

卒業生の労働実態と職業性ストレス

～介護福祉士の介護労働を中心とした分析～

The labor actual state and the job stress of the graduates
～The analysis centered on the nursing care labor of Certified Care Worker～

横山 さつき

Satsuki YOKOYAMA

Abstract:

介護福祉士のストレス反応に影響を与えている職場ストレス、及び緩衝要因の特徴と水準を明らかにすることを目的として、介護福祉士養成校の卒業生を対象とした質問紙調査を実施した。

「仕事の要求度—コントロール—社会的支援モデル」に従って検討した結果、①介護福祉士は全国の労働者に比し、仕事の要求度が有意に高く、かつ仕事のコントロール度が有意に低い不健康な就業状態にある、②しかし、有意に高い同僚からの支援があり、「高要求—低コントロール」の組み合わせから生じているストレス反応を緩和している、③仕事のコントロールの低さと、同僚からの社会的支援が少ないことが介護福祉士のストレス関連疾患の危険因子となるとの結論を得た。したがって、介護福祉士の健全な労働のためには、同僚との協働体制を維持しながら、非常に高い仕事の要求度に見合ったコントロールを与えるための方策を講じる必要がある。

キーワード：職業性ストレス 蓄積疲労 介護福祉士 介護労働 産業保健

はじめに

1. 労働者の健康と職業性ストレス

厚生労働省の「労働者健康状況調査報告（2003年）」によると、仕事や職業生活で「強い不安・悩み・ストレスを感じている労働者」の割合が増加しつつあり、労働者の5人に3人は過剰なストレスを自覚しているという。このような現状の中、労働者のストレスに関連する健康障害が問題視され、職業性ストレスに関する取り組みがなされるようになった。2000年3月に厚生省により策定された「健康日本21」においては、ストレスを感じる者の割合の減少などが目標値として挙げられた。また、同年8月には、労働省により、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（行政通達）」が打ち出された。さらに、2006年の労働安全衛生法の改正により「労働者の心の健康の保持増進のための指針（公示）」が発出され、メンタルヘルズ指針が法的な根拠を持つこととなった。

そして、職業性ストレス研究においては、「ミシガンモデル（Caplain, Cobb, French, et al., 1975）」や「NIOSH職業性ストレスモデル（Hurrell & McInaney, 1988）」などの職業性ストレスモデルが提唱され、モデルに基づいた大規模な実証研究が行われた。その成果として、過度の業務負担などの職場ストレスが労働者の自覚するストレス反応に影響を与え、さらにストレス関連疾患など

の疾病へ移行する可能性のあることが科学的に明らかにされてきた¹⁾。

ストレスは、身体的ストレスと心理社会的ストレスに分けられる。認知的評価を介して情動に影響を与え情動反応を引き起こす心理社会的ストレスによる刺激は、脳内アミンの低下などを介して抑うつなどの精神心理的障害を引き起こす。そして、交感神経系の活動や視床下部・脳下垂体・副腎皮質系を賦活化し、血圧上昇や心拍数の増加を介して循環機能に影響を与えるとともに、内臓肥満を引き起こす。その内臓肥満はインスリン抵抗性を高め、高インスリン血症・高血圧・耐糖能異常からインスリン非依存型糖尿病（2型糖尿病）に結びつく。さらには、リポ蛋白質リパーゼ活性の低下などを介して高脂血症を引き起こし動脈硬化を進行させ、メタボリック症候群といわれる病態が潜行する。また、心理社会的ストレスは、前述のような生体に対する直接的な影響を与えるばかりではなく、喫煙量の増加・多量飲酒・過食偏食・睡眠不足や運動不足などの生活習慣の乱れを介して、肥満・動脈硬化などの生活習慣病を引き起こす（下光輝一、2001）。これが、「ストレス—ストレス反応—ストレス関連疾患」のメカニズムである。

こうした背景において、労働者の過剰なストレスによって引き起こされるストレス関連疾患の予防が、今日の産業保健上の大きな課題となっている。

2. 介護労働者の職業性ストレス

介護労働者が高い心理社会的ストレスに曝されていることは、広く一般にも知られているところである。財団法人介護労働安定センターが実施した、「介護労働者のストレスに関する調査（2005年）」では、介護労働者の85.5%が職場や仕事においてストレスを強く感じていることが報告されている。

しかし、介護労働者の職業性ストレスに関する研究は乏しい。そして、一般にストレスは、ストレスラー（ストレス刺激となるもの）と、ストレス反応（そのストレス刺激を受ける生体における歪み）とに分けられるが、ストレス反応のみを取り上げた研究や、両者の混同がみられる研究がそのほとんどを占めている。そのため、介護労働者の職業性ストレスの実態は明確にされていない。そこで、今日増加がみられる、介護労働者の慢性疲労による自律神経失調や職業性腰痛などのストレス関連疾患の発症予防のためには、職業性ストレスの評価が必須であると考え、介護労働者のストレス反応に影響を及ぼしている心理社会的要因（ストレスラー）を探求することを目的として本研究を実施した。

また、本学は12年間に及ぶ歴史の中で1,000人を超える介護福祉士を養成してきた。その責務として、卒業生の介護労働環境の向上に寄与するための基礎的資料を得ることもねらいとして本研究を進めた。

1. 研究目的

1. 本学の介護福祉士養成課程卒業生の労働実態を把握する。
2. 介護福祉士（介護福祉士資格を持ち常勤で介護労働に就く者）のストレス反応に影響を与えている職場ストレスラー、及び緩衝要因の特徴と水準を明らかにすることによって、介護労働環境改善に向けての根拠を得、介護労働者の健康と安全の確保に向けての示唆を得る。

II. 用語について

1. 用語の定義

1) ストレス

ストレス刺激となるものをストレスラー、そのストレス刺激を受けて生体に起きた歪みをストレス反応、その両方を総合したものをストレスと称する。

2) 職業性ストレス

個人が特定の職業に就き、また特定の職務を遂行する過程において、その職業や職務から必然的にもたらされる外的圧力（ストレスラー）、及びそのストレスラーにさらされることによって個人の側に生じる心理的・身体的・行動的反応（ストレイン）を表す複合的な概念²⁾。

3) 蓄積疲労

長期的に心理面、身体面、行動面の変化として表れる慢性のストレス反応。

4) 仕事の要求度

職務遂行における多忙さや時間的切迫感等の量的負荷。仕事の量やスピード、複雑さ等が関連する。⇒仕事の量が多すぎたり、限られた時間内に多くの仕事をしなければならない状態では仕事の要求度が高くなる。

5) 仕事のコントロール

職務遂行における意思決定の権限（裁量権）や自由度、スキル自立性。つまり、仕事の内容や予定、手順などを自分で決められる程度のこと。⇒達成すべき目標が高く設定されている仕事や、上司から一方的に与えられたり急な変更が多く予定が立てにくい仕事などではコントロール度が低くなる。

6) 社会的支援

ストレス反応を緩和する上司や同僚からのサポート。人間関係や組織風土等が関連する。

2. 用語の操作的定義

1) 交代制勤務

2人以上の労働者が労働者ごとに異なった時刻に就業し、一定期日ごとに就業時刻の転換を行うもの。労働者ごとに就業時刻が異なっても、就業時刻の転換を行わないものは含まない。

2) 深夜勤務

勤務時間の一部でも午後10時から午前5時までの時間帯に係るもの。

3) 管理職

高齢者の医療福祉施設等において直接的ケアを提供する介護労働に就きながら、介護主任以上の職位を持ち、業務管理や人事管理に係っているもの。

III. 概念枠組みと評価尺度

代表的な職業性ストレスのモデルである、「仕事の要求度-コントロール-社会的支援モデル」(Karasek & Theorell, 1990)、を研究の概念モデルとした(図1³⁾。このモデルは、仕事の要求度と仕事のコントロール度を職場ストレスラーの2大要因として取り上げ、①仕事におけるコントロールに比べて要求度が多いほどストレス反応が生じやすいとしている点、②仕事の要求度とコントロールとの総和が活動水準として示される点(要求度もコントロールも高い仕事は活動水準が高く、逆に要求度もコントロールも低い仕事は活動水準が低いとされる点)に特徴がある。そして、同モデルは、当初、「仕事の要求度-コントロールモデル」⁴⁾として提案されたが、後に、職場ストレスラー-ストレス反応間の関連を強めたり弱めたりする緩衝要因として社会的支援要因が加えられた。

これらのモデルに基づいた概念枠組みに従い、仕事の要求度(量的負荷や責任)、仕事のコントロール(自由

度や裁量権)、社会的支援要因として上司の支援、同僚の支援の4つの側面から評価を行う、「仕事のストレス判定図」^{5) 6)}、及び「職業性ストレス簡易調査票(12項目版)」^{7) 8)}をストレス関連要因(職場ストレス・緩衝要因)の評価尺度として使用した。なお、これらの評価尺度は信頼性と妥当性はもとより、簡便性を備えている。そのため、対象者に過度の負担をかけ有効回答が得られにくいといった問題を回避できるなど、有用性の点でも優れていると判断し採用した。

また、ストレス反応の評価尺度には、慢性のストレス反応を測定する「蓄積疲労候調査縮約版(18項目版)」⁹⁾を用いた。

IV. 研究方法

1. 調査対象・実施期間・調査方法

中部学院大学短期大学部(岐阜県関市)の介護福祉士養成課程卒業生全数(平成2~15年度卒業生1,342名:社会福祉学科913名、専攻科429名)に対して2段階の郵送法による質問紙調査を実施した。第1調査として、2004年7月に就労状況に関する記名式の往復はがきによる調査を実施した(回答者総数386名、回収率28.8%:社会福祉学科28.3%、専攻科29.8%)。このうちの介護関係労働就労者238名に対し、第2調査として2005年1月に職業性ストレスに関する無記名自記式質問紙調査を実施したところ、介護関係労働就労者119名からの有効回答が得られた(回収率49.8%)。したがって、標本数の少ない男性(1名)を除外した118名の女性介護関係労働就労者を分析対象とした。

2. 倫理的配慮

第2段階調査に関して、学術目的以外には使用しないことを明記した無記名の調査用紙と返信用封筒を配布し、調査への参加が対象者個々の任意となるよう、対象者が各自投函する方法で回収をした。

3. 評価尺度の使用許諾について

1) 職業性ストレス簡易調査票・仕事のストレス判定図

職業性ストレス簡易調査票、及び仕事のストレス判定図は、平成7~11年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」の研究の一環として作成された労働省委託研究の成果であり、その報告書が全国の産業保健推進センターに配布されている。したがって、本調査票の使用許諾の必要はない。

2) 蓄積疲労候調査縮約版(18項目版)

蓄積疲労候調査縮約版(18項目版)は、出版書籍⁷⁾に紹介されており、著作権の問題はない。

4. 調査票の構成、及びデータの集計・分析方法

1) 基本属性と労働条件

年齢、職種、職位、雇用形態、介護職・看護職の経験年数、現事業所の在職年数、週の労働時間、月平均の所定外労働時間、休日出勤の有無、交代制勤務の有無、深

夜勤務の有無を尋ねた。

2) ストレス関連要因(職場ストレス・緩衝要因)

職業性ストレス簡易調査票の4つの下位尺度、計12項目について尋ねた。そして、プロフィール判定法(回答の程度にしたがって順に、1、2、3、4と採点する4件法による段階評価)による各項目の下位尺度ごとの合計得点(間隔尺度)を以下の分析に用いた。

(1) 12項目の得点を所定の手続きにより集計し、仕事のストレス判定図(各年齢に共通した男女別の判定図)を用いて全国2.5万人の女性労働者の調査データと比較した。また、仕事のストレスによってどの程度余分に健康問題が発生する可能性があるかを「健康リスク(相対危険度)」として計算し推定した。なお、健康リスクによる評価は、100を標準としており、高くなるほど連続的に健康障害の発生危険度が増加することを意味している。これまでの事例研究の積み重ねからは120~130以上の健康リスクは特に危険であると推測されている⁶⁾。

(2) さらに、本対象の下位尺度得点の平均値を、労働省の職業性ストレス簡易調査票の開発に関する研究報告(平成11年度)⁷⁾に基づいた、全国の女性労働者2,175名の平均値(基準値)とt検定を用いて比較した。

3) ストレス反応(蓄積疲労度)

心身の症状・状態の有無に関する質問からなる蓄積疲労候調査縮約版の18項目について尋ねた。該当症状数を計上するとともに、カットオフ値5ポイント以上をHigh Risk群、4ポイント以下をNon-High Risk群に分類して以下の分析に用いた。

(1) 本対象をその基本属性や労働条件別に、独立性の検定(χ^2 検定)と平均値の差の検定(t検定もしくは、一元配置分散分析、及び多重比較)により比較した。

(2) また、本対象者のストレス反応(蓄積疲労)と関連する要因(職場ストレス・緩衝要因)について、重回帰分析(強制投入法)を用いて検討した。なお、以上のデータの集計および解析にあたっては、SPSS for Windows 11.0Jを使用した。

V. 結果

1. 介護福祉士養成課程卒業生の労働実態

回答者総数386名のうち、調査時点において職業を有していた者(現職者)が289名(就労率74.5%)、離職者が83名(離職率21.4%)であった。離職者のうち75名(90.4%)が退職者であり、8名(9.6%)が休職者であった。離職理由としては、「結婚・子育て」42名(50.6%)、「健康問題」7名(8.4%)、「待遇への不満」3名(3.6%)、「進学その他」10名(12.0%)であった。

そして、現職者の82.4%(238名)が介護関係労働に就いており、介護関係労働就労率(介護関係労働就労者数/回答者総数)は61.7%であった。

2. 介護関係労働就労者の特性と職業性ストレス

女性介護関係労働就労者のうち、100名(90.1%)が常勤で、90名(79.6%)が介護福祉士として介護労働(直接的ケア)に従事しており(図2・3参照)、常勤介護福祉士は80名(72.1%)であった。

職種別、雇用形態別のストレス反応(蓄積疲労度)に有意差は認められなかった($p>0.05$, 表2参照)。そして、職種別、雇用形態別のストレス関連要因(職場ストレスラー・職場の社会的支援)、及び健康障害の発生危険度にも有意差は認められなかった($p>0.05$, 表4参照)。

しかし、仕事のストレス判定図による、健康障害発生危険度の全国女性労働者との比較(相対危険度)については、ホームヘルパーの健康リスクが129ポイントで極めて高いことが推定された。一方、ホームヘルパーを除く、常勤介護福祉士、常勤以外の介護福祉士、常勤ケアマネージャー、常勤社会福祉士、常勤看護師・准看護師の健康リスクは基準値の100ポイントを超えなかった。しかし、そのストレスラーが、いずれも①「仕事量-コントロール」 >100 、②「職場の社会的支援」 <100 、③「仕事量-コントロール」 $>$ 「職場の社会的支援」であったことから、職場の支援体制より、仕事量とコントロールの調整が適切にできない労働環境が、ホームヘルパーを除く、常勤介護福祉士、常勤以外の介護福祉士、常勤ケアマネージャー、常勤社会福祉士、常勤看護師・准看護師の健康リスクを高めていることが推察された(表4・図5参照)。

3. 介護福祉士の特性と職業性ストレス

1) 介護福祉士の基本属性と労働状況

今回の調査において、唯一分析に耐え得る標本数を得ることができた女性常勤介護福祉士80名について詳細に集計、分析した。

平均年齢は26.19 \pm 4.007歳で、管理職の立場にある者が12名(15.0%)であった。介護職としての経験年数の平均は5.16 \pm 2.577年で、現事業所での在職年数の平均は4.04 \pm 2.393年であった。

また、週平均の労働時間の平均は39.31 \pm 25.698時間で、労働基準法に定めるところの所定外労働(1週当たり40時間を超える労働)をしている者は10名(14.3%)であった。そして、月平均の所定外労働時間の平均は16.39 \pm 35.137時間で、健康障害のリスクが徐々に高まっていく臨界点(1か月当たりの所定外労働時間が45時間)を超える者は4名(6.6%)であった。また、休日出勤のある者が27名(35.1%)、交代制勤務に就く者が63名(80.8%)、深夜勤務のある者が66名(82.5%)であった(表1参照)。

2) 介護福祉士のストレス反応(蓄積疲労度)

蓄積疲労徴候調査縮約版尺度項目のうち訴えの多かった項目は、「よく肩がこる」50名(64.1%)、「腰が痛い」37名(47.4%)、「イライラすることが多い」35名(44.9%)、

「疲れやすい」34名(43.6%)であった(図4参照)。

そして、女性常勤介護福祉士のストレス反応(蓄積疲労度) High Risk群は28名(35.9%)、Non-High Risk群50名(64.1%)であった。

女性常勤介護福祉士の基本属性(年齢・職位・経験年数・在職年数)と労働状況(労働時間・所定外労働時間・休日出勤の有無・交代制勤務の有無・深夜勤務の有無)別のストレス反応(蓄積疲労度)に有意差は認められなかった($p>0.05$, 表3参照)。

3) 介護福祉士の基本属性、労働状況、及びストレス反応(蓄積疲労度)別の健康リスク

仕事のストレス判定図から、週平均の労働時間が40時間を超える者の健康リスクが極めて高いことが推測された。また、ストレス反応(蓄積疲労度) High Risk群が将来ストレス関連疾患に罹患する危険性が非常に高いことが推察された。

そして、t検定においても、週平均の労働時間が40時間を超える者はそうでない者に比べ($p<0.05$)、ストレス反応(蓄積疲労度) High Risk群はNon-High Risk群に比べ($p<0.01$)有意に健康リスクが高かった(表5・図6・図7参照)。

4) ストレス関連要因の全国女性労働者との比較

女性常勤介護福祉士のストレス関連要因の下位尺度ポイントを全国女性労働者と比較した結果を表6に示す。「仕事の要求度」「仕事のコントロール」「同僚の支援」において有意差が認められた(順に $p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.001$)。

5) 介護福祉士のストレス反応に影響を及ぼすストレス関連要因

女性常勤介護福祉士のストレス反応(蓄積疲労度)を従属変数とし、職場ストレスラーと緩衝要因、及び基本属性を独立変数とした重回帰分析結果を表7に示す。ストレス反応(蓄積疲労度)に影響する要因として有意な関連が認められたのは、「仕事のコントロール」と「同僚の支援」であった($p<0.01$)。なお、これらの要因による説明率は22.1%であった。

VI. 考察

1. 介護福祉士の職業性ストレスとその対策について

1) 職業性ストレスの全国女性労働者との比較

本調査における女性常勤介護福祉士のストレス反応(蓄積疲労度)のHigh Risk群は35.9%であり、先に挙げた全国的な調査結果(85.5%)に比し過剰なストレスを被っている者の割合が少なかった。これが評価尺度の違いによるものなのか、他に要因があるのかについては不明であり、さらなる探求が必要である。

そして、職業性ストレスの結果がプロットされ、ストレスが多いか否かを視覚的に知ることができる「仕事のストレス判定図」により、全国2.5万人の女性労働者(全国平均・専門職・事務職・現業職)と比較したとこ

ろ、女性常勤介護福祉士の健康リスクは98ポイントで全国平均(100ポイント)をやや下回る結果となった。そのため、カットオフ値である120ポイントを超えなかったことから、今後大きな健康問題が起こる危険性が高くないことが予測された。しかし、これらの結果は、「職場の社会的支援」が87ポイントと全国平均に比しよかったためであり、「仕事量-コントロール」においては113ポイントと全国平均を13%上回っていることから、介護労働が過重労働であるとされる一端を垣間見る結果となった。

さらに、「職業性ストレス簡易調査票(12項目版)」の4つの下位尺度を全国の女性労働者と比較したところ、上司の支援以外の下位尺度(「仕事の要求度」「仕事のコントロール」「同僚の支援」)で有意差が認められ、女性常勤介護福祉士は全国女性労働者に比べ仕事の要求度(量的負担や責任)が高く、かつ仕事のコントロール度(自由度や裁量権)が低い、同僚からの支援度が高いという知見を得た。

また、週平均の労働時間が40時間を超える女性常勤介護福祉士は、そうでない者に比べ有意に健康リスクが高かったことから、高い仕事の要求度が女性常勤介護福祉士の健康リスクを高めていることが裏付けられた。

図8はカラセック(Karasek, 1989)が提唱した職場ストレスモデル「仕事の要求度-コントロールモデル(Job Demands-Control model)」である。このモデルは、本研究で用いた「仕事の要求度-コントロール-社会的支援モデル」の原型をなすものである。カラセックは、セリエ(Selye, 1956)のストレス適応モデルを例に上げ、ストレスとストレス反応(状態)との関連はU字型の曲線関係にあるとし、ストレスが適切なレベルにある時には有効な刺激(ユーストレス・eustress)となり良好な就業結果を生むが、適切なレベルから離れるにつれ好ましくない状態(ディストレス・distress)に近づくとしている。よって、このモデルは、仕事の要求度(量的負担や責任)とコントロール(自由度や裁量権)とのバランスが保たれている場合には健康な就業が可能になり、いずれか一方でも過大となり両者のバランスが崩れた時は不健康な就業状態になるということを示唆している⁴⁾。

したがって、本研究対象である女性常勤介護福祉士は仕事の要求度が過大、かつ仕事のコントロールが過少であり、両者のバランスが保たれていないため不健康な就業状態にあるといえる。しかし、同僚からの高いサポートが、介護福祉士の「高要求-低コントロール」の組み合わせから生じているストレス反応を緩和しているといえる。

以上により、介護福祉士が心身の健康度を維持・向上しながら介護労働を継続していくためには、これまで築き上げてきた同僚との人間関係や協同体制を維持しながら、仕事の要求度(量的負担や責任)とコントロール

(自由度や裁量権)の調整を図っていくことが必要である。

2) 介護福祉士のストレス反応に影響を及ぼす要因

ただし、第1に重回帰分析により、「仕事のコントロール(自由度や裁量権)」が有意に女性常勤介護福祉士のストレス反応(蓄積疲労度)に影響していることが推察されたが、「仕事の要求度(量的負担や責任)」に関しては有意な関連が認められなかったこと、そして、第2に「仕事の要求度-コントロールモデル」では、①仕事の要求度が高くコントロールの低い「高ストレイン(high strain)群」では抑うつ感をはじめとするストレス反応が最も高く、②仕事の要求度が低くコントロールも低い「パッシブ(passive)群」では問題解決行動が減少してセリグマン(Seligman, 1975)のいう学習性無力に近い状態に陥りやすいが、③仕事の要求度が高くコントロールも高い「アクティブ(active)群」では職場での満足感が上昇し活動水準が極めて高く生産性も高まるとされていること⁴⁾から、高ストレイン群に属する介護福祉士の職場ストレス対策としては、介護労働者の増員等による仕事の量的負担の軽減策に終始することなく、むしろ、仕事の要求度に見合ったコントロールを与えることに取り組むことが重要となるであろう。具体的には、自分の裁量で仕事を計画して遂行方法を決定する権限をできる限り与えることによって、介護労働者が自分の能力やスキルを活かしているという実感を持ちやすい労働環境を構築していく必要がある。

また、「仕事の要求度(量的負担や責任)」には、「自覚的な身体的負担感」と「心理的な仕事の負担(質)」の両者が含まれる。そのため、仕事の量的負担が大きすぎたり少なすぎたりする場合だけでなく、職務を遂行する能力や才能を備えていない場合にHigh Riskとなる。

したがって、介護福祉士をはじめとした介護労働者が与えられた裁量権を適切に行使し、自分のスキルを効果的に活用できる能力を持ち得るよう、エビデンスに基づいた専門教育体制のさらなる充実が必須であると思われる。

さらに、もう1点重回帰分析より、「同僚の支援」が有意に女性常勤介護福祉士のストレス反応(蓄積疲労度)に影響していることが推察されたことに関して、興味深い米国の研究成果がある²⁾。その研究では、「他の女性と友情を育むことは健康にプラスの影響を与える」との結論に至っている。これは、「女性はストレス下に置かれると、闘争や逃避反応を緩和する脳内の物質が徐々に増加し、その結果、子供の世話をしたり他の女性と集団をつくるようになる。そして、それらの行動がストレス拮抗ホルモン放出の引き金になり、気分を鎮静化させる」といったメカニズムによるものであるという。したがって、女性の介護労働者が多くを占める介護労働現場では、特に同僚間の人間関係や協同体制を重視した人事管理(配属)が効果的なストレス対策に結びつくであろうこ

とが示唆された。

2. 職種別の職業性ストレスについて

「仕事のストレス判定図」による職業性ストレスの評価においては、評価する単位（対象者）の人数が減少すると評価が不安定になったり、個人差の影響がでやすくなる。そのため、できれば20名以上、最低でも10名以上程度を1つのグループとして評価することが望ましいとされている。したがって、標本数が10に満たないホームヘルパーについての分析結果は確固たるものであるとは言いきれない。しかし、ホームヘルパーが他の職種と比べ健康障害の発生する危険度が非常に高く、またそのストレスに特徴がみられたため、他の介護関係労働者との違いに視点を置き考察を試みた。

本研究においては、ホームヘルパーの健康リスクが129ポイントと大きく全国平均を上回った。そして、他の職種が皆「仕事量－コントロール」>「職場の社会的支援」であるのに対し、ホームヘルパーのストレスは「仕事量－コントロール」<「職場の支援」で、しかも同僚からの支援が非常に少ない就業状態にあった。武内ら（2003）もこの結果と類似の結果を得、介護労働者の中でも特にホームヘルパーのストレス問題が重大な課題であることを報告している¹⁰⁾。また、大江ら（2002）も施設介護職よりも在宅で活躍するホームヘルパーの方が身体的負担感、及び精神的負担感が大きいと報告している¹¹⁾。一方で、「高要求－高コントロール」のアクティブ群に属する常勤社会福祉士や常勤看護師・准看護師は、非常に高い社会的支援を受け、健康障害の発生危険度が極めて低い（健康リスクがそれぞれ64ポイント、61ポイント）。

これらのことから、介護関係労働者を一括して捉えることなく、その専門性と活動の場の特性を十分に考慮したストレス対策が展開されなければならないことが察知された。

3. 介護労働の特徴と産業保健対策

本邦の労働者の安全や健康に関する法体系としては、日本国憲法のもとに労働基準法や労働安全衛生法などが制定されている。これらの法制度は、労働者が健康で安全に人たるに値する生活を営むことができるよう、快適な職場環境の形成を促進することを目的としている。労働者の健康と安全を管理することは、労働者の病欠や業務上災害に伴う支出を抑制する意味において、生産活動の効率を高め、企業の利益につながっていく。しかし、本邦の介護労働の場においては、事業主の関心がそこにはない。財団法人介護労働安定センターの全国1,347の事業所を対象とした「介護労働実態調査（2005年）」によると、事業者が事業所で雇用している介護労働者に対して配慮していることとしては、物品面や給与面での配慮が広く行われており、「被服や機器等の貸与」79.8%、「基本給以外の手当ての支給」72.2%となっている。しかし、一方で、「精神的ストレスの緩和・サポート」26.9%、

「通勤災害の防止策」24.5%と、精神的健康面や安全面への配慮が行われている事業所は少なく、関心の薄さが伺い知れる。いくら物品や金銭での報酬を増やしても、身体的に健康でなければ、また、心にゆとりがなければ、介護労働者がその専門性を生かした質の高い介護を提供していくことはできない。

介護労働はダイナミックな対人援助関係の中で守秘義務を伴い、命に係る重責を担う。また、心身の負担度の高い職務を昼間だけでなく夜間も担い、事業所としてはその仕事が24時間、365日休みなく続く。そして何より、社会からの役割期待が大きく仕事に限度を設定しにくい。このように特殊な労働環境の中にあり、過剰な心身のストレスを被っている介護労働者の健康や安全にもっと注意を向けることのできるような社会システムを早急に構築しなければならない。

介護の先進国である北欧では、介護労働者への産業保健対策も先進的に行われているという。その対策の特徴は、①1年から数年の専門教育の中で安全衛生についての教育も実施されていること、②介護サービスが提供される際に介護労働者の作業環境としての評価も行われ、改善が行われること、③継続的に安全な介護方法などについての教育が勤務時間内に行われること等である¹²⁾。本邦の介護労働者、そして事業主に対しても同等の安全衛生や健康管理教育を実施していく体制が必要であり、職業性ストレスの測定を含む作業環境の評価をいかに実施していくかの検討が是非とも必要である。

VII. 結論

1. 本学の介護福祉士養成課程卒業生の61.7%が介護関係労働に就いていた（ただし、回収率は28.8%）。そのうち、常勤介護福祉士として介護労働現場の最前線において直接的ケアに従事する者が72.1%を占めた。
2. 女性常勤介護福祉士は全国女性労働者に比し、仕事の要求度（量的負担や責任）が有意に高く、かつ仕事のコントロール度（自由度や裁量権）が有意に低い不健康な就業状態にある。しかし、有意に高い同僚からのサポートがあり、女性常勤介護福祉士の「高要求－低コントロール」の組み合わせから生じているストレス反応を緩和している。
3. 女性常勤介護福祉士は、仕事のコントロールの低さと、同僚からの社会的支援が少ないことがストレス反応（長期的にはストレス関連疾患）の危険因子となる。したがって、介護福祉士が心身の健康を維持・向上しながら介護労働を継続していくためには、同僚との協働体制を維持しながら、非常に高い仕事の要求度に見合ったコントロールを与えるための方策、つまり自由裁量の範囲を広げる方策を講じる必要がある。

VIII. 研究の限界

1. 本研究により、介護福祉士の職業性ストレス対策に関する示唆を得ることができた。しかし、仕事のコントロール度を高めるための具体策を、実現可能な範囲で提言するには至っていない。そのため、今後は質的研究の手法も取り入れ、介護福祉士が自分のペースで職務遂行をし難い理由を探求していきたい。
2. 本研究は一定の集団の全数調査ではあるが、対象が一養成校の卒業生に限定されているため一般化に耐え得るとは言い難い。また、統計処理を行う上で十分な標本数があったとはいえない。したがって、今後は対象の範囲を広げ標本数を増やすことのできる研究デザインを検討し、比較分析の精度を高めたい。
3. 本研究の対象である女性常勤介護福祉士は20歳代が90%を占め、平均年齢が 26.19 ± 4.007 歳であり、比較対象に用いた標準集団の 35.3 ± 10.5 歳と比べ有意に年齢が低い ($p < 0.001$)。そのため、ストレス関連要因の標準集団との比較分析においては、年齢の違いによるバイアスが生じている危険性がある。したがって、交絡要因としての年齢を鑑みた検討がさらに必要である。
4. 本研究では女性常勤介護福祉士の労働に焦点を当てたが、その就労先の種別（入所施設と通所施設の別等）にまで及ぶ分析には至っていない。そのため、労働環境の違いを要素に加えたさらなる分析をする必要がある。
5. 本研究では、仕事の要求度、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援の4つの側面に限った職業性ストレスの分析をしており、その他の多彩な職場ストレスや、仕事外の要因、個人要因としての性格・自尊心やコーピング法などを加味していない。そのため、今後は他の有用な職業性ストレスモデルを活用して、介護労働者の職業性ストレス要因を多面的・包括的に分析していきたい。

おわりに

ストレス関連疾患は、介護者の業務遂行を困難にし、介護サービスの質と量の低下を招くだけでなく、その人自身の生活にも大きなダメージを与える。そのため、介護労働者が自らの生活の質を高め、さらなる専門性を確立していくためには、自身が先頭に立って予防意識を高め、積極的にストレス対策に取り組んでいかなければならない。そして、労働の特殊性から心身ともに過重労働となりやすい介護福祉士には、ストレス発散や疲労の回復を含めたセルフコントロールのための高い知識と技術が必要である。また、介護労働に係る事業主には、雇用労働者の安全衛生への強い関心を是非とも持って欲しい。

この研究は、文部科学省科学研究 課題番号16153081

後藤真澄他「介護従事者の就業動態と腰痛予防との関連～腰痛予防学習プログラム作成のための基礎調査～」による助成によって実施されたものの一部である。

引用文献

- 1) Kawakami, N. et al., Epidemiology of job stress and health in Japan; Review of current evidence and future direction, *Industrial Health*, Vol.37, (1999), p.174-186
- 2) Taylor, S.E., Female responses to stress; Tend and befriend, not fight or flight, *Psychological Review*, Vol.107, No.3, (2000), p.411-429
- 3) 宗方比佐子他 (宗方比佐子他編)『キャリア発達の心理学～仕事・組織・生涯発達～』、川島書店、2002年、210-211頁
- 4) 小杉正太郎他 (小杉正太郎編)『ストレス心理学～個人差のプロセスとコーピング～』、川島書店、2004年、180-183頁
- 5) 川上憲人他「健康影響評価 研究グループ報告 仕事のストレス判定図の完成と現場での活用に関する研究～仕事のストレス判定図の現場における有用性の検討・仕事のストレス判定図の最終修正～」、『労働省平成11年度 作業関連疾患の予防に関する研究 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書 加藤正明 (班長)』、東京医科大学衛生学公衆衛生学教室、2000年、12-39頁
- 6) (財)パブリックヘルスリサーチセンター『ストレススケールガイドブック』、実務教育出版、2004年、291-293頁
- 7) 下光輝一他「ストレス測定 研究グループ報告 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成～職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定～」、『労働省平成11年度 作業関連疾患の予防に関する研究 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書 加藤正明 (班長)』、東京医科大学衛生学公衆衛生学教室、2000年、117-229頁
- 8) (財)パブリックヘルスリサーチセンター『ストレススケールガイドブック』、実務教育出版、2004年、250-255頁
- 9) 山崎喜比古著 (山崎喜比古他編)、『生き方としての健康科学 (第3版)』、有信堂、2003年、6頁
- 10) 武内宏憲他「社会福祉現場職員のストレス実態～ホームヘルパーの職業性ストレス調査および精神健康調査～」、『川崎医療福祉学会誌』、第13巻第1号 (2003年)、111-116頁
- 11) 大江千恵子著「ホームヘルパーの健康管理と感染予防行為について」、『長崎国際大学論叢』、第2巻 (2002年)、149-156頁

- 12) 山本美江子著「北欧における介護労働の現状」、『産業衛生学雑誌』、第46巻第6号(2004年)、234頁

参考文献

1. C.L.クーパー・P.デューイ(大塚泰正他訳)、『ストレスの心理学～その歴史と展望～』、北大路書房、2006年、100-128頁
2. 宗方比佐子他(宗方比佐子他編)『キャリア発達の心理学～仕事・組織・生涯発達～』、川島書店、2002年、201-228頁
3. 原谷隆史他「職業性ストレスと健康職場」、『ストレス科学』、第14巻第3号(1999年)、159-164頁
4. 福井里江他「最先端情報技術産業に従事する技術開発者のストレス反応と関連要因～職業性ストレス簡易調査票を用いて～」、『産業ストレス研究』、第10巻第4号(2003年)、273-279頁
5. 井奈波良一他「女性の発掘遺物整理作業員の職業性ストレスおよび自覚症状調査」、『日本職業・災害医学会会誌』、第52巻第5号(2004年)、265-269頁
6. 井奈波良一他「土木工事従事者の職業性ストレスおよび冬期の自覚症状調査」、『日本職業・災害医学会会誌』、第53巻第1号(2005年)、39-44頁
7. 景山隆之他「病棟看護職における職業性ストレスの特徴および精神的不調感との関連」、『こころの健康』、第16巻第1号(2001年)、69-81頁
8. 景山隆之他「公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連」、『大分看護科学研究』、第4巻第1号(2003年)、1-10頁
9. 加藤章子他「青年海外協力隊員の職業性ストレス～職業性ストレス簡易調査票を用いて～」、『産業衛生学雑誌』、第46巻(2004年)、191-200頁
10. 河島美枝子著「仕事と心のリスク」、『大分看護科学研究』、第1巻第2号(2000年)、40-42頁
11. 菊岡弘芳他「中小・零細企業における職業性ストレスの実情」、『産業ストレス研究』、第12巻第2号(2005年)、165-167頁

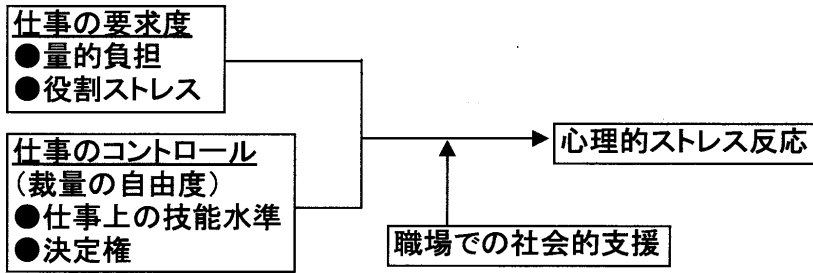


図1. 要求度-コントロール-社会的支援モデル

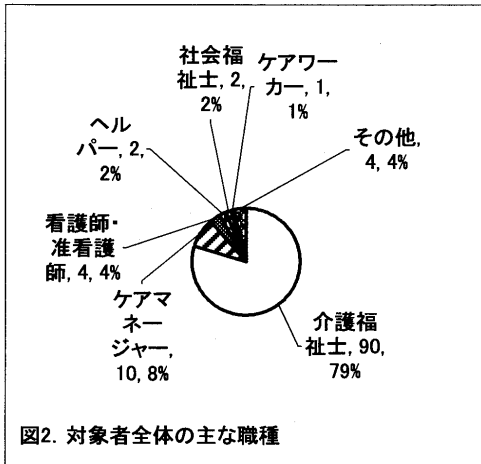


図2. 対象者全体の主な職種

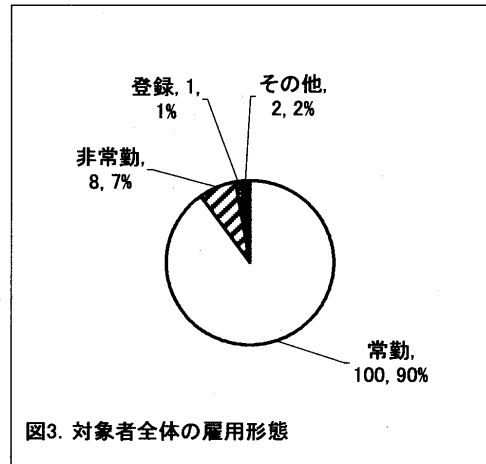


図3. 対象者全体の雇用形態

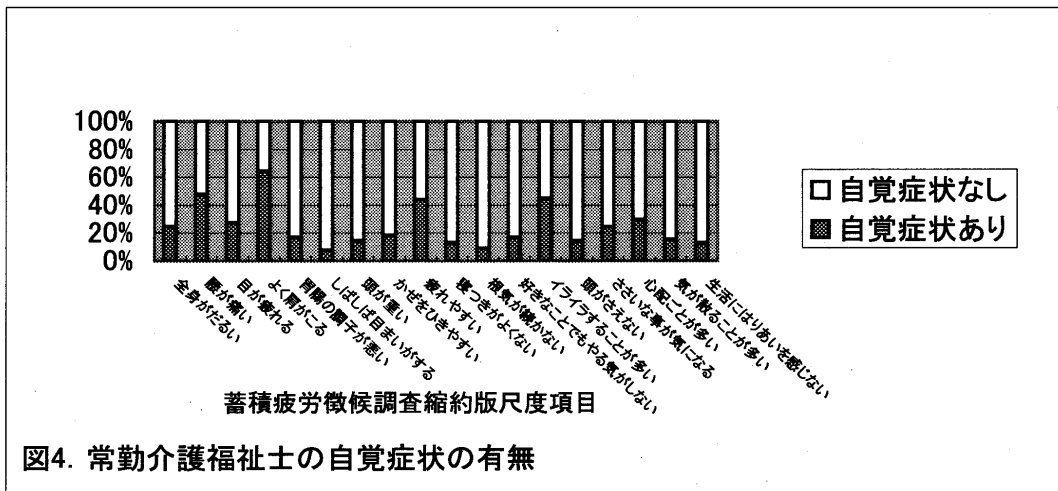


図4. 常勤介護福祉士の自覚症状の有無

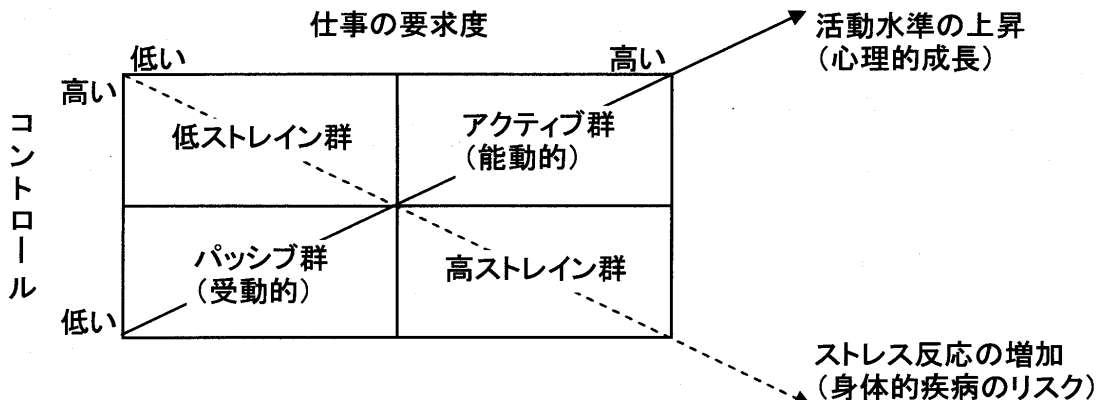


図8. 仕事の要求度-コントロールモデル(Karasek, 1979)

表1. 常勤介護福祉士の基本属性と労働状況

		平均値(s.d.)	n(%)
年齢(歳)	25歳未満	26.19(4.007)	30(37.5)
	25~29歳		42(52.5)
	30歳以上		8(10.0)
管理業務	なし		68(85.0)
	あり		12(15.0)
介護職の経験年数(年)	3年未満	5.16(2.577)	16(20.2)
	3~5年未満		20(25.3)
	5~10年未満		38(48.1)
	10年以上		5(6.3)
現事業所での在職年数(年)	3年未満	4.04(2.393)	27(34.2)
	3~5年未満		23(29.1)
	5~10年未満		28(35.4)
	10年以上		1(1.3)
週平均の労働時間(時間)	40時間まで	39.31(25.698)	60(85.7)
	40時間を超える		10(14.3)
月平均の所定外労働時間(時間)	45時間まで	16.39(35.137)	57(93.4)
	45時間を超える		4(6.6)
休日出勤	なし		50(64.9)
	あり		27(35.1)
交代制勤務	なし		15(19.2)
	あり		63(80.8)
深夜勤務	なし		14(17.5)
	あり		66(82.5)

表2. 対象者全体の職種・雇用形態別のストレス反応(蓄積疲労度)

		ストレス反応(蓄積疲労度)	
		High Risk群 n(%)	Non-High Risk群 n(%)
全体		40(36.7)	69(63.3)
職種	介護福祉士(常勤)	28(35.9)	50(64.1)
	介護福祉士(非常勤・登録・他)	3(37.5)	5(62.5)
	ヘルパー(常勤・非常勤)	1(50.0)	1(50.0)
	ケアマネージャー(常勤)	5(62.5)	3(37.5)
	社会福祉士(常勤)	1(50.0)	1(50.0)
雇用形態	常勤	36(37.9)	59(62.1)
	非常勤・登録・その他	3(30.0)	7(70.0)

備考)看護師・准看護師については、1名の有効回答しか得られなかったため計上せず

表3. 常勤介護福祉士の基本属性と労働状況別のストレス反応(蓄積疲労度)

		ストレス反応(蓄積疲労度)			
		High Risk群		Non-High Risk群	
		平均値(s.d.)	n(%)	平均値(s.d.)	n(%)
年齢(年)	25歳未満	26.21(4.122)	11(39.3)	26.24(4.018)	18(36.0)
	25~29歳		14(50.0)		27(54.0)
	30歳以上		3(10.7)		5(10.0)
管理業務	なし		25(89.3)		42(84.0)
	あり		3(10.7)		8(16.0)
介護職の経験年数(年)	3年未満	5.11(2.250)	5(17.9)	5.31(2.748)	10(20.4)
	3~5年未満		8(28.6)		12(24.5)
	5~10年未満		14(50.0)		23(46.9)
	10年以上		1(3.6)		4(8.2)
現事業所での在職年数(年)	3年未満	3.82(2.245)	10(35.7)	4.35(2.437)	15(30.6)
	3~5年未満		8(28.6)		15(30.6)
	5~10年未満		10(35.7)		18(36.7)
	10年以上		0		1(2.0)
週平均の労働時間(時間)	40時間まで	45.12(25.957)	19(79.2)	36.86(25.496)	39(88.6)
	40時間を超える		5(20.8)		5(11.4)
月平均の所定外労働時間(時間)	45時間以内	13.48(16.238)	20(95.2)	13.24(30.539)	36(94.7)
	45時間を超える		1(4.8)		2(5.3)
休日出勤	なし		17(63.0)		32(66.7)
	あり		10(37.0)		16(33.3)
交代制勤務	なし		3(10.7)		10(20.8)
	あり		25(89.3)		38(79.2)
深夜勤務	なし		3(10.7)		9(18.0)
	あり		25(89.3)		41(82.0)

職種	仕事の要求度 (量的負荷や責任)	仕事のコントロール (自由度や裁量権)	職場の社会的支援		相対危険度 (健康リスク)
			上司の支援	同僚の支援	
介護福祉士(常勤)	9.45	7.27	7.18	9.15	98
介護福祉士(非常勤・登録・他)	8.89	8.22	7.33	9	90
ヘルパー(常勤・非常勤)	7.5	5.5	7.5	6	★★★
ケアマネージャー(常勤)	9.9	8.1	8.7	9.3	129
社会福祉士(常勤)	10.5	9.5	10	10	81
看護師・准看護師(常勤)	10.67	9	9.33	11.33	64
雇用形態					
常勤	9.53	7.39	7.45	9.2	61
非常勤・登録・その他	8.82	8	7.27	8.82	95

表5. 常勤介護福祉士の基本属性・労働状況・ストレス反応(蓄積疲労度)別の健康障害発生危険度

年齢	管理業務	介護職の経験年数	現事業所での在職年数	週平均の労働時間	月平均の所定外労働時間	休日出勤	交代制勤務	深夜勤務	ストレス反応(蓄積疲労度)	職場ストレス(仕事量-コントロール)	仕事の要求度 (量的負荷や責任)	仕事のコントロール (自由度や裁量権)	緩衝要因 (職場の社会的支援)		相対危険度 (健康リスク)
													上司の支援	同僚の支援	
25歳未満	なし	3年未満	3年未満	40時間まで	45時間以内	なし	なし	なし	High Risk群	110	9.07	7.34	7.59	9.69	88
25~29歳	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間を超える	あり	あり	あり	Non-High Risk群	115	9.54	6.98	6.9	8.83	★
30歳以上	なし	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間を超える	あり	あり	あり	High Risk群	110	10.38	8.5	7.12	8.88	106
	あり	10年以上	10年以上	40時間まで	45時間以内	なし	なし	なし	Non-High Risk群	113	9.31	7.1	6.99	9.15	99
	あり	3年未満	3年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	111	10.27	8.27	8.36	9.18	★
	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	112	9.37	7.25	7.56	9.31	100
	あり	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	109	9	7.42	7.37	9.47	★
	あり	10年以上	10年以上	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	117	9.68	6.84	7.03	8.81	107
	なし	3年未満	3年未満	40時間を超える	45時間以内	なし	なし	なし	High Risk群	104	10.2	9.4	6.6	9.6	★
	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	117	9.74	6.93	7.48	8.89	101
	あり	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	106	8.64	7.59	7.14	9.41	★
	あり	10年以上	10年以上	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	116	9.85	7.15	6.89	9.07	91
	なし	3年未満	3年未満	40時間を超える	45時間以内	なし	なし	なし	High Risk群	104	11	10	9	11	★
	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	113	9.26	7.34	7.43	9.17	105
	あり	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	126	10.7	6.4	6.2	8.7	★
	あり	10年以上	10年以上	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	114	9.58	7.2	7.16	9.13	★★★
	なし	3年未満	3年未満	40時間を超える	45時間以内	なし	なし	なし	High Risk群	109	9	9	7.75	9.5	126
	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	114	9.48	7.04	7.04	8.89	★
	あり	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	113	9.48	7.04	7.04	8.89	★
	あり	10年以上	10年以上	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	114	9.48	7.04	7.04	8.89	★
	なし	3年未満	3年未満	40時間を超える	45時間以内	なし	なし	なし	High Risk群	109	9.33	7.87	7.07	8.87	103
	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	114	9.44	7.07	7.25	9.31	★
	あり	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	114	9.44	7.07	7.25	9.31	★
	あり	10年以上	10年以上	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	105	9.07	8.21	7.71	8.36	98
	なし	3年未満	3年未満	40時間を超える	45時間以内	なし	なし	なし	High Risk群	114	9.53	7.06	7.06	9.33	★
	あり	3~5年未満	3~5年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	114	9.53	7.06	7.06	9.33	★
	あり	5~10年未満	5~10年未満	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	High Risk群	102	9.93	6.32	6.54	8.25	94
	あり	10年以上	10年以上	40時間を超える	45時間以内	あり	あり	あり	Non-High Risk群	102	9.25	7.71	7.46	9.58	99

備考)健康リスクの判定:★=健康リスクがやや高い,★★★=健康リスクが極めて高い

*p<0.05, **p<0.01

表6. 全国の女性労働者とのストレス関連要因の比較

年齢	職場ストレス(仕事量-コントロール)	緩衝要因 (職場の社会的支援)	全国の女性労働者		常勤介護福祉士(本対象者)		t値
			n	平均値	n	平均値	
2,175	35.3	16.5	80	26.19	4,007	7.74	★★★
2,133	7.4	2.2	78	5.54	1,716	9.3	★★★
2,114	7.1	2.0	78	7.29	1,944	-2.67	**
2,070	8.1	2.1	78	7.73	2,453	1.31	
2,105	5.9	2.0	78	5.82	2,129	4.41	★★★

p<0.01, *p<0.001

備考)ストレス度が有意に高い集団のデータを網掛けした

- 仕事の要求度 ポイントが低いほど仕事の量的負担が大
- 仕事のコントロール ポイントが低いほど仕事のコントロール度が高い
- 上司の支援 ポイントが低いほど上司の支援度が高い
- 同僚の支援 ポイントが低いほど同僚の支援度が高い

表7. 常勤介護福祉士においてのストレス関連要因がストレス反応(蓄積疲労度)に及ぼす影響:重回帰分析結果

独立変数	標準偏回帰係数(β)
年齢	-0.045
職場ストレス(仕事量-コントロール)	0.144
仕事の要求度	-0.346
仕事のコントロール	**
緩衝要因	0.115
上司の支援	-0.325
(職場の社会的支援)	**
同僚の支援	

備考)F値=5.250***, R=0.273, 調整済みR=0.221 **p<0.01, ***p<0.001

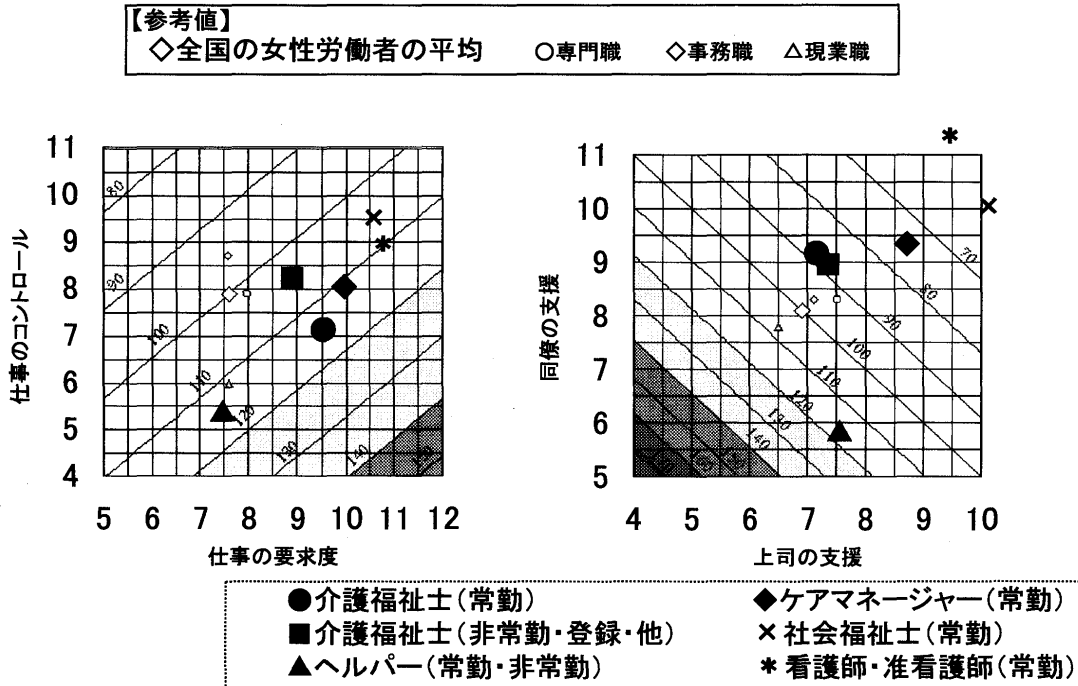


図5. 職種別の仕事のストレス判定図

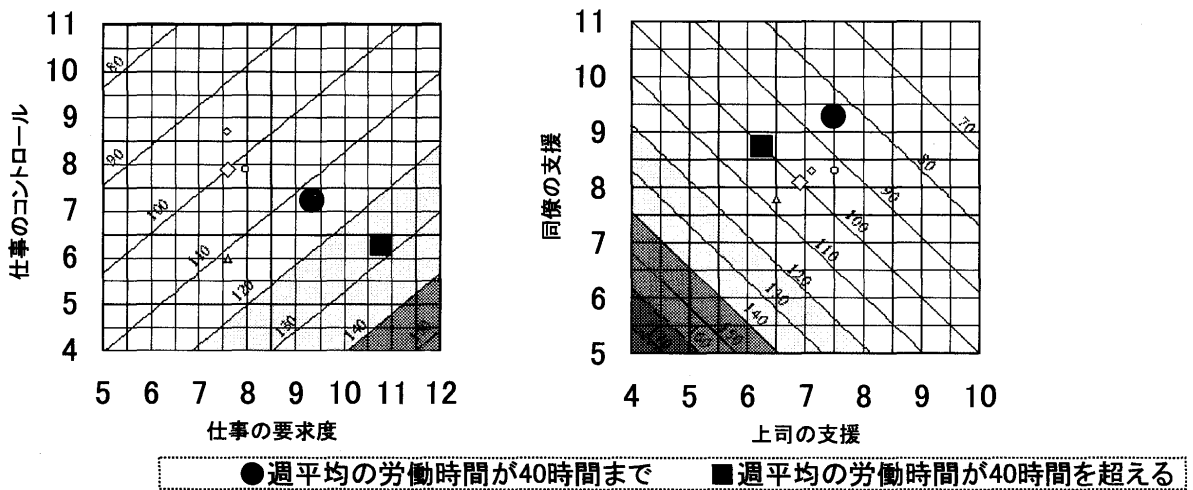


図6. 労働時間別の仕事のストレス判定図(常勤介護福祉士)

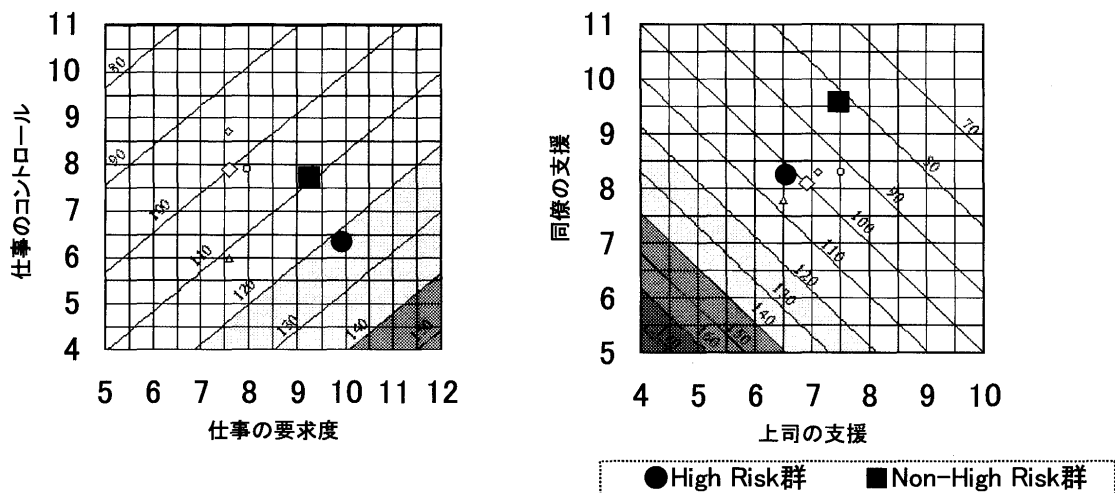


図7. ストレス反応(蓄積疲労度)別の仕事のストレス判定図(常勤介護福祉士)