

勇美記念財団在宅医療助成 報告書

【申請者名】 河野由美子（金沢医科大学看護学部）

【助成対象年度】 2014 年度前期

【研究テーマ】

高齢者施設で働く介護職における認知症高齢者への虐待の実態
—意思決定と虐待の関連性を中心に—

【提出年月日】 2015.9.10

【はじめに】

我が国の超高齢社会に伴い認知症高齢者も増加することは必須であり、家族介護者の負担は計り知れない。特に動ける認知症の場合、徘徊や睡眠障害、介護抵抗等昼夜を問わず介護が必要となり家族の負担は大きく、家族介護者は心身の変調をきたす場合が多くなる。一方、家族世帯構造の変化から高齢者夫婦や単独高齢者が増加し、自宅で介護を受けられる状況は困難となる。そのため、施設入居や地域密着型サービスを利用する場合が増加すると考える。その際、認知症高齢者は、新しい環境になじむことが困難であり認知症の症状が進行する場合も少なくない。

このような状況下で地域密着型サービスである「認知症対応型生活介護（グループホーム）」の存在は、今後に必要なサービスである。しかし、介護施設従事者の虐待が増加している現状を考えると、グループホームの介護職への虐待防止が急務と言える。また、家族介護者が昼夜を問わず介護を行い、ストレスが増加する状況と、グループホームの介護職が24時間介護する場合と相似するのではないかと推測し、介護福祉施設の介護職よりストレスが高く、虐待発生要因として重要な因子となるのではないかと考える。

現在、虐待防止については認知症高齢者に対して本人の意思を尊重するセンタードケアが重要であるといわれており、講演会や研修の実施によって高齢者施設の介護職に対する虐待防止の教育的な効果について報告されている。さらに、高齢者施設で生活する中等度・重度認知症高齢者への自己決定する力を顕在化することで円滑な人間関係を営む力を引き出す効果が報告されており、介護職が認知症高齢者に対する意思決定支援が重要と考える。しかし、高齢者施設の介護職全員が「虐待や意思決定等」の研修を受講する施設は少なく、伝達講習が多いと言われ、研修効果は確実とは言えない状況があると考える。このような現状において、高齢者施設では認知症高齢者の意思決定支援がされないまま、日常生活を送っていることが推測され、意思決定困難が虐待の一要因になり得るのではと考える。

以上のことから、認知症高齢者における虐待の要因として「意思決定できないこと」が一要因となり、虐待・意思決定支援への理解不足が介護職のストレスにつながり、虐待がおこる可能性があるのではないかと考えた。そこで、高齢者施設における介護職の虐待を予防するためには、介護職が認知症高齢者に対して意思決定への支援をすることで介護職のストレスを軽減させ、高齢者施設の虐待を軽減させるのではないかと考えた。

【研究目的】

高齢者施設で働く介護職の認知症高齢者への虐待の実態において、認知症高齢者の意思決定と虐待の関連性を明らかにする。それによって介護職に対し虐待予防策を検討することにつながる。また、認知症高齢者への意思決定支援に関する研修の資料となる。

【用語の定義】

1. 意思決定

高齢者が自分の意思で決定して行動する一連の過程とする。相手の意思を確認する。選択する機会を作る。希望を確認する。行動することを待つ等とする。本研究では「自己決定」を意思決定と同義語として使用する。

2. 認知症高齢者

認知症グループホームに入所している認知症高齢者とし、要介護度や自立度は問わない。

【研究方法】

1. 対象：

- 1) 対象施設：全国介護事業所介護サービス情報公表システムから北信越地域5県（福井、石川、富山、新潟、長野）の認知症対応型共同生活介護事業所（認知症対応型グループホーム）808事業所
- 2) 対象者：上記の施設で働く介護職で、研究の同意が得られた者。介護職の資格は問わない。
- 3) 調査期間：平成26年11月～平成27年2月

2. 研究方法：

1) 無記名自記式質問紙調査

2) 対象者の選定

- ① 1)の事業所あてに文書で研究参加の有無を確認した。参加協力可能な場合に協力可能人数を記載し返送してもらった。
- ② 参加協力依頼施設に人数分の調査用紙を郵送し、介護職へ配布を依頼した。
- ③ 調査の協力が得られた介護職に調査用紙を記入してもらった。
- ④ 管理者にまとめて返送してもらうことを依頼した。

3) 調査項目

- ① 属性；年齢、性別、職歴、学歴、介護職等資格の有無
- ② 就業状況；勤務年数、雇用形態、夜勤回数、担当認知症高齢者数
- ③ 虐待；虐待に関する知識の理解、施設における虐待への取り組み、虐待の認識、虐待の衝動の有無
- ④ 認知症高齢者の自己決定；
 - ・ 自己決定の必要性の有無とその理由
 - ・ 自己決定への支援の有無とその理由
 - ・ 自己決定支援の実施の有無とその理由
- ⑤ 研修・セミナー受講の有無と回数、今後の受講意思；
人権擁護・意思の尊重等に関する内容、介護ケアに関する内容、緊急時の対応等に関する内容、認知症の理解に関する内容、虐待に関する内容、職員のメンタルケア
- ⑥ 心理尺度；
 - ・ 日本版バーンアウト尺度
 - ・ CPRスコア（介護者・患者関係アセスメント票）

3. 分析方法：

- 1) 各項目の単純集計を行った。
- 2) バーンアウト尺度 3 因子と属性、研修受講、虐待の知識と職場環境との関連性について t 検定、一元配置分散分析を用いて分析を行った。
- 3) 自己決定支援の各項目と属性、研修受講の関連性について χ^2 検定を用いて分析した。バーンアウト因子との関連性には一元配置分散分析を用いた。
- 4) 分析には SPSS Statistics 19 を用いた。

4. 倫理的配慮：

- 1) 所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。
- 2) 施設管理者に文書で説明し、署名で研究協力の同意を得た。
- 3) 調査は文書で説明依頼し、郵送を持って同意したものとみなすことを文書に記した。
- 4) 個人情報の取り扱いについて研究のみに利用すること、無記名調査で集計処理をして使用することとデータの管理を厳重にすることを文書で説明した。

【研究結果】

1. 対象者(表 1 参照)

- 1) 5 県の認知症高齢者グループホーム全 808 事業所に研究協力依頼をし、247 事業所 910 人から返信があり、欠損データを除き 749 件(回収率 77.3%)を分析対象者とした。

2) 属性

男性 133 人(17.8%)、女性 616 人(82.2%)。平均年齢 45.1±12.9 歳(18 歳-74 歳)。29 歳以下は 114 人、30 歳代 143 人、40 歳代 162 人、50 歳代 234 人、60 歳以上 96 人であった。

資格について複数回答で、介護福祉士 419 人、社会福祉士 15 人、ヘルパー1 級 29 人、ヘルパー2 級 348 人、介護支援専門員 130 人、資格なし 50 人であった。最終学歴は高校が 425 人(56.9%)と最も多く、ついで専門学校が 137 人(18.3%)であった。

3) 就業状況

就業月数平均 90.6±65.9 ヶ月、夜勤回数平均 4.3±2.9 回/月、常勤 638 人(85.9%)、非常勤 87 人(11.7%)その他 18 人(2.4%)であった。

4) 健康状態

「非常に健康」「まあ健康」を合わせると 73.3%の人が健康状態は良好であった。「あまりよくない」「とてもよくない」を合わせると 10.5%の人が健康状態について思わしくないと感じている。医師の診断を受けたことがあると回答しているのは 38.8%であった。現在気になる症状について高かった症状は、肩こり 52.1%、腰痛 49.8%、疲れが残る 42.6%等であった。悩みがあると回答した人は全体の 77.6%であった。

2. 虐待

1) 虐待の知識や職場の虐待における環境

「虐待の種類や通報義務」は90%以上の介護職が理解している。しかし、通報先を理解していない人は約30%であった。施設内で「虐待までもいかないが不適切なケアがある」と回答している人は72.4%であり、「不適切とわかっているがせざるを得ない状況がある」と回答している人は61.8%であった。一方、「自分の施設では虐待がない」と回答している人は78.4%であるが約20%がないとは思っていない。また、「虐待防止の取り組みがある」と回答した人は約75%以上であった。

2) 虐待の項目の認識と衝動の有無について

(1) 虐待の認識について

認知症高齢者に対する介護職の言動行動33項目について「虐待として認識するか」に対して、虐待と認識している項目で「利用者に叩かれたので叩き返した」91.9%、「ベッドに長時間抑制・拘束した」94.3%、「自分で食べられない利用者に配膳はしたが、食事介助しない」90.9%、「失禁でシーツや下着が汚れてもそのまま放置した」92.0%が90%を超え「思う」と回答していた。虐待の認識が低かったのは「女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした」10.1%、「元気づけるために安易に体に触った」10.7%、「利用者の前で職員同士が私的な会話をする」21.5%、「おむつ交換を時間でする」21.2%であった。

(2) 虐待の衝動について

虐待の衝動は上記の同様の33項目について「行いそうになったこと」を表し、「かなりある」「時々ある」を合わせ多かった項目は、「女性に対して男性介護者が入浴介助や排泄介助をした」63.1%、「元気づけるために安易に体に触った」55.3%、「利用者の前で職員同士が私的な会話をする」64.4%、「今、忙しいから」42.4%であった。

3. 介護職のストレス

1) バーンアウト尺度

バーンアウト尺度は情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の3因子に分類している。本研究の対象者における情緒的消耗感の平均点は 13.6 ± 4.6 点、脱人格化の平均点は 11.0 ± 4.3 点、個人的達成感の平均点は 16.0 ± 4.6 点であった。情緒的消耗感のうち要注意といわれる21~23点は66人(8.8%)、危険といわれる24点以上が19人(2.5%)であった。脱人格化は要注意18~20点は64人(8.5%)、危険21点以上28人(3.7%)であった。個人的達成感では要注意12~10点182人(24.3%)、危険9点以下63人(8.4%)であった。

2) バーンアウト各因子と属性

性別では、情緒的消耗感の平均点で女性は男性と比較し有意に高かった($p=0.01$)。個人的達成感の平均点は男性が女性と比較して有意に高かった($p=0.025$)。

年代では、情緒的消耗感($p=0.000$)、脱人格化($p=0.000$)、個人的達成感($p=0.006$)の平均点で有意差があった。その中で20歳代は、情緒的消耗感および脱人格化におい

て50歳代、60歳代、70歳代と比較して有意に高かった。30歳代は脱人格化因子において50歳代、60歳代、70歳代と比較して有意に高かった。

資格の有無では、介護支援専門員有資格者は個人的達成感の平均点で有意に高かった($p=0.004$)。それ以外の資格ついて有意差はなかった。

3) バーンアウト各因子と研修受講の有無 (表2)

過去1年間に受講した研修の有無とバーンアウト因子について分析した。情緒的消耗感と脱人格化の平均値において研修各項目の有無について有差はなかった。個人的達成感の平均値と過去1年間に研修受講のあり 16.2 ± 4.8 点 ($t=2.265, df=747, p<0.05$)。人権擁護に関する研修のあり 16.5 ± 4.8 点、($t=1.992, df=655, p<0.05$)。介護ケアに関する内容あり 16.6 ± 5.0 点、($t=2.803, df=600.6, p<0.05$)。緊急時の対応に関する内容あり 16.9 ± 5.1 点 ($t=3.162, df=572.3, p<0.05$)。認知症理解に関する内容あり 16.5 ± 4.9 点 ($t=2.573, df=655, p<0.05$)。高齢者理解に関する内容あり 17.0 ± 5.3 点 ($t=3.0, df=655, p<0.05$)、以上の項目が有意に高かった。

今後受講したい研修の有無とバーンアウト因子の平均点について、「職員のメンタルヘルスに関する研修」希望ありと情緒的消耗感 13.9 ± 4.6 点 ($t=2.578, df=739, p<0.05$) と脱人格化 11.3 ± 4.5 点 ($t=2.72, df=680.4, p<0.05$) の平均値において有意に高かった。個人的達成感の平均点と「人権擁護に関する内容」 17.2 ± 4.7 点 ($t=3.14, df=739, p<0.05$)、「虐待に関する内容」 16.8 ± 5.1 点 ($t=2.029, df=739, p<0.05$) について有意に高かった。

4) バーンアウトと虐待に関する項目 (表3参照)

(1) 虐待に関する個人の知識や思い

「不適切だと思ってもせざるを得ない状況がある」は、情緒的消耗感 14.2 ± 4.7 点 ($t=4.634, df=747, p<0.05$)、脱人格化 11.7 ± 4.5 点 ($t=5.91, df=688.8, p<0.05$)、個人的達成感 15.6 ± 4.6 点 ($t=-3.42, df=747, p<0.05$) のいずれにも有意差があった。「虐待までいかないが不適切なケアがあると思う」は情緒的消耗感 13.8 ± 4.6 点 ($t=2.611, df=747, p<0.05$)、脱人格化 11.4 ± 4.4 点 ($t=4.734, df=422.0, p<0.05$) で有意に高かった。個人的達成感では、「虐待の通報先を知っている」 16.3 ± 4.7 点 ($t=2.08, df=374.8, p<0.05$)、「施設内外の研修に参加している」 16.2 ± 4.8 点 ($t=2.048, df=747, p<0.05$) で有意に高かった。

(2) 施設における虐待と職場環境

虐待に関する5項目全てで「ない」と回答した人と情緒的消耗感、脱人格化の平均点において有意に高かった。また、個人的達成感は「待防止の取り組みがある」 16.3 ± 4.8 点 ($t=2.161, df=747, p<0.05$)、「職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある」 16.8 ± 4.9 点 ($t=5.393, df=658.3, p<0.05$)、「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」 16.4 ± 4.8 点 ($t=4.199, df=747, p<0.05$) で有意に高かった。

4. 介護職の自己決定支援

認知症高齢者への「自己決定支援が必要と思う」は90.0%、「自己決定支援をしたいと思

う」は 90.5%、「自己決定支援を実際に行っている」は 68%であった。

1) 自己決定支援と対象者の属性の関連

年齢 3 群では「支援している」で 40~59 歳が最も多く有意差があった ($p=0.016$)。

介護福祉士の有資格者は自己決定支援が「必要と思う」($p=0.036$)、「支援をしたい」($p=0.002$)、「実施している」($p=0.002$) といずれの項目においても有意に高かった。資格の有無では「必要と思う」($p=0.021$)、「実施している」($p=0.021$) で有資格者が有意に高かった。介護支援専門員有資格者は「支援したい」($p=0.012$)、「実施している」($p=0.000$) と有意に高かった。最終学歴では、高校卒が最も多く「支援したい」($p=0.000$) 「支援している」($p=0.002$) と有意差があった。雇用形態では、常勤者が「支援が必要」($p=0.019$) 「支援したい」($p=0.001$) と有意に多かった。経験年数 2 群では、経験年数が平均以下の場合「支援が必要」($p=0.039$) において有意に多かった。

2) 自己決定支援と研修受講の有無の関連 (表 4 参照)

過去 1 年間に研修を受講した人は「支援が必要」($p=0.009$) 「支援したい」($p=0.000$) 「支援している」($p=0.048$) と有意に多かった。「人権擁護等に関する内容」($p=0.042$) 「緊急時の対応」($p=0.002$) 「虐待に関する内容」($p=0.027$) を受講した人は「支援している」人が有意に多かった。

今後受講したい内容では、「介護ケアに関する内容」($p=0.042$) 「接遇に関する内容」($p=0.047$) は「支援が必要」で有意に多かった。「人権擁護に関する内容」($p=0.011$) は「支援したい」で有意に多かった。「緊急時の対応」($p=0.004$) 「虐待に関する内容」($p=0.038$) は「支援している」で有意に多かった。

3) 自己決定支援と虐待の知識や職場環境との関連 (表 5 参照)

(1) 虐待に関する個人の知識や思い

「介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい」は、「支援が必要」($p=0.000$) 「支援したい」($p=0.001$) 「支援をしている」($p=0.031$) といずれにも有意に多かった。「虐待の通報義務」は「支援が必要」($p=0.021$)、「通報先を知っている」は「支援している」($p=0.004$) で有意に多かった。「施設内外の研修に参加している」は「支援したい」($p=0.005$) 「支援している」($p=0.033$) と有意に多かった。

(2) 施設における虐待と職場環境

「虐待防止についての施設として取り組みがある」「ケアの質向上に向けた施設として取り組みがある」「感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である」は「支援が必要」「支援したい」「支援している」のいずれの項目においても有意に多かった。

4) 自己決定支援とバーンアウト各因子との関連

「自己決定支援が必要」では、脱人格化において「必要と思わない」が有意に高かった ($F(2, 746)=3.657, p<0.05$)。「自己決定支援をしたい」では、情緒的消耗感 ($F(2, 746)=6.059, p<0.05$)、脱人格化 ($F(2, 746)=9.656, p<0.05$)、個人的達成感 ($F(2, 746)=5.351, p<0.05$) でいずれも「思わない」「していない」が有意に高かった。「自

己決定支援をしている」では情緒的消耗感 ($F(2, 746)=6.66, p<0.05$) で「わからない」、脱人格化 ($F(2, 746)=3.341, p<0.05$) 「思わない・わからない」、個人的達成感 ($F(2, 746)=6.85, p<0.05$) 「支援している」が有意に高かった。

5. 人間関係 (CPR スコア介護者・患者関係アセスメント票)

介護職と高齢者の関係性について CPR スコアを用いて関連性を分析した。平均点は 51.99 ± 4.6 点 (35-71) であった。CPR スコアを平均点以下とそれ以上の 2 群に分け対象者の属性において分析した。無資格者は 51.2 ± 4.2 点で有資格者と比較し有意に低かった ($p=0.047$)。雇用形態では常勤者 52.2 ± 4.5 点で非常勤者と比較して有意に高かった ($p=0.004$)。自己決定支援と CPR スコアでは、「支援している」は「支援していない」「わからない」と比較して有意に高かった ($F(2, 746)=4.155, P<0.05$)。

【考察】

1. 対象者の特性

古村らはグループホームのスタッフを対象にストレスコーピングについて研究している。性別は女性が 80% を占めており同様の結果であった。平均年齢は 45 ± 12.9 歳でありやや高いが、就業年数も大幅に高いことが影響していると考えられる。雇用形態についても常勤者が 10% 以上高くこの地域の特徴とも考えられる。介護福祉士の有資格者は 55.9%、ヘルパー 2 級の研修終了者は 46.5% と多く、無資格者は 6.7% であり何らかの資格を得て勤務している人が多いことが明らかになった。

2. 介護職のストレス

バーンアウト尺度は情緒的消耗感 (5-25 点)、脱人格化 (6-30 点)、個人的達成感 (5-25 点) で点数化される。情緒的消耗感と脱人格化は点数が高いほどストレスが高いとされ、個人的達成感は低下するとストレスが高いと判断される。本研究の対象者の平均点は、古村や藤原の先行研究と概ね同様の点数でバーンアウトに問題がない点数であり、特にストレスが高いとは言えず、相対的に比較分析した。本研究対象者のなかには要注意や危険な人も各因子で約 10% 程度存在する。藤野の研究による同様の危険と判断される人よりやや多いが、介護職以外のスタッフもいるためと思われる。

対象の個別的な特性から、若い年代に情緒的消耗感、脱人格化の平均点が高く、他の年代と比較しストレスが高いとおもわれる。これは、小野寺らの先行研究と結果同様であり支持した結果となった。しかし、畦地らは高齢者入所施設の介護職とグループホーム介護職と比較して入所施設の介護職の方が若い世代のストレスが高いと報告しており一様ではない。

平均夜勤回数の多い人や健康状態が良くない人は情緒的消耗感、脱人格化の平均点が高かった。原野らは、夜勤の疲労とストレスについて夜勤をしているスタッフの疲労感が強いことを明らかにした。夜勤による緊張、疲労、睡眠不足が関連しているとも述べている。本研究では月 5 回以上の夜勤をしている人は同様の状況が考えられ、ストレス

が高くなる可能性がある。また、虐待とストレスの関連では「不適切なケアがあると思う」「不適切でもせざるを得ない状況がある」と回答した人は、情緒的消耗感、脱人格化の平均点が高かった。藤野は、社会福祉職のストレスとバーンアウトの関連について、「思うようにいかない状況」というストレスは情緒的消耗感に関連していることからも「不適切なケアがあってもせざるを得ない状況にある」ことは同様の結果であり、介護職のストレスは正しくないことをしなければならない状況に置かれたことによって高くなる可能性がある。

虐待における職場環境や労働状況の有無とストレスとの関連では、「虐待への取り組み」「ケアの質の向上への取り組み」「働きやすい環境改善の取り組み」「自分の施設における虐待の有無」「上司や同僚と話し合える状況」のすべての項目について、情緒的消耗感で「いいえ」と回答した人の平均点が高い。小野寺は高齢者介護職員のストレスとバーンアウトの関連について、上司とのコンフリクト、同僚とのコンフリクトについて相関性が高いと述べている。また、古村らはグループホームケアスタッフが抱く困難について、職場のサポート体制があり本研究の「上司や同僚と話し合える状況にない」ことがストレスを高めることに関連している可能性がある。虐待への取り組みやケアの質向上、働きやすい環境等は組織における取り組みである。堀田は、「組織整備・コンプライアンス」の徹底はストレスの緩和につながると報告しており、本研究における組織のさまざまな取り組みや改善がないと思っている人は、ストレスが高く先行研究を支持する結果となった。以上のことから、介護職は認知症高齢者にとって不適切な行為と理解していてもせざるを得ない状況のなかでストレスが生じることや、施設の労働環境が虐待につながる状況と考えていることから、介護職のストレスは虐待に関連していることが先行研究を支持する結果であった。

3. 認知症高齢者への自己決定支援

本研究の主題ともいえる認知症高齢者への自己決定支援について、「必要と思うか」「支援したい」「支援をしている」の3項目を確認した。虐待・自己決定支援への理解不足が介護職のストレスにつながり、虐待がおこる可能性があるのではないかと考え今回の研究に至った。

水澤らは認知症高齢者の自己決定における文献検討によると、「認知症や自己決定に関する意識」では一般の中老年や看護師が対象者であり、研究方法は実態調査が主であったと報告している。介護職への意識調査は見当たらず、本研究結果は新たな知見となり得る可能性があると考えられる。

対象者の特性では、介護福祉士の有資格者、虐待に関する個人の特性として「介護の知識や技術の未熟さが虐待につながりやすい」と思っている人は、「自己決定支援必要」「自己決定支援したい」「自己決定支援している」のいずれの項目においても多かった。また、「人権擁護・意思尊重に関する内容」を受講した人は「自己決定支援している」で有意に多く、今後受けたい研修で「人権擁護・意思尊重に関する内容」が「自己決定

支援したい」が有意に多かった。

これらのことから、介護福祉士教育や研修の受講歴が自己決定支援に関連していると思われる。さらに、「虐待に関する内容」の研修受講ありや今後受講したいと回答した人は「自己決定支援している」が有意に多かった。波多野は、施設での援助過程で高齢者に対する非人間化が生じて共感的感情の喚起が妨げられ、虐待行為への抑制が解除・低減されていくというメカニズムがあると述べている。これは介護職が高齢者の「人間らしさを尊重しないこと」、つまり「高齢者の自己決定を支援する」ことがないとき虐待は起こることが考えられる。介護者・患者アセスメント票として人間関係の良好さを測定する CPR スコアは、市川らが開発し介護者が老人にどのような態度で接しているか、老人が介護者に対して好意的かどうかを推定できるとしている。本研究では、「自己決定支援している」人は CPR スコア得点が高く高齢者との人間関係が良好であったと言える。

これらのことから、自己決定支援している人は高齢者を人間らしく尊重しようとしており、人権擁護・意思尊重や虐待に関心が高くこれらに関する研修受講へつながったのではないかと推測する。また、高橋は、介護職員のストレスに対して認知症の知識や対応等の研修を行い、ストレスが軽減した可能性があると報告している。これらのことから、確かな知識を得ることがストレス軽減につながり、高齢者の自己決定支援ができると思われる。

「自己決定支援したいと思わない」「自己決定支援をしていない」の2項目はバーンアウトの情緒的消耗感および脱人格化因子の平均点が有意に高かった。これは、前述の波多野による「高齢者の非人間化」つまり人間らしく尊重できないことがストレスの高い介護職に起こっていると推測される。これには、施設の虐待防止の取り組みや上司や同僚と話し合える状況がないことで施設の職場環境や労働環境におけるストレスが高いことが関連し、労働環境が介護職として援助過程の共感的感情の喚起が妨げられたのではないかと考えられる。

久保は、仕事の上で日々過大な情緒的資源を要求された結果生じる情緒的消耗感であり、情緒的な資源の枯渇であると述べている。本研究では、日々過大な情緒的資源の要求とは「不適切ケアをせざるを得ない状況がある」ことや「虐待防止への取り組みがない」ことなどから、精神的負担が大きくなった結果生じ、資源の枯渇がおこり虐待につながるのではないかと考える。

しかし、一方で個人的達成感や情緒的消耗感と脱人格化と逆で、仕事の成果に伴って感じる成功感でありバーンアウトでは点数が低下すると言われている。本研究の結果から「施設内外の虐待に関する研修を受けている」回答した人の平均点は有意に高く、同様の項目で「自己決定支援したい」「自己決定支援している」も有意に高く、自ら人間らしさを尊重しようとする行為はストレス低減に関連すると考える。

以上のことから、介護職の自己決定支援は高齢者の人間らしさを尊重することであり、

自己決定支援の必要性や意思がないと介護職のストレスが生じる可能性があり、介護職のストレスと自己決定支援の関連性は高い可能性があることが示唆された。また、自己決定支援と研修受講の有無や内容に関連性が高く、また研修受講がストレスを低減する可能性もあることが示唆された。今後は自己決定支援のための教育研修や労働環境の整備を検討する必要があると考える。さらには、自己決定支援の測定方法の信頼性や妥当性も検討する必要がある。

【結論】

認知症高齢者を介護するグループホームの介護職の虐待の実態から、「自己決定支援の必要性」、「自己決定支援の意思」、「自己決定支援の実際」は介護職のストレスおよび虐待と関連性のあることが明らかになった。

本研究は、「公益社団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成」によって実施した。

【引用文献】

古村美津代、石竹達也（2012）：認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフのバーンアウトと個人特性と職場環境要因との関連、日本本公衆衛生学雑誌、59（11）、822-832.

藤原和美、小坂淳子、今岡洋二、杉原久仁子（2008）：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.

小野寺敦志、畦地良平、志村ゆず（2007）：高齢者介護職員のストレッサーとバーンアウトとの関連、老年社会学、28（4）、464-475.

畦地良平、小野寺敦志、遠藤忠（2006）：介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因-職場特性を中止とした検討-、老年社会学、27（4）、427-437.

原野かおり、谷口敏代、小林春男（2012）：介護労働における夜間勤務者の疲労の実態、川崎医療福祉学会誌、21（2）、208-217.

藤野好美（2001）：社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究、社会福祉学、42（1）、137-149.

堀田聡子（2013）：介護保険事業所（施設系）における介護職員のストレス軽減と雇用管理、季刊・社会保障研究、46（2）、150-163.

水澤久恵、出貝裕子 (2011) : 認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向、新潟医学会雑誌、125 (8)、443-450.

波多野 純 (2011) : 介護施設における高齢者の非人間化について、臨床心理学、11 (4)、538-593.

市川伸一、中川正宣、大井 玄他 (1986) : 虚弱老人のための介護者・患者アセスメントの試み、日本公衆衛生雑誌、32 (5)、253-257.

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

久保真人 (2004) : バーンアウトの心理学-燃え尽き症候群とは-、サイエンス社 (東京)、

<本研究を終えて>

助成によって新たな研究に取り組むことができ感謝申し上げます。1年間という短い期間で調査の実施と結果をまとめることができほっとしています。

助成を受けたことで調査に関する作業をスムーズに行うことができました。また、計画書と実施のずれが生じご迷惑をおかけし申し訳ありませんでした。

今後に向けては、所属機関との連携が難しく倫理的なことはもちろんですが、助成金の出納に関して簡便になればと思いました。また、継続して助成を申請できないことが残念に思いました。

表1 対象者の特性

項目	n=749(%)	
性別	男性	133(17.8)
	女性	616(82.2)
資格	介護福祉士	419(55.9)
	ヘルパー1級	29(3.9)
	ヘルパー2級	348(46.5)
	ヘルパー3級	6(0.8)
	社会福祉士	15(2.0)
	介護支援専門員	130(17.4)
	資格なし	50(6.7)
最終学歴	中学校	25(3.3)
	高校	425(56.9)
	専門学校	137(18.3)
	短期大学	92(12.3)
	大学	67(9.0)
	大学院	1(0.1)
	雇用形態	常勤
	非常勤	87(11.7)
	その他	18(2.4)
平均年齢±SD	全体	45.1±12.9
	男性	39.5±12.0
	女性	46.3±12.7
平均経験月数±SD	全体	90.6±65.9
	男性	81.6±59.1
	女性	92.5±67.1
平均夜勤回数±SD	全体	4.3± 2.9
	男性	5.2± 3.3
	女性	4.1± 2.3
バーンアウト		
情緒的消耗感		13.6± 4.6
脱人格化		11.0± 4.3
個人的達成感		16.1± 4.8

表2 研修受講の有無とバーンアウトとの関連 n=749									
	項 目		人数	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
				M±SD	p値	M±SD	p値	M±SD	P値
過去1年間の研修受講について	過去1年間研修を受講した	yes	654	13.6±4.5		11.0±4.3		16.2±4.8	*0.024
		no	95	13.4±5.2		11.2±4.6		15.0±4.4	
	人権擁護・意思尊重に関する内容	yes	341	13.4±4.3		10.9±4.2		16.5±4.8	*0.047
		no	316	13.8±4.7		11.0±4.3		15.8±4.8	
	介護ケアに関する内容	yes	396	13.5±4.5		10.8±4.3		16.6±5.0	*0.005
		no	261	13.7±4.5		11.2±4.3		15.6±4.5	
	緊急時の対応に関する内容	yes	283	13.5±4.5		10.8±4.1		16.9±5.1	*0.001
		no	374	13.7±4.5		11.1±4.4		15.7±4.6	
認知症理解に関する内容	yes	492	13.4±4.4		10.8±4.1		16.5±4.9	*0.01	
	no	165	14.0±4.7		11.4±4.7		15.4±4.7		
虐待に関する内容	yes	257	13.2±4.4		10.7±4.0		16.4±5.0		
	no	400	13.8±4.5		11.1±4.4		16.1±4.8		
高齢者理解に関する内容	yes	206	13.3±4.5		10.6±4.1		17.0±5.3	*0.005	
	no	451	13.7±4.5		11.1±4.3		15.8±4.6		
今後受講したい研修内容	人権擁護・意思尊重に関する内容	yes	145	13.4±4.8		10.8±4.1		17.2±4.7	*0.002
		no	596	13.6±4.5		11.0±4.3		15.8±4.8	
	介護ケアに関する内容	yes	270	13.4±4.7		10.8±4.1		16.2±4.6	
		no	471	13.6±4.5		11.0±4.3		16.0±4.9	
	緊急時の対応に関する内容	yes	355	13.9±4.6		11.1±4.3		15.8±4.5	
		no	386	13.2±4.6		10.8±4.2		16.3±5.0	
	認知症理解に関する内容	yes	330	13.5±4.5		10.7±3.9		16.4±4.7	
		no	411	13.6±4.6		11.4±4.5		15.8±4.9	
	虐待に関する内容	yes	145	13.9±4.4		11.1±4.3		16.8±5.1	*0.043
		no	596	13.4±4.6		10.9±4.3		15.9±4.7	
高齢者理解に関する内容	yes	191	13.2±4.6		10.5±3.9		16.3±4.9		
	no	550	13.6±4.6		11.1±4.4		16.0±4.8		
職員のメンタルに関する内容	yes	450	13.9±4.6	*0.01	11.3±4.5	*0.007	16.2±5.0		
	no	291	13.0±4.5		10.4±3.9		15.9±4.5		
接遇・コミュニケーションに関する内容	yes	311	13.7±4.8		11.0±4.3		16.1±4.9		
	no	430	13.4±4.4		10.9±4.2		16.0±4.7		
その他に関する内容	yes	38	14.2±4.3		12.0±5.1		18.5±6.0	*0.014	
	no	703	13.5±4.6		10.9±4.2		16.0±4.7		
t検定 *p<0.05									

表3 虐待とバーンアウトとの関連 n=749								
項目		人数	情緒的消耗感		脱人格化		個人的達成感	
			M±SD	p値	M±SD	p値	M±SD	P値
虐待に関する個人の知識や思い	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	692	13.5±4.5		10.9±4.2		16.0±4.8
		no	57	13.9±5.1		11.7±5.4		16.7±5.0
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes	738	13.5±4.6		10.9±4.3		16.0±4.8
		no	11	16.4±5.0		13.2±5.6		16.3±5.4
	虐待の通報先を知っている	yes	539	13.4±4.5		10.8±4.3		16.3±4.7
		no	210	14.0±4.8		11.4±4.4		15.5±4.9
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながりやすい	yes	592	13.6±4.6		11.1±4.3		16.1±4.9
		no	157	13.3±4.7		10.6±4.2		15.6±4.5
	施設内外の研修に参加している	yes	628	13.5±4.5		10.9±4.2		16.2±4.8
		no	121	14.0±5.3		11.6±4.9		15.2±4.9
虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes	542	13.8±4.6	*0.009	11.4±4.4	*0.000	16.0±4.7	
	no	207	12.9±4.6		9.9±3.9		16.2±5.1	
不適切だとわかっているが、せざるを得ない状況がある	yes	463	14.2±4.7	*0.000	11.7±4.5	*0.000	15.6±4.6	
	no	286	12.6±4.3		9.9±3.7		16.8±4.9	
施設における虐待や職場環境	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes	568	13.3±4.4	*0.002	10.8±4.2	*0.037	16.3±4.8
		no	181	14.5±5.0		11.6±4.7		15.4±4.9
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes	631	13.4±4.4	*0.013	10.8±4.1	*0.001	16.2±4.8
		no	118	14.7±5.4		12.2±5.2		15.4±4.8
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	628	12.8±4.3	*0.000	10.5±3.9	*0.000	16.8±4.9
		no	121	14.8±4.8		11.8±4.7		14.9±4.5
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じることもある	yes	611	13.8±4.6	*0.004	11.3±4.4	*0.000	16.1±4.7
		no	138	12.5±4.4		9.7±3.4		16.0±5.1
	自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	587	13.3±4.5	*0.017	10.6±4.0	*0.000	16.0±4.8
		no	162	14.4±5.0		12.2±5.1		16.3±4.7
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	615	13.1±4.4	*0.000	10.5±4.0	*0.000	16.4±4.8	
	no	134	15.7±5.0		13.2±5.2		14.5±4.8	
t検定 *p<0.05								

表5 虐待の知識や職場環境と自己決定の関連 n=749(%)														
項目		自己決定支援必要				自己決定支援希望				自己決定支援実施				
		思う	思わない	わからない	p値	思う	思わない	わからない	p値	思う	思わない	わからない	p値	
虐待に関する個人の知識や思い	高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、放置・放棄がある	yes	634(93.1)	8(89.9)	50(84.7)		632(92.8)	14(100.0)	46(86.2)		475(93.3)	47(95.9)	170(89.0)	
		no	47(6.3)	1(11.1)	9(15.3)		49(7.2)	0(0.0)	8(14.8)		34(6.7)	2(4.1)	21(11.0)	
	虐待を発見した時には通報義務がある	yes	673(98.8)	8(88.9)	57(96.6)	*0.021	672(98.7)	13(92.9)	53(98.1)		504(99.0)	48(98.0)	186(97.4)	
		no	8(1.2)	1(11.1)	2(3.4)		9(1.3)	1(7.1)	1(1.9)		5(1.0)	1(2.0)	5(2.6)	
	虐待の通報先を知っている	yes	495(72.7)	5(55.6)	39(66.1)		494(72.5)	9(64.3)	36(66.7)		385(75.6)	30(61.2)	124(64.9)	*0.004
		no	186(27.3)	4(44.4)	20(33.9)		187(27.5)	5(35.7)	18(33.3)		124(24.4)	19(38.8)	67(35.1)	
	介護に関する知識や技術、経験が未熟だと虐待につながるがしやすい	yes	551(80.9)	4(44.4)	37(62.7)	*0.000	550(80.8)	7(50.0)	35(64.8)	*0.001	416(81.7)	36(73.5)	140(73.3)	*0.031
		no	130(19.1)	5(55.6)	22(37.3)		131(19.2)	7(50.0)	19(35.2)		93(18.3)	13(26.5)	51(26.7)	
	施設内外の研修に参加している	yes	576(84.6)	7(77.8)	45(76.3)		580(85.2)	11(78.6)	37(68.5)	*0.005	439(86.2)	38(77.6)	151(79.1)	*0.033
		no	105(15.4)	2(22.2)	14(23.7)		101(14.8)	3(21.4)	17(31.5)		70(13.8)	11(22.4)	40(20.9)	
虐待までいかないが、不適切なケアがあると思う	yes	495(72.7)	5(55.6)	42(71.2)		492(72.2)	12(85.7)	38(70.4)		365(71.7)	40(81.6)	137(71.7)		
	no	186(27.3)	4(44.4)	17(28.8)		189(27.8)	2(14.3)	16(29.6)		144(28.3)	9(18.4)	54(28.3)		
不適切だとわかっていても、せざるを得ない状況がある	yes	417(61.2)	5(55.6)	41(69.5)		412(60.5)	11(78.6)	40(74.1)		306(60.1)	34(69.4)	123(64.4)		
	no	264(38.8)	4(44.4)	18(30.5)		269(39.5)	3(21.4)	14(25.9)		203(39.9)	15(30.6)	68(35.6)		
施設における虐待や職場環境	虐待防止についての施設として取り組みがある	yes	525(77.1)	3(33.3)	40(67.8)	*0.003	531(78.0)	8(57.1)	29(53.7)	*0.000	406(79.8)	35(71.4)	127(66.5)	*0.001
		no	156(22.9)	6(66.7)	19(32.2)		150(22.0)	6(42.9)	29(46.3)		103(20.2)	14(28.6)	64(33.5)	
	ケアの質の向上に向けた施設として取り組みがある	yes	581(85.3)	5(55.6)	45(76.3)	*0.011	585(85.9)	9(64.3)	37(68.5)	*0.000	445(87.4)	36(73.5)	150(78.5)	*0.002
		no	100(14.7)	4(44.4)	14(23.7)		96(14.1)	5(35.7)	17(31.5)		64(12.6)	13(26.5)	41(21.5)	
	職員の働きやすさに関する改善に向けた施設としての取り組みがある	yes	421(61.8)	3(33.3)	34(57.6)		425(62.4)	7(50.0)	26(48.1)		328(64.4)	26(53.1)	104(54.5)	*0.026
		no	260(38.2)	6(66.7)	25(42.4)		256(37.6)	7(50.0)	28(51.9)		181(35.6)	23(46.9)	87(45.5)	
	自分や他職員の介護の仕方に疑問を感じる	yes	563(82.7)	8(88.9)	40(67.8)	*0.016	560(82.2)	14(100.0)	37(68.5)	*0.009	424(83.3)	37(75.5)	150(78.5)	
	no	118(17.3)	1(11.1)	19(32.2)		121(17.8)	0(0.0)	17(31.5)		85(16.7)	12(24.5)	41(21.5)		
自分の働く施設では虐待がないと思う	yes	533(78.3)	8(88.9)	46(78.0)		535(78.6)	8(57.1)	44(81.5)		400(78.6)	37(75.5)	150(78.5)		
	no	148(21.7)	1(11.1)	13(22.0)		146(21.4)	6(42.9)	10(18.5)		109(21.4)	12(24.5)	41(21.5)		
感じた疑問を同僚や上司と話し合える状況である	yes	567(83.3)	6(66.7)	42(71.2)	*0.032	568(83.4)	8(57.1)	39(72.2)	*0.006	431(84.7)	37(75.5)	147(77.0)	*0.028	
	no	114(16.7)	3(33.3)	17(28.8)		113(16.6)	6(42.9)	10(27.8)		78(15.3)	12(24.5)	44(23.0)		
χ ² 検定 *p<0.05														