

医療分野における労働負荷のメンタルヘルスに及ぼす影響 に関する日米比較研究

私どもの研究を支援して下さいましたファイザーヘルスリサーチ
振興財団とその関係各位に心からお礼を申し上げます。

(スライド1)

私どもの研究は、主として看護婦の労働負荷がメンタルヘルスに
及ぼす影響についての日米比較です。

(スライド2)

メンタルヘルスの状態を、共通のストレスモデルに基づいて定量的
に測定し、両国の医療現場の問題を明らかにすることが目標です。



群馬大学医学部
公衆衛生学教室・教授
鈴木 庄亮

スライド1

医療分野における労働負荷の
メンタルヘルスに及ぼす影響に
関する日米比較研究

研究代表者
群馬大学医学部公衆衛生 鈴木庄亮
共同研究者
群馬県立医療短期大学 竹内一夫
テキサス大学健康科学センター
Catherine R. Roberts

スライド2

研究目標

日米の医療従事者の労働態様の差異を
調べ、そのメンタルヘルス状態を共通
のストレスモデルに基づいて定量的に
測定し、両国の医療現場の問題を明ら
かにする

(スライド3)

目的はスライドのとおりです。全部質問紙調査です。特に仕事、ストレスや抑鬱などに
関して調べました。

(スライド4)

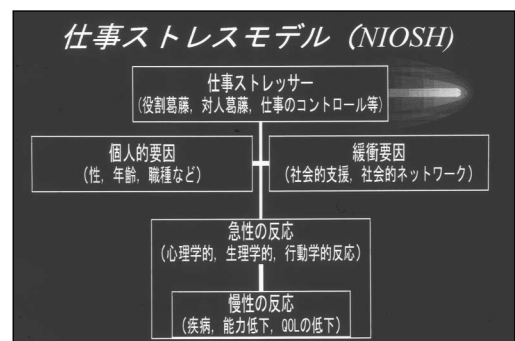
ストレスモデルは National Institute of Occupational Safety and Health のストレスモデル
を使いました。ストレスラーとして様々な葛藤が人に及び、急性の反応、慢性の反応を起こ
す。そこに個人的要因が関与し、またストレス反応を和らげる緩衝要因として社会的支援、
あるいは社会的ネットワークがあるというモデルです。これについて詳しく申し上げます。

スライド3

調査の目的

日米の看護職者に仕事ストレスや抑うつなど
に関する質問紙調査を行い、その差異を調
べ、労働環境上の問題点を検討する

スライド4



(スライド5)

仕事ストレスについてはこのとおり、科学的環境、役割葛藤・役割不明確、対人葛藤、仕事の将来が不明確である、仕事の裁量がどのくらいできるか、仕事の量的な負荷、能力の低活用、こういうことが仕事上のストレスになります。

(スライド6)

急性の反応は、いわゆるストレス反応として言われているようなことです。

スライド5

仕事ストレス

- ・ 物理・科学的環境（温度，有害物質など）
- ・ 役割葛藤・役割不明確（専門外の雑務など）
- ・ 対人葛藤（特殊な人間関係など）
- ・ 仕事将来不明確（昇進体系の不明確さなど）
- ・ 仕事のコントロール（裁量度の低さなど）
- ・ 量的仕事負荷（残業時間の多さなど）
- ・ 能力の低活用（学習機会の少なさなど）
- ・ その他，交替制勤務，対人責任など

スライド6

仕事ストレス：急性の反応

- ・ 生理的反応：心拍数や血圧の上昇，胃酸分泌増加，免疫機能低下など
- ・ 心理的反応：抑うつ，仕事不満足など
- ・ 行動的反応：能率の低下，欠勤や病欠・転職の増加，医師受診率の増加など
- ・ 社会的反応：家族間の葛藤増加など

(スライド7)

慢性の反応は、このような疾患に及んでくるというものです。

(スライド8)

緩衝要因といたしまして、社会的支援（ソーシャルサポート）があり、そのサポートは家族や配偶者、上司、同僚、友人などです。また社会のネットワークによるバックアップというものが緩衝要因になりますし、地域活動、地縁というものも重要な緩衝要因です。

スライド7

慢性の反応

- ・ 能力低下
- ・ 疾病：胃潰瘍，十二指腸潰瘍，本態性高血圧，狭心症，気管支喘息，不眠症，自律神経失調症，神経症，うつ病など
- ・ QOL低下

スライド8

緩衝要因

- ・ 社会的支援（ソーシャルサポート）
- 配偶者や家族，上司や同僚，友人など
- ・ 社会的連携（ソーシャルネットワーク）
- 地域活動，地縁など

(スライド9)

今までのメンタルヘルス調査は、バーンアウトスケールなどが用いられたりしましたが、あまり他職種との比較がなされていなかったり、あるいは大規模な調査が少なく、また国際比較調査があまりなかったかと思いません。そこで私どもは提言にまで結びつけたいと考えております。

スライド9

従来の看護職者メンタルヘルス調査の欠点

- ・ バーンアウトやコーピングスケールなど特殊な尺度が用いられることが多く，他職種との比較がしづらかった
- ・ 多施設にわたる大規模調査が少なかった
- ・ 共通の指標を用いた国際比較調査が少なかった
- ・ 労働態様との関連がよくわからず，環境改善の提言に乏しかった

(スライド10)

今回の調査の特色はこのとおりです。

(スライド11)

予備調査を行ないました。これは1994年で、まだ基準法による労働時間の規制があまり厳しくなかったときです。

日本の大学病院は210名、米国のヒューストン市の大学の教育病院では40名を行ないまして、調査表をブラッシュアップいたしました。

(スライド12)

対象者ですが、群馬県の146病院から18病院、全看護職者約800名を選びました。米国ではテキサス州ヒューストン市のテキサスメディカルセンターの中の3つの総合病院の看護職者約400名を選びました。

(スライド13)

調査方法ですが、仕事のストレスサーにつきましてはいろいろな研究者が開発した質問紙があります。それにやりがいについて新たに作りました。また抑鬱度につきましても既製の質問紙を使いまして、仕事不満足度を入れたり、病欠日数、医師への受診なども入れました。ストレスを緩和する要因として社会的支援なども入れました。

(スライド14)

調査は無記名で、自記式の留置法で1~2週間で回収するということで、自発的な協力依頼のもとに行われました。米国の場合には報酬を10\$ほどさしあげました。

スライド10

今回の調査の特色

- 一般職種との比較や国際比較が可能 (NIOSHのモデルをもとにしている)
- 多施設間にわたる広範囲な疫学調査
- 内的要因であるストレス/メンタルヘルスと外的要因である労働態様を同時に測定: よって労働環境改善への提言が可能

スライド11

先行する予備調査の概要

予備調査

日本: 1994年, G大学病院, 210名

米国: 1995年, ヒューストン市H病院, 40名

- この結果から、無回答の多い項目、信頼性の低い尺度、回答者から批判のあった項目などを除いて、本調査用質問紙を作成した

スライド12

本調査の調査方法(1): 対象者

- 日本: 群馬県下登録病院リスト(146病院)から無作為抽出された18病院の全看護職者, 約800名
- 米国: 協力の得られたテキサス州ヒューストン市テキサスメディカルセンター内の3総合病院の全看護職者, 約400名

スライド13

調査方法(2): 質問項目

- 仕事ストレスサー
 - 量的負荷(Quinn), 仕事将来不明確(Caplan), 作業制御(Greenberger), 役割葛藤(Small)
 - やりがい(新たに): 正のストレス
- 急性/慢性のストレス反応
 - 抑うつ度(THI-D, CES-D), 仕事不満足度
 - 病欠日数, 医師受診頻度など
- 緩衝要因
 - 社会的支援(House)
- 個人要因
 - 性, 年齢, 婚姻状況, 年収など

スライド14

調査方法(3): 調査手順

- 日本: 無記名, 自記式, 留置法(1~2週間)
自発的な協力依頼
- 米国: 無記名, 自記式, 留置法(1~2週間)
自発的な協力依頼+報酬(10ドル)

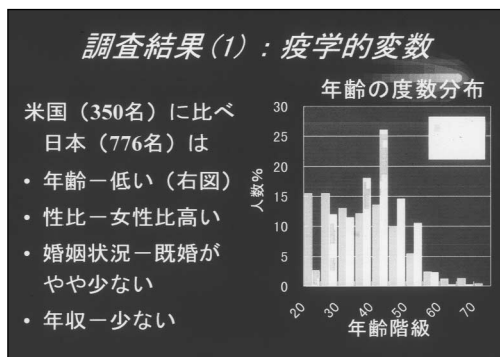
(スライド15)

今回は2群の比較を単純集計して、差の検定を行いません。

(スライド16)

結果ですが、これが年齢分布です。グレーが日本で白が米国ですが、日本の方は20代の者が多く、また未婚がやや多かった。性比では日本の場合は8%ほどが男性、米国の場合は14%ほどが男性で、男女合わせて分析いたしました。

スライド16

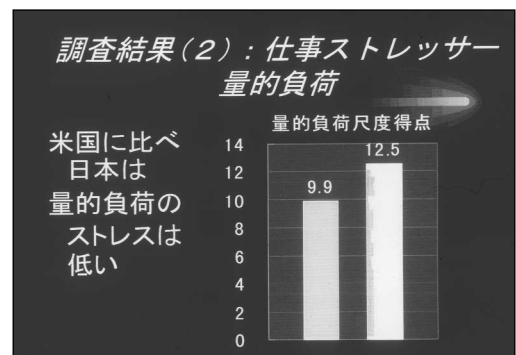


スライド15

調査方法(4):分析方法

- 今回は日米比較を中心に
- 粗集計をもとに単変量の比較
- 2群の比率の差の検定, 2群の平均値の差の検定(t検定)を用いた

スライド17



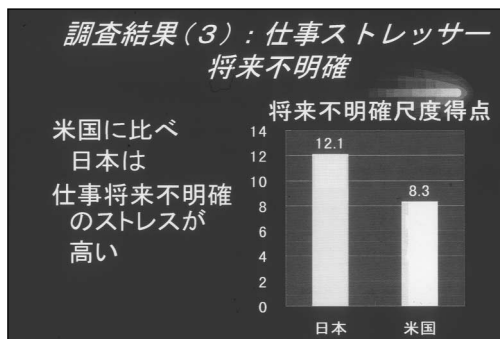
(スライド17)

仕事ストレスサーの量的負荷については、米国に比べて日本は量的負荷のストレスは低いという結果でした。

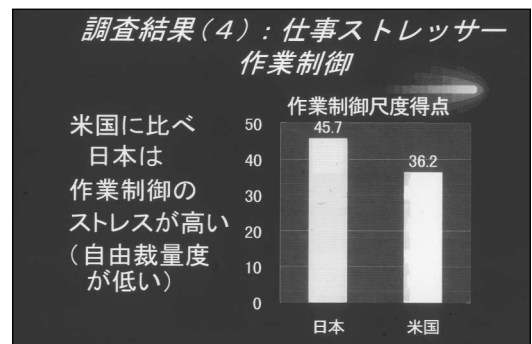
(スライド18)

仕事の将来が不明確であるということにつきましては、米国に比べて日本は不明確であるというストレス度が高いという結果でした。

スライド18



スライド19



(スライド19)

仕事をコントロールできないということのストレスが、日本の方が高い、アメリカの方が低いという結果でした。

(スライド20)

役割葛藤のストレスは日本の方が少し高いのですが、有意差はありません。

(スライド21)

米国に比べて日本は仕事のやりがいが高いという結果でした。

(スライド22)

緩衝要因である社会的支援ですが、社会的支援に対する不満が日本の方が強くて、特に家庭における配偶者、家族からの支援について、米国と比べて不満が強いという結果でした。

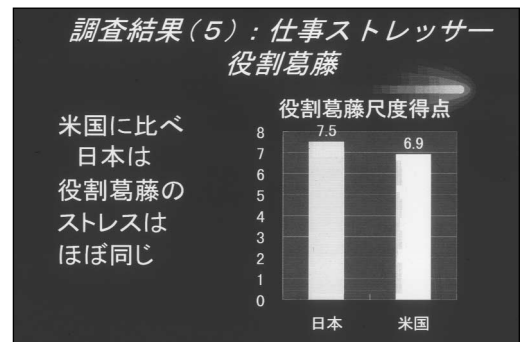
(スライド23)

抑鬱度は、この尺度によりますと、日本の方が高いという結果でした。

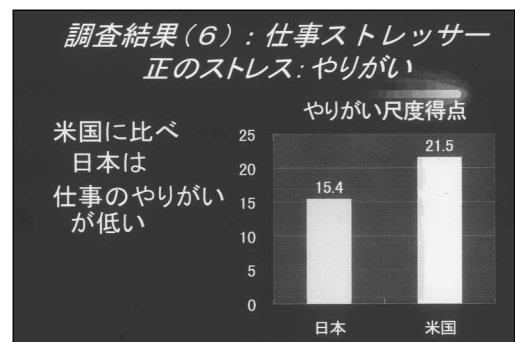
(スライド24)

仕事に不満足というのが日本の方がずっと高い値でした。

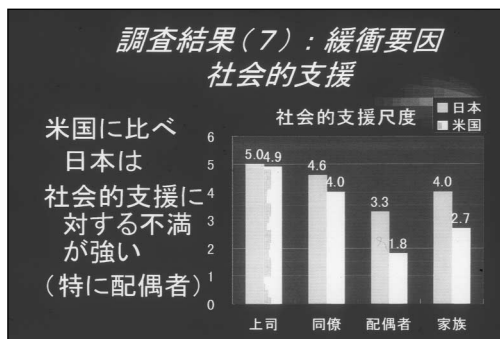
スライド20



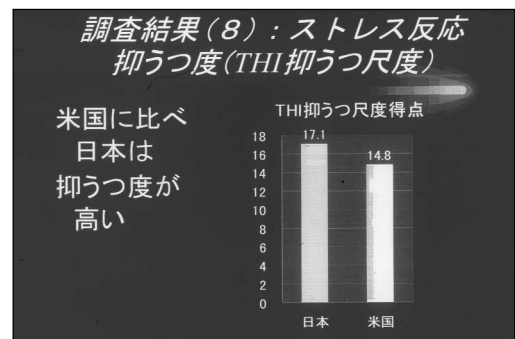
スライド21



スライド22



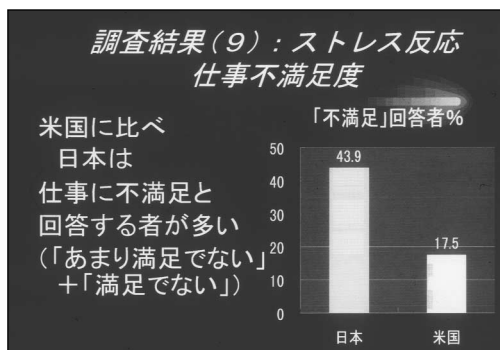
スライド23



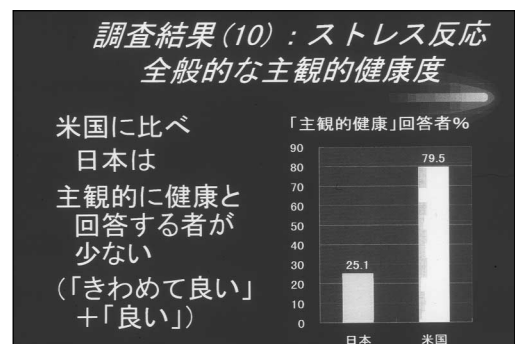
(スライド25)

主観的な健康は米国の方が、ずっと高く、日本は低いという結果でした。

スライド24



スライド25



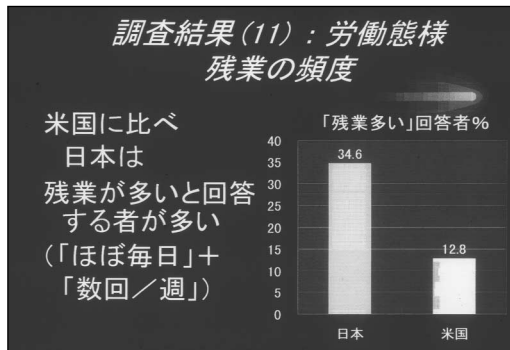
(スライド26)

残業の多さについては、日本の方がずっと高くて週に4～5時間、米国は週に1時間くらいが最頻値でした。

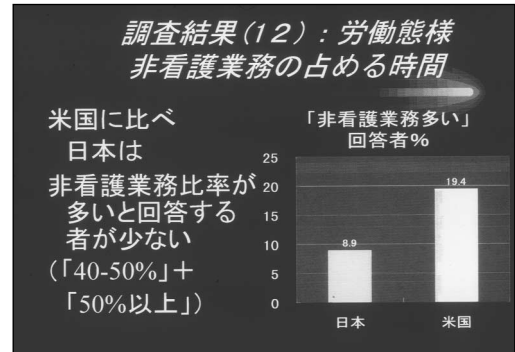
(スライド27)

非看護業務が多いと回答する者は、米国の方が高かったのですが、これは意識の高さも表しているのです、

スライド26



スライド27



(スライド28)

非看護業務の内容を見ますと、食事介護、配膳、下膳、病室清掃、患者搬送、検体採集、リネン交換というものがありますが、米国ではこういうものは看護業務でないとはっきり言っているのですが、日本の看護者はそうでもない。

(スライド29)

結局、米国に比べて日本の看護職者は、仕事の将来が不明確で、作業の裁量度が低いことへのストレスが高く、やりがいも低い。また社会的支援が低い、抑鬱度や仕事不満足度が高い。実際に残業頻度が多く、全般的な健康度も低いという傾向でした。

(スライド30)

また米国と比べて非看護業務従事が少ないように見えますが、これは各業務に対して、米

スライド28



スライド29

考察(1): 得られた知見

米国に比べ日本の看護職者は、仕事の将来が不明確で、作業の裁量度が低いことへのストレスが高く、やりがいも低い。また、社会的支援も低い、抑うつ度や仕事不満足度が高い。実際に残業頻度も多く、全般的な健康度も低い傾向にある。

スライド30

考察(2): 得られた知見(続)

また、米国と比べ、非看護業務従事が少ないように見えるが、これは各業務に対し、米国では「非看護業務」と見なす傾向が強い(専門性の意識が強い)ためと考えられた。

国では非看護業務と見なす傾向が強い、専門性の意識が高いためと考えられました。

(スライド31)

ただ今は単変量の結果のみをお知らせいたしましたが、今後の展開として多変量解析をして、看護業務特有のストレスの構造について明らかにし、また労働条件、労働態様との関係を明らかにして、改善に展開できればと思っております。

(スライド32)

総括ですが、今申したことと同じです。そういう提言がこれからできればと思っております。

スライド31

考察(3): 今後の展開

- 年齢、性、婚姻状況などの個人的要因を交絡因子として、多変量解析を用いて得られた知見の確認を行う。
- 同時に、労働態様との関連性を明らかにして、労働環境改善への提言をまとめる。

スライド32

総括

日米の看護職者のストレスとメンタルヘルスの状態を労働態様を含めて測定し、比較した。相対的に、日本の看護職者の労働条件の悪さと社会的支援の乏しさが、仕事ストレスを高め、抑うつ度や自覚的健康度を悪化させている可能性が示唆された。