

2021 年度博士論文

特別養護老人ホームにおけるユニットケアと  
介護職員のバーンアウトとの関連

桜美林大学大学院

田辺 毅彦

## ■目 次

はじめに	1
第1章 研究の背景	
1.1 介護形態の変遷と小規模介護(ユニットケア)	2
1.2 ストレスとバーンアウト	4
(1)バーンアウトの特徴	
(2)バーンアウト防止の方策	
1.3 ユニットケアと介護職員のバーンアウトとの関連	6
1.4 介護職員の離職と定着に関する現状	7
第2章 特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響ーバーンアウトとストレス対処調査	
I-1. 特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響	
I-1.1 調査の目的	9
I-1.2 調査の方法	9
(1) 調査対象施設の概要	
(2) 調査用紙の概要	
(3) 調査手続き	
I-1.3 調査の結果	10
(1) 調査対象者の属性	
(2) バーンアウト得点	
(3) 職場環境でのストレス	
(4) 職場環境でのストレス対処	
(5) 聴取調査の結果	
I-1.4 考察	12
I-1.5 展望と研究の限界	13
I-2. ユニットケア環境移行後のバーンアウト状態の検討	

I-2.1 調査の目的	14
I-2.2 調査の方法	14
(1) 調査対象施設の概要	
(2) 調査手続き	
I-2.3 調査の結果	15
(1) 調査対象者の属性	
(2) バーンアウトとストレス内容, ストレス対処	
I-2.4 考察	16
I-2.5 展望と研究の限界	17

### 第3章 ユニットケアの実施程度と介護職員のバーンアウト

II-1. 従来型とユニットケアが併存する同一法人における, ユニットケア実施の有無とバーンアウトの関連	
II-1.1 調査の目的	18
II-1.2 調査の目的	18
(1) 調査手続き	
(2) 調査票	
II-1.3 調査の結果	19
(1) 調査対象者の属性	
(2) ユニットケアの職場環境とその内容構造	
(3) バーンアウト得点	
(4) 職場環境でのストレスへの対処	
(5) ユニットケア職場環境およびストレス対処とバーンアウトの関連	
II-1.4 考察	22
II-1.5 展望と研究の限界	23
II-2. ユニットケアユニットケア実施の研修の有無と介護職員のバーンアウト状態の関連	
II-2.1 調査の目的	23
II-2.2 調査の方法	25
(1) 調査の対象者と手続き	

(2) 調査用紙の概要	
(3) 分析手法	
(4) 倫理的配慮	
II-2.3 調査の結果	26
(1) 調査対象者の属性	
(2) 2 群間のユニットケアの職場環境とストレス対処の比較	
(3) バーンアウト得点の比較	
(4) ユニットケアの職場環境とその内容構造	
(5) 職場環境でのストレスへの対処	
(6) ユニットケア職場環境およびストレス対処とバーンアウトの関連	
II-2.4 考察	29
II-2.5 展望と研究の限界	30
第4章 総合考察	30
4-1 従来型からユニット型への環境移行	
4-2 従来型とユニット型の介護職員のバーンアウト得点比較	
4-3 ユニットケア研修の有無のバーンアウト得点比較	
4-4 新型コロナウイルス(COVID19)の感染拡大とユニットケア継続	
■謝辞	35
■引用文献	35
■図表一覧	41
■調査用質問紙(付表 1,2)	66

## ■はじめに

1970年代以降、特別養護老人ホームにおける介護形態は多床型と呼ばれる、4人部屋、6人部屋などが一般的であったが、1980年代に、スウェーデンなどで少人数の共同生活を基本とする認知症介護が盛んになり、日本においても2000年代以降には、その介護形態を参照したグループホームが設置され始め、2006年以降には、特別養護老人ホームにおいても、小規模介護(以降、ユニットケアと表記)が利用者本位の個別介護を実現するために有用であるとされて、国の施策として導入されてきた。欧米においても、報告は少ないが、従来型に比べてユニット型が認知症高齢者の心身に良い影響を与えるという報告がある。ところが近年、ユニットケアは、経済的な問題や介護職員不足から理想的なユニットケアの実現は難しいと批判されることも多く、従来の多床型との併存も増えてきている。今後も、多床室からユニットケアへの環境移行形態である準ユニットケアの増加、通常のユニットケアの維持や継続が予想されるが、その際に、職員のストレスをできるだけ軽減する必要があると考えられる。介護職員がストレスなく理想的なユニットケアを実現できれば、利用者の心身を安定・活性化できる可能性が高いユニットケアが今後も継続できると考えられるからである。

そこで、本研究においては、ユニットケアの抱える問題を、介護職員のストレスとして想定されるバーンアウトとの関連から、従来型からユニットケアへの環境移行を行う際の留意点とユニットケア研修によるケア技術の確認という2つの視点から分析し、特別養護老人ホームにおけるユニットケア継続の可能性について検討を行った。2つの調査研究の間には、20年弱の時間経過があり、介護現場やケアを取り巻く環境に相違はあるが、それらを考慮に入れながら、今後のユニットケアのあり方について参照できる部分がないか、検討をしていきたい。

第1章においては、研究の背景として、介護形態の変遷、バーンアウト自体の特徴、ユニットケアと介護職員のバーンアウトとの関連について検討し、介護職員の離職と定着に関する現状についても報告する。第2章以降は、特別養護老人ホームにおけるユニットケア実施と職員のバーンアウトについて調査研究した結果を報告する(図1参照)。

第2章では、従来型の特別養護老人ホームをユニットケアに環境移行した際の介護職員のバーンアウトに関する問題点について明らかにする。一つ目は、従来型の特別養護老人ホームの環境移行の際の介護職員のバーンアウトの変化、二つ目は、その1年半後のバーンアウトの変化についての調査報告である。

第3章においては、ユニットケア実施の進行状況と介護職員のバーンアウト状態の関連に関する調査結果を報告する。一つ目は、同一法人内における特別養護老人ホームのユニットケア実施の有無による介護職員のバーンアウトの比較、二つ目は、通常のユニットケア実施施設と、ユニットケア研修指定施設の2種類の施設における介護職員のバーンアウト状態の比較を報告する。

なお、介護職員のバーンアウト傾向については、ユニットケア実施における、システム(人数配置、研修機会など)、ハード(生活の環境設定)、ソフト(介護技術、感情労働など)の3領域での実施進行状況を念頭において、これらの要因との関連について分析を行った。本論文において、第2章の環境移行の研究では、特に、ハードとソフトの問題に焦点を当て、第3章のユニットケア研修の研究では、システムとソフトの問題に焦点を当てている。第4章においては、総合的な考察を通して、ユニットケアに体现される小規模介護の将来的な持続可能性について検討を行い、2020年から発生している新型コロナウイルス(COVID19)感染拡大がもたらす影響についても検討した。新型コロナウイルスの感染拡大により、全国の特別養護老人ホームの通常業務には甚大な被害が及んでおり、現場職員の心身だけでなくユニットケア継続にも非常に大きな影響を与えられられるからである。

なお、「特別養護老人ホーム」の介護保険法上の正式名称は、「介護老人福祉施設」であるが、これまで公刊された調査研究においては、「特別養護老人ホーム」と記述されてきた例も多く、本稿においても、その表記に従った。

## 第1章 研究の背景

### 1.1 介護形態の変遷と小規模介護(ユニットケア)

1963年の老人福祉法の制定以来、特別養護老人ホームにおいては、入居者の生活空間は4人部屋が一般的であり、個別的なケアではなくて、画一的な集団ケアが行われる傾向が高かった。2000年に介護保険が始動して、2001年には、個室を前提とした環境が制度化され、2003年以降は、利用者の生活の質の改善のために小規模介護を実施する方策として、新規に特別養護老人ホームが建設される場合は、全個室をユニットケアで行うことが原則となり、ユニットケアの実施は介護保険の加算対象ともなった。ユニットケアは、個室を原則とする環境設定のみならず、それまで一律で行われてきた食事、入浴、排泄なども個別で対応し、利用者に家庭的な雰囲気のある生活をもたらすことを目的とするなどケア自体を個別化することも目

指されてきた。居住空間も、できるだけ入居以前の居住環境に近づけるため、本人の利用していた日常雑貨や写真なども設置している。個別ケアは、利用者の個別性に沿ったケアであるとも考えられ、現在、ケアの理想として取り上げられることの多いパーソンセンタードケアとも通底している(たとえば、水野(2008)を参照<sup>1)</sup>)。現在、ユニットケアでの介護計画は、ICF(国際生活機能分類)概念を基本とした24時間の時間軸に沿った「24時間シート」の使用によって進められており、利用者個々に、日常生活での各時間帯の過ごし方並びに支援項目を可視化し、介護スタッフがこの情報を共有することで、ケアの統一と標準化を図るツールとして用いられている。弘津・利光他(2018)は、24時間シートが、認知症高齢者の食事支援に焦点を当てて、その有効性を報告していて、ケアの標準化を図ることで、利用者のペースに合わせた支援が可能になるとしている<sup>2)</sup>。また、このようなケアは、当然のことながら、利用者の心身にわたる活性化につながると考えられ、特に、認知症の進行や不適切な介護環境に放置されて心を閉ざしてきたり、徘徊などBPSD(心理・行動的症状)を頻繁に引き起こしてきたりした利用者に対しては、心身の状態や日常生活行動の劇的な安定化をもたらすことが知られている。外山(2001)は、建築家の立場から、「介護保険施設における全室個室、ユニットケアの導入(新型特養)により、今後、これらの施設は「介護の場」から「生活の場」へと変化していくと考えられる。」と当時述べており、個室化・ユニット化をめぐる論点の整理を行い、ユニット化のための施設設定に関する助言を行い、実際に「個室化、ユニット化」を導入した事例の追跡調査から、職員や入居者の行動変化を報告している<sup>3)</sup>。また、加藤ほか(2002)は、グループホームおよびユニットケア等における小規模ケアの有効・効率的な介護のあり方に関して検討しているが、まず環境面では、立地条件や建物構造が介護に有効に作用すること、また小規模ケアによって、パブリックスペースにおける滞在時間と関わりの時間が増え、利用者同士の交流が促進されること、さらに徘徊も減少することなどを挙げている<sup>4)</sup>。さらに、対人関係面では、スタッフの密な関わりが認知症高齢者の感情を安定させ、小集団では高齢者同士の関係が安定すると報告している。海外においても、Boekhorst, S. et al.(2009)によると、オランダにおける小規模の認知症ケア専用施設においては、従来型の施設に比べて利用者の心身の安定に寄与すると述べており<sup>5)</sup>、Hilde Verbeek, V. et al.(2012)は、介護職員のケアに対する満足度も高まると報告している<sup>6)</sup>。

これまで、ユニットケア実施を普及させ、ケア方法の技術定着と高度化をめざして、特別養護老人ホームでは、個別ケアの実現に向けて、施設のユニット化が進められてきた。社会保障改革に関する集中検討会議による「医療・介護に係る長期推計」では、特別養護老人ホームのユニット化率は26%から2025年に70%(51万人分)が目標とされており(2016年現在

40.5%), ユニットケアリーダー(約5万人)の育成が急務であるとされている。しかしながら、資金不足による経済的事由や職員不足による人的事由からユニット化は順調には進んでおらず(たとえば、秋葉・朴(2012)などを参照<sup>7)</sup>)、厚労省は、2017年時点で、多床室でもプライバシーを確保するための手段をとることや人員配置などを要件に、準ユニットケア加算を設けている。具体的に、2018年の準ユニットケア加算では、これまで10人前後としていた利用者を12人まで認め、ユニット型個室的多床室(多床室内を個室として整備した環境)も容認した。さらに、2021年に入ってから、新規の建築施設においては、個室ユニットの利用者定員は15人まで緩和され、ユニット型個室的多床室は禁止されることになった。また、10人を超えるユニットを整備する施設に対しては、「夜間及び深夜を含めた介護職員・看護職員の配置の実態を勘案して職員を配置するよう努める」と、職員配置自体も努力義務規定となってきている(表1参照)。

一方、ユニットケアに関する研修では、都道府県等の行政が実施するユニット型施設に従事する職員を対象としたユニットケア研修は、「施設管理者研修」と「ユニットリーダー研修」とがあり、ユニットリーダーについては、指定特別養護老人ホームの運用基準によりその配置が施設に義務付けられている。現行のユニットケアに関する研修では、平成15年度に検討された研修カリキュラムに基づいて、ユニットケアの理念や意義、運営上の工夫や具体的な手法を習得するプログラムが提供されている。三菱総合研究所(2014)の研修のあり方調査によると、介護現場において生じている問題についての解決方法は一つではなく、さまざまな対応が想定されることから、個々の課題を発見し解決してく事ができる実践型教授法に基づいた能動的学習(アクティブラーニング)モデルの必要性が強調されている<sup>8)</sup>。

## 1.2 ストレスとバーンアウト

### (1)バーンアウトの特徴

我々の日常生活において、ストレスは心身の広い範囲でさまざまな疾病を引き起こすことが知られているが、バーンアウトは、さまざまな職業、特に業務内容がヒューマン・サービスとして区分される医師、看護師、ソーシャルワーカー、学校教師などに固有のストレス反応として、1970年代半ば以降、アメリカにおいて社会問題になり、数年遅れて、日本においても顕在化することとなった。このようなストレスを、精神分析医のフロイデンバーガー(1981)はバーンアウトと名づけ<sup>9)</sup>、バーンアウト症状の実態調査、その予防と対策について、数多くの提言が行われてきた。その調査の中で、バーンアウト測定のための質問紙がいくつか開発され、バーンアウトは単なる身体的ストレスのみではなく、心身に及ぶ多面的なストレス概念であると考えられ



ようになってきた(田尾,久保(1996)参照<sup>10)</sup>). 医師, 看護師, 学校教師のバーンアウトに関しては, これまでも数多くの報告があるが, 医師に比べると, 看護師, 学校教師は, はるかにそのバーンアウトの割合が高いと報告されている. いずれも, 煩雑で膨大な日常業務に追われ, 対人関係の調整に神経をすり減らし, 十分な物理的, 心理的支援のないまま心身が消耗し, 仕事への意欲を失っている例が多いからである. 看護師の場合には, 医療スタッフに加えて, 病気に苦しんだり, 死と向き合わねばならなかったりする患者との対人関係の調整が, 学校教師の場合には, 学校のスタッフに加えて, 生徒やその保護者との対人関係の調整が必要とされる. そのためか, 職務への使命感に燃え, トラブルにもまじめに取り組む動機づけの高い, 経験年数5年以内のいわゆる新人たちが特にバーンアウトを起こしやすい傾向があるといわれている(たとえば, 土居ほか(1988)<sup>11)</sup>を参照). 宗像(1995)はその様子を, 「バーンアウト状態になると, 強い自己嫌悪や無力感に陥り, 人への思いやりをなくしてしまい, 仕事への意欲も喪失してしまう. 生徒や患者などへのかかわり方は, 気持ちの交流を失った機械的であらただけのものとなって, 生徒の学習意欲あるいは患者の闘病意欲を妨げ, ささまざまな失敗や事故を引き起こしやすくなる. 燃えつきは, 本人自身の消化性潰瘍, 甲状腺機能亢進, うつ病, 神経症, パーソナリティ障害, アルコール依存症・薬物依存症, 離婚, 自殺, 非行などの背景になるといわれ, 疾患ではないが, その前段階のグレイゾーンに相当する」と表現している<sup>12)</sup>.

これまで, バーンアウトを測定するためにさまざまな質問紙が考案されてきたが, そのうちのマスラック Maslach (1976)が用いたマスラック・バーンアウト測定尺度(Maslach's Burnout Inventory, MBI と略称されている)<sup>13)</sup>を, 田尾・久保(1996)が日本語に標準化したチェックシート<sup>10)</sup>は, 数多くの研究者に採用されて, 事例も蓄積されているだけではなく, 尺度内容が, 情緒的消耗感, 脱人格化, 個人的達成感の3つの要因に分けられ, バーンアウトの心身にわたる症状を包括的にとらえていると考えられている. まず情緒的消耗感(emotional exhaustion; 以下 EE と略して表記する場合もあり)は, 心理的な要因が原因で引き起こされる身体的, 心理的な虚脱感を表す. 2つめの脱人格化(de-personalization; 以下 DP と略して表記する場合もあり)は, クライアントも含めた, 職場内での対人関係全般に対する不全感とされ, 逃避あるいは攻撃的な態度を示す例が多い. 3つめの個人的達成感(personal accomplishment; 以下 PA と略して表記する場合もあり)は, 仕事に対する成功感, 効力感を示しており, 最初の2つの要因とは異なり, 対人専門職に特有の使命感に基づいたもので, バーンアウトによって低下すると考えられている. 最近では, 全般的な職業人を対象とした MBI-General Survey

(Maslach ほか, 1997 を参照<sup>14)</sup>)も開発され, 用いられる概念用語も疲弊感, シニシズム, 職務効力感と変更され, 日本版の妥当性の検討(北岡ほか(2004)を参照<sup>15)</sup>)も行われている.

## (2)バーンアウト防止の方策

マズラック(1997)は, バーンアウトが個人の問題というよりも社会システムの問題である点を再三にわたって強調し, 組織における以下の6つの要素を重要視している<sup>14)</sup>. これはアメリカでの事例であるが, そのまま現在の日本の社会にも当てはまるものである.

- ①仕事量:仕事の要求が処理可能であるか, 過重ではないか.
- ②裁量権:実際に仕事を進める者が, 自分の仕事に及ぼせると感じる裁量権があるか.
- ③報酬:組織に対する貢献度が反映された評価と報酬ができていないか.
- ④共同体:組織が, 従業員の仕事のやり方をよく理解でき, 尊重できるか.
- ⑤公正さ:組織内のさまざまな関係に, 組織が敬意を払い, 公平さを尊重しているか.
- ⑥)価値観:仕事に対する個人の価値観を組織が理解し, 支援してくれるか.

これらは理想論ではあるが, 組織を運営する者, その下で実際に仕事をする者が常に念頭に入れ, 実現できるものから改善する必要がある. 土居(1988)は, 看護師よりも医師の方がバーンアウト傾向が低いのは, ②~⑤までの要素において, 医師の方が恵まれている可能性が高いからだとして述べている<sup>11)</sup>. 介護職員を対象にした調査では, 音山ほか(1997)は, 利用者中心の介護が介護スタッフのストレスを低減する効果があり, 利用者中心介護が可能となる条件のひとつとして, ②の介護スタッフの自己裁量権を挙げている<sup>15)</sup>. 鈴木ほか(2002)の研究でも, 施設の建て替えの際の介護スタッフのストレス低減に仕事のコントロール感が有効であったことを述べている<sup>17)</sup>.

また上野ほか(2003)は, ナースのバーンアウトを防ぐ試みとして, 研修会を活用したソーシャルサポート・ネットワーク構築に関わった事例を紹介しているが, その中で, 講義を聞くだけの研修会よりもカウンセリング的要素を用いた, 少人数のエンカウンター的グループワークの効果が一番高かったと報告している<sup>18)</sup>.

## 1.3 ユニットケアと介護職員のバーンアウトとの関連

1990年代末当時, 日本においては, バーンアウトについての社会福祉職に対する調査は, 教員職や看護師などに関する調査に比べて十分とはいえない状況だった. 特に, 多業種にわたる社会福祉関係職における包括的な調査, 研究はほとんどなかったが, 西尾, 清水他(2002)の社会福祉士有資格者を対象にしたバーンアウト調査によると, 社会福祉士において

は、全般的に顕著なバーンアウトの傾向は伺えないが、ストレス要因との関連で、バーンアウト現象が深刻な事態に陥りかねない可能性があり、転職希望者が半数近くあることも考慮に入れると、バーンアウト予備軍が多いことが示唆されている<sup>19)</sup>。他にも、介護職員とバーンアウトとの関連が示され(たとえば、矢富, 中谷ほか(1991)<sup>20)</sup>, 谷口, 吉田ほか(2000)<sup>21)</sup>, 藤野(2000)<sup>22)</sup>, 藤野(2001)<sup>23)</sup>などを参照), 特に, ユニットケア実施による職員のストレス低減の効果を報告した例としては, 加藤ほか(2002)<sup>5)</sup>, 張・黒田(2008)<sup>24)</sup>などがある。

ただし, 加藤ほか(2002)では, 小規模ケアを実施する際には, その規模による職員配置の問題があり, ハード(施設内の環境整備)とソフト(介護方法の転換)がうまく機能するように配慮できるかといった問題があり, 職員配置などを状況に応じて柔軟に変化させる必要があること, また, 認知症介護の質を向上させるためには, スタッフ自身の技能向上のための継続した研修が必要であることなどもあわせて指摘している<sup>4)</sup>。高口(2004)は, 少ない人数配置で仕事をせざるをえない介護職員が, どうしたら孤立せずに心理的に充実した仕事ができるかと問われて, 他部署(PT, OT や厨房など)との連携, 職員同士の利用者に関する情報共有の工夫, 他のユニットの利用者情報が少ない夜勤時の不安の解消などの検討を勧めており, ユニットの閉鎖性の打破, 介護スタッフの生活空間が狭小化することを防止するための施設外での活動による気分転換, ユニットケア組織における中間管理職を育成する必要性, ユニット・リーダーの交代制, 他の職員によるリーダーのバックアップなどを提案している<sup>25)</sup>

それでも, 少人数によるこのようなケアの推進は, ケアスタッフに過剰な感情労働をもたらす, そこから発生するストレスからバーンアウトを引き起こす可能性が高い。田辺(2005b)では, 利用者のケアの向上を目指した特別養護老人ホームにおけるユニットケアへの移行が, スタッフ不足によって危機に瀕している現状も示された<sup>26)</sup>。人員の少ない労働環境において, スタッフが孤立した状態で過剰な感情労働を要求される介護は, これまで大規模な介護ストレス調査は何度か行われてきたものの, ユニットケア実施の実態に則した, 介護の質の維持を前提とした, ストレス解消につながる具体的な提言はほとんど行われてきていない。

また, 岡田・岡田(2008)<sup>27)</sup>や阿部(2010)<sup>28)</sup>は, 担当職員数が不十分な施設が多く, 過剰労働の末にバーンアウトを起こしている職員が増加しているユニットケアの現状を取り上げ, 全国一律で推進されているユニットケア施策を疑問視している。

このように, ユニットケアに対する評価が割れているのは, ユニットケアを実施している特別養護老人ホームによって, 施設の規模や設備に差があるだけでなく, 管理者や職員のユニットケアに対する認識や, 実施進行形態にも差があり, 従来の大規模調査がその差異を明確

に反映してこなかったためと考えられる。このような状況は、全国的な介護職員不足とも連動しており、介護職員の離職と定着に関する調査からも間接的に推測される。

#### 1.4 介護職員の離職と定着に関する現状

2016年 9月-12月にかけて行われた雇用管理改善推進事業調査(北海道・東北ブロック)<sup>29)</sup>によれば、「理念・教育の実態と課題(組織風土も含む)」、「ロボット・ICT化の実態と課題」、「人材確保(リクルート)の実態と課題」、「地域特性・事業規模の問題」の4要因が職員定着の試みとして最も特徴的であると考えられた。

その中で、理念、教育の実態と課題(施設の組織風土も含む)では、多くの施設において、最も重要視しているのは、法人の経営理念をどのように現実の介護業務に生かせるか、ということであった。成功している例としては、職場におけるキャリアパスを明らかにし、将来的な給与なども明示して、介護のネガティブなイメージを払拭するような活動を進めている事例などがあつた。職員への教育に関しては、介護福祉士などの資格取得に関する人的および経済的支援、介護事例の検討や認知症に関する知識取得、介護技術のブラッシュアップ方策などに関する法人内外の研修会参加への促進に対する時間的・経済的支援が多かつたが、法人の規模によっては、規定業務の遂行に必要な人員が補充できないために、研修の機会がなかなか活用できない例もあり、特に民間の中小規模の施設においては、それが目立っていた。研修への参加は、通常業務の見直しだけではなく、同じ法人内の職員との交流や他法人の職員とのネットワーク作り、通常業務のリフレッシュなど、職員の精神衛生上の改善の側面もあり、非常に重要な役割を持っている、と考えられた。これらの内容の充実が、ユニットケアへの理解と再確認にも寄与していると考えられる。

また、業務のICT化に関しては、いくつかの施設において、社内外 SNS、経営支援ソフトウェアによるシステムが導入されており、職員も若い世代を中心に普及していることがうかがえた。これまで、紙媒体を中心に行われていた利用者の状態記録や事務作業がICT化によって非常に効率よく処理されるようになり、職員が少ない部署でも事務作業に手間取ることがなく、記録の修正訂正も簡便に処理できるようになったことから、職員の心理的余裕も生まれ、残業等も減って、労働環境の改善が図られていることが明らかとなった。ただし、スマートフォンやタブレット端末などを用いた情報入力、これまでこれらの機器の操作経験がなかつた中高年世代の職員にはスムーズに運用することが困難な場合も多く、運用のための研修や現場での利用支援などが課題である。また、ソフトウェアの変更などシステムの更新に費用がかか

ること、機器のトラブルが起こった際の迅速な復旧が難しいことなど、いくつか課題はあり、今後もシステム運用の人的・経済的支援が欠かせないと思われる。いずれにしても、ICT化の浸透により、業務の効率化が進めば、ユニットケアのスタッフの人員確保にも通じると考えられる。

以上の知見を考慮に入れて、第2章以降においては、介護職員不足の現状を乗り越えていく方策としても、ユニットケア環境移行、研修の実施によるケア技術の再確認などにおける介護職員のストレス形態を介護職員のバーンアウト特徴という視点から検討していきたい。

## 第2章 特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響ーバーンアウトとストレス対処調査

### I. 特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響

#### I-1.1 調査の目的

最初の調査は、既存の回廊型大規模特別養護老人ホームをユニットケアに環境移行することが、介護スタッフのストレスを低減するであろうという仮説を検証し、さらにその移行過程で生じるストレス内容の特徴を明らかにして、特別養護老人ホームのユニットケア転換の際に参照となる提言を行うことを目的とした。調査の結果は、田辺・足立他(2005a)において発表された<sup>30)</sup>。

#### I-1.2 調査の方法

##### (1) 調査対象施設の概要

調査は、北海道にあるA特別養護老人ホームで行われた。ここでは、併設する新築棟において、1998年より先駆的にユニットケアを実施しており、2001年10月からは、回廊式既存棟においても中重度の認知症高齢者、臥床者を対象としてユニットケアを導入した(図2参照)。具体的には、ユニットケア実施前には、2生活単位(1生活単位に50人が所属し、デイ空間は1生活単位に1箇所)であったものが、最終的なユニットケア環境導入後には、4ユニット生活単位(1ユニットに18人が所属し、デイ空間は1ユニットに2箇所以上で、調査対象ユニットでは、デイ空間面積が約2倍となった)に転換された。そして、介護スタッフは、臥床利用者のユ

ユニットの場合4名, それ以外の利用者のユニットの場合6名であった。2001年よりユニットケアタイプに約1年かけて環境移行し(2001～2002年), ユニットごとにその後, 児玉, 足立ほか(2003)による, 認知症高齢者環境配慮尺度<sup>31)</sup>を用いた環境改善チェック(2003～2004年)を継続して行っていた。

## (2) 調査用紙の概要

介護スタッフの心身状態に生じるストレスの影響については, 質問紙および補足的な面接調査の結果を基に検討を行った(付表1参照)。

- ・バーンアウト質問紙: 田尾, 久保(1996)が日本語に標準化した日本版MBI<sup>9)</sup>を用いて, 17項目の頻度について「ない:1」から「いつもある:5」まで5段階にわたって尋ねた。
- ・ストレス内容およびストレス対処質問紙: 社会福祉職に特有のバーンアウトについて検討を行った西尾, 清水ほか(2002)のストレス調査項目<sup>19)</sup>を用いて, 職場環境でのストレスについて25項目(職場環境や研修, 社会的な評価, 利用者問題など6つの下位尺度から構成される), ストレスへの対処方法について31項目(問題の再確認, 職務システム解決など9つの下位尺度から構成される)について, MBI同様に5段階で評定を求めた。また, 年齢, 福祉実務年数, 現在の職場あるいは活動の場での経験年数, 転職・転勤の希望の有無などについても記入を求めた。

## (3) 調査手続き

質問紙調査は, 留置式で, ユニットケアへの環境移行の進行と共に行われ, 本人に自己記入してもらう形で, 2001年10月:22名および, 2002年10月:43名に実施され, 最終的にはまとめて調査者が回収した。本研究においては, そのうち, 途中で同じ法人内における配置換え, 退職をしたスタッフを除いて, 継続してユニットを担当した10名について分析を行った。

また, 2002年11月, 12月には, 12名に対して, 環境移行前後のストレスについて, カウンセリングマインドを用いた聴き取り調査を行った。この聴取調査においては, 質問紙調査の分析を行った10名中の内8名が含まれた。なお, 倫理的配慮として, 研究の目的, 方法, 分析等について施設側に事前に承諾を得て, 調査に協力いただいたスタッフには, この調査の内容が数量化して処理され, 研究以外の目的には使用しないことなどを通知し, 了解を得られたスタッフのみに連絡した。

## I-1.3 調査の結果

### (1) 調査対象者の属性

分析には SPSS 統計パッケージ Ver.13 を用いた。調査に協力いただいた介護スタッフの属性(2001 年時)は以下の通りである(表 1-1 参照)。性別は男性5名, 女性5名, 年齢は, 20 歳代前半が5名, 20 歳代後半が2名, 30, 40, 50 歳代が各1名であった。福祉関係の職場における実務年数は, 1~2年未満が2名, 2~5年が3名, 5~10 年が2名, 10~20 年が3名であった。転職・転勤希望者は2名で, 未記入者が1名であった。転職希望者は, 将来的にも福祉関係の仕事および活動に就くことを望んでいた。

### (2) バーンアウト得点

バーンアウトの得点は, 情緒的消耗感, 脱人格化, 個人的達成感の3得点を算出した。各質問項目ごとの変化は表 1-2-1 に, 各得点の平均値変化は, 表 1-2-1, 図 3-1 に示される通りであるが, 田尾, 久保の診断基準によれば<sup>10)</sup>, いずれも「大丈夫」の範囲内であり, 全体的に深刻なバーンアウト状態を示すスタッフはいなかった。それでも, ユニットケア環境移行後には EE, DP の得点がわずかながら減少し, PA の得点がわずかながら増加しており, EE の場合は, 減少傾向があった( $t=2.09, d\neq 9, p<0.1$ )。

### (3) 職場環境でのストレス

職場環境でのストレス 25 項目については, 各質問項目ごとの変化は表 1-3-1 に, 6つのカテゴリーに分けた平均値の変化は, 表 1-3-2, 図 3-2 に示した(カテゴリー分類は, 西尾ほか<sup>19)</sup>による)が, ほとんどのストレス内容が減少しているのがわかる。特に, 「職務の方針や権限に関する問題( $t=2.58, d\neq 9, p<0.05$ )」と「仕事自体の問題( $t=2.63, d\neq 9, p<0.05$ )」に関するストレス低減が有意であったため, 今回のユニットケア環境移行においては, 利用者との関わりや周囲の評価よりも, 職務の遂行や, 資源, 時間の適切な配分などによって, ストレスが緩和されたものと考えられる。

### (4) 職場環境でのストレス対処

ストレスへの対処要因 31 項目についても, 職場環境でのストレス同様, 各質問項目ごとの変化は表 1-4-1 に, 10 のカテゴリーに分けた平均値の変化は, 表 1-4-2, 図 3-3 に示しており, 「信仰による支え」以外はストレス対処得点が減少していることがわかる。特に, 「コミュニケーションによる発散( $t=2.33, d\neq 9, p<0.05$ )」, 「職務のシステムによる問題解決( $t=5.22, d\neq 9, p<0.01$ )」, 「飲酒, 喫煙などによる発散( $t=2.45, d\neq 9, p<0.05$ )」は, 有意な減少がみられた。したがって, スタッフのストレス低減のための方策は, 問題点に対する心理的調整,

心理的逃避、ストレス抑制、気分転換といった個人的なものではなく、他のスタッフや身近な知り合いとのコミュニケーションを通じて行われたものと推察される。

#### (5) 聴取調査の結果

全体として、スタッフに特に顕著なストレスの自覚症状はなかったようであるが、中には、ユニットケアへの環境移行に対する責任感によるプレッシャーのせい、不眠症やめまいなど心身症的な症状を報告した者もいた。また、ユニットケアが始まって半年程度は、それまでの一方的な介護サービス提供から、利用者と共に過ごすというユニットケア概念を、日常的な介護の中で定着させる形態への転換がむずかしく、それが非常にストレスフルだったという報告もあった。回廊型の施設からユニットへの移行の中で、各ユニットごとのスタッフの人数が減った際、従来型の介護を維持しようとして過剰労働を行い、心身共に消耗したという報告もあった。それでも、環境移行後の職員のユニットケアに対する反応は総じて好意的なものであった。また、ユニットによっては、トイレ、風呂などの便が良くなかったり、居室の個性化が足りなかったりと、ハード面での充実がまだ不十分な点、担当外ユニットの利用者に関する情報がどうしても不足になりがちな点、ユニット同士のスタッフのつながりが少ない点、などを今後の課題としているスタッフも多かった。

#### I-1.4 調査結果の考察

スタッフのバーンアウトについては、ユニットケア環境移行前に、「注意」の分類に入る者がEにおいて1名いたが、それ以外は、深刻な症状を報告したスタッフはいなかった。環境移行後には、身体的、心理的な虚脱感と疲労感であるEE得点に減少傾向が見られ、わずかではあるがクライアントや上司、同僚といった人たちに向けられた攻撃であるDP得点が減少して、ヒューマン・サービスという仕事そのものに対する満足感であるPA得点が増加したことから、ユニットケアへの移行はスタッフのストレス低減に寄与した可能性があると考えられる。ただし、PA得点に関しては、経験年数の多いスタッフ2名が環境移行後、わずかながら減少しており、環境移行前の意気込みと緊張が抜けたようであった。これは、ユニットケア導入取り組みに対する新人スタッフとの意識の落差であろう。そして、聴取調査からも明らかな通り、ユニットケア導入へのスムーズな移行は、「ユニットケア」の概念をどのように心身共に理解できるかにかかっていると考えられる。認知症高齢者への環境配慮が、高齢者の落ち着いた生活や介護のしやすさをもたらし、それが施設スタッフのストレス低減につながったという児玉、原田ほか(2002)の報告とも一致する<sup>32)</sup>。



次に、ストレスの内容に関しては、「職務の方針や権限に関する問題」と「仕事自体の問題」についての変化が最も大きかったが、西尾ほか(2002)は、この2つを、バーンアウトとの関連が深いカテゴリーとして挙げており<sup>19)</sup>、ユニットケア化の環境移行においては、それを支援する職場体制の充実が最優先課題であると考えられる。また他のカテゴリーとは異なり、「利用者に関する問題」の得点のみ、有意でないものの、増加を示していた。そこで、このカテゴリーを構成する3項目の得点を調べたところ、「他人の人生に責任を持たねばならない」という設問の頻度平均値が環境整備前後共に他の2項目に対して相対的に高いことがわかった。これは、新たな介護システムが導入されても、利用者の心身状況に対する配慮や確認のレベルを下げられなかったことを示しており、ユニットケアのシステムを十分理解するまでに時間がかかったという、スタッフの聴取結果とも関連があるものと思われる。

さらに、ストレス対処において、「コミュニケーションによる発散」と「職務のシステムによる問題解決」が最も変化が大きかったが、西尾ほか(2002)はこの2つも、バーンアウトとの関連が深いカテゴリーとして挙げている。前者は、家族や友人などによる心理的な援助の意義を示しており、バーンアウトが、社会福祉士を対象にした調査での、配偶者のいる人の方がいない人比べて低いという結果や、介護スタッフを対象にした調査での、仕事以外に家庭内において役割を持つ人の方が低いといった結果と通底しており、プライベートな単位でのサポートの重要性を示唆していると思われる<sup>19)</sup>。また後者は、職場における率直な意見表明や、会議や話し合いによる他のスタッフとの協議を通じた積極的な問題解決方策を示しており、ナースのバーンアウトを防ぐ試みとして、研修会を活用したソーシャルサポート・ネットワーク構築に関わった事例において、講義を聞くだけの研修会に比べて、カウンセリング的要素を用いた少人数のエンカウンターグループワークの効果が高かったという上野、山本(2004)の報告<sup>33)</sup>などと同じ効果を示していると考えられる。

### I-1.5 展望と研究の限界

既存特別養護老人ホーム施設のユニットケアへの導入においては、仕事自体の時間や資源を十分に準備して職員体制を整え、職務内容を明確にすることがストレスを避ける方策となる。それでも現実的には、多忙な介護現場においてすべてを周到に準備することは不可能に近い。従来の介護体制を、介護の概念も含めて根本的に変えるためには、どうしても、個々の状況にあわせて試行錯誤せざるをえないからである。したがって、絶えず、職場におけるスタッフ同士のコミュニケーションを増やし、介護体制について検討を続けることがストレス低減にも

つながると思われる。また、家族や友人といった社会的援助資源を最大限利用して、積極的な心理的援助を求めることも肝要であろうし、職場においても、さまざまなレベルでの心理的な支援が必要であろう。今回、調査後に行われた聴取作業なども含めて、ストレス低減の促進に寄与する可能性がある多様な方策の効果を検討することも課題である。

そして、鈴木(2005)は、施設建て替えにおけるケアスタッフの適応要因として、スタッフへの意図的な関わりの重要性以外に、個人的な要因を重視しており<sup>34)</sup>、ストレス・マネジメントという観点からすれば、このような問題も考慮に入れる必要があるだろう。

いずれにせよ、将来的に、ユニットケアは特別養護老人ホームの標準的な介護形態になっていくと思われるが、利用者の心身の状況に応じて介護システムを柔軟に変更していく状況は今後も生じる可能性が高く、長期的な高齢者福祉システムや施策の変更を視野に入れながら調整していくべき問題であろう。

この研究における限界として、調査対象人数が少なかったこと、一地域における一法人を対象にした調査であったことを考慮に入れて、結果を一般的ものとして敷衍することは慎重にすべきであると考えられる。また、この調査研究はユニットケアが始まった20年前の結果であり、ユニットケアにはストレス低減の効果の可能性があることが示唆されたが、現状のケア環境や職員体制についても留意する必要があるだろう。

## II. ユニットケア環境移行後のバーンアウト状態の検討

### I-2.1 調査の目的

次に、同じ施設を対象に行われた1年半後の調査結果を報告する。既存の回廊型大規模特別養護老人ホームをユニットケアに環境移行した後、介護スタッフの心身状態のストレスがどのように変化するのか、バーンアウトの視点から検討することを目的とした。調査の結果は、田辺・足立他(2005b)において発表された<sup>26)</sup>。

### I-2.2 調査の方法

#### (1) 調査対象施設

調査は、Iの調査同様、ユニットケアに環境移行された北海道にあるA特別養護老人ホームで行われた。

#### (2) 調査手続き

介護スタッフの心身状態に生じるストレスの影響については、質問紙および補足的な面接調査の結果を基に検討を行った。内容は、I の調査同様、以下の2つから構成された(付表1参照)。

・バーンアウト質問紙： 田尾, 久保(1996)が日本語に標準化した日本版MBI<sup>10)</sup>を用いて、17項目の頻度について「ない:1」から「いつもある:5」まで5段階にわたって尋ねた。

・ストレス内容およびストレス対処質問紙： 西尾ほかのストレス調査項目<sup>19)</sup>を用いて、職場環境でのストレスについて26項目(職場環境や研修, 社会的な評価, 利用者問題など6つの下位尺度から構成される), ストレスへの対処方法について31項目(問題の再確認, 職務システム解決など9つの下位尺度から構成される)について、MBI 同様に5段階で評定を求めた。また、年齢, 福祉実務年数, 現在の職場あるいは活動の場での経験年数, 転職・転勤の希望の有無などについても記入を求めた。

なお、倫理的配慮として、研究の目的, 方法, 分析等について施設側に事前に承諾を得て、調査に協力いただいたスタッフには、この調査の内容が数量化して処理され、研究以外の目的には使用しないことなどを通知し、了解を得られたスタッフのみに連絡し、実施した。

## I-2.3 調査の結果

### (1) 調査対象者の属性

質問紙調査は、留置式で、ユニットケアへの環境移行の進行と共に行われ、本人に記入してもらう形で、2001年10月(22名), 2002年10月(43名), 2004年3月(46名)の計3回実施した。2001年と2002年の結果に続いて、調査結果の確認のため、2002年11月, 12月および2003年11月, 12月に、ストレスについての面接調査を行った。調査は、2002~2004年まで継続して勤務している介護スタッフ23名(男性5名, 女性18名)を対象にSPSS統計パッケージVer.13を用いて分析を行った。介護スタッフの属性は、表2-1に示される通りで、2004年時で、平均年齢が27.4歳、福祉関係の職場における実務年数、現在での勤務年数共に、2年未満:5名, 2~5年:11名, 6~9年:3名, 10~20年:4名であった。転職・転勤希望者は2002年時では2名であったが、2004年時では6名に増加していた。

### (2) バーンアウトとストレス内容, ストレス対処

バーンアウトの得点は、各質問項目ごとの平均値の変化は表2-2-1に、情緒的消耗感, 脱人格化, 個人的達成感の各得点平均値は、表2-2-2および図4-1に示した。

表 2-2-2 から明らかな通り、情緒的消耗感得点 ( $t=-4.01, d\neq 22, p<0.01$ ), 脱人格化得点 ( $t=-2.90, d\neq 21, p<0.01$ ) とともに有意に増加しており、2002 年には 0 人であった田尾、久保の診断基準<sup>26)</sup>による「注意」や「危険」領域に入る者が、前者において 3 名、後者において 6 名になっていた。個人的達成感得点はもともと低い傾向があり、「注意」や「危険」領域に入る者は、2002 年に 6 名であったのが 2004 年には 9 名に増加していたが統計的に有意な差は見られなかった。

職場環境でのストレス 25 項目を 6 つのカテゴリーに分けた平均値の変化は、2-3、図 4-2 に示したが、「職務の方針や権限に関する問題 ( $t=-2.29, d\neq 15, p<0.05$ )」、「社会的な評価に関する問題 ( $t=-3.77, d\neq 21, p<0.01$ )」、「仕事自体の問題 ( $t=-.13, d\neq 22, p<0.05$ )」、「利用者理解に関する問題 ( $t=-3.25, d\neq 18, p<0.01$ )」など、ほとんどの項目においてストレス得点が有意に増加していた。ストレスへの対処要因 31 項目についても、職場環境でのストレス同様、9 つのカテゴリーに分けた平均値の変化は、表 2-4、図 4-3 に示した。図 4-3 に示される通り、7 カテゴリーにおいて得点が増加しているが、統計的に有意であったのは、「飲酒・喫煙による発散 ( $t=3.14, d\neq 13, p<0.01$ )」のみであった。

補足的に行われた面接調査においては、2002 年の環境移行後、それまでよりも利用者との会話が増えたこと、規定の介護作業量のペースダウンから心理的な余裕ができ、利用者の心理的安定にもつながり、帰宅願望や徘徊の程度が低くなったことなどが報告されたが、この時点で、他のユニットの利用者の情報不足、夜勤時の担当者不足等の問題点も提起されていた。2003 年時の調査では、新たなユニット型介護の理念を尊重しながらも、環境移行後のスタッフの配置転換による、新たなユニット内の事情把握が不十分であることや、ユニット内でのスタッフ同士の人間関係の構築の苦労などの報告も寄せられた。そして、ユニット間の情報交換やスタッフ同士のコミュニケーションの不足が挙げられ、業務の多忙さから心身症症状を訴える者もいた。また夜勤時の人員不足などによる介護への不安感も引き続いて述べられた。

#### I-2.4 考察

介護スタッフのバーンアウト得点は、環境移行以前(2001 年調査時)から田尾、久保の診断基準によれば<sup>10)</sup>、いずれも「大丈夫」の範囲内であり、全体的に深刻なバーンアウト状態を示すスタッフはいなかったが、その中で環境移行直後(2002 年調査時)には、情緒的消耗感が減少傾向を示した(田辺、足立ほか(2005b)参照<sup>26)</sup>)。しかしながら、その 1 年半後(2004 年調査時)には上昇を示し、環境移行直後のストレス低減状態を保つことができず、環境移行以前より

も悪化したものと考えられる。特に慢性的な心身の疲弊感である情緒的消耗感に比べて脱人格化が進行した介護スタッフが増加したことは、利用者のケアという業務に与える影響を考えると深刻な状況であるといわざるをえない。ユニット型施設においては、長年の介護経験者の場合、開設後一時的にバーンアウト感が高まっても9ヶ月経過するとそれが低減するとの鈴木(2005)の報告がある<sup>33)</sup>が、本調査では逆の経過をたどることになった。これらの原因についてストレス内容やストレス対処得点との関連から検討してみると、まずストレス内容については、職務の方針や権限、専門職としての評価、利用者理解や仕事自体といった問題得点が増加しており、西尾ほかは職務の方針や専門職としての評価は脱人格化とつながりが深く、仕事自体の問題は情緒的消耗感と関連が深いと述べており<sup>19)</sup>、上野ほか(2004)も職場風土の要因に関してはケア専門職の役割評価のみがバーンアウトを有意に規定していたと報告<sup>32)</sup>していることから、今回のストレス要因の中核は職場風土とのつながりが深いと考えられる。ストレス対処得点に関しても、問題の再確認、職務システムによる解決、コミュニケーションによる解決といった職場を中心にした方策が若干増加しているものの、飲酒・喫煙といった個人的なストレス発散の増加が顕著であった。西尾ほか(2002)の報告では、情緒的消耗感と脱人格化を低減するストレス対処要因として、職務システムによる解決、コミュニケーションによる解決、ストレスの非抑制などが挙げられており<sup>19)</sup>、バーンアウトの防止は職場風土の改善であるといってもよいと思われる。また、面接調査の結果からも、少ない人員での業務遂行に対する不安や、お互いの情報交換やコミュニケーション不足が挙げられているが、高口(2004)は、少ない人数配置で仕事をせざるをえない介護職員の孤立解消方策として、他部署との連携や職員同士の利用者に関する情報共有の工夫など、ユニットの閉鎖性打破を提案している<sup>25)</sup>。また、スタッフに対する上司のサポートが個人的達成感の長期的な維持に寄与していると指摘(たとえば上野、山本ほか(2004)<sup>33)</sup>、鈴木(2005)<sup>34)</sup>、など)もあり、早坂(2004)も教育支援やミーティング等のシステム化による積極的対処スタイルの強化を組織的に行うよう述べている<sup>35)</sup>が、業務システムや家族・友人などを用いた、積極的な物理的・心理的援助を求める方策も検討すべきだと思われる。

## I-2.5 展望と研究の限界

今回の調査では、個人的達成感が極端な低下をしていなかったこともあり、専門職としての介護スタッフの誇りを尊重しながらユニット内での孤立を防ぐ支援体制を構築する方策を早急に模索することが必要であると考えられる。本研究は一施設の事例検討であるが、将来的に、

労働人口の減少、介護保険の改正による施設関連予算配分の減少などを考慮すると、ユニットケアの体制は他の施設においても本研究で提起したような問題を抱え込まざるをえないと思われ、現場の介護スタッフのストレス対処と支援の方策の問題は普遍的な課題であると考えられる。

この研究における限界として、調査対象人数が少なかったこと、一地域における一法人を対象にした調査であったこと、調査が20年弱の結果であることを考慮に入れて、結果を一般的ものとして敷衍することは慎重にすべきであろうと考えられた。それでも、現状のケア環境や職員体制を考慮に入れても、ユニットケアを継続させていく際の方策として留意すべき問題点は共通していると考えられる。

### 第3章 ユニットケア環境の変化と介護職員のバーンアウトの関連

#### I. 従来型とユニットケアが併存する同一法人における、ユニットケア実施の有無とバーンアウトの関連

##### II-1.1 調査の目的

これまでのユニットケアによる個別介護の研究は、ユニットケア実施を前提として行われることが多く、ユニットケア自体の問題点については、人員配置やケア技術の理解など、内容が個別に取り上げられることもあったが、ユニットケアに伴うストレスから発生するバーンアウトについて、ケア実施のどの要因の影響が最も大きいのか明確に特定されてこなかったこともあり、全体像が明らかにはなっていない。これらの問題を明らかにするためには、ユニットケアに携わる介護職スタッフと従来型の介護を行っている介護スタッフを対象として比較調査を行い、ユニットケアに関する問題点に、バーンアウトの視点から、どのような相違があるのか明らかにすることを目的とした。調査の結果は、田辺(2014)において発表された<sup>36)</sup>。

##### II-1.2 調査の方法

(1)調査手続き:北海道内の2つの社会福祉法人における複数の特別養護老人ホームで勤務する250名を対象に調査を行った。調査は、主に、施設内研修の機会などを利用して行われたが、個人情報を守るために、無記名記述で実施し、終了後、記入者自身に厳封して

郵送により返送頂いた。これらの施設では、従来型の介護とユニットケアの両方が実施されている。

(2)調査用紙の概要:調査は、以下の3点について回答いただいた(付表2参照)。

①ユニットケアの職場環境:利用者の少人数グループ化、職員の固定配置など、基本的なユニットケアの実施について3段階(実施、不明、非実施)、さらにユニットケアに伴う具体的な環境設定や利用者への介護サービス内容、職員同士の関わり、介護の不安要因などについて、「そう思う:0」から、「そう思わない:3」まで4段階で尋ねた。

②バーンアウトに関する質問:田尾,久保(1996)が日本語に標準化した日本版MBI<sup>10)</sup>を用いて、17項目の頻度について「ない:0」から「いつもある:4」まで5段階にわたって尋ねた。

③介護業務におけるストレス状況への対処:西尾ほかのストレス調査項目<sup>19)</sup>を用いて、ストレスへの対処方法について31項目(問題の再検討、職務システムによる解決、プライベートな楽しみによるストレス発散など)について、MBI同様に、「ない:0」から「いつもある:4」まで5段階で評定を求めた。また、年齢、性別、婚姻の有無、福祉実務年数、現在の職場あるいは活動の場での経験年数、転職・転勤の希望の有無などについても記入を求めた。

### (3) 倫理的配慮

この調査は、無記名で行われ、結果は統計的な処理を行うので、個人の特特定は行われなく、回答されるのを拒否したい場合には、本人の意思を尊重し、不利益は生じないことを明記した。また、北星学園大学の倫理審査委員会の許諾を受けて行われた(17-研倫 12号)。

## II-1.3 調査の結果

### (1) 調査対象者の属性

分析には SPSS 統計パッケージ Ver.21 を用いた。調査に協力いただいた介護スタッフの属性は表 3-1 の通りである。調査は、2014 年 12 月末より 2015 年 2 月半ばに渡って、250 名に対して実施され、そのうち、データに欠損があったものを除いて、215 名(男性:82 名、女性:127 名、不明:6 名)に対して分析を行った。年齢は、10 代:2.9%、20 代:31.4%、30 代:28.5%、40 代:26.1%、50 代:10.1%、60 代:1.0%(n=207)であった。介護関係の職場における実務年数は、2 年未満:20.0%、2~5 年:25.9%、6~9 年:29.8%、10~19 年:21.0%、20~29 年:2.9%、30~39 年:0.5%であった。職位は、施設長:1.0%、中間管理職:6.6%、一般職:92.4%で、退職希望者は 32.6%で、そのうち、将来的にも介護関係の仕事および活動に就くことを望んでいたのは、37.5%であった。

## (2) ユニットケアの職場環境とその内容構造

ユニットケアを実施している職場は 75.8%で、実施していない職場は 18.6%、不明が 4.2%であり、7 割以上がユニットケア形式で介護を行っていることがわかる。ユニットケアを実施している場合と従来型の職場環境得点を比較した一覧表を表 3-2-1 に示す。また、ユニットケアの内容についてどのような認識が行われているのか、27 項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値の変化より、4 因子構造が妥当であると考えられた。そこで再度 4 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行い、十分な因子負荷量を示さなかった 9 項目を分析から除外し、再度主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。Promax 回転後の最終的な因子パターンを表 3-2 に示す。なお、回転前の 4 因子で 27 項目の全分散を説明する割合は 39.69%であった(表 3-2-2 参照)。

第1因子は9項目で構成されており、「食事や入浴介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮する」「利用者の生活空間が、家庭的な雰囲気になるように配慮・検討している」など、利用者への配慮を述べる内容の項目が高い負荷量を示していたので、「利用者配慮」因子と命名した。第2因子は4項目で構成されており、「職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である」「職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ないと思う」など、研修体制に関する内容の項目が高い負荷量を示していたので、「職場内外のスタッフ連携」因子と命名した。第3因子は4項目で構成されており、「賃金が安く、仕事量に見合っていないと思う」「夜勤の際に、スタッフが少ないので不安を感じる」など、職場の職員体制に関する不安内容の項目が高い負荷量を示していたので、「職務の不安」因子と命名した。第4因子は1項目で構成されており、「夜間勤務は、週1回以上である」とする夜勤回数の内容項目が高い負荷量を示していたので、「夜勤回数」因子と命名した(表 3-2-2 参照)。各因子ごとのユニットケアと従来型の職場環境得点を比較したところ、ほとんど差は見られなかった(表 3-2-3 参照)。

## (3) バーンアウト得点

バーンアウトの得点は、情緒的消耗感(以下EEと略)、脱人格化(以下DPと略)、個人的達成感(以下PAと略)の3得点を算出した。各得点の平均値は、EE:10.69(SD5.01), DP:6.19(SD5.28), PA:9.41(SD4.59)であった。これは、田尾、久保の5段階の診断基準によれば<sup>10)</sup>、EE, DP 共にいずれも「大丈夫」の範囲内であったが、PAは「要注意」段階に入っていた。なお、EEにおいて、「注意」、「要注意」、「危険」の範囲に入っていたのは全体の9.8%、同様にDPにおいては11.1%、PAにおいては34.4%であったため、全体的に、職員の仕事に対する士気が下がっている可能性がうかがえた。



また、ユニットケアを実施している施設と従来型の施設のバーンアウト得点を算出して、各質問項目ごとの平均値の比較は表 3-3-1 に、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の各得点の平均値比較は、表 3-3-2 に示した。t検定の結果、情緒的消耗感のみユニットケアの方が従来型に比べて高いこと( $t=-2.09, d\neq 50.86, p<0.01$ )が明らかとなった。

また、バーンアウト得点と他の指標との関連について検討したところ、性別、婚姻別等の差は見られなかったが、退職の希望別では、EE、PA に差は見られなかったが、DP において、退職を希望する職員は、そうでない職員に比べて、t検定の結果、有意に DP 得点が高かった( $t=7.89, d\neq 186, p<0.001$ )。

#### (4) 職場環境でのストレスへの対処

ストレスへの対処得点に関するユニットケアと従来型を比較した一覧を表 3-4-1 に示す。ストレス対処についてどのような認識が行われているのか、31 項目に対して主因子法による因子分析を行った。その結果、固有有値の変化により、5 因子構造が妥当であると考えられた。そこで再度 5 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行い、十分な因子負荷量を示さなかった 7 項目を分析から除外し、再度主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。Promax 回転後の最終的な因子パターンを表 3-4-2 に示す。なお、回転前の 5 因子で 24 項目の全分散を説明する割合は 44.43%であった。

第1因子は9項目で構成されており、「他にやり方がないか、自分で工夫してみる」「上司や同僚に個人的に相談する」「カンファレンスなどで検討してもらう」など問題点の再検討が示されていたので、「問題再検討」因子と命名した。第2因子は7項目で構成されており、「ものごとをよい方向に考えようとする」「仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する」など、ストレスに対する意識の転換や気晴らしに関する内容の項目が高い負荷量を示していたので、「気分転換」因子と命名した。第3因子は4項目で構成されており、「むずかしい問題は後まわしにする」「その問題を避け、忘れようとする」など、問題回避に関する内容の項目が高い負荷量を示していたので、「問題回避」因子と命名した。第4因子は2項目で構成されており、「愚痴を家族、友人・知人などに聞いてもらう」とする自己開示による解消の内容項目が高い負荷量を示していたので、「自己開示による解消」因子と命名した。第5因子は2項目で構成されており、飲酒や喫煙に関する内容項目が高い負荷量を示していたので、「飲酒・喫煙による解消」因子と命名した(表 3-4-2 参照)。また、ストレス対処のユニットケアと従来型の比較を表 3-4-3 に示したが、自己開示による解消のみ、ユニットケアにおいて高いものとなった( $t=2.88, d\neq 52.24, p<0.001$ )。

## (5) ユニットケア職場環境およびストレス対処とバーンアウトの関連

ユニットケアとの関わりについては、t検定の結果、ユニットケア実施群の方が、従来型に比べて、EE 得点においてのみ有意に高い傾向が見られた(表 3-3-2 参照)が、ユニットケア職場環境とバーンアウトとの関連を求めるために、バーンアウトの3指標である EE, DP, PA 得点各々を目的変数、ユニットケア職場環境4因子を説明変数として、重回帰分析(強制投入)を行い、標準偏回帰係数( $\beta$ )を求めた(表 3-5-1 参照)。その結果、職務の不安とバーンアウトの3つの指標の関連が明らかになった。

次に、ストレス対処とバーンアウトの関連を求めるために、バーンアウトの3指標である EE, DP, PA 得点各々を目的変数、ストレス対処5因子を説明変数として、重回帰分析(強制投入)を行い、標準偏回帰係数( $\beta$ )を求めた(表 3-5-2 参照)。その結果、EE は、問題回避、自己開示によるストレス解消、飲酒・喫煙によるストレス解消の順に関連があり、DP は、問題回避、PA は、問題再検討、気分転換の順に関連が見られた。

## II-1.4 考察

今回の調査の結果、ユニットケアの実施によって、バーンアウトのうち情緒的消耗感のみ高まることが明らかとなったが、そのバーンアウト程度自体は高いものとはいえなかった。したがって、ユニットケアの実施により、バーンアウトが高まったとしても、ユニットケアを行っていない従来型に比べて特段にストレスやバーンアウトが高まるとはいえないと考えられる。

一方で、ユニットケアの実施におけるバーンアウトの発生は、職務の不安との関連が深く、十分な賃金支給、夜勤の不安の解消、一般社会の理解などが促進されれば、バーンアウトの防止にもつながることが示唆された。さらに、ユニットケアによるストレスに対しては、問題回避やプライベートにおけるストレス解消が、バーンアウトにおける情緒的消耗感や脱人格化の進行と深いつながりがあり、問題の再検討や問題に対する認識の転換が個人的な達成感などの職業的プライドを高めることが明らかとなったため、今後のストレス対処の方向として、個人のストレス発散などの間接的なストレス解消ではなく、職場システムの変更などによるバーンアウト防止が重要である可能性が示唆された。今北・仲嶺他(2018)でも、物事に対する肯定的な受け止め方が、介護職のバーンアウトを低減すると報告している<sup>37)</sup>、ここで、述べられている肯定的な受け止め方というのは、セルフ・コンパッションと呼ばれる概念に非常に近い。セルフ・コンパッションとは、人間が苦しみに直面した時に自分に厳しく批判的になるのではなく、思いやりの態度を向けて労わる“Self-Kindness(自分へのやさしさ)”，苦しみを自分だけが経験しているものと

してではなく、人間誰しも経験しうることの 1 つとして普遍的に捉える“Common Humanity(共通の人間性)”, 否定的感情にとらわれるのではなく、それを受け容れてバランスの取れた状態にしておく“Mindfulness(マインドフルネス)”の 3 要素からなる心理的態度であるとされている(Neff(2003)<sup>38)</sup>, 有光(2014)<sup>39)</sup>を参照), たとえば, セルフ・コンパッションが高い人は抑うつや不安が小さく(MacBeth & Gumley, 2012<sup>40)</sup>), 人生満足感(Arimitsu & Hofmann, 2015<sup>41)</sup>)や幸福感(Neff & Vonk, 2009<sup>42)</sup>)をより感じやすいと報告されている,

## II-1.5 展望と研究の限界

以上, 近年, 批判されることが多かったユニットケアは, 確かに従来型の介護に比較すると, 相対的にストレスがかかりやすいことが明らかとなったが, 従来型に比べて, 特に, 問題点が多いとはいえないことも確かめられたため, より被介護者の心身の安定をもたらすと考えられるユニットケアを促進することが重要であると考えられる. ただし, その際に, 介護スタッフのバーンアウトを助長しないために, 介護スタッフの勤務状況の改善が必須であることも常に考慮に入れる必要があるだろう. そして, 従来型とユニットケア型と施設の形態を単純に 2 つに分けるのではなく, 従来型をベースにして, 従来型とユニットケア型の利点を取り入れたグループ型を目指す試みも行われ(たとえば, 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2010<sup>43)</sup>参照), 従来型とユニットケア型におけるケアと人間関係について考察する片桐(2012)の報告<sup>44)</sup>もある. 現場では, 2ユニットのスタッフを融通しながら勤務させる試みも始まっており, 今後は, これまでのユニットケアの概念を柔軟に変化させるケアの形が生まれてくる可能性もある. これは, 現在, 人手不足が深刻な介護現場において, 理想的なユニットケアを実現するための救済策になるかもしれない.

研究の限界として, 調査が日本の一地域における2つの法人に対して実施されたため, さらに幅広い範囲でのデータ収集と確認が必要であると思われる. また, 従来型がユニット型の1/4の人数であるため, 比較するサイズの偏りが大きく, 結果を一般的なものとして敷衍することは慎重にすべきであろうと考えられた.

## II. ユニットケア実施研修の有無と介護職員のバーンアウト状態の関連

### II-2.1 調査の目的

ユニットケアの実施は、通常、システム(少人数勤務形態)、ハード(個室と共用リビングを前提とした小規模介護)、ソフト(利用者の生活パターンを重視した身体介助や心理的援助)の3つの視点から進められてきた。実際に、大久保,三浦他(2016)は、ユニット型特別養護老人ホームにおいては、厚生労働省が定めるユニットリーダー研修のプログラムと同一の内容である「ユニットケア定着研修」を開設前に実施し、開設から半年後に、特養の管理職を対象とした「コーディネーター養成研修」を行うことで、ユニットケアのコンセプトの定着が実現するという報告している<sup>45)</sup>。しかしながら、介護形態を、従来型からユニットケアに移行する試みの中では、介護自体の考え方の転換がむずかしく、それがストレスになるとの鈴木,狩野(2002)による報告もあった<sup>17)</sup>。ユニットケアが実施されて1年半から3年にかけて、バーンアウトが高まるとい報告もある(たとえば,田辺,足立,他(2005b)や鈴木(2005)を参照<sup>26,34)</sup>)。そこで、現環境や介護職員を変更することなく、ユニットケアを継続する方策の一つとして、ユニットケア自体の理解を深める研修が重要であると考えられ、行政が主導して、地方自治体ごとに個別の研修が行われてきた。ユニットケアが定着すれば、介護職員のストレス低減の効果がみられると報告されているからである(たとえば,加藤ほか(2002)<sup>4)</sup>,張,黒田(2008)<sup>24)</sup>参照)。ただし、加藤ほか(2002)では、小規模ケアを実施する際には、その規模による職員配置の問題や、ハード(施設内の環境整備)とソフト(介護方法の転換)がうまく機能するように配慮できるかといった問題があり、職員配置などを状況に応じて柔軟に変化させる必要があること、また、認知症介護の質を向上させるためには、職員自身の技能向上のための継続した研修が必要であることなどもあわせて指摘している。北海道社会福祉協議会のユニットケア研修においては、対象施設のユニットリーダーに対して、ユニットケアの理念や技術について、半年間のスケジュールで講義と実習を実施し、研修終了1年後に、施設ごとに研修内容が定着されているかどうか、すでに認定されている施設の研修指導員2名によってチェックが行われる。そして、利用者の意思を尊重した個別介護を実現するという理念や技術について、100項目について採点し、80/100点以上を獲得した施設をユニットケア研修施設として認定(以降、「ユニット研修指定群」と略称)している。本研究では、それ以外のユニットケア実施施設を、「ユニット通常実施群」と略称する。実際に、大久保,三浦ほか(2016)は、ユニット型特別養護老人ホームにおいては、厚生労働省が定めるユニットリーダー研修のプログラムと同一の内容である「ユニットケア定着研修」を特別養護老人ホーム開設前に実施し、開設から半年後に、特養の管理職を対象とした「コーディネーター養成研修」を行うことで、ユニットケアのコンセプトの定着が実現すると報告している<sup>45)</sup>。本研究においては、特別養護老人ホームにおいて、ユニットケアの定着と職員のバーンアウトとの間

にどのような関連があるのか検証し、ユニットケア研修によって介護職員のバーンアウトが軽減できる可能性があるのか確認することを目的とした。また、介護現場におけるバーンアウト低減と対処行動の関連に関する報告もあり(たとえば、田辺,足立ほか(2005a)<sup>30</sup>,古村,石竹(2012)<sup>46</sup>などを参照),併せて,ユニットケア研修実施時のバーンアウトに伴うストレス対処方策の影響も検討する。調査の結果は,田辺・長田(2021)において発表された<sup>47</sup>。

## II-2. 2 調査の方法

### (1) 調査対象者と手続き

「ユニット研修指定群」と「ユニット通常実施群」における介護職員のバーンアウトを比較するために、「ユニット研修指定群」として、北海道内の3つの社会福祉法人における4つの特別養護老人ホームで勤務する職員122名を対象に、2017年9-11月に調査を行った。調査は、個人情報保護のために、無記名記述で実施し、終了後、記入者自身に厳封して郵送により返送頂いた。これらの施設では、従来型の介護とユニットケアの両方が実施されているが、ユニットケアを担当している職員に依頼した。その内、ユニットケアを実施しているかどうか不明と回答した職員を除いた110名を分析対象とした。

次に、「ユニット通常実施群」として、2018年8月には、道内の1社会福祉法人における3つの特別養護老人ホームで勤務する職員110名を対象に、同じく、個人情報保護のために、無記名記述で実施し、終了後、記入者自身に厳封して郵送により返送頂いた。その内、ユニットケアを実施しているか不明と回答した職員を除いた107名を分析対象とした。最終的に、両群で合計217名が分析対象となった。

### (2) 調査用紙の概要

調査は、年齢、性別、婚姻の有無、介護関係の実務年数、現在の職場あるいは活動の場での経験年数、転職・転勤の希望の有無などについても記入を求め、以下の3つの質問項目を用いて回答いただいた(付表2参照)。

#### ①ユニットケアの職場環境

利用者の少人数グループ化、職員の固定配置など、基本的なユニットケアの実施について3段階(実施、不明、非実施)、さらにユニットケアに伴う具体的な環境設定や利用者への介護サービス内容、職員同士の関わり、介護の不安要因などについて、「そう思う:0」から、「そう思わない:3」まで4段階で尋ね、担当しているユニットの利用者の介護度も併せて確認した。

## ②バーンアウトに関する質問

ユニットケア研修のストレス低減を確認するための指標として、バーンアウト指標を用いた。バーンアウトは、ヒューマン・サービスとして区分される職業に固有のストレス反応として 1980 年代より注目され、測定のための質問紙がいくつか開発されてきた。中でも、Maslach(1976)が用いたマストラック・バーンアウト測定尺度(Maslach's Burnout Inventory, MBI と略称されている)<sup>13)</sup>を、田尾・久保(1996)が日本語に標準化したチェックシート<sup>10)</sup>は、数多くの研究者に採用されて、介護職に関する事例も蓄積されている(たとえば、藤野(2001)<sup>23)</sup>、北岡・荻野他(2004)<sup>15)</sup>など)。尺度内容は、情緒的消耗感(心理的な要因が原因で引き起こされる身体的、心理的な虚脱感を示す)、脱人格化(職場内での対人関係全般に対する不全感とされ、逃避あるいは攻撃的な態度を示す)、個人的達成感の低下(対人専門職に特有の使命感で、バーンアウトが増加すると低下する)の3つの要因に分けられ、バーンアウトの心身にわたる症状を包括的にとらえていると考えられる。

本調査においては、17 項目の頻度について「ない:0」から「いつもある:4」まで 5 段階にわたって尋ねた。

## ③介護業務におけるストレス状況への対処

ソーシャルワーカーのバーンアウトについて調査を行った西尾ほか(2002)のストレス調査項目<sup>19)</sup>を用いて、ストレスへの対処方法について 31 項目(問題の再検討、職務システムによる解決、プライベートな楽しみによるストレス発散など)について、MBI 同様に、「ない:0」から「いつもある:4」まで 5 段階で評定を求めた。

(3)分析手法:分析には SPSS 統計パッケージ Ver.26 を用いた。群別のユニットケアの職場環境とストレス対処の相違、バーンアウトの相違を確認するための分散分析、ユニットケア職場環境 27 項目とストレス対処 31 項目を要約するための因子分析、群別の因子分析結果とバーンアウトの関連を確認するための重回帰分析を行った。

## (4)倫理的配慮

この調査は、無記名で行われ、結果は統計的な処理を行うので、個人の特長は行われないうこと、回答されるのを拒否したい場合には、本人の意思を尊重し、不利益は生じないことを明記した。また、北星学園大学の倫理審査委員会の許諾を受けて行われた(17-研倫 12 号)。

## II-2.3 結果

### (1) 調査対象者の属性

①調査対象介護スタッフの属性:性別は,男性:36.4%,女性:62.7%,未記入:0.4%であった。年齢は,10代:2.3%,20代:26.3%,30代:24.4%,40代:24.9%,50代:13.4%,60代:7.8%であった。介護関係の職場における実務年数は,2年未満:10.3%,2~5年:26.3%,6~9年:23.0%,10~19年:31.0%,20~29年:6.1%,30~39年:1.9%であった。職位は,施設長:1.4%,中間管理職:6.3%,一般職:88.0%であった(表4-1参照)。

②退職希望動向:退職希望者は28.9%で,そのうち,将来的にも介護関係の仕事および活動に就くことを望んでいたのは,20.3%であった。上記の内容について,「ユニット研修指定群」と「ユニット通常実施群」の人数や平均値間で差はなかった。

### (2) 2群間のユニットケアの職場環境とストレス対処の比較

研修の有無によって,「ユニットケアの職場環境」と「ストレス対処」に関して相違がないか確認するために,ユニットケアの職場環境とストレス対処の合計得点を各々求めた(表4-2,4-3参照)。2群の平均の差の検定(等分散を仮定しないt検定)を行った。その結果,(表4-4参照)に示すように,「ユニットケアの職場環境」では両群に差は見られなかったが,「ストレス対処」得点は,「ユニット研修指定群」よりも「ユニット通常実施群」の方が有意に高かった。

### (3) バーンアウト得点の比較

バーンアウトの得点は,各質問項目ごとの平均値の比較は表4-5-1に,情緒的消耗感(EE),脱人格化(DP),個人的達成感(PA)の各得点の平均値比較は,表4-5-2に示した。田尾・久保の5段階(まだ大丈夫,平均的,注意,要注意,危険)の診断基準によれば<sup>17)</sup>,EE,DP共にいずれも「まだ大丈夫」の範囲内であったが,PAは「要注意」と「危険」の境界領域に入っていた。なお,EEにおいて,「注意」,「要注意」,「危険」の範囲に入っていたのは全体の18.4%,同様にDPにおいては14.5%,PAにおいては89.7%であったため,PAで示される専門職としての介護業務に対する使命感が極端に悪化している可能性がみられた。

群間のバーンアウト得点比較においては,2群の平均の差の検定(等分散を仮定しないt検定)を行い,表6からも明らかな通り,DPのみが,「ユニット研修指定群」よりも「ユニット通常実施群」の方が有意に高く,EE,PA共に有意な差はみられなかった。

#### (4) ユニットケアの職場環境とその内容構造

ユニットケアの職場環境について、項目内容を要約するため、27項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値1以上の因子を基にバリマックス回転を行い、因子負荷量が0.3未満の3項目を除き、最終的に4因子パターンとなった。結果を表4-6に示した。なお、回転前の因子で24項目の全分散を説明する割合は、32.49%(4因子)であった。まず、第1因子は11項目で構成されており、利用者本位のケア内容の実現について述べるもので、「ユニットケアの理念・技術」と名付けた。第2因子は、6項目で構成されており、職場内外の支援体制の必要性に関する内容で、「職場内外の支援不足」と名付けた。第3因子は、4項目で構成されており、利用者のケア方法などに関するもので、「業務内容」と名付けた。第4因子は、3項目で構成されており、事務作業やカンファレンスに関する内容で、「業務体制」と名付けた。

#### (5) 職場環境でのストレスへの対処

ストレスへの対処要因についても、項目内容を要約するため、31項目に対して主因子法による因子分析を行った。その結果、固有値1以上の因子を基にバリマックス回転を行い、最終的な因子パターンの内容を、表4-7に示した。回転前の因子で31項目の全分散を説明する割合は、71.75%(2因子)であった。まず、第1因子は、17項目で構成されており、他者への感情表出など対人的なストレス解消、食事やスポーツなどによるストレス発散など直接の問題対処からは離れる内容であったので、「業務外対処」と名付けた。第2因子は、14項目で構成されており、問題が起きた際、過去事例の参照、問題点の再検討や周囲への相談など問題点に直接向き合う内容が示されていたため、「業務の再検討」と名付けた。

#### (6) ユニットケア職場環境およびストレス対処とバーンアウトの関連

ユニットケア職場環境およびストレス対処とバーンアウトとの関連を求めるために、各々、バーンアウトの3指標であるEE, DP, PA得点各々を目的変数、ユニットケア職場環境4因子およびストレス対処2因子を説明変数として、重回帰分析(強制投入)を行い、標準偏回帰係数( $\beta$ )を求め、結果内容を表4-8-1(ユニット通常実施群)、表4-8-2(ユニット研修指定群)に示した。

その結果、ユニット通常実施群では、EEは、ストレス対処の内、「業務の再検討」と「業務外対処」に関連する傾向がみられた。DPは、ストレス対処の内、「業務外対処」と「業務の再検討」と有意に関連していた。PAは、ユニットケア職場環境において、「ユニットケア理念・技術」「職場内



外の支援不足」の順で有意な関連が、ストレス対処の内、「業務の再検討」と「業務外対処」の順で有意な関連が見られた。

次に、ユニット研修指定施群では、EE は、ユニットケア職場環境において、「業務内容」と有意な関連が見られ、DP は、ユニットケア職場環境において、「業務内容」、「職場内外の支援不足」の順で有意な関連見られた。ストレス対処と関連が見られたバーンアウト尺度はなかった。

## II-2.4 考察

本研究は、ユニットケア研修の実施が、施設職員のバーンアウトに与える影響を検討することを目的として行った。

まず、ユニットケアの職場環境を、研修の有無で比較したところ両群間で差は見られなかったことから、業務内容は同等であることが確認できた。次に、両群でストレスの対処状況を比較したところ、ユニット研修指定群よりもユニット通常実施群でより多くの対処行動をとっていることが確認できた。さらに、バーンアウト状態を両群で比較したところ、情緒的消耗感(EE)、個人的達成感(PA)の2側面では差は見られなかったが、脱人格化(DP)においてユニット研修指定群よりもユニット通常実施群で統計的に有意に高かった。これらの結果から、ユニットケアの理念や技術の研修が介護職員のバーンアウト(DP 要因)を低減する可能性が示された。脱人格化(DP)は、同僚や利用者とのコミュニケーションを調整する内容であり、対人ストレスの低減であると推測されるが、従来型とユニット型の介護職員のストレス特徴について比較した。中村,水上(2018)でも、ユニット型においては、自己効力感やコミュニケーションスキルなどの向上が介護職員のストレス軽減につながる可能性を示唆しており<sup>48)</sup>、本研究の結果とも通底していると考えられる。

また、重回帰分析の結果から、「ユニット通常実施群」において、個人的達成感(PA)と関連が深いのは、ユニットケア職場環境の内、「ユニットケア理念・技術」と「職場内の支援不足」であり、「ユニット研修指定群」では、情緒的消耗感(EE)、脱人格化(DP)と「業務内容」の関連が深かったことから、研修の有無で、バーンアウトと関連するユニットケア職場環境の要因が異なることが明らかとなった。

畦地ほか(2020)では、業務の量的負荷がEEを媒介としてDPに影響をもたらす、質的負荷も個人的達成感(PA)に影響するため、バーンアウト低減はワークエンゲージメント(仕事への前向きな心理状態)が重要であると報告<sup>49)</sup>している、本研究の結果は、研修によって、ワークエンゲージメントが促進され、質的負荷による個人的達成感(PA)への影響までは至らなかったことを示しているのかもしれない。

そして、「ストレス対処要因」とバーンアウトの関連は、「ユニット通常実施群」では高いが、「ユニット研修指定群」では見られなかった。通常、介護現場においては、消極的対処はバーンアウトに正の、積極的対処はバーンアウトに負の影響が見られ、対処の個人差がバーンアウトに影響する状態が生じることが報告されている(たとえば、古村、石竹(2012)<sup>46)</sup>などを参照)。

一方、本研究では、研修が実施されていると、ストレス対処量の個人差が、バーンアウトに影響しにくくなり、ストレスの対処ではなく、ユニットケアの職場環境がバーンアウト(EEとDP)に影響していた。大和、立福(2013)は、介護施設において、採用後も続けて教育・研修を実施している施設が、そうでない施設に比べて離職率が低い事<sup>50)</sup>、内田、李 他(2021)は、介護の質向上への取組みが離職意向を直接低下させていることを報告している<sup>51)</sup>。バーンアウトと離職傾向は関連が深く(たとえば、堀田(2009)などを参照<sup>52)</sup>)、本研究においても、研修の実施によって介護の質向上が図られ、相対的に研修指定施設ではストレスが抑えられて、個人差が少なくなり、ストレスの個人差がバーンアウトの影響ではなくなった可能性が考えられる。ただし、研修の実施と介護の質向上との因果関係に関しては、今後、更なる精査が必要であろう。

## II-2.5 展望と研究の限界

今回の研究において、ユニットケアの職場環境を確認するために、ユニットケアの実施に関するチェックシートを用意して、回答結果の因子分析を行ったが、集約が十分でなく、因子の累積寄与率も低かったため、現場の状況を反映するためには、更なる精査が必要であろう。その際に、同一の施設において、研修の前後での縦断的な調査による結果確認も必要であると考えられる。また、調査が、日本の一地域における複数の法人に対してのみ実施されたため、さらに幅広い地域におけるデータ収集と分析が必要であると思われる。

そして、バーンアウトの程度は、研修指定の有無にかかわらず、EEとDPの程度においては「普通」の範囲内であったが、PAのみ、「危険」領域に入っていた。従って、現在の高度な研修の実施も、PAを高めることは困難であることを示唆していた。今回の調査においては、「現在の介護の仕事に関して感じること、業務負担を減らすために考えられることなど」について自由記述をお願いしたところ、4割程度の回答者が記述しており、そのうちの半数が人手不足の解消、1/4が賃金アップを訴えており、これは極端に低いPA得点と関連があるかもしれない、しかしながら、この問題を解決するためには、広範な社会的施策の再検討が必要であると考えられる。

## 第4章 総合考察

### 4-1 従来型からユニット型への環境移行

本研究は、特別養護老人ホームにおけるユニットケアの実施が、介護職員のバーンアウトを引き起こすのか、もし引き起こすとしたらどんな要因があるのか、それを解消するためには何が必要なかを明らかにする事が目的であった。そのために、従来型の施設からユニット型に移行する際に生じるバーンアウトの特徴を明らかにすることと、ユニットケアの研修効果を明らかにすることという2つの視点から調査を行った。その際に、システム(人数配置、研修機会など)、ハード(生活の環境設定)、ソフト(介護技術、感情労働など)の3領域でのユニットケア実施進行状況を念頭において、これらの要因とバーンアウトの関連について分析を行った。環境移行の研究では、特に、ハードとソフトの問題に焦点を当て、ユニットケア研修の研究では、システムとソフトの問題に焦点を当てた。その結果、ユニットケアは、介護職員の教育や研修、職員配置の配慮等、さまざまな条件下において、バーンアウト評価を基にした心身ストレスが高まる可能性があるが、それを低減させる対策も考えられることが明らかとなった。

まず、従来型からユニット型への2005年に行われた環境移行時の、介護スタッフのバーンアウト得点は、環境移行前に比較して、バーンアウトのうち、情緒的消耗感が減少傾向を示した。しかしながら、その1年半後には上昇を示し、環境移行直後のストレス低減状態を保つことができず、環境移行以前よりも悪化したと考えられた。特に慢性的な心身の疲弊感である情緒的消耗感に比べて脱人格化が進行した介護スタッフが増加したことは、利用者のケアという業務に与える影響を考えると深刻な状況であった。これらの原因について検討してみると、ストレス要因の中核は職場風土とのつながりが深いと考えられた。問題の再確認、職務システムによる解決、コミュニケーションによる解決といった職場を中心にした方策が若干増加しているものの、飲酒・喫煙といった個人的なストレス発散の増加が顕著であったからである。バーンアウトの防止は職場風土の改善であると考えられた。面接調査の結果からも、少ない人員での業務遂行に対する不安や、お互いの情報交換やコミュニケーション不足が挙げられていた。それでも、調査の行われた2003年当時は、バーンアウト得点はいずれも高いものではなかった。

### 4-2 従来型とユニット型の介護職員のバーンアウト得点比較

2015年以降のユニットケア実施の進行と介護職員のバーンアウトの関連に関する調査において、従来型とユニット型の介護職員のバーンアウト得点を比較したところ、ユニットケアの実施によって、バーンアウトのうち情緒的消耗感のみ高まることが明らかとなったが、そのバーンアウトの程度自体は高いものとはいえなかった。したがって、ユニットケアの実施により、バーンアウトが高まったとしても、ユニットケアを行っていない従来型に比べて特段にストレスやバーンアウトが高まるとはいえないと考えられた。これは、利用者の心身の安定や活性化を促進するユニットケアを選択する必要性を示唆していると考えられた。一方で、ユニットケアの実施におけるバーンアウトの発生は、職務の不安との関連が深く、今後のストレス対処の方向として、個人のストレス発散などの間接的なストレス解消ではなく、職場システムの変更などによるバーンアウト防止が重要である可能性が示唆された。

#### 4-3 ユニットケア研修有無のバーンアウト得点比較

そして、2017-2018年の調査の結果 ユニットケア研修指定が行われた施設の方が、通常ユニットケア型施設に比べてバーンアウト得点が高いことが明らかとなり、研修によるユニットケア技術の促進が介護職員のバーンアウトを低減することが明らかとなった。その中でも、研修指定施設の職員は、ユニットケア職場環境においてケア技術の内容を把握して、問題解決に向けた業務取り組みへの積極性がうかがえた。ユニット通常実施施設では、情緒的消耗感と脱人格化得点は、「業務に対する不安」と関連が強く、脱人格化と個人的達成感得点は、「ケアに対する評価」との関連が見られたことから、ユニットケアの業務内容自体に対する不安が高いことが明らかになっており、研修等による知識や技術習得がバーンアウト感を低減する可能性が示唆された。さらに、ユニット研修指定施設では、研修によるケア技術の再確認が行われた後は、バーンアウトを低減する要因は利用者本位のケアである可能性が高いと考えられた。研修指定施設の調査においては、対象施設すべてにおいて、バーンアウトのうち、情緒的消耗感と脱人格化得点はそれほど高くなかったが、個人的達成感のみ、危険域に入るほど低く、介護職員のプライド意識の低下が危惧された。従って、高度な研修の実施も、個人的達成感を高めることが困難であることが示唆された。それでも、個人的達成感とバーンアウトは、ケア内容の検討と問題の再検討と密接な関連があるという結果が出たことから、利用者の問題解決を促進する事例検討などが、研修内容として効果的である可能性が考えられる。

いずれにしても、ユニットケアに伴うバーンアウトは常に高まる可能性もあり、それを防ぐために、システム、ハード、ソフトのいずれの要素をも考慮した介護技術の確認やスキルアップのための研修の充実が必要であると考えられる。

しかしながら、本研究においては、特に、研修によるケア技術の再確認がもたらすバーンアウト低減効果の研究において、職員の職務プライドの回復に向けた要因を十分明らかにできたとはいえ、ユニットケアの実施におけるバーンアウトの発生要因としての職務の不安との関連において、職員が要求する、十分な人員供給、賃金支給、夜勤不安解消、一般社会の理解などについてさらに、検証する必要があると考えられた。

さらに、現在、ユニットのメンバーを最小限の範囲内で、柔軟に移動勤務させたりして、ユニットの不足している人員や機能を補填することなどが試みられているが、このような従来のユニットケア概念の変更によるバーンアウト低減の可能性についても今後の課題であると思われる。

介護現場は今後も、よりよい認知症介護の模索だけでなく、社会・経済的要請によって、制度、システム、技術などが引き続き変化していく可能性が高いと考えられるため、質の高い介護方法でありながら、介護現場にとってよりストレスが少ない介護形態について研究を行い、その知見を提言していくことは、現在敬遠されがちな若者の介護業務への積極的な就労も含めて将来的に非常に大きな意義があると考えられる。

なお、今回の調査研究は、日本の一地域における少数の法人に対して実施され、2つの調査研究の間には20年弱の時間経過があるため、2つの調査研究を単純に同列に論じることはできないが、介護現場システムやユニットケアの問題点に関しては、時代を超えて検討し、参照すべき部分も多いと思われる。そのためにも、さらに幅広い地域や施設でのデータ収集と確認も必要であろう。(図5参照)

#### 4-4 新型コロナウイルス(COVID19)の感染拡大とユニットケア継続

最後に、2020年以降の新型コロナウイルス(COVID19)の感染拡大と、ユニットケア継続、介護ストレスとの関連についても検討したい。なぜなら、新型コロナウイルス感染拡大は、理想的なユニットケア実施に対する大きな障害となる可能性があるからである。

2021年2月には、日本国内の高齢者福祉施設で発生した新型コロナウイルスのクラスターが1000件を超えたことが報告された(厚生労働省)が、感染が始まって以来、数多くの高齢者介護施設においては、感染予防と感染者が出た際の対策の2点が問題となってきた。前者に

関しては、これまでも、インフルエンザやノロウイルス等の感染予防対策が実施されてきたが、新型コロナウイルス感染対策は、従来の感染症対策以上の消毒、マスクの常用、人と人との距離の維持等が要求され、通常業務に加えて、心身共に、未知のウイルス感染に対するストレスが増加することとなった。後者に関しては、感染者が利用者であれ、介護職員であれ、感染者が出ることで、施設内の消毒や防護服利用などの感染予防装備が大量に必要になり、職員の感染や濃厚接触者の指定に基づく自宅待機などにより、人員不足と共に、更なる心身負担が引き起こされる事態となった。介護現場では、利用者本位の個別介護が三密状態による感染リスクを高める可能性があるとして一部制限されるようになった。本来、親身なケアが、利用者の心身状態を安定させ、活性化させるとされてきたのだが、それが困難になっている(たとえば、山田(2021)参照<sup>53)</sup>)。

特別養護老人ホームでは 2006 年以降、ユニットケアが標準仕様となったが、このシステムを維持、進展させていくためには、ユニットごとに配置された既定の人員とユニットケアを継続するための理念及び技術研修が必要となり、2010 年頃には、介護現場から、人出不足の状態でも理想的な介護を維持することは困難ではないかとの見方も増えてきた(たとえば、岡田、岡田(2008)<sup>27)</sup>、阿部(2010)<sup>28)</sup>参照)。このような現況を考慮して、最近では、国も、多床室からユニットケアへの環境移行形態である準ユニットケアの形式も容認するようになってきている。そして、このような慢性的職員不足を抱える介護現場に新型コロナウイルス感染が拡大して、ユニットケア実施を困難にさせる状況に拍車をかけることとなった。その上、利用者本位の介護として尊重されてきた、利用者との密接なコミュニケーションの尊重が、感染リスクが高いとして避けられるようになり、感染拡大防止の見地から、日々のアクティビティや家族との面会が制限されることで、利用者の心身状態が悪化したり、認知症が進行したりするリスクも増加した(たとえば、石井(2021)参照<sup>54)</sup>)。このことが、利用者家族にとっても心理的なストレスをもたらしている(たとえば、宮本(2020)参照<sup>55)</sup>)。さらに、介護現場で感染者が出ると、周辺住民や子どもの活動先等から、根拠のない偏見や差別を持たれるリスクもあり、これらも職員の心身ストレスの増大につながる(たとえば、全国老人福祉施設協議会(2020)参照<sup>56)</sup>)。すなわち、新型コロナウイルス感染拡大は、これまで、数多くの現場職員の努力で地道に改良が加えられてきた利用者本位の介護(パーソンセンタードケア)とそれを実現するユニットケアが破壊されるリスクが大きいと考えられる。さらに、この感染状況は、感染の大小はあっても、今後も長期化する恐れがあり、国の政策変更や社会全体の十分な理解を得ることに加えて、各々の現場でも工夫できる方策を検討する必要があると考えられる。

堀田(2021)は,新型コロナに関する介護保険サービス事業所等に対する支援や環境整備として特に重要なことを,現場職員に5つまで選択してもらった結果として,感染防御資材の優先調達(78.2%),感染者等発生時の陽性者の速やかな入院(44.1%),感染者等発生時の介護職等の応援要員の確保(41.7%),発熱・咳等の症状がある利用者・入所者等及び職員への積極的な検査の実施(40.2%),職員の特別手当(危険手当を含む)の支給(37.0%),感染者等発生時の指針策定(30.0%)などを挙げている<sup>57)</sup>.また加藤(2021)は,認知症ケアの現場における感染対策として,疲弊するスタッフに対するメンタルヘルスの重要性を挙げている<sup>58)</sup>.

これまで述べてきた通り,ユニットケアシステムは,現在,人手不足や施設側利用者側双方の経済的要因から,ハード(居室環境),システム(人員配置など)において,従来型に戻りつつあり,新型コロナウイルス感染の拡大は,その傾向を助長する可能性が高い.この流れは,当初の理念に基づくユニットケアのソフト(利用者の個別性を尊重したケア技術等)の継続を困難にするリスクもある.したがって,今後の研修内容に関しては,厚労省の指針変更に対応可能な柔軟さを持ちながら,これまでのユニットケアのソフト内容を損なわない方策を模索していく必要があるだろう.

今回の研究結果が示す,環境移行の際のストレス特徴と研修によるストレス回避機能という知見が,今後,介護職員のストレスを軽減し,ユニットケアを維持する一助となることを願っている.

## ■謝 辞

本研究は,平成17年度厚生労働科学研究費(長寿科学総合研究,主任研究者:足立啓),平成17年度ニッセイ財団先駆的事業助成(A社会福祉法人),2006年度北星学園大学特別研究費,平成26年度老施協総研:高齢者介護・医療の質の評価とケアの在り方に関する調査研究助成,平成28年度文部科学省科学研究費(基盤研究C,課題番号:16K04173)による助成を受けて行われた.調査にご協力いただいた施設スタッフの皆さんには心より感謝申し上げたい.

平成28年度の科研メンバーで,助成期間終了直後に急逝した赤木徹也(工学院大学建築学部)氏には,格段のお礼を申し上げたい.

## ■引用文献

- 1) 水野 裕:実践パーソン・センタード・ケアー認知症をもつ人たちの支援のために. ワールドプランニング,東京,2008.
- 2) 弘津公子,利光菜緒,藤崎朋恵:認知症高齢者の食事支援における24時間シートの有効性. 山口県立大学学術情報 (11), 87-100, 2018.
- 3) 外山義:介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究報告書.医療経済研究機構, 63-89,2001.
- 4) 加藤伸司,長嶋紀一,大橋美幸ほか:痴呆高齢者のグループホーム及びケアユニット等における有効・効率的なケアのあり方に関する研究. 厚生科学研究費補助金(21世紀型医療開拓推進研究事業)平成13年度総括研究報告書, 1-10,2002.
- 5) Boekhorst,S., De Lange,J., F I A Depla,M. & A Eefsting,J.(2009)The effects of group living homes on older people with dementia: A comparison with traditional nursing home care. International Journal of Geriatric Psychiatry 24(9):970-978.
- 6) Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP : Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. J Nurs Stud. 2012 Jan;49(1):21-9,2012.
- 7) 秋葉 都子, 朴 宣河:全国調査によるユニットケア実施施設の実態に関する考察.日本建築学会計画系論文集,77-671,1-8,2012.
- 8) 三菱総合研究所 人間・生活研究本部:平成25年度ユニットケアに係る研修のあり方に関する研究報告書.2014.
- 9) Freudenberger,H.J.: Burnout;The high costs of high achievement. Anchor Press.1980.  
(川勝久訳:バーンアウトシンドローム. 三笠書房, 東京(1981).)
- 10) 田尾雅夫, 久保真人:バーンアウトの理論と実際;心理学的アプローチ. 誠信書房,東京,1996.
- 11) 土居健郎, 宗像恒次, 稲岡文昭ほか:燃えつき症候群;医師・看護師・教師のメンタル・ヘルス. 金剛出版, 東京,1988.
- 12) 宗像恒次:ストレス解消学ー過労死・がん・慢性疾患を超えるために. 小学館ライブラリー, 東京,1995.
- 13) Maslach, C. :Burned-Out. Human Behavior, 5(9):16-22,1976.
- 14) Maslach, C. , Leiter, M. P. : The Truth about Burnout. Jossey-Bass Inc. Publishers,1997. (高見恭子 訳:燃えつき症候群の真実. トッパン, 東京,1998. )



- 15) 北岡和代, 荻野佳代子他: 日本版MBI-GSの妥当性検討. 心理学研究, (5),415-419,2004.
- 16) 音山若穂, 矢富直美: 特別養護老人ホームの利用者中心的介護が介護スタッフのストレスに及ぼす影響. 季刊社会保障研究, 33(1):80-89,1997.
- 17) 鈴木聖子, 狩野徹: 施設建替えにおけるケアスタッフの職場適応過程に関する研究. 老年社会科学, 24(3):311-318, 2002.
- 18) 上野徳美, 山本義史: ナースのバーンアウトと心理社会的サポート介入(田中共子, 上野徳美編)臨床社会心理学, 9-30, ナカニシヤ出版, 京都,2003.
- 19) 西尾祐吾, 清水隆則, 田辺毅彦編: ソーシャルワークにおけるバーンアウトの研究; 社会福祉士の実態調査. 中央法規出版, 東京,2002.
- 20) 矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき: 老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発. 社会老年学.34,49-59,1991.
- 21) 谷口幸一, 吉田靖基: 老人福祉施設職員の介護ストレスに関する研究. ストレス科学, 15(1),82-88,2000.
- 22) 藤野好美: 日本における社会福祉専門職のバーンアウト研究についての一考察—先行研究の現状と今後の展望に関して— 評論・社会科学, 61:1-22,2000.
- 23) 藤野好美: 社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究. 社会福祉学, 42(1),137-149,(2001).
- 24) 張 允楨, 黒田研二: 特別養護老人ホームにおけるユニットケアの導入と介護業務および介護環境に対する職員の意識と関連. 社会福祉学, 49(2),85-96,2008.
- 25) 高口光子: ユニットケアという幻想. 雲母出版, 東京,2004.
- 26) 田辺毅彦, 足立啓, 大久保幸積: 特別養護老人ホーム介護スタッフのユニットケア環境移行後のバーンアウトの検討. 老年社会科学, 27(3),339-344,2005b.
- 27) 岡田耕一郎, 岡田浩子: だから職員が辞めていく—施設介護 マネジメントの失敗に学ぶ, 環境新聞社,2008.
- 28) 阿部真大: ユニットケアはケアワーカーを幸せにするのか? (特集 介護労働の多面的理解) 日本労働社会学会年報 (21), 43-70, 2010.
- 29) 介護分野における人材確保のための雇用管理改善推進のための事例・ノウハウ集(平成28年度 北海道東北ブロック)報告書, 26-30,2018.  
<http://www.langate.co.jp/koyou-kaizen/PDF/knowhow-hokaidou.pdf>

- 30) 田辺毅彦,足立啓,田中千歳,大久保幸積,松原茂樹:特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境移行が介護スタッフの心身に与える影響ーバーンアウトとストレス対処調査.日本認知症ケア学会誌 2005a;40 (1),17-23.
- 31) 児玉桂子, 足立啓, 下垣光ほか編:痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくりー実践に役立つ環境評価と整備手法ー. 彰国社, 東京,2003.
- 32) 児玉桂子, 原田奈津子, 潮谷有二ほか:痴呆性高齢者への環境配慮が特別養護老人ホームスタッフのストレス反応に及ぼす影響. 介護福祉学, 9(1),59-70,2002.
- 33) 上野徳美, 山本隆史, 林智一:ケア専門職のモラル, 職場の人間関係および職場風土がバーンアウトに及ぼす影響. 日本健康心理学会第 17 回大会発表論文集, 102-103,2004.
- 34) 鈴木聖子:ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程. 老年社会科学 26(4),401-411,2005.
- 35) 早坂聡久:特別養護老人ホームにおけるユニットケア導入に関する研究ーユニットケア導入前後の比較をとおしてー.日本興亜火災福祉財団ジェロントロジー研究報告, 6,84-96,2004.
- 36) 田辺毅彦:特別養護老人ホームにおけるユニットケア実施要因とバーンアウトの関連の研究. 老施協総研 平成 26 年度調査研究報告書 2014.
- 37)今北哲平,仲嶺実甫子,佐藤 寛:介護職におけるセルフ・コンパッション, コーピング, バーンアウトの関連. 心理学研究,449-458,2018.
- 38) Neff, K. D.: The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223- 250,2003.
- 39) 有光 興記:セルフ・コンパッション尺度日本語版の作成と信頼性,妥当性の検討. 心理学研究 85, 55-59,2014.
- 40) MacBeth, A., & Gumley, A.:Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552,2012.
- 41) Arimitsu, K., & Hofmann, S. G.: Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, 74, 41-48,2015.
- 42) Neff, K. D., & Vonk, R. : Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating tooneself. *Journal of Personality*, 77, 23- 50,2009.

- 43) グループケア型施設の運営および施設サービスのあり方に関する調査研究報告書. 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構,2010.
- 44) 片桐資津子:従来型特養と新型特養の比較研究 グループのもつ力に着目して. 社会学評論,63-1, 70-86,2012.
- 45) 大保幸積, 三浦力, 大久保有慶, 足立啓: 特別養護老人ホームにおけるユニットケア定着のプロセスに関する一考察—教育的介入とその効果—. 厚生指標 63-4,17-22,2016.
- 46) 古村美津代,石竹達也: 認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフのバーンアウトと個人特性と職場環境要因との関連. 日本公衆衛生雑誌 59(11):822-832,2012.
- 47) 田辺毅彦,長田久雄: 特別養護老人ホームにおけるユニットケア研修と介護職員のバーンアウトの関連. 応用老年学 15(1):48-57,2021.
- 48) 中村誠司,水上勝義: 従来型・ユニット型施設介護職員のストレスと個人要因に関する調査研究:職業性ストレスやストレス反応に関連する項目の比較検討. 高齢者ケアリング学研究会誌 2018;8(2):22-33.
- 49) 畦地良平, 北村世都, 内藤佳津雄: 介護職員におけるバーンアウトとワークエンゲイジメントの関係性. 老年社会科学 2020;42(3):188-199.
- 50) 大和三重,立福家徳: 特別養護老人ホームにおける介護職員の離職要因:賃金と教育・研修を中心とした施設体制が離職率に与える影響. 人間福祉学研究 2013;6(1),33-45
- 51) 内田和宏,李 泰俊,加瀬裕子: 高齢者介護施設における介護職員の離職意向に関連する要因の構造分析. 老年社会科学 2021 42(4), 289-300
- 52)堀田 聡子: 介護職のストレス・バーンアウトと雇用管理. 季刊家計経済研究 2009 SPRING;82,24-36
- 53) 山田実: COVID-19 による高齢者の活動への影響と社会参加. Aging&Health,97,30-1,10-13,2021.
- 54) 石井伸弥: 新型コロナウイルス感染症流行が介護事業所の認知症ケアに及ぼした影響. 老年精神医学雑誌, 32(4):397-403, 2021.
- 55) 宮本恭子:新型コロナウイルス感染拡大と家族介護者に関する研究. 山陰研究 (13), 97-113, 2020.
- 56) 全国老人福祉施設協議会:新型コロナウイルス感染症に伴う偏見・差別への対応について. 第3回偏見・差別とプライバシーに関するワーキンググループ, 2020.10.16.

- 57) 堀田聰子:新型コロナウイルス感染症が介護高齢者支援に及ぼす影響と現場での取り組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービスを提供する法人調査】調査結果報告書.人とまちづくり研究所. 2020.
- 58) 加藤伸司:認知症ケアの現場での感染対策;現状と今後の課題. 老年精神医学雑誌, 32(4):404-409, 2021.

## ■ 図表一覧

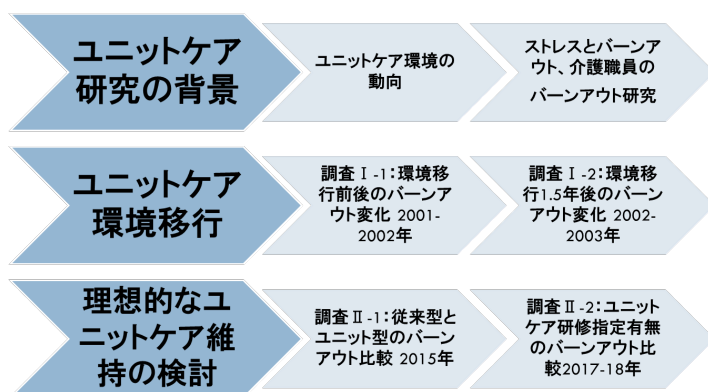


図1 ユニットケア、介護職員のバーンアウトと調査研究の一覧

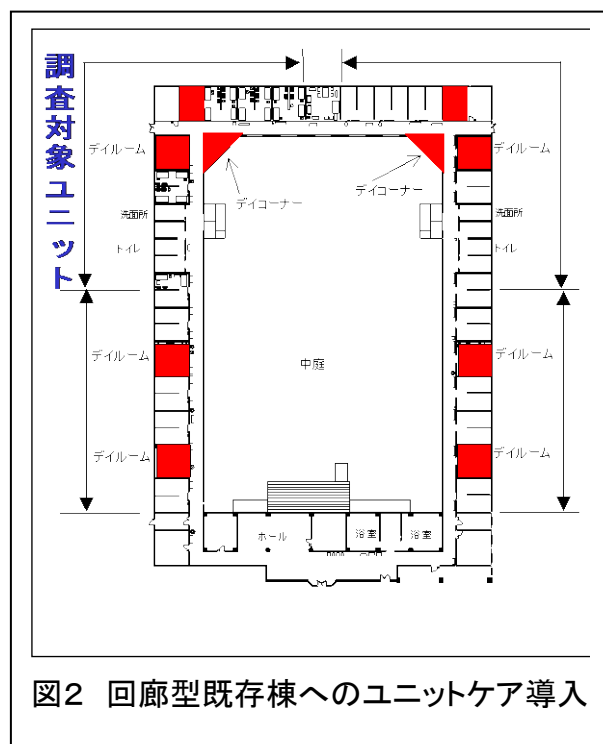


図2 回廊型既存棟へのユニットケア導入

表1 ユニットケア設置と人員配置等の変遷

	ユニットケア状況	内容
2001年	ユニットケア開始	厚労省が、完全個室、ユニットケアの整備を開始。
2003年	新規特養にユニットケア設置	厚労省が、新規の特養施設はユニットケアに整備する方針を示す。職員配置は、利用者3人に対して職員1人。
2016年	ユニットケアの実施状況	全国特養のユニット化は40%。
2017年	準ユニットケア加算	加算は、多床室でもプライバシーを確保するための手段をとることや人員配置などを要件とする。
2018年	利用者制限の緩和	1ユニットにつき10人前後から12人まで容認、ユニット型個室的多床室も容認。
2021年	利用者定員、職員配置制限の緩和	新規の個室ユニットの利用者定員を15人まで緩和。新規のユニット型個室的多床室は禁止。ユニット整備に関わる職員配置自体も努力義務。

表 1-1 調査対象者の属性 2001,2002

		ユニットケア環境整備 調査2001,2002	
		度数(%)	n
1.性別	男性	5(50.0)	10
	女性	5(50.0)	
2.年齢	1.20歳未満	1(11.1)	9
	2.20~29歳□	4(44.4)	
	3.30~39歳	2(22.2)	
	4.40~49歳□	2(22.2)	
3.介護実務年数	1.2年未満	2(20.0)	10
	2.2~5年	1(10.0)	
	3.6~9年□	3(30.0)	
	4.10~19年□	2(20.0)	
	5.20~29年□	2(20.0)	
4.現在の職場ある いは活動の場での経 験年数	1.2年未満	2(20.0)	10
	2.2~5年	1(10.0)	
	3.6~9年□	3(30.0)	
	4.10~19年□	2(20.0)	
	5.20~29年□	2(20.0)	
12.退職意思	1.現在、望んでいる	9(90.0)	10
	2.望んでいない	0(0.0)	

表 1-2-1 ユニットケア環境整備前後におけるバーンアウト得点の変化 2001,2002

	バーンアウト得点:環 境整備前2001調査		バーンアウト得点:環 境整備後2002調査	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1.「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	1.50	0.85	1.2	0.42
2.我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	3.10	0.74	2.80	1.23
3.こまごまと気配りをすることが面倒に感じることもある。	2.00	0.82	1.60	0.70
4.この仕事は自分の性分に合っていると 思うことがある。	3.60	0.84	3.60	1.27
5.同僚や利用者の顔を見るのが嫌になる ことがある。	1.40	0.84	1.20	0.42
6.自分の仕事がつまらなく思えて仕方の ないことがある。	1.20	0.42	1.20	0.42
7.1日の仕事が終わると「やっと終わった 」と感じることがある。	2.40	0.84	2.10	0.88
8.出勤前、職場に出るのが嫌になって、 家にいたいと思うことがある。	1.90	1.20	2.10	0.88
9.仕事を終えて、今日は気持ちのよい日 だったと思うことがある。	3.60	0.70	3.30	1.25
10.同僚や利用者ど、何も話したくないこ とがある。	1.50	0.71	1.40	0.70
11.仕事の結果はどうでもよいと思うこ とがある。	1.40	0.70	1.70	1.06
12.仕事のために心にゆとりがなくなっ たと感じることもある。	2.40	0.97	1.80	0.63
13.今の仕事に、心から喜びを感じるこ とがある。	3.10	1.10	3.50	1.51
14.今の仕事は、自分にとってあまり意 味がないと思うことがある。	1.20	0.42	1.20	0.42
15.仕事楽しくて、知らないうちに時間 が過ぎることがある。	3.20	1.14	3.40	1.17
16.身体も気持ちも疲れ果てたと思うこ とがある。	2.40	0.97	1.90	0.99
17.我ながら、仕事をうまくやり終えたと 思うことがある。	2.60	0.97	3.00	0.94

表 1-2-1 ユニットケア環境整備前後のバーンアウト得点の変化 2001,2002

	バーンアウト指標:平均値(標準偏差)		
	情緒的消耗感得点	脱人格得点	個人的達成感得点
2001年	10.6(4.6)	8.7(2.8)	19.2(3.5)
2002年	9.1(2.9)	8.3(2.7)	19.6(5.2)

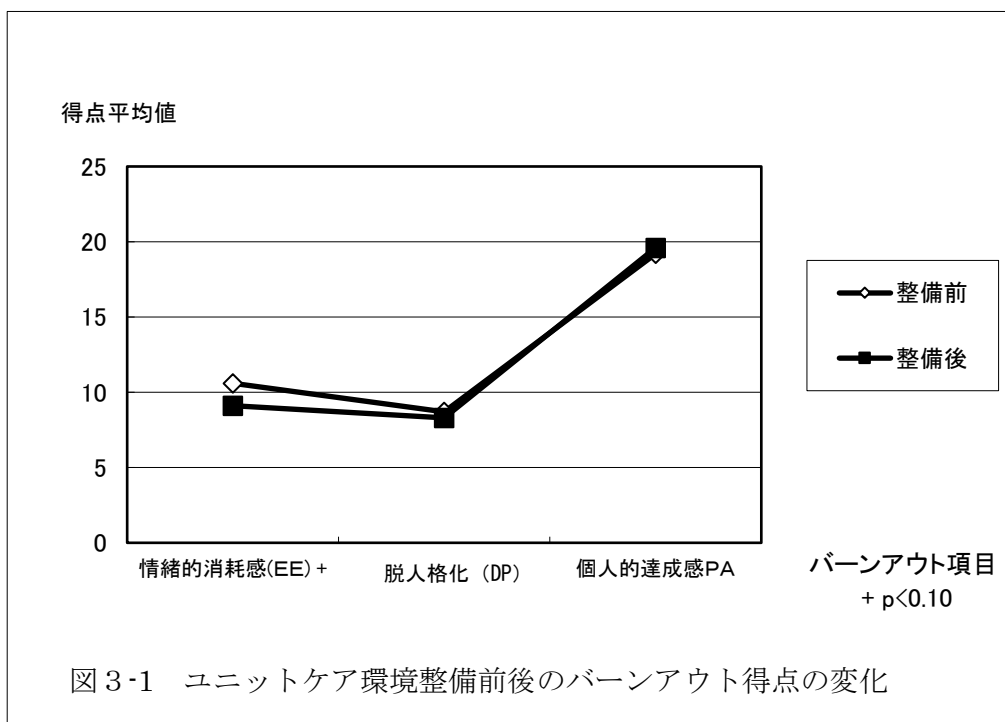


表 1-3-1 ユニットケア環境整備前後における職場環境のストレス内容得点の変化  
2001,2002

	ストレス内容得点：環境整備前2001調査		ストレス内容得点：環境整備後2002調査	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1. 仕事が多く時間が足りない。	3.20	0.63	2.30	0.82
2. サービスや資源が不足している。	2.60	0.52	2.11	0.78
3. お役所仕事で柔軟な対応ができない。	1.70	0.68	1.60	0.70
4. 職務の意志決定に影響を及ぼすことができない。	2.50	0.71	1.50	0.53
5. 処遇方針や処遇手続きが曖昧である。	2.00	0.67	1.60	0.70
6. 近年の制度改革についていけない。	2.13	0.64	1.80	0.79
7. 職務遂行上の指示系統が曖昧である。	2.56	1.13	2.20	0.92
8. 職務の役割の限界が曖昧である。	2.20	0.63	1.90	0.88
9. 職務の役割が矛盾している。	2.00	0.50	1.40	0.52
10. 何が専門なのかよく分からない。	2.11	0.33	1.30	0.48
11. 他人の人生に責任をもたねばならない。	2.80	1.69	2.90	1.52
12. 利用者に改善がみられない。	2.56	0.88	2.30	0.68
13. 利用者から暴言を受けたことがある。	2.50	0.97	2.70	0.82
14. 利用者から暴力を受けたことがある。	2.50	1.18	2.50	0.71
15. 利用者のかかえる問題が深刻である。	3.10	1.20	3.30	0.95
16. 利用者の理解(性格、行動、価値観)に困難を感じる。	2.80	0.79	2.50	0.85
17. 物理的な職場環境がよくない。	2.44	1.13	1.50	0.53
18. 職場の人間関係がよくない。	1.70	1.06	1.80	1.03
19. 職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	2.33	0.87	1.60	0.84
20. 職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ない。	3.20	1.14	3.30	1.49
21. 変化や挑戦の機会があまりない。	2.22	1.09	1.20	0.42
22. 他の専門職からの無理解。	1.56	0.73	1.60	1.27
23. 職場のモラル(士気)が低い。	1.50	0.71	1.50	0.71
24. 低賃金で社会的地位が低い。	1.80	1.14	1.20	0.42
25. 社会の期待に答えられない。	2.50	0.53	2.40	0.84



表 1-3-2 ユニットケア環境整備前後における職場環境のストレス内容得点の変化  
2001,2002

職場環境のストレス内容:平均値(標準偏差)						
	職務権限	職場環境	社会評価	利用者問題	仕事問題	利用者理解
2001年	18.7(2.3)	14.9(2.4)	3.4(1.7)	7.8(3.0)	4.9(4.6)	13.4(3.0)
2002年	16.1(3.4)	13.0(3.4)	2.8(1.3)	6.8(1.9)	4.6(1.1)	12.2(2.0)

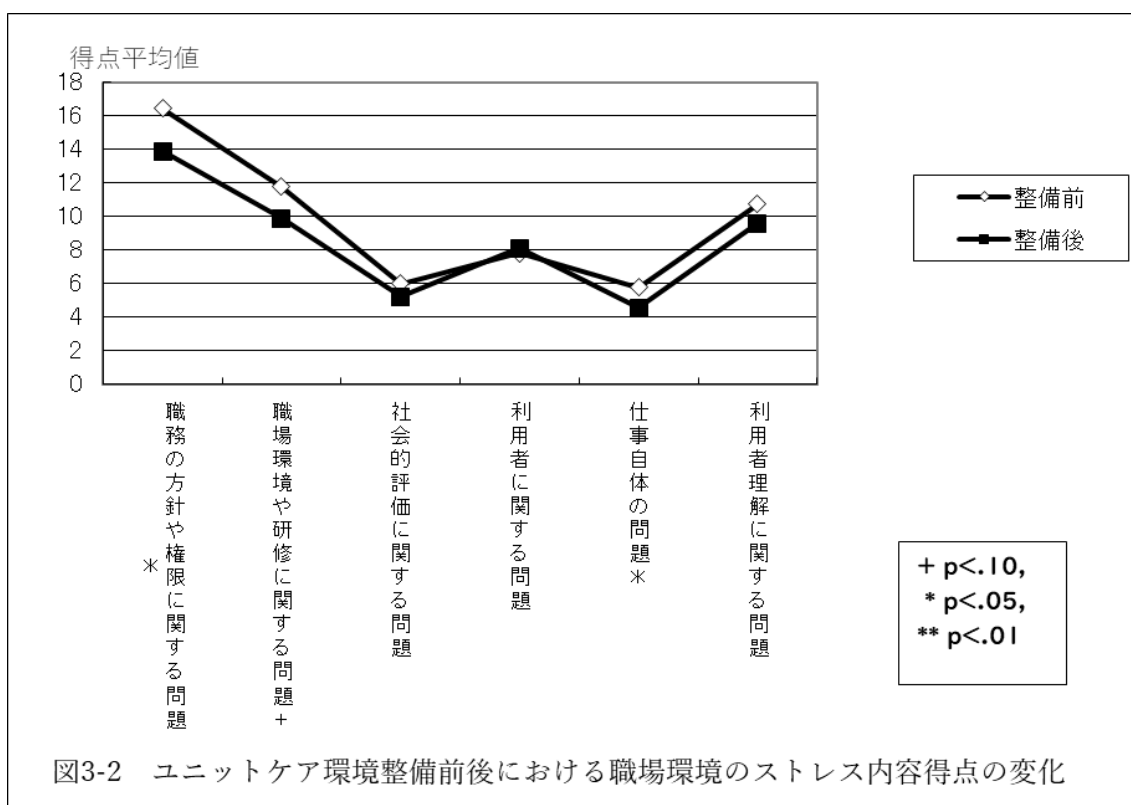


表 1-4-1 ユニットケア環境整備前後におけるストレス対処得点の変化 2001,2002

	ストレス内容得点:環境整備前2001調査		ストレス内容得点:環境整備後2002調査	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
3-1:本などを読んで勉強をしない。	3.00	0.94	3.00	1.05
3-2:カンファレンスなどで検討してもらう。	2.90	0.57	2.80	1.32
3-3:上司や同僚に個人的に相談する。	3.80	1.03	3.60	1.35
3-4:職場外の同種の専門職に相談する。	2.60	1.35	2.30	1.25
3-5:過去の経験に照らしてみる。	3.10	1.20	3.20	1.14
3-6:他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	3.90	0.88	3.90	1.10
3-7:もう一度一生懸命やり直してみる。	4.00	0.82	3.60	1.08
3-8:問題点をはじめから見直してみる。	4.22	0.67	3.70	1.06
3-9:誰かに頼んでってもらう。	2.40	1.17	1.70	1.06
3-10:話し合って妥協できる場所を探してみる。	3.00	0.82	1.60	0.70
3-11:くよくよしないよう心がける。	4.00	0.82	3.70	0.82
3-12:じっと我慢し、耐えてみる。	3.50	1.08	3.00	1.33
3-13:その問題を避け、忘れようとする。	1.50	0.97	1.90	0.74
3-14:感情を率直に表現する。	2.60	0.97	2.30	0.95
3-15:愚痴を友人・知人などに聞いてもらう。	3.30	1.16	2.60	1.51
3-16:愚痴を家族に聞いてもらう。	1.80	0.42	1.70	0.82
3-17:別の楽しいことを考える。	2.80	1.23	2.80	1.32
3-18:喫煙によって気を紛らす。	1.90	1.45	1.90	1.10
3-19:家に帰ってお酒を飲む。	2.70	1.49	1.90	0.99
3-20:たくさん食べる。	3.00	1.56	2.40	1.51
3-21:薬を服用する。	1.00	0.00	1.00	0.00
3-22:ものごとをよい方向に考えようとする。	3.60	1.35	3.30	1.16
3-23:あせらないよう心がける。	3.20	1.14	3.80	0.79
3-24:仕方がなかったと割り切るようにしている。	2.20	0.92	1.90	0.99
3-25:たくさん眠るようにしている。	2.90	1.37	3.10	1.45
3-26:仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	2.50	0.85	2.30	0.95
3-27:信仰を心のよりどころにする。	1.10	0.32	1.10	0.32
3-28:カラオケ、居酒屋などで仲間と楽しむ。	2.20	1.55	1.10	0.32
3-29:ボートとして、とりとめのないもの思いにふける。	2.00	0.94	2.10	1.60
3-30:周囲の人に八つ当たりする。	2.10	0.57	1.60	1.08
3-31:むずかしい問題は後まわしにする。	3.00	1.05	1.50	0.71

表 1-4-2 ユニットケア環境整備前後における職場環境のストレス対処得点の変化  
2001,2002

ストレス対処:平均値(標準偏差)										
	問題確認	心理調整	心理逃避	気分転換	会話発散	職務問題	飲酒喫煙	抑制	職務学習	信仰
2001年	15.4(2.7)	13.0(3.0)	3.6(1.2)	10.4(3.5)	10.1(3.3)	14.7(1.7)	4.6(2.8)	4.5(1.1)	5.6(1.6)	1.1(0.3)
2002年	14.4(3.4)	12.7(2.7)	3.4(1.3)	10.3(4.1)	8.3(3.7)	12.0(1.2)	4.6(2.8)	4.0(1.3)	5.3(2.1)	1.1(0.3)

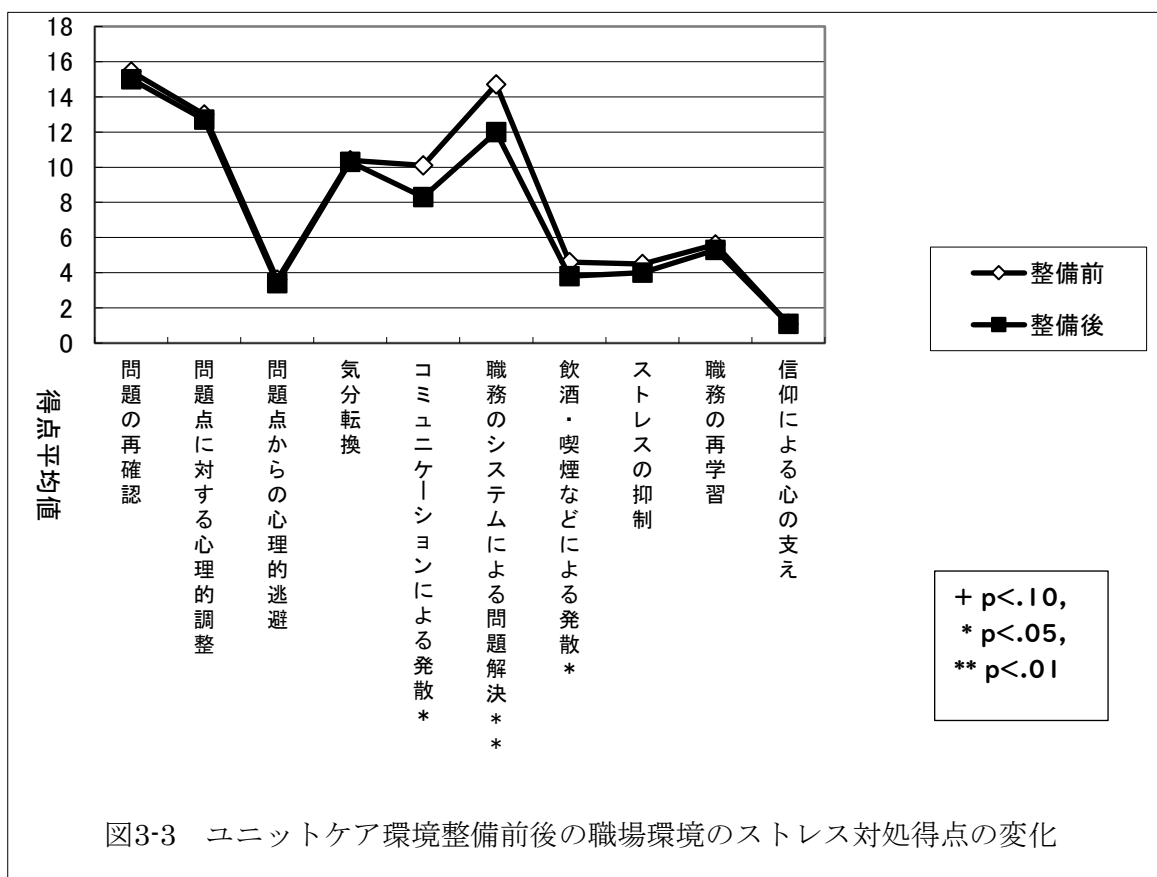


表 2-1 調査対象者の属性 2002,2004

		ユニットケア環境整備後調査2002		ユニットケア環境整備後調査2004	
		度数(%)	n	度数(%)	n
1.性別	男性	5(21.7)	23	6(26.1)	23
	女性	18(78.3)		17(73.9)	
2.年齢	1.20歳未満	4(17.4)	23	0(0.00)	23
	2.20~29歳 <input type="checkbox"/>	9(39.1)		14(60.9)	
	3.30~39歳	3(13.0)		4(17.4)	
	4.40~49歳 <input type="checkbox"/>	3(13.1)		2(8.7)	
	5.50~59歳	2(8.7)		2(8.8)	
	6.60歳以上	2(8.7)		1(4.3)	
3.介護実務年数	1.2年未満	7(30.4)	23	5(21.7)	23
	2.2~5年	4(17.4)		11(47.8)	
	3.6~9年 <input type="checkbox"/>	8(34.8)		3(13.0)	
	4.10~19年 <input type="checkbox"/>	1(4.3)		4(17.4)	
	5.20~29年 <input type="checkbox"/>	3(13.0)		0(0.00)	
4.現在の職場あるいは活動の場での経験年数	1.2年未満	7(30.4)	21	4(17.4)	22
	2.2~5年	3(13.0)		11(47.8)	
	3.6~9年 <input type="checkbox"/>	8(34.8)		3(13.0)	
	4.10~19年 <input type="checkbox"/>	1(4.3)		4(17.4)	
	5.20~29年 <input type="checkbox"/>	2(8.7)		0(0.00)	
12.退職意思	1.現在、望んでいる	2(8.7)	21	6(26.1)	19
	2.望んでいない	18(87.0)		13(82.6)	
13.退職希望先 (12で1を選択した場合)	1.介護関係の仕事及び活動	1(50.0)	2	2(40.0)	5
	2.介護関係以外の仕事及び活動	1(50.0)		3(60.0)	

表 2-2-1 ユニットケア環境整備後のバーンアウト評定値の変化一覧 2002,2004

	ユニットケア環境整備 後調査2002		ユニットケア環境整備 後調査2004	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1. 「こんな仕事、もうやめたい」と 思うことがある。	2.02	1.29	1.54	1.39
2. 我を忘れるほど仕事に熱中する ことがある。	1.4	1.17	1.36	1.20
3. こまごまと気配りをするのが面 倒に感じることもある。	1.55	1.12	1.51	1.37
4. この仕事は自分の性分に合っ ていると思うことがある。	1.81	1.24	2	1.15
5. 同僚や利用者の顔を見るのが 嫌になることがある。	1.2	1.18	1.03	1.27
6. 自分の仕事がつまらなく思えて 仕方のないことがある。	1.12	1.25	1.03	1.25
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。	2.77	1.22	2.26	1.43
8. 出勤前、職場に出るのか嫌に なって、家にいたいと思うことがあ る	1.87	1.35	1.69	1.42
9. 仕事を終えて、今日は気持ちの よい日だったと思うことがある。	1.71	1.09	1.82	1.17
10. 同僚や利用者、何も話したく ないことがある。	0.98	1.12	1	1.30
11. 仕事の結果はどうでもよいと 思うことがある。	0.7	0.99	0.68	1.09
12. 仕事のために心にゆとりがな くなったと感じることがある。	2.14	1.21	1.74	1.39
13. 今の仕事に、心から喜びを感 じることもある。	1.72	1.10	1.95	1.19
14. 今の仕事は、自分にとってあま り意味がないと思うことがある。	0.73	1.03	0.44	0.85
15. 仕事が楽しくて、知らないうち に時間がすぎることもある。	1.09	1.15	1.38	1.16
16. 身体も気持ちも疲れ果てたと 思うことがある。	2.31	1.14	1.79	1.26
17. 我ながら、仕事をうまくやり終 えたと思うことがある。	1.67	1.07	1.56	1.10

表 2-2-2 バーンアウト評定値の変化 2002,2004

	情緒的消耗感 **	脱人格化 **	個人的達成感
n	23	22	23
2002年	9.74(3.17)	8.27(2.66)	18.48(4.58)
2004年	13.48(5.23)	11.27(5.03)	17.26(4.55)
	( )内は標準偏差値		**p<.01

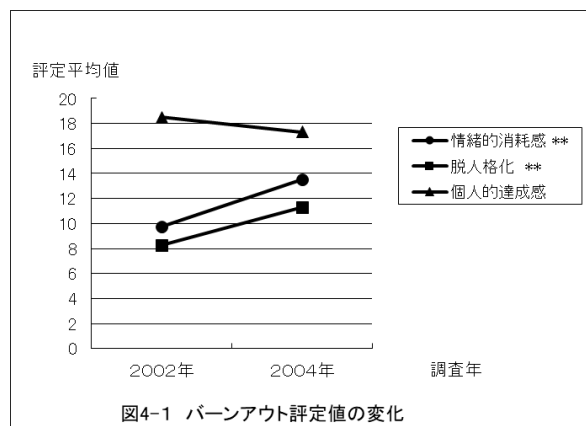


表 2-3 ユニットケア環境整備後における職場環境のストレス内容得点の変化  
2002,2004

	職務の方針や権限 *	職場環境や研修	社会的な評価 **	利用者問題	仕事自体の問題 *	利用者理解 **
n	16	21	22	19	23	19
2002年	13.00(3.50)	9.10(1.97)	5.05(1.25)	7.16(2.39)	4.48(1.50)	8.32(2.08)
2004年	16.00(6.30)	10.48(4.49)	8.41(4.26)	5.48(2.48)	5.48(2.48)	10.00(3.20)
	( )内は標準偏差値				*p<.05, **p<.01	

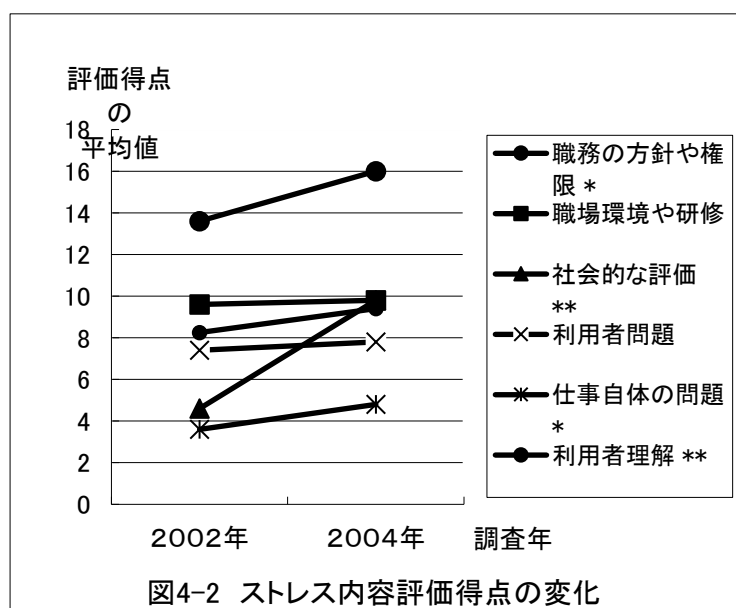


表 2-4 ストレス対処得点のユニットケア有無施設比較一覧 2002.2004

	問題の再確認	問題点の心理的調整	問題点からの心理的逃避	気分転換	コミュニケーション発散	職務システム解決	飲酒・喫煙による発散 **	ストレスの抑制	職務の再学習
n	12	13	13	13	13	12	14	13	12
2002年	12.00(3.25)	11.69(3.55)	5.00(1.23)	11.69(4.66)	8.46(2.99)	12.33(2.35)	3.50(1.87)	3.92(1.19)	4.25(1.42)
2004年	13.92(3.92)	12.36(2.90)	3.92(1.98)	11.46(4.96)	9.69(4.80)	13.50(2.39)	6.00(3.98)	4.08(1.19)	4.58(1.08)
( )内は標準偏差値							**p<.01		

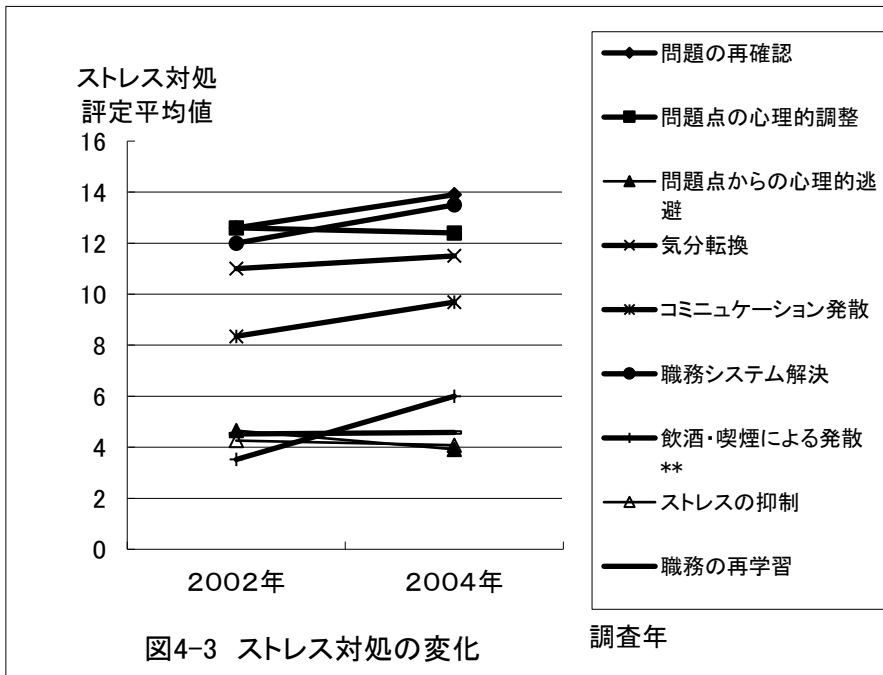


表 3-1 調査対象者の属性(ユニットケアと従来型 2015 年)

		ユニットケア	従来型	
		度数(%)	度数(%)	n
1. 性別	男性	58(71.6)	18(22.2)	197
	女性	101(80.8)	20(16.0)	
2. 年齢	1. 20歳未満	6(100)	0(0.0)	195
	2. 20～29歳□	54(84.4)	8(12.5)	
	3. 30～39歳	44(77.2)	10(17.5)	
	4. 40～49歳□	37(68.5)	14(25.9)	
	5. 50～59歳	17(81.0)	3(14.3)	
	6. 60歳以上	2(50.0)	2(50.0)	
3. 婚姻	1. 未婚	96(81.4)	19(16.1)	196
	2. 既婚	62(71.3)	19(21.8)	
4. 最終学歴	1. 高校	75(80.6)	15(16.1)	196
	2. 各種専門学校	55(76.4)	13(18.1)	
	3. 短期大学	8(66.7)	3(25.0)	
	4. 大学	16(69.6)	6(26.1)	
	5. 大学院	1(50.0)	1(50.0)	
	6. その他	3(100)	0(0.0)	
5. 介護実務年数	1. 2年未満	28(73.7)	6(15.8)	193
	2. 2～5年	45(84.9)	8(15.1)	
	3. 6～9年□	46(75.4)	10(16.4)	
	4. 10～19年□	37(86.0)	6(14.0)	
	5. 20～29年□	2(33.3)	4(66.7)	
	6. 30～39年□	0(0.0)	1(100)	
	7. 40年以上	0(0.0)	0(0.0)	
6. 勤務あるいは活動形態	1. 常勤	138(77.5)	33(18.5)	197
	2. 非常勤	21(77.8)	4(14.8)	
	3. ボランティア	0(0.0)	0(0.0)	
7. 現在の職場あるいは活動の場での経験年数	1. 2年未満	38(74.5)	10(19.6)	196
	2. 2～5年	46(80.7)	10(17.5)	
	3. 6～9年□	54(20.4)	8(11.9)	
	4. 10～19年□	19(73.1)	7(26.9)	
	5. 20～29年□	1(33.3)	2(66.7)	
	6. 30～39年□	0(0.0)	1(100)	
	7. 40年以上	0(0.0)	0(0.0)	
8. 業務あるいは職種(複数回答)	1. 介護職	26	156	
	2. 看護師	2	1	
	3. 生活相談員	2	2	
	4. 栄養士	1	1	
	5. 理学療法士	1	1	
	6. 作業療法士	1	0	
	7. 保健師	1	0	
	8. 調理士	2	0	
	9. 事務職	1	1	
	10. 介護支援専門員	1	2	
	11. 社会福祉士	2	1	
	12. その他	3	3	
9. 所属あるいは活動機関の経営主体	1. 国	0(0.0)	0(0.0)	191
	2. 都道府県	2(100)	0(0.0)	
	3. 市町村	3(100)	0(0.0)	
	4. 社会福祉法人	146(76.8)	38(20.0)	
	5. 医療法人	2(100)	0(0.0)	
	6. 宗教法人	0(0.0)	0(0.0)	
	7. その他	0(0.0)	0(0.0)	
10. 所属あるいは活動機関の所属地域	1. 東京23区及び政令指定都市	9(11.0)	1(0.9)	172
	2. 県庁所在地	25(30.5)	4(3.7)	
	3. その他の市町村	48(58.5)	85(79.4)	
11. 職位	1. 機関あるいは施設の長	10(66.7)	9(27.3)	188
	2. 中間管理職	22(66.7)	9(27.3)	
	3. 一般職	106(81.5)	21(16.2)	
12. 退職意思	1. 現在、望んでいる	54(85.7)	7(11.1)	183
	2. 望んでいない	94(74.6)	27(21.4)	
13. 退職希望先(12で1を選択した場合)	1. 介護関係の仕事及び活動	17(81.0)	3(14.3)	54
	2. 介護関係以外の仕事及び活動	32(91.4)	3(8.6)	



表 3-2-1 職場環境得点のユニットケア・従来型比較一覧 2015

	ユニットケア環境施設		従来型環境施設	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1-1:あなたの勤務している現場では、ユニットケアが行われていますか。 ①一つのユニット定員は10名程度として小グループでのケアを行っている。	2.61	0.80	1.20	0.48
②各ユニットごとに食事を取り、お茶を飲むリビングスペースやコーナーがある。	2.99	0.16	2.30	0.88
③原則として、職員は固定配置されている。	2.94	0.28	2.40	0.86
1-2:ユニットケアの介護方法についての知識がある。	2.24	0.72	1.21	0.98
1-3:勤務時間は、昼間がほとんどである。	1.68	1.10	1.61	1.31
1-4:夜間勤務は、週1回以上である。	1.76	1.17	1.79	1.30
1-5:担当する利用者の平均要介護度は、要介護3以上である。	2.10	1.01	2.30	0.91
1-6:入浴介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	2.01	0.98	1.90	0.98
1-7:食事介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	2.19	0.75	1.87	0.80
1-8:排泄介助の時間帯は利用者のリズム、パターンや意向を考慮している。	2.50	0.66	2.28	0.72
1-9:入浴・食事・排泄など生活介助において、利用者に自分でしてもらうよりも、介助を優先すべきだと思う。	0.59	0.78	0.69	0.95
1-10:ユニットでのミーティングやカンファレンスには参加するようにしている。	2.70	0.59	2.08	1.04
1-11:利用者が、家族や訪問者と交流できるよう心がけている。	2.64	0.52	2.58	0.55
1-12:BPSD(認知症に伴う徘徊や暴言等)が生じた場合はその原因について検討・考慮するようにしている。	2.54	0.60	2.46	0.76
1-13:利用者の服薬内容について定期的に確認している。	2.49	0.63	2.26	0.92
1-14:利用者と一緒にいる時間をできるだけ作っている。	2.24	0.69	2.26	0.68
1-15:利用者の個人史について聞いたりしたことがある。	2.41	0.66	2.44	0.79
1-16:利用者の生活空間が、家庭的な雰囲気になるように配慮・検討している。	2.20	0.82	2.08	0.75
1-17:利用者のターミナルケアについて検討している。	1.60	1.01	1.71	1.04
1-18:事務作業が多いので、利用者とは話をする時間がない。	1.46	0.99	1.59	1.02
1-19:夜勤の際に、スタッフが少ないので不安を感じる。	2.12	0.85	2.03	1.05
1-20:ケアを通じて、利用者の心身の状態が改善したと思う。	2.05	0.68	1.92	0.74
1-21:ユニットケアについてもっと学びたいと思う。	2.14	0.90	2.00	1.08
1-22:同じ職場内の専門職との連携があまりない。	0.98	0.85	1.03	0.87
1-23:職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	0.96	0.82	1.08	0.90
1-24:職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ないと思う。	1.11	0.93	1.21	0.98
1-25:賃金が安く、仕事量に見合っていないと思う。	2.21	0.87	1.87	1.23
1-26:トラブルが起きた時に、適切な対応ができない。	1.30	0.80	1.26	0.95
1-27:ケアの方針について、職員自身で決定できる裁量範囲が狭いと思う。	1.41	0.75	1.26	0.89
1-28:一般の社会のケアに関する理解が低いと思う。	2.01	0.79	1.73	1.05

表 3-2-2 ユニットケアの職場環境に関する因子負荷量 2015

	因子			
	1	2	3	4
	利用者配慮	職場内外のスタッフ連携	職務の不安	夜勤回数
1-7：食事介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	.78	.14	-.21	-.12
1-6：入浴介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	.71	.17	-.19	-.16
1-13：利用者の服薬内容について定期的に確認している。	.69	-.01	.22	.10
1-15：利用者の個人史について聞いたりしたことがある。	.63	-.22	.23	.01
1-14：利用者と一緒にいる時間をできるだけ作っている。	.62	-.02	.08	.13
1-8：排泄介助の時間帯は利用者のリズム、パターンや意向を考慮している。	.61	.00	-.08	-.09
問1-16：利用者の生活空間が、家庭的な雰囲気になるように配慮・検討している。	.47	-.23	.11	.02
1-20：ケアを通じて、利用者の心身の状態が改善したと思う。	.47	.00	-.08	.15
問1-10：ユニットでのミーティングやカンファレンスには参加するようにしている。	.46	-.11	-.04	.25
1-23：職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	-.01	.73	.12	-.03
1-22：同じ職場内の専門職との連携があまりない。	-.01	.62	.22	-.08
問1-24：職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ないと思う。	-.03	.61	.14	.22
1-17：利用者のターミナルケアについて検討している。	.07	-.35	.25	-.26
1-25：賃金が安く、仕事量に見合っていないと思う。	.03	.09	.56	-.11
1-19：夜勤の際に、スタッフが少ないので不安を感じる。	-.04	.01	.50	-.08
1-27：ケアの方針について、職員自身で決定できる裁量範囲が狭いと思う。	-.01	.20	.42	.03
1-28：一般の社会のケアに関する理解が低いと思う。	.10	.14	.41	.03
1-4：夜間勤務は、週1回以上である。	.14	.10	-.07	.66

註：質問項目の文頭番号は、実施の際の順番を示す

表 3-2-3 ユニットケア職場環境のユニットケア・従来型比較 2015

職場環境	ケアのタイプ	人数	平均値	標準偏差	t値	自由度	有意確率
利用者配慮	従来型	36	19.06	4.852	-1.935	47.3	+
	ユニットケア	153	20.75	4.077			
職場内外のスタッフ連携	従来型	38	5.11	2.24	1.048	52.86	
	ユニットケア	157	4.69	2.041			
職務の不安	従来型	36	6.81	3.003	-1.88	44.45	+
	ユニットケア	144	7.81	2.159			
夜勤回数	従来型	38	1.79	1.298	0.124	52.36	
	ユニットケア	159	1.76	1.172			

表 3-3-1 バーンアウト得点のユニットケア・従来型比較一覧 2015

	ユニットケア環境施設		従来型環境施設	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1. 「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	2.02	1.29	1.54	1.39
2. 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	1.4	1.17	1.36	1.20
3. こまごまと気配りをすることが面倒に感じることもある。	1.55	1.12	1.51	1.37
4. この仕事は自分の性分に合っていると思うことがある。	1.81	1.24	2	1.15
5. 同僚や利用者の顔を見るのが嫌になることがある。	1.2	1.18	1.03	1.27
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。	1.12	1.25	1.03	1.25
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。	2.77	1.22	2.26	1.43
8. 出勤前、職場に出るのか嫌になって、家にいたいと思うことがある。	1.87	1.35	1.69	1.42
9. 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	1.71	1.09	1.82	1.17
10. 同僚や利用者、何も話したくないことがある。	0.98	1.12	1	1.30
11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	0.7	0.99	0.68	1.09
12. 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。	2.14	1.21	1.74	1.39
13. 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	1.72	1.10	1.95	1.19
14. 今の仕事は、自分にとってあまり意味がないと思うことがある。	0.73	1.03	0.44	0.85
15. 仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。	1.09	1.15	1.38	1.16
16. 身体も気持ちも疲れ果てたと感じることもある。	2.31	1.14	1.79	1.26
17. 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	1.67	1.07	1.56	1.10

表 3-3-2 バーンアウト得点のユニットケア・従来型比較

バーンアウト因子	ケアのタイプ	人数	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
EE	従来型	39	9.03	5.79	-2.09	50.86	*
	ユニットケア	162	11.11	4.73			
DP	従来型	38	5.47	5.68	-0.81	52.40	
	ユニットケア	160	6.29	5.15			
PA	従来型	39	10.08	4.92	0.87	54.61	
	ユニットケア	159	9.32	4.50			

表 3-4-1 ストレス対処得点のユニットケア・従来型比較一覧 2015

	ユニットケア環境施設		従来型環境施設	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
3-1:本などを読んで勉強をしない。	1.41	0.99	1.37	1.09
3-2:カンファレンスなどで検討してもらう。	2	1.23	1.69	1.16
3-3:上司や同僚に個人的に相談する。	2.31	1.27	2.21	1.18
3-4:職場外の同種の専門職に相談する。	1.29	1.30	1.26	1.09
3-5:過去の経験に照らしてみる。	1.93	1.26	2.11	1.35
3-6:他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	2.23	1.08	2.23	1.33
3-7:もう一度一生懸命やり直してみる。	2.05	1.08	1.91	1.31
3-8:問題点をはじめから見直してみる。	2.24	1.06	2.23	1.14
3-9:誰かに頼んでやってもらう。	1.22	1.02	1.14	0.97
3-10:話し合って妥協できる場所を探して	1.83	0.98	1.6	1.01
3-11:くよくよしないよう心がける。	2.22	1.28	2.29	1.27
3-12:じっと我慢し、耐えてみる。	2.11	1.23	1.97	1.34
3-13:その問題を避け、忘れようとする。	0.82	1.02	0.88	1.18
3-14:感情を率直に表現する。	1.14	1.08	1.37	1.26
3-15:愚痴を友人・知人などに聞いてもら	2.04	1.30	1.23	1.22
3-16:愚痴を家族に聞いてもらう。	1.39	1.43	0.97	1.14
3-17:別の楽しいことを考える。	2.19	1.25	1.74	1.42
3-18:喫煙によって気を紛らす。	1.53	1.70	1.37	1.48
3-19:家に帰ってお酒を飲む。	1.48	1.60	1.23	1.37
3-20:たくさん食べる。	1.65	1.43	1.83	1.36
3-21:薬を服用する。	0.3	0.77	0.34	0.97
3-22:ものごとをよい方向に考えようとする	1.96	1.21	1.85	1.37
3-23:あせらないよう心がける。	2.37	1.14	2.53	1.33
3-24:仕方がなかったと割り切るようにして	1.84	1.17	1.94	1.21
3-25:たくさん眠るようにしている。	2.06	1.32	2.24	1.32
3-26:仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	2.15	1.30	2.43	1.48
3-27:信仰を心のよりどころにする。	0.32	0.74	0.14	0.60
3-28:カラオケ、居酒屋などで仲間と楽しむ。	1.7	1.28	1.54	1.22
3-29:ボーッとしたり、とりとめのないもの思いにふける。	1.56	1.37	1.34	1.43
3-30:周囲の人に八つ当たりする。	0.42	0.77	0.43	0.92
3-31:むずかしい問題は後まわしにする。	1.18	1.01	0.86	0.97

表 3-4-2 ストレス対処に関する因子負荷量 2015

	因子				
	1	2	3	4	5
	問題再検討	気分転換	問題回避	自己開示による解消	飲酒・喫煙による解消
3-6: 他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	.78	-.02	.05	-.18	.00
3-8: 問題点をはじめから見直してみる。	.76	.02	.01	-.08	.05
3-3: 上司や同僚に個人的に相談する。	.70	-.12	-.03	.29	-.04
3-7: もう一度一生懸命やり直してみる。	.68	.14	.11	-.15	.06
3-5: 過去の経験に照らしてみる。	.65	.00	.11	-.06	.04
3-2: カンファレンスなどで検討してもらう。	.60	-.11	-.02	.11	-.06
3-1: 本などを読んで勉強をしない。	.53	.02	-.18	-.12	-.18
3-4: 職場外の同種の専門職に相談する。	.46	-.08	-.10	.24	.18
3-10: 話し合った妥協できる場所を探してみる。	.46	.17	.08	.11	-.11
3-22: ものごとをよい方向に考えようとする。	.03	.78	-.21	-.03	-.03
3-26: 仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	-.04	.63	.06	-.05	-.01
3-24: 仕方がなかったと割り切るようにしている。	-.10	.60	.16	.09	.11
3-17: 別の楽しいことを考える。	-.05	.59	.16	.21	-.01
3-23: あせらないよう心がける。	.17	.58	-.29	.12	.11
3-25: たくさん眠るようにしている。	-.08	.53	.08	.02	-.08
3-11: くよくよしないよう心がける。	.24	.44	.03	-.19	.03
3-31: むずかしい問題は後まわしにする。	.01	-.04	.74	-.04	.15
3-13: その問題を避け、忘れようとする。	-.14	.10	.70	-.01	-.05
3-9: 誰かに頼んでやってもらう。	.19	.10	.49	.07	-.25
3-29: ポーツとして、とりとめのないもの思いにふける。	.26	-.10	.44	.10	.11
3-15: 愚痴を友人・知人などに聞いてもらう。	.02	.03	.03	.74	.06
3-16: 愚痴を家族に聞いてもらう。	-.04	.07	.01	.66	-.12
3-19: 家に帰ってお酒を飲む。	-.11	.11	.07	-.05	.62
3-18: 喫煙によって気を紛らす。	.09	-.08	.00	-.01	.56

表 3-4-3 ストレス対処のユニットケア・従来型比較 2015

ストレス対処	ケアのタイプ	人数	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
問題再検討	従来型	34	16.50	7.62	-0.47	46.24	
	ユニットケア	148	17.17	6.90			
気分転換	従来型	31	15.32	5.91	0.48	42.71	
	ユニットケア	148	14.76	5.75			
問題回避	従来型	34	4.29	3.43	-0.77	45.68	
	ユニットケア	153	4.78	3.09			
自己開示による解消	従来型	34	2.24	2.15	-2.88	52.24	**
	ユニットケア	154	3.43	2.37			
飲酒・喫煙による解消	従来型	35	2.60	2.12	-0.98	63.40	
	ユニットケア	152	3.01	2.75			

表 3-5-1 バーンアウトの生起に関するユニットケアの職場環境要因の標準偏差回帰係数 2015

ユニットケアの実施状況	バーンアウト尺度		
	EE	DP	PA
利用者配慮	.01	-.19 *	.32 ***
職場内外のスタッフ連携	.14	.12	-.06
職務の不安	.43 ***	.27 **	-.22 **
夜勤回数	.11	.12	-.02
R <sup>2</sup>	.24	.18	.18

+ p<.10, \* p<.05, \*\* p<.01

表 3-5-2 バーンアウトの生起に関するストレス対処要因の標準偏差回帰係数 2015

ストレス対処	バーンアウト尺度		
	EE	DP	PA
問題再検討	-.09	-.14	.36 ***
気分転換	-.19 **	-.19 *	.27 ***
問題回避	.33 ***	.38 ***	-.15 *
自己開示による解消	.25 ***	.16 *	-.09
飲酒・喫煙による解消	.23 ***	.16 *	-.10
R <sup>2</sup>	.28	.25	.29

+ p<.10, \* p<.05, \*\* p<.01

表 4-1 調査対象者の属性(ユニットケア研修指定施設 2017・ユニットケア環境施設

2018)

		ユニットケア研修指定施設:2017調査		ユニットケア環境施設:2018年調査	
		度数(%)	n	度数(%)	n
1.性別	男性	34(31.2)	109	45(42.5)	106
	女性	75(68.8)		61(57.5)	
2.年齢	1.20歳未満	1(0.9)	109	4(3.7)	106
	2.20~29歳	23(21.1)		34(31.8)	
	3.30~39歳	33(30.3)		20(18.7)	
	4.40~49歳	26(23.9)		28(26.2)	
	5.50~59歳	16(14.7)		13(12.1)	
	6.60歳以上	10(9.2)		7(6.5)	
3.婚姻	1.未婚	59(54.6)	108	60(56.1)	105
	2.既婚	49(45.4)		45(42.1)	
4.最終学歴	1.高校	40(37.4)	107	61(57.0)	106
	2.各種専門学校	43(40.2)		24(22.4)	
	3.短期大学	8(7.5)		4(3.7)	
	4.大学	14(13.1)		12(11.2)	
	5.大学院	2(1.9)		0(0.0)	
	6.その他	0(0.0)		5(4.7)	
5.介護実務年数	1.2年未満	12(11.3)	106	10(9.3)	105
	2.2~5年	26(24.5)		30(28.0)	
	3.6~9年	28(26.4)		21(19.6)	
	4.10~19年	32(30.2)		34(31.8)	
	5.20~29年	5(4.7)		8(7.5)	
	6.30~39年	3(2.8)		1(0.9)	
	7.40年以上	0(0.0)		1(0.9)	
6.勤務あるいは活動形態	1.常勤	87(82.1)	106	97(90.7)	106
	2.非常勤	19(17.9)		9(8.4)	
	3.ボランティア	0(0.0)		0(0.0)	
7.現在の職場あるいは活動の場での経験年数	1.2年未満	36(33.3)	108	21(19.6)	105
	2.2~5年	25(23.1)		34(31.8)	
	3.6~9年	22(20.4)		21(19.6)	
	4.10~19年	23(21.3)		25(23.4)	
	5.20~29年	1(0.9)		2(1.9)	
	6.30~39年	1(0.9)		2(1.9)	
	7.40年以上	0(0.0)		0(0.0)	
8.業務あるいは職種(複数回答)	1.介護職	104		99	
	2.看護師	2		3	
	3.生活相談員	0		1	
	4.栄養士	0		0	
	5.理学療法士	0		0	
	6.作業療法士	0		0	
	7.保健師	0		0	
	8.調理士	0		0	
	9.事務職	1		1	
	10.介護支援専門員	1		0	
	11.社会福祉士	0		0	
	12.その他	1		1	
9.所属あるいは活動機関の経営主体	1.国	0(0.0)	108	2(1.9)	102
	2.都道府県	0(0.0)		5(4.7)	
	3.市町村	1(1.0)		2(1.9)	
	4.社会福祉法人	99(98.0)		93(86.9)	
	5.医療法人	1(1.0)		0(0.0)	
	6.宗教法人	0(0.0)		0(0.0)	
	7.その他	0(0.0)		0(0.0)	
10.所属あるいは活動機関の所属地域	1.東京23区及び政令指定都市	9(11.0)	82	1(0.9)	90
	2.県庁所在地	25(30.5)		4(3.7)	
	3.その他の市町村	48(58.5)		85(79.4)	
11.職位	1.機関あるいは施設の長	2(2.0)	101	1(0.9)	98
	2.中間管理職	7(6.9)		6(5.6)	
	3.一般職	92(91.1)		91(85.0)	
12.退職意思	1.現在、望んでいる	22(23.4)	94	36(33.6)	95
	2.望んでいない	72(76.6)		59(55.1)	
13.退職希望先(12で1を選択した場合)	1.介護関係の仕事及び活動	7(33.3)	21	18(48.6)	37
	2.介護関係以外の仕事及び活動	14(66.7)		19(51.4)	

表 4-2 ユニットケア環境の群間比較一覧 2017,2018

	ユニットケア研修指 定施設:2017調査		ユニットケア環境施 設:2018年調査	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1-1:あなたの勤務している現場では、ユニットケアが行われていますか。	2.92	0.33	3.04	0.59
①一つのユニット定員は10名程度として小グループでのケアを行っている。	2.93	0.37	3.01	0.63
②各ユニットごとに食事を取り、お茶を飲むリビングスペースやコーナーがある。	2.93	0.37	3.05	0.57
③原則として、職員は固定配置されている。	2.85	0.52	2.98	0.92
1-2:ユニットケアの介護方法についての知識がある。	2.23	0.73	2.52	1.25
1-3:勤務時間は、昼間がほとんどである。	1.4	1.15	1.87	1.45
1-4:夜間勤務は、週1回以上である。	1.43	1.26	2.08	1.40
1-5:担当する利用者の平均要介護度は、要介護3以上である。	2.66	0.65	2.78	1.22
1-6:入浴介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	1.75	1.09	2.05	1.44
1-7:食事介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	2.02	0.89	2.02	1.00
1-8:排泄介助の時間帯は利用者のリズム、パターンや意向を考慮している。	2.33	0.79	2.56	0.89
1-9:入浴・食事・排泄など生活介助において、利用者に自分でしてもらうよりも、介助を優先すべきだと思う。	0.53	0.61	0.91	1.19
1-10:ユニットでのミーティングやカンファレンスには参加するようにしている。	2.46	0.82	2.64	1.12
1-11:利用者が、家族や訪問者と交流できるよう心がけている。	2.61	0.54	2.62	1.07
1-12:BPSD(認知症に伴う徘徊や暴言等)が生じた場合はその原因について検討・考慮するようにしている。	2.42	0.63	2.45	0.87
1-13:利用者の服薬内容について定期的に確認している。	2.08	0.83	2.53	0.97
1-14:利用者と一緒にいる時間をできるだけ作っている。	1.9	0.85	1.96	1.03
1-15:利用者の個人史について聞いたことがある。	2.36	0.69	2.4	0.91
1-16:利用者の生活空間が、家庭的な雰囲気になるように配慮・検討している。	2.22	0.78	2.32	0.93
1-17:利用者のターミナルケアについて検討している。	2.07	0.90	1.35	1.22
1-18:事務作業が多いので、利用者とお話をする時間が少ない。	1.72	1.01	1.86	1.34
1-19:夜勤の際に、スタッフが少ないので不安を感じる。	2.11	0.81	2.28	1.46
1-20:ケアを通じて、利用者の心身の状態が改善したと思う。	1.87	0.74	1.94	1.19
1-21:ユニットケアについてもっと学びたいと思う。	2.16	0.87	2.12	1.27
1-22:同じ職場内の専門職との連携があまりない。	1	0.90	1.46	1.15
1-23:職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	1.07	0.87	1.25	1.29
1-24:職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ないと思う。	1.36	1.01	1.35	1.35
1-25:賃金が安く、仕事量に見合っていないと思う。	2.01	0.93	2.35	1.02
1-26:トラブルが起きた時に、適切な対応ができない。	1.55	0.82	1.5	1.02
1-27:ケアの方針について、職員自身で決定できる裁量範囲が狭いと思う。	1.46	0.80	1.55	1.27
1-28:一般の社会のケアに関する理解が低いと思う。	2.08	0.76	2.16	1.23



表 4-3 ストレス対処得点の群間比較一覧 2017,2018

	ユニット研修指定施設:2017調査		ユニットケア環境施設:2018年調査	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
3-1:本などを読んで勉強をしない。	1.41	1.14	1.9	2.54
3-2:カンファレンスなどで検討してもらう。	2	1.17	2.43	2.64
3-3:上司や同僚に個人的に相談する。	2.27	1.18	2.55	2.44
3-4:職場外の同種の専門職に相談する。	1.33	1.29	1.82	2.67
3-5:過去の経験に照らしてみる。	2.14	1.22	2.61	2.54
3-6:他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	2.31	0.97	2.94	2.46
3-7:もう一度一生懸命やり直してみる。	2.08	1.08	2.35	2.49
3-8:問題点をはじめから見直してみる。	2.17	1.05	2.67	2.46
3-9:誰かに頼んでってもらう。	1.31	1.01	1.94	2.56
3-10:話し合って妥協できる場所を探してみる。	2.03	1.06	2.39	2.42
3-11:くよくよしないよう心がける。	2.17	1.19	2.54	2.47
3-12:じっと我慢し、耐えてみる。	1.97	1.23	2.63	2.55
3-13:その問題を避け、忘れようとする。	1.03	1.11	1.78	2.60
3-14:感情を率直に表現する。	1.41	1.20	2.12	2.57
3-15:愚痴を友人・知人などに聞いてもらう。	2.09	1.31	2.75	2.47
3-16:愚痴を家族に聞いてもらう。	2.09	1.45	2.3	2.63
3-17:別の楽しいことを考える。	2.09	1.31	2.59	2.50
3-18:喫煙によって気を紛らす。	2.09	1.60	2.21	2.79
3-19:家に帰ってお酒を飲む。	2.09	1.56	2.19	2.73
3-20:たくさん食べる。	2.09	1.37	2.4	2.58
3-21:薬を服用する。	2.09	0.74	1.26	2.74
3-22:ものごとをよい方向に考えようとする。	2.09	1.25	2.4	2.49
3-23:あせらないよう心がける。	2.09	1.10	2.81	2.35
3-24:仕方がなかったと割り切るようにしている。	2.09	1.14	2.55	2.41
3-25:たくさん眠るようにしている。	2.09	1.40	2.7	2.59
3-26:仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	2.09	1.49	2.55	2.53
3-27:信仰を心のよりどころにする。	2.09	0.92	1.09	2.72
3-28:カラオケ、居酒屋などで仲間と楽しむ。	2.09	1.23	2.02	2.64
3-29:ボートとして、とりとめのないもの思いにふける。	2.09	1.34	2.19	2.69
3-30:周囲の人に八つ当たりする。	2.09	0.66	1.44	2.78
3-31:むずかしい問題は後まわしにする。	2.09	1.10	2.16	2.64

表 4-4 群間ユニットケア実施およびストレス対処得点比較 2017,2018

	研修指定の有無	人数	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
ユニットケア実施 合計得点	ユニットケア研修指定施設	66	52.17	10.08	0.53	127	0.6
	ユニットケア実施施設	107	51.36	9.10			
ストレス対処合計 得点	ユニットケア研修指定施設	94	52.57	14.73	-2.34	116	0.02*
	ユニットケア実施施設	107	68.75	69.80			

+ p<.10, \* p<.05, \*\* p<.01

表 4-5-1 バーンアウト得点の群間比較一覧 2017,2018

	ユニットケア研修指 定施設:2017調査		ユニットケア環境施 設:2018年調査	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1.「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	2.12	1.35	2.27	1.47
2. 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	1.35	1.26	1.45	1.57
3. こまごまと気配りをすることが面倒に感じることもある。	1.75	1.15	1.94	1.28
4. この仕事は自分の性分に合っていると思うことがある。	1.75	1.22	1.74	1.61
5. 同僚や利用者の顔を見るのが嫌になることがある。	1.25	1.22	1.71	1.69
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。	1.3	1.25	1.45	1.39
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。	2.94	1.21	3.07	1.28
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。	2.25	1.41	2.24	1.58
9. 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	1.47	1.14	1.4	1.37
10. 同僚や利用者、何も話したくないことがある。	1.16	1.29	1.5	1.47
11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	0.78	1.10	1.09	1.38
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。	2.12	1.32	2.2	1.43
13. 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	1.39	1.05	1.29	1.26
14. 今の仕事は、自分にとってあまり意味がないと思うことがある。	0.79	1.08	1.17	1.39
15. 仕事楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。	0.76	0.96	0.87	1.30
16. 身体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	2.3	1.30	2.5	1.31
17. 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	1.3	0.97	1.5	1.26

表 4-5-2 群間バーンアウト得点の比較 2017,2018

バーンアウト因子	研修指定の有無	人数	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
EE	ユニット研修指定群	105	11.56	5.40	-0.60	207	0.55
	ユニット通常実施群	107	11.99	4.92			
DP	ユニット研修指定群	106	6.81	5.68	-2.13	209	0.04 *
	ユニット通常実施群	107	8.40	5.27			
PA	ユニット研修指定群	107	8.10	4.74	0.33	212	0.74
	ユニット通常実施群	107	7.89	4.86			

EE:情緒的消耗感得点, DP:脱人格化得点, PA:個人的達成感得点

p<.10, \* p<.05, \*\* p<.01

表 4-6 ユニットケアの職場環境に関する因子負荷量 2017,2018

質問項目	因子			
	1	2	3	4
	ユニットケア 理念・技術	職場内外の 支援不足	業務内容	業務体制
I-16: 利用者の生活空間が、家庭的な雰囲気になるように配慮・検討している。	0.63	0.23	0.10	-0.16
I-7: 食事介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	0.58	0.32	0.25	-0.07
I-12: BPSD (認知症に伴う徘徊や暴言等)が生じた場合はその原因について検討・考慮するようにしている。	0.58	0.10	0.11	0.14
I-14: 利用者と一緒にいる時間をできるだけ作っている。	0.57	0.23	0.14	0.07
I-15: 利用者の個人史について聞いたりしたことがある。	0.54	-0.05	0.05	0.03
I-8: 排泄介助の時間帯は利用者のリズム、パターンや意向を考慮している。	0.51	0.24	0.20	-0.23
I-11: 利用者が、家族や訪問者と交流できるような心がけている。	0.45	-0.04	-0.08	0.24
I-13: 利用者の服薬内容について定期的に確認している。	0.44	0.11	0.15	-0.10
I-21: ユニットケアについてもっと学びたいと思う。	0.41	-0.14	-0.06	0.00
I-20: ケアを通じて、利用者の心身の状態が改善したと思う。	0.37	0.07	0.08	0.00
I-17: 利用者のターミナルケアについて検討している。	0.32	0.02	-0.10	0.09
I-23: 職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	0.00	0.69	0.02	0.03
I-24: 職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ないと思う。	-0.07	0.61	0.07	0.05
I-27: ケアの方針について、職員自身で決定できる裁量範囲が狭いと思う。	0.19	0.54	-0.04	-0.02
I-26: トラブルが起きた時に、適切な対応ができない。	0.32	0.48	0.02	0.02
I-28: 一般の社会のケアに関する理解が低いと思う。	-0.03	0.45	0.12	0.09
I-22: 同じ職場内の専門職との連携があまりない。	0.14	0.45	0.05	0.02
I-6: 入浴介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	0.21	0.27	0.59	-0.05
I-3: 勤務時間は、昼間がほとんどである。	-0.01	0.11	0.57	0.14
I-5: 担当する利用者の平均要介護度は、要介護3以上である。	-0.05	-0.05	0.52	0.49
I-2: ユニットケアの介護方法についての知識がある。	0.16	-0.05	0.51	-0.13
I-4: 夜間勤務は、週1回以上である。	-0.05	0.05	-0.12	0.54
I-18: 事務作業が多いので、利用者とは話をする時間がない。	0.10	0.30	0.18	0.46
I-10: ユニットでのミーティングやカンファレンスには参加するようにしている。	0.35	0.01	0.09	0.41

表 4-7 ストレス対処状況に関する因子負荷量 2017,2018

質問項目	因子	
	1	2
	業務外対処	業務の再検討
3-30: 周囲の人に八つ当たりする。	0.80	0.43
3-31: むずかしい問題は後まわしにする。	0.77	0.35
3-27: 信仰を心のよりどころにする。	0.74	0.53
3-13: その問題を避け、忘れようとする。	0.74	0.47
3-28: カラオケ、居酒屋などで仲間と楽しむ。	0.72	0.46
3-21: 薬を服用する。	0.71	0.54
3-20: たくさん食べる。	0.69	0.44
3-29: ポーツとして、とりとめのないもの思いにふける。	0.69	0.44
3-14: 感情を率直に表現する。	0.66	0.55
3-15: 愚痴を友人・知人などに聞いてもらう。	0.66	0.46
3-19: 家に帰ってお酒を飲む。	0.64	0.41
3-17: 別の楽しいことを考える。	0.64	0.51
3-16: 愚痴を家族に聞いてもらう。	0.64	0.48
3-24: 仕方がなかったと割り切るようにしている。	0.63	0.58
3-25: たくさん眠るようにしている。	0.61	0.45
3-18: 喫煙によって気を紛らす。	0.60	0.39
3-26: 仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	0.56	0.56
3-5: 過去の経験に照らしてみる。	0.38	0.82
3-7: もう一度一生懸命やり直してみる。	0.47	0.78
3-8: 問題点をはじめから見直してみる。	0.45	0.77
3-10: 話し合って妥協できるところを探してみる。	0.52	0.73
3-2: カンファレンスなどで検討してもらう。	0.42	0.73
3-6: 他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	0.45	0.73
3-1: 本などを読んで勉強をしない。	0.56	0.71
3-3: 上司や同僚に個人的に相談する。	0.50	0.69
3-11: くよくよしないよう心がける。	0.53	0.69
3-23: あせらないよう心がける。	0.54	0.68
3-9: 誰かに頼んでやってもらう。	0.62	0.63
3-4: 職場外の同種の専門職に相談する。	0.59	0.62
3-22: ものごとをよい方向に考えようとする。	0.59	0.61
3-12: じっと我慢し、耐えてみる。	0.55	0.56

表 4-8-1 ユニットケアの職場環境および ストレス対処要因と

バーンアウトの標準偏回帰係数( ユニット通常実施群 2018)

	バーンアウト尺度		
	EE	DP	PA
<b>■ユニットケアの実施状況</b>			
ユニットケア理念・技術	-0.09	-0.16	0.14 **
職場内外の支援不足	-0.09	-0.12	0.08 **
業務内容	0.02	-0.08	-0.02
業務体制	-0.15	-0.10	0.02
<b>■ストレス対処要因</b>			
業務外対処	0.62 +	0.89 **	-1.33 **
業務の再検討	-0.61 +	-0.96 **	1.47 **
R <sup>2</sup>	0.08	0.17	0.19
EE:情緒的消耗感得点, DP:脱人格化得点, PA:個人的達成感得点			

+ p<.10,  
\* p<.05,  
\*\* p<.01

表 4-8-2 ユニットケアの職場環境および ストレス対処要因と

バーンアウトの標準偏回帰係数( ユニット研修指定群 2017)

ユニットケアの実施状況	バーンアウト尺度		
	EE	DP	PA
<b>■ユニットケアの実施状況</b>			
ユニットケア理念・技術	0.09	0.06	0.13
職場内外の支援不足	-0.19	-0.26 +	-0.07
業務内容	-0.32 *	-0.36 *	0.18
業務体制	-0.10	0.01	0.04
<b>■ストレス対処要因</b>			
業務外対処	0.22	0.17	0.03
業務の再検討	0.03	-0.14	0.25
R <sup>2</sup>	0.12	0.16	0.21
EE:情緒的消耗感得点, DP:脱人格化得点, PA:個人的達成感得点			

+ p<.10,  
\* p<.05,  
\*\* p<.01

- ユニットケア  
環境移行

- 環境移行前後のバーンアウト変化 2001-2002年
  - 情緒的消耗感が有意に減少した。
  - 環境移行1.5年後のバーンアウト変化 2002-2003年
  - バーンアウト要因とストレス内容得点が増加した。
- ユニットケア  
と従来型の  
バーンアウト  
比較

- 従来型とユニット型のバーンアウト比較 2015年
  - ユニットケア群の方が、従来型群に比べて、情緒的消耗感が有意に高かった。
  - 両群共に、バーンアウトの程度は高くなかった。
- 研修指定有  
無のバーン  
アウト比較

- ユニットケア研修指定有無施設のバーンアウト比較2017-18年
  - 研修指定有群の方が、無群に比べて、脱人格化得点が有意に低かった。

図5 本研究の調査内容と結果一覧

■付表1 調査用紙 2001年,2002年,2004年

## 職員の労働環境に関する調査へのご協力のお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、私どもではかねてより人にとって豊かな生活環境の実現をめざして、福祉施設における住環境計画の研究を進めております。ご多忙中、誠に恐縮ではございますが、以下に示しました研究の目的にご理解を賜り、アンケート調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

### ■ 調査の目的

利用者の生活をより快適なものとするために、近年の施設では、居室の個室化や小規模介護の導入など物理的環境とケア環境の改善・充実が求められております。貴施設におきましても、2人部屋やデイルームの充実といった物理的環境の改善が行われ、今後ケア環境の改善が必要とされております。

そこで、本アンケートでは、ケア環境の改善のために、現時点での仕事への思いや職場環境に対してお考えになられていることを伺いすることにより、労働環境の現状把握を行い、今後のケア環境の改善に役立てていきたいと考えております。

なお、以前にも同じような内容のアンケートを実施させていただいておりますが、以前の結果とも比較して問題点を検討していきたいと思っております。お手数をおかけしますが、何卒、よろしくお願い申し上げます。

### ■ 調査結果の扱い

原則として、アンケートにご記入されましたことは、すべて統計的に処理いたします。個人のプライバシーを侵すことや、ご迷惑をおかけするようなことはございませんが、よりよい職場環境のために少しでもお役に立てていきたいと思っております。

### ■ 調査内容に関するお問い合わせ

このアンケートに関しますお問い合わせは、以下までお願い申し上げます。

北星学園大学 文学部 心理・応用コミュニケーション学科 田辺 毅彦

E-mail: tanabe@hokusei.ac.jp

〒004-8631 札幌市厚別区大谷地西2丁目3—1

Tel: 011-891-2731 Fax: 011-894-4984

問1. あなたは、現在従事している福祉活動や働いている職場において、最近3ヶ月の間に、次の 17 項目のようなことをどの程度経験されましたか。右欄の中から当てはまるものを選び、1～5 の数字でお答えください。

	な い	まれに ある	時 々 ある	しばし ある	いつも ある
(1)「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	1	2	3	4	5
(2)我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	1	2	3	4	5
(3)こまごまと気配りをすることが面倒にかんじることがある。	1	2	3	4	5
(4)この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	1	2	3	4	5
(5)同僚や利用者の顔を見るのも嫌いになることがある。	1	2	3	4	5
(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。	1	2	3	4	5
(7)1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。	1	2	3	4	5
(8)出勤前、職場に出るのが嫌いになって、家にいたいと思うことがある。	1	2	3	4	5
(9)仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	1	2	3	4	5
(10)同僚や利用者、何も話したくなることもある。	1	2	3	4	5
(11)仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	1	2	3	4	5
(12)仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。	1	2	3	4	5
(13)今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	1	2	3	4	5
(14)今の仕事は、わたしにとってあまり意味がないと思うことがある。	1	2	3	4	5
(15)仕事楽しくて、知らないうちに時間がすぎることもある。	1	2	3	4	5
(16)体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	1	2	3	4	5
(17)我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	1	2	3	4	5

問2. あなたは、現在従事している福祉活動や働いている職場において、最近3ヶ月の間に、次26項目についてどのように感じられましたか。右欄の中から当てはまるものを選び、1～5の数字でお答えください。

	な い	まれに ある	時 々 ある	しばし ある	いつも ある
(1)仕事が多く時間が足りない。	1	2	3	4	5
(2)サービスや資源が不足している。	1	2	3	4	5
(3)お役所仕事で柔軟な対応ができない。	1	2	3	4	5
(4)職務の意志決定に影響を及ぼすことができない。	1	2	3	4	5
(5)処遇方針や処遇手続きが曖昧である。	1	2	3	4	5
(6)近年の制度改革についていけない。	1	2	3	4	5
(7)職務遂行上の指示系統が曖昧である。	1	2	3	4	5
(8)職務の役割の限界が曖昧である。	1	2	3	4	5
(9)職務の役割が矛盾している。	1	2	3	4	5
(10)何が専門なのかよく分からない。	1	2	3	4	5
(11)他人の人生に責任をもたねばならない。	1	2	3	4	5
(12)利用者に改善がみられない。	1	2	3	4	5
(13)利用者から暴言を受けたことがある。	1	2	3	4	5
(14)利用者から暴力を受けたことがある。	1	2	3	4	5
(15)利用者のかかえる問題が深刻である。	1	2	3	4	5
(16)利用者の理解(性格、行動、価値観)に困難を感じる。	1	2	3	4	5
(17)物理的な職場環境がよくない。	1	2	3	4	5
(18)職場の人間関係がよくない。	1	2	3	4	5
(19)職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	1	2	3	4	5
(20)職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が 少ない。	1	2	3	4	5
(21)変化や挑戦の機会があまりない。	1	2	3	4	5
(22)他の専門職からの無理解。	1	2	3	4	5
(23)職場のモラル(士気)が低い。	1	2	3	4	5
(24)低賃金で社会的地位が低い。	1	2	3	4	5
(25)社会の期待に答えられない。	1	2	3	4	5
(26)社会がわれわれの仕事に無理解である。	1	2	3	4	5



問3. あなたは最近3ヶ月の間に、仕事上あるいは活動上、手に負えないような困ったことを経験したことがありますか

1. 経験したことがある。

2. 経験したことがない。 → 問5以降へ

→ 問4 「1. 経験したことがあると答えた方のお伺いします

その時あなたは、次の 31 項目のことをどの程度行ったことがありますか。右欄の中から当てはまるものを選び、1～5の数字でお答えください。

	ない	まれに ある	時々 ある	しばし ある	いつも ある
(1)本などを読んで勉強をしない。	1	2	3	4	5
(2)カンファレンスなどで検討してもらう。	1	2	3	4	5
(3)上司や同僚に個人的に相談する。	1	2	3	4	5
(4)職場外の同種の専門職に相談する。	1	2	3	4	5
(5)過去の経験に照らしてみる。	1	2	3	4	5
(6)他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	1	2	3	4	5
(7)もう一度一生懸命やり直してみる。	1	2	3	4	5
(8)問題点をはじめから見直してみる。	1	2	3	4	5
(9)誰かに頼んでやってもらう。	1	2	3	4	5
(10)話し合った妥協できる場所を探してみる。	1	2	3	4	5
(11)くよくよしないよう心がける。	1	2	3	4	5
(12)じっと我慢し、耐えてみる。	1	2	3	4	5
(13)その問題を避け、忘れようとする。	1	2	3	4	5
(14)感情を率直に表現する。	1	2	3	4	5
(15)愚痴を友人・知人などに聞いてもらう。	1	2	3	4	5
(16)愚痴を家族に聞いてもらう。	1	2	3	4	5
(17)別の楽しいことを考える。	1	2	3	4	5
(18)煙草で気を紛らわす。	1	2	3	4	5
(19)お酒を飲む。	1	2	3	4	5
(20)たくさん食べる。	1	2	3	4	5
(21)薬を服用する。	1	2	3	4	5
(22)ものごとをよい方向に考えようとする。	1	2	3	4	5
(23)あせらないよう心がける。	1	2	3	4	5
(24)仕方がなかったと割り切るようにしている。	1	2	3	4	5
(25)たくさん眠るようにしている。	1	2	3	4	5
(26)仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	1	2	3	4	5

	ない	まれに ある	時々 ある	しばし ある	いつも ある
(27)信仰を心のよりどころにする。	1	2	3	4	5
(28)カラオケ、ディスコなどで楽しむ。	1	2	3	4	5
(29)ボートとして、とりとめのないもの思いにふける。	1	2	3	4	5
(30)八つ当たりする。	1	2	3	4	5
(31)難しい問題を後まわしにする。	1	2	3	4	5

次にあなたご自身のことについてお伺いします。

以下の各欄について、あなたに該当する項目の番号1つだけを選んで、それを回答用紙に記入してください。

問5. <性別> 1. 男 2. 女

問6. <満年齢> 1. 20歳以下 2. 20～29歳 3. 30～39歳 4. 40～49歳  
5. 50～59歳 6. 60歳以上

問7. <婚姻> 1. 未婚 2. 既婚

問8. <福祉実務年数> 1. 2年未満 2. 2～5年 3. 6～9年  
4. 10～19年 5. 20～29年 6. 30～39年 7. 40年以上

問9. <勤務あるいは活動の形態>  
1. 常勤 2. 非常勤 3. ボランティア

問10. <現在の職場あるいは活動の場での経験年数>  
1. 1. 2年未満 2. 2～5年 3. 6～9年  
4. 10～19年 5. 20～29年 6. 30～39年 7. 40年以上

問11. <業務あるいは職種>  
1. 指導員 2. 介護職 3. 看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士  
6. 栄養士 7. 事務職 8. 相談員 9. 調理員  
10. その他(具体的に )

問12. <活動の中止及び転職・転勤について>

1. 望んでいる。 2. 望んでいない。 → 問14へ

↓  
問13. 「1. 望んでいる」と答えた方にお伺いします。

それは次のうちどれに該当しますか。

1. 福祉関係の仕事及び活動
2. 福祉関係以外の仕事及び活動

■付表2 調査用紙2015, 2017, 2018

## 介護職の職場環境とストレス対処に関する調査

北星学園大学 田辺 毅彦

以下の質問は、あなたの職場環境とストレスの状態、さらに、そのストレスに対してどのような対処を行っているのかお尋ねするものです。現在、介護の職場環境は、介護保険の改定などを影響を受けて、さまざまな問題が起こっていますが、この調査を通じて、利用者に快適な介護環境を提供するのはもちろんの事ですが、少しでも現場の職員の皆さんが働きやすい方策を提案したいと思っていますので、できるだけ、率直なご回答をお願いしたいと思います。

なお、この調査は無記名で行われ、結果は統計的な処理を行うので、個人の特定は行われませんが、回答されるのを拒否したい場合には、そのご意思を尊重致します。

問1. あなたの介護業務環境についてお尋ねします。現在、大規模施設においても、ユニットケアという小規模介護が行われる例が増えていきます。あなたの勤務現場ではどのような状況か、以下の質問で、右欄の中から当てはまるものを選び、1～3の数字でお答えください。ユニットケアが行われていない勤務現場においても、小規模介護がどの程度行われているのか、確認したいと思いますので、0～3の数字でお答えいただきますようお願い申し上げます。

	行われて	よく	行われて
	いない	わからない	いる
(1) あなたの勤務している現場では、ユニットケアが行われていますか。	1	2	3

※ユニットケアというのは、①～③までのいずれも該当しますが、実際の現場はいかがでしょうか。

①一つのユニット定員は10名程度として

小グループでのケアを行っている。	1	2	3
------------------	---	---	---

②各ユニットごとに食事を取り、お茶を飲むリビングスペースやコーナーがある。

1	2	3
---	---	---

③原則として、職員は固定配置されている。

1	2	3
---	---	---

そう	あまり	ややそう	そう
思わない	そう思わない	思う	思う

(2) ユニットケアの介護方法についての知識がある。	0	1	2	3
(3) 勤務時間は、昼間がほとんどである。	0	1	2	3
(4) 夜間勤務は、週1回以上である。	0	1	2	3
(5) 担当する利用者の平均要介護度は、要介護3以上である。	0	1	2	3
(6) 入浴介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	0	1	2	3

	そう 思わない	あまり そう思わない	ややそう 思う	そう 思う
(7) 食事介助の時間帯は利用者の習慣や意向を考慮している。	0	1	2	3
(8) 排泄介助の時間帯は利用者のリズム、パターンや意向を考慮している。	0	1	2	3
(9) 入浴・食事・排泄など生活介助において、利用者に自分でしてもらいよりも、介助を優先すべきだと思う。	0	1	2	3
(10) ユニットでのミーティングやカンファレンスには参加するようにしている。	0	1	2	3
(11) 利用者が、家族や訪問者と交流できるよう心がけている。	0	1	2	3
(12) BPSD（認知症に伴う徘徊や暴言等）が生じた場合はその原因について検討・考慮するようにしている。	0	1	2	3
(13) 利用者の服薬内容について定期的に確認している。	0	1	2	3
(14) 利用者と一緒にいる時間をできるだけ作っている。	0	1	2	3
(15) 利用者の個人史について聞いたりしたことがある。	0	1	2	3
(16) 利用者の生活空間が、家庭的な雰囲気になるように配慮・検討している。	0	1	2	3
(17) 利用者のターミナルケアについて検討している。	0	1	2	3
(18) 事務作業が多いので、利用者と話をする時間がない。	0	1	2	3
(19) 夜勤の際に、スタッフが少ないので不安を感じる。	0	1	2	3
(20) ケアを通じて、利用者の心身の状態が改善したと思う。	0	1	2	3
(21) ユニットケアについてもっと学びたいと思う。	0	1	2	3
(22) 同じ職場内の専門職との連携があまりない。	0	1	2	3
(23) 職場内部のスーパービジョン・研修体制が不備である。	0	1	2	3
(24) 職場外部のスーパービジョン・研修への参加の機会が少ないと思う。	0	1	2	3
(25) 賃金が安く、仕事量に見合っていないと思う。	0	1	2	3
(26) トラブルが起きた時に、適切な対応ができない。	0	1	2	3
(27) ケアの方針について、職員自身で決定できる裁量範囲が狭いと思う。	0	1	2	3
(28) 一般の社会のケアに関する理解が低いと思う。	0	1	2	3

2. あなたは、現在従事している福祉活動や働いている職場において、最近6ヶ月の間に、次の17項目のようなことをどの程度経験されましたか。右欄の中から当てはまるものを選び、0~4の数字でお答えください。

	な い	まれに ある	時 々 ある	しばし ある	いつも ある
(1)「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。	0	1	2	3	4
(2) 我を忘れるほど仕事に熱中することがある。	0	1	2	3	4
(3) こまごまと気配りをすることが面倒に感じることもある。	0	1	2	3	4
(4) この仕事は自分の性分に合っていると思うことがある。	0	1	2	3	4
(5) 同僚や利用者の顔を見るのが嫌になることがある。	0	1	2	3	4
(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。	0	1	2	3	4
(7) 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じる ことがある。	0	1	2	3	4
(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。	0	1	2	3	4
(9) 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思う ことがある。	0	1	2	3	4
(10) 同僚や利用者、何も話したくないことがある。	0	1	2	3	4
(11) 仕事の結果はいつでもよいと思うことがある。	0	1	2	3	4
(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。	0	1	2	3	4
(13) 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	0	1	2	3	4
(14) 今の仕事は、自分にとってあまり意味がない と思うことがある。	0	1	2	3	4
(15) 仕事が楽しくて、知らないうちに時間がすぎる ことがある。	0	1	2	3	4
(16) 身体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	0	1	2	3	4
(17) 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	0	1	2	3	4

※田尾雅夫・久保真人著「バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ」誠信書房 1996年 参照

問3. あなたは最近6ヶ月の間に、仕事上あるいは活動上、手に負えないような困ったことを経験したことがありますか。もしあると思う方は、次の31項目のことを、どの程度行ったことがありますか。右欄の中から当てはまるものを選び、0~4の数字でお答えください。

	な い	まれに ある	時 々 ある	しばし ある	いつも ある
(1) 本などを読んで勉強をしない。	0	1	2	3	4
(2) カンファレンスなどで検討してもらう。	0	1	2	3	4
(3) 上司や同僚に個人的に相談する。	0	1	2	3	4
(4) 職場外の同種の専門職に相談する。	0	1	2	3	4
(5) 過去の経験に照らしてみる。	0	1	2	3	4
(6) 他にやり方がないか、自分で工夫してみる。	0	1	2	3	4
(7) もう一度一生懸命やり直してみる。	0	1	2	3	4
(8) 問題点をはじめから見直してみる。	0	1	2	3	4
(9) 誰かに頼んでやってもらう。	0	1	2	3	4
(10) 話し合った妥協できるところを探してみる。	0	1	2	3	4
(11) くよくよしないよう心がける。	0	1	2	3	4
(12) じっと我慢し、耐えてみる。	0	1	2	3	4
(13) その問題を避け、忘れようとする。	0	1	2	3	4
(14) 感情を率直に表現する。	0	1	2	3	4
(15) 愚痴を友人・知人などに聞いてもらう。	0	1	2	3	4
(16) 愚痴を家族に聞いてもらう。	0	1	2	3	4
(17) 別の楽しいことを考える。	0	1	2	3	4
(18) 喫煙によって気を紛らす。	0	1	2	3	4
(19) 家に帰ってお酒を飲む。	0	1	2	3	4
(20) たくさん食べる。	0	1	2	3	4
(21) 薬を服用する。	0	1	2	3	4
(22) ものごとをよい方向に考えようとする。	0	1	2	3	4
(23) あせらないよう心がける。	0	1	2	3	4
(24) 仕方がなかったと割り切るようにしている。	0	1	2	3	4
(25) たくさん眠るようにしている。	0	1	2	3	4
(26) 仕事以外のこと(趣味やスポーツ)に熱中する。	0	1	2	3	4
(27) 信仰を心のよりどころにする。	0	1	2	3	4
(28) カラオケ、居酒屋などで仲間と楽しむ。	0	1	2	3	4
(29) ポーッととして、とりとめのないもの思いにふける。	0	1	2	3	4
(30) 周囲の人に八つ当たりする。	0	1	2	3	4
(31) むずかしい問題は後まわしにする。	0	1	2	3	4

問4. 次にあなたご自身のことについてお伺いします。

以下の各欄について、あなたに該当する項目の番号1つだけを選んで、それを回答用紙に記入してください。

問5. <性別> 1. 男 2. 女

問6. <満年齢> 1. 20歳未満 2. 20～29歳 3. 30～39歳 4. 40～49歳  
5. 50～59歳 6. 60歳以上

問7. <婚姻> 1. 未婚 2. 既婚

問8. <最終学歴> 1. 高校 2. 各種専門学校 3. 短期大学  
4. 大学 5. 大学院 6. その他（具体的に )

問9. <介護実務年数> 1. 2年未満 2. 2～5年 3. 6～9年  
4. 10～19年 5. 20～29年 6. 30～39年 7. 40年以上

問10 <勤務あるいは活動の形態>

1. 常勤 2. 非常勤 3. ボランティア

問11 <現在の職場あるいは活動の場での経験年数>

1. 2年未満 2. 2～5年 3. 6～9年  
4. 10～19年 5. 20～29年 6. 30～39年 7. 40年以上

問12. <業務あるいは職種（該当するものすべてに○をおつけください）>

1. 介護職 2. 看護師 3. 生活相談員 4. 栄養士  
5. 理学療法士 6. 作業療法 7. 保健師 8. 調理士 9. 事務職  
10. 介護支援専門員 11. 社会福祉士  
12. その他（具体的に )

問13. <勤務あるいは活動場所>

下記の1～7および12をお選びになった方は、具体的に施設種別をお書きください。

1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設  
3. グループホーム 4. その他（具体的に )

問14. <所属あるいは活動機関の経営主体>

1. 国 2. 都道府県 3. 市町村 4. 社会福祉法人  
5. 医療法人 6. 宗教法人 7. その他（具体的に )

問 15. <所属あるいは活動機関の所属地域>

1. 東京 23 区及び政令指定都市
2. 県庁所在地
3. その他の市町村（具体的に )

問 16. <職 位>

1. 機関あるいは施設の長
2. 中間管理職
3. 一般職

問 17. <退職について>

1. 現在、望んでいる。
2. 望んでいない

→ 問 17「1. 望んでいる」と答えた方にお伺いします。  
退職後に望むのは、次のうちどれに該当しますか。

1. 介護関係の仕事及び活動
2. 介護関係以外の仕事及び活動

問 18. 現在の介護の仕事に関して、他に、ご意見等ございましたら、ご自由にお書きください。

※ご多忙な中、質問へのご回答へのご協力、ありがとうございました。心からお礼申し上げます。

なにか、ご質問、お問合せ等ございましたら、以下までご連絡ください。

北星学園大学文学部 心理・応用コミュニケーション学科 田辺 毅彦

〒004-8631 札幌市厚別区大谷地西 2-3-1

tel : 011-891-2731 fax : 011-892-6097、

Eメール : tanabe@hokusei.ac.jp