

高齢者介護施設スタッフのストレスの研究

一年齢別バーンアウト特性からみた介護環境移行の問題点一

田 辺 毅 彦

目 次

- ・ はじめに
- 1. 高齢者介護施設の変化
- 2. 高齢者介護スタッフのストレス
- 3. バーンアウト研究の現況
 - (1) ヒューマン・サービスとバーンアウト
 - (2) バーンアウト評定尺度の選定
- ・ 調査方法
 - 1. 調査対象施設の概要
 - 2. 調査用紙の概要
 - 3. 調査手続き
- ・ 結 果
 - 1. 調査結果の概要
 - 2. バーンアウト得点
 - 3. 職場環境でのストレス
 - 4. ストレスへの対処法
 - 5. バーンアウトと「職場環境でのストレス要因」および「ストレスへの対処法」の関連
 - 6. 職場環境でのストレス聴取調査の結果
- ・ 考 察
 - 1. バーンアウト
 - 2. 職場環境でのストレスとそのストレスへの対処法
 - 3. バーンアウトと、ストレスおよびストレスへの対処の関連
- ・ 今後の展望

I. はじめに

1. 高齢者介護施設の変化

1995年に高齢社会に入った日本は、25年後には、65歳以上の人口比が3割近くになると予想されているが、それと同時に、少子化の進行に伴い、高齢者介護の形態も変化していくことが予想される。その一環として、近年、厚生労働省は、グループホームやユニットケアの設置に力を入れてきた。特に、2002年以降、利用者の生活の質の改善のために、新規に特別養護老人ホーム（以下、特養ホームと略称）が建設される場合は、全個室、ユニットケアとすることが原則となっている。加藤ほか(2002)は、グループホームおよびユニットケア等における小規模ケアの有効・効率的な介護のあり方に関して検討しているが、まず環境面では、立地条件や建物構造が介護に有効に作用すること、また小規模ケアによって、パブリックスペースにおける滞在時間と関わりの時間が増え、利用者同士の交流が促進されたり、徘徊も減少すると述べている。さらに、対人関係面では、スタッフの密な関わりが痴呆性高齢者の感情を安定させ、小集団では高齢者同士の関係が安定すると報告している。しかしながら、小規模ケアを実施する際には、その規模と職員配置の問題や、ハードとソフトの補完性の問題、柔軟な職員配置などが必要であること、また、痴呆介護の質を向上させるためには、スタッフ自身の技能

キーワード：高齢者介護施設スタッフ，ユニットケア環境移行，バーンアウト，ストレス対処

向上のための継続した研修が必要であることもあわせて指摘している⁽¹⁾。また、小規模ケアの実践例として小宮 (2000) は、グループホームでの介護によって痴呆が緩和されていく利用者の様子を詳細に紹介しており⁽²⁾、従来の否定的な印象が強かった高齢者介護のイメージを一新している。

このような状況の中で、従来の措置制度の下では標準規格であった、大規模な既存特養ホームの施設空間および介護環境を、ユニットケア形式に改築 (たとえば、大森 (2002) ほかを参照)⁽³⁾、環境整備する試み (たとえば、足立ほか (2001) を参照)⁽⁴⁾ も数多く行われるようになってきた。現在、日本の高齢者介護施設において、全国的な規模での施設環境とケアシステム自体の変革が進んでいるといっても過言ではない。

2. 高齢者介護スタッフのストレス

一方、特別養護老人ホームの介護職員を中心としたスタッフのストレスについてはこれまでも研究が行われてきたが、高齢利用者の介護は、さまざまな身体的ハンディキャップの支援や、痴呆症状に伴う徘徊、異食、失禁などといった周辺症状への対応が含まれることも多く、コミュニケーションが困難な利用者も多いため、介護に関わる身体的な重労働のみならず、心理的な負担も非常に大きい。また、このような利用者に関わる介護の困難さや職場内の対人関係、職務範囲の不明瞭性、不規則な勤務体制、過剰労働などがさまざまなストレス因子を含んでいることが指摘されている⁽⁵⁾。実際に、介護福祉士に対する調査結果では、非常勤・パートという雇用形態が増加しているだけでなく、労働時間や夜勤回数も増加傾向にあり、仕事をやめたいと思ったことがある者も6割近くおり、その主な理由として、仕事のきつさ、給与、休日、福利厚生提供の不備などが挙げられている。そして、介護保険の業務に関わる機会が増えたことか

ら、仕事の内容や量、事務量が増えて仕事自体が大変になったとも述べられており、介護保険が与える影響の大きさが推察される。この調査に回答している介護福祉士の9割近くが女性で、そのうち、4割近くが40歳代後半以上で占められているが、彼女たちは、いわば介護のベテランとして、ケアチームの中でリーダーシップを発揮しようと努力しているが、身辺介護以外の業務においては、まだまだ専門性が十分に生かされる機会が少なく、職場においてその専門性の評価も十分に行われていないと感じているようである⁽⁶⁾。

そして現在、特養ホームは、措置制度から介護保険制度への移行の中で、経済的な理由や将来的な生き残りを考慮して、利用者の多様な要求に答えるべく、設備の充実や居住空間、職員体制の変化など、さまざまな試みを行い、介護のハード面、ソフト面双方の質向上をめざす必要に迫られている。利用者にとってこのような状況は歓迎すべきことであり、職員の介護に対する意識向上にもつながっていくと考えられるが、同時に、従来の介護体制や方法を大幅に変更する必要にも迫られ、施設経営上の理由から、経済性、効率性が重視されるあまり、そのしわ寄せが、介護スタッフに過重な労働やストレスとして向かうことも予想されている⁽⁷⁾。しかしながら、このような介護環境の変化が、介護スタッフにストレスを与えるとしても、最終的には、環境配慮を計画的に実施することや、周囲のスタッフが意図的に関わることで低減できるという報告もある^{(8),(9)}。特に、鈴木ほか (2002) は、従来型の施設を改築する過程で、介護スタッフのバーンアウト低減方策について検討し、本人の性格特性の問題や勤務体制についても言及している。そして、従来の施設のユニットケア化の試みの研究において足立ほか (2001) は、施設介護のユニット化による利用者同士や、利用者と介護職員の対人的交流の増加を強調しており、介護職員の新たな介護に対す

る取り組みは評価しているが、これらのプロジェクトにおける心理的な側面についての言及は未だに十分とはいえない状況である。

以上のような知見を考慮に入れて、本研究においては、既存の回廊型大規模特養ホームをユニットケアに環境移行する際に生じた介護スタッフのストレスの特徴を、年齢、実務年数、勤務年数といった世代間の比較を通して、バーンアウトとの関連から分析し、今後のユニットケア転換の際に参照となる提言を行うことを目的とした。そしてさらに、高齢者福祉施設の介護環境の変質という状況変化の中で、スタッフが柔軟に適応していくための方策を、個人的なレベルと職場体制という社会的なレベルの2視点から明らかにしていきたい。

3. バーンアウト研究の現況

(1) ヒューマン・サービスとバーンアウト

今回、介護スタッフの心身状態に生じるストレスの影響については、質問紙によるバーンアウト感と面接による聴取調査結果を基に検討を行ったのであるが、バーンアウトは、職場状況と個人の問題を総括的に示すストレス指標として知られてきた。1970年代半ばに米国で、医師、看護婦、ソーシャルワーカーなどの対人サービス業に従事する専門職の心身問題のひとつとして、精神分析医のフロイデンバーガーによって名づけられたことに端を発し⁽¹⁰⁾、バーンアウト症状の実態調査、その予防と対策について数多くの提言が行われてきた。その調査の中で、バーンアウト測定のための質問紙がいくつか開発され、バーンアウトは単なる身体的ストレスのみではなく、心身に及ぶ多面的なストレス概念であると考えられるようになってきた⁽¹¹⁾。

日本においても、米国同様、ヒューマン・サービス業の専門職、特に、医師、看護職、学校教員に対して、バーンアウトについての調査が実施されてきた(たとえば、土居ほか、

1988; 田尾, 1989a; 落合, 2003を参照)⁽¹²⁾⁻⁽¹⁴⁾。そして、医師に比べると、看護師、学校教師は、はるかにそのバーンアウトの割合が高いと報告されている。いずれも、煩雑で膨大な日常業務に追われ、対人関係の調整に神経をすり減らし、十分な物理的、心理的支援のないまま心身が消耗し、仕事への意欲を失っている例が多い。看護師の場合には、医療スタッフに加えて、病気に苦しんだり、死と向き合わねばならない患者との対人関係との調整が、学校教師の場合には、学校スタッフに加えて、生徒やその保護者との対人関係の調整が必要とされる。そのためか、職務への使命感に燃え、トラブルにもまじめに取り組む動機づけの高い、経験年数5年以内のいわゆる新人たちが特にバーンアウトを起こしやすい傾向があった。宗像(1995)はその様子を、「バーンアウト状態になると、強い自己嫌悪や無力感に陥り、人への思いやりをなくしてしまい、仕事への意欲も喪失してしまう。生徒や患者などへのかかわり方は、気持ちの交流を失った機械的でうわっつらだけのものとなって、生徒の学習意欲あるいは患者の闘病意欲を妨げ、さまざまな失敗や事故を引き起こしやすくなる。燃えつきは、本人自身の消化性潰瘍、甲状腺機能亢進、うつ病、神経症、パーソナリティ障害、アルコール依存症・薬物依存症、離婚、自殺、非行などの背景になるといわれ、疾患ではないが、その前段階のグレーゾーンに相当する」と表現している⁽¹⁵⁾。

社会福祉職に対する調査も、これまで、高齢者介護スタッフ、在宅福祉サービス専門職、ホームヘルパーなどを対象に実施されている(たとえば、窪田, 1992; 藤野, 1999; 石川ほか, 2003; 増田, 1997; 柴田ほか, 2003を参照)⁽¹⁶⁾⁻⁽²⁰⁾。また、西尾ほか(2002)の、生活指導員や相談員など介護スタッフ以外の職務も含む社会福祉士を対象にした調査では、資格ができあがってからほぼ10年以上を経過していながら、「社会福祉士」という資格が、社

会福祉現場において、未だに十分認識、活用されておらず、それが、職員のバーンアウトを引き起こしている可能性が指摘されており、多業種にわたる社会福祉関係職のスタッフが共に働く職場で発生すると考えられる複雑なストレスの側面を示している。この調査では、深刻なバーンアウト状態を示した者は比較的少なかったが、転職、転勤を希望する者が半数近くいた。それらの8割近くが次の仕事にも同じ社会福祉職を望んでいて、いかに自分の仕事に誇りと使命感を持っているかを推察させていた。このように理想と現実とのギャップが大きいほどストレスも蓄積され、バーンアウトも起こりやすくなる。バーンアウト状態が比較的高いと報告していたのは、就職して5年未満の未婚の20代の女性で、これは、看護師や学校教師と共通した現象であった。また、情緒的消耗感と脱人格化の双方のバーンアウト要因と関連が深かった職場環境のストレスとして、職務の方針や権限に関する問題、職場環境や研修に関する問題、社会的な評価に関する問題などが挙げられていた。自由記述の回答からも、それを裏付けるように、社会福祉士の専門職としての役割の曖昧さ、他の専門職からの無理解、職務権限の不十分さに対する憤りや落胆が綿々となつづられていた。しかしながら、利用者理解に関する問題は、職場環境のストレスとしてバーンアウトには関連がないことも報告されていた。すなわち、利用者に関するトラブルは、社会福祉士のストレス源にはなっていないということである。自由記述からは職場スタッフとの対人関係に苦労しても、利用者との関係でストレスが癒されているというものもあった⁽²¹⁾。この結果は、同じように、介護福祉士の離職意向が、役割の葛藤や曖昧さ、職務における情緒的緊張と深い関係があるとした、佐藤ほか(2003)の結果とも一致していると考えられる⁽²²⁾。

いずれにせよ、教員職や看護職などに関す

る調査に比べて、社会福祉領域のバーンアウト特性については、個別の調査、研究は増えてきたとはいえ、未だにそれらのデータが有機的な形で包括的かつ詳細に説明されてきたとはいえないのが現状であろう。

(2) バーンアウト評定尺度の選定

本調査は、バーンアウトの評定尺度としてマスラックが用いた、マスラック・バーンアウト測定尺度 (Maslach's Burnout Inventory, MBIと略称されている⁽²³⁾)を、田尾・久保(1996)が日本語に標準化した質問紙を用いた⁽²⁴⁾。これは、田尾・久保(1996)が述べている通り、MBIが数多くの研究者に採用されて、事例も数多く蓄積されていることによる。

バーンアウトは当初、事例的なエピソードから始まったが、次第に、理論化と測定尺度の研究が進み、いくつかの研究の過程で、バーンアウトを把握するための複数のモデルが作られてきた。たとえば、パインズなどによるバーンアウト・インデックス (BI尺度と略称されている)は、21項目から成る単次元の尺度であり、消耗感を基調としている⁽²⁵⁾。日本においても、看護のバーンアウト問題などにこの尺度は用いられてきた(たとえば、稲岡ほか、1984を参照⁽²⁶⁾)。しかしながら、田尾・久保(1996)は、BI尺度とMBI尺度の相関が高いという研究結果や、バーンアウトを単なる消耗や疲労として把握するべきではなく、ヒューマン・サービス従事者の特異な状況と密接に関連した脱人格化や個人的達成感の後退といった症状を考慮に入れるべきであるという観点を挙げ、MBIの有用性を強調している。実際、MBIは、下位尺度が、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感の3つの要因に分けられ、バーンアウトの心身にわたる症状を包括的にとらえることができるという利点がある。バーンアウトの本質は、「疲れきってしまった」「もう何もする気力がない」といった、情緒的消耗感であることを認めて

いるが、うつ病やアパシーといった他の無気力症と一線を画するバーンアウトの特徴的な症状を概念づけするために、脱人格化と個人的達成感を次のように想定している。すなわち、MBIの枠組みから考慮すると、「脱人格化」はクライアントや上司、同僚といった人々に向けられた攻撃であり、「個人的達成感の後退」はヒューマン・サービスという仕事そのものに向けられた攻撃であるというものである。また、バーンアウトを4因子で解釈しようという研究も現れたが、4番目の因子が不安定なため、現在は、上記3因子によってバーンアウトを理解しようとするのが、一般的になっている⁽²⁷⁾。

ちなみに、特養ホームの介護スタッフにおけるバーンアウトについての研究では、バーンアウトと関連する性格要因についての研究や、バーンアウト状況を回避するための援助可能性についての報告^{(28) - (31)}などがある。

II. 調査方法

1. 調査対象施設の概要

今回の調査は、北海道虻田郡豊浦町にあるK特養ホームで行われたが、ここでは、併設する新築棟において、1998年より先駆的にユニットケアを実施しており、2001年10月からは、回廊式既存棟においても、中重度の痴呆高齢者、臥床者を対象としてユニットケアを導入した。具体的には、ユニットケア実施前には、2生活単位（1生活単位に50人が所属し、デイ空間は1生活単位に1箇所）であったものが、最終的なユニットケア環境導入後には、7ユニット生活単位（1ユニットに18人が所属し、デイ空間は1ユニットに2箇所以上で、調査対象ユニットでは、デイ空間面積が約2倍となった）に転換された。そして、介護スタッフは、臥床利用者のユニットの場合4名、それ以外の利用者のユニットの場合6名であった（表1を参照）。

表1 ユニットケア実施前・後のケア環境の変化

		実施前	実施後	
ソフト面	生活単位(ユニット)数	2	4	
	定員	100人	72人	
	生活単位内人数	2×50人	4×18人	
	1生活単位内就職数	13人	5人	
	介護日課	あり	なし	
ハード面	居室	居室形態	4人部屋	2人部屋
		居室面積	938m ² (26部屋)	648m ² (36部屋)
	廊下	廊下の家具	(イス等)あり	(イス等)あり
		廊下面積	732m ²	732m ²
	デイ空間面積	デイ空間	2箇所	10箇所
		デイ空間全体	43m ²	307 m ²
		デイコーナー	43m ²	43 m ²
	寮母室	デイルーム	0m ²	264 m ²
		寮母室	あり	デイルームと共有
		寮母室面積	48m ²	
その他面積		484m ²	558 m ²	
全体		2245 m ²	2245 m ²	

2. 調査用紙の概要

本調査は、MBIを用いて、17項目の頻度について「ない：1」から「いつもある：5」まで5段階にわたって尋ねた。そして、西尾ほか⁽²⁰⁰²⁾のストレス調査項目⁽³²⁾を用いて、職場環境でのストレスについて25項目、ストレスへの対処方法について30項目を、MBI同様に、「ない：1」から「いつもある：5」まで5段階で評価して頂いた。また、年齢、福祉実務年数、現在の職場あるいは活動の場での経験年数、転職・転勤の希望の有無と調査に関する自由回答もお願いした。

3. 調査手続き

質問紙調査は、留置式で、ユニットケアへの環境移行がほぼ終了した環境移行後1年後の2002年10月時点で、本人に自己記入してもらった形で、43名の介護スタッフ（男性：11名、女性：32名）に対して実施された。ただしこの時点においても、各ユニットの環境移行は続いていた。

また、2002年11月、12月には、12名に対し

て、環境移行前後のストレスについて、カウンセリングマインドを伴う半構造化された聴取調査を行った。この聴取調査においては、質問紙調査の分析を行った介護スタッフも含まれていた。

なお、本調査は、足立ほか (2002) による入居者、職員の行動観察調査と並行して実施された⁽³³⁾。

Ⅲ. 結 果

1. 調査結果の概要

分析には SPSS 統計パッケージを用いた。年齢は、20歳未満が5名、20歳代前半が15名、後半が7名、30歳代が8名、40～50歳代が8名であった。福祉関係の職場における実務年数は、1年未満が12名、1～2年未満が6名、2～5年未満が12名で最も多く、5～10年未満が3名、10～20年未満が10名であった。現職場での勤務年数については、1年未満が12名、1～2年未満が9名、2～5年未満が11名、5～10年未満が3名、10～20年未満が6名であった。また、転職・転勤希望者は、5名であった。

2. バーンアウト得点

バーンアウトの得点は、田尾・久保 (1996) による、情緒的消耗感 Emotional Exhaustion (以下 EE と略記) 得点、脱人格化 Depersonalization (以下 DP と略記) 得点、

表2 バーンアウト得点の自己診断基準
(田尾・久保(1996)による)

診 断	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
まだ大丈夫 (40%以上)	5～15	6～11	25～18
平均的 (40～60%)	16～18	12～14	17～16
注 意 (60～80%)	19～20	15～17	15～13
要 注 意 (80～95%)	21～23	18～20	12～10
危 険 (95%以上)	24～25	21～30	9～5

表3 性別バーンアウト得点平均値

性 別		EE得点	DP得点	PA得点
男 性	平均値	7.82	7.18	17.36
	度数	11	11	11
	標準偏差	2.32	1.83	5.70
女 性	平均値	9.53	8.52	18.19
	度数	32	31	32
	標準偏差	2.98	2.53	5.08
合 計	平均値	9.09	8.17	17.98
	度数	43	42	43
	標準偏差	2.90	2.42	5.19

表4 転職の有無別バーンアウト得点平均値

転職の有無		EE得点	DP得点	PA得点
転職望む	平均値	8.60	8.80	21.80
	度数	5	5	5
	標準偏差	3.58	2.95	3.11
転職望まず	平均値	9.22	7.81	17.56
	度数	32	31	32
	標準偏差	2.87	2.06	5.09
未記入	平均値	8.83	9.50	17.00
	度数	6	6	6
	標準偏差	2.99	3.51	6.42
合 計	平均値	9.09	8.17	17.98
	度数	43	42	43
	標準偏差	2.90	2.42	5.19

個人的達成感 Personal Accomplishment (以下 PA と略記) 得点の3得点を算出した。EE 得点の平均値は9.09 (SD: 2.90), DP 得点は8.17 (SD: 2.42), PA 得点は17.98 (SD: 5.19) で、田尾・久保 (1996) の診断基準 (表2参照) によれば、看護師を対象にしたデータであることを考慮にいれる必要があるものの、いずれも「大丈夫」の範囲内であり、全体的に深刻なバーンアウト状態を示すスタッフはいなかった。各得点の、性別、転職・転勤の希望の有無別の平均値は表3、4に示される通りであるがいずれも統計的に有意な差は見られなかった。

次に、年齢別バーンアウトは、EE 得点、DP 得点共に統計的に有意な差はなかった。PA 得点は歳を経るごとに順次下がっていることがわかる (図1 - 1参照)。次に、実務年数別にみる (図1 - 2参照) と、EE, DP 得点

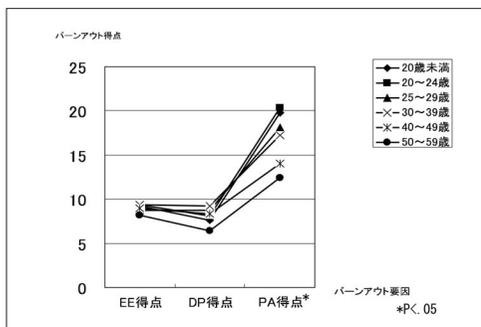


図1-1 年齢別バーンアウト得点平均値

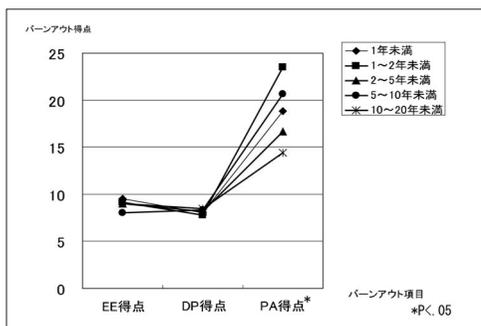


図1-2 福祉実務年別バーンアウト得点

共にほとんど大きな差はないが、PA得点に関しては、仕事を開始して1、2年世代は非常に高いが、5年後世代は下がっており、5~10年世代が最も高くなっている ($F[16, 42]=2.16, P<.05$)。現時点での勤務年数の場合には、どの世代も統計的に有意な差は見られなかった(図1-3参照)。以上のことから、個

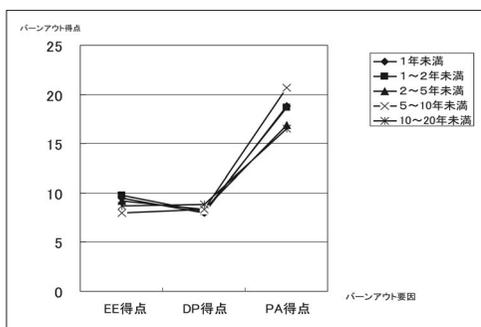


図1-3 勤務年数別バーンアウト得点

人的達成観は、就職後1~2年の20歳代がピークで、年齢が上がるほど下がっているのがわ

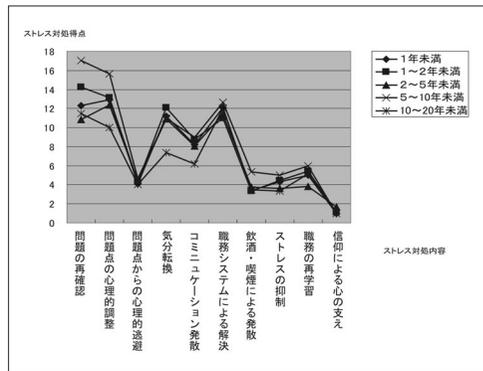
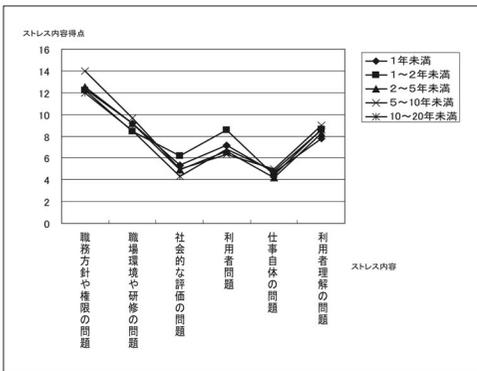
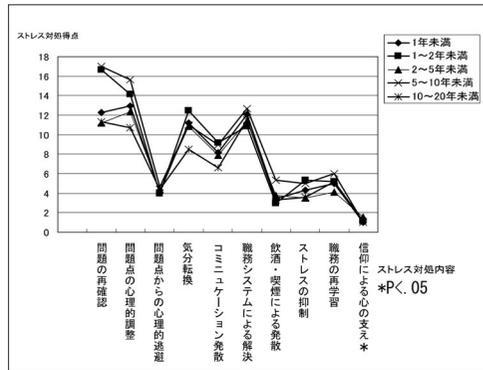
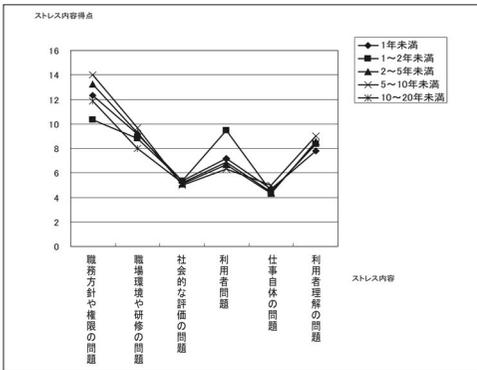
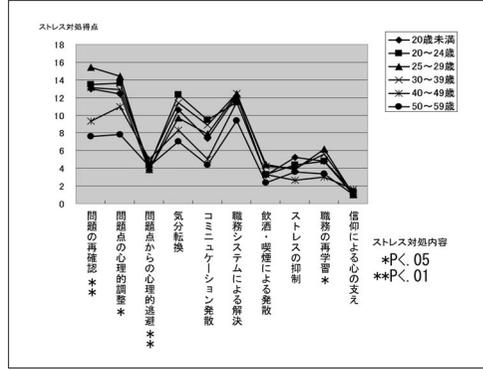
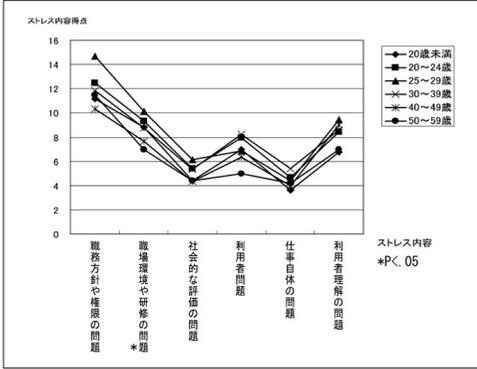
かる。また、40歳台以上のスタッフは、EE得点、DP得点共にそれほど高くはないが、PA得点も低いため、総じて新たな介護方法への転換にはそれほど動機づけが高くなかったのかもしれない。

3. 職場環境でのストレス

職場環境でのストレス25項目については、6つのカテゴリーに分けてその平均値の変化を、年齢別、実務年数別、勤務年数別に示した(図2-1~3を参照)。なお、カテゴリー分類は、西尾ほか(2002)に従った。その結果、「職場環境や研修に関する問題(内容的には、以下の5項目：職場外部での研修機会のなさ、変化や挑戦の機会のなさ、職場内部の研修不備、職場の人間関係の悪化、物理的な職場環境の悪化)」においてのみ、年齢による有意な主効果が見られた ($F[4, 41]=2.96, P<.05$)が、それ以外の項目、「職務の方針や権限に関する問題(内容的には、以下の8項目：職務指示系統の曖昧さ、職務の役割限界の曖昧さ、職務の役割の矛盾、処遇方針・手続きの曖昧さ、専門性の不明、職務の意思決定の不可能さ、職場のモラルの低さ、柔軟な対応の不可能さ)」、「社会的な評価に関する問題(内容的には、以下の3項目：低賃金による社会的地位低下、社会の期待に応えられない、他の専門職からの無理解)」、「利用者に関する問題(内容的には、以下の3項目：利用者からの暴言、利用者からの暴力、他人の人生に対する責任)」、「仕事自体の問題(内容的には以下の2項目：サービスと資源の不足、仕事の時間不足)」、「利用者理解に関する問題(内容的には、以下の4項目：利用者理解の困難さ、利用者の問題の深刻さ、制度改革への遅れ、利用者の心身状態の未改善)」には統計的に有意な差は見られなかった。

4. ストレスへの対処法

ストレスへの対処要因30項目についても、



職場環境でのストレス同様、10のカテゴリーに分けてその平均値の変化を年齢別、実務年数別、勤務年数別に示した (図 3-1 ~ 2 を参照)。カテゴリー分類は、同様に、西尾ほか (2002) に従った。⁽³⁶⁾

年齢別に見ると、以下の 4 項目に、統計的に有意な主効果が見られた。「問題の再確認 (内容的には、以下の 4 項目：他の方法の探索、最初からのやり直し、問題点の見直し、過去の経験との再検討)」は、 $F[4, 41]=4.64$,

P<.01, 「問題点に対する心理的調整 (内容的には, 以下の4項目: 過ぎたことは割り切って考える, くよくよしないよう心がける, あせらないよう心がける, 物事をよい方向に考える)」は, $F[4, 42]=3.10, P<.05$, 「職務の再学習 (内容的には, 以下の2項目: 職場外の同種の専門職への相談, 本による再学習)」は, $F[4, 42]=3.76, P<.05$ で, 20歳代後半が最も多く, 20歳代前半, 30歳代, 20歳未満がほぼ同程度でそれに続いていた。「コミュニケーションによる発散 (内容的には, 以下の4項目: 友人・知人等に愚痴を聞いてもらう, 家族に愚痴を聞いてもらう, やつ当たり, たくさん食べる)」($F[4, 41]=4.50, P<.01$)も同じように, 30歳代以下の世代では積極的に採用されていたが, 前述の3カテゴリー同様, 40歳代以上のスタッフは対照的にあまり採用していなかった。また, 「問題点からの心理的逃避 (内容的には, 以下の2項目: 問題を避け, 忘れる, むずかしい問題の後回し)」, 「気分転換 (内容的には, 以下の4項目: 仕事以外のことへの熱中, 十分な睡眠, 別の楽しいことを考える, とりとめのない物思い)」, 「職務のシステムによる問題解決 (内容は, 以下の5項目: 会議による検討, 他人への仕事の依頼, 上司や同僚への個人的相談, 感情の率直な表現, 話し合いによる妥協点の模索)」, 「飲酒・喫煙などによる発散 (内容的には, 以下の2項目: 飲酒, 喫煙による気分転換)」, 「ストレスの抑制 (内容的には, 以下の2項目: 薬の服用, 我慢と忍耐)」, 「信仰による心の支え (内容的には1項目のみ)」の以上6カテゴリーについては, ほぼ世代間の差が見られなかった。実務年数別, 勤務年数別に見た場合「信仰による心の支え」($F[2, 42]=4.47, P<.05$)以外には統計的に有意な差は見られなかったが, この項目は9割近くが「ない」と回答しているため, 除外して考察したい。

5. パーンアウトと「職場環境でのストレス要因」および「ストレスへの対処法」の関連

さらに, ストレスの内容やその対処法とパーンアウトの間に, どのような関連があるのか明らかにするために, パーンアウトの3指標であるEE, DP, PA得点, 各々を目的変数, 職場環境でのストレス6カテゴリー, およびストレスへの対処項目10カテゴリーを説明変数として, 重回帰分析(強制投入法を採用)を行った。その分析結果の要約は, 表5, 6に示されるとおりである。

表5 パーンアウト得点とストレス内容得点の重回帰分析結果

標準偏回帰係数	EE得点	DP得点	PA得点
職務の方針や権限に関する問題	-0.26	-0.16	-0.08
職場環境や研修に関する問題	-0.01	0.11	0.48*
社会的な評価に関する問題	0.15	0.11	-0.26
利用者に関する問題	0.12	0.23*	0.32
仕事自体の問題	0.27	0.52**	0.21
利用者理解に関する問題	0.40	0.08	-0.23
重相関係数	0.59	0.67	0.59
決定係数	0.35*	0.45**	0.35*

*p<.05, **p<.01

表6 パーンアウト得点とストレス対処得点の重回帰分析結果

標準偏回帰係数	EE得点	DP得点	PA得点
問題の再確認	-0.13	0.04	0.86***
問題点に対する心理的調整	-0.17	0.05	-0.06
問題点からの心理的逃避	0.44*	0.41*	-0.24
気分転換	-0.00	-0.12	-0.04
コミュニケーションによる発散	0.45*	0.45**	-0.08
職務のシステムによる問題解決	-0.12	-0.16	-0.16
飲酒・喫煙による発散	0.13	0.26	-0.26
ストレスの抑制	0.04	-0.25	-0.16
職務の再学習	-0.12	-0.04	-0.06
信仰による心の支え	-0.23	-0.21	0.32*
重相関係数	0.74	0.72	0.82
決定係数	0.54**	0.52*	0.68***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

職場環境でのストレス要因においては, EE得点と相関が見られたものはなかった。DP得点と「仕事自体の問題」, 「利用者に関する問題」の間に, PA得点と「職場環境や研修に関する問題」には各々, 有意な正の相関が見られた。従って, 情緒的消耗感と関連するストレス項目はなく, 脱人格化は仕事の増加, サービスの不足や, 利用者とのトラブルが増

えるほど進行し、個人的達成感が高い者ほど、職場環境や研修の充実を訴えていることがわかる。

次に、ストレスへの対処要因においては、EE得点と「コミュニケーションによる発散」、「問題からの心理的逃避」の間に有意な正の相関が見られた。また、DP得点と「コミュニケーションによる発散」、「問題点からの心理的逃避」、PA得点と「問題の再確認」、「信仰による心の支え」に各々、有意な正の相関が見られた。ここでも「信仰による心の支え」は9割が「なし」と回答しているため、除外して考察したい。

従って、情緒的消耗感や脱人格が進行しているスタッフは、コミュニケーションによる発散を積極的に行い、個人的達成感の高いスタッフほど、問題の再確認を重要視していると考えられる。

6. 職場環境でのストレス聴取調査の結果

質問紙によるストレス調査の後、その詳細な内容について知るために、聴取調査を行ったが、全体として、スタッフに特に顕著なストレスの自覚症状はなかったようだった。それでも、主任のスタッフの中には、ユニットケアへの環境移行に対する責任感によるプレッシャーのせい、一時的な不眠症やめまいなど心身症的な症状を報告した者もいた。また、ユニットケア環境移行以前からの新人スタッフの中に、ユニットケアが始まって半年程度は、それまでの一方的な介護サービス提供から、利用者と共に過ごすというユニットケア概念を、日常的な介護の中で定着させる形態への転換がむずかしく、それが非常にストレスフルだったという報告もあった。回廊型の施設からユニットシステムへの移行の中で、各ユニットごとのスタッフの人数が減った際、従来型の介護方法を維持しようとして過剰労働を行い、心身共に消耗したという報告もあった。

それでも、環境移行後のスタッフのユニットケアに対する反応は総じて好意的なもので、それまでよりも、利用者との会話が増えたこと、介護作業量のペースダウンから心理的な余裕ができ、利用者の心理的安定にもつながったことが、彼らの帰宅願望や徘徊の程度の低下につながったのではないかという推察も報告された。

また、ユニットによっては、トイレ、風呂などの便が良くなかったり、居室の個性化が足りなかったりと、ハード面での充実がまだ不十分な点、担当外ユニットの利用者に関する情報がどうしても不足になりがちな点、ユニット同士のスタッフのつながりが少ない点、などを今後の課題としているスタッフも多かった。

IV. 考 察

1. バーンアウト

スタッフのバーンアウトについて、年齢、実務年数、現職場での経験年数から分析を行ったが、心理的な虚脱感と疲労感である「情緒的消耗感」と、クライアントや上司、同僚といった人たちに向けられた攻撃である「脱人格化」については世代的な差がなく、今回の調査でも緊急な状態を訴える介護スタッフはいなかった。これは、加藤(2002)が報告しているように⁽³⁷⁾、ユニットケア環境移行によって、スタッフのストレス低下がある程度成功したためと考えられる。実際に、スタッフへの聴取調査の際に、ユニットケアによる介護量のペースダウンから心理的余裕ができたと報告していたスタッフもおり、ストレス低下状況を裏付けていると考えられる。一方、ヒューマン・サービスという仕事そのものに向けられた攻撃である「個人的達成感の後退」については、歳を経るごとに順次進行する傾向があるが、勤務に就いてしばらくは達成感が高く、2～5年の間に一度減少して、5～10年

の間に再び上昇していることから、20歳代で就職後2～5年の期間が、スタッフの心理的健康に関して、最も注意の必要な時期であると考えられる。実際に、この世代のスタッフは、介護現場でもようやく業務に習熟し、新人たちを支援すべき立場にあるのだが、自分自身の職業意識に未だ十分なアイデンティティを確信するまでには至っておらず、さまざまな状況での判断に迷いがあると聴取調査の際に報告する例が多く、周囲の支援と職務体制の十分な再検討が行われるべきであろう。社会福祉士を対象にした西尾ほか(2002)も、バーンアウト感に最も曝されていたのは、20代の未婚の女性ワーカーであったと報告しているが、このことは今回の調査ともほぼ一致すると思われる。

2. 職場環境でのストレスとそのストレスへの対処法

「職場環境や研修に関する問題」について、20歳代で、就職後2～5年の世代が最も強くストレスを感じているという結果は、この世代においてバーンアウトの個人的達成感の減退が最も進行していたという結果とも一致しており、この世代への配慮が特に重要であることが推察される。

ちなみに、マズラック(1998)は、バーンアウトが個人の問題というよりも社会システムの問題である点を再三にわたって強調し、組織における以下の6つの要素を重要視している。仕事量：仕事の要求が処理可能であるか、過重ではないか。裁量権：実際に仕事を進める者が、自分の仕事に及ぼせると感じる裁量権があるか。報酬：組織に対する貢献度が反映された評価と報酬ができているか。共同体：組織が、従業員の仕事のやり方をよく理解でき、尊重できるか。公正さ：組織内のさまざまな関係に、組織が敬意を払い、公平さを尊重しているか。価値観：仕事に対する個人の価値観を組織が理解し、支

援してくれるか。土井(1988)は、看護師よりも医師の方がバーンアウト傾向が低いのは、

～までの要素において、医師の方が恵まれている可能性が高いからだとして述べている。音山ほか(1997)の調査でも、利用者中心の介護が介護スタッフのストレスを軽減する効果があり、利用者中心介護が可能となる条件のひとつとして、の介護スタッフの自己裁量権を挙げている。鈴木ほか(2002)の研究でも、施設の建て替えの際の介護スタッフのストレス軽減に対して、仕事のコントロール感が有効であったと述べている。従って、若い世代の介護現場における業務の裁量権拡充は、今後、もっと論議されるべきであろう。

さらに、宗像(1995)は、学校教師と看護師の新人がバーンアウトしやすい現状をふまえて、新人たちの支援体制の充実を提案している。同時に、勤務態勢の改善も提案しているが、新人たちがトラブルに陥った際の、技術的・情緒的な相談相手の確保や日常業務外の様々な研修制度の充実とそれへの参加を重要視している。介護福祉士の調査においても、日々の労働条件がなかなか改善されないため、研修に参加する機会が少ないとも述べられており、「専門職としての生涯研修体系の整備」を、介護福祉士制度充実の課題としていることから、新人支援の方策は今後も重要な課題として残るであろう。

ストレスへの対処要因に関しても、20歳代が、「問題の再確認」、「問題点に対する心理的調整」、「コミュニケーションによる発散」、「職務の再学習」といったカテゴリーを積極的に取り入れており、前述した、最もストレスを感じている世代が、ストレス対処方法として採用しているものと考えられる。

宗像(1995)は、実現可能な目標設定を行うこと、飲酒やカラオケなどといった現実逃避的な発散型の解消法よりも、日常の職場での自己主張や勤務体制改善の努力など現実対応的な対処法を勧めているが、彼女たちは組

織的な形でのストレス対処というよりも、主に、私的な仲間とのコミュニケーションを利用した、個人的な対処方法を採用しており、それが現実的に可能な対応なのだと思う。上野ほか(2003)は、ナースのバーンアウトを防ぐ試みとして、研修会を活用したソーシャルサポート・ネットワーク構築に関わった事例を紹介しているが、その中で、講義を聞くだけの研修会よりも、カウンセリング的要素を用いた、少人数のエンカウンター的グループワークの効果が一番高かったと報告している⁽⁴⁶⁾。社会福祉士を対象にした調査でも、配偶者のいる人の方がいない人に比べてストレスが低いという結果が出ており⁽⁴⁷⁾、澤田(2002)は、仕事以外に家庭内において役割を持つ人のバーンアウトが低いとも述べていて⁽⁴⁸⁾、これらの事実は、仲間や家族というプライベートな単位での支援の重要性を示唆しており、今回の調査とも通底するものである。

3. バーンアウトと、ストレスおよびストレスへの対処の関連

バーンアウトに関して行った、職場環境でのストレス要因とストレス対処については、以下、社会福祉士の調査結果と比較していきたい。まず、情緒的消耗感は、本調査では、特に関連の深い要因は特定できず、「仕事自体の問題」や「職場環境や研修に関する問題」との関連が深かったという、社会福祉士の調査結果とは異なることとなった。また、本調査では、脱人格化は仕事の増加やサービスの不足、利用者とのトラブルが増えるほど進行するという結果が見られたが、社会福祉士の調査結果では、「職務の方針や権限に関する問題」、「職場環境や研修に関する問題」、「社会的な評価に関する問題」との関連が指摘されている。社会福祉士の調査結果では、個人的達成感につながる要因は、「職務の方針や権限に関する問題」、「職場環境や研修に関する問題」、「利用者に関する問題」であったが、

今回の調査では、「職場環境や研修の問題」が唯一、顕著なものとなった。

次に、ストレス対処については、本調査においては、情緒的消耗感の高いスタッフは、「コミュニケーションによる発散」、「問題点からの心理的な逃避」との関連が挙げられたが、社会福祉士の調査結果でも、「コミュニケーションによる発散」、「ストレスの抑制」、「職務のシステムによる問題解決」の放棄、「問題点からの心理的逃避」、「問題の再確認」との関連が指摘されていた。本調査で脱人格が進行しているスタッフは、「コミュニケーションによる発散」を積極的に行い、「問題点からの心理的逃避」を行っていたが、社会福祉士の場合には、「ストレスの抑制」、「コミュニケーションによる発散」、「職務のシステムによる問題解決」や「問題点に対する心理的調整」の放棄など、多様な要因との関連が指摘されている。本調査では、個人的達成感の高いスタッフほど、問題の再確認を重要視していたが、社会福祉士の調査結果では、対照的に、「問題点に対する心理的調整」との関連のみが指摘されている。以上のことより、バーンアウトに抗する本調査での介護スタッフのストレス対処は、職務体制との関わりよりも、個人的な方策に集中している可能性が高く、職務における積極的な業務見直しの提言や、職場の幅広い世代のスタッフとの連携など、職務システムを利用した業務の再検討などの選択肢も利用する可能性を探る必要があると思われる。

V. 今後の展望

1. バーンアウト

今回の調査において、顕著なバーンアウトの報告はなかったが、これは、既存特養ホーム施設をユニットケア環境に移行した効果が現れたものと考えられる。ユニットケア転換は、従来の介護と異なるコンセプトが導入さ

れ、一時的に混乱とストレスを引き起こすが、ユニットケアへの適応が、結果的にはスタッフの心理的安定をもたらすものと考えられるからである。また、介護環境や職務システムに関する直接的な問題点の指摘も少なかったが、これは、現場の介護スタッフの年齢が若いことや勤務年数が少ないことなどが影響していたと思われる。しかしながら、20歳代の新人や勤務して2～5年を経た介護スタッフをどのように支援していくのか、ストレスを軽減し、バーンアウトを避けていくためにどうしていったらよいのか、といった問題に対してはいくつかの示唆を得ることができた。具体的には、絶えず、職場におけるスタッフ同士のコミュニケーションを増やし、介護体制について検討を続けること、家族や友人といった社会的援助資源を最大限利用して、積極的な心理的援助を求めることなどでストレス低減を実現するということである。もちろん、職場においても、さまざまなレベルでの心理的な支援が必要であろう。今回、調査の目的で行われた聴取作業も、実際にストレス低減の促進に寄与した可能性もあり、これら多様な方策の実施が、最終的に、バーンアウトの予防につながると考えられる。

さらに、介護スタッフがバーンアウトに陥るかどうかは、性格特性によるという研究結果もある（たとえば、諸井，1999を参照⁽⁵⁰⁾）。現に、アメリカでは、ハーディネス（hardiness：問題点に対して攻撃的ともいえる姿勢で立ち向かい、相互にコミュニケーションを行って、問題解決を図るパーソナリティ）という概念が、バーンアウトを回避するために有効な要因とみなされている。コペーサ（1979）によると、物事に対する積極的なコントロール control、関わり commitment、挑戦 challenge といった内容である⁽⁵¹⁾。日本においても、このようなパーソナリティのストレスとの関連についての研究（たとえば、川野ほか，1995を参照⁽⁵²⁾）もあり、介護スタッフの

ストレス軽減に対して効果があったという報告⁽⁵³⁾（たとえば、鈴木ほか，2002を参照）もある。

これまで日本では、半世紀以上にわたって、順調な経済成長を前提に、多くの企業において、終身雇用制、企業別組合などの下に、就労者は自己主張を抑制して組織に過剰適応することが求められ、このようなパーソナリティの需要は、企業のみならず、教育・医療・福祉のあらゆる分野に及んだ。こうしたシステムの下では、攻撃的な自己主張や組織の変化を求める行動はあまり歓迎されず、ストレス対処としては、仕事外での発散が一般的であった。しかしながら、20世紀末～21世紀初頭の経済状況の悪化をきっかけに、従来の経営方針、雇用関係、対人様式などが崩れ、仕事における個性主張なども重要視されるようになってきている。今後、アメリカほどラジカルでないとしても、バーンアウト予防に関して、ハーディネスに準じるようなパーソナリティ形成が現実的な選択になる可能性もある。ストレス対処自体が、これまで常に現実社会への適応を目標としたが、社会変動が大きい時代にあっては、個々のパーソナリティ強化の方が合理的な方策であるかもしれないが、それが、最終的には、前向きな職務体制の変革と柔軟な介護方針の変更を実現する原動力になるかもしれないのである。今回の調査では、若い介護スタッフが、ストレスやバーンアウトを避けて職場適応をしていく過程で、個人的な対処方策の選択に偏る傾向が大きいという結果は、ストレス対処の方策を考える上で考慮に入れる必要があるだろう。就業年数が少なく若年世代である彼女たちに、もっと業務システムを利用した、物理的・心理的支援が要求できるよう主張ができる環境を、施設側も周囲のスタッフも模索していくべきだと思われるからである。ユニットケアの浸透は今後も進むであろうが、介護システムの調整や変更に対する柔軟な対応は、このような職場環

境に左右される可能性が高いからである。我々も、引き続き更に充実した高齢者介護と職場のストレス軽減を助言できる方策を検討していきたい。

<謝辞>

*今回、ユニットケアへの導入に取り組み、調査にご協力いただいた大久保幸積総合施設長を始め、K 養護老人ホームのスタッフの皆さんに心よりお礼申し上げます。そして、社会福祉におけるバーンアウト研究の重要性についてご示唆いただきました福井県立大学の西尾祐吾先生、高齢者介護施設の環境整備研究についてご指導いただきました足立啓先生とそのスタッフの皆さんに対しても感謝申し上げます。またこの研究は、平成14年度ニッセイ財団高齢社会福祉実践的研究費および2002年度北星学園大学特別研究費による助成を受けて行われた。また、データの一部は、日本老年社会科学会(2003)にて発表された。⁽⁶⁴⁾

[引用文献]

- (1) 加藤伸司・長嶋紀一・大橋美幸ほか (2002) 痴呆高齢者のグループホーム及びケアユニット等における有効・効率的なケアのあり方に関する研究. 厚生科学研究費補助金(21世紀型医療開拓推進研究事業)平成13年度総括研究報告書, 1-10.
- (2) 小宮英美 (2000) 痴呆性高齢者のケア - グループホームで立ち直る人々. 中公新書, 東京.
- (3) 大森彌 編集代表 (2002) 新型特別養護老人ホーム 個室化・ユニットケアへの転換 . 2-30, 中央法規出版, 東京.
- (4) 足立啓・山内美保・松原茂樹ほか (2001) 痴呆ユニットケアの導入が入居者に与える影響に関する研究 既存の特別養護老人ホームを事例として . 高齢者痴呆介護研究・研修仙台センター研究年報, 2 : 63-74.
- (5) 国民医療研究所編 (2000) 21世紀の医療・介護労働. 本の泉社, 東京.
- (6) 日本介護福祉士会 (2002) 第4回介護福祉士の就労実態と専門性の意識に関する調査報告書, 81-83.
- (7) 永田久雄・李善永 (1999) 特別養護老人ホームでの介護労働の実態調査と今後の高齢介護労働の検討. 労働科学, 75(12) : 459-469.
- (8) 児玉桂子・原田奈津子・潮谷有二ほか (2002) 痴呆性高齢者への環境配慮が特別養護老人ホームスタッフのストレス反応に及ぼす影響. 介護福祉学, 9(1) : 59-70.
- (9) 鈴木聖子・狩野徹 (2002) 施設建替えにおけるケアスタッフの職場適応過程に関する研究. 老年社会科学, 24(3) : 311-318.
- (10) Freudenberger, H.J. (1980) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- (11) 田尾雅夫・久保真人 (1996) バーンアウトの理論と実際 - 心理学的アプローチ -. 誠信書房, 東京.
- (12) 土居健郎・宗像恒次・稲岡文昭・高橋徹・川野雅資 (1988) 燃えつき症候群 - 医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス -. 金剛出版, 東京.
- (13) 田尾雅夫 (1989a) バーンアウト - ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス -. 社会心理学研究, 4(2), 91-97.
- (14) 落合美貴子 (2003) 教師バーンアウト研究の展望. 教育心理学研究, 51, 351-364.
- (15) 宗像恒次 (1995) ストレス解消学 - 過労死・がん・慢性疾患を超えるために -. 小学館ライブラリー.
- (16) 窪田暁子 (1992) 援助専門職におけるバーンアウト (燃えつき症候群). 社会福祉研究, 54, 11-17.
- (17) 藤野好美 (2001) 社会福祉従事者のバーンアウトとストレスについての研究. 社会福祉学, 42(1), 137-149.
- (18) 石川利江・井上都之・岸太一・西垣内磨留美 (2003) 在宅介護者の介護状況, ソーシャルサポートおよび介護バーンアウト 要介護高齢者との続柄に基づく比較検討 . 健康心理

- 学研究, 16(1), 43-53.
- (19) 増田真也 (1997) ホームヘルパーの業務ストレスとバーンアウト. 介護福祉学, 3(1), 30-42.
- (20) 柴田博・長田久雄 編 (2003) 老いのこころを知る. ぎょうせい, 東京.
- (21) 西尾祐吾・清水隆則・田辺毅彦編 (2002) ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト - その実態と対応策 -. 中央法規出版, 東京.
- (22) 佐藤ゆかり・澁谷久美・中嶋和夫ほか (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(1), 67-78.
- (23) Maslach, C. (1976) Burned-Out : *Human Behavior*, 5(9) : 16-22.
- (24) 前掲書 (11)
- (25) Pines, A. (1985) The burnout measure. In J.W.Jones (Ed.), *Police burnout: Theory, Research, and Application*. Park Ridge, IL: London House Management Press.
- (26) 稲岡文昭・松野かおる・宮里和子 (1984) 看護職にみられる BURNOUT と, その要因に関する研究. 看護, 36(4), 81-104.
- (27) 前掲書 (11)
- (28) 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.
- (29) 川野健治・矢富直美・宇良千秋ほか (1995) 特別養護老人ホーム職員のバーンアウトと関連するパーソナリティ特性の検討. 老年社会科学, 17(1) : 11-19.
- (30) 前掲書 (9)
- (31) 澤田有希子 (2002) ケア/ジェンダー/バーンアウト 特別養護老人ホーム介護職員のケア・ストレスとバーンアウトとの関係をジェンダーの視点から検証する . KGPS Review, 1 : 1-17.
- (32) 前掲書 (4)
- (33) 前掲書 (11)
- (34) 前掲書 (20)
- (35) 前掲書 (20)
- (36) 前掲書 (1)
- (37) 前掲書 (20)
- (38) Maslach, C., Leiter, M. P. (1997) *The Truth about Burnout*. Jossey-Bass Inc. Publishers. (高見恭子訳 (1998) 燃えつき症候群の真実. トップラン, 東京.)
- (39) 前掲書 (12)
- (40) 音山若穂・矢富直美 (1997) 特別養護老人ホームの利用者中心の介護が介護スタッフのストレスに及ぼす影響. 季刊社会保障研究, 33(1) ; 80-89.
- (41) 前掲書 (9)
- (42) 前掲書 (15)
- (43) 前掲書 (6)
- (44) 前掲書 (15)
- (45) 上野徳美・山本義史 (2003) ナースのバーンアウトと心理社会的サポート介入. 田中共子・上野徳美 (編) 臨床社会心理学 第1章 ナカニシヤ出版, 京都.
- (46) 前掲書 (20)
- (47) 前掲書 (30)
- (48) 前掲書 (20)
- (49) 前掲書 (27)
- (50) Kobasa, S. C. (1979) Stressful Life Events, Personality and Health; An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- (51) 前掲書 (28)
- (52) 前掲書 (9)
- (53) 田辺毅彦・足立啓・田中千歳ほか (2003) 特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境整備が介護職員の心身に与える影響 - バーンアウトおよび聴取調査の結果 -. 日本老年社会科学会第45回大会発表論文集, 160.

[Abstract]

A Study about Psychological Stress to Care Staff of a Nursing Home for Elderly Residents with Dementia: How to Cope with Burnout Syndrome

Takehiko TANABE

This research examines the effects of environmental relocation effects to elderly nursing home residents with dementia being converted into a group living unit at a preexisting loop corridor-type facility. The difference of degree of stress for care staff was investigated with emphasis on their age and work experience. Stress was measured by a questionnaire on burnout and stress coping. The result showed that there wasn't serious burnout for care staff as a whole, but certain characteristics of stress need to be considered. For example, "emotional exhaustion" and "depersonalization" did not differ with age or work experience after the environmental arrangement to group living. But "loss of personal accomplishment" was reported by female staff in their twenties. They had worked about 2-5 years. Their psychological stress mainly resulted from the insufficient care system policy of changing plans and a lack of time and workforce. The stress coping of care staff mainly consisted of relaxing by talking to each other, their families and their friends in private situations. Also, they usually thought alone about how to solve troubles arising from changing the care system without consulting with other staff. Findings suggest that unit care in the currently available facilities of nursing homes for the elderly was effective in decreasing stress of the care staff. It is important to make clear procedures for changes in the care system to a group living unit and to provide psychological support to the younger care staff, especially those who have worked about 2-5 years, with public and private situations when the troubles arise from a new care giving system.

Key words : care staff of nursing home for the elderly, group living unit, burnout, stress coping