

論文

地域包括支援センターの社会福祉士が抱えるストレスの実態 ～サービス利用拒否をする高齢者の対応を巡って～

Exploration of stressors in social workers at the regional centers for comprehensive community support services
～ struggling with elderlies who do not accept necessary social services ～

一瀬 貴子*¹

要約：本稿の目的は、①サービス利用拒否をする高齢者に対応している地域包括支援センターの社会福祉士は、いかなるストレスを抱えているのか、その実態を明らかにする、②社会福祉士の「地域包括ケアにおけるケアマネジメント機能に対する意識化の度合い」がストレスといかなる関連があるのかを明らかにすることである。

調査対象者は、近畿地方・中国地方にあるA県・B県・C県の地域包括支援センターに配置されている社会福祉士391名であった。関西福祉大学社会福祉学部倫理審査委員会の承認後、無記名による郵送調査を実施した。有効回答数は121名であった。

分析の結果、サービス利用拒否事例を扱う地域包括支援センターの社会福祉士は、「仕事が多すぎる」や「対象となる高齢者とのコミュニケーションや対応」などに関するストレスを多く抱えていることが明らかとなった。また、「多職種の専門性を活用するために、他機関と連携した」「地域の関係者から情報を得て、必要時対象者にかかわれるように、ネットワークを活用して情報収集をした」「対象者の地域での活動状況の変化や近隣住民との交流状況を把握し、住民同士の支援の可能性を査定した」「新たな介護サービスを導入する必要があると判断した時など、対象者の地域にある病院の医師と連携した」という4項目からなる『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』の意識化が高いと、「困難ケースへの具体的な対応法を知るための研修の機会がないと感じる」「職場におけるスーパービジョンが十分でないと感じる」など4項目からなる『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』の得点が高いことが明らかとなった。相関分析の結果、『地域ケア会議での問題解決志向を目指すケアマネジメント機能』の意識化は『研修の不備に関するストレス』と関連を見出すことが出来なかった。地域ケア会議は、サービス利用拒否する高齢者に対する解決プロセスの中で、まだまだ効果が発揮されていないということが示唆されたといえる。

Key Words：サービス利用拒否、地域包括支援センター、社会福祉士のストレス、ケアマネジメント機能の意識化

I. 緒言

2006年に創設された地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの基幹となる機関であり、地域包括ケア体制の中核的機能を担う役割を果たしている。地域包括ケアシステムとは、医療・福祉・保健各サービスや予防、住まいや生活支援などを日常生活圏域の中で受けることのできるシステムのことであり、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議は、援助職が個別対応では困難なケースへの対応をしたり、フォーマル・インフォー

マルサービス間の連携を構築するといった意味で、地域包括ケアシステムをすすめていくうえで要となるものである。

〔高室, 2018〕によると、地域包括支援センターに持ち込まれる相談や問題は、従来の制度の縦割り行政では対応できない複雑さを持ち、対応が遅れることにより深刻さを増すケースもあることから、包括的に解決するための話し合いの場として制度化されたのが地域ケア会議である。〔高室, 2018〕によると、地域ケア会議は、①日常生活圏域で解決できない支援困難ケース対応の地域ケア個別会議（個別課題解決を通して多職種による問題解決能力の向上、地域包括支援ネットワークの構築）、

2022年11月15日受付／2023年1月11日受理

*¹ ISSE Takako

関西福祉大学 社会福祉学部

②自立支援対応の自立支援サポート会議, ③地域ケア推進会議(地域資源の新たな展開と開発, 地域課題の政策形成等を目指す)の3つの会議からなり, 地域ケア個別会議や自立支援会議で話し合われた地域課題が, 市町村の介護保険事業計画などの政策などに反映されることとなる。

サービス利用拒否をする高齢者の事例は, 支援困難事例として地域ケア会議で検討されることが多いのではない。そこで, 地域ケア会議は, 地域包括支援センターの社会福祉士が抱えるストレス軽減にどの程度関連があるのだろうか。その点について, 本稿で追求したい。

〔春名・越智, 2019〕〔久保, 2020〕は、『地域ケア会議運営マニュアル』で地域ケア会議に5つの機能があることを明らかにしている。①個別課題解決機能(個別ケースについて, 多機関・多職種が多角的視点から検討を行うことにより個別課題の解決を行うこと), ②地域包括支援ネットワーク構築機能(地域の関係機関などの相互の連携を高める機能), ③地域課題発見機能(個別ケースの背後に潜在している同様のニーズを抱えた要介護者やその予備軍を見出し, 地域の現状などを総合的に判断して解決すべき地域課題を明らかにすること), ④地域づくり・資源開発機能(インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど, 必要な地域資源を地域で開発していくこと), ⑤政策形成機能(市町村による地域に必要な施策や事業の立案・実施につなげること)である。これら5つの機能を相互に絡め, 発展させていく必要があると述べている。

〔両羽・橋本・宗宮・水野・田辺, 2018〕は地域包括支援センターの保健師に着目して, 半構成的面接を通して, 地域包括ケアシステムにおけるマネジメント機能を明らかにしている。分析の結果, ①Planの段階では, 「看護職として健康面や予防を意識した役割・ビジョンの明確化」をマネジメント機能として発揮している, ②Doの段階では, 「住民との協働における独居高齢者や虚弱高齢者の把握」「医師など他専門職との連携・協働」「地域ケア会議の開催・運営」をマネジメント機能として発揮している, ③「対象者本人, 家族員, 地域住民による主体的な問題解決力を高める」マネジメント機能を発揮している, ④Checkの段階では, 「サービス利用後の評価とその先の将来を見通した」マネジメント機能を発揮している, ⑤Actの段階として, 「重症化予防や地域とのつながりを考えた予防活動などの活動のビジョンに照らして, 実践上の課題をあげ, 今後の方向性」を明確に

していた。このようなマネジメントサイクルを確実にまわすことで, PDCAサイクルが活動の改善・充実の仕組みとして機能していくことができることから, ビジョンに照らして活動を改善することが特徴であるという結果を導き出している。

そこで, 本稿では, 〔両羽・橋本・宗宮・水野・田辺, 2018〕を参照して, 地域包括支援センターに配属されている社会福祉士のケアマネジメント機能の意識化の度合いの実態と, Plan - Do - See - Actの構造実態を明らかにしたい。

II. 既存研究のレビューおよび仮説の設定

本章では, 社会福祉士のストレスの実態に関する既存研究のレビューを通して, 本稿のオリジナリティを明確化したい。

〔清水・田辺・西尾, 2002〕は, 6県の社会福祉士会に属する社会福祉士有資格者675名を対象とした分析を行い, バーンアウトの実態や要因について分析を行っている。分析の結果, この調査の調査対象者は, 顕著なバーンアウトの兆候を示していないが, 情緒的消耗感は, 男性よりも女性が, 既婚者よりも未婚者のほうが高いことや, 情緒的消耗感には「仕事自体の問題(対人関係や過重労働)」「職場環境や研修に関する問題」が要因となっていることなどを明らかにしている。

〔望月, 2011〕は, 地域包括支援センター専門職にみられる職業性ストレスの実態を明らかにすることを目的とした研究を行っている。全国の地域包括支援センター専門職(保健師, 主任ケアマネジャー, 社会福祉士)1,500人を対象に無記名自記式質問紙郵送調査を行い, 1,150人の有効回答をもとに, 分析を行っている。職業性ストレスを, MBI(Maslach Burnout Inventory Revised version: バーンアウト)で測定し, 社会福祉士は他の専門職に比べて情緒的消耗感が高いことが明らかとなり, 社会福祉士の専門性として権利擁護や高齢者虐待といった困難ケースへの対応等, 精神的負担の大きい業務を担うことが多いと考察している。また, 業務量が多いと, MBIの下位尺度である情緒的消耗感が高くなることも明らかとなっている。

〔山口・石竹・西田, 2015〕は, 地域包括支援センターの三職種(保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー)275名を対象とし, 日本語版バーンアウト尺度と個人的特性・労働環境との関連について分析している。分析の結果, 三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の職員は煩わしい人間関係を避けたり、対象者（要支援・要介護者やその家族など）に対して機械的に対応する傾向があり、個人的達成感が低下しやすいことが明らかとなった。スーパーバイザーの存在はバーンアウトを防ぐうえで重要であることを示唆している。

〔植戸，2010〕は、A 県社会福祉士会の会員から無作為抽出した 94 名を対象とし、職務上遂行上のストレスや困難さについて分析している。分析の結果、分析対象者の 74.6% が困難事例（虐待・サービス利用拒否・精神障害・アルコール依存症・多問題家族・クレームや不満・社会資源の欠如やキーパーソンの不在）にあった経験があると答えていた。また、ストレスの具体的内容として、①給料や休暇など、待遇面の悪さ（44.2%）、②将来に対する不安（41.5%）が挙げられていた。対象者のなかでも、「欠勤・休職あり」と答えたうち、高かったストレス要因は、①利用者とのコミュニケーション、②利用者との信頼関係づくり、③職場の人間関係の問題、④夜間や休日の対応（電話の呼び出しや緊急出勤など）、⑤利用者のニーズに対してつなぐ社会資源の不足、⑥行政機関との関係、⑦自分の所属機関との関係（経営側や他部署の理解・協力など）、⑧給料や休暇など待遇面の悪さであった。上司や先輩による適切なスーパービジョンやサポートを提供するというラインケア、法人内外のメンタルヘルスケアを担当する専門職によるケアが必要であるという。

〔一瀬，2016〕は、地域包括支援センターに属している社会福祉士 51 名のバーンアウトの実態や要因について分析を行っている。まず、問題解決型対処スタイルをとることは脱人格化を減少させ、個人的達成感を高める作用があり、回避・情動型対処スタイルをとることは情緒的消耗感や脱人格化を増大させることが明らかとなっている。

既存研究のレビューの結果、地域包括支援センターに配置されている社会福祉士に限定したストレスの実態やその発生要因に焦点を当てた研究はまだ少ない。そこで、本研究の目的を以下のように設定した。

- ① サービス利用拒否をする高齢者に対応している地域包括支援センターの社会福祉士は、いかなるストレスを抱えているのか。その実態を明らかにする。
- ② 社会福祉士の「地域包括ケアにおけるケアマネジメント機能に対する意識化の度合い」がストレスといかなる関連があるのかを明らかにする。

仮説は次のとおりである。

- ① サービス利用拒否事例をあつかう社会福祉士は、対象となる高齢者とのコミュニケーションが難しいことに対するストレスの度合いが高いのではないか。
- ② 「地域ケア会議での問題解決を図ることを重視したケアマネジメント機能」の意識化の度合いが高いほど、「研修の不備に関するストレス」に関する得点が低くなるのではないかと。

これらの目的を追求することにより、地域ケア会議が、社会福祉士のストレス軽減にどの程度関連があるのかを知りたい。この視点が、本稿のオリジナリティである。

III. 調査方法

本研究の調査対象者は、A 県・B 県・C 県の地域包括支援センター 391 か所に配置されている社会福祉士 391 名であった。A 県は近畿地方、B 県および C 県は中国地方にある県である。

関西福祉大学社会福祉学部倫理審査委員会の承認後（承認番号：関福大発第 31 - 0752 号）、無記名式自記式質問用紙を郵送調査した。調査期間は、2019 年 8 月 10 日～9 月 20 日であった。アンケート調査の目的や返送方法、調査票の保存方法、アンケート調査の保存方法、調査協力者に対して調査報告書を送付する旨を明記した依頼文書と、アンケート調査票とともに送付した。同意の得られた人から返信を得ることができたが、社会福祉士の資格を持つと回答した 121 名（有効回答率 30.9%）を分析対象とした。

回答者の性別は男性 51 名女性 69 名、平均年齢は 39.25 歳 ± 9.15 歳、平均相談経験年数は 8.63 ± 5.75 年であった。分析は、SPSS バージョン 28 で行った。

IV. 分析結果

1. 社会福祉士のストレスの因子分析結果

本稿では、社会福祉士のストレスの構造を明らかにするために因子分析を行った。ストレスに関する項目について主因子法による因子分析を行い、Cronbach α 信頼性係数の算出による内的統合性の検討を行った。その結果、12 項目 4 因子が抽出された。まず、第 1 因子は、「対象となる高齢者とのコミュニケーションが難しいことについて、ストレスを感じる」「対象となる高齢者の攻撃的な反応に対してストレスを感じる」「精神疾患がある対象者に対して、コミュニケーションが取れないことがストレスとして感じる」「対象となる高齢者に対し

て、支援の難しさを感じる」「対象となる高齢者に対して、不信感を感じることがある」という5項目から構成され、『対象となる高齢者とのコミュニケーションや対応などに関するストレス』因子(平均値2.77)と命名した。Cronbach α 信頼性係数は.818であった。

第2因子は、「困難ケースへの具体的な対応法を知るための研修の機会がないと感じることがある」「職場におけるスーパービジョンが十分でないと感じることがある」「研修の機会はあるが、忙しくて参加できない」「担当ケースが多すぎて、必要な高齢者への支援体制が不十分であると感じることがある」という4項目から構成され、『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』因子(平均値2.56)と命名した。Cronbach α 信頼性係数は.735であった。

第3因子は、「関係機関と、対応の押し付け合いがあると感じる」「関係機関の連携が頼りにならないと感じることがある」という2項目から構成され、『関係機関との連携の不備に関するストレス』因子(平均値2.70)と命名した。Cronbach α 信頼性係数は.835であった。

第4因子は、「仕事が多すぎると感じる」の1項目から構成され、『仕事過多に関するストレス』因子(平均値2.79)と命名した。本稿では、社会福祉士のストレスは4因子から構成されることが明らかとなった(表1)。平均点をみると、①『仕事過多に関するストレス』因子、②『対象となる高齢者とのコミュニケーションや対応などに関するストレス』因子の得点が高いことが分かった。

2. 社会福祉士のケアマネジメント機能の因子分析結果

本稿では、社会福祉士のケアマネジメント機能の意識化の構造を明らかにするために、因子分析を行った。ケアマネジメント機能に関する項目について主因子法による因子分析を行い、Cronbach α 信頼性係数の算出による内的統合性の検討を行った。その結果、20項目5因子が抽出された。

第1因子は、「地域ケア会議に多職種の参加を依頼し、多職種間での意見交換により、問題解決方法の視野を広げたり、それぞれの専門性の理解や役割拡大の機会を作った」「困難事例について共有し検討する機会として地域ケア会議を活用し、問題解決が図れるように支援した」「地域ケア会議を通して他職種の専門性や役割を理解し、資源としての可能性を見出しネットワークを作った」という3項目から構成され、『地域ケア会議での問

題解決志向を目指すケアマネジメント機能』因子と命名した(平均値2.82)。Cronbach α 信頼性係数は.937であった。

第2因子は、「対象者の生活が重度化することで複雑化するであろう問題状況を予測し、在宅生活が長く維持できるようにかわりを持った」「対象者が自身の生活状況を把握し、できるだけ長い将来にわたって今と同じ生活を継続できるように重度化を回避する予防的な健康行動を学習し、主体的に生活管理できるように支援した」「対象者の生活状況や生活への思いを把握し、できるだけこれまでの生活が将来にわたって長く継続できるように、健康に視点を置いた支援計画を立案した」「地域とのつながりを考えながら、福祉専門職としての予防の視点をもって関われることを大事にした」「収集した地域の高齢者の情報から、介護予防の視点で支援が必要な本事例対象者を拾い出した」「事例の主たる担当者が決まるまでは、1週間間隔で訪問したりと、支援の頻度を査定した」「利用者について、サービス利用後の状況について評価し、さらに将来的な問題状況を未然に防ぐことを意図して、その先のケアマネジメントを考えた」「社会福祉士として大事にしている生活問題再発予防に照らして、実践上の問題を考え、次なる活動の方向性について明確化した」という8項目から構成され、『重症化予防に関するケアマネジメント機能』因子と命名した(平均値2.99)。Cronbach α 信頼性係数は.832であった。

第3因子は、「自助の力を高めるケアについて課題であると評価した」「互助につながる地域づくりに関して課題であると評価した」「公助によるケアの評価を定期的に行い、対象者にとって次に必要なケアについて検討した」「ケアプランに責任を持ち、ケアプランについてチェックと評価を行った」という4項目からなり、『自助・互助・公助によるチェックに関するケアマネジメント機能』因子と命名した(平均値2.96)。Cronbach α 信頼性係数は.809であった。

第4因子は、「多職種の専門性を活用するために、他機関と連携した」「地域の関係者から情報を得て、必要時対象者にかかわれるようにネットワークを活用して情報収集した」「地域の関係者から対象者の地域での活動状況の変化や近隣住民との交流状況を把握し、住民同士の支援の可能性を査定した」「新たに介護サービスを導入する必要があると判断した時など、対象者の地域にある病院の医師と連携した」という4項目から構成され、『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関との

表1 サービス利用拒否事例を扱う社会福祉士のストレスに関する因子分析結果

項目	『対象となる高齢者とのコミュニケーションや対応などに関するストレス』因子	『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』因子	『関係機関との連携の不備に関するストレス』因子	『仕事過多に関するストレス』因子
対象となる高齢者とのコミュニケーションが難しいことにストレスを感じる	.791	.117	.123	.131
対象となる高齢者の攻撃的な反応に対してストレスを感じる	.716	-.045	.159	.332
精神疾患がある対象者に対してコミュニケーションが取れないことにストレスを感じる	.708	.245	.256	-.069
対象となる高齢者に対して、支援の難しさを感じる	.560	.000	.121	.252
対象となる高齢者に対して、不信感を感じることもある	.479	.208	.338	-.063
困難ケースへの具体的な対応法を知るための研修の機会がないと感じることがある	.091	.729	.013	-.060
職場におけるスーパービジョンが十分でないと感じる	.038	.564	.098	.212
研修の機会はあるが、忙しくて参加できない	.126	.534	.168	.291
担当ケースが多すぎて、必要な高齢者への体制が不十分であると感じる	.116	.523	.151	.621
関係機関と対応の押し付け合いがあると感じることもある	.317	.076	.787	.139
関係機関の連携が頼りにならないと感じることがある	.209	.156	.769	.221
仕事が多すぎると感じる	.237	.169	.184	.731
因子寄与率	20.184	13.212	12.833	11.004
累積因子寄与率	20.184	33.396	46.229	57.234

因子抽出法：主因子法

回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法

a.7回の反復で回転が収束した

KMOおよびBartlettの検定

Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度	.779
Bartlettの球面性検定 近似カイ2乗	557.240
自由度	66
有意確率	.000

ネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』因子と命名した(平均値3.30)。Cronbach α 信頼性係数は.744であった。

第5因子は、「対象者の支え手となるキーパーソンを把握し、身体や生活状況について必要時連絡し、少し先のリスクを予感しながら、それに対して対象者および家族成員などが主体的に問題解決行動をとれるように働きかけた」という1項目であり、『主体的な問題解決志向に関するケアマネジメント機能』因子と命名した(平均値3.33)。本稿では、社会福祉士が意識化するケアマネジメント機能は5因子から構成されることが明らかとなった(表2)。

〔両羽・橋本・宗宮・水野・田辺, 2018〕と照らし合わせて考えると、「対象者の生活が重度化することで複雑化するであろう問題状況を予測し、在宅生活が長く維持できるようにかかわりを持った」「対象者が自身の生活状況を把握し、できるだけ長い将来にわたって今と同じ生活を継続できるように重度化を回避する予防的な健康行動を学習し、主体的に生活管理できるように支援した」などの8項目から構成される『重症化予防に関するケアマネジメント機能』因子はPlanの段階、「地域ケア会議に多職種の参加を依頼し、多職種間での意見交換により、問題解決方法の視野を広げたり、それぞれの専門性の理解や役割拡大の機会を作った」「困難事例につい

表2 社会福祉士のケアマネジメント機能の意識化に関する因子分析結果

項目	『地域ケア会議での問題解決志向を目指すケアマネジメント機能』因子	『重症化予防に関するケアマネジメント機能』因子	『自助・互助・公助によるチェックに関するケアマネジメント機能』因子	『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』因子	『主体的な問題解決志向に関するケアマネジメント機能』因子
地域ケア会議に多職種の参加を依頼し、役割拡大の機会を作った	.915	.112	.121	.122	.149
地域ケア会議を活用し、問題解決が図れるように支援した	.874	.005	.174	.152	.207
地域ケア会議を通してネットワークを作った	.845	.198	.142	.205	.034
問題状況を予測し、生活維持できるようにかかわりを持った	.079	.799	.225	-.091	.347
予防的な健康行動をとれるように学習し、生活管理できるように支援した	.167	.599	.156	.285	.019
健康に視点を置いた支援計画を立案した	.008	.589	.185	.111	.149
予防の視点を持ち関わることを重視した	.381	.478	.264	.191	.206
予防の視点から本事例対象者を拾い出した	.262	.457	.219	.266	-.016
主担当者決定前に訪問・支援の頻度を査定した	.017	.450	.104	.220	.330
問題状況を防ぐことを意図してケアマネジメントを考えた	.280	.437	.297	.378	.000
次なる活動の方向性について明確化した	.020	.391	.281	.368	-.042
自助の力を高めるケアについて評価した	.095	.292	.765	.122	.037
互助につながる地域づくりに関して課題と評価した	.279	.177	.662	.234	.036
公助によるケアの評価を定期的に行い、検討した	.112	.098	.627	.035	.470
ケアプランに責任を持ち、チェックと評価を実施した	.106	.242	.560	.120	.113
多職種の専門性を活用するため他機関と連携した	.211	.190	.039	.689	.473
ネットワークを生かし、情報収集した	.147	.092	.171	.636	.077
住民同士の支援の可能性を査定した	.309	.281	.130	.423	.029
医師と連携した	.145	.353	.106	.400	.370
主体的に問題解決行動をとれるように働きかけた	.169	.156	.107	.092	.496
因子寄与率	14.828	14.183	11.347	9.635	6.057
累積因子寄与率	14.828	29.012	40.359	49.994	56.051

因子抽出法：主因子法
 回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法
 a.8回の反復で回転が収束した

KMO および Bartlett の検定

Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測定	.843
Bartlett の球面性検定 近似カイ2乗	1156.446
自由度	190
有意確率	< .001

て共有し検討する機会として地域ケア会議を活用し、問題解決が図れるように支援した」「地域ケア会議を通して他職種の専門性や役割を理解し、資源としての可能性を見出し、ネットワークを作った」という3項目から構成される『地域ケア会議での問題解決志向を目指すケアマネジメント機能』因子、および、「多職種の専門性を活用するために、他機関と連携した」「地域の関係者から情報を得て、必要時対象者にかかわれるように、ネットワークを活用して情報収集した」などから構成される『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』因子、「対象者の支え手となるキーパーソンを把握し、身体や生活状況について必要時連絡し、少し先のリスクを予感しながら、それに対して対象者および家族成員などが主体的に問題解決行動をとれるように働きかけた」という1項目からなる『主体的な問題解決志向に関するケアマネジメント機能』因子はDoの段階、「自助の力を高めるケアについて課題であると評価した」「互助につながる地域づくりに関して課題であると評価した」などからなる『自助・互助・公助によるチェックに関するケアマネジメント機能』因子はCheckの段階といえる。今回の分析では、Actの段階は見出すことが出来なかった。

平均得点をみると、①『主体的な問題解決志向に関するケアマネジメント機能』因子、②『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』因子というDoの段階のケアマネジメント機能に対する意識化がもっとも高かったことが分かった。

3. 相関分析結果

社会福祉士のケアマネジメント機能の意識化に関する5因子と、社会福祉士のストレスに関する4因子との相関分析を行った(表3)。

その結果、「多職種の専門性を活用するために、他機関と連携した」「地域の関係者から情報を得て、必要時対象者にかかわれるように、ネットワークを活用して情報収集をした」「地域の関係者から対象者の地域での活動状況の変化や近隣住民との交流状況を把握し、住民同士の支援の可能性を査定した」「新たな介護サービスを導入する必要があると判断した時など、対象者の地域にある病院の医師と連携した」という4項目からなる『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』の意識化が高いと、「困難ケースへの具体的な対応法を知るための研修の機会がないと感じることがある」「職場におけるスーパービジョンが十分でないと感じる」「研修の機会はあるが、忙しくて参加できない」「担当ケースが多すぎて、必要な高齢者への体制が不十分であると感じる」の4項目からなる『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』因子の得点が高くなることが明らかとなった。

相関分析の結果、『地域ケア会議での問題解決志向を目指すケアマネジメント機能』の意識化は『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』と関連がなかった。

また、社会福祉士のストレスと、回答者(社会福祉士)の基本的属性(性別・年齢・相談年数)は、ストレスの

表3 社会福祉士のストレスとケアマネジメント機能の意識化との相関分析

ケアマネジメント機能因子	『対象となる高齢者とのコミュニケーションなどに関するストレス』因子	『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』因子	『関係機関との連携の不備に関するストレス』因子	『仕事過多に関するストレス』因子
『地域ケア会議での問題解決志向を目指すケアマネジメント機能』因子	-.004	.074	.093	.098
『重症化予防に関するケアマネジメント機能』因子	-.042	.109	.036	.096
『自助・互助・公助によるチェックに関するケアマネジメント』因子	-.060	-.113	-.011	.174
『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』因子	.030	.202*	.034	.161
『主体的な問題解決志向に関するケアマネジメント機能』因子	-.090	-.053	-.087	.112

P* < .05

度合いと相関はないことが明らかとなった。

V. 総合的考察および結論

本稿の目的は、高齢者のサービス利用拒否事例を取り扱う地域包括支援センターの社会福祉士が抱えるストレスの実態を明らかにすることと、社会福祉士の「地域包括ケアにおけるケアマネジメント機能に対する意識化の度合い」が「ストレス」といかなる関連があるのかを明らかにすることであった。

分析の結果、社会福祉士が抱えるストレスについては、『仕事過多に関するストレス』因子や、「対象となる高齢者とのコミュニケーションが難しいことについて、ストレスを感じる」「対象となる高齢者の攻撃的な反応に対してストレスを感じる」「精神疾患がある対象者に対して、コミュニケーションが取れないことがストレスとして感じる」「対象となる高齢者に対して、支援の難しさを感じる」「対象となる高齢者に対して、不信感を感じることもある」という5項目から構成される『対象となる高齢者とのコミュニケーションや対応などに関するストレス』因子の平均得点が高いことが明らかとなった。仮説①は立証された。

本稿ではサービス利用拒否の原因についてはアンケートの中で大きくことが出来なかったが、サービス利用が必要であると判断された場合でも、高齢者やその家族がサービスを受けることを拒否するケースがあったり、支援者が家に入ってくることを拒むケースもあると考えられる。そのような事例に対して、社会福祉士がどのように対象者と信頼関係を構築していくのか、そもそも家の中に入れてもらえることが出来るようにするために、どのようにしてコミュニケーションをとればよいのか、悩んでいる様子がうかがえる。また、精神疾患を抱えている高齢者に対してコミュニケーションをとることの難しさを抱えていることも分かった。

〔高室, 2018〕は、サービス利用拒否事例の話し合いの視点として、次の3つを挙げている。まず、①本人・家族がどうしてサービス利用拒否をするのかを探る（サービス利用拒否の背景には、過度な責任感からサービス利用や支援者が家に入ることをかたくなに拒否するケースもみられるので、慎重に見極める）、②本人や家族の意向を尊重しつつ、どのような支援があれば本人らしい生活を地域で続けていけるのかを見極める、③サービス利用拒否によるリスクを予測し、支援者チームの動き方をシミュレーションしておくことが介入の初動対応

をスムーズに行う要であると述べている。

〔一瀬, 2021〕は、サービス利用拒否をする高齢者や家族の公的サービス利用への抵抗感を改善する度合いには、何度も話を聴いたり、訪問したりするなど、高齢者や家族と信頼関係を構築するソーシャルワーク実践スキルが効果的であるという結果を導き出している。これらの結果と合わせて考察すると、サービス利用拒否事例をあつかう社会福祉士は、信頼関係を構築していこうと一生懸命努力する一方で、対象者と適切なコミュニケーションを築くことにストレスを感じ、複雑な心理状態にあるのではないかと推察される。

次に、ストレスとケアマネジメント機能との関連を分析した結果、「多職種の専門性を活用するために、他機関と連携した」「地域の関係者から情報を得て、必要時対象者にかかわれるように、ネットワークを活用して情報収集をした」「地域の関係者から対象者の地域での活動状況の変化や近隣住民との交流状況を把握し、住民同士の支援の可能性を査定した」「新たな介護サービスを導入する必要があると判断した時など、対象者の地域にある病院の医師と連携した」という4項目からなる『インフォーマル・フォーマルサービスなど他機関とのネットワーク構築に関するケアマネジメント機能』の意識化が高いと、「困難ケースへの具体的な対応法を知るための研修の機会がないとを感じることもある」「職場におけるスーパービジョンが十分でないと感じる」などの4項目からなる『サービス利用拒否をする高齢者に関する研修の不備に関するストレス』の得点が高いことが明らかとなった。

サービス利用拒否事例の対象者が住む近隣住民などのインフォーマルサービスや、病院の医師や地域包括支援センター以外のフォーマルな機関と連携をしながら問題を解決していきたいと計画を立てる Do の段階を意識化している社会福祉士は、やはり研修の不備を感じるようである。

「地域ケア会議での問題解決を図ることを重視したケアマネジメント機能」の意識化の度合いが高いほど、「研修の不備に関するストレス」に関する得点が低くなるのではないかと仮説②は、本稿における分析では立証されなかった。地域ケア会議は、サービス利用拒否する高齢者に対する解決プロセスの中で、まだまだ効果が発揮されていないということが示唆されたといえる。

地域ケア会議の課題について、既存研究をもとに考察を行ってみよう。

〔春名・越智, 2019〕によると、8割の地域包括支援センターは、地域ケア会議にまつわる業務を「重要である」と位置付けており、地域包括支援センター主催の地域ケア会議の取り組みは、「関係機関のネットワーク構築」が9割、「個別事例の検討」が約7割となっているが、「資源開発を行っている」が約3割、「政策形成につなげている」が約1割となっており、また、地域ケア会議の運営で困っていることとして、「会議の場での問題の共有でとどまってしまう」が約半数、「資源開発をしようにも道筋が見えない」が約4割、「政策形成を考えても受け入れてくれる体制がない」が約3割を占めていることを明らかにしている。〔原田・種本, 2018〕によると、地域包括支援センター職員の地域ケア会議の企画運営の課題として、①地域ケア会議の位置づけ・目標設定に対する迷い(腑に落ちない地域ケア会議の目標、保険者と委託包括との役割期待のずれ、保険者の会議企画・運営力の不足)、②会議運営のスキル不足に伴う負担感(会議運営に伴う負担感・地域課題の抽出プロセスのあいまいさ・参加者と協議を進めるための図式化の必要性とむずかしさ・目標の合意や目標に立ち戻るむずかしさ)、③地域包括の介護支援専門員や住民を巻き込んだ地域づくりへの足踏み(ケアマネジャーの地域ケア推進力の不足・地域包括の地域づくり活動への消極的な関わり)などが明らかとなっている。

〔高室, 2018〕によると、地域ケア会議では、サービス利用拒否事例に対するアドバイザーとして、医師・生活支援コーディネーター・生活困窮者相談員・精神保健福祉士・社会福祉協議会・主任ケアマネなどが挙げられている。例えば、医師は、サービス利用拒否の人にどのような医療的アプローチができるか、精神疾患や認知症の人へのアプローチのポイントについて助言する立場として期待され、社会福祉協議会は、地域の多様な趣味サークルや話し相手ボランティア、地域サロンなどの紹介や助言をする立場として期待されると述べている。〔高室, 2018〕によると、地域ケア会議には、①ネットワーク構築支援(どのサービス資源ならアウトリーチしやすいのかを話し合う・サービス利用拒否をしているケースの事例検討会の必要性を話し合うなど)、②地域課題の発見(地域の介護サービスへの理解と偏見を把握する・かかわりを避ける世帯など孤立化傾向の世帯の実態把握の方法について町内会単位で話し合うなど)、③地域づくり・資源の開発(介護サービスの利用を拒否しても、本人が気軽に足を向けられる地域の集いの場、なじみの店など

はどこかについて話し合うなど)、④政策形成(サービス利用拒否、かかわりを避ける家の実態調査を自治体で実施することの提案をするなど)の機能があると述べている。

これらの既存研究から言えることは、サービス利用拒否事例に対して、地域ケア会議がきちんと機能するように、心がけていくことが重要であるということであろう。

また、地域ケア会議を主催する地域包括支援センターの専門職のスキルアップの重要性について触れている論文もある。〔横山・堤, 2020〕は、地域ケア会議を推進する役割を担う地域包括支援センターの専門職の地域ケア会議における短期的な成果を評価するとともに、その成果にはどのような要因が影響しているのかを明らかにしている。共分散構造分析の結果から、地域ケア会議の成果を得るためには、地域ケア会議の意義や目的を知識として理解するにとどまらず、地域ケア会議運営マニュアルを用いて進行手順や先進事例などを把握し、また、法令などと照合しながら、地域ケア会議の進行要領、共同による課題解決、地域課題の解決、人材開発及び地域づくりのあるべき状態を想定した事前準備が必要であると述べている。そして、このような地域ケア会議の基本的理解は地域ケア会議に対する肯定的所感(自己肯定感)の促進に影響し、最終的に地域ケア会議の成果に影響を及ぼす関係となっていることを明らかにしている。地域ケア会議が成功するか否かは、地域包括支援センターの専門職の準備段階や研鑽によると述べているのである。

本稿では、地域ケア会議の今後の展望について考察することが出来た。しかし、研究課題もある。本稿の分析対象者は、A県・B県・C県という近畿地方・中国地方にある3県に設置されている地域包括支援センターの社会福祉士であった。機関も含めて無記入方式の回答で、連結不能な回答収集であったため、県ごとの特性を生かした地域ケア会議の効果に関する分析まではできなかったことが研究課題である。今後に向けて、分析対象となる地域別に、地域ケア会議が発揮している効果や課題について検討していくことも重要な研究課題である。地域ケア会議はクローズ化されていることがあり、困難であるかもしれないが、地域包括支援センターの社会福祉士を対象とし、地域ケア会議がサービス利用拒否事例に対してうまくいった事例、うまくいかなかった事例について、直接的にインタビュー調査を行うことが必要であると考えられる。

<謝辞>

この場をお借りしまして、本調査にご協力頂きました方々に、心より御礼申し上げます。ありがとうございました。

<引用文献>

- 原田小夜・種本香, 2018, 「地域包括支援センター職員の地域ケア会議運営の課題と運営の工夫」『日本公衆衛生雑誌』第65巻10号, pp575-588.
- 春名苗・越智紀子, 2019, 「地域ケア会議における地域包括支援センターと市区町村の役割」『花園大学社会福祉学部研究紀要』第27号, pp11-18.
- 一瀬貴子, 2016, 「サービス介入を拒否する高齢者の事例を扱う社会福祉士のバーンアウトに関する基礎的研究①—バーンアウトと対処スタイルの関連に焦点を当てて—」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第19巻第1号, pp11-20.
- 一瀬貴子, 2021, 「サービス利用拒否事例に対する社会福祉士の支援の糸口に関する研究」『関西福祉大学研究紀要』第24巻, pp133-141.
- 久保英樹, 2020, 「地域ケア会議の運営状況と課題—地域包括支援センターへのアンケート調査の結果から—」『中九州短期大学論叢』43(1), pp3-14.
- 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」『山梨大学看護学雑誌』Vol9No.2, pp33-40.
- 両羽美穂子・橋本麻由里・宗宮真理子・水野優子・田辺満子, 2018, 「地域包括ケアシステムにおける地域包括支援センター保健師のマネジメント機能」『岐阜県立看護大学紀要』第18巻第1号, pp89-100.
- 清水隆則・田辺毅彦・西尾祐吾, 2002, 『ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト—その実態と対応策—』, 中央法規.
- 高室成幸, 2018, 『30のテーマでわかる地域ケア会議コーディネーターブック』, 第一法規.
- 植戸貴子, 2010, 「福祉援助職のメンタルヘルスの現状—社会福祉士を対象としたストレスに関するアンケート調査から—」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』第2巻, pp1-18.
- 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」『純真学園大学雑誌』第4号, pp107-116.
- 横山正博・堤雅恵, 2020, 「高齢化先進地域における地域ケア会議推進上の課題—地域ケア会議の成果に影響を及ぼす要因分析」『山口医学』第69巻第1号, pp39-55.