

Title	高齢者介護施設における従業員のバーンアウトに関わる組織システムの調査：総合政策学的視座
Sub Title	
Author	伴, 英美子(Ban, Emiko)
Publisher	慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科
Publication year	2004
Jtitle	総合政策学ワーキングペーパーシリーズ (Policy and governance working paper series). No.46
JaLC DOI	
Abstract	本研究の目的は、高齢者介護施設において、サービスの質を左右する組織システムの運用状況を明らかにすることである。特に、サービスの質に直接影響を与える従業員のバーンアウトの予防・低減に有効な組織システムをとりあげる。本稿の前半部分では、先行研究をレビューし、バーンアウトの予防及び低減に有効な対策を組織システム運用上の留意点として整理し直した。後半部分では、神奈川県下の高齢者介護施設（87施設）への質問紙調査により、高齢者介護施設における組織システム運用状況を調査した。その結果、従業員のメンタルヘルスに対する問題意識の低さ、施策実施率の低さ、痴呆対応型生活介護における組織システムの未整備な状況が明らかになった。
Notes	21世紀COEプログラム「日本・アジアにおける総合政策学先導拠点」
Genre	Technical Report
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=BA76859882-00000046-0001">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=BA76859882-00000046-0001</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

# 高齢者介護施設における 従業員のバーンアウトに関わる組織システムの調査

—総合政策学的視座—

伴 英美子 \*

2004年7月

21世紀COEプログラム  
「日本・アジアにおける総合政策学先導拠点」  
慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科

本稿はCOEプログラムの研究成果の中間報告です。本研究は2003年度森泰吉郎記念研究振興基金を受け実施いたしました。調査にご協力下さいました介護施設の経営者及び人的資源管理担当者の方々に心より感謝いたします。

\* 慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科博士課程 (COE 研究員) (eban@sfc.keio.ac.jp)



高齢者介護施設における従業員のバーンアウトに関わる組織システムの調査  
—総合政策学的視座—

伴 英美子

**【概要】**

本研究の目的は、高齢者介護施設において、サービスの質を左右する組織システムの運用状況を明らかにすることである。特に、サービスの質に直接影響を与える従業員のバーンアウトの予防・低減に有効な組織システムをとりあげる。本稿の前半部分では、先行研究をレビューし、バーンアウトの予防及び低減に有効な対策を組織システム運用上の留意点として整理し直した。後半部分では、神奈川県下の高齢者介護施設（87施設）への質問紙調査により、高齢者介護施設における組織システム運用状況を調査した。その結果、従業員のメンタルヘルスに対する問題意識の低さ、施策実施率の低さ、痴呆対応型生活介護における組織システムの未整備な状況が明らかになった。

キーワード：高齢者介護サービス、組織システム、バーンアウト、組織調査、総合政策学的視座



## 1 はじめに——ヒューマン・セキュリティ研究における位置づけ

現在、日本では高齢化が急速に進展している。65歳以上の高齢者の人口は2002年の2,363万人から2025年には3,473万人(28.7%)へと急増すると予測されており<sup>1)</sup>、介護や支援を必要とする要介護高齢者数も2025年には520万人に達すると予測されている<sup>2)3)</sup>。介護が誰にでも起こりうる身近な問題となった今、地域、家族、そして自分の老後の生活をどう守るか、この問題はかつてないほど大きな不安要因として将来に横たわっている。その背景には、先行きが不透明な年金制度や、「何かあった時」自分や家族のQuality of Lifeを左右する保健・医療・福祉分野のサービスへの懸念など、社会保障制度全般への不信が存在する。「UNDP 人間開発報告 1994」では安全保障の一つとして「健康の安全保障：保健医療サービスの確保」が挙げているが、「認知的・身体的・精神的機能の障害を負っても、安心して老後を過ごす事ができる社会の構築」は、人間として必要最低限の欲求の実現であり、広い意味でのヒューマン・セキュリティの実現であるといえる。

1970年代以降、医療・福祉などの対人援助職が、慢性的な職業ストレスから、情緒的に疲弊し、クライアントをあたかも「モノ」のように扱い、欠勤や離職に至る「バーンアウト」の症状が、サービスの質を脅かす問題として着目され、その後多くの研究がなされてきた。現在、日本の高齢者を対象とした対人援助職の主な担い手は、病院従事者約166万人(医師139,355人、看護婦536,121人、准看護婦220,157人)<sup>4)</sup>、高齢者介護サービス87万人(介護保険施設42万、居宅サービス事業27万人、それ以外の老人福祉施設7万人)であるが<sup>5)</sup>、1994年の調査では(高見沢、宗像、1994)<sup>6)</sup>老人福祉施設で働いている者の約3割が高いバーンアウト状態であったことが報告され、その後の研究でも、同様の高いバーンアウト率が報告されている<sup>7)8)</sup>。バーンアウトは安心して老後を過ごすことの出来る社会基盤を構築する上で、見過ごすことの出来ない問題となっている。

これまで、バーンアウト研究は、主に社会心理学や、看護学、ストレス科学、組織心理学などの分野において進められてきた。これらの研究の多くは、個人を分析対象としており、質問紙調査を元に、組織風土、ストレス要因、ソーシャル・サポート、コーピング、自己効力感、などについて尋ね、バーンアウトとの関連を明らかにするものであった。

その一方で、バーンアウトが組織システムとの関係で検証されることは非常に限られている。バー

1) 厚生労働省国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計 中位推計)」

<http://www.ipss.go.jp/Japanese/newest02/newest02.pdf>

2) 厚生省推計「介護保険の手引き—平成15年版」

3) 要介護(要支援)認定者数は2003年9月末の集計で3,677,983人。独立行政法人福祉医療機構集計

<http://www.wam.go.jp/wamappl/00youkaigo.nsf/aAuthorizedArea?openagent&NM=AllArea&DATE=2003%252F09>

4) 医療施設(動態)調査・病院報告の概況2001年

5) 厚生労働省「平成13年介護サービス施設・事業所調査」

6) 高見沢恵美子・宗像恒次・川野雅資(1994)老人福祉施設の職員の31.8%、病院看護婦の31.7%が高い燃えつき状態であった。

7) 増田真也・外島裕・藤野信行(2003)施設介護職者の29.7%が高い燃えつき状態であった。

8) 増田真也(1995)福祉公社コーディネーターの27.0%が高い燃えつき状態であった。

ンアウト予防の為の組織システムは、個人を対象とした調査結果を元に類推され、記述的断片的に示されるに留まっており、研究成果が十分に現場に活かされていない。

本研究は、研究成果が高齢化社会における社会基盤を整備する上で、具体的な示唆をもたらす事を目指し、フィールドに根ざした総合政策学的なアプローチにより調査を実施した。具体的には、これまで各分野で蓄積されてきたバーンアウト予防に関する知見をまとめ、実際の組織システムの観点からまとめ直した。また実際に、介護サービスを提供している事業者において、その実施状況を調査した。本稿は、その成果の1部分である。

第2章では、バーンアウトの概念を整理する。第3章では、バーンアウト予防、緩衝の観点から有効な組織システムのポイントを整理する。第4章では、介護サービス事業者を対象として実施された調査の概要を紹介し、第5章で現状の組織システムの運用状況を報告する。第6章ではこれらをまとめた提言を行う。

## 2 バーンアウト

バーンアウトという言葉は学術的には1974年、Freudenbergerにより医療従事者の心身の“消耗”を指す言葉として使用されたのが最初とされている。Freudenbergerはバーンアウトを「自分が最善と確信してきた方法で打ち込んできた仕事、生き方、対人関係などが、全くの期待はずれに終わることによりもたらされる疲弊あるいは欲求不満の状態」と定義した。以来、バーンアウトは対人サービス職従事者の職業性ストレス反応として注目を集めることとなり、多くの研究者により研究が為された。

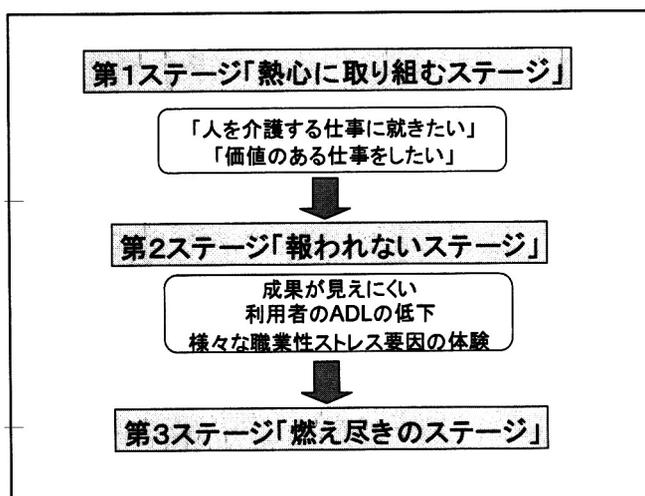
昨今のバーンアウト研究においてはMaslach(1981)の「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、関心や思いやりの喪失などを伴う状態」という定義が、多く引用されている。この定義の特徴の一つは、バーンアウトの生じる場面として「人に援助する過程で」と、限定していることである。しかし、Maslach(1997)本人が、その後の研究で研究範囲を対人援助職以外に広げている事からも明らかなように、バーンアウトは「人に援助する過程」でのみ生じるものではない。

表1 バーンアウトの定義

Freudenberger & Richelson (1974)	「自分が最善と確信してきた方法で打ち込んできた仕事、生き方、対人関係などが、全くの期待はずれに終わることによりもたらされる疲弊あるいは欲求不満の状態」
Pines & Aronson (1977)	「無力感や絶望感、情緒的緊張、否定的自己概念、仕事や人生あるいは周囲の人々に対する否定的態度などにより特徴づけられる身体的疲弊」
Edelwich & Brodsky (1980)	「仕事や職場環境の結果、理想、エネルギー、目的、関心などの進行していく喪失」
Maslach, C (1981)	「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、関心や思いやりの喪失などを伴う状態」 バーンアウトの症状は、「情緒的消耗感」、「脱人格化」、「個人的達成感の減退」の3つの側面で捉える。
Perlman, B. & Hartman, E.A (1982)	「(1)失敗し、消耗し、疲れ果てる (2)創造性の消失 (3)職務へのコミットメントの喪失 (4)患者、共働者、職務、および所属機関からの離反 (5)慢性のストレス反応 (6)患者や自身への不快な身体的および感情の症状と結合した不適当な態度の症候群」
宗像恒次 (1988)	「人に援助する過程で、自らの理想をもって熱心に取り組んだが、自分の努力は報われず、不満足な、充足感のない状態に長期にわたってさらされることで、その結果無力感をもち、自己嫌悪に陥り、最終的には仕事への意欲をすっかり失って、文字通り燃えつきた心身の状態」
Shirom, A. (1989)	「ストレスに対するネガティブな、慢性で進行する感情の反応」

Freudenberger (1974) や宗像 (1988) のバーンアウトの定義に見られるバーンアウトの本質的なポイントは、その主体である個人が、「熱心に取り組むステージ」と、「報われないステージ」「燃えつきるステージ」の3つのステージがある事である<sup>9)</sup>。そもそも熱心であった人が燃えつきてしまう事がバーンアウトの特徴であり、サービスの質に深刻なダメージを与える所以である。バーンアウトの予防を検討する際には、一般的な職業性ストレスへの対処に加え、第1ステージから第2、第3ステージへの移行を防ぐ対応が非常に重要である (図1)。

図1 バーンアウトまでのプロセス



日本の介護職においては、就職動機が「人の介護をする仕事に就きたかったから」「価値のある仕事だと思ったから」の平均値が最も高かったという調査結果 (諸井 1999)<sup>10)</sup> からも分かるように、多くの者が「介護」に対して何らかの理想や思い入れを持って、仕事に就いている事が推測される。

しかし、対人援助において、サービス提供の結果は客観的な「正解」や「成功」「ゴール地点」がない場合が多い。また、高齢者介護施設では利用者が回復して社会復帰することは稀であり、長期的には緩

やかに ADL が低下する。介護職は、達成感を得にくい性質を持ち、常に「報われない」事により「燃えつきる」危険性を秘めているといえる。

このような業務特性があるとはいえ、全ての組織において同様に介護スタッフが燃えつきている訳ではない。この点について、Maslach ら (1997) は「バーンアウトの原因は仕事と個人のズレであり、個人よりも状況的なものである」とし、職場の社会的な背景を検討すべきであることを示している。そこで、本稿では組織システムにより、如何に第2、第3ステージへの移行を防ぐ事ができるか、という事を中心に、介護職におけるバーンアウトへの移行を防ぐ組織システムを検討する<sup>11)</sup>。

9) 稲岡 (1995) 23-26 頁。米国の先行研究をもとに、看護婦の燃えつき現象に至るプロセスを、その症状などから「1. 理想的状態・意欲段階」「2. 停滞段階」「3. 欲求不満段階」「4. 無関心段階」と説明した。しかし組織的介入において、症状における段階別の線引きは容易でない事から簡略なモデルを使用した。

10) 諸井 (1999) 81 頁。就職動機からは「1. 福祉志向性」「2. 職場志向性」「3. 自己成長志向性」「4. 労働志向性」の4因子が抽出された。

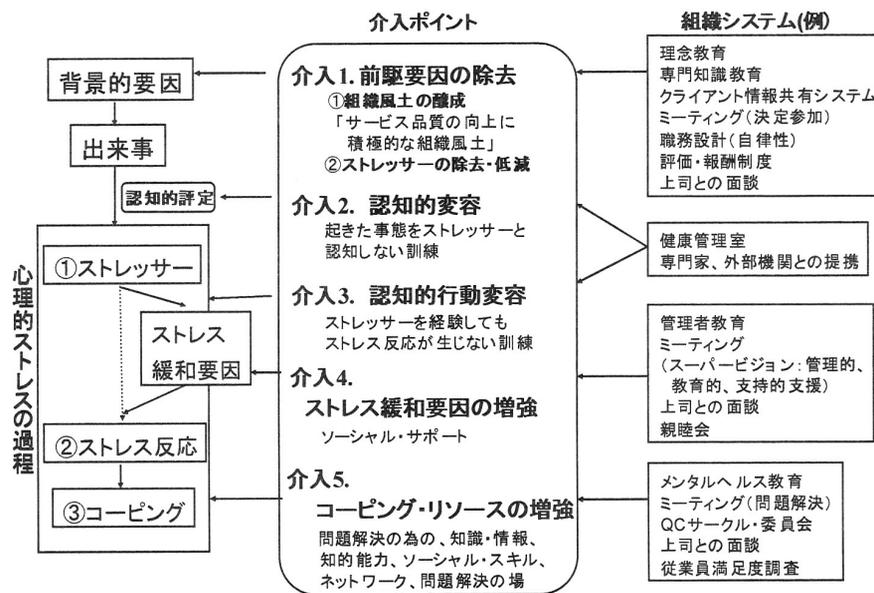
11) Maslach, C., Leiter, M.P., (1997) 燃えつき症候群の原因について「過重労働」「裁量権の欠如」「不十分な報酬」「共同体の崩壊」「公正さの欠如」「価値観の対立」を挙げている。

### 3 バーンアウトと組織システム

#### 3-1 ストレス・モデルと介入のポイント

バーンアウトに対して組織は如何なる予防・低減策を講じるべきか。前述のように、バーンアウトはストレス反応の一つである。バーンアウトへの対応を検討するには、ストレスモデルの中でバーンアウトの症状に至るまでのプロセスを理解する必要がある。

図2 ストレス低減の為の介入のポイント



(出所) 日本労働研究機構「組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発」(2003)P.107、  
図表7「ストレス低減のための介入ポイント」をもとに作成

表2 語句の定義

ストレス	Lazarus & Folkman, 1984	ある個人の資源に重荷を負わせる、ないし資源を超えると評定された要求
ストレス要因 (ストレスラー)	新名ら,1990	個人が経験している刺激で、その個人がネガティブであると評価したもの
ストレス反応 (ストレイン)	新名ら,1990	ストレスラーによって個人に生じた心身のネガティブな反応
ストレス対処 (コーピング)	Lazarus & Folkman, 1984	個人の資源に負荷を与えたり、その資源を超えると評定された外的ないし内的要請を処理するために行う認知的行動的努力であり、その努力は常に変化するもの
	新名ら,1990	心理的ストレス反応を低減することを目的とした行動

図2は、新名(1995)をもとに日本労働研究機構(2003)が作成した「ストレス低減の為の介入ポイント」を筆者が加筆修正し、作成したもので、対応する組織システムを右側に加筆した。

一番左側が、心理的ストレスの過程である。これによると、ストレスは複合的な概念であり①ストレス要因（ストレッサー）②ストレス反応（ストレイン）③ストレス対処（コーピング）の3側面から構成されている（表2、図2参照）。Lazarusの心理学的ストレス・モデル（Lazarus & Folkman 1984）、新名の「心理的ストレス・プロセス」に沿って説明を加えると、まず、組織特性や仕事特性などの「背景的な要因」によって、外界からの刺激（「出来事」）が生じる。すると、その出来事について認知的評価が行われる。ネガティブな出来事（①「ストレッサー」）であると評価されると、心身のネガティブな反応（②「ストレス反応」）が生じる。するとストレッサーに対する対処方法が検討され、③「コーピング」が行われる。コーピングが成功すれば健康上の問題は最小限に抑えられるが、失敗すると深刻な影響がでる。

図の中央は介入のポイントである。このモデルによると、心理的ストレス・プロセスには5つの介入ポイントがある。

介入1は前駆要因（刺激事態を起しやすくなる要因）の除去である。これには①組織風土を醸成することを通してストレッサーになりうる出来事が起こりにくくする方法②具体的なストレッサーに対してその要因を除去する方法の二通りがあげられる。介入2は認知療法などの方法で、起きた刺激事態をストレッサーと認知しないように訓練する介入、介入3は認知—行動療法などの方法で、ストレッサーを経験しても心理的ストレス反応が生じないように訓練するという介入である。介入2、3は精神科や心療内科などの専門家の助けを必要とする方法である。介入4は上司や同僚のサポートなど、ストレスの緩和要因の増強である。そして、介入5はストレスに対してコーピング（対処行動）を取れるよう、コーピング・リソースを増強する介入である。

最後に図の右側は、介護事業者において、如何なる組織システムによって、心理的ストレスの過程への介入が可能であるかを示したものである。複数の介入ポイントにおいて効果のあるシステムについては、主要な効果に沿って分類した。

ここで、これらの介入策のポイントと組織システムについて説明を加えたい。

### 3-2 介入1「背景的要因——①ストレスを軽減させる組織風土の醸成」

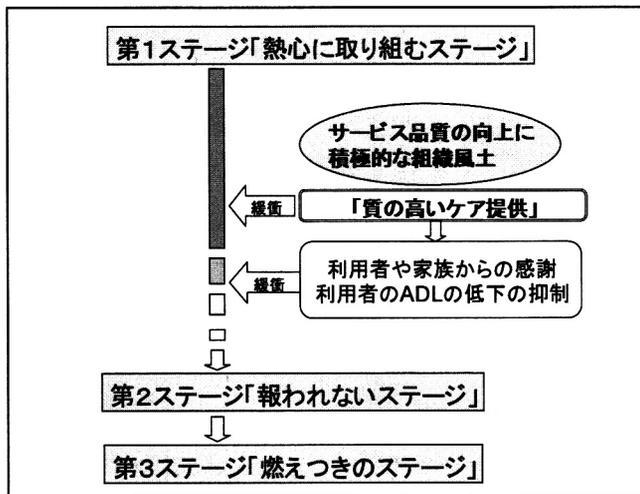
介入1の一つ目の対策は、ストレスを軽減させる組織風土の醸成である。

看護婦を対象とした組織風土とバーンアウトの関係に関する研究では組織に「問題解決に向けての積極的姿勢」「看護婦スタッフの高いモラル」「研究的雰囲気」「適切な卒後教育（長期的視点と一貫した哲学のもと教育されているという実感）」「婦長の看護スタッフを育てる積極姿勢」「婦長のスタッフ看護婦への暖かい配慮」「看護スタッフ同士の親密感」があることが、バーンアウトの緩衝要因として働くことが指摘された（稲岡 1995）。

又、介護施設においては、「利用者本位の処遇」「相談や指導の体制」「教育や訓練の機会」「意見を言える機会」（矢富ら 1995）、などの組織特性がストレス症状の緩衝に有効であることが指摘されている。

これらを概観してみると、ストレスを軽減させる組織風土は、「サービス品質の向上に積極的な組織風土」である、事がわかる。

図3 組織風土の醸成による燃え尽きの緩衝



「サービス品質の向上に積極的な組織風土」の下では、スタッフが最善のケアを提供する事が可能となる。

介護に思い入れを持つ介護職にとっては、質の高いケアを提供できること自体が仕事満足を深め、ストレスを緩衝すると考えられる。また、最善のケアにより利用者や家族に喜ばれたり、ADLの低下を抑制する事ができ、「報われない」経験をする事が減少する事が推測される。これは、ナーシングホームのスタッフが、一日の中で一番良かった出来事として「顧客との人

間関係」や「役割の遂行能力と仕事の質」に関連する事項を最も多くあげていた（Cohen-Mansfield 1989）、という調査結果とも整合性がある。

「サービス品質の向上に積極的な組織風土」の醸成には、理念の共有、教育研修、ミーティング、その他の品質向上施策を、「サービス品質の向上を目指す」という一貫した指針のもと、実施していく事が重要である。

### 3-3 介入1「背景的要因」－②ストレス要因の除去

介入1の背景的要因に対する対策の2つ目は、ストレス自体が起こらないようにする事である。ここでは、先ず「個人-組織適合理論」「要求-コントロール理論」「努力-報酬不均衡理論」の3つの重要なストレス理論におけるストレス、次に「介護職に特徴的なストレス」、の順にストレスとその除去・低減について検討する。

その他に、「職場独自のストレスの除去」があるが、これは、ストレスの把握、問題解決というプロセスを経て解決するものであり、後述のコピング・リソースの増強との関連が深いので、その中で説明を加える。

#### <個人-組織適合理論>

個人-組織適合理論（Vancouver, Milsap, & Peters 1994）では、個人-組織の目的が適合する事がストレインの低さと関係するとされた。

「個人-組織適合理論」からは、個人と組織の適合度を高める対策が求められる。介護職においては、個人と組織の介護理念やケアの方針が適合している事が特に重要であると考えられる。これは、前述のように多くの場合、日本の介護職は「介護」に対して何らかの思い入れや、理想像を持って仕事に就いているからである。組織の対応としては、採用の際に、介護理念やケアプランについて多くの情報提供をしたり、「介護理念」「ケアの方針」への適合を採用基準としたり、試用期間を設ける等の工夫が

必要である。また、採用後は、組織の価値観に共感する機会をより多く提供し、個人の組織適応を促す事が求められる。具体的には教育研修やミーティング、経営者とのコミュニケーション、などの方法が挙げられる。

#### <要求-コントロール理論>

「要求-コントロール理論」(Karasek 1979)では、ストレスは、職務が要求する仕事の特徴(特に仕事の量)と、個人が有する仕事上の裁量の範囲(時間や仕事内容についてのコントロール)の2変量の水準の組み合わせによって決定されるとされている。

「要求-コントロール理論」からは、仕事の内容や時間について裁量を与えられていること、仕事量が過多でないこと、急な残業や休日出勤等が生じない対策の必要性が示唆される。

仕事内容へのコントロールについては、日常的なスタッフミーティングや、ケアカンファレンス、委員会への参加を通して、スタッフがケア方針や運営について決定参加できる機会が確保されている事が重要である。

また時間へのコントロールに関しては、シフト制である事を念頭においた対応が必要である。介護職は入居者の通院や外出、問題行動や急変などへの対応や、他の職員の病欠等の際に残業や休日出勤が生じる。特に病欠の場合は代替のスタッフの労働過多、体調不良を招き、常に時間外労働が発生する悪循環に陥る。組織としては人員に余裕を持たせる事が理想であるが実現可能性は低い。①職務設計の段階で労働時間内に業務が収まるようにする②上司とスタッフとのコミュニケーションの機会を増やし、トラブル対応や業務分担を迅速かつ適切におこなう③残業が慣行として日常化しないよう管理者が絶えず注意する④スタッフの健康管理(うがい、手指の消毒、十分な休息など)を徹底する、などの対応が必要である。

#### <努力-報酬不均衡理論>

「努力-報酬不均衡理論」(Effort - Reward Imbalance Theory) (Siegrist 1998)では勤労者の健康は仕事の遂行のために彼らが行う努力量と、その結果として得られる報酬の水準によって決定され、努力が評価されず相応の水準の報酬に結びつかない場合、情緒的な緊張(怒りや不満)や身体的症状が出現する可能性が高いとされた。

「努力-報酬不均衡理論」からは、業務量と報酬の関係が適切である事が求められる。介護職は、他の業種と比較すると報酬が低く、賞与、手当でも非常に乏しい為、多くの場合は不均衡状態にあるといえる<sup>12)</sup>。更なる報酬の引き下げや業務量の増加は大きなストレスとなる。又、事業所内での報酬に公平性が欠けると深刻なストレス(ストレス要因)となると考える。例えば常勤と非常勤の給与に不当に格差がある場合や、ケア提供以外の委員会活動や書類作成等の業務を報酬制度が反映しな

---

12) 資料:「介護の現実と再構築」(2002) 89頁。「賞与あり」ホームヘルパー 32.2%、ケアワーカー 88.3%、「時間外手当あり」ホームヘルパー 52.4%、ケアワーカー 58.1%、「休日出勤手当あり」ホームヘルパー 42.3%、ケアワーカー 40.1%。

い場合、残業・休日出勤に手当のない場合等、は動機付けの観点からも非常にやる気を失わせるものであり、注意が必要となる。

#### <介護職に特徴的なストレス>

福祉・介護職を対象としたストレス研究では介護職独自のストレスがある事が指摘されている。

老人施設介護者を対象としたストレス尺度開発の調査では、「上司とのコンフリクト」「介護的仕事の負荷」「利用者とのコンフリクト」「事務的仕事の負荷」「同僚とのコンフリクト」等、5つの因子が認められ、「同僚とのコンフリクト」「上司とのコンフリクト」で、情動状態におけるストレス兆候（不安・不機嫌・怒りなど）との間に0.4以上の有意な ( $p < .01$ ) 相関が認められた（矢富ら1991）。また、その後の研究において、特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットの職員はその他のユニットの職員に比べて「介護的仕事の負荷」「利用者とのコンフリクト」「事務的仕事の負荷」を多く体験しているという結果が得られた（矢富ら1994）。

老人保健施設に働く介護職に対する独自のストレス項目による調査では、「介護援助に関して」「職場における職員との関係について」「療養者の生命に関して」「看護判断に関して」「夜勤に関して」が因子として抽出され、項目別では「療養者との生命危機に対する責任について」「判断不足や力量不足について」「夜勤帯の身体的負担について」への不快感が高かった（畠山2002）。

ホームヘルパーでは「業務範囲の逸脱による過労働」「利用者・家族の無理解・問題行動」「上司・コーディネーターの無理解」「役割曖昧性」がストレス因子とされた。項目別では「利用者がヘルパーに対して依存的になる。」「こんな裕福な家がサービスをうけるのはおかしいと思う事がある。」など利用者や家族に関する体験頻度が高く、「利用者の要求とコーディネーター・主任の指示が矛盾する」「利用者や利用者の家族に不満を言われる」でバーンアウトとの相関が高かった（増田1997）。

また、看護婦、ホームヘルパーや理学療法士、作業療法士を対象とした調査では、「対人関係の煩わしさ」「仕事の単純さ」「(役割の)曖昧さ」「休みを自由に裁量できない」「クライアント裁量」の因子が抽出され、「曖昧さ」「対人関係の煩わしさ」「クライアント裁量」がバーンアウトの有意な説明変数であることが報告された（田尾1989）。

福祉職従事者では「利用者家族との関わり」「利用者とのかかわり」「専門職として」「組織のなかで、自分の役割・立場」「同僚との関係」「上司・部下との関係」「他職種・他機関との関係」「制度・法律」「残業や事務作業」「思うようにいかない状況」「やらなければならないことへの対応」の11因子が抽出され、「家族とのかかわり」「組織の中での自分の立場・役割」「他職種・他機関との関係」でMBIによるアウトのバーンアウトの3因子（情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の減退）の全ての有意な説明変数となっていた。また、カテゴリー別では「制度・法律」「業務特性」「利用者・利用者家族」「同僚・上司」「他職種・他機関」の順にストレスの体験頻度が高いとされた（藤野2001）。

又、前述のナースィングホームのスタッフの調査では、一日の中で一番悪かった出来事として、「役割の遂行能力と仕事の質」「職場の人間関係」「患者の障害」を最も多くあげていた（Cohen-Mansfield1989）。

以上から指摘できるのは、同じ介護職といっても、職種によってストレスの内容や体験頻度は

様々であるという事である。調査に使用する質問項目自体が異なることも要因であるが、サービス対象のニーズ（医学的ニーズ、家事援助へのニーズ）やサービス提供方法（在宅、施設、通所）、時期（介護保険施行直後など）が異なる事がストレス要因に色濃く反映していた。

反面、各因子の構成項目に遡って検討したところ、共通点も見られた。具体的には「①同僚との連携」「②役割曖昧性」<sup>13)</sup>「③役割葛藤」<sup>14)</sup>「④クライアントとの人間関係」、に相当するストレス要因が抽出される事が多く、バーンアウトとの有意な関係が認められた（表3）。

田尾ら（1996）は、「専門的援助職の役割に由来するもの」「クライアントに関するもの」はヒューマン・サービスに固有のストレス要因であるとしているが、①②③は「専門的援助職の役割に由来するもの」④は「クライアントに関するもの」に分類されるストレス要因であった。

専門職として質の高いケアが提供できない状況や、クライアントの理解や感謝を得られず良い人間関係が築けない事が、ストレス要因となる事が示唆された。

但し、「④クライアントとの人間関係」については、必ずしも「質の悪いケア」やスタッフの至らなさに生じるものではない。介護サービスを利用する高齢者は加齢による様々な問題を抱えている。要介護者の約半数を占める<sup>15)</sup>痴呆性高齢者においては、痴呆の中核症状である記憶障害、見

図4 介護職に固有のストレス

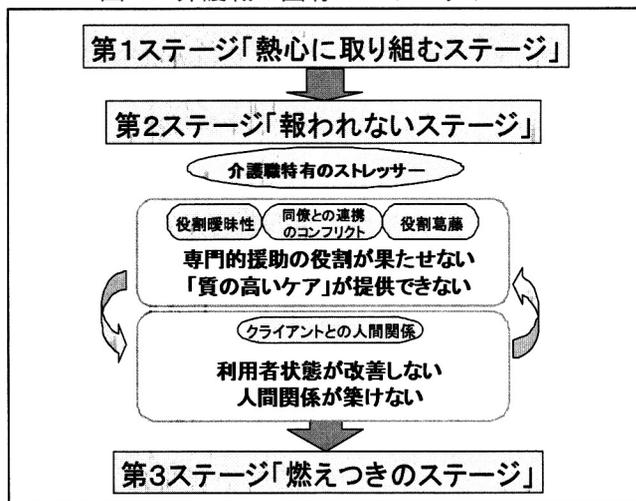


表3 介護職でバーンアウトと関連する事の多いストレス

カテゴリー	出来事の生じる背景	ストレス項目
<b>専門的援助職の役割に由来するもの</b>		
①同僚との連携	コミュニケーションが上手くいかない場合 介護方針が不明確な場合 基盤とする情報が共有されていない場合 専門知識がない場合、差がある場合	「処遇の考え方や方法について、他職種の職員と意見が食い違う」 「職員間での意志の疎通が上手くいかない」 「処遇の考え方や方法について同僚と意見が食い違う」 「同僚と仕事の分担が上手くいかない」
②役割曖昧性	職務についての指示が曖昧な場合 指示される内容が実際の現場に即さない場合 指示の内容が人や時によって変化する場合	「どこまでやればよいのか仕事の範囲が曖昧」 「自分に何が期待されているのか分からない」
③役割葛藤	クライアントと事業者側の要求が異なる場合 理想とするケアと、実際のケアに乖離がある場合 ケアの成果があらわれない場合	「利用者の要求と上司の指示が矛盾する」 「施設側が現場の声を無視した要求をする」
<b>クライアントに関するもの</b>		
④クライアントとの人間関係	クライアントの状態が改善しない場合 良い人間関係が築けない場合	「良いと思ってる事が利用者に理解されない」 「利用者の高圧的、非協力的な態度・言動」

※「処遇」：社会福祉において、福祉サービスの利用者に対する処置・待遇のこと大辞林 第二版より

13) 田尾雅夫，久保真人（1996）65頁。「役割曖昧性」自分の責任のおよぶ範囲がわからなかったり、明確な目的がなかったり、何をどこまですべきであるかが不明であると生じるストレス。

14) 田尾雅夫，久保真人（1996）65頁。「役割葛藤」二つ以上の両立しえない要求を果たさなければならなくなったり、自らの資質や能力に合わない仕事をさせられると生じるストレス。

15) 資料：「高齢者痴呆介護実践講座」（1999）15頁。65歳以上の痴呆高齢者数は2000年で156万人、2025年には262万人と推計される。

当識障害、実行機能の障害、失語、失認、失行、人格障害に加え、周辺症状として、精神症状や（うつ、意欲の低下、妄想等）、行動障害（徘徊、暴言等）の症状が見られる事が多い。クライアントの様々な問題行動や介護職への否定的な態度は、これらの問題に端を発している事が少なくない。このような場合クライアントとの人間関係におけるコンフリクトの要因を、介護職が自分に帰してしまうと、かえってバーンアウトを深める事になってしまう。「クライアントとの人間関係」におけるコンフリクトを除去するには、専門知識・技術をベースとした対応により、クライアントの根本的なニーズに対応していくことが重要である。

#### <介護職特有のストレスの除去>

介護職特有のストレスを除去する対応は、介護職のケア提供における疑問を払拭し、職員間の考えのズレを解消して、信念をもって「最善のケア」「質の高いケア」の提供に注力できる状態を作り出すことと考える。その為には、共通基盤となる指針、情報に沿って、それが確実に実行される環境が必要となる。具体的には① 介護理念・方針、② クライアントに関する情報、③ 介護の専門知識の3種類の情報が高い水準で共有されている事が基盤であり、その上で、④ コミュニケーション及び決定参加の機会があり、ケアプランが決定及び実行されることが重要である。

- ① 「ケアプラン決定の基準となる介護理念・方針」
  - ・介護理念がサービス提供に関する事項を決定する基準や行動規範となっている
- ② 「ケアプランの基礎となるクライアント情報」
  - ・クライアントの現在の状態（Activity of Daily Living、認知機能、気分の状態、最近の出来事、その日の健康状態）についてスタッフ間で情報共有が出来ている
  - ・証拠に基づいたケア提供（evidence based care）であること
- ③ 「ケアプラン決定の指針となる専門知識・技術」
  - ・クライアントの抱える問題の背景を理解し適切な課題設定をする為、高齢者の心理、痴呆症状、慢性疾患の要因や対処方法等について、専門的知識を持っている
  - ・クライアントからの否定的な態度や問題行動に対応したり、自立を支援するための「介護技術」を身につけていること
- ④ 「ケアプランの適正化と徹底の為のコミュニケーション・決定参加の機会」
  - ケアカンファレンスやミーティング等、適切なケアプランの決定参加の機会及びコミュニケーションの機会が充分あること

最後に、特筆すべき点として、「③専門知識」については、介護職は制度的な歴史も浅く、高齢者や痴呆高齢者へのケア方法自体がまだ模索段階であることから、これを高い水準で共有することは、容易ではないということがある。この事は「役割葛藤」や「役割曖昧性」を深めている重要な要因である。今後、ケア方

法への知見が高まり、介護職の役割が明確化するにつれて、これらのストレスが低減していくこともあり得る。

### 3-4 介入2「認知的変容」と介入3「認知的行動変容」

介入2、介入3は、専門家に拠る部分が多い。基本情報の提供と、専門家への橋渡し役をする事が主な対応策である。具体的にはメンタルヘルスやコミュニケーションに関する教育研修を実施する、パンフレットや掲示板によって、バーンアウトに関する情報提供をする等の対応が考えられる。専門家によるカウンセリングは施設内で対応するのは難しい為、専門家やカウンセリング機関について情報提供を行うなどして、必要な時にサポートが受けられるような体制を築く事が重要である。

### 3-5 介入4「緩衝要因（ソーシャルサポート）の増強」

介入4としては、ソーシャル・サポートの増強があげられる。これまで多くの研究でソーシャル・サポートはバーンアウトを軽減する事が実証されてきた。House (1981) はソーシャル・サポートを「個人が職業生活を行う上で、周囲の人々からうける様々な支援。」とし、支援者と支援の内容について分類を行った。支援者には、同僚、部下、

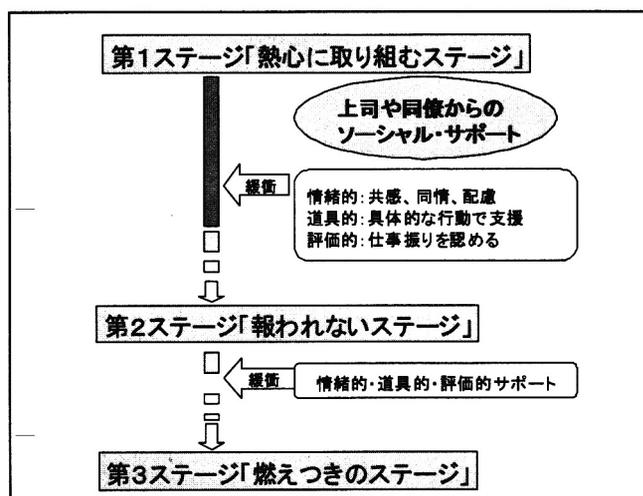
上司、メンターなどがあり、支援の内容には「情緒的サポート：共感、同情、配慮」「道具的サポート：具体的な行動で支援」「情動的サポート：有益な情報や専門知識」「評価的サポート：仕事振りを認める」など、があるとした。

久保 (1999) は看護婦を対象とした調査において、バーンアウトの3側面（脱人格化、個人的達成感の後退、情緒的消耗感）において、バーンアウトの程度が低い群の方が職場内にサポートを求める頻度が高い

事を報告した。又、増田 (1997) は、福祉職において最も主要な指導・支援はスーパー・ビジョン（管理的指導支援：業務環境への配慮、教育的支援：専門的な知識・技術、ケースへの相談等、支持的指導支援：認め励まし悩み事に耳を傾ける等）であるとした上で、ホームヘルパーを対象とした調査の中で職場内での教育的支援と支持的指導支援がバーンアウトの低下に有効であると報告した。

ソーシャル・サポートには、介護職が「理想をもって熱心に取り組んでいた」事が「報われない」場合でも、同僚や上司が客観的な視点で出来事を整理し、次に向けての課題を抽出したり、本人の思いを受け止め、努力を評価したり、現実と理想のギャップを埋める手伝いをする事で、「燃えつきる」に移行する事を防ぐ機能を担っていると考えられる。組織としては、確実にソーシャル・サポートが行われるよう、ミーティングや、上司と介護職の面談等の機会を定期的に設ける必要がある。またこ

図5 ソーシャル・サポートによる緩衝



これらの機会においては、管理者がソーシャル・サポートの役割を充分理解し、その効果が得られるように運営する事が重要である。

### 3-6 介入5「コーピング・リソースの増強」

介入5としてはコーピング・リソースの増強があげられる。コーピングとは「個人の資源に負荷を与えたり、その資源を超えると評定された外的ないし内的要請を処理するために行う認知的行動的努力であり、その努力は常に変化するものである。」(Lazarus 1999)。

コーピング・リソースには、知識や情報、知的能力、ソーシャル・スキル<sup>16)</sup>、体力や健康、経済力などがある。コーピング・リソースの増強を促進する組織システムには「教育制度の充実（特に管理職）」「キャリア開発」「作業状況の整備と管理」「参加と自律の保障」「ネットワーク構築への支援」(田尾・久保 1996) などがある。

コーピングはいくつかの形式に分類され、その方略によって効果が異なるとされている。ストレスの原因を避けるような「回避型コーピング方略」はバーンアウトを増加させ、ストレスの原因を克服するような「統制型コーピング方略」はバーンアウトを軽減させる (Leiter 1991、狩野ら 2000)。

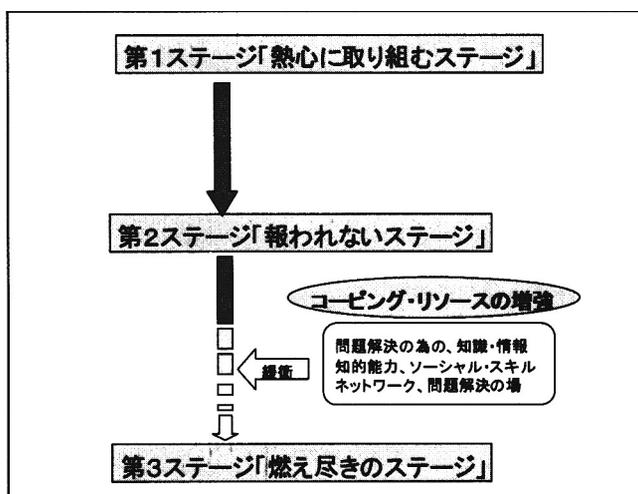
組織は従業員がストレスの原因や様々な組織の問題を克服する統制型のコーピングを取れるよう、前向きな思考と積極的な問題対処を促す (狩野ら 2000) と同時に、その機会を与える必要がある。

これはバーンアウト軽減という観点からだけでなく、組織の問題を解決しサービス

の質を高める上でも非常に重要である。具体的には、ミーティングやケアカンファレンスが問題解決の場となるよう工夫したり、QCサークルや期間限定の委員会を設置して具体的な問題解決や品質向上を行ったり、面談や従業員満足度調査等を通して、ストレスや問題を出してもらおう等である。いずれの場合も、形式的なものではなく、短期間や単発であっても、ある程度の裁量権を与え、そこでの決定事項が組織システムに反映する等、実を伴ったものとする事が重要である。

以上、介護職におけるバーンアウト予防・緩衝の為の介入策と運用上の重要事項を整理した。各介入ポイントを通じて「質の高いサービス」を目指す組織風土とケア提供体制を整えることが、バーンアウトの予防・低減に重要な役割を果たしている事が示された。又、これはバーンアウトの3つのス

図6 コーピングによる緩衝



16) 個人が他者との相互作用を通して目的を達成する際に効果的に働く社会的行動 (Argyle 1967)。

ステージにおいて「熱心に取り組むステージ」から、「報われないステージ」「燃えつきるステージ」に移行することを防ぐ事が、バーンアウトの予防・低減の為に重要である、というモデルともほぼ整合性のあるものであった。

さて、前述の通り、現在バーンアウト予防の為に組織システムは、個人を対象とした調査研究の結果を元に類推され、記述的断片的に示されている。その為、それらの知見は点在しており、事業者側からみて、組織システム運用の全体像を把握するのが難しい状況にある。そこで本研究ではこの問題意識を元に「バーンアウト予防・低減における組織システム運用上の留意点」をまとめた。それが、表4①②③である。本表は、各事業者がバーンアウト予防・低減を目指す際に、どのような点に留意し、組織システムを運用すべきか、全体像を把握する事を目的として作成した。列挙した以外の効果が認められる施策もあるが主要な効果に絞って掲載した。また、提唱者が複数の提案を行っている場合など重複が見られるが、この点に関しては、今後整理していきたいと考える。



表4 バーンアウト予防・低減における組織システム運用上の留意点②

組織システム	組織システムの詳細	留意点	介入	バーンアウト、ストレスとの関係で期待される効果	関連する概念	関連する概念の提唱者
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 朝礼(申し送り)</li> <li>2. ユニット単位のスタッフミーティング</li> <li>3. 事業者全体のミーティング</li> <li>4. ケアプランの作成</li> <li>5. 委員室ごとのミーティング</li> <li>6. 家族との定期ミーティング</li> <li>7. 家族会との定期ミーティング</li> </ol>	<p>スタッフ間で活発な情報交換、意見交換があること</p> <p>クライアントの状況(心身)に関して適切なケア提供をする為に必要な情報が共有される</p> <p>処遇計画(ケア)について従業員にも一定の裁量権があること</p> <p>上司や同僚から、ソーシャル・サポートを受けられること</p> <p>職員の状況についても、関心を向け、ストレス等に関するアドバイスがあること</p>	<p>1-① 組織風土の醸成</p> <p>1-② ストレッサーの除去</p> <p>1-② ストレッサーの低減</p> <p>1-② ストレッサーの低減</p>	<p>「問題解決に向けての積極的姿勢」</p> <p>「役割曖昧性」「役割葛藤」</p> <p>法定参加、自律性、指導体制</p> <p>要求-コントロールモデル</p>	<p>福岡,1995</p> <p>Rizzoら,1970</p> <p>失富ら,1991,1992</p> <p>Karasek,1979</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PC上の記録</li> <li>2. 手書きの記録、メモ</li> <li>3. 口頭での申し送り</li> <li>4. E-メール</li> <li>5. 掲示板</li> </ol>	<p>ミーティング出席しなかった従業員が、出た者と同様の効果を得られるに十分な状況共有媒体があること</p>	<p>4</p> <p>5</p>	<p>ソーシャル・サポートによる緩和効果</p> <p>コーピング・リソースの増強</p>	<p>スーパービジョン(ソージャナル・サポート)：職場内での管理的・教育的・支持的支援</p> <p>「統制コーピング」の促進、「ヘルス・ピリーフ」(バーンアウトの脅威、コーピングの有益性)の周知・実践</p>	<p>増田,1997</p> <p>狩野、笹尾ら,2000 Shim, Rosano, Morc h, et al(1984)</p> <p>Rizzoら,1970</p>
	<p>勤務・時間管理(E9,E10,G5,G6)</p>	<p>所定内労働時間の設定</p> <p>仕事量の調整</p>	<p>1-②</p>	<p>ストレスの除去</p>	<p>「役割過重」</p> <p>「要求-コントロール理論」</p>	<p>Karasek,1979</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 公式なミーティングで、質を改善するための自発的な取り組みを促す</li> <li>2. 家族に、施設への要望を定期的に伺っている</li> <li>3. 入居者に、施設への要望を定期的に伺っている</li> <li>4. 目安箱などを設置している</li> <li>5. 各種委員会活動がある(QCサークル、衛生委員会など)</li> <li>6. 顧客満足度調査を実施している</li> <li>7. 第三者評価を受け入れている</li> <li>8. 行動規範を明文化している</li> <li>9. 業務のマニュアル化が進んでいる</li> <li>10. 事業報告書など活動を紹介する冊子を作成している</li> <li>11. 良いケアを実践</li> </ol>	<p>形式的なものではなく、問題を着実に解決するようシステムであること</p> <p>サービス提供上の不合理な事、利用者の利益にならない事等を見直す機会となっていること</p> <p>従業員に権限委譲されていること</p> <p>事業者で働いていることに誇りを感じられるような活動となっていること</p> <p>スタッフがストレスに感じていること、問題に感じていることを解決する機会となっていること</p>	<p>1-②</p> <p>1-②</p> <p>1-②</p> <p>1-②</p> <p>1-②</p>	<p>組織風土の醸成</p> <p>ストレッサーの除去</p> <p>ストレッサーの除去</p> <p>ストレス反応の緩和</p> <p>ストレッサーの低減</p> <p>ストレス反応の緩和</p> <p>コーピング・リソースの増強</p>	<p>「問題解決に向けての積極的姿勢」</p> <p>「役割葛藤」の除去</p> <p>「困難の対立」の除去</p> <p>「法定参加」「自律性」</p> <p>要求-コントロールモデル</p> <p>「個人-組織適合理論」</p> <p>「統制コーピング」の促進、「ヘルス・ピリーフ」(バーンアウトの脅威、コーピングの有益性)の周知・実践</p>	<p>福岡,1995</p> <p>Rizzoら,1970</p> <p>Maslach,1997</p> <p>失富ら,1995</p> <p>Karasek,1979</p> <p>Vancouver, Misap, &amp; Peters, 1994</p> <p>狩野、笹尾ら,2000 Shim, Rosano, Morc h, et al(1984)</p>

表4 バーンアウト予防・低減における組織システム運用上の留意点③

組織システム	組織システムの詳細	留意点	バーンアウト、ストレスとの関係で期待される効果		関連する概念の提唱者	
			介入	関連する概念		
教育	<p>育成・能力開発 (E5,E6,L)</p> <p>1. 育成計画の設定 2. 介護知識・技術の研修 3. OJT</p>	<p>・ 事業者の理念の具現化に貢献できる内容であること ・ 「サービス品質の向上」を目指す高水準な内容であること</p> <p>・ ケア提供時における問題解決に役立つ専門的な知識・技術であること</p> <p>上司や同僚から、ソーシャル・サポートを受けられるようにすること</p>	1-①	組織風土の醸成	<p>「問題解決に向けての積極姿勢」 「研究的雰囲気」 「高いモラル」 「長期的視点で一貫した哲学のもと教習されているという実感」</p> <p>矢耑ら,1995</p>	
			1-②	ストレスラーの除去	「教育や訓練の場」 「相談や指導の体制」	矢耑ら,1995
			4	ソーシャル・サポートによる緩衝効果	スーパービジョン：職場内での管理的・教育的・支持的支援	Rizzoら,1970 増田,1997
			1-③	ストレスラーの除去	「役割曖昧性」	矢耑ら,1992
			2,3	認知的変容 認知的行動変容	「心理的ストレスモデル」	新名,1995
			4	ソーシャル・サポートによる緩衝効果	「ソーシャル・サポート」 情緒的、道具的、情報的、 評価的サポート	House,1981
			5	コーピング・リソースの増強	「強制コーピング」の促進 「ハルス・ピリール」 (バーンアウトの脅威、 コーピングの有益性)の周知	狩野、笹尾ら,2000 Shim,Rosario,Morc h,etal(1984)
福利厚生	<p>メンタルヘルス施策 (K)</p> <p>1. 親睦会・サロンなど、スタッフ同士が話せる場の提供</p> <p>2. 相談窓口の設置 従業員への満足度調査の実施</p> <p>3. 外部機関（相談窓口、イベント）に関する情報提供</p> <p>4. 親睦会・サロンなど、スタッフ同士が話せる場の提供</p> <p>5. 管理職へのメンタルヘルスに関する教育研修（内部・外部） 従業員へのメンタルヘルスに関する教育研修</p> <p>6. メンタルヘルスに関する情報提供（配布物・ミーティング）</p>	<p>管理者が従業員のストレス要因の把握と除去に積極的であること</p> <p>専門家（カウンセラー）などの援助が得られるようにしておくこと</p> <p>スタッフ間の親睦が深まること</p> <p>バーンアウトに関する認識を高め、個人的・組織的に対応できるようにすること（特に新人に対して、バーンアウトの脅威とコーピングの有益性を伝えること）</p>	1-④	ストレスラーの除去		
			4	ソーシャル・サポートによる緩衝効果		
			5	コーピング・リソースの増強		
			6	認知的変容 認知的行動変容		
			7	メンタルヘルスに関する情報提供		

## 4 調査概要

3章では、バーンアウト緩衝の観点から組織システムの運用上の留意点をまとめた。しかし、現在介護施設におけるこれらの組織システムの運用状況に関する情報は非常に限られている。そこで本研究では、介護施設における組織システム運用の状況を明らかにすることを目的とし、組織調査を行った。4章では調査概要を5章では調査結果を紹介する。

### 4-1 調査方法

「施設長及び人材管理担当者様」宛の質問紙を、返送用の封筒と共に郵送した。返送期限は1週間とした。また、全ての調査対象に対し、電話による調査依頼を実施した。

### 4-2 調査対象

本調査では介護サービス事業者のうち、①痴呆対応型共同生活介護、②特定施設入所者介護、③指定介護老人福祉施設④介護老人保健施設、の4種類のサービス事業者を調査対象とした。サービス種類の選定にあたっては、以下の3点を基準とした。

- 1 利用者が施設で生活していること
- 2 長期間にわたり、利用すること
- 3 介護機能が中心の人員配置であること<sup>17)</sup>

表5 介護サービス提供事業者の比較

	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	指定介護老人福祉施設	介護老人保健施設
サービス内容(※1)	痴呆の状態にある要介護者について、共同生活を営むべき住居において、入浴、排泄、食事等の介護等の日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービス。一般に、痴呆性老人のグループホーム事業とよばれているもの。(介護保険法第7条15項)	有料老人ホーム、介護利用型軽費老人ホーム(ケアハウス)に入所している要介護者等について、介護サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービス。(介護保険法第7条16項)	特別養護老人ホームの入所者に、施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の管理を行うサービス。(介護保険法第7条21項)	介護老人保健施設の入所者に、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うサービス。(介護保険法第7条22項)
対象者	要介護者(※2)	要支援者、要介護者(※2)	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者(※3)	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリ、看護、介護を必要とする要介護者(※3)
人員配置	管理者1人 介護職員4人 介護支援専門員1人 (1共同生活住居(9人)あたり) (※4)	看護職員3人 介護職員31人 介護支援専門員 1人 その他 機能訓練指導員 等 (100人当たり)(※4)	医師(非常勤可)1人 看護職員3人 介護職員31人 介護支援専門員1人 その他 生活相談員 等 (100人当たり)(※3)	医師(非常勤可)1人 看護職員9人 介護職員25人 PT又はOT1人 介護支援専門員1人 その他 支援相談員 等 (100人当たり)(※3)
保険給付の分類	居宅サービス	居宅サービス	施設サービス	施設サービス
主な運営主体(※5)	社会福祉法人、医療法人、 営利法人(株式会社等)、地方公共団体等 上記に当てはまらない場合においても、 市町村が「基準該当サービス」と認める事業者(NPO等)		社会福祉法人 地方公共団体	医療法人 社会福祉法人 地方公共団体 等

(※1)「介護保険の手引き」ぎょうせい、2003年、65-69ページの内容より作成

(※2)「介護保険の手引き—平成15年版」ぎょうせい(2003)、P.65-69の内容より作成

(※3)「介護保険の手引き—平成15年版」ぎょうせい(2003)P.70表「(参考)介護保険施設の比較」より作成

(※4)「介護保険指導監査ハンドブック」、中央法規(2003)、P.272-275、P.298-300、をもとに作成

(※5)「介護保険の手引き—平成15年版」ぎょうせい(2003)P.167表「介護保険におけるサービス提供事業者」より作成

17) 介護療養型医療施設は介護保険給付対象であるが、医療施設の一部である事が多く、人員配置においても医療関係者が多い為、今回の調査対象からは外した。

調査対象は神奈川県下において、サービス提供を行っている介護事業者の中から、サービス種類毎にランダムサンプリングを行い選定した。

H16年1月の段階でWAMNETに掲載されていた、神奈川県に登録事業者数は、それぞれ①痴呆対応型共同生活介護164事業者、②特定施設入所者介護124事業者、③指定介護老人福祉施設202事業者④介護老人保健施設128事業者であった。本調査では施設類型毎に比較検討する為、50施設ずつ計200施設を選定した。その結果、89施設から返答があった。その内分析可能な87施設を対象として分析を行った（有効回答率43.5%）。

### 4-3 質問項目

本章では、前出の表4①②③の順に沿って主要な調査結果を示す。

- ・ V-1 事業者のプロフィール（法人の種類、提供サービス）
- ・ V-2 調査対象事業者の人材管理上の課題
- ・ V-3 組織システム運用状況
  - ① 理念（理念共有の仕組み）
  - ② 人材フロー（採用・昇進昇格）
  - ③ 報酬システム（1 賃金決定基準、2 評価、3 給与・福利厚生水準）
  - ④ 職務システム（1 ミーティング、2 情報共有、3 労働時間管理、4 品質向上施策）
  - ⑤ 教育、福利厚生（1 教育研修、2 外部研修、3 人件費割合、4 メンタルヘルス施策）

### 4-4 分析における留意点

介護施設は施設類型により、規模や機能、人員配置、参入可能な法人が異なっている。その事が組織システムの整備状況にも影響を及ぼしている事が予測される。その為分析においては、施設類型ごとに分析を行う。但し、施設類型ごとの有意な差が認められない場合は、全体についての結果のみを示す。分析にはSPSS12.0J for Windowsを使用する。

- ・ 施策実施の有無については、施設類型ごとに実施割合を求める。施設類型による実施割合の差は $\chi^2$ 乗検定により検定する。但し、期待度数が5未満のセルが生じる場合は行わない。
- ・ 施策の多様性については、目的ごとに、実施していると回答した施策の種類数を施設類型ごとに求める。施設類型による施策種類数の差は独立な一元配置の分散分析により求める。
- ・ 施策運用状況に関する評価項目については、施設類型ごとに回答割合を求める。施設類型による評価の差についてはクラスカル・ウォリス検定を行う。この際、評価項目について「課題でない」として評価を行っていない施設に関しては、これを除外して検定を行う。

## 5 調査結果

### 5-1 調査対象事業者プロフィール

有効回答数は「痴呆対応型共同生活介護」24、「特定施設入所者介護」19、「指定介護老人福祉施設」18、「介護老人保健施設」24であった。また事業者の法人格は「痴呆対応型共同生活介護」では営利法人（41.7%）と社会福祉法人（37.5%）が主な担い手であったのに対し、「特定施設入所者生活介護」では営利法人（84.2%）、「指定介護老人福祉施設」では社会福祉法人（100%）、「介護老人保健施設」では医療法人（70.8%）が主であった（図7）。

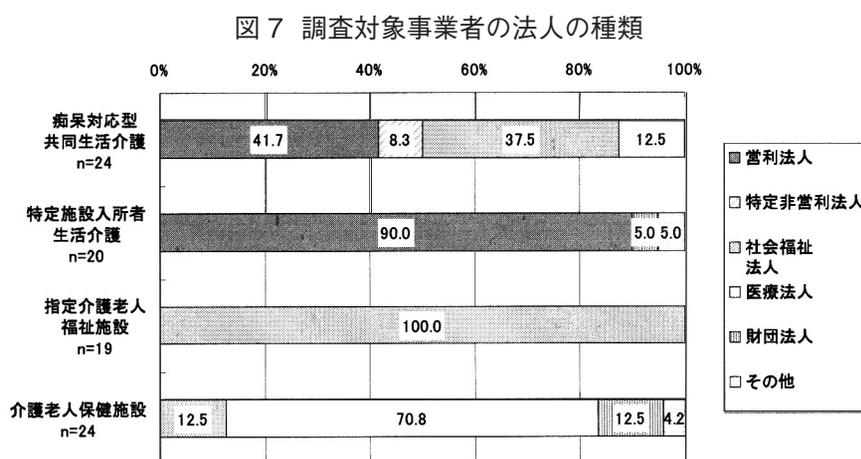


表6 調査対象事業者 法人格・提供サービス数

		痴呆対応型 共同生活 介護	特定施設 入所者 生活介護	指定介護 老人福祉 施設	介護老人 保健施設	Total	
法人	度数	n	24	20	19	24	87
	営利法人	n	10	18	0	0	28
	%		41.7	90.0	0.0	0.0	32.2
	特定非営利法人	n	2	0	0	0	2
	%		8.3	0.0	0.0	0.0	2.3
	社会福祉法人	n	9	0	19	3	31
	%		37.5	0.0	100.0	12.5	35.6
	医療法人	n	3	0	0	17	20
	%		12.5	0.0	0.0	70.8	23.0
	財団法人	n	0	1	0	3	4
%		0.0	5.0	0.0	12.5	4.6	
その他	n	0	1	0	1	2	
%		0.0	5.0	0.0	4.2	2.3	
提供 サービス数	最小値		1	1	2	1	1
	最大値		10	4	6	6	10
	平均値		1.9	1.4	4.3	3.8	2.8
	標準偏差		2.1	0.8	1.1	1.2	1.8

提供サービス種類数では、「痴呆対応型共同生活介護」1.9、「特定施設入所者生活介護」1.4、「指定介護老人福祉施設」4.3、「介護老人保健施設」3.8、のサービスを組み合わせて提供していた。「指定介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」で複合的にいくつかのサービスを提供している事が示された（表6）。

## 5-2 調査対象事業者の課題

「貴事業者では、人材管理上の課題として現在どのようなことがありますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。」

<全体>

各事業者において、課題であると考えている事を尋ねた。全ての施設類型で「教育」（74施設86%）が一番の課題であるという結果がでた。ついで、「リーダー育成」（63施設73.3%）、「意欲向上」（54施設62.8%）「労働者の確保」（44施設51.2%）が課題とされた。従業員の資質向上が第一の課題であるといえる。また、この結果から、介護労働者の教育機会の少なさや、職場全体のモラルを向上させるリーダーの不足、事業者が求める人材の雇用の難しさが推測された。ついで、「メンタルヘルス」は4割（36施設41.9%）が課題であると答えた。精神的な健康の損なわれている人材が一定数おり、問題視する事業者側もあるが、他の課題との比較では優先課題となっていないことが示された。課題について施設類型により有意に差があるものはなかった。

<関連の質問項目（n=87）>

E4 従業員は積極性がある（YES 38.1%、どちらかといえばYES 54.8%、NO 7.1%）

E5 従業員の満足度は高い（YES 16.3%、どちらかといえばYES 34.9%、NO 12.8%、仕組みがない 36.0%）

F6 顧客満足度を評価することの出来る仕組みをもっており、顧客満足度は高い水準にある（仕組みがない場合は0）

（仕組みがある61.9%、仕組みがない38.1%／できている25%、まあまあできている63.5%、できていない11.5%）

G1 体調不良による欠勤・遅刻

（多い 1.2%、やや多い 8.2%、どちらともいえない 27.1%、やや少ない 20.0%、少ない43.5%）

表7 介護事業者の課題

	痴呆対応型 共同生活介	特定施設入 所者生活介	指定介護老 人福祉施設	介護老人保 健施設	Total
B労働者確保	16	6	11	11	44
%	66.7	30	61.1	45.8	51.2
B離職者数低減	4	5	7	3	19
%	16.7	25	38.9	12.5	22.1
B人件費抑制	6	6	8	10	30
%	25	30	44.4	41.7	34.9
B常勤割合見直し	5	3	4	7	19
%	20.8	15	22.2	29.2	22.1
B人員削減	1	0	0	4	5
%	4.2	0	0	16.7	5.8
B賃金見直し	3	3	6	6	18
%	12.5	15	33.3	25	20.9
B意欲向上	16	12	15	11	54
%	66.7	60	83.3	45.8	62.8
B教育	23	18	15	18	74
%	95.8	90	83.3	75	86
Bメンタルヘルス	9	10	7	10	36
%	37.5	50	38.9	41.7	41.9
Bリーダー育成	16	17	15	15	63
%	66.7	85	83.3	62.5	73.3
B労働時間	4	1	0	5	10
%	16.7	5	0	20.8	11.6
B残業時間短縮	6	4	2	6	18
%	25	20	11.1	25	20.9
Bその他	0	1	0	2	3
%	0	5	0	8.3	3.5
Column	24	20	18	24	86
Total	27.9	23.3	20.9	27.9	100

86validcases;1missingcases

G2 体調不良による休職者

(多い 2.5%、やや多い 2.5%、どちらともいえない 12.7%、やや少ない 10.1%、少ない 72.2%)

G3 自己都合退職

(多い 10.3%、やや多い 29.5%、どちらともいえない 29.5%、やや少ない 14.1%、少ない 16.7%)

5-3 組織システムの運用状況

①理念共有 (表 4、表 8)

「貴事業者の理念共有の仕組みについてお答えください。あてはまるもの全てに○をつけてください。」

<全体>

理念共有の方法についてたずねた。全体でもっとも多かったのは「ミーティング」(46 施設 54.8%)、「貼り出し」(44 施設 52.4%) であった。

<施設類型ごと>

施設類型による実施率の有意差は認められなかった。「復唱」「機関紙」は期待度数が 5 を下回るセルがある為検定ができなかった。傾向としては、「貼り出し」は痴呆対応型共同生活介護で実施率が最も高く (16 施設 69.6%)、「復唱」は特定施設入所者生活介護で実施率が最も高く (6 施設 31.6%)、「機関紙」では、指定介護老人福祉施設 (7 施設 38.9%)、介護老人保健施設 (5 施設 20.8%) で実施率が高かった。

<施策の多様性>

理念共有施策をいくつ取っているかを検討したところ、0 (3 施設 3.4%)、1つ (39 施設 44.8%)、2つ (34 施設 39.1%)、3つ (7 施設 8.0%)、4つ (1 施設 1.1%)、5つ (3 施設 3.4%) であり、殆どの施設が 1つか 2つの方法によって、理念共有を図っていた。更に、理念共有方法が 1つの施設に絞ってその内訳を見ると、ミーティング (16 施設 41.0%) 貼り出し (8 施設 20.5%) が主要な手段であった。採用している施策の数では、施設類型による有意な差はなかった。4つ以上の方法を採用しているのは特定施設入所者生活介護 (2 施設) と介護老人保健施設 (2 施設) であった。

②人材フロー

E1 採用にあたっては、必要とされるスキルや能力、資質等の入社資格基準をきちんと定義している (できている 24.1%、まあまあできている 60.9%、できていない 12.6%、課題として考えていない 2.3%)

E2 昇進・昇格については、客観的な基準があり、十分に機能している (できている 18.8%、まあまあできている 60.0%、できていない 18.8%、課題として考えていない 2.3%)

表 8 理念共有方法

	痴呆対応型 共同生活介	特定施設入 所者生活介	指定介護老 人福祉施設	介護老人保 健施設	Total
復唱	0	6	3	4	13
%	0	31.6	16.7	16.7	15.5
貼り出し	16	9	7	12	44
%	69.6	47.4	38.9	50	52.4
教育研修	6	8	2	8	24
%	26.1	42.1	11.1	33.3	28.6
ミーティング	11	13	9	13	46
%	47.8	68.4	50	54.2	54.8
機関紙	1	2	7	5	15
%	4.3	10.5	38.9	20.8	17.9
その他	1	0	1	3	5
%	4.3	0	5.6	12.5	6
Column	23	19	18	24	84
Total	27.4	22.6	21.4	28.6	100

84 valid cases;3 missing cases

### ③報酬システム

#### ③-1 賃金決定基準

「貴事業者では、どのような基準で賃金を決定していますか？」

<全体>

賃金の決定基準を尋ねた。全体で最も多かったのは、「役職」(72 施設 83.4%)、「職種」(64 施設 74.4%)で、「資格」(60 施設 69.8%)、「経験年数」(54 施設 62.8%)が続いた。

外形的な基準によって賃金が決定されている事が分かった。

「仕事の成果」が賃金に反映されているのは3割程度(30 施設 34.9%)であった。

「残業」手当が出されている施設は全体の1割に留まっていた(11 施設 12.8%)。

<施設類型ごと>

賃金決定基準の施設類型による差は「資格」( $\chi^2=17.893, df=3, p<0.001$ )のみ有意であり「介護老人保健施設」で10割(24 施設 100%)に対し「痴呆対応型共同生活介護」では5割未満(11 施設 45.8%)の反映率であった。「役職」「年齢」「目標の達成度」「特別報奨金」「残業」は期待度数が5以下のセルがあり $\chi^2$ 検定はできなかった。

検定は出来なかったが、「目標達成度」は「特定施設入所者生活介護」で4割(8 施設 40%)の実施があった以外では、低い実施率であった。全体的な傾向として、「痴呆対応型共同生活介護」においては、職員の長期的、短期的努力が賃金決定基準となる割合が少なく、「職種」7施設 29.2%、「資格」11 施設 45.8%、「仕事の成果」6 施設 25%、「目標達成度」3 施設 12.5%)、「特定施設入所者生活介護」で反映される割合が比較的高かった。

検定は出来なかったが、「目標達成度」は「特定施設入所者生活介護」で4割(8 施設 40%)の実施があった以外では、低い実施率であった。全体的な傾向として、「痴呆対応型共同生活介護」においては、職員の長期的、短期的努力が賃金決定基準となる割合が少なく、「職種」7施設 29.2%、「資格」11 施設 45.8%、「仕事の成果」6 施設 25%、「目標達成度」3 施設 12.5%)、「特定施設入所者生活介護」で反映される割合が比較的高かった。

<関連の質問項目 (n=87) >

E3 評価の際は、上司と部下が面接を行い業務上のフォローや指導が行われている

(できている 25.6%、まあまあできている 46.5%、できていない 25.6%、課題として考えていない 2.3%)

E4 評価結果については、何故このように評価されたかを従業員個々にフィードバックしている

(できている 19.8%、まあまあできている 33.7%、できていない 43.0%、課題として考えていない 3.5%)

表 9 賃金決定基準

	痴呆対応 型共同 生活介護	特定施設 入所者 生活介護	指定介護 老人福祉 施設	介護老人 保健施設	Total
職務	6	10	8	14	38
(掃除・料理) %	25	50	44.4	58.3	44.2
職能	7	12	9	12	40
(職務遂行能力格付)* %	29.2	60	50	50	46.5
職種	18	13	13	20	64
(介護職・計画作成者) %	75	65	72.2	83.3	74.4
役職	17	17	16	22	72
(主任・リーダー) %	70.8	85	88.9	91.7	83.7
資格	11	14	11	24	60
(介護福祉士) %	45.8	70	61.1	100	69.8
年齢	3	5	3	9	20
%	12.5	25	16.7	37.5	23.3
経験年数	12	10	14	18	54
%	50	50	77.8	75	62.8
勤続年数	7	7	8	11	33
%	29.2	35	44.4	45.8	38.4
仕事の成果	6	9	8	7	30
%	25	45	44.4	29.2	34.9
目標の達成度	3	8	4	2	17
%	12.5	40	22.2	8.3	19.8
特別褒章金	0	2	1	0	3
%	0	10	5.6	0	3.5
残業	1	5	1	4	11
%	4.2	25	5.6	16.7	12.8
その他	1	0	0	0	1
%	4.2	0	0	0	1.2
Column	24	20	18	24	86
Total	27.9	23.3	20.9	27.9	100

\*()内は例

③-2 給与・福利厚生水準

表 10 給与・福利厚生水準

「給与や福利厚生は、働きたい、働き続けたいと思わせる魅力ある水準にある」

給与・福利厚生水準を3件法で尋ねた。

<全体>

全体では「できている」(13施設 14.9%)、「まあまあできている」(46施設 52.9%)、「できていない」(26施設 29.9%)で、7割が働きたいと思わせる水準であると答えていた<sup>18)</sup>。

<施設類型ごと>

給与、福利厚生水準への評価の施設類型による差は有意でなかった(クラスカル・ウォリス検定、 $\chi^2=4.77$ ,  $df=3$ ,  $p=0.189$ ,  $n=85$ 「課題でない」を選択の2施設を抜き検定)。

しかし、今回の調査では「痴呆対応型共同生活介護」では全体の45.8%(11施設)が「できていない」と答えており、給与・福利厚生水準が低い施設が半数弱を占めた。

「介護老人保健施設」では「できている」(5施設 20.8%)と「まあまあできている」(14施設 58.3%)の合計8割ができていると答えており、ほぼ、働きたいと思わせる水準にあるという結果であった。

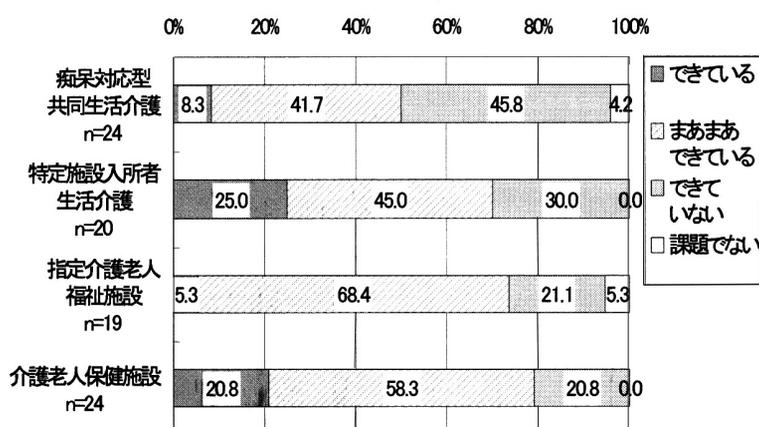
<関連の質問項目 (n=87)>

E8 福利厚生施策は、従業員が安心して働き続けられるよう生活の安定に十分な水準である

(できている 15.1%、まあまあできている 51.2%、できていない 29.1%、課題として考えていない 4.7%)

	できている	まあまあできている	できていない	課題でない	合計
痴呆対応型共同生活介護	2	10	11	1	24
%	8.3	41.7	45.8	4.2	100.0
特定施設入所者生活介護	5	9	6	0	20
%	25.0	45.0	30.0	0.0	100.0
指定介護老人福祉施設	1	13	4	1	19
%	5.3	68.4	21.1	5.3	100.0
介護老人保健施設	5	14	5	0	24
%	20.8	58.3	20.8	0.0	100.0
合計	13.0	46.0	26.0	2.0	87.0
	14.9	52.9	29.9	2.3	100.0

図 8 給与・福利厚生水準



18) 厚生労働省「平成14年介護事業経営実態調査」介護職員の常勤一人当たりの月額給与(扶養手当、夜勤手当、通勤手当などを含み、賞与、退職給与金、法定福利費は含まない)は、「介護老人福祉施設」20.7万円、「介護老人保健施設」18.3万円、「特定施設入所者生活介護」20.7万円「痴呆対応型共同生活介護」17.8万円。介護福祉士資格所持者は各3万円程度平均給与額が高い。

#### ④職務システム

##### ④-1 ミーティング

「貴事業者で公式に実施されている、ミーティングに○を付けてください。名称は異なっても、目的、実質が同じものであれば○を付けてください。また、各種ミーティング頻度をお答えください。」

ミーティングについて複数回答でたずねた。「朝礼（申し送り）」の категорияは申し送りを趣旨にほぼ毎日（日に数回の場合もあり）開催されているミーティングを指す。一方「ユニット単位のスタッフミーティング」、定期的にユニットの課題を職員が話し合う機会である。頻度が週5-7日と回答

表11 ミーティング開催状況

	実施頻度		実施率				total
	平均 (SD)	有効 回答	痴呆対応型 共同生活	特定施設 入所者 生活介護	指定介護 老人福祉 施設	介護老人 保健施設	
朝礼（申し送り） %	7.4回 /週 (2.8)	80	18 75.0	19 95.0	19 100.0	24 100.0	80 92.0
ユニット単位スタッフミーティング %	15.3回 /年 (12.1)	53	17 70.8	11 55.0	9 47.4	20 83.3	57 65.5
事業者全体のミーティング %	7.9回 /年 (5.8)	55	14 58.3	12 60.0	14 73.7	15 62.5	55 63.2
ケアカンファレンス %	6.8回 /年 (6.1)	52	21 87.5	20 100.0	18 94.7	21 87.5	80 92.0
委員会ごとのミーティング %	14.2回 /年 (12.4)	59	9 37.5	17 85.0	17 89.5	22 91.7	65 74.7
家族との定期ミーティング %	4.4回 /年 (7.7)	47	10 41.7	12 60.0	14 73.7	11 45.8	47 54.0
家族会との定期ミーティング %	2.9回 /年 (2.8)	39	10 41.7	15 75.0	8 42.1	10 41.7	43 49.4
Column			24	20	19	24	87
Total %			27.6	23.0	21.8	27.6	100.0

がある場合は「朝礼（申し送り）」として分析を行った。また「家族（家族会との定期ミーティング）」で頻度の欄に「随時」とあるものは定期ミーティングではないとして分析した。尚、本設問に関して無回答の施設はなかった。

##### <全体>

全体としては、「朝礼（申し送り）」（80施設 92%）、「ケアカンファレンス」（80施設 92%）の開催率が高く、「家族との定期ミーティング」（47施設 54%）「家族会との定期ミーティング」（43施設 49.4%）の開催率が低かった。「その他」としては、管理者会議、入退所検討委員会、入居者による運営懇談会、管理者ミーティング、ボランティアとの連絡会、主任・副主任会議、各事業所責任者会議、総会、などが挙げられた。

##### <施設類型ごと>

実施頻度および実施率の施設類型による有意な差はなかった。「朝礼」「ケアカンファレンス」「委員会」は期待度数が5以下のセルがあり $\chi^2$ 検定はできなかった。統計的には有意でないが、全体的に「痴呆対応型共同生活介護」で他施設と比較しミーティングの実施率が低かった。特に、「委員会」では4割以下の（9施設 37.5%）実施率であった。

#### ④-2 情報共有

「貴事業者の情報共有の仕組みについてお答えください。あてはまるもの全てに○をつけてください。」

<全体>

ミーティング以外の情報共有では、「口頭」(66施設 76.7%)、「手書きメモ」(63施設 73.3%)が主流の方法であった。「掲示板」は約6割が(50施設 58.1%)使用していた。一方「PCの記録」(21施設 24.4%)や「メール」(4施設 4.7%)といった、パソコンを介した情報共有は進んでいなかった。

<施設類型ごと>

情報共有方法の実施率の施設類型による有意な差はなかった。「口頭」(による情報共有)「メール」は期待度数が5以下のセルがあり $\chi^2$ 検定はできなかった。「口頭」は特定施設入所者介護(19施設 95%)でほぼ全ての施設で採用されていたのに対し、介護老人保健施設(14施設 60.9%)で6割の実施率であった。

<施策の多様性>

次に、情報共有方法をいくつ採用しているかを検討したところ、施設類型によって有意に差があった( $F(3,83)=3.822, p=0.013$ )。

痴呆対応型共同生活介護(平均 2.21)、特定施設入所者生活介護(平均 3.05)、指定介護老人福祉施設(平均 2.26)、介護老人保健施設(平均 2.13)で、特定施設入所者介護で複数の方法を組み合わせて情報共有をはかっている事業者が多いことが分かった。

表 12 ミーティング以外の情報共有方法

	痴呆対応型 共同生活介	特定施設入 所者生活介	指定介護老 人福祉施設	介護老人保 健施設	Total
PC記録	4	6	6	5	21
%	16.7	30	31.6	21.7	24.4
手書きメモ	19	17	11	16	63
%	79.2	85	57.9	69.6	73.3
口頭	18	19	15	14	66
%	75	95	78.9	60.9	76.7
メール	1	2	0	1	4
%	4.2	10	0	4.3	4.7
掲示板	11	15	11	13	50
%	45.8	75	57.9	56.5	58.1
その他	0	2	0	2	4
%	0	10	0	8.7	4.7
Column	24	20	19	23	86
Total	27.9	23.3	22.1	26.7	100

#### ④-3 労働時間管理

E10 労働時間の短縮できるよう、具体的な対策を講じている

(できている 9.8%、まあまあできている 48.8%、できていない 34.1%、課題として考えていない 7.3%)

G5 時間外労働

(多い 6.3%、やや多い 6.3%、どちらともいえない 26.6%、やや少ない 15.2%、少ない 45.6%)

G6 管理職の時間外労働

(多い 19.0%、やや多い 31.0%、どちらともいえない 35.7%、やや少ない 7.1%、少ない 7.1%)

④-4 品質向上施策

「貴事業者で、サービスの質や顧客満足度を高めるための施策についてお答えください。」

<施設類型ごと>

施設類型により、実施率はばらつきが見られた。

施設類型によって実施率に有意な差があったのは、「目安箱」( $\chi^2 = 46.24, df=3, p < .001$ )「各種委員会」( $\chi^2 = 21.83, df=3, p < .001$ )「第三者評価」( $\chi^2 = 7.82, df=3, p < .005$ )であった。

「顧客満足度調査」「行動規範」「表彰」は期待度数が5以下のセルがあり $\chi^2$ 検定はできなかった。

「目安箱」「各種委員会」では「痴呆対応型共同生活介護」以外の3形態で、それぞれ5割以上の実施率であった。

「第三者評価」では「痴呆対応型共同生活介護」(12施設 52.2%)の実施割合が高かった。「痴呆対応型共同生活介護」では第三者評価が平成14年10月から導入されていることから高い実施率となっていた。

また、統計的には有意でない

が、「顧客満足度調査」では「特定施設入所者介護」(8施設 40%)、「介護老人保健施設」(7施設 29.2%)に対し、「痴呆対応型生活介護」(1施設 4.3%)非常に低い実施率となった。

<施策の多様性>

次に、品質向上をいくつ採用しているかを検討したところ、施設類型による有意差はなかった( $F(3,83) = 2.515, p = .064$ )。品質向上施策数の平均は4.47(標準偏差2.27)であった。

表 13 品質向上施策

	痴呆対応型 共同生活介	特定施設入 所者生活介	指定介護老 人福祉施設	介護老人保 健施設	Total
ミーティング	17	14	9	10	50
%	73.9	70	47.4	41.7	58.1
家族お伺い	15	13	7	9	44
%	65.2	65	36.8	37.5	51.2
入居者お伺い	12	11	9	6	38
%	52.2	55	47.4	25	44.2
目安箱	1	14	14	23	52
%	4.3	70	73.7	95.8	60.5
各種委員会	6	10	14	21	51
%	26.1	50	73.7	87.5	59.3
顧客満足度調査	1	8	3	7	19
%	4.3	40	15.8	29.2	22.1
第三者評価	12	7	7	3	29
%	52.2	35	36.8	12.5	33.7
行動規範	3	6	4	4	17
%	13	30	21.1	16.7	19.8
マニュアル	10	13	10	19	52
%	43.5	65	52.6	79.2	60.5
事業報告書	7	7	8	4	26
%	30.4	35	42.1	16.7	30.2
表彰	1	4	1	2	8
%	4.3	20	5.3	8.3	9.3
その他	0	0	0	3	3
%	0	0	0	12.5	3.5
Column	23	20	19	24	86
Total %	26.7	23.3	22.1	27.9	100

表 14 品質向上施策内容

項目名	内容
ミーティング	公式なミーティングで、質を改善するための自発的な取り組みを促す
家族お伺い	家族に、施設への要望を定期的に伺っている
入居者お伺い	入居者に、施設への要望を定期的に伺っている
目安箱	目安箱などを設置している
各種委員会	各種委員会活動がある(QCサークル、衛生委員会など)
顧客満足度調査	顧客満足度調査を実施している
第三者評価	第三者評価を受け入れている
行動規範	行動規範を明文化している
マニュアル	業務のマニュアル化が進んでいる
事業報告書	事業報告書など活動を紹介する冊子を作成している
表彰	良いケアを実践した個人やグループを表彰している
その他	その他

## ⑤教育・福利厚生

### ⑤-1 教育研修

「貴事業者で公式に実施されている、内部講習に○を付け、大体の実施回数をお答えください。」

<全体>

新人研修は全体の93.8%、実務者教育は88.9%、管理者教育は64.2%の施設で実施されていた。年毎の実施回数の平均は実務者教育で5.92回、管理者教育で3.18回であ

った。但し、実施回数は1～24回までばらついており、開催回数が年2回以内の施設は、実務者教育で40.3%、管理者教育で67.5%であった。教育研修の実施割合や実施回数について、施設類型による有意な差は認められなかった。上記以外の教育研修の実施は4施設にてあり、その内容は職員の事例発表会(1)、栄養士・サービススタッフの講習(1)、全職員対象の人権擁護・理念に関する研修(1)、パソコン、カウンセリング技法(1)、であった。

表 15 教育研修の機会

		新人研修	実務者教育	管理者教育
実施の有無 n=81	実施施設数	76	72	52
	実施率(%)	93.8	88.9	64.2
実施回数 (1年ごと)	有効回答数	—	62	40
	平均値	—	5.92	3.18
	標準偏差	—	5.70	3.45
	1回(%)	—	24.2	47.5
	2回	—	16.1	20.0
	3-6回	—	30.6	17.5
	7-12回	—	24.2	15.0
	13-24回	—	4.8	0.0

表 16 外部研修の機会

### ⑤-2 外部研修

「スタッフ一人あたりの外部研修への参加機会はどの程度ありますか？」

年間あたりの平均的な参加回数を職位ごとにお答えください」

<全体>

職位別にみた年毎の外部研修参加回数の平均は、施設長5.2回、主任4.3回、副主任3.7回、

その他のスタッフ2回、という結果になった。施設類型による有意な差は認められなかった。

	施設長 n=68	主任 n=66	副主任 n=35	その他 n=49
平均値	5.2	4.3	3.7	3.6
標準偏差	(5.1)	(4.6)	(4.3)	(4.5)
1回(%)	17.6	15.2	22.9	30.6
2回	13.2	24.2	31.4	26.5
3-6回	51.5	50.0	37.1	34.7
7-12回	11.8	6.1	5.7	4.1
13-24回	4.4	4.5	2.9	4.1
25-30回	1.5	0.0	0.0	0.0

### ⑤-3 人件費

「人件費、教育研修費の総支出における割合はどの程度ですか？」

総支出に占める、人件費率は平均58.42%( $n=50$ 、標準偏差10.29)であった。教育費率は平均1.35%( $n=40$ 、標準偏差2.10)であった。

<関連の質問項目 ( $n=87$ ) 施設類型による有意差なし>

従業員の育成にあたっては事業者の目標の実現に貢献できるよう計画が立てられている

(できている13.8%、まあまあできている65.5%、できていない18.4%、課題として考えていない2.3%)

教育訓練や育成は同業他社と比較して高い水準で行われている

(できている12.8%、まあまあできている60.5%、できていない23.3%、課題として考えていない3.5%)

⑤-4 メンタルヘルス施策

「貴事業者でスタッフの満足やメンタルヘルスの為に行っている施策についてお答えください。」

<全体>

メンタルヘルス（精神健康）施策の実施度を聞いた。全体では「親睦会」の実施率のみが高く（53施設 71.6%）他の施策は3割以下の実施率であった。

<施設類型ごと>

「親睦会」以外の項目では期待度数が5未満のセルがあり、 $\chi^2$ 検定はできなかった。また「親睦会」では有意な差は認められなかった。

「介護老人保健施設」では「情報提供」（10施設 50%）、「外部機関」（7施設 25%）の実施率が比較的高かった。

<施策の多様性>

実施施策の数に着目すると、全体の半数以上が1施策（35施設 40.2%）あるいは全く（13施設 14.9%）メンタルヘルス施策を実施していなかった。更に、1施策のみしか実施していない事業者について、その内容を調べたところ、その6割（22施設 62.9%）が「親睦会」であった。

つまり、「親睦会」以外の方法でメンタルヘルスに関する具体的な情報提供、場の設置を、行っている事業者は全体の6割（52施設 59.8%）に留まっていた。

施策の数は施設類型による有意な差は見られなかった。

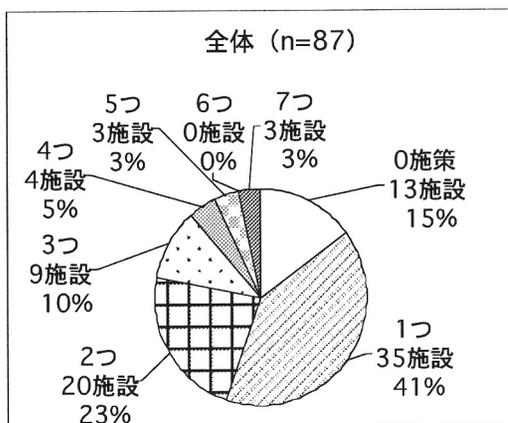
表 17 メンタルヘルス施策

	痴呆対応型 共同生活介	特定施設入 所者生活介	指定介護老 人福祉施設	介護老人保 健施設	Total
親睦会	18	12	11	12	53
%	90	66.7	68.8	60	71.6
相談窓口	5	7	4	3	19
%	25	38.9	25	15	25.7
管理職研修	4	2	5	3	14
%	20	11.1	31.3	15	18.9
職員研修	6	3	5	3	17
%	30	16.7	31.3	15	23
情報提供	2	3	4	10	19
%	10	16.7	25	50	25.7
外部機関	2	1	4	7	14
%	10	5.6	25	35	18.9
職員調査	2	7	2	5	16
%	10	38.9	12.5	25	21.6
その他	0	1	0	1	2
%	0	5.6	0	5	2.7
Column	20	18	16	20	74
Total	27	24.3	21.6	27	100

表 18 メンタルヘルス施策内容

項目名	内容
親睦会	親睦会・サロンなど、スタッフ同士が語れる場の提供
相談窓口	相談窓口の設置
管理職研修	管理職へのメンタルヘルスに関する教育研修(内部・外部)
職員研修	従業員へのメンタルヘルスに関する教育研修
情報提供	メンタルヘルスに関する情報提供(配布物・ミーティング)
外部機関	外部機関(相談窓口、イベント)に関する情報提供
職員調査	従業員への満足度調査の実施
その他	その他

図 9 メンタルヘルス施策



## 6 組織調査まとめ

先ず、施設類型による差について考察を加える。施設類型については、規模と事業者の法人格が影響していると考えられる結果がでた。

「痴呆対応型生活介護」では、他類型の施設に比較し「ミーティングの開催状況」や「品質向上施策」（目安箱、各種委員会）で有意に低い実施率であった。また、福利厚生水準では「できていない」と答えた施設が45.8%を占めた。「痴呆対応型生活介護」は、小規模であり（1ユニット9人、2ユニットまで）様々な施策が整備しにくい事が予測された。また、小規模が故に情報共有がしやすく、施策のいくつかは必要度が低くなっている事が推測された。

「特定施設入所者生活介護」では、「理念の復唱」「目標達成度の賃金反映」など民間企業でよく使われるマネジメントの実施度が高かった。営利事業者の参入が進んでいる実態を反映している事が推測された。

次に全体的な傾向について特徴的な項目について考察を加える。

先ず、待遇面において介護事業者特有の傾向が見られた。賃金決定が外形的な基準により決められており、成果主義的な賃金決定基準は1部でしか採用されていなかった。また常勤の介護職員の平均賃金が手当てを含め20.7万円という（注18参照）状況の中で、残業手当が1割の事業者でしか支給されていなかった。これに対し、給与・福利厚生水準について7割の事業者が「働きたいと思わせる魅力ある水準」を「できている・まあまあできている」と回答していた。事業者によるこの回答は、他事業者との比較や、人件費として支出できる費用から相対的に判断されたものと推測するが、従業員の実感とは乖離していることが推測された。

また、メンタルヘルス施策の実施度の全体的な低さが指摘できる。メンタルヘルスを課題として挙げている事業者は4割であり、公式にメンタルヘルスに関する情報提供、場の設置を行っているのは6割であった。この数値は、従業員の約3割が高いバーンアウトである現状から考えると大変低い。このような低い関心と実施率の背景には何があるのだろうか？注目すべき調査結果は、バーンアウトの結果変数とされる「体調不良による欠勤・遅刻」「休職者」を「多い、やや多い」と答えている事業者と、「従業員は積極性がある」で「NO」と回答した事業者が1割未満に留まったことである（24、25ページ）。この事が事業者側から見て「メンタルヘルスは課題でない」と印象付ける要因となっているのではないかと推測される。

しかし、その一方で「自己都合退職」においては「多い、やや多い」と回答した事業者が4割に上った。この結果より介護職従事者のバーンアウト症状が、欠勤・遅刻や消極的態度という危険信号ではなく、表出されたときには「退職」という最終的な形をとっている可能性が示唆される。スタッフの退職が多いことにより、「労働者確保」「教育」「リーダー育成」などが課題としてあがってきている。事業者がバーンアウトに帰する問題と捉えていない部分でバーンアウトの影響がでてきている可能性をこの調査結果は示していた。

## 7 結論

本稿ではバーンアウトに関わる組織システムについて、先行文献研究と、組織調査を実施した。そこで示唆されたことを要約すると、以下の通りである。

<先行文献研究より>

- ・バーンアウトには「熱心に取り組むステージ」「報われないステージ」「燃えつきるステージ」3つのステージがあり、その予防・低減には第2、第3ステージへの移行を防ぐ事が重要である(2章)。
- ・「質の高いケア」を可能とする組織風土とケア提供体制を整えることが、バーンアウトの予防及び低減に重要である(3章)。
- ・介護職では、専門援助職として役割が果たせない状況や(「役割曖昧性」「役割葛藤」「同僚との連携(が上手くいかない)」、クライアントと良い人間関係が築けない事がストレスとして抽出される事が多い(3章)。
- ・介護職特有のストレス除去には①介護理念・方針②クライアントに関する情報③介護の専門知識、の高レベルな共有と④コミュニケーション及び決定参加の機会、を通じて専門職として「質の高いケア」が提供できる環境をつくる必要がある(3章)。
- ・バーンアウトの予防・低減策は組織システム全体に及ぶ。従来の「メンタルヘルス施策(相談窓口や専門家の配置、メンタルヘルスに関する情報提供、労働環境の改善)」に限定されない(3章表4①②③)。

<組織調査研究より>

- ・「痴呆対応型生活介護」事業所では他の施設類型の事業所に比較し、様々な組織システムの実施度が低かった。
- ・「特定施設入所者生活介護」では、民間企業でよく使われるマネジメントの実施度が高かった。
- ・待遇面では事業者の7割が「働きたいと思わせる魅力ある水準」をほぼ達成できていると回答しており、従業員の意識とは乖離が生じている可能性が残された。
- ・メンタルヘルスを課題と挙げている事業者は4割程度であり、公式にメンタルヘルスに関する情報提供、場の設置を行っているのは6割にとどまった。メンタルヘルスについてのプライオリティが低くなっている状況が伺えた。
- ・遅刻・欠勤・休職などを経ずに離職してしまう為、メンタルヘルスの問題が表面化していない事が推測された。

本稿では、これまで概念別に検証されてきたバーンアウト関連要因を、組織システム運用上のポイントとしてまとめ直し、その運用状況を調査した。組織のバーンアウトへの対応策の全体像を示す事ができた。その反面、今回引用した先行文献は介入の効果を検証したものではなく、それぞれの調査時点における要因間の関連を示したものである。今後の課題として、介入の効果検証、インタビューなど質的データの収集が残された。

## 引用文献

- 新名理恵、坂田成輝、矢富直美、本間昭（1990）「心理的ストレス反応尺度の開発」『心身医学』30(1)、29-38頁。
- 新名理恵（1995）「介護の心理的ストレス・モデル」『ストレス科学』10(3)、220-223頁。
- 稲岡文昭 執筆（1984）「看護婦にみられる BURN OUT とその要因に関する研究」『看護』36(4)、81-104頁。
- 稲岡文昭（1988）「米国における Burnout に関する概要 研究の動向 今後の課題」『看護研究』21(2)、20-25頁。
- 稲岡文昭 執筆（1995）『人間関係論』ナースのケア意欲とよりよいメンタルヘルスのために、(株)日本看護協会出版会。
- 介護保険指導監査ハンドブック編集委員会編（2003）「介護保険指導監査ハンドブック」中央法規出版。
- 介護保険法規研究会監修（2002）「介護保険六法（平成14年版）」中央法規出版。
- ぎょうせい（2003）「介護保険の手引き—平成15年版」ぎょうせい。
- 株式会社ヘルスケア総合政策研究所編（2002）「介護の現実と再構築—介護事故・医療行為・介護現場の真相を踏まえて—」日本医療企画。
- 狩野恵美・笹尾敏明（2000）「特別養護老人ホームの介護スタッフにおけるバーンアウト、統制コーピング、およびヘルス・ベリーフ—予防的視座」『コミュニティ心理学研究』3(2)、77-90頁。
- 久保真人（1999）「ヒューマン・サービス従事者におけるバーンアウトとソーシャル・サポートとの関係」『大阪教育大学紀要第IV部門』48(1)、139-147頁。
- 高齢者痴呆介護研究・研修センターテキスト編集委員会編著（1999）「高齢者痴呆介護実践講座I—研修用テキスト—基礎講座」第一法規出版株式会社。
- 田尾雅夫（1989）「ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス」『社会心理学研究』4(2)、91-97頁。
- 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』誠信書房、コーピングの方法、75-95頁。
- 田尾雅夫・若林直樹編（2001）『組織調査ガイドブック 調査党宣言』有斐閣。
- 上野徳美・古城和敬・山本義史・林智一著（1999）『ナースをサポートする—ケアのための心理学』。
- 高見沢恵美子・宗像恒次・川野雅資（1994）『高齢社会のメンタルヘルス』金剛出版「老人・福祉・医療施設職員のメンタルヘルス」155-180頁。
- 日本労働研究機構（2003）『調査研究報告書 No.161 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発—HRM チェックリストの開発と利用・活用』197-198頁。
- 畠山綾子（2002）「介護老人保健施設で働く看護婦と介護職のストレスについて」『神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録』27、62-69頁。
- 藤野好美（2001）「社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究」『社会福祉学』42(1)、

137-149 頁。

- 藤野好美 (2000) 「日本における社会福祉専門職のバーンアウト研究についての一考察」 - 先行研究の現状と今後の展開に関して、『評論・社会科学』 61、1-22 頁。
- 増田真也 (1995) 「在宅福祉サービス専門職におけるバーンアウト形成要因に関する研究—業務の曖昧さを中心とした因果分析」『健康心理学研究』 8(2)、20-29 頁。
- 増田真也 (1997) 「ホームヘルパーの業務ストレスとバーンアウト」『介護福祉学』 4、30-42 頁。
- 増田真也・外島裕・藤野信行 (2003) 「施設介護職者のパーソナリティ、バーンアウトと業務評価との関係」『産業・組織心理学研究』 17(1)、3-4 頁。
- 宗像恒次 (1988) 「燃えつき現象研究の今日的意義」『看護研究』 21(2)、122-131 頁。
- 宗方比佐子・渡辺直登編著 (2002) 『キャリア発達の心理学—仕事・組織・生涯発達—』「職業性ストレス」川島書店、201-228 頁。
- 諸井克英 (1999) 「特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト」実験社会心理学研究、39(1)、75-85 頁。
- 矢富直美、中谷陽明、巻田ふき (1991) 「老人介護スタッフのストレッサー評価尺度の開発」『社会老年学』 34、49-59 頁。
- 矢富直美、川野健治、宇良千秋、中谷陽明、巻田ふき (1995) 「特別養護老人ホーム痴呆専用ユニットにおけるストレス」『老年社会科学』 17(1)、30-39 頁。
- Cohen-Mansfield, J. (1989) Sources of satisfaction and stress in nursing home caregivers: preliminary results, *Journal of Advanced Nursing*, 14, pp.383-388.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980) *Burn- Out*, New York: Human Service Press.
- Freudenberger, H. J. (1974) Staff Burnout, *J.Social Issues*, 30, pp.159-165.
- House, J. S, (1981) *Work stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Karasek, R. A. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp.285-308.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981) The Measurement of Experienced Burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 2, pp.99-113.
- Maslach, C., Leiter, Michael. P. (1997) *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*, John Wiley & Sons Inc , (高城恭子 [訳] (1998) 『燃えつき症候群の真実 - 組織が個人に及ぼすストレスを解決するには』 トッパン・プレントリスホール) .
- Perlman, B. & Hartman, E.A (1982) Burnout: Summary and future research, *Human Relations*, 35, pp.283-305.
- Pines, A. & Aronson, E. (1977) *Burn Out: From tedium to personal growth*, New York: Free Press.
- Rizzo, J., House, R., & Lirtzman, S. (1970) Role conflicts and role ambiguity in complex organizations, *Administrative Science Quarterly*, 15, pp.150-163.

- Siegrist, J. (1998) Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: Theory, empirical support, and implication for prevention. In C.L.Cooper (Ed) , *Theories of organizational stress*. UK: Oxford University Press.
- Shirom, A. (1989) Burnout in work organization, *International Review of Industrial and organizational Psychology*. Chap.2. ed. By C.L.Cooper & I.Robertson, John Wiley & Sons, Ltd.
- Vancouver, J. B., Milsap, R. E., & Peters, P. A. (1994) Multilevel analysis of organizational goal congruence. *Journal of Applied Psychology*, 79, pp.666-679.



既刊「総合政策学ワーキングペーパー」一覧\*

番号	著者	論文タイトル	刊行年月
1	小島朋之 岡部光明	総合政策学とは何か	2003年11月
2	Michio Umegaki	Human Security: Some Conceptual Issues for Policy Research	November 2003
3	藤井多希子 大江守之	東京圏郊外における高齢化と世代交代 —高齢者の安定居住に関する基礎的研究—	2003年11月
4	森平爽一郎	イベントリスクに対するデリバティブズ契約	2003年11月
5	香川敏幸 市川 顕	自然災害と地方政府のガバナンス ～1997年オーデル川大洪水の事例～	2003年12月
6	巖 網林 松崎 彩 嶋原美可子	地域エコシステムのマッピングとエコシステム サービスの評価 —地域環境ガバナンスのための GIS ツールの適用—	2003年12月
7	早見 均 和気洋子 吉岡完治 小島朋之	瀋陽市康平県における CDM (クリーン・デベロ プメント・メカニズム) の可能性と実践: ヒュー マンセキュリティに向けた日中政策協調の試み	2003年12月
8	白井早由里	欧州の通貨統合と金融・財政政策の収斂 —ヒューマンセキュリティと政策対応—	2003年12月
9	岡部光明	金融市場の世界的統合と政策運営 —総合政策学の視点から—	2003年12月
10	駒井正晶	PFI 事業の事業者選定における価格と質の評価方 法への総合政策学的接近	2003年12月
11	小暮厚之	生命表とノンパラメトリック回帰分析 —我が国生保標準生命表における補整の考察—	2004年1月
12	Lynn Thiesmeyer	Human Insecurity and Development Policy in Asia: Land, Food, Work and HIV in Rural Communities in Thailand	January 2004
13	中野 諭 鄭 雨宗 王 雪萍	北東アジアにおけるヒューマンセキュリティを めぐる多国間政策協調の試み: 日中韓三国間の CDM プロジェクトの可能性	2004年1月

\* 各ワーキングペーパーは、当 COE プログラムのウェブサイトに掲載されており、そこから PDF 形式で全文ダウンロード可能である (但し一部の例外を除く)。ワーキングペーパー冊子版の入手を希望される場合は、電子メールで当プログラムに連絡されたい (coe2-sec@sfc.keio.ac.jp)。また当プログラムに様々なかたちで関係する研究者は、その研究成果を積極的に投稿されんことを期待する (原稿ファイルの送信先: coe2-wp@sfc.keio.ac.jp)。なお、論文の執筆ならびに投稿の要領は、当プログラムのウェブサイトに掲載されている。  
当プログラムのウェブサイト <<http://coe21-policy.sfc.keio.ac.jp/>>

14	吉岡完治 小島朋之 中野 諭 早見 均 桜本 光 和氣洋子	瀋陽市康平県における植林活動の実践： ヒューマンセキュリティの日中政策協調	2004年2月
15	Yoshika Sekine, Zhi-Ming YANG and Xue-Ping WANG	Air Quality Watch in Inland China for Human Security	February 2004
16	Patcharawalai Wongboonsin	Human Security and Transnational Migration: The Case in Thailand	February 2004
17	Mitsuaki Okabe	The Financial System and Corporate Governance in Japan	February 2004
18	Isao Yanagimachi	Chaebol Reform and Corporate Governance in Korea	February 2004
19	小川美香子 梅嶋真樹 國領二郎	コンシューマー・エンパワーメント技術 としての RFID —日本におけるその展開—	2004年2月
20	林 幹人 國領二郎	オープンソース・ソフトウェアの開発メカニズム —基幹技術開示によるヒューマンセキュリティー—	2004年2月
21	杉原 亨 國領二郎	学生能力を可視化させる新しい指標開発 —経過報告—	2004年2月
22	秋山美紀	診療情報の電子化、情報共有と個人情報保護に ついての考察—ヒューマンセキュリティを実現 する制度設計に向けて—	2004年3月
23	飯盛義徳	地域活性化におけるエージェントの役割 —B2B システムによる関係仲介とヒューマン セキュリティー—	2004年3月
24	山本悠介 中野 諭 小島朋之 吉岡完治	太陽光発電のユーザーコストと CO <sub>2</sub> 削減効果： 大学におけるヒューマンセキュリティへの具体的 取組みに向けて	2004年3月
25	Jae Edmonds	Implications of a Technology Strategy to Address Climate Change for the Evolution of Global Trade and Investment	March 2004
26	Bernd Meyer Christian Lutz Marc Ingo Wolter	Economic Growth of the EU and Asia. A First Forecast with the Global Econometric Model GINFORS	March 2004
27	Wei Zhihong	Economic Development and Energy Issues in China	March 2004
28	Yoginder K. Alagh	Common Futures and Politics	March 2004

29	Guifen Pei Sayuri Shirai	China's Financial Industry and Asset Management Companies—Problems and Challenges—	April 2004
30	Kinnosuke Yagi	Decentralization in Japan	April 2004
31	Sayuri Shirai	An Overview of the Growing Local Government Fiscal Problems in Japan	April 2004
32	Sayuri Shirai	The Role of the Local Allocation Tax and Reform Agenda in Japan—Implication to Developing Countries—	April 2004
33	山本 聡 白井早由里	経済安定の基盤としての地方自治体の財源問題—地方交付税のフライペーパー効果とその実証分析—	2004年4月
34	岡部光明 藤井 恵	日本企業のガバナンス構造と経営効率性—実証研究—	2004年4月
35	須子善彦 國領二郎 村井 純	知人関係を用いたプライバシ保護型マッチングシステムの研究	2004年4月
36	渡部厚志	「移動の村」での生活史：「人間の安全」としての移動研究試論	2004年4月
37	巖 網林	自然資本の運用による環境保全と社会発展のためのフレームワークの構築—チンハイ・チベット高原を事例として—	2004年4月
38	榊原清則	知的メンテナンス・システムの構築をめざすアメリカの産学官連携プロジェクト	2004年5月
39	白井早由里 唐 成	中国の人民元の切り上げについて—切り上げ効果の検証と政策提言—	2004年5月
40	草野 厚 岡本岳大	対中国 ODA に関するメディア報道の分析—新聞報道の比較を中心に—	2004年5月
41	草野 厚 近藤 匡	政策決定過程におけるマスメディアの機能—イージス艦派遣をめぐる議論における新聞報道の影響—	2004年5月
42	草野 厚 古川園智樹 水谷玲子	視聴率の代替可能性—メディア検証機構に焦点を当てて—	2004年5月
43	中川祥子	「信頼の提供」に基づいた NPO と行政のパートナーシップ・モデルの提示	2004年5月
44	安西祐一郎	ヒューマンセキュリティへの総合政策学アプローチ	2004年5月
45	小倉 都	日本における再生医療ビジネスの課題とベンチャー企業の取り組み—ジャパン・ティッシュ・エンジニアリングの事例分析について—	2004年7月
46	伴 英美子	高齢者介護施設における従業員のバーンアウトに関わる組織システムの調査—総合政策的視座—	2004年7月

47	伊藤裕一	「開かれた政策協調手法」の発展とその評価 — EU 雇用政策分野における取組みを中心に—	2004年7月
48	Hideki Kaji Kenichi Ishibashi Yumiko Usui	Human Security of the Mega-cities in East and South-East Asia	July 2004
49	Takashi Terada	Thorny Progress in the Institutionalization of ASEAN+3: Deficient China – Japan Leadership and the ASEAN Divide for Regional Governance	July 2004

1. (シリーズの目的) 当ワーキングペーパーシリーズは、文部科学省21世紀COEプログラム「日本・アジアにおける総合政策学先導拠点——ヒューマンセキュリティの基盤的研究を通して」の趣旨に沿って行われた研究成果をタイミングよく一般に公開するとともに、それに対して幅広くコメントを求め、議論を深めていくことにあります。このため編集委員会は、同プログラム事業推進担当者30名(以下COE推進メンバーという。当COEウェブページに氏名を掲載)またはその共同研究者等(下記の4を参照)による積極的な投稿を期待しています。なお、主として研究論文を集録する当シリーズとは別に、専ら研究資料を集録するために「総合政策学研究資料シリーズ(Research material series)」を2004年6月に新たに創設しました。当COEの研究領域や研究内容等はウェブページ(本稿末尾)をご参照ください。

2. (集録論文の性格) シリーズに集録する論文は、原則として日本語、英語、または中国語で書かれた論文とします。集録対象は、未発表論文だけでなく、学会報告済み論文、投稿予定論文、研究の中間報告的な論文、当COE主催ワークショップ等における報告論文、シリーズの趣旨に合致する既発表論文(リプリント)など、様々な段階のものを想定していますが、性格的には原則として研究論文といえるものとします。集録論文のテーマは比較的広く設定しますが、上記趣旨に鑑み、原則として総合政策学ないしその方法論、あるいはヒューマンセキュリティに関連するものとします。このため、論文主題、論文副題、あるいは論文概要のいずれかにおいて原則として「総合政策学」または「ヒューマンセキュリティ」という用語のいずれか(または両方)が入っていることを当シリーズ採録の条件とします。

3. (投稿の方法) 投稿は、論文の文書ファイル(図表等が含まれる場合はそれらも含めて一つのファイルにしたもの)を電子メールによって下記にあてて送信してください。文書ファイルは、原則としてMS-WordまたはLaTeXで書かれたものとします。後者による場合には、既刊ワーキングペーパーの様式に準じて作成していただき、そのまま印刷できる様式のもの(camera-ready manuscript)をご提出ください。なお、投稿の締切り期限は特に設けず、随時受け付けます。

4. (投稿資格) 当COE推進メンバーおよび慶應義塾大学湘南藤沢キャンパスの専任教員は直接投稿できるものとしますが、それ以外の共同研究者あるいは当COEリサーチアシスタント等は必ず当COE推進メンバーを経由して投稿してください。この場合、経由者となるCOE推進メンバーは、論文の内容や形式等を十分に点検するとともに必要な修正を行い、責任が持てる論文にしたうえで提出してください。投稿論文は共同研究者として修士課程学生や学部学生を含む共著論文であってもかまいません(ただし学部学生は第一著者にはなれません)。いずれの場合でも、投稿論文の著者(複数著者の場合はそのうち少なくとも1名)は博士課程在籍中の学生またはそれ以上の研究歴を持つ研究者(当COE推進メンバーおよび慶應義塾大学湘南藤沢キャンパスの専任教員はこれに含まれる)であることを条件とします。

5. (論文査読の有無) シリーズの趣旨に鑑み、一般の学術専門誌のような論文査読は行わず、できるだけ幅広く集録してゆく方針です。ただし、シリーズの趣旨に合致する論文とはいいがたいと編集委員会が判断する場合には、編集委員会は、1)当該論文の採録を見送る、2)掲載するうえで必要な改訂(体裁その他の点)を著者をお願いする、3)当シリーズではなく「総合政策学研究資料シリーズ」への採録に回す、などの対応をとることがあります。編集委員会が投稿原稿を受理した場合、通常10日以内に必要な改訂の有無を執筆者に電子メールで直接ご連絡します。なお、集録が決定した場合、鮮明な印刷原紙作成のために図表等の原データ(例えばPhotoshop EPSなど)の提出をお願いする場合があります。

6. (投稿料・原稿執筆料) 投稿料は不要です。一方、原稿執筆料は支払われません。集録論文の著者には当

該ワーキングペーパーを原則として40部進呈いたします（それ以上の場合も十分対応できますので申し出て下さい）。

7. (著作権) ワーキングペーパーの著作権は、当該論文の執筆者に帰属します。

8. (公開方法) 本シリーズに含まれる論文は、編集委員会が統一的な様式に変換したうえで冊子体に印刷して公開します（既刊論文をご参照。なお提出原稿にカラー図表等が含まれていても構いませんが、それらは冊子印刷に際しては全てモノクロとなります）。またウェブ上においても、原則としてすべての論文をPDFファイル形式でダウンロード可能なかたちで掲載し、公開します。

9. (原稿執筆要領) 提出原稿の作成にあたっては、次の点に留意してください。

1) A4判、横書き、各ページ1列組み（2列組みは不可）。

2) 活字サイズは、日本語または中国語の場合10.5～11ポイント、英語の場合11～12ポイントとする。1ページあたりの分量は、日本語または中国語の場合1ページ40字30行、英語の場合1ページ30行をそれぞれ目安とする。（これら3つの言語以外の言語による場合は適宜読み替える。以下同様）。

3) タイトルページ（1枚目）には、論題、著者名、著者の所属と肩書き（大学院生には修士課程在学中か博士課程在学中かを明記のこと）、著者の電子メールアドレスのほか、必要に応じて論文の性格（学会発表の経緯など）や謝辞を記載。「COEの研究成果である」といえる場合には必ずその旨を記載する。なお、日本語論文の場合は、論題（メインタイトルおよびサブタイトル）ならびに著者名の英語表示もページ下方に適宜記載する（当該論文には印刷しないが、英文ワーキングペーパー末尾に付ける既刊一覧表で必要となるため）。

4) その次のページ（2枚目）には、論題、著者名、概要、キーワード（4-6つ程度）を記載。概要は必須とし、一つの段落で記載する。その長さは7-12行（日本語論文または中国語論文の場合は250字-400字程度、英文論文の場合は150語程度）を目安とし、単に論文の構成を記述するのではなく分析手法や主な結論など内容面での要約も必ず記述する。なお、中国語論文の場合の概要は、中国語に加え、英語または日本語でも付けること。

5) 本文は、その次のページ（3枚目）から始める。

6) タイトルページを第1ページとし、論文全体に通しページ（下方中央）を付ける。

7) 注は、論文全体として通し番号をつけ、該当ページの下方に記載する（論文の最後にまとめて記載するのではなく）。

8) 図と表は区別し、それぞれ必ずタイトルをつける。またそれぞれ通し番号をつける。それぞれの挿入箇所を明示する（図表自体は論文末尾に一括添付する）か、あるいは本文中に直接はめ込むか、いずれでもよい。

9) 引用文献は、本文の最後にまとめて記載する。その場合、日本語文献、外国語文献の順。日本語文献は「あいうえお」順、外国語文献は「アルファベット」順。

10) 文献リストには、引用した文献のみを記載し、引用しなかった文献は記載しない。

11) 論文の長さは、特に制約を設けないが、研究論文として最も一般的な長さと考えられるもの（本文が15-30ページ程度）を目安とする。

10. (投稿要領の改訂) 投稿要領の最新時点のものは、随時、当COEのウェブページに掲載します。

論文の投稿先：[coe2-wp@sfc.keio.ac.jp](mailto:coe2-wp@sfc.keio.ac.jp)

論文冊子の入手その他：[coe2-sec@sfc.keio.ac.jp](mailto:coe2-sec@sfc.keio.ac.jp)

論文のPDF版（COEウェブページ）：<http://coe21-policy.sfc.keio.ac.jp/>

ワーキングペーパーシリーズ編集委員：岡部光明（編集幹事）、梅垣理郎、駒井正晶