きな影響を与える。
またその業務に関係の深い他職種とどのように連携
を図っていくかも業務を遂行する上でもっとも重要
な要素となる。職場の経営方針や運営の実際がそこ
に働く人々と相容れなくなると, そこに働く人々は
時として大きなストレスを抱え, 業務がたちかか
なくなることもしばしばである。

2000年4月からの介護保険制度発足に伴うケアマ
ネジャー制度開始直後から, ケアマネジャーは多く
のケースを抱えてオーバーワークしており, 負荷が
かかりすぎてバーンアウトしてしまう者が多くいる
との指摘がなされてきた。

本節では本調査に協力していただいたケアマネジャー
の所属する職場の運営方針や経営者の考え方に対す
る意識, また日常特に関係の深い職種である介護職,
医療関係者, 行政との連携状況の調査を通して, ケ
アマネジャーのストレスの有無やその状況について
考察する。

1 職場の運営に関して

(1) ケアマネジャーの意識とストレス

職場の運営に好意的な例としてまず挙げられるの
が, 職場の経営報告を公開するなど, いわゆるオー
プンな経営を評価する声である(ケース4, 9)。具
体的には「毎月, 経営報告が出るので言いたいこと
が言える」(ケース4)。「毎月, 職員に対して組織
全体の収支・人件費などの報告があるなど, ワンマ
ン経営ではないので職場はいい」(ケース9)であ
る。

2つめは経営者の考え方に共感を覚える声である
(ケース1, 6, 7, 8)。具体的には「入職時の研修で
人間綱領について学ぶ機会あり, 経営者の考えを聞
くことができるからとてもよい」(ケース6)。「トッ
プがいつも『きれいな施設より最終的には心なんだ
よ』と言っていることにきわめて好意を感じている」
(ケース8)。「歴史があるので行政色が強く, 利用
者に平等(順番どおりの入所など)である」(ケー
ス1)。「最近看護師も医師も居宅を理解してくれ
るようになっている」(ケース7)などである。

一方、職場の運営に批判的な例としては、経営者の考え方そのものに共感を覚えないことが挙げられる(ケース1, 3, 7)。具体的には「合理的で経営者の考え方でもいいイメージを持たない。担当ケース数は50件以上という考えが見え隠れしていて、現場の考えと違う。経営者と話す場はない」(ケース3)、「複合施設で、地域に信頼された施設だが、同じ敷地内で措置施設であったり、役場との契約による施設だったり、利用者が利用したいと思っても、すんなりとサービス利用に移行できないときがある」(ケース1)、「医療面が強く、はじめは介護保険を理解してもらえず、連携取れず、孤立」(ケース7)である。

給与に対する不満も散見される(ケース2, 4, 9)。具体的には、「同じケアマネジャーなのに、看護職と介護職の間で給与に大幅な違いがある」(ケース4, 9)、「職場は働きづらい。給与に対して業務量が多い」(ケース2)である。

2. 他職種との連携

(1) 介護職との連携

介護職との連携はおおむね良好である(ケース1, 2, 3, 6, 8)。具体的には「5年前は顔つなぎがなく、たいへんだったが、現在は良好である」(ケース1)、「連携は良好で、何かあったときはその都度ヘルパーにお願いしている」(ケース6)、「ヘルパーとはうまくいっている。サービス過剰にならないようをお願いすることがある」(ケース2)である。

また、介護職に対しては情報提供を呼びかける声が強いの(ケース3, 5, 8)。具体的には「なるべく面識を持つよう、『来い』という姿勢ではなく足を運ぶようにしている。ヘルパーは利用者の生活と関わっており、利用者のことを細かく知っているの、情報を共有していく」(ケース5)、「介護職だったので、訪問介護やデイサービス担当者の気持ちがわかる。前職の経験がケアの仕事にも役に立っている。介護職は一人で抱え込まないで、情報を吐き出し教えてほしい」(ケース3)、「ヘルパーから情報を取れたら1人前といわれるので、ヘルパーとはよく情報を取るようにしている。介護福祉士、社会福祉士を含め、年2回現任研修が行われているので、ここでも情報を取る」(ケース8)であり、このことは

ヘルパーは利用者のことを細かく知っているの、情報を共有していきたい、ケアマネジャーのわからない部分を補い仕事をスムーズにしていきたいという強い気持ちの表れであると考えられる。

一方で、「ヘルパーは何でもケアマネジャーに問い合わせるが、ヘルパーステーションでどうするか考えてほしい。ヘルパーとは対等でありたいがなれない。利用者の正確な情報がつかみにくく、ヘルパーからもっと積極的に情報を提供してほしい。利用者に合わせてヘルパーを選出しているが、まだまだ不十分である」(ケース4)、「ヘルパーに何かあったら、すぐケアマネジャーに電話してくる。問題発生後にヘルパーがヘルパーステーションとよく話し合ってから対応してほしい」(ケース9)、「お互いの報告書を交わすことで利用者の状態を把握しやすくなった。関係調整はできているが、介護職は医療面の知識を学んでほしい」(ケース7)など注文も少なくない。このことはケアマネジャーがヘルパーを指導、また仕事をお願いする立場にあることから、その仕事をスムーズにしていきたいという強い気持ちの表れでもあると考えられる。

(2) 医療関係者との連携

医師との連携はほとんどのケースであまりうまくいっていない(ケース1, 3, 5, 6, 7, 8, 9)。

具体例として、「ケアマネジャーの仕事が難しいのは医師との関係が取れないことである。なるべくそこにいる看護師に相談している。大きな病院は医師と会うのが困難なので、聞くことは整理し、簡潔にするように心がけている。困難事例には同行訪問してほしい」(ケース5)、「医師との指示の上下関係がなく仕事がやりやすい。診断書は市役所を通じるので(医師との)主従関係が発生しないのでいい。医師との関係がないからケアマネジャーをするという人もいる」(ケース6)、「医師には書類をお願いするとき、書面で返事があり話をすることはない。医師には時間があればサービス担当者会議に出てほしい。もう少しかわってほしい」(ケース3)、「開業医との関係はまだいいが、(出張や多忙で)勤務医との関係が取りにくい。最近は医師とのやりとりはソーシャルワーカーが仲介となることも多く、助かっている」(ケース1)、「介護保険の診断書作

成が市から委託になり、市が介護保険に熱心なので、ケアマネジャーが医師に直接お願いすることはなく、医師と直接関係が出てこないのがやりやすい」(ケース9)「医師は理解不足。担当者会議への参加もほとんどない。積極的なかわりを希望する」(ケース7)である。

次のように、医師との連携がうまくいっている例もある。

「個人病院の医師とはうまくいっている。規模が大きくなるほど連携は難しい」(ケース2)、「ケアマネジャーと医師との連携は十分取れている。以前、診断書を書いてくれない医師がいたが、医師会との取り組みは数段よくなった」(ケース4)などである。

一方、看護師との連携への意識をみまると、看護師とはうまくいっていると考えられる。具体的には、「看護師は在宅へ理解がある」(ケース7)、「医師との関係は医療関係者のうち5分の1。看護師(看護師長など)とはよく情報交換する」(ケース8)である。

(3) 行政との連携

行政に対しては次の例のように苦情が多く、連携が必ずしもうまくいっているとは言えない(ケース3, 4, 6, 8, 9)。

具体例としては、『「施設入所が適当」と行政に申し出るが、『入所は本人の意思だ。在宅が希望であれば無理』と言って認めてくれない。介護度も下がってどうしたらいいか困っている認知症の利用者もいる」(ケース3)、「以前は認知症の利用者に保健師を集めて対応、熱意があったが、最近ケアマネジャーに丸投げで、保健師は減らされようとしている。障害者支援費制度、2号被保険者問題など、制度などの説明が不十分。説明責任を果たすべき」(ケース4)、「認知症のお年寄り自立となったケースがある。今回の改正はもっとひどくなる。そういう人を看てあげられないのがつらい」(ケース4)、「行政がやらなければならないことをケアマネジャーに投げってくる。特に制度が変わったときには行政は自分で判断しないで、全部ケアマネジャーに相談してくる」(ケース9)、「自分の働いている市の介護保険課は先進的で、全国のモデル事業をやっている。職

員の対応はいいが、現場を知らないで、困っていることが伝わらない」(ケース6)、「制度変更などについて、早く情報を出してほしい」(ケース8)である。

一方で、行政とは連携が取れているという意識のケアマネジャーもいる(ケース2, 7)。具体例としては、「行政とは関係ができていたので、逆に困難ケースを頼まれることがある」(ケース2)、「保険者との連携は取れている。ただ、認定訪問調査員がケアマネジャーに日程調整を頼むことがあり、それは行政の役割と思う」(ケース7)である。

まとめ

ケアマネジャーは経営者に対して情報公開や何でも相談でき、みんなで考える場があるオープンな職場を望み、業務量に対する理解のほか、介護への理解を求めている。

一方、運営に批判的な面としては業務量の多さや医療面が強く介護に理解がない、行政色が強く不具合が出ているなどの意識となって表れており、また業務に対しての給与の差や低さを指摘する人は他に比べ、若干のストレスとなっていると考えられる。

ヘルパーとの連携はおおむねうまくいっているといえる。ケアマネジャーにとってはヘルパーを指導する、あるいは介護計画を作成する立場にあるが、仕事がかうまくいくためにはヘルパーの力を借りる必要がある、相互依存の関係にあるからと考えられる。

また、ケアマネジャーは利用者に直に接し、高齢者を理解できる立場にあるホームヘルパーに情報を求めている。

医療関係者のうち、医師との連携はあまりうまくいっていないと言える。その理由は、医師の多忙にも原因があると思われるが、ケアマネジャーは医師の介護に対する理解不足を指摘している。医師との話し合いの場がないことなどがこの状況をさらに悪くしていると思われ、改善されつつある職場もあり、一時も早く話し合いの場を設けることが望まれる。

一方、看護師は在宅介護へ理解があり、うまく連携が取れていると考えられる。

行政との連携については不満を持つケアマネジャーが少なくない。特に行政の示す担当件数の多さが時間外勤務に関係し、このことがストレスに繋がって

いることが考えられる。

一方で、連携がうまくいっていると考えるケアマネジャーもいるが、ほとんどの人は行政に情報の提供や柔軟な対応を希望している。

(筒井 健二)

3 節 介護保険制度の問題点

介護保険制度施行から5年あまりが経過した。現在要介護認定者数は400万人を超え(平成17年6月厚労省介護給付費実態調査結果)、介護サービス利用量も当初の2倍以上となった²⁹⁾。数字からみれば介護保険制度は国民の間に定着してきたかに思えるが、その実態はどうであろうか。

本章ではケアマネジャーの業務内容や労働条件と介護保険制度の関係について考察する。ケアマネジャーのストレスについて理解するためには、その業務実態と介護保険制度の関連を明らかにすることが不可欠であると考えからだ。まず介護保険制度の概要とケアマネジャーの位置づけ、業務等について概観する。次に、今回の聞き取り調査をもとにケアマネジャーの業務や労働条件と介護保険制度の関係について考察を行いたいと考える。

A 介護保険制度の概要とケアマネジャーの業務について

(1) 介護保険制度の概要

介護保険法は1997年12月に成立した。その背景として人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増大や、家族形態の変化等介護問題を取り巻く環境の変化、老人福祉制度・老人保健制度等従来の制度による対応

の限界があげられる。

2000年4月に導入された介護保険制度では次の点が従来とは大きく異なる。

① 財源方式が公費主体から社会保険方式へ

介護問題を社会の連帯で支えるという方針から社会保険方式が導入された。これにより介護保険財政の50%を40歳以上の国民から介護保険料として徴収し、残る50%のうち25%を国が、都道府県と市町村が12.5%ずつを負担する仕組みへと転換した。

② 措置制度から契約制度へ

それまで措置制度で提供されていた福祉サービスの仕組みから、利用者が地域の事業者の中からサービスの種類や提供機関を選び契約を結ぶ仕組みとなった。

③ 応能負担から応益負担へ

サービス利用料はそれまで利用者本人の資力を考慮しての応能負担であったが、制度導入後は資力に関係なく利用したサービスの1割を利用料として支払う応益負担となった。

(2) ケアマネジャーの業務について

ケアマネジャーは介護保険制度のなかで要介護者・要支援者(以下、要介護者等と記す)の相談に応じ、要介護者等の心身の状況等にあった居宅もしくは施設サービスが利用できるように市町村や介護支援施設等との連絡調整を行う。また要介護者等が自立した生活を営むために必要な援助の専門知識や技能を有する者とされ、2004年度までに全国には33万人を超えるケアマネジャー資格取得者が存在する(表5-4)。

表5-4 平成16年度までの介護支援専門員実務研修受講試験受験者および合格者数

	受験者数	合格者数	合格率
第1回(平成10年度)	207,080人	91,269人	44.10%
第2回(平成11年度)	165,117人	68,090人	41.20%
第3回(平成12年度)	128,153人	43,854人	34.20%
第4回(平成13年度)	92,735人	32,560人	35.10%
第5回(平成14年度)	96,207人	29,508人	30.70%
第6回(平成15年度)	112,961人	34,634人	30.70%
第7回(平成16年度)	124,791人	37,781人	30.30%
第1回～第7回 合計	927,044人	337,696人	—

厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/index.html>)

「第7回介護支援専門員実務研修受講試験について(2004年12月27日)」より作成

ケアマネジャーの具体的な業務内容は以下のとおりである。

- ・介護保険利用のための援助（介護保険申請代行などを含む）
- ・要介護者等やその家族との相談（インテーク面接）
- ・アセスメント
- ・ケアプラン作成
- ・主治医、関係機関、市町村との連絡調整
- ・モニタリング（毎月最低1度の訪問など）
- ・サービス担当者会議の開催
- ・支援経過等の記録、書類作成
- ・給付管理
- ・その他

B ケアマネジャーをとりまく状況

ここでは今回の調査をもとにケアマネジャーをとりまく状況について、労働条件や業務内容等、ケアマネジャーの実態をみていく。

(1) 労働条件

① 勤務時間について

勤務時間については8～9時間というのがもっとも多かった（ケース3, 4, 5, 7, 8）。また多忙なため勤務時間より早く出勤し、昼休みも十分に取れない（ケース2）という回答もみられた。残業についてはほとんどのケアマネジャーが行っている（ケース1, 2, 3, 4, 6, 7, 9）ものの、「家に持ち帰って仕事する」（ケース1, 7）という回答や、たとえ残業を行ってもサービス残業になるという回答がみられた（ケース3, 7）。他に「残業はあまりしないがしても1時間程度」（ケース8）という回答もみられた。

② 休日について

休日については週休2日や4週6休、また1ヶ月に9日の休日など職場によってばらつきがみられた。極端な例としては休むとその分の仕事がたまることから「2ヶ月間に1日休みをとっただけ」という回答もみられた（ケース6）。

③ 給与について

給与については事業所ごとばらつきがみられるが、特に基礎となる職種が看護系と介護系では給与に数万円の差がみられる。このことは「給与の差はケアマネジャーをやって初めて知った。職場に聞いたが

『これはどうにもならないといわれた』（ケース3）「前職が看護師である方は給料が高い。自分は前職が介護福祉士なので、給料が安く矛盾を感じる」（ケース9）など、後者の不満につながっている。給与の違いは、基礎となる職種が介護系であるケアマネジャーのMBI尺度が他と比較して高いことの要因となっている可能性がある。

(2) 業務内容について

① 担当ケース数

40～50ケースを担当している（ケース6, 7）、50～60ケースを担当している（ケース2, 3, 4, 5, 8, 9）という回答がみられた（ケース1のみ20ケースという回答があったが、職場の管理者であるためと考えられる）。前述したケアマネジャー業務のなかでこれらのケース数を担当することの困難さを感じているケアマネジャーが多く、「担当数が多すぎて利用者のことがまったく把握できない」（ケース3）や、「給付管理が大変」（ケース8）という回答がみられる。複数のケアマネジャーが「ケアマネジャー1人あたりの担当ケース数は30ケースが適当」と回答しており（ケース2, 3, 4, 9）、事業所におけるケアマネジャー増員をのぞむ回答もみられた（ケース2, 7）が同じ理由であると考えられる。担当ケース数の多さが時間外勤務に関係していると指摘する回答もみられた（ケース4, 9）。

またケアマネジメントに対する介護報酬単価が少ないことから「同じ法人内の他の部署と比較して『居宅は赤字だ』と管理職にいわれてつらい」（ケース2）「経営側からは『ケアマネジャー1人あたりの担当ケースをさらに増やすように』といわれるが現場では現在のケース数でも限界であり、経営側と現場とのギャップを感じる」（ケース3）といった回答もみられた。利用者へよりよいサービスを行いたいという思いと、ケアプラン数を増やさなければ事業所が赤字になるといった現実の間で苦悩するケアマネジャーの実態がみてとれる³⁰⁾。

② 医師との連携について

業務内容のなかで医師との連携の難しさを指摘する回答がみられた（ケース1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9）。その内容として「個人病院の医師とは連携がとれるが大病院の医師とは難しい」といったもの（ケース1, 2）や、「医師にサービス担当者会議等に参加し

てもらえない。積極的に関わってほしい」(ケース3, 7) というもの、「医師との連携は担当しているケースの5分の1程度。あとは看護師と情報交換している」(ケース8)などがみられる。

③ 支援経過記録などの書類作成について

書類作成作業についても多数の回答がよせられた。前述したようにケアマネジャーの業務には利用者の訪問や他機関との連携以外に書類の作成が義務付けられており、この書類作業が大変であるとの回答である(ケース2, 3, 5, 6)。回答の中には「書類が整備されていないならば介護報酬の減算対象になるが、減算対象になるとしても利用者には十分な援助ができるのであればそれでよいのではないか」(ケース2)というものもあった³¹⁾。

④ 公私の時間の区別がつかない

前述した休日問題とも関連するが、時間外や休日でも携帯電話に利用者や職場から連絡があるため公私の時間の区別がつかないといった回答もみられた(ケース2, 3, 4, 6, 9)。ケース2の場合は在宅介護支援センターに勤務していたため、24時間携帯電話を携帯しなければならなかったことがその理由である。それ以外には「ケアマネジャーが担当しているケース数が多いため、職場の他のケアマネジャーが担当しているケースについての問い合わせがあっても対応できない。そのため休日でも担当ケアマネジャーに連絡がくる」といった回答(ケース3)や「仕事の責任が重いので仕事が常に頭の中にある。利用者や関係機関から休日でも連絡がある」(ケース4, 9)、といった回答がよせられた。ケース3, 4, 9はいずれもMBI尺度が高い。公私の時間の区別がケアマネジャーのストレス要因に関連している可能性が考えられる。

C ケアマネジャーからみた介護保険制度の問題点

今回はケアマネジャーからみた介護保険制度の問題点についても調査を行った。その主だったものについて以下みていきたい。

(1) 低所得者対策が不十分である

介護サービス利用には応益負担として利用者が1割のサービス料を支払うことは前述したが、ほとんどのケアマネジャーが応益負担では低所得者が必要十分な介護サービスを利用することができないと回

答している(ケース1, 2, 4, 7, 9)。また低所得者でなくとも1割負担が利用者にとって大きな負担であり、介護サービスの利用を制限せざるをえないといった回答もみられた(ケース2, 4, 6)。

(2) 成年後見制度等の権利擁護関係制度の利用がしづらい

介護保険制度導入によって、それまでの措置制度から契約制度への転換がはかられたことは前述した。利用者はサービス事業者と直接契約をする必要があるのだが、認知症等で契約を取り交わすことが難しい高齢者がみられる。このような高齢者に成年後見制度等の利用をすすめたいが、費用がかかるため利用できないといった回答がみられた(ケース6)。

(3) 他法他施策との関係

介護保険制度と支援費制度など他法他施策との関係を理解し、他施策を利用することが難しい、またわかりづらいといった回答がみられた(ケース6)³²⁾。

(4) 介護保険制度自体がわかりづらい・利用がしづらい

介護保険制度が利用者にとってわかりづらく、その理解をもとめることが大変であるという回答が複数みられる(ケース2, 3, 5, 6, 9)。また介護保険制度でいうサービスが利用者の実態にあっていないという回答もみられた(ケース3)。

前述したように介護保険制度は社会保険方式をとっているため、保険料は40歳以上の被保険者から徴収されている。しかし、要介護認定やサービス限度額の上限が設定されており、被保険者にとって必要なときに必要なだけのサービスが保障されているとは限らない。同じ社会保険方式である医療保険制度のアクセスのよさと比べ介護保険制度の利用しづらさがここにあり、利用者にとって介護保険制度がわかりづらく理解しづらいという結果をうみだしているといえよう。

(5) 行政機関(保険者)との連携について

「行政が対応していた業務がケアマネジャーに丸投げされる。行政の対応が不十分」「困難事例があっても保険者である行政に相談しても、きちんと対応してもらえない。利用者のことを一緒に考えてほしい」等、行政の対応に対する不満が今回調査をしたケアマネジャーの半数以上から寄せられた(ケース3, 4,

5, 6, 7, 9. ちなみに行政との関係はうまくいっているという回答はケース2のみであった). 具体的な例として次のようなことがある.

Aケアマネジャーが担当している認知症高齢者のB氏(独居・男性)は要介護1の認定をうけており、通所サービスとホームヘルプサービスを利用している。家はごみ屋敷のようになっており、サービスに入ったヘルパーもAケアマネジャーもそのたびにノミやダニにさされて帰ってくる。火の不始末等も心配され、近くに住むB氏の親戚に連絡をとったが介護協力は得られない。近所住人や宅配給食業者から「最近B氏の様子がおかしい」と連絡があり、Aケアマネジャーは休日も含め毎日のように訪問を繰り返している。B氏の認知症(長谷川式簡易スケール11点)や近所住人からの訴え、また本人の生活状況から在宅生活に限界があると考えたAケアマネジャーはB氏の施設入所を考える時期にきているのではないかと判断した。

これまでもB氏の様子を知っておいてほしかったため行政には頻繁に報告するようになってきたが行政からは「利用者に対してケアマネジャーが介護拒否をしているのではないか」といわれた。またB氏の施設入所について相談した際にも行政からは「居宅のケアマネジャーは利用者に施設入所をすすめるべきではない。利用者に判断能力があろうとなかろうと、利用者自身が在宅生活を希望するのであればそれを拒否することはできない。本人の意思がなければ行政は動けない」といわれている。介護保険制度で利用できるサービスは利用者の生活を24時間サポートするものではなく、Aケアマネジャーもこれ以上B氏にかかわることができない。行政の対応にはショックを受け、また「ケアマネジャーの介護拒否」といわれたことに納得のいかない思いである。

介護保険制度導入に伴い措置制度から契約制度へと転換されたことは前述したが、これに伴い自治体の業務内容も市町村であれば保険者として、都道府県であれば介護保険事業の運営を円滑に行うための管理運営責任が規定されるにとどまった(介護保険法第3条, 5条)³⁹⁾。つまり措置制度では福祉サービスを必要とする利用者に対する最終的な責任は自治体が担っていたものが、介護保険制度導入後は利用者自身と介護サービス事業者間での解決が求めら

れるようになった。介護保険制度に伴う契約制度の導入は確かに利用者の選択肢を広げ自己決定の場を与えはしたが、同時に上記したような利用者の生存権にも関わりかねない困難事例についての対応に民間事業者のみがどこまで関わるができるのかという点については検討の余地を残している。今後、官民の連携のあり方について考えていく必要があるのではないだろうか。

考察

これまで今回の調査の結果をもとにケアマネジャーの現状とケアマネジャーからみた介護保険制度の問題点についてみてきた。以下、これらの問題を整理したい。

(1) ケアマネジャーの現状について

まずケアマネジャーの労働条件についてであるが、業務が勤務時間内に業務が終了せず残業となっている実態がある。またその残業についてもサービス残業や家に持ち帰って行うなどケアマネジャー個人の努力に拠っている点もみられた。休日については保障されているが、ケアマネジャーによっては休日を十分にとれていない。給与については事業所ごとにばらつきがみられるものの、基礎となる職種が看護系であるか介護系であるかによって給与に数万円の違いがあり、このことが後者にとってストレスの要因になっている可能性があることがわかった。

次に業務内容についてであるが、担当ケース数の多さを指摘する回答が多くみられた。利用者へよりよいサービスを行いたいという思いと、介護報酬の低さから経営を考えればケアプランを数多く担当せざるをえないという現実の板ばさみになっているケアマネジャーの実態がわかる。また医師との連携の困難さや書類作成などの業務の大変さが指摘された。一部のケアマネジャーには公私時間の区別なく利用者や職場からの問い合わせに応じざるをえない業務実態がみられる。このことは先に述べた1人のケアマネジャーが担当するケアプラン数の多さや業務量の多さとも関連していると考えられる。

(2) 介護保険制度の問題点について

介護保険制度の問題点についてであるが、まず低所得者対策の不十分さを指摘する回答が多くみられた。また利用者の経済的問題から介護サービスを制

限せざるをえないといった回答もある。介護保険制度とともに導入された成年後見制度についても費用の問題から利用できないという回答があった。他法他施策については介護保険制度との関係を理解し他施策を利用することが難しい、またわかりづらいといった回答がみられた。

一方、利用者にとって介護保険制度がわかりづらく、ケアマネジャーが利用者に説明や理解をもとめることが大変であるといった回答もみられた。その原因のひとつとして社会保険方式としての介護保険制度のわかりづらさや利用の難しさがあげられるであろう。

行政機関との連携について問題点も指摘された。介護保険制度に伴う措置制度から契約制度への転換は行政の役割を転換させており、困難事例等の問題への対応がすべて民間事業者任せになっている。今後は官民の連携のあり方について検討していく必要がある。

以上、介護保険制度の問題点をまとめてきた。低所得者対策や行政機関との連携の問題、社会保険方式としての介護保険制度のわかりづらさや利用しづらさなど、Aで述べた①財源方式が公費主体から社会保険方式へ②措置制度から契約制度へ③応能負担から応益負担へといった介護保険制度導入に伴う転換は利用者にもケアマネジャーにも大きな影響をもたらしていることが確認された。ストレスとの関連については基礎となる職種によって給与の差が大きいことや、公私の区別なく仕事をしているといったことがケアマネジャーのストレス要因となっている可能性が確認された。

(田中 智子)

第Ⅵ章 まとめ

ケアマネジャーの属性を基礎となる職種別に看護職と介護職の2つの類型で見た場合、看護職より介護職のストレス症状のほうが強く、その要因として医療面での知識差や給与体系の違いなどが示唆されている(第Ⅱ章1節)。また、ケアマネジャーの負担感を性別とライフコース別にみると、男性より女性の方が「仕事と家事」の二重負担を感じやすくなっている。共働き女性については、職業継続型よりも

一時中断再就職型の二重負担感が強く、一時中断再就職型ケアマネジャーの「家庭と職場」のストレスが最も強く現れている(第Ⅱ章2節)。

ケアマネジャーのストレス症状をMBI尺度によって測定すると、ケアマネジャーのバーンアウト(燃え尽き)傾向は個人的達成感にかなり強く現れており、またストレスによる身体症状もみられる。無力感については、納得できるサービスが利用できない、知識不足や仕事過多、サービス提供を拒否された時等に、自分自身や利用者に対してケアマネジャーはしばしば無力感に捉われている(第Ⅲ章)。

ケアマネジャーの職業倫理を、入職動機(自発・受動)を横軸に、職業倫理としての同調(自発・形式)を縦軸にとり、二軸によって区分された4種類のストレスを検討すると、「自発・一貫」型と「受動・形式」型のストレスの大きいことが判明した。つまり、ケアマネジャーという職業に自発的に本音で向き合っているケースと、受動的に建前で向き合っているケースの双方に強いストレスが現れており、適応の難しい職業の一つであることが示唆されている(第Ⅳ章)。

ケアマネジャーの職場環境を人間関係的側面から検討すると、①利用者との関係については、利用者のニーズの多様性、困難事例への対処の問題、時間外勤務や休日出勤など、バーンアウトに繋がりがやすい環境におかれている。②同僚との関係については、担当制のためケースの共有が困難なこと、③上司との関係については、ケアマネジャーの業務への理解の弱さや給与格差、残業手当がつかないこと、居室は赤字といわれることなど、ケアマネジャーを「ささえる」職場環境の問題点が指摘されている(第Ⅴ章1節)。

また、職場の運営については、ヘルパーや看護師との連携はおおむね良好だが、医師との連携は良好とはいえない。行政に対しては、制度や窓口での対応に不満を持つケアマネジャーが多く、情報の提供や柔軟な対応を希望している(第Ⅴ章2節)。

さらに、社会保険方式による介護保険制度の導入は、低所得者対策の不十分さや介護保険制度自体の理解しづらさ、行政と事業者間の連携の弱さなど、今後課題を残しており、これらの制度的矛盾に起因する諸問題がケアマネジャーにも利用者にもスト

レス要因となっていることが確認された（第V章3節）。

（保坂 恵美子）

文 献

- 1 日本ケアマネジメント学会『ケアマネジメントの評価のあり方に関する調査研究』2003年, p.1
- 2 武井麻子『感情労働と看護一人との関わりを職業とすることの意味―』医学書院, 2001
- 3 久保真人, 田尾雅夫『バーンアウト―概念と書状, 因果関係について―』心理学評論, 1991, Vol 34, No3, p.417
- 4 竹内孝仁『ケアマネジメント』医歯薬出版, 1997年, p.12
- 5 第一生命経済研究所「ケアマネジメントの実態調査」ライフデザインレポート3月号, 2002年
- 6 全国介護支援専門員連絡協議会, 「2003年度介護支援専門員の実態にかかる全国調査」(その1), 2004年
- 7 01/07/28 朝日新聞「どう変える? 厳しい労働環境「ケアマネの現状」シンポジウム」
- 8 久保真人, 田尾雅夫:バーンアウトの測定. 心理学評論, 1992, vol.35. no.3, p.361-376
- 9 F. マクナブ, 祐宗省三監訳:ストレス・マネジメント, 1991, 北大路書房, p.176-184
- 10 清水隆則他『ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト その実態と対応策』中央法規2002年, p.1-56
- 11 山本真理子編集, 堀洋道;測定尺度集〈1〉—人間の内面を探る“自己・個人内過程”サイエンス社, 2001, p.72-76
- 12 田尾雅夫『バーンアウトの理論と実際』誠信書房1996年, p.29-38
- 13 Robinson JR, Clements K, Land C: Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2003 Apr; 41(4): 32-41.
- 14 大岡由佳, 前田正治, 矢島潤平, 牧田潔, 辻丸秀策: Influence of Critical Incident Stress on Mental Health Condition of Japanese Firefighters 第24回世界社会精神医学会
- 15 田辺毅彦「社会福祉士のバーンアウト 調査質問紙調査結果」『ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト その実態と対応策』中央法規第5章1節, p.74-99
- 16 日本ソーシャルワーカー協会「契約時代におけるソーシャルワーカーの役割と課題」ソーシャルワーカー第8号, p.15
- 17 加藤正明「燃え尽き症候群」『産業精神保健ハンドブック』中山書店, 1998, p.975-984
- 18 山本晴義『ストレス教室』新興医学出版社, 1996年, p.17
- 19 濱嶋朗, 竹内郁郎, 石川晃弘編『社会学小辞典【増補版】』有斐閣, 1982年
- 20 森岡清美, 塩原勉, 本間康平編『新社会学辞典』有斐閣, 1993年.
- 21 真の意味でケース1のケアマネジャーの職業倫理に対する現在の同調が自発的であるかどうかについては疑問が残る. 善き範を示すことが職場内の士気を高めるのであれば, それは手段的側面ももっていると考えられるからである. しかし, 立場上, 自発的な態度を示すことが求められているのは事実であろう.
- 22 「生と死を支える」柏木哲夫, 朝日選書, 1987年, p.23
- 23 「ささえあい」の人間学 第4版, 森岡正博編者, 法蔵館, 1997年, p.38
- 24 「ささえあい」の人間学 第4版, 森岡正博編者, 法蔵館, 1997年, p.50
- 25 平成16年版高齢者白書:厚生労働省「国民基礎調査」(平成13年), 総数には介護度不詳を含む.
- 26 平成16年版高齢者白書:厚生労働省「国民基礎調査」(平成14年)
- 27 「社会福祉援助技術論Ⅱ」社会福祉要請講座, 中央法規出版, 2001年, p.349
- 28 「ささえあい」の人間学 第4版, 森岡正博編者, 法蔵館, 1997年, p.31
- 29 厚生労働省監修『平成16年版厚生労働白書』ぎょうせい2004, pp.204-205
- 30 平成17年9月に厚生労働省が社会保障審議会介護給付費分科会に報告した2004年介護事業経営概算調査結果では, 居宅介護支援の利益率はマイナ

ス15.9%と赤字サービスであることが示されている(週刊福祉新聞・2005年9月19日号)

- 31 2003年度の介護報酬見直しでは、「居宅介護支援の質の向上を図る」という観点からケアマネジメントに対する介護報酬が見直された。その内容は①4種類以上の居宅サービスを組み込んだケアプランを作成した場合には、利用者一人当たりにつき月850単位(8500円)の居宅介護支援報酬に100単位(1000円)加算することが認められた。②サービス担当者会議の開催を開催しケアプランの内容について担当者から意見をもとめる、また居宅サービス計画の実施状況などについて記録を残すこと等が義務付けられた。これらの要件を満

たさなかった場合は、その利用者について居宅介護支援報酬の7割しか算定できないようになった。ケース2の回答は②の居宅介護支援報酬減算をさしている。

- 32 支援費制度によるサービス利用等、介護保険サービスと異なる内容のサービスを利用する場合には介護保険サービスと併用することが可能な場合もある。ケアマネジャーは介護保険法や介護保険サービスだけでなく他の法律や施策を熟知することが求められる。
- 33 伊藤周平『社会福祉のゆくえを読む』大月書店, 2003, pp.152-153