

日本の医療・介護現場における外国人労働者に関する
心理学的研究
—ベトナム人就業者を中心として—

日本大学大学院総合社会情報研究科
博士後期課程 総合社会情報専攻

平成 29 年度

指導教員 田中堅一郎

20120414003 中 友美

目次

第Ⅰ部 日本とベトナムにおける医療・介護サービスの現状と問題

第1章 ベトナムの国について

- 第1節 ベトナムにおける経済発達と高齢化
- 第2節 ベトナムの介護施設・介護従事者
- 第3節 ベトナム人の家族意識

第2章 日本の介護サービス

- 第1節 日本における高齢化と介護施設・介護従事者・介護人材の育成
- 第2節 日本の介護人材の定着と課題：日本人及び外国人の問題
- 第3節 日本における家族介護
- 第4節 日本における外国人看護・介護人材の受け入れについて
- 第5節 介護職の離職要因に関する先行研究
 - 第1項 介護職・看護職のストレスやバーンアウト
 - 第2項 役割ストレスと介護職の専門性
 - 第3項 介護職の専門性
- 第6節 国内における介護職が抱える問題

第3章 外国人介護職に特有の問題

- 第1節 日本語の問題
- 第2節 文化的な差異の問題

第4章 外国人介護職に対して考えうる対処と今後の展望・課題

- 第1節 日本語習得の問題と分業の可能性
- 第2節 技能実習生の帰国後の問題

第Ⅱ部 日本人若年者の介護に関する意識・知識および家族意識

第5章 日本人の若年者が持つ介護に関する意識・知識および家族意識

- 第1節 序論
- 第2節 目的
- 第3節 方法
- 第4節 結果
- 第5節 考察

第Ⅲ部 日本人・ベトナム人の若年者における介護に対する意識の比較

第6章 日本人・ベトナム人の若年者における介護に対する意識の比較

- 第1節 序論
- 第2節 方法
- 第3節 結果
- 第4節 考察

第IV部 日本の医療・介護現場での外国人介護職受け入れに対する意識

第7章 介護職に対する意識

- 第1節 問題と目的
- 第2節 方法
 - 第1項 調査参加者
 - 第2項 調査方法
 - 第3項 倫理的配慮
- 第3節 結果
 - 第1項 調査対象者の基本的属性
 - 第2項 日本人介護職による外国人の同僚と協働することへの意識
 - 第3項 日本人介護職員が外国人に任せてもよいと判断する業務
 - 第4項 外国人に対する印象と協働への意識の関連
- 第4節 考察
 - 第1項 外国人介護職と協働することに関する意識
 - 第2項 外国人介護職に任せてもよいと判断された業務
 - 第3項 外国人に対する印象と協働への意識の関連

第8章 被介護者の家族が持つ外国人介護職に対する意識

- 第1節 問題と目的
- 第2節 方法
 - 第1項 調査対象者及び倫理的配慮
 - 第2項 調査項目
- 第3節 結果
 - 第1項 回答者の内訳
 - 第2項 介護サービスの内容ごとに見た、外国人による介護サービスに関する意識
 - 第3項 外国人による介護サービスに関する意識の項目間および金額負担による差異
 - 第4項 外国人介護職による介護サービスへの抵抗感の理由
- 第4節 考察
 - 第1項 介護サービスの内容ごとに見た、外国人による介護サービスに関する意識
 - 第2項 外国人介護職による介護サービスへの抵抗感の理由
 - 第3項 外国人介護職が利用者に受け入れられるために

第V部 医療・介護現場における外国人労働者の共感力育成を目指した研修

第9章 眼から心を読むテストを用いた日本人・外国人スタッフの共感力の検討

- 第1節 序論
- 第2節 目的
- 第3節 方法
- 第4節 結果
- 第5節 考察
- 第6節 まとめ

第10章 共感力向上を目指した研修とその効果

- 第1節 序論
- 第2節 目的
- 第3節 方法
 - 第1項 研修参加者および調査項目
 - 第2項 倫理的配慮
 - 第3項 プログラム内容
- 第4節 結果
 - 第1項 アジア版 RME
 - 第2項 共感性尺度の得点化
- 第5節 考察
- 第6節 まとめ

第VI部 本論文の要約と総合的考察

第11章 本論文の要約と総合的考察

- 第1節 本論文の要約
- 第2節 本論文の総合的考察
- 第3節 今後の課題

文献

利益相反について

謝辞

付録

- 付録1 日本人若年者に対する介護サービス利用度 アンケート web 画面 (第5章)
- 付録2 日本人若年者に対する介護サービス利用度 アンケート Q6 web 画面 (第5章)
- 付録3 ベトナム人若年者に対する介護サービス利用度アンケート冒頭
- 付録4 日本人介護職に対する アンケートスタート web 画面 (第7章)
- 付録5 日本人介護職に対する アンケート Q17 web 画面 (第7章)
- 付録6 同居家族に介護者がいる日本人に対する アンケートスタート

web 画面（第 8 章）

付録 7 同居家族に介護者がいる日本人に対する アンケート Q12 web 画面（第 8 章）

付録 8 アジア版 Reading the Minds in the Eyes test（RME）

付録 9 共感性尺度

付録 10 共感性尺度英語・ベトナム語補足

第1部 日本とベトナムにおける介護サービスの現状と問題

第1章 ベトナムの国について

第1節 ベトナムにおける経済発達と高齢化

ベトナム社会主義共和国(以下、本論文では、単にベトナムと表記する)は、わが国と同じくアジアに位置する国であり、かつてはベトナム戦争の戦地ともなった国である。その後、1986年からのドイモイ(Doi Moi; 刷新)政策の実施以降、特に大きく経済的な発展を遂げてきている。

ベトナム人の年齢平均値 2014年時点で 29.2歳と推計されており(Central Intelligence Agency, 2013)、日本人の年齢平均値の 46.1歳に比べると数段に若いといえよう。ベトナムにおける物価上昇率は 6.8%、経済成長率も 5.3%となっており(Central Intelligence Agency, 2013)、経済的に発展している最中であると考えられる。ただし、日本の外務省の調査では「近年ベトナムは一層の市場経済化と国際経済への統合を推し進めており、2007年1月、WTOに正式加盟を果たしたが、不透明なマクロ経済状況、未成熟な投資環境、国営企業の非効率性等懸念材料も残っている」(外務省, 2017)とも評価されている。

経済的な発展を遂げようとしているベトナムであるが、2012年には、平均余命が男性 71歳、女性 80歳となり、男女平均で 76歳に達したとされている(World Health Organization, 2013)。年齢平均は日本に比べて低いものの、ベトナムでは高齢化率が 7.1%と推定されており、既に高齢化社会(高齢化率が 7%を超える)と分類される。そして、その高齢化率は上昇することが予測されており、2033年には高齢社会(高齢化率が 14%を越える状況)に達すると推計されている(厚生労働省大臣官房国際課, 2014)。ベトナムは、周辺他国や日本と比べ高齢化の進行が早いことが指摘され(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013)、高齢社会までの準備期間が短いことが指摘されている(e.g., 後藤, 2012; 三木・長井, 2015)。

第2節 ベトナムの介護施設・介護従事者

前節で述べたように、経済的な発展が進むベトナムであるが、一方では高齢化が急速に進むことが予想されている。高齢化の進行とともに介護が必要な高齢者の数も増えることが予想される。

ベトナムでは「社会福祉」という概念が定められておらず、社会救助(あるいは社会救済)という概念で社会問題への対策を行おうとしている(後藤, 2012; 黒田, 2003)。高齢者を始めとした社会的弱者についての社会的、政策的な対応は近年でも途上であることが指摘されている(e.g., 黒田, 2003; 小椋・藤本・小田・田中, 2007; 田村, 2003)。

ベトナムにおける高齢者施設を扱った知見として、後藤・赤塚らを中心とした一連の調査が存在する(赤塚, 2010; 後藤, 2010, 2011, 2012; 後藤・赤塚, 2008; 後藤・赤塚・生田目, 2009)。例えば、後藤・赤塚(2008)によれば、2007年現在のベトナムの都市部では、介護施設職員に採用される際に介護に関する知識等は考慮されておらず、高齢者介護施設において専門的なケアが提供されていないという。

また、赤塚(2015)は、農村部においてソーシャル・サポートを提供することのできる施設や制度が必要であることを論じている。

第3節 ベトナム人の家族意識

先に述べたように、ベトナムにおける高齢者介護については、環境が未整備な部分も多く残されている。加えて人々の意識の影響も考えられる。赤塚(2010)によるベトナム人の家族意識に関する調査では、家族の絆を感じているかどうかについては、農村部と都市部で数値の違いは見られなかったという。一方で、「家族より個人の生き方が優先されていると思うか」という質問に対しては、都市部(ハノイとホーチミン)で調査参加者のうち一般人の84%が肯定的な回答をしていた。また、高齢者施設職員対象の調査票では、その75.4%が「家族の機能低下が、高齢者介護に影響を与えているか」という質問に肯定的に回答しており、家族の意識変化が高齢者介護への影響が及ぼしていることが指摘されている(赤塚, 2010)。赤塚(2010)の報告のように、家族より個人が優先される傾向が以前より強まってきていると可能性がある一方、近年でもベトナムにおいて家族の影響は大きいものであることも指摘されている(e.g., 桂, 2004; 小椋・藤本・小田・田中, 2007)。

前節のように介護施設の整備が途上にある状況では、介護の担い手になるであろう、ベトナム人の若年者が、介護に関して知識を持っているのか、自信や介護サービスを利用したいと思っているのか否か等は明らかとなっていない状況であると推察される。

一方、日本は2013年現在で、既に高齢化率24.1%を越え、2000年より開始した介護保険も、要介護者認定が500万人を越えた(内閣府, 2014)。日本においては、社会の中で介護が一般化し、制度化されていると捉えることができよう。

また、2012年には、日本とベトナムにおいてEPA¹(経済連携協定)を締結し、ベトナム人の介護士と看護師が日本において国家資格取得を目指し、日本にて期限付きではあるが、就業ができるようになった。これは、2008年から実施されている、フィリピンやインドネシアとのEPAと同様でありながら、過去の経験を活かし、日本渡航前にベトナム国内にて、1年程度の日本語教育を実施してからの来日となる。現在、2014年8月から日本において、ベトナム人看護師および介護士は、各施設で国家資格取得前の就業を開始している段階である。今後、日本とベトナムにおける医療や介護分野における連携は更に進む可能性が高いと考えられる。また、厚生労働省が、外国人介護福祉士の候補者の受け入れ先や、資格取得後に働く場を広げることを検討することが報じられている(読売新聞, 2016)。

¹ 貿易の自由化に加え、投資、人の移動、知的財産の保護や競争政策におけるルール作り、様々な分野での協力の要素等を含む、幅広い経済関係の強化を目的とする協定(外務省, 2017)

第2章 日本の介護サービス

第1節 日本における高齢化と介護施設・介護従事者・介護人材の育成

近年、日本における少子高齢化は、大きな社会問題の一つとなっている。平成27年度版の高齢社会白書では、日本の高齢化率(65歳以上人口の割合)は、26%とされ、既に国民の4人に1人以上が高齢者という現状である(内閣府, 2015)。

高齢者の割合が増えることで、介護を必要とする高齢者の割合が増えると考えられる。一方で、少子化に伴い労働人口は減少している。そのような状況下において、介護職の離職の多さや人手不足が問題として指摘されている。介護労働実態調査(平成26年)の結果では、回答者の約半数が労働条件等の不満として人手の不足を回答し、事業所の約6割が、人手について「やや不足」から「大いに不足」していると回答したことが明らかとなった(介護労働安定センター, 2015)。

第2節 日本における介護人材の定着と課題：日本人および外国人の問題

先述のように、介護職についての人手不足は問題となっている。介護職だけでなく看護職についても、その離職や定着について議論がなされているが(e.g., 中, 2008; 佐藤, 2015) その理由として様々な要因が指摘されている。夜間勤務, 加重労働, 低賃金, 女性が多い職場ということから、結婚や出産などが早期離職, 定着困難に結びついている。

外国人においては、やはり日本語の難しさが最も大きな要素であり、言葉の壁があることで、看護や介護の国家試験に合格することも困難な状況なことから、日本に短期間滞在するだけでは、日本語能力が、現場で求められる能力に到達することは容易ではない。

第3節 日本における家族介護

日本において老親の介護は、従来は主として伝統的な家族に関する規範意識に従って行われてきたと考えられる。しかし、現代では「状況適合的に、かつ親子兄弟の人間関係のありように流される形となっている」(森岡, 1993)と指摘される。

中西(2009)は、これまでの老親介護に関する研究が、「介護の実態」に関するものが多い一方で、若者世代の介護志向に関する調査が少ないことを指摘している。中西(2009)は、主に娘・息子というジェンダー間の差異を中心として分析を行い、近年の日本における比較的若い世代の介護志向について明らかにしている。

例えば、府中市および松本市で20歳代を対象に実施された調査から、将来的に親の介護をするつもりがあるかについて、「はい」と「わからない」が回答の大半を占め、「いいえ」という回答が少ないことが明らかにされ(中西, 2009, p. 47), 現代の若い世代の介護志向が明確に介護をするという意識がない場合には、あいまいであることが示唆された。

第4節 日本における外国人看護・介護人材の受け入れについて

日本における介護職の人材不足は年々深刻化しており、そのことは現代の日本が抱える大きな問題の一つとなっている。

そのような状況下において、外国人労働者が人材不足を補う労働力として期待されている(読売新聞, 2014)。日本は、2008年よりEPA(経済連携協定)に基づき、医療および介護分

野において外国人の受け入れを開始した²。2014年現在では既にフィリピン、ベトナム、インドネシアの東南アジアを中心とした介護人材が日本にて就業中である。加えて、慎重論もあるものの(e.g., 日本介護福祉士会, 2015), 外国人技能実習生制度に介護分野が加えられることが検討されている(北沢, 2015)。

外国人介護職の受け入れは、人材不足の問題を低減する可能性がある。しかし、外国人が介護の職場において定着するのは容易ではないと考えられる。特に、外国人介護職受け入れの障害となる可能性が高いのが、コミュニケーションの問題である(日本介護福祉士会, 2015)。賃金等の条件面だけでなく、職場の人間関係・コミュニケーションや職場環境が介護職の離職意思に影響を与える要因として指摘されている(大和, 2010)。適切なコミュニケーションがとれることは、日本人の同僚や介護サービス利用者に外国人介護職が心理的に受け入れられるかにおいても重要な要素であると考えられる。

一方で、外国人介護職から見た場合を考えても、同僚や利用者とのコミュニケーションの問題は重要である。国外における外国人看護師の適応過程を検討した事例では、現地の言語習得が大きな壁の一つになっていることが報告されている(e.g., Magnusdottir, 2005; Yi & Jezewski, 2000)。

EPAによって受け入れられた外国人介護職は、日本における国家試験に合格することが期待されている。しかし、国家試験のために必要な語彙と、日本語能力試験での出題範囲の語彙、現場での介護業務に必要な語彙が必ずしも一致しないことや(水野, 2010; 三枝, 2012), 介護現場における日本語習得の困難さが指摘されている(遠藤, 2012)。

一方で、汲田(2012)は、介護常勤職員を対象とした調査から、常勤職員は非常勤職員に対して代替的機能を期待しており、一定の技能・知識を有していることを求めていると報告した。外国人介護職についても、日本人介護職と同等の技能を身につけることが求められる可能性は高いと推察される。

同僚や利用者とうまくコミュニケーションが取れない中で、日本人と同等の業務を求められることは、外国人介護職、日本の介護職の双方にとって負担となり介護職からの離職等につながる可能性がある。

前述のように業務に必要な日本語の習得は、外国人にとって容易ではなく、人間関係の問題は全国的な調査において「直前の介護の仕事をやめた理由」として上位を占めており(介護労働安定センター, 2013, 2014), 外国人介護職、受け入れ側の職員の双方にとってコミュニケーションの問題は無視できないと推察される。コミュニケーション、特に日本語による意思疎通による問題の影響を低減する一案として、日本語が流暢でないうちは、全ての業務を日本人と同様に任せるのではなく、一部の業務を中心に任せ、外国人介護職、日本人介護職の心理的な抵抗感を低減するということが考えられる。

そこで、本稿は、その問題を低減する一案として日本語が流暢でない段階における外国人介護職の分業を提案し、その実現可能性について検討することを目的とする。

ヒューマンサービスに分類される介護職であるが、業務内容によって日本語によるコミュニケーションの必要度は異なると考えられる。日本人介護職の立場から、外国人介護職

² ただし、EPAに基づく受け入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応として行うものではないとされる(厚生労働省, 2013)。

に任せたい業務や、任せられると判断される業務があるのではないかと考えられる。介護現場において、日本人介護職と外国人介護職の業務内容の切り分けが可能かどうか検討することで、コミュニケーションの問題を低減しつつ、外国人介護職を受け入れることに対して有益な知見が得られると考えた。そこで、「外国人介護職に任せてもよい」と日本人介護職が判断する業務内容を調査する。

ただし、外国人介護職と協働することに対して、日本人介護職が強い抵抗感を持っている場合、単なる業務の分担では、問題が解決しない可能性もある。特に、介護職は職員間で協調して介護にあたる必要がある(日本介護福祉士会, 2015)ことから、コミュニケーションに不安を抱える外国人介護職と協働することについて一定の抵抗感を持っているのではないかと予想される。そこで本稿では、現在の日本人介護職が、外国人介護職と協働することに対して、どの程度受け入れられると思っているのかも併せて調査する。

なお、本稿では、調査に際して想定してもらう外国人をフィリピン人、ベトナム人、ミャンマー人の3カ国の人に設定する。フィリピンはEPA締結後、日本での就業が既に3年以上経過しており、国家資格合格者も輩出している国である。ベトナムは2014年8月に日本での就業が開始したばかりの国である。最後にミャンマーは、日本とのEPAは締結されていないが、今後EPAを結ぶ可能性があることが予測される。今後の外国人介護職の受け入れに関して広く情報を収集するという観点から、以上の状況の異なる3ヶ国の人を想定した調査を行うこととした。

本稿は、日本人介護職及び外国人を対象とした調査と研修を行い、以下の点を明らかにすることを目的とする：(1)日本人介護職が外国人介護職と協働することについて、どの程度受け入れることができると感じているかを明らかにする。(2)日本人介護職が外国人介護職に任せてもよいと判断する業務を明らかにする。(3)外国人に対してどのような印象をもつことが、外国人を同僚として受け入れることにつながる可能性があるかを明らかとする。(4)日本人と外国人の共感力の差異を明らかにする。(5)外国人の共感力を高めるための研修を実施し、研修効果を明らかにする。

日本における高齢化率の高まりが予想されることから、介護人材に対する需要が今後さらに高まることが予想される。しかし、介護職は、その需要の高まりに反して、その離職率の高さや採用率の低さが指摘され(e.g., 介護労働安定センター, 2014), 人材確保が困難な状況が生じている。

一方で、外国人の介護職人材の受け入れが始まっている。2015年4月現在、日本とインドネシア、フィリピンおよびベトナムとの経済連携協定(EPA)に基づき、当該国からの外国人看護師・介護士が受け入れられている³。また、外国人技能実習制度⁴の対象職種に介護分野が加えられる方針が固められたことが報じられた(読売新聞, 2015)。どのような人数、期間、条件で外国人介護職が日本で就労することとなるのかは、現時点では不透明な部分も残されている。しかし、今後の日本国内において、外国人の介護職従事者が一定数増加することが予想される。

³ ただし、EPAに基づく受け入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応として行うものではないとされる(厚生労働省, 2013)。

⁴ 技能実習制度についても、その趣旨は日本において実習生が技術を身につけ、出身国への技術移転を図ることであり、人材不足解消が直接の目的ではない。

日本国外出身の介護職であっても、職場で最終的に求められる職務内容は、基本的に同一であると考え、日本人にとっての職場定着を妨げる要因は、外国人介護職についても当てはまる部分は多いと推察される。加えて、言語や生活習慣の異なる国の出身者であることによる特有の問題も発生しうるであろう。

現時点における、国内の介護職に関する調査や研究は、日本人を対象としたものが大半であり、外国人介護職に関する問題を扱った研究はまだ多いとはいえない。

本稿では、まず前半にて、これまでに日本の介護職の離職や定着を妨げるとされてきた諸要因、特にストレス要因に関して概観する。そして、後半にて外国人介護職の受け入れと関連して、どのような問題が発生すると予想されるか、どのような研究が求められているのかについて考察を行う。

第5節 介護職の離職要因に関する先行研究

介護職の需要が高まっている一方で、介護職の離職率が高いことから、その離職要因や職務継続動機について、多様な検討が行われてきた(e.g., 介護労働安定センター, 2014; 永井・小野, 2008; 小木曾・阿部・安藤・平澤, 2010; 大和・立福, 2013; 佐藤・澁谷・中嶋・香川, 2003; 谷口・原野・桐野・藤井, 2010)。

例えば、大和・立福(2013)は、2006年の介護労働安定センターによる調査の個票データを分析した結果、入職後の教育・研修がある施設では離職率が低く、OJTの実施がある施設では離職率が高いことが明らかにされた。賃金の高低と離職率との関連はみられず、単に金銭的な条件を改善するだけでは、離職率を引き下げるには十分でないことが示唆された(大和・立福, 2013)。

また、小木曾・阿部・安藤・平澤(2010)は、介護職・看護職を対象として、離職意思と職務領域別の満足度との関連を検討した。その結果、離職意思(他の介護施設等への職場を変える意思)と、「職場の管理」に対する満足度との関連、転職意思(介護職以外に就く意思)と「仕事の誇り」に対する満足度との関連が示された。また、離職意思と給料に対する満足度の関連は見られなかった(小木曾ほか, 2010)。

介護労働実態調査(介護労働安定センター, 2014)においては、全体の約44%の調査対象者が賃金に不満を訴えており、金銭的な面での待遇を改善していくことも重要な課題であると考えられる。さらに、大和・立福(2013)や小木曾ほか(2010)の研究結果を参考とすると、金銭面以外での教育・研修・管理といった金銭的な側面以外での対応も、職員の定着のために重要な要素であると推察される。

第1項 介護職・看護職のストレスやバーンアウト

介護職や社会福祉職についてもバーンアウトの観点からの研究が蓄積されてきている(e.g., 藤野, 2001; Fujiwara, Tsukishima, Tsutsumi, Kawakami, & Kishi, 2014; 川野・矢富・宇良・中谷・巻田, 1995; 諸井, 1999; 永井・小野, 2008; 小野寺・畦地・志村, 2007; 義本・富岡, 2006, 2007)。

例えば、小野寺ほか(2007)は、老人福祉施設職員を対象として、バーンアウトの度合いを測定するためにしばしば用いられる Maslach Burnout Inventory⁵ (MBI)の日本語版を用い、ストレス尺度との関連を検討した。ストレスをどのような要因から感じているかを測定するためのストレス尺度は「上司とのコンフリクト」「仕事の負荷⁶」「利用者とのコンフリクト」「同僚とのコンフリクト」の4因子から解釈された。MBIの因子分析結果における「疲弊感(情緒的消耗感に対応)」「脱人格化」とストレス評価尺度の4因子すべてにおいて正の相関が認められたことから、介護職においても、業務の負荷の大きさに加えて、対人コンフリクトがバーンアウトの一因であることが示唆された。他にも、Fujiwara et al. (2014)や川野ほか(1995)などによって、対人コンフリクトとバーンアウトの関連が報告されてきた。

ヒューマンサービスの特徴である、サービスの受け手やその家族とのコンフリクトが、介護職のストレスの、重要な要因の一つであると考えられる。さらに、それに加えて同僚や上司とのコンフリクトも、バーンアウトに繋がりうるストレスである可能性が示唆された。

実際に、2012、2013年実施の調査において、介護職の離職要因として最も多いのが、「職場の人間関係の問題」であったことが明らかとなっている(介護労働安定センター, 2013, 2014)。職場における良好な人間関係の構築は、介護職の定着を促進するために、重要な点の一つになっていると考えられる。

第2項 ヒューマンサービス職におけるバーンアウト

介護職は、看護職や医師などと共に、ヒューマンサービス(顧客にサービスを提供することを職務としている職業の総称)の代表例として挙げられる(久保, 2007)。

特に、ヒューマンサービスにおけるストレス反応の典型例の一つとして挙げられるのが、バーンアウト(燃え尽き症候群)である。バーンアウトは、特にヒューマンサービスにおいてしばしば見られる感情的消耗や、サービス対象者への冷淡化を伴う症候群とされ(Maslach & Jackson, 1981)、医師、看護師、教師などの職業を中心として研究がなされてきた。近年においても、看護職(e.g., 眞鍋・小松・岡山, 2014)や教師(e.g., 水澤・中澤, 2014)等の職種について、知見の蓄積が進んでいる。

第3項 高齢者介護職におけるバーンアウト

介護職や社会福祉職についてもバーンアウトの観点からの研究が蓄積されてきている(e.g., 藤野, 2001; Fujiwara, Tsukishima, Tsutsumi, Kawakami, & Kishi, 2014; 川野・矢富・宇良・中谷・巻田, 1995; 諸井, 1999; 永井・小野, 2008; 小野寺・畦地・志村, 2007; 義本・富岡 2006, 2007)。

例えば、小野寺ほか(2007)は、老人福祉施設職員を対象として、バーンアウトの度合いを測定するためにしばしば用いられる Maslach Burnout Inventory(MBI)の日本語版を用い、ストレス尺度との関連を検討した。ストレスをどのような要因から感じているかを測

⁵ 「情緒的消耗感(過剰な情動的負荷や情緒的消耗感)」、「個人的達成感の低下(無能力感や達成感の低下)」、「脱人格化(サービスの受け手に対する無感情や達成感の低下)」の3因子から測定される。

⁶ ストレス評価尺度を開発した矢富・中谷・巻田(1991)では、「介護的工作」と「事務的工作」の2因子に分かれていたが、小野寺他(2007)では、1因子として解釈された。

定するためのストレス尺度は「上司とのコンフリクト」「仕事の負荷」「利用者とのコンフリクト」「同僚とのコンフリクト」の4因子から解釈された。MBIの因子分析結果における「疲弊感(情緒的消耗感に対応)」「脱人格化」とストレス評価尺度の4因子すべてにおいて正の相関が認められたことから、介護職においても、業務の負荷の大きさに加えて、対人コンフリクトがバーンアウトの一因であることが示唆された。他にも、Fujiwara et al. (2014)や川野ほか(1995)などによって、対人コンフリクトとバーンアウトの関連が報告されてきた。

ヒューマンサービスの特徴である、サービスの受け手やその家族とのコンフリクトが、介護職のストレスの、重要な要因の一つであると考えられる。さらに、それに加えて同僚や上司とのコンフリクトも、バーンアウトに繋がりうるストレスである可能性が示唆された。

実際に介護労働安定センター(2013, 2014)が介護職者を対象に2012, 2013年実施した調査において、介護職の離職要因として最も多いのが、「職場の人間関係の問題」であった。職場における良好な人間関係の構築は、介護職の定着を促進するために、重要な点の一つになっていると考えられる。

第4項 高齢者介護職の職業的特徴

ヒューマンサービス職の一つに分類される介護職であるが、他のヒューマンサービスとどのような違いがあると考えられるだろうか。ここでは、しばしば介護職研究において比較されることがある看護職(e.g., 福岡, 2013; 義本・富岡, 2006)との対比からその特徴について検討する。

川野ほか(1995)は、高齢者介護の職場の特徴として、(1) 人が人の生活を支援する職務であり、定型化しにくい、(2) 介護職個々の仕事の到達度を生産高のような指標で評価できない、(3) 介護職者の仕事の種類が多く、限られた時間ですべてを完璧にこなすことは難しい、の3点を挙げた。また、諸井(1999)は特別養護老人ホームにおける介護職の職業的特徴として、「長期化した入居における安寧がサービス目標であり、入所者が高齢であることから、目標達成が困難である」ことを指摘した。

特に、川野他(1995)が指摘する(2)については、看護職と比較した場合では、特徴的な点であると考えられる。看護職においても、生産高などの指標を用いて到達度を評価することは、一般的な企業の職員などと比べれば実現しにくいであろう。この点は、介護職・看護職に共通する特徴であると考えられる。しかし、看護職においては、慢性疾患の長期入院のような場合を除けば、退院や手術の成功といった、サービス提供相手に関するポジティブで明示的なイベントが存在することが多いのではないかと考えられる。そのような目標として時期や成果の見通しが立てやすいイベントが存在することは、職員のモチベーションの維持やストレスの低減に繋がると予想される。

一方、高齢者介護職の場合は、諸井(1999)が指摘するように、利用者が何らかの疾病にかかっている場合でも、完治する見込みのない慢性的な症状を抱えている場合が多く、体調がよくなり退所することも相対的に少ないと推察される。「長期化した入居における安寧」(諸井, 1999)は、適切に現状を維持することを意味すると考えられ、退院や手術の成功といった、ポジティブで明確なイベントを将来に予期することが難しいのではないだろうか。介護施設のあり方の変遷に伴い、利用者にとって「幸福な”看取り”」のあり方など(e.g., 高橋, 2012)、目標として設定しうる可能性のある考え方も提案されているが、現状では、先述の

ような、明確な目標やイベントを想定しにくい状況は継続しているのではないかと推察される。このような職業的特徴は、業務に対する具体的な目標を見出すことを難しくし、動機づけを低め、離職意思に繋がる可能性がある。

第5項 役割ストレス

まず、ヒューマンサービスにおける典型的なストレス反応であるバーンアウトと対人コンフリクトの関係から知見を概観した。介護職のストレス要因として、職業における役割に着目した役割ストレスが、しばしば検討されてきた(e.g., 金原・岡田・白澤, 2012, 2013; 佐藤ほか, 2003)。

役割ストレス概念は、Kahn らによって提唱されたものであり、組織や集団の特質から、個人が職務において自分の役割義務を果たそうとすると感じる困難や矛盾であると定義されている(Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964, 奥田・岡田・篠塚(訳), 1973)。

金原ほか(2012)は、介護職と看護職の連携という観点から、介護職の役割ストレスを調査した。平成24年から、「痰の吸引等」が、介護職員によっても一定の条件下で実施が可能になるなど、介護職と看護職の役割分担が曖昧になってきていることが指摘されている(金原ほか, 2012)。こうした背景を受け、金原ほか(2012)は、介護施設における介護職を対象とし、看護職との連携における役割ストレスを検証した。

Kahn et al. (1964)は、役割ストレスは以下の3つのストレス要因として以下の3つを提唱した。「役割葛藤」(2人以上人からの異なる役割を期待される)、「役割曖昧性」(果たすべき役割、仕事内容、手順が明らかでなく、責任の所在や範囲が不透明)、「役割過剰」(物理的、能力的に処理できる以上の業務を求められる)の3つである。金原ほか(2012)では、役割ストレスは、「業務分担の認識相違から生じる困難感」「職能を発揮できない不全感」「役割過剰」の3因子から解釈された。個人属性の観点からは、役職についていると、「役割過剰」ストレスが高いことが明らかとなった。一方、「職能を発揮できない不全感」は、役職にない人の方が高いことが明らかとなった。

また、金原ほか(2013)は、さらに役職の有無別に、役割ストレスとバーンアウト傾向との関連を検討した。その結果、役職者(管理職や何らかのリーダーを担う者)については、「職能を発揮できない不全感」がバーンアウト傾向との関連が見られた。一方、非役職者では、「職能を発揮できない不全感」に加え、「相対的な役割過剰感⁷」と、バーンアウト傾向との関連が見られた。一方、「相対的な役割過剰感」の得点そのものは、役職者が非役職者よりも有意に高くストレス自体は、役職者の方が感じていた(金原ほか, 2013)。

また、佐藤ほか(2003)は、介護福祉士を対象に調査を実施し、「役割葛藤」「役割曖昧性」と離職意向との関連を検討した。「職務における情緒的緊張」を媒介とする因果モデルが検討された結果、「役割葛藤」「役割曖昧性」は、離職意向に対して、直接的な有意なパスは見られなかったが、「職務における情緒的緊張」を媒介した影響が示唆された。

近年の介護職を取り巻く状況は、一部の医療行為の解禁など、大きく変化を続けている。そのような状況下で介護職に求められる「役割」も同様に変化していると考えられる。求められる役割の変容は、職員が認識している役割とのずれを生み、そのことがストレス要因になっている可能性が示唆されている。

⁷ 金原ほか(2012)における「役割過剰」と対応する。

第6項 介護職の専門性

役割ストレスは、介護職の専門性とも大きく関わる。金原ほか(2012)が指摘したように、介護職が担うべき業務の変容は、介護職の役割ストレスを増大させている可能性がある。

終崎・中村(2014)による、介護福祉士養成施設教員に対する半構造化面接からも、医療的ケアが介護職の業務に加えられることによる「専門性の変容危機」があることが報告された。介護職の専門性は、未だ厳密に確立しているとはいえず、近年も介護職の専門性に関する調査が引き続き実施されている(e.g., 安, 2014)。

先述した通り、介護職の職業的特徴の一つとして、その業務が施設における利用者の安寧が目的となっていることが挙げられ、その具体的な成果や目標が評価しにくい。また、業務内容の変容がある一方で、無資格者であっても業務につくことができる場合もあるなど、「介護職とは何を担う者なのか」ということが、現状では曖昧になっていることが推察される。介護職の専門性や明確な職業像の確立が求められていると考えられる。

第6節 国内における介護職が抱える問題

以上のように、国内において介護職は、職業的な特性からストレスを受けやすいと考えられる。また、職務上の目標設定や成果の評価が困難であるという従来からの職業的な特徴に加え、医療行為の部分的な解禁等に代表されるような、役割の変化やそれに伴う職業の専門性の曖昧化という、新たなストレス要因となりうる変化も起きている。その結果、バーンアウトなどのストレス反応が生じ、離職にも繋がっている可能性があると考えられる。

第3章 外国人介護職に特有の問題

ここまで介護職という職業に特有であると考えられる問題について概観してきた。外国人であっても、日本の職場で業務につく以上、日本人と同様の問題に直面する可能性は高いと推察される。

さらに外国人介護職に特有の問題も生じると考えられる。介護職に特有の問題に加えて、外国からやってくる介護職には、言語や生活習慣の違いを乗り越えなければならない。

多くの外国人看護師が受け入れられてきたアメリカにおいて、Yi & Jezewski (2000)は、インタビューから韓国人看護師の適応過程を分析した。その結果、「1. 精神的なストレスの軽減」「2. 言語の壁を乗り越える」「3. アメリカ人看護師の実践を受け入れる」「4. アメリカの問題解決方略に合わせる」「5. アメリカの対人関係スタイルに合わせる」といった要素が抽出された。これらは、日本にやってくる外国人介護職にもよく当てはまる課題であると考えられる。

また、アイスランドにおける外国人看護師の適応を研究した Magnusdottir (2005)も言語の壁があることを指摘している⁸。特に、電話におけるやりとりでは、ジェスチャーといった視覚を用いた情報伝達ができないため、外国人看護師にとって恐怖であったという。

このような、言語や生活習慣の違いは、多くの国における外国人看護師の適応に対する壁となっていると考えられる(Liou & Cheng, 2011; Kawi & Xu, 2009)。また、言語に限らず、問題解決や職場の上下関係のあり方の違いなども指摘されている(Yi & Jezewski, 2000)。

国内においても EPA にもとづいた人材交流による看護師や介護士の候補者受入が始まってから数年が経ち、事例が報告されるようになった(e.g., 古川・瀬戸・松本・長谷川, 2012; 畠中・田中・光吉, 2014; 池田・深谷・堀場・菱田, 2010; 伊藤, 2014; 中村・小島・岩崎, 2013)。

第1節 日本語の問題

日本国外においても、外国人看護師の適応の壁の一つとして言語の問題が指摘される(Kawi & Xu, 2009; Magnusdottir, 2005; Yi & Jezewski, 2000)。日本語は、英語やスペイン語のように、複数の国で公用語等になっておらず、来日する外国人の介護職において日本語母語話者は、ほぼいないと考えられる。ヒューマンサービスである介護において、利用者や同僚との日本語によるコミュニケーションは不可欠なものである。日本語の習得は、外国人の介護職にとって、大きな壁となると考えられる(王・大野・木内, 2007)。

EPA にもとづいて日本で就業している外国人看護師、介護職について、国家試験の合格率が低いことが問題となり、試験時間の延長や漢字へのふりがな付記などの対応が既に行われた。そうした対応もあり、第27回介護福祉士国家試験においては、EPA にもとづく外国人介護福祉士候補者の合格率は、44.8%まで向上している(厚生労働省, 2015)。しかし、そうした措置によって国家試験の合格率が上がったとしても、介護に関する専門知識の保証にはなる一方、直ちに介護現場における実務に関する言語能力が保証されることになるとは限らない。

⁸ アイスランドはアイスランド語が公用語である。

多くの場合、日本語の習得は外国人の看護師や介護士の候補者にとって、大きな障壁となっている。例えば、古川ほか(2012)による、EPAにもとづく人材交流による看護師候補者の受入施設を対象にした調査では、50%以上の施設が患者や同僚との会話については「問題ない」「おおむね問題ない」と回答したのに対し、記録・書き言葉については、90%以降が、「問題がある」「やや問題がある」という回答であった。伊藤(2014)による、EPAにもとづいて来日した介護福祉士候補者への調査においても、ほぼ全員が、「日本語習得」「日本人とのコミュニケーション」のいずれかを選択した。

三枝(2012)は、第23回介護福祉士国家試験の国会試験の問題について、語彙等を分析した。その結果、非日本語母語話者の日本語能力を測定するために広く用いられている日本語能力試験の出題範囲と、国家試験における専門用語でない一般語彙は半数程度が一致しないことを指摘した(三枝, 2012)。その後の国家試験では、改善された可能性もあるが、国家試験中の語彙が理解できることと、日本語能力試験で求められている語彙が異なることは、国家試験の合格が、必ずしも日常的に通用する語彙獲得を保証していないことを意味するだろう。同様のことがアメリカの外国人看護師についても指摘されている(Xu, Shen & Bolstad, 2010)。

畠中ほか(2014)は、EPAに基づく介護福祉士候補者に対する継続的な面接調査から、介護福祉士候補者の適応過程の事例を報告した。畠中ほか(2014)の事例では、利用者が話す方言が理解できないことも指摘されている(畠中ほか, 2014)。特に、地方の高齢者においては、方言を主に話す者も多いと推察される。標準的な日本語に加えて、その地方独特の表現等も理解できなければ、業務に支障を来す可能性も考えられる。また、看護師候補生の事例において、日本語独特の語彙や表現(オノマトペ等)や、日本語化された英語の発音⁹など、様々な困難があることが報告されている(中村ほか, 2013)。

以上の知見は、外国人介護職にとっての問題が中心となっているが、日本語でコミュニケーションをとることが困難であれば、日本人の同僚にとってもストレスを増大させる原因となる可能性がある。例えば、書き言葉は、非漢字圏出身の外国人にとって、習得に大きな困難が伴う。外国人介護職が作成する介護記録や書類が不適切な文字や言葉で記載されていれば、引き継ぎの不備や書類の修正によって、他の職員の業務量や、それに伴うストレスが増大する可能性がある。加えて、先に述べたように、職場の人間関係は、介護職の離職要因の上位を占めており、日本人介護職にとっても、日本語の不自由な外国人介護職の受入は、リスクを伴う可能性がある。

第2節 文化的な差異の問題

前項では、日本語に関する問題について概観したが、言語以外にも日本と海外の文化的な差異は様々な側面で存在する。

例えば、アメリカでの台湾人看護師を対象とした研究からは、付き添いの家族がいることが台湾では一般的なのに対し、アメリカではそれが少ないことに看護師がギャップを感じていることが報告されている(Liou & Cheng, 2011)。また、職場内の上下関係のあり方や、

⁹ 例えば、「ベッド」を日本語におけるカタカナを読む発音でなく、英語の発音で用いると、相手に通じないという事例が紹介されている。

問題解決スタイル等も、国や文化によって異なり、適応のためには現地のスタイルを身につける必要がある(Yi & Jezewski, 2000)。

特に、介護は、長期に渡り利用者の生活に密着する業務であると考えられ、文化的な差異を適切に理解することができるかは、大きな課題の一つであると考えられる。

また、現時点では外国人が相対的に少ない日本においては、利用者の側にも外国人のスタッフに対する抵抗感がある可能性についても考慮する必要があるだろう。Magnusdottir (2005)の研究では、アイスランド語を話せる看護師に交代するように、外国人看護師が患者から要求された事例も報告されている。介護職はサービス業である以上、利用者がいなければ成り立たない。一方で、利用者側への配慮を過剰に行えば、人種差別などにもつながりかねない。いかにして、利用者と介護職が双方に理解しあえる環境を調べていくかという課題がある。

第4章 外国人介護職者に対して考えうる対処と今後の展望、課題

第1節 日本語習得の問題と分業の可能性

外国人技能実習制度については、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室(2015)の2015年2月時点の報告によれば、日本語能力として、日本語能力試験でのN3(日常的に使われる日本語をある程度理解することができる)程度を基本としつつ、入国時(1年目)は、N4(基本的な日本語を理解することができる)を要件とすることが想定されている。

業務のために適切な日本語能力を習得してゆくことは、当然ながら必要なことである。しかし、これまでに概観してきたように、外国から来日する介護職は、介護職という職業に関するストレス等の問題と、日本語や日本の文化への対応という、二重の壁を乗り越える必要がある。

日本での就業を目指す外国人介護職やその候補者は、勤務意欲も高いと考えられるが、一方で過度のストレスがかかったり、適応に失敗したりすれば職場に定着することができず、結果として受入施設側の投資が無駄になり、人材不足の解消にもつながらないという事態が発生することが懸念される。

当然ながら、外国人介護職員は、最終的にはすべての業務を適切にこなすことができるように、トレーニングを積み、日本語による記録等も適切に書けるようになることが求められる。一方で、外国人介護職が入職することで、施設の人員が増えることは事実である。そこで、受入施設によっては、既に自発的に導入しているところもあると推察されるが、日本語によるコミュニケーションに問題を低減するための対策の一つとして、日本語の習得状況に応じた分業を積極的に行うということが考えられる。

介護職の業務は非常に多岐にわたる。それが、介護職の役割や専門性を曖昧にし、役割ストレス等を増大させている可能性もあるが、一方で、職務内容の多様性は、日本語を多く必要とする業務とそうでない業務の存在につながる。業務分担を見直し、日本語の習熟度が不十分な状態でも、問題なくできる業務とそうでない業務を見直し、より効果的な分業のありかたを明らかにすることが必要であると考えられる。

第2節 技能実習生の帰国後の問題

先述の通り、外国人技能実習生制度に介護分野を追加することが議論されている(読売新聞, 2015)。外国人技能実習生制度の趣旨は、技能、技術又は知識の開発途上国等への移転を図ることである。しかし、この趣旨に照らしあわせた時、受け入れ元の国の状況によっては問題が生じる可能性が考えられる。

ベトナムは、今後、急速に高齢化が進むと推計されていることから(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013)、制度や施設も充実されることが期待されているが、現状では一般に、介護サービスが普及していないと考えられる。そのような状況では、いかに日本において高度な介護技術を実習生が身につけても、帰国後にそれを発揮する場所が限られることとなる。実習生を送り出す国における介護サービスや介護職の資格や制度の充実が望まれる。また、サービスが充実しても、家族で介護を行おうとする習慣が根強い国では、介護サービスを利用しようとする人が少ない可能

性も考えられる。介護サービスの利用意思の現状や、促進方法についても、研究が充実することが期待される。

第Ⅱ部 日本人若年者の介護に関する意識・知識および家族意識

第5章 日本人の若年者が持つ介護に関する意識・知識および家族意識

第1節 序論

日本においては、介護人材の不足、介護施設における在所日数の短縮や、自己負担額の増額など、介護保険制度を継続していくための課題も数多く表出し、介護における問題は山積している。介護報酬は3年毎に制度改定が行われており、制度開始から改定が繰り返されている。

今後、日本では高齢化率がさらに高まると予想されている（内閣府, 2015）ことから、介護保険制度を維持するためにも、現状の問題を解決していく必要がある。大きな問題の一つとして、介護人材の不足が挙げられる。介護人材を増やすには、二つの方法があると考えられる。一つは職業として介護職を選択する人材を増やす、もう一つは家族で介護を行う事例を増やすことである。

介護保険制度の度重なる改定や、2012年から厚生労働省において設置された、在宅医療・介護推進プロジェクトチームの活動（厚生労働省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム, 2013）を鑑みると、政策的にも、在宅介護が推進される傾向にあると考えられる。在宅介護を実践するためには、訪問介護職等の育成も重要ではあるが、家族による同居や、家族による直接的な介護を除いて考えることは難しい状況にあると考えられる。

独居による在宅介護も実践されている現状から、在宅介護の全てにおいて、家族の関与が必要とされるわけではない。しかし、一方で要介護度の進行によっては、現状の在宅介護サービスでは補いきれない部分もあるのではないだろうか。

現状でも、病院や介護施設における在院および在所日数は短縮傾向である。将来的にも職業としての介護人材が更に不足し、なおかつ、国として在宅介護の推進が進んでいくことを勘案すると、家族で介護を担っていく必要性はより高まってくると考えられる。

若年者の介護に関する意識

では、将来的に介護を担う可能性のある現在の日本の若年者は、介護に対してどのような意識、知識を持っているだろうか。著者が調べた範囲では、特に日本の若年者を対象とした介護に関する知識、どれだけ介護することができる自信があるかなどを扱った研究は、高校生を対象としたもの森ほか(2011)や、介護系学生を対象にしたもの井口(2008)は見受けられるが20代~30代という広範囲の若年層を対象としたものは少ない。

そこで、将来的に介護者となる可能性がある若年者の介護に関する知識や意識を調査することで、今後日本の介護サービスのあり方や人材育成の方向について、貴重な資料が得られると考えられる。

介護サービス利用希望の関連要因

本章では、介護サービス利用希望とその関連要因を検討する。

例えば、家族の中で、要介護者が発生した場合、家族だけで介護を実施するのか、介護サービスを利用しながら介護を実施することを希望するのかによって、国全体の介護保険システムにかかる負担は変わってくるであろう。そこで、本章では、若年者の介護サービス利用を目的変数とし、それに関連する要因を検討することとした。

本章の調査では、「介護に関する知識」「介護者になる自信」「家族介護意識」の3つを取り上げる。

第一に、若年者の介護に関する知識について、これまでの研究では、明らかにされておらず、実態を把握する必要がある。そこで、本章では若年者の持つ介護に関する知識を調査する。介護に関する知識と介護サービスの利用希望の関連については、2通りが考えられる。

一般に「介護は楽な仕事ではない」と認識されていると考えられる(e.g., 中川ほか, 2014)。介護についての知識を多く持っていれば、それだけ介護の大変さを正確に認識しており、介護サービスの利用希望度が高い可能性がある。

一方で、介護についての知識を多く持っていれば、「どのようなことができれば介護を行うことができるか」をより正確に把握していると考えられる。そのため、知識が多いほど介護サービスの利用希望度が低いという可能性も考えられる。そのため、本章では探索的に介護に関する知識とサービスの利用希望の関連を検討する。

第二に、唐沢(2001, 2006)は、介護サービス利用をためらわせる要因の一つとして「家族介護意識(家族の介護は家族の手によって行われるべきとする意識)」を挙げている。

家族介護意識が強いほど、介護サービス利用希望は低まると推察される。そこで、本章では家族介護意識を取り上げ、他の要因との影響を比較する。

第三に、若年者が「自らの手で介護できるだろう」と感じていれば、介護サービスの利用希望は低いと考えられる。そこで、本章では、回答者自身が介護者になった場合を想定し、自身の手で介護できる自信と介護サービス利用希望との関連を検討することとした。

以上を踏まえ、本章では、介護に関する知識、家族介護意識、介護者となる自信と介護サービス利用希望との関連を検討することを目的とする。

第2節 目的

今後、介護を担う世代が、両親の介護を実際に担うことを仮定して、介護サービスを利用しようと考えているのか、もしくは自分の手で介護を担って行こうとしているのかを調査する。また、若年者が学校教育もしくは祖父母等の介護場面を通して、現状介護知識がどの範囲まで持ち合わせているのかを調査する。

第3節 方法

第1項 調査対象と募集方法

調査対象者は、東京・大阪に在住の20歳から39歳の男女とした。インターネット調査会社を経由し、回答募集メールが送付され、応じた者の回答がインターネット経由で順次記録された。東京・大阪で、20歳代・30歳代の回答がそれぞれ100名を越えた段階で募集を打ち切り、最終的に417名から回答を得た。回答者の平均年齢(SD)は、30.29(5.51)歳であり、性別の内訳は男性が204名、女性が213名であった。

第2項 調査実施手続き

調査はインターネットを介したアンケートによって実施された。回答者が自宅等のPCを用いてWEBブラウザ上に表示される調査項目に対して回答する形式であった(付録1参照)。

第3項 調査項目の構成

調査に用いた項目は以下のものであった。

第4項 介護サービスの利用希望度 回答者の両親が要介護状態になった場合を想定し、「介護サービス（在宅ケアサービス、施設への通所・入所など）を利用したいと思いますか」と尋ね、「1. まったく利用したくない」から「5. とても利用したい」の5段階で回答してもらった。

第5項 介護者になる自信 回答者の両親が要介護状態になった場合に、回答者が介護者になる自身について「自分で介護をする自信がある」、「自分で介護をすることに不安がある」、「自分で介護をうまくやれると思う」の3項目で尋ねた。それぞれ、「1. まったく当てはまらない」から「5. 非常によく当てはまる」で回答してもらった。

第6項 家族介護意識 唐沢(2006)による5項目「介護は家族の手で行うのが望ましい（意識1）」、「お年寄りの介護は家族の義務である（意識2）」、「お年寄りが家族介護を希望すれば家族の手で介護すべきである（意識3）」、「家族で介護するのがお年寄りにとって幸せである（意識4）」、「家族が高齢者を介護するのは日本の美風である（意識5）」を用いた。それぞれの項目について、「1. まったく当てはまらない」から「5. 非常によく当てはまる」の5段階で尋ねた。

第7項 介護に関する知識 介護に関する知識について、介護福祉士試験や介護職員初任者研修のためのテキスト（コンデックス情報研究所, 2013）などを参考に、30項目を作成した(Table 5-1を参照)。それぞれについて「このアンケートに回答する前にどの程度知っていたか」を、「1. まったく知らなかった」から「6. よく知っていた」の6段階で尋ねた。なお、提示順序の効果を相殺するため、項目は回答者ごとに無作為に並び替えられた状態で提示された。

第8項 繰り返し尋ねた項目 以上のうち、(1)の介護サービスの利用希望度、(2)の介護者になる自信については、(4)の介護に関する知識に回答したことにより、介護に関する知識が増えることから、変動する可能性がある。そのため、(1)(2)の項目は、(4)の回答後に同一の項目について再度回答してもらった。

その他の項目 その他、回答者の「年齢」、「性別」、「結婚状況(既婚, 未婚, 離死別)」、「両親が健在であるか(両親とも健在, どちらか一方が健在, その他)」について、回答を求めた。

第9項 倫理的配慮

本章での調査協力者は全て、インターネット調査会社に回答候補者として登録を行っていた人々であった。回答候補者は、個人を特定できなくしたうえで回答者本人の承諾なく、回答内容を第三者に開示または提供することができるということに同意している。本章で行われた調査の回答は、以上の回答候補者のみを対象として集められたものである。

Table 5-1 介護に関する知識を尋ねる項目とその平均，標準偏差

番号	項目	平均値	標準偏差
1	車いすに乗ってもらうときには、座る前にフットサポート(足置き台)を上げておく必要がある	3.20	1.59
2	介護を受ける人が入浴するリスクとして、温度差による負荷や水圧による心臓への負担の増加・転倒・細菌感染などが挙げられる	3.21	1.37
3	身体機能を活かした介助方法の基本として、「重心を低くする・利用者と介護者が密着する・利用者の体を小さくまとめる・効率よい重心の移動・てこの原理の利用」などが挙げられる	3.09	1.34
4	口腔のケアは、口腔内での最近の繁殖を防ぎ、歯周病や口臭を予防し、誤嚥性肺炎(気管へ食べ物や唾液などが入ることによる肺炎)の危険性を低下させるために重要である	3.27	1.44
5	入浴の身体的効果として、皮膚の機能を健康に保ち、新陳代謝を促進し、リハビリテーション効果をもたらすことが挙げられる	3.38	1.37
6	バイタルサインは、生命の状態を示す基本的指標で、体温・脈拍・血圧・呼吸・意識レベルなどがある。基準値があり、普段の値と比較して異常を判断する	3.04	1.48
7	床ずれの原因は、圧迫による皮膚の血行障害であり、外圧による皮膚のずれや摩擦により助長され、感染などで悪化する	3.27	1.44
8	終末期の身体的変化として、「むくみ・無呼吸・体温の低下・食事や水分の摂取量の低下・尿量の減少・意識の低下」などがある	3.07	1.41
9	終末期において、人が死を受け入れるまでに5段階(否定と孤立・怒り・取引・抑うつ・受容)があることが、キューブラー・ロスによって提唱されている	2.56	1.41
10	認知症の人を介護する場合の注意点として、「間違えを訂正しない・説得しようとししない・わかりやすく情報を伝える・その人らしさを理解する」などが挙げられる	3.09	1.42
11	認知症の人の健康管理としては、活動性の低下から寝たきりやさまざまな心身機能の低下を防止するため、「規則的な日常生活のリズム作り・身体活動の維持」が重要となる	3.15	1.38
12	認知症の種類により、「感情や意欲障害・精神障害・意識障害・行動障害など」の行動的・心理的な症状が起こる	3.38	1.42
13	老年期になると、いくつかの病気を抱えたり、薬剤などの副作用が出やすいとされている	3.36	1.40
14	加齢と老化に伴い骨はもろくなり、特に女性は閉経後にホルモン減少が起こり、骨粗しょう症になりやすくなる	3.70	1.52
15	加齢と老化に伴って、関節液が薄くなり、関節の軟骨が摩耗して、周囲の骨格の変形により関節面が不規則な形状となる「変形性関節症」に至る	3.11	1.41
16	血圧は、年齢とともに上昇し70歳以上では60%弱の方が高血圧となる	2.91	1.29
17	心臓のポンプ機能が低下するために、心臓が送り出す血液量が減少し、全身の臓器へ血液が十分に供給できなくなる状態を「心不全」と言い、加齢ともに発症率は増加する	3.17	1.37
18	心不全の治療は、心臓の負担を減らすために「安静・減塩・禁煙・禁酒」が基本である。その上で、病態により様々な薬剤が使用される	3.21	1.36
19	脳血管障害は、急性期に救命できても、肢体不自由や言語障害などの後遺症を残す場合が多く、高齢者の寝たきりの最大の原因である	3.06	1.46
20	脳血管障害を発症した場合は、早期からのリハビリテーションにより、筋肉が萎縮したり関節が固くなったりするのを防ぎ、自立生活への過程を確保する必要がある	3.03	1.34
21	認知症の主な症状は、記憶や判断・思考などが侵害される知能障害である	3.76	1.44
22	白内障は、水晶体が混濁し、進行すると視力障害を起こす。加齢が原因となる老人性白内障が、白内障全体の90%以上を占める	3.20	1.40
23	白内障の症状は、「霧視・まぶしい・ものが二重に見える・視力低下」などで、水晶体の混濁の程度や部位などで異なる	3.17	1.35
24	介護をする人には、腰痛・感染症・バーンアウト(燃えつき症候群)などの症状が起こりやすい	3.43	1.46
25	座った状態であることが困難な場合や、体力の消耗を防ぎたい場合は、ベッドの上で便器を使用する必要がある	3.07	1.42
26	長時間、同じ姿勢で寝ることは、体に大きな負担をかけ床ずれや腰痛の原因になる	3.96	1.50
27	体の片側に麻痺がある人がズボンを穿くときは、まず椅子に座って麻痺している足を、健康な足の膝に乗せて組む必要がある	2.53	1.33
28	体の片側に麻痺がある人を、仰向けから横向けにするためには、摩擦を少なくするため被介護者の両腕を組み、健康な側の手で麻痺側の手を支えるように組む必要がある	2.71	1.37
29	寝たきりになると、生活の自立を妨害されるだけでなく、精神的障害も増強される	3.55	1.38
30	オムツが必要になった場合は、特に利用者の自尊心や羞恥心に配慮することが大切である	3.71	1.39

30項目の平均値(SD) = 3.21(1.10)

第4節 結果 得点化の処理

サービス利用希望 サービス利用希望の項目については、「介護に関する知識」項目への「回答前」を「利用希望(事前)」得点、「回答後」を「利用希望(事後)」得点とした。

介護者になる自信 3項目のうち、「自分で介護をすることに不安がある」は逆転項目として処理し、3項目の α 係数を算出した。「介護に関する知識」項目への「回答前」は $\alpha=.70$ 、「回答後」は $\alpha=.72$ であった。内的整合性は許容範囲内と判断し、3項目の平均得点を、「介護に関する知識」項目への「回答前」を「自信得点(事前)」,「回答後」を「自信得点(事後)」として分析に用いた。平均と標準偏差を Table 5-2 に示す。

Table 5-2 尺度得点の平均と標準偏差

尺度	平均値	標準偏差
サービス利用希望(事前)	3.53	1.02
サービス利用希望(事後)	3.64	0.95
自信(事前)	2.20	0.78
自信(事後)	2.20	0.80
家族介護意識	3.05	0.74
知識	3.21	1.10

第1項 家族介護意識 6項目の α 係数を算出したところ $\alpha=.84$ であり、内的整合性は許容範囲内と判断した。6項目の平均得点を「家族介護意識」得点として分析に用いた。平均と標準偏差を Table 5-2 に示す。

第2項 介護に関する知識 30項目について、最尤法による因子分析を行った。固有値の減衰状況(第1因子から 18.40, 1.63, 0.68, 0.61...)および、解釈可能性から1因子解が妥当と判断し、30項目の平均値を「知識」得点として分析に用いた。なお、30項目の α 係数は.98であった。30項目の平均と標準偏差を Table 5-1 に示す。

第3項 若年者の持つ介護に関する知識 「知識」得点の平均(SD)は 3.21(1.10)であった。知識得点を取りうる値の範囲は1~6点(その中央値が 3.5 点)であり、本章の対象者は、本章で尋ねた介護知識については、知らない傾向にあったと考えられる。

項目別に検討すると、平均が 3.5 を越えているのは、項目の 14, 21, 26, 29, 30 であった(Table 5-1 を参照)。内容を見ると、「骨粗しょう症」「認知症」「床ずれ」といった具体的な症状に関するものが多かった。

第4項 介護知識と介護者になる自信の関連 介護に関する知識が多いほど、介護者となる自信が高いのかを検証するため、「知識」「自信(事前)」得点について、相関係数を算出し、無相関検定を行った。その結果、相関係数は有意であった($r=.150, p=.002$)。相関係数自体はさほど大きくないものの、介護に関する知識を多く有するほど、介護者となる自信が高い傾向が見られた。

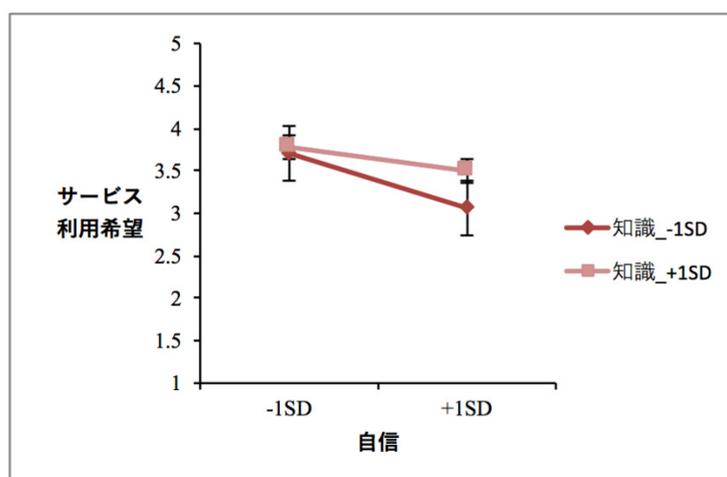
第5項 サービス利用希望に影響を及ぼす要因の検討 介護サービス利用希望を目的変数とした重回帰分析を行った。性差や年齢の影響を統制するため、結婚状況(未婚または離死別=0, 既婚=1), 性別(男性=0, 女性=1), 年齢を予め投入し(ステップ 1), 介護をする自信, 家族介護意識, 知識保有感を説明変数として投入した(ステップ 2)。さらに、介護に関する知識と、介護に関する自信の交互作用項を投入した(ステップ 3)。なお、説明変数はすべて中心化した(Table 5-4)。

ステップ2では、決定係数の増加は有意であり、投入した変数の係数はすべて有意であった。介護をする自信があるほど、また家族介護意識が強いほど、サービス利用希望が低かった。また、介護に関する知識保有感が高いほど、サービス利用希望が高かった。

介護をする自信と知識保有感の交互作用項を投入したところ(ステップ3)、交互作用項は有意であり、介護をする自信は知識保有感によって、その影響が異なることが示唆された。

知識保有感の得点について平均±1SDの点において、介護をする自信の影響を検討する単純傾斜分析を行った。その結果、知識保有感の得点が低い場合(平均-1SD)では、介護に関する自信の係数は、 $\beta=-.394(p<.001)$ 、知識保有感の得点が高い場合(平均+1SD)の係数は、 $\beta=-.171(p=.022)$ であった(Figure 5-1)。いずれの係数も有意であった。

Figure 5-1 知識保有感における平均値



図注：「知識_-1SD」は知識保有感得点が低い群、「知識_+SD」は知識保有感得点が高い群をあらわす。

知識保有感が低い場合、その係数の絶対値が大きかった。なお、分散拡大係数は最大で1.27であり、多重共線性の問題は発生していないと判断した。

介護に関する知識を持っていないと感じ、かつ介護をする自信がある場合に、家族介護への影響がより強まることが示唆された。

Table 5-3 介護サービス利用希望を目的変数とした重回帰分析

投入変数	ステップ1		ステップ2		ステップ3	
	β	p	β	p	β	p
結婚状況	-.059	.284	-.075	.144	-.073	.148
性別	.106	.035	.053	.256	.050	.284
年齢	.019	.730	-.028	.581	-.031	.534
介護をする自信	—	—	-.214	<.001	-.227	<.001
家族介護意識	—	—	-.260	<.001	-.248	<.001
知識保有感	—	—	.126	.007	.125	.007
自信×知識	—	—	—	—	.103	.024
R^2	.019		.167		.177	
Adj. R^2	.021		.154		.163	
R^2 の変化の検定	$F(3, 413)=2.62$		$F(3, 410)=24.26$		$F(1, 409)=5.12$	
	$p=.050$		$p<.001$		$p=.024$	

注) 「自信×知識」は、介護をする自信と知識保有感の交互作用項。

第6項 介護に関する知識項目への回答前後における変化 介護に関する知識を尋ねる項目は、それ自身が介護に関する知識を含んでいるため、回答後において回答者の介護に関する知識は増加している可能性がある。そこで、介護知識の増加によって、他の変数が変動するか否かを検討する。

まず、「利用希望(事前)」「利用希望(事後)」得点について、対応のある t 検定を行った。その結果、差は有意であり ($t(416)=2.41, p=.016$)、回答前に比べ回答後の方が、サービス利用希望が強くなっていた。

次に「自信(事前)」「自信(事後)」得点の差異について、同様に対応のある t 検定を行った。その結果、差は有意ではなく ($t(416)=0.11, p=.915$)、介護に関する知識項目への回答前後で、介護者となる自信の得点の変化は見られなかった。

第5節 考察

介護知識を尋ねる項目ごとの得点において、平均が 3.5 を上回った項目は、「骨粗しょう症」や「認知症」など、具体的症状に関わるものが多かった。これらの症状は、全国紙等で報道される（読売新聞, 2014; 日本経済新聞, 2014）ことも多く、介護に直接携わっていない若年者にとっても触れる機会が他の項目と比べ相対的に多かったため、得点が高かったと解釈できる。

一方で、その他の介護手技等については、若年者の知識量は多くないと考えられる。

第1項 介護サービス利用希望に影響を及ぼす要因の検討

本章における分析では、「介護サービス利用希望」に対して、「介護に関する知識」が正の影響を、「介護者になる自信」「家族介護意識」が負の影響を持つことが示唆された。

「家族介護意識」については、唐沢（2001, 2006）の結果と同様に、「介護サービス利用希望」に対して負の影響が見られた。標準化偏回帰係数を比較すると、本章で分析した要因について、介護サービス利用希望と最も関連が強かったのは、「介護者になる自信」得点であり、自ら介護できる自信があるほど、サービス利用希望が低かった。

在宅で介護を担う事例を増やすためには、同居者に適切な介護に関する知識を得てもらうことが必要であると考えられる。本章の結果から、知識の増加は、介護サービス利用希望の増加につながる可能性があることが明らかとなった。

逆に、介護サービス利用希望と負の関連を持っていたのは、「介護者になる自信」「家族介護意識」であったが、「家族介護意識」は、いわば信念であり、介入等により変化させるのは容易でないと考えられる。一方で、「介護者になる自信」については、適切な介入を施せば、より自信を持ってもらうことは可能であると考えられる。

介護に関する知識を伝えるだけでなく、自ら介護をする自信を同時に高めることができるような介入が、今後求められると考えられる。

第2項 介護に関する知識への回答前後における変化

介護に関する知識を問う項目に対する回答前後においては、介護サービスの利用希望が、わずかではあるが回答後に高まっていた(Cohen's $d=.115$)。介護に関する知識の回答により、回答者の介護に関する知識は、少なくとも回答前よりも同じか、高まっていると考えられる。

重回帰分析の結果から、介護に関する知識が多いほど、介護サービス利用希望が高いことが明らかになっており、この介護に関する知識項目への回答前後における差異も同じ傾向を示していると解釈できる。

おわりに

本章では、東京・大阪に在住の若年者(20歳～39歳)の男女を対象とし、介護に関する知識、介護者となる自信、家族介護意識における介護サービス利用希望との関連について調査を実施した。介護知識が多い、介護者となる自信が強い、家族介護意識が高い時には、介護サービス利用希望が高まるという結果が得られた。

高齢化率の増加が急速に進むわが国においては、将来的に介護の担い手となる可能性のある若年者に、何らかの形で介護に参加してもらう必要が高まると推察される。本章の結果を踏まえると、若年者の介護知識を増やすことだけに留まらず、どのようにすれば若年者の介護に対する自信が高め、最終的に在宅での介護事例を増やすことができるかということを検討していく必要がある。

本章は、東京・大阪の在住者という大都市圏のみを対象とした調査となっており、地方都市、過疎地などで同様の結果が得られるかの検証が必要である。

今後、若年者の介護に対する自信を高めるためのプログラムや、研修システムの開発が研究課題である。

第Ⅲ部 日本人・ベトナム人の若年者における介護に対する意識の比較

第6章 日本人・ベトナム人の若年者における介護に対する意識の比較

第1節 序論

外国人技能実習制度の対象職種に介護分野が加えられる可能性が高まっている。一方で、日本とEPAに基づく介護人材交流がある国のうち、ベトナムでは2033年にも高齢社会(65歳以上人口が14%以上)に達すると推計されている。ベトナムで急速に介護需要が高まることが予想される。

しかし、ベトナムでは介護の専門性の確立は未だ不十分であると指摘されている。今後、外国人技能実習制度に介護分野が追加されるとなれば、実習生が日本で身につけた介護技術や知識を、持ち帰り発揮してもらうことが求められる。現在の日本および帰国先であるベトナムにおいて、人々の介護に関する意識を調査することは、人材交流等の観点から見て、意義があると考えられる。

そこで、本研究では、日本とベトナムの若年者における介護サービス利用に関する意識の特徴を比較することを目的とする。対象は、比較的若い世代(20歳代、30歳代)とする。その理由は、これらの世代が介護を担う年齢に達するころには、ベトナムは高齢社会に達していると考えられ、両親の介護を実際に担うことが次第に多くなっていく世代であると推察されることである。

介護サービスの利用に影響を及ぼす要因はいくつか考えられる。まず、第一に挙げられるのが、「家族介護意識(家族が介護することを理想とする態度)」である。家族介護意識は、介護サービス利用を躊躇させる一要因として検討されてきた。

ベトナムの社会では、小椋ほか(2007)の報告によれば、「子どもが親を見るのは当然、年寄りも大切に当然」とされ、2009年に制定された高齢者法では、原則として高齢者の扶養は子、孫などの親族が行うことが義務づけられている。しかし一方で、同法では、高齢者本人の承諾があれば、他の個人や組織に委託することができ、義務付けられている者以外も、高齢者養護に関わることも奨励されている。介護を家族以外が行うことについて、徐々に認められるようになりつつあると推察される。現時点での家族介護意識を調査することで、今後、介護サービスが普及した場合の利用促進のための知見が得られることが期待できる。

第二に、介護に関する知識保有感が挙げられる。人々が介護についての知識を多く持っていると感じていれば、介護サービスが不要と判断される可能性がある。なお、本研究では、介護関連の知識について対象者に「どの程度知っていたか」否かについて尋ねる。課題を出題し、採点する方法も考えられるが、本研究は「正しい知識の有無」について検討しようというものではない。そのため、対象者が「知識があると感じている」ことの影響を検討するため、自己申告による「知識保有感」として検討する。

第三に、介護を行う自信が挙げられる。自信が強ければ、介護サービスの利用希望度は低いだろう。また、介護に関する知識保有感が高ければ、知識に自信が裏打ちされることとなり、よりサービス利用希望度を低める可能性が考えられる。

なお、現時点ではベトナムにおいていわゆる「介護サービス」は普及しておらず、ベトナムの人々に介護サービスの利用希望を尋ねても回答できない可能性がある。そこで、本研究ではベトナム人に対しては、家族介護意識、介護に関する知識、介護を行う自信についてのみ尋ね、現状を把握するための資料とする。

第2節 方法

第1項 調査対象と調査実施手続き

調査対象者は、日本人、ベトナム人とも20歳～39歳の男女であった。日本人は、東京都、大阪府の在住者、ベトナム人は、ハノイ市、ホーチミン市の在住者を対象とした。医療・介護の専門的学習経験のある者と医療・介護関係の職業の者は、募集対象から除外された。

日本では、インターネット調査会社を介して調査を実施した。募集メールに応じた者の回答がインターネット経由で順次記録された。東京、大阪で、20歳代、30歳代の回答がそれぞれ100名を越えた段階で募集を打ち切り、最終的に429名から回答を得た。回答者の平均年齢(SD)は、30.29(5.51)歳であり、そのうち男性が204名、女性が213名であった。

ベトナムでは、現地の調査協力者を通じて、インターネットまたは質問紙によって回答が集められた。インターネットでの回答形式は、日本と同様であった。質問紙は、同様の設問が印刷され、直接記入する形式であった。最終的に400名からの回答が得られた。回答は、インターネット経由が134名、質問紙形式が266名であった。回答者の平均年齢(SD)は、25.46(4.71)歳であった。男性が136名、女性が264名であった。

第2項 調査項目の構成

調査に用いた項目は以下のものであった。なお、日本語が堪能なベトナム人2名により、相互翻訳が行われ、ベトナム語版の調査項目が作成された。

第3項 介護サービスの利用希望度

回答者の両親が要介護状態になった場合を想定し、「介護サービス(在宅ケアサービス、施設への通所・入所など)を利用したいと思いますか」と尋ね、「1. まったく利用したくない」から「5. とても利用したい」の5段階で回答してもらった。

第4項 介護者を行う自信

回答者の両親が要介護状態になった場合に、回答者が介護者になる自身について「自分で介護をする自信がある」、「自分で介護をすることに不安がある」、「自分で介護をうまくやれると思う」の3項目で尋ねた。それぞれ、「1. まったく当てはまらない」から「5. 非常によく当てはまる」で回答してもらった。

第5項 家族介護意識

唐沢(2006)による5項目「介護は家族の手で行うのが望ましい(意識1)」、「お年寄りの介護は家族の義務である(意識2)」、「お年寄りが家族介護を希望すれば家族の手で介護すべきである(意識3)」、「家族で介護するのがお年寄りにとって幸せである(意識4)」、「家族が高齢者を介護するのは日本の美風である(意識5)」を用いた。それぞれの項目について、「1. まったく当てはまらない」から「5. 非常によく当てはまる」の5段階で尋ねた。

第6項 知識保有感

介護に関する知識について、介護福祉士試験や介護職員初任者研修のためのテキストなどを参考に、30項目を作成した(Table 5-1を参照)。各項目について「回答する前にどの程度知っていたか」を、「1. まったく知らなかった」から「6. よく知っていた」の6段階で尋ねた。

第7項 その他の項目

回答者の「年齢」、「性別」、「結婚状況(既婚, 未婚, 離死別)」, 「両親が健在であるか」「職業」について、回答を求めた。両親については、回答者に配偶者がいる場合はその両親についても尋ねた。

第8項 倫理的配慮

日本における本研究の調査協力者はすべて、調査会社の回答候補者として登録を行う際に、個人を特定できなくした上で、回答者の承諾なく回答内容を第三者に開示または提供することができるということに同意している。

また、ベトナムでの調査は、Web経由での回答では回答開始前に、紙での回答の場合は配布時に、回答は任意であり、回答内容は統計的に処理され、個人が特定されることはないことが提示された。同意する場合のみ回答を続ける指示がなされた。

第3節 結果

第1項 得点化の処理

本人と配偶者の両親が全員死去していると回答した者(日本人12名, ベトナム人10名)は、以降の分析から除いた。その結果、日本人の分析対象者は417名, ベトナム人の分析対象者は390名となった。分析対象者の職業の内訳をTable 6-1に示した。

Table 6-1 分析対象者の職業の内訳

職業	日本		ベトナム	
会社員	160	38.4%	135	34.6%
公務員・団体職員	8	1.9%	6	1.5%
派遣・契約社員	24	5.8%	10	2.6%
教職員・講師	5	1.2%	6	1.5%
専門職(弁護士など)	5	1.2%	18	4.6%
農林漁業	0	0.0%	1	0.3%
自営業	10	2.4%	11	2.8%
SOHO	2	0.5%	5	1.3%
パート・アルバイト	54	12.9%	2	0.5%
その他の職業	8	1.9%	58	14.9%
学生	49	11.8%	129	33.1%
専業主婦・主夫	68	16.3%	0	0.0%
無職	24	5.8%	9	2.3%
計	417		390	

第2項 介護を行う自信

3項目のうち、「自分で介護をすることに不安がある」は逆転項目として処理し、3項目の内的一貫性に関する信頼性係数(α 係数)を算出したところ $\alpha=.68$ と、やや低い値であった。「自分で介護をすることに不安がある」の項目が、信頼性係数を低めていたため、これを除いて2項目の平均値を「自信」得点とした($\alpha=.80$)。

第3項 家族介護意識

5項目の信頼性係数を算出したところ $\alpha=.87$ であり、許容範囲内と判断した。5項目の平均得点を「家族介護意識」得点として分析に用いた。

第4項 サービス利用希望

サービス利用希望については、「介護に関する知識」項目へ回答とサービス利用希望得点とした。

第5項 得点の日越比較

全般的な傾向を把握するために、日本人とベトナム人についての得点比較を行う(平均値および標準偏差を Table 6-2 に示した)。知識保有感、介護をする自信、家族介護意識について差異を検討した。なお、 t 検定は Welch の方法による(Table 6-2 右側参照)。その結果、全変数について差は有意であり、ベトナム人の得点が高かった。

Table 6-2 国別の平均値

変数	日本			ベトナム			t検定			
	<i>N</i>	平均	<i>SD</i>	<i>N</i>	平均	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
サービス利用希望	417	3.53	(1.02)	-	-	-	-	-	-	-
介護をする自信	417	2.26	(0.82)	374	3.92	(1.06)	24.48	697.01	<.001	1.77
家族介護意識	417	3.05	(0.74)	390	4.18	(0.93)	19.11	746.30	<.001	1.36
知識保有感	417	3.21	(1.10)	384	3.86	(1.04)	8.59	798.63	<.001	0.61

注) d は効果量Cohen's d を表す。

注) t 検定において、介護をする自信および家族介護意識について、等分散の仮定が満たされなかったため、検定はすべてWelchの方法によった。

第4節 考察

家族介護意識の日越比較、介護に関する知識、介護をする自信の日越比較

日本人とベトナム人の得点を比較した結果、日本人よりもベトナム人の方が、家族介護意識が強く、介護をする自信を強く持ち、介護に関する知識を持っていると感じていた。

一方で、小椋ほか(2007)などが指摘したように、現時点でのベトナムでは、家族の世話は家族が行うのが当然であるという意識が強いと考えられる。今回の研究対象者は、比較的若い世代であったが、日本と比べると、依然として家族介護意識強いことが明らかとなった。

また、介護をする自信についても得点が日本より高く、本研究の対象者では、ベトナム人は日本人よりも、介護について自信を持っていた。現在のベトナム社会では、日本よりも家族による介護の事例を見聞きする機会が多いと推察される。そのため、得点が高かったのではないかと推察される。

本研究における対象者は、20歳代~30歳代の比較的若い世代であった。近年、日本において、高齢化の問題や、若年層の負担増加に関する情報に接触する機会が、以前よりも増加していると推察される。そのため、介護に対する不安が強く、介護をする自信が低いと推察される。

また、近年の日本では、核家族化が進んでいることから、若い世代において家族介護意識が低まることに繋がっている可能性も考えられる。また、祖父母との同居の減少は、介護を身近に感じにくい一つの要因とも考えられる。

知識保有感の得点も、日本人よりベトナム人の方が高かった。日本よりもベトナムにおいて、介護職は専門性が確立していないという指摘や、日本人よりも介護をする自信の得点が高かったことを考慮すると、ベトナムの人々にとって、介護は必ずしも専門的なものと捉えられておらず、知識保有感が高めに評価された可能性が考えられる。

結語

日本人における介護サービス利用希望に他の変数が及ぼす影響をベトナム人に当てはめると、仮に介護サービスが利用できる状況であったとしても、現状でのベトナム人の若者における介護サービス利用希望は低いのではないかと推察される。今後、技能実習制度に介護分野が追加されるとなれば、その趣旨からしてベトナムにおける介護施設やサービスの整備を進め、利用に対する需要を高める必要があると考えられる。

高齢化が進むとともに、ベトナムで介護に関する政策や法律の整備が進むと推察される。継続的な調査を行い、人々の意識の変化などを追跡することで、高齢化が進む社会における介護サービスと人々の意識との関係を明らかにすることが今後の課題の一つである。

なお、本稿において、調査協力者の確保の問題から、日本ではインターネット経由の調査、ベトナムでは質問紙とインターネット経由の調査を混合して実施することとなった。そのため、調査協力者について偏りが存在する可能性は否定できない。また、20~30歳代の人々以外のデータも得られていない。今後、より一般的なデータを収集し、精緻な分析を加える必要があると考えられる。

第IV部 日本の介護現場での外国人介護職の受け入れに対する意識

第7章 介護職に対する意識

第1節 問題と目的

日本における介護職の人材不足は年々深刻化しており、そのことは現代の日本が抱える大きな問題の一つとなっている。

そのような状況下において、外国人労働者が人材不足を補う労働力として期待されている(読売新聞, 2014)。日本は、2008年よりEPA(経済連携協定)に基づき、医療および介護分野において外国人の受け入れを開始した¹⁰。2014年現在では既にフィリピン、ベトナム、インドネシアの東南アジアを中心とした介護人材が日本にて就業中である。加えて、慎重論もあるものの(e.g., 日本介護福祉士会, 2015)、外国人技能実習生制度に介護分野が加えられることが検討されている(北沢, 2015)。

外国人介護職の受け入れは、人材不足の問題を低減する可能性がある。しかし、外国人が介護の職場において定着するのは容易ではないと考えられる。特に、外国人介護職受け入れの障害となる可能性が高いのが、コミュニケーションの問題である(日本介護福祉士会, 2015)。賃金等の条件面だけでなく、職場の人間関係・コミュニケーションや職場環境が介護職の離職意思に影響を与える要因として指摘されている(大和, 2010)。適切なコミュニケーションがとれることは、日本人の同僚や介護サービス利用者外国人介護職が心理的に受け入れられるかにおいても重要な要素であると考えられる。

一方で、外国人介護職から見た場合を考えても、同僚や利用者とのコミュニケーションの問題は重要である。国外における外国人看護師の適応過程を検討した事例では、現地の言語習得が大きな壁の一つになっていることが報告されている(e.g., Magnusdottir, 2005; Yi & Jezewski, 2000)。

EPAによって受け入れられた外国人介護職は、日本における国家試験に合格することが期待されている。しかし、国家試験のために必要な語彙と、日本語能力試験での出題範囲の語彙、現場での介護業務に必要な語彙が必ずしも一致しないことや(水野, 2010; 三枝, 2012)、介護現場における日本語習得の困難さが指摘されている(遠藤, 2012)。

一方で、汲田(2012)は、介護常勤職員を対象とした調査から、常勤職員は非常勤職員に対して代替的機能を期待しており、一定の技能・知識を有していることを求めていると報告した。外国人介護職についても、日本人介護職と同等の技能を身につけることが求められる可能性は高いと推察される。

同僚や利用者とうまくコミュニケーションが取れない中で、日本人と同等の業務を求められることは、外国人介護職、日本の介護職の双方にとって負担となり介護職からの離職等につながる可能性がある。

前述のように業務に必要な日本語の習得は、外国人にとって容易ではなく、人間関係の問題は全国的な調査において「直前の介護の仕事をやめた理由」として上位を占めており

¹⁰ ただし、EPAに基づく受け入れは、看護・介護分野の労働力不足への対応として行うものではないとされる(厚生労働省, 2013)。

(介護労働安定センター, 2013, 2014), 外国人介護職, 受け入れ側の職員の双方にとってコミュニケーションの問題は無視できないと推察される。コミュニケーション, 特に, 日本語による意思疎通による問題の影響を低減する一案として, 日本語が流暢でないうちは, 全ての業務を日本人と同様に任せるのではなく, 一部の業務を中心に任せ, 外国人介護職, 日本人介護職の心理的な抵抗感を低減するということが考えられる。

そこで, その問題を低減する一案として日本語が流暢でない段階における外国人介護職の分業を実施し, その実現可能性について検討する必要があると推察される。本章では, その前段階として, 日本人介護職の外国人介護職に対する意識を調査し, 日本人介護職が, どのような業務であれば外国人に任せても良いと考えているかを明らかにすることを目的とする。

ヒューマンサービスに分類される介護職であるが, 業務内容によって日本語によるコミュニケーションの必要度は異なると考えられる。日本人介護職の立場から, 外国人介護職に任せたい業務や, 任せられると判断される業務があるのではないかと考えられる。介護現場において, 日本人介護職と外国人介護職の業務内容の切り分けが可能かどうか検討することで, コミュニケーションの問題を低減しつつ, 外国人介護職を受け入れることに対して有益な知見が得られると考えた。そこで, 「外国人介護職に任せてもよい」と日本人介護職が判断する業務内容を調査する。

ただし, 外国人介護職と協働することに対して, 日本人介護職が強い抵抗感を持っていた場合, 単なる業務の分担では, 問題が解決しない可能性もある。特に, 介護職は職員間で協調して介護にあたる必要がある(日本介護福祉士会, 2015)ことから, コミュニケーションに不安を抱える外国人介護職と協働することについて一定の抵抗感を持っているのではないかと予想される。

そこで本章では, 現在の日本人介護職が, 外国人介護職と協働することに対して, どの程度受け入れられると思っているのかも併せて調査する。

本章では, 日本人介護職を対象とした調査を行い, 以下の点を明らかにすることを目的とする: (1)日本人介護職が外国人介護職と協働することについて, どの程度受け入れることができると感じているかを明らかにする。(2)日本人介護職が外国人介護職に任せてもよいと判断する業務を明らかにする。(3)外国人に対してどのような印象をもつことが, 外国人を同僚として受け入れることにつながる可能性があるかを明らかとする。

第2節 方法

第1項 調査参加者

調査参加者は, インターネット調査会社にアンケートモニターとして登録をしている者から募集した。事前に職業を「介護福祉士またはホームヘルパー(介護職員初任者研修)」として登録している者が対象となり, 調査会社を通じて回答募集メールが送付され, それに応じた者が参加者となった。募集は, 200名分を予定し, 最終的に211名から回答が得られた。参加者の平均年齢は40.72歳($SD=9.91$)で, 男女の内訳は, 男性が73名, 女性が138名であった。調査時期は, 2014年6月下旬であった。

第2項 調査方法

アンケートは、年齢・性別といった基本的な情報の他に、対象者が勤務する施設の状況について、対象者の外国人に対する意識等についての項目が含まれた。本章で分析対象とするのは、以下の項目である。

1) 日本人介護職員の外国人の同僚と協働することへの意識 「あなたは、以下の国の人の介護職員と一緒に業務をしてもよいと思いますか。お気持ちに当てはまるものをお答えください。」と尋ね、ベトナム人、ミャンマー人、フィリピン人のそれぞれについて「1. まったくよいと思わない」から「5. 非常によいと思う」の5段階で評定を求めた。

2) 外国人に対する印象 「あなたは、以下の国の人に対して、どのような印象を持っていますか。当てはまるものをすべてお答えください。(回答はいくつでも)」と尋ね、ベトナム人、ミャンマー人、フィリピン人のそれぞれについて選択を求めた。

印象についての項目は、この調査により各国人に対する否定的な印象を必要以上に喚起することがないように、肯定的な印象を与えると思われる項目を用いた。項目は、「勤勉」「積極的」「控え目」「誠実」「親しみやすい」「協力的」「素直」「その他」の8項目であった。

3) 日本人介護職員が外国人に任せてもよいと判断する業務 介護に関する業務について、調査参加者が「外国人労働者に任せてもよい」と判断した項目を選択してもらった(複数選択可)。項目は、「1. ベッドメイキング」「2. 排泄介助」「3. 食事介助」「4. 清潔介助(入浴・清拭など)」「5. コミュニケーション(利用者とゲームをするなど)」「6. 記録」「7. 体位変換」「8. 家族・利用者への説明」「9. リハビリ・マッサージ」「10. バイタルチェック」「11. その他」の11項目であった。「11. その他」を選択した場合は、具体的な内容を記入してもらった。

第3項 倫理的配慮

本調査における調査参加者は、モニターとしてインターネット調査会社に登録を行う際に、個人を特定できなくしたうえで、本人の承諾なく回答内容を第三者に開示または提供することができるということに同意している。本研究のデータは、以上の候補者のみを対象として集められたものである。

第3節 結果

第1項 調査対象者の基本的属性

本研究の調査参加者の基本的な属性について、Table 7-1 および Table 7-2 に示した。Table 7-1 には、年齢層、勤続年数、主たる業務の形態について示した。Table 7-2 には、調査参加者の保有資格(介護福祉士、旧ホームヘルパー、介護職員初任者研修)を示した。なお、Table 7-2 では重複回答を許しているため、合計は100%にはなっていない。調査参加者は、いずれかの資格を全員が保有していた。

Table 7-1 調査対象者の属性

		男性		女性		全体	
		度数	割合	度数	割合	度数	割合
年齢	20～29歳	4	5.5%	19	13.8%	23	10.9%
	30～39歳	37	50.7%	50	36.2%	87	41.2%
	40～49歳	18	24.7%	41	29.7%	59	28.0%
	50～59歳	9	12.3%	24	17.4%	33	15.6%
	60歳以上	5	6.8%	4	2.9%	9	4.3%
	計	73	100.0%	138	100.0%	211	100.0%
介護職従事年数	5年以下	29	39.7%	55	39.9%	84	39.8%
	6～10年	24	32.9%	46	33.3%	70	33.2%
	11～15年	18	24.7%	22	15.9%	40	19.0%
	16～20年	1	1.4%	10	7.2%	11	5.2%
	21年以上	1	1.4%	5	3.6%	6	2.8%
	計	73	100.0%	138	100.0%	211	100.0%
業務の形態	利用者の宿泊・入所	42	57.5%	73	52.9%	115	54.5%
	利用者の通所・日帰り	18	24.7%	31	22.5%	49	23.2%
	訪問介護	10	13.7%	28	20.3%	38	18.0%
	その他	3	4.1%	6	4.3%	9	4.3%
	計	73	100.0%	138	100.0%	211	100.0%

第2項 日本人介護職員による外国人の同僚と協働することへの意識

日本人介護職員による外国人の同僚と協働することへの意識について、「1. まったくよいと思わない」から「5. 非常によいと思う」の選択された内訳、および平均と標準偏差をTable 7-3に示す。

Table 7-2 調査対象者の保有資格

保有資格	保有人数	保有率
介護福祉士	138	65.4%
旧ホームヘルパー	107	50.7%
介護職員初任者研修修了者	26	12.3%

注) 重複回答があるため、合計は100%にはならない。

Table 7-3 日本人介護職の、外国人の同僚と協働することに関する意識(N=211)

国	1	2	3	4	5	平均	SD
ベトナム人	13	13	125	47	13	3.16	0.94
ミャンマー人	12	17	122	46	14	3.16	0.87
フィリピン人	12	20	106	54	19	3.23	0.88

1: まったく良いと思わない, 2: あまり良いと思わない,

3: どちらとも言えない,

4: やや良いと思う, 5: 非常に良いと思う

いずれの国についても、平均値が3をやや上回る程度であり、全体としては、ほぼ中立からやや好意的に受け止められていると考えられる。

また、利用者の宿泊・入所を伴う業務従事者は、夜間における緊急時への対応の不安などから、外国人介護職の受け入れについて、より否定的である可能性がある。そこで、対象者の業務が、利用者の「宿泊・入所」を伴う場合と、「通所・日帰り」または「訪問介護」の場合において、協働を受け入れられる度合いに差があるか、 t 検定を行った(なお、業務形態について「その他」と回答した対象者はここでは除いた)。その結果、いずれの対象国の人についても差は有意でなく、業務に利用者の宿泊が伴うか否かによる差異は見られなかった(ベトナム人: $t(200)=0.10, p=.918$, フィリピン人: $t(200)=0.34, p=.734$, ミャンマー人: $t(200)=0.44, p=.658$)。

なお、参考としてベトナム人、フィリピン人、ミャンマー人について、評定に差が見られるかについて、1要因の対応のある分散分析を行った。球面性の仮定が満たされなかったため、Huynh-Feldtの ϵ による調整を施して分析した結果、差は有意でなかった($F(1.72, 360.95)=2.66, p=.080$)。本章の実験で取り上げた3つの国の人に対する、日本人介護職が協働することへの意識に差異は見られなかった。

第3項 日本人介護職員が外国人に任せてもよいと判断する業務

日本人介護職員が、「外国人労働者に任せてもよい」として、選択した割合について、項目別の数値をTable 7-4に示した。

これら11項目の内、「その他」を除いた10項目を分析対象とし、選択された割合に偏りがあるかについて、コクランの Q 検定を行った。その結果、偏りは有意($\chi^2(9)=589.31, p<.001$)であり、選択されやすい項目とそうでない項目があることが明らかとなった。次に、10項目から抜き出した2項目それぞれの組み合わせ(${}_{10}C_2=45$ 組)について、マクネマー検定による多重比較を行った(有意水準はHolmの方法によって調整した)。その結果、全体の有意水準を5%とした場合に有意であった組み合わせをTable 7-5に示す。有意でなかった組み合わせは、「2. 排泄介助」「3. 食事介助」「4. 清潔介助(入浴・清拭など)」「5. コミュニケーション(利用者とゲームをするなど)」「7. 体位変換」の5項目間と、「9. リハビリ・マッサージ」と「6. 記録」および「8. 家族・利用者への説明」との組み合わせであった。これら以外は、すべての組み合わせについて選択された割合の差が有意であった。

Table 7-4, Table 7-5を参考とし、選択された割合が高かった順に、大まかに項目のまとまりを考えると、「1. ベッドメイキング(90%)」が最も選択された割合が高く、2番目に高い項目群が「2. 排泄介助(75%)」「3. 食事介助(75%)」「4. 清潔介助(入浴・清拭など)(74%)」「5. コミュニケーション(利用者とゲームをするなど)(66%)」「7. 体位変換(67%)」の4項目、3番目に高い項目が「10. バイタルチェック(50%)」、4番目に高い項目群が残りの「6. 記録(35%)」「8. 家族・利用者への説明(17%)」「9. リハビリ・マッサージ(27%)」の3項目であったと考えられる。

Table 7-4 業務内容について「外国人介護職に任せてもよい」と判断された割合(N=211)

業務内容	「任せても良い」とされた割合
1 ベッドメイキング	90%
2 排泄介助	75%
3 食事介助	75%
4 清潔介助（入浴・清拭など）	74%
5 コミュニケーション（利用者とゲームをするなど）	66%
6 記録	35%
7 体位変換	67%
8 家族・利用者への説明	17%
9 リハビリ・マッサージ	27%
10 バイタルチェック	50%
11 その他	2%

Table 7-5 外国人に任せてもよいという選択率の差異

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2		-				*		*	*	*
3			-			*		*	*	*
4				-		*		*	*	*
5					-	*	*	*	*	*
6						-	*		*	*
7							-	*	*	*
8								-		*
9									-	*
10										-

* 多重比較で有意差が認められた組み合わせを示す。

第4項 外国人に対する印象と協働への意識の関連

まず、「勤勉」「積極的」「控え目」「誠実」「親しみやすい」「協力的」「素直」「その他」の8項目について、選択された割合を Table 7-6 に示す。

Table 7-6 日本人介護職員が持つ外国人への印象(N=211)

刺激語	ベトナム	フィリピン	ミャンマー
勤勉	30%	30%	23%
積極的	12%	25%	10%
控え目	20%	7%	19%
誠実	17%	15%	18%
親しみやすい	27%	41%	21%
協力的	14%	14%	12%
素直	19%	16%	21%
その他	19%	13%	27%

ベトナム人とミャンマー人は、選択された割合が比較的近い数値となった。一方、フィリピン人は、他の2国に比べ、「積極的」の選択割合が高く、「控え目」の選択割合が低い。また、「親しみやすい」の割合も高いのが特徴的である。

外国人に対する印象が、外国人の同僚と協働することへの意識へ及ぼしている影響を検討するため、「その他」を除いた7項目を説明変数(選択された場合を1、されない場合を0としてダミー変数化)とし、外国人の同僚と協働することへの意識の得点を目的変数として重回帰分析を行った。国別の標準偏回帰係数及び決定係数を Table 7-7 に示す。

3つの国に共通して有意な係数が見られたのは、「誠実」「親しみやすい」であった。

第4節 考察

第1項 外国人介護職と協働することに関する意識

日本人介護職が外国人介護職と協働することに関する意識について、その平均値は、5点満点中3.16から3.23であった。日本人介護職は、少なくとも本章で分析の対象とした3つの国の人に対して、全体として否定的な印象を持っているわけではないと考えられる。

これらの結果は、日本人介護職が、外国人と共に働くことに抵抗を持つ人が多くはないということが示唆している。法的整備を行い、政策的に外国人を受入れたとしても、同僚となる日本人介護職の印象が否定的であれば、人間関係を構築する上で障害となる。介護施設の離職理由として、人間関係が高い位置を占めている(介護労働安定センター, 2013, 2014)ことから、介護施設において、人材が定着するには、良好な人間関係を構築することが重要な要因の一つであると推察される。外国人との協働に関してネガティブな意識がそれほど高くないという本章の結果は、まずは外国人介護職の受け入れについて肯定的な結果であったといえるのではないだろうか。

Table 7-7 外国人に対する印象が同僚としての意識に与える影響(N=211)

項目	ベトナム人		フィリピン人		ミャンマー人	
	β	p	β	p	β	p
勤勉	.129	.054	.129	.061	.107	.129
積極的	.170	.010	.154	.020	.013	.840
控え目	.150	.020	.027	.684	.089	.167
誠実	.154	.021	.233	.001	.195	.006
親しみやすい	.242	<.001	.256	<.001	.227	<.001
協力的	.073	.282	.040	.566	.125	.070
素直	-.015	.831	.015	.835	.100	.135
R^2	.170	<.001	.170	<.001	.199	<.001
自由度調整済 R^2	.149		.141		.171	

注) 太字は、有意な係数を示す。

第2項 外国人介護職に任せてもよいと判断された業務

本章の結果から、外国人に任せてもよいと判断されやすい業務が明らかになった。特に、項目によっては、70%を超える数値が得られたこともあり、業務分担を行うことが、外国人との協働への第一歩となる可能性が示唆されたと考えられる。項目の中でも、選択され

た割合は、「ベッドメイキング」が最も割合が大きく、次いで「食事介助」「排泄介助」「清潔介助」が大きかった。これらは、「記録」や「利用者への説明」と比して、「外国人介護職に任せてもよい」と判断された割合が大きかった。特に「ベッドメイキング」は選択された割合が90%と、特に高かった。その要因として、日本語の必要性が低いことに加え、利用者への直接的な身体介助ではないということが考えられる。

一方、ベッドメイキングと食事介助等の、利用者に対する直接的な介助との差は約15%あった。食事などについては、国ごとに特有のマナーや文化も存在するため、「ベッドメイキング」に比べて選択率が低かった可能性が考えられる。それが原因だとすれば、介護技術そのものや日本語の教育に加えて、国や地域に特有の慣習やマナーについても教育を行う必要があるだろう。

第3項 外国人に対する印象と協働への意識の関連

本章で評定対象とした3ヶ国の外国人同僚について、共通して親しみやすく誠実という印象を持たれることが、協働することへの良い評定と関連していた。技術や言語能力は確かに基本として必要な能力であるだろう。一方で、同僚として共に勤務するには、根底として人間性のよさが協働を受け入れる意欲へと繋がることも考えられる。

介護現場における実際の人材不足や業務内容を勘案すると、即戦力を求めるのではなく段階的に知識を習得しながら、業務範囲を分担する必要性がさらに検討されるべき段階にあるのではないだろうか。

外国人が日本の介護現場で就業するためには、日本語を習得してもらうことは必須であるが、完全な日本語習得に固執すれば、逆に職場への定着を妨げる可能性もある。実際に、日本人介護職が外国人に任せてもよいと判断された割合が大きい業務はベッドメイキングをはじめとして存在していた。まずは、そのような業務を優先的に教育し、定着を促すことができる可能性が示唆された。

既に、日本人のアルバイト等に業務の一部を割り当て、介護職員をより高度な業務に専念させている事例が報告されている(京須, 2006)。外国人介護職はアルバイトではなく、将来的には、日本語や日本の文化についての知識を含めて介護技能を高め、日本人介護職と同等の職務能力を身につけることが期待される。その前段階として、まず介護の職場に定着してもらうために、分業を取り入れることができるのではないだろうか。

なお、本章では、分業から全ての業務を任せられるようになるまでの職業的発達過程については検討できていない。介護職の感じる仕事への魅力に対して、仕事のコントロール(「近い将来または遠い将来にわたり、仕事で起こりうるほとんどの状況を予期し、処理できる」という感覚)の影響が指摘されている(宇良, 1998)。分業により業務内容が限定されたままの状態が続けば、自分でコントロールできる業務範囲は広がらないため、仕事への魅力が失われる可能性もある。

今後は、適切な業務分担と分業から全ての業務を任せられるようになるまでの過程や、業務以外の場面についての外国人の心理的負担感を低減させる研修等について研究を進める必要があるだろう。

第8章 被介護者の家族が持つ外国人介護職に対する意識

第1節 問題と目的

前章において、日本人の介護職を対象として、外国人介護職との協働に関する意識を調査した。その結果、対象となった介護職の人々は、外国人介護職に対して、さほど否定的な意見を持っていないことが示唆された。このことは、外国人介護職が日本の職場に定着することを日本人の介護就業者が阻害する可能性は少ないと考えられる。しかし、介護はヒューマンサービスであり、利用者やその家族との適切なコミュニケーションも同時に求められる。しかし、現状では、日本で実際に介護サービスを利用する側について、外国人介護職に対する意識を調査した研究はほとんど見られない。

介護サービスの利用者を対象としたものではないが、病院の利用者について外国人看護師に対する意識調査を行ったものでは、竹内(2011)や宮下・廣川・丹野(2006)の調査が存在する。竹内(2011)は、ベトナム人看護師10名が勤務する病院の患者、およびその家族に対する調査を行った。その結果、「日本人との違い」について、「あった」「少しあった」との回答は20%程度、「外国人による看護経験上で困ったこと」は、「なかった」「あまりなかった」が89%程度であった。外国人看護師が当該病院において、日本人の患者・家族に受け入れられていることが伺える。竹内(2011)の報告は、実際に外国人看護師と関わった利用者の意識を調査した点で意義があると考えられる。

また、宮下ほか(2006)は、病院の整形・形成外科の患者を対象に外国人看護師の受け入れに関する調査を行った。その結果、病院や地域看護の領域において、全体としては外国人看護師の受け入れに賛成する意見の方が多かった一方で、高齢層で反対傾向が強かったことが報告された。

しかし、竹内(2011)の報告は、患者本人と家族への調査結果を合算しており、患者、家族のいずれの意見が反映されたものであるかは明らかとされていない。また、竹内(2011)や宮下ほか(2006)の調査は、一病院の患者、家族を対象としたものであり、一般化可能性についても検討の余地が残る。

加えて、病院の看護師と介護サービスの介護職員では、共通する部分もあるが、一方で利用者の意識が異なる可能性も考えられる。

特に、介護サービスにおいては、介護される本人のみならず、その家族にも受け入れられることが、外国人の職員が定着に繋がると推察される。また、サービスの内容によって受け入れられ度合が異なることも考えられる。そこで、本章では、外国人の介護職スタッフによる介護についての利用者の家族の意識を明らかにすることを目的とする。

第2節 方法

第1項 調査対象者および倫理的配慮

調査参加者は、インターネット調査会社に依頼し、同社に登録しているアンケートモニターから募集した。本調査以前に、「同居している身内に介護が必要な人がいる」として情報を登録しているモニターに依頼メールが送付され、期間内に200名(20~79歳、平均年齢51.9歳、中央値53歳)からの回答を得た。なお、調査時期は、2014年7月であった。

本章の調査対象者は、モニターとして登録する際に、個人の特定をできなくした上で、第三者に回答内容が明かされる場合があることに同意している。本章の対象者は、すべて上記のモニターを対象としており、回答をもって調査への同意を得たものとした。

第2項 調査項目

1) 回答者の属性についての項目 回答者の属性について、性別、年齢、介護対象、利用しているサービス(宿泊あり(1ヶ月未満)、宿泊あり(1ヶ月以上)、通所・日帰り、訪問、その他)について回答を求めた。

2) 介護サービスの内容ごとに見た、外国人による介護サービスに関する意識 「買い物」、「掃除・洗濯」、「料理」、「入浴・清拭・洗髪」、「排泄」、「マッサージ・リハビリ」、「食事介助」、「その他」について、「介護サービス職員が外国人で、かつ介護負担額が日本人職員によるサービスの場合と変わらない場合、以下のサービスを利用してもよいと思いますか。それぞれお気持ちにあてはまるものをお答えください。」と尋ね、「1. まったく利用したくない」～「5. とても利用したい」の5段階で回答してもらった。

さらに、同様の項目について、「もしも同様のサービスが受けられて金額負担が小さくなる場合」について評定を同様に求めた。金額の要因により受け入れられる度合が高まるのであれば、心理的にまったく受け入れられない項目ではないと考えられるからである。

3) 外国人スタッフによる介護サービスへの抵抗感の理由 「あなたは、介護サービスの職員が外国人であった場合、介護サービスを利用してもよいと思いますか。お気持ちにあてはまるものをお答えください。」と尋ね、「1. まったく利用したくない」～「5. とても利用したい」の5段階で回答してもらった。さらに、「1. まったくよいと思わない」「2. あまりよいと思わない」のいずれかを選択した回答者には、その理由を自由記述にて尋ねた。

第3節 結果

第1項 回答者の内訳

回答が得られた回答者の属性内訳は、Table 8-1 の通りであった。50歳代が最も多く、介護対象では、(義)父母が最多であった。

Table 8-1 回答者の属性内訳

性別	男性	105
	女性	95
年齢	20～29歳	9
	30～39歳	20
	40～49歳	49
	50～59歳	72
	60～69歳	41
	70～79歳	9
介護対象 ^a	祖父	7
	祖母	15
	義祖父	3
	義祖母	7
	父	45
	母	87
	義父	8
	義母	18
	夫	12
	妻	8
	兄弟姉妹	2
	子供	8
	その他	8
利用しているサービス ^{ab}	宿泊あり (1ヶ月未満)	43
	宿泊あり (1ヶ月以上)	19
	通所・日帰り	105
	訪問	59
	その他	17

a) 複数回答を認めているため、合計は他の項目と異なる。

b) 「サービスを利用していない」とした回答者が37名いた。

第2項 介護サービスの内容ごとに見た、外国人による介護サービスに関する意識

サービス内容ごとの平均値と標準偏差を Table 8-2 に示した。なお、「サービスを利用していない」と回答した37名は分析から除外した(分析対象者は163名となった)。

まず、参考として、サービス許容について中立的な態度を表す数値(理論的中央値 3)との差異を検討する。外国人から受ける介護サービスについて、1は「まったく利用したくない」、5は「とても利用したい」(付録6)とし、回答を得た。本章で検討した項目中では、

「買い物」、「料理」は理論的中央値3を下回った。3を下回るとは外国人から「買い物」、「料理」に関してはサービス許容が低いことを意味する。参考として、*t*検定を行ったところ、いずれも有意に3を下回っていた(買い物: $t(162)=3.00, p=.003$; 料理: $t(162)=2.95, p=.004$)。また、「マッサージ・リハビリ」、「食事介助」は、3を有意に上回っていた(マッサージ・リハビリ: $t(162)=2.80, p=.006$; 食事介助: $t(162)=2.38, p=.019$)。

「買い物」、「料理」については、中立的態度(理論的中央値)との比較からは、本章の調査参加者は、サービスを利用することについて否定的であることが示唆された。

第3項 外国人による介護サービスに関する意識の項目間および金額負担による差異

サービス項目間の許容度の違い、およびサービス項目によって金額負担の差異の影響が異なるか否かを検討するため、サービス項目ごとの平均値の違いについて、「その他」を除いた7項目について、項目(7)×金額負担(2)の2要因対応ありの分散分析を行った。その結果、項目の主効果($F(3.53, 571.13)=20.84^{11}, p<.001, \eta^2=.017$)、および金額負担の主効果が有意であった($F(1, 162)=34.91, p<.001, \eta^2=.023$)。また、交互作用は有意傾向($F(5.01, 811.58)=1.98^3, p=.078, \eta^2=.001$)であった¹²。

Table 8-2 外国人介護職によるサービスについての利用許容度

サービス内容	金額が同等 平均値(SD)	金額が下がる 平均値(SD)
買い物	2.77 (0.99)	3.10 (1.08)
掃除・洗濯	3.04 (1.01)	3.33 (1.10)
料理	2.76 (1.04)	3.07 (0.09)
入浴・清拭・洗髪	3.13 (0.98)	3.41 (1.03)
排泄	3.13 (1.03)	3.36 (1.04)
マッサージ・リハビリ	3.21 (0.98)	3.47 (0.97)
食事介助	3.18 (0.96)	3.33 (0.97)
その他	3.08 (0.86)	3.23 (0.89)

まず、主効果について検討する。項目ごとの差異について、Holm法による多重比較を行ったところ、(1)「買い物」と「料理」の差は、差は有意ではなかった。(2)「掃除・洗濯」、「入浴・清拭・洗髪」、「排泄」、「マッサージ・リハビリ」、「食事介助」のそれぞれの差も有意ではなかった。(3)1および2で示した組み合わせ以外について、すべて

¹¹ Huynh-Feldt-Lecoutre の ϵ により自由度を調整した。

¹² 参考として、単純主効果の検定およびその後の下位検定も行ったところ、項目の単主効果は、金額負担が変わらない場合、金額負担が小さくなる場合のいずれにおいても有意であった($ps<.001$)。Holm法による多重比較の結果、差異が見られたのは、交互作用を考えない全体での分析と同様の組み合わせであった。また、金額負担の主効果もすべての項目で有意であり、金額負担が少ない場合の方が、利用してもよいと判断されていた($ps<.003$)。

従って、交互作用は有意傾向であったものの、単純主効果検定およびその下位検定の結果は、主効果を分析した結果と一貫しており、要因の組み合わせによる違いは、平均値の差からは認められなかった。

差は有意であった($p<.05$)。すなわち、「買い物」と「料理」が他の項目よりも利用したくないと判断されていた。

また、金額負担については、「負担が小さい」場合の方が、平均値が高く、利用してもよいと判断される傾向にあった。

サービス許容度について、項目間の差異および金額の低下による全体的な許容度の上昇は見られたが金額負担低下による項目ごとの許容度の違いは認められなかったと考えられる。

第4項 外国人介護職による介護サービスへの抵抗感の理由

「あなたは、介護サービスの職員が外国人であった場合、介護サービスを利用してもよいと思いますか。」について、否定的な選択肢(「1. まったくよいと思わない」「2. あまりよいと思わない」のいずれか)を選択した者が記述した、その理由を分類した。その結果、大まかに3カテゴリに分類された。1つ目は、「言葉・文化・風習の違いへの不安」を指摘するものであった。例えば、「言葉や習慣の違いによる行き違いの可能性が高いから」、「日本文化や習慣、慣習が理解できるか心配」などの回答が見られた。

2つ目は、「外国人だから(具体的理由なし)」と解釈された。明確な理由は記載されていないが、「日本人に介護してもらいたいから」あるいは「外国人に介護されるのに抵抗がある」というものであった。

3つ目は、「外国人でも日本人でも他人に介護を任せたくない」というものであった。

内訳について Table 8-3 に示した。もっとも多いのは、「言葉・文化・風習の違いへの不安」であり、全体の半数以上(55.6%)を占めた。「外国人だから(具体的理由の記載なし)」の回答も含めると、全体の66.7%を占めた。また、「外国人を含めてそもそも他人に介護を任せたくない」と、という趣旨の回答が7.4%みられた。その他は、「なんとなく」など具体性を欠くものや、分類が困難なものであった。

Table 8-3 外国人介護職に対する抵抗感の理由

回答カテゴリ	人数	割合
言葉・文化・風習の違いへの不安	45	55.6%
外国人だから(具体的理由の記載なし)	9	11.1%
外国人でも日本人でも 他人に介護を任せたくない	6	7.4%
その他	21	25.9%
計	81	100.0%

第4節 考察

本章では、介護が必要な人の家族を対象とし、外国人によるサービスの受容に関する意識を調査した。

第1項 介護サービスの内容ごとに見た、外国人による介護サービスに関する意識

項目別に利用に関する意識を比較したところ、「買い物」「料理」が他の項目と比較して、外国人介護職によるサービスを許容することについて否定的に判断されていた。また、

この2項目だけが今回調査した項目のうち、中立的な態度を反映していると思われる、理論的中央値を下回っていた。

これらの項目には、どのような特徴があると考えられるだろうか。

まず、「買い物」については、金銭的なやり取りが発生することがその一要因として考えられる。これは外国人介護職に限ったことではないが、他者に金銭の支払いを代行してもらうことへの不安が、利用許容度の低さにつながっている可能性が考えられる。

一方、「料理」については、献立や味付けが利用者にとって合うものであるかどうかについての不安が、サービス利用許容の低さにつながっている可能性がある。外国人介護職が日本の食文化や風習について十分理解していないと捉えられており、サービス利用許容度が低かった可能性が考えられる。

食事は、生活の最も基本的な要素の一つであると考えられる。「食事介助」よりも「料理」や「買い物」の許容度が低かったことも考慮すると、「買い物」にも、献立や食材を選択する要素が含まれており、食事とも密接な関係がある項目であると解釈できる。「買い物」「料理」の2項目が他の項目に比べ、利用許容度が低かったことの一因は、食事が各国の文化と密接に結びついており、その理解が適切な介護職に求められていることにあるのではないか。

中(2015)の日本人介護職に対する調査においては、「ベッドメイキング」などの、利用者やその家族との直接的なコミュニケーションの必要性が低い項目は、他の項目と比べて「外国人介護職に任せてもよい」と判断されやすかった。利用者の家族にとっては、コミュニケーションの必要性の多寡のみでは、サービス利用への許容度が決定されない可能性があることを示唆している。

第2項 外国人介護職による介護サービスへの抵抗感の理由

外国人介護職によるサービス提供に対して否定的な理由について、本章の参加者において、その理由として最も多かったのは、言葉・文化・風習の違いへの不安であり、半数以上の参加者が回答していた。容易に予想できることではあるが、外国人介護職への不安の多くは、コミュニケーションが適切に取れるだけでなく、日本に独特の文化や風習、あるいは日本語の中でも擬音語・擬態語の理解がなされるかどうかに関与していると考えられる。

また、介護サービスを利用している要介護者の家族は外国人を受け入れられるが、高齢である被介護者本人が外国人を受け入れられるかについての不安を述べた回答も見られた。宮下ほか(2006)の調査でも高齢者層の方が、外国人看護職の受け入れについて否定的であることが報告されており、被介護者本人にもいかにして受け入れられるようにするかを考慮する必要があるだろう。

第3項 外国人介護職が利用者に受け入れられるために

本章の結果から、「買い物」「料理」といった項目が、外国人介護職によるサービスとして受け入れられにくいことが示唆された。

中(2015)の介護職員に対する調査においては、「食事介助」や「排泄介助」に比べて、「リハビリ・マッサージ」は、外国人介護職に任せられると判断された割合が低かった。本章の対象者においては、差異は見られず、利用者の家族と、協働する介護職では、外国人介護職に任せられると感じる項目に差異があることが示唆された。

自由記述による回答を踏まえても、利用者の家族は、外国人介護職に対して、単に日本語がわかるだけでなく、細かいニュアンスを理解できることを求めていることが推察される。

本章の対象者は、現在、実際に外国人介護職からサービスを受けている人々ではなかった。今後、外国人介護職に適切な研修等を行うことで、竹内(2011)の報告のように、日本人の職員と同等に受け入れられるようになる可能性もある。介護技術や純粋な言語のトレーニングに加えて、日本の文化に特有の要素(食文化など)や、介護現場に必要な細かいニュアンスをも身に付けられるような、研修や学習の環境を整えることが求められていると考えられる。

第V部 医療・介護現場における外国人労働者の共感力育成を目指した研修

外国人労働者が病院や介護施設で働くためには様々な障壁が存在すると考えられる。一方で、既に外国人に任せてもよいと思われる業務は存在することがあることも本稿での調査結果でもわかった。医療・介護の労働人口減少から鑑みても、業務は限定されたとしても、外国人に依頼する場面が増える可能性は否定できないといえるのではないだろうか。日本において、既に外国人労働者は飲食業や、小売業でマニュアル化された業務をこなすことができるだけでなく、サービス業での外国人活用の場が増えている現状を鑑みれば、医療・介護分野においても、外国人労働者が業務を覚えてもらい実行することはさほど難しいとはいえない。一方で、医療・介護分野は、専門職との協働が欠かせず、外国人労働者の受け入れには、病院や介護施設における労働において医療専門職である同僚や患者とのコミュニケーションが必要となる。そして、コミュニケーションの問題は外国人のスタッフを受け入れるための障害となる可能性があるとして指摘されている(日本介護福祉社会, 2015)。日本人スタッフでさえも、賃金等の条件面だけでなく、職場の人間関係・コミュニケーションが介護職の離職意思に影響を与える要因であることが明らかになってきている(大和, 2010)。国外における外国人看護師の適応過程を検討した事例では、現地の言語習得が大きな壁の一つになっていることが報告されている(e.g., Magnusdottir, 2005; Yi & Jezewski, 2000)。医療・介護サービスの現場で適切なコミュニケーションをとれることは、スタッフが離職をせずに継続して勤務するための条件であると考えられる。

一方で、医療・介護サービスにおいて外国人労働者が適切なコミュニケーションがとれるかどうかは、日本人の同僚や医療・介護サービスの利用者に外国人スタッフを心理的に受け入れてもらえるかにおいても重要な要素であると考えられる。中(2015)は、日本人介護職に対するアンケートから、「利用者への説明」といった業務に比べて、「ベッドメイキング」等の比較的日本語能力を必要とされない業務が、外国人スタッフに任せてよいと判断されやすいことを示した。外国人スタッフが定着するために、単に医療・介護の知識や技能だけでなく、日本人とのコミュニケーションを円滑にするための方法を検討する必要がある。松尾ほか(2015)によると、他者への共感能力が医療コミュニケーションにおいて重要な要素であり、自己と他者の関係性から育まれるとされる。この知見から、医療従事者には共感能力が重要であると推察される。

これらにより、医療・介護分野における外国人スタッフの定着には、共感力が日本人と同様、もしくはチームワークが取れるレベルにあることが重要ではないかと仮定した。そこで、まず日本人看護師及び、外国人スタッフの共感力を測定することとした。

第9章 眼から心を読むテストを用いた日本人・外国人スタッフの共感力の検討

第1節 序論

医療・介護の現場においては、スタッフ同士の協働が必要な場面が多いと推察される。

Woolley, Chabris, Pentland, Hashmi, & Malone (2010)は、大学生の実験参加者をグループに分け、様々な種類の協同で解決するための課題を与えた。そして、グループでの課題遂行パフォーマンスに影響を及ぼす要因を検討した。その結果、そのグループメンバーの社会的感受性の高さ、グループ内の発言バランスの良さ(発言者の偏りが少ない)、グループの女性比率の高さが、グループのパフォーマンスに関連することが示された。一方で、グループメンバー個人ごとの知能テスト得点の平均や、グループ内メンバーの知能テスト得点の最大値は、グループのパフォーマンスとは関連が小さかったことも報告された。この結果は、単に個別の能力の高い個人が集まるのが即座にグループのパフォーマンスを上げることにつながらないことを示唆している。

Wooley et al. (2010)の研究において社会的感受性は、「まなざしから心を読むテスト」(Reading the Minds in the Eyes test; 以下 RME とする)によって測定された。RME は、Baron-Cohen ら(Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, & Robertson, 1997; Baron-Cohen Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001)によって開発され、人間の目の周囲の写真を見て、その人の感情を示す単語を選択肢から選ぶテストである。

他者の表情から適切に感情を読み取れることは、コミュニケーションを円滑に進め、協働におけるパフォーマンスを高めることにつながると考えられる。しかし、来日する外国人の労働者にとっては、日本人の表情から感情を読み取ることが相対的に難しい可能性もある。実際に、欧米人がアジア版 RME(刺激画像がアジア人の顔)に回答する場合、欧米人の顔画像を用いたオリジナルの RME に回答する場合よりも得点が低かったことが報告されている(Adams et al., 2010)¹³。当然ながら、対人コミュニケーションは表情の読み取りによってのみ行われるものではない。また、自らと違う人種の表情が読み取りにくいことが、ただちにその人の社会的感受性の低さを表すわけではない。ただし、表情から他者の感情を正確に読み取れることは、職員間の連携をより円滑に行うことを助けるであろう。特に、日本語がまだ流暢でない外国人スタッフにとっては、非言語的な情報は、コミュニケーションのための重要な手がかりになると考えられる。

外国人スタッフが日本の医療・介護分野で活躍してもらうための課題を更に探求するためにも、来日し就業しようとする外国人の社会的感受性について調査することに意義があると考えられる。将来的によりチームワークを構成できるようになれば、長期的に医療・介護分野での人材不足の解決にもつながると考えられる。

第2節 目的

近年、国内における外国人の数は増加を続けている(厚生労働省, 2016)。その中でも、留学生としてネパール人、ベトナム人が増えており、2015年には、それまで留学生の第2位

¹³ 逆に、日本人が欧米人の顔を用いたオリジナルの RME に回答する場合は、アジア人の顔を用いたアジア版 RME に回答する場合より得点が低かったことも報告されている(Adams et al., 2010)。

の割合を占めていた韓国人を上回ったという(佐藤, 2016)。日本学生支援機構(2013)の調査によれば、ネパール人、ベトナム人の留学生の6~7割程度が卒業後に日本で働くことを希望しているという。今後、日本においてネパール人、ベトナム人の労働者が特に増加することが予想される。そこで、まず、医療系に興味関心のある日本在住のベトナム人とネパール人に着目して調査を行うこととした。

Adams et al. (2010) によって作成されたアジア版 RME は、Website、雑誌等から刺激画像を選定している。本章では、この2か国の出身者に加え、日本において実際に医療の現場で就業している看護師も調査対象とし、基礎的なデータをうることを目的とする。

第3節 方法

第1項 実験参加者：日本人看護師

東京都内の病院で行われた看護師向けの講習会の参加者(N=60, 男性4名, 女性53名, 性別無回答3名)に講習終了時に、研究内容の説明とともにアンケート用紙を配布し回答を求めた。調査時期は、2016年7月であった。アンケートへの回答は任意であり、個人の特定は行わないこと、研究以外への利用はされないことが説明された。アンケートへの回答・提出をもって調査参加への同意を得たものとした。

年齢(20代・30代・40代・50代・60代以上から選択)、性別を回答してもらった後、アジア版 RME の36問に回答してもらった。

第2項 実験参加者：日本在住ネパール人、ベトナム人および医療・介護系無資格の日本人

東京都内の医療・介護系スタッフを派遣する会社の登録会に参加した日本人および外国人について、アンケート用紙を配布し回答を求めた。前述の通り、日本においてベトナム人、ネパール人の労働者が今後増える可能性を鑑みて、本論文では、日本人(N=3, うち女性3名)、ベトナム人(N=16, うち男性7名, 女性8名, 性別無回答1名)、ネパール人(N=9, 男性3名, 女性6名)を分析対象とした。

アンケートへの回答は任意であり、個人の特定は行わないこと、採否等とは無関係であること、研究以外への利用はされないことが説明された。アンケートへの回答・提出をもって調査参加への同意を得たものとした。

第3項 手続き

調査時期は2016年6月中旬から8月下旬までであった。年齢、性別、出身国を全員に、来日した年月および日本での就業経験は、外国出身者のみ回答してもらった。その後、アジア版 RME の36問に回答してもらった。

なお、アジア版 RME について感情を表す単語は、日本語、英語のほかにベトナム語とネパール語も併記した。ベトナム語とネパール語は、それぞれの言語と日本語が堪能な者2名ずつが日本語、英語の単語をもとに相互翻訳を行ったものであった。

第4節 結果

第1項 得点化

アジア版 RME は、あらかじめ「正答」とされている単語を選択した場合には1点を与え、36点満点で得点化したものを分析に用いた。

第2項 性別による差異

RME は、男性より女性の方が、得点が若干高くなる傾向があることが報告されている(e.g., Baron-Cohen et al., 2001)。

本章の分析対象のうち、性別無回答を除くと、その内訳は、男性が 14 名(平均値 23.786, 標準偏差 4.87), 女性が 70 名(平均値 24.943, 標準偏差 4.57)であった。アジア版 RME の得点について、男女差を *t* 検定により検定した結果、有意差は認められなかった($t(82)=0.86$, $p=.395$)。本章では、男女差については、特に検討しないこととした。

第 3 項 出身国による差異

出身国別にアジア版 RME の得点の平均と標準偏差を Table 9-1 に示した。

Table 9-1 アジア版 RME の得点

出身国	人数	平均値	標準偏差
日本	63	26.32	3.47
ベトナム	16	23.25	4.19
ネパール	9	17.33	3.35

出身国(日本, ベトナム, ネパール)を説明変数, アジア版 RME の得点を目的変数とした一元配置分散分析を行った。その結果, 出身国の主効果は有意であり, 出身国ごとの得点に差異が認められた($F(2, 85)=26.50$, $p<.001$, 偏 $\eta^2=.384$)。Holm 法による多重比較の結果, すべての組み合わせについて差は有意であり, 日本人, ベトナム人, ネパール人の順で得点が高かった($p<.05$)。

第 4 項 来日時期の影響の検討

前項の分析より, ベトナム人, ネパール人の方が日本人に比べてアジア版 RME の得点が低いことが明らかとなった。

日本での滞在経験が長い方が, 日本で他者の表情を読み取る機会が増え, 日本人看護師の結果に近くなる可能性も考えられる。アンケートの記入日と, 来日の時期から, 日本における滞在月を算出した(Table 9-2)。

Table 9-2 参加者の日本における滞在月数

出身国	平均値	標準偏差	レンジ
ベトナム	6	6.51	(0-19)
ネパール	29	30.28	(3-100)

注)単位は月である。

本章での実験参加者については, ネパール人の参加者の方が日本における滞在経験は短かった。従って, RME の得点が日本における滞在期間によって影響を受けているとは判断できないと考えられる。

第5節 考察

日本の医療・介護の分野で外国人スタッフが円滑に働くためには, 日本の文化や日本人の特性を理解してもらいつつ, 日本人スタッフと適切にコミュニケーションを取る必要がある。本章では, グループの課題遂行パフォーマンスと関連が指摘されている(e.g., Wooley

et al., 2010) RME に着目し、医療・介護の分野で就業を希望している外国人を対象に調査を行った。その結果、アジア版 RME の得点は、日本人の研究参加者に比べて、ベトナム人、ネパール人が低かった。

本章の実験結果を解釈すると、ベトナム人やネパール人のスタッフは、日本人のスタッフに比べて、日本人の感情を表情から推測しづらい可能性がある。そのことが業務を円滑に遂行するための妨げになるかもしれない。

ただし、RME は社会的感受性の一側面を測定しているに過ぎない。そのため、アジア版 RME の得点が低かったからといって、本実験に参加したベトナム人やネパールが日本人の参加者に比べて、グループで行う作業のパフォーマンスや、共感性といった側面で劣っていると直ちに結論することはできない。しかし、一方で、RME の得点の低さは、表情から読み取られることが期待される感情を、実際に読み取れる確率が低い可能性があることを示唆している。今後、外国人を医療・介護等の現場で受け入れる際には、医療・介護の技術のみならず、他者とのコミュニケーションを円滑に進めるための研修等も行っていく必要があるだろう。

第 6 節 まとめ

本章の結果から、他者の表情から適切に感情を読み取る能力は、日本人がベトナム人やネパール人に比べ高いことが示された。これが、一種の日本人の特徴であるとするならば、表情をみて、相手の感情を察するというコミュニケーション能力は、日本人と協働する外国人にとって必要となる能力であると考えられる。特に医療・介護サービスの職域では医療従事者との連携において迅速性も重視されるが、患者とは言葉によるコミュニケーションが出来るとは限らない。時に会話が出来ない状況下において、対応を迫られることも多い。その時に、相手の目を見て感情を読み取るということは、いわば医療・介護分野においては他分野よりも必須な能力と言える可能性が高いのではないだろうか。

次の課題は、医療・介護サービスの職域で外国人スタッフの他者への共感性をどのように高められるかである。日本においても、RME を用いた研究ではないが、介護福祉系の専門学校生学校生を対象とした、共感性を向上させる研修プログラムの開発と効果検証の試みが行われ、一定の成果が得られている(西村・村上・櫻井, 2015)。

今後、外国人の労働者が日本において増えることを考慮すると、医療・介護に関する知識や技術だけでなく、他者の感情により鋭く適切に反応でき、他者と協働しつつ、円滑に業務を遂行できるようなるための研修方法等を開発し、その効果を検証していく必要がある。

第10章 共感力向上を目指した研修とその効果

第1節 序論

眼から心を読むテスト（RME）を使用した調査により、医療・介護サービスにおいて外国人スタッフは日本人看護師にくらべて他者への共感力が低いことがわかった。共感能力は、医療コミュニケーションにおいて重要な要素であり、自己と他者の関係性から育まるとされ（松尾ほか 2015）、医療従事者には共感能力が極めて重要であると推察される。日本において、RMEを用いた研究ではないが、介護福祉系の専門学校生学校生を対象とした共感性を向上させる研修プログラムの開発と効果検証の試みが行われ、一定の成果が得られている（西村ほか, 2015）。これにより、医療・介護場面に合った共感性を向上させる研修の必要性が示された。

そこで本章では、西村ほか(2015)による共感性を高める教育的介入プログラムを基本とし、改めて「医療・介護における共感力向上研修」のプログラム開発を実施することとした。

第2節 目的

医療・介護サービスにおける外国人スタッフは、現場で働く看護師に比べて、表情から感情を読み取るのが苦手な可能性がある。チームパフォーマンス向上、及び患者や利用者との円滑なコミュニケーションを促進する観点から、医療・介護における共感力向上研修を外国人向けに実施することによって、共感性（社会的感受性）を伸ばすことを試みる価値があると推察し、本研修構築の目的とした。

第3節 方法

第1項 研修参加者及び調査項目

日本国内に在住の研修参加者:ベトナム人(N=43, 男性21名, 女性22名), ネパール人(N=8, 男性4名, 女性4名), ペルー(N=1, 男性1名), タイ(N=2, 女性2名), 韓国(N=1, 男性1名), スリランカ(N=1, 女性1名), ミャンマー(N=2, 女性2名), 中国(N=3, 男性2名, 女性1名), バングラディッシュ(N=4, 男性4名), 計65名を分析対象とした。研修時期は2016年12月～2017年5月の間に実施され、研修日は1日（7-8時間）となった。研修参加前に個人の特定は行わないこと、研究以外へのデータの利用は行わないことが説明された。研修当日の参加をもって調査参加への同意を得たものとした。

年齢、性別、を回答してもらった後、研修前に、アジア版RMEの36問及び共感性尺度25問に回答してもらった（付録8参照）。共感性尺度は、西村ほか（2015）が共感性を高める教育的介入プログラムで用いた尺度と同様とした。葉山ほか（2008）から「他者の感情に対する敏感性」「視点取得（相手の立場になる）」の2因子を採用し、櫻井ほか（2011）の共感的感情反応尺度から「ポジティブな感情への共感」「ネガティブな感情への共感」「ネガティブな感情への同情」の3因子を加え合計5因子から構成されるものである。5段階評定（1:まったくあてはまらない, 2:あまりあてはまらない, 3:どちらでもない, 4:ややあてはまる, 5:よくあてはまる）で回答を求めた。

また研修後、研修前と同様にアジア版RMEの36問及び共感性尺度25問に回答してもらった。今回、アジア版RMEのみで共感性を測るのではなく、共感性尺度を用いることにより、研修効果をより具体的に測定する。

第2項 倫理的配慮

研修プログラム実施にあたり、研修に参加する前にプログラムの趣旨と目的を説明し、実施の許可を得た。研修プログラムへの参加は強制されるものではないことを説明し、参加しないことで不利益を被ることがないことを伝えた。研修結果は、個人を特定できなくした上で、回答者の承諾なく回答内容を第三者に開示または提供することができるということに同意している。

第3項 プログラム内容

プログラムの内容は、西村ほか（2015）の実施した共感性を高める教育的介入プログラムを基礎とし、認知的側面から感情的側面へのトレーニングを行うものである（Table 10-1）。

研修参加者は、倫理的配慮に沿った説明は事前に受けるが、研修内容についての説明は受けずにまず研修前アンケートとしてアジア版RMEの36問及び共感性尺度25問に回答してもらった。

研修ガイダンスとして、研修の目的を説明し、共感性が日本で勤務する上では大切なこと、同僚や利用者の気持ちを言葉だけではなく、表情で読み取る必要があることを伝えた。共感性とは他者の気持ちに気づいたり、他者と同じ気持ちになり、医療現場であれば患者の痛みを理解するということを説明した。

アイスブレイクではA4サイズの紙に指示した絵を描いてもらった。言葉で「流れ星」「月」と伝えるだけで、どのような絵を描くかは、参加者の自由とした。全て書き終わったところで参加者同士の絵を見比べあってもらい、参加者が文化も含めた多様性、他者と差異があることを確認してもらった。

続けて、感情語のリストを作成してもらった。感情を表現する言葉にはどのようなものがあるのかを表出してもらい、全体で共有した。その後、感情識別と表現模倣として、参加者の中から代表者を決め、事前に感情語が記載されたカードを代表者に1枚選ばせ、カードに書かれている感情語を言葉ではなく、表情で表現してもらった。まずは目だけが見えるマスクを使用し、目だけで感情語を表現した。次にマスクを外し、顔の表情全体で感情語を表現してもらった。代表者は何度か変更し、参加者の中から数名に同様の表現をもらい、他の参加者はその表情から、代表者が引いたカードの言葉を当ててることを実施した。

次に言葉と感情について共有するため、言われたら嫌な言葉と、言われて嬉しい言葉について実際に表現してもらった。まず、講師に対してネガティブな表現で講師に声かけをもらった。その後、言った方も言われた講師もどのような気持ちだったかをグループで話し合ってもらった。次に講師に対してポジティブな表現で声かけをもらい、ネガティブ表現と同様にグループで感情を共有してもらった。

ロールプレイ1では自己開示として、ネガティブな場面を設定し、どのような声かけを行うのかを考え実際に声にだしてもらった。まず、例題として「患者さんの検査結果が悪くなかったので退院できませんでした。このような場面で患者さんにどのような声かけをしますか」と質問し、自ら考えられる声かけをグループ内で発表する。同様のネガティブ場面での例題を数問繰り返した。最後に例題ではなく、実体験として自らが日本に来て悲し

かった出来事を発表してもらった。発表者が発表している間、ほかのメンバーは質問をしたりせず、極力発表者の話を聞くというルールとした。

ロールプレイ2では逆にポジティブな場面を設定し、どのような声かけがふさわしいか考えて実践してもらった。例題として「患者さんの病態が良くなり退院できることになりました。この場面で患者さんにどのような声かけをしますか」と質問し、ポジティブ場面にふさわしい言葉を選び回答してもらった。例題を数問繰り返したのち、日本に来て嬉しかったことを発表してもらった。発表者が発表している間、他のメンバーは質問をしたりせず、極力発表者の話を聞くというルールを説明した。

振り返りとまとめとして、共感性とは何か、病院で患者さんは言葉で表現できないこともあるので表情などから感情を読み取る必要性が高いこと、日本で働くには、同僚や患者さんの気持ちを察することが大切であることなどを説明した。

研修終了後、研修前と同様にアジア版RMEの36問及び共感性尺度25問に回答してもらった。

この研修を通じて、他者のネガティブな感情に対する共感性だけでなく、他者のポジティブな感情に対する共感性を高めることによって、他者が示す様々な感情に対して適切に反応できるようになるだけでなく、向社会的な思いやり行動までも促進させる成果が期待できることを意味している（西村ほか, 2015）また、医療・介護に特化した要素として、ロールプレイのネガティブ感情及びポジティブ感情に対する共感性を育成する場面において、事例を病院における場面設定、患者や利用者との関係における事例を用いることとし、より具体的に医療・介護場面における共感性の育成を目指した。今回の研修参加者は外国人であることから、日本語における感情表現に使用される語彙の習得も研修内容に含むこととする。

Table 10-1 研修プログラムの内容

研修の流れ	内容	詳細
1：研修前アンケート (25分)	眼から心を読むテスト (10分) 共感性尺度 (15分)	参加者が日本語か英語かベトナム語かネパール語を選択 参加者が日本語か英語を選択
2：研修ガイダンス (15分)	研修の目的を説明 日程の確認	共感性がなぜ大事か→チームワークの向上、職員・患者・利用者とのコミュニケーションの向上 共感性…他者の気持ちに気づいたり、同じ気持ちになったりする 共感性を高める練習をする 午前・午後 おおよそ3時間ずつ 昼休み以外の休憩は適宜
3：アイスブレイク (30分)	講師の指示に従い絵を描く	流れ星 (shooting star) 月 (moon) 木 (tree) 家 (house) 鳥 (bird) を描く お互いの絵の違いから参加者がお互いの文化も含めた多様性、差異の確認をする
4：感情語リスト作成 (20分間)	2～3人で考える (7～8分) グループ発表 (12～13分)	参加者がグループに分かれ日本語もしくは英語で考える (母国語しかわからない場合辞書を活用) 「うれしい」「楽しい」「悲しい」etc…をできるだけ考える 各グループで出した意見を発表し、講師がホワイトボードにまとめる 主に、日本語でどんな意味の言葉があるかを確認する
5：感情識別と表情模倣 (30分間)	気持ちを推察し表情を模倣する	日本語、英語、ベトナム語、中国語、ネパール語が併記された 「幸せ」「悲しみ」「怒り」「驚き」「恐怖」「嫌悪」の6種類のカードを参加者の内の1名が代表者として保持し代表者はカードに記された感情の内1つを表情で表現する 参加者はカード保持者の表情から感情を推察し表情を模倣した上で選択された単語を当てる
6：うれしい言葉、嫌な言葉 (30分間)	言葉と感情について考え共有する	【1】言われたら、講師の気分が悪くなるような言葉を、参加者が考えてみる 2～3人で考えたのち、全体で共有、どう感じるかを話し合う 【2】言われたら、講師の気分が良くなるような言葉を、参加者が考えてみる 2～3人で考えたのち、全体で共有、どう感じるかを話し合う
※昼休憩 およそ60分間		
7：ロールプレイ 1 (75分)	自己開示 (50分) 共有 (25分)	病院でのネガティブ場面に対する言葉かけを考える 2～3人のグループに分かれ講師の声掛けに合わせて自分の考えをお互いに発表する 「こんなとき、どんな言葉をかけたら良いでしょうか？」 ・患者さんに対して → 検査結果が良くなかったとき (事例) ある患者さんは、検査の結果が良ければ退院できるはずでした しかし、検査の結果が良くなかったようです ・同僚に対して → 患者さんを案内する部屋を間違えてしまい、上司から注意されたとき (事例) 同僚の〇〇さんは、患者さんを移送する先を間違えて、怒られてしまいました 日本に来てから一番悲しかったことを含め、5分くらいで話す 質問は相手が話し終わるまでできるだけしない 全体で数名の代表者が発表、共有
8：ロールプレイ 2 (75分)	自己開示 (50分) 共有 (25分)	病院でのポジティブ場面に対する言葉かけを考える 2～3人のグループに分かれ講師の声掛けに合わせて自分の考えをお互いに発表する 「こんなとき、どんな言葉をかけたら良いでしょうか？」 ・患者さんに対して → 病態がよくなったとき (事例) ある患者さんは、痛みが収まらず、つらい毎日を送っていました 薬を変更したところ、だいぶ痛みが治まって楽になったようです ・同僚に対して → 患者さんに感謝されたとき (事例) 同僚の〇〇さんは、患者さんが退院するときに、とても良くしてくれたとお礼を言われました 日本に来てから一番うれしかったことを含め、5分くらいで話す 質問は話し終わるまでできるだけしない 全体で数名の代表者が発表、共有
9：振り返りとまとめ (10分)	共感性について改めて考える	相手の気持ちに立って考えたり、他者の気持ちに気づくこと 病院では、体力的に弱っている人も多い 表情で気持ちを読み取ることも大切 共感性の高い人が集まったチームは職員間の信頼やチームワークが向上する 日本で働くには気遣いや共感性は必須となる
10：研修後アンケート (25分)	眼から心を読むテスト (10分) 共感性尺度 (15分)	参加者が日本語か英語かベトナム語かネパール語を選択 参加者が日本語か英語を選択

第4節 結果

第1項 アジア版 RME

アジア版 RME は、あらかじめ「正答」とされている単語を選択した場合には1点を与え、36点満点で得点化している。本章ではこうして得点化されたものを分析に用いた。

研修に参加した外国人 65 名の研修前 (Pre) 研修後 (Post) において、Pre 正答率と Post 正答率に違いがあるかについて、対応のある t 検定を行った (Table 10-2)。Pre 正答率の平均値は 0.6132 (61.3%)，Post 正答率の平均値は 0.6439 (64.4%) で Post が Pre を上回った。 p 値 < 0.05 で、Pre 正答率と Post 正答率は有意差があるといえる。

Table 10-2 アジア版 REM の得点

研修実施	平均値	標準偏差
Pre	0.6132	0.1326
Post	0.6439	0.1398
差分	0.0307	
P値	0.0096	[**]

第 2 項 共感性尺度の得点化

研修参加者 65 名の研修前 (Pre) と研修後 (Post) の正答率平均値を比較した。共感性尺度は 25 問全体の平均値だけではなく、個別 5 項目「他者感情への敏感」「相手の立場に立つ」「ポジティブ共感」「ネガティブ共感」「同情」の下位尺度を構成する項目を Table 10-3 に示し、個別 5 項目について平均値を比較した結果は Table 10-4 に示した。

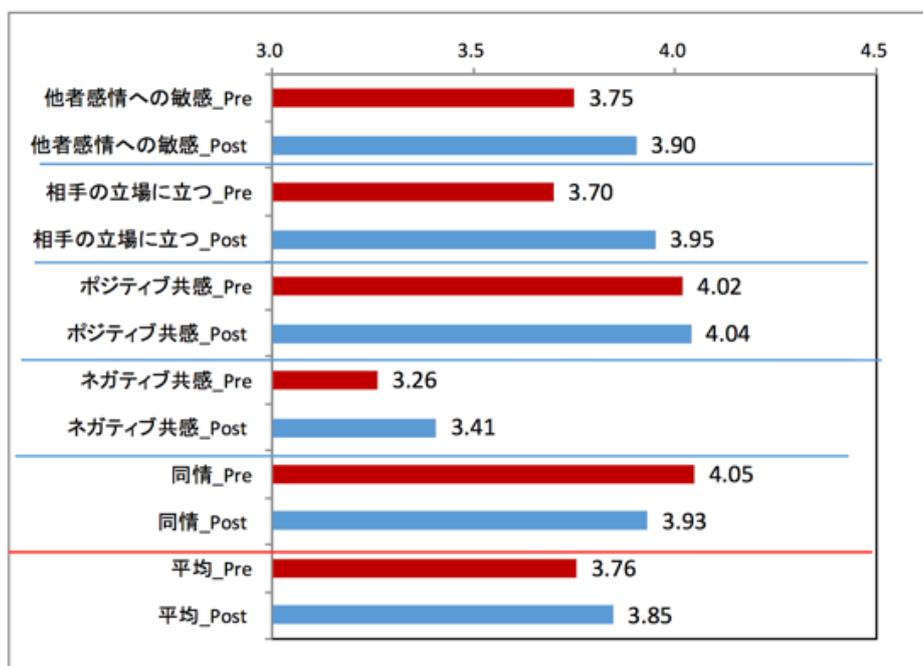
Table 10-3 共感性尺度構成項目

1 人のちょっとした気分の変化に敏感である	他者感情への敏感性
2 人の心の動きに敏感である	他者感情への敏感性
3 他者のちょっとした表情の変化に気がつくほうだ	他者感情への敏感性
4 他者の心の動きに気を配るほうだ	他者感情への敏感性
5 他者の態度や表情に気をつけてみるようにしている	他者感情への敏感性
6 他者をよく理解するために、相手の立場になって考えようとしている	視点取得
7 相手の立場に立って、その人の感じている不安を理解するようにしている	視点取得
8 相手が悲しんでいるときに、相手の立場に立って理解しようとするほうである	視点取得
9 なぜ相手が笑っているか、その人の気持ちになって理解するようにしている	視点取得
10 相手の視点に立って、その人が感じている楽しさを理解するようにしている	視点取得
11 成功してうれしそうの人を見ると、祝いたい気持ちになる	ポジティブ感情への共感・共有
12 人が幸せそうにしている光景を見ると、あたたかい気持ちになる	ポジティブ感情への共感・共有
13 人がうれしそうにしているのを見ただけで、自分もうれしくなる	ポジティブ感情への共感・共有
14 相手が喜んでいて、自分も嬉しくなる	ポジティブ感情への共感・共有
15 うれしそうの人をみると、あたたかい気持ちになる	ポジティブ感情への共感・共有
16 相手が不安を感じていると、自分も同じ気持ちになる	ネガティブな感情の共有
17 つらそうにしている人を見ると、自分もその人と同じようにつらくなる	ネガティブな感情の共有
18 悲しんでいる人と一緒にいると、その人の悲しみが自分のことのように感じる	ネガティブな感情の共有
19 相手が何かに苦しんでいると、自分もその苦しさをを感じるほうだ	ネガティブな感情の共有
20 相手が何かを怖がっていると、自分も同じ気持ちになる	ネガティブな感情の共有
21 困っている人がいると、かわいそうだと思う	ネガティブな感情への同情
22 災害にあって困っている人をみると、同情に気持ちがわいてくる	ネガティブな感情への同情
23 人が悲しんでいると、かわいそうだと思う	ネガティブな感情への同情
24 苦しんでいる人を見ると、ふびんだと思う	ネガティブな感情への同情
25 人が冷たくされているのを見ると、かわいそうになる	ネガティブな感情への同情

Table 10-4 共感性テスト得点

	比較	n	平均値	標準偏差	平均値差分	p値/判定
他者感情への敏感	Pre	65	3.750	0.667	0.155	0.0113 [*]
	Post	65	3.905	0.712		
相手の立場に立つ	Pre	65	3.699	0.719	0.251	0.0002 [*]
	Post	65	3.951	0.692		
ポジティブ共感	Pre	65	4.019	0.781	0.021	0.7322 []
	Post	65	4.040	0.744		
ネガティブ共感	Pre	65	3.262	0.811	0.145	0.0639 []
	Post	65	3.408	0.871		
同情	Pre	65	4.048	0.705	0.116	0.0750 []
	Post	65	3.932	0.788		
平均	Pre	65	3.756	0.535	0.091	0.0095 [**]
	Post	65	3.847	0.591		

Table 10-5 共感性テスト得点グラフ



共感性尺度の全体の平均値および下位尺度の平均値について、研修前 (Pre) と研修後 (Post) の正答率平均値を比較した。「相手の立場に立つ」は Post 平均値 (3.95) が Pre 平均値 (3.70) を 0.251 ポイント上回った ($t(64)=3.78, p<.005$)。「他者感情への敏感」は Post 平均値 (3.90) が Pre 平均値 (3.75) を 0.155 ポイント上回った ($t(64)=2.57, p<.005$)。これら 2 つの尺度の p 値は 0.05 を下回り、Post が Pre より有意に高いといえる。「ポジティブ共感」「ネガティブ共感」は Post が Pre を僅かに上回っているが有意な差とはいいき

れない（ポジティブ共感； $t(64)=0.34$ ，ネガティブ共感； $t(64)=1.87$ ）。「同情」は Pre が Post を上回ったため有意ではない（同情 $t(64)=1.80$ ）。「共感性」全体では $t(64)=2.63$ ） Post が Pre を 0.09 ポイント上回り有意に高いといえる。

第5節 考察

アジア版 RME は Pre 正答率の平均値は 0.6132 (61.3%)，Post 正答率の平均値は 0.6439 (64.4%) で Post が Pre を上回り正答率は有意差があるといえる。研修の結果がアジア版 RME に関しては効果的であったといえる。

共感性尺度に関しては、全体の結果が ($t(64)=2.63$) となり、Post が Pre を上回り有意に高いといえる。これにより研修全体として、効果があったといえる。一方で 1 因子である「同情」では Pre が Post を上回ったため有意ではない（同情 $t(64)=1.80$ ）という結果が出たというのも事実であり、研修内容の見直しは必要であるという結果となった。日本の医療・介護分野で外国人スタッフが円滑に働けることを実現するためには、日本語でのコミュニケーション、すなわち日本語力を高めることは必須である。一方で、チームワークを重んじる日本の医療・介護分野において「チームワークと共感力」の関係に着目し、共感力向上を目指すことで、日本人スタッフと円滑なチームワーク形成を実施するという部分に踏み込んだ調査は、現時点で見受けられない。今後の医療・介護分野における外国人スタッフとの協働における言語以外のコミュニケーションの可能性や、共感力向上により、日本人の特徴ともいえる「言わずとも察知する」という能力が磨かれることにより、外国人が日本の医療・介護分野において活躍できる可能性を見出す一助に足りうる可能性は否定できないのではないであろうか。

第6節 まとめ

今回は、アジア版 RME の得点だけの調査だけで共感力を測定するのではなく、共感力尺度も用いたことで、研修の効果や課題が表出された。共感性尺度においては結果として全ての項目で研修効果が得られた訳ではないが、一定の効果を実証することはできたといえる。Tan, Lo, & Macrae (2014)は、マインドフルネス瞑想¹⁴を行うことで、RME の得点が上昇したと報告している。あるいは、Black & Barnes (2015)は、テレビドラマを視聴することで、(同時間ドキュメンタリーを視聴するよりも)、RME の得点が上昇することを示した。RME によって測定される社会的感受性は、個人ごとに不変のものでなく、トレーニング等によって向上できることが示唆されている。

今後、外国人スタッフとの協働が増えることを考慮すると、医療や介護知識習得、また日本語能力の向上だけにとらわれることなく、日本の文化、仕事に対する姿勢、チームワークなどを正しく理解してもらう必要性が推察される。その中で、まだ不十分ではあるが、外国人の共感力がトレーニングによって向上する可能性があるという結果は、日本の医療・介護における外国人スタッフとの協働の可能性を一步進めることができたのではないだろうか。一方で、制度や移民政策と大きく関係する外国人労働者の問題は、医療・介護

¹⁴ Kabat-Zinn (1990 春木訳 2007) によって提唱された仏教的な瞑想の技法を取り入れた瞑想法である。近年、様々な分野でその瞑想技法が取り入れられており、怒りを低減する効果(e.g., 平野・湯川, 2013)等が報告されている。

分野のみだけではなく、日本国全体の問題となるため、容易に解決されることではないことも考慮する必要がある。ただ、日本における少子高齢化、2025年の超高齢化社会は現実として避けて通ることはできない。その中で、日本がどのように労働力を確保し、共存、協働していくことができるのか、早急に解決させなければならない時期に来ているのではないだろうか。

第VI部 本論文の要約と総合的考察

第11章 本論文の要約と総合的考察

第1節 本論文の要約

本稿では、日本の医療・介護現場での人員不足の現状から、今後、日本人との協働がより考えられる外国人がどのようにすれば日本の医療・介護現場で定着することができるかという視点にたち、研究を進めた。

第1章について

ベトナムは、わが国と同じくアジアに位置する国であり、かつてはベトナム戦争の戦地ともなった国である。その後、1986年からのドイモイ(Doi Moi; 刷新)政策の実施以降、特に大きく経済的な発展を遂げてきている。ベトナムでは、2012年には、平均余命が男性71歳、女性80歳となり、男女平均で76歳に達したとされている(World Health Organization, 2013)。今回、ベトナム人を中心としたのは、現在、留学生として来日する学生数が、中国人、韓国人に次いで、ベトナム人となったことがあげられる。また現状、国民の平均年齢が20代と若いベトナムも、2033年には高齢社会に達すると推計されていることから、ベトナムにおいて今後、医療・介護を日本で学び、本国へ帰国する際には、その知識を活かすことができる。経済的な発展が進むベトナムであるが、高齢化の進行とともに介護が必要な高齢者の数も増えることが予想される。

年齢平均は日本に比べて低いものの、ベトナムでは高齢化率が7.1%と推定されており、既に高齢化社会(高齢化率が7%を超える)と分類される。そして、その高齢化率は上昇することが予測されており、2033年には高齢社会(高齢化率が14%を越える状況)に達すると推計されている(厚生労働省大臣官房国際課, 2014)。ベトナムは、周辺他国や日本と比べ高齢化の進行が早いことが指摘され(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013)、高齢社会までの準備期間が短いことが指摘されている(e.g., 後藤, 2012; 三木・長井, 2015)。

ベトナムでは「社会福祉」という概念が定められておらず、社会救助(あるいは社会救済)という概念で社会問題への対策を行おうとしている(後藤, 2012; 黒田, 2003)。高齢者を始めとした社会的弱者についての社会的・政策的な対応は近年でも途上であることが指摘されている(e.g., 黒田, 2003; 小椋・藤本・小田・田中, 2007; 田村, 2003)。

ベトナム人を含め、外国人が日本で一定期間、医療・介護現場で定着してもらうことは、日本の医療・介護市場にとっても、また将来的には帰国することになる可能性の高い外国人にとっても意義のある結果になる可能性が推察される。

介護施設の整備が途上にある状況では、介護の担い手になるであろう、ベトナム人の若年者が、介護に関して知識を持っているのか、自信や介護サービスを利用したいと思っているのか否か等は明らかとなっていない状況であると推察される。

現在、2014年8月から日本において、ベトナム人看護師および介護士は、各施設で国家資格取得前の就業を開始している段階である。今後、日本とベトナムにおける医療や介護分野における連携は更に進む可能性が高いと考えられる。また、厚生労働省が、外国人介

護福祉士の候補者の受け入れ先や、資格取得後に働く場を広げることを検討することが報じられている(読売新聞, 2016)。

第2章について

日本における少子高齢化は、大きな社会問題の一つとなっている。平成27年度版の高齢社会白書では、日本の高齢化率(65歳以上人口の割合)は、26%とされ、既に国民の4人に1人以上が高齢者という現状である(内閣府, 2015)。

高齢者の割合が増えることで、介護を必要とする高齢者の割合が増えると考えられる。一方で、少子化に伴い労働人口は減少している。そのような状況下において、介護職の離職の多さや人手不足が問題として指摘されている。介護労働実態調査(平成26年)の結果では、回答者の約半数が労働条件等の不満として人手の不足を回答し、事業所の約6割が、人手について「やや不足」から「大いに不足」していると回答したことが明らかとなった(介護労働安定センター, 2015)。

介護職についての人手不足は問題となっている。介護職だけでなく看護職についても、その離職や定着について議論がなされているが(e.g., 中, 2008; 佐藤, 2015)その理由として様々な要因が指摘されている。

外国人においては、やはり日本語の難しさが最も大きな要素であり、言葉の壁があることで、看護や介護の国家試験に合格することも困難な状況なことから、日本に短期間滞在するだけでは、日本語能力が、現場で求められる能力に到達することは容易ではない。

日本において老親の介護は、従来は主として伝統的な家族に関する規範意識に従って行われてきたと考えられる。しかし、現代では「状況適合的に、かつ親子兄弟の人間関係のありように流される形となっている」(森岡, 1993)と指摘される。

日本における介護職の人材不足は年々深刻化しており、そのことは現代の日本が抱える大きな問題の一つとなっている。

そのような状況下において、外国人労働者が人材不足を補う労働力として期待されている(読売新聞, 2014)。外国人が業務に必要な日本語の習得は、外国人にとって容易ではなく、人間関係の問題は全国的な調査において「直前の介護の仕事をやめた理由」として上位を占めており(介護労働安定センター, 2013, 2014)、外国人介護職、受け入れ側の職員の双方にとってコミュニケーションの問題は無視できないと推察される。

ヒューマンサービスに分類される介護職であるが、業務内容によって日本語によるコミュニケーションの必要度は異なると考えられる。日本人介護職の立場から、外国人介護職に任せたい業務や、任せられると判断される業務があるのではないかと考えられる。介護現場において、日本人介護職と外国人介護職の業務内容の切り分けが可能かどうか検討することで、コミュニケーションの問題を低減しつつ、外国人介護職を受け入れることに対して有益な知見が得られると考えた。そこで、「外国人介護職に任せてもよい」と日本人介護職が判断する業務内容を調査する。

2012, 2013年実施の調査において、介護職の離職要因として最も多いのが、「職場の人間関係の問題」であったことが明らかとなっている(介護労働安定センター, 2013, 2014)。職場における良好な人間関係の構築は、介護職の定着を促進するために、重要な点の一つになっていると考えられる。

介護職の職業的特徴の一つとして、その業務が施設における利用者の安寧が目的となっていることが挙げられ、その具体的な成果や目標が評価しにくい。また、業務内容の変容がある一方で、無資格者であっても業務につくことができる場合もあるなど、「介護職とは何を担う者なのか」ということが、現状では曖昧になっていることが推察される。介護職の専門性や明確な職業像の確立が求められていると考えられる。

国内において介護職は、職業的な特性からストレスを受けやすいと考えられる。また、職務上の目標設定や成果の評価が困難であるという従来からの職業的な特徴に加え、医療行為の部分的な解禁等に代表されるような、役割の変化やそれに伴う職業の専門性の曖昧化という、新たなストレスとなりうる変化も起きている。その結果、バーンアウトなどのストレス反応が生じ、離職にも繋がっている可能性があると考えられる。

第3章について

介護分野における外国人技能実習制度の導入が開始となったが、未だ日本語能力としての水準を高く問われることから、外国人が働きながら基準とされている日本語能力試験に合格することは困難な状況にあることは変わっていない。日本での就業を目指す外国人は意欲も高く、日本語能力も日本にいれば身につくと思われがちである。外国人としても過度のストレスや、適応に失敗してしまうと職場に定着することができず、結果として日本側の受け入れ施設が投資した資金も無駄になり、人材不足の解消にも繋がらないばかりか、外国人側の印象をも悪化させてしまう可能性がある。日本語によるコミュニケーションから起こる問題を低減させるため、業務の分業化や、全員一律の業務を外国人に求めるのではなく、日本語レベルに合わせた業務分担の実施が求められると思われる。

多くの外国人看護師が受け入れられてきたアメリカにおいて、Yi & Jezewski (2000)は、インタビューから韓国人看護師の適応過程を分析した。その結果、「1. 精神的なストレスの軽減」「2. 言語の壁を乗り越える」「3. アメリカ人看護師の実践を受け入れる」「4. アメリカの問題解決方略に合わせる」「5. アメリカの対人関係スタイルに合わせる」といった要素が抽出された。これらは、日本にやってくる外国人介護職にもよく当てはまる課題であると考えられる。

日本国外においても、外国人看護師の適応の壁の一つとして言語の問題が指摘される(Kawi & Xu, 2009; Magnusdottir, 2005; Yi & Jezewski, 2000)。日本語は、英語やスペイン語のように、複数の国で公用語等になっておらず、来日する外国人の介護職において日本語母語話者はほぼいないと考えられる。ヒューマンサービスである介護において、利用者や同僚との日本語によるコミュニケーションは不可欠なものである。日本語の習得は、外国人の介護職にとって、大きな壁となると考えられる(王・大野・木内, 2007)。

外国人介護職にとっての問題が中心となっているが、日本語でコミュニケーションをとることが困難であれば、日本人の同僚にとってもストレスを増大させる原因となる可能性がある。例えば、書き言葉は、非漢字圏出身の外国人にとって習得に大きな困難が伴う。外国人介護職が作成する介護記録や書類が不適切な文字や言葉で記載されていれば、引き継ぎの不備や書類の修正によって、他の職員の業務量や、それに伴うストレスが増大する可能性がある。加えて、先に述べたように、職場の人間関係は介護職の離職要因の上位を占めており、日本人介護職にとっても、日本語の不自由な外国人介護職の受入は、リスクを伴う可能性がある。

介護は、長期に渡り利用者の生活に密着する業務であると考えられ、文化的な差異を適切に理解することができるかは、大きな課題の一つであると考えられる。

また、現時点では外国人が相対的に少ない日本においては、利用者の側にも外国人のスタッフに対する抵抗感がある可能性についても考慮する必要があるだろう。Magnusdottir (2005)の研究では、アイスランド語を話せる看護師に交代するように、外国人看護師が患者から要求された事例も報告されている。介護職はサービス業である以上、利用者がいなければ成り立たない。一方で、利用者側への配慮を過剰に行えば、人種差別などにもつながりかねない。いかにして、利用者介護職が双方に理解しあえる環境を調べていくかという課題がある。

第4章について

外国人技能実習制度については、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室(2015)の2015年2月時点の報告によれば、日本語能力として、日本語能力試験でのN3(日常的に使われる日本語をある程度理解することができる)程度を基本としつつ、入国時(1年目)は、N4(基本的な日本語を理解することができる)を要件とすることが想定されている。

業務のために適切な日本語能力を習得してゆくことは、当然ながら必要なことである。しかし、これまでに概観してきたように、外国から来日する介護職は、介護職という職業に関するストレス等の問題と、日本語や日本の文化への対応という、二重の壁を乗り越える必要がある。

介護職の業務は非常に多岐にわたる。それが、介護職の役割や専門性を曖昧にし、役割ストレス等を増大させている可能性もあるが、一方で、職務内容の多様性は、日本語を多く必要とする業務とそうでない業務の存在につながる。業務分担を見直し、日本語の習熟度が不十分な状態でも、問題なくできる業務とそうでない業務を見直し、より効果的な分業のありかたを明らかにすることが必要であると考えられる。

ベトナムにおいては、「社会福祉」という概念が定められておらず、「社会救助」という概念をもって社会問題への対策を行おうとしている(黒田, 2003)という実情もあり、介護の専門性の確立は未だ不十分であることが指摘されている(後藤・赤塚・生田目, 2012)。つまり、介護職の地位や制度が社会的に十分確立していないと考えられる。

ベトナムは、今後、急速に高齢化が進むと推計されていることから(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013)、制度や施設も充実されることが期待されているが、現状では一般に、介護サービスが普及していないと考えられる。そのような状況では、いかに日本において高度な介護技術を実習生が身につけても、帰国後にそれを発揮する場所が限られることとなる。実習生を送り出す国における介護サービスや介護職の資格や制度の充実が望まれる。また、サービスが充実しても、家族で介護を行おうとする習慣が根強い国では、介護サービスを利用しようとする人が少ない可能性も考えられる。介護サービスの利用意思の現状や、促進方法についても、研究が充実することが期待される。

第5章について

若年者の介護に関する意識

将来的に介護を担う可能性のある現在の日本の若年者は、介護に対してどのような意識、知識を持っているだろうか。そこで、将来的に介護者となる可能性がある若年者の介護に関する知識や意識を調査することで、今後日本の介護サービスのあり方や人材育成の方向について、貴重な資料が得られると考えられる。

介護サービス利用希望の関連要因

本章では、介護サービス利用希望とその関連要因を検討した。

第一に、若年者の介護に関する知識について、これまでの研究では、明らかにされておらず、実態を把握する必要がある。そこで、本章では若年者の持つ介護に関する知識を調査した。第二に、唐沢(2001, 2006)は、介護サービス利用をためらわせる要因の一つとして「家族介護意識(家族の介護は家族の手によって行われるべきとする意識)」を挙げている。第三に、若年者が「自らの手で介護できるだろう」と感じていれば、介護サービスの利用希望は低いと考えられる。そこで、本章では、回答者自身が介護者になった場合を想定し、自身の手で介護できる自信と介護サービス利用希望との関連を検討することとした。

本章では、介護に関する知識、家族介護意識、介護者となる自信と介護サービス利用希望との関連を検討することを目的とした。

東京・大阪に在住の若年者(20歳～39歳)の男女を対象とし、介護に関する知識、介護者となる自信、家族介護意識における介護サービス利用希望との関連について調査を実施した。

介護知識と介護者になる自信の関連

介護に関する知識が多いほど、介護者となる自信が高いのかを検証するため、「知識」「自信(事前)」得点について、相関係数を算出し、無相関検定を行った。その結果、相関係数は有意であった($r=.150, p=.002$)。

相関係数自体はさほど大きくないものの、介護に関する知識を多く有するほど、介護者となる自信が高い傾向が見られた。介護知識が多い、介護者となる自信が強い、家族介護意識が高い時には、介護サービス利用希望が高まるという結果が得られた。

本章の結果を踏まえると、若年者の介護知識を増やすことだけに留まらず、どのようにすれば若年者の介護に対する自信が高め、最終的に在宅での介護事例を増やすことができるかということを検討していく必要がある。

第6章について

前章では日本人若年者の介護意識について調査を行なった。本章では、日本人若年者とベトナム人若年者の介護サービス利用に関する意識についての比較を行った。対象は、日本、ベトナムとも比較的若い世代(20歳代、30歳代)とした。

ベトナムの社会では、小椋ほか(2007)の報告によれば、「子どもが親を見るのは当然、年寄りも大切に当然」とされ、2009年に制定された高齢者法では、原則として高齢者の扶養は子、孫などの親族が行うことが義務づけられている。現時点ではベトナムにおいていわゆる「介護サービス」は普及しておらず、ベトナムの人々に介護サービスの利用希望を尋ねても回答できない可能性がある。そこで、ベトナム人に対しては、家族介護意識、介護に関する知識、介護を行う自信についてのみ尋ね、現状を把握するための資料とすることを目的とした。

日本人とベトナム人の得点を比較した結果、日本人よりもベトナムの方が、家族介護意識が強く、介護をする自信を強く持ち、介護に関する知識を持っていると感じていた。

一方で、小椋ほか(2007)などが指摘したように、現時点でのベトナムでは、家族の世話は家族が行うのが当然であるという意識が強いと考えられる。今回の研究対象者は、比較的若い世代であったが、日本と比べると、依然として家族介護意識強いことが明らかとなった。

また、介護をする自信についてもベトナム人回答者の得点が日本人回答者より高く、本章の調査結果では、ベトナム人は日本人よりも、介護について自信を持っていた。現在のベトナム社会では、日本よりも家族による介護の事例を見聞きする機会が多いと推察される。そのため、得点が高かったのではないかと。近年の日本では、核家族化が進んでいることから、若い世代において家族介護意識が低まることに繋がっている可能性も考えられる。また、祖父母との同居の減少は、介護を身近に感じにくい一つの要因とも考えられる。

知識保有感の得点も、日本人よりベトナムの方が高かった。日本よりもベトナムにおいて、介護職は専門性が確立していないという指摘や、日本人よりも介護をする自信の得点が高かったことを考慮すると、ベトナムの人々にとって、介護は必ずしも専門的なものと捉えられておらず、知識保有感が高めに評価された可能性が考えられる。日本人における介護サービス利用希望に他の変数が及ぼす影響をベトナム人に当てはめると、仮に介護サービスが利用できる状況であったとしても、現状でのベトナム人の若者における介護サービス利用希望は低いのではないかと推察される。

第7章について

外国人介護職者が同僚や利用者とうまくコミュニケーションが取れない中で、日本人と同等の業務を求められることは、外国人介護職、日本の介護職の双方にとって負担となり介護職からの離職等につながる可能性がある。

そこで、その問題を低減する一案として日本語が流暢でない段階における外国人介護職の分業を実施し、その実現可能性について検討する必要があると推察される。本章では、その前段階として、日本人介護職の外国人介護職に対する意識を調査し、日本人介護職が、どのような業務であれば外国人に任せても良いと考えているかを明らかにすることを目的とした。

調査参加者は、職業を「介護福祉士またはホームヘルパー（介護職員初任者研修）」として登録している者が対象となり、調査会社を通じて回答募集メールが送付され、それに応じた者が参加者となった。最終的に211名から回答が得られた。

日本人介護職が外国人介護職と協働することに関する意識について、その平均値は、5点満点中3.16から3.23であった。日本人介護職は、少なくとも本章で分析の対象とした3つの国の人に対して、全体として否定的な印象を持っているわけではないと考えられる。

これらの結果は、日本人介護職が、外国人と共に働くことに抵抗を持つ人が多くはないということを示唆している。外国人介護職の受け入れについて肯定的な結果であったといえるのではないだろうか。本章の結果から、外国人に任せてもよいと判断されやすい業務が明らかになった。特に、項目によっては、70%を超える数値が得られたこともあり、業務分担を行うことが、外国人との協働への第一歩となる可能性が示唆されたと考えられる。項目の中でも、選択された割合は、「ベッドメイキング」が最も割合が大きく、次いで「食

事介助」「排泄介助」「清潔介助」が大きかった。これらは、「記録」や「利用者への説明」と比して、「外国人介護職に任せてもよい」と判断された割合が大きかった。特に「ベッドメイキング」は選択された割合が90%と、特に高かった。対象とした3ヶ国の外国人同僚について、共通して親しみやすく誠実という印象を持たれることが、協働することへの良い評定と関連していた。技術や言語能力は確かに基本として必要な能力であるだろう。

一方で、同僚として共に勤務するには、根底として人間性のよさが協働を受け入れる意欲へと繋がることも考えられる。

外国人が日本の介護現場で就業するためには、日本語を習得してもらうことは必須であるが、完全な日本語習得に固執すれば、逆に職場への定着を妨げる可能性もある。実際に、日本人介護職が外国人に任せてもよいと判断された割合が大きい業務はベッドメイキングをはじめとして存在していた。まずは、そのような業務を優先的に教育し、定着を促すことができる可能性が示唆された。

今後は、適切な業務分担と分業から全ての業務を任せられるになるまでの過程や、業務以外の場面についての外国人の心理的負担感を低減させる研修等について研究を進める必要があるだろう。

第8章について

本章では、外国人の介護職スタッフによる介護についての利用者の家族の意識を明らかにすることを目的とする。

調査参加者は、インターネット調査会社に依頼し、同社に登録しているアンケートモニターから募集した。本調査以前に、「同居している身内に介護が必要な人がいる」として期間内に200名(20~79歳、平均年齢51.9歳、中央値53歳)からの回答を得た。

項目別に利用に関する意識を比較したところ、「買い物」「料理」が他の項目と比較して、外国人介護職によるサービスを許容することについて否定的に判断されていた。また、この2項目だけが今回調査した項目のうち、中立的な態度を反映していると思われる、理論的中央値を下回っていた。まず、「買い物」については、金銭的なやり取りが発生することがその一要因として考えられる。これは外国人介護職に限ったことではないが、他者に金銭の支払いを代行してもらうことへの不安が、利用許容度の低さにつながっている可能性が考えられる。

一方、「料理」については、献立や味付けが利用者にとって合うものであるかどうかについての不安が、サービス利用許容の低さにつながっている可能性がある。外国人介護職が日本の食文化や風習について十分理解していないと捉えられており、サービス利用許容度が低かった可能性が考えられる。

外国人介護職によるサービス提供に対して否定的な理由について、本章の参加者において、その理由として最も多かったのは、言葉・文化・風習の違いへの不安であり、半数以上の参加者が回答していた。容易に予想できることではあるが、外国人介護職への不安の多くは、コミュニケーションが適切に取れるだけでなく、日本に独特の文化や風習、あるいは日本語の中でも擬音語・擬態語の理解がなされるかどうかに関与していると考えられる。

本章の結果から、「買い物」「料理」といった項目が、外国人介護職によるサービスとして受け入れられにくいことが示唆された。自由記述による回答を踏まえても、利用者の

家族は、外国人介護職に対して、単に日本語がわかるだけでなく、細かいニュアンスを理解できることを求めていることが推察される。

第9章について

医療・介護の労働人口減少から鑑みても、業務は限定されたとしても、外国人に依頼する場面が増える可能性は否定できないといえるのではないだろうか。医療・介護分野は、専門職との協働が欠かせず、外国人労働者の受け入れには、病院や介護施設における労働において医療専門職である同僚や患者とのコミュニケーションが必要となる。そして、コミュニケーションの問題は外国人のスタッフを受け入れるための障害となる可能性があるとして指摘されている(日本介護福祉士会, 2015)。松尾等(2015)によると、他者への共感能力が医療コミュニケーションにおいて重要な要素であり、自己と他者の関係性から育まれるとされる。この知見から、医療従事者には共感能力が重要であると推察される。これらにより、医療・介護分野における外国人スタッフの定着には、共感力が日本人と同様、もしくはチームワークが取れるレベルにあることが重要ではないかと仮定した。そこで、まず日本人及び、外国人スタッフの共感力を測定することとした。

Wooley et al. (2010)の研究において社会的感受性は、「まなざしから心を読むテスト」(Reading the Minds in the Eyes test; 以下 RME とする)によって測定された。RME は、Baron-Cohen ら(Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, & Robertson, 1997; Baron-Cohen Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001)によって開発され、人間の目の周囲の写真を見て、その人の感情を示す単語を選択肢から選ぶテストである。

結果、アジア版 RME の得点は、日本人の研究参加者に比べて、ベトナム人、ネパール人が低かった。本章の実験結果を解釈すると、ベトナム人やネパール人のスタッフは、日本人のスタッフに比べて、日本人の感情を表情から推測しづらい可能性がある。そのことが業務を円滑に遂行するための妨げになるかもしれない。まなざしから心を読み取る能力の高さが日本人の特徴であるとするならば、表情をみて、相手の感情を察するというコミュニケーション能力は、日本人と協働する外国人にとって必要となる能力であると考えられる。特に医療・介護サービスの職域では医療従事者との連携において迅速性も重視されるが、患者とは言葉によるコミュニケーションが出来るとは限らない。時に会話が出来ない状況下において、対応を迫られることも多い。その時に、相手の目を見て感情を読み取るということは、いわば医療・介護分野においては他分野よりも必須な能力と言える可能性が高いのではないだろうか。

第10章について

本章では、西村ほか(2015)による共感性を高める教育的介入プログラムを基本とし、改めて「医療・介護における共感力向上研修」のプログラム開発を実施することとした。

医療・介護サービスにおける外国人スタッフは、現場で働く看護師に比べて、表情から感情を読み取るのが苦手な可能性がある。チームパフォーマンス向上、及び患者や利用者との円滑なコミュニケーションを促進する観点から、医療・介護における共感力向上研修を外国人向けに実施することによって、共感性(社会的感受性)を伸ばすことを試みる価値があると推察し、本研修構築の目的とした。

研修参加者には、研修前後にアジア版RMEの36問及び共感性尺度25問に回答してもらった。共感性尺度は、西村ほか（2015）が共感性を高める教育的介入プログラムで用いた尺度と同様とした。

アジア版 RME は Pre 正答率の平均値は 0.6132（61.3%）、Post 正答率の平均値は 0.6439（64.4%）で Post が Pre を上回り正答率は有意差があるといえる。研修の結果がアジア版 RME に関しては効果的であったといえる。

共感性尺度に関しては、全体の結果が ($t(64)=2.63$) となり、Post が Pre を上回り有意に高いといえる。これにより研修全体として、効果があったといえる。一方で 1 因子である「同情」では Pre が Post を上回ったため有意ではない（同情 $t(64)=1.80$ ）という結果が出たというのも事実であり、研修内容の見直しは必要であるという結果となった。

今回は、アジア版 RME の得点だけの調査だけで共感力を測定するのではなく、共感力尺度も用いたことで、研修の効果や課題が表出された。共感性尺度においては結果として全ての項目で研修効果が得られた訳ではないが、一定の効果を実証することはできたといえる。今後、外国人スタッフとの協働が増えることを考慮すると、医療や介護知識習得、また日本語能力の向上だけにとらわれることなく、日本の文化、仕事に対する姿勢、チームワークなどを正しく理解してもらう必要性が推察される。その中で、まだ不十分ではあるが、外国人の共感力がトレーニングによって向上する可能性があるという結果は、日本の医療・介護における外国人スタッフとの協働の可能性を一步進めることができたのではないだろうか。一方で、制度や移民政策と大きく関係する外国人労働者の問題は、医療・介護分野のみだけでなく、日本国全体の問題となるため、容易に解決されることではないことも考慮する必要がある。ただ、日本における少子高齢化、2025 年の超高齢化社会は現実として避けて通ることはできない。その中で、日本がどのように労働力を確保し、共存、協働していくことができるのか、早急に解決させなければならない時期に来ているのではないだろうか。

第2節 本論文の総合的考察

日本の医療・介護人材不足は深刻である。高齢化に伴い、若年者が自分の両親を介護しながら自らの家族を養う。また介護サービスを維持するために介護保険を支払い、介護負担は実親のみではなく、社会全体の高齢者を支えることになる。コスト面だけで考えてもかなり負担が強くなる近い将来において、頼みたい時に人材不足から医療・介護サービスが頼めないという状況が何を引き起こすだろうか。著者は、医療現場における人材不足を実際の医療現場で体験し、人材不足から医療事故を引き起こす負のサイクルも目の当たりにしてきた。こうした状況の中で、危険が近づいていることを広報するだけではなく、微力であったとしても、解決策の一助となる方法を模索する必要があると実感している。まず、医療・介護分野において外国人労働者が勤務する土壌があまりできていないことが本研究からもわかる。経済連携協定（EPA）で日本に来たフィリピン・インドネシア・ベトナムの看護師および介護士は定着率の低さから見ても、成功したとはいえない。今後も同様な制度のままであれば、日本はいつまでも外国人に選ばれる国にはならないと推察する。

そこで、業務の分業化、および資格がなくてもできる業務だとしても、日本人と協働するために必要なスキルを学ぶことが解決策の一步となるのではないかと考えた。日本人に

は外国人に頼みたい業務とそうではない業務がある。現状では、看護師および介護士として日本人と同様の業務を実施してもらうことを前提に受け入れ対策を取っているため、成功できない。故に、現状の仕組みや制度を見直すことも考慮するために、代替案としての分業化と協働のスキル、今回は共感力を向上することで日本人との共感力レベルを近くすることで、非言語コミュニケーションを通じて、伝えるから感じることで協働を一步前進させることはできないかと考えた。研修内容は今後も結果が明確に出ていない部分に関しては再構築する必要性はあるが、少なくとも外国人向けの研修により、共感力向上の結果を得ることができたといえる。

第3節 今後の課題

第9章で実施した共感力向上を目指した研修に関する実験的研究では、参加者に対してのフォローアップ調査が行われていない。今後、日本で実際に勤務を行った結果など、フォローアップ調査を行なうことが望まれる。

日本の医療・介護分野で外国人スタッフが円滑に働けることを実現するためには、日本語でのコミュニケーション、すなわち日本語力を高めることは必須である。一方で、現状の経済連携協定（EPA）における看護師、介護士受け入れの枠組や、介護分野における技能実習生制度の導入の枠組みは、現状、外国人から日本を選んでもらうという視点は感じられず、未だに、日本の受け入れ側のみが外国人を選別し、高いコミュニケーションができて当然だといわんばかりのルールとなっている。

医療・介護従事者は特殊な用語を使用する。床ずれを「褥瘡」と呼び、褥瘡予防のために行う体位交換のことを「体交」という。看護記録、介護記録において特に変化がない場合は「特変なし」「著変なし」など極めて複雑な言い回しが多いことも事実である。

また、医療において、疾患名の記載は英語表記でも日本語表記でも患者記録を記載する医師の判断に委ねられる。複雑な疾患名「大腿骨頸部骨折」による「人工骨頭置換術」と漢字で記載されている場合もあれば、人工骨頭置換術を「BHA」(Bipolar Hip Arthroplasty)と略語で記載することもある。このような複雑化した医療・介護用語を日本人であっても理解することは難しい。そうした中で外国人スタッフを受け入れるための医療・介護用語の統一など、整備すべき問題は山積しているといえる。

現在、先進国において医療・介護の労働者不足は深刻になっており、現状では、アメリカでも、オーストラリアでも優秀な医療・介護スタッフを世界中から確保するため、外国人向けのプログラムも手厚く準備されている。この状況の中で、日本がいつまでも「選ぶ」という姿勢を崩さずにいれば、どのような結果を招くのかは、容易に想像ができ、真剣に医療・介護分野における外国人労働者との協働を、仕組みから改めて検討すべき時期なのではないかと考える。

一方で、日本は、あらゆる分野同様にITや様々なテクノロジーを使い、独自の解決策をとる道も残されていることは否定できない。医療・介護分野において、ロボットや、テクノロジーで解決できる業務も増えてくる可能性は高い。ただ、その場合においても、2025年問題ともされる、超高齢化社会に突入している日本において、医療・介護分野における人材不足は深刻であり、かつ残されている時間はあまりない。最後まで人が必要な業務とは何かを考え、テクノロジーと人が融合し、人材不足が解消されるという段階に至るまでは、やはり世界中の人の力を借り、安全な医療・介護を提供していく必要があるのではないだろうか。

文献

- Adams, R. B. Jr., Rule, N. O., Franklin, R. G. Jr., Wang, E., Stevenson, M. T., Yoshikawa, S., Nomura, M., Sato, W., Kveraga, K., & Ambady, N. (2010). Cross-cultural reading the mind in the eyes: an fMRI investigation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 97-108.
- 赤塚俊治 (2010). ベトナムの世代間における家族意識に関する研究—都市部と農村部の調査に基づく考察—東北福祉大学研究紀要, 34, 121-138.
- 赤塚俊治 (2015). ベトナムにおける社会福祉の課題と展望に関する一考察—高齢者のソーシャル・サポート研究を通して—東北福祉大学研究紀要, 39, 1-18.
- 安 瓊伊 (2014). 介護福祉士の専門性の構成要素の抽出—介護福祉士養成施設の介護教員の自由記述の内容分析に基づいて—老年社会科学, 35, 419-428.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 813-822.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-251.
- Black, J., & Barnes, J. L. (2015). Fiction and social cognition: The effect of viewing award-winning television dramas on theory of mind. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 9, 423-429.
- 遠藤織枝 (2012). 介護現場のことばのわかりにくさ—外国人介護従事者にとってのことばの問題—介護福祉学, 19, 94-10.
- 王 麗華・大野絢子・木内妙子 (2007). 日本における外国人看護師の保健医療活動への適応実態—医療現場という視点から—群馬パース大学紀要, 4, 465-472
- 葉山大地・植村みゆき・萩原俊彦・大内晶子・及川千都子・鈴木高志・倉住友恵・櫻井茂男 (2008). 共感性プロセス尺度作成の試み—筑波大学心理学研究, 36, 39-48.
- 外国人介護人材の受け入れの在り方に関する検討会 (2015). 「技能実習制度の見直しに関する法務省・厚生労働省合同有識者懇談会」報告書 厚生労働省 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11801000-Shokugyounouryokukaihatsukyoku-Soumuka/0000073218.pdf> (2016年3月14日)
- 外務省 (2017). 各国地域情勢, アジア, ベトナム社会主義共和国, 基礎データ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html> (2017年4月13日)
- 外務省 (2017). 経済上の国益の確保・増進 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/fta/> (2017年10月12日)
- 後藤美恵子 (2010). ベトナム高齢者福祉施設における介護職員の援助意識の構造—東北福祉大学研究紀要, 34, 103-120.
- 後藤美恵子 (2011). ベトナム高齢者福祉施設における介護職員の職務意識の構造と要因分析—社会背景から捉えた高齢者対策としての専門教育の展望—東北福祉大学研究紀要, 35, 17-154.

- 後藤美恵子 (2012). ベトナム社会の特質と社会福祉の意義—ベトナム高齢者福祉施設における介護職員の仕事満足度の構造と要因分析 東北福祉大学研究紀要, 36, 153-168.
- 後藤美恵子・赤塚俊治 (2008). ベトナム高齢者施設における利用者と介護職員との相互課題に関する研究—調査研究を踏まえた二者間の QOL と介護専門教育への示唆— 東北福祉大学研究紀要, 32, 13-40.
- 後藤美恵子・赤塚俊治・生田目学文 (2009). ベトナムの高齢者福祉施設における介護職員の実態と今後の展望—介護職員の職務意識と利用者理解についての調査に基づく人材育成への示唆— 東北福祉大学研究紀要, 33, 15-35.
- 平野美沙・湯川進太郎 (2013). マインドフルネス瞑想の怒り低減効果に関する実験的検討 心理学研究, 84, 93-102.
- 井口克郎 (2008). 介護現場の「人手不足」と若者の介護への就職意識:「介護福祉士養成施設における学生の就職意識に関する調査」結果から人間社会環境研究, 15,69-84.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Crystal Lake, IL: Delta. (J. カバットジン 春木 豊(訳) (2007). マインドフルネスストレス低減法 北大路書房)
- 介護労働安定センター (2013). 平成 24 年度介護労働実態調査結果について 介護労働安定センター <http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h24_chousa_kekka.pdf>
- 介護労働安定センター (2014). 平成 25 年度介護労働実態調査結果について 介護労働安定センター<http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h25_chousa_kekka.pdf>
- 介護労働安定センター (2015). 平成 27 年度介護労働実態調査結果について 介護労働安定センター<<http://www.mk-i-cpa.com/doc/40-houjin.pdf>>
- 唐沢かおり (2001). 高齢者介護サービス利用を妨げる家族介護者の態度要因について 社会心理学研究, 17, 22-30.
- 唐沢かおり (2006). 家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因 社会心理学研究, 22, 172-179.
- 桂 良太郎 (2004). ベトナムにおける家族の特徴と福祉 奈良大学総合研究所所報, 12, 99-109.
- 北沢拓也 (2015). 外国人実習, 5年に延長 閣議決定 介護職などにも拡大 朝日新聞 3月5日 朝刊
- コンデックス情報研究所 (2013). 介護福祉士をめざす人の本 2014年版 成美堂出版.
- 厚生労働省 (2013). 「看護師及び介護福祉士の入国及び一時的な滞在に関する日本国政府とベトナム社会主義共和国政府との間の交換公文に基づく看護及び介護分野におけるベトナム人看護師等の受入れの実施に関する指針」について 厚生労働省 ベトナム人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて 2013年6月19日 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiro-udoutaisakubu/vie_shishin_tsutatsu.pdf> (2015年4月10日)
- 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室 (2015). 外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会 中間まとめ 2015年2月4日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000073035.html> (2015年5月26日)

- 厚生労働省大臣官房国際課 (2014). 国際的な Active Aging における日本の貢献に関する検討会報告書
- 厚生労働省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム (2013). 在宅医療・介護の推進について.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf (2013.5.16).
- 厚生労働省 (2015). 「第 27 回介護福祉士国家試験における EPA 介護福祉士候補の試験結果」<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000079099.html> (2015 年 3 月 26 日)
- 厚生労働省 (2016). 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ(平成 27 年 10 月末現在)——外国人労働者数は約 91 万人。届出義務化以来、過去最高を更新—— 厚生労働省 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000110224.html> (August 8, 2016.)
- 久保真人 (2007). バーンアウト(燃え尽き症候群)—ヒューマンケア職のストレス— 日本労働研究雑誌, No.558, 54-64.
- 汲田千賀子 (2012). 常勤職員が求める非常勤職員像 —介護福祉現場の雇用の多様化をめぐる— 介護福祉学, 19, 166-173.
- 黒田 学 (2003). ベトナム社会の変貌と教育・福祉 黒田 学・向井啓二・津止正敏・藤本文朗(編). 胎動するベトナムの教育と福祉—ドイモイ政策下の障害者と家族の実態— 文理閣. pp.9-20.
- 京須希実子 (2006). 介護職の業務確立と専門的特色—A 園の介護業務に関する参与観察を通じて— 介護福祉学, 13, 264-269.
- Magnusdottir, H. (2005). Overcoming strangeness and communication barriers: A phenomenological study of becoming a nonnative nurse. *International Nursing Review*, 52, 263-269.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113.
- 松尾 篤・松村 理加・青木美紗子・麻野紗也加・小西 芹香・小林 玲子・前岡 浩・冷水 誠・大住 倫弘・森岡 周 (2015). 他者に対する共感能力は内受容感覚と自己優越感に影響されるか? 第 51 回日本理学療法学会 教育 P06
- 三木博文・長井圭子 (2015). ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性 こうえいフォーラム, No.23, 55-64.
- 水野かほる (2010). ベトナム人看護師候補者・介護福祉士候補者に対する日本語教育の課題 国際関係・比較文化研究(静岡県立大学), 9, 97-110.
- 水澤慶緒里・中澤 清 (2014). 小学校教師のバーンアウトと過剰適応傾向との関連—問題行動児にも注目して— パーソナリティ研究, 23, 60-63.
- 宮下典子・廣川佐代子・丹野かほる (2006). 外国人看護師受け入れに関する研究—看護サービス利用者のニーズから見た看護の課題— 日本看護学会論文集 看護総合, 37, 269-271.
- 森 正康・清田美鈴・佐藤晴美・杉本詠二・長谷川美音子・水野喜代志・山崎正幸(2011). 高校生の介護に関する意識の現状と課題 —愛媛県下の事例を中心として— 松山東雲短期大学研究論集, 41, 9-18.

- 森岡清美 (1993). 現代家族変動論 ミネルヴァ書房
- 諸井克英 (1999). 特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト 実験社会心理学研究, 39, 75-85.
- 永井隆雄・小野宗利 (2008). 介護職における離転職意思形成の分析 社会政策, 1, 97-114.
- 中 友美 (2008). 採用・離職・定着の視点 看護師の確保と退職させない職場づくり 看護部マネジメント, 13, 11-16.
- 中 友美 (2015). 日本人介護職の外国人との協働に関する意識——東南アジア人に対する意識の分析—— 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要, 16, 303-309.
- 中村悦子・小島さやか・岩崎保之 (2013). 外国人看護師候補者支援に関わった看護師支援者の認識—インタビューの結果から— 新潟青陵学会誌, 5, 51-60.
- 中川雅博・高橋志津子・堀越千代・長谷川 敦・いしだかおる・大正谷成晴・新木洋光・竹内三保子 (2014). 誤解だらけの介護職 もう3Kとは言わせない 週刊東洋経済 5月17日
- 中西泰子 (2009). 若者の介護意識—親子関係とジェンダー不均衡— 勁草書房
- 内閣府 (2014). 平成 26 年版 高齢社会白書. 内閣府.
- 内閣府(編) (2015). 高齢社会白書 平成 27 年版 日経印刷
- 日本学生支援機構 (2013). 平成 25 年度私費外国人留学生生活実態調査 日本学生支援機構 Retrieved from http://www.jasso.go.jp/about/statistics/ryuj_chosa/_icsFiles/afieldfile/2015/10/13/ryujchosa25p00.pdf (August 8, 2016.)
- 日本介護福祉士会 (2015). 「外国人介護材受入れの在り方に関する検討会中間まとめ」に対する見解 日本介護福祉士会 要望書・提言書等 2015 年 2 月 12 日 < <http://www.jaccw.or.jp/pdf/yoboshoteigensho/20150212kenkai.pdf> > (2015 年 6 月 30 日)
- 日本経済新聞 (2015). 労働力、介護にも拡大、外国人実習 5 年に延長、法案を閣議決定、人手不足の解決難しく 3 月 7 日 朝刊
- 西村多久磨・村上達也・櫻井茂男 (2015). 共感性を高める教育的介入プログラム——介護福祉系の専門学校生を対象とした効果検証—— 教育心理学研究, 63, 453-466.
- 柗崎京子・中村裕子 (2014). 介護福祉士養成における医療的ケアの教育に関する基礎的研究 —教員の医療的ケアの認識に対する質的分析から— 介護福祉学, 21, 35-46.
- 小木曾加奈子・阿部隆春・安藤邑恵・平澤泰子 (2010). 介護老人保健施設におけるケアスタッフの仕事全体の満足度・転職・離職の要因—職務における 9 つの領域別満足度との関連を中心に— 社会福祉学, 51, 103-117.
- 小椋芳子・藤本文朗・小田 史・田中智子 (2007). ベトナムにおける高齢者介護を探る 創発(大阪健康福祉短期大学紀要), 5, 71-77.
- 大宮 卓・小野智子・菅原正和 (2012). 茶道の SWB(Subjective Well-Being)に与える心理学的影響の分析 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 11, 99-109.
- 大和三重 (2010). 介護労働者の職務満足度が就業継続意向に与える影響 介護福祉学, 17, 16-23.

- 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.
- 清水裕士 (2016). フリーの統計分析ソフト HAD: 機能の紹介と統計学習・教育、研究実践における利用方法の提案 メディア・情報・コミュニケーション研究, 1, 59-73
- 三枝令子 (2012). 介護福祉士国家試験の日本語 —外国人介護従事者にとってのことばの問題— 介護福祉学, 19, 26-33.
- 櫻井茂男・葉山大地・鈴木高志・倉住友恵・萩原俊彦・鈴木みゆき・大内晶子・及川千都子 (2011). 他者のポジティブ感情への共感的感情反応と向社会的行動、攻撃行動との関係 心理学研究, 82, 123-131.
- 鈴木有美・木野和代 (2008). 多次元共感性尺度 (MES) の作成 —自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて— 教育心理学, 56, 487-497.
- 佐藤典子 (2015). 2025年問題と看護師の過労・離職の現状—ジェンダー化された職業に関する一考察— 千葉経済論叢, 52, 1-23.
- 佐藤ゆかり・澁谷久美・中嶋和夫・香川幸次郎 (2003). 介護福祉士における離職意向と役割ストレスに関する検討 社会福祉学, 44, 67-78.
- 佐藤 由利子 (2016). ベトナム人、ネパール人留学生の特徴と増加の背景——リクルートと受入れにあたっての留意点—— ウェブマガジン『留学交流』, 63, 12-23.
- 竹内美佐子 (2011). 外国人看護師に対する患者、家族の意識調査 看護展望, 36, 759-765.
- 田村智恵子 (2003). 学校・福祉施設の実情 黒田 学・向井啓二・津止正敏・藤本文朗(編). 胎動するベトナムの教育と福祉—ドイモイ政策下の障害者と家族の実態— 文理閣. pp. 40-54.
- 田中由紀子・住居広士・鈴木真理子・島津 淳・小林一郎(監修) (2013). MINERVA 福祉資格テキスト介護職員初任者研修 ミネルヴァ書房
- 谷口敏代・原野かおり・桐野匡史・藤井保人 (2010). 介護職の仕事継続動機と関連要因 介護福祉学, 17, 53-65.
- Tan, L. B., Lo, B. C., & Macrae, C. N. (2014). Brief mindfulness meditation improves mental state attribution and empathizing. PLoS One, 9(10), e110510.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*. United Nations: New York.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision CD-ROM Edition*. United Nations: New York.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections*.
- 宇良千秋 (1998). 老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響 老年社会科学, 20, 143-151.
- 渡辺 匠・唐沢かおり・大高瑞郁 (2011). 家族介護と公的介護に対する選好度の規定要因および関係性について 実験社会心理学研究, 51, 11-20.
- Woolley, A. W., Chabris, C. F., Pentland, A., Hashmi, N., & Malone, T. W. (2010). Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *Science*, 330, 686-688.

World Health Organization (2013). *Global health observatory data repository: Mortality and global health estimates*. World Health Organization.

< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf > (June 09, 2014).

Xu, Y., Shen, J., & Bolstad, A. L. (2010). Evaluation of an intervention on socio-cultural communication skills of international nurses. *Nursing Economics*, 28, 386-393.

Yi, M., & Jezewski, M.A. (2000). Korean nurses' adjustment to hospitals in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 721-729.

読売新聞 (2014). 社説 外国人労働者 活用策を幅広く議論する時だ 4月12日 朝刊

読売新聞 (2015). 在留資格に「介護」創設外国人材待遇に課題 2月3日 朝刊

読売新聞 (2016). 外国人介護福祉士 働く場拡大を検討 厚労省 2月20日 朝刊

利益相反について

本稿において、開示すべき COI として特筆すべき内容は、筆者が、A-LINE 株式会社という「誰もが参加できる医療」を目指した MEDICAL CARE TECH COMPANY の代表取締役であるということである。

謝辞

学位論文を提出するにあたり、多くの皆様よりご指導とご助言をいただきました。本稿は筆者が日本大学大学院総合社会情報研究科総合社会情報専攻に在籍中の研究成果をまとめたものである。同専攻教授 田中 堅一郎先生には指導教員として本研究実施の機会を与えて戴き、その遂行にあたり終始、ご指導を戴きました。入学当初から、ゼミや合宿を通じて、分析手法、論文作成における注意点など、筆者が苦手としていた内容も、早々に推薦書をご紹介いただき、研究を進める上で必要な知識の習得にも熱心にご指導を賜りました。とくに、筆者が在学中にベトナムへ転勤となり、定期的なゼミの定例会等に参加できなくなってからも、インターネットを使用したビデオ通話によるミーティングを開催していただき、常に筆者の環境に合わせたご指導をしていただきました。ここに深謝の意を表します。同専攻教授 階戸 照雄先生には副査としてご助言を戴くと共に、本稿の細部に渡りご指導をいただきました。同専攻前教授 松岡 直美 先生には、本稿における社会的意義、調査、確認機関のアドバイスなどをいただき、研究の進め方など丁寧にご指導を戴きました。アジア版RMEは、京都大学 吉川左紀子教授、関西看護医療大学 野村光江特任助教よりご提供いただきました。ここに深謝の意を表します。最後に、調査、研修に協力してくださった全ての方々にお礼を申し上げます。皆様ありがとうございました。

付録

付録1 日本人若年者に対する介護サービス利用度 アンケートスタート web 画面（第5章）

介護に関するアンケート

アンケートにアクセスしていただき、ありがとうございます。

このアンケートは、現在東京都、大阪府にお住いの20-39歳の方に依頼しております。
また、アンケート内で、あなたのご家族についての、介護へのお考えをお伺いする場合があります。
現在介護をされている方には、ご回答が難しい箇所もございますが、その場合は、介護をされる前のことを想定してお答えください。

条件をご確認の上、アンケートにお進みください。

ご協力いただける場合は「開始」ボタンを押し、回答を開始してください。

0

※ このアンケートは、前のページに戻ることができません。ブラウザの「戻る」ボタンは使用しないでください。

付録2 日本人若年者に対する介護サービス利用度 アンケート：Q6 web 画面（第5章）

Q6 あなたご自身、または配偶者の**ご両親に介護が必要となった場合**、介護についての夫婦間の意思決定（介護サービスの利用をするかどうか、など）は、最終的にどちらがすると想定されますか。
現在のあなたのお気持ちに近いものをお答えください。

（回答は1つ）

※現在、未婚または離別・死別の方は、将来的に結婚したと仮定してお答えください。

1 / 2

あなたご自身のご両親の場合

あなた自身

配偶者

次を表示

次のページ

0%  100%

付録3 ベトナム人若年者に対する介護サービス利用度アンケート冒頭

ベトナム語	
Q1 Giới tính của bạn (Chỉ chọn 1 đáp án). Đầu tiên, cho phép chúng tôi hỏi về bản thân bạn	
Nam	
Nữ	
Q2 Bạn bao nhiêu tuổi (Hãy nhập đáp án bằng số)	
Q3 Hiện nay bạn đã kết hôn chưa (Chọn 1 đáp án)	
Đã kết hôn	
Chưa kết hôn	
Đã ly dị/ Chồng (vợ) mất	
Q4 Bạn có ý định kết hôn không? Hãy chọn câu trả lời gần với tâm trạng của mình nhất (chỉ chọn 1 đáp án) Danh cho những người có câu trả lời "Chưa kết hôn" và "Đã ly dị/ Chồng (vợ) mất" ở trên	
Muốn kết hôn	
Không muốn kết hôn	
Tôi đã kết hôn	
Q5 Sức khỏe cha mẹ bạn hiện nay có tốt không?/Sức khỏe cha mẹ của người phối ngẫu (vợ/chồng) mà bạn đang nuôi dưỡng hiện nay có tốt không?	
Cha mẹ của bạn	
Cả cha và mẹ đều khỏe	
Cha hoặc Mẹ không được khỏe	
Cả cha và mẹ đều không khỏe	
Cha mẹ của người phụ thuộc	
Cả cha và mẹ đều khỏe	
Cha hoặc Mẹ không được khỏe	
Cả cha và mẹ đều không khỏe	
Tôi không có người phụ thuộc	
Q6 Trường hợp cha mẹ của người phối ngẫu (vợ/chồng) cần phải được chăm sóc, vợ chồng bạn phải đưa ra quyết định lựa chọn (như có sử dụng dịch vụ chăm sóc người già hay không?), hãy chọn câu trả lời gần với quyết định của bạn nhất (chỉ chọn 1 đáp án) ※Những người "Chưa kết hôn" và "Đã ly dị/ Chồng (vợ) mất", hãy thử tưởng tượng cuộc sống gia đình trong tương lai và đưa ra câu trả lời.	
Trường hợp là cha mẹ của bạn	
Bạn	
Người phụ thuộc	
Trường hợp là cha mẹ của người phụ thuộc	
Bạn	
Người phụ thuộc	
Tôi không có ý định kết hôn	
Q7 Nếu cha mẹ của bạn cần chăm sóc, bạn có sử dụng "Dịch vụ chăm sóc tại nhà, hoặc đến các trung tâm dưỡng lão" không? Hãy chọn câu trả lời gần với quyết định của bạn nhất (chỉ chọn 1 đáp án) ※Trường hợp cha mẹ của bạn khỏe, hãy đối lại là cha mẹ của người phối ngẫu (vợ/ chồng)	
Hoàn toàn không muốn sử dụng	
Không muốn sử dụng nhiều lắm	
Không thể nói rõ muốn cái nào	
Muốn sử dụng 1 chút thôi	
Rất muốn sử dụng	
Không có cha mẹ (bao gồm luôn cha mẹ nuôi)	

付録4 日本人介護職に対する アンケートスタート web 画面 (第7章)

介護に関するアンケート

アンケートにアクセスしていただき、ありがとうございます。

このアンケートは、以前のアンケートで、
現在の職業が、
「介護福祉士 または ホームヘルパー (介護職員初任者研修)」
とお答えの方に依頼しております。
条件をご確認の上、アンケートページにお進みください。

ご協力いただける場合は「開始」ボタンを押し、回答を開始してください。

開始

付録5 日本人介護職に対する アンケート Q17 web 画面 (第7章)

Q17	1) あなたご自身が職場で携わっている業務 2) 外国人労働者に任せても良いと思う業務<※あなたが実際に行っているかには関わらずお答えください。> について、それぞれ当てはまるものをお答えください。
-----	---

(回答はいくつでも)

1/2

1) あなたご自身が職場で携わっている業務

ベッドメイキング

排泄介助

食事介助

清潔介助 (入浴・清拭など)

コミュニケーション (利用者とゲームをするなど)

記録

体位変換

家族・利用者への説明

付録 6 同居家族に介護者がいる日本人に対する アンケートスタート web 画面 (第 8 章)

介護に関するアンケート

アンケートにアクセスしていただき、ありがとうございます。

このアンケートは、以前のアンケートで、
「同居している身内に介護が必要な人がいる」
とお答えの方に依頼しております。
条件をご確認の上、アンケートページにお進
みください。

ご協力いただける場合は「開始」ボタンを押し、回答を開始してください。

開始

付録 7 同居家族に介護者がいる日本人に対する アンケート Q12 web 画面 (第 8 章)

Q12 介護サービス職員が外国人で、かつ介護負担額が日本人職員によるサービスの場合と変わらない場合、以下のサービスを利用しても良いと思いますか。
それぞれお気持ちにあてはまるものをお答えください。

(回答は1つ)

1/8

買い物

まったく
利用したくない

あまり
利用したくない

どちらとも
いえない

やや
利用したい

とても
利用したい

戻る

次のページ

付録 8 アジア版 Reading the Minds in the Eyes test (RME)

1

うきうきしている
Playful
vừa làm vừa vui đùa, thiếu nghiêm túc

いたわっている
Comforting
an ủi, vỗ về



いらだっている
Irritated
tức tối, bực tức

うんざりしている
Bored
chán

2

怖がっている
Terrified
kinh hãi, khiếp sợ

動転している
Upset
khó chịu, lo lắng, bối rối



威張っている
Arrogant
kiêu ngạo, ngạo mạn

不愉快に思っている
Annoyed
khó chịu, bực mình

3

ふざけている
Joking
trêu đùa

動揺している
Flustered
lo lắng, bối rối



欲している
Desire
mong muốn, khao khát

確信している
Convinced
tin chắc, chắc chắn

4

ふざけている
Joking
trêu đùa

主張している
Insisting
khẳng định, chắc chắn



面白がっている
Amused
thích thú, vui vẻ

リラックスしている
Relaxed
làm bớt căng thẳng, thư giãn

5

いらだっている
Irritated
tức tối, bực tức,

皮肉な気分である
Sarcastic
chế nhạo, mỉa ma



心配している
Worried
lo lắng

親しげな気持ちを抱いている
Friendly
thân thiện

6

ぎょっとしている
Aghast
ngạc nhiên, kinh ngạc

空想にふけている
Fantasizing
tưởng tượng



じりじりしている
Impatient
thiếu kiên nhẫn, sốt ruột

警戒している
Alarmed
hốt hoảng, kinh ngạc

7

すまながっている
Apologetic
cảm thấy có lỗi

親しげな気持ちを抱いている
Friendly
thân thiện



落ち着かない気持ちでいる
Uneasy
băn khoăn, lo lắng

元気をなくしている
Dispirited
mất tinh thần, chán nản

8

気落ちしている
Despondent
nản lòng, hụt chí

ほっとしている
Relieved
nhẹ nhõm



恥ずかしがっている
Shy
xấu hổ

興奮している
Excited
thú vị

9

不愉快に思っている
Annoyed
bực mình, bị phiền hà

敵意を抱いている
Hostile
căm ghét, chống đối



ぞっとしている
Horrorified
kinh hoàng, kinh hãi

気を取られている
Preoccupied
bận tâm, lo lắng

10

用心している
Cautious
thận trọng, cẩn thận

主張している
Insisting
khẳng định, chắc chắn



うんざりしている
Bored
chán

ぎょつとしている
Aghast
kinh ngạc, kinh hãi

11

怖がっている
Terrified
sợ hãi

面白がっている
Amused
thích thú, vui vẻ



悔やんでいる
Regretful
hối hận

気のあるそぶりをしている
Flirtatious
tán tỉnh

12

無関心である
Indifferent
lãnh đạm, thờ ơ

きまりが悪い
Embarrassed
lúng túng, bối rối



疑いを抱いている
Sceptical
ngghi ngờ, ngờ vực

元気をなくしている
Dispirited
chán nản, nản lòng

13

決意を固めている
Decisive
kiên quyết, dứt khoát

期待している
Anticipating
hy vọng, mong đợi



脅している
Threatening
đe dọa, hăm dọa

恥ずかしがっている
Shy
xấu hổ

14

いらだっている
Irritated
tức tối, bực tức

がっかりしている
Disappointed
thất vọng



落ち込んでいる
Depressed
chán nản, thất vọng

非難している
Accusing
buộc tội, kết tội

15

内省している
Contemplative
trầm mặc, suy tư

動揺している
Flustered
bối rối, hoang mang



励まそうとしている
Encouraging
khuyến khích, khích lệ

面白がっている
Amused
thích thú, vui vẻ

16

いらだっている
Irritated
tức tối, bực tức

考えにふけている
Thoughtful
trầm ngâm, tư lự



励まそうとしている
Encouraging
khuyến khích, khích lệ

同情している
Sympathetic
thông cảm, đồng cảm

17

疑っている
Doubtful
nghĩ ngờ, ngờ vực

愛情を持っている
Affectionate
âu yếm, triu mến



うきうきしている
Playful
vừa làm vừa vui đùa, thiếu nghiêm túc

ぎょっとしている
Aghast
ngạc nhiên, kinh ngạc

18

決意を固めている
Decisive
kiên quyết, dứt khoát

面白がっている
Amused
thích thú, vui vẻ



ぎょっとしている
Aghast
ngạc nhiên, kinh ngạc

うんざりしている
Bored
chán

19

威張っている
Arrogant
kiêu ngạo, ngạo mạn

感謝している
Grateful
biết ơn



皮肉を言っている
Sarcastic
chế nhạo

ためらっている
Tentative
ngập ngừng, thăm dò

20

支配的である
Dominant
vượt trội, có ưu thế

親しげな気持ちを抱いている
Friendly
thân thiện



気がとがめている
Guilty
cảm thấy có lỗi

ぞっとしている
Horried
kinh hoàng, kinh hãi

21

きまりが悪い
Embarrassed
lúng túng, bối rối

空想にふけている
Fantasizing
tưởng tượng



困惑している
Confused
hoang mang

混乱している
Panicked
hoang mang, sợ hãi

22

気を取られている
Preoccupied
bận tâm, lo lắng

感謝している
Grateful
biết ơn



主張している
Insisting
khẳng định, chắc chắn

哀願している
Imploring
cầu khẩn, van xin

23

満足している
Contented
hài lòng, thỏa mãn

申し訳ないと思っている
Apologetic
có lỗi



挑戦的である
Defiant
khiêu khích

好奇心を抱いている
Curious
muốn tìm hiểu

24

物思いにふけている
Pensive
trầm ngâm, suy tư

いらだっている
Irritated
tức tối, cáu gắt



興奮している
Excited
quan tâm, thấy thú vị

敵意を抱いている
Hostile
căm ghét, chống đối

25

混乱している
Panicked
hoang mang, sợ hãi

信じられないと思っている
Incredulous
hoài nghi, ngờ vực



気落ちしている
Despondent
nản lòng, nhụt chí

興味を持っている
Interested
có hứng thú với cái gì

26

警戒している
Alarmed
hốt hoảng, kinh ngạc

恥ずかshがっている
Shy
xấu hổ



敵意を抱いている
Hostile
thù địch, hằn học

不安に思っている
Anxious
bất an

27

ふざけている
Joking
đùa

用心している
Cautious
thận trọng, cẩn thận



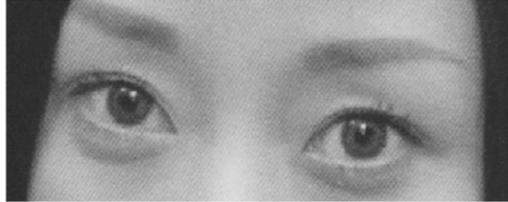
威張っている
Arrogant
kiêu ngạo, ngạo mạn

元気づけている
Reassuring
làm cho yên tâm

28

興味を持っている
Interested
có hứng thú với cái gì

ふざけている
Joking
đùa



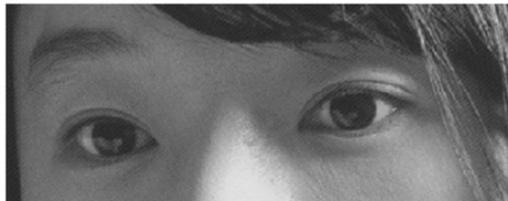
愛情を持っている
Affectionate
âu yếm, trìu mến

満足している
Contented
hài lòng, thỏa mãn

29

じりじりしている
Impatient
thiếu kiên nhẫn, sốt ruột

ぎょっとしている
Aghast
ngạc nhiên, kinh ngạc



いらだっている
Irritated
tức tối, cáu gắt

内面を見つめている
Reflective
suy nghĩ, trầm ngâm

30

感謝している
Grateful
biết ơn

気のあるそぶりをしている
Flirtatious
tán tỉnh



敵意を抱いている
Hostile
thù địch, hằn học

がっかりしている
Disappointed
thất vọng

31

恥じている
Ashamed
xấu hổ, ngượng

自信に満ちている
Confident
tự tin, chắc chắn



ふざけている
Joking
đùa

元気をなくしている
Dispirited
mất tinh thần, chán nản

32

真剣になっている
Serious
nghiêm trọng, nghiêm túc

恥じている
Ashamed
xấu hổ, ngượng



当惑している
Bewildered
bối rối, hoang mang

警戒している
Alarmed
lo sợ, hoảng sợ

33

きまりが悪い
Embarrassed
bối rối

気がとがめている
Guilty
cảm thấy có lỗi



空想にふけっている
Fantasizing
tưởng tượng

心配そうにしている
Concerned
lo lắng, quan tâm

34

ぎょっとしている
Aghast
ngạc nhiên, kinh ngạc

お手上げである
Baffled
căng thẳng



不信感を抱いている
Distrustful
ngghi ngờ, ngờ vực

怖がっている
Terrified
sợ hãi

35

不思議に思っている
Puzzled
lúng túng, bối rối

神経質になっている
Nervous
lo lắng, lo sợ



主張している
Insisting
khẳng định, chắc chắn

内省している
Contemplative
trầm tư, suy tư

36

恥じている
Ashamed
xấu hổ, ngượng

神経質になっている
Nervous
lo lắng, lo sợ



疑っている
Suspicious
ngghi ngờ, ngờ vực

迷っている
Indecisive
do dự, lưỡng lự

付録9 共感性尺度

以下の項目について、普段のあなたにもっともよく当てはまる数字に○をつけてください。 ※数字には一つだけ○をつけてください。		ま た く あ て は ま ら な い あ ま り あ て は ま ら な い ど ち ら ど も な い や や あ て は ま る よ く あ て は ま る
1	人のちょっとした気分の変化に敏感である	5 4 3 2 1
2	相手が何かを怖がっていると、自分も同じ気持ちになる	5 4 3 2 1
3	成功してうれしそうの人を見ると、祝いたい気持ちになる	5 4 3 2 1
4	他者の心の動きに気を配るほうだ	5 4 3 2 1
5	他者の態度や表情に気をつけてみるようにしている	5 4 3 2 1
6	災害にあって困っている人を見ると、同情の気持ちがわいてくる	5 4 3 2 1
7	他者のちょっとした表情の変化に気がつくほうだ	5 4 3 2 1
8	相手が悲しんでいるときに、相手の立場に立って理解しようとするほうである	5 4 3 2 1
9	なぜ相手が笑っているか、その人の気持ちになって理解するようにしている	5 4 3 2 1
10	人の心の動きに敏感である	5 4 3 2 1
11	人が冷たくされているのを見ると、かわいそうになる	5 4 3 2 1
12	人が幸せそうにしている光景を見ると、あたたかい気持ちになる	5 4 3 2 1
13	人がうれしそうにしているのを見ただけで、自分もうれしくなる	5 4 3 2 1
14	苦しんでいる人を見ると、ふびんだと思う	5 4 3 2 1
15	うれしそうの人を見ると、あたたかい気持ちになる	5 4 3 2 1
16	相手が不安を感じていると、自分も同じ気持ちになる	5 4 3 2 1
17	つらそうにしている人を見ると、自分もその人と同じようにつらくなる	5 4 3 2 1
18	悲しんでいる人と一緒にいると、その人の悲しみが自分のことのように感じる	5 4 3 2 1
19	相手の立場に立って、その人の感じている不安を理解するようにしている	5 4 3 2 1
20	相手の視点に立って、その人が感じている楽しさを理解するようにしている	5 4 3 2 1
21	困っている人がいると、かわいそうだと思う	5 4 3 2 1
22	他者をよく理解するために、相手の立場になって考えようとしている	5 4 3 2 1
23	人が悲しんでいると、かわいそうだと思う	5 4 3 2 1
24	相手が喜んでいて、自分も嬉しくなる	5 4 3 2 1
25	相手が何かに苦しんでいると、自分もその苦しさを感ずるほうだ	5 4 3 2 1

付録 10 共感性尺度英語・ベトナム語補足

共感性尺度／英語・ベトナム語補足資料 ▶

1.人のちょっとした気分の変化に敏感である ▶

I am sensitive to slight changes in people's moods. ▶

Tôi nhạy cảm với những thay đổi nhỏ trong tâm trạng người khác. ▶

2.相手が何かを怖がっていると、自分も同じ気持ちになる ▶

When others are scared, I start to feel the same fear. ▶

Khi những người khác sợ hãi, tôi cũng mang cùng cảm giác ấy. ▶

3.成功してうれしそうな人を見ると、祝いたい気持ちになる ▶

When I see someone who looks happy because of some success, I want to congratulate them. ▶

Khi tôi nhìn thấy một người trông hạnh phúc vì một số thành công, tôi muốn chúc mừng họ. ▶

4.他者の心の動きに気を配るほうだ ▶

I tend to pay attention to the minds of others ▶

Tôi có xu hướng chú ý đến sự suy nghĩ của người khác. ▶

5.他者の態度や表情に気をつけてみるようにしている ▶

I try to pay attention to the attitude and facial expressions of others. ▶

Tôi cố gắng chú ý đến thái độ và biểu hiện trên khuôn mặt của người khác. ▶

6.災害にあつて困っている人を見ると、同情の気持ちがわいてくる ▶

When I see someone struggling after some disaster, I feel sympathy for them. ▶

Khi tôi nhìn thấy ai đó đang gặp khó khăn sau khi trải qua thảm họa, tôi cảm thấy thương cảm cho họ. ▶

7.他者のちょっとした表情の変化に気がつくほうだ ▶

I tend to notice small changes in facial expressions of others. ▶

Tôi có xu hướng nhận thấy những thay đổi nhỏ trong nét mặt của người khác. ▶

8.相手が悲しんでいるときに、相手の立場に立って理解しようとするほうである ▶

When others are sad, I tend to try to put myself in their shoes and understand where they are coming from. ▶

Khi những người khác đang buồn, tôi có xu hướng cố gắng đặt mình vào hoàn cảnh của họ và hiểu họ đã trải qua những gì. ▶

9.なぜ相手が笑っているか、その人の気持ちになって理解するようにしている ▶

I try to understand why others are laughing by sharing their mood. ▶

Tôi cố gắng tìm hiểu lý do tại sao những người khác đang cười bằng cách chia sẻ tâm trạng của họ. ▶

10.人の心の動きに敏感である ▶

I am sensitive to people's mental states. ▶

Tôi nhạy cảm với trạng thái tinh thần của người khác. ▶

11.人が冷たくされているのを見ると、かわいそうになる ▶

When I see someone being given the cold shoulder, I feel pity for them. ▶

Khi tôi nhìn thấy một người nào đó bị xa lánh, tôi cảm thấy thương hại cho họ. ▶

12.人が幸せそうにしている光景を見ると、あたたかい気持ちになる ▶

When I see a scene of happy-looking people, I get a warm feeling. ▶

Khi tôi nhìn thấy một người hạnh phúc, tôi cũng cảm thấy ấm áp. ▶

13.人がうれしそうにしているのを見ただけで、自分もうれしくなる ▶

I feel happy just by looking at people who seem happy. ▶

Tôi cảm thấy hạnh phúc chỉ bằng cách nhìn vào những người có vẻ hạnh phúc. ▶

14.苦しんでいる人を見ると、ふびんだと思う ▶

I see someone in pain, I feel sorry for them. ▶

Tôi nhìn thấy một người nào đó đau đớn, tôi cảm thấy tiếc cho họ. ▶

15.うれしそうな人をみると、あたたかい気持ちになる ♪

When I see a happy-looking person, I get a warm feeling. ♪

Khi tôi nhìn thấy một người hạnh phúc, tôi nhận được một cảm giác ấm áp. ♪

16.相手が不安を感じていると、自分も同じ気持ちになる ♪

When others feel uneasy, I start to feel the same unease as well. ♪

Khi những người khác cảm thấy khó chịu, tôi bắt đầu có cùng cảm giác khó chịu đó. ♪

17.つらそうにしている人を見ると、自分もその人と同じようにつらくなる ♪

When I see someone having a difficult time, I start to feel the same difficulty as well. ♪

Khi tôi nhìn thấy một người nào đó đang ở trong một giai đoạn khó khăn, tôi bắt đầu có cùng cảm giác khó khăn. ♪

18.悲しんでいる人と一緒にいると、その人の悲しみが自分のことのように感じる ♪

When I am with someone who is sad, I feel as if that person's sadness is my own. ♪

Khi tôi ở cùng với một người buồn, tôi cảm thấy như thể nỗi buồn của người đó cũng là nỗi buồn của tôi. ♪

19.相手の立場に立って、その人の感じている不安を理解するようにしている ♪

I try to put myself in others' shoes and understand any unease they might be feeling. ♪

Tôi thử đặt mình vào hoàn cảnh của người khác và hiểu những điều khó chịu họ có thể cảm thấy. ♪

20.相手の視点に立って、その人が感じている楽しさを理解するようにしている ♪

I try to understand the fun that others are feeling by seeing things from their point of view. ♪

Tôi cố gắng để hiểu được những niềm vui mà những người khác đang cảm thấy bằng cách nhìn từ quan điểm của họ. ♪

21.困っている人がいると、かわいそうだと思う ♪

When someone is in trouble, I feel pity for them. ♪

Khi một ai đó đang gặp khó khăn, tôi cảm thấy thương hại cho họ. ♪

22.他者をよく理解するために、相手の立場になって考えようとしている ♪

I try to put myself in others' shoes in order to understand them. ♪

Tôi thử đặt mình vào hoàn cảnh của người khác để hiểu họ. ♪

23.人が悲しんでいると、かわいそうだと思う ♪

When someone is sad, I feel pity for them. ♪

Khi một người nào đó buồn, tôi cảm thấy thương hại cho họ. ♪

24.相手が喜んでいて、自分も嬉しくなる ♪

If others are happy, I feel happy too. ♪

Nếu những người khác được hạnh phúc, tôi cũng cảm thấy hạnh phúc. ♪

25.相手が何かに苦しんでいると、自分もその苦しさを感ずるほうだ ♪

When others are in pain, I tend to feel that pain as well. ♪

Khi những người khác bị đau, tôi có xu hướng cảm thấy đau. ♪