

2017年度
中部学院大学大学院人間福祉学研究科人間福祉学専攻

博士（社会福祉学）学位論文

高齢者介護職の養成教育に関する研究

— 不適切ケア防止の観点から —

Study on Developmental Education for Care Workers of
Elder Adults

— Examinations with Emphasis on Preventing Inappropriate
Care —

2017年12月

氏名 : 横山 さつき

指導教員 : 堅田 明義

抄録

わが国では、介護人材の質と量の問題が大きな社会問題となっている。中でも、介護職員による高齢者虐待を含む不適切ケアの発生が後を絶たず、事態が深刻化している。

介護職員による高齢者虐待を含む不適切ケアの発生要因として、人材不足が挙げられる。介護人材確保のためには報酬や勤務体制等の労働環境改善が急務であるが、負荷の大きい肉体労働とともに介護職独自の心理的ストレスへの対応も重要である。また、知識・認識不足も指摘されている。しかし、高齢者虐待を含む不適切ケアの発生要因及び防止要因を多面的・包括的に探究し、有効な解決策を見出すには至っていない。

介護職員の質の問題は道徳的感性など個人に関わる側面も大きい。しかし、介護福祉士養成ルートが多様性や資格保有者と無資格者の混在が介護職員の質に関わる大きな課題であり、介護人材に対する教育水準の一元化と倫理教育の充実が望まれている。

よって、介護職員による不適切ケアの発生・防止要因及びその対応法を介護職養成の観点から探究するとともに、介護職員の専門的技量や心理的健康の特徴を明らかにすることによって、介護職員の主体的な取り組みを促す有用な不適切ケア防止教育プログラムのモデルを検討した。

学位論文は7つの章から成り、第1章の序論では、わが国の介護及び介護職養成の歴史を辿りながら、本研究の背景及び目的を示した。第2章から第6章の本論では、筆者が介護福祉士養成校の介護教員として教育活動をしながら、併せて産業保健師として職場のメンタルヘルス支援をしながら、2004年から2016年までの12年間に亘り実施した10の実践的研究を不適切ケア防止の観点から整理し分析した。第7章の結論では、総合的考察を加え、介護職養成のカリキュラム構成及び教育内容・方法等についての提言をした。

介護職員による不適切ケアの発生に最も影響を及ぼしている因子は、回避的なコーピング方略の多用、次いで、対人関係の悪さに起因するストレス刺激であり、それらがストレス反応を高め不適切ケアに至る構図が示された。また、職場ストレスの存在そのものではなく、ストレスに対するコーピングの未熟さ等のストレス耐性の低さがストレスフルな状況を招いていることが考えられた。さらに、介護職員の不適切な行為及び認識には属性差・個人差の大きいことが把握された。

したがって、介護職を目指す学生及び介護職員には、第一に個人の行動様式、認知特性、性格特性、コーピング能力、セルフコントロール能力等のストレス耐性要因への介入（ストレスマネジメント教育）が必要である。加えて不適切ケアに対する情報の共有化・共通認識を図る教育（倫理教育）の充実が求められる。

Problems with the quality and quantity of care workers have become major social issues in Japan. There are seemingly endless occurrences of inappropriate care, including elder abuse, by care workers and the situation is getting worse.

The author therefore conducted an inquiry into factors related to the occurrence and prevention of inappropriate care by care workers and methods for dealing with inappropriate care from the perspective of care worker training. At the same time, investigations were made into educational programs that encourage independent efforts by care workers and effectively prevent inappropriate care by clarifying the characteristics of professional skills and psychological health of care workers.

The factor that most strongly influences the occurrence of inappropriate care by care workers is the frequent use of avoidance coping strategies, followed by stressful stimuli attributable to poor interpersonal relations. These things were shown to heighten the stress response and lead to inappropriate care. More than the existence of these workplace stressors themselves, however, it is thought to be low stress tolerance, such as from a poorly developed ability to cope with stressors that culminate in stressful situations. Differences in individual characteristics were found to be significant in the inappropriate behavior and awareness of care workers.

Therefore, the first thing needed is intervention (stress management education) for stress tolerance factors, such as behavioral patterns, cognitive properties, personality, coping ability, and self-control ability in students who want to work in the care profession and in care workers. Enhanced education to share information about inappropriate care and create a common awareness (ethical education) is also needed.

目 次

序 論

第1章 わが国の高齢者介護職に関する問題と養成に関する研究動向	1
第1節 わが国の高齢者介護職に関する問題	1
1. はじめに	1
2. わが国の介護の歴史	2
1) 家族介護を補完する介護職の登場	2
2) 施設福祉から在宅福祉への転換	3
3) 介護福祉士資格の創設による専門介護の始まり	3
4) 介護福祉士資格制度の変遷と介護福祉士教育の拡充	4
5) 介護福祉士養成施設の状況	5
3. 高齢者介護職に関する問題	6
1) 介護労働の量的不足	6
2) 介護労働の質的不足及び量と質の悪循環	7
3) 高齢者介護職の質に関わる問題	9
(1) 介護職による認知症ケアの質的問題	9
(2) 介護職による高齢者虐待を含む不適切なケアの問題	9
4) 介護職の量と質を担保するための人材養成の問題	12
第2節 高齢者介護職養成に関わる研究動向と研究課題	14
1. 介護人材不足についての研究動向	14
2. 介護職による高齢者虐待を含む不適切なケア及び認知症ケアについての研究動向	16
1) 虐待に対する知識・認識について	16
2) 認知症ケアやストレスマネジメントの知識・技術について	17
3. 介護職の人材養成についての研究動向	19
4. 高齢者介護職に関わる研究課題	21
第3節 本研究の目的	23
引用文献	25

本 論

第2章 高齢者介護職による不適切ケアの実態とその発生要因	31
第1節 高齢者介護施設における要介護高齢者への不適切ケアの実態【研究1】	31
1. 目的	31
2. 方法	31
1) 調査対象と手順・時期	31

2)	調査票の質問項目	32
3)	分析処理	32
4)	倫理的配慮	32
3.	結果	33
1)	分析対象者の基本情報	33
2)	介護職員の自己評価による倫理的配慮状況	34
3)	介護職員の基本属性別にみた倫理的配慮状況	37
4)	介護実習生が感じたジレンマのカテゴリー分類	37
4.	考察	41
1)	介護職員の倫理的配慮状況にみられる特徴	41
2)	介護職員の基本属性と倫理的配慮状況との関連にみる特徴	42
3)	倫理的配慮状況と倫理的ジレンマとの対比にみる教育課題	43
5.	結論と課題	43
第2節 高齢者介護職員による不適切ケアの発生に関する検討【研究2】		44
1.	目的	44
2.	方法	45
1)	調査対象	45
2)	本研究の概念モデルと調査手順及び調査票の構成項目・評価尺度	45
(1)	調査票の構成項目	48
(2)	評価尺度	48
(2) - 1	不適切ケアの評価尺度	48
(2) - 2	労働状況の評価尺度	48
(2) - 3	職業性ストレスの評価尺度	49
3)	分析処理	51
4)	倫理的配慮	52
5)	尺度の使用許諾	53
3.	結果	53
1)	分析対象者の基本情報	53
2)	不適切ケアの有無	55
3)	基本属性間, 教育状況間, 就労状況間における平均不適切ケア評価尺度得点	55
4)	不適切ケアローリスク群とハイリスク群における諸因子の平均評価尺度得点	55
5)	不適切ケア評価尺度得点を従属変数とした重回帰分析結果	57
6)	不適切ケア発生に有意な影響の示された独立変数間の相関係数	57
4.	考察	59
1)	介護職員による不適切ケアの内容について	59
2)	介護職員による不適切ケアの発生状況の特徴とその背景について	59

3) 介護職員による不適切ケア発生の防止要因について	61
5. 結論と課題	63
引用文献	64
第3章 介護職員の心理的健康状態と影響要因の検討	68
第1節 介護福祉士の職業性ストレスの実態と労働特性【研究3】	68
1. 目的	68
2. 方法	69
1) 調査対象と手順・時期	69
2) 評価尺度及び概念モデル	69
3) 調査票の構成項目及び分析処理	70
(1) 基本属性と労働条件	70
(2) 職場ストレス、社会的支援	70
(3) ストレス反応（蓄積疲労度）	71
4) 倫理的配慮	71
5) 尺度の使用許諾	71
(1) 職業性ストレス簡易調査票、仕事のストレス判定図の使用許諾について	71
(2) 蓄積疲労徴候調査縮約版（18項目版）の使用許諾について	71
3. 結果	71
1) 介護福祉士養成校卒業生の労働実態	71
2) 常勤介護福祉士（女性）の基本属性と就労状況	71
3) 常勤介護福祉士（女性）の蓄積疲労に関わる心身の症状・状態の自覚の有無	72
4) 常勤介護福祉士（女性）の基本属性間、就労状況間における平均蓄積疲労度	73
5) 常勤介護福祉士（女性）の基本属性、就労状況及び蓄積疲労度区分別の健康リスク	73
6) 常勤介護福祉士（女性）と全国女性労働者間における職場ストレスと社会的支援についての平均下位尺度得点	75
7) 常勤介護福祉士（女性）の蓄積疲労度を従属変数とした重回帰分析結果	76
4. 考察	76
1) 介護福祉士（女性）の職業性ストレスについての全国女性労働者との比較	76
2) 介護福祉士のストレス反応（蓄積疲労）に影響を及ぼす要因について	78
5. 結論と課題	78
第2節 無資格介護職員の職業性ストレスの実態と労働特性【研究4】	79
1. 目的	79
2. 方法	79

1) 調査対象と手順・時期	79
2) 評価尺度と分析処理	80
3) 倫理的配慮	81
3. 結果	81
1) 分析対象者の基本情報	81
2) 無資格新人介護職員と新人消防職員の職場ストレス及び個人要因の平均 尺度得点	81
4. 考察	82
1) 無資格新人介護職員の職業性ストレスについての新人消防職員との比較	82
2) 無資格介護職員の離職に影響を及ぼす要因について	82
5. 結論と課題	83
引用文献	84
第4章 介護福祉士を目指す学生の精神的健康に関する研究	86
第1節 介護福祉士を目指す学生の心理的健康状態と影響要因に関する検討【研究5】	86
	86
1. 目的	86
2. 方法	87
1) 調査対象と手順・時期	87
2) 調査票の構成項目と評価尺度	87
(1) 基本属性	87
(2) ストレス反応の測定	87
(3) ストレッサーの測定	87
3) 分析処理	87
4) 倫理的配慮	88
3. 結果	88
1) 分析対象者の基本情報	88
2) 介護短大生と対照群間におけるストレス反応及びストレスの平均下位 尺度得点	88
3) 介護短大生の GHQ 得点とストレスの下位尺度得点との相関関係	89
4) 介護短大生の調査時点間, 属性間におけるストレス反応及びストレスの 平均下位尺度得点	90
5) ストレス反応尺度, ストレッサー尺度の内的一貫性の検討	92
4. 考察	92
1) 介護短大生のストレス反応とストレスの程度及び特徴について	92
2) 介護短大生のストレス反応とストレス及び属性との関連について	93
5. 結論と課題	95

第2節 介護福祉士を目指す学生のストレス反応に影響を及ぼす要因の多面的検討

【研究6】	95
1. 目的	95
2. 方法	96
1) 調査対象	96
2) 手順・時期	96
3) 調査票の構成項目と評価尺度	96
(1) 基本属性	96
(2) 対人ストレスの測定	96
(3) 対人ストレスコーピングの測定	97
(4) ソーシャルサポートの測定	97
(5) パーソナリティーの測定	97
(6) ストレス反応の測定	97
4) 分析処理	98
5) 倫理的配慮	99
3. 結果	99
1) 分析対象者の基本情報	99
2) 介護短大生と対照群間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度 得点	99
3) 介護短大生の属性間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度 得点	100
4) 介護短大生のストレス、ストレス関連要因間の相関係数	102
5) 介護短大生のストレス反応総得点の重回帰分析結果	103
4. 考察	104
1) 介護学生のストレスやストレス関連要因の特徴について	104
2) 介護学生のストレス反応に影響を与える要因について	104
5. 結論と課題	105
引用文献	106

第5章 介護福祉士養成の実態と求められる能力に関する検討 109

第1節 介護福祉士を目指す学生の基礎的能力の実態と介護福祉士養成教育の課題

【研究7】	109
1. 目的	109
2. 方法	110
1) 調査対象と時期	110
2) 調査手順	110
3) 調査票の構成項目	110
(1) 基本属性	111

(2) 教育状況等	111
(3) 教育上の課題と対策等	111
4) 分析処理	111
5) 倫理的配慮	111
3. 結果	112
1) 分析対象者の基本情報	112
2) 教育状況等	112
(1) 「社会人基礎力」等をもつたために実施している教育の内容・方法に関する 単純集計結果	112
(2) 「社会人基礎力」等をもつたために実施している教育内容の平均優先順位 得点	112
(3) ストレス軽減のために用いられる各種スキルの教授の有無	114
(4) 修学支援のための環境整備の有無	114
3) 介護教員が捉えている教育上の課題と実施している対応策	115
(1) 介護教員が認識する教育上の課題のカテゴリー化	115
(2) 教育上の課題への対応策のカテゴリー化	118
(3) 学生の個性把握のための取り組みのカテゴリー化	120
(4) 介護教員の教育力向上のための取り組みのカテゴリー化	122
4. 考察	124
1) 介護教員が認識する必要度の高い教育内容について	124
2) 介護教員が認識する教育上の課題について	124
3) 教育上の課題への対応について	125
5. 結論と課題	126
第2節 介護福祉士を目指す学生の専門能力の実態と教育上の課題	127
1. 介護福祉士養成課程卒業時の介護技術修得度を評価する尺度の検討【研究8】	127
1) 目的	127
2) 方法	128
(1) 調査対象と手順・時期	128
(2) 調査票の構成項目と評価尺度	128
(3) 分析処理	128
(4) 倫理的配慮	129
3) 結果	129
(1) 分析対象者の基本情報	129
(2) 介護技術の到達度と到達度の低い技術項目の因子構造	129
(3) 基本属性別の介護技術到達度	132
(4) 身近介護技術の設問項目統合後の評価尺度の信頼性の検討	132
(5) 調査後における評価尺度の妥当性の検討	132

4) 考察	133
(1) 第1因子「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」について	133
(2) 第2因子「尊厳あるケアの実現」について	134
(3) 第3因子「利用者や介護者の安全・安楽の保持」について	135
(4) 第4因子「終末期ケア」について	135
(5) 第5因子「家事の支援」について	135
5) 結論と課題	135
(1) 介護職を志す者の訓練を通して獲得した専門能力の実態及び教育上の課題について	136
(2) 介護技術の修得度を的確に評価し得る評価尺度の開発に関して	136
2. 介護実習における技術体験・指導の実態と介護技術評価尺度の開発【研究9】	136
1) 目的	136
2) 方法	137
(1) 調査対象と手順・時期及び調査項目について	137
(1) -1 介護実習生に対する調査（自己評価）	137
(1) -2 介護実習指導者に対する調査（他者評価）	137
(2) 分析処理	138
(3) 倫理的配慮	138
3) 結果	139
(1) 分析対象者の基本情報	139
(2) 介護実習指導者用介護技術評価票による評価データを用いた介護技術修得度の 評定区分別人数とその割合	139
(3) 介護実習指導者へのインタビューで得られたデータの内容分析結果に基づく 評価尺度の妥当性と信頼性の検討	142
4) 考察	149
(1) 介護実習での技術体験・指導の実態について	149
(2) 介護技術評価尺度の開発について	150
5) 結論と課題	150
引用文献	153
第6章 介護福祉士養成に向けた望ましい教育プログラムの試行	155
第1節 介護福祉士のストレスマネジメント教育プログラムの構築に向けた実践的 研究【研究10】	155
1. 目的	155
2. 方法	156
1) 調査対象と手順・時期	156
2) 試行したストレスマネジメント教育プログラムの考案経緯と内容	156

3) 調査票の構成項目と評価尺度	158
(1) 認知的評価の評価尺度	158
(2) コーピングの評価尺度	158
(3) ストレス反応の評価尺度	158
(4) 授業への参加度や授業内容の理解度の評価尺度	158
4) 分析処理	159
5) 倫理的配慮	159
3. 結果	159
1) 分析対象者の基本情報	159
2) 評価尺度の妥当性と信頼性の検討	160
3) 受講の有無間における3時点の認知的評価, コーピング, ストレス反応の平均 尺度得点	160
4) 授業参加度の高低群間における3時点の認知的評価, コーピング, ストレス 反応の平均尺度得点	161
4. 考察	163
1) 試行したストレスマネジメント教育プログラムの効果について	163
2) ストレスマネジメント教育の効果の維持・向上について	163
5. 結論と課題	164
引用文献	165

結 論

第7章 研究の結論と展望	167
第1節 本研究の要約と結論	167
1. 研究の要約	167
1) 第1章の要約	167
2) 第2章の要約	167
3) 第3章の要約	169
4) 第4章の要約	170
5) 第5章の要約	172
6) 第6章の要約	172
2. 結論	179
1) 介護職員による不適切ケアの実態を踏まえた対処方略	179
2) 介護職員による不適切ケアの発生要因を踏まえた対処方略	179
3) 介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性を踏まえた対処方略	179
4) 介護職を目指す学生の能力を踏まえた対処方略	179
5) 試行したストレスマネジメント教育プログラムの効果を踏まえた対処方略	180

第2節 不適切ケア防止教育の今後の展望	184
引用文献	194
謝 辞	196

付 録

質問紙<研究1>介護における人権・プライバシーに関する調査	
介護福祉教育に関する調査	
質問紙<研究2>高齢者介護施設における不適切ケア防止に関する質問紙調査票 (有資格者用)	
質問紙<研究3>介護関係労働就労者の職務に関わるストレスに関する質問紙調査票	
質問紙<研究4>職業性ストレスに関する質問紙調査票	
質問紙<研究5>介護学生のストレスに関する質問紙調査票	
質問紙<研究6>介護学生のストレスに関する質問紙調査票	
質問紙<研究7>介護福祉士養成課程における教育に関する質問紙調査票	
質問紙<研究8>試作の介護技術自己評価票	
質問紙<研究9>改訂版介護技術自己評価票	
介護実習指導者用介護技術評価票	
介護技術教育に対する問題点や改善策等に関する半構造化インタビューガイド	
質問紙<研究10>介護学生のストレスマネジメント教育に関する質問紙調査票	
授業評価シート	

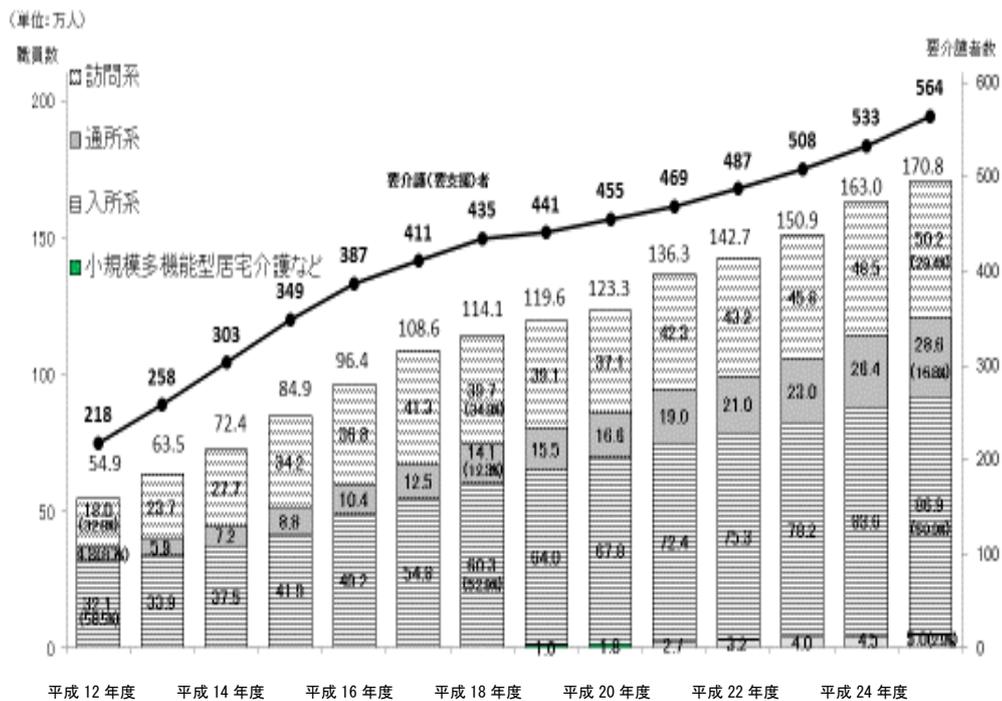
序 論

第 1 章 わが国の高齢者介護職に関する問題と研究動向

第 1 節 わが国の高齢者介護職に関する問題

1. はじめに

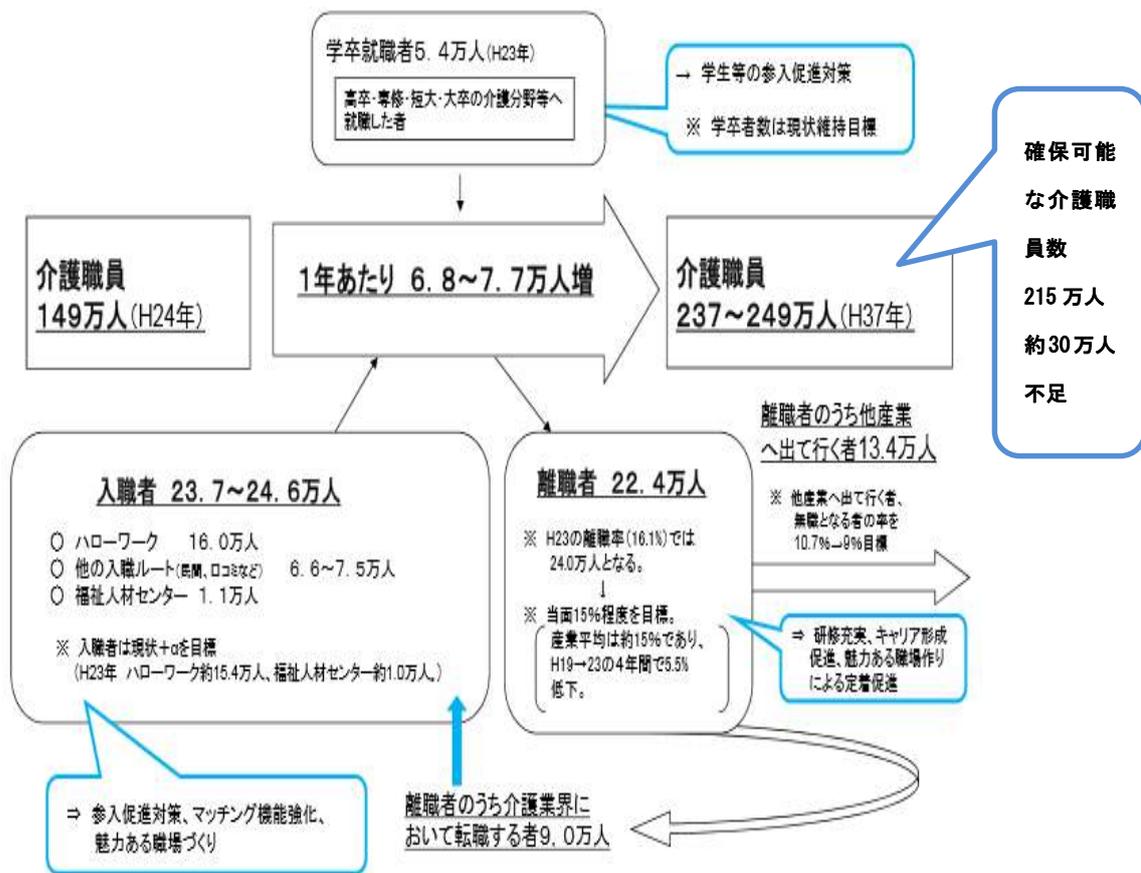
急速な高齢化を背景として、介護人材の量的不足がわが国の深刻な社会問題となっている。少子高齢化により労働人口が減っている最中でありながら、介護職員数は平成 12 年の介護保険制度創設以後 13 年間で大幅に増加し、平成 25 年度時点で 170 万人と約 3 倍になっている (Fig.1-1-1)。それにもかかわらず、高齢化がピークを迎える平成 37 年度時点の介護職員の需給推計では、必要な職員数が 237~249 万人に対して確保できる職員数は 215 万人にとどまり、約 30 万人不足する見通しである (Fig.1-1-2)。また、介護職員の離職率は平成 20 年度以降 20%を下回り、ここ数年 16%~17%台で推移している。全産業平均の離職率は 15%前後で推移しており、介護職員の離職率は群を抜いて高いわけではない。しかしながら、採用率は平成 25 年度以降減少している (介護労働安定センター, 2015)。



平成 21~25 年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省社会・援護局にて補正したもの

介護保険制度の施行後、要介護・要支援認定者数の増加に伴い介護職員数も 13 年間で約 3 倍に増加
 出典：厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数), 「介護保険事業状況調査」(要介護・要支援認定者数) 平成 26 年 10 月 27 日

Fig. 1-1-1 介護保険制度施行以降の介護職員数の推移 (補正後)



出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(介護職員数) 平成 25 年 6 月 6 日

Fig. 1-1-2 介護人材確保における当面の見通しについて

介護労働はダイナミックな対人援助関係において要介護者の尊厳を守りながら自立を追求する仕事である。完全にマニュアル化できない労働であるからこそそのやりがいや誇りが生まれる。その反面、介護職員個々の理念や創造性が問われ、質的負担の大きい労働であるからこそ、その質が問題視されている。

そこで、本章では、第1節でわが国の介護の歴史を概観したうえで、介護労働の量的・質的不足の背後に潜む高齢者介護職に関する問題の抽出を図る。さらに、第2節でその問題点に関する先行研究を分析し、第3節で今後の研究を展望する。

2. わが国の介護の歴史

1) 家族介護を補完する介護職の登場

「介護」という用語は、1892年(明治25年)発令の通達である「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」から用いられるようになった。この頃のわが国の介護は、家父長制度での私的扶養が中心であった。つまり、介護は家族機能としての「家族介護」によって支えられ、介護に関する施策が家族機能を補完する対応が長く継承されていった。なお、当時は看護事業が近代看護教育とともに推進された時期である。家族等が家庭で行うけが人や病人などの世話と専門教育を前提とした「看護」場面における世話を区別するために、「介護」という用語が法令に登場したと考えられる。

1963年（昭和38年）の「老人福祉法」の制定によって、介護を業務とする職種が登場した。特別養護老人ホームの設置及び家庭奉仕員の派遣事業が明文化され、寮母や家庭奉仕員が誕生したのである。しかし、当時の制度は生活保障の意味合いが強く、介護職は低所得者など極限られた人を対象として家族介護を代行する非専門職とみなされていた。

2) 施設福祉から在宅福祉への転換

介護職が登場した昭和30年代後半は高度経済成長期である。都市への人口集中（農村の過疎化）や核家族化の進行によって高齢者世帯や独居高齢者が急増した。もはや家族介護や相互扶助に多くを望めない時代の到来である。このような背景の中、わが国の1970年（昭和45年）の高齢化率は7%に至り、少子高齢化による高齢者介護の問題が深刻化していった。そのため、当時の厚生省は1971年（昭和46年）に「社会福祉施設緊急整備5カ年計画」を策定し、社会福祉施設の整備充実政策を推進した。

その一方で在宅福祉施策は停滞していた。そのため、1980年代以降は1989年（平成元年）に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略（通称：ゴールドプラン）」に代表される在宅福祉サービスの拡充施策が推進されることとなった。

1980年代以降に進められてきた種々の社会福祉改革を集約し、1990年（平成2年）に「老人福祉法等の一部を改正する法律」による福祉関係八法改正が行われた。これによって、従来の施設入所を中心とした施策から在宅福祉を基本とする施策への方向転換が図られた。また、サービスの主体が都道府県から市町村に移行したことに加え、民間の事業者の参入が認められたことにより、福祉がより地域に密着し利用者目線のものとなった。さらに、福祉が行政主体の「措置制度（行政処分）」から利用者主体の「契約制度（選択的利用）」へと大きく変化した。

このように在宅福祉が拡充していくにつれ介護の対象や業務内容も拡大した。介護が生活困窮者の救済から、すべての国民が地域で自分らしく安心して生活することを支えるものに変化していったのである。

3) 介護福祉士資格の創設による専門介護の始まり

1980年代の急速な高齢化の進展にともない、家族だけでは介護の必要な人を支えきれなくなった。その一方で普遍的な介護が求められるようになっていった。このような社会情勢の中、多様な介護ニーズに即応できる人材を養成・確保することを目的として専門介護職確立への道筋ができていった。そうして、1987年（昭和62年）に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立し、1988年（昭和63年）に「介護福祉士」が介護を業務とする福祉専門職として創設された。なお、制定時の介護福祉士は特に寝たきり老人等の介護等を行うことが主な業務として想定され、高齢化社会の進行にともなう介護需要に対応する専門能力を有する人材の育成と確保を目的としていた。

その後、1997年（平成9年）に「介護保険法」が公布され、これまでの福祉と医療に分かれていた高齢者への介護サービスが一元化された。その結果、多様な職種によって介護サービスが提供される福祉システムが成立した。多職種連携が求められる状況において社会福祉士及び介護福祉士の資質の確保と向上を図るために、2007年（平成19年）の「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」によって「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正された。第2条の介護福祉士の定義規定は、「介護福祉士は介護福祉士の名称を用い

て、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう」と改められた。しかし、改正後も介護福祉士は名称独占資格のひとつであり、業務独占資格でないことには変わりはない。介護福祉士は発展途上の資格であり、専門性の確立を目指しながら「生活支援としての介護」を展開している。

4) 介護福祉士資格制度の変遷と介護福祉士教育の拡充

1988年（昭和63年）に、全国で短期大学7校、専門学校18校（入学定員1,228名）が、「社会福祉士及び介護福祉士法」に基づく介護福祉士養成施設として認可された。介護福祉士養成の始まりである。当初の教育内容は、「一般教育科目」、「専門科目」、「実習」の3区分で構成され、総時間数は1,500時間（63単位）であった。

2000年（平成12年）に、介護保険制度や人権尊重、自立支援などの理念に対応するため、介護福祉士養成制度の改正（介護福祉士養成カリキュラムの見直し）が行われた。総時間数が1,650時間に増え、居宅介護実習が必修となるなど教育内容の強化が図られた。

その後も、質の高い人材を求める社会の要求は進化し続け、2007年（平成19年）に「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正された。この改正では、介護福祉士の養成制度（資格取得のしくみ）が改められるとともに、介護福祉士養成カリキュラムの見直しも行われた。

新カリキュラムでは、「介護」（1,260時間）を中心として、教養や倫理観を身につける「人間と社会」（240時間）、エビデンスに基づき多職種と協働して介護を提供するために必要な医学的知識を学ぶ「こころとからだのしくみ」（300時間）、という3つの領域区分が設けられた。中でも、「介護」の領域の履修科目に150時間の「介護過程」が追加されたことが大きな特色である。その後、介護保険等一部改正により、介護福祉士が一定の条件のもとに喀痰吸引等の医療的ケアを行うことが可能となった。そのため、介護福祉士養成課程においても2012年（平成24年）4月から「医療的ケア」（講義50時間と演習）がカリキュラムに追加された。その結果、現行の介護福祉士養成課程は合計1,850時間以上の課程となった。

2007年の法改正以前の介護福祉士の資格取得は、3年以上介護関連業務に従事する等、一定の要件を満たした者が介護福祉士国家試験（筆記試験と介護技術試験）に合格する方法と厚生労働大臣が指定した介護福祉士養成施設を卒業する方法（国家試験免除）があった。しかし、2007年以降は従来の介護福祉士養成施設（大学、短期大学、専門学校）を卒業するルート、福祉系高校を卒業して国家試験を受験するルート、実務経験3年以上を経て国家試験を受験するルートの3ルートを残しつつも、介護人材を取り巻く状況を鑑みながら資格取得の一元化に向けた検討が重ねられた。

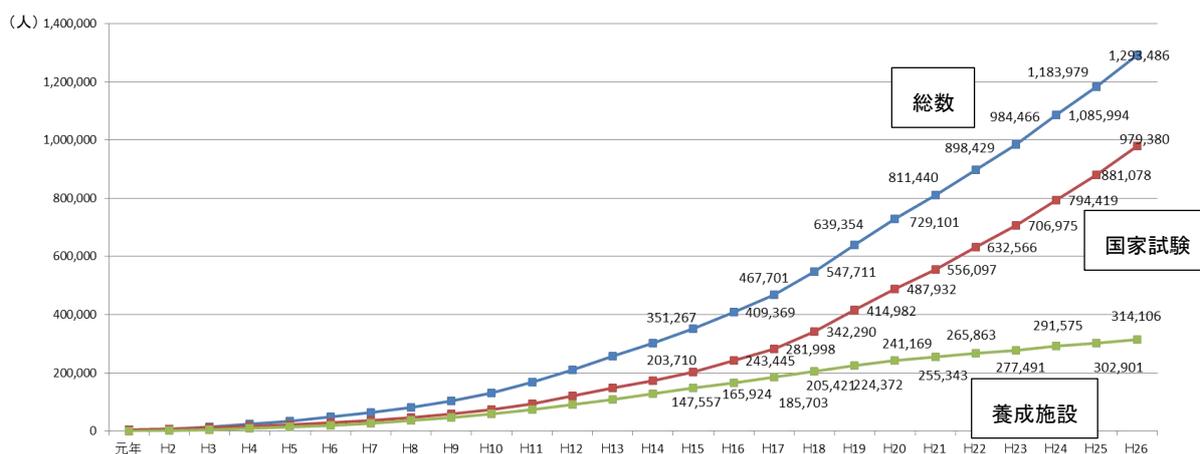
その結果、2015年（平成27年）2月に「2025年に向けた介護人材の確保一量と質の好循環の確立に向けてー」（社会保障審議会福祉部会・福祉人材確保専門委員会の報告書）において方向性が示された。2022年度（平成34年度）から養成施設卒業生に国家試験の受験を義務付け、2017年度から2021年度までの卒業生の国家試験は任意とし、未受験・不合格でも卒後5年間は暫定的介護福祉士資格を付与する方針が固められた。また、実務者ルートの者は2016年度から受験資格として450時間以上の実務者研修の修了が必須となった。しかし、介護人材の裾野の拡大に向けて実務経験ルート及び福祉系高校ルートの受験資

格緩和を実施する方策が提示された。なお、同報告書では、介護福祉士に求められる新たな機能・役割に対応すべく専門性や能力を獲得するため、2017年度（平成29年度）を目途に現行のカリキュラム改正を行い、2022年度（平成34年度）から改正カリキュラム対応の国家試験を開始することとしている。

介護専門職養成のひとつとして1991年（平成3年）より行われてきた「訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修（1・2級）」は原則として2012年度（平成24年度末）で終了し、以降は「初任者研修」へと一本化されることとなった。現在、初任者研修に連動して、「介護職員実務者研修」、「介護福祉士」、「認定介護福祉士（仮称）」と3ステップを踏みながらレベルアップできる介護人材のキャリアパス構想がある。認定介護福祉士は介護福祉士の上位資格として位置づけられる。しかし、介護福祉士のキャリア支援を目的としてつくられ、特定の分野（主に在宅介護、障害者介護、認知症の3分野）の研修を修了した者を認定する「専門介護福祉士（仮称）」との関係が明確化されていない。このような現状の中、さらに介護福祉士養成施設協会は、新たな職務を担う高度化された介護福祉士を、養成施設による理論的・体系的教育により育成する必要性を唱え、「管理介護福祉士（仮称）」と命名してその創設を提言している。

5) 介護福祉士養成施設の状況

介護福祉士登録者数は2012年度（平成24年度）に100万人を超え、2015年度（平成27年度）には140万8,533人となった（社会福祉振興・試験センター、2015）。しかし、介護福祉士登録者の推移をみてみると、国家試験合格者つまり、福祉系高校ルートを含む実務経験ルートの毎年7.7～8.5万人の増加に対して、養成施設ルートは毎年1～1.5万人ほどの増加にとどまっている。したがって、体系的に介護福祉を学び介護職員の中心的・リーダー的役割を担うことが期待される養成施設卒業者の登録者全体に占める割合は年々減少し、平成26年度で介護福祉士総数の約1/3となっている（Fig.1-1-3）。

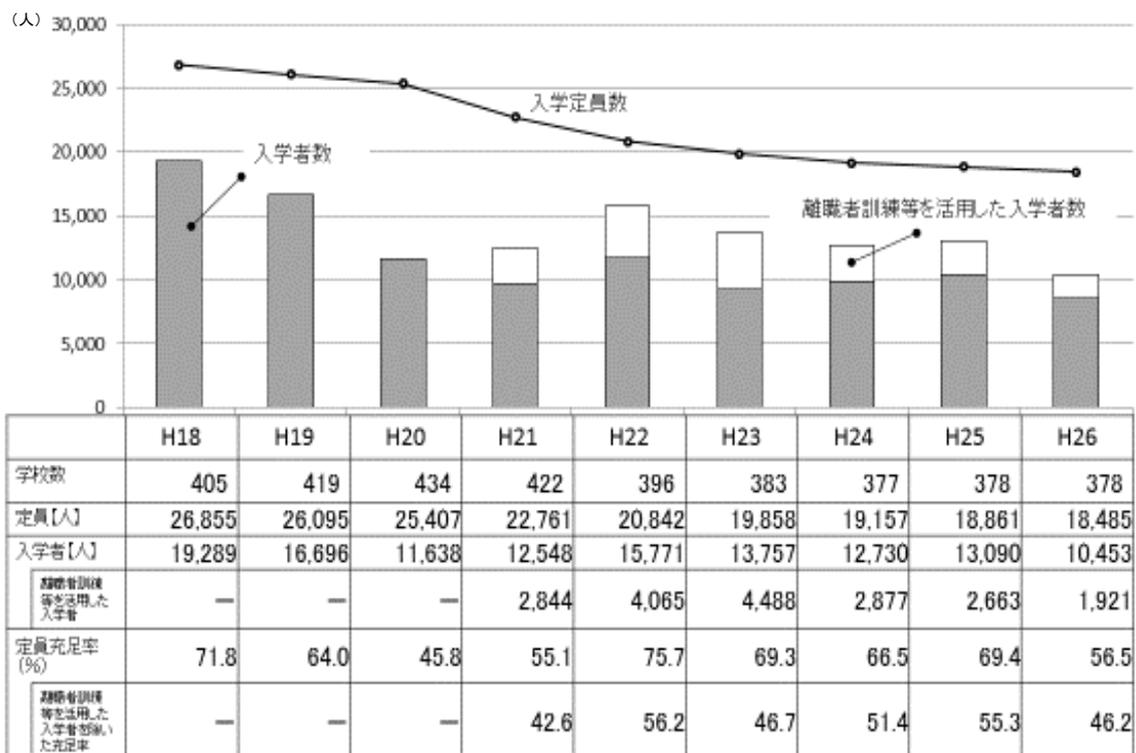


介護福祉士登録者は、毎年、実務経験ルート+福祉系高校ルートで7.5～8.5万人程度、養成施設ルートで1.0～1.5万人程度ずつ増加している

出典：厚生労働省社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材の確保について」平成27年9月26日

Fig. 1-1-3 介護福祉士登録者の推移

介護福祉士養成教育は、1988年（昭和63年）に24の養成施設で開始され、2008年度（平成20年度）には434校507課程、入学定員25,407人に拡大した。しかし、1998年（平成10年）頃から定員を割り込む養成校が増加し、2014年度（平成26年度）には378校、入学定員18,485人に減少した。このように養成課程の廃止や定員の絞り込みによって定員数が減っていることに加え、2009年度（平成21年度）から離職者訓練制度（授業料等免除による2年間の職業訓練制度）が開始されたにもかかわらず、2014年度（平成26年度）の充足率（入学定員に占める実入学者数の割合）は56.5%、一般入学者（職業訓練生を除いた入学者のみ）の充足率は46.2%で、養成教育の存続が危ぶまれる状況にある（Fig.1-1-4）。



出典：厚生労働省社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材の確保について」平成27年9月26日

Fig. 1-1-4 介護福祉士養成施設の定員充足状況の推移

3. 高齢者介護職に関する問題

1) 介護労働の量的不足

介護労働安定センター（2015）の「平成26年度介護労働実態調査」の結果を概観すると、介護職員は生計維持者ではない既婚女性が多く、働きがいがあると思っただけで入職しても出産・育児・家族介護などにより離職を余儀なくされる傾向にあることがうかがい知れる。このことが介護界全体のキャリアアップや金銭的対価の底上げの厳しい現状に大きく影響を与えているようである。また、吉田・水野・車井（2012）は、「ある程度の経験や生計の必要がある介護労働者は今の事業所で働き続けようとしているものの、若年の労働者や新たに参入した労働者の相当部分が定着しないという雇用の現実」と「資格を評価してほしいという

希望や、賃金・労働時間などの条件を改善してほしいという労働者の期待など雇用管理上の課題」がないまぜになっていること、そして、介護サービスという職業の評価が未確立であることや介護労働者自身が介護労働者として通用するかどうかという意味でのスキルの低さを自覚していることも定着の不安定さを高めている可能性があることを指摘している。

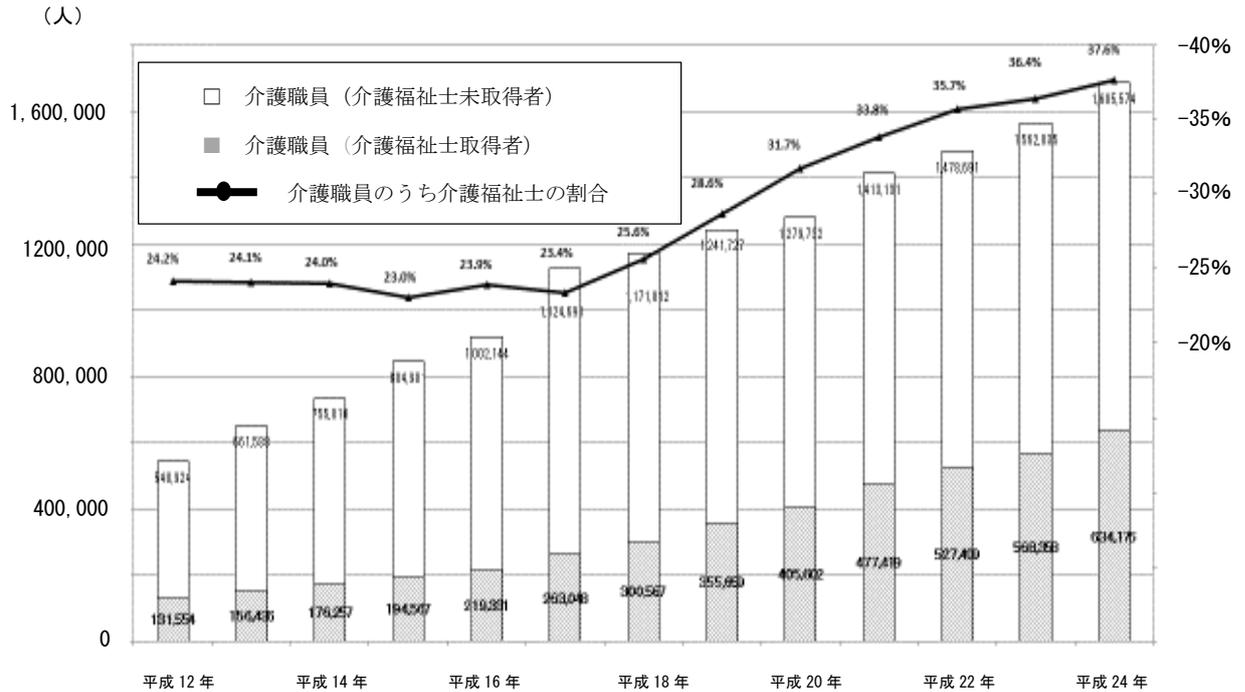
これまで、介護職員の不足に関わる要因として賃金水準の低さが大きく取り上げられてきた。確かに賃金水準の低さは介護職員確保にマイナス影響を与えるであろうがそれだけが原因ではないと考えられる。先に挙げた介護労働安定センターの「平成 26 年度介護労働実態調査」によると、直前の介護の仕事を辞めた理由（重複回答）は、「職場の人間関係に問題があった」（26.6%）、「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があった」（22.7%）、「他によい仕事・職場があった」（18.8%）の順に多く、「収入が少なかったかった」（18.3%）は 4 番目にとどまった。賃金への不満もあるが人間関係の悪化や経営者への不満から職場を去るケースが多いようである。

なお、日本政府は介護人材確保のために外国人労働者を受け入れる政策をとっている。2008 年からの経済連携協定（EPA）においては介護福祉士候補を 1,500 人以上受け入れているが、介護福祉士国家試験の合格者が少なく（平成 25 年度の合格者は 128 名、合格率 39.8%）、確実な介護人材確保策として機能していない（厚生労働省、2013a）。そこで政府は次に技能実習訓練制度の拡大活用を考えた。しかし、長時間労働の強制や賃金未払いなどの問題に対する国際的な批判を受けている現状がある。

2) 介護労働の質的不足及び量と質の悪循環

2011 年（平成 23 年）の「今後の介護人材の在り方に関する検討会」の報告書には、「有資格者である介護福祉士の割合は、当面 5 割以上を目安とすべき」との指摘がある（厚生労働省、2011）。介護職員に占める介護福祉士の割合は上昇傾向にあり、平成 24 年は 63 万人で 4 割近くの水準になっている（Fig.1-1-5）。よって、2025 年までに 220 万人の稼働している介護福祉士を確保できる見通しが立っているものの、なお 70 万人ほど不足することが懸念されている。したがって、介護職員の量だけでなく質を確保することも大きな課題となっており、国は Fig.1-1-6 に示すような裾野を広げ機能分化を進める介護人材の総合的な確保方針を定め、種々の方策を検討・実施している。

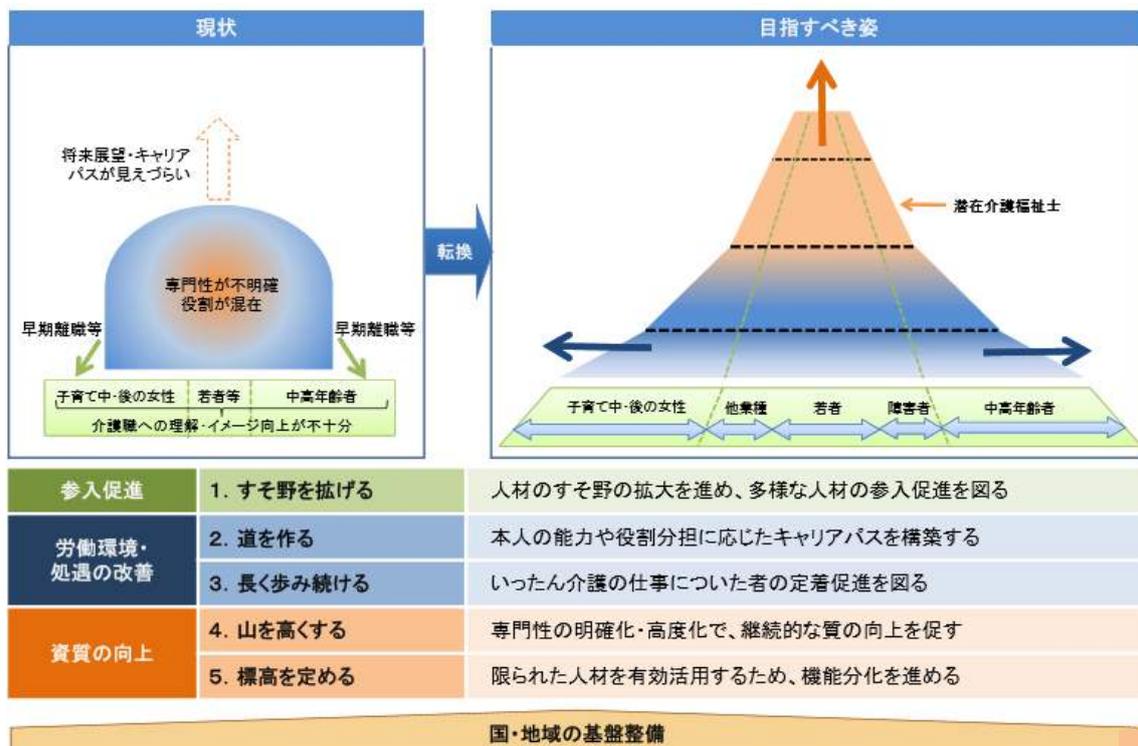
量を増やす必要性が高まる中で、質を上げることは難しい。量を増やすという議論を背景として、幅広い利用者に対する基本的な介護提供能力の修得を目標とする介護職員実務者研修が 600 時間から 450 時間になった。また、通信教育の活用によって大部分を修了できるようになった。これは、介護業界からの、「ただでさえ忙しい毎日なのに 600 時間の研修を受けるなんて、時間的にも金銭的にも無理がある」との抗議に対応しての変更である。この変更理由について厚生労働省は、「研修に負担感を持つ者も多い現状を踏まえ、現場職員の意欲を減退させない配慮も必要である」と説明し、450 時間という設定の根拠については、「必要と思われる研修内容を再検討し、積み重ねた結果、その数字になった（この研修と 3 年以上の実務経験があれば、養成施設ルートでの 1,800 時間と同じ効果が得られる）」としている（厚生労働省、2014a）。このように、質を少しでも上げようとすれば量の壁が立ち上がる現状の中で、量と質の好循環をいかに実現していくかが問われている。



介護職員に占める介護福祉士の割合は上昇傾向にあり、平成 24 年度は 4 割近くの水準になっている

出典：厚生労働省社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材の確保について」

Fig. 1-1-5 介護職員に占める介護福祉士の割合の推移 (実人員)



出典：厚生労働省社会援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「介護人材確保の基本的な考え方（案）；介護人材確保の総合的・計画的な推進について」

Fig. 1-1-6 「総合的な確保方策」の目指す姿

3) 高齢者介護職の質に関わる問題

(1) 介護職による認知症ケアの質的問題

施設介護利用者の8割に認知症が認められる。認知症の症状の基盤となる「中核症状」の記憶障害・見当識障害・理解の低下などから二次的に起こる症状である「周辺症状」(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; 「行動症状」として攻撃的行動・徘徊・拒絶・不潔行為・異食など, 「心理症状」として抑うつ・人格変化・幻覚・妄想・睡眠障害など)の介護施設での出現率は高い。その出現にともない急速に認知症高齢者のQOL (Quality of Life : 人生の質) が低下し, 介護職員の心身への負担が増大する。介護職員の負担増加が利用者中心の個別ケアを阻み, 不適切な行為や不十分なケア及び虐待の発生に結び付いてしまっていると推察される。

したがって, 認知症ケアではできるだけBPSDが現れないよう支援することが重要となる。わが国の認知症ケアはパーソンセンタードケア (Kitwood,T., 2005) の理念に基づいて行われているといっても過言ではない。イギリスの臨床心理士, トム・キットウッド氏が提唱したパーソンセンタードケアは従来の医学モデルに基づいた認知症の捉え方を再検討し, 認知症患者の個性や人生に向き合い, 介護施設や介護従事者中心ではなく認知症高齢者を中心としたケアを目指している。英国ブラッドフォード大学が中心となって, パーソンセンタードケアの教育が世界的展開され, わが国においては認知症介護研究・研修大府センターが主催する「パーソンセンタードケアと認知症ケアマッピング(DCM : Dementia Care Mapping ; 理念を実践するための観察・記録方法)の研修」が2011年度(平成23年度)から行われている。しかし, その研修受講には多くの時間と費用(愛知県と東京都で1コース3日間の開催, 基礎コース8万円, 上級コース12万円に加え宿泊費・食費等)が必要であり, 実践レベルに至る上級コースの受講にあたっては, 既にDCM基礎ユーザーの資格を持ち, 一定程度のマッピングの実践経験を有していなければならない。

したがって, 非薬物的介入が原則であるBPSDの介護施設での有効なケアは確立されつつあるが, 全ての介護職員がBPSDに対する予防的介入方法及び発生時の対応方法を修得しているかというところでない現状がある。

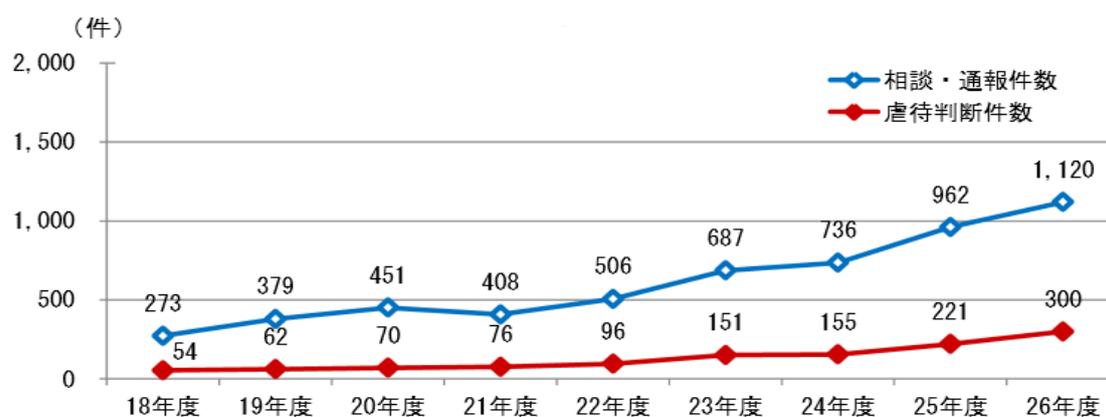
(2) 介護職による高齢者虐待を含む不適切なケアの問題

2006年(平成18年)4月より施行された「高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(高齢者虐待防止法)は, 高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり, 高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等を鑑み, 「高齢者虐待の防止等に関する国等の責務, 高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置, 養護者に対する支援のための措置等を定めることにより, 高齢者虐待の防止, 養護者に対する支援等に関する施策を促進し, もって高齢者の権利利益の擁護に資すること」を目的としている(官報, 2005)。この法律は主に高齢者を擁護する家族や親族等の「養護者」による家庭内での虐待を対象としている。「養介護施設従事者等」による介護施設や在宅介護事業等での虐待についても第20~25条に規定されているものの, わずか6条の条文であることに加え事後規制を示す内容となっており十分なものではない。

法整備の立ち遅れが示すように, 養介護施設従事者等による高齢者虐待の実態は不透明な部分が多い。その理由として, 利用者と介護従事者が1対1の密室空間で関わり介護サ

サービスが提供されるといった環境上の要因が考えられる。また、施設介護利用者の8割に認知症が認められ利用者本人が虐待を認識し訴えることが困難であること、利用者の家族が虐待を察知したとしても虐待がエスカレートすることや介護サービスの利用ができなくなることを恐れて口を噤むことなど、要介護高齢者とその家族に関する要因もあろう。さらに、介護従事者の虐待に対する知識・認識不足による問題意識の欠如及び問題意識があったとしても告発への罪悪感や継続就労に支障が生じることへの恐れなどといった介護従事者に関わる要因も推察される。そもそも、介護施設においては何らかの支援を必要としている高齢者とそれを支援する介護従事者との間にはいやがおうにも主従関係が発生してしまい対等関係が結びにくい。

厚生労働省は表面化しにくい複合的要因によって生み出されているであろう養介護施設従事者による高齢者虐待の実態と要因の把握に向け、全国を対象とした「高齢者虐待防止・養護者支援法に基づく対応状況等に関する調査」を行っている。その平成26年度の調査では、養介護施設従事者による虐待に関して以下の結果が示された（厚生労働省、2016a）。①相談・通報件数は1,120件で虐待と判断された件数が300件であった。対前年度比は前者が16.4%増（158件の増加）、後者が35.7%増（79件の増加）となっており、施設内虐待に途絶える兆候は見られない（Fig.1-1-7）。②虐待者の職種で最も多かったのは「介護職」（82.6%）で、次いで順に「管理職」（5.8%）、施設長（3.4%）、看護職（3.0%）等であった（Table 1-1-1）。③虐待の種別（Table 1-1-2）で最も多かったのは、「身体的虐待」（63.8%）で、次いで順に「心理的虐待」（43.1%）、「経済的虐待」（16.9%）、「介護等放棄（ネグレクト）」（8.5%）、「性的虐待」（2.6%）であった（Fig.1-1-8）。④虐待が確認された施設・事業所の種別で最も多かったのは「特別養護老人ホーム」（31.7%）で、次いで順に有料老人ホーム（22.3%）、老人保健施設（11.7%）、認知症グループホーム（13.3%）等であった。⑤発生要因として最も多かったのは、「教育・知識・介護技術等に関する問題」（62.6%）で、次いで順に「職員のストレスや感情のコントロールの問題」（20.4%）、「虐待を行った職員の性格や資質の問題」（9.9%）、「倫理観や理念の欠如」（6.8%）、虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ」（5.8%）、「人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ」（5.1%）であった。



出典：厚生労働省 平成26年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果

Fig. 1-1-7 養介護施設従事者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移

Table 1-1-1 虐待者の職種

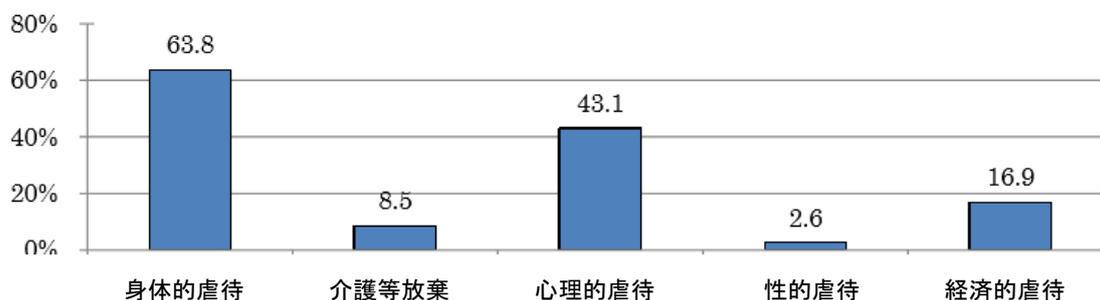
	介護職	(内訳)			看護職	管理職	施設長
		介護福祉士	介護福祉士以外	資格不明			
人数	271	(71)	(91)	(109)	10	19	11
割合(%)	82.6	(21.7)	(27.7)	(33.2)	3.0	5.8	3.4

出典：厚生労働省 平成 26 年度 高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果

Table 1-1-2 虐待の種類

身体的虐待	殴る，蹴るなどの身体的な暴力によって身体に傷や痛みを与えること また，外部との接触を意図的，継続的に遮断すること
心理的虐待	侮辱的なことを言ったり脅したり，無視したり嫌がらせをしたりして，精神的な苦痛を与えること
性的虐待	同意していないのに性的な行為をしたり，強要すること
経済的虐待	同意がないのに財産や金銭を勝手に使ったり，希望しているのに金銭を使わせないこと
介護・世話の放置・放任	必要な世話をしない，介護サービスを利用させないなどにより，生活環境や身体・精神の状態を悪化させること

出典：高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律



被虐待高齢者が特定できなかった 13 件を除く 287 件における被虐待高齢者の総数 691 人において，被虐待高齢者ごとの虐待種別を複数回答形式で集計

出典：厚生労働省 平成 26 年度 高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果

Fig. 1-1-8 高齢者虐待の種別の割合

以上は顕在化された養介護施設従事者による高齢者虐待の様相であるが、近年、「高齢者虐待」と並行して介護従事者の「不適切なケア」が問題視されている。要介護高齢者の自律・自己決定が尊重されず、介護従事者や家族の都合・見解を優先したケアが日常的に行われていると感じている介護従事者が 95%と極めて高率であったことを指摘する研究もあるほどである（箕岡ら、2006）。

不適切なケアについて、「法的に定められた明らかな虐待とはいえないものの、虐待の延長線上にあり、高齢者の心身に望ましくない影響を及ぼす日常的に行われる様々な言動」（佐藤・佐々木、2016、p.12）、不適切ケアに相当する概念として準虐待という用語を用いて、「高齢者虐待防止法には含まれていないが、実際に虐待ともいえる高齢者の重要な人権を侵害する行為や心身に大きなストレスを与えたり傷つけるひどい行為」（任、2014、pp.58-59）などの定義が示されているが、未だ明確な定義や基準は示されていない。高齢者虐待が不適切なケアの延長線上にあるとすれば、介護従事者のケアの質が問われる。ただし、虐待者となりやすい高齢者介護従事者に全ての責任を押し付けて資質を高める努力を求めるのではなく、ケアの質を担保する環境を組織的に整備していく必要がある。つまり、行政レベルでの高齢者虐待防止に関わる法整備や体制の構築、介護労働環境の制度上の改善等と同時に、介護従事者の人材育成の取り組み強化を図っていく必要がある。

施設内虐待に途絶える兆しが見られないばかりか、昨今の養介護施設従事者による深刻な高齢者虐待等の事案発覚を受け、厚生労働省は都道府県等に対応強化を通知した。その通知には、「高齢者虐待はあってはならないもの、全ての国民が高齢者の権利を養護し尊厳を守る必要がある」という基本的事項が掲げられ、第 1 に養介護施設等の従業員のストレスを軽減し介護の質を向上させるしくみづくりに事業所全体で取り組む必要があることが示された。そして、第 2 に都道府県、市町村は高齢者虐待の①未然防止、②早期発見、③事案への迅速かつ適切な対応に取り組む必要が謳われた（厚生労働省、2015b）。

しかし、2016年6月16日実施の「平成28年度厚生労働省行政事業レビュー公開プロセス（国の事業の一部について外部の有識者が公開の場で執行状況等を点検するもの）」における高齢者権利擁護等推進事業に対する評価は、「事業全体の抜本的な改善が必要」との結果であった。そのとりまとめコメントには、「顕在化していないニーズを含め実態をよく把握した上で、見直し案にある施設職員のストレス軽減や施設に対する第三者など外部の目の積極的な活用に資する内容を加える一方、必要性の乏しいメニューを廃止し、併せて都道府県や市町村の先進的な取組を収集し、その横展開を行なえるよう事業の再構築を図ることが必要。これに加え、通報・相談窓口を周知し、虐待の実態を個別の実態を含めて一層的に把握した上で、地域差を解消しつつ、本事業によって虐待件数を減少させていくことができるよう、通報件数など適切なアウトカム指標の設定を検討することが必要」と記されており（厚生労働省、2016b）、問題が重積している。

4) 介護職の量と質を担保するための人材養成の問題

介護福祉士資格取得方法は3ルートある（Table 1-1-3）。実務者研修の450時間のカリキュラム、50時間の教員養成研修、1名の教員及び事務員配置、施設・設備の所有の義務なし（レンタルで可能）に対し、養成施設は高等学校卒業後に2年以上で1,850時間以上を学ぶカリキュラム、担当教員の13科目300時間の研修受講義務及び厳格に規定された教員配

置・資格の遵守，学修に必要な施設・設備の所有が課せられている。つまり，介護福祉士養成施設ルートの介護福祉教育は，質の担保のために実務者ルートと比べものにならないほど法的に厳しい基準が課せられている。

このように，養成校卒業生と実務経験者は2017年度（平成29年度）より一律に国家試験（筆記試験）を受験することになったが，その教育時間数，教員の技量・配置，教育施設・設備などについては大きな違いがあるのである。介護福祉士の資質の確保及び向上を図るためには，有資格化を図るだけでなく3つの資格取得ルートにおける教育内容・水準を統一する必要がある。しかし，介護職員の量的不足の現状においては実現困難な状況にある。

一方で，さらなる専門性の強化も必要である。わが国の介護保険のモデルとなったドイツの老人介護士の養成カリキュラムは2,100時間の理論と3,000時間の実習とで合計5,100時間を課している。看護師等の医療職と同レベルの専門性を確保しようとするドイツの介護専門職養成と比較するには無理があるが，わが国の養成校での介護福祉士養成カリキュラムの約3倍の教育量である。世界基準に劣らず，高い資質を持つ介護福祉士の育成と専門資格としての価値の向上に向け，わが国の介護福祉士養成期間を3年課程とすることを推奨する動きがある。また，前述したように介護福祉士の上位資格として位置づけられる管理介護福祉士（仮称）の創成を図ろうとする動きがある。しかし，早急な人材確保が求められている現状の中，状況は混沌とする一方である。

Table 1-1-3 介護福祉士資格取得方法

	実務経験ルート 3年以上の介護等の業務に関する実務経験を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法	養成施設ルート 厚生労働大臣が指定する介護福祉士養成施設等において必要な知識及び技能を修得して資格を取得する方法	福祉系高校ルート 福祉系高校を厚生労働大臣が定める教科目及び単位数を修めて卒業した後に、国家試験に合格して資格を取得する方法 平成25年度までに特例高等学校等（通信課程含む）に入学した者を含む
教育プロセス 〔実務経験 研 修〕	実務経験 3年以上 + 実務者研修 (6月以上/450時間)	履修期間 2年以上 (改正前 1,650時間) (+200時間=1,850時間)	履修期間 3年以上 (改正前 34単位(1,190時間*)) +19単位=53単位(1,855時間*)
国家試験	国家試験	国家試験	国家試験

*時間数は、1単位を35時間として換算

【参考】資格取得者数

平成25年度	約8.7万人	約1.3万人	約0.3万人
累計	約88.3万人	約31.3万人	内訳無し (実務経験ルートに含む)

〔実務者研修〕に関して：平成28年度の介護福祉士国家試験から，受験資格として実務経験3年に加えて，実務者研修の修了が義務づけられる。また，平成29年度から，養成施設ルートが介護福祉士国家試験の受験資格となった

出典：厚生労働省社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材の確保について」

第2節 高齢者介護職に関わる研究動向と研究課題

1. 介護人材不足についての研究動向

全国の介護保険サービス事業を実施する事業所から 17,295 事業所を抽出して実施した平成 26 年度の「事業所における介護労働実態調査」によると、72.2%の事業所が採用困難による人材不足を感じていた。また、人材不足の理由として「賃金が安い」(61.3%)、「仕事がきつい(身体的・精神的)」(49.3%)、「社会的評価が低い」(38.2%)、「休みが取りにくい」(22.6%)、「雇用が不安定」(17.9%)等が挙げられた(介護労働安定センター, 2015)。したがって、介護人材確保のためには低賃金をはじめとする労働条件等を改善し、新規採用の促進と離職防止を図る必要がある。

このような実態は今に始まったことではなく、2009 年度(平成 21 年度)には賃金問題解決に向け、介護労働者の賃金水準向上のための「介護職員処遇改善交付金事業」が実施された。しかし、実際に給与を引き上げた事業所は 61.8%にとどまった(厚生労働省, 2014)。この事業は 2012 年度までの期限付きであり、その後の財源確保が困難であることが危惧されたため、一時金で職員に還元されるにとどまったようである(小野寺, 2015)。2012 年度(平成 24 年度)からは、介護保険制度の介護保険報酬の中に「介護職員処遇改善加算」が創設され、介護職員 1 人当たり月額 15,000 円相当の賃金上乘せを図った。

このような施策を講じてもおお介護職員の待遇改善は十分ではなく、まだまだ賃金の低さは否めないとの指摘が多数ある。小野寺(2015)は、介護職員の平均給与月額を医療福祉業界の他職種と比較すると、介護職員処遇改善加算を受けた常勤の介護職員 276,940 円、看護職員 336,460 円、生活相談員・支援相談員 319,840 円、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 350,640 円で、介護職員が最も低いことを指摘している。結城(2015)は、男女・年齢を問わずに正規職員ベースで、全産業の労働者の平均年収が約 400 万円であるのに対して介護職員平均年収は約 300 万円と大きな開きがあると述べている。厚生労働省の調査では、勤続年数、平均年齢等の要素の違いがあり単純な比較はできないという注釈付きで、介護分野の平均賃金の水準は全産業の平均賃金と比較して低い傾向にあり、常勤介護職員の平均賃金は医療福祉分野における他の職種の平均賃金と比較して低い傾向にあることを報告している(厚生労働省, 2013b)。そのため、2015 年度(平成 27 年度)には介護職員 1 人当たり月額 27,000 円相当の賃金上乘せを見込んだ介護職員処遇改善加算の見直しが行われるなど、賃金の引き上げ施策が継続して行われている。

他方、藤井(2011, 2012)は先行研究のレビューにより、一般産業の労働者の年齢階層別の賃金を比較して「介護職員の賃金は低い」という統計がよく示されるが、本当に介護職員の給与が低いかどうかを明確にするためには、経験年数、職種、事業所の属性(創業年や規模)、地域差を考慮した比較が必要であることを指摘し、経験年数と職種を考慮した比較では介護職員の給与は決して低いとはいえないことを報告している。また、事業所の属性(業種、従業員規模、正社員・非正社員の比率等)の観点から、福祉職場の給与は決して低くないとの調査結果もある(全国社会福祉協議会社会福祉制度・予算対策委員会施設部会, 2008)。さらに、たとえ常勤であっても介護福祉士と資格を全く持たない介護職員を一緒にして論ずるのは意味がないことであり、給与や求人といった公的な統計について、介護福祉士か否かを区別した他産業や他職種との比較データはほとんど取られていないことが指摘

されている（藤井，2012）。

成清（2016）は、最も離職への関わりが強い低賃金の問題を解決せずして介護人材確保の実効性・有効性は低いと述べている。周（2009）は、介護職員不足の問題の本質は賃金問題であり、賃金の決定要因が分かれば介護職員不足の原因を究明できるとまで述べている。このように、賃金水準の向上等の処遇改善の視点からのアプローチを第 1 に掲げる研究は多い（大橋，1992；松本，2011；矢野，2011）。しかし、大和・立福（2013）は、離職と賃金との間には統計的に有意な影響がみられず、介護職員に採用後も続けて教育・研修を実施している施設の離職率が低いことを報告している。また、職務満足感が賃金や労働時間・休日などの労働条件に対する満足よりも介護職員の就業継続意向を高める要因となっていることを報告している研究もある（大和，2010）。

賃金以外の離職要因として身体的・精神的ストレスを問題視し、介護作業によって体調を崩さないための研修・教育（バーンアウト防止や腰痛予防）及び職場環境整備の重要性を指摘する研究が多数ある（小野寺，2015；黒田・張，2011；花岡，2015；堀田，2009；松永，2015）。

さらに、人間関係が第 1 の離職要因となっていることを報告している研究もある。今井（2011）は、介護福祉士養成施設の卒後 3 年目までの者を対象とした調査において、人間関係が最も大きな離職要因となることを明らかにしている。介護労働安定センターによる平成 26 年度の介護労働実態調査では、介護業界内で直前の事業所を辞めて新しい事業所に移った理由の第 1 位は職場の人間関係に問題があったため（26.6%）、次いで法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があったため（22.7%）、他によい仕事・職場があったため（18.8%）、収入が少なかったため（18.2%）、自分の将来の見込みが立たなかったため（15.9%）という結果が報告されており、賃金の低さが離職理由の第 1 位となっていない（介護労働安定センター，2015）。この傾向は、「介護職員処遇改善交付金事業」開始前の 2008 年度（平成 20 年度）の同調査時点から変化なく継続している。したがって、これまでの賃金水準向上による離職防止対策が有効であったとは言い難い。

なお、離職意向や介護業界内への転職理由を取り上げた調査は多数行われているが、離職者全体の約 6 割を占める介護業界から他産業に転職した者の離職理由についての調査は十分に行われていないようである（厚生労働省，2012）。加えて、調査が離職要因の断片的・羅列的な探究にとどまっており、包括的な要因把握に至っていない。

以上のような介護職員の離職と低賃金問題に関する調査の不十分さと結果の不一致及び研究者による見解の相違、賃金以外の複合的な要因が離職の背景にあるであろうこと、そして何よりはっきりとした成果のみられない賃金引上げ政策の現状を鑑みると、賃金水準向上等の処遇改善の視点からの介護人材確保には限界のあることが示唆される。

「雇用の流動性を高めることで人材の適材適所が実現するという意見もあるが、介護現場における雇用の流動性は専門性の構築やチームアプローチに支障をきたす恐れがあり、介護の質の低下も懸念される」との見解がある。質の高い介護人材を育成し介護サービスの質と量を担保するためには、複合的な離職要因の構造を明確化し、要因に対する介入手法の一般化が望まれる。

2. 介護職による高齢者虐待を含む不適切なケア及び認知症ケアについての研究動向

施設内虐待は構造的につくられていて職員の心がけや管理者による管理方法のみで防げるといって簡単な問題ではない(柴尾, 2007). また, 多面的, 複合的な要素が関わっており, アプローチの視点は多岐に亘る(柴尾, 2007). しかしながら, 虐待防止は最終的に介護従事者の提供する介護サービスを通じて実現されることを踏まえると, 介護従事者の視点に立って介護サービスの改善策を検討することが重要である(永島・倉田・滝口・岡部・長, 2010).

介護サービス改善の視点から先行研究を概観すると, 虐待発生要因として, 「施設の特性」(人員不足による介護水準の低下, 劣悪な組織風土・規律, 研修不足, 上司の指導不足など), 「職員の特性」(過重労働による心身の疲弊, 知識・技術不足, 個人的・家庭的問題など), 「利用者の特性」(認知症など利用者個人の特性, 面会がないなど家族からの孤立など)の3要因が浮上してくる(高崎 監修, 2010 ; Buzgova & Ivanova, 2009). これらの要因に対して, 「職員の特性」に含まれる「知識・技術不足」を指摘し, 虐待や認知症ケア, ストレスマネジメント等の知識・技術の向上を図ることの必要性を述べる研究が非常に多い.

そこで, 養介護施設従事者による高齢者虐待の要因と対策について, 「虐待の知識・認識の不足」と「認知症ケアやストレスマネジメントの知識・技術の不足」の観点から先行研究を踏まえた分析を行う.

1) 虐待に対する知識・認識について

全国を対象として厚生労働省が行っている平成26年度の「高齢者虐待防止・養護者支援法に基づく対応状況等に関する調査」の結果をみると, 虐待として相談・通報された件数が1,120件であるのに対して虐待と判断されたのは300件であった(厚生労働省, 2016a). この差は通報者にとって高齢者虐待であると認識したケースの多数が高齢者虐待防止法における虐待の定義から外れていたことを示し, 虐待か否かを明確に区分できない実態を表していると言える. なお, 通報者の24.0%は当該施設職員であることを鑑みると, 介護職員間にも虐待に対する認識にばらつきがみられることが推察される. 認識のばらつきに関して倉林・芝山・宮崎・李・尾島・風間(2014)は, 介護福祉士, ヘルパー, 無資格者の3区分において介護福祉士の虐待認識率が最も高かったことを報告している. また, 松本(2015)は, 虐待に対する意識に影響を与える要因を実証的に明らかにすることを試みたところ, 「介護福祉士資格」と「知識・研修受講経験」が全ての虐待行為に対する意識を有意に向上させていたことを報告している.

したがって, 有馬(2006)も指摘しているように虐待の知識・認識の不足が虐待発生の一因となっていることが推察され, 介護福祉士養成教育や実務者研修等を通じて介護職員の虐待の知識・認識を高める取り組みが必要である(西元・小林・紀平・近藤・伊藤・西元, 2007 ; 松本・今井, 2013). しかし, 現状は施設内虐待の実態把握にとどまっている(林, 2015).

施設内における高齢者虐待は突発的に発生するのではなく, 不適切なケアから発展していくケースが多いとされ, 虐待防止の実現のためには顕在化した虐待のみならず, 「不十分なケア, 不適切サービス, 不適切ケア」も含めてサービスの改善を目指すことが必要であるとされる(柴尾, 2008 ; 永島ら, 2010). しかし, 不適切なケアの明確な定義や基準は存在

しない（佐藤・佐々木，2016）．適切なケアの基準は絶対的なものではなく相対的なものであるため（高崎・柴尾・平田，2012），適切なケアと不適切なケアとのすり合わせによって標準となるケアを明確にし共通理解を図る必要がある．

2) 認知症ケアやストレスマネジメントの知識・技術について

2012年度時点で，全国の65歳以上の高齢者についての認知症有病率推定値は15%で，認知症有病者数は約439万人と推計された（厚生労働省，2013c）．認知症になる可能性がある軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）の高齢者も約400万人いると推計され，65歳以上の4人に1人が認知症とその“予備軍”であるという（厚生労働省，2013c）．認知症有病者の約5割が施設入所となっており（厚生労働省，2013c），施設内虐待の対象となるのが認知症あるいはBPSDのある認知症高齢者であることを踏まえると，遠回りのようにみえるが，実は最も近道と思われるのが認知症ケアの確立であるといえよう（柴尾，2008）．したがって，認知症ケアの国際的な主流であるパーソンセンタードケアの実施，すなわち個別の背景を十分に理解しその人らしさを尊重する支援の確立が求められるが，介入によるBPSDの減少を実証的に示せていないのが現状である（藤原，2015）．根拠に基づく認知症ケアとして，周辺症状を減少させる具体的なケア方法を積み重ねていくことを目的とした専門研修は階層的な構造を有し，全国的な広がりを見せている（佐藤・勅使河原，2008）．しかし，ケア現場がどのようにその知識や技術を評価し，活用するかというシステムや職場研修制度（OJT：on-the-job training）の構築が未整備である課題が残っている（佐藤ら，2008）．

高齢化の進行とともに介護施設入所者の重度化と認知症化が進み，ケアの困難性が高まっている．しかし，介護のマンパワー不足の中，個別対応と一つひとつの支援への倫理的配慮が求められ，介護従事者が日常的に強いストレスに曝されている状況は20年以上前から今日に至るまで続いている（宇良，1998；桐野，2006；介護労働安定センター，2015；松井，2004；矢富・中谷・巻田，1991；矢富・中谷・巻田，1992）．介護職員の精神的健康度が低いことを指摘する研究は多く（稲谷・津田・村田・神薊，2008；堀内・志知・堀内，2010；宮崎，2016），その結果に疑念を抱いたり反論する研究は見あたらない．

介護職員のストレス要因については，組織の労働特性（介護職員の生活状況や環境）に関わるストレスラーとして，「給料の低さ」，「介護従事者不足」，「休憩時間のとり難さ」，「介護・事務的仕事の負荷」，「利用者との葛藤」，「利用者の問題行動への不安」，「利用者同士の衝突の調整困難」，「夜勤」，「身体的ケアにおける負荷」，「利用者中心の介護方針」，「管理者のリーダーシップ」が挙げられ（鈴木・狩野，2002；原田・齋藤・布元・香川・中嶋，2000；堀田，2009），介護職員が労働条件に加え自分のケアに対する自信が持てず，有事における対応への不安が大きなストレスラーとなっていることが報告されている．

他方，様々な職業性ストレスモデル（分析枠組み）に基づいて作成された心理学的尺度を使用して，職務に対する個人の認知的側面及び対処方略を測定することによって，ストレス反応と関連性の強いストレスラーを推察する研究も行なわれている．林・小林・鈴木・曾根・縄井・澤田・佐藤・深谷・関・長島・池田・宮崎（2011）は，心理的な仕事の質的あるいは量的負担が介護職員のストレス反応に影響していることを報告している．宇良・矢富・中谷・巻田（1995）は，「仕事のコントロール」，「仕事の魅力」という職務に対する認知的側面が

バーンアウトと関連していることを示唆している。

さらに、介護職員のストレス反応が多様な緩衝要因や個人特性に影響されていることを報告している研究が多数ある。中村・水上（2015）は、個人の認知的側面から「上司からのサポート」、「同僚からのサポート」などの周囲からの支援や「仕事や生活の満足度」が緩衝要因となっていることを、矢富ら（1992）は、組織労働特性の側面から「指導体制」、「教育機会」、「決定参加」がストレス緩衝効果をもつことを指摘している。川野・矢富・宇良・中谷・巻田（1995）や渡部・大関・皆川・小松（2007）は、ストレス反応及びバーンアウトとパーソナリティ特性の関連を指摘し、楽観的性格傾向がストレス反応を低減させることを報告している。

このように介護職員のストレス反応に影響する要因の検討は盛んに行なわれている。しかし、その要因検討の結果をどのように介護職員のストレス支援に活かしていくかについては提言レベルにとどまっており、効果的な打開策を暗中模索している状態である。よって、労働環境や雇用管理体制を整えることだけに視線を向けるのではなく、たとえ労働条件が改善されなくとも介護職員個人の仕事に対するコントロール感覚が高まるような支援体制の構築が求められよう。

越谷（2008）や松下・岸・吉岡・岩沢・平田（2008）は、多くの介護職員が認知症高齢者の攻撃的行動に苦慮していることを報告している。さらに越谷（2006）は、過去1年間に暴力的行為を受けたことがある介護職員は84.1%であり、その影響として仕事に対する意欲低下や精神的ストレスの増幅が起り離職意向につながっているが、52.8%の被害介護従事者が仕事だから仕方ないと我慢する現状にあったこと、そして、入所者が暴力的行為に至る原因は個々の介護職員の介護方法にあると考える傾向が強く、具体的支援システムについて何の希望も示さない職員が多かったことを報告している。また、ケア提供者のストレスが高くなるほど認知症高齢者に対する心理的虐待がより強くみられることが報告されている（Wang, 2006）。これらの調査結果を鑑みると、介護職員の認知症ケアや職業性ストレスに対する知識・認識の不十分さが垣間見られ、認知症高齢者と介護職員双方の利益のためには、介護職員の認知症ケアやストレスマネジメントに対する知識・意識を高めていく必要のあることがうかがい知れる。

このような課題解決のために様々な研修会が開催されその評価が行われている。深山・小野塚（2015）は、介護者のストレスを緩和できるように認知症や認知症高齢者について理解するとともに、BPSDへの対応や介護に伴うストレスに対する介護者自身のストレスマネジメントを高めるための具体的な方法を学ぶことをねらいとした研修会の開催を試みた。しかし、講義偏重となり十分な演習をとり入れ具体的活用が可能なスキルを提供する内容には至らなかったことを報告している。高橋（2013）は、認知症介護実践者研修の参加者に対して研修前後の職業性ストレスを比較した。その結果、研修後のストレス反応は低減されたが、どの要因がストレス反応の低減に効果があったのかの特定には至っていない。

したがって、宮崎（2016）も述べているように、多くの介護職員が共通して抱える問題（ストレッサー）を理解し、それに深く関連するスキルを特定していくことが必要である。また、介護職員の準備状態（知識量や理解度）に応じて、誰でも無理なく職業性ストレスやストレスマネジメントについて学ぶことのできる学習内容及び体制を設定しなければならない。

ちなみに、中心的役割を担う介護人材を養成する介護福祉士養成施設における 2 年以上（1,850 時間以上）の体系的なカリキュラムには、教育に含むべき事項として「介護従事者の安全」が示され、想定される教育内容の例として「心の健康管理（ストレスや燃え尽き症候群等）」、「身体の健康管理（感染予防、腰痛予防等）」、「労働安全」を例示している。しかし、養成施設で使用されている代表的なテキスト 4 冊をみても、それらに割かれている分量は 6～20 ページ程度である。これを理解するだけでは心身のセルフコントロール能力の向上は望めない。

以上のように、施設内虐待の発生要因を検討し、その要因を踏まえた虐待防止の取り組みの重要性を指摘する研究は盛んである。しかし、具体的な方法や内容を提示した「施設内虐待防止教育プログラム」の開発に至った研究は希少である。

希少な教育プログラムの一つに、認知症介護研究・研修仙台センター（2009）が開発し、国が積極的活用を促している「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及びストレスマネジメント支援に向けた教育システム」がある。その教育システムを導入した介護施設の職員を対象とした調査を行い、プログラム内容やアプローチ方法に対する評価を行っている研究は散見される。200 を超える介護施設等にシステムを導入してもらいその前後での変化をみたところ、高齢者虐待防止や身体拘束廃止に関する知識の向上だけでなく、高齢者虐待の背景の捉え方やケアに臨む態度、実践における変化も現れていたという（認知症介護研究・研修仙台センター、2010）。しかし、「高齢者虐待の発生要因として特定の職員の資質や利用者の認知症等の要因に帰属させる割合が減少し、職場全体での取り組みや従事者間の連携を重視するようになる傾向がみられたり、自らのケアを振り返りより基本的な介護実践を重視して仕事にあたるようになる傾向が示されたりした」（吉川、2010）など、受講した介護職員個々の意識・認識や態度の変化を評価するにとどまっている。したがって、教育システムの導入によって虐待を含む不適切なケアの状況が組織的・個人的にどの程度変化したのかを評価・追究した研究は皆無である。

また、これまでの施設内での虐待防止に関する研究は、法の整備や高齢者虐待の条文解釈に基づいた定義、相談・発見・通報等に対する国や地方公共団体の組織体制及び介護施設の体制整備等に関するものが主体となっており、不適切なケアを重要視し介護職員自身が主体となって能動的に取り組むことを保障する方策は明らかにされていない（永島ら、2010）。

3. 介護職の人材養成についての研究動向

専門性とは、その領域で利用者が抱えている社会的・精神的・身体的・経済的・文化的な状況課題に対する解決能力のことである（大和田、2009）。よって、介護サービスの専門性とは、介護実践内容を「利用者本位」、「利用者の尊厳の保持」、「利用者の意向の尊重」、「利用者の権利擁護」を中心に添えて展開することであるといえる（大和田、2009）。したがって、介護福祉教育は、人間理解、高い倫理性をはじめとして人間の総合教育を基本とした専門教育が柱となる（井上、2014）。しかし、日常生活支援に必要な介護技術の教授が中核となり、技術の裏づけとしての介護福祉マインドを修得する教育的側面の不十分さが指摘されている（井上、2014）。介護福祉士養成教育では、カリキュラムの「介護の基本」180 時間の教育内容の中に「介護従事者の倫理」が含むべき事項とされている。しかし、教授すべき詳細な内容が示されているわけではない。そのため、個々の教員による倫理教育の内容の

ばらつき、倫理教育についての教員自身の自信のなさ等の課題が明らかとなっている（時本・津田・熊谷・横山・小林・渡邊・野田・田岡，2009；渡邊・熊谷・横山・時本・津田・小林・野田・田岡，2007）。

養成施設で使用されているテキストには、生命倫理に基づく倫理原則と介護福祉士倫理綱領等を掲げ、高齢者虐待の実態に触れながら尊厳ある介護実践を啓発する内容が10～20ページ程度の分量で示されているが、これを理解するだけでは倫理的感受性を育むことにつながるとはいえない。また、介護福祉士養成における倫理教育に関する著作は少ないながらも存在するが、理論や具体的な教材についての記載がなかったり（川延 編，2008）、理論だけでなく事例を用いた内容となっているものの指導法が示されていない（藤谷・横山，2007）といった課題がみられる。ちなみに、老人介護の専門職制度を確立しているドイツの老人介護士（Altenpfleger）の養成課程で使用されているテキストは、倫理と道德関係、哲学から倫理の流れを追いながら、ギリシャ哲学、カント、コールバーグの道徳性発達モデルなどの学説の説明から始まり、事例を使用して具体的にどのような過程で倫理的な判断を下していくのかを教授できる内容となっており、日本の介護福祉士養成課程の1科目分（90分×15コマ）を優に必要とする内容であるという（中野，2015）。

では、現任研修はどうであろうか。北口・寺本・森田・横井（2005）は、介護施設内で行われている研修内容は多い順に「救急時の対応」、「介護技術」、「感染症」、「リスクマネジメント」、「ユニットケア」であり、「人権・権利擁護」については少なかったことを報告している。また、春日（2002）は、実務者研修を通して、介護倫理を具現化する能力の習得は講義や実技指導による研修教育とは馴染まない面を持っていることを指摘している。加えて遠藤（2008）は、援助者が行う一つひとつの実践に対して倫理的な裏付けをしていくことの積み重ねによって援助関係の中で倫理を伴った実践行動がとれる能力が身につくと考え、介護現場では研修教育のみでなくスーパービジョンのシステムを導入し定着させていくことの必要性を論じている。

したがって、具体的な教育内容と実践的な教授法の追究及び教材開発がわが国の介護福祉教育における倫理教育の課題であるといえよう。

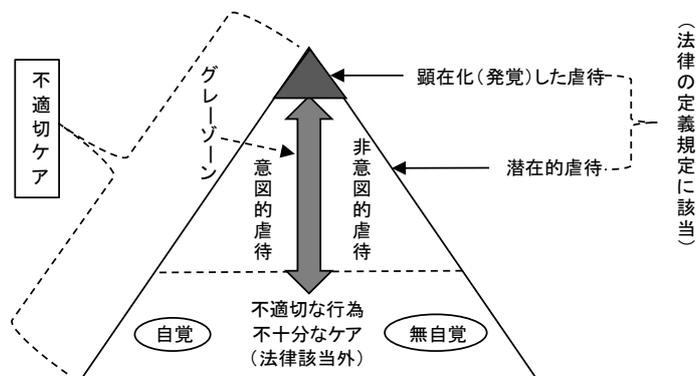
他方、小坂・今岡・杉原・藤原（2008）は、介護福祉士養成校としての教育上の課題の一つに、「豊かな人間性と社会人としての必要な一般常識を身につけ、知識や技術を実際に使えるための教育プログラム（特に、実習・読書・ボランティア活動などの社会活動）を取り入れること」を挙げている。つまり、経済産業省が2006年から提唱しているように、「職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力」として、「基礎学力」、「専門知識」に加え、それらをうまく活用していくための「社会人基礎力」を意識的に育成していくことが今まで以上に重要となってきた。加えて、平成24年3月に介護福祉士養成課程及び実務者研修終了時に修得しておくべき評価基準が策定されるまでは、介護技術等の内容やレベルについて共通な基準がなく、各養成校や職能団体等が独自の基準を設けて教育を行ってきた。そのため、介護福祉士の技術水準の標準化が遅れる結果を招いている（大崎，2013）。また、介護福祉士養成課程の学生の介護技術修得度等が低かったことを示す報告が散見され、教育期間・時間割上の課題や学生自身の問題（資格取得に対する責任が乏しい、学ぶ姿勢を持つまでに時間を要するなど）が指摘されている（人見，2012）。

4. 高齢者介護職に関わる研究課題

介護人材の質と量の問題がわが国における大きな社会的課題となっている現状において、高齢者介護職に関わる研究は多様な次元・視点から行われている。本章において提示した高齢者介護職に関わる問題の中でも、介護職員による高齢者虐待はどのような理由があろうとも許されるものではなく、介護職員個人の責任が問われる。しかし、先に挙げた介護職の量と質の不足及び介護職の養成に関わる多様な問題に対する社会的対応の立ち遅れが虐待を招いているともいえる。そこで、迅速な対応が求められる介護職による高齢者虐待の問題を追究する。

先にも示したが、厚生労働省の全国 1,741 市町村（特別区を含む）及び 47 都道府県を対象とした、高齢者虐待防止法に基づく平成 26 年度の高齢者虐待の調査結果によると、300 件の養介護施設従事者による高齢者虐待のうちの 82.6%が認知症介護の中心的役割を担うべき介護職による虐待であった（厚生労働省，2016a）。介護従事者の中で最も多数を占めるのが介護職員で次いで看護職であるが両者の数の差は大きく、厚生労働省（2016c）の平成 26 年度介護サービス施設・事業所調査によると、介護に従事する介護職員数は介護に従事する看護職員数の 2.8 倍ほどである。その実人員数の差を鑑みても、相対的に介護職員による高齢者虐待が多い結果となっており、問題視される。

顕在化した虐待は氷山の一角で、潜在的なケースはかなりの件数に上ると推定されている。全国抑制廃止研究会（2015）が厚生労働省の補助事業として 2015 年 2 月に行った調査では、2 割弱の施設で介護従事者による高齢者虐待が疑われるとの報告がなされている。また、認知症介護研究・研修センター（2008）の「施設・事業所における高齢者虐待防止の支援に関する調査研究事業調査報告書」によると、養介護施設従事者の 30～50%程度が「虐待かどうか判断に迷う不適切な介護行為が自分の周辺に存在する」と回答し、虐待とはいえないまでも人権を無視した不適切なケアが横行している現状がうかがい知れる。Fig.1-2-1 に示すグレイゾーン、つまり、潜在的虐待や不適切なケア（不適切な行為、不十分なケア）の顕在化が困難である背景には、当事者双方がともに虐待等の事実を隠す傾向があり、日常化した虐待等の場合当事者の反応が鈍くなること、そして、高齢者の心身機能の低下に伴い事実が発覚し難く、また加害者が言い逃れし易いことがあると考えられる。そのため、潜在的虐待を含む不適切なケアに関する研究は希少であり、その実態は明らかにされていない。



吉川悠貴(2010)を基に作成
Fig.1-2-1 高齢者虐待及び不適切ケアの概念図

介護職員による高齢者虐待を含む不適切なケアの発生要因として、介護現場における人材不足が挙げられる。介護人材確保のためには報酬や勤務体制等の労働環境改善が急務であるが、負荷の大きい肉体労働とともに自らの感情を意識的にコントロールして常に相手に合わせた言動で応対することが求められる介護職独自の心理的ストレス（職業性ストレス）への対応も必要である。他方、認知症ケアや職業倫理に関する介護職員の知識・認識不足が高齢者虐待を含む不適切なケア発生の一因となっているとの指摘もある。介護従事者による高齢者虐待を含む不適切なケアの発生には多面的、複合的な要素が関わっていることが推察され、アプローチの視点は多岐に亘る。しかしながら、尊厳ある適切なケア（虐待を含む不適切なケアの防止）は介護職員等の提供する介護サービス及び対人支援関係を通じて実現されることを踏まえると、介護職の視点に立って介護サービスの改善策を検討し、介護職員が主体的に取り組むことを促す教育体制の整備が緊要である。

介護サービス改善の視点から先行研究を概観すると、虐待発生要因として「知識・技術不足」を指摘し、虐待や認知症ケア、ストレスマネジメント等の知識・技術の向上を図ることの必要性を述べる研究が非常に多い。しかし、多面的に発生要因及び防止要因を探究し複数の要因がどのように影響し合っているかを明らかにするには至っていない。

また、厚生労働省は、養介護従事者等による虐待の発生要因として、「教育・知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情のコントロールの問題」が多く報告されたこと、認知症高齢者が被虐待高齢者の大半を占めていることを背景として、認知症介護研究・研修仙台センター（2009）が開発した「養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及びストレスマネジメント支援に向けた教育システム」の積極的活用を薦めている。しかし、そのシステムの介護現場での活用実態は明らかにされておらず、効果測定も教育プログラム及び教材の活用方法・教育効果と、修正意見に関する回答を求める質問紙調査を行うにとどまっており（認知症介護研究・研修仙台センター、2010）、虐待を含む不適切なケアの防止効果に対する評価は行われていない。また、普及も進んでいない。

本邦では高齢化社会の到来により、「介護」を専門的に行う人材の養成が社会的課題とされ、1987年に制定された社会福祉士及び介護福祉士法により、介護の専門職である「介護福祉士」の資格が創成された。国家資格である介護福祉士の資格取得ルートには、介護福祉士養成施設（大学、短期大学、専門学校）を卒業するルート、福祉系高校を卒業して国家試験を受験するルート、実務経験3年以上を経て国家試験を受験するルートの3ルートが設定されている。また、介護職員に占める介護福祉士の割合は4割に満たない現状にある。介護従事者の質の問題は個人に関わる側面も大きい。しかし、このような介護福祉士養成ルートの多様性や資格保有者と無資格者の混在が質に関わる大きな課題であり、介護人材に対する教育水準の一元化と倫理教育の充実が望まれる。

道徳性発達理論の提唱者コールバーグ（Kohlberg.L. & Higgins.A., 1991）は、「道徳性の発達段階は、一定不変の連続性を示し、段階の移行は常に前進的で後退や段階を飛び越えることはない」と述べている。そうであるならば、介護従事者の高い倫理観醸成のためには、基礎教育の時点から理論的・体系的に倫理教育を行う必要がある。わが国の介護福祉士と最も共通性が高いとされるドイツのAltenpfleger（老人介護士）の養成教育においては、倫理と道徳との関係や種々の関連学説の説明にはじまり、事例に基づき具体的にどのような過

程で倫理的な判断を下していくのかまでを教授できるテキスト（日本の介護福祉士養成課程の1科目分=90分×15コマを優に必要とする内容）が存在する。しかし、本邦の介護福祉士養成教育や現任教育では、行動指標となる日本介護福祉士会等の倫理綱領や「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」等の法令を基に、職業倫理についての概説や高齢者虐待の実態と原因及び対応事例等について示されたテキストやガイドブックが存在するのみである。そのため、介護領域における倫理教育は教育担当者の裁量に任せられる部分が大きく、介護現場での実践に直結する倫理教育の方法は体系立てられていない。

第3節 本研究の目的

介護職員による高齢者虐待を含む不適切なケアについての課題は、以下の2つにまとめられる。

<研究課題1>

顕在化した介護従事者による高齢者虐待の実態と要因に関する研究は活発であるが、介護職員による潜在的高齢者虐待や不適切なケアの実態は明らかにされていない。よって、介護職員による潜在的高齢者虐待や不適切なケアの実態を明らかにする必要がある。

<研究課題2>

顕在化した虐待発生の要因を部分的、並列的に指摘した研究結果を基に、羅列された要因への国・自治体主導の緊急避難的な政策対応を図っている傾向が強い。よって、多面的・複合的に発生要因及び防止要因を探究し複数の要因がどのように影響し合っているかを明らかにする必要がある。さらに、介護サービス提供の視点に立って発生・防止要因を明らかにし、介護職員の主体的な取り組みを促す改善策を介護職養成の観点から検討する必要がある。

したがって、「介護サービス提供の視点に立ち介護職員による不適切なケアを防止するためには、高齢者虐待及び不適切なケアに対する共通認識をもち、専門的知識・技術に裏づけられた高い倫理観の醸成と併せて職業性ストレスに対応すべく高次元のセルフコントロール能力を身につけることを支援する理論的・体系的な教育システムの確立が必要である」との考えの基に、介護職員による不適切ケアとそれらに影響を与えていると考えられる職業性ストレス、専門的技量、職場の特性（教育状況、職場風土、労働条件）及び個人要因等の多様な要因との関連を明らかにし、不適切ケアの発生・防止要因及びその対応法を介護職養成の観点から探究するとともに、介護職員の専門的技量や心理的健康の特徴を明らかにすることによって、介護職員の主体的な取り組みを促す有用な不適切ケア防止教育プログラムのモデルを検討することを目的とする。

本研究は、教育格差の大きい介護職員の倫理観の醸成を含む専門性の向上と精神的・身体的健康維持及び継続就労に寄与しつつ、安定した介護サービスの提供に貢献し得る。

よって、高齢者虐待防止に関わる一方策として機能する可能性があるだけでなく、要介護高齢者と介護職員双方の福利に重要な意義を生み出すとともに、質の高い介護人材の安定的確保につながるであろう本研究は社会的に極めて重要である。さらに、本研究の成果は、

介護職員以外で介護に従事している生活相談員や看護職員、リハビリ職員、そして施設の管理職等による不適切ケア防止への波及効果も期待される。

なお、本稿で用いられる基本的な用語の定義及び操作的定義を以下に示す。①～④の用語の定義は厚生労働省が示す定義に基づき整理したものである。また、⑤については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(第1章第2条5)で規定されている定義である。⑦と⑧の用語の定義はストレス心理学の分野において汎用されている定義である。⑥については、本研究における操作的定義である。

①介護職員

高齢者や障がい者の日常生活の自立を支援する職種の中で、身体介護や家事支援など直接的な介護サービスの中心を担う職員のことをいう。

②介護従事者

看護職員(保健師、准看護師を含む)、介護職員、訪問介護員(サービス提供責任者を含む)、生活相談員、支援相談員、機能訓練指導員、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)、介護支援専門員のことをいう。

③養介護施設従事者

養介護施設、または養介護事業の業務に従事する者のことをいい、前掲の「介護従事者のうち」後掲の「養介護施設」で就労する者のことをいう。

④養介護施設

老人福祉法に規定される老人福祉施設、有料老人ホーム、介護保険法に規定される介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域包括支援センター等のことをいう。

⑤養介護施設従事者等による高齢者虐待

養介護施設の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者(65歳以上の者)について行う次に掲げる行為をいう。

- イ. 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- ロ. 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
- ハ. 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ニ. 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- ホ. 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

⑥不適切ケア

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」第1章第2条5に定められた明らかな虐待とはいえないものの、養介護施設従事者等が介護や看護を受ける者の尊厳を侵害したり心身に悪影響を及ぼすストレスを与える行為をいう。ただし、本稿で「不適切ケア」という場合には、虐待や身体拘束(患者本人の生命の保護、重大な身体損傷を防ぐために行われる行動制限)を含む概念として用いる。

⑦ストレス

ストレス刺激となるものをストレッサー、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.

⑧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(ストレッサー)及びそのストレッサ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.

引用文献

有馬良建(2006)施設における高齢者虐待防止対策の展望;評価基準策定とチェックリスト活用の提案. 総合ケア, 16(7), 20-24.

Buzgova,R. & Ivanova,K. (2009)Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*,16(1),110-126.

遠藤清江(2008)介護福祉士実習教育における倫理教育の課題;学生の実習自己評価と倫理観について. 京都女子大学生生活福祉学科紀要, 4, 63-71.

藤井賢一郎(2011)介護人材の確保と専門性. 社会事業研究, 50, 17-31.

藤井賢一郎(2012)介護福祉士を取り巻く職場環境の現状と課題. 月間福祉, July, 2012, 21-24.

藤谷秀, 横山貴美子(2007)介護福祉のための倫理学. 1-204, 弘文堂, 東京.

藤原誉久(2015)認知症ケアにおけるシングルケースデザインの活用と課題. 行動分析学研究, 29(別冊), 203-211,.

花岡智恵(2015)介護労働力不足はなぜ生じるのか. 日本労働研究雑誌, 658, 16-25.

原田和宏, 齋藤圭介, 布元義人, 香川幸次郎, 中嶋和夫(2000)特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト尺度の因子モデルの検討. 老年社会科学, 22(1), 46-58.

林隆司, 小林聖美, 鈴木康文, 曾根幸喜, 縄井清志, 澤田和彦, 佐藤和典, 深谷隆史, 関千代子, 長島緑, 池田潔, 宮崎泰(2011)介護老人施設職員の職業性ストレス;リハビリテーション職・看護職・介護職・相談職の比較から. 医療保健学研究, 2, 43-63.

林真二(2015)養介護施設職員の虐待予防研修の受講と虐待及び予防意識との関連. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 59-68.

人見優子(2012)資格取得時の到達目標に向けた介護福祉士養成教育の課題. 総合人間科学研究, 5, 71-90.

堀内ゆかり, 志知恵, 堀内雅弘(2010)特別養護老人ホームに勤務する介護職員の職業ストレスと精神的健康;勤務年数による影響. 北海道医療大学心理科学部研究紀要, 6, 53-58.

堀田總子(2009)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, 82, 24-36.

今井訓子(2011)介護職離職の構造に関する研究;介護福祉士養成校卒業生の追跡調査から. 植草学園短期大学研究紀要, 12, 1-12.

任貞美(いむ・じょんみ)(2014)介護職員の虐待認識に基づいた高齢者虐待定義の再構築への試み;「準虐待」の構造と特徴に着目して. 社会福祉学, 54(4), 57-69.

稲谷ふみ枝, 津田彰, 村田伸, 神菌紀幸(2008)高齢者介護施設職員の精神的健康度に対するワークストレスの認知的評価の影響. 久留米大学心理学研究, 7, 35-40.

井上千津子 (2014) 介護人材育成講座第 131 回大学院教育における介護福祉教育の現状と課題②；介護福祉教育の高度化. 地域ケアリング, 16(8), 35-38.

介護労働安定センター (2015) 平成 26 年度介護労働実態調査の結果；事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の就業実態と就業意識調査.

(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h26_chousa_kekka.pdf, 2015 年 12 月 1 日)
官報 (2005) 平成 17 年 11 月 9 日 第 4214 号；高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 (一二四), 1-5.

春日キスヨ (2002) ケアリングと教育；痴呆高齢者介護倫理の変容と実務者研修・教育. 教育学研究, 69(4), 484-493.

川野健治, 矢富直美, 宇良千秋, 中谷陽明, 卷田ふき (1995) 特別養護老人ホームの職員のバーンアウトと関連するパーソナリティ特性の検討. 老年社会科学, 17(1), 11-20.

川廷宗之 編 (2008) 介護教育方法論. 1-241, 弘文堂, 東京.

桐野匡史, 柳漢守, 濱口晋, 矢嶋裕樹, 金貞淑, 中嶋和夫 (2006) 介護職員に起因するストレスが施設高齢者の精神的健康に与える影響. 厚生指標, 53(6), 7-14.

北口照美, 寺本恵子, 森田婦美子, 横井光治 (2005) 介護福祉士の資質向上をめざして；介護福祉士の現状と教育内容を本学卒業生のアンケートにみる. 奈良佐保短期大学紀要, 13, 19-25.

Kitwood,T./高橋誠一 訳 (2005) 認知症のパーソンセンタードケア；新しいケアの文化へ. iii-ix, 6-15, 筒井書房, 東京.

小坂淳子, 今岡洋二, 杉原久仁子, 藤原和美 (2008) 介護労働の実態とその継続条件を考える. 大阪健康福祉短期大学紀要, 7, 111-123.

越谷美貴恵 (2006) 特別養護老人ホーム利用者による介護職員に対する暴力的行為に関する研究. 介護福祉学, 13(2), 226-239.

越谷美貴恵 (2008) 介護職員に対する入所者からの暴力的行為に関する研究. 高齢者虐待防止研究, 4(1), 76-88.

Kohlberg.L. & Higgins.A./岩佐信道 訳 (1991) 道徳性の発達と道徳教育；コールバーグ理論の展開と実践. 19-35, 広池学園出版部, 千葉.

小長谷百絵 (2010) 実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防／高崎絹子 監修；施設での高齢者虐待の特徴と対応. 日本看護協会出版会, 41-53, 東京.

厚生労働省 (2006) 介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見.

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1212-4b01.pdf>, 2016 年 6 月 20 日)

厚生労働省 (2011) 今後の介護人材養成の在り方について (報告書)；介護分野の現状に即した介護福祉士の養成の在り方と介護人材の今後のキャリアパス.

(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai3/siryoku1_2.pdf, 2016 年 6 月 20 日)

厚生労働省 (2013a) 第 25 回介護福祉士国家試験に EPA 介護福祉士候補者 128 名が合格しました.

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002ycsb.html>, 2015 年 8 月 1 日)

厚生労働省 (2013b) 介護職員の処遇改善に関する懇談会；資料 5 介護職員をめぐる現状

と人材の確保等の対策について.

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ae5j-att/2r9852000002aej7.pdf>, 2015年8月1日)

厚生労働省 (2013c) 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業 平成 22 年度～平成 24 年度総合研究報告書 研究代表者 朝田隆; 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応.

(http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf, 2015年8月1日)

厚生労働省 (2014a) 介護福祉士資格の取得方法について.

(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/siryoushou1_6.pdf, 2015年8月1日)

厚生労働省 (2014b) 平成 25 年度介護従事者処遇状況等調査結果の概況.

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/14/dl/25gaikyou.pdf>, 2015年8月1日)

厚生労働省 (2015a) 平成 26 年賃金構造基本統計調査の概況.

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2014/dl/14.pdf>, 2016年8月20日)

厚生労働省 (2015b) 養介護施設従事者等による高齢者虐待の再発防止及び有料老人ホームに対する指導の徹底等について (通知).

(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000104374.pdf>, 2016年6月20日)

厚生労働省 (2016a) 平成 26 年度高齢者虐待防止・養護者支援法に基づく対応状況等に関する調査.

(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000111665.pdf>, 2016年8月20日)

厚生労働省 (2016b) 平成 28 年度厚生労働省行政事業レビュー公開プロセス.

(http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h28_comment03a_day2.pdf, 2016年6月20日)

厚生労働省 (2016c) 平成 26 年度介護サービス施設・事業所調査の概況.

(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/dl/kekka-gaiyou_04.pdf, 2016年6月20日)

Kramer,M.(1974):Reality Shock;Why Nurses Leave Nursing.The C.V. Mosby Company,Saint Louis.

倉林しのぶ, 芝山江美子, 宮崎有紀子, 李孟蓉, 尾島喜代美, 風間順子 (2014) 養介護施設従事者における「高齢者虐待と不適切な行為」の認識およびその認識に関わる背景と要因. 生命倫理, 24(1), 76-86.

黒田健二, 張充禎 (2011) 特別養護老人ホームにおける介護職員の離職意向および離職率に関する研究. 社会問題研究, 60, 15-25.

松井美帆 (2004) 痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス. 日本痴呆ケア

学会, 3, 21-29.

松本佳代 (2011) 介護職員の職場環境と職務満足度および離職に関する考察. 熊本大学医学部保健学科紀要, 7, 85-105.

松本望 (2015) 認知症グループホームの介護職員の虐待に対する意識に影響を与える要因の検討. 高齢者虐待防止研究, 11(1), 49-58.

松本望, 今井幸充 (2013) 認知症グループホームで必要とされる虐待予防因子の構造と実態; 介護職員への認識調査をもとに. 日本認知症ケア学会誌, 12(2), 376-386.

松永智也 (2015) 介護従事者の離職に関する諸要因; 介護従事者の職場環境における心理的ストレスについて. 中九州短期大学論叢, 37(1), 13-26.

松下年子, 岸恵美子, 吉岡幸子, 岩沢純子, 平田有子 (2008) 施設内高齢者虐待が生じる背景と介護スタッフの課題; 介護スタッフを対象としたグループインタビュー調査の結果より. 高齢者虐待防止研究, 4(1), 89-101.

箕岡真子, 稲葉一人 (2006) 介護保険制度下における高齢者介護に関する倫理的問題と今後の課題. 生命倫理, 16(1), 122-129.

深山つかさ, 小野塚元子 (2015) 将来認知症高齢者の介護に関わる可能性のある人への支援; ストレスマネジメントを促進するための研修内容の検討. 高齢者のケアと行動科学, 20(2), 151-166.

宮崎章夫 (2016) 介護現場の問題に即したストレスマネジメント教育の試み I ; 問題発見を重視した学習会の立ち上げ. 茨城大学人文学部紀要人文コミュニケーション学科論集, 20, 157-172.

永島稔子, 倉田康路, 滝口真, 岡部由紀夫, 長千春 (2010) 介護サービスの改善を視点とした高齢者虐待防止策の検討; 介護従事者を対象としたアンケート調査の分析から. 介護福祉学, 17(2), 155-163.

中村誠司, 水上勝義 (2015) 介護サービス職の職業性ストレスと首尾一貫感覚に関する研究; 介護パフォーマンスの違いに注目して. 高齢者ケアリング学研究会誌, 5(2), 1-9.

中野一茂 (2015) ドイツの老人介護士 (Altenpfleger) 養成課程における倫理教育について; Ethik denken Massstabe zum Handeln in der Pflege から. 介護福祉教育, 20(1), 63-68.

成清美治 (2016) 介護福祉士の専門職化と養成の課題. 福祉臨床学科紀要, 13, 99-115.

認知症介護研究・研修仙台センター (2009) 平成 20 年度老人保健事業報告書; 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及びストレスマネジメント支援に向けた教育システムの開発事業.

(file:///C:/Users/yokoyama/AppData/Local/Temp/54-1.pdf, 2015 年 8 月 20 日)

認知症介護研究・研修仙台センター (2010) 平成 21 年度老人保健事業報告書; 高齢者虐待の防止及び認知症介護の質向上に向けた教育システムの展開と教育効果に関する研究事業.

(file:///C:/Users/yokoyama/Downloads/39.pdf, 2015 年 8 月 20 日)

認知症介護研究・研修仙台センター, 認知症介護研究・研修東京センター, 認知症介護研究・研修大府センター (2008) 平成 19 年度老人保健事業報告書 施設・事業所における調

査報告書 高齢者虐待防止の支援に関する調査研究事業.

(file:///C:/Users/yokoyama/AppData/Local/Temp/64.pdf f, 2016年8月20日)

西元幸雄, 小林好弘, 紀平雅司, 近藤辰比古, 伊藤妙, 西元直美 (2007) 高齢者虐待システム; 高齢者施設における虐待の構造分析. 老年社会科学, 28(4), 522-537.

小野寺敦志 (2015) 介護職員の離職を考える; メンタルヘルスと人材育成の視点から. 老年社会科学, 37(3), 341-346..

大橋謙策 (1992) 社会福祉「改革」とマンパワー; マンパワーの質と量の確保を考える. 社会福祉学, 33(1), 35-45.

大崎千秋 (2013) 「介護福祉士養成課程における技術修得評価等の基準策定」における活用と課題; 本学学生に試行実施した結果から. 名古屋柳城短期大学研究紀要, 35, 195-202.

大和田猛 (2009) 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)における福祉労働者の課題; 福祉労働の専門性と労働環境. 青森保健大雑誌, 10(2), 139-154.

佐藤弥生, 勅使河原隆行 (2008) 日本における認知症ケアの人材養成の現状と課題: 専門研修と専門資格制度の整理から. 保健福祉学研究, 6, 43-62.

佐藤弥生, 佐々木千晶 (2016) 介護職員の「不適切ケア」の判断の拠り所; アンケートの自由記述の分析から. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 18(27), 11-21.

柴尾慶次 (2007) 施設内虐待を防止するために; 構造的につくられる施設内虐待. 高齢者虐待防止研究, 3(1), 8-14.

柴尾慶次 (2008) 高齢者虐待と虐待防止; 施設内における高齢者虐待の実態と対応. 老年精神医学雑誌, 19(12), 1325-1332.

鈴木聖子, 狩野徹 (2002) 介護施設職員のストレス構造. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 5(1), 45-55.

社会福祉振興・試験センター (2015) 資格登録(社会福祉士, 介護福祉士, 精神保健福祉士)登録者数の資格種類別年度別の推移.

(http://www.sssc.or.jp/touroku/pdf/pdf_t04_2.pdf, 2016年12月1日)

周燕飛 (2009) 介護施設における介護職員問題の経済分析. 医療と社会, 19(2), 151-168.

高橋恵 (2013) 介護職員のストレスに関する要因と教育研修の介入効果. ストレス科学, 27(4), 401-409.

高崎絹子, 柴尾慶次, 平田厚 (2012) 不適切ケアの放置が虐待につながる. ふれあいケア, 2012年11月号, 12-20.

時本ゆかり, 津田恵理子, 熊谷智加子, 横山貴美子, 小林根, 渡邊敏文, 野田健, 田岡紀美子 (2009) 倫理教育の実態調査; 自由記述回答の内容分析から考えられる課題. 介護福祉教育, 27, 56-63.

宇良千秋, 矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき (1995) 特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響. 老年社会科学, 16(2), 164-171.

宇良千秋 (1998) 老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響. 老年社会科学, 20(2), 143-151.

Wang, J.J. (2006) Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. Archives of Gerontology and Geriatrics, 42(3), 307-318.

渡部純夫, 大関信隆, 皆川州正, 小松紘 (2007) 性格特性ならびに主観的な職場評価が介護施設職員のストレス反応に及ぼす影響. 感性福祉研究所年報, 8, 43-54.

渡邊敏文, 熊谷智加子, 横山貴美子, 時本ゆかり, 津田恵理子, 小林根, 野田健, 田岡紀美子 (2007) 介護福祉士養成校における倫理教育の実態調査. 介護福祉教育, 24, 35-41.

大和三重 (2010) 介護労働者の職務満足度が就業継続意向に与える影響. 介護福祉学, 17(1), 16-23.

大和三重, 立福家徳 (2013) 介護老人福祉施設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, 6(1), 33-45.

矢野美和, 榎本雪絵 (2011) 離職問題から見た介護老人福祉施設で働く介護従事者の職場環境. 自立支援介護学, 5(1), 24-31.

矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき (1991) 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.

矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき (1992) 老人介護スタッフにおける職場の組織的特性のストレスの緩衝効果. 老年社会学, 14, 82-92.

吉田和夫, 水野利英, 車井浩子 (2012) 介護労働の特性と介護労働者の離職意向. 商大論集, 63(3), 203-225.

吉川悠貴 (2010) 認知症の人への虐待の防止; 施設・事業所における高齢者虐待の実態と防止のための教育. 日本認知症ケア学会誌, 9(3), 472-478.

結城康博 (2015) 介護報酬に見る高齢者施策の課題; マイナス改定でサービス低下の恐れ. 厚生福祉, 6134, 2-3.

全国社会福祉協議会社会福祉制度・予算対策委員会 施設部会 (2008) 社会福祉施設の人材確保・育成に関する調査報告書.

(<https://www.keieikyo.gr.jp/data/jinzai3.pdf>, 2015年8月1日)

全国抑制廃止研究会 (2015) 厚生労働省平成26年度老人保健健康増進等事業 介護保険関連施設等の身体拘束廃止の追跡調査及び身体拘束廃止の取組や意識等に関する調査研究事業報告書.

(file:///C:/Users/yokoyama/AppData/Local/Temp/auto-ufBO8N-1.pdf, 2016年8月20日)

本 論

第 2 章 高齢者介護職による不適切ケアの実態とその発生要因

第 1 節 高齢者介護施設における要介護高齢者への不適切ケアの実態【研究 1】

1. 目的

急速な高齢化の進むわが国では、介護の必要な高齢者が増え続けている。このような社会情勢の中、介護現場では要介護高齢者への不適切な対応や虐待が後を絶たない。心身ともに過重労働といわれる介護現場のダイナミックな対人援助関係の中で尊厳ある介護実践をするのは容易ではなく、介護者の倫理教育の徹底が叫ばれている（新井，2004；新井，2008；小林・寺嶋・早坂・山村・安田・矢部・板倉，2005；三好，2002；外崎，2003）。

介護福祉士養成施設卒業時の介護技術修得度の調査では、介護の基本理念である「尊厳の保持」に関わる介護実践力の修得が極めて不十分な実態が報告されている（横山・野村・高野・真野・吉川・稲垣・大井・志村，2014）。このように、要介護高齢者の尊厳に関わる介護実践の評価は行われている。しかし、介護実習生による実習先施設の介護実践に対する他者評価がほとんどである（外崎，2003；新井，2004；新井，2008）。また、介護職員の自己評価によるものであっても、「生活習慣の尊重」、「自己決定・自己選択」、「プライバシーの保持」などといった抽象的な理念の達成度を評価した研究しかみあたらず（小林・寺嶋・早坂・山村・安田・矢部・板倉，2005）、具体的な介護場面における不適切ケアの実態は明らかにされていない。

そのため、具体的な介護場面や事象に対する介護職員の自己評価と介護実習生による他者評価によって、介護職員の要介護高齢者に対する不適切ケアの現状と課題を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象と手順・時期

A 県社会福祉協議会が公募し、2013 年 8 月に開催された 2 日間の介護技術研修会（以下、介護技術研修会と称する）に参加した 184 施設 199 名の介護職員を対象に、無記名自記式質問紙による集合調査を研修会終了時に実施した。

加えて、A 県にある某介護福祉士養成 2 年課程（短期大学）の 2 年次生（以下、介護実習生と称する）76 名に対し、10 週間に亘る介護実習修了後の 2013 年 12 月に、無記名自記式質問紙による集合調査を行った。

なお、介護技術研修会は、福祉・介護事業所に勤務する介護福祉士資格を有しない介護職員を対象に、介護技術を磨く機会を提供して資質の向上を図ることを目的としている。研修会には年齢や介護職経験年数を問わず参加でき、介護福祉士養成教育に準じた専門知識・技術を習得するとともに社会倫理や専門職倫理を踏まえた介護実践方法について考える研修プログラムとなっている。

また、介護技術研修会は開始当初の平成 22 年度から毎年 160 名の定員を上回る応募があり、定員確保のために個別勧誘をしたり事業所にノルマを課すようなことはしていない。ただし、本調査対象者の研修会参加のきっかけは、業務命令が約 5 割を占め（53.4%）、上司や同僚に勧められての参加が 25.5%、個人の自主的な参加が 21.1%であった。

2) 調査票の質問項目

介護職員に対する調査票は、介護技術研修会において教授した介護場面における人権擁護や個別ケアに関する 32 項目の設問 (Table 2-1-1 の(1)~(32)で示す 32 コード) と基本属性 (性別, 年齢, 介護職員としての経験年数, 介護福祉に関する資格の有無, 勤務先の事業所の種類) で構成した。介護職員にできるだけ抵抗感なく正直に回答してもらうために、不適切な行為を挙げるのではなく倫理的配慮のある適切な行為を設問として列挙し、「必ず行っている」、「ほぼ行っている」、「要介護者によって区別している」、「あまり行っていない」、「全く行っていない」、「無評価 (機会なし)」の評定区分を設けた。なお、「無評価 (機会なし)」の評定区分を設けた意図は、入職間もないため経験の機会がなかったりデイサービス勤務等によってナイトケアの機会がなかったりする場合と、機会があるにもかかわらず全く配慮していない場合とを区別するためであり、分析から除外した。

介護実習生に対する調査票は、介護職員の倫理的配慮の実態把握とともに、学生自身の人権に対する意識・認識を推察するために、『学内での講義や演習で学んだ内容』と『介護実習での実践や指導内容』とに違いやずれがあり疑問に感じたり混乱したこと (授業において学んだ理論と介護実習先での実践とのギャップ) をできるだけ詳しく記述してもらう自由記述と基本属性 (性別, 年齢, 就業経験の有無) で構成した。

3) 分析処理

介護施設における介護職員の要介護者に対する倫理的配慮の現状とその特徴を把握するために、介護場面における人権擁護や個別ケアに関する 32 項目の単純集計に加えて独立性の検定 (χ^2 検定) を行い、介護職員の基本属性と 32 項目の設問の回答間の関連を検討した。クロス表を作成したところ、5 以下の数値が 20%以上のセルにあるクロス表が大多数を占めたため、カテゴリーを併合して χ^2 検定を行った。「必ず行っている」と「ほぼ行っている」とを併合して「実施している」、「あまり行っていない」と「全く行っていない」とを併合して「実施していない」というカテゴリーを作成し、その 2×2 のクロス表においても 5 以下の数値が 20%以上のセルにある場合は、フィッシャーの正確確率検定を用いた。

なお、「要介護者によって区別している」というカテゴリーには、利用者個々の特性や要望によって対応を工夫しているという望ましい意味あいと、正当な根拠のない差別をしているという望ましくない意味あいとが含まれるため、「要介護者によって区別している」というカテゴリーを除外して独立性の検定を行った。また、年齢と介護職経験年数については平均値で区分した 2 階層と 32 項目の設問の回答間の関連を検討した。

データの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windows を使用した。

介護現場での倫理的配慮の様相と課題を推察するとともに介護実習生の人権に対する認識状況を把握するために、介護実習生に対する調査によって得られたデータを内容分析の手法 (舟島, 2007 ; 上野, 2008) を用いて検討した。介護実習生の自由記述内容を一文一義一語彙として抽出し、介護実習生が介護実習現場で抱いた戸惑いにかかわる項目 (倫理的ジレンマ) を抜粋してカテゴリー化した。

4) 倫理的配慮

調査票は無記名とし、調査への参加が個々の任意となるよう、研究内容や研究成果の活用方法に関する説明と、自由な意思決定による研究参加に関する説明から成る研究協力依頼

の文書を質問紙とともに対象者に配布した。そして、研究参加を自己決定した者のみに回収箱への質問紙の提出を求めた。また、調査の実施にあたっては、A 県社会福祉協議会と A 県の某介護福祉士養成校に対して「調査の目的と調査票の内容」、「調査対象となる者の人権の擁護」、「調査の対象となる者に理解を求め同意を得る方法」、「調査の対象となる者に生ずる不利益及び危険性に対する配慮」、「成果の予測と発表方法」を説明し承認を得た。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

199名の介護職員のうち189名の同意を得ることができ（回収率95.0%）、基本属性を除く設問について1項目も欠損値のない185標本を分析標本とし、有効回答率は93.0%であった。分析標本は、女性139名（75.1%）、男性44名（23.8%）であり（Fig.2-1-1）、平均年齢 37.2 ± 13.3 歳（最小値16歳，最大値64歳）で約1/3が30歳未満であった（Fig.2-1-2）。また、分析標本の介護職としての平均経験年数は 1.9 ± 1.8 年（最小値0.4年，最大値10年）で約1/4が1年未満であり（Fig.2-1-3）、訪問介護員などの介護福祉に関する資格をもつ者は98名（53.0%）であった（Fig.2-1-4）。多様な介護事業所に所属する介護職員が分析標本となったが、デイサービスと特別養護老人ホーム、グループホームの所属者が約6割を占めた（Fig.2-1-5）。

76名の介護実習生のうち61名の同意と有効回答を得ることができ、有効回答率は80.3%であった。分析標本は、女性38名（50.0%）、男性22名（28.9%）で、平均年齢 26.1 ± 11.3 歳（最小値19歳，最大値62歳）、就業経験のある者は18名（23.7%）であった。

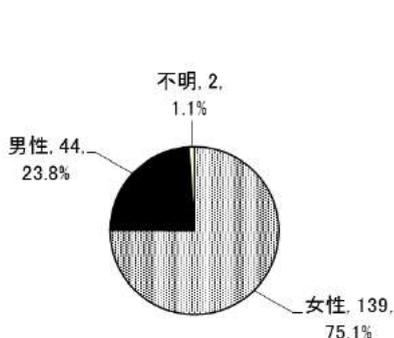


Fig. 2-1-1 分析対象者の性

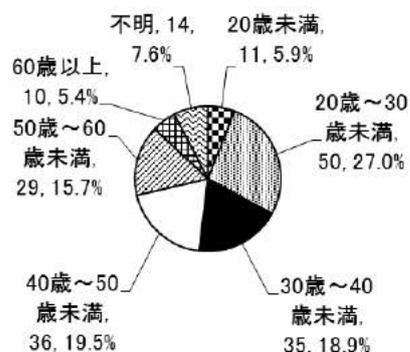


Fig. 2-1-2 分析対象者の年齢

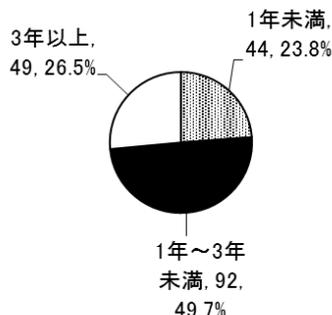


Fig. 2-1-3 分析対象者の介護職としての経験年数

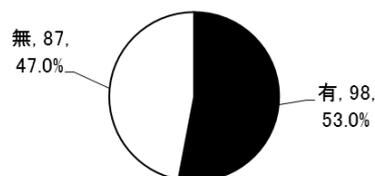


Fig. 2-1-4 分析対象者の介護福祉に関する資格の有無

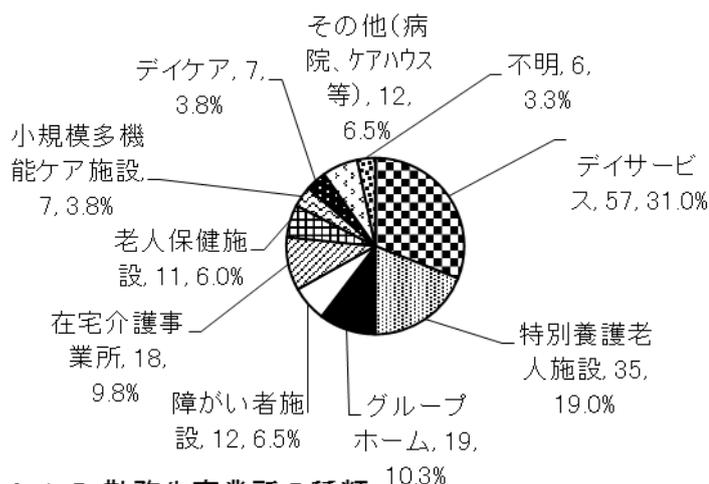


Fig. 2-1-5 勤務先事業所の種類

2) 介護職員の自己評価による倫理的配慮状況

Table 2-1-1 に、介護職員が介護現場での倫理的配慮の状況を自己評価した結果を示した。

32 のいずれの項目においても倫理的配慮をしていないと回答した者が存在した。その倫理的配慮をしていない者の割合は項目によって大差があり、2.3%～61.8%を占めた。

配慮していない者の割合が最も高かったのは「1-2)-(3):ネーム(表札)を居室の入り口に設置しない」(61.8%)であり、次いで「5-9)-(24):同室者や来訪者に排泄の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、流水音発生器を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど)」(60.1%)、「5-9)-(23):排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す」(53.1%)、「5-10)-(26):同性介護を行う」(40.2%)、「5-9)-(20):女性の入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部だけでなく乳房も隠す」(39.5%)、「5-9)-(19):入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す」(32.6%)、「1-2)-(4):居室内の見学や撮影は断わる」(31.0%)で高かった。

全く行っていない(倫理的配慮を一切していない)と回答した者が存在しなかった項目は、「2-3)-(6):『〇〇してよろしいですか』などと声をかけ、同意を得て介助する」、「3-4)-(9):利用者のできることを最大限に引き出して介助する」、「4-6)-(11):敬語を使って話す」、「4-7)-(12):毎朝、『おはようございます』とあいさつする」、「4-7)-(14):名前を『〇〇さん』と名字で呼ぶ」の5項目のみであった。また、社会倫理が問われる「4-7)基本的マナーの厳守」に含まれる4項目において行っていない(配慮していない)と回答した者が数パーセントではあるが全ての項目に存在していた。

大部分の項目において行っている(配慮している)と回答した者の割合が行っていない(配慮していない)と回答した者の割合を上回っていた。しかし、行っていない(配慮していない)と回答した者の割合が高かった上位4項目(「1-2)-(3):ネームを居室の入り口に設置しない」、「5-9)-(24):同室者や来訪者に排泄の際に出る音を聞かれないように工夫する」、「5-9)-(23):排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す」、「5-10)-(26):同性介護を行う」)については、行っていない(配慮していない)と回答した者の割合が行っている(配慮している)と回答した者の割合を上回っていた。

要介護者によって区別していると回答した者は全ての項目において存在し、その割合は0.5%～31.2%であった。

Table 2-1-1 介護職員の要介護高齢者に対する倫理的配慮状況

項目	①必ず 行っている	②ほぼ 行っている	③要介護者に よって区別し ている	④あまり行っ て いない	⑤全く 行って いない	無 評 価	人数(%)
							①～ ⑤の 合計
1. 個人情報の保護							
1) 介護職員側の配慮による個人情報の保護	63(34.8) 145(80.1)	82(45.3)	19(10.5)	13(7.2) 17(9.4)	4(2.2)		181
(1)他者に聞かれたくない情報(尿漏れや排便の有無、現病歴や既往歴、家族状況や経済状況など)は大部屋や共有スペースで聞かず、他者に聞かれない場所で聞く							4
(2)たとえ上司や同僚であっても利用者の介護をするうえで必要のある情報のみを伝えるようにする(安易に利用者の個人情報をも本人の了解なく他者に話さない)	65(36.1) 129(71.7)	64(35.6) 9(6.3)	25(13.9)	21(11.7) 26(14.5)	5(2.8)		180
(3)ネーム(表札)を居室の入り口に設置しない	25(17.4) 34(23.7)	9(6.3)	21(14.6)	21(14.6) 89(61.8)	68(47.2)		144
(4)居室内の見学や撮影は断わる	42(29.0) 68(46.9)	26(17.9)	32(22.1)	27(18.6) 45(31.0)	18(12.4)		145
2. 選択権の尊重							
(5)介護の方法を説明してから介助する	34(19.0) 129(72.1)	95(53.1)	31(17.3)	18(10.1) 19(10.7)	1(0.6)		179
(6)「〇〇してよろしいですか」などと声をかけ、同意を得て介助する	63(34.1) 149(80.6)	86(46.5)	26(14.1)	10(5.4) 10(5.4)	0(0.0)		185
(7)実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は、該当する利用者、もしくは家族の了解を得る	66(37.7) 115(65.7)	49(28.0)	20(11.4)	29(16.6) 40(22.9)	11(6.3)		175
(8)利用者の写真を撮る場合は、公開の有無を問わず本人、もしくは家族の了解を得る	80(45.5) 127(72.2)	47(26.7)	10(5.7)	30(17.0) 39(22.1)	9(5.1)		176
3. 自立支援							
(9)利用者のできることを最大限に引き出して介助する	19(10.4) 111(60.9)	92(50.5)	56(30.8)	15(8.2) 15(8.2)	0(0.0)		182
(10)おむつは最終手段として用い、たとえおむつを着用しても外すためのはたらきかけを行う	35(20.2) 88(50.8)	53(30.6)	54(31.2)	27(15.6) 31(17.9)	4(2.3)		173
4. 尊厳あるコミュニケーション・態度							
(11)敬語を使って話す	55(30.2) 136(74.7)	81(44.5)	38(20.9)	8(4.4) 8(4.4)	0(0.0)		182
(12)毎朝、「おはようございます」とあいさつする	158(85.4) 183(98.9)	25(13.5)	1(0.5)	1(0.5) 1(0.5)	0(0.0)		185
(13)毎晩、「おやすみなさい」とあいさつをする	106(66.7) 141(88.7)	35(22.0)	4(2.5)	3(1.9) 14(8.8)	11(6.9)		159
(14)名前を「〇〇さん」と名字で呼ぶ	91(49.5) 132(71.8)	41(22.3)	47(25.5)	5(2.7) 5(2.7)	0(0.0)		184
(15)居室に入る時はその都度、ノックしたり声かけをしてから入る	109(62.6) 158(90.8)	49(28.2)	4(2.3)	7(4.0) 12(6.9)	5(2.9)		174

Table 2-1-1 介護職員の要介護高齢者に対する倫理的配慮状況(続き)

							人数(%)
8)自尊心への配慮	(16)「悪い方の足」など、劣等感を与えるような言葉を使わず、「こちらの足」「右足」などと、表頭を工夫して話す	78(42.9)	86(47.3)	9(4.9)	7(3.8)	2(1.1)	182
	(17)おむつをしていても、「下着をかえましょう」などと言いかえて話し、利用者の気持ちへの配慮をする	35(19.0)	69(37.5)	27(14.7)	43(23.4)	10(5.4)	184
5. 介助時のプライバシーの保護(羞恥心への配慮)							
9)プライバシーに配慮した身辺介護	(18)入浴介助の際に他の利用者に裸体を見られないように配慮する	70(39.1)	56(31.3)	16(8.9)	27(15.1)	10(5.6)	179
	(19)入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す	126(70.4)			37(20.7)		178
	(20)女性の入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部だけでなく乳房も隠す	50(28.1)	44(24.7)	26(14.6)	36(20.2)	22(12.4)	177
	(21)衣類着脱の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを閉める	94(52.8)			58(32.6)		181
	(22)排泄介助の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを閉める	43(24.3)	35(19.8)	29(16.4)	42(23.7)	28(15.8)	183
	(23)排泄介助の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを閉める	78(44.1)			70(39.5)		177
	(24)同室者や来訪者に排尿や排便の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、音姫を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど)	109(60.2)	45(24.9)	13(7.2)	8(4.4)	6(3.3)	181
	(25)同室者や来訪者に排尿や排便の際に出る悪臭を嗅がれないように工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気するなど)	154(85.1)			14(7.7)		183
	(26)同性介護を行う	128(69.9)	41(22.4)	8(4.4)	5(2.7)	1(0.5)	183
	(27)利用者本位の支援	169(92.3)			6(3.2)		177
10)同性介護による心理的負担の軽減	(28)同室者や来訪者に排尿や排便の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、音姫を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど)	31(17.5)	34(19.2)	18(10.2)	54(30.5)	40(22.6)	173
	(29)同室者や来訪者に排尿や排便の際に出る悪臭を嗅がれないように工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気するなど)	65(36.7)			94(53.1)		179
11)個別支援	(30)朝と晩に適切な着替えの介助を行う	24(13.9)	28(16.2)	17(9.8)	55(31.8)	49(28.3)	179
	(31)排泄の後に手洗い介助を行う	52(30.1)			104(60.1)		174
12)清潔行為の支援による感染予防	(32)毎日、少なくとも朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	68(38.0)	76(42.5)	11(6.1)	19(10.6)	5(2.8)	179
	(33)毎朝、少なくとも朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	144(80.5)			24(13.4)		174
6. 安全・安楽な利用者本位の支援							
1)個別支援	(34)利用者の個別の生活様式や習慣を最大限に尊重した介護を行う	33(19.0)	26(14.9)	45(25.9)	38(21.8)	32(18.4)	181
	(35)尿意や便意をがまんさせることなく介助する	59(33.9)			70(40.2)		180
2)清潔行為の支援による感染予防	(36)朝と晩に適切な着替えの介助を行う	138(76.2)			16(8.9)		180
	(37)食事の前に手洗い介助を行う	61(33.9)	96(53.3)	18(10.0)	4(2.2)	1(0.6)	180
3)清潔行為の支援による感染予防	(38)排泄の後に手洗い介助を行う	157(87.2)			5(2.8)		179
	(39)毎朝、少なくとも朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	68(42.8)	41(25.8)	31(19.5)	11(6.9)	8(5.0)	159
4)清潔行為の支援による感染予防	(40)朝と晩に適切な着替えの介助を行う	109(68.6)			19(11.9)		183
	(41)排泄の後に手洗い介助を行う	123(67.2)	36(19.7)	11(6.0)	7(3.8)	6(3.3)	183
5)清潔行為の支援による感染予防	(42)毎日、少なくとも朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	159(86.9)			13(7.1)		181
	(43)毎朝、少なくとも朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	139(76.8)	31(17.1)	7(3.9)	1(0.6)	3(1.7)	170
N=185(無評価を含む) %は「無評価」を除く①～⑤の合計に対する割合を示す 「無評価」には、デイサービス勤務等によってナイトケアの機会がなかったり、勤務して間もないため経験がないなどが含まれる							

3) 介護職員の基本属性別にみた倫理的配慮状況

Table 2-1-2 に介護職員の基本属性と倫理的配慮状況とのクロス集計表と検定結果を示した。

年齢階層間には「1-2)-(3):ネーム(表札)を居室の入り口に設置しない」、「1-2)-(4):居室内の見学や撮影は断わる」、「2-3)-(5):介護の方法を説明してから介助する」、「4-8)-(17):おむつをしていても、『下着をかえましょう』などと言いかえて話し、利用者の気持ちに配慮する」、「5-9)-(25):排泄にともなう悪臭を除去するための工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気をするなど)」の5項目に対して有意差が認められ、いずれの項目においても年齢の低い階層のほうが行っていない(配慮していない)と回答した者の割合が高い傾向を示した。

また、性別間には「2-3)-(7):実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は、該当する利用者、もしくは家族の了解を得る」の1項目に対して有意差が認められ、男性のほうが行っていない(配慮していない)と回答した者の割合が高く、資格の有無間には「2-3)-(6)『〇〇してよろしいですか』などと声をかけ、同意を得て介助する」、「2-3)-(7):実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は、該当する利用者、もしくは家族の了解を得る」、「3-5)-(10)おむつは最終手段として用い、たとえおむつを着用しても外すためのはたらきかけを行う」の3項目の設問に対して有意差が認められ、無資格者のほうが行っていない(配慮していない)と回答した者の割合が高い傾向を示した。

なお、介護経験年数の階層間(2年未満と2年以上)には人権擁護や個別ケアに関する32項目の設問に対して有意な差がなかった。

4) 介護実習生が感じた倫理的ジレンマのカテゴリー分類

55.7%の者が要介護高齢者に対する倫理的ジレンマを記述していた。その記述はTable 2-1-3 に示すように41コードに及んだ。その抽出した41コードを32項目の設問(6つのカテゴリー12のサブカテゴリー32コード)に照らし合わせて整理分類したところ、「6:安全・安楽な利用者本位の支援」のサブカテゴリーとして「6-13):スタンダードプリコーションの遵守」、「6-14):身体拘束の廃止」、「6-15):安心・快適な介護技術の提供」という新たな3つのサブカテゴリーを加えるに至った。

一方、「1-2):組織的管理による個人情報の保護」、「2-3):説明と同意」、「3-5):オムツ外しへの支援」、「4-7):基本的マナーの厳守」、「5-9)-c):プライバシーに配慮した排泄介助」、「5-10):同性介護による心理的負担の軽減」、「6-12):清潔行為の支援による感染予防」の7つのサブカテゴリーに分類されるコードはなかった。

Table 2-1-2 介護職員の基本属性と倫理的配慮状況とのクロス集計及び独立性の検定結果
(有意差のあった項目のみを掲載)

				N(%)			
1-2)-(3):ネーム(表札)を居室の入り口に設置しない				1-2)-(4):居室内の見学や撮影は断わる			
	実施していない	実施している	合計		実施していない	実施している	合計
37歳以下	52(81.2)	12(18.8)	64(100)	37歳以下	28(48.3)	30(51.7)	58(100)
38歳以上	30(61.2)	19(38.8)	49(100)	38歳以上	13(28.3)	33(71.7)	46(100)
合計	82(72.6)	31(27.4)	113(100)	合計	41(39.4)	63(60.6)	104(100)
$\chi^2=5.590$, df=1, p=0.018*, Cramer's V=0.07				$\chi^2=4.303$, df=1, p=0.038*, Cramer's V=0.06			
2-3)-(5):介護の方法を説明してから介助する				4-8)-(17):おむつをしても、「下着をかえましょう」などと言いかえて話し、利用者の気持ちに配慮する			
	実施していない	実施している	合計		実施していない	実施している	合計
37歳以下	14(20.6)	54(79.4)	68(100)	37歳以下	31(43.1)	41(56.9)	72(100)
38歳以上	4(5.8)	65(94.2)	69(100)	38歳以上	19(26.0)	54(74.0)	73(100)
合計	18(13.1)	119(86.9)	137(100)	合計	50(34.5)	95(65.5)	145(100)
Fisher's Exact Test p=0.012*				$\chi^2=4.652$, df=1, p=0.031*, Cramer's V=0.04			
5-9)-(25):排泄にともなう悪臭を除去するための工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する, 頻回に排泄物を除去する, 頻回に換気をするなど)				2-3)-(7):実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は, 該当する利用者, もしくは家族の了解を得る			
	実施していない	実施している	合計		実施していない	実施している	合計
37歳以下	15(19.0)	64(81.0)	79(100)	女性	24(21.1)	90(78.9)	114(100)
38歳以上	6(7.7)	72(92.3)	78(100)	男性	16(41.0)	23(59.0)	39(100)
合計	21(13.4)	136(86.6)	157(100)	合計	40(26.1)	113(73.9)	153(100)
$\chi^2=4.322$, df=1, p=0.038*, Cramer's V=0.08				$\chi^2=6.004$, df=1, p=0.014*, Cramer's V=0.05			
2-3)-(6)「〇〇してよろしいですか」などと声をかけ, 同意を得て介助する				2-3)-(7):実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は, 該当する利用者, もしくは家族の了解を得る			
	実施していない	実施している	合計		実施していない	実施している	合計
資格なし	8(11.0)	65(89.0)	73(100)	資格なし	24(33.8)	47(66.2)	71(100)
資格あり	2(2.3)	84(97.7)	86(100)	資格あり	16(25.8)	68(81.0)	84(100)
合計	10(6.3)	149(93.7)	159(100)	合計	40(25.8)	115(74.2)	155(100)
Fisher's Exact Test p=0.045*				$\chi^2=4.375$, df=1, p=0.036*, Cramer's V=0.04			
3-5)-(10)おむつは最終手段として用い, たとえおむつを着用しても外すためのはたらきかけを行う							
	実施していない	実施している	合計				
資格なし	22(34.4)	42(65.6)	64(100)				
資格あり	9(16.4)	46(83.6)	55(100)				
合計	31(26.1)	88(73.9)	119(100)				
$\chi^2=4.981$, df=1, p=0.026*, Cramer's V=0.07							

*p<.05

20%以上のセルに5以下の数値のある項目については, フィッシャーの正確確率検定を行った
平均年齢を基準として年齢階層を2区分した

Table 2-1-3 倫理的配慮32項目との照合による介護実習生が感じた倫理的ジレンマのカテゴリー分類結果

カテゴリー	サブカテゴリー	I 介護技術講習会で教授している介護場面における 人権擁護や個別ケアに関する32項目	II 介護実習生が介護実習現場で抱いた倫理的配慮不足に起因する戸惑い
1. 個人情報の保護	1) 介護職員側の配慮による個人情報の保護	(1) 他者に聞かれたくない情報(尿漏れや排便の有無、現病歴や既往歴、家族状況や経済状況など)は大部屋や共有スペースで聞かず、他者に聞かれない場所で開催 (2) たとえ上司や同僚であっても利用者の介護をするうえで必要のある情報のみを伝えるようにする(安否に利用者の個人情報や本人の了解なく他者に話さない) (3) ノーム(表札)を居室の入り口に設置しない (4) 居室内の見学や撮影は断わる (5) 介護の方法を説明してから介助する (6) 「〇〇してよろしいですか?」などと声をかけ、同意を得て介助する (7) 実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は、該当する利用者、もしくは家族の了解を得る (8) 利用者の写真を撮る場合は、公開の有無を問わず本人、もしくは家族の了解を得る (9) 利用者のできることを最大限に引き出して介助する	(1) 授業では排泄の呼びかけは大きな声では言わないようにと学んだが、「おむつ替えますよ」と大きな声で言う介護者がいた (2) 介護者が利用者、人の集まっているホールでトイレに行こうか、「いっぱい来た」などと、人前で聞いてほしくない恥ずかしいことを大声で聞いていた (3) 職員が利用者のことや家族のことを悪く言ったり噂話をしていた
	2) 組織的管理による個人情報の保護	(10) おむつは最終手段として用い、たとえおむつを着用しても外すためのはたらかかけを行う (11) 敬語を使って話す	(4) 時間が来ると自力での食事摂取を止められていた利用者がいた (5) 忙しい時間帯は利用者が自分でできることまで介護者が流れ作業的にやっけてしまっている場面があった
2. 選択権の尊重	3) 説明と同意	(12) 毎朝、「おはようございます」とあいさつする (13) 毎晩、「おやすみなさい」とあいさつをする (14) 名前を「〇〇さん」と名前で呼ぶ (15) 居室に入る時はその都度、ノックしたり声をかけてから入る (16) 「悪い方の足」など、劣等感を与えるような言葉を使わず、「こちらの足」「右足」などと、表現を工夫して話す (17) おむつをしていても、「下着をかえましょう!」などと言いかえて話し、利用者の気持ちへの配慮をする	(6) 利用者に幼児に接する時のような言葉がけをしている介護者がいた (7) 利用者に「〇〇さん」ではなく「〇〇ちゃん」のような友達のような呼び方をしている介護者がいた (8) 利用者に対して命令形に近いことばを使って話す介護者がいた
	4) 残存能力の活用	(18) 入浴介助の際に他の利用者に裸体を卑らねないように配慮する (19) 入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す (20) 女性の入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部だけでなく乳房も隠す	(9) 食事を口に溜めこんだり食べこぼす利用者に対し「汚い」と言ったりする介護者がいた (10) 介護者が利用者を大声で怒る場面があった (11) 介護者が失禁した利用者を怒っていた (12) 対応の難しい利用者様とそうでない利用者によって態度が大きく違っていた (14) 一度にたくさん入浴をさせていた
3. 自立支援	5) オムツ外しへの支援	(21) 衣類着脱の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを開ける (22) 排泄介助の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを開ける (23) 排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す (24) 同室者や来訪者に排泄や排便の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、音姫を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど) (25) 同室者や来訪者に排泄や排便の際に出る悪臭を嗅がれないように工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気をするなど)	(10) 介護者が利用者を大声で怒る場面があった (11) 介護者が失禁した利用者を怒っていた (12) 対応の難しい利用者様とそうでない利用者によって態度が大きく違っていた (14) 一度にたくさん入浴をさせていた
	6) 尊厳あることばづかい	(26) 同性介護を行う	(15) 服の着脱時のプライバシー保護への配慮が全くされていなかった
4. 尊厳あるコミュニケーション・態度	7) 基本的マナーの厳守	(18) 入浴介助の際に他の利用者に裸体を卑らねないように配慮する (19) 入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す (20) 女性の入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部だけでなく乳房も隠す	(9) 食事を口に溜めこんだり食べこぼす利用者に対し「汚い」と言ったりする介護者がいた (10) 介護者が利用者を大声で怒る場面があった (11) 介護者が失禁した利用者を怒っていた (12) 対応の難しい利用者様とそうでない利用者によって態度が大きく違っていた (14) 一度にたくさん入浴をさせていた
	8) 自尊心への配慮	(21) 衣類着脱の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを開ける (22) 排泄介助の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを開ける (23) 排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す (24) 同室者や来訪者に排泄や排便の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、音姫を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど) (25) 同室者や来訪者に排泄や排便の際に出る悪臭を嗅がれないように工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気をするなど)	(10) 介護者が利用者を大声で怒る場面があった (11) 介護者が失禁した利用者を怒っていた (12) 対応の難しい利用者様とそうでない利用者によって態度が大きく違っていた (14) 一度にたくさん入浴をさせていた
5. 介助時のプライバシーの配慮 保護(羞恥心への配慮)	9) プライバシーに配慮した身辺介護	(21) 衣類着脱の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを開ける (22) 排泄介助の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを開ける (23) 排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す (24) 同室者や来訪者に排泄や排便の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、音姫を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど) (25) 同室者や来訪者に排泄や排便の際に出る悪臭を嗅がれないように工夫をする(消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気をするなど)	(10) 介護者が利用者を大声で怒る場面があった (11) 介護者が失禁した利用者を怒っていた (12) 対応の難しい利用者様とそうでない利用者によって態度が大きく違っていた (14) 一度にたくさん入浴をさせていた
	10) 同性介護による心理的負担の軽減	(26) 同性介護を行う	(15) 服の着脱時のプライバシー保護への配慮が全くされていなかった

Table 2-1-3 倫理的配慮32項目との照合による介護実習生が感じた倫理的ジレンマのカテゴリー分類結果(続き)

6. 安全・安楽な利用者本位の支援	11)個別支援	(27)利用者の個別の生活様式や習慣を最大限に尊重した介護を行う (28)服薬や便意をがまんさせることなく介助する (29)朝と晩に適切な着替えの介助を行う	(16)介護職員や施設の都合が優先され個別性を重視したケアが行われていなかった (17)自分の仕事が時間内に終わることを最優先していた (18)決まった時間に集団での流れ作業的なトイレ誘導がほとんどであった (19)入浴時間が短いため流れ作業的になっていた (20)入浴の日と時間が決められており、利用者の好きな時に入浴できない (21)利用者に服を選ばせることなく着させていた (22)利用者がまだ食べれているのに下膳していた (23)利用者のトイレ誘導への要望を後回しにしていた (24)入浴時の時にしか着替えをしていなかった
	12)清潔行為の支援による感染予防	(30)食事の前に手洗い介助を行う (31)排泄の後に手洗い介助を行う (32)毎日、少なくとも朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	(25)ケアごとの手洗いをしていなかった (26)手袋をせずに排泄介助をしていた (27)排泄やおむつに関わる介助で「エコのため」「コスト削減のため」と言って手袋の使い回しをしていた (28)同意書を作成し恒常的に身体拘束していた (29)認知症の利用者に対して柵やボディースーツによる拘束があった (30)鼻腔経管栄養の利用者がミトンをはめて両手をベッドに縛られていた (31)立ち上がったり落ちたりするかもしれないからという理由から利用者が壁を足る形で車椅子をびびりつけていた (32)学校では介護者1人で利用者1人を介助することを学んだが、介護者1人に対し2人を介助していた (33)1人の介護者が2人の車椅子を片手ずつで押していた (34)利用者の股間に介護職の足をを入れて移動・移乗をしていた (35)移乗の際にズボンをもって介助していた (36)利用者に断りなくベッドに隣をついて介助していた (37)おしり拭きのコスト削減のためと言ってすみずみまでしっかりと拭いていなかった (38)まだ体が濡れているのに衣服を着せていた (39)ご飯に薬を混ぜて食べさせていた (40)ご飯とおかずを全て混ぜてから食べさせていた (41)無理矢理口の中に押し込んで食べさせていた
	13)スタンダードプロコーションの遵守		
	14)身体拘束の廃止		
	15)安心・快適な介護技術の提供		

コードなしの欄を網掛けした

4. 考察

1) 介護職員の倫理的配慮状況にみられる特徴

32の倫理的配慮項目のうち、倫理的配慮を一切していない者が一人もない項目は5項目のみであったことから、全ての介護職員が倫理的配慮に対する共通認識をもち行動化することの困難さがうかがえる。

倫理的配慮を行っていないと回答した者の割合が行っていると回答した者の割合を上回っており、配慮不足が顕著な項目として挙げられた「1-2)-(3):ネーム(表札)を居室の入り口に設置しない」、「5-9)-(24):同室者や来訪者に排泄の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す、流水音発生器を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど)」、「5-10)-(26):同性介護を行う」及び倫理的配慮を行っていないと回答した者の割合が行っていると回答した者の割合を上回っていないものの3割程度の者が配慮していないと回答した「居室内の見学や撮影は断わる」などについては、職員の意識や技量を高めるだけでなく、計画的な職員採用やハード面の環境改善をしなければ根本解決に至らない項目であり、組織的な対応が不可欠である。しかし、人間性を配慮するには不具合のあるハード面が固定化され慢性的な人手不足が続いている環境にあっても、三好(2002)が述べているように、「職員が足りないから、必要な設備や物品を用意する費用がないから介護職員の対応できる問題ではない」という固定観念を捨てて、人的な関わりを通して対応できるだけの人権意識を高める教育を実現させなくてはならない。

全ての倫理的配慮項目について0.5%~31.2%の介護職員が要介護者によって区別した対応をしていた。この区別が、利用者の心身の状態やニーズを踏まえて適切なアセスメントを行った上での合理的配慮であるか、それとも介護職員の個人的主観や気分、利害関係による不公平な差別であるかを判断することはできない。しかしながら、この合理的配慮と差別に関する理解と認識を高めるための教育は非常に重要である。介護専門職としてふさわしいと思われる価値判断や道徳をマニュアル化して良し悪しだけを批判的に教授する現状の倫理教育では倫理的感性の醸成は望めない。グループワークによる事例検討を積み重ねるなどして倫理的感性とアセスメント能力、問題解決能力、自己評価能力を高める倫理教育を行う必要がある。医師や看護師などの医療職種養成課程における倫理教育に関しては様々な方法と内容の充実についての議論がなされ、カリキュラムの中での位置づけも定着している(羽地, 2003)。他の職種の倫理教育の内容や方法を援用しその評価を行っていく試みが、介護職の倫理教育を確かなものにしていく一計となるかもしれない。例えば、看護における倫理教育の方法について研究している石井・兼松・桜庭(1993)は、臨床で遭遇する倫理的諸問題に対応すること(ジレンマを感じる)から始まり倫理的諸問題に積極的に取り組む行為には論理的な思考過程の学習が重要であると考え、①倫理的問題に反応する、②倫理的課題を見出す、③決定に関与する人々を明らかにする、④決定者の役割の範囲を明らかにする、⑤決定者の価値観の相違によって決定にどのような相違が出てくるかを明らかにする、⑥決定によって生じる影響を推測する、⑦決定の実施、⑧決定の結果を追跡するという8つのステップから成る学習プログラムによる倫理教育を行いその成果を報告している。これら思考過程のステップは介護職の倫理教育における事例検討にも大いに活用できる。つまり、調査対象となった介護実習生はすでに41の倫理的問題に反応しているので、その間

題意識を素材としてステップに沿って意見交換を行うという学習体験を積み重ねることによって、介護職としての責務の自覚や要介護者尊重の態度、倫理的配慮のある専門的ケア能力を高めていくことができるのではないだろうか。

なお、「3-4:残存能力の活用」、「3-5:オムツ外しへの支援」、「6-15:安心・快適な介護技術の提供」などのサブカテゴリーに含まれる倫理的配慮を遂行するためには、専門知識や技術が必要である。外崎（2003）は、「利用者の人権擁護を第一に考えるケアの遂行に、高度な専門知識と専門技術が求められ（中略）介護福祉士にとって専門性と倫理性は欠かさない要素であり、現実的な場面でそれが表裏一体となり、利用者に対しケアの実践が行われることになる」（pp.47-48）と述べている。高い人権意識があっても専門的な知識や技術がなければ倫理性の高いケア実践を行うことはできない。したがって、教育プログラムには、介護職員が要介護者個々の生活ニーズを的確に判断し、ニーズの充足に向けて専門知識・技術を総動員できる技量を修得する内容が盛り込まなければならない。

2) 介護職員の基本属性と倫理的配慮状況との関連にみる特徴

厚生労働省（2016a）は、虐待者の男女別年齢について、介護従事者全体に占める30歳未満の男性割合が19.6%、30歳未満の女性割合が8.7%であるのに比して、虐待をした介護従事者に占める30歳未満の男性割合が34.4%、30歳未満の女性の割合が17.3%であることを踏まえると、男女とも30歳未満の者（年齢階層の低い者）が虐待者となる割合が高いこと（統計的有意差があったこと）を報告している。本調査では、32の倫理的配慮項目のうちの5項目について年齢階層間での有意差が認められ、いずれの項目においても年齢階層の低いグループのほうが倫理的配慮をしていないと回答した者の割合が高い傾向にあり、先行研究に準じた結果を得た。そのため、介護専門職としての高い倫理的感性を磨く教育の拡充だけでなく、多様な価値観が個性として認められる環境で育ち社会体験や人生経験の少ない若年者に対する現代の実情を踏まえた社会倫理教育の徹底が必要である。

資格（訪問介護員などの介護福祉に関する資格）の有無間には3項目について有意差が認められ、無資格者のほうが倫理的配慮をしていないと回答した者の割合が高かった。介護労働は無資格でもできるため介護現場には国家資格である介護福祉士をはじめとした有資格者と無資格者が混在し倫理教育には相当な格差がある。無資格の介護職員に対する倫理教育は介護事業所等の職員研修に委ねられている。介護事業所の経営主体や規模は様々であり倫理教育に対する認識にも格差がある（倉林，2009）。したがって、介護関連組織の倫理教育に対する意識水準を高めるための啓発や一定水準の倫理教育を行う体制づくりが必要である。先に、介護経験年数の階層間には32項目の設問に対して有意な差がなかったことを述べた。理論的には介護職経験年数が長いほど量的にも質的にも高度な教育を受け倫理的配慮のあるケアを遂行できているはずであるが、現実はそうでなかったことになる。このギャップは現行教育体制の未熟さを物語っているともいえよう。

他方、介護福祉士や訪問介護員、社会福祉士などの福祉にかかわる有資格者の養成教育ルートは多様で、有資格者であっても倫理教育に格差が生じている（倉林，2009）。養成施設（大学・短期大学・専門学校）や福祉系高等学校ルートにおける介護福祉士養成カリキュラムにおいては倫理教育が必修となっており、倫理綱領を理解し検討することによって介護専門職としての責務の自覚を促している。しかしながら、倉林（2009）が「介護専門職の倫

理綱領は曖昧で不明確，また，現場における実践力を欠いたものである感を抱く」(p.48)，羽地(2003)が「紙の上の倫理綱領を現実はどう適用するかは全く明白ではない」(p.24)と述べているように，倫理的配慮のある専門的ケアの実現に直結した倫理教育は養成校等の教員や介護関連団体に委ねられているのが実情である．そのため，倫理綱領を具現化し，介護現場での倫理的配慮のあるケアの遂行に直結する教育プログラムの構築が望まれる．

3) 倫理的配慮状況と倫理的ジレンマとの対比にみる教育課題

介護実習生の自由記述からは41コードの倫理的ジレンマが抽出され，介護実習生の倫理的配慮に関する多様な気づきを把握することができた．その多様な気づきを介護技術研修会において教授した介護場面における人権擁護や個別ケアに関する6カテゴリー12サブカテゴリー32コードに対応させて整理分類したところ，7つのサブカテゴリーについてマッチングする項目が全くなかった．その7つのサブカテゴリーにおける介護職員の倫理的配慮状況をみてみると，「1-2):組織的管理による個人情報保護」と「5-9)-c:プライバシーに配慮した排泄介助」，「5-10):同性介護による心理的負担の軽減」のサブカテゴリーに含まれる項目の倫理的配慮度が低い傾向にある(配慮していると回答した者の割合が配慮していないと回答した者の割合を下回っている項目が多い)．介護職員の倫理的配慮度が低いということは，介護実習生が倫理的配慮のないケアを行っている場面に遭遇する機会が多いことを示す．それにもかかわらず，倫理的問題に気づかないということは，倫理的配慮が不十分なケアに対しての介護学生の問題意識が低いことを示唆している．問題意識をもたなければ倫理的配慮のある質の高いケアには到達しない．そのため，学習者の倫理的配慮に対する認識や知識の実態を踏まえた上での倫理教育が必要である．つまり，問題意識の低い倫理的配慮内容については重点的に検討する機会を設けるなどして，倫理的配慮不足に敏感に反応できる倫理的感性を磨く教育方法を工夫する必要がある．

また，介護職員の言動は介護実習生などに模倣されることも珍しくなく，介護実習生の介護観や接し方に多大な影響を及ぼす(新井，2008)．そのため，介護現場での偏った人権擁護意識や人権侵害をしかたのないこととして容認し，自己正当化する「価値観の刷り込み」を回避するための介護実習指導体制の充実が緊要である．

5. 結論と課題

介護職員の要介護高齢者に対する不適切ケアの現状と課題を明らかにすることを目的として，介護職員に対して倫理的配慮状況を把握するための自己評価票を用いた質問紙調査を行った．加えて，介護実習生に対して実習で体験した倫理的ジレンマを抽出するための自由記述による質問紙調査を行った．

その結果，設定した介護場面における人権擁護や個別ケアに関する32のいずれの項目においても倫理的配慮をしていないと回答した者が存在した．その倫理的配慮をしていない者の割合は項目によって大差があり，2.3%~61.8%を占めた．

介護実習生の自由記述からは41コードの倫理的ジレンマが抽出され，介護職員の倫理的配慮度が低いにもかかわらず介護実習生がジレンマとして認識していないサブカテゴリーとして「組織的管理による個人情報保護」と「プライバシーに配慮した排泄介助」，「同性介護による心理的負担の軽減」が見出された．

また，介護職員の基本属性と人権擁護や個別ケアに関する32項目の設問の回答間の関連

について検討したところ、介護経験年数の階層間に有意差はなかった。しかし、年齢階層間、性別間、資格の有無間（訪問介護員などの介護福祉に関する資格）の一部の項目において有意差が認められ、年齢の低い階層のほうが5項目、男性のほうが1項目、無資格者のほうが3項目について倫理的配慮をしていないと回答した者の割合が高かった。

本研究によって、介護職員の要介護高齢者に対する不適切ケアの現状を把握することができ、介護職員や介護実習生の倫理観の醸成教育に必要な教育内容や方法に関する示唆を得ることができた。しかし、倫理性の高い介護実践のために必要な教育プログラムの考案には至っていない。

したがって、倫理的配慮のあるケアを遂行できる介護職の養成に向けた具体的で実践的な教育内容・方法のさらなる追究が必要であり、その教育内容・方法を検討するためには、不適切ケアの発生及び防止要因を明らかにする必要がある。

第2節 高齢者介護職員による不適切ケアの発生に関する検討【研究2】

1. 目的

介護職員による不適切ケアに関する多くの研究は、顕在化した虐待に焦点が向けられている（有馬，2006；Buzgova & Ivanova，2009；林，2015；厚生労働省，2016a；倉林・芝山・宮崎・李・尾島・風間，2014；松本，2015；松本・今井，2013；永島・倉田・滝口・岡部・長，2010 西元・小林・紀平・近藤・伊藤・西元，2007 佐藤・佐々木，2016 柴尾，2007 柴尾，2008 高崎，2010 高崎・柴尾・平田，2012）。また、不適切ケアを取り上げた研究（小林ら，2005）であっても、「生活習慣の尊重」、「自己決定・自己選択」、「プライバシーの保持」等の抽象的な理念の達成度を評価した研究や事例検討が主流である。

そのため、研究1に示すとおり、具体的な介護場面や事象に対する介護職員の不適切ケアの現状と課題を明らかにするための調査を行った（横山，2015）。その結果、多様な不適切ケアの内容と程度が明らかとなった。しかし、不適切ケアの発生要因や防止要因を探究し対応法を検討するには至っていない。

介護職員等による高齢者虐待を含む不適切なケアの発生要因として、人材不足が挙げられる（小長谷，2010；厚生労働省，2016a）。介護人材確保のためには報酬や勤務体制等の労働環境改善が急務であるが、負荷の大きい肉体労働とともに自らの感情を意識的にコントロールして常に相手に合わせた言動での対応が求められる介護職独自の心理的ストレス（職業性ストレス）への対応も重要である（厚生労働省，2016a；松本，2015）。また、知識・認識不足も指摘されている（厚生労働省，2016a；松本，2015 有馬2006）。

このように、介護職員等による不適切ケア発生の原因は複数の先行研究において指摘されており、不適切ケアの発生には複合的な要素が関わっていることが推察される。しかし、複数の要因を多面的に検討した研究は不十分である。また、不適切ケアが介護現場における対人支援の過程で生じることを踏まえると、介護サービスの視点に立って不適切ケアの発生・防止要因を明らかにし、介護職員の主体的な取り組みを促す改善策を検討することが肝要である。

したがって、本研究では不適切ケアの実態把握にどどまらず、介護職員の不適切ケアの状況と不適切ケアの発生に影響を与えていると考えられる職業性ストレス、専門的技量、職場

の特性（教育状況，職場風土，労働条件）及び個人要因等の多様な要因との関連を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象

東海北陸ブロック7県（愛知県，岐阜県，三重県，静岡県，富山県，石川県，福井県）の入所介護型介護保険施設のうち「要介護」と認定された65歳以上の高齢者が利用できる特別養護老人ホームと介護老人保健施設全数（2016年3月現在で前者1,136施設，後者579施設，合計1,715施設）の介護職員3,430名（各施設2名）を対象とした。回答を求める各施設の介護職員のうち1名は「介護福祉士資格をもつ者」とし，もう1名は「介護福祉資格をもたない者」とした。

なお，入所介護型介護保険施設のうち「要介護」と認定された者が利用できる施設として介護療養型医療施設がある。この施設の利用者は急性疾患の回復期で常時医療管理の必要な寝たきり患者であり，主として医学的管理下でのケアが提供されるため対象から除外した。その他，入所介護型介護保険施設にはグループホーム（認知症対応型共同生活介護），そして特定施設入居者生活介護を受ける際の指定を受けた有料老人ホームや軽費老人ホームがある。これらの施設は「要支援1～要介護5」の高齢者の利用が可能であり介護レベルのばらつきが大きいため対象から除外した。

2) 本研究の概念モデルと調査手順及び調査票の構成項目・評価尺度

Fig.2-2-1 に示す心理学的ストレスモデル（Folkman & Lazarus, 1988；パブリックヘルスリサーチセンター，2004a）と Fig.2-2-2 に示す NIOSH（National Institute for Occupational Safety and Health）職業性ストレスモデル（Hurrell & McLaney, 1988）に基づいて本調査における不適切ケア発生の概念モデル及び指標を Fig.2-2-3 のように設定し，調査票を作成した。

なお，心理学的ストレスモデルは，勤労者の職場適応を支援するために有用な基盤であるとされ，個人がある環境と出会いその環境がストレスフルであるかどうかを主観的に評定し，コーピング方略を発動させた結果心理的ストレス反応が生起するという一連のプロセスが示されている（Folkman et al., 1998；パブリックヘルスリサーチセンター，2004a）。NIOSH 職業性ストレスモデルは，従来の職業性ストレス研究及び理論を整理・統合した上で提唱された包括的な職業性ストレスモデルであり，慢性型の職場ストレスの同定に力点を置いている。このモデルでは，「職場ストレス」が急性のストレス反応を生起し，「ストレス反応」が持続した結果，「疾病」を導くプロセスが想定されている。また，職場ストレスとストレス反応間の関連を強めたり弱めたりする修飾要因が想定されている（Hurrell et al., 1988）。

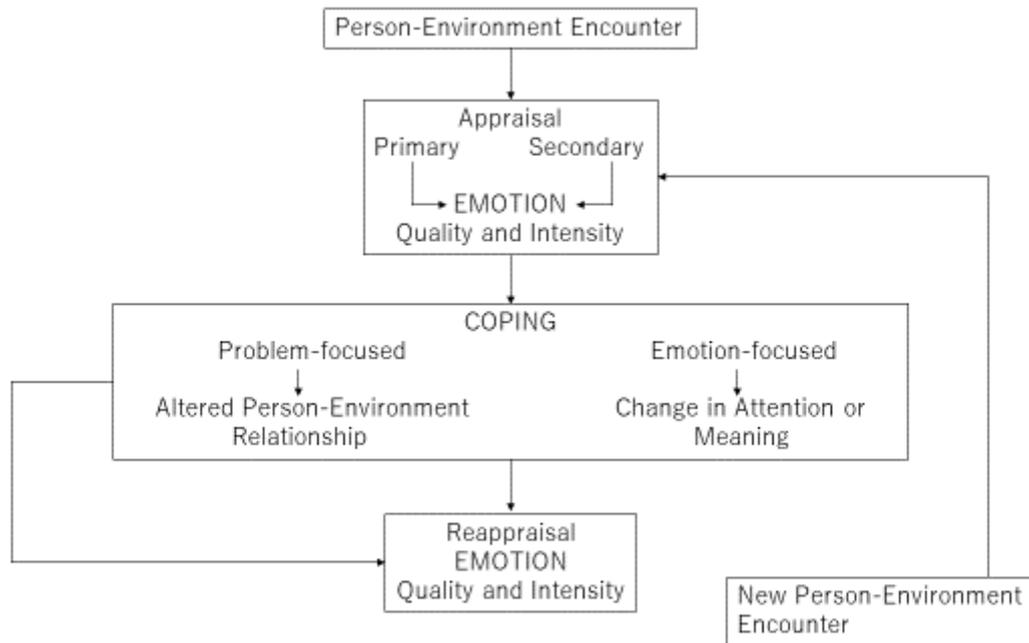


Fig. 2-2-1 心理学的ストレスモデル (Folkman&Lazarus, 1988)

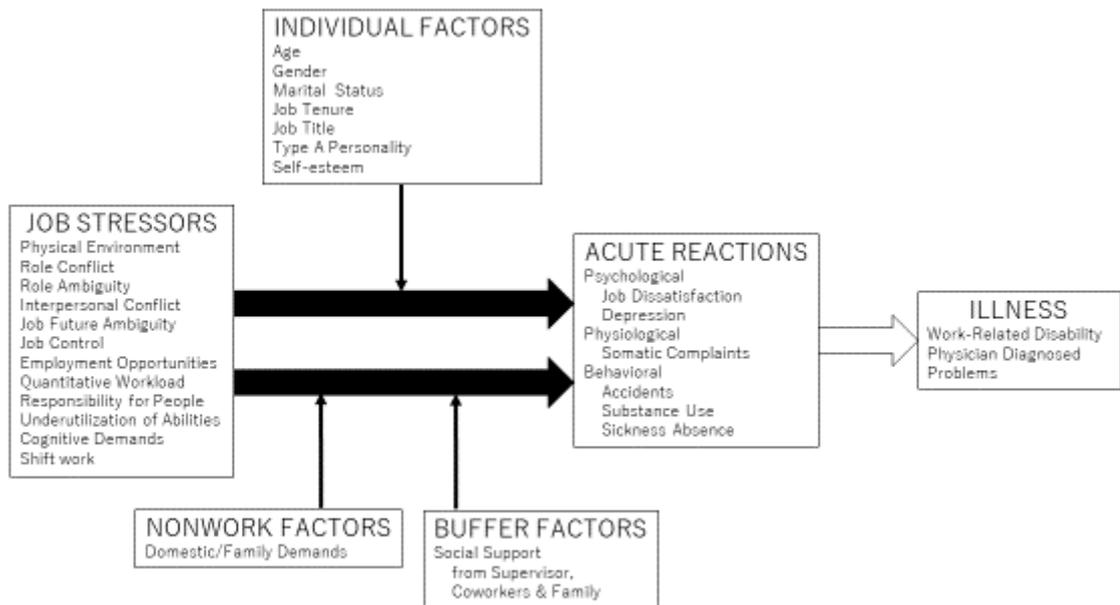


Fig. 2-2-2 NIOSH職業性ストレスモデル(Hurrell&McLaney, 1988)

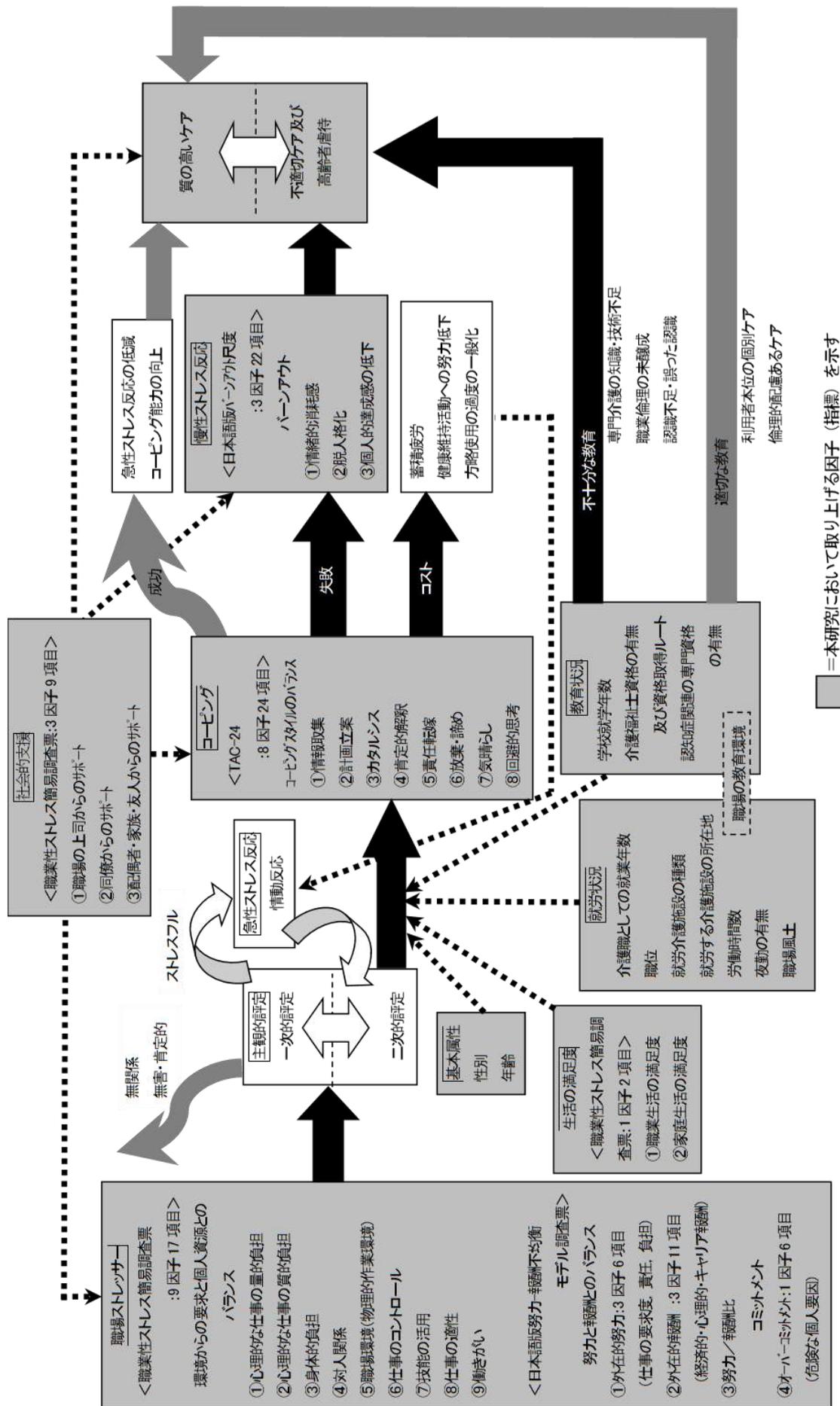


Fig 2-2-3 本研究における高齢者虐待を含む不適切ケア発生の概念モデル及び指標

作成した調査票の構成項目は以下であり、126 の設問から成る無記名の自記式質問紙調査票を 2016 年 5 月に郵送にて配布し、同年 7 月末までに返信用封筒にて回収した。

(1) 調査票の構成項目

基本属性：性別，年齢

教育状況：学校就学年数，介護福祉士資格の有無及び資格取得ルート，
認知症関連の専門資格の有無

就労状況：介護職としての就業年数，職位，就労介護施設の種類の，
就業する介護施設の所在地，労働時間数，夜間勤務の有無，
職場の教育環境，職場風土

職業性ストレス：職場ストレスサー，社会的支援，コーピング，慢性ストレス反応，
仕事・生活の満足度

不適切ケア

(2) 評価尺度

(2) - 1 不適切ケアの評価尺度

神奈川県保健福祉部作成の自己点検シート（スタッフ用の 30 項目）（神奈川県保健福祉部高齢福祉課，2009）を参考に評価尺度を作成して使用した。

回答者の虐待を含む不適切ケアに関する知識や認識が回答に影響しないよう，以下に示す 9 項目の具体的な事象を提示し「はい」，「いいえ」の 2 項選択で回答を求め，前者に 1 を後者に 0 を配点した。合計得点（以下，不適切ケア評価尺度得点と称する）が高いほど不適切な行為を行っていることを示す。なお，回答者の虐待を含む不適切ケアに関する知識や認識が回答に影響しやすい設問とは，「虐待まではいかないが，不適切なケアをする場合がある」，「自分が利用者を虐待してしまったと思う時がある」，「不適切な対応だとわかっているも，せざるを得ない状況がある」等を指す。

設問 1：利用者の行動を強制的に制止しなければならない場合がある

設問 2：ナースコールが頻繁な場合に，ナースコールを抜いたり止めたりすることがある

設問 3：トイレで対応できると思われる利用者におむつ対応をすることがある

設問 4：他の職員が見ていない状況だと，利用者への対応がぞんざいになることがある

設問 5：薬をご飯に混ぜることがある

設問 6：異性の入浴や排泄介助を行うことがある

設問 7：子どもに対してするような対応や言葉かけがある

設問 8：声かけをせずにズボンを下げたりシャワーをかけたことがある

設問 9：他者に見える状態で排泄や入浴の介助をすることがある

(2) - 2 労働状況の評価尺度

神奈川県保健福祉部作成の自己点検シート（スタッフ用の 30 項目）（神奈川県保健福祉部高齢福祉課，2009）を参考に評価尺度を作成して使用した。

a. 職場の教育環境

「施設内外の研修に参加している」，「ケアの質の向上に向けた施設としての取り組みがある」，「高齢者虐待防止についての施設としての取り組みがある」，「職員の働きやすさに関して改善に向けた施設としての取り組みがある」の 4 項目について「はい」，「いいえ」の 2 項

選択で回答を求め、前者に 1 を後者に 0 を配点した。合計得点が高いほど職場の教育環境がよいことを示す。

b.職場風土

「上司の命令には従わなければならない」、「現場でのストレスに絶えられないようでは介護職として失格である」、「悲惨で危険な任務に対して職場で弱音を吐くことができない」の 3 項目について「そうだ」～「ちがう」の 4 件法で回答を求め、1～4 点までを配点した。合計得点が高いほど好ましい職場風土であることを示す。

(2) - 3 職業性ストレス（職場ストレス、社会的支援、コーピング、慢性ストレス反応、仕事・生活の満足度）の評価尺度

評価したい内容を的確に測定するためには、より多様な変数を組み合わせることによってストレスとストレス反応及びその他のストレス関連要因との関連を巨視的に捉える必要がある。この点において、NIOSH 職業性ストレスモデルに基づいて作成された NIOSH 職業性ストレス調査票は優れている(Hurrell et al., 1988)。しかし、NIOSH 職業性ストレス調査票は 179 の質問項目で構成されており、あまりに多数の質問項目を設けることによって、被験者の受験態度を崩し有効回答が得られにくくなるのが危惧される。そのため、尺度の信頼性・妥当性を踏まえながら、以下に示す複数の評価尺度を部分援用した。

a. 職業性ストレス簡易調査票（職場ストレス、ソーシャルサポート及び仕事・生活の満足度の評価）

NIOSH 職業性ストレスモデルに基づいて開発された職業性ストレス調査票に「職業性ストレス簡易調査票」がある。この調査票は従来のストレス反応のみを測定する多くの調査票と異なり、職場におけるストレス要因や修飾要因も同時に簡便に評価できる多軸の評価尺度であるとされ、その利便性のよさも相まって 2000 年頃より産業現場におけるメンタルヘルス評価に広く活用されている(原谷, 1998;パブリックヘルスリサーチセンター, 2004b)。

この職業性ストレス簡易調査票の「職場ストレス」9 因子(心理的な仕事の量的負担、心理的な仕事の質的負担、身体的負荷、仕事のコントロール、技能の活用、対人関係、職場環境、仕事の適性度、働きがい) 17 項目と「社会的支援」3 因子(上司からのサポート、同僚からのサポート、家族・友人からのサポート) 9 項目及び「満足度」(仕事や生活の満足度) 1 因子 2 項目を職場ストレス、ソーシャルサポート及び仕事・生活の満足度の評価に用いた。

「職場ストレス」に対しては、「そうだ」(1 点)～「違う」(4 点)の 4 件法で、「社会的支援」と「仕事や生活の満足度」に対しては、「非常に」(1 点)～「全くない」(4 点)の 4 件法で回答を求めた。「心理的な仕事の量的負担」、「心理的な仕事の質的負担」、「身体的負荷」、「対人関係」、「職場環境(職場の物理的作業環境)」、「技能活用」の因子に関しては、尺度の合計得点が低いほど当該種類のストレス刺激を強く受けていることを意味し、「仕事のコントロール」、「仕事の適性」、「働きがい」の因子に関しては、尺度の合計得点が高いほど当該種類のストレス刺激を強く受けていることを示す。また、「上司からのサポート」、「同僚からのサポート」、「家族や友人からのサポート」、「仕事や生活の満足度」の因子については、尺度の合計得点が高いほど社会的支援や満足度が低いことを示す。

なお、「職場ストレス」9 因子に含まれる「職場環境」は職場の物理的環境を評価す

る内容となっており、作成した評価尺度である「職場の教育環境」や「職場風土」と区別するために、本稿では「物理的作業環境」と称することとした。

b. 日本語版努力 - 報酬不均衡モデル調査票（職場ストレスラーの評価）

職業性ストレス簡易調査票では評価できない職場ストレスラーを補完するために、「日本語版努力 - 報酬不均衡モデル調査票」を活用した。この調査票は、職業性ストレス簡易調査票を含む既存の職業性ストレス尺度にはない「報酬」という構成概念が取り入れられ、職の不安定性など現代のストレスフルな就業状況を敏感に捉えることができる（パブリックヘルスリサーチセンター、2004c）。

この日本語版努力 - 報酬不均衡モデル調査票の「外在的な努力」3 因子（仕事の要求度、責任、負担）6 項目と「外在的な報酬」3 因子（経済的報酬：金銭、地位 心理的報酬：自己肯定感 キャリア報酬：仕事の安定性や昇進）11 項目を職場ストレスラーの評価に追加した。「ストレスフルな状況は存在しない」～「ストレスフルな状況が存在し非常に悩んでいる」の 5 件法で回答を求めた。「外在的な努力」については尺度の合計得点が高いほど回答者によって経験されている外在的な努力が高いことを示すよう、「外在的な報酬」については尺度の合計得点が低いほど低報酬による悩みが強いことを示すよう、1 点から 5 点を配点した。

加えて、「努力／報酬比」（努力と報酬のバランス、「外在的な努力」と「外在的な報酬」との比）を所定の方法（努力項目の得点を分子に報酬項目の得点を分母に置き比を計算し、異なる項目数を補正するために分母に補正係数を乗じる）で算出し、職業生活において費やす努力とそこから得られるべきもしくは得られることが期待される報酬が釣りあわない、「高努力／低報酬状態」をストレスフルとして捉えた。「努力／報酬比」については、得点が高いほど費やす努力に比べ報酬が低くストレスフルであることを示す。

また、個人に関わるストレスラー要因としての「オーバーコミットメント」（危険な個人要因：競争心や認められたいという強い願望、仕事に過度に傾注する個人の態度や行動パターン）についても本調査票の 1 因子 6 項目を用いて評価した。「全く違う」（1 点）～「全くその通りだ」（4 点）の 4 件法で回答を求めた。得点が高いほど仕事に過度に傾注する傾向が強くストレスフルになりやすいことを示す。

c. 日本語版バーンアウト尺度（慢性的ストレス反応の評価）

ヒューマン・サービス従事者の「バーンアウト（特定のヒューマン・サービス従事者にしばしば起こる情緒的消耗感と冷淡な態度からなる症候群）」（Maslach et al.,1981）の強さやその規定要因を明らかにすることのできる尺度である「日本語版バーンアウト尺度」を用いてヒューマン・サービス独自の慢性的ストレス反応の評価を行った（パブリックヘルスリサーチセンター、2004d）。

この調査票は、情緒的消耗感（ヒューマン・サービス従事による過剰な情緒的負荷や情緒的消耗感）、脱人格化（ヒューマン・サービスの受け手に対する無感情や冷淡な対応）、個人的達成感の低下（ヒューマン・サービス従事における無能力感や達成感の低下）の 3 因子（側面）22 項目で構成され、ある状態や気持ちをどのくらいの頻度で経験したかを「たびたび感じる」（4 点）～「けっして感じない」（1 点）の 4 件法で回答を求めた。所定の採点方法（「情緒的消耗感」は該当の 6 項目の合計得点を、「脱人格化」は該当の 3 項目の合計

得点を項目数で割る，逆転項目である「個人的達成感の低下」は 15 から該当の 3 項目の合計得点を引き項目数である 3 で割る）によって算出された得点が高いほど慢性的なストレス反応（バーンアウト）の程度が高いことを示す。

d. TAC-24 : Tri-Coping Scale 24（コーピングの評価）

職業性ストレス簡易調査票では測定できないコーピングを評価するために，比較的少ない質問項目で 8 つのコーピングスタイル（ストレスフルな刺激やその刺激によって生じた情動を処理するための過程の個人差）のバランスを評価することができる尺度である「TAC-24 : Tri-Coping Scale 24」を用いた（パブリックヘルスリサーチセンター，2004e）。

この調査票は，「関与あるいは回避」（態度は，積極的に関わるか回避しようとするか），「問題焦点あるいは情動焦点」（ねらいは，問題解決か気持ちの安定か），「認知系機能あるいは行動系機能」（方法は，どうするか考えるか行動に移すか）という 3 つの次元から成る，情報収集（関与・問題・行動），計画立案（関与・問題・認知），カタルシス（関与・情動・行動），肯定的解釈（関与・情動・認知），責任転嫁（回避・問題・行動），放棄・諦め（回避・問題・認知），気晴らし（回避・情動・行動），回避的思考（回避・情動・認知）という 8 つの因子（象限）24 項目で構成され，精神的に辛い状況に遭遇した時にその場を乗り越え落ち着くためにどのように考え行動するようにしているかを「これまでになく今後も決してない」（1 点）～「いつもそうしてきたし今後もそうする」（5 点）の 5 件法で回答を求めた。尺度の合計得点が高いほど該当するコーピングを選択（使用）する頻度が高いことを示す。

なお，「コーピング」は「ストレッサーを処理しようとして意識的に行われる認知的努力と行動による努力」（Lazarus・Folkman／本明・春木・織田 監訳，1991），「心理的ストレス反応の低減を目的とした行動」（坂田，1989）などと定義され，適切なコーピングはストレッサーの衝撃を緩和し，ストレス反応を軽減させる（中野，1991）。

3) 分析処理

3,430 名に配布した質問紙調査票のうち，回収できたのは 804 標本であった（回収率 23.4%）。回収標本のうち，欠損値が 5 項目以上ある（回答の信頼性が低いことが懸念される）標本をリストワイズ削除し，793 標本を分析標本とした（有効回答率 23.1%）。そのうえで，リッカート法による回答の合計得点を分析に用いる尺度の設問項目に欠損値があった場合は，該当設問項目の母集団の平均値を補填した（完全にランダムな欠損であったため，できるだけ推定精度を下げないための対処として，リストワイズ法と平均値による代入法を併用した）。

介護職員による不適切ケア状況の特徴を把握するために，基本属性間，教育状況間，就労状況間の不適切ケア評価尺度得点について，対応のない平均値の差の検定を行った。同じく不適切ケア状況の特徴を把握するために，不適切ケア評価尺度得点の母集団の平均値を **cut-off point**（区分点）とし，4 ポイント以下を不適切ケアローリスク群，5 ポイント以上を不適切ケアハイリスク群として区分したグループ間の不適切ケアの発生に影響を及ぼしていると考えられている諸因子（基本属性，教育状況，就労状況，職場ストレッサー，社会的支援，満足度，コーピング，慢性ストレス反応の各尺度得点）について，対応のない平均値の差の検定を行った。この際，2 グループの平均値の差の検定には t 検定，もしくは Welch の

検定を用いた。3 グループ以上の平均値の差の検定には、一元配置分散分析及び多重比較を用い、等分散の検定 (Levene の検定) により等分散性が成り立ちかつ 4 グループ以下の場合には Bonferroni の検定を、同じく等分散性が成り立ちかつ 5 グループ以上の場合には Tukey HSD の検定を選択した。また、等分散性が成り立たなかった場合は Tamhane の検定を行った。

そして、因果関係の推測 (不適切ケアの発生要因の推察) のために、不適切ケア評価尺度得点を従属変数とし、基本属性、教育状況、就労状況、職場ストレス、社会的支援、満足度、コーピング、慢性ストレス反応の下位尺度得点 (各因子の得点) もしくは量的データ (数値) 及び質的データの場合はダミー変数 (全 41 変数) を独立変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。さらに、重回帰分析で不適切ケアの発生要因として有意な関連が示された独立変数の相互関係を推測するために、Pearson の積率相関係数を用いた。なお、多重共線性が発生した場合 (独立変数間に非常に強い相関があったり、一次従属な変数関係がある場合) は、少なくとも 1 つの独立変数を削除することとした。ただし、理論に基づき作成された既存の評価尺度の下位尺度因子については、因子間の相関が高くても削除せず重回帰分析を行った。

作成した調査票の尺度構成上の信頼性を Cronback の α 係数によって検討したところ、「不適切ケア」0.66 (1 因子 9 項目)、「職場の教育環境」0.49 (1 因子 4 項目)、「職場風土」0.39 (1 因子 3 項目)、NIOSH 職業性ストレスモデルの「職場ストレス」0.51 (9 因子 17 項目)、努力-報酬不均衡モデルの「職場ストレス」の「外在的な努力と報酬」0.90 (2 因子 17 項目) 及び「コミットメント」0.79 (1 因子 6 項目)、「社会的支援」0.83 (3 因子 9 項目)、「満足度」0.37 (1 因子 2 項目)、「コーピング」0.81 (8 因子 24 項目)、「慢性的ストレス反応」0.78 (3 因子 22 項目) であった。「職場の教育環境」0.49 (1 因子 4 項目)、「職場風土」0.39 (1 因子 3 項目)、NIOSH 職業性ストレスモデルの「職場ストレス」0.51 (9 因子 17 項目)、「満足度」0.37 (1 因子 2 項目) のクロンバックの α 係数が低かった。しかし、それらの 1 因子あたりの尺度項目数が 1~4 項目と少なく必然的に α 係数が低くなることから、分析指標として採用しても問題ないと判断した。

なお、就業する介護施設の所在地については、政令指定都市 (名古屋市、静岡市、浜松市) 及び中核市 (豊橋市、豊田市、岡崎市、岐阜市、富山市、金沢市)、中核市候補市 (津市、四日市市、福井市) とその他の地域とを区分して分析をした。

データの集計及び解析には、IBM SPSS 24.0 for Windows を使用した。

4) 倫理的配慮

対象者に対し書面で調査の目的・意義・方法に関する説明をし、研究協力は任意であり調査への不参加が不利益につながることは一切ないこと、得られたデータを研究目的以外に使用しないことを約束した。質問紙調査は無記名であり投函をもって同意を得たものとした。

なお、質問紙調査の依頼状及び主旨説明書、質問紙調査票を調査対象である介護施設の長宛に郵送し、「調査の目的と調査票の内容」、「調査対象となる者の人権の擁護」、「調査の対象となる者に生ずる不利益及び危険性に対する配慮」の確認をしてもらい、承諾の後に質問紙調査票を対象者に配布してもらった。

研究の実施にあたって、中部学院大学・中部学院大学短期大学部の倫理委員会の審査を受け受理された（受理番号：E-160004）。

5) 尺度の使用許諾

研究目的であっても使用許諾の必要な「日本語版努力 - 報酬不均衡モデル調査票」については、管理責任者（作成者）である堤明純氏（北里大学医学部公衆衛生学）の許諾を得た（使用許諾日：2016年04月14日）。なお、「職業性ストレス簡易調査票」、「日本語版努力 - 報酬不均衡モデル調査票」、「日本語版バーンアウト尺度」、「Tri-Coping Scale 24」の研究目的使用については使用許諾を求める必要はない。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

Table 2-2-1 に、分析対象者 793 名の基本情報を示した。

性別は、女性 517 名（65.2%）、男性 275 名（34.7%）、不明 1 名（0.1%）で女性が 2/3 を占めた。

平均年齢は、 37.2 ± 11.4 歳、最小値 18 歳、最大値 69 歳であり、29 歳以下 237 名（29.9%）、30 歳代 225 名（28.4%）、40 歳代 177 名（22.3%）、50 歳以上 149 名（18.8%）、不明（0.6%）であり、多様な年代の者がほぼ均等な割合で分析対象となった。

平均学校修学年数（義務教育、高校、大学及び専門学校で学んだ合計年数の平均値）は、後期中等教育程度を示す 13.0 ± 2.4 年であり、高等教育（短期大学や専門学校を含む）を受けた者は 337 名（42.5%）であった。

介護職としての平均就労年数は、 7.5 ± 5.7 年で、3 年未満 165 名（20.8%）、3～5 年未満 137 名（17.3%）、5～10 年未満 228 名（28.8%）、10～15 年未満 149 名（18.8%）、15 年以上 113 名（14.2%）であり、5 年以上のキャリアを持つ介護職員が 6 割を占めた。

就業する介護施設の種類は、特別養護老人ホーム 551 名（69.5%）、介護老人保健施設 242 名（30.5%）であり、調査対象とした特別養護老人ホーム総数 1,136 施設と介護老人保健施設総数 579 施設との割合（おおよそ 2 対 1）とほぼ同等の割合であった。

就業する介護施設の所在地は、政令指定都市や中核市及びその候補地である都市部 242 名（30.5%）、その他の地方 551 名（69.5%）であり、調査対象とした政令指定都市や中核市及びその候補地である都市部の介護施設総数 554 施設とその他の地方 1,161 施設との割合（おおよそ 1 対 2）とほぼ同等の割合であった。

職位は、管理職 58 名（7.3%）、監督・職長 74 名（9.3%）、被雇用者 578 名（72.9%）であり、7 割以上が役職のない被雇用者であった。

介護福祉士資格を取得していない者は 382 名（48.2%）、取得している者は 411 名（51.8%）であり、介護福祉士資格取得者 411 名のうち 273 名（66.4%）が実務経験ルートでの資格取得者であり、養成施設ルートでの資格取得者は 113 名（27.5%）であった。全国的には介護職員に占める介護福祉士の割合が 4 割程度であり、介護福祉士総数の約 1/3 が養成施設ルートでの資格取得者であることを踏まえると、介護福祉士による回答の割合が多いが養成施設ルートでの資格取得者の回答がやや少ない傾向にあった。

認知症ケア専門士や認知症介護実践者研修等の認知症関連の専門資格を持つ者は 110 名（13.9%）であった。

夜間勤務のある者は 644 名 (81.2%) で、ない者は 140 名 (17.7%) であった。

週あたりの平均労働時間は 40.0±8.0 時間であったが、週 40 時間の法定労働時間を超える労働のある者 (時間外労働のある者) が 145 名で 2 割弱を占めた。

Table 2-2-1 分析対象者の基本情報と基本属性間、教育状況間、就労状況間における平均不適切ケア評価尺度得点

項目	不適切ケア評価尺度得点			自由度	t値	r値
	N(%)	平均値	SD			
性別						
女性	517(65.3)	3.95	1.93	790	0.34	0.01
男性	275(34.7)	4.00	1.97			
地域(就業する介護施設の所在地)*1						
都市(政令指定都市, 中核市及びその候補地)	242(30.5)	3.90	1.98	791	0.70	0.03
その他の市町村	551(69.5)	4.00	1.93			
就労介護施設の種類 *2						
特別養護老人ホーム	551(69.5)	3.85	1.92	791	2.55 *	0.09
介護老人保健施設	242(30.5)	4.23	1.96			
夜間勤務						
なし	140(17.9)	3.45	1.72	782	3.45 **	0.12
あり	644(81.7)	4.07	1.97			
介護福祉士資格*3						
なし	382(48.2)	3.91	2.01	791	0.79	0.03
あり	411(51.8)	4.02	1.88			
認知症関連の専門資格						
なし	678(86.0)	3.96	1.95	786	0.57	0.02
あり	110(14.0)	4.02	1.94			
項目	不適切ケア状況			自由度 (合計)	F値	r値
	N	平均値	SD			
年齢						
29歳以下	237(30.1)	4.16	1.99	787	2.61	0.09
30歳代	225(28.6)	4.07	1.96			
40歳代	177(22.5)	3.83	1.97			
50歳以上	149(18.9)	3.65	1.80			
職位						
管理職	58(8.2)	3.36	1.73	709	2.80	0.11
監督・職長	74(10.4)	4.00	1.64			
被雇用者	578(81.4)	4.00	2.03			
介護福祉士資格の資格取得ルート*4						
実務経験ルート	273(66.9)	3.90	1.87	407	0.09	0.00
養成施設ルート	113(27.7)	4.21	1.86			
福祉系高校ルート	22(5.4)	4.65	1.95			
介護職としての就労年数						
3年未満	165(20.8)	3.75	1.96	791	1.01	0.04
3~5年未満	137(17.3)	4.11	1.86			
5~10年未満	228(28.8)	4.02	1.96			
10~15年未満	149(18.8)	3.87	2.08			
15年以上	113(14.3)	4.11	1.78			
週あたりの労働時間						
40時間未満(法定労働時間未満の労働)	115(15.5)	3.92	2.05	739	0.02 n.s.	0.00
40時間(法定労働)	480(64.9)	3.94	1.87			
40時間超以上(時間外労働のある労働)	145(19.6)	3.97	2.08			

*p<.05,**p<.01 n.s.≥.05

「不適切ケア評価尺度得点」は値が高いほど不適切ケアを行っている程度が高いことを示す

独自作成した「不適切ケア評価尺度」の信頼性(Cronbach α)=0.66,N=9

Nの割合(%)は欠損値を含む全標本数に占める割合であるため合計が100%にならない場合がある

*1 調査対象とした都市部の介護施設総数554施設とその他の地方1,161施設との割合(1:2)とほぼ同等の割合で有効回答が得られた

*2 調査対象とした特別養護老人ホーム総数1,136施設と介護老人保健施設総数579施設との割合(2:1)とほぼ同等の割合で有効回答が得られた

*3,*4 全国的には介護職員に占める介護福祉士の割合が4割程度であり、介護福祉士総数の約1/3が養成施設ルートでの資格取得者であることを踏まえると、介護福祉士による有効回答の割合が多いが、養成施設ルートでの資格取得者の有効回答がやや少ない傾向にあった

2) 不適切ケアの有無

Fig.2-2-4 に、介護職員による不適切ケアの有無を単純集計した結果を示した。

不適切ケアを行っている者の方が高い割合を占めていた行為は、「異性の入浴や排泄介助」(95.3%),「利用者の行動の強制的な制止」(80.7%),「薬をご飯に混ぜての服薬支援」(59.9%)であった。その他の 6 項目については不適切ケアを行っている者の割合の方が低かったが 15.4%~41.0%を占めた。

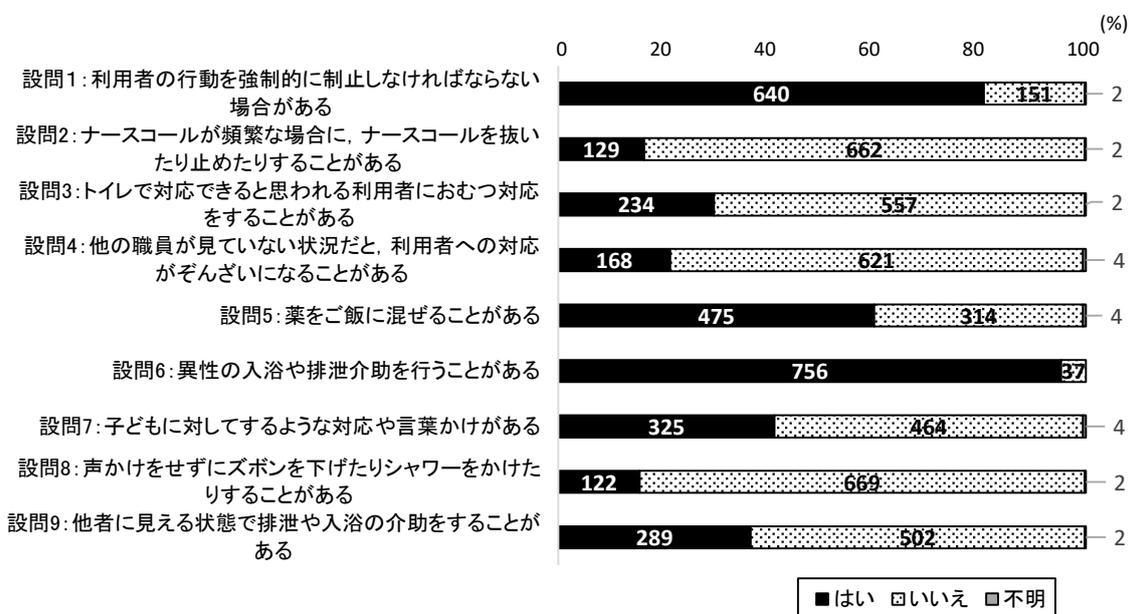


Fig.2-2-4 介護職員による不適切ケアの有無(単純集計結果)

3) 基本属性間、教育状況間、就労状況間における平均不適切ケア評価尺度得点

Table 2-2-1 に、基本属性間、教育状況間、就労状況間における平均不適切ケア評価尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

「就労介護施設の種類」と「夜間勤務の有無」の 2 項目のみについて有意差が認められ、特別養護老人ホームで就労している者の 3.85 ポイントに対し介護老人保健施設で就労している者が 4.23 ポイントで、介護老人保健施設で就労している者の不適切ケア評価尺度得点が有意に高かった ($p < 0.05$)。また、夜間勤務のない者の 3.45 ポイントに対し夜間勤務のある者が 4.07 ポイントで、夜間勤務のある者の不適切ケア評価尺度得点が有意に高かった ($p < 0.01$)。

4) 不適切ケアローリスク群とハイリスク群における諸因子の平均評価尺度得点

Table 2-2-2 に、不適切ケア評価尺度得点のローリスク群とハイリスク群における諸因子の平均評価尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

基本属性として「年齢」、就労状況として「職場の教育環境」、職場ストレスの下位尺度因子として「心理的な仕事の量的負担」、「身体的負担」、「対人関係」、「職場の物理的作業環境」、「仕事のコントロール」、「技能の活用」、「仕事の適性」、「働きがい」、「外在的努力」、「外在的報酬」の 10 因子、社会的支援の下位尺度因子として「上司からのサポート」、満足度の下位尺度因子として「仕事や生活の満足度」、コーピングの下位尺度因子として「計画

立案」,「カタルシス」,「肯定的解釈」,「責任転嫁」,「放棄・諦め」の5因子,慢性的ストレス反応(バーンアウト)の下位尺度因子として「情緒的消耗感」,「脱人格化」,「個人的達成感の低下」の3因子全て,合計22因子について有意差が認められた。

Table 2-2-2 不適切ケア評価尺度得点のローリスク群とハイリスク群における諸因子の平均評価尺度得点

項目	＜Cronbach α 信頼性係数＞	不適切ケアローリスク群			不適切ケアハイリスク群			自由度	t値	r値
		N	平均値	SD	N	平均値	SD			
基本属性										
年齢(歳)		344	38.39	11.98	444	36.29	10.94	702	2.53 *	0.10
教育状況										
学校就学年数(年)		326	12.87	2.38	419	13.01	2.35	743	0.81	0.03
就労状況										
介護職としての就労年数(年)		346	7.35	5.61	446	7.60	5.70	790	0.62	0.02
週あたりの労働時間数(時間)		325	39.93	7.69	415	40.03	8.18	738	0.17	0.01
△職場の教育環境	＜ $\alpha=0.49$,項目数=4＞	346	3.32	0.93	447	3.06	1.05	791	3.53 ***	0.13
△職場風土	＜ $\alpha=0.39$,項目数=3＞	346	5.84	1.37	447	5.78	1.25	791	0.60	0.02
職場ストレス(NIOSH職業性ストレスモデル) ＜ $\alpha=0.51$,項目数=17＞										
△心理的な仕事の量的負担		346	5.63	1.83	447	5.36	1.70	791	2.17 *	0.08
△心理的な仕事の質的負担		346	5.44	1.67	447	5.47	1.56	791	0.30	0.01
△身体的負担		346	1.50	0.63	447	1.40	0.59	714	2.33 ***	0.09
△対人関係		346	9.00	1.73	447	8.26	1.84	762	5.80 ***	0.21
△職場の物理的作業環境		346	3.09	0.83	447	2.84	0.86	791	4.15 ***	0.15
▼仕事のコントロール		346	7.90	1.75	447	8.24	1.61	791	2.87 **	0.10
△技能の活用		346	3.25	0.65	447	3.06	0.72	791	3.76 ***	0.13
▼仕事の適性		346	1.95	0.67	447	2.09	0.68	791	2.97 **	0.11
▼働きがい		346	1.61	0.66	447	1.87	0.78	791	4.88 ***	0.17
職場ストレス(努力-報酬不均衡モデル)										
外在的な努力と報酬 ＜ $\alpha=0.90$,項目数=17＞										
▼外在的努力		346	17.39	4.90	447	19.18	4.64	791	5.25 ***	0.18
▼外在的報酬		346	25.89	7.18	447	27.58	7.30	791	3.28 **	0.12
▼努力/報酬比		346	1.28	0.39	447	1.33	0.41	791	1.88	0.07
コミットメント ＜ $\alpha=0.79$,項目数=6＞										
▼オーバークミットメント		346	14.33	3.34	447	14.72	3.38	791	1.63	0.06
社会的支援 ＜ $\alpha=0.83$,項目数=9＞										
▼上司からのサポート		346	6.90	2.23	447	7.35	2.13	791	2.85 **	0.10
▼同僚からのサポート		346	6.35	2.03	447	6.52	2.01	791	1.18	0.04
▼家族・友人からのサポート		346	5.55	2.29	447	5.59	2.33	791	0.25	0.01
満足度 ＜ $\alpha=0.37$,項目数=2＞										
▼仕事や生活の満足度		346	4.07	1.11	447	4.47	1.27	778	4.75 ***	0.17
コーピング ＜ $\alpha=0.81$,項目数=24＞										
◇情報収集		346	9.73	2.34	447	9.46	2.22	791	1.62	0.06
◇計画立案		346	9.97	2.21	447	9.61	2.16	791	2.25 *	0.08
◇カタルシス		346	13.23	6.06	447	14.86	6.64	791	3.55 ***	0.13
◇肯定的解釈		346	9.79	2.18	447	9.32	2.30	791	2.90 **	0.10
◇責任転嫁		346	4.89	1.51	447	5.87	1.91	790	8.06 ***	0.28
◇放棄・諦め		346	6.12	1.83	447	7.23	2.15	783	7.87 ***	0.27
◇気晴らし		346	9.37	2.57	447	9.45	2.57	791	0.43	0.02
◇回避的思考		346	8.08	2.00	447	8.29	2.11	791	1.41	0.05
慢性的ストレス反応 ＜ $\alpha=0.78$,項目数=22＞										
▼情緒的消耗感		346	2.48	0.58	447	2.73	0.57	791	5.98 ***	0.21
▼脱人格化		346	1.82	0.63	447	2.17	0.68	791	7.38 ***	0.25
▼達成感の低下		346	2.55	0.50	447	2.45	0.53	791	2.50 *	0.09

* $p<0.05$,** $p<0.01$,*** $p<0.001$ n.s. ≥ 0.05

△印は高値であるほど好ましい状況であることを示す

▼印は低値であるほど好ましい状況であることを示す

◇は高値であるほど使用度が高いことを示す(問題に直面した際の対処法として用いる頻度が高いことを示す)

「不適切ケア状況」のcut-off pointは平均値で区分し4/5とした(4ポイント以下をローリスク群, 5ポイント以上をハイリスク群として区分した)

5) 不適切ケア評価尺度得点を従属変数とした重回帰分析結果

Table 2-2-3 に、不適切ケア状況を従属変数とし、個人要因、教育・労働環境要因、職業性ストレス関連要因の全 41 因子を独立変数とした強制投入法による重回帰分析の結果を示した。

不適切ケア発生に影響する因子として有意な関連がみられた独立変数は、影響度が大きい順に、コーピングの下位尺度因子である「放棄・諦め」、慢性ストレス反応の下位尺度因子である「脱人格化」、職場ストレスの下位尺度である「対人関係」、コーピングの下位尺度因子である「責任転嫁」、就労状況としての「介護老人保健施設勤務」、職場ストレスの下位尺度である「身体的負担」、コーピングの下位尺度である「カタルシス」、就労状況としての「夜間勤務」、職場ストレスの下位尺度である「働きがい」、コーピングの下位尺度である「情報収集」であった。

なお、これらの因子による寄与率 (R^2) は 0.33 で、F 値が 6.87 p 値が 0.001 未満であり回帰式の有意性が認められた。

6) 不適切ケア発生に有意な影響の示された独立変数間の相関係数

Table 2-2-4 に、重回帰分析で不適切ケアの発生要因として有意な関連が示された独立変数間の相関係数を示した。

「不適切ケア状況」と「夜間勤務」、「身体的負担」、「情報収集」、「カタルシス」、「介護老人保健施設勤務」との間にはほとんど相関がみられなかった。しかし、「不適切ケア状況」と「脱人格化」($r=0.37$)、「対人関係」($r=-0.30$)、「働きがい」($r=-0.25$)、「責任転嫁」($r=0.35$)、「放棄・諦め」($r=0.36$)との間に低い有意な相関が認められた。

他方、「脱人格化」と「対人関係」($r=-0.31$)、「働きがい」($r=-0.34$)、「責任転嫁」($r=0.34$)、「放棄・諦め」($r=0.33$)との間に低い有意な相関が認められた。

加えて、「対人関係」と「働きがい」($r=-0.27$)、「責任転嫁」($r=0.22$)との間、「働きがい」と「責任転嫁」($r=0.22$)との間に低い有意な相関が認められた。

また、「情報収集」と「カタルシス」($r=0.40$)の間、「責任転嫁」と「放棄・諦め」($r=0.60$)、との間にかなりの有意な相関が認められた。

Table 2-2-3 不適切ケア評価尺度得点を従属変数とし、不適切ケア関連41因子を独立変数とした重回帰分析結果

有意な影響の示された独立変数	偏回帰係数(B)	標準偏回帰係数(β)	t値	p値
放棄・諦め	0.17	0.19	4.00	0.000 ***
脱人格化	0.47	0.16	3.49	0.001 **
対人関係	-0.16	-0.15	-3.42	0.001 **
責任転嫁	0.16	0.14	3.05	0.002 **
介護老人保健施設勤務	0.46	0.11	2.98	0.003 **
身体的負担	-0.35	-0.11	-2.83	0.005 **
カタルシス	0.04	0.11	2.60	0.009 **
夜間勤務	0.40	0.78	2.11	0.035 *
働きがい	0.25	0.09	2.06	0.040 *
情報収集	-0.08	-0.10	-2.00	0.047 *
F値	6.87 ***			
寄与率(R ²)	0.33			
自由度調整済み寄与率	0.28			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

N=793

Table 2-2-4 不適切ケア発生に有意な影響の示された独立変数間の相関係数

	▼不適切ケア状況		慢性ストレス反応		職場ストレスツサ一		コーピング		就労状況	
	脱人格化	対人関係	身体的負担	働きがい	情報収集	カタルシス	責任転嫁	放棄・諦め	介護老人保健施設勤務	
▼脱人格化	0.37 **									
△対人関係	-0.30 **	0.10 **								
△身体的負担	-0.15 **	-0.27 **	0.10 **							
▼働きがい	0.25 **	-0.13 **	-0.05	-0.13 **						
◇情報収集	-0.10 **	0.07 *	0.02	-0.05	0.40 **					
◇カタルシス	0.12 **	-0.04	-0.03	-0.05	-0.11 **	0.06				
◇責任転嫁	0.35 **	-0.22 **	0.02	0.22 **	-0.12 **	0.06				
◇放棄・諦め	0.36 **	-0.19 **	-0.07	0.18 **	-0.12 **	0.06				
介護老人保健施設勤務	0.09 *	-0.02	-0.07 *	0.05	-0.04	-0.01	0.60 **	-0.05	-0.02	
夜間勤務	0.12 **	-0.04	-0.07 *	0.07 *	-0.04	0.02	0.02	-0.03	-0.05	

*p<.05, **p<.01

△印は高値であるほど好ましい状況であることを示す

▼印は低値であるほど好ましい状況であることを示す

◇は高値であるほど使用度が高いことを示す(問題に直面した際の対処法として用いる頻度が高いことを示す)

かかなりの有意な相関がある＝

低い有意な相関がある＝

4. 考察

1) 介護職員による不適切ケアの内容について

介護職員による不適切ケアの有無の単純集計結果を概観すると、異性の入浴や排泄介助を行っている者の割合が 95.3%と非常に高率であった。このことは心理的虐待や性的虐待につながる不適切な行為の横行を示している。直ちに改善を図り同性介護による要介護高齢者及び介護職員の心理的負担の軽減を図っていく必要がある。

厚生労働省（2014a）の平成 26 年度の調査によると、介護施設で就業する介護職員の男女の割合は、男性 23.3%、女性 73.0%、不明 3.7%であった。また、介護保険制度のサービスを受給した 65 歳以上の被保険者のうち介護サービスを利用した者（要介護 1～要介護 5 の者）は、2014 年 1 月審査分で 3,648 万人となっており、男性が 1,092 万人（29.9%）、女性が 2,556 万人（70.1%）であった（内閣府，2014）。したがって、介護施設で就業する介護職員と施設入所の要介護高齢者の男女比に大きな差はないと推察される。であるとすれば、介護施設関係者等の意識啓発や計画的な職員採用・配置、シフトの工夫等によって同性介護を徹底させることは不可能ではないと考えられる。

2) 介護職員による不適切ケアの発生状況の特徴とその背景について

厚生労働省（2016a）が養介護施設従事者による高齢者虐待の実態と要因の把握に向け全国を対象として実施している「高齢者虐待防止・養護者支援法に基づく対応状況等に関する調査」の平成 26 年度の調査（以下、平成 26 年度厚労省虐待調査と称する）によると、虐待が確認された施設・事業所の種別で最も多かったのは「特別養護老人ホーム」（31.7%）で、次いで順に有料老人ホーム（22.3%）、老人保健施設（11.7%）、認知症グループホーム（13.3%）等であり、介護老人保健施設は特別養護老人ホームの約 1/3 であった。厚生労働省（2014b）による平成 26 年度の「介護サービス施設・事業所調査」によると、平成 26 年 10 月 1 日現在で活動中の施設・事業所数は、特別養護老人ホーム 7,249、介護老人保健施設 4,096 であり、介護老人保健施設数は特別養護老人ホーム数の 1/2 弱であった。このような施設数の違いを鑑みても、介護老人保健施設での虐待発生は特別養護老人ホームに比べ少ない割合であることが分かる。

しかし、本調査においては不適切ケア状況を就労状況間で比較したところ、介護老人保健施設で就労している者が不適切ケアを行っている程度が高いといった特徴が示された（Table 2-2-1）。加えて、平成 26 年度厚労省虐待調査によると、被虐待高齢者総数 613 人のうち要介護度は 3 以上が 494 人（80.6%）を占めたことが報告されている（厚生労働省，2016a）。特別養護老人ホームの入居対象は限定的であり要介護 3～要介護 5 であるのに対し、介護老人保健施設は要介護 1～要介護 5 である。そうであるならば、要介護 3 以上の重介護者の割合の低い介護老人保健施設における虐待発生の割合及び不適切ケアを行っている程度は低くなるのが必然と考えられる。

以上の相反する結果をどのように解釈したらよいのであろうか。単純に考えるならば、「虐待者が介護従事者であるか介護職員であるか」、「対象となる行為が高齢者虐待防止・養護者支援法に規定されている虐待であるか明確な定義の示されていない不適切ケアであるか」といった調査対象や調査方法の違いによる相違と考えられるが、その他の要因が潜んでいとも考えられる。いずれにしても同じ入居型の介護保険施設であるにもかかわらず施設

の種別によって違いがみられるとすれば、施設種別における構造的な違いと虐待を含む不適切ケア状況との関連を明確化することによって施設内虐待防止策を検討していく必要があるだろう。

一方、本調査においては不適切ケア状況を就労状況間で比較したところ、夜間勤務のある者が不適切ケアを行っている程度が高いといった特徴も示された (Table 2-2-1)。複数の先行研究においても、入所型介護施設における虐待が夜間勤務時に発生しやすいことが報告されている (柴尾, 2008 ; 柴尾, 2009)。入所型介護施設では、利用者 3 名に対して介護職員または看護師もしくは准看護師を常勤換算で 1 名以上の比率で配置しなければならないが、夜間勤務職員の配置基準は 41 人以上の入所者で 2.05 人、50 人であれば 2.5 人とされ、利用者 20 人に対し 1 人の職員配置が最低基準となっている (厚生労働省, 2016b ; 厚生労働省, 2016c)。このような夜間勤務時の少ない人員配置においては、複数のスタッフ間での協力体制や相互チェック体制が機能し難く、不適切ケアが発生しやすいと考えられる。

不適切ケアの発生に影響を及ぼしていると考えられている諸因子の評価尺度得点を、不適切ケアローリスク群とハイリスク群間で平均値の差の検定をした結果より、次のことが推測される。「不適切ケアハイリスク群はローリスク群に比べ、年齢が若く、職場の教育環境が整っていない。また、不適切ケアハイリスク群は、心理的な仕事の量的負担や身体的負担を強く感じており、対人関係や職場の物理的作業環境に起因するストレス刺激を強く受け、仕事のコントロール度が悪く (裁量権が低く自分の考えによって判断し、処理することが困難で)、技能の活用度が低く (自分の知識や技術を仕事で活用することが少ないと感じており)、介護の仕事に対する適性が低いと感じ働きがいを感じておらず、業務遂行において多大な努力を要していると感じ、経済的・心理的・キャリア報酬の低さによる悩みが強くストレスフルになりやすい。加えて、不適切ケアハイリスク群は、上司からのサポートが低いと感じ、仕事や生活の満足度が低く、ストレスを緩和しにくい状況におかれている。さらに、ストレスフルな刺激やその刺激によって生じた情動を処理するために、『カタルシス』 (抑圧された感情や体験を言葉や行動として外部に表出して心の緊張を解消すること) や『責任転嫁』、『放棄・諦め』といったコーピング手法を用いる頻度が高く、『計画立案』、『肯定的解釈』によるコーピング手法を用いる頻度が低い。慢性的ストレス反応としては、不適切ケアハイリスク群はローリスク群に比べ、ヒューマン・サービス従事による過剰な情緒的負荷や情緒的消耗感、サービスの受け手に対する無感情や冷淡な反応を規定要因とするバーンアウトの程度が高い。ただし、不適切ケアハイリスク群は、ヒューマン・サービスにおける無能力感や達成感の低下を規定要因とするバーンアウトの程度が低い。」

以上の中の、「不適切ケアハイリスク群はローリスク群に比べ若年であった」という点に注目して考察を加える。平成 26 年度厚労省虐待調査によると、虐待を行った養介護施設従事者等 (虐待者) の年齢は、有意差は認められなかったものの「30 歳未満」が 22.0%と最も多く、次いで「30～39 歳」、「40～49 歳」がそれぞれ 19.2%、「50～59 歳」が 12.5%であった (厚生労働省, 2016a)。この結果に準じ、本調査においても有意差は認められなかったものの、「30 歳未満」の不適切ケアを行っている程度が最も高く、50 歳以上が最も低かった。変動する社会の中で社会的規範自体も変動していて何が正しいモラルやマナーなのかが分かり難くなっている近年、大学でさえもどのようにしたら学生の道徳・倫理への

意識の向上に貢献できるかを真摯に検討している（武内・浜島，2010 中山，2010）. そのような現状の中，介護を要する者の尊厳維持への支援を職務とする介護職の養成教育や現任教育の果たすべき責任は重く，特に多様で流動的な価値観を持っていることのがえる若年介護職者及び介護学生への倫理教育の充実化が求められる.

次に，職場ストレスナーの下位尺度因子として「心理的な仕事の量的負担」，「身体的負担」，「対人関係」，「職場の物理的作業環境」，「仕事のコントロール」，「技能の活用」，「仕事の適性」，「働きがい」，「外在的努力」，「外在的報酬」の10項目だけでなく，社会的支援の下位尺度因子として「上司からのサポート」，満足度の下位尺度因子として「仕事や生活の満足度」といった緩衝要因についても有意差が認められ，不適切ケアハイリスク群が多様な職場ストレスナーによるストレス刺激を強く受けていることに加え，効果的にストレス刺激を緩衝（低減）できておらず，慢性ストレス反応を強く表出している様相が把握されたことに注目して考察を加える. 虐待を含む不適切ケアの発生と関連のある職場ストレスナーを同定した研究は見あたらない. しかしながら，様々な職業性ストレスモデル（分析枠組み）に基づいて作成された心理学的尺度を使用して，介護の職務に対する個人の認知的側面及び対処方略を測定することによって，ストレス反応と関連性の強いストレスナーを推察する研究は行われている. 矢富・中谷・巻田（1992）は，心理的な仕事の質的あるいは量的負担が介護職員のストレス反応に影響していることを報告している. 林・小林・鈴木・曾根・縄井・澤田・佐藤・深谷・関・長島・池田・宮崎（2011）は，「仕事のコントロール」，「仕事の魅力」という職務に対する認知的側面がバーンアウトと関連していることを示唆している. さらに，宇良・矢富・中谷・巻田（1995）は，個人の認知的側面から「上司からのサポート」，「同僚からのサポート」などの周囲からの支援や「仕事や生活の満足度」が緩衝要因となっていることを指摘している. また，ストレスナーの同定には至っていないものの，介護員のストレスが介護行為に影響を与えていることを報告している研究も多々ある（厚生労働省，2016a 佐藤，2003 吉川，2012）. したがって，本研究は介護職員のストレスが虐待を含む不適切ケア発生の一因であるとする多くの先行研究を後押しするものとなった.

しかし，以上の知見はあくまでも不適切ケア発生に関わる特徴にすぎず，因果関係を示すものではない.

3) 介護職員による不適切ケア発生の防止要因について

不適切ケアの発生要因を推察するために（どのような要因がどの程度不適切ケアの発生に影響しているかを分析するために）行った重回帰分析及び相関係数のデータを，本研究における不適切ケア発生の概念モデル（Fig.2-2-3）に従いながら解釈すると，対人関係に起因するストレス刺激を強く感じたり働きがいを感じる程度が低いと，また，他者に責任を押し付ける回避的行動をとることによって問題を解決しようとする対処法（責任転嫁）や問題解決が困難であると考え行動に移すことなく解決を諦めたり先延ばしにする対処法（放棄・諦め）の使用頻度が高いと，要介護高齢者に対する無感情や冷淡な対応（脱人格化）の程度が高まり，不適切ケアに至る構図を提示することができる（Fig.2-2-5）.

加えて，対人関係に起因するストレス刺激の低減と働きがいの向上との間に関連があること，対人関係に起因するストレス刺激の低減や働きがいの向上と責任転嫁による対処の低減との間に関連があること，さらに，「情報収集」と「カタルシス」，「責任転嫁」と「放

棄・諦め」の各組み合わせについて、片方のコーピング方略の使用頻度が高いともう片方の使用頻度も高くなることが推測される。

よって、「基本属性」、「教育状況」、「就労状況」、「社会的支援」、「生活の満足度」は不適切ケアの発生に重要な影響を与えていないことが明らかとなり、不適切ケアを防止し質の高い介護サービスの提供に結びつけるためには、第一に職業性ストレスの問題の処理が望まれる。なお、平成 26 年度厚労省虐待調査では、養介護施設従事者等による高齢者虐待の発生要因として「教育・知識・介護技術等に関する問題」が 62.6%と最も多く、次いで「職員のストレスや感情コントロールの問題」(20.4%)であることが報告されており(厚生労働省, 2016a), 本調査結果との間に相違がある。平成 26 年度厚労省虐待調査の結果は、相談・通報があり虐待と判断されたケースの虐待発生要因について市町村に対し任意で回答を求めたものであり、自由記載された複数回答をカテゴリー化し集計した結果である。また、施設長や経営者・開設者、その他を含む養介護施設従事者等による発覚した高齢者虐待を対象としている。このような調査対象・内容・方法の違いが両者の調査結果の違いとなって表れていると考えられる。しかしながら、どちらの調査においても介護職員のストレスの問題の解決が緊要であることを示している。

藤江(2016)は、職員間の関係が虐待や不適切な介護に影響を及ぼしていることを報告している。また、三好(2009)は、介護領域における人間関係に関して職員間のコミュニケーション不足がストレスを増大させていることを報告している。本調査では、対人関係に起因するストレス刺激が職場ストレスの中でも最も不適切ケア発生に影響を与えていることが推察された。したがって、不適切ケアの防止のためには、対人関係知性(ソーシャル・スキル)を身につける教育が重要であることが示唆される。

また、介護労働安定センター(2016)の平成 27 年度の「介護労働実態調査」によると、仕事を選んだ理由で最も多数を占めたのが「働きがいのある仕事だと思ったから」(52.2%)であった。しかし、本調査では働きがいの低さが不適切ケアの発生に影響を及ぼしていることが明らかになった。阿部(2012)は、介護職の働きがいを高めるための取り組み・条件としては、①職能的自尊心のレベルでは、基礎的な技能の習得がなされ、上司からのスーパービジョンを受けつつ経験の積み重ねによる専門性の向上が行われること、②職務的自尊心のレベルでは、利用者への支援と職員間の関係の両面から役割の実現がなされること、③職命的自尊心のレベルでは、仕事を続けていく上での不安要因である、体力面、結婚と子育て、定年制等の課題が改善・解消され、資格取得の支援がなされて、利用者や職員との信頼関係が形成され、介護・福祉の世界で働き続けるためのビジョンが描かれることが重要であると述べている。よって、介護職員の働きがいの向上のためには、介護職員の「自助努力」を促す教育とともに、経営者の「介護職場の労働条件を整備し働きやすさを向上させることに積極的に取り組む姿勢・価値観」を醸成する教育が欠かせない。

一方、本調査において、「責任転嫁」、「放棄・諦め」といった回避的なコーピング方略の多用が不適切ケア発生に多大な影響を与えていることが推察された。回避的対処をするとストレス低減効果が小さいばかりか心理的ストレス反応を憎悪させる可能性のあることが確認されている(Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986)。しかしながら、問題解決的なコーピングがストレス反応の低減に有効であるのは状況へのコントロール可能性が高

い場合であり，コントロール可能性が低い場合にはむしろ回避的コーピングの方が有効であるとの指摘がなされ，コーピングの効果は状況への認知的評価との相互作用によって大きく異なるという（斉藤・菅原，2007）．よって，ストレス反応を低減させることによって不適切ケアの防止を図るためには，対象・場面に応じて「責任転嫁」，「放棄・諦め」といった回避的なコーピング方略を適度を使用できるよう，多様なコーピングスキルの獲得に向けたストレスマネジメント教育が重要となる．

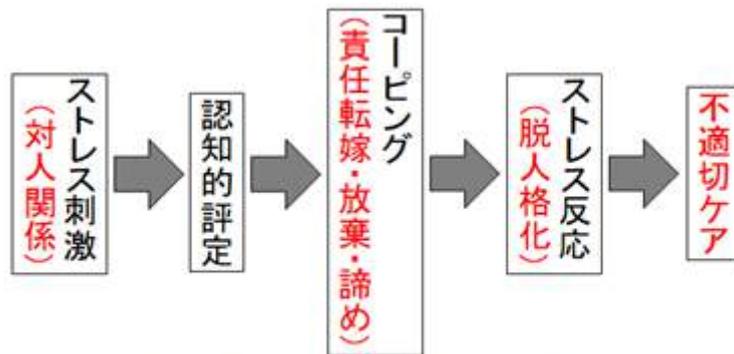


Fig. 2-2-5 不適切ケア発生の構図（プロセス）

5. 結論と課題

介護職員の不適切ケアの状況と不適切ケアの発生に影響を与えていると考えられる多様な要因との関連を明らかにするために，東海北陸ブロック7県の特別養護老人ホームと介護老人保健施設全数（1,715施設）の介護職員3,430名（各施設2名）を対象とした，126の設問から成る自記式質問紙調査票を実施した．その結果，不適切ケアの発生に最も影響を及ぼしている因子は，「放棄・諦め」によるコーピング方略の多用であり，次いで，「対人関係」の悪さに起因するストレス刺激，「責任転嫁」によるコーピング方略の多用，「働きがい」のなさに起因するストレス刺激であり，それらが「脱人格化」を助長し不適切ケアに至る構図が示された．

したがって，不適切ケアを防止し質の高い介護サービスの提供に結びつけるためには職業性ストレスの問題の処理が望まれる．特に，対人関係知性（ソーシャル・スキル）を身につける教育や対象・場面に応じた多様なコーピングスキルを身につけることを中心としたストレスマネジメント教育の充実化を図る必要がある．また，介護老人保健施設に勤務している者，夜間勤務のある者，若年者，職場の教育環境の整っていない者が不適切ケアを行っている程度が高かったという特徴を踏まえたリスクマネジメントが必要である．

これまでは多様で複合的な虐待を含む不適切ケアの発生意因が指摘されてきた．その流れの中で，本研究は介護職員のストレスへの対応が最も重要であることを示すものとなった．しかし，介護職員の職業性ストレスの問題への具体的介入法を検討するためには，介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をさらに多面的かつ詳細に把握する必要がある．

引用文献

阿部正昭 (2012) 介護職の「働きがい」と職場の「働きやすさ」；神奈川県内における特別養護老人ホームの面接調査から. 関東学院大学人文学会社会学部会社会論集, 18, 1-19.

新井輝子 (2004) 介護養成課程における学生の倫理観の現状. 足利短期大学研究紀要, 24, 103-107.

新井輝子 (2008) 介護実習施設の職員の倫理的配慮に対する介護実習生の評価について. 足利短期大学研究紀要, 28, 115-122.

有馬良建 (2006) 施設における高齢者虐待防止対策の展望；評価基準策定とチェックリスト活用の提案. 総合ケア, 16(7), 20-24.

Buzgova,R. & Ivanova,K. (2009)Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*,16(1),110-126.

Folkman.S. & Lazarus,R.S.(1988)Coping as a mediator of emotion.*Journal of Personality and Social Psychology*,54(3),466-475 .

Folkman,S.,Lazarus,R.S.,Gruen,R.J. & DeLongis,A.(1986)Appraisal,coping,health status,and psychological symptoms.*Journal of Personality and Social Psychology*,50, 571-579.

藤江慎二 (2016) 介護スタッフの“してしまいそうになった虐待”等の現状とその要因；職員間の人間関係と同僚の虐待行為の発見に焦点をあてて. 高齢者虐待防止研究, 12(1), 49-59.

舟島なをみ (2007) 質的研究への挑戦. 第2版, 40-79, 医学書院, 東京.

原谷隆史 (1998) ストレス測定研究グループ報告 簡易ストレス調査票の信頼性と妥当性 (労働省 平成9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). 116-124.

林隆司, 小林聖美, 鈴木康文, 曾根幸喜, 縄井清志, 澤田和彦, 佐藤和典, 深谷隆史, 関千代子, 長島緑, 池田潔, 宮崎泰 (2011) 介護老人施設職員の職業性ストレス；リハビリテーション職・看護職・介護職・相談職の比較から. 医療保健学研究, 2, 43-63.

林真二 (2015) 養介護施設職員の虐待予防研修の受講と虐待及び予防意識との関連. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 59-68.

Hurrell,J.J.Jr. & McLaney, M.A. (1988)Exposure to job stress:A new psychometric instrument,*Scandinavian journal of Work Environmental Health*,14(1),27-28.

羽地亮 (2003) 専門職の倫理教育を考える；倫理教育の現場から. 月刊福祉, 10, 24-27.

石井トク, 兼松百合子, 桜庭繁 (1993) 看護と生命倫理；倫理的な分析の方法論について. 生命倫理, 3(1), 33-37.

介護労働安定センター (2016) 平成27年度介護労働実態調査の結果；事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の就業実態と就業意識調査.

(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h27_chousa_kekka.pdf, 2016年12月1日)

神奈川県保健福祉部高齢福祉課 (2009) 高齢者・家族の心に耳を傾けるケアをめざして；施設職員のための高齢者虐待防止の手引き 自己点検シート (チェックリスト), 51-

62.

(<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/17093.pdf>, 2015年8月20日)

小林朋美, 寺嶋洋恵, 早坂真理子, 山村江美子, 安田真美, 矢部弘子, 板倉勲子 (2005) 高齢者施設に勤務する介護福祉士による介護評価の分析. 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要, 3, 79-86.

小長谷百絵 (2010) 実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防 (高崎絹子 監修); 施設での高齢者虐待の特徴と対応. 日本看護協会出版会, 41-53, 東京.

厚生労働省 (2014a) 第1回社会保障審議会福祉部会 福祉人材確保専門委員会 平成26年10月27日 資料2; 介護人材の確保について.

(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062879.pdf, 2016年11月30日)

厚生労働省 (2014b) 平成26年介護サービス施設・事業所調査の概況.

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/index.html>, 2016年8月20日)

厚生労働省 (2016a) 平成26年度高齢者虐待防止・養護者支援法に基づく対応状況等に関する調査.

(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000111665.pdf>, 2016年8月20日)

厚生労働省 (2016b) 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 (平成十一年三月三十一日厚生省令第四十六号 最終改正:平成二八年) 二月五日厚生労働省令第一四号).

(<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000046.html>, 2016年8月20日)

厚生労働省 (2016c) 介護老人保健施設の人員, 施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成十一年三月三十一日厚生省令第四十号 最終改正:平成二八年) 二月五日厚生労働省令第一四号).

(<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000040.html>, 2016年8月20日)

倉林しのぶ (2009) 施設における高齢者虐待と介護職のための倫理教育の展望. 地域ケアリング, 11(3), 44-49.

倉林しのぶ, 芝山江美子, 宮崎有紀子, 李孟蓉, 尾島喜代美, 風間順子 (2014) 養介護施設従事者における「高齢者虐待と不適切な行為」の認識およびその認識に関わる背景と要因. 生命倫理, 24(1), 76-86.

Lazarus, R.S., Folkman, S. / 本明寛, 春木豊, 織田正美 監訳 (1991) ストレスの心理学; 認知的評価と対処の研究. 143-144, 実務教育出版, 東京.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

松本望 (2015) 認知症グループホームの介護職員の虐待に対する意識に影響を与える要因の検討. 高齢者虐待防止研究, 11(1), 49-58.

松本望, 今井幸充 (2013) 認知症グループホームで必要とされる虐待予防因子の構造と実態; 介護職員への認識調査をもとに. 日本認知症ケア学会誌, 12(2), 376-386.

三好明夫 (2002) 要介護高齢者福祉の推進と人権擁護; とともにあるための関係づくりへ.

人間関係学研究, 9(1), 41-48.

三好明夫 (2009) 特別養護老人ホームの介護職員が必要とするスーパービジョンについての研究; 介護職員を対象としたグループインタビュー調査の結果より. 人間関係学研究, 16(1), 1-12.

永島稔子, 倉田康路, 滝口真, 岡部由紀夫, 長千春 (2010) 介護サービスの改善を視点とした高齢者虐待防止策の検討; 介護従事者を対象としたアンケート調査の分析から. 介護福祉学, 17(2), 155-163.

中野敬子 (1991) 対処行動と精神身体症状における因果関係について. 心理学研究, 61(6), 404-408.

内閣府 (2014) 平成 26 年版高齢社会白書; 第 1 章 第 2 節 3 高齢者の健康・福祉(2)高齢者の介護.

(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1_2_3.html, 2016 年 11 月 30 日)

中山理 (2010) 特集・学生とマナー; 事例 大学における道德教育. 大学と学生, 86, 33-38.

西元幸雄, 小林好弘, 紀平雅司, 近藤辰比古, 伊藤妙, 西元直美 (2007) 高齢者虐待システム; 高齢者施設における虐待の構造分析. 老年社会科学, 28(4), 522-537.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004a) ストレススケールガイドブック; 第 4 章成人勤労者概説 (小杉正太郎, 大塚泰正). 221-229, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004b) ストレススケールガイドブック; 職業性ストレス簡易調査票 (下光輝一, 大谷由美子, 小田切優子). 250-257, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004c) ストレススケールガイドブック; 日本語版努力-報酬不均衡モデル調査票 (堤明純). 277-285, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004d) ストレススケールガイドブック; 日本語版バーンアウト尺度 (諸井克英). 316-320, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004e) ストレススケールガイドブック; Tri-Coping Scale 24 (TAC-24) (神村栄一). 391-394, 実務教育出版, 東京.

斉藤瑞希, 菅原正和 (2007) ストレスとコーピングの実行性と志向性 (I); ストレスとコーピングの理論. 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 6, 231-243.

坂田成輝 (1989) 心理的ストレスに関する一研究; コーピング尺度の (SCS) の作成の試み. 早稲田大学教育学部学術研究 (教育・社会教育・教育心理・体育学編), 38, 61-72.

佐藤佳子 (2003) 介護現場におけるストレスが介護行為に与える影響について. 東北福祉大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻紀要, 1, 24-30.

佐藤弥生, 佐々木千晶 (2016) 介護職員の「不適切ケア」の判断の拠り所; アンケートの自由記述の分析から. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 18(27), 11-21.

柴尾慶次 (2007) 施設内虐待を防止するために; 構造的につくられる施設内虐待. 高齢者虐待防止研究, 3(1), 8-14.

柴尾慶次 (2008) 高齢者虐待と虐待防止; 施設内における高齢者虐待の実態と対応. 老年精神医学雑誌, 19(12), 1325-1332.

柴尾慶次 (2009) 養介護従事者, 養介護事業従事者による虐待発生の構図. 高齢者虐待防止研究, 5(1), 45-48.

高崎絹子, 柴尾慶次, 平田厚 (2012) 不適切ケアの放置が虐待につながる. ふれあいケア, 2012年11月号, 12-20.

武内清, 浜島幸司 (2010) 大特集・学生とマナー; 学生の意識とマナー. 大学と学生, 86, 6-18.

外崎紅馬 (2003) 福祉施設における人権侵害の構成要素に関する研究; 学生の意識分析からの考察. 介護福祉学, 10(1), 41-48.

上野栄一 (2008) 内容分析とは何か; 内容分析の歴史と方法について. 福井大学医学部研究雑誌, 9(1・2 合併号), 1-18.

宇良千秋, 矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき (1995) 特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響. 老年社会科学, 16(2), 164-171.

矢富直美, 中谷陽明, 卷田ふき (1992) 老人介護スタッフにおける職場の組織的特性のストレスの緩衝効果. 老年社会学, 14, 82-92.

横山さつき, 野村敬子, 高野晃伸, 真野啓子, 吉川杉生, 稲垣貴彦, 大井千香子, 志村真 (2014) 介護福祉士養成課程における介護技術修得度に関する研究; 評価尺度の作成と到達目標の設定に向けて (第一報). 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, 15, 75-84.

横山さつき (2015) 介護施設における要介護高齢者への倫理的配慮の現状と課題; 介護職員と介護実習生に対する調査から. 老年社会科学, 36(4), 409-422.

吉川悠貴 (2012) 不適切ケア・虐待防止のためのストレスマネジメント. ふれあいケア, 18(11), 21-24.

第3章 介護職員の心理的健康状態と影響要因の検討

第1節 介護福祉士の職業性ストレスの実態と労働特性【研究3】

1. 目的

第2章では、介護職員による不適切ケアの実態と発生・防止要因を明らかにした。その結果、介護職員の職業性ストレスへの対応が最も重要であることが示され、具体的介入法を検討するためには、介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をさらに多面的かつ詳細に把握した上での検討が必要であることを指摘した。

職業性ストレス研究においては、「ミシガンモデル」や「NIOSH 職業性ストレスモデル」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 (Kawakami & Haratani, 1999 ; Taylor & Klein & Lewis & Gruenewald & Gurung & Updegraff, 2000)。

このような研究が根拠となり、わが国においても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。

こうした背景において、介護職員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。厚生労働省 (2003) の「平成 14 年労働者健康状況調査の概況」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。また、平成 16 年度に介護労働安定センター (2005) が実施した、「介護労働者のストレスに関する調査」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、ストレスとストレス反応との混同のみられる研究や主観的なストレス体験の頻度・程度を評価している研究がほとんどであり、心理学的ストレスモデルや職業性ストレスモデル等の理論研究に基づき、介護職員の職務関連要因の実態を明らかにした研究は不十分である。

そこで、本研究では、理論研究に基づき介護職員のストレス反応に作用していると考えられる多様な要因の特徴を明らかにすることを目的とした。

なお、用語の定義及び操作的定義は以下である。

<用語の定義>

①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。

②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）。

③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．

④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．
<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．

2. 方法

1) 調査対象と手順・時期

東海北陸ブロックの大学・短期大学の中で最も早く介護福祉士養成課程を設置したA介護福祉士養成課程の卒業生全数（平成2～15年度卒業生1,342名：2年課程913名，1年課程429名）に対して郵送法による質問紙調査を2回に亘って実施した．第1回調査として，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%）．このうちの介護関係労働就労者238名に対し，第2回調査として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．

2) 評価尺度及び概念モデル

介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をさらに多面的かつ詳細に把握するために，介護労働者とその他の労働者との職業性ストレスを簡便に比較することのできる，「仕事のストレス判定図」（川上・橋本・相澤・小林・林・廣，2000；パブリックヘルスリサーチセンター，2004a）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．

仕事のストレス判定図は，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」（Fig.3-1-1）を概念モデルとして作成された（宗方・渡辺編著／久村・坂爪・高橋・藤本，2003）．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」として提案されたが、後に、職場ストレス-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(小杉 編著/大塚・島津・田中・田中・種市・林・福川・山崎, 2004)。しかしながら、オリジナルの尺度ではなく、NIOSH 職業性ストレス調査票及び職業性ストレス簡易調査票(原谷, 1998; パブリックヘルスリサーチセンター, 2004b)等の既存の調査票のそれぞれ該当する下位尺度を利用して、労働者の職業性ストレスを職場集団単位で評価し、わが国の標準集団及び多様な職種との比較をする尺度である。また、得られた職場集団の職業性ストレスの水準から、予測される健康障害の発生危険度を、標準集団を 100 とした場合の相対危険度(健康リスク)として推定する尺度である。

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「蓄積疲労徴候調査縮約版(18項目版)」(山崎・朝倉 編/山崎, 2003)を用いた。

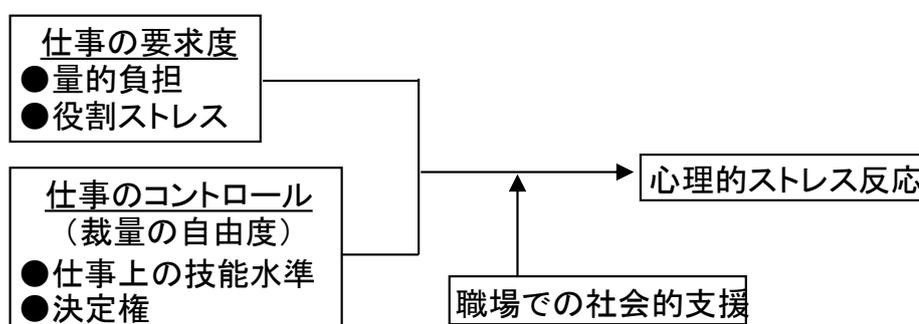


Fig.3-1-1 要求度-コントロール-社会的支援モデル

3) 調査票の構成項目及び分析処理

(1) 基本属性と労働条件

年齢、職種、職位、雇用形態、介護職としての経験年数、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) 職場ストレス、社会的支援

職業性ストレス簡易調査票の、「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)、社会的支援要因に含まれる「上司の支援」、「同僚の支援」という4つの下位尺度、計12項目について尋ねた。そして、回答の程度にしたがって順に、1, 2, 3, 4と採点する4件法による各項目の下位尺度ごとの合計得点(下位尺度得点)を次の分析に用いた。

①12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、相対危険度(健康リスク)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（パブリックヘルスリサーチセンター，2004a）．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平成11年度研究報告（下光ら，2000）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徴候調査縮約版の18項目について尋ねた．

症状別の該当人数及び該当する症状数を cut-off point（4/5）によって区切った場合のローリスク群とハイリスク群の人数を計上した．また，基本属性間，就労状況間の蓄積疲労度について，対応のない平均値の差の検定を行った．この際，2グループの平均値の差の検定にはt検定，もしくは Welch の検定を用いた．3グループ以上の平均値の差の検定には，一元配置分散分析及び多重比較を用い，等分散の検定（Levene の検定）により等分散性が成り立った場合は Bonferroni の検定を，等分散性が成り立たなかった場合は Tamhane の検定を行った．さらに，蓄積疲労度と関連する要因（職場ストレス，社会的支援）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及び解析には，SPSS Inc. SPSS 11.0 for Windows を使用した．

4）倫理的配慮

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．また，追跡の必要のない第2回調査については，無記名とした．

5）尺度の使用許諾

（1）職業性ストレス簡易調査票，仕事のストレス判定図の使用許諾について

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）蓄積疲労徴候調査縮約版（18項目版）の使用許諾について

蓄積疲労徴候調査縮約版（18項目版）は東京都立労働研究所が開発したものであり，版權の問題はない．

3．結果

1）介護福祉士養成校卒業生の労働実態

第1回調査の回答者総数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（介護労働関係者数／回答者総数）は61.7%であった．

2）常勤介護福祉士（女性）の基本属性と就労状況

第2回調査において238名中119名の介護関係労働就労者からの有効回答が得られた

(回収率 50.0%)。このうち、標本数が 5 人以下であった訪問介護員，介護支援専門員，社会福祉士，看護師，准看護師，常勤でない介護福祉士及び 1 名の男性を除外した，80 名 (72.1%) の常勤介護福祉士 (全員女性) を分析対象とした。

常勤介護福祉士の平均年齢は 26.2±4.0 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 5.2±2.6 年で，現事業所での在職年数の平均は 4.0±2.4 年であった。また，週平均の労働時間の平均は 39.3±25.7 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 16.4±35.1 時間で，健康障害の発生危険度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 (Table 3-1-1)。

Table 3-1-1 常勤介護福祉士(女性)の基本属性と就労状況

		N (%)
年齢(歳)	25歳未満	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	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	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	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	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)

3) 常勤介護福祉士(女性)の蓄積疲労に関わる心身の症状・状態の自覚の有無

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 (Fig.3-1-2)。そして，常勤介護福祉士の蓄積疲労度ハイリスク群は 28 名 (35.9%)，ローリスク群は 50 名 (64.1%) であった。

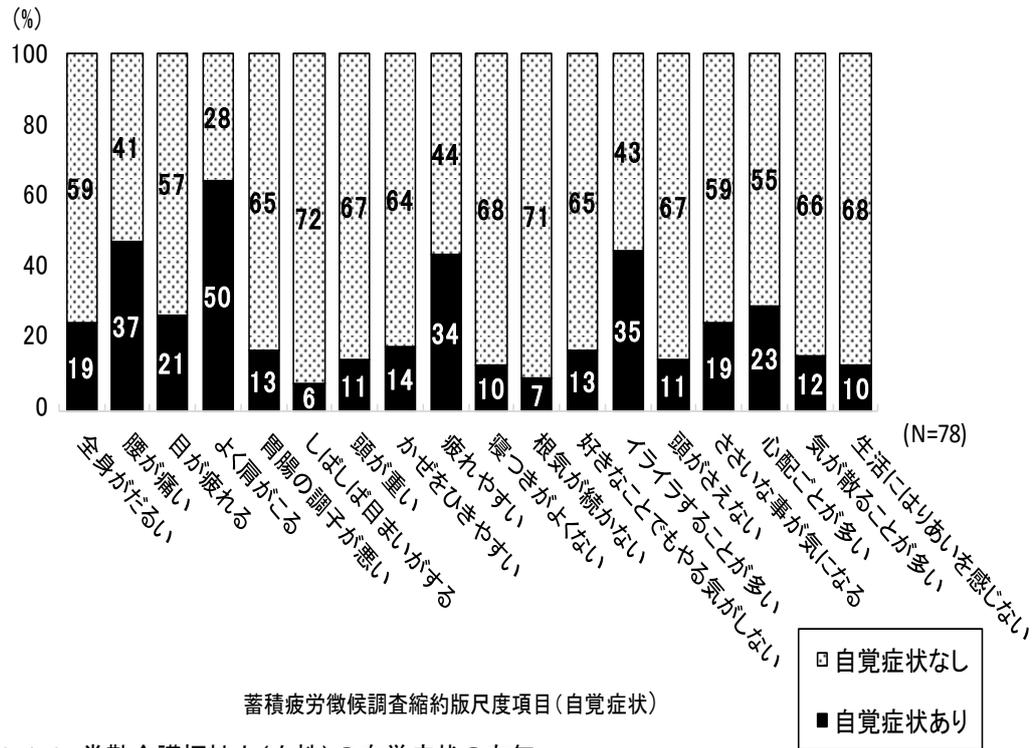


Fig.3-1-2 常勤介護福祉士(女性)の自覚症状の有無

4) 常勤介護福祉士(女性)の基本属性間、就労状況間における平均蓄積疲労度

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)間と就労状況(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)間の蓄積疲労度に有意差は認められなかった ($p > 0.05$).

5) 常勤介護福祉士(女性)の基本属性、就労状況及び蓄積疲労度区分別の健康リスク

仕事のストレス判定図から、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)をやや下回ったものの、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示された。また、蓄積疲労度ハイリスク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示された。そして、平均値の差の検定においても、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 ($p < 0.05$), 蓄積疲労度ハイリスク群はローリスク群に比べ ($p < 0.01$) 有意に健康リスクが高かった (Table 3-1-2, Fig.3-1-3, Fig.3-1-4).

Table 3-1-2 常勤介護福祉士(女性)の基本属性・就労状況・蓄積疲労度区別の健康リスク

		職場ストレス		職場の社会的支援		健康リスク
		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	
介護福祉士(女性)全体		113		87		98
		9.45	7.27	7.18	9.15	
年齢	25歳未満	110		80		88
		9.07	7.34	7.59	9.69	
	25~29歳	115		93		★
		9.54	6.98	6.9	8.83	106
	30歳以上	110		90		99
		10.38	8.5	7.12	8.88	
管理業務	なし	113		89		100
		9.31	7.1	6.99	9.15	
	あり	111		78		86
		10.27	8.27	8.36	9.18	
介護職の経験年数	3年未満	112		83		92
		9.37	7.25	7.56	9.31	
	3~5年未満	109		83		90
		9	7.42	7.37	9.47	
	5~10年未満	117		92		★
		9.68	6.84	7.03	8.81	107
	10年以上	104		89		92
		10.2	9.4	6.6	9.6	
現事業所での在職年数	3年未満	117		87		★
		9.74	6.93	7.48	8.89	101
	3~5年未満	106		86		91
		8.64	7.59	7.14	9.41	
	5~10年未満	116		91		★
		9.85	7.15	6.89	9.07	105
	10年以上	104		61		63
		11	10	9	11	
週平均の労働時間	40時間まで	111		85		94
		9.26	7.34	7.43	9.17	
	40時間を超える	126		100		★★★
		10.7	6.4	6.2	8.7	126
						* t値=2.131 r値=0.25
月平均の所定外労働時間	45時間以内	114		88		100
		9.58	7.2	7.16	9.13	
	45時間を超える	100		80		80
		9	9	7.75	9.5	
休日出勤	なし	113		86		97
		9.48	7.31	7.21	9.27	
	あり	114		91		★
		9.48	7.04	7.04	8.89	103
交代制勤務	なし	108		91		98
		9.33	7.87	7.07	8.87	
	あり	114		85		96
		9.44	7.07	7.25	9.31	
深夜勤務	なし	105		90		94
		9.07	8.21	7.71	8.36	
	あり	114		87		99
		9.53	7.06	7.06	9.33	
蓄積疲労度	ハイリスク群	122		102		★★★
		9.93	6.32	6.54	8.25	124
	ローリスク群	109		82		89
		9.25	7.71	7.46	9.58	89
						** t値=3.613 r値=0.38

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<.05, **p<.01

網掛けで示す数値及び健康リスクは、わが国の標準集団及び多様な職種との比較において標準集団を100とした場合の相対危険度を示す

100を標準とする健康リスクによる評価は、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、120~130以上の健康リスクは特に危険であると推測される(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004a)

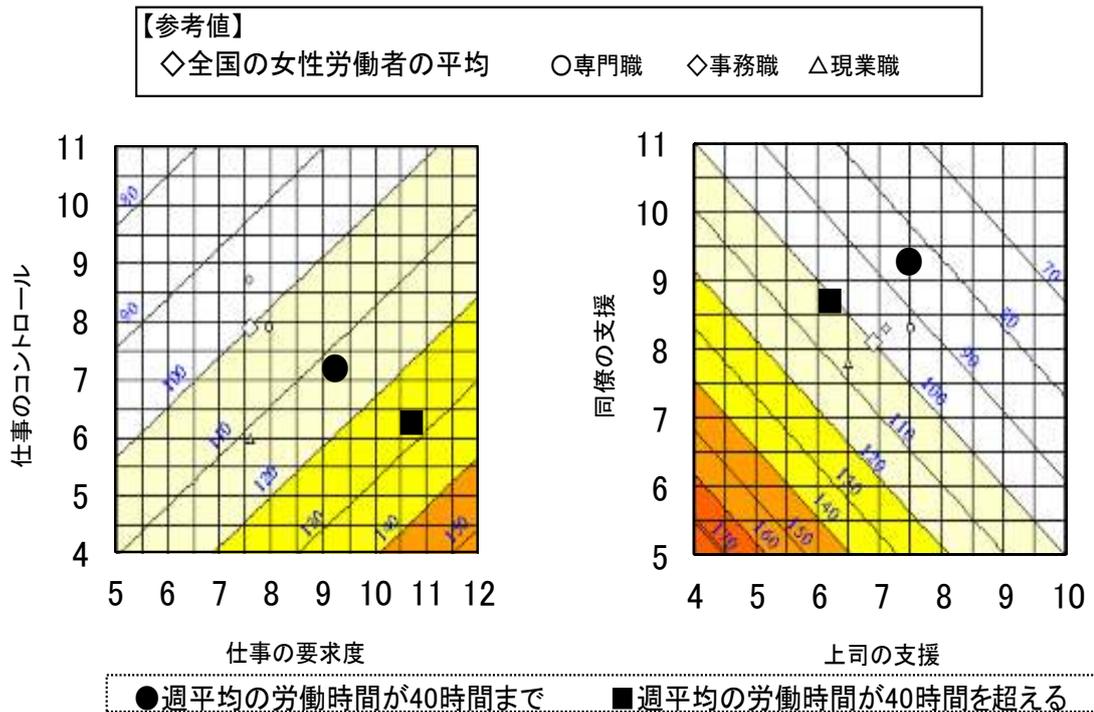


Fig.3-1-3 常勤介護福祉士(女性)の労働時間別の仕事のストレス判定図

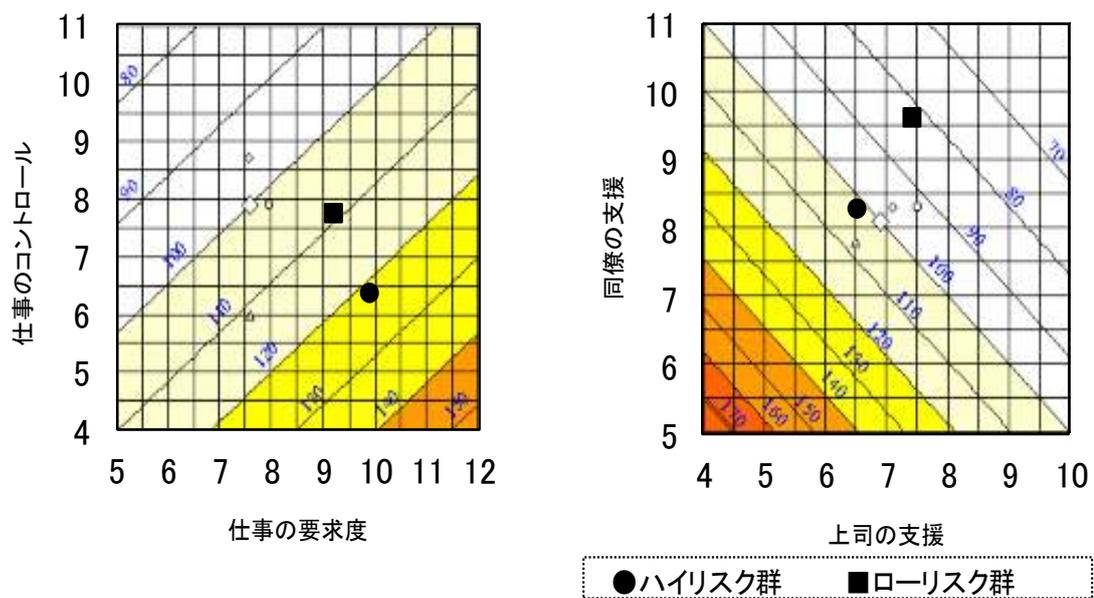


Fig.3-1-4 常勤介護福祉士(女性)の蓄積疲労度別の仕事のストレス判定図

6) 常勤介護福祉士(女性)と全国女性労働者間における職場ストレスと社会的支援についての平均下位尺度得点

女性常勤介護福祉士と全国女性労働者の職場ストレスと社会的支援の平均下位尺度得点及び両者間の各下位尺度得点についての平均値の差の検定を行った結果を Table 3-1-3 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 $p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.001$)。なお、「年齢」においても有意差があった ($p < 0.001$)。

Table 3-1-3 常勤介護福祉士(女性)と全国女性労働者間における職場ストレスと社会的支援についての平均下位尺度得点

	全国の女性労働者			常勤介護福祉士(女性)			自由度	t値	r値	
	N	平均値	SD	N	平均値	SD				
年齢	2,175	35.3	10.5	80	26.2	4.0	2,253	7.74 ***	0.16	
職場ストレス	仕事の要求度	2,133	7.4	2.2	78	5.5	1.7	2,209	9.30 ***	0.19
	仕事のコントロール	2,114	7.1	2.0	78	7.7	1.9	2,190	2.67 **	0.06
職場の社会的支援	上司の支援	2,070	8.1	2.1	78	7.7	2.5	2,146	1.31	0.03
	同僚の支援	2,105	6.9	2.0	78	5.8	2.1	2,181	4.41 ***	0.09

p<.01, *p<.001

ストレス度が有意に高い集団のデータを網掛けした

仕事の要求度は、ポイントが低いほど仕事の量的負担が大きいことを示す

仕事のコントロールは、ポイントが低いほど仕事のコントロール度が高いことを示す

上司の支援は、ポイントが低いほど上司の支援度が高いことを示す

同僚の支援は、ポイントが低いほど同僚の支援度が高いことを示す

7) 常勤介護福祉士(女性)の蓄積疲労度を従属変数とした重回帰分析結果

女性常勤介護福祉士蓄積疲労度を従属変数とし、職場ストレスと社会的支援及び基本属性を独立変数とした重回帰分析結果を Table 3-1-4 に示す。蓄積疲労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。

Table 3-1-4 常勤介護福祉士(女性)の蓄積疲労度を従属変数とし、職場ストレスと社会的支援及び基本属性を独立変数とした重回帰分析結果

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

F値=5.250***, $R^2=0.273$, 調整済み $R^2=0.221$

p<.01, *p<.001

4. 考察

1) 介護福祉士(女性)の職業性ストレスについての全国女性労働者との比較

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低いことが予測された。しかし、この結果には、全国平均に比し危険度が低かった「職場の社会的支援」(87 ポイント)が大きく影響しており、「仕事量 - コントロール」(113 ポイント)については全国平均を 13%上回り危険度が高かった。

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的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所見を得た。なお、常勤介護福祉士(女性)と全国女性労働者との年齢間に有意差が認められた。しかし、仕事のストレス判定図は年齢に関係なく男女別に標準集団との比較のできるスケールであり、また、常勤介護福祉士(女性)の年齢階層間の職場ストレスや社会的支援、健康リスクに有意差が認められなかった(Table 3-1-2)。そのため、平均年齢の差はあってもそれらの比較に絶え得ると判断した。

加えて、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。

Fig.3-1-5はカラセック(Karasek, 1979)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ストレス判定図の概念モデルである「仕事の要求度-コントロール-社会的支援モデル」の原型をなすものである。カラセックは、セリエ(Selye)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字型の曲線的関係にあるとし、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(小杉 編著/大塚ら, 2004)。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(小杉 編著/大塚ら, 2004)。

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。

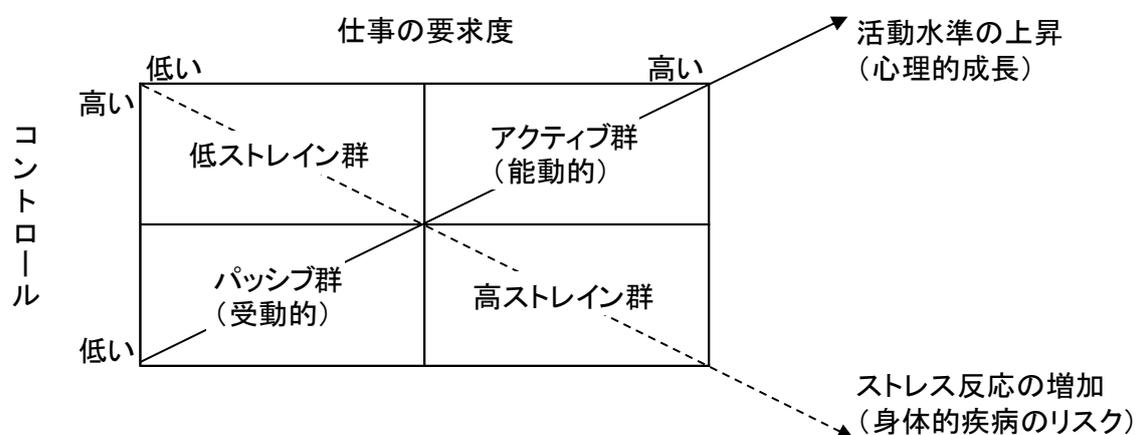


Fig.3-1-5 仕事の要求度-コントロールモデル(Karasek, 1979)

2) 介護福祉士のストレス反応（蓄積疲労）に影響を及ぼす要因について

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。

「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) 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 (小杉編著/大塚ら, 2004)。

よって、高ストレイン群に属する介護福祉士のストレス反応（蓄積疲労）の低減及び活動水準の上昇（心理的成長）のためには、介護労働者の増員等による仕事の量的負担の軽減ではなく、仕事のコントロール度を高めることが有効となろう。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ハイリスクとなる。

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。

他方、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。このことに関連して、「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米国の研究がある (Taylor et al., 2000)。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、特に同僚間の協同体勢及び人間関係を重視した介入が有効となろう。

5. 結論と課題

介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性の多面的かつ詳細な把握に向け、介護職員員のストレス反応に作用していると考えられる多様な要因の特徴を明らかにすることを目的とした質問紙調査を実施した。

その結果、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ことが推察された。しかし、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有意に高い同僚からのサポートが緩和している

様相が把握された。また、因果関係の推測及び相互関係の推測を行ったところ、ストレス反応に影響する要因として「仕事のコントロール」と「同僚の支援」が抽出され、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女性常勤介護福祉士の心理的不調（長期的にはストレス関連疾患）の大きな危険因子となっていることが推察された。

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。

ただし、本研究は、常勤介護福祉士の職業性ストレスの実態及び労働特性を追究するにとどまっている。そのため、無資格の介護職員等の職業性ストレスの実態把握が必要である。

第2節 無資格介護職員の職業性ストレスの実態と労働特性【研究4】

1. 目的

無資格の介護職員に焦点を当て、介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をさらに多面的かつ詳細に把握するにあたり、介護職員の保有資格別の平均勤続年数を見てみる。すると、介護福祉士が6.0年、初任者研修終了後の介護職員が4.1年、無資格の介護職員が2.9年であり、無資格の介護職員が早期に離職している様相がうかがえる（介護労働安定センター、2014a）。

介護職員の離職率は平成20年度以降20%を下回り、ここ数年16%～17%台で推移している（介護労働安定センター、2014a）。しかし、本邦の全産業平均と比較すると介護業界の離職率は依然として高い状況にある。また、平成25年度調査では、離職者の73.2%が勤務年数3年未満、さらには、1年未満で辞めた者は39.2%に上り、新人介護職員の離職が大きな課題となっている（介護労働安定センター、2014a）。一方で、入社3年以内で離職する率が高い業種は上から「教育、学習支援業」（48.8%）、「宿泊業、飲食サービス業」（48.5%）、「生活関連サービス業、娯楽業」（45.0%）であるにもかかわらず（大竹、2013）、とかく介護職務は「3K」（きつい、汚い、給料安い）と称されマスコミ等を通じてネガティブなイメージが強烈に浸透している（内閣府、2010）。また、介護労働安定センター（2014b）が実施した平成25年度の「介護労働者の就業実態と就業意識調査」には、53.6%の介護職員が「仕事の内容・やりがい」に満足していることが示されているが、介護職の「社会的に意義がありやりがいのある仕事である」といったポジティブな側面には目が向けられ難く、低賃金で離職率が高いストレスフルな仕事であるとの評価が先行している（坂井・佐藤・須田、2015）。

そこで、離職傾向が強く職場ストレスに対する耐性が低いことが推察される無資格の新人介護職員を対象として、その職業性ストレスを他職種と比較することによって、介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をより明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象と手順・時期

A県社会福祉協議会がA県内にある介護施設の介護職員を対象として公募し、2014年8月に開催された2日間の介護技術研修会に参加した介護職員のうち、介護職としての就業年数が1年未満で介護福祉士資格をもたない74施設87名の介護職員（以下、無資格新人

介護職員と称す) を対象に、無記名自記式質問紙による集合調査を研修会終了時に実施した。

加えて、介護職員同様に必ずしも専門資格がなくても就業できる肉体労働者であるが、一般に経済的報酬(金銭, 地位)やキャリアに関する報酬(仕事の安定性や昇進)が高いとされる地方公務員である消防職員を対照群に設定し、A 県下 21 の消防本部に 2014 年度に採用された 99 名の消防職員(以下, 新人消防職員と称す)を対象に同様の調査を 2014 年 7 月末に行った。

2) 評価尺度と分析処理

日本語版「努力 - 報酬不均衡モデル」調査票を用いて評価した(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004c)。この調査票は、他の職業性ストレス尺度にはない、「報酬」という構成概念が取り入れられ、職の不安定性など現代のストレスフルな就業状況を敏感にとらえることができ、また、就業環境のみならず、仕事にのめりこみやすいといった個人要因の測定を包含する。そのため、職業性ストレスをより多面的、かつ簡便に把握することを可能とすると判断し採用した。

日本語版「努力 - 報酬不均衡モデル」調査票は、賃金や社会的地位・やりがい(仕事に対する充足感や手応え, 張り合い)等の外在的報酬の視点を含んだ職業性ストレスモデルである「努力 - 報酬不均衡モデル」に基づいて作成された調査票であり、労働において費やす努力と得られる報酬との不均衡に着目している点に特徴がある。尺度は、「外在的な努力(仕事の要求度, 責任, 負担)」と「外在的な報酬: 経済的報酬(金銭, 地位), 心理的報酬(自己肯定感), キャリア報酬(仕事の安定性や昇進)」という 2 つの状況特異的な職場ストレス(ストレス刺激)を測定する尺度と、「オーバーコミットメント(競争心や認められたいという強い願望など)」という個人要因を測定する尺度で構成されている。

職場ストレス(ストレス刺激)を測定する尺度については、「ストレスフルな状況は存在しない」～「ストレスフルな状況が存在し非常に悩んでいる」の 5 件法で回答を求めた。「外在的な努力」については尺度の合計得点が高いほど回答者によって経験されている外在的な努力が高いことを示すよう、「外在的な報酬」については尺度の合計得点が低いほど低報酬による悩みが強いことを示すよう、1 点から 5 点を配点した。また、「努力/報酬比」(努力と報酬のバランス、「外在的な努力」と「外在的な報酬」との比)を所定の方法(分母に補正係数を乗じて異なる項目数を補正)で算出し、職業生活において費やす努力とそこから得られるべきもしくは得られることが期待される報酬が釣りあわない、「高努力/低報酬状態」をストレスフルとして捉えた。なお、「努力/報酬比」は、得点が高いほど費やす努力に比べ報酬が低くストレスフルであることを示す。

個人に関わるストレス要因としての「オーバーコミットメント」(危険な個人要因: 競争心や認められたいという強い願望, 仕事に過度に傾注する個人の態度や行動パターン)を測定する尺度については、「全く違う」(1 点)～「全くその通りだ」(4 点)の 4 件法で回答を求めた。この尺度は、得点が高いほど仕事に過度に傾注する傾向が強くストレスフルになりやすいことを示す。

無資格新人介護職員と新人消防職員の各尺度及び下位尺度得点と「努力/報酬比」について、対応のない平均値の差の検定(t 検定)を行った。

データの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windows を使用した。

3) 倫理的配慮

A 県社会福祉協議会と A 県消防学校の所属長の許可を得た後に、調査内容等について記した文書を対象者に配布し口頭での説明を行った。そのうえで調査への協力を自己決定した者のみに回収箱への投函を求めた。

なお、尺度使用にあたっては管理責任者である堤明純氏（北里大学医学部公衆衛生学）の許諾を得た（使用許諾日：2014年7月17日）。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

有効回答及び有効回答率は、無資格新人介護職員が 61 標本 (70.1%)、新人消防職員が 59 標本 (59.6%) であった。無資格新人介護職員の有効回答標本のうち 13 標本が男性で 21.3% であったのに対し、新人消防職員の有効回答標本は全て男性であった。

平均年齢は、無資格新人介護職員 39.8±13.8 歳、新人消防職員 22.1±2.9 歳で、平均学校教育年数は、無資格新人介護職員 12.1±3.7 年、新人消防職員 14.3±1.9 歳年であった (Table 3-2-1)。

2) 無資格新人介護職員と新人消防職員の職場ストレス及び個人要因の平均尺度得点

無資格新人介護職員と新人消防職員間における職場ストレス及び個人要因の平均尺度得点及び両者間の各尺度得点についての平均値の差の検定を行った結果を Table 3-2-1 に示す。

無資格新人介護職員は新人消防職員に比べ有意に年齢が高く学校教育を受けた年数が少なかったが、オーバーコミットメントに有意差はみられなかった。また、「外在的努力」に有意差はみられなかったが、「経済的報酬」と「キャリア報酬」については両者間に有意差がみられた。さらに、「努力/心理的報酬比」、「努力/キャリア報酬比」には両者間に有意差がみられなかったが、「努力/経済的報酬比」には有意差がみられた。

Table 3-2-1 無資格新人介護職員と新人消防職員の職場ストレス及び個人要因の平均尺度得点

	無資格新人介護職員			新人消防職員			自由度	t値	r値
	N	平均	SD	N	平均	SD			
個人要因									
年齢	60	39.82	13.84	59	22.12	2.91	64	9.69 ***	0.77
学校教育年数	57	12.11	3.65	59	14.31	1.91	83	4.04 ***	0.41
オーバーコミットメント	61	14.05	3.21	59	13.88	3.65	118	0.27	0.03
職場ストレス									
外在的努力	61	12.28	4.29	59	10.98	2.75	102	1.98	0.19
外在的報酬	61	18.66	6.27	59	15.34	5.48	118	3.08 **	0.27
経済的報酬	61	7.56	3.13	59	5.34	1.75	94	4.82 ***	0.45
心理的報酬	61	7.87	2.84	59	7.41	3.53	118	0.79	0.07
キャリア報酬	61	3.23	1.37	59	2.59	1.12	118	2.78 **	0.25
努力/報酬比	61	1.25	0.38	59	1.39	0.37	118	2.00 *	0.18
努力/経済的報酬比	61	1.17	0.41	59	1.45	0.43	118	3.65 ***	0.32
努力/心理的報酬比	61	1.39	0.51	59	1.37	0.42	118	0.16	0.02
努力/キャリア報酬比	61	1.39	0.53	59	1.55	0.55	118	1.70	0.16

*p<.05,**p<.01,*p<.001 n.s.≥.05

「努力」は高値ほど経験されている外在的努力が高いことを示す

「報酬」は低値ほど低報酬による悩みが強いことを示す

「努力/報酬比」は1.0を閾値として、「1.0<比=低リスク」、「1.0>比=高リスク」を示す

「オーバーコミットメント」は高得点3分位(>16.0)を高リスクとする

4. 考察

1) 無資格新人介護職員の職業性ストレスについての新人消防職員との比較

「経済的報酬」と「キャリア報酬」及び「努力／経済的報酬比」について、無資格新人介護職員と新人消防職員との間に有意差がみられ、新人消防職員の方が低賃金・低職位や職務の不安定さ・昇進の滞りによる悩みが強く、遂行している仕事の質や量にみあった給料や社会的地位を得られていないと感じ、その不均衡による職業生活上の心理的負担を強く感じていることが示された。

ただし、無資格新人介護職員の「努力／経済的報酬比」1.17、「努力／心理的報酬比」1.39、「努力／キャリア報酬比」1.39 といった値は、いずれも閾値の 1.0 を上回っている。よって、無資格新人介護職員は相対的に新人消防職員よりストレスフルではないものの、実質的に職務の難易度の高さや責任・負担の大きさを感じながらも一生懸命職務を遂行しているのに、それに見合った経済的・心理的・キャリア報酬が得られていないと感じストレスフルになっている状況にあると考えられる。

2) 無資格介護職員の離職に影響を及ぼす要因について

本調査に先行し、対照群とした消防職員の心理的ストレス反応の特徴と、その心理的ストレス反応に影響を与えている職場ストレス要因を明らかにすることを目的とする調査を行った。その結果、消防職員の心理的ストレス反応は高く、日常的に何らかの精神保健上の問題を抱えている可能性の高いことが推測された(横山, 2010)。しかし、平成 24 年度の消防職員の離職率は 0.5% (在籍していた消防職員数 159,730 名のうち普通退職をした者は 876 名) で(総務省消防庁, 2012; 総務省自治行政局公務員部高齢対策室, 2013)、平成 24 年度の介護職員の離職率 17.0% (介護労働安定センター, 2013) と比べ非常に低い。ストレスフルな状況が離職につながるとするならば、介護職員の方がストレスフルでないとは推測されるにもかかわらず、介護職員の離職率がかけ離れて高いのはなぜだろうか。

日本語版「努力 - 報酬不均衡モデル」調査票は、職業性ストレスの包括的な把握と個人へのアプローチを統合した介入的アプローチのレポーターを広げ得る尺度であるとされる(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004c)。そのため、本調査によって、介護職員がストレスフルと評定したストレス要因を個人差を踏まえ包括的に評価できたと考える。しかし、「個人がある環境と出会いその環境がストレスフルであるかどうかを主観的に評定し、コーピング方略を発動させた結果、心理的ストレス反応が生起する」という心理学的ストレスモデルの一連のプロセス(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004d)と照らし合わせると、ストレス反応に影響を与えていると考えられている認知的評価やコーピングについての評価が含まれていない。

他方、消防職員のコーピング方略の実態は明らかにされていないが、介護職員については研究 2 において、「放棄・諦め」や「責任転嫁」といった回避的なコーピング方略の多用が心理的ストレス反応を増悪させている可能性のあることを把握した。

したがって、介護職員の方が消防職員に比べストレスフルでないとは推察されたにもかかわらず介護職員の離職率がかけ離れて高い背景には、介護職員が問題解決や情動の安定に有効に機能しないコーピング方略を実行してしまっていることがあると考えられる。

ただし、人材不足の状況が続いている介護職員は同業種への転職が容易であり離職者のうち約4割が介護業界において転職している（厚生労働省，2014）のに対して、公務員である消防職員の同業種への転職は非常に困難であるといった転職のしやすさが離職率に影響しているとも考えられる。加えて、消防職員の2.1%が女性職員である（総務省消防庁，2012）のに対して介護職員の場合は75.2%が女性職員であり（介護労働安定センター，2014a），女性の割合の高い介護職員の方が世帯の主たる生計維持者となっている者の割合が低く、離職を容易にしているとも考えられる。

そこで、介護職員と同じように人材不足が懸念されている対人援助職であり、女性職員の割合が9割以上を占める看護職員（厚生労働省，2013）と介護職員とを比較してみる。平成24年度の常勤看護職員の離職率は10.9%であり（日本看護協会，2013），介護職員の離職率の方が6.0%程度上回っていることになる。そのため、転職のしやすさが介護職員の離職率を高めている主要な要因であるとはいえないようである。

よって、「介護職員のコーピング方略の未熟さがストレスフルな状況を招き、離職に至っている」という推論を否定できない。小杉は個人の努力で最も変容が容易な部分はコーピング方略であり、コーピング方略を系統的に変化させることで職場適応が促進可能なことを実証している（小杉，1998；パブリックヘルスリサーチセンター，2004d）。したがって、コーピング能力を高めることが介護職員のストレスフルな状況を打開する有効な切り口になる可能性が示唆される。

5. 結論と課題

介護労働において費やす努力と得られる報酬との不均衡による職場ストレスを他職種との比較を通して相対的に評価することを目的とした質問紙調査を行った。A県内の無資格新人介護職員61人と新人消防職員59人について分析したところ、新人介護職員は実質的に職務の難易度の高さや責任・負担の大きさを感じながらも一生懸命職務を遂行しているのに、それに見合った経済的・心理的・キャリア報酬が得られていないと感じストレスフルになっている状況にあったが、相対的に新人消防職員よりストレスフルではなかった。それにもかかわらず、介護職員の離職率が消防職員及び介護職員の労働条件と類似している看護職員に比べ高い理由について考察を加えた。その結果、職場ストレスの存在そのものよりもコーピング方略、つまり、介護職員の職場ストレスに対するセルフコントロール能力（スキル）の未熟さがストレスフルな状況に拍車をかけ自らを離職に追い込んでいたのではないかという推論に至った。

しかし、これまでに得られた介護職員の職業性ストレスに関する所見は、介護労働におけるストレスに曝された結果としてのものであるのか、それとも介護労働に就く前に個人が獲得したストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）を含む諸能力の度合いによる結果なのかは不明である。つまり、介護職員は介護職を選択したもしくは選択せざるを得なかった人特有の精神的・身体的ストレス反応を起こしやすい個人特性を持っているとも考えられる。

したがって、介護職を志す者の職場ストレスに曝されていない段階（就業前）のストレスや精神的健康度、教養や訓練を通して獲得した能力及び介護職の養成教育等の実態と課題を明らかにする必要がある。

引用文献

原谷隆史 (1998) ストレス測定研究グループ報告 簡易ストレス調査票の信頼性と妥当性 (労働省 平成 9 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). 116-124.

介護労働安定センター (2005) 平成 16 年度介護労働者のストレスに関する調査報告書. (http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h16_chousa_02_s_houkokusyo.pdf, 2005 年 5 月 15 日)

介護労働安定センター (2013) 平成 24 年度介護労働実態調査結果について; 事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の就業実態と就業意識調査.

(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h24_chousa_kekka.pdf, 2014 年 12 月 1 日)

介護労働安定センター (2014a) 平成 25 年度介護労働実態調査; 事業所における介護労働実態調査.

(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h25_chousa_jigyousho_toukeihyou.pdf, 2014 年 6 月 1 日)

介護労働安定センター (2014b) 平成 25 年度介護労働実態調査; 介護労働者の就業実態と就業意識調査.

(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h25_chousa_roudousha_toukeihyou.pdf, 2014 年 6 月 1 日)

Karasek,R.A.(1979)Job demands,job decision latitude,and mental strain;Implications for job redesign.Administrative Science Quarterly,24,285-311.

Kawakami,N.&Haratani,T.(1999)Epidemiology of job stress and health in Japan; Review of current evidence and future direction,Industrial Health,37,174-186.

川上憲人, 橋本修二, 相澤好治, 小林章雄, 林剛司, 廣尚典 (2000) 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). 12-26, 38-39.

小杉正太郎 (1998) コーピングの操作による行動理論的職場カウンセリングの試み. 産業ストレス研究, 5, 91-98.

小杉正太郎 編著/大塚泰正, 島津明人, 田中健吾, 田中美由紀, 種市康太郎, 林弥生, 福川康之, 山崎健二 (2004) ストレス心理学; 個人差のプロセスとコーピング. 180-183, 川島書店, 東京.

厚生労働省 (2003) 平成 14 年労働者健康状況調査の概況.

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/r1.html>, 2003 年 10 月 15 日)

厚生労働省 (2013) 平成 24 年度衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況.

(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/dl/h24_gaikyo.pdf, 2016 年 8 月 20 日)

厚生労働省 (2014) 平成 26 年介護サービス施設・事業所調査の概況.

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/index.html>, 2016年8月20日)

宗方比佐子, 渡辺直登 編著/久村恵子, 坂爪洋美, 高橋弘司, 藤本哲史 (2003) キャリア発達心理学; 仕事・組織・生涯発達. 210-211, 川島書店, 東京.

内閣府 (2010) 介護保険制度に関する世論調査.

(<http://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/2-3.html>, 2016年8月20日)

日本看護協会 (2013) 2012年病院における看護職員需給状況調査速報.

(http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf, 2016年8月20日)

大竹恵子 (2013) 介護労働者の早期離職に関わる要因; リアリティ・ショックの視点から. 同志社政策科学研究, 15(1), 151-162.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004a) ストレススケールガイドブック; 仕事のストレス判定図 (川上憲人). 291-296, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004b) ストレススケールガイドブック; 職業性ストレス簡易調査票 (下村輝一, 大谷由美子, 小田切優子). 250-257, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004c) ストレススケールガイドブック; 日本語版努力-報酬不均衡モデル調査票 (堤明純). 277-285, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004d) ストレススケールガイドブック; 第4章成人勤労者概説 (小杉正太郎, 大塚泰正). 221-229, 実務教育出版, 東京.

坂井敬子, 佐藤龍子, 須田智 (2015) 介護職の専門性, 離職, 人材開発に関する知見の概観. 静岡大学教育研究, 11, 147-161.

下光輝一, 大野裕, 中村賢, 横山和仁 (2000) 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). 126-138.

下光輝一 (2001) 企業における心の健康対策(第2回)職場におけるストレス評価の実際. よぼういがく, 31(5), 58-72.

総務省消防庁 (2012) 平成24年版消防白書.

(http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h24/h24/html/2-2-1-1_2.html?words=%E6%B6%88%E9%98%B2%E8%81%B7%E5%93%A1%E6%95%B0, 2016年6月1日)

総務省自治行政局公務員部高齢対策室 (2013) 24年度地方公務員の退職状況等調査.

(http://www.soumu.go.jp/main_content/000266653.pdf, 2016年12月1日)

Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A.R. & Updegraff, J.A. (2000) Biobehavioral responses to stress in females; Tend-and-befriend, not fight-or-flight, *Psychological Review*, 107(3), 411-429.

横山さつき (2010) 消防職員の精神健康度に関連する要因についての検討. 日本看護学会誌, 30(2), 64-73.

第4章 介護福祉士を目指す学生の精神的健康に関する研究

第1節 介護福祉士を目指す学生の心理的健康状態と影響要因に関する検討

【研究5】

1. 目的

これまでの研究において、介護職を志す者の職場ストレスに曝されていない段階（就業前）のストレスや精神的健康度を明らかにする必要があることが示されたため、介護福祉士を目指す学生の心理状態に着目してみる。

2007年度の大学・短期大学の進学率（過年度高卒者含む）は53.7%であり（文部科学省，2007），大学進学の大衆化にともない、「スチューデント・アパシー」と呼ばれる無気力な状態に陥ってしまう学生の数が軽視できない（吉武，1995）。今回の調査に先駆け2007年1月に、短期大学の介護福祉士養成2年課程に学ぶ1年次生110名に対して無記名自記式質問紙法による調査を行った。その結果、介護職としての就業意欲について、「したい、したくない、迷っている」の3件法で回答を求めたところ、「迷っている」と回答した学生が全体の36.5%を占めた。そして、「何のために短大に進学したのか分からない」、「短大に入学したものの何もやる気がしない」という悩みを抱え、大学生生活に目標や意義を見出せない学生が12名（10.9%）いた。さらに、その中には、対人不安や適応障害、抑うつ傾向などによる学業放棄が4名含まれており、11名（10.0%）が介護福祉士資格取得を断念した。

このような実態を鑑みると、2年間という短期間で一般教養と介護の専門的技量を身につけながら自我同一性を確立し、親からの独立や職業の選択などの重要な課題を達成しなければならない学生の心理状態を的確に捉えることが急務である。

学生の心理的健康（心理社会的ストレス）に関する研究は活発に行われている（阿部・河野・伊藤・原，2005；浅見・加藤・鈴木・芝崎・久保・鈴木，2004；水森，2005；中井・茅野・佐野，2007；沢崎・松原，1988；瀬戸，2005；田副・片岡，2006；塘添，1997；土屋・佐藤・神田・川口，2001；山田・天野，2003；吉武，1995；吉武，1996）。しかし、介護福祉士を目指す学生を対象とした研究は極めて希少である。しかも、その希少な研究（南，2003）もストレス反応を測定するに止まっており、ストレスの推測を試み、その対処方略を探究した研究はみあたらない。

したがって、本研究では、①短期大学の介護福祉士養成2年課程に学ぶ学生（以下、介護短大生と称する）のストレス反応の特徴を明らかにすること、②介護短大生が在学中に受けるストレスの種類とその強さを明らかにすること、③介護短大生のストレス反応の表出に影響を与えていると考えられるストレスとストレス反応との関連を心理学的ストレスモデルに従って検討することを目的とした。

なお、ラザラスらによって提唱され、ストレスが環境と個人との相互作用によって引き起こされるとする「心理学的ストレスモデル」については、すでに研究2（Fig.2-2-1）において示した。このモデルには「認知」が介在しており、まず個人が経験したストレスが自分にとってどの程度脅威的で影響力があるか、あるいは対処可能なものであるか等の評価が行われ、次に実際にストレスに対する何らかの対処が行われ、その結果として様々な種類のストレス反応が表出するという一連のプロセスが示されている（小杉 編著／大塚・

島津・田中・田中・種市・林・福川・山崎, 2004).

2. 方法

1) 調査対象と手順・時期

A 短期大学の介護福祉士養成 2 年課程の 1 年次生 89 名 (うち男子学生 10 名, 11.2%) と 2 年次生 105 名 (うち男子学生 17 名, 16.2%) を調査対象とした (1 校 1 学科の総計 194 名が対象).

経時的変化及び結果の安定性をみるために, 1 年間を通し約 3 か月ごとに以下に示す 4 回の時点での自記式質問紙による集合調査を実施した.

第 1 回目: 2007 年 4 月中旬

第 2 回目: 2007 年 7 月上旬

第 3 回目: 2007 年 10 月上旬

第 4 回目: 2008 年 1 月下旬

2) 調査票の構成項目と評価尺度

(1) 基本属性

年齢 (2007 年 4 月 1 日現在の満年齢) と性別, 学年を尋ねた.

(2) ストレス反応の測定

ストレス反応を測定する尺度として, 精神健康調査票 28 項目版 (The General Health Questionnaire-28: GHQ-28) の 4 つの下位尺度 (①身体的症状, ②不安と不眠, ③社会的活動障害, ④うつ傾向) 28 項目を用いた (Goldberg, 1974). GHQ 採点法 (0-0-1-1) を用いたため, 総得点 (以下, GHQ 得点と称す) は 0~28 点, 4 つの下位尺度得点は各 0~7 点で, 得点が高いほど精神的不調感が強いことを意味する.

(3) ストレッサーの測定

ストレッサーを測定する尺度として, 短大生の置かれている環境の特異性を強調して開発された, 女子短大生用ストレッサーテスト (Stressor Test for Junior College students: STJCS) の 7 つの下位尺度 (①交友関係, ②大学評価, ③学業, ④家族関係, ⑤就職・将来, ⑥自己評価, ⑦異性関係) 46 項目を用いた (パブリックヘルスリサーチセンター, 2004a 坂原・松浦, 1999). 3 件法の回答 (「はい」, 「どちらでもない」, 「いいえ」) に対して 3~1 点を割り当て, 下位尺度ごとに合計点を算出した. その下位尺度得点が高いほど当該種類のストレス刺激を強く受けていることを意味する.

3) 分析処理

介護短大生のストレス反応の特徴を明らかにするために, 日本版 GHQ を作成した中川らの研究資料 (Goldberg, 1974/中川・大坊, 1985) に基づく本邦健常者群 (以下, 健常者群と称する) を対照群に設定し, 本対象との GHQ 得点とその下位尺度得点の平均値の差の検定をした. さらに, 在学中に介護短大生が受けるストレッサーの種類と強さを明らかにするために, STJCS の開発における対象であった 6 校 843 名の女子短大生群 (以下, 女子短大生群と称する) を対照群に設定し (パブリックヘルスリサーチセンター, 2004a; 坂原ら, 1999), 本対象との 7 つのストレッサー下位尺度得点の平均値の差の検定をした. なお, 等分散の検定 (Levene の検定) により両側 5%水準で 2 グループの母分散が等しかった場合は t 検定を, 等しくなかった場合は Welch の検定を平均値の差の検定に用いた.

介護短大生のストレス反応とストレスラーの下位尺度間の相関を、Spearman の順位相関係数を用いて分析した。さらに、因果関係の推測のために、介護短大生の GHQ 得点を従属変数とし、ストレス関連要因（ストレスラー及び性別、学年）を独立変数とする重回帰分析（Stepwise 法）を行った。

介護短大生の時点別、属性別（性別、学年別）のストレス反応やストレスラーの特徴を把握するために、各グループ間の GHQ 得点や下位尺度得点の平均値の差を、t 検定もしくは一元配置分散分析によって比較した。

以上のデータの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windows を使用した。

4) 倫理的配慮

調査毎に書面と口頭で、研究の目的・意義・方法に関する説明をし、調査への不参加が就学上の不利益に繋がることは一切ないことを告げた。また、プライバシーの保持に配慮した上で脱落標本を特定するために、第三者には知り得ないナンバーリングにより標本の判別をした。さらに、質問紙の回収にあたっては、回収用のボックスに投函する方法をとった。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

4 回全ての調査において欠損値が 1 項目もない 135 標本、内訳が女子 1 年次生 59 名 (43.7%)、女子 2 年次生 64 名 (47.4%)、男子 1 年次生 8 名 (5.9%)、男子 2 年次生 4 名 (3.0%) を分析対象とした。

有効回答率は、対象全体で 69.6%、女子 1 年次生 74.7%、女子 2 年次生 72.7%、男子 1 年次生 80.0%、男子 2 年次生 23.5%であった。

平均年齢は女子 1 年次生 18.1 ± 0.6 歳、女子 2 年次生 19.5 ± 3.7 歳、男子 1 年次生 18.0 ± 0.0 歳、男子 2 年次生 21.0 ± 4.0 歳であった。

2) 介護短大生と対照群におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点

Table 4-1-1 に、第 3 回目、つまり入学または進級して半年経過した時点（最もストレス反応や生活ストレスラーの下位尺度得点が低値を示した時点）での、介護短大生と対照群におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点及びその平均値の差の検定を行った結果を示した。

介護短大生の GHQ 得点と全てのストレス反応の下位尺度得点が、健常者群に比べ有意に高かった。しかし、ストレスラーの全ての下位尺度得点は、女子短大生群の方が有意に高かった。

Table 4-1-1 介護短大生と対照群におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点

	対照群			介護短大生			自由度	t値	r値
	N	平均値	SD	N	平均値	SD			
ストレス反応	<健常者群>			<調査対象者>					
GHQ得点	50	2.76	2.31	135	5.73	5.90	182	4.91 ***	0.34
身体的症状	50	1.02	1.09	135	2.01	2.11	163	4.16 ***	0.31
不安と不眠	50	1.24	1.40	135	1.81	1.93	120	2.21 *	0.20
社会的活動障害	50	0.28	0.53	135	1.13	1.52	182	5.64 ***	0.39
うつ傾向	50	0.28	0.79	135	0.79	1.75	176	2.72 **	0.20
ストレスラー	<女子短大生群>			<調査対象者>					
交友関係	843	19.42	6.36	135	16.36	5.70	191	5.70 ***	0.38
大学評価	843	12.63	3.60	135	10.92	3.41	185	5.37 ***	0.39
学業	843	14.45	4.38	135	13.23	4.63	174	2.86 **	0.21
家族関係	843	9.92	3.01	135	9.09	3.38	169	2.69 **	0.20
就職・将来	843	11.43	3.28	135	10.11	3.67	170	3.93 ***	0.29
自己評価	843	5.76	2.19	135	5.24	2.35	173	2.41 *	0.18
異性関係	843	4.05	1.50	135	3.57	1.35	191	3.77 ***	0.26

*p<.05, **p<.01,***p<.001

ストレス反応の下位尺度得点は、高値ほど精神的不調感が強いことを意味する

ストレスラーの下位尺度得点は、高値ほどストレス刺激を強く受けていることを意味する

日本版GHQを作成した中川らの研究資料(Goldberg, 1974/中川・大坊, 1985)に基づく本邦健常者群のデータをストレス反応の比較対照データとして用いた

女子短大生用ストレスラーテスト(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004a 坂原・松浦, 1999)の開発における対象であった6校843名の女子短大生群のデータをストレスラーの比較対照データとして用いた

介護短大生のデータは最もストレス反応やストレスラーの下位尺度得点が低値を示した第3回目(入学または進級して半年経過した時点)のものを用いた

3) 介護短大生の GHQ 得点とストレスラーの下位尺度得点との相関関係

Table 4-1-2 に、介護短大生の GHQ 得点とストレスラーの各下位尺度得点間の相関係数を示した。

GHQ 得点と「交友関係」、「学業」、「家族関係」、「自己評価」の各下位尺度間に、やや強い有意な正の相関があった。また、ストレスラーの下位尺度間では、「交友関係」と「自己評価」の間はかなり強い有意な正の相関がみられ、同じく「交友関係」と「学業」、「家族関係」、「就職・将来」、「異性関係」の間にはやや強い有意な正の相関がみられた。そして、「大学評価」と「学業」、「就職・将来」の間と、「学業」と「家族関係」、「就職・将来」、「自己評価」の間にやや強い有意な正の相関がみられた。

Table 4-1-3 に、GHQ 得点を従属変数とし、ストレスラー及び基本属性を独立変数とした重回帰分析の結果を示した。

ストレス反応尺度である GHQ 得点に影響する要因として有意な関連がみられた独立変数は、影響度が大きい変数から順に、「交友関係」、「家族関係」、「学業」、「異性関係」、「学年」、「大学評価」、「性」であった。なお、これらの要因による寄与率は 0.536 (自由度調整済み寄与率 0.530) であり、回帰式の有効性が示された。また、本分析の F 値は 87.890 ($p < 0.001$) であり回帰式の有意性が認められた。

Table 4-1-2 GHQ得点とストレスラーの下位尺度得点間の相関係数

	ストレス反応	ス ト レ ッ サ ー						
	GHQ得点	交友関係	大学評価	学業	家族関係	就職・将来	自己評価	異性関係
ストレスラー								
交友関係	0.553 **	1.000						
大学評価	0.383 **	0.350 **	1.000					
学業	0.479 **	0.521 **	0.526 **	1.000				
家族関係	0.485 **	0.541 **	0.313 **	0.446 **	1.000			
就職・将来	0.354 **	0.406 **	0.400 **	0.548 **	0.341 **	1.000		
自己評価	0.401 **	0.630 **	0.216 **	0.403 **	0.387 **	0.391 **	1.000	
異性関係	0.370 **	0.424 **	0.237 **	0.299 **	0.285 **	0.292 **	0.340 **	1.000

**p<.01

Table 4-1-3 GHQ得点を従属変数とし、ストレスラー及び基本属性を独立変数とした重回帰分析結果

	偏回帰係数(B)	標準偏回帰係数(β)	t値	p値
交友関係	0.315	0.305	7.300	0.000 ***
家族関係	0.445	0.244	6.429	0.000 ***
学業	0.256	0.198	4.685	0.000 ***
異性関係	0.534	0.128	3.851	0.000 ***
学年(1年=0, 2年=1)	1.165	0.098	3.051	0.002 **
大学評価	0.161	0.087	2.350	0.019 *
性(男=0, 女=1)	-1.346	-0.064	-2.137	0.033 *
F値	87.890 ***			
寄与率(R^2)	0.536			
自由度調整済み寄与率	0.530			

*p<.05, **p<.01,***p<.001

4) 介護短大生の調査時点間、属性間におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点

Table 4-1-4 に、介護短大生の調査時点間におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

全ての下位尺度について有意差はみられなかった。

Table 4-1-5 に、介護短大生の属性間におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

男子学生の「うつ傾向」、「就職・将来」、「異性関係」の尺度得点が、女子学生に比べ有意に高かった。また、1年次生の「うつ傾向」、「交友関係」、「学業」、「就職・将来」、「自己評価」、「異性関係」の尺度得点が、2年次生に比べ有意に高かった。

なお、属性間におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点の算出及びその平均値の差の検定には、欠損値のない135標本の4回分のデータ(540標本)を用いた。

Table 4-1-4 調査時点間におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点

		N	平均値	SD	自由度	F 値	p値	r値
ストレス反応								
GHQ得点	第1回目	135	5.95	5.41	539	0.276	0.843	0.02
	第2回目	135	6.30	5.78				
	第3回目	135	5.73	5.90				
	第4回目	135	6.26	6.70				
身体的症状	第1回目	135	1.87	1.64	539	0.945	0.419	0.04
	第2回目	135	2.27	1.91				
	第3回目	135	2.01	2.11				
	第4回目	135	2.07	2.11				
不安と不眠	第1回目	135	1.91	2.07	539	0.094	0.963	0.01
	第2回目	135	1.93	2.01				
	第3回目	135	1.81	1.93				
	第4回目	135	1.90	2.15				
社会的活動障害	第1回目	135	1.30	1.43	539	0.369	0.775	0.03
	第2回目	135	1.24	1.56				
	第3回目	135	1.13	1.52				
	第4回目	135	1.29	1.65				
うつ傾向	第1回目	135	0.86	1.72	539	0.308	0.819	0.02
	第2回目	135	0.87	1.76				
	第3回目	135	0.79	1.75				
	第4回目	135	1.00	2.03				
ストレスラー								
交友関係	第1回目	135	17.14	5.75	539	0.474	0.701	0.03
	第2回目	135	17.02	5.59				
	第3回目	135	16.36	5.70				
	第4回目	135	16.79	6.12				
大学評価	第1回目	135	10.66	3.05	539	0.247	0.863	0.02
	第2回目	135	10.61	3.15				
	第3回目	135	10.92	3.41				
	第4回目	135	10.78	3.32				
学業	第1回目	135	12.96	4.08	539	1.026	0.381	0.04
	第2回目	135	13.84	4.70				
	第3回目	135	13.23	4.63				
	第4回目	135	13.66	4.95				
家族関係	第1回目	135	8.96	3.27	539	0.057	0.982	0.01
	第2回目	135	8.94	3.03				
	第3回目	135	9.09	3.38				
	第4回目	135	9.03	3.41				
就職・将来	第1回目	135	10.68	3.30	539	0.980	0.402	0.04
	第2回目	135	10.71	3.61				
	第3回目	135	10.11	3.67				
	第4回目	135	10.23	3.85				
自己評価	第1回目	135	5.87	2.30	539	1.960	0.119	0.06
	第2回目	135	5.56	2.35				
	第3回目	135	5.24	2.35				
	第4回目	135	5.33	2.33				
異性関係	第1回目	135	3.57	1.23	539	0.672	0.569	0.04
	第2回目	135	3.69	1.46				
	第3回目	135	3.57	1.35				
	第4回目	135	3.78	1.65				

Table 4-1-5 属性間におけるストレス反応及びストレスラーの平均下位尺度得点

<性>	男子学生			女子学生			自由度	t値	r値
	N	平均	SD	N	平均	SD			
ストレス反応									
GHQ得点	48	8.10	7.76	492	5.86	5.72	52	1.95	0.26
身体的症状	48	2.52	2.16	492	2.01	1.93	538	1.74	0.08
不安と不眠	48	2.44	2.69	492	1.83	1.96	51	1.52	0.21
社会的活動障害	48	1.44	1.81	492	1.22	1.51	538	0.93	0.04
うつ傾向	48	1.71	2.41	492	0.80	1.73	51	2.56 *	0.34
ストレスラー									
交友関係	48	18.13	6.65	492	16.70	5.68	53	1.43	0.19
大学評価	48	10.42	3.23	492	10.77	3.23	538	0.73	0.03
学業	48	13.98	5.18	492	13.37	4.54	538	0.88	0.04
家族関係	48	9.25	3.77	492	8.98	3.22	538	0.54	0.02
就職・将来	48	11.60	3.76	492	10.32	3.58	538	2.36 *	0.10
自己評価	48	5.60	2.37	492	5.49	2.34	538	0.34	0.02
異性関係	48	4.42	1.86	492	3.58	1.36	52	3.06 **	0.39
<学年>	1年次生			2年次生			自由度	t値	r値
	N	平均	SD	N	平均	SD			
ストレス反応									
GHQ得点	268	6.49	6.16	272	5.64	5.72	538	1.67	0.07
身体的症状	268	2.21	2.00	272	1.90	1.89	538	1.88	0.08
不安と不眠	268	1.90	2.07	272	1.88	2.01	538	0.14	0.01
社会的活動障害	268	1.28	1.50	272	1.20	1.58	538	0.59	0.03
うつ傾向	268	1.10	2.00	272	0.66	1.59	508	2.82 **	0.12
ストレスラー									
交友関係	268	18.05	6.19	272	15.63	5.08	515	4.96 ***	0.21
大学評価	268	10.84	3.13	272	10.64	3.32	538	0.73	0.03
学業	268	14.86	4.68	272	12.01	4.05	524	7.57 ***	0.31
家族関係	268	9.22	3.37	272	8.79	3.16	538	1.54	0.07
就職・将来	268	10.92	3.57	272	9.96	3.59	538	3.12 **	0.13
自己評価	268	5.92	2.38	272	5.08	2.22	538	4.22 ***	0.18
異性関係	268	3.86	1.63	272	3.44	1.16	481	3.42 **	0.15

*p<.05, **p<.01,***p<.001

ストレス反応の下位尺度得点は、高値ほど精神的不調感が強いことを意味する

ストレスラーの下位尺度得点は、高値ほどストレス刺激を強く受けていることを意味する

4回分のデータ(N=540)を分析に使用した

5) ストレス反応尺度, ストレスラー尺度の内的一貫性の検討

ストレス反応尺度全体の Cronback の α 係数は 0.909, 4 つの各下位尺度については 0.694 ~ 0.898 と高い信頼性を確保していた. ストレスラー尺度全体の Cronback の α 係数は 0.948, 7 つの各下位尺度については 0.836 ~ 0.903 と非常に高い信頼性を確保していた.

4. 考察

1) 介護短大生のストレス反応とストレスラーの程度及び特徴について

健常者群の GHQ 得点の平均が 2.76 ± 2.31 であるのに対して, 介護短大生の GHQ 得点の平均は 5.73 ± 5.90 であり, 両者間の GHQ 得点には有意差が認められた. また, 介護短大生の GHQ 得点を日本語版によるこれまでの研究から妥当であるとされている 5/6 の cut-off point (区分点) により判別すると (福西, 1990 ; 島, 2004), cut-off point を上回る者の比率が 41.5% (56 名) であった. 健常者群の比率が 14% 程度であるのに比べると (福西, 1990 ; Goldberg, 1974 / 中川ら, 1985), 介護短大生の比率は健常者群の 3 倍程度になる. したがって, GHQ 得点に年齢差や性差が著しい影響を与えないことを踏まえると

(Goldberg, 1974/中川ら, 1985), 介護短大生は心理的不調感が強く, 日常的に何らかの精神保健上の課題を抱えている可能性が高いハイリスクな集団であるといえる。

対人ケア専門職を目指す学生のストレス反応を測定した先行研究に, 南 (2003) の UPI (University Personality Inventory; ストレス反応を推し量るスクリーニングテスト) を用いた研究がある。この研究では, 商科大学等, 他大学の学生と比較して介護福祉士, 看護師及び保育士を目指す学生の UPI 得点がやや高いこと, すなわち心理的不調感がやや強いことが報告されている。そして, 短期大学の英文科, 欧文科, 看護科の学生を対象とした吉武 (1996) の UPI による調査では, 看護科の UPI 得点が有意に高く, 看護科には心理的健康状態の良好でない学生が多いことを指摘している。このような先行研究の結果を踏まえると, 介護短大生だけでなく対人ケア専門職を目指す学生には, 不安定な心理状態に陥りやすい状況が存在するようである。この点について吉武 (1996) や南 (2003) は, 「一般に対人ケア専門職を目指す学生は, 責任感や思いやり, 仕事をきちんと遂行する能力があり, 命令されたことは『ノー』といわない従順さは認められるが, 自分は全く楽しめず, 葛藤状態に陥りやすい性格傾向にあるのではないか, それが UPI 得点の高さに反映されているのではないか」と述べている。そのため, 介護短大生に関してもパーソナリティーの観点を詳細に分析した上でのストレス対処方略の探究が必要である。

先に, 介護短大生のストレス反応が健常者群に比べ非常に高いレベルであることを述べた。しかし, ストレッサーに関しては, 介護短大生の方が基準集団として設定した女子短大生に比べ, 受けているストレス刺激が全ての下位尺度において有意に弱かった。この一見矛盾するかなのような結果は何を意味するのであろうか。

本研究では, 心理学的ストレスモデルに基づき, ストレッサーとストレス反応及び個人要因としての性, 学年に注目して研究を進めた。したがって, 本研究においては, ストレッサーに対するコーピングの過程や, ストレス反応の軽減効果をもつソーシャルサポートの観点, さらに個人要因としてのパーソナリティー等の, ストレッサーとストレス反応間の関連を強めたり弱めたりする関連要因に対する詳細な分析を行っていない。これらのことを鑑みると, 関連要因が介護短大生のストレス反応に影響を与えている可能性が推察される。そのため, 関連要因を含め, 介護短大生の心理学的ストレス過程をさらに多面的, 包括的に把握したうえでの対処方略の考案が必要である。

2) 介護短大生のストレス反応とストレッサー及び属性との関連について

先行研究 (尾関, 1991; 瀬戸, 2005) で報告されているように, 本研究においても, GHQ 得点とストレッサーの全ての下位尺度間に有意な正の相関がみられ, ストレッサーが高まればストレス反応も高まることが確認された。したがって, ストレス反応に影響を与えているストレッサーの低減によるメンタルヘルス対策を講じることの有効性が示されたといえる。

ストレッサーの低減によるメンタルヘルス対策を講じるにあたっては, ①ストレッサーの下位尺度間の相関において, 特に「交友関係」と他のストレッサーとの関係性が強いことが確認されたこと, ②GHQ 得点と最も正の相関が有意に強かったストレッサーが「交友関係」であったこと, ③重回帰分析によって, 「交友関係」が最もストレス反応の表出に影響を及ぼしていることが示されたことから, 交友関係の把握・調整の観点を重視した対策が有

効であると考えられる。

重回帰分析により、「学業」や「大学評価」といった学校関係のストレスラーよりも、「交友関係」や「家族関係」、「異性関係」といった対人関係のストレスラーが、より強く介護短大生のストレス反応の表出に影響を与えていることが示された。他方、今から 20 年ほど前に四大生のストレスラー順位を調べた松原（1989）の研究では、1 位が試験、2 位がレポートとなっており、「学業」が学生にとって最も主要なストレスラーであることが報告されている。この違いが時代の流れによるものなのか、それとも対象の違いによるものなのか、またはその両者に起因するものなのかの判断はできないが、少なくとも最近の介護短大生は学業よりも対人関係のトラブルをストレスラーとして認知しやすいようである。そのため、学生の家族をも含めた対人関係全般に注意を払いその把握に努めることが重要であり、プライバシーを守りながら個別の介入が的確にできるような体制の充実を図っていく必要がある。

さらに、学校（専攻）選択の良否及び学校に対する評価についての項目で構成されている「大学評価」が、ストレス反応の表出に有意に関連するストレスラーとして抽出された。このことから、岨中（1981, p.53）が、「進路選択の過程で生起し、あるいは解決整理されずに残された問題は、大学入学後にさまざまな形で大学キャンパスでの不適應問題として顕在化する。そしてこの傾向は、ますます強くなってきている」と述べているように、経済的問題や家族の勧め等により自己の進路を決定した学生を早期に発見しフォローすることの重要性がうかがえる。

また、①重回帰分析によって「性」がストレス反応の表出に影響していることが示され、②属性によるストレス反応の違いを検討したところ、男子学生のうつ傾向が強いことが明らかになり、③その男子学生は女子学生と比較し、「就職・将来」、「異性関係」といった種類のストレス刺激を強く感じていることが分かった。したがって、男子学生に対する支援のありようについて検討する必要がある。大学生のストレス反応の性差についての文献を検討したところ、性差が統計的に有意であるか否かはそれぞれの研究によって異なり一定ではなかった（磯田, 1983；小柳, 1987；沢崎ら, 1988；渋蔵・小泉・伊藤, 2000；吉岡・田中, 1987）。しかし、いずれの研究も、ストレス反応は男子よりも女子が高い傾向にあることを報告していた。そのため、本研究との性差に関する結果の違いを、介護短大生特有の傾向を示すものとして捉えられるかどうかについてのさらなる探究が必要である。その際、時代の流れとともに、介護短大生特有の背景、例えば女子学生が全体の 8～9 割を占める就学環境や、女性的な要素の強い介護という職務に対する適性等を含めて検討する必要がある。

加えて、①重回帰分析によって「学年」がストレス反応の表出に影響していることが示され、②属性によるストレス反応の違いを検討したところ、1 年次生のうつ傾向が強いことが明らかになり、③その 1 年次生は 2 年次生に比べ、「交友関係」、「学業」、「就職・将来」、「自己評価」、「異性関係」と多岐にわたる種類のストレス刺激を強く感じていたことから、学年別では 1 年次生のストレスラー低減に力点を置く必要のあることが推察された。このことは 4 年制大学の新入生を対象とした先行研究においても指摘されており（和田, 1992）、新入生である 1 年次生は、高校から大学へと生活環境が大きく変化して間もないため、教

員との関係や仲間づくり、学習方法に対する適応など、不安や緊張を感じる機会の多いことがその背景にあると考えられる。

一方、看護学生を対象とした先行研究においては、「看護学生のストレス反応は、最高学年である4年次生で最も高い値を示し、最大のストレスラーとして国家試験が考えられた」との報告がある（市丸・山本・野田，2001）。調査時点における介護福祉士養成は国家試験が免除され、介護福祉士養成施設を卒業すれば卒業と同時に介護福祉士資格を取得できる仕組みになっていた。しかし、これが2017年度からは、暫定的対応はあるものの国家試験を受験して合格した者が介護福祉士資格を取得できるシステムになった。したがって、このような国家試験導入及び以降のカリキュラム改正が介護学生のストレスにどのような影響を与えるのかにも注意を向けていく必要がある。

5. 結論と課題

介護短大生のストレス反応の特徴、そして介護短大生が在学中に受けるストレスラーの種類と強さを明らかにしたうえで、介護短大生のストレス反応の表出に影響を与えていると考えられるストレスラーとストレス反応との関連を心理学的ストレスモデルに従って検討することを目的とした今回の調査により、次の結論を得た。

①介護短大生はストレスラーによるストレス刺激を強く感じていないにもかかわらず、心理的健康度が健常者群に比べて著しく低く、日常的に何らかの精神保健上の課題を抱えている可能性が高い。

②ストレスラーが高まればストレス反応も高まることが確認され、ストレス反応の表出に影響を与えているストレスラーの低減によるメンタルヘルス対策を講じることの有効性が示された。

③ストレス反応に最も関連しているストレスラーは「交友関係」であり、「学業」や「大学評価」といった学校関係のストレスラーよりも、「家族関係」や「異性関係」を含めた対人関係のストレスラーが、より強く介護短大生のストレス反応の表出に影響を与えていた。

④ストレスラーに対するストレス認知の程度は性、学年といった属性によって違いがみられ、男子学生及び1年次生は種々のストレス刺激を強く感じ、うつ傾向が強かった。

本研究によって、以上の所見に対する支援のありようを検討する必要があることが示唆され、介護学生の安定した心理状態の獲得・維持への介入の方向性を定めるための情報を得ることができた。しかし、介護短大生がストレスラーによるストレス刺激を強く感じていないにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因の追究には至らなかった。

その原因追究のためには、ストレスラーとストレス反応間の関連を強めたり弱めたりするコーピングやソーシャルサポート、パーソナリティ等に対する詳細な分析を行う必要がある。

第2節 介護福祉士を目指す学生のストレス反応に影響を及ぼす要因の多面的検討【研究6】

1. 目的

研究5に示すとおり先に介護学生のストレス反応の特徴、そして、介護学生が在学中に受けるストレスラーの種類と強さを明らかにしたうえで、介護学生のストレス反応の表出

に影響を与えていると考えられるストレッサーとストレス反応との関連を検討することを目的とした調査を行った。その結果、ストレスの発生過程におけるコーピングやソーシャルサポート、パーソナリティ等の、ストレッサーとストレス反応間の関連を強めたり弱めたりする関連要因（以下、ストレス関連要因と称する）が介護学生のストレス反応に影響を与えている可能性のあることが推察された。しかしながら、客観的な推量には至っていない。

そこで、本研究では、①介護学生のストレスやストレス関連要因の特徴を明らかにすることと、②介護学生のストレス反応の表出に影響を与えていると考えられるストレス関連要因とストレス反応との関連を心理学的ストレスモデルに従って多面的に検討することを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象

A 短期大学の介護福祉士養成2年課程の1年次生78名と2年次生60名を対象とした(1校1学科の総計138名が対象であり、以下、介護短大生と称する)。

2) 手順・時期

2009年4月21日に1年次生を対象として、翌日の22日に2年次生を対象として、無記名自記式質問紙による集合調査を実施した。

3) 調査票の構成項目と評価尺度

Fig.4-2-1に、ラザラスらの心理的ストレス理論に基づく(小杉ら, 2004)、本研究の概念モデルと指標を示した。5領域13因子155項目の設問に、基本属性を加えた調査票を作成した。

(1) 基本属性

年齢と性別、学年、就業経験の有無を尋ねた。

(2) 対人ストレッサーの測定

ストレッサーには様々なものがあるが、研究5において、対人関係に関するストレッサーがより強く介護学生のストレス反応の表出に影響を与えていることが明らかとなったことから、対人関係に起因して生じるストレッサー(対人ストレッサー)に特化した尺度を用いることにした。

対人ストレッサーを測定する尺度として、対人ストレスイベント尺度(Interpersonal Stress Event Scale: ISE)を用いた(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004b)。4件法の回答に対して1~4点を割り当て、全30項目の合計点を対人ストレッサーの総得点として、3つの下位尺度(①対人葛藤: 8項目, ②対人劣等: 9項目, ③対人磨耗: 7項目)ごとの合計点を各項目数で割った得点を対人ストレッサーの下位尺度得点として計上した。その得点は、高いほど対人ストレス刺激を強く受けていることを示す。

なお、「対人葛藤」はけんかや対立など社会的規範に好ましくない顕在的なもつれが起こるような事態を、「対人劣等」はコミュニケーション能力の欠如によって円滑な相互作用を行うことができずに劣等感を触発するような事態を、「対人磨耗」は対人的相互作用を行うこと自体に気疲れを感じるような事態を意味する(橋本, 1997)。

(3) 対人ストレスコーピングの測定

ストレッサーの測定において、対人ストレスイベント尺度を用いた経緯から、コーピングの測定においても、対人関係に起因したストレスフルなイベントに対する対処行動(対人ストレスコーピング)に特化した尺度を用いることにした。

対人ストレスコーピングを測定する尺度として、対人ストレスコーピング尺度(Interpersonal Stress-Coping Inventory : ISI)の3つの下位尺度(①ポジティブ関係コーピング:16項目, ②ネガティブ関係コーピング:10項目, ③解決先送りコーピング:8項目)の34項目を用いた(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004c)。4件法の回答に対して0~3点を割り当て、下位尺度ごとに合計点を算出した。その得点は、高いほど該当種類のコーピングの使用頻度が高いことを示す。

なお、「ポジティブ関係コーピング」はストレスフルな人間関係に対して関係を改善・維持しようと努力する対処方略群、「ネガティブ関係コーピング」はそのような関係を放棄・崩壊しようとする対処方略群、「解決先送りコーピング」はそのような問題を問題としてとらえず棚上げし時間が解決するのを待つような対処方略群である(加藤, 2000)。

(4) ソーシャルサポートの測定

ソーシャルサポートを測定する尺度として、誰からのサポートかというサポート源に着目し、大学生にとって重要なサポート源となりうると考えられる「家族」、「同性の友人」、「異性の友人」の3カテゴリーごとにサポートのやりとりを測定する、大学生用ソーシャルサポート尺度を用いた(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004d; 嶋, 1992)。5件法の回答に対して1~5点を割り当て、3カテゴリー(サポート源)ごとに合計点を算出した。その得点は、高いほど該当サポート源との支援的なやりとりの頻度が高いことを示す。なお、本尺度は、サポート源ごとに同一の12の項目、合計36項目で構成されている。

(5) パーソナリティーの測定

パーソナリティーを構成する要素の中でも「性格」(各個人に特有のある程度持続的な感情傾向や性質)に着目し、個人内特性としての不安の傾向(脅威を与える様々な状況と同じように知覚し、そのような状況に対して同じように反応する性質)を測定することのできる、新版 STAI (日本版 State-Trait Anxiety Inventory) の「特性不安尺度」の20項目を用いた(肥田野・福原・岩脇・曾我, 2000)。4件法の回答に対して1~4点を割り当て、合計点を算出した。その得点は、高いほど性格的に不安になりやすい、つまり、広い範囲の場面を危険または脅威と解釈する傾向があり、ストレス耐性が低いことを示す。

(6) ストレス反応の測定

ストレス反応を測定する尺度として、大学生用ストレス自己評価尺度(SSRS : Stress Self-Rating Scale)の7つの下位尺度(情動的反応:抑うつ・不安・怒りの15項目, 認知・行動的反応:情緒的混乱・引きこもりの10項目, 身体反応:身体的疲労感・自律神経系の活動性亢進の10項目)を用いた(パブリックヘルスリサーチセンター, 2004e; 尾関・原口・津田, 1991)。4件法の回答に対して0~3点を割り当て、下位尺度ごとに合計点を算出するとともに、全35項目の合計点をストレス反応の総得点として計上した。その得点は、高いほど精神的に不安定な状況下にある(精神的不調感が強い)ことを示す。

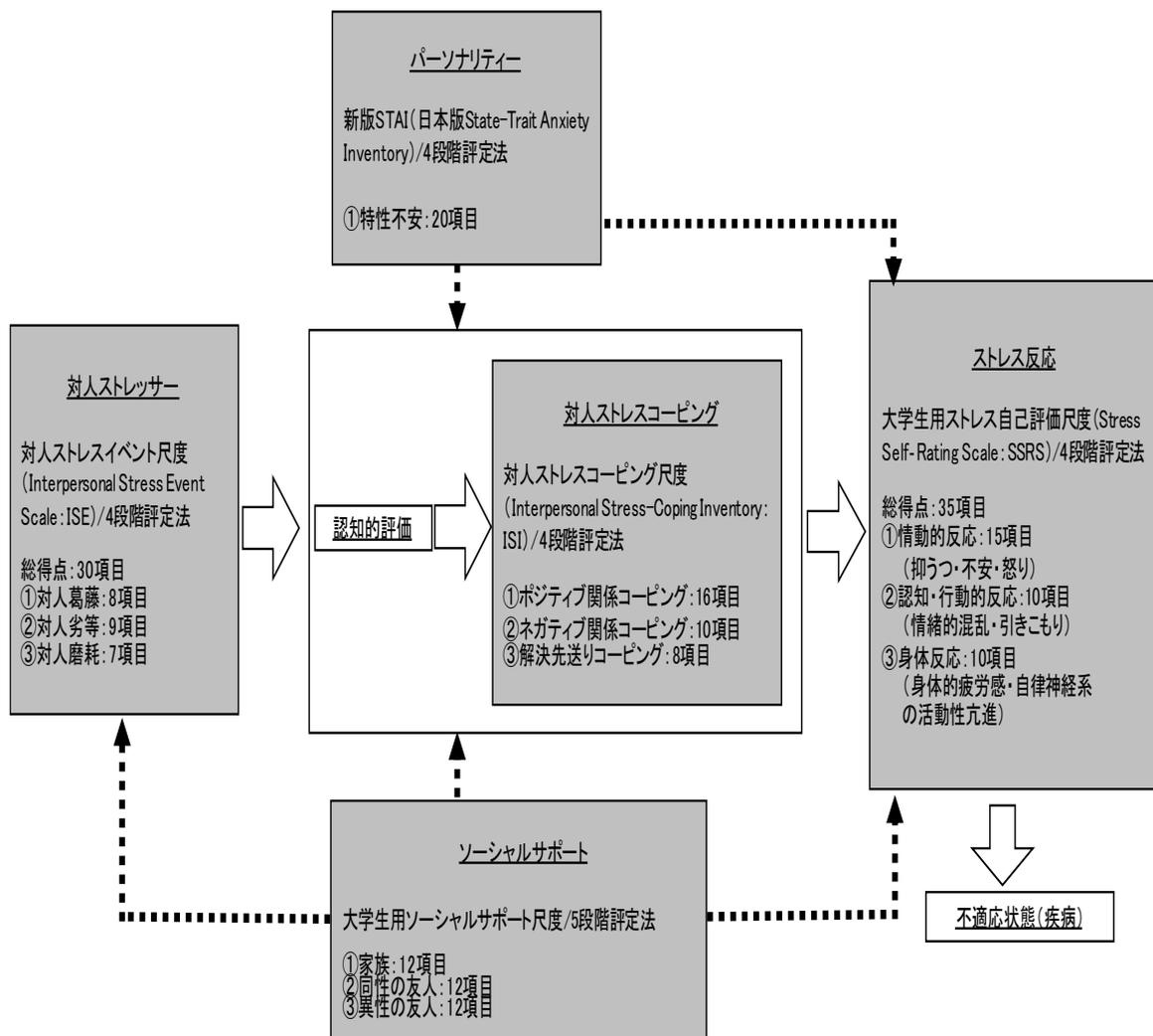


Fig. 4-2-1 本研究におけるストレス発生の概念モデルと指標

4) 分析処理

138人に配布した質問紙調査票のうち、回収できたのは134標本であった(回収率97.1%)。そのうち、全ての質問項目において欠損値が無く有効な回答のあった116標本を分析標本とした(有効回答率84.1%)。

介護短大生の対人ストレスコーピング、ソーシャルサポート、パーソナリティー及び対人ストレスやストレス反応の特徴を明らかにするために、各尺度の開発において対象とした大学生(標準化標本)を対照群として(尾関ら, 1991 橋本, 1997 肥田野ら, 2000 加藤, 2000 嶋, 1992), 本対象との各下位尺度得点や総得点の平均値の差の検定をした。加えて、本対象における基本属性間の比較を行った。なお、2グループの平均値の差の検定には、等分散の検定(Leveneの検定)により両側5%水準で2グループの母分散が等しかった場合はt検定を、等しくなかった場合はWelchの検定を用いた。3グループの平均値の差の検定には、一元配置分散分析及び多重比較を用い、等分散の検定(Leveneの検定)により両側5%水準で等分散性が成り立った場合はBonferroniの検定を、等分散性が成り立たなかった場合はTamhaneの検定を行った。

また、介護短大生のストレス反応や特性不安とその他の因子との相互関係を推測するた

めに、Pearson の積率相関係数を用いた分析を行った。

さらに、因果関係の推測のために、介護学生のストレス反応の総得点を従属変数とし、対人ストレスラー、対人ストレスコーピング、ソーシャルサポートの各下位尺度因子と特性不安を独立変数とする重回帰分析 (Stepwise 法) を行った。

なお、尺度の内的一貫性を Cronback の α 係数によって検証したところ、各尺度全体と各下位尺度の α 信頼性係数は 0.82~0.96 で、非常に高い信頼性を確保していた。

以上のデータの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windows を使用した。

5) 倫理的配慮

書面と口頭で研究の目的・意義・方法に関する説明をし、調査への不参加が就学上の不利益に繋がることは一切ないことを告げた。また、質問紙の回収にあたっては、回収用のボックスに投函する方法をとった。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

分析対象者の年齢は 18 歳から 58 歳、平均年齢は 21.8 ± 8.5 歳で、女性が 97 名、男性が 19 名であった。

また、就業経験のない学生が 96 名 (平均年齢 18.6 ± 0.5 歳)、就業経験のある社会人学生が 20 名 (平均年齢 37.3 ± 11.2 歳) であった。

2) 介護短大生と対照群間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点

Table 4-2-1 に、介護短大生と対照群間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

対人ストレスラーの総得点とその下位尺度因子である「対人劣等」や「対人磨耗」、そして、「特性不安」において有意差が認められ、介護短大生は標準化標本としての一般大学生に比べ、対人劣等や対人磨耗に起因する対人ストレス刺激の受容が少なく、ストレス耐性が低かった。

なお、介護短大生と比較対照群との年齢及び就業経験による標本バイアスを少なくするために、就業経験のある 20 名の社会人学生を除いての比較を行った。

また、ストレス反応の総得点の cut-off point (区分点) を用い、対象者をハイリスク群 (38 ポイント以上) とローリスク群 (37 ポイント以下) とに判別したところ (パブリックヘルスリサーチセンター, 2004e)、ハイリスク群に属する介護短大生は 17.2% を占めた。同様に特性不安得点の cut-off point (区分点) を用い判別したところ (肥田野ら, 2000)、ハイリスク群 (cut-off point : 男性 53 ポイント以上, 女性 50 ポイント以上) に属する介護短大生は 56.3% を占めた。

Table 4-2-1 介護短大生と対照群間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点

尺度・下位尺度因子	対照群			介護短大生			自由度	t値	r値
	N	平均値	SD	N	平均値	SD			
ストレス反応 <総数>									
ストレス反応総得点	610	19.78	14.04	96	21.21	18.97	111	0.71	0.07
(ハイリスク者の割合)		(15.0%)			(17.2%)				
対人ストレス									
対人ストレス総得点	200	62.53	12.93	96	57.71	15.42	161	2.65 **	0.20
対人葛藤	200	1.78	0.55	96	1.68	0.57	181	1.43	0.11
対人劣等	200	2.39	0.55	96	2.13	0.63	166	3.46 ***	0.25
対人磨耗	200	2.15	0.49	96	1.95	0.59	159	2.88 **	0.22
対人ストレスコーピング <性別>									
ポジティブ関係コーピング (女性)	1314	20.46	9.02	82	21.17	8.65	1394	0.72	0.02
(男性)	1260	18.37	9.40	14	16.00	7.38	1272	1.19	0.03
ネガティブ関係コーピング (女性)	1314	7.66	5.50	82	6.67	5.32	1394	1.63	0.04
(男性)	1260	8.88	6.02	14	6.36	5.60	1272	1.67	0.05
解決先送りコーピング (女性)	1314	11.80	5.26	82	11.20	5.42	90	0.97	0.10
(男性)	1260	11.79	5.29	14	10.14	5.30	1272	1.16	0.03
ソーシャルサポート <性別>									
家族サポート (女性)	204	39.80	9.40	82	38.49	10.15	139	1.01	0.09
(男性)	220	31.30	9.10	14	34.07	10.43	232	0.97	0.06
同性友人サポート (女性)	204	46.60	7.70	82	46.83	8.83	133	0.21	0.02
(男性)	220	41.50	9.10	14	41.57	9.97	232	0.03	0.00
異性友人サポート (女性)	204	32.00	11.90	82	34.04	10.55	167	1.42	0.11
(男性)	220	29.20	13.00	14	33.93	16.79	232	1.03	0.07
パーソナリティ(性格特性) <性別>									
特性不安 (女性)	1165	47.65	9.96	82	50.55	8.40	97	2.98 **	0.29
(男性)	1088	48.82	10.03	14	54.43	9.58	1100	2.18 *	0.07
(ハイリスク者の割合)		(-)			(56.3%)				

p<.01,*p<.001

対人ストレスの下位尺度得点は、高値ほど対人ストレス刺激を強く受けていることを示す

特性不安は、高値ほどストレス耐性が低い(性格的に不安になりやすい)ことを示す

比較対照データには、各尺度の開発において対象とした大学生(標準化標本)のデータを用いた

介護短大生のデータには、比較対照群との標本バイアスを少なくするために、就業経験のない1・2年生のデータを用いた

ストレス反応総得点のハイリスク者の割合は、37/38のcut-off point(区分点)により判別した

特性不安のハイリスク者の割合は、女性49/50、男性52/53のcut-off point(区分点)により判別した

ストレス反応と対人ストレスの尺度に関しては、性別の標準値が示されていないため、総数での比較を行った

3) 介護短大生の属性間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点

Table 4-2-2 に、介護短大生の性別間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

「対人葛藤」と「ポジティブ関係コーピング」、「同性友人サポート」において有意差が認められ、女性は男性に比べ、対人葛藤に起因する対人ストレス刺激の受容が多く、ポジティブ関係コーピングを多用し、同性の友人との支援的なやりとりの頻度が高かった。

Table4-2-2 性別間におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点

尺度・下位尺度因子	女性			男性			自由度	t値	r値
	N	平均値	SD	N	平均値	SD			
年齢	97	21.51	8.27	19	23.32	9.44	114	0.85	0.08
ストレス反応									
ストレス反応総得点	97	20.20	17.74	19	24.95	28.17	20	0.71	0.16
(ハイリスク者の割合)		(15.5%)			(26.3%)				
情動的反応	97	10.12	8.29	19	11.26	13.30	20	0.36	0.08
認知・行動的反応	97	5.16	5.37	19	7.16	0.93	20	0.91	0.20
身体反応	97	4.91	5.55	19	6.53	0.68	114	1.12	0.10
対人ストレス									
対人ストレス総得点	97	58.44	16.33	19	53.47	15.59	114	1.22	0.11
対人葛藤	97	1.74	0.66	19	1.40	0.38	43	3.06 **	0.42
対人劣等	97	2.12	0.63	19	2.11	0.85	22	0.02	0.00
対人磨耗	97	2.00	0.60	19	1.77	0.54	114	1.50	0.14
対人ストレスコーピング									
ポジティブ関係コーピング	97	21.09	8.58	19	16.21	8.84	114	2.26 *	0.21
ネガティブ関係コーピング	97	7.28	5.36	19	7.58	6.58	114	0.22	0.02
解決先送りコーピング	97	11.86	5.51	19	10.58	5.33	114	0.93	0.09
ソーシャルサポート									
家族サポート	97	39.36	10.42	19	34.21	12.29	114	1.91	0.18
同性友人サポート	97	46.18	8.86	19	38.42	13.02	21	2.49 *	0.48
異性友人サポート	97	33.58	10.52	19	30.32	16.63	20	0.82	0.18
パーソナリティ(性格特性)									
特性不安	97	49.14	9.64	19	53.89	12.93	114	1.85	0.17
(ハイリスク者の割合)		(51.5%)			(52.6%)				

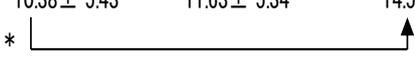
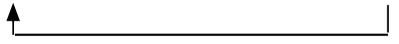
*p<.05, **p<.01

対人ストレスの下の下位尺度得点は、高値ほど対人ストレス刺激を強く受けていることを示す
対人ストレスコーピングの下の下位尺度得点は、高値ほどコーピングの使用頻度が高いことを示す
ソーシャルサポートの下の下位尺度得点は、高値ほど支援的なやり取りの頻度が高いことを示す
ストレス反応総得点のハイリスク者の割合は、37/38のcut-off point(区分点)により判別した
特性不安のハイリスク者の割合は、女性49/50, 男性52/53のcut-off point(区分点)により判別した

Table 4-2-3 に、介護短大生を就業経験のある社会人学生（1・2年次生）と就業経験のない1年次生、就業経験のない2年次生の3群に分け、その3群のストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点及びその平均値の差の検定をした結果を示した。

「ネガティブ関係コーピング」と「解決先送りコーピング」、「同性友人サポート」において有意差が認められ、多重比較の結果、就業経験のある社会人学生は就業経験のない1・2年次生に比べネガティブ関係コーピングを多用し、同じく就業経験のある社会人学生は就業経験のない1年次生に比べ解決先送りコーピングを多用していた。また、就業経験のある社会人学生は就業経験のない1年次生に比べ同性の友人との支援的なやり取りの頻度が低かった。

Table 4-2-3 社会人学生と就業経験のない1年次生, 就業経験のない2年次生におけるストレスやストレス関連要因の平均下位尺度得点

尺度・下位尺度因子	就業経験のない 1年次生(N=45)	就業経験のない 2年次生(N=51)	就業経験のある 社会人学生(N=20)	自由度	F値	p値	r値
ストレス反応							
ストレス反応総得点 (ハイリスク者の割合)	23.40±20.42 (15.7%)	19.27±17.57 (17.8%)	19.85±23.69 (20.0%)	115	0.556	0.575	0.07
情動的反応	11.49± 8.91	9.37± 8.06	10.05±12.46	115	0.634	0.533	0.08
認知・行動的反応	6.73± 7.02	4.59± 4.90	5.00± 6.89	115	1.532	0.220	0.12
身体反応	5.18± 5.79	5.31± 5.79	4.80± 5.98	115	0.056	0.946	0.02
対人ストレス							
対人ストレス総得点	58.02±14.59	57.43±16.26	57.25±20.21	115	0.022	0.978	0.01
対人葛藤	1.62± 0.49	1.73± 0.63	1.71± 0.90	115	0.350	0.705	0.06
対人劣等	2.21± 0.63	2.05± 0.63	2.05± 0.84	115	0.816	0.445	0.08
対人磨耗	1.94± 0.57	1.96± 0.61	1.96± 0.65	115	0.014	0.986	0.01
対人ストレスコーピング							
ポジティブ関係コーピング	19.82± 8.02	20.94± 9.19	19.70± 9.64	115	0.246	0.782	0.05
ネガティブ関係コーピング	6.84± 5.96	6.43± 4.76	10.70± 5.46	115	4.830	0.010 *	0.20
	* 						
解決先送りコーピング	10.38± 5.43	11.63± 5.34	14.55± 5.04	115	4.246	0.017 *	0.19
	* 						
ソーシャルサポート							
家族サポート	38.40±11.24	37.35± 9.38	41.75±13.22	115	1.186	0.309	0.10
同性友人サポート	45.56±10.11	46.51± 8.26	39.35±12.28	115	4.023	0.021 *	0.18
	↑ 		*				
異性友人サポート	32.93±11.91	34.98±11.27	28.35±11.59	115	2.361	0.099	0.14
パーソナリティ(性格特性)							
特性不安 (ハイリスク者の割合)	51.96± 9.29 (66.7%)	50.37±8.03 (47.1%)	44.20±15.24 (30.0%)	115	4.207	0.017 *	0.19

*p<.05

上記表の値は平均値と標準偏差を示す

対人ストレスコーピングの下位尺度得点は、高値ほどコーピングの使用頻度が高いことを示す

ソーシャルサポートの下位尺度得点は、高値ほど支援的なやり取りの頻度が高いことを示す

コーピングの使用度・サポートのやりとりの程度が有意に高い集団のデータを矢印で示した

平均年齢(標準偏差)は、就業経験のない1年生18.04±0.21歳、就業経験のない2年生19.04±0.20歳、

就業経験のある社会人学生37.30±11.23歳であった

ストレス反応総得点のハイリスク者の割合は、37/38のcut-off point(区分点)により判別した

特性不安のハイリスク者の割合は、女性49/50、男性52/53のcut-off point(区分点)により判別した

4) 介護短大生のストレス、ストレス関連要因間の相関係数

Table 4-2-4 に、介護短大生のストレス反応総得点及び特性不安得点と、対人ストレス一やストレス関連要因の下位尺度得点間の相関係数を示した。

ストレス反応総得点と「対人葛藤」、「対人劣等」、「ネガティブ関係コーピング」、「特性不

安」との間、そして、特性不安得点と「対人劣等」との間に、かなりの有意な正の相関がみられた。加えて、ストレス反応総得点と「対人磨耗」との間、そして、特性不安得点と「対人葛藤」、「対人磨耗」、「ネガティブ関係コーピング」との間に、低い有意な正の相関がみられた。また、ストレス反応総得点と「家族サポート」、そして、特性不安得点と「家族サポート」との間に低い有意な負の相関がみられた。

Table 4-2-4 ストレス, ストレス関連要因間の相関係数

介護短大生全体		
	ストレス反応総得点	特性不安得点
対人ストレス		
対人葛藤	0.405 **	0.326 **
対人劣等	0.622 **	0.684 **
対人磨耗	0.314 **	0.391 **
対人ストレスコーピング		
ポジティブ関係コーピング	-0.051	-0.125
ネガティブ関係コーピング	0.446 **	0.297 **
解決先送りコーピング	-0.033	-0.192 *
ソーシャルサポート		
家族サポート	-0.225 *	-0.278 **
同性友人サポート	-0.173	-0.127
異性友人サポート	-0.015	-0.115
パーソナリティ(性格特性)		
特性不安	0.647 **	

*p<.05, **p<.01

5) 介護短大生のストレス反応総得点の重回帰分析結果

Table 4-2-5 に、介護短大生のストレス反応（総得点）を従属変数とし、対人ストレスやストレス関連要因の下位尺度得点を独立変数とした Stepwise 法による重回帰分析結果を示した。

精神的健康度の総合判定の指標であるストレス反応総得点に影響する因子として有意な相関がみられた独立変数は、影響度が大きい順に、「特性不安」、「ネガティブ関係コーピング」、「対人磨耗」、「対人劣等」、「異性友人サポート」、であった。なお、これらの因子による寄与率は 0.527 で、F 値が 16.555、p 値が 0.001 未満であり回帰式の有意性が認められた。

Table 4-2-5 ストレス反応総得点の重回帰分析結果

介護短大生全体				
	偏回帰係数(B)	標準偏回帰係数(β)	t値	p値
特性不安	0.728	0.381	4.155	0.000 ***
ネガティブ関係コーピング	0.916	0.257	3.549	0.001 ***
対人磨耗	-8.384	-0.254	-2.650	0.009 **
対人劣等	9.128	0.309	2.634	0.010 *
異性友人サポート	0.240	0.142	2.123	0.036 *
家族サポート	-0.234	-0.129	-1.859	0.066
対人葛藤	5.525	0.177	1.899	0.060
F値	20.629 ***			
寄与率(R ²)	0.572			
自由度調整済み寄与率	0.544			

*p<.05, **p<.01,***p<.001

4. 考察

1) 介護短大生のストレスやストレス関連要因の特徴について

各尺度の開発において対象とした大学生（標準化標本）との比較より、介護短大生は対人ストレスを強く受けていなかったが、特性不安が強く、ストレス耐性が低いと判別された介護学生が 5 割を超えた。したがって、半数以上の介護学生がストレスを受けやすい性格傾向にあることが明らかとなり、介護短大生は日常的に精神保健上の課題を抱えやすいハイリスクな集団であるといえる。

基本属性間の比較によって、性差間で有意差の認められた「対人葛藤」と「ポジティブ関係コーピング」については比較できる先行研究は見あたらなかった。しかし、「同性友人サポート」については嶋（1992）が首都圏の四年制大学及び短期大学の学生に対して行った調査があり、3 カテゴリーすべてのサポート得点とも女子学生のほうが有意に高得点で、男女いずれも同性友人サポートの得点が最も高かったことを報告している。本調査においては、有意に高得点であったのは同性友人サポートのみであったが、男女いずれも同性友人サポートの得点が最も高かった点は一致していた。学生という立場にある被験者は必然的に同性の友人と過ごす時間が長くなることから、家族や異性の友人よりも同性の友人との相互作用が多くなることは納得のいくところである。また、異性友人サポートに関しては男女とも得点の分散が最も大きかったことから、個人差が大きく影響して平均値として高得点にならなかったと考えられる。なお、嶋（1992）は男子学生の 3 カテゴリーすべてのソーシャルサポート得点が低い理由について、「男子には困難な問題に遭遇した場合でも、他者からの援助を受けずに独力でそれを解決することが期待されがちであるという社会的・文化的要因があるため」と述べている。しかしながら、本調査において唯一「同性友人サポート」に男女差がみられたのは、男子学生が非常に少数派であり、支援の授受の対象や機会が少ないからであるとも考えられる。

同じく基本属性間の比較より、就業経験のある社会人学生は、ネガティブ関係コーピングや解決先送りコーピングを多用し、同性の友人との支援的なやりとりの少ないことが示された。加藤（2007）をはじめとした複数の先行研究において、ストレスフルな友人関係に対して、ネガティブ関係コーピングを使用するほどストレス反応が増加し、解決先送りコーピングを使用するほどストレス反応が低減することが報告されている。また、ソーシャルサポートが、ストレスとストレス反応の関係を緩衝する効果をもつだけでなく、直接的にストレーン経験を低減させることや、知覚されたストレスを低減させることも報告されている（田尾・久保，1996；横山・岩永 編著，2003）。したがって、ネガティブ関係コーピングを使用する頻度を少なくすることと、年齢や社会的経験などに起因する価値観の差を乗り越えて学びを共にする仲間との相互作用を促進することが社会人学生の精神的健康の向上に有効であるといえる。

2) 介護短大生のストレス反応に影響を与える要因について

介護短大生について、①対照群（標準化標本）との比較より、対人ストレスを強く受けていないが特性不安が強く、漠然とした不安を過剰に抱きやすい性格傾向にあり、②単回帰分析（相関係数）と重回帰分析より、特性不安がストレス反応の表出に最も影響を与えており、特性不安が強いほどストレス反応が高まることが確認された。これらのことから、介

護短大生がストレス刺激を強く受けていないのにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因に、性格特性としての不安、つまりストレス耐性の低さが大きく関わっているといえる。研究5でも取り上げた吉武（1996）や南（2003）の報告（一般に看護学生や介護学生など対人ケア専門職を目指す学生は、責任感や思いやり、仕事をきちんと遂行する能力があり、命令されたことは「ノー」と言わない従順さは認められるが、自分は全く楽しめず、葛藤状態に陥りやすい性格傾向にある。それが精神健康状態の悪さに反映されている）は、対人ケア専門職を目指す学生の性格特性が精神健康度に大きく影響しているであろうことを指摘する点において本研究との一致をみる。

また、単回帰分析（相関係数）と重回帰分析より、「特性不安」以外に、「ネガティブ関係コーピング」や対人ストレスの「対人磨耗」と「対人劣等」が介護短大生のストレス反応の表出に影響を与えている因子として浮上し、ネガティブ関係コーピングを多用するほど、そして、対人磨耗や対人劣等による対人ストレス刺激を強く受けているほどストレス反応が高まることが確認された。加藤（2007）は、学生がネガティブ関係コーピングを用いるほどストレス反応が増大し、解決先送りコーピングやポジティブ関係コーピングを用いるほどストレス反応が低減することを実証している。よって、介護短大生のストレス反応の表出に、ストレスフルな人間関係に対して関係を放棄・崩壊しようとする対処方略の多用が関わっているといえる。加えて、コミュニケーション能力の欠如によって円滑な相互作用を行うことができずに劣等感を触発するような事態や、対人的相互作用を行うこと自体に気疲れを感じるような事態への遭遇も、介護短大生のストレス反応の表出に影響しているといえる。

5. 結論と課題

介護短大生のストレスやストレス関連要因の特徴を明らかにし、介護短大生のストレス反応の表出に影響すると考えられる、対人ストレスや対人ストレスコーピング、ソーシャルサポート、パーソナリティとストレス反応との関連を心理学的ストレスモデルに従って多面的に検討することを目的とした今回の調査により、以下の結論を得た。

①介護短大生は一般大学生に比べ、対人ストレス刺激の受容が少なかったが、特性不安が強く、ストレス耐性が低いと判別された介護学生は5割を超えた。よって、介護短大生がストレスを受けやすい性格傾向にあることが明らかとなり、介護短大生は日常的に精神保健上の課題を抱えやすいハイリスクな集団である可能性の高いことが示された。

②特性不安が介護短大生のストレス反応の表出に最も影響を与えており、特性不安が強いほどストレス反応が高まることが確認された。また、「特性不安」以外に、「ネガティブ関係コーピング」や対人ストレスの「対人磨耗」と「対人劣等」が介護短大生のストレス反応の表出に影響しており、ネガティブ関係コーピングを多用するほど、そして、対人磨耗や対人劣等による対人ストレス刺激を強く受けているほどストレス反応が高まることが示された。

よって、介護短大生がストレス刺激を強く受けていないのにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因に、介護短大生の性格特性としての不安、つまりストレス耐性の低さ及びネガティブ関係コーピングの多用が大きく関わっていることが明らかとなった。

したがって、研究2・3・4によって得られた介護職員の職業性ストレスに関する所見は、

介護労働におけるストレスに曝される以前に個人が獲得したストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）の度合いに起因するところが大きいと考えられる。とすれば、介護職を志す者の基礎的能力や訓練を通して獲得する専門能力及び介護職養成教育の実態と課題を把握する必要がある、その実態と課題を踏まえた教育プログラムの開発が必要である。

引用文献

阿部清子, 河野弘美, 伊藤敏乃, 原映子 (2005) 短大生におけるストレス度と生活習慣のかかわり. 今治明德短期大学研究紀要, 29, 1-11.

浅見多紀子, 加藤千恵子, 鈴木夕岐子, 柴崎いづみ, 久保かほる, 鈴木妙 (2004) 看護学生へのストレスとストレス解消法; 自己効力感に関する縦断的調査. 日本看護学会論文集看護教育, 35, 103-105.

福西勇夫 (1990) 日本版 General Health Questionnaire(GHQ)の cut-off point. 心理臨床, 3(3), 228-234.

Goldberg, D.P. (1974) General Health Questionnaire / 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985) 日本版 GHQ 精神健康調査票手引, 1-14, 57-70, 日本文化科学社, 東京.

橋本剛 (1997) 大学生における対人ストレスイベント分類の試み. 社会心理学研究, 13(1), 64-75.

肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 曾我祥子 (2008) 新版 STAI マニュアル. 4-29, 実務教育出版, 東京.

磯田雄二郎 (1983) 学生層の精神的変化について(第一報); UPI カードの統計的処理より見た変化. 第 20 回大学保健管理研究集会報告書, 133-134.

市丸訓子, 山本富士江, 野田淳 (2001) 看護大学生のストレス度とストレス・ストレス反応・影響因子との関連; 4 年間の縦断的研究. 東京保健科学学会誌, 4(2), 77-82.

加藤司 (2000) 大学生用対人ストレスコーピング尺度の作成. 教育心理学研究, 48, 225-234.

加藤司 (2007) 看護学生における対人ストレスコーピングがストレス反応に及ぼす影響. 東洋大学人間科学総合研究所紀要, 7, 265-275.

小杉正太郎 編著 / 大塚泰正, 島津明人, 田中健吾, 田中美由紀, 種市康太郎, 林弥生, 福川康之, 山崎健二 (2004) ストレス心理学; 個人差のプロセスとコーピング. 34-37, 川島書店, 東京.

小柳晴生 (1987) UPI と 2, 3 の生活経験項目との関連について. 第 24 回大学保健管理研究集会報告書, 102.

松原達哉 (1989) 大学生のストレス解消法. カウンセリング研究, 21(2), 166-171.

南好子 (2003) 対人ケア専門職を目指す学生の心の健康状態. 大阪健康福祉短期大学紀要, 創刊号, 14-20.

水森ゆりか (2005) 大学生の精神的落ち着きとストレスコーピング・精神的健康度の関連について. 臨床教育心理学研究, 31(1), 118.

文部科学省 (2007) 学校基本調査 年次統計 総括表 4; 進学率 (昭和 23 年~).

(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001015843&cycode=0>, 2007年12月30日)

中井大介, 茅野理恵, 佐野司 (2007) UPI から見た大学生のメンタルヘルスの実態. 筑波学院大学紀要, 2, 159-173.

尾関友佳子, 原口雅浩, 津田彰 (1991) 大学生の生活ストレス, コーピング, パーソナリティとストレス反応. 健康心理学研究, 4(2), 1-9.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004a) ストレススケールガイドブック ; 女子短大生用ストレステスト (坂原明, 松浦光和). 173-176, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004b) ストレススケールガイドブック ; 対人ストレスイベント尺度 (橋本剛). 177-181, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004c) ストレススケールガイドブック ; 対人ストレスコーピング尺度 (加藤司). 198-202, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004d) ストレススケールガイドブック ; 大学生用ソーシャルサポート尺度 (嶋信宏). 203-208, 実務教育出版, 東京.

パブリックヘルスリサーチセンター (2004e) ストレススケールガイドブック ; 大学生用ストレス自己評価尺度 (尾関友佳子, 原口雅浩, 津田彰). 162-168, 実務教育出版, 東京.

坂原明, 松浦光和 (1999) 女子短大生用ストレステストの改訂. 学生相談研究, 20(1), 32-37.

沢崎達夫, 松原達哉 (1988) 大学生の精神健康に関する研究(1); 筑波大学新入生に対するUPIの結果. 筑波大学心理学研究, 10, 183 - 190.

瀬戸正弘 (2005) 女子大学生のストレス反応とストレスおよびパーソナリティとの関連. 安田女子大学大学院文学研究科紀要, 10, 155-169.

渋谷崇行, 小泉昌幸, 伊藤巨志 (2000) 大学生の生活ストレスに関する研究; ストレスとストレス反応に注目して. 櫻門体育学研究, 34, 19-28.

嶋信宏 (1992) 大学生におけるソーシャルサポートの日常生活ストレスに対する効果. 社会心理学研究, 7(1), 45-53.

島悟 (2004) II精神科臨床評価 全般; 1. 全般的精神状態・精神健康度の評価. 臨床精神医学, 増刊号, 29-36.

岨中達/笠原嘉, 山田和夫 編 (1981) キャンパスの症状群 現代学生の不安と葛藤; 受験体制と進路選択. 32-53, 弘文堂, 東京.

田尾雅夫, 久保真人 (1996) バーンアウトの理論と実際; 心理学的アプローチ. 68-69, 誠信書房, 東京.

田副真美, 片岡ちなつ (2006) 美容を専攻する短大生のストレス評価および情緒的支援ネットワークの認知度. 山野研究紀要, 14, 81-89.

塘添敏文 (1997) 学生生活とストレス. 亜細亜大学教養部紀要, 56, 1-18.

土屋八千代, 佐藤満, 神田晃, 川口毅 (2001) 看護学生のストレス認知とコーピングに関する分析疫学的研究. 昭和医学会雑誌, 61(5), 530-538.

和田実 (1992) 大学新入生の心理的要因に及ぼすソーシャルサポートの影響. 教育心理学研究, 40(4), 386-393.

山田ゆかり, 天野寛 (2003) 大学生におけるストレスとコーピング. 名古屋文理大学紀要, 3, 1-11.

横山博司, 岩永誠 編著 (2003) ワークストレスの行動科学, 82, 北大路書房, 京都.

吉岡千尋, 田中宏尚 (1987) 鳥取大学におけるスクリーニングシステム(3); 留学生の SPI および UPI 結果. 第 24 回大学保健管理研究集会報告書, 99.

吉武光世 (1995) UPI からみた新入生の心の健康状態について; 他大学との比較を通して. 東洋女子短期大学紀要, 27, 33-42.

吉武光世 (1996) 女子学生の精神健康状態について. 思春期学, 14(3), 335-340.

第5章 介護福祉士養成の実態と求められる能力に関する検討

第1節 介護福祉士を目指す学生の基礎的能力の実態と介護福祉士養成教育の課題【研究7】

1. 目的

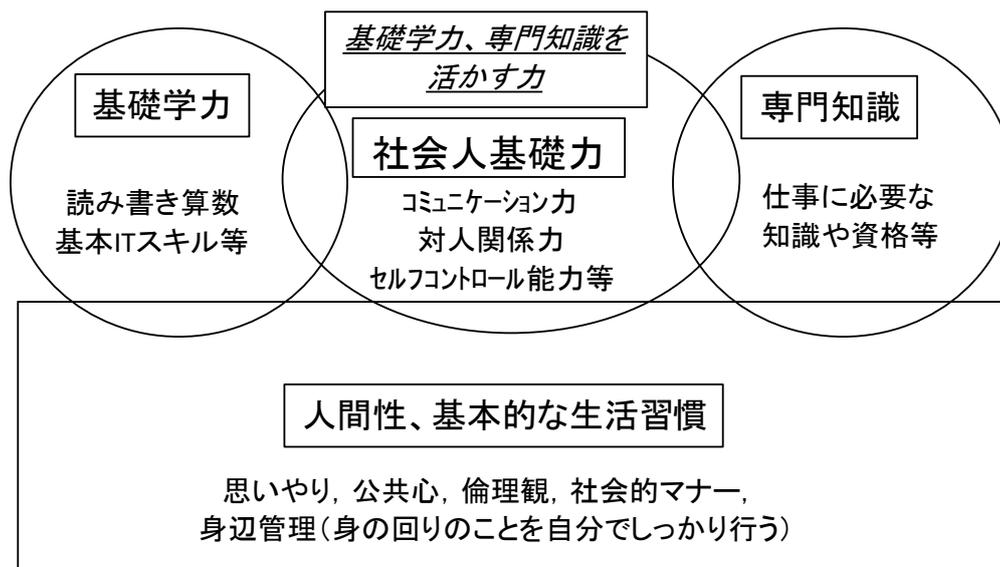
急速な高齢化の進むわが国では、専門的ケアを提供できる質の高い介護要員の確保が急務となっている。しかし、介護職を志す若者は減少傾向にあり、介護福祉士養成校への入学者の激減は深刻な状況である（日本介護福祉士養成施設協会，2015）。また、介護職員の離職率は平成20年度以降20%を下回り、ここ数年16%～17%台で推移している（介護労働安定センター，2014）。しかし、本邦の全産業平均と比較すると介護業界の離職率は依然として高く、介護人材の不足は増す一方である（厚生労働省社会保障審議会介護保険部会，2013）。

他方、質の問題も存在する。質の高い介護要員の確保が困難となっている要因として、介護人材の「社会人基礎力」及び「人間性、基本的な生活習慣」の未熟さや「基礎学力」の不足が指摘されている（経済産業省，2007；三上・伊藤・松本・池田・松永，2013）。そのため、介護福祉士養成校においては、「専門的知識・技術」の修得と併せてそれらが高めることを支援する教育を充実させることが望まれる。

介護福祉士養成教育における社会人基礎力の育成に関する研究は散見される（松本・奥田，2009；奥田・松本，2009）。しかし、経済産業省（2007）が示す社会人基礎力の能力要素と厚生労働省（2008）が示す介護福祉士養成カリキュラム及び某養成校の教育プログラムとを比較検討し、効果的な育成方法に関する示唆を述べるにとどまっており、その実態は明らかにされていない。

そこで、介護福祉士養成課程で学ぶ学生の基礎的能力や介護福祉士養成教育の実態と課題を、「社会人基礎力」を中心に「人間性、基本的な生活習慣」、「基礎学力」の視点から明らかにすることを目的とした。

なお、「社会人基礎力」とは、「職場や地域社会の中で多様な人々とともに仕事を行っていく上で必要な基礎的な能力」と定義され、Fig.5-1-1に示すように、「人間性、基本的な生活習慣」を基盤とし、「基礎学力」や「専門知識」の能力と重なり合う部分があるものであり、相互に作用し合いながら様々な体験等を通じて循環（スパイラル）的に成長していくものとされている（経済産業省，2007）。また、「人間性」は家庭や地域社会で培われる思いやりや公共心、倫理観、社会的マナー等、人間らしさという価値的意味をもつものである（経済産業省，2006；経済産業省2007）。



経済産業省(2006) 社会人基礎力に関する研究会の資料を一部改変
Fig.5-1-1 能力の全体像

2. 方法

1) 調査対象と時期

2014年5月の時点で日本介護福祉士養成施設協会に会員校登録のあった東海北陸ブロックの1~4年課程, 45校47課程に対して, 2014年10月に無記名自記式質問紙による郵送調査を実施した。日本介護福祉士養成施設協会東海北陸ブロック事務局の協力の基に行い, 東海北陸ブロックの養成課程全てから回答を得る計画であった。しかし, 回収率及び有効回答率55.3%, 有効標本数26で, 統計的解釈を行うにあたり十分な標本数を得られなかった。

そのため, 2014年8月の時点で日本介護福祉士養成施設協会に会員校登録のあった東海北陸ブロックを除く全国の1~4年課程, 350校367課程に対して, 2014年12月に同様の調査を実施した。

2) 調査手順

介護福祉士養成校の学校長と教務主任に連名で質問紙を郵送し, 各課程1名の介護教員を選定してもらい回答を求めた。なお, 主として日本介護福祉士養成施設協会に教務主任として登録のある介護教員に回答を求め, 教務主任が介護教員でない場合は, 代替者を所属の介護教員の中から選出してもらい回答を求めた。

原則として調査票は無記名とした。ただし, 質問紙調査後に面接や電子メール, 電話等による聞き取り調査に応ずる意思があるかどうかを確認する欄を設け, 聞き取り調査への協力が可能な場合には同意書にサインを求めるとともに, 氏名と職位, 所属の養成校名, 連絡先住所・電話番号・eメールアドレス, 希望する聞き取り調査の方法を記入して返送してもらった。

3) 調査票の構成項目

以下の設問項目によって調査票を構成した。

なお, 質問紙の内容妥当性については, 介護福祉士養成教育に従事している5名の介護

教員と心理学研究者（臨床心理士）による質問紙の評価（質問項目及びその表現の適切性、回答のし易さ等の確認）とプレテスト（5名の介護教員に回答を求め欠損値や自由記述の多様性・具体性等を確認）によって確保した。

（1）基本属性

対象者である介護教員の性別、年齢、教育職としての経験年数、所属する養成課程の修学年数を尋ねた。

（2）教育状況等

①「社会人基礎力」及び「人間性、基本的な生活習慣」、「基礎学力」を高めるために実施している教育内容と教育方法、②ストレスの軽減法の教育状況、③修学支援のための環境整備状況について選択肢を設け回答してもらった。また、④介護教員が認識する教育内容の重要度について、教育に含めるべき優先度が高いと考える項目（教育内容）を5項目選択してもらい、優先順位1～5を記してもらった。

（3）教育上の課題と対策等

①介護教員が認識する教育上の課題、②教育上の課題への対処方略、③学生の個性把握のための取り組み、④介護教員の教育力向上のための取り組みについて自由記述を求めた。

4) 分析処理

選択肢を設け回答してもらった項目については単純集計を行った。

介護教員が認識する教育内容の重要度については、優先順位1に5点、優先順位2に4点、優先順位3に3点、優先順位4に2点、優先順位5に1点を配点して教育内容の優先順位得点を算出し、教育内容ごとの平均値及び標準偏差を算出した。

データの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windowsを使用した。

自由記述については、内容分析の手法を用いて処理し、自由回答式質問に対する各介護教員の回答について、1名分の記述全体を文脈単位、1内容を1項目として含むセンテンス（幾つかの文でまとまった思想・感情を表したものを）を記録単位とした。また、個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類し、その類似性を的確に表す表現をカテゴリーネームとして置き換え、カテゴリーを抽出した。

カテゴリーの信頼性を確保するために、介護福祉士養成校を卒業した後10年以上に亘って介護福祉士として就業しながら介護福祉士養成教育及び研究活動に携わっている者2名に、無作為抽出した記録単位を構成したカテゴリーに分類するように依頼した。その分類した結果の一致率を Scott, W.A の式を用いて算出し、判断した。判断基準は先行研究に従い70%とした（舟島, 2007）。その結果、カテゴリー分類の一致率は、①介護教員が認識する教育上の課題：90.4と91.6、②教育上の課題への対処方略：93.2と93.6、③学生の個性把握のための取り組み：91.6と93.0、④介護教員の教育力向上のための取り組み：86.2と87.4であり、信頼性が確保できていると判断した。

5) 倫理的配慮

研究の目的・意義・方法及び、研究協力は任意であること、情報開示の際は養成校名や個人名を公表しないこと、研究協力の際は同意書の提出を求めるが同意書提出後であってもいつでも撤回できること、研究内容は教育内容の検討や研究目的以外には一切使用しないこと等を記した文書を送付した。研究への協力を自己決定した者に対して同意書へのサイ

ンを求め、返信用の封筒で返信してもらった。

研究の実施にあたって、中部学院大学・中部学院大学短期大学部の倫理委員会の審査を受け受理された（受理番号：E14-0015, E14-0020）。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

73の有効標本が得られ、分析対象とした（回収率、有効回答率ともに18.1%）。

分析対象となった介護福祉士養成課程の介護教員73名は、女性52名（71.2%）、男性21名（28.8%）、平均年齢 51.4 ± 9.5 歳（最小値29歳、最大値71歳）、教育職としての平均経験年数 12.7 ± 7.8 年（最小値0年、最大値42年）で、所属先は1年課程3名（4.1%）、2年課程56名（76.7%）、3年課程2名（2.7%）、4年課程12名（16.4%）あった。

2) 教育状況等

(1) 「社会人基礎力」等をもつたためるために実施している教育の内容・方法に関する単純集計結果

Fig.5-1-2に、「社会人基礎力」及び「人間性、基本的な生活習慣」、「基礎学力」をもつたためるために各養成校が実施している教育内容・方法を単純集計した結果を示した。

「対人関係力・コミュニケーション力」と「介護職としての感性」についての教育を行っていない養成課程は皆無であった。最も教育されていない内容は「ストレス軽減法」で、38.5%の養成課程ではストレス軽減法を教育内容に含んでいなかった。9割以上の養成課程が、「社会的マナー」、「気遣い・気配り」などの道徳教育や「基礎学力向上教育」といった介護福祉士養成教育以前の基礎教育（人々が生きるために必要な知識・技能を獲得するための教育活動）をカリキュラム内やカリキュラム外及びカリキュラム内外で行っていた。

(2) 「社会人基礎力」等をもつたためるために実施している教育内容の平均優先順位得点

Fig.5-1-3に、Fig.5-1-2で示した各教育内容の平均優先順位得点を示した。

重要度が高いと考える教育内容にばらつきがみられたが、平均優先順位得点が高い（介護教員が最も重要度が高いと認識している）教育内容は、「対人関係力・コミュニケーション力」（ 1.5 ± 1.7 ）であり、次に「社会的マナー」（ 1.4 ± 1.9 ）であった。これらは基礎教育に含まれる内容であるが、3番目以降は順に、「職業倫理」（ 1.2 ± 1.7 ）、「介護職としての感性」（ 1.2 ± 1.6 ）、「資格取得への動機づけ」（ 1.1 ± 1.6 ）で、専門教育に含まれる内容であった。

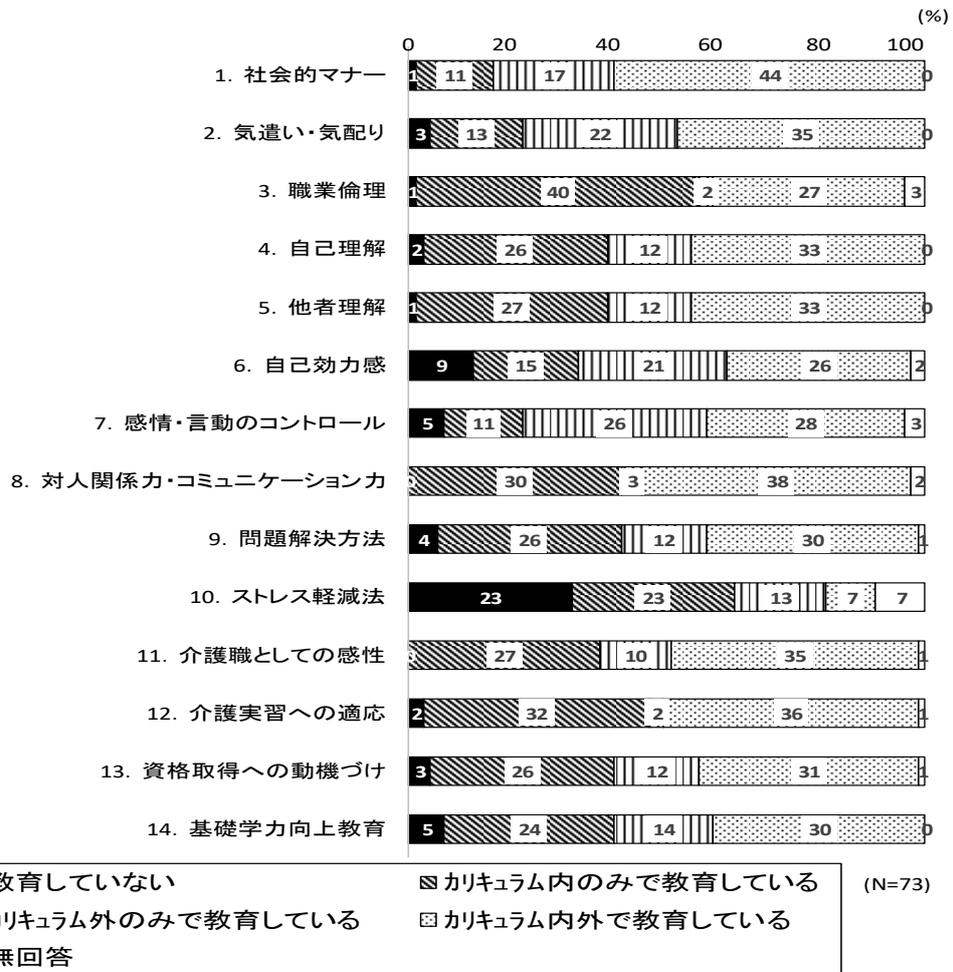
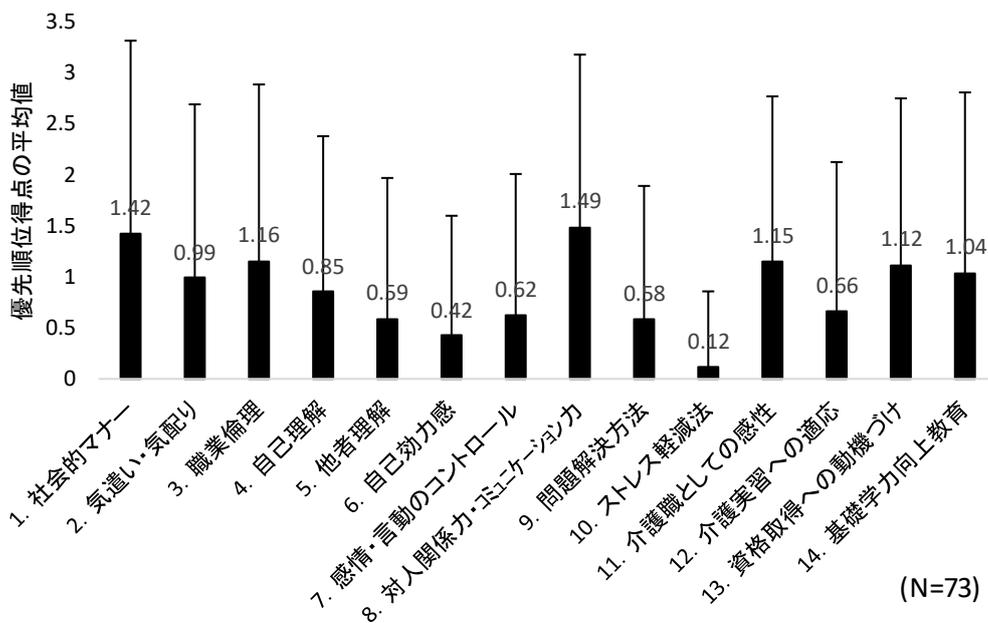


Fig.5-1-2 「社会人基礎力」及び「人間性, 基本的な生活習慣」, 「基礎学力」を高めるために実施している教育の内容・方法に関する単純集計結果



優先順位得点は、値が大きいほど教育の重要度が高いと認識していることを示す
 Fig.5-1-3 「社会人基礎力」及び「人間性, 基本的な生活習慣」, 「基礎学力」を高めるために実施している教育内容の平均優先順位得点

(3) ストレス軽減のために用いられる各種スキルの教授の有無

Fig.5-1-4 に、ストレス軽減法として用いられる各種スキルの教授の有無を示した。

介護福祉士養成課程においてストレスの軽減を目的として教授している具体的手法は多様で、①問題解決技法としてブレインストーミングによる解決法やドラマセラピーなど、②対人関係コミュニケーション法として傾聴のスキルや伝える力を鍛えるアサーティブコミュニケーション、やる気を引き出す力を鍛えるコーチングスキルなど、③時間管理法として優先順位をつけて上手く時間を使う方法など、④感情・思考・行動のセルフコントロール法としてリフレーミングやコラム法などの認知療法のスキルを活用することによって思考パターンを柔軟に変化させることなど、⑤リラクゼーション法として自律訓練法、呼吸法、漸進的筋弛緩法、瞑想、ヨガ、アロマセラピー、リラクゼーションマッサージ（リフレクソロジー）、セラピューティックケア、園芸療法など、⑥セルフプロデュース法として化粧療法やカラーセラピーなど、⑦五感トレーニング法として五感を鍛錬する方法、⑧健康なライフスタイルを保つ方法としてストレス耐性を高める栄養摂取法、運動法、睡眠・休息法など、⑨その他として卒業生との交流（体験談を聞く、悩みを打ち明ける）によって心理的浄化を図るなどが教育に取り入れられていた。そのうちの対人関係コミュニケーション法の教授割合が 61.6%で群を抜いて高かった。

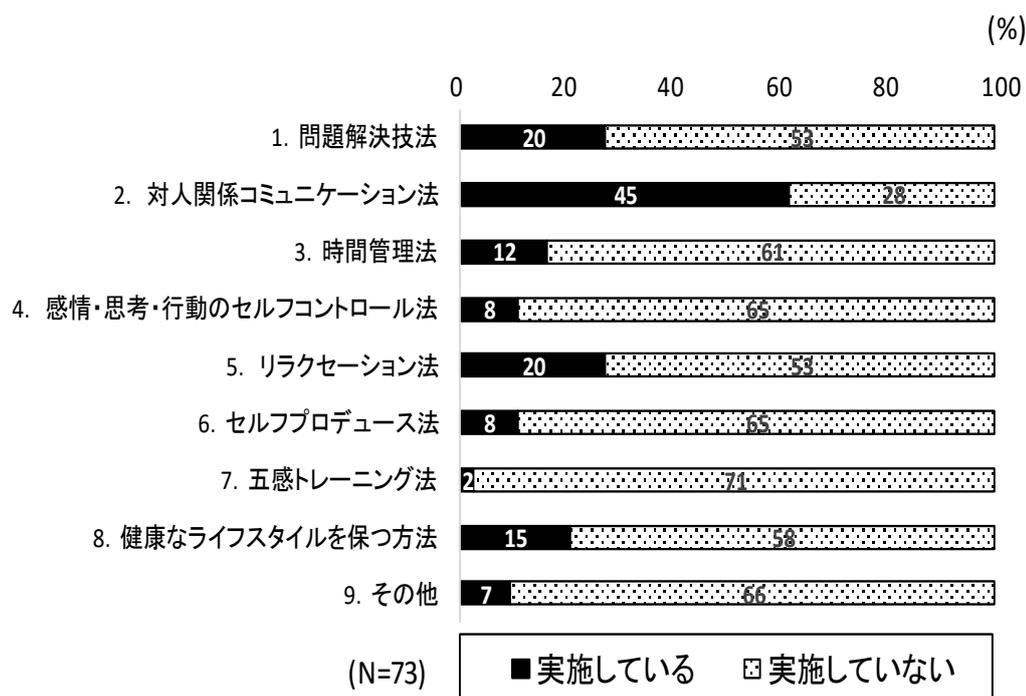


Fig.5-1-4 ストレス軽減のために用いられる各種スキルの教授の有無(単純集計結果)

(4) 修学支援のための環境整備の有無

Fig.5-1-5 に、養成校において修学支援のために整備することが望ましい各種環境の整備の有無を示した。

環境整備について「特に何も行っていない」と回答した養成校は 6 校 (8.2%) で、91.8%の養成校が安定した心身状態での修学を支えることを意識した何らかの環境や体制の整備

を行っていた。

整備されている環境は、①少人数担任制による個別対応、②養成校内に相談場所を設置、③養成校外に相談場所を設置、④健康診断での問診やセルフチェックテストの実施、⑤学生相談危機管理マニュアル（学生相談に係わる犯罪被害・加害、ハラスメント、自殺企図等への対応マニュアル）の策定・運用、⑥教職員へのメンタルヘルスに関する研修の実施、⑦取り組みを評価し改善策を検討する体制の確立など、多岐に及んでいた。しかし、「実施している」と回答した者の割合は 6.8%～74.0%と項目によって幅広く、5 割を超えている項目は、「少人数担任制による個別対応」（50.7%）と「養成校内に相談場所を設置」（74.0%）の 2 項目のみであった。

その他の内容として、「当法人に、こころと体のヘルスセンターが設置されており、学生だけでなく教職員をサポートする体制が整っている」、「個別面談の機会を年 2～3 回設けている」、「サークル活動や他学科交流を活発に行い学生の居場所づくりに努めている」等があった。

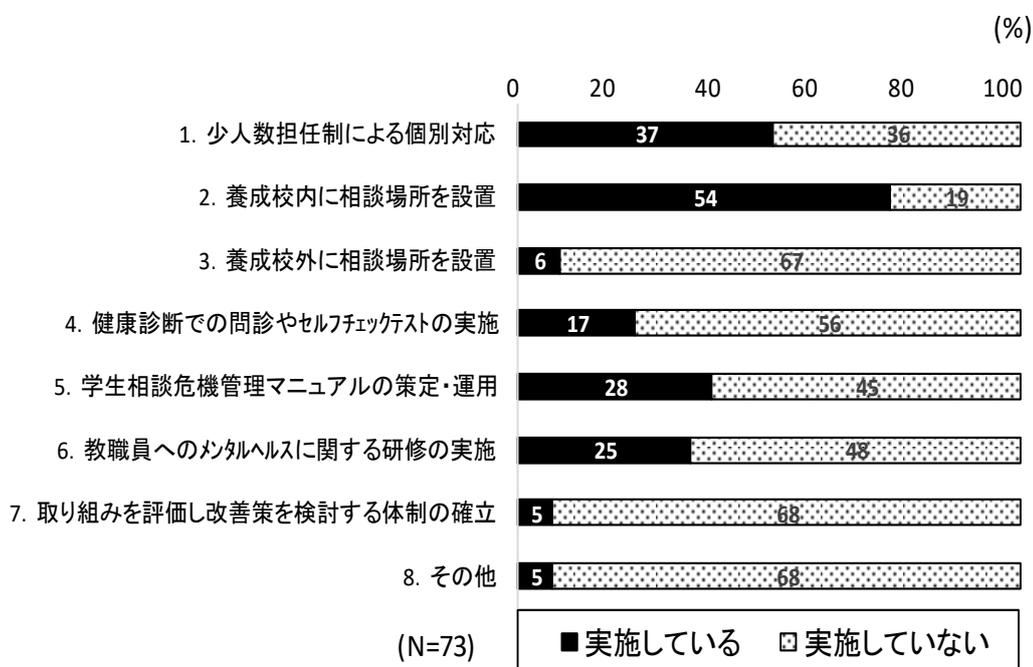


Fig.5-1-5 修学支援のための環境整備の有無(単純集計結果)

3) 介護教員が捉えている教育上の課題と実施している対応策

(1) 介護教員が認識する教育上の課題のカテゴリー化

介護教員が認識する教育上の課題についての有効回答は 68 名分（68 文脈単位）で、163 記録単位に分割できた。このうち、意味不明な記録単位や抽象度の高い記録単位を除外した 147 記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、12 カテゴリーが形成された（Table 5-1-1）。これら 12 カテゴリーを「学生側の課題」と「養成校側の課題」に区分して、記録単位数の多いものから順に以下に示す。なお、【 】内はカテゴリーを表し、< > 内は各カテゴリーを形成した記録単位数及びそれが記録単位総数に占める割合を示す（各カテゴリーを形成した代表的な記述については Table 5-1-1 を参照）。

「学生側の課題」<85 記録単位(66.9%)>として、【①基礎学力の低下】<22 記録単位

(17.3%) >, 【②コミュニケーション・人間関係力の低下】 <16 記録単位 (12.6%) >, 【③社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟】 <13 記録単位 (10.2%) >, 【④学修意欲の低下】 <11 記録単位 (8.7%) >, 【⑤適応力の低下】 <10 記録単位 (7.9%) >, 【⑥精神障がい・発達障がいのある学生の増加】 <7 記録単位 (5.5%) >, 【⑦豊かな感性や職業倫理（介護観）の醸成の困難な学生の増加】 <6 記録単位 (4.7%) >の 7 カテゴリー.

「養成校側の課題」 <42 記録単位 (33.1%) >として, 【①学生の能力差・意欲差への対応の困難さ】 <10 記録単位 (7.9%) >, 【②福祉士養成カリキュラムや教育方法の未成熟さ】 <9 記録単位 (7.1%) >, 【③定員不足を背景とした資質のない学生の入学及び共同学習の困難さ】 <8 記録単位 (6.3%) >, 【④指導体制の不十分さと指導力不足】 <8 記録単位 (6.3%) >, 【⑤委託訓練生への指導の困難さ】 <7 記録単位 (5.5%) >の 5 カテゴリー.

Table 5-1-1 介護教員が認識する教育上の課題の内容分析によるカテゴリー化

カテゴリーと代表的なセンテンス	記録単位数 (%)
1. 学生側の課題	85 (66.9)
1) 基礎学力の低下 ・ 10歳代~20歳代前半の学生の国語力の低下 ・基礎学力の低下, 特に文章力, 読解力が低い ・ 低学力のフォローなど介護教育以前の問題が多い	22 (17.3)
2) コミュニケーション力, 人間関係力の低下 ・ 人間関係力の低下 ・ 人間関係を築き人の話が聴けて自分の気持ちをしっかり伝える表現能力が低下している学生が多くなっている ・ コミュニケーション能力の低い学生が増えており, 実習に行っても利用者と話すことができない	16 (12.6)
3) 社会人基礎力及び人間性, 基本的な生活習慣の未熟 ・ 人間的成長が不十分な学生の増加 ・学生自身に自ら考えて行動できるような社会人基礎力を向上させること ・ 常識を理解できない学生が多い(あいさつ, 礼儀等) ・学生に生活実感が乏しい	13 (10.2)
4) 学修意欲の低下 ・ 学生の意識の中に「誰にでもできる職業」という考えが見受けられ, 学習へ取り組む姿勢など希薄さを感じる ・ 入学時, 進路を自分で決めずに周囲の意見のみで判断し進学するため実際の学業に対し身が入らず受け身 ・ 学生は学校に学びに来ているというより遊び, 楽しみに来ており「難しい」と感じると苦手意識を持ち避けてしまう	11 (8.7)
5) 適応力の低下 ・ 実習等にスムーズに入れない ・自分中心に考え自分を振り返ることができない人が多くなっている ・ 体調管理の不十分 ・年々, メンタル的に弱い学生や指導が届かない学生が増えている	10 (7.9)
6) 精神障がい, 発達障がいのある学生の増加 ・ 精神に障害を持った学生が増加 ・発達障害をもつ学生が増えている ・ADHD等の障害が疑わしいが進路をあきらめない	7 (5.5)
7) 豊かな感性や職業倫理(介護観)の醸成の困難な学生の増加 ・ 介護は人の心と心がつながる仕事であるが, 介護の心を育てることがとても困難なケースが多い ・感性を高めることが難しい ・ 今の学生は介護のイメージを個々に持たせることが難しい ・人権擁護といっても今の学生にとっては相当に高いハードルである	6 (4.7)
2. 養成校側の課題	42 (33.1)
1) 学生の能力差, 意欲差への対応の困難さ ・ 明らかに障がいがあると思われる学生の対応に時間をとられ普通の学生の良い所を伸ばす方に力を注げない ・ 学生の学力に差があり, 学生の理解を深めるためにどのレベルの学生に応じた授業を行うか迷う ・ 自発的に勉強しようとする学生と受け身型の学生の差をどのように埋めていくかも課題かと思う ・ 福祉に関心がある学生もいれば不本意で入学した学生もいる. 年齢幅も広く基礎学力にも大きな差がある. そんな学生たちが一同に授業を受けるため理解に差が出る	10 (7.9)
2) 介護福祉士養成カリキュラムや教育方法の未成熟さ ・ 全般的にどう介護における観察能力を身に付けさせるのが課題 ・人間教育, 社会教育, 地域に関する教育が不足している ・ 医療的ケアのニーズが高まる中で医学の基本的な知識の習得に関する適切な教科書がない ・ 現在のカリキュラムが領域になったことで学問としての介護教育が成り立たない	9 (7.1)
3) 定員不足を背景とした資質のない学生の入学及び共同学習の困難さ ・ 入学時にコミュニケーション能力が低く人とうまく関係が保持できない学生を受け入れたくはないがそうもいかず定員不足という問題がある為にわかっても入学を許可せざるを得ない現状がある ・全入によって人間的成長が不十分な学生を受け入れざるを得ない ・ 学生が少ないためグループワークなど多様なメンバー間での体験が限られてしまう	8 (6.3)
4) 指導体制の不十分さと指導力不足 ・ 社会的マナーや常識について教員が学生に指導する時間があまり取れない ・学生の個別対応, 指導のむずかしさ ・親との連携のむずかしさ	8 (6.3)
5) 委託訓練生への指導の困難さ ・ 新卒生と社会人学生が4対6で社会人が多くなっていることによる様々な悪影響 ・社会人学生の個性が強く対応が難しい ・ 社会人の合理的主義の強さから要領や効率ばかりこだわり, クラスでの協同作業などを無駄と考える学生が一部にみられる ・ ハローワーク経由で入学する学生の意識の低さ(給付目的で入学する)	7 (5.5)
記録単位数総数	127 (100%)

・センテンスの例示は自由記述内容を原文に基づき表記 ・文脈数=68 ・カテゴリー分類の一致率=90.4と91.6

(2) 教育上の課題への対応策のカテゴリー化

教育上の課題に対して実施している対応策についての有効回答は65名分(65文脈単位)で、138記録単位に分割できた。このうち、意味不明な記録単位や抽象度の高い記録単位を除外した122記録単位を、介護教員が認識する教育上の課題についての内容分析において形成された12カテゴリーに対応させて意味内容の類似性に基づき分類した結果、28のカテゴリーが形成された(Table 5-1-2)。これら28カテゴリーを、12のカテゴリーに分類された教育上の課題への対応ごとに記録単位数の多いものから順に以下に示す。なお、【 】内はカテゴリーを表し、< >内は各カテゴリーを形成した記録単位数の合計数及びそれが記録単位総数に占める割合を示す(各カテゴリーを形成した代表的な記述についてはTable 5-1-2を参照)。

「学生側の課題に対する対処策」<87記録単位(71.3%)>について、【(1)基礎学力低下への対応として、①個別の学習指導、②リテラシー教育の充実、③理解しやすい授業の実施、】<23記録単位(20.5%)>、【(2)学修意欲の低下への対応として、④アクティブラーニングの導入、⑤介護職への動機づけを促す取り組み、⑥興味をひきつける授業の工夫、⑦その他の授業改善】<18記録単位(14.8%)>、【(3)社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟への対応として、⑧個別の生活指導、⑨授業や行事を通しての集団指導】<14記録単位(11.5%)>、【(4)コミュニケーション力・人間関係力低下への対応として、⑩ボランティアやアルバイトの斡旋、⑪学校行事やクラス運営を通じた指導、⑫特別授業の実施、】<9記録単位(7.4%)>、【(5)適応力の低下への対応として、⑬保護者との連携した対応、⑭介護実習先との連携した指導、⑮個別支援】<8記録単位(6.6%)>、【(6)豊かな感性や職業倫理(介護観)の醸成の困難な学生の増加への対応として、⑯介護の専門性の教授、⑰人権教育の実施】<8記録単位(6.6%)>、【(7)精神障がい・発達障がいのある学生の増加への対応として、⑱個別支援、⑲精神障がい・発達障がいへの対応法について学ぶ研修会の実施】<7記録単位(5.7%)>の19カテゴリー。

養成校側の課題への対処策<35記録単位(28.7%)>について、【(1)指導体制の不十分さと教育力不足への対処として、①教員間の情報共有と共同、②学内システムの活用、③他の養成校との情報交換】<12記録単位(9.8%)>、【(2)学生の能力差・意欲差への対応の困難さへの対処として、④到達レベルに応じた教育の工夫、⑤到達レベルの低い学生への教員による個別の学習指導】<11記録単位(9.0%)>、【(3)介護福祉士養成カリキュラムや教育方法の未成熟さへの対処として、⑥指定科目に対する独自の教育の工夫、⑦指定科目を補完する教育の導入】<8記録単位(6.6%)>、【(4)定員不足を背景とした資質のない学生の入学及び共同学習の困難さへの対処として、⑧介護福祉士養成教育についての保護者に対する説明と同意】<2記録単位(1.6%)>、【(5)委託訓練生への指導の困難さへの対処として、⑨訓練生としての自覚を促す指導の徹底】<2記録単位(1.6%)>の9カテゴリー。

Table 5-1-2 教育上の課題への対応策の内容分析によるカテゴリー化

カテゴリーと代表的なセンテンス	記録単位数 (%)
1. 学生側の課題に対する対応	87 (71.3)
1) 基礎学力低下への対応	23 (20.5)
(1) 個別の学習指導	9
・授業時間以外に教員が個別対応で各教科の復習を行っている	
(2) リテラシー教育の充実	9
・学内に学習支援室を設け基礎学力特別講座を設置し希望者が受講している	
・国語の授業(1年次に60コマ)を8年前より取り入れている・レポート課題を多くしている	
(3) 理解しやすい授業の実施	5
・授業では具体例を示す簡単な言葉を用いてできるだけ容易に理解できるように心掛けている・辞書を活用して課題に取り組む	
2) 学修意欲低下への対応	18 (14.8)
(4) アクティブラーニングの導入	7
・授業の中ではただ教えるのではなくなるべく自ら考え発言できるように意識している	
・学生個々の目標(前期、後期、通年)とクラス目標を立てさせて、学生の目標をモニタリングしながら一緒に取り組んでいる	
(5) 介護職への動機づけを促す取り組み	5
・介護の喜びを実習等で体験させることで卒業時にはモチベーションは高まっている	
・行政や介護施設、障害者施設等と協力しながら学生に介護の魅力を伝える努力をしている	
(6) 興味をひきつける授業の工夫	3
・できるだけわかりやすく興味もてる授業内容、方法にしている	
(7) その他の授業改善	3
・学生数に応じた授業を行っている	
3) 社会人基礎力及び人間性、基本的な生活習慣の未熟への対応	14 (11.5)
(8) 個別の生活指導	10
・個別に対応している・何度も繰り返しマナー、言葉遣づかい、生活上の所作まで教員が関わり指導している	
・担任制で個別指導(生活指導、面接)	
(9) 授業や行事を通しての集団指導	4
・各教員が授業の中で社会人基礎力向上を意識し教育内容に取り入れている	
・入学時オリエンテーション合宿を実施し指導する・ホームルームでも指導を行っている	
4) コミュニケーション力、人間関係力低下への対応	9 (7.4)
(10) ボランティアやアルバイトの斡旋	4
・ボランティア、福祉施設でのアルバイトを勧めている	
(11) 学校行事やクラス運営を通じた指導	3
・授業のみならず演習、学生生活などさまざまな場面で重要さを伝えるように心がけている・学校行事やクラス運営で補う努力をしている	
(12) 特別授業の実施	2
・ドラマセラピー等、他者と関わりや自分を表現する科目を採り入れている・アサーション・トレーニングなどの実施	
5) 適応力の低下への対応	8 (6.6)
(13) 保護者との連携した対応	3
・担任教員を窓口しながら抱えている不安、課題等を直視しながら学生の家族、他教員との連携による重層的なかかわりの実施	
(14) 介護実習先との連携した指導	3
・実習施設の担当者とは意識疎通をはかり対処	
(15) 個別支援	2
・個別面談、指導	
6) 豊かな感性や職業倫理(介護観)の醸成の困難な学生の増加への対応	8 (6.6)
(16) 介護の専門性の教授	5
・介護の専門性について常に時間をかけて伝えている・コミュニケーション技術、生活支援技術等、技術のあり方の中に専門性を考えさせる	
(17) 人権教育の実施	3
・オムニバス形式で多彩な人権教育(「ホームレス者の生活と健康被害」、「死刑制度を考える」、「ハンセン病と権利侵害」、「高齢化する刑務所処遇と介護問題」などを展開している	
・障害者施設の施設長や大学教授による講義や1日キャンプ、夏まつりなどの行事への参加により利用者理解を図っている	
7) 精神障がい、発達障がいのある学生の増加への対応	7 (5.7)
(18) 個別支援	4
・カウンセリング対応による個別対応	
(19) 精神障がい、発達障がいへの対応法について学ぶ研修会の実施	3
・大学全体で発達障害をもつ学生への対応について研修会(FD)を実施	

Table 5-1-2 教育上の課題への対応策の内容分析によるカテゴリー化(続き)

2. 養成校側の課題への対応		35(28.7)
1) 指導体制の不十分さと教育力不足への対応		12 (9.8)
(1) 教員間の情報共有と共同		7
・ 教員で情報を共有し同じ考えで指導できるよう日々配慮している ・複数の教員で関わりを持つようにしている		
(2) 学内システムの活用		3
・ 大学の学習支援センターを活用 ・チュードントアシスタントを活用 ・学生による授業評価を参考に授業改善をしている		
(3) 他の養成校との情報交換		2
・ 他の養成校の様子を聞き対応を考えている		
2) 学生の能力差、意欲差への対応の困難さへの対応		11 (9.0)
(4) 到達レベルに応じた教育の工夫		9
・ 学校全体として学生のコンピテンシーを測定し個々の学生が成長できるようなカリキュラムを取り入れている		
・ 入学前教育にて学力を確認しできるだけ本人の能力に応じた授業を展開するよう努力はしている		
・ 学習意欲の高い学生の要望に応じるために向上目標となる学習内容を取り入れるよう努力している		
・ 学力の低い学生の学習を促すために講義において小テストやまとめテストを中途に組み込んでいる		
・ 授業によっては習熟度でクラスを分けて教育している		
(5) 到達レベルの低い学生への教員による個別の学習指導		2
・ 下位者には、個別学習指導を行う		
3) 介護福祉士養成カリキュラムや教育方法の未成熟さへの対応		8 (6.6)
(6) 指定科目に対する独自の教育の工夫		5
・ 適切な教科書がないので社会福祉養成講座の「医学一般」の教科書を使用している		
・ 旧カリの科目で読みかえられるものは読みかえ科目を学問名として残している		
・ 日常生活像をていねいに描いて行くよう(利用者本人のみではなくその家族や生活歴など)介護過程の展開時や実習に特に力を入れている		
・ 事例検討の機会をこれまでより増やしていくことを検討している		
・ 「個の状況に応じた介護」を実践するための人間理解、根拠となる知識量、基本技術の実践力の必要性を考えさせている		
(7) 指定科目を補完する教育の導入		3
・ 講義時間内で外部講師として介護現場で勤務されている方を招き現場の目で見たと「介護」について講義時間を設けている		
・ 特別講習(年2回計画) ・キャリアアップセミナーの科目の活用		
4) 定員不足を背景とした資質のない学生の入学及び共同学習の困難さへの対応		2 (1.6)
(8) 介護福祉士養成教育についての保護者に対する説明と同意		2
・ 保護者の方に十分学校の事を説明し理解を深めて入学をしていただいている		
5) 委託訓練生への指導の困難さへの対応		2 (1.6)
(9) 訓練生としての自覚を促す指導の徹底		2
・ 訓練生として望ましくない修学態度の見られる者に対しては学内の教職員および県の職員等とも共同して指導を行っている		
記録単位総数		122(100%)

・センテンスの例示は自由記述内容を原文に基づき表記 ・文脈数=65 ・カテゴリー分類の一致率=93.2と93.6

(3) 学生の個性把握のための取り組みのカテゴリー化

学生の個性(性格や意欲、能力等)の把握のために実施している取り組みについての有効回答は63名分(63文脈単位)で、120記録単位に分割できた。このうち、意味不明な記録単位や抽象度の高い記録単位を除外した107記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、6カテゴリー18サブカテゴリーが形成された(Table 5-1-3)。これらを記録単位数の多いカテゴリーから順に以下に示す。なお、【 】内はカテゴリー及びサブカテゴリーを表し、< >内は各カテゴリーを形成した記録単位数及びそれが記録単位総数に占める割合を示す(各カテゴリー及びサブカテゴリーを形成した代表的な記述についてはTable 5-1-3を参照)。

【(1) 特別な教育場面・制度を設けてのりサーチとして、①学生による学校行事等の運営や授業外活動への主体的参加、②クラス担任制・ゼミナールの導入、③学生の自己分析・自己評価データの活用、④宿泊研修の実施、⑤チューター制の導入、⑥オフィスアワーの導入】<28カテゴリー(26.2%)>、【(2) 個別面談・相談による聞き取りとして、⑦適宜の面談・相談の実施、⑧入学時面談の実施、⑨定期的・計画的な面談の継続実施】<24カテゴリー(22.4%)>、【(3) 通常の授業を通してのりサーチとして、⑩受講態度全般からの把握、⑪グループワークや発表の様子からの把握、⑫演習授業や技術試験を通しての把握、⑬

試験や課題への取り組み状況と結果からの把握】<18 記録単位 (16.8%)>, 【(4) 検査・調査の実施として, ⑭心理診断 (性格, 適性検査) の実施, ⑮学生の生活・学修の実態把握のための独自のアンケート調査の実施, ⑯学力検査の実施】<14 記録単位 (13.1%)>, 【(5) 関係者間の連携と情報交換】<13 記録単位 (12.1%)>, 【(6) 日常的なかかわりの中での観察】<10 記録単位 (9.3%)> の 6 カテゴリー-18 サブカテゴリー。

Table 5-1-3 学生の個性把握のための取り組みの内容分析によるカテゴリー化

カテゴリーと代表的なセンテンス	記録単位数 (%)
1) 特別な教育場面, 制度を設けてのリサーチ	28 (26.2)
(1) 学生による学校行事等の運営や授業外活動への主体的参加	11
・5~6月に行事が多く, 学生主体で運営することで能力や個性が出現する	
・個性を把握するための目的ではないが授業のみではなく様々な行事を通して個性を見たり, 学生が主となる行事で個性が発揮できる機会を設けている	
・学内行事等で学生全体に運営する機会を設けている	
・サークル活動, 係分担, 委員会(学校祭や行事)への参加の際の状況把握	
・本校の特徴の一つに職員室内のお手洗い等(挨拶やお茶を入れたり, 講師に対応するなど)を積極的に体験する機会を設けている	
・ボランティア活動への参加の促しと結果報告の実施(ボランティア手帳の提出)	
(2) クラス担任制, ゼミナルの導入	6
・クラス担任制であるため一人ひとりと密に関わり把握することができる	
・ゼミ単位での少人数制における個人把握	
(3) 学生の自己分析, 自己評価データの活用	3
・自己分析シートなどを書かせる	
・自己評価, 振り返りシートの作成	
・自己覚知をうながす目的で自身の生育歴をレポートとしてまとめさせている	
(4) 宿泊研修の実施	3
・入学時オリエンテーション期間に泊2泊の研修を実施	
・宿泊オリエンテーション時の学生観察	
・入学後の5月に泊研修のセミナーのグループディスカッション等で個性をある程度把握できる	
(5) チューター制の導入	3
・チューター制のため各チューターが適宜学生との面談を実施し把握に努めている	
(6) オフィスアワーの導入	2
・オフィスアワーでの気楽な会話から情報収集をする	
2) 個別面談, 相談による聞き取り	24 (22.4)
(7) 適宜の面談, 相談の実施	14
・必要に応じた相談の実施	
(8) 入学時面談の実施	5
・入学オリエンテーション時における全学生への個別面談の実施	
(9) 定期的, 計画的な面談の継続実施	5
・年に数回, 個人面談を行っている	
・学生個人の年間目標と月間目標の設定と評価記入, それに基づく面談	
・介護コースでは特になが全学的には1学年と2学年時にアカデミックプランニングという科目があり, 1教員8~10名の学生を担当し年3回個別面談等を行っている	
3) 通常の授業を通してのリサーチ	18 (16.8)
(10) 受講態度全般からの把握	6
・受講態度等, 授業時の様子を観察	
・授業への参加意欲, 関心, 態度等	
(11) グループワークや発表の様子からの把握	5
・各授業においてグループワークを中心とした学習を行っており, 各々の学生の意見を出させる事により性格, 意欲, 能力などを把握している	
・グループワークの様子を観る	
・定期的に個別の発表やスピーチの時間を設ける(例:「最近読んだ本」の発表など)	
(12) 演習授業や技術試験を通しての把握	4
・授業(実習)のふりかえり授業(介護総合演習), プロセスレコードから自己の行動的特徴を把握している	
・介護系の授業や人間と社会の領域の科目で本人に関する歴史(個人史)に触れ, 学生や教員が共有する機会がある	
・実技試験にともなう個別の練習枠を設けた個別実技訓練では学生の性格, 意欲が顕著に現れるため, その状況での把握	
・実習前に実習審査を行う	
・実技テストを行う	
(13) 試験や課題への取り組み状況と結果からの把握	3
・試験結果をふまえた個別対応(補習時の様子確認等)	
・課題の成果と提出期限などの状況	
4) 検査, 調査の実施	14 (13.1)
(14) 心理診断(性格, 適性検査)の実施	9
・ウィネットという会社の適性診断を活用している	
・就職試験, セミナーで性格テストや能力テストを行っている	
・S-HTPテストの実施(臨床心理士)	
・YG検査の実施	
・クレペリン検査や交流分析の実施	
・PROG測定	
・意欲に関しては自己評価表を定期的にチェック(「あなたのやる気度チェック」)	
・マインドマップの作成など	
(15) 学生の生活, 学修の実態把握のための独自のアンケート調査の実施	3
・入学時アンケート(調査)や卒業時アンケート(調査)を全学的に実施している	
・イベント参加後, 前期終了後, 後期終了後(年間4~5回)のアンケート調査による結果で概ね学生の傾向等を把握している	
(16) 学力検査の実施	2
・入学時のプレースメントテスト(国語, 数学, 英語)	
5) 関係者間の連携と情報交換	13 (12.1)
・専任教員間で学生の授業への取り組み状況や日常生活に関して知り得た情報を細かに情報交換している	
・専任教員, 外部講師間で情報交換を綿密にとるようにしている	
・実習指導者とも情報交換を頻繁に行っている	
・学生を取りま方々(家族, 実習施設職員, 非常勤講師, 友人等)との連携	
・保健室及びカウンセラーとの連携	
6) 日常的なかかわりの中での観察	10 (9.3)
・気になる学生へ声掛けをしコミュニケーションを密に図りながら, 教員側から学生に歩み寄る事を大切にしている	
・普段の学校生活での様子観察を実施している(気になることがあれば言葉をかける)	
・友達づくり, 仲間関係を通じて把握	
記録単位数総数	107 (100)

・センテンスの例示は自由記述内容を原文に基づき表記

(4) 介護教員の教育力向上のための取り組みのカテゴリー化

介護教員の教育力向上のために実施している取り組みについての有効回答は53名分(53文脈単位)で、170記録単位に分割できた。このうち、意味不明な記録単位や抽象度の高い記録単位を除外した155記録単位を意味内容の類似性に基づき分類した結果、17カテゴリーが形成された(Table 5-1-4)。これら17カテゴリーを「組織的取り組み」と「個人的取り組み」に区分して、記録単位数の多いものから順に以下に示す。なお、【 】内はカテゴリーを表し、< >内は各カテゴリーを形成した記録単位数及びそれが記録単位総数に占める割合を示す(各カテゴリーを形成した代表的な記述についてはTable 5-1-4を参照)。

「組織的取り組み」<86記録単位(55.5%)>として、【①学外研修会・研究会・学会への参加推奨・支援】<26記録単位(16.8%)>、【②FD(Faculty Development:教授団の資質改善・開発)の実施】<12記録単位(7.4%)>、【③学内・法人内研修会の開催】<11記録単位(7.1%)>、【④教員間、教員と教育関係者との情報共有と連携強化】<10記録単位(6.5%)>、【⑤教員相互の授業参観・研究授業・研究発表会の実施】<10記録単位(6.5%)>、【⑥学生による授業評価の実施】<6記録単位(3.9%)>、【⑦教員による自己点検活動の実施】<5記録単位(3.2%)>、【⑧具体的なシラバスの作成】<2記録単位(1.3%)>、【⑨教員の地域実践活動への参加】<2記録単位(1.3%)>、【⑩文献の整備と活用】<2記録単位(1.3%)>の10カテゴリー。

「個人的取り組み」<69記録単位(44.5%)>として、【①学会・研修会への自主的参加及び研究発表・論文投稿】<30記録単位(19.4%)>、【②専門性強化のための修学・資格取得及び地域活動】<8記録単位(5.2%)>、【③職能団体や研究会の運営および加入】<8記録単位(5.2%)>、【④授業改善への工夫を通しての自己研鑽】<8記録単位(5.2%)>、【⑤専門誌・関連書籍の定期購読等による文献学習】<5記録単位(3.2%)>、【⑥個人的ネットワークでの情報交換】<5記録単位(3.2%)>、【⑦外部講師を担う】<5記録単位(3.2%)>の7カテゴリー。

Table 5-1-4 介護教員の教育力向上のための取り組みの内容分析によるカテゴリー化

カテゴリーと代表的なセンテンス	記録単位数 (%)
1. 組織的取り組み	86 (55.5)
1) 学外研修会、研究会、学会への参加推奨、支援 ・研修会参加や研究活動等に力を注げるよう、時間や費用をサポートする制度がある ・年に研修費として一人当たり〇万円を上限として各自が好きな研修に参加できるようになっている・学会での発表奨励 ・全国教職員研修会の全国大会やブロック会議やブロック研修会にできるだけ多人数で参加している・他機関からの研修案内斡旋	26 (16.8)
2) FD (Faculty Development: 教授団の資質改善、開発) の実施 ・大学のFD研修に全教員が参加し授業方法や発達障害児への関わり等をグループワーク等で学んでいる ・介護教員に限定していないが学校で教育に関するFD研修が定期的に開催されている	12 (7.4)
3) 学内、法人内研修会の開催 ・定期的に教員研修があり、他学科(理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科)の教員と交流を図りながら教員のスキルアップに努めている ・法人として年に1回以上研修会を開き様々な学生に対応できるような研修を開いている	11 (7.1)
4) 教員間、教員と教育関係者との情報共有と連携強化 (1) 定期的会議での情報共有と指導方針の明確化 ・学科会議の充実により、学生状況の情報共有、指導の一貫性(共通性)の徹底 ・実習施設の指導者会議や卒業生就職先の職員との情報交換を行い、教育方法について共有している (2) 適宜のこまめな打ち合わせ ・授業前後の打ち合わせの実施・教員間でのディスカッション(カンファレンス)	10 (6.5)
5) 教員相互の授業参観、研究授業、研究発表会の実施 ・相互に自身の講義に他の教員をゲスト講師として招き入れる ・法人内で研究授業を実施(通常の授業を公開し他科の教員等から講評をもらう) ・授業の研鑽(新人職員はビデオに模擬授業の様子をとり研修会にてよいところ悪いところを話し合う) ・1年に1回学校内で学術研究発表会を開催し教員が行っている研究の発表をする機会を設けている	10 (6.5)
6) 学生による授業評価の実施 ・前期、後期毎に学生の授業アンケート実施および公開	6 (3.9)
7) 教員による自己点検活動の実施 ・教員による授業評価の実施 ・相互授業参観による評価や学生の授業評価及び試験成績をふまえ学期毎に授業評価報告書を提出し、次期の授業に反映するようにしている	5 (3.2)
8) 具体的なシラプスの作成 ・年間授業計画と時間別授業計画の作成と共有 ・授業の内容だけでなく到達目標や予習と復習、成績評価の方法などを具体的に記したシラプスの作成と公開	2 (1.3)
9) 教員の地域実践活動への参加 ・学校教育以外に専攻として地域連携活動に取り組み、住民への関わりや町づくり活動を通して教員の実践力を高めている ・教鞭をとるだけでなく介護現場での実践活動を継続的に実施している	2 (1.3)
10) 文献の整備と活用 ・関連書籍、新聞、文献等の定期購入と回覧・文献検索システムの充実とサポート体制の強化	2 (1.3)
2. 個人的取り組み	69(44.5)
1) 学会、研究会への自主的参加及び研究発表、論文投稿 ・各自の専門分野の学会や研究会等に積極的に参加し日々研鑽に努めている・紀要、学会誌等への論文提出 ・メンタルのフォロー関係の研修へ参加し学生の理解とカウンセリング力の研鑽	30 (19.4)
2) 専門性強化のための修学、資格取得及び地域活動 ・地域のボランティア活動への参加・通信教育で認知症やレクリエーション関連の資格を取得・専門領域での大学・大学院での学習	8 (5.2)
3) 職能団体や研究会の運営および加入 ・職能団体の運営・各専門科目や分野でNPOと協力し研鑽している	8 (5.2)
4) 授業改善への工夫を通しての自己研鑽 ・世論、社会情勢、地域の課題解決に向けた実践、研究結果(実験例)など、テキストには掲載されていないものも授業に反映するようにしている ・プレゼンテーション力や教育の質を高めわかりやすい授業の工夫をしている・視聴覚教材の工夫 ・アクティブラーニングを意識した担当科目の授業改善に取り組んでいる・授業への関心、意欲を高めるための工夫	8 (5.2)
5) 専門誌、関連書籍の定期購読等による文献学習 ・書物による自己学習・社会の変化をとらえる様、新聞、雑誌、インターネットなどに目を通す	5 (3.2)
6) 個人的ネットワークでの情報交換 ・大学(大学、修士課程時の恩師、仲間等も含む)及び他養成校に属する教職員との情報交換	5 (3.2)
7) 外部講師を担う ・外部の講師などに行くことにより授業内容の充実にもつなげるようにしている・講演会や研修会の講師活動を行っている	5 (3.2)
記録単位数総数	155(100)

・センテンスの例示は自由記述内容を原文に基づき表記・文脈数=53・カテゴリー分類の一致率=86.2と87.4

4. 考察

1) 介護教員が認識する必要度の高い教育内容について

介護教員が最も必要度が高いと認識する教育内容として一番に挙げたのは、「対人関係力・コミュニケーション力」であり、以下順に「社会的マナー」、「職業倫理」、「介護職としての感性」、「資格取得への動機づけ」等の必要度が高い傾向にあった。また、「対人関係力・コミュニケーション力」と「介護職としての感性」については全ての養成課程が教育を行っていた。さらに、養成課程で教授されている多様なストレス軽減法の中でも「対人関係コミュニケーション法」の教授割合が群を抜いて高かった。そのため、介護教員が社会人基礎力等の中でも特に「対人関係コミュニケーション力」の向上を重要視しているであろうことがうかがえる。

大妻女子大学の介護福祉士養成課程における 2008 年度時点での指定規則以外の科目の特徴は、「人間関係あるいは人間形成に役立てる科目として数科目が選択履修できるようになったこと」であり、「人間関係総論」、「コミュニケーション技術」などの科目が設けられていた（佐藤，2008）。また、東京福祉専門学校の介護福祉士養成課程では、「利用者及びその介護者の個別ニーズを理解するためのコミュニケーション能力に優れ、現場力の高い介護福祉士を養成する」という基本目標を掲げ、特徴的な独自カリキュラムを上乗せする形での養成教育を行っている（白石，2008）。さらに、2000 年の介護福祉士養成カリキュラムの改正ではコミュニケーション技術の修得に関する内容が介護技術等において強化された（嶋田，2015）。加えて、2007 年のカリキュラム改正に併せて「求められる介護福祉士像」として 12 項目が明示され、厚生労働省は介護サービスにおける中心的な役割を担う人材に備わるべき条件として「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力」を求めている（三上ら，2013）。このような養成校の取り組みやカリキュラム改正の動向からも、いかにコミュニケーション力が介護福祉士にとって重要であるかがうかがい知れよう。

松本・奥田（2009）は、介護福祉士養成課程において実習が介護現場における実践を通じて学習した知識及び技能の確認を行うとともに、利用者やその家族との関わりを通じて対人援助におけるコミュニケーションを学べる貴重な場であり、社会人基礎力と介護実践で求められる重要な力に共通性がみられること、そして、社会人基礎力と介護福祉士養成の教育プログラムの内容に類似点が多いことを報告している。したがって、介護福祉士養成教育においては介護福祉士としての専門的技量とともに社会人基礎力を育成することを念頭に置いて、介護実習及び介護総合演習の教育プログラムや指導方法・体制等を詳細に見直す必要がある。

2) 介護教員が認識する教育上の課題について

介護教員が認識する教育上の課題を内容分析によってカテゴリー化したところ、12 カテゴリーに整理された。その 12 カテゴリーを「学生側の課題」と「養成校側の課題」に区分したところ、介護教員が認識する学生起因の教育上の課題として、①基礎学力の低下、②コミュニケーション・人間関係力の低下、③社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟、④学修意欲の低下、⑤適応力の低下、⑥精神障がい・発達障がいのある学生の増加、⑦豊かな感性や職業倫理（介護観）の醸成の困難さの 7 課題が抽出された。文部科学省中央教育審議会キャリア教育・職業教育特別部会（2010）は、若者の「コミュニケーション能力」、

「対人関係能力」、「基本的マナー」、「自分で生産する活動や社会性」等の低下・未熟さが、学校から社会・職業への移行をめぐる社会的課題として顕在化してきたことを報告しており、基礎的な能力の不足を指摘した点で本調査結果との一致をみた。そのため、学生起因の7つの課題は介護を学ぶ学生特有の課題ではないものの、三上ら（2013）も述べているように専門的対人援助が求められる介護福祉士をはじめとした介護職にはこれらの力を特に強化していくことが必須である。

よって、養成校での教育上の工夫と充実化によって学生の成長できる余地（伸びしろ）をつくり、資格取得後（卒業後）には養成校と介護現場との協働の基に介護の仕事を継続しながらの成長を促していく教育を長いスパンで実施していく必要がある。

3) 教育上の課題への対応について

学生の基礎的な能力の現状を鑑み、介護福祉士養成校では介護福祉士養成のための専門教育だけでなく、それ以前の社会的マナーや基礎学力向上といった教育からストレスマネジメント教育までの幅広い基礎教育をカリキュラム内の授業やカリキュラム外の活動で実施していることが把握された。

また、養成校は、学生側の課題に対して、①基礎学力低下への対応として、「個別の学習指導、リテラシー教育の充実、理解しやすい授業の実施」、②学修意欲の低下への対応として、「アクティブラーニングの導入、介護職への動機づけを促す取り組み、興味をひきつける授業の工夫」、③社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟への対応として、「個別の生活指導、授業や行事を通しての集団指導」、④コミュニケーション力・人間関係力低下への対応として、「ボランティアやアルバイトの斡旋、学校行事やクラス運営を通じた指導、特別授業の実施」、⑤適応力の低下への対応として、「保護者との連携した対応、介護実習先との連携した指導、個別支援」、⑥豊かな感性や職業倫理（介護観）の醸成の困難な学生の増加への対応として、「介護の専門性の教授、人権教育の実施」、⑦精神障がい・発達障がいのある学生の増加への対応として、「個別支援、精神障がい・発達障がいへの対応法について学ぶ研修会の実施」等を行っていた。加えて、養成校は、養成校側の課題に対して、①指導体制の不十分さと教育力不足への対処として、「教員間の情報共有と共同、学内システムの活用、他の養成校との情報交換」、②学生の能力差・意欲差への対応の困難さへの対処として、「到達レベルに応じた教育の工夫、到達レベルの低い学生への教員による個別の学習指導」、③介護福祉士養成カリキュラムや教育方法の未成熟さへの対処として、「指定科目に対する独自の教育の工夫、指定科目を補完する教育の導入」、④定員不足を背景とした資質のない学生の入学及び共同学習の困難さへの対処として、「介護福祉士養成教育についての保護者に対する説明と同意」、⑤委託訓練生への指導の困難さへの対処として、「訓練生としての自覚を促す指導の徹底」を行っていた。これらのことから、限られた社会資源を活用して教育・指導方法を工夫し、基礎的な教育の効果的な実施に取り組んでいる養成校の姿がうかがえる。

さらに、養成校は、学生の個性（性格や意欲、能力等）の把握のために、①特別な教育場面・制度を設けてのリサーチとして、「学生による学校行事等の運営や授業外活動への主体的参加、クラス担任制・ゼミナールの導入、学生の自己分析・自己評価データの活用、宿泊研修の実施、チューター制の導入、オフィスアワーの導入」、②個別面談・相談による聞き

取りとして、「適宜の面談・相談の実施，入学時面談の実施，定期的・計画的な面談の継続実施」，③通常の授業を通してのリサーチとして、「受講態度全般からの把握，グループワークや発表の様子からの把握，演習授業や技術試験を通しての把握，試験や課題への取り組み状況と結果からの把握」，④検査・調査の実施として、「心理診断（性格，適性検査）の実施，学生の生活・学修の実態把握のための独自のアンケート調査の実施，学力検査の実施」，⑤関係者間の連携と情報交換，⑥日常的なかかわりの中での観察を行っており，個別的アプローチ法と組織的アプローチ法を駆使し，多様な方法で学生の個性の把握に努めている養成校の姿がうかがえる。

他方，介護教員の教育力向上のための取り組みを内容分析によるカテゴリー化したところ，組織的取り組みとして，①学外研修会・研究会・学会への参加推奨・支援，②FD（Faculty Development：教授団の資質改善・開発）の実施，③学内・法人内研修会の開催，④教員間，教員と教育関係者との情報共有と連携強化，⑤教員相互の授業参観・研究授業・研究発表会の実施，⑥学生による授業評価の実施，⑦教員による自己点検活動の実施，⑧具体的なシラバスの作成，⑨教員の地域実践活動への参加，⑩文献の整備と活用の10カテゴリー，個人的取り組みとして，①学会・研修会への自主的参加及び研究発表・論文投稿，②専門性強化のための修学・資格取得及び地域活動，③職能団体や研究会の運営および加入，④授業改善への工夫を通しての自己研鑽，⑤専門誌・関連書籍の定期購読等による文献学習，⑥個人的ネットワークでの情報交換，⑦外部講師を担うの7カテゴリーが抽出され，各種手段を用いて自己啓発に努めている介護教員の局面が垣間見られる。加えて，介護福祉士養成校が介護教員の教育力向上を支援するための種々の組織的取り組みを行っている様相が見られる。

しかし，学生と教職員の両者をサポートする体制が整っている養成校もあれば，学生をサポートする相談場所の設置さえない養成校もあるなど，養成校間格差のあることが推察され，学修支援のための環境が十分に整備されているとはいえないことが明らかとなった。そのため，環境整備には労力や費用が発生するため早急の対応は難しいと思われるが，介護学生と介護教員双方へのサポート機能の充実に向け，実施割合の低かった養成校外の相談場所の設置，健康診断での問診やセルフチェックテストの実施，学生相談危機管理マニュアルの策定・運用，教職員へのメンタルヘルスに関する研修の実施，取り組みを評価し改善策を検討する体制の確立等の実現に向けた検討を重ねていく必要がある。

5. 結論と課題

介護福祉士養成課程で学ぶ学生の基礎的能力や介護福祉士養成教育の実態と課題を，「社会人基礎力」を中心に「人間性，基本的な生活習慣」，「基礎学力」の視点から明らかにすることを目的として，全国の介護教員を対象とした質問紙調査を実施した。

その結果，介護教員が認識する学生起因の教育上の課題として，①基礎学力の低下，②コミュニケーション・人間関係力の低下，③社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟，④学修意欲の低下，⑤適応力の低下，⑥精神障がい・発達障がいのある学生の増加，⑦豊かな感性や職業倫理（介護観）の醸成の困難さの7課題が抽出された。このような学生の基礎的能力の不足を背景として，介護教員は，特に対人関係コミュニケーション力や社会的マナー・職業倫理といった社会人基礎力，人間性の向上を図る教育の必要度が高いと認識し，介護福祉士養成のための専門教育だけでなく，それ以前の社会的マナーや基礎学力向上と

いった教育からストレスマネジメント教育までの幅広い基礎教育を、カリキュラム内外で実施している実態が明らかとなった

また、安定した心身状態での修学を支えることを意識した環境整備は十分であるとはいえないが、各養成校が学生の個性を把握しながら個別支援を行うことや、介護教員の教育力向上を支援すること等によって教育効果を高める努力をしている実態が明らかとなった。

しかしながら、介護福祉士養成教育における基礎教育は試みの段階であり、一般化されていない。したがって、対人関係コミュニケーション力や社会的マナー・職業倫理といった社会人基礎力及び人間性の向上に有用な教育内容・方法の追究が望まれる。

第2節 介護福祉士を目指す学生の専門能力の実態と教育上の課題

1. 介護福祉士養成課程卒業時の介護技術修得度を評価する尺度の検討【研究8】

1) 目的

介護福祉士養成課程では、養成課程卒業時に修得しておくべき介護技術等の内容やレベルについての共通的な基準は示されてこなかった。そのため、養成課程卒業時の知識や技術の水準に養成校間でのばらつきがあるとの指摘がなされている（日本介護福祉士養成施設協会，2012）。また、同じ養成校に学ぶ学生であっても個人差の大きい実情がある。

これらの問題の背景には、どのような能力がどの程度身につけば養成校の卒業が認められ介護福祉士資格を与えられるに値するのかの評価基準が、特に介護技術の側面において不明瞭なことがあると考えられる。事実、2016年度（平成28年度）までの介護福祉士養成課程では、日本介護福祉士養成施設協会作成の「卒業時共通試験」に合格すること、イコール、養成教育目標の達成としてきたが、これはあくまでも知識の側面の評価でありダイナミックな支援関係における介護技術及び価値観を評価するまでには至っていない。

また、介護福祉士養成校では、校内における介護技術演習と450時間の介護実習に合格すること、イコール、介護技術や価値観の側面における養成教育目標の達成としてきた。しかし、実習先指導者による評価について、学生の自己評価との整合性が低い実態（今泉・村上・山下，2007；横山，2013）や評価者による評価のバラツキがみられる現状（林，2007；村田，2004）が複数報告されており、適切な評価・指導を行うことのできる評価目標・基準の策定が緊要となっている。

日本介護福祉士養成施設協会は、介護福祉士の知識・技術についての社会的な信頼を確かなものとするために、養成課程卒業時の知識及び技術水準について標準化を図る必要があると考え、「介護福祉士養成課程における技術修得度評価等の基準策定に関する検討会」を設置した。その検討会によって2012年（平成24年）3月に、養成校卒業時に修得しておくべき介護技術等の到達目標（介護福祉士養成課程卒業時の到達目標）が策定され（日本介護福祉士養成施設協会，2012）、その指標を各養成校が活用、評価することによって、より精練され利用価値の高い介護技術修得度の評価指標となっていくことが期待されている。

そこで、日本介護福祉士養成施設協会が平成24年3月に策定した、「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標に従って介護福祉士養成課程卒業時における介護技術修得度の把握を試みることによって、①介護職を志す者の訓練を通して獲得した専門能力の実態及び教育上の課題を明らかにすること、②介護技術の修得度を的確に評

価し得る評価尺度の開発に向けての所見を得ることを目的とした。

2) 方法

(1) 調査対象と手順・時期

A 介護福祉士養成校の2年課程に在籍し、2012年度に介護福祉士資格取得見込みの2年次生68名に対して、450時間の介護実習を全て終えた時期(2012年9月末)に、介護技術修得度を自己評価する無記名自記式の質問紙による集合調査を実施した。

(2) 調査票の構成項目と評価尺度

調査票は、日本介護福祉士養成施設協会が2012年(平成24年)3月に策定した、「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標をベースに、文言と項目の構成に修正を加えた介護技術修得度の評価項目と、基本属性(性別、年齢、社会経験の有無、職務もしくは家族としての介護経験の有無)、そして、試作の評価尺度に関して、不明瞭な質問項目や回答困難な質問項目、意味内容が重複している項目などがないかを確認するための自由記述欄で構成した。

修正して使用した介護技術修得度の評価尺度(以下、試作の介護技術自己評価票と称する)は、15の技術類型(大項目)152の技術項目(下位項目)から成り、そのうちの身支度、移動・移乗、食事、入浴・清潔保持、排泄、家事、休息・睡眠といった身辺介護技術に関する技術項目に関しては、日本介護福祉士養成施設協会策定の「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標に準じ、例えば、「利用者の潜在能力を活用した、見守りや声がけでの心身状況に合わせた排泄の介助ができる」と「利用者の潜在能力を活用した、身体に触れての心身状況に合わせた排泄の介助ができる」という2つの設問項目を設けるといったように、①見守りや声がけで行うことができるか、②利用者の身体に触れて行う事ができるかの2パターンの設問項目を設定した。

回答法は、各介護技術項目について、「実習において利用者に対して単独で実施できる」、「実習において利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる」、「実習及び学内演習での実施は困難であるが知識として理解している」、「実習及び学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない」の5件法とした。なお、これら5種のカテゴリーによって得られるデータは、順序尺度であるが連続性を持った変量であると仮定し、それらに順に4点、3点、2点、1点、0点という配点を与え、数量化した。

調査票の構成項目の内容妥当性、表面妥当性の検討は、10年以上の教育歴のある介護教員2名と、介護福祉士として5年以上の現場経験のある介護教員2名、加えて、介護福祉士教育に携わっている他分野の専任教員4名の計8名で行った。

(3) 分析処理

日本介護福祉士養成施設協会が策定した「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」を基準として、対象学生の各技術項目における到達度を、「未到達」と「到達」に分類し、①技術類型ごとに到達度の低い技術項目(到達者が3割に満たない技術項目)の数とその割合を求めるとともに、②基本属性別(男女別、年齢階層別、就業経験の有無別)の到達度間の独立性の検定(χ^2 検定)を行い、介護技術修得度の現状とその特徴を把握した。加えて、③到達度の低い技術項目についての因子分析(バリマックス回転、固有値1以上・因子負荷量

0.4以上を基準として因子の構成項目に採用)を行い、それら技術項目の共通の性質を読み取り、低い到達度となった要因を探索することによって介護技術修得度の把握及び尺度の改良を試みた。④また、尺度構成上の信頼性を、Cronbachの α 信頼性係数によって検討した。⑤さらに、対象学生に試作の評価尺度に対する意見・感想を記述してもらった内容を基に表面妥当性を検討した。

データの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windowsを使用した。

(4) 倫理的配慮

本調査への学生の協力は任意であり、口頭と書面で研究の目的と方法及び協力の有無や回答内容が成績に反映されることは一切ないこと等について説明した後、回収用のボックスへの調査票の提出をもって同意を得たものとした。

3) 結果

(1) 分析対象者の基本情報

介護学生 68 名中 64 名の同意が得られ、欠損値が 2 項目以上なかった 63 標本を分析標本とし、有効回答率は 92.6%であった。

女性 48 名 (76.2%)、男性 15 名 (23.8%) で、就業経験のある者 26 名 (41.3%)、ない者 37 名 (58.7%)、平均年齢 27.75±11.07 歳 (最小値 19 歳、最大値 56 歳)であった。

なお、就業経験のある者は、女性 16 名 (61.5%)、男性 10 名 (38.5%)、平均年齢 38.4±9.9 歳 (最小値 20 歳、最大値 56 歳)で、ない者は、女性 32 名 (86.5%)、男性 5 名 (13.5%)、平均年齢 20.4±2.4 歳 (最小値 19 歳、最大値 31 歳)であった。

(2) 介護技術の到達度と到達度の低い技術項目の因子構造

Table 5-2-1 に、到達者が 3 割に満たない技術項目数とその割合を技術類型ごとに示した。

「X 自立に向けた家事の介護」、「X I 自立に向けた休息・睡眠の介護」、「X II 終末期の介護」、「X V 倫理的観点」という 4 つの技術類型において到達者が 3 割に満たない技術項目の割合が 6 割を超えていた。

Table 5-2-1 技術類型別の到達度の低い(到達者が3割に満たない)技術項目数とその割合

技術類型(大項目)	技術項目数[A]		到達者が3割未満の技術項目数[B]		到達者が3割未満の技術項目の割合(%) [B]÷[A]	
	類似項目 削除前	類似項目 削除後	類似項目 削除前	類似項目 削除後	類似項目 削除前	類似項目 削除後
	I 介護過程の展開	18	18	1	1	5.6
II 人間関係形成能力	5	5	0	0	0.0	0.0
III 生活支援における基本	7	7	1	1	14.3	14.3
IV 自立に向けた環境整備	3	3	1	1	33.3	33.3
V 自立に向けた身支度の介護	17	10	1	1	10.0	5.9
VI 自立に向けた移動・移乗の介護	17	10	3	2	20.0	17.6
VII 自立に向けた食事の介護	9	6	4	3	50.0	44.4
VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護	19	11	2	2	18.2	10.5
IX 自立に向けた排泄の介護	21	14	2	2	14.3	9.5
X 自立に向けた家事の介護	13	8	9	5	62.5	69.2
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護	6	4	6	4	100.0	100.0
XII 終末期の介護	4	4	3	3	75.0	75.0
XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)	3	3	0	0	0.0	0.0
XIV 緊急・介護事故の対応能力	6	6	1	1	16.7	16.7
XV 倫理的観点	4	4	3	3	75.0	75.0
合計	152	113	37	29		

到達者が3割未満の技術項目の割合が60%以上を占める技術類型を網掛けで示した

到達者が 3 割に満たない 37 の技術項目について因子分析を行ったところ 9 因子 35 項目が抽出された。身辺介護技術に関する各技術項目の 2 パターンの設問項目について平均値の差の検定 (t 検定, Welch 検定) を行って比較したところ, 全てにおいて有意差が認められなかった。そこで, 身辺介護技術に関する各技術項目について, 見守りや声かけで行うことができるかを尋ねた設問項目を全て削除して因子分析及び信頼性分析を行うことにした。

その結果, 15 の技術類型 113 の技術項目となり, 到達者が 3 割に満たない技術項目は 29 であった。そこで, 類似項目を削除して統合した 29 の技術項目についての因子分析を行った (Table 5-2-2)。

因子分析を繰り返した結果, 累積因子寄与率が 68.006%で, 5 因子 25 項目を抽出した。第 1 因子は 11 項目で構成され 21.047%の因子寄与率であった。順に, 第 2 因子は 3 項目構成で 13.270%の因子寄与率, 第 3 因子は 5 項目構成で 12.104%の因子寄与率, 第 4 因子は 3 項目構成で 12.102%の因子寄与率, 第 5 因子は 3 項目構成で 9.483%の因子寄与率であった。以上の 5 因子 25 項目の尺度全体の Cronbach の α 信頼性係数は 0.9383 で, 5 因子それぞれでは 0.8223~0.9654 の範囲であり, 尺度構成上の信頼性が認められた。また, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) の標本妥当性の測度が 0.776, Bartlett の球面性検定の近似カイ 2 乗が 1181.039 (自由度=300, 有意確率=0.000) で, 因子分析を行う上での標本妥当性が示された。

到達者が 3 割に満たない技術項目についての因子分析において抽出された 5 因子の各項目の内容を解釈した。

第 1 因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は, 「排泄に関連した利用者のアセスメントができる」, 「入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる」, 「移動・移乗に関連した利用者のアセスメントができる」, 「必要な水分摂取量を計算し, 身体に触れての水分補給ができる」, 「利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる」など 11 項目であり, 身辺介護の実施に向け, 利用者個々の心身の状態や社会的背景, 人的・物的環境条件等についての情報を収集してアセスメントする能力に関する項目で占められていた。そのため, 「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」と命名した。

第 2 因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は, 「利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる」, 「専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる」, 「利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる」の 3 項目であり, いずれも尊厳あるケアを実現させるために必要な能力で構成されていた。そのため, 「尊厳あるケアの実現」と命名した。

第 3 因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は, 「休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる」, 「入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる」, 「身体に触れての寝具の選択の介助ができる」, 「介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる」, 「身体に触れての居室の環境整備ができる」の 5 項目であり, 利用者や介護者の安全や安楽を保持する能力に含まれる項目であると解釈できる。そのため, 「利用者や介護者の安全・安楽の保持」と命名した。

第 4 因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は, 「終末期における基本的な介助ができ

る」,「終末期に関連した利用者のアセスメントができる」,「臨終時の基本的な介助ができる」の3項目であり、いずれも終末期の支援をする能力を示す項目であった。そのため、「終末期ケア」と命名した。

第5因子に対して高い因子負荷量をもつ項目は、「身体に触れての掃除・ゴミ捨てるの介助ができる」,「身体に触れての洗濯の介助ができる」,「身体に触れての買い物・金銭管理の介助ができる」の3項目であり、いずれも家事を支援する能力を示していた。そのため、「家事の支援」と命名した。

Table 5-2-2 到達者が3割未満の技術項目の因子分析結果

因子 技術項目	各因子の因子負荷					共通性 (初期値)	到達 目標
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子		
【第1因子:身辺介護実施に向けての情報収集・アセスメント】 α 係数=0.9151(N=59)							
71)排泄に関連した利用者のアセスメントができる	0.859	0.070	0.176	0.041	0.139	0.826	④
60)入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる	0.746	0.197	0.169	0.054	0.151	0.815	④
44)移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる	0.718	0.347	0.123	-0.034	0.148	0.824	④
58)必要な水分摂取量を計算し身体に触れての水分補給ができる	0.642	0.019	0.389	0.140	0.129	0.819	④
61)利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる	0.641	0.203	0.024	0.022	0.175	0.727	④
54)食事に関連した利用者のアセスメントができる	0.631	0.317	0.318	0.073	0.091	0.755	④
59)食事に関連した福祉用具を活用できる	0.630	0.211	0.378	0.149	0.057	0.732	④
15)介護福祉士の役割と機能を理解し他職種にわかるように説明できる	0.619	0.362	0.024	0.112	0.231	0.670	④
34)身支度に関連した利用者のアセスメントができる	0.436	0.528	-0.006	0.060	0.030	0.826	④
85)家事に関連した利用者のアセスメントができる	0.418	0.305	0.262	0.151	0.345	0.727	④
33)障害に応じた居住環境の工夫をすることができる	0.408	0.578	0.309	0.277	0.242	0.882	④
【第2因子:尊厳あるケアの実現】 α 係数=0.9189(N=63)							
112)利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる	0.338	0.793	0.225	0.157	0.092	0.887	④
113)専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる	0.336	0.772	0.242	0.125	0.131	0.873	④
111)利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる	0.167	0.720	0.413	0.004	0.087	0.819	④
【第3因子:利用者や介護者の安全・安楽の保持】 α 係数=0.8223(N=62)							
93)休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる	0.436	0.164	0.770	0.087	0.155	0.877	④
94)入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる	0.389	0.269	0.743	0.028	0.065	0.878	④
96)身体に触れての寝具の選択の介助ができる	0.166	0.196	0.662	0.313	0.282	0.744	④
109)介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる	-0.100	0.330	0.454	0.255	0.078	0.648	④
95)身体に触れての居室の環境整備ができる	0.349	0.282	0.449	0.121	0.256	0.757	④
【第4因子:終末期ケア】 α 係数=0.9654(N=62)							
98)終末期における基本的な介助ができる	0.095	0.123	0.131	0.936	0.197	0.942	②
97)終末期に関連した利用者のアセスメントができる	0.089	0.096	0.076	0.904	0.151	0.938	②
99)臨終時の基本的な介助ができる	0.061	0.090	0.200	0.900	0.225	0.938	②
【第5因子:家事の支援】 α 係数=0.8283(N=61)							
90)身体に触れての掃除・ゴミ捨てるの介助ができる	0.101	0.120	0.114	0.142	0.881	0.810	④
89)身体に触れての洗濯の介助ができる	0.249	0.081	0.170	0.247	0.790	0.873	④
92)身体に触れての買い物・金銭管理の介助ができる	0.263	0.079	0.124	0.215	0.540	0.678	④
固有値	5.262	3.317	3.026	3.026	2.371	17.002	
固有値寄与率(%)	21.047	13.270	12.104	12.102	9.483	68.006	
累積固有値寄与率(%)	21.047	34.317	46.420	58.523	68.006	68.006	

<標本妥当性>

Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度=0.776

Bartlettの球面性検定:近似カイ2乗=1181.039,自由度=300,有意確率=0.000

<信頼性>

Cronbachの α 信頼性係数=0.9383(N=55)

<到達目標>

- ④=実習において、利用者に対して単独で実施できる
- ③=実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる
- ②=実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる
- ①=実習及び学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している

(3) 基本属性別の介護技術到達度

基本属性別（性別，年齢階層別，就業経験の有無別）の各技術項目に対する到達度間の独立性の検定（ χ^2 検定）を行ったところ，就業経験の有無間に「利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる」という技術項目に対してのみ有意差が示され，属性間の到達度の大きな違いは認められなかった（Table 5-2-3）。

Table 5-2-3 就業経験の有無別の介護技術到達度

	利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる		合計(%)
	就業経験		
	あり	なし	
未到達	15(57.7)	30(81.1)	45(71.4)
到達	11(42.3)	7(18.9)	18(28.6)
合計(%)	26(100)	37(100)	63(100)
	$\chi^2=4.093$	df=1	p=0.043

(4) 身辺介護技術の設問項目統合後の評価尺度の信頼性の検討

Table 5-2-4 に，設問項目統合後の 15 の技術類型 113 の技術項目から成る評価尺度の信頼性の分析結果を示した。尺度全体の Cronbach の α 信頼性係数は 0.9794 で，15 の技術類型それぞれでは 0.7018～0.9475 の範囲であり，尺度構成上の信頼性がおおむね認められた。

Table 5-2-4 介護技術項目統合後の評価尺度(15の技術類型113の技術項目)の信頼性(Cronbachの α 信頼性係数)

技術類型(大項目)	技術項目数	N	α 係数
I 介護過程の展開	18	61	0.9475
II 人間関係形成能力	5	62	0.8275
III 生活支援における基本	7	63	0.8454
IV 自立に向けた環境整備	3	62	0.8950
V 自立に向けた身支度の介護	10	83	0.7018
VI 自立に向けた移動・移乗の介護	10	62	0.8198
VII 自立に向けた食事の介護	6	60	0.8558
VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護	11	60	0.9018
IX 自立に向けた排泄の介護	14	60	0.8833
X 自立に向けた家事の介護	8	58	0.8861
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護	4	62	0.8637
XII 終末期の介護	4	60	0.9319
XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)	3	59	0.8754
XIV 緊急・介護事故の対応能力	6	62	0.8382
XV 倫理的観点	4	63	0.9341
全項目(I～XV)	113	44	0.9794

(5) 調査後における評価尺度の妥当性の検討

本調査結果を踏まえたうえでの 4 名の介護教員による内容妥当性の検討や，対象学生の意見・感想を基にした表面妥当性の検討により，提示されている技術項目の内包するケアの内容や対象が幅広いため不明確で回答困難となっている技術項目として，「○○に関連した

利用者のアセスメントができる」といった第1因子の「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」に関連する技術項目や第2因子の「尊厳あるケアの実現」に含まれる技術項目が挙げられた。

4) 考察

(1) 第1因子「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」について

到達者が3割に満たない技術項目の割合が6割を超えていた技術類型の中に、「I 介護過程の展開」が含まれていなかった。しかし、具体的な身辺介護技術提供に向けての情報収集やアセスメントに関わる項目（「排泄に関連した利用者のアセスメントができる」、「入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる」などの項目）のほとんどが3割未満の到達となっており、それらの項目が「到達者が3割未満の技術項目の因子分析」において抽出された第1因子を構成していた。

武田・高木（2010, p.18）は、介護福祉士養成課程の学生の介護技術修得状況を調査した研究において、「アセスメントは状況に応じ応用していく思考過程であり、意義や留意点など認知領域の知識を踏まえて学ぶ過程であるため、最も低い自己評価を示した」と述べている。つまり、利用者のアセスメントを的確に行うには高いレベルの総合的な応用力が必要となるため、身辺介護に関連した利用者のアセスメントに関する技術項目の到達者の割合が低かったと考えられる。一方で、具体的な身辺介護技術提供に向けての情報収集やアセスメントに関わる項目の到達目標を最上級レベルの「実習において利用者に対して単独で実施できる」に設定しての分析を行ったため、到達者の割合が低かったとも考えられる。なお、先にも述べたが、各技術項目の到達目標は日本介護福祉士養成施設協会策定の「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」に準じた。

横山（2013, p.38）は、「要介護者の真の生活ニーズを捉え、そのニーズを満たすために必要な物的・人的社会資源と要介護者との相互関係を調整・活用して生活上の困難（生活課題）を解決していく介護過程の展開を評価するということは、介護者が習得している専門知識や専門技術、価値観にしたがって、要介護者との直接的でダイナミックな人間関係を基盤として行われる生活支援を評価するということになる。また、要介護者の心身の状態や介護環境が常に変化する中で、状況に合わせた支援方法を選択し実施する柔軟性や応用力を評価することになる。このような流動的な事象に対する評価は必然的に曖昧になる」と述べている。さらに、対象学生からは、設問が不明確で具体性のない内容であったため回答し難かった設問項目として、第1因子の「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」に含まれる技術項目が挙げられた。

したがって、アセスメントという漠然とした思考過程の到達度を問われた対象学生が、どのような観点で自己評価すればよいか困惑し、できているかどうかの確証がもてなかったがために、具体的な身辺介護技術提供に向けての情報収集やアセスメントに関わる項目の到達目標である「実習において利用者に対して単独で実施できる」といった高いレベルに到達しているとは判断できず、到達目標以下のレベルであると回答し、到達者の割合が低まったとも考えられる。

これらのことから、評価が曖昧となる介護過程の展開におけるアセスメントという思考過程を適切に捉え評価できる評価項目及び評価基準の作成と、現実的で到達可能な到達目

標の設定が必要であることが推察される。

(2) 第2因子「尊厳あるケアの実現」について

前述の第1因子の場合と同様に、第2因子の「尊厳あるケアの実現」に含まれる、「利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる」、「専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる」、「利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる」といった技術項目も回答困難項目として挙がっており、幅広い内容を含む項目の具体化が必要であると思われるが、現実的にどのような改良が可能であろうか。

漠然的な事柄、ダイナミックな事象に対する評価を的確に行うことのできる評価尺度を作成するためには、より具体的に細分化した下位評価項目を増設すればよい。しかし、青木・鈴木・柳井(1974)は、質問紙に含める質問項目数は経験的に120~130が限度であると示し、それ以上の項目数になると回答者の受検態度を崩しやすきことを指摘している。項目数を増やすと、繰り返し問うことによって回答者がいい加減に回答したり、回答を止めてしまったり、注意力が落ちて項目を飛ばしてしまったりして、妥当性のある測定ができないことが危惧される。

そのため二次的手段として、評価項目ではなく到達レベルのカテゴリー(評定の区分)を細分化する方法が考えられる。試作の5段階評定では、「実習において利用者に対して単独で実施できる」、「実習において利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」(以下省略)といった評定区分となっており、対象学生の自由記述において、「“利用者”だけではどのような利用者を指しているのかわからない」、「心身の状況や介助方法について指導を受けた利用者であればある程度実施できるが、そうでない利用者に対してはできないことがほとんどになってしまう」などといった回答がみられた。よって、評価する技術項目数を増やすことなくその内容の明確化を図るために、これまでの5段階評定を、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる」、「実習及び学内演習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「実習及び学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない」の7段階評定に改め、介護学生が実習場面で行う介護技術の受け手である利用者を、「不特定多数の利用者」か、それとも「意思の疎通を図り心身の状況を把握した受け持ち利用者などの特定の利用者」であるかによってある程度限定すれば、評価する各技術項目の具体性が増し到達度を判断しやすくなるのではないだろうか。つまり、例えば、「排泄に関連した利用者のアセスメントができる」という技術項目が、項目数を増やさずとも、「不特定の利用者の排泄に関連したアセスメントができる」、「特定の利用者の排泄に関連したアセスメントができる」という2項目として捉えられ具体性が増すと推察されるのである。なお、「不特定の利用者」といった表現からは「どんな利用者に対しても状況に応じた適切な介護技術を提供できる」といった意味合いが派生しているといえよう。

「3) 結果(2)」の項でも述べたが、因子階層の低い水準での因子が少数の変数から構成され、それらの変数はいずれも2パターンの設問項目で構成した身近介護技術に含まれる項目でよく似た内容となっていた。そのため、2パターンのうちのどちらかのパターンの

変数を削除して統合することを検討した。身辺介護技術に関する技術項目の 2 パターンの設問項目について、平均値の差の検定 (t 検定, Welch 検定) を行って比較したところ、全ての身辺介護技術に関する技術項目について 2 パターンの設問項目間に有意差が認められなかった。加えて、設問項目統合後の 15 の技術類型 113 の技術項目の Cronbach の α 信頼性係数において尺度構成上の信頼性がおおむね認められた。これらのことから、例えば、「利用者の潜在能力を活用した、見守りや声かけでの心身状況に合わせた排泄の介助ができる」と「利用者の潜在能力を活用した、身体に触れての心身状況に合わせた排泄の介助ができる」という 2 つの設問項目を「利用者の潜在能力を活用して心身の状況に合わせた排泄の介助ができる」といった 1 つの設問項目にするなど、①見守りや声かけで行うことができるか、②利用者の身体に触れて行うことができるかの 2 パターンでの設問構成を統合して 113 の技術項目に減らすことが可能であると考えられる。

(3) 第 3 因子「利用者や介護者の安全・安楽の保持」について

介護実習中に経験する機会が多くあるにもかかわらず到達度が低く、第 3 因子として抽出された「利用者や介護者の安全・安楽の保持」については、自己学習や学内演習を積極的に支援するとともに、実習先指導者との協議の下に介護実習中に学生が経験する機会を意図的に設けるなどの調整を図ることが望ましい。

(4) 第 4 因子「終末期ケア」について

第 4 因子の「終末期ケア」については、卒業時到達目標が、「実習での実施は困難であるが知識としては理解している」の段階であるにもかかわらず、到達度が低かった。家庭での看取りが促進されつつある昨今であるが、2010 年の在宅死は死亡場所の 12.6% にすぎず(厚生労働省, 2011)、身近なところで死を看取る機会の少なさがうかがえる。また、介護学生は、「死体を見るのが怖い」などといった漠然とした死への恐怖を抱いており、介護学生が死に対峙する機会が少ないが故に死を未知のもの、自分から遠いものと感じている実態が報告されている(和田, 2006)。これらことから、終末期の支援技術の到達度が低い理由として、学生が人の死に関わることへの不安や恐れを抱き、精神侵襲の高い技術に関わることへの抵抗感をもっていることや、実際に終末期に関わる機会の少ない家庭・社会環境の中で、人の死に関わることをリアルに捉えにくい状況にあることなどが考えられよう。そのため、終末期の支援技術については、死生学的な視点での学内学習を充実させ、学生が消極的になることなく終末期のケアに関わることのできる授業を展開していかなくてはならないことが示唆された。

(5) 第 5 因子「家事の支援」について

「家事の支援」が第 5 因子として抽出されたが、これは、調査対象である介護福祉士養成校の 2 年課程では、家事支援をする機会を多く得られる訪問介護実習やグループホームでの実習を行っていないことが大きな要因になっていると考えられる。そのため、介護実習先の検討を含んだ介護実習体制・環境の整備を早急に進める必要性がうかがえた。

5) 結論と課題

介護職を志す者の訓練を通して獲得した専門能力の実態及び教育上の課題を明らかにすること、そして、介護技術の修得度を的確に評価し得る評価尺度の開発に向けての所見を得ることを目的として、介護福祉士養成 2 年課程の 2 年次生 68 名に対して、450 時間の介護

実習を全て終えた時期に、日本介護福祉士養成施設協会の策定した評価指標に従って介護技術修得度を自己評価する無記名式の質問紙（試作の介護技術自己評価票）による集合調査を実施したところ、以下の結論を得た。

（１）介護職を志す者の訓練を通して獲得した専門能力の実態及び教育上の課題について
到達目標に達した者の割合が 3 割に満たない技術項目は 152 項目中 37 項目（24.3%）あり、日本介護福祉士養成施設協会の示す卒業時の介護技術到達目標に到底達していない現状にあった。

また、到達者が 3 割に満たない技術項目の因子分析によって、「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」、「尊厳あるケアの実現」、「利用者や介護者の安全・安楽の保持」、「終末期ケア」、「家事の支援」という 5 因子が抽出され、これらに関わる技術の修得に注意を向けた教育の充実が必要である。

西田・田中・絹巻（1991）や武田・高木（2011）は、「技術の到達度はその技術項目経験率と対応し、学内演習や実習において多く経験できる技術項目はその到達度も高い傾向にあること」を報告している。そのため、到達度の低かった技術項目については、より多く経験できるための教育上の工夫の余地がないか、また、設定した到達目標が修得でき得る妥当な範囲であるかどうかを十分に検討しなければならない。

（２）介護技術の修得度を的確に評価し得る評価尺度の開発に関して

日本介護福祉士養成施設協会が策定した、「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標」の技術に関する評価指標をベースに作成した試作の介護技術自己評価票では修得度を的確に測定できていないことが推察され、さらなる検討が必要である。

それらの検討を行うためには、介護学生の主観的判断による評価に加え、介護実習先の指導者による評価が不可欠である。つまり、介護実習先の指導者の協力を得て、種々の介護技術を実習で体験する機会があるか否か、また、指導体制があるか否かも同時に把握し、妥当な評価項目及び到達目標を設定する必要がある。具体的には、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習及び学内の演習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「実習及び学内の演習での実施が困難であり知識としても理解していない」といった学生の自己評価票に準じた 7 段階の評定区分に、「体験をさせていない」と「評価が困難」という評定区分を加えた実習指導者用の評価尺度を作成しての調査を行う必要がある。

2. 介護実習における技術体験・指導の実態と介護技術評価尺度の開発【研究 9】

1) 目的

研究 8 に示した通り、15 の技術類型 152 の技術項目から成り 5 件法で評価する試作の介護技術自己評価票には今後修正すべき課題が認められ、利用価値の高い（的確な介護技術修得度の実態把握及び対処方略の検討に役立つ）評価尺度作成のためには、さらなる探究が必要であることが示唆された。

そこで、研究 8 における調査で使用した試作の介護技術自己評価票を改訂した評価尺度

を用いて、介護技術の修得度を把握するとともに、実習において種々の介護技術を体験する機会や指導体制がどの程度あるかを明らかにすることを目的とした。加えて、これらを明らかにすることを通して、信頼性、妥当性、実用性の高い介護技術評価尺度を開発することを目的とした。

2) 方法

(1) 調査対象と手順・時期及び調査項目について

(1) - 1 介護実習生に対する調査（自己評価）

介護福祉士養成2年課程のA校に在籍し2013年度に介護福祉士資格取得見込みの64名の学生（以下、介護実習生と称する）を対象として、全ての介護実習が終了した2013年9月に、自らの介護技術修得度を自己評価する記名式質問紙による集合調査を実施した。

調査票は2012年度に介護福祉士資格取得見込みの2年次生を対象として実施した調査結果（研究8）に基づいて、試作の介護技術修得度の評価尺度を改訂して作成した評価尺度（以下、改訂版介護技術自己評価票と称する）を用いた。「改訂版介護技術自己評価票」は、15の技術類型（大項目）113の技術項目（下位項目）で構成されている（項目はTable 5-2-5と同様）。到達レベルのカテゴリー（評定の区分）は7段階で、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる」、「実習及び学内演習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「実習及び学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない」に細分化されている。

(1) - 2 介護実習指導者に対する調査（他者評価）

研究8において述べたように、到達度の低かった技術項目については、より多く経験できるための教育上の工夫の余地がないか、また、設定した到達目標が修得でき得る適切な範囲であるかどうかを十分に検討しなければならない。その検討を行うためには、介護実習生の主観的判断による評価に加え、介護実習先の指導者による他者評価が不可欠である。

よって、調査対象である介護実習生の最終の介護実習で実習指導を担当した介護職員（以下、介護実習指導者と称する）を対象とする記名式質問紙による郵送調査と半構造化インタビュー調査を、前者は介護実習が終了した2013年9月に、後者は質問紙の回収が終了した2013年10月～11月に実施した。

質問紙調査票は介護実習指導者が指導した介護実習生の介護技術修得度を他者評価するもの（以下、介護実習指導者用介護技術評価票と称する）で、評価する技術項目は改訂版介護技術自己評価票と同様とした。その到達レベルのカテゴリー（評定の区分）は、「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に単独で実施できる」、「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「実習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「実習での実施が困難であり知識としても理解していない」の6段階とし、これに種々の介護技術を実習で体験する機会があるか否か、また、指導体制があるか否かも同時に把握するために、「評価が困難（体験の機会がな

い、もしくは少ない)」と「体験をさせていない（体験の機会はあるが意図的に体験させていない）」という評定区分を加えた。

質問紙調査への協力が得られた介護実習指導者のうち、インタビュー調査への参加同意も得られた者に対して、所属先の介護施設にて半構造化インタビュー調査を実施した。インタビューは、インタビューガイドを用いて、「介護実習指導者用介護技術評価票」を使用した評価を試みて適切な評価ができたか、また、改善を要する点はないか等について語ってもらった。また、介護技術指導をする上での課題と改善策、介護福祉士養成教育全般に対する意見を自由に語ってもらった。語ってもらった内容は、その場で一つの意味をなす文脈で区切り記録票に記述した。

(2) 分析処理

介護実習生の介護技術の修得度及び体験状況の特徴を把握するために、まず「介護実習指導者用介護技術評価票」の113の技術項目（下位項目）に対する回答を単純集計し、その値を割合（%）で示した。次に、介護福祉士養成施設協会が設定した到達目標では介護実習で体験することを求めている（評定区分の4以上が到達目標となっている）にもかかわらず、体験が困難（評定区分0もしくは1）と回答した介護実習指導者の割合が3割を超えた技術項目をカテゴリー化した。

改訂版の評価尺度の内容妥当性を検討するために、まず、内容分析の手法を用いて記録票に記述した内容（インタビューで介護実習指導者が語った内容）を一文一義として抽出し、改訂版の評価尺度の問題点（改善を要する点）及び介護実習生指導や介護福祉士養成教育全般に対する意見にかかわる事項を抜粋してカテゴリー化した。次に、カテゴリー化によって抽出された評価尺度の問題点を基に、改訂版の尺度を構成している項目が全体を偏りなく適切に代表しているか及び構成概念をよく反映しているかを、10年以上の教育歴のある介護教員1名と、介護福祉士として5年以上の現場経験のある介護教員2名、加えて、介護福祉士養成教育に携わっている他分野の専任教員4名で検討し判断した。

また、介護実習生に対する改訂版介護技術自己評価票を用いた調査において得られたデータを用いて、尺度構成上の信頼性をCronbachの α 信頼性係数によって検討した。

データの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windowsを使用した。

(3) 倫理的配慮

被験者に対して書面で、「調査の目的と調査票の内容」、「調査対象となる者の人権の擁護」、「調査の対象となる者に理解を求め同意を得る方法」、「調査の対象となる者に生ずる不利益及び危険性に対する配慮」、「成果の予測と発表方法」を示した。さらに、調査への協力は任意であること、記名式の調査であっても個人名や組織名を公表しないことはもちろんのこと、調査への協力の有無や回答内容が個人や組織の不利益になることは一切ないことを伝えた。

質問紙調査については調査票の提出（介護実習生は回収用ボックスへの提出、介護実習指導者は返信用封筒による投函）をもって同意を得たものとした。インタビュー調査については同意書にて意思確認を行った。

3) 結果

(1) 分析対象者の基本情報

介護実習生 64 名中全員の同意が得られ、回収率、有効回答率ともに 100%であった。介護実習生は、女性 46 名 (71.9%)、男性 18 名 (28.1%) で、就業経験のある者 20 名 (31.3%)、ない者 44 名 (68.7%)、平均年齢 25.2±10.3 歳 (最小値 19 歳、最大値 59 歳) であった。14 名の介護実習指導者から、対象の介護学生 64 名中 29 名に対する回答が得られた。その回収率、有効回答率はともに 45.3%であった。介護実習指導者は、女性 11 名 (71.9%)、男性 3 名 (28.1%) で、平均年齢 38.7±10.8 歳 (最小値 25 歳、最大値 62 歳)、介護職としての平均就業年数 13.2±7.3 年 (最小値 4 年、最大値 31 年)、であった。また、8 名が介護老人保健施設、11 名が特別養護老人ホームの所属であった。

(2) 介護実習指導者用介護技術評価票による評価データを用いた介護技術修得度の評定区分別人数とその割合

Table 5-2-5 に、介護実習指導者が、指導を担当した介護実習生の介護技術の修得度を、介護実習指導者用介護技術評価票を用いて評価した結果を示した。

全ての介護技術項目について修得度に相当な個人差が認められた。

また、全ての介護実習生が到達目標に到達した介護技術項目は皆無であり、一人の到達者もいなかった介護技術項目は 24 項目で (Table 5-2-5 に●印で示した 24 項目)、全介護技術項目の 21%を占めた。

Table 5-2-6 に、介養協の設定した介護福祉士養成課程卒業時の到達目標では介護実習で体験することを求めている (標定区分の 4 以上が到達目標となっている) にもかかわらず、体験が困難 (標定区分 0 もしくは 1) と回答した介護実習指導者の割合が 3 割を超えた技術項目 (下位項目) を技術類型 (大項目) ごとにカテゴリー化した結果を示した。

体験が困難と回答した介護実習指導者の割合が 3 割を超えた技術項目は、113 の技術項目中 31 項目 (27.4%) であった。最も体験が困難であることが示された技術項目は、「88 潜在能力を活用して調理の介助ができる」(100%)、「92 潜在能力を活用して買い物・金銭管理の介助ができる」(100%) であり、次いで、「51 トランスボードを使用した移乗介助ができる」(92.8%)、「89 潜在能力を活用して洗濯の介助ができる」(89.3%)、「29 自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる」(85.7%)、「30 自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる」(85.7%)、「53 その他、移乗・移動に関連した福祉用具を使った介助ができる」(82.2%)、「91 潜在能力を活用して、衣類管理の介助ができる」(82.2%)、「68 潜在能力を活用した手浴の介助ができる」(82.1%)、「21 家族と援助的なコミュニケーションを展開できる」(82.1%) の 8 項目が、8 割を超えていた。

Table 5-2-5 介護実習指導者用介護技術評価票による評価データを用いた介護技術修得度の評価区分別人数とその割合

介護技術項目	評価区分 (%) N=29								
	0	1	2	3	4	5	6	7	
I 介護過程の展開									
1 根拠に基づいた介護を提供するための情報を収集できる					10.7	64.3	21.4	3.6	
2 情報を整理し、分析・解釈、統合し、課題を抽出できる		3.6			7.1	75.0	7.1	7.1	
3 利用者・家族・チームメンバー(介護職員・他職種)と連携し、実施可能な介護計画を立案できる			3.6		21.4	71.4	3.8		
4 利用者の力を活用した介護計画を立案できる					17.8	60.7	7.1	14.3	
5 立案した介護計画を具体的に(何を目標に・いつ・だれが・どこで・何を)説明できる					21.4	64.3	7.1	7.1	
6 計画した介護を利用者の反応を捉えながら実施できる					10.7	64.3	7.1	17.9	
7 介護技術を利用者の状況に応じて適切に実施できる					10.7	57.1	28.6	3.6	
8 介護技術を提供する際、利用者の思い、考え、感情等の心理的側面に配慮できる		3.6			14.3	50.0	17.9	10.7	3.6
9 利用者のいつもと違う状況変化について指導者・現場職員に報告し、対応できる	3.6	7.1	3.6		28.6	28.6	10.7	10.7	7.1
10 計画に沿って実施できたか評価できる			3.6		14.3	67.9	3.6	10.7	
11 計画した目標が適切であったか評価できる			3.6		14.3	67.9	3.6	10.7	
12 計画した介護内容が適切であったか評価できる			3.6		14.3	71.4	3.6	7.1	
13 利用者の状況に応じて計画を修正できる			3.6		17.9	67.9	3.6	7.1	
14 実施した介護の意図・内容と利用者の反応を記録できる			3.6	3.6	10.7	64.3	3.6	10.7	3.6
● 15 介護福祉士の役割と機能を理解し、他職種にわかるように説明できる	14.3	14.3	7.1	35.3	17.9	3.6	7.1		
16 実施する介護の根拠、目的、方法、評価について他職種にわかるように説明できる	7.1	17.9	3.6	39.3	21.4	3.6	7.1		
17 介護を計画的に実践する上で、適切な人に助言を求めることができる		3.6		7.1	46.4	21.4	17.9	3.6	
18 利用者をつとめチームメンバー間で報告・連絡・相談を行える	10.7	14.3		17.9	35.7	14.3	7.1		
II 人間関係形成能力									
19 言語コミュニケーションが可能な利用者と援助的なコミュニケーションを展開できる						17.9	32.1	28.6	21.4
20 言語コミュニケーションが乏しい利用者と援助的なコミュニケーションを展開できる		7.1		10.7	53.6	17.9	7.1	3.6	
* 21 家族と援助的なコミュニケーションを展開できる	60.7	21.4	3.6		3.6	3.6		7.1	
22 介護職員間で協働的な関係を築くことができる		14.3	3.6	42.9	17.9	7.1		14.3	
23 他職種と協働的な関係を築くことができる	14.3	14.3	3.6	39.3	10.7	10.7	3.6	3.6	
III 生活支援における基本									
24 利用者とのかかわりから体調を観察できる		3.6			25.0	46.4	7.1	14.3	3.6
●* 25 基本的なバイタルサインの測定ができる	39.3				7.1	28.6	25.0		
26 基本的な清潔手順に従って手洗いができる		3.6				21.4	28.6	3.6	42.9
27 基本的な清潔手順に従って汚物処理ができる		3.6			14.3	39.3	25.0		17.9
●* 28 自立に向けた生活支援のための介護技術を利用者に指導できる	25.0	10.7			32.1	32.1			
●* 29 自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる	75.0	10.7			10.7	3.6			
●* 30 自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる	71.4	14.3			10.7	3.6			
IV 自立に向けた環境整備									
31 基本的なベッドメイキングができる		7.1				14.3	28.6		50.0
32 基本的なリネン交換ができる		10.7				17.9	28.6	10.7	32.1
●* 33 障害に応じた居住環境の工夫をすることができる	46.4		3.6	14.3	21.4	14.3			
V 自立に向けた身支度の介護									
● 34 身支度に関連した利用者のアセスメントができる	10.7	17.9			17.9	42.9	7.1	3.6	
35 利用者の潜在能力を活用して、洗面ができる	21.4	7.1			7.1	21.4	28.6	7.1	7.1
36 利用者の潜在能力を活用して、整髪ができる		3.6			10.7	25	25	14.3	21.4
* 37 利用者の潜在能力を活用して、ひげの手入れができる	32.1	3.6			14.3	21.4	17.9	7.1	3.6
●* 38 病的な爪を判断し、医療職と連携して爪の手入れができる	75.0	3.6	3.6	10.7	7.1				
39 利用者の潜在能力を活用して、口腔の清潔が保持できる	17.9	3.6			7.1	53.6	7.1	7.1	3.6
40 利用者の潜在能力を活用して、身だしなみを整えられる		3.6			14.3	32.1	25.0	7.1	17.9
41 利用者の潜在能力を活用して、かぶりの衣服着脱の介助ができる					7.1	53.6	28.6	3.6	7.1
42 利用者の潜在能力を活用して、前開きの衣服着脱の介助ができる					7.1	50	28.6	7.1	7.1
●* 43 身じたくに関連した福祉用具を活用できる	32.1	32.1			7.1	14.3	14.3		
VI 自立に向けた移動・移乗の介護									
● 44 移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる	3.6	7.1	3.6	14.3	53.6	10.7	7.1		
* 45 利用者の潜在能力を活用して、杖歩行の介助ができる	35.7	17.9			17.9	14.3	10.7	3.6	
46 利用者の潜在能力を活用して、車いすの移動介助ができる					7.1	42.9	17.9	7.1	25.0
47 利用者の潜在能力を活用して、体位変換ができる		3.6			21.4	46.4	14.3	7.1	7.1
* 48 ストレッチャーによる移動介助ができる	42.9	3.6			3.6	25.0	14.3	3.6	7.1
49 利用者の潜在能力を活用して、車両への乗り降りの介助ができる	78.6	10.7			3.6	7.1			
50 安楽な体位を整えることができる					14.3	50.0	32.1	3.6	
●* 51 トランスボードを使用した移乗介助ができる	85.7	7.1			3.6	3.6			
52 リフトを使用した移乗介助ができる	85.7	7.1			3.6	3.6			
* 53 その他、利用者の潜在能力を活用した、移動・移乗に関連した福祉用具を使った介助ができる	64.3				17.9	14.3	3.6		
VII 自立に向けた食事の介護									
● 54 食事に関連した利用者のアセスメントができる	3.6	3.6			25.0	53.6	7.1	7.1	
55 利用者の食生活習慣に考慮した食事介助ができる	3.6				28.6	39.3	21.4	7.1	
56 利用者の潜在能力を活用して、安全・安楽に配慮した姿勢の保持ができる		3.6			14.3	67.9	7.1	7.1	
57 利用者の潜在能力を活用して、心身状況に合わせた食事の介助ができる		3.6			3.6	67.9	21.4	3.6	
58 必要な水分摂取量を計算し、利用者の潜在能力を活用して、水分補給ができる	7.1	7.1			32.1	39.3	7.1	7.1	
●* 59 食事に関連した福祉用具を活用できる	28.6	14.3	3.6	17.9	25.0	10.7			

Table 5-2-5 介護実習指導者用介護技術評価票による評価データを用いた介護技術修得度の評定区分別人数とその割合(続き)

介護技術項目	評定区分 (%) N=29							
	0	1	2	3	4	5	6	7
VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護								
● 60 入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる	3.6	3.6	3.6	25.0	53.6	7.1	3.6	
61 利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる	3.6	3.6		21.4	50.0	14.3	7.1	
62 利用者の潜在能力を活用して、一般浴の介助ができる	21.4			10.7	42.9	25		
63 利用者の潜在能力を活用して、機械浴の介助ができる	3.6	3.6		17.9	46.4	28.6		
64 利用者の潜在能力を活用して、シャワー浴の介助ができる	21.4	3.6		14.3	32.1	28.6		
* 65 利用者の潜在能力を活用して、全身清拭の介助ができる	53.6	3.6		7.1	28.6	7.1		
* 66 利用者の潜在能力を活用して、陰部洗浄の介助ができる	25.0	7.1		7.1	39.3	17.9		3.6
* 67 利用者の潜在能力を活用して、足浴の介助ができる	60.7	3.6		10.7	7.1	14.3		3.6
●* 68 利用者の潜在能力を活用して、手浴の介助ができる	75.0	7.1		7.1	10.7			
69 利用者の潜在能力を活用して、洗髪の介助ができる	10.7			3.6	53.6	32.1		
70 入浴・清潔保持のための福祉用具を活用することができる	25	14.3		17.9	21.4	21.4		
IX 自立に向けた排泄の介護								
● 71 排泄に関連した利用者のアセスメントができる	3.6	10.7		25.0	42.9	14.3		3.6
72 自然排便を促すための介助ができる	21.4			35.7	32.1	10.7		
73 自然排尿を促すための介助ができる	17.9	3.6		35.7	32.1	10.7		
74 利用者の自尊心・プライバシーに配慮した介助ができる				10.7	35.7	28.6		25.0
75 利用者の潜在能力を活用して、トイレへの誘導ができる		7.1		3.6	46.4	32.1		10.7
76 利用者の潜在能力を活用して、トイレでの介助ができる		7.1		3.6	57.1	28.6		3.6
* 77 利用者の潜在能力を活用して、ポータブルトイレでの介助ができる	53.6	7.1		10.7	25.0	3.6		
●* 78 利用者に合わせた便器・尿器を選択し、利用者の潜在能力を活用して、便器・尿器を使用した介助ができる	50.0	17.9		3.6	14.3	14.3		
79 利用者の潜在能力を活用して、おむつ交換ができる				10.7	39.3	42.9		3.6
80 利用者の潜在能力を活用して、失禁している利用者への介助ができる	3.6	7.1		10.7	32.1	39.3		3.6
81 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持の介助ができる	78.6	7.1	3.6	7.1	3.6			
82 利用者の潜在能力を活用して、ストマ用具のパウチにたまった排泄物の除去ができる	85.7	7.1	3.6		3.6			
● 83 市販のディスクポーザブルグリセリン浣腸器(挿入部5~6cm以内等の条件あり)を用いて浣腸できる	96.4	3.6						
84 排泄に関連した福祉用具を活用できる	39.3	14.3	3.6	21.4	14.3	7.1		
X 自立に向けた家事の介護								
85 家事に関連した利用者のアセスメントができる	57.1	10.7		17.9	10.7			3.6
86 利用者の生活習慣に配慮した家事介助ができる	46.4	14.3		17.9	17.9			3.6
87 家事参加を支える介助ができる	64.3	10.7		10.7	14.3			
●* 88 利用者の潜在能力を活用して、調理の介助ができる	85.7	14.3						
* 89 利用者の潜在能力を活用して、洗濯の介助ができる	75.0	14.3			3.6	3.6		3.6
●* 90 利用者の潜在能力を活用して、掃除・ゴミ捨ての介助ができる	64.3	10.7	3.6		7.1	10.7	3.6	
* 91 利用者の潜在能力を活用して、衣類管理の介助ができる	64.3	17.9			10.7	3.6		3.6
●* 92 利用者の潜在能力を活用して、買い物・金銭管理の介助ができる	89.3	10.7						
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護								
93 休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる	7.1	17.9		32.1	28.6	7.1	3.6	3.6
● 94 入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる	3.6	14.3	3.6	25.0	32.1	10.7	10.7	
* 95 利用者の潜在能力を活用して、居室の環境整備ができる	25.0	17.9		25.0	14.3	7.1		10.7
* 96 利用者の潜在能力を活用して、寝具の選択の介助ができる	32.1	25.0		25.0	3.6	3.6		10.7
XII 終末期の介護								
97 終末期に関連した利用者のアセスメントができる	85.7	7.1	3.6		3.6			
98 終末期における基本的な介助ができる	85.7	7.1	3.6	3.6				
● 99 臨終時の基本的な介助ができる	89.3	7.1	3.6					
● 100 残された家族・介護職員・チームメンバーへグリーフケアができる	85.7	10.7	3.6					
XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)								
101 医療的ケアを受けている人の日常生活の変化に気づくことができる	57.1	25.0		14.3				3.6
102 医療的ケアを受けている人の日常生活の変化について医療職に報告することができる	71.4	14.3		7.1	3.6			3.6
103 介護職の実施が認められた医療的ケアを安全・適切に実施できる	78.6	10.7	3.6	7.1				
XIV 緊急・介護事故の対応能力								
104 インシデント・アクシデントが発生した場合は速やかに報告・記録できる	50.0	14.3		17.9		7.1		10.7
105 基本的な救命救急ができる	75.0	10.7		14.3				
106 介護事故発生時に対象者の安全を確保できる	53.6	21.4		21.4				3.6
107 防災・防火対策を説明できる	71.4	21.4		7.1				
108 災害が発生した時の介護福祉士の役割を説明できる	60.7	28.6	3.6	7.1				
* 109 介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる	60.7	17.9		14.3	7.1			
XV 倫理的観点								
110 利用者のプライバシーや個人情報保護する行動をとることができる	3.6	7.1		14.3	10.7	28.6	3.6	32.1
111 利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる		3.6		25.0	17.9	10.7	3.6	39.3
112 利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる		3.6		17.9	32.1	21.4	14.3	10.7
113 専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる		17.9		17.9	10.7	21.4	3.6	28.6

<評定区分>0=「評価が困難」(体験の機会がないもしくは少ない)

- 1=「体験をさせていない」(体験の機会はあるが意図的に体験させていない)
- 2=「実習及び学内の演習での実施が困難であり知識としても理解していない」
- 3=「実習及び学内の演習での実施は困難であるが知識としては理解している」

- 4=「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」
- 5=「実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」
- 6=「実習において特定の利用者で単独で実施できる」
- 7=「実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる」

値が0(ゼロ)の場合は空欄とした

「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標(平成24年3月策定)」において社団法人日本介護福祉士養成施設協会が提示している到達レベルを網掛けで示した

一人の到達者もいなかった介護技術項目を●印で示した

介護実習で体験する(評定4以上である)ことが求められているにもかかわらず体験が困難(評定0もしくは1)という回答をした者の割合の合計が3割を超えた技術項目を*印で示した

Table 5-2-6 介護実習において体験することが求められているにもかかわらず体験困難な技術項目のカテゴリー化

介護技術項目	①体験の機会がない・少ない(%)	②意図的に体験をさせていない(%)	①+② (%)
【他者への介護技術の指導】			
28 自立に向けた生活支援のための介護技術を利用者に指導できる	25.0	10.7	35.7
29 自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる	75.0	10.7	85.7
30 自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる	71.4	14.3	85.7
【医療的ケア】			
25 基本的なバイタルサインの測定ができる	39.3	0	39.3
38 病的な爪を判断し医療職と連携して爪の手入れができる	75.0	3.6	78.6
【福祉機器を活用した介助】			
43 身じたくに関連した福祉用具を活用できる	32.1	32.1	64.2
45 潜在能力を活用した杖歩行の介助ができる	35.7	17.9	53.6
48 ストレッチャーによる移動介助ができる	42.9	3.6	46.5
51 トランスボードを使用した移乗介助ができる	85.7	7.1	92.8
53 その他、移動・移乗に関連した福祉用具を使った介助ができる	64.3	17.9	82.2
59 食事に関連した福祉用具を活用できる	28.6	14.3	42.9
【清拭・部分浴の介助】			
65 潜在能力を活用した全身清拭の介助ができる	53.6	3.6	57.2
66 潜在能力を活用した陰部洗浄の介助ができる	25.0	7.1	32.1
67 潜在能力を活用した足浴の介助ができる	60.7	3.6	64.3
68 潜在能力を活用した手浴の介助ができる	75.0	7.1	82.1
【ポータブルトイレ・便器・尿器を使用した排泄介助】			
77 潜在能力を活用したポータブルトイレでの介助ができる	53.6	7.1	60.7
78 利用者に合わせた便器・尿器を選択し、利用者の潜在能力を活用して、便器・尿器を使用した介助ができる	50.0	17.9	67.9
【家事の支援】			
85 家事に関連した利用者のアセスメントができる	57.1	10.7	67.8
86 利用者の生活習慣に配慮した家事介助ができる	46.4	14.3	60.7
87 家事参加を支える介助ができる	64.3	10.7	75.0
88 潜在能力を活用して、調理の介助ができる	85.7	14.3	100
89 潜在能力を活用して、洗濯の介助ができる	75.0	14.3	89.3
90 潜在能力を活用して、掃除・ゴミ捨ての介助ができる	64.3	10.7	75.0
91 潜在能力を活用して、衣類管理の介助ができる	64.3	17.9	82.2
92 潜在能力を活用して、買い物・金銭管理の介助ができる	89.3	10.7	100
95 利用者の潜在能力を活用して、居室の環境整備ができる	25.0	17.9	42.9
96 利用者の潜在能力を活用して、寝具の選択の介助ができる	32.1	25.0	57.1
【その他】			
21 家族と援助的なコミュニケーションを展開できる	60.7	21.4	82.1
33 障害に応じた居住環境の工夫をすることができる	46.4	0	46.4
37 潜在能力を活用したひげの手入れの介助ができる	32.1	3.6	35.7
109 介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる	60.7	17.9	78.6

「評価が困難(体験の機会がないもしくは少ない)」と「体験をさせていない(体験の機会はあるが意図的に体験させていない)」という回答をした者の割合の合計が3割を超えた技術項目を示した

(3) 介護実習指導者へのインタビューで得られたデータの内容分析結果に基づく評価尺度の妥当性と信頼性の検討

Table 5-2-7 に、介護実習指導者へのインタビューによって得られた、改訂版介護技術自己評価票及び介護実習指導者用介護技術評価票の尺度構成上の問題点及び介護実習生指導や介護福祉士養成教育全般に対する意見を内容分析によってカテゴリー化した結果を示した。

改訂版介護技術自己評価票及び介護実習指導者用介護技術評価票の尺度構成上の問題点

として、①評価区分に関し、「介護実習生が不特定の利用者に身体介護を実施することはあり得ない」、「介護実習生が単独で利用者の介護をすることはあり得ない」、②評価項目に関し、「評価項目が多すぎて実用的でない」、「評価項目が漠然としていて理解し難い」、「技術類型の整理・見直しをする必要がある」、「利用者の心身の活性化やリラクセーションのための支援に関する評価項目がない」、③到達目標（実習する介護技術内容と到達度）に関し、介護実習生の条件を鑑みると、「未熟な学生には高い倫理性と専門性の必要な看取りへの介護実習はさせられない」、「防災・防火対策までの学習を介護実習生に求める必要はない」、介護実習指導者の条件を鑑みると、「指導可能な介護職員がいないため医療的ケアの実習はできない」、「指導者のキャパシティ（能力や時間的余力、指導体制）では全ての介護技術項目を指導・評価するのは不可能である」、利用者や施設の条件を鑑みると、「終末期の利用者がいない（もしくは少ない）ため看取りの実習は困難である」、「入所施設においては家事支援の実習をする機会がない」、「同性介護の原則から体験させられない項目がある」が抽出された。

抽出された問題点を基に評価尺度の構成項目の内容・数を検討した結果、介護実習生の介護技術修得への意欲や介護実習指導者の実習生指導への意欲を促す、現実的で到達可能な到達目標の設定と、修得状況を評価すべき介護技術項目の厳選に向けて以下①～⑥のような示唆を得ることができた。

①「介護実習生が不特定の利用者に身体介護を実施することはあり得ない」、「介護実習生が単独で利用者の介護をすることはあり得ない」との意見から、利用者の身体に触れて行う介護技術についての到達度は、特定の利用者の心身の状況や介助方法などについての指導を受けたうえで介護実習指導者の立ち合いの下で実施できるレベルを到達目標とすべきではないか。

②前記①にともない、評価区分（選択肢）から不特定の利用者にてできるかを測る区分を削除して、「再改訂版介護技術自己評価票」は、「実習において特定の利用者に対して単独で実施できる」、「実習において特定の利用者に対して指導者の立ち合いの下で実施できる」、「実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる」、「実習および学内演習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない」の5段階とすべきではないか。

③「医療的ケアの評価項目が漠然としていて理解し難い」、「医療的ケアに含まれる技術が自立に向けた介護の中に含まれるなど系統ごとの分類になっていない箇所がある」などといった意見から、医療職との連携のもとに容態の安定した利用者に対して特例で認められた介護職による種々の医療行為を一つずつ項目立てて評価項目に加えるとともに、例えば大項目の「IX 自立に向けた排泄の介護」の中に含まれていた「市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（挿入部5～6cm以内等の条件あり）を用いて浣腸できる」という技術項目を、「XIII 医療的ケア」に含めるなど技術類型の整理・見直しを行うべきではないか。

④「レクリエーションを企画して実施してもらっているがその評価項目が無い」、「実習生には利用者の余暇時間の充実のためのはたらきかけを積極的に行ってもらっているのでアクティビティに関する評価項目を含めたほうがよい」といった意見から、利用者の心身の活性化やリラクセーションのための支援に関する評価項目を加えたほうがよいのではないか。

⑤「防災・防火対策の知識までではないと思う」、「災害時や緊急時の対応法だけでも身につけることが難しいと思うので防止法（防災・防火の方法）まで身につけるとなると過剰な負担になると思う」などといった意見から、防災・防火対策に関する評価項目を削除したほうがよいのではないか。

⑥評価項目が多すぎて実用的でないといった意見が多数あったことから、修得すべき介護技術項目を厳選して評価項目数を少なくすべきではないか。

以上の示唆を踏まえ、介護実習生の自己評価によって得られたデータを援用して信頼性を検討しながら改訂版介護技術自己評価票のさらなる改良を試みたところ、15の介護技術類型102の介護技術項目で構成され、5段階評定で評価する評価票（以下、再改訂版介護技術自己評価票と称する）の開発に至った（Table 5-2-8）。

なお、改訂版介護技術自己評価票の尺度全体（113項目）のCronbachの α 信頼性係数は0.985、下位因子尺度については0.699～0.965であった。再改訂版介護技術自己評価票の尺度全体（新設項目を除く95項目）のCronbachの α 信頼性係数は0.981、下位因子尺度については0.699～0.957であった（Table 5-2-9）。

Table 5-2-7 改訂版介護技術自己評価票及び介護実習指導者用介護技術評価票の尺度構成上の問題点等の内容分析によるカテゴリー化

1. 改良版の介護技術修得度評価票の問題点(改善を要する点)

1) 評定区分について

(1) 介護実習生が不特定の利用者に身体介護を実施することはあり得ない

- *不特定はあり得ない
- *不特定の利用者に対する実践は現場では無理だと思う
- *実習の場では特定の利用者に対して実践をしてもらうため不特定の利用者への介護実践はありえない
- *職員の方を見てもらってから学生個人の能力や意欲に応じて護技術を実践してもらうので必然的に特定利用者が対象となる
- *体験させてない訳ではないが不特定多数の利用者に介護技術を実践させるのは難しいため評価が難しかった
- *短期間の実習では不特定利用者に対する介護実践は難しい
- *特定の人に対して確実にできるようにすることが教育上必要ではないか
- *Ⅴ～Ⅷの評価項目(身体介護)の到達度については不特定の利用者に単独で行うには危険をとまぬ項目が多々あるのでよく検討する必要がある

(2) 介護実習生が単独で利用者の介護をすることはあり得ない

- *実習である以上学生が単独で利用者に介護を行なうことはあり得ない
- *実習指導者がいないところで実習生を単独で行わせることはしない
- *記録等に関しては1人で行なうこともあるだろうが介護技術に関してはないはずである
- *身体介護に関しては転倒などのリスクがともなうため安全の確保上どんなに優秀な実習生であっても単独での実施はさせられない
- *職員が見ていないところでは責任をとまぬため介護技術を学生自らの判断でさせられない
- *常に指導者が傍にいることを読み取ることができる表記になっているとよいと思う

2) 評価項目について

(1) 評価項目が多すぎて実用的でない

- *細かく項目が分かれていて記入し易くなったが項目数が多過ぎて評価に戸惑いを感じたので活かせる項目は活かしてもっと単純化してもいいと思う
- *内容が細かいので具体的に何を学生に体験させればいいのか分かり易かったが技術項目数が多すぎるので実際のところそこの評価は無理
- *教えなくてはいけない内容が評価表の項目から分かり教えていなかった内容に気づくことができたが評価する項目が多すぎて評価しづらい
- *項目が多く解釈が難しいためフロアーの現場職員に頼むことができず評価できない項目が多くあった
- *実習期間中に評価票の各項目を随時チェックしながら指導を調整することが望ましいと思われるが項目数が多いこともあり十分に行うことができず結果的に卒業時到達目標を達成することはできなかった

(2) 評価項目が漠然としていて理解し難い

- *医療的ケアの評価項目が漠然としていてどのような医療的ケアについて評価するのかが分からない
- *医療的ケアと言っても多様なので何をどのように評価してよいか戸惑う項目があった

(3) 技術類型の整理・見直しをする必要がある

- *医療的ケアに含まれる技術が自立に向けた介護の中に含まれるなど系統ごとの分類になっていない箇所がある
- *バイタルサインの測定や浣腸などの項目が医療的ケアの評価項目の中になく生活支援として他の評価項目に含まれている
- *居宅介護施設しか体験できない項目が含まれているので評価しやすいうように項目の並びを整理するとよい

(4) 利用者の心身の活性化やリラクゼーションのための支援に関する評価項目がない

- *レクリエーションを企画して実施してもらっているがその評価項目が無い
- *実習生には利用者の余暇時間の充実のためのたはらきかけを積極的に行ってもらっているがアクティビティに関する評価項目を含めたほうがよい

3) 到達目標(実習する介護技術内容と到達度)について

(1) 介護実習生の条件から

① 未熟な学生には高い倫理性と専門性の必要な看取りへの介護実習はさせられない

- *数週間の実習では学生が全人的に利用者を理解していないため総合的ケアである終末期ケアに関わってもらうことはできない
- *終末期ケアの一部を見学するだけではその意義や重要性が学生に伝わらないばかりか単なる恐怖や不安を与えかねない情のこよっていない部外者が関わることでよって利用者や家族に負担を与えかねないので実習生に対しての教育は選んでいる
- *臨終期や死後の処置を体験できる機会もあるが学生さんには刺激が強すぎる亡くなった方の背景を知った上で関わらなければ意味がないので見学も選んだほうが良いと考えている

② 防災・防火対策までの学習を介護実習生に求める必要はない

- *防災・防火対策の知識まではいらぬと思う
- *災害時や緊急時の対応法だけでなく身につけることが難しいと思うので防止法まで身につけるとなると過剰な負担になると思う

(2) 介護実習指導者の条件から

① 指導可能な介護職員がいないため医療的ケアの実習はできない

- *喀痰吸引や経管栄養については介護職員が資格を取っていないので介護実習生への指導をやらせていない
- *喀痰吸引等研修は全員の職員が受講している訳ではないので施設現場で医療的ケアが追いつかない状態

② 指導者のキャパシティ(能力や時間的余力、指導体制)では全ての介護技術項目を指導・評価するのは不可能である

- *現在当施設の実習指導体制は各フロアー1名のみであるが各2名態勢であれば対応ができたのではないかと考えられる
- *評価項目が多すぎるので何をどこから改善点を見出せばよいか分からない
- *評価項目を目安に指導しようと思うが多様でなかなか難しい
- *介護現場での指導の現状を考えるともう少し実習内容をコンパクトにしてもいいと思う

(3) 利用者や施設の条件から

① 終末期の利用者がいない(もしくは少ない)ため看取りの実習は困難である

- *看取りは当施設では実施しておらず該当する利用者がいないため評価できなかった
- *当施設では終末期の利用者は多くなく実際に関わる学生が少ない

② 入所施設においては家事支援の実習をする機会がない

- *老人保健施設では利用者の家事に関することはアセスメントはできない
- *家事に関連した項目などは生活施設ではあてはまらない

③ 同性介護の原則から体験させられない項目がある

- *女性の陰部洗浄などを大きな羞恥心を与える介助を男子学生が実習の中で行うことはできるだけ避けるべきであると考えており実習させられない

Table 5-2-7 改訂版介護技術自己評価票及び介護実習指導者用介護技術評価票の尺度構成上の問題点等の内容分析によるカテゴリー化（続き）

2. 介護実習生指導や介護福祉士養成教育全般に対する意見

1) 介護福祉士養成施設に対する要望

(1) 実習前の養成校での学習の充実

- *同性介助が原則であるため介護福祉士養成教育の中でもっと高齢者のセクシュアリティや同性介護について教えて羞恥心の大きいケアについては異性の利用者には行わないことを原則とした実習を行うべきである
- *敬語を遣えない学生が目立つようになってきたのでしっかり言葉遣いの訓練をする必要がある
- *介護職として自分の身体を守る方法についてもっと大学で教育する必要があると思う
- *大学内で習うことが全て現場で通用するとは限らないことをしっかり教えた上で実習に出してほしい
- *学校がこれほど細かい内容を求めているのであれば最低限の技術力を身につけさせてから実習に出してほしい
- *介護技術の基礎すら身につけていない学生を実習に出すのはやめたほうが良いと思う

(2) 介護実習施設と養成校との連携の拡充

- *介護過程などの知識レベルでの教育の難しさを感じているので対応が必要
- *終末期ケアと医療的ケアについてはどのような学習を大学でしているか不透明であり指導しづらいので明確にしてほしい
- *職員教育が十分でない中での実習指導には無理があるので養成校と実習施設が連携して学生教育と職員教育を行っていく必要がある

2) 介護実習指導者の指導方法の改善策

(1) 指導者から意識的に学生にはたらしめるようにしている

- *実習指導に対する意識が変わってきて学生に声をかけるようになった
- *今まではコミュニケーションや掃除中心で学生を放置していることが多かったが最近は学生に付き添い説明を必ず行うようにしている
- *実習指導者が一生懸命働いて熱心な対応をすることが人を育てると思つて指導している

(2) できるだけ多くの介護技術体験ができるように配慮している

- *着脱・移乗・食事の介助の経験を増やしその過程でアセスメント力をつけてもらいたいと思っている
- *学内で学んだ基本を現場で十分体験することができないため学生がどんな技術を体験したいのかをさらに細かく聞いて実習させてあげたい
- *「学校でならった方法と違う」という学生が増えてきているのでできるだけたくさん経験してもらうように配慮して応用力をつけてもらっている
- *介護技術に関しては「実習生なのだから1回や2回で習得できるわけがない」と考えてじっくり指導にあたっている他の職員にもそのように伝えている

(3) どのような学生に対しても感情をコントロールして平等な指導をするように心がけている

- *素直な学生と言葉遣いの悪い学生がいた場合どうしても素直な学生に指導をしなくなってしまうが平等な指導をしっかりと意識して臨むようにしている
- *積極的な学生には指導をしなくなるが消極的な学生には指導が滞りがちになるが差をつけてはいけないと思つて指導している

(4) 一貫した指導となるように施設全体で取り組んでいる

- *毎年リーダーはかわるがブレの少ない指導をするために実習指導者は変わらないようにしている
- *毎年全ての職員に対して「実習に来る学生がどこまで勉強しているのか」についての勉強会をしている
- *「学生に成長してもらいたい」という思いをもって指導者の意向を申し送りや委員会で取り上げるようにしている

N=14(9施設) *で示す文章は原文に基づいた表記である

Table 5-2-8 再改訂版介護技術自己評価票(本調査を踏まえて考案した介護実習生用の自己評価尺度)

- I 介護過程の展開
- 1 【3】根拠に基づいた介護を提供するための情報を収集できる
 - 2 【3】情報を整理し、分析・解釈、統合し、課題を抽出できる
 - 3 【3】計画した介護を利用者の反応を捉えながら実施できる
 - 4 【3】計画した目標が適切であったか評価できる
 - 5 【3】計画した介護内容が適切であったか評価できる
 - 6 【3】利用者の状況に応じて計画を修正できる
 - 7 【3】実施した介護の意図・内容と利用者の反応を記録できる
 - 8 【3】利用者を取りまくチームメンバー間で報告・連絡・相談等を行える
- II 人間関係形成能力
- 9 【3】言語コミュニケーションが可能な利用者と援助的なコミュニケーションを展開できる
 - 10 【3】言語コミュニケーションが乏しい利用者と援助的なコミュニケーションを展開できる
 - 11 【3】家族と援助的なコミュニケーションを展開できる
 - 12 【3】介護職員間で協働的な関係を築くことができる
 - 13 【3】他職種と協働的な関係を築くことができる
- III 生活支援における基本
- 14 【4】利用者のかかわりから体調を観察できる
 - 15 【4】基本的な清潔手順に従って手洗いができる
 - 16 【4】基本的な清潔手順に従って汚物処理ができる
 - * 17 【4】汗を除く排泄物に触れる恐れのある場合はディスポーザブル手袋を適切に着脱して介助できる
 - 18 【1】介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛・膝痛などの予防対策ができる
 - 19 【3】自立に向けた生活支援のための介護技術を利用者に指導できる
 - 20 【3】自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる
 - 21 【3】自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる
 - * 22 【3】利用者の心身の活性化やリラクゼーションのための支援ができる
- IV 自立に向けた環境整備
- 23 【4】基本的なベッドメイキングができる
 - 24 【4】基本的なりネン交換ができる
 - 25 【3】障害に応じた居住環境の工夫をすることができる
- V 自立に向けた身支度の介護
- 26 【4】身支度に関連した利用者のアセスメントができる
 - 27 【3】潜在能力を活用した洗面の介助ができる
 - 28 【3】潜在能力を活用した整髪の手入れの介助ができる
 - 29 【3】潜在能力を活用したひげの手入れの介助ができる
 - 30 【3】利用者の潜在能力を活用して、かぶりの衣服着脱の介助ができる
 - 31 【3】利用者の潜在能力を活用して、前開きの衣服着脱の介助ができる
 - 32 【3】身じたくに関連した福祉用具を活用できる
- VI 自立に向けた移動・移乗の介護
- 33 【4】移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる
 - 34 【3】安楽な体位を整えることができる
 - 35 【3】潜在能力を活用した体位変換ができる
 - 36 【3】潜在能力を活用した杖歩行の介助ができる
 - 37 【3】潜在能力を活用した車いすの移動介助ができる
 - 38 【3】ストレッチャーによる移動介助ができる
 - 39 【3】潜在能力を活用した車両への乗り降りの介助ができる
 - 40 【3】トランスボードを使用した移乗介助ができる
 - 41 【2】リフトを使用した移乗介助ができる
- VII 自立に向けた食事の介護
- 42 【4】食事に関連した利用者のアセスメントができる
 - 43 【3】利用者の食生活習慣に考慮した食事介助ができる
 - 44 【3】潜在能力を活用した安全・安楽に配慮した姿勢の保持ができる
 - 45 【3】潜在能力を活用した心身状況に合わせた食事の介助ができる
 - 46 【3】必要な水分摂取量を計算し潜在能力を活用した水分補給ができる
 - 47 【3】食事に関連した福祉用具を活用できる
- VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護
- 48 【4】入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる
 - 49 【3】利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる
 - 50 【3】潜在能力を活用した一般浴の介助ができる
 - 51 【3】潜在能力を活用した機械浴の介助ができる

Table 5-2-8 再改訂版介護技術自己評価票(本調査を踏まえて考案した介護実習生用の自己評価尺度)(続き)

52	【3】潜在能力を活用したシャワー浴の介助ができる
53	【3】潜在能力を活用した全身清拭の介助ができる
54	【3】潜在能力を活用した陰部洗浄の介助ができる
55	【3】潜在能力を活用した足浴の介助ができる
56	【3】潜在能力を活用した手浴の介助ができる
57	【3】潜在能力を活用した洗髪(ヘアケア)の介助ができる
58	【3】入浴・清潔保持のための福祉用具を活用することができる
IX 自立に向けた排泄の介護	
59	【4】排泄に関連した利用者のアセスメントができる
60	【3】自然排便を促すための介助ができる
61	【3】自然排尿を促すための介助ができる
62	【3】潜在能力を活用したトイレへの誘導ができる
63	【3】潜在能力を活用したトイレでの介助ができる
64	【3】潜在能力を活用したポータブルトイレでの介助ができる
65	【3】利用者に合わせた便器・尿器を選択し、利用者の潜在能力を活用して便器・尿器を使用した介助ができる
66	【3】潜在能力を活用したおむつ交換ができる
67	【3】失禁している利用者への介助ができる
68	【3】排泄に関連した福祉用具を活用できる
X 自立に向けた家事の介護	
69	【4】家事に関連した利用者のアセスメントができる
70	【3】利用者の生活習慣に配慮した家事支援ができる
71	【3】潜在能力を活用した調理の介助ができる
72	【4】潜在能力を活用した洗濯の介助ができる
73	【4】潜在能力を活用した掃除・ゴミ捨ての介助ができる
74	【3】潜在能力を活用した衣類管理の介助ができる
75	【3】潜在能力を活用した買い物・金銭管理の介助ができる
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護	
76	【4】休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる
77	【3】入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる
78	【3】安眠のための居室の環境整備ができる
79	【3】寝具の選択の介助ができる
XII 終末期の介護	
80	【1】終末期に関連した利用者のアセスメントができる
81	【1】終末期における基本的な介助ができる
82	【1】臨終時の基本的な介助ができる
83	【1】残された家族・介護職員・チームメンバーへグリーフケアができる
XIII 医療的ケア(医療職との連携のもとに容態の安定した利用者に対して特例で認められた介護職による医療行為)	
○ 84	【1】医療的ケアを受けている人の日常生活の変化に気づくことができる
○ 85	【1】医療的ケアを受けている人の日常生活の変化について医療職に報告することができる
○ 86	【2】基本的なバイタルサインの測定ができる
* 87	【1】与薬の介助ができる(軟膏の塗布、湿布の貼付、点眼、一包化された内服用薬・舌下錠の内服、座薬挿入、薬剤噴霧)
* 88	【2】専門的な判断・技術を必要としない創傷の処置(ガーゼ交換を含む)ができる
○ 89	【1】病的な爪を判断し医療職と連携して爪の手入れができる
○ 90	【2】重度の歯周病等がないか判断し医療職と連携して口腔の清潔が保持できる
* 91	【2】耳垢を除去できる(耳垢塞栓の除去を除く)
○ 92	【1】ストマ用具のパウチにたまった排泄物の除去ができる(皮膚に接着したパウチの交換を除く)
○ 93	【1】自己導尿の補助としてのカテーテル準備や体位保持の介助ができる
○ 94	【1】市販のデイスポンザブルグリセリン洗腸器(挿入部5~6cm以内、濃度50%、成人用で40g以下等)を用いて洗腸できる
* 95	【2】安全・適切に喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ内部吸引)ができる
* 96	【2】安全・適切に経管栄養(経鼻経管栄養・胃ろう栄養)の介助ができる
XIV 緊急・介護事故の対応能力	
97	【2】インシデント・アクシデントが発生した場合は速やかに報告・記録できる
98	【2】介護事故発生時に対象者の安全を確保できる
99	【2】基本的な救命救急ができる
XV 倫理的観点	
100	【4】利用者のプライバシーや個人情報を保護する行動をとることができる
101	【4】利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる
102	【4】専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる

I ~ XVの技術類型の構成項目の再検討を行った結果、他の技術類型として移動させた技術項目を○印で示した

*印は再検討の結果、新たに加えた技術項目を示す

評定区分は、「4:実習において特定の利用者に対して単独で実施できる」、「3:実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる」、「2:実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる」、「1:実習および学内演習での実施は困難であるが知識としては理解している」、「0:実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない」の5段階とし、各介護技術項目についての到達目標を【 】内に数字で示した

Table 5-2-9 介護実習生の自己評価データを用いた介護技術修得度評価尺度の信頼性(Cronbachの α 信頼性係数)

技術類型(大項目)	改訂版介護技術自己評価票 (本調査で使用了した評価尺度)			再改訂版介護技術自己評価票 (本調査を踏まえて考案した評価尺度)		
	技術項目数	N	α 係数	技術項目数	N	α 係数
	I 介護過程の展開	18	61	0.965	8	63
II 人間関係形成能力	5	62	0.848	5	62	0.848
III 生活支援における基本	7	61	0.802	▲7	60	▲0.819
IV 自立に向けた環境整備	3	62	0.699	3	62	0.699
V 自立に向けた身支度の介護	10	53	0.898	7	53	0.847
VI 自立に向けた移動・移乗の介護	10	59	0.901	9	59	0.892
VII 自立に向けた食事の介護	6	60	0.885	6	60	0.885
VIII 自立に向けた入浴・清潔保持の介護	11	57	0.933	11	57	0.933
IX 自立に向けた排泄の介護	14	58	0.908	10	59	0.894
X 自立に向けた家事の介護	8	55	0.940	7	57	0.920
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護	4	60	0.925	4	60	0.925
XII 終末期の介護	4	62	0.957	4	62	0.957
XIII 医療的ケア	3	63	0.922	▲8	56	▲0.777
XIV 緊急・介護事故の対応能力	6	60	0.880	4	60	0.834
XV 倫理的観点	4	62	0.934	3	62	0.878
全項目(I~XV)	113	39	0.985	95	42	0.981

▲印は、再改訂において新たに加えることを提案した技術項目を含まない場合の値である

4) 考察

(1) 介護実習での技術体験・指導の実態について

介護実習指導者に対する質問紙調査によって明らかとなった介護実習において体験することが求められているにもかかわらず体験困難となっている技術項目は、113の技術項目(下位項目)中の27.4%を占め、「他者への介護技術の指導」、「医療的ケア」、「福祉機器を活用した介助」、「清拭・部分浴の介助」、「ポータブルトイレ・便器・尿器を使用した排泄介助」、「家事の支援」といった技術分類(大項目)に含まれる31項目に及んだ。これらの技術項目は、例えば福祉機器を活用した介助体験の機会がもてるように介護実習先に働きかけたり、家事支援の機会がもてるように居宅介護実習の体制を整備するなど、体験の機会を増やすための人的・物的な指導環境の整備を図ることが十分に可能な技術項目ばかりである。そのため、介護実習生が体験の機会をもてるようになった段階での到達度を把握して到達目標を精査していく必要がある。

他方、体験できる状況であるにもかかわらず介護福祉士養成施設協会の設定した到達目標に到達できない介護実習生が多数存在する状況が明らかとなった。この背景として、現状に即した到達目標の設定がなされていないことが考えられる。つまり、極端に高い到達目標を掲げていることが、体験できる状況であっても到達目標に達しない介護技術項目をつくってしまっていると考えられる。しかしながら、Table 5-2-7の「2. 1)」のカテゴリーの中に、「敬語を遣えない学生が目立つようになってきたのでしっかり言葉遣いの訓練をする必要がある」、「介護技術の基礎すら身につけていない学生を実習に出すのはやめたほうが良いと思う」、「職員教育が十分でない中での実習指導には無理があるので養成校と実習施設が連携して学生教育と職員教育を行っていく必要がある」という介護実習指導者の意見があることや、同じくTable 5-2-7の「1. 3)(2)②」に示すように、「指導者のキャパシティ(能力や時間的余力、指導体制)では全ての介護技術項目を指導・評価するのは不可能である」というサブカテゴリーが抽出されたことから、介護実習生の基礎的能力の不足や養成校及び介護実習施設の指導力不足などが、介護実習生の技術修得度の低さに表れていると

も考えられる。

実習生の基礎的能力の不足や養成校及び実習施設の指導力不足は介護領域に限定されることではないようである。例えば看護師など、他の対人援助職養成の領域においても学生の生活体験の乏しさと、そのような学生に対して技術を教授することの限界が頻繁に問題にされている（奥津，2003）。

したがって、今後、介護福祉士養成教育において専門的教育を的確に行っていくためには、専門教育以前の「社会人基礎力」や「人間性，基本的な生活習慣」，「基礎学力」及び介護福祉士養成校の教育力の現状を鑑みた教育プログラムの考案が必要である。

（2）介護技術評価尺度の開発について

介護実習生の自己評価によって得られたデータを援用して信頼性を検討しながら、尺度の内容妥当性を介護福祉教育に携わっている8名の教員で検討した結果、15の介護技術類型102の介護技術項目で構成され、5段階評定で評価する再改訂版介護技術自己評価票の考案に至った。

再改訂版介護技術自己評価票の尺度全体（新設項目を除く95項目）のCronbachの α 信頼性係数は0.981、下位因子尺度については0.699～0.957となり、内的整合性がおおむね認められた。また、信頼性係数は項目数が少なくなれば必然的に低くなるにもかかわらず、再改訂前の113項目の尺度の信頼性係数は0.985、再改訂した新設項目を除く95項目の尺度の信頼性係数は0.981で、大きな変化なく高い信頼性が維持された。よって、再改訂前に比べ利用価値の高い尺度を開発できたと考えられる。

なお、研究8と研究9において開発を試みた介護技術修得度評価票の概要と作成経緯をTable 5-2-10に示す。

5) 結論と課題

介護福祉士養成校に学ぶ学生の介護技術修得度及び介護実習での技術体験状況と指導状況を把握すること、そして、介護技術評価尺度の開発に向けさらなる検討を加えることを目的とした調査を行った。全ての介護実習が終了した時点で、介護実習生の質問紙による自己評価と介護実習指導者による質問紙及びインタビューによる他者評価を実施した結果、介護実習生の介護技術修得への意欲や介護実習指導者の実習生指導への意欲を促す、現実的で到達可能な到達目標の設定と、修得状況を評価すべき介護技術項目の厳選に向けての示唆を得ることができ、15の介護技術類型102の介護技術項目で構成され、5段階評定で評価する再改訂版介護技術自己評価票の考案と現状に即した到達目標を設定するに至った。

また、介護実習において体験することが求められているにもかかわらず体験困難となっている技術項目がある一方で、体験できる状況であるにもかかわらず介護福祉士養成施設協会の設定した到達目標に到達できない介護実習生が多数存在する状況が明らかとなった。この背景には介護実習生の基礎的能力の不足や養成校及び介護実習施設の指導力不足（指導環境の未整備を含む）などがあることが推察された。

したがって、介護福祉士養成教育の段階において、学生の基礎的能力の向上を図るための教育を的確に行うことが専門能力の向上につながるであろうことが示唆され、実態に基づいた教育内容及び教育体制の検討が必要である。

Table 5-2-10 介護技術修得度評価尺度の概要と作成経緯

作成順(作成年月) [評価尺度の名称]	評価尺度の 作成者	比較者	評価方法	目的	評価尺度	
					技術類型(大項目)	技術項目数 (下位項目の数)
1. (平成24年3月) 「介護福祉士養成課程卒業時の到達目標の 技術に関する評価指標」	社団法人日本 介護実習生 介護福祉士養成課程卒業時の到達目標の 技術に関する評価指標	介護実習生	自己評価	介護技術修得度の測定	技術項目数 (下位項目の数)	到達率(%)の範囲(評定区分)
				①利用者の状況についてアセスメントする能力 ②計画を立てる能力 ③介護技術を適切に実施する能力 ④実施した介護を評価する能力 ⑤実施した介護を記録する能力 ⑥チームアプローチの能力 ⑦人間関係形成能力 ⑧生活支援における基本 ⑨自立に向けた環境の整備 ⑩自立に向けた身支度の介護 ⑪自立に向けた移乗・移動の介護 ⑫自立に向けた食事の介護 ⑬自立に向けた入浴・清潔保持の介護 ⑭自立に向けた排泄の介護 ⑮自立に向けた家事の介護 ⑯自立に向けた休息・睡眠の介護 ⑰終末期の介護 ⑱医療的ケア(喀吸引及び経管栄養) ⑲緊急・介護事故の対応能力 ⑳介護従事者の健康管理 ㉑倫理的課題の理解	2 3 4 4 1 4 4 7 3 10 10 6 11 14 8 4 4 3 5 1 4	【評定区分:4】 ①実習において利用者に対して単独で実施できる ②実習において利用者に対して指導者の立会いの下で実施できる ③実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる ④実習及び学内演習での実施は困難であるが知識として理解している 以上に加え、利用者の尊厳の保持・自立支援にかかわる介護実践能力については、「A」「B」の 2パターンについて評価する A:介護者の戻りや声かけで行う介護技術 B:介護者が利用者の身体に触れて行う介護技術
2. (平成24年9月) 「試作の介護技術自己評価票」	筆者ら	介護実習生	自己評価	介護技術修得度の測定	技術項目数 (下位項目の数)	到達率(%)の範囲(評定区分)
				①介護過程の展開 ②人間関係形成能力 ③生活支援における基本 ④自立に向けた環境整備 ⑤自立に向けた身支度の介護 ⑥自立に向けた移乗・移動の介護 ⑦自立に向けた食事の介護 ⑧自立に向けた入浴・清潔保持の介護 ⑨自立に向けた排泄の介護 ⑩自立に向けた家事の介護 ⑪自立に向けた休息・睡眠の介護 ⑫終末期の介護 ⑬医療的ケア(喀吸引及び経管栄養) ⑭緊急・介護事故の対応能力 ⑮倫理的観点	18 5 7 3 17 17 9 19 23 13 6 4 3 6 4	【評定区分:5】 ①実習において利用者に対して単独で実施できる ②実習において利用者に対して指導者の立会いの下で実施できる ③実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる④実習および学内演習での実施は困難であるが知識として理解している ⑤実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない
					【合計:112項目】	
					【合計:152項目】	

Table 5-2-10 介護技術修得度評価尺度の概要と作成経緯(続き)

作成順(作成年月) 「評価尺度の名称」	評価尺度の 作成者	被験者	評価方法	目的	技術類型(大項目)	技術項目数 (下位項目の数)	評価尺度 到達レベルの範囲(評定区分)
3. (平成25年10月) 「改訂版介護技術自己評価票」	筆者ら	介護実習生	自己評価	介護技術修得度の測定	①介護過程の展開 ②人間関係形成能力 ③生活支援における基本 ④自立に向けた入浴・排泄の準備 ⑤自立に向けた移乗・移動の介護 ⑥自立に向けた食事の介護 ⑦自立に向けた食事の介護 ⑧自立に向けた入浴・清潔保持の介護 ⑨自立に向けた排泄の介護 ⑩自立に向けた家事の介護 ⑪緊急・介護事故の対応能力 ⑫倫理的観点	18	【評定区分:7】 ①実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる ②実習において特定の利用者に対して単独で実施できる ③実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる ④実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる ⑤実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる ⑥実習および学内演習での実施は困難であるが知識としては理解している ⑦実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない
4. (平成25年10月) 「介護実習指導者用介護技術評価票」	筆者ら	介護実習 指導者	他者評価	介護技術修得度の測定 技術の修得機会の把握 技術の指導環境の把握	⑩終末期の介護 ⑪医療的ケア(喀痰吸引及び経管栄養) ⑫緊急・介護事故の対応能力 ⑬倫理的観点	4	【評定区分:8】 ①実習において不特定の利用者に対して単独で実施できる ②実習において特定の利用者に対して単独で実施できる ③実習において不特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる ④実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる ⑤実習および学内の演習での実施は困難であるが知識としては理解している ⑥実習および学内の演習での実施が困難であり知識としても理解していない ⑦評価が困難(体験の機会がない、もしくは少ない) ⑧体験をさせていない(体験の機会はあるが意図的に体験させていない)
5. (平成26年10月) 「再改訂版介護技術自己評価票」	筆者ら	介護実習生	自己評価	介護技術修得度の測定	①介護過程の展開 ②人間関係形成能力 ③生活支援における基本 ④自立に向けた入浴・排泄の準備 ⑤自立に向けた移乗・移動の介護 ⑥自立に向けた食事の介護 ⑦自立に向けた食事の介護 ⑧自立に向けた入浴・清潔保持の介護 ⑨自立に向けた排泄の介護 ⑩自立に向けた家事の介護 ⑪自立に向けた休息・睡眠の介護 ⑫終末期の介護 ⑬医療的ケア(喀痰吸引及び経管栄養) ⑭緊急・介護事故の対応能力 ⑮倫理的観点	8	【評定区分:5】 ①実習において特定の利用者に対して単独で実施できる ②実習において特定の利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる ③実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる ④実習および学内演習での実施は困難であるが知識としては理解している ⑤実習および学内演習での実施が困難であり知識としても理解していない
						【合計:113項目】	
						【合計:102項目】	

引用文献

- 青木繁伸, 鈴木庄亮, 柳井晴夫 (1974) 新しい質問紙健康調査票 (THPI) 作成のころみ. 行動計量学, 2(1), 41-53.
- 舟島なをみ (2007) 質的研究への挑戦. 第2版, 40-79, 医学書院, 東京.
- 林信治 (2007) 介護実習の評価について考える; 介護実習評価表の改訂を通して. 東海学院大学紀要, 1, 69-75.
- 今泉雅博, 村上逸人, 山下奈穂美 (2007) 介護実習における評価の実態と本学の状況. 愛知新城大谷大学研究紀要, 4, 93-104.
- 介護労働安定センター (2014) 平成25年度介護労働実態調査結果について; 事業所における介護労働実態調査及び介護労働者の就業実態と就業意識調査.
(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h25_chousa_kekka.pdf, 2015年5月10日)
- 経済産業省 (2007) 2007年度社会人基礎力に関する調査・報告書「社会人基礎力」育成のススメ; 社会人基礎力育成プログラムの普及を目指して.
(<http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/2006chosa.pdf>, 2015年5月10日)
- 経済産業省 (2006) 社会人基礎力に関する検討会; 中間とりまとめ.
(<http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/chukanhon.pdf>, 2015年5月10日)
- 厚生労働省 (2008) 介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて.
(http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei02_0001.pdf, 2014年2月20日)
- 厚生労働省 (2011) 平成22年度人口動態統計 死亡 第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移.
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>, 2014年2月20日)
- 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会 (2013) 第45回社会保障審議会介護保険部会資料4; 介護人材の確保関係.
(http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146268&name=2r98520000033t98_1.pdf, 2015年5月10日)
- 松本しのぶ, 奥田眞紀子 (2009) 介護福祉士養成教育における社会人基礎力の育成(1); 介護福祉士養成課程と社会人基礎力教育プログラムの比較検討. 奈良佐保短期大学紀要, 17, 11-23.
- 三上ゆみ, 伊藤博康, 松本百合美, 池田明子, 松永美輝恵 (2013) 介護福祉士養成校における初年次教育の取り組み; 地域高齢者との交流事業を通してのまなびを考える. 新見公立大学紀要, 34, 55-59.
- 文部科学省中央教育審議会キャリア教育・職業教育特別部会 (2010) 今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について; 第二次審議経過報告.
(http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2010/06/01/1293956_1_1.pdf, 2015年5月10日)
- 村田マサミ (2004) 介護実習評価を通して効果的な実習方法を検討する. 聖泉論叢, 12, 99-115.
- 日本介護福祉士養成施設協会 (2012) 介護福祉士養成課程における技術修得度評価等の

基準策定に関する調査研究事業報告書. 1-17, 東京.

日本介護福祉士養成施設協会 (2015) 今後の介護福祉士養成教育と養成施設のあり方について; 職業能力に基づく養成教育とより高度な介護福祉士資格の創設. 99, 東京.

西田恭仁子, 田中靖子, 絹巻敏子 (1991) 第2看護学科における看護技術教育を考える; 卒業時における看護技術到達度調査による. 神戸市立看護短期大学紀要, 10, 53-66.

奥田眞紀子, 松本しのぶ (2009) 介護福祉士養成教育における社会人基礎力の育成(2); 介護実習において育成される社会人基礎力. 奈良佐保短期大学紀要, 17, 25-35.

奥津文子, 赤澤千春 (2003) 成人看護実習終了時の学生の技術到達度に関する認識. 京都大学医療技術短期大学部紀要 別冊 健康人間学, 15, 33-39.

佐藤富士子 (2008) 介護福祉士養成校の現状と課題; 大学において介護福祉士を養成することの意義とは. 月刊福祉, June, 39-41.

嶋田直美 (2015) 介護福祉士養成教育の中心問題; 専門性の構築に向けて. 桃山学院大学社会学論集, 48(2), 157-182.

白石孝子 (2008) 介護福祉士養成校の現状と課題; 学生の意欲を向上させるために. 月刊福祉, June, 45-47.

武田啓子, 高木直美 (2010) 介護実習終了時における介護技術の修得状況. 日本福祉大学健康科学論集, 14, 11-20.

武田啓子, 高木直美 (2011) 生活支援技術項目と卒業時到達度に関する研究. 介護福祉学, 18(2), 122-135.

和田晴美 (2006) 介護学生の死観及び死の不安を与える要因の分析. 佐野短期大学研究紀要, 17, 103-116.

横山さつき (2013) 介護福祉士養成教育の教育効果を高めるための方略に関する一考察; 介護実習における学生の自己評価と実習先指導者による評価からみえてきたこと. 介護福祉教育, 18(2), 34-39.

第6章 介護福祉士養成に向けた望ましい教育プログラムの試行

第1節 介護福祉士のストレスマネジメント教育プログラムの構築に向けた実践的研究【研究10】

1. 目的

これまでの研究によって、介護職員による不適切ケア防止のためには、介護労働によるストレスに曝される前の段階である介護職養成の時点において、ストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）へのはたらきかけが必要であることが明らかとなった。また、対人関係コミュニケーション力や社会的マナー・職業倫理等の社会人基礎力及び人間性の向上に有用な教育内容・方法の追究及び指導力の向上が緊要であることが明らかとなった。つまり、介護職養成の段階においてのストレスマネジメント教育や倫理教育が非常に重要であり課題であることが分かった。

これらのことを踏まえると、ストレスの構造（ラザラスの心理学的ストレスモデル：小杉編著／大塚・島津・田中・田中・種市・林・福川・山崎，2004）における認知的評価とコーピングの段階への介入が、介護学生のストレス耐性を高め効果的なストレス反応の低減、延いては不適切ケア防止に繋がる一手段となるであろうことが推察される。

そのため、認知的評価とコーピングの段階への介入を図ることのできる既存のプログラムを探索した。現在の介護福祉士養成カリキュラムは2009年（平成21年）4月から導入され、「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例」（厚生労働省，2008）に従って、各養成校が教育を行っている。そのカリキュラムの基準には教育に含むべき事項として、「人間関係の形成（人間関係と心理）」、「コミュニケーションの基礎」、「介護従事者の安全（介護従事者の心身の健康管理）」など、介護職のストレスマネジメントに関係する教育内容が示されている。しかし、A県下の介護福祉士養成校（総数5校7養成課程）のうち、4校6養成課程（4年課程2，2年課程3，1年課程1）における実際のストレスマネジメント教育の内容・方法を、各養成課程の教務に関わる介護教員に対して聞き取り調査をしたところ、十分な教授時間数を確保できないまま部分的な関連知識を複数の授業科目において分散して教授している実態が確認された。つまり、介護職として必要なセルフコントロール能力を高めることをねらいとして意図的に構成されたストレスマネジメント教育を実施している養成課程は皆無であった。また、本邦における予防的なストレスマネジメントの介入研究の動向を知るために、2000年から2010年に刊行された雑誌論文を検索した結果（金・津田・松田・堀内，2011）を活用して、近年のストレスマネジメント教育プログラムを調べた。その結果、専門家が専門的な技法を対面形式で提供する画一的なプログラムが大多数を占めており、先行研究で実施されたプログラムを本研究における介護学生のストレスマネジメント教育プログラムとして援用することはできないと判断した。

そこで、ストレスマネジメントプログラムの4つの構成要素（ストレス発生過程の4つの段階）である、①環境（ストレス），②考え方やとらえ方（認知的評価），③対処法（コーピング），④ストレス反応のうちの、認知的評価への介入（自己に対する否定的な捉え方や低い自尊感情，低い自己効力感などの変容）と、コーピングへの介入（問題を解決していく方法や人間関係をうまく整理する方法の習得）を重視したストレスマネジメント教育プ

プログラムを考案・実施し、その効果を検討することを目的とした。

なお、本研究における「ストレスマネジメント教育」は、事後処理的にストレスを緩和する対症療法的な介入法ではなく、対象者が現在のストレス状態への気づきを高め、適切な対処法を学ぶことによって、将来のストレスに備える術を身につける予防的・育成的な介入法を用いるはたらきかけを指す。また、介護実習を含む就学環境への適応と卒後の介護労働への適応を促進するために必要な介護学生のセルフコントロール能力を高めることをねらいとしてプログラムを考案するが、介護職員の現任教育に援用することをも含みおく。介護職員のメンタルヘルスを高めることが、ひいては安定した質の高い高齢者介護サービスの提供につながり、介護職員自身だけでなく、そのサービスの受け手である要介護高齢者にも重要な意義を生み出すと考える。

2. 方法

1) 調査対象と手順・時期

A 県内の介護福祉士養成 2 年課程 3 校の協力を得た。A 養成校の 2 年次生 72 名（実験群）に対して、介護労働や心理学的ストレスについて研究をしている保健師資格をもつ介護教員が、2011 年 9 月末から 12 月半ばまでの期間に週 1 回 90 分×12 回のプログラムによるストレスマネジメント教育を試行し、その受講前と受講修了時、修了後 1 か月の 3 時点で自記式質問紙による集合調査を実施した。A 養成校の 1 年次生 75 名と、B 養成校の 1・2 年次生 54 名、C 養成校の 1・2 年次生 64 名、総勢 193 名の介護学生を、ストレスマネジメント教育を受けない対照群（統制群）とし、同時期に同様の調査を実施した。

さらに、実験群に対して、毎回の授業終了時に授業参加度や理解度を測るための自記式質問紙による集合調査を実施した。

2) 試行したストレスマネジメント教育プログラムの考案経緯と内容

以下のようにして、Table 6-1-1 に示す介護福祉士の養成教育におけるプログラムかつ介護職員の現任教育にも援用できるプログラムを考案した。

①集団の特徴やニーズを盛り込んだ独自の内容

介護学生の集団としての特徴やニーズ、介護職のストレス環境の実態を踏まえた内容とするために、堀田・佐藤（2005）が、介護職がストレスを解消するうえで役立つと考える取り組みについて調査した結果を参考にして、「介護の基本技術であるコミュニケーション技術や対人援助技術の向上」、「認知症や高齢者のセクシュアリティへの理解と対応法の深化」、「事故やトラブルへの対応法のノウハウの修得」を内容に含めた。

②予防的・育成的観点から支援する内容

従来のリラクセーションを中心としたストレス反応の除去に主眼を置く、専門家による専門的な技法の提供ではなく、介護学生がストレスのセルフケアを日常的に行えるように予防的・育成的観点から支援する内容とするために、特に認知的評価とコーピングに焦点を当てて根源の問題解決によるストレスマネジメント効果をねらった介入を行う、ヘルスカウンセリング学会方式のカウンセリングプログラム（宗像，2000）を参考にして介入方法を検討し、内容を構成した。

③知識理解ベースの講義形式で教授する内容

ストレスマネジメント教育プログラムは、様々な理論・原理に基づいて種々の方法で実施

されているが、多くのプログラムが知識重視から体験重視に偏り、情報提供や知識の教授が不十分な傾向にある。中山（2008）は、「体験ベースの学習では、どうしてもその時その場に限定された一回性の学習になりやすい」、「体験ベースの学習活動において獲得された学習内容は、個人的色彩が濃く他者と共有しにくい」という問題を指摘している。加えて、フォアマンら（Forman・O'Malley, 1985）は、「ターゲットとなる問題に関する概念的説明を加えたり、対処技法のメカニズムや有効性を具体的に示すといった教育的指導が、その後の技法的介入をより有効に機能させる」と述べている。また、対象者の人数、教育の時間・場所・資源などにおける現実的な制約を考慮すると、参加者自身が自由に語る「グループワーク」やストレスマネジメントスキル修得のための「実技演習」を教育に組み込むことが困難であるといった実現可能性を加味し、知識理解ベース、つまり、心理学的概念や知見を加えて概念的理解を促す内容を、大人数の集団での講義形式で教授することにした。

なお、A 養成校の2 年次生を対象とした心身の健康管理に関する科目の受講学生に、2008 年度から3 年度に亘って毎回の授業の所感を記入してもらい、学生のストレスに関する知識や認識、授業内容に対する受け止め方に関する情報を収集しながら、プログラムの内容を構成した。加えて、2010 年度からは、A 県からの委託事業であるキャリア形成訪問指導事業において申し込みのあった8 事業所の介護職員に対して、「介護サービス提供者のメンタルヘルス；ストレスを理解し上手く付き合う方法」と題して講義を行った後にセッションの時間を設け、受講した介護職員から精神的負担の様態や、講義によって提供したストレス対処のための具体的な方法の実用可能性等についての情報収集をして、プログラムの内容に反映させた。

Table 6-1-1 ストレスマネジメント教育の内容(授業計画の概要)

	回	内容
＜第1段階＞ストレスや心の健康について学ぶことの意義を理解する	1	ストレスの概念(ストレスラー、認知的評価、コーピング、ストレス反応)を知る 心の健康とは何かについて考えるとともに、心の健康の保持増進の方法の概要を知る
	2	自分のストレスの状況を確認し、個々に応じたストレスマネジメントの方向性を見極める
＜第2段階＞ストレスへの理解を深め、様々なコーピングの方法を知るとともに、自己のストレスのコントロール法について考える	3	多様なストレス対処法を知る①脳活性法
	4	多様なストレス対処法を知る②睡眠・食事・運動法
	5	多様なストレス対処法を知る③対人関係コミュニケーション法(アサーション等)
		多様なストレス対処法を知る④感情・思考・行動のセルフコントロール法(認知療法等)
	6	多様なストレス対処法を知る⑤事故やトラブルへの対応法
		多様なストレス対処法を知る⑥リラクゼーション法(自律訓練法、呼吸法等)
＜第3段階＞心の異常とその原因・治療・対応法(治療・予防法)を知る	7	多様なストレス対処法を知る⑦セルフプロデュース法(外見変身術、化粧療法、カラーセラピー等)
		多様なストレス対処法を知る⑧五感トレーニング法
	7	心の病気の概要を知る(心の病気と分類、脳内神経伝達物質のはたらき等) 病気の本態に気づきにくい心の病気の理解と対処法に関する情報を得る
	8	認知症の理解と対応法の深化を図る
＜第4段階＞介護労働の特徴と介護職者の心身のセルフコントロールについて考える	9	発達障害(知的障害、広汎性発達障害、高機能広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害)への理解を深める
	10	感情労働の概念を知る
	11	介護職の職業性ストレスについて知る
	12	高齢者のセクシュアリティを理解し、対応法について考える

3) 調査票の構成項目と評価尺度

以下の評価尺度を用いて、試行したストレスマネジメント教育プログラムの効果の検討をした。

(1) 認知的評価の評価尺度

認知的評価の評価のために、人が特定の行動をどれくらいできているかを示し、予測される状況を管理するのに必要な行動を計画したり実行するための能力に影響することが知られている、「自己効力感」に注目し、「ストレスマネジメント自己効力感尺度 (Stress Management Self-Efficacy : SMSE-20)」を評価尺度に用いた (大野・山田・堤・百々・山内・野田・服部, 2001 ; 山田・大野・堤・百々・山内・野田・服部, 2001 ; 山田・大野・堤・百々・山内・野田・服部, 2004)。

本尺度はストレスマネジメント教育実践研究会 (PGS : Practical Group for Stress management education) によってストレスマネジメント教育の介入効果の評価指標として開発され、小学6年生から高齢者までを対象として幅広く適用可能な尺度である。3下位尺度、全20項目から成り、10点間隔で「全くできない」(0点)～「完全にできる」(100点)のいずれかの点数を選択する11段階評定法で、高値ほど自己に対する信頼感や有能感が強く、ストレスマネジメントに有効な特定の行動をとることができていることを示す。

(2) コーピングの評価尺度

コーピングの評価のために、感情のコントロールや自己客観化能力、共感、コミュニケーション、自分自身への動機づけといった人間関係維持に必要な対処能力、つまり、自己の感情を自己管理するとともに他者の感情を適切に理解・共感する能力を示し、人間関係の維持に重大な影響を与えることが知られている、「感情指数 (感情・人間関係のコントロール度)」に焦点を当て、「EQ (感情) 指数チェックリスト」を作成者の許可のもとに一部改変して評価尺度に用いた (清水, 2010)。

本尺度は心身に不調をきたしている人を仕事の対象にして身体に触れての直接的ケアに携わる看護職や介護職などを想定して開発された尺度である。6下位尺度、全30項目から成り、「全くできていない」(0点)～「いつもできている」(4点)のいずれかを選択する5段階評定法で、高値ほど感情のコントロール度が高く、心の通い合う関係づくりに努めることができていることを示す。

(3) ストレス反応の評価尺度

ストレス反応の評価のために、一過性の心理的ストレス反応やストレス感受性 (状況に大きく左右されない安定した不安傾向の個人差) を測定する、「新版 STAI (日本版 State-Trait Anxiety Inventory)」の下位尺度である「状態不安」を評価尺度に用いた (肥田野・福原・岩脇・曾我, 2000)。

本尺度は企業等での組織的なメンタルヘルス、各種病院・福祉施設等での臨床用、学生相談、産業カウンセリング、そして、研究用の資料として汎用されている。各20項目から成り、「全く当てはまらない」(1点)～「非常によく当てはまる」(4点)のいずれかを選択する4段階評定法で、高値ほど心理的ストレス反応を強く自覚していることを示す。

(4) 授業への参加度や授業内容の理解度の評価尺度

授業への参加度や授業内容の理解度を測るために、ストレスマネジメント教育実践研究

会 (PGS) がストレスマネジメント教育で活用できる評価ツールとして提示している、「授業評価シート A」を活用した (ストレスマネジメント教育実践研究会, 2002)。

本尺度は受講した授業に対して、「どの程度興味をもてたか」、「どの程度自分の生活に関係があったか」、「授業で学んだことをどの程度日常生活で活用できる自信があるか」、「授業の内容がどの程度理解できたか」という 4 つの質問に「全くない」(6 点) ~ 「とてもある」(1 点) のいずれかを選択する 6 段階評定法で、低値ほど参加度・理解度が高いことを示す。

なお、青木・鈴木・柳井 (1974) は、質問紙に含める質問項目数は経験的に 120~130 が限度であるとし、それ以上の項目数になると回答者の受検態度を崩しやすいことを指摘している。また、集合調査を実施する調査環境の限界により、回答のために用意できる時間は 20 分が限度であるといった実情があった。そのため、被験者に過度の負担をかけ有効回答が得られにくくなるといった問題の発生の回避を鑑み、質問項目数にも着目して評価尺度を選定した。

4) 分析処理

①受講の有無による差異 (ストレスマネジメント教育プログラムの効果) を評価するために、各評価尺度得点について、対応のない因子 (受講の有無) と対応のある因子 (3 時点) の 2 元配置分散分析を行った。

②分析処理の①で得られた結果がストレスマネジメント教育の影響であるかどうかを判断するためには、授業内容の理解の程度を考慮したうえでの分析が必要である。したがって、プログラムへの参加度や内容の理解度が、教育効果にどのように影響するかを把握するために、実験群を参加度や内容の理解度の高低によって二群に分け前述の①と同様の分析を行った。なお、4 つの質問項目の合計得点の順に分析標本を並べ、上位 1/2 を参加度高群、下位 1/2 を参加度低群として分析を行った。

以上のデータの集計及び解析には、SPSS Inc. SPSS 16.0 for Windows を使用した。

5) 倫理的配慮

対象学生に対し書面と口頭で研究の目的・意義・方法に関する説明をし、調査への不参加が就学上の不利益に繋がることは一切ないことを告げた。調査票は無記名とし、ナンバーリングによって脱落標本の特定を行った。また、対象学生の在籍する組織の長、または、倫理審査委員会の承認を受け研究を実施した。なお、対照群は、A 県内の全ての介護福祉士養成 2 年課程の養成校 3 校に研究協力を依頼し、ご理解いただくことのできた 3 養成校 2 年課程の学生から募集した。

3. 結果

1) 分析対象者の基本情報

実験群は、72 名中 69 名の同意が得られ、12 回中 10 回以上の講義に参加し、一項目も欠損値のなかった 59 標本を分析標本とし、有効回答率は 81.9%であった。実験群の分析標本の属性は、女性 78.0%、男性 22.0%で、就業経験のある者 37.3%、ない者 62.7%、平均年齢 26.6 ± 10.6 歳であった。他方、対照群は、193 名中 185 名の同意が得られ、一項目も欠損値のなかった 170 標本を分析対象とし、有効回答率は 88.1%であった。対照群の分析標本の属性は、女性 64.7%、男性 35.3%で、就業経験のある者 51.2%、ない者 48.8%、平均年齢 28.5 ± 10.7 歳であった。 χ^2 検定、t 検定の結果、属性 (性別、就業経験の有無、年齢) に

ついて両群間に有意差は認められなかった。

2) 評価尺度の妥当性と信頼性の検討

調査開始の1か月前に、被験者であるA養成校の2年次生5名に作成した質問紙調査票への回答を依頼し、不明確な質問項目や回答困難な質問項目、意味内容が重複している項目がないかを確認することによって表面妥当性を検討した。その結果、「EQ(感情)指数チェックリスト」に属する3項目について何を聞かれているか理解し辛いとの評価を得たので、理解しやすい語句を用いての平易な表現となるように修正を加えて調査に用いた。加えて、介護教員経験5年以上の教員3名で、質問項目について介護実習を含む就学環境への適応と卒後の介護労働への適応を促進するために必要な介護学生のセルフコントロール能力をみるための構成要素を判定する質問項目になっているかを検討した。その結果、質問項目の削除や修正の必要はなかった。

さらに、初回の調査を実施した時点で得られたデータを用いてG-P分析(Good-Poor Analysis)を行ったところ、全項目について0.1%の危険率で上位群と下位群との間に有意差が認められ、質問項目と総得点の適切な対応が確認された。また、同じく初回の調査データを用いて因子分析(バリマックス回転)を行い、固有値1以上、因子負荷量0.4以上を基準として因子的妥当性の検討を行った。その結果、ストレスマネジメント自己効力感尺度(SMSE-20)においては3項目、EQ(感情)指数チェックリストにおいては4項目が妥当性のない質問項目であることが確認されたため、それらの項目を削除して分析を行った。新版STAIの状態不安については全項目が妥当性のある質問項目であることが確認された。

Cronbachの α 係数を求め、尺度の信頼性を検証したところ、尺度構成上の信頼性が0.82~0.95で、満足のいく内的整合性が得られた(Table 6-1-2)。

Table 6-1-2 評価尺度のCronbachの α 信頼性係数

	N	項目数	α 係数		
			受講前	受講修了時	修了後1か月
ストレスマネジメント自己効力感	229	17	0.85	0.91	0.86
感情指数	229	26	0.93	0.94	0.95
状態不安	229	20	0.89	0.88	0.90
授業参加度					
第1回授業	56	4		0.82	
第2回授業	57	4		0.86	
第3回授業	52	4		0.88	
第4回授業	56	4		0.92	
第5回授業	54	4		0.92	
第6回授業	55	4		0.92	
第7回授業	54	4		0.90	
第8回授業	57	4		0.92	
第9回授業	59	4		0.91	
第10回授業	57	4		0.88	
第11回授業	58	4		0.91	
第12回授業	55	4		0.87	

3) 受講の有無間における3時点の認知的評価、コーピング、ストレス反応の平均尺度得点

Table 6-1-3に、受講の有無間における3時点の各評価尺度についての平均尺度得点を示

した。

各評価尺度得点について、対応のない因子（受講の有無）と対応のある因子（3時点）の2元配置分散分析を行ったところ、以下の結果を得た。

ストレスマネジメント自己効力感の交互作用（ $F(2,681)=2.61$, n.s.）及び受講の有無の主効果（ $F(1,681)=0.82$, n.s.），3時点の主効果（ $F(2,681)=1.17$, n.s.）は有意でなかった。

感情指数の交互作用（ $F(2,681)=0.12$, n.s.）及び受講の有無の主効果（ $F(1,681)=0.18$, n.s.），3時点の主効果（ $F(2,681)=0.18$, n.s.）は有意でなかった。

状態不安の交互作用（ $F(2,681)=0.28$, n.s.）及び受講の有無の主効果（ $F(1,681)=1.18$, n.s.），3時点の主効果（ $F(2,681)=0.26$, n.s.）は有意でなかった。

Table 6-1-3 受講の有無間における3時点の認知的評価, コーピング, ストレス反応の平均尺度得点

	受講あり(実験群)			受講なし(対照群)		
	N	平均値	SD	N	平均値	SD
受講前						
○ストレスマネジメント自己効力感(認知的評価)	59	1177.12	259.70	170	1185.88	232.56
△感情指数(コーピング)	59	77.44	16.12	170	76.24	15.13
●状態不安(一過性の心理的ストレス反応)	59	45.86	9.17	170	45.81	9.75
受講修了時						
○ストレスマネジメント自己効力感(認知的評価)	59	1262.29	301.63	170	1174.41	255.15
△感情指数(コーピング)	59	76.34	14.44	170	75.47	16.38
●状態不安(一過性の心理的ストレス反応)	59	47.12	8.00	170	46.00	9.43
受講修了後1か月						
○ストレスマネジメント自己効力感(認知的評価)	59	1175.85	214.40	170	1196.91	227.61
△感情指数(コーピング)	59	75.86	16.81	170	76.21	15.99
●状態不安(一過性の心理的ストレス反応)	59	46.86	9.39	170	45.35	9.76

○印の指標の平均値は、高値ほど適切なストレス対処行動を行っていることを示す

△印の指標の平均値は、高値ほど自己の感情を適切にコントロールして心の通い合う関係づくりに努めていることを示す

●印の指標の平均値は、高値ほど心理的ストレス反応を強く自覚していることを示す

4) 授業参加度の高低群間における3時点の認知的評価, コーピング, ストレス反応の平均尺度得点

Table 6-1-4 に、授業参加度の高低群間における3時点の各評価尺度についての平均尺度得点を示した。

各評価尺度得点について、対応のない因子（授業参加度の高低）と対応のある因子（3時点）の2元配置分散分析を行ったところ、以下の結果を得た。

ストレスマネジメント自己効力感の交互作用（ $F(2,171)=7.68$, $p<.001$ ）が有意であった（Fig.6-1-1）。そのため、単純主効果の検定を行ったところ、授業参加度高群において3時点の単純主効果が有意となり（ $F(2,171)=10.68$, $p<.000$ ），多重比較の結果、授業参加度高群の受講終了時の自己効力感が受講前及び受講終了後1か月に比べ有意に高かった。加えて、全ての時点において授業参加度の高低の単純主効果が有意となり（受講前； $F(1,171)=10.07$, $p<.01$ ；受講終了時； $F(1,171)=9.13$, $p<.000$ ；受講終了後1か月； $F(1,171)=10.68$, $p<.01$ ），全ての時点において授業参加度高群の自己効力感が低群に比べ

有意に高かった。

感情指数の交互作用 ($F(2,171)=0.07$, n.s.) 及び 3 時点の主効果 ($F(2,171)=0.20$, n.s.) は有意でなかったが, 授業参加度の高低の主効果 ($F(1,171)=28.58$, $p<.000$) は有意となり, 授業参加度高群の感情指数が授業参加度低群に比べ有意に高かった。

状態不安の交互作用 ($F(2,171)=0.36$, n.s.) 及び授業参加度の高低の主効果 ($F(1,171)=1.94$, n.s.), 3 時点の主効果 ($F(2,171)=0.44$, n.s.) は有意でなかった。

Table 6-1-4 授業参加度の高低群間における3時点の認知的評価, コーピング, ストレス反応の平均尺度得点

	参加度高群			参加度低群		
	N	平均値	SD	N	平均値	SD
受講前						
○ストレスマネジメント自己効力感(認知的評価)	22	1293.18	274.86	37	1108.11	226.85
△感情指数(コーピング)	22	85.73	15.31	37	72.51	14.66
●状態不安(一過性の心理的ストレス反応)	22	44.14	9.87	37	46.89	8.70
受講終了時						
○ストレスマネジメント自己効力感(認知的評価)	22	1551.14	220.72	37	1090.54	191.97
△感情指数(コーピング)	22	83.36	12.13	37	72.16	14.21
●状態不安(一過性の心理的ストレス反応)	22	46.95	8.74	37	47.22	7.65
受講終了後1か月						
○ストレスマネジメント自己効力感(認知的評価)	22	1286.36	201.00	37	1110.14	196.45
△感情指数(コーピング)	22	83.64	15.55	37	71.24	15.98
●状態不安(一過性の心理的ストレス反応)	22	45.14	9.91	37	47.89	9.05

○印の指標の平均値は, 高値ほど適切なストレス対処行動を行っていることを示す

△印の指標の平均値は, 高値ほど自己の感情を適切にコントロールして心の通い合う関係づくりに努めていることを示す

●印の指標の平均値は, 高値ほど心理的ストレス反応を強く自覚していることを示す

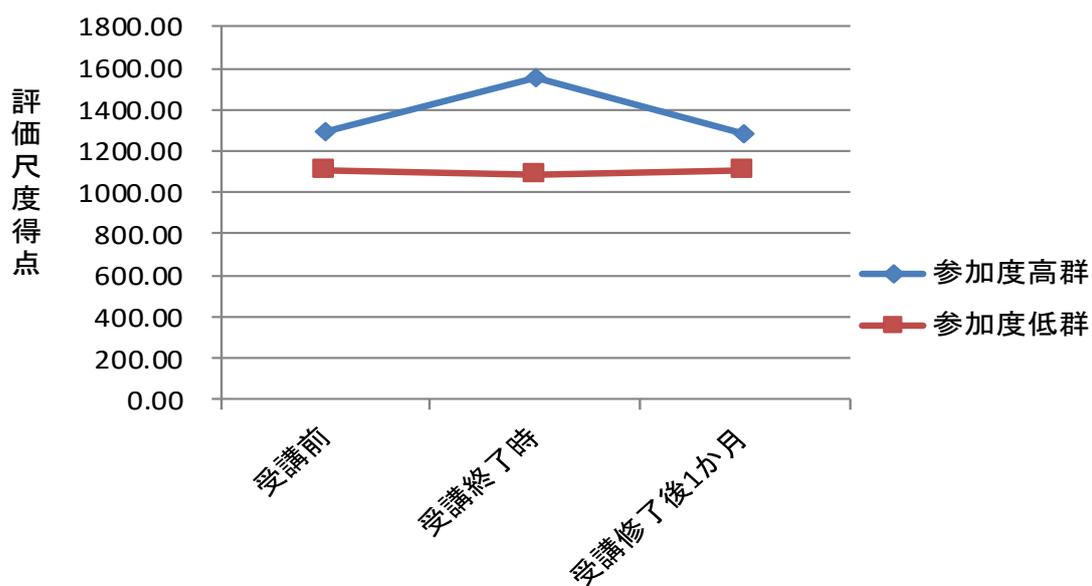


Fig.6-1-1 授業参加度の高低群間における3時点のストレスマネジメント自己効力感の平均尺度得点のプロファイルプロット (交互作用のあった項目の変化のパターン)

4. 考察

1) 試行したストレスマネジメント教育プログラムの効果について

ストレスマネジメント自己効力感, 感情指数, 状態不安の受講の有無と 3 時点の主効果及び交互作用に有意差は認められなかった. よって, 受講によってストレスマネジメント自己効力感, 感情指数, 状態不安が変化するとはいえないことが分かった. しかしながら, 授業参加度の高低群間における 3 時点のストレスマネジメント自己効力感の交互作用が有意となり, 授業参加度高群において 3 時点の単純主効果が有意で, 授業参加度高群の受講終了時の自己効力感が受講前及び受講終了後 1 か月に比べ有意に高かった. 加えて, 全ての時点において授業参加度の高低の単純主効果が有意で, 全ての時点において授業参加度高群の自己効力感が低群に比べ有意に高かった.

したがって, 試行したストレスマネジメント教育プログラムは, 授業への参加度によって効果が異なることが明らかとなり, 授業への参加度及び授業内容の理解度の高い者にプログラムを実施することの有用性が示された. 他方, 授業への参加度及び授業内容の理解度の低い者に有用なプログラムの開発が課題として示されたといえよう. 加えて, 授業への参加度及び授業内容の理解度の高い者に対するプログラムの効果は認知的評価の段階にとどまった. そのため, コーピングの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までには至るプログラム開発が必要であることが確認された.

知識理解ベースの最大の欠点は, 頭で理解するという性質上, 学生の概念的理解力に大きく依存せざるを得ないことである. また, 心理的な問題を扱うため, 自分自身をある程度客観的に理解していなければ, 扱われている内容を自分の問題として捉えることが難しいことである (中山, 2008, pp.92-93). したがって, ストレスの心理的メカニズムを理解することによって, 自分の現在の状況を冷静に見つめられるようにすることをねらいとする試行プログラムが授業への参加度及び授業内容の理解度の低い学生に有効に作用しなかったのは必然であるといえる.

また, 授業への参加度及び授業内容の理解度の高い学生であっても, 知識理解ベースの講義形式の授業のみでは, 各自の経験を振り返ったり, それを他者と共有するなどして, 学習内容を各自の日常経験と結び付けることによって自己を客観視し, 自己理解力を補うことが困難であったため, 自己の主観的な感情に左右される流動的な感情・人間関係のコントロール度の向上や, 終着点としてのストレス反応の改善までには至らなかったと考えられる.

したがって, 知識理解ベースの講義形式の授業において教授された情報の理解を容易にするとともに, 退屈さや集中力の低下を補う上で, グループワークや実技演習を可能な限り組み込んだプログラムの開発が必要である.

2) ストレスマネジメント教育の効果の維持・向上について

先にも示したが, 授業参加度の高低群間における 3 時点のストレスマネジメント自己効力感の交互作用が有意となり, 授業参加度高群において 3 時点の単純主効果が有意で, 授業参加度高群の受講終了時の自己効力感が受講前及び受講終了後 1 か月に比べ有意に高かったことを示した. 授業参加度高群の受講終了時の自己効力感が受講終了後 1 か月に比べ有意に高かったということは, 試行したストレスマネジメント教育によってストレスマネジメント自己効力感の改善がみられたものの, その得られた効果をプログラム修了後に維

持させることができなかつたということになる。そのため、長期的支援による一定の強化が必須であることが推察される。

津田・稲谷(2009)は、講義時間等を利用して行われているストレスマネジメント教育では、知識と技術の伝達に重点が置かれているため、ストレスマネジメントの定着という視点からは必ずしも十分とはいえない旨の指摘をしている。本研究では、卒業前教育として2年次後期の授業において知識理解を基本とするストレスマネジメント教育プログラムを計画・実施したが、ストレスマネジメント行動の定着を図ることができなかつた。したがって、知識として得たストレスマネジメントの方法を学生自らが日常の生活の中に取り入れ、トレーニングを積み重ねることによって、獲得したストレスマネジメント能力を維持できるよう、1年次前期の6か月間を介入期間とし、その後の卒業までをフォローアップ期間として設定したプログラムづくりが望まれる。

5. 結論と課題

介護福祉士資格取得を目指す学生の概念的理解を促す内容を基本とし、大人数の講義形式で教授するストレスマネジメント教育プログラムを、介護福祉士養成2年課程の学生69名を対象に試行し、その効果を検討した。

その結果、授業への参加度及び授業内容の理解度の高い学生については、試行したプログラムの効果が認められた。しかし、授業への参加度及び授業内容の理解度の低い介護学生については、プログラムの効果が認められなかつた。「興味関心をもって意欲的に授業に参加できなかった者」や「内容を十分に理解できなかった者」こそがより介入の必要な学生であると考えられる。よって、今後は、介護学生のニーズや理解度によりマッチしたプログラムとなるような改善を図ることが課題である。

また、授業への参加度及び授業内容の理解度の高い者に対するプログラムの効果は、認知的評価の段階にとどまった。そのため、コーピングの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までに至るプログラムの開発が必要である。

さらに、授業への参加度及び授業内容の理解度の高い者に対するプログラムの効果は、受講終了時に認められたものの、その1か月後に受講前と同レベルにまで低下し、効果の継続及び向上はみられなかつた。そのため、介入後の効果の定着を図るためのフォローアップ期間を設けた長期的支援プログラムの開発が必要である。

介護福祉士は、対人支援専門職として自らのコントロールされた感情を用い、最も身近な存在として要介護高齢者の感情に働きかけながら日常生活上の支援を行うところにその存在意義があり、そこに独自の専門性がある。その専門性を発揮して質の高いケアを行うためには介護現場の実情に即したセルフコントロールの方法を身につける必要がある。しかし、現在の介護福祉士養成カリキュラム及び介護職員の現任教育においては、心のメカニズムやストレスの概念などについて科学的・体系的に学び、ストレス対処法を身につける機会が十分であるとはいえない。

したがって、介護職員が専門性を発揮して質の高いケアを行うためには、本研究において明らかとなったプログラム開発上の課題を追究し、介護職員を志す者及び介護職員の資質能力や労働特性を踏まえた有用なストレスマネジメント教育プログラムの開発・実施が不可欠である。

引用文献

青木繁伸, 鈴木庄亮, 柳井晴夫 (1974) 新しい質問紙健康調査票 (THPI) 作成のこころみ. 行動計量学, 2, 41-53.

Forman,S.G.&O'Malley,P.L. (1985)A School-Based Approach to Stress Management Education of Students.Special Services in the Schools,1(3),61-71.

肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 曾我祥子 (2000) 新版 STAI マニュアル. 4-29, 実務教育出版, 東京.

堀田聡子, 佐藤博樹 (2005) 第2部 介護職のストレスと雇用管理のあり方; 高齢者介護施設を取り上げて. 介護労働安定センター, 131-177.

金ウヰ淵, 津田彰, 松田輝美, 堀内聡 (2011) 本邦における予防的ストレスマネジメント研究の最近の動向. 久留米大学心理学研究, 10, 164-175.

小杉正太郎 編著/大塚泰正, 島津明人, 田中健吾, 田中美由紀, 種市康太郎, 林弥生, 福川康之, 山崎健二 (2004) ストレス心理学; 個人差のプロセスとコーピング. 34-37, 川島書店, 東京.

厚生労働省 (2008) 社会福祉士及び介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて; 新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例.

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei03.pdf>, 2013年3月1日)

宗像恒次 (2000) 自己カウンセリングで本当の自分を発見する本. 12-149, 中経出版, 東京.

中山勘次郎 (2008) 知識理解をベースとした心理教育の意義について. 上越教育大学研究紀要, 27, 85-95.

大野太郎, 山田富美雄, 堤俊彦, 百々尚美, 山内久美, 野田哲朗, 服部祥子 (2001) ストレスマネジメント自己効力感尺度(2); SMSE-20 尺度の因子構造. 日本健康心理学会第14回大会発表論文集, 140-141.

清水高子 (2010) 平成22年度岐阜県看護協会 職能集会資料; EQ (感情) 指数チェック. 25-28, 岐阜県看護協会.

ストレスマネジメント教育実践研究会 (PGS: Practical Group for Stress management education) 編 (2002) ストレスマネジメント・テキスト. 39, 東山書房, 京都.

津田彰, 稲谷ふみ枝/丹野義彦, 利島保 編 (2009) 医療心理学を学ぶ人のために; ストレスマネジメントと健康心理学. 76-93, 世界思想社, 京都.

山田富美雄, 大野太郎, 堤俊彦, 百々尚美, 山内久美, 野田哲朗, 服部祥子 (2001) ストレスマネジメント自己効力感尺度(1); SMSE-20 開発の経緯と項目標準値. 日本健康心理学会第14回大会発表論文集, 138-139.

山田富美雄, 大野太郎, 堤俊彦, 百々尚美, 山内久美, 野田哲朗, 服部祥子 (2004) 完治困難な高齢患者の QOL 向上を目指したストレスマネジメント教育技法の開発; ストレスマネジメント自己効力感尺度(SMSE-20)の開発 (平成13-15年度科学研究費補助金研究成果報告書).

([file:///C:/Users/yokoyama/Downloads/山田ら科研報告 SMSE-20 開発\(1\).pdf](file:///C:/Users/yokoyama/Downloads/山田ら科研報告 SMSE-20 開発(1).pdf), 2012年1

月 10 日)

横山さつき (2009) 介護福祉士を目指す短大生の精神的健康に関する研究. 介護福祉学, 16(1), 7-17.

横山さつき (2012) 介護福祉士を目指す学生のストレス反応に影響を及ぼす要因 ; 心理学的ストレスモデルに基づいた多面的検討. 人間福祉学会誌, 11(1), 35-44.

結論

第7章 研究の結論と展望

第1節 本研究の要約と結論

1. 研究の要約

1) 第1章の要約

第1章では、わが国の介護の歴史を概観しながら高齢者介護職及びその養成に関する問題の所在を整理した。そのうえで先行研究を分析し、「高齢者虐待を含む不適切ケアを防止し尊厳ある介護サービスを提供し得る介護職養成」に関する研究の動向と課題を探った。

その結果、次の通り本稿の目的を定めた。

「介護サービス提供の視点から介護職員による高齢者虐待を防止するためには不適切ケアに対する共通認識をもち、専門的知識・技術に裏づけられた高い倫理観の醸成と併せて職業性ストレスに対応すべく高次元のセルフコントロール能力を身につけることを支援する理論的・体系的な教育システムの確立が必要である」との考えの基に、介護職員の不適切ケアとそれらに影響を与えていると考えられる職業性ストレス、専門的技量、職場の特性（教育状況、職場風土、労働条件）及び個人要因等の多様な要因との関連を明らかにし、不適切ケアの発生・防止要因及びその対応法を介護職養成の観点から探究するとともに、介護職員の専門的技量や心理的健康の特徴を明らかにすることによって、介護職員の主体的な取り組みを促す有用な不適切ケア防止教育プログラムのモデルを検討する。

2) 第2章の要約

わが国では高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって虐待を防止することが極めて重要であること等を鑑み、2006年（平成18年）4月より「高齢者虐待防止・養護者支援法」が施行された。しかし、法整備後も養護者だけでなく養介護施設従事者等による高齢者虐待は後を絶たない。また、「高齢者虐待防止・養護者支援法」に定められた明らかな虐待とはいえないものの、養介護施設従事者等が介護や看護を受ける者の尊厳を侵害したり心身に悪影響を及ぼすストレスを与える行為の横行がうかがい知れる。

養介護施設従事者等による高齢者虐待を含む不適切なケア（不適切ケア）は、施設介護利用者の8割に認知症が認められ利用者本人が虐待を認識し訴えることが困難であること、利用者の家族が虐待を察知したとしても虐待がエスカレートすることや介護サービスの利用ができなくなることを恐れて口を噤む傾向にあること、利用者と介護従事者が1対1の密室空間で関わること、さらには、介護従事者の虐待に対する知識・認識不足による問題意識の欠如及び問題意識があつたとしても告発への罪悪感や継続就労に支障が生じることへの恐れがることなどから発覚し難い。そのため、養介護施設従事者等による不適切ケアの実態は不透明である。

そこで、第2章第1節【研究1】では、未だ明らかにされていない介護職員による要介護高齢者への不適切ケアの現状と課題を明らかにした。

介護場面において配慮すべき人権擁護や個別ケアに関する32の行為についての配慮状況を調査したところ、倫理的配慮を一切していないと回答した介護職員が存在しなかった項目は、『〇〇してよろしいですか』などと声をかけ、同意を得て介助する、「利用者のでき

ることを最大限に引き出して介助する」,「敬語を使って話す」,「『おはようございます』とあいさつする」,「名前を『〇〇さん』と名字で呼ぶ」の5行為のみであった。

32の配慮すべき行為の中で配慮していないと回答した介護職員の割合が最も高かったのは「ネーム(表札)を居室の入り口に設置しない」(61.8%)であり、次いで「同室者や来訪者に排泄の際に出る音を聞かれないように工夫する(音楽を流す,流水音発生器を使用する,他者のいない所で排泄できるようにするなど)」(60.1%),「排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す」(53.1%),「同性介護を行う」(40.2%),「女性の入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部だけでなく乳房も隠す」(39.5%),入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す」(32.6%),「居室内の見学や撮影は断わる」(31.0%)で高かった。

大部分の配慮すべき行為において配慮していると回答した介護職員の割合が配慮していないと回答した介護職員の割合を上回っていた。しかし,配慮していないと回答した介護職員の割合が高かった「ネームを居室の入り口に設置しない」,「同室者や来訪者に排泄の際に出る音を聞かれないように工夫する」,「排泄介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す」,「同性介護を行う」については,配慮していないと回答した介護職員の割合が配慮していると回答した介護職員の割合を上回っていた。

また,32の配慮すべき行為について基本属性間の比較を行ったところ,介護経験年数の階層間に有意差はなかった。しかし,年齢の低い階層のほうが5つの行為において,男性のほうが1つの行為において,無資格者のほうが3つの行為において配慮をしていないと回答した介護職員の割合が高かった。

介護職員に対する調査に加え,介護実習生に対して実習で体験した倫理的ジレンマ(授業において学んだ理論と介護実習先での実践とのギャップ)」を抽出するための調査を行った。その結果,41の倫理的ジレンマを感じた不適切な行為が抽出された。しかし,「組織的管理による個人情報の保護」と「プライバシーに配慮した排泄介助」,「同性介護による心理的負担の軽減」に属する不適切行為については,介護職員の倫理的配慮度が低いにもかかわらず介護実習生がジレンマとして認識しておらず,教育上の課題が垣間見られた。

本研究によって,介護職員の要介護高齢者に対する不適切ケアの現状を把握することができ,介護職員や介護実習生の倫理観の醸成教育に必要な教育内容や方法に関する示唆を得ることができた。しかし,教育プログラムの考案に至るには,倫理的配慮のあるケアを遂行できる介護職の養成に向けた教育内容・方法の追究が必要であり,具体的で実践的な教育内容・方法を検討するためには,不適切ケアの発生及び防止要因を明らかにする必要がある。

そこで,第2章第2節【研究2】では,不適切ケアの実態把握にとどまらず,介護職員の不適切ケアの状況と不適切ケアの発生に影響を与えていると考えられる職業性ストレス,専門的技量,職場の特性(教育状況,職場風土,労働条件)及び個人要因等の多様な要因との関連を明らかにし,不適切ケアの発生・防止要因を介護サービス提供の観点から検討した。

介護老人保健施設で就労している者,夜間勤務のある者,若年者,職場の教育環境の整っていない者が不適切ケアを行っている程度が高いといった特徴が示されるとともに,「年齢」,「職場の教育環境」,そして,「心理的な仕事の量的負担」,「身体的負担」,「対人関係」,「職場の物理的作業環境」,「仕事のコントロール」,「技能の活用」,「仕事の適性」,「働きが

い」、「外在的努力」、「外在的報酬」といった職場ストレス、「上司からのサポート」といった社会的支援、仕事や生活の満足度、「計画立案」、「カタルシス」、「肯定的解釈」、「責任転嫁」、「放棄・諦め」といったコーピング、「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感の低下」といった慢性的ストレス反応（バーンアウト）の合計 22 因子が不適切ケアの発生に影響を与えていることが推察された。

このような複合的な影響要因の因果関係の推測及び相互関係の推測を行ったところ、不適切ケアの発生に最も影響を及ぼしている因子は、「放棄・諦め」によるコーピング方略の多用であり、次いで、「対人関係」の悪さに起因するストレス刺激、「責任転嫁」によるコーピング方略の多用、「働きがい」のなさに起因するストレス刺激であり、それらが「脱人格化」を助長し不適切ケアに至る構図が示された。

したがって、不適切ケアを防止し質の高い介護サービスの提供に結びつけるためには職業性ストレスの問題の処理が望まれる。特に、対人関係知性(ソーシャル・スキル)を身につける教育や対象・場面に応じた多様なコーピングスキルを身につけることを中心としたストレスマネジメント教育の充実化を図る必要がある。また、介護老人保健施設に勤務している者、夜間勤務のある者、若年者、職場の教育環境の整っていない者が不適切ケアを行っている程度が高かったという特徴を踏まえたリスクマネジメントが必要である。

3) 第3章の要約

先行研究では、多様で複合的な虐待を含む不適切ケアの発生要因が羅列的に指摘されている。しかし、第2章に示すとおり、介護サービス提供の視点から不適切ケアの防止を図るには、介護職員のストレスへの対応が最も重要であることが明らかとなった。そのため、介護職員の職業性ストレスの問題への具体的介入法を検討する必要があり、その検討のためには介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をさらに多面的かつ詳細に把握する必要がある。

そこで、第3章 第1節【研究3】では、介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性の多面的かつ詳細な把握に向け、介護職員のストレス反応に作用していると考えられる多様な要因の特徴を明らかにすることを試みた。

その結果、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ことが推察された。しかし、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有意に高い同僚からのサポートが緩和している様相が把握された。また、因果関係の推測及び相互関係の推測を行ったところ、ストレス反応に影響する要因として「仕事のコントロール」と「同僚の支援」が抽出され、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女性常勤介護福祉士の心理的不調(長期的にはストレス関連疾患)の大きな危険因子となっていることが推察された。

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。

第3章 第1節【研究3】では、常勤介護福祉士の職業性ストレスの実態及び労働特性を把握するにとどまったが、介護職員を一括して捉えることなく、その専門性と活動の特性を

十分に考慮したストレス対策が必要である。

そのため、第3章第2節【研究4】では、無資格の介護職員に焦点を当て、その職業性ストレスの評価を試みた。

離職傾向が強く職場ストレスに対する耐性が低いことが推察される介護福祉士資格を持たない新人介護職員と新人消防職員（介護職員同様に必ずしも専門資格がなくても就業できる肉体労働者であるが、一般に金銭・地位、仕事の安定性・昇進といった報酬が高いとされる新人の地方公務員）との職業性ストレスを比較した。その結果、新人介護職員は実質的に職務の難易度の高さや責任・負担の大きさを感しながらも一生懸命職務を遂行しているのに、それに見合った経済的・心理的・キャリア報酬が得られていないと感じストレスフルになっている状況にあった。しかし、相対的に新人消防職員よりストレスフルではなかった。それにもかかわらず、介護職員の離職率が消防職員及び介護職員の労働条件と類似している看護職員と比べ高い理由について考察を加えた。職場ストレスの存在そのものよりも、コーピング方略、つまり、介護職員の職場ストレスに対するセルフコントロール能力（スキル）の未熟さがストレスフルな状況に拍車をかけ自らを離職に追い込んでいるのではないかという推論に至った。

しかし、以上の【研究3】と【研究4】において得られた介護職員の職業性ストレスに関する所見は、介護労働におけるストレスに曝された結果としてのものであるのか、それとも介護労働に就く前に個人が獲得したストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）の度合いによる結果なのかは不明である。つまり、介護職員は介護職を選択したもしくは選択せざるを得なかった人特有の精神的・身体的ストレス反応を起こしやすい個人特性を持っているとも考えられる。

したがって、介護職を志す者の職場ストレスに曝されていない段階（就業前）のストレス耐性や精神的健康度、教養や訓練を通して獲得した能力及び介護職の養成教育の状況等の実態と課題を明らかにする必要がある。

4) 第4章の要約

第3章における検討において、介護労働に就く前の個人のストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）が介護職員の職業性ストレスに大きな影響を与えており、職場ストレスの暴露自体は大きな問題となっていない可能性があるのではないかという疑念が生じた。

そこで、第4章第1節【研究5】では、介護労働による職場ストレスに暴露されていない介護福祉士養成校の学生のストレス反応の特徴、そして、在学中に受けるストレスの種類と強さを明らかにしたうえで、学生のストレス反応の表出に影響を与えていると考えられるストレスとストレス反応との関連を心理学的ストレスモデルに従って検討した。

その結果、①介護福祉士養成校の学生は、ストレスによるストレス刺激を強く感じていないにもかかわらず心理的健康度が健常者群に比べ著しく低く、学生が日常的に何らかの精神保健上の課題を抱えている可能性が高いこと、②ストレスが高まればストレス反応も高まることが確認され、ストレス反応の表出に影響を与えているストレスの低減によるメンタルヘルス対策を講じることが有効であること、③介護福祉士養成校の学生

のストレス反応に最も関連しているストレッサーは「交友関係」であり、「学業」や「大学評価」といった学校関係のストレッサーよりも、「家族関係」や「異性関係」を含めた対人関係のストレッサーがより強く学生のストレス反応の表出に影響を与えていること、④男子学生及び1年次生は種々のストレス刺激を強く感じる傾向が強いことが把握された。したがって、以上の所見に対する支援のありようを検討する必要があることが示唆され、対人関係ストレッサーに対する属性別のストレス認知の程度の特徴を踏まえた対策が必要であることが明らかとなった。

このように【研究5】では、介護福祉士養成校の学生の安定した心理状態の獲得・維持への介入の方向性を定めるための情報を得ることができた。しかし、学生がストレッサーによるストレス刺激を強く感じていないにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因の追究には至らなかった。

【研究5】では、ストレッサーとストレス反応に注目して研究を進めた。つまり、ストレスの発生過程におけるコーピングやソーシャルサポート、パーソナリティー等の、ストレッサーとストレス反応間の関連を強めたり弱めたりする関連要因に対する分析を行っていない。そのため、ストレス関連要因が介護学生の強いストレス反応の表出に影響を与えている可能性のあることが推察される。しかしながら、客観的な推量には至っていない。

そこで、「対人ストレッサーに対するコーピングやソーシャルサポートの授受、固有のパーソナリティーが学生の心理的適応を左右しているのではないか」と考え、第4章第2節【研究6】では、介護福祉士養成校の学生のストレスやストレス関連要因の特徴を明らかにし、学生のストレス反応の表出に影響を与えていると考えられる、対人ストレッサー、対人ストレスコーピング、ソーシャルサポート、パーソナリティーとストレス反応との関連を心理学的ストレスモデルに従って多面的に検討した。

その結果、介護福祉士養成校の学生は対照群（一般大学生）に比べ対人ストレス刺激の受容が少ないものの、特性不安が強くストレス耐性が低いと判別された者が5割を超えた。よって、介護福祉士養成校の学生はストレスを受けやすい性格傾向にあり、日常的に精神保健上の課題を抱えやすいハイリスクな集団である可能性の高いことが示された。また、特性不安が学生のストレス反応の表出に最も影響を与えており、特性不安が強いほどストレス反応が高まることが確認された。また、「特性不安」以外に、「ネガティブ関係コーピング」や対人ストレッサーの「対人磨耗」と「対人劣等」が介護短大生のストレス反応の表出に影響しており、ネガティブ関係コーピングを多用するほど、そして、対人磨耗や対人劣等による対人ストレス刺激を強く受けているほどストレス反応が高まることが示された。

よって、介護福祉士養成校の学生がストレス刺激を強く受けていないにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因に、学生のストレス耐性の低さ及びネガティブ関係コーピングの多用が大きく関わっていることが明らかとなった。

したがって、研究2・3・4によって得られた介護職員の職業性ストレスに関する所見は、介護労働におけるストレッサーに曝される以前に個人が獲得したストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）の度合いに起因するところが大きいと考えられる。そうであるならば、介護職を志す者の基礎的な能力や訓練を通して獲得する専門能力及び介護職養成教育の実態と課題を把握する必要がある。

あり、その実態と課題を踏まえたストレスマネジメント教育プログラムの開発が必要である。

5) 第5章の要約

第4章を受け、第5章第1節【研究7】では、介護福祉士養成課程で学ぶ学生の基礎的能力や介護福祉士養成教育の実態と課題を、「社会人基礎力」を中心に「人間性、基本的な生活習慣」、「基礎学力」の視点から明らかにした。

全国の介護福祉士養成課程の介護教員を対象とした調査の結果、基礎学力やコミュニケーション・人間関係力の低下、社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟など、学生の基礎的能力の不足を背景として、介護教員は、特に対人関係コミュニケーション力や社会的マナー・職業倫理といった社会人基礎力、人間性の向上を図る教育の必要度が高いと認識していた。また、専門教育以前の社会的マナーや基礎学力向上のための教育からストレスマネジメント教育までの幅広い基礎教育をカリキュラム内の授業やカリキュラム外の活動で実施している実態が明らかとなった。さらに、安定した心身状態での修学を支えることを意識した環境整備は十分であるとはいえないが、各養成校が学生の個性を把握しながら個別支援を行うことや、介護教員の教育力向上を支援すること等によって教育効果を高める努力をしている実態が明らかとなった。

しかしながら、介護福祉士養成教育における基礎教育は試みの段階であり、一般化に向けた教育内容・方法の追究が望まれる。

第5章第2節【研究8】と【研究9】では、介護職を志す者の訓練を通して獲得した能力の内容・レベルや介護実習での技術体験状況・指導状況を把握した。

介護技術の修得度を的確に評価し得る評価尺度の作成を試み、学生の主観的評価と介護実習指導者による他者評価の結果、介護福祉士養成校の学生は1,850時間以上に亘る体系的な専門介護教育を受けているが、その技術修得度は介護福祉士養成施設協会の提示する技術修得度の基準（到達目標）には到底達しておらず、特に「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」、「尊厳あるケアの実現」、「利用者や介護者の安全・安楽の保持」、「終末期ケア」、「家事の支援」に含まれる技術修得度が低かった。また、「他者への介護技術の指導」、「医療的ケア」、「福祉機器を活用した介助」、「清拭・部分浴の介助」、「ポータブルトイレ・便器・尿器を使用した排泄介助」、「家事の支援」などについては、介護実習において体験することが求められているにもかかわらず体験困難となっていた。他方、複数の技術について体験できる状況であるにもかかわらず介護福祉士養成施設協会の提示する技術修得度の基準（到達目標）に到達しないまま介護福祉士資格を取得する者が多数存在する状況が明らかとなった。この背景には介護実習生の基礎的能力の不足や養成校及び介護実習施設の指導力不足などがあることが推察された。

6) 第6章の要約

これまでの研究によって、介護職員による不適切ケア防止のためには、介護労働によるストレスに曝される前の段階である介護職養成の時点において、ストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）への働きかけが必要であることが明らかとなった。また、対人関係コミュニケーション力や社会的マナー・職業倫理といった社会人基礎力、人間性の向上に有用な教育内容・方法の追究及び

指導力の向上が緊要であることが明らかとなった。

そこで、第6章第1節【研究10】では、ストレスの構造における認知的評価とコーピングの段階への介入が学生のストレス耐性を高め、効果的なストレス反応の低減に結びつくと考え、認知的評価への介入（自己に対する否定的な捉え方や低い自尊感情、低い自己効力感などの変容）と、コーピングへの介入（問題を解決していく方法や人間関係をうまく整理する方法の習得）を重視したストレスマネジメント教育プログラムを考案・実施し、その効果を検討した。

概念的理解を促す内容を基本とし大人数の講義形式で教授するストレスマネジメント教育を介護福祉士養成校の学生を対象に実施したところ、授業への参加度や授業内容の理解度の高い学生については、考案したプログラムの効果が認められた。しかし、その効果は認知的評価の段階にとどまった。また、介入後の効果の定着に問題のあることが示された。

そのため、コーピングの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までに至る教育プログラム、強化のための長期的支援プログラムの開発が必要である。加えて、授業への参加度や授業内容の理解度の低い学生のニーズや理解度にマッチしたプログラムとなるような改善を図ることが課題である。同時に、倫理教育プログラムの開発も欠かせない。

なお、実施した研究1～10の概要を次のTable 7-1-1に示した。

Table 7-1-1 研究の概要

目的	研究方法	対象	主な調査項目 【既存の評価尺度】	分析標本 数 (回収率/ 有効回答 率)	分析方法	主な結果	成果と課題
研究 1 介護職員による不適切ケアの実態把握	量的調査 質問紙調査 集合調査法	A県内184施設199名の介護職員 A県内の某介護福祉士養成2年課程の2年生76名	人権擁護や個別ケアの実施状況(倫理的配慮状況):32項目 理論と実践とのギャップの現状:自由記述	185標本(95.0%/93.0%) 61標本(80.3%/80.3%)	①単純集計 ②独立性の検定 内容分析	①倫理的配慮項目全てにおいて配慮していないと回答した者が存在し、配慮していない者の割合は2.3%~61.8%と項目によって大差があった ②ごく一部の倫理的配慮項目について、倫理的配慮をしていない者の割合が若年者、男性、無資格者において有意に高かった ③介護職員の倫理的配慮度が低いにもかかわらず学生がシシマとして認識していないサブカテゴリーとして、「組織的管理による個人情報保護」、「プライバシーに配慮した排泄介助」、「同性介護による心理的負担の軽減」が見出された	不適切ケアの状況及び学生の認識状況を把握することができた 倫理観の醸成教育に資するためには、不適切ケアの発生・防止要因の追究が必要である
研究 2 介護職員による不適切ケアの発生要因の検討	量的調査 質問紙調査 郵送調査法	東海北陸7つの介護老人福祉施設と介護老人保健施設(全1,715施設)の介護職員3,430名、介護福祉士資格所有者と無資格者各1名	①不適切ケアの状況:9項目 ②職場の教育環境:4項目 ③職場風土:3項目 ④職場ストレス、ソーシャルサポート、仕事や生活の満足度:28項目 【職業性ストレス簡易調査票】 ⑤職場ストレス、オーバーボットメント:23項目【日本語版努力-報酬モデル調査票】 ⑥慢性ストレス反応:22項目【日本語版ハートアウト尺度】 ⑦コーピング:24項目【Tri-Coping Scale 24】	793標本(23.4%/23.1%)	①単純集計 ②対応のない平均値の差の検定(t検定、一元配置分散分析等) ③相関分析 ④重回帰分析 ⑤信頼性分析	①介護老人保健施設で就労している者、夜間勤務のある者の不適切ケアを行っている程度が有意に高かった ②不適切ケアのハリスグループは、有意に若年で職場の教育環境が悪く、多様な職場ストレスによるストレス刺激を強く受け、バーンアウトの程度が高く、回避的なコーピングの使用頻度が高かった ③不適切ケアの発生に最も影響を及ぼしている因子は、「放棄・諦め」によるコーピング方略の多用であり、次いで、「対人関係」の悪さに起因するストレス刺激、「責任転嫁」によるコーピング方略の多用、「働きがよい」のなさに起因するストレス刺激であり、それらが「脱人格化」を助長し不適切ケアに至る構図が示された	不適切ケアを防止するためには第1に職業性ストレスの問題の処理が望まれ、特に対人関係知性(ソーシャルスキル)や多様なコーピングスキルの獲得を目指した、ストレスマネジメント教育が必要であることが明らかとなった 介護職員のストレスマネジメント教育のプログラム考案のためには、介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性をさらに多面的かつ詳細に追究する必要がある
研究 3 介護福祉士の職業性ストレスの実態及び労働特性の多面的把握	量的調査 質問紙調査 郵送調査法	A介護福祉士養成校の業生1,342名のうち、調査への協力に同意した介護関係労働者238名	①労働条件:5項目 ②職場ストレス(仕事の要求度、コントロール) 職場の社会的支援):12項目【仕事のストレス判定図】 ③ストレス反応:18項目【善積疲労徴候調査縮版版】	80標本 *介護関係労働者238名のうち、常勤介護福祉士(女性)を分析対象とした	①単純集計 ②独立性の検定(t検定、一元配置分散分析等) ③仕事のストレス判定図の健康障害発生危険度の推計 ④重回帰分析	①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(量の負担や責任)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った ②女性常勤介護福祉士のストレス反応を有意に高い同僚からのサポートが緩和している様相が把握された ③ストレス反応に影響する要因として「仕事のコントロール」と「同僚の支援」が抽出され、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女性常勤介護福祉士の心理的不調の大きな危険因子となっていることが推察された	女性常勤介護福祉士の健康保持のためには、同僚との協働体制を維持しながら、自由度の範囲を広げる方策を講じる必要のあること察知された 常勤介護福祉士だけでなく、無資格の介護職員等の職業性ストレスの実態把握が必要である

Table 7-1-1 研究の概要 (続き)

目的	研究方法	対象	主な調査項目 【既存の評価尺度】	分析標本数 (回収率/ 有効回答率)	分析方法	主な結果	成果と課題
研究 4 無資格 介護職 員の職 業性ス トレス 及び労 働特性 の把握 (他職種 との比 較による 相対的 評価)	量的調査 質問紙調査 集合調査法	A県内74施設87 名の就業年数1 年未満の無資格 新人介護職員 A県下の全消防 本部に採用され た就業年数1年 未満の全新人消 防職員99名	職場ストレス、オーバー・コミットメント: 23 項目【日本語版努力-報酬モデル 調査票】	61標本 (70.1%/ 70.1%) 59標本 (59.6%/ 59.6%)	対応のない平均値 の差の検定(t検 定)	①オーバー・コミットメント(競争心や認められたいという強い願望 など)に有意差はなかった ②新人消防職員の方が有意に低賃金・低職位や職務の 不安定さ・昇進の滞りによる悩みが強く、遂行している仕 事の質や量にみあった給料や社会的地位を得られてい ないと感じていた ③新人消防職員の方が有意に職業生活において費やす 努力とそこから得られる経済的報酬との不均衡による心 理的負担が強かった ④新人介護職員は相対的に新人消防職員よりストレス ではないものの、実質的に職務の難易度の高さや責任・ 負担の大きさを感ずながらも一生涯懸命職務を遂行してい るのに、それに見合った経済的・心理的・キャリア報酬が得 られていないと感じストレスになっている状況にあった	無資格新人介護職員の方が ストレスでないにもかかわらず 離職率が格段に高い背景に は、問題解決や情動の安定に 有効に機能しない「コピング」方 略を裏行してしまっていること があると考えられた 研究3を含め、得られた所見 が介護職独自の職場ストレッ サーに曝されたことによるもの なのか、介護労働に就く前に個人 が獲得した能力の度合いによる ものなのかは不明であり、追 究が必要である
研究 5 介護学 生の心 理的健 康(ス トレス 入)の 実態 把握	量的調査 質問紙調査 4時点の 経時的 集合調 査法	A県内A短期大 学の介護福祉 養成2年課程 の1年生89 名と2年生 105名、合 計194名	①ストレス-: 46項目【女子短大 生用ストレス-テスト(STJCS)】 ②ストレス反応: 28項目【精神健康 調査票(GHQ-28)】	135標本 (69.6%) * 4時点を 通じて有効 であった標 本数と有効 回答率	①対応のない平均 値の差の検定(t検 定、一元配 置分散分 析等) ②相関分 析 ③重回帰 分析	①介護学生は有意にストレスによるストレス刺激を強く感じ ていないにもかかわらず、心理的健康度が健康者群に比 べて著しく低かった ②ストレス反応に最も関連しているストレスは「交友関係」 であり、「学業」や「大学評価」といった学校関係のストレス よりも、「家族関係」や「異性関係」を含めた対人関係のス トレッサーが、より強く介護短大生のストレス反応の表出に影 響を与えていた ③ストレスに対するストレス認知の程度は性、学年といった 属性によって違いがみられた	介護学生の安定した心理状 態の獲得・維持のためには対 人ストレスへの介入が重要である ことが推察された 介護学生がストレスによるス トレス刺激を強く感じていないにも 関わらずストレス反応を強く表 出している原因の追究には 至っておらず、ストレス関連因 子(コピング、ソーシャルサポート、パー ソナリティ等)を含めた多面的検討 が必要である

Table 7-1-1 研究の概要(続き)

目的	研究方法	対象	主な調査項目 【既存の評価尺度】	分析標本数 (回収率/ 有効回答率)	分析方法	主な結果	成果と課題
<p>対人ストレスに着目した介護学生へのストレス関連要因の多面的検討</p>	<p>量的調査 質問紙調査 集合調査法</p>	<p>A県内のA短期大学の介護福祉士養成2年課程の1年生78名と2年生60名、合計138名</p>	<p>①対人ストレススケール:30項目【対人ストレスイベント尺度(ISE)】 ②対人ストレススケール:38項目【対人ストレススケール尺度(SSI)】 ③ソーシャルサポート:36項目【大学生用ソーシャルサポート尺度】 ④バーナリイヤー(特性不安):20項目【新版STAI】 ⑤ストレス反応:35項目【大学生用ストレス自己評価尺度(SSRS)】</p>	<p>134標本 (97.1% 84.1%)</p>	<p>①対応のない平均値の差の検定(t検定、一元配置分散分析等) ②相関分析 ③重回帰分析</p>	<p>①介護短大生は一般大学生に比べ、有意に対人ストレス刺激を強く受けていないかつ対人ストレス耐性が低かった ②特性不安が介護短大生のストレス反応の表出に最も影響を与えており、特性不安が強いほどストレス反応が高まることが確認された ③特性不安に次いで、ネガティブ関係コーピングや対人ストレスが介護短大生のストレス反応の表出に影響しており、ネガティブ関係コーピングを多用するほど、対人ストレス刺激を強く受けているほどストレス反応が高まる事が示された</p>	<p>介護学生がストレス刺激を強く受けていないにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因に、介護学生の性格特性としての不安、つまりストレス耐性の低さ及びネガティブ関係コーピングの多用が大きいかかわっていることが明らかとなった 研究2・3・4によって得られた介護職員の職業性ストレスに関する所見は、介護労働におけるストレスに曝される以前に個人が獲得したストレス耐性要因を含む能力の度合いに起因するところが大きいと考えられる 介護職を志す者の基礎的な能力や訓練を通して獲得する専門能力及び介護職養成教育の実態と課題を踏まえた教育プログラムの開発が必要である</p>
<p>介護学生の基礎能力及び介護福祉士養成教育の実態把握</p>	<p>量的調査 質問紙調査 郵送調査法</p>	<p>全国の介護福祉士養成施設350校367課程の介護教員(1課程1名の教務主任)</p>	<p>①「社会人基礎力」及び「人間性、基本的な生活習慣」「基礎学力」を高めるために実施している教育内容と教育方法及びその教育内容の必要度、ストレス軽減法の教育状況、修学支援のため②教育上の課題と対応:自由記述</p>	<p>73標本 (18.1% 18.1%)</p>	<p>①単純集計 ②内容分析</p>	<p>①介護教員が認識する学生起因の教育上の課題として、「基礎学力の低下」、「コミュニケーション・人間関係力の低下」、「社会人基礎力及び人間性、基本的な生活習慣の未熟」、「学修意欲の低下」、「適応力の低下」、「精神障がい・発達障がいのある学生の増加」、「豊かな感性や職業倫理(介護職の醸成の困難さ)」の7課題が挙げられた ②介護教員が最も必要度が高いと認識する教育内容は、「対人関係力・コミュニケーション力」であり、以降順に「社会的マナー」、「職業倫理」、「介護職としての感性」、「資格取得への動機づけ」等であった ③介護福祉士養成校が専門教育だけでなく、それ以前の社会的マナーや基礎学力向上といった教育からストレスマネジメント教育までの幅広い基礎教育をカリキュラム内外の授業やコミュニティ外の活動で実施していた</p>	<p>介護福祉士養成教育において、社会人基礎力や人間性の向上をねらいとした基礎教育の必要性が認識されており、各養成校の自助努力による教育が試みられている 介護福祉士養成教育における基礎教育は一般化されておらず、有用な教育内容・方法の追究が必要である</p>

Table 7-1-1 研究の概要(続き)

目的	研究方法	対象	主な調査項目 【既存の評価尺度】	分析標本数 (回収率/ 有効回答率)	分析方法	主な結果	成果と課題
研究8 介護学生の訓練で獲得した専門能力の実態及び教育上の課題の把握	量的調査 質問紙調査 集合調査法	A県内の某介護福祉士養成2年課程の2年生68名	介護技術修得度:152項目【試作の介護技術自己評価票】	63標本 (94.1%/ 92.6%)	①単純集計 ②独立性の検定 ③因子分析 ④信頼性分析	①到達目標に達した者の割合が3割に満たない介護技術項目は、152項目中37項目で24.3%を占めた ②到達者が3割に満たない介護技術項目の因子分析によって、「身辺介護提供に向けての情報収集・アセスメント」、「尊厳あるケアの実現」、「利用者や介護者の安全・安楽の保持」、「終末期ケア」、「家事の支援」という5因子が抽出された ③用いた試作の尺度(介護技術自己評価票)では修得度を的確に測定しきれないことが推察された	介護学生の養成課程卒業時における介護技術修得度が、日本介護福祉士養成施設協会の提示する到達目標に到底達していない現状を把握した その対処方略の考案のためには、介護実習における介護技術の体験の機会や指導体制の実態把握が必要である また、評価尺度の改訂が必要である
研究9 介護実習における技術体験・指導の実態及び介護技術評価尺度の開発	量的調査 & 質的調査 質問紙調査 & 面接調査 集合調査法 留置 & 半構造化面接	A県内の某介護福祉士養成2年課程の2年生64名 上記を指導した介護実習指導者(介護職員)	介護技術修得度:113項目【改訂版介護技術自己評価票(自己評価)】 ①介護技術修得度・技術体験の機会、指導体制:113項目【介護実習指導者用介護技術評価票(他者評価)】 ②介護技術評価尺度の問題点及び介護実習生指導の状況:半構造化面接	64標本 (100%/ 100%) 留置:29 標本 (45.3%/ 45.3%) 面接:14 標本	①単純集計 ②内容分析 ③信頼性分析	①介護実習において体験できる状況であるにもかかわらず到達目標に達しない学生が多数存在する背景には、学生の基礎的能力の不足や養成校及び介護実習施設の指導力不足があることが推察された ③15の介護技術類型102の介護技術項目で構成され、5段階評定で評価する評価票(再改訂版介護技術自己評価票)を考案した	介護福祉士養成教育の段階において、学生の基礎的能力の向上を図るための教育的権に行うことが、専門能力の向上につながるであろうことを把握した 15の介護技術類型102の介護技術項目で構成され、5段階評定で評価する再改訂版介護技術自己評価票の考案と現状に即した到達目標を設定するに至った 実態に基づいた教育内容及び教育体制の検討が必要である

Table 7-1-1 研究の概要(続き)

目的	研究方法	対象	主な調査項目 【既存の評価尺度】	分析標本 数 (回収率/ 有効回答 率)	分析方法	主な結果	成果と課題
研究10 試行した 認知的 評価と コヒーシ ンへの介 入を重 視したス トレスマ ネジメ ット教 育プログラ ムの評価	量的調査 介入のある 経時的質問 紙調査 集合調査法	<p><実験群> A県内の介護福祉士養成2年課程のA校2年生72名</p> <p><対照群> A県内の介護福祉士養成2年課程のA校1年生75名 & B校1・2年生54名 & C校1・2年生64名、合計193名</p>	<p>①認知的評価: 20項目【ストスマネジメット自己効力感尺度(SMSE-20)】</p> <p>②コヒーシジョン: 30項目【EQ(感情)指数、EQ(認知)指数】</p> <p>③ストレス反応: 20項目【新版STAI: 状態不安】</p> <p>④参加度・理解度: 4項目【ストスマネジメット教育実践研究会(PGS)授業評価シートA】</p>	<p>59標本 (95.8%/ 81.9%)</p> <p>170標本 (95.9%/ 88.1%)</p>	<p>対応のない因子(受講の有無)と対応のある因子(3時点)の2元配置分散分析</p>	<p>①ストスマネジメット教育を受けた者と受けなかった者との間に差は認められず、試行したストスマネジメット教育プログラムの効果は示されなかった</p> <p>②授業への参加度や授業内容の理解度の低い学生について、介入による変化が認められなかった</p> <p>③授業への参加度や授業内容の理解度の高い学生について、受講終了後1か月の時点で受講前に戻った</p> <p>④授業への参加度や授業内容の理解度の高い学生に対する試行したストスマネジメット教育プログラムの効果は、コヒーシンの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までには至らなかった</p>	<p>試行した概念的理解を促す内容を基本とし、大人数の講義形式で教授するストスマネジメット教育プログラムが、授業への参加度や授業内容の理解度の高い学生に効果のあることが確認できた</p> <p>学生のニーズや理解度にマッチしたプログラム、つまり、授業への参加度や授業内容の理解度の低い学生に有効なプログラム開発、効果のコヒーシンの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までには及ぶプログラム開発、強化のための長期的支援プログラム開発に向けた追研究が必要である</p>

2. 結論

介護職員の主体的な取り組みを促す有用な不適切ケア防止教育プログラムの検討に向け、以下の結論を得た。

1) 介護職員による不適切ケアの実態を踏まえた対処方略

第2章で、介護職員の不適切な行為及び認識には属性差・個人差の大きいことが把握された。

よって、虐待を含む不適切ケアを防止するためには、不適切ケアに対する情報の共有化・共通認識を図る教育の充実が求められる。

2) 介護職員による不適切ケアの発生要因を踏まえた対処方略

第2章で、介護職員による不適切ケアの発生に最も影響を及ぼしている因子は、回避的なコーピング方略の多用であり、次いで、対人関係の悪さに起因するストレス刺激であり、それらがストレス反応を高め不適切ケアに至る構図が示された。

加えて、第3章では、介護職員が他職種に比べてストレス刺激の受容が低いにもかかわらず高い離職率となっている理由を考察した。その過程において、職場ストレスの存在そのものよりもストレスにどう対処するかというコーピング方略の未熟さがストレスフルな状況を招いていることが考えられた。

よって、対人関係知性（ソーシャル・スキル）を身につける教育や対象・場面に応じた多様なコーピングスキルを身につけることを中心としたストレスマネジメント教育の充実が、介護職員の職場ストレスに対するセルフコントロール能力（スキル）を効果的・効率的に高め、ストレス反応の低減、そして、不適切ケアの防止に直結していくと考えられる。

3) 介護職員の職業性ストレスの実態及び労働特性を踏まえた対処方略

第3章で、常勤介護福祉士は、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ことが推察された。しかし、ストレス関連要因である同僚からのサポートの程度が高く、そのサポートがストレス反応を緩和している様相がうかがえた。仕事の要求度を低下させるには人員の増加という人事や経営にかかわる問題が相まう。また、仕事の要求度の低減が生産性の低下（介護サービスの低下）につながりかねない。

よって、介護職員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。

また、介護職員及び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必要である。

4) 介護職を目指す学生の能力を踏まえた対処方略

第3章で得られた介護職員の職業性ストレスに関する所見は、介護労働におけるストレスに曝された結果としてのものであるのか、それとも介護労働に就く前に個人が獲得したストレス耐性要因（個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力など）の度合いによる結果なのかは不明であった。そのため、介護職を志す者の職場ストレスに曝されていない段階（就業前）の心理状態に着目した。

第4章で、介護福祉士養成校の学生は、ストレスによるストレス刺激を強く感じて

いないにもかかわらず心理的健康度が健常者群に比べ著しく低く、日常的に何らかの精神保健上の課題を抱えている可能性が高いこと、そして、ストレス反応に最も関連しているストレスラーは「交友関係」であり、対人関係のストレスラーがより強く学生のストレス反応の表出に影響を与えていること、さらに、ストレスの構造における認知的評価とコーピングの段階への介入が学生のストレス耐性を高め、効果的なストレス反応の低減に結びつくであろうことが推察された。これらの学生のストレスの様相は前述の介護職員のストレスの様相と合致している。加えて、学生がストレス刺激を強く受けていないにもかかわらずストレス反応を強く表出している原因に、性格特性としての不安、つまり漠然とした不安を過剰に抱きやすい性格傾向が大きく関わっていることが明らかとなった。したがって、介護職員の職業性ストレスの様相には、職場ストレスラーの暴露よりも個人内特性（持って生まれた性格傾向など）が大きく影響していると考えられる。

よって、ストレス耐性の低いことが推察される介護職を目指す学生及び介護職員には、個人の行動様式、性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力等のストレス耐性要因への介入が必須である。

他方、ストレス耐性要因への介入、つまり、ストレスマネジメント教育プログラムの開発のためには、介護職を目指す学生の心理状態だけでなくその他の基礎的能力や訓練を通して獲得する専門能力及び介護職養成教育の実態と課題を把握する必要があるため、第5章でそれらの追究を図った。

介護福祉士養成課程における教育上の課題として、「基礎学力の低下」、「コミュニケーション・人間関係力の低下」、「社会人基礎力及び人間性・基本的な生活習慣の未熟」、「学修意欲の低下」、「適応力の低下」、「精神障がい・発達障がいのある学生の増加」、「豊かな感性や職業倫理（介護観）の醸成の困難さ」の7課題が抽出された。また、最も必要度の高い教育内容として「対人関係力・コミュニケーション力」が挙がり、以降順に「社会的マナー」、「職業倫理」、「介護職としての感性」、「資格取得への動機づけ」等が挙がり、専門教育だけでなく、それ以前の社会的マナーや基礎学力向上のための教育からストレスマネジメント教育までの幅広い基礎教育をカリキュラム内外で実施していた。ただし、介護福祉士養成教育における基礎教育は試みの段階であり、一般化されていない。

学生の専門能力に関しては、体験し指導を受ける機会があるにもかかわらず介護福祉士養成施設協会の提示する介護技術修得度の基準（到達目標）に到達しないまま（専門性の獲得が不十分なまま）介護福祉士資格を取得する者が多数存在することが明らかとなり、介護福祉士養成教育の段階において、学生の基礎的能力の向上を図るための教育を的確に行うことが、専門能力の向上につながるであろうことが推察された。

よって、専門性獲得に向けた教育とともに、ストレス耐性を高めるストレスマネジメント教育及び対人関係力やコミュニケーション力等の社会人基礎力と社会的マナーや倫理観等の人間性の向上を念頭に置いた教育の充実化・一般化、学生の個性を配慮した教育支援及び介護教員の指導力の向上が欠かせない。

5) 試行したストレスマネジメント教育プログラムの効果を踏まえた対処方略

これまでに得られた所見に基づき、第6章では、認知的評価への介入（自己に対する否定的な捉え方や低い自尊感情、低い自己効力感などの変容）とコーピングへの介入（問題を解

決していく方法や人間関係をうまく整理する方法の習得)を重視し、大人数の講義形式で教授するストレスマネジメント教育プログラムを考案・実施し、その効果を検討した。その結果、授業参加度や理解度の高い学生に対するプログラムの有効性が確認されたが、介入後の効果の定着に問題のあることが示された。また、授業参加度や理解度の低い学生については、プログラムの効果が認められなかった。さらに、プログラムの効果は認知的評価の段階にとどまった。

よって、強化のための長期的支援プログラム、学生のニーズや知識量・理解度にマッチさせられるプログラム、効果がコーピングの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までに及ぶプログラムの開発に向けた改善が必要である。

なお、以上の結論に至る研究の経緯（実施した研究 1～10 の関連・構成図）を Fig.7-1-1 に示した。

介護職員の主体的な取り組みを促す有用な
不適切ケア防止教育プログラムの検討に向けての結論

④

➤強化のための長期的支援プログラム、学生のニーズや理解度にマッチさせられるプログラム、効果がコーピングの段階の感情・人間関係のコントロール度の向上やストレス反応の改善までに及ぶプログラム開発が必要である
➤上総部*1・6 をプログラムに含む必要がある

高齢者介護職養成におけるストレスマネジメント教育の考案・実施・評価

【研究10】
認知的評価とコーピングへの介入を重視したストレスマネジメント教育プログラムの試行
➤上総部*2・3・4・6 を踏まえ、認知的評価とコーピングへの介入を重視した大人数の講義形式でのストレスマネジメント教育を考案し実施した
➤参加度や理解度の高い者については、受講終了時に自己効力感(認知的評価)が高まったが、効果の定着はみられなかった

③

➤介護学生・介護職員のストレスの様相を含む能力及び教育環境、労働特性を踏まえたストレスマネジメント教育の内容と方法の検討が必要である

職場ストレスサーに曝されていない介護学生の能力の把握

介護学生の心理的ストレスについて		介護学生の基礎的能力・専門能力及び就学環境について	
【研究6】 対人ストレスに着目したストレス関連要因の多面的検討	➤ストレス刺激を強く受けていなかったが、特性不安が強かった(ストレス耐性が低かった) ➤特性不安がストレス反応の表出に最も影響を与えていた(ストレス耐性の低さが大きく影響していた) ⇒介護職員の職業性ストレスの様相には、職場ストレスサーの暴露より、個人内特性(性格傾向)が大きく影響しており、介護学生や介護職員への介入が肝要である*6 性格特性、認知特性、コーピング能力、セルフコントロール能力等のストレス耐性要因への介入が肝要である*6	【研究9】 実習環境(体験機会・指導体制)の実態把握 【研究8】 就学中に獲得した専門能力の実態把握	➤介護技術の修得度に相当な個人差がみられ、体験の機会があまり指導体制が整っているにもかかわらず、目標とする修得度に到達しないまま介護福祉士資格を取得して卒業する学生が多数存在した ⇒介護福祉士養成教育の段階において、学生の基礎的能力の向上を図るための教育を的確に行うことが、専門能力の向上につながるであろうことを把握した
【研究5】 心理的健康状態の把握	➤ストレス刺激を強く受けていないにもかかわらず、ストレス反応を強く表出していた ⇒その原因を追究する必要がある(研究6へ続く) ➤ただし、対人関係のストレスサーがより強くストレス反応の表出に影響を与えていた ⇒心理的安定を図るためには、対人ストレスへの介入が必要である*4	【研究7】 基礎的能力及び養成教育の実態把握	➤介護教員が最も問題を認識し介護福祉教育において力を入れている能力は、対人関係力・コミュニケーション力であり、次いで、社会的マナー、職業倫理、介護職としての感性等であった ⇒対人関係力やコミュニケーション力等の社会人基礎力と社会的マナーや倫理観等の人間性の向上を図る教育の充実(一般化)が必要である*5

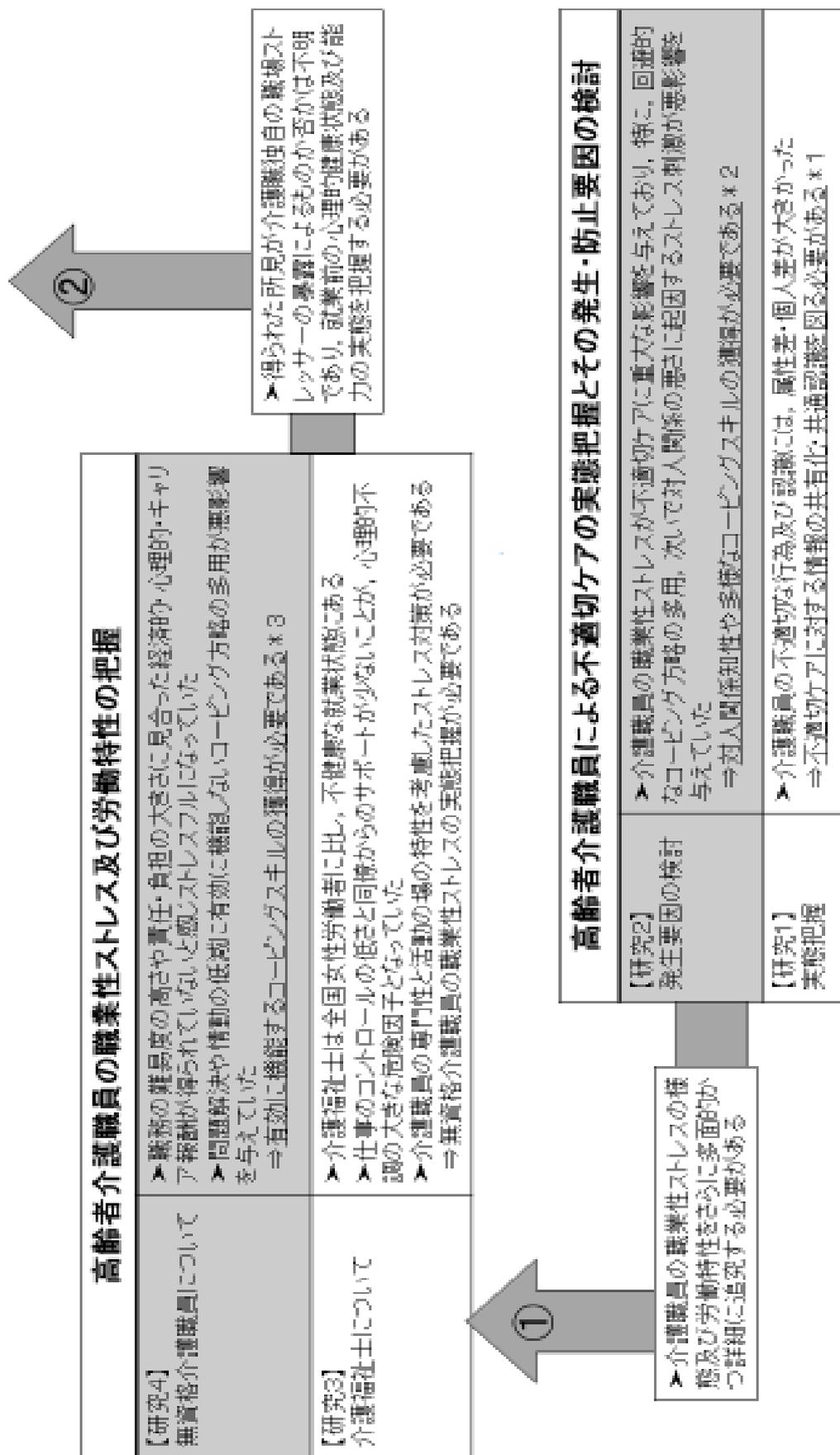


Fig.7-1-1 結論に至る研究の経緯（実施した研究1～10の関連・構成図）

第2節 不適切ケア防止教育の今後の展望

本研究では、職場ストレスそのものよりも介護職を目指す学生及び介護職員の個人内特性（性格傾向）がストレス反応の表出に大きな影響を与え、ケアの質を左右していることが示された。そのため、特にストレス耐性要因への介入が必須であることが推察され、Fig.7-2-1 に示す不適切ケア防止教育のプロセスと、Fig.7-2-2 に示す介護職員の主体的な取り組みを促す有用な不適切ケア防止教育プログラム及び介護職養成カリキュラムに含むべき教育内容・方法を提示するに至った。

Fig.7-2-1 に示す不適切ケア防止教育のプロセスは、人が特定の行動をどれくらいできると思っているかを示し予測される状況を管理するのに必要な行動を計画したり実行するための能力に影響することが知られている「自己効力感」を高める教育を第1に実施し、次の第2段階で人間関係の維持に必要な対処能力を高める教育を、続いて第3段階で慢性ストレス反応の低減を図る教育を実施したうえで、価値観・倫理観を磨いて人間性を高める教育に、不適切ケアに対する知識・認識を高める教育を重ねることによって、不適切ケアの防止を図る教育プロセスであり、各段階で一定の教育成果が得られた場合に次の段階の教育に進み、成果が得られなかった場合は再教育（追加の教育）を繰り返す。

含むべき教育内容は、第一に認知的評価の変容（自己に対する否定的な捉え方や低い自尊感情、低い自己効力感などの変容）や対象・場面に応じた多様なコーピングスキル（問題を解決していく方法や人間関係をうまく整理する方法）の獲得、そして、コーピングの際に必要な自己表現力（自分が感じていることを的確に相手に伝える力）、アサーション（適切に自己主張をするためのコミュニケーション・スキル）、対人関係力（人間関係のトラブルに対して他者と交わることで適切な解決策を見出す努力をする態度）等の対人関係知性（ソーシャル・スキル：基礎学力や専門知識を活かす力としての社会人基礎力）を身につけることを中心としたストレスマネジメント教育、第2に思いやり・公共心・倫理観・社会的マナー等の人間性の向上を念頭に置いた教育、第3に不適切ケアに対する情報の共有化・共通認識を図る教育の3つに集約される（以下、第2と第3の教育を併せて「不適切ケアに対する認識を高めることを含む倫理教育」と称する）。

Table 7-2-1 に示す現行の介護福祉士養成カリキュラム（2009年度以降の入学者から適用）においては、コミュニケーション技術に関する授業内容の割合が非常に高い。しかし、ストレスマネジメントに関する授業内容は皆無であり、介護領域の教育内容である「介護の基本（180時間）」に含むべき10の事項のうちのひとつの「介護従事者の安全」の項において、テキスト6～20ページ程度の分量で「心の健康管理（ストレスや燃え尽き症候群等）」、「身体の健康管理（感染予防、腰痛予防等）」、「労働安全」に関する情報が提示されているのみである。また、倫理観の醸成を図り尊厳ある介護を遂行するための授業内容は、同じく「介護の基本（180時間）」に含むべき10の事項のうちのひとつの「介護従事者の倫理」の項において、生命倫理に基づく倫理原則と介護福祉士倫理綱領等を掲げ、高齢者虐待の実態に触れながら尊厳ある介護実践を啓発する内容がテキスト10～20ページ程度の分量で触れられているのみである。なお、人間と社会の領域の教育内容である「人間の尊厳と自立（30時間以上）」に含むべき事項として「人間の尊厳と自立」、「介護における尊厳の保持・自立支援」が例示されているが、その内容は介護保険や障害者自立支援法を中心に、社会保障の

制度・施策についての基礎的な知識を養う内容となっており、倫理観の醸成には直結し難い。

しかし、国（厚生労働省）は以上のようなヒューマン・サービス職養成の根幹をなすべく基礎教育の不十分さに目を背け、専門知識や技術の修得に傾倒している。

厚生労働省（2016a）は2016年（平成28年）11月14日の第7回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会において、介護福祉士の養成カリキュラムの見直しに乗り出す方針を明らかにした。厚生労働省（2016b）は、「介護福祉士に必要な資質として求められるのは、介護職チームの一員として中核的な役割を担うケアの提供者としての素養や各種制度における制度改正を踏まえたケアの提供者としての素養であるが、現行の養成課程におけるカリキュラムでは十分に対応できないものがある」との問題意識を表明し、現行カリキュラムの問題点として、①チームリーダーになる前の介護福祉士が介護職チームの中でチームリーダーの下に専門職としての役割を發揮していくためには、リーダーシップやフォローシップといった内容を学んでおく必要があるものの、現行のカリキュラムでは十分に学べるようなものとなっていないこと、②認知症高齢者の増加に伴い、認知症の方への支援のあり方も本人の意思（思い）や地域とのつながりなどを重視する支援へと変わってきており、認知症ケアの重要性がますます高くなってきていることから、認知症に関する学習内容の充実が必要であること、③介護ニーズの多様化・高度化・複雑化への対応を踏まえると、適切に利用者等のニーズ・課題を捉えた上で支援を行っていく必要があることから、介護過程の学習内容の充実も必要であること、④利用者の生活を地域で支えていくため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の新しいサービスが創設されるなど、介護分野や障害分野における制度改正等の内容を踏まえると、利用者の生活を地域で支えていくためには、これまで以上に医療職やリハビリテーション職など様々な職種と連携しつつケアを提供していく必要があるが十分に実践できているとは必ずしも言えない状況があることを指摘している。2017年度（平成29年度）からカリキュラムの詳細をめぐる議論を本格化させ、導入は平成31年度になる見込みだという。

現場のチームリーダーとして成長できるようになるための学習内容や認知症の高齢者を支える優れたケアを展開できるようになるための学習内容等を単に追加するのではなく、今一度基本に立ち返って介護のコアの部分に目を向けた教育カリキュラムの構成を目指すべきではないだろうか。つまり、介護ニーズの多様化・高度化・複雑化に対応できるよう、専門職としてのスキルを高めるためには、新しい専門知識の上塗りをするようなカリキュラム改正を重ねるのではなく、介護職を目指す学生が卒業後も介護現場の実情に感化されることなく要介護者の「尊厳」、「個別性」、「その人らしさ」を追求し続けることのできる基盤的な素養の獲得を可能にするカリキュラムの見直しが必要である。

佐藤ら（2010）は、介護福祉士養成施設を卒業した者の多くは半年後の時点で他職員と遜色なく働くことができていること、「問題発見、コミュニケーション、利用者理解、問題解決、個別に対する技術の適応、関連職種との連携能力」などが不足している傾向のあることを報告し、介護福祉士養成施設卒業生は学んだ教科の意味や内容をわかって（宣言的知識）はいても、それを現場で求められてできる（手続き的知識）レベルにまでには達していないことを指摘している。そして、わが国の介護福祉士資格制度の創設に向け参考にしたといわれるドイツの老人介護士（Altenpfleger）の養成教育で行われている教育方法を取り上

げ、宣言的知識を手続き的知識へ変換させることに効果のみられる 5 つの教育方法を次のように紹介している。「第 1 に、ドイツ老人介護士養成教育でのプロジェクト学習は、学習者自身による具体的なリサーチ・クエスチョンを解決するための探究活動であり、その方法として調査・データ収集・話し合い・インタビューをはじめとする活動が行われる。すなわち、知識の詰め込み学習に対して、このプロジェクト学習は主題を探究するための手段及びプロセスといえる。第 2 に、ケース・スタディは実例を通して原理と理論の体得、また判例を学生自身が研究する方法である。これにより、事実から原理・原則を見出す帰納的方法を学ばせること、さらには個別的な事例について、その原因や対策を究明する能力を習得させる研究方法となっている。第 3 に、シナリオ方式は、ディベート授業などに用いられ、表現や理解する能力の育成や伝え合う力を高めるとともに、思考力や想像力を養い言語感覚を豊かにする効果が得られる教育方法である。第 4 に、シミュレーション学習は、ある事象をモデル化・単純化してそれを疑似的に体験する学習方法である。このことで、自己理解を深め、他者に対して共感し、生活の中の情動やストレスをうまく処理する能力を向上させる効果が得られる。第 5 に、ロールプレイングは、わが国古来からある『ごっこ遊び』に由来していると同時に、カールロジャースが提唱した来談者中心のカウンセリングによるエンカウンターグループに端を発している。すなわち、役割行動を追体験することにより、教えられた知識よりも真実味をもって理解することができるのである。」(佐藤ら, 2010, pp.5-6)。

よって、基盤的な素養の獲得をねらいとしたストレスマネジメント教育や不適切ケアに対する認識を高めることを含む倫理教育等を展開する際には、研究 10 で試行した知識理解ベースの講義で吸収した理論や知識を体験ベースの参加型学習で用い、考え、他者との共有を図る授業構成をすることが望ましい。

高齢者虐待防止ネットワークさが(2011)は、施設で行われる虐待防止策への介護職員の参加実態を調査したところ、教育研修には 9 割以上が参加しているが、その研修で得た知識を活かす「業務内容の見直し」や「ケアプラン見直し」のプロセスへの参加は 3~4 割にとどまっていることを報告している。よって、研修での知識を介護サービスに活かすためには、連続性のある積み上げ式の研修プログラムを介護職員の主体的参加の下に展開していく必要がある。そして、連続性のある積み上げ式の教育の成果を最大限に得るためには、養成教育を起点として卒後教育、新人教育、現任教育等を養成校と介護事業所とが連携して実施していくことが重要となる。

したがって、養成校入学時の「知識がなくできない状態」が授業での学習によって「知識を得たがまだできない状態」となり、実習によって「考えるとできる状態」にまで成長し、その後の介護職員としての実務経験によって「考えなくてもできる状態」に到達し、さらにその経験の積み重ねとさらなる学習によって「考えなくてもできることを意識的に後輩や学生に教えられる状態」にまでステップアップしていくことを支援する Fig.7-2-2 に示す教育内容及び方法を介護福祉教育に盛り込んでいくことを提唱する。

先に体験ベースの教育について触れたが、それが成り立つには受講者の主体的・積極的参加が必須である。ドイツの老人介護士養成教育カリキュラムでは、「学習することを学ぶ」という教育内容が含まれている(保住, 2009)。これは問題解決法学習であり、方法論や分析法等の学習、つまり、専門教育を学ぶためにはどのような考え方をしなければならないの

か、あるいは資料の利用方法・分析法・展開方法等基礎的な力量を身に付けておくためのものである(保住, 2009)。このような基礎的力量が備わっていなければアクティブラーニングは机上の空論になってしまう。したがって、介護福祉士養成校の教員には、多様な教育方法を取り入れられる能力、そして、学習方法を教授できる能力が必要である。

介護福祉士養成校の介護領域及びこころとからだのしくみ領域の専任教員の資格については、「介護福祉士、医師、保健師、助産師、看護師または社会福祉士の資格を取得した後5年以上の実務経験を有する者」、「大学院、大学、短期大学又は高等専門学校において教授、准教授、助教または講師としてその担当する教育に関し教授する資格を有する者」、「専修学校の専門課程の教員としてその担当する教育に関し3年以上の経験を有する者」のうちのいずれかに該当、かつ「厚生労働大臣が定める基準を満たす講習会(介護教員講習会)の修了者、その他その者に準ずる者として厚生労働大臣が別に定める者」という基準が定められている(厚生労働省, 2001; 2008a)。しかし、日本の介護福祉士養成施設教員は授業実習(教育実習)を全く経験していないか、あるいは大学で教員養成課程を履修した者は2~3週間程度の授業実習(教育実習)を経験している程度である(保住, 2009)。また、看護師や保健師として病院や保健センター等での就労経験はあっても、介護現場での就労経験が全くない介護教員も存在する。これでは、学生の意欲を引き出し理解しやすい授業を展開し得る教員としての力量を担保することはできない。

ドイツの老人介護士養成教育での教員養成においては、その資質を担保するため高度な水準を設定しており、専門課程終了後にその専門課程の「教授学」を学んでいることや、修了までに24週間の授業実習(教育実習)を行い、その間に52時間の授業を実習生が担当すること等、注目すべき点が多々ある(保住, 2009)。わが国の介護福祉士養成の教員養成では、介護教員講習会において教育の原理・哲学を系統的に学ぶために「教育学」や「教育心理」、「教育方法」、「教育評価」の4科目を履修(放送大学、他の大学での科目等履修生として取得した単位も認定)することになっている(厚生労働省, 2001)。しかし、授業実習(教育実習)は設定されていない。本研究において、教育を行う際には学生や介護職員を一括して捉えることなく、学習者のニーズや理解度を含む個性や介護現場における専門性と活動の場の特性を十分に考慮した教育プログラム・方法を考案する必要性及び介護教員の指導力の向上が欠かせないことが明らかとなった。したがって、理論と実践を統合することを的確に指導・支援できる介護教員養成に向け、授業実習(教育実習)や介護実習を教員養成教育に含めるべきであると考えられる。

他方、介護教員の教育力の向上もさることながら、例えばストレスマネジメント教育に関しては、心理学に精通した臨床心理士や、健康教育を業とする保健師などの専門家ではない者(介護教員及び職員教育を担う介護関連職員等)が教育プログラムを的確に提供できるよう、教授上のポイントや工夫、留意すべき事項などについて検討しマニュアル(指導要領)を作成することによって、プログラムの実用性を高める必要がある。なお、介護福祉教育に精通しない臨床心理士や保健師等にストレスマネジメント教育を一任しては実を得ない。介護福祉教育を担っている介護教員等が実情に応じてストレスマネジメント教育を行うことに意義がある。

ドイツの老人介護士養成教育では実習が約55%(4,600時間中2,500時間)を占め、わが

国の約 24% (1,850 時間中 450 時間) に比べ大きなウェイトを占めている。ドイツの養成教育での実習は「デュアルシステム」として、理論的能力と実務能力の両方を兼ね備えた人材の育成が体系化されている (保住, 2009)。そのデュアルシステムでは、各々の施設に配置されている一定の要件を満たした実習指導員 (高齢者介護の実務経験 2 年間以上, 高齢者介護に相応する職業資格, 200 時間の職業教育学を受講する看護・介護指導員養成訓練が義務づけられている) の指導のもとに実習を行い, 実習先と学生との間で「訓練契約」(インターンシップ契約) を結び, 実習中は各施設が学生に対して報酬を支払う (保住, 2009)。しかし, 実習受け入れ施設側の経済的負担が過大となるため, 老人介護士の養成が思うように進んでいないという課題がある (保住, 2009)。日本における介護実習は介護実習費を施設側に支払って行っておりドイツと異なるが, 実習指導を行う職員の配置については類似している。本邦では, 2012 年度 (平成 24 年度) から実習施設 II (一定期間以上継続して実習を行う中で, 利用者ごとの介護計画の作成, 実施後の評価やこれを踏まえた計画の修正といった一連の介護過程のすべてを継続的に実践することに重点を置いた実習を受け入れる施設) に該当する施設は, 実習生を受け入れるにあたり介護福祉士実習指導者を配置することが義務付けられている (厚生労働省: 2008b)。その介護福祉士実習指導者の要件は, 「介護福祉士として 3 年以上実務に従事した経験があり, かつ厚生労働大臣が定める基準を満たす研修課程 (25 時間の介護福祉士実習指導者講習会) を修了した者」となっている。

学生が施設で実習を行う際の実習指導者の役割は非常に大きい。しかし, 特別なポジションとして実習指導者を配置している実習施設はごく稀であり, 通常の介護業務を行いながら実習指導を行っているのが実情である。また, その責任の重さや業務量の多さ (実習記録の添削など勤務時間外での業務もある) に見合った報酬を得られている実習指導者はほとんどいない。

このような介護実習現場の実情がそのまま実習指導の質にも映し出されてしまっており, スーパービジョンが形骸化しているといっても過言ではない現状がある。マンパワー不足な介護現場においてこれ以上介護実習指導者の負担を増やすことは要介護者へのケアの質の低下に繋がりがかねない。また, 介護実習指導者は介護施設の一員であり施設の生産性を上げなければならない存在, そして, 効率性・合理性を重んじる必要のある経営陣の息のかかりやすい存在でもある。したがって, 学生が個性を重んじた的確な指導を受け, 真に利用者本位の介護を体得するためには, 看護師の実習同様に実習指導者との連携のもとに介護福祉士養成施設の教員が介護実習現場に入りスーパーバイザーとなって直接的なやり取りをしなければならないと考える。現行では, 「介護福祉士養成施設の教員が, 実習期間中に各介護実習施設等を週 1 回以上巡回して, 個々の学生について実習の課題を把握し, 当該介護実習施設等における実習目標の達成状況を踏まえ, 目標達成のための具体的な方法について指導を行うこと」という規定 (厚生労働省, 2011) に基づき, 介護教員が介護実習施設に出向いて指導を行っている。しかしながら, その指導は, 週に 1 回程度, 実習指導者同席のもとに学生とのカンファレンスを行ったり, 実習日誌や介護過程記録を基に個別指導をしたりといった内容であり, 教員がダイナミックな対人支援関係の現場に立ち入って直接的な指導を行うわけではない。教員によるスーパービジョンの実現を図るには, 現行の規定を大きく上回る人数の介護教員の確保といった高い壁が立ちはだかるのは必至であり, 指導

体制の抜本的な見直しは困難を極める。

養成教育によって、認知と対処のスキルや倫理的思考（人間の人権・生存権を前提として人間の生命や生活にとって必要なものの見方や行動のあり方を考えること：鴻上，2015）が育まれたとしても、それを行動に移し発言・発信する力が重要となる。その力の育成のためには継続的な教育が必要であり、卒後教育や現任教育及びスーパービジョンのありようが問われる。介護労働安定センター（2010）は、新任時のOJT（On-the-Job Training：職場内教育；上司が部下に対して、知識、技術、職場における役割、取組姿勢、態度、マナー等の向上を仕事の間を通して、計画的、継続的、意識的に指導、援助すること：今野，2010）を受けなかった者が32.9%であったこと、受けた者の25.7%が不満を感じ、特に指導内容（45.8%）や指導方法（35.4%）に不満を感じていたことを報告している。このような現状を鑑みると、介護教員だけでなく介護現場の指導的職員のレベルアップ及び教育体制の整備にも力を注ぐ必要がある。

今後は、考案した教育プログラムモデル（Fig.7-2-2）に基づいた実践を重ね、その評価をFig.7-2-1に示した教育プロセス（フローチャート）に従って行い、一般化できる教育プログラムの開発を目指す。ただし、Fig.7-2-1に示すフローチャートは完全なものではなく、検討すべき課題がある。第一の課題は、二分岐（high/lowによる分岐）の評価基準を定めることである。第二の課題は、定めた評価基準に従って評価した結果、基準に満たなかった場合の再教育（追加の教育）の内容と方法を具体化することである。

また、Fig.7-2-2に示す教育プログラムのモデルは、母集団に対する統計学的分析を試みた結果から導き出されたものであり、最も介入が必要であると考えられる教育プログラムへの参加度や教授内容の理解度の低い者を想定したものではない。したがって、教育プログラムへの参加度や教授内容の理解度の低い者に対する教育プログラムの開発が必須である。そのためには、教育プログラムへの参加度や教授内容の理解度の低い者を対象とした事例調査を行い、その行動様式、性格、認知的評価、コーピング能力、セルフコントロール能力の構造など、多くの事象や事実の側面を多元的・関連的かつ経時的に把握する必要がある。

他方、不適切ケア防止のためには、介護職員を志す者及び介護職員のストレス耐性を高めるための介入が最も重要となるなど、個へのアプローチが重要であることを報告したが、組織へのアプローチも併せて必要である。研究3では、介護福祉士が仕事の量的負担や責任が有意に高く、かつ仕事の自由度や裁量権が有意に低い「高ストレイン群」に属し、不健康な就業状態にあることが明らかとなった。仕事の量的負担や責任を低下させるには人員の増加を図ればよい。しかし、人事や経営にかかわる問題をはらんだ介護労働者の増員等による負担軽減に執着するのではなく、介護労働者が個々の裁量で仕事を計画して遂行方法を決定する権限をいかに広げていくかに焦点を当て、介護職員の仕事の自由裁量の範囲を広げる具体的方法の検討を行う必要がある。

さらに、長期的には、教育プログラムを有効に活用し得る介護教員の養成教育及びプログラムによって獲得した知識・体験を介護実践に結びつけ統合する場である介護実習の指導者養成教育のありようを追究する必要があると考えている。

以上の検討すべき課題を踏まえた実践研究の遂行によって、介護職員による不適切ケア防止を切り口とした介護の質の向上に寄与したい。

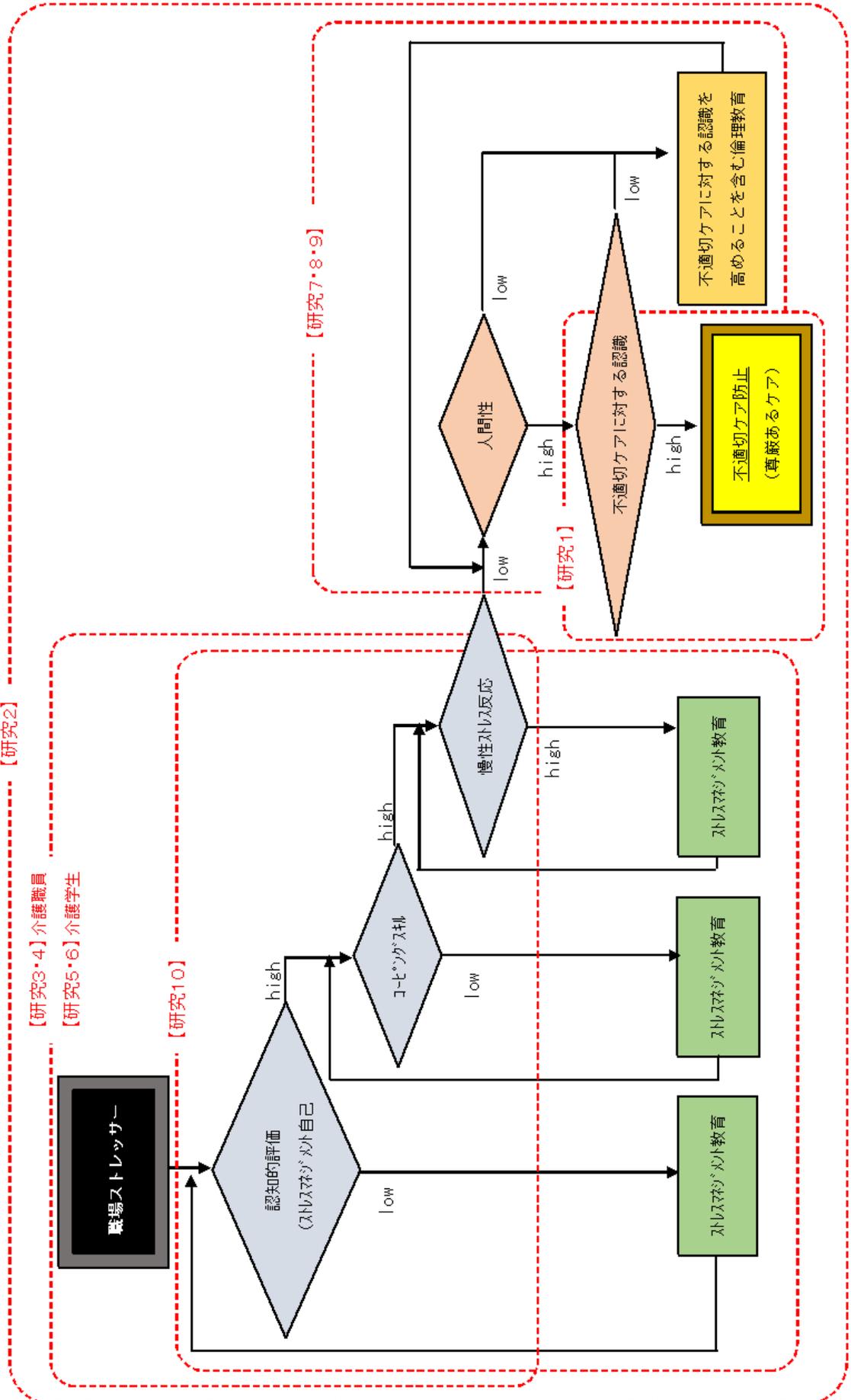


Fig. 7-2-1 不適切ケア防止教育のプロセス（フローチャート）

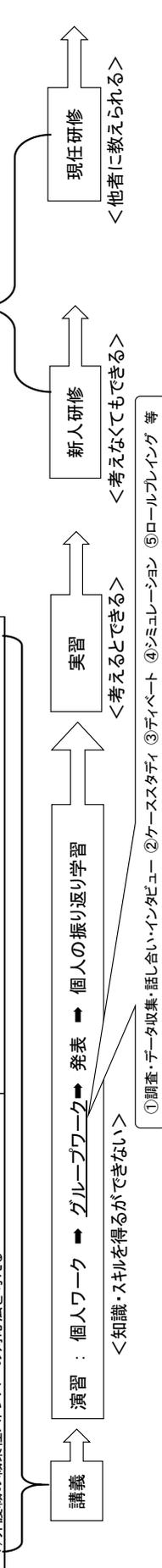
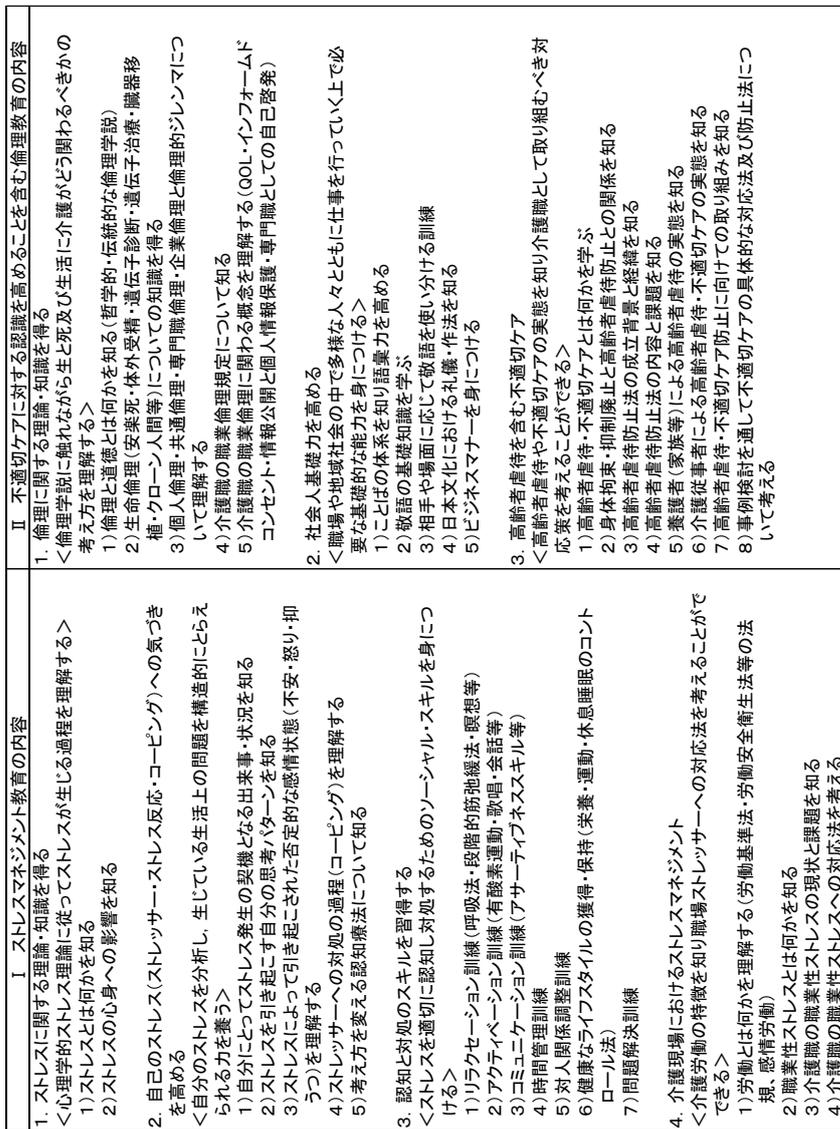
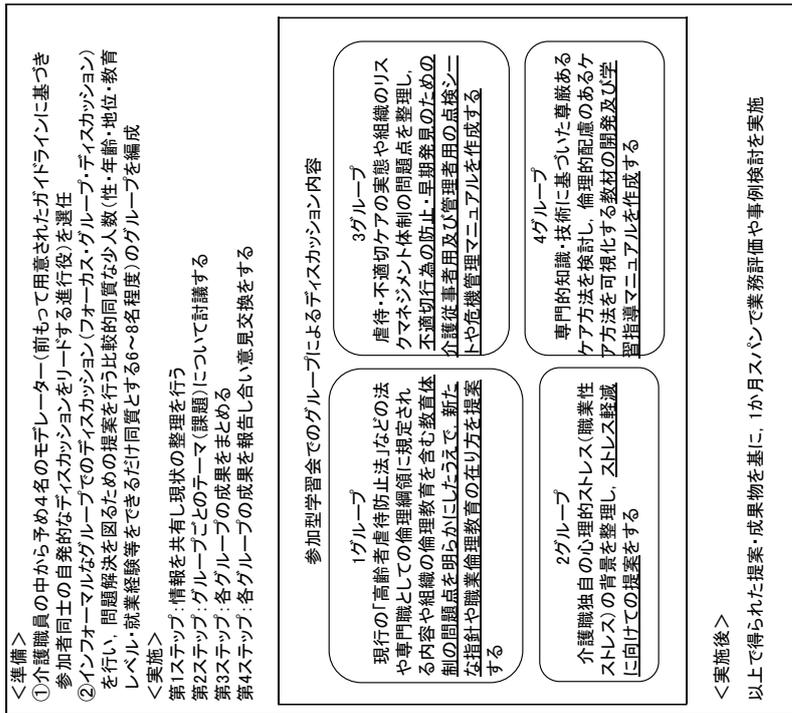


Fig.7-2-2 これまでの研究成果に基づき提案する介護職養成及び現任教育に含むべき教育の内容・方法(教育プログラムモデル)

Table 7-2-1 介護福祉士養成施設における教育内容

※「社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針について」(厚生労働省社会・援護局長通知)より抜粋

領域	教育内容	ねらい	教育に含むべき事項
人間と社会	人間の尊厳と自立 (30時間以上)	「人間」の理解を基礎として、人間としての尊厳の保持と自立・自律した生活を支える必要性について理解し、介護場面における倫理的課題について対応できるための基礎となる能力を養う学習とする。	① 人間の尊厳と自立 ② 介護における尊厳の保持・自立支援
	人間関係とコミュニケーション (30時間以上)	介護実践のために必要な人間の理解や、他者への情報の伝達に必要な、基礎的なコミュニケーション能力を養うための学習とする。	① 人間関係の形成 ② コミュニケーションの基礎
	社会の理解 (60時間以上)	① 個人が自立した生活を営むということを理解するため、個人、家族、近隣、地域、社会の単位で人間を捉える視点を養い、人間の生活と社会の関わりや、自助から公助に至る過程について理解するための学習とする。 ② わが国の社会保障の基本的な考え方、歴史と変遷、しくみについて理解する学習とする。 ③ 介護に関する近年の社会保障制度の大きな変化である介護保険制度と障害者自立支援制度について、介護実践に必要な観点から基礎的知識を習得する学習とする。 ④ 介護実践に必要とされる観点から、個人情報保護や成年後見制度などの基礎的知識を習得する学習とする。	① 生活と福祉 ② 社会保障制度 ③ 介護保険制度 ④ 障害者自立支援制度 ⑤ 介護実践に関連する諸制度

領域	教育内容	ねらい	教育に含むべき事項
人間と社会	人間と社会に関する選択科目	以下の内容のうちから介護福祉士養成施設ごとに選択して、科目の内容及び時間を設定する。 ① 生物や人間等の「生命」の基本的仕組みの学習(科目例:生物、生命科学) ② 数学と人間のかかわりや社会生活における数学の活用と数学的・論理的思考の学習(科目例:統計、数学(基礎)、経理) ③ 家族・福祉、衣食住、消費生活等に関する基本的な知識と技術の学習(科目例:家庭、生活技術、生活文化) ④ 組織体のあり方、対人関係のあり方、(リーダーとなった場合の)人材育成のあり方についての学習(科目例:経営、教育) ⑤ 現代社会の基礎的問題を理解し、社会を見つめる感性や現代を生きる人間としての生き方について考える力を養う学習(科目例:社会、現代社会、憲法論、政治・経済) ⑥ その他の社会保障関連制度についての学習(科目例:労働法制、住宅政策、教育制度、児童福祉)	
介護	介護の基本 (180時間)	「尊厳の保持」「自立支援」という新しい介護の考え方を理解するとともに、「介護を必要とする人」を、生活の観点から捉えるための学習。また、介護における安全やチームケア等について理解するための学習とする。	① 介護福祉士を取り巻く状況 ② 介護福祉士の役割と機能を支えるしくみ ③ 尊厳を支える介護 ④ 自立に向けた介護 ⑤ 介護を必要とする人の理解 ⑥ 介護サービス ⑦ 介護実践における連携 ⑧ 介護従事者の倫理 ⑨ 介護における安全の確保とリスクマネジメント ⑩ 介護従事者の安全
	コミュニケーション技術 (60時間)	介護を必要とする者の理解や援助的関係、援助的コミュニケーションについて理解するとともに、利用者や利用者家族、あるいは多職種協働におけるコミュニケーション能力を身につけるための学習とする。	① 介護におけるコミュニケーションの基本 ② 介護場面における利用者・家族とのコミュニケーション ③ 介護におけるチームのコミュニケーション

領域	教育内容	ねらい	教育に含むべき事項
介護	生活支援技術 (300時間)	尊厳の保持の観点から、どのような状態であっても、その人の自立・自律を尊重し、潜在能力を引き出し、見守ることも含めた適切な介護技術を用いて、安全に援助できる技術や知識について習得する学習とする。	① 生活支援 ② 自立に向けた居住環境の整備 ③ 自立に向けた身じたくの介護 ④ 自立に向けた移動の介護 ⑤ 自立に向けた食事の介護 ⑥ 自立に向けた入浴・清潔保持の介護 ⑦ 自立に向けた排泄の介護 ⑧ 自立に向けた家事の介護 ⑨ 自立に向けた睡眠の介護 ⑩ 終末期の介護
	介護過程 (150時間)	他の科目で学習した知識や技術を統合して、介護過程を展開し、介護計画を立案し、適切な介護サービスの提供ができる能力を養う学習とする。	① 介護過程の意義 ② 介護過程の展開 ③ 介護過程の実践的展開 ④ 介護過程とチームアプローチ
	介護総合演習 (120時間)	実習の教育効果を上げるため、介護実習前の介護技術の確認や施設等のオリエンテーション、実習後の事例報告会または実習期間中に生徒が養成施設等において学習する日を計画的に設けるなど、実習に必要な知識や技術、介護過程の展開の能力等について、個別の学習到達状況に応じた総合的な学習とする。介護総合演習については、実習と組み合わせた学習とする。	
	介護実習 (450時間)	① 個々の生活リズムや個性を理解するという観点から様々な生活の場において個別ケアを理解し、利用者・家族とのコミュニケーションの実践、介護技術の確認、多職種協働や関係機関との連携を通じてチームの一員としての介護福祉士の役割について理解する学習とする。 ② 個別ケアを行うために個々の生活リズムや個性を理解し、利用者の課題を明確にするための利用者ごとの介護計画の作成、実施後の評価やこれを踏まえた計画の修正といった介護過程を展開し、他科目で学習した知識や技術を統合して、具体的な介護サービスの提供の基本となる実践力を習得する学習とする。	

領域	教育内容	ねらい	教育に含むべき事項
心とからだのしくみ	心とからだのしくみ (120時間)	介護技術の根拠となる人体の構造や機能及び介護サービスの提供における安全への留意点や心理的側面への配慮について理解する学習とする。	① 心とからだのしくみの理解 ② からだのしくみの理解 ③ 身じたくに関連した心とからだのしくみ ④ 移動に関連した心とからだのしくみ ⑤ 食事に関連した心とからだのしくみ ⑥ 排泄に関連した心とからだのしくみ ⑦ 睡眠に関連した心とからだのしくみ ⑧ 死にゆく人の心とからだのしくみ
医療的ケア	医療的ケア (50時間)	医療的ケアを安全・適切に実施するために必要な知識・技術を修得する。	① 医療的ケア実施の基礎 ② 喀痰吸引(基礎的知識・実施手順) ③ 経管栄養(基礎的知識・実施手順) ④ 演習

領域	教育内容	ねらい	教育に含むべき事項
こころからのしくみ	発達と老化の理解 (60時間)	発達の観点からの老化を理解し、老化に関する心理や身体機能の変化の特徴に関する基礎的知識を習得する学習とする。	① 人間の成長と発達の基礎的理解 ② 老年期の発達と成熟 ③ 老化に伴うこころからだの変化と日常生活 ④ 高齢者と健康
	認知症の理解 (60時間)	認知症に関する基礎的知識を習得するとともに、認知症のある人の体験や意思表示が困難な特性を理解し、本人のみならず家族を含めた周囲の環境にも配慮した介護の視点を習得する学習とする。	① 認知症を取り巻く状況 ② 医学的側面から見た認知症の基礎 ③ 認知症に伴うこころからだの変化と日常生活 ④ 連携と協働 ⑤ 家族への支援
	障害の理解 (60時間)	障害のある人の心理や身体機能に関する基礎的知識を習得するとともに、障害のある人の体験を理解し、本人のみならず家族を含めた周囲の環境にも配慮した介護の視点を習得する学習とする。	① 障害の基礎的理解 ② 障害の医学的側面の基礎的知識 ③ 連携と協働 ④ 家族への支援

引用文献

保住芳美（2009）ドイツの老人介護士養成教育およびその教員養成システムについて。川崎医療福祉学会誌，18(2)，337-346。

今野誠一（2010）意外と知らないOJTの意味；OJTの定義と上手く機能するポイントについての解説。

(<https://www.insightnow.jp/article/5299>，2017年2月5日)

介護労働安定センター（2010）介護労働者の研修ニーズ調査結果；介護労働者アンケート調査。

(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h21_kenkyukai_4.pdf，2017年2月5日)

鴻上圭太（2015）「介護福祉倫理」が取り扱う介護をめぐる諸問題の射程に関する考察。大阪健康福祉短期大学紀要，14，41-48。

高齢者虐待防止ネットワークさが 編著／倉田康路，滝口真 監修（2011）高齢者虐待を防げ；家庭・施設・地域での取り組み。97-100，法律文化社，京都。

厚生労働省（2001）「介護教員養成講習会に関する検討会報告書」について。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0103/s0323-1.html>，2017年2月3日)

厚生労働省（2008a）II-②専任教員に係る基準の見直し。

(http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei02_0002.pdf，2017年1月10日)

厚生労働省（2008b）社会福祉士実習指導者講習会及び介護福祉士実習指導者講習会の実施について（厚生労働省社会・援護局長通知）。

(<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shokan/kankeihourei/documents/004.pdf>，2017年2月3日)

厚生労働省（2011）社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る

指針について.

(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/care/dl/care_7.pdf, 2017年2月3日)

厚生労働省(2016a)第7回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 参考資料1; 介護福祉士の養成カリキュラム等について.

(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000142797.pdf, 2017年1月10日)

厚生労働省(2016b)第7回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 資料; 介護人材の機能に応じた育成のあり方について.

(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000142796.pdf, 2017年2月3日)

佐藤真, 中澤秀一(2010) 介護福祉士養成教育におけるカリキュラム研究; 「資格取得時の介護福祉士養成の目標」の資質習得における課題. 兵庫教育大学研究紀要, 37, 1-7.

謝辞

本論文は、筆者が介護福祉士養成校の介護教員として教育活動をしなが、併せて産業保健師として職場のメンタルヘルス支援をしなが、2004年から2016年までに実施した介護福祉教育及び職業性ストレスに関する10の実践的研究を、質の高い高齢者介護職養成の視点からまとめ体系化したものである。

その12年間に亘って実施した研究の技術的指導を賜った、指導教官（主査）の堅田明義先生（中部学院大学大学院人間福祉学研究科人間福祉学専攻特命教授）にお礼を申し上げる。堅田先生の柔軟な思考や筆者の知的好奇心を尊重してくださる指導環境があったからこそモチベーションを維持し、本稿を執筆することができた。深く感謝いたす次第である。

同専攻教授宮本正一先生、並びに、同専攻准教授大橋明先生には副査として随所で重要なご助言をいただくとともに本稿の細部に亘りご指導をいただいた。ここに深謝の意を表する。

筆者の所属長である片桐多恵子先生（中部学院大学短期大学部学長）には、継続的に学ぶ環境をつくっていただいた。片桐先生が本研究の遂行を温かく見守ってくださったおかげで代え難い知の財産を得ることができた。厚くお礼を申し上げる。

最後に、調査へのご理解とご協力を賜った介護教員、介護職員、介護学生の皆様に謹んで感謝を申し上げる。

本研究の一部は、JSPS 科研費 JP16KO4245 の助成を受けたものである。

介護における人権・プライバシーに関する調査<研究1>

I あなたは現在、日常業務の中で、以下の行為をどの程度行っていますか。

行為		どれか1つに○をつけてください				
		必ず 行っ て い る	ほ ぼ 行 っ て い る	利用者に よって区別 している	あまり 行っ て い な い	全 く 行 っ て い な い
1	毎朝、「おはようございます」とあいさつする	4	3	2	1	0
2	毎晩、「おやすみなさい」とあいさつをする	4	3	2	1	0
3	名前を「〇〇さん」と名字で呼ぶ	4	3	2	1	0
4	敬語を使って話す	4	3	2	1	0
5	介護の方法を説明してから介助する	4	3	2	1	0
6	「〇〇してよろしいですか」などと声をかけ、同意を得て介助する	4	3	2	1	0
7	利用者のできることを最大限に引き出して介助する	4	3	2	1	0
8	排泄介助の際に、同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを閉める	4	3	2	1	0
9	排泄介助の際に、バスタオルなどを使用して陰部を隠す	4	3	2	1	0
10	同室者や来訪者に排尿や排便の際に出る音を聞かれないように工夫する（音楽を流す、音姫を使用する、他者のいない所で排泄できるようにするなど）	4	3	2	1	0
11	排泄にともなう悪臭を除去するための工夫をする（消臭剤・空気清浄機を使用する、頻回に排泄物を除去する、頻回に換気をするなど）	4	3	2	1	0
12	入浴介助の際に、他の利用者に裸体を見られないように配慮する	4	3	2	1	0
13	女性の入浴介助の際に、バスタオルなどを使用して乳房を隠す	4	3	2	1	0
14	入浴介助の際にバスタオルなどを使用して陰部を隠す	4	3	2	1	0
15	衣類着脱の際に同室者や来訪者に見られないように、プライバシーカーテンやドアを閉める	4	3	2	1	0
16	同性介護を行う	4	3	2	1	0
17	他者に聞かれたくない情報（尿漏れや排便の有無、現病歴や既往歴、家族状況や経済状況など）は、大部屋や共有スペースで聞かず、他者に聞かれない場所で聞く。	4	3	2	1	0
18	「悪い方の足」など、劣等感を与えるような言葉を使わず、「こちらの足」「右足」などと、表現を工夫して話す	4	3	2	1	0
19	おむつをしていても、「下着をかえましょう」などと言いかえて話し、利用者の気持ちに配慮する	4	3	2	1	0
20	実習生や来訪者などが介助の見学をする場合は、該当する利用者、もしくは家族の了解を得る	4	3	2	1	0

行為		どれか1つに○をつけてください				
		必ず 行って いる	ほぼ 行って いる	利用者 によって区別し ている	あまり 行って いない	全く 行って いない
21	利用者の写真を撮る場合は、公開の有無を問わず本人、もしくは家族の了解を得る	4	3	2	1	0
22	居室に入る時はその都度、ノックしたり声かけをしてから入る	4	3	2	1	0
23	居室内の見学や撮影は断わる	4	3	2	1	0
24	ネーム（表札）を居室の入り口に設置しない	4	3	2	1	0
25	たとえ上司や同僚であっても、利用者の介護をするうえで必要のある情報のみを伝えるようにする（安易に利用者の個人情報をも本人の了解なく他者に話さない）	4	3	2	1	0
26	利用者の個別の生活様式や習慣を最大限に尊重した介護を行う	4	3	2	1	0
27	尿意や便意をがまんさせることなく介助する	4	3	2	1	0
28	おむつは最終手段として用い、たとえおむつを着用しても外すためのはたらきかけを行う	4	3	2	1	0
29	食事の前に手洗い介助を行う	4	3	2	1	0
30	排泄の後に手洗い介助を行う	4	3	2	1	0
31	少なくとも毎日、朝食後と夕食後に口腔ケアを行う	4	3	2	1	0
32	朝と晩に適切な着替えの介助を行う	4	3	2	1	0

Ⅱ あなたの基本属性等についてお尋ねします。

以下についてあてはまる項目に○、もしくは、数値を記入してください。

1) 性別：①女性 ②男性

2) 年齢：_____歳

3) 介護職としての経験年数：_____年

4) 所有資格（医療・福祉関連資格）：①訪問介護員1級 ②訪問介護員2級

③その他

(_____)

5) 勤務場所：①老人保健施設 ②特別養護老人ホーム ③養護老人ホーム ④ケアハウス

⑤デイサービス ⑥グループホーム ⑦小規模多機能ケア施設 ⑧病院（療養病床）

⑨障がい者施設 ⑩在宅介護事業所 ⑪その他

(_____)

2) ご意見・ご感想があればお書きください。

ありがとうございました

介護福祉教育に関する調査<研究1>

質問：「学内での講義や演習で学んだ内容」と「介護実習での現状や指導内容」とに違いやずれがあり疑問に感じたり、混乱したことをできるだけ詳しく記述してください。

1. 介護の知識や技術の面に関して記述してください。

(感染予防、医療的ケア、終末期の支援、食事・排泄・入浴・身支度・休息・移動移乗への支援、家事への支援、相談・助言、記録・報告、介護過程の展開などに関する知識や技術についてのギャップを記述してください。)

2. 介護職としての価値観（態度）に関して記述してください。

(人権の尊重、プライバシーの保持などに関するギャップを記述してください。)

3. その他、介護に対する理想と現実に悩んだ体験や介護福祉教育に対する意見・感想などがありましたら記述してください。

4. あなたご自身についてお尋ねします。以下の設問にお答えください。

(1) 性別 : 女性 ・ 男性 ←どちらか一方に○をつけてください。

(2) 年齢 : _____ 歳 ←統計解析上必要ですので必ずご記入ください。

(3) これまでの就職経験の有無 : ある ・ ない ←どちらか一方に○をつけてください。

(4) 入学時と現在とで、介護職として就業することに対する意欲に変化がありましたか。

- ① 入学時より意欲がなくなった
- ② 変化はない
- ③ 入学時より意欲が高まった

(5) 介護職として就業するにあたっての現在の意欲はどの程度ですか。 ←どれかひとつに○をつけてください。

- ① 全くない
- ② あまりない
- ③ わからない
- ④ ややある
- ⑤ とてもある

(6) 卒業後の進路は決まっていますか。 ←どれかひとつに○をつけてください。

- ① 介護職として就業する予定である（内定をもらっている）。
- ② 介護職としての就職活動中である。
- ③ 介護職以外の職種として就業する予定である（内定をもらっている）。
- ④ 介護職以外の職種として就職活動中である。
- ⑤ 進学予定である。
- ⑥ 就職も進学もしない予定である。
- ⑦ わからない

高齢者介護施設における不適切ケア防止に関する質問紙調査票<研究2:有資格者用>

A. あなたの仕事についてうかがいます。
最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	ま あ そ う だ	や ち が う	ち が う
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. 体を大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映することができる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境(騒音,照明,温度,換気など)はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4
18. 悲惨で危険な任務に対して職場で弱音を吐くことができない	1	2	3	4
19. 現場でのストレスに絶えられないようでは介護職として失格である	1	2	3	4
20. 上司の命令には従わなければならない	1	2	3	4
21. 施設内外の研修に参加している	はい		いいえ	
22. 認知症ケアに関する専門資格を持っている	はい		いいえ	
23. ケアの質の向上に向けた施設としての取組みがある	はい		いいえ	
24. 高齢者虐待防止についての施設としての取組みがある	はい		いいえ	
25. 職員の働きやすさに関して、改善に向けた施設としての取組みがある	はい		いいえ	

B. あなたの周りの方々についてうかがいます。
最もあてはまるものに○を付けてください。

	非 常 に	か な り	多 少	全 く な い
1. 次の人たちはどのくらい気軽に話せますか?				
(1)上司	1	2	3	4
(2)職場の同僚	1	2	3	4
(3)配偶者・家族・友人等	1	2	3	4
2. あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか?				
(1)上司	1	2	3	4
(2)職場の同僚	1	2	3	4
(3)配偶者・家族・友人等	1	2	3	4
3. あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか?				
(1)上司	1	2	3	4
(2)職場の同僚	1	2	3	4
(3)配偶者・家族・友人等	1	2	3	4

C. 再度、あなたの仕事についてうかがいます。
最もあてはまるものに○を付けてください。

	あてはまらない	あてはまる			
		全く悩まない	いくらか悩んでいる	かなり悩んでいる	非常に悩んでいる
1. 仕事の負担が重く、常に時間に追われている	1	2	3	4	5
2. 邪魔が入って中断させられることの多い仕事だ	1	2	3	4	5
3. 責任の重い仕事だ	1	2	3	4	5
4. しばしば、残業をせまられる	1	2	3	4	5
5. 肉体的にきつい仕事だ	1	2	3	4	5
6. 過去数年、だんだん仕事の負担が増えてきた	1	2	3	4	5
7. 職場で公平に扱われていない	1	2	3	4	5
8. 職場で、好ましくない変化を経験している。もしくは、今後そういう状況が起こりうる	1	2	3	4	5
9. 昇進の見込みは少ない	1	2	3	4	5
10. 失業の恐れがある	1	2	3	4	5

最もあてはまるものに○を付けてください。

	あてはまる	あてはまらない			
		全く悩まない	いくらか悩んでいる	かなり悩んでいる	非常に悩んでいる
11. 上司からふさわしい評価を受けている	1	2	3	4	5
12. 同僚からふさわしい評価を受けている	1	2	3	4	5
13. 困難な状況に直面すれば同僚から十分な支援が受けられる	1	2	3	4	5
14. 現在の職は、自分が受けた教育やトレーニングの程度を充分反映している	1	2	3	4	5
15. 自分の努力と成果をすべて考え合わせると、私は仕事上ふさわしい評価と人望を受けている	1	2	3	4	5
16. 自分の努力と成果をすべて考え合わせると、私の仕事の将来の見通しは適当だ	1	2	3	4	5
17. 自分の努力と成果をすべて考え合わせると、私のサラリー(収入)は適当だ	1	2	3	4	5

D. あなた自身についてうかがいます。
最もあてはまるものに○を付けてください。

	全く違う	違	全	
			その通りだ	その通りだ
1. 時間的なプレッシャーを感じやすい	1	2	3	4
2. 朝起きるとすぐ、仕事の問題を考え始める	1	2	3	4
3. 家に帰ると、すぐにリラックスでき、仕事のことをすべて忘れてしまう	1	2	3	4
4. 私をよく知る人は、私は仕事のために自分を犠牲にしすぎているという	1	2	3	4
5. 仕事のことが頭から離れず、寝床に入ってもそのことばかり考えている	1	2	3	4
6. 今日中にやるべきことをやむをえず明日に延ばさなければならないとしたら、夜眠れない	1	2	3	4
7. 仕事に不満を感じている	1	2	3	4
8. 家庭生活に不満を感じている	1	2	3	4

E. あなたの職場や家庭での状態についてうかがいます。
最もあてはまるものに○を付けてください。

	た び た び 感 じ る	と き ど き 感 じ る	め っ た に 感 じ な い	け っ し て 感 じ な い
1. 自分の仕事をやる気がすっかりなくなっている……………	4	3	2	1
2. 一日の仕事が終わると、くたくたになる……………	4	3	2	1
3. 朝起きて、また一日働かなければならないと思うと、疲れが出てくる……………	4	3	2	1
4. 直面している問題について利用者さんがどのように感じているかを 私はたやすく理解できる……………	4	3	2	1
5. 利用者さんがあたかも物であるかのように、私は接していることがある……………	4	3	2	1
6. 一日中人を相手に働くことは、私にとって本当に緊張をもたらすことになる……………	4	3	2	1
7. 利用者さんが抱えている問題を、私はかなりうまく扱っている……………	4	3	2	1
8. 自分の仕事に精力を使い果たしている……………	4	3	2	1
9. 自分の仕事は他の人々に役立っている……………	4	3	2	1
10. この仕事に就いてから、まわりの人々に対してだんだんと冷淡になっている……………	4	3	2	1
11. この仕事によって、自分が冷たい人間になったような気がする……………	4	3	2	1
12. かなり精力的に仕事に打ち込んでいる……………	4	3	2	1
13. 自分の仕事に不満を持っている……………	4	3	2	1
14. 自分の仕事に一生懸命になりすぎている……………	4	3	2	1
15. 利用者さんに起こることを、あまり気につけない……………	4	3	2	1
16. 人を相手に働くことによって、かなり大きなストレスが私にもたらされている……………	4	3	2	1
17. 利用者さんとの間に、くつろいだ雰囲気をつくることができる……………	4	3	2	1
18. 利用者さんと親しく接した後は、浮き浮きした気分になる……………	4	3	2	1
19. この仕事で多くの価値ある事柄を成し遂げている……………	4	3	2	1
20. どうしようもない気持ちである……………	4	3	2	1
21. 仕事の中では、感情的な問題をかなり冷静に扱っている……………	4	3	2	1
22. 利用者さんは、問題によって私のことを非難している……………	4	3	2	1

F. 再度、あなた自身についてうかがいます。

あてはまるものに○を付けてください。

また、必要があれば()内に適当な字句を記入してください。

- 年齢をお教えてください……満()歳
- 性別をお教えてください……女・男
- 仕事上の地位は何ですか……①管理職 ②監督・職長 ③被雇用者
④その他()
- 合計して、介護職として何年働いていますか……()年
- 合計して、週に何時間の労働をしていますか……()時間
- 交替勤務をなさっていますか……①はい、ただし夜勤なし ②はい、夜勤あり ③いいえ
- 介護福祉士資格の取得ルートをお教えてください……①実務経験ルート ②養成校ルート ③福祉系高校ルート
- 学校教育(義務教育・高校・大学・専門学校を含む)を何年受けましたか……()年

G. あなたのケアの状況についておうかがいします。

あてはまるものに○を付けてください。

	はい	いいえ
1. 自分の介護の仕方に疑問を感じることもある	1	0
2. 感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	1	0
3. 虐待まではいかないが、不適切なケアをする場合がある	1	0
4. 自分が利用者を虐待してしまったと思う時がある	1	0
5. 不適切な対応だとわかっているにもかかわらず、せざるを得ない状況がある	1	0
6. 利用者の行動を強制的に制止しなければならない場合がある	1	0
7. ナースコールが頻繁な場合に、ナースコールを抜いたり止めたりすることがある	1	0
8. トイレで対応できると思われる利用者におむつ対応をすることがある	1	0
9. 他の職員が見ていない状況だと、利用者への対応がぞんざいになることがある	1	0
10. 薬をご飯に混ぜることがある	1	0
11. 異性の入浴や排泄介助を行うことがある	1	0
12. 子どもに対してするような対応や言葉かけがある	1	0
13. 声かけをせずにズボンを下げたりシャワーをかけたりすることがある	1	0
14. 他者に見える状態で排泄や入浴の介助をすることがある	1	0

H. 精神的につらい状況に遭遇した時その場を乗り越える

ために、あなたは普段からどのように対処していますか。

あてはまるものに○を付けてください。

	全くない	あまりない	ときどきある	たびたびある	いつもある
1. 悪いことばかりでないと楽観的に考える	1	2	3	4	5
2. 誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	1	2	3	4	5
3. 嫌なことを頭に浮かべないようにする	1	2	3	4	5
4. スポーツや旅行などを楽しむ	1	2	3	4	5
5. 原因を検討しどのようにしていくべきか考える	1	2	3	4	5
6. 力のある人に教えを受けて解決しようとする	1	2	3	4	5
7. どうすることもできないと解決を後のばしにする	1	2	3	4	5
8. 自分は悪くないと言い逃れをする	1	2	3	4	5
9. 今後はよいこともあるだろうと考える	1	2	3	4	5
10. 誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	1	2	3	4	5
11. そのことをあまり考えないようにする	1	2	3	4	5
12. 買い物やかけごと、おしゃべりなどで時間をつぶす	1	2	3	4	5
13. どのような対策をとるべきか綿密に考える	1	2	3	4	5
14. くわしい人から自分に必要な情報を収集する	1	2	3	4	5
15. 自分では手に負えないと考え放棄する	1	2	3	4	5
16. 責任を他の人に押しつける	1	2	3	4	5
17. 悪い面ばかりでなくよい面を見つけていく	1	2	3	4	5
18. 誰かにグチをこぼして気持ちをほらす	1	2	3	4	5
19. 無理にでも忘れるようにする	1	2	3	4	5
20. 友達とお酒を飲んだり好物を食べたりする	1	2	3	4	5
21. 過ぎたことの反省をふまえて次にすべきことを考える	1	2	3	4	5
22. すでに経験した人から話を聞いて参考にする	1	2	3	4	5
23. 対処できない問題だと考えあきらめる	1	2	3	4	5
24. 口からでまかせを言って逃げ出す	1	2	3	4	5

II. あなたのお仕事についてうかがいます。最もあてはまる回答の欄に○を記入して下さい。					
		そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
1	非常にたくさんの仕事をしなければならない				
2	時間内に仕事が処理しきれない				
3	一生懸命働かなければならない				
4	自分のペースで仕事ができる				
5	自分で仕事の順番・やり方を決めることができる				
6	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる				

III. あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまる回答の欄に○記入して下さい。					
		非常に	かなり	多少	全くない
1	上司とはどのくらい気軽に話せますか？				
2	職場の同僚とはどのくらい気軽に話せますか？				
3	あなたが困ったとき上司はどのくらい頼りになりますか？				
4	あなたが困ったとき職場の同僚はどのくらい頼りになりますか？				
5	あなたの個人的な問題を相談したら上司はどのくらい聞いてくれますか？				
6	あなたの個人的な問題を相談したら職場の同僚はどのくらい聞いてくれますか？				

IV. 近ごろ、あなたは以下のような症状がありますか。「はい」「いいえ」のいずれかに○を記入してください。						
1	このごろ全身がだるい	1. はい	2. いいえ	10	このところ寝つきがよくない	1. はい 2. いいえ
2	腰が痛い	1. はい	2. いいえ	11	根気が続かない	1. はい 2. いいえ
3	目が疲れる	1. はい	2. いいえ	12	自分の好きなことでもやる気がしない	1. はい 2. いいえ
4	よく肩がこる	1. はい	2. いいえ	13	頭がさえない	1. はい 2. いいえ
5	胃腸の調子が悪い	1. はい	2. いいえ	14	イライラすることが多い	1. はい 2. いいえ
6	しばしばめまいがする	1. はい	2. いいえ	15	ささいなことが気になる	1. はい 2. いいえ
7	このところ頭が重い	1. はい	2. いいえ	16	心配事が多い	1. はい 2. いいえ
8	かぜをひきやすい	1. はい	2. いいえ	17	気が散ることが多い	1. はい 2. いいえ
9	疲れやすい	1. はい	2. いいえ	18	生活に、はりあいを感ぜない	1. はい 2. いいえ

職業性ストレスに関する質問紙調査票<研究4>

本調査票は、あなたの職業に関するものです。該当する口をチェック(V)してください。また、必要があれば()内に適当な字句を記入してください。

すべての質問に答えてくださるようお願いいたします。

1. あなたの年齢をお教え下さい	満()歳	
2. あなたの性別は	男	<input type="checkbox"/> ₁
	女	<input type="checkbox"/> ₂
3. 学校教育(義務教育・高校・大学・専門学校を含む)を何年間受けましたか	()年	
4. あなたの現在の就業状況をお知らせ下さい	就業中	<input type="checkbox"/> ₁
	失業中(6ヶ月未満)	<input type="checkbox"/> ₂
	失業中(6ヶ月以上)	<input type="checkbox"/> ₃
	退職	<input type="checkbox"/> ₄
	その他 具体的にご記入ください ()	<input type="checkbox"/> ₅
5. あなたの現在の(最後の)お仕事は何ですか	具体的にご記入ください ()	
6. あなたの仕事上の地位は何ですか	管理職	<input type="checkbox"/> ₁
	監督・職長	<input type="checkbox"/> ₂
	被雇用者, 非肉体労働	<input type="checkbox"/> ₃
	被雇用者, 肉体労働	<input type="checkbox"/> ₄
	自営業者	<input type="checkbox"/> ₅
7. 現在のお仕事はどちらの部門に入りますか	公的機関	<input type="checkbox"/> ₁
	民間企業	<input type="checkbox"/> ₂
8. 現在のお仕事に就いて何年になりますか	()年	
9. 主な職業の他に、何か副業(副職)をもっていますか	はい	<input type="checkbox"/> ₁
	いいえ	<input type="checkbox"/> ₂
10. 合計して、週に何時間の賃金労働をしていますか	()時間	
11. 交替勤務をなさっていますか	はい、ただし夜勤なし	<input type="checkbox"/> ₁
	はい、夜勤あり	<input type="checkbox"/> ₂
	いいえ	<input type="checkbox"/> ₃

以下の各文が、どの程度あなたの状況にあてはまるか、該当する口をチェックして下さい。

- ERI1 仕事の負担が重く、常に時間に追われている。
- あてはまらない (1)
あてはまるが、全く悩んでいない (2)
あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
あてはまっており、非常に悩んでいる (5)
- ERI2 邪魔が入って中断させられることの多い仕事だ。
- あてはまらない (1)
あてはまるが、全く悩んでいない (2)
あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
あてはまっており、非常に悩んでいる (5)
- ERI3 責任の重い仕事だ。
- あてはまらない (1)
あてはまるが、全く悩んでいない (2)
あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
あてはまっており、非常に悩んでいる (5)
- ERI4 しばしば、残業をせまられる。
- あてはまらない (1)
あてはまるが、全く悩んでいない (2)
あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
あてはまっており、非常に悩んでいる (5)
- ERI5 肉体的にきつい仕事だ。
- あてはまらない (1)
あてはまるが、全く悩んでいない (2)
あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
あてはまっており、非常に悩んでいる (5)
- ERI6 過去数年、だんだん仕事の負担が増えてきた。
- あてはまらない (1)
あてはまるが、全く悩んでいない (2)
あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
あてはまっており、非常に悩んでいる (5)

ERI7 上司からふさわしい評価を受けている。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

ERI8 同僚からふさわしい評価を受けている。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

ERI9 困難な状況に直面すれば同僚から十分な支援が受けられる。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

ERI10 職場で公平に扱われていない。

- あてはまらない (1)
- あてはまるが、全く悩んでいない (2)
- あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
- あてはまっており、非常に悩んでいる (5)

ERI11 昇進の見込みは少ない。

- あてはまらない (1)
- あてはまるが、全く悩んでいない (2)
- あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
- あてはまっており、非常に悩んでいる (5)

ERI12 職場で、好ましくない変化を経験している。もしくは今後そういう状況が起こりうる。

- あてはまらない (1)
- あてはまるが、全く悩んでいない (2)
- あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
- あてはまっており、非常に悩んでいる (5)

ERI13 失職の恐れがある。

- あてはまらない (1)
- あてはまるが、全く悩んでいない (2)
- あてはまっており、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまっており、かなり悩んでいる (4)
- あてはまっており、非常に悩んでいる (5)

ERI14 現在の職は、自分が受けた教育やトレーニングの程度を充分反映している。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

ERI15 自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私は仕事上ふさわしい評価と人望を受けている。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

ERI16 自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私の仕事の将来の見通しは適当だ。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

ERI17 自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私のサラリー/収入は適当だ。

- あてはまる (1)
- あてはまらないが、全く悩んでいない (2)
- あてはまらず、いくらか悩んでいる (3)
- あてはまらず、かなり悩んでいる (4)
- あてはまらず、非常に悩んでいる (5)

以下の各文の内容が、あなた自身にどの程度あてはまるか、該当する口をチェックして下さい。

		全く違う	違う	その通りだ	全くその通りだ
OC1	時間的なプレッシャーを感じやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC2	朝起きるとすぐ、仕事の問題を考え始める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC3	家に帰ると、すぐにリラックスでき、仕事のことをすべて忘れてしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC4	私をよく知る人は、私は仕事のために自分を犠牲にしすぎているという	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC5	仕事のことを頭から離れず、寝床に入ってもそのことばかり考えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC6	今日中にやるべきことをやむをえず明日に延ばさなければならぬとしたら、夜眠れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

介護学生のストレスに関する質問紙調査票 <研究5>

第 回 目 調 査

性別： 女性 ・ 男性 年齢： 歳 学年： 1年生 ・ 2年生

I. この2～3週間におけるあなたの心身の状態についてうかがいます。
最もあてはまるものに○印をしてください。

1. 気分や健康状態は

- ① よかった ② いつもと変らなかった ③ 悪かった ④ 非常に悪かった

2. 疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

3. 元気がなく疲れを感じたことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

4. 病気だと感じたことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

5. 頭痛がしたことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

6. 頭が重いように感じたことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

7. からだかほてったり寒気がしたことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

8. 心配ごとがあつて、よく眠れないようなことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

9. 夜中に目を覚ますことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

10. いつもストレスを感じたことが

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

11. いらいらして、おこりっぽくなることは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

12. たいした理由がないのに、何かがおどろかしたりとりみだすことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

13. いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは

- ① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった

14. 不安を感じ緊張したことは
① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった
15. いつもより忙しく活動的な生活を送ることが
① たびたびあった ② いつもと変らなかった ③ なかった ④ まったくなかった
16. いつもより何かするのに余計に時間がかかることが
① まったくなかった ② いつもと変らなかった ③ あった ④ たびたびあった
17. いつもよりすべてがうまくいっていると感じることが
① たびたびあった ② いつもと変らなかった ③ なかった ④ まったくなかった
18. 毎日している仕事は
① 非常にうまくいった ② いつもと変らなかった
③ うまくいかなかった ④ まったくうまくいかなかった
19. いつもより自分のしていることに生きがいを感じることは
① あった ② いつもと変らなかった ③ なかった ④ まったくなかった
20. いつもより容易に物ごとを決めることが
① できた ② いつもと変らなかった ③ できなかった ④ まったくできなかった
21. いつもより日常生活を楽しく送ることが
① できた ② いつもと変らなかった ③ できなかった ④ まったくできなかった
22. 自分は役に立たない人間だと考えたことは
① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった
23. 人生に全く望みを失ったと感じたことは
① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった
24. 生きていることに意味がないと感じたことは
① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった
25. この世から消えてしまいたいと考えたことは
① まったくなかった ② なかった ③ 一瞬あった ④ たびたびあった
26. ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは
① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった
27. 死んだほうがましだと考えたことは
① まったくなかった ② あまりなかった ③ あった ④ たびたびあった
28. 自殺しようと考えたことが
① まったくなかった ② なかった ③ 一瞬あった ④ たびたびあった

Ⅱ.下記の質問を読み、現在の自分に当てはまれば“はい”、当てはまらなければ“いいえ”を○で囲んで下さい。どちらとも決められない場合は“?”を○で囲んで下さい。

- | | | | | | | |
|----|--------------------------------------------------|----|---|---|---|-----|
| 1 | 友人との関係がうまくいかず悩むことがよくある…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 2 | 学内での友人関係(クラス・ゼミ・クラブ等)で悩むことがよくある… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 3 | 友人と話が合わないことが多く気になっている…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 4 | 友人の気持ちが分からず悩むことがよくある…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 5 | 友人との価値観の違いが、とても気になる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 6 | 友人に嫌われているのではないかと心配になることがよくある…… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 7 | 人とうまく話せないことがかなり気になっている…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 8 | 自分をうまく出せないことがかなり気になっている…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 9 | 周囲の人に対して強い不満感をしばしば感じる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 10 | 友人ができないことを悩んでいる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 11 | 会うことがとても負担に感じられる人がいる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 12 | 周囲の人に気を遣(つか)い過ぎているように思う…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 13 | この学校に入学できたことに満足している…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 14 | この学校に入学できたことを誇りに思う…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 15 | この学校を選んだことは正しかったと思う…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 16 | この学校の雰囲気には強い不満を感じる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 17 | この学校の現実と自分の理想は、かなり離れているように思える… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 18 | 学校に来て楽しいと思わない…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 19 | この学校の生活に慣れる事はとても難しい…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 20 | どの科目も苦手である…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 21 | 授業がとても負担に思える…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 22 | 難しく、ついていけそうにない授業が多く、悩んでいる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 23 | 興味の持てない授業が多く、とても不満を感じる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 24 | 卒業できるかどうか、とても気になっている…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 25 | 授業に集中できず困ることが多い…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 26 | 何のために勉強しているのか分からず悩むことがよくある…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 27 | 在籍している学科(専攻)は、自分にあっていないのではないかと
悩むことがよくある…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 28 | 家族と意見の合わないことがとても気になっている…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 29 | 家族に対して素直に振る舞えないことがとても気になっている…… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 30 | 自分に対する親の言動がとても気になる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 31 | 家にいても家族とはほとんど話さないことが多く、気になっている | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 32 | 親に対して言いたいことを我慢することがたびたびある…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 33 | 家族に不快な思いをさせることがよくあり、気になっている…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 34 | 家族の中にどうしても好きになれない者がいる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 35 | 自分がどのような仕事に向いているのかよく分からない…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 36 | 将来の進路のことでとても悩んでいる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 37 | 希望する職種が自分の適性と合っているかとても心配だ…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |
| 38 | 将来の目標が見つからないことを悩んでいる…………… | はい | ・ | ? | ・ | いいえ |

- 39 就職できるかどうか自信がなく落ち込むことがある…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 40 卒業後、就職するかしないかでかなり迷っている…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 41 人前であがりやすいことが気になっている…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 42 緊張しやすいたちであることがとても気になっている…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 43 失敗を恐れることが多く、そのことが気になっている…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 44 異性の友人のことで、とても悩んでいる…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 45 異性の友人の気持ちが分からなくて困惑することが多い…………… はい ・ ? ・ いいえ
- 46 異性の友人とうまくいかないことが気になっている…………… はい ・ ? ・ いいえ

介護学生のストレスに関する質問紙調査票 <研究6>

性別： 女性 ・ 男性

年齢： 歳

学年： 1年生 ・ 2年生

就業経験の有無： 有 ・ 無

I. ここ1週間の、あなたの心と身体の状態や行動についておたずねします。

以下のような状況について、3（非常にあてはまる）～0（あてはまらない）のうちのいずれかに○をつけてください。

- | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|
| 1. 悲しい気持ちだ..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. 重苦しい圧迫感を感じる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. 不機嫌で、怒りっぽい..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. 泣きたい気分だ..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. 不安を感じる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. 怒りを感じる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. さみしい気持ちだ..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. びくびくしている..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. いきどおりがつのる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. 心が暗い..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. 恐怖感を抱く..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. 不愉快な気分だ..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13. 気分が落ち込み、沈む..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14. 気がかりである..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 15. いらいらする..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 16. 頭の回転が鈍く、考えがまとまらない..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 17. 他人に会うのがいやでわずらわしく感じられる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 18. 話や行動にまとまりがない..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 19. 話すことがいやでわずらわしく感じられる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 20. 根気がない..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 21. 自分の殻に閉じこもる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 22. 行動に落ち着きがない..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 23. 生きているのがいやだ..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 24. 何も手につかない..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 25. 人が信じられない..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 26. 体が疲れやすい..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 27. 呼吸が苦しくなる..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 28. 体がだるい..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 29. 動悸がする..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 30. 脱力感がある..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 31. 吐き気がする..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 32. 動作が鈍い..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 33. 胸部がしめつけられる感じがする..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 34. 頭が重い..... | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 35. 耳鳴りがする..... | 3 | 2 | 1 | 0 |

II. 最近3カ月の間、あなたの普段の人間関係において、以下のような出来事がどの程度ありましたか。
「まったくなかった」なら1, 「あまりなかった」なら2, 「わりとあった」なら3, 「しばしばあった」
なら4に○をつけて下さい。

	ま っ た く	あ ま り	わ り と	し ば し ば
1. 無理に相手にあわせた会話をした	1	2	3	4
2. 自分の言いたいことが、相手に上手く伝わらなかった	1	2	3	4
3. 会話中、何をしゃべったらいいのか分からなくなった	1	2	3	4
4. 親しくになりたい相手となかなか親しくなれなかった	1	2	3	4
5. 知人と意見が食い違った	1	2	3	4
6. 知人に深入りさせないように気を使った	1	2	3	4
7. 知人が無責任な行動をした	1	2	3	4
8. 同じことを何度も言われた	1	2	3	4
9. 上下関係に気を使った	1	2	3	4
10. 誰が悪いというわけでもないとき、自分から謝った	1	2	3	4
11. 知人に対して劣等感を抱いた	1	2	3	4
12. 知人とどのようにつきあえばいいのか分からなくなった	1	2	3	4
13. 嫌いな人と会話した	1	2	3	4
14. 好意的な知人の誘いを断った	1	2	3	4
15. 会話中に気まずい沈黙があった	1	2	3	4
16. 自慢話や愚痴など、聞きたくないことを聞かされた	1	2	3	4
17. 知人に嫌な思いをさせた	1	2	3	4
18. 知人が自分のことをどう思っているのか気になった	1	2	3	4
19. 知人に嫌な顔をされた	1	2	3	4
20. 約束を破られた	1	2	3	4
21. 知人から責められた	1	2	3	4
22. あまり親しくない人と会話した	1	2	3	4
23. テンポの合わない人と会話した	1	2	3	4
24. 周りの人から疎外されていると感じるようなことがあった	1	2	3	4
25. 知人に誤解された	1	2	3	4
26. 相手が嫌な思いをしていないか気になった	1	2	3	4
27. 知人とけんかした	1	2	3	4
28. 知人に無理な要求をされた	1	2	3	4
29. 知人に軽蔑された	1	2	3	4
30. 知人のストレス発散に付き合わされた	1	2	3	4

Ⅲ. あなたが実際に経験した人間関係で生じたストレスに対して、普段どのように考えたり、行動したりしましたか。「よくあてはまる」～「あてはまらない」のうちのいずれかの該当欄に○をつけてください。

	よ く あてはまる	あてはまる	少 し あてはまる	あてはまらない
1 自分のことを見つめ直した				
2 相手を受け入れるようにした				
3 相手を悪者にした				
4 相手の気持ちになって考えてみた				
5 相手の鼻を明かすようなことを考えた				
6 あまり考えないようにした				
7 あいさつをするようにした				
8 たくさんの友人を作ることにした				
9 反省した				
10 こんなものだと割り切った				
11 相手の良いところを探そうとした				
12 友達付き合いをしないようにした				
13 一人になった				
14 表面上の付き合いをするようにした				
15 自分の存在をアピールした				
16 かかわり合わないようにした				
17 この経験で何かを学んだと思った				
18 積極的にかかわろうとした				
19 自分の意見を言うようにした				
20 無視するようになった				
21 人間として成長したと思った				
22 自分は自分、人は人と思った				
23 何もせず、自然の成り行きに任せた				
24 話をしないようにした				
25 相手と適度な距離を保つようにした				
26 気にしないようにした				
27 そのことにこだわらないようにした				
28 何とかかなと思った				
29 人を避けた				
30 積極的に話をするようにした				
31 そのことは忘れるようにした				
32 これも社会勉強だと思った				
33 友人などに相談した				
34 相手のことを良く知ろうとした				

IV(1). あなたの家族との関係についてお尋ねします（家族の中の特定の一人との関係ではなく、家族全員との関係を考えてください）。あなたと、あなたの家族の中の少なくとも一人との間で、次の1～12のようなことがあるかどうかを考えて、1（全くない）～5（非常によくある）のうちのいずれかに○をつけてください。

	全くない	あまりない	少しある	かなりある	非常によくある
1. おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす	1	2	3	4	5
2. 一緒に遊びに出かけたりする	1	2	3	4	5
3. 共通の趣味や関心を持っている	1	2	3	4	5
4. プライベートなことについて話し合う	1	2	3	4	5
5. お互いの気持や感情をわかり合える	1	2	3	4	5
6. 個人的な悩み事について話し合える	1	2	3	4	5
7. いろいろな情報のやりとりをする	1	2	3	4	5
8. 困ったときに助言してもらったり、相手が困っているときには助言してあげたりする	1	2	3	4	5
9. わからないことを聞いたり、教えたりしあう	1	2	3	4	5
10. 忙しいときには手伝ってもらったり、相手が忙しいときには手伝ってあげたりする	1	2	3	4	5
11. 必要なときに、お金や物の貸し借りをする	1	2	3	4	5
12. プレゼントをあげたり、もらったりしあう	1	2	3	4	5

IV(2). あなたの同性の友人との関係についてお尋ねします。(同性の友人の中の特定の一人との関係ではなく、同性の友人と見なせる人全員との関係を考えてください)。あなたと、あなたの同性の友人と見なせる人の中の少なくとも一人との間で、次の1～12のようなことがあるかどうかを考えて、1（全くない）～5（非常によくある）のうちのいずれかに○をつけてください。

	全くない	あまりない	少しある	かなりある	非常によくある
1. おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす	1	2	3	4	5
2. 一緒に遊びに出かけたりする	1	2	3	4	5
3. 共通の趣味や関心を持っている	1	2	3	4	5
4. プライベートなことについて話し合う	1	2	3	4	5
5. お互いの気持や感情をわかり合える	1	2	3	4	5
6. 個人的な悩み事について話し合える	1	2	3	4	5
7. いろいろな情報のやりとりをする	1	2	3	4	5
8. 困ったときに助言してもらったり、相手が困っているときには助言してあげたりする	1	2	3	4	5
9. わからないことを聞いたり、教えたりしあう	1	2	3	4	5
10. 忙しいときには手伝ってもらったり、相手が忙しいときには手伝ってあげたりする	1	2	3	4	5
11. 必要なときに、お金や物の貸し借りをする	1	2	3	4	5
12. プレゼントをあげたり、もらったりしあう	1	2	3	4	5

IV(3). あなたの異性の友人との関係についてお尋ねします。(異性の友人の中の特定の一人との関係ではなく、異性の友人と見なせる人全員との関係を考えてください)。あなたと、あなたの異性の友人と見なせる人の中の少なくとも一人との間で、次の1～12のようなことがあるかどうかを考えて、1(全くない)～5(非常によくある)のうちのいずれかに○をつけてください。

	全 く な い	あ ま り な い	少 し あ る	か な り あ る	非 常 に よ く あ る
1. おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす	1	2	3	4	5
2. 一緒に遊びに出かけたりする	1	2	3	4	5
3. 共通の趣味や関心を持っている	1	2	3	4	5
4. プライベートなことについて話し合う	1	2	3	4	5
5. お互いの気持や感情をわかり合える	1	2	3	4	5
6. 個人的な悩み事について話し合える	1	2	3	4	5
7. いろいろな情報のやりとりをする	1	2	3	4	5
8. 困ったときに助言してもらったり、相手が困っているときには助言してあげたりする	1	2	3	4	5
9. わからないことを聞いたり、教えたりしあう	1	2	3	4	5
10. 忙しいときには手伝ってもらったり、相手が忙しいときには手伝ってあげたりする	1	2	3	4	5
11. 必要なときに、お金や物の貸し借りをする	1	2	3	4	5
12. プレゼントをあげたり、もらったりしあう	1	2	3	4	5

V. ふだんあなたがどう感じているか、最もあてはまる欄に○をつけてください		ほとんどいつも	たびたびある	ときどきある	ほとんどない
1	楽しい気分になる				
2	神経質で落ち着かない				
3	自分に満足している				
4	取り残されたように感じる				
5	気が休まっている				
6	冷静で落ち着いている				
7	困ったことが次々に起こり克服(にくふく)できないと感じる				
8	本当はそう大した(たいした)ことでもないのに心配しすぎる				
9	しあわせだと感じる				
10	いろいろ頭に浮かんできて勉強などが手につかない				
11	自信がない				
12	安心感がある				
13	すぐにものごとを決めることができる				
14	力不足を感じる				
15	心が満ち足りている				
16	つまらないことが頭に浮かび悩まされる				
17	ひどく失望するとそれが頭から離れない				
18	落ち着いた人間だ				
19	気になることを考え出すと緊張したり混乱したりする				
20	うれしい気分になる				

介護福祉士養成課程における教育に関する質問紙調査票<研究7>

1. 貴介護福祉士養成課程の教育の現状について、以下の1)～8)の質問にご回答ください。

- 1) 貴養成課程では、以下を目的とした教育（教育内容）をどのように実施しておられますか【現状】。
該当する項目に○印をつけてください（複数回答可）。
- 2) また、必要度が高いとお考えの教育内容（重点的に教育を行う必要のある教育内容）を5項目選び、
優先順位の高い順に1～5の数字を記してください【優先順位】。

	教育内容	【現状】 該当する項目に○印を記入 (複数回答可)				【優先順位】 1～5の数字を 記入
		① カリキュラ ム内の授業 において実 施している	② 特別に授業 や行事を設 けて(カリ キュラム外 で)実施し ている	③ 学校生活全 般を通して (日常生活 の中で)実 施している	④ 実施してい ない	
1	社会的マナーを身につける					
2	適切な気遣いや気配りができる					
3	職業倫理の醸成を図る					
4	学生の自己理解を促す(性格や能力などの個性を知り自分への気づきを高める)					
5	学生の他者理解を促す					
6	自分に対する否定的な捉え方や低い自尊感情の変容を図る(自己効力感向上)					
7	感情や言動をコントロールする力を養う					
8	対人関係力やコミュニケーション力を高める					
9	問題解決方法を身につける					
10	リラクゼーション法を身につける					
11	介護職としての感性を磨く					
12	介護実習への適応を促す					
13	介護福祉士資格取得への動機を高め、やる気を引き出す					
14	基礎学力(適切に理解・解釈・分析・記述し、改めて表現する力)の向上を図る					

3) 貴介護福祉士養成課程における教育上の課題はどのようなものでしょうか。
重要な課題とお感じになっていることがらについて記述していただければと思います。

4) 上記3)の課題に対してどのように対応されていますか。

5) 貴介護福祉士養成課程で学ぶ学生さんの個性（性格や意欲、能力など）を把握するために実施しておられることがありましたらお教えてください。

6) 貴介護福祉士養成課程の介護教員の教育力を高めるために組織的、もしくは個人的に実施しておられることがありましたらお教えてください。

【組織的な取り組み】

【個人的な取り組み】

7) 貴養成課程の学生さんがこころの健康を保ち安定した精神状態で学習ができるように、どのような環境整備を行っておられますか。取り組んでいる内容の番号に○印をつけてください。(複数回答可)

① 特に行っていない

- ① 少人数担任制をとり個別の対応ができるように努めている
- ② 養成校内に学生が利用できる相談の場所や担当者を設けている
- ③ 養成校外に学生が利用できる相談の場所や担当者を設けている
- ④ 健康診断の機会等を利用してこころの健康やストレスに関する問診やアンケートを学生に対して実施している
- ⑤ 学生相談に関する危機管理（犯罪被害・加害、ハラスメント、自殺企図等への対応）マニュアルがある
- ⑥ メンタルヘルスに関する教育・研修が教職員に対して行われている
- ⑦ こころの健康づくりの効果を評価し改善案を検討する体制が設けられている
- ⑧ その他

[]

8) 貴養成課程の学生さんはどのようなストレスの軽減法について学んでいますか。学生さんが実際に学んでいる対処法の番号に○印をつけてください。(複数回答可)

① 特に学んでいない

- ① 問題解決技法（ブレインストーミングによる解決法やドラマセラピーなど）
- ② 対人関係コミュニケーション法（傾聴のスキル、伝える力を鍛えるアサーティブコミュニケーション、やる気を引き出す力を鍛えるコーチングスキルなど）
- ③ 時間管理法（優先順位をつけて上手く時間を使う方法など）
- ④ 感情・思考・行動のセルフコントロール法（リフレーミングやコラム法などの認知療法のスキルを活用することによって思考パターンを柔軟に変化させるなど）
- ⑤ リラクゼーション法（自律訓練法、呼吸法、漸進的筋弛緩法、瞑想、ヨガ、アロマセラピー、リラクゼーションマッサージなど）
- ⑥ セルフプロデュース法（化粧法やカラーセラピーなど）
- ⑦ 五感トレーニング法（五感を鍛錬する方法）
- ⑧ 健康なライフスタイルを保つ方法（ストレス耐性を高める栄養摂取法、運動法、睡眠・休息法など）
- ⑨ その他

[]

2. 回答していただいた先生の属性をお尋ねします。

1) 所属する介護福祉士養成校の課程の種類

- ① 1年制過程 ・ ② 2年制課程 ・ ③ 3年制課程 ・ ④ 4年制課程
(該当するものに○印をつけてください)

2) 性別： ①女性 ・ ②男性 (該当する方に○印をつけてください)

3) 年齢： _____ 歳 (統計処理上必要な情報ですので、たいへん失礼ですが満年齢をご記入ください。)

4) 教育職としての経験年数： _____ 年間 ご協力ありがとうございました。

試作の介護技術自己評価票 <研究8>

以下に示す介護技術の修得度を自己評価し、最もあてはまる項目欄に○をつけてください。

この評価表は教育・研究に役立つものであり、回答内容が皆さんの成績に影響することはありません。
皆さんのプライバシーの保持には十分配慮いたしますので、ご協力ください。

NO, 1	実習において、利用者に対して単独で実施できる	実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる	実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる	実習および学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している	実習および学内演習での実施が困難であり、知識としても理解していない
I 介護過程の展開					
1)根拠に基づいた介護を提供するための情報を収集できる					
2)情報を整理し、分析・解釈、統合し、課題を抽出できる					
3)利用者・家族・チームメンバー(介護職員・他職種)と連携し、実施可能な介護計画を立案できる					
4)利用者の力を活用した介護計画を立案できる					
5)立案した介護計画を具体的に(何を目標に・いつ・だれが・どこで・何を)説明できる					
6)計画した介護を利用者の反応を捉えながら実施できる					
7)介護技術を利用者の状況に応じて適切に実施できる					
8)介護技術を提供する際、利用者の思い、考え、感情等の心理的側面に配慮できる					
9)利用者のいつもと違う状況変化について指導者・現場職員に報告し、対応できる					
10)計画に沿って実施できたか評価できる					
11)計画した目標が適切であったか評価できる					
12)計画した介護内容が適切であったか評価できる					
13)利用者の状況に応じて計画を修正できる					
14)実施した介護の意図・内容と利用者の反応を記録できる					
15)介護福祉士の役割と機能を理解し、他職種にわかるように説明できる					
16)実施する介護の根拠、目的、方法、評価について他職種にわかるように説明できる					
17)介護を計画的に実践する上で、適切な人に助言を求めることができる					
18)利用者を取りまくチームメンバー間で報告・連絡・相談等を行える					
II 人間関係形成能力					
19)言語コミュニケーションが可能な利用者との援助的なコミュニケーションを展開できる					
20)言語コミュニケーションが乏しい利用者との援助的なコミュニケーションを展開できる					
21)家族との援助的なコミュニケーションを展開できる					
22)介護職員間で協働的な関係を築くことができる					
23)他職種と協働的な関係を築くことができる					

NO, 2

実習において、利用者に対して単独で実施できる

実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる

実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる

実習および学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している

実習および学内演習での実施が困難であり、知識としても理解していない

Ⅲ 生活支援における基本

24)利用者とのかかわりから体調を観察できる					
25)基本的なバイタルサインの測定ができる					
26)基本的な清潔手順に従って手洗いができる					
27)基本的な清潔手順に従って汚物処理ができる					
28)自立に向けた生活支援のための介護技術を利用者に指導できる					
29)自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる					
30)自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる					

Ⅳ 自立に向けた環境整備

31)基本的なベッドメイキングができる					
32)基本的なリネン交換ができる					
33)障害に応じた居住環境の工夫をすることができる					

Ⅴ 自立に向けた身支度の介護

34)身支度に関連した利用者のアセスメントができる					
利用者の潜在能力を活用して、洗面ができる	35) 見守りや声がけのできる				
	36) 身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、整髪ができる	37)見守りや声がけのできる				
	38)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、ひげの手入れができる	39) 見守りや声がけのできる				
	40)身体に触れてできる				
41)病的な爪を判断し、医療職と連携して爪の手入れができる					
利用者の潜在能力を活用して、口腔の清潔が保持できる	42)見守りや声がけのできる				
	43)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、身だしなみを整えられる	44)見守りや声がけのできる				
	45)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、かぶりの衣服着脱の介助ができる	46)見守りや声がけのできる				
	47)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、前開きの衣服着脱の介助ができる	48)見守りや声がけのできる				
	49)身体に触れてできる				
50)身じたくに関連した福祉用具を活用できる					

Ⅵ 自立に向けた移動・移乗の介護

51)移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる					
利用者の潜在能力を活用して、杖歩行の介助ができる	52)見守りや声がけのできる				
	53)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、車いすの移動介助ができる	54)守りや声がけのできる				
	55)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、体位変換ができる	56)見守りや声がけのできる				
	57)身体に触れてできる				
58)ストレッチャーによる移動介助ができる					
利用者の潜在能力を活用して、車両への乗り降りの介助ができる	59)見守りや声がけのできる				
	60)身体に触れてできる				

NO, 3

実習において、利用者に対して単独で実施できる
 実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる
 実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる
 実習および学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している
 実習および学内演習での実施が困難であり、知識としても理解していない

61)安楽な体位を整えることができる					
トランスボードを使用した移乗介助ができる	62)見守りや声がけでできる				
	63)身体に触れてできる				
リフトを使用した移乗介助ができる	64)見守りや声がけでできる				
	65)身体に触れてできる				
その他、利用者の潜在能力を活用した、移動・移乗に関連した福祉用具を使った介助ができる	66)見守りや声がけでできる				
	67)身体に触れてできる				

Ⅵ 自立に向けた食事の介護

68)食事に関連した利用者のアセスメントができる					
69)利用者の食生活習慣に考慮した食事介助ができる					
利用者の潜在能力を活用して、安全・安楽に配慮した姿勢の保持ができる	70)見守りや声がけでできる				
	71)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、心身状況に合わせた食事の介助ができる	72)見守りや声がけでできる				
	73)身体に触れてできる				
必要な水分摂取量を計算し、利用者の潜在能力を活用して、水分補給ができる	74)見守りや声がけでできる				
	75)身体に触れてできる				
76)食事に関連した福祉用具を活用できる					

Ⅶ 自立に向けた入浴・清潔保持の介護

77)入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる					
78)利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる					
利用者の潜在能力を活用して、一般浴の介助ができる	79)見守りや声がけでできる				
	80)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、機械浴の介助ができる	81)見守りや声がけでできる				
	82)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、シャワー浴の介助ができる	83)見守りや声がけでできる				
	84)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、全身清拭の介助ができる	85)見守りや声がけでできる				
	86)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、陰部洗浄の介助ができる	87)見守りや声がけでできる				
	88)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、足浴の介助ができる	89)見守りや声がけでできる				
	90)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、手浴の介助ができる	91)見守りや声がけでできる				
	92)身体に触れてできる				
利用者の潜在能力を活用して、洗髪の介助ができる	93)見守りや声がけでできる				
	94)身体に触れてできる				
95)入浴・清潔保持のための福祉用具を活用することができる					

Ⅷ 自立に向けた排泄の介護

96)排泄に関連した利用者のアセスメントができる					
97)自然排便を促すための介助ができる					
98)自然排尿を促すための介助ができる					
99)利用者の自尊心・プライバシーに配慮した介助ができる					

NO, 4

		実習において、利用者に対して単独で実施できる	実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる	実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる	実習および学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している	実習および学内演習での実施が困難であり、知識としても理解していない
利用者の潜在能力を活用して、トイレへの誘導ができる	100)見守りや声がけのできる					
	101)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、トイレでの介助ができる	102)見守りや声がけのできる					
	103)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、ポータブルトイレでの介助ができる	104)見守りや声がけのできる					
	105)身体に触れてできる					
利用者に合わせた便器・尿器を選択し、利用者の潜在能力を活用して、便器・尿器を使用した介助ができる	106)見守りや声がけのできる					
	107)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、おむつ交換ができる	108)見守りや声がけのできる					
	109)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、失禁している利用者への介助ができる	110)見守りや声がけのできる					
	111)身体に触れてできる					
112)自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持の介助ができる						
利用者の潜在能力を活用して、ストマ用具のパウチにたまった排泄物の除去ができる	113)見守りや声がけのできる					
	114)身体に触れてできる					
115)市販のディスポーザブルグリセリン洗腸器(挿入部5~6cm以内、濃度50%、成人用で40g以下等)を用いて洗腸できる						
116)排泄に関連した福祉用具を活用できる						
X 自立に向けた家事の介護						
117)家事に関連した利用者のアセスメントができる						
118)利用者の生活習慣に配慮した介助ができる						
119)家事参加を支える介助ができる						
利用者の潜在能力を活用して、調理の介助ができる	120)見守りや声がけのできる					
	121)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、洗濯の介助ができる	122)見守りや声がけのできる					
	123)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、掃除・ゴミ捨ての介助ができる	124)見守りや声がけのできる					
	125)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、衣類管理の介助ができる	126)見守りや声がけのできる					
	127)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、買い物・金銭管理の介助ができる	128)見守りや声がけのできる					
	129)身体に触れてできる					
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護						
130)休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる						
131)入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる						
利用者の潜在能力を活用して、居室の環境整備ができる	132)見守りや声がけのできる					
	133)身体に触れてできる					
利用者の潜在能力を活用して、寝具の選択の介助ができる	134)見守りや声がけのできる					
	135)身体に触れてできる					

NO, 5

実習において、利用者に対して単独で実施できる	実習において、利用者に対して指導者の立ち会いの下で実施できる	実習での実施は困難であるが、学内演習で実施できる	実習および学内演習での実施は困難であるが、知識として理解している	実習および学内演習での実施が困難であり、知識としても理解していない
------------------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

XII 終末期の介護

136)終末期に関連した利用者のアセスメントができる					
137)終末期における基本的な介助ができる					
138)臨終時の基本的な介助ができる					
139)残された家族・介護職員・チームメンバーへグリーフケアができる					

XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)

140)医療的ケアを受けている人の日常生活の変化に気づくことができる					
141)医療的ケアを受けている人の日常生活の変化について医療職に報告することができる					
142)医療的ケアを安全・適切に実施できる					

XIV 緊急・介護事故の対応能力

143)インシデント・アクシデントが発生した場合は速やかに報告・記録できる					
144)基本的な救命救急ができる					
145)介護事故発生時に対象者の安全を確保できる					
146)防災・防火対策を説明できる					
147)災害が発生した時の介護福祉士の役割を説明できる					
148)介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる					

XV 倫理的観点

149)利用者のプライバシーや個人情報を保護する行動をとることができる					
150)利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる					
151)利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる					
152)専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる					

あなたご自身についてお尋ねします。あてはまる項目に○、もしくは、数値を記入してください。

- 1) 性別：①女性 ②男性 2) 年齢：_____ 歳
 3) 社会経験：①あり ②なし 4) 仕事として、もしくは家族としての介護経験：①あり ②なし

記入していただいた介護技術修得度の評価票についてのご意見等をお書きください。

介護技術教育（学内演習や介護実習）についてのご意見等を書きください。

改訂版介護技術自己評価票 <研究9>

この調査は、最終実習を終えた皆さんが卒業を迎えるにあたって、介護福祉士養成課程に示されている「卒業時到達目標」へのあなたの到達度(介護技術の修得度)を自己評価していただくものです。
 この調査は教育・研究に役立つものであり、回答内容が皆さんの成績に影響することはありませんので、あなた自身の介護技術の修得状況について最もあてはまる項目欄に○をつけてください。
 皆さんのプライバシーの保持には十分配慮いたしますので、ご協力ください。

学籍番号： 氏名：

NO, 1	実習において、単独で実施できる		実習において、指導者の立ち会いの下で実施できる		実習での実施は困難であるが学内演習で実施できる	実習および学内演習での実施が困難	
	る者不に特定の実施で利用できる	に特定の利用可能な利用者	る者不に特定の実施で利用できる	に特定の利用可能な利用者		理解としてしている	理解としていない

I 介護過程の展開

1)根拠に基づいた介護を提供するための情報を収集できる							
2)情報を整理し、分析・解釈、統合し、課題を抽出できる							
3)利用者・家族・チームメンバー(介護職員・他職種)と連携し、実施可能な介護計画を立案できる							
4)利用者の力を活用した介護計画を立案できる							
5)立案した介護計画を具体的に(何を目標に・いつ・だれが・どこで・何を)説明できる							
6)計画した介護を利用者の反応を捉えながら実施できる							
7)介護技術を利用者の状況に応じて適切に実施できる							
8)介護技術を提供する際、利用者の思い、考え、感情等の心理的側面に配慮できる							
9)利用者のいつもと違う状況変化について指導者・現場職員に報告し、対応できる							
10)計画に沿って実施できたか評価できる							
11)計画した目標が適切であったか評価できる							
12)計画した介護内容が適切であったか評価できる							
13)利用者の状況に応じて計画を修正できる							
14)実施した介護の意図・内容と利用者の反応を記録できる							
15)介護福祉士の役割と機能を理解し、他職種にわかるように説明できる							
16)実施する介護の根拠、目的、方法、評価について他職種にわかるように説明できる							
17)介護を計画的に実践する上で、適切な人に助言を求めることができる							
18)利用者をつとめ多くチームメンバー間で報告・連絡・相談等を行える							

II 人間関係形成能力

19)言語コミュニケーションが可能な利用者との援助的なコミュニケーションを展開できる							
20)言語コミュニケーションが乏しい利用者との援助的なコミュニケーションを展開できる							
21)家族と援助的なコミュニケーションを展開できる							
22)介護職員間で協働的な関係を築くことができる							
23)他職種と協働的な関係を築くことができる							

NO, 2

	実習において、 単独で実施できる		実習において、 指導者の立ち会いの下で実施できる		実習 できる である が学 内実 演習 は困 難で 実施 でき る	実習および学内 演習での実施が 困難	
	る 者 不 に 特 定 の 実 施 で き る	に 特 定 の 実 施 で き る 者	る 者 不 に 特 定 の 実 施 で き る	に 特 定 の 実 施 で き る 者		理 知 識 と し て い て は	い 理 知 識 と し て い て な も
Ⅲ 生活支援における基本							
24)利用者とのかかわりから体調を観察できる							
25)基本的なバイタルサインの測定ができる							
26)基本的な清潔手順に従って手洗いができる							
27)基本的な清潔手順に従って汚物処理ができる							
28)自立に向けた生活支援のための介護技術を利用者に指導できる							
29)自立に向けた生活支援のための介護技術を家族に指導できる							
30)自立に向けた生活支援のための介護技術を他職種に指導できる							
Ⅳ 自立に向けた環境整備							
31)基本的なベッドメイキングができる							
32)基本的なりネン交換ができる							
33)障害に応じた居住環境の工夫をすることができる							
Ⅴ 自立に向けた身支度の介護							
34)身支度に関連した利用者のアセスメントができる							
35)利用者の潜在能力を活用して、洗面ができる							
36)利用者の潜在能力を活用して、整髪ができる							
37)利用者の潜在能力を活用して、ひげの手入れができる							
38)病的な爪を判断し、医療職と連携して爪の手入れができる							
39)利用者の潜在能力を活用して、口腔の清潔が保持できる							
40)利用者の潜在能力を活用して、身だしなみを整えられる							
41)利用者の潜在能力を活用して、かぶりの衣服着脱の介助ができる							
42)利用者の潜在能力を活用して、前開きの衣服着脱の介助ができる							
43)身じたくに関連した福祉用具を活用できる							
Ⅵ 自立に向けた移動・移乗の介護							
44)移乗・移動に関連した利用者のアセスメントができる							
45)利用者の潜在能力を活用して、杖歩行の介助ができる							
46)利用者の潜在能力を活用して、車いすの移動介助ができる							
47)利用者の潜在能力を活用して、体位変換ができる							
48)ストレッチャーによる移動介助ができる							
49)利用者の潜在能力を活用して、車両への乗り降りの介助ができる							
50)安楽な体位を整えることができる							
51)トランスボードを使用した移乗介助ができる							
52)リフトを使用した移乗介助ができる							
53)その他、利用者の潜在能力を活用した、移動・移乗に関連した福祉用具を使った介助ができる							

NO, 3

	実習において、 単独で実施できる		実習において、 指導者の立ち会いの下で実施できる		であるが 学内 演習で 実施で 困難	実習および学内 演習での実施が 困難	
	る者 に特 定 実 施 の 利 用 者	に特 定 実 施 の 利 用 者	る者 に特 定 実 施 の 利 用 者	に特 定 実 施 の 利 用 者		理 知 識 し と し て い て は	理 知 識 し と し て い て な も
Ⅶ 自立に向けた食事の介護							
54)食事に関連した利用者のアセスメントができる							
55)利用者の食生活習慣に考慮した食事介助ができる							
56)利用者の潜在能力を活用して、安全・安楽に配慮した姿勢の保持ができる							
57)利用者の潜在能力を活用して、心身状況に合わせた食事の介助ができる							
58)必要な水分摂取量を計算し、利用者の潜在能力を活用して、水分補給ができる							
59)食事に関連した福祉用具を活用できる							
Ⅷ 自立に向けた入浴・清潔保持の介護							
60)入浴・清潔保持に関連した利用者のアセスメントができる							
61)利用者の入浴・清潔保持の生活習慣に考慮した介助ができる							
62)利用者の潜在能力を活用して、一般浴の介助ができる							
63)利用者の潜在能力を活用して、機械浴の介助ができる							
64)利用者の潜在能力を活用して、シャワー浴の介助ができる							
65)利用者の潜在能力を活用して、全身清拭の介助ができる							
66)利用者の潜在能力を活用して、陰部洗浄の介助ができる							
67)利用者の潜在能力を活用して、足浴の介助ができる							
68)利用者の潜在能力を活用して、手浴の介助ができる							
69)利用者の潜在能力を活用して、洗髪の介助ができる							
70)入浴・清潔保持のための福祉用具を活用することができる							
Ⅸ 自立に向けた排泄の介護							
71)排泄に関連した利用者のアセスメントができる							
72)自然排便を促すための介助ができる							
73)自然排尿を促すための介助ができる							
74)利用者の自尊心・プライバシーに配慮した介助ができる							
75)利用者の潜在能力を活用して、トイレへの誘導ができる							
76)利用者の潜在能力を活用して、トイレでの介助ができる							
77)利用者の潜在能力を活用して、ポータブルトイレでの介助ができる							
78)利用者に合わせた便器・尿器を選択し、利用者の潜在能力を活用して、便器・尿器を使用した介助ができる							
79)利用者の潜在能力を活用して、おむつ交換ができる							
80)利用者の潜在能力を活用して、失禁している利用者への介助ができる							
81)自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持の介助ができる							
82)利用者の潜在能力を活用して、ストマ用具のパウチにたまった排泄物の除去ができる							
83)市販のディスポーザブルグリセリン洗腸器(挿入部5~6cm以内、濃度50%、成人用で40g以下等)を用いて洗腸できる							
84)排泄に関連した福祉用具を活用できる							

NO, 4

	実習において、 単独で実施できる		実習において、 指導者の立ち会いの下で実施できる		であるが 学内の 実演は 実習で 実施が 困難で	実習および学内 実演での実施が 困難	
	る者 に不 特定 実施 の利 用 可 能	に特 定 実 施 の 利 用 者	る者 に不 特定 実施 の利 用 可 能	に特 定 実 施 の 利 用 者		理知 識し とし ては	い理 知 識し とし てな も
X 自立に向けた家事の介護							
85)家事に関連した利用者のアセスメントができる							
86)利用者の生活習慣に配慮した介助ができる							
87)家事参加を支える介助ができる							
88)利用者の潜在能力を活用して、調理の介助ができる							
89)利用者の潜在能力を活用して、洗濯の介助ができる							
90)利用者の潜在能力を活用して、掃除・ゴミ捨ての介助ができる							
91)利用者の潜在能力を活用して、衣類管理の介助ができる							
92)利用者の潜在能力を活用して、買い物・金銭管理の介助ができる							
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護							
93)休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる							
94)入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる							
95)利用者の潜在能力を活用して、居室の環境整備ができる							
96)利用者の潜在能力を活用して、寝具の選択の介助ができる							
XII 終末期の介護							
97)終末期に関連した利用者のアセスメントができる							
98)終末期における基本的な介助ができる							
99)臨終時の基本的な介助ができる							
100)残された家族・介護職員・チームメンバーへグリーフケアができる							
XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)							
101)医療的ケアを受けている人の日常生活の変化に気づくことができる							
102)医療的ケアを受けている人の日常生活の変化について医療職に報告することができる							
103)介護職の実施が認められた医療的ケアを安全・適切に実施できる							
XIV 緊急・介護事故の対応能力							
104)インシデント・アクシデントが発生した場合は速やかに報告・記録できる							
105)基本的な救命救急ができる							
106)介護事故発生時に対象者の安全を確保できる							
107)防災・防火対策を説明できる							
108)災害が発生した時の介護福祉士の役割を説明できる							
109)介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる							
XV 倫理的観点							
110)利用者のプライバシーや個人情報を保護する行動をとることができる							
111)利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる							
112)利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる							
113)専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる							

NO, 4

	4. 実習において、単独で実施できる		3. 実習において、指導者の立ち会いの下で実施できる		2. 実習での実施は困難である		1. 分からない		卒業時期到達目標	修得時期のめやす
	者に特定の利用	者に特定の利用	者に特定の利用	者に特定の利用	理解として	理解として	評価が困難	評価が困難		
XI 自立に向けた休息・睡眠の介護										
93)休息・睡眠に関連した利用者のアセスメントができる										4 ②
94)入眠・睡眠を意識した日中活動の介助ができる										4 ②
95)利用者の潜在能力を活用して、居室の環境整備ができる										4 ②
96)利用者の潜在能力を活用して、寝具の選択の介助ができる										4 ②
XII 終末期の介護										
97)終末期に関連した利用者のアセスメントができる										2 ③
98)終末期における基本的な介助ができる										2 ③
99)臨終時の基本的な介助ができる										2 ③
100)残された家族・介護職員・チームメンバーへグリーフケアができる										2 ③
XIII 医療的ケア(喀痰吸引・経管栄養)										
101)医療的ケアを受けている人の日常生活の変化に気づくことができる										2 ③
102)医療的ケアを受けている人の日常生活の変化について医療職に報告することができる										2 ③
103)介護職の実施が認められた医療的ケアを安全・適切に実施できる										2 ③
XIV 緊急・介護事故の対応能力										
104)インシデント・アクシデントが発生した場合は速やかに報告・記録できる										2 ②
105)基本的な救命救急ができる										2 ②
106)介護事故発生時に対象者の安全を確保できる										2 ②
107)防災・防火対策を説明できる										2 ②
108)災害が発生した時の介護福祉士の役割を説明できる										2 ②
109)介護従事者自身のために頸腕痛・腰痛予防体操ができる										4 ②
XV 倫理的観点										
110)利用者のプライバシーや個人情報保護する行動をとることができる										4 ①
111)利用者の尊厳や人権を擁護する行動をとることができる										4 ①
112)利用者の選択権や自己決定を尊重する行動をとることができる										4 ①
113)専門職としての倫理規定や行動規範に従って行動できる										4 ①

あなたご自身についてお尋ねします。以下についてあてはまる項目に○、もしくは、数値を記入してください。

1) 性別：①女性 ②男性

2) 年齢： 歳

3) 介護職歴： 年

4) 所属施設名：

← 結果の分析上必要ですので必ず記入してください
(個人を特定するためではありませんのでご安心ください)

5) お名前：

評価対象学生の氏名：

ありがとうございました

介護技術教育に対する問題点や改善策等に関する半構化インタビューガイド<研究9>

対象者:介護技術修得度評価票を使つての評価を行った介護実習指導者、または、それに准ずる職員

施設名:	性別: 女性 ・ 男性	年齢: 歳
役職:	氏名:	介護職歴: 年

1. 介護技術修得度評価票を使つての評価はいかがでしたか?

(1)適切な評価はできましたか?

(2)改善点はありませんか?

2. 介護技術(介護過程の展開を含む)の修得に向けて介護学生を指導する上で思うところを自由にお話してください。

(1)貴施設での介護実習における介護技術教育(介護過程の展開を含む)の課題についてご意見をお聞かせください。

(2)貴施設での介護実習における介護技術教育(介護過程の展開を含む)の質の向上に向けての改善策についてのお考えをお聞かせください。

3. その他、介護福祉士の養成教育全体についての意見や、本学科への要望等があればお聞かせください。

調査日:

調査者氏名:

介護学生のストレスマネジメント教育に関する質問紙調査票<研究10>

第 回調査

標本ナンバー：

1. 次のようなことができると思う程度を 100 点満点 で表してください。 <u>全くできそうにないと思えば 0 点、完璧にできそうだ と思えば 100 点、その中間が 50 点、合格点を 60 点と して 0~100 のどれかに○をつけてください</u>		0	10	20	30	40	50	60	70	80	80	100
1	どんなつらいことが発生するか予測できる											
2	イライラしそうな時でもリラックスすることができる											
3	映画や演劇を観て心から笑ったり泣いたりできる											
4	どんな時でも冷静に判断することができる											
5	つらいことでも我慢できる											
6	物事の悪い面だけでなくよい面に気づくことができる											
7	困ったことがあったら相談できる人がいる											
8	困難に出会っても常に積極的にチャレンジできる											
9	どんな時もユーモアを忘れないでいられる											
10	怒りで爆発しそうになっても抑えることができる											
11	お茶やコーヒーなどでくつろぐことができる											
12	イライラした時からだを動かして発散できる											
13	むかついてキレそうになっても我慢できる											
14	自分をそれなりに評価できる											
15	イヤなことはイヤとはっきり正しく主張することができる											
16	時間を忘れるほど没頭できることがある											
17	自分の思い通りになることがある											
18	時には人の気持ちをわかってあげることができる											
19	人をひっぱっていける得意なことを持っている											
20	世間の役に立っていると思うことができる											
2. 次のようなことができていると思う程度をおた ずねします <u>最もあてはまる欄に○をつけてください</u>	いつもで きている	まあできて いる	どちらでも ない	あまりでき ていない	全くできていない							
1	新しいことに挑戦するようにしている											
2	現状に安定するのではなく目標を持つようにしている											
3	目標が実現するように行動している											
4	いろいろなことに好奇心を持つようにしている											
5	過去にとらわれなくて「自分はまだ足りない」と自覚し常に学び改善する気持ちを持っている											
6	相手の立場に立って物事を見たり考えたりして人と付き合うようにしている											

<続きです・・・>		いつもできている	まあできている	どちらでもない	あまりできていない	全くできていない
7	しゃべり過ぎず相手の思いを熱心に聞くようにしている					
8	できるだけ周囲の人への手助けをするように心がけている					
9	「ありがとう」「ご苦労さま」「あなたがいて助かった」など相手が聞いて気持ちよくなる言葉を進んで使っている					
10	自分の利より相手の利を考え行動するように心がけている					
11	周囲の人や自然の恵みを受けて生活していることに感謝している					
12	「ありがとう」という言葉をよく使って生活している					
13	自分が今ここに存在していることに感謝することができる					
14	自分が在学先の学生であることに感謝することができる					
15	自分の家族や友人に感謝することができる					
16	困難なことが起こっても気落ちすることなくひとつの試練と考え問題の解決に取り組むようにしている					
17	コップに入っている水を飲み半分残っている状態を見て「まだ半分残っている」と思える					
18	プラス言葉「できる」「大丈夫」「うまくいく」「楽しかった」「励まし」「おめでとう」「よかった」などをよく使っている					
19	笑顔を大切に人に接している					
20	人の成功を妬んだり(ねたんだり)羨む(うらやむ)ことなく祝福することができる					
21	人の話を聞くときは相手の年齢や肩書きにこだわらず素直に耳を傾けている					
22	親・上司・友人から忠告を受けた時でもカーッとすることなく素直に耳を傾けている					
23	自分の状況や考え方を素直に人に話す					
24	「ハイ」という返事を素直にしている					
25	素直に自分を表してあいさつをしている					
26	マンネリ化を避け変化のある生活を心がけている					
27	同じところばかりに行くことを避けたり旅行をしたりして違う環境に身を置くように心がけている					
28	人と会うのをおっくうがらず異分野の人と出会い刺激を受けるように心がけている					
29	散歩をして星・花・鳥・太陽・樹・空気に触れ五感を刺激するように心がけている					
30	感性を磨くために心がときめく感動体験を豊富にすることを心がけている					

3. たった今あなたがどう感じているか、最もあてはまる欄に○をつけてください		非常によくあてはまる	かなりよくあてはまる	いく分あてはまる	まったくあてはまらない
1	おだやかな気持ちだ				
2	安心している				
3	緊張している				
4	ストレスを感じている				
5	気楽である				
6	気が動転している				
7	何かよくないことが起こるのではないかと心配している				
8	満足している				
9	おびえている				
10	快適である				
11	自信がある				
12	神経過敏になっている				
13	イライラしている				
14	ためらっている				
15	くつろいでいる				
16	満ち足りた気分だ				
17	悩みがある				
18	まごついている				
19	安定した気分だ				
20	楽しい気分だ				
4. ふだんあなたがどう感じているか、最もあてはまる欄に○をつけてください		ほとんどいつも	たびたびある	ときどきある	ほとんどない
1	楽しい気分になる				
2	神経質で落ち着かない				
3	自分に満足している				
4	取り残されたように感じる				
5	気が休まっている				
6	冷静で落ち着いている				
7	困ったことが次々に起こり克服(にくふく)できないと感じる				
8	本当はそう大した(たいした)ことでもないのに心配しすぎる				
9	しあわせだと感じる				
10	いろいろ頭に浮かんできて勉強などが手につかない				
11	自信がない				
12	安心感がある				
13	すぐにものごとを決めることができる				
14	力不足を感じる				
15	心が満ち足りている				
16	つまらないことが頭に浮かび悩まされる				
17	ひどく失望するとそれが頭から離れない				
18	落ち着いた人間だ				
19	気になることを考え出すと緊張したり混乱したりする				
20	うれしい気分になる				

5. あなたご自身についておたずねします

- 1) 年齢 _____ 歳 (数字を入力) 2) 性別 女性 ・ 男性 (どちらかに○をつける)
 3) 正職員としての就業経験 あり ・ なし (どちらかに○をつける)

授業評価シート<研究10>

第 回授業 年 月 日

標本ナンバー

I 本日の講義について、当てはまる数字に○をつけてください。

1. 興味を...

とてももてた

まったくもてなかった

1———2———3———4———5———6

2. 自分の生活に関係が...

とてもある

まったくない

1———2———3———4———5———6

3. 本日の授業で聞いたことを日常生活で活用できる自信が...

とてもある

まったくない

1———2———3———4———5———6

4. 本日の講義の内容は...

とてもよくわかった

まったくわからなかった

1———2———3———4———5———6

II 本日の講義の「悪かった点」「改善すべき点」をお書きください。

III その他、本日の講義の感想を自由にお書きください。

ありがとうございました