

ISSN 1881-3801

*VOLUME 2 NUMBER 1 2007*

**The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care**

# 介 護 経 営

第2巻 第1号

2007年

日本介護経営学会

*The Japanese Association of Business Management for Long-Term Care*

介護経営
------

Jpn. J. Biz. Manage. L.-T. Care
---------------------------------

# 目 次

## 巻頭言

介護「経営」研究の範囲

小笠原浩一…… 1

## 研究論文

老親扶養義務感と介護継続意思との関係

東野定律、大冢賀政昭、筒井孝子、桐野匡史、筒井澄栄、中嶋和夫、小山秀夫…… 2

サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査の解析

居宅介護支援事業所設置主体別検討

田城孝雄、高橋 隆、大槻紘美、瀬戸恒彦、片山 壽、田中 滋…… 12

## 研究資料

ユニットケア型介護保険施設におけるユニットリーダーの実態と課題

毛利志保、秋葉都子…… 21

医療保険介護情報システムの導入における要求定義の適用可能性

高橋宏和、西村秋生…… 35

高齢者福祉施設における業務プロセスの改善に関する研究

扇原 淳、沖 繁希、関根淳美、山路 学…… 52

## 編集後記

## [ 巻頭言 ]

## 介護「経営」研究の範囲

東北福祉大学教授

小笠原浩一

日本介護経営学会の英語標記では、「経営」は Business Management となっている。代表的な社会福祉政策理論に三浦文夫教授の「社会福祉経営論」がある。三浦教授の「経営」は Social Administration のことで、福祉的資源の調達、配置、運用を計画的に、かつ、社会開発の目標性によって、実施する方法体系を指している。同じ「経営」でも英語標記は異なっている。前者はミクロの経営組織体の管理運営を示す概念であり、後者はマクロのソーシャル・ガバナンスに関する概念である。この両者の関係はどうなっているのだろうか。

この問いは、ずいぶん重い意味を持っている。というのは、介護政策の方向性として、しっかり整った準市場を目指す方向で「経営」を考えていくのか、あるいは、制度とソーシャル・マーケットを基本とするソーシャル・ポリシーとして「経営」を構想するのか、本質的な構え方の違いがあり得るからである。ただ、私は、こうやってしまうと介護に関する学術の発展は望めないと思っている。制度か競争か。組織か市場か、というやや陳腐な図式に足元をすくわれてしまうからである。

これからの経営理論は、ひとびとのウェルビーイングに不可欠な資源の運営・提供に関わる様々な立場と役割を有する社会ノードが、どのような機能的つながり方をしたら、社会的に期待される効果が最大化するのか、そうしたネットワークの効率化に照らして個々のノードにどのような装備と調整が求められるのか、そのような意味での包括的で統合的な資源ガバナンスに関する理論と方法の開発が求められていると思う。value と worth と profit の関係についても、「誰にとっての」、「どのような」、という具体的な観点から深められる必要がある。

私は、介護福祉の経営論は人的な職務遂行能力(つまり「人材」)の経営論を本質としていると主張してきている。いわば「ソリューション力」のネットワークである。介護サービスは生活に近接していなければ用をなさない。境界ネットワークに自生的な範囲がある。その中で、「ソリューション力」の保障という目標に対して、Business Management と Social Administration を統合的に理論体系化していくような介護経営理論の開発が学会に期待されていると思う。

## [ 研究論文 ]

### 老親扶養義務感と介護継続意思との関係

著者： 東野定律（国立保健医療科学院 福祉サービス部）

共著者： 大野賀政昭（国立保健医療科学院 福祉サービス部）、筒井孝子（国立保健医療科学院 福祉サービス部）、桐野匡史（岡山県立大学 保健福祉学部）、筒井澄栄（岡山県立大学 保健福祉学部）、中嶋和夫（岡山県立大学 保健福祉学部）、小山秀夫（静岡県立大学 経営情報学部）

#### 抄録

本研究では、まず、在宅における要介護高齢者の主介護者の扶養義務感を測定する老親扶養義務感尺度の構成概念妥当性を明らかにし、次に、老親扶養義務感と介護継続意思との関連性を検討することを目的とした。研究方法は、在宅で介護を継続している主介護者 1,143 名を対象に主介護者の基本属性、主介護者の老親扶養意識と介護継続意思を調査した。分析は、独立変数を老親扶養意識、従属変数を介護継続意思とする因果モデルのデータへの適合度とこれら変数の関連性を構造方程式モデリングによって分析した。この結果、介護者の老親扶養義務感が介護継続意思に与える影響は無視できないことが明らかにされた。さらに介護者の続柄に老親扶養義務感および介護継続意思には有意な差があり、介護継続意思と要介護度との間に関連性が示された。今後、介護サービスを提供に際して、主介護者の老親扶養に関する意識や継続意思を考慮することが必要であると考えられた。

**キーワード：**老親扶養義務感、介護継続意思、要介護高齢者、構造方程式モデリング、尺度

#### 1. 緒言

2000 年に介護保険制度が実施される以前は、わが国では高齢者の介護は家族の責任であるという伝統的な価値観により、在宅で家族以外の他者による介護を受け入れることは困難な状況であった。このため在宅介護において、その介護負担の大きさが問題となり介護者と被介護者が共倒れしてしまう事例も少なくなかった。

しかし、介護保険制度が「家族による介護を社会による介護へ」というスローガンの下で実施されたことによって、家族が全面的に責任を負っていた介護という行為を外部的化する環境が整備された。介護サービスが簡易な手続きによってしかも安価に提供されたため、それまで家族介護の主たる担い手となっていた中高年女性は、外で働く自

由や社会的な活動をするという希望を実現する契機を得た。これにより伝統的な家族機能によって担われていた介護は、市場によるサービス提供に取って代わられた。しかしながら依然として介護を行っている家族も多く、すべてが外部化しているわけではない。したがって、主介護者の介護に対する意識の変化と実際に行なわれている介護や介護の継続意思との関係性が明らかにされているわけではない。

わが国の介護者を対象にした先行研究においては、客観的な要因をコントロールすることによって介護者の負担や影響を検討した研究は多い<sup>1-3</sup>が、介護者の主観的な認識と介護の実施との関係を検討した研究はそれほど多くはない。介護者が自らの介護をどのように考えているか、あるいは感じ

ているかによって、負担やストレスは大きく異なることを検証した研究もある<sup>4</sup>が、多くの研究者にとってその成果が普遍的なエビデンスであるとの認識はない。

端的に言えば、介護者にとって介護の負担や継続の判断は介護者にとって1日の介護時間の多寡といった客観的な条件より、介護という行為をどのように考えているかによって、より強く自身の負担やストレスの認知に大きく影響する可能性があることを意味している。すなわち、介護者を取り巻く客観的な状況よりも主観的な認識のほうが、ニーズを満たす能力に対して影響を及ぼすといった報告<sup>5</sup>と一致するということである。

これまでわが国では、介護者が感じる扶養への義務や責任という主観的な認識は伝統的な家族のあり方が規定しており、社会規範のひとつとして家族介護は語られる傾向が強かった。そのことによって、主介護者の老親扶養という規範意識が介護の継続意思とどのように関連するかについての科学的な調査研究は、ほとんど蓄積されてこなかった。しかし、老親扶養義務感に関しては、太田らによる「老親扶養義務感測定尺度」の開発研究<sup>6</sup>があり、家族が提供する扶養の内容を「経済的援助」、「身体的介護」、「情緒的支援」の3つを構成要素から評価する尺度として開発されている。

一方、介護継続意思あるいは介護の中断に関連する要因を検討した成果<sup>7-13</sup>を概括すると、その要因として要介護高齢者の特徴としての認知障害の有無や身体機能、問題行動の症状が検討されており、また介護者の特徴に着目するなら年齢や介護負担感等が検討されているが、老親扶養義務感や介護継続意思について検討したものはほとんどない。

そこで本研究では、第1に主介護者の扶養義務感と介護継続意思との関連性を検討し、この両者の関連性を示す構造モデルを示すこと。第2に、介護者の基本属性別に扶養義務感や介護継続意思にどのような差異があるかについて分析をすることを目的とした。

## 2. 方法

調査対象は、S県O市に在住し、平成14年4月1日現在で要介護認定を受けた第1号被保険者である要介護高齢者5,189人の主介護者のうち、協力が得られた1,143人を調査対象に実施した。なお調査対象の選定に当たっては、O市内に設置された委員会において当該研究に係る審議を経て名簿を入手し、これらの要介護高齢者に対して本調査に関する調査協力の有無についての事前調査を市の保健師ならびに介護支援専門員が実施し、調査協力の同意書を得ることができた高齢者のみ調査を行った。

統計解析には、要介護高齢者および主介護者の属性等に関する回答に欠損値を持たない1,119名のデータ(図表1)を用いた。

分析は、要介護高齢者の性、年齢、要介護度および主介護者の性、年齢、介護継続期間、要介護高齢者との続柄、老親扶養意識、介護継続意思である。老親扶養意識は、「老親扶養義務感尺度<sup>6</sup>」で測定されている(図表2)。

この尺度は老親に対する義務感を、「経済的援助 financial support」、「身体的介護 physical aids」、「情緒的支援 mental support」の3因子で測定する尺度で、回答は「1点：そう思う」「2点：ややそう思う」「3点：どちらともいえない」「4点：あまりそう思えない」「5点：そう思わない」の5件法で測定する。老親扶養義務感尺度の得点は、11点から55点までの範囲をとり、この得点が高いほど義務感が強いことを示している。

介護の継続意思は「介護継続意思尺度」<sup>14</sup>で測定した(図表3)。回答は「2点：はい」「1点：どちらでもない」「0点：いいえ」の3件法での測定となっている。この評価尺度によると0点から14点までの範囲の得点となっており、この得点が高いほど介護継続意思が高いことを示している。

統計解析は、独立変数を老親扶養義務感、従属変数を介護継続意思とする因果モデルのデータへの適合度とそれら変数の関連性について検討した。このとき、老親扶養義務感は「経済的援助」、「身体的介護」、「情緒的支援」を一次因子、「老親扶養

義務感」を二次因子とする二次因子モデルを仮定し、また介護継続意思は7項目1因子モデルを仮定した。この因果モデルのデータへの適合度に関する判定基準<sup>15,16</sup>は、適合度指標 Goodness of Fit Index (GFI)、比較適合度指標 Comparative Fit Index (CFI)、Tucker-Lewis Index (TLI)、平均二乗誤差平方根 (Root mean square error of approximation: RMSEA) とした。これらの適合度指標は、量的・質的変数にかかわらず、GFI、CFIとTLIはおおむね0.90以上、RMSEAは0.08以下が妥当なモデルとされている。統計ソフトは「Amos Version5.0」を用いた。

### 3. 結果

#### 3.1. 属性の分布

主介護者の性、年齢、平均介護継続期間、要介護高齢者との続柄は図表1に示した。主介護者の性別構成は、男性が251人(22.4%)、女性が871人(77.6%)であった。その年齢は、全体の平均が60.3歳(標準偏差11.7、範囲26-93歳)であった。平均介護期間は、48.3ヶ月で、また、要介護高齢者との続柄は、配偶者が342人(30.6%)、息子125人(11.2%)、息子の嫁340人(30.4%)、娘279人(24.9%)、娘の婿1人(0.1%)、男の孫1人(0.1%)、女の孫1人(0.1%)、その他30人(2.7%)であった。

なお、要介護高齢者の性別は男性351人(31.4%)、女性768人(68.6%)で、要介護高齢者の年齢は平均81.4歳(標準偏差8.4、範囲51-103歳)であった。要介護度は「要支援」が79人(7.1%)、「要介護1」が325人(29.0%)、「要介護2」が286人(25.6%)、「要介護3」が177人(15.8%)、「要介護4」が132人(11.8%)、「要介護5」が120人(10.7%)であった。

図表1 介護者・要介護者の属性分布(n=1,119)

主介護者		要介護者	
性別	男性 251人 ( 22.4 % ) 女性 871人 ( 77.6 % )	性別	男性 351人 ( 31.4 % ) 女性 768人 ( 68.6 % )
平均年齢	60.3歳 (標準偏差=11.7) (範囲26-93歳)	平均年齢	81.4歳 (標準偏差=8.4) (範囲51-103歳)
平均介護期間	48.3ヶ月 (標準偏差=51.6) (範囲0-492ヶ月 <sup>1</sup> )		
被介護者との続柄	配偶者 342人 ( 30.6 % ) 息子 125人 ( 11.2 % ) 息子の嫁 340人 ( 30.4 % ) 娘 279人 ( 24.9 % ) 娘の婿 1人 ( 0.1 % ) 孫(女) 1人 ( 0.1 % ) 孫(男) 1人 ( 0.1 % ) その他 30人 ( 2.7 % )	要介護度	要支援 79人 ( 7.1 % ) 要介護1 325人 ( 29.0 % ) 要介護2 286人 ( 25.6 % ) 要介護3 177人 ( 15.8 % ) 要介護4 132人 ( 11.8 % ) 要介護5 120人 ( 10.7 % )

<sup>1</sup>介護期間が1ヶ月未満の場合「0」としている

#### 3.2. 老親扶養義務感尺度および介護継続意思尺度の回答傾向

「老親扶養義務感尺度」の質問に対する回答分布は図表2、また「介護継続意思尺度」の質問に関する回答分布は図表3に示した。回答傾向を項目別にみると、「子どもは老親と一緒に何かを楽しむような時間を持つべきだ」という質問項目に、「そう思う」もしくは「ややそう思う」と回答した主介護者は737名(65.9%)で全項目の中で最も肯定的な回答が多かった。

続いて「子どもは親の介護を覚悟していなければいけない」が716名(64.0%)、「子どもは老親と共に過ごす時間をもつべきだ」が651名(58.2%)、「老親の介護は子どもとして当然のことだ」が604名(54.0%)、「子どもは時には老親に旅行や趣味の活動の機会を用意するべきだ」が598名(53.4%)という順に肯定的な回答が多く、老親扶養義務感の中でもこれらの「情緒的支援」「身体的介護」に関わる項目については、主介護者の半数以上が肯定的な回答を示していた。

また、「経済的援助」に関する項目については、肯定的な回答とそれ以外の回答がほぼ同じ割合であった。

一方、介護継続意思尺度の回答傾向を項目別にみると、「悔いを残したくないので、介護している」という質問項目に対し、「はい」と回答した割合が最も多く659名(58.9%)であった。逆に、「はい」と回答した割合が低い項目は、「介護に対して、生きがいを感じているので、このまま介護を続けたいと思う」が205名(18.3%)、「たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介

護したいと思う」306名(27.3%)、「要介護者の介護を有意義に感じているので、介護を続けたい」が334名(29.8%)と低いことが示された。

図表2 老親扶養義務感尺度の回答分布 (n=1,119)

質問項目	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う
X <sub>1</sub> 老親介護は必ずしも子どもの役割ではない	224 (20.0)	152 (13.6)	391 (34.9)	186 (16.6)	166 (14.8)
X <sub>2</sub> 子どもは老親に生活費などの経済的援助をする必要はない	324 (29.0)	217 (19.4)	424 (37.9)	85 (7.6)	69 (6.2)
X <sub>3</sub> 子どもは親の介護を覚悟していなければいけない	66 (5.9)	77 (6.9)	260 (23.2)	297 (26.5)	419 (37.4)
X <sub>4</sub> 子どもは老親と一緒に何かを楽しむような時間を持つべきだ	47 (4.2)	110 (9.8)	225 (20.1)	350 (31.3)	387 (34.6)
X <sub>5</sub> 老親が介護を子どもに望むのは当然のことだ	102 (9.1)	149 (13.3)	343 (30.7)	247 (22.1)	278 (24.8)
X <sub>6</sub> 老親の経済的援助をするのは、子どもとして当然のことだ	82 (7.3)	126 (11.3)	351 (31.4)	276 (24.7)	284 (25.4)
X <sub>7</sub> 子どもは老親と共に過ごす時間をもつべきだ	44 (3.9)	121 (10.8)	303 (27.1)	353 (31.5)	298 (26.6)
X <sub>8</sub> 子どもは老親が日常生活に困らないよう、金銭的援助をするべきだ	81 (7.2)	130 (11.6)	355 (31.7)	296 (26.5)	257 (23.0)
X <sub>9</sub> 子どもは時には老親に旅行や趣味の活動の機会を用意するべきだ	69 (6.2)	130 (11.6)	322 (28.8)	320 (28.6)	278 (24.8)
X <sub>10</sub> 親の介護をしないのは、子どもとしての役割を怠っている	100 (8.9)	156 (13.9)	406 (36.3)	231 (20.6)	226 (20.2)
X <sub>11</sub> 老親の介護は子どもとして当然のことだ	71 (6.3)	128 (11.4)	316 (28.2)	280 (25.0)	324 (29.0)

(%)

図表3 介護継続意思尺度の回答分布 (n=1,119)

質問項目	いいえ	どちらでもない	はい
y <sub>1</sub> 要介護者と少しでも長く一緒にいたいので自分で介護したい	164 (14.7)	565 (50.5)	390 (34.9)
y <sub>2</sub> 自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やはり自分で介護をしたい	187 (16.7)	510 (45.6)	422 (37.7)
y <sub>3</sub> 要介護者は、私にとって大事な人なので、自分で介護をしたい	132 (11.8)	527 (47.1)	460 (41.1)
y <sub>4</sub> 要介護者の介護を有意義に感じているので、介護を続けたい	178 (15.9)	607 (54.2)	334 (29.8)
y <sub>5</sub> たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護したいと思う	283 (25.3)	530 (47.4)	306 (27.3)
y <sub>6</sub> 介護に対して、生きがいを感じているので、このまま介護を続けたいと思う	257 (23.0)	657 (58.7)	205 (18.3)
y <sub>7</sub> 悔いを残したくないので、介護している	90 (8.0)	370 (33.1)	659 (58.9)

(%)

### 3.3 老親扶養義務感尺度および介護継続意思尺度の得点と主介護者の属性との関係

老親扶養義務感および介護継続意思得点と主介護者の年齢および介護継続期間との相関係数をみると、老親扶養義務感尺度得点（以下、老親扶養義務感得点）と主介護者の年齢については  $r = -0.013$ 、介護継続期間では  $r = 0.003$  であった。また、介護継続意思尺度得点（以下、介護継続意思得点）と主介護者の年齢については  $r = 0.312$ 、介護継続期間では  $r = 0.063$  であり、どちらの得点においても主介護者の年齢および介護継続期間との関係性は見られなかった。

また、老親扶養義務感および介護継続意思得点と主介護者の性別との関係を見ると、扶養義務感得点は男性が 40.0 点、女性が 38.4 点と男性のほうが高く、介護継続意思得点も男性が 9.3 点、女性が 8.0 点で男性のほうが高かった。

次に、主介護者の続柄別に老親扶養義務感および介護継続意思得点を見ると、老親扶養義務感得点は、息子が 41.7 点と最も高く、次に娘の 40.3 点と続いた。一方、介護継続意思得点については、配偶者が 10.4 点と最も高く、次に娘の 8.6 点と続いていた。

また、これらの主介護者の続柄については、ケ

ースが多い配偶者、息子、息子の嫁、娘の間で一元配置分散分析および多重比較による検討を行った。この結果、老親扶養義務感得点は、息子と配偶者、息子と息子の嫁、娘と配偶者、娘と息子の嫁の間で統計的に有意な差が示され、息子や娘といった実子は、息子の嫁等より老親扶養義務感得点が高いことがわかった。さらに介護継続意思得点では全ての続柄において有意な差が示された。

図表4 老親扶養義務感及び介護継続意思得点と主介護者の年齢、介護継続期間との相関係数

	介護者の年齢	介護継続期間(月)
老親扶養義務感得点	-.013	.003
介護継続意思得点	.312	.063

図表5 老親扶養義務感および介護継続意思得点と主介護者の性別

		平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	t 値	P
老親扶養義務感得点	男性	40.0	9.3	17	55	251	-3.3	0.01 *
	女性	38.4	8.5	11	55	868		
	合計	38.4	8.7	11	55	1119		
介護継続意思得点	男性	9.3	3.8	0	14	251	4.7	0.00 **
	女性	8.0	3.7	0	14	868		
	合計	8.3	3.7	0	14	1119		

\*P&lt;0.05 \*\*P&lt;0.01

図表6 老親扶養義務感および介護継続意思得点と主介護者の続柄

	老親扶養義務感得点				介護継続意思得点				N
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
配偶者	37.2	8.7	12	55	10.4	3.2	1	14	342
息子	41.7	9.4	18	55	7.5	3.8	0	14	125
息子の嫁	37.9	8.4	11	55	6.4	3.4	0	14	340
娘	40.3	8.0	14	55	8.6	3.4	0	14	279
その他	38.8	10.0	15	55	7.4	4.0	0	14	33
合計	37.2	8.7	11	55	8.3	3.7	0	14	1119

図表7 主介護者の続柄別老親扶養義務感および介護継続意思得点の比較

		老親扶養義務感得点			介護継続意思得点		
		平均値の差	標準誤差	P	平均値の差	標準誤差	P
配偶者	息子	-4.5	0.9	0.00 **	2.9	0.4	0.00 **
配偶者	息子の嫁	-0.7	0.7	1.00	4.0	0.3	0.00 **
配偶者	娘	-3.2	0.7	0.00 **	1.8	0.3	0.00 **
息子	息子の嫁	3.8	0.9	0.00 **	1.0	0.4	0.02 *
息子	娘	1.3	0.9	0.88	-1.1	0.4	0.01 *
息子の嫁	娘	-2.4	0.7	0.00 **	-2.1	0.3	0.00 **

\*P&lt;0.05 \*\*P&lt;0.01

3.4. 老親扶養義務感および介護継続意思の得点と要介護者の要介護度との関係  
要介護者の老親扶養義務感得点を要介護度別に分析した結果、要支援が39.4点で最も高く、次に要介護2が39.3点、要介護1が39.0点であったが、

統計的な有意差は示されなかった。

一方、介護継続意思得点は、要介護5が10.3点で最も高く、要介護2が8.6点、要介護4が8.2点と続いていた。要介護度ごとに得点の比較においては、要介護5と要支援、要介護5と要介護1、

要介護5と要介護2、要介護5と要介護3、要介護5と要介護4、要介護2と要介護3の間で有意差が示され、他の要介護度に比べ要介護5の介護者の得点が高いことが示された。

図表8 老親扶養義務感および介護継続意思の得点と要介護者の要介護度との関係

	老親扶養義務感得点				介護継続意思得点				N
	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	
要支援	39.4	8.7	16	55	7.8	3.5	0	14	79
要介護1	39.0	8.7	13	55	8.1	3.6	0	14	325
要介護2	39.3	8.1	17	55	8.6	3.6	0	14	286
要介護3	37.7	9.0	11	55	7.4	3.7	0	14	177
要介護4	38.1	8.4	12	55	8.2	4.1	0	14	132
要介護5	38.5	9.9	14	55	10.3	3.6	0	14	120
合計	38.7	8.7	11	55	8.3	3.7	0	14	1119

図表9 要介護度別の老親扶養義務感および介護継続意思の得点の比較

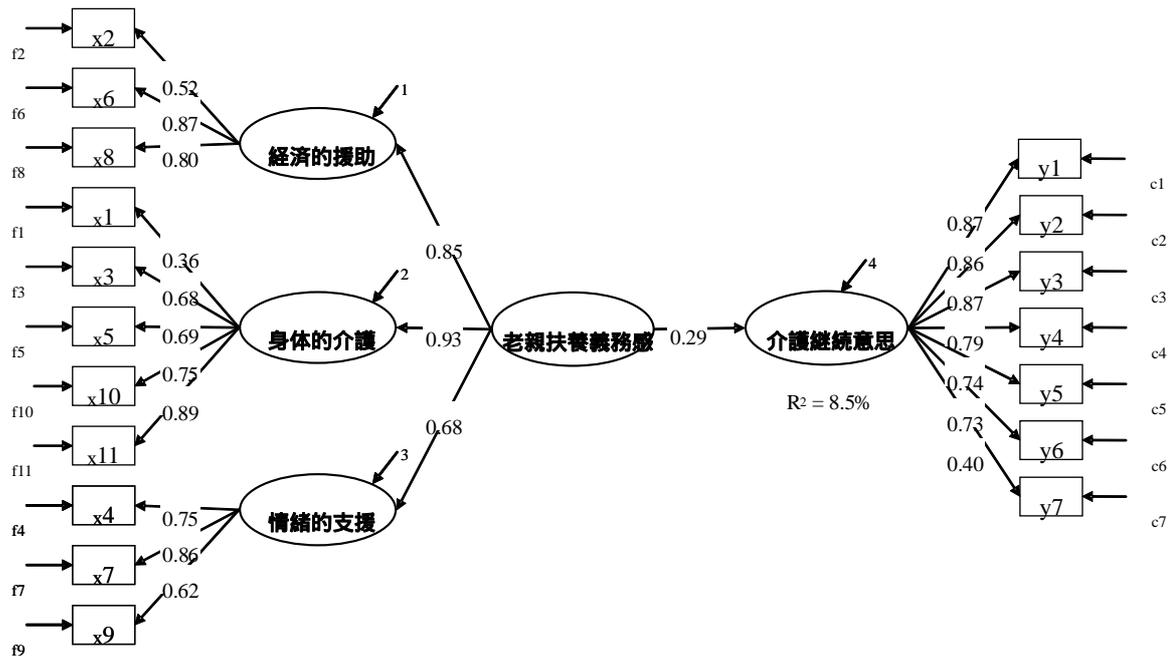
		老親扶養義務感得点			介護継続意思得点		
		平均値の差	標準誤差	P	平均値の差	標準誤差	P
要支援	要介護1	0.4	1.1	1.00	-0.2	0.5	1.00
要支援	要介護2	0.0	1.1	1.00	-0.8	0.5	1.00
要支援	要介護3	1.7	1.2	1.00	0.4	0.5	1.00
要支援	要介護4	1.2	1.2	1.00	-0.4	0.5	1.00
要支援	要介護5	0.8	1.3	1.00	-2.5	0.5	0.00 **
要介護1	要介護2	-0.4	0.7	1.00	-0.5	0.3	0.97
要介護1	要介護3	1.3	0.8	1.00	0.6	0.3	0.96
要介護1	要介護4	0.9	0.9	1.00	-0.1	0.4	1.00
要介護1	要介護5	0.4	0.9	1.00	-2.2	0.4	0.00 **
要介護2	要介護3	1.6	0.8	0.73	1.2	0.4	0.01 *
要介護2	要介護4	1.2	0.9	1.00	0.4	0.4	1.00
要介護2	要介護5	0.8	0.9	1.00	-1.7	0.4	0.00 **
要介護3	要介護4	-0.4	1.0	1.00	-0.8	0.4	1.00
要介護3	要介護5	-0.9	1.0	1.00	-2.8	0.4	0.00 **
要介護4	要介護5	-0.4	1.1	1.00	-2.1	0.5	0.00 **

\*P<0.05 \*\*P<0.01

3.5. 因果モデルのデータへの適合度の検討

独立変数を老親扶養義務感、従属変数を介護継続意思とする因果モデルのデータに対する適合度

は、GFI が 0.928、CFI が 0.939、TLI が 0.928、RMSEA が 0.066 であった(図表 10)。また、独立変数の従属変数に対する寄与率は 8.5% であった。



図表10 老親扶養義務感と介護継続意思との関係 (標準化解)

n=1,119, GFI=0.928, CFI=0.939, TLI=0.928, RMSEA=0.066

#### 4. 考察

##### 4.1 主介護者の属性別老親扶養義務感得点の特徴

わが国では戦前、家産の相続と引き換えに主にその相続者である長男が老親の扶養義務を負わなければならなかった<sup>17</sup>。しかし戦後、民法が改正され、親の扶養に関しては必ずしも長男一人が負うものではなく、老親扶養に関する意識は大きく変化することになった。昭和51年版の厚生白書では、すでに老親の老後の生活を子供が自らの責任とする意識は低下の傾向にあり、公的扶養を求め方向に扶養意識が変化しつつあると述べられている。

本研究の結果からも、老親扶養義務感得点については息子が30.7点と最も高く、次に娘の29.3点と続き、息子や娘といった実子と配偶者や息子の嫁などの他者との間では老親扶養義務感得点に差が見られた。このことは、細江らが行った老後に対する大学生の扶養意識の特徴で示されているように、親の扶養は長男や長女の責任であるという考え方が未だ根強く残っている<sup>18</sup>ことを示す例といえよう。

一方で、そもそも扶養義務感は家族の絆や愛情と関連しており、子が親を近い存在であると感じていればいるほど親への扶養義務感を強く感じていること<sup>19</sup>が指摘されており、老親扶養義務感得点は息子や娘という実子のほうが高かったという結果については慎重に検討すべきと考える。

ただし、本研究における質問紙においては「子どもは…」という質問形態を採用している。よって介護者が実子の場合は当事者としての回答が予想されるが、養子や配偶者にとっては第三者的な評価の回答を求められる結果となっており、老親に対する扶養義務感を主介護者の属性別に検討するにあたって、回答に影響が出ている可能性を否定できない。このため、今後の課題として主介護者と要介護高齢者との関連性を考慮した層別の経年的な分析が必要であると考えられる。

老親扶養義務感を構成する「経済的援助」に関する項目は、肯定的な回答とそれ以外の回答の割合がほぼ同じ割合であったが、これは公的年金制度の発展や介護保険制度の施行といった社会政策が高齢者の経済的な自立を促し、子の扶養義務に

において経済的な支援についての意識が低下した結果が示されている可能性があり、重要である。また老親扶養義務感の構造モデルからは、扶養義務の構造モデルが経済的な支援よりも、要介護者の身体的介護へ支援することへの義務の影響が大きいたことが示され、子の役割が経済的な支援から身体的介護の支援へ変化しているかについての経年的な検討が必要であろう。

一方、要介護度別に老親扶養義務感得点を分析した結果、統計的な有意差は見られなかった。これは介護負担感<sup>20</sup>と同様に、扶養義務感が介護者の主観的評価によるもので、要介護度のような高齢者の客観的な条件によっては影響を受けにくいものであると推察された。

#### 4.2 主介護者の属性別介護継続意思の特徴

介護継続意思あるいは介護の中断に関連する要因に関する先行研究<sup>7-13</sup>においては、要介護高齢者の特徴に着目した認知障害の有無や身体機能のレベル、問題行動の有無という認知症に係る症状が継続意思に影響を与える要因や介護者の特徴に着目した年齢や介護負担感等と介護継続意思との関係が検討されてきた。

本研究では、介護継続意思と主介護者の続柄との関係を分析した。その結果、老親扶養義務感得点では実子の得点が高かったのに対し、介護継続意思得点は配偶者が最も得点が高い傾向がみられた。このことは、配偶者である妻の65.6%が老親の「家族介護」に肯定的であるという2006年の全国家庭動向調査結果<sup>21</sup>と同様の傾向であることから妥当な内容と考えられる。

しかし介護継続意思は、意識要因として合理的説明が最も難しい要因であるといわれ<sup>22</sup>、本研究結果においても介護を肯定的に捉えている者は少なかった。したがって今後、介護継続意思の検討には実際に介護をどのように行なっているかという実態を勘案した経年的な研究が必要と考えられた。例えば、要介護度別に介護継続意思を分析すると、ほぼ寝たきり状態が想定される要介護5の高齢者を介護する主介護者の介護継続意思得点が最も高

く、他のすべての要介護の高齢者を介護する介護者群との間で統計的に有意差が示された。これは坂田らの研究における介護者の介護継続意思は老人の身体状態の機能レベルが低いほど強い<sup>13</sup>という結果と一致した傾向を示している。ただし、この研究結果は認知症を対象としたものであることから、本研究に示したように要介護高齢者を対象とした機能レベルと介護継続意思との関係を示した分析は新たな知見といえ、重要であろう。だが本研究は結果的に、要介護5の高齢者の介護を継続したものが対象となっており、その結果については対象者の介護継続意思が元々高いとの説明もできる。したがって、介護者の介護継続意思得点を経年的に収集し、介護を中断した介護者群と継続している介護者群との介護継続意思得点の経年的なパターンの分析について研究をすすめる必要があるであろう。

#### 4.3 扶養義務感と介護継続意思との関係

本研究では、親の基本的ニーズに応える子の老親扶養に関する義務感を在宅で介護を行なっている主介護者を対象とした扶養義務感と介護継続意思との関連性を構造方程式モデリングによって分析した。この分析の結果、老親扶養義務感が介護継続意思に影響を与えると仮定した因果モデルは、採用した適合度指標の数値が統計学的な許容水準を十分満たし、老親扶養義務感が介護継続意思に与える影響は否定できないことを意味していた。

先行研究においては、老親扶養義務感を独立変数とした介護意識や介護パターンとの関連や扶養義務感の地域差や経年的変化や、介護サービス利用の関係などの検討が必要であるとされている<sup>6</sup>。本研究の結果から、介護保険制度下のサービス利用者の老親扶養義務感を示す構成概念妥当性が示された。さらに介護者の属性別の老親扶養義務感の特徴については、実子の義務感は嫁や配偶者よりも高かった。このことは、実子が介護者である場合と実子以外が介護者である場合の介護のあり方に何らかの相違があることを示唆しており、介護サービスを提供する際の重要な情報となると

考えられる。

本研究で明らかにされた老親扶養義務感と介護継続意思との関連性が無視できないという結果は、これまで別々に検討されてきた両者を同時に勘案しながら、在宅の介護のあり方をすすめる必要があることを示している。老親扶養義務感が低いことは、介護継続意思も低くなる可能性が高い。しかも老親扶養義務感得点は実子以外では低くなっていることから、嫁による介護を行う場合の介護継続意思はそれほど高くないことが予想される。こうした場合の介護サービスの提供方法には、特段の配慮が必要となると考えられる。

#### 引用文献

- 1) 手島陸久、岡本多喜子、岡村清子、他：「在宅脳血管障害患者の介護者の抑うつ状態とその規定要因 デイホスピタル利用患者家族の追跡調査から」、社会老年学、33、26-37
- 2) 佐藤豊道：「痴呆性老人の特徴と家族介護に関する基礎的分析」、社会老年学、29、9-15:1989
- 3) 中谷陽明、東條光雅：「主介護者の受ける負担 - 負担感の測定と因子分析」、社会老年学、29、27-36：1989
- 4) 東野定律、桐野匡史、種子田綾、他：要介護高齢者の家族員における介護負担感の測定、厚生指標、51(4)、18-23：2004
- 5) Tebb S: An Aid to Empowerment: A caregiver Well-Being Scale、Health & Social Work、20(2)、87-92：1995
- 6) 太田美緒、甲斐一郎：老親扶養義務感尺度の開発、社会福祉学、42(2)、130-138：2002
- 7) 山田紀代美、鈴木みずえ、土屋滋：在宅要介護老人の疲労感と在宅介護の継続・中断に関する調査研究-ADL・精神症状からの検討-、日本看護学会誌、4(1)、2-10：1995
- 8) 渡辺美鈴、河野公一、谷岡穰、他：大都市近郊（高崎市）の要介護老人の介護者の状況と介護意識に及ぼす要因について、厚生指標、41(2)、30-37：1994
- 9) 筒井孝子、新田収：在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関連する要因の検討、総合リハビリテーション、21(2)、129-134：1993
- 10) 小泉直子、藤田大輔、濱西壽三郎、他：在宅痴呆性老人の介護継続を阻害する要因について、厚生指標、40(2)、19-23：1993
- 11) 藤田利治、石原伸哉、増田典子、他：要介護老人の在宅介護継続の阻害要因についてのケース・コントロール研究、日本公衆衛生学雑誌、39(9)、687-695：1992
- 12) 朝田隆：痴呆老人の在宅破綻に関する検討-問題行動と介護負担を中心に-、精神神経雑誌、93(6)、403-433、1991
- 13) 坂田周一：在宅痴呆性老人の主介護者の介護継続意思、老年社会学、29、37-43：1989
- 14) 齊藤恵美子、國崎ちはる、金川克子：主介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討、日本公衆衛生雑誌、48(3)、180-189：2001
- 15) Rigdon EE: CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indexes for structural equation modeling, Structural Equation Modeling, 3(4), 369-379:1996
- 16) McDonald RP: Marsh HW: Choosing a multivariate model: noncentrality and goodness of fit. Psychological Bulletin, 107(2), 247-255:1990
- 17) 坂本佳鶴恵：扶養規範の構造分析-高齢者扶養意識の現在-、家族社会学研究、2、57-69：1990
- 18) 細江容子：親の老後に対する大学生の扶養意識、老年社会学、9、96-108：1987
- 19) Quinn WH: Personal and family adjustment in later life, Journal of Marriage and the Family, 45,57-74:1983
- 20) 筒井孝子：高齢社会のケアサイエンス、70-73、中央法規（東京）：2004
- 21) 国立社会保障・人口問題研究所：社会保障・

人口問題基本調査 第3回全国家庭動向調査  
結果の概要、96-108：2006

る家族的要因-分析枠組の検討- . 総合都市  
研究、39、69-70：1990

22) 藤崎宏子：要介護老人の在宅介護を規定す

### Abstract

The Relationship Between Filial Obligation for Aging Parents and Encouraging Continued Care-Giving

In this research, at first, we clarify the construct validity of scales for “filial obligation for Aging Parents” used to measure it among caregivers of elderly requiring long-term care in the home, and next, to investigate the relationship between filial obligation for aging parents and encouraging continued care-giving.

The research method involved a survey of 1,143 principal caregivers providing continued care to elderly in the home. The analysis used constitutive equation modeling to examine the relationship between “filial obligation for aging parents” as the independent variable and “encouraging continued care-giving” as the induced variable.

The results of this analysis showed that the effects of the caregiver’s “filial obligation for aging parents” on encouraging continued care-giving care cannot be ignored. Furthermore, there was a significant difference in both “filial obligation for aging parents” and “encouraging continued care-giving” depending on the caregiver’s relationship to the elderly requiring long-term care, indicating a correlation between “filial obligation for aging parents” and “support level by care need certification”. Finally, in the future, the results of this research suggested that when providing long-term care services, it will be necessary to caregiver’s awareness of filial obligation to their aging parents and encouraging continued care-giving.

## [ 研究論文 ]

### サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査の解析

#### 居宅介護支援事業所設置主体別検討

著者：田城孝雄（順天堂大学医学部公衆衛生学講座）

高橋 隆（茨城県立医療大学保健医療学部・かながわ福祉サービス振興会）

大槻紘美（かながわ福祉サービス振興会）

瀬戸恒彦（かながわ福祉サービス振興会・神奈川県立保健福祉大学）

片山 壽（尾道市医師会）

田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）

#### 抄録

神奈川県介護支援専門員に対してサービス担当者会議の実態と意識の調査を行い、所属する居宅介護支援事業所の設立母体別に比較した。参加者やサービス担当者会議で共有される情報に、設置母体による差を認めた。

医療法人設立の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は、主治医への参加呼びかけが高く、また利用者本人や家族への呼びかけ率が高く、その結果として実際の出席率も高い。社会福祉法人設立の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は、利用者本人、家族、主治医への参加呼びかけ率が低く、実際にこの3者の出席率も4つの設置母体の中で、最も低かった。

「サービス担当者会議に参加すべき人」という意識調査では、有意差が無かったが、参加しない理由として、利用者、家族、主治医に参加を呼びかけていない率は、有意に社会福祉法人所属の介護支援専門員が高かった。利用者や家族、主治医が参加せず、サービス事業者だけで集まり、サービスの給付の割り振りを行う「サービス分配型サービス担当者会議」は社会福祉法人設置の居宅介護支援事業所で、最も頻度が高く行われている可能性があると考えられた。

サービス担当者会議を充実して、多職種協働の地域包括ケアを推進するためには、画一的な介護支援専門員研修ではなく、設立母体にも配慮した肌理の細かい研修や指導が必要である。

**キーワード：**サービス担当者会議、介護支援専門員、ケアカンファレンス、地域包括ケア、居宅会議支援事業所

#### 1. 研究目的

高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある生活を継続することができるよう、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「地域包括ケア」シス

テムを地域で構築するために、地域包括ケア先進地域の実態を把握し、他の地域に普及するための方策を探ることを目的に、地域包括ケアのケアマネジメントに必須なサービス担当者会議の実態と、介護支援専門員のサービス担当者会議に対する意

識調査を行った。

先行研究では、居宅介護支援事業所は、開設母体によりケアプランに盛り込む介護サービスの種類の数が異なることが報告されている。神奈川県介護支援専門員からの回答を、その所属する居宅介護支援事業所の設立母体別に、比較し、開設母体によりサービス担当者会議に実態や、介護支援専門員の意識に違いがあるかを検討した。

## 2. 研究方法

### 2.1. 研究方法

質問紙調査法を行った。平成17年11月1日時点において指定を受けているすべての居宅介護支援事業所を対象に、調査票を郵送した。1事業所あたり調査票を2票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、管理者から、調査対象事業所に勤務する介護支援専門員に手渡すよう依頼した。所属する介護支援専門員の中から担当件数の多い順に2名に回答してもらった。記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

### 2.2. 検定

所属する介護支援専門員が回答する割合が、4種類の開設主体で差が無いという仮説を帰無仮説として、2検定を行った。P<0.05を有意差ありとした。解析には統計ソフトSPSSver.14.0Jを用いた。

## 3. 研究結果

### 3.1. サービス担当者会議の参加者

#### 3.1.1. サービス担当者会議に参加を呼びかけた割合

サービス担当者会議に参加を呼びかけた割合は、「利用者本人」は、**医療法人 77.3% > 特定非営利活動法人 72.9% 営利法人 72.1% > > 社会福祉法人 64.1%**で、P=0.017<0.05で、5%の有意水準で、有意差を認めた。「家族」は、**医療法人 89.0% > 営利法人 80.1% 特定非営利活動法人 78.0% 社会福祉法人 76.9%**であり、P=0.012<0.05であり、5%水準で医療法人が有意に高かった。

「主治医」は、**医療法人 35.4 > 特定非営利活動法人 30.5% 営利法人 28.2% > 社会福祉法人 20.6%**で、P=0.006<0.01であり、1%の有意水準で有意差を認めた。

「主治医以外の医療機関の職員」を呼びかけたのは、**特定非営利活動法人 39.0% 医療法人 37.6% > > 営利法人 28.9% 社会福祉法人 27.4%**で、P=0.052>0.05であり、5%水準での有意差は認めなかったが、特定非営利法人と医療法人が、営利法人と社会福祉法人より高い傾向を示した。

「サービス事業者」は、有意差を認めなかった。また「民生委員」も同様に、全ての設置主体で10%前後であり、有意差を認めなかった。(図表1)

図表1 サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	P値
利用者	180/281(64.1)	140/181(77.3)	217/301(72.1)	43/59(72.9)	0.017
家族	216/281(76.9)	161/181(89.0)	241/301(80.1)	46/59(78.0)	0.012
主治医	58/281(20.6)	64/181(35.4)	85/301(28.2)	18/59(30.5)	0.006
サービス事業者	262/281(93.2)	168/181(92.8)	273/301(90.7)	55/59(93.2)	0.671
主治医以外の医療 機関の職員	77/281(27.4)	68/181(37.6)	87/301(28.9)	23/59(39.0)	0.052

3.1.2. サービス担当者会議に実際に参加した割合

実際に参加した割合は、「利用者の参加」は、医療法人73.5% > 特定非営利活動法人67.8% 営利法人66.4% > 社会福祉法人59.4%で、 $P=0.019 < 0.05$ で5%の水準で有意差を認めた。

「家族」は、医療法人81.2% > 特定非営利活動法人74.6% 営利法人72.8% 社会福祉法人

70.1%であり、 $P=0.062 > 0.05$ であり、医療法人が他の設置主体より高い傾向を示したが、有意な差は認めなかった。

「主治医」は、医療法人21.0% 特定非営利活動法人20.3% 営利法人17.3% > 社会福祉法人14.6%であり、有意差を認めなかった。「サービス事業者」は、同様に有意差を認めなかった。(図表2)

図表2 サービス担当者会議に実際に参加した人

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人 (%)	P値
利用者	167/281(59.4)	133/181(73.5)	200/301(66.4)	41/59(67.8)	0.019
家族	197/281(70.1)	147/181(81.2)	219/301(72.8)	44/59(74.6)	0.062
主治医	41/281(14.6)	38/181(21.0)	52/301(17.3)	12/59(20.3)	0.317
サービス事業者	257/281(91.5)	166/181(91.7)	270/301(89.7)	54/59(91.5)	0.850
主治医以外の医療機関 の職員	69/281(24.6)	59/181(32.6)	82/301(27.2)	19/59(32.2)	0.245

3.1.3. サービス担当者会議に参加すべき人  
サービス担当者会議に参加すべき人として、「利

用者」「家族」「主治医」「サービス事業者」とも、設置主体による有意差を認めなかった。(図表3)

図表3 サービス担当者会議に毎回参加すべき人

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人 (%)	P 値
利用者	263/417(63.1)	168/258(65.1)	298/473(63.0)	48/88(54.5)	0.365
家族	309/417(74.1)	195/258(75.6)	349/473(73.8)	58/88(65.9)	0.353
主治医	98/417(23.5)	67/258(26.0)	107/473(22.6)	13/88(14.8)	0.192
サービス事業者	395/417(94.7)	233/258(90.3)	431/473(91.1)	82/88(93.2)	0.116
主治医以外の医療スタッフ	46/417(11.0)	42/258(16.3)	73/473(15.4)	16/88(18.2)	0.110

3.1.4. サービス担当者会議の不参加理由 12.8% 営利法人 12.7%であり、 $P=0.002 < 0.01$  であり、1%水準で有意差を認めた。「日や曜日があわない」「時間帯が合わない」「連絡がつかない」利用者に対して、「出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員の割合は、社会福祉法人 21.1% >> 特定非営利活動法人 13.6% 医療法人 「会議の意義の無理解」「信頼関係の不確立」では、有意差を認めなかった。(図表4(1))

(1)利用者

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	P 値
日や曜日があわない	46/417(11.0)	33/258(12.8)	50/473(10.6)	11/88(12.5)	0.807
時間帯が合わない	42/417(10.1)	35/258(13.6)	47/473(9.9)	12/88(13.6)	0.352
信頼関係の不確立	6/417(1.4)	1/258(0.4)	3/473(0.6)	2/88(2.3)	0.265
出席を呼びかけていない	88/417(21.1)	33/258(12.8)	60/473(12.7)	12/88(13.6)	0.002

3.1.4.2. 家族 社会福祉法人 26.1%であり、 $P=0.001 < 0.01$  で1%水準の有意差を認めた。「時間帯が合わない」と回答した介護支援専門員は、医療法人 31.8% > 15.6% > 医療法人 10.5% 特定非営利活動法人 9.1% 営利法人 8.5% であり、 $P=0.007 < 0.01$ 、1%水準で有意差を認めた。「日や曜日があわない」と回答した介護支援専門員は、医療法人 40.7% >> 営利法人 29.0% 特定非営利活動法人 28.4% 社会福祉法人 19.9%であり、 $P=0.006 < 0.01$  で1%水準の有意差を認めた。「連絡がつかない」「会議の意義の無理解」「信頼関係の不確立」は有意差を認めなかった。(図表4(2))

## (2) 家族

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	P 値
日や曜日があわない	109/417(26.1)	105/258(40.7)	137/473(29.0)	25/88(28.4)	0.001
時間帯が合わない	83/417(19.9)	82/258(31.8)	122/473(25.8)	20/88(22.7)	0.006
信頼関係の不確立	13/417(3.1)	6/258(2.3)	10/473(2.1)	0/88(0.0)	0.346
出席を呼びかけていない	65/417(15.6)	27/258(10.5)	40/473(8.5)	8/88(9.1)	0.007

## 3.1.5.3. 主治医

主治医に対して、「出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員は、社会福祉法人 62.1% 特定非営利活動法人 61.4% > 営利法人 53.5% 医療法人 52.3% であり、 $P=0.021 < 0.05$ 、5%水準で有意差を示した。「主治医に対して信頼関係を確立できない」と回答した介護支援専門員は、社会福祉法人 32.1% > 特定非営利活動法人 28.4% 営

利法人 26.8% > > 医療法人 19.4% であり、 $P=0.004 < 0.01$  で 1%水準で有意差を認めた。「日や曜日があわない」と回答した介護支援専門員は、医療法人 49.2% > 営利法人 44.2% > 社会福祉法人 39.8% > 特定非営利活動法人 34.1%、 $P=0.03 < 0.05$  で 5%水準の有意差を認めた。「時間帯が合わない」「連絡がつかない」「会議の意義の無理解」は、有意差を認めなかった。(図表4(3))

## (3) 主治医

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	P 値
日や曜日があわない	166/417(39.8)	127/258(49.2)	209/473(44.2)	30/88(34.1)	0.030
時間帯が合わない	168/417(40.3)	124/258(48.1)	206/473(43.6)	33/88(37.5)	0.165
信頼関係の不確立	134/417(32.1)	50/258(19.4)	127/473(26.8)	25/88(28.4)	0.004
出席を呼びかけていない	259/417(62.1)	135/258(52.3)	253/473(53.5)	54/88(61.4)	0.021

## 3.1.5.4. サービス事業者

サービス事業者が会議に参加しない理由に関し

ては、全ての項目において、開設主体による有意な差を認めなかった。(図表4(4))

## (4) 事業者

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	P 値
日や曜日があわない	163/417(39.1)	118/258(45.7)	194/473(41.0)	45/88(51.1)	0.106
時間帯が合わない	150/417(36.0)	96/258(37.2)	189/473(40.0)	39/88(44.3)	0.394
信頼関係の不確立	6/417(1.4)	0/258(0.0)	5/473(1.1)	0/88(0.0)	0.197
出席を呼びかけていない	10/417(2.4)	9/258(3.5)	18/473(3.8)	0/88(0.0)	0.211

### 3.2. サービス担当者会議で共有した情報

#### 3.2.1. 事前に共有した情報

事前に共有した情報では、「利用者の主訴」を事前に情報共有したと回答した介護支援専門員の割合は、医療法人 84.0% >> 営利法人 76.1% 特定非営利活動法人 74.6% > 社会福祉法人 70.5%、 $P=0.012 < 0.05$  であり、5%水準で有意差を認めた。

「家族の主訴」を事前に情報共有したと回答した介護支援専門員の割合は、医療法人 80.7% >> 営利法人 68.8% > 社会福祉法人 64.8% 特定非営利活動法人 64.4%、 $P=0.002 < 0.01$  であり、1%水準で有意差を認めた。

「利用者のADL, IADLの状況や変化」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合は、特定非営利活動法人 83.1% > 営利法人 79.1% > 医療法人 76.2% >> 社会福祉法人 70.1%、 $P=0.039 < 0.05$  であり、5%の水準で有意差を認めた。

「利用者の経済状況」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合は、医療法人 47.5% > 営利法人 40.5% 社会福祉法人 37.7% >> 特定非

営利活動法人 25.4%、 $P=0.018 < 0.05$  であり、5%水準で有意差を認めた。「介護の方針」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合は、医療法人 51.9% >> 営利法人 43.9% > 社会福祉法人 38.8% 特定非営利活動法人 35.6%、 $P=0.026 < 0.05$  であり、5%水準で有意差を認めた。

「利用者の要介護認定状況」「利用者の疾病に関する情報」「利用者の生活歴」「利用者の生活状況」「医療知識や医療的対処の方法」「生活上の問題への対処方針」「ケアプランの共有・検討・確定」を事前に共有したと回答した介護支援専門員の割合に有意差を認めなかった。(図表5)

#### 3.2.2. サービス担当者会議で共有した情報

「利用者の疾病に関する情報」を、サービス担当者会議で共有したと回答した介護支援専門員の割合は、営利法人 55.1% > 医療法人 49.7% > 社会福祉法人 45.9% >> 特定非営利活動法人 39.0%、 $P=0.048 < 0.05$  であり、5%水準で有意差を認めた。その他の項目には、有意差を認めなかった。(図表6)

図表5 サービス担当者会議で事前に共有した情報

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人 (%)	P 値
利用者の主訴	198/281(70.5)	152/181(84.0)	229/301(76.1)	44/59(74.6)	0.012
家族の主訴	182/281(64.8)	146/181(80.7)	207/301(68.8)	38/59(64.4)	0.002
利用者の ADL, IADL の状況や 変化	197/281(70.1)	138/181(76.2)	238/301(79.1)	49/59(83.1)	0.039
利用者の要介護認定状況	185/281(65.8)	132/181(72.9)	204/301(67.8)	37/59(62.7)	0.337
利用者の疾病に関する情報	189/281(67.3)	139/181(76.8)	202/301(67.1)	39/59(66.1)	0.099
利用者の経済状況	106/281(37.7)	86/181(47.5)	122/301(40.5)	15/59(25.4)	0.018
医療知識や医療的対処の方 法	103/281(36.7)	84/181(46.4)	119/301(39.5)	19/59(32.2)	0.118
生活上の問題への対処方針	100/281(35.6)	82/181(45.3)	118/301(39.2)	22/59(37.3)	0.216
介護の方針	109/281(38.8)	94/181(51.9)	132/301(43.9)	21/59(35.6)	0.026
ケアプランの共有・検討・確 定	109/281(38.8)	72/181(39.8)	125/301(41.5)	18/59(30.5)	0.461

図表6 サービス担当者会議で共有した情報

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人 (%)	P 値
利用者の主訴	174/281(61.9)	112/181(61.9)	171/301(56.8)	35/59(59.3)	0.577
家族の主訴	183/281(65.1)	108/181(59.7)	184/301(61.1)	34/59(57.6)	0.541
利用者の ADL, IADL の状況や 変化	173/281(61.6)	107/181(59.1)	198/301(65.8)	33/59(55.9)	0.333
利用者の要介護認定状況	98/281(34.9)	64/181(35.4)	115/301(38.2)	16/59(27.1)	0.422
利用者の疾病に関する情報	129/281(45.9)	90/181(49.7)	166/301(55.1)	23/59(39.0)	0.048
利用者の経済状況	63/281(22.4)	48/181(26.5)	84/301(27.9)	9/59(15.3)	0.134
医療知識や医療的対処の方 法	153/281(54.4)	101/181(55.8)	172/301(57.1)	35/59(59.3)	0.873
生活上の問題への対処方針	209/281(74.4)	136/181(75.1)	228/301(75.7)	43/59(72.9)	0.962
介護の方針	217/281(77.2)	141/181(77.9)	246/301(81.7)	51/59(86.4)	0.279
ケアプランの共有・検討・確 定	243/281(86.5)	152/181(84.0)	266/301(88.4)	52/59(88.1)	0.569

3.3. サービス担当者会議開催困難の理由

3.3.1. サービス担当者会議開催困難の理由

「利用者の出席」が困難であると回答した介護支援専門員は、社会福祉法人 29.5% > 特定非営利活動法人 23.9% 営利法人 22.8% 医療法人 20.2%であり、 $P=0.03 < 0.05$  で有意差を持って、

社会福祉法人が開設主体の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が利用者の参加に困難感を覚えていた。「家族の出席」「主治医の出席」に關しての困難感には有意差を認めなかった。その他の項目でも有意差を認めなかった。(図表7)

図表7 サービス担当者会議開催困難の理由

	社会福祉法人 (%)	医療法人 (%)	営利法人 (%)	特定非営利 活動法人(%)	P 値
利用者の出席	123/417(29.5)	52/258(20.2)	108/473(22.8)	21/88(23.9)	0.030
家族の出席	148/417(35.5)	71/258(27.5)	155/473(32.8)	31/88(34.1)	0.195
主治医の出席	305/417(73.1)	181/258(70.2)	319/473(67.4)	64/88(72.7)	0.294

4. 考察

介護支援専門員の所属する居宅介護支援事業所の設立母体によりサービス担当者会議の参加者が異なるかを比較すると、サービス担当者会議に参加を呼びかけたと回答した介護支援専門員の割合は、利用者、家族、主治医の3つで有意差を認めた。また、実際にサービス担当者会議に参加したと回答した介護支援専門員の割合は、利用者の1項目のみで有意差を認めた。

医療法人設立の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は、主治医への参加呼びかけが高く、また利用者本人や家族への呼びかけ率が高く、その結果として実際の出席率も高かった。一方、社会福祉法人設立の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員は、利用者本人、家族、主治医への参加呼びかけ率が低く、この3者が実際に出席したと回答した介護支援専門員の割合は、比較した4つの設置母体の中で、最も低かった。

介護支援専門員の意識に違いがあるかを検討すると、「サービス担当者会議に参加すべき人」では、利用者、家族、主治医、サービス事業者、主治医以外の医療機関の職員の全項目で、有意差が無く、介護支援専門員の意識としては、所属する

居宅介護支援事業所の設立母体により差を認めなかった。

しかし、サービス担当者会議に参加しない理由として、利用者、家族、主治医に参加を呼びかけていないと挙げた居宅会議支援専門員の割合は、有意に社会福祉法人所属の介護支援専門員が高かった。

サービス担当者会議で共有した情報を比較すると、サービス担当者会議で共有した情報では、「利用者の主訴」と「家族の主訴」を会議で共有(つまり議題にした)した率は、社会福祉法人が有意に低かった。

サービス担当者会議の参加者と共有した情報を比較すると、利用者や家族、主治医が参加せず、サービス事業者だけで集まり、サービスの給付の割り振りを行う「サービス分配型サービス担当者会議」は社会福祉法人設置の居宅介護支援事業所で、最も頻度が高く行われている可能性があると考えられる。

事前に共有した情報では、5つの情報項目で、設置母体間で有意な差を認め、5項目中4項目で、医療法人立の事業所に所属する介護支援専門員が最も高く、情報共有していた。逆に、5項目中3

項目は、特定非営利活動法人の事業所、2つの項目は、社会福祉法人立の事業所に所属する介護支援専門員が、最も事前の情報共有率が低かった。

居宅介護支援事業所の設置母体により、サービス担当者会議の出席者と共有する情報に、差を認める項目があった。参加者では、サービス事業者の参加には、優位な差が無いが、利用者の出席に差があった。これは、利用者不在のサービス担当者会議を開催している介護支援専門員の割合が、設置母体により異なることを示す。

今後は、サービス担当者会議を充実して、多職種協働の地域包括ケアを推進するためには、画一的な介護支援専門員研修ではなく、設立母体にも配慮した肌理の細かい研修や指導が必要である。地域の介護支援専門員の研修での指導だけではなく、各居宅介護支援事業所に対して、利用者、家族、主治医の参加を促すように、事業所の設立母体の違いに対して、肌理の細かい指導を配慮する必要性を認める。

## Abstract

### Analysis of Care Managers According to Their Parent Organizations

Care managers of Kanagawa prefecture were examined concerning their awareness of service provider conferences and the actual situation of these conferences, and a comparison was made according to their parent organizations of home care support offices. Differences in participants and information shared at service provider conferences were perceived among the parent organizations.

Care managers who belong to home care support offices established by medical corporations tend to call to doctors, service users and their family more, which accounts for the actual high attendance at the conferences. Care managers that belong to offices established by social welfare corporations have a low tendency to call to users, users' family members and doctors. In fact, the attendance of each of these three groups is the lowest in the four parent organizations.

The awareness examination of who should participate in service provider conferences showed no significant difference. However, as for reasons for not participating, the percentage of not calling to users, family members, and family doctors was significantly high for care managers of social welfare corporations. Users, family members and doctors are not included in the conferences, leaving only service officers to meet and assign service provisions. This kind of meetings, called "service-distribution-based service provider conference", is thought to be held most frequently in home care support offices founded by social welfare corporations.

In order to enrich service provider conferences and promote regionally comprehensive care involving cooperation of various occupations, we must not stick to standardized care-managing training programs, but rather introduce meticulous training and guidance that take parent organizations into consideration

## [ 研究資料 ]

### ユニットケア型介護保険施設におけるユニットリーダーの実態と課題

著者： 毛利志保（日本福祉大学社会福祉学部 非常勤講師）

共著者：秋葉都子（認知症介護研究・研修東京センター ユニットケア推進室長）

#### 抄録

本研究は、介護職員の離職率が高い現状を踏まえ、ユニットケア型介護保険施設においてより質の高いケアを提供するために、人材育成の面から永く業務を担ってもらうための基礎資料を得ることを目的とし、ユニットリーダー研修受講者にアンケートを実施し、属性や待遇、業務の実施状況や課題等を把握した。

現職ユニットリーダーの約半数は 25～35 才、7 割が女性であり、7 割以上が介護福祉士の資格を持ち、5 年以上の福祉・医療サービスを経験していた。しかし、制度上ユニットリーダーに位置づけられた研修受講者の待遇は、施設により著しく差が見られ、今後は、安定的に業務に携われるよう制度上の明確な位置づけが望まれる。

業務の実施状況については、ユニット内職員のサポートは概ねできているものの、個別ケア実践のためのシステム整備については、自覚不足と多忙な業務のため、十分実施できておらず、制度上における業務規定が求められるところである。

**キーワード：**ユニット型介護保険施設、ユニットリーダー、常勤、人材育成

#### 1. はじめに

特別養護老人ホーム（以下「特養」）は、1963 年の老人福祉法の制定により誕生した。1980 年代頃までは将来の急速な高齢化に備えるべく量的整備が優先されてきたため、その居住空間は極めて貧弱であり、また、ケアにおいても入居者は集団として取り扱われ、一括処遇が展開されていた。

1990 年代に入り、そのハード・ソフトの質を重視することから、個室化・段階的な空間構成、個別ケアなど様々な試みが相次ぎ、平成 14 年（2002）度より概ね 10 名の入居者が一つのまとまりを構成し、家庭的な居住環境のもとで生活を送ることを原則とした小規模生活単位型特別養護老人ホーム（現ユニット型指定介護老人福祉施設）が制度化され、ケアを担う人材を育成する目的から、翌平

成 15 年（2003）度より、それら施設を対象とし認知症介護研究・研修東京センターによりユニットケア研修が開始された。

ユニットケア研修では、管理者およびユニットリーダーを受講対象とし別途開催している。それぞれハード・ソフト・システムの 3 側面から理解を促すことによりユニットケアの適正な普及を図っており、平成 18 年度までに、管理者 1069 名、ユニットリーダー 3101 名が受講している。

また、同じく人材確保の側面から、平成 18 年度より、ユニットごとにリーダーを配置し、ユニットにおけるケアの責任者を置くことをねらいとした常勤ユニットリーダーの配置が制度上明確に位置づけられた註 1)。本来的には、全てのユニットにおいてユニットリーダー対象のユニットケア研

修（以下、リーダー研修）を受講した従業者（以下、「研修受講者」）の配置が望ましいが、当面は各施設に2名以上（2ユニット以下の施設の場合は1名でも可）配置すればよいとされており、この場合、研修受講者は研修で得た知識等について、リーダー研修を受講していない他ユニットの責任者に伝達することが求められている。

このように、研修受講者は他ユニットリーダーに対する教育研修を担うことが求められるが、実際は離職率が非常に高いことから（図表1）、研修で得られた知識が十分に施設全体に伝達されていないことが問題となっている。

ユニット型介護保険施設において、質の高いユニットケアを目指すためには、質の高い常勤ユニットリーダーの確保（ ）のみならず、研修で得た知識を他のユニットリーダーにも伝達し育成できるように常勤ユニットリーダー（研修受講者）に継続してその業務を担ってもらうこと（ ）が求められる。しかし、特に を遂行するためには、研修受講者が常勤ユニットリーダーとしての職務を全うできるよう、待遇や仕事のやりがい等の側面から支援する必要がある。

本研究では、ユニットリーダー研修の全受講者を対象としアンケートを実施した。その中でその属性やユニットリーダーとしての待遇、リーダー業務に対する実施状況や職務遂行上の課題等を把握することにより、今後、ユニット型介護保険施設にとって質の高いユニットリーダーを確保し、継続的に業務を担ってもらうための方策を検討するための基礎資料とすることをねらいとしている。

註1）平成12年3月17日、老企第43号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準について」

（図表1）研修受講者の離職率

	研修受講者
対象者数	666
退職・異動者数	81
離職率	12.2%

認知症介護研究・研修東京センター調べ。平成15～16年度の受講者を対象とし、平成17年3月に調査を実施したもの。

## 2. 方法

図表2に、アンケート調査の概要を示す。アンケートは、認知症介護研究・研修東京センターにより、ユニットリーダー対象と管理者対象の2種類を実施した。

ユニットリーダーを対象としたアンケートについては、配布対象は平成15～18年前期までのユニットリーダー研修受講者（1659名）とし、研修受講者が既に離職している場合は、代理のリーダーによる記入をもって代えることとした。そのため、研修受講者と実際の回答者の間には若干のずれがある。回収数は1168名、回収率は70%であった。

管理者を対象としたアンケートについては、平成18年度の管理者研修受講者（295名）を対象とし、全数から回答を得た。

（図表2）アンケート調査の概要

ユニットリーダー対象

配布数	1659（H15～18前期修了分）
回収数 （回収率）	1168（70%）
内容	・研修を修了した後の施設におけるポジション ・研修修了後の施設における人事考課上の評価

	・ユニットケアリーダーとして活動するために必要な要件等。
--	------------------------------

研修修了者が離職している場合は、代理のリーダーによる記入とした。

管理者対象

回収数	295(H18年度)
内容	・ユニットケアリーダー選考の目安(資格、勤務年数、経験しているサービス) ・人事考課上の評価(待遇、組織上の位置づけ、手当等)

3. 結果

調査結果については、主にユニットリーダー対象のアンケート結果から得られたものであり、「3.2.3 保有資格と勤務年数」「3.2.5 現職ユニットリーダーの待遇・手当等」のみユニットリーダー対象と管理者対象のアンケート結果の両方を採用した。

3.1 対象施設の概要

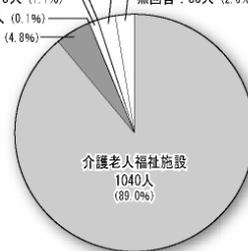
現職ユニットリーダーの勤務する施設種別、ユニットケアの導入状況を図表3に示す。

施設種別は「介護老人福祉施設」が全体の89.0%(1040件)と最も多く、「介護老人保健施設」が4.8%(56件)と続く。ユニットケアの導入状況に関しては、「個室・ユニット型施設」が71.9%(840件)、「一部ユニット型施設」が20.8%(243件)であった。

(図表3) 施設種別とユニットケアの導入状況

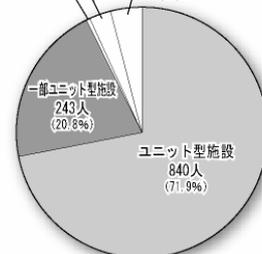
(n=1168)

短期入所療養介護事業所：1人(0.1%)  
短期入所生活介護事業所：13人(1.1%)  
介護療養型医療施設：1人(0.1%)  
介護老人保健施設：56人(4.8%)  
その他：27人(2.3%)  
無回答：30人(2.6%)



勤務している施設の種別

従来型施設：33人(2.8%)  
地域密着型：6人(0.5%)  
無回答：46人(3.9%)



ユニットケアの導入状況

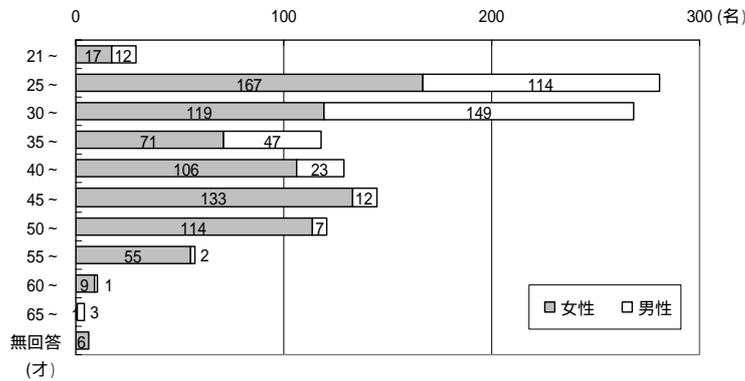
3.2 現職ユニットリーダーの属性と待遇・手当等の状況

3.2.2 性別・年齢

現職ユニットリーダーの性別、年齢を図表4に示す。

年齢は20代後半が最も多く(24%)、30代前半(23%)が続く。男女比については、全年代では女性の研修受講者が7割(798名)を占めるが、年代比率の高い20代後半から30代前半では男性の占める割合も多いことがわかる。

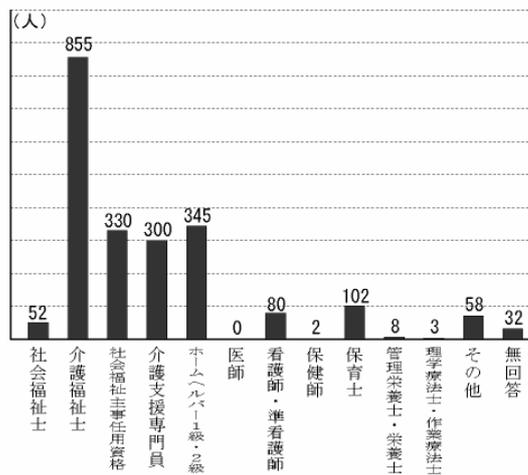
(図表4) 現職ユニットリーダーの年齢・性別 (n=1168)



3.2.3 保有資格と勤務年数

現職ユニットリーダーの保有資格(図表5)を見ると、「介護福祉士」が最も多く、7割以上のリーダーが保有していた。管理者を対象とするアンケートにおいても、95%の管理者が「介護福祉士」の資格取得者をユニットリーダー選考の際の評価対象とすると回答した。

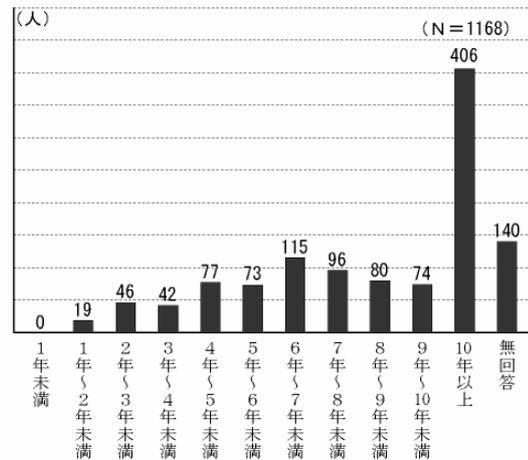
(図表5) 現職ユニットリーダーの福祉関係の保有資格(複数回答)



現職リーダーの福祉・医療サービスの従事年数を図表6に示す。5~10年未満のリーダー(438名)および10年以上の経験があるリーダー(406名)がそれぞれ38%、34%を占め、経験が豊かな職員が選ばれる傾向にあるといえる。管理者を対象と

するアンケートにおいても、約7割が介護サービスの従事年数を選考の目安とすると回答した。

(図表6) 現職ユニットリーダーの福祉・医療サービスの従事年数



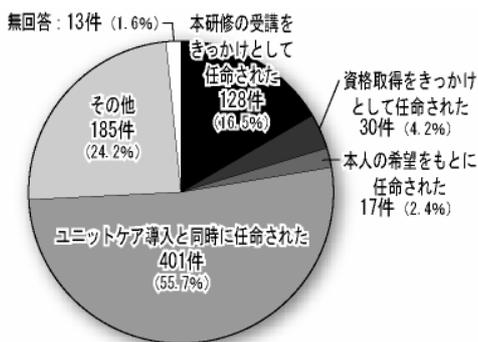
3.2.4 ユニットリーダーになった経緯と現在の立場

ユニットリーダーになった経緯について図表7に示す。

最も多いのは、「ユニットケア導入と同時に任命された」(401名)であり、全体の半数以上を占めた。続いて、「その他」(185名)「研修の受講をきっかけとして任命」(128名)「資格取得をきっかけとして任命」(30名)であった。

「自分の希望をもとに任命された」ユニットリーダーは17名のみで、現職ユニットリーダーの多くが自身の希望ではなく、施設側から任命されてリーダー職に就いていることがうかがえた。

(図表7) ユニットリーダーになった経緯(n=720)

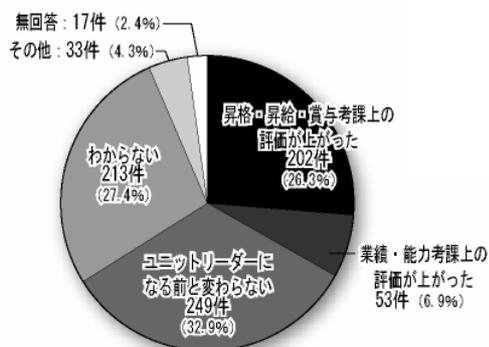


次に、研修受講後における現職ユニットリーダーの施設での立場(役職・待遇)の変化をみる。まず、図表8にユニットリーダーからみた人事考課上の変化、図表9に研修受講者の受講前後の立場の変化を示す。

研修受講を契機とし、「昇格・昇給・賞与考課上」

「業績・能力考課上の評価が上がった」リーダーはあわせて全体の33%(255名)であり、「かわらない」と回答したリーダー(33%・249名)と同程度であった。また、図表9からは、研修受講後も立場の変わらない職員が多だけでなく、受講後、研修受講者に対し「ユニットリーダー」や「フロアリーダー」の役職を与えていない施設が多いことも明らかとなった。

(図表8) ユニットリーダーの人事考課上の変化(n=720)



(図表9) 研修受講者の受講前後における立場の変化(n=1168)

	施設長	施設ケア部門L	介護部門L	複数ユニットL	ユニットL	介護職員	他部門への異動	看護部門L	ケアマネ・相談員	看護師	その他	無回答	総計
施設長	10			1							1		12
施設ケア部門L	1	33	4									1	39
介護部門L	2	13	136	4	3		3	2			4	2	169
複数ユニットL		4	18	228	15		2	5			5	2	279
ユニットL		2	12	31	238	5	5	1	5	2	3	1	305
介護職員	1	1	8	14	49	40	1		1		1		116
他部門への異動		3	1	3	6		1						14
看護部門L			1					14					15
ケアマネ・相談員	1	7	2	4	4		2	43		1			64
看護師				1	2			3	1	3			10
その他	1	1	6	27	40	5	1	9			22	1	113
無回答			2	5	4							21	32
総計	16	64	190	318	361	50	15	18	66	6	36	28	1168

3.2.5 現職ユニットリーダーの待遇・手当

図表10は現職ユニットリーダーの施設における待遇・手当の有無を示したものである。

ユニットリーダーは「管理職ではない」と回答

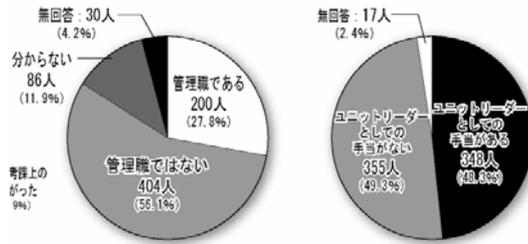
したリーダーは全体の56%であり、「管理職である」という認識(28%)を大きく上回っていた。施設長や介護部長など、施設内で肩書きのある役職のみを「管理職」と認識する者が多いと考えら

れる。

管理者の認識は更に低く、管理者を対象としたアンケートでは「ユニットリーダーは管理職である」と回答した管理者は2割以下にとどまっていた。

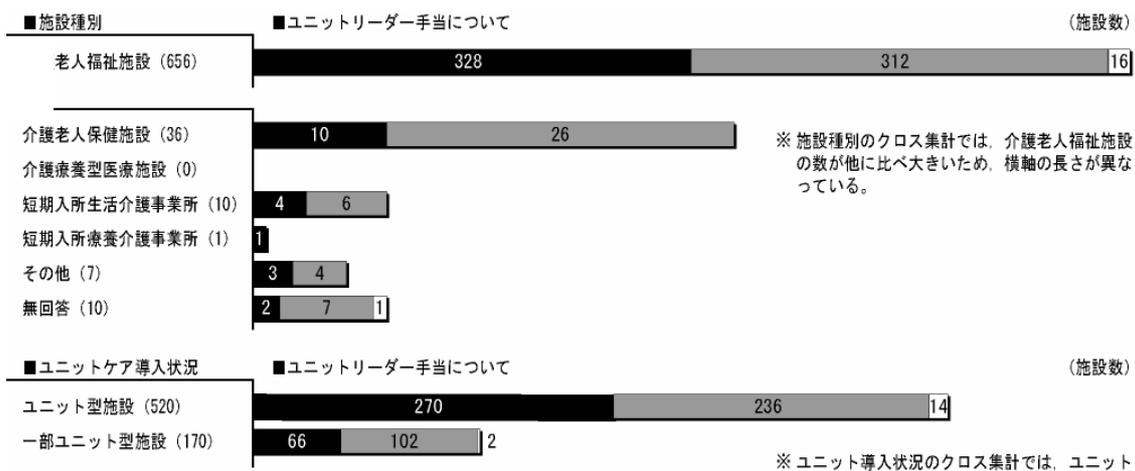
ユニットリーダー職の手当については、「手当がある」施設が48%、「手当がない」施設が49%であった。つまり、約半数の施設では、ユニットリーダーという役職のみが課せられ、それに対する報酬が設定されていないということが明らかとなった。なお、手当がある施設における平均金額は9200円であった。

(図表10) 現職ユニットリーダーの待遇および手当の有無 (n=720)



また、ユニットリーダーの手当の有無については、施設種別やユニットケア導入状況によって若干の違いが見られた(図表11)。施設種別ごとに見ると、介護老人福祉施設の手当のある施設割合(50%)は他の施設種別に比べ高く(介護老人保健施設28%),ユニットケアの導入状況別においては、ユニット型施設の手当のある割合は52%であり、一部ユニット型施設におけるそれ(39%)よりも高いことがわかる。

(図表11) 施設種別、ユニットケア導入状況別にみたユニットリーダー手当の有無



3.2.6 小結

現職ユニットリーダーの約半数は20代後半から30代前半であり、その年代では男女比が同程度で

あったが、他の年代においては圧倒的に女性が多く、介護現場の雇用状況を表していた。また、7割以上のリーダーが介護福祉士を保有しており、

同じく7割以上のリーダーが5年以上の福祉医療サービスの従事経験を持っていた。

しかしながら、制度としてユニットリーダーに位置づけられ、研修を受講してもなお、「人事考課上の評価が上がらない」リーダーは3割以上、「ユニットリーダーとしての手当てがない」リーダーも約半数存在しており、また、施設種別やユニットケア導入状況により施設間でばらつきが見られるなど、その位置づけが明確でないことが明らかとなった。

今後は、ユニットリーダーが安定的に業務に携わることができるような制度上の明確な位置づけが望まれるところである。

### 3.3 入居者の個別サポート業務の実施状況

リーダー研修では、ユニットケア推進施設においてはその理念に基づき入居者一人ひとりを個別にサポートするために必要な業務として以下の5項目( )にわたり設定し、ユニットリーダーを中心としその推進を図ることとしている。

以下では、そうしたリーダーが行うべき業務内容について、その実施状況と阻害要因を探る。

#### 3.3.1 個別サポート業務の実施状況

図表12に、現職リーダーの施設における入居者の生活をサポートするために必要な事項(「施設内の設え」「食事」「入浴」「個別データ」「記録」以下に示す14項目)の実施状況を示す。個々の施設の取り組みの度合いには差異があると思われるが、14項目全般にわたり、「実施している」との回答割合が高い(平均69%)。

項目別に実施割合を見る。特に実施割合が高いのは、「施設内の設え/入居者が個人の家具を持ち込めるように、家族に依頼する(943名・81%)」、「食事/入居者の嗜好にあった食べ物を用意できるようにする(1041名・89%)」であり、8割以

上の施設で実施されていた。一方、実施割合が低いのは、「個別データ/個別データをユニット全体で一覧表化する(510名・44%)」であり、全項目の中で著しく低く、半数以上の施設で実施されていないこととなる。

(図表 12) 入居者の生活をサポートするために必要な事項の実施状況 (n=1168)

## ■入居者の生活をサポートするために必要な事項の実施状況

① 施設内の 設え	入居者に合わせたいす・ テーブルの高さを確認する	774	346	47
	入居者が個人の家具を持ち込める よう、家族に依頼する。	943	183	42
	入居者の目線に合わせ、掲示物の 高さや内容を見直す	861	265	42
② 食事	ユニット内のリビングで炊飯をする	712	411	45
	ユニット内のリビングで盛り付けをする	725	399	44
	入居者が自分の食器を用意できる よう家族に依頼する	721	400	47
	入居者個人の嗜好にあった食べ物 を用意できるようにする	1041	88	39
③ 入浴	マンツーマンで入浴介助をする	929	200	39
	ユニットごとに入浴できるような 体制を組む	709	415	44
④ 個人 デー タ	入居者の個別データを収集する	822	292	54
	個別データをユニット全体で 一覧表化する	510	607	51
	個人ごとに記録を集約・一元化する	929	200	39
⑤ 記録	職員が閲覧・記入しやすくし、 情報共有しやすくする	923	206	39
	記録の様式を見直す	761	366	41

■ : 実施している    ■ : 実施していない    □ : 無回答

## 3.3.2 業務の阻害要因

では、これらの業務について、現職ユニットリーダーが実施できていないと考える要因は何であろうか。図表 13 に入居者の生活をサポートするために必要な事項を実施していない理由（複数回答）を示す。

項目別に見ると、「施設内の設え」においては、「ユニットリーダーが取り組みを進めなかった」（143 名）ほか、「上司の理解が得られなかった」（89 名）が目立つ。「その他」の内訳を見ると、「入居者の自室への家具の持ち込み」に関して、「入居者の家族の理解が得られなかった」という回答（8 名）のほか、「老人保健施設、または短期入所では難しい」（2 名）「実施したが、徘徊者が全て壊してしまうため」（1 名）という回答があった。

「食事」においては、「設備が整っていない」（155 名）が最も多く、「ユニットリーダーが取り

組みを進めなかった」（77 名）が続いた。「その他」では、「厨房業務を外部委託しているため理解が得られなかった」（9 名）、「厨房職員の理解が得られなかった」（15 名）、「感染症、衛生面を考慮」（4 名）と、他職種（厨房関係者）の理解が得られないという意見が多かった。また、「入居者の身体状況への配慮」（5 名）、「職員不足」（10 名）という回答も見られた。

「入浴」においては、食事同様「設備が整っていない」（171 名）が最も多かったが、続いて「介助の技術が不十分」（70 名）であることが個別的な入浴ケアを阻害する要因であるとの認識が高かった。

「個人データ」については、「ユニットリーダーが取り組みを進めなかった」（187 名）が圧倒的に多かったが、「方法がわからない」（67 名）「職員の理解が得られない」（62 名）などの回答も目立っ

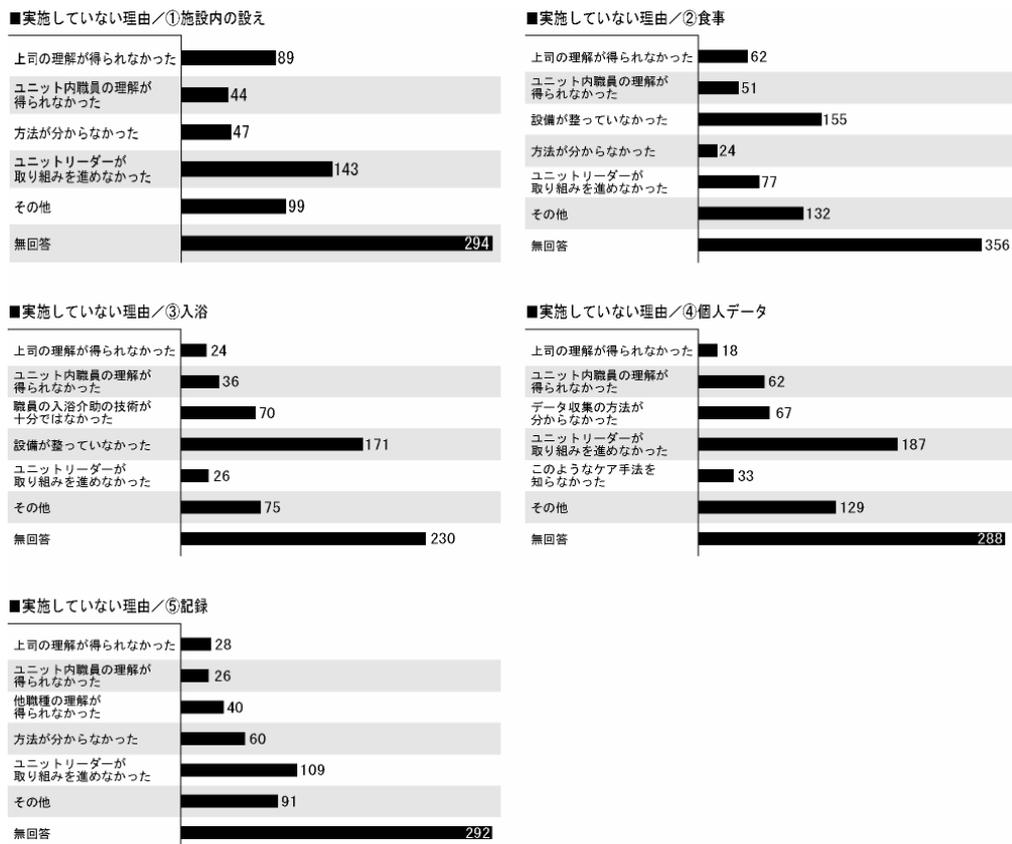
た。

「記録」においても、「ユニットリーダーが取り組みを進めなかった(171名)が最も多かった。

全項目を通し「ユニットリーダーが取り組みを進めなかった」との回答が多く見られた。このこ

とは、「ユニットリーダー自身に取り組もうという意思がなかった」または「取り組むための権限や時間が確保できなかった」ことを示していると考えられる。

(図表 13) 実施していない理由



「設え」については、予算が必要であることから上司の理解が求められると考えられる。また、「食事」「入浴」においては「設備が整わないこと」を理由にあげる施設が多いことから、ユニット内のキッチン、浴室の機能や整備数などハードの整備が求められる。

一方、「個人データ」「記録」においては、他職種やユニット内職員との連携も必要となるが、まずはユニットリーダー自身が取り組みに対する意思を持つことやその方法への理解が求められる

といえる。彼ら自身が動かなければこれらの業務は遂行できないことから、こうした業務がまさにユニットリーダーに課せられていることについて、本人を含め施設全体が理解することが求められている。

しかしながら、全項目を通して実施していない理由を「無回答」とする現職リーダーが非常に多かったことが懸念された。日常的に業務が実施できていないことに対する関心の薄さが大いに考えられるからである。

3.4 ユニットリーダーの職務の実施状況と改善課題

3.4.1 ユニットリーダー職務の実施状況

リーダー研修では、ユニットリーダーの職務として入居者の個別サポートとは別に以下の5分野（図表14 A～E）の実施を推奨しており、先駆的にユニットケアを推進している施設の複数の職員が、講師となり具体的な方法を伝えている。

そうしたリーダーの職務の実施状況を図表14に示す。A～Eの5分野における具体的内容を示す11項目について、その実施状況を「受講前から実施」「受講後、実施」「まだ実施していない」の3段階に分けたものである。

「受講前から実施」の回答割合が最も高いのが「ケースカンファレンスへの助言」(700名・60%)であり、「アセスメント・モニタリング・ケアプランへの助言」(689名・59%)「議事録の作成・議案書の回覧」(629名・54%)「日程の周知・確定」(585名・50%)「技術指導」(573名・49%)と続く。11項目の平均実施割合は40%であった。

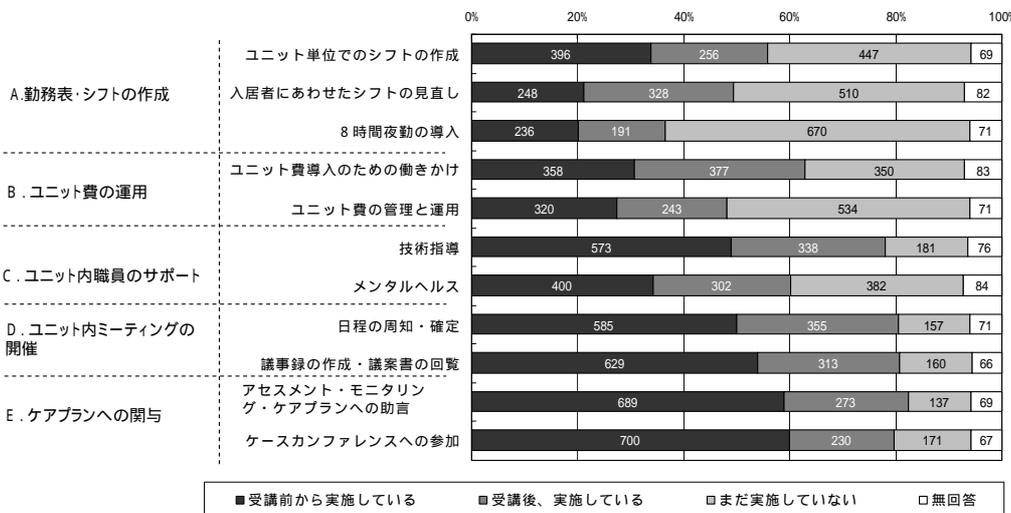
また、「受講後、実施している」という回答割合

については、最も低いのが「8時間夜勤の導入」(191名・16%)であり、続いて「ケースカンファレンスの助言」(230名・20%)、「ユニット費の管理と運用」(243名・21%)、「ユニット単位でのシフトの作成」(256名・22%)であった。11項目の実施状況を平均すると25%であった。

A～Eの5分野別に実施状況の傾向を見る。研修受講後時点において、職務が実施されている割合が高いのは、「D.ユニット内ミーティングの開催」「E.ケアプランへの関与」であり、逆に実施割合が低いのは「A.勤務表・シフトの作成」「B.ユニット費の運用」であった。

特に、「A.勤務表・シフトの作成/8時間夜勤の導入」と「B.ユニット費の運用/ユニット費の管理と運用」においては、半数または半数以上の施設で実施されておらず、「A.勤務表・シフトの作成/ユニット単位でのシフトの見直し」「A.勤務表・シフトの作成/入居者にあわせたシフトの見直し」についても約4割の施設で実施されていないことを踏まえると、これらの職務についてはユニットリーダー個人の判断では遂行し難い職務なのではないかと推察される。

(図表14) ユニットリーダー職務の実施状況 (n=1168)



以上のリーダー職務のうち実施割合が低かった分野（AおよびB）においては、施設種別による差異が顕著であった。

「A.勤務表・シフトの作成」の実施状況については、介護老人福祉施設と比べると、介護老人保健施設においては全項目で実施割合が低く、特に、「8時間夜勤の導入」は93%の施設で行われていなかった（52/56施設）。また、短期入所生活介護事業所では、「ユニット単位でのシフトの作成」（9/13名）「8時間夜勤の導入」（12/13名）における未実施の割合が高く、それぞれ70%、92%であった。

「B.ユニット費の運用」の実施状況についても、介護老人福祉施設と比較し、介護老人保健施設、短期入所生活介護事業所の実施割合が低かった。「ユニット費の管理と運用」については、介護老人保健施設では39/56施設（70%）、短期入所生活介護事業所では10/13施設（77%）が未実施であった。

### 3.4.2 研修前後におけるユニットリーダーの職務に対する意識変化

図表15は、上記の5分野において、現職ユニットリーダーが研修受講後、取り組み内容が「最も変化した」と回答した分野を示したものである。「C.ユニット内職員のサポート」が最も多く（33%）、次いで「A.勤務表・シフトの作成」「D.ユニット内ミーティングの開催」（同21%）が続いた。

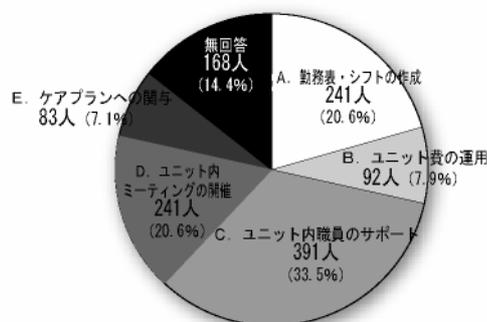
図表14の結果との関連をみても、「D.ユニット内ミーティングの開催」については研修受講前から既に実施していた施設が多いため、妥当性があると思われる。また、「A.勤務表・シフトの作成」については、受講後も実施できていない施設が多いことから、内容検討の必要性を感じていながらも実際にはなかなか取り組めないという実態が推察されよう。

そうしたなか、「C.ユニット内職員のサポート」は他の職務に比べ、比較的着手しやすい職務であったのではないかと推察される。しかし一方で、以下のような捉え方もできる。つまり「ユニットリーダーとしては、目の前にいる入居者と同じように、部下であるユニット職員へのサポートは目を背けられないことであり、やらずにはいられない」と感じているということである。

リーダー研修では、ユニットケアを推進するためには各ユニットへの権限委譲が重要であると謳っており、ユニットリーダーには、「A.勤務表・シフト表の作成」「B.ユニット費の運用」を行うよう強く推奨している。しかし、ユニットリーダーの認識は、それらは重要ではあるが、自身の取組みのみでは実践し難く、ユニットリーダーとしてすぐにできることは、ユニット職員の技術指導やメンタルヘルスであると、考えられているのではないかと推察される。

こうしたことから、ユニットリーダーの職務の優先度に関しては、制度上および施設全体においてバックアップを行うなど、配慮が求められるところである。

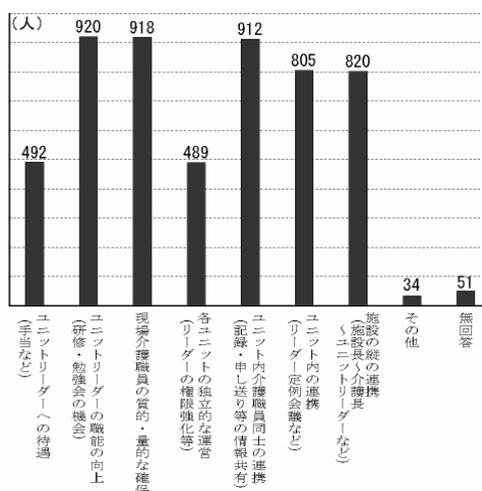
（図表15）研修受講後、最も取り組み内容が変化したものの



### 3.5 ユニットリーダーが職務を遂行する上での課題

図表 16 に、現職ユニットリーダーがユニットリーダーとして活動するために必要と思う環境（複数回答）を示す。

（図表 16）ユニットリーダーとして活動するために必要と思う環境（複数回答・n=1168）



すると、約 7 割以上のリーダーが「ユニットリーダーの職能の向上」(920 名・79%)「現場介護職員の質的・量的な確保」(918 名・79%)「ユニット内介護職員同士の連携」(912 名・78%)「施設の縦の連携」(820 名・70%)が必要であると回答した。

「ユニットリーダーの待遇」「各ユニットの独立的な運営」については、必要と回答したのは約 4 割であった。

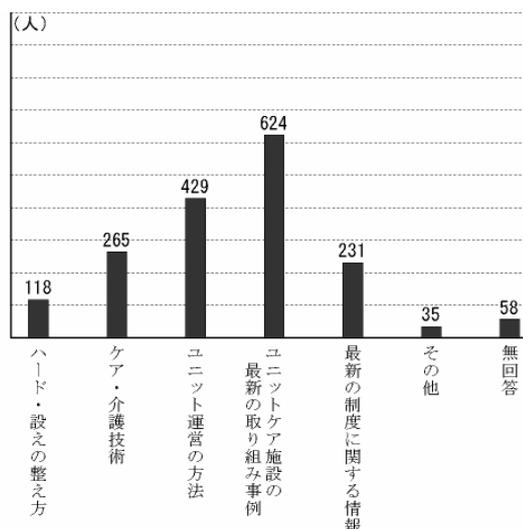
また、再度継続研修を行う際に特に扱ってほしい内容を尋ねたところ（図表 17・複数回答）、「ユニットケア施設の最新の取り組み事例」が最も多く（624 名・53%）半数以上のリーダーが回答した。続いて、「ユニット運営の方法」(429 名・37%)「ケア・介護技術」(265 名・23%)であった。

ちなみに、「最新の取り組み事例」を扱ってほしいと回答したユニットリーダーと、入居者の生活をサポートするために必要な事項の実施状況(図

表 12)の間に相関性は見られず、ユニットケアの実践度合いに関わらず、最新の取り組み事例に関する情報を入手したいと考える現職ユニットリーダーが多かった。

「その他」と回答したリーダーの具体的記述として目立ったものには「職員のメンタルケア・指導方法」(11 件)、「重度化利用者を抱えた施設での取り組み方法」(2 件)、「自身の施設に来て取り組みを評価してほしい」(2 件)、「他施設のリーダーと悩みや問題点を話し合う場がほしい」(2 件)などがあった。図表 17 の回答は選択肢によるものであることから、自由記述は選択肢での回答に比べより切実な問題として捉えられると思われる。

（図表 17）ユニットリーダーの継続研修で扱ってほしい内容（複数回答）



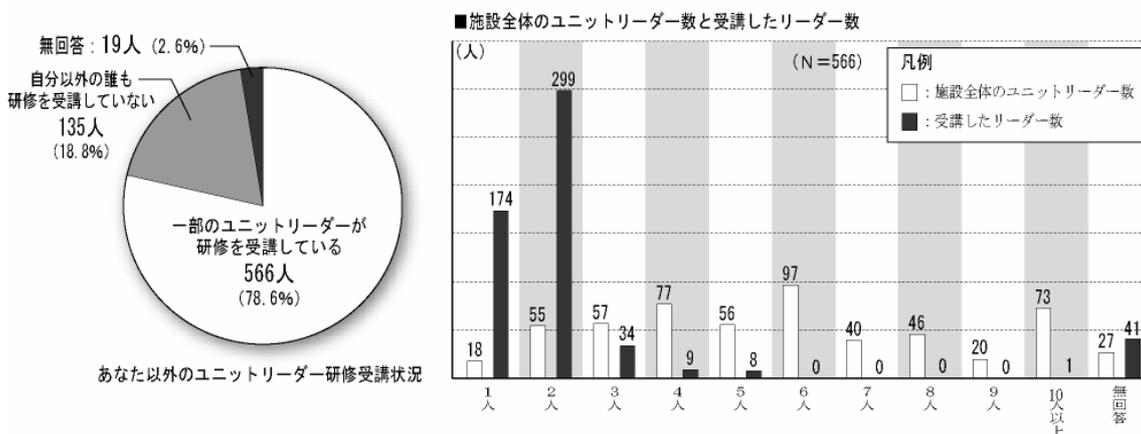
図表 18 は、同じ施設における研修受講者以外のユニットリーダーの研修受講状況を示したものである。「自分以外の一部のリーダーが研修を受講している」施設は約 8 割存在するも、「自分以外誰も研修を受講していない」施設も 2 割弱存在している。

現在、1 施設におけるリーダー研修の受講者数は 1～2 名が殆どであることから、現職ユニットリーダーは、研修を受講していない他のユニット

リーダーに対する知識の伝達も制度上求められている。しかし、他のユニットリーダーにおけるユニットケアへの理解不足や介護職員の慢性的な量的不足による自身の忙しさ等で、そうしたことがなかなか進展せず、焦燥感や孤独感を感じている

現職ユニットリーダーも非常に多いのではないかと推察される。現時点では施設のユニットリーダー全員を受講可能とする体制は急激には整備できないと思われるが、研修受講者のユニットリーダー同士を連携する場は必要であると思われる。

(図表 18) 同施設におけるリーダーの研修受講状況，ユニットリーダー数と受講リーダー数



#### 4. 考察

本研究では、ユニット型介護保険施設において質の高いユニットリーダーを確保し、継続的に業務を担ってもらうための方策を検討する際の基礎資料とするために、リーダー研修受講者の属性や待遇、リーダー業務に対する実施状況や職務遂行上の課題等を把握した。以下にそれらをまとめる。

現職ユニットリーダーは、その約半数が20代後半から30代前半であり、その年代に限っては男女比が同程度であったが、他の年代においては圧倒的に女性の比率が高かった。

資格・経験については、7割以上が介護福祉士を保有し、5年以上の福祉・医療サービスの従事経験を持っていた。

しかしながら、制度上ユニットリーダーに位置づけられ、研修を受講してもなお、「人事考課上の評価が上がらない」リーダーは3割以上、「ユニットリーダーとしての手当てがない」リーダーも約

半数存在するなど、その待遇が明確でないことが明らかとなったことから、今後は、安定的に業務に携わることができるような制度上の位置づけが望まれる。

入居者の個別的サポートを進めるためには、サポート内容に応じ上司の理解やハード環境の整備も必要とされることが明らかとなったが、とりわけ、入居者データの把握等、個別ケアを実践するためのシステムの推進については、現職ユニットリーダー自身において実践への自覚が不足していることが明らかとなった。

しかし一方で、ユニットリーダー側の立場から見ると、ユニットリーダーに課される職務内容についても、制度や施設内での明確な位置づけが急務であるといえよう。現職ユニットリーダーは、介護職としてシフト勤務に就きながら、併行してユニット内職員の技術指導やメンタルヘルスを積極的に行っている。しかしそうした忙しさからか、

ユニットケアを推進するための本来の職務である「勤務体制の見直し」や「ユニット運営」については積極的に実施できておらず、ユニットリーダー自身も重要と感じていながら優先順位が低くなってしまおうという実態が明らかとなった。

現職ユニットリーダーの多くが、その忙しさから介護職員の量的・質的な確保を求めているが、経営上それがすぐに実現されるとは考えにくい。しかし、現職ユニットリーダーの職務については、制度上や施設内で優先順位を定め、ユニット内のシステム整備に携われるような配慮が可能と思われる。そうしたことが実現されれば、彼らもユニ

ットリーダーとしての職務に対し、更なる「やりがい」が持てるのではないかとと思われる。

#### 参考文献

1. 認知症介護研究・研修東京センター：利用者の生活を支えるユニットケア、中央法規：2007
2. 認知症介護研究・研修東京センター：「ユニットケアに当たり参考となるシステムの開発」報告書 ユニットケアの普及と質の向上のための人材育成の方法：2007

#### Abstract

The actual conditions and problems of a unit leader at a unit type institution of care insurance

This study aims to gain the basic data through questionnaires, with a view to empowering talent of care staff. The state is that care staff are more often tend to leave the work. However, the care of higher quality from staff's long term service is indispensable for a unit-type institution of long-term care insurance.

The questionnaires were given to the unit leaders who were training participants, and such items as their sex, age, career, treatment, working conditions and problems were grasped.

The upshot told that about half of the incumbent unit leaders are of an age from twenty-five to thirty-five, and seventy percent of them were women. Seventy percent or more had a care worker's qualification. They had experienced the welfare and the medical service for five years or more, yet the treatment of the training participants positioned unit leaders remarkably varied depending on the institutions. In order for the unit leaders to be stably engaged in the work, specific, systematic positioning is desired.

About the executive situation of the theme, other members in the unit were ready to support, but the system for individual care for elderly people was not adequately set, for the shortage of the officials' consciousness and their busy work. To achieve the care of high quality, systematic work regulations are called for.

## [ 研究資料 ]

### 医療保険介護情報システムの導入における要求定義の適用可能性

著者：高橋宏和（医療法人社団 れいめい会新百合ヶ丘介護老人保健施設つくしの里）

共著者：西村秋生（国立保健医療科学院研修企画部国際協力室）

#### 抄録

現在、保健医療介護分野において電子カルテシステムを含んだ医療情報システムの導入は、情報管理のスタンダードとして定着しつつあり、各医療機関ともその導入を積極的に検討し、着実に進んでいる。平成18年4月の診療報酬改定のマイナス改訂の中でも、IT化および電子カルテ化が進んでいる病院及び診療所には有利になるような点数配分が行われ、政策的な誘導も見られる。机上の論理では、様々なメリットが挙げられている診療情報システムではあるが、実際にその導入効果に目を向けてみると必ずしも理想通りの効果が上げられてはいないという声をよく耳にする。また、現在のシステムは医療機関単体をターゲットとしたものが中心であり、複数事業をもつ法人等において医療と介護などの事業間連携を効率的にサポートするのは難しいのが現状である。

本研究では、導入後のシステムを効率的、効果的に運用可能とするために、一般企業においてシステム導入に先立って実施されている「要求定義」の、医療・保健・介護分野における適用可能性について検討することを目的とする。具体的に医療・保健・介護分野における現状業務の調査、ヒアリング、モデリングを実施し、現状業務における問題点を洗い出し、新業務モデルの策定とIT化対象範囲の決定までを行うという要求定義のプロセスを実施し、その適用可能性について検討を加える。

**キーワード：**診療情報システム、電子カルテ、モデリング、要求定義、データフローダイアグラム

#### 1. はじめに

医療や介護へのIT導入はこれまで厚生労働省をはじめとし、様々な機関が医療改革の一つの手段として取り組んできている。平成13年に厚生労働省より公表された「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」では医療におけるIT導入の目的（＝解決すべき課題）として 情報提供、質の向上、効率化、安全対策が挙げられている。もちろん各機関共に導入は積極的に行われているが、目先の効果にばかりとらわれてしまいがちで、本来一番を考えなければいけない「業務の遂行性」を見失いがちになる。その理由としては、一般的にIT化を行うとなった場合、どの業務をITの対象とするかであったりシステム機能やシナリ

オなど、システムを導入する行為もしくはシステム自体の仕様に目が向いてしまい、メーカーやベンダーより提案されている業務フローや機能一覧を中心に様々な検討が進んでしまうケースが少なくない。全く新しい施設の建設に併せてシステムを導入するケースならともかく、既存の業務があり、そこにシステムの導入（もしくはリプレイス）を行う場合は、現状からの変化を正確に見積もっておくことが必要となる。

導入効果を確実なものとする為には、IT化を行うことを前提として考えるのではなく、まずは現在実施されている業務を理解し、そこに潜む課題を明確にし、それらを解決する為の新しい業務を検討することが必要となってくる。その上で、検

討された新業務を仕様化し、IT化に適する部分をシステムに委ねるといふ、一般企業で用いられている「要求定義」のプロセスを踏んでいくことが、本来の目的を見失わずに業務のIT化を可能とする方法である。しかし、医療・保健・介護の領域ではこの方法が十分に活用されているとは言い難いのが現状である。特に医療・保健・介護の各分野は、同一企業体として運営されていることも少なくないが、それぞれの業務内容は必ずしも一様ではなく、これらを統合的に運営するためのシステム導入には、要求定義は不可欠なプロセスであるといえる。システム投資を無駄にしないために、要求定義の医療・保健・介護分野への適用可能性を探ることは何にもまして重要な課題である。

## 2. 目的

本研究では、医療介護業界におけるIT化（＝システム導入）のプロセスにおいて、要求定義の必要性和手順の説明を行うことを目的とする。また、医療法人社団黎明会の医療・保健・介護事業を例に、実際に要求定義のプロセスを実施し、法人の各事業が現状抱える課題および問題点を明らかにし、新業務フローにおけるシステム化対象範囲を検討する。

## 3. 研究デザインと方法

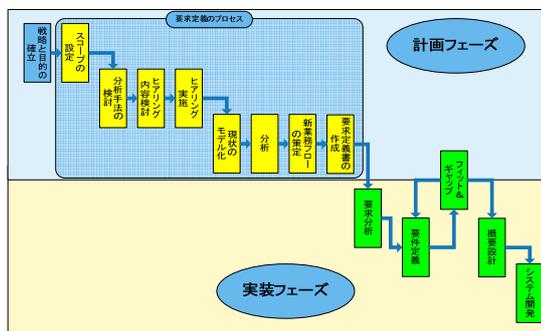
### 3. 1. システム導入のプロセスについて

システム導入は大きく2つのフェーズに区分することができる。1つめは「システムの導入を行う側」が中心になって作業を行う「計画フェーズ」、2つめは「システムの導入を請け負う側」が中心となって作業を行う「実装フェーズ」である。フェーズ間での作業量の差はあれ、この二つのフェーズが相互に役割を果たすことが、システム導入を成功に導くためには不可欠であり、どちらか一方のみの作業では真に求められるシステムとはなり得ないのが現実である。

システム導入の流れをいくつかの主だったパーツに分けると次のようになる。また、それぞれのパーツを各フェーズ間での位置づけは下図の通り

となる。(図表1)

図表1 システム導入のプロセス



システム導入を請け負う側が選択する手法やスタンスによってその位置づけは多少上下するが、医療介護業界をターゲットとした本研究ではモデル案としてこれらを提案したいと考えている。特に、要求定義に関しては計画フェーズにおけるアウトプット的な作業の位置づけとなる。

### 3. 2. 要求定義を行う意義

要求定義は一般的に実装フェーズの入り口として、請け負う側（メーカー及びベンダー）が行う作業としてとらえられているケースが多い。これは、一般企業におけるシステム導入では、開発対象となっているシステムに関するノウハウの蓄積が各メーカー及びベンダーにあり、ベストプラクティスとしての提案を行うことが比較的容易であるためと考える。また、システムがパッケージ化され、前提とされている運用モデルに企業側が合わせてゆくという選択肢をとっているケースも多く見受けられる。

しかし、医療・保健・介護業界においては、施設毎で業務の運用方法は大きく異なる。特に診療サイドにおいてはその傾向が強く、診療科、医局などのグループ単位で情報の取り扱いや運用方法が大きく変わるケースも希ではない。このような中で自由度の低いシステム提案や、ベストプラクティスに運用を合わせてゆくことは、導入後ユーザー一人ひとりが今までの業務手順に変更を加えて対応する事が求められ、混乱を招きやすい。大規模な病院に限らず、診療所のような小規模な事業所においても、中心となる開業医のカラーが出やすく同様の問題が生じる。

このような現状を踏まえると、メーカーやベンダーからの提案の範囲内でシステムの構築を進めるのではなく、現状業務の把握を"導入を行う"ユーザサイドが自ら行い、どのようなシステムが必要とされているかを検討する場を設けることが重要であると言える。このような作業を要求定義と呼ぶ。

### 3.3. 要求定義の手順

#### 3.3.1 スコープ

まず、どのようなシステムを導入するかというアウトラインを作成するための「スコープ」を描く。どのようなシステムを作るかという成果物の内容を定義したものを指す。ビジネスの目的および課題すべき課題や問題点を明示し、それらを実現するためにどのような機能が必要かを検討する。

システム導入のきっかけは業務改善という大命題であったり、漠然とした改善要求であったり、具体的なシステム構想であったりと様々であるが、システムが導入された後の運用のイメージを描き、何を改善する事が目的であるかを明確にしておくことが必要となる。

#### 3.3.2 分析手法の検討

現状分析を行うために分析手法の選択を行う。後に行う業務のモデル化でどの分析手法を選択するかによって分析の仕方が異なる。スコープで描かれる目的に合わせて、その手法は選択されるが、ほとんどの場合、医療・保健・介護業界におけるシステム導入に求められるものは業務改善であるので、本研究における分析手法をデータフローダイアグラム (DFD) とし、以下にそれを採用した理由を述べる。

近年、オブジェクト指向プログラミング言語の出現によりシステム開発におけるモデリング手法は UML が主流となっている。しかし、情報の効率的な運用を目的とした分析を行う上では、処理の順序に着目するのではなく、処理とその間を流れるデータを別に考えた構造化分析手法の方が、より客観的に処理の無駄やボトルネックを発見できるため、DFDを採用することとした。また、本研究においてはシステム開発を実際には行わない"導

入を行う側"が実施することの重要性を唱えているため、プログラム言語的な思考を必要とする分析手法ではなく、比較的単純に理解できることも重要な理由の一つである。

#### 3.3.3 ヒアリング

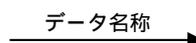
現状業務を現場担当者よりヒアリングおよび調査によって把握する。一般的には質問に沿ってインタビューアーが担当者へ直接ヒアリングを行うか、担当者にヒアリングシートへの記入を行ってもらってからその内容に対しての質問を行うかのどちらかとなる。本研究では後者を採用した。

#### 3.3.4 現状業務のモデル化

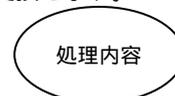
ヒアリングを行った内容をデータフローダイアグラム (DFD) を用いてモデル化する。DFD とは、構造化分析手法の代表的なものであり、本来業務が持っている目的を達成するために要する処理機能 (大きな業務を構成する要素業務に相当。) と情報の流れを表す。処理機能は段階的に詳細化を計り、最初に全体を捉え、徐々に分解を行ってゆく。具体的には、検討対象とする業務範囲において、全体をカバーしたフローを作成し一連の業務構造を整理する。次に各業務毎の纏まった単位を抜き出し、詳細化した情報の流れを図式化してゆく。

表記上の規律

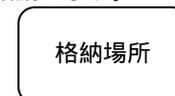
データフロー：  
データの経路を示す。



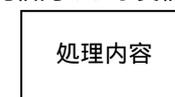
プロセス：  
データの変換を示す。



ファイルあるいはデータベース：  
データの格納を示す。



情報発・受信源：  
データの発信元および受信先を示す。



### 3.3.5 分析

現状業務の問題点の解決を行うため、以下の3つの視点から分析を行う。

#### データモデル図による分析

業務を図式化したデータモデル図から、各機能およびデータの流れる問題点を洗い出す。モデル化することで業務が抽象化され、処理の無駄やボトルネックとなっている箇所を比較の見つけやすくなる。

モデル図を検討する際の具体的なポイントとしては次の通り。

- ・データフローの線が一カ所へ集中していないか。  
線が集中することで一つの処理を行うために必要な情報数が多くなり、情報の流入の手順によりボトルネックの原因となりやすい。処理の分散が必要な箇所の洗い出しに有効である。
- ・業務間で同一の処理やデータの流れが存在しないか。

複数の部署で同一の処理を行っている場合は、処理の無駄やデータの二重管理の原因となりやすい。また、必要な処理であれば、一元管理を行うことで効率化を図ることが可能となる。

- ・数多くの部署をまたがって流れている情報は存在しないか。

単一のデータが複数部署を数多く回することで、 unnecessary 業務を生む可能性がある。関連部署を少なくすることでレスポンスの向上やコスト削減を実現できる。

- ・処理の断絶などは存在しないか。

処理によって生成されたデータや帳票類が別の処理において利用されているかの確認を行う。無駄に情報の作成を防ぎ、 unnecessary 処理を見つめることができる。

#### スコープに沿った分析

データモデル図による分析は現状業務を元にした改善案を示しているが、より経営的な視点からの改善を具体化するために、スコープを達成するための処理改善を検討する。

スコープの具体性によってその検討の難易度が

変化するために、なるべく目的が明確になるようなスコープの設定が不可欠となる。

#### 業務担当者からの意見による分析

ヒアリング時に各職員から担当業務における問題・改善点、IT化を行うべき業務等、担当者としての視点から日々必要と思われる検討事項を聞き出しているため、それらを元にして分析を行うポイントを決定する。この分析方法は他の方法よりも改善後の新業務が明確になっており、改善ポイントを洗い出すのは比較的簡単といえるが、業務担当者の視点から見たものであるため、機能間連携等を視野に入れておく必要はある。

### 3.3.6 新業務モデルの策定

分析によって洗い出しを行った改善点（無駄の改善、ボトルネック、分散化等）を組み込んだ新しい業務モデルを作成する。現状業務の置き換えとしてIT化される部分や、追加となる機能を記述し、システム化の対象範囲を明確にすることをを行う。

### 3.3.7 検証

作成された新業務モデルが、現行モデルに比べて、効率化が図られているか、スコープで設定した目的が解決されているかの検証を実施する。検証方法としては を実施する。

#### 処理効率の測定

システム導入の対象となった業務において新旧のモデルの比較を行う。各業務フローの流れを分析し、システム導入により工程および所用時間の変化を求め、効率化の検証を実施する。ガントチャートや作業量の見積もりなどを利用する。

#### スコープの達成可能性の検討

スコープにおいて設定した目的の達成度合いを検証する。システム導入の効果が法人全体および各事業にどのように影響を与えるかを理解し、想定されている効果がどのくらい得られているかを判断する。

### 3.4. 方法

#### 3.4.1 スコープ

各業務におけるシステム導入の効果として、あらかじめ以下を設定した。

##### 法人全体

- ・ 事業間での利用者情報および診療情報の共有
- ・ 業務レベルの効率化の実施
- ・ 診療情報の統計処理
- ・ 原価計算の実施
- ・ 将来の法改正への柔軟な対応の基盤整備

##### クリニック

- ・ カルテに付随する検査データ、フィルムおよび書類の用意にかかる時間の短縮
- ・ システム導入の前後において診療回転数に変化が起こさない

##### 健診センター

- ・ 健診カルテと保険カルテのシームレスな管理の実現
- ・ 検査総合判定結果の自動作成

##### 介護老人保健施設

- ・ ステーション業務の削減（ベッドサイド業務への集中）
- ・ ケアプランと日常業務の連携

#### 3.4.2 分析手法の検討

業務の効率化を目的とするため、比較検討の結果、データフローダイアグラム（DFD）を用いることとした。

#### 3.4.3 ヒアリング

##### ヒアリング対象

医療・保健・介護の3つの事業を持つ医療法人を対象とする。

- ・ 医療事業（クリニック）  
受付、看護師（常勤医師）、看護師（非常勤医師）、看護師（処置）、秘書（診察）、秘書（理学）、レントゲン（一般撮影、CT）、レントゲン（マンモ）、検査、レセプト  
対象人数：8名
- ・ 保健事業（健診センター）  
受付、請求、看護師（診察）、看護師（採血）、

秘書（センター）、秘書（介助）、レントゲン、検査

対象人数：5名

- ・ 介護事業（介護老人保健施設）

受付、請求、通所介護士、通所看護師、入所介護士（一般）、入所介護士（認知）、入所看護師（一般）、入所看護師（認知）、相談員、リハビリ、栄養士、調理師、ケアマネ

対象人数：15名

##### ヒアリング方法

担当者にヒアリングシートへの記入を依頼し、回収後に追加質問を実施する方法を選択する。

##### ヒアリング内容

担当業務の概要および詳細についての業務の流れおよび取り扱い情報を確認する。また、担当者が考える業務における問題点や改善点についてもヒアリングを行う。

#### 3.4.4 現状業務のモデル化

ヒアリングを行った結果を元に、医療・保健・介護の3事業をDFDを用いてモデル化した。モデル図は以下のような階層をもち、レベル0からレベル2へ向けて詳細化を行った。

レベル0：法人全体の関連を表示

レベル1：各事業概要、業務間連携を表示

レベル2：各業務内の機能を表示

## 4. 結果

### 4.1. 現行モデルの分析

医療・保健・介護の3事業に関して分析結果は以下の通り。

#### 4.1.1 医療事業（クリニック）（図表2）

データフロー図を元にした分析によると、受付業務およびトリアージ業務にデータフローの集中がみられる。受付業務に関しては集まっているフローの内容をみるとカルテの出し入れに関するものが大半であり、その流れをみるとボトルネックの原因になるとは考えにくい。しかし、実質は会計業務との兼任作業であるため来院者と帰宅者の両方で混み合うこととなり、結果としてボトルネックを生み、患者の待ち時間の増加の一要因となっている。

トリアージ業務は当然ながらカルテを中心に扱う業務であるが、前回の検査結果および画像フィルム等の資料の収集に大変時間と手間がかかっている。これらを綴る業務が電子的な仕組みを用いる事が出来れば大幅な業務量の短縮が可能となる。

カルテおよび付随する資料は診療を中心としたほぼ全てのクリニック業務において使用されているため、電子的に取り扱うことが可能となれば、法人業務全体の効率アップを実現することが可能になると想定できる。ただし、カルテへの診療情報の入力に関してはその仕組みにつ

いて検討を行う必要がある。診療効率を現状の状態から低下させないためには「現在の診療スタイル＝紙カルテへの記入および秘書へのオーダー」という形態を崩す事は難しいと考える。電子的なカルテの取り扱いと現在の診療スタイルを結ぶインターフェイスとしては当日分のカルテを用いて医師が診察を行い、事務サイドにて入力することが考えられる。

診療、処置、レントゲン、検査等の直接患者と接する業務単体に関しては業務の流れを変更する必要はないと考える。



#### 4.1.2 保健事業（健診センター）（図表4）

健診業務はすでに基幹部分のIT化は実施されている。検査データのオンライン取込やコメントを含めたデータ管理は外注検査会社提供のシステムを使用して実現している。しかし、診療の流れはクリニックのそれと大きく変わらず、クリニックにおけるトリアージ業務にあたるセンター業務がカルテおよび患者の捌きを行う形となっている。しかし、外来とは異なり、予約による受診となっているため、資料等は事前に準備を行うことが可能となっており、実業務としてはトリアージ程の忙しさではない。カルテに関しては当日分を過去のコメントを加えて印刷を行って使用しているが、医師の診断結果はシステムへの入力の対象となっていないため、過去カルテの保管および添付が毎回必要となっている。診断結果の入力もしくはスキャンニングにより検査データと同時に画面表示できれば、事前作業の負荷は減ると考える。

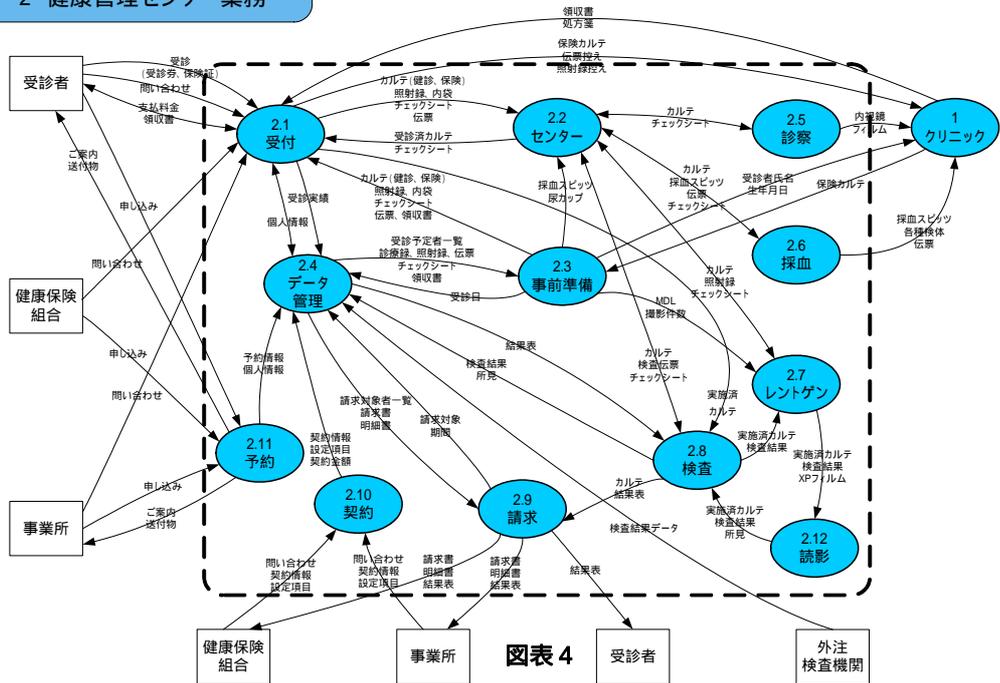
データフローの中でとりわけ流れの集中がみられる箇所は受付である。クリニックと同様カルテの移動以外は窓口対応が主となるが、電話予約受付業務が日中業務の中で大きなウェイトを占めている。コースマスタ等の整備は行われているので、この業務をWEBなどを利用した一部マンパワーを

必要としないインターフェイスを準備することで大きな効率改善が見込まれる。実際に担当職員からの改善点としてあがっている。

検査は実際の検査業務に加えて、検査結果コメントの作成作業も行っている。これはコメントを作成するのに診断内容の理解を必要とするためであるが、検査データからの自動判定および自動コメント作成機能を準備することで、ドラフト版の作成は専門的な知識を必要としない為、事務職員等へ移管することが可能となる。できあがったドラフト版のチェックのみとなれば一つひとつの作業時間を短縮することができ、結果として日中業務への集中と残業時間の短縮化を進めることが出来る。

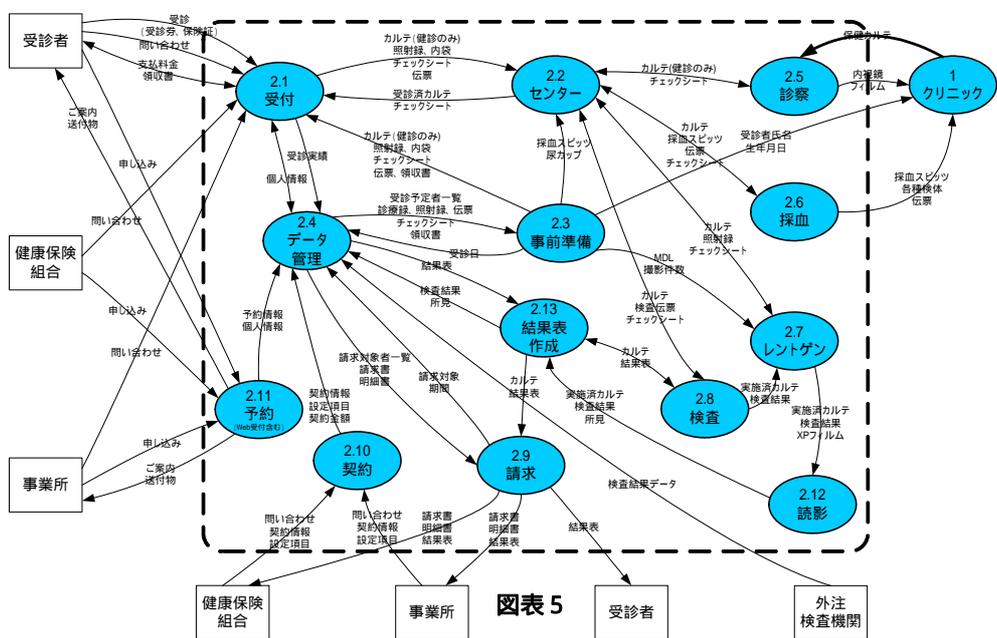
健診の利用者の約4割はクリニックでの受診経験を持つ方が多く、事前資料の準備を行う際にクリニックの保険カルテを合わせて準備する必要がある。現在はそれぞれ別々の管理を行っているので、導入を検討しているクリニックの情報管理システムは健診システムへの相互インターフェイスを持たせ、データの共有もしくは参照を行えるようにするか、区分を持たせた形で一基のシステムで管理を行うようにする事が検討される。後者であれば、老健利用者の管理も合わせて行えるというメリットも持つ。

2 健康管理センター業務



図表 4

新業務モデル 健康管理センター業務



図表 5

4.1.3 介護事業（介護老人保健施設）（図表6）

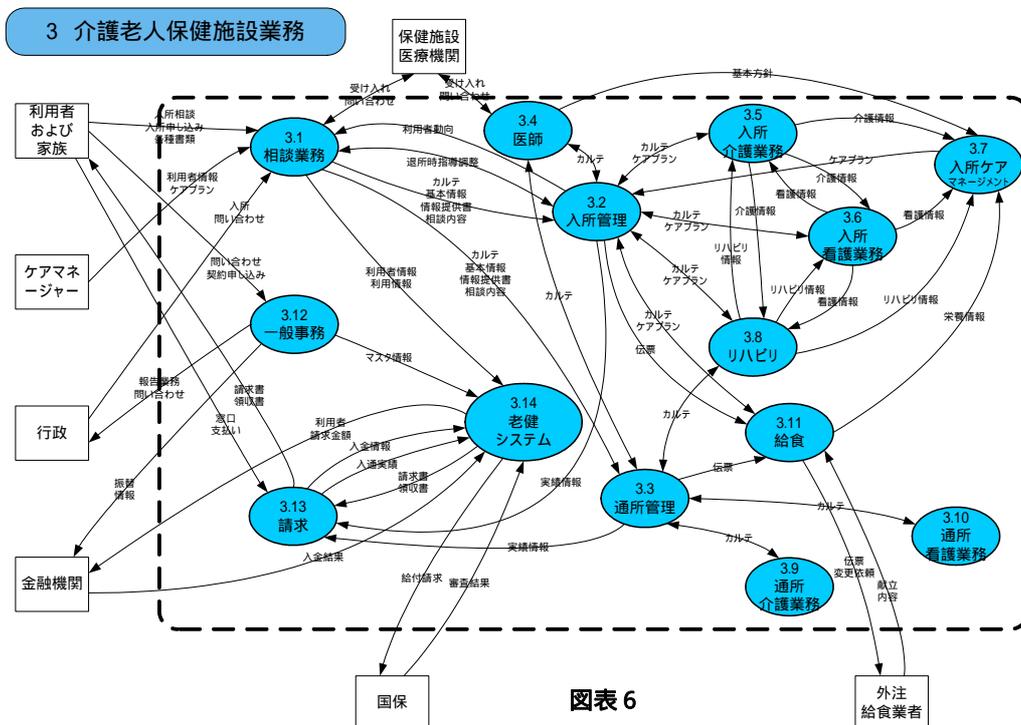
老健業務においてもパッケージシステムの導入は行われておりシステム化されている。入所相談業務や通所管理によって入力された実績情報を元に明細情報および請求書の作成がおこなわれ、国保への請求、利用者負担引き落とし処理などは電送対応が行われており、チェック処理以外はかなり手順が簡素化されている。

しかし、現在のシステムは請求処理と一部の資料作成等がその適用範囲となっており、介護看護の現場となる、入所および通所ケアの現場における利用は全くない状況である。現状はカルテおよびケアプランを中心に医師、介護、看護、リハビリ、ケアマネージャが連携を行い、各担当の利用者のケアを実施している。入所のデータフローを見ると各職務がカルテおよびケアプランを介して情報の収集および記録を行っているのが見て取れ

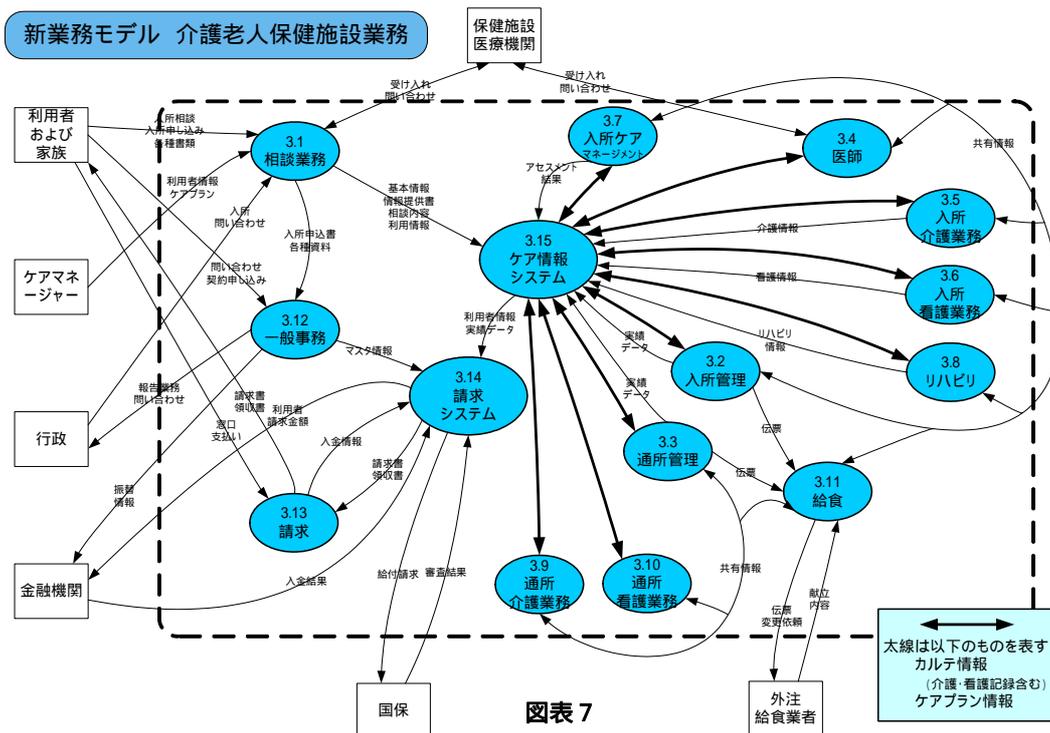
る。それと併せて、各職種間において情報交換も行われており、書類ベースと口頭ベースの二つの情報の流れがあり、一元的な情報の共有が行われない可能性が考えられる。

利用者単位の介護、看護の行動指針となるケアプランと日々の記録としてのカルテがうまくリンクをとれていなければ、ケアマネジメント業務は実行可能性の低い机上の計画となってしまうかねない。情報の一元管理という一般的な目的だけではなく、その利用方法にあったシステムサポートが必要な業務であると思われる。

相談業務の最も大きな役割の一つとして稼働率管理がある。現在は台帳を用いての管理を行っているが、入所および通所共にマニュアルでの管理は現時点での把握は出来たとしても、近い将来の状況までを的確に把握することは非常に難しい。



図表6



図表7

4.1.4 法人全体

クリニック業務と健診センター業務においては対象とする顧客層がほぼ重なっており、かつ業務的にも相互の関わりが密になっているため、診療情報およびそれに付随するデータ類を電子化することにより、業務効率を上げ職員の作業時間を短縮することは可能である。しかし、法人における介護とその他の事業には業務的には重なりはほとんど無く、同一のシステムを用いるメリットは少ないと考えられる。理由としてはそれぞれの業務で取り扱う情報の連続性に差異があるためと考えられる。これは業務の特性によるものであり、この隙間を埋めるためには他の事業を挟むことが必要になると考える。訪問看護もしくは在宅療養支援診療所等の事業は選択肢のひとつとして挙げることが出来る。

4.2. 新業務モデルの策定

分析結果より各業務の改善点は次の通りとする。

4.2.1 医療事業(クリニック)(図表3)

業務効率を最大限に上げるための方策はカルテと各種検査結果画像およびデータの電子化である。レントゲン、エコー・心電図、血液検査等の画像

を含む検査データがカルテ情報と紐付いた形で診療室内で瞬時に検索を実施することができれば、現在行っているトリアージの業務は大幅に減少することとなる。

カルテに関しては当日分の記入はペーパーを使用して行うこととする。これは医師によるPCを操作した情報入力を実施することで診療回転数が落ちる結果となり、費用対効果を追求できないのである。データ化は会計時に入力および一部スキャンングにて対応する。会計事務の作業量の増加に伴い人員の増加も必要となる。

カルテが電子化されることで、受付時の既存カルテ検索業務は不要となり、日用カルテ用紙の印刷のみとなり、会計業務へより厚く人員を配置することが可能となる。

画像を含む検査データを電子化することで診察室内における準備作業は大幅に改善されるが、レントゲン、検査等の業務にはそれほど大きな変化は見られないと考える。もちろん、電子化に対応するために機器の入れ替え等はあるが、今までの検査スタイルに大きな変更が生じるわけではなく、また、データの移送についても大規模な施設では

ないため、それほど時間の短縮が図られる訳ではない。保管場所や現像にかかるランニングコストの削減は効果としてあげられる。

#### 4.2.2 保健事業（健診センター）（図表5）

健診業務における改善点は大きく2点となる。検査コメントの自動作成とWEBを用いた予約受付である。

臨床検査技師は検査業務を実施することに日中業務のほとんどを割いているため、パターン判定を用いた自動コメント作成を健診事務が担当することで結果表の作成を日中に並列で実施可能となる。

受付窓口のWEB版を設けることで日中に電話対応およびFAXによる一括申込みの登録を行っている部分の削減ができる。問い合わせ対応等で全てについて無人対応が行えるわけではないが、事業所単位の纏まった申し込みについては大きな削減が見込める。

健診カルテについてはクリニックのカルテシステムへ別区分を持たせることで、カルテ移動の手間や事前準備の業務量を抑えることが可能であるが、当日の診察業務における業務量の削減はクリニックほどは期待できないため、プライオリティは少し下がると考える。システムの拡張性さえあれば、同時期の対応とする必要はないと思われる。

#### 4.2.3 介護事業（介護老人保健施設）（図表7）

老健の入所業務はベッドサイドにおける介護、看護が主であり、そのほとんどが対人業務である。受け入れを担う相談業務に関しても、本人、家族および関連機関への説明および調整というシステム化することが出来ない業務が大部分を占めている。そのような中で考えられるシステム化の対象となるのは現状業務の置き換えではなく、本来の業務の効率もしくは制度を上げるためのサポート的な業務となってくると考える。老健業務は医療

や健診業務のような短時間の中で診断や結果判定という成果物を提示する業務とは異なるため、システム化の対象範囲も異なってくると考えられる。

そこで考えられる改善点としては、現状のシステムに無い機能の補完が主となる。一点目はベッドコントロールシステムの導入、二点目はカルテおよびケアプラン管理システムの導入である。

現状のベッドコントロールは相談員が台帳を用いて行っており、退所後のまとまった枠を埋めることは可能であっても、数日間の空床を居室移動を絡めて効率的に埋めてゆくことは難しいのが現状である。自動的に空床を割り出すベッドコントロールシステムの導入を行えば、今よりも多くの時間を渉外業務や現場との調整業務に当てることができ、効率的である。

カルテおよびケアプランを管理するシステムは単なるドキュメント管理のシステムではなく、日々の業務の積み重ねであるカルテの記録とケアプランの内容をリンクさせることが必要であると考える。例としてはカルテの記録時にケアプランにおける経過を把握しやすくしたり、事前に設定したマイルストーンを能動的に知らせる機能であったりというのが考えられる。複数の職員が入れ替わり取り扱うものであるため相互のコミュニケーションをサポートするツールとしてそのような機能を持っていることは有用であると考え。また、的確な記録を効率的に入力が行えるようフォーマットや入力方式にも注意を払う必要がある。機能的に充実していても使用する為の時間を要してしまっただけでは本来のベッドサイド業務への集中を実施することが出来なくなり、結果として使用されないシステムとなってしまう。

4.3. 検証

前項で策定された新業務モデルと現行モデルを比較し、効率化およびスコープの達成度合いについて検証を行う。

4.3.1 医療事業

カルテと各種検査結果画像およびデータの電子化における効果としては、それを主に取り扱うト

リアージおよび看護師の業務の効率改善が上げられる。特にトリアージ業務については受付から診療までの短い間に各種資料を準備する作業と時間の削減が見込まれる。用意をする資料の種類、保管場所への移動距離の距離にもよるが一件あたり数十秒から数分の作業短縮となる。(図表8)

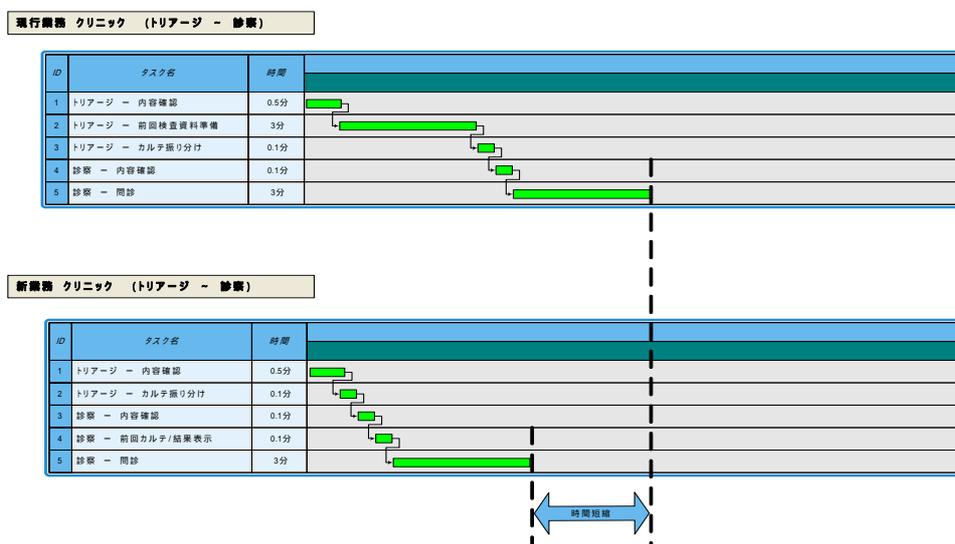
検証結果

医療事業

- ・カルテおよび付随情報の電子化による効果

ガントチャート クリニック業務 (トリアージ～診察)

(図表8)



当日カルテを使用することで診療時間に関しては変化は発生しない為、回転数としては現状と同等の件数をこなすことが可能と思われる。当日カルテを電子化するための入力業務にかかる時間は、技術的な考慮が大きい為、具体的な提案段階で調整を行ってゆく作業であるが、基準となるのは現状のレセプト入力にかかる時間となる。

4.3.2 保健事業

健診結果の自動作成機能は臨床検査技師が現状行っている作業の分散化と効率化への対策となる。

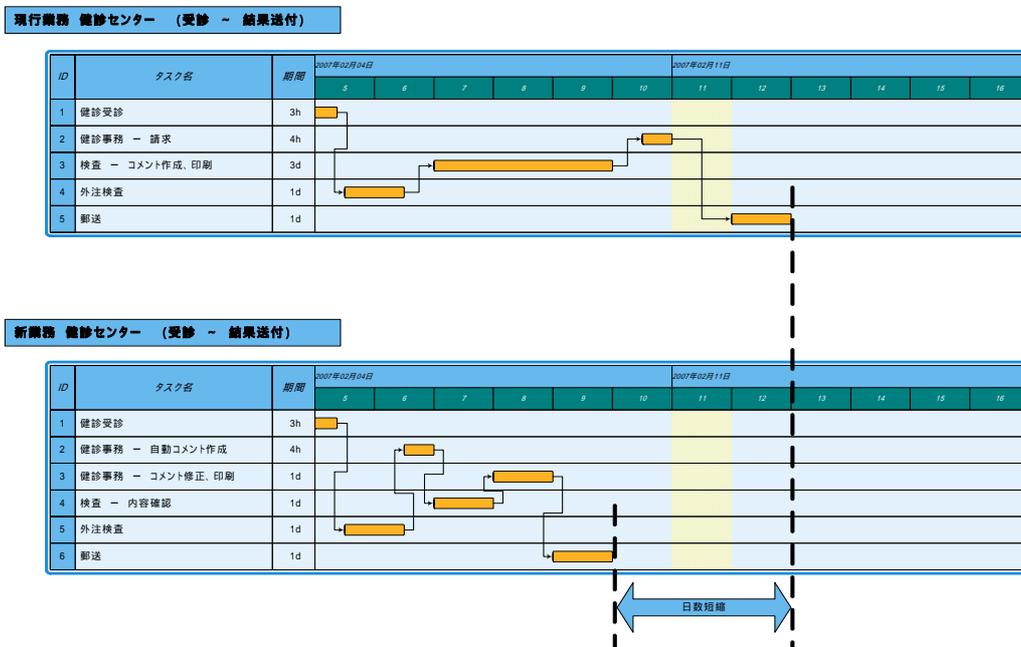
事務職員へ分散を行うことで、受診者対応を行う日中に作業を進めることが可能となり、業務が停滞する時間の解消が見込める。また、確認作業は検査技師が行うことで、正確性を保つことが可能となる。確認のみであれば各種情報を盛り込んだ確認用のドラフト版を紙面で確認する業務となり、隙間業務としても実施が可能となる。結果として1週間から10日ほどかかっている結果表の送付までの時間を数日間短縮することが可能であるという結果が出た。(図表9)

保健事業

・健診コメント自動化による効果

ガントチャート 健診センター (受診～結果送付)

(図表9)



受付業務についても目的は業務の分散化である。繁忙期であると日中に電話対応を行う頻度が非常に高くなり、業務負担が増えることとなる。ほとんどの受診者は健保組合からの案内で受けるべきコースの把握を行っているので電話による相談が無くても申込みは可能であると思われる。また、

事業所から一括で申込みを行うケースについては各社の健診担当者が操作を行うため問い合わせはさらに少なくなると考えられる。一日あたりにすると試算にあるような時間数の業務削減が実施できる。(図表10)

保健事業

・WEB 受付新設による効果 (図表10)

電話による申し込み	
一日あたりの申し込み件数	25件
一件あたりの平均対応時間	5分
一件あたりの平均入力時間	1分
FAX および団体による申し込み	
一日あたりの申し込み件数	35件
一件あたりの平均入力時間	2分
一日あたりの受付対応のべ時間	3.8時間
Web 受付を利用した申込割合 (推計)	$(\text{電話}10\text{件} + \text{団体}30\text{件}) \div 60 = 66\%$
新機能による業務改善時間数	$3.8\text{時間} \times 66\% = 2.5\text{時間/日}$

4.3.3 介護事業

検討を行った介護事業におけるシステム化は分散化、省力化ではなく、現状業務のサポートであるため、業務の具体的な改善を示すことは難しい。しかし、効果としては安定した稼働率の維持や、ケアプランと介護看護の日常業務間の連携などを挙げることができ、設定したスコープの実現へ貢献できるものと想定される。

5. 考察

分析・検証の結果、各事業単体の改善ポイントの洗い出し、改善策の提案やIT化の対象範囲を決定する事はおおむね出来たと考える。しかし、事業間連携については十分な改善策を提示できていない部分もある。特に介護事業については医療・保健事業との接点の有無が影響している。具体的には以下の通りである。

医療、保健については対象者がオーバーラップしているため、事業間連携のメリットも十分期待できる結果となるが、介護に関しては事業単体の効率化は見込めるものの、他事業との連携は現

時点では難しい。この理由は医療・保健と介護(老健業務)の間には利用者の行き来自体が多くは存在せず、業務としての連携がほとんど存在しないことが理由としてあげられる。このギャップを埋めるためには在宅医療もしくは在宅介護という橋渡しの事業の介在が必要であると考えられる。

本研究の中で、実際に要求定義のプロセスを実施したことで、有効な業務改善や必要となるシステム化を明確にすることができ、その結果を元にすることで、メーカー、ベンダーからの提案をより具体的に評価することが可能になると思われる。この事から医療・保健・介護分野においても要求定義の適用可能性は高いと言えることが出来る。

しかし、データフローを分析するだけでは改善が必要なポイントの洗い出しは出来たとしても、全ての改善策を導くことは難しく、特別な手法を用いないアナログな検討なども併用しなければいけないことがわかった。また、検討した結果を全て実現するためには、開発サイドの技量や費用対効果など様々な事項を検討する必要があり、そのプロセスの中で色々な取捨選択を行ってゆかなければ

れば、最終的なゴールに到達することは出来ないことを認識しなければならない。要求定義はあくまでもシステム開発の導入部分であり、残りのプロセスの方がはるかに長く、多くの検討を重ねる必要があることを忘れてはならない。

## 6. まとめ

IT化が進んだ一般企業における業務だけでなく、保健・医療・介護の業界においても業務分析を行うことで、業務の流れや無駄を視覚的に確認でき、改善を必要とする箇所を的確に洗い出すことは可能である事と本研究で示せたことは輸液であると考えられる。しかし、今回対象とした事業は職員のスキル要件に大きく左右される業務が数多く存在し、人に依存する割合が非常に強い。特に、介護事業における現場の業務はこの傾向が強く、まだまだアナログな業務が数多く残っていることが判明した。これは介護保険は医療保険に比べ、より生活に密着した業務であり、ケースバイケースの対応が非常に多く煩雑になっている事が原因と考えられる。効率化を目指す上での要求定義の策定としては、これらの整理が今後の課題となると思われる。

今後は今回の要求定義をもう一段階詳細に落とし、職員と共同してより具体的な改善モデルを作ってゆき、将来における具体的なシステム導入につなげてゆきたいと考えている。

最後に本研究をまとめるにあたって、実に多くの方にお世話になりました。この場を借りて、感謝の意を述べさせていただきたいと思えます。的確なアドバイスをいただきました国際協力部 西村秋生先生、施設科学部長 算淳夫先生、政策科学部 石川雅彦先生、病院管理分野主任としてご指導くださいました施設科学部 井上由起子先生、ならびに国立保健医療科学院の諸先生方に心より御礼申し上げます。このような機会を与えてくださいました医療法人社団黎明会理事長ならびに職員の皆様にも深く御礼申し上げます。

この1年間で得た知識と経験を今後の法人運営ならびに日本の医療・介護の発展に役立ててゆき

たいと強く心に誓い締め括りとさせていただきます。

## 文献

- 1) D.C.ゴーズ、G.M.ワインバーグ、要求仕様の探索学、東京：共立出版；1993
- 2) 渡辺幸三、業務システムモデリング練習帳、東京：日経B P社；2006
- 3) トム デマルコ、構造化分析とシステム仕様 目指すシステムを明確にするモデル化技法、東京：日経B P出版センター；1987
- 4) 本園 明史、要求定義のチェックポイント 427、東京：翔泳社；2004

## 注

- 1) スコープ  
どのようなシステムを導入するかを明示したアウトラインのこと。システム導入の目的および効果、作成する成果物の内容等を定義したものを指す。
- 2) モデリング  
業務の流れや、構造・機能などを図で記述すること。様々な手法が存在し、手法により作成する図表が異なる。代表的なものとしてはDFD、UMLなどある。
- 3) 構造化分析手法  
業務をわかりやすい単位に分割して管理を行う手法。業務を機能毎に分割し、広範囲な業務を理解する際に用いる。
- 4) DFD (Data Flow Diagram)  
構造化分析手法の一種。業務における必要となる処理機能と情報の流れに着目してプロセスの構造化を行う手法。処理の手順を表すものではなく、業務を機能的に捉え、その間のデータの流れを分析を行うところが他の手法と異なる。
- 5) UML (Unified Modeling Language)  
オブジェクト指向によるシステム開発や仕様

の決定の段階で使われる図表の標準的な表記法。表現する内容に合わせて、異なる表記手法（オブジェクト図、クラス図、アクティテ

ィ図等）が用意されている。アクティビティ図、ユースケースなどが主に業務分析に用いられる。

### **Abstract**

In Medical, Healthcare and Agedcare service field, building information system, include Electrical medical record system, is becoming popular as a standard of information management. Many medical facilities investigate it positively to fit-in own business. Fee schedule has been set a downward revision in April, 2006. Even so, hospitals and medical clinic with IT system still have advantage in the fee schedule and it would be supported by government. Many reports said those IT system be able to bring huge benefit to run business, however, not many facilities could make ideal improvement with its system. Additionally, most of current medical information system is focusing only medical facilities and it is difficult to support relationships between several businesses, such as Medical, Healthcare and Agedcare.

The target of this study is investigating applicability of RFP (Requirement for Proposal) to build information system effectively and efficiently in Medical, Healthcare and Agedcare service field.

## [ 研究資料 ]

### 高齢者福祉施設における業務プロセスの改善に関する研究

著者： 扇原 淳（早稲田大学人間科学部健康福祉科学科）

共著者：沖 繁希（早稲田大学人間科学部健康福祉科学科）、関根淳美（早稲田大学人間科学部健康福祉科学科）、山路 学（青山学院大学理工学部経営システム工学科）

#### 抄録

近年、高齢者福祉施設においてサービスの質が問われるようになり、個々の施設経営者の質に対する考え方、質に対する取組みの違いが業績等に影響を及ぼしている。本研究では、高齢者福祉施設における業務プロセスの改善アプローチを示し、このアプローチの有効性について検討するとともに職員が業務上認識している課題について事例的に明らかにした。実証結果として、特別養護老人ホーム施設職員 30 名を対象として行った活動では、カード 83 枚が出され、表札 13 項目がこの施設の職員が抱える業務上の問題点の大枠と考えられた。本手法によって、施設の業務プロセスにおける問題点が抽出できたことに加えて、職員間でそれらの情報の共有が図れた。具体的な改善活動に結びついたことから、本手法は、高齢者福祉施設の業務プロセスの改善に有効と思われる。

キーワード：高齢者福祉施設、業務プロセス、改善、TQM

#### 1. 背景と目的

我が国は、第2次大戦後から現在までに総人口に占める老年人口の割合は 5%未滿から 20%を超える迄に増加した<sup>1)</sup>。日本の高齢化の特徴は、他国と比べてときその進展の速さにあるといわれている。

平成 12 年には、こうした高齢化に対応する施策のひとつとして、介護保険法が制定された。これによって、サービスが公主体の「措置」から「契約」へと移行し、利用者が主体となってサービスを選択できる仕組みへと変化した<sup>1)</sup>。

こうした状況を反映して、福祉施設においても介護やサービスの質を問われるようになり、施設間の質に対する考え方および取組み方の違いが業績などに大きな差として影響している。特に、業務プロセスや各自の業務内容は、暗黙的であり、従業員のカン、コツに頼っているため、サービスの質の均一化が図れず、顧客満足を満たすことが

できていないのが現状である。このような環境下では、顧客満足はもちろん、従業員満足も的確に捉え、その業務プロセスを改善することが重要となる。

製造業を中心に、顧客が高度に満足する製品を生産したり、サービスを提供したりするための一連の活動である総合的品質管理（TQM；Total Quality Management）が行われている。医療分野でも提供するサービスの質が問われ、TQM 展開の事例やその成果が徐々に蓄積がされつつある。しかしながら、福祉分野においては、そうした成果や取り組みの事例の報告が少ない。

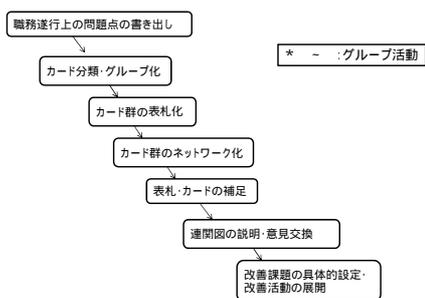
そこで本研究では、新たに高齢者福祉施設における業務プロセスを改善する方法を提案する。さらに、実際の施設において方法の有効性を検討することに加えて職員が業務上認識している課題について事例的に明らかにする。

## 2. 方法

継続的な質改善のためには、業務目的の明確化や質改善に価値を置く組織作りを通じて職員に肯定的な動機付けが行われることが不可欠である。また、施設首脳陣の改善に向けた明確な方針提示を基盤として、現場の問題解決に継続的に取り組める職務環境の整備が必要である。

そこで、質改善に対する職員の肯定的な動機付けの保持と、問題解決に継続的に取り組める職務環境の整備・醸成を目的として今回、我々は図表1に示す手順で高齢者福祉施設における業務プロセスの改善を行った<sup>2)</sup>。

図表1 高齢者福祉施設における業務プロセスの改善方法



まず、(1)施設職員に「現在、職務遂行上問題となっていることをできるだけ多く書き出して下さい」とする質問を行い、カード型の付箋(以後カード)に書き出す。その際、カード1枚には1つのことを記入することを指示する。(2)カードを模造紙上に並べ、同義語は重ね、グループ化を行う。(3)同義語と判断しグループ化したカード群の意味を要約した特徴的なキーワードを表札として明示する。(4)表札カードと各設問カード間の因果関係を捉えるために、グループ間を矢印で結びネットワーク化する。(5)ネットワークを吟味・検討し、不足があれば表札もれを補う。(6)完成した連関図の内容を説明し、参加者相互に意見交換・補正を行う。(7)改善する課題を具体的に設定し、改善活動を行う。

なお、付箋(カード型、名刺サイズ以上)、サインペン、模造紙をあらかじめ準備しておく。

## 3. 実証結果

埼玉県北部に位置する特別養護老人ホームAを対象施設(図表2)とした。総職員数40名、利用者定員74人で、2005年度の稼働率は96%であった<sup>3)</sup>。2006年11月に、通常開催される会議の中で最も多くの職員が集まる処遇会議(図表3)にて、図表1の内容を実施した。

図表2 対象施設の概要

所在地	埼玉県北部				
利用定員(人)	74				
稼働率(%)*	96				
*2005年度					

形態	総数	施設長	事務員	相談員	主任介護職員
常勤	32	1	2	1	1
非常勤	8	0	0	0	0
形態	介護職員**	看護士	栄養士	医師	
常勤	24	2	1	0	
非常勤	4	3	0	1	

\*\*うち介護福祉士 15名

区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人数	0	0	3	13	31	27

平均サービス利用期間:4年2ヶ月

図表3 対象施設の会議構成

会議名	参加者	会議内容・目的	頻度
全体会議	全職員(常勤17名、特養、ショートステイ、デイサービス、居宅支援、事務員)	法人全体の運営方針、年度計画、事業計画等を職員が周知徹底できるように開催。	年1回(4月、10月)
代表者会議	理事長、事務長、デイサービス所長、デイサービス相談員、デイサービス所長、ケアセンター(ショート)所長、在宅介護支援センター相談員、居宅介護支援相談員(ケアマネ)、特養併設ショート担当、管理栄養士、看護士、特養相談員...12名	各セクションの代表者が参加、毎月の予定確認、それぞれの課題点や課題を出し合い、情報共有することや問題解決のための意見交換を行うことを目的とする。	月1回(第1次曜日)
リーダー会議	理事長、事務長、特養相談員、特養併設ショート担当、看護士、1階リーダー2名、2階リーダー2名、感染症対策委員会委員長、事故防止委員会委員長、身体障害者連立委員会委員長、聴覚・心動向上委員会委員長、障害予防委員会委員長、わいわい委員会委員長(リーダーが委員長候補を兼任)...計15名	特養、併設ショートにおける処遇や業務、チームの役割分担などが円滑に行われているか確認交換を行う。業務方針や施設の運営の進捗を確認しながら情報共有を行う。またリーダークラスの悩みや解決や相談に対する助言等を行う。	月1回(第2次曜日)
処遇会議	理事長、事務長、施設長、管理栄養士、ショート担当、居宅ケアマネ...15名、看護士チーム...3名、1階チーム...11名、2階チーム...11名(計約40名、当日夜勤は不参加)	前日に委員会、後日に各フロアの話し合いを行う。増減スタッフが唯一情報交換できる機会であり、日課になっている個別処遇や業務課題について、提案や意見交換を行い業務改善を図る。	月1回(第4次曜日)

会議参加者30名(不参加者は実施時間中に勤務中であった者)を勤務するフロア(1階、2階)で分けた。内訳は、1階16名(男性5、女性11)、2階14名(男性5、女性9)であった。

フロアによる利用者および施設職員の特徴としては、1階は2階と比較して認知症の利用者が多く、おむつ交換の利用者が少ない傾向にある。利用者の介護度および職員の属性に1階と2階の差は特

ない。

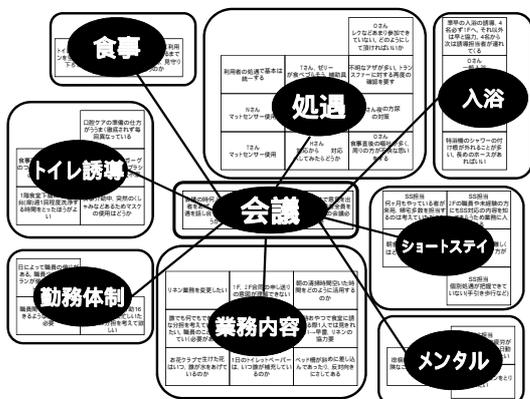
全員にカードとサインペンを渡し、「現在、職務遂行上問題となっていることをできるだけ多く書き出して下さい」とする質問を行い、前述の方法に則った作業を展開した(図表4)。

1階グループでは43枚のカードが回収され、特徴的なキーワード(表札)として会議、食事、入浴、トイレ誘導、勤務体制、処遇、業務内容、ショートステイ、メンタルの9項目が抽出された(図表5)。2階では40枚のカードが回収され、表札として環境、処遇、業務内容、口腔ケア、QOLの向上、その他の6項目が抽出された(図表6)。これら83枚と計13項目の表札(会議、食事、入浴、トイレ誘導、勤務体制、処遇、業務内容、ショートステイ、メンタル、環境、口腔ケア、QOLの向上、その他)がこの施設の職員が抱える業務上での問題点の大枠と考えられた。

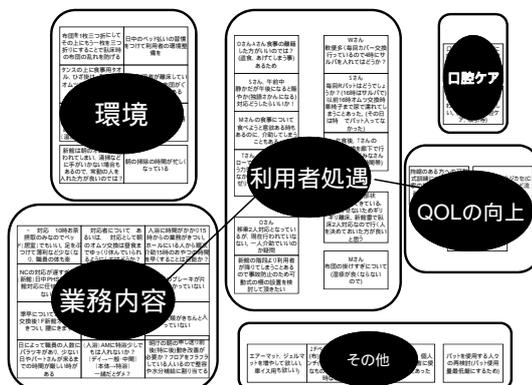
図表4 会議内作業手順

時間(分) *合計90分	内容
30	講義、TQMに関する理論とその施設展開の意義
20	課題の書き出し(カード)
20	グループ化および表札の設定・表札・カードの補足
20	ネットワーク化と参加者相互の意見交換・補正

図表5 職員が考える業務上の問題点(1階グループ)



図表6 職員が考える業務上の問題点(2階グループ)



1階グループでは、9項目が抽出されたが、ネットワーク化によりバラバラに存在していた問題点が全て会議と繋がり会議の改善によって問題点が解決できるということを参加者の間で共通認識として持つことができた。

その結果、改善活動事例として1階グループでネットワークの中心となった「会議」について、以下のように一連の流れによる改善活動が展開された。

処遇会議前に「改善すべき課題」をカードに書きボードに貼る

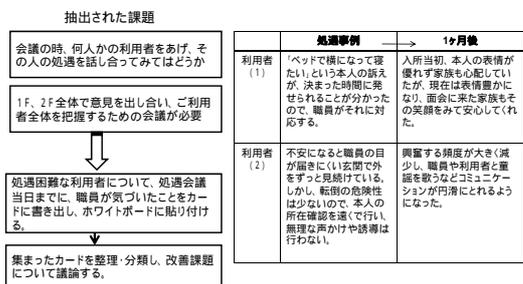
処遇会議当日、集まったカードを参加者で分類し、課題を共通認識する

課題に対する改善策を話し合い、改善活動に取り組む

次回処遇会議(1ヶ月後)その成果を確認する

特に処遇困難事例については、図表7のように取り組み、職員間にその成果が認識されている。

図表7 業務プロセス改善活動の展開事例



共同作業により問題の共有化が可能となった

4. 考察

我々は、対象施設関係者を含む「福祉情報・経営研究会」を2006年4月より展開してきた。研究会で実施した職員へのヒヤリング調査の中で、現場の職員が抱える問題点の把握と職員間の情報共有が課題として把握された<sup>2)</sup>。そこで、現場の職員が抱える問題点の把握とその共有が可能となる方法を提案し(図表3)、通常開催される会議の中で最も多くの職員が集まる処遇会議(図表2)において実施した。

今回提案した方法の中心となる連関図法は、新QC7つ道具のひとつであり、TQMの推進にとって有効と評価され、「目的とする分析対象の構造を、質的關係性によって整理・解明していくための図的方法」<sup>3)</sup>、あるいは「複雑な原因が絡み合う問題の因果関係を明らかにし、適切な解決策を見出す」方法である<sup>4),5)</sup>。

今回の取り組みによって、職員が考える業務上の問題点、すなわちその施設が改善すべき問題点を自由意見の分類によって把握することができた。またネットワーク化により、それぞれの問題点の繋がり、解決策まで探り出すことができた。分類やネットワーク化の各ステップにおいてメンバーが議論を重ねるため、この解析作業を通して現場の職員同士で問題点・情報の共有が図られたと考えられる。

また、今回、通常行われる会議の中で本方法を

実施した理由は、2交代制を実施している施設の勤務体系の中で、新たに大人数招集する時間と場所を設定することは困難であり、すでに存在する最も多くの職員が参加する会議の中での実施が合理的であると考えたからである。

1階グループでは、9項目が抽出されたが、ネットワーク化によりバラバラに存在していた問題点が全て会議と繋がり、会議の改善によって問題点が解決できるということを参加者の間で共通認識として持つことができた。

また、会議の問題点については、改善事例で述べたような改善の取り組みを行い、所与の成果を上げた。

2階グループでは、6項目が抽出されたが、1階グループのように作業時間内に参加者の間で、解決策を導き出し、共通認識を持つまでに至らなかった。これは、連関図法が、複数のメンバーによる作業と連関図の反復修正を基本としており、メンバーのコンセンサスを基準とした検討の繰り返しによって得ようとするものであることから考えて、今回は作業時間が短かった可能性がある。

しかしながら、本方法の目的の一つであるメンバー間のコンセンサスを得るという点に関しては言えば、今回の試みは有効であったと考えられる。

また、2階グループの表札(業務内容)の内容については、現職員の配置換えや新人職員の配属の際、「決定事項」を周知徹底ができない状況に加えて、職員間の申し送りがうまく機能していないことが浮かび上がった。現在、この点については検討作業中となっている。

グループ作業を行った際、「あのベテランの悩みと私の悩みは同じだったのか」といった意見や業務全体を把握しきれていない新人によっては、「これまで見えなかった問題点や作業のポイントを確認することができた」等の意見が出ていた。加えて、職員の中に「共通の理解をもち、お互いの意

見を尊重しながら介護に取り組んでいこう」とする意識の醸成ができてくる。

このことから考えると、本手法は、高齢者福祉施設における人材教育としても大きな可能性があると思われる。

また、現在も図表3の会議数と頻度に大きな変更はなく、会議までの作業工程をできるだけ職員が時間的にも肉体的にも負担の無い形で実施しており、この点も他施設での展開を考えた場合、その実現可能性は高いと思われる。

## 5. 課題

近年、社会福祉施設では離職率の高さに加えて、バーンアウトやメンタルヘルス対策が大きな問題となっている<sup>4-9)</sup>が、こうした社会福祉関連施設におけるサービスの質改善活動が、職員のバーンアウトなど有効なストレスマネジメント対策となり得るとする報告<sup>10)</sup>もある。人材確保には、給与を含めた待遇改善も重要であるが、質改善活動に取り組むことも有効であると考えられる。

加えて、継続的な質改善のためには、業務目的の明確化や質改善に価値を置く組織作りを通じて職員に肯定的な動機付けが行われることが不可欠であるが、この点に関しては、多変量解析等を用いて科学的に検証していく作業が必要である。

施設首脳陣の改善に向けた明確な方針提示を基盤として、現場の問題解決に継続的に取り組める職務環境の整備が必要であるが、この点に関して一般化できるモデルの提案が今後の課題である。

しかしながら、本研究で実施した方法(作業課題)は、定期的の実施していくことが重要であるが、比較的容易であり、職員の負担も少ない。問題解決や情報共有だけでなく、施設職員の人材教育の点からも他施設での実施は有効であると考えられる。

## 引用文献

- 1) 松岡英子、高齢者介護と介護保険制度、少子化社会の家族と福祉、ミネルバ書房、108 - 121 : 2004
- 2) 関根淳美、福祉施設におけるTQM展開に関する基礎的検討、2006年度卒業論文要旨集(早稲田大学人間科学部健康福祉科学科)、179 : 2007
- 3) 飯田修平、飯塚悦功、棟近雅彦監修、医療の質用語辞典、日本規格協会、302 : 2005
- 4) 高良麻子、介護支援専門員におけるバーンアウトとその関連要因 - 自由記述による具体的把握を通して、社会福祉学、48(1)、104 - 116 : 2007
- 5) 澤田有希子、高齢者福祉施設介護職員のバーンアウト因果モデルに関する実証的研究 - 多母集団の同時分析を用いたモデル構造の男女差の検討、社会福祉学、47(4)、136 - 148 : 2007
- 6) 義本純子、富岡和久、介護保険施設における介護福祉士のバーンアウトとストレスの関係について、北陸学院短期大学紀要、37、173 - 182 : 2006
- 7) 一瀬貴子、介護職・看護職の職務バーンアウト研究の現状と課題、関西福祉大学紀要、(9)、101 - 117 : 2006
- 8) 倉石哲也、福祉援助職のバーンアウト症候群とその予防としてのスーパービジョンの可能性について、臨床教育学研究、(7)、29 - 49 : 2001
- 9) 藤野好美、日本における社会福祉専門職のバーンアウト研究についての考察 - 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 : 2000
- 10) 徳永淳也、今中雄一、波多野浩道、社会福祉サービスにおける質改善活動とバーンアウト

ト抑制の関連、日本公衆衛生雑誌、53(8)、  
822 : 2006

#### 参考文献

- 1) 国民衛生の動向、厚生指標、厚生統計協会、  
53、2006
- 2) サイエンス SQC、名古屋 QST 研究会編、日本  
規格協会、2000

- 3) 平成 17 年度埼玉県福祉サービス第三者評価  
結果、埼玉県福祉部社会福祉課、2005
- 4) 竹山象三、連関図法へのシステムダイナミッ  
クスへの援用の試み、岡山商大論叢、32(3)、  
25 - 43 : 1997
- 5) 綾野克俊、新 QC 七つ道具編、品質管理、43  
(7)、73 - 82 : 1992

#### Abstract

The quality of services at welfare facilities for the elderly has recently come into question, and differences in concepts of quality of each facility manager and how to quality to approach are affecting to facility performances. This paper proposes business process improving method at welfare facility for the elderly, studies the effectiveness of these methodologies, and clarifies work-related issues as perceived by staff members through cases. Corroborating results came in the form of 83 cards produced in relation to activities performed by 30 staff members of a special nursing home for the elderly, and 13 titles of meetings served as a broad guide to work-related problems faced by staff members at this facility. This method helped identify problems in business processes at the facility and was intended to facilitate the sharing of information among staff members. Because this impetus was linked to improvements for meetings to function more effectively, the current method effectively improves business processes at welfare facilities for the elderly.

## 編集後記

介護経営第2巻第1号をお届けします。今号より年間発行回数が1回となったためか、多数の投稿表明をいただきありがとうございました。逆に、そのせいか、一部の投稿者の方には、今号への掲載は間に合わず、涙をのんでいただく形となり、大変申し訳なく思います。編集委員会も、大組織でないが故の柔軟性はあるのですが、学会誌が目指す目標もあり、すべての投稿者の願いをかなえられるわけではないのが悩むところです。「介護経営」はまだ誕生したばかりの学術雑誌であり、学術誌としての一定のクオリティを保ちつつ、多くの方々に投稿していただける雑誌になることが急務です。そのためには会員の皆様からの熱意のある投稿が不可欠です。これからも、皆様からの盛んな投稿をお待ちしております。また、この場をお借りして、編集に携わっていただいた先生方、事務局の方々に御礼申し上げます。

(K. N)

### 介護経営

第2巻 第1号 (年1回発行) 2007年11月発行

発行人 田中 滋

発行所 日本介護経営学会

〒160-0018 東京都新宿区須賀町2番地

TEL/FAX : 03-3225-1707