

早稲田大学審査学位論文
博士（人間科学）

訪問介護員を対象としたコミュニケーション
能力の強化による心理社会的効果
Communication Skills Improvement and
its Psychosocial Effects for Home Visiting Staff

2022年1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

渡辺 紀子

WATANABE, Noriko

研究指導担当教員： 竹中 晃二 教授

目次

第 1 章 本研究の目的および意義	4
第 1 節 本研究の目的.....	5
第 2 節 本研究の構成.....	6
第 3 節 本研究の意義.....	10
第 4 節 本研究の主要な用語の定義.....	10
第 2 章 医療・福祉分野の変貌と課題	16
第 1 節 医療・福祉分野の変貌と介護職員の精神的健康.....	16
第 2 節 多様な就労環境に求められる人間関係の管理とソーシャルサポートの検討 (研究 1).....	21
第 3 節 訪問介護サービスの需要増と課題.....	43
第 4 節 医療・福祉分野におけるコミュニケーションスキルに関する先行研究	44
第 5 節 小括.....	46
第 3 章 訪問介護員のコミュニケーション行動におけるフォーマティブ・リサーチ(研究2)	48
第 4 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力尺度の開発(研究4)	67
第 1 節 訪問介護員のコミュニケーション能力の構成要素抽出を意図した予備的 研究.....	67
第 2 節 訪問介護員のコミュニケーション能力尺度 (CHVS) 構成を意図した横断 研究.....	75
第 5 章 訪問介護員のコミュニケーション能力が及ぼす心理社会的要因の検討 (研究5)	89
第 6 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入方略の開発	108
第 1 節 医療・福祉分野におけるコミュニケーションに関する文献調査.....	110
第 2 節 コンテンツの決定とカリキュラムの配置.....	123
第 3 節 配信方法の決定.....	126

第4節	パイロット検証と調整	131
第7章	訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入の実践と評価	134
第1節	訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラムの介入 (研究7-1)	134
第2節	コミュニケーションスキル・プログラムのプロセス評価 (研究7-2)	144
第3節	小括	157
第8章	総合考察	159
第1節	本研究において得られた知見	159
第2節	本研究の意義	161
第3節	本研究の限界点	162
第4節	今後の検討課題	164
研究業績		168
文献		170
謝辞		192

第 1 章 本研究の目的および意義

我が国では、2016 年をピークに人口が減少し、高齢化が進んでいる。現在、約 60%の高齢者が在宅による介護を望んでいるものの、介護を担う家族は別居している、あるいは老老介護となっているために、在宅における介護が困難な状況にある。厚生労働省(2020a)は、重度要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加することを見据えて、訪問介護、通所介護、訪問看護などの在宅介護サービスの普及促進を図っている。しかし、訪問介護事業所では、介護の担い手である専門職における勤続3年未満の離職率が約 6 割にも上っており、人材の確保と定着が喫緊の課題となっている(介護労働安定センター, 2020)。

厚生労働省(2019)によると、強いストレスが原因となっている精神障害による全職種の労災請求件数は増加傾向にある。職場におけるストレス要因は、職場の物理的な環境、質的・量的な仕事の要求、仕事や組織、職場外における役割の要求、対人関係にかかわる要求など様々である(American Psychological Association, 2003, p. 22)。社会保険・社会福祉・介護分野に限り、この種の労災請求は3年連続で最も多いと報告されている。また、介護職員の離職事由を見ると、「職場の人間関係」が、2012年度から8年にわたり最上位に位置している(介護労働安定センター, 2015)。

介護分野のストレスによる疾病が、職場の人間関係によるものであるとは一概に言えないが、「職場の人間関係」が、長期にわたり、最も多い離職の理由であることは注視しなければならない。訪問介護員の離職率は事業所によって2極化しており、人材の定着には事業所の人事管理が重要な鍵を握る(堀田, 2006)。「職場の人間関係」の構築には、職場におけるコミュニケーションが重要である。そのため、良質で安全なケアの提供のみならず、多職種との連携を円滑に行うためには、コミュニケーション能力の強化が不可欠である。

訪問介護事業における人材定着の取り組みとして、雇用管理の改善や従業員の能力開発などが行われている(例:堀田, 2009; 八巻, 2015)。訪問介護員に求められる能力は、食事介助、排泄介助、調理、掃除、買い物、健康チェック、緊急対応、説明、関係構築、情報収集と判断、協働、と多岐にわたる内容が求められる(堀田, 2006)。加えて、訪問介護で

第1章

は、利用者の実生活に配慮した形でのコミュニケーションが行われる。すなわち、利用者家族の精神的支援、親族間の関係調整（佐藤・大木・堀田，2006，p. 37，p. 43），ケアマネジャーとの連携（広瀬・杉山，2015），医療従事者との多職種連携（鶴・津川，2018）といった多くの場面でコミュニケーション能力が求められるのである。利用者や同僚との人間関係は、訪問介護員の「やりがい感」に影響を及ぼす（八巻，2015）。良好な人間関係の構築は、良質な介護支援に関係し、円滑な職務遂行，離職予防および精神的健康の保持・増進に重要な要素と言える。従来の研究では、研修による早期離職の抑制とコミュニケーションの活性化による定着率の改善が報告されている（花岡，2010）。しかし，職務に即したコミュニケーション能力の向上に向けた具体的な施策は明らかにされていない。また，コミュニケーション能力の強化が精神的健康の保持・増進にどのような効果をもたらすのかについては十分な研究がなされていない。そのため，本研究では，訪問介護員の精神的健康の保持・増進と定着率改善のため，コミュニケーション能力の強化による心理社会的効果を明らかにする。

第1節 本研究の目的

本研究の目的は，訪問介護員のコミュニケーション能力の強化による心理社会的効果を検討することである。我が国は，本格的な超高齢社会を迎え，高齢者の需要に合わせて，地域医療・福祉のサービスが多様化している。医療・福祉サービスの多様化に伴い，医療・福祉従事者が連携・協働する場面も増加している。多職種の連携・協働により，安全かつ良質な看護・介護支援を提供するためには，職員同士のコミュニケーションが不可欠である。コミュニケーションは，送り手と受け手が同じルールに基づきメッセージのやり取りをすることが求められる。多職種連携・協働には，安全かつ良質な看護・介護支援を提供するための共通するルールが必要である。共通するルールを理解し，その上でコミュニケーションを取らなければ，誤解が生じ，良好な人間関係を構築することはできない。医療・福祉分野においては，職員によるコミュニケーションの欠如は，安全かつ良質な看護・介護支援の提供および職員の精神的健康に多大な支障を来す。コミュニケーションの活性化は，「健康経

第1章

営」でも謳われているが、実際にコミュニケーションの活性化がどのような恩恵をもたらすのかは十分に明らかにされていない。本研究では、医療・福祉従事者の中でも、益々需要が高くなっている訪問介護員に焦点をあて、コミュニケーション能力の強化がどのような心理社会的効果を生むか検討することを目的とする。具体的には、訪問介護員のコミュニケーション能力を測定するための尺度を開発し、心理社会的変数を用いて評価を行う。さらに、コミュニケーション能力の強化による心理社会的効果をもたらすかを検討するために、探索的にコミュニケーションスキル・プログラムを開発し、評価を行う。

第2節 本研究の構成

本研究の構成を図1-1と図1-2に示す。本研究は、第1章から第8章、研究1から研究7で構成している。各章の概要は以下の通りである。

第2章 医療・福祉分野の変貌と課題に関する実態調査

第1章については、すでに本研究の目的および意義について記述した。第2章では、我が国において、急激に進行する超高齢社会に伴う医療・福祉分野の実態調査を行う。職場環境を俯瞰できる管理者層のインタビュー調査により、就労環境の変貌と介護職員の精神的健康と人間関係を管理するための課題を検討し（研究1）、特に課題とされている、人間関係の管理にかかわるコミュニケーションスキルを題材とした先行研究を調査し、本論文の目的を設定する。

第3章 訪問介護員のコミュニケーション行動におけるフォーマティブ・リサーチ

第3章では、訪問介護員のコミュニケーション行動の特徴を調査し、人間関係にかかわる課題や悩み並びに必要な職場支援の在り方について検討することにより、訪問介護員のコミュニケーションコアとなるスキルを特定する（研究2、研究3）。

第4章 訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力尺度の開発

第4章では、第3章で明らかにした訪問介護員のコミュニケーションにおけるコアスキルを基に、訪問介護員のコミュニケーション能力尺度を開発する（研究4）。

第 5 章 訪問介護員のコミュニケーション能力が及ぼす心理社会的要因の検討

第 5 章は、第 4 章で開発した訪問介護員のコミュニケーション能力尺度（CHVS）を用いて、コミュニケーション能力が及ぼす心理社会的変数と離職意図の関連を調べる（研究 5）。

第 6 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入方略の開発

第 6 章では、コミュニケーション能力尺度を用いて、コミュニケーション能力と心理社会的変数の関係について、さらなる検討を行うために、コミュニケーションスキル・プログラム介入方略を開発する（研究 6）。コミュニケーションスキル・プログラム介入方略は、医療・福祉従事者を対象としたコミュニケーションの教材や文献および本研究の研究 3 から研究 5 により明らかになった結果に基づき構成する。

第 7 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラムの実践と評価

第 7 章では、探索的研究として、第 6 章で開発したコミュニケーションスキル・プログラム介入方略を用いて、コミュニケーション能力の強化による心理社会的効果を検証する。第 1 節では介入方略の実践とアウトカム評価（研究 7-1）を、第 2 節ではプロセス評価（研究 7-2、研究 7-3）を行い、第 3 節では、小括として、本研究における介入方略の実践と評価について整理する。

第 8 章 総合考察

第 8 章では、本研究全体の総合考察として、本研究より得られた知見を総括し、訪問介護分野におけるコミュニケーション能力の強化と職場支援における検討課題について議論する。

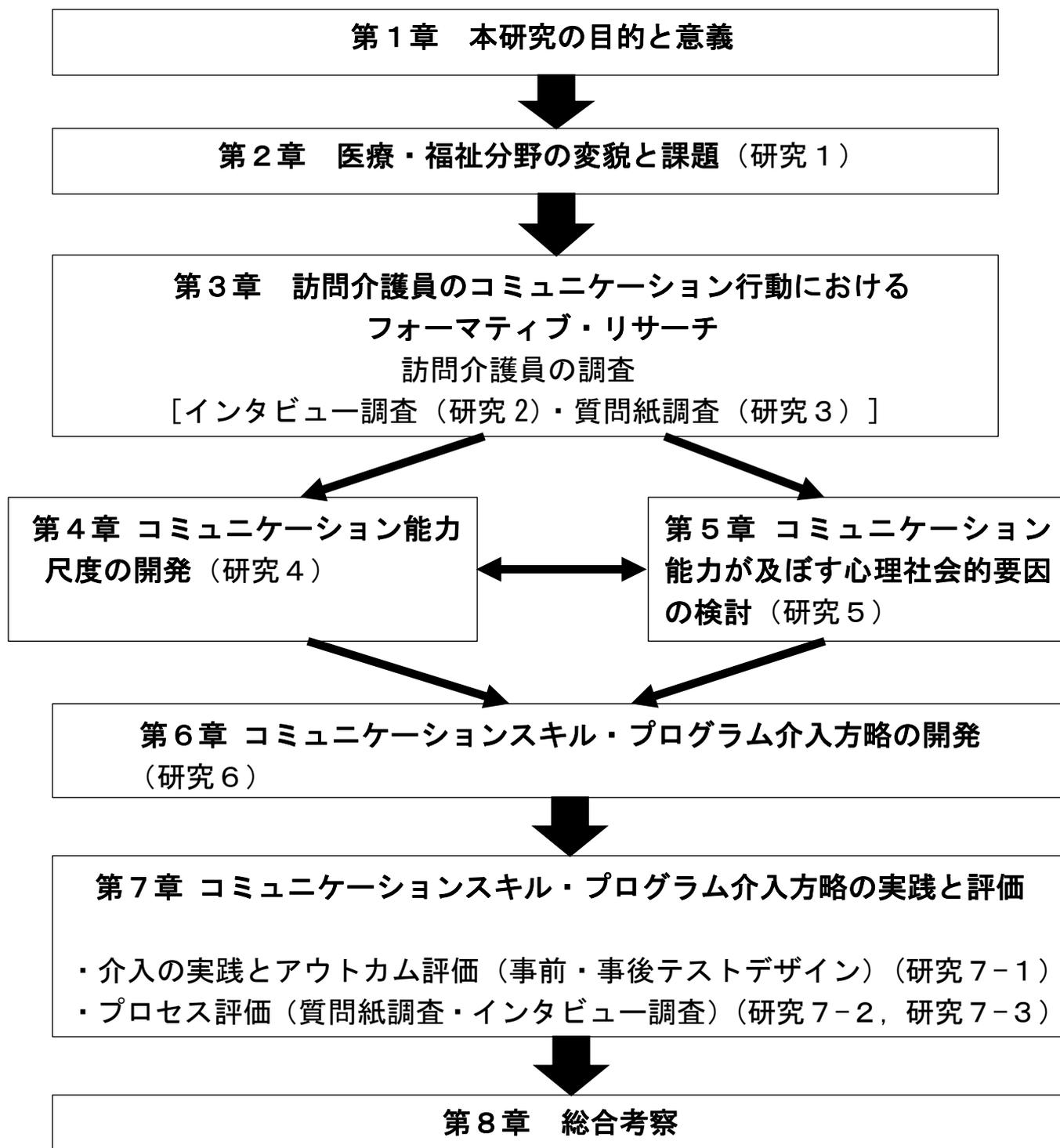


図 1-1. 本研究におけるコミュニケーション能力強化と心理社会的効果の検討に関する概要

第 1 章 本研究の目的および意義
第 1 節 本研究の目的 第 2 節 本研究の構成 第 3 節 本研究の意義 第 4 節 本研究の主要な用語の定義
第 2 章 医療・福祉分野の変貌と課題
第 1 節 医療・福祉分野の変貌と介護職員の精神的健康 第 2 節 多様な就労環境に求められる人間関係の管理とソーシャルサポートの検討（研究 1） 第 3 節 訪問介護サービスの需要増と課題 第 4 節 医療・福祉分野におけるコミュニケーションスキルに関する先行研究 第 5 節 小括
第 3 章 訪問介護員のコミュニケーション行動におけるフォーマティブ・リサーチ（研究 2・3）
第 4 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力尺度の開発（研究 4）
第 1 節 訪問介護員のコミュニケーション能力の構成要素抽出を意図した予備的研究 第 2 節 訪問介護員のコミュニケーション能力尺度（CHVS）構成を意図した横断研究
第 5 章 訪問介護員のコミュニケーション能力が及ぼす心理社会的要因の検討（研究 5）
第 6 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入方略の開発（研究 6）
第 1 節 医療・福祉分野におけるコミュニケーションに関する文献調査 第 2 節 コンテンツの決定とカリキュラムの配置 第 3 節 配信方法の決定 第 4 節 コミュニケーションスキル・プログラムにおけるパイロット検証と調整
第 7 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入の実践と評価
第 1 節 コミュニケーションスキル・プログラムの介入とアウトカム評価（研究 7-1） 第 2 節 コミュニケーションスキル・プログラムのプロセス評価（研究 7-2・研究 7-3） 第 3 節 小括
第 8 章 総合考察

図 1-2. 本研究の構成

第 3 節 本研究の意義

訪問介護の現場において、良好な人間関係の構築、円滑な職務遂行、離職予防および精神的健康の保持・増進には、コミュニケーション能力の強化が必要である。職員のコミュニケーション能力にかかわる、介護現場の人間関係の問題には、介護職員間の人間関係によるストレスに加えて、多職種のチームアプローチで生じる職種間の理解と連携不足などによる精神的ストレスが指摘されている（林他，2011）。益々需要が高まる訪問介護において、訪問介護員がコミュニケーション能力を身につけることにより、訪問介護サービスの質を高め、円滑なる人間関係と多職種との連携を構築し、引いては職員自身の精神的健康の維持の実現に繋がる。

第 4 節 本研究の主要な用語の定義

第 1 項 訪問介護員の定義

「訪問介護」の歴史は長い。以下、堀田(2006, pp. 21-23)によれば、ホームヘルプサービス（訪問介護）は、1956 年に「家庭養護婦派遣事業」として臨時雇用の家庭養護婦派遣に端を発し、社会のニーズに合わせて派遣事業は変化してきた。1963 年には、「老人福祉法」の第 12 条において家庭奉仕員（今日のホームヘルパー、すなわち訪問介護員を指す）が明文化され、在宅福祉事業が国の施策として確立された。その後、社会情勢や利用者のニーズに合わせ、その都度事業内容も見直される。具体的には、対象条件の拡充、奉仕員の大幅な増員、パート勤務や時間給制の導入、訪問派遣回数や時間が増加された。1989 年には、「高齢者保健福祉推進十か年戦略（通称：ゴールドプラン）」が導入され、緊急に整備すべき施設と在宅サービス数値目標が定められた。またその頃から、ホームヘルパーという名称が用いられるようになった。1990 年には、福祉関係八法の改正により、都道府県と市町村に老人保健福祉計画策定を義務づけ、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービスは、在宅福祉三本柱として老人福祉法に法定化された。その後、段階別研修システムが制度化され、体系的なヘルパーの養成と大量の人員確保が積極的に行われた。1997 年 12 月の介護保険制度成立、2000 年 4 月からの実施を機に、ホームヘルパーは、「訪問介護員」と呼ばれる。

介護保険制度では、特定非営利活動法人や民間営利企業等、多様な介護サービスを供給する機関の参入がはかられ、サービスの供給は利用者と事業者の直接契約による民法上の契約制度に移行した。この制度をきっかけとして、ホームヘルプサービスも都道府県の指定を受けたサービス提供事業者と利用者が直接契約を結ぶこととなった。介護保険制度制定までは、家政奉仕の意味合いが強かった在宅介護は、より専門職としての意味合いが強くなっており、福祉分野の職業選択の一つとなった。

訪問介護と訪問介護員の名称は、サービス提供機関によって、ホームヘルプとホームヘルパーと呼ばれている。「訪問介護」とは、訪問介護員などが利用者（要介護者など）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事などの介護、調理・洗濯・掃除などの家事などを提供する業を指す（厚生労働省，2017）。また、厚生労働省（2017）の定義によれば、「訪問介護員など」とは、介護福祉士，実務者研修修了者，介護職員初任者研修修了者，旧介護職員基礎研修修了者，旧訪問介護員1級または旧2級課程修了者をいう。本研究では、「訪問介護」と「訪問介護員」の定義について、厚生労働省で定めている「訪問介護」と「訪問介護員など」の定義に則ることとする（厚生労働省，2020b）。

第2項 本研究における「コミュニケーション能力」の定義

コミュニケーション 「コミュニケーション」という用語は広義である。そのため、本研究の訪問介護員における「コミュニケーション能力」について言及するためには、さらに狭義な定義づけが必要である。訪問介護員が業務を行う上で求められる「コミュニケーション」とは、利用者や利用者の家族と行う言語的・非言語的行為と、訪問介護を成功裏に収めるために必要な同僚や他職種との連携に必要な行為となる。したがって、本研究における「コミュニケーション」は、訪問介護に伴って発生する、言葉によるものと言葉によらない方法を用いた双方向による情報の送受信、と定義する。

コミュニケーション能力 コミュニケーション能力を表す用語には、ソーシャル・スキル，コミュニケーション・コンピテンシー，コミュニケーションスキルがある。本研究文における「コミュニケーション能力」の意味を明確にするために、コミュニケーション能力の下位

概念として、ソーシャル・スキル、コミュニケーション・コンピテンシー、コミュニケーションスキルのそれぞれの定義を行う。

ソーシャル・スキル ソーシャル・スキルを表す用語は、臨床から教育現場まで多岐にわたり使用されており、その定義は研究者によって異なる (Mueser & Bellack, 1998; 安達, 2013)。相川(1996)は、ソーシャル・スキルを、「対人場面において、個人が相手の反応を解釈し、それに応じて対人目標と対人反応を実行するまでの循環的な過程」と定義している。一方、藤森(2002)は、ソーシャル・スキルを、「さまざまな社会的状況において適切に対応することができ、他者との人間関係を円滑にすすめることのできる能力や技能」としている。前者は「循環的な過程」、後者は「さまざまな社会的状況において適切に対応する」とあり、送り手と受け手の間における流動的な事象に対する適した反応や対応を表している。このように相互作用の解釈における相違が、定義づけを困難にしている (安達, 2013)。

ソーシャル・スキルの定義には、共通して見られる特徴もある。具体的には、(1)表出がポジティブな「望ましい」スキル (例えば、相手と仲良くする・会話を持続させるなど)、(2)行使頻度が高いほど、スキルが高く、社会的適応と関係する、(3)社会的スキル時における状況・行使する相手との関係性についてはあまり問わない (石井, 2007)、ことがあげられる。ソーシャル・スキルは、円滑なコミュニケーションを可能にし、良好な人間関係を展開する要因として多数報告されている (大坊, 2012, p. 173)。

しかし、「望ましい」とされているコミュニケーションスタイルを高頻度を使用することが本質的なコミュニケーション能力を表すのかについては疑問視されている (Trower, Bryant, & Arygyle, 1978; 石井, 2007)。石井(2007)は、「望ましいとされるスキル」を高頻度を使用することで、コミュニケーション能力が高いと評価をすることは、日常の対人場面におけるソーシャル・スキルの評価として自然ではないことを指摘している。つまり、日常生活で高次な社会性が要求される対人場面では、コミュニケーション能力を示す用語として、ソーシャル・スキルは適していないことを示唆している。

訪問介護の利用者は、性別、年齢、生活様式、状態、家族形態など、多種多様である。そ

のため、臨機応変に利用者に適した対応が求められる。また、訪問介護職員は、利用者の家族や親戚、さらに同僚や医療関係者とも連携を密にする必要がある。つまり、訪問介護員の高次の対人スキルが求められている。したがって、表面的とも言えるソーシャル・スキルの観点による、訪問介護職のコミュニケーション能力強化のプログラム開発には限界がある。

コミュニケーションコンピテンシー コンピテンシーは、人材の能力を推し量る概念として用いられているが、その定義については確立されていない(種村他, 2015)。これまで言及されてきたコンピテンシーの定義を表 1-1 に示す。共通して見られるところは、高業績に繋がる特性という点および高業績を生み出す根源的な特性を意味する点である(加藤, 2011)。

コミュニケーション・コンピテンシーという用語について、Lynch (1977) は、教員に求められる能力のうち最も重要な能力という意味で、「communicative competence」という用語を用いている。具体的には、個人レベルにおいて、自らの行動と他者の行動の結果を予測し、一方、社会レベルにおいては、説明、例示、解明するために必要な能力としている。Quick & Macik-Frey (2007) は、健康な人(healthy individuals)の特性において、「他者とのつながりの質」に必要な要素の一つとして、コミュニケーション・コンピテンシーをあげている。Macik-Frey, Quick, & Quick (2005) は、コミュニケーション・コンピテンシーについて、職場におけるポジティブな対人関係やソーシャルサポートの構築に寄与するとしている。鶴・津川(2018) は、コミュニケーション・コンピテンシーは、メッセージの授受について、情緒、個人、私的な誠実性、個人の違いにおける深い感謝の気持ちについてよく理解することと関係し、言語によるまたは言語によらないスキル以上のものとしている。つまり、「コミュニケーション・コンピテンシー」という用語は、コミュニケーション行動の中でも深層に位置する抽象レベルが高い概念で、望ましい能力の明確化が困難である。そのため、本研究における「コミュニケーション能力」を示すのは適切ではない。

表 1-1. コンピテンシーの定義

出所：武村（2014）と 種村他（2015）を基に筆者作成

研究者	定義 (またはそれに準ずる記述)	含まれる要素
McClelland (1973)	パーソナリティ変数	コミュニケーションスキル, 忍耐, 適切な目標設定, 自己開発
McLagan (1980)	効果的な職務業績の根底にある知識やスキル	知識, スキル, 態度, 知的戦略
Boyatzis (1982)	ある職務において, 効果的かつ(もしくは)卓越した業績という結果を生む人の根源的特性	動因, 特性, 自己イメージ, 態度, 価値観, 知識, スキル
Spencer & Spencer (1993)	ある職務または状況に対し, 基準に照らして効果的, あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性	動因, 特性, 自己イメージ, 知識, スキル
加藤(2011)	行動によって見極められる(知覚される)動機、自己効力感、思考、スキル、知識などを含む総合的な能力の概念であり、高業績につながると予測される能力	動因, 自己効力感, 思考, 知識, スキル
鶴・津川 (2018)	専門職業人がある状況で専門職業人として業務を行う能力(知識、技術の統合に加えて倫理観や態度も含む)	知識, スキル, 倫理観, 態度

コミュニケーションスキル コミュニケーションスキルの定義について触れている先行研究はほとんど見られない。コミュニケーションスキルの捉え方は、コミュニケーションの「技術」と捉える立場と「能力」と捉える立場、あるいは「プロセス」とする立場もあり、一定に定まっていない（大坊，2012）。藤本・大坊(2007)は、状況に応じた次元の異なる概念でコミュニケーションを捉え、文化・社会・対人・自己のレベルと社会・文化にまつわる状況の特有性・スキルが対象とする多様性を軸として、状況の数に合わせて対人コミュニケーションを説明するスキルの扇モデルを提唱している。スキルの扇モデルは、コミュニケーションに必要な基本スキル（自己統制，表現力，解読力）と対人スキル（自己主張，他者受容，関係調整）で構成される。この「コミュニケーションスキル（直接的コミュニケーション）」を土台とし，その上にソーシャル・スキル（社会的相互作用），最上位にストラテジー（文化や社会への交流・適応）が位置する階層構造と考えられている（藤本・大坊，2007）。Di Salvo (1980) は，コミュニケーションスキルについて，傾聴，記述，口語的報告，動機づけ/説得，対人スキル，情報の聞き取り，小グループの問題解決と説明している。また，米国における法律用語の定義では，対人コミュニケーション(international communication skills)について，個人の対面レベルにおいて1名または2名の間で行われるコミュニケーションとされている（Lolli, 2013）。両者とも「スキル」に関しては言及していないが，いずれも直接的な対人コミュニケーションを指しており，藤本・大坊(2007)による「直接的なコミュニケーション」の概念と一致している。

以上より，ソーシャル・スキルは，日常生活における対人場面には適さない概念であり，コミュニケーション・コンピテンシーは，コミュニケーションの根源にかかわるものから表出するスキルも含む広義な概念であることが理解できる。本研究の目的は，訪問介護員のコミュニケーション能力の向上を目的とした介入を行うことである。訪問介護員のコミュニケーションは，訪問介護員が対人支援で必要な繊細かつ複雑な「スキル」が求められる。そのため，本研究文における「コミュニケーション能力」には，対人に対する直接的なコミュニケーションを意味する，「コミュニケーションスキル」を採用する。

第2章 医療・福祉分野の変貌と課題

第2章では、医療・福祉分野の変貌が介護職の現場に与える影響と課題に関する調査を行い、本研究における問題点を明らかにし、本研究における目的を示す。第1節では、介護職員の精神的健康への影響と雇用管理および職場の支援体制に関する文献調査を行う。第2節では、介護職が抱える課題と現場で行われている工夫に関して実態を調査する。第3節では、医療・福祉サービス事業の変化に伴う訪問介護サービスの課題について整理する。第4節では、第3節で行った文献および実態調査の結果を踏まえて、第4節では医療・福祉分野に求められるコミュニケーションスキルとコミュニケーションスキルがもたらす心理社会的効果に関する文献を調査する。第5節の小括において本研究の目的を明らかにする。

第1節 医療・福祉分野の変貌と介護職員の精神的健康

我が国では、急激に進行する社会の高齢化を背景に、介護事業の現場は大きな変化が生じている。高齢者福祉サービス事業は、高齢者のニーズにあった介護サービスを提供するべく、度重なる介護保険法改正が行われ、介護保険サービスは多岐にわたるようになった（赤堀，2009）。2006年に改正された介護保険法によれば、表2-1に示す通り、高齢者施設・事業所数は、地域密着型介護予防サービス導入によって大幅に増加している。この介護サービスの変貌は、事業内容に応じた多様な人材（ヘルスケア専門家、非常勤職員、パートなど）がかかわる場面が多くなってきたことを示しており、従来閉ざされていた職場環境が、縦割の関係性から多職種連携を必要とする横割の関係に変化してきたことを表している。従来の研究においても、社会情勢の影響による職場環境の変化によって、仕事量が増加し、加えて人間関係の問題が従業員の精神的健康に影響を与えていることが示唆されている（林・小林・鈴木・曾根・縄井・澤田・佐藤・深谷・関・長島・池田・宮崎，2011；荒記・川上，1993）。

表 2-1. 介護サービス施設・事業所の変化

平成17年度	(件数)	平成28年度	(件数)
居宅サービス事業所		介護予防サービス事業所	
訪問介護	20,618	介護予防訪問介護	34,113
通所介護	17,652	介護予防通所介護	41,448
		介護サービスの事業所	
介護保険施設		訪問介護	
介護老人福祉施設	5,535	通所介護	23,038
介護老人保健施設	3,278	地域密着型通所介護	21,063
		介護保険施設	
		介護老人福祉施設	7,705
		介護老人保健施設	4,241
		介護療養型医療施設	1,324

厚生労働省 平成17年・平成28年度「介護サービス施設・事業所調査の概要」より筆者が一部引用・抜粋

多職種連携に伴うストレス

医療技術の進歩、少子高齢化の進展、生活の多様化などによる福祉領域の拡大により、医療・福祉分野は密接に重なり合う場面が増えている（北爪・勅使河原，2019）。介護現場の多職種協働におけるストレスに関する研究では、介護職員間の人間関係によるストレスに加えて、多職種のチームアプローチで生じる職種間の理解や連携の不足などによる精神的ストレスが指摘されている（林他，2011）。介護職員を対象にして心電計と唾液収集を用いたストレス反応の研究（豊島，2018）では、医療系職種（医師，看護師，薬剤師，管理栄養士，理学療法士，作業療法士など）との多職種連携時に、有意に高いストレス値を示すことが確認されている。特に、看護師，薬剤師，医療職とのかかわりにおいては、短時間に極めて高いストレス反応を惹起していた。これらの結果を踏まえ、意見交換など多職種との連携に慣れる教育の必要性が指摘されている（豊島，2018）。

こうした多職種の連携、特に医療系専門職との関係における介護職員の課題は、彼ら自身に内包する葛藤に一因があるとされている。金原(2016)は、介護職員自身が内包する「能力葛藤」（専門職種としての教育課程の短さや資格の質のばらつきにより、他の職種に対して劣等感を生じやすいこと）および「性格葛藤」（専門職としての歴史の浅さや教育年限の少なさから生じる、自律性の低さや所属する職業集団についての評価も低いという特性があること）をあげ、その結果として、医療系専門職との関係性を困難にしていると指摘している。また、これらの葛藤が、様々な職種と接点を持つ場面において、自分の所属する組織や領域の評価を自ら下げ、受動的な行動をとってしまうという可能性も示唆している。

このように、多職種連携・協働が、介護職員に何らかの心理的負担を与えており、多職種連携・協働による心理的負担は、一個人の問題解決ではなく、人間関係の管理などの組織的な働きかけが必要である。以下では、介護職員の精神的健康に向けた職場支援（ソーシャルサポート）に関する文献を検討する。

ストレスとソーシャルサポート

介護職員のストレスにおいてソーシャルサポートの役割や機能を検討した研究も見られ

第2章

る。森本(2006)は、先行研究で用いられてきた職務性ストレスモデルを整理し、個人差要因、仕事外要因、ストレス対処資源要因によって、ストレス反応が緩和することを示した。森本(2006)は、この結果を基に、職業場面の実情に沿った精神的健康維持方略として、ストレス反応を緩和する資源要因の活用、つまりコーピングおよびソーシャルサポートなどの活用を奨励している。

宇佐美・高尾・赤羽(2018)は、高齢者施設の介護職員666名を対象に、職員のストレスサー(「利用者とのコンフリクト」「上司とのコンフリクト」「仕事の量的負荷」「同僚とのコンフリクト」)を明らかにした上で、ストレスを軽減する要因を職員のストレスサー評価尺度を用いて検討した。その結果、上司からのサポートは、全てのストレスサーを低減し、身体的なストレス反応へも直接的に低減していた。また、同僚からのサポートは、同僚との意思疎通や意見のすり合わせに効果をもち、同僚とのコンフリクトの低減を介して心理的なストレス反応を低減していた。つまり、ソーシャルサポートは、利用者対応や仕事の量的負荷の軽減、心身のストレス反応における直接的な負荷の軽減に効果をもたらす(宇佐美・高尾・赤羽, 2018)。

Woodhead, Northrop, & Edelstein(2016)は、長期滞在型施設の介護職員250名を対象として、仕事要求度-資源モデル(job demands-resources)を用いて、仕事の要求度(職務ストレス)、仕事の資源(ソーシャルサポートの資源と機能)およびバーンアウト(情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感)の関連を検証した。「バーンアウト」を目的変数、「仕事の要求度(職務ストレス)」「仕事の資源(ソーシャルサポートの資源と機能)」を説明変数とした重回帰分析の結果、「仕事の要求度」は「情緒的消耗感」「脱人格化」と正の効果、「個人的達成感」と負の効果があった。また、「上司からのサポート」「同僚・友人・家族からのサポート」「サポートの種類(ガイダンス、価値観の担保など)」は、「情緒的消耗感」「脱人格化」と負の効果、「個人的達成感」とは正の効果有意を示した。そのため、現場への応用としては、ソーシャルサポートを促進するような管理者を対象とした研修を提供したり、一方で、介護職員へは友人等の仕事以外のネットワーク構築を促進する働きかけが

必要である (Woodhead, Northrop, & Edelstein, 2016)。

これらの研究では、上司・同僚からのサポートが、人間関係のストレスやバーンアウトの低減に繋がるという、職場の支援体制が重要であることを指摘している。しかし、介護職員の職責、保有の専門資格などの職務内容や役割の相違を考慮した見解は見られていない。組織的ソーシャルサポートを検討するためには、医療・福祉専門家が連携・協働する複雑性を理解する必要がある。したがって、実際に、介護分野ではどのような組織的施策が行われているかを検討する。

雇用管理と精神的健康

従来、介護分野の従業員を対象にした雇用管理における職場支援の研究が見られている。特に、人材不足への対策としては、性別・年齢・多様な社会的背景を持つ人材の確保と定着が重要であることが叫ばれている (榎本, 2019; 奥村, 2001)。人材定着の施策では、継続的な教育・研修の必要性 (大和・立福, 2013), 職務満足感ややりがい感の向上 (小木曾・樋田・今井・安藤, 2017; 八巻, 2013), 職務満足感の促進と環境の整備 (植田・坂本・平田, 2008) などの介入内容があげられている。しかし、いずれの研究でも、人材確保や定着を目的としているものの、管理層の職員の間関係の管理の実態を明らかにしている研究はない。堀田 (2009) は、雇用管理に関する研究について、賃金に焦点を当てたものはあるが、介護の労働特性や職場特性、雇用管理などに対して言及されていないことを指摘している。他方、職員の精神的健康を目的とした雇用管理のアプローチでは、職場の支援体制 (上司・同僚による仕事上の相談や個別指導) の整備 (Thomas & Lankau, 2009; Chen & Chen, 2018), 教育機会の提供、意志決定の参加が、職員のもつべき資源の向上 (レジリエンスや自己効力感など)、さらにストレスやバーンアウトのリスクを低減することが示唆されている (矢富・中谷, 1991; 矢富・中谷・巻田, 1992)。また、介護業務の作業・職業の特殊性に対する組織の対応 (処遇, 仕事の要求度や役割, 技術的裁量の度合い) (富永・中西, 2019) や、部下への情報伝達におけるシーダーシップの在り方 (宇良・矢富・中谷, 1995) が、介護職員の精神的健康保持に作用する可能性も報告されている。つまり、雇用制度、教育制度、

精神的健康の配慮などといった、多角的な職場支援体制の構築は、健康経営においても管理職層の重要な役割と言える。

第2節 多様な就労環境に求められる人間関係の管理とソーシャルサポートの検討(研究I)

前述の通り、介護保険事業の変容は、職場環境の多様化を加速している。多様化した職場では、考え方や価値観の違いから人間関係の問題が生じやすい。職場における良好かつ建設的な人間関係の構築には、管理層の職員が主導し、環境変化に耐えうる職場体質を創出することが鍵となる。しかしこれまで、管理層の職員を対象に、人間関係の管理の実態を明らかにした研究は十分に存在しない。そこで第2節では、「多様化した介護分野の現場において、どのような人間関係の管理とソーシャルサポートが求められているか」をリサーチクエスチョンとして質的調査を行う。最初に、(1)「管理層の職員における課題と課題克服のための工夫」について質的調査を行い、次に質的調査の結果を解釈するために、(2)「管理層の職員が重要と考える資質」について探索的な量的調査を行う。量的調査では、職場の人間関係の管理において、どのような資質を活用しながら業務にあたっているかという視点で人間関係の管理の実態を探る。最後に、(1)と(2)の結果を用いて、(3)「多様な就労環境に求められる人間関係の管理とソーシャルサポート」について検討する。なお、本研究における管理層の職員とは、施設長、マネージャー、リーダー、チーフ、主任、室長およびそれぞれのサブリーダーなどを指し(補佐的役割の職員も含む)、部下を持つ部署またはチームの運営責任を持つ者を示す。また、「人間関係の管理」は、業務遂行・運営に必要な人間関係の安定をはかる人的管理のことを示す。

方法

研究デザイン

本研究では、インタビュー調査と質問紙調査を基に両データの解釈を行う。この手続きを採用する理由は、定性的調査と定量的調査を組み合わせることで、幅広い知見を獲得し、両アプローチによる結果の妥当性を検証するところにある(Flick, 2011; Creswell, 2015 抱井訳 2017)。

研究参加者

研究参加者(以下「参加者」とする)は、便宜的サンプリング、すなわち筆者と面識のある高齢者施設の経営者、により選定された。東京都に所在する高齢者施設 10 箇所の理事長または施設長にインタビュー調査および質問紙調査の協力依頼を行い、10 施設中 4 施設 (A・B・C・D) から調査協力の同意を得た。参加者とインタビュー日程の選定は、それぞれの理事長および施設長が決定した。その結果、管理層の職員(施設長・主任・副主任・チーフなどのリーダー職担当のもの)、合計 54 名より研究参加の同意を得た。参加者は全て管理層の職員であり、複数の資格を保有していた。なお、参加者の 9 割は、筆者と初対面であった。参加者の属性は、表 2-2 に示す。

表 2-2. 参加者の属性

施設規模 (病床数)	スタッフ 構成	参加者数 (性別内訳人数) 注)M=男性, F=女性	平均年齢 (標準偏 差)	平均勤続 年数 (標準偏差)	保有資格 (人数) 注)複数の資格を保有する者あり	施設の種別 (人数)	雇用形態	役職 (人数)
A 100	常勤職員 (38) 非常勤職員 (73)	17(M=6, F=11)	46.10 (8.74)	18.24 (8.36)	介護福祉士(12) 介護支援専門員(6) 社会福祉士(3) 栄養士(2) 看護師(1) 調理師(1) 精神保健福祉士(1) 公認心理師(1)	通所介護(4) 認知症対応型通所介護 (4) 居宅介護支援事業(2) 特養(1) 地域包括センター(1) 訪問介護(1)	正規職員	リーダー(7) 主任(6) 室長(1) 訪問介護管理者(1) サービス提供者(1) 施設長(1)
B 29	常勤職員 (13) 非常勤職員 (13)	4(M=2, F=2)	46.12 (7.22)	13.33 (4.76)	介護福祉士(4) 社会福祉士(2) 介護支援専門員(3)	特養(1) 地域包括支援センター(1) グループホーム(1)	正規職員	リーダー(3) 施設長(1)
C 70	常勤職員 (15) 非常勤職員 (15)	7(M=5, F=2)	37.00 (5.29)	15.71 (4.34)	介護福祉士(6) 社会福祉士(4) 介護支援専門員(4) 言語聴覚士(1) リフトインストラクター (1)	特養(4) 通所介護(2) 短期入所(2)	正規職員	介護主任(1) チームリーダー(1) サービスマネージャー(2) 主任(1) 支援室主任(1) リハビリ主任(1)
D 46	常勤職員 (13) 非常勤職員 (13)	26(M=14, F=12)	41.12 (9.42)	16.23 (5.79)	介護福祉士(21) 社会福祉士(15) 介護支援専門員(20) 言語聴覚士(1) リフトインストラクター (1) 看護師(1)	特養(18) 通所介護(3) 短期入所(3) 訪問介護(1) デイサービス(2) 地域包括支援センター (4) 居宅介護支援(1) ホームヘルプ(1) グループホーム(2)	正規職員	主任(9) チームリーダー(2) セクションマネージャー(3) ケアマネージャー(2) 園長(1) 副センター長(1) 副主任(2) 管理者(1) リーダー(3) 施設長(2)
合計		54 (M=27, F=27)	41.96 (8.74)	16.63 (6.12)				

調査期間と手続き

調査期間は、2019年6月から2019年8月末の同時期に、フォーカス・グループインタビュー(Focus Group Interview: 以下「FGI」と略する)および質問紙調査を実施した。

FGIは、参加者に対し、インタビューガイドにそって実施した。FGIでは、施設長が定めた会議室を使用し、いずれも長机を長方形型に配置してインタビュアー(筆者)を囲むような形で行われた。AとC施設以外は、施設長は同席しなかった。いずれの施設も、インタビュー時間は60分～80分であった。D施設に関しては、26名が一度に参加したため、インタビュアー(筆者)が一人一人に共通の質問を行ったり、有志の参加者から順番に回答を求めた。インタビュー内容は、参加者の同意のもと、ICレコーダーに録音をした。

質問内容は、属性(施設規模、雇用形態、性別、年齢、勤続年数、保有資格、所属部署、役職)に加えて、(1)管理層の職員として抱えている課題は何か、(2)管理層の職員が課題克服のために工夫していることは何か、の2点について回答を求めた。FGIでは、自然な形式での聞き取りを意識し、敢えて「人間関係の管理」という用語を使用しなかった。

質問紙調査は、FGIの対象と同じ対象者に対し、FGIを行う前に実施した。質問内容は、「運営または所属している施設(職場)のリーダー職に特に重要と考える資質を選んでください。」であった。質問の回答については、複数回答を可として該当項目にチェック印をつけさせた。回答項目に関しては、経営管理学と医療・介護職の文献(例:辰巳, 2006, Joon Yoon, Hoon Song, Donahue, & Woodley, 2010, 日本社会事業大学, 2011, 内閣府, 2014; 日本経済団体連合会, 2015; Beauvais, 2018)で、共通に見られるリーダー職の資質の中で、代表的なものを抽出した。その後、筆者が所属していた大学院研究室の大学院生、有料老人ホーム経営法人の人事部担当者、労働局認定の介護職員初任者および実務者研修実施NPO法人の講師1名が妥当性の確認をし、現場の業務に即した項目の選定および表現の修正を行った。

質問紙調査(量的調査)の選択項目は次の通りであった。

(a)業務関連: 専門的な知識・能力, 情報伝達力, 危機管理(安全・モラル・健康管理),

企画運営・推進力, 計画性, 問題意識・解決力, 状況把握・判断力, 整理整頓

(b)対人関連: 人間関係の調整力, コミュニケーション力, 周囲への配慮, 指導・育成
力, 傾聴力, 情報・資源 (仕事をするための情報や人的ネットワークなど)

(c)個人的資質: 体力, 自己統制力 (忍耐力や抑止力), 自信・プライド, 人間力 (明る
さ・魅力的), 発想・創造力, 成長・発達志向, 誠意・熱意, 学習意欲・向上心

(d)ソーシャルサポート: 組織的支援 (採用・評価・訓練), 情緒的支援 (メンターなどの
存在)

データ分析

質的調査分析 データ分析は, Mayring の要約的内容分析法 (Mayring, 2010, Kuckartz, 2018, pp. 81-84) を採用した。要約的内容分析法の手順に沿って, (1)リサーチクエスチョンにもとづいてカテゴリー構築の目標を定め, (2)カテゴリーの細分化の程度を決定し, (3)抽象化のレベルを設定した後, (4)テキストを参照にしながらカテゴリーを構築, さらに(5)必要に応じてカテゴリーを再構築して, 最終的に(6)カテゴリー・システムを確定した (Kuckartz, 2018, pp. 81-84)。

最初に, 参加者の同意を得て録音したインタビュー内容の逐語録を作成した。次に, 課題と課題克服のために工夫している内容について, 対象者の言葉を損なわないように意味単位で抽出した。その後, コード化し, 小カテゴリーを生成した。つづいて, 対象ごとに類似すると判断したコードを集め, 類似性・相違性を比較・検討しながら分類を行い, 抽象度を上げて中カテゴリーを形成した。カテゴリー化の過程および結果については, 人文社会系分野で博士号の学位を取得した教員2名 (キャリア開発を専門とする教員1名, 介護分野の人材育成を専門とする教員1名) により妥当性の確認を行った。名義尺度データにおいては, 測定者間の Cohen κ 係数を算出し, 課題 ($\kappa = .741$) および工夫 ($\kappa = .531$) とも, 中程度から高程度の一貫性が認められた。一致しなかった項目に関しては, 測定者間で十分議論の上, 再カテゴリーまたはカテゴリー名の修正を行った。

量的調査分析

質問紙調査の結果は、複数回答の単純集計を行った。質問紙調査票は、当該施設長を通して配布し、対象者 54 名うち全ての職員 54 名から回答（有効回答率 100%）が得られた（表 2）。

倫理的配慮 上記の調査については、調査目的・対象・手法に関しては、早稲田大学倫理審査委員会より承認（2018-295）を得た。

結果

質的調査

管理層の職員の課題 高齢者施設において「管理層の職員が抱える課題」としてあげられた項目は、「職場環境の多様性」（13 件）、「教育・指導・新人育成」（11 件）、「情報伝達・共有」（8 件）、「人事制度」（8 件）、「業務・人間関係調整」（7 件）、「モチベーションの維持・向上」（6 件）、「職員のメンタルヘルス管理」（3 件）であった。結果は表 2-3 に示す通りであった。以下、それぞれのカテゴリーに沿って結果を述べる。

表 2-3. 管理層の職員が抱える課題

中カテゴリ	小カテゴリ	逐語録(テキストデータ)からの引用箇所(抜粋)
職場環境の多様性(13)	新人の高齢化(2)	<p>「特養の生活サービスは基本的に365日型の仕事で、この職を希望する人材は高齢者(60歳以上)が多く、なかなか新しいことを覚えていくのが難しいため、基本業務を我慢強く指導していくことが必要である。」[1]</p> <p>「幅広い年齢層の職員に、伝えたいこと、伝えなければならないことのバランスを取るのが難しい。伝えるのが難しいので自分でやってしまうとか、伝わらないかもしれないから自分でやってしまうとか考えてしまう。その結果、自分の仕事を増やしている場合がある。」[2]</p> <p>「非常勤職員に比べて、正職員は年齢的に若く、現場の経験年数も長いところが、人間関係構築で難しいところである。」[3]</p> <p>「スキル・能力・経験、また勤務形態に差があるため、統一した対応を教育するのは難しい。」[4]</p> <p>「多様な利用者と職員とのやり取りが難しい」[5]</p>
	多様な職員によるケアの質の担保(2)	
	若い正職員による熟練非常勤の人間関係構築の難しさ(1)	
	職業感と価値観の格差(1)	
	サービス形態の多様化(1)	
	就労経験がある職員のマネジメント(1)	
	技術・能力・経験、または勤務形態の異なる職員の教育(1)	
	未経験者の育成(1)	
	幅広い年齢層の情報伝達の難しさ(1)	
	外注相談員との情報共有(1)	
教育・指導・新人育成(11)	熟練職員の意見集約と異なる意見のすり合わせの難しさ(1)	
	多様な職員によるケアの質のばらつき(3)	<p>「多様な職員がいて、介護ケアの質を保つのが課題である。」[6]</p> <p>「勤務形態と年齢差のある職員を統率するために、色々なことに配慮して調整をしていかなければならない。年齢差に応じた伝え方で失敗を感じることもある。理解しているかの確認も必要である。利用者の混乱を防ぐために、同じケアができるように必要に応じて軌道修正が必要である。」[7]</p> <p>「多様な年齢層の人と働くことは、介護技術、体力、精神力など、それぞれに求めることが少しずつ変わってくる。」[8]</p> <p>「特養の生活サービスは基本的に365日型の仕事で、この職を希望する人材は高齢者(60歳以上)が多く、なかなか新しいことを覚えていくのが難しいため、基本業務を我慢強く指導していくことが必要である。」[9]</p> <p>「技術・能力・経験、また勤務形態に差があるため、統一した対応を教育するのは難しい。」[10]</p>
	高齢職員の指導育成(1)	
	幅広い年齢層の職員への伝達・指導(1)	
	指導・育成の多様化(1)	
	知識・価値観の違い(1)	
	個人差のある職員に対する統一した教育の難しさ(1)	
	サポートの少ない環境(1)	
	未経験者の育成(1)	
	介護観の違い(1)	
情報伝達・共有(8)	意思伝達の難しさ(2)	
	夜勤の場合の情報共有(1)	<p>「24時間の情報を繋げていくのは難しい。特にユニットごとに分かれている場合、人が常に近くにいないので情報共有(利用者の情報、基本的な考え方)が必要だが、環境的に難しい。」[11]</p> <p>「経験年数の少ない職員は、大雑把に記載し、次に繋げるような報告ができない傾向がある。」[12]</p> <p>「利用者の立場に立った介護をしてほしいが、なかなか思いや意図が伝わらない。」[13]</p> <p>「幅広い年齢層の職員に、伝えたいこと、伝えなければならないことのバランスを取るのが難しい。伝えるのが難しいので自分でやってしまうと判断してしまう傾向がある(自分の業務負担を増やす)。」[14]</p> <p>「夜勤が入ると情報共有が困難になる。」[15]</p>
	経験年数が少ない職員の情報共有のスキル不足(1)	
	情報共有の難しさ(1)	
	事例検討・共有の不十分さ(1)	
	異なる価値観がある場合の伝達方法(1)	
異なるサービス形態の情報共有(1)		
人事制度(8)	研修が負担(1)	<p>「リーマンショック後に実施した補助金制度で、介護職に合わない人が多く入り、続かず退職し、悪い仕事のイメージが定着してしまった。」[16]</p> <p>「研修はたくさんあるが、業務外の時間で行なわれ、必須のものは、報告書を作成して職場内で共有しなければならず、研修自体が負担になっている。」[17]</p> <p>「数値化が難しく、客観的な人事評価が困難である。ケースワークも事例を参考にすり合わせをしていくため、その個人の能力とは言い難い。他の民間組織のようにスキルアップが体系化されていない。」[18]</p> <p>「最低限の情報共有はできているが、深い事例検討をする時間が十分でない。」[19]</p>
	施設や介護職についてのイメージによる採用難(1)	
	人事評価とスキルアップが体系化されていない(1)	
	自身の仕事を振り返る機会がない(1)	
	事例研究が十分に行われていない(1)	
	人事評価の形骸化(1)	
キャリアパスとモチベーション(1)		
業務・人間関係調整(7)	シフト勤務の調整(1)	<p>「離職者が多いため、他業種と比較すると早い段階でリーダー職につく。そこで、十分な経験がないまま、365日間、利用者の安全に留意しながら、人手不足の状況を受け入れて、人間関係を調整し、仕事を組み立てていくのは大変である。」[20]</p> <p>「非常勤職員に比べて、正職員は年齢的に若く、現場の経験年数も長いところが、人間関係構築で難しいところである。」[21]</p> <p>「数値化が難しく、客観的な人事評価が困難である。ケースワークも事例を参考にすり合わせをしていくため、その個人の能力とは言い難い。」[22]</p>
	多様な利用者と職員とのやり取り(1)	
	経験不足の中で、利用者の安全と人間関係調整への留意と仕事の運営(1)	
	専門職間がもつ方向性の調整(1)	
	若い正職員による熟練非常勤の運営管理(1)	
	人事評価と実際の能力とのすり合わせ(1)	
熟練職員の意見集約と異なる意見のすり合わせの難しさ(1)		
モチベーションの維持・向上(6)	モチベーションの個人差(1)	<p>「若い人のリーダー職を目指すモチベーションが低い。それは、リーダーが、業務の他に部下をまとめたり、施設運営にも関わっているのを見て、大変な仕事であるというイメージが作り上げられていることに起因する。」[23]</p> <p>「リーダー職に対する「忙しい・大変である」という先入観により、リーダー職を希望するものがない。それがさらにリーダー職の職員と部下との世代格差を生んでいる。」[24]</p> <p>「ボタンのかけ間違えを直してあげるなど、利用者の立場に立った介護をしてほしいが、なかなか思いや意図が伝わらない。モチベーションを保ちながら向上していくのは難しい。」[25]</p>
	若い人のモチベーションの低さ(1)	
	リーダー職に就くモチベーションのなさ(1)	
	利用者の立場に立った介護の理解(1)	
	キャリアパスの見えなさ(1)	
仕事へのエンゲージメントの低さ(1)		
職員のメンタルヘルスマネジメント(3)	利用者の安全確保からの精神的負担(1)	<p>「利用者の安全を保つために、365日間緊張感を持続することはかなりの精神的なプレッシャーである。長く仕事を継続するには精神的に難しい環境である。」[26]</p>
	複数の責務を抱えながら利用者の安全を確保することによる精神的負担(1)	
	メンタルヘルスチェックリストの活用ができていない(1)	

() = 発言者数 [] = 切片番号

(1) 職場環境の多様性

「職場環境の多様性」の内容について、「新人の高齢化」「職責と年齢の格差」「スキル・能力・経験・勤務形態の格差」の内容が確認された。以下、それぞれの項目について解説する。

新人の高齢化 高齢の新人職員が、増加傾向にあり、彼らにはスピード感が求められる現場の適応に時間が必要であることがわかった。代表的な発言としては、「なかなか新しいことを覚えていくのが難しいため、基本業務を我慢強く指導していくことが必要である。」[1] 「伝えるのが難しいので自分でやっつけてしまおうとか、伝わらないかもしれないから自分でやっつけてしまおうとか考えてしまう。その結果、自分の仕事を増やしている場合がある。」[2] という意見に見られるように、業務に追われながら新人教育を受ける難しさと心的負担感が表れていた。

職責と年齢の格差 職員の年齢幅の拡大は、人事管理にも影響していた。例えば、「非常勤職員に比べて、正職員は年齢的に若く、現場の経験年数も長いところが、人間関係構築で難しい。」[3]など、若手正職員は、熟練職員との人間関係構築に配慮しながらも、施設のルールや方針、新しい取り組みなど、管理や指導をするという難しい立場に置かれていた。

スキル・能力・経験、勤務形態の格差 職員の多様化は、統一感のあるケアの提供に困難をもたらしていた。「スキル・能力・経験、勤務形態に差があるため、統一した対応を教育するのは難しい。」[4]とあるように、各職員によって仕事の仕方にばらつきが生じており、ケアを統一するための指導が困難と感じられていた。

(2) 教育・指導・新人育成

「教育・指導・新人育成」では、(1)にあげられた職場環境の多様性より生じる人材育成面の課題があった。例えば、「多様な職員がいて、介護ケアの質を保つのが課題である。」[6]、「勤務形態と年齢差のある職員を統率するために、色々なことに配慮して調整をしていかなければならない。」[7]という発言にもあるように、ケアの質を保つために、統率・調整が求められている状況がうかがえた。また、「多様な年齢層の人と働くことは、介護スキル、

体力、精神力など、それぞれに求めることが少しずつ変わってくる。」[8]というように、これまで現場で行われてきた一律の指導方法ではなく、個々の対応が求められていることが明らかになった。

(3) 情報伝達・共有

「情報伝達・共有」の内容を大別すると、「職員の多様化」と「提供サービスの多様化」という2種類の課題があった。「職員の多様化」では、「意志伝達の難しさ」「経験年数が少ない職員のスキル不足」,「異なる価値観がある場合の伝達方法」があげられる。例えば、「経験年数の少ない職員は、大雑把に伝達事項を記載し、職員からの伝達事項について、他職員が引き継げるような報告ができない傾向がある。」[12]など、経験の浅い職員に特有な課題が述べられていた。

「介護サービスの多様化」では、介護サービスの物理的特徴自体が「情報伝達・共有」の障壁になる、あるいは異なるサービスに従事する職員同士において「情報伝達・共有」が困難となることがあった。例えば、「人が常に近くにいないので情報共有（利用者の情報、基本的な考え方）が必要だが、環境的に難しい。」[11]といった、ユニットケア、すなわち、高齢者施設内の個室部屋におけるケアを担当する職員との情報共有や夜勤担当時の情報共有の難しさが述べられていた。また、「夜勤が入ると情報共有が困難になる。」[15]など、夜勤担当になると日中勤務の職員と顔を合わせる時間が無く、情報伝達・共有が困難であるとしていた。

(4) 人事制度

「人事制度」では、「リーマンショック後に実施した補助金制度で、介護職に合わない人が多く入り、続かずに退職し、悪い仕事のイメージが定着してしまった。」[16]という発言があった。さらに、「他の民間組織のようにスキルアップが体系化されていない。」[18]というように、キャリアパスを見いだせないと感じる職員がいた。また、「最低限の情報共有はできているが、深い事例検討をする時間が十分でない」[19]ということもあがっていた。一方で、「研修はたくさんあるが、業務外の時間で行われ、必須のものは、報告書を作成して職場内

で共有しなければならず、研修自体が負担になっている。」[17]という意見もあり、研修や教育は必要であるが、業務負担が増加するといった悩みも抱えていた。

(5) 業務・人間関係調整

「業務・人間関係調整」については、スキルや経験または年齢などを考慮にいれ、シフト勤務、業務や運営管理を調整していることがあげられた。「離職者が多いため、他業種と比較すると早い段階でリーダー職につく。そこで、十分な経験がないまま、365日間、利用者の安全に留意しながら、人手不足の状況を受け入れて、人間関係を調整し、仕事を組み立てていくのは大変である。」[20]という発言のように、十分な経験がないまま、リーダー職に就き、利用者の安全に気を配りながら、常に仕事に追われているという余裕の無さがうかがえた。

(6) モチベーションの維持・向上

「年齢・スキル・経験・価値観の多様性」に加えて、モチベーションにも個人差があった。特に、若手職員には、リーダー職に対して消極的である人が多いことがわかった。「リーダー職に対してのイメージとして、忙しい・大変である、という先入観により、リーダー職を希望するものがない。それがさらにリーダー職の職員と部下との世代格差を生んでいる。」[24]というように、人手不足という状況が、若手職員のモチベーションにも影響を与え、職場の閉塞感を生んでいた。また、「利用者の立場に立った介護をしてほしいが、なかなか思いや意図が伝わらない。モチベーションを保ちながら向上していくのは難しい。」[25]など、価値観や職業感の違いからくるモチベーションの差についても語られた。

(7) 職員のメンタルヘルスマネジメント

職員のメンタルヘルスマネジメントについては、利用者の安全保持という重責に対する精神的負担を常に抱えていることが指摘されていた。「利用者の安全を保つために、365日間緊張感を持続することはかなりの精神的なプレッシャーである。長く仕事を継続するには精神的に難しい環境である。」[26]という発言からもわかるように、職員が常にストレス状態にあることがうかがえた。

以上のように、職場環境の多様化は、雇用管理でも影響を及ぼしていることが明らかになった。

管理層の職員の工夫

管理層の職員が行っている課題克服に向けた工夫には、「多様な人材の効果的な活用」(12件)、「情報伝達・共有」(7件)、「教育・指導・新人育成」(5件)、「ソーシャルサポート」(4件)、「多職種連携」(3件)、「職場環境整備」(3件)、加えて「その他」として、「大局的視点を持つ(1件)」があった。結果を表2-4に示す。

以下、それぞれのカテゴリーに沿って主な結果を述べる。

表 2-4. 管理層の職員の課題克服に向けた工夫

中カテゴリ	小カテゴリ	逐語録(テキストデータ)からの引用箇所(抜粋)
多様な人材の効果的な活用(12)	多様な職員との業務改善・新規業務の導入(5)	「20名中18名が全員、長く勤めている契約・パートさんで、業務改善や新しいことをやっ ていこうという時に、意見や考え方をまとめるのが難しい。したがって、会議などの前に 一人一人の意見を聞いて、事前にすり合わせをしている。」[27]
	熟練者の知識活用とモチベーションの維持・向上(3)	「サービスやニーズで課題を見つけ、同じ目標を設定し課題克服に努めている。お互い の情報量がわからない時があってその理解不足でうまくいかない時もある。」[28]
	職員の安全管理(対高齢者)(2)	「良い方法を提案する際に、ケアワーカーの人達が実施できるか否かについて確認をす るように指導している。同じ職種が複数いる場合、意外に意見が食い違う場合があるの で、職種毎に相談の時間を設けて、その結果を職場内で共有している。」[29]
	個人差(勤務形態、年齢差、性格、経験、教育など)のある職員のマネジメント(2)	「長く働いている契約職員なので、委譲権を与えて、主体性を任せる。そして新しいこと をする時は、少しずつ変えていく。」[30] 「良い方法を提案する際に、ケアワーカーの人達が実施できるか否かについて確認をす るよう指導している。同じ職種が複数いる場合、意外に意見が食い違う場合があるの で、職種毎に相談の時間を設けて、その結果を職場内で共有している。(理学療法士)」 [31] 「食中毒を出さないことが大前提である。また、職場は厨房なので、環境的に危険なこと が多く、重労働もあるので、高齢な職員が怪我や病気になるように日頃から留意し ている。」[32] 「勤務形態と年齢差のある職員を統率するために、色々なことに配慮して調整をしてい かなければならない。年齢差に応じた伝え方で失敗を感じることもある。理解しているか の確認も必要である。利用者の混乱を防ぐために、同じケアができるように必要に応じて 軌道修正が必要である。そのためには、各自の意見を聞いて、正しい方法を総括して 皆で共有しなければならない。その手続きを踏まないといけないところ不満が出る。」 [33]
情報伝達・共有(7)	連絡経路の確立(3)	「日常的には、フロアの主任とコミュニケーションをとりながら、経験年数が少ない職員に は、主任を通じて伝えてもらっている。情報共有は、口頭と文書の両方で行っていて、 月に1回ショートステイについての会議があるので、時間があればそれに参加して課題 を共有したりしている。参加できないときはあらかじめ文書で伝えてもらっている。」[34]
	シフトの時間に合わせた情報伝達(1)	「ケアマネージャーで構成されている部署なので、それぞれ個人が技量を磨き、課題が あれば共有してフォローしあっている。雑談を含めてコミュニケーションをとっている。」 [35]
	施設運営に関する情報伝達(1)	「パートさんは、共通のメールアドレスであるので、見ているか確認ができていない。情 報共有が必要な部分は、紙媒体で行っている。」[36]
	勤務形態と年齢差に合わせた情報の伝え方(1)	「年齢差に応じた伝え方で失敗を感じることもある。理解しているかの確認も必要であ る。」[37]
教育・指導・新人育成(5)	専門職で構成されている部署のコミュニケーション(1)	「年齢、性格、経験、教育を受けた場(専門学校や福祉系教育機関など)など作法の違 いが多いので、研修でやり方を統一させるのは難しいため、協力しあって仕事をして いる。」[38]
	個々に合わせた指導(2)	「60歳以上の、無資格の介護職が増えた。業務の習得に時間がかかるため、発想を変 えて、できることを出来る限り多くこなしていただいている。」[39]
	高齢・無資格の職員の指導・育成(2)	「多様な年齢層の人と働くことは、介護技術、体力、精神力など、それぞれに求めること が少しずつ変わってくる。」[40]
ソーシャルサポート(4)	悩みや思いを引き出す声かけ(3)	「もしかすると悩んでいるかもしれないため、なるべく「最近どう?」と声をかけるように している。なるべく溜まっていることを後に持ち越さないように少しでも話をさせるように心 がけている。」[41]
	専門性がある職員の心理的負担の軽減(1)	「ユニットでのケアを把握するため、時間があれば、見に行ったり、担当職員がユニット に入る前の短時間(2-5分)でコミュニケーションをとり、状況を聞いて、やる気を引き出 すようにしている。」[42]
多職種連携(3)	医療専門職との関わりとバランス(2)	「介護職と看護職、それぞれの思いが強くて、意見の食い違いが生じる時がある。それ ぞれの立場を尊重してより良い介護を目指すために、先ずは看護でミーティングを持 ち、意見をまとめて、リーダーを通して、ケアワーカーにケアの方向性を打ち出している。 直接介護職員と看護職員が話し合える場合は、そのようにして、困難なケースは、リー ダーが「間」に入って橋渡しをしている。」[43]
	利用者の立場に立った目標に向けて専門性を発揮させるための関わり(1)	「介護業務をしながら、部下の利用者への対応、職場の人間関係を見て、全体が円滑に 回るように調整する。」[44]
職場環境整備(3)	運営の調整(2)	「言いたいことを言えるような環境を作り、常に話をしている。その日に解決しない場合 は、次の日に違うメンバーで話し合うこともある。毎月3回連絡会が5から30分ある。」[45]
	開かれた情報共有の環境(1)	
その他(1)	大局的視点を持つ(1)	スケジュール調整と経営者の意識(売上など)が重要である。[46]

() = 発言者数 [] = 切片番号

(1) 多様な人材の効果的な活用

中カテゴリーの「多様な人材の効果的な活用」としては、「多様な職員との業務改善・新規業務の導入」「熟練者の知識活用とモチベーションの維持・向上」「職員の安全管理」「個人差（勤務形態，年齢差，性格，経験，教育など）のある職員のマネジメント」の小カテゴリーが抽出された。具体的には、「同じ職種が複数いる場合，意外に意見が食い違う場合があるので，職種毎に相談の時間を設けて，その結果を職場内で共有している。」[29]などが語られていた。また，熟練の契約職員の場合には，熟練ゆえのアイデアやスキルを活用しながら，権限を与えて主体性を持たせるなどしてモチベーションを高める工夫がなされていた[29]。一方で，熟練職員は積み重ねた経験を基にした強い介護観があった。その熟練職員が持つ介護観を，施設の方針にあった方向に導いていく難しさも述べられていた[27]。また，高齢職員の安全や健康管理を含む，個人差に配慮したマネジメントについてもあげられていた。

(2) 情報伝達・共有

「情報伝達・共有」という課題に対する工夫では、「日常的には，フロアの主任とコミュニケーションをとりながら，経験年数が少ない職員には，主任を通じて伝えてもらっている。」[34]という発言があった。つまり，人手と時間が限られている事情に対し，連絡経路を確立することにより，職員同士が協力し合う環境をつくる，また効率的に利用者やケアの状況について情報収集・伝達・共有する工夫が行われていた。

(3) 教育・指導・新人育成

「教育・指導・新人育成」については、「年齢，性格，経験，教育を受けた場（専門学校や福祉系教育機関など）など作法の違いが多いので，研修でやり方を統一させるのは難しいため，協力しあって仕事をしている。」[38]というように，各職員の特性を受け入れた上で，指導というよりは，協力し合いながら業務を進める様子がみられた。また，「業務の習得に時間がかかるため，発想を変えて，できることから可能な限り多くこなしていただいている。」[39]など，教育を行うことが難しい場合は，個人が保有するスキルや特性に合わせて，

可能な仕事から与えていた。「発想を変えて」という表現からも、これまでの現場で一律に指導・育成していく方法では困難であると判断し、対応策を講じていることがうかがえた。

(4) ソーシャルサポート

「ソーシャルサポート」については、物理的・時間的になかなか顔を合わせられない職員に対して細やかな配慮がなされていた。例えば、「なるべく、「最近どう？」と声をかけるようにしている」[41]など、時間を見つけてはこまめに声かけをして、情報収集と職員のメンタルヘルスの状況を確認したり、利用者の情報や職員の様子について把握したり、モチベーションを維持させるための働きかけが行われていた。

(5) 多職種連携

看護職の管理層の職員では、「介護職と看護職、それぞれの思いが強くて、意見の食い違いが生じるときがある。また、相互の立場を尊重し、より良い介護を目指すために、まずは看護職のグループでミーティングを持ち、意見をまとめて、リーダーを通してケアワーカーにケアの方向性を打ち出している。」[43]という発言があった。この部署では、看護職員全員が転職者であり、それぞれが確立した看護観を持っていた。したがって、まずは思いや考えを統一し、方向性を示した上で、介護職員と看護職員が協力する体制を構築していた。また、「介護職員と看護職員が話し合える場合は、直接話し合うようにし、困難な案件の時は、リーダーが間に入って橋渡しをしている。」[43]という発言からも、できる限り話し合いを持たせていること、また難しい問題を扱う場合は、リーダーが関与・調整していることがわかった。

(6) 職場環境整備

「職場環境整備」では、「言いたいことを言えるような環境を作り、常に話をしている。その日に解決しない場合は、次の日に違うメンバーで話し合うこともある。毎月3回連絡会が5～30分ある。」[45]とあるように、丁寧に状況を把握して、担当業務と人間関係の調整をしていることが述べられていた。

質問紙調査

管理層の職員に必要とされる資質 「運営または所属している施設（職場）のリーダー職に特に重要と思う資質を選んでください。」という質問について、複数回答の単純集計を行った。結果を図 2-1 に示す。

それぞれの資質において回答が多かった項目は次の通りである。「業務関連資質」の項目では、「状況把握・判断力」（回答者 54 人中 45 人, 83%）, 「危機管理能力」（同 54 人中 40 件, 74%）, 「対人関連資質」では、「コミュニケーション力」（同 54 人中 44 件, 81%）, 「個人関連資質」では、「人間力」（同 54 人中 34 件, 63%）, 「自己統制」（同 54 人中 32 件, 59%）, 「ソーシャルサポート」では、「情緒的支援」（同 54 人中 32 人, 59%）であった。

さらに、管理層の職員の資質傾向をより明確にするため、「業務関連資質」「対人関連資質」「個人関連資質」「ソーシャルサポート」の回答から、上位 5 位の項目（同数同順位）を抽出した。その結果、「状況把握・判断力」「コミュニケーション力」「危機管理能力」「専門的な知識・能力」「情報伝達力」「周囲への配慮」の順で回答数が多かった。

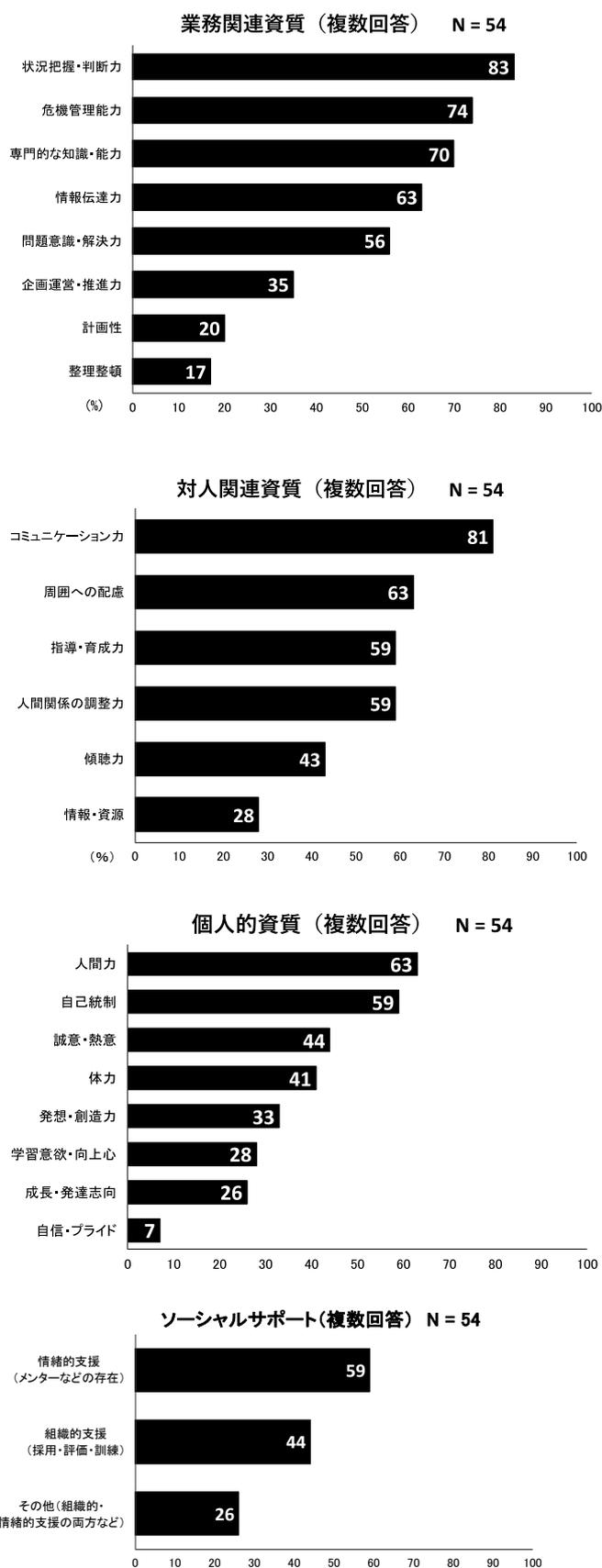


図 2-1. リーダー職に特に重要と思う資質

考察

本研究の目的は、質的調査と量的調査により、介護現場の現場における多様化の実態を明らかにし、多様な就労環境に求められる人間関係の管理とソーシャルサポートについて検討することであった。以下、(1)多様な職場環境における人間関係の管理像、(2)「職員が安心して連携・協働できる職場環境づくり」の取り組み事例、(3)多様化した職場環境における人間関係の管理とソーシャルサポート、に分けて考察を行う。

(1)多様な職場環境における人間関係の管理像

管理層の職員は、「多様な人材をどのように管理し、統一感があり、良質なケアを提供するか」という課題を抱え、その課題解決のために、人間関係と情報の管理を行っていた。つまり、多様な人材で構成される職場環境では、年齢や経験、職種、勤務形態など、職員の特長や個別事情に配慮し、業務や人間関係の調整が不可欠となる。言い換えると、これらの調整を怠ると、良質な介護ケアの提供を脅かすことになる。

「業務の調整」は、メンバーのスキル・経験などを基に、業務を見直し、担当や役割を割り振ることである。例えば、業務改善・新規業務の導入時には、細やかな人間関係の管理への配慮が求められる。医療・福祉の制度は、社会事情にあわせて見直される。制度の変更は、既存の業務を変更、または新規業務の導入を要する可能性を導く。業務の変更や新規業務の導入は、人手不足の現場では特に負荷がかかる。そのため、管理者は傾聴と配慮の姿勢をもって、現場の職員と十分にコミュニケーションをとり、現状（職員のスキル・経験・価値観・モチベーションなど）を把握した上で、業務の見直しなど、変更の主旨や目的を明確に伝え、業務調整をする必要があると考える。

「人間関係の調整」は、各人の状況や背景を、理解・尊重した上で、現場の課題に協力して取り組む土壌を整備することである。本研究の場合、管理者にとって、職員間の年齢差が課題となるのは、高齢の新人職員と熟練職員とのかかわりであった。職員の安全管理に配慮しながら、それぞれ生かせる知見を尊重し、個々の経験とスキルのレベルに応じたコミュニケーションの取り方を意識することが求められる。また、多職種との連携・協働では、相互の

立場、考え方、価値観を尊重した上で、建設的な意見交換が求められる。人手不足という状況下では、効果的な管理・指導育成が必須であり、正規職員または非常勤職員などの雇用形態や年齢にかかわらず、経験のある人材の知見を活用すること、また連携と協働をすることが求められる。現場管理者には、「職員が安心して連携・協働できる職場環境を整備することにより利用者のニーズに応える」ことが多様な職場環境に求められる「人間関係の管理像」ではないかと考える。

(2) 「職員が安心して連携・協働できる職場環境づくり」の取り組み事例

「職員が安心して連携・協働できる職場環境づくり」について特徴的な取り組み事例には、「セグメント毎の人間関係の管理とサポートの取り組み」と「連絡経路の確立」があった。

セグメント毎の人間関係の管理とサポートの取り組みについては、表2で示した通り、調査対象者が、管理層の職員であるものの専門職員が多く含まれていた。そのため、専門職特有の課題があり、各集団で課題解決の話し合いや相談が行われていた。

看護師で構成される部署では、全員が中途採用の職員であった。したがって、入職した時点で、彼らは各自の「看護観」や「仕事の流儀」を確立していることから、お互いの持つ視点を尊重しつつ、意見を出し合う努力を行っていた。

理学療法士のチームでは、意見や新しい案がある場合、利用者や介護職員が現場において実現することが可能か否かを十分に吟味するように話し合いを持っていた。また、看護師と理学療法士の管理層の職員では、専門職同士による意見の食い違いが見られないように、職種毎に話し合いの時間を設け、職場内で共有する方法をとっていた（「多様な職員との業務改善・新規業務の導入」）。

このように、雇用形態・職責・サービス内容・スキル・経験水準などで集団化し、それぞれ特有の問題について、情報伝達・共有する「セグメント化の取り組み」は、各種専門職員（看護職、理学療法士、介護職）、異なるスキルを持つ職員（熟練職員・長期契約職員、新人や経験の浅い職員）、異なるサービス形態の職員、専門職で構成される部署や組織においてもみられた。つまり、「セグメント化の取り組み」^{注2)}は、職員の効果的かつ効率的な情報

伝達・共有を可能にし、職員同士の誤解のリスクを低めて理解を促進し、引いては統一した質の高いケアの実現に繋がると考える。

「連絡経路の確立」（「情報伝達・共有」）の工夫事例には、情報入手が困難な職員への対応と勤務形態が異なる場合の対応において確認された。前者の事例では、情報伝達をする際に、雇用形態により電子メールアドレスが付与されていない、または職員が情報機器に慣れていない場合は、紙媒体を用いて確実に情報が伝わるように工夫されていた。さらに後者の事例では、経験の浅い職員がユニットケアや夜間勤務の担当になった場合、現場の問題共有や相談対応を担うリーダーを物理的（フロア毎など）に配置することで、困難や悩みが生じた時の窓口を明確にしていた。この方法は、職員に「自分は一人ではない」という心理的安心感に繋がるとともに、効果的な情報収集と伝達・共有を可能にする。また、ユニットケアは、利用者やケアの様子に関する情報が入手しにくい。したがって、連絡・報告経路を確立することにより、管理者は現場や職員の状態を効率よく把握することが可能となる。

以上のように、「情報伝達・共有」の阻害要因が、「個人的要因（年齢差、性格、経験、教育、価値観など）」にあるのか、「物理的な要因（勤務形態、担当部署など）」にあるのかを見極め、適切な情報伝達・共有の方法と経路を確立することは、多様化した職場環境では重要な点である。

注2) 「セグメント毎の取り組み」とは、同じ特徴を持つ集団を対象に、構成員の知識や経験などに関連付けて効果的に情報伝達をするセグメント化アプローチ (Kreuter & Wray, 2003) を用いた施策を示す。

(3) 多様化した職場環境における人間関係の管理とソーシャルサポート

本研究の定性的・定量的調査の結果を基に、構成した概念図を図 2-2 に示す。高齢者施設の管理層の職員が課題と考える内容は、職場の多様化、つまり介護サービス形態、雇用形態、多様な人材、多職種連携の機会拡大、にかかわることであった。また、その促進要因として、地域包括システム事業など、少子高齢社会に対する政府の取り組みや他産業・職種との人材獲得競争という社会情勢が内在していた(介護労働安定センター, 2020)。また、現場において、多様な人材をいかに管理し、統一した質の高いケアを目指すかは大きな課題であり、目標でもあった。そのために、管理層の職員は、「人材管理」、「情報伝達・共有」、「教育・指導・新人育成」、「ソーシャルサポート」、「多職種連携」および「職場環境整備」においても工夫がなされていた。さらに、これらの取り組みを推進する上で、重要とされる資質には、「状況把握・判断力」、「コミュニケーション力」、「危機管理能力」などがあげられていた。

現場では、課題解決の取り組みが精力的に行われているが、一方で人手不足により、個人差を緩和するための教育・育成が困難であることから、なかなか課題解決にいたらないという葛藤がみられた。この葛藤を解決するためには、効果的な人間関係の管理とソーシャルサポートの提供が必要と考えられる。具体的には、職場環境と各職員の強みと弱みの把握、効果的な情報伝達・共有の仕組みづくりである。特に、職員へのきめ細かいコミュニケーション(こまめな声かけや顔見せなど)および職種や層別、役割や職責などにセグメント化するアプローチについて検討する余地がある。セグメント化アプローチは、同じような課題や悩みについて、標的を定めてアプローチをすることである。この方法であれば、人手不足の状況下においても、人間関係の管理とソーシャルサポートの提供が可能となり、職員の個人資源の充実やストレスの低減に繋がる。

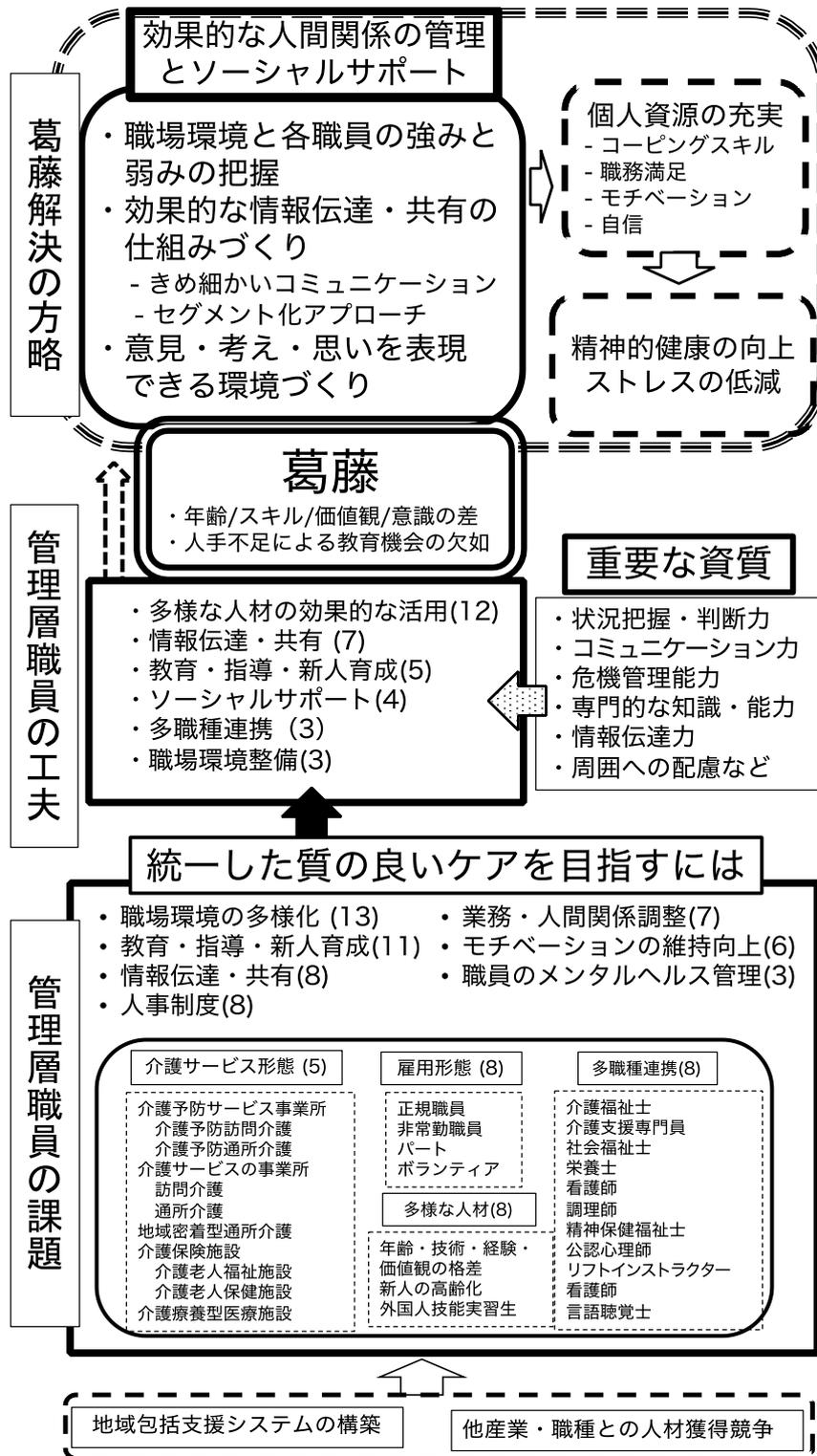


図 2-2. 多様化した職場環境における人間関係の管理とソーシャルサポートの概念図

総括および展望

本研究の目的は、管理層の職員が抱える課題とその課題克服のために行われている工夫を探り、多様な就労環境における人間関係の管理とソーシャルサポートについて考察することであった。その結果、「人材資源管理における多様化」は、「統一した質の良いケアの実現」に対して、主たる課題であることが明らかになった。また、この課題に対して、「慣例に捉われない柔軟な姿勢をもつ」、「各職員が持つ強みを引き出す人間関係の管理を行う」、「強みと弱みを補完し合うあるいは学び合う環境づくりをする」ことにより「多様性を生かす」という方法が考えられる。さらに、これらの取り組みでは、「状況把握・決断力」、「コミュニケーション」、「危機管理能力」、「専門的な知識・能力」、「情報伝達力」、「周囲への配慮」の資質が管理層の職員にとって重要であることがわかった。

職場によっては、入職して数年で管理的職責を依頼される職員も少なくない。そのため、上述の資質を全て持ち合わせることは困難かもしれない。その場合、利用者と職員の安全に必須となる「危機管理能力」、「専門的な知識・能力」、「情報伝達力」を中心に、周囲とのコミュニケーションを丁寧にとっていくことで、利用者や職員の様子、周囲の状況などが見えてくるのではないかと考える。谷口(2017)は、多様化した組織では、リーダーのコミュニケーションの取り方や多様性に対する信念が、円滑な人材管理に機能すると述べている。具体的には、「多用性を尊重するマインドを持つことにより、その風土が集団に醸成され、業務に関連する多様な情報を部下と共に交換し、処理をすることができるようになる」としている。以上のことから、管理層の職員が主軸となり、組織運営で必須となる目標を掲げ、多様性の強みを活かした人間関係の管理と効果的・効率的な情報伝達・共有が実現できれば、多様な人材による新たな職場風土が創生することが可能になる。

本研究では、「管理層の職員の課題」と「課題克服のための工夫」および「管理層の職員が重要と考える資質」を明らかにし、「多様な就労環境に求められる人間関係の管理とソーシャルサポートについて検討する」ことを目的として研究を行った。本研究の結果は、介護分野の職場が、既存の体制から多様化の体制へと転換期を迎えていること示唆した。介護職

員の離職理由が人間関係であるという事実は、度重なる法改正による職場環境の変化に関連するものなのかは不明である。しかし、職場環境の変化から生じる人間関係と情報の管理不足は、利用者や職員間における軋轢のリスクを高め、職員の精神的健康やモチベーションにも影響することに疑いの余地は無い。今後、外国人技能実習生など、さらなる人材の多様化に伴い、人間関係の管理も複雑性を増すことが予想される。本研究で明らかになった人間関係の管理やソーシャルサポートの在り方は、人材の多様化に向けた新たな土壌づくりに資すると考える。

第3節 訪問介護サービスの需要増と課題

我が国では、地域包括的支援事業の推進により、在宅サービス利用者が増加傾向にある（厚生労働省，2020a）。一方で、支援者の数が需要に追いつかず、さらに訪問介護員の56.7%が入職後3年未満で離職するなど、現場では強い人手不足感(81.2%)がある（介護労働安定センター，2020）。したがって、採用した訪問介護員の定着は最重要課題となっている。介護労働安定センターによる平成24年度から平成29年度の介護労働実態調査報告では、「職場の人間関係」が介護職員の離職理由の最上位に位置している。また、仕事による精神的疾患の発症率は、2017年より3年連続で、医療・福祉系が最も多く報告されている（厚生労働省，2017，2018，2019）。これらの因果関係は十分に証明されていないが、職場の人間関係が精神的負担に及ぼす影響は皆無であるとは言い難い。

訪問介護員を対象とした従来の研究では、職務における人間関係による精神的健康への間接的な影響について報告されている。例えば、同僚の職場支援が、職場の再構築（組織再編，減給，失業の不安，業務過多，利用者や利用者の家族への感情労働における時間的余裕の無さ，組織的支援，同僚の支援）による職務ストレスを減じ、職務満足の上昇をもたらすこと（Denton, Zeytinoglu, Davies, & Lian, 2002），また職場のソーシャルサポートが、職務満足並びにコミットメントとは肯定的相関（小牧・田中，1993），自己効力感と楽観性においては媒介的機能（Karademas, 2006）となっていることが確認されている。さらに、利用者との双方向における良好な関係の構築，職場内における後輩の育成指導および所属

する事業所の発展が、職員のやりがい感に繋がること（八巻，2015）も確認されている。

以上のように、訪問介護員の精神的健康は、職務を通じた人間関係から大きく影響を受けることがうかがえ、特に上司と同僚のソーシャルサポート等による支援体制が重要（Lundgren, Ernsth-Bravell, & Kåreholt, 2016）となる。職場におけるソーシャルサポートの充実には、職員が抱える悩みや課題を察知し、解決に必要な情報提供を行う環境づくりが必要である。同時に、各職員も自らの課題を認識し、課題克服のための相談希求も積極的に行うことが不可欠である。つまり、職場支援の体制構築には、組織的な働きかけに加えて、各職員においても一定のコミュニケーション能力が求められている。

第4節 医療・福祉分野におけるコミュニケーションスキルに関する先行研究

第2節では、医療・福祉分野の現場において人材の多様化が確認された。また、多様化した職場環境では、人間関係と情報の管理およびソーシャルサポートが介護職員の精神的健康に重要な役割を担うことも示唆された。人間関係と情報の管理およびソーシャルサポートの授受は、職員が持つ対人コミュニケーション能力に依拠するところが多い。第3節では、訪問介護サービスの需要がある一方で、訪問介護員の定着率に課題があることを確認した。また、課題克服のためにはソーシャルサポートの充実が必要であり、ソーシャルサポートの授受にはコミュニケーション能力も求められる。第4節では、医療・福祉分野の職員のコミュニケーションスキルに関する研究について概観する。

医療・福祉分野に求められるコミュニケーションスキル 医療・福祉分野のコミュニケーションスキルに関する研究の発展は、医師と患者・家族、あるいは医師と看護師間でニーズが高まってきたことによる。最近では、看護・介護サービスの多様化にともない、その対象は、その医師と看護師だけではなく、理学療法士、作業療法士、言語療法士などのヘルスケア専門職の間にも拡大している。コミュニケーションスキルの向上は、円滑な情報の交換と共有をもたらす、利用者のニーズを意識し、良質で安全なケアの実現に繋がる。また、高いコミュニケーションスキルの獲得は、職務ストレスを抑制し、職務満足度を高めることが明らかになっている。例えば、看護師を対象とした職務要求（job demands）と職務ストレス（job

strain) の関係を見た研究では(Schmidt & Diestel, 2012), コミュニケーションスキルを含む個人資源(積極的課題解決型コーピングと自己効力感の信念)が職務要求(job demands)と職務ストレス(job strain)の関係性を緩和する役割を担うことが明らかになっている。また、個人資源が豊富な人ほど、職務要求のレベルにかかわらず、職務ストレスが有意に低いことが示されている(Schmidt & Diestel, 2012)。すなわち、コミュニケーションスキルの向上は、本人がソーシャルサポートを得やすくなるなど、心理社会的恩恵を受けるための個人資源を充実させ、それが円滑な人間関係構築と業務への自信を高め、引いては質の高い良いケアを提供することに繋がる。

コミュニケーションスキルがもたらす心理社会的効果 医療・福祉分野の職員を対象としたコミュニケーションの心理社会的効果に関する研究では、介護職員のコミュニケーション能力が、看護・介護ケアの質の向上を促し、ソーシャルサポートや自己効力感などの円滑な職務遂行を可能にする「個人の資源(resource)」を充実させ、職務満足度およびウェルビーイングの向上と職務ストレスの軽減をもたらすことが確認されている(例: Bragard, I., Etienne, Merckaert, Libert, & Razavi, 2010 ; Tanabe, Suzukamo, Tsuji, & Izumi, 2012)。また、職員のコミュニケーション能力は、職務満足度と正の相関が(Hayes et al., 2010 ; Vermeir, et al., 2018a), 離職意図とは負の相関があることも報告されている(Vermeir, et al., 2018b)。つまり、「個人の資源」は、職務満足度、引いてはウェルビーイングの向上やストレスの減少をもたらすことを示唆しており、その「個人の資源」はコミュニケーション能力の向上により実現し得ると考えられる。職域の「個人の資源」にかかわる心理社会的効果の理論的枠組には、仕事の要求度と資源モデル(Job Demands-Resources model, JD-R) (Bakker & Demerouti, 2007) (以下「JD-R モデル」とする)がある。JD-R モデルは、ストレスと関連する要素について、物理的および心理的な負担や技術が必要とされる「仕事の要求度(job demand)」と、上司や同僚からのソーシャルサポート、仕事のフィードバック、スキルの多様性、自主性または学習機会などの「仕事資源(job resource)」を主軸とし、いずれかの負荷量によりストレスやバーンアウトまたは動機づけとなる仕組

みを示している。看護師を対象とした研究によると、上司や同僚からのソーシャルサポート、仕事のフィードバック、スキルの多様性、自主性または学習機会などの「仕事資源 (job resource)」が、職務満足度、職務エンゲージメントおよび職務ウェルビーイングの予測因子であることが確認されている (Schaufeli et al., 2009)。JD-R モデルでは、ソーシャルサポート (仕事資源) と職務満足度 (組織成果) の間において、職務エンゲージメントの媒介的役割 (mediator role) を仮定している (Bakker & Demerouti, 2007)。しかし、最近の看護師を対象とした研究では、ソーシャルサポートが、エンゲージメントと職務満足度の間における調整変数 (moderator variable) として機能すると考えられている (Orgambidez-Ramos & de Almeida, 2017)。

ソーシャルサポートの効果にかかわる従来の研究では、孤独感などの主観的なストレスに対して媒介機能の発揮により健康行動を改善する (Segrin & Passalacqua, 2010)、上司によるソーシャルサポート (「仕事の資源」) が職員の情緒的消耗感に対して負の予測変数である (Woodhead, Northrop, & Edelstein, 2016) ことが報告されている。また、同僚間のソーシャルサポートと職務エンゲージメントが良好な場合、職務満足度およびケアが向上し、離職意図が減少するという、ソーシャルサポートの肯定的な影響が確認されている (Orgambidez-Ramos & de Almeida, 2017)。これらの研究により、コミュニケーション能力は、肯定的な心理社会的効果を導く「仕事資源」とされる、ソーシャルサポートの促進に寄与すると考える。

第5節 小括

第2章では、医療・福祉分野における変貌と課題について、介護現場の実態調査と文献調査を行った。介護現場の実態調査では、社会的需要に応じたサービスの提供により、介護人材が多様化していることが明らかになった。また、多様な介護人材で構成される職場では、統一感のある良質なケアの提供を実現することが課題となり、そのためには人間関係と情報の管理が必要であることが確認された。さらに、ソーシャルサポートが介護職員の精神的健康に重要な役割を担うことも示唆された。医療・福祉サービスの中では、在宅サービスの

第2章

需要が高まっていた。在宅サービスの需要が高まる一方で、訪問介護の現場では入職3年未満の人材の離職が多く、採用した訪問介護員の定着は最重要課題であった。人材の定着のためには、管理者層による組織的な職場支援の働きかけに加えて、各職員においても一定のコミュニケーション能力が求められる。つまり、介護現場においては、職員が持つ対人コミュニケーションにかかわる能力が、これまで以上に求められていると言える。医療・福祉従事者のコミュニケーションスキルに関する先行研究では、コミュニケーションスキルの向上が、心理社会的恩恵を受けるための個人資源を充実させ、それが円滑な人間関係構築と業務への自信を高め、引いては質の高い良いケアを提供することに繋がることが報告されている。つまり、介護職員におけるコミュニケーション能力の強化は、良質なケアと介護職員の精神的健康の保持と増進に必要不可欠かつ有用であると考えられる。前述の通り、訪問介護員は、訪問介護の需要とは裏腹に入職3年未満の離職率が高い(介護労働安定センター, 2020)。したがって、本研究では、今後更に需要が高まる訪問介護員を対象に、精神的健康の保持・増進と定着率改善に向けた、コミュニケーション能力の強化による心理社会的効果を明らかにすることを目的とする。

第3章 訪問介護員のコミュニケーション行動におけるフォーマティブ・リサーチ

本研究の目的は、訪問介護員を対象に、精神的健康の保持・増進と定着率改善のため、コミュニケーション能力の強化による心理社会的効果を明らかにすることである。訪問介護員のコミュニケーション能力を強化するためには、コミュニケーション能力を測る指標が必要である。したがって、第3章では、訪問介護員のコミュニケーション能力評価尺度を開発するために、彼らが日常行っているコミュニケーション行動を把握することを目的とする。そのため、第1節では訪問介護員のコミュニケーション行動を把握するためのフォーカス・グループインタビュー調査を行い、第2節では、厚生労働省(2018)が提示する訪問介護員に求める具体的なサービスの項目を用いて、各業務で使用する言語・非言語コミュニケーションについて質問紙調査を実施する。

第1節 訪問介護員のインタビュー調査（研究2）

目的

本研究では、「より良い訪問介護」を目指す過程で、職員が日頃行っているコミュニケーション行動と抱える課題を把握する。その上で、「職員の精神的健康の保持」を含む「より良い訪問介護」を実現するための就業支援について検討する。フォーマティブ・リサーチの目的は、対象者の特徴や需要を調査し、対象者に適合したプログラム開発を行うための材料を得ることにある（竹中，2013）。したがって、本研究では、対象者である訪問介護員が訪問介護ケアに必要だと考えるコミュニケーション行動を特定し、人間関係にかかわる課題や悩み並びに必要な職場支援の在り方について検討することを目的とする。なお、訪問介護員のコミュニケーション行動を客観的に把握、理解するために、コミュニケーション・チャネルに着目した心理学的研究手法（Patterson, 2007）に倣い、対人コミュニケーションのモデル（例：大坊，1998；藤本・大坊，2007；Northouse & Northous, 2010）を用いる。

方法

研究対象者 東京都N区訪問介護事業所に勤務する訪問介護員20名のうち8名(男性2名，女性6名，平均年齢40.13歳，標準偏差10.26，回答率40%)を対象（以下「参加者」とす

る)とした。参加者の属性は表 3-1 に示す通りであった。また、参加者における訪問介護員の実務経験は、5年(1名)と8年(1名)の者以外は、3年未満であった。

表 3-1. 参加者の属性 (N = 8)

	度数	%
勤続年数		
1年未満	2	33.3%
1年-2年	4	66.7%
5年	1	16.7%
8年	1	16.7%
保有資格(複数回答可)		
ホームヘルパー2級	1	16.7%
介護職員初任者研修	4	66.7%
福祉用具専門相談員	1	16.7%
実務者研修	2	33.3%
重度訪問介護従業者	1	16.7%

研究方法および手続き 調査には、2020年3月10日に1時間、3月11日に2時間、フォーカス・グループインタビュー（以下「FGI」と略する）を行った。調査日は、事業所長が設定し、この指定の日に勤務がある者が調査に参加した。FGIは、両日訪問介護事業所において、インタビュアー（著者）を囲むような形で実施した。FGIでは、初めに調査の目的および属性を問う質問（性別、年齢、経験年数および保有資格）を行い、つづいて、インタビューの質問を記載したインタビューガイドを配布した。FGIにおける質問は、日頃の訪問介護ケアをする際に生じる課題を把握するために、「良い・良かったと思える訪問介護ケアに必要なコミュニケーション（言語・非言語問わず）について自由に語ってください。」であった。調査対象者は、筆者による研究の主旨と概要の説明に対して同意を行った後、個人の属性について記入した。その後、筆者がファシリテーターとなり、インタビューガイドに沿って質問項目を読み上げた後、メンバー間で質問項目について議論を行った。なお、インタビューの開始時は、全員が同じ理解で会話を行えるように、本研究における「コミュニケーション」が「言葉によるものと言言葉によらない方法を用いた双方向による情報の送受信」であることを伝えた。

インタビュー内容は、ステレオ IC レコーダーSONY ICD-TX650により録音し、参加者の一語一句全ての発言を書き起こし、逐語録を作成した。

データ分析 FGIの分析は、録音内容から作成した逐語録について、演繹的符号化によるテーマ分析（Kuckartz, 2014 佐藤訳 2018, p. 77-78）を行った。演繹的符号化によるテーマ分析は、大坊（1998, p. 16）によって作成された、「対人コミュニケーション・チャンネル」を用いた。

大坊（1998, p. 5）は、人と人との音声や身体、事物などのいくつかの手がかり（メディア、媒体）を用いて、心理的に意味のあるメッセージを伝え合うことを「対人コミュニケーション」と定義し、その媒介となるものを「チャンネル」と称している。対人間のコミュニケーション・チャンネルは、音声的と非音声的なメディアに大別される（大坊, 1998, p. 16）。前者（音声的）は、言語的（発言の内容・意味）と近言語的メディア（声の高さ、速度、ア

クセントなど)に分かれる。後者(非音声的)は、身体活動(視線, ジェスチャー, 姿勢, 身体接触, 顔面表情), プロセクミックス(対人距離, 着席位置など), 人工物(事物)の使用(被服, 化粧など), 物理的環境(家具, 照明, 温度など)に分かれる。

符号化したデータは, この対人コミュニケーション・チャンネル(大坊, 1998, p. 16)を基に分類した。同チャンネルに当てはまらない非言語的コミュニケーション行動は, Northouse & Northouse (2010) にならい, 医療従事者にかかわるヘルス・コミュニケーションのモデルを採用し, 「効果的なコミュニケーション行動」という区分を新たに設定した。Northouse & Northouse (2010, p. 23)が示す「効果的なコミュニケーション行動」とは, コミュニケーション論の観点から当事者の健康にかかわる交流に影響を及ぼす要因として抽出された「コミュニケーションを円滑にする中核的な要因(共感, 支配, 信頼, 自己開示, 確認)」を指す。Northouse & Northouse (2010)によると, 「共感」は他者と共に感じ, 他者の見方を理解しようと試みることである(p. 24)。「支配」には「個人的支配」と関係支配(相補的・対称的・並行的)があり, 個人または人間関係において各人が確立する人間関係の性質(相補的・対称的・並行的)を示す(p. 31)。「信頼」は, 他者のコミュニケーション行動について当てにできるという期待感である(p. 43)。「自己開示」は, 個人情報, 思考, 感情を他人に伝えるプロセスを指す(p. 51)。

「確認」は, 相手に対する特定の言語と非言語による反応を指す(p. 62)。「観察」という行為については, 「対人ネットワークの特性として他者を観察する場合, 経験の一部であり情報収集の手段である」という, Bateson & Ruesch (1989, p. 307)による考えに基づき, 「非音声的な情報収集」の行為として「確認」に含めた。利用者に合わせた「話量と言葉・話題選択」は, 「言語を用いたコミュニケーション・チャンネル」に分類した。なお, 本研究では, 音声的コミュニケーション・チャンネルを「言語を用いたコミュニケーション」, 非音声的コミュニケーション・チャンネルと効果的コミュニケーション行動を「非言語を用いたコミュニケーション」に大別した。

得られたデータの分析と符号化は, 筆者および日本語教育学の博士号の学位を取得し

た研究者の2名で行った。さらに、人材教育をテーマとした質的研究の経験者かつ博士号を取得した研究者1名のスーパーバイズを受けた。本調査は、研究概要と目的を参加者に説明し、協力の同意を得た上で行われた。また、本研究文で使用したインタビュー内容は、個人を特定しない形式でまとめた。

結果

訪問介護員のコミュニケーション行動にかかわる発言について、対人コミュニケーションのモデルを用いて分類した、コミュニケーション行動に該当する切片番号および逐語データ例を Table 3-2, 3-3, 3-4 に示す。分析の結果、153 件のコミュニケーション行動にかかわる発言が確認された。訪問介護員のコミュニケーション行動 153 件のうち、67.32%が非言語を用いたコミュニケーション行動（非音声的コミュニケーション・チャンネル, $n = 30$; 効果的コミュニケーション行動, $n = 77$ ）であり、一方、28.10%が言語を用いたコミュニケーション行動（ $n = 43$ ）であった。また、音声的コミュニケーションは、上司・同僚とのコミュニケーションにおいてみられた一方で、利用者とのコミュニケーションでは、音声的・非音声コミュニケーション・チャンネル、効果的コミュニケーション行動の全てが確認された。総じて、コミュニケーションにかかわるほとんどの活動が、非言語を用いたコミュニケーションによって行われていた。なお、上記の3カテゴリーに分類できない4項目を除外した（31：自身の技術と経験不足の感想；50：障害を持つ利用者にある特徴；84：未経験の案件における新たな知識と技術を学ぶ意欲；105：思い込みによる失敗）。以下、Table 2 から Table 4 に示したコミュニケーション行動における結果について、切片番号を用いながら説明を行う。

言語を用いたコミュニケーション

利用者とのコミュニケーションには、「傾聴」（ $n = 10$, 24.4%）, 「声かけ（確認, よりそい, うながし, 気持ちの切り替え）」（ $n = 7$, 17.1%）, 「情報共有, 連絡, 報告」（ $n = 5$, 12.2%）, 「情報収集」（ $n = 5$, 12.2%）, 「速度, 調子, 間隔（近言語的）」（ $n = 2$, 4.7%）, 「謝罪」（ $n = 2$, 4.9%）および「記述」（ $n = 2$, 4.9%）のコミュニケーション行動が確認され

た。中でも、近言語的なチャネルは、利用者の心身の機能に合わせて効果的に用いられていた(12)(13)。また、「情報収集」($n = 5$, 11.6%)は、良質な支援に向けた利用者との信頼関係構築において重要とされていた。例えば、「事前情報と経験による情報の蓄積」(22)や「利用者の背景に関する情報収集」(100)などは、利用者にとって快適な支援を提供し信頼関係を構築するため、利用者の好みや決まり事などに関して念入りに活用されていた。基本的に、言語的表現は、「支援に必要な声かけ」、「情報共有(提供)や収集」、明確な表現が必要な「謝罪」に限られており、「謝罪」については、怒りが収まらない利用者への対応(47)(48)に対し、謝罪の言葉を明確に表現するために用いられていた。「記述」については、利用者宅での規則を遵守徹底するために、訪問時の支援内容をメモに記述(45)(106)して、支援内容やルールなどのイメージトレーニングを行っていた。一方、上司と同僚とのコミュニケーションでは、「相談(ソーシャルサポート)」($n = 8$, 18.6%)と「情報共有、連絡、報告」が確認された。上司による「何でも、いつでも相談できる環境づくり」(70)や「聞き出す姿勢」(71)(72)が訪問介護員の安心感へと繋がっていた(73)(74)。また、「情報共有、連絡、報告」では、「利用者が感情的になる要因についての情報共有」(68)、「疾患の症状による特徴的な言動を示す利用者への対応」(69)などがあり、利用者に関する職場内の情報共有・連絡・報告が、単独で訪問支援に入る際の情報資源とされていた。

表 3-2. 言語を用いたコミュニケーション（音声的コミュニケーション・チャネル）

言語を用いたコミュニケーション (音声的コミュニケーション・チャネル)	対象	発語数 (n = 43)	%	切片番号	逐語データ例
言語的 (傾聴)	利用者	12	27.9	1,2,3,8,39,62,65,66,77,79, 85,86	「自分が言うよりは聴く方が多いです。聴くことがほとんどです。」(1) 「わかりやすいように、アイコンタクトでお答えするという感じ。話が変わっていくけど、その都度、聞いてあげるようにしていきますね。」(2) 「聞き手に回るのは殆どで、自分から何かいうことはほとんどないかと思います。」(3)
言語的 (相談: ソーシャル・サポート)	上司・同僚・ 家族・友人	8	18.6	44,51,52,70,71,72,74, 108	「上司からは何でも言っていてという感じで、すごい言ってくたさるので、私も思いついた時は言えますし。それを聞いてくださいまし。それで今の自分は満足してます。何を聞いていいかわからない。確かにあることはあるんですけど、思い出してみればある。今考えても思い出せない時は、思い出した時に聞く。」(70) 「(相談をした後) そのほか何かある？って絶対聞いてくれるので、質問したりとかするのができていて。些細なことでも、どうでも良いことでも、連絡するとすぐに返ってくるので。関係のない話などで、すごくなごましてくれと、わ〜となっている時に、頑張ろうかなみたいな気になる。上司に助けられているなって思った。」(72)
言語的 (声かけ: 確認, よりそい, うながし, 気持ちの切替)	利用者	7	16.3	9,23,53,54,65,87,88	「(利用者が) 話すことを忘れた時に、明るい話に切り替えるとかもやって、「忘れちゃうけど、それでもよかったんだ」と、気が楽になってくれるので、それでいいのかなって思ったり。」(9) 「自分で、これはこうしてああしてと言える人もいれば、言えない人もいたりするので、そういう人なのかなっていうところに関しては、言いやすいようにこっちがもってくっついていうか、そういう感じにはしてますよね。」(88)
言語的 (情報共有, 連絡, 報告)	利用者, 上司・同僚	5	11.6	59,60,62,68,69,73	「その人によって、スイッチがある。一回、わ〜となっちゃっても、知るのが必要になって、これをしてしまうとうなることを絶対知って関わった方が良い。知らないで入っちゃうと、なんでこうなるのって多分焦っちゃうので、事前に知っておくことは絶対大事なんだなって。ここがやっぱり情報共有ですね。」(68) 「あらかじめその人の特徴を聞いていたのもあるし、それがあったから動揺しないで澄んだってのもあります。それが情報共有のありがたさもありましたし、これがね、私がまたスイッチ入れて、これでダメなんだ、とどンドン知ることができる。」(69)
言語的 (情報収集)	利用者	5	11.6	22,24,26,27,100	「ある程度、利用者さんのお宅に入るときに、このお宅はこうで、ああでという情報あるけれど、後は自分で悟っていくしかないんだよね。」(22) 「利用者との話題づくりについて、携帯ですぐ調べられるから気になったら調べたりして。一夜漬けで知ったかぶりする。」(26)
近言語的 (速度, 調子, 間隔)	利用者	2	4.7	12,13	「高齢者の方は、耳が遠い方が多い。言葉はゆっくりしゃべるのがひげつ。一呼吸を置きながらしゃべった方が、耳が遠くても口で読んでくれたりするんですね。」(12) 「子供の発達障害の子は、ゆっくり喋った方が話を聞いてくれるときが多いです。」(13)
言語的 (謝罪)	利用者	2	4.7	47,48	「一回怒りだすとずっと怒ってる人がいるし。ケアをやっている中。1日一時間という時間の中で、すごく気まずい空気が一時間続くとか。とにかく謝るしかないんですね。」(47) 「利用者の怒りが収まらない時は、ちゃんと「すみません」「申し訳ありません」としか言えないので。」(48)
言語的 (記述)	利用者	2	4.7	45,106	「メモをずっと読み返してしまっ。写真撮って電車の中で見たりか。」(45) 「難しい家族の案件では、とりあえずルールが定められていたら従う。とりあえず、自分でメモして忘れないようにして、それをやっていくうちに、コミュニケーションが取れてきて、なんとなくヘルパーとして信頼してくれているような。」(106)

非言語を用いたコミュニケーション

非音声的コミュニケーション・チャンネルでは、身体動作が最も多く活用されていた ($n = 16$, 53.3%)。特に、笑顔(5)(6)(7)(39)(89)(94)、明朗さ(5)、利用者が表出するサインの読み取り(63)(82)、自信のある表情(16)(17)(19)を示すことに身体動作のチャンネルが用いられていた。また、部屋にある小物や家具などの人工物・物理的環境 ($n = 6$, 20.0%) から、利用者の好み、性格、年代、家族構成などに関する情報収集が積極的に行われていた。アイコンタクト ($n = 4$, 13.3%) は、利用者への応答と意思確認で用いられていた。例えば、「アイコンタクトによる返事」(2)など、理解していることの意味を視線で伝達していた。また視線は、身体機能に障害がある利用者に対する意思確認の手段(80)となっていた。「身体接触」($n = 3$, 10.0%) は、利用者が不安や寂しさを感じる場面で用いられており、障害のある子供の場合、身体接触(さすり、肩叩き、手繋ぎ)により、利用者を落ち着かせるための身体接触が用いられていた(11)。さらに、対人距離などの空間行動を示すプロクセミックス ($n = 1$, 3.3%) では、利用者との物理的距離(目線や立ち位置)を縮めることで、利用者との同じ高さに目線を置き、対等な関係性を示す工夫や意思疎通を図っていた(7)。

コミュニケーションを円滑にするための「効果的コミュニケーション行動」は、最も多く語られ ($n = 33$)、その約8割強は、「態度・姿勢」($n = 11$, 33.3%)、「感情抑制」($n = 9$, 27.3%)、「心理的距離感」($n = 9$, 27.3%)、「観察」($n = 4$, 12.1%)と、利用者に対する訪問介護員自身の向き合い方や位置づけで占められていた。例えば、専門職員としての信頼関係構築と円滑なる支援のために、態度・姿勢や感情抑制の工夫(14)(17)により、訪問介護員自身の不安や自信の無さを表さない努力がなされていた。利用者との適切な心理的距離感についての難しさは顕著にあげられていた(33)(66)。また、利用者への理解には、「観察」という行動が重要視されていた(30)(63)。

表 3-3. 非言語を用いたコミュニケーション（非音声的コミュニケーション・チャネル）

非言語を用いたコミュニケーション (非音声的コミュニケーション・チャネル)	対象者	発語数 (n = 33)	%	逐語データ番号	逐語データ例
身体動作 (表情:笑顔, 明朗, 読み取り, 口の動き, 自信, 確認)	利用者	20	60.6	5,6,7,12,14,15,17,19,39,43,58,63, 78,81,89,90,92,93,94,107	「高齢者の方は、耳が遠い方が多い。言葉はゆっくりしゃべるのがひげつ。一呼吸を置きながらしゃべった方が、耳が遠くても口で読んでくれたりするんですね。」(12) 「毅然とした態度で、子どもの場合は、ああどうしよう、どうしようと思うと空気で読まれる。」(14)
人工物/物理的環境 (本, 本棚, 小物, 飾り物, 写真, 部屋)	利用者	5	15.2	24,27,28,45,98	「本棚, どんなのに興味があるか, 小物, 飾り物。旅行好きだったんだとか, わかるよね。」(27) 「本棚とか身の回りのものを見て, 自分と共通したものがあれば, とにかく, 引き出しから出して, 話題につなげようとは思んですけど, 後は, 相手の家族構成とか, どういった年齢の方, 20代, 30代, 60代の方とか, 言葉遣いの仕方も変えていった方が良いのかなって, 何が正解かは分からないので, 初見はとにかく, 考えずに, 自分のストレス状態も見ながら, 対応しています。」(98)
身体動作 (視線:アイコンタクト)	利用者	4	12.1	2,80,82,90	「手を動かさないので, 目でアイコンタクトをしてくれて, 「ちょっとそこにあるものがそう」「自分を見て」ってよく言われる。」(80) 「相手の目を見て確認して, それまでは, 勝手にあ〜ですかこうですかと勝手に動いてしまっていたので, イラッとさせたというか, 相手の気分が, 今日調子が良いとか, 悪い日とかもあるので, 気配りができるところまで到達すると, 介護して良いのかなと思います。」(82)
身体動作 (身体接触:さする, そばに寄り添う, 肩をトントンとする, 手を繋ぐ, 握手)	利用者	3	9.1	10,11,91	「苦しいといわれた時は背中をさすとか, 身体的な接触を持つと, ああよかったは落ち着いたわとかあります。」(10) 「(障害のある)子供なんかさ, さすってあげたり, 触れてあげると落ち着いたりすくするね。さすとかいいね。そばに寄り添うとかね。肩をトントンとかね。大丈夫ですか, とかね。寂しいとか言われると, 手を繋いでみたりとか, 身体の人ですけど。するとああよかったとか, あったかいねとか, 言ってくださるのでね。握手とか言ってくださる方も, それもコミュニケーションなのかなって思いますね。」(11)
プロクセミックス (高さ, 立ち位置)	利用者	1	3.0	7	「笑顔と目の高さも大事だね。立って話したりは私, 絶対しないんだよね。絶対しゃがんだり, それよりも座ってこうやってお話するとかしているのね。」(7)

表 3-4. 非言語を用いたコミュニケーション
(非音声的コミュニケーション・チャネル：効果的コミュニケーション行動)

非言語を用いたコミュニケーション (効果的コミュニケーション行動)	対象者	発語数 (n = 77)	%	切片番号	逐語データ例
態度・姿勢 (自信、頼みやすい雰囲気づくり、利用者に応じた 対応、気持ちの切替、規範遵守)	職員自身	21	27.3	14,15,16,19,32,34,35,36,37,52,57,58, 62,75,78,79,86,87,93,106,107	「毅然とした態度で、子どもの場合は、ああどうしよう、どうしようと思うと、空気感で読まれる。」(14) 「(利用者に怒られた時は)表情も自分のせいですし、もちろん反省したような感じなんですけど。その瞬間 が、ただの仕事として、その後、ちゃんとしようというのは勿論あるので、そこまでを全うして、終わってからと ことん反省する。」(58)
感情抑制 (緊張感、精神的圧力、自己効力感、感情の起伏)	職員自身	19	24.7	17,18,39,40,41,42,43,44,47,49,55,56, 62,95,100,101,102,103,107	「笑って、話を聞いている。作った自分。一対一なので、普通な感覚ではない。難しく感じず、終わってから悩 む。出来る限りのことは発揮できるようにする。やっている間は悩まない。その時は悩むけど忘れる。気にす るの。」(39) 「自分が絶対好調の時と絶対不調の時、相手に伝わるのになって思う。そこを自分のコントロールをある程度しな きゃなとか、思いましたね。」(101)
心理的距離感 (自己開示・呈示の度合)	職員自身	15	19.5	23,25,26,33,65,66,67,78,85,87,92,93, 96,97,99	「自分から言わない人は、言ってくれば全然やりますよよきな、頼みやすい雰囲気にはして、普通のこ とだったら言ってくださいねと言っ感じにはしてますけど。」(78) 「やっぱり家族とか、自分の親戚とかを介護しているわけではなく、仕事として接しているという部分において、 中に入り込まないように、一応決められている規則の中で、訪問なので、特別にという臨機応変さはありま す。」(97)
観察 (利用者の理解)	利用者	10	13.0	23,24,27,28,30,33,63,81,82,98	「部屋とか見て、写真とか見て、こういう好きなんですってとか言うといろいろと話始めてくれる。」(23) 「部屋は私もすぐ見て、こんなものがあつたから、次行った時にはこんな話をしてみようと思う。」(24) 「本棚とか身の回りのものを見て、自分と共通したものがあれば、とにかく、引き出しから出して、話題につな げようとは思ってます。」(98)
受容・共感 (尊重・配慮を含む)	利用者	6	7.8	4,9,21,62,69,87	「その人が生きてきた背景について、心が足りなかったのかな、読み取ってあげられなかったのかなって思っ ますね。」(21) 「言われたことを素直に受け止めて上司に報告。その場では絶対、何か言わないで聞くことに徹して、素直に 聞く、その場で言ってしまうと多分また何か言われてしまうので、私はとてあえず聞くこと、で伝えるとかかし ていないです。」(62)
ストレスマネジメント	職員自身	4	5.2	73,74,83,98	「認知のある方は日々変わってくるので、それに振り回されすぎで自分でストレスをため込まないように、一線 をおくことが必要かなと思います。」(83) 「…(中略)…何が正解かは分からないので、初見はとにかく、考えずに、自分のストレス状態も見ながら、 対応しています。」(98)
信頼関係の形成	利用者	2	2.6	28,29	「お互いにガチガチに緊張していた人と、車の本が置いてあったんで、次に入った時に、自分も車が好きな んで、車好きなんですってねと聞いたら、そこからば～と、そして今は仲良くではないですけど、友好的な関係 になっています。」(28) 「一つそういうがあると、あれだよ、仲良くなれる。信頼関係が急に出来たりする。そういうところが面白い よね。」(29)

考察

本研究では、訪問介護員が良質な介護支援に必要なコミュニケーション行動を明らかにし、職場で必要な支援の方法について検討を行った。その結果、訪問介護員は、非音声的コミュニケーション・チャンネルと効果的なコミュニケーション行動を主に活用しており、音声的コミュニケーション・チャンネルは、傾聴、情報提供・提示、指示的対応、確認、意思表示などに留められていた。また、良質な介護支援には、非言語的コミュニケーションが重要であることと、利用者との適切な距離感を保持することが必要であることが示唆された。以下、本研究で得た知見として、初めに1)非言語コミュニケーションの重要性と2)利用者との適切な距離感の保持について、最後に、効果的なソーシャルサポートの提供、について解説を行う。

本研究の結果より、訪問介護の支援において非言語的コミュニケーションが重要な役割を担っていることが示唆された。訪問介護の現場では、相槌・共感・明確化・くり返しなどのコミュニケーション技法が主に用いられているが、利用者との信頼関係を構築する上では、共感、受容、傾聴、表情や態度における利用者職員自身の理解が重要とされている(大和田・加賀谷, 2008)。つまり、訪問介護において、実際は非言語コミュニケーション・チャンネルによる複雑で繊細なる配慮が求められることがうかがえた。例えば、利用者の所有物や部屋にある物から、利用者の趣向や家族構成を読み取り、利用者への理解やコミュニケーションのきっかけ作りとするなどである。また、利用者が不安な気持ちを抱かないように、自信の無さ、動揺や不安などが表面に出ないように、感情抑制により専門家としての態度を示していた。このように、非言語のコミュニケーション・チャンネルの活用は、利用者との円滑なる関係構築には重要であることが示唆された。

利用者との適切な距離感については、その按配の難しさがあげられていた。利用者との関係構築のため、相互の心理的距離を縮小することは必要である。しかし、逆に近すぎる場合は、利用者事業所で取り決めた支援内容以外の要請を断れず、支援時間の延長が生じる。特に、経験が浅く、年齢が若い、また依頼に対して断れない訪問介護員は、適切な距離の保

持が困難である。また、利用者との「心理的距離感」は「自己開示」に左右される。「自己開示」には、意図 (intent: 自分で進んで開示する)、量 (amount: 情報量)、特性 (polarity: 肯定的または否定的な内容)、正直 (accuracy: 情報の正確さ)、深さ (depth: 内容の奥深さ)の性質があり、これらは人間関係の発展に不可欠とされている (Northouse & Northouse, 2010, p. 53, 54; Gruzd & Hernández-García, 2018)。つまり、利用者との「心理的距離感」は、「自己開示・自己呈示」の度合いが低いと距離が縮まらず、高すぎると訪問介護員と利用者という関係性が曖昧になる可能性がある。そのため、利用者との適切な距離間は、自己開示・呈示の度合いを調節する術を身につければ、ある程度の対処が可能となることが考えられる。

本研究で確認されたソーシャルサポートは、上司、同僚、家族からによるものであった。特に、難しい判断を有する(51)(52)(63)(64)(65)や心理的負担(72)(73)(74)(75)がある場合に、上司、先輩、家族に相談する(あるいはほしい)と考えていた。また、相談行為はストレスの解消(75)や仕事の継続意思(107)に繋がっていた。ソーシャルサポートは、対人関係の健康維持・促進のための機能および周囲から受けるサポートの利用可能性を表す(浦, 1992, p. 51-p. 55)。インタビューの発言では、「いつでも聞いてくれる」、「すぐに対応してくれる」、「聞き出してくれる」という発言が見られ、上司や同僚が示す開放性、迅速性、積極的傾聴が「サポートの利用可能性」にとって重要な要素であることが窺われた。訪問介護員の支援業務は、物理的に上司や同僚と離れて単独で支援にあたることから、他の介護職と比較すると心理的負担が大きい(中谷・杉浦・三上, 2009; 内匠, 2014)。経験年数・技術力不足は、自信の無さや不安および緊張感を生起する。このように、感情抑制しながらの支援は、常にストレス状態に身を晒すことを意味する。特に、気持ちの切り替えが難しい職員は、精神疾患のリスクを高める。したがって、職員のソーシャルサポートは極めて重要となる。ソーシャルサポートが、ストレスの緩衝的役割を担うためには、職場内においてストレス要因を理解、適切なサポートを職員に提供する必要がある。

本研究で得られた結果について、House (1981) が提唱するソーシャルサポートモデル(情

情緒的、評価的、情動的、道具的サポート)を用いて相談希求の内容を検討した。その結果、情緒的・評価的・情動的サポートの需要があることが確認された。道具的サポートは確認されなかった。以下、効果的なソーシャルサポートの提供について、1)情動的サポート、2)情緒的サポート、3)評価的サポート、に分けて具体的に解説する。

「情動的サポート」については、訪問介護員が、単独支援の就労形態であり、特に非常勤職員においては「直行直帰」の就労が多い(宮上・河内・荒川, 2020)。このような職務の性質から、彼らは自らの業務について、常に不安と向き合っている。そのため、同僚間における訪問支援の事例や利用者に関する情報共有は、重要な「仕事の資源」になるとともに、感情統制やストレス対処方法などの「個人の資源」にもなる。この情報共有がもたらす個人の資源への効果は、情動的サポートがストレス対処能力を促進し、日常の主観的なストレスと対人的な職務遂行の負の関係を低減するという報告(Stewart, 1996)と一致する。

情緒的サポートについては、緊張、不安、自信のなさ、焦りなどの心理的緊張状態(14)(16)(17)にかかわる発言が多くみられたように、訪問介護員は動揺や緊張などの「感情抑制」が頻繁に求められていることがわかった。情動的サポートは、事例や汎用性のある内容に限られる。しかし、実際の支援では、利用者のより繊細な需要に応えなければならない。発言の中でも、利用者の機嫌を損ね、陰湿な雰囲気が生じ、不快な状態が長期にわたり継続することが述べられていた(47)。そのため、個々の性格特性を理解し、その都度必要な情緒的サポートを提供する必要がある。

「評価的サポート」については、介護員が支援業務で目標にしていることなど、肯定的な体験や経験の共感や承認は、内発的動機づけの強化に繋がる。具体的には、支援において、利用者とのかかわりから得た情報を基に、自分との接点を探して相互理解を促す努力が行われていた(25)(28)。その過程で、「利用者に話してもらいたい」という気持ちや、「利用者に話してもらおう」という目標になり、内発的動機づけを高めていることが認められた。同様に、緊張関係にあった利用者との信頼関係構築も内発的動機づけとなっていた(28)(29)。このような肯定的な成果を承認し、職場で共有することは、支援に対する自信と内発的動機づ

けを向上させることに繋がる。

総括および展望

本研究では、対人コミュニケーションのモデルを用いて、実際のコミュニケーション行動を探り、どのような職場支援が必要であるかを検討した。本調査結果より、訪問支援では、非言語的コミュニケーションの活用を中心とし、複雑かつ臨機応変に対応するために高いコミュニケーション能力が求められていることがわかった。また、訪問介護員が、技術・経験および心理的な課題について感じる精神的負担について自己管理をしながら、支援業務に当たっていることも明らかになった。支援業務では、利用者を理解するための努力や実際の交流を通して、内発的動機づけや自信を高めていた。一方で、困難な案件や精神的な負担を要する場面において、上司からの適時で迅速なサポートが、心の支えとなり継続意思の保持し、さらには各々の精神的健康へと繋がっていた。総じて、職場支援体制には指導育成と内発的動機づけの強化を中心としたソーシャルサポートの提供が重要な役割を担っていることが示唆された。今後は、訪問介護員の職場定着に向けて、コミュニケーション能力を強化する教育的介入やコミュニケーション能力と個人資源（ソーシャルサポート、自己効力感、モチベーション）との関連について多面的に議論する余地がある。

訪問介護員は、1960年代の「家庭奉仕員」に端を発しているが、時代の需要とともに、「専門の確立」を重視した人材育成と資質の確保という観点から職務の在り方が検討されている（堀田，2006）。訪問介護員のコミュニケーションにかかわる先行研究においても、相談業務という心理社会的援助やコミュニケーション技法を使用した援助（大和田・加賀谷，2008）、言語的コミュニケーションが困難な利用者の援助や介護保険制度に関する利用者への説明（竹沢，2006）といった業務が行われている。訪問介護職が専門性を帯びてくる一方で、介護職の人材確保の取り組みとして、介護分野以外の職務経歴を持つ者の介護分野への参入が促されている（厚生労働省，2014）。つまり、多様な背景を持つ職員同士が「一連の共通ルールに従い情報を分かち合う」必要があることから、各職員のコミュニケーション能力と職場支援体制が重要になってくる。したがって、本研究の訪問介護員に求められる

コミュニケーション行動の実態を把握し、具体的な職場支援を導き出したことは実務の一助となり得る。

本研究の限界として、標本の規模と属性に課題があることがあげられる。今回、訪問介護事業所1箇所のみを対象としたため、一般化にはさらに対象事業所を拡大する必要がある。また、訪問介護実務経験について、2名（5年と8年）以外の参加者は全て3年未満であった。そのため、今後は熟練者のコミュニケーション行動やコミュニケーション行動における熟練者と経験年数の浅い職員との相違についても検討が必要である。

以上、第1節では、訪問介護員が通常コミュニケーション行動と必要な職場支援体制について、FGIにより明らかにした。第2節では、厚生労働省(2018)が提示する訪問介護サービス類型（身体介護、生活援助、通院など乗降介助の項目）を用いて、各業務で使用する言語・非言語コミュニケーションについて質問紙調査を実施する。

第2節 訪問介護業務の实地調査（研究3）

目的

訪問介護業務で行っているコミュニケーションにかかわる業務を自記式質問紙調査により明らかにする。

方法

対象者および調査期間 対象者は、東京都N区訪問介護事業所に勤務する訪問介護員20名のうち11名（男性2名、女性8名、性別無回答1名、平均年齢39.55歳、標準偏差10.63、平均経験年数4.09年、標準偏差6.50、回答率55%）（以下「参加者」とする）であった。参加者の属性は表1に示す通りである。調査期間は、2020年3月1日から2020年3月31日であった。本調査は、研究概要と目的を参加者に説明し、協力の同意を得た上で行われた。

自記式質問紙調査 厚生労働省(2018)が提示する訪問介護サービス類型として、身体介護、生活援助、通院など乗降介助の項目を用いて、各業務で使用する言語・非言語コミュニケーションについて記載する自記式質問紙を作成した。自記式質問紙では、まず属性（年齢、経験年数、性別、保有資格、担当利用者の要介護度と人数および特徴）について質問をした。

参加者が問われている内容について対象者に共通の認識を持たせるため、「身体介護」と「生活援助」および言語・非言語コミュニケーションの定義を呈示した。

分析 自記式質問紙の内容は、訪問介護サービスの類型ごとに、Kuchartz (2014; 佐藤訳 2018, p. 77-78) の示す、演繹的符号化によるテーマ分析を行った。第4章で用いた手法と同様に、大坊 (1998) の対人コミュニケーション・チャネルの音声および非音声の分類を基に、クロス集計を用い、サービス行為の区分ごとに訪問介護員のコミュニケーション行動を抽出した。得られたデータの分析と符号化は、筆者および日本語教育を専門とする博士号の学位を取得した研究者2名で行った。

結果および考察

テーマ分析の結果は、図3-2に示した通りであった。59件は音声的、83件は非音声的なコミュニケーションについての記述であった。コミュニケーション行動として、確認の声かけが最も多く(98件)、次にうながしの声かけ(57件)、人工物(47件)、非音声的：態度(46件)、という回答が多かった。その他、身体接触(21件)、視線(20件)、はげましの声かけ(20件)、観察の声かけ(15件)、傾聴(15件)、表情(11件)、観察、近言語的および物理的環境(10件)が確認された。訪問介護の業務は、限られた時間の中で、ケアプランに基づき、利用者が必要かつ望むサービスを提供することである。加えて、業務には利用者の心身の安全にかかわることが多い。そのために「確認の声かけ」が最も多くなっていることがうかがえる。「うながしの声かけ」については、食事、通院、同行支援など、時間的・心理的・身体的事情などでうまくできない状態に対して、「うながす」機会の多さを意味する。また、人工物の取り扱い、非音声的：態度、身体接触、視線、はげましの声かけ、観察の声かけ、傾聴、表情から、短時間で作業をする上でも、利用者にとって物理的・心理的にも心地よい環境を提供するために重要なコミュニケーション行動であることを示唆している。以上の業務分析により、訪問介護業務の核となるコミュニケーション行動は、声かけ(確認、はげまし)と非音声的コミュニケーションであることを確認した。

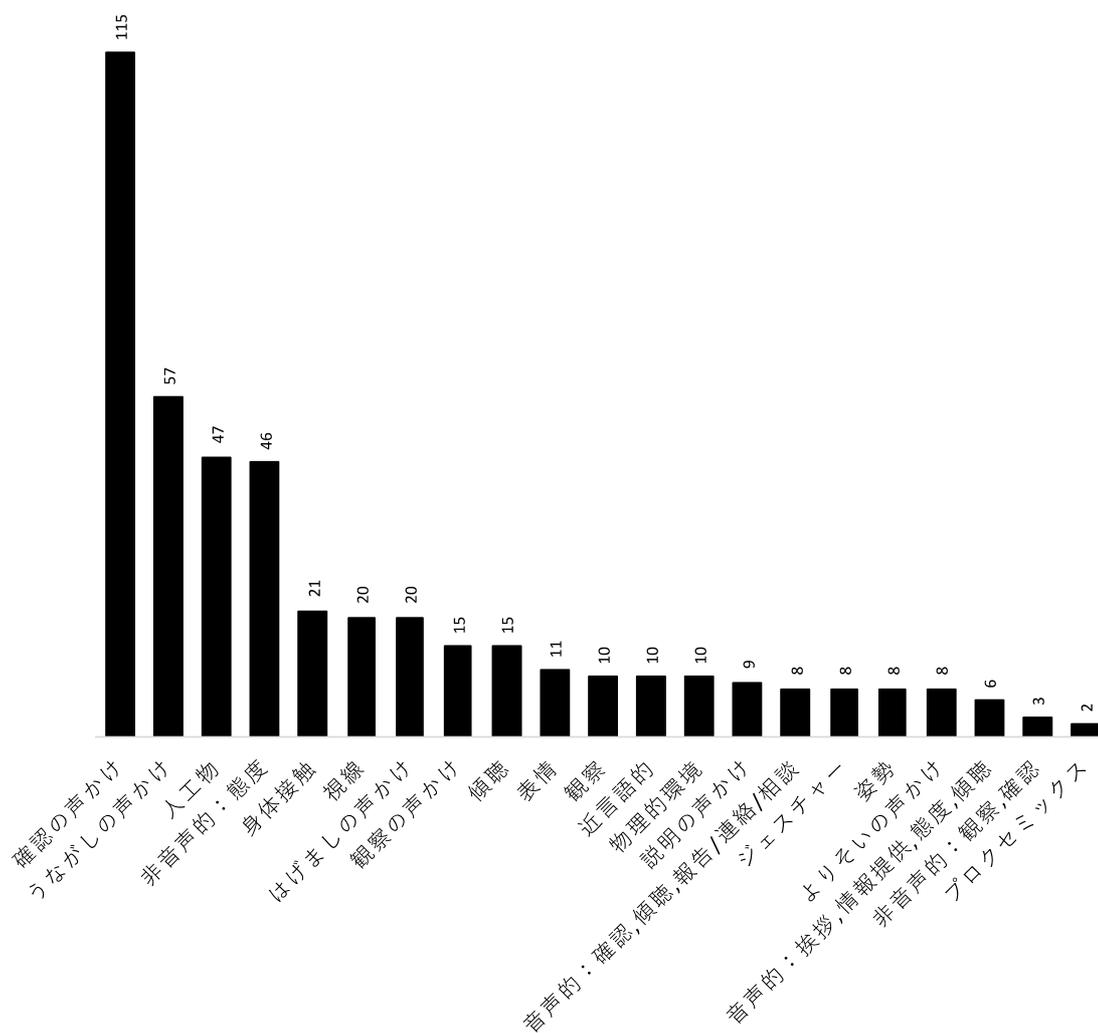


図 3-2. 訪問介護員の業務に関する自記式調査結果

本章のまとめ

第1節では、訪問介護員に必要なコミュニケーション行動を特定し、人間関係にかかわる課題や悩み並びに必要な職場支援の在り方について検討した。その結果、訪問介護では、非言語コミュニケーションが重要な役割を担っていることがわかった。また、利用者との適切な距離感の保持について強化が必要であることも確認された。さらに、単独による支援という職務特性上、ソーシャルサポート（情動的・情緒的・評価的サポート）の効果的な提供が、職員の精神的健康や内的動機づけの向上に繋がることが示唆された。

第2節では、質問紙調査を通して、客観的に行われているコミュニケーションにかかわる業務を確認した。テーマ分析の結果、やはり人工物や態度を介しての非音声的なコミュニケーションが中心に用いられていた。コミュニケーション行動を個別にみると、確認の声かけとうながしの声かけが最も多かった。短時間で、利用者にとって物理的・心理的にも心地よい環境を提供するために重要なコミュニケーション行動がとられていることが示唆された。以上の調査より、訪問介護業務の核となるコミュニケーション行動は、声かけ（確認、はげまし）と非音声的コミュニケーションが需要であることを確認した。以上から、訪問介護職において、強化が必要なコミュニケーション行動が確認された。訪問介護員のコミュニケーション能力を強化するにあたり、コミュニケーション能力を評価する指標が必要である。第4章では、第3章で明らかにした訪問介護員に求められるコミュニケーション行動を基にコミュニケーションコアスキルを構成し、訪問介護員のコミュニケーション能力を測るための尺度を開発する。

第 4 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力尺度の開発(研究 4)

第 4 章では、第 3 章で明らかになった訪問介護員のコミュニケーション行動を踏まえ、コミュニケーション能力の構成要素を明らかにする。その上で、訪問介護員のコミュニケーション能力尺度 (Communication skill scale for Home Visiting Staff, 以下「CHVS」とする)、利用者とのコミュニケーション能力尺度 (CHVS-User, 以下「CHVS-U」とする) および同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度 (CHVS-Coworker, 以下「CHVS-C」とする) を開発し、尺度の信頼性および妥当性について検討する。なお、第 1 節では、コミュニケーション能力の構成要素の抽出を意図した予備的研究を行う。次に第 2 節では尺度構成を意図した横断研究を行う。

第 1 節 訪問介護員のコミュニケーション能力の構成要素抽出を意図した予備的研究

目的

本研究の目的は、訪問介護員の職務に伴うコミュニケーションについての実態調査を基に、コミュニケーション能力の構成要素を抽出することであった。

方法

調査対象者および調査方法 調査は、便宜的サンプリングにより抽出した対象は、東京都 N 区所在の訪問介護事業所 A に所属する訪問介護員であり、2019 年 12 月から 2020 年 3 月に調査を実施した。研究 1 では、実際のコミュニケーション場面での訪問介護員と利用者との間における機能や役割に関する質問紙調査を行い、さらに、補完的情報収集を目的としてインタビュー調査を行った。質問紙調査は、10 名に質問紙を配布し、そのうち 5 名 (男性 1 名、女性 4 名、平均年齢 38.8 歳) から回答を得た (回答率 50%)。インタビュー調査では、訪問介護員のコミュニケーションの役割と機能について半構造化面接によるインタビュー調査を行った。事業所の所長が選定した熟練職員 3 名中 3 名 (女性 3 名、平均年齢 38.67 歳、回答率 100%) を対象とした。「訪問介護員の熟練者」の基準は、厚生労働省 (2012) が示す「熟練した居宅介護従業者」、つまり「サービス提供責任者またはサービス提供責任者と同等と認められる居宅介護従業者 (当該利用者の障害特性を理解し、適切な介護を提供で

きる者であり、かつ、当該利用者へのサービスについて利用者から十分な評価がある居宅介護従業者)」に則った。なお、本調査は、研究概要と目的を参加者に説明し、協力の同意を得た上で行われた。

調査内容 質問紙調査は、訪問介護場面で重視とするコミュニケーションのチャンネル（Channel：経路）における「言語的」と「非言語的」コミュニケーションという枠組で、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（厚生労働省，2018）を基に作成された。日頃行っている業務項目を選択し「気をつけているポイント」「工夫している具体的な声かけ」および「工夫している表情・態度など」について自由記述により回答を求めた。インタビュー調査については「支援で行っているコミュニケーションの内容について教えてください。」と「難しいと感じるコミュニケーションについて教えてください。」の2点について、自身の体験を語ってもらった。

分析 質問紙調査の分析には、コミュニケーション・チャンネルに着目した心理学的研究手法（Patterson, 2007）を用い、訪問介護支援で行われているコミュニケーションのチャンネルを統合的に捉えるための多変量的分析を行った。まず、Kuchartz (2014 佐藤訳 2018, p. 77-78) の演繹的符号化によるテーマ分析を行った。回答内容の符号化は、大坊 (1998) の対人コミュニケーション・チャンネルの音声および非音声の分類を基に、クロス集計を用いてサービス行為の区分ごとに訪問介護員のコミュニケーション行動を抽出した。大坊の分類に従い、音声は、言語（発言の内容・意味）および近言語（声の高さ、速度、発言のタイミングなど）に分類される。非音声は、身体動作（視線、ジェスチャー、身体接触など）、プロクセミックス（空間行動：対人距離など）、人工物の使用（被服や化粧など）および物理的環境（家具や温度など）に大別されている。インタビュー調査の分析には、要約的内容分析（Flick, 2005 小田訳 2011, p. 395-398）を用いた。まずコミュニケーション行動の定義を設定し、逐語録を基に内容の無いテキスト部分を削除し、内容のあるテキスト部分を統一した言葉のレベルで翻訳し、短文化した。次に、内容の有無や重複する意味の単語を削除し、対象を同じくするものと同様の発言を要約し、さらに抽象化のレベルを上げたカテゴリー

化を行い、最後に原資料に対する要約的カテゴリー・システムの再検証を行った。分析は、筆者および医療分野の日本語教育学を専門とする博士号の学位取得者2名によって意見が一致するまで行われた。

結果および考察

質問紙調査の分析結果は、表4-1に示した。訪問介護員は、職務上のコミュニケーションにおいて、音声的および非音声的チャネルの両者に留意していることが明らかになった。音声的チャネルでは、主に7種類の声かけ（確認、よりそい、うながし、はげまし、観察、傾聴、説明）が意識的に活用されていた。非音声チャネルでは、人工物や物理的環境に関する回答が多数確認された。例えば、「(安全面と快適性を意識して) オムツ交換時に陰部洗浄を行う時は、洗浄ボトルに用意したお湯の温度を予め自分の手で確かめてから行う。」といった回答があった。これらの回答は、松田・大坊・熊野・大塚・大和(2013)が示すように、人工物や物理的環境が伝達する意味内容を意識した上でコミュニケーションが行われていたことを示している。調査結果より、声かけにより「観察」している場合は「音声的」に、人工物を「観察」している場合は「非音声的」に分類を行った。

インタビュー調査を分析した結果を表4-2に示した。訪問介護員のコミュニケーション能力には、傾聴と非音声的やりとりを中心に、「同僚とどのように接して良いかわからない。」の発言がみられたように、同僚・他職種との協働する力も求められていることが明らかになった。これまでの研究でも、福祉専門職チームにおける感情共有の重要性が報告されている(奥田他, 2012)。つまり、多職種の協働では、業務にかかわる情報共有だけではなく、各職員の感情の共有も、良好な職場の人間関係構築に繋がる。したがって、同僚・他職種との良好な関係構築も、訪問介護員のコミュニケーション能力の一要素と言える。

研究1の結果から、訪問介護場面では、音声・非音声的チャネルが組み合わせられ、訪問介護員対利用者および同僚・他職種職員という2つの異なる場面でのコミュニケーション能力が求められることが明らかになった。研究2では、研究1の知見を基に、訪問介護員のコミュニケーション能力を評価する尺度構成を行う。

表 4-1. 訪問介護場面において意識的に用いられるコミュニケーション・チャネル (n = 5)

	音声的コミュニケーション								非音声的コミュニケーション								
	言語的							近言語	身体動作					人工物	物理的環境	プロセスミックス	
	確認	よりそい	うながし	はげまし	観察	傾聴	説明		身体接触	表情	視線	ジェスチャー	姿勢				
健康チェック	1					1											
排泄介助	10	5	3			1	2	3		2	1	1	1	2		4	
食事介助	5		5	1		1	2	1		1	1		1	3			
特段の専門的配慮をもつて行う調理	3													5			
清拭(全身清拭)	7				3	4				4	1	1				3	
部分浴	2		1							2						4	
全身浴	5	3	3	1	2					2	1	1		3		6	
身体整容	2																
更衣介助	8	3			6					2	2			7		1	
体位変換	9									3	3		1	1			
移乗・移動介助	3		3	1						4	1					4	
通院・外出介助	5	1					2							2		5	2
起床・就寝介助	2	4			1					1				1		1	
服薬介助	2											1		2			
自立生活支援のための見守りの援助					1		2				2						3
掃除	10										2			6		3	
洗濯	6													5			
ベッドメイク	3	2									1			5			
衣服の整理・被服の補修		1			3									3			
一般的な調理	12													6			
配下膳	8						1					1		6		1	
買い物・薬の受け取り	15	4			1						1						
その他	1																
合計	119	23	15	18	6	7	5	4	18	17	6	2	2	57	32	5	

Note. 職務項目の順番は、厚生労働省(2018)が示す項目順に倣う。
 数値は、質問紙調査におけるコミュニケーションに関わる行動の表出回数を指す。回答度数が0であった部分は空欄で示す。

表 4-2. 訪問介護職員のコミュニケーションの構成要素 (n = 3)

カテゴリ	コード	逐語データ例
利用者とのコミュニケーション	能動的傾聴	この人(利用者)が話したいと思っている時は、ひたすら聴き手に回る。
	共感的コミュニケーション	利用者に合わせて表情やアイコンタクトをとるよう心がけている。
	生活環境による利用者に関する情報の把握	最初に支援に入った時には、本棚や写真立てなど利用者の部屋をよく見る。
	会話雰囲気統制	利用者との間に気まずい雰囲気を作らないようにする。
同僚・他職種とのコミュニケーション	同僚との接し方	同僚とどのように接して良いかがわからない。
	異業種間コミュニケーション	(異業種との)会議でうまく話をする事ができない。

第2項 訪問介護員のコミュニケーションコアスキルの決定

目的

第1節と第3章のフォーマティブ・リサーチで明らかになったコミュニケーション行動を整理し、訪問介護員のコミュニケーションのコアスキルを検討する。

方法および手続き

第1節の自記式質問紙調査および第3章のフォーマティブ・リサーチで収集した逐語録を基に訪問介護員のコミュニケーションにかかわる業務を抽出した。さらに、コミュニケーション自己効力感尺度 (Michael, Dror, & Karnieli-Miller, 2019), 訪問介護員の自己効力感尺度項目 (今村, 2018), およびチーム医療による患者を中心としたヘルスケア提供のモデルであるメディカルホームに必要なコミュニケーション項目 (Kim et al., 2019) を参考に設定した。次に、東京都N区訪問介護事業所に勤務する熟練者2名 (1名30歳女性, 経験年数約10年; 57歳女性, 経験年数22年) とともに、訪問介護員のコミュニケーションコアスキル一覧の評価を行った。評価とラベル付けは、2020年5月8日午前9時から午後12時に実施された。名義尺度データの測定者間のCohenのカップパ係数(κ)を算出し、.46と、中程度の一致度が認められた。 κ は、 $-1 \leq \kappa \leq 1$ の範囲をとり、値が1に近いほど一致度が高いことを意味することから、評価における一致度の信頼性と妥当性は確認された。最後に、コミュニケーションコアスキルの決定およびラベル付けを両者の意見が一致するまで行った。評価者と相談の上、項目を精査した結果、98項目が抽出された。各項目にラベル付けを行った。

結果

表4-3に示した通り、訪問介護員の業務にかかわるコミュニケーションコアスキルとして、98項目が確認された。

表 4-3. 訪問介護員のコミュニケーションコアスキル

訪問介護員コミュニケーションコアスキル	ラベル
1 利用者に合わせて聴き手と話し手の役割を調節する。	(会話)
2 怪我や事故を防ぐための声かけをする。	(危機管理)
3 決められた仕事を丁寧にこなす(野菜を丁寧に切る, 掃除を綺麗にする, ホコリが立たないように布団を干すなど)。	(態度)
4 分からないことは独自の判断をせず素直に聞く。	(確認)
5 利用者から依頼された内容を復唱し確認をする。	(確認)
6 利用者と同様合わせて会話をする。	(会話)
7 利用者に確認の声かけをしながら物事を進める。	(確認)
8 利用者に気を遣わせない声かけをする。	(声かけ)
9 利用者に確認・説明・よりよい・はげましの声かけをしながら介助を進める。	(声かけ)
10 利用者に安心感を与えられるよう落ち着いた声で話す。	(思いやり)
11 利用者に対して謙虚な態度で接する。	(態度)
12 利用者に対して手を出しすぎない。	(思いやり)
13 利用者に対して喋りすぎない。	(会話)
14 利用者に対して聴き手に徹する。	(会話)
15 利用者の気分に合わせてつつ、気持ちをあげていけるような声かけをする。	(声かけ)
16 利用者の気分転換(気持ちを外に向ける)になるような声かけをする。	(声かけ)
17 利用者の状態や介助する場面に適した表情づくりをする。	(表情)
18 利用者の心身機能の維持を促すように励ます。	(声かけ)
19 利用者のペースを見守る声かけをする。	(声かけ)
20 利用者の表情や言動, 身だしなみ, 暮らし方を観察する。	(観察)
21 利用者の私的距離に配慮して接する。	(よりよい)
22 感情的に難しい状況で, 自分の気持ちや行動をコントロールする。	(自己統制)
23 時間的拘束がある中で, 利用者のニーズに適したペースで対処する。	(受容)
24 利用者の特性(対応が難しい症状など)に合わせて対応する。	(受容)
25 対応の難しい利用者について, 他職員のかかわりを観察して参考にする。	(観察)
26 若い頃の話や職業の話など興味があることについて質問しながら聞く。	(傾聴)
27 障害や疾病については, サ責などに確認したり, 自分で調べる。	(情報収集)
28 専門用語を使わずにわかりやすい言葉で説明する。	(伝達)
29 利用者が, 自分の対応とは, 異なる対応を好む時, 理解を持ってその場面に取り組む。	(受容)
30 利用者から預かった金額と買い物に残った金額を一緒に確認する。	(確認)
31 利用者から依頼された事柄には, 管理者及びせきに相談しながら対応する。	(相談)
32 利用者から呼ばれた際には必ず傍らに行き話をする。	(よりよい)
33 利用者が楽しそうに話してくれた話題を中心に話をする。	(よりよい)
34 利用者が話しやすい話題を考え, 事前に調べ話をする。	(よりよい, 関心)
35 利用者との信頼関係を構築する。	(ラポール形成)
36 利用者に恥ずかしい思いをさせない。	(思いやり)
37 利用者に合わせて, 開かれた質問または閉ざされた質問を投げかける。	(傾聴)
38 利用者に対してイライラしたり, または無礼にならずに友好的になる。	(思いやり)
39 利用者に対して批判しないと感じさせる。	(思いやり)
40 利用者の意向を聞きたい場合に自分の意図することを伝える。	(伝達)
41 利用者の感情を取り扱う。	(受容, 共感)
42 利用者の好きなキャラクターや色などを自分の持ち物などに取り入れる。	(よりよい)
43 利用者の思いや気持ちを確認しながら情報収集する。	(情報収集)
44 利用者の心の状態に気遣うようなやり方で接する。	(よりよい)
45 利用者の心の状態に言葉をかける。	(共感)
46 利用者の身だしなみにも着目する。	(観察)
47 利用者の身体の状態だけでなく, 心の状態にも言葉をかける。	(声かけ)
48 利用者の繊細かつ個人的な質問をする。	(傾聴)
49 利用者の非言語的な合図や行動に気づく。	(観察)
50 利用者の表情や言動, 暮らし方についての変化を観察する。	(観察)

表 4-4. 訪問介護員のコミュニケーションコアスキル 続き

訪問介護員コミュニケーションコアスキル	ラベル
51 利用者の不快感を軽減するための声かけをする。	(声かけ)
52 利用者の話を語らせる。	(傾聴)
53 利用者の話を最後まで聞く。	(傾聴)
54 利用者に対して誠実な態度で関わる。	(態度)
55 利用者に応じた言葉遣いをする。	(伝達)
56 利用者に対して思いやりのある態度(命令口調や威圧的ではない態度)で接する。	(態度)
57 利用者に対していつも変わらない態度で接する。	(態度)
58 利用者の状況に合わせて、声の大きさ、高低などに配慮して会話をする。	(よりせい)
59 嫌な顔をしたり、面倒がらずに利用者の話を傾聴する。	(傾聴)
60 利用者の立場に立って話を聴く。	(傾聴、共感)
61 援助時に利用者をはめ、意欲を引き出すかかわりを実施する。	(かかわり)
62 利用者が自分の気持ちを話せる雰囲気を作る。	(傾聴)
63 利用者に自分の意思が通じない時でも、表情や態度に出さないで対応する。	(態度)
64 私事で落ち込んでいたり、怒っていたり、悲しんでいてもその状態を自覚し、表情や態度に出さないで対応する。	(態度)
65 利用者の言動を批判するのではなく、ありのままを受け入れ、その言語の背景にあるニーズを理解する。	(共感、受容)
66 相手の自尊心を傷つけないような言動をする。	(思いやり)
67 利用者の小さな変化にいつも気をつけ、変化があるときには評価し、利用者のプラス面を促進する。	(受容、はげまし)
68 利用者のでしたことにも不十分なことがあったとしてもとがめることはせず、利用者が安心するような対応をする。	(思いやり)
69 利用者に説明・示唆・忠告をするときは、内容を具体的にわかりやすい言葉で表現する。	(伝達)
70 利用者が危険なとき、または他の利用者に迷惑をかけているときは、はっきりと制限や禁止を説明する。	(伝達)
71 利用者との短い会話の中でも、相手の表情や声の調子などで感情の変化を適確にとらえる。	(観察)
72 言葉によるコミュニケーションが不可能な利用者でも、表情や声の調子などから感情の変化をくみとり、対応する。	(共感、観察)
73 利用者への援助がヘルパーによって違いが生じないように同僚と情報を共有する。	(同僚・他職種連携)(情報共有)
74 利用者への援助に関して自分で解決困難なことがあるときに職場で相談する。	(同僚・他職種連携)(相談)
75 お互いに持っている情報を交換する。	(同僚・他職種連携)(情報共有)
76 現状とこの先に想定されることを話す。	(同僚・他職種連携)(情報共有、伝達)
77 今起きていることは何か、今後何が起きるかを一緒に考える。	(同僚・他職種連携)(情報共有、意見交換、相談)
78 チームとして一緒に問題に取り組む。	(同僚・他職種連携)(協働、情報共有、報連相)
79 何かを決める判断をする時に相談して対応する。	(同僚・他職種連携)(相談)
80 利用者ケアで問題がある時に相談して対応する。	(同僚・他職種連携)(相談)
81 問題解決に取り組む時に相談して対応する。	(同僚・他職種連携)(相談)
82 相手の考えや仕事を尊重し、その価値をおく。	(同僚・他職種連携)(連携・協働)
83 仕事では隠しごとをしない(伝えていない計画や考えがない)。	(同僚・他職種連携)(連携・協働)
84 他者から意見を聞いてもらえる。	(同僚・他職種連携)(意見交換)
85 情報の受信/フィードバック/提案をする。	(同僚・他職種連携)(情報交換)
86 シフト勤務やスケジュールなどは常に同じである。	(同僚・他職種連携)(態度)
87 発言や考えをこころ変えずいつも一貫している。	(同僚・他職種連携)(態度)
88 情報を直ぐに共有する。	(報連相)(情報共有)
89 問題を直ぐに解決する(または解決しようと試みる)。	(報連相)(態度)
90 コミュニケーションをこまめに取る。	(報連相)(情報共有)
91 最も伝えなければいけない事から簡潔に述べる。	(報連相)(伝達)
92 感情的に報告しない。	(報連相)(伝達)
93 利用者に変化があったら、他職員に正確に連絡する。	(報連相)(連絡)
94 ヒヤリハットが発生したら、必要に応じてさ責に連絡したり、指示を受けたりことができる。	(状況判断、情報収集、伝達)
95 ヒヤリハットが発生した場合、「これくらいは仕方がない」「なんでもない」と自己判断で終わらせてしまうようなことはせず、報告をする。	(報告)
96 事故を発見した場合、迅速にさせきに報告する。	(伝達)
97 事件、事故、イレギュラーが発生した場合、感情的にならずにさせきに一報を入れる。	(報連相)
98 事件、事故、イレギュラーが発生した場合、指示を仰ぎながら、家族に連絡する。	(報連相)

第2節 訪問介護員のコミュニケーション能力尺度(CHVS)開発を意図した横断研究(研究4)

目的

第2節の目的は、CHVS-UおよびCHVS-Cを開発し、尺度の信頼性および妥当性について検討することである。本研究における基準関連妥当性の検討には、一般的なコミュニケーション能力尺度である ENDCOREs (藤本・大坊, 2007) を外部基準として採用した。ENDCOREs とは、対人コミュニケーションに共通する因子を階層構造として統合したモデルにより開発された尺度であり、表現力と自己主張に共通する ENCODE・解読力と他者受容に共通する DECODE・自己統制の CONTROL・関係調整の REGULATION の頭文字を取っている。

島村・藤本・幸・小山(2019)が示す、「基本的なコミュニケーションスキル」という基盤の上に、「専門的コミュニケーションスキル」が成り立つという、「看護」におけるコミュニケーションスキルの捉え方に倣い、CHVSとENDCOREsの値に正の相関があることを仮説とする。

方法

調査内容

調査対象者と調査手続き 本横断調査では、調査対象施設の事情に合わせ、質問紙調査と Google フォームを利用したオンライン調査を併用した。調査対象者の募集は、層化抽出法で選出された事業所への電話により行った。訪問介護事業所の選定は、平成28年度介護サービス施設・事業所調査一覧(厚生労働省, 2016)より、事業所数を、50から1,000で層別化し、オンラインのテキストランダム抽出を用いて、層別ごとに無作為に指定都市と中核都市を抽出した。次に、当該都市の自治体が紹介する訪問介護事業所案内にあるリスト順に調査依頼の連絡を行った。電話連絡を行った事業所は、合計665事業所であった。そのうち258事業所より協力が得られた(研究協力同意率39%)。内諾が得られた事業所には、FAX、郵送、またはメールにて、依頼文、Google フォームによる調査の手順書および協力回答書を配信した。調査対象者は、258事業所に勤務する訪問介護員3,963名に依頼し、183名から回答が得られた(回答率5.00%)。調査項目で3/4以上の欠損値を含む2名を除外し、最

最終的に 181 名を分析対象とした。なお、最初の連絡時に、再テストの依頼を同時に行った。181 名のうち 55 名（回答率 30.00%）から承諾の回答が得られ、欠損値のない 52 名を再テストの分析対象とした。調査期間は、1 回目の調査を 2020 年 6 月 10 日から 6 月 20 日に、2 回目の調査を 2020 年 7 月 27 日から 8 月 2 日に実施した。1 回目と 2 回目の調査における間隔は 1 ヶ月強であった。なお、早稲田大学倫理審査委員会より承認（2019-331）を得た上で実施した。

対象者の属性 基本属性として、性別、年齢、最終学歴、訪問介護歴、訪問介護職を含む介護職の通算経験年数（以下「医療・福祉合計経験年数」とする。）、コミュニケーション講習受講歴、雇用形態および保有資格について回答を求めた。

CHVS 項目の選定 尺度構成に使用する項目は、研究 1 の質的調査の結果および関連する既存の尺度であるコミュニケーション自己効力感尺度（Michael, Dror, & Karnieli-Miller, 2019）、訪問介護員の自己効力感尺度項目（今村, 2018）およびチーム医療による患者を中心に、ヘルスケア提供のモデルであるメディカルホームに必要なコミュニケーション項目（Kim et al., 2019）を参考に設定した。

項目の選定は、介護事業所に所属し、10 年以上の経験をもつサービス提供責任者 2 名と事業所長 1 名、介護従事者初任者研修および介護福祉士実務者研修講師 1 名により項目の精査を行った。専門家間で、重複項目の統合、不要項目の削除、文言の言い換え等、全員が一致するまで項目の吟味を行った結果、最終的に 50 項目を設定した。第 1 節の結果によると、訪問介護職員のコミュニケーション能力は、利用者および同僚・他職種とのコミュニケーション場面という 2 種の状況下で必要とされていた。そのため、設定した 50 項目を、CHVS-U に関する 34 項目および CHVS-C に関する 16 項目に大別し、それぞれで因子分析を行った。

設問では、「皆さんが、以下にあげられた行動をどれだけうまくできるかについてお聞きします。あなたの意見にもっともよく当てはまるものを選んでください。」という教示に対して「まったく上手にできない」「上手にできない」「あまり上手にできない」「ふつう」「や

や上手にできる」「上手にできる」「とても上手にできる」の7件法により、回答を求めた。採点は、「まったく上手にできない」(1点)「とても上手にできる」(7点)を得点化し、CHVS-UとCHVS-Cの各尺度の総合得点を算出した。対象者の結果データにおける最小値は、CHVS-Uが34点、CHVS-Cが16点、最大値は、CHVS-Uが238点、CHVS-Cが112点、であった。

コミュニケーションスキルに関する諸因子との関連

ENDCOREs (藤本・大坊, 2007) は、コミュニケーションにおける基本スキル (自己統制, 表現力, 読解力) と対人スキル (自己主張, 他者受容, 関係調整) の全24項目で構成されており、「普段のコミュニケーション場面におけるあなたの行動について、当てはまる数字を選んでください。」という設問に対して、「かなり苦手」(1点)から「かなり得意」(7点)までの7件法により回答を得た。採点は、各下位尺度の合計点を算出した値とした。

分析

因子構造 尺度構成は、まず調査項目に対する天井効果・床効果の検討を行った。因子分析では、最尤法を指定し、因子回転はPromax回転を採用した。因子負荷量の基準は.40とし、複数因子で基準以上を示す多重負荷項目および基準未満の項目を除外した。因子数は、固有値、累積寄与率および因子の解釈可能性を総合的に考慮して判断した。さらに、Bayes情報量基準 (以下「BIC」とする)、最小平均偏相関 (以下「MAP」とする) および χ^2 検定による因子数の検討も行った。

信頼性 Cronbach α 係数、G-P分析および再検査法における級内相関係数 (ICC) により信頼性の検討を行った。ICCは、各下位分析において、二元配置変量モデルによる絶対一致の方法で算出した。

妥当性 CHVS-UおよびCHVS-Cの総合得点とENDCOREsの各下位尺度の平均値について、Spearmanの順位相関係数を算出し、基準関連妥当性を検討した。

調査対象者の属性 対象者の属性については、単純集計を実施した。年齢、訪問介護歴および医療・福祉合計経験年数、雇用形態については、一元配置の分散分析並びに相関分析により属性の特徴を確認した。母集団構成比に合わせ、年齢は10年刻み、訪問介護歴お

よび医療・福祉合計経験年数は、5年刻みにカテゴリー化した。対象者の属性による、得られた尺度の得点の差異についても検討した。性別およびコミュニケーション講習受講歴については、対応のない t 検定を実施した。その後、有意な主効果が認められた場合には、Tukeyの方法による多重比較検定を実施した。また、対応のない t 検定および一元配置分散分析ともに、Cohen (1992) に基づき効果量を算出した。対象者の属性による尺度得点の差異に関する分析では、当該属性に対して無回答であった対象者を除外して分析をした。分析には、SPSSVer.27 および R version 4.0.3 (2020-10-10)を使用した。

結果および考察

対象者の属性 対象者の属性の単純集計結果を、表 4-5 に示す。対象者の平均年齢は、57.50 歳 ($SD = 11.78$) であった。Google フォーム (105 名, 58.00%) と紙媒体による対象者 (76 名, 42.00%) 間の有意差は無かった (CHVS-U: $t = 1.55$, $df = 165$, $p = .48$, $d = .07$; CHVS-C: $t = .52$, $df = 169$, $p = .78$, $d = .12$; ENDCOREs 下位尺度: $|t| = .78 - .14$, $df = 179$, $p > .10$)。再テスト法では、1 事業所からの対象者が最も多く、1 回目は対象者 110 名のうち 39 名 (35.14%)、2 回目は対象者 52 名のうち 39 名 (75.00%) であった。

表 4-5. 対象者の属性 (N = 181)

変数	n	%
性別		
男性	24	13.30
女性	157	86.70
婚姻		
既婚	142	78.50
未婚	36	19.90
無回答	3	1.60
年代		
30歳代	16	8.80
40歳代	30	16.60
50歳代	41	22.70
60歳代	67	37.00
70歳以上	26	14.40
無回答	1	0.50
最終学歴		
高等学校	82	45.30
専門学校	31	17.10
短期大学	29	16.00
4年制大学	29	16.00
その他・無回答	10	5.60
訪問介護歴		
0-5年	30	16.60
6-10年	41	22.70
11-15年	25	13.80
16-20年	36	19.90
21年以上	18	9.90
無回答	31	17.10
医療・福祉合計経験年数		
0-5年	8	4.40
6-10年	42	23.20
11-15年	31	17.10
16-20年	59	32.60
21年以上	23	12.70
無回答	18	9.99
コミュニケーション講習受講歴		
ある	120	66.30
ない	41	22.70
無回答	20	11.00
雇用形態		
正社員・正職員	74	40.90
非常勤・パートタイム・アルバイト	93	51.40
自営	8	4.40
その他・無回答	6	3.30
保有資格		
介護職員初任者研修修了	114	63.00
介護福祉士実務者研修修了	25	13.80
重度訪問介護従事者	3	1.70
介護支援相談員(ケアマネージャー)	10	5.50
介護福祉士	54	29.80
福祉用具専門相談員	6	3.30
喀痰吸引等研修修了	5	8.30
その他・無回答	38	21.00

Note. 保有資格については、複数回答項目として設定されているため、対象人数とは一致しない。

CHVS-UとCHVS-Cの構成 尺度の因子分析、信頼性および記述統計の結果は、表4-6と表4-7に示す通りである。CHVS-UおよびCHVS-Cとして設定した項目に、天井効果および床効果は確認されなかった。因子負荷量の基準に満たない項目を除外した結果、CHVS-Uは20項目、CHVS-Cは16項目となった。因子数の判断について、固有値と累積寄与率による検討では、3因子が抽出された。BICとMAPでは、CHVS-Uにおいて、BICは4因子解、MAPは2因子解、CHVS-Cにおいて、BICは5因子解、MAPは3因子解が、最適なモデルとして示された。 χ^2 検定の結果では、CHVS-UおよびCHVS-Cともに、因子数1から3までは適合、因子数4のモデルは不適合であった（CHVS-U： $\chi^2 = 160.14$, $df = 116$, $p = .00$ ；CHVS-C： $\chi^2 = 142.54$, $df = 62$, $p = .00$ ）。BIC値は、CHVS-UおよびCHVS-Cともに因子数4のモデルにおいて最小値が示された（CHVS-U 1因子モデル：1630.68, 2因子モデル：908.31, 3因子モデル：260.05, 4因子モデル：-101.75, CHVS-C 1因子モデル：401.23, 2因子モデル：105.52, 3因子モデル：42.41, 4因子モデル：2.56）。以上の情報を基に因子の解釈可能性を総合的に勘案した結果、最終的にCHVS-UとCHVS-Cともに3因子の構成が適性であると判断した。

CHVS-UとCHVS-Cの信頼性 Cronbach α 係数および再テスト法におけるG-P分析の結果、高得点群と低得点群における全項目の平均値で1%水準の有意差が確認された。また、級内相関係数は、全因子で中程度から高程度であった。

CHVS-UとCHVS-Cの妥当性 表4-8に示した通り、CHVS-UおよびCHVS-Cともに、抽出された全ての因子においてENDCOREsとの間に正の相関（弱から中程度）が確認され、仮説は支持された。

対象者の属性による特徴 尺度得点の平均値と標準偏差および平均値の比較を表4-9に示した。最終学歴では、CHVS-Uの得点について、有意な主効果が認められた。TukeyのHSD検定による多重比較の結果、専門学校卒業の訪問介護員は、高等学校卒業と比較して得点が高かった。その他、性別とコミュニケーション講習受講歴、訪問介護経験年数、医療・福祉合計経験年数および雇用形態において、平均値を分析したが、有意な差異は確認されなかつ

た。効果量についても、有意であった教育歴を含め、すべての要因で効果量小、あるいはそれ以下であった。なお、年齢、訪問介護経験年数、医療・福祉合計経験年数について、Spearmanの順位相関係数を求めたところ、年齢とCHVS-Cとの間において、極めて弱い負の相関($r = -.17, p < .05$)はあったが、それ以外の変数では有意な相関は確認できなかった。

表 4-6. CHVS-U の因子分析, 下位尺度における信頼性および記述統計の結果 (N = 181)

項 目	因子負荷量			共通性	平均値	標準 偏差	最小値	最大値
	F1	F2	F3					
CHVS-U					58.14	16.41	21.00	110.00
F1 利用者の受容 [$\alpha = .95, ICC = .83, .71 - .90$]					28.63	8.82	10.00	53.00
利用者に応じた言葉遣いをする。	.83	-.04	.07	.63				
調理, 掃除, 洗濯などは, 利用者の好みを確認しながらおこなう。	.81	.09	-.06	.63				
利用者による不適切な行為がある場合, 冷静に対応をして, サービス提供責任者に報告する。	.77	.16	-.09	.71				
どんな利用者でもいつも誠実な態度でかかわる。	.76	-.06	.19	.72				
専門用語を使わずにわかりやすい言葉で説明する。	.70	-.15	.34	.61				
利用者から何かを頼まれたら, サービス提供責任者などに相談しながら対応する。	.64	.27	-.15	.63				
時間を意識しながら, ニーズにあったペースで対応する。	.59	.11	.13	.90				
利用者に嫌な気持ちをあたえずに, 背中をさするなどのスキンシップをとる。	.56	.28	-.02	.67				
利用者がケアについて違う対応を望む時, 気持ちを理解し, できる範囲で対応する。	.53	.20	.12	.65				
良い変化があるときはともに喜び, 上げます。	.44	.09	.39	.72				
F2 利用者の理解 [$\alpha = .92, ICC = .73, .52 - .84$]					17.79	5.15	6.00	34.00
わからないことは自分で判断せず素直に聞く。	.02	.76	.03	.73				
頼まれた内容を一緒に言葉にして確かめる。	-.03	.75	.09	.61				
難しいケアについて, 他の人のやり取りを見聞きしてまねる。	.18	.73	-.02	.63				
表情, 言葉, 行動, 身だしなみ, 暮らし方を注意深くみる。	.09	.72	.07	.56				
言葉によるやりとりが困難な場合, 表情や声の調子などから感情の変化を読みとる。	.18	.56	.10	.69				
楽しそうに話してくれた話題を中心に話をする。	.13	.50	.22	.74				
F3 共感的態度 [$\alpha = .91, ICC = .64, .37 - .79$]					11.80	3.55	4.00	23.00
嫌な顔をしたり, 面倒がらずに, 利用者の立場になって耳をかたむける。	-.20	.27	.89	.75				
イライラしたり, または無礼にならずに親しみやすい態度で接する。	.23	-.14	.77	.74				
利用者に「批判しない」という安心感をあたえる。	.09	.15	.61	.60				
利用者が自分の気持ちを話せる雰囲気をつくる。	.10	.27	.51	.70				
負荷量の平方和	12.22	.74	.63					
因子間相関								
F2	.75							
F3	.76	.74						

Note. ICCは級内相関係数(二元配置変量・絶対一致の平均測定値)及び95%信頼区間の値を示す。

ICC判定基準(Koo & Li, 2016): .50 = 低, .50-.75 = 中, .75-.90 = 高。

「最小値」と「最大値」はCHVS-Uの取りうる最小値と最大値を示す。

表 4-7. CHVS-C の因子分析, 下位尺度における信頼性および記述統計の結果 (N = 181)

項目	因子負荷量			共通性	平均値	標準偏差	最小値	最大値
	F1	F2	F3					
CHVS-C					49.21	12.95	16.00	87.00
F1 協働的態度 [$\alpha = .93, ICC = .97, .98 - .99$]					21.75	6.31	7.00	39.00
他の人に隠しごとがないように仕事をする。	.94	-.03	-.05	.67				
他の人の仕事や考えに価値をおいて大切に思う。	.85	.09	-.06	.73				
発言や考えをこころ変えない。	.83	-.03	.04	.70				
利用者が誰であっても、仕事への姿勢はいつも同じである。	.74	.17	-.02	.61				
問題を直ぐに解決、または解決しようと試みる。	.63	.08	.10	.52				
自分の考えや悩みを伝えてフィードバックをもらう。	.49	.12	.20	.93				
ヘルパーによって利用者への援助が変わないように、情報を共有する。	.43	.11	.33	.94				
F2 情報共有 [$\alpha = .93, ICC = .69, .68 - .89$]					17.09	5.58	6.00	31.00
利用者のケアで自分では解決が難しい時は、サービス提供責任者に相談する。	-.08	1.01	.02	.73				
何かを判断をする時や利用者ケアで問題がある時は、サービス提供責任者に相談して対応する。	.03	.98	-.05	.70				
緊急の出来事が発生した場合、感情的にならずに、すぐにサービス提供責任者へ一報を入れる。	.20	.76	-.16	.77				
職場では、短時間でもこまめに、報告・連絡・相談をする。	.19	.58	.04	.80				
ヘルパー間で互いに持っている情報を交換する。	-.03	.55	.26	.68				
利用者の小さな変化に気をくばり、変化があったら、他の介護員に情報共有する。	.33	.47	.26	.58				
F3 チームワーク [$\alpha = .85, ICC .55, .49 - .83$]					10.32	2.54	3.00	17.00
他者から意見を聞かれる。	.16	-.26	.86	.59				
チームとして一緒に問題について考える。	-.10	.12	.84	.59				
今起きていることは何か、今後何が起きるかを一緒に考える。	-.06	.23	.72	.53				
負荷量の平方和	10.05	1.11	1.00					
因子間相関								
F2	.75							
F3	.76	.74						

Note. ICCは級内相関係数(二元配置変量・絶対一致の平均測定値)及び95%信頼区間の値を示す。

ICC判定基準(Koo & Li, 2016): .50 = 低, .50-.75 = 中, .75-.90 = 高。

「最小値」と「最大値」はCHVS-Cの取りうる最小値と最大値を示す。

表 4-8. CHVS の因子得点と ENDCOREs 下位尺度間との基準関連妥当性 (N = 181)

	CHVS-U			CHVS-C		
	利用者の受容	利用者の理解	共感的態度	協働的態度	情報共有	チームワーク
ENDCOREs						
自己統制 [$\alpha = .83$]	.58**	.46**	.51**	.49**	.55**	.35**
表現力 [$\alpha = .93$]	.35**	.31**	.32**	.37**	.31**	.40**
読解力 [$\alpha = .96$]	.36**	.35**	.33**	.46**	.37**	.43**
自己主張 [$\alpha = .88$]	.22**	.28**	.19*	.19*	.20**	.35**
他者受容 [$\alpha = .99$]	.46**	.38**	.41**	.46**	.51**	.31**
関係調整 [$\alpha = .99$]	.45**	.37**	.39**	.44**	.46**	.29**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

表 4-9. 調査対象者の属性 (N = 181) と CHVS の平均値と標準偏差および平均値の比較

	CHVS-U		検定統計量	効果量	CHVS-C		検定統計量	効果量
	M	SD			M	SD		
性別			$t(165) = 0.32$	$d = 0.07$			$t(169) = 0.56$	$d = 0.12$
男性	59.17	15.30			50.61	10.39		
女性	57.98	16.63			48.99	13.33		
年代			$F(4, 161) = 2.15$	$f = 0.23$			$F(4, 165) = 1.88$	$f = 0.21$
30歳代	56.47	16.06			51.44	8.81		
40歳代	61.30	13.64	0.05		51.80	10.29	0.044	
50歳代	61.18	19.80			51.60	15.23		
60歳代	57.97	14.64			47.75	13.47		
70歳以上	49.35	16.70			44.09	11.90		
最終学歴			$F(4, 158) = 2.68^*$	$f = 0.26$	専>高		$F(4, 163) = 0.71$	$f = 0.13$
高等学校	54.99	16.78			48.23	13.21		
専門学校	64.80	17.93			51.30	14.29		
短期大学	56.18	14.55	0.063		48.03	12.00	0.017	
4年制大学	57.96	13.05			49.04	11.32		
その他	69.20	17.05						
訪問介護歴			$F(4, 135) = 0.06$	$f = 0.04$			$F(4, 138) = 0.52$	$f = 0.12$
0-5年	58.52	15.07			49.45	11.10		
6-10年	58.60	15.41	0.002		51.59	11.34	0.015	
11-15年	59.64	18.77			50.83	14.82		
16-20年	57.48	17.92			47.59	13.74		
21年以上	57.87	16.75			49.00	11.77		
医療・福祉合計経験年数			$F(4, 149) = 0.11$	$f = 0.05$			$F(4, 151) = 0.43$	$f = 0.10$
0-5年	61.14	8.38			51.14	6.74		
6-10年	56.84	17.30	0.003		50.20	11.71	0.011	
11-15年	58.29	18.27			49.37	15.14		
16-20年	57.62	16.59			47.19	13.22		
21年以上	57.90	15.69			47.86	13.06		
コミュニケーション講習受講歴			$t(148) = 0.95$	$d = 0.18$			$t(151) = 1.25$	$d = 0.23$
ある	56.70	16.36			47.92	13.53		
ない	59.62	17.02			50.97	11.85		
雇用形態			$F(2, 162) = 0.48$	$f = 0.08$			$F(2, 167) = 1.03$	$f = 0.11$
正社員・正職員	57.27	14.85			49.42	11.91		
非常勤・パートタイム・アルバイト	59.19	17.19	0.006		49.59	12.92	0.012	
その他 (自営など)	54.91	21.71			43.73	18.94		

Note: Cohen's d の判定基準: .20 = 効果量小, .50 = 効果量中, .80 = 効果量大.

一元配置分散分析のCohen's f 判定基準: .10 = 効果量小, .25 = 効果量中, .40 = 効果量大.

「高」は高等学校, 「専」は専門学校を示す.

* $p < .05$.

総合考察

本研究の目的は、訪問介護員のコミュニケーション能力について構成要素と機能を明らかにし、評価尺度を開発することであった。第1節では、訪問介護員のコミュニケーション能力の構成要素について検討した。第2節では、第1節により得られた知見を基に、コミュニケーション能力の評価尺度である CHVS-U および CHVS-C を開発し、信頼性・妥当性を検証した。

第1節の結果より、訪問介護員は、音声的および非音声的チャネルを複合的に活用しながら、利用者を理解し、共感・受容的な支援を行っていることがわかった。訪問介護の利用者とのコミュニケーション場面では、利用者の体調から生活様式、家庭の状況まであらゆる情報を収集し、それらを考慮した上での支援が求められる（厚生労働省、2016）。そのため、訪問介護員は、コミュニケーション・チャネルを最大限に用いる努力をしていることが伺えた。特に、非音声的コミュニケーション・チャネルは良質な訪問介護支援に必須であるが、個人の資質や経験を積み重ねることによる独自の方法に寄与するところが大きい。したがって、支援に有用な非音声的コミュニケーションについて、職員同士が各自で行っている工夫を情報交換するなど、職場内における自己研鑽の機会提供を促すことが期待される。

第2節の結果、CHVS-U で抽出された「利用者の受容」「利用者の理解」「共感的態度」の3因子は、第1節の結果および訪問介護員の望ましいコミュニケーションに関する文献（広瀬・杉山、2015；西川、2004；奥田他、2012；須加、2007、2012；山田・西田、2007）の内容とも概ね一致していた。CHVS-C では「協働的態度」「情報共有」「チームワーク」の3因子が抽出された。これまで訪問介護員における同僚・他職種とのコミュニケーションについては、その構成要素を詳細に検討した研究は見当たらない。したがって本研究の知見は、訪問介護業務にかかわるコミュニケーション能力、利用者および同僚・他職種との関わりを総合的に検討したという点で、より実践に即した内容と言える。本研究では、尺度の信頼性および妥当性が確認された一方で、因子間の相関が高かった。今後は項目の表現を改善するなど、因子の独自性を高める必要がある。また、ICC の値について、CHVS-U の下尺度である

第4章

「共感的態度」が低値、CHVS-Cの下尺度である「情報共有」と「チームワーク」は低から中程度の値であった。「共感的態度」は職員自身の感情抑制による変動が、「情報共有」と「チームワーク」は支援業務が円滑な場合に希薄となる可能性がある。そのため、これらの項目では、回答時点における利用者との関係や職員自身の自己評価、業務の遂行状況によるICC値への影響が考えられる。今後、当該項目における変動要因の探索も検討の余地がある。

対象者の属性における特徴は、介護の仕事の通算経験年数が長いほど介護のスキルが高いことが報告されている（堀田，2006）。しかし本研究では、年齢、訪問介護歴、医療・福祉合計経験年数およびコミュニケーション講習受講歴によるCHVSの得点差は確認できなかった。加えて、尺度の平均得点は、取りうる値に対して年代の高い層、または経験年数が多い層、コミュニケーション講習の受講歴がある群において、低値であった。この結果について、コミュニケーション能力の発達が、知識や経験値の蓄積により向上するスキルとは異なることを意味するのかについて、さらなる検証が必要である。

我が国の訪問介護員は、単独で利用者宅において支援をし、非常勤職員や登録型職員は直行直帰の勤務形態が多い（宮上・河内・荒川，2020）。就労環境としては、同僚や上司からのサポートが受けにくく（堀田，2006）、介護職の現状や利用者の需要に即した知識やスキルを育成する研修の機会が不足している（小川・長田，2007）。さらに、常勤職員の実働、役割、責務が過重になっている（橘・吉田・庄子，2018）。加えて、介護分野以外の背景を持つ人材の増加により、教育訓練に時間がかかり、職場の指導員も同行で時間が取られるなど、人手不足感が払拭できない実態が明らかになっている（八巻，2014）。したがって、第1節により明らかになった訪問介護員のコミュニケーションの様態や機能に関する知見は、訪問介護員に求められるコミュニケーションの指標として、教育・研修の内容を構成する上でも有益な基礎資料となり得る。

本研究における限界点は、一つ目に本尺度が自己評価であることがあげられる。そのため、より正確なコミュニケーション能力の評価には、観察法や利用者および同僚・上司などの他者評価による検討が必要である。二つ目に選択バイアスがあげられる。第1節の対象者は、

第4章

単一の事業所からの募集に限られていた。同様に、第2節においても回答率が低く、一つの事業所からの回答を多く含む結果となった。そのため、当該事業所の特性が結果に影響していることは否めない。回答率が低い理由として、調査協力のメリット感と人手不足による余裕の無さがあげられる。研究の主旨や意義および内容と手順について、受け入れられ易い資料づくりと丁寧な働きかけが回答率向上の重要点と言える。三つ目の限界点については、第2節において Google フォームと紙媒体という異なる調査方法を併用した点があげられる。Google フォームを用いた調査に対する負担感を軽減する為、詳細なる画像付きの操作手順書を用意したが、回答への心理的影響は否めない。研究手続き上の限界点は認められるものの、本研究により明らかになったコミュニケーション能力の構成要素は、訪問介護員のコミュニケーション能力を育成するための研修内容を考案する基礎資料となり得る。例えば、訪問介護員自身のコミュニケーション能力や訓練効果、あるいは研修プログラム評価にも活用可能である。今後は、訪問介護職員のコミュニケーション能力の決定要因の探索およびコミュニケーション能力の育成を意図した応用的な研究が必要である。

本章のまとめ

第4章では、訪問介護員のコミュニケーション能力尺度、CHVS、利用者とのコミュニケーション能力尺度、CHVS-U、および同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度、CHVS-C、を開発した。その結果、十分な信頼性と妥当性が確認された。第5章では、訪問介護員を対象として、CHVS を用いた横断研究により、コミュニケーション能力に関連のある要因を探る。

第 5 章 訪問介護員のコミュニケーション能力が及ぼす心理社会的要因の検討（研究 5）

目的

第 5 章では CHVS を用いて、コミュニケーション能力に関連のある要因を探ることを目的とする。具体的には、CHVS における属性の特徴（性別、年齢、教育歴、職務経験年数、コミュニケーション受講歴）に加えて、心理社会的要因（SS、職務満足度、職務エンゲージメント、ストレス）との関係を見る。さらに、コミュニケーション能力と離職意図の関係を探索的に検討する。

本研究における仮説は次の通りである。訪問介護員の職業能力の尺度（佐藤・大木・堀田, 2006, pp. 39-63）では、職務経験年数と技能研修の受講歴がある者の方が有意に高数値を示している。そのため、実務経験年数および研修受講歴のあるものは CHVS においても有意に高数値を示す（仮説 1）。コミュニケーション能力の向上は、円滑なる情報の授受を促し、職務遂行における個人資源の充実に繋がる。また、個人資源の充実は、職務満足などの心理社会的因子に肯定的影響をもたらす、離職意図も軽減させる。そのため、上司・同僚からの SS は、CHVS から心理社会的因子に対する媒介的あるいは調整的な役割を担う（仮説 2）。そのため、CHVS は、上司・同僚からの SS、職務満足度、職務エンゲージメント、WB との間において正の関連、ストレス、離職意図において負の関連が予測される（仮説 3）。最後に、(3)CHVS から影響を受けた職務満足度と職務エンゲージメントは、離職意図の予測因子となる（仮説 4）。

方法

対象者および調査期間 本研究では、全国の訪問介護事業所に勤務する訪問介護員 400 名を調査対象者とした。調査対象者は、調査会社（株式会社インテージ）の登録モニターを用い、全国訪問介護事業所に勤務している訪問介護員（雇用形態は不問）として設定し、400 名に達した時点で調査を終了した。調査対象に該当する登録モニターは 16,852 名であった。調査は、2021 年 1 月 26 日から 1 月 28 日にインターネットによる無記名自己回答式ウェブ調査として実施した。

本研究は早稲田大学倫理審査委員会より承認（2020-328）を得た上で実施した。

調査内容 調査の内容は、属性（性別、年齢、教育歴、コミュニケーションに関する研修の受講歴、保有資格、雇用形態、訪問介護員職務経験年数、医療・福祉系の合計経験年数）に加え、最近 1 ヶ月の上司・同僚と家族への相談、最近 1 ヶ月の利用者や上司・同僚との軌轢、現在と将来の離職意図、コミュニケーション能力および心理社会的因子（SS、職務満足度、職務エンゲージメント、ウェルビーイング、ストレス）に関して回答を求めた。

使用尺度 訪問介護のコミュニケーション能力の指標には、CHVS（渡辺・島崎・竹中，2021）を用いた。同尺度は、CHVS-U の 20 項目と CHVS-C の 16 項目、7 件法（1 = まったくできない - 7 = とても上手にできる）で回答を求めた。職場における SS の指標には、職場用ソーシャルサポート尺度（小牧・田中，1993）を採用した。同尺度は、15 項目で構成されており、「上司」と「同僚」のいずれにも適用できる。本研究では、15 項目のうち、訪問介護員の職務や職場には適さない 7 項目（例えば、「上司は気軽に食事に誘ってくれる」等）を除外し、上司と同僚について各 8 項目、合計 16 項目を採用し、5 件法（1 = そう思わない - 5 = そう思う）により回答を求めた。

職務満足度の指標には、職務満足度尺度（以下「職務満足」と略する）（井上・黒木，2011；Macdonal et al.，1997）を採用した。本研究では、人間関係とコミュニケーションの観点から検討することから、「給料に満足している。」という項目を除外し、「同僚との関係はうまくいっている。」という項目を追加した全 10 項目を採用し、5 件法（1 = まったくそう思う - 5 = まったくそう思わない）で回答を求めた。

職務エンゲージメントの指標には、仕事に関する調査（UWES）[◎]（Schaufeli & Bakker，2003）（以下「UWES」と略する）を採用した。同尺度は、9 項目、7 件法（0 = 全くない - 7 = 毎日）で回答を求めた。

人生満足度（以下「WB」と略する）は、項目数および信頼性・妥当性の観点から、“The Satisfaction With Life Scale”（Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985）を採用した。尺度の翻訳にあたっては、大手企業の海外駐在経験者 3 名（1 名は TESOL 保持者）の協

力のもと、シングルバック・トランスレーションおよび単語の検討を行った。同尺度は、5項目に対して、7件法（1 = 非常に強く同意する - 7 = 非常に強く同意しない）で回答を求めた。

ストレスの指標では、K6日本語版(Furukawa, et al., 2008)（以下「ストレス」と略する）を採用した。同尺度は、6項目、4件法（0点 = 全く - 4点 = いつも）で回答を求めた。

離職意図の指標については、医療・福祉分野において離職意図と心理社会的変数との関係を取り扱った28件で使用されている尺度および質問項目の中から、訪問介護員に考えられる項目を選定した。選定項目は、訪問介護員の就労に関する特性（例えば、入職3年未満の離職や転職の多さ等）と離職意図の要因が職種または職場かという点を考慮して検討した。なお、項目の選定は、筆者が所属していた大学院研究室の博士前期及び後期課程の学生とともに意見が一致するまで行った。それらの結果を踏まえ、本研究では次の4項目（「時々、今の仕事（職種）を変えることを考える（以下「離職意図（職種）」と略する。）、「時々、今の職場を変えることを考える（以下「離職意図（職場）」と略する。）、「近い将来（1～2年）、今の仕事（職種）を変えようと思っている（以下「将来の離職意図（職種）」と略する。）、「近い将来（1～2年）、今の職場を変えようと思っている。（以下「将来の離職意図（職場）」と略する）」）を使用し、いずれも4件法（1=全く同意しない - 4=強く同意する）で回答を求めた。

なお、複数の自己評価指標を用いるため、対象者は調査意図を推論して回答する可能性がある（Common Method Bias）。Common Method Biasのリスクは、調査目的や手続きの呈示、明確な質問項目及び逆転項目の設置により、軽減することができる（Jordan & Troth, 2020）。したがって、各尺度の質問項目の冒頭で明確な教示を呈示するとともに、離職意図は、心理社会的変数を問う尺度の質問項目との関係を対象者に想定されないように、属性の質問項目群に、その他の尺度は、逆転項目を含むものと含まないものを交互に設置した。

分析 回答者の属性については、単純集計を行った。属性の特徴を確認するため、年代は30

歳代以下と 60 歳代以上の他の年代は 10 年刻み、訪問介護歴と医療・福祉分野の合計経験年数は 5 年刻みで、標本数が均等になるようにカテゴリー化した。CHVS 両尺度における属性の平均値は、一元配置分散分析を用いて比較した。主効果がみられた変数については、Tukey の HSD 検定 (5%水準) による多重比較を行った。また、各尺度変数間の相関については、Spearman の順位相関係数および偏相関係数を求めた。媒介変数の存在が認められた変数については、単回帰分析を用いて媒介変数を検討した。最後に、離職意図の規定要因を探るため、属性、相談頻度、転勤頻度、CHVS-U、CHVS-C、職務満足、UWES、WB、ストレス、SS を説明変数とした重回帰分析を行った。属性、相談頻度、転勤頻度は強制投入法、CHVS-U、CHVS-C、職務満足、UWES、WB、ストレス、SS はステップワイズ法を用いて、ベイズ情報量基準 (BIC) の最小値をとる組み合わせを採用した。回答者の属性による尺度の得点差について、性別、雇用形態、コミュニケーション講習受講歴には、対応のない t 検定を実施した。年代、教育歴、訪問介護歴、医療・福祉合計経験年数については、一元配置分散分析を行い、有意な主効果が認められた場合には、Tukey の方法による多重比較検定を行った。分析には、SPSSVer. 27、サンプルサイズの検出力における事後分析には、R version 4.0.3 (2004-2020) を用いた。

結果

対象者 全国の訪問介護事業所に正規または非正規職員として勤務する訪問介護員 423 名 (女性 212 名、平均年齢 49.43 歳、標準偏差 12.11) から回答を得た (回答率は 2.5%)。参加者の属性を表 1 に示す。サンプルサイズについては、有意水準が 5%、母集団における効果量が Cohen (1988) の基準で「中」効果量である場合に、検定力が 0.8 以上 (第二種過誤のリスクを回避する領域) となるように事後分析を行った。R による検定力分析の結果、 t 検定は 128 名以上 ($n = 3.77$ /群)、一元配置分散分析では群の数を 3 ($n = 75.58$ /群) から 5 ($n = 54.93$ /群) とする場合、合計 228-275 名以上であった。したがって、本調査が対象とする 423 名は、十分な検出力が得られるサンプルサイズである一方で、第一種過誤における危険性を留意しなければならない (村井・橋本, 2017)。

表 5-1. 参加者の属性 (N = 423)

変数	N	%
性別		
男性	211	49.90
女性	212	50.10
婚姻		
既婚	254	60.00
未婚	169	40.00
年代		
30歳代以下	109	25.80
40歳代	103	24.30
50歳代	105	24.80
60歳代以上	106	25.10
最終学歴		
中等学校	14	3.30
高等学校	129	30.50
専門学校	84	19.90
短期大学	42	9.90
大学	147	34.80
その他	7	1.60
雇用形態		
正規	237	56.00
非正規	175	41.40
その他	11	2.60
訪問介護歴		
0-5年	151	35.70
6-10年	137	32.40
11-15年	72	17.00
16年位上	63	14.90
医療・福祉合計経験年数		
0-5年	85	20.10
6-10年	141	33.30
11-15年	87	20.60
16-20年	75	17.70
21年以上	35	8.30
コミュニケーション受講歴		
ある	266	62.90
ない	157	37.10

CHVS における平均値の検定 CHVS における属性（性別，年代，教育歴，コミュニケーション講習受講歴，雇用形態，訪問介護経験年数，医療・福祉分野の合計経験年数）における平均値の検定を表 2 に示した。性別は，女性の方が男性よりも有意に高い値であった。教育歴は，CHVS-U において，50 歳代および 60 歳代以上の人が，30 歳代以下の人が有意に高い値であった。また，60 歳代が 40 歳代よりも，50 歳代が 30 歳代以下よりも，60 歳代以上が 30 歳代以下と 40 歳代よりも有意に高い値が確認された。雇用形態は，正規職員の方が，非正規職員よりも，CHVS-U において有意に高い値であった。一方，訪問介護経験年数，医療・福祉分野の合計経験年数，コミュニケーション受講歴における CHVS の有意差は確認できなかった。したがって，仮説 1 は支持されなかった。

表 5-2. 属性における平均値の検定結果 (N = 423)

	CHVS-U ($\alpha = .97$)		検定	効果量	CHVS-C ($\alpha = .97$)		検定	効果量
	M	SD			M	SD		
性別			$t(421) = -2.86^{**}$	$d = .28$			$t(421) = -2.95^{**}$	$d = .19$
男性	93.86	19.68	女性 > 男性		75.36	16.13		
女性	99.08	17.72			78.30	14.99		
年代			$F(3, 419) = 10.31^{**}$	$f = .27$			$F(3, 419) = 5.79^{**}$	$f = .20$
30歳代以下	90.12	19.08	<50歳代, 60歳代以上		73.44	16.82	<60歳代以上	
40歳代	94.06	18.91	<60歳代以上		74.41	15.27	<60歳代以上	
50歳代	98.61	18.17	>30歳以下		78.34	15.19		
60歳代以上	103.25	16.89	>30歳以下, 40歳代		81.18	13.99	>30歳代以下, 40歳代	
教育歴			$F(4, 418) = 1.66$	$f = .13$			$F(4, 418) = .24$	$f = .05$
中学校	96.64	26.74			77.86	22.48		
高等学校	99.22	16.91			77.36	14.29		
専門学校	96.45	17.81			77.05	15.80		
短期大学	98.38	18.34			77.88	15.35		
4年制大学	93.78	20.04			75.95	16.04		
その他	91.00	23.73			74.71	18.57		
訪問介護経験年数			$F(3, 419) = 1.81$	$f = .11$			$F(3, 419) = .98$	$f = .08$
0-5年	94.94	18.17			75.88	15.30		
6-10年	95.32	19.14			76.13	15.70		
11-15年	100.67	15.76			79.38	13.27		
16年以上	97.87	22.53			77.73	18.46		
合計医療・福祉経験年数			$F(4, 418) = 1.74$	$f = .13$			$F(4, 418) = 1.91$	$f = .14$
0-5年	94.40	20.21			75.13	16.65		
6-10年	95.26	18.44			76.20	15.71		
11-15年	100.41	15.96			79.21	13.57		
16-20年	95.00	19.12			74.97	14.26		
21年以上	99.77	22.42			81.60	19.10		
コミュニケーション講習受講歴			$t(371.64) = .03$	$d = .00$			$t(367.54) = .15$	$d = .14$
ある	96.50	20.00			77.65	16.43		
ない	96.44	16.87			75.45	14.09		
雇用形態			$t(410) = -.25^*$	$d = .24$			$t(400.46) = -.61$	$d = .06$
正社員・正職員	94.32	19.81	正 > 非		76.39	16.68		
非常勤他	98.94	17.56			77.32	14.35		

Note. Cohen's d の判定基準 (Cohen, 1992) : .20=効果量小, .50=効果量中, .80=効果量大

一元配置分析のCohen's f 判定基準 (Cohen, 1992) : .10 = 効果量小, .25=効果量中, .40=効果量大

* $p < .05$ ** $p < .01$.

心理社会的尺度における変数間の関係 CHVS 尺度と心理社会的尺度の変数 (SS, 職務満足, WB, ストレス) との関係を明らかにするために, Spearman の順位相関係数を求め, その結果を表 5-3 に示した。また, 心理社会的尺度変数は, 上司および同僚から得られる SS の影響を受けると仮定し, SS を統制した偏相関係数を求めた。その結果, CHVS-U と CHVS-C, 並びに SS, 職務満足, 正の相関が, ストレスとの間に負の相関が得られたが, WB における相関はみられなかった。次に, SS を統制した偏相関分析を行ったところ, 職務満足において有意な相関は確認されなかった。以上の結果より, CHVS および心理社会的尺度変数が SS によって媒介されていることが示唆された。次に, CHVS と心理社会的尺度変数における SS の媒介分析を行った。

表 5-3. 尺度間の単純相関と偏相関

	CHVS-U	CHVS-C	満足	UWES	WB	ストレス
CHVS-U	—	.85 ^{***}	.02	.32 ^{***}	-.13 [*]	-.18 ^{***}
CHVS-C	.86 ^{**}	—	.04	.30 ^{***}	-.08 [†]	-.15 [*]
満足	.26 ^{**}	.30 ^{**}	—	.38 ^{***}	.39 ^{***}	-.27 ^{***}
UWES	.44 ^{**}	.43 ^{**}	.47 ^{**}	—	.31 ^{***}	-.10 [*]
WB	-.00	-.04	.40 ^{**}	.34 ^{**}	—	-.16 ^{**}
ストレス	-.25 ^{**}	-.21 ^{**}	-.36 ^{**}	-.18 ^{**}	-.06	—

Note. 左下半分のイタリックの数値はSpearman順位相関係数 ($n = 423$), 右上半分の数値は, ソーシャルサポート (上司・同僚) を統制した偏相関係数 ($n = 423$)である。

CHVS-U: 利用者とのコミュニケーション能力尺度

CHVS-C: 同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度

職務満足: 職務満足度尺度 (Macdonalら, 1997; 井上祐子・黒木保博, 2011)

SS: 職場用ソーシャル・サポート尺度(小牧, 2001)

UWES: 仕事に関する調査 (UWES) ©. (Schaufeli & Bakker, 2003)

WB: 人生満足度 (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)

* $p < .05$ ** $p < .01$

媒介分析 Baron & Kenny (1986)によれば、以下の条件を満たす時に機能する。それらは、(1)独立変数が仮定された媒介変数を有意に説明する(Path a)、(2)媒介変数が従属変数を有意に説明する(Path b)、(3)パス a と b が統制されると、最初に有意であった独立変数と従属変数間のパスが有意ではなくなる(Path c)、である。本研究では、SS を統制した偏相関係数において、有意な相関が確認された変数間で無相関となった。つまり、SS (上司・同僚) が媒介変数であることが示唆された。そのため、CHVS から心理社会的変数 (Path c)、CHVS から SS (Path a)、SS から心理社会的変数 (Path b)、それぞれのパスについて、単回帰分析を行った。CHVS から心理社会的変数 (Path c) では、WB 以外、職務満足と UWES およびストレスに対して、1%から 5%水準で有意に回帰していた。CHVS から SS (Path a) は、上司と同僚に対して、1%から 5%水準で有意な予測因子となっていた。SS から心理社会的変数 (Path b) については、WB 以外、職務満足と UWES およびストレスにおいて SS が、1%から 5%水準で有意な予測因子となっていた。SS を統制した偏相関係数において無相関を示した、CHVS、SS 及び職務満足の単回帰分析の結果は表 5-4 に示す通りであった。

次に、心理社会的変数を目的変数として、SS (上司・同僚) 並びに CHVS-U、CHVS-C、職務満足、UWES、WB およびストレスを一つずつ伴わせて、説明変数として強制投入法による重回帰分析を行った。その結果、表 5-5 に示す通り、職務満足を目的変数とした回帰分析では、SS だけが有意な値を示し、CHVS の両尺度では有意な値が確認されなかった。また、UWES では、全ての変数において有意な値が認められた。これらの結果より、CHVS から職務満足に対する SS による媒介的機能が確認された。CHVS、職務満足、SS における指標の媒介モデルは、図 1 に示す通りである。WB については、CHVS の両尺度とで、SS (上司) において有意傾向の値が確認された。ストレスでは、CHVS-C において SS (同僚) 以外の変数で全て有意な値が確認された。媒介変数を投入しても依然として変わらず有意な関係が表現される場合、二つの変数間には媒介変数以外の要因が含まれていることを意味する。したがって、UWES とストレスにおいて、SS を投入後も有意な関係が示されたことは、SS 以外の因子による作用した結果といえる。以上より、仮説 2 は支持された。

表 5-4. CHVS (CHVS-U, CHVS-C), ソーシャルサポート (上司・同僚) 及び職務満足における単回帰分析 (N = 423)

説明変数	SS (上司)				SS (同僚)				職務満足			
	B	標準誤差	β	R^2	B	標準誤差	β	R^2	B	標準誤差	β	R^2
CHVS-U	.14	.02	.39 ***	.16	.14	.02	.39 ***	.15	.09	.04	.25 *	.06
CHVS-C	.20	.02	.44 ***	.20	.20	.02	.45 ***	.20	.13	.05	.29 **	.09
職務満足	.52	.12	.46 ***	.21	.39	.11	.42 ***	.17	-	-	-	-
SS (上司)	-	-	-	-	-	-	-	-	.52	.12	.46	.21
SS (同僚)	-	-	-	-	-	-	-	-	.44	.12	.42 ***	.17

Note. CHVS-U: 利用者とのコミュニケーション能力尺度 CHVS-C: 同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度
 職務満足: 職務満足度尺度 (Macdonalら, 1997; 井上祐子・黒木保博, 2011) SS: 職場用ソーシャル・サポート尺度 (小牧・田中, 1993)

† $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$.

表 5-5. SS と CHVS における職務満足に対する媒介分析 (N = 423)

説明変数	職務満足				
	B	標準誤差	ベータ	有意確率	R ²
CHVS-U	-.03	.05	-.07		.22
SS (上司)	.57	.16	.51	**	
CHVS-U	.03	.05	.07		.18
SS (同僚)	.41	.13	.38	**	
CHVS-C	-.01	.07	-.03		.21
SS (上司)	.54	.17	.48	**	
CHVS-C	.05	.06	.11		.18
SS (同僚)	.38	.14	.36	**	

Note. CHVS-U : 利用者とのコミュニケーション能力尺度 CHVS-C : 同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度
 職務満足 : 職務満足度尺度 (Macdonalら, 1997 ; 井上祐子・黒木保博, 2011) SS:職場用ソーシャル・サポート尺度(小牧・田中, 1993)

† $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$.

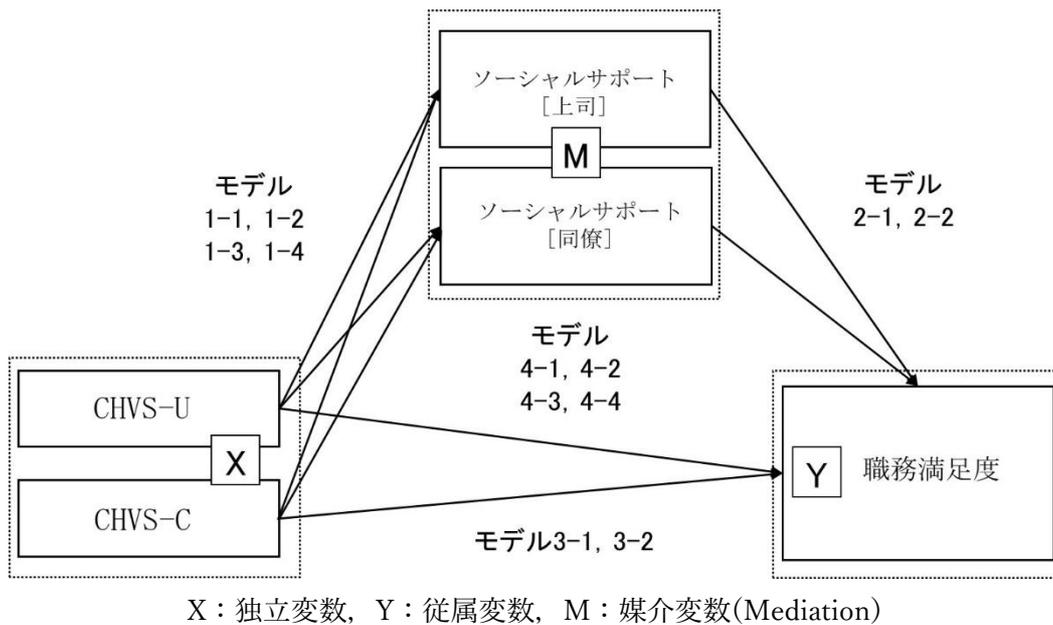


図 5-1. CHVS(CHVS-U, CHVS-C), 職務満足度, ソーシャルサポート(上司・同僚)における指標の媒介モデル

- モデル 1-1 : X-M (独立変数 : CHVS-U, 従属変数 : SS[上司])
- モデル 1-2 : X-M (独立変数 : CHVS-U, 従属変数 : SS[上司])
- モデル 1-3 : X-M (独立変数 : CHVS-C, 従属変数 : SS[同僚])
- モデル 1-4 : X-M (独立変数 : CHVS-C, 従属変数 : SS[同僚])
- モデル 2-1 : M-Y (独立変数 : ソーシャルサポート[上司], 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 2-2 : M-Y (独立変数 : ソーシャルサポート[同僚], 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 3-1 : X-Y (独立変数 : CHVS-U, 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 3-2 : X-Y (独立変数 : CHVS-C, 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 4-1 : X-Y (独立変数 : ソーシャルサポート[上司], CHVS-U, 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 4-2 : X-Y (独立変数 : ソーシャルサポート[上司], CHVS-C, 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 4-3 : X-Y (独立変数 : ソーシャルサポート[同僚], CHVS-U, 従属変数 : 職務満足度)
- モデル 4-4 : X-Y (独立変数 : ソーシャルサポート[同僚], CHVS-C, 従属変数 : 職務満足度)

離職意図の規定要因 離職意図の規定要因を探るため、属性、相談頻度、転職頻度、CHVS-U, CHVS-C, 職務満足, UWES, WB, ストレス, SS を説明変数として重回帰分析を行った。表5に示した結果の通り、全ての離職意図に対して、職務満足からの標準偏回帰係数 (β) は有意であった。UWES については、職種および職場における離職意図に影響がみられた。将来の離職意図に関しては、UWES の影響はみられなかった。また、年齢から将来の離職意図に対する標準偏回帰係数 (β) においては、有意に負の影響が確認されたことから、仮説3は支持された。

表 5-6. 離職意図を目的変数とした重回帰分析 (N = 423)

	離職意図(職種)				離職意図(職場)				将来の離職意図(職種)				将来の離職意図(職場)											
	B	標準誤差	ベータ	R ²	調整済R ²	B	標準誤差	ベータ	R ²	調整済R ²	B	標準誤差	ベータ	R ²	調整済R ²	B	標準誤差	ベータ	R ²	調整済R ²				
性別ダミー	.00	.09	.00	-		.01	.08	.01	-		.01	.08	.01	-		.01	.08	.01	-					
年齢	-.01	.00	-.10	†		-.01	.00	-.07	-		-.01	.00	-.11	*		-.01	.00	-.10	*					
コミュ受講ダミー	-.01	.08	-.06	-		-.05	.07	-.03	-		-.12	.08	-.07	-		-.13	.08	-.07	-					
最終学歴	-.03	.03	-.05	-		-.01	.03	-.02	-		.03	.03	.04	-		.02	.03	.04	-					
雇用形態	.08	.09	.05	-		.01	.09	.01	-		-.03	.09	-.02	-		.02	.09	.01	-					
訪問介護歴	-.01	.01	-.10	-		-.01	.01	-.10	†		-.01	.01	-.06	-		-.01	.01	-.05	-					
医療・福祉歴	.00	.01	.02	-	.25	.23	.01	.01	.08	-	.38	.37	.00	.01	.01	-	.34	.32	.00	.01	.00	-	.32	.30
相談(上司・同僚)	.02	.05	.02	-		-.01	.05	-.01	-		-.13	.05	-.13	*		-.10	.05	-.10	†					
相談(家族)	-.00	.04	-.00	-		.01	.04	.01	-		.10	.04	.07	-		.03	.04	.04	-					
軋轢(利用者)	.07	.06	.06	-		.03	.06	.03	-		.02	.06	.02	-		.03	.06	.03	-					
軋轢(上司・同僚)	-.01	.06	-.01	-		.09	.06	.08	-		.12	.06	.11	*		.12	.06	.11	*					
職務満足	-.05	.01	-.40	***		-.10	.01	-.44	***		-.06	.01	-.46	***		-.06	.01	-.46	***					
UWES	-.01	.00	-.14	**		-.01	.00	-.17	***		-	-	-	-		-	-	-	-					

†p < .10 *p < .05 **p < .01 ***p < .001.

考察

本研究の目的は、CHVSを用いて、コミュニケーション能力と属性（性別、年齢、教育歴、職務経験年数、コミュニケーション受講歴）および心理社会的因子（SS、職務満足、UWES、WB、ストレス）におけるコミュニケーション能力との関連を探ることであった。さらに、CHVSの離職意図に影響を与える因子も探索的に検証した。以下、(1)属性におけるCHVSの特徴、(2)CHVSと心理社会的因子との関係におけるSSの機能、(3)離職意図の規定要因、についてそれぞれ考察を行う。

属性におけるCHVSの特徴 CHVSにおける属性の平均値の比較では、性別と年齢において有意差が確認された。一方、教育歴、職務経験年数、コミュニケーション受講歴では、CHVSの構成時に実施した横断研究（渡辺・島崎・竹中，2021）と同様に、有意差は確認されなかった。介護施設勤務の職員（女性84.21%）を対象とした性差をみた調査では、コミュニケーションの特徴に違いがみられるものの、社会的スキルの性差は認められていない（宮堀・澤井・佐藤・鈴木・三浦，2003）。今後、CHVSの性別における具体的な特徴を明らかにすることも、訪問介護人材の採用、教育育成、人事管理において、重要な手がかりとなり得る。

年齢は、年齢に伴いCHVS-Uの増加が確認されたが、訪問介護経験年数、医療・福祉分野の合計経験年数などの経験年数や研修受講歴については、CHVSの構成時の横断研究と同様に（渡辺・島崎・竹中，2021）各変数の差はみられなかった。佐藤・大木・堀田（2006）による訪問介護員の職業能力に関する調査では、身体介護、生活援助、人間関係の全ての業務において、福祉系教育機関の学習経験者が有意に高得点を示している。つまり、本研究のCHVSは、佐藤・大木・堀田（2006）の調査結果とは異なる結果を導いた。この結果は、コミュニケーション能力が、経験や教育研修の有無にかかわらず、日常生活の中で意識することにより獲得し得る可能性を示唆している。雇用形態では、正社員・職員の方が、非常勤職員よりも、CHVS-Uにおいて有意に高かった。池田（2019）は、訪問介護員の職業選択のアイデンティティから生じる課題について、非正規職員は組織内のアウトサイダーとしてのアイデンティティがあり、介護ケアについて、組織の規範よりは自らの規範により行動する傾

向があるとしている。つまり、本研究の結果は、雇用形態による CHVS の判断基準の相違が CHVS に影響した可能性を示している。今後、年齢、経験年数、人材教育および雇用形態における CHVS の規定要因について、さらなる探索が求められる。

CHVS と心理社会的因子との関係における SS の機能 本研究では、Bakker & Demerouti (2007) の結果と同様に、CHVS の両尺度から職務満足に対する SS の媒介機能が確認された。また、UWES とストレスは、SS の媒介にかかわらず離職意図に影響を与えることが示された。これらの結果は、同僚間の SS と UWES が、職務満足およびケアの向上と離職意図の減少に影響を与えるという先行研究 (Orgambidez-Ramos & de Almeida, 2017) と概ね一致するものであった。

加えて、先行研究では、SS は悪い職場状況に直面した時に個人差が生じるという概念であり、負の環境において害のある効果を緩和する調整機能とある (Carson & Kuipers, 1998; Pretorius, 2020)。本研究では、SS (上司・同僚) を統制した偏相関係数において、CHVS と関連がなかった WB に弱い係数が、また CHVS と UWES およびストレスの間では、係数の値が低下していた。つまり、本研究においても、UWES、職務満足、WB およびストレスとの間における SS の調整的役割が確認された。この結果は、SS が仕事の資源となり、心理社会的変数に肯定的な影響を及ぼすことを示唆している。以上を整理すると、CHVS の高い者は、SS を相談希求や情報伝達・共有を行い、肯定的に SS が満たされると、職務満足と UWES が増加し、WB の向上やストレスの減少に繋がると考えられる。

離職意図の規定要因

職務満足と UWES は、職種および職場における現在の離職意図に対する説明因子となっていた。UWES については、将来の離職意図への影響が確認されなかった。つまり、職務満足の維持は、現在および将来の離職意図における重要な観点である。また、年齢から将来の離職意図に対して有意に負の影響が確認された。この結果は、年齢が若い職員程、将来の離職意図を予測されることを示しており、3 年未満の職員における離職率の高さを裏付ける結果と言える。

以上、本研究より、コミュニケーション能力の向上が、SSを含む「仕事資源」の充実による肯定的な連鎖を生じさせ、離職意図の減少に繋がることが示唆された。今後は、訪問介護員における「仕事資源」の肯定的な連鎖の仕組みを理解するために、CHVSと心理社会的変数との因果関係を明らかにする必要がある。

総合論議

本研究の目的は、開発したCHVSの規定要因と影響を与える心理社会的要因および離職意図の予測因子を明らかにすることであった。分析の結果、CHVSの高低は、実務経験年数および研修受講歴とは無関係であった、よって仮説1は支持されなかった。一方で、上司・同僚からのSSは、CHVSから心理社会的因子に対する媒介的あるいは調整的な役割を担うという仮説2は支持された。また、CHVSから影響を受けた職務満足と職務エンゲージメントは、離職意図の予測因子となるという仮説3も支持された。以上の結果より、コミュニケーション能力の強化は、(1)「仕事資源」を充実させ、(2)職務満足を向上させ、(3)離職意図の減少を促すことが確認された。換言すると、職務満足は、上司・同僚からのSS、「仕事資源(job-resource)」によって向上させることが可能であり、「仕事資源(job-resource)」を充実させるためには職員のコミュニケーション能力が重要であることとなる。つまり、コミュニケーション能力の開発による就労支援が人材の定着に寄与する可能性が示唆された。

本研究では、訪問介護員のコミュニケーション能力は、年齢とともに能力が向上する傾向にあり、訪問介護や医療・福祉分野における職務経験年数およびコミュニケーションに関する受講の有無から影響がみられなかった。この理由として、コミュニケーション能力が、経験や研修などで単純に開発できるものではなく、個人に依拠する資質であることがあげられる。そのため、コミュニケーション能力の強化には、各職員に自身の対人コミュニケーション・スタイルの課題を意識させ、気づきを与えることで改善を促すような教育指導が必要である。

最後に、今回の探索的研究では、JD-Rモデルが示す離職意図に対する職務満足と職務エンゲージメントとの関係を裏付ける結果となった。また、仕事の資源(job-resource)として

の、上司・同僚からのSSが、組織的アウトカム（職務満足など）との間における媒介的役割として機能していることも確認された（Orgambidez-Ramos & de Almeida, 2017）。この結果は、上司・同僚によるSSが、離職意図を左右する役割を担っていることを意味する。訪問介護事業では、入職3年未満の離職率が高い。つまり、入職3年未満の職員に対する上司と同僚のSSは人材定着に極めて重要である。

限界

本研究の限界点は、まずサンプルの信憑性である。インターネット調査企業に登録している者を対象に、「事業所に所属する訪問介護員」に関する事前スクリーニングが行われたが、収集されたデータが対象者によるものか否かは確認ができていない。次に、自己評価尺度によるデータ収集が行われたことによる、客観性の欠如である。自己評価は、自己効力感や自己肯定感の影響を受けやすい。今後、CHVSによりコミュニケーション能力を評価する際には、同行支援による職務観察や他者評価などの客観的な指標も併せて検討する必要がある。以上のような課題が存在するものの、訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力による「個人の資源」の充実とその波及効果について一定の見解が得られたことは意義がある。

本章のまとめ

第5章では、訪問介護員を対象として、CHVSを用いた横断研究により、コミュニケーション能力に関連のある要因を探索した。その結果、コミュニケーション能力の強化は、ソーシャルサポートを媒介（「仕事資源」の充実）として、職務満足を向上させ、離職意図の減少を促すことが示唆された。つまり、コミュニケーション能力の強化を目的とした介入方略における人材定着への有用性が示された。したがって、第6章では、訪問介護員を対象とした、コミュニケーション能力の強化を意図した、コミュニケーションスキル・プログラムの開発を行う。

第 6 章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入方略の開発

第 5 章では、訪問介護員のコミュニケーション能力の向上が、心理社会的因子に肯定的な影響を与えることが示唆された。特に、離職率の高い入職 3 年未満の職員を対象にコミュニケーション能力を向上させることが、上司や同僚への相談希求を促進し、得られたソーシャルサポートにより、職務満足度の向上と離職意図の低下をもたらすことが確認された。第 6 章では、コミュニケーション能力の向上による恩恵を検証するための探索的研究として、入職 3 年未満の訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラムを開発する。プログラムの開発、介入実践および評価は、竹中(2013)が示すカリキュラム開発(図 6-1)の手続きにそって行う。具体的には、アウトカム目的とプロセス目的を明確にしたうえで、プログラムコンテンツを開発し、e ラーニングおよび演習プログラムに組み込む。プログラムのプラットフォーム開発は IT コンサル A 社と共同で行う。e ラーニングおよび演習プログラムの開発は、東京都 N 区訪問介護事業所の専門チーム(介護福祉士 3 名と看護師 1 名)と東京都内ハローワーク認定介護初任者研修および実務者研修実施団体の講師 1 名(介護・福祉分野)の協力の基に実施する。

第 1 節では医療・福祉分野のコミュニケーションに関する文献調査を行い、第 2 節ではコンテンツの決定とカリキュラムの配置、第 3 節では配信方法の決定、第 4 節では開発されたプログラムの試し試行と修正を行う。

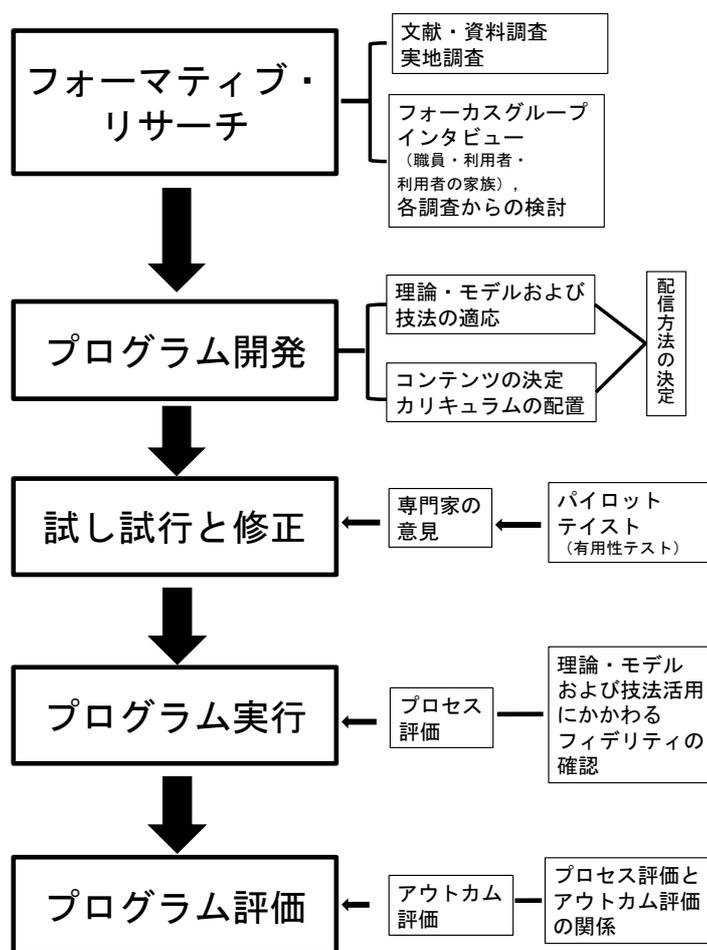


図 6-1. プログラム開発から実践評価に至る流れ（竹中，2009，2013）より

第1節 医療・福祉分野におけるコミュニケーションに関する文献調査

第1節では、医療・福祉分野におけるコミュニケーションに関する文献調査を行う。第1項では、介護職員基礎研修で用いられているコミュニケーションに関する教材について、第2項では、コミュニケーションスキル・トレーニング（以下「CST」と略する）に関する国内外の文献調査を行う。

第1項 介護職員基礎研修で用いられているコミュニケーションに関する文献調査

目的

国立国会図書館に所蔵されている、介護従事者を対象とした基礎研修の教材および医療・介護に関する「コミュニケーションスキル・トレーニング」に関する文献調査を行い、介護従事者を対象に研修の基礎的教材に掲載されているコミュニケーションにかかわる項目を把握する。

方法

調査は、2020年5月上旬から下旬にかけて行った。国立国会図書館サーチを用いて、「介護職員、研修」というキーワードにより抽出された教材のうち、介護職員の基礎研修で用いられているコミュニケーションに関する内容を取り扱っているものを対象とした。採用基準は、(1)介護職員初任者研修または初級の教材であること、(2)同じ文献がある場合は最新版を採用すること、(3)喀痰吸引・経管栄養や認知症・障害などの特定のテーマにかかわる内容ではないこと、とした。

データ分析 本研究では、教材で扱っているコミュニケーションにかかわる内容の分類を行う。そのため、コミュニケーションの顕在的内容について客観的・体系的・定量的に記述を行う研究手法である Berelson (1952, p.18) の内容分析を採用した。本内容分析では、教材の目次にあるテーマとテーマに関する内容の記述について符号化と分類を行った。得られたデータの分析と符号化は、筆者および労働局認定の介護職員初任者および実務者研修実施 NPO 法人の講師 1 名が妥当性の確認を行った。

結果および考察

国立国会図書館サーチにより抽出された文献 90 件のうち、採用基準に該当した文献は 7 件であった。全ての文献で取り上げられているコミュニケーションにかかわる内容は、表 6-1 に示した通りである。全ての教材において、コミュニケーションを言語と非言語に大別し、利用者の状況・状態に応じて適切なコミュニケーション、チームのコミュニケーション（記録、報告、連絡、相談、情報共有、会議など）および共感が共通に取り上げていた。また、コミュニケーションの基礎（概念・定義）、ラポール、対利用者の家族（心理的理解、いたわり、はげましなど）に関する内容についてもほとんどの教材でみられた。また、質問（閉ざされた質問、開かれた質問）、うなづき・あいづち、繰り返しの具体的なコミュニケーションスキルも紹介されていた。以上のように、教材によって焦点の当て方に若干の相違がありつつ、共通して、重要と考えられているコミュニケーション項目が確認された。

表 6-1. 初級の介護職員を対象とした研修教材の内容分析

テーマ	大竹 (2005)	田中・住 居・島 津・鈴 木・前 田・小林 (2018)	妹尾 (2018)	介護職 員関係 養成研 修テキ スト作 成委員 会 (2015)	黒澤・石 橋・是 枝・上 原・白井 (2018)	介護福 祉士養 成講座 編集委 員会 (2019)	介護職 員初任 者研修 テキス ト編集 委員会 (2017)	合計文献件数
言語的コミュニケーション(伝達, 意思疎通, 通信, 情報, 傾聴など)	1	1	1	1	1	1	1	7
非言語的コミュニケーション(視線・アイコンタクト, 顔の表情, 身体動作)	1	1	1	1	1	1	1	7
利用者の状況・状態に応じたコミュニケーション技術(視覚・聴覚・言語・認知障害, 高齢者, 子ども)	1	1	1	1	1	1	1	7
チームのコミュニケーション(記録, 報告, 連絡, 相談, 情報共有, 会議など)	1	1	1	1	1	1	1	7
共感(バ이스ティックの7原則, レベル合わせなど)	1	1	1	1	1	1	1	7
コミュニケーションの基礎(概念・定義)	1	1	0	1	1	1	1	6
ラポール	1	1	1	0	1	1	1	6
対利用者の家族(心理的理解, いたわり, 励ましなど)	1	1	1	0	1	1	1	6
質問(閉ざされた質問, 開かれた質問)	1	1	0	0	1	1	0	4
うなづき・あいづち	1	1	0	0	1	1	0	4
繰り返し	1	1	0	0	1	1	0	4
準言語コミュニケーション(音量, 声量, 高低, 語尾の抑揚, 滑舌, 速度, 間合い, 会話量など)	1	0	1	1	0	1	0	4
道具等を用いた言語的コミュニケーション(掲示物, サイン, 手紙, メモ, 書籍, 信号, 点字, 手話, 暗号, 詩, 図表, 実物, 写真, 絵, 文字など)	0	1	1	1	1	0	0	4
身体接触・対人距離	1	0	1	0	0	1	0	3
受容	0	1	0	0	1	1	0	3
交流分析	0	0	0	1	1	0	1	3
音・音楽・雑音	0	0	1	1	0	0	1	3
動機づけ	0	0	1	0	0	1	0	2
姿勢・態度	1	0	1	1	0	0	0	3
要約	0	1	0	0	0	1	0	2
沈黙	1	0	0	0	0	1	0	2
容姿・服装	0	0	1	1	0	0	0	2
観察	0	0	0	1	0	0	0	1
励まし	1	0	0	0	0	0	0	1
意思決定	0	0	0	0	0	1	0	1
ものの見方(価値観, 固定観念, リフレーミング)	0	0	0	0	0	1	0	1
明確化	0	1	0	0	0	0	0	1
言い換え	0	1	0	0	0	0	0	1
自己覚知	0	0	0	0	0	1	0	1
自己開示	0	0	0	0	0	1	0	1
自己一致	0	0	0	0	0	1	0	1

Note. 1 = 記載あり 0 = 記載なし
枠内 = 5件以上記載があった項目

第2項 コミュニケーションスキル・トレーニングに関する文献調査

目的

第1項では、医療・福祉分野における介護職員の基礎研修で用いられているコミュニケーションに関する内容を把握した。第2項では、医療・福祉分野におけるコミュニケーション能力を強化するための介入研究を調査し、その傾向と課題を探ることを目的とする。

方法

手続き 医療・福祉分野で行われているコミュニケーションスキル・トレーニング（以下「CST」と略する）に関して、電子データベースによる文献検索とハンドサーチを実施した。

文献の検索は、Web of Science, Pubmed (humans, English), Psychology & Behavior, Cochrane Library, Scopus, 医中誌を用いた。検索条件は、表題または本文に Web of Science, Pubmed (humans, English), Psychology & Behavior は、communication skill training AND interventions AND care staffs AND nursing home ; Cochrane Library と Scopus では、Communication skills training AND Care staff AND Nursing home, interventions (MeSH Terms: nursing staff; communication; education; methods subheading: education) であった。医中誌の対象論文は、介護職員 AND コミュニケーションスキルを含む学術論文とし、2019年10月1日から2020年4月15日まで実施した。また、電子DB検索で取りこぼした文献を特定するために、抽出した論文、関連する展望論文、関連する系統的展望論文の引用文献リストからハンドサーチを行った。

文献の選定 本研究では、看護・介護職員自身のコミュニケーションスキルを強化するための研修を対象とする。そのため、患者や利用者に対して、コミュニケーションエイド（メモリーブック等）の活用を促進する、あるいは望ましい行動の増加や減少（服薬アドヒアランスなど）させる目的のテーマとして扱った文献は対象としなかった。

具体的な採用基準は、(1)医療・福祉従事者を対象としていること、(2)学術誌に出版されている研究であること、(3)介入研究であること、であった。また、除外基準は、(1)コミュニケーションエイドの活用促進を意図した研究（メモリーブック等）、(2)患者・利用者の

望ましい行動の増加や減少を目的とした研究（服薬アドヒアランス等），（3）プロトコル研究，（4）文献調査，とした。採用基準を基に文献を選定および分類については，第一著者と筆者所属研究室の心理学を専攻する大学院生 2 名により行った。文献選定の手順については，図 6-2 に示す通り，識別かつ採用に至る過程を経て選定に結びつけた。

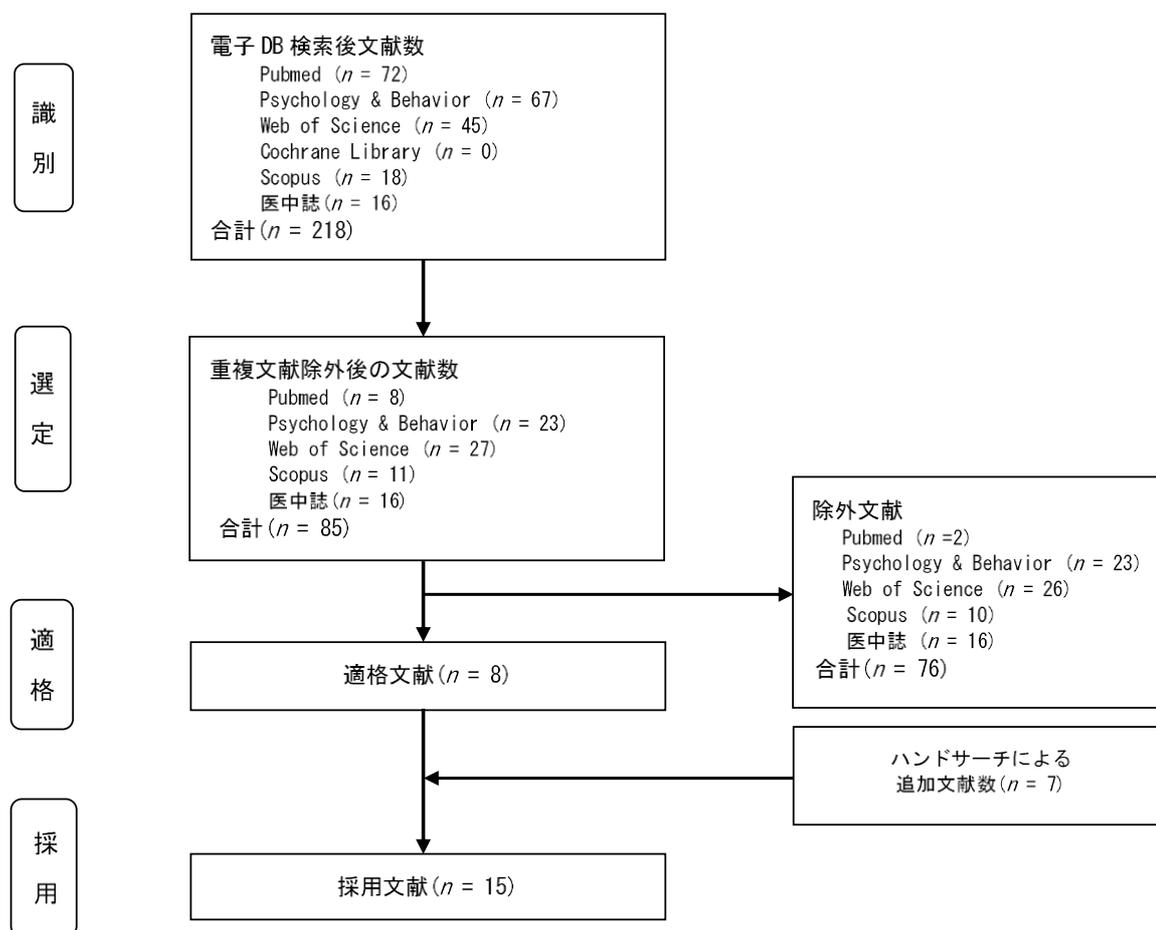


図 6-2. 文献選定の手順

- 【採用基準】**
- (1) 医療・福祉従事者を対象とした研究
 - (2) 学術誌に出版された研究
 - (3) 介入研究
- 【除外基準】**
- (1) コミュニケーションエイド(メモリーブックやアルファベットボード等)の使用を目的とした研究
 - (2) 患者・利用者の治療に関するアドヒアランスを目的とした研究
 - (3) プロトコル研究
 - (4) 原著論文以外の論文および記事
(展望論文, 資料論文, 実践・事例報告, 学会抄録, エッセー, 手紙, 抄録など)

結果および考察

本調査を行った結果、表 6-2、表 6-3、表 6-4 に示した通り、CST の介入研究として 16 件が抽出された。介入研究のテーマは、認知症の対応(3 件)、高齢者の対応(1 件)、がん患者の対応(4 件)、慢性疾患の対応(1 件)、患者の家族対応(1 件)、対人支援者の精神的健康(3 件)、患者の難しい対応(1 件)、予防ケア(1 件)であった。上記ほとんどの研究では、心理的に配慮を要し、対応が難しい場面におけるコミュニケーションスキルの向上を目的としていた。また、15 件のうち 3 件は、対人援助者の精神的健康の向上(バーンアウト、ストレス管理、自己効力感など)および患者あるいは利用者への良質なケアの提供を目的としていた。

研究対象は、看護師(10 件:腫瘍科 4 件、病院 5 件、地域 1 件)が最も多かった。その他は、介護職員(3 件)、医療従事者(2 件)であった。訪問介護員を対象とする介入は確認できなかった。研究対象者は、シフト制で勤務をしている医療・福祉従事者であった。そのため、研修は職員のシフト制という勤務形態を考慮して行われていた。研修の所用時間および期間は、1、2 時間から 3 日間であった。研究デザインは、事前・事後テストで統制群(対照群)がある研究は 8 件、そのうちの 7 件は待機グループを設けた前向きコホート研究であった。

CST の方法は、講義・集団討論・ロールプレイ、ビデオ録画による観察とフィードバック、ワークショップ、スーパービジョンであった。つまり、CST には、一方通行の伝統的な講義形式ではなく、双方向で実践的な形式が採用されていた。

研究で用いられていたモデルは、1 件を除き、全研究のアウトカム評価において有意な効果(9 件)が示されていた。プログラム効果が確認された研究において共通にみられた特徴は、(1)目的やテーマの分かりやすさ、(2)特定のコミュニケーションスキルに焦点を当てた内容、(3)気づきを与えられる内容(スーパービジョン、シミュレーション、ビデオ録画、討論、ロールプレイなど)、(4)コーピングスキルの強化(難しい対応のスキルや自己効力感の向上)であった。

限界点として多くあげられていたのは、標本サイズの小ささ、ドロップアウト率の高さ、作為的標本の抽出、統制群の未設定、自己指標によるアウトカム評価、選択バイアスおよびホーソン効果であった。

CSTに関する文献調査の結果、CSTは、心理的に配慮を要する、対応が難しい場面におけるコミュニケーションスキルの強化に用いられていることを確認した。また、CSTは、研修時間の長短というよりは、目標を明確にした上で、業務に支障を来さない時間とタイミングにおいて、理解しやすく、複雑さを伴わずに、討論や実践等を含む多面的な学習であることが求められていることが窺われた。

本研究の結果より、CSTの研究デザインを計画する際の留意点について整理する。まず研究対象を医療・福祉従事者にする場合、シフト勤務という雇用形態による時間的制約は必ず考慮に入れなければならない。その前提のもと、研修内容においては、適切な時間枠における簡潔かつ明確な研修の目標と内容の伝達が、研究参加者の理解とトレーニング効果にとって重要である。研究デザインは、可能な限り無作為抽出したサンプルを対象とし、待機グループを設けた前向きコホート研究が望ましい。また、ドロップアウトを防ぐために研修および評価の過程は単純にすることが重要と言える。その上で、盲検法やクロスオーバーなど、交絡要因（介入群と統制群の参加者同士の情報交換、選択バイアスおよびホーソン効果など）の統制が必要である。

表 6-2. GST 文献一覧①

出典	目的	対象	研究デザイン	プログラム内容	結果	限界
1 McCallion, Toesland, Lacey, & Banks (1999).	Nursing Assistants (NA)を対象とした認知症に関する知識と効果的なコミュニケーションスキルの向上を目的とした	長期滞在型高齢者施設NA: 介入群39名, 統制群49名 利用者: 介入群49名, 統制群56名(待機グループ)	・2(介入群)X2(施設)X1(テスト), 部分的クロスオーバー比較デザイン ・NACSP実施者は無作為に選抜, その他のものは待機。 ・待機グループは, NACSP終了6ヶ月後に試験実施。 ・変数評価時期: 介入2週間以内, 3/6/9ヶ月	グループセッション(45分x5回)と個人面接(30分x4回)。グループセッションで学んだ内容について, 個別面談, 実践, フィードバックを実施 NACSP: (a)認知症の知識, (b)言語・非言語コミュニケーション, (c)メモリーエイド, (d)問題行動 NAトレーニングセッション: (a)認知症教育, (b)中程度～高程度の認知症患者に効果的な言語と非言語コミュニケーション方略の復習, (c)方略のロールプレイと実践, (d)記憶手がかりの開発と活用方法, (e)NA教育のアプローチ(個人または集団セッション, 集団セッションのデザインとOHPの活用, 構造的なフィードバックの技術)	・NCSPIは認知症利用者のウェルビーイングに肯定的な効果をもたらすことが確認された。 ・CSDI(気分関連, 行動障害, 身体的兆候, 巡回障害, 抽象思考), CMAI(攻撃的行動, 非当, 一方対象看護師は作為的割当攻撃的行動, 言語的攻撃), 拘束(器材), MOSES(混乱, ひきこもり)で, BL=3ヶ月, BL=6ヶ月, または両方で有意な値が確認された。 ・離職率はBL=6ヶ月で有意な値が確認された。 ・離職率は短期間よりも長期間で測定した方が良い。	・NACSPはユニット単位の無作為的割当 ・標準サイズ
2 Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima, & Nagata (2003).	対人支援者の精神的健康の向上に向けた, 病院勤務の看護師を対象にコミュニケーションスキルトレーニング(特にassertiveness training, AsT)とバーンアウトとの環境における検証	医療機関に勤務する認定看護師45名(低度～中度のコミュニケーションスキル) 介入群(看護師19名) 統制群(看護師26名, 待機グループ)	事前・事後テストデザイン 変数評価時期: 対照群は6ヶ月後に実験群と同様の訓練を実施	・講義・ロールプレイの構成(2日間: 基礎コース, 上級コース)。 ・Anne DichsonのAsTIに沿って実施。AsTIのファシリテーターは, アサーティブファシリテーションスキル・発表スキル・ロールプレイ技術・グループダイナミクスについてUKで1年間のトレーニングを受けたものが担当。	・年齢と勤続年数及びその他の変数における介入の効果は確認されなかった。 ・PAIはAsT後, 統制群と比較して有意に増加した。 ・EEとDPは介入群と反対の値であったが, 有意な変化ではなかった。CS-listでは, 納得いく批判の受容 "accepting valid criticisms" と交渉 "negotiation", において有意な変化が確認された。 ・難しい対応におけるrole-playはPAIに重要であることが示唆された。	・無作為割当ではない ・準実験デザイン ・小さい標準サイズ ・動機づけの低さから考えられる回答への影響 ・CS-listの妥当性 ・社会的望みしきの効果
3 Ammentorp, Sabroe, Kofeod, & Mainz (2007).	情動的に患者と接する方略について, 腫瘍科の看護師を対象にしたCommunication Skill Training (CST)の開発・検証・評価	腫瘍科の看護師248名(急性ケア, 救命救急, 緊急ケア)	事前・事後テストデザイン 変数評価時期: 介入前後	・3日間(最初に2日間, 4週間後に1日実施)。研修は3モジュールにより構成(患者への情動的対応; 死や死に向かう, 終末期のケア; 家族との関わり)の挑戦 ・開発プロセスは, (1)系統的レビュー, (2)レビュー会議での合意, (3)モジュールブループリントの開発, (4)訓練教材の開発, (5)シナリオ開発, (6)改訂と適合のやりとり, (7)評価, の7段階。 ・情動的コミュニケーションを教えるための概念アプローチ: 認知的情動(他者の感情を理解する)と行動的情動(理解するコミュニケーション) ・モジュールの内容: 情動的コミュニケーションが発生する6場面。 ・強化するコミュニケーションスキル: 開かれた質問(質問することを支持する, パートナースhipであることを示して看護師に感情を共有できるようにする, 場合によっては課題解決モードで接する)。	・情動的スキルの活用について: 知識63%; 妥当性61%; 60.5%感情表現の奨励; 56%患者の努力について賞賛; 42%普通 ・患者への情動的対応について不快感が軽減され, 自信がいった。 ・CSTによる情動的対応スキルの効果を確認, 看護師のスキルの向上にもつながった。 有意差が確認された質問は, 「医師があなたとの会話に準備して臨んでいると感じたか」($p = 0.06$)及び「入院計画に関する情報に満足したか」($p = 0.07$) (χ^2 検定) ・ケアについて, 「医師があなたに十分な時間をとっていましたか」($p = 0.01$) 職員はあなたの状況を理解していると感じましたか」($p = 0.04$) (χ^2 検定) ・引き継ぎに関する質問も値が有意に増加していた。 「異なる看護師からの情報には一貫性がありましたか」($p < 0.01$) 「ケアと処置において一貫性がありましたか」($p = 0.03$) (χ^2 検定)	・小さい標準サイズ(第二種過誤の可能性) ・自己評価による回答バイアス ・盲検法ではない

Note. B/L: ベースライン F/U: フォローアップ.

表 6-3. GST 文献一覧②

出典	目的	対象	研究デザイン	プログラム内容	結果	限界
4 Fukui, Ogawa, Ohtsuka, & Fukui (2008).	CSTによる、がん告知後の患者に対する看護師の心理的抑うつと対応能力の効果における検証	介入群:看護師42名 統制群:看護師47名(待機グループ) ※看護師はがんの告知を受けた患者の担当者 患者89名(介入群41名, 統制群45名)	多時点観察研究 変数評価時期:がん告知の当日, 1週間後, 1ヶ月後	・3ヶ月間で2回(3時間/回)のワークショップ実施 ・プログラム構成(SPIKES: Setting 面接のセッティング; Patient, 患者の病気に対する気持ちの見立て; Invitation, 患者から情報開示の同意を取得する; Knowledge, 患者に対して知識と情報を提供する; Empathic, 共感的反応で、患者の情動を伝える; Summary, 体系立てたまとめ) ・2時間の講義(患者と医療関係者の間におけるコミュニケーションの影響, 悪い知らせに対するコミュニケーション・スキルの原則, がん患者の抑うつに対する対処方法) ・受講者自身のコミュニケーション・スキルを把握するためのチェックリストを配布, 次に小グループに分かれ, 調整役の誘導で, 3種類のシナリオを用いて擬似体験を実施	看護師による患者の抑うつを察知する能力について, 介入群と統制群において有意な変化は確認されなかった。	・選択バイアス(1箇所の施設)及び小さい標本サイズ ・面接調査の実施(介入群のみなされておらず, 統制群では実施せず) ・面接によるデータの信頼性(評価者間または評価者内信頼性は未確認) ・医師のコミュニケーションにおける未測定 ・無作為抽出による標本
5 Boscart (2009).	慢性疾患患者のケアにおける看護師の言語的コミュニケーションの向上を意図した, Solution-Focused Brief Therapy(SFBT)を用いた教育プログラムの検証	看護師21名 (参加率は事前テストで96.0%; Solution-Focused Brief Therapy(SFBT)事後テストは95.5%)	無作為抽出による事前・事後比較デザイン, 教育プログラムを再テスト法により評価 看護師と患者の言語的交流について設定した基準に基づき測定 事前・事後テストの間は5ヶ月 ①看護師と患者とのコミュニケーションのデータ収集 ②SFBTプログラムを実施(SFBTプログラムは①のデータをもとに開発) ③5ヶ月後に事後テストを実施。 変数評価時期:B/L, 5ヶ月後	・研修時間は3時間 ・Solution-Focused Brief Therapy(SFBT)は, 交流を否定的な形から肯定的・協同的な形への変化(患者の希望, 能力, 強みを引き出し, 増幅, 強化)させる。 ・CSTでは, SFBTを患者に対する簡潔な対処に焦点を当てた枠組みに用いる。 ・最初に, 患者とのやりとりの録音し, SFBTの原則をもとに録音内容を批判的に分析する。 ・講義・集団討論・ロールプレイを通して, やりとり, 交流について異なる問題解決方法を検討, 患者に対する不適切な感情を抑え, 問題志向の会話における拒絶に焦点を当てる。 ・CSTの目的は, (a) 交流に関する観察の質について伝える, (b) SFBTの枠組みとSFBTの強み思考のアプローチを用いた会話の分析, (c)様々な問題解決型CSの紹介(開かれた質問, 詳細を尋ねる質問, 言語的報酬など), (d)臨床現場におけるCSの応用	・2検定では, 事前・事後との間で, 全ての5項目において有意な値が確認された。 ・介入前のコミュニケーションは, 業務的, 表面的, 支配的であった一方, 介入後のコミュニケーションでは, 機動的な表現が有意に減少し, より課題解決型となった。 ・肯定的表現の割合も有意に増加した。 ・簡易版の介入は, 看護師のコミュニケーションを変化させ, 患者に焦点を当てたケアに関する基本的な内容として, 効果的なコミュニケーションの重要性の理解につながったことが示唆された。	・介入途中における標本サイズの減少 ・録音による社会的望ましさの影響 ・統制群がない ・選択バイアス(録音のタイミングに同意を得た)
6 Fukui, Ogawa, Ohtsuka, & Fukui (2009).	患者の心理的抑うつとがん告知を受けた患者の対処を向上に向けた, 看護師対象のコミュニケーション・スキル・トレーニングの無作為化比較試験による検証	介入群:看護師4名 統制群:看護師4名(待機グループ) 変数評価時期:がん告知の当日, 1週間後, 1ヶ月後 患者89名(介入群41名, 統制群45名)	無作為割当によりプログラムを実施, 3回の面接調査 変数評価時期:がん告知の当日, 1週間後, 1ヶ月後	・2回(3時間/回)のワークショップを3ヶ月間の最初と最後に実施 ・プログラムは6ステップにより後世(SPIKES: Setting 面接のセッティング; Patient, 患者の病気に対する気持ちの見立て; Invitation, 患者から情報開示の同意を取得する; Knowledge, 患者に対して知識と情報を提供する; Empathic, 共感的反応で、患者の情動を伝える; Summary, 体系立てたまとめ)。 ・最初に大グループで2時間の講義(患者と医療関係者の間におけるコミュニケーションの影響, 悪い知らせに対するコミュニケーション・スキルの原則, がん患者の抑うつに対する対処方法) ・教材, 受講者自身のコミュニケーション・スキルを把握するためのチェックリストを配布, 次に小グループに分かれ, 調整役の誘導で, 3種類のシナリオを用いて擬似体験を実施	・看護師による患者の抑うつを察知する能力:介入群と統制群において有意な変化は無し。 ・介入群において, 看護師による患者の抑うつ評価と患者の抑うつ自己評価とが有意に相関(T1, T2, T3)。 ・患者に対して, 看護師による患者の抑うつ評価とT2面接におけるCSの数が有意に相関。 ・患者の抑うつ自己評価がT2面接におけるCSの数と有意に相関。一方統制群では相関が確認されなかった。 ・看護師における, がんの告知を受けた患者の抑うつを察知する能力を向上には, CSが意識付けに役立つことが示唆された。 ・患者による抑うつ評価は時間による詳間で有意な差が確認された。多変量モデルによると, 患者の年齢, 看護師との面接, 看護師のCSの自己評価, 看護師による患者の抑うつ評価は, 予測要因であることが有意に示された。	・小さい標本サイズ ・VASの信頼性における未担保 ・介入・統制両群におけるCS比較分析の未実施 ・評価者間信頼性における未担保

Note. B/L:ベースライン F/U:フォローアップ.

表 6-4. CST 文献一覧③

出典	目的	対象	研究デザイン	プログラム内容	結果	限界
7 Bragard, Etienne, Merckaert, Libert, & Razavi (2010).	面談におけるストレス管理と、コミュニケーションとストレスマネジメントができるという自己効力感を伸ばすための、コミュニケーションとストレスマネジメントスキルトレーニングプログラムの効果における縦断的無作為統制試験	医療従事者96名	最終的に96名が参加。訓練は40分、効果アセスメントは訓練前(T1)後(T2, 8ヶ月後)に実施。縦断的無作為統制試験 変数評価時期:B/L, 8ヶ月後	・訓練内容:コミュニケーションスキルトレーニング30時間、ストレスマネジメントスキルトレーニング10時間 ・訓練形態:学習者中心型、スキル重点型、実践かつ集中的(ロールプレイ中にフィードバックを入れるなど) ・コミュニケーションスキルトレーニング:2名~3名の面談で十分なコミュニケーションスキルが発揮できる理論的情報を提示 ・ロールプレイ:フィードバックや理論に関する討論 ・ストレスマネジメントスキルのテーマ:リラクゼーション技術、認知再構築、時間管理	属性に関して、統制群と介入群に差があった。時間の変化においてMANOVAで、情緒的消耗において有意差が確認された。群間と時間において、自己効力感、コミュニケーションストレスにおいて有意。介入群において、自己効力感が増加、コミュニケーションストレスが減少した。 ・医療従事者のコミュニケーションスキルは、ストレスマネジメントスキルトレーニングと抱き合わせをすると、コミュニケーションのストレスが減少する。 ・個人と組織主導の介入プログラムが、職員のバーンアウトに影響を与えるかについての検証が求められる。	・小さい標本サイズ(時間的制限、興味の欠如よりも業務負担と時間消費の測定方法と関連がある) ・ボランティア参加者
8 Ammentorp, Kofoed, & Lauhund (2011).	情報・ケアの一貫性に関する両親の認識を用いたヘルスケア専門家のコミュニケーションスキルトレーニング(CST)の効果検証	小児科のヘルスケア専門家 患者の保護者(事前テスト895名、事後テスト1,937名) 介入群:ヘルスケア専門家32名(看護師26名、医師4名、心理学者1名、病院の講師1名)	事前・事後テストデザイン(統制群は介入なし) 変数評価時期:介入の事前・事後	・CST(3日間)は小児科のヘルスケア専門家を対象に実施 ・社会的学習理論をもとに、知識・スキル不足・自己効力感が患者の懸念を評価し、ヘルスケア専門家の能力に働きかける。 ・The Calgary-Cambridge Guideに沿ったコンサルテーションを実施後、研修では、傾聴の方法、患者が問題を話せるようにする方法、正しい質問の方法に焦点を当てた。コミュニケーション技術を採用。さらに、患者の懸念とニーズの引き出し、応対、問題と処置、相互理解の方法に焦点を当てた。患者中心のアプローチをとる。 ・コースは2部構成、4週間にわたり実施(2日間と1日が終日) ・参加者は事前練習を行った上で、コンサルテーションのビデオを作成した。 ・臨床的コミュニケーションの有資格講師になるためのオランダ医学協会によって訓練された医師と看護師8名の参加者にそれぞれセッションを実施。	・χ ² 検定では介入前と介入後では両群に有意差は確認できなかった。 ・ケアについての満足感(Table 2)では、3項目で有意に増加 ・一貫性(情報共有など)についての満足感(Table 3)では、2項目で有意に増加 ・13項目の質問のうち4項目は有意に満足度が増加した。 ・ヘルスケア専門家を対象に、キーコミュニケーションスキルを臨床現場に取り入れることは検討の余地がある。 ・CSTは、ビデオ録画を用いてロールプレイやフィードバックする方法を推奨する。	・第一種過誤の可能性 ・無作為統制試験ではない ・複数回者の存在 ・回答率は、退院時のバーコードの配布であったが、夏季休業をの時期だけ大きく配布・配布数の把握ができなかったと言ひ難い。 第二種過誤の可能性(小さい標本サイズ、標本特性)
9 Doyle, Copeland, Bush, Stein, & Thompson (2011).	看護師を対象としたコミュニケーションスキルコース(難しいコミュニケーションにおける対応スキルの向上)の効果(自己効力感と職務遂行)の検証	看護師(ボランティア)41名 中、33名	事前・事後テストデザイン(統制群は介入なし) 変数評価時期:介入の事前・事後	コースは、ニーズアセスメント、理論的枠組とカリキュラムコンテンツをもとに開発された。そのほか、ヘルスケアコミュニケーション、心理療法、組織心理学の領域から理論的かつ訓練がもたらしている。コースは7時間で、気づき(Awareness)、感情(Feeling)、傾聴(Listening)、解決(Solving)(AFLS)の構成概念の使用を促進する内容となっている。体験型で学習者中心学習の教授法が適用された。	・自己効力感(主導、応答、困難な状況の対応する能力に対する自信):事後テストで介入群において有意に増加した($F = 24.43, p < 0.001$)。 ・2つの尺度におけるF/Lテスト:介入群は有意な結果であった($F = 25.35, p < 0.001$)。また、コースの受講後は、対応の難しさにおける感覚が減少していた($F = 8.097, p = 0.008$)。自信の全8項目、困難の対応の10項目のうち7項目は有意に増加していた。 ・OSCE 業務遂行:対応のあるt検定は、患者と看護師において、事前・事後で有意差が確認された($t = 2.48, p = 0.018$)。しかし、事後テストにおけるANCOVA分析では群間差は確認されなかった。また、OSCEの全般においても群間の有意差は確認されなかった。 ・異なるシナリオにおける群間差はなかったが、業務に関するシナリオでは有意差が確認された($F = 5.792, p = 0.001$)。異なる状況で、業務の遂行に差があった。また、様々な状況で求められるスキルにおいても主観的な相違があった。	・小さい標本サイズ ・コーディングによるビデオ評価は初の試み ・概念モデル及びコースと評価尺度の一致について、意識的に求めたが中程度達成であった。 ・短期間の訓練:類似のコースは、平均20時間(6-40時間の幅)や2.3日から10週間までであった。 ・事後テストのみ:他の研究では、6ヶ月から1年間で自己効力感とスキルの向上が確認されている。

Note. B/L:ベースライン F/L:フォローアップ。

表 6-5. GST 文献一覧④

出典	目的	対象	研究デザイン	プログラム内容	結果	限界
10 Tanabe, Suzukamo, Tsuji, & Izumi (2012).	予防ケア管理に従事する看護師のためのコーチング理論に基づいたコミュニケーションスキルトレーニングの効果検証	公衆衛生看護師112名 利用者266名 ※ 待機グループ	介入群:(1)トレーニングセミナー+F/U スーパービジョン、(2)1日トレーニングセミナーのみ、(3)統制群 変数評価時期:B/L、1ヶ月後、介入3ヶ月後	話の速度の同調、承認、質問、提案についてのスキルを講義とロールプレイをInternational Coach Federation認定コーチにより実施。スーパービジョンは、1日トレーニングセミナーの3ヶ月後の間に8回実施。コーチングは、電話会議で、グループ(4-5名の看護師)ごとに、またロールプレイも行った。	・業務の期待感:事後テスト、介入後3ヶ月から振り返り評価(RE)で有意に増加 ・GST実施前に、PHNsを対象にCSに関するrecall evaluation (RE)を実施。 ・PHNsの業務の期待感は、介入群と統制群において有意に増加 ($F = 11.28, p < 0.001; F = 4.03, p < 0.05$)。 ・T3-振り返り評価(RE)の差では、スーパービジョン群が統制群よりも有意に高い数値が確認された ($P < 0.01$)。 ・利用者のアウトカムでは有意な結果ではなかった。	・職務期待感PHNsの自己評価であったこと。 ・トレーニング前のコミュニケーションスキルについて客観的な評価を行わなかったこと。 ・コミュニケーションスキルの先行研究では、ビデオによるモニターや録画が実施されていた。利用者のプライバシーを考慮しながらの客観的な評価について検討の余地がある。
11 Conway & Chenery (2015).	認知症のコミュニケーションサポート関連地域高齢者スタッフの知識とスタッフケアの経験におけるCommunication Skills Training(CST)の効果検証	ケアスタッフ(CS) 介入群:22名 統制群:16名(待機グループ)	・作法的コーホート研究による多施設を対象とした事前・事後テストデザイン ・クラスター無作為化比較試験、研修直後記述報告書を提出及びCF/U ・統制群はリサーチ終了後、研修を受講 変数評価時期:B/L、研修(B/L)1週間以内に実施)、セッション(1週間、2週間、6週間)、3ヶ月後	コミュニケーションサポート方略の知識、自己効力感、ケアを提供する準備、介護ケアの心的負担、認知症ケアに対する態度 研修(60分):DVD(認知症によるコミュニケーションの変容、MESSAGE方略の説明と例示、会話例のシナリオ、CSSDの完了、Training satisfaction and feedback survey、セッションは、Speech Pathologistにより、冊子を使用して実施、訓練の後、1週間、2週間、6週間、フィードバック(スタッフによるコミュニケーション行動の気づきと修正または良い行動の維持に役立つ)の手続きをする。手続きには、5分の会話ビデオを含む。	・研修直後と3ヶ月後の両方で介入群において、B/Lからの知識スコアにおいて有意な改善が見られた。統制群ではいずれの変数において有意な差は見られなかった。 ・スタッフからのフィードバックでは研修の有用性が確認された。 ・The MESSAGE trainingは、CSの知識と認知症罹患患者にケアの自信に有意に影響していた。 ・マルチメディアを用いた簡便な訓練プログラムは受け入れられやすいことが確認された。 ・MESSAGE trainingにより、潜在的に困難であると感じる状況においても、自信を持つことができ、訓練参加者は認知症ケアに対する肯定的な態度の向上と心的負担の軽減が確認された。しかしながら、訓練による影響は無かった。 ・スタッフは、訓練及び訓練に関する情報に関して肯定的で、実践に役立つと、他人に勧めたいと感じていた。	・訓練直後のフィードバックによるポジティブなフィードバック(サービス提供者に悪いと感じるなど) ・ボランティアスタッフによる意識の高さ ・使用尺度の妥当性(e.g. SEQ) ・十分なサンプルサイズによる統計分析の検定力
12 Hsu, Chang, & Hsieh (2015).	看護師のコミュニケーション能力、自己効力感、退院計画におけるコミュニケーション能力におけるシナリオベースのシミュレーショントレーニングと伝統的な講義形式プログラムとの比較検証	看護師116名(初心者から熟練者まで)	無作為対照比較試験、事前・事後テストデザイン 介入群:シナリオベースのシミュレーションコース 統制群:伝統的な講義形式プログラム 変数評価時期:B/L、介入直後、1ヶ月後	研修(120分):ビデオテープ(DVD)、主たるテーマは、シミュレーション理論とコミュニケーション理論をベースとした。看護師と患者の間における退院計画のやりとり、シナリオベースのシミュレーションコースで、内容は詳細なシナリオ、コースの目的と目標、核となる要素(教材、器具の選択と管理)と終了基準、教官は、効果的な学習方略にするための新しい方法としてのシナリオを完遂するために、明確に学習目標に焦点を当てる。プログラムは実際の臨床的退院のシナリオ(標準的な梗塞の患者と家族)について、デジタルビデオディスクフィルムを作成した。セッションの内容(治療的なコミュニケーションの原則とスキルを含む)は、退院計画のコミュニケーション、Jeffriesのシナリオベースの会話と関連の文献をもとに作成された。研究では、講義、PPTプレゼンテーション、シミュレーションベースのシナリオフィルム観賞、集団討論、感想、教育プログラムに対するフィードバックが行われた。	看護師らの調査では、シナリオベースのシミュレーショントレーニングが、伝統的なコミュニケーションコースよりも効果的であることが確認された。一方で、患者の調査では、看護師の2グループに有意差は確認されなかった。伝統的な教場講義とシミュレーションベースのコミュニケーショントレーニングは、看護師のコミュニケーション能力と自己効力感を向上させることが示唆されたが、学習者の満足とコミュニケーションの向上の点で後者の方が良いと思われる。現職中の看護師教育に対するシミュレーションベーストレーニングの導入は、看護師の臨床現場におけるコミュニケーション能力を向上において期待できる。	・介入中における標準サイズの縮小 ・尺度の信頼性 ・一般化(対象施設1箇所)

Note. B/L:ベースライン F/U:フォローアップ.

表 6-6. CST 文献一覧⑤

出典	目的	対象	研究デザイン	プログラム内容	結果	限界
13 Sprangers, et al. (2015).	高齢者施設を対象とした、利用者と介護職員のための簡易版コミュニケーションスキルトレーニングの効果検証	高齢者施設看護助手24名 利用者26名 ※ 待機グループ	グループ配置は無作為 変数評価時期: B/L観察, 介入後観察, 8週間後	異なるタイプの認知症にあったコミュニケーションスキルの習得 ・B/LにおけるCSCの平均点をもとにトレーニングセッションの回数を決定 ・効果的なスキル(簡潔な説明, いバンの案内, 属性的教示, 肯定的スピーチ) 多要素を含む教示や否定的スピーチは除外 ・事前の知識テストにおける点数により, 受講するセッションの数を決定することにより, 必要なスキルのみ焦点を当てる。 ・介入群は, 日常生活における利用者の活動を観察し気づいた点についてフィードバックが与えられる。加えて, 効果的なコミュニケーションスキルと教示に関するフィードバックが与えられる(簡潔な説明, 一般的な説明, 属性に合わせた説明, 肯定的なスピーチ)。 ・効果的なコミュニケーションスキルが使用されなかった場合, スキルの目的と活用について説明を受ける。また非効果的なコミュニケーションスキルを使用した場合にも, 使用しない理由が説明される。	・量的・質的インストラクション 主効果は短いインストラクションで有意な効果が示された ($F(1,22)=5.10, \eta^2P=0.19, p<0.05$)。 主効果は複数のインストラクションで有意な効果が示された ($F(1,22)=5.10, \eta^2P=0.29, p<0.01$)。 ・介助者のストレス(Figure1) 時間と群の交互作用は有意な効果が示された ($F(1,22)=5.20, \eta^2P=0.18, p<0.05$)。 時間と群の主効果は有意ではなかった。 ・職務満足 概ね高く, 有意ではなかった。 ・利用者 イライラ感(CMAI-D): 減少傾向であるが有意ではなかった。 精神障害: 有意では無いが, 介入群で減少傾向が見られた。 ・情動的スキルの活用について: 知識63%; 妥当性61%; 60.5%感情表現の奨励; 56%患者の努力について賞賛; 42%普通 ・患者への情動的対応について不快感が軽減され, 自信がついたことが明らかになった。 ・CSTによる情動的対応スキルの効果があり, 看護師のスキルの向上にもつながった。	記載なし
14 Pehrson, et al. (2016).	腫瘍科の看護師を対象にしたCommunication Skill Training (CST)の開発・検証・評価	腫瘍科の看護師248名(急性ケア, 救命救急, 緊急ケア)	事前・事後テストデザイン, 適時的調査 変数評価時期: L1介入直後, L2介入直後, L3介入直後(6ヶ月後)	・研修期間は1日, 3モジュールから構成(患者への情動的対応; 死や死に向かう, 終末期のケア; 家族との関わり) ・開発プロセスは, (1)系統的レビュー, (2)レビュー会議での合意, (3)モジュールブループリントの開発, (4)訓練教材の開発, (5)シナリオ開発, (6)改訂と適合のやりとり, (7)評価, の7段階。 ・情動的コミュニケーションを教えるための概念アプローチとしては, 認知的情動(他者の感情を理解する)と行動的情動(理解するコミュニケーション)がポイントである。 ・モジュールの内容(情動的コミュニケーションが発生する6場面) ・強化するコミュニケーションスキル: 開かれた質問, 質問することを支持する, パートナースhipであることを示すことで, 看護師に感情を訴えられるようにする, または場合によっては課題解決モードになる。 ・訓練評価: (1)研修の感想, (2)学習評価: 知識及びスキルを実践する能力に関する自己効力感を測定。 適時的調査(研修前, 患者に対して情動的な, 応対する自信があったか; 研修に参加して, 患者に情動的な応対する自信があるか), (3)行動評価: コミュニケーションスキルの活用について研修6ヶ月後に測定	・CHATの認知症利用者におけるコミュニケーションの気づきを増加させた。 ・プログラム評価は一貫して高かった。 ・知識の獲得により表現されたコミュニケーションの評価は改善した。 ・Elderspeakの特徴について職員は気づきを与えていた。 ・人を中心としたケアに関しては, 変化が見られなかった。 ・CHATオンライントレーニングとオンラインの交流モジュールについて, 拡張が求められる。 ・CHATは, 現場に適用してモニタリングするための特定のコミュニケーション方略のガイド付きの実践にフォーカスを当てたエビデンスベースのトレーニングである。 ・CHATの特徴は, 焦点を絞って, 一つのまとめられた介入と比較して, 単純な内容に集中することができ, 真の効果についての評価が可能となる。また, 内容の限定と複雑性を統制したことにより, スキルの行動化の可能性が向上した。 ・新しいスキルの相対的評価と効果的な上司, 利用者との相互関係は有意な相関があった。	・小さい標本サイズ ・便宜的サンプリング ・NHごとの参加者数のばらつき ・参加者全員が全てのセッションを受講しなかった。 ・プログラム変数だけではなく, 適用性の評価も必要(e.g., 応用性, 交流的, 魅力的な教育活動; フィードバック; セルフモニタリングシステム; 利用者の視点からのビデオ教育)
15 Williams, K., Perkounkova, Y., Bossen, A., & Hein, M. (2016).	CHAT(Changing Talk Intervention)プログラムで得た知識, 実践で新しいコミュニケーションスキルを活用する主観的可能性, 長期的なケアの現場で革新を起こせる要因との関係における検証	高齢者施設職員39名	事前・事後テストデザイン 変数評価時期: 介入の事前・事後	・エビデンスベースの3セッション(1時間/セッション), 1週間でスタッフのスケジュールに合わせて複数回実施 ・CHATの意図は, 現場で行われる有効かつ問題を含むコミュニケーションに関する気づきの付与 ・ビデオグループと評論(スタッフコミュニケーションと利用者への効果を評価); 交流型の形式 ・参加者は施設からの録画を観察, 批判・話し合い・修正し, ビデオによる効果的なコミュニケーションのロールプレイを実施 (1)実際の高齢者施設でのスタッフと患者の交流のビデオを見て評価する (セッション1)(2)セッション3終了後同じビデオを見て評価する(セッション3)・Elderspeak, 適切なコミュニケーション, 総合的なコミュニケーションの効果と適切性について(3)Duke Diffusion of Innovation in Long-Term Care (DOI-LTC)Scale(MacConnell et al, 2010)(セッション3終了後)CHATで学んだことをコミュニケーションの実践で気づき, スキルを現場で活用できるかを検証。その他のサブスケールでは, 相対的なメリット, 複雑性, 現在のケアの実践との適合性, 新たな実践を観察する能力, イメージの効果, 新しい試みへの組織的サポートについて測定 (4)プログラム評価(セッション終了後): 情報の価値, プログラムの目的は合っていたか, インストラクターの質 (5)ビデオリサーチ: 自身の属性, 追加の質問(上司の指導スタイル, 満足度, 認知症の利用者に対するケアの自己効力感)		

Note. B/L: ベースライン F/U: フォローアップ。

第2節 コンテンツの決定とカリキュラムの配置

第3節では、第3章のフォーマティブ・リサーチおよび第1節と第2節の文献研究を基に、訪問介護員のコミュニケーションスキル・プログラム（以下「CSP」と略する）のブループリントを作成し、CSPのコンテンツを開発する。CSPの開発に当たり、まずこれまでの文献調査および業務分析結果の整理し、ニーズ分析を行う。

文献調査および業務分析結果の整理 介護職対象の基礎教材において共通に扱われているテーマは、(1)言語と非言語における具体的なコミュニケーションのスキル（閉ざされた質問・開かれた質問，うなずき・あいづち・繰り返し），(2)利用者の状況・状態に応じた適切なコミュニケーション，(3)チームのコミュニケーション（記録，報告，連絡，相談，情報共有，会議など），(4)共感，(5)コミュニケーションの基礎（概念・定義），(6)ラポール，(7)対利用者の家族（心理的理解，いたわり，はげましなど）であった。これらのテーマは、介護職者が基本的に実践することが期待されているコミュニケーションの内容と言える。

CSTの文献調査では、(1)目的やテーマの分かりやすさ，(2)特定のコミュニケーションスキルに焦点を当てた内容，(3)気づきを与えられる内容（スーパービジョン，シミュレーション，ビデオ録画，討論，ロールプレイなど），(4)コーピングスキルの強化（難しい対応のスキルや自己効力感の向上）が重要であることが示唆された。また，研究デザインとして，対照群の設置，盲検法やクロスオーバーなど，交絡要因（介入群と統制群の参加者同士の情報交換，選択バイアスおよびホーソン効果など）を統制することが求められる。

以上，文献調査および業務分析結果より，コミュニケーションにかかわる研修を開発し，介入研究を行う際の重要な点が明らかになった。そこで，基礎教材で確認された共通のテーマを基に，特定されたコミュニケーションコアスキルを分類し，ブループリントを作成した。作成したブループリントを表6-7に示す。

表 6-7. 訪問介護職員のコミュニケーションスキル・プログラムのブループリント

<言語的コミュニケーション>	
対利用者とのかかわりについて	傾聴 いいかえる くりかえす わかりやすくする まとめる 沈黙する 閉ざした質問(はい・いいえで答える質問) 開かれた質問(話し相手が自由に答えられる質問) 励まし 指示 プライバシーの尊重
<非言語的コミュニケーション>	
対利用者とのかかわりについて	ラポール 身振り・手振り 視線・アイコンタクト 声調(トーン・音量・速度・高低) 身体接触・対人距離 うなずき・あいづち 姿勢 顔の表情 容姿 共感 受容 感情の把握 利用者の生活・文化や価値観の理解 自分のことを知っている(長所・短所・性格や行動パターン) 相手のリズムに合わせること 笑顔 自分自身のスキルアップ 自分の価値観をおしつけない 相手の表情やしぐさ、態度から意味の理解
<同僚・他業種の人とのコミュニケーション>	
チームワーク	チームとして一緒に問題に取り組む 何かを決める判断をする時に相談して対応する 利用者ケアで問題がある時に相談して対応する 問題解決に取り組む時に相談して対応する
相互の尊重	お互いの考えや仕事を尊重する 思いを伝える/受ける(相手の考えや仕事を尊重し、その価値をおく) 仕事では隠しごとをしない:誠実さと開放さがある;伝えていない計画や考えがない;意見を聞いてもらえる
情報の授受	お互いに持っている情報を交換する(情報, 知識, 改善のアイデアと方策を与える/受け取る) 現状とこの先に想定されることを話す(注意が必要なことを伝える) 今起きていることは何か, 今後何が起きるかを一緒に考える 情報の受信/フィードバック/提案
タイムリーさ	報告・連絡・相談 情報を直ぐに共有する 問題を直ぐに解決する
頻繁さ 一貫性	コミュニケーションをこまめに取り シフト勤務やスケジュールなどは常に同じである 発言や考えをこころろ変えずいつも一貫して同じである
簡潔なコミュニケーション	要点をついている 詳細を説明しすぎない

ニーズ分析

対象者の選定 研修プログラムの開発に当たっては、研修プログラムによって能力強化が期待される対象者（学習者）を特定する必要がある（Carliner, 2003 下山監・堀田訳 2015, p. 45）。CSP が対象とする学習者は、就労経験のある者である。そのため、就労経験がある学習者でも興味を持って学べる環境を整える必要がある。

Carliner (2003, 下山監・堀田訳 2015)は、成人教育の留意点として、(1)学習者のニーズをくむ、(2)時間的制約がある、(3)目的志向である、(4)予備知識や経験を持って参加する、(5)学習の吸収できる情報量に限界がある、(6)モチベーションのレベルが異なる、ことをあげている。つまり、学習者が学びたい、あるいは学ぶ必要があると考えていることを理解する、忙しいスケジュールでも学べる環境を整える、目標を設定する、予備知識や経験があった上で興味を持って学べる内容とし、一度に提供する情報量は個人が吸収できる範囲にとどめる、などの工夫が必要である。

平成 28 年度介護労働実態調査結果によれば、訪問介護員、介護職員に対する教育・研修状況として、56%の事業所が教育・研修計画を立てている（介護労働安定センター, 2017）。しかし、訪問支援の現場では、新人研修として同行支援を行っているものの、人手不足により体系的な研修を行うのは困難とされている（八巻, 2015）。つまり、訪問介護事業所は教育・研修を必要と考えているという点で、研修プログラムの需要は高いと言える。

訪問介護員の課題として、自分自身の技量の低さに対する不満・不安が要因となり、他の介護職員と比較して心身の健康度が低い傾向にあることが指摘されている（安次富, 2005）。また、経験年数が 10 年未満の訪問介護員は、仕事で困った時の対処方法として、上司・先輩・家族などへの相談を求めていることが報告されている（八巻, 2015）。この相談希求の傾向については、第 3 章のフォーマティブ・リサーチにおいても、経験年数の浅い職員におけるソーシャルサポートの重要性が確認されていることと一致する。さらに、訪問介護員への研修・指導時間の割合が高まると、定着に関する評価が改善するという報告もある（佐藤・

大木・堀田, 2006, p. 119)。経験の浅い訪問介護員における教育・研修は、個人の技量に対する否定的な感情を緩和すると考える。加えて、訪問介護は単独で支援を行うため、自分自身の技量や経験不足を補うための情報収集、困った時の相談希求や連絡・報告を行う必要性があるため、コミュニケーション能力が重要となる。そのため、特に経験の浅い職員を対象とし、コミュニケーション能力を強化する研修は、職員の精神的健康の維持と定着率に有用である。したがって、本研究における CSP の対象者は経験の浅い訪問介護員とする。次に、経験が浅い訪問介護員が抱えやすい課題について検討する。

訪問介護業務の特徴 訪問介護業務の特徴は、「利用者の自宅を職場とする」、「利用者と利用者の家族と密接に接する」、「周囲に相談する人がいない」ことである。これらの点については、第3章のフォーメティブ・リサーチにおいて、コミュニケーションにかかわる悩みとして語られていた。具体的には、判断基準がわからない、その場ですぐに相談できない、利用者との適切な距離感がわからない、ストレス状況下での気持ちのきりかえが難しい、自分の伝えたいことがうまく伝わらない、という回答であった。以上のことを鑑み、訪問介護員のコミュニケーションにかかわる留意点は次の通りであると考えられる。

- (1) 常に単独の判断が求められる。
- (2) 利用者と利用者の家族との間で物理的および心理的に至近距離で接する。
- (3) 利用者や利用者の家族と頻りに接する。
- (4) 心理的負担がある。

(1)から(4)には、報告、連絡、相談が必要となる。この原則は、第3章のフォーメティブ・リサーチにおいても、利用者との適切な距離感の保持、効果的な職場支援の重要性があげられていたことから、(1)から(4)は訪問介護業務には特に重要な観点と言える。

第3節 配信方法の決定

第4節では、第3節で決定したコンテンツとカリキュラムの配信方法を選定・決定する。

CSPの実施方略 Caliner (2003 下山監・堀田訳 2015) によれば、学習プログラムの実施方略は、学習者のモチベーションの向上や能動的かつ支援的な学習経験の提供における枠

組みとなると述べている。具体的には、表 8 に示す、5 つの方略、(1)古典的なアプローチ (classical approach)、(2)マスタリー・ラーニング(mastery learning)、(3)ディスカバリー・ラーニング(discovery learning)、(4)ハンズオン・エクササイズ (hands-on exercise)、(5) インストラクションなしのパフォーマンス向上(Performance Improvement Plan)、をあげている。学習方略は、それぞれによって必要な資源や適する場面が異なるため、学習者のレベルや学習環境 (時間や場所など) に応じて適切な選択が求められる。本研究では、CSP の開発にあたり、対象は訪問介護員、特に初心者または経験が浅い職員を想定する。したがって、前述の 5 つの方略のうち、規定に沿ったスキルの伝授と初心者レベルの学習者に向いているとされているのは、(2)「マスタリー・ラーニング」である。

時間的制約 訪問介護員は、正規職員よりも非常勤職員やパートという雇用形態の人が多い。そのため、学習環境としては、それぞれの勤務時間に適応できる、時間的に拘束が無い形式が望まれる。また、人手不足感の強い訪問介護の現場では、より留意を要する点である。事業所内の教育は、簡潔かつ個別に、介護職員が受講しやすい最適なスケジュールを組むことが理想的であるとされている (Resnick, Cayo, Galik, & Pretzer-Aboff, 2009)。したがって、CSP の開発には自宅や事業所で待機中にも受講可能な環境を整える必要があり、電子媒体、オンラインによる研修が適切であると考えられる。オンラインによるプログラムにおいて、受講者の集中力は 10-15 分後から低下すると言われている (Mendoza, Pody, Lee, Kim, & McDonough, 2018)。そのため、プログラムのコンテンツは、10-15 分以内、あるいはさらに短い時間にセグメント化することが求められる。

以上から、CSP は、時間的拘束の中で自己学習が可能な形式を最優先に、オンデマンドによる配信とした。また学習方略には「マスタリー・ラーニング」を採用し、プログラムコンテンツはセグメント化し、各所要時間は集中力が継続する 15 分以内とした。

表 6-8. 学習方略一覧

ストラテジー	内容	必要な資源	適している場面
古典的なアプローチ (classical approach)	講義によりコンテンツを伝達する方法	・インストラクター ・教室	学習者がコンテンツをそのまま適応する場合
マスタリー・ラーニング (mastery learning)	コンテンツを教えて、実演して見せ、練習する方法	・学習者へのサポート(演習問題を行うための指示, それぞれの演習問題の正しい解答に関する情報, 事前に定される間違いについての背景情報)	・規定に沿ってスキルを実現しなければならない場合 ・初心者教育
ディスカバリー・ラーニング (discovery learning)	学習者はまず問題に取り組み, 象徴的な場面または現実世界で実際に起こることを経験する方法		学習者が判断を下すことが求められるスキルを教示する場合(意思決定が不可欠であるマネジメントスキルを教える方法)
ハンズオン・エクササイズ (hands-on exercise)	複雑な機材やソフトウェアを使って, 学習者がスキルを練習する機会を提供する。スキルの提示と練習する機会を提供する方法	・学習者向けのマニュアルと教材 ・インストラクター用のマニュアル	複雑な教材やソフトウェアのスキルを練習する場合(病院スタッフにモニター用の機材を使う方法を指導するコースなど)
インストラクションなしのパフォーマンス向上 (Performance Improvement Plan)	公式なトレーニング・プログラムではない形により, 学習者にコンテンツを提供する方法	他からの援助がなくとも学習者が使えるような教材のテイラー化	学習者が特定のリソースを必要とする場合

Note. Carliner (2003 下山監・堀田訳 2015, pp. 141-151)による学習コンテンツを伝達するストラテジーを基に著者が作成。

CSP プログラム構成 CSP 開発のために実施した、コミュニケーションスキル・トレーニングの系統的文献調査からは、(1)目的やテーマの分かりやすさ、(2)特定のコミュニケーションスキルに焦点を当てた内容、(3)気づきを与えられる内容（スーパービジョン、シミュレーション、ビデオ録画、討論、ロールプレイなど）、(4)コーピングスキルの強化（難しい対応のスキルや自己効力感の向上）が重要であることが示唆された。(1)から(4)を踏まえ、CSPの構成は次の点に留意して行なった。最初に訪問介護員の仕事の特徴である、単独支援で留意すべき事項について説明することで、訪問介護員に特別なコミュニケーションの研修であることを強調し、内容に意識を持たせる工夫を行った。次に、コミュニケーションの概念について明示し、各人のコミュニケーションスタイルを客観的に理解できるようにした。具体的には、簡易版のコミュニケーションテストを活用し、自分のコミュニケーションスタイルについて理解する機会を設定した。また、学んだコミュニケーションに対する考え方、スキル、自身のコミュニケーションスタイルへの気づきを持って訪問介護員のコミュニケーションスキルについて考える機会を提供した。さらに、クイズなどで実践に結びつけられるように構成した。

以上を踏まえて、CSPのプログラム構成は、表6-7に示す通り、5セクション（訪問介護員の仕事、コミュニケーションについて、効果的なコミュニケーションについて、コミュニケーションスタイルの違い、訪問介護員のコミュニケーション）とした。CSPの所用時間（動画、演習、修了テストまで）は127.90分（約2時間10分）であった。CSPの構成について、参加者が全てのコンテンツを完遂するように、前のコンテンツが終了した時点で次のコンテンツに誘導されるように設計した。参加者による全コンテンツの終了確認（操作確認）は、動画の視聴終了時に、動画の感想を3種類の顔アイコン（笑顔・真顔・悲しみ顔）を選択すること、プログラム修了テストおよびアンケートの回答することにより行った。

表 6-9. GSP の構成

目的	プログラムコンテンツ	所要時間(分)
知識付与	訪問介護員の仕事	6.82
	コミュニケーションについて	8.70
	効果的なコミュニケーション	10.64
	コミュニケーションスタイルの違い①	2.40
	簡易版「対人交流自己診断テスト」(選択問題 10問)	5.00
	コミュニケーションスタイルの違い②	4.39
	訪問介護員のコミュニケーション	14.95
プログラム評価および操作確認	プログラムの感想	0.10
知識確認および操作確認	身体介助 (選択問題 20問)	15.00
	生活援助 (選択問題 10問)	10.00
	同僚・他者とのやりとり (選択問題 5問)	10.00
	報告・連絡・相談 (事例記述問題 2問)	30.00
知識確認及び操作確認	プログラム修了テスト (10問)	10.00
プログラム評価および操作確認	アンケート (10問)	5.00
	合計	127.90

第 4 節 開発されたプログラムの試し試行と修正

目的

第 4 節で構築した CSP について、現在、介護職に携わっている職員を対象に、開発されたプログラムの試し試行と修正を行う。

方法

東京都 M 市地域包括ケア人材育成センターからセンター長および職員 2 名（女性 3 名）、東京都内高齢者施設長 1 名（男性 1 名）、東京都内ハローワーク認定介護初任者研修および実務者研修実施団体の講師 1 名（女性 1 名）の協力を得て、パイロット検証を行った。

東京都 M 市地域包括ケア人材育成センター職員に対しては、センターに訪問し、センター内会議室にて動画の視聴とクイズの体験をさせて、意見を収集した。協力者の 2 名に対しては、CSP に誘導する URL とパスワードを送信し、電子メールまたは Line により意見を返信させた。検証期間は、2021 年 7 月 9 日から 8 月 19 日であった。

結果および考察

意見は表 6-8 に示す通りであった。課題としては、クイズの設問数がセクションごとに異なりバランスを欠いている、同僚・多職種連携の人間関係構築について、具体的な方法が提示されていないなどの意見があった。一方、オンデマンド形式とクイズというプログラム構成と訪問介護職の特徴によるコミュニケーションの留意点や声かけ短歌については高評価を得た。介入期間が迫っていたため、全ての意見を反映することはできなかった。特に、「同僚・多職種連携の人間関係構築のポイント」に関する具体的内容の追加については、時間を要することから今後の課題事項とした。したがって、誤植・不適切な事例や表現、BGM の追加においてのみ調整を行った。最終的な内容は、表 6-9 に示した通りとなった。

表 6-10. パイロット検証の所見

参加者	CSPの意見
東京都M市地域包括ケア人材育成センター	<ul style="list-style-type: none"> ・一堂に会しての研修の良いところもあるが、受けてしまえばそれで終わってしまうこともある。 ・オンラインで自分のペースで知識を増やし、これでよかったのかどうか修得できたかどうか、クイズ形式で試してみて自信をつける、ということも大事なことである。 ・修了評価などの解説で、不正解についての解説があるならば、「こんな風に考えて間違ってしまうことがありがち」と、サポートしてもらえると「当たっていた」「はずれた」ではなく、「そうなのか」と気づくかもしれないと思った。 ・それぞれの所要時間の長さは、連続だったため一つ一つを意識できずに観てしまったが、時間の数字で見ると適切だとは思う。 ・クイズで22問のものは少し長かったかなと思う。他のものとの設問数の違いはどこにあるのかな、と思った。 ・医療・福祉分野の精神疾患による労災件数の件は紹介しない方がよい。
東京都内高齢者施設長	<ul style="list-style-type: none"> ・「訪問介護員のお仕事の特徴」ということで訪問介護という特殊な環境下における特性をわかりやすく説明できていると感じた。 ・一方で抽象的な表現が多く、有経験者は別として、経験の浅いヘルパーさんが、それぞれの項目から具体的な場面を想起できるか？と思う箇所がいくつかあると思った。⇒例えば、「同僚・多職種連携の人間関係構築のポイント」として、10の項目が挙げられているが、具体的にどういうことを指しているのか、どうすればそれぞれの項目を達成できるのかというところ。 ・介護職員のコミュニケーションに関する傾向とそれを踏まえた対応については、あまり見たことのない内容だったので新鮮を感じた。 ・「声掛け短歌」はこのプログラムのオリジナルか？大変わかりやすく、ユニークだと思った。 ・後半の同僚や多職種間のコミュニケーションは多少尻切れの感じがした。特に多職種間のコミュニケーションスキルは、訪問介護事業所で言えば、主にサービス提供者に求められる機会が多いと思われる。 ・一般の訪問介護員用としては、利用者（と家族）とのコミュニケーションに特化した内容にしても良いのかなとも思った。 ・アンケートの回答の選択肢の文がしっくり来ない（「非常に同意する」など）と感じた。
東京都内ハローワーク認定介護初任者研修および実務者研修実施団体の講師	<ul style="list-style-type: none"> ・講義の部分はBGMを入れると思うが、ナレーションのみでは聞いてるのが辛い。 ・実例のやり取りの写真や動画や吹き出しつきのイラストはどうか？ ・明朝体に近いですが、読みにくい。 ・誤植少しあり。 ・BGMを入れるのは、眠くならず、適度にあたまが冴えて良いと思う。 ・項目が変わるときなどに効果音があるとめりはりがあって良いと思う。 ・ゆっくりでいいよ ということばがタメ語になっている。 ・用意ということばが2つかさなり、分かりにくい。 ・かぎかっこ抜け。 ・指摘はさせていただいたもののよくまとめられている。

本章のまとめ

第6章では、探索的研究として、訪問介護員のコミュニケーション能力を強化するための介入方略である、コミュニケーションスキル・プログラムの開発およびパイロット検証を行った。その結果、オンデマンドによる2時間強のコミュニケーションスキル・プログラムが開発された。

第7章 訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム介入の実践と評価

本研究では訪問介護員を対象に開発したコミュニケーションスキル・プログラム介入方略の実践、アウトカム評価およびプロセス評価を行う。第1節では、介入の実践とアウトカム評価を（研究7-1）、第2節ではプロセス評価（研究7-2、研究7-3）を行う。

第1節 介入の実践とアウトカム評価（研究7-1）

目的

我が国では、訪問介護と訪問看護が密接に連携した地域密着型サービスの充実が求められている。訪問介護員を含む介護職者を対象としたコミュニケーションにかかわる能力強化の研修は、地域で行われているものの、その研修の効果に関する研究は十分に行われていない。また、訪問介護員に特化し、コミュニケーション能力の向上を意図した研修や訪問事業所内で実施されている研修もほとんど見られない。そのため、第1節では、本研究で開発した訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム（Communication Skill Program, 以下「CSP」と略する）を用いて、コミュニケーションの強化による心理社会的効果の探索的な検討を行うことを目的とする。

方法

研究デザイン 本研究では、新型コロナウイルス感染症が拡大する状況下であったため、事業所の負担と参加人数を考慮に入れ、対照群を伴わない事前・事後テストデザインによる後ろ向きコホート研究を採用した。

調査対象者および調査期間 本研究の対象者（以下「対象者」とする）は、第4章で示したコミュニケーション能力尺度の開発において調査対象とした事業所から、介入研究のモニター参加を承諾した事業所3箇所を対象とした。内諾を得た事業所には、FAX、郵送、またはメールを用いて、依頼文、Google フォームによる調査の手順書および協力回答書を配信した。対象者は、3事業所に勤務する訪問介護員52名の中で、各事業所の上長が任命した30名のうち、事前調査に参加した18名（A事業所は3名、B事業所は3名、C事業所は13名）とした。調査期間は2020年8月24日から9月6日であった。事前調査は、CSPの開始

前に実施し、事後調査はプログラム終了後9月28日から10月4日に実施した。事前調査と事後調査の間隔は約1ヶ月であった。なお、早稲田大学倫理審査委員会より承認(2020-130)を得た上で実施した。

対象者の属性 基本属性としては、性別、年齢、最終学歴、訪問介護歴、訪問介護職を含む介護職として通算経験年数(以下「医療・福祉合計経験年数」とする)、コミュニケーション講習受講歴、雇用形態および保有資格について回答を求めた。その他、上司・同僚または家族・友人への相談頻度、利用者または上司・同僚との転職頻度について質問した。相談頻度は、「(上司・同僚)への相談」という質問に対して、4件法(1 = している, 2 = 時々している, 3 = ほとんどしていない, 4 = していない)で回答を求めた。転職頻度は、「最近1ヶ月の(利用者)とうまくいかなかった経験」という質問に対して、4件法(1 = いつもある, 2 = 時々ある, 3 = ほとんどない, 4 = まったくない)で回答を求めた。

使用尺度 訪問介護のコミュニケーション能力の評価指標として、第4で開発した訪問介護員のコミュニケーション能力尺度、CHVS(渡辺・島崎・竹中)、利用者とのコミュニケーション能力尺度(CHVS-U, $\alpha = .98$)の20項目と同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度(CHVS-C, $\alpha = .98$)の16項目について、7件法(1 = まったくできない - 7 = とても上手にできる)で回答を求めた。心理社会的変数の評価指標は、第5章で使用した尺度、職場用ソーシャルサポート尺度(小牧・田中, 1993)(以下「SS」と略する)($\alpha = .94-.96$)、職務満足度尺度(以下「職務満足」と略する)(Macdonal et al., 1997; 井上・黒木, 2011)($\alpha = .93$)、人生満足度(以下「WB」と略する)(Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)($\alpha = .91$)の邦訳版、K6日本語版(Furukawa et al., 2008)(以下「ストレス」とする)($\alpha = .94$)を使用した。

手続き 協力事業所の代表宛に、音声付きパワーポイントで説明したインフォームド・コンセントのURLおよびCSPの手順書を送付し、事業所内におけるCSPおよび事前と事後測定の実施を依頼した。各事業所長は、職員の勤務スケジュールを勘案の上、CSPの参加職員を

選定した。選定された職員には、音声付きパワーポイントで説明したインフォームド・コンセントの視聴および研究参加の同意を確認した。同意を得た職員には事業所長を通して、CSPのURLを伝達した。

分析 回答者の属性は単純集計を行った。変数の相関は、スピアマン順位相関係数を採用した。CSPの効果測定には、対応サンプルによるWilcoxonの符号付き順位検定、一般線形混合モデル(固定効果と変量効果を組み合わせ分析モデル)による反復測定分散分析をした。回答者の属性による得られた尺度の得点の差異については、性別およびコミュニケーション講習の受講経験について対応のない t 検定を、年代、教育歴、訪問介護歴、経験年数については一元配置分散分析を行った。有意な主効果が認められた場合には、Tukeyの方法による多重比較検定を実施した。CHVSと心理社会的効果の関係および相談・軋轢頻度との関係についてはSpearman順位相関係数および強制投入法による重回帰分析を行った。統計処理には、統計解析ソフトSPSSVer.26を使用した。

結果

対象者の属性 対象者の属性における単純集計の結果を表7-1に示した。対象者の7割がC事業所の職員であり、他の事業所とよりも若い年齢層の職員が多く、職務経験年数も浅かった。対象者18名のうち5名は、操作確認にあたるプログラム修了テストまたはアンケートの回答をしていなかったため、分析対象から除外した。そのため、最終的な分析対象は13名であった(回収率43.33%)。

事前・事後テストの各変数における平均点の比較 介入前後の平均値の比較では、CHVSと全ての心理社会的変数において有意差が確認できなかったが、介入後にCHVS-U(利用者の尊重、利用者の理解)とCHVS(情報共有)の値に向上がみられた。心理社会的変数の平均値は事前・事後で減少していた。詳細な結果は表2に示す通りであった。また、探索的に、個人内の変化を確認したところ、事前と事後で向上したものは13名中、CHVS-UとCHVS-Cが各7名、SSが4名、職務満足とストレスが各7名、WBが4名であった。結果を表7-2に示した。

表 7-1. 対象者の属性

		事業所A (n = 3)	事業所B (n = 2)	事業所C (n = 13, Male = 5)
		n		
年齢 (M: 44.56, SD: 13.46)	20代	0	1	2
	30代	0	0	4
	40代	0	0	4
	50代	1	1	2
	60代	2	0	1
教育歴	高等学校	1	1	7
	専門学校	1	1	2
	大学以上	1	0	4
居住形態	独居	1	0	3
	同居	2	2	10
婚姻状態	未婚	2	0	3
	既婚	1	2	10
睡眠時間	7時間以上	1	0	5
	6-7時間	2	0	3
	5-6時間	0	2	4
	5時間以下	0	0	1
雇用形態	正社員・正職員	1	2	6
	非常勤・パートなど	2	0	7
保有資格(複数回答)	介護職員初任者研修修了	0	1	9
	介護福祉士実務者研修修了	2	0	2
	介護福祉士	0	1	2
	喀痰吸引等研修修了	0	0	0
	福祉用具専門相談員	0	0	3
	その他(移動介助者, 無資格, ケアマネージャー)	1	0	6
訪問支援時間/日 (M 4.22, SD 1.87)	1-3時間	0	2	7
	4-5時間	2	0	4
	6時間以上	1	0	2
訪問介護年数 (M: 5.08, SD: 7.11)	0-1年	0	1	7
	2-5年	0	0	6
	6-19年	2	0	0
	20年以上	1	1	0
合計医療・福祉経験年数 (M: 7.06, SD: 8.32)	0-1年	0	0	8
	2-5年	0	0	3
	6-19年	2	1	1
	20年以上	1	1	1
コミュニケーション受講歴	ある	0	0	5
	ない	2	2	8

表 7-2. 事前・事後テストにおける各変数の平均点比較

	事前		事後	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
CHVS-U	89.67	25.84	90.89	23.94
利用者の受容	43.11	13.58	44.06	13.12
利用者の理解	27.67	7.53	28.28	7.01
共感的態度	18.89	5.40	18.56	4.36
CHVS-C	70.67	22.51	72.39	18.57
協働的態度	31.78	9.67	31.67	8.19
情報共有	26.78	8.92	28.06	7.05
チームワーク	12.11	4.61	12.67	4.37
ソーシャル・サポート(SS)	67.17	9.77	64.78	8.70
上司	34.61	4.69	33.72	4.81
同僚	32.56	5.79	31.06	4.92
満足	38.44	6.79	38.00	5.24
ストレス	4.39	4.74	6.11	5.91
WB	19.22	4.70	18.72	5.39

Note. CHVS-U: 利用者とのコミュニケーション能力尺度;
 CHVS-C: 同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度;
 SS: ソーシャル・サポート; 満足: 職務満足度; ストレス: K6;
 WB: 人生満足度

SS 変化量を共変量とした反復測定の方分散分析 反復測定の方分散分析の結果は表 7-3 に示す通りであった。平方和は各要因の全体平均からの偏差の二乗和であり、要因の影響の大きさを表す。SS の変化量を共変量として、職務満足における CHVS 下位尺度の介入前後の値を比較したところ、CHVS-U(利用者の応対) と CHVS-C (情報共有) が有意に、CHVS-U(利用者の理解) は有意傾向が認められた。以上から、従属変数 (CHVS-R と CHVS-C の両尺度と満足) が SS の影響を受けていることが示唆された。

職務満足を目的変数とした重回帰分析 職務満足を目的変数、CHVS および心理社会的変数を目的変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。その結果、CHVS-U、ストレスおよびソーシャルサポートの変化量は、職務満足に対する説明変数として有意な傾向を示した (表 7-4)。説明変数の中では、ソーシャルサポートが職務満足に対して有意な値を示した。

CHVS, 心理社会的変数の関係

表 7-5 に示した通り、CHVS, 心理社会的変数について、Spearman 順位相関分析を行った。その結果、CHVS-C と軋轢の頻度 (利用者) とは負の関係を、ソーシャルサポートならびに相談 (上司・同僚・友人・家族) の頻度と職務満足には有意に正の関係が確認された。

表 7-3. SS 変化量を共変量とした反復測定のコ分散分析 (N = 13)

	従属変数	SS	df	MS	F 値	p 値	partial η^2
CHVS	利用者の受容	75.03	1	75.03	5.35	.03*	.25
	利用者の理解	75.03	1	75.03	3.40	.08†	.18
	共感的態度	2.47	1	2.47	.56	.47	.03
	協働的姿勢	2.27	1	2.27	.16	.69	.01
	情報共有	100.17	1	100.17	7.72	.01*	.33
	チームワーク	11.32	1	11.32	2.24	.15	.12
	満足	101.65	1	17.57	17.57	.00**	.52

Note. SS: 平方和 (sum of square) df: 自由度 (degree of freedom) MS: 平均平方 (mean square)

CHVS-U: CHVS利用者とのコミュニケーション能力尺度; CHVS-C: CHVS同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度

† p < .10, * p < .05, ** p < .01.

表 7-4. 職務満足を目的変数とした重回帰分析 (N = 13)

	満足			<i>sig.</i>
	<i>B</i>	SE	<i>b</i>	
CHVS-U	.09	.10	.25	
ストレス	.07	.22	.08	
SS	.53	.17	.84	*
<i>R</i> ²	.54 [†]			

Note. CHVS-U: 利用者とのコミュニケーション能力尺度;
 SS: ソーシャル・サポート; 満足: 職務満足度; ストレス: K6

[†] $p < .10$. * $p < .01$.

表 7-5. 変数間の Spearman 順位相関係数

	CHVS-U	CHVS-C	SS	満足	ストレス	WB	相談	転職
CHVS-U	—							
CHVS-C	.91**	—						
SS	-.41	-.38	—					
職務満足	.07	-.04	.62*	—				
ストレス	.26	.35	-.04	-.01	—			
WB	-.10	-.03	.37	.36	-.27	—		
相談	-.11	-.24	.16	.59*	-.33	.26	—	
転職	-.45	-.66*	.23	.08	-.09	.17	.24	—

Note. CHVS-U: 利用者とのコミュニケーション能力尺度; CHVS-C: 同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度; SS: ソーシャル・サポート; 満足: 職務満足度; ストレス: K6;
WB: 人生満足度

* $p < 0.1$. ** $p < 0.01$.

考察

本研究では、探索的研究として、開発したCSPを用いて、コミュニケーション能力の強化がもたらす心理社会的効果を検証することを目的とし、CSPの前後におけるアウトカム評価を行った。その結果、CSPにおけるCHVSには有意な効果を確認することができなかった。しかし、CHVS-U（利用者の尊重、利用者の理解）とCHVS（情報共有）における数値は、3ヶ月後の事後テストにおいて増加傾向がみられた。また、全体の平均点では、全ての心理社会的変数において減少を示したが、個人内でみた場合、CHVS、職務満足、ストレスにおいて、半数以上の人に事後の値に増加が確認された。また、変化量の関係については、CHVS-Uおよびソーシャルサポートが職務満足に影響を及ぼすことが示唆された。ソーシャルサポートと職務満足との間に見られる関係は、前述の先行研究および第5章の横断研究の結果と一致し、ソーシャルサポートが職務満足の説明変数であることが確認された。CHVS-Uに関しては、フォーマティブ・リサーチにおいて、「利用者とのコミュニケーションが取れた」と感じた時に、内的動機づけが高まっていたことから、「うまくいった」、「心を通わせることができた」と感じた時に職務満足度が高まる可能性が考えられる。この点は、先行研究においても、利用者との関係に満足することが自己肯定感と向上志向に対して、有意に強い影響を与えていることが確認されており（中谷・杉浦・三上，2009）、本研究の結果も、利用者への対応が職務満足に影響を与える可能性を示した。

以上、CSPの主効果を明らかにすることはできなかった。しかし、介入によりコミュニケーションを通して、ソーシャルサポート、職務満足あるいは利用者を含む人間関係に影響を及ぼすことが示唆された。

本研究の主な限界点として、(1)対照群のない非無作為化試験を採用したこと、(2)標本数が少ないことと選択バイアスがあること、(3)主観的なアウトカム評価を採用したこと、という点があげられる。

最初に、研究デザインとして、対照群のない非無作為化試験を採用したことについて言及

する。今回、新型コロナウイルス感染症拡大により、事業所の選定が困難であったことと、業務に支障を来さない程度に調査依頼が必要であったことから、待機グループを設定せず、当初予定していたアウトカム評価のフォローアップも実施しなかった。

次に、標本数の少なさと選択バイアスが限界点としてあげられる。標本数の規模については、IT リテラシー、体調不良などから CSP を最後まで終了できない対象者がいたために、標本数が減少した。調査協力事業所のうちの1事業所は、CSP（コミュニケーションスキル・プログラム）および CHVS（コミュニケーション能力尺度）のフォーマティブ・リサーチに協力した。しかし、CSP パイロット検証には同事業所の職員は参加せず、CSP ならび CHVS の内容は介入まで知らされなかったため、事前に CSP の内容を知っていた職員はいなかった。標本の選定については、CSP の対象者全員が事業所の代表者により行われた。2箇所は、無作為に抽出された事業所であったが、いずれも CSP 参加協力の依頼を自主的に承諾し、各事業所の代表者が参加する職員の選定を行った。

最後に、主観的なアウトカム評価の採用について、今回用いた、CSP のアウトカム評価で用いられたのはすべて自記式質問紙調査であった。CSP のクイズにおいて記述式問題による双方向のアプローチをとったが、ロールプレイなどの実践的な演習は行わなかった。

以上より、本研究結果の一般化には、無作為抽出による十分な標本サイズ、待機グループの設定および体験型演習の実施が求められる。

第2節 CSP のプロセス評価

第1節では訪問介護職員対象とした CSP の実践とアウトカム評価を行った。第2節では、竹中(2013) が示す、プロセス評価の手続きに沿って、対象者がプログラムの内容を忠実に学習・実践したか否かを評価する。第1項では、CSP 終了時における対象者を評価し、第2項では CSP 終了の1ヶ月後に行った施設代表者と対象者による評価について述べる。

第3節では第1節と第2節の結果を小括としてまとめる。

第1項 CSP 終了時における対象者の評価（研究7-2）

目的

本項では、プロセス評価として、CSP 終了時に実施した対象者の評価について考察を行う。

方法

CSP 参加者 18 名を対象に、CSP のプログラム修了テスト終了後に質問紙調査を実施した。質問紙調査は、対象者による CSP 全てのコンテンツの終了を示す操作確認も兼ねて、CSP の e ラーニングプラットフォーム内に組み込まれた。なお、本調査期間は 2020 年 9 月 28 日から 10 月 4 日であった。

質問紙調査内容 質問紙調査の内容は、コンテンツの内容（役立ったセクションについて）、理解しやすさ、内容の妥当性、内容の理解度、学習内容の活用意図と利便性、CSP 前後の自信に関する 10 項目であった。コンテンツの内容以外は、5 件法（1 = 非常に同意する - 5 = 全く同意しない）で回答を求めた。

分析 質問紙調査の回答は単純集計を行った。コンテンツの内容以外の 9 項目は、クロス集計表を作成した。

結果

CSP 終了時の質問紙調査では 20 名の回答を確認したが、20 名のうち 7 名は CSP の視聴あるいはプログラム修了テストの完遂を確認できなかったため除外した。したがって、本研究では、第 1 節のアウトカム評価で対象とした 13 名の回答を分析対象とした（回答率 43.33%）。対象者 13 名の評価結果を表 7-6 に示した。CSP の「役立ったセクション」について、多く回答があったセクションは、効果的なコミュニケーション（11 件）、コミュニケーションについて（8 件）、コミュニケーションスタイルの違い（7 件）、であった。

プログラム終了アンケートの結果は表 7-7 に示す通りであった。高評価を得た上位 3 項目は、「プログラムで学んだスキルは、より良いケアの提供に役立つと思う。」、「プログラムで学んだスキルを活用しようと思う。」、「コミュニケーションスキルの必要性やスキルを磨く利点について理解できた。」であった。また、自分のコミュニケーションスキルに対する自信については、受講前において、「全く同意しない」1 件と「無回答」が 1 件であったが、受講後は「同意しない」は 1 件のみで、他は「どちらともいえない」が 2 件増加、「同意す

る」が1件増加した。

考察

本章では、訪問介護員を対象に開発した CSP について対象者の評価を明らかにすることを目的とした。プログラム終了アンケートでは、CSP の理解しやすさ、内容の妥当性、内容の理解度、学習内容の活用意図と利便性について、概ね良好な結果を得た。これらの結果は、コミュニケーションスキルに特化した内容、つまり実用可能な内容への関心が示唆されたと考える。人手不足により、事業所内における体系化した教育指導が十分に行えない、また単独支援により、その場で上司や同僚に相談ができない環境を受けて、直ぐに実践可能で分かりやすい内容が求められている事情が反映された結果と言える。

表 7-6. CSP 各セッションの評価 (N = 13)

役立ったと評価されたセッション	n (%)
効果的なコミュニケーション 言語・非言語の効果的なスキル(傾聴, 伝え返し, 声かけ, 目線, 態度, 表情) 医療関係者とのやりとり 同僚・多職種チームアプローチと人間関係	11 (55)
コミュニケーションについて 定義 印象の形成 人間関係との精神的健康	8 (40)
コミュニケーションスタイルの違い 主観的評価 客観的評価	7 (35)
対人交流自己診断テスト 交流分析簡易版	6 (30)
訪問介護員の仕事 訪問介護の特色 特徴のある事例や悩み	5 (25)
訪問介護員のコミュニケーション 訪問介護員に必要なコミュニケーション 基本的な観察の項目 訪問介護員に必要なコミュニケーションのポイント 家族とのコミュニケーション 報告・連絡・相談	4 (20)
コミュニケーションスキルクイズ 身体介護 生活援助 同僚・他職種連携 報告・連絡・相談	3 (15)

表 7-7. CSP 各セッションの評価 (N = 13)

	非常に 同意する	同意する	どちらとも いえない	同意しない	全く同意 しない	無回答
プログラムは理解しやすかった。	—	9 (69.00%)	4 (31.00%)	—	—	—
プログラム内容は、訪問介護員に求められている仕事 にあっている。	1 (8.00%)	8 (62.00%)	4 (30.00%)	—	—	—
オンデマンドで受講するプログラムは受講しやすい。	2 (15.00%)	3 (23.00%)	6 (46.00%)	—	—	1 (8.00%)
コミュニケーションスキルの必要性やスキルを磨く利点 について理解できた。	1 (8.00%)	9 (69.00%)	1 (8.00%)	—	—	2 (15.00%)
プログラムの説明、イラスト、図などは理解しやすいもの だった。	1 (8.00%)	8 (62.00%)	4 (30.00%)	—	—	—
プログラムで学んだスキルを活用しようと思う。	2 (15.00%)	10 (77.00%)	1 (8.00%)	—	—	—
プログラムで学んだスキルは、より良いケアの提供 に役立つと思う。	—	11 (85.00%)	2 (15.00%)	—	—	—
プログラムの受講前に、自分のコミュニケーション スキルに自信があったと思う。	1 (8.00%)	2 (15.00%)	6 (46.00%)	1 (8.00%)	2 (15.00%)	1 (8.00%)
プログラムに参加した今、自分のコミュニケーションスキ ルに自信を持ったと思う。	1 (8.00%)	3 (23.00%)	8 (61.00%)	1 (8.00%)	—	—

Note. —は無回答を示す。

第2項 CSP 終了1ヶ月後の質問紙およびインタビュー調査(研究 7-3)

目的

CSP 終了1ヶ月後の効果を確認するために、プログラム終了1ヵ月後に質問紙およびインタビュー調査を行い、その結果を整理する。

方法

CSP 対象者 18 名を対象に、CSP 終了1ヶ月後、(1)Google フォームによる質問紙調査および(2)インタビュー調査、を実施した。質問紙調査は、介入調査に協力した訪問介護員 18 名を対象に実施した。インタビュー調査は、介入調査の協力を得た 3 事業所のうち 2 事業所の代表者および職員を対象に行った。インタビュー調査は、Zoom Video Communications を用いて行い、調査期間は 2020 年 10 月 13 日から 11 月 30 日であった。

調査内容

(1) Google フォームによる質問紙調査

質問紙調査は、事業所長を通し、CSP 対象者 18 名に対して Google フォームの URL を配信した。紙媒体による回答を希望する者には、Google フォームの質問項目が記述された質問紙調査表を配布して回答していただいた。質問は、プログラムの効果について、CSP の前後と比較して、以下の項目について 5 件法 (5 = 非常に同意する - 1 = 全く同意しない) により回答を求めた。質問内容は、「プログラムは理解しやすかった」、「プログラム内容は、訪問介護員に求められている仕事にあっている」、「オンデマンドで受講するプログラムは受講しやすい」、「コミュニケーションスキルを必要性やスキルを磨く利点について理解できた」、「プログラムの説明、イラスト、図などは理解しやすいものだった」、「プログラムで学んだスキルを活用しようと思う」、「プログラムで学んだスキルは、より良いケアの提供に役立つと思う」、「プログラムの受講前に、自分のコミュニケーションスキルに自信があったと思う」、「プログラムに参加した今、自分のコミュニケーションスキルに自信を持ったと思う」であった。

(2) CSP 終了1ヶ月後のインタビュー調査

CSP 終了1ヶ月後のインタビュー調査は、CSP を終えての感想、効果および課題など、CSP の全般について意見を求めた。

分析 質問紙調査の回答は単純集計を行った。コンテンツの内容以外の9項目は、クロス集計を行った。

結果

Google フォームによる質問紙調査は、CSP の対象者18名のうち、回答があった15名を対象にした（回答率83.33%）。インタビュー調査は、CSP 対象事業所のうち、2事業所が参加した。1事業所は1名、1事業所は職員3名が参加した。

CSP 終了1ヶ月後の質問紙調査 質問紙調査の質問項目と回答については表7-8、表7-9、表7-10に示した。まず、表7-8に示す、CSP 受講前後を比較した自己評価では、「声かけ」、「傾聴」、「表情」「同僚・上司への相談」、「自分のコミュニケーションスタイル」について、半数以上の方が良くなったと感じていた。他方、「訪問支援の自信」については8割の人が中間の値を選択していた。

表9に、プログラム全般に関する質問の結果を示す、オンデマンド研修の負担感については、6名が「良かった」と回答した。一方で、7名が「良くなかった」、1名が「とても良くなかった」、1名が「無回答」という回答であった。プログラムの長さは、9名が「良かった」、6名が「良くなかった」、1名が「とても良くなかった」と回答した。プログラム全体の印象として、1名が「とても良かった」、9名が「良かった」、5名が「良くなかった」と感じていた。

表10に示す、自由記述の回答においては、オンデマンド研修は、効率よく受講できると答えた人が多かった一方で、IT 機器による研修に慣れていない人は、その利点は感じられないようであった。CSP の全体的な感想では、利用者や同僚とのコミュニケーションについて、自分自身のコミュニケーションスタイルについて考える、という発言があった。一方で、オンデマンド研修の限界や、内容に不足を感じたという意見が確認された。

CSP 終了1ヶ月後のインタビュー調査 インタビュー調査の結果は、表 7-11 に示す通りであった。「共感する人もいれば内容が足りないと感じた人、自身で介護ケアはうまくできていると思っている人がいた。」とあるように、職員により CSP の印象が異なっていた。「CSP の内容を日常の職業意識に落とし込めるかが課題」という発言があったように、オンデマンドの内容について当事者意識を持つことができるかが重要とのことであった。また、「訪問介護員は経験値で学ぶことが多い」や「食欲に訪問介護員のスキルを磨いていくしかない」、「日常的に意識することが必要である。」という発言からも、日頃の業務で自分の介護ケアに意識を持てるかがスキル向上の鍵であることが示唆された。また、実際 CSP の内容について、「意識できた」という発言もあった。「いかに適切な距離感を保てるか」という発言からは、適切な距離感の保持も能力の一つであることが窺われた。「良いものを見たなという感じで終わってしまうので、ディスカッションが必要である」や「ポイントを定めて区分ごとに活用したら効果があると思う」という発言からは、CSP がコミュニケーション強化に活用できる可能性が示唆されていた。

考察

CSP に関する質問紙調査の結果では、概ね肯定的な評価を得た。特に、「声かけ」、「傾聴」、「表情」、「自分のコミュニケーションスタイル」などの具体的なスキルや「上司や同僚への相談」に対して、CSP をきっかけに意識づけが行われていた。また、実際に CSP において紹介した効果的なコミュニケーションスキルを活用して、その効果を体感した人もいた。一方で、15名のうち1名が全ての回答において否定的な感想を持っていた。自由記述においても、基本的に、オンデマンド形式に慣れない参加者は、CSP の内容に対しても否定的な意見を持っていた。オンデマンド形式は時間制勤務形態でも、空き時間に受講できるなど、効率よく学べる。しかし、電子媒体の提供や職員の IT リテラシーの強化など、研修のための環境整備が十分に行われなければ、学習自体にも影響することが考えられる。

以上から、オンデマンド形式による研修内容を、日常の業務の中で活用させるかが重要点と言える。研修内容を実際の業務で活用させるためには、例えば、具体的なコミュニケーシ

ヨンスキルを抽出し、それに対して場面を設定した討論やロールプレイを実施する、また CSP の1セクションを抽出して、討論やロールプレイを行うことも可能である。

CSP に対してより大きな期待を持つものは、物足りなく感じ、返って否定的な印象を持っていた。今回の CSP は、経験が浅い訪問介護員を対象に開発された。しかし、実施時には、対象者を明確にせず実施した。研修プログラムを実施するにあたり、経験年数に応じて、対象者を明確にする方がより受け入れやすいと考える。

今回、上司・同僚および他職種とのコミュニケーションに関する評価項目を含めなかったが、対利用者とのコミュニケーション以外に、上司・同僚および他職種とのコミュニケーションについて、重要点を理解しやすい方法で伝える必要もある。

インタビュー調査の結果からは、CSP の内容について、日常の業務で意識させるかが重要であることが示唆された。また、適切な距離感の保持の重要性も語られていた。これは、事前調査においても確認されたテーマであった。また、「適切な距離感の保持」などの焦点を定めて、テーマごとに CSP を用いてディスカッションや強化訓練をすることも検討できる。

表 7-8. CSP 終了 1 ヶ月後の評価: 受講前後を比較したプログラム効果 (N = 15)

質問: 「訪問介護員コミュニケーションスキル・プログラムの効果についてお伺いします。受講前と受講後と比較して回答してください。」

	5	4	3	2	1
	←—————→				
	良い				悪い
声かけについて	—	8 (53.33%)	7 (46.67%)	—	—
傾聴について	1 (6.67%)	8 (53.33%)	6 (40.00%)	—	—
表情について	2 (13.33%)	9 (60.00%)	4 (26.67%)	—	—
訪問支援の自信について	—	3 (20.00%)	12 (80.00%)	—	—
同僚・上司への相談について	1 (6.67%)	8 (53.33%)	6 (40.00%)	—	—
自分のコミュニケーション・スタイルについて	1 (6.67%)	9 (60.00%)	5 (33.33%)	—	—

Note. — は無回答を示す。

表 7-9. CSP 終了 1 ヶ月後の評価：プログラム全般 (N = 15)

	とても良かった	良かった	良くなかった	とても良くなかった	無回答
オンデマンド研修の負担感	—	6 (40.00%)	6 (40.00%)	1 (6.67%)	2 (13.33%)
プログラムの長さ	—	9 (60.00%)	5 (33.33%)	1 (6.67%)	—
プログラム全体の印象	1 (6.67%)	9 (60.00%)	5 (33.33%)	—	—

Note. — は無回答を示す。

表 7-10. CSP 終了 1 ヶ月後の評価：自由記述 (N = 15)

オンデマンド研修の感想

- 空いた時間で受講でき、負担が少ない。
- 自分の都合の良い時間帯で行える。
- 空いた時間に受講できる、移動の手間がない、密な空間を避けることができる。
- 自由な時間に研修を受けられる。
- 空いた時間に受けられる。
- 効率が良い。
- 対面の方がよい。
- オンデマンドの研修は慣れていないので良いと思わない。

CSPの全体的な感想

- 利用者とのコミュニケーションを改める事ができ、自分に足りないところを発見することができた。
 - 実践的なサービスに繋げる為には利用者がどの様に思うのか、感じるのかを知りたい。現実として、ヘルパー間ではサービスの品質向上についてコミュニケーションを取る時間帯がない。
 - とても勉強になる。
 - 現場に同行して、先輩の仕事の様子を観察して学ぶ方法と比べるとオンデマンドでの研修には限界があると感じた。
 - 支援にはいいかもしれないが、一般的なスキルの介護スタッフであれば行って当たり前の受講内容ばかりに思えた。自身では知らなかったようなスキルが学べるのかなという期待が強かった。その点が少し残念だった。実技では異なる支援をすることも多いので、この内容では逆に印象が悪くなると感じた。
-

表 7-11. CSP 終了1ヶ月後のインタビュー調査

事業所A (n = 1)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員によって、CSPに関する感想の違いがあった。例えば、共感する人もいれば、内容が足りないと感じた人、自身で介護ケアはうまくできていると思っている人がいた。したがって、いかにCSPの内容を日常の職業意識に落とし込めるかが課題である。 ・若い職員は、「おうむ返し」のスキルができなかったが、CSP後、利用者に対して実践し、効果があったということ述べていた。また、沈黙の対処については、意識づけにつながった。学ぼうと思って研修を受ければ効果につながると思う。 ・訪問介護職は、経験値で学ぶことが多く、経験が長い人は引き出しが多い。基本的に、自分のできることからやっていき、貪欲に訪問介護のスキルを磨いていくしかない。 ・知ろうと思って仕事にあたれるかが重要な点である。 ・ベテランは20年近いが、コミュニケーションについて、人によってかかわりが難しい方がいる。人との関わりのコツは、いかに適度な距離感を保てるかであると思う。 ・今回、男性職員の参加はなかったが、女性が多い職場環境で、男性は意見具申をするのは難しいのではないかと考えている。
事業所B (n = 3, 女性3名)	<ul style="list-style-type: none"> ・良いものを見たなという感じで終わってしまうので、ディスカッションが必要である。 ・ポイントを定めて、区分ごとに活用したら効果があると思う。例えば、特定のスキルについてスムーズにできるかを聞くなどはどうかと思う。 ・失敗した経験をテーマにする。 ・手軽にできるもので、ロールプレイがあると良い。 ・デイサービスか異動した職員は、喜怒哀楽、強弱、テンション、抑揚の付け方。訪問介護と異なるので、異動後はなかなか職場になじめない傾向がある。頑張らなければならないという気持ちが先行してしまう。助言を伝えても伝わりにくい。 ・支援をする。支援内容・コミュニケーション、第一印象受入支援、コミュニケーション ・ひととおり、研修内容(支援に関わるコミュニケーションと第一印象が大事であるということ)については意識できた。 ・利用者とのかかわりでは、いかに安心感を与えるかが重要である。 ・どういう風にコミュニケーションをとるかが難しい。 ・日常的に意識することが必要である。関わり方を明確にする方が分かりやすい。 ・自信をつけるコミュニケーション・スキル・プログラムが良いと思う。

第3節 小括

第1節ではCSPのアウトカム評価を、第2節ではプロセス評価を用いて、対象者がプログラムの内容を忠実に学習・実践したかを評価した。第3節では、小括として、CSPの評価について述べる。

今回開発されたCSPは、経験の浅い職員を想定して訪問介護員の基本的なコミュニケーションの知識とコミュニケーションに関する気づきを獲得することに焦点を当てた。アウトカム評価では、CHVSの主効果は確認できなかった。しかし、変化量における心理社会的変数において、CHVSの一部（「利用者の対応」と「情報共有」）が、職務満足に対して、ソーシャルサポートを共変量として、有意に正の影響を与えていた。また、CHVS-Cと軋轢の頻度（利用者）とは負の関係、ソーシャルサポートならびに相談（上司・同僚・友人・家族）の頻度と職務満足は有意に正の関係が確認された。以上のように、アウトカム評価では、CSPによるコミュニケーション能力の効果は確認できなかったが、コミュニケーション能力の変化が、ソーシャルサポートの変化を媒介に、職務満足の変化に影響を持つことが明らかになった。つまり、CSPにより、同僚との情報共有や相談を含む、ソーシャルサポートが良好であれば、利用者との人間関係も良好であることを示し、良好な人間関係が職務満足に繋がる可能性が示唆された。

プロセス評価では、CSPが対利用者とのかかわりや自分自身のコミュニケーションスタイルを振り返るきっかけとなることが示唆された。また、オンデマンド形式による研修は利便性があるものの、実用化にはソフト面およびハード面の整備が求められる。ソフト面では、職員が課題とするコミュニケーションスキルを抽出し、それに対して場面を設定した討論やロールプレイを実施するなどがあげられる。また、経験年数や職能別にセグメント化した研修の実施も求められる。ハード面では、オンデマンド形式の研修を受けやすくするために、事業所内におけるIT環境の整備、研修を受講するために必要な手順書や操作関連のサポートを行う等の措置が必要である。

今回の結果より、CSP終了後および終了1ヶ月後の評価によると、利用者とのコミュニケ

ーションや自身のコミュニケーションスタイルに対して意識づけがなされていることがわかった。今後、上司・同僚への相談や軋轢の頻度がどのように変化し、それらが職員の内発的動機づけや自己効力感に繋がるのか、またそれらが職員の職務満足度やエンゲージメント、ストレス、バーンアウト、ウェルビーイングに影響をし、離職意図につながっていくのか、縦断的研究も行う必要がある。また、研究デザインは、待機グループなどの対照群の設置、標本規模の拡大は勿論のこと、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月のフォローアップ調査が必要である。

第8章 総合考察

本研究の目的は、訪問介護員を対象とした、コミュニケーション能力の強化による心理社会的効果を検討することであった。以下に、本研究において得られた知見と意義をまとめ、今後の検討課題について考察する。

第1節 本研究において得られた知見

第1章では、本研究で使用する用語の定義を示し、本研究の目的と意義について概説した。また、本研究の構成を説明した。

第2章では、医療・福祉サービスの変貌がもたらす職場環境の変化について、実態調査を行い、職員の精神的健康の保持・増進について検討した。その結果、医療・福祉分野の職場では人材の多様化が進行し、業務や人間関係の調整が求められていることが明らかになった。また業務と人間関係の調整が滞ると職員の精神的健康に影響を及ぼす可能性も示唆された。そのため、医療・福祉分野の現場では、職員へのきめ細かいコミュニケーションとソーシャルサポートの提供が不可欠であることが示唆された。

第3章では、本研究で対象とする訪問介護員のコミュニケーション行動を明確にし、人間関係にかかわる課題や悩み並びに必要な職場支援の在り方について検討した。その結果、訪問支援では、非言語的コミュニケーションの活用を中心として、複雑かつ臨機応変な対応をするために必要なコミュニケーション能力が求められていることが確認された。また、職員自身が感じる技術・経験不足から生じる精神的負担を自己抑制しながら、支援業務に当たっていることも明らかになった。他方で、支援業務により内発的動機づけや自信を高めることも認められた。また、職場支援体制として、情緒的サポートと内発的動機づけの強化を中心としたソーシャルサポートの提供が重要な役割を担うことが示唆された。

第4章では、コミュニケーション能力の構成要素を明らかにした。その上で、訪問介護員のコミュニケーション能力尺度（Communication skill scale for Home Visiting Staff, CHVS）、利用者とのコミュニケーション能力尺度（CHVS-User, CHVS-U）および同僚・他職種とのコミュニケーション能力尺度（CHVS-Coworker, CHVS-C）を開発し、尺度の信頼性およ

び妥当性について検討した。その結果、CHVS-U では 20 項目、「利用者の受容」「利用者の理解」「共感的態度」の 3 因子が、CHVS-C では 16 項目、「協働的態度」「情報共有」「チームワーク」の 3 因子がそれぞれ抽出された。信頼性と妥当性の検証では、Cronbach α 係数、再テスト法、G-P 分析による信頼性、級内相関係数および一般的なコミュニケーション能力を測る ENDCOREs との基準関連妥当性において十分な値が確認された。

第 5 章では、第 4 章で開発した CHVS を用いて横断研究を行い、コミュニケーション能力の規定要因と心理社会的変数と離職意図との関係について検討した。その結果、コミュニケーション能力が職務満足度に対して、ソーシャルサポート(Social Support, SS)を媒介として影響を与えていることが明らかになった。さらに、職務満足度と職務エンゲージメントが離職意図に対して正の影響を与えていることも示唆された。

第 6 章では、コミュニケーション能力の強化による心理社会的恩恵について、探索的に検証するため、経験の浅い訪問介護員を対象としたコミュニケーションスキル・プログラム(Communication Skill Program, CSP)を開発した。医療・福祉分野におけるコミュニケーションをテーマに扱った教材と介入研究に関する文献調査を行い、それらに基づいてブループリントを作成した。その後、研修方略とコンテンツを定め、カリキュラムの配置および配信方法を決定した。

第 7 章では、探索的研究として、訪問介護員を対象に開発した CSP の検証と評価を行った。CSP のアウトカム評価では、CHVS の主効果は見られなかった。しかし、CSP のアウトカム評価では、CHVS の主効果は見られなかった。しかし、ソーシャルサポートの変化量を共変量に、職務満足度を目的変数として、CHVS 下位尺度の値について、介入前後で比較した。その結果、職務満足度に対して、CHVS がソーシャルサポートの影響を受けていることがわかった。また、CHVS、心理社会的変数および離職意図において、Spearman 順位相関分析を行った結果では、CHVS-C と軋轢の頻度(利用者)とは負の関係、ソーシャルサポートならびに相談(上司・同僚・友人・家族)の頻度と職務満足度は有意に正の関係が確認された。

プロセス評価では、プログラム終了後および 1 ヶ月後においても、CSP の参加者は学んだ

ことを意識していることが明らかになった。つまり、CSP が対利用者とのかかわりや自分自身のコミュニケーションスタイルを振り返るきっかけとなることが確認された。

以上から、訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力の強化を意図する介入は、良質な介護ケアの提供と職員の精神的健康の保持・増進に役立つ可能性が示唆された。

第2節 本研究の意義

訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力尺度の開発

地域包括支援事業の推進により、医療・福祉分野における職場環境では、多職種連携の機会が急激に拡大している。そのため、医療・福祉従事者のコミュニケーション能力の強化が重要視されている。しかし、我が国では、医療・福祉従事者を対象としたコミュニケーション能力を測定する尺度やコミュニケーション能力の強化を意図した教育・訓練・研修を扱った介入研究は十分ではない(渡辺・松井・竹中, 2019)。特に、訪問介護員を対象とした、利用者および同僚・他職種との連携にかかわるコミュニケーション能力を測定する尺度はなかった。そこで、本研究では、訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力を測定する尺度を開発し、その規定要因の評価を行った。さらに、コミュニケーション能力尺度の評価という位置付けとして、探索的に介入方略を開発、実践および評価を行った。その結果、CHVSにより、コミュニケーション能力の発達、知識や経験値の蓄積により向上するスキルとは異なる可能性が示唆された。また、訪問介護員のコミュニケーション能力と心理社会的変数、相談や軋轢の頻度、離職意図との関連を定量化することができた。さらに、コミュニケーションスキル・プログラムのような行動変容技法を適用した介入方略 (Michie, Ashford, Sniehotta, Dombrowski, Bishop, & French, 2011; 島崎, 2014)。のアウトカム評価が、本研究で開発した尺度により、可能となったと言える。

以上から、本研究で開発した訪問介護員のコミュニケーション能力尺度は、今後訪問介護員に求められるコミュニケーションの指標として、教育・訓練・研修の内容構成やアウトカム評価の有益な基礎資料の一助となり得る。

コミュニケーション能力が及ぼす心理社会的効果

本研究の結果、CHVSにより、コミュニケーション能力と心理社会的変数との肯定的な関係が確認された。その仕組みは次の通りであった、職員のコミュニケーション能力は、上司や同僚との情報交換と相談希求の促進、ソーシャルサポートを受けやすくさせ、職務満足度や職務エンゲージメントを向上させる。さらに、これらの肯定的な心理社会的要素の充実は、離職意図の解消に繋がることが示唆された。また、CSPの検証においても、上司と同僚によるソーシャルサポートが職員の精神的健康の保持に重要な役割を担っていることが確認された。

JDRモデルを用いた研究は、医療従事者を対象としたものが多い。また、就労支援に関する研究も、介護分野では施設を対象としたものが多い。本研究では、訪問介護サービスの需要と職員の定着が喫緊の課題であることを受け、訪問介護員を対象とした就労支援に向けて、コミュニケーション能力の強化から心理社会的効果の獲得に焦点を当てた。その結果、個人のもつコミュニケーション能力が訪問介護の品質向上のみならず、各人の心理社会的要素にも重要な影響を与えることが示唆された。また、コミュニケーション能力と心理社会的要素の関係は、他分野の研究同様の結果が得られた。つまり、「コミュニケーションと精神的健康」の関係は、職業や職種を問わず、普遍的なテーマであることを意味していることと言える。

訪問介護職は、家庭養護婦派遣事業に端を発し、ボランティアや補助的職種の位置づけであった。しかし、現在の超高齢社会の情勢を踏まえると、訪問介護職は、職業の一選択肢として認知されることが期待される。そのためにも、訪問介護員の就労支援は益々求められると考える。

第3節 本研究の限界点

本研究の限界点としては、(a)自己評価質問表の使用、(b)特別の配慮が必要な利用者に対するコミュニケーション、(c)CSPの介入デザイン、(d)CSPの妥当性、があげられる。

自己評価質問表の使用

本研究が評価に用いた指標は、信頼性および妥当性が確認されているが、全て自己評価質問表によるものであった。自己評価質問表は、虚偽やバイアスによる可能性は避けられない (Janda, 1998)。また、測定日直近の経験から来る感情や気分にも左右される可能性もある。今後は、コミュニケーション能力および心理社会的変数を客観的に評価する指標も求められる。例えば、相談・軋轢に関する実際の回数、報告と連絡内容、同行者による評価、同僚・上司による評価などを伴わせることなど、があげられる。

特別の配慮が必要な利用者に対するコミュニケーション

本研究では、訪問介護員の基本的なコミュニケーションに焦点を当てた。そのため、認知症、自閉症、統合失調症などの精神疾患や身体障害のある利用者に対するコミュニケーション行動については深く取り上げなかった。今後、より良い介護ケアの提供と利用者と職員のウェルビーイングの観点からも、基本的なコミュニケーション能力に加えて、特徴のある疾患を持つ利用者に対するコミュニケーション行動についても、さらに追求する必要がある。

GSP の介入デザイン

GSP の介入研究デザインについて、標本数が十分ではなかったこと、標本の無作為抽出ならびに対照群の設定ができなかったことがあげられる。

CHVS の開発時と開発後の横断研究の回答率は 10%未満と非常に低かった。その理由としては、職場の人手不足、また新型コロナウイルス感染拡大防止による自粛という環境のほか、対象者における研究調査に対する否定的な感情があったことは否めない。電話により研究の打診をした際に、「今回の研究は制度づくりのためか、あるいは人材育成のためか。制度づくりの目的では協力しない。」という質問や、「電話もかけずに、ファックスだけを送信する人もいるが大抵は無視する。」という発言があった。日常的に行政や教育機関から多数の調査依頼が寄せられることから、現場では研究調査に関して否定的な印象を持つ職員が多いことがわかった。したがって、調査依頼をする際は、分かりやすく研究概要の説明を行い、調査の終了時には、より丁寧なフィードバックを行う必要がある。

CSP 介入研究における対照群の設置について、訪問介護員を対象とする場合、待機グループの配置が現場に即していると言える。しかし、待機グループの配置を行う際には、職員に対して CSP に関する情報の統制をいかに行うかが重要点となる。最も理想的な形は、規模、環境、利用者の属性において、類似した複数の事業所を対象に、待機事業所を無作為に抽出して待機グループの配置を行うことが考えられる。

CSP の妥当性

CSP の開発が短時間で行われたため、十分に試し試行と修正に時間をかけることができなかった。そのため、CSP の妥当性を十分に確保することができなかった。可能な範囲で、現場の熟練者や識者に助言を頂きながら進めたが、CSP のセクションの内容の質にばらつきを解消することはできなかった。例えば、学習者が直ぐに実践可能なセクションもあれば、重要な概念だけを説明するだけのセクションもあった。今後は対象者である、経験の浅い訪問介護員にとって最も需要のある内容に焦点を当て、目標をより明確にすることで、CSP の妥当性も向上すると考える。

第 4 節 今後の検討課題

今後の検討課題として、コミュニケーション能力尺度については、(a) 規定要因の探索、(b) 心理社会的変数との因果関係の検討、コミュニケーションスキル・プログラムでは、(c) ターゲット行動を明確にした介入の検討が必要である。

規定要因の探索

本研究における CHVS を用いた横断研究では、経験や研修等によるコミュニケーション能力への影響は確認されなかった。一方で、性別・雇用形態で有意差が確認された。今後、引き続きコミュニケーション能力の規定要因の探索が必要である。本研究の結果では、コミュニケーション能力の獲得は、経験値や知識習得ではない、それ以外の要因、特に、「気づき」や「意識づけ」の必要性が示唆された。今後は、こうした内面の変化とコミュニケーション能力との関連についても検討する必要がある。また、会話の声は人間関係における信頼、相互関係の統制、コミットメント、満足と正の関係があるとされている (Kelleher, 2009;

Kelleher & Miller, 2006; Oh & Ki, 2019)。そこで、高いコミュニケーション能力を持つものが使用する言語使用のパターンや会話のトーンなども検討の余地がある。

心理社会的変数と離職意図との因果関係の検討

本研究では、JDR モデルを用いて、コミュニケーション能力、ソーシャルサポートおよび心理社会的変数の関係を検討した。今後は、心理社会的変数と離職意図との因果関係を明らかにする必要がある。コミュニケーション能力がソーシャルサポートを介して職務満足度を上げる可能性が確認された。今度は、職務満足度、職務コミットメント、ストレス、ウェルビーイングと離職意図との因果関係について、十分な標本サイズによる、探索的・確証的因子分析が求められる。

ターゲット行動を明確にした介入の検討

アウトカム目的の明確化は、介入プログラムを実行した結果として、対象者に変化が生じたかを証明するために必要である（竹中, 2013）。本研究における CSP では、「訪問介護員のコミュニケーションスキル」という広いテーマを扱った。そのため、CSP の主効果を明らかにできなかった可能性がある。今後は、ターゲットとするコミュニケーションスキルを特定してそれに対して介入・評価をすることも必要である。

本研究の事前調査において、訪問介護員に特有な5種の声かけ（確認、観察、うながし、はげまし、よりそい）が認められた。そこで、「確認し、観察したら、うながして、はげますことで、よりそう仕事」という短歌を作り、試行的に短歌のフィードバックを得た。その結果表 8-1 に示す通り、比較的良好な意見をいただいた。例えば、コミュニケーション能力向上委員会として、この短歌を用いたチラシを作成、事業所に配布して、コミュニケーションに対する意識づけの有無とコミュニケーション能力との関係も検討し得る。また、ソーシャルサポートが職務満足度を向上させる要素であることから、事業所内の情報共有について、機会提供の量と頻度とコミュニケーション能力との関係もみていきたい。

最後に、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、研究計画通りに行うことが困難であった。高齢者施設や訪問介護事業所では、予断の許さない状況にもかかわらず、ご協力く

くださった方々のお陰で、何とか最低限のデータ収集を行うことができた。心よりお礼を申し上げたい。今後、感染の収束の見通しが立てば、本研究で不十分であった項目をさらに埋めていきたい。

表 8-1. 訪問介護員の短歌 (N = 19)

前向きな意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同感です。自分の仕事としてほこりに思う。 ・ 介護員としての心がけ、良い短歌だと思います。 ・ 利用者の気持ちを大事にしながら、一緒に喜びも悲しみもと言った感じで歩いていく活動をしていきたいと感じました。 ・ 相手にしっかりよりそい全体に前回と変わったところがないか見ながら、優しく声かけをして前向きな気持ちを起こして楽しい時間を共に過ごせるよう自分の持てる力を全て使っていきたいと思う。 ・ 私達の仕事の基本だと思います。 ・ 的確に表されている気がします。 ・ ヘルパーの“カガミ”みたいな短歌ですね。毎日の仕事で何か一つ二つ見落としています。 ・ 利用者様の人間性を尊重して自立支援を心掛けるというヘルパーの基本姿勢そのもの。 ・ 「よりそう仕事」いい言葉です。 ・ 大切な方なので相談・見守りをしながら対応 ・ 積極的な態度が必要ということでしょうか。今の自分にはまだ少し足りない気がします。 ・ 利用者が、何を求めているか、サービスしながら探し出して自立してできるよう、声かけできるようになりたい。 ・ 自立を促す理想の良い短歌だと思います。理想は知っているけれど、時間がなくて、余裕もなくなかなか現実には難しいと思います。 ・ 介護の専門性がよく表されていると思います。 ・ 1日でも、今より良い状態で過ごしていただくためのヘルパーとしての心構えのように感じました。「よりそう仕事」響きがいいですね。 ・ 介護者としての心がまえがよく短歌になっていると思います。
後ろ向きな意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 温かみが感じられません。上から目線。 ・ 心に伝わってこない。 ・ うながして、はげますことは、その人によってムリをさせ、苦痛になることもあると思う

研究業績

学位論文

1. Watanabe, N. (2003) Cultural Differences in Perception of Leadership between U.S. and Japan, [Master's Thesis, Emporia State University].

学術論文

- 1. 渡辺 紀子・松井 智子・竹中 晃二：2020 高齢者対象の自立支援型サービス (Reablement, Restorative Care, Active Service Model) に関する研究動向：スコアピング・レビュー, 人間科学研究 33-1 補遺号, 13-25.
- 2. 渡辺 紀子・島崎 崇史・竹中 晃二 (2021). 訪問介護員を対象としたコミュニケーション能力尺度の開発 Journal of Health Psychology Research, 1, 12
<https://doi.org/10.11560/jhpr.201211145>.
- 3. 渡辺 紀子・竹中 晃二 (2022). 訪問介護員の離職意図に及ぼすコミュニケーション能力と心理社会的要因. 産業・組織心理学研究 36, 1 (現在印刷中)
- 4. 渡辺 紀子・竹中 晃二 (2022). 訪問介護員のコミュニケーション行動から考える職場支援の検討 人間科学研究 35-1 補遺号 (掲載予定)

その他

《学会発表》

1. 国内学会発表

- 渡辺 紀子, 宮崎 陽世: 2018 「介護職員の介護コンピテンシーから考えるメンタルヘルス向上の探索的研究～職員の離職防止の一考察～」. 第33回産業・組織心理学会, 東京 (口頭発表, シンポジウム座長).

2. 国内学会発表

- 渡辺 紀子, 宮崎 陽世: 2018 「介護職の行動特性からみるリーダーシップの研究～配慮型リーダーシップとエンゲイジメントの関係性について～」. 日本健康心理学会第31回大会, 京都 (ポスター発表).

3. 国際学会発表

- Watanabe, N., Yoshida, R., Matsui, T., Takenaka, K.: 2019 The future agendas of the person-centered nursing care services for health psychology: scoping

review” the 33rd Annual Conference of the European Health Psychology Society. poster presentation, Dubrovnik, Croatia (ポスター発表) .

4. 国内学会発表

○渡辺 紀子, 吉田 棕, 太田 裕子, 高木 良奈, 王 偉玲, 松井 智子, 竹中 晃二: 2019 高齢者施設の職場のメンタルヘルス向上に向けた管理層職員における質的研究. 日本健康心理学会第32回大会, 東京 (ポスター発表) .

5. 国際学会発表

○Watanabe, N., Moroe, T., Ishikura, E., Seita, N., Takenaka, K.: 2021 Pilot Study of a Communication Skills Program for Home-Visiting Staffs. the 35th Annual Conference of the European Health Psychology Society, poster presentation (ポスター発表) .

《翻訳》

○渡辺 紀子: 2019 和英対訳「初めての介護」Elderly Care for Beginners, 監修: 至誠ホーム 橋本 正明.

文献

安達 知郎 (2013). 子どもを対象としたソーシャルスキル尺度の日本における現状と課

題——ソーシャルスキル教育への適用という視点から—— 教育心理学研究, 61, 79-94.

相川 充 (2000). セレクション社会心理学 20 人づきあいの技術——社会的スキルの心

理学——サイエンス社

赤堀 勝彦 (2009). 高齢化の進展と福祉サービスにおけるリスクマネジメントの重要性

神戸学院法学, 39, 1-50.

American Psychological Association. (2003). Preventive Stress Management in

Organizations. Quick, J.C., Quick, J.D., Nelson, D.L., & Hurrell, American

Psychological Association, J. J., Washington, DC, p. 22.

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P. E., & Mainz, J. (2007). The effect of training

in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A

randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 66, 270-277.

Ammentorp, J., Kofoed, P-E. & Laulund, L.W. (2011). Impact of communication skills

training on parents perceptions of care: intervention study. *Journal of Advanced*

Nursing, 67, 394-400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05475>

荒記 俊一・川上 憲人 (1993). 職場ストレスの健康管理 総説 産業医学, 35, 88-97.

安次富 郁哉. (2005). ホームヘルパーの心身健康度と影響因子の検討. *Journal of UOEH*,

27, 325-338.

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands - resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology, 22*, 309-328.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*, 1173.
- Bateson, G., & Ruesch, J. (1989). コミュニケーション——精神医学の社会的マトリックス—— 佐藤 悦子・Vosburg, R. (監訳), 新思索社 (Bateson, G. & Ruesch, J. (1951). *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. W.W. Norton & Company.) , p.307.
- Beauvais, A.M. (2018). *Leadership and Management Competence in Nursing Practice: Competencies, Skills, Decision-Making*. Springer Publishing Company.
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Glencoe: Free, Press, p.18.
- Boscart, V.M. (2009). A communication intervention for nursing staff in chronic care. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 1823-32,
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05035.x>
- Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L. D., & Allen, R. S. (2004). Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. *Clinical Gerontologist, 27*, 119-138.

- Bragard, I., Etienne, A. M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010).
Efficacy of a communication and stress management training on medical residents'
self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study.
Journal of Health Psychology, 15, 1075-1081.
- Carliner, S. (2015). 研修プログラム開発の基本——トレーニングのデザインからデリバ
リーまで—— 下山 博志(監修), 堀田 恵美(訳) ヒューマンバリュー, pp.141-151.
- Carson, J., & Kuipers, E. (1998). Stress management interventions. Occupational
stress: Personal and professional approaches, 157-174.
- Cohen J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.).
Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conway, E.R., & Chenery, H. J. (2015). Evaluating the MESSAGE Communication
Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff
working with people with dementia: A controlled pretest-post-test study. *Journal
of Clinical Nursing, 25*, 1145-1155.
- 大坊 郁夫 (1998). しぐさのコミュニケーション——人は親しみをどう伝えあうか——
サイエンス社, p.16.
- 大坊 郁夫 (2012). 幸福を目指す対人社会心理学——対人コミュニケーションと対人関

係の科学—— ナカニシヤ出版

Di Salvo, V. S. (1980). A summary of current research identifying communication skills in various organizational contexts, *Communication Education*, 29, 283-290, <https://doi.org/10.1080/03634528009378426>

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Doyle, D., Copeland, H. L., Bush, D., Stein, L., & Thompson, S. (2011). A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient education and counseling*, 82, 100-109.

榎本 芳人 (2019). 介護人材確保の課題と今後の方向性に関する試論 年報公共政策学 13, 145-162.

Flick, U. (2005). *Qualitative sozialforschung*. Leck, Germany: Rowohlt Taschenbuch Verlag. (ウヴェ フリック. 小田 博志 (監訳) (2011). 新版質的研究入門—人間の科学のための方法—春秋社), 395-398.

藤森 立男 (2002). 社会的スキル 古畑 和孝・岡 隆 (編) 社会心理学小辞典 [増補版] (p. 105) 有斐閣

藤本 学・大坊 郁夫 (2007). コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造へ

の統合の試み パーソナリティ研究, 15, 347-361.

Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *An Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 113, 1462-1470.

Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2009). Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18, 1156-1164.

Furukawa, T., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Kikkawa, T. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 152-158.

Gruzd, A., & Hernández-García, Á. (2018). Privacy concerns and self-disclosure in private and public uses of social media. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21, 418-428.

Hafskjold, L., Sundling, V., van Dulmen, S., Eide, H. (2017). The use of Supportive

communication when responding to older people's emotional distress in home care:

An observational study. *BMC Nursing*, 16, 24-24.

花岡 智恵(2010). 介護労働者の早期離職要因に関する実証分析 PIE/CIS Discussion paper from Center for International Studies, Institute of Economic Research, Hitotsubashi University, 473, 1-15.

林 隆司・小林 聖美・鈴木 康文・曾根 幸喜・縄井 清志・澤田 和彦・佐藤 和典・

深谷 隆史・関 千代子・長島 緑・池田 潔・宮崎 泰 (2011). 介護老人施設職員の職業性ストレス——リハビリテーション職・看護職・介護職・相談職の比較から—— 医療保健学研究, 2, 43-63.

Hayes, B., Bonner, A., Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*. 18, 804-814.

広瀬 美千代・杉山 京 (2015). ホームヘルパーの主体的で柔軟性のある個別ケアを測定する尺度の構造—メンタルヘルスの社会学—日本精神保健社会学会年報, 21, 13-22.

Hedges, L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6, 107-128.

堀田 聡子(2006). ホームヘルパーの能力開発と事業者・サービス提供責任者の役割 佐藤 博樹・大木 栄一・堀田 聡子 (編) ヘルパーの能力開発と雇用管理職場定着と能力発揮に

- 向けて (pp. 95-125) 勁草書房
- 堀田 聡子(2009). 介護職のストレス・バーンアウトと雇用管理 家計経済研究, 82, 24-36.
- House, J. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Hsu, L. L., Chang, W. H., & Hsieh, S. I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31, 37-49.
- 池田 幸代(2019). 介護組織におけるマネジメントと介護職員のアイデンティティ——訪問介護員の意識と情報共有に関する行動—— 東京情報大学研究論集, 22, 29-42.
- 今村 圭子(2018). 介護職員の自己効力感尺度の開発に関する研究——訪問介護員の自己効力感の評価測定—— Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/235935879.pdf> (2021年9月9日) 鹿児島国際大学福祉社会学研究科博士論文 (未公刊)
- 井上 祐子・黒木 保博 (2011). Deci 理論を基礎とする高齢者福祉施設の生活相談員の職務満足度に関する検討 社会福祉学, 51, 91-103.
- 石井 佑可子 (2007). メタ・ソーシャルスキル——測定尺度作成の試み—— 京都大学大学院教育学研究科紀要, 53, 286-298.

Janda, L.H. (1998). *Psychological Testing: Theory and Applications*, Allyn & Bacon, p. 330

Joon Yoon, H., Hoon Song, J., Donahue, W. E., & Woodley, K. K. (2010). Leadership competency inventory: A systematic process of developing and validating a leadership competency scale. *Journal of Leadership Studies*, 4, 39-50.

Jordan, P. J., & Troth, A. C. (2020). Common method bias in applied settings: The dilemma of researching in organizations. *Australian Journal of Management*, 45, 3-14.

介護労働安定センター(2015). 平成 25 年度 介護労働実態調査結果について Retrieved from http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h25_chousa_kekka.pdf (2020 年 1 月 13 日)

介護労働安定センター(2017). 平成 28 年度 介護労働実態調査結果について Retrieved from http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h28_chousa_kekka.pdf (2020 年 6 月 19 日) .

介護労働安定センター (2020). 令和元年 介護労働実態調査の結果 Retrieved from http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02_chousa_kekka_0818.pdf. (2020 年 8 月 5 日)

Kelleher, T., & Miller, B. M. (2006). Organizational blogs and the human voice:

- Relational strategies and relational outcomes. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 11, 395-414.
- Kelleher, T. (2009). Conversational voice, communicated commitment, and public relations outcomes in interactive online communication. *Journal of Communication*, 59, 172-188.
- Kim, L. Y., Giannitrapani, K. F., Huynh, A. K., Ganz, D. A., Hamilton, A. B., Yano, E. M., Rubenstein, L. V., & Stockdale, S. E. (2019). What makes team communication effective: a qualitative analysis of interprofessional primary care team members' perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 33, 836-838.
- 北爪 あゆみ・勅使河原 隆行 (2019). 医療・福祉分野における福祉専門職の専門性に関する文献研究 保育・教育・福祉研究, 17, 89-99.
- 小牧 一裕・田中 國夫 (1993). 職場におけるソーシャルサポートの効果 関西学院大学社会学部紀要, 67, 57-67.
- 厚生労働省 (2005). 介護サービス施設・事業所調査の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service05/index.html> (2020年1月13日) .
- 厚生労働省 (2020a). 介護分野をめぐる状況について 第176回(R2.3.16) Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608284.pdf> (2020年1月

13 日)

厚生労働省 (2020b). 訪問介護・訪問入浴介護 社保審-介護給付費分科会 第 142 回

(R2. 8. 19) Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000660330.pdf>

(2020 年 1 月 13 日)

厚生労働省 (2019). 平成 30 年度過労死等の労災補償状況 Retrieved from

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05400.html (2020 年 1 月 13 日)

厚生労働省(2016). 訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書 平成 27 年度厚

生労働省老人保険事業推進費等補助金 Retrieved from

[\[Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136646.pdf\]\(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136646.pdf\) \(2020 年 9 月 21 日\)](https://www.mhlw.go.jp/file/06-</p></div><div data-bbox=)

厚生労働省(2018). 訪問介護及び訪問入浴介護 (参考資料)第 142 回(H29. 7. 5) 社保審

介護給付費分科会 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai->

[\[Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170289.pdf\]\(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170289.pdf\) \(2020 年 8 月](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-</p></div><div data-bbox=)

31 日) .

Kreuter, M. W., & Wray, R. J. (2003). Tailored and targeted health communication:

strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health*

Behavior, 27, S227-S232.

- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Text Analysis*. Dorchester, Dorset, UK: Sage publication. (ウド クカーツ. 佐藤 郁哉 (訳) (2018) 質的テキスト分析法——基本原理・分析技法・ソフトウェア—— 新曜社, pp.77-78.
- 倉元 俊輝・大坊 郁夫. (2012). 大学生のコミュニケーション・スキルの特徴に関する研究——ENDCOREs を用いた検討—— 対人社会心理学研究, *12*, 149-156.
- Laurenzi, C. A., Gordon, S., Skeen, S., Coetzee, B. J., Bishop, J., Chademana, E., & Tomlinson, M. (2020). The home visit communication skills inventory: Piloting a tool to measure community health worker fidelity to training in rural South Africa. *Research in Nursing & Health*, *43*, 122-133.
- Little, S. G., Swangler, J., & Akin-Little, A. (2017). Defining social skills. In *Handbook of Social Behavior and Skills in Children*. Springer, Cham, 9-17.
- Lolli, J. C. (2013). Interpersonal communication skills and the young hospitality leader: are they prepared? *International Journal of Hospitality Management*, *32*, 295-298.
- McCallion P, Toseland RW, Lacey D, Banks S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, *39*, 546-58. <https://doi.org/10.1093/geront/39.5.546>
- Macdonald, S., & MacIntyre, P. (1997). The generic job satisfaction scale: Scale

- development and its correlates. *Employee Assistance Quarterly*, *13*, 1-16.
- Macik-Frey, M., Quick, J. C., & Quick, J. D. (2005). Interpersonal communication: The key to unlocking social support for preventive stress management. *Handbook of Stress, Medicine, and Health*, 265-292.
- 松田 昌史・大坊 郁夫・熊野 史朗・大塚 和弘・大和 淳司 (2013). ビデオ通信環境における対人位置と印象形成に関する探索的研究 ヒューマンインタフェース学会論文誌, *15*, 433-442.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (1st ed.). Weinheim: Beltz.
- Mendoza, J. S., Pody, B. C., Lee, S., Kim, M., & McDonough, I. M. (2018). The effect of cellphones on attention and learning: The influences of time, distraction, and nomophobia. *Computers in Human Behavior*, *86*, 52-60.
- Michael, K., Dror, M. G., & Karnieli-Miller, O. (2019). Students' patient-centered-care attitudes: The contribution of self-efficacy, communication, and empathy. *Patient Education and Counseling*, *102*, 2031-2037.
- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, U., Bishop, A., & French, D.P. (2011). A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviors: CALO-RE

taxonomy. *Psychology and Health*, 26, 1479-1498.

宮上 多加子・河内 康文・荒川 泰士(2020). サービス提供責任者の経験を通じた学びと

訪問介護事業所における支援関係 高知県立大学紀要 社会福祉学部編, 69, 31-44.

宮堀 真澄・鈴木 圭子・三浦 正樹・澤井 セイ子・佐藤 怜 (2003). 介護福祉学生の

自己教育力に関する研究 日本赤十字秋田短期大学紀要, 7, 15-21.

Mueser, K. T., & Bellack, A. S. (1998). Social skills and social functioning. In

K. T. Mueser & N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*

(pp. 79-96) Allyn & Bacon.

村井 潤一郎・橋本 貴充 (2017). 心理学のためのサンプルサイズ設計入門 講談社,

pp. 21-22.

内閣府 (2014). 人の活躍のための職業能力の育成 Retrieved from

[\[shimon/kaigi/special/future/wg2/0919/shiryou_01.pdf\]\(https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/wg2/0919/shiryou_01.pdf\) \(2020年7月30日\)](https://www5.cao.go.jp/keizai-</p></div><div data-bbox=)

中谷 安寿・杉浦 圭子・三上 洋 (2009). ホームヘルパーの仕事意欲測定尺度開発

及びその関連要因 日本公衆衛生雑誌, 56, 87-100.

日本経済団体連合会 (2015). グローバル人材の育成・活用に向けて求められる取り組

みに関するアンケート結果

https://www.keidanren.or.jp/policy/2015/028_honbun.pdf (2015年3月17日).

- 西川 真規子(2004). ヘルパーの技能の内実と向上——アンケート調査に基づく実証分析
(その1) —— 経営志林, 41, 35-53.
- Northouse, P.G., & Northouse, L.L. (2010). 信友浩一・萩原明人(訳) ヘルス・コミュニケーション改訂版—これからの医療者の必須技術—九州大学出版会(Northouse, P.G., & Northouse, L.L. (2007). Health Communication: Strategies for Health, 3rd Eds. Pearson Education.), pp.2-6,
- 小川 まどか・長田 久雄(2007). 介護職のストレスと健康度との関連 健康心理学研究, 20, 10-17.
- 小木曾 加奈子, 樋田 小百合, 今井 七重, & 安藤 邑恵 (2017). 介護老人保健施設の看護職と介護職の職務満足についての検討 日本看護研究学会雑誌, 40, 171-180.
- Oh, S., & Ki, H. (2019). Deep learning model for predicting hardness distribution in laser heat treatment of AISI H13 tool steel. *Applied Thermal Engineering*, 153, 583-595.
- 奥田 訓子・尾野 明美・荒木 みさこ・茂木 俊彦 (2012). 感情共有コミュニケーション尺度開発の試み 桜美林心理学研究, 3, 73-86.
- 奥村 元子 (2001). 看護・介護職員確保の現状と課題 季刊・社会保障研究, 36, 510-525.
- Orgambidez-Ramos, A., & de Almeida, H. (2017). Work engagement, social support,

- and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. *Applied Nursing Research*, 36, 37-41.
- 大竹 榮 (監)・岩下 宣子・小島 哲朗・千葉 喜久也 (編) (2005). 福祉と医療に携わる人のためのコミュニケーション・マナーの基本 中央法規
- Patterson, M. L. (2007). 非言語コミュニケーションの統合モデルに向けて 対人心理学研究, 7, 67-74.
- Pehrson, C., Banerjee, S. C., Manna, R., Johnson Shen, M., Hammonds, S., Coyle, N., Krueger, C. A., Maloney, E., Zaider, T., Bylund, C. (2016). Responding empathically to patients: development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient Education Counseling*, 99, 610-616.
- Pretorius, T. B. (2020). Pathways to health: conceptual clarification and appropriate statistical treatment of mediator, moderator, and indirect effects using examples from burnout research. *South African Journal of Psychology*, 50, 320-335.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research

- agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 65-76.
- Quick, J. C., Macik - Frey, M., & Cooper, C. L. (2007). Managerial dimensions of organizational health: The healthy leader at work. *Journal of Management Studies*, 44, 189-205.
- Resnick, B., Cayo, J., Galik, E., & Pretzer-Aboff, I. (2009). Implementation of the 6-week educational component in the Res-Care intervention: Process and outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 353-360.
- 佐藤 博樹・大木 栄一・堀田 聡子 (2006). ホームヘルパーの能力開発と事業者・サービス提供責任者の役割 佐藤 博樹・大木 栄一・堀田 聡子 (編) ヘルパーの能力開発と雇用管理職場定着と能力発揮に向けて 58-107, 119, 勁草書房
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). UWES Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual [Version 1, November 2003]. Utrecht: Utrecht University, Occupational Health Psychology Unit. Retrieved from <http://www.schaufeli.com>
- Schmidt, K. H., & Diestel, S. (2012). The relation of self - control demands to job strain: The moderating role of organisational commitment. *Applied Psychology*, 61, 479-497.
- Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support,

- health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Communication, 25*, 312-322.
- Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: A psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science, 9*, 1-15.
- 島村 美香・藤本 学・幸 史子・小山 記代子 (2019). 統合実習が看護学生の基本的コミュニケーション・スキルに及ぼす影響——ENDCOREs を用いたスキル・タイプの検討——九州看護福祉大学紀要, *20*, 53-63.
- 島崎 崇史 (2014). ヘルス・コミュニケーション方略を用いた地域住民の健康行動変容 (Doctoral dissertation, 早稲田大学).
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., & Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study, *Journal of Occupational Health, 45*, 185-190.
- Sprangers, S., Dijkstra, K., Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging, 10*, 311-319.
- Stewart, W. & Barling, J. (1996). Daily work stress, mood and interpersonal job performance: A mediational model. *Work & Stress, 10*, 336-351.

須加 美明(2007). 利用者による訪問介護評価尺度案の交差妥当性と関連要因の検討 社会福祉学, 48, 92-103.

須加 美明(2012). 訪問介護におけるサービス提供責任者の調整業務の評価尺度の開発 老年社会科学, 34, 325-334.

Sundler, A. J., Högländer, J., Eklund, J. H., Eide, H. & Holmström, I. K. (2016). Older persons' expressions of emotional cues and concerns during home care visits. Application of the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) in home care. *Patient Education Counseling*, 100, 276-282.

橘 達枝・吉田 浩子・庄子 和夫 (2018). 訪問看護師と訪問介護員の職業性ストレス——ストレスコントロールにかかわる諸要因の分析—— 心身健康科学, 14, 67-76.

竹中 晃二 (2009). 健康行動理論の基本 糖尿病, 52, 507-510.

竹中 晃二 (2013). 海保博之(監), 実践心理学講座 9 運動と健康の心理学, 朝倉書店, 72-76.

内匠 功 (2014). 介護職員の人手不足問題 生活福祉研究通巻, 88, 54-69.

Tanabe, M., Suzukamo, Y., Tsuji, I., & Izumi, S. (2012). Communication training improves sense of performance expectancy of public health nurses engaged in long-term elderly prevention care program. International Scholarly Research Network ISRN Nursing, <https://doi.org/10.5402/2012/430560>

谷口 真美 (2017). 多様化する組織におけるリーダーの役割 商学研究科紀要, 84, 1-7.

矢富 直美, 中谷 陽明, & 巻田 ふき (1992). 老人介護スタッフにおける職場の組織
的特性のストレス緩衝効果 老年社会学, 14, 82-92.

辰巳 哲子 (2006). すべての働く人に必要な能力に関する考察 研究紀要, 1, 1-10.

Thomas, C. H., & Lankau, M. J. (2009). Preventing burnout: The effects of LMX and
mentoring on socialization, role stress, and burnout. Human Resource Management:
Published in Cooperation with the School of Business Administration, The
University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources
Management, 48, 417-432.

種村 理太郎, 小口 将典, 柿木 志津江, 清原 舞, 橋本 有理子, 中島 裕, & 得津
慎子 (2016). 社会福祉士養成教育における実習科目と演習科目との連動を重視したコ
ンピテンシー・モデル (福科大版) の検討 関西福祉科学大学紀要, 13-25.

富永 真己・中西 三春 (2019). 高齢者介護施設における介護職の離職要因の実態——
Healthy Work Organization の概念モデルを用いた質的研究—— 労働科学, 95, 117-126.

豊島 裕子 (2018). 介護福祉士のストレス反応-生理学的手法による評価 日本公衆衛生
雑誌, 65, 266-276.

Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978). Social skills and mental health.
Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

鶴 光代・津川 律子(2018). シナリオで学ぶ心理専門職の連携・協働——領域別でみる多

職種との業務の実際—— 誠信書房

植田 麻祐子・坂本 圭・平田 智子 (2008). 医療福祉施設における労働者の職務認識

と人事労務管理に関する一考察 川崎医療福祉学会誌, 18, 169-176.

宇良 千秋・矢富 直美・中谷 陽明・巻田 ふき(1995). 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, 164-

171.

Vermeir, P., Blot, S., Degroote, S., Vandijck, D., Mariman, A., Vanacker, T.,

R. Peleman, R. Verhaeghe, & Vogelaers, D. (2018a). Communication satisfaction and

job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and

intention to leave: a questionnaire study. *Intensive and Critical Care Nursing*,

48, 21-27.

Watanabe, N., Moroe, T., Ishikura, E., Seita, N., Takenaka, K. (2021). Pilot Study

of a Communication Skills Program for Home-Visiting Staffs, the 35rd Annual

Conference of the European Health Psychology Society, poster presentation,

(virtual event)

渡辺 紀子・島崎 崇史・竹中 晃二 (2021). 訪問介護員を対象としたコミュニケーション

ン能力尺度の開発 *Journal of Health Psychology Research*, 1, 12,

<https://doi.org/10.11560/jhpr.201211145>

渡辺 紀子, 松井 智子, 竹中 晃二. (2020). 高齢者対象の自立支援型サービス (Reablement, Restorative Care, Active Service Model) に関する研究動向——スコアピング・レビュー—— 人間科学研究, 33, 13-25.

Williams, K., Perkounkova, Y., Bossen, A., & Hein, M. (2016). Nursing Home Staff Intentions for Learned Communication Skills Knowledge to Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 42, 26-34, <https://doi.org/10.3928/00989134-20160212-06>

Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of applied gerontology*, 35, 84-105.

山田 紀代美・西田 公昭(2007). 介護スタッフが認知症高齢者に用いるコミュニケーション技法の特徴とその関連要因 日本看護研究学会雑誌, 30, 85-91.

八巻 貴穂 (2013). 介護福祉専門職の仕事のやりがい感に影響を及ぼす要因 人間福祉研究, 16, 27-36.

八巻 貴穂 (2015). 訪問介護員の仕事のやりがい感に影響を及ぼす要因 人間福祉研究, 18, 137-146

大和 三重・立福 家徳 (2013). 介護老人福祉施設における介護職員の離職要因——賃金と教育・研修を中心とした施設体制が離職率に与える影響—— 人間福祉学研究, 6, 33-

45.

大和田 猛・加賀谷 真紀 (2008). ホームヘルパーにおける生活援助としてのコミュニケーションスキル——青森県内におけるホームヘルパーのアンケート調査結果を通して—— 青森保健大雑誌, 9, 21-28.

矢富 直美・中谷 陽明 (1991). 老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発
社会老年学, 34, 49-59.

矢富 直美, 中谷 陽明, & 巻田 ふき. (1992). 老人介護スタッフにおける職場の組織
的特性のストレス緩衝効果 老年社会学, 14, 82-92.

謝辞

博士論文の完成には、公私ともに本当に多くの方からの温かいご支援とご協力を賜りました。心より深くお礼申し上げます。

まず、本論文の主査であり指導教授である竹中晃二先生には、約 20 年の空白期間があり、一から学び直さなければならぬ中、忍耐強くご指導並びにご支援をくださいました。迷いながらも、自分に向き合う機会をいただき、本当にどうもありがとうございました。加瀬裕子先生、扇原淳先生、山蔦圭輔先生には、副査をお務めくださり、親身かつ丁寧なご指導と激励を賜りました。

2019 年から 1 年間、研究室の助教であられた松井智子先生からは、最も苦悩を抱えていた時期に手厚いご指導とご助言をいただきました。島崎崇史先生は基本的な研究の作法と論文の書き方のみならず、研究の心構えと在るべき姿勢について、親身にお示しくだけさいました。三浦佳代先生には、常にお見守りいただき、要所要所で励ましのお言葉をかけていただきました。早稲田大学人間科学研究科竹中研究室の皆様には、年齢差があるにもかかわらず、1 大学院生の仲間として、多くの支援と協力をいただきました。

調査においては、深刻なる公衆衛生上の緊急事態という状況下の中、訪問事業所長及び訪問介護員の皆様に多大なるご協力を賜りましたことを心よりお礼申し上げます。特に、アプローズ・ケア石神井店 石倉恵美子氏、清田清美氏ならびに訪問介護員の皆様、A 市社会福祉協議会ならびに訪問介護員の皆様、川崎市社会福祉協議会 福芝康祐事務局長、介護支

謝辞

援課菅茂生氏ならびに訪問介護員の皆様、かんだ連雀 金井英明施設長ならびに訪問介護員の皆様、合同会社オールwin 諸江俊哉代表、千石ケアサービス 野村明子代表ならびに訪問介護員の皆様、梨雲苑ヘルパーセンター 今井亜由子氏ならびに訪問介護員の皆様、ふぁみりーえいど 石田由美子代表ならびに訪問介護員の皆様には、親身なるご協力・ご助言をいただきました。また、介護 次世代コミュニティふぁみりあ 福田弘美講師ならびに静岡大学国際連携推進機構 池田聖子特任准教授及び高丸理香准教授、武蔵野市地域包括ケア人材育成センター長 中島康子氏を始めとする職員の皆様からは、研究調査に関するご指導やご助言等、多大なご尽力を賜りました。

社会福祉振興・試験センター理事長 橋本正明先生、橋本ライア先生、旭博之氏、金井裕一氏、大友正樹氏、吉上恵子氏、諏訪逸氏を始めとする、至誠学舎立川 至誠ホームの皆様には、調査のご協力のみならず、社会福祉の在り方や心構え等、本当に多くのご示唆を頂戴いたしました。また、至誠学舎東京施設長 三上義樹氏、武蔵野市役所 荻原美代子氏には、本研究の基礎となった調査において大変お世話になりました。

村瀬嘉代子理事長、永石晃事務局長を始めとする一般財団法人日本心理研修センターの皆様からは、仕事と論文作成という二足の草鞋を履いていることを寛大に受け止めてくださったばかりか、温かい応援を頂戴いたしました。

早稲田大学政治経済学術院 白木三秀教授には、アカデミックと実践の道をお示しくださり、12年間の間変わらず、常に温かい応援をいただきました。また、井上詔三先生、宮崎

謝辞

陽世氏，吉田寿氏，中村由伸氏，清水綾氏を始めとする早稲田大学トランスナショナル HRM 研究所の皆様には，いつも親身なるご指導と激励，ご指南をいただきました。

元科学技術・学術政策研究所長 加藤重治氏は，人生と職業人の在り方について，常に多くの学びと道をお示しくくださり，本論文の完成に至るまで励ましをいただきました。

お茶の水女子大学学長 佐々木泰子先生からは，女性研究者及び指導者の在るべき姿について，貴重なご示唆をいただきました。お茶の水女子大学国際教育センター講師 松田デレク先生は，博士後期課程進学という選択について，背中を押していただき，お茶の水女子大学リサーチ・アドミニストレーター長塚尚子先生には博士課程進学に至るまでお支えいただきました。

静岡大学講師 高丸梨香先生と特任准教授 池田聖子先生，日本女子大学国際交流課長 中村容子氏，Mount Holyoke 根本菜穂子先生，Study Abroad Foundation 藤本美千代氏には，研究において困難な時に，常に寄り添い，励ましとご教示をいただきました。

笹淵勝彦氏及び池田洋子氏を始めとするノルディック連絡協議会の皆様，鷹ロコネットワーク大楽理事長 林田昭子氏，多田典代氏を始めとする三鷹ノルディック・ウォーク大楽の皆様には，常に親身なる応援をいただきました。

宮崎銀行支店長 宮阪隆彦氏，また，田中庸子氏，田中真太郎氏，楊振氏，関口八州男氏，服部令氏を始めとする，早稲田大学職員の皆様，さらに，那須聡氏，亀田清重氏を始めとする株式会社全日本空輸の皆様には，人生のいかなる局面においても温かい応援とお見守り

謝辞

をいただきました。

修士論文の主査をお務めくださいました, Southeast Missouri State University Dr. George Yancey は, ご多忙の中, 直ぐに推薦状をご用意くださり, 博士後期課程進学の一手を打ってくださいました。その他, Drake University Dr. Radostina Purvanova, Iowa State University Dr. Stoyan Tchapravov, Ms. Carla Chatman, Dr. Brian Schrader, Dr. Kenneth Weaber, Dr. Sally Turner, Mr. Bob Bailly と Mr. Linda Bailly は, 迷いながらも諦めずに自分の道を貫き通すきっかけを作ってくださいました。

蒔苗正子氏を始めとするご家族の皆様, 平山亜理氏と平山健太郎氏及び平山早苗氏は, 長年に渡り, 実の家族のように側で支えてくださいました。加えて, 最後までペースメーカーとして励ましていただいた, 五十貝愛氏, 滝恵美子氏と Hai 氏, 渡辺治氏および渡辺麻美氏を始めとする渡辺治建築都市設計事務所の皆様, 水門志津子氏, そして加藤和夫氏と加藤昌子氏, 館恵子氏と河西淳子氏, 渡辺一宏氏と故渡辺恵氏には, 常に近くで応援を賜りました。

最後に, いかなる時も, 自分の道を行く私を信じて静かに見守ってくださいました故渡辺武氏と故渡辺邦子氏に心からお礼を申し上げます。

皆様からいただきました御恩に報いるためにも, 今後とも, 社会貢献に一層の努力を続けて参ります。お世話になり本当にどうもありがとうございました。厚くお礼申し上げます。

2022年1月1日

渡辺 紀子