

地域包括ケア構築を担う地域包括支援センター専門職の業務負担と意識

和気純子・篠崎ひかる

<要旨>

かねてより業務負担が懸念されている地域包括支援センター（以下、センター）では、2015年の介護保険法改正における「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設や、「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「生活支援サービスの体制整備」「地域ケア会議の推進」の位置づけに伴い、その業務のさらなる増大や多様化が進められている。本研究では、このような状況下におけるセンター専門職の業務負担と意識を、東京都A市のセンターの全専門職を対象に質問紙調査によって明らかにした。その結果、A市では全国調査に比べて年齢の高い職員が配置されており、3職種間の差異が顕著ではないこと、バーンアウトや精神的健康は先行研究と比べて高くはないものの、待遇面での職務満足度が低く、精神的健康が一般人口に比べて低いレベルにあることが判明した。本研究は、地域包括ケアの構築を担う専門職の業務負担と意識を明らかにし、その実態をA市、A市地域包括支援センター運営協議会、およびセンターの運営者/専門職らと共有し、共通認識をもつことで「現実」の変革を志向する、アクション・リサーチの一環として行われたものであるが、今後は研究者による任意調査から保険者による定点観測に移行し、実効性のある改善策へつなげる必要がある。

キーワード：地域包括支援センター、業務負担、意識、職務満足、バーンアウト、精神的健康

1 地域包括ケア構築にむけた地域包括支援センターの機能強化

2005年の介護保険法改正によって創設された地域包括支援センター（以下、センター）は、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」と規定され、包括的支援事業および指定介護予防支援事業が必須事業として取り組まれてきた。少子高齢化の進展や家族・地域における相互扶助機能の脆弱化を背景に、認知症、一人暮らし、孤立、虐待、貧困、医療、介護予防、介護負担等の慢性的・複合的ニーズを抱える高齢者・家族らの地域生活を支援し、その生活の基盤ともなる地域包括ケアシステムを構築するために、センターの果たす役割は一層重要になっている。

こうしたなかで、2015年には社会保障システムの一体的改革の一環として介護保険法が改正され、「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設されるとともに、消費税財源も活用する地域支援事業として、新たな包括的支援事業に「在宅医療・介護連携の推進」「生活支援サービスの体制整備」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」が位置づけられた。これらの事業の一部はセンターへの委託が可能とされたこともあり、センターの設置運営要綱においても、1) 市町村の責務としての地域包括支援センターの体制強化、2) 地域ケア会議の運営、3) 追加された包括支援事業に関わる関係者との連携強化、4) 「新しい総合事業」創設に伴う見直し、の4点が主な改正項目にあげられた。

体制強化の具体的項目には、①適切な人員体制の確保、②市町村との役割分担および連携の強化、

③センター間の役割分担と連携の強化、④効果的なセンター運営の継続、があげられ、業務量の増大や複雑化に対応した実施体制の整備が求められている。また、地域ケア会議の運営では、今回の介護保険法改正で地域ケア会議の設置・開催が法律上も位置づけられ、センターがその運営を担うことになったことから、会議の内容や目的がより具体的に明記された。さらに、医療・介護等の多職種や地域の支援者との協働体制の充実が明記された。医療と介護の連携に関わる相談窓口や生活支援コーディネーター等の専門職の形態や配置は自治体によって多様であるものの、従前より地域資源のネットワークを担ってきたセンターが、追加事業の展開においても地域連携の最前線で連携の要に位置づけられた。また、多様な主体による訪問介護・通所介護サービスの展開にむけて、センターにも住民参加による活動の活性化などの新たな地域資源の創出が求められることになった。

これらの設置運営要綱の改正にもみられるとおり、センターが果たすべき役割は増大かつ高度化し、センターが法制度上も地域包括ケアシステムの構築の中核的機関に位置づけられることになった。一方で、こうした高度で重層的な役割を、職員数名の「小世帯」で民間委託が多いセンターが担いられるのかどうかは、慎重に検討されなければならない。従前においても業務過多が課題とされてきたセンターで、今回の改正で人員配置の基準見直しやセンター間の役割分担が示されているが、その効果とともに限界も危惧される。センターに対する過大な役割期待がセンターにとって今まで以上に過重な負担となり、役割葛藤が憎悪することのないよう、徹底した政策科学的な検証とそのエビデンスにもとづく有効な支援体制の構築が急務である¹。

本研究では、東京都 A 市との連携のもとで、A 市に設置されているすべての地域包括支援センターの専門職を対象に質問紙調査を実施し、その業務負担と意識の現状を明らかにすることを目的とする。ただし、A 市の地域包括支援センターの全専門職は 150 名であり、回答率を勘案すると統計的分析には必ずしも十分なサンプルサイズとはいえない。しかし、今回の改正で市町村による地域包括支援センターの体制強化が求められていることを考えれば、各市町村が自らが設置するセンターの専門職の現状を科学的に把握し、データの見える化を図ることが必要不可欠である。今回の研究は、このような認識のもとで、A 市の専門職の業務負担と意識の現状を明らかにし、その実態を A 市、A 市地域包括支援センター運営協議会およびセンターの運営者/専門職らと共有し、共通認識をもつことで「現実」の変革を志向する、筆者らのアクション・リサーチの一環として行うものである。

2 先行研究にみる地域包括支援センターにおける専門職

近年の実態調査によれば、平成 27 年 4 年現在、センター総数は 4685 カ所であり、うち市町村直営が 26% で残りが民間法人等に委託されている。主な委託先は社会福祉法人（社協以外）が 40%、社協 14%、医療法人 13% であり、1 センターあたりの職員総数平均は 6.5 人、包括的支援事業に従事する職員平均は 4.6 人となっている²。

創設当初の包括的支援事業には、①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務が含まれ、原則として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の 3 職種の協働によって事業が展開されてきた。一方、指定介護予防支援事業は、いわゆる要支援 1, 2 の判定をうけた高齢者のケアマネジメントである。上記の実態調査

¹ 和気純子(2017)「地域包括支援センターの役割への期待—地域包括ケアシステム構築の中核的機関—」『月刊福祉』第 100 巻第 1 号, pp.24-27.

² 三菱総合研究所(2016)『地域支援事業の包括支援事業および任意事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書』

からは、「業務量が過大」(82%)、「業務量に対する職員数不足」(70%)が大きな課題であると認識されており、とりわけ「業務量が過大」とされる業務として「総合相談」「介護予防支援業務(介護予防プラン作成)」をあげるセンターが7割近くに達している。また、必須事業のほかにも任意事業の委託を受けているセンターも4割を超えており、家族介護支援事業、認知症サポーター養成事業、成年後見制度利用支援事業など多様な事業が展開されている。

このような過重な業務を抱えるセンターの専門職の負担をめぐっては、いくつかの先行研究がなされている。

牧田(2008)らは、地域包括支援センターの専門職スタッフは他の対人援助職と同様に精神的負担が強く、なかでも包括的・継続的支援業務を主に担う主任ケアマネジャーの情緒的消耗感が保健師、社会福祉士よりも有意に高いことを明らかにしている³。一方、澤田(2010)によれば、3職種のバーンアウト得点は高リスクのレベルにはなく、年齢や経験年数が長い主任ケアマネジャーは自律性得点が他の職種よりも高くなっており、3職種の専門性や業務内容よりも、年齢や経験にもとづく職場での地域に注目すべき点を指摘している⁴。また、望月(2011)は、地域包括支援センターの専門職のうち、業務量が多いと認識しているものは9割以上に及ぶこと、仕事にやりがいを感じているものは66.4%、継続意欲のある者は55.7%であったとしたうえで、これらはセンター内の専門職数が多いと有意に高くなることを明らかにしている。さらに精神健康調査(GHQ28)、バーンアウト(MBI)、ストレス対処力(SOC)のストレス関連尺度について、SOCが高いことが精神健康状態の安定とバーンアウトの予防につながる可能性を示唆している⁵。また、山口らの研究によれば(2015)、センターの3職種は情緒的消耗感が強く、スーパーバイザーが配置されていない職場では、離人化/脱人格化するとともに、個人的達成感が低下する傾向にあるという。ただし、スーパーバイザーの役割を担っている者ほど離人化する傾向も認められており、スーパーバイザー自身をサポートする必要性を提起している。また、3職種の努力不均衡状態やオーバーコミットメントと呼ばれる状態が、バーンアウトを憎悪させることも明らかにしている⁶。さらに、田代(2018)は、センターにおける量的要求と制度的要求の複数の労働職場ストレス要因の強度が高く、運営形態では、委託型の方が直営型よりストレスの強度・経験率が有意に高く、特に人事考課、労働条件への不満が高かったことを報告している。また、GHQ12で測定された精神健康度は、全体の平均点は15.72点で、一般平均の13点に比べてやや高く、リフレッシュが望まれるレベルにあった⁷。

一方、センター専門職の業務分析を、職務満足や離職意向といった観点から捉える研究も散見される。大友らによれば(2010)、北海道内のセンターに勤務する社会福祉士への調査から、満足群の特徴として「仕事の負担度が低く、裁量度が高く、職場内の人間関係が良好で家庭・私生活に満足している」ことをあげ、他方、不満足群では残業が多く残業手当に満足している者は全体の3割程

³ 牧田潔・酒井佐枝子・加藤寛(2008)「地域包括支援センター専門職スタッフのワークストレスに関する研究」『心的トラウマ研究』4, pp.49-60.

⁴ 澤田有希子(2010)「地域包括支援センターにおける専門3職種の職務意識に関する比較研究—質問紙調査を通して」『Human Sciences』9, pp.51-60

⁵ 望月宗一郎(2011)「地域包括支援センターの専門職にみられる職業性ストレスの実態」『Yamanashi Nursing Journal』Vol.9 No.2 pp.33-40.

⁶ 山口淑恵・石竹達也・西田和子(2015)「地域包括支援センター三職種の職業性ストレスとバーンアウトとの関連」『純心学園大学雑誌』第4号 pp.107-116.

⁷ 田代真樹(2018)「地域包括支援センターにおける運営形態別の職業性ストレスの実態と精神健康度への影響」『社会福祉士』第25号, pp.4-12.

度であり、心身の疲労が蓄積し仕事にやりがいを見いだせない状況にあることを示している⁸。また、大和（2014）は、就業継続意向を被説明変数とする分析で、スーパーバイザーの有無、仕事への社会的評価、職務満足度が有意な規定要因となっていることを示している。さらに個別満足度についてみると、仕事の内容・やりがい、人事評価・処遇のあり方、職場の人間関係・コミュニケーションの3変数が影響を与えており、賃金や労働条件等の変数は有意な影響を及ぼしていないことが判明した⁹。さらに、栗岡らの研究（2017）では、離職要因のなかでも、職場のマネジメントによって改善が期待できる職務要因と職場環境要因を調査し、努力-報酬不均衡が離職意思を高め、職場のソーシャルキャピタルや地域連携能力の高さが離職意思を軽減していることを明らかにしている¹⁰。

以上、先行研究では、業務量が多いと認識され、情緒的負担感が高いとする結果は概ね一致しているが、精神健康度はやや高い、あるいは高いレベルになかったとする研究もみられ、3職種の差異についても必ずしも一致した結果は得られていない。また、複数の研究でスーパーバイザーの有無が有意な規定要因にはなっているものの、スーパーバイザーの役割を担う者に離人化傾向が認められる研究もあり、スーパーバイザー自身をサポートする必要性を指摘する研究もある。賃金を含めた労働条件の精神的健康やバーンアウトへの影響も必ずしも一貫して認められているわけではないが、努力に対する報酬の不均衡や職場の人間関係やコミュニケーションを含めた良好な職場内環境は、離職意向を軽減する傾向があることが複数の研究で確認されている。

3 方法

本調査の目的、対象者、期間、方法、内容は以下のとおりである。回収率は49%であった。また、調査内容の一部は、筆者が2012年に実施した地域包括支援センターの全国調査と同一であることから¹¹、実施時期は異なるが、参考のため当該調査結果との比較分析も行う。

1) 調査目的

地域包括支援センターに勤務する専門職員の業務と意識を明らかにし、地域包括ケアの構築にむけて多様な役割が求められている高齢者あんしん相談センターのあり方について検討する。

2) 調査対象者

都内 A 市内のすべての地域包括支援センターの全専門職員 150 名を対象とする。

3) 調査期間

2018 年 2 月～同年 3 月

4) 調査方法

市内の全ての地域包括支援センターに自記式調査票および返信用封筒を送付し、センター長より各職員（150 名）への配布を依頼した。返送は、各自が和気研究室あてに個別に郵送した。

⁸ 大友芳恵・志渡晃一（2010）「地域包括支援センターに所属する社会福祉士への支援に関する一視角「道内社会福祉専門職の職務満足度とその関連要因—地域包括支援センターの職員を対象にした調査—」の結果から」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』第6巻1号, pp.103-105.

⁹ 大和三重（2014）「地域包括支援センター職員の定着促進要因—職務満足度が就業継続意向に与える影響」『介護人材の定着促進に向けて：職務満足度の影響を探る』第6章, pp.111-125. 関西学院大学研究叢書

¹⁰ 栗岡住子・黒木淳・原広司（2017）「地域包括支援センター専門職の離職意思と関連要因に関する研究—離職を未然に防ぐ施策の検討—」『社会保障研究』vol.2. No.2.3. pp.366-377.

¹¹ 和気純子（2014）「支援困難ケースをめぐる3職種の実践とその異同—地域包括支援センターの全国調査から—」『人文学報』第484号, pp.1-25.

5) 調査内容

調査内容は、①回答者の基本属性、②センターの基本属性、③業務の内容と実践配分、④業務量、⑤職務満足度、⑥関係機関との連携の程度と必要性、⑦バーンアウト（燃え尽き症候群）、⑧身体的・精神的健康（日本版 GHQ12 項目）、⑨地域包括ケア構築にむけた課題（自由記述）である。

6) 分析方法

7) 回収率

回収率（有効回答率）は 74 名（49%）である。

8) 倫理的配慮

本調査研究は、首都大学東京の研究安全倫理審査委員会の了承をえて実施されている。

4 結果

<回答者およびセンターの基本属性>

全国調査では、3 職種の基本属性について、すべての項目で職種間の有意差が見られた。性別は、主任 CM と保健師で女性が大多数を占める一方で、社会福祉士は男性の占める比率が約 4 割であり、年齢についても、社会福祉士は主任 CM、保健師と比較して、20～30 代の職員が多いことがわかる。また、役職で見た場合には、管理者である主任 CM が 3 分の 1 おり、勤務年数の平均値も主任 CM が最も長い。これに対して A 市における調査では性別に関して、職種間の有意差が見られたものの、他の項目について職種間の有意差は見られなかった。性別について、保健師は全員女性であった一方、他の 2 職種では男性が 3 分の 1、女性が 3 分の 2 という比率になっている。年齢は、いずれの職種においても 40 代の職員が最も多くなっており、全国調査と比較して 20～30 代の職員の割合が少ない。また、勤務年数は全国調査と比較して長くなっているが、調査時期が異なっているため、単純に比較することはできない。

表 1-1 地域包括支援センター 3 職種の基本属性（全国調査）

人数 (%)

		主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差
性別	男性	35 (14.6%)	104 (42.6%)	5 (2.1%)	**
	女性	205 (85.4%)	140 (57.4%)	232 (97.9%)	
年齢	20 代	1 (0.5%)	39 (16.0%)	15 (6.4%)	
	30 代	30 (12.4%)	119 (49.0%)	53 (22.6%)	
	40 代	98 (40.7%)	60 (24.7%)	93 (39.6%)	**
	50 代	95 (39.4%)	23 (9.5%)	61 (26.0%)	
	60 代以上	17 (7.0%)	2 (0.8%)	32 (4.4%)	
管理者	管理者である	78 (32.4%)	25 (10.3%)	33 (13.9%)	**
勤務年数	(平均値)	3.53	2.76	2.99	**

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

表 1-2 地域包括支援センター 3 職種の基本属性 (A 市調査)

		人数 (%)			
		主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差
性別	男性	4 (33.3%)	13 (35.1%)	0 (0.0%)	*
	女性	8 (66.7%)	24 (64.9%)	17 (100.0%)	
年齢	20 代	0 (0.0%)	1 (2.7%)	0 (0.0%)	-
	30 代	1 (8.3%)	10 (27.0%)	0 (0.0%)	
	40 代	6 (50.0%)	13 (35.1%)	93 (39.6%)	
	50 代	4 (33.3%)	10 (27.0%)	61 (26.0%)	
	60 代以上	1 (8.3%)	3 (8.1%)	32 (4.4%)	
管理者 勤務年数	管理者である (平均値)	4 (33.3%) 4.92	2 (11.8%) 2.84	4 (11.1%) 3.59	N.S. N.S.

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

全国調査では、いずれの職種においても、社会福祉法人が設置したセンターに所属している職員が最も多く、3 職種すべてで 4 割以上に及んだ。次に多かったのが自治体設置のセンターに所属する職員であり、各職種において 3 分の 1 程度の割合を占めていた。一方 A 市の調査では、医療法人が設置したセンターに所属する職員が最も多く、全国調査の数値をはるかに上回っている。次に社会福祉法人に所属する職員が多く、今回の調査の回答者は、医療法人および社会福祉法人のいずれかの種別の法人に所属しているものが大多数を占めていることがわかる。なお、全国調査、A 市調査ともに、職種間の差異は認められなかった。

表 2-1 地域包括支援センターの設置法人 (全国調査)

		人数 (%)			
		主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差
設置法人	自治体	79 (32.9%)	78 (32.1%)	90 (37.8%)	N.S.
	社会福祉法人	108 (45.0%)	112 (46.1%)	99 (41.6%)	
	医療法人	27 (11.3%)	30 (12.3%)	33 (13.9%)	
	株式会社	3 (1.3%)	5 (2.1%)	1 (0.4%)	
	その他	23 (9.6%)	18 (7.4%)	15 (6.3%)	

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

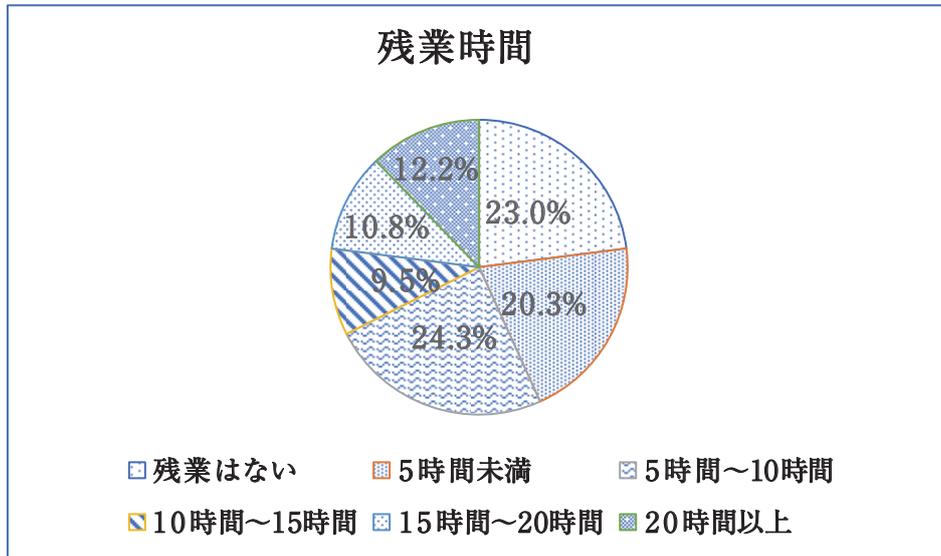
表 2-2 地域包括支援センターの設置法人 (A 市調査)

		人数 (%)			
		主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差
設置法人	社会福祉法人	5 (41.7%)	14 (37.8%)	5 (29.4%)	N.S.
	医療法人	6 (50.0%)	19 (51.4%)	12 (70.6%)	
	その他	1 (8.3%)	4 (10.8%)	0 (0.0%)	

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

<月平均の残業時間>

図1 月平均の残業時間



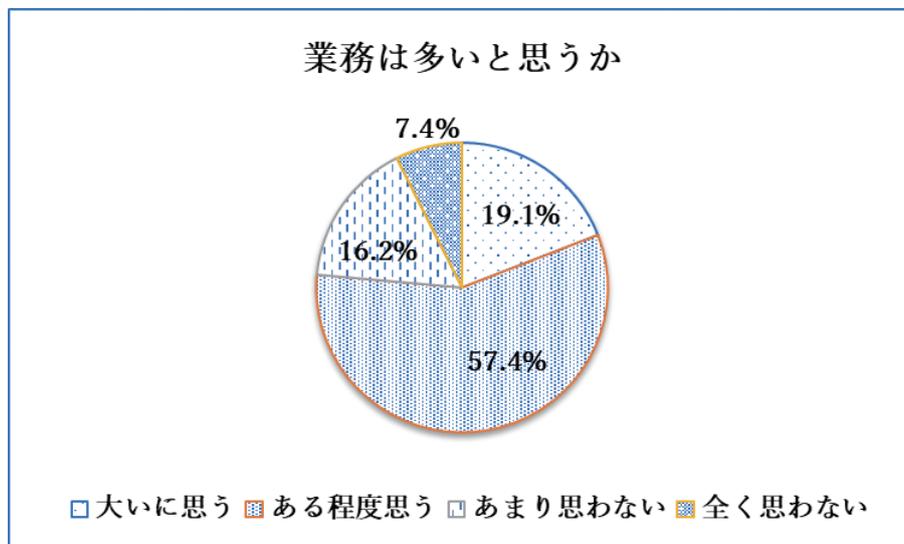
月平均の残業時間は、残業がない者は約4分の1、5時間未満が2割である。他方、15時間以上残業のある者が約4分の1存在する。

<給付管理している介護予防ケース>

現在、給付管理している介護予防ケース（委託分を除く）は、主任CMが約17ケース、保健師／看護師12ケース、社会福祉士が14ケースであった。主任CMの給付管理数がやや多く、保健師／看護師がやや少なくないものの、職種間で大きな差はみられない。

<業務量>

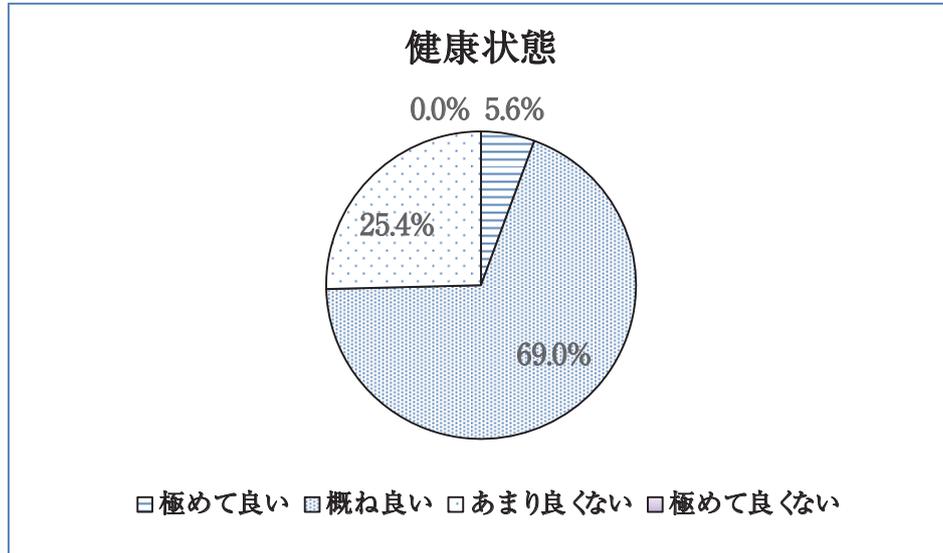
図2 業務量の多寡



業務量の多寡については、多いと感じているものが約4分の3を占め、特に「大いにそう思っている者が2割いる。

<健康状態>

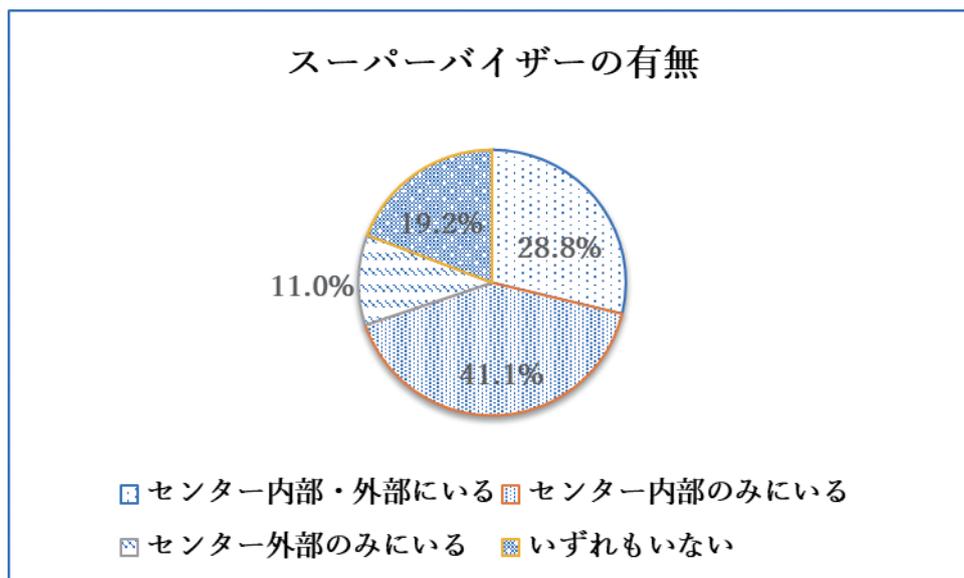
図3 健康状態



健康状態は、「概ね良い」とする者が7割で圧倒的に多いが、「あまり良くない」と感じている者が4分の1存在している。

<スーパーバイザーの有無>

図4 スーパーバイザーの有無



実践における専門的な助言・指導にあたるスーパーバイザーの有無について尋ねたところ、センター内部および外部にいるものが約3割、内部にのみいるものが4割であった。いずれにもいないとする者が約2割おり、懸念される。

<業務内容と困難度>

自身の業務を10項目にわけた場合、業務の配分割合はどうであるか尋ねた質問では、全国調査ではいずれの職種においても、「介護予防ケアマネジメント」の割合が4分の1程度を占めており、最も多かった。それと比較して、A市調査ではすべての職種において総合相談の占める割合が最も多くなっている。職種間の差異が認められる項目に着目すると、A市は全国調査と同様、主任CMの業務において、「地域のケアマネ支援」の占める割合が他職種と比較して有意に多い。また、保健師の業務において、「その他の介護予防事業」が他職種と比べて有意に多い点も、全国調査との共通点である。全国調査では、総合相談や権利擁護、支援困難ケースへの相談支援といった項目について社会福祉士の業務配分が有意に多くなっていたが、A市調査においては、これらの項目について職種間の差異は認められなかった。

表 3-1 3職種別にみる業務の配分割合 (全国調査)

	業務の配分割合 (合計を100とした場合)				多重比較 (Tukey)
	主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差	
①地域高齢者の実態把握	5.02	6.98	7.35	*	SW、NS > 主任 CM*
②総合相談	15.02	18.95	14.22	**	SW > 主任 CM、NS**
③権利擁護	4.41	12.44	3.07	**	SW > 主任 CM、NS**
④支援困難ケースへの相談支援	8.49	8.93	6.74	*	SW > NS*
⑤地域のケアマネ支援	8.6	3.22	3.41	**	主任 CM > SW、NS**
⑥地域ネットワーク	6.69	6.11	4.52	**	主任 CM > NS**
⑦介護予防ケアマネジメント	26.07	24.22	27.18	N.S.	
⑧その他の介護予防事業	4.99	4.64	16.11	**	NS > 主任 CM、SW**
⑨市町村からの委託業務	3.39	3.24	4.22	N.S.	
⑩その他	3.68	3.99	4	N.S.	

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

表 3-2 3 職種別にみる業務の配分割合 (A 市調査)

	業務の配分割合 (合計を 100 とした場合)				多重比較	
	主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差	(Tukey)	
①地域高齢者の実態把握	5.91	6.67	9.27	N.S.	主任 CM > SW、NS**	
②総合相談	25.45	30.91	31.36	N.S.		
③権利擁護	5	7.27	6.45	N.S.		
④支援困難ケースへの相談支援	8.64	8.94	11	N.S.		
⑤地域のケアマネ支援	10.73	6.39	2.82	**		
⑥地域ネットワーク	8.82	6.03	3.82	N.S.		
⑦介護予防ケアマネジメント	23.18	19.55	15	N.S.		
⑧その他の介護予防事業	3.64	4.61	12.91	**		NS > SW、主任 CM**
⑨市町村からの委託業務	8	6.27	4.64	N.S.		
⑩その他	2.5	3.67	2.73	N.S.		

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

各業務の困難度については、「権利擁護」および「支援困難ケースへの相談支援」の困難度が全国調査、A 市調査ともに高くなっている。全国調査では、社会福祉士が主任 CM と比べて、これらの 2 業務についての困難度が高いという結果が出たが、A 市調査では困難度に職種間の差異は認められなかった。A 市調査では、「地域ネットワーク」と「介護予防ケアマネジメント」に関して、職種間の困難度に有意な差が見られ、「地域ネットワーク」では、社会福祉士が保健師と比べて困難度を感じていた。また、「介護予防ケアマネジメント」に関しては、主任 CM が保健師と比べて困難さを感じていることがわかった。

表 4-1 3 職種別にみる業務の困難度 (全国調査)

	業務の困難度 (平均値：4 = 非常に困難)				多重比較	
	主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差	(Tukey)	
①地域高齢者の実態把握	2.52	2.62	2.63	N.S.	SW > 主任 CM**	
②総合相談	2.42	2.53	2.4	N.S.		
③権利擁護	3.03	3.24	3.21	**		
④支援困難ケースへの相談支援	3.02	3.19	3.06	*		
⑤地域のケアマネ支援	2.77	2.75	2.72	N.S.		
⑥地域ネットワーク	3	3.04	2.98	N.S.		
⑦介護予防ケアマネジメント	2.35	2.42	2.44	N.S.		
⑧その他の介護予防事業	2.25	2.3	2.43	*		NS > 主任 CM*
⑨市町村からの委託業務	2.29	2.36	2.39	N.S.		
⑩その他	2.13	2.24	2.34	N.S.		

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

表 4-2 3 職種別にみる業務の困難度 (A 市調査)

	業務の困難度 (平均値：4 = 非常に困難)				多重比較
	主任 CM	社会福祉士	保健師	有意差	(Tukey)
①地域高齢者の実態把握	2.5	2.67	2.54	N.S.	SW > NS* 主任 CM > NS*
②総合相談	2.7	2.67	2.41	N.S.	
③権利擁護	3.13	3.21	3.31	N.S.	
④支援困難ケースへの相談支援	3.44	3.23	3	N.S.	
⑤地域のケアマネ支援	2.73	2.84	2.38	N.S.	
⑥地域ネットワークキング	3.11	3.13	2.56	*	
⑦介護予防ケアマネジメント	2.55	2.42	2	*	
⑧その他の介護予防事業	2.17	2.31	2.13	N.S.	
⑨市町村からの委託業務	2.44	2.4	2.14	N.S.	
⑩その他	2	2.25	2.25	N.S.	

*p<0.05 **p<0.01 N.S. 有意差なし

<職務満足度>

職務満足度は、Lee の開発した QWLSCL 尺度 (2003) を用いて把握した¹²。この尺度は、「成長満足」(項目 1～5)、「同僚との関係満足」(項目 6,7)、「待遇に対する満足」(項目 10～13)、「上司との関係満足」(項目 14,15) の 15 項目から構成されており、各項目ごとに「非常によくあてはまる」から「全くあてはまらない」までの 6 段階で尋ねた。

その結果、「待遇に対する満足」を把握する項目の評価がいずれも低く、仕事の成果と給料の不釣り合い、年齢や業務内容に見合った給料、適切な福利厚生は否定的な回答をした者が約 3 分の 2 を占めていた。そのほか、「上司との関係満足」についても否定的な評価をするものが 3 割を超えている。他方、「成長満足」については比較的高い満足度が示されており、業務自体にはやりがいをもってあたっていることがうかがわれる。

¹² Jung Won Lee (2003) 「高齢者福祉施設スタッフの QWL 測定尺度の開発」『社会福祉学』Vol.44-1. pp.56-66.

表5 職務満足度

(%)

	非常に よくあ てはま る	かなり あては まる	あては まる	ほとん どあて はまら ない	あまり あては まらな い	全くあ てはま らない
1 私はこの仕事を通じて人間的に成長していると思う	12.3	28.8	52.1	2.7	4.1	0.0
2 この仕事は「やり甲斐のある仕事」だと思う	13.9	26.4	54.2	4.2	1.4	0.0
3 この仕事は私の信念・信条にかなうものである	5.6	15.5	56.3	9.9	9.9	2.8
4 この仕事で自分のもつ資格が生かせると思う	16.2	35.1	35.1	8.1	4.1	1.4
5 この仕事には幅広い知識が必要であると思う	62.2	17.6	18.9	0.0	1.4	0.0
6 私と同僚との間には信頼関係が成り立っている	9.5	27.0	52.7	6.8	4.1	0.0
7 私と同僚との関係はよいと思う	10.8	24.3	56.8	5.4	2.7	0.0
8 同僚は仕事のうえで協力的であると思う	10.8	33.8	50.0	2.7	2.7	0.0
9 職場の人間関係はよいと思う	9.5	24.3	50.0	6.8	9.5	0.0
10 仕事の成果と給料はつり合っていると思う	1.4	5.5	28.8	20.5	27.4	16.4
11 給料は私の年齢や業務内容に見合っていると思う	0.0	6.8	20.5	24.7	30.1	17.8
12 給料は同僚と比べて適当だと思う	0.0	7.0	38.0	28.2	16.9	9.9
13 職場の福利厚生は適切だと思う	0.0	6.9	25.0	22.2	27.8	18.1
14 私と上司の関係はよいと思う	10.8	17.6	40.5	9.5	14.9	6.8
15 私と上司の間には信頼関係が成り立っている	10.8	16.2	33.8	10.8	21.6	6.8

<燃え尽き症候群（バーンアウト）>

人を相手にする仕事では、理想と現実のギャップから、いわゆる「燃え尽き症候群」（バーンアウト）と呼ばれる症状がしばしばみられることが報告されている。ここでは、マスラックらが開発し、わが国で一般的に使用されている燃え尽き症候群を測定する尺度を用いた¹³。この尺度は、「情緒的消耗」「脱人格化」「自己達成感」（反転項目）の3つの次元で構成されている。

結果、「こんな仕事、もうやめたいと思う」頻度が「いつも」あるいは「しばしば」である者は約2割にのぼり、「体も気持ちも疲れ果てたと思う」頻度が「いつも」あるいは「しばしば」であると回答した者は約4分の1であった。また、「仕事のために心にゆとりがなくなったと感じる」頻度についても、同様に4分の1を上回っている。これらの項目はいずれも「情緒的消耗」に属する項目であり、業務により、頻繁に情緒的消耗感を抱くものがそれだけいることは看過できない状況である。

なお、清水（2006）らが行ったソーシャルワーカーへの調査研究¹⁴、望月の調査研究、山口らの実施した調査研究（項目平均値しか掲載されおらず単純な比較はできない）の結果との比較を表7にのせた。今回の調査と比べると、望月、山口らの研究に比べて情緒的消耗は低いものの、脱人格化

¹³ Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981) The measurement of Experienced burnout. Journal of Occupational Behavior. Vol.20.p.99.

¹⁴ 清水隆則・西尾祐吾・田辺毅彦（2002）『ソーシャルワークにおけるバーンアウト—その実態と対応策』中央法規出版

ではバーンアウトの度合いはやや高くなっている。また、社会福祉士を対象とした清水らの研究と比べると、地域包括支援センター職員の方がやや情緒的消耗感が高く、個人的達成感が低いが大きな差異はみられない。また、表8のとおり、田尾・久保らによる看護師データに基づくバーンアウトの自己診断基準からみると(1996)、脱人格化の領域が若干高いものの、平均的な水準のなかにあり、注意を要する点数には達していないことが明らかになった¹⁵。

表6 燃え尽き症候群 (バーンアウト)

	(%)				
	ない	まれにある	時々ある	しばしばある	いつもある
1 こんな仕事, もうやめたいと思うことがある。	20.3	32.4	28.4	10.8	8.1
2 われを忘れるほど仕事に熱中することがある。	45.9	16.2	17.6	16.2	4.1
3 こまごまと気くばりすることが面倒に感じることもある。	16.2	32.4	27.0	23.0	1.4
4 この仕事は私の性分にあっていると思うことがある。	9.6	24.7	31.5	28.8	5.5
5 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	44.6	33.8	13.5	6.8	1.4
6 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある。	36.5	35.1	18.9	6.8	2.7
7 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。	17.8	23.3	28.8	15.1	15.1
8 出勤前, 職場に出るのが嫌になって, 家にいたいと思うことがある。	29.7	23.0	20.3	21.6	5.4
9 仕事を終えて, 今日は気持ちのよい日だったと思うことがある。	17.6	31.1	41.9	8.1	1.4
10 同僚や患者と, 何も話したくなくなることもある。	44.6	33.8	12.2	8.1	1.4
11 仕事の結果はどうしてもよいと思うことがある。	17.6	35.1	20.3	17.6	9.5
12 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	17.6	35.1	20.3	17.6	9.5
13 今の仕事に, 心から喜びを感じることもある	9.5	45.9	31.1	10.8	2.7
14 今の仕事は, 私にとってあまり意味がないと思うことがある	68.9	17.6	9.5	2.7	1.4
15 仕事が楽しくて, 知らないうちに時間が過ぎることがある。	45.9	28.4	16.2	8.1	1.4
16 体も気持ちも疲れはてたと思うことがある。	14.9	35.1	24.3	18.9	6.8
17 われながら, 仕事をうまくやり終えたと思うことがある。	9.5	41.9	41.9	6.8	0.0

¹⁵ 田尾雅夫・久保直人(1996)『バーンアウトの理論と実際』誠心書房

表7 他の調査と本調査の比較

バーンアウト得点	本調査 (2018)	清水ら (2002)	望月 (2011)	山口ら (2015)
	包括専門職	社会福祉士	包括専門職	包括専門職
情緒的消耗感	13.32 (SD=4.79)	12.54 (SD=4.17)	16.55 (SD=4.4)	平均値 3.08 (SD=0.98)
脱人格化	11.52 (SD=4.56)	11.15 (SD=3.92)	10.1 (SD=3.0)	平均値 1.91 (SD=0.73)
個人的達成感 (反転なし)	14.49 (SD=3.80)	16.77 (SD=3.92)	17.0 (SD=4.2)	平均値 2.41 (SD=0.71)

表8 田尾・久保 (1996) によるバーンアウトの自己診断基準と本調査結果の比較

診断	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感 (反転)
まだ大丈夫 (40% 以下)	5 ~ 15	6 ~ 11	25 ~ 18
平均的 (40 ~ 60%)	16 ~ 18	12 ~ 14	17 ~ 16
注意 (40 ~ 60%)	19 ~ 20	15 ~ 17	15 ~ 13
要注意 (40 ~ 60%)	21 ~ 23	18 ~ 20	12 ~ 10
危険 (40 ~ 60%)	24 ~ 25	21 ~ 30	9 ~ 5
本調査	13.32	11.52	21.51

<精神的健康>

ここ2～3週間の健康状態について、国際的に使用されている GHQ 精神健康調査票 (日本版 GHQ12) を用いて尋ねた¹⁶。

¹⁶ David Goldberg 著 日本版作成 中川泰彬・大坊郁夫 (2013) 『日本版 GHQ 精神健康調査票手引』 (増補版) 日本文化科学社

表9 日本版 GHQ12 精神健康調査の単純集計

(%)

1. 何かをする時いつもより集中して	①できた (8.1%) ②いつもと変わらなかった (67.6%) ③できなかった (24.3%) ④全くできなかった (0%)
2. 心配事がある、よく眠れないようなことは	①全くなかった (33.8%) ②あまりなかった (43.2%) ③あった (13.5%) ④たびたびあった (9.5%)
3. いつもより自分のしていることに生きがいを感じることは	①あった (9.5%) ②たびたびあった (16.2%) ③あまりなかった (64.9%) ④全くなかった (9.5%)
4. いつもより容易にものごとを決めることが	①できた (6.8%) ②いつもと変わらなかった (77.0%) ③できなかった (16.2%) ④全くできなかった
5. いつもよりストレスを感じたことが	①全くなかった (6.8%) ②あまりなかった (36.5%) ③あった (41.9%) ④たびたびあった (14.9%)
6. 問題を解決できなくて困ったことが	①全くなかった (6.8%) ②あまりなかった (50.0%) ③あった (35.1%) ④たびたびあった (8.1%)
7. いつもより日常生活を楽しく送ることが	①できた (9.5%) ②いつもと変わらなかった (70.3%) ③できなかった (12.2%) ④全くできなかった (8.1%)
8. 問題があった時に、いつもより積極的に解決しようとするのが	①できた (13.5%) ②いつもと変わらなかった (71.6%) ③できなかった (13.5%) ④全くできなかった (1.4%)
9. いつもより気が重くてゆううつになることは	①全くなかった (6.8%) ②あまりなかった (50.7%) ③あった (28.8%) ④たびたびあった (13.7%)
10. 自身を失ったことは	①全くなかった (32.4%) ②あまりなかった (40.5%) ③あった (18.9%) ④たびたびあった (8.1%)
11. 自分は役に立たない人間だと考えたことは	①全くなかった (36.5%) ②あまりなかった (44.6%) ③あった (14.9%) ④たびたびあった (4.1%)
12. 一般的にみて幸せだと感じたことは	①あった (9.5%) ②たびたびあった (37.8%) ③あまりなかった (43.2%) ④全くなかった (9.5%)

表 10 GHQ12 の既存調査¹⁵⁾ 査結果との比較

	平均値	標準偏差	注記
1. 全体	3.787	3.345	* 1.～7. は中川・大坊（2013）のまとめによる。
2. 神経症者	6.467	3.599	** ここでいう健常者とは以下のすべてに該当する人
3. 大学生－1	3.747	2.971	1) 最近3か月のうちに医者診察を受けたことがない
4. 大学生－2	4.368	3.310	2) 現在、薬を定期的に飲んでいない
5. 健常者	1.755	1.505	3) 最近3か月の間、体調不良や通院のために仕事を休んでいない
6. Web 健常者	2.439	3.062	4) 最近1年間、近親者や家族で亡くなった人がいない
7. Web 一般	3.947	3.651	5) 最近1年間、公的な経済援助を受けていない
本調査	4.123	3.077	

出典：文献 16) p.72

<専門職の職務満足度、バーンアウト、精神的健康を規定する要因>

職務満足度、バーンアウト、精神的健康を従属変数とし、性別、年齢、経験年数、勤務年数、ケース数、残業時間、業務量、健康状態、スーパーバイザーの有無を独立変数とする重回帰分析を実施した結果が表 11 である。サンプルサイズが小さいこともあり、統計的に有意な要因となったのは健康状態のみであり、同僚との関係満足、バーンアウト、精神的健康をいずれも悪化させる要因となっていた。そのほか、有意水準 0.1 未満の弱い関連ではあるが、勤務年数が長いことが同僚との関係満足を促していたほか、残業時間が長いことが上司との関係満足や待遇満足の低減に寄与していた。

表 11 職務満足度、バーンアウト、精神的健康を従属変数とする重回帰分析の結果

<従属変数>	職務満足度						バーンアウト	GHQ12	
	成長満足	同僚との関係満足	上司との関係満足	待遇満足					
<独立変数>	β	β	β	β	β	β	β	β	
性別	0.11	0.18	- 0.21	- 0.11	- 0.05	- 0.01			
年齢	- 0.18	- 0.16	- 0.16	0.13	- 0.25	- 0.22			
経験年数	- 0.003	- 0.12	0.04	0.03	0.2	0.06			
勤務年数	- 0.003	0.26	(*)	0.23	0.11	- 0.13			
ケース数	0.18	0.07	0.07	- 0.02	- 0.07	- 0.05			
残業時間	- 0.06	0.07	- 0.27	(*)	- 0.3	(*)	- 0.13	- 0.09	
業務量	- 0.16	- 0.17	0.02	- 0.01	- 0.23	- 0.24			
健康状態	- 0.29	(*)	- 0.41	**	- 0.1	0.41	*	**	**
スーパーバイザーの有無	0.05	0.18	0.18	- 0.07	0.02	0.18			
調整済み R2 乗	- 0.03	0.19	*	0.10	- 0.02	0.19	*	*	*

*p<0.05 **p<0.01 (*) p<0.1

＜地域包括ケアの構築に向けた課題～自由記述による分析～＞

質問紙調査においては、地域包括ケアの構築にむけた課題について、専門職らの考えを自由に記述してもらった。以下、内容をテーマごとに分類した。分類されたテーマは、1) 多職種連携、2) 市の姿勢、3) 業務量、4) 周知・啓発、5) 待遇、6) 困難ケース、7) 地域ケア会議、8) 職員の力量不足、である。

1) 多職種連携

- ・土台であるセンターが揺らいでいる。医療機関と地域・在宅支援者との温度差。
- ・医師の認識にズレがあり、連携が取りにくい。
- ・市の建物内に包括が入ることによる機能連携がもっとすすむとよい。例えば、保健福祉センター内にあるなら、相談カウンターは包括と保健センターが横並びにあって、一緒に相談を受けるようにならなければ、何のために同じ建物内に置くのか疑問である。社協 CSW、保健福祉センター相談担当、包括が同じフロアで一体に業務ができれば本来の意義に繋がると思う。
- ・医療機関の協力や理解に差があること。
- ・多職種連携の具体的な現状を地域住民へも公表すること。
- ・他職種間の相互理解（役割など）、積極的な連携（姿勢）
- ・もう少し、施設が地域に対する支援に積極的になってほしい。
- ・医介業、民間の横のつながり、情報共有がもう少し密になれるシステム、関係づくりができたらいいと思います。
- ・多職種連携等における主任ケアマネジャーの活用。
- ・個々に思うこと、感じるものが異なるので、皆相手方の立場や職種（介護職であったり、医療職であったり、関わっていると、それぞれ意見や視点が異なっていると思うため）を理解して、ケアチーム構築できると良いと思う。また、風通しのいい関係性になるのが一番いいと思うが、それらの壁になってしまうのが、個人情報の取扱いであろうと思われる。その点をどのように取り扱っていくかが課題。

2) 市の姿勢

- ・センターとして善戦していると自己評価しているが、一包括支援センターの努力でどうにかなることとは思えません。もっと、国、都、市のバックアップや包括のあり方の根本的な見直しが必要になっていると思います。
- ・自治体（保険者）の方針が明確であること。
- ・八王子市としての方向性が見えてこない気がします。
- ・市の認知症施策の効果的な運用。
- ・市が包括ケアセンターにすべて投げてしまって、把握しているのか？と思う。他の区は、区が入り、話し合いをし、全てよく見ている。
- ・市役所の施策に裏付けや将来性を感じにくい（わかりにくい）ことがある。
- ・地域包括ケアの構築ではなく、国が目指している地域共生社会の実現という、さらに進んだ発想や制度設計、関係者との連携が必要だと思います。医療と介護との連携は当たり前のことであり、そこから一歩も二歩も進んで、さまざまな機関と（連携を）取れるように、市も柔軟な対応をしていただきたいと思います。

- ・町会等への加入率向上のためのさらなる支援。
- ・シニアクラブなどインフォーマルの活動に、基準やベースを求めることには無理がないか見直しが必要ではないかと思えます。

3) 業務量

- ・地域包括支援センター自体の職員の入れ替わりが激しく、それに割く業務量も多く出てしまい、地域との関係構築、関係機関と顔の見える関係を構築するまでに至らない。
- ・包括が包括業務に専念できる環境が必要。他業務に圧迫され、本来業務に力を尽くせない。業務種類が多く、それに伴い、業務量も増えることから、新人が続かず、職員が育たない中で何ができるのか不安。
- ・とにかく包括の仕事量・内容が多すぎて職員はつかれきっています。なんでも包括に仕事させることをやめ、もう少し仕事の分担を八王子市で考えてほしいです。このままだと私自身も続きそうにありません。
- ・介護保険が改正を重ねることで、業務や利用者さんへの説明が煩雑になっていること。
- ・業務が多岐にわたり、じっくり何かをする、考えるということができない。予定していたことも、相談一つで吹き飛ぶこともよくある。それは人員が少ないことと、人員の経験が浅いこともあると思う。
- ・主任介護支援専門員は、包括の仕事より実際にケアマネとしての仕事の方が、生きがいややりがいを感じることの方が多いと思えます。そのため、一旦包括につとめて包括の仕事をして居宅に戻る人の方が多いのではないのでしょうか？（包括はケアマネとしての仕事よりその他の事業の方が多く、利用者さんとかかわることが居宅に比べてかなり少ないため）

4) 周知・啓発

- ・地域活動が停滞している地域住民への啓発。
- ・既存のサービス利用に固執するケアマネジャーをはじめとした介護サービス従事者への・地域包括ケアシステムおよび地域共生社会実現の重要性のさらなる周知。
- ・国民の意識を変えること
- ・地域包括ケアシステムがあることを世間の方に知ってもらいたい。例えば、NHKなどのドキュメントで紹介したりしてほしい。知らない人が多いように感じる。
- ・人口の高齢化だけでなく、地域の活動の原点である町会やシニアクラブの役員の高齢化、なり手のない問題は深刻です。団塊の世代にとっての地域活動のあり方、魅力の発信。
- ・本人、家族の心構えが足りない。地域包括ケアのベースであるが、いまだ不十分。セルフケア意識が向上し、健康、経済（お金）、家族との関係などに自分で向き合い、若いうちから先々の備えをすることが当たり前の社会になるといい。今は、いつか困ったときは「誰かが、国が、役所がなんとかしてくれる」という考えの人が多く。エンディングノートに抵抗感を示す人も多く、成年後見制度が一向に広まらない一因は、心身の変化（老化）に向き合えないことなのでは。セルフケアがないところに他人へのサポート、支え合いの意識は育たないと思えます。

5) 待遇

- ・仕事への代価、正当な金額が必要。

- ・受託法人の給与規定次第で、センター間の給与に差があります。そもそも当法人は、年間定期昇給¥1,500で、役職につかない限り、それ以上の給与アップはありません。一般職員で、10年働き、¥15,000しか上がらない現状で、長期間勤続は困難です。八王子市が委託費を上げようが、人員数が増えようが、まったく意味はないです。
- ・給料が安すぎて、何もやる気が起きない。
- ・まずは人員確保、そのためには予算を増やし、定員を増やし、待遇改善。行政の積極的な関わり、人員確保。
- ・法人が家族経営で待遇がひどい。

6) 困難ケース

- ・困難なケースは日々増えており、声を上げられず苦しんでいる方々も沢山いるのではないかと思います。家族が多様化しており、独居も多い。今の制度では、救ってあげられない状況も多々あります。(例：生活保護までは至らないが、年金額が少なく、サービスが受けられない等)
- ・選択肢が限られてしまう「生活保護までは至らない生活困窮者」への支援。
- ・がん難民になりかけている方もいます。病院の在院日数により、治療がない現状(終末期)の方は、自分の死に方さえ選べない現状が増えてくると思います。在宅へ方向を転換しようと国はしていますが、キーパーソンの介護者がいないと、家で看取することは難しく、往診も訪看も足りません。包括も業務量が多く、困難ケースを毎日しながら、業務をこなす現状です。時間が足りなくても皆必死で人と向き合っていますが、疲れがどうしても取り切れず今後の心配です。

7) 地域ケア会議

- ・地域ケア会議の活かし方。市役所や社協(生活支援コーディネーター)との連携。精神障害のある方への支援の在り方。
- ・地域ケア会議等から地域課題の抽出や分析をする方法の確立。
- ・地域ケア会議で話し合ったことが形にならずやりっぱなしになってしまう。地域の人たちがすでに行っている今までのつながりを「地域包括ケア」という言葉に無理にあてはめているだけのよう気がして恥ずかしい。

8) 職員の力量不足

- ・包括職員の力量不足です。
- ・職員の入れ替えが多い。十分な教育がされていない。ベテランの職員に管理能力や教育能力がなく不満が出る。ベテラン職員の知識が浅い。

9) その他

- ・社会資源の偏り。

5 考察

本研究は、地域包括ケア構築にむけて機能強化が進む地域包括支援センターの専門職が抱える業務負担と意識について、東京都A市との連携により、A市のセンター全専門職を対象に行った質問紙調査から分析したものである。調査の実施にあたっては、研究者が実施する調査研究であるとい

う性質上、回答は任意としたことから、回答率は約5割であった。サンプルサイズが小さいために分析において一定の制約はあるものの、執筆者が2012年に実施した全国調査および同一尺度を用いた先行研究の結果と比較分析することで、A市センターの特性を析出し、A市センターの抱える課題解決を志向する、アクション・リサーチの一環である点に本研究の意義がある。今後は、本研究の知見を地域ケア会議や地域包括支援センター運営協議会等において関係者間で共有し、改善策に活用するとともに、保険者である市の責務としてこのような調査を実施し定点観測することで、地域包括ケアの構築を担う地域包括支援センターの効果的な実践を推進していくことができるものと考えられる。

都内の多くの自治体がそうであるように、A市センターは、自治体直営のセンターはなく、すべて医療法人および社会福祉法人への委託によって運営されている。職員配置は、社会福祉士、保健師などで全国調査より年齢の高い人材が登用されている。業務環境については、月平均の残業時間はないとするものが4分の1いる一方で、15時間以上の残業をしている者も同程度おり、7割以上が業務が多いと考えている。また、健康状態があまり良くないと答えたものが約4分の1存在した。バーンアウトや精神的健康を従属変数とする重回帰分析の結果から、健康状態がこれらに悪影響を及ぼしていることが判明し、専門職の健康状態の把握と改善にむけた対応が急務であることが明らかになった。

また、業務の配分割合と各業務の困難度については、A市では全職種において総合相談の占める割合が多くなっていった。この点は、介護予防ケアマネジメントの占める割合が4分の1を占め、全職種で最も多くなっていった全国調査とはやや異なる結果となっている。この差異が5年間に生じた施策の変化に伴うものなのか、あるいは地域差によるものなのか厳密には区別しえないが、一因として、機能強化に伴う業務の多様化が影響している可能性がある。また、全国調査では、総合相談、権利擁護、支援困難ケースへの相談支援において社会福祉士の業務配分が有意に多くなっていったが、A市では職種間の差はみられなかった。この背景には、既述のようにA市では年齢の高い社会福祉士が多く採用され、職員間の業務の平準化や協働が進んでいることが一因にあるものと考えられる。業務の困難度については、「権利擁護」および「支援困難ケースへの相談支援」が全国調査と同様に高くなっており、両業務についてはさらなる研修やスーパービジョンの強化により、重点的なサポートを提供する必要があることが判明した。また、職種別では、A市では社会福祉士が「地域ネットワーク」、主任CMが「介護予防ケアマネジメント」を困難に感じるものが増えており、全国調査に比べて差異は少ないものの、各職種が抱く困難に応じたサポート体制についても検討の余地があると考えられる。

これらの業務内容と業務負担を前提に、より主観的な専門職の意識を捉えるために、本研究では職務満足度、バーンアウト、精神的健康の尺度を使用し、既存研究との比較分析を行った。職務満足度については、Leeが行った全国の老人福祉施設の介護職・看護職への調査結果と比べてみると、次元別平均点で「成長満足」（本調査4.53、Lee調査3.27）、「同僚関係」（本調査4.33、Lee調査3.01）、「待遇満足」（本調査2.85、Lee調査2.32）、「上司関係」（本調査3.72、Lee調査2.85）となっており、いずれも本調査対象者の職務満足がかなり高くなっていった。ただし、そのなかで「待遇満足」は本調査でもかなり低い水準にあり、介護職・看護職調査との差異もそれほど大きくないことが明らかになった。先行研究において、職務満足度が離職を防ぎ、またサービスの質に影響を及ぼすことが指摘されていることから、今後、給与等を含めた待遇面の改善は大きな課題とあってよいだろう。さらに、バーンアウトについては、情緒的消耗の次元では清水らの社会福祉士調査よりは高いものの、

望月、山口らの研究結果よりは低くなっていたが、清水、望月らの研究に比べ自己達成感は低くなっていた。ただし、いずれの次元も、田尾らによるバーンアウトの自己診断基準からみて注意すべきレベルには達していなかった。また、GHQ12を用いた複数の研究と比較した結果では、全体平均の3.78点を上回り、カットオフ値とされる4点を超える平均値であったことは憂慮されるべきことであり、今後、精査する必要がある。なお、既述したように、これらを従属変数とする重回帰分析の結果、健康状態が規定要因であることが判明しており、今後、専門職らの健康状態のモニタリングによる負担軽減策の導入が求められる。

最後に、地域包括ケア構築にむけた課題に関する自由記述では、多職種連携に関する記述が最も多くなっており、医療機関や施設等とのさらなる連携が模索され、そのために保険者である市の果たすべきリーダーシップや柔軟な対応への要望が高いことがあらためて確認された。また、地域包括ケア構築にむけては、市や保健医療機関のみならず、地域住民への周知や啓発への必要性も指摘されている。他方、こうした地域包括ケア構築にむけた具体的な方策と同時に、業務が多岐にわたっていることや、給与などの待遇面への不満もあげられている。

先般の介護保険法改正により、地域ケア会議とよばれる、ボトムアップによる課題解決の仕組みが法的に明記されたとはいえ、依然としてその方法論は確立されておらず、十分に機能していない状況にある。この取り組みが形骸化しないためにも、市および地域包括支援センター運営協議会は、センターの担い手である専門職の業務負担、健康状態、意識をより一層きめ細かく把握しながら、彼らの声に耳をかたむけ、地域ケア推進会議等によって課題を共有し、打開策を模索することが重要である。

