

福祉施設で働く対人援助職者のメンタルヘルス行動の動機づけと 精神的健康との関連について

¹⁾ 鳥取大学大学院医学系研究科臨床心理学専攻 (主任 菊池義人教授)

²⁾ 独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター

竹田伸也¹⁾, 太田真貴²⁾

Influence of the motivation to mental health-related behavior on mental health of human service provider

Shinya TAKEDA¹⁾, Maki OTA²⁾

¹⁾ *Department of Clinical Psychology, Tottori University Graduate School of Medical Sciences,
Yonago 683-8503, Japan*

²⁾ *Tottori Medical Center, Tottori, 689-0203, Japan*

ABSTRACT

This study investigated the association between mental health status and behavioral motivation relevant to human service providers' mental health. The subjects were 315 welfare service workers. The results showed that 201 (63.8%) of their spouses scored 3 or more points (corresponding to a rather low level of mental health) on the 12-item General Health Questionnaire. Monovariant analysis of these two mental health groups revealed no significant differences regarding participation in a mental health study session, intention to consultation a psychiatrist, and intention to talk about work troubles. Results also showed that subjects with low mental health had little social support. Logistic regression analysis revealed an association between mental health and the intentions to participate in mental health study sessions and to quit the job. The findings suggest the need for mental health measures that take these factors into account for human service providers. (Accepted on April 21, 2014)

Key words : Human service provider, mental health, motivation

はじめに

近年、福祉施設で働く対人援助職者の休職や離職が増えており¹⁾、離職や休職の原因の一つとしてうつ病の罹患者の増加など精神的健康の悪化が指摘されている²⁾。福祉施設で働く職員のメンタ

ルヘルスは、彼らが健康に仕事を続けていくうえで重要であると同時に、質の高い援助を提供することができるという点で利用者にも還元される。したがって、福祉施設で働く対人援助職者を対象としたメンタルヘルスの試みに対する社会的意義は大きい。

厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」³⁾のなかで、就労者自身によるストレスへの気づきと対処を実践するセルフケアを推奨している。職業性ストレスはうつ病の発症リスクを高めるといわれており⁴⁾、ストレスマネジメントを目的としたセルフケアを対人援助職者が実践することは、精神的健康を保つうえで有効な手段であるとする。そうしたなか、福祉施設で働く対人援助職者を対象としてメンタルヘルス研修会が実施されており、参加者のセルフケアの向上などに効果をあげている⁵⁾。

しかし、一般的なメンタルヘルス研修会は、受講者の自発的な参加を前提としているため、研修会への参加意思が参加行動を左右すると思われる。メンタルヘルス研修会への参加意思の有無により、対人援助職者の精神的健康に違いがあり、メンタルヘルス研修会への参加意思のない者の精神的健康度がより低いようであれば、メンタルヘルス研修会の形態を検討する必要もある。しかし、メンタルヘルス研修会への参加意思の違いによる対人援助職者の精神的健康度については、これまでのところ検討されていない。また、メンタルヘルス研修会への参加経験が、対人援助職者の精神的健康の保持および増進に影響しているか否かについても、これまで十分に検討されていない。従来から行われている自発的参加型のメンタルヘルス研修会に、メンタルヘルスのリスクの高い対人援助職者が参加できていなかったり、メンタルヘルス研修会に参加経験があるものの、普段の精神的健康の保持および増進が図られていなかったりすることが明らかとなれば、メンタルヘルスに対するアプローチをさらに検討する必要があると思われる。

一方、対人援助職者のメンタルヘルスを検討するうえで、メンタルヘルスに関連すると思われる行動についての動機づけと精神的健康との関連について明らかにすることも重要である。精神的な不調を自覚した際、早期発見と早期治療の重要性から精神科などの専門機関を受診することが求められる。しかし、うつ病症状を呈する患者の精神科受診率は国内外を問わず決して高くはないため^{6,7)}、必要に応じた精神科への受診行動はメンタルヘルス行動として重要であるといえる。また、福祉施設で働く人の離職率は高く⁸⁾、離職した原因にうつ病の発症など精神的健康の悪化があるこ

とが知られている。このことを踏まえると、離職意思の有無が精神的健康に一定の影響を与えていると考えられる。さらに、ソーシャルサポートは心理的ストレス反応の低減につながることを示されており^{9,10)}、仕事についての悩みがあると、他人に相談するという対処を用いるか否かで、精神的健康が異なってくるのが推察される。そのため、就労上の悩みに関する相談意思は、対人援助職者の精神的健康に関連する要因となり得ると思われる。

これらの行動に対する動機づけと精神的健康との関連が明らかとなれば、そうした動機づけを考慮にいたれたプログラムの開発など、対人援助職者のメンタルヘルスに対する貴重な示唆を提示することができる。しかし、メンタルヘルスに関連するこれらの行動に対する動機づけと、福祉施設で働く対人援助職者の精神的健康との関連について、これまで検討されていない。そこで本研究では、メンタルヘルス研修会への参加経験や参加意思をはじめとしてメンタルヘルス行動に対する動機づけと福祉施設で働く対人援助職者の精神的健康との関連について検討を行い、対人援助職者のメンタルヘルスに対するアプローチに資することを目的とした。

対象および方法

1. 対象

鳥取県内の福祉施設で勤務している対人援助職者を対象とした。2012年5月から7月までの間に、鳥取県内の福祉施設のうち社会福祉法人として登録されている施設のなかから無作為に抽出した。そして、抽出した施設の施設長あてに調査票を送付し、各職員に調査票が配布された。倫理的配慮として、本調査で集計するデータは個人が特定されない形で解析を行うこと、同意者のみ調査対象とすること、調査協力への同意または不同意に伴う不利益は生じないこと、および本研究の趣旨について文書にて説明し、本研究への同意は調査票の返送によって表明されるという手続きを用いた。その結果、返送された調査票のなかで欠損値のあるデータを除いた315人（男性85人、女性230人）を解析の対象とした。

2. 研究方法

本調査では、年齢、性別、経験年数、メンタルヘルス研修会の参加経験の有無（以下、参加経験）、

メンタルヘルス研修会への参加意思の有無(以下、参加意思)、心の健康を崩した際の精神科受診意思の有無(以下、受診意思)、仕事への離職意思の有無(以下、離職意思)、仕事の悩みについての相談意思の有無(以下、相談意思)、仕事の悩みについて職場内及び職場外で相談できる人の有無(以下、職場内ソーシャルサポート、職場外ソーシャルサポート)、現在の職場での立場(以下、職位)、日本版GHQメンタルヘルス調査票12項目版(the 12-item General Health Questionnaire, GHQ-12)¹¹⁾得点を、解析対象のデータとして用いた。

このうち、参加経験は「ある・ない」の2件法、参加意思は「ぜひ参加したい・できれば参加したい・あまり参加したくない・全く参加したくない」の4件法、受診意思は「ぜひ受診したい・できれば受診したい・あまり受診したくない・全く受診したくない」の4件法、離職意思は「よくある・たまにある・あまりない・全くない」の4件法、相談意思は「とてもそう思う・少しそう思う・あまりそう思わない・全くそう思わない」の4件法、職場内・職場外ソーシャルサポートは「いる・いない」の2件法、職位は「一般職・主任以上」の2件法で回答を求めた。一方、GHQ-12はGoldberg¹²⁾による採点法(0-0-1-1)で得点を算出した。GHQ-12の得点範囲は0~12点であり、得点が高いほど精神的健康度が低いことを表す。なお、本研究は鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(承認番号2115)。

3. 統計解析

4件法による回答は、すべて2値にダミー変数化した。具体的には、参加意思および受診意思は、それぞれ「ぜひ参加(受診)したい」と「できれば参加(受診)したい」を1、「あまり参加(受診)したくない」と「全く参加(受診)したくない」を2とし、離職意思は、「よくある・たまにある」を1、「あまりない・全くない」を2とし、相談意思は「とてもそう思う・少しそう思う」を1、「あまりそう思わない・全くそう思わない」を2とした。

一方、GHQ-12では2/3点が一般的なカットオフ値として用いられているため¹³⁾、本研究においてもGHQ-12得点が2点以下を精神的健康高群、3点以上を精神的健康低群とし、2群に振り分けた。このうち、精神的健康高群を1、精神的健康低群

を2とした。

精神的健康高群・低群と年齢、性別、経験年数、参加経験、参加意思、受診意思、離職意思、相談意思、職場内ソーシャルサポート、職場外ソーシャルサポート、職位について、*t*検定及び χ^2 検定を用いて有意差を検討した。そのうえで、単変量解析で $p < 0.2$ となった因子を説明変数とし、GHQ-12得点(精神的健康高群と精神的健康低群)を目的変数としてロジスティック回帰分析を行った。なお、分析にはIBM SPSS Statistics ver.19を用いた。

結 果

GHQ-12をカットオフ値で分類した結果、精神的健康高群は114人(36.2%)、精神的健康低群は201人(63.8%)であった。両群での各属性の比較の結果について、表1に示す。単変量解析の結果、有意水準5%で有意となった項目は、参加意思、離職意思、職場外ソーシャルサポートであった。このうち、参加意思については、精神的健康高群よりも低群の方が、メンタルヘルス研修会に参加したくないという人が多かった($\chi^2=4.75$, $p < 0.05$)。離職意思については、精神的健康高群よりも低群の方が、仕事を辞めたいと思う人が多かった($\chi^2=29.70$, $p < 0.001$)。職場外ソーシャルサポートについては、精神的健康高群よりも低群の方が、仕事の悩みについて相談できる人が職場外にいない人が多かった($\chi^2=6.43$, $p < 0.05$)。

一方、単変量解析により $p < 0.2$ となった項目は、経験年数、参加意思、離職意思、相談意思、職場内ソーシャルサポート、職場外ソーシャルサポートであった。これらの因子を説明変数、GHQ-12得点(精神的健康高群と精神的健康低群)を目的変数としたロジスティック回帰分析を行った。その結果、参加意思(オッズ比:2.16, 95%信頼区間:1.11 - 4.19)、離職意思(オッズ比:0.29, 95%信頼区間:0.17 - 0.48)が、精神的健康に有意な影響力を持っていることが示された(表2)。

考 察

GHQ-12の一般的なカットオフ値を用いて対象者を分類したところ、精神的健康の低い対人援助職者は63.8%にのぼった。GHQを用いた先行研究では、カットオフ値を上回る精神的不健康者は、一般人口では14.0%¹⁴⁾、看護師で36.6%¹⁵⁾、要

表1 精神的健康高群・低群における各属性の差異

	精神的健康高群 (N = 114)	精神的健康低群 (N = 201)	p
年齢	47.7 ± 10.6	46.7 ± 10.8	0.45
性別			
男性	35	50	0.26
女性	79	151	
経験年数	16.1 ± 11.0	14.3 ± 10.4	0.14
参加経験			
参加経験あり	59	89	0.20
参加経験なし	55	112	
参加意思			
ぜひ(できれば)参加したい	98	152	0.03
全く(あまり)参加したくない	16	49	
受診意思			
ぜひ(できれば)受診したい	66	111	0.65
全く(あまり)受診したくない	48	90	
離職意思			
よくある・たまにある	50	150	< 0.001
あまりない・全くない	64	51	
相談意思			
とても(少し)そう思う	98	183	0.16
全く(あまり)そう思わない	16	18	
職場内ソーシャルサポート			
いる	98	156	0.07
いない	16	45	
職場外ソーシャルサポート			
いる	102	157	0.01
いない	12	44	
職位			
一般職	43	68	0.49
主任以上	71	133	

表2 精神的健康度を目的変数とするロジスティック回帰分析の結果

	OR	95%CI	p
経験年数	0.99	0.97-1.01	0.31
参加意思	2.16	1.11-4.19	0.02
離職意思	0.29	0.17-0.48	< 0.001
相談意思	0.47	0.22-1.04	0.06
職場内ソーシャルサポート	1.30	0.66-2.57	0.45
職場外ソーシャルサポート	1.99	0.95-4.20	0.07

OR : odds ratio, CI : confidence interval

介護認定を受けた第一号被保険者の主介護者で57.0%¹⁶⁾などの値が示されている。看護職や介護者は従来精神的不健康を呈する割合が高いといわれているが、本研究で精神的不健康とされた対人

援助職者の割合は、さらにその割合を上回っていた。このことは、福祉施設で働く対人援助職者のうち、精神的健康度の低い人が多いことを示唆しており、福祉施設で働く援助職者のためのメンタ

ルヘルスに関する対応の必要性を裏づけるものであるといえる。

次に、単変量解析によって得られた結果について論考する。メンタルヘルス研修会への参加経験により、対象者の精神的健康度に違いがあるか否かを検討したところ、精神的健康高群と低群ではメンタルヘルス研修会への参加経験に有意差を認めなかった。今回の調査では、メンタルヘルス研修会への参加経験が対人援助職者の精神的健康に与える影響について捉えることはできなかった。精神科受診意思については、精神的健康の違いで有意差を認めなかったが、心の健康を崩しても精神科を受診したいと思わない人が全体の43.8%を占め、うち精神的健康低群では44.8%にのぼった。精神的不調を自覚した際の精神科受診は、うつ病の早期発見と早期治療の観点からも重要であり、福祉施設で働く援助職者を対象としたメンタルヘルス対策を検討するうえで、必要な場合の精神科受診意思を高める対応を考慮することが求められる。一方、仕事に関する悩みがある際の相談意思については、精神的健康度による有意差を認めず、いずれの群も相談意思のある人の割合は高かった。しかし、職場外ソーシャルサポートの存在が、精神的健康の高い対象者と比べ精神的健康の低い対象者に少なかった。このことは、福祉施設で働く援助職者のうち、精神的健康の低い人では仕事の悩みに関する相談意思を有しているものの、実際に相談できる対象者がいないケースが多いことを示唆している。

ロジスティック回帰分析では、対象者の精神的健康には、メンタルヘルス研修会への参加意思（オッズ比：2.16、95%信頼区間：1.11 - 4.19）と離職意思（オッズ比：0.29、95%信頼区間：0.17 - 0.48）が有意に関連していた。すなわち、メンタルヘルス研修会に参加したくない対人援助職者や仕事を辞めたいと思っている対人援助職者の方が、精神的に不健康となるリスクが高いという結果を得た。このことは、事業場外における自発的参加型のメンタルヘルス研修会という構造が、メンタルヘルスのリスクを抱えた福祉施設で働く援助職者には必ずしも適切ではないことを示唆している。したがって、職場内で職員が負荷を感じずに取り組めるメンタルヘルス・プログラムの開発など、メンタルヘルス研修会への参加意思のないスタッフもターゲットとしたメンタルヘルス対策

を検討することが今後の課題となる。離職意思については、精神的健康低群で74.6%の人に離職意思があることが示された。介護職員を対象とした調査では、「賃金の低さ」、「人手不足」、「身体的負担が大きい」などが労働条件の不満として挙げられており¹⁷⁾、離職意思の理由の全てが心理的ストレスに起因しているものではないと思われる。しかし、離職意思を有していることとメンタルヘルスのリスクとの関連性が今回の結果から示唆されたため、離職意思に関連した要因を明らかにしその対策を講じることが、福祉施設で働く対人援助職者へのメンタルヘルス対策として有効であるといえよう。

最後に、本研究の限界について述べる。本研究は、調査票を返送した者のみを対象としており、対象者に偏りがあることも考えられるため、結果の一般化には限界がある。また、対象者の職種と勤務形態について尋ねておらず、それらの属性を考慮にいたした分析が行えていない。今後は、職種や勤務形態などを踏まえた詳細な検討が求められる。

結 語

本調査より、福祉施設で働く対人援助職者では精神的健康度の低い人が多いことが示唆された。また、ソーシャルサポートの希薄な対人援助職者は、ソーシャルサポートが多い人と比べ精神的健康度が低いこともわかった。一方、メンタルヘルス研修会に参加したくない対人援助職者や仕事を辞めたいと思っている対人援助職者の方が、精神的に不健康となるリスクが高いことも示唆された。これらの要因を考慮した福祉施設で働く対人援助職者へのメンタルヘルス対策が求められる。

本研究を進めるにあたり、鳥取県社会福祉協議会に多大なご協力をいただきました。ここに、深く感謝の意を表したいと思います。また、本調査に協力していただいた対人援助職者の皆様に心より感謝いたします。

本論文の要旨は、第21回日本産業ストレス学会(2013年、仙台)にて発表した。

文 献

- 1) 財団法人介護労働安定センター. 平成20年版介護労働の現状Ⅱ；介護労働者の働く意識と

- 実態. 東京, 財団法人介護労働安定センター. 2008. p.120-121.
- 2) 財団法人日本生産性本部. 産業人メンタル白書;心の病による休業者の復職の実態と問題点-企業調査票調査より-. 東京, 財団法人日本生産性本部, 2009. p. 21-61.
 - 3) 厚生労働省, 労働者の心の健康の保持増進のための指針について. 厚生労働省 2006.
 - 4) Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression : a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008; **65**: 438-445.
 - 5) 竹田伸也, 松尾理沙, 大塚美菜子, 片平志保. 福祉職への認知行動療法を応用したストレスマネジメントプログラムの作成. *日本心理臨床学会第31回大会論文集* 2012: 320.
 - 6) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *JAMA* 2003; **289**: 3095-3105.
 - 7) 三木治. プライマリケアにおけるうつ病の実態と治療. *心身医学* 2002; **42**: 585-591.
 - 8) 厚生労働省. 会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針. 厚生労働省 2007.
 - 9) Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; **98**: 310-357.
 - 10) 田中健吾, 小杉正太郎. ソーシャルサポートとコーピング方略・心理的ストレス反応との関連-職場ストレスの種類の別による検討-. *産業ストレス研究* 2002; **9**: 169-177.
 - 11) 新納美美, 森俊夫. 企業労働者への調査に基づいた日本版GHQメンタルヘルス調査票12項目(GHQ-12)の信頼性と妥当性の検討. *精神医学* 2001; **43**: 431-436.
 - 12) Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychiatric illness. *Maudsley Monograph No. 21*. London: Oxford University Press; 1972.
 - 13) 福西勇夫. 日本版General Health Questionnaire (GHQ) のcut-off point. *心理臨床* 1990; **3**: 228-234.
 - 14) 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版GHQ精神健康調査票手引. 東京, 日本文化科学社. 1985.
 - 15) 宗像恒次. 行動科学からみた健康と病気-現代日本人のこころとからだ. 東京, メヂカルフレンド社. 1987. p.233.
 - 16) 東野定律, 筒井澄栄, 矢嶋裕樹, 桐野匡史, 筒井孝子, 中嶋和夫. 要援護高齢者の主介護者における精神的健康. *厚生の指標* 2006; **53**: 27-31.
 - 17) 財団法人介護労働安定センター. 平成23年度介護労働実態調査結果について. 東京, 財団法人介護労働安定センター. 2011.