

書 評

Henna Hasson 著

『高齢者ケア職員の能力、心理社会的職場環境、 そして高齢者ケアの質：教育的介入の効果』

Henna Hasson 'Nursing Staff Competence, Psychosocial Work Environment
and Quality of Elderly Care : Impact of an Educational Intervention'

藤岡 純一¹⁾
森崎 直子²⁾

スウェーデンでは1992年のエーデル改革によって、高齢者住宅（改革後、高齢者施設は特別の住居または高齢者住宅と呼ばれている）における長期医療の責務がランスタング（県）からコミューン（市）に移行した。また、市は、県との協議によって、高齢者の自宅での看護または医療に関する責務も請け負うことになった。これによって市は、高齢者に対する介護と看護を総合的に行うことができるようになった。多くの看護師が県から市の職員に異動した。

本稿は、Henna Hasson 著「スウェーデンの高齢者ケアにおける看護職員の能力、社会心理的労働環境、およびケアの質」¹⁾の紹介である。この論文は、エーデル改革後の高齢者福祉部門の職員に焦点をあて、その能力、職場環境、ケアの質についてアンケート調査に基づいて研究を行った成果である。人口の高齢化の進展の中で、神経障害を伴う高齢者が増加し、職員への能力開発の必要性が高まっているという背景がある。

ここで調査対象となる高齢者住宅で働く職員は、公認看護師、准看護師、看護助手である。公認看護師の資格は大学の看護課程で3年間教育を受けることである。准看護師は、高等学校の看護コースを卒業することによって資格を得ることができる。看護助手は一定期間の研修は受けるが、教育暦よりも介護の経験が重視される。このように准看護師と看護助手は日本での職種とは異なっていることに注意が必要である。

スウェーデンでは、この分野の研究は比較的多い。本

論文は、それらの先行研究を踏まえて、理論的かつ実証的に新たな知見を加える試みである。

日本でも、高齢者ケア高齢者住宅や在宅ケアにおける介護スタッフの能力やその心理社会的な労働環境、そしてそれと関連した高齢者ケアの質についての総合的な研究の深化が求められている。本紹介はこの分野に一石を投じることになると考える。

本紹介では、まず、著者によるスウェーデン語で書かれた要約を基に、本書の概要を述べる。

1. 概要

この論文の全体的な目的は、コミューンの高齢者ケアにおける職員への教育的介入を発展させ、実行し、そして評価することにある。先行研究は、職員の能力レベルが低く、さらなる教育の可能性が限られていることを示した。また、教育的介入が必要とされる背景には、コミューンの資金が、より多くの看護と介護を必要とする高齢者に一段と集中し、職員に医学的に複雑な疾病と認知症についての知識を強く要請していることがある。

能力不足は、先行研究では、高いストレス、低い労働満足度、そして低いケアの質に結び付けて考えられてきた。この意味で、職員の心理社会的職場環境とケアの質への教育的介入の効果を研究することが重要になる。この論文は、職員の経験的能力と心理社会的環境、そしてケア対象者およびその家族・親族のケアの質についての認識に与える教育的介入の効果を評価している。この評価は、介入コミューンと比較対照コミューンの結果を比較する方法によって行われた。

この論文の第1部は、質を検証し評価することを目的としている。エレプロ大学病院での家族・親族によるア

2011年11月30日受付／2012年1月18日受理

1) Junichi FUJIOKA

関西福祉大学 社会福祉学部

2) Naoko MORISAKI

関西福祉大学 看護学部

ンケートへの回答が、2001年の介入コミュニケーションの高齢者ケアに関する2度の調査に際してデータとして利用された。要因分析を用いた計量心理学的分析は8つの質インデック（情報、看護職員、介護プロセス、アクティビティー、コンタクト、社会援助、参加、労働環境）と1つの包括的な質評価に帰結する。二次因子分析では、インデックスがさらに職員、家族・親族の役割、ケア内容という3つの領域にグループ分けできることが示された。いくつかのインデックス間に相対的に高い相関関係が見られる。アンケートは高い信頼性と有効性を示した。

第2部の目的は、能力評価、労働賦課、ストレス、労働満足度について、在宅ケアと高齢者住宅で働く職員間で比較を行うことである。職員は2003年に介入コミュニケーションと比較対象コミュニケーションでのアンケート調査に回答し、それがデータとして利用された。結果は、在宅ケアの非常に多くの職員が、高齢者住宅で働く職員と比べて、自分の能力を不十分にしか評価していないことを示している。在宅ケアの職員にかかる賦課は、高齢者住宅の職員と比べて、肉体的にも精神的にも非常に軽い。労働に関わる消耗、精神的エネルギー、そして労働満足度の職員による認識は、さまざまな介護環境の間で大きな差はない。労働に関わる消耗は、両方の環境において労働満足度の最も強い説明要因（マイナス）であった。

第3部と第4部の目的は、能力と心理社会的職場環境についての職員の認識（第3部）、ケア対象者と家族・親族のケアの質についての認識（第4部）に与える教育的介入の効果を評価することである。この介入は、2001年に職員、ケア対象者、そして家族・親族に行ったアンケート調査に基づいている。このアンケート調査から導き出される結果は、後に「ツールボックス」の将来デザインのために利用される。ツールボックスは、職員が活動を改善し発展させるために利用できるさまざまな手段で構成される。研究の結果によると、自身の能力、心理社会的労働環境、そして労働満足度についての職員の認識は2003年と2004年のフォローアップ時には、ツールボックスが導入されていない比較対照コミュニケーションと比べて、大きく改善されていることを示している。介入は、ケア対象者と家族・親族のケアの質認識に著しい効果を示してはいない。介入コミュニケーションでも比較対照コミュニケーションでもその期間に変化はしていない。

1つの結論をこの研究の結果から導き出すことができる。在宅ケアと高齢者住宅の両方で高齢者ケアの職員の能力を発展させる必要性が明らかにある。職員の労働に

関わる消耗は大きく、それは労働満足度の職員による認識の最も強い根拠（マイナス）である。これは、より高い消耗の認識は労働満足度のより低い認識の根拠であることを意味する。労働満足度の引き上げを目指す将来の介入は、在宅ケアと高齢者住宅の両方で、能力開発によって、労働に関わる消耗を妨ぐことに焦点が当てられなければならない。結果は、また、労働のどの側面が精神的かつ肉体的にストレスをもたらすのか、そして心理社会的な職場環境のどの要素が最も大きな発展の可能性を秘めているのかについて、明確な情報を与えた。この発見は高齢者ケア職員の労働状態を発展させるための将来の介入に道を示すことになる。

高齢者ケアの基本である個人の衛生、食事、移動については、ケア対象者と家族・親族のどちらも高く評価している。職員からのインフォメーションや高齢者に提供されるアクティビティーのような二次的側面はかなり低く評価されている。家族・親族は、近親者によってケアが分担される可能性は限られていると考えている。

要約すると、労働現場の要請に適合する「ツールボックス」による教育介入は、高齢者ケアにおける職員の能力と心理社会的な職場環境を発展させるために、重要でありかつ効果的な介入であることが示された。しかし、ケアの質についてのケア対象者と家族・親族の認識には、何の影響も示されていない。さらなる研究が、職員の能力がケアの質に関係しているかどうか、どの程度関係しているかを探究するために必要とされている。

2. 心理社会的職場環境・ストレス・身体的負担

この論文は、心理社会的な職場環境について主に論じているが、身体的な職場環境とストレスについても考察している。

心理社会的な職場環境を、心理的な職場に関するニーズ、過度の干渉や管理、上司や同僚との良好な交流とサポート状況、職場からの刺激と発展、学びの機会と定義した。

高齢者ケアの背景には、十分な指導力とサポートの欠如、過度な干渉と管理、職場での刺激などがあると報告されている。さらに、高齢者ケア利用者の依存心の増加が、スタッフの身体的な負荷を増やしている。実際に、多くのスタッフがフルタイムで働けない主な理由として、業務中の身体的、精神的なニーズが高いことがあると考えられた。

ストレスの定義は1つだけとは限らない。しかしなが

ら、ストレス理論の大部分が「ストレスには順応性がある、脅迫性や有害な出来事と関連している、一般的に嫌悪あるいは不快な感情と気分によって特徴づけられる」ということを認めている。ストレスは、感情、健康、生産性と遂行能力に影響を与えることが明らかになっている。

先行研究では、高齢者住宅と在宅ケアのスタッフのストレスの強さが示されている。職場のストレスと極度の疲労のようなストレス関連の症状が、スウェーデンの高齢者ケアスタッフの間でここ数年間に増加したことも示されている。さらに、看護スタッフが一般的な労働者より高いストレスレベルにあることが報告された。しかしながら、高齢者の精神疾病に対するサービスでは、重症認知症のケアに対しては、高齢者住宅と在宅ケアの両方のスタッフで、より低いストレスが認められている。職業状況において高まったストレスあるいは長期のストレスは、職場への満足感の低下と、長期欠勤の増加、転職率の上昇、傷害の上昇、ケアの質の低下と関連していることが示された。

スウェーデンの一般的な高齢者ケアにおける、身体的業務負担の増加が、対象者の依存心の拡大と共に、在宅ケアおよび高齢者住宅で同様に認められている。増加した身体的負担については、他のヨーロッパ諸国でも同様の傾向があるように思える。8つのスウェーデンのコミュニティにおける高齢者ケアスタッフへのアンケート研究では、在宅ケアと高齢者住宅のスタッフの20%から30%が、業務の後に、身体的疲れをしばしば感じていることが明らかになった。

一般的に、高齢者ケア業務の中で最も身体的労力を必要とすることは、重いものを持ち上げることと、不適当な姿勢であったと報告された。重度な身体的職業ストレスの理由の1つは、ケア対象者を移動させるときの未熟な、あるいは不適切な器具の使用にあるのかもしれない。また、個人の家や高齢者住宅の両方において、トイレスペースがあまりにも狭いために、不適切な姿勢を強いられていた。人間工学に関するスタッフの知識の低さも報告されている。

3. スタッフの能力と満足感

スウェーデンでは、高齢者ケア看護スタッフの業務に関して、看護に必要ないくつかの能力が示されている。看護スタッフには、ケア、社会面、家事、医療的処置と管理に関する業務を行うことが求められている。高齢者ケア業務に関する能力は、ケア対象者のニーズと願望を傾

聴し明らかにするだけでなく、個人への身体的なケアと、在宅ケアに必要なとされる知識と定義された。さらに、それぞれのケア対象者の個別性を考慮する能力では、理論的、医学的、精神医学的、そして社会的局面の知識を共に必要としている。従って、高齢者ケア看護スタッフの業務能力の定義は広範囲に及んでいる。現在、ケア対象者は以前より多くの複雑な医学的、精神的な問題を持っているという現状が、看護スタッフ能力への新しいニーズを生んだ。つまり、認知症治療、精神衛生問題、注射、特別な処理が必要な身体的疾患、攻撃的な行動、鎮痛剤ケアのような医学的処置とスタッフの権利のような分野において、能力を高める必要があると報告された。

先行研究では、看護補佐の業務の不確実さの要因は、彼らが教育に含まれていない行為を行なっていることにあるとしている。さらに、教育レベルの低い看護師ほど、燃え尽き症候群のリスクや否定的態度がより強く、さらに殆ど資格を持っていない看護師においては、対象者へのさらに危険な行為がなされていた。彼らは高いレベルの教育を受けた看護師のように、これらの業務を行うことに熟練していなかった。他の研究では、技能と訓練の機会の少なさは、職場の満足感、高い転職率、ケアの質の低さと関連していた。

先行研究では、多くの職業組織の要因が、職場の満足感と関連していることを示している。例えば、職場のストレスは、職場の満足感と密接に関連していることが示唆された。さらに、社会的サポート状況、行為に対するフィードバック、ケア対象者との対話、発展や学びの機会、経営者のリーダーシップや干渉が、職場への満足感と有意に関連していると報告された。

4. 質の定義と評価

質を定義するためのいくつかの理論的概念と多くの実証された評価方法がある。サービスの組織的な研究において、最も頻繁に使われる質モデルの1つでは、質には3つの局面があることを明らかにしている。それは、利用者アウトカム、利用者プロセス、サービス内容である。

医学的研究分野における Donabedian²⁾の質の定義は、おそらく最も確立したモデルであると考えられる。Donabedianは質の構成やプロセスを含んだ枠組みと結果を評価するための、ケアの質を提案している。構造的な要因とは、スタッフレベル、管理、設備の状況、対象者の機能的レベルなどの対象者の特性である。プロセスは、清掃、感染コントロール、抑制、質保証などのケア

対象者のためになされることを示している。結果は、潰瘍の流行、栄養失調、対象者と家族の満足感の低下などのケアとサービスの成果を示している。Donabedianの枠組みでは、質の3つの局面が交差していることを示唆している。

いくつかのOECD国の高齢者ケア組織の多くで、部屋の大きさやスタッフの割合、ストレスからの潰瘍の流行、感染症、転倒転落事故、抑制と抗精神病薬の使用などの項目が質の評価として用いられてきた。

もう1つのアプローチは、対象者を基本とした質の定義で、相手に与える満足感や、受けたサービスに関して相手に求めることを評価値とするものだった。対象者の回答は、質の向上のために活用される。質の評価に関する対象者を基本とした見解は、以前から行われていたサービスの組織的な研究と同様に、医学や看護学の研究に益々含まれてきている。実際、スウェーデンのコミュニケーションの半分が、利用者満足度を高齢者ケアの質を評価するツールとして用いてきた。

先行研究では、対象者のケアの質の認識は一般的に良好であることが示された。しかしながら、利用可能な社会的活動やケアに対して希望を述べる機会、ケア供給に関する意志決定の機会、得られる情報、スタッフの担当性（連続性）などのいくつかの局面に関して批判的な評価内容も報告された。

また、高齢者ケア対象者のいくつかの特性が、質を評価する上で課題となった。対象者の多くが認知症を患っており、これらの対象者では質の認識を訴える能力が低下している可能性が考えられた。しかしながら、長期療養者における失禁ケアに関する調査では、対象者は、ケアの質に関する論理的で適切な回答が可能であったと報告している。

もう1つの高齢者における質の評価に関する共通の問題は、ケア対象者が本心からの個人的な回答よりむしろ、一般的な社会規範に合わせた回答をしている可能性のあることである。彼らはスタッフから援助を受けているという弱みを感じているため、否定的な意見を述べることを進んでしようとはしない可能性が考えられた。

家族メンバーは、特にケアプロセスにおいて、非常に影響を与えることが明らかにされており、ケアの質に関する情報源にもなりうる。患者が、意見を訴えることが困難である場合、家族のケアの質に関する意見は、情報の代替になり得る。家族の質の認識は、対象者の認識の補足となる可能性がある。先行研究では、家族

は高齢者住宅でのケアや在宅ケアに対し、充分納得していたことが示された。しかしながら、家族は彼ら自身のケア提供に関する可能性や、対象者の病気や治療のケアに関する職員からの情報、対象者の活動、ケアやサービスを計画するときの個人的好みへの配慮のなさといった特定のケアの局面に対し不満があることが示された。

5. 介入コミュニケーションと比較対照コミュニケーション

Bengtssforsが介入コミュニケーション、Uddevallaが比較対照コミュニケーションである。

Bengtssforsは、2004年の人口が10,335人の西スウェーデンの市である。ケア対象者の数はこれまでの10年で約10%減少した。この都市では、主に若い人々が移転してしまっており、人口の約25%が65歳以上となっていた。

2002年と2003年には高齢者住宅数が減らされた。そして在宅ケアのいくつかの部門が再編成され、1つの部門に統合された。終身在職権を持っているスタッフは仕事が確保されたが、パートタイムと臨時職員の数は減らされた。さらに、転職率は高く、数名の新しい管理者が、社会福祉の遂行と高齢者ケア組織のために雇用されていた。

高齢者個人のニーズアセスメントのプロセスを改善するために、市は基準を設け、認知症ケアに関する教育を数名の看護スタッフに行った。2003年には、体系的な職場環境改善計画が全ての職場に提起された。高齢者住宅には、非営利団体が運営する団体を含んでいた。

計8つのサービス住宅のケア対象者と彼らの家族が本研究の対象である。Bengtssforsの高齢者ケア組織は、本研究計画における介入組織であった。ツールボックスを介入市の高齢者ケア組織の全ての職場に提示した。

Uddevallaは、2004年の人口が50,068人のコミュニケーションである。人口は、これまでは上昇傾向にあった。近年、ケア対象者数は増加している。人口の約21%が65歳以上の高齢者であった。

2003年に、新しい高齢者住宅が認知症高齢者のために設立された。そして、高齢者住宅において、より等しくスタッフの比率を分割する試みが行なわれた。2004年に高齢者ケア組織の枠内にある職場のいくつかは、3-3システム（3日働き、次の3日は休暇）のようなモデルを作り、新しい業務量を試みた。ケア対象者の食事と栄養を改善するためのいくつかの基準作りと、鎮痛剤ケアと認知症高齢者へのケアが行なわれた。2004年の

高齢者ケアは、全て公的に行われており、私的な組織はなかった。

6. 介入の概要

教育的介入の内容、すなわちツールボックスは Bengtsfors におけるスタッフ、ケア対象者、家族の基礎調査結果に基づいている。結果は、スタッフ能力、心理社会的な職場環境とケアの質に関して改善を必要としている箇所を明らかにしている。例えば、認知症のケア対象者のように、積極的なケアが必要な高齢者のための投薬、口腔衛生対策のような分野において、彼らの能力を改善させる必要性が報告されている。高齢者ケア経営者と、研究者が構成した研究のグループの代表が、介入の場で用いる実用的なツールボックスを組み立てた。ツールボックスは、スタッフの日常業務の様々な局面に役立つように作成された。目的はスタッフがこれらを通常

の業務を改善するために用いることができるようになることだった。

ツールボックスは4つのカテゴリーから成り、全部で16の方法があった。4つのカテゴリーとは以下の通りである。

- ① 看護スタッフのための業務状況を改善するための方法、
- ② 教育のための資料、例えば認知症や栄養、
- ③ ケア対象者の社会的および身体的なニーズを満たすための方法、
- ④ アンケート調査：2001年に介入コミュニケーションでスタッフの労働環境と、対象者および家族のケアの質の認識を調査するためにアンケートが用いられた。アンケート結果を解釈するためのガイドラインも付いていた。

ツールボックスに含まれる16の方法は、表1に示さ

表1 ツールボックスに含まれる16の方法

1. 看護職員の仕事状況を改善するための方法	
3-3勤務体制	革新的な勤務スケジュールシステム
暴力的行為の形態 (VIF)	暴力的行為を記録するためのチェックリスト
ビデオ映像	人間工学や看護ケアを評価するための特定の看護行為を撮影した映像
業務負担の評価	ケア対象者のニーズや人員の必要性を評価するためのコンピュータープログラム
2. 看護スタッフの教育的評価	
高齢者の食事と栄養	日常の食事時間や食べ物、栄養に関する情報
感染予防マニュアル	胃腸感染症予防対策
認知症に関するグループ学習	一般的な認知症についての状況や関連書物に関する情報
スウェーデンの医療や社会福祉に関する学習	法律の内容が説明されたテキスト
3. 高齢者の社会的および身体的ニーズを満たすための方法	
対象者の活動リスト	社会活動や余暇活動に対する対象者の好みを記録したチェックリスト
監視	薬剤の消費量や適合性、薬剤に関連した健康問題を分析するコンピュータープログラム
口腔保健の方法	口腔保健状況や機能の評価と関連書類を点検のための基準
褥瘡評価リスト	褥瘡予防や治療のためのプロトコール
対象者評価方法 (RAI)	身体機能評価とケアニーズ
4. アンケート調査	
業務能力の質 (QWC)	心理社会的労働環境に関するスタッフ評価
ケアの質のピラミッド質問表	ケア対象者の視点からのケアの質の評価
家族への質問表	対象者の家族の視点からのケアの質の評価

れている。

介入コミュニティと比較対照コミュニティのそれぞれについて、2003年と2004年の変化が評価されている。本紹介では、その評価項目のみを示す。

① 看護職員による自己評価項目

特定の18分野の能力について看護スタッフの知識を問うた。回答の選択肢は「十分に知識がある」、「知識が不足している」または「知らない」であった。これらの質問項目は、コミュニティのスタッフ代表者によって行われた一連のグループディスカッションから作られた。項目は以下の通りである。

管理、コンピューター技術、認知症、一般的な患者のケア、倫理的問題、患者の移動・移送、脅威や暴力、医療と社会福祉に関する法律、リーダーシップ、薬物治療、

身体的疾患、関節可動域の制限、感染予防、褥瘡、委任された業務の実践、緩和ケア、口腔ケア / 高齢者の衛生、高齢者のための食事と栄養

② 看護職員の心理社会的職場環境に関する評価項目

スウェーデンの医療ケアスタッフの間で、有効とされており、幅広く用いられているQWC質問表の短縮版を用いた。各項目への回答には、「全くそう思わない」、「ややそう思わない」、「ややそう思う」、「非常にそう思う」といったリッカート尺度を用いた。項目は以下の通りである。

仕事に関連した疲労、仕事のストレス、仕事内容決定への関与、能力、リーダーシップ、職場の雰囲気、精神的エネルギー、目標の明確さ、職員の状態、実施に対するフィードバック、技術開発、満足度

表2 ケアの質に関する質問項目

情報	あなたが満足できる情報を得たかどうか 薬剤に関する情報を得たか？ リハビリに関する情報を得たか？ 日常のケアサービスに関する情報を得たか？ あなたは看護師がケアに対して責任があるということを知っているか？
看護スタッフ	スタッフの能力を信頼しているか？ スタッフの技術を信頼しているか？ スタッフはあなたのケアに十分な時間を費やしてくれているか？
ケアの過程	次の事柄について良いケアがなされているかどうか 衛生面に関して良いケアがなされているか？ 食事はに関して良いケアがなされているか？ あなたに対し敬意を持って接してくれるか？
活動	次の事柄について良いケアがなされているかどうか 身体の移動や移送に関して良いケアがなされているか？ 運動や理学療法に関して良いケアがなされているか？ 社会的な活動に参加する機会を十分に得られているか？
連絡や交流	家族の状況についてスタッフに尋ねる機会が持っているか？ 家族の状況についてスタッフは率先してあなたと一緒に話し合っているか？ あなたが必要だと感じた時にスタッフと交流ができていますか？
社会的援助	スタッフはあなたに自己紹介をするか？ あなたは必要な時にスタッフから援助を受けられているか？ スタッフはあなたのニーズを敏感に感じとっているか？ スタッフはあなたに敬意をもって援助してくれているか？
参加	スタッフはあなたの家族に関するあなたの知識を活用しているか？ あなたは家族のケア計画に参加しているか？ あなたは家族（スタッフ）ケアの目標に関する話し合いに参加しているか？
仕事環境	次の事柄をあなたが感じるかどうか スタッフ間にポジティブな雰囲気を感じるか？ スタッフのストレスを感じるか？ スタッフは仕事に前向きだと感じるか？ スタッフの重労働を感じるか？ スタッフは仕事に責任を持っていると感じるか？ ケアはスタッフ間で協力し合っていると感じるか？ ケアは効率的だと感じるか？ 全てのスタッフが高齢者のために同じ目標に向かって仕事をしているか？

Henna Hasson, p.201

③ 対象者と家族への質問項目

ケアの質についての質問項目は、表2に示されている通りである。ケアの質は、リッカート尺度を用いて、「非常にそう思う」「ややそう思う」「ややそう思わない」「全くそう思わない」の4段階で回答を得た。

7. 教育的介入の効果

(1) 心理社会的な職場環境

ツールボックスによる介入は、職場のストレスや満足感と同様に、スタッフの能力や心理社会的な職場環境についてのスタッフ評価に対しても、好影響を与えるという仮説を立てたが、本調査結果はこの仮説を支持した。介入コミュニケーションにおいて、看護スタッフの能力と心理社会的な職場環境評価指標の多くが、長い間に有意に改善したことを示していた。また、職業関連の疲労とストレスのスタッフ評価は低下していた。職場の満足感に関するスタッフの評価は有意に上昇していた。比較対照コミュニケーションにおけるスタッフへの追跡調査では、18の能力に関する質問の1つが有意に上昇していた。一方、彼らの職場環境の評価には変化は認められなかった。

一般的に介入期間に、スウェーデンの高齢者ケアに変化が生じた可能性はある。1990年代に指摘されたネガティブな職場環境傾向は2000年代はじめに安定したと報告されていた。そのため、ツールボックスによる介入は、一般的にコミュニケーション高齢者ケアにおいて、好ましい傾向にある期間に導入され、そして評価された可能性があると考えられる。介入コミュニケーションにおける職場環境のスタッフ評価の好ましい変化は、それらの傾向を示す結果であった。しかしながら、同様の改善が比較対照コミュニケーションでは認められなかった。よって、介入コミュニケーションの変化は、スウェーデンの高齢者ケアの職場環境改善の一般的な結果である可能性は少ない。

(2) ケアの質

介入は、スタッフの知識、心理社会的な職場環境と職場の満足感が改善されることを通してケアの質に好影響を与えるであろうことも仮定された。論文の理論的な根拠によって、健康、満足感と生活の質のようなスタッフアウトカムが直接的にケアの質とケア対象者の健康に影響を与えるということが示唆された。しかしながら、これらの調査結果はその仮説を支持しなかった。ケア対象者と彼らの家族のケアの質の評価は、介入後も有意な変化をもたらさなかった。

ケア対象者や家族のケアの質の評価に有意な関連が見

いだされなかったという事実は、必ずしもケアの質が研究の期間に変化しなかったことを示すものではない。

(3) 能力と労働環境の評価

本研究の調査結果では、多くの看護スタッフが認知症、精神疾患、脅迫および暴力と法律のような分野の医療と社会福祉に関する知識が不十分であると評価していた。在宅ケアおよび高齢者住宅において能力開発の必要性が示された。しかしながら、在宅ケアスタッフは高齢者住宅スタッフと比較して、知識が不十分であると評価する割合がより高かった。これらの調査結果は、在宅ケアスタッフが高齢者住宅のスタッフより能力開発のニーズがより高いことを示している。さらに、Uddevallaのスタッフと比較すると、Bengtsforsのスタッフは知識が不十分であると評価する割合がより高かった。組織（コミュニケーション）は、ケア環境だけでなく、明らかに看護スタッフの評価にも影響を与える可能性がある。そしてコミュニケーション間で能力に大きな差があるのかもしれない。技能開発の機会に関するスタッフの評価は、両方のケア環境および両方のコミュニケーションにおいて低い結果であった。これらの調査結果は先行研究と一致しており、例えば、在宅ケアでは、職場上で必要とされる処置について十分な訓練や説明を受けていると感じたスタッフは半分以下だった。健康と福祉の全国委員会でも、高齢者ケアにおける看護スタッフの能力開発の機会が少ないことが報告されている。さらに、それは高齢者ケアにおいて、適切な能力と知識のあるスタッフを雇用することの困難さを導いていると報告された。スウェーデンの法令では、スタッフは十分な能力を持つべきであるとしているが、詳細な規制はないことが反映している。

両方のケア環境における職場の最も精神的・身体的に厳しい状況は以下の通りだった：職場の時間のなさ、認知症のある個人へのケア、異なったレベルの援助を必要としている個人的ケア、車椅子とベッド間などの身体の移動。一般的に、在宅ケアの負担のスタッフ評価は高齢者住宅スタッフのものより際立ってより低かった。これは高齢者住宅のケア対象者の介助を必要とする割合や、認知力低下の割合がより高いという事実からの結果である。これは高齢者ケアスタッフの業務状態改善について検討すべき負担の原因に関する非常に明確な情報を与えている。

(4) ケアの質の認識

ケア対象者と家族は保健衛生、食事と身体の移動のような、高齢者ケアの基本的な要素に最も高い評価をして

いた。ケア対象者はケアの基本的内容に関して、十分に援助をうけていると感じている。

本研究結果では、ケア対象者と家族の両方が、ケア対象者に提供された活動についての情報が少ないと評価していた。活動の情報については、先行研究においてもケア対象者と家族の両方で低い評価であった。

スウェーデンの高齢者住宅ケア対象者の家族は看護スタッフとのコミュニケーションの困難さと、看護スタッフとの対話の必要性を感じていることが報告された。家族はスタッフには話をする時間がないと感じていた。

調査結果は、ケアプロセスにおいて家族参加の低さも明らかにした。それは、これまでのスウェーデンの研究とUSAの研究を支持している。この論文では、ケア対象者の家族は、スタッフやケア対象者とともに高齢者ケアにおける重要な関係者であると考えた。家族が彼らの年配の家族に多くのインフォーマルなケアを行っている報告された。さらに、彼らは高齢者ケア対象者のために、積極的にケア決定に関与している。

おわりに

高齢者ケア職員に対する教育的介入の効果を分析することは大変重要であると考えられる。それによって、職員の満足度や意欲を改善し、高齢者にケアの質の改善が図られ、家族の安心にも繋がる。教育的介入は、介護の必要度の高い高齢者が増え、認知症等も増加していることによって必要とされるが、同時に、職員の能力発達によって自己実現の可能性が高まることが重要である。その際に、職場環境の考察が不可欠である。

本研究の理論的枠組みは、医療組織と質管理研究の先行研究に基づいている。しかし、それは医療組織のために開発されたモデルなので、高齢者ケア環境には妥当しない部分もある。そこでもう一つのモデル、「職場の満足度、職場のストレス、ケアの質とケア対象者の健康の関連についての仮説モデル」³⁾が使われた。このモデルの基となった研究では、スタッフの能力と技術に対する認識が低いと、それだけ職場のストレスは強くなる。さらに技能改善の機会を得た後には、より職場に満足し、そして自信を持つようになったことが報告された。

本調査では、さらにコストと高齢者住宅の経営的データが考察されている。これが本書の特徴の1つになっているが、この紹介では省略することにする。

注)

1) Hansson H (2006) , *Nursing Staff Competence, Psychosocial Work Environment and Quality of Elderly Care: Impact of an Educational Intervention*, Acta Universitatis Upsaliensis.

2) Donabedian A (1966) , Evaluating the quality of medical care, *Milbank Mem Fund Q* 44.

3) Hannan S, Norman I & Redfem S (2001) , Care work and quality of care for older people: a review of the research literature, *Review in Clinical Gerontology* 11.