

ISSN 1881-3801

*VOLUME 6 NUMBER 1 2011*

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

# 介 護 経 営

第6巻 第1号

2011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

日本介護経営学会の意義、再認識

宇田淳…… 1

## 研究論文

介護職員の勤続年数に影響する規定要因の実証分析

宮本恭子…… 2

介護職員のワークモチベーションの内容およびワークモチベーションの内容と  
キャリア・コミットメントの関連：看護師との比較による介護職員の特徴

白石旬子、藤井賢一郎、田口潤、影山優子…… 16

要介護高齢者の状態の経年的変化データを利用した  
介護保険サービスの質の評価方法に関する研究

筒井孝子、宮野尚哉…… 29

社会福祉法人の経営者の意識・認識に関する研究

藤井賢一郎、今井幸充…… 41

介護現場におけるリーダーの特性に関する研究

－「他の職員の目標」となるリーダーはどのような特性を持っているか－

影山優子、藤井賢一郎、白石旬子、田口潤…… 53

## 研究資料

個室面積緩和措置による建設費削減効果を用いた低所得者負担軽減策についての一考察  
－特別養護老人ホームにおける個室（ユニット型）と多床室（従来型）の比較検討－

井上由起子…… 67

介護保険実施状況における自治体格差を規定する要因に関する研究

東野定律、筒井孝子、大冢賀政昭、筒井澄栄、小山秀夫、高橋紘士…… 78

介護老人福祉施設において夜間・深夜時間帯に提供された  
ケアの実態と時間別ケア内容の推移

大冢賀政昭、東野定律、筒井孝子…… 91

## 研究ノート

有料老人ホームの入居率の決定要因分析

宣賢奎…… 102

## 編集後記

## [巻頭言]

## 日本介護経営学会の意義、再認識

広島国際大学医療経営学部医療経営学科

学科長 宇田淳

2011年3月11日の東日本大震災における、大地震とそれに伴う想定外の大津波で、多くの方々の尊い生命が失われました。その後の生活の変化で体調を壊し、お亡くなりになる方も多く、被災者の皆様、被災地域の皆様には、心よりお見舞い申し上げるとともに、一日も早い復興を念じております。

介護保険が施行されて10年が過ぎました。この10年間で介護保険制度が日本の介護の在り方を根底から変化させ、十分に日本社会に根付いていったことは疑いありません。

介護サービスの市場拡大の原動力となったのは、民間事業者です。一方、財政悪化を背景に新規参入が抑制され、経営悪化の増加などの課題も目立つようになってきました。また、規制緩和の拡大は、民間事業者と社会福祉法人の競争激化、事業者の経営環境も大きな変化を来しています。

課題解決には、介護関連事業者が事業の本質である「介護サービスの質の向上」を実現していく必要があります。連携強化、介護現場を支える人材の確保・育成、効率的な経営など、今後ますます重要となっています。これを受けたかのように、本年の投稿論文は、特に介護現場を支える人材の質に関するものが増えました。

一方、介護保険事業状況報告によると、2009年度の介護保険費用の総額が7兆4306億円となり、初めて7兆円を超えました。2008年度に比べて6.9%増加。制度が始まった2000年度は3兆6千億円余だったのが、10年間で2倍に達しました。2009年度の介護報酬増額3%が影響し、利用者負担（原則1割）を除く公費と保険料の負担も前年度より7.1%増え、計6兆8721億円です。2009年度末の要介護認定者数は485万人で、1年間で17万人増加。1カ月あたりの介護サービスの利用者は393万人で、前年度より4.2%増加しました。

今後の超高齢・少子化に、現状の制度で対応可能であろうか。また、より高度化し、専門分化する医療を、日本の全国民が享受することは可能なのでしょうか。

平成24年4月には介護・診療報酬の同時改定が行われます。社会保障審議会介護給付費分科会では、白熱した議論が今も尚、展開されています。

この大災害です。この復興に関しては、すべての国策に先んじて国費を投入すべきです。とすれば、平成24年度診療報酬・介護報酬改定がどのようになるかなど、財源的には誰にも予測できません。しかし、そのあるべき姿を論じることは、危機的状況にある日本において、極めて重要であることを肝に銘じなければなりません。

このような時期であるからこそ、当学会は研鑽する場としての役割を再認識し、ますます発展していけるように努力しなければなりません。

## [研究論文]

## 介護職員の勤続年数に影響する規定要因の実証分析

著者：宮本 恭子（神戸大学大学院 経済学研究科博士課程後期課程）

## 抄録

介護分野における人材不足が問題となっている。本研究の目的は、労働条件や雇用管理などの賃金以外の条件に焦点を当てて、介護職員の勤続年数に影響を与える要因を検証し、介護職員の定着を促進させる施策を検討することである。

分析方法としては、介護職員の「勤続年数(月)」に対する各説明変数の影響程度を検討することを目的として、重回帰分析を行っている。用いたデータは、財団法人介護労働安定センターが実施した『介護施設雇用管理実態調査(2007)』の介護労働者調査票における個票データである。

分析結果から、事業所の規模、夜勤時の仮眠の確保、「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」、「職員のモラル向上に向けた研修」などの雇用管理の取り組みは、入所型施設の介護職員の勤続年数に影響を与えるという結果を得た。介護職員の定着を促進させるには、事業所の規模にかかわらず職員のモチベーションが維持・向上できること、夜勤負担軽減のために、夜勤時の仮眠を確実に確保できること、職員のモラルを向上させること、「介護保険制度や関係法令の改正情報」をはじめとする施設運営上の情報を労務間で共有するなどの対策が有効である可能性を示唆できる。

**キーワード**：介護職員、人材不足、勤続年数、労働条件、雇用管理

## 1. はじめに

2000年の介護保険制度導入以降、介護保険サービスに対するニーズは拡大を続けている。これに伴い、介護労働市場の規模も拡大し、その過程で多くの政策課題が表出してきた。特に問題となっているのは、介護労働者の定着率の低さである。全産業平均と比較しても介護労働者の離職率は高い傾向にある<sup>1)</sup>。また、同じ介護の職場で従事する職種ごとの平均勤続年数を比較すると、介護職員は4.3年、看護職員は5.6年、生活支援相談員は6.0年であり、介護職員の平均勤続年数は、他の職種より短いことが介護労働安定センターの「介護労働実態調査」によって示されている<sup>2)</sup>。

こうした状況を踏まえ、政府は将来にわたって介護人材が安定的に確保されるよう、様々な取り組みを進めつつある。平成19年8月には、平成5年に策定された「社会福祉事業に従事する者の確

保を図るための措置に関する基本的な指針」を見直し、経営者、関係団体等並びに国及び地方公共団体が行うべき人材確保のための取り組みを改めて整理している。この指針に沿って、平成20年度においては、都道府県福祉人材センターにおける無料職業紹介や潜在的有資格者の再就職の支援のための研修の実施と、国民の「介護」に対する理解を深める目的で「介護の日」(11月11日)も創設した。

また、「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」(平成二十年五月二十八日法律第四十四号)が成立し、平成21年4月1日までに、介護従事者の賃金をはじめとする処遇の改善に資するための対策の在り方について検討を加え、必要と認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずることも決定した。

それに伴い、介護職員の確保と処遇改善を柱と

する平成21年度介護報酬改定では、介護保険制度導入後初めての3.0%のプラス改定が実現した。また、介護職員1人当たり月額平均1.5万円の賃上げに相当する支援を行うために、介護職員処遇改善交付金を創設した。これは、平成24年3月で期限切れとなるため存続が検討されている。

こうした中、介護職員の確保・定着と処遇改善についての分析も蓄積されつつある。花岡(2009)、山田・石井(2009)、張・黒田(2008)、岸田・谷垣(2008)らは、賃金や賃金以外の条件と、離職行動との関連を分析している<sup>3)-6)</sup>。その結果、花岡(2009)、山田・石井(2009)、張・黒田(2008)らは、就業形態や属性などの労働者の条件を指定しつつも、賃金水準と離職率は負の相関関係にあることを示し、介護職員の離職行動には、賃金の効果が強いことを推定している。

一方、岸田・谷垣らは、離職行動を示す指標に就業継続意思と仕事満足度を採用して、個人属性及び労働環境との関連を分析している。そして、介護職員の就業継続意思や仕事満足度には、賃金の効果が薄く、賃金以外の条件である、勤務条件や人間関係、研修体制などの効果が強いことを実証している。

これ以外に、堀田(2009)、鈴木(2009)らも、賃金以外の条件と離職行動の関連について分析している<sup>7) 8)</sup>。堀田は、ストレス度及び働きやすさと、雇用管理の取り組みとの関連を検証している。その結果、雇用管理の取り組みのうち、組織整備、コンプライアンスの徹底は、ストレス度を引下げ、働きやすさを実感させることを指摘している。鈴木は、職務満足度及び勤務継続意思と雇用管理の取り組みとの関連を分析している。そして、勤務継続意思には、賃金、事業所規模、雇用環境の取り組みのうち、勤務体制、相談体制などの効果が強いことを指摘している。

これらの既存研究では、ストレス度、働きやすさ、職務満足度、勤務継続意思を、それぞれ離職行動につながると予想される指標に採用し、賃金や賃金以外の条件との関連を検証している。だが、これらの指標はいずれも、実際の離職行動を示す

ものではなく、かつ主観的なものである。そのため既存研究では、実際の離職行動に影響を与える要因についての分析は行われていない。そこで本研究では、実際の離職行動の分析を可能にする指標に「勤続年数」を採用し、離職行動を検討するうえで重要な視点であると既存研究で指摘されている賃金以外の条件に焦点を当て、介護職員の勤続年数に影響を与える要因を分析する。そのうえで、介護職員の定着を促進させる施策を検討することを目的とする。

## 2. 研究方法

### 2.1 仮説

介護職員の勤続年数に影響を与える要因を分析するにあたっては、介護職員に特徴的な要素に焦点を当てて分析を行うことが必要ではないかとの問題意識に基づき、これらの要素と勤続年数の関連について考える3つの仮説を提示した。介護職員に特徴的な要素には、介護事業所の規模、介護職員の属性、勤務体制、“みんなで一緒に仕事をする職場”の5つを採用する。提示する仮説は次のとおりである。

第一に、規模の小さい事業所や法人では、介護職員の勤続年数にマイナスの影響を与えているかを検証する。介護分野では、従業員数の少ない事業所や複数の事業所をもたない規模の小さい事業所が多い。従業員数階級別の事業所規模では、「4人以下」が8.3%、「5人以上9人以下」が14.9%、「10人以上19人以下」が28.7%、「20人以上49人以下」が29.8%、「50人以上99人以下」が12.9%、「100人以上」が4.8%であり、「19人以下」の事業所が半数以上を占める。また、複数事業所の有無をみると、「複数の事業所がある」は62.5%、「他の事業所がない」は36.8%であり、複数の事業所をもたない法人が4割近くを占める。そのうち、別の事業所がある場合の法人全体の従業員規模をみると、「49人以下」が33.8%で最も多く、ついで、「100人～299人」が24.4%、「50人～99人」が20.2%の順である<sup>9)</sup>。

このように、複数の事業所をもたない規模の小

さい法人や、従業員数の少ない事業所では、事業所内での配置転換や事業所間での人事異動が難しい。職場の人間関係等、何らかの理由で介護職員が離職を考えたとしても、同一法人内に複数の事業所があれば、他の事業所へ異動することも可能であり、理由によっては離職を回避できる可能性が高くなると考えられる。一方、同一法人内に複数の事業所をもたない場合、他の事業所へ異動することもできず、離職行動につながる可能性は高くなることが予想される。

また、複数事業所の有無とあわせて、職員数が少ない小規模の事業所では、管理職のポストが限定され、昇進の機会も制約されるため、介護職員はモチベーションを維持することが難しく、勤続年数にマイナスの影響を与えることが予想される。

第二に、介護職員に特徴的な勤務である夜勤業務や交替制勤務が勤続年数に与える影響である。夜勤業務は、通常夕方から翌朝までの勤務となる場合が多く、拘束時間が16時間以上におよぶため、健康面での負担が大きい。また、特別養護老人ホームをはじめとする入所型施設では、365日24時間の常時のサービス提供が通常であり、施設に入所している利用者への介護サービス提供は、深夜を含む終日、しかも年間休むことなく提供されねばならない。こうしたサービスを提供するために、介護職員の勤務は24時間交替制勤務が組まれる。また、休日も日曜や祭日に関係なく定められる。勤務体制は、早出、日勤、夜勤などの1日の勤務シフトと、1カ月の勤務シフトが生まれ、すべての職員の勤務ローテーションのもとで業務が遂行される。勤務シフトは、メンバー全員の勤務と業務を相互に調整して組まれるため、一度勤務シフトが決定すると、変更することが難しい。

このように、入所型施設の介護職員は、深夜勤務や交替制勤務などの不規則勤務が通常であり、勤務シフトの特性上、家族と生活リズムを合わせにくい状況にある。しかも、介護の職場は、家庭生活で重要な役割を果たす女性労働者の占める割合が高い。そのうち、妊娠、出産、育児の経験世代である、20歳代から30歳代の女性も3割を占め

る。これらの者は、仕事以外の家庭生活においても特に重要な役割を期待されており、「仕事と家庭生活の両立支援」が重要な課題になる<sup>10)</sup>。したがって、夜勤時に仮眠がとれないことや、1カ月の夜勤日数が多いことは、健康面での不調や仕事と家庭生活の両立に支障をきたし、勤続年数にマイナスの影響を与えることが予想される。

第三に、雇用管理の取り組みが勤続年数に与える影響である。まず、職場の円滑な人間関係の形成に役立つ、「職場のモラル向上に向けた研修」の取り組みが、勤続年数にプラスの影響を与えることを検証する。介護の職場では、異なる職種や多様な経歴・就業形態の介護職同士がひとつのチームを形成して、みんなで一緒に仕事を行っている。そのぶん、職場の人間関係は緊密かつ複雑になりやすいと考えられる。したがって、職場の人間関係は就業継続に重要な要素であり、職場の円滑な人間関係を促す雇用管理の取り組みは、勤続年数にプラスの影響を与えることが予想される。

次に、「介護保険制度や関係法令の改正情報」の周知は、勤続年数にプラスの影響を与えることを検証する。職員の働き方や労働条件、雇用環境に影響を与えるこれらの要素に対する職員の関心は高いものと推測される。これらの情報を職員に適切に周知し、労使間で情報を共有することは、労使間の信頼関係の形成につながり、勤続年数にプラスの影響を与えることが推察される。

最後に、「採用時における賃金・勤務時間についての説明」が勤続年数に与える影響である。採用時に賃金や勤務条件を明示することは、入職後の賃金や労働条件をめぐるトラブル防止や、職員の不満の軽減につながり、勤続年数にプラスの要因になることが予想される。

本研究では、以上の仮説を検証するために、介護職員の勤続年数に影響を与えうる要因を重回帰分析により検証する。

## 2.2 データ

財団法人介護労働安定センターが実施した『介護施設雇用管理実態調査(2007)』の介護労働者調

査票における個票データを用いる。これは、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブより提供を受けたものである。この調査は、独立行政法人福祉医療機構のWAMNET「介護事業者名簿(平成19年10月1日現在)」に掲載された介護保険指定介護サービス事業を行う事業所のうちから無作為に抽出(4818)して調査を実施したものである。介護労働者調査は、事業所調査の対象事業所のうち、1/2の事業所に対し、事業所管理者に対して4名を上限として調査対象とされる労働者への調査を依頼したものである。4名は職員か管理職(主任、リーダーを含めた介護の現場のまとめ役)1名、介護職員(正社員)2名、介護職員(非正社員)1名である。有効調査労働者数は9,636人で、有効回答のあった者は2,729人であった(有効回答率28.4%)。このうち、本研究では、入所型施設の介護職員を分析の対象とする。

## 2.3 変数

### 2.3.1 被説明変数

被説明変数に「勤続年数(月)」を採用する。「勤続年数(月)」は「今の勤務先での経験年数」に対する回答によって把握する。「今の勤務先での経験年数」は、「経験年数(年)」と「経験年数(月)」の2変数に分かれているため、目標変数を「勤続年数(月)」とする新しい変数を、「経験年数(年)×12+経験年数(ヶ月)」の計算により新たに作成して用いる。

### 2.3.2 説明変数

説明変数に事業所規模、夜勤業務の体制、雇用管理の取組みを採用する。事業所規模ダミー(職員数20人未満=1、それ以外=0)、夜勤の勤務体制には、夜勤時の仮眠ダミー(夜勤時の仮眠が十分である、ある程度とれる=1、とれない=0)を採用する。雇用管理の取組みには、「採用時における賃金・勤務時間についての説明」、「職員のモラル向上に向けた研修」、「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」を選択する。これらについて事業

所で取組みが十分に行われているに該当=1、非該当=0をとるダミー変数を採用する。

## 2.4 統制変数

統制変数には、労働者個人の基本属性と事業所の属性を考慮する。労働者個人の基本属性は、性別、年齢、子どもの有無、就業形態、職位、通常1ヵ月の勤務日数、通常1ヵ月当たりの実労働時間(残業含む)を選択する。性別ダミー(女性=1、男性=0)、年齢、子どもの有無については、直接子どもの有無を尋ねる質問はないため、同居家族(複数回答)について、子どもを選択した者を1、それ以外を0とするダミー変数を採用することで替える。就業形態は、正規職員=1、非正規職員=0、その他の者は分析において除外するダミー変数を採用する。職位については、管理職=1、それ以外=0とするダミー変数を採用する。事業所の属性には、ターミナルケアの有無ダミー(ターミナルケア有り=1、無し=0)、要介護4以上の利用者が5割以上ダミー(要介護4以上の利用者の割合が5割以上=1、それ以外=0)、認知症の利用者の割合が7割以上ダミー(認知症の利用者の割合が7割以上=1、それ以外=0)を採用する。

## 2.5 推定モデル

推計方法は最小自乗法である。分析に用いる統計ソフトはSPSS11.0J for Windowsである。

推定モデルは以下のとおりである。

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 F_i + \beta_2 W_i + \beta_3 C_i + \beta_4 R_i + \beta_5 S_i + U_i$$

$\beta_0$  : 定数項  $U_i$  : 誤差項

被説明変数  $Y_i$  : 勤続年数(月)

説明変数  $F_i$  : 事業所規模

$W_i$  : 夜勤の勤務体制(夜勤時の仮眠の有無)

$C_i$  : 雇用管理の取組み(「採用時における賃金・勤務時間についての説明」、「職員のモラル向上に向けた研修」、「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」)

$R_i$  : 労働者個人属性(性別、年齢、子

もの有無、就業形態、職位、通常1  
カ月の勤務日数、通常1カ月当  
たりの実労働時間(残業含む)

$S_i$  : 事業所属性(ターミナルケアの有無、  
要介護4以上の利用者の割合、認  
知症の利用者の割合)

#### モデルの説明

説明変数セット1(夜勤時の仮眠有ダミー、事業所  
規模20人未満ダミー、採用時の  
説明ダミー、制度改正情報の周  
知ダミー)

説明変数セット2(夜勤時の仮眠有ダミー、事業所  
規模20人未満ダミー、職員のモ  
ラル向上研修の実施ダミー)

説明変数セット3(夜勤時の仮眠有ダミー、事業所  
規模20人未満ダミー、採用時の  
説明ダミー、制度改正情報の周  
知ダミー、職員のモラル向上研  
修の実施ダミー)

コントロール変数1(性別ダミー、年齢、子ども有  
ダミー、就業形態ダミー、管  
理職ダミー、1カ月の勤務日数、  
1カ月の実労働時間、ターミナ  
ルケア有ダミー、要介護4以  
上5割以上ダミー、認知症7  
割以上ダミー)

コントロール変数2(性別ダミー、年齢、子ども有  
ダミー、就業形態ダミー、管  
理職ダミー、1カ月の勤務日数、  
要介護4以上5割以上ダミー)

コントロール変数3(性別ダミー、年齢、就業形態  
ダミー、管理職ダミー、要介  
護4以上5割以上ダミー)

表1:(モデル1)

- ①説明変数セット1+コントロール変数1
- ②説明変数セット1+コントロール変数2
- ③説明変数セット1+コントロール変数3

表2:(モデル2)

- ①説明変数セット2+コントロール変数1
- ②説明変数セット2+コントロール変数2
- ③説明変数セット2+コントロール変数3

表3:(モデル3)

- ①説明変数セット3+コントロール変数1
- ②説明変数セット3+コントロール変数2
- ③説明変数セット3+コントロール変数3

### 3. 結果

推計結果は表1、2、3に示すとおりである。労働者個人の基本属性や事業所属性の変数を統制したうえでも、次の分析結果が得られた。まず、「事業所規模20人未満ダミー」は、「勤続年数(月)」に対して1%水準で有意にマイナスの影響を与えている。このことから、第一の仮説で提示した、事業所規模は勤続年数に影響を与えており、規模の小さい事業所では、勤続年数は短くなることが支持できる結果となった。

次に、夜勤の勤務体制が勤続年数に与える影響である。「夜勤時の仮眠ダミー」は、「勤続年数(月)」に対して1%水準で有意にプラスの影響を与えている。このことから第二の仮説で示したように、夜勤業務は勤続年数に影響を与えており、夜勤時に仮眠がとれないことは、介護職員の勤続年数にマイナスの影響を与えることが支持できる結果を得ている。

さらに、雇用管理の取り組みのうち、「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」と「職員のモラル向上に向けた研修」は、勤続年数に対して有意にプラスの影響を与える結果となった。一方、「採用時における賃金・勤務時間についての説明」は、1%水準で有意にマイナスの影響を与えている。このことから、「採用時における賃金・勤務時間についての説明」を除き、第三の仮説で提示した、雇用管理の取り組みは、勤続年数にプラスの影響を与えることが支持できる結果となった。



モデル1-①

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	5.328	18.365		.290	.772		
	夜勤時の仮眠ダミー	8.114	3.028	.074	2.680	.007	.955	1.047
	施設規模20人未満ダミー	-21.947	4.079	-.156	-5.381	.000	.872	1.147
	雇用管理(採用時の説明)	-11.168	3.136	-.100	-3.561	.000	.933	1.072
	雇用管理(制度の周知)	12.553	3.993	.088	3.144	.002	.943	1.061
	性別ダミー	9.800	3.329	.084	2.944	.003	.901	1.110
	年齢	1.481	.157	.306	9.452	.000	.705	1.419
	就業形態ダミー	22.996	5.702	.117	4.033	.000	.873	1.145
	管理職ダミー	19.713	3.107	.185	6.345	.000	.868	1.153
	子ども有無ダミー	3.310	3.307	.031	1.001	.317	.785	1.273
	通常1カ月の勤務日数(日)	-1.816	.845	-.063	-2.149	.032	.849	1.178
	通常1カ月当たりの実労働時間(時間)	4.408E-03	.041	.003	.109	.914	.853	1.173
	ターミナルケアの有無ダミー	2.415	3.077	.022	.785	.433	.906	1.104
	要介護4以上5割以上ダミー	10.834	3.220	.101	3.364	.001	.811	1.234
	認知症の利用者7割以上ダミー	-.553	3.026	-.005	-.183	.855	.916	1.092

- a. 従属変数: 勤続状況
- b. 事業所の介護サービス: 入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

モデル1-②

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	7.939	16.239		.489	.625		
	夜勤時の仮眠ダミー	8.810	2.776	.080	3.174	.002	.968	1.033
	施設規模20人未満ダミー	-19.122	3.664	-.136	-5.218	.000	.910	1.099
	雇用管理(採用時の説明)	-12.558	2.904	-.111	-4.324	.000	.926	1.079
	雇用管理(制度の周知)	12.356	3.729	.085	3.314	.001	.934	1.071
	性別ダミー	10.429	3.119	.087	3.344	.001	.907	1.103
	年齢	1.462	.145	.300	10.105	.000	.698	1.432
	就業形態ダミー	24.101	5.080	.125	4.745	.000	.892	1.121
	管理職ダミー	19.826	2.852	.184	6.952	.000	.878	1.139
	子ども有無ダミー	4.267	3.082	.039	1.384	.166	.774	1.293
	通常1カ月の勤務日数(日)	-2.023	.714	-.072	-2.834	.005	.946	1.057
	要介護4以上5割以上ダミー	13.126	2.794	.121	4.698	.000	.920	1.087

- a. 従属変数: 勤続状況
- b. 事業所の介護サービス: 入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

モデル1-③

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	-35.598	6.951		-5.121	.000		
	夜勤時の仮眠ダミー	9.550	2.702	.086	3.535	.000	.975	1.026
	施設規模20人未満ダミー	-20.571	3.592	-.144	-5.727	.000	.913	1.096
	雇用管理(採用時の説明)	-11.305	2.831	-.100	-3.994	.000	.927	1.079
	雇用管理(制度の周知)	12.747	3.604	.088	3.537	.000	.930	1.076
	性別ダミー	9.881	3.010	.083	3.283	.001	.914	1.094
	年齢	1.555	.127	.317	12.271	.000	.869	1.151
	就業形態ダミー	23.439	4.788	.123	4.895	.000	.918	1.089
	管理職ダミー	19.296	2.771	.179	6.963	.000	.881	1.134
	要介護4以上5割以上ダミー	13.130	2.706	.121	4.851	.000	.930	1.076

- a. 従属変数: 勤続状況
- b. 事業所の介護サービス: 入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

## モデル2-①

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	5.100	18.485		.276	.783		
	施設規模20人未満ダミー	-22.666	4.100	-.162	-5.529	.000	.874	1.144
	雇用管理(モラル向上研修)	7.231	3.415	.058	2.118	.034	.993	1.007
	性別ダミー	10.674	3.347	.092	3.189	.001	.903	1.108
	年齢	1.460	.157	.301	9.293	.000	.710	1.408
	子ども有無ダミー	2.706	3.326	.025	.814	.416	.787	1.271
	就業形態ダミー	24.299	5.734	.124	4.238	.000	.875	1.143
	管理職ダミー	19.862	3.127	.186	6.352	.000	.868	1.152
	通常1カ月の勤務日数(日)	-2.012	.850	-.070	-2.366	.018	.850	1.177
	通常1カ月当たりの実労働時間(時間)	6.621E-03	.041	.005	.162	.871	.853	1.173
	ターミナルケアの有無ダミー	2.522	3.097	.023	.814	.416	.906	1.104
	要介護4以上5割以上ダミー	10.531	3.240	.099	3.250	.001	.811	1.233
	認知症の利用者7割以上ダミー	-.265	3.045	-.002	-.087	.931	.916	1.091
	夜勤時の仮眠ダミー	7.511	3.042	.069	2.470	.014	.959	1.043

a. 従属変数: 勤続状況

b. 事業所の介護サービス:入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

## モデル2-②

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	7.024	16.361		.429	.668		
	施設規模20人未満ダミー	-19.550	3.691	-.139	-5.297	.000	.910	1.099
	雇用管理(モラル向上研修)	7.404	3.177	.058	2.331	.020	.992	1.008
	性別ダミー	11.369	3.140	.095	3.620	.000	.908	1.101
	年齢	1.435	.145	.294	9.886	.000	.704	1.420
	子ども有無ダミー	3.641	3.102	.033	1.174	.241	.775	1.291
	就業形態ダミー	25.078	5.117	.130	4.901	.000	.892	1.121
	管理職ダミー	19.908	2.872	.185	6.933	.000	.879	1.138
	通常1カ月の勤務日数(日)	-2.167	.719	-.077	-3.013	.003	.947	1.056
	要介護4以上5割以上ダミー	13.194	2.815	.122	4.687	.000	.920	1.087
	夜勤時の仮眠ダミー	7.978	2.791	.072	2.859	.004	.972	1.029

a. 従属変数: 勤続状況

b. 事業所の介護サービス:入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

## モデル2-③

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	-39.516	7.008		-5.639	.000		
	施設規模20人未満ダミー	-20.930	3.613	-.147	-5.793	.000	.913	1.095
	雇用管理(モラル向上研修)	7.939	3.070	.063	2.586	.010	.992	1.008
	性別ダミー	10.814	3.027	.091	3.572	.000	.914	1.094
	年齢	1.528	.127	.312	12.062	.000	.879	1.137
	就業形態ダミー	24.268	4.817	.127	5.038	.000	.918	1.089
	管理職ダミー	19.547	2.787	.181	7.014	.000	.882	1.134
	要介護4以上5割以上ダミー	13.224	2.722	.122	4.858	.000	.930	1.075
	夜勤時の仮眠ダミー	8.961	2.714	.081	3.302	.001	.978	1.023

a. 従属変数: 勤続状況

b. 事業所の介護サービス:入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

モデル3-①

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	5.439	18.330		.297	.767		
	施設規模20人未満ダミー	-21.550	4.075	-.154	-5.289	.000	.870	1.150
	雇用管理(採用時の説明)	-12.517	3.189	-.112	-3.925	.000	.899	1.112
	雇用管理(制度の周知)	10.294	4.113	.072	2.503	.012	.885	1.130
	性別ダミー	10.015	3.324	.086	3.013	.003	.900	1.111
	年齢	1.477	.156	.305	9.444	.000	.704	1.420
	子ども有無ダミー	3.296	3.301	.031	.998	.318	.785	1.273
	就業形態ダミー	23.195	5.692	.118	4.075	.000	.873	1.146
	管理職ダミー	19.947	3.103	.187	6.429	.000	.867	1.154
	通常1か月の勤務日数(日)	-1.865	.844	-.065	-2.211	.027	.848	1.179
	通常1か月当たりの実労働時間(時間)	1.519E-03	.041	.001	.037	.970	.852	1.174
	ターミナルケアの有無ダミー	2.478	3.071	.023	.807	.420	.906	1.104
	要介護4以上5割以上ダミー	10.821	3.214	.101	3.367	.001	.811	1.234
	認知症の利用者7割以上ダミー	-6.76	3.021	-.006	-.224	.823	.915	1.092
	夜勤時の仮眠ダミー	8.157	3.022	.075	2.699	.007	.955	1.047
	雇用管理(モラル向上研修)	7.980	3.598	.064	2.218	.027	.879	1.138

- a. 従属変数: 勤続状況
- b. 事業所の介護サービス: 入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

モデル3-②

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	7.224	16.206		.446	.656		
	施設規模20人未満ダミー	-18.655	3.661	-.132	-5.096	.000	.907	1.102
	雇用管理(採用時の説明)	-13.836	2.941	-.123	-4.704	.000	.899	1.112
	雇用管理(制度の周知)	9.974	3.838	.069	2.599	.009	.877	1.140
	性別ダミー	10.738	3.115	.090	3.447	.001	.906	1.104
	年齢	1.457	.144	.299	10.088	.000	.698	1.433
	子ども有無ダミー	4.200	3.075	.038	1.366	.172	.773	1.293
	就業形態ダミー	24.418	5.070	.126	4.816	.000	.891	1.122
	管理職ダミー	20.058	2.847	.186	7.046	.000	.877	1.140
	通常1か月の勤務日数(日)	-2.064	.713	-.074	-2.896	.004	.946	1.057
	要介護4以上5割以上ダミー	13.036	2.788	.121	4.676	.000	.920	1.087
	夜勤時の仮眠ダミー	8.801	2.769	.080	3.178	.002	.968	1.033
	雇用管理(モラル向上研修)	8.412	3.331	.066	2.525	.012	.885	1.130

- a. 従属変数: 勤続状況
- b. 事業所の介護サービス: 入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

モデル3-③

係数<sup>a,b</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	-37.334	6.964		-5.361	.000		
	施設規模20人未満ダミー	-20.106	3.587	-.141	-5.605	.000	.910	1.098
	雇用管理(採用時の説明)	-12.694	2.871	-.112	-4.422	.000	.897	1.115
	雇用管理(制度の周知)	10.313	3.708	.072	2.782	.005	.874	1.144
	性別ダミー	10.250	3.006	.086	3.410	.001	.912	1.096
	年齢	1.548	.126	.316	12.247	.000	.868	1.152
	就業形態ダミー	23.774	4.778	.125	4.975	.000	.918	1.090
	管理職ダミー	19.610	2.767	.182	7.087	.000	.880	1.136
	要介護4以上5割以上ダミー	13.040	2.700	.120	4.829	.000	.929	1.076
	夜勤時の仮眠ダミー	9.594	2.695	.087	3.559	.000	.975	1.026
	雇用管理(モラル向上研修)	8.677	3.230	.069	2.686	.007	.882	1.134

- a. 従属変数: 勤続状況
- b. 事業所の介護サービス: 入所型 = 選択 に対するケースだけを選択。

表1

	モデル1-①		モデル1-②		モデル1-③	
	推定値	t 値	推定値	t 値	推定値	t 値
夜勤時の仮眠有ダミー	0.074	2.680***	0.080	3.174***	0.086	3.535***
事業所規模20人未満ダミー	-0.156	-5.381***	-0.136	-5.218***	-0.144	-5.727***
(雇用管理)						
採用時の説明	-0.100	-3.561***	-0.111	-4.324***	-0.100	-3.994***
制度改正情報の周知	0.088	3.144***	0.085	3.314***	0.088	3.537***
モラル向上研修						
性別ダミー	0.084	2.944***	0.087	3.344***	0.083	3.283***
年齢	0.306	9.452***	0.300	10.105***	0.317	12.271***
就業形態ダミー	0.117	4.033***	0.125	4.745***	0.123	4.895***
管理職ダミー	0.185	6.345***	0.184	6.952***	0.179	6.963***
子ども有ダミー	0.031	1.001	0.039	1.384		
1カ月の勤務日数	-0.063	-2.149**	-0.072	-2.834***		
1カ月の実労働時間	0.003	0.109				
要介護4以上5割以上ダミー	0.101	3.364***	0.121	4.698***	0.121	4.851***
ターミナルケア有ダミー	0.022	0.785				
認知症7割以上ダミー	-0.005	-0.183				
標本の大きさ	1023		1216		1295	
定数項	5.328		7.939		-35.598	
F値	25.016***		38.420***		48.519***	
自由度修正済み決定係数	0.248		0.253		0.248	

注：\*\*\*：p&lt;0.01 \*\*：p&lt;0.05 \*：p&lt;0.1

表2

	モデル1-①		モデル1-②		モデル1-③	
	推定値	t 値	推定値	t 値	推定値	t 値
夜勤時の仮眠有ダミー	0.069	2.470***	0.072	2.859***	0.081	3.302***
事業所規模20人未満ダミー	-0.162	-5.529***	-0.139	-5.297***	-0.147	-5.793***
(雇用管理)						
採用時の説明						
制度改正情報の周知						
モラル向上研修	0.058	2.118**	0.058	2.331**	0.063	2.586***
性別ダミー	0.092	3.189***	0.095	3.620***	0.091	3.572***
年齢	0.301	9.293***	0.294	9.866***	0.312	12.062***
就業形態ダミー	0.124	4.238***	0.130	4.901***	0.127	5.038***
管理職ダミー	0.186	6.352***	0.185	6.933***	0.181	7.014***
子ども有ダミー	0.025	0.814	0.033	1.174		
1カ月の勤務日数	-0.070	-2.366**	-0.077	-3.013***		
1カ月の実労働時間	0.005	0.162				
要介護4以上5割以上ダミー	0.099	3.250***	0.122	4.687***	0.122	4.858***
ターミナルケア有ダミー	0.023	0.814				
認知症7割以上ダミー	-0.002	-0.087				
標本の大きさ	1023		1216		1295	
定数項	5.100		7.024		-39.516	
F値	25.516***		39.775***		51.926***	
自由度修正済み決定係数	0.238		0.242		0.239	

注：\*\*\*：p<0.01 \*\*：p<0.05 \*：p<0.1

表3

	モデル1-①		モデル1-②		モデル1-③	
	推定値	t 値	推定値	t 値	推定値	t 値
夜勤時の仮眠有ダミー	0.075	2.699***	0.080	3.178***	0.087	3.559***
事業所規模20人未満ダミー	-0.154	-5.289***	-0.132	-5.096***	-0.141	-5.605***
(雇用管理)						
採用時の説明	-0.112	-3.925***	-0.123	-4.704***	-0.112	-4.422***
制度改正情報の周知	0.072	2.503**	0.069	2.599***	0.072	2.782***
モラル向上研修	0.064	2.218**	0.066	2.525**	0.069	2.686***
性別ダミー	0.086	3.013***	0.090	3.447***	0.086	3.410***
年齢	0.305	9.444***	0.299	10.088***	0.316	12.247***
就業形態ダミー	0.118	4.075***	0.126	4.816***	0.125	4.975***
管理職ダミー	0.187	6.429***	0.186	7.046***	0.182	7.087***
子ども有ダミー	0.031	0.998	0.038	1.366		
1カ月の勤務日数	-0.065	-2.211**	-0.074	-2.896***		
1カ月の実労働時間	0.001	0.037				
要介護4以上5割以上ダミー	0.101	3.367***	0.121	4.676***	0.120	4.829***
ターミナルケア有ダミー	0.023	0.807				
認知症7割以上ダミー	-0.006	-0.024				
標本の大きさ	1023		1216		1295	
定数項	5.349		7.224		-37.334	
F値	23.767***		35.907***		44.600***	
自由度修正済み決定係数	0.250		0.256		0.252	

注：\*\*\*：p<0.01 \*\*：p<0.05 \*：p<0.1

#### 4. おわりに

2010年に内閣府が実施した「介護保険制度に関する世論調査」によると、介護職に対する国民のイメージとして、「やりがいのある仕事」、「社会的に意義のある仕事」とともに、過酷な労働、厳しい労働条件などのイメージをもつ、国民の意識が明らかになっている<sup>11)</sup>。国民が介護職の労働条件や雇用環境に対して厳しい印象を持つ中、介護職員の確保・定着を阻害する要因を検証し、介護職員の雇用の安定化や処遇の改善を図るための施策を検討することは重要な課題であり、本研究は、その具体的な内容を検証することを目的としている。本研究で得られた分析結果より、次の内容が考察できる。

昨今、介護職員のキャリアパスの仕組みの普及・定着が課題になっている<sup>12)</sup>。しかし、規模の小さい事業所では、管理職のポストが限定され、昇進の機会も制限されるため、こうした課題に取り組みにくい環境にあると考えられる。このことは、介護職員が将来展望をもって働き続けることを阻害すると考えられ、勤続年数にマイナスの影響を与える可能性を示唆していると考えられる。事業所の規模の大小にかかわらず、介護職員が将来展望を描けるよう、キャリアパスの仕組みや人事管理の仕組みを設計することが重要な課題である。

また、介護職と同様に夜勤勤務や交替制勤務のある看護職の場合、夜勤負担が大きいことが、離職理由の上位にあげられ、夜勤負担を軽減するために、夜勤明けの翌日を休日とする勤務シフトを組むことが、離職防止に有効であることが指摘されている<sup>13)</sup>。したがって、介護職の場合も、夜勤負担の軽減につながるよう、夜勤時に仮眠を確実に確保することや、夜勤明けの翌日に日勤が入る勤務シフトを避けることが、離職防止に有効である可能性を示唆していると考えられる。

さらに、雇用管理の取組みのうち、「職員のモラル向上に向けた研修」は、勤続年数にプラスの影響を与える要因であった。チームプレーが要求される介護の職場では、職員同士の人間関係を円滑に保つことが、働きやすい職場形成につながり、

勤続年数にプラスの影響を与えると考えられる。このことから、経歴や年齢、雇用形態、価値観等の異なる職員同士が相互に理解を深め合えるよう、「モラル向上に向けた研修」を実施することは、勤続年数にプラスの影響を与える可能性を示唆していると考えられる。なお、職員同士が相互に理解を深め合えるよう、あるいは連帯感を醸成できるよう対策を講じることは、経営者サイドにとって必然の責務といえる。

「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」も、勤続年数にプラスの影響を与える要因であった。介護職員の働き方や労働条件、雇用環境に大きな影響を与える、介護保険制度や関係法令の改正情報は、介護職員にとって関心の高い情報であると考えられる。これらの情報を介護職員に適切に周知することは、労使間での情報共有や信頼形成につながり、介護職員の定着率の向上に有効である可能性を示唆できる。

一方、採用時に賃金・勤務時間等の労働条件を明示することは、入職後の労働条件をめぐるトラブル防止や、不満の軽減に役立ち、勤続年数にプラスの影響を与える要因であると予想した。しかし、これは支持されない結果となった。これについては、事業所の開設年数の短い事業所、つまり、勤続年数も短くなる事業所のほうが「採用時の労働条件の明示」を多く行っているため、このような結果を得たとも考えられ、今後は、事業所の開設年数を考慮した検証が課題である。

また、介護労働安定センターの「平成21年度介護労働実態調査」より、非正社員の採用時の労働条件の明示方法をみると、「雇用契約書等の書面による」が64.2%で最も多く、次いで「労働条件通知書の交付」が38.0%、「就業規則+辞令」の交付が20.8%、「口頭で行っている」が17.8%の順となっている<sup>14)</sup>。このうち「口頭で行っている」については、経営者側は明示したつもりでも、説明を受ける側は、それを採用時の労働条件の明示であると受取っていないことも想定され、労使間での説明に関する認識の違いも、「採用時における賃金・勤務時間についての説明」と「勤続年数(月)」

の関係に影響を及ぼす要因のひとつとなっている可能性が考えられる。

最後に本研究の限界と課題について述べておきたい。本研究のデータは、事業所の属性に開設年数を含んでいない。開設年数によって介護職員の勤続年数にバイアスがかかる可能性は否定できない。本研究で用いたデータは、介護労働安定センターが実施した調査の個票データであり、調査項目が限定されている。今後は、事業所の開設年数を含む独自のデータを作成して、分析を行う必要がある。次に、本研究では、介護職員の実際の離職行動を示す指標に「勤続年数(月)」を採用している。このデータは、ある時点での「結果としての勤続年数(月)」を入手したものであり、離職行動を経年的に追跡したものではない。実際の離職行動に影響を与える要因を検証するには、パネルデータを作成して分析を行う必要がある。今後は、独自のデータの作成と分析をとおして、検討を積み重ねていくことを課題としたい。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、貴重なアドバイスをいただきました介護施設の施設長に深く感謝いたします。

## 参考文献

- 1) 産業計は厚生労働省「平成22年雇用動向調査」(<http://www.mhw.go.jp/toukei/itiran/roudou/kyouyou/doukou/08-2/kekka.html>) 2011.7.5.  
介護職員は介護労働安定センター、平成22年版介護事業所における労働の現状 2010:161.
- 2) 介護労働安定センター：平成22年版介護事業

所における労働の現状、161:2010.

- 3) 花岡智恵：賃金格差と介護従事者の離職、季刊社会保障研究 Vol.45 No.3、269-286:2009.
- 4) 山田篤裕・石井加代子：介護労働者の賃金決定と離職意向—他産業・他職種からみた介護労働者の特徴、季刊社会保障研究 Vol.45 No.3、229-248:2009.
- 5) 張允楨・黒田研二：特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究、厚生指針、第55巻15号、16-23:2008.
- 6) 岸田研作・谷垣静子：介護職員が働き続けるには何が必要か？、岡山大学経済学会 Discussion paper Series、No.II-64:2008.
- 7) 堀田聡子：施設系事業所における介護職のストレス軽減と雇用管理、労働政策研究報告書 No.113 介護分野における労働者の確保等に関する研究、84-112:2009.
- 8) 鈴木俊光：介護事業所における雇用管理施策の効果分析、労働政策研究報告書 No.113 介護分野における労働者の確保等に関する研究、113-148:2009.
- 9) 介護労働安定センター：前掲書 62、63、79.
- 10) 介護労働安定センター：前掲書 144.
- 11) 内閣府大臣官房政府広報室「介護保険制度に関する世論調査 平成22年9月調査」59.
- 12) 厚生労働省は、介護職員処遇改善交付金の申請にあわせて、キャリアパスに関する要件を満たしていない場合に助成額を減額するなど、キャリアパスの普及・定着促進を図っている。
- 13) 日本看護協会：平成22年版看護白書 2010.
- 14) 介護労働安定センター：平成21年版介護労働実態調査結果 2010.

## Abstract

Staff shortage is a controversial issue in the nursing care field. This study focused on conditions of employment and employment management other than wages to explore factors that might influence years of continuous employment of care staff for the purpose to find countermeasure to promote their adherence to nursing services.

Analysis of study results revealed that years of continuous employment in staff of residential care



facilities were influenced by the following aspects of employment management: scales of establishments, security of a nap room for the night shift, “publicizing information about the revision of the nursing insurance system as well as its relevant laws and regulations,” and “training courses to boost care staff’s morale.” In conclusion, this study suggests that the retention rate of care staff can be effectively increased through maintenance and enhancement of staff’s motivation irrespective of establishment scales, security of a nap time for the night shift to alleviate the night shift burden, enhancement of staff’s morale, and information shared between management and labor on facility management such as “the revision of the nursing insurance system as well as its relevant laws and regulations.”

## [研究論文]

### 介護職員のワークモチベーションの内容および、 ワークモチベーションの内容とキャリア・コミットメントの関連： 看護師との比較による介護職員の特徴

著者：白石 旬子（日本学術振興会 特別研究員 DC  
日本社会事業大学大学院 社会福祉学研究科博士後期課程）  
共著者：藤井 賢一郎（日本社会事業大学専門職大学院 ビジネスマネジメントコース）  
田口 潤（日本社会事業大学社会事業研究所）  
影山 優子（西武文理大学サービス経営学部）

#### 抄録

本研究の目的は、「ワークモチベーションの内容」、および、「ワークモチベーションの内容」と「キャリア・コミットメント」の関連について、看護師との比較により介護職員の特徴を明らかにすることであった。調査方法は、インターネット調査を用いた。

「ワークモチベーションの内容」は、「リーダー志向」「目標達成・有能感」「協働」「ライフスタイル重視」「自律」の5因子が抽出された。そのうち、「リーダー志向」得点は、すべての経験年数において介護職員の方が有意に高かった。

そして、介護職員は、看護師とは反対に、経験年数を重ねるにつれて、「目標達成・有能感」「協働」と「キャリア・コミットメント」に正相関がみられない結果が示された。介護職員は、チーム指向の動機づけからは、仕事に対するコミットメントを向上することが困難になっていく可能性が示唆された。

**キーワード：**介護職員、ワークモチベーションの内容、キャリア・コミットメント

#### 1. 緒言

わが国においては、介護人材の安定的な確保・保持の上で、介護職員が魅力を感じられるような職場づくりや、「介護の世界で生涯働き続けられることができる」展望が持てるようなキャリアパスの整備が課題とされている<sup>1)</sup>。

介護労働安定センター<sup>2)</sup>の調査結果によると、介護職員が介護の仕事を選んだ理由として最も高い割合を占めていたのが「働きがいのある仕事だと思ったから」(58.2%)であり、実証研究においても、仕事の「やりがい」が、介護職員の仕事を継続する要因<sup>3)</sup>や、離職意向を軽減させる要因<sup>4)</sup>であることが明らかにされている。これらの結果をみるまでもなく、介護職員にとって、仕事から

「働きがい」「やりがい」を感じられることとは、介護の仕事に取り組み続けていく上で重要な要素といえる。

介護職員の「働きがい」「やりがい」を考える際に、「何が働きがい」と「仕事の魅力度」という概念は区別して考えることができる。

一般には、「～の仕事は、～という点で、やりがい大きい」といった形で、両者を一体として語られることが多い。特に、介護という職種が、他の職種と比較して、限定された「働きがい」で語られることが多いことから、両者の概念が一体となりがちである。

しかし、たとえば、「感謝されること」が最も重要なやりがいとなっている介護職員と、「自分な

りの工夫を行えること」が最も重要なやりがいとなっている介護職員がいた場合、両者が「介護の仕事にどの程度魅力を感じているかどうか」は、異なってくる可能性がある。

また、この比喻でわかるように、「何が働きがい」かということが、「仕事の魅力」を規定していることが想定され、介護というサービスのあり方、あるいは、介護の業務の組み立て、人的資源管理といった介護経営学的な興味を生む。

組織行動論の観点では、前者の「何を働きがいにしていくか」という概念は、「ワークモチベーション」として規定することができ<sup>5) 6)</sup>、後者の「仕事に対する魅力」については、仕事に対する「コミットメント」として規定することが可能である。

わが国の介護職員の「ワークモチベーション」に関する先行研究では、「モラル」<sup>7)</sup>、「労働生活への魅力や働きがい」<sup>8)</sup>、「達成動機」<sup>9)</sup>、「有能感」<sup>10)</sup>、「組織コミットメント」<sup>11)</sup>等、特定のモチベーションの内容に焦点をあて、それに関連する要因が検討されてきた。しかし、それらはあくまで特定のモチベーション内容に焦点を絞ったものであり、介護職員のワークモチベーションの特徴を分析したものではない。

一方、仕事に対する「コミットメント」については、Blau<sup>12)</sup>によって「職種・専門分野に対する個人の態度」と定義された「キャリア・コミットメント」という概念があり、仕事そのものに対して魅力を感じているかについて尺度化された基準がある。わが国の介護職員の「キャリア・コミットメント」については、性別、年齢、雇用形態といった属性<sup>13)</sup>や、離職意向<sup>14)</sup>との関連から検討されている。しかし、ワークモチベーションの内容との関連から検討されたことはない。

以上のような背景から、本研究では、介護職員のワークモチベーションの内容を分析し、その特徴を明らかにするとともに、ワークモチベーションの内容が「キャリア・コミットメント」と関連しているのかどうかについて検討を行った。その際、介護職員の特徴を明らかにするという観点から、看護師を対象に同様の調査を行い、比較する

こととした。看護師は、その職に就く上で、専門教育を受け資格を有していることが求められているが、介護職員の場合、それらは必ずしも求められていない。つまり、介護職員は、体系的な専門教育を受け資格を有している者だけでなく、資格は有しているが教育を受けていない者や教育も資格もない者も多く存在し、多様な背景をもつ集団である。職種そのものの違いだけでなく、こうした背景の違いからも、ワークモチベーションの内容やそれらと「キャリア・コミットメント」との関連に関して介護職員の特徴が検討できるのではないかと考えた。

## 2. 方法と対象

### 2.1 方法と対象

調査方法はインターネット調査を用いた。インターネット調査は、短期間に大人数の結果が得られるメリットがある<sup>15)</sup>とされるが、今回は、それに加え、調査客体が限定されるという限界を持つつつも、介護職員と看護師からの同じ条件でサンプリングを行う手法として有効と考え、選択した。

調査実施にあたっては、職種もしくは、勤務先が「福祉・医療関係」とする者を約 2.2 万人保有する(2010年8月時点)、株式会社インテージ(<http://www.intage.co.jp/net/>)に協力を依頼した。

同モニターより本調査の対象者の抽出および、調査対象者に対する調査依頼については、介護職員と看護師、各約 500 名ずつの回答を得ることを目途として、以下の手続きをとった。

まず、インテージ「福祉・医療関係者パネル」に登録し、かつ、勤務地を高齢者介護事業所、医療機関として登録するモニター12,783名のなかから、本研究が対象とする、①高齢者介護サービスに従事し現在の勤務先における職種が介護職である者、②正看護師であって現在の勤務先における職種が看護職である者、を抽出するために、そのモニター全員に対して、①又は②の条件を満たすかどうかのスクリーニング調査を実施した(調査期間:2011年2月25日~2月27日)。その結果、

介護職員 1,096 名、看護師 1,358 名の調査対象者となる者からの回答が得られた。

次に、本調査では、まず、介護職員、看護師各 500 名から回答が得られ、かつ、介護職員と看護師の性・年齢層比率が一定程度合うよう、株式会社インテージが過去に行ってきた調査の返答率および、上述のスクリーニング調査で得られた介護職員の回答者の性・年齢層の比率を勘案して、依頼メール送付数を、介護職員 1,005 名、看護師 943 名と設定した。そして、スクリーニング調査の回答者の中から、介護職員、看護師それぞれ、層化無作為抽出を行い、送付対象者を決定し、調査依頼メールを配信した（調査期間：2011 年 3 月 3 日～2011 年 3 月 7 日）。

## 2.2 倫理的配慮

本調査の依頼の際に、調査対象に対して、筆者らが実施する調査であること、研究の趣旨、調査結果は研究目的以外では使用しないこと、分析にあたっては個人が特定できるような集計等を行わないことを、ネット調査の画面を通じて説明した。また、対象者の設定等、調査の実施にあたっては、株式会社インテージのみが実施しており、調査依頼元（筆者ら）には、個人情報提供されないことについても、説明した。これらに同意した者が調査項目に進めるよう、コンピュータ画面の設定を行った。なお、インターネット調査では一般的であるが、株式会社インテージのモニターは、アンケートへの回答を完了すると、謝金等に交換可能である「ポイント」がもらえることになっている。

回答にあたってのこれらの条件設定から、本調査の回答者は、任意で回答した者であると判断した。

## 2.3 調査項目

### 2.3.1 ワークモチベーションの内容に関する項目

ワークモチベーションの内容に関する質問項目については、代表的なモチベーションの内容理論に属するもの<sup>16)</sup>、および、シャインの「キャリア・アンカー」<sup>17)</sup>を参考に、共同研究者間において討議の上、26 項目を設定した。回答形式は、「1. 全

くあてはまらない」～「4. 非常にあてはまる」までの 4 件法であった。

### 2.3.2 「キャリア・コミットメント」

「キャリア・コミットメント」については、Blau の「キャリア・コミットメント」尺度を日本労働研究機構<sup>18)</sup>が邦訳し、「自分の専門分野や職種キャリアに対する関心や思い入れの強さ」と再定義し指標化されたものが存在している。また、介護職員の「キャリア・コミットメント」に関しても、白石ら<sup>14)</sup>が、日本労働研究機構の「キャリア・コミットメント」8 項目に独自の 2 項目を加えて、全国の介護老人福祉施設に勤務する介護職員を対象に測定している。その結果によると、介護職員の「キャリア・コミットメント」は Blau、日本労働研究機構と同様、1 因子構造（Cronbach  $\alpha = 0.90$ ）であることが明らかにされていた。

そこで、本研究では、白石らの「キャリア・コミットメント」10 項目を質問項目として用いることとし、今回は、看護師も対象に調査を行うことから、各質問項目の「介護の仕事」という用語を「今の仕事」に置き換えて用いた。回答形式は、白石らと同様、「1. 全然そう思わない」～「5. いつもそう思う」までの 5 件法とした。

### 2.3.3 基本属性

基本属性に関しては、介護職員、看護師共通として、性別、年齢、介護職・看護職としての通算経験年数、現在の雇用形態、現在の職位、現在の勤務先・内容、年収（税込）を、さらに介護職員に対して、介護福祉士資格の有無を質問項目として設けた。

### 2.3.4 分析方法

まず、ワークモチベーションの内容に関して、探索的因子分析によって因子構造を明らかにし、確証的因子分析により検証を行い、確証的因子分析の各因子得点（「ワークモチベーションの内容」得点）を算出した。

「キャリア・コミットメント」に関しては、各

質問項目の「1. 全然そう思わない」～「5. いつもそう思う」をそれぞれ1～5点として、10項目を単純合計し「キャリア・コミットメント」得点を算出した。

その後、「ワークモチベーションの内容」得点、「キャリア・コミットメント」得点それぞれについて、職種間の比較を行った。なお、その分析にあたっては、経験年数による交絡が想定されることから、①経験年数別：職種間のt検定、②職種別：経験年数間の一元配置分散分析を行った。

最後に、「ワークモチベーションの内容」と「キャリア・コミットメント」との関連を分析するために、職種・経験年数別に、目的変数を「キャリア・コミットメント」得点、説明変数を「ワークモチベーションの内容」得点、基本属性として重回帰分析を行った。

### 3. 結果

#### 3.1 回収

介護職員 1,005名、看護師 943名に調査依頼を行った結果、介護職員 688名（回収率 68.5%）、看護師 645名（回収率 68.3%）から回答があった（な

お、インターネット調査の特性上、記入の形式のミスや記入漏れはないため、回収数全てを有効回答として取り扱った）。目標である500名以上の客体が得られたことと、雇用形態によって、モチベーションとする内容や職種に対する向き合い方が異なる可能性が考えられることから、本研究では、正規職員として雇用されている介護職員 400名、看護師 482名を分析対象とした。

#### 3.2 回答者の属性（図表1）

図表1は、介護職員、看護師それぞれの回答者の基本属性を示したものである。

性別では、介護職員は、「男性」が212名（53.0%）、「女性」が188名（47.0%）と「男性」の割合の方が高く、看護師は、「男性」が92名（19.1%）、「女性」が390名（80.9%）と「女性」の方が高い割合を占めた。

年齢層では、「30歳代」が介護職員174名（43.5%）、看護師206名（42.7%）とそれぞれ最も多く、「40歳代」が介護職員115名（28.8%）、看護師156名（32.4%）とそれに続いた。

抽出において年齢層をそろえて客体設定を行っ

図表1：回答者の属性

		介護職員 (n=400)	看護師 (n=482)	検定
性別	男性	212 (53.0%)	92 (19.1%)	p=0.000 <sup>※3</sup>
	女性	188 (47.0%)	390 (80.9%)	
年齢	29歳以下	56 (14.0%)	68 (14.1%)	p=0.818 <sup>※4</sup>
	30歳代	174 (43.5%)	206 (42.7%)	
	40歳代	115 (28.8%)	156 (32.4%)	
	50歳以上	55 (13.8%)	52 (10.8%)	
通算経験年数	5年未満	153 (38.3%)	60 (12.4%)	p=0.000 <sup>※4</sup>
	5年以上10年未満	154 (38.5%)	111 (23.0%)	
	10年以上	93 (23.3%)	311 (64.5%)	
勤務先・内容	入所施設勤務	262 (65.5%)	—	/
	それ以外	138 (34.5%)	—	
	病棟・手術部勤務	—	315 (65.4%)	
	それ以外	—	167 (34.6%)	
役職有無 <sup>※1</sup>	あり	101 (25.3%)	106 (22.0%)	p=0.145 <sup>※3</sup>
	なし	299 (74.8%)	376 (78.0%)	
年収(税込) <sup>※2</sup>		300.0	450.0	p=0.000 <sup>※4</sup>
介護福祉士資格の有無	あり	242 (60.5%)	—	/
	なし	158 (39.5%)	—	

※1 介護職員は「ユニットリーダー」以上を「あり」とし、看護師は「主任・副主任」以上を「あり」とした。

※2 年収(税込)は中央値を算出した。

※3 Fisher直接確率検定、※4 Mann-whitney検定を行った。

た結果、経験年数では、介護職員の「10年以上」の者は93名(23.3%)であった一方、看護師は経験年数「10年以上」の者が311名(64.5%)と、看護師の半数以上を占めた。これらは、看護師のほとんどの者が養成校の新卒就業者であるのに対して、介護職員は新卒就業者の比率が低いことが原因として考えられる。

勤務先・内容は、介護職員では「入所施設」、看護師では「病棟・手術部担当」であった者がそれぞれ、262名(65.5%)、315名(65.4%)と半数以上の割合を占めた。

役職について、介護職員は「ユニットリーダー」以上を、看護師は「主任・副主任」以上を「役職あり」としたところ、それに該当したのは、介護職員101名(25.3%)、看護師106名(22.0%)であった。

年収(税込)の中央値は、介護職員300万円、看護師450万円であった。

介護職員の回答者のうち、介護福祉士資格を保有する者は242名(60.5%)であった。

全国の介護職員、看護師の状況を示す基礎資料<sup>19~21)</sup>によると、介護職員は、性別では「男性」が「介護職員」29.7%、「訪問介護員」25.6%、年齢層では「20歳代」35.5%、「30歳代」19.9%、「40歳代」21.4%、「50歳以上」22.9%、経験年数では「5年未満」48.5%、「5年以上10年未満」32.0%、「10年以上」16.0%であり、本研究の介護職員回答者は、これに比べ、男性が2倍程度多く、年齢層はやや高く、経験年数は長い傾向であった。そして、看護師は、性別では「男性」が5.1%、年齢層では「20歳代」26.0%、「30歳代」32.1%、「40歳代」24.7%、「50歳以上」17.0%であり、本研究の看護師回答者は、男性が4倍程度多く、年齢層はやや高い傾向であった。両職種において、男性の回答割合が特に高くなったことに関しては、一般にインターネットユーザーの男性比率が高いこと<sup>22)</sup>が原因として考えられる。

### 3.3 ワークモチベーションの内容に関する探索的因子分析(図表2)

ワークモチベーションの内容26項目について、各質問項目の「1.まったくあてはまらない」～「4.非常にあてはまる」をそれぞれ1～4点として、職種別に平均点(±標準偏差)を算出し、天井効果がみられた「1.専門性を身につけること」を除いた25項目を用いて探索的因子分析を行った(最尤法、カイザーガットマン基準にて因子数を決定、プロマックス回転)。因子負荷量が0.40以下であった10項目を除外し、再度、因子分析を行った結果、16項目からなる5因子が抽出された。図表2は、各質問項目の平均点(±標準偏差)および、プロマックス回転後の因子パターン、因子間相関を示したものである。

第一因子は、「リーダーとなって他の従業員に助言・指導すること」他2項目で負荷量が高く、「リーダー志向」と命名した(Cronbach  $\alpha=0.97$ )。第二因子は、「成し遂げる目標があること」「自分が役に立っていると感じること」他3項目で負荷量が高く、「目標達成・有能感」と命名した(Cronbach  $\alpha=0.87$ )。第三因子は、「従業員同士が助け合い協力し合うこと」他2項目で負荷量が高く、「協働」と命名した(Cronbach  $\alpha=0.92$ )。第四因子は、「仕事よりも自分個人や家族のライフスタイルを重視できること」他2項目で負荷量が高く、「ライフスタイル重視」と命名した(Cronbach  $\alpha=0.82$ )。第五因子は、「自分で考え、自分で判断できること」他2項目で負荷量が高く、「自律」と命名した(Cronbach  $\alpha=0.86$ )。

### 3.4 ワークモチベーションの内容に関する確証的因子分析(図表3)

ワークモチベーションの内容に関して、探索的因子分析で得られた結果を基に、確証的因子分析を行った。

探索的因子分析で得られた結果において、「目標達成・有能感」内の下位項目であるNo16とNo15

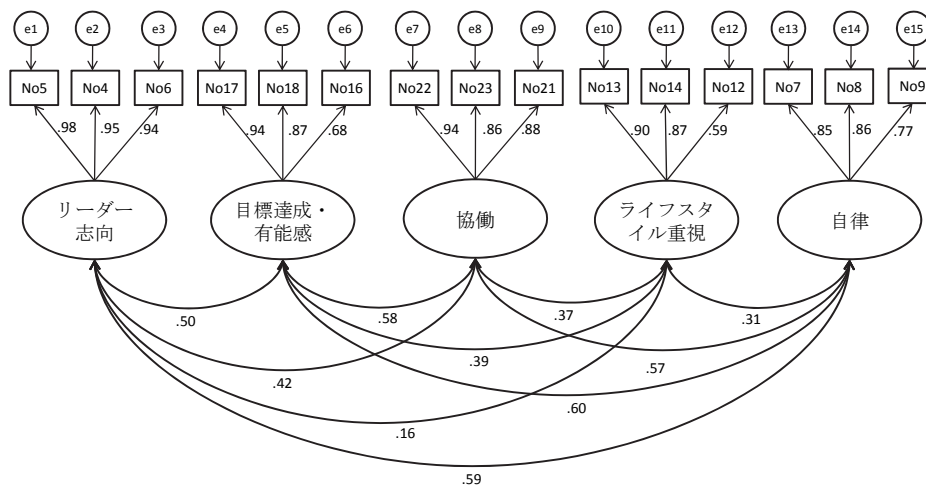
図表2：ワークモチベーションの内容に関する探索的因子分析結果 (n=882)

No	質問項目	平均値 (±S D)	因子負荷量					
			リーダー志向	目標達成・有能感	協働	ライフスタイル重視	自律	
5	リーダーとなって、他の従業員に助言・指導すること	2.59 (±0.91)	1.00	-0.01	-0.02	0.00	-0.01	
4	リーダーとなって、他の従業員のやる気を高めること	2.56 (±0.90)	0.93	0.01	0.02	-0.01	0.01	
6	リーダーとなって、チームワークがうまく機能するようにすること	2.64 (±0.92)	0.89	0.00	0.03	-0.01	0.05	
17	成し遂げる目標があること	2.87 (±0.80)	0.03	0.96	-0.04	0.03	-0.06	
18	目指すものが明確に示されていること	2.78 (±0.83)	0.08	0.90	-0.07	0.06	-0.09	
16	自分が役に立っていると感じること	3.10 (±0.74)	-0.06	0.60	0.10	-0.02	0.13	
15	人に貢献したり、社会に役立つこと	3.13 (±0.72)	-0.09	0.57	0.13	-0.08	0.15	
22	従業員同士が助け合い協力し合うこと	3.13 (±0.77)	0.02	-0.05	0.99	-0.02	-0.02	
23	従業員同士の関係が円満であること	3.10 (±0.81)	0.01	-0.01	0.84	0.10	-0.04	
21	職場のみんなで仕事に取り組むこと	3.10 (±0.75)	0.00	0.10	0.81	-0.04	0.03	
13	仕事よりも自分個人や家族のライフスタイルを重視できること	2.55 (±0.93)	0.02	-0.04	-0.04	0.94	0.02	
14	仕事のために私生活や家族が犠牲にならないこと	2.66 (±0.96)	-0.03	-0.02	0.05	0.85	0.00	
12	育児や介護を続けながら、働けること	2.59 (±0.99)	-0.01	0.12	0.04	0.51	0.03	
7	自分で考え、自分で判断できること	3.19 (±0.74)	-0.01	-0.03	0.00	0.02	0.88	
8	自分で創意工夫して仕事に取り組めること	3.10 (±0.76)	0.03	0.06	0.02	-0.02	0.79	
9	自分で方法や段取り、時間配分等決められること	3.04 (±0.83)	0.05	0.01	-0.05	0.05	0.75	
Cronbach α			0.97	0.87	0.92	0.82	0.86	
因子間相関			リーダー志向	1.00				
			目標達成・有能感	0.49	1.00			
			協働	0.40	0.61	1.00		
			ライフスタイル重視	0.16	0.37	0.36	1.00	
			自律	0.56	0.62	0.57	0.30	1.00

(最終的に分析から外された項目)

No	質問項目	平均 (±S D)
1	専門性を身につけること	3.35 (±0.71)
2	専門能力があることで、尊敬や信頼を受けること	3.03 (±0.82)
3	自分独自の技能や才能が活用できること	3.05 (±0.79)
10	将来が安定していて、職場で安心感がもてること	2.98 (±0.90)
11	収入面、雇用面で保障されていること	3.00 (±0.93)
19	自分が行うべきことが明確に決められていること	2.97 (±0.76)
20	自分の力を発揮できること	3.05 (±0.76)
24	同僚に評価され、認められること	2.90 (±0.80)
25	上司に評価され、認められること	2.83 (±0.83)
26	顧客に評価され、認められること	3.07 (±0.79)

図表3：ワークモチベーションの内容に関する確証的因子分析結果 (n=882)：標準解



※モデルの適合度は、GFI=0.959、AGFI=0.939、CFI=0.981、RMSEA=0.054であった。  
 ※e1～e15は、誤差変動を表す。

の2項目間の相関が強かったことから、因子負荷量のより低いNo15をモデルより削除し、分析を行ったところ、モデルの適合度は GFI=0.959、AGFI=0.939、CFI=0.981、RMSEA=0.054 であり、モデルとして許容できる範囲と判断された。図表3はその結果を示したものである（「リーダー志向」(Cronbach  $\alpha$  =0.97)、「目標達成・有能感」(Cronbach  $\alpha$  =0.86)、「協働」(Cronbach  $\alpha$  =0.92)、「ライフスタイル重視」(Cronbach  $\alpha$  =0.82)、「自律」(Cronbach  $\alpha$  =0.86)。

以上、因子構造の妥当性が確認されたことから、本モデルで得られた結果を介護職員の「ワークモチベーションの内容」とし、以降の分析では、確証的因子分析によって妥当性が示された各因子について、改めて、因子を構成する変数のみで因子得点を算定し、それを「ワークモチベーションの内容」得点として用いることとした。

### 3.5 職種、経験年数別にみた「ワークモチベーションの内容」得点（図表4）

職種、経験年数別にみた「ワークモチベーションの内容」得点の平均(±標準偏差)および、経験年数別に職種間の t 検定、職種別に経験年数間の一元配置分散分析を行った結果を図表4に示した。

職種別に、経験年数ごとの「ワークモチベーションの内容」得点をみたところ、介護職員は、「5年未満」では「協働」得点が最も高く、「リーダー志向」得点が最も低いが、5年以上となると、逆に「リーダー志向」得点が最も高くなる傾向であった。一方、看護師は、「5年未満」では「ライフスタイル重視」得点が最も高く、「リーダー志向」得点が最も低い傾向にあり、その傾向は5年以上となっても同様であった。

そして、各経験年数において、職種間で統計学的な有意差がみられたのは、「リーダー志向」得点

図表4：職種、経験年数別、「ワークモチベーションの内容」得点、「キャリア・コミットメント」得点の平均

		5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
リーダー志向	介護職員	-0.23	0.16	0.38
	看護師	-0.54	-0.16	0.08
目標達成・有能感		-0.05	-0.05	0.03
		-0.09	-0.13	0.10
協働		-0.02	-0.04	0.03
		-0.06	-0.03	0.05
ライフスタイル重視		-0.13	-0.14	0.01
		0.11	0.04	0.10
自律		-0.09	-0.09	0.20
		-0.16	-0.02	0.07
キャリア・コミットメント		-0.13	-0.14	0.01
		0.11	0.04	0.10

※\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05, +p<0.1

※各経験年数における職業間の比較については、t検定を行った。

※各職業における経験年数間の比較は一元配置分散分析を行い、図表は有意差が示されたものに対してBonferroni法による多重比較を行った結果である。



であり、いずれの経験年数においても介護職員が有意に高い得点であった（「5年未満」： $t(125)=2.2, p=0.029$ 、「5年以上 10年未満」： $t(263)=2.8, p=0.006$ 、「10年以上」： $t(402)=2.6, p=0.010$ ）。

また、各職種において、経験年数間で有意差がみられたのは、介護職員では、「リーダー志向」得点（ $F(2, 397)=12.5, p=0.000$ ）と「自律」得点（ $F(2, 397)=3.2, p=0.04$ ）であった。「リーダー志向」得点と「自律」得点について、多重比較（Bonferroni 法）を行ったところ、「リーダー志向」得点では、「5年未満」が「5年以上 10年未満」（ $p=0.002$ ）、「10年以上」（ $p=0.000$ ）より有意に低い得点であったが、「自律」得点では5%水準で経験年数間に有意差はみられなかった（ $p=0.06$ ）。看護師では、「リーダー志向」得点において経験年数間に有意差がみられ（ $F(2, 479)=11.5, p=0.000$ ）、多重比較（Bonferroni 法）を行ったところ、「5年未満」が「5年以上 10年未満」（ $p=0.040$ ）、「10年以上」（ $p=0.000$ ）よりも有意に低い得点であった。

### 3.6 職種、経験年数別にみた「キャリア・コミットメント」得点（図表4）

前述の先行研究においても「キャリア・コミットメント」は1因子構造であることが示されているが、本研究においても分析に先立ち、「キャリ

ア・コミットメント」10項目が1因子構造であることを確認した（Cronbach  $\alpha=0.93$ ）。

その後、職種、経験年数別に「キャリア・コミットメント」得点の平均（±標準偏差）、および、経験年数別に職種間の  $t$  検定、職種別に経験年数間の一元配置分散分析を行った結果を図表4に示した。

それらの結果、「キャリア・コミットメント」得点は、経験年数別の職種間、職種別の経験年数間において、統計学的な有意差はみられなかった。

### 3.7 職種、経験年数別にみた「ワークモチベーションの内容」得点と「キャリア・コミットメント」得点の関連（図表5）

職種・経験年数別に、目的変数を「キャリア・コミットメント」得点、説明変数を「ワークモチベーションの内容」得点、性別ダミー（男性=1）、年収（税込）、勤務先・内容ダミー（入所施設/病棟・手術部=1）、役職ダミー（有=1）とした重回帰分析（強制投入法）を行った。なお、介護職員に関しては、それらの説明変数に加えて、介護福祉士資格ダミー（有=1）を投入した。図表5はその結果を示したものである。

その結果、介護職員の場合、経験年数「5年未満」では「目標達成・有能感」得点（ $\beta=0.35, p=0.000$ ）と「協働」得点（ $\beta=0.24, p=0.008$ ）が、「5年以

図表5：職種、経験年数別、「ワークモチベーションの内容」得点と「キャリア・コミットメント」得点の関連

	介護職員			看護師		
	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
「リーダー志向」得点	0.08	0.13	0.05	-0.11	0.11	0.09
「目標達成・有能感」得点	0.35***	0.21*	0.19	0.20	0.31**	0.33***
「協働」得点	0.24**	0.17	0.21	0.21	0.15	0.18**
「ライフスタイル重視」得点	-0.01	0.11	0.21	0.08	0.25**	-0.03
「自律」得点	-0.07	0.14	0.15	0.30*	-0.04	-0.04
性別ダミー(男性=1)	0.02	0.02	-0.19	0.06	0.06	0.00
年収(税込)	0.07	-0.13	0.18	-0.10	0.02	0.07
勤務先・内容ダミー(入所施設/病棟・手術部=1)	-0.07	-0.11	0.01	-0.07	-0.01	-0.10
役職ダミー(あり=1)	0.05	0.04	-0.11	-0.02	0.19*	0.12*
介護福祉士ダミー(あり=1)	0.03	0.07	-0.09			
	調整済みR <sup>2</sup>	0.25***	0.35***	0.30**	0.25**	0.34***
					0.25***	

\*\*\* $p<0.001$ , \*\* $p<0.01$ , \* $p<0.05$

※強制投入法

※数値は標準化係数を表す。

上10年未満」では「目標達成・有能感」得点 ( $\beta = 0.21, p = 0.027$ ) が有意な説明変数であり、「10年以上」では有意な説明変数は得られなかった。

一方、看護師の場合、経験年数「5年未満」では「自律」得点 ( $\beta = 0.30, p = 0.042$ ) が、経験年数「5年以上10年未満」では「目標達成・有能感」得点 ( $\beta = 0.31, p = 0.002$ ) と「ライフスタイル重視」得点 ( $\beta = 0.25, p = 0.005$ ) と「役職」 ( $\beta = 0.19, p = 0.032$ ) が、経験年数「10年以上」では「目標達成・有能感」得点 ( $\beta = 0.33, p = 0.000$ ) と「協働」得点 ( $\beta = 0.18, p = 0.005$ ) と「役職」 ( $\beta = 0.12, p = 0.028$ ) が有意な説明変数であった。

なお、いずれの分析においても、VIF値は1.1～2.5の範囲であり、多重共線性がないことを確認した。

#### 4. 考察

本研究の目的は、介護職員の「ワークモチベーションの内容」、および、「ワークモチベーションの内容」と「キャリア・コミットメント」の関連について、介護職員の特徴を看護師との比較により検討することであった。以降、各結果について考察を行っていく。

##### 4.1 介護職員の「ワークモチベーションの内容」の特徴

経験年数別に、職種間の「ワークモチベーションの内容」について比較を行った結果、介護職員は看護師に比べて、いずれの経験年数においても、「リーダー志向」をモチベーションとしている傾向であった。

ところが、介護職員の場合、「リーダーになりたい」者の存在の多さを指摘した調査結果<sup>23)</sup>や、管理職になるよりも現場実践に対する意欲の方が高い者の存在<sup>24)</sup>の報告があるように、リーダーシップを発揮することに対して否定的に捉えている傾向にあることがこれまでに示唆されてきた。すなわち、本研究の結果は、一般的な言説と異なる結果となっている。

この結果を解釈するにあたって、まず、本研究の介護職員の回答者は男性が多く、男性介護職員

が介護職員全体の得点を高めている可能性が考えられた。そこで、職種・性別・経験年数別に、「リーダー志向」得点をみたところ、男性介護職員の得点（「5年未満」：0.28、「5年以上10年未満」：0.48、「10年以上」：0.84）は、女性介護職員（「5年未満」：-0.30、「5年以上10年未満」：0.29、「10年以上」：0.42）より高かったが、女性介護職員の「リーダー志向」得点は、女性看護師（「5年未満」：-0.40、「5年以上10年未満」：0.03、「10年以上」：0.31）に比べて高い傾向にあった。

そこで、「リーダー志向」得点について、介護職員が看護師よりも有意に高かったのは、それぞれの働き方の違いによるものではないかと考えた。

すなわち、医療場面の中で働く看護師の場合、医師の指示のもとで「診療上の補助」を行うことが規定されている<sup>25)</sup>。こうした場合、同一職種だけでチームを形成して協働する場面が少なくない介護職員<sup>26)</sup>と相対的に比較すれば、「リーダーとなって、他の従業員に助言・指導すること」「リーダーとなって、他の従業員のやる気を高めること」「リーダーとなって、チームワークがうまく機能するようにすること」といった感覚は看護師には強く働きにくいことが考えられる。それゆえ、「リーダー志向」が看護師のモチベーションにはならず、介護職員よりも有意に低い得点だったのではないだろうか。

ただし、介護職員が「リーダー志向」をモチベーションにする傾向にあるという結果は、あくまで看護師との比較による結果であり、その他の職種と比較した場合に、同様の結果が得られるとは必ずしも言えない。また、図表4に示したように、経験年数「5年未満」の介護職員の「リーダー志向」得点は、「ワークモチベーションの内容」因子の中で最も低かったことから、これまで指摘されてきた、介護職員のリーダーになることや、リーダーシップを発揮することに対する意欲の低さは、5年未満の介護職員に注目した結果であった可能性も考えられる。

いずれにせよ、介護職員の「リーダー志向」に関して、その他の職種との比較や、経験年数を考

慮した検討を行う等、さらなる検証が必要である。

#### 4.2 「ワークモチベーションの内容」と「キャリア・コミットメント」の関連における介護職員の特徴

看護師は、経験年数が比較的浅い段階では、「自律」をモチベーションとすることが「キャリア・コミットメント」を高めていたものの、経験年数を重ねるにつれ、「目標達成・有能感」や「協働」をモチベーションとすることが「キャリア・コミットメント」を高める結果であった。また、「ワークモチベーションの内容」ではないが、経験年数5年以上では、「役職」に就いていることが、「キャリア・コミットメント」を高めていた。

つまり、看護師の職種そのものの魅力につながる「ワークモチベーションの内容」は、経験年数の浅い段階では、自律的に仕事に取り組むことであったが、経験年数を重ねるにつれて、チームを意識して取り組むことやチームを取りまとめる役割に就くことにシフトしている可能性が考えられる。

一方、介護職員は、看護師とは反比例に、経験年数が比較的浅い段階では「目標達成・有能感」や「協働」をモチベーションにすることが「キャリア・コミットメント」を高めていたものの、一定の経験を経ると、それらは「キャリア・コミットメント」を高めていなかった。つまり、介護職員は、看護師と比較すると、チームのなかで仕事に取り組むことやチームの一員であることをモチベーションとして働くことが、経験年数を経るごとに、職種そのものの魅力にはつながらなくなっている可能性が考えられる。

介護職員と看護師に以上のような相違が現れた理由について、以下、考察してみたい。

まず、看護師は、その職に就く上で必要な専門教育を受けた専門職であるのに対し、介護職員は資格を持たない者も多く、資格を持つ者であっても体系的な専門教育を受けずに資格を取得した者が多いなど、多様な集団である。共通の専門教育を受けているということは、集団の同質性を高め、「特定の組織での規範を身につけていく過程」<sup>27)</sup>

と定義される「組織社会化」を促し、組織の中での成長や役割意識を促す可能性がある。また、共通の専門教育の中で、生涯の教育やキャリアのあり方を同じようにイメージしていることが、経験年数を経るに従った役割意識につながっていると考えることはできないだろうか。

なお、看護師の経験年数「5年以上10年未満」において、「ライフスタイル重視」得点と「キャリア・コミットメント」得点に有意な正相関がみられた結果については、看護師の「年齢」と「経験年数」の順位相関係数が $\tau=0.561$  ( $p<0.001$ )であったことから、結婚・出産・育児などのライフイベントが影響した可能性が考えられる。一方、介護職員の「年齢」と「経験年数」の相関は、 $\tau=0.081$  ( $p=0.056$ )で無相関であり、同じ経験年数で様々な年齢層が存在する集団であるゆえの結果ととらえることができる。このように経験年数と年齢の相関が低いことが、キャリアやライフスタイルに対する共通の意識を持たせにくくし、チームとして仕事に取り組むことを仕事のやりがいに結びつけにくい状況を生んでいるのかもしれない。

いずれにせよ、介護実践におけるチームケアの重要性が強調されているなか<sup>28)</sup>、介護職員が経験年数を重ねるごとに、チームで仕事に取り組もうとする姿勢によって職種そのものの魅力を得ることが困難になっていることは、魅力ある職場づくりを行っていく上での重要な課題である。前述の通り、多様な背景を有する職員がチームとなって介護サービスに取り組む場合、その目的や方向性を職員間で十分に議論・共有できる場が機能していない限り、それらに対するとらえ方は、職員によって多様である可能性が考えられる。介護労働安定センター<sup>2)</sup>の調査結果によると、「ケアの方法等について意見交換が不十分である」、「上司や同僚との仕事上の意思疎通がうまく行かない」を職場の人間関係等についての悩み、不安、不満等を感じている介護職員はそれぞれ23.8%、18.5%存在し、こうした悩み、不安、不満の積み重ねが介護の仕事に対する魅力を高めにくくしているのではないだろうか。日々提供するサービスの目的や

方向性を職員同士が議論・共有できる場を機能させること、そして、そのような場を運営できる能力を備えたリーダー層の養成といった課題が介護サービス分野の管理・経営者に投げかけられていると考えられよう。

#### 4.3 本研究の限界

最後に、本研究の限界を述べる。

まず、本研究は、インターネット調査に基づくものである。したがって、本研究の対象者は、インターネットを使用し、かつ、株式会社インテージにモニター登録している介護職員もしくは看護師であり、本研究結果から介護職員の特徴を一般化することには限界があることは言わざるを得ない。また、男性回答者の比率が一般的な介護職員、看護師の男性比率よりも高かった点についても、結果を解釈する上で留意する必要がある。そして、回答することによって「ポイント」がもらえることから、今回の回答者はインセンティブに動機づけられやすい集団であった可能性も否めない。

これらの懸念事項はあるが、インターネット調査は「郵送調査以上に回答者側の調査参加協力の意思決定権、回答選択権がある」<sup>29)</sup>とも言われ、本研究はむしろ回答者のより正直な回答を得られた可能性もある。また、内閣府<sup>30)</sup>が、国民生活に関する意識に関して、同一の質問で、インターネット調査と、通常の層化2段無作為抽出による調査の回答を比較しているが、個々の質問での回答の比率は質問によって大きく異なるものの、全体の回答パターンや傾向については似通った傾向がみられた。つまり、回答パターンや構造について分析を行った本研究結果に関しても、一定程度の有効性を有しているとも考えられる。

次に、分析にあたっては、介護職員と看護師の性、経験年数、勤務先・内容、役職の有無、年収を考慮したが、そもそもの介護職員と看護師の勤務先の傾向（介護事業所は地方部に多く分布し、組織の規模が小さい）については考慮していない。特に、一般に介護事業所が医療機関より規模が小さい点については留意する必要があるだろう。

いずれにせよ、今回の結果には、一定の限界があることは否めず、本結果を一般化させていくことに関しては、今後の課題としたい。

※本研究は平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業によって行われた。そして、論文執筆の際に協力くださった、松本望氏（日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科）にこの場を借りて感謝申し上げたい。

#### 【引用文献】

- 1) 今後の介護人材養成の在り方に関する検討会：今後の介護人材養成の在り方について（報告書）；介護分野の現状に即した介護福祉士の養成の在り方と介護人材の今後のキャリアパス  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000010p2q.html>（更新日：平成23年1月20日、アクセス日：平成23年8月12日）
- 2) 財団法人介護労働安定センター：平成22年度介護労働者の就業実態と就業意識調査、[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h22\\_chousa\\_roudousha\\_chousahyo.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h22_chousa_roudousha_chousahyo.pdf)（アクセス日：平成23年10月2日）
- 3) 原野かおり，桐野匡文，藤井保人他：介護福祉職が仕事を継続する肯定的要因．介護福祉学，16(2)、163-168：2009
- 4) 大和三重：介護労働者の職務満足度が就業継続意向に与える影響．介護福祉学，17(1)、16-23：2010
- 5) 日詰慎一郎：仕事への動機づけ、産業・組織心理学ハンドブック（産業・組織心理学学会編）、丸善株式会社（東京）、172-175：2009
- 6) 坂下昭宣：モチベーション、経営学大辞典第2版（神戸大学経営学研究室編）、株式会社中央経済社（東京）、896-898：1999
- 7) 岩月宏泰，岩月順子：介護老人保健施設における介護職員のモラルに及ぼす職務特性の影響、保健の科学，43(2)、163-168：2001
- 8) 宇良千秋：老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響、老年

社会科学、20(2)、143-151：1998

9) 堀田和司、奥野 純子、戸村 成男他：介護老人保健施設に勤務する介護職員の「仕事へのモチベーション」を促進する要因、日本公衆衛生雑誌、56(12)、863-874：2009

10) 蘇珍伊、岡田進一、白澤政和：特別養護老人ホームにおける介護従事者の職場環境と有能感の関連、介護福祉学、13(2)、204-213：2006

11) 石黒文子：介護老人福祉施設におけるケアの質の確保と施設の組織・管理、厚生指標、56(13)、1-9：2009

12) Blau, G. J. : The measurement and prediction of career commitment、Journal of Occupational Psychology、58、277-288：1985

13) 竹内規彦、竹内倫和、外島裕：医療・介護関連施設の HRM 施策、組織風土、及び職員のワークコミットメントに関する研究—職員に対する態度調査データの実証分析、愛知学院大学論叢 経営学研究、14(1)、51-78：2004

14) 白石旬子、藤井賢一郎、大塚武則他：個性が尊重されない「組織風土」における、「キャリア・コミットメント」の高い介護職員の離職意向と「介護観」の関連、老年社会科学、33(1)、34-46：2011

15) 日本経済新聞(電子版)：ネット調査新手法、「生の声」深く把握 マーケティングにクチコミ力活用、広がる可能性も (2011年8月21日)

16) ゲイリー・レイサム (金井壽宏 監訳)：ワーク・モチベーション、NTT 出版 (東京)、66-104、110-123：2009

17) エドガーH. シャイン(金井壽宏 訳)：キャリア・アンカー 自分のほんとうの価値を発見しよう、白桃書房 (東京)、21-55：2008

18) 日本労働研究機構：調査研究報告書 No. 161 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発 HRM チェックリストの開発と利用・活用、49-89：2003

19) 財団法人介護労働安定センター：平成22年度事業所における介護労働実態調査、[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h22\\_chousa\\_jigyousho\\_chousahyo.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h22_chousa_jigyousho_chousahyo.pdf) (アクセス日：

平成23年10月3日)

20) 厚生労働省：平成16年介護サービス施設・事業所調査結果の概況、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service04/index.html> (更新日：平成17年11月29日、アクセス日：平成23年10月6日)

21) 厚生労働省：平成20年保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)結果(就業医療関係者)の概況、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/08-2/d1/02.pdf> (更新日：平成21年10月23日、アクセス日：平成23年8月28日)

22) 内閣府大臣官房政府広報室：インターネット上の安全確保に関する世論調査 集計表1インターネットの利用頻度、<http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-inter/4.html> (更新日：平成22年12月10日、アクセス日：平成23年8月28日)

23) 財団法人 介護労働安定センター：(平成20年度実施 介護分野における雇用管理モデル共同事業) 老人福祉施設における介護労働者の人材育成と組織マネジメントに関する課題と取り組みの実践 [http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h20\\_model3\\_1.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h20_model3_1.pdf) (アクセス日：平成23年8月28日)

24) 厚生労働省：介護労働者の確保・定着等に関する研究会(中間取りまとめ)、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/d1/h0729-2b.pdf> (更新日：平成20年7月29日、アクセス日：平成23年8月28日)

25) 保健師助産師看護師法第37条

26) 山口麻衣、山口生史：介護施設におけるケアワーカー間の協働 組織内ケアチームに着目した分析、ルーテル学院研究紀要 テオロギア・ディアコニア 43、35-48：2009

27) 金井壽宏：社会化、経営学大辞典第2版(神戸大学経営学研究室編)、株式会社中央経済社(東京)、431：1999

28) 森繁樹：「生活支援」としての介護とは。(介護福祉士養成講座編集委員会編)新介護福祉士養成

講座 介護の基本Ⅰ．初版，110，中央法規出版，東京(2010)．

29) 大隅昇、前田忠彦：インターネット調査の抱える課題 実験調査から見てきたこと（その1）、日本世論調査協会報、100、58-70：2007

30) 内閣府：インターネットによる国民生活に関する意識調査～世論調査との比較分析、<http://www8.cao.go.jp/survey/sonota/h19-internet/index.html>（更新日：平成22年12月10日、アクセス日：平成23年8月28日）

### Abstract

The aim of this study was to clarify the characteristics of the care staff working for the elderly in the context of the content of work motivation and their characteristics with regard to the correlation between the content of work motivation and their career commitment, in comparison with those of nurses. The research methodology was Internet survey.

The content of work motivation revealed five factors, which were “Reader,” “Goal Achievement and Competence”, “Collaboration”, “Lifestyle”, and “Autonomy.”

Significant differences were observed in the “Reader” category between the care staff and nurses in all groups (based on years of experience), and the care staffs’ score was higher than the score of nurses.

Further, there was no positive correlation between career commitment and “Goal Achievement and Competence” and “Collaboration” in the experienced care staff; this was in contrast with the one in nurses.

This study suggested that it was difficult for the care staff to reinforce commitment to their work with motivation, which encourages teamwork as they gain work experience.

## [研究論文]

要介護高齢者の状態の経年的変化データを利用した  
介護保険サービスの質の評価方法に関する研究

著者：筒井 孝子（国立保健医療科学院 統括研究官）

共著者：宮野 尚哉（立命館大学理工学部 教授）

## 抄録

介護サービスにおける質の評価は国内外で喫緊の課題となっているが、いずれの国でも、その評価方法の確立に際して、未だ十分な成果をあげておらず、困難な問題として残されている。

昨今、日本では介護保険制度における介護報酬として、要介護状態が改善されたことに対してサービス事業者への加算が可能となった。これは、介護サービス提供のアウトカムとして、要介護高齢者の要介護度の改善が採用されたことを意味している。しかし、要介護度は高齢者の多様な状態像をかなり粗視化した指標であり、この変動結果をアウトカムとして評価することに対しては、批判的な見解も少なくない。

本研究では、在宅の要介護高齢者 72,660 人分の経年的な変化を要介護認定情報から算出される 7 項目の中間評価項目得点の 3 年間のデータから明らかにし、全般的には、BPSD 以外の 6 項目の中間評価項目得点は、年齢階層別に分析した結果からも漸次、低下する傾向があることを明らかにした。

一方、全体的な中間評価項目得点が漸次的な悪化する傾向と同時に分析の過程でこの悪化傾向とは全く異なった一定割合の改善群が存在していることが明らかにされた。これらの改善群は、新たな指標として開発された「角度指標」によって評価することの可能性を示した。

今後は、提供される介護サービスの側の標準化をすすめ、介護サービスの質の評価を角度指標によってできるような方法が求められる。

**キーワード**：要介護高齢者、質の評価、角度指標、中間評価項目得点、経年的変化

## 1. 緒言

近年、医療・看護・介護分野でのサービスの質の評価に関して、とくにエビデンスに基づいた評価方法が求められ、国内外で喫緊の課題とされている<sup>1)</sup>。しかし、この分野のサービスの特徴は、サービスを受け取る対象の人々の属性によって、サービス自体、サービス提供プロセスそのものが変化することにある。このため、当該分野のサービスは提供した際、対象の変容が極めて多様であるために同じサービスとしての認知が得にくい。したがって、この領域では、サービス进行评估する際には、サービスを受ける側の属性を分類し、受け

る側からの評価手法を確立してきた。この結果、受ける側、すなわち、介護保険制度でいえば、要介護高齢者の分類を基礎として、サービス提供内容、方法等の標準化をするという手法が採られてきたといえる。

サービスの質の評価をするための方法として、オーソドックスな構造、過程、成果という評価方法<sup>2)3)</sup>を用いると仮定すると質の評価の成果として、介護報酬ですでに用いられているように要介護度の改善の程度をアウトカムとすることは、わかりやすい指標といえる。

ただし、これには、要介護高齢者が悪化したこ

とが、介護保険サービスの提供が原因であるとの根拠を示す必要があるが、これを研究の成果として示すことは難しく、十分な成果が得られる状況とはなっていない。

だが、介護サービスの提供が悪化の原因であると確定できれば、悪化群に提供されたサービスが質の低いサービスと定義でき、逆に改善をしていた高齢者が受けていたサービスは、質の高いサービスと定義することは、可能となる。

近年、とくに介護予防と呼ばれるサービスが推奨され、要介護度は、一定期間の変動としては、改善、悪化、維持といったパターンが存在し、とくに悪化に介護保険サービスの提供が影響するとの報告等<sup>4)</sup>が示されつつある。社会保障審議会介護給付費分科会に提出された資料<sup>5)</sup>には、通所リハビリテーションと通所介護における事業所ごとの1年間の平均要介護度の変化が示され、平均要介護度が維持・改善している事業所と悪化事業所は、2極分布の様相を呈しており、「改善している事業所と悪化している事業所のばらつきが大きい」とのコメントがなされている。

これは、言い換えれば、事業所によって、サービスを提供している高齢者の要介護度が改善している事業所もあるが、逆に悪化している事業所もあり、その差が激しいということと解釈されている例といえる。全国レベルのデータを用いて、このような介護サービスの提供の効果を平均要介護度の変化を事業所毎に示した算定した資料は、これまでほとんど示されておらず、貴重な結果と考えられる。

しかし、これを個人別に1年間ではなく、さらに経年的に分析することができれば、より介護サービスの質の評価としては、有用な資料となるものと考えられる。また、これらの改善や悪化の傾向を、個々の要介護高齢者別に把握する方法を検討することができれば、同じ介護サービスでも、その成果が異なることが要介護高齢者の多様な特性に依存することを明らかにできる可能性もあると考えた。

そこで本研究では、経年的な要介護高齢者の変動を要介護度だけでなく、高齢者の状態情報（具体的には、要介護認定調査に用いられている調査項目）から算出され、個々の高齢者の各種の身体能力、認知の状態といった総合的な側面を評価することができる中間評価項目得点を利用して示すことを目的とした。

中間評価項目得点は、7項目あり、順に第1中間評価項目得点は麻痺等の状態の変化を表し、同様に第2中間評価項目得点は移動能力、第3中間評価項目得点は複雑な動作、第4中間評価項目得点は特別な介護、第5中間評価項目得点は身の回りの世話、第6中間評価項目得点はコミュニケーション能力、第7中間評価項目得点「BPSD」に係る7種類の状態を総合的に評価できる項目で0点がいわゆる状態が最も悪く、100点が最もよい状態となるように基準化されている<sup>6)-8)</sup>。このため、これらの情報は、高齢者の要介護度よりも多様な状態の経年的な変化を示す実証的なデータが得られるという利点がある。

本研究では、これら7項目の中間評価項目得点の変化を要介護高齢者の年齢階層別に分析し、これらの変動の特徴を示すことを目的とし、先行研究において開発された大規模データに適用できる手法である角度指標<sup>注1)</sup>を用いて<sup>9)</sup>、中間評価項目得点の経年的な変動傾向である差分得点を分析した結果を、さらに角度指標を用いて分析し、その妥当性を示すこととした。

## 2. 研究方法

### 2.1 分析対象

本研究では、介護保険制度発足後に初めて認定を受け、次の認定までの経過月が6カ月から8カ月以内、次の2回目から3回目の間の認定期間も6カ月から8カ月以内、さらに3回目から4回目までの期間も6カ月から8カ月以内であった全国の在宅要介護高齢者72,660名の固有の4回分（概ね2年間にわたって実施された）の要介護認定の情報の分析を行った。なお、これらの分析は、すべて



初回認定の年齢を基礎として実施した。これは、本研究で対象としたすべての要介護高齢者が同じ期間で4回の認定を受けていた対象者としたためである。

また、介護保険制度発足後に、初めて認定を受け、次の認定までの経過月が6カ月から8カ月以内、次の2回目から3回目の間の認定期間も6カ月から8カ月以内、さらに3回目から4回目までの期間も6カ月から8カ月以内であった4回の認定結果を持つ対象者を選定し、初回認定は2002年以降に認定を受けた者を対象とした。

このような対象を選択したのは、初回認定が2002年以降であり、介護保険制度前の措置の時代から、すでにサービスを受けていた対象は除外し、介護保険制度がある程度、安定してから、在宅で介護保険サービスを受けながら、3年間は生存し、4回の認定を受けていた集団の経年的変化を追跡するという目的によるものである。

## 2.2 分析方法

72,660名の4回の7項目の中間評価項目得点の経年的変化を性別、年齢階層別に分析した。さらに中間評価項目得点差の経年的な変動を角度指標に変換し、この結果を図示した。

角度指標を用いた理由は、7項目の各中間評価項

目得点は、最小値0、最大値100点に基準化されている。したがって、この差分得点は、初回に100点（該当する、すべての項目において自立あるいは介助なし）であったものが、2回目に0点になれば、100点であり、逆に初回が0点で、2回目が100点になれば、マイナス100点となる。

この中間評価項目得点は、介護保険制度においては、各項目に0点から100点まで状態像が良い場合に高い得点となるように基準化されている<sup>6)-8)</sup>。このため中間評価項目の得点差分は、得点差分が-100から100の値で与えられる。

これは、角度指標の利用にあたって非常に重要である。なぜなら、角度を $\theta$ 、得点差分を $d$ とすると、 $d = \tan \theta$ という三角関数の定義式において、得点差分 $d = -100$ が角度 $\theta = -90^\circ$ にほぼ近い値（より精確には $-89.43^\circ$ 付近）と一致し、得点差分 $d = 100$ が角度 $\theta = 90^\circ$ にほぼ近い値（より精確には $89.43^\circ$ 付近）と一致する。この理由によって、-100から100の範囲にある得点差分から、 $-90^\circ$ から、 $90^\circ$ にほぼ近い範囲で分布する角度指標への変換によって、図表1に示したように改善や悪化という方向性を示すことを可能にし、実用的かつ臨床的に容易な理解をえられるという意義がある。

これは、換言すれば、得点差分が-100から100の範囲にある値で与えられるという事実が、角度指標の実用的価値を担保しているともいえる。例えば、両端に向かうほど分布の計測が精密化されるという事実は、本研究で扱われるようなデータについて状態変化の分布を調べるために角度指標を利用することの妥当性を担保するということになるからである。

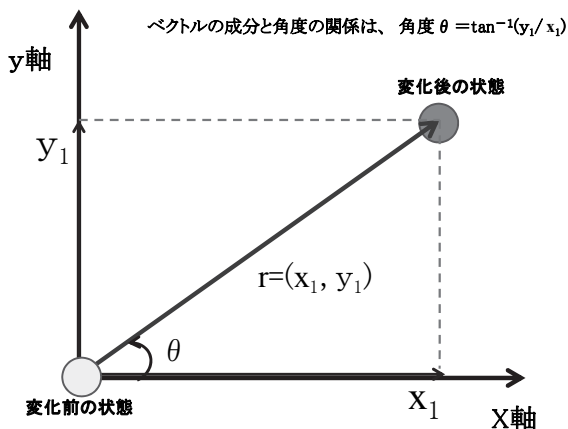
## 3. 研究結果

### 3.1 性別

男女の構成割合は、男性は30.9%、女性が69.1%であった。

図表1 高齢者の状態像の変動における方向性

改善や悪化という変化(ベクトル)の方向性を具体的に表現するには、角度での表示がより、分かりやすいと考えた。



## 3.2 年齢階層

年齢階層の構成割合は、一番多かったのが、80歳以上85歳未満は25.0%であり、続いて85歳以上

90歳未満20.7%、75歳以上80歳未満20.5%であった。

## 3.3 要介護度

要介護度で、一番多かったのは、要介護1で34.5%であった。続いて、要支援が22.3%、要介護2が20.8%であった。

## 3.4 年齢階層別第1～7中間評価項目得点別経年的変化パターンの比較

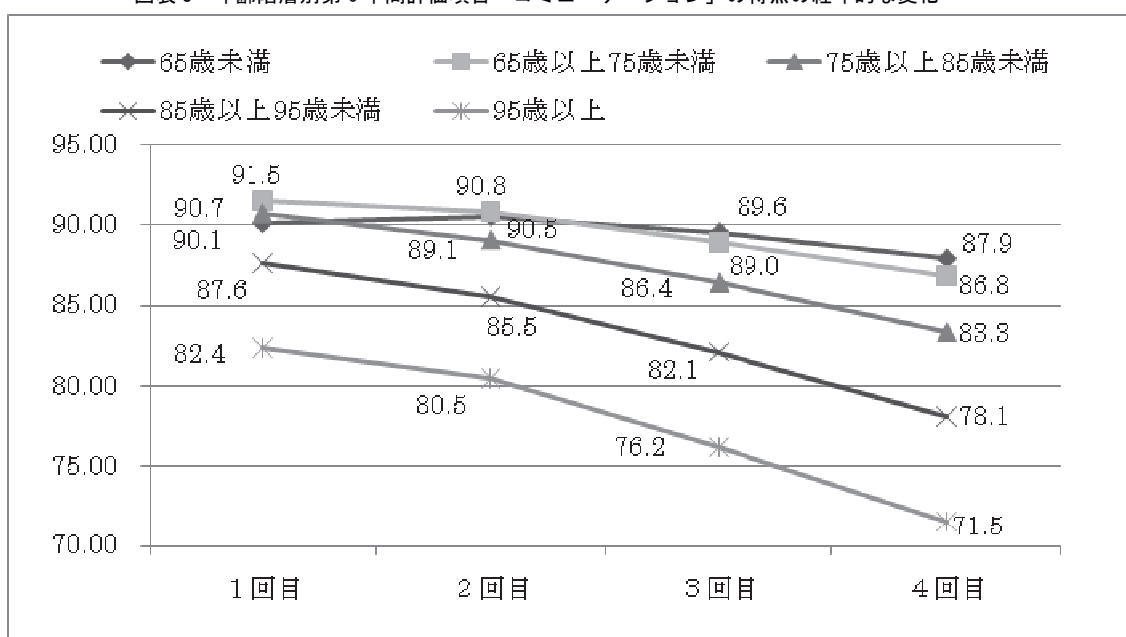
第1中間評価項目得点（麻痺等）、第2中間評価項目得点（移動）、第3中間評価項目得点（複雑な動作）、第4中間評価項目得点（特別な介護）、第5中間評価項目得点（身の回りの世話）、第6中間評価項目得点（コミュニケーション）、第7「BPSD」に係る中間評価項目得点において、年齢階層別の経年的変化を分析した。

この結果、1回目から4回目にかけて、すべての年齢階層で認定回数を経るごとに有意に得点が減少していたのは、図表5に示したように第6中間評価項目得点「コミュニケーション」だけであった。この項目は、初回認定の際に65歳未満であった要介護高齢者集団においては、初回平均90.1点

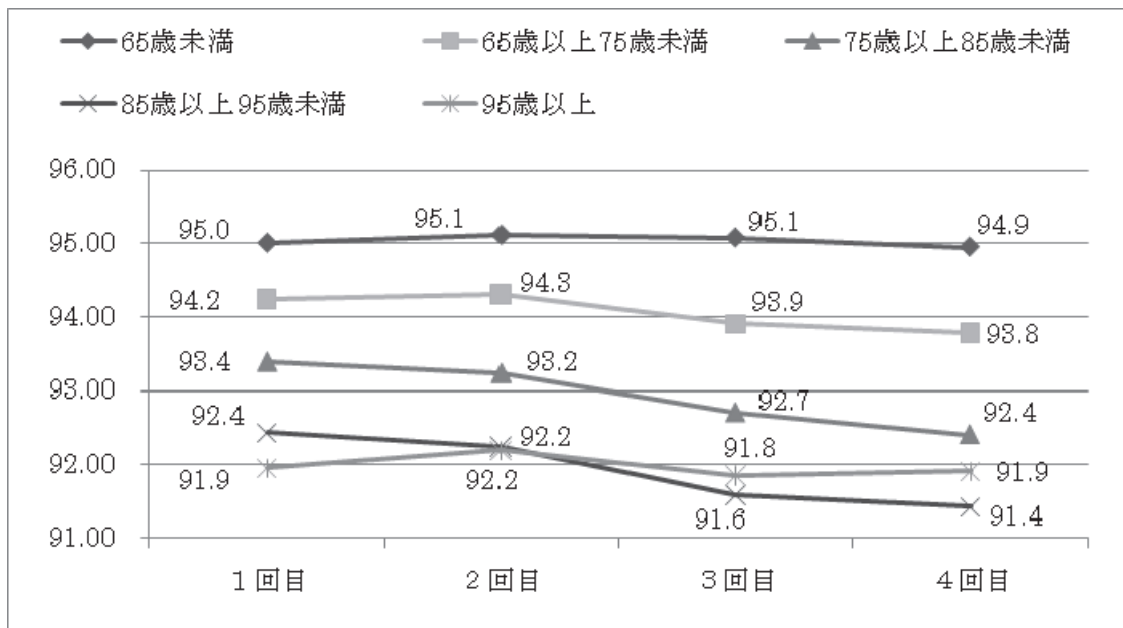
図表2 分析対象における基本属性

	N	%
性別	22,469	30.9
男性	50,191	69.1
女性		
年齢階層		
40歳以上65歳未満	2,769	3.8
65歳以上70歳未満	4,831	6.6
70歳以上75歳未満	9,212	12.7
75歳以上80歳未満	14,896	20.5
80歳以上85歳未満	18,198	25.0
85歳以上90歳未満	15,013	20.7
90歳以上95歳未満	6,459	8.9
95歳以上	1,282	1.8
要介護度		
非該当	544	0.7
要支援	16,175	22.3
要介護1	25,094	34.5
要介護2	15,080	20.8
要介護3	8,765	12.1
要介護4	5,241	7.2
要介護5	1,761	2.4

図表3 年齢階層別第6中間評価項目「コミュニケーション」の得点の経年的な変化



図表4 年齢階層別第7中間評価項目「BPSD」の得点の経年的な変化



が、2回目は、90.5点、3回目が89.6点、4回目が87.9点とすべての認定において、前認定より、その後の認定において、有意に得点が下降していた。65歳以上から75歳未満についても同様であり、初回91.5点から、90.8点、89.0点、86.8点と有意に得点が下降していた。この他の年齢階層においても同様に初回から、2回目、3回目、4回目と同様に有意に漸次、低下していた（図表3）。

第2中間評価項目得点（移動）においては、初回認定を65歳以上から75歳未満に受けた集団と95歳以上の年齢階層の集団の初回から2回目には有意差が示されなかったが、この他の年齢階層別の認定回においては、すべて有意に得点が低下していた（図表5）。

第3中間評価項目得点（複雑な動作）は、初回認定を65歳以上から75歳未満に受けた集団の初回から2回目に有意な差が示されなかったが、この他の年齢階層別の認定回においては、すべて有意に得点が低下していた（図表5）。

第4中間評価項目得点（特別な介護）第5中間評価項目得点（身の回りの世話）では、初回認定を65歳未満で受けた集団の初回から2回目に有意な差が示されなかったが、この他の年齢階層別の認定回においては、すべて有意に得点が低下して

いた（図表5）。

第7「BPSD」に係る中間評価項目得点は、初回認定を75歳以上85歳未満、85歳以上95歳未満の年齢階層では有意に得点の低下がみられたが、65歳未満と95歳以上の年齢階層では、全く有意な変化はなかった（図表4）。65歳以上75歳未満では、初回から2回目、3回目から4回目に有意な得点の低下は示されなかった（図表5）。

しかし、図表5に示したように、ほとんどの中間評価項目で認定回数が増えるにしたがって、中間評価項目の得点は有意に低下する傾向を示していた。

### 3.5 要介護高齢者の中間評価項目得点の差分に関する度数分布

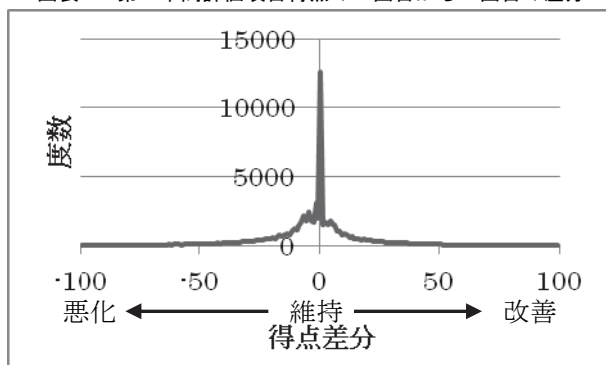
要介護高齢者の経年的変化の傾向において、すべての年齢階層、認定間の間で有意差が示されたのは、第6中間評価項目であった。そこで、以下では、第6中間評価項目得点の差分について、中心化傾向がみられる特異な分布を図示した。図表6～8は隣接する認定回の間での得点差分に関する度数分布である。この傾向は、他の中間評価項目得点においても同様な傾向が認められた。

以下の図表9は、第1回目の認定と第4回目の

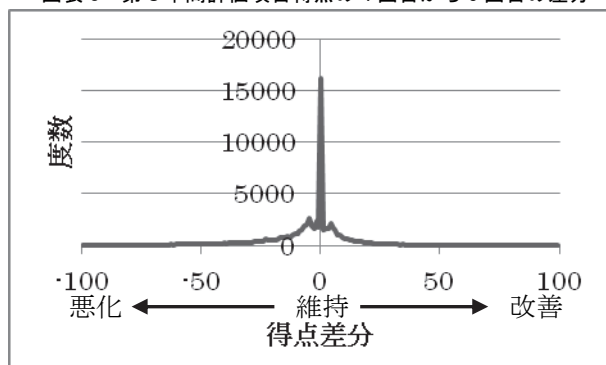
図表5 年齢階層別第1~7までの中間評価項目得点の経年的な変化

	認定回数	65歳未満 (N=2,769)	65歳以上75歳未満 (N=14,043)	75歳以上85歳未満 (N=33,094)	85歳以上95歳未満 (N=21,472)	95歳以上 (N=1,282)	
第1中間評価項目得点 (麻痺等)	1回目	67.3	80.1	85.3	86.9	86.1	
			**	**	**	**	*
	2回目	65.2	78.2	83.6	85.5	84.9	
			**	**	**	**	**
	3回目	63.9	76.4	81.7	83.4	82.5	
			**	**	**	**	**
	4回目	61.6	74.3	79.5	80.9	78.9	
第2中間評価項目得点 (移動)	1回目	71.8	79.0	81.7	79.3	71.3	
			*	**	**		
	2回目	72.6	79.0	80.8	78.3	70.2	
			**	**	**	**	**
	3回目	70.1	75.5	76.8	72.9	63.7	
			**	**	**	**	**
	4回目	66.5	71.5	71.7	66.6	54.6	
第3中間評価項目得点 (複雑な動作)	1回目	47.7	57.7	61.1	56.1	43.4	
			**	**	**	**	*
	2回目	48.8	57.4	59.3	54.0	42.0	
			**	**	**	**	**
	3回目	46.7	53.7	54.6	48.2	36.8	
			**	**	**	**	**
	4回目	43.7	49.8	49.6	42.3	29.9	
第4中間評価項目得点 (特別な介護)	1回目	89.2	91.8	92.6	90.7	86.1	
			**	**	**	**	**
	2回目	89.4	91.5	91.7	89.8	84.6	
			**	**	**	**	**
	3回目	87.0	88.9	88.7	85.7	79.8	
			**	**	**	**	**
	4回目	84.4	85.7	84.8	80.7	73.2	
第5中間評価項目得点 (身の回りの世話)	1回目	59.6	69.2	72.8	67.7	54.4	
			**	**	**	**	**
	2回目	59.6	67.8	70.3	64.5	52.1	
			**	**	**	**	**
	3回目	57.1	63.9	65.0	57.8	45.4	
			**	**	**	**	**
	4回目	54.9	60.0	59.6	51.2	38.1	
第6中間評価項目得点 (コミュニケーション)	1回目	90.1	91.5	90.7	87.6	82.4	
			*	**	**	**	**
	2回目	90.5	90.8	89.1	85.5	80.4	
			**	**	**	**	**
	3回目	89.6	89.0	86.4	82.1	76.2	
			**	**	**	**	**
	4回目	87.9	86.8	83.3	78.1	71.5	
第7「BPSD」 に係る中間 評価項目得点	1回目	95.0	94.3	93.4	92.4	92.0	
				*	*		
	2回目	95.1	94.3	93.2	92.2	92.1	
			**	**	**	**	
	3回目	95.1	93.9	92.7	91.6	91.9	
				**	*		
	4回目	95.0	93.8	92.4	91.4	91.9	

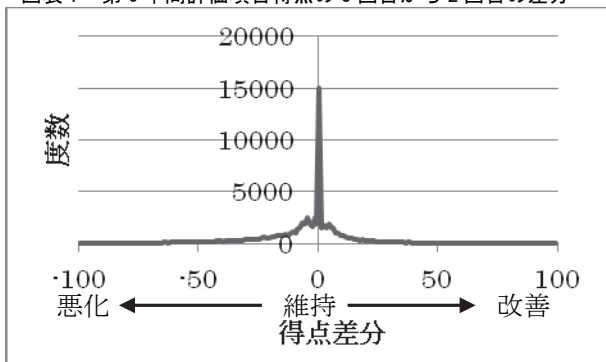
図表6 第6中間評価項目得点の2回目から1回目の差分



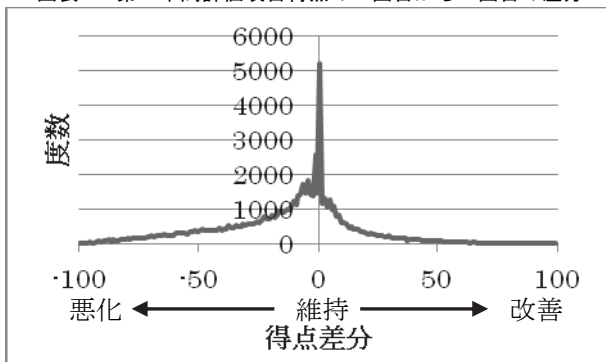
図表8 第6中間評価項目得点の4回目から3回目の差分



図表7 第6中間評価項目得点の3回目から2回目の差分



図表9 第6中間評価項目得点の4回目から1回目の差分



認定との間の差分に関する度数分布を示したものである。これは、図表6～図表8の変化を積算したものに相当する。

このように図表6～図表8のいずれの度数分布も、差分0(代表値0.5)を中心として、中心付近に度数が集中し、中心値の周りの分布が負値側に偏った左右非対称な構造をもっていた。

### 3.6 認定回間の角度指標

図表10～図表12は、隣接する認定回の間での第6中間評価項目の角度指標に関する度数分布である。第6中間評価項目は前述したように年齢階層別、経年的変化に応じて、有意に得点が低下し、すなわち、要介護高齢者の状態が悪化する典型的なパターンを示していた。

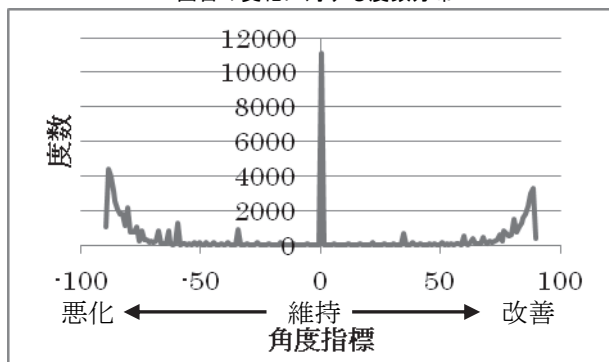
しかし、この図で明らかなように得点差分を示した図表6～図表8までは、度数分布が中心値付近に集中しており、得点の差分による要介護高齢者の状態の変化を明確に示すことは困難な分布となっていた。

そこで、このデータを差分が100または-100に近づくほど、実現が難しく、実現確率は0に漸近するとし、差分が100または-100となる状況を、それぞれ、無限遠点 $\infty$ 、 $-\infty$ に漸近する過程としてモデル化するという角度指標の概念を用いて、再度、分析をした結果、角度指標が示す値は、下限側と上限側に度数分布が移動し、下限付近に集中して分布するグループ、中心値に分布するグループ、および、上限値近くに分布するグループの3グループが形成された。

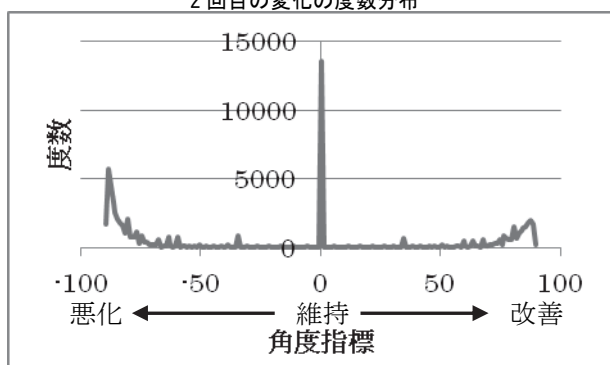
図表13は、第1回目と第4回目の認定との間の角度指標に関する度数分布である。下限値付近のグループの規模が増大し、最大多数のグループを形成していた。これにより、データの規模の大きさからは、分析結果における統計誤差は改善され、この結果を基に、要介護高齢者の経年的変化のモデルを抽出し、現状の要介護高齢者の状態の典型例として、3つの代表的パターンとして3パターンが抽出された。

これら3グループを代表する角度指標値は、概

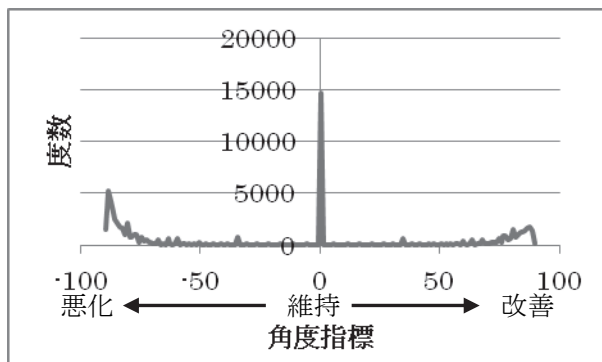
図表 10 第6中間評価項目得点の角度指標の2回目から1回目の変化に対する度数分布



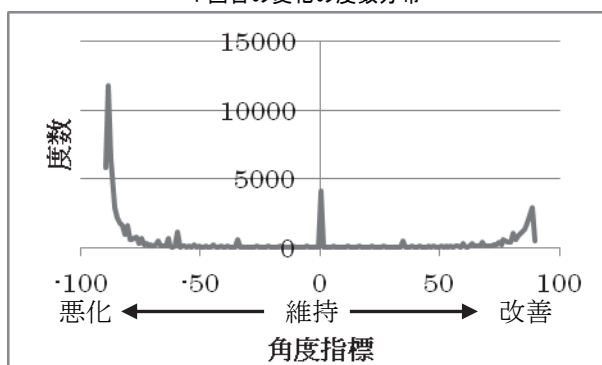
図表 11 第6中間評価項目得点の角度指標の3回目から2回目の変化の度数分布



図表 12 第6中間評価項目得点の角度指標の4回目から3回目の変化の度数分布



図表 13 第6中間評価項目得点の角度指標の4回目から1回目の変化の度数分布



ね、-88.5、0.01、及び 87.5 である。これを得点差分に換算すると、これらの代表値は、それぞれ、-38.1、0、および、22.9 に対応していた。

#### 4. 考察

##### 4.1 要介護高齢者の状態の経年的な変動傾向

本研究では、初回認定が2002年以降で介護保険制度前の措置の時代から、すでにサービスを受けていた対象を除外し、介護保険制度がある程度、安定してから、在宅で介護保険サービスを受けながら、少なくとも3年間は生存し、4回の認定を定期的に受けていた要介護高齢者の集団を対象とした。このように、介護を必要としながら、在宅で生活し続けた大規模な要介護高齢者集団における、個々の要介護高齢者の身体的、精神的な状態像に関する情報の経年的変化を分析した結果は、ほとんどなく貴重な資料といえる。

これらの集団は、これまでの先行研究で、臨床

医らが示してきた末期を看取った患者群とは、若干、異なり、より長期にわたって、要介護状態を継続しながら、在宅生活を続けてきた集団であり、これらの集団の構成員のそれぞれの3年間にわたる経年的変化を要介護度だけでなく、中間評価項目得点の変化として数量的に示すことができたことは、こういった要介護高齢者の状態像がどのような経年的変化を示すかの有用な資料となったものと考えられる。

これまでの経年的変化に関する類型化は疾患をベースとした「脳卒中モデル（脳卒中・骨折など）」と「廃用症候群モデル（廃用症候群、変形性関節症など）」として示されてきた<sup>10)</sup>ものや、終末期における4類型<sup>11)</sup>といった臨床的な知見を基礎としたものが経験的に語られてきたが、今回の7万人を超える要介護高齢者集団の7項目の中間評価項目得点の経年的な変動傾向から示された高齢者像のパターンは、これまで示されてきた4類型の

ひとつである「②安定したペースで悪化していき終末期を迎える」パターンに近いものであったと考える。

本論文で明らかにされたように、おそらく、これらの要介護高齢者の典型的な経年的な変動パターンとしては、第6中間評価項目得点の変動として表されているコミュニケーション能力の変化のように、年齢階層別にも漸次、有意に経年的に得点が減少する、すなわち、漸次のゆるやかな悪化というパターンではないかと推察される。

また、こうしたパターンを示していた要介護高齢者は、初回認定の年齢が高いほど、最初の認定の得点が低く、この点数は認定回数が増えるにしたがって、有意に低下するという傾向が全体的には示されるものと予想される。

一方、65歳から75歳までの年齢階層における要介護高齢者集団で経年的に、有意な低下が示されなかったのは、第7中間評価項目得点が示すBPSDに関する得点だけであった。BPSDの有意な低下は、75歳以上となってからであり、後期高齢者となってからは漸次、悪化する傾向があった。

例えば、Lynnら<sup>12)</sup>が死亡に至るには、3つのパターン「①死亡の数週間前まで機能が保たれ以後、急速に低下して死亡に至るタイプ」、「②時々重症化しながら長い期間にわたり機能が低下し死亡するタイプ」、「③長い期間にわたり徐々に機能が低下し死亡するタイプ」があると示されている。

これによると今回の中間評価項目得点別の変動結果は、Lynnらの示す②に近い臨床像といえるだろう。分析対象とした要介護高齢者は、必ずしも急性憎悪を特徴とするような疾病に罹患しているとは限らず、漸次の緩慢な悪化をもたらす慢性疾患に罹患していた可能性が高い。すなわち、介護を受けながら、漸次、悪化や改善を繰り返しながらも、在宅で生活する者らであった。

本論文では、高齢者の状態の改善や悪化を要介護度ではなく、中間評価項目得点を用いたが、このように高齢者の状態を7つの視点からの状態像で、概ね7~8カ月おきで、初回認定から、多様な年齢階層において、2年~3年間にわたって分析さ

れた結果からは、これまでに示されておらず、変動パターンや、有意に得点が低下する、すなわち状態が悪化し、介護が必要となっていく一般的なモデルが示されたことは新たな知見として重要である。

#### 4.2 要介護度の変動パターンを示す「角度指標」と介護サービスの質の評価法への応用

本研究では、変動パターンを2~3年間に渡って分析し、介護サービスの質を評価するための方法を検討することを目的とし、中間評価項目得点の経年的な変化を示し、経年的な変化を中間項目得点の差分の度数分布として示したが、この分布は、0が極端に多い分布を呈す特殊な分布となった。この分布からは、改善や悪化群を明瞭に識別できなかったために、「角度指標」によって変換し、このため状態の改善、悪化についての精密な分析を可能にした。

新たな指標として用いた角度指標は、一様均等な密度で得点差分の分布を測らない。三角関数の定義式に従って、両極端即ち $-90^\circ$ あるいは $90^\circ$ に近づくほど、得点差分の分布をみる尺度が自動的に精密化される。この意味で角度指標は両端での分布、すなわち、状態の改善群や悪化群の精密な計測に適した指標となっていることが明らかにされた。

これによって、わが国の要介護高齢者の状態像の変動については、中間評価項目得点という詳細な状態像として把握しながら、概ね6側面からとらえられた要介護高齢者の漸次的な悪化パターンとして類型化することができることが示された。加えて、角度指標による分析からは、改善や維持を加えた3グループが明確に分かれ、これらの3グループを代表する角度指標値が示された。

この結果は、認定回数毎に中間評価項目得点からみられる衰退モデルが示されただけでなく、要介護状態との認定を受けても改善する集団が一定の割合で存在することが明らかにされたことを意味しており、とくに重要である。また、この他のグループとして、悪化も改善も示さない維持を継

続していた集団についても、角度指標を用いることで、一定割合で存在していることが明らかにされ、このことも今後の介護予防や質の評価方法を確立していく上では重要である。

このように全般的な漸次悪化傾向を持った高齢者集団だけでなく、維持、改善群という性質の異なった集団が要介護高齢者の集団に一定割合、存在していたことは、例えば、岡山県保健福祉部長寿対策課の報告において、「居宅サービスと施設サービスを3年間利用した者の平均要介護度の推移を調査した結果、居宅サービス利用者の方が施設サービス利用者より要介護度が悪化していない<sup>13)</sup>」といった臨床知見を支持するものといえる。

この報告で示されているように、介護保険サービスを受けている要介護者の中には、維持群や改善群が存在していることは、臨床的には認識されていたが、データとして明らかにするには、稀少な事例との解釈をされてしまうことが多く、エビデンスを示すことが困難であった。しかし、これらの集団の特性が中間評価項目得点を用いた角度指標で数量化された値として示すことができたことは、今後、これらの集団の抽出が容易になること、そして、これによって、エビデンスの蓄積がより容易になることを予想させる。

また、これらの対象の抽出は、要介護認定の情報により可能である。これは、新たな調査を必要としないという利便性の観点から、とくに重要といえる。さらに、今回示した7項目の中間評価項目をそれぞれの変化量として示し、7~8か月間の数値を示したことで、その標準となる数値が示されたことも、ケア提供の計画を見直す時期を検討するにあたっての有用な情報となると考えられる。

すでに2006年の介護報酬改定で導入された「事業所評価加算（介護予防通所リハ・介護予防通所介護）」のように状態改善に資する介護報酬における加算が設定されているが、報酬を受けとる側の事業者においても積極的に加算を申請していこうという状況ではないようである。しかし、少なくとも今回の研究からは、高齢者が7つの中間評価項目得点と角度指標の数値によって、こうした

加算の根拠を示すことができる可能性は示されたといえる。

現在も医療・看護・介護の分野のサービスの標準化は難しいとされている<sup>14) 15)</sup>が、要介護高齢者の生活や慢性疾患の罹患の状況、中間評価項目得点、角度指標といった多様な個別性を慎重に踏まえてデータを分析することで、わが国の介護サービスの質の評価は可能となるものと考ええる。

## 5. 結論

介護保険サービスを受けることで要介護状態が改善されたという事象をアウトカムとするならば、この改善のエビデンスをどのように示すかは、今後の重要な課題であろう。本研究では、在宅要介護高齢者72,660名分の継続する3年間の要介護認定情報の算出された7つの中間評価項目得点の経年的な変化を数量化し、分析した結果から、BPSD以外は、年齢階層別に漸次、低下傾向があることを示した。

また、全要介護高齢者の平均値の経年的な推移からだけでは見出すことができない改善群が一定割合で存在することを新たな指標である角度指標によって明らかにした。

今後は、さらに介護保険サービスの提供量・方法に関するデータを分析し、これを標準化することで介護保険サービスの質の評価方法を確立する際の有用な資料となるものと考ええる。

注1) 角度指標は、以下の様にして算出される<sup>16)</sup>。第*i*回認定と第*j*回認定の間の第*k*中間評価項目得点に関する状態変化は、差分

$$d_{ij}(k) = m_j(k) - m_i(k) \quad (1)$$

で定義される。したがって、差分の分布範囲は

$$-100 \leq d_{ij}(k) \leq 100 \quad (2)$$

である。

隣接する回数認定において  $d_{ij}(k)=100$  または  $d_{ij}(k)=-100$  が実現する過程は極限の過程



であり、差分が100または-100に近づくほど実現が難しく、実現確率は0に漸近すると考えることができる。こうして、差分が100または-100となる状況を、それぞれ、無限遠点 $\infty$ 、 $-\infty$ に漸近する過程としてモデル化できるものとした。

上に述べた考えを具体化するために、差分 $d_{ij}(k)$ と正接関数によって関連付けられた指標 $\theta_{ij}(k)$ を考える。

$$d_{ij}(k) = \tan^{-1}(\theta_{ij}(k)) \quad (3)$$

$$\theta_{ij}(k) = \tan^{-1}(d_{ij}(k)) \quad (4)$$

#### 参考文献

- 1) JR Pratt : Long term care Quality, Long-Term Care, Managing Across the Continuum, 3rd edition, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 299-319 : 2010
- 2) A Donabedian: The quality of care. How can it be assessed? JAMA 260(12), 743-1748: 1988
- 3) A Donabedian: The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin 18(11), 356-60:1992
- 4) 鹿児島県保健福祉部介護国保課：保険者機能強化特別対策事業『ケアプランチェック体制整備事業』報告、52 : 2004
- 5) 第77回社会保障審議会介護給付費分科会（平成23年7月28日）、資料1、「リハビリ・軽度者（予防給付）について」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001kpu0-att/2r9852000001kpwr.pdf> (2011年9月29日アクセス)
- 6) 関庸一、筒井孝子、宮野尚哉：要介護認定一次判定方式の基礎となった統計モデルの妥当性、日本応用統計学会誌、29、101-110 : 2000
- 7) 厚生労働省：認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成23年3月改訂）2011 : 3  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009_2.pdf) (2011年9月29日アクセス)
- 8) 厚生労働省：介護認定審査会委員テキスト 2009 改訂版（平成23年4月改訂）、2011 : 3-4  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009_3.pdf) (2011年9月29日アクセス)
- 9) T Tsutsui : The Method of elderly care recipient Classification in Long term care insurance system and its application for the provision. The joint scientific Meeting of the International Epidemiological Association Western Pacific Region and the Japan Epidemiological Association Program and abstracts, S48, Saitama, Japan, January 11, 2010
- 10) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者リハビリテーションのあるべき方向、図表39生活機能の状態像—①—、図表40生活機能の状態像—②—、50 : 2004.
- 11) 岡本祐三：高齢社会の医療と福祉（介護）、日本臨床内科医会会誌、18(1)、17 : 2003.
- 12) J Lynn, DM AdamCon: Living well at the end of life : Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. Rand Corporation : 2003.  
[http://www.rand.org/pubs/white\\_papers/WP137.html](http://www.rand.org/pubs/white_papers/WP137.html) (平成23年8月31日アクセス)
- 13) 岡山県保健福祉部長寿社会対策課：介護保険サービスの実態調査報告書（介護サービス等適正化推進事業）、9 : 2004
- 14) LT Kohn, JM Corrigan, MS Donaldson : To Err is Human:Building a Safer Health System. National Academy Press: 2000
- 15) K Vanhaecht, M Panella, R van Zelm, W Sermeus : An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions , International Journal of Care Pathways, 14, 117-123:2010
- 16) 宮野尚哉、筒井孝子、東野定律：要介護高齢者の健康状態の時間的推移に関する統計分析。厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「在宅および施設における要介護・要支援高齢者に関する研究」平成21年度総括・分担研究報告書、  
に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発 121-126 : 2010

### Abstract

Assessing the quality of services provided by long-term care insurance is an urgent priority in Japan as in other all countries, but major issues still remain when trying to achieve an appropriate assessment and evaluation method.

In the current Long-term Care Insurance System of Japan, when the user's condition is improving after the provision of services, an additional reward is offered to providers. In other words, the remuneration system of services includes an outcome evaluation. However, the indicator currently used to determine if the user's condition has improved or not is the Care Level, and some critics claimed that this indicator was too coarse to be used for the assessment of highly diversified conditions of elderly persons.

This paper proposes a new indicator to evaluate improvements in the condition of elderly persons based on standardized scores for the dimension of physical and mental status. By using data from the Care Need Certification of 72,660 elderly persons in their community, this indicator revealed, through 7 physical and mental condition indices, the evolution in their condition over three years. This new indicator showed that except for patient with BPSD, the score tends to gradually decline along with age brackets.

In the future, analyzing at these scale the way services are provided and investigating the quantity of care appropriate to each elderly person's condition should improve the standardization of services. The provision of standardized services may be crucial to assess the quality of these services according to changes in the elderly person's condition.

## [研究論文]

## 社会福祉法人の経営者の意識・認識に関する研究

著者：藤井 賢一郎（日本社会事業大学 専門職大学院ビジネスマネジメントコース）

共著者：今井 幸充（日本社会事業大学）

## 抄録

社会福祉法人の経営者の経営全般や人材マネジメントに関する意識や認識を把握し、それが、どのような構造にあり、また、法人の属性とどのように関連しているかについて明らかにすることを目的に、全国の社会福祉法人の経営者を対象に調査を実施した。

探索的因子分析、確認的因子分析を行ったうえで、経営者の意識・認識を得点化し、重回帰分析およびパス解析を行った。経営者の「積極姿勢」と比較して、「消極姿勢」のほうが人材の確保・育成の意識を規定する傾向にあった。また、経営者の意識を規定するのは、主として法人の規模や実績（創設年）であり、サービス種別や同族経営者などの経営者の属性ではない。

以上の結果の含意を含め、社会福祉制度改革の視点から論じた。

キーワード：社会福祉法人、経営者の意識、規制改革、イコールフティング

## 1. 緒言

社会福祉法人は、1951年に制度化され、「これまでのわが国の社会福祉の発展において、大きな役割を果たし」<sup>1)</sup>、「わが国の福祉サービス提供主体のなかで中核的な役割を果たしてきた実績があるとともに、制度的にも国民の信頼を得る基盤をもっている」<sup>2)</sup>と評価されてきた。しかし、一方で、「先駆性や自主性については、政府による「規制と助成」のなかで民間性を失い、自らの役割を“公的福祉の代行”という下請け的な範囲にとどまらせるに至る」<sup>3)</sup>という評価もされてきている。

こうした状況を打破するためには、まずは、社会福祉法人として持つべき使命、役割の再構築とともに、社会福祉法人の経営管理能力の向上が求められている<sup>4)</sup>。そこでは、経営者の強い意志や姿勢が欠かせない。

ところで、社会福祉法人の経営者の姿勢や意識は、過去の経緯や規制によって固定化された内部環境に影響を受ける可能性がある。「社会福祉法人経営の現状と課題」<sup>1)</sup>では、過去の規制や経緯に

より、一法人一施設で法人規模が小規模・零細であること、同族的経営が多いことを指摘しているが、たとえば、零細な法人の経営者が、現状を打破する姿勢や認識を持ちにくいことは、大いに想定できる。しかも、こうした環境は、容易には変えがたく、今後とも、経営者の意識を規定していく可能性がある。

以上のように考えると、社会福祉法人の経営者としての意識・認識がどのような構造にあり、また、それが何によって規定されているかを考えることは、社会福祉法人制度改革を進め、ひいてはイコールフティングのあり方を議論する上でも、重要な示唆を与えてくれるであろう。

社会福祉法人の経営者の意識については、経営者団体のリーダーの発言や先進的経営者の発言は多いが、積極的な経営者の側の発言であり、消極的な経営者の側の意見は伝わってきにくい。また、定量的な研究は乏しく、目的・対象が限定されていたり、単純な集計に留まっている<sup>5) 6) 7)</sup>。

そこで、本研究では、全国の社会福祉法人の経

営者を対象に、広く経営全般に関する意識や認識を把握し、それが、どのような構造にあり、また、法人や経営者の実態とどのように関連しているかについて明らかにすることを目的とした。

## 2. 方法と対象

### 2.1 対象

全国社会福祉施設経営者協議会会員約 6,800 法人から、都道府県、施設種別に層化無作為抽出を行い、社会福祉法人 1,000 法人を抽出し、本調査の対象とした。

なお、全国社会福祉施設経営者協議会は、1981年に全国社会福祉協議会の内部組織として設立され、社会福祉施設を運営する社会福祉法人から形成されている。本調査が行われた時点で、社会福祉協議会、共同募金会、社会福祉事業団を除く「施設経営法人」は、全国に16,157法人（地方公共団体所管法人数）であり<sup>8)</sup>、約4割が全国社会福祉施設経営者協議会に加入していることになる。

### 2.2 方法

郵送法を用いた。調査票と返信用封筒を同封した封筒を、各法人理事長宛に郵送し、法人の「経営者」が記載し、返信用封筒にて返送するように依頼した（調査期間：2008年3月1日から3月31日）。

### 2.3 倫理的配慮

調査票依頼状に、調査の参加は自由であり、調査に参加しないことで不利益を被ることはないこと、答えたくない質問には無理にこたえる必要がないことを明記した。

また、回答した内容は、コンピュータで数量的に処理し、厳重に管理すること、その後の調査結果の報告で個人や法人名が特定されないことがないことについても、明記した。

### 2.4 調査項目

#### 2.4.1 主要領域

同じ社会福祉法人であっても、サービス種別に

よって規制や制度の状況が大きく異なり、社会福祉法人制度を、経営する事業ごとに分別されるものかどうかの議論すら存在する<sup>9)</sup>。

上述の通り一施設一法人でサービス種別が一領域に留まる社会福祉法人も多いが、一方で、複数領域の事業を展開している社会福祉法人は少なくない。そこで、今回は、サービス種別に、事業・施設数、決算額を聞くとともに、調査時点における「主要事業領域」と、「一番力を入れている事業」について選択肢で聞いた。

回答結果から、決算額については未記入・不適切な記入が多かったため、「主要事業領域」として回答されたものを、「特養」「障害」「保育」「その他」に再分類して、分析に用いた。「特養」「障害」（身体障害、知的障害、精神障害）については、新制度が導入され、「措置制度」の経営環境が払拭されつつあること、「保育」については企業等の参入が認められる一方で、公設公営サービスが大きな割合を占めるなど特殊な環境にあること、そして、「その他」については、生活保護関係領域、保育を除く児童関係領域、特養以外老人関連領域等のサービスであり、旧来の「措置費」型の経営環境から大きく変化していないこと、を勘案した区分である。

#### 2.4.2 理事長・法人の属性

上述の「社会福祉法人経営の現状と課題」に加え、東京都の報告書でも同族的経営の問題を詳しく指摘している<sup>10)</sup>。一方、行政の過度の「規制」が社会福祉法人経営の障害であるとすれば、行政からのいわゆる「天下り」を問題にすべきであろう。

今回、理事長の属性を、設立者・設立代表者で（以下、「設立者」）、設立者又は元理事長の親族（以下、「同族者」）、元職員、国・地方公共団体の元職員（以下、「元行政職」）、その他に分類することにより、経営者の属性と意識・属性について分析を行った。

法人の規模については、上述の通り、財政規模が十分把握できなかったため、正規職員数による規模の分類を行った。

その他、設立年、年間理事会開催回数についても、経営の意識や姿勢を反映するものとして把握し、分析に用いた。

### 2.4.3 経営全般に関わる経営者の意識・認識

経営者の意識については、大きく、自分の法人の経営の環境やあり方の意識・認識、および今後自分の法人が安定した経営を行うための条件の意識・認識、の2つに分けて聞いた。いずれも、制度、理念、資金調達、イノベーション等、社会福祉法人経営において課題となっている点について、幅広く聞いた。

「経営環境・あり方」については12項目を、「1. 全く該当しない」～「4. 該当する」の4件法で聞き、「安定した経営を行うための条件」については9項目を、「1. 必要と思わない」～「4. 最も重要である」の4件法で聞いた。

### 2.4.4 人材の採用・育成に関わる経営者の意識・認識

経営全般の項目とは別に、自法人の職員の採用や育成の実態に関する経営者の意識について15項目を、「1. 全く該当しない」～「4. 該当する」の4件法で聞いた。

人材の項目を、経営全般と分けて別途聞いた理由は、2025年に至るまで、労働力人口の減少が見込まれる中で、福祉人材の需要は増え続けることから、介護・福祉経営上の制約条件として極めて重要な要素であり、経営者にとっても経営全般よりも問題意識を持ちやすいと考えたからである。

### 2.4.5 分析手順

まず、「経営全般に関わる経営者の意識・認識」を、「経営環境・あり方」と「安定した経営を行うための条件」を合わせ21項目について、回答番号の合計を得点として探索的因子分析によって因子構造を明らかにし、検証的因子分析によりモデルの検証を行った。同様に、「人材の採用・育成に関わる経営者の意識・認識」の15項目について、探索的因子分析によって因子構造を明らかにし、検証的因子分析によりモデルの検証を行った。

その後、これらの経営者の意識を得点化したものを目的変数、設立年、正規職員数、年間理事会開催数、主要領域（ダミー変数）、理事長属性（ダミー変数）を説明変数として、重回帰分析を行った。

さらに、経営者の意識・認識得点、設立年、正規職員数、年間理事会開催数、主要領域（ダミー変数）、理事長属性（ダミー変数）を用いて、パス解析を実施した。

## 3. 結果

### 3.1 回収率、有効回答率

192法人から回答があり（回収率19.2%）、そのうち、今回の分析で用いた項目すべてに遺漏なく回答があった法人134法人（有効回答率69.8%）を分析対象とした。

### 3.2 属性

図表1に、法人の主要領域別に、理事長の属性を示した。「特養」では「設立者」、「保育領域」では「同属者」の比率が高い傾向があるが、図表1全体

図表1：理事長の属性；法人の主要領域別

	設立者	同族者	元職員	元行政職員	その他	合計	
						n	%
特養	19	7	2	5	9	42	31%
	45%	17%	5%	12%	21%	100%	
障害領域	11	5	3	6	9	34	25%
	32%	15%	9%	18%	26%	100%	
保育領域	5	7	1	2	1	16	12%
	31%	44%	6%	13%	6%	100%	
その他領域	14	6	2	8	12	42	31%
	33%	14%	5%	19%	29%	100%	
合計	49	25	8	21	31	134	100%
	37%	19%	6%	16%	23%	100%	

$\chi^2=11.745, n=12, p=.466$

図表2：法人の基本属性；法人の主要領域別

	設立年		正規職員数		年間理事会開催数	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
特養	1987.5	12.7	78.0	64.9	6.0	6.5
障害領域	1981.5	15.5	56.4	51.0	5.0	2.5
保育領域	1975.4	12.8	30.3	37.6	4.3	1.9
その他領域	1975.9	21.5	58.3	71.8	3.9	1.8
合計	1980.9	17.2	60.6	62.5	4.9	4.1

※ \* $p < 0.05$ ；基本属性間の比較について一元配置分散分析を行い、有意差が示された属性に対してBonferroni法による多重比較を行った結果、有意差があるものについて示した。

図表3：「経営全般に関わる経営者の意識・認識」の探索的因子分析の結果

因子負荷量	因子名				記述統計	
	「積極姿勢」	「消極姿勢」	「資金調達困難」	「制度維持期待」	平均点	標準偏差
Q1_6 制度の谷間や制度外のサービスへ積極的に対応していく	.782	.092	.039	-.032	2.81	0.77
Q1_5 法人独自に、サービスの開発を行うことが重要	.652	.115	-.025	-.075	3.22	0.73
Q1_7 積極的な事業展開を行えば、制度は後からついてくる	.569	-.195	.227	-.094	2.39	0.84
Q1_2 今後、法人独自の「経営戦略」が重要になる	.565	.279	-.101	-.009	3.63	0.56
Q1_19 新事業の創出が重要*	.497	-.125	.011	.101	2.70	0.74
Q1_13 理念やミッションが浸透し、職員全体に共有化されることが重要*	.429	-.174	.078	.124	3.47	0.56
Q1_11 社会福祉法人としての使命が分かりにくくなっていると思う	-.239	.729	.022	.058	2.57	0.87
Q1_12 法人の経営を担う後継者の養成・育成が難しい	-.091	.550	.259	-.110	2.87	0.75
Q1_4 制度の動向が分からないと、経営が行えない	.159	.487	-.153	.100	3.33	0.74
Q1_3 制度の動向が不明確である	.286	.409	-.064	.003	3.55	0.61
Q1_10 会計や税務について、法人として十分理解して対応できていない	-.045	.406	.276	.010	2.28	0.81
Q1_9 現在、施設整備等の長期資金の調達に苦勞している	.143	.020	.745	.046	2.62	0.96
Q1_8 法人が自ら、施設整備等の長期資金を調達するのは難しい	.025	.023	.719	.044	3.31	0.76
Q1_18 税制などの優遇措置が重要*	.090	-.004	-.183	.698	3.23	0.57
Q1_16 補助金、交付金の維持・強化が重要*	-.002	.045	.193	.658	3.33	0.61
Q1_17 介護報酬、自立支援給付、措置費、保育所運営費の増額・適正化が重要*	-.059	.042	.110	.569	3.68	0.53
Cronbach $\alpha$	.744	.645	.694	.671		
因子間相関						
	「積極姿勢」	.106	-.139	-.040		
	「消極姿勢」		.170	.135		
	「資金調達困難」			.047		

※ 各設問のQ番号は、調査票の質問順。Q1\_13以降（文末に\*を表示）については、自法人で「安定した経営を行うために」重要度を聞いた設問。

としては、統計学的に有意差は認められなかった。

図表2に、主要領域別に、法人の属性（設立年、正規職員数、年間理事会回数）を示した。「特養」の設立年が新しく、正規職員数が多く、年間理事会数が多い傾向があり、「保育領域」で全く逆の傾向となっており、また、「その他領域」では、設立年が古く、年間理事会数が少ない傾向にあるが、統計学的に有意差が認められるのは、「特養」と「その他領域」間の設立年の差においてのみであった。正規職員数については、いずれの主要領域でも標準偏差が大きく、法人による差が大きいことが分かる。

### 3.3 経営者の意識・認識に関する因子分析

#### 3.3.1 「経営全般に関わる経営者の意識・認識」の因子分析

「経営全般に関わる経営者の意識・認識」21項目について、探索的因子分析（最尤法、カイザーガットマン基準にて因子数を決定、プロマックス回転）を行い、因子負荷量0.4以上の基準で項目の取舍を行った結果、4因子が抽出された。

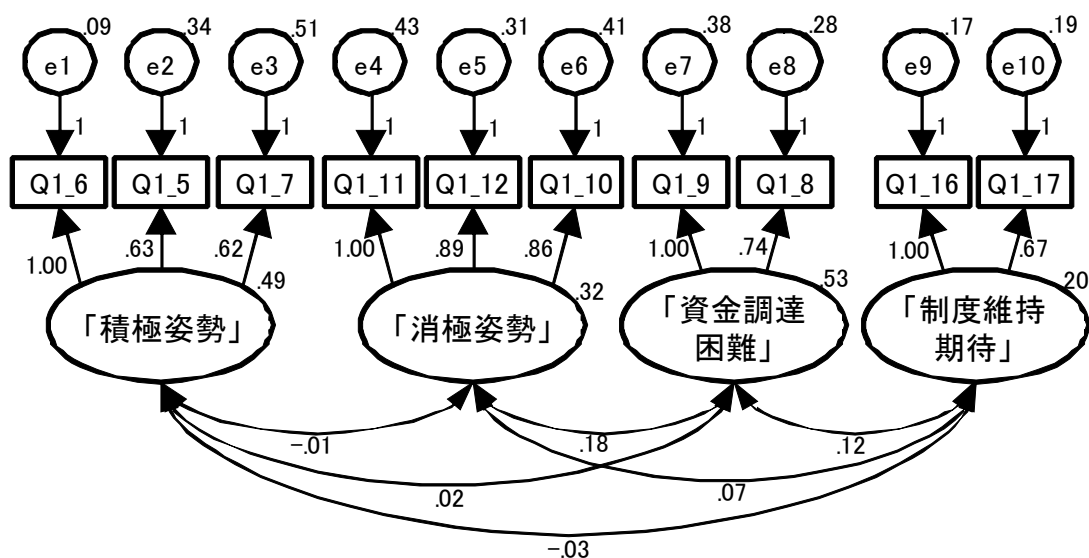
図表3に探索的因子分析の結果、および、それぞれ命名した因子名を示した。第1因子経営に対

する「積極姿勢」と第2因子「消極姿勢」は、一見相反する意識（すなわち負の高い相関になる）と考えられるが、両者の関係の相関が低い点が興味深い。また、その他の因子間も、全般に相関が低い。

次に、探索的因子分析の結果をもとに検証的因子分析を行ったところ、モデル適合度が満足できる水準ではなかった。そこで、因子の構成の内容的妥当性を確認しつつ、修正指数を基準としてモデル適合度を改善するように、複数因子に因子負荷量が高い観測変数項を削り、許容できる範囲であり、かつ、内容的妥当性もあるモデルの中で、最もモデル適合度が高いモデルを採用した。図表4に検証的因子分析の結果を示した。

図表4のモデルにおいて、「積極姿勢」「消極姿勢」「資金調達困難」「制度維持期待」のそれぞれのCronbach  $\alpha$  は、.701、.681、.694、.671であり、必ずしも十分な値とはいえないが、それぞれの項目の回答番号（1～4）の合計点を、「積極姿勢」得点、「消極姿勢」得点、「資金調達困難」得点、「制度維持期待」得点として、3.4以降の分析に活用できるものとして判断した。

図表4：「経営全般に関わる経営者の意識」の検証的因子分析の結果



GFI=0.945, AGFI=0.896, CFI=0.954, RMSEA=0.054, AIC=92.0

3.3.2 「人材の採用・育成に関わる経営者の意識・認識」の因子分析

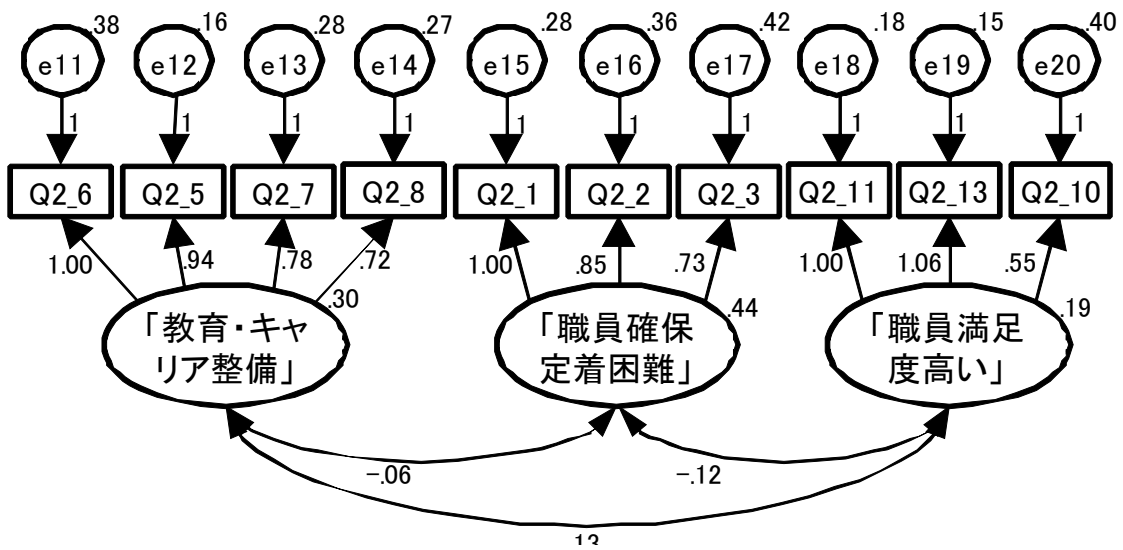
「人材の採用・育成に関わる経営者の意識・認識」の15項目について、探索的因子分析(最尤法、

カイザーガットマン基準にて因子数を決定、プロマックス回転)を行い、因子負荷量0.4以上の基準で項目の取捨を行った結果、3因子が抽出された。

図表5: 「人材の採用・育成に関わる経営者の意識・認識」の探索的因子分析の結果

		因子名			記述統計	
		「教育・キャリア整備」	「確保定着困難」	「職員満足度高い」	平均点	標準偏差
<b>因子負荷量</b>						
Q2_6	職員の研究や学会発表等を推進している	.864	-.017	-.259	2.54	0.83
Q2_5	職員の教育・研修体制が整備されている	.717	.005	.088	2.94	0.66
Q2_7	職員のキャリアパスが、明確である	.579	-.063	.058	2.41	0.69
Q2_8	「どんな職員になって欲しいか」という像が明確である	.509	.144	.192	2.96	0.66
Q2_1	正規職員の採用が困難である	-.043	.824	.073	3.04	0.85
Q2_2	非正規職員の採用が困難である	.086	.714	.033	3.05	0.83
Q2_3	採用した職員の定着が困難である	-.024	.489	-.215	2.72	0.81
Q2_11	仕事の「やりがい」の面で、職員は満足している	-.012	.019	.816	2.75	0.61
Q2_13	職員のモチベーションは高い	.135	-.105	.567	2.81	0.61
Q2_10	給与等の処遇面で、職員は満足している	-.085	.036	.433	2.29	0.68
Cronbach $\alpha$		.760	.720	.623		
因子間相関		「教育・キャリア明確」		-.158	.484	
		「確保定着困難」			-.369	

図表6: 「人材の採用・育成に関わる経営者の意識・認識」の検証的因子分析の結果



GFI=0.946, AGFI=0.908, CFI=0.976, RMSEA=0.041, AIC=85.2



図表5に探索的因子分析の結果、および、それぞれ命名した因子名を示した。因子間相関は、「教育・キャリア明確」と「職員満足度高い」が正の相関、「確保定着困難」と「職員満足度高い」が負の相関が認められるが、「教育・キャリア明確」と「確保定着困難」は相関が低くなっている。

次に、探索的因子分析の結果をもとに検証的因子分析を行ったところ、図表5の因子構造のままモデル適合度が十分満足できる水準にあったため、これを採用した。図表6に検証的因子分析の結果を示した。

図表5に示す通り、「教育・キャリア明確」「確保定着困難」「職員満足度高い」のそれぞれのCronbach  $\alpha$  は、必ずしも十分な値とはいえないが、それぞれの項目の回答番号(1~4)の合計点を、「教育・キャリア明確」得点、「確保定着困難」得点、「職員満足度高い」得点として、3.4以降の分析に活用できるものとして判断した。

### 3.4 「経営者の意識・認識」に関する重回帰分析

3.3で得られた経営者の意識・認識に関する7つの得点を目的変数、設立年、正規職員数、年間理事会開催数、主要領域(ダミー変数)、理事長属性(ダミー変数)を説明変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。いずれの分析においても、VIF値は1.00~1.37の範囲であり、

多重共線性がないことを確認した。

図表7の重回帰分析の結果を示した。説明変数として選択された変数としては、正規職員数が最も多く、次いで、設立年であり、その他では、特養ダミー、保育領域ダミー、理事長=同族者ダミーが各1ずつとなっていた。「正規職員数」の標準化偏回帰係数の値は、「経営全般」について「積極姿勢」では+、「消極姿勢」「資金調達困難」-、「人材の確保・育成」について「教育・キャリア明確」「職員満足度高い」では+となっており、総合して経営者の意識・態度が前向き・良好な状態といえるが、「職員確保定着困難」は+となっている。設立年の新しいほど、標準化偏回帰係数の値は「資金調達困難」「制度維持期待」-となっており、経営者の意識・態度が前向き・良好な状態であるが、正規職員が多い場合と同様に、「職員確保定着困難」では+となっている。また、特養は「職員満足度高い」が-に、保育は「職員確保困難」が-となっている。理事長が同族者であると「消極姿勢」が-となっている。

以上のように、基本的に、今回の経営者意識・認識に関する7つの得点は、主として、法人規模と創設年によって規定されており、サービス種別や経営者の属性にはあまり影響を受けていないといえる。

図表7：「経営者の意識」に関する重回帰分析の結果

	経営全般に関わる意識得点				人材の確保・育成に関わる意識得点		
	「積極姿勢」	「消極姿勢」	「資金調達困難」	「制度維持期待」	「教育・キャリア明確」	「職員確保定着困難」	「職員満足度高い」
設立年	-	-	-.18 *	-.22 *	-	.23 **	-
正規職員数	.26 **	-.17 *	-.26 *	-	.24	.30 ***	.18
理事会開催数	-	-	-	-	-	-	-
特養ダミー	-	-	-	-	-	-	-.33
障害領域ダミー	-	-	-	-	-	-	-
保育領域ダミー	-	-	-	-	-	-.17 *	-
理事長=設立者ダミー	-	-	-	-	-	-	-
理事長=同族者ダミー	-	-.22 *	-	-	-	-	-
理事長=元行政職ダミー	-	-	-	-	-	-	-
調整済みR <sup>2</sup>	.059 **	.057 **	.040 **	.040 *	.048 **	.159 ***	.105 ***

※ \*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05

※ 数値は、ステップワイズ法による標準化偏回帰係数 $\beta$ を示す。

3.5 「経営者の意識・認識」に関する共分散構造分析

3.4の結果を受け、3.3で得られた経営者の意識・認識に関する7つの得点と、設立年、正規職員数、年間理事会開催数、主要領域（ダミー変数）、理事長属性（ダミー変数）の因果構造を分析するために、パス解析を実施した。パスの方向の内容的妥当性を確認しつつ、パスの推定値の確率と修正指数を基準としてモデル適合度を改善し、モデル適合度が許容範囲であり、かつ、内容的妥当性もあるモデルの中で、最もモデル適合度が高いモデルを採用した。

図表8にパス解析の結果を示した。やや複雑な結果であるが、以下特徴をまとめる。

「経営者の意識・認識」得点間については、①ポジティブな意識・認識である「積極姿勢」は、「正規職員数」からパスがある以外は、他の意識・認識と関係がない、②ネガティブな意識・認識である「消極姿勢」「資金調達困難」「制度維持期待」は、それぞれの関連性があるとともに、人材の確保・育成への意識・認識に影響を与えている。

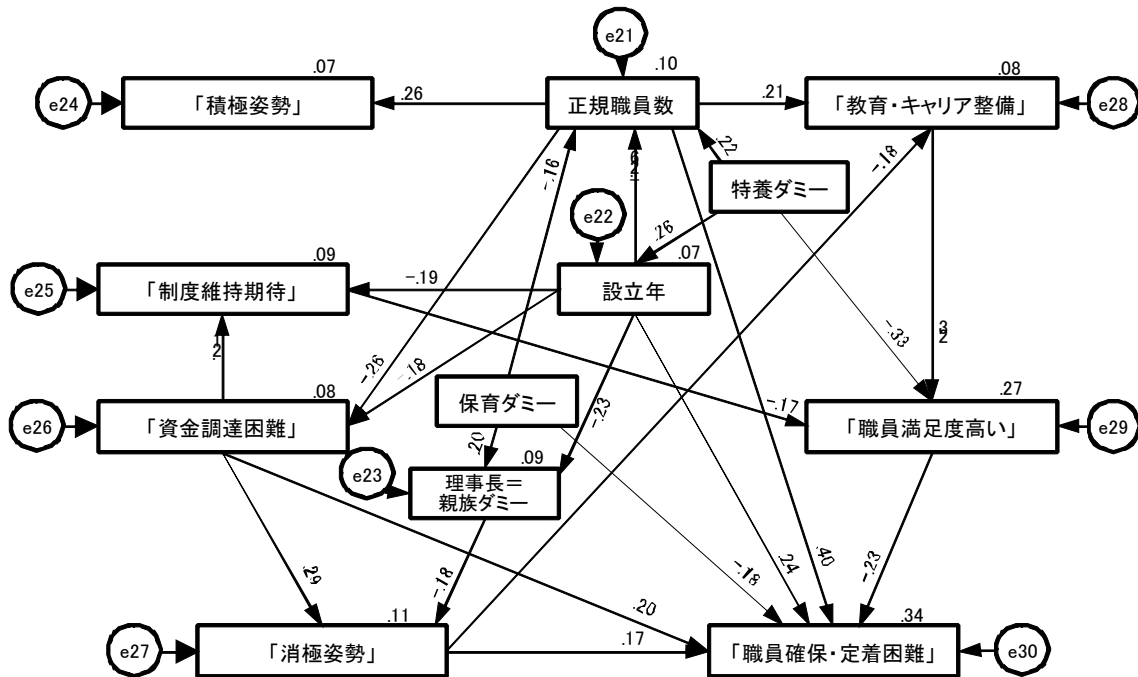
法人・理事長の属性と意識・認識得点との関係については、①重回帰分析の結果にほぼ等しく、「正規職員数」（規模）と設立年が、経営者の意識・認識を規定している、②「特養ダミー」が、「設立年」と「正規職員数」を高め、結果として、ポジティブな意識・認識を高めている（ただし、これらのパスを通じても、「職員満足度が高い」「職員確保・定着困難」への効果はプラスとはなっていない）、③「保育ダミー」が、「理事長=親族ダミー」を通じて、「消極姿勢」を低め、人材の確保・育成に間接的にプラスの影響を持つ一方、「正規職員数」を低める（規模が小さい）ことを通じて、「積極姿勢」を低め、人材の確保・育成の意識・認識に間接的にマイナスの影響を持っている（両者は相殺するが、結果的に、人材の確保・育成の3項目すべてにマイナスの影響を与えている）。

4. 考察

4.1 得られた知見とその含意

本研究では、調査客体を設定するにあたって、全国社会福祉施設経営者協議会の会員（全国の社

図表8：「経営者の意識」と法人・理事長属性のパス解析結果



GFI=0.949, AGFI=0.902, CFI=.991, RMSEA=0.018, AIC=116.7

会福祉法人全体に関する調査・統計が存在しないため、正確には不明だが、規模が大きく設立が古い法人比率が高いといわれている）から抽出を行ったこと、回収率が低いことといった点で、標本の偏りが想定される。また、介護職員の確保が困難な時期に調査を行ったため、そうした背景が回答に影響を与えていると想定できる（介護求人倍率（介護分野）は2000年12月の2.53ピークで2001年4月以降は1.5以下に落ち付いているが、2000年3月時点では約2.0で上昇を続けていた<sup>11)</sup>）。さらに、質問項目の項目数や回答の分布について、因子分析等を実施する上で十分とはいえないデータを用了分析である。

このような限界を持ちながら、今回の分析結果は、社会福祉法人の経営者の意識について、一定の示唆を与えるものと考えられる。以下、最終的に、パス解析で得られた結果を中心に考察を行う。

#### 4.1.1 意識・認識間の関連

今回の研究では、社会福祉法人の経営者の意識について、「積極姿勢」が低いこと（高いこと）と、「消極姿勢」が高いこと（低いこと）は分けて考えるべきであるということを示唆している点で興味深い。また、「積極姿勢」より、「消極姿勢」が、人材確保・育成の意識・認識を規定しているという面でも示唆にとんでいる。

これらの結果を敷衍すると、社会福祉法人の経営者の意識に働きかける際には、ポジティブな意識を高めるような働きかけよりも（あるいは、働きかけだけではなく）、ネガティブな意識を高めないようにすることが、社会福祉法人の全体を考える上では、効果的であるといえるかもしれない。

#### 4.1.2 法人・理事長の属性と意識・認識との関連

今回の研究では、これまで指摘されてきた規模の問題が、単に経営や管理上の観点からだけではなく、経営者の意識をも規定しており、規模が大きいほどポジティブな意識を持ちやすく、ネガティブな意識を持ちにくいということが明らかにされた。また、設立年も経営者の意識を規定してい

ることを明らかにされた点で、興味深い。規模が大きいということは、法人事務局機能（経営企画、財務、人材育成等）を強化しやすく、複数事業や多角的な経営を行うことが可能となる。また、歴史があるということそのものにより、経営ノウハウや組織・人材の面で、有利に働くことが想定できる。こうした、経営面の有利な状況が、経営者に長期的かつ多様な選択肢の中からの戦略を考えさせやすくなり、経営者の意識自体をより積極的にさせると考えることは可能ではないだろうか。

これらに対して、サービス種別や理事長の属性は、あまり経営者の意識を規定しておらず、むしろ、設立年や正規職員数を通じて間接的に影響を与える傾向にあった。具体的には、特養であること自体で経営者の意識は規定されないが、他の種別より、規模が大きくなりやすいという傾向があり、規模が大きいうことが経営者の意識を規定している（「積極姿勢」「教育・キャリア整備」「職員・確保定着困難」の意識・認識が強く、「資金調達困難」の意識・認識が弱い）。また、特養が他の種別と比較して、設立が新しいという傾向があることで、設立年が新しいという共通の経営者の意識を規定していた（「制度維持期待」の意識・認識が弱く、「職員・確保定着困難」が強い）。保育は、この全く逆の傾向であるが、同様の「間接的な」影響に留まっている。

サービス種別により、制度をはじめとする経営環境が大きく異なるため、サービス種別が直接意識を規定していないという点は意外な点であり、極めて示唆深い。社会福祉法人制度を考える際、サービス種別の区分が話題になることがあるが、少なくとも、経営者の認識や意識に関しては、サービス種別で大きな相違がないという見方ができるかもしれない。

次に、理事長の属性についてであるが、元行政職員等である場合は経営者の意識に影響を与えていないが、親族である場合は「消極姿勢」が低い傾向があった。一般に、同族的経営には非難が多いが（実際に、そうした事例には事欠かないが）、一方で、同族経営であるが故に、理念の継承等の

面で優れた面を持つ研究<sup>12)</sup>もある。いずれにせよ、同族的経営を非難するのであれば、「天下り」の経営者も非難の対象となりうるし、「押し出されてなった」ような元職員の経営者にも、それぞれ特有の負の面はあり、それらを論理面・実証面に掘り下げるとともに、経営者の属性だけで決めつける言及は適切でないかもしれない。

なお、社会福祉法人の現行の制度運用を見る限り、理事長が、実質的な経営者ではない場合が散見される（今回の調査では、「実質的な経営者」という聞き方が、極めてあいまいになる可能性があり、理事長の属性を聞いている）ため、今回の結果には、留保が必要である。

#### 4.2 今回の結果と社会福祉法人改革を考える視点

わが国の社会福祉法人は、戦後の法制度上の様々な経緯によって生まれ、その制度創設について諸説ある<sup>13)</sup>日本独特の制度である。

ただ、経営という視点からは、社会福祉法人制度創設当時、その趣旨について、「民間社会事業に対しても、その自主性を重んじ、特性を活かすとともに、特別法人制度の確立等によりその組織的発展を図」<sup>14)</sup>る、「民間の社会福祉事業の自主性を重んじ」<sup>15)</sup>ずる、あるいは、「純粋性をたもち、公共性を高め、その適正かつ確実な経営をなさしめる」、「法人の健全な育成の方途」を講じる<sup>16)</sup>といった説明が、明確になされてきた。

しかしながら、村田が指摘する通り、実際には、措置制度が「経営革新へのインセンティブを喪失させ、行政の下請機関としての存在意義を自ら是とする矛盾を組織内部に内在させ」<sup>17)</sup>たことは明白であった。こうした中、1980年代半ばから、社会福祉法人が民間事業者による社会福祉事業を独占することに対し非難が集まり<sup>18)</sup>、独占してきた分野について、徐々に企業、特定非営利活動法人等の参入が認められ、同時に補助金等も削減されてきている。

そして、更に、税制の優遇措置を含め、イコールフットイングを進めるべきだという意見<sup>1)</sup>も根強くある。こうした意見に対し、税制の優遇措置

に関して、「公益性」の観点から、社会福祉法人のあり方が論じられてきているところである<sup>1)</sup><sup>13)</sup><sup>19)</sup>。

ところで、多くの論者は、税制の優遇措置を特別な制度として論じる傾向にあるが、ヘルスケアや社会サービス分野において、税制上の恩恵を与えられた非営利法人が重要な役割を担うというのは、先進諸国共通の制度であるということも事実として確認しておきたい。問題なのは、海外の研究者が指摘するように、わが国の社会福祉法人は、あたかも政府の外郭団体として運営され<sup>20)</sup>、非営利法人として必要な独立性を欠いた、「都合のいい下請け」<sup>21)</sup>となってきた点なのであって、それを形成してきた政府の規制（許認可行政の過度な形式化と形骸化）のあり方である。

むしろ、八代が言うように、企業や特定非営利活動法人との競争条件を対等にするだけでなく、社会福祉法人の側にある規制の緩和・撤廃が重要という意見に説得力がある<sup>22)</sup>。

ただ、更に言えば、実際、これまでの改革の中で、社会福祉法人の「恩恵」が失われる一方で、資金使途等の規制緩和も進められてきた<sup>3)</sup>にもかかわらず、社会福祉法人全体の自主性や柔軟性が十分高まっているとは思えない現状がある。鈴木は、社会福祉法人を含め「社会保障分野の業界団体を形成する事業者たちは、補助金漬けと高コスト体質に特徴づけられるように、規制に守られた統制経済の中だけで生息している、いわば「絶滅危惧種」なのである」<sup>23)</sup>という辛辣な指摘を行っているが、社会福祉法人が、自主性や柔軟性を「取り戻す」ことが困難と見られていることに深刻な問題を見てとれる。

以上のような観点にたち、本研究の結果を社会福祉法人制度改革に生かすとなると、どのようなことが提言できるであろうか。

まず、事業規模や実績（歴史が古いこと）が、経営者の意識を規定しているのであれば、全くの異業種が主として資産要件だけで新規参入できる現状を改め、実績を十分重ね、規模が一定程度ある特定非営利法人等が社会福祉法人になる道筋<sup>24)</sup>、その際、例えば、米国における売上高の一定比率

を負担能力のない利用者への援助にあてることにより、非課税措置を受けられるというような明確な「公益性」の基準により<sup>25)</sup>、社会福祉法人の参入の緩和を行うことも、有効と考えられるであろう。さらに、高齢者介護ニーズは当面増加傾向にあるが、人口減少社会に向けて、福祉ニーズそのものは減少傾向に向かうことが想定され、社会福祉法人の合併を強力に進めることが考えられる。

また、サービス種別の相違よりも共通点に着目した議論や検討も有効かもしれない。

さらに、経営者の前向きな気持ちを盛り上げるというより、後ろ向きな気持ちをどう盛り上げるかという議論、施策展開のあり方も考えられるかもしれない。

いずれにせよ、公益法人改革が着実に進展する中で、社会福祉法人のあり方の議論が本格的になされるべきであろうし、そのためには、経営の自律性や柔軟性をどのように取り戻すかという観点から、今後もさらなる議論や調査研究も求められていると考える。

## 謝辞

本研究は、厚生労働省社会福祉推進事業（平成19年度）の一環として行った「社会福祉法人経営に関する調査」の結果を再分析した。この調査は日本社会事業大学大学院専門職大学院「福祉経営フォーラム」コア会議で実施したが、貴重なご助言を頂いた本会議の座長慶応大学大学院経営管理研究科教授田中滋先生をはじめ、コア会議メンバーの社会福祉経営者ならびに厚生労働省関係諸氏等に、また調査協力を賜った全国社会福祉施設経営者協議会にここより感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 社会福祉法人経営研究会編，社会福祉法人経営の現状と課題，全国社会福祉協議会（東京），2006
- 2) 福祉サービス提供主体経営改革に関する提言委員会，福祉サービス提供主体経営改革に関する提言委員会最終提言，東京都福祉保健局，2003
- 3) 村田文世：福祉市場化における社会福祉法人経

営，社会福祉学，52(4)，p16-27：2011

4) 武居 敏：基礎構造改革後の変化と社会福祉法人，社会福祉研究，95，p2-10：2006

5) 東京都社会福祉協議会，小規模な社会福祉法人における経営の今後の方向性，東京都社会福祉協議会（東京），2010

6) NPO 人材開発機構，福祉サービス事業の経営幹部ニーズ調査，NPO 人材開発機構（東京），2007

7) 山口泰弘，鶴崎明日香：文京学院大学研究紀要，3(1)，p41-57：2001

8) 厚生省大臣官房統計情報部，平成19年度社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例），厚生省大臣官房統計情報部（東京），2009

9) 小笠原浩一：社会福祉法人の改革と施設運営の課題－存在理由と公的責任を問う－，社会福祉研究，85，p27-34：2002

10) 社会福祉法人経営適正化検討会，社会福祉法人の経営適正化に向けて－中間まとめ，東京都福祉保健局指導監査部（東京），p17-18，2010

11) 地域包括ケア研究会，地域包括ケア研究会報告書，三菱UFJリサーチ&コンサルティング（東京），p112，2010

12) Danny Miller, Managing For The Long Run: Lessons In Competitive Advantage From Great Family Businesses, Harvard Business Press (Massachusetts), 2005 (斉藤裕一訳，同族経営はなぜ強いのか？，ランダムハウス講談社（東京），2005)

13) 堤修三：社会福祉法人制度は存続しうるか，社会保険旬報，2303，p26-32：2007

14) 社会保障制度審議会：社会保障制度に関する勧告（第四編社会福祉），1950

15) 大崎康，社会福祉行政法，良書普及会（東京），p，1956

16) 木村忠次郎，社会福祉事業法の解説，時事通信社（東京），p22-24，1951

17) 村田文世，福祉多元化における障害当事者組織と「委託関係」，ミネルヴァ書房（京都），p31，2009

18) 増田雅暢，福祉サービスと供給主体，社会福祉サービス法（日本社会保障法学会編），法律文化社

- (京都), p119, 2001
- 19) 狭間直樹: 社会保障の行政管理と『準市場』の課題, 季刊・社会保障, 44(1), p70-p81: 2008
- 20) Lester M. Salamon, Helmut K. Anheiter, The Emerging Sector, Johns Hopkins University (Maryland), 1994 (今田忠監訳, 台頭する非営利セクター, ダイヤモンド社(東京), p123, 1996)
- 21) Robert Pekkanen, Japan's Dual Civil Society: Members Without Advocates, Stanford University Press (California), 2006 (佐々田教訳, 日本における市民社会の二重構造, 木鐸社(東京), p40, 2008)
- 22) 八代尚宏: 社会福祉法人の改革—構造改革の潮流の中で—, 社会福祉研究, 85, p19-26: 2002
- 23) 鈴木亘, 社会保障の「不都合な真実」, 日本経済新聞社(東京), p25, 2010
- 24) 全国地域生活支援ネットワーク, 障害者自立支援法下における地域生活支援事業所ガイドブック, 全国地域生活支援ネットワーク(鹿児島), 2007
- 25) 八代尚宏: 規制改革—「法と経済学」からの提言, 有斐閣(東京), p58-59, 2003

### Abstract

In order to grasp the consciousness and recognition of the managers of a social welfare corporations about management at large and human resource management, and to clarify the structure of the consciousness and recognition and relationship to the characteristics of corporations, the manager of social welfare corporations all over the country were investigated.

After conducting explanatory factor analysis and check factor analysis, a manager's consciousness and recognition were score-ized, and multiple linear regression analysis and path analysis were conducted. As compared with a managers' "positive attitude", the way of "passive attitude" suited the tendency to have causal relationship to the consciousness about talented people's reservation and training. Moreover, it was mainly the scale and track record (foundation year) of a corporation that specify a manager's consciousness, but it was not the attribute of managers, such as service classification and a family-run-management-style.

We discussed from the viewpoint of the social welfare corporation institutional reform including implication of the above result.

## [研究論文]

介護現場におけるリーダーの特性に関する研究  
— 「他の職員の目標」となるリーダーはどのような特性を持っているか—

著者 : 影山 優子 (西武文理大学 サービス経営学部)  
共著者 : 藤井 賢一郎 (日本社会事業大学専門職大学院 ビジネスマネジメントコース)  
白石 旬子 (日本学術振興会 特別研究員 DC)  
田口 潤 (日本社会事業大学大学院)

## 抄録

本研究は高齢者施設で働くリーダーの特性を明らかにすることを目的とし、1500か所の施設に対して郵送法により調査を実施した。分析対象は、①直接介護業務に従事している②介護現場での経験を10年程度有する③他の介護職の目標となる存在である、という条件を満たすリーダーとした。調査項目は、リーダーシップに関する個人的特性と、現在の職場環境等を評価する項目とした。270票が回収され、欠損のない197票を分析対象とした。共分散構造分析により一定程度の妥当性のあるモデルが構築され、リーダーは、「介護の仕事が楽しい・長く続けていきたい」という気持ちが根底にあり、それらがリーダーとしての自信を高めると同時に上司や組織に対するフォロワーシップの発揮にもつながっていた。そして、それが、最終的には「配慮型リーダーシップ・スタイル」に到達することが示唆された。

キーワード : 介護現場、介護職員、現場リーダー、リーダーシップ、フォロワーシップ

## 1. 緒言

社会的に介護ニーズが増大している一方で、介護職員をめぐっては、ここ5年、離職率が高い、人材確保が難しいといった問題がマスコミ等で繰り返し報道されている。財団法人介護労働安定センター<sup>1)</sup>がまとめた平成22年度介護労働実態調査によると、介護職員の離職率は全体で17.8%であり、訪問介護員、介護職員の離職者のうち77.6%が入職から3年未満の者であるという報告がされている。早期離職が多い現状では、介護職員として働き始めても、自分のキャリアモデルとなるような先輩を見出しにくくなっていることが想定される。

介護職員の離職の背景としては一貫して低賃金・低処遇が指摘され、それを受け、平成21年度より介護職員の処遇改善を目的に「介護職員処遇改善交付金」が創設されるに至ったことは周知のとおりである。そして、この交付金制度において

は、事業所ごとにキャリアパスモデルの提出が義務付けられているが、これらのモデルは事業所側が期待するキャリアモデルを前提としがちであり、必ずしも実際に働く介護職員の立場に立って作られたモデルになっているとは言い難い面がある。

こうした現状を踏まえ、筆者らは、部下や後輩の立場から「いつか自分もあになりたい、このように働きたい」といった、自身の積極的な将来像を投影できるリーダーの特性を明らかにすることが、長期的な視点から見て介護人材の確保・育成の鍵になるのではないだろうかと考えた。また、こうしたリーダーは、単に「リーダー」として優れているだけではなく、介護職員としても輝いており、また、上司・先輩のフォロワーとしても優れているのではなかろうか。

リーダーシップに関する研究は1950年代から始まり、現在に至るまで数多くの研究が報告されて

いる。淵上<sup>2)</sup>によるとそれらの研究は、そのアプローチの対象の変遷からいくつかの時代に区分できるといえるが、なかでも、1990年代以降、リーダーシップ研究にフォロワーの視点が加わったことを一つの大きな節目として挙げている。フォロワー(follower)の語源はドイツ語の *follazion* であり「手伝う、助ける、援助する、貢献する」という意味を持ち、リーダーとともに組織の目標を達成させるため、業務に対する役割を批判的な思考と積極的に参与する過程であると定義されている<sup>3)</sup>。リーダーシップ研究にフォロワーの視点が加わった基本的枠組みは、リーダーとフォロワーそれぞれの特性や要因、その相互作用等を解明しようとするものであり、さらに近年では、リーダーとフォロワー両者の関係について、その役割は固定されたものではなく、ある状況では導き、他では従い、また別の状況では二つの役割を交互に担ったり、仲間と平等に分担するような流動的なものであるという指摘もされている<sup>4)</sup>。

さらにいえば、リーダーの立場にある人は部下にとってはまさしくリーダーであるが、彼の上司あるいは会社にとってはフォロワーとしての側面をほとんどの場合持ち合わせているだろう。このことを考えると、一人の人間が果たす二つの役割のうち、どちらか片方だけ役割を検討するのは不十分であり、両面から検討するのが自然と言える。

しかしながら、これまでのリーダーシップ研究では、上司にフォロワーシップを発揮することと、部下にリーダーシップを発揮することを結びつけたものは見当たらない。

介護分野におけるリーダーシップに関する研究は、海外も含めいくつか散見される<sup>5~9)</sup>ものの、これらの研究は、リーダーの働きかけやリーダーシップ・スタイルが部下にどのように影響を与えるかといったことを検討した古典的な特性理論を検証するものがほとんどであり、部下や後輩にとって目標となるようなリーダー像を浮かび上がらすものではない。また、これらの研究におけるリーダーとは、管理者や施設長、主任といった職務上の上司という設定である点も、本研究が意図し

ている対象ではない。さらに、リーダー機能にのみ焦点が当てられ、フォロワー的役割は考慮されていない。

以上のような背景を踏まえ、本研究では、主に部下や後輩など「他の介護職の目標となるような」介護リーダーの特性構造を明らかにすることを目的とした。

## 2. 方法

### 2.1 対象

調査対象は、入所型の高齢者施設でリーダーとして働く介護職員とした。調査方法は質問紙法による郵送調査で行った。調査期間は平成23年2月14日～平成23年3月7日であった。調査の具体的方法は次のとおりである。

調査対象とした高齢者施設は、平成23年2月の時点で「WAM-NET 介護事業所情報」に登録されていた特別養護老人ホーム、老人保健施設、特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、適合高専賃)とした。これらの施設について、それぞれ層化無作為抽出を行い、各500施設、計1,500施設を抽出した。

次に、当該施設長に対して、施設で働く介護職員のなかで施設長から見て「他の介護職員の目標となるベテラン職員」がいる場合、調査票を本人に直接手渡してもらうよう依頼した。この「他の介護職員の目標となる職員」とは、①介護職員としての経験年数がおおむね10年以上ある、②現在、ユニットやグループ(入居者10~20名)のリーダー以上の役職にある、③部下・後輩からの信頼が厚い、④安心して仕事を任せられ、将来「施設を背負っていく」役割を期待している、の4つの条件を満たす職員とした。調査票を手渡された介護職員に対しては、本人が直接記入し、封入・送付してもらうよう、施設長に依頼した。該当者がいない場合は回答・返送の必要はなく終了とした。このような手順をとったため、施設長から調査票を手渡された介護職員数を直接把握することができず、回収率を観測することはできないが、別途、施設長に対する調査票を送付し、該当者の有無を



回答し、別途調査票を返送してもらっているため、①～③を満たす介護職員の回収率について推計することが可能である。

また、調査対象を入所型の高齢者施設としたのは、夜間シフトを組み、チームで職務に当たる点において、介護職の働き方やリーダーに期待されることが共通すると考えたためである。また、回答者を「おおむね10年以上の経験を有するもの」としたのは、Ericssonが提唱し松尾らの<sup>10)</sup>が実証した「熟達者の10年ルール」及び菊池<sup>11)</sup>の「臨床経験10年を超えると専門職的自立性(役割行動)は上昇し、段階的に能力を伸ばす」という知見に従ったためである。

## 2.2 研究倫理

調査対象者となった介護職員に対して、研究の趣旨とともに調査結果は本研究の目的以外では使用しないこと、回答は義務ではなく拒否できること、分析や公表にあたって施設名や回答者が特定されることはないことなどを明記した「研究倫理に対する約束」を調査票に添付し、これらに同意した場合のみ回答を依頼した。また、上述の通り、記入した調査票は、回答者自身が封入・送付してもらう手順となっており、これらをもって回答者に強制力が働かないものと判断した。

## 2.3 調査内容

調査内容は回答者の基本属性、リーダーシップ・スタイル、リーダー志向性、フォロワーシップ・スタイル、組織風土、仕事に対する部下の成熟度、自身の介護観、キャリア・コミットメントの各項目を記載した調査項目によって構成した。

### 2.3.1 「リーダーシップ・スタイル」

「リーダーシップ・スタイル」は、仕事の中で普段行っているリーダーとしての行動を尋ねるものである。オハイオ研究州立大学研究で抽出されたLBDQX II (1962年版)<sup>12)</sup>の「構造づくり initiating structure」「配慮 consideration」の2軸の項目を参照にして、本研究に先行して実施した、介護現

場での経験を10年程度有するリーダー層職員10人に対して行った仕事での経験やリーダーとして心がけていることを聞いた半構造化面接(以下「パイロットスタディ」)から得られた内容と、研究者による協議で21項目を設定した。回答方式は、「1. まったく行わない」から「5. よく行っている」までの5段階での評定を求めた。

### 2.3.2 「リーダー志向性」

「リーダー志向性」は、リーダーとしての自分に対する自己評価と部下後輩にとって自分がどのような存在でありたいと考えているのかを問うものである。パイロットスタディの知見と研究者間の協議で10項目を設定し、「1. 全然そう思わない」から「5. いつもそう思う」までの5段階での評価を求めた。

### 2.3.3 「フォロワーシップ・スタイル」

「フォロワーシップ・スタイル」は、リーダーや上司に対してフォロワーの立場としてどのように考えたり行動するかについて尋ねるものである。Kelly<sup>13)</sup>による Followership Questionnaire と島津<sup>14)</sup>らのコーピング尺度を参考に24項目を作成した。

なお、Kellyのフォロワーシップは、上位者に対する関与(active/passive)と独自の考え方(independent/dependent)の2軸であり、これに島津のコーピング尺度を参照に「リフレーミング」に関する項目を追加し、「フォロワーシップ・スタイル」を構成したことになる。「リフレーミング」に関する項目を追加したのは、以下の理由である。アイラ<sup>4)</sup>は「勇敢なフォロワー」はリーダーと価値観が異なった場面においては、行動を起こす前に自分のことを反省してみることを勧めている。これを、筆者らは、パイロットスタディにおける知見を踏まえ、「リフレーミング」すなわち、葛藤的場面において、自身の物の見方や考え方の枠組みを変えて困難事に対応する心の動き<sup>15)</sup>ととらえ、フォロワーシップを発揮する上で重要な軸と考え、Kellyの尺度に追加した。

回答形式は、「1. まったくない」から「6. よくある」までの6段階での評価を求めた。

### 2.3.4 「職場風土」

「職場風土」は関本ら<sup>16)</sup>が作成した「組織風土尺度」(49項目)を、白石ら<sup>17)</sup>が介護現場の状況にそぐわない項目等を削除した11項目を本研究においても使用した。回答形式は、「1. 全くその反対だ」から「6. 全くその通りだ」までの6段階での評定となっている。

### 2.3.5 「仕事に対する部下の成熟度」

「仕事に対する部下の成熟度」は、井田<sup>18)</sup>が部下集団の成熟度を測定するために作成した「成熟度－働きかけ質問票」の項目を参考に作成した。回答形式は5段階とし、自分の部下集団を考えた際、各項目についてどの段階にあると思うかを尋ねた。低得点ほど成熟度が低く、高得点ほど成熟度が高いことを示す。

### 2.3.6 「介護観」

介護観は介護職員の介護に対する「こだわり」を測定するための指標であり、白石<sup>19)</sup>らが作成した「介護観尺度」(19項目)を使用した。回答形式は「1. 全く反対」から「4. 全く賛成」の4段階の評価となっている。

### 2.3.7 「キャリア・コミットメント」

「キャリア・コミットメント」は、日本労働研

究機構<sup>20)</sup>が作成した「キャリア・コミットメント尺度」を基に白石ら<sup>17)</sup>が介護現場の現状に沿うようにワーディング等の修正を行った「キャリア・コミットメント尺度」(10項目)を使用した。回答形式は「1. 全然そう思わない」から「5. いつもそう思う」の5段階の評価となっている。

### 2.3.8 個人属性

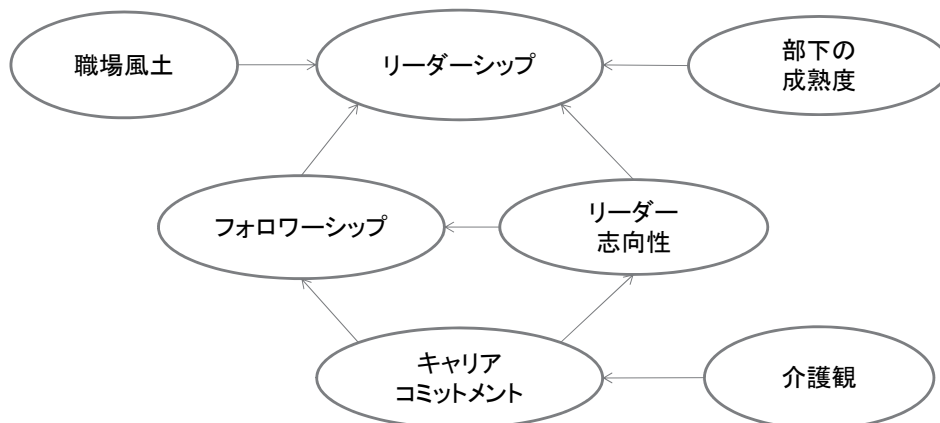
回答者の個人属性として、性別、年齢、保有資格、介護職員としての通算経験年数、現在の職場での経験年数、現在の職場での職位、現在の職場の施設種別、現在の職場の母体種別について回答を求めた。

## 2.4 分析の枠組み

本研究は「他の介護職員の目標となる」リーダーとはどのような特性を有しているのか、その特性モデルを探索しようとするものである。図表1に調査項目の因果関係を想定し作成した仮説モデルを示した。

分析の枠組みとしては、はじめに各調査項目について探索的因子分析を実施し、因子構造を明らかにした。なお、調査項目のうち、「職場風土」「介護観」「キャリア・コミットメント」については、白石<sup>17)</sup>らの調査によって既に明らかにされている因子構造との異同を確認した。次いで、得られた因子同士の相関と考察に基づいてモデルを構成し、共分散構造分析を行うことによりモデルの検証を行った。

+ 図表1 仮説モデル



### 3. 分析結果

#### 3.1 調査票の回収

1500 施設に配布し、回収されたのは 270 票であった。そのうち、分析に用いる項目に欠損がある等の調査票を除いた 197 票を最終的な分析対象とした。

別途施設長に行った調査では、69.6%の施設長が、今回の調査対象となるリーダーが「いる」と回答している。そのため、今回調査では 1044 人が調査対象に該当すると想定され、回収率は 25.8%と推計された。

#### 3.2 回答者の基本属性

回答者の基本属性を図表 2 に示した。性別は女性が 59.4%であった。年齢は 30 歳代が 54.8%と最も多く、半数以上を占め、次いで 40 歳代 (18.8%)、50 歳代 (17.3%) がほぼ同数であった。また、保有する資格 (MA) では、全体の 92.0%の回答者が介護福祉士の保有者であった。介護職員としての経験年数は 10 年～15 年が 42.1%で最も多く、平均経験年数は 12 年 5 か月であった。一方、現在の職場での経験年数は 10 年以上が 39.1%と最も多かった。また、現在の職場での職位は介護部門全体のリーダー (主任等) が 42.1%と最も多かった。最後に、回答

者の所属する施設種別は、特別養護老人ホーム 40.6%、老人保健施設 32.5%、特定施設のうち有料老人ホーム 16.5%の順であった。

#### 3.3 「リーダーシップ・スタイル」の因子構造

「リーダーシップ・スタイル」を構成する 21 項目の質問項目を用いて因子分析 (最尤法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転) を行った。各項目のうち、因子負荷が 0.40 に満たなかった 4 項目を削除し、あらためて 17 項目について因子分析を行った結果、3 因子が抽出された。図表 3 に因子負荷量を示した。

第 1 因子は 9 項目で構成されており、「部下や後輩に十分相談して行動する」「部下や後輩からの提案は些細なものであっても積極的に支持する」

基本属性		n	(%)
性別	男性	80	(40.6)
	女性	117	(59.4)
年齢	～29歳	13	(6.6)
	30歳代	108	(54.8)
	40歳代	37	(18.8)
	50歳代	34	(17.3)
	60歳代以上	5	(2.5)
保有する福祉関係資格 (MA)	介護福祉士	183	(92.9)
	ヘルパー2級	46	(23.2)
	介護職員基礎研修・ヘルパー1級	9	(4.6)
	社会福祉士	10	(5.1)
	看護師・准看護師	5	(2.5)
	介護支援専門員	64	(32.5)
介護職員としての通算経験年数	その他	23	(11.7)
	無資格	1	(0.5)
	10年未満	62	(31.5)
	10年～15年	83	(42.1)
現在の職場での経験年数	15年以上	52	(26.4)
	5年未満	42	(21.3)
	5年～10年	67	(34.0)
現在の職位	10年以上	77	(39.1)
	ユニットリーダー	28	(14.2)
	複数ユニット・フロアの統括リーダー	64	(32.5)
	介護部門全体のリーダー	83	(42.1)
現在の勤務先種別	生活相談員	20	(10.2)
	特別養護老人ホーム	80	(40.6)
	老人保健施設	64	(32.5)
	有料老人ホーム	32	(16.5)
	その他	18	(9.3)

図表3 「リーダーシップスタイル」の因子構造と因子間相関

	因子負荷量		
<b>I. 配慮型リーダーシップ・スタイル</b> ( $\alpha=.76$ ) 9項目			
• 部下や後輩に十分相談して行動する	.59	.03	.00
• 部下や後輩からの提案は些細なものであっても積極的に支持する	.56	.11	-.10
• このチームの一員で良かったと思えるような細かな心配りをする	.52	-.18	.34
• 部下や後輩、あるいは新人から学ぶという姿勢でいる	.51	-.09	-.02
• 部下や後輩と積極的に接触する	.50	.06	.10
• 部下や後輩との間に壁を作らないようにする	.46	-.05	-.01
• 仕事のうへで変更がある場合は部下や後輩にあらかじめ知らせる	.45	.27	-.28
• 部下や後輩と上司の間に立とうという姿勢でいる	.45	.18	.01
• 自分の行動について部下や後輩に十分説明する	.41	-.09	.23
<b>II. 圧力型リーダーシップ・スタイル</b> ( $\alpha=.78$ ) 4項目			
• 定められた業務手順や手続きを維持する	-.01	.83	.02
• 部下や後輩に、規則や決まりを守ってもらうようにする	.10	.70	.04
• 仕事が完了するようスケジュールを定める	-.02	.68	.02
• 定まった手順に部下や後輩を従わせるようにする	-.13	.46	.29
<b>III. 構造づくりリーダーシップ・スタイル</b> ( $\alpha=.76$ ) 4項目			
• 集団内でのリーダーの役割を部下や後輩に理解してもらうようにする	-.14	.10	.82
• 自分の態度をチームに対して明確に打ち出す	-.04	.11	.66
• 部下や後輩に具体的な課題を割り当てる	.04	-.02	.54
• 部下や後輩に、自分たちになが期待されているのかを知らせる	.36	-.01	.47
(因子間相関)			
配慮型リーダーシップ・スタイル	1.00		
圧力型リーダーシップ・スタイル	0.43	1.00	
構造づくりリーダーシップ・スタイル	0.54	0.36	1.00

KMOの標本妥当性の測度=0.84、Bartlettの球面性検定  $p<0.000$

といった項目に対して負荷が高く「配慮リーダーシップ」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 26.7%）。第2因子は4項目で構成されており、「定められた業務手順や手続きを維持する」「部下や後輩に規則や決まりを守ってもらうようにする」といった項目に対して負荷が高く「圧力リーダーシップ」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 34.2%）。第3因子は4項目で構成されており「集団内でのリーダーの役割を部下や後輩に理

解してもらうようにする」「自分の態度をチームに対して明確に打ち出す」といった項目に対して負荷が高く「構造づくりリーダーシップ」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 39.9%）。オハイオ州立大研究の「配慮」が、今回の研究の「配慮」に当たり、「構造づくり」が「圧力」と「構造づくり」に分かれたことになる。

### 3.4 「リーダー志向性」の因子構造

「リーダー志向性」を構成する10項目の質問項目を用いて因子分析（最尤法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転）を行った結果、2因子が抽出された。図表4に因子負荷量を示した。

第1因子は6項目で構成されており「自分はリーダーとしていろいろな良い素質を持っている」「自分はリーダーとして価値がある人間である」といった項目に対して負荷が高

図表4 「リーダー志向性」の因子構造と因子間相関

	因子負荷量	
<b>I. リーダーとしての自負・自信</b> ( $\alpha=.90$ ) 6項目		
• 自分はリーダーとしていろいろな良い素質を持っている	.90	-.08
• 自分はリーダーとして価値がある人間である	.88	-.10
• 自分はリーダーとしての業務をうまくこなすことができる	.78	.01
• 自分はリーダーとしての自分に満足している	.73	.03
• 自分はリーダーとして誇れることがある	.68	.12
• 自分はリーダーの仕事にやりがいを感じている	.50	.26
<b>II. 部下や後輩の目標となる意識</b> ( $\alpha=.83$ ) 4項目		
• 部下や後輩の目標でありたい	-.09	.87
• 部下や後輩に、尊敬され、頼りにされていた	-.04	.85
• リーダーとして存在感を持ちたい	.05	.65
• 自分はリーダー・先輩としてキラキラと輝いていた	.25	.54
(因子間相関)		
リーダーとしての自負・自信	1.00	
部下や後輩の目標となる意識	0.60	1.00

KMOの標本妥当性の測度=0.89、Bartlettの球面性検定  $p<0.000$

く「リーダーとしての自負・自身」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 49.3%）。第2因子は4項目で構成されており「部下や後輩の目標でありたい」「部下や後輩に尊敬され頼りにされていた」といった項目に対して負荷が高く「部下・後輩の目標」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 59.8%）。

3.5 「フォロワーシップ・スタイル」の因子構造

「フォロワーシップ・スタイル」を構成する24項目の質問項目を用いて因子分析（最尤法、スク

リープロットにより因子数を決定、プロマックス回転）を行った。各項目のうち、因子負荷が0.40に満たなかった7項目を削除し、あらためて18項目について因子分析を行った結果、3因子が抽出された。図表5に因子負荷量を示した。

第1因子は10項目で構成されており「組織や上司にとって、より価値がある行動をするために、能力を積極的に発揮している」「先輩や上司の言われたことだけをやるのではなく、組織の目標を達成するために重要なことは何かを考えている」といった項目に対して負荷が高く「組織一体型フ

図表5 「フォロワーシップ・スタイル」の因子構造と因子間相関

	因子負荷量		
<b>I. 組織一体化フォロワーシップ・スタイル</b> ( $\alpha=.87$ ) 10項目			
・ 組織や上司にとって、より価値がある行動をするために、能力を積極的に発揮している	.80	-.10	.01
・ 先輩や上司の言われたことだけをやるのではなく、組織の目標を達成するために重要なことは何かを考えている	.73	-.01	.01
・ 新しい仕事や課題に取り組む際、上司にとって重要な問題は何かを意識する	.71	-.01	.08
・ 仕事に心底のめり込んで働いており、自分にとっての最高の成果を仕事にもたらしている	.67	-.14	-.10
・ 上司や組織の目的に貢献する新しいアイデアを自主的に考え出している	.67	-.01	.24
・ 自分の熱意は、他のメンバーを元気づけている	.64	.01	-.03
・ 自分の仕事の上での目標は、組織の最も重要な目標と同一線上にある	.64	-.11	-.12
・ 上司の要求や目的を理解して、それを達成するように一生懸命働いている	.58	.12	-.25
・ 計画やプロジェクトを行う前に、メリットやデメリットを考え、他のメンバーや上司等が考えるのを助けるようにしている	.58	.12	.16
・ 自分の業務範囲を超えることでも、好奇心をもって取り組んでいる	.51	.26	-.05
<b>II. リフレーミングフォロワーシップ・スタイル</b> ( $\alpha=.77$ ) 4項目			
・ 自分の行動を変えることによって状況を変えることができないか考えるようにしている	-.11	.88	.09
・ 問題の原因になった自分の行動ややり方を変えようとする	-.19	.79	-.06
・ 問題に直面した際見方や視点を変えるようにしている	.09	.62	.06
・ 辛いことがあっても、これも自分にはよい経験だと思うようにする	.19	.51	-.20
<b>III. 独自価値フォロワーシップ・スタイル</b> ( $\alpha=.54$ ) 3項目			
・ 自分にできないことや興味のないことを上司に頼まれたら、「できない」と答えている	-.12	-.15	.62
・ 上司や組織の基準ではなく、自分の価値観や基準で行動するようにしている	-.05	.04	.56
・ 組織内で衝突したり、上司からうとまれたりするとしても、大切な問題については自分の意見を主張している	.19	.16	.43
(因子相関)			
組織一体型フォロワーシップ・スタイル	1.00		
リフレーミングフォロワーシップ・スタイル	0.49	1.00	
独自価値フォロワーシップスタイル	0.20	0.17	1.00

KMOの標本妥当性の測度=0.86、Bartlettの球面性検定  $p<0.000$

「フォローシップ」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 30.6%）。第2因子は4項目で構成されており「自分の行動を変えることによって状況を変えることができないか考えるようにしている」「問題の原因になった自分の行動ややり方を変えようとする」といった項目に対して負荷が高く「リフレーミングフォローシップ」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 39.2%）。第3因子は4項目で構成されており「自分にできないことや興味のないことを上司に頼まれたらできないと答えている」「上司や組織の基準ではなく、自分の価値観や基準で行動するようにしている」といった項目に対して負荷が高く「独自価値フォローシップ」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 45.5%）。

### 3.6 「職場風土」の因子構造

「職場風土」を構成する 11 項目の質問項目を用いて因子分析（主因子法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転）を行った結果、3 因子が抽出された。図表 6 に因子負荷量を示した。

この因子構造は先行研究<sup>19)</sup>の結果と同様であり、本研究においても第1因子を「個性重視組織」（回転前の累積寄与率 30.5%）、第2因子を「まとまりのない組織」（回転前の累積寄与率 40.7%）、第3因子を「安全・慎重組織」（回転前の累積寄与率 49.0%）とした。

### 3.7 「部下の成熟度」の因子構造

「部下の成熟度」を構成する 10 項目の質問項目を用いて因子分析（主因子法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転）を行った結果、2 因子が抽出された。図表 7 に因子負荷量を示した。

第1因子は7項目で構成されており「気づく力」「無気力・依存的行動」といった項目に対して負荷が高く「仕事への積極性」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 47.9%）。第2因子は3項目で構成されており「技術や知識、資格等の取得意欲」「昇進・キャリアアップ願望」といった項目に対して負荷が高く「キャリア・専門性志向」に関する因子とした（回転前の累積寄与率 55.3%）。

図表6 「組織風土」の因子構造と因子間相関

	因子負荷量		
<b>I. 個性重視組織 (<math>\alpha=.86</math>) 6項目</b>			
・各人の個性をのびのびと発揮することが許される	.793	-.028	.109
・お互いにぎくしゃくすることがあっても、葛藤を避けず本音で話し合うことがよしとされる雰囲気がある	.768	.067	.155
・上の者に対しても自由に物が言える雰囲気がある	.731	.019	.133
・ユニークなアイデアや新しい発想をつぎつぎと出し、それをどんどん実行していくことが強く求められる	.688	.029	-.158
・他のメンバーと同じような考えや意見をもつよりも、職員一人ひとりが自分なりの考えや意見をしっかり持つことが求められる	.655	-.076	-.135
・率直で、ストレートな発言や意思表示が歓迎される	.614	-.001	-.153
<b>II. まとまりのない組織 (<math>\alpha=.70</math>) 3項目</b>			
・仲間同志の競争意識が強く、互いに足を引っ張りあうような雰囲気がある	-.066	.730	.030
・周りのことを全く気にせず、自由奔放に仕事を進める人の方が高く評価されることがある	.130	.698	-.056
・個々人の独自性が尊重されすぎて、チームとしてひとつにまとまりにくいところがある	-.063	.564	-.009
<b>III. 安全・慎重組織 (<math>\alpha=.66</math>) 2項目</b>			
・何事につけ、安全で確実なやり方を選択し、手堅く実行していくことが求められる	.129	-.050	.650
・石橋を叩いてからでないと渡らないといった慎重なところがある	-.117	.017	.644
(因子相関)			
個性重視組織	1.00	-0.35	-0.17
まとまりのない組織	-0.35	1.00	0.05
安全・慎重組織	-0.17	0.05	1.00

KMOの標本妥当性の測度=0.77、Bartlettの球面性検定  $p < 0.000$

図表7 「部下の成熟度」の因子構造と因子間相関

	因子負荷量	
<b>I. 仕事への積極性</b> ( $\alpha=.88$ ) 7項目		
・無気力・依存的行動	.823	-.049
・「気づく」力	.816	-.104
・決まりきった対応行動	.764	.026
・コミュニケーション能力	.724	-.012
・部下・後輩たちの仕事ぶり	.721	.036
・好奇心・チャレンジ精神	.678	.136
・監督・指導の必要性	.454	.066
<b>II. キャリア・専門性志向</b> ( $\alpha=.76$ ) 3項目		
・技術や知識、資格等の取得意欲	-.080	.944
・昇進・キャリアアップ願望	-.005	.648
・専門的知識・技術	.403	.453
(因子相関)		
仕事への積極性	1.00	
キャリア・専門性志向	0.63	1.00

KMOの標本妥当性の測度=0.87、Bartlettの球面性検定  $p < 0.000$

図表8「介護観」の因子構造と因子間相関

	因子負荷量			
<b>I. 考え、振り返る実践重視</b> ( $\alpha=.84$ ) 4項目				
・利用者がなぜ、今、そのような行動をしたのか、常に考えるべきだ	.861	.027	.036	-.029
・利用者の様子・行動の変化が、どのような意味を持つのかを考えるべきだ	.823	.029	-.096	.042
・自分の介護のやり方を振り返り、改善するところを考えるべきだ	.742	-.017	.066	-.030
・利用者と接した後、自分の態度や言動が適切だったかどうかを常に振り返るべきだ	.614	-.026	.019	.061
<b>II. 組織内のルール・規範重視</b> ( $\alpha=.73$ ) 5項目				
・職場や施設で決められたマニュアルやルールに従うことは、重要である	-.051	.725	-.063	.007
・介護職員は、みんなで決めたケアプランに従って、その通りに実践しなくてはならない	-.042	.702	.030	.095
・介護の仕事はチームワークが重要であり、チーム全体の意見に従って仕事をするべきだ	.007	.631	-.019	.078
・組織の一員であることを意識して、仕事に取り組むべきだ	.146	.470	-.020	-.125
・介護職員によって、利用者への対応が違うことは好ましくない	-.002	.445	.118	-.036
<b>III. 残存能力・機能重視</b> ( $\alpha=.67$ ) 3項目				
・過去の生活歴・習慣の中から継続できることを見つけないと、利用者の残存能力の維持は難しい	-.008	-.087	.845	.014
・利用者ができることを見つけ、それを引き出さないと、生き生きとした生活を送ることができない	-.063	.191	.564	-.063
・利用者の過去の生活歴や嗜好を把握することで、意思疎通のできない人でも、その人の望むケアが実行できる	.096	-.023	.505	.077
<b>IV. 家族の意向、安全重視</b> ( $\alpha=.68$ ) 2項目				
・介護内容について判断に困ったときは、家族に決定してもらうべきだ	-.008	-.051	-.001	1.008
・利用者の意思疎通ができない場合、家族の意向を最優先にするべきだ	.056	.103	.033	.496
(因子相関)				
考え、振り返る実践重視	1.00			
組織内のルール・規範重視	0.18	1.00		
残存能力・機能重視	0.19	0.28	1.00	
家族の意向、安全重視	0.04	0.19	0.16	1.00

KMOの標本妥当性の測度=0.73、Bartlettの球面性検定  $p < 0.000$

### 3.8 「介護観」の因子構造

「介護観」を構成する19項目の質問項目を用いて因子分析（主因子法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転）を行った。各

項目のうち、因子負荷が0.40に満たなかった4項目を削除し、あらためて14項目について因子分析を行った結果、4因子が抽出された。図表8に因子負荷量を示した。

この因子構造は先行研究<sup>19)</sup>の結果とほぼ同様であり、本研究においても第1因子を「考え、振り返る実践重視」(回転前の累積寄与率 19.7%)、第2因子を「組織内のルール・規範重視」(回転前の累積寄与率 31.9%)、第3因子を「残存能力・機能重視」(回転前の累積寄与率 39.4%)、第4因子を「家族の意向・安全重視」に関する因子とした(回転前の累積寄与率 45.5%)。

### 3.9 「キャリア・コミットメント」の因子構造

「キャリア・コミットメント」を構成する10項目の質問項目を用いて因子分析(最尤法、スクリープロットにより因子数を決定、プロマックス回転)を行った結果、第1因子における累積寄与率が58%であったことから一因子構造と判断された( $\alpha=.92$ )。図表9に因子負荷量を示した。

この結果は先行研究<sup>17)</sup>と同様であったため、本研究においても「1. 全然そう思わない」から「5. いつもそう思う」をそれぞれ1点から5点とし、単純合計したものを「キャリア・コミットメント得点」として用いた。

なお、本研究におけるキャリア・コミットメント得点の平均は35.29点であり、この結果は先行研究<sup>17)</sup>における一般介護職員の平均点(30.22点)と比べて高い傾向にあることが示された。

### 3.10 「他の介護職の目標となる」介護職員の特性モデル

基本属性と調査項目の観測変数に対して探索的

因子分析で得られた因子を潜在変数とし、「他の介護職の目標となる」介護職員の特性モデルについて、共分散構造分析を用いて検討した。

共分散構造分析を実施するに当たって、各因子を構成する観測変数の数が多いケースがあったため、モデルの適合度や母数の推定値の安定性を向上させるために川端<sup>21)</sup>の提唱する方法に従い、アイテムパーセリングを行った。その際、各因子を構成する共通因子が1次元性であることを確認したうえで、因子を構成するパーセルが2~3になるようにバランス割り当てを実施した。

次に、図表1に示した仮説モデルと、探索的因子分析の結果得られたすべての潜在変数間の相関をもとにモデルを構築し、内容的妥当性を確認しつつ、パスの推定値の確率と修正指数を基準としてモデル適合度の改善を繰り返した。最終的に、モデル適合度が許容範囲であり、かつ、内容的妥当性もあるモデルの中で、最もモデル適合度が高いモデルを採用した。その結果、キャリア・コミットメントと6つの潜在変数からなるモデルを得た(図表10)。

本モデルの適合度を表す各指標の値はGFI=.905, AGFI=.864, RMSEA=.064であり、本モデルは一定の水準にあるものと判断した。

最終的に得られた他の介護職員の目標となるリーダーモデルには、「部下の成熟度」「職場風土」「介護観」に該当する潜在変数は含まれなかった。また、回答者の基本属性(性別、年齢、経験年数、勤務先の種別、職位)との関連も認められなかった。

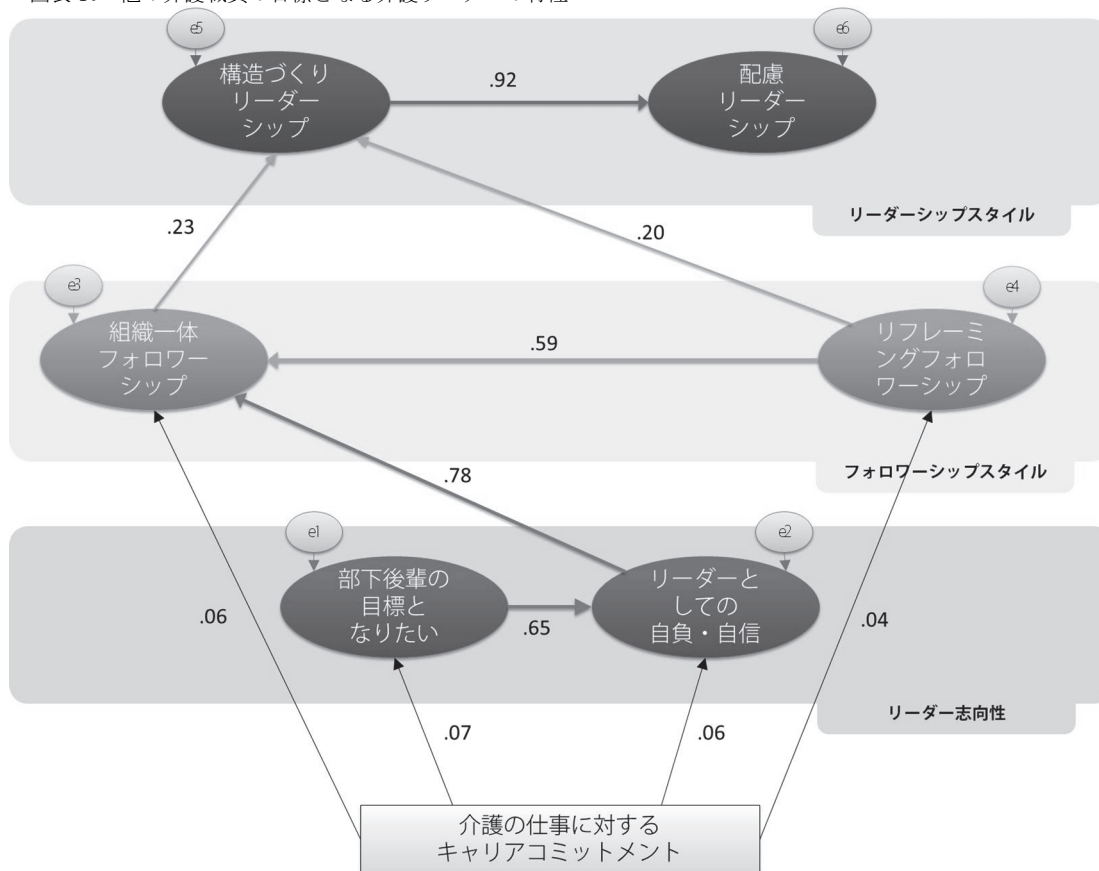
図表9 「キャリア・コミットメント」の因子構造

	因子負荷量
キャリアコミットメント10項目 ( $\alpha=.92$ )	
・今の仕事が好きなのでこの先も続けたい	.878
・今の仕事を一生続けたい	.867
・私にとって今の仕事はライフワークとして理想的な仕事である	.842
・子育てをしながらでも今の仕事を続けていきたい	.831
・もし働かずにお金が得られても今の仕事を続けるだろう	.764
・今の仕事に満足している	.715
・今の仕事でキャリアを追求したい	.645
・他の法人や会社に移っても今の仕事に就きたい	.637
・給料が下がっても今の仕事がしたい	.615
・今の仕事に関わる雑誌や本を多く読んでいる	.455

KMOの標本妥当性の測度=0.91、Bartlettの球面性検定  $p<0.000$



図表 10 他の介護職員の目標となる介護リーダーの特性



※アイテムパーセリングを行った観測変数については表記を省略した

#### 4. 考察

筆者らは、入所系の介護サービスは、個々の業務やその分担、裁量性の範囲が不明確になりがち、交代制勤務であるため情報が共有されにくい、年齢、学歴、職歴、所持資格等、多様な背景を持つ職員と一緒に働くことが多い、また、これらのため葛藤が起りやすいなどの特性を持ち、それを統括するリーダーの存在は欠かせない、と考えている。また、介護職員がやりがいをもってその資質・専門性を伸ばし、質の高いサービスを提供していくためには、単に統率できるリーダーというより、自分自身が介護職員として優れ、「他の介護職の目標となる」という資質が求められるのではないかと。事実、筆者らの知る限り、介護職員の能力が高くやりがいを持ち、質の高いサービスを提供している職場には、必ずといってよいほど「他の介護職の目標となるリーダー」が存在している。

こうしたリーダーは、単に、部下である介護職員の「リーダー」として優れているだけではなく、上司である施設長等に対しても、期待され、頼りにされる、優れた「フォロワー」でもある。

本研究では、筆者らのこうした実感をもとに、『施設長からみた「他の介護職の目標となるリーダー」』が持つ特性・構造を明らかにすることを目的として行われた。

今回得られたモデルによれば、リーダー志向性について、部下や後輩にとって目標となるような存在でありたいという意識が高いほど、リーダーとしての自信や自負を高め、これにより、組織や上司のために自分の能力を最大限に活かす方法を常に考えながら仕事をする姿勢（組織一体フォロワーシップ）を高めていた。これは、仮説モデルとは異なり、リーダー志向性が高いことは、直接リーダーシップを高めるのではなく、まず、組織

や上司の目的を達成しようとするのが特徴であった。

また一方で、困難場面において、まず自分自身のものの方や考え方の枠組みを変えてみることで、問題の解決を図ることができないかを考える姿勢（リフレーミング）も、「組織一体フォロワーシップ」を高めていた。さらに、「組織一体フォロワーシップ」と「リフレーミング」の両者が、組織として抱えている課題を明確に示し、部下や後輩に仕事の仕方や枠組みを提示するなどの働きをする「構造づくりリーダーシップ」を高めていた。「リフレーミング」は、「構造づくりリーダーシップ」を直接高めるだけでなく、「組織一体フォロワーシップ」を通じて、間接的に高める効果も持っていた。なお、これらのフォロワーシップの「構造づくりリーダーシップ」への効果は、他と比較するとやや低い傾向にあった。

さらに、リーダーシップ・スタイルとして、「構造づくりリーダーシップ」を通じて、部下や後輩に対して心配りをし、彼らから学ぶという姿勢を持ち、自分の行動や判断の理由についても彼らに説明しながら仕事を進めていくといった「配慮リーダーシップ・スタイル」が高められる構造となっていた。介護の現場は、上述の通り、ある種の葛藤が起りやすいが、こうした環境において仕事の方向性や課題、そのための枠組みを明確にするリーダー（構造づくりリーダーシップ）は、部下や後輩にとって、仕事のしやすさに直結するといえる。また、チームで一体となって仕事をする上で、自分の考えと違う決定がなされる場合がある。そのプロセスにおいて、部下や後輩が納得感を高め、メンバーひとりひとりが尊重されているという感覚を持つためには、配慮型のリーダーシップ・スタイルの構築が求められであろう。これによって、リーダーに対する信頼感も高まるのではないだろうか。

一方、今回採択したモデルでは、「圧力型リーダーシップ・スタイル」、「独自価値型フォロワーシップ」、職場の組織風土、部下の成熟度、あるいは自身の介護に対する考え方（介護観）が、モデル

を構成していなかった。このことは、今回の研究対象である「目標となるリーダー」がリーダーシップを発揮する際に、こうした意識・態度を示さない、ということの意味しているわけではない。すなわち、今回対象とした「目標となるリーダー」は、モデルで示されるような、意識・態度の構造が形成されることによって、リーダーシップが発揮されている一方で、モデルに含まれなかった要素は、「目標となるリーダーの意識構造」を形成していないということである。例えば、モデルに含まれなかった「圧力型リーダーシップ・スタイル」や「独自価値型フォロワー」は、他に比較して、リーダーあるいはフォロワー自身の価値観や考え方が前面に打ち出される。こうした意識・態度は、「目標となるリーダーの意識構造」とは別に発揮されることはあっても、モデルに含まれたような意識を強化することにはならないということになる。

最後に、「キャリア・コミットメント」について考察したい。キャリア・コミットメント得点の結果から、目標となるようなリーダーは一般の介護職員と比べて介護の仕事に対するキャリア・コミットメントが高く、「介護の仕事が楽しい・長く続けていきたい」という思いを共通基盤に持っていることが示唆された点を強調しておきたい。この結果は、雛倉ら<sup>22)</sup>がインタビュー対象とした熟達看護師全員が「仕事が好き」と回答した結果ともつながるものであるが、筆者は、介護仕事そのものを前向きに捉える姿勢は、部下や後輩にとって、仕事に対する意識形成のロールモデルとなるためには重要な要素と考える。また、キャリア・コミットメントは、モデルの中で、緩やかながら、「部下の目標となりたい」「リーダーとしての自負・自信」「リフレーミング」「組織一体フォロワーシップ」を高めており、「目標となるリーダー」の構築の関与が示唆されている。

## 5. 今回の研究の限界および課題

今回の研究は、「目標となるリーダー」のみを対象としたため、そうでないリーダーとの比較の上で、「目標となる」とはどのような特性があるかに

については明らかにしていない。また、「目標となるリーダー」については、施設長の主観にゆだねる部分が多かったため、果たして同じ特性を持つ「目標となるリーダー」として扱ったよいかという点にも、一定の留保が必要であろう。さらに、全国の高齢者介護系施設に勤務する「目標となるリーダー」を抽出すべく、適切なサンプリングを行ったものの、回収率が高いとはいえず、有効回答数も少ないため、今回の結果をもって、一般化しがたい。

以上の限界を持ちつつも、今回の結果は、介護職員のキャリア形成において重要な「目標となるリーダー」像に示唆を与えた点、また、リーダーシップ研究において、これまで明らかにされていない、上司へのフォロワーシップを高めることが、部下へのリーダーシップを高めるという結果が示唆された点において、一定の成果を得たといつてよいだろう。

今後の課題として、本研究で得られたリーダー像やその働きを明確にしていくために、質的研究を実施していきたい。また、こうしたリーダーと部下や後輩、上司との相互関係について、量的研究及びインタビュー等により、明らかにし、フォロワーシップを発揮することが、自らのリーダーシップにつながる過程を明らかにしていきたい。特に今回、モデルに含まれなかった要素が状況によって関係してくるケース、たとえば部下の成熟度について、状況対応型のリーダーシップとして反映される場合などについて、詳しく掘り下げたい。

さらに、リフレーミングがフォロワーシップの重要な要素として抽出されたことから、同じく自分自身を振り返る「内省」が重要な要素である経験学習や組織学習との関係についても、研究を深めていきたい。

## 参考文献

1) 介護労働安定センター：平成 22 年度介護労働実態調査について  
[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h22\\_chousa\\_kekka.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h22_chousa_kekka.pdf) : 2011

アクセス日 2011.08.28

2) 淵上克義、リーダーシップの社会学、ナカニシヤ出版（京都）：2002.

3) ロバート・ケリー、指導力革命、プレジデント社（東京）：1993.

4) アイラ・チャレフ、ザ・フォロワーシップ、ダイヤモンド社（東京）：2009.

5) Christine E. Bishop, Dana Beth Weinberg, Walter Leutz et al, Nursing assistants' job commitment:effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being、The Gerontologist,48 (1)、36-45:2008.

6) Christopher Donoghue, Nicholas G. Castle : Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover、The Gerontologist, 49(2), 166-174:2009.

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

8) 中野隆之：保健福祉施設におけるリーダーシップに関する一考察—良質なサービスを提供するために—、社会福祉学、48 (1)、130-141 : 2007.

9) 三谷伸次郎、黒田研二：特別養護老人ホームにおける介護リーダーの行動と職員のモラルとの関連について、社会問題研究、60、105-117 : 2011.

10) 松尾睦、経験からの学習、同文館出版（東京）：2006.

11) 菊池昭江：看護職における自律性に関する研究—基本的属性・内的特性との関連—、看護研究、30 (4)、23-35、1997.

12) <http://fisher.osu.edu/research/lbdq> : アクセス日 2011.08.31

13) Robert Kelly, The power of followership、89-92、Doubleday Business (N.Y) : 1992.

14) 島津明人、小杉正太郎：従業員を対象としたストレス調査票作成の試み：(2) コーピング尺度の作成、早稲田心理学年報、30、19-28 : 1997.

- 15) 白井幸子：交流分析とリフレーミング、現代のエスプリ、523、19-29：2011.
- 16) 関本昌秀、鎌形みや子、山口祐子：「組織風土」尺度作成の試み（Ⅰ）、豊橋創造大学紀要、5、51-65：2001.
- 17) 白石旬子、藤井賢一郎、大塚武則他：個性が尊重されない「組織風土」における「キャリア・コミットメント」の高い介護職員の離職意向と「介護観」の関連、老年社会科学、33(1)、34-46：2011.
- 18) 井田政則：管理者のリーダーシップ行動が職場状況に及ぼす影響、立正大学文学部論叢、93、1-24：1991.
- 19) 白石旬子、大塚武則、影山優子他：介護老人福祉施設の介護職員の「介護観」に関する研究—経験年数、教育・資格による相違—、介護福祉学、17(2)、164-175：2010.
- 20) 日本労働機構：組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発；HRM チェックリストの開発と利用・活用調査研究報告書、No.161:16、64-67：2003.
- 21) 川端一光、アイテムパーセリング、共分散構造分析[実践編]（豊田秀樹）、朝倉書店（東京）、2009.
- 22) 雛倉夏美、河原長子、原田佐和子他：総合的な役割モデルとなる熟達者の特性構造、日本看護学会論文集；看護総合、33、15-17:2002.

### Abstract

The purpose of this study is to clarify the characteristics of a leader working in an elderly care facility. In our survey, a leader is an employee who (1) takes care of the elderly directly, (2) has approximately ten years of experience, and (3) is respected and sought for guidance by the other care workers. For the survey, we sent questionnaires to 1500 facilities via post. The questionnaire contained items pertaining to the personal characteristics of the leader and the current work environment. In all, 270 responses were obtained, and of these, 197 responses (which were without missing values) were analyzed. As such, the model is built to validate the extent to which the leader (1) enjoys care work, (2) wishes to continue working in the current work environment, and (3) experiences mental gratification. Finally, a version of a “helpful leadership style” is provided.

## [研究資料]

## 個室面積緩和措置による建設費削減効果を用いた 低所得者負担軽減策についての一考察 —特別養護老人ホームにおける個室（ユニット型）と多床室（従来型）の比較検討—

著者：井上 由起子（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）

### 抄録

特別養護老人ホームの従来型とユニット型を建物整備と法人経営の観点から比較したうえで、個室面積緩和措置による建設費削減効果を用いた利用者負担軽減策について検討し、ユニット型推進における課題を考察した。

その結果、現行制度下であれば、個室面積緩和措置による建設費削減額を社会福祉法人等の利用者負担軽減制度に充てることで、自治体（市区町村、都道府県）に追加負担を強いることなく、生活保護受給者の個室ユニット利用は可能との結果を得た。生活保護受給者以外の低所得者支援を法人がどこまでできるかは、建物の再整備費用に関する論点整理の行方と建物整備費の抑制を含めた個々の法人の経営戦略による可能性が示唆された。ただし、この議論は、ユニット型を整備することでそもそも発生する公的負担増を引き受けることを前提としている。

**キーワード**：特別養護老人ホーム、建物整備、居住費、個室面積緩和措置、低所得者支援

### 1. 緒言

高齢者施設の代表格である特別養護老人ホーム（以下、特養）では、個室（ユニット型）（以下、ユニット型）の推進が謳われてきた。これに対し低所得者の費用負担が重すぎるとの理由から、一部自治体や事業者団体が多床室（従来型）（以下、従来型）整備を要望する状況が生じている。介護給付費分科会で議論が重ねられ、平成22年9月、低所得者の負担軽減策を講じたうえでユニット型を推進することが答申された。具体的な支援策は次期制度改正（平成24年4月）で検討する運びとなっている。

国や地方の財政および国民経済が厳しい今日、理想論だけで個室を推進することは容易でなく、①市町村（含む特別区）ならびに都道府県に追加の負担を強いることなく低所得者支援策を講じること、②特養における安定経営と質の高いサービスの両立が担保されること、この双方が確立されなければユニット型の推進は困難である。①の低

所得者支援策の財源として期待されているのが、個室面積緩和措置（13.2 m<sup>2</sup>→10.65 m<sup>2</sup>）に伴う建設費削減額の活用である。

低所得者とは誰を指すのか。居住費の自己負担額は介護保険料算定所得段階によって異なるが、従来型もユニット型も第2段階が利用者の60%前後を占める<sup>1)</sup>。第2段階の総合的な経済状況には幅があり、大企業退職者の専業主婦や遺族年金受給者で比較的豊かに暮らしている方もいれば、国民年金に満たない収入で資産も家族による経済支援もない方もいる。第2段階の全員に更なる支援策が必要とは言えない状況にあると判断してよい。第3段階の前半の方も自己負担額が収入を超え、ユニット型の利用が困難である。第1段階も利用が困難である。以上から更なる支援が必要な低所得者とは①第1段階の者、②第2段階で支払い能力がない者、③第3段階の前半の者となる。

先行研究では、一床当りの収入が固定化されている介護保険施設では二大支出である人件費と減

償却費の圧縮が利益確保の選択肢となりやすいこと<sup>2)</sup>、特養は安定的な収支差額と減償償却によって現預金が増加する安定的財務行動を開設後20年以内はとっていること<sup>3)</sup>が指摘されている。これらの指摘は、建物整備のあり方が法人経営に大きく関係していることを示唆している。利用者負担の観点からは、特養における自己負担額が適正とは言い難いことが指摘されている<sup>4)</sup>。一連の新聞報道は、これらの成果を踏まえることなく、低所得者が個室に入れないので多床室が必要ではないかと提言しており、建設的な議論がなされているとは言い難い<sup>5)~7)</sup>。従来型とユニット型の建設費の実態、建設費と居住費の関係性の検証、従来型とユニット型の経営状態の整理、適切な利用者負担の考え方などを整理したうえで、議論を深めることが必要ではないか。

そこで、本研究では、従来型とユニット型を建物整備と法人経営の観点から比較分析したうえで、個室面積緩和措置による建設費削減額を用いた低所得者負担軽減策について検討を行い、ユニット型推進における課題を明らかにする。

## 2. 研究方法

以下の手順で試算と分析を進めた。まず、従来型とユニット型の建設費と居住費を試算し、現在設定されている居住費との関係性を整理する。次いで、個室面積緩和措置による建設費削減額を算出し、この削減額で可能な低所得者支援の範囲を明らかにする。さらに、建物整備に関わる条件を同一とした場合における従来型とユニット型の事業収支予測を行い、更なる低所得者支援がどこまで可能であるかを検討する。平行して、ユニット型整備に伴う公的負担増加額の試算を行う。これらの結果をもとに、個室面積緩和措置に伴う建設費削減額でどの程度の低所得者支援が可能か、それを越える低所得者支援を行うことが事業収支予測からみて可能か否か、そのような経営戦略が事業者の選択行動としてありうるのかを検討する。併せて、ユニット型推進における課題を抽出する。建設費試算ならびに事業収支予測に用いた特養

は、定員80名(入所70、短期10)とし、ユニット型はユニット定員10名×8ユニット(全個室)、従来型は多床室60床(4人室15室)・個室20床とした。地域区分は「その他」とした。

各調査と試算方法の詳細は以下の通りである。

### 2.1 建設費・居住費の試算

福祉医療機構の福祉貸付事業融資対象案件をもとに建物費用に関するデータを整理した。整理したデータは以下の二つである。

データ1：ユニット型における建設単価および一人あたり床面積

分析対象115件。デイ有30件、デイ無85件。融資年は東日本が2007年10月～2008年11月、西日本が2008年7月～2008年11月。平均定員68.8人。分布は「～40人」26.1%、「～60人」26.1%、「～80人」18.2%、「～100人」27.3%、「101人～」12.2%。全室個室。

データ2：従来型における建設単価および一人あたり床面積

分析対象98件。デイ有70件、デイ無28件。融資年は2000年4月～2001年3月。平均定員73.6人。分布は「～40人」6.1%、「～60人」26.5%、「～80人」47.8%、「～100人」8.2%、「101人～」9.2%。居室定員4人以下。

建設単価は市場に左右されるため融資対象期間は同一とすべきだが、2002年に整備方針が変更され、同一時期でのデータ収集は不可能である。よって従来型は整備が一般的であった最後の融資年を調査対象とした。建設単価には設計監理料と備品費は含まない。対象は入居のみ・入居+デイのいずれかとした。一人当たり床面積にはデイを含む(共用部分の按分を含めてデイ部分を除いたデータを整理することが望ましいが、データ整理上の制約から、併設デイを含めた数値を用いた。他の居住施設等を複合した事例は併設部分の面積に大きな差があるため対象外とした)。

### 2.2 個室面積緩和措置による建設費削減額の試算

個室面積緩和措置による建設費削減額を算出し

たうえて、これを原資とする低所得者への支援策について検討を加えた。

2.3 事業収支予測

「平成 20 年介護サービス施設・事業所調査」(2010)、「平成 21 年度介護従事者処遇状況等調査」(2010)、「特別養護老人ホームの経営分析参考指標 平成 20 年度決算分」(2010) を用いて、交付金と自己資金が同一条件下における収支予測を従来型とユニット型で比較検討した。

2.4 ユニット型整備に伴う公的負担増加の試算

ユニット型と従来型における介護報酬の差、低所得者の負担軽減策として実施されている補足給付の差を試算した。

3. 結果

3.1 建設費と居住費の試算

3.1.1 試算条件

一床当り建設費を算出するにあたって、設計監理料は建設費の 5.0%、備品費は建設費の 9.0%とした。これらの値は設計事務所ならびに事業者へのヒアリングを踏まえて決定した。資金調達 は自己資金 100 万円、交付金 400 万円、残額を福祉医療機構借入とした。利息を含んだ建物整備費用から一床当り建設費を算出した。借入利率は福祉医療機構の平成 23 年 8 月 10 日現在の実態にあわせ、1.3% (償還 20 年)、1.7% (償還 25 年、償還 30 年)、元金均等である。

居住費の算定方式は以下の通り (厳密には稼働率を加味することが必要である)。光熱水費は 1.0 万、修繕費は竣工後 13 年目に総額 1.0 億、23 年目に総額 1.5 億、33 年目に総額 1.0 億とした。39 年の間に 3 回の修繕 (大規模な設備更新) は推奨すべきことだが、実際の修繕回数は 2 回の場合もあれば 3 回の場合もある。

$$[(借入利息を含めた建物整備費用 - 建物整備交付金 + 償還年内に発生する修繕費) / (入居定員 \times 償還年数 \times 12 \text{ か月})] + \text{月額光熱水費}$$

ここ数年で償還期間が 20 年から 25 年さらには 30 年へと延長されたことから、試算は、償還期間 20 年 (据置 2 年)、25 年 (同 3 年)、30 年 (同 3 年) の 3 パターンで行った。

3.1.2 一床当り延床面積と㎡単価

結果を図表 1 に示す。以下の 2 点を調整した結果、ユニット型は一床当り延床面積 54.7 ㎡・㎡単価 20.6 万円、従来型は一床当り延床面積 44.7 ㎡・㎡単価 19.6 万円となった (併設デイを含んだ数値であることに留意が必要である。上記値にはデイ専用面積として、ユニット型 1.59 ㎡、従来型 1.74 ㎡を含んでいる)。

一床当り延床面積：単純集計結果ではユニット型 54.7 ㎡、従来型 46.9 ㎡となった。両者でデイ有無の比率が異なることから調整した結果、ユニット型 54.7 ㎡、従来型 44.7 ㎡との結果を得た。

建設単価 (㎡単価)：単純集計結果ではユニット型 20.6 万円、従来型 25.2 万円である。本来、同一条件下 (交付金額、入札時期、地域) であれば、従来型はユニット型よりも設備機器や壁量が少ないため、㎡単価は安いと考えるのが妥当である。そのような結果とならなかったのは、交付金が潤沢であった時代に建設されたためにコスト意識が働かず高止まりしていると推察され、値をそのまま用いるのは適切ではないと考えた。そこで、ユニット型と従来型とで壁・扉・エアコン・洗面・

図表 1 一人当り延床面積と建設単価

	該当数	一人当り延床面積	建設単価 (㎡)
ユニット型	115件	54.7㎡	20.6万円
デイ有	30件	58.6㎡	—
デイ無	85件	53.3㎡	—
従来型	98件	46.9㎡ → 調整後44.7㎡	25.2万円 → 調整後19.6万円
デイ有	70件	48.6㎡	—
デイ無	28件	42.8㎡	—

図表2 建設費用(80床)と居住費

	ユニット型 (13.2㎡)			従来型 (10.65㎡)		
	20年	25年	30年	20年	25年	30年
建物費用	54.7㎡×20.6万/㎡→9.01億			44.7㎡×19.6万/㎡→7.00億		
設計監理料(5%)	0.45億			0.35億		
備品費(9%)	0.81億			0.63億		
建物費用総合	10.27億			7.98億		
一床当り単価(利息無)	1284.6万			997.3万		
償還期間	20年	25年	30年	20年	25年	30年
利息	1.17億	1.48億	1.73億	0.74億	0.94億	1.10億
一床当り単価(利息込)	1431.3万	1470.0万	1502.0万	1090.3万	1114.8万	1135.1万
居住費(月)	5.8万	5.6万	4.9万	4.4万	4.4万	3.9万

トイレ・キッチン等の違いを試算し、従来型はユニット型の95%の㎡単価が妥当と判断し、19.6万円とした(従来型、ユニット型ともに各室にトイレ・洗面・エアコンと仮定した。居室関連で45室(ユニット型80室-従来型(20室+15室))×28万(洗面8万・エアコン10万・トイレ10万)、ユニット関連で8ユニット×125万(ユニットキッチン一式100万、ユニット玄関一式25万)、15室(4床15室に3枚の壁を入れて個室60室と想定)×17万(壁量)、合計2515万が建設費として削減できる。割り戻すと従来型建設費はユニット型建設費の97.5%設定となる。54.7㎡/床から44.7㎡/床へとコンパクト化した空間に設備を入れ込むと、97.5%よりさらに低減されるため、95.0%で妥当と判断した)。

### 3.1.3 一床当り建設費と居住費

結果を図表2に示す。一床あたりの建設費はユニット型1431~1502万円・従来型1090~1135万円、居住費はユニット型4.9~5.8万円/月・従来型3.9~4.4万円/月である。

償還期間の延長に伴い居住費は、ユニット型5.8万円(償還20年)→5.6万円(同25年)→4.9万円(同30年)、従来型4.4万円(償還20年)→4.4万円(同25年)→3.9万円(同30年)と、償還期間の延長に伴い居住費は低減される。従来型とユニット型の居住費の差は1.0~1.5万円となる。

### 3.1.4 職員配置と居住費

ユニット型と従来型の介護報酬は職員配置の差

を適切に反映しておらず、不足する人件費差はユニット型の収支差額で賄われていると推察される。

特養全体の介護職配置は2.40:1であり<sup>8)</sup>、ユニット型の介護職配置は2.04:1である<sup>9)</sup>。これを踏まえて試算すると、従来型の介護職配置は2.52:1

となる。定員80床の場合の職員配置差は約7.5人となる。人件費と職員数と法定福利費を図表4と図表5(詳細は後述)と仮定すると差額は2,773万となる。従来型とユニット型の介護報酬差は要介護4まで18単位/日、要介護5で8単位/日、入居者のうち要介護5が占める割合は32.3%であるから<sup>8)</sup>、介護報酬で賄えるのは約431万となる。差額の2,342万、月額2.4万を収支差額から補填することになる。

以上を償還年数30年を例に図式化したものが図表3となる。建設費差(事業者負担分:従来型735万円、ユニット型1102万円)1.50倍に対して、(居住費差+介護報酬差-人件費差)は3.60倍となり、人件費差を考慮しても、現行の居住費と介護報酬で比較した場合、同一条件下で整備するのであれば、ユニット型は従来型よりも経営状態がよいと推察される。

図表3 建設費と居住費と人件費差の関係(償還30年の場合)

	従来型	ユニット型
建設費	1135万/床 交付金 400万 自己資金100万 借入金 497万 利息 138万	1502万/床 交付金 400万 自己資金100万 借入金 785万 利息 217万
現行居住費	1.0万/月	6.0万/月
人件費		従来型との差額 2.4万/月



3.2 個室面積緩和措置と予測される建設費削減額

個室面積緩和措置による建設費削減額を算定する。13.2㎡から10.65㎡へと2.55㎡の緩和だが、この値は内法計算なので壁心計算に修正すると2.89㎡となる（壁心×0.88＝内法）。個室（13.2㎡）の典型的なプロポーションは間口3.0～3.2m×奥行き4.7～4.9mだが、居室面積が緩和されると居室の幅と奥行きが縮むのが一般的である。ただし間口を3.0m未満にすると、必要な移動経路を確保したうえで二方向介助が可能なベッド配置が困難となり移動の自立が保障されない。よって間口の長さは間口が3.0mの場合はそのまま、間口が3.2mの場合は3.0mと考えるのが妥当であり、後者の場合、廊下面積は片廊下で0.30㎡、両側廊下で0.18㎡削減される。

以上から廊下部分の1床当たり面積削減は0.00㎡、0.18㎡、0.30㎡のいずれかとなり、中間をとって0.18㎡とすると合計で3.07㎡/床の面積緩和となる。

上述した建設単価を乗じて試算すると、総額で6,306万円（20年償還）、6,568万円（同25年）、6,784万円（同30年）、1床あたり78.8万円（20年償還）、82.1万円（同25年）、84.8万円（同30年）の建設費削減（利息込み）となる。居住費に換算すると月額で3,284円（20年償還）、2,737円（同25年）、2,355円（同30年）である。

3.3 事業収支予測

3.3.1 前提条件

試算条件を図表4に示す。  
平均要介護度・各種加算状

況・その他収入はユニット型と従来型で同設定した。稼働率は実態を踏まえ<sup>10)</sup>、入所はユニット型95.6%、従来型95.7%、短期はユニット型76.4%、従来型85.7%とし、開設初年度はこの値の80%とした。

人件費は一定の処遇改善を行う前提で、図表5の通りとした。先行研究によれば<sup>2)</sup>、都市部の常勤介護福祉士は340万/年、常勤その他介護職員は309万/年、都市部以外の常勤介護福祉士は291万/年、常勤その他介護職員は246万/年である。よって、図表5に示した給与は「その他」地域の開設初年度給与としては、相当の処遇改善を行った数値と判断した。法定福利費は13.0%、人件費率は5年かけて60%にし、以降、固定とした。

図表4 事業収支試算条件

		ユニット型	従来型
収入	平均要介護	3.82	
	稼働率	入所：95.6% 短期：76.4%	入所：95.7% 短期：85.7%
	加算	60単位/日・床	
	居住費・食費	1970円 ・ 1380円	320円 ・ 1380円
	その他収入	500円/日・床	
支出	職員配置	介護職のみで 2.0：1	介護職のみで 2.5：1
	人件費率	上記稼働率で開設後5年かけて60%まで上昇。以降、固定。	
	法定福利費	13%（常勤職員のみ）	
	事務費 事業費	ユニット型収入の26%・厨房委託（給食11%、材料費・消耗品費2%、一般経費13%）	
	減価償却	建設費+備品費を39年で定額償却	

注（1）「特別養護老人ホームの経営分析参考指標 平成20年度決算分」（2010）、「平成20年度介護サービス・事業所調査」（2010）をもとに筆者が整理。

図表5 職員配置と人件費

	年間給与（万円）	ユニット型	従来型
管理者	800	1名	1名
生活相談員	450	2名	2名
介護支援専門員	480	1名	1名
管理栄養士	400	1名	1名
事務	600, 400, 300	4名	4名
看護（常勤）	480, 430	1名, 3名	1名, 3名
看護（非常勤）	280	1名	1名
介護（常勤）	350, 300	8名, 20名	2名, 20名
介護（非常勤）	200	12名	10名
介護職 配置	—	2.00：1	2.50：1
介護職+看護職 配置	—	1.78：1	2.17：1
人件費率（初年度）	—	56.9%	56.2%

注（1）「平成20年度介護サービス・事業所調査」（2010）「平成21年度介護従事者処遇状況等調査」（2010）を参考に筆者が整理。

4段階以上の居住費と食費は標準月額とし、事務費・事業費は実態を踏まえ<sup>10)</sup>、ユニット型と従来型で同額設定(ユニット型収入の26.0%)とした。減価償却は備品費を含めてRC造の法定耐用年数39年で割り戻した。

### 3.3.2 事業収支結果

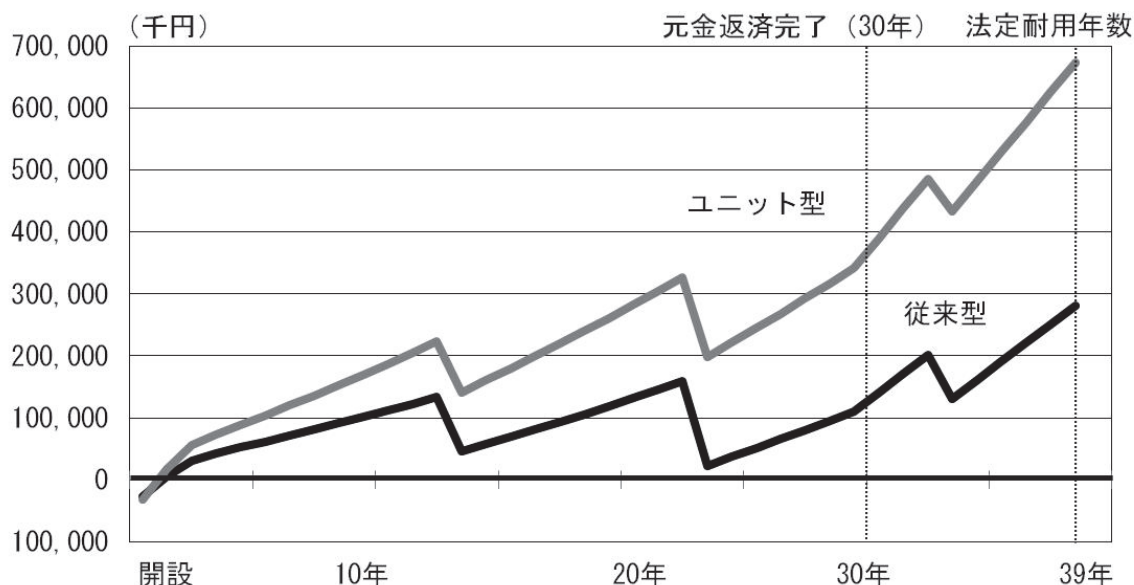
収支予測結果を図表6・図表7に示す。指摘事項は以下の2点である。

第一に、従来型に比べてユニット型の収支予測がよいことである。法定耐用年数39年後の収支差

図表6 試算に基づく事業収支予測

			3年	5年	10年	15年	20年	25年	30年	39年
20年償還	ユニット	収支差額(千円)	19,407	13,713	16,637	19,560	22,484	22,849	22,849	22,849
		収支差額率(%)	5.7%	4.0%	4.8%	5.7%	6.6%	6.7%	6.7%	6.7%
		現預金(千円)	18,117	29,993	61,335	7,295	67,872	158,097	398,321	730,724
	従来	収支差額(千円)	9,926	4,704	6,556	8,409	10,262	10,494	10,494	10,494
		収支差額率(%)	3.3%	1.6%	2.2%	2.8%	3.4%	3.5%	3.5%	3.5%
		現預金(千円)	7,311	14,852	32,734	-40,120	-3,709	-3,441	146,828	317,312
25年償還	ユニット	収支差額(千円)	19,261	12,997	15,395	17,793	20,191	22,589	22,849	22,849
		収支差額率(%)	5.6%	3.8%	4.5%	5.2%	5.9%	6.6%	6.7%	6.7%
		現預金(千円)	53,911	76,826	133,928	103,019	184,100	127,170	367,395	699,798
	従来	収支差額(千円)	9,834	4,250	5,769	7,289	8,809	10,329	10,494	10,494
		収支差額率(%)	3.3%	1.4%	1.9%	2.4%	3.0%	3.5%	3.5%	3.5%
		現預金(千円)	29,997	44,535	78,742	20,549	69,954	-23,041	127,227	297,711
30年償還	ユニット	収支差額(千円)	19,261	12,887	14,845	16,803	18,761	20,719	22,677	22,849
		収支差額率(%)	5.6%	3.8%	4.3%	4.9%	5.5%	6.0%	6.6%	6.7%
		現預金(千円)	55,205	88,341	169,454	160,357	261,050	221,533	341,805	674,209
	従来	収支差額(千円)	9,834	4,180	5,421	6,662	7,903	9,144	10,385	10,494
		収支差額率(%)	3.3%	1.4%	1.8%	2.2%	2.7%	3.1%	3.5%	3.5%
		現預金(千円)	30,817	51,833	101,259	56,889	118,725	36,765	111,009	281,493

図表7 試算に基づく事業収支予測(償還年数30年の場合)



はユニット型 6.74 億～7.30 億、従来型 2.81 億～3.17 億であり、双方の差は償還年数に関係なく 4 億円を超える。

第二に、償還期間を長く設定すると収支差額は低下するものの、キャッシュフローは改善する。20 年の場合、ユニット型も従来型も初回設備更新費 1.0 億を借入で調達しなければならないが、償還期間が 30 年に延長されると双方ともに現預金で調達できる。

3.4 ユニット型整備に伴う公費負担増加額の試算

3.4.1 前提条件

先行研究によれば、利用者の介護保険料算定所得段階分布は、ユニット型は第 1 段階 1.5%、第 2 段階 57.8%、第 3 段階 15.4%、第 4 段階 25.3% (N = 6, 452)、従来型は第 1 段階 9.8%、第 2 段階 56.5%、第 3 段階 15.4%、第 4 段階 18.4% (N = 9, 830) である<sup>1)</sup>。所得によって利用形態に差があることは望ましくないとの観点にたち、特養全体で調整すると、第 1 段階 8.0%、第 2 段階 56.5%、第 3 段階 15.3%、第 4 段階 19.7%となる (ユニット型 89, 571 床、従来型 331, 332 床<sup>8)</sup>に基づき試算)。この値をもとに補足給付額を試算した。要介護度別の利用者分布は「平成 20 年介護サービス施設・事業所調査」(2010) を用いた。

3.4.2 試算結果

介護保険施設における居住費の標準日額は、従来型 (多床室) : 320 円、従来型 (個室) : 1150 円、ユニット型 : 1970 円であるが、第 1 段階、第 2 段階、第 3 段階に対して補足給付で負担軽減を図っている。補足給付額は、従来型 (多床室) は第 1 段階のみが対象で 320 円、従来型 (多床室) は第 1 段階 : 830 円、第 2 段階 : 730 円、第 3 段階 :

330 円、ユニット型は第 1 段階 : 1150 円、第 2 段階 : 1150 円、第 3 段階 : 320 円である。

試算結果を図表 8 に示す。補足給付額はユニット型 2, 313 万円/年、従来型 442 万円/年となり、差額は 1, 871 万円/年となる。介護報酬におけるユニット型と従来型の差 884 万円/年を加えると、ユニット型は従来型に比べ 2, 755 万円/年ほど公的負担額 (介護保険と公費で 50%ずつ負担。公費の内訳は国 20%、都道府県 17.5%、市町村 12.5%) が大きい。

4. 考察

4.1 個室面積緩和措置を用いた低所得者支援策

冒頭で更なる支援が必要な者を①第 1 段階の者、②第 2 段階で支払い能力がない者、③第 3 段階の前半の者と述べた。所得段階別の年間利用者負担 (介護保険+食費+居住費、要介護 4・加算 60 単位・その他地域、高額サービス費の利用者 1 割負担上限額は第 1・2 段階 1.5 万/月、第 3 段階 2.5 万/月で試算) は、第 1 段階 : ユニット型 59 万円・従来型 29 万円、第 2 段階 : ユニット型 62 万円・従来型 44 万円、第 3 段階 : ユニット型 114 万円・従来型 65 万円、第 4 段階 : ユニット型 157 万円・従来型 96 万円である。差額が本人負担居住費となる。以下、①～③の追加支援額を検討する。

図表 8 個室ユニットにおける補足給付ならびに介護報酬の公的負担増加額

		ユニット型 (80) (1970円/日)	従来型		
			個室 (20) (1150円/日)	多床室 (60) (320円/日)	
補 足 給 付	第 1 段階	8.0%	1150円/日	830円/日	320円/日
	第 2 段階	56.5%	1150円/日	730円/日	—
	第 3 段階	15.3%	330円/日	330円/日	—
	第 4 段階	19.7%	—	—	—
	年額		23, 133, 408円	4, 424, 822円	
ユニット型との年間差額			18, 708, 586円		
介 護 報 酬	要介護 1～4	67.7%	ユニット型 との報酬差 →	80単位	18単位
	要介護 5	32.3%		70単位	8単位
	ユニット型との年間差額		8, 838, 840円		
合計 (年間)			27, 547, 426円		

注 (1) 所得段階は「「ユニット型施設における入居者サービスの実態把握に関する研究報告書」 (2009) をもとに筆者が調整して整理。  
 (2) 要介護度分布は「平成 20 年度介護サービス・事業所調査」 (2010)。  
 (3) 高額介護サービス費適用による自治体負担分は試算から除いている。

①の該当者：生活保護受給者と老齢福祉年金受給者から構成される。大半を占める生活保護受給者には、生活扶助に代わって介護施設入所者基本生活費（1.0万円以内/月）と介護施設入所者加算（1.0万円以内/月）が支給されている。この支給額の一部をユニット型の居住費自己負担分 2.5万円/月にあてるべきと考えるが、試算では追加支援額は2.5万円/月（30万円/年）とする。老齢福祉年金受給者も同額とする。

②の該当者：第2段階の収入（年金のみ80万円以下、国民年金満額78.9万円/年）と従来型との差額を考慮し、1.0万円/月（12万円/年）の追加支援額とする。

③の該当者：第3段階の収入（年金のみ80万～211万円以下等）と従来型との差額を考慮し、第3段階の1/4分位に2.5万円/年（30万円/月）の追加支援額とする。

②と③については所得以外の資力（資産、家族による経済的支援）を加味することが必要である。2段階と3段階の利用者割合はユニット型と従来型で差がないことから<sup>1)</sup>、第2段階の50%、第3段階の12.5%（1/4分位の半数）に追加支援策が必要と仮定した。図表8に示す利用者分布をもとに、年間の追加支援額は第1段階：192万円、第2段階：271万円、第3段階：46万円、総額509万円と推計した。

第1段階に該当する生活保護受給者については、居住費の自己負担分について「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに関わる利用者負担軽減制度」（以下、利用者軽減制度）が活用できるよう2011年春に改正がなされ、生活保護受給者のユニット型利用が制度上可能となった。この軽減制度の負担割合は公費50%、社会福祉法人50%となっているが、全額を社会福祉法人が負担することも可能である。

以上を念頭に、総額509万円のうち、個室面積緩和措置による建設費削減額で対応可能な範囲はどれくらいであるか検討してみたい。30年償還の場合、低減居住費は2,355円であり、年間で226

万円（2,355×80床×12月）が事業者の内部留保となり、追加支援必要額509万円の40%を賄うことができる。第1段階ならびに第2段階の一部まで対応できることとなる。この場合、居住費の標準月額額は据え置かれる。個室面積緩和措置や償還期間の延長を踏まえて居住費の標準月額を低減すべきとの考え方もあるが、同一種別において複数の居住費があることは利用者の納得が得られにくい。個室面積緩和措置分を低所得者の費用負担軽減を事業者に充てることを前提に、居住費を据え置くことも検討されてよいだろう。

#### 4.2 建物整備と法人経営からみた低所得者支援

非課税法人である社会福祉法人には、前述した個室面積緩和措置でカバーできない部分について、経営に支障が生じない範囲内で低所得者支援を行うことが求められると筆者は考える。個室面積緩和措置でカバーできなかった追加支援額は年間283万円、建物（RC造）の法定耐用年数39年で11,037万円となるが、これをどのように手当てできるかについて検討を加えてみたい。

試算からも明らかのように、同一条件下で整備した場合、従来型に比べてユニット型の事業収支は良好との結果を得た。建設費の3/4が交付金で賄われた時代と異なり、現在の交付金下で従来型を整備することは、経営の選択肢として妥当と言えるであろうか。現行の居住費（約1.0万円/月）で建物整備費用を回収するためには、適切な居住費設定とするか、人件費を著しく抑えるか（すなわちサービスの質を低下するか）、これまでの内部留保で補うか、ユニット型と従来型の双方を整備しユニット型から補填するか、いずれかの選択肢が必要なのではないか。このように考えたとき、ユニット型を整備したうえで、追加の低所得者支援を行うことが、有力な選択肢となり得るのではないか。

試算ではユニット型における法定耐用年数後（39年）の内部留保は6.7億円に達する。このうち、どの程度を低所得者支援に充てられるかを検討する必要がある。その際、議論すべきは、新た

なサービス開発にどの程度が充てられるか、建物の建て替え費用をどのように考えるかであろう。内部留保は新たなサービス開発に投資されない限り現預金化される。現預金を保有しすぎることは将来の再投資であっても正当化されにくいとの指摘<sup>3)</sup>もある。地域包括ケアの時代を迎えつつある現在、引き続き特養が同規模で必要なのか、再整備における交付金の扱いをどう考えるのか、小規模法人が個々に建物再整備の費用を手当てすることが介護保険財源の効果的運用として適切なのか、これと関連して社会福祉法人の合併や規模拡大をどう考えるのか、そもそもサービスを提供するための建物を自前で整備することをどのように考えるのか、これらを含めて議論し、適正な現預金について議論することが望まれよう。そのうえで、内部留保からの低所得者支援の可能性について検討が必要と考える。

こういった議論とは別に、個々の社会福祉法人レベルで検討すべき事柄もある。介護保険施設は一床当りの収入がほぼ固定化されているため、一般産業のようにサービス向上により収益を上げることは困難であり、支出を抑えて利益を確保せざるをえない。支出の大半は人件費と減価償却費で占められ、このいずれかの圧縮が利益確保の選択肢となる<sup>2)</sup>。人件費を圧縮すればサービス低下が懸念されるため、一床当り建設費を縮減することが重要である。すなわち、制度や報酬の行方と関係なく、居住性と経済性の両立を目指した建物整備を行うことが個々の社会福祉法人には求められる。

建設費を表す指標には $m^2$ 単価と一床当り建設費の二つがある。 $m^2$ 単価は建物の質を表す指標であり、一床当り建設費は事業経営の妥当性を表す指標である。一床当り建設費は $m^2$ 単価 $\times$ 一床当り床面積であるから、建設費縮減の方策は① $m^2$ 単価の低減と②コンパクト設計の二つとなる<sup>12)</sup>。事業者自らが検討可能な項目として、①では $m^2$ 単価の低減にダイレクトに寄与する木造耐火工法の採用、設備選定を病院仕様から住宅仕様へと適正化させることなどがあり、②ではユニットケア導入により不要あるいはコンパクト化される各種諸室の運

用見直し等があげられる。このほか、地域主権一括法に基づき、廊下幅、ユニット定員などの施設基準を見直すことも検討材料であろう（ユニット定員の見直し幅は職員配置やサービスの質とも関連しており慎重な議論が望まれる）。個室面積緩和措置による $3.07 m^2$ の面積縮減によって、226万円/年の内部留保が発生することを鑑みれば、建設費用の抑制によってかなりの低所得者支援が可能となるのではなかろうか。

最後になるが、個室面積緩和措置ならびに社会福祉法人の経営努力等によって低所得者支援が可能となったとしても、これは従来型に代わってユニット型を整備することでそもそも発生する毎年約2800万円弱（80床あたり）の公費負担増加額を引き受け入れることを前提としている。すなわち、低所得者がユニット型を利用できないことに課題の本質があるのか、ユニット型整備に伴う公費負担増加額に課題の本質があるのか、筆者は双方であると考えるが、前者のみならず後者に向き合う必要もあるのではなかろうか。

#### 4.3 本研究の限界

最後に本研究の限界について触れておきたい。

第一に、低所得者の負担軽減額の推計についてである。資産要件を加味して低所得者支援策を講じることが妥当と考えるが、これに関する統計データがないため試算の一部で仮定値を使用せざるを得なかった。世帯分離や遺族年金の取り扱いなどを含め、介護保険料算定段階を用いて補足給付を継続することの妥当性も検証する必要がある。厚生年金受給者の増加により所得段階がどのように変化するのも加味しなければならない。すなわち、より厳密に低所得者とは誰を指すのか、その人数はどれくらいかについて課題が残された。

第二に、実施した事業シミュレーションは従来型とユニット型の比較という観点からは地域区分や事業規模に関係なく支持できるものの、土地取得状況、自己資金額、職員給与、利用者の支払い能力、交付金額は地域や事業者や整備年によって異なり、実情を踏まえた試算を行うことが必要と

なる。

第三に、上記と関連するが土地取得についてである。会計基準では土地取得費は事業活動計算書の対象外となっていること、従来型であれユニット型であれ土地取得は必要であることから、試算では土地は検討の対象外とした。しかしながら東京都等では土地取得費用が経営を圧迫しており(筆者がデータ提供を受けて2007-2009年に入札した東京都特養19件を調べたところ、土地取得価格は一床882万円であった)、公有地の提供、土地の有効活用を目的とした施設基準の緩和などが課題として残されている。

以上のような限界はあるものの、本稿が今後の特養を含めた介護保険施設のあり方を検討する際の一助になれば幸いである。

#### 謝辞

データ提供にご協力頂いた福祉医療機構に深謝します。

#### 参考文献

- 1)平成20年度老人保健事業推進費等補助金事業、医療経済研究機構：ユニット型施設における入居者サービスの実態把握及びあり方に関する調査研究報告書、2009
- 2)平成20年度老人保健事業推進費等補助金事業、明治安田生活福祉研究所：介護サービス施設・事業者の効率的経営を図るための経営指標等に関する調査研究事業 報告書、2009

3)藤井賢一郎：介護老人福祉施設の財務と「再生産コスト」に関する基礎研究、介護経営第5巻1号、26-38、2011

4)池田省三：介護保険論 福祉の解体と再生、中央法規、2011

5)読売新聞：相部屋回帰の動き(13面)、2010.6.1

6)朝日新聞：耕論 個室か相部屋か(12面)、2010.8.27

7)日本経済新聞：特養、個室か相部屋か(33面)、2010.8.30

8)厚生労働省：『平成20年度介護サービス施設・事業所調査』<

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-20-2.html>>2010年11月1日アクセス

9)平成21年度老人保健事業推進費等補助金事業、認知症研究・研修東京センター：『経年変化を踏まえたユニット型施設の運営実態に関する調査研究事業、2010

10)福祉医療機構：特別養護老人ホームの経営分析参考指標 平成20年度決算分、2010

11)厚生労働省：『平成21年度介護従事者処遇状況等調査』<

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/09/index.html>>2010年11月1日アクセス

12)平成20年度老人保健事業推進費等補助金事業、日本医療福祉建築協会：高齢者施設における建物整備と法人経営、2009

#### Abstract

This paper aims to clarify the relationship between facility construction and business management of Special Nursing Home. After comparing both types, single bedded-room type and multiple-occupancy bedded-room type, of Special Nursing Home, and considering the way low income users can select single bedded-room, it was made clear where the future problems lie in promoting single bedded-room type. For this objective, financial simulation based on construction data and administrative data are carried out.

As a result, it was found out that single bedded-room type is better choice to secure substantial

management and high quality services under the presents grant system. By applying deregulation of single bedded-room' s floor space (10.65 square meters) and the system of reduction of payment for low income users, low income people using public assistance can use single bedded-room with lower accommodation fee. And this scheme presupposes that national government, local government and citizen accept the additional cost of single bedded-room type.

## [研究資料]

## 介護保険実施状況における自治体格差を規定する要因に関する研究

著者：東野 定律（静岡県立大学 経営情報学部）  
共著者：筒井 孝子（国立保健医療科学院）  
大冢賀 政昭（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）  
筒井 澄栄（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）  
小山 秀夫（兵庫県立大学）  
高橋 紘士（国際医療福祉大学）

## 抄録

本研究では、介護保険事業に対する全国の自治体の実施状況について、①介護保険事業計画・政策立案の状況、②地域連携の仕組みづくり、③自治体としての地域包括支援センター職員への支援、④介護支援専門員（ケアマネジャー）支援、⑤介護サービス事業者支援、⑥サービスの苦情・相談体制、⑦高齢者虐待対応等の権利擁護対応等といった7分野毎に各分野の取り組み状況と自治体の人口規模、財政状況等といった自治体の属性との関係を検討することを目的とした。研究の結果、自治体は監査・指導や市民への広報や苦情や相談の窓口の明確化や情報の共有化への努力はしているものの、中・長期的な展望に関する整備指針はわずか2割程度しか明示されておらず、とくに地域連携の仕組みづくりでは、医療との連携がすすんでおらず、サービスの質の向上や確保に向けた取り組みが不十分で、全般的には介護保険事業への取り組みは、低調であることが示された。さらに、これらの実施状況には自治体格差が激しく、とりわけ人口規模が小さく、高齢化率が高く、財政力が低い自治体の介護保険事業が低調な状況は、大きな問題であった。日本には、財政力が低い小規模な自治体が多いことから、介護保険事業を自治体が運営・実施する困難さをどのように克服するかが課題であることが明らかにされた。今後は、小規模な自治体を対象とした事業の在り方やその方法論の標準化、これに対する国や都道府県の支援策をどのように検討していくかが課題である。

**キーワード**：介護保険制度、自治体、保険者、財政、評価

## 1. 研究の背景と目的

2012年の介護保険制度改正では、未曾有の介護及び医療サービス需要の増加をふまえ、総合的な提供システムである「地域包括ケアシステム」の構築が明言された。ここでいう「地域包括ケアシステム」は、2010年の「地域包括ケア研究会報告書」に、日本において初めて、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、

予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されたシステムである。

このシステムは、「医療との連携強化」、「介護サービスの充実強化」、「予防の推進」、「見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保」や「権利擁護」、「高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備」といった視



点による取り組みが求められている<sup>1) 2)</sup>。

また、このシステムには、できるだけ介護状態にならないようにすることを目的とした介護予防の視点が組み込まれており、自宅での自立した生活を継続し、施設等の利用を遅らせるという OECD の報告書<sup>3) 4)</sup>において指摘された「ageing in place」に基づいた住み慣れた地域社会での生活継続を支援するシステムともいえる。

ただし、2005年の介護保険制度改革で、このシステムの構築が目指された際には、個別支援を通じた地域社会の要介護者に対する支援システムからの構造的転換が求められており、自治体には、保険者として、よりマクロ的な介護と医療の連携を企図した提供システムの構築が期待されることとなった。

だが、この改革に際しては、自治体として実施すべき施策や保険者機能がいかにあるべきかといった自治体固有の責務への言及は明らかではなく、このため自治体の保険者としての機能がどのような実態にあるのかについてのエビデンスは十分に示されてこなかった。

すなわち、「医療と介護の連携」、「自立支援」、「要介護者の尊厳の保持」そして、「生活の場で介護支援を実施すること」、「地域保健医療システムの再構築」といった実現のために保険者としての自治体がどのような機能を果たすべきなのか、また、このシステムの要と期待されて発足した地域包括支援センターを自治体はどのように位置づけ、ここで、いかに包括的支援事業を実施していくかといったビジョンは、必ずしも明確にされてこなかったといえる。

このため、このシステムの実現に向けて努力してきた自治体は、日常生活圏域のニーズ調査や地域ケア会議等の取り組みに代表される和光市<sup>5)</sup>などの一部の自治体のみに限られ<sup>6)</sup>、とりわけ、ここ5年間の全国の介護保険事業の取り組みの実態は明らかではない。

平成23年4月の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律<sup>7)</sup>」では、地域包括ケアシステム実現のために医療、介護、

予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者への包括的な支援（地域包括ケア）の推進、日常生活圏域ごとに地域ニーズを的確に把握した計画を策定（第5期介護保険事業計画による管理強化）といった明記がなされたものの、これを実施するにあたってのわが国における自治体の準備状況に関するエビデンスは、かなり乏しい状況にあるといえよう。

おそらく地域包括支援センターおよび地域密着型サービスなど市町村主導による地域ケアシステムの具体的な構築が早急に求められてはいるものの、その具体的な取り組みに関しては、市町村ごとに大きな格差があることが予想される。とくに過疎地では、若年層を中心とした人口の流出や著しい高齢化が進行しており、一人暮らし高齢者や高齢夫婦世帯の割合が高く、高齢者サービスそのものが不足し、その提供が困難となっているといった問題<sup>8)</sup>が指摘されている。

さらに、地方財政改革による慢性的な財源不足に陥っている市町村は、地域のニーズを発掘することも、これを反映したサービスを開発することもできないといった問題<sup>9)</sup>も顕在化しつつある。

そこで本研究では、介護保険事業に対する全自治体の実施状況について、①介護保険事業計画・政策立案の状況、②地域連携の仕組みづくり、③自治体としての地域包括支援センター職員への支援、④介護支援専門員（ケアマネジャー）支援、⑤介護サービス事業者支援、⑥サービスの苦情・相談体制、⑦高齢者虐待対応等の権利擁護対応等といった7分野毎に各分野の取り組み状況と自治体の人口規模、財政状況等といった自治体の属性との関係を検討することを目的とした。

なお、地域差を実証的に分析していた先行研究<sup>10) -12)</sup>から、自治体（市区町村等）の人口特性としては人口総数、高齢夫婦世帯数、高齢単身世帯数、財政力としては財政力指数があった。これに、さらに実質収支比率、実質公債費比率といった介護事業経営に関連すると考えられる変数を加えて、分析に用いた。

## 2. 研究方法

### 2.1 調査対象

全自治体 1,731 区市町村の介護保険担当課を対象に郵送アンケート調査を実施した。調査内容は、人口規模、事業計画・政策立案の状況、地域連携の仕組みづくり、地域包括支援センター職員支援、介護支援専門員支援、介護サービス事業者支援、サービスの苦情・相談体制等である。

### 2.2 分析方法

自治体の基本属性は、人口規模の他に総務省統計局「国勢調査報告」から人口総数、老年人口（65歳以上人口）、世帯数、高齢夫婦世帯数、高齢単身世帯数を抜粋し、保険者ごとの高齢化率、高齢夫婦世帯率、高齢単身世帯率を算出した。

また、財政面に関する指標としては、総務省自治財政局「市町村別決算状況調査<sup>13)</sup>」から財政力指数、実質収支比率、実質公債費比率を抜粋し、使用した。

自治体としての介護保険事業への取り組みについては、以下の①～⑦に示した7分野の調査を実施し、全44項目のカテゴリーは、2件法、3件法、4件法と実施状況の段階を回答することとされていた<sup>14)</sup>が、これらを実施した場合を「1」、未実施の場合を「0」として分野ごとの実施事業数を算出し分析に用いた。

- ①事業計画・政策立案の状況－6項目
- ②地域連携の仕組みづくり－9項目
- ③自治体としての地域包括支援センター職員への支援－4項目
- ④介護支援専門員(ケアマネジャー)支援－4項目
- ⑤介護サービス事業者支援－9項目
- ⑥サービスの苦情・相談体制－4項目
- ⑦高齢者虐待対応・権利擁護対応等－8項目

また、自治体の属性と各取組の状況との関連性は各分野の

実施数と自治体の各属性との関係について相関分析を行い、各分野における事業の実施数を従属変数、属性である人口総数、老年人口数(65歳以上人口)、高齢夫婦世帯数、高齢単身世帯数、財政力指数、実質収支比率、実質公債費比率を独立変数とし、重回帰分析を行った。

さらに、自治体の特徴を詳しく見るために、これらの属性は、先行研究から示されていたカテゴリー化を試み、このカテゴリー別に一元配置分散分析、多重比較での平均値の差の検定を行い、実施状況を比較した。

なお分析には、統計解析ソフト SPSS 19.0J for Windows を使用した。

## 3. 研究結果

### 3.1 自治体の属性について

回収された調査票は650で回収率は37.6%であった。これら自治体の①人口規模、②高齢化率、③高齢夫婦世帯率、④高齢単身世帯率、⑤財政力指数、⑥実質収支比率、⑦実質公債費比率を分析した。

#### 3.1.1 人口規模

「町村部」、「人口10万人未満の市部」、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」とした場合、「町村部」が265(40.8%)、「人口10万人未満の市部」226(34.8%)、人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外92(14.2%)、「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」67(10.3%)であった。

#### 3.1.2 高齢化率

収集されたデータの分布状況から高齢化率は、

図表1 自治体の基本的な特徴

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
高齢化率	24.15	6.83	9.1	53.4	645
高齢夫婦世帯率	10.87	3.83	3.9	28.9	645
高齢単身世帯率	8.58	3.87	2.1	27.6	645
財政力指数	0.59	0.34	0	1.9	645
実質収支比率	4.03	2.89	-9.9	23.1	645
実質公債費比率	13.24	5.36	-0.5	26.6	645

データから示された標準偏差の範囲内である高齢化率「18%以上 31%未満」を一般的な高齢化率である自治体群とし、標準偏差の範囲よりも低い高齢化率を示した自治体群、すなわち「18%未満」である自治体群を高齢化率が低い群、高い範囲である「31%以上」を示した自治体群を高齢化率が高い群とした3つの区分を設定した。

この結果、「18%未満」が135(20.9%)、「18%以上 31%未満」が417(64.7%)、「31%以上」が93(14.4%)となった。

### 3.1.3 高齢夫婦世帯率

収集されたデータの分布状況から高齢夫婦世帯率を標準偏差の範囲内である高齢夫婦世帯率「7%以上 14.8%未満」を一般的な高齢夫婦世帯率である自治体群とし、標準偏差の範囲よりも低い高齢夫婦世帯率を示した自治体群、すなわち「7.0%未満」である自治体群を高齢化率が低い群、高い範囲である「14.8%以上」を示した自治体群を高齢化率が高い群とした3つの区分を設定した。

この結果、「7.0%未満」が74(11.5%)、「7%以上 14.8%未満」が474(73.5%)、「14.8%以上」が97(15.0%)となった。

### 3.1.4 高齢単身世帯率

収集されたデータの分布状況から高齢単身世帯率を標準偏差の範囲内である高齢単身世帯率「4.7%以上 12.5%未満」を一般的な高齢単身世帯率である自治体群とし、標準偏差の範囲よりも低い高齢単身世帯率を示した自治体群、すなわち「4.7%未満」である自治体群を高齢単身世帯率が低い群、高い範囲である「12.5%以上」を示した自治体群を高齢単身世帯率が高い群とした3つの区分を設定した。

この結果、「4.7%未満」が74(11.5%)、「4.7%以上 12.5%未満」が474(73.5%)、「12.5%以上」が97(15.0%)となった。

### 3.1.5 財政力指数

財政力指数は、「I グループ：財政力指数 0.500以上 1.000未満」、「II グループ：財政力指数 0.400以上 0.500未満」、「III グループ：財政力指数 0.300以上 0.400未満」、「IV グループ：財政力指数 0.300未満」の4つのグループに分類し<sup>注1)</sup>、「財政力指数 0.300未満」が145(22.5%)、「財政力指数 0.300以上 0.400未満」が74(11.5%)、「財政力指数 0.400以上 0.500未満」が67(10.4%)、「財政力指数 0.500以上」359(55.7%)となった。

### 3.1.6 実質収支比率

一般的に、実質収支比率は3%~5%程度が望ましいと考えられている<sup>15)</sup>ことから、3区分とし、

図表2 自治体の基本的な特徴

		N	%
人口規模	町村部	265	40.8
	人口10万人未満の市部	226	34.8
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	92	14.2
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	67	10.3
	計	650	100
高齢化率	18%未満	135	20.9
	18%以上31%未満	417	64.7
	31%以上	93	14.4
	計	645	100
高齢夫婦世帯率	7.0%未満	74	11.5
	7%以上~14.8%未満	474	73.5
	14.8%以上	97	15
	計	645	100
高齢単身世帯率	4.7%未満	68	10.5
	4.7%以上~12.5%未満	481	74.6
	12.5%以上	96	14.9
	計	645	100
財政力指数	0.300未満	145	22.5
	0.300以上0.400未満	74	11.5
	0.400以上0.500未満	67	10.4
	0.500以上	359	55.7
	計	645	100
実質収支比率	3%未満	198	30.7
	3%以上5%未満	105	16.3
	5%以上	342	53
	計	645	100
実質公債費比率	18%未満	498	77.2
	18%以上	147	22.8
	計	645	100

「3%未満」、「3%以上 5%未満」、「5%以上」の3つの区分に分け、「3%未満」が198(30.7%)、「3%以上 5%未満」が105(16.3%)、「5%以上」が342(53.0%)となった。

### 3.1.7 実質公債費比率

地方債協議制度の下では、18%以上の団体は、地方債の発行に際し許可が必要となる<sup>16)</sup>ことから、「18%未満」、「18%以上」の2区分とした結果、「18%未満」が498(77.2%)、「18%以上」が147(22.8%)となった。

## 3.2 介護保険事業に対する全自治体の実施状況

### 3.2.1 「事業計画・政策立案」の実施状況

事業計画・政策立案の状況は、各質問項目のデータすべてに欠損値がなかった605自治体を分析した。高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策(一般財源事業)やサービスがあったのは403か所(66.6%)、介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していたのは379か所(62.6%)、介護保険給付状況の分析の実施は314か所(51.9%)と5割以上の保険者が実施していた。

しかし、2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していたのは131か所(21.7%)で国や都道府県の政策動向や他の市区町村の先進的な取り組みを検討する場を設けていたのは、108か所(17.9%)、2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体としての介護基盤整備方針を検討していたのは87か所(14.4%)であった。

### 3.2.2 「地域連携の仕組みづくり」の実施状況

地域連携の仕組みづくりの状況は、すべての質問項目に欠損値がなかった437自治体を分析した。この結果、地域包括支援センター運営協議会が実施されていたのは、414か所(94.7%)とほとんどの保険者で実施されていたが、地域ケア会議は、291か所(66.6%)、さらに地域全体の連携推進のための会議は、126か所(28.8%)であった。

また、医療と介護との連携のための地域連携パ

スを協議する場が自治体内にあったのは126か所(28.8%)で医療と介護の連携を図るための施策としての地域の急性期病院との連携のための会議、地域の回復期病院、維持期リハ関連施設との連携のための会議は、それぞれ52か所(11.9%)と、これよりもさらに低い実施数を示していた。

自治体として、地域の医療機関、居宅サービス関係者、ケアマネジャーを組織化したネットワークを整備は、114か所(26.1%)が実施していたが、自治体として地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者と連携するという、いわゆる地域連携バスの作成に携わっていたのは37か所(8.5%)であった。

### 3.2.3 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」の実施状況

自治体としての地域包括支援センター職員への支援は、欠損値がなかった616を分析した。自治体として地域包括支援センター(ランチ・サブセンター含む)の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していたのは437か所(70.9%)で地域包括支援センターの評価は196か所(31.8%)で実施されていた。

しかし、自治体として、地域包括支援センターの職員を対象とした研修を主催していたのは145か所(23.5%)で、これまでに地域包括支援センター(ランチ・サブセンター含む)からの提案・要望などに基づいて事業や講座などを新規に実施していたのは115か所(18.7%)であった。

### 3.2.4 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」の実施状況

介護支援専門員(ケアマネジャー)支援について、各質問項目のデータに欠損値がない589自治体を分析した。自治体として介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していたのは473か所(79.0%)で、介護支援専門員(ケアマネジャー)の連絡協議会組織等が設置さ

図表3 自治体の介護保険事業への取り組み状況

① 事業計画・政策立案の状況	はい		いいえ		合計	
	N	%	N	%	N	%
介護保険事業計画の進捗状況の定期的な点検を実施	379	62.6	226	37.4	605	100
介護保険給付状況の分析の実施	314	51.9	291	48.1	605	100
国や都道府県の政策動向や他の市区町村の先進的な取り組みを検討	108	17.9	497	82.1	605	100
中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移推計の実施	131	21.7	474	78.3	605	100
中長期的な要介護高齢者増に対応する介護基盤整備方針を検討	87	14.4	518	85.6	605	100
高齢者のニーズに応じた自治体独自の施策(一般財源事業)やサービスがある	403	66.6	202	33.4	605	100
② 地域連携の仕組みづくり	N	%	N	%	N	%
地域包括支援センター運営協議会がある	414	94.7	23	5.3	437	100
地域包括支援センター運営協議会の部会がある	22	5.0	415	95.0	437	100
地域ケア会議がある	291	66.6	146	33.4	437	100
地域全体の連携推進のための会議がある	126	28.8	311	71.2	437	100
地域の急性期病院との連携のための会議がある	52	11.9	385	88.1	437	100
地域の回復期病院、維持期リハ関連施設との連携のための会議がある	52	11.9	385	88.1	437	100
地域の関係機関、ケアマネジャーを組織化したネットワークを整備	114	26.1	323	73.9	437	100
地域の関係機関と連携した地域連携パスの作成に携わったことがある	37	8.5	400	91.5	437	100
地域連携パスを協議する場が自治体内にある	126	28.8	311	71.2	437	100
③ 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	N	%	N	%	N	%
地域包括支援センターの定期的な連絡協議や情報共有の場を設定	437	70.9	179	29.1	616	100
地域包括支援センターの職員を対象とした研修を主催	145	23.5	471	76.5	616	100
地域包括支援センターからの提案・要望等に基づき、事業や講座等を新規に実施	115	18.7	501	81.3	616	100
地域包括支援センターの評価の実施	196	31.8	420	68.2	616	100
④ 介護支援専門員(ケアマネジャー)支援	N	%	N	%	N	%
介護支援専門員の連絡協議会組織等を設置	418	69.8	181	30.2	599	100
介護支援専門員を対象とした研修会を定期的に主催	321	53.6	278	46.4	599	100
ケアプランチェックやケアプラン評価を実施	333	55.6	266	44.4	599	100
「支援困難ケース」に関し、関係機関を集め地域ケア会議やカンファレンスを開催	473	79.0	126	21.0	599	100
⑤ 介護サービス事業者支援	N	%	N	%	N	%
介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置	284	69.4	125	30.6	409	100
介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催	141	34.5	268	65.5	409	100
介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等を編集・発行	15	3.7	394	96.3	409	100
「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布	345	84.4	64	15.6	409	100
介護サービスや高齢者福祉サービスの「しおり」や「ガイドブック」を作成、配布	365	89.2	44	10.8	409	100
地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導の実施(集団指導)	272	66.5	137	33.5	409	100
地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導の実施(実地指導)	365	89.2	44	10.8	409	100
地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する監査の実施	375	91.7	34	8.3	409	100
指導・監査は専任の職員で行っている	58	14.2	351	85.8	409	100
⑥ サービスの苦情・相談体制	N	%	N	%	N	%
介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口(相談部署)の明確化	575	92.4	47	7.6	622	100
介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルの整備	131	21.1	491	78.9	622	100
苦情・相談記録票の統一フォーマットの整備	325	52.3	297	47.7	622	100
苦情・相談記録内容を当該の地域包括支援センターに提供し、情報の共有化	370	59.5	252	40.5	622	100
⑦ 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	N	%	N	%	N	%
高齢者虐待の状況について、調査や分析の実施	304	52.6	274	47.4	578	100
高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成	287	49.7	291	50.3	578	100
高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置	348	60.2	230	39.8	578	100
高齢者虐待の通報があったケースの事実確認・カンファレンスの実施	503	87.0	75	13.0	578	100
高齢者虐待対応の一時保護施設やシェルターを確保	202	34.9	376	65.1	578	100
成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催	232	40.1	346	59.9	578	100
成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設置	456	78.9	122	21.1	578	100
成年後見制度利用支援事業を整備し、申立費用や報酬費の助成制度を設置	406	70.2	172	29.8	578	100

れていたのは、418 か所 (69.8%) であった。ケアプランチェックやケアプラン評価は 333 か所 (55.6%) が実施しており、また自治体 (保険者) として、介護支援専門員 (ケアマネジャー) を対象とした研修会を定期的に主催していたのは 321 か所 (53.6%) であった。

### 3.2.5 「介護サービス事業者支援」の実施状況

介護サービス事業者支援は、欠損値がなかった

409 自治体を分析した。まず地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する監査は 375 か所 (91.7%)、地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する指導・監査は 365 か所 (89.2%) で地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する指導・監査の状況 (集団指導) は 272 か所 (66.5%) で実施されていた。

介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」

を作成し、配布していたのは 365 か所 (89.2%) で介護サービス事業者リストを作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していたのは、345 か所 (84.4%) であった。

また、自治体 (保険者) として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していたのは 284 か所 (69.4%)、さらに、介護サービス事業者を対象とした研修会を定期的に主催していたのは 141 か所 (34.5%)、地域密着型 (介護予防) サービス事業所に対する指導・監査の状況 (指導・監査体制が構築されていたのは 58 か所 (14.2%) であった。

訪問介護サービス事業者ガイドラインのような介護サービス事業者の活動指針やマニュアル等を編集・発行していたのはわずかに 15 か所 (3.7%) だけであった。

### 3.2.6 「サービスの苦情・相談体制」の実施状況

サービスの苦情・相談体制は、欠損値がない 622 自治体を分析した。自治体 (保険者) として、介護サービスに関する市民からの苦情・相談に関する窓口 (相談部署) を明確にしていたのは 575 か所 (92.4%)、苦情・相談記録内容を当該地域の地域包括支援センター (ランチ・サブセンター含む) に提供し、情報の共有化を図っていたのは 370 か所 (59.5%) であった。苦情・相談記録票の統一フォーマットを整備していたのは 325 か所 (52.3%) で介護サービスに関する苦情相談対応マニュアルを整備していたのは 131 か所 (21.1%) であった。

### 3.2.7 「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の実施状況

高齢者虐待対応・権利擁護対応等については、各質問項目のデータに欠損値がなかった 578 自治体を分析した。高齢者虐待の通報があったケースについて地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していたのは 503 か所 (87.0%) であった。成年後見制度について市町村長申立の仕組みを設けていたのは 456 か所 (78.9%) で、成年後見制度利用支援事業を整備し、申立費用や報酬費の助成制度を設けていたのは 406 か所 (70.2%) であった。

また、高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していたのは 348 か所 (60.2%)、高齢者虐待の状況の調査や分析をしていたのは 304 か所 (52.6%) で、自治体 (保険者) として、高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していたのは 287 か所 (49.7%) であった。平成 20 年度に成年後見制度を地域に普及させるための市民講座の開催していたのは 232 か所 (40.1%) で高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していたのは 202 か所 (34.9%) であった。

### 3.3 各分野の実施数に影響を及ぼす自治体の属性 (図表 5)

自治体の属性が各分野の取組みの状況にどのような影響を及ぼしているかについては、各分野の実施数と属性の相関を分析した結果、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」において、「人口総数」、「65 歳以上人口」、「高齢夫婦世帯数」に弱い相関が示された。

図表 4 自治体の各属性と各分野の実施数との相関関係

	事業計画・政策立案の状況	地域連携の仕組みづくり	自治体としての地域包括支援センター職員への支援	介護支援専門員 (ケアマネジャー) 支援	介護サービス事業者支援	サービスの苦情・相談体制	高齢者虐待対応・権利擁護対応等
人口総数	0.22	0.17	0.41	0.26	0.36	0.11	0.35
65歳以上人口	0.22	0.18	0.42	0.27	0.38	0.11	0.36
高齢夫婦世帯数	0.22	0.18	0.41	0.26	0.36	0.11	0.34
高齢単身世帯数	0.22	0.19	0.38	0.24	0.35	0.11	0.32
財政力指数	0.18	0.04	0.25	0.27	0.18	0.02	0.26
実質収支比率	-0.09	-0.14	-0.14	-0.18	-0.13	-0.08	-0.23
実質公債費比率	-0.13	0.01	-0.23	-0.15	-0.17	-0.08	-0.15

また、各分野の実施数を従属変数とした重回帰分析を行った結果からは、「地域連携の仕組みづくり」と「サービスの苦情・相談体制」との関連性はなかった。

自治体の属性と関連性が高いと示された事業は、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」の分野と「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」であり、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」の分野とは、「人口総数」、「65歳以上人口」、「財政力指数」、「実質収支比率」、「実質公債費比率」とほとんどの基本属性との関連性が示された。「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」においては、「人口総数」、「65歳以上人口」、「高齢夫婦世帯数」、「財政力指数」、「実質収支比率」との関連性が示された。

また、「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」の分野と「介護サービス事業者支援」の分野では、類似の属性との関連性があり、「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」の分野は、「65歳以上人口」、「財政力指数」、「実質収支比率」との関連性が示され、「介護サービス事業者支援」の分野では、「人口総数」、「65歳以上人口」、「財政力指数」との関連性が示された。「事業計画・政策立案」の分野は、「財政力指数」のみとの関連性が示された。

### 3.4 人口規模、高齢化率、高齢夫婦世帯率、高齢単身世帯率と各分野の実施数との関係

人口規模別に介護保険事業に対する全自治体の実施数の平均値を比較した結果、7分野のすべてで人口規模が大きいくらい、実施数は高かった。

図表5 各分野の実施数と自治体の属性との重回帰分析

	事業計画・政策立案の状況		地域連携の仕組みづくり		自治体としての地域包括支援センター職員への支援		介護支援専門員(ケアマネジャー)支援		介護サービス事業者支援		サービスの苦情・相談体制		高齢者虐待対応・権利擁護対応等	
	標準化係数	P	標準化係数	P	標準化係数	P	標準化係数	P	標準化係数	P	標準化係数	P	標準化係数	P
人口総数	-0.22	0.40	-0.09	0.80	-0.52	0.03 *	-0.42	0.10	-0.76	0.02 *	0.22	0.41	-0.53	0.03 *
65歳以上人口	0.32	0.34	0.25	0.58	1.39	0.00 **	0.76	0.02 *	1.58	0.00 **	-0.19	0.57	1.56	0.00 **
高齢夫婦世帯数	-0.14	0.69	-0.44	0.35	-0.29	0.37	-0.37	0.28	-0.66	0.13	-0.09	0.81	-0.86	0.01 *
高齢単身世帯率	0.21	0.31	0.45	0.10	-0.26	0.17	0.19	0.35	0.15	0.53	0.14	0.51	0.06	0.75
財政力指数	0.17	0.00 **	0.10	0.09	0.16	0.00 **	0.30	0.00 **	0.18	0.00 **	-0.01	0.85	0.26	0.00 **
実質収支比率	-0.06	0.13	-0.10	0.05	-0.08	0.03 *	-0.19	0.00 **	-0.07	0.16	-0.07	0.11	-0.22	0.00 **
実質公債費比率	-0.03	0.50	0.08	0.17	-0.11	0.01 *	-0.02	0.57	-0.06	0.21	-0.06	0.15	-0.05	0.26
重回帰係数R	0.28		0.23		0.49		0.40		0.44		0.15		0.48	
決定係数R <sup>2</sup>	0.08		0.08		0.24		0.16		0.19		0.02		0.23	

\*P<.05,\*\*P<.01

図表6 自治体の基本属性と介護保険事業の実施数の平均値

		事業計画・政策立案の状況		地域連携の仕組みづくり		自治体としての地域包括支援センター職員への支援		介護支援専門員(ケアマネジャー)支援		介護サービス事業者支援		サービスの苦情・相談体制		高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
人口規模	町村部	1.99	1.43	2.53	1.44	1.00	0.91	2.25	1.17	3.74	2.21	1.04	3.68	2.00	
	人口10万人未満の市部	2.32	1.42	2.69	1.67	1.36	0.98	2.96	0.93	4.97	1.26	2.18	0.97	4.95	1.76
	人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特別市以外	2.79	1.48	3.04	1.83	2.14	1.02	3.20	0.78	5.32	1.12	2.37	0.86	5.55	1.55
	人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特別市	3.16	1.21	3.10	1.69	2.78	0.85	3.49	0.69	5.95	1.22	2.53	0.94	6.64	1.16
	計	2.35	1.46	2.71	1.61	1.49	1.10	2.77	1.09	4.87	1.47	2.25	0.98	4.74	2.02
高齢化率	18%未満	2.67	1.35	2.73	1.55	1.87	1.15	3.12	0.86	5.00	1.22	2.31	0.95	5.33	1.65
	18%以上31%未満	2.34	1.47	2.73	1.61	1.45	1.08	2.80	1.07	4.94	1.49	2.25	0.98	4.82	1.97
	31%以上	1.91	1.47	2.66	1.78	1.08	0.95	2.12	1.22	4.06	1.68	2.19	1.05	3.49	2.29
計	2.35	1.46	2.72	1.62	1.49	1.11	2.78	1.09	4.88	1.47	2.26	0.98	4.75	2.02	
高齢夫婦世帯率	7.0%未満	2.45	1.35	2.75	1.39	1.60	1.12	2.96	0.82	5.00	1.23	2.16	1.03	4.74	2.03
	7%以上~14.8%未満	2.40	1.49	2.74	1.64	1.56	1.12	2.86	1.07	4.97	1.46	2.29	0.95	5.00	1.89
	14.8%以上	2.02	1.40	2.58	1.70	1.06	0.91	2.21	1.22	4.05	1.56	2.18	1.09	3.46	2.23
計	2.35	1.46	2.72	1.62	1.49	1.11	2.78	1.09	4.88	1.47	2.26	0.98	4.75	2.02	
高齢単身世帯率	4.7%未満	2.52	1.38	2.60	1.16	1.51	1.03	3.02	0.82	4.66	1.31	2.12	0.99	4.89	1.82
	4.7%以上~12.5%未満	2.42	1.48	2.80	1.67	1.57	1.14	2.86	1.05	4.95	1.47	2.30	0.96	4.96	1.95
	12.5%以上	1.88	1.36	2.39	1.64	1.07	0.89	2.14	1.23	4.50	1.57	2.12	1.06	3.51	2.12
計	2.35	1.46	2.72	1.62	1.49	1.11	2.78	1.09	4.88	1.47	2.26	0.98	4.75	2.02	
財政力指数	0.300未満	1.90	1.48	2.60	1.46	1.12	0.94	2.29	1.26	4.40	1.77	2.24	1.03	3.66	2.41
	0.300以上0.400未満	2.30	1.54	2.96	2.03	1.23	1.03	2.42	1.14	4.29	1.49	2.26	1.05	4.71	2.00
	0.400以上0.500未満	2.23	1.43	2.84	1.76	1.20	0.92	2.70	1.06	4.83	1.56	2.23	1.00	4.72	1.75
	0.500以上	2.55	1.41	2.69	1.57	1.74	1.15	3.05	0.91	5.08	1.33	2.27	0.94	5.18	1.78
	計	2.35	1.46	2.72	1.62	1.49	1.11	2.78	1.09	4.88	1.47	2.26	0.98	4.75	2.02
実質収支比率	3%未満	2.53	1.48	3.10	1.72	1.63	1.12	2.92	1.06	5.18	1.56	2.33	1.00	5.15	1.99
	3%以上5%未満	2.33	1.38	2.43	1.35	1.46	1.07	2.75	1.01	4.97	1.32	2.39	0.96	4.88	2.08
	5%以上	2.25	1.47	2.57	1.59	1.41	1.10	2.70	1.12	4.64	1.43	2.17	0.96	4.48	1.98
計	2.35	1.46	2.72	1.62	1.49	1.11	2.78	1.09	4.88	1.47	2.26	0.98	4.75	2.02	
実質公債費比率	18%未満	2.42	1.48	2.71	1.64	1.56	1.15	2.83	1.08	4.94	1.46	2.27	0.96	4.85	1.97
	18%以上	2.10	1.39	2.74	1.54	1.23	0.91	2.59	1.11	4.64	1.48	2.21	1.04	4.43	2.16
	計	2.35	1.46	2.72	1.62	1.49	1.11	2.78	1.09	4.88	1.47	2.26	0.98	4.75	2.02

図表7 自治体の基本属性と介護保険事業の実施数の差異との関連

	A	⇔ B	事業計画・政策立案の状況		地域連携の仕組みづくり		自治体としての地域包括支援センター職員への支援		介護支援専門員(ケアマネジャー)支援		介護サービス事業者支援		サービスの苦情・相談体制		高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連	
			平均値の差(A-B)	P	平均値の差(A-B)	P	平均値の差(A-B)	P	平均値の差(A-B)	P	平均値の差(A-B)	P	平均値の差(A-B)	P	平均値の差(A-B)	P
人口規模	町村部	⇔ 人口10万人未満の市部	-0.33	0.08	-0.16	1.00	-0.36	0.00 **	-0.71	0.00 **	-1.23	0.00 **	0.03	1.00	-1.27	0.00 **
		⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.81	0.00 **	-0.51	0.24	-1.14	0.00 **	-0.95	0.00 **	-1.58	0.00 **	-0.16	1.00	-1.88	0.00 **
	人口10万人未満の市部	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-1.18	0.00 **	-0.57	0.16	-1.77	0.00 **	-1.24	0.00 **	-2.21	0.00 **	-0.33	0.12	-2.96	0.00 **
		⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.47	0.05	-0.35	1.00	-0.78	0.00 **	-0.23	0.39	-0.35	0.32	-0.19	0.87	-0.60	0.05
人口10万人以上の市部	⇔ 人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市	-0.84	0.00 **	-0.41	0.70	-1.41	0.00 **	-0.53	0.00 **	-0.98	0.00 **	-0.36	0.07	-1.69	0.00 **	
	⇔ 人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外	-0.37	0.64	-0.07	1.00	-0.63	0.00 **	-0.30	0.41	-0.63	0.02 *	-0.16	1.00	-1.09	0.00 **	
高齢化率	18%未満	⇔ 18%以上31%未満	0.34	0.07	0.00	1.00	0.43	0.00 **	0.32	0.01 *	0.06	1.00	0.06	1.00	0.51	0.03 *
	⇔ 31%以上	0.77	0.00 **	0.07	1.00	0.79	0.00 **	1.00	0.00 **	0.94	0.01 *	0.12	1.00	1.84	0.00 **	
高齢夫婦世帯率	18%以上31%未満	⇔ 31%以上	0.43	0.04 *	0.07	1.00	0.37	0.01 *	0.68	0.00 **	0.87	0.00 **	0.06	1.00	1.33	0.00 **
	7.0%未満	⇔ 7%以上14.8%未満	0.05	1.00	0.02	1.00	0.04	1.00	0.10	1.00	0.03	1.00	-0.12	0.94	-0.25	0.94
高齢単身世帯率	7.0%未満	⇔ 14.8%以上	0.43	0.21	0.18	1.00	0.54	0.01	0.74	0.00 **	0.95	0.01 *	-0.02	1.00	1.29	0.00 **
	⇔ 14.8%未満	0.38	0.08	0.16	1.00	0.49	0.00	0.65	0.00 **	0.92	0.00 **	0.10	1.00	1.54	0.00 **	
財政力指数	4.7%未満	⇔ 4.7%以上12.5%未満	0.11	1.00	-0.20	1.00	-0.08	1.00	0.18	0.83	-0.29	0.79	-0.18	0.47	-0.07	1.00
	⇔ 12.5%以上	0.65	0.02 *	0.21	1.00	0.44	0.04 *	0.87	0.00 **	0.16	1.00	0.00	1.00	1.38	0.00 **	
実質収支比率	4.7%以上12.5%未満	⇔ 12.5%以上	0.54	0.00 **	0.41	0.19	0.50	0.00 **	0.72	0.00 **	0.45	0.22	0.19	0.29	1.48	0.00 **
	0.300未満	⇔ 0.300以上0.400未満	-0.40	0.39	-0.35	1.00	-0.12	1.00	-0.13	1.00	0.11	1.00	-0.03	1.00	-1.05	0.00 **
実質公債費比率	0.300以上0.400未満	⇔ 0.400以上0.500未満	-0.33	0.85	-0.24	1.00	-0.09	1.00	-0.41	0.07	-0.44	1.00	0.01	1.00	-1.08	0.00 **
	⇔ 0.500以上	-0.65	0.00 **	-0.09	1.00	-0.82	0.00 **	-0.76	0.00 **	-0.88	0.01 *	-0.03	1.00	-1.50	0.00 **	
実質公債費比率	0.300以上0.400未満	⇔ 0.400以上0.500未満	0.07	1.00	0.11	1.00	0.03	1.00	-0.28	0.76	-0.55	0.76	0.04	1.00	-0.01	1.00
	⇔ 0.500以上	-0.25	1.00	0.27	1.00	-0.50	0.00 **	-0.83	0.00 **	-0.79	0.02 *	0.00	1.00	-0.44	0.54	
実質公債費比率	0.400以上0.500未満	⇔ 0.500以上	-0.32	0.68	0.15	1.00	-0.53	0.00 **	-0.35	0.10	-0.24	1.00	-0.04	1.00	-0.44	0.70
	3%未満	⇔ 3%以上5%未満	0.20	0.89	0.67	0.02 *	0.18	0.58	0.17	0.83	0.21	1.00	-0.05	1.00	0.27	0.85
実質公債費比率	⇔ 5%以上	0.28	0.11	0.53	0.01 *	0.22	0.09	0.22	0.09	0.54	0.00 **	0.16	0.20	0.67	0.00 **	
	3%以上5%未満	⇔ 5%以上	0.09	1.00	-0.14	1.00	0.04	1.00	0.05	1.00	0.33	0.31	0.22	0.18	0.40	0.27
実質公債費比率	18%未満	⇔ 18%以上	0.32	0.02 *	-0.03	0.87	0.34	0.00 **	0.24	0.03 *	0.29	0.12	0.08	0.53	0.42	0.04 *

\*\*P<.05,\*\*P<.01

特に「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」、「介護サービス事業者支援」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の分野では、「町村部」と「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」、「町村部」と「人口10万人以上の市部のうち政令市・中核市・特例市」の間に統計的に有意な差が示され、「人口10万人以上の市部で政令市・中核市・特例市以外」での実施数のほうが高かった。

高齢化率別に実施数の平均値を比較すると、7分野のすべてで高齢化率が高い自治体程、実施数が低かった。特に「介護サービス事業者支援」では「18%未満」と「31%以上」、「18%以上31%未満」と「31%以上」と高齢化率が高い自治体の実施数が有意に低かった。

「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の分野の回答においても高齢化率が高いほど有意に実施数が低かった。

自治体の高齢夫婦世帯率、高齢単身世帯率別に実施数の平均値を比較すると、いずれも高齢夫婦世帯率、高齢単身世帯率が高い自治体ほど実施数が低かった。特に高齢夫婦世帯率では、「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」、「介護サービス事業者支援」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」

の分野で「7.0%未満」と「14.8%以上」、「7%以上14.8%未満」と「14.8%以上」の間で高齢夫婦世帯率が高い自治体では、有意に実施数が低かった。

高齢単身世帯率では、「事業計画・政策立案の状況」、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の分野では、「4.7%未満」と「12.5%以上」、「4.7%以上12.5%未満」と「12.5%以上」の間で高齢単身世帯率が高い自治体の実施数が有意に低かった。

また、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」「介護サービス事業者支援」の分野でも、「4.7%以上12.5%未満」と「12.5%以上」の間で高齢単身世帯率が高い自治体の実施数が有意に低かった。

### 3.5 財政力指数、実質収支比率、実質公債費比率と各分野の実施数との関係

#### 3.5.1 財政力指数との関係

介護保険事業に対する全自治体の実施数は、自治体の財政力指数のグループ別に比較した結果、「事業計画・政策立案の状況」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の分野では、財政力指数が「0.300未満」と「0.500以上」の間で財政力指数が高いほうが、実施数は有意に高かった。



「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「介護サービス事業者支援」の分野でも財政力指数が「0.300未満」と「0.500以上」、「0.300以上0.400未満」と「0.500以上」の間で財政力指数が高いほうが、実施数が有意に高かった。「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」の分野は、財政力指数が「0.300未満」と「0.500以上」の間で、財政力指数が高いほうが、実施数は有意に高かった。

「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」では「0.300未満」と「0.500以上」、「0.300以上0.400未満」の間で財政力指数が高いほうが、実施数は有意に高かった。

### 3.5.2 実質収支比率との関係

一般的に、実質収支比率が低い程、介護保険事業の実施数は高い傾向がみられたが、有意な差が示されたのは、「地域連携の仕組みづくり」で、「3%未満」と「3%以上5%未満」、「3%未満」と「5%以上」の間で保険者の実質収支比率が低い程、実施数が高かった。

また、「介護サービス事業者支援」の分野に関しては、「3%未満」と「5%以上」の間で保険者の実質収支比率が低い程、実施数が高かった。

### 3.5.3 実質公債費比率との関係

実質公債費比率に関しては、「事業計画・政策立案の状況」、「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」、「高齢者虐待対応・権利擁護対応等」・成年後見制度関連」の分野で「18%未満」、「18%以上」の間で、実質公債費比率が低い程、実施数が高かった。

## 4. 考察

介護保険事業に対する全国の自治体の実施状況を分析した結果、実施率が高かった事業は、「介護支援専門員（ケアマネジャー）支援」であり、平均実施率は69.4%であった。一方、低かったのは「地域連携の仕組みづくり」で実施率が30.2%で最も低かった。この他に、「自治体としての地域包

括支援センター職員への支援」も37.2%、「事業計画・政策立案」についても39.1%と示され、低い実施率であった。

このように自治体は、監査・指導や市民への広報や苦情や相談の窓口の明確化や情報の共有化への努力はしているものの、中・長期的な展望に関する整備指針は、2割程度の自治体で示されているだけで、介護サービス事業者や地域密着型サービス事業者への研修等の開催といった、より細やかなサービスの質の向上や確保に向けた取り組みは不十分であり、全体的には介護保険事業への取り組みは低調であった。とりわけ、地域連携の仕組みづくりにおいては、医療との連携がすすんでいない状況が顕著に示された。

以上の結果は、全国の自治体の一般的な傾向といえるが、本研究の結果からは、改めて自治体間格差が大きいことが明らかにされた。こうした格差については、例えば、地域包括支援センターの整備状況の差異に関する先行研究が発表されており、整備状況において、<sup>1)</sup>人口規模が大きく人口が密集している市区町村、<sup>2)</sup>医療や福祉に従事する者が多い市区町村、<sup>3)</sup>広域的な対応を実施している市区町村で早期に活動を開始し、<sup>4)</sup>高齢者の割合が大きい市区町村で活動開始が遅れる傾向があるといったエビデンス<sup>17)</sup>が示されている。

今回の実施数の差異においても人口や人口密度、高齢化率との関係性が示され、7分野すべてにおいて、人口規模が大きい程、実施数は高く、保険者の高齢化率が高い保険者ほど実施数が低い傾向が明らかにされた。これは、地域包括支援センターの整備だけでなく、自治体の介護保険事業全体への取り組みに人口規模や高齢化率が関連していることを示しているものと考えられた。

また、保険者の高齢夫婦世帯率、高齢単身世帯率別に実施数の平均値の比較からは、いずれも高齢夫婦世帯率、高齢単身世帯率が高い保険者ほど実施数が低い傾向があった。これは、支援が必要な高齢者夫婦や単身の世帯割合が高い程、介護保険事業の実施数が低いことを示しており、より手厚いサービスが必要な人々の割合が高い自治体で

サービスが不十分な状況であったことを示唆しており、大きな課題と考えられる。

このように、本研究からは人口や高齢化率といった外生的な要因が介護保険事業における地域差を規定していることが示されたが、一方で、広域化や共同設置の実施、人材の育成といった保険者独自の裁量的な方策によって介護保険事業の迅速な対応を実現できる可能性はあると示された先行研究<sup>17)</sup>はあったものの、こういった対応に関しても同様に、人口規模が小さいことや高齢化率が高いことで、介護支援専門員や介護事業者の育成、地域包括支援センターへの支援等も低調となっていたことが示された。このことは、裁量的な方策にも自治体の人口規模によっては限界があることを示しているともいえ、わが国の介護保険行政の実態が深刻な状況であることを示唆していた。

また、これらの介護保険事業の実施状況が低い保険者の特徴は財政的な基盤が弱いことが推察されることから、本研究では、財政力指数、実質収支比率、実質公債費比率といった指標を用いて分析を実施したが、いずれも財政力指数が高い程、実質公債費率が低い程、介護保険事業の実施数は高い傾向がみられた。これは、介護保険事業の実施と財政状況との関連について初めて示された資料といえ、小規模な自治体が多い日本にとって、介護保険事業を自治体が運営する際の困難さを表した結果となった。

わが国としては、これらの小規模な自治体の介護保険運営を今後、どのように展開させていくべきかが問われているわけだが、この対応策のひとつとして示されてきたのが地域包括ケアシステムである。このシステムは、国際的には統合型のケアと位置づけられ<sup>18)</sup>、世界各国で1990年代から取り組みがなされており、ヨーロッパでは2004年にCARMEN (Care and Management of Services for Older People in Europe Network) として政策レポートがまとめられている<sup>19)</sup>。

このレポートでは、アクセスの容易さやその質に加えて資金的持続可能性についてという3本の国家政策の柱に言及がされ、公正に必要な合わせ

て統合型ケアにアクセスでき、またその政策も持続可能なものであるための資金の持続性の重要性が示されてきた。

すでに国では、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の一部見直しに対する意見<sup>20)</sup>」が取りまとめられているが、その中で地域包括ケアシステムの構築においては、当該市町村（保険者）が地域包括支援センターに期待する役割が明確になるよう、委託型センターについては市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示し、さらに関係者間のネットワーク構築については、地域包括支援センターが責任を持って、推進することを徹底すべきであるとの記述がなされている。

本研究で示したような介護保険事業の取り組みの程度に関するエビデンスの収集は、各国でも地域間格差の問題は大きいことが言われていることから、今後、各自治体はその特性別にどのようなシステムを構築すべきかの専門的支援を国が行う際の資料として重要である。また多くの国々が日本の地域包括ケアシステムにあたるケアの統合の推進に際しての障壁が克服されつつあるとのレポートも出されるようになっており、いくつかの事例は参考となる<sup>21) 22)</sup>。

また、その方法論についてのヨーロッパ各国の政策比較も行われている<sup>23)</sup>。こういった比較にわが国を加えて、具体的な検討をすることも今後の施策にとって有用と考えられる。とくに小規模な自治体に対して、さらに具体的に、どのような方策が有効であるのかといった一定の指針を明示していくことも必要であろう。

これまで保険者データを用いた実証的分析を含んだ先行研究としては、清水谷らが保険者の財政状況がサービス利用率などに影響を及ぼすといった研究結果<sup>24)</sup>がみられるが、多くは都道府県レベルのデータや単一の保険者データを用いた分析である。本稿で用いたデータは、全市町村を対象とした調査によって得られた結果であり、今後の地域包括ケアシステムの具体的な内容を考える上で

重要な資料になるものと予想される。

ただし、本分析で得られた実施事業との関連を示した各分野における重回帰式の精度は低く、実施状況の自治体格差を規定する要因を確定するにはいたっていない。したがって、これからの研究においては、さらに、詳細な地域の特性に関する要因を調査し、その原因を検討し、これを明らかにした上で、今後、国として、どのような施策を講ずるべきかを慎重に検討する必要があるものと考えられる。

#### 注

1) 財政力指数の分類にあたっては、都道府県の財政比較分析表において用いられてきた東京都を除いた全国46道府県の5つに分類における値を参考にした。

(総務省自治財政局財務調査課：財政比較分析表の説明

[http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/bunsekihyo\\_kaisetu\\_h21.html#mikata](http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/bunsekihyo_kaisetu_h21.html#mikata) (平成23年8月31日アクセス))

#### 参考文献

- 1) 平成20年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)：平成20年度地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成21年5月22日  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html> (平成23年8月31日アクセス)
- 2) 平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)：平成21年度地域包括ケア研究会報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成22年4月26日  
<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> (平成23年8月31日アクセス)
- 3) OECD:Caring for Frail Elderly People:Policy in Evolution, OECD:1996
- 4) OECD:Long-term Care for older people,

OECD:2005

- 5) 埼玉県和光市：第4期和光市介護保険事業計画高齢者保健福祉計画、平成21年3月：2009。  
<http://www.city.wako.lg.jp/var/rev0/0001/5947/200942810522.pdf> (平成23年8月31日アクセス)
- 6) 平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)、地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書、財団法人長寿社会開発センター、平成22年3月：2010。
- 7) 厚生労働省老健局長(平成23年6月22日)、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の公布について(老発第0622第1号)  
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T110627R0010.pdf> (平成23年8月31日アクセス)
- 8) 佐藤秀紀：過疎地域における老人保健福祉サービスと社会経済的要因との関係、厚生指標50(2)31-38：2003。
- 9) 衛藤幹子：自治体福祉と住民参加、季刊・社会保障研究、33(4)403-413,1998。
- 10) 平野隆之、奥田佑子：介護保険認知症データ分析からみた地域密着型サービスの普及、厚生指標、56(3)9-17：2009。
- 11) 安藤道人：介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析：保険者データを用いた分析季刊社会保障研究44(1)94-109：2008。
- 12) 長倉真寿美：居宅サービス利用水準の地域差と在宅化推進に関する一考察、厚生指標、55(13)10-17：2008。
- 13) 総務省自治財政局財務調査課：平成21年度市町村別決算状況調  
[http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/h21\\_shichouson.html](http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/h21_shichouson.html) (平成23年8月31日アクセス)
- 14) 平成22年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)、包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究報告書、介護保険制度に対する保険者の取組みの状況に関する調査、立教大学、200-7：2011。
- 15) 石原信雄監修：第3訂地方財政小事典、ぎょうせい、266：1990。

- 16) 総務省自治財政局地方債課. 地方債証券のあらまし、8  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/chihosai/index.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/chihosai/index.html) 平成23年8月31日アクセス)
- 17) 山内康弘、筒井孝子：地域包括支援センターの活動開始時期に関する計量分析、介護経営 5(1)、39-47：2010.
- 18) 筒井孝子、東野定律、大冢賀政昭：全国の地域包括支援センターの職員における資格別配置状況および連携活動能力に関する研究、介護経営 5(1)、2-14：2010.
- 19) Banks P: Policy Framework for Integrated Care for Older People. London: King's Fund. London: 2004.
- 20) 社会保障審議会介護保険部会（平成23年11月30日）、介護保険制度の見直しに関する意見：2011. [www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf)（平成23年8月31日アクセス）
- 21) Nies H. 'Integrated care: concepts and backgrounds', in Nies H, Berman P eds, Integrating Services for Older People: A resource book for managers. Dublin: European Health Management Association: 2004.
- 22) van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A. Integrated Care in Europe: Description and comparison of integrated care in six EU countries. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg: 2003.
- 23) K. Leichsenring, A. Alaszewski: Providing integrated health care and social care for older persons, A European View of Issues at Stake. Aldershot/England: Ashgate Publishing Limited: 2004.
- 24) 清水谷諭、稲倉典子：公的介護保険制度の運用と保険者財政：市町村レベルデータによる検証、会計検査研究 34、83-95：2006.

### Abstract

This paper examine to what all municipalities have implemented the Long-Term Care Insurance Project in Japan. More precisely, this study focuses on the relationship between municipalities characteristics and the project implementation level regarding seven parameters: 1) the situation towards policy planning, 2) the cooperation within the community, 3) the support from local government towards community-based care centers' employees, 4) the support towards care managers, 5) the support towards long-term care service providers, 6) the complaints towards services and the counseling system, 7) the advocacy system for the elderly.

Results showed that objectives in the medium- and long-term remain unclear for around 20% of municipalities. In addition, even though municipalities have been putting some effort into sharing information, counseling, auditing, media relations and responding to complaints, the low improvement levels towards services' quality and quantity, as well as issues of cooperation with the medical field suggest that the project is still poorly implemented. Significant disparities between insurers were also revealed, suggesting that municipalities with small population size and poor financial capabilities are placed in a serious situation concerning the implementation level.

## [研究資料]

介護老人福祉施設において夜間・深夜時間帯に提供された  
ケアの実態と時間別ケア内容の推移

著者 : 大冢賀 政昭 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所)  
共著者 : 東野 定律 (静岡県立大学 経営情報学部)  
筒井 孝子 (国立保健医療科学院)

## 抄録

本研究では、介護老人福祉施設において実施された他計式の1分間タイムスタディ調査データを分析し、夜間・深夜時間帯(以下、夜勤帯)に発生する入所者に提供されたケアの内容と時間、発生割合とその時間帯別の推移の傾向を分析した。

研究の結果、入所施設の夜勤帯の1時間あたりのケア提供時間は日勤帯等と比較すると有意に短かった。しかし、「ケアシステム関連」といった記録等の業務に関しては有意な差はなかった。

夜勤帯の高齢者のケアとしてよく提供されていたのは、「巡視・観察・測定」、「排泄」、「食事・栄養・補液」という3種類のケアで7割以上の入所者に提供されていた。また時間帯別には、ケアの内容によって発生する時間帯が異なることや、これらのケアを提供されていたのは特定の高齢者であったことが明らかにされた。このことは、高齢者の状態像によって時間帯別に提供するケアを予定できる可能性を示したといえる。

このように本研究は、今後、政策的に推進されている地域包括ケアシステムの構築において、日常生活圏域における要介護高齢者の夜間のケア提供をどのようにすべきかを検討する際の基礎資料として重要と考えられる。

**キーワード** : 介護老人福祉施設、夜間のケア、地域包括ケアシステム、他計式1分間タイムスタディ調査

## 1. はじめに

地域包括ケアシステムは、2011年に発表された地域包括ケア研究会報告書<sup>1) 2)</sup>によると、24時間365日をキーワードとし、住居の種別を問わず、生活における不安や危険に対して、おおむね30分以内に生活上の安全・安心・健康を確保するサービスや対応が提供されることが目指されている。また、平成23年4月の介護保険法の一部を改正<sup>3)</sup>では、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」及び小規模多機能型居宅介護と訪問看護な

ど複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供する「複合型サービス」が創設されることとなった。

すでに2005年の介護保険制度改正では、24時間の在宅介護を支えるという点において、身近な地域で生活が継続できるようにするための新しいサービス体系として地域密着型サービスが導入され、その中でも小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護が創設された。しかし、夜間の在宅ケアニーズに対応する夜間対応型訪問介護は、サービス利用にあたって基本料金のほかに、サービスを利用する度に利用料が加算され、結果的に利用者

の費用負担が高額となることや夜間の職員配置に課題等があることが指摘され、その導入は進んでいない<sup>4)</sup>。このため、新設された24時間定期巡回型サービスについても同様の問題が危惧され、地域包括ケアシステムにおいて、在宅での24時間を支える鍵となる夜間・深夜時間帯の介護サービス提供が現実的に可能かについては、疑問視されている。

24時間巡回型訪問介護サービスの導入にあたっては、モデル事業において13の事業所の134人に提供された訪問介護、夜間対応型訪問介護のサービス提供回数、提供タイミングについてデータが収集・分析された内容が発表され<sup>5)</sup>、この報告が、いわばサービス導入の根拠となっている状況である。だが、実際のケア時間の測定データは示されておらず、当該サービスの臨床現場への適応に際しては、さらなるデータの集積が必要と考えられる。

いずれにしても、地域の要介護高齢者に対する夜間の介護サービス提供システムの構築は、地域包括ケアシステムの要であり、夜間の時間帯に具体的にどのような内容のサービスが、どの程度発生しているかといった基礎データは必須である。

そこで本研究では、国内<sup>6) -13)</sup>をはじめとして、海外<sup>14) -18)</sup>においても客観的に業務内容や業務量を測定する手法として信頼性が高いタイムスタディ調査法を採用し、ケア内容が標準化されている介護老人福祉施設で収集された実証的なデータを用いて、夜間・深夜・早朝を含む夜勤帯に発生する個別的なケアの内容・時間、そして時間ごとの発生割合の推移を明らかにすることを目的とした。

## 2. 研究方法

### 2.1 分析データ

A県およびB県の2か所の介護老人福祉施設で実施した他計式1分間タイムスタディ調査データ(職員31名と入所者96名)と入所者の基本属性のデータである。調査当日に収集された1分毎に記述されたケア内容はT.C.C<sup>注1)</sup>を用いて、コード化し、ケア内容別時間データとして分析した。

### 2.2 分析方法

調査期間中に提供されたケア内容を入所者別に集計し、T.C.Cの大分類、中分類別にケア内容・時間および、これらのケアが何人の入所者に提供されていたかを発生割合として算出した。なお、入所者別に集計した際には、入所者固有のケアを算出できるよう、不特定多数を対象としたケアの準備や記録、職員自身の行動といったケア時間を除外することとした。さらに、先行研究<sup>13) 19)</sup>から、夜勤帯に発生する代表的なケアで、いわゆるルーティン業務として実施される記録や巡視、同様に定時に決まって実施される排泄に関わるケアを除外したケア内容別の発生割合も分析した。

また、本研究は、日中と夜間の最小人員配置時間帯における業務内容の差を明らかにするために、2施設共に職員の配置人数が最も低かった21時から翌朝6時まで<sup>注2)</sup>を夜勤帯、それ以外を日勤帯等とし、これら2つの勤務帯に発生したケア内容とその提供時間、発生割合の差異を比較した。本研究の統計解析には、SPSS ver. 15.0Jを使用した。

### 2.3 倫理的配慮

本研究で使用するデータおよび研究計画は、国立保健医療科学院に設置された研究倫理委員会での認証を受けた(NIPH-IBRA#07008)。分析に際しては、個人情報を含んでいないデータを扱った。

## 3. 結果

### 3.1 入所者の基本属性等

性別は、男性が6名、女性が63名で、平均年齢は、86.0歳(標準偏差7.6)であった。年齢区分は、90歳以上の割合が26.0%と最も高く、属性データが収集された対象者の9割以上が75歳以上の後期高齢者であった。また、要介護度は、要介護4の割合が35.4%、続いて要介護5が31.3%と7割以上が要介護4以上であり、要介護度が高かった。さらに、認知症高齢者の日常生活自立度については、II以上に該当した入所者が76.0%と7割以上を示していた。

図表1 入所者の基本属性等<sup>注3)</sup>

	平均値	標準偏差
平均年齢(N=69)	86.0	7.6
平均要介護度(N=91)	3.9	1.0
	N	%
性別		
男性	6	6.3
女性	63	65.6
欠損値	27	28.1
合計	96	100.0
年齢区分		
65歳未満	1	1.0
65歳以上70歳未満	3	3.1
70歳以上75歳未満	1	1.0
75歳以上80歳未満	3	3.1
80歳以上85歳未満	16	16.7
85歳以上90歳未満	20	20.8
90歳以上	25	26.0
欠損値	27	28.1
合計	96	100.0
要介護度		
要介護1	2	2.1
要介護2	6	6.3
要介護3	19	19.8
要介護4	34	35.4
要介護5	30	31.3
欠損値	5	5.2
合計	96	100.0
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	6	6.3
I	7	7.3
II a	12	12.5
II b	15	15.6
III a	11	11.5
III b	28	29.2
IV	7	7.3
欠損値	10	10.4
合計	96	100.0
II以上(再掲)	73	76.0
障害高齢者の日常生活自立度		
自立	1	1.0
J1	1	1.0
J2	10	10.4
A1	10	10.4
A2	17	17.7
B1	24	25.0
B2	3	3.1
C1	25	26.0
欠損値	5	5.2
合計	96	100.0

3.2 夜勤帯における高齢者が受けた大分類別ケア時間・構成割合

夜勤帯と日勤帯等の1時間あたりに入所者に提供されていたケア時間を比較した。この結果、日勤帯等の方が夜勤帯より有意に提供時間は長かった。提供内容は、5種類の大分類のうちの3種類の「身の回りの世話」、「専門的な治療・処置」、「リハビリテーション関連」の分類に含まれていたケアは、日勤帯等の方が夜勤帯より有意に長かったが、「ケアシステム関連」には有意差はなかった。「在宅ケア関連」のケアは提供されていない。

また、夜勤帯と日勤帯等の総ケア提供時間分布を比較すると、日勤帯等では正規分布に近かった。一方、夜勤帯では、ほとんどの入所者の総ケア提供時間は短いものの、ケア提供時間が長い入所者が一定割合だけ存在していた。

3.3 夜勤帯に入所者に提供されていた T.C.C 中分類別ケア時間・発生割合

夜勤帯には、T.C.C 中分類 65 種類中 21 種類のケアが発生していた。また、平均ケア提供時間が長かったケアの中でも最も長かったのは、「ケア関連会議・記録」24.3 分で全入所者 96 人中 6 人に発生していた。次に長かったのは、「BPSD への対応」で 14 人 (14.3%) に発生し、この平均は 6.8 分であった。続いて長かったのは、「洗濯」で 5.0 分であったが、これは 1 人にしか発生していなかった。さらに、「入院・入所者の物品管理」が 4.4 分と続いていたが、これは 7 人 (7.1%) に発生していたケアであった。

図表2 夜勤帯と日勤帯等に提供された1時間あたりのケア時間と大分類別ケア内容の比較 (N=96)

	夜勤帯			日勤帯等			P値
	構成割合(%)	平均値(分)	標準偏差	構成割合(%)	平均値(分)	標準偏差	
平均ケア提供時間	100.0	2.68	2.58	100.0	5.29	2.94	**
大分類別							
身の回りの世話	82.7	2.22	2.28	86.4	4.57	2.66	**
専門的な治療・処置	0.4	0.01	0.05	7.2	0.38	0.59	**
リハビリテーション関連	0.0	0.00	0.00	0.4	0.02	0.04	**
ケアシステム関連	17.0	0.46	0.58	6.2	0.33	0.41	
在宅ケア関連	0.0	0.00	0.00	0.0	0.00	0.00	-

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

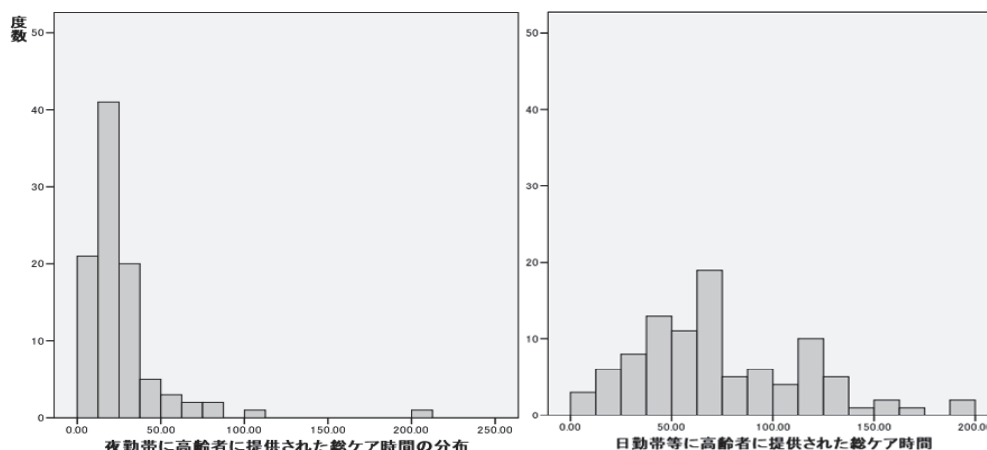
次に、最も発生割合が高かったのは、「巡視・観察・測定」で、全入所者の83.3%に発生していた。続いて、「排泄」が82.3%、「食事・栄養・補液」が71.9%であり、7割を超えていたのは、この3種類のケアのみであった。

続いて、「更衣」58.3%、「清潔・整容」50.0%、「起居と体位変換」46.9%、「寝具・リネン」40.6%、「コミュニケーション」37.5%で発生割合が30%を超えていたのは、これらの8種類のケアだけだった。

### 3.4 時間帯職員配置人数と入所者へのケアの発生割合

A施設では、21時から翌日6時までの時間帯は、入所者67名に対して、職員3名配置であり、B施設では、入所者29名に対して、19時から翌日6時まで2名の配置であった。また、調査日に存在した入所者のうちケアが発生した入所者の割合（ケア発生割合）は、日勤帯等（7時から20時まで）は、70%から90%の間であったが、夜勤帯（21時

図表3 勤務帯別（夜勤帯・日勤帯等）入所者に提供された総ケア時間の度数分布（N=96）



図表4 夜勤帯に提供されていたT.C.C中分類別平均提供時間と発生割合（N=96）

	平均値(分)	標準偏差	発生人数	発生割合
1 巡視・観察・測定	1.9	1.4	80	83.3
2 排泄	2.9	1.4	79	82.3
3 食事・栄養・補液	3.6	2.1	69	71.9
4 更衣	1.8	1.1	56	58.3
5 清潔・整容	3.0	2.0	48	50.0
6 起居と体位変換	1.8	1.5	45	46.9
7 寝具・リネン	1.5	1.2	39	40.6
8 コミュニケーション	2.2	1.5	36	37.5
9 移動(施設内)	2.3	2.5	28	29.2
10 移乗	3.0	5.1	22	22.9
11 連絡・報告、情報収集	3.5	2.0	19	19.8
12 環境	1.6	0.8	15	15.6
13 BPSD	6.8	5.9	14	14.6
14 治療・処置呼吸器系	2.0	0.0	9	9.4
15 入院・入所者の物品管理	4.4	1.5	7	7.3
16 ケア関連会議・記録	24.3	35.4	6	6.3
17 教育	1.7	0.6	3	3.1
18 その他の見守り	1.0	0.0	3	3.1
19 薬物療法	1.3	0.6	3	3.1
20 皮膚	2.0	1.4	2	2.1



から6時まで)では、4時台に35.4%と最も低く、また21時、1時、6時も50%台と低かった。

夜勤帯のルーティン業務である記録や巡視を除外して、分析した結果からは、日勤帯等の時間帯では、20時に60%台となった以外には、70%から90%の高齢者に何らかのケアが発生していた。しかし、夜勤帯においては、21時、23時に発生割合は20%台、また1~3時、5時では30%台となり、これら時間帯は、定型的なケア以外は発生していなかった。

### 3.5 夜勤帯の時間別T.C.C中分類別ケアの発生割合

発生割合が1割を超えるケアが増加する時間帯は、5時から6時であった。すなわち、この時間帯は、職員の人数は少ないにも関わらず、入所者の1割以上の発生割合を示すケア「排泄」、「巡視・観察」、「起居・体位変換」、「更衣」、「コミュニケーション」、「寝具・リネン」、「清潔・整容」、「食事・栄養・補液」、「移動」、「移乗」のいずれかの7種類が発生していた。

類が発生していた。

次いで、4種類のケアが入所者の1割以上に発生していたのは、22時、0時、3時、4時であった。この4種類のケアは、「排泄」、「巡視・観察」、「起居・体位変換」、「更衣」、「コミュニケーション」、「寝具・リネン」、のいずれかであった。

2時台は、「巡視・観察」が58.3%と高かったが、この他のケアで入所者の1割を超えて発生していたケアは、「BPSDへの対応」であった。

これらの夜勤の毎時の時間帯において、最も発生割合が高かったのは、「排泄」関連のケアであり、20.9%であった。次いで「巡視・観察」が15.2%と続いていた。次は、「起居・体位変換」のケアで10.9%と、このケアは時間帯によらずに毎時に1割程度、頻回に提供されていたケアであった。

また、時間帯ごとの発生割合の変動を見ていくと、「排泄」に関連するケアは22時に最も高く、その後1時、3時、5時と2時間おきに発生割合が高くなっていた。次いで発生割合が高かった「巡

図表5 時間帯職員配置人数およびケアの発生割合

時間	職員配置(人)		発生割合(%)	
	施設A	施設B	全てのケア	記録等定時業務以外のケア
7	7	3	89.6	86.5
8	7	4	84.4	81.3
9	12	7	89.6	83.3
10	10	6	86.5	80.2
11	14	6	88.5	86.5
12	14	6	85.4	82.3
13	13	6	92.7	91.7
14	14	6	97.9	96.9
15	13	7	83.3	79.2
16	12	6	81.3	74.0
17	11	6	90.6	74.0
18	9	5	89.6	88.5
19	8	3	75.0	72.9
20	8	3	72.9	62.5
21	3	2	53.1	28.1
22	3	2	71.9	52.1
23	3	2	79.2	45.8
0	3	2	70.8	25.0
1	3	2	59.4	36.5
2	3	2	79.2	34.4
3	3	2	65.6	35.4
4	3	2	35.4	21.9
5	3	2	75.0	39.6
6	3	2	51.0	41.7

視・観察・測定」は、2時に最も高く58.3%となり、その他の時間帯は22時(18.8%)、0時(20.8%)、5時(24.0%)が高かった。「起居・体位変換」は、最も低い時間帯は4.2%で、高い時間で16.7%と時間帯による発生割合の変動があった。「食事・栄養・補液」は22時に38.5%と最も高かったが、5時に15.6%となるまでは、1割に満たなかった。「更衣」は1時に11.5%、3時に14.6%、4時に10.4%、5時に14.6%、6時に25.0%と最も高くなっていた。このようにケアは、その内容によって、時間帯によって、発生割合が異なっていた。

#### 4. 考察

##### 4.1 夜勤帯に提供されていたケアの特徴

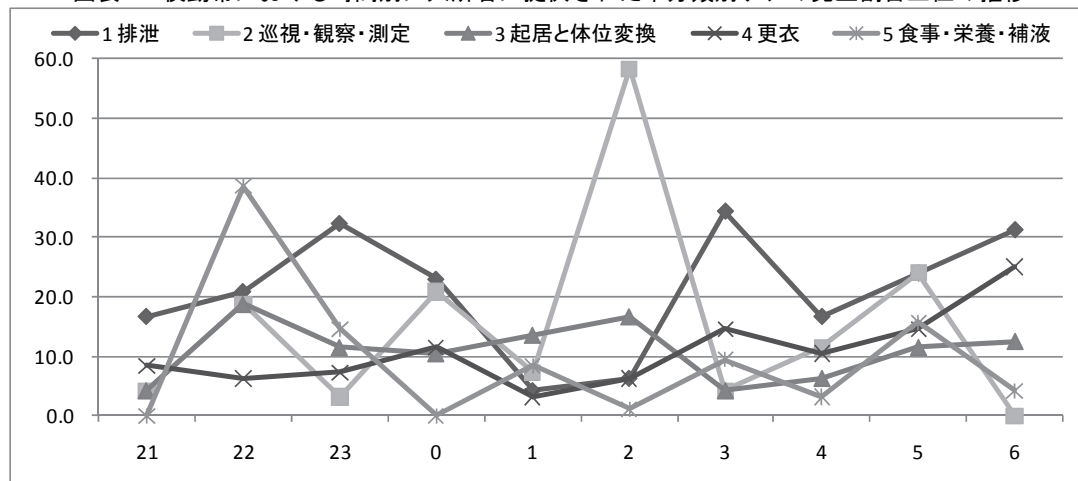
看護・介護分野における夜間・深夜時間帯のケア提供実態に関する先行研究では、夜勤職員の労働衛生的な観点からの研究<sup>20) -23)</sup>が多く、夜勤が職員に与える影響を検討した内容や「医療行為をする場合」、「医師(看護師)に連絡が取れない場合」も業務負荷となる<sup>24)</sup>といった介護職員の負担感に着目した研究が多かった。

また、この他の研究としては、家族介護者の夜間における身体的ケア、心のケア、家族への心配・

図表6 夜勤帯における時間帯別 T.C.C 中分類別ケアの発生割合 (N=96)

ケア内容	時間											平均
	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6		
1 排泄	16.7	20.8	32.3	22.9	4.2	6.3	34.4	16.7	24.0	31.3	20.9	
2 巡視・観察・測定	4.2	18.8	3.1	20.8	7.3	58.3	4.2	11.5	24.0	0.0	15.2	
3 起居と体位変換	4.2	18.8	11.5	10.4	13.5	16.7	4.2	6.3	11.5	12.5	10.9	
4 更衣	8.3	6.3	7.3	11.5	3.1	6.3	14.6	10.4	14.6	25.0	10.7	
5 食事・栄養・補液	0.0	38.5	14.6	0.0	8.3	1.0	9.4	3.1	15.6	4.2	9.5	
6 コミュニケーション	6.3	8.3	5.2	7.3	10.4	4.2	10.4	9.4	12.5	10.4	8.4	
7 清潔・整容	11.5	1.0	8.3	2.1	8.3	2.1	1.0	11.5	24.0	10.4	8.0	
8 寝具・リネン	7.3	3.1	9.4	7.3	0.0	1.0	14.6	5.2	1.0	8.3	5.7	
9 移動(施設内)	4.2	0.0	4.2	2.1	4.2	6.3	3.1	2.1	6.3	15.6	4.8	
10 移乗	1.0	2.1	2.1	2.1	3.1	1.0	2.1	1.0	9.4	11.5	3.5	
11 連絡・報告・情報収集	2.1	1.0	0.0	3.1	0.0	0.0	7.3	5.2	8.3	4.2	3.1	
12 BPSDへの対応	0.0	0.0	0.0	2.1	1.0	11.5	1.0	1.0	0.0	2.1	1.9	
13 環境	2.1	0.0	1.0	4.2	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	8.3	1.9	
14 治療・処置呼吸器系	0.0	0.0	0.0	0.0	9.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	
15 入院・入所者の物品管理	0.0	0.0	7.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.8	
16 ケア関連会議・記録	0.0	0.0	0.0	1.0	3.1	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.6	
17 教育	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.3	
18 その他の見守り	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.3	
19 薬物療法	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.3	
20 皮膚	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.2	
21 洗濯	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.1	

図表7 夜勤帯における時間別に入所者に提供された中分類別ケアの発生割合上位の推移



不安といったものは、睡眠障害を引き起こし、そのことが大きな負担となることが指摘された研究<sup>25)</sup>等がなされてきた。

このように、従来の研究は、ケア提供者の労働衛生上の観点からなされた研究や家族の介護負担を焦点とした研究が多く、これまでに施設の夜勤における介護職員のケア提供実態を明らかにした研究はわずかに散見される程度であり<sup>13)19)</sup>、時間帯別の分析や具体的なケアが、どのくらいの時間提供されているかについて数量化した、本研究のようなデータは示されてこなかった。

本研究の結果からは、1時間あたりにすると入所者に提供されたケア時間は、日勤帯等の方が夜勤帯より有意に長い夜勤帯でケア時間が短い理由は、夜勤帯の人員配置が少ないためで、職員一人あたりが提供するケアの時間は、むしろ夜勤帯の職員一人あたりの提供時間が長い。このことは、先行研究において示されてきたように、入所施設に勤務する介護職員においては、日中の勤務帯と比較して、一人で業務する時間が長くなることに加えて、夜勤時には、「判断の責任が多い」、「利用者の安全が守れない」<sup>26)</sup>という心配や「夜間の単独対応<sup>27)</sup>」や「緊急対応への不安<sup>28) 29)</sup>」がストレスとなること等が指摘されてきたが、本研究の結果からは、時間が長いだけでなく、人数が極端に少なくなる夜勤の職員の身体的・精神的負担感が高いものと推察された。

さらに、夜間には、日中と同じ程度の時間が「記録」に費やされていたが、これは時間別のケア内容の発生割合でみると0~1時に発生する割合が高く、他に定期的な業務がなく、ケア発生頻度も低い時間帯になされていた。これは、先行研究に示されたように本来、職員の仮眠をすべき時間帯に行われており<sup>13)</sup>、入所施設においては、増え続ける記録時間をどのように効率化するかが求められる。

夜勤帯と日勤帯等の総ケア提供時間の分布の比較からは、夜勤帯に総ケア提供時間が短い集団と顕著に長い集団が存在していた。これは夜勤帯のケアは、高齢者の状態像によって提供するケア時間の個別差が大きくなることを示していた。すな

わち、施設内ケア提供システムでは、定期的なケアのみが提供される入所者と、これに加えて、個別的なケアが提供される利用者に二極化している状況が明らかにされたといえる。

今回、データを収集した介護老人福祉施設において共通した最小人員配置の時間帯は、21時~6時までの10時間であった。この時間帯において、全入所者の中でケアが提供された高齢者の割合で70%を超えていたのは、このうち半分の5時間(22時、23時、0時、2時、5時)であった。しかし、定期的なケアとされる「夜間の巡視」、「記録」、「排泄」を除外すると、40%以上の入所者にケアが発生したのは、22時、23時、6時と就寝直後のケアと起床前後のモーニングケアに偏っていることが明らかにされた。

また、記録や申し送りといったケアシステム関連の業務を除くと、定期的な夜間巡視以外の見守り、あるいは、「排泄」に関わる一連の身体的ケア以外は、夜勤帯では重度の要介護高齢者がこれだけ多い入所施設においても、それほどケアの発生割合は高くなかった。ただし、夜勤帯での「排泄」の発生割合は高かった。このケアが重要と考えられるのは、夜間転倒事故の8割は、21-5時の間に発生する<sup>30)</sup>ということや、これらの事故は、排泄介助やトイレ移動時に多く発生する<sup>31)-33)</sup>という報告が示されているからである。

今後、地域包括ケアシステムの構築の際には、このケアを在宅で安全に実施できる高齢者固有の方法を検討していかなければならないだろう。

#### 4.2 時間帯別ケア内容別ケア発生割合からみた地域包括ケアシステムへの応用

今後、導入が本格化するだろうと考えられる24時間定期巡回型のサービスは、すでにモデル事業が実施され、その報告書<sup>5) 註4)</sup>では、サービス利用者像として、7つのタイプが想定されていた。これらのタイプ別に、おそらくワントランSPORTによるコストを検討し、短時間の定期訪問と随時訪問の頻度といった訪問シミュレーションが厳密に実施されていくことと推察されるが、利用者の

固有の特性として、例えば、夜間の覚醒については、80歳以上の男性5割、女性4割が夜間に3回以上目を覚ますといった状況も報告<sup>33)</sup>されており、こうした状況も勘案しながら、訪問方法や、その時間については、高齢者固有の特徴を配慮した個別のケアプランにおいて、夜間ケアをどう位置づけるかが求められていくことになる。これについては、高齢者の状態に関するアセスメントが極めて重要となる。

すでに巡回型サービスが普及しているデンマークでは、アセスメントが正確であるため、必要なこと以外はしないとされ、ヘルパーは、7時間勤務で30件ほど、巡回する方法が採られているという<sup>33)</sup>。ここで言う「必要なこと以外はしない」という意味は、必要なケアがわかっていることとも説明できる。わが国では、今後、継続的に夜間に提供されたケアの実態データを着実に積み上げていく必要があるだろう。

施設の場合、入所者には、「巡視・観察・測定」、「排泄」、「食事・栄養・補液」が定期的に、随時に提供され、この3種類のケアは全入所者の7割以上に発生していた。これが、夜間の基本的なケアとなるものと考えられる。とくに時間帯に関わらず、平均して発生割合が高かったのは、「排泄」に関わる介助であるが、23時、3時、6時に30%台と約3~4時間おきにケアは発生しており、「食事・栄養・補液」、「更衣」、「起居・体位変換」といったケアと同時に提供されており、このことから、これらのケアと「巡視・観察・測定」はパッケージ化して提供することが可能と考えられる。

これら以外のケアは、時間帯の発生割合の平均値は10%以下であった。夜間のケアとして負担が高いと指摘されていた昼夜逆転、夜間ひん尿、夜間せん妄、大声といった認知症の「BPSD に対する対応」<sup>25)</sup>の発生割合は1.9%、医療系の処置に関わる<sup>28)</sup>「治療・処置・呼吸器系」は0.8%、「薬物療法」は0.3%とかなり低かった。ただし、認知症の「BPSD への対応」は、確かに発生割合は低いが、発生すると時間がかかるケアであることが明らか

にされたことは重要である。さらに、医療的なケアについても発生割合は低いと示され、臨床的な知見においても一般に介護老人福祉施設で夜間に看護師が必要な医療的なケアの発生頻度は年2~3回であるとされるが、看護師が巡回することで利用者の安心感が高まるとの指摘もある<sup>33)</sup>。

24時間定期巡回型訪問介護・看護サービスを臨床現場に適応していく際には、こうした発生割合が低い、頻度が多い・対応時間が長いケアへの対応、あるいは、利用者の安心感を高めるようなケアの提供をどのようにシステム化するかが課題となるだろう。

## 5. 結論

今回、介護保険施設にて収集された他計式1分間タイムスタディデータという実証的なデータを用いて、人員配置が最も低くなる夜勤帯に発生していたケアの内容と時間、入所者に対する発生割合とそのケアの発生割合の時間別推移を分析した。

本研究の結果は、今後、推進される地域包括ケアシステムの構築の中の夜間におけるサービス量とそのケア提供システムを構築するための基礎資料となると考えられる。

今後は、さらに夜間に提供されたケア内容・量の違いと当該高齢者の基本属性や特性との関連を詳細に分析し、高齢者特特別のケアのモデル化を行うことが課題である。

## 謝辞

本研究は、平成19年度厚生労働科学研究費長寿総合科学研究事業「在宅および施設における要介護・要支援高齢者に必要な介護サービス量を推定するモデルの開発に関する研究（研究代表者：筒井孝子）」、および、平成18年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）新たな高齢者の心身の状態の評価指標の作成および検証に関する調査研究「認定調査の標準化に向けたガイドラインの作成（研究代表者：筒井孝子）」の研究成果の一部である。

## 注

1) T. C. C (Total Care Code)は、筒井によって1989年より開発がすすめられ<sup>6)</sup>、施設における介護内容の分類だけでなく、現在は在宅介護<sup>8)</sup>、急性期看護<sup>7)</sup>、回復期リハ等を含めた総合的な介護・看護業務を測定するためのツールとして利用されており、これらのコードは、現在389コードで成り立っている。

2) 具体的には、A施設では、日中の最大の勤務職員人数が14名から3名に、B施設では、6名から2名に減少していた。なお、この時間帯に勤務していた職員は、当該施設においてはすべて夜勤職員と称されていた。

3) 本分析データにおける基本属性については欠損値が多かったため、欠損値を含む割合にて表記した。

4) 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書においては、夜間のケアは、夜間(18～21時)、深夜(22時～5時)、早朝(6・7時)の3区分に分けて検討されている。

## 参考文献

1) 平成20年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)：平成20年度地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成21年5月22日

2) 平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)：平成21年度地域包括ケア研究会報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、平成22年4月26日  
<http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf>

(平成23年8月31日アクセス)

3) 厚生労働省老健局長(平成23年6月22日)、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の公布について(老発第0622第1号)

<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuch>

[i/T110627R0010.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/t110627r0010.pdf)(平成23年8月31日アクセス)

4) 脇野幸太郎：夜間・深夜時間帯における訪問介護サービスの現状と課題—実態調査を踏まえた法的観点からの検討—、法政論叢45(2)、58-70：2009

5) 平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)、24時間在宅・訪問サービスに関する調査研究事業、24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング、平成23年2月

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000013b5e-img/2r98520000013c5w.pdf>

6) 全国社会福祉協議会、サービス供給指標調査研究事業報告書：1995

7) 筒井孝子：看護量の測定および推定のための方法論に関する研究—看護業務分類コードの作成について—、看護管理7(12)、890-900：1997

8) 筒井孝子：介護業務における精神的負担感および身体的負担度に関する研究—特別養護老人ホームにおける介護内容別業務量調査に基づく実証研究—、病院管理33(1)、39-48：1999

9) 東野定律、筒井孝子：介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態、東京保健科学学会誌5(4)、244-257：2002

10) 筒井孝子：急性期病棟の看護業務の実態と患者の病態との関係(第1報)—患者への看護業務の「発生割合」および「平均提供時間」による検討—、病院管理、7(2)：15-24：2000

11) 永田智子、桑原雄樹、田口敦子、村嶋幸代、八巻心太郎、吉池由美子：訪問看護ステーションにおける利用者ごとの業務内容と時間：タイムスタディとヒアリングによる実態調査から、日本医療・病院管理学会誌45、155：2008

12) 東野定律、筒井孝子、大冨賀政昭：認知症対応型グループホーム入所高齢者のBPSD等の状態と提供されるケア内容の関連に関する研究、介護経営5(1)、15-25：2010

13) 大冨賀政昭、東野定律、筒井孝子：介護福祉施設における夜勤介護職員の業務内容の実態に関す

- る研究、福祉情報研究 5、16-31 : 2008
- 14) AHendrich, MChow, BASkierczynski, ZLu, /A36-HospitalTimeandMotionStudy:HowDoMedical-SurgicalNursesSpendingTime?ThePermanenteJournal12(3) : 2008
- 15) ZTang, LWeavind, JMazabob, etal : Workflowinintensivecareunitremotemonitoring: Atimeand-motionstudy、CriticalCareMedicine、35 (9)、2057-2063 : 2007
- 16) MSThompson, AGruneir, MLee、etal : NursingTimeDevotedtoMedicationAdministrationinLong-TermCare: Clinical, Safety, andResourceImplications、JournaloftheAmericanGeriatricsSociety57、266 - 272 : 2009
- 17) BartholomeyczikS, HunsteinD : TimedistributionofselectedcareactivitiesinhomemecareinGermany. JClinNurs. 13(1), 97-104 : 2004
- 18) SAFinkler, JRKnickman, GHendrickson, MLipkin, Jr, andWGThompson : Acomparisonofwork-samplingandtime-and-motion techniquesforstudiesinhealthservicesresearch .HealthServRes. 28(5), 577- 597 : 1993
- 19) 三好禎之 : 指定介護老人福祉施設における夜間介護労働の構造実態(1)、名古屋柳城短期大学研究紀要 27、131-143 : 2005
- 20) 佐々木司、鈴木一弥、久保智英、他 : 2 連続模擬夜勤時にとる仮眠の睡眠構築に及ぼす影響、労働科学、81(4) : 161-168 : 2005
- 21) 緒方正名、土居真樹子 : 介護職員の自覚症状調査一日勤・夜勤の疲労自覚症状と仮眠による影響一、川崎医療福祉学会誌、9(2) : 155-161 : 1999
- 22) DITepas, JLBarnes-Farrell, NBobko, etal. Theimpactofnightworkonsubjectivereportsofwell-being: anexploratorystudyofhealthcareworkersfromfive nations. RevSaudePublica38, 26-31:2004
- 23) 菅原明子、加藤明美、市江和子 : 看護師の夜勤における疲労感と仮眠・休息の関連—二交替勤務と三交替勤務を比較して、日本看護学会論文集、看護管理 37、472-474:2006
- 24) 山本純子 : 介護職の夜勤業務ストレスに関する研究、大阪教育大学大学院教育学研究科修士論文 : 2008
- 25) SARber, SVenn, Caregivingatnight: Understandingtheimpactoncarers. JournalofAgingStudies, 25(2), 155-165:2011
- 26) 藤原和美、小坂淳子、今岡洋二、他 : 介護従事者の労働実態とバーンアウト、大阪健康福祉短期大学紀要 7、125-132、2008
- 27) 今岡洋二、杉岡久美子、藤原和美、他 : 高齢者介護施設における夜勤、残業の現状と今後の課題、大阪健康福祉短期大学紀要 7、133-142、2008
- 28) 高橋美岐子、藤沢緑子、佐藤沙織、他 : 介護専門職のストレスの現状と課題—特別養護老人ホーム介護職のストレス要因体験頻度の分析から、日本赤十字秋田短期大学紀要 6:61-68 : 2002
- 29) 財団法人介護労働安定センター : 介護労働者のストレスに関する調査報告書、平成17年3月、2005
- 30) 山本清三、宮澤昭子 : 高齢者ケアのガイドライン、転倒、Gerontology11 (4)、77-83 : 1999.
- 31) 大石奈穂見、山本精三、村木重之、他 : 高齢者専門病院に関する院内転倒に関する検討、東京都老年学会誌、5:61-64 : 1999
- 32) 永井新二、横山良樹、時岡孝光 : 当院における院内転倒の現状、日職災医誌、53、88-91:2005
- 33) 時田純 : 訪問巡回で安心を提供、随時対応はむしろ例外、志の高い法人は積極参入を、Vision と戦略 5、12-14 : 2011

**Abstract**

This study is based on data from the one-minute time-and-motion study conducted in welfare facilities for the elderly. It reveals and analyses, for each time zone, the content of care provided during night shifts, as well as the provision time and the frequency of interventions.

Results showed that the quantity of care provided per hour is significantly lower during night shifts than during day shifts. However, no significant differences were observed regarding “reports related to the care system”.

The most recurrent types of care (provided to 70% of institutionalized elderly persons) during night shift were “Inspection, observation and assessment”, “Excretion support” and “Food, nutrition and fluid replacement”. The analyze of time zones revealed that the content of care varied according to the time zone and that the care was provided to specific elderly persons. Thus, it seems possible to anticipate, according to the condition of the elderly, the time zone and the type of care that should be provided.

Considering the strong political will to implement a community-based integrated care system, this study may be helpful when trying to determine the care provision system of night time services.

## [研究ノート]

### 有料老人ホームの入居率の決定要因分析

著者：宣 賢奎（共栄大学 国際経営学部）

#### 抄録

本研究は、有料老人ホームに対するアンケート調査に基づいて有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因を実証分析し、経営学的観点から考察したものである。

分析の結果、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因は入居一時金と月額利用料、看護・介護体制の充実度、介護職員の退職率、夜間看護体制の状況などであることが明らかになった。したがって、有料老人ホーム事業者は入居者確保戦略を立案する際には、入居一時金および月額利用料の経済的変数だけでなく、看護・介護体制の充実度、介護スタッフに対する処遇改善などの変数も考慮する必要がある。

**キーワード**：有料老人ホーム、入居率、入居一時金、月額利用料、看護・介護体制

#### 1. はじめに

本研究は、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因を明らかにするとともに、その決定要因について経営学的観点から考察することを目的とする。

宣はこれまでの先行研究において、「介護サービス情報の公表制度」により公表されている有料老人ホームの基本調査および調査情報に基づき、有料老人ホームの居室面積、入居一時金、月額利用料、入居一時金の償却率、立地、介護・看護体制などの現状を明らかにしてきた<sup>1)~4)</sup>。しかし、これらの先行研究では、有料老人ホームの経営を左右する最も大きな要因として考えられる入居率に関する研究がなされていなかった。

筆者の知る限り、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因を明らかにした先行研究は見当たらない。類似研究として、特別養護老人ホームと立地と整備計画ならびに入所者の施設選択を考察した杉浦<sup>5)</sup>、都市部の通所型サービスの受給範囲を分析した畠山<sup>6)7)</sup>、有料老人ホームの入居一時金形成要因を実証分析した堂口・久保<sup>8)</sup>、有料老人ホームの立地要因を明らかにした宮澤<sup>9)</sup>などの研究があるが、いずれも入居率の決定要因を明らかにした分析ではない。

そこで本研究では、ダイヤモンド社が2010年に全国の有料老人ホームを対象に行ったアンケート調査のデータを用いて、有料老人ホームの入居率を決定づける要因を明らかにしたい。

本研究から得られる知見は、有料老人ホーム事業者に対する入居者確保戦略に資するとともに、有料老人ホームに入居を予定している消費者の効率的な選択行動を支援するに一助となるであろう。

本稿の章構成は、以下のとおりである。2では、本研究における推定モデルを提示し、仮説を検証する形で分析結果をまとめる。3では、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因について考察を行う。最後の4では、以上から得られた知見に基づき、有料老人ホームの入居率の決定要因について経営学的観点から整理するとともに、本研究の課題を取り上げる。

#### 2. 推定モデルと分析結果

##### 2.1 推定モデルと使用データ

ここでは、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼすことが予想される変数として、入居一時金および月額利用料の経済的変数だけでなく、看護・介護体制の充実度（夜間看護体制や個別機能訓練



の有無)、介護福祉士の比率などの医学的変数(介護変数を含む)、事業経験年数、立地などの環境的変数も加えて計量分析する。

分析モデルは、  

$$RESIDE = F(COST, CARE, CW, YEAR, RETIREMENT, NIGHT, REHABILITATION, LOCATION)$$
 (2-1)

とした。被説明変数は、有料老人ホームの入居率 RESIDE である。説明変数の内容は以下のとおりである。

- ①5年総費用(入居一時金+月額利用料×60か月): COST
- ②看護・介護体制の充実度(看護職員および介護職員1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数): CARE
- ③介護職員に占める介護福祉士の比率: CW
- ④事業経験年数: YEAR
- ⑤介護職員(常勤)の退職率: RETIREMENT
- ⑥夜間看護体制の状況: NIGHT
- ⑦個別機能訓練の有無: REHABILITATION
- ⑧立地(最寄り駅から事業所までの所要時間): LOCATION

なお、推計にあたり、被説明変数、説明変数ともに、ダイヤモンド社が2010年に入居定員20人

以上の有料老人ホーム1,878か所を対象に行った『全国の有料老人ホームに対するアンケート調査』のデータを用いた(『週間ダイヤモンド』2010年10月23日号、pp.62-119)。本分析において被説明変数として採用した入居率は、入居率が高いほど高い点数を配分する傾斜配点方式で点数化している。つまり、入居率95%以上は25点、90%以上95%未満は20点、80%以上90%未満は15点、70%以上80%未満は10点、60%以上70%未満は5点、60%未満は0点といった具合である。説明変数に関しては、入居一時金(初期償却や入居期間に応じて償却される金額のみ)と月額利用料(管理費、食費、光熱費など)を合算した費用総額を実数で示している5年総費用以外は、その比率や実施の有無、年数等に基づき、取組み状況が充実しているところに高い点数を配分して点数化している(一種のダミー変数化)。各変数の点数配分の詳細については紙幅の都合にて割愛する。

図表1は後の重回帰分析に用いる変数の偏相関行列表である。有料老人ホームの入居率 RESIDE と0.5以上の強い相関関係を示す説明変数は存在しない。5%水準以上で有意に正の相関にある説明変数は、介護職員の退職率 RETIREMENT と夜間看護体制の状況 NIGHT、5%水準以上で有意に負の相関にある説明変数は、5年総費用(入居一時金+月額利用料×60か月)COST、看護・介護体制の充実度 CARE、

図表1 重回帰分析に用いた変数の偏相関行列表

	RESIDE	COST	CARE	CW	YEAR	RETIREMENT	NIGHT	REHABILITATION	LOCATION
RESIDE	1	-.206***	-.142***	.043*	-.124***	.072**	.074***	-.023	.008
COST		1	.307***	.073**	.169***	-.005	.273***	-.070**	.089***
CARE			1	.074***	.045*	.073*	.139***	-.043*	.045*
CW				1	.028	.091***	.056**	.132***	.031
YEAR					1	.125***	-.031	.013	-.049**
RETIREMENT						1	.058**	.035	.039*
NIGHT							1	.232***	-.043
REHABILITATION								1	-.040*
LOCATION									1

注: RESIDE: 入居率  
 COST: 5年総費用(入居一時金+月額利用料×60か月)  
 CARE: 看護・介護体制の充実度(看護職員および介護職員1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数)  
 CW: 介護職員に占める介護福祉士の比率  
 YEAR: 事業経験年数  
 RETIREMENT: 介護職員(常勤)の退職率  
 NIGHT: 夜間看護体制の状況  
 REHABILITATION: 個別機能訓練の有無  
 LOCATION: 立地  
 \*\*\*p<.001, \*\*p<.05 \*p<.1

事業経験年数 YEAR である。しかし、相関係数はいずれも小さい。

なお、説明変数間の偏相関関係をみると、5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）COSTと看護・介護体制の充実度 CARE の間で比較的強い正相関がみられる。また、5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）COSTと夜間看護体制の状況 NIGHT、5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）COSTと事業経験年数 YEAR、看護・介護体制の充実度 CARE と夜間看護体制の状況 NIGHT、夜間看護体制の状況 NIGHT と個別機能訓練の有無 REHABILITATION の間でも弱い正相関が認められる。

## 2.2 仮説

本研究では、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼすことが予想される変数について、次のような仮説を設定した。

### ①5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）：COST

有料老人ホームの利用者が入居の際に保証金の一環として事業者へ支払う入居一時金と月々の生活費として支払う月額利用料が低いほど入居者が増える可能性が高い。したがって、5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）が安い有料老人ホームでは入居率が高くなると考えられる。

### ②看護・介護体制の充実度：CARE

看護職員および介護職員1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数が少ないほど手厚いケアが受けられる可能性が高い。したがって、看護・介護体制が充実している有料老人ホームの入居率は高いと考えられる。しかし、入居者に対する介護の必要がない健康型・住宅型（本稿においては「自立・混合型」、以下同様）の有料老人ホームにおいては、看護・介護体制の充実度と入居率との間に相関関係が認められないことも考えられる。

### ③介護職員に占める介護福祉士の比率：CW

介護関連の資格保有者の介護スキルが高いと仮

定すれば、介護福祉士が多い有料老人ホームでは質の高い介護サービスが提供される可能性が高い。したがって、介護職員に占める介護福祉士の比率が高い有料老人ホームでは入居率が上昇すると考えられる。しかし、健康型・住宅型の有料老人ホームにおいては入居者に対する介護の必要度が低いため、介護福祉士の比率が入居率を規定する要因とはならない可能性もある。

### ④事業経験年数：YEAR

事業所の開設年度が早い有料老人ホームほど事業ノウハウが蓄積されている可能性が高い。事業ノウハウが質の高いサービスの提供を可能にする要因のひとつであると仮定すれば、事業経験年数が長い有料老人ホームでは入居率が高いと考えられる。

### ⑤介護職員の退職率：RETIREMENT

介護職員の定着率が介護スキルアップにつながり、質の高いサービスの提供に影響を与えると仮定すれば、介護職員（常勤）の退職率が高い有料老人ホームほど介護スキルが蓄積されないため、それが入居者に対する介護の質を低めることにつながり、その結果、入居率が低くなると考えられる。しかし、健康型・住宅型の有料老人ホームにおいては入居者に対する介護の必要度が低いため、介護福祉士の退職率が入居率を規定する要因でない可能性もある。

### ⑥夜間看護体制の状況：NIGHT

夜も安心して過ごせる看護体制の充実を手厚いケアに直結する。したがって、夜間看護体制が充実している有料老人ホームの入居率は高いと考えられる。しかし、健康型・住宅型の有料老人ホームにおいては入居者に対する介護の必要度が低いため、夜間看護体制の充実度と入居率の間には相関が見られない可能性もある。

### ⑦個別機能訓練の有無：REHABILITATION

個別機能訓練の有無は有料老人ホームの入居率

を左右する大きな要因であると考えられる。したがって、入居者個人の状態に合わせた個別機能訓練のある有料老人ホームでは入居率が高くなると考えられる。しかし、健康型・住宅型の有料老人ホームにおいては入居者に対する介護の必要度が低いため、個別機能訓練の有無は入居率を左右する要因ではない可能性もある。

⑧立地（最寄り駅から事業所までの所要時間）：

LOCATION

移動手段を電車やバスに頼っている入居者が大多数であると仮定すれば、最寄り駅から事業所までの所要時間は入居率を左右する要因のひとつであると考えられる。したがって、最寄り駅から近いところに立地して有料老人ホームほど入居率が高いと考えられる。

2.3 分析結果

以上のような仮説に基づき回帰分析を行なった結果、以下のような結果が得られた。なお、これらの統計解析には、SPSS ver18.0を用いた。

2.3.1 回帰モデル1

＜回帰式1＞によれば、有料老人ホームの入居一時金と月額利用料が低いほど入居者が増えると考えられるので、マイナスの係数を予測した。回帰結果では5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）COSTは負のパラメタが得られたので、仮説が支持された。しかし、決定係数が小さい。

看護・介護体制が充実している有料老人ホームの入居率は高いと考えられるので、プラスの係数を予測した。しかし、回帰結果では看護・介護体制の充実度CAREに関しては、予測に反して負のパラメタが得られている。介護福祉士が多い有料老人ホームでは質の高い介護サービスが提供される可能性が高く、それによって入居率が上昇すると考えられるとした介護職員に占める介護福祉士の比率CWについては、仮説が支持される結果が得られたが、決定係数が小さい。しかし、p値が悪く、有意ではない。

環境的変数の事業経験年数YEARに関しては、事業所の開設年度が早い有料老人ホームほど事業ノウハウが蓄積されている可能性が高いので、事業

図表2 有料老人ホームの入居率の回帰式1

Dependent Variable : RESIDE (有料老人ホームの入居率)				
Number of observation : 1, 878				
R		.355		
R2		.126		
Adj-R2		.122		
SDEV		5.904		

Variable	Estimated Coefficient	Standard Error	t-statistic	P-value
COST	-.000	.000	-9.105	[.000] ***
CARE	-.200	.032	-6.262	[.000] ***
CW	.000	.028	1.802	[.072]
YEAR	-.487	.090	-5.424	[.000] ***
RETIREMENT	.134	.044	3.067	[.002] ***
NIGHT	.139	.045	3.076	[.002] ***
REHABILITATION	-.000	.064	-1.038	[.299]
LOCATION	.000	.056	0.351	[.725]

注：被説明変数：有料老人ホームの入居率  
 COST：5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）。CARE：看護・介護体制の充実度（看護職員および介護職員1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数）。CW：介護職員に占める介護福祉士の比率。YEAR：事業経験年数。  
 RETIREMENT：介護職員（常勤）の退職率。NIGHT：夜間看護体制の状況。REHABILITATION：個別機能訓練の有無。  
 LOCATION：立地  
 \*\*\*p<.001

タが得られたので、仮説が支持されなかった。

介護職員の退職率 RETIREMENT に関しては、介護経験年数が長い有料老人ホームでは入居率が高いと考えられるとしたが、回帰結果では負のパラメータの退職率が高い有料老人ホームでは介護スキルが蓄積されない可能性が高いので、介護職員の退職率が低い有料老人ホームほど入居率が高くなるという仮説を立てたが、回帰結果では仮説どおりに 0.1%水準で有意に正のパラメータが得られた。

夜間看護体制の状況 NIGHT に関しては、仮説どおり 0.1%水準で有意に正のパラメータが得られており、夜間看護体制の充実が有料老人ホームの入居率を高める要因のひとつであることがわかる。しかし、入居者個々人の状態に合わせた個別機能訓練のある有料老人ホームの入居率が高くなると考えられるとした個別機能訓練の有無 REHABILITATION に関しては、予測に反して負のパラメータが得られている。ただ、p 値が悪く、有意ではない。

最後に、立地 LOCATION に関しては、仮説どおりに正のパラメータが得られていることからして、最寄り駅から事業所までの所要時間は入居率を左右する要因のひとつであると考えられる。しかし、決定係数が小さいうえ、p 値も悪く、有意ではない。

以上のような回帰式では、介護職員に占める介

護福祉士の比率 CW、個別機能訓練の有無 REHABILITATION、立地 LOCATION の有意確率が悪くなっている。この回帰式は経済的変数のほかに、医学的変数と環境的変数が混在しているためであると考えられる。

そこで、以下ではそれぞれのグループ変数ごとに回帰式を立て直し、有料老人ホームの入居率に強く影響を及ぼす要因を探っていきたい。

### 2.3.2 回帰モデル2—医学的変数モデル①—

まず、経済的変数である 5 年総費用（入居一時金＋月額利用料×60 か月）COST、環境的変数である事業経験年数 YEAR および立地 LOCATION を除き、看護・介護体制の充実度（夜間看護体制や個別機能訓練の有無）、介護福祉士の比率などの医学的変数のみで回帰分析を行った。

分析モデルは、

$$\text{RESIDE} = F(\text{CARE}, \text{CW}, \text{RETIREMENT}, \text{NIGHT}, \text{REHABILITATION}) \quad (2-2)$$

とした。被説明変数は、有料老人ホームの入居率 RESIDE である。

その結果を示したのが<回帰式 2>である。これによると、<回帰式 1>に比して自由度調整済み決定係数  $\bar{R}^2$  は若干下がり、各変数の有意確率が全体

図表 3 有料老人ホームの入居率の回帰式 2

Dependent Variable : RESIDE (有料老人ホームの入居率)					
Number of observation : 1, 878					
R		.249			
R2		.062			
Adj-R2		.059			
SDEV		6.112			
Variable	Estimated Coefficient	Standard Error	t-statistic	P-value	
CARE	-.332	.032	-10.832	[.000]	***
CW	.000	.028	.956	[.339]	
RETIREMENT	.106	.045	2.372	[.018]	**
NIGHT	.000	.045	.708	[.479]	
REHABILITATION	-.000	.066	-.398	[.691]	

注：被説明変数：有料老人ホームの入居率

CARE：看護・介護体制の充実度（看護職員および介護職員。1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数）。

CW：介護職員に占める介護福祉士の比率。RETIREMENT：介護職員（常勤）の退職率。NIGHT：夜間看護体制の状況。

REHABILITATION：個別機能訓練の有無。

\*\*\*p<.001, \*\*p<.05

的に下がっている。ただし、変数の符号は変わっていない。

このように、医学的変数だけでは入居率を説明できないという結果が得られた。実は、本分析のデータには介護型有料老人ホームだけでなく、介護の必要性が低い健康型・住宅型（自立・混合型）の有料老人ホームも含まれている。そのため、仮説を支持する結果が得られていない可能性が高い。つまり、看護・介護体制の充実度 CARE に関するもうひとつの仮説である入居者に対する介護の必要がない健康型・住宅型（自立・混合型）有料老人ホームにおいては、看護・介護体制の充実度と入居率との間に相関関係が認められないことも考えられる。

2.3.3 回帰モデル3—医学的変数モデル②—

そこで、健康型・住宅型（自立・混合型）の有料老人ホームを除く 1,365 か所の介護型有料老人ホームのみで分析を行った。この回帰式に用いた説明変数は、<回帰式2>同様、経済的変数と環境的変数を除いた医学的変数のみである。

分析モデルは、  
 $RESIDE2 = F(CARE, CW, RETIREMENT, NIGHT, REHABILITATION)$  (2-3)  
 とした。被説明変数は、介護型有料老人ホームの

入居率 RESIDE2 である。

その結果、<回帰式3>のような推計結果が得られた。これによると、<回帰式2>に比して自由度調整済み決定係数  $\bar{R}^2$  がさらに下がり、変数によっては有意確率も下がっている。ただし、変数の符号は変わっていない。

この結果は、有料老人ホームの入居形態にかかわらず、医学的変数だけでは入居率を説明し切れないということを意味する。このように、医学的変数のみを用いた二つの回帰式でも有料老人ホームの入居率に強い影響を及ぼす可能性の高い変数を見つけられなかった。

2.3.4 回帰モデル4—環境的変数モデル①—

そこで、経済的変数である5年総費用（入居一時金+月額利用料×60か月）COST、看護・介護体制の充実度 CARE、介護職員に占める介護福祉士の比率 CW、介護職員の退職率 RETIREMENT、夜間看護体制の状況 NIGHT、個別機能訓練の有無 REHABILITATION の医学的変数を除き、事業経験年数 YEAR と立地 LOCATION の環境的変数のみで回帰分析を行った。

分析モデルは、  
 $RESIDE = F(YEAR, LOCATION)$  (2-4)  
 とした。被説明変数は、有料老人ホームの入居率

図表4 有料老人ホームの入居率の回帰式3

Dependent Variable : RESIDE2 (介護型有料老人ホームの入居率)					
Number of observation : 1, 365					
R	.213				
R2	.045				
Adj-R2	.042				
SDEV	5.360				
Variable	Estimated Coefficient	Standard Error	t-statistic	P-value	
CARE	-.247	.032	-7.652	[.000] ***	
CW	.000	.029	1.930	[.054]	
RETIREMENT	.000	.046	1.977	[.048] **	
NIGHT	.000	.048	.497	[.619]	
REHABILITATION	-.000	.069	-1.070	[.285]	

注：被説明変数：介護型有料老人ホームの入居率  
 CARE：看護・介護体制の充実度（看護職員および介護職員。1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数）。  
 CW：介護職員に占める介護福祉士の比率。RETIREMENT：介護職員（常勤）の退職率。NIGHT：夜間看護体制の状況。  
 REHABILITATION：個別機能訓練の有無。  
 \*\*\*p<.001、\*\*p<.05

RESIDE である。

その結果、<回帰式 4>のような推計結果が得られた。この回帰式においても、事業経験年数 YEAR に関しては、負のパラメタが得られており、仮説が支持されなかった。立地 LOCATION についても p 値が悪く、有意ではないものの、仮説とは異なり、負のパラメタが得られている。しかも、<回帰式 3>に比して自由度調整済み決定係数  $\bar{R}^2$  がさらに下がっているため、有効な回帰式とはいえない。

### 2.3.5 回帰モデル 5—環境的変数モデル②—

<回帰モデル 2>で指摘したとおり、<回帰モデル 4>の分析データには介護型と健康型・住宅型（自立・混合型）の有料老人ホームが混在している。そのため、環境的変数に関する仮説が支持されなかった可能性が高い。そこで、ここでは介護型有料老人ホームを除く 366 か所の健康型・住宅型（自立・混合型）有料老人ホームのみで分析を

行った。なお、介護型であるか健康型・住宅型（自立・混合型）であるかの区分が明確にされていない 147 か所の有料老人ホームは、本分析からは除外している。

分析モデルは、

$$\text{RESIDE3} = F(\text{YEAR}, \text{LOCATION}) \quad (2-5)$$

とした。被説明変数は、健康型・住宅型（自立・混合型）有料老人ホームの入居率 RESIDE3 である。

<回帰式 5>によれば、事業経験年数 YEAR、立地 LOCATION とも、仮説どおり、正のパラメタが得られている。しかも、<回帰式 4>に比して自由度調整済み決定係数  $\bar{R}^2$  が若干上がっている。このことは、健康型・住宅型（自立・混合型）有料老人ホームにおいては、環境的変数が入居率に影響を及ぼす変数である可能性が高いことを示唆してくれる。ただし、立地 LOCATION に関しては優位確率がやや低い。

以上のように、変数の性質と有料老人ホームの

図表 5 有料老人ホームの入居率の回帰式 4

Dependent Variable : RESIDE (有料老人ホームの入居率)				
Number of observation : 1, 878				
R	.190			
R2	.036			
Adj-R2	.035			
SDEV	6.190			
Variable	Estimated Coefficient	Standard Error	t-statistic	P-value
YEAR	-.751	.090	-8.329	[.000] ***
LOCATION	-.000	.058	-1.121	[.262]

注：被説明変数：有料老人ホームの入居率  
YEAR：事業経験年数。LOCATION：立地  
\*\*\*p<.001

図表 6 有料老人ホームの入居率の回帰式 5

Dependent Variable : RESIDE3 (自立・混合型有料老人ホームの入居率)				
Number of observation : 366				
R	.294			
R2	.087			
Adj-R2	.082			
SDEV	1333.951			
Variable	Estimated Coefficient	Standard Error	t-statistic	P-value
YEAR	197.246	34.239	5.761	[.000] ***
LOCATION	48.950	28.538	1.715	[.087]

注：被説明変数：自立・混合型有料老人ホームの入居率  
YEAR：事業経験年数。LOCATION：立地  
\*\*\*p<.001

図表7 最小二乗法による有料老人ホームの入居率決定関数の推定結果

説明変数	仮説 (予想符号)	回帰式 1	回帰式 2	回帰式 3	回帰式 4	回帰式 5
定数項		26.592	23.570	23.187	25.784	638.746
COST	-	-0.000 *** (-9.109)				
CARE	+	-0.200 *** (-6.262)	-0.332 *** (-10.832)	-0.247 *** (-7.652)		
CW	+	.000 (1.802)	.000 (.956)	.000 (1.930)		
YEAR	+	-0.487 *** (-5.424)			-0.751 *** (-8.329)	197.246 *** (5.761)
RETIREMENT	+	.134 *** (3.067)	.106 ** (2.372)	.000 ** (1.977)		
NIGHT	+	.139 *** (3.076)	.000 (.708)	.000 *** (.497)		
REHABILITATION	+	-0.000 (-1.038)	-0.000 (-.398)	-0.000 *** (-1.070)		
LOCATION	+	.000 (.351)			-0.000 (-1.121)	48.950 (1.715)
F-test		33.677	24.683	12.863	35.203	17.226
Adj-R <sup>2</sup>		.122	.059	.042	.035	.082
Number of observation		1,878	1,878	1,365	1,878	366
被説明変数		RESIDE	RESIDE	RESIDE2	RESIDE	RESIDE3

注：被説明変数：RESIDE（有料老人ホームの入居率）、RESIDE2（介護型有料老人ホームの入居率）、RESIDE3（自立・混合型有料老人ホームの入居率）。  
 COST：5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）。CARE：看護・介護体制の充実度（看護職員および介護職員1人あたりの特定施設入居者生活介護の利用者数）。CW：介護職員に占める介護福祉士の比率。YEAR：事業経験年数。  
 RETIREMENT：介護職員（常勤）の退職率。NIGHT：夜間看護体制の状況。REHABILITATION：個別機能訓練の有無。  
 LOCATION：立地  
 \*\*\*p<.001、\*\*p<.05（ ）内はt値。

入居形態の違いにより、それぞれの変数を除外して回帰分析を行った。その結果を示したのが図表7である。

これによると、いずれの回帰式においても、介護職員の退職率 RETIREMENT は5%水準で有意に正のパラメタが得られている。夜間看護体制の状況 NIGHT は<回帰式 1>と<回帰式 3>において0.1%水準で有意に正のパラメタを得ている。介護職員に占める介護福祉士の比率 CW に関しては、有意ではないものの、仮説が支持される結果となっている。また、経済的変数である5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）COST に関しては、0.1%水準で有意に負のパラメタが得られているので、仮説が支持された。

しかし、看護・介護体制の充実度 CARE に関しては、すべての回帰式において0.1%水準で有意に負のパラメタが得られており、仮説が棄却された。個別機能訓練の有無 REHABILITATION に関しても仮説とは異なり、負のパラメタが得られている。しかも、<回帰式 3>においては0.1%水準で有意で

ある。

環境的変数として取り上げた事業経験年数 YEAR と立地 LOCATION に関しては、回帰式によって仮説が支持されたり支持されなかったりしているので、判断しかねない。ただし、事業経験年数 YEAR に関しては、健康型・住宅型（自立・混合型）有料老人ホームのみを被説明変数にして回帰分析を行った<回帰式 5>において0.1%水準で有意に正のパラメタが得られている。

### 3. 考察

本研究の目的は、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因を明らかにしたうえで、その決定要因について経営学的観点から考察することであった。そのため、ダイヤモンド社の『全国の有料老人ホームに対するアンケート調査』のデータをもとに回帰分析を行なった。その結果は以下のとおりである。

有意水準を5%水準に設定した場合、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因となるのは次の

2つの変数である。

①5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）：COST

有料老人ホームの利用者が事業者に支払う入居一時金と月額利用料が低いほど入居率が高くなると考えられる。したがって、5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）COSTが低いことは有料老人ホームの入居率を高める要因となる。

②介護職員の退職率：RETIREMENT

介護職員の退職率が低いことは、事業所内において介護スキルが蓄積される可能性が高いことを意味する。高い介護スキルが入居者に対する介護の質を高めることにつながり、その結果、入居率が高くなると考えられる。したがって、介護職員の退職率RETIREMENTが低いことは有料老人ホームの入居率を高める要因となる。

以上のように、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因を明らかにする際には、入居一時金および月額利用料の経済的変数だけでなく、医学的変数（介護変数を含む）も合わせて考える必要性が明らかになった。このことは、有料老人ホーム事業者が入居者確保戦略の立案する際に、入居一時金と月額利用料を安くする設定するだけでなく、介護スタッフに対する処遇改善などによる退職率の低下のための戦略も講じなければならないことを意味する。ちなみに、財団法人「介護労働安定センター」の介護労働実態調査によると、介護労働者の2010年の離職率は前年比0.8ポイント増の17.8%となっており、全産業平均の離職率14.5%（2010年、厚生労働省）に比べて3.3ポイント高い。

#### 4. 結論

本研究では、有料老人ホームの入居率に影響を及ぼす要因を明らかにするため、経済的変数、医学的変数、環境的変数を用いた複数の回帰式を設定して回帰分析を行った。その結果、すべての回帰式において、仮説どおりの結果が得られた変数は、5年総費用（入居一時金＋月額利用料×60か月）、看護・介護体制の充実度、介護職員の退職率、

夜間看護体制の状況のみであった。しかし、いずれの変数も決定係数が小さいうえ、有意が認められない変数もある。また、すべての回帰式の自由度調整済み決定係数 $\bar{R}^2$ が低く、有効な回帰式が得られなかった。今回の分析では傾斜配点方式によってダミー変数化したデータを使用したことに最も大きな原因があると思われる。また、多重共線性（multicollinearity）が疑われる変数を複数採用していることにも一因があると推測される。なお、事業経験年数と立地は、今回の分析では有料老人ホームの入居率を強く左右する要因ではないことも明らかになった。

ともあれ、以上のようなことから、有料老人ホームの入居率を決定づける要因は他にもあることが想定される。差し当たり、施設長や看護・介護職員の質、施設の雰囲気（外観も含む）、居室面積、食事、事業所の財務状況などが考えられる。また、近所からの紹介などの口コミ（WOM: Word of Mouth）、宣伝広告の媒体および方法などもその要因として考えられる。しかし、これらの変数のなかには定量化できない変数もあると考えられるため、多角的な視点や方法による分析が今後の課題となろう。今後は、独自の調査による個票データを用いた分析と回帰モデルの改良を試みるとともに、有料老人ホーム事業者の経営分析の視点から「入居率が高い＝経営効率が高い」ととらえ、「DEA ; Data Envelopment Analysis（包絡分析）法」を用いて有料老人ホーム事業者の経営活動の効率性についての分析を行いたい。

#### 参考文献

- 1) 宣賢奎：民間企業の高齢者住宅事業の現状と課題～消費者保護の観点からの問題点を中心に～、日本消費経済学会年報、第27号、57-65：2006
- 2) 宣賢奎：有料老人ホームの情報開示に関する研究、江南未来総研学術研究会紀要、第11号、12-25：2007
- 3) 宣賢奎：有料老人ホームの情報公開の現状と課題、日本消費経済学会年報、第29号、247-254：2008



- 4) 宣賢奎：介護サービス情報の公表制度における有料老人ホームの情報公表の現状と課題、共栄大学研究論集、第9号、1-20：2011
- 5) 杉浦真一郎：地域と高齢者福祉—介護サービスの需給空間、古今書院：2005
- 6) 畠山輝雄：介護保険制度導入に伴うデイサービスセンターの立地とサービス空間の変化—藤沢市の事例、地理学評論、No.77 (7)、503-518：2004
- 7) 畠山輝雄：介護保険通所型施設の立地と施設選択時における決定条件—武蔵野市の事例、人文地理、No.57 (3)、332-346：2005
- 8) 堂口紘一、久保猛志：有料老人ホームの入居一時金形成要因の実証研究—ヘドニック・アプローチによるモデル構築と時系列分析、環境の管理、No.59、57-60：2006
- 9) 宮澤仁：東京大都市圏における有料老人ホームの立地と施設特性、E-journal GEO、Vo. 4 (2)、69-85：2010

### Abstract

In this study the factors which influence the occupancy rate in the private nursing care home, based on a questionnaire survey targeting private nursing care homes, are empirically analyzed and examined from a business administration viewpoint.

As a result of the analysis, it became clear that factors which influenced the occupancy rate in the private nursing care home included the initial entry fee, the monthly fee, the enhancement level of the nursing care system, the retirement rates of the nursing care staff, and the system of nursing care at nighttime. Therefore, when strategies for securing tenants are planned, the entrepreneur involved in a private nursing care home for the aged should consider not only the economic variable of the initial entry fee and the monthly fee, but also variables regarding the enhancement level of the nursing care system and improvements in the treatment of the nursing care staff, etc.

## 編集後記

介護経営第6巻第1号をお届けします。

今回も大変多くの方々から投稿をいただきました。喜ばしい限りです。

前回の編集後記でも申し上げました通り、雑誌編集の過程におけるいくつかの課題については取り組みを行い、実行可能な部分から、今回の編集にも変更を取り入れました。そのため、これまでよりも少々編集期間が短縮し、少々掲載の条件が難しくなったかもしれませんが、ご了承ください。また、課題はすべて解決したわけではなく、試行錯誤のうえで、次回も改革をしていきたいと思っています。ですので、規定や投稿期限など、来夏前に変更があるかもしれませんので、投稿の際はご注意ください。

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に御礼申し上げます。ありがとうございました。

(K.N)

### 介護経営

第6巻 第1号 (年1回発行) 2011年11月発行

発行人 田中 滋

発行所 日本介護経営学会

〒104-0061 東京都中央区銀座1-5-15

TEL/FAX : 03-3564-3235