

介護の持続的発展を目指して¹

関西大学 林宏昭研究会 介護分科会

上里裕幸 岩田亮 岡城浩樹 金森宇宙 塩山正隆
鈴木裕也 田村祐規 村木亜矢

2010年12月

¹本稿は、2010年12月11日、12日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2010」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、林教授（関西大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

介護の持続的発展を目指して

2010年12月

要約

1. 現状・問題意識

現在、日本では少子高齢化が社会問題となっており、高齢者人口の加速度的増加に伴って、介護を必要とする高齢者の数が増加している。このため、社会の高齢化が進む中、福祉・介護サービスの重要性は、今後いっそう増してくる。総務省・統計局の調査によると、65歳以上の高齢者人口は平成21年9月15日現在推計2898万人で、総人口に占める割合は22.7%にもなる。これは他の先進国に比べて非常に高い数字であり、それに伴いさまざまな問題が危惧されているが、その中でも介護の問題は避けては通れない道である。厚生労働省に調査によると平成17年における介護・福祉サービス従事者は約328万人で、このうち老人分野に従事する者が最も多くおよそ197万人で全体の約60%を占めている。

介護は施設で受けるものもあるとしても、できるならば、住み慣れたところで家族や知人に囲まれて、最後まで生きたいと考えるのが人間本来の姿であろう。とはいってもそれには家族の介護負担の問題が立ちふさがる。

また、これから先、65歳以上の人口が増えていくにつれて、介護従事者の数も増え続けなければいけないはずであるが、伸び悩んでいるのが現状である。つまり、近年、介護施設や訪問介護の現場で高齢者の世話をする職員の数が不足しているのである。これからますます高齢化社会になっていくにもかかわらず、介護に携わる人が減っていることは私たちにとってとても深刻な問題である。その主な原因は少子化による生産年齢人口の減少を始め、過酷な肉体労働、精神的苦痛、またそれに伴う介護職の離職率の高さが挙げられる。

2. 分析

アンケート調査に基づくデータ分析では、介護労働者が様々な悩み、不安を抱えていることが分かる。労働条件の悩みについて賃金の低さが最も高い数値であるが、賃金の低さは就職する前からわかっている。それでも介護事業の採用率が高いところを考えると、私たちは賃金の低さを改善することは、高い離職率の低下には効果的ではないと考える。一方、職場の人間との人間関係や利用者・利用者の家族との人間関係の不安、悩み、不満は就職して初めて感じることである。また、多くの介護労働者はこういった精神的な不安、不満を抱えていることがわかる。多くの介護労働者は法人や施設、事業所の理念や運営のあり方への不満、職場の人間関係の問題など入ってから感じる精神的な悩みによって介護の仕事から離職していつていることがわかる。よって、私たちは介護労働者の精神的な悩みを改善することが介護労働者の高い離職率を低下させることに効果的に働くのではないかという結果を導き出した。

次にバーンアウトについて、現在の仕事を選んだ理由として、働き始めたきっかけは「働きがいのある仕事だと思ったから」や「今後もニーズが高まる仕事だから」などポジティブで意欲的な意見が多く挙げられている。しかし、実際に介護の分野に就職してその現場を体験すると、「仕事の内容・やりがい」は満足しているものの、「賃金」や「人事評価・処遇の在り方」などについては不満を募らせているようである。これが「理想と現実のギャップ」であり、こうした不満が募っていくことでバーンアウトが生じてしまい、その結果、休職や離職につながっていると考えられる。

3. 政策提言

こうした分析から、介護労働者の離職は介護労働者が働きだしてから感じる精神的苦痛によるものが、主な原因であるという結果を導き出した。したがって、その介護労働者の精神的苦痛を軽減することで介護労働者の離職率を低下させることができると考えられる。

そこで、私たちは解決策として、私たちは産業カウンセラーの活躍が、介護労働者の離職率の低下に効果的に働くと考える。具体的には、産業カウンセラーの資格だけではなく、介護の資格をもった産業カウンセラーを国が各市町村に配置し、介護労働者は無償で、また匿名でカウンセリングを受けることができる環境を作ることにより、介護労働者の精神的苦痛が軽減される。そのことにより引き起こされる離職率の低下は、介護労働者数の増大に繋がり、近年より必要性の高まっている介護事業の持続的発展を促すであろう。

目次

はじめに

第1章 現状と問題提起

- 第1節 少子高齢化 日本
 - 第1項 日本の人口推移
 - 第2項 社会保障の崩壊
 - 第3項 合計特殊出生率の国際比較
 - 第4項 高齢者の介護者数増加
- 第2節 介護従事者の現状
 - 第1項 供給不足
 - 第2項 離職率
 - 第3項 職業別に見た有効求人倍率
 - 第4項 介護職員の男女比
 - 第5項 今の仕事の継続意思
 - 第6項 一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

第2章 先行研究

- 第1節 研究の概要
 - 第1項 研究の目的と背景
 - 第2項 研究結果
- 第2節 本稿の位置づけ

第3章 分析

- 第1節 アンケート調査に基づくデータ分析
- 第2節 バーンアウト
 - 第1項 バーンアウト – Burnout Syndrome
 - 第2項 バーンアウトの特徴
 - 第3項 バーンアウトの背景・要因
 - 第4項 考察
 - 第5項 バーンアウトの対策

第4章 政策提言

- 第1節 カウンセラーの必要性
- 第2節 介護の知識をもったカウンセラーを

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

2005年、今後の日本にとって大きなターニングポイントとなる出来事が起きた。今まで増加の一途だった日本の総人口が、初めて減少し始めたのである。これを機に日本の人口は減少し続けている。これは世界の他の先進国において類をみない史上初の出来事である。

また近年、世界中の先進国の中でも日本は群を抜く勢いで高齢化が進んでいる。1970年に高齢化率¹が7%を超えて「高齢化社会」となってから、24年後の1994年に高齢化率が14%を超え、「高齢社会」となってしまった。ちなみにこの24年という倍化年数²を他の国と比較してみるとフランスが115年、ノルウェーが92年、スウェーデンが85年であるので、日本の24年がいかに早いかがわかる。そして高齢社会になってからわずか13年後の2007年、ついに高齢化率が21%を超え、日本は「超高齢社会」となった。

そのような深刻な「超高齢社会」（加えて合計特殊出生率の低下による少子化も進んでいる）である日本において、介護に対する需要は年々増加傾向にあるのは、もはや必然的なことであるが、その一方で介護従事者の数は伸び悩んでいる。採用率は他の職種に比べて比較的高いにもかかわらず人材不足なのは、高い離職率、特に1～3年で辞めてしまう、いわゆる早期離職者の多さが原因となっているからである。では、なぜそのような早期離職者がたくさんいるのだろうか。その主な原因には「賃金が低い」「思った以上に劣悪な処遇」「精神・身体的苦痛」など、就職する前に抱いていた「理想」と、実際に就職して分かった「現実」とのギャップに対する苦しみ・ストレスが挙げられるが、近年になって特に増えてきたのが、そういったストレスの蓄積により発症する「バーンアウト（燃え尽き症候群）」である。（バーンアウトについては第3章 第2節にて詳しく述べる。）バーンアウトは意欲的な人や、努力家ほど陥りやすい病気で、これになってしまうと何事に対しても無気力状態になってしまい、精神的に不安定に陥る。また被介護者に対して冷徹な態度をとるようになり、最終的に休職・離職につながってしまうパターンが多い。

そこで我々は、バーンアウトを予防・対処するために、介護の分野に新しく専門の産業カウンセラーを導入し、介護従事者の精神的負担を軽減することで離職率の低下につなげることを政策の方向性とし、提言していく。

¹ 総人口に占める65歳以上の人口の割合

² 高齢化率が7%から倍の14%に達するまでの所要年数

第1章 現状と問題提起

第1節 少子高齢化 日本

第1項 日本の人口推移

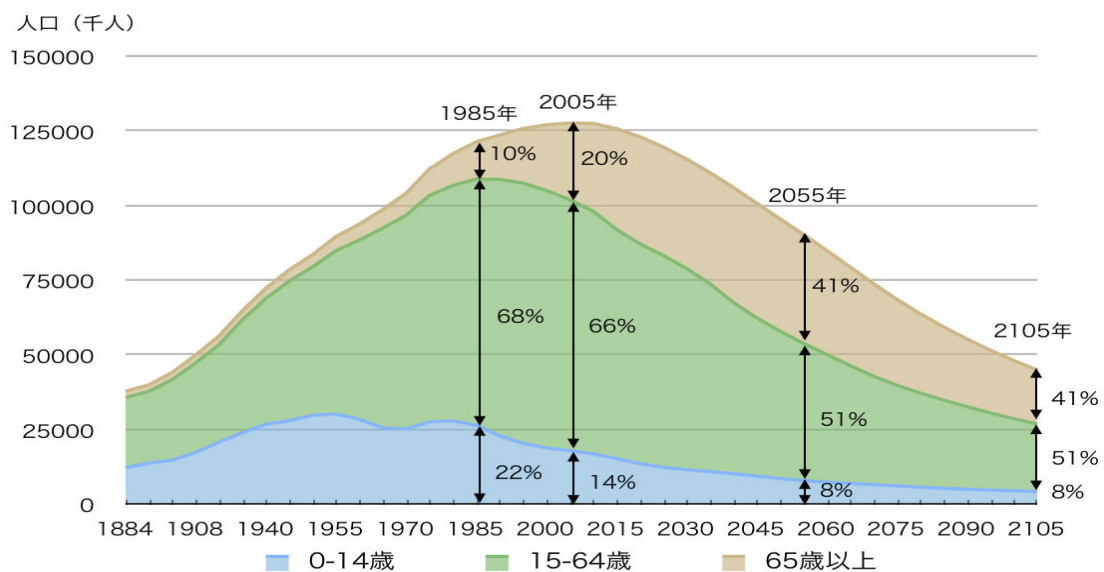
わが国は長年に渡り、発展・発達を遂げてきたが、今後21世紀にかけて、65歳以上の老年人口比率の上昇と生産年齢人口・年少人口の減少、すなわち高齢化と少子化が同時に進行するという少子高齢化という深刻な問題を抱えている国でもある。出生率の低下と医療の発達による平均寿命の伸長が原因で、高齢者比率の上昇が加速し、人口が減少しているのである。核家族化や就業形態の変化などの大きな社会構造の変化により、個人の貯蓄はもとより子供による私的な扶養だけで老後の生活を送ることが難しくなってきた。

高齢化社会の問題は、高齢者の増加という人口問題を中心に、社会、経済、政治など全般にわたって、いろいろな変化が起こるのに対応する問題である。

また、高齢化社会の問題は、政府、企業、家庭、個人の問題である。政府や企業の役割が大きいのだが、それだけに頼らないで、老後問題を個人の問題、あるいは家庭の問題として、考えていくことが必要になるのかもしれない。

グラフ I

日本人口（年齢3区分）の推移（1884～2105年）



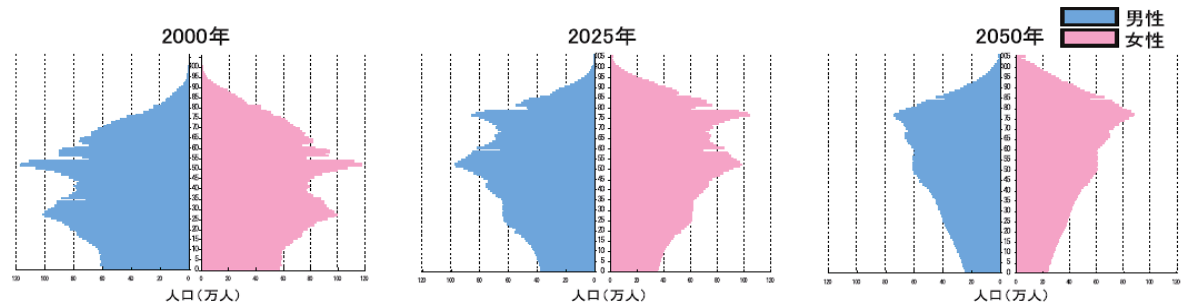
(国立社会保障・人口問題研究所資料より)

グラフ I は日本の人口を三つの区分に分け、グラフにしたものである。65歳以上の高齢者は1884年から年々と上昇し続け、2105年には人口の51%を占めることになると予想されている。これは先進諸国に比べても、最高の水準であり、わが国の少子高齢化を食い止める、あるいは高齢者に対応した生活スタイルを作り出すことが今後の日本において重要な課題となる。

第2項 社会保障の崩壊

高齢者の増加に伴い問題となってくるのは、年金・医療・介護などの社会保障の崩壊の恐れである。つまり、支えの手の減少と受給者の増大による財政上の困難である。そして、今後、社会保障負担の増大にどのように対応するかが課題となっている。下のグラフ・図より、2000年では約3.6人が高齢者1人を支え、2025年には1.8人、2050年には1.2人が1人高齢者を支えなければいけない状況に追い込まれるのである。

グラフ II

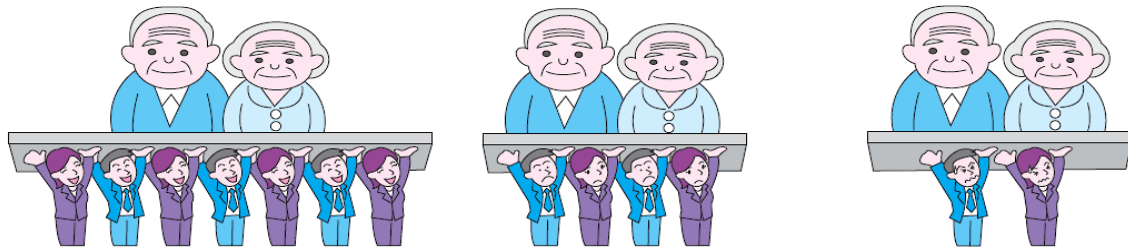


20～64歳人口の65歳以上人口に対する比率（総人口）

3.6（1億2,693万人）

1.8（1億1,927万人）

1.2（9,515万人）



（財務省 HP より）

グラフ II から高齢者世代には給付引き下げの不安、若者世代には負担増への忌避意識・世代間の負担の不公平感を抱く恐れがあることが分かる。同時に、高齢者の増大により、医療・介護を中心に給付費の増大は不可避である。このため、今後の改革の方向性によっては社会保障制度の基盤が揺らぐ可能性がある。

第3項 合計特殊出生率の国際比較

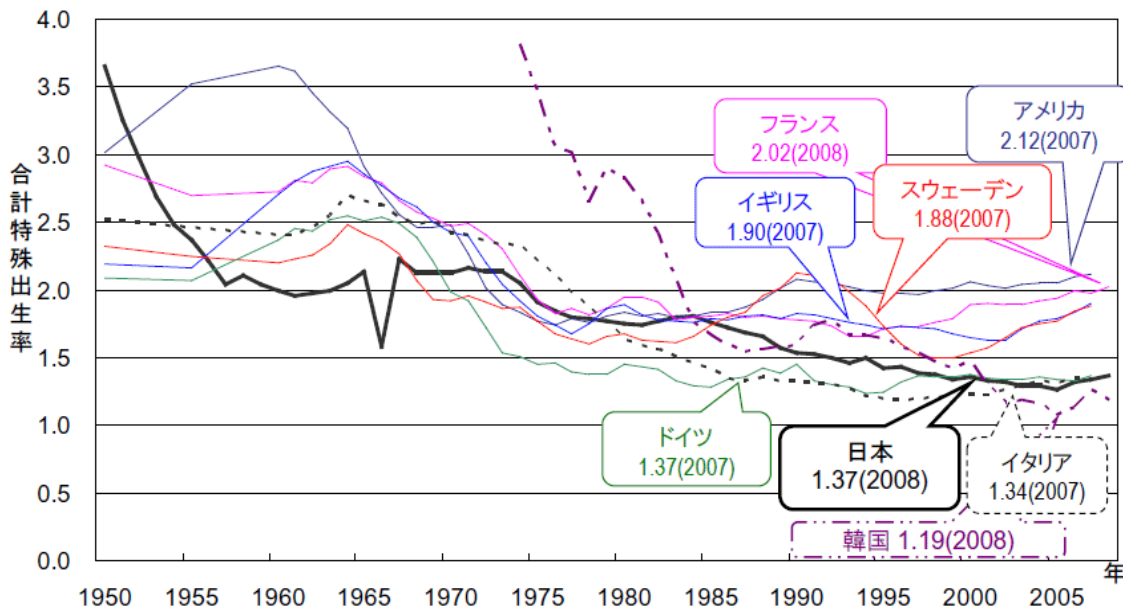
日本では、戦前から多産から少産の動きははじまっていたが、戦後のベビーブームの終息という状況も加わって、1950年代に合計特殊出生率は大きく低下した。また、1960年代以降の合計特殊出生率の変化を見ると、日本より水準の高かった欧米は、日本のなだら

かな低下とは対照的な急激な低下を経験し、1980年代前半には欧米、日本ともほぼ同じ少子化水準に達した。それ以降1980年代～90年代前半も欧米と対照的である。すなわち、米国、スウェーデン、デンマークなど欧米では反転して高くなった国も多いのに対し、日本はなお低下を続けている。2005年（平成17年）の我が国の合計特殊出生率は前年の1.29をさらに0.03ポイント下回り、1.26となり、過去最低を更新した。現在、我が国の出生率は、ドイツや南欧・東欧諸国、アジア NIES 諸国とともに、国際的に見ても最低の水準となっているそれについて示したものがグラフⅢである。

グラフⅢ

諸外国の合計特殊出生率の推移

我が国の出生率を諸外国と比較すると、ドイツや南欧・東欧諸国、アジアNIESとともに、国際的にみて最低の水準。また、低下の一途をたどっていることが特徴。



資料： Council of Europe : Recent demographic developments in Europe 2004 及び各国統計から作成。（なお、1960年前は UN : Demographic yearbookによる。1991年前のドイツのデータは西ドイツのもの。）

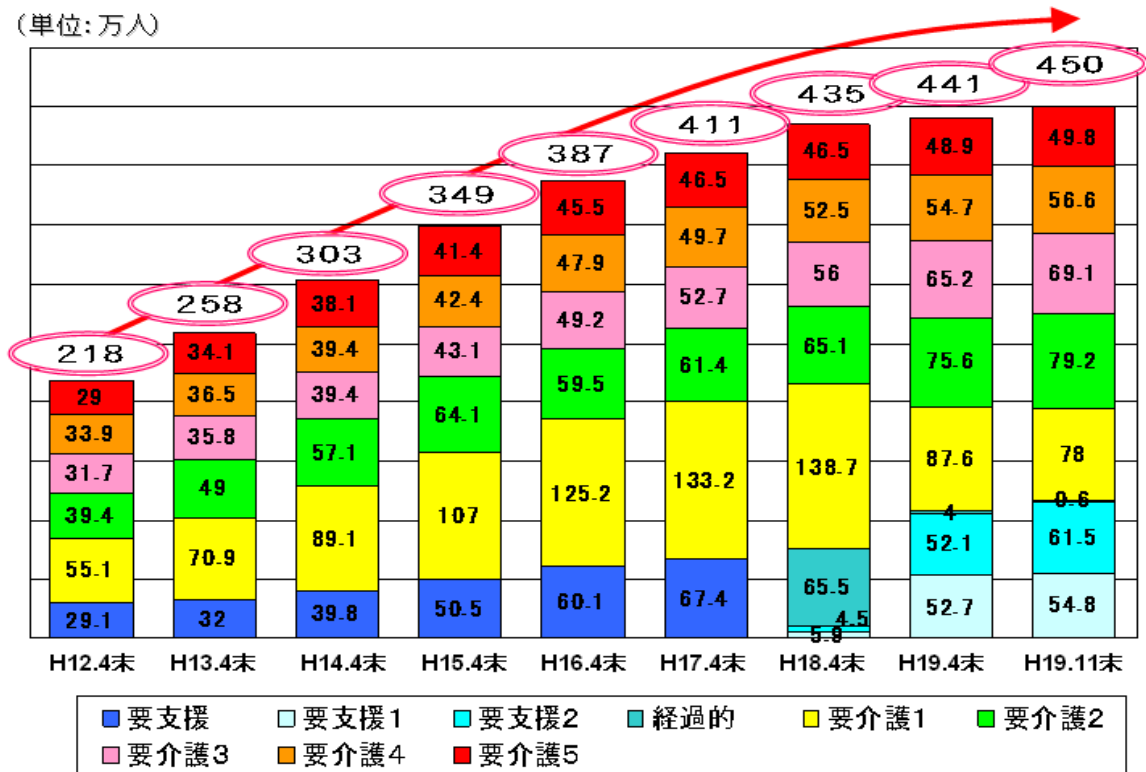
出生率低下の人口学的な要因は、「晩婚化の進行」と「夫婦出生児数の減少」である。未婚率は男女とも依然上昇傾向にあり、晩婚化の進行は継続している。結婚した夫婦からの出生児数が1990年代以降減少傾向にあり、1960年代生まれ以降の世代では、これまでのように最終的な夫婦出生児数が2人に達しない可能性もあるのである。

第4項 高齢者の介護者数増加

高齢者の増加に伴い、介護者数の増加も重要な問題である。要介護者の急増は、将来の社会的な負担の増大につながる。また、介護が必要になれば、高齢者自身やその家族の身体的・精神的・経済的な負担も増大することになる。それでも、介護が必要になった場合、介護保険の専門的サービスを積極的に活用し、その人らしい生活を維持・改善できるようにしていくことが必要である。そして、グラフⅣは2000年より施行された介護保険による、第1号被保険者（65歳以上）の要介護認定を受けた高齢者は年々増加し、今後さらに増え続ける高齢者に伴い更に増え続けるということを示している。利用量が増加したことから介護保険制度は社会に定着したと言えるが、介護サービスに関する課題は多くある。

グラフIV

(単位: 万人)



(出典) 介護保険事業状況報告 他

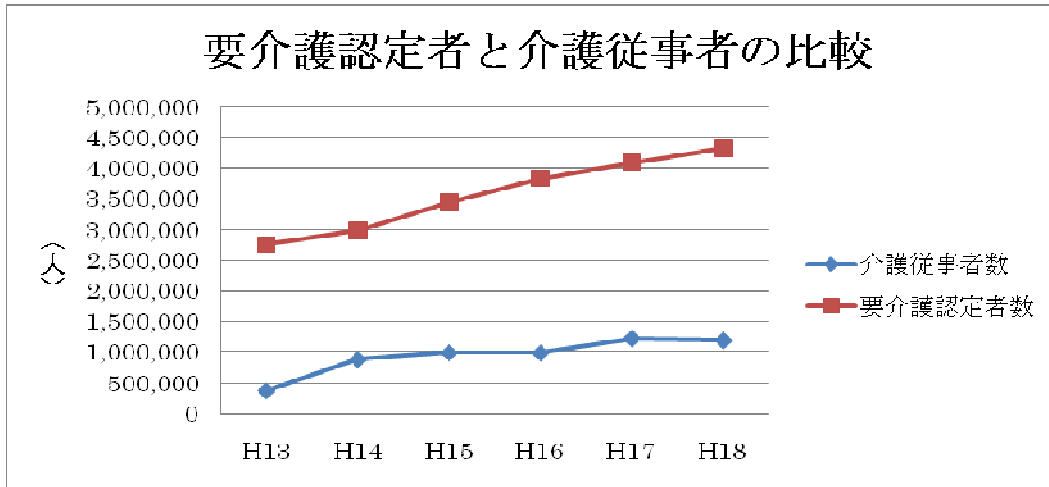
高齢者数全体の伸びの著しい2015年までの間に、あるべき高齢者介護を実現することは、わが国の高齢化の最も急な登りの部分を越えるということである。また、2015年の前期高齢者(65~74歳)は、その後続く10年間に後期高齢者となる人々である。前期高齢者について、実効性のある介護予防の取組が2015年までの間に確立できるかどうか、その後の時代の高齢者介護にとっても決定的な意味を持つことになる。加えて、高齢者の死亡数が今後急増することから、ターミナルケアまでを含めた高齢者介護のあり方を検討する必要性が高まっている。

第2節 介護従事者の現状

第1項 供給不足

介護職員の取り巻く現状として、高齢化の進展に伴い、介護ニーズが増大するなかで、サービス提供を担う介護人材を確保することは重要な課題である。しかしながら、介護職員については、離職率が高く、介護職員数が伸び悩んでいるのが現状である。

グラフV



(厚生労働省 平成18～21年賃金構造基本統計調査結果より作成)

表 I 従業員の過不足の状況 (単位: 数)

	回答事業所数	当該職種のある事業所数	大いに不足	不足	やや不足	適当	過剰	不足感
全体	7515	5487	2.4	13	31.8	52	0.9	46.8
訪問介護員	7515	2795	9.8	23	31.3	34	1.6	64.3
サービス提供責任者	7515	2406	2.3	7.2	11.9	77	1.2	21.4
介護職員	7515	4358	1.5	8.2	28.7	58	3.3	38.4
看護職員	7515	3771	4.7	11	23	60	1.8	38.3
生活相談員	7515	2949	0.9	2.5	10.3	85	1.1	13.7
PT・OT・ST	7515	910	1.6	6	21.1	70	1.5	28.7
介護支援専門員	7515	3829	1.1	4.3	13.5	79	2.3	18.9

(平成21年度 介護労働実態調査結果)

表 I に示す要介護認定者数と介護従事者数を比較すると、H13年からH15年の5年間で要介護認定を受けた人の数が2,758,776人から4,322,708人へと上昇傾向にあることがわかる。この間の要介護認定者数の増加率は平均で約9.45%（ピーク時は15.4%）で、具体的な数値にすると1,563,932人の増加が見られる。H13年の介護従事者数を見ると376,841人であり、要介護認定者数と比較すると2,381,935人の差があるのがわかる。こうした差はH18にも同様見られていて、3,126,296人もこの差があり、供給不足が深刻化してきているのがわかる。

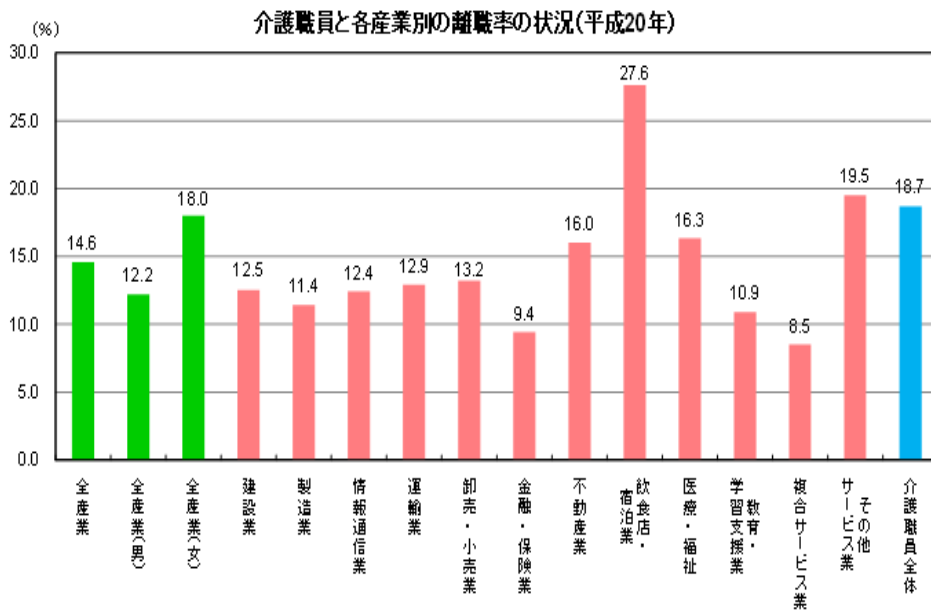
実際の介護事業所への調査である表 II においても、介護従事者数について、全体では「適当」が52.3%、不足感（大いに不足+不足+やや不足）は46.8%という結果が出ている。つまり、介護事業所での従業員数は約半数の事業所で不足感が感じられていることになる。特に訪問介護員に関しては64.8%と、半数以上の事業所で不足感が感じられている。その主な原因は次の第三節で取り上げる離職者の多さにあるが、それに加えて、介護従事者の勤続年数の短さというのも1つの原因である。

厚生労働省の年賃金構造基本統計調査結果によると、介護従事者の勤続年数は平成18年から平成21年の4年間において平均で7.9年である。これは同じ時期に調査した一般職業の勤続年数の平均10.9年を大きく下回る数字となっている。

第2項 離職率

介護職員全体の離職率については、全産業平均と比較すれば、高い傾向にある。全産業平均においては女性労働者の離職率が高い傾向にあることから、女性労働者の比率が高いことが、介護職員全体の離職率を高める原因の1つになっていると推測される。それについてグラフ VI で示している。

グラフ VI



(資料出所)全産業及び各産業の離職率:平成20年雇用動向調査(厚生労働省)
 介護職員及び訪問介護員の離職率:平成20年度介護労働実態調査(財)介護労働安定センター)
 注) 離職率の定義は右のとおり。 離職率=(1年間の離職者数)÷労働者数

今後も将来的に少子高齢化や団塊の世代の高齢化のあおりを受けて要介護認定者数は増加すると予測できるので、介護従事者の数が伸び悩んでいる現状のままではこの先供給不足になることは目に見えている。それにより、これからも要介護認定者数と介護従事者数の差は開く一方である。これに対し何かしらの対策を打たなければ介護従事者一人当たりが負担する要介護認定者の数がどんどん増えていき、介護従事者の労働環境の悪化、それによる離職と、負のスパイラルに陥ってしまう可能性が高い。

では、なぜ介護従事者の数は伸び悩んでいるのか。それは離職率と高い関係性があると考えられる。介護の分野では高い離職率が問題となっているが実際の数字はどれくらいなのか。平成20年10月1日から平成21年9月30日の間に行われた介護労働実態調査による訪問介護員と介護職員の採用率と離職率は以下の表Ⅱに示す通りである。

表Ⅱ

	回答事業所数	採用率	離職率	増加率	離職者の内		
					一年未満	一年以上 三年未満	
(訪問介護員と介護職員)	5413	25.20%	17%	8.20%	43.10%	32.50%	
正社員	4456	23.60%	16%	7.60%	36.40%	34.90%	
非正社員 計	4930	26.50%	17.80%	8.70%	47.80%	30.80%	
	常勤労働者	2352	35.30%	21.80%	13.50%	49.70%	30.50%
	短時間労働者	4440	24.20%	16.80%	7.40%	47.20%	31%
職種別	訪問介護員	2245	19.10%	12.90%	6.30%	39%	34.40%
	介護職員	3824	28.50%	19.30%	9.20%	44.60%	31.90%

(平成21年度 介護労働実態調査結果)

表Ⅱによると現状での訪問介護員と介護職員の離職率は17.0%なので、およそ5.8人に1の割合で介護職を離れていることになる。ちなみに厚生労働省の平成20年雇用動向調査結果によると、一般労働者の離職率が14.6%で、平均を2.6%も上回っており、この数字がいかに高いかがわかる。さらに一年未満で離職する介護従事者が40%を超えるのも大きな特徴である。しかしここで注目すべきなのは介護事業者の採用率である。一般産

業は採用率が14.2%なのに対し、介護事業ではその採用率が25.2%と11%も高い数値をとっている。それにも関わらず介護従事者数の伸び率があまり良くないのは早期離職者を含めた離職者が多いせいである。

第3項 職種別にみた有効求人倍率

表IV

	2008年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
産業計	1.00	1.02	0.99	0.89	0.84	0.83	0.84	0.85	0.86	0.84	0.81	0.75
事務的職業	0.35	0.37	0.35	0.30	0.28	0.27	0.27	0.28	0.29	0.27	0.24	0.23
生産工程 労務の職業	0.91	0.92	0.88	0.81	0.74	0.71	0.70	0.69	0.70	0.65	0.58	0.49
保健師 助産師 看護師	2.67	2.67	2.53	2.14	2.08	2.19	2.31	2.36	2.37	2.40	2.60	2.85
社会福祉 専門の職業	1.92	1.87	1.71	1.37	1.35	1.44	1.58	1.67	1.74	1.76	1.82	1.91
介護関係 職種	2.50	2.49	2.30	2.07	2.06	2.13	2.24	2.31	2.36	2.36	2.45	2.53

	2009年								
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
産業計	0.67	0.61	0.54	0.44	0.40	0.40	0.41	0.42	0.45
事務的職業	0.23	0.22	0.21	0.16	0.14	0.14	0.15	0.15	0.17
生産工程 労務の職業	0.39	0.32	0.28	0.24	0.21	0.20	0.21	0.22	0.26
保健師 助産師 看護師	2.75	2.70	2.53	2.11	2.04	2.10	2.18	2.27	2.28
社会福祉 専門の職業	1.82	1.63	1.38	1.03	0.92	0.95	1.00	1.05	1.10
介護関係 職種	2.34	2.07	1.73	1.42	1.30	1.28	1.31	1.33	1.34

(厚生労働省 HP より)

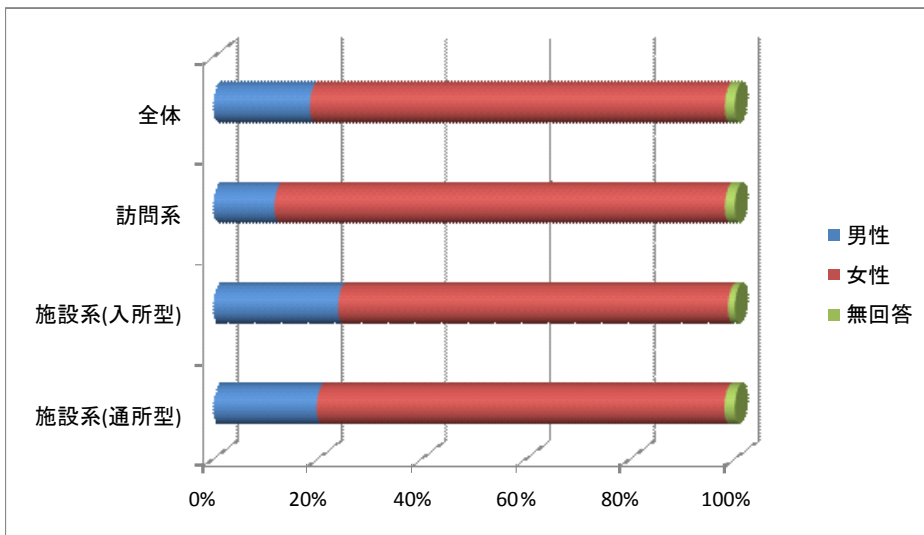
表IVをみると、介護関係職種の有効求人倍率は2008年12月の2.53をピークに、2009年9月時点の1.34まで低下しているが、1倍超えて推移していることがわかる。有効求人倍率は、産業計では1倍を下回り、人員過剰の状況である一方、介護職員では1倍を上回り、人員不足の状況が続いている。

第4項 介護職員の男女比

表Ⅲ

	男性	女性	無回答
施設系(通所型)	19.8	78.3	2
施設系(入所型)	23.9	74.8	1.3
訪問系	11.7	86.4	1.9
全体	18.5	79.6	1.9

グラフⅧ



(平成21年度介護労働実態調査より)

表Ⅲ、グラフⅧを見てもわかるように、女性79.6%、男性18.5%となっており圧倒的に女性が多い産業である。

介護労働者の女性と男性の割合は、介護労働者全体では約9対1となっている。しかし、訪問介護員の女性と男性の割合は9以上対1未満となっており、女性の介護労働者の割合が圧倒的に多いことがわかる。一方、施設介護職員は、訪問介護員と同様に女性が多数を占めていることは確かであるが、その割合は2006年には73.8%で訪問介護員の94.8%に比べると明らかに低くなっている。その結果、男性の施設介護職員が26.3%となっている。

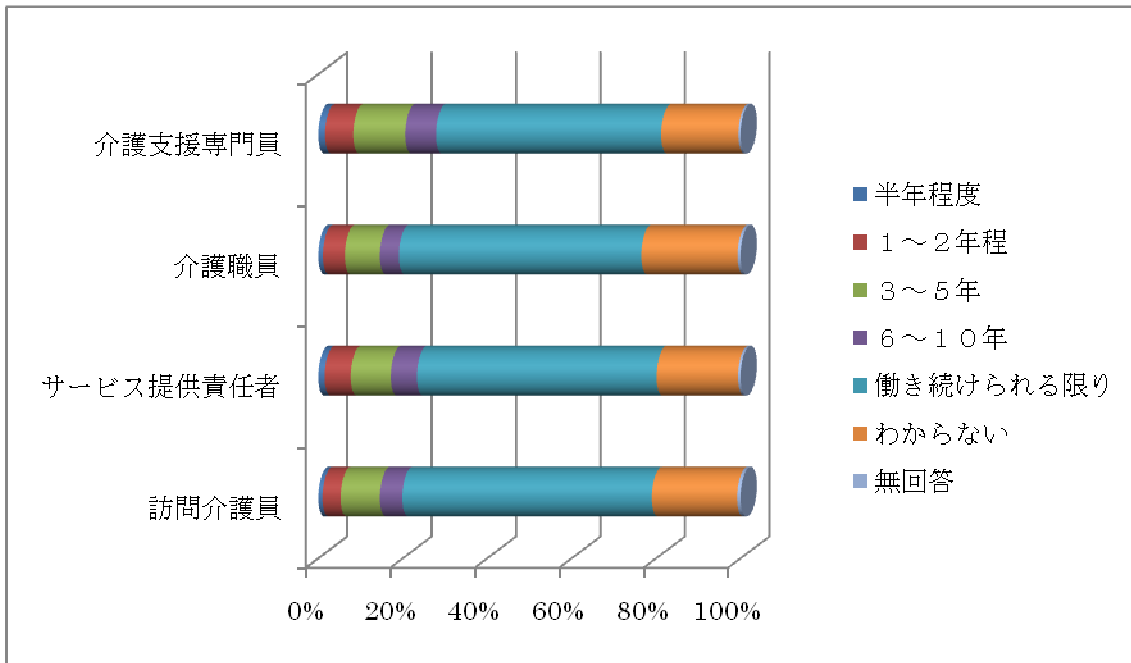
こうしたことから、介護労働者という同じ立場でありながら訪問介護員と施設介護職員では男女比に明らかな差が認められる。訪問介護員で男性の割合が低い背景としては、訪問介護員は施設介護職員と異なり、家事(掃除・洗濯・買い物・調理)が職務となっていることと同時に、訪問介護員には非常勤職員としての労働形態が多いことによる収入の不安定さやそれに伴って介護労働者の福利厚生等の条件が施設介護職員に比べて悪いことも影響していると考えられる。

第5項 今の仕事の継続意思

表IV

	半年程度	1～2年程	3～5年	6～10年	働き続けられる限り	わからない	無回答
訪問介護員	1	4.3	9.3	5.3	59.1	20.2	0.8
サービス提供責任者	1.5	6.2	9.5	6.2	56.8	19.3	0.6
介護職員	1.1	5.2	8.3	4.5	57.4	22.8	0.7
介護支援専門員	1.6	6.7	12.3	7.3	53.3	18.3	0.5

グラフIX



(平成21年度介護労働実態調査より)

仕事の継続意思について、今の勤務先を問わず、今の仕事をいつまで続けたいかをたずねたところ、4職種とも「働き続けられるかぎり」が最も多い。今の勤務先にいつまで勤めたいかについても、4種類とも「働き続けられる限り」が最も多い。全体では「働き続ける限り」は56.3%で最も多く、一方「わからない」が20.4%である。

性別では、男性、女性は「働き続ける限り」がそれぞれ56.1%、56.4%であったが、「わからない」が女性は19.3%に対し、男性は25.9%である。

仕事の継続意思については、自分の好きな時に外出できないため介護負担感も増強し、そのことが介護継続意思に関連しているのである。そのため介護者が自由な時間をとることを許容するような、環境を整えることが継続意思を高めることにつながると考えられる。介護から適度に距離をとり介護者が自分自身の自由になる時間を確保することが、介護に拘束されずに精神的に消耗することを防ぐ重要な手段であるのかもしれない。

第6項 一般労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

表V

		男女計			男性				女性			
		平均年齢(歳)	勤続年数(年)	きまって支給する現金給与額(千円)	構成比(%)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	きまって支給する現金給与額(千円)	構成比(%)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	きまって支給する現金給与額(千円)
産業別	産業計	40.9	11.6	328.8	67.9	41.7	13.1	369.3	32.1	39.1	8.6	243.1
	医療業	38.8	8.2	333.0	25.3	39.3	8.6	465.1	74.7	38.7	8.0	288.3
	社会保険 社会福祉 介護事業	39.0	7.1	242.4	25.6	38.5	7.7	282.9	74.4	39.2	6.9	228.5
	サービス業	37.9	9.3	369.0	70.9	39.6	10.6	407.7	29.1	33.8	6.0	275.0
職種別	医師	40.9	4.8	888.9	78.8	42.4	5.0	937.8	21.2	35.3	4.3	706.7
	看護師	35.9	6.8	322.0	6.2	33.8	6.0	312.2	93.8	36.0	6.9	322.6
	准看護師	44.5	9.9	277.1	8.3	38.0	9.7	292.5	91.7	45.1	10.0	275.7
	理学療法士 作業療法士	30.1	3.8	274.1	50.6	30.9	3.5	279.8	49.4	29.3	4.0	269.4
	保育士	33.5	7.7	215.9	4.7	31.3	6.5	252.2	95.3	33.6	7.8	214.1
	ケアマネジャー	44.9	7.1	260.3	24.2	39.9	7.0	286.8	75.8	46.5	7.1	251.8
	ホームヘルパー	43.9	4.4	211.7	16.2	36.3	3.4	242.7	83.8	45.4	4.6	205.6
	福祉施設介護員	35.8	5.2	215.8	31.4	32.7	5.1	231.7	68.6	37.2	5.3	208.6

(平成21年度介護労働実態調査より)

経験年数、平均年齢等の要素の違いがあり、一般労働者については、介護分野の賃金水準は産業全体と比較して低い傾向にあり、一般労働者であるホームヘルパーや福祉施設介護員の賃金は、医療福祉分野における他の職種の者と比較して低い傾向にある。一般労働者とは、短時間労働者以外の労働者を表し、短時間労働者とは1日の所定労働時間が一般の労働者よりも短いまたは1日の所定労働時間が一般の労働者と同一でも1週の所定労働日数が一般の労働者よりも少ない労働者を表す。サービス業とは、専門サービス業、学術・開発研究機関、洗濯・理容・美容・浴場業、その他の生活関連サービス、娯楽業、廃棄物処理業、自動車設備業、機械等・修理業、物品賃貸業、広告業、その他の事業サービス業、政治・経済・文化団体等が含まれる。福祉施設介護員は、児童福祉施設、身体障害者福祉施設、老人福祉施設その他の福祉施設において、介護の仕事に従事する者を表す。また、きまって支給する現金給与額は、労働契約、労働協約あるいは事業所の就業規則などによってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給された現金給与額であり、基本給、職務手当、通勤手当、家族手当、超勤手当等に含まれる。なお、手取り額ではなく、所得税、社会保険料などを控除する前の額である。

第2章 先行研究

第1節 研究の概要

第1項 研究の背景と目的

ここでは、先行研究として、茨城大学の宮崎章夫氏の【認知症高齢者の「攻撃行動」に対する意味づけが介護者のストレス反応に与える影響】を用いる。

社会の急速な高齢化に伴い、認知症を患っている高齢者の数は増加している。認知症の介護は緊密な人間関係が求められることもあり、身体的負担に加え、多大な精神的負担を伴う。精神的負担が蓄積することにより、介護者を逃避的にさせる、思いやりを書くようにさせる、職員の間人間関係を悪化させるなど重大なストレス反応が生じることも問題視されている。そこで介護者の精神的健康を維持し、高齢者の QOL¹を向上させるために、介護ストレスに対する理解と対策が求められているのである。

介護者にとって大きなストレスの原因となっているものに、「攻撃的言動」がある。この研究に中での「攻撃的言動」とは、認知症の高齢者から介護者に向けられる、ののしる、わめく、脅すなどの言語的攻撃とつかむ、たたく、蹴る、押す、ひっかく、ものを投げる、噛む、変な音を立てるなどの非言語的攻撃の両方を含むものとされている。なお、近年の介護現場では攻撃という用語を使わなくなってきたが、先行研究との関連性を重視して、ここではあえてこの用語を使うことにしている。認知症を抱える高齢者が介護職員に対して示す「攻撃的言動」は、介護ストレスの主要な原因の一つとされている。

この研究は「攻撃的言動」が生み出す介護ストレスの軽減を目指したものである。ストレス状況の深刻度を決定する要因として、その出来事に対する当事者の認知的評価と対処があることを示している。そして、これら二つの要因には、顕著な個人差が存在するのである。

一般的に勤続年数の長い職員は高いストレス耐性を有しており、バーンアウトをしづらいということが知られている。したがって、ベテラン職員に注目することにより、望ましい認知的評価と対処の特徴を明らかにすることができると考えられる。そこで、主にベテラン職員に注目して、「攻撃的言動」への認知的評価と対処法について調査している。

第2項 研究結果

研究成果として、帰属した原因に応じて、ベテラン職員は、利用者の苦痛を理解し取り除こうとする対処、つまり共感型対処と、「攻撃的言動」を受け流したり、その経験を忘れようとしたりする対処、つまり切替型対処の二つを使い分けているということが明らかとなっ

¹ Quality Of Life : 生命・生活の質

た。これら二種類の対処は職員のストレス反応と関連しており、特に後者の対処がストレス反応を有効に軽減させることを示した。

ベテラン職員は「攻撃的言動」の原因には、介護者が努力次第で解決できる問題のみならず、独力ではすぐには解決できない問題も含まれることを認識しているのである。つまり、ベテラン職員は、「攻撃的言動」の原因を、独力で即時的に解決することを必ずしも目指しておらず状況に応じて、ストレス¹のパーソナル・コントロールを放棄していたと示している。ここで言うパーソナル・コントロールとは、ストレス事態を独力で、速やかに解決しようとすることを意味する概念である。

ベテラン職員は、パーソナル・コントロールが可能な原因と、それができない原因とを区別していたのである。パーソナル・コントロールが可能な原因とは、介護に対する欲求不満である。欲求不満という原因があると判断した場合、ベテラン職員は、その不満を共感的に理解し、取り除こうと努めていたと示している。一方、パーソナル・コントロールが困難な問題としては認知症の自覚にともなう苛立ち、そして利用者と職員との相性などがある。これらの原因があると判断した場合、ベテランは、その言動を受容する、介護を他の職員に替わってもらう、相性がある時期がくるのを待つことなどを心掛けていたと示している。

介護ストレスという状況では、ストレスの原因が必ずしも明確に特定できるとは限らない。また、原因が特定できたとしても、それを速やかに解決できるとは限らない。このような不確定要素の多いストレス状況においては、時として、パーソナル・コントロールを一時的に放棄しなければならないのである。要するに、個人の力に頼りすぎることや、速やかな問題の解決に固執することを諦めるのである。その代わりに、他者の支援を最大限に活用しつつ、長い時間をかけて問題が解決できるようになるのを待つという姿勢が求められると示している。

第2節 本稿の位置づけ

本稿では、この先行研究を参考にしつつ、ベテラン職員のストレス対処法だけでなく、より多くの様々な介護職員の現場の実際の声聞くことを目的としたアンケート調査を分析する。そして、その分析結果に基づく私たち独自の対処法を見いだす。

¹ ストレスを引き起こす物理的・精神的因子

第3章 分析

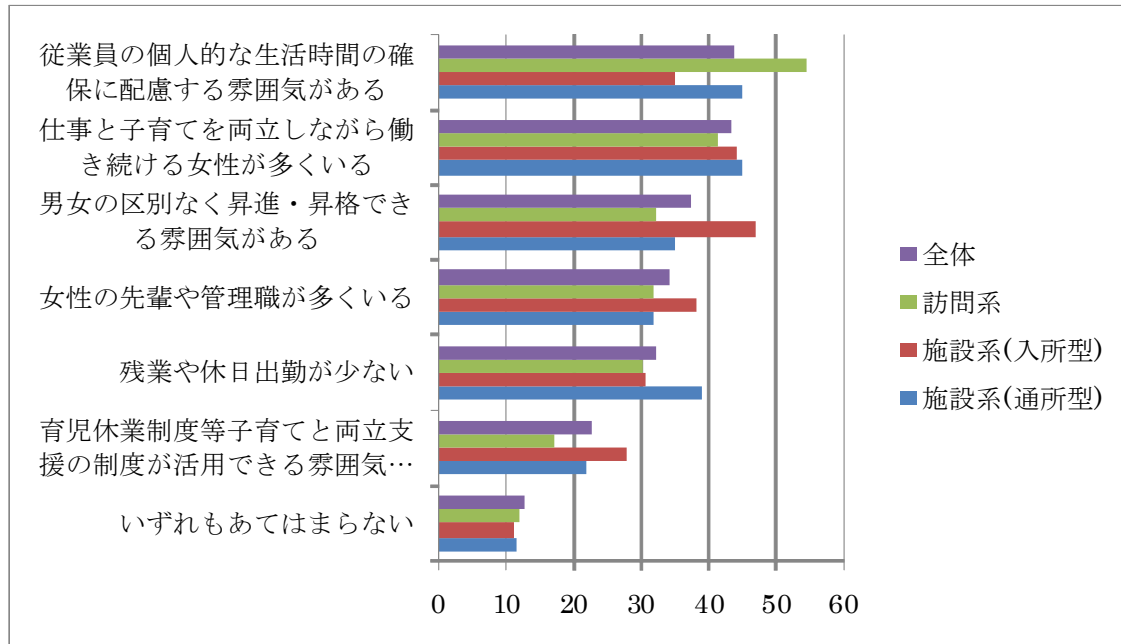
第1節 アンケート調査に基づくデータ分析

表 I

	施設系(通 所型)	施設系 (入所型)	訪問系	全体
いずれもあてはまらない	11.5	11.3	11.8	12.6
育児休業制度等子育てと両立支援の制度が活用できる雰囲気がある	22	27.8	17.3	22.6
残業や休日出勤が少ない	38.9	30.5	30.1	32.3
女性の先輩や管理職が多くいる	31.7	38.3	32	34.1
男女の区別なく昇進・昇格できる雰囲気がある	34.9	47.1	32.1	37.4
仕事と子育てを両立しながら働き続ける女性が多くいる	44.9	44.1	41.4	43.2
従業員の個人的な生活時間の確保に配慮する雰囲気がある	45.1	34.8	54.6	43.6

(平成 21 年度介護労働実態調査より作成)

グラフ I 職場の特徴



(平成 21 年度介護労働実態調査より作成)

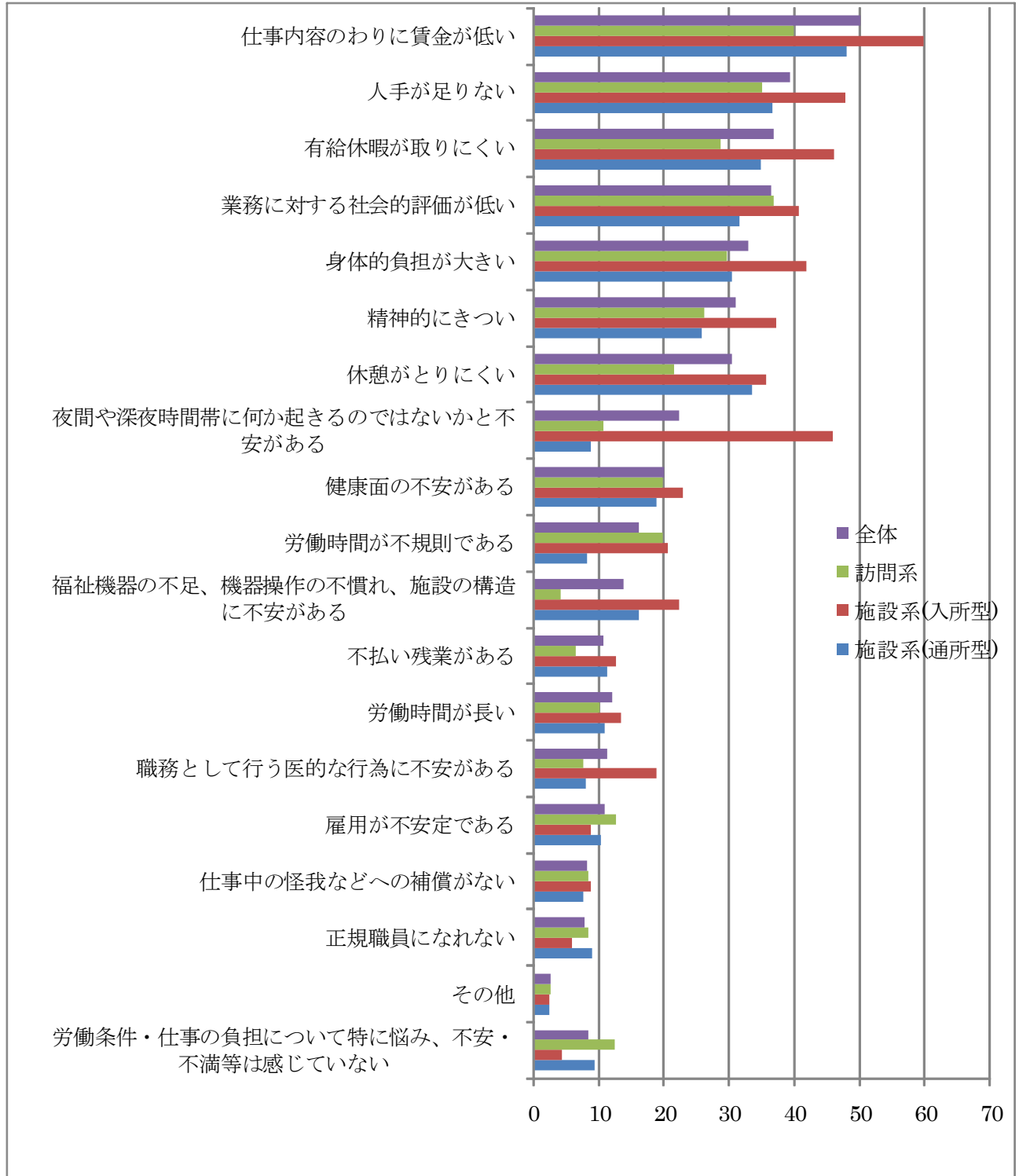
介護職では、圧倒的に女性が多い産業であるので介護従事者の離職の原因は、結婚・出産にものであると考えられる。しかし、グラフ I によると 43.6% の人が「従業員の個人的な生活時間に配慮する雰囲気がある」と答えて最も多く、次いで 43.2% の人が「仕事と子育てを両立しながら働き続ける女性が多くいる」と答えている。このことから介護の職場は女性の働きやすい環境が整っていることがわかる。したがって、女性の結婚・出産は介護事業者の離職の主要な原因ではないと考えることができる。

表Ⅱ 労働条件などの悩み、不安、不満等

	施設系(通所型)	施設系(入所型)	訪問系	全体
労働条件・仕事の負担について特に悩み、不安・不満等は感じていない	9.3	4.4	12.4	8.4
その他	2.4	2.4	2.6	2.6
正規職員になれない	9	6	8.5	7.8
工作中的の怪我などへの補償がない	7.6	8.8	8.4	8.2
雇用が不安定である	10.3	8.8	12.7	11
職務として行う医的な行為に不安がある	8.1	18.9	7.7	11.3
労働時間が長い	10.9	13.5	10.2	12
不払い残業がある	11.4	12.7	6.5	10.7
福祉機器の不足、機器操作の不慣れ、施設の構造に不安がある	16.1	22.4	4.1	13.9
労働時間が不規則である	8.3	20.6	19.8	16.1
健康面の不安がある	18.8	22.9	19.9	20
夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある	8.9	45.9	10.8	22.3
休憩がとりにくい	33.5	35.7	21.6	30.5
精神的にきつい	25.8	37.2	26.2	31.1
身体的負担が大きい	30.5	41.9	29.7	33
業務に対する社会的評価が低い	31.6	40.6	36.8	36.4
有給休暇が取りにくい	34.9	46	28.8	36.9
人手が足りない	36.7	47.9	35.1	39.4
仕事内容のわりに賃金が低い	48.1	59.9	39.9	50.2

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフⅡ 労働条件などの悩み、不安、不満等



(平成 21 年度介護労働実態調査より作成)

表Ⅱ、グラフⅡの労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満などを尋ねた調査によると、全体では、「仕事内容のわりに賃金が低い」が50.2%で最も多く、次いで「人手が足りない」が39.4%、「有給休暇が取りにくい」が36.9%、「業務に対する社会的評価が低い」が36.4%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が33.0%の順である。

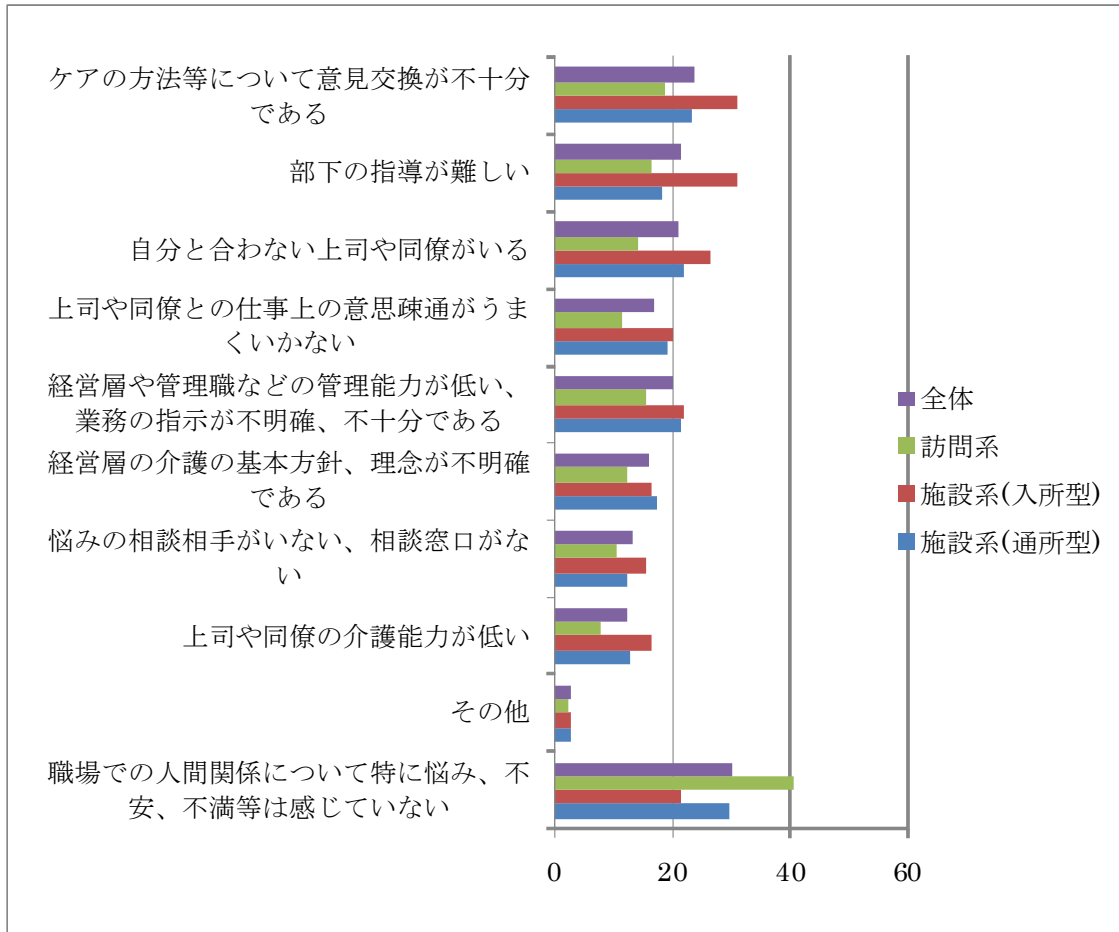
介護保険サービス系型別では、施設系（入所型）は「仕事内容のわりに賃金が低い」59.9%と最も多い。次いで「人手が足りない」が47.9%、そして、「夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある」が45.9%と他の介護保険サービス系型と比べて特に多い。施設系（通所型）は「仕事内容のわりに賃金が低い」が48.1%、「人手が足りない」が36.7%、「有給休暇が取りにくい」が34.9%、「休憩がとりにくい」が33.5%である。訪問系は、「仕事内容のわりに賃金が低い」が39.9%、次いで「業務に対する社会的評価が低い」が36.8%、「人手が足りない」が35.1%と多い。

表Ⅲ 職場での人間関係などの悩み、不安、不満等

	施設系(通所型)	施設系(入所型)	訪問系	全体
職場での人間関係について特に悩み、不安、不満等は感じていない	29.5	21.6	40.5	30.1
その他	2.6	2.7	2	2.5
上司や同僚の介護能力が低い	12.8	16.5	7.9	12.2
悩みの相談相手がいない、相談窓口がない	12.4	15.5	10.5	13.1
経営層の介護の基本方針、理念が不明確である	17.4	16.3	12.2	16
経営層や管理職などの管理能力が低い、業務の指示が不明確、不十分である	21.2	21.8	15.5	20.2
上司や同僚との仕事上の意思疎通がうまくいかない	19	20	11.4	16.8
自分と合わない上司や同僚がいる	21.8	26.5	14	21.1
部下の指導が難しい	18.2	30.9	16.3	21.3
ケアの方法等について意見交換が不十分である	23.3	30.9	18.8	23.5

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフⅢ 職場での人間関係などの悩み、不安、不満等



(平成21年度介護労働実態調査より作成)

表Ⅲ、グラフⅢの職場での人間関係等の悩み、不安、不満等をみると、全体では、「職場での人間関係について特に悩み、不安、不満等を感じていない」が30.1%で最も多く、次いで、「ケアの方法等について意見交換が不十分である」が23.5%、「部下の指導が難しい」が21.3%、「自分と合わない上司や同僚がいる」が21.1%、「経営層や管理職等の管理能力が低い、業務の指示が不明確、不十分である」が20.2%である。

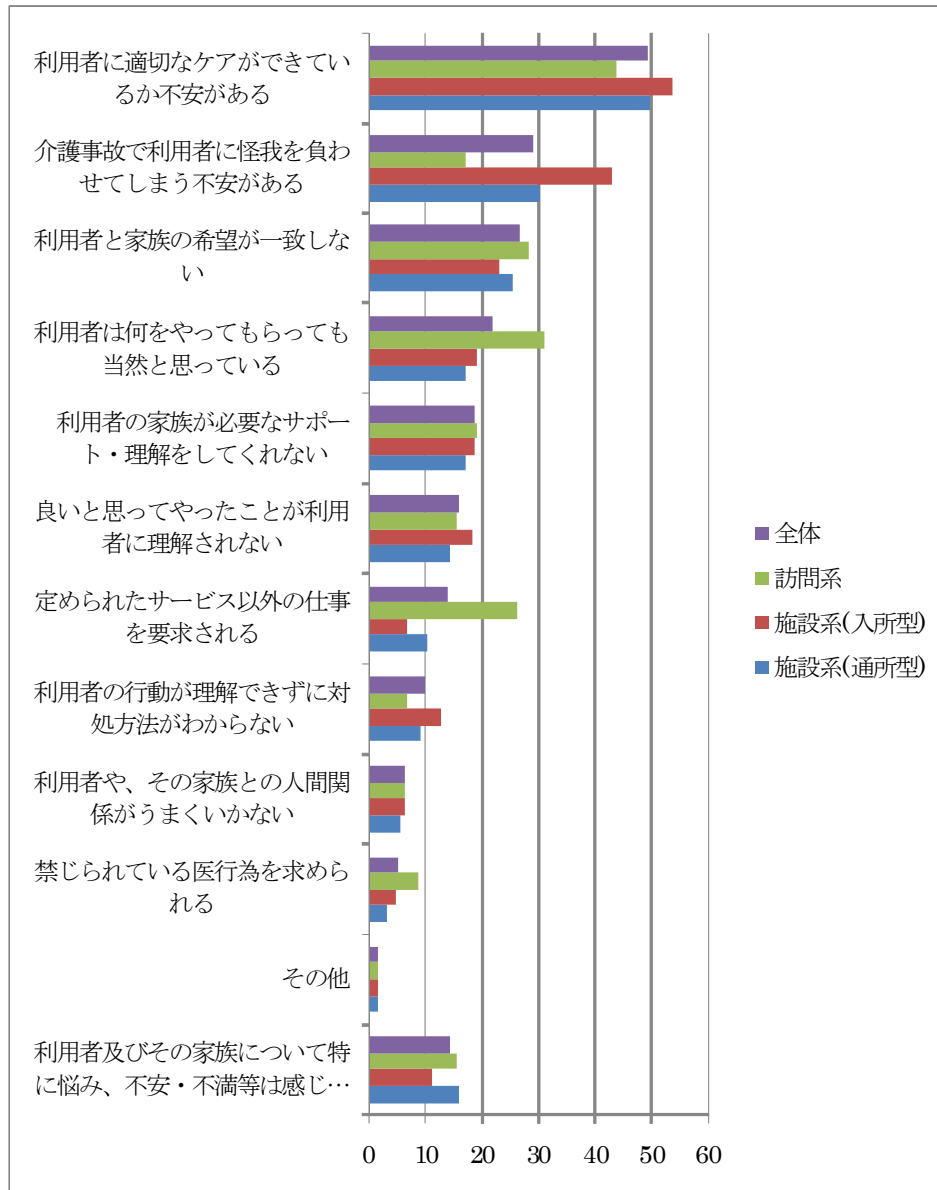
主な職種別では、訪問系は「職場での人間関係について特に悩み、不安、不満等を感じていない」は40.5%で最も多く、次いで「ケアの方法等について意見交換が不十分である」が18.8%、「部下の指導が難しい」16.3%、施設系では（入所型）は「ケアの方法等について意見交換が不十分である」と「部下の指導が難しい」が30.9%と多く、次いで「自分とは合わない上司や同僚がいる」が26.5%である。施設系（通所型）では、「職場での人間関係について特に悩み、不安、不満等を感じていない」が29.5%と最も多く、次いで「ケアの方法等について意見交換が不十分である」の23.3%で、「自分と合わない上司や同僚がいる」が21.8%である。

表IV 利用者及びその家族についての悩み、不安、不満等

	施設系(通所型)	施設系(入所型)	訪問系	全体
利用者及びその家族について特に悩み、不安・不満等は感じていない	16.1	11	15.6	14.2
その他	1.6	1.7	1.7	1.8
禁じられている医行為を求められる	3.3	4.6	8.7	5.4
利用者や、その家族との人間関係がうまくいかない	5.6	6.4	6.4	6.5
利用者の行動が理解できずに対処方法がわからない	9.3	12.9	6.9	9.8
定められたサービス以外の仕事を要求される	10.5	6.7	26.4	14.1
良いと思ってやったことが利用者に理解されない	14.2	18.4	15.5	15.9
利用者の家族が必要なサポート・理解をしてくれない	17.2	18.7	19.1	18.9
利用者は何をやってもらっても当然と思っている	17.2	19.1	31	21.8
利用者と家族の希望が一致しない	25.4	23.1	28.2	26.8
介護事故で利用者に怪我を負わせてしまう不安がある	30.1	43	17.3	29
利用者に適切なケアができていないか不安がある	49.8	53.7	43.8	49.3

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフⅣ 利用者及びその家族についての悩み、不安、不満等



(平成21年度介護労働実態調査より作成)

表Ⅳ、グラフⅣの利用者及びその家族への悩み、不安、不満等をみると、全体では、「利用者に適切なケアができていないか不安がある」が49.3%と約半数となっている。次いで、「介護事故で利用者に怪我を負わせてしまう不安がある」が29.0%、「利用者と家族の希望が一致しない」が26.8%である。

介護保険サービス系型別では、訪問系は「利用者は何をやらせても当然と思っている」が31.0%、「利用者と家族の希望が一致しない」が28.2%、「(医行為以外)定められたサービス行為以外の仕事を要求される」が26.4%と、他の介護保険サービス系型より多い。

主な職種別では、いずれの職種においても「利用者に適切なケアができていないか不安がある」が最も多い。また、介護支援専門員では「利用者と家族の希望が一致しない」が44.

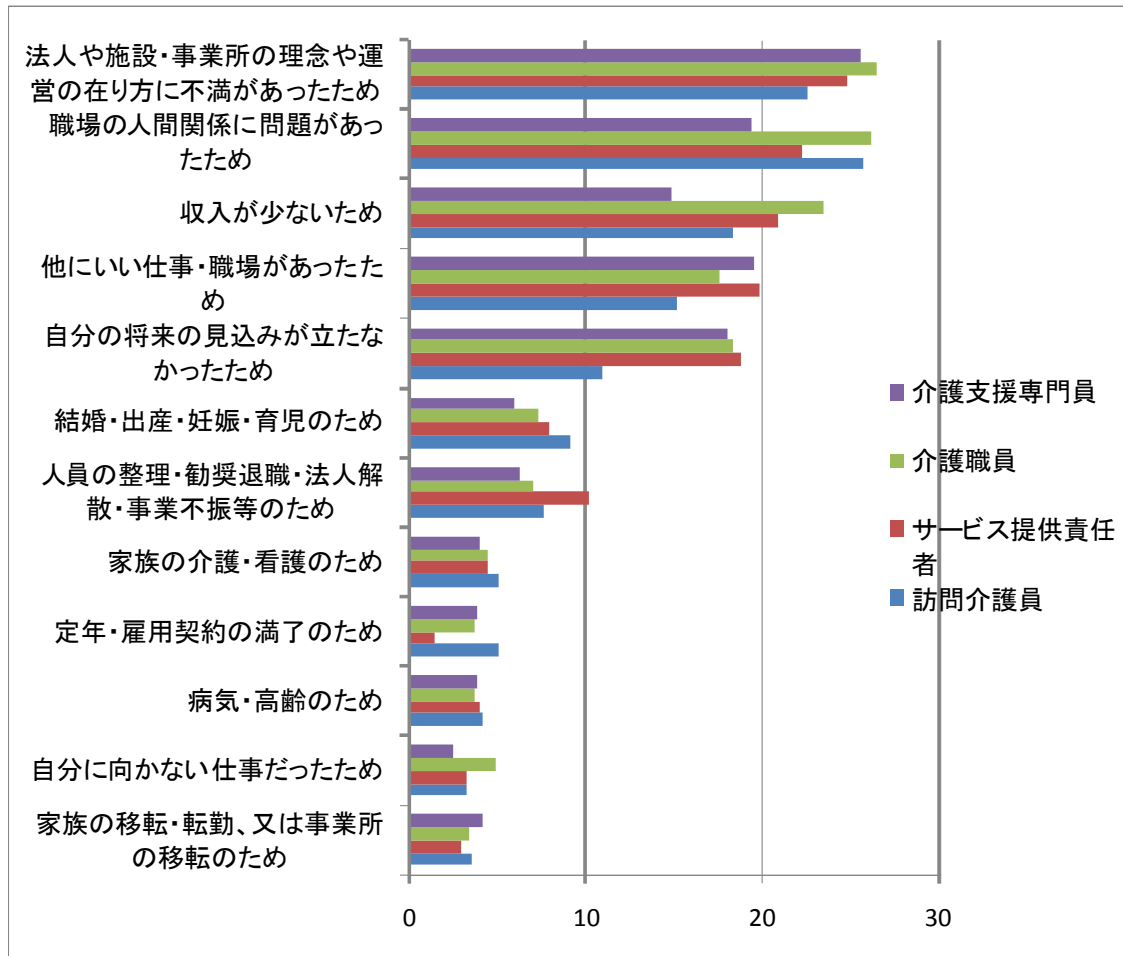
4%、サービス提供責任者では「利用者は何をやってももらっても当然と思っている」が36.7%、介護職員では「介護事故で利用者に怪我を負わせてしまう不安がある」が41.3%と他の職種に比べて多い。

表V 直前の介護の仕事を辞めた理由 4職種別

	訪問 介護 員	サービ ス提 供責 任者	介護職員	介護支援専門員
家族の移転・転勤、 又は事業所の移転 のため	3.6	3	3.4	4.1
自分に向かない仕 事だったため	3.2	3.2	4.9	2.5
病気・高齢のため	4.2	4	3.7	3.9
定年・雇用契約の 満了のため	5	1.4	3.7	3.9
家族の介護・看護 のため	5.1	4.4	4.4	4
人員の整理・勧奨 退職・法人解散・事 業不振等のため	7.6	10.2	7	6.3
結婚・出産・妊娠・ 育児のため	9.1	7.9	7.4	6
自分の将来の見込 みが立たなかった ため	11	18.8	18.4	18
他にいい仕事・職 場があったため	15.2	19.9	17.6	19.6
収入が少ないため	18.4	20.9	23.4	14.8
職場の人間関係に 問題があったため	25.7	22.2	26.2	19.4
法人や施設・事業 所の理念や運営の 在り方に不満があ ったため	22.5	24.8	26.5	25.6

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフV 直前の介護の仕事辞めた理由 4職種別



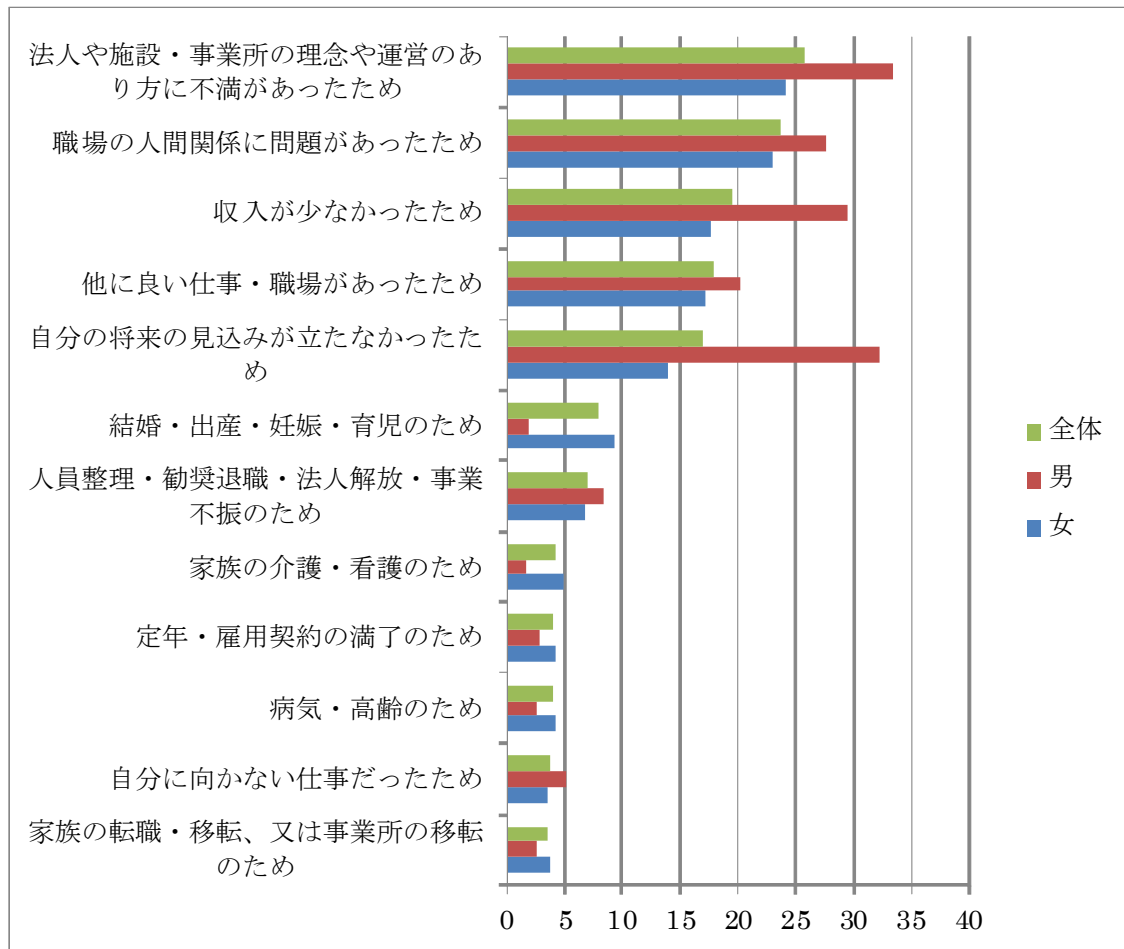
(平成21年度介護労働実態調査より作成)

表VI 直前の介護の仕事辞めた理由 男女別

	女	男	全体
家族の転職・移転、又は事業所の移転のため	3.7	2.5	3.5
自分に向かない仕事だったため	3.5	5.2	3.8
病気・高齢のため	4.2	2.5	3.9
定年・雇用契約の満了のため	4.1	2.9	3.9
家族の介護・看護のため	4.9	1.6	4.3
人員整理・勧奨退職・法人解放・事業不振のため	6.7	8.5	7
結婚・出産・妊娠・育児のため	9.2	1.8	7.9
自分の将来の見込みが立たなかったため	14	32.2	17
他に良い仕事・職場があったため	17.2	20.2	17.9
収入が少なかったため	17.6	29.6	19.6
職場の人間関係に問題があったため	23.1	27.5	23.8
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	24.2	33.4	25.7

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフVI 直前の介護の仕事辞めた理由 男女別



(平成21年度介護労働実態調査より作成)

表V、グラフVの直前の介護の仕事辞めた理由(男女別)を尋ねた調査によると、全体では、「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」が25.7%と最も多い。性別では、女性は「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」が24.2%、「職場の人間関係に問題があったため」が23.1%で最も多く、男性は、「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」が33.4%、「自分の将来に見通しが立たなかったため」が32.2%、「収入が少なかったため」が29.6%が多い。

そして、表VI、グラフVIでも示している職種別では、訪問介護員は、「職場の人間関係に問題があったため」が25.7%、サービス提供責任者、介護職員及び介護支援専門員は「法人施設・事業所の理念や運営の在り方に不満があったため」がそれぞれ24.8%、26.5%、25.6%と多い。介護職員は「収入が少なかったため」が23.4%と他の職種に比べ多い結果である。

これらのグラフから導き出されること

これらグラフ I～VI、表 I～VIの結果から介護労働者は様々な悩み、不安を抱えていることがわかる。労働条件の悩みについて賃金の低さが最も高い数値であった。しかし、賃金の低さは就職する前からわかっていることである。それでも介護事業の採用率が高いところを考えると、私たちは賃金の低さを改善することは高い離職率の低下には効果的ではないと考える。一方、職場の人間との人間関係や利用者・利用者の家族との人間関係の不安、悩み、不満は就職して初めて感じることである。また、多くの介護労働者はこういった精神的な不安、不満を抱えていることがグラフからも読み取ることができる。表 V、VIやグラフ V、VIからもわかるように、多くの介護労働者は法人や施設、事業所の理念や運営のあり方への不満、職場の人間関係の問題など入ってから感じる精神的な悩みによって介護の仕事を離職していつていることが分かる。よって、私たちは介護労働者の精神的な悩みを改善することが介護労働者の高い離職率を低下させることに効果的に働くのではないかという結果を導き出した。

第2節 バーンアウト（燃え尽き症候群）

第1項 バーンアウト- Burnout Syndrome

バーンアウトとは、別名「燃え尽き症候群(Burnout Syndrome)」と言われ、今まで熱心に仕事に打ち込んでいた人が、突然無気力状態に陥ってしまい、社会的に機能しなくなってしまう症状のことを指す。特に対人援助職に多いとされる職業性ストレス反応の1つであり、一種の外因的うつ病とも言われている。これは、1974年にフロイデンバーガー(Herbert .J. Freudenberger,) によって指摘され、意欲的・献身的に仕事に打ち込む多くの医療従事者が、極度の情緒的疲弊、胃腸炎や不眠・息切れなどの身体的疲労、怒りっぽさや苛立ちやすさなどの行動変化に見舞われることを、ドラッグ常用者が陥る無感動、無気力状態を意味する俗語であった「バーンアウト」という言葉を用いたのが始まりである。また、マズラックとジャクソン(C. Maslach & S. E. Jackson) はバーンアウトを「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」(1981)であり、「人間を相手とする仕事に従事している人たちに生じる、情緒的消耗感、脱人格化、および個人的達成感の減退をともなう症候群」(1986)とした。

第2項 バーンアウトの特徴

マスラック (Maslach) らが考案したバーンアウトの重症度判定基準であるマスラック・バーンアウト・インベントリー (Maslach Burnout Inventory : 以下 MBI) によると、バーンアウトは以下の3つの症状により定義される。

1) 情緒的消耗感(emotional exhaustion)

最新版のMBI マニュアル(Maslach, Jackson & Leiter, 1996) によれば、情緒的消耗感とは「仕事を通じて、情緒的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態」と定義されている。消耗感あるいは疲労感はストレスの一般的な自覚症状であるが、たんなる消耗感ではなく、「情緒的」という限定がついているのは、この消耗感の主たる源が「情緒的な資源の枯渇」にあると考えられているからである。

MBIの3つの下位尺度のうち、この情緒的消耗感をバーンアウトの主症状であると考えるのが、バーンアウトにかかわる研究者の一致した見方である。つまり、バーンアウトとは、仕事の上で日々過大な情緒的資源を要求された結果生じる情緒的消耗感であり、他の2つの下位尺度はこの「枯渇状態」の副次的な結果であるとする見解である。これにしたがえば、バーンアウトとは、過大な情緒的資源が要求される職務で発生しやすいことになるが、ヒューマンサービス職はこの条件に合致する代表的な職務であると言える。

ヒューマンサービスの現場では、サービスをやり取りする関係のなかで、サービスの受け手(以下、クライアント)の気持ちを思いやり、その振舞いを受け入れ、私的な問題にまで分け入って問題を解決していくことが求められる場合が少なくない。他人の立場を思いやり、誰かと信頼関係を築くには多大な情緒的エネルギーが必要とされる。この職務特性が、バーンアウトへのリスクを高めているものと考えられている。自らの役割に誠実な人ほど、日々接するクライアントと、このような感情のやりとりを繰り返していく中で、疲弊し消耗していく。これが、バーンアウトと呼ばれている過程である。

2) 脱人格化(depersonalization)

情緒的資源の枯渇は、さらなる症状への引き金となる。脱人格化と呼ばれる行動傾向である。マニュアルの第3版では、脱人格化とは「クライアントに対する無情で、非人間的な対応」と定義されている。脱人格化とは、クライアントそれぞれの人格を無視した、思いやりのない紋切り型の対応を意味する。たとえば、クライアントに症状名やステレオタイプの典型的な特徴など没个性的なラベルをつけ、個人名で呼ばなくなるなどの行動は、脱人格化の典型的な行動とされている。また、書類の整理など事務的な仕事に終始し、それに生きがいを感じる、あるいは、クライアントが理解できないような難解な専門用語を振りかざしたりするのも、クライアントとの煩わしい接触を避けるためだとすれば、脱人格化のあらわれと言える。

前述したように、バーンアウトとは情緒的資源を使い果たしてしまった状態である。このような状態に陥ってしまった人が、さらなる消耗を防ぐために、まずしなければならぬことは情緒的資源の「節約」である。クライアントとの間に距離をおき、彼らとの関係を仕事上の関係として割り切り、サービスのやり取りを客観視することにより、情緒的資源を守ることができる。この意味で、脱人格化は、これ以上の消耗を防ぐ防衛反応の1つと考えられている。

3) 個人的達成感(personal accomplishment)の低下

情緒的消耗感、脱人格といった症状は、ヒューマンサービス従事者が提供するサービスの質そのものに影響を与える。バーンアウトにいたる人は、それまで高いレベルのサービスを提供し続けてきただけに、前後の落差は大きく、誰の目にも、とりわけ本人にとって、質の低下は明白である。マニュアルの第3版では、個人的達成感とは「ヒューマンサー

ビスの職務に関わる有能感、達成感」と定義されている。成果の急激な落ち込みと、それともなう有能感、達成感の低下は、離職や強い自己否定などの行動と結びつくことも少なくない。

これらMBIにより操作的に定義された情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の低下の3つがバーンアウトの主症状とされている。

※1)～3)は「バーンアウト(燃え尽き症候群)-ヒューマンサービス職のストレス(久保真人)より引用」

第3項 バーンアウトの背景・要因

以下のような人ほどバーンアウトに陥りやすい傾向にある。

- ・物事に一生懸命な人
- ・理想の高い人
- ・完璧主義
- ・努力家
- ・真面目な人

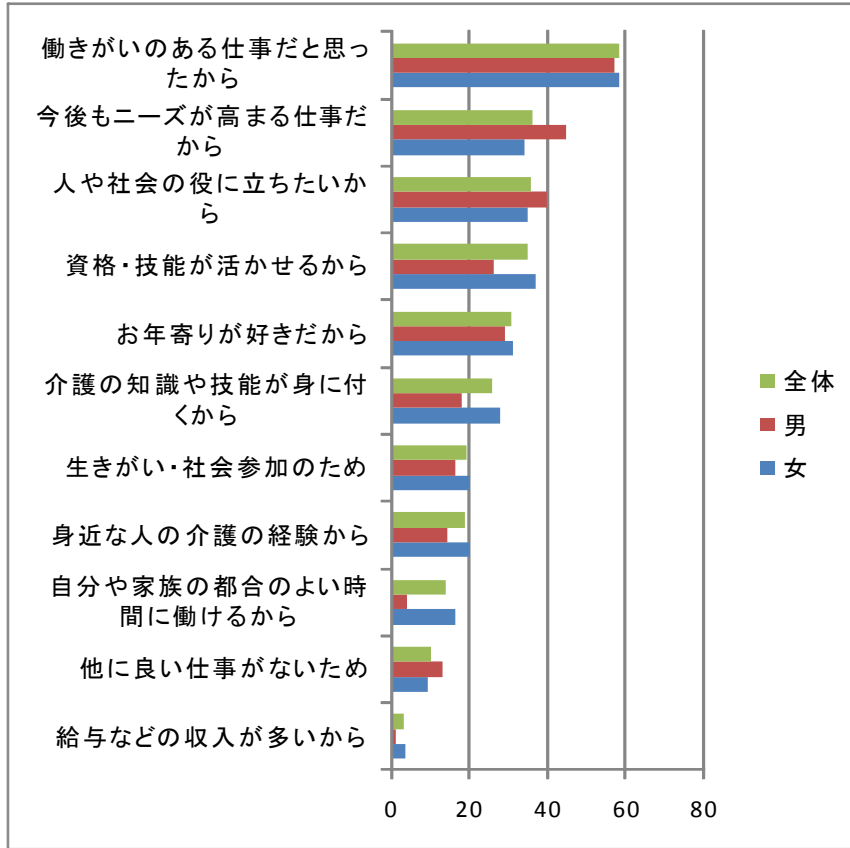
また、バーンアウトが起こる背景には、「理想と現実とのギャップ」、「一生懸命努力したにも関わらず、期待通りの報酬・達成感・評価が得られなかった、という徒労感」などが主に挙げられる。特に「理想と現実のギャップ」というのは、意欲に満ちた若い介護従事者の早期離職に大きく関係している。それを表したのがグラフⅦ～Ⅸである。

表Ⅶ 現在の仕事を選んだ理由(男女別)

	女	男	全体
給与などの収入が多いから	3.5	1.3	3.1
他に良い仕事がないため	9.5	13.1	10.1
自分や家族の都合のよい時間に働けるから	16.5	4.2	14.1
身近な人の介護の経験から	20	14.2	18.9
生きがい・社会参加のため	20	16.6	19.4
介護の知識や技能が身に付くから	27.8	18.1	26
お年寄りが好きだから	31.1	29.3	30.7
資格・技能を活かせるから	36.8	26.1	34.8
人や社会の役に立ちたいから	34.8	39.7	35.7
今後もニーズが高まる仕事だから	34.3	44.6	36.2
働きがいのある仕事だと思ったから	58.4	57.2	58.2

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフVII 現在の仕事を選んだ理由（男女別）



(平成21年度介護労働実態調査より作成)

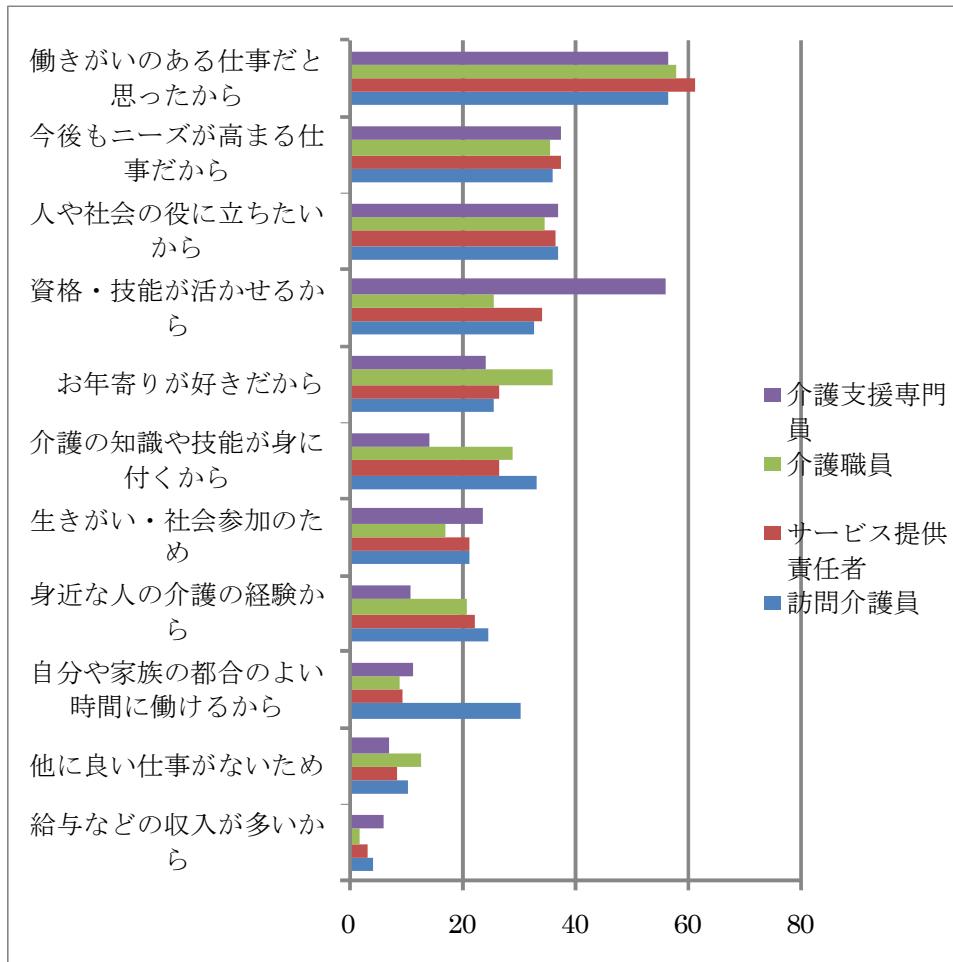
表VII・グラフVIIを見ると、現在の仕事を選んだ理由をみると、全体では、「働きがいのある仕事だと思ったから」が最も多く58.2%、次いで「今後もニーズが高まる仕事だから」が36.2%、「人や社会の役に立ちたいから」が35.7%、「資格・技能が活かせるから」が34.8%の順である。性別では、男性は「今後もニーズが高まる仕事だから」、「人や社会の役に立ちたいから」が特に女性より多く、女性は「資格・技能が活かせるから」、「介護の知識や技能が身につくから」、「身近な人の介護の経験から」、「自分や家族の都合のよい時間（日）に働けるから」が特に男性が多い。

表Ⅷ 現在の仕事を選んだ理由（4職種別）

	訪問介護員	サービス提供責任者	介護職員	介護支援専門員
給与などの収入が多いから	4.2	3.3	1.7	6.1
他に良い仕事がないため	10.5	8.6	12.5	6.9
自分や家族の都合のよい時間に働けるから	30.5	9.6	9.1	11.5
身近な人の介護の経験から	24.8	22.3	20.6	11
生きがい・社会参加のため	21.1	21.2	16.9	23.6
介護の知識や技能が身に付くから	33.3	26.5	29.1	14.2
お年寄りが好きだから	25.7	26.6	35.8	24.2
資格・技能が活かせるから	32.9	34.2	25.8	55.9
人や社会の役に立ちたいから	37	36.6	34.8	36.8
今後もニーズが高まる仕事だから	36.1	37.3	35.7	37.4
働きがいのある仕事だと思ったから	56.7	61.1	58	56.6

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフⅧ 現在の仕事を選んだ理由（4職種別）



(平成21年度介護労働実態調査より作成)

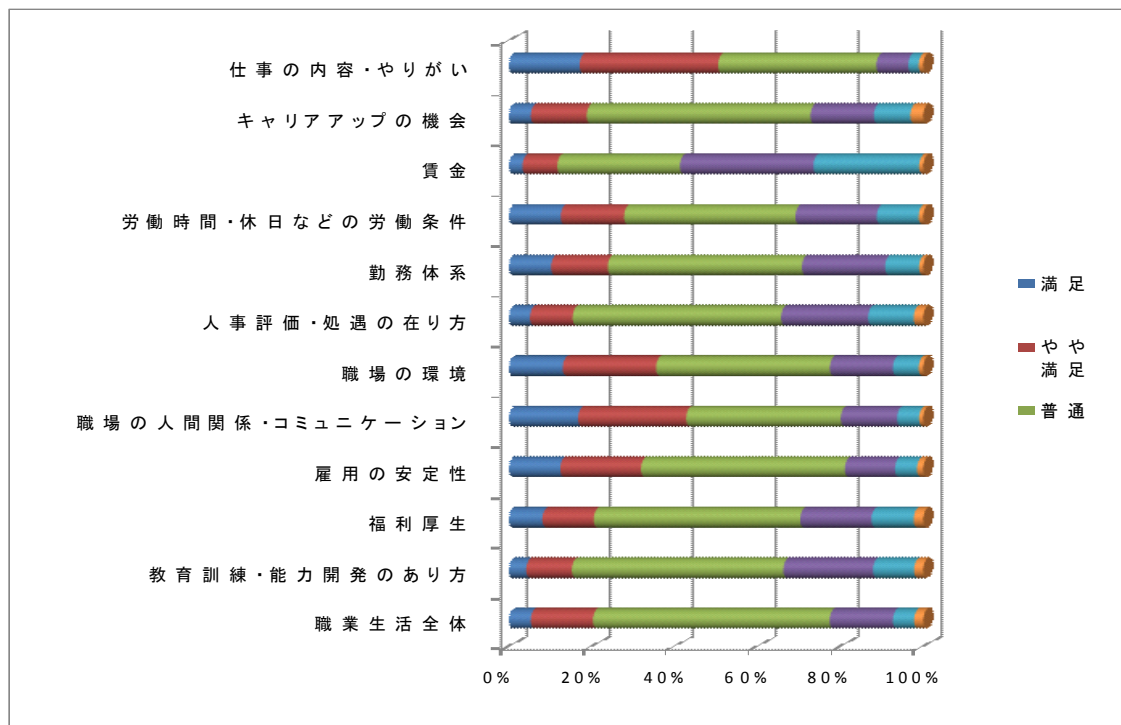
表Ⅷ、グラフⅧの職種別では、介護支援専門員は「資格・技能が活かせるから」が55.9%、訪問介護員は「自分や家族の都合の良い時間(日)に働けるから」が30.5%と他に比べて特に多い。介護支援専門員・介護職員・サービス提供責任者・訪問介護員のいずれも、「働きがいのある仕事だと思ったから」が50%以上を超えていることがわかる。

表Ⅸ 現在の仕事の満足度 (介護職員)

	満足	やや満足	普通	やや不満足	不満足	無回答
職業生活全体	5.3	15	57.1	15.3	5.1	2.2
教育訓練・能力開発のあり方	4.2	11	51	21.6	9.9	2.2
福利厚生	8.1	12.4	49.8	17.2	10.2	2.3
雇用の安定性	12.4	19.5	49.2	12.1	5.3	1.5
職場の人間関係・コミュニケーション	16.7	26.1	37.3	13.6	5.3	1
職場の環境	13	22.5	41.9	15.2	6.2	1.1
人事評価・処遇の在り方	5.1	10.3	50.3	21	11	2.3
勤務体系	10.2	13.7	46.9	20.1	8.2	1
労働時間・休日などの労働条件	12.5	15.3	41.3	19.6	10.1	1.1
賃金	3.3	8.4	29.6	32.2	25.5	1
キャリアアップの機会	5.3	13.5	54	15.3	8.8	3.1
仕事の内容・やりがい	17.1	33.4	38.2	7.7	2.5	1.1

(平成21年度介護労働実態調査より作成)

グラフⅨ 現在の仕事の満足度 (介護職員)



(平成21年度介護労働実態調査より作成)

表IX、グラフIXの現在の仕事の満足度（「満足」＋「やや満足」）の調査によると、満足度が最も高いのは「仕事の内容・やりがい」で50.5%である。逆に介護職員の満足度が低いのは「賃金」で11.7%である。他に満足度が低かったのは、「人事評価・処遇の在り方」と次いで「教育訓練・能力開発のあり方」である。また、12項目中8項目が、「満足」＋「やや満足」より「不満足」＋「やや不満足」の方が多くの割合を占めていることがわかる。

第4項 考察

現在の仕事を選んだ理由のグラフから、働き始めたきっかけは「働きがいのある仕事だと思ったから」や「今後もニーズが高まる仕事だから」などポジティブで意欲的な意見が多く挙げられている。しかし、実際に介護の分野に就職してその現場を体験すると、「仕事の内容・やりがい」は満足しているものの、「賃金」や「人事評価・処遇の在り方」などについては不満を募らせているようである。これが前項でも述べた「理想と現実のギャップ」であり、こうした不満が募っていくことでバーンアウトが生じてしまい、その結果、休職や離職につながっていると考えられる。

第5項 バーンアウトへの対策

バーンアウトから生じる離職の対策として、平成23年度から介護福祉士国家試験の出題基準が変更される。具体的には、今までは社会福祉概論、老人福祉論、障害者福祉論、リハビリテーション論、社会福祉援助技術、レクリエーション活動援助法、老人・障害者の心理、家政学概論、医学一般、精神保健、介護概論、介護技術、形態別介護技術についての筆記試験と実技試験であったのに対し、平成23年度からは人間の尊厳と自立、人間関係とコミュニケーション、社会の理解、介護の基本、コミュニケーション技術、生活支援技術、介護家庭、発達と老化の理解、認知症の理解、障害の理解、こころとからだのしくみについての筆記試験と実技試験に変更される。このことにより介護福祉士になるには、介護とは単に技術的な営みではなく、人間的・社会的な営みであるということを理解しなければならないのでバーンアウトによる離職は減少していくと考えられる。

第4章 政策提言

第1節 カウンセラーの必要性

私たちは分析により、介護労働者の離職は介護労働者が働きだしてから感じる精神的苦痛によるものが、主な原因であると結果を出した。つまり、その介護労働者の精神的苦痛を軽減することで介護労働者の離職率を低下させることができると考えられる。そこで私たちは産業カウンセラーの活躍が、介護労働者の離職率の低下に効果的に働くと考える。産業カウンセラーとは、社団法人日本産業カウンセラー協会が認定する民間資格、およびその有資格者のことである。具体的には、メンタルヘルス対策への援助、キャリア開発への援助、職場における人間関係開発への援助を心理学的療法を用いて行っている。しかし、介護労働者がカウンセリングを受ける際の問題点として次のようなことがあげられる。まず、産業カウンセラーは業種ごとの専門的な知識がないため、介護労働者特有の悩みについての的確なアドバイスができないという点である。次にカウンセリングを受けるには料金が発生するという点である。産業カウンセラー協会は支部を設置し、そこでカウンセリングを行っているのであるが、そこでのカウンセリングには50分につき6000円支払わなければならない。介護労働者は賃金が低く、金銭的な余裕は少ない。よって、カウンセリングに料金が発生するということは介護労働者が気軽にカウンセリングに行くことを妨げるということにつながる。

第2節 介護の知識をもったカウンセラーを

私たちは、第1節での問題点の改善策として介護の資格をもった産業カウンセラーを国が各市町村に配置し、介護労働者は無償で、また匿名でカウンセリングを受けることができる環境を作ることを政策提言とする。このことによって業種ごとの専門的な知識がないため、介護労働者特有の悩みについての的確なアドバイスができないという点とカウンセリングを受けるには料金が発生し、低賃金である介護労働者がカウンセリングに行きにくいという点を克服することができます。また、各事業所に産業カウンセラーを配置する方がより気軽にカウンセリングを受けることができるように感じられるが、介護の事業所は規模が小さい事業所が多いために、誰がカウンセリングを受けたかわかってしまう。このことにより、かえって人間関係の悪化を招く危険性がある。各市町村にカウンセラーを設置し匿名でカウンセリングを受けられるということは、カウンセリングを受けることから発生するこのような人間関係の悪化も防ぐことができる。

介護労働者の精神的苦痛が軽減されることによって引き起こされる離職率の低下は、介護労働者数の増大に繋がり、近年より必要性の高まっている介護事業の持続的発展を促すであろう。

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

研究代表者 宮崎章夫 (Miyazaki Akio)

茨城大学人文学部准教授

研究課題名 認知症高齢者の「攻撃行動」に対する意味づけが介護者のストレス反応に与える影響

《参考文献》

財団法人 介護労働安定センター

事業所における介護労働実態調査結果報告書（平成21年度）

介護労働者の就業実態と就業意識調査結果報告書（平成21年度）

《データ出典》

- ・ 国立社会保障 人口問題研究所資料
- ・ 厚生労働省HP
- ・ 財務省HP
- ・ 財団法人 産業カウンセラー協会
- ・ バーンアウト（燃え尽き症候群）-ヒューマンサービス職のストレス（久保真人）