

高齢者介護施設職員の精神的健康度に対する ワークストレスの認知的評価の影響

稲谷 ふみ枝¹⁾, 津田 彰¹⁾, 村田 伸²⁾, 神 蘭 紀 幸³⁾

要 約

本研究の目的は、高齢者介護施設職員の精神的健康度に対するワークストレスとその認知的評価の影響を検討することである。対象は、特別養護老人ホームとグループホームに勤務する46名（男性8名、女性38名）、平均年齢43.1歳±11.8、平均勤続年数4.4年±2.7である。指標は、①GHQ28、②離職状況、③Zarit介護負担感尺度の改訂版、④介護ストレス認知評価尺度・身体的消耗感、⑤仕事の魅力・コントロール・介護信念評価尺度等。対象者のGHQの平均得点は7.6（GHQ法）で全体的に健康度が低く、GHQのハイリスク群の特徴として、年齢が若く主観的健康状態が不良で、仕事以外の心配事を抱えていた。精神的健康度の影響要因として、身体的消耗感、介護負担感の個人負担因子が抽出された。またFollow-up期間中に離職した8名全員が、第1回目調査時のハイリスク群に属していたことが明らかとなった。

キーワード：高齢者介護施設職員、精神的健康度、ワークストレス、認知的評価

問 題

わが国では急速に高齢化が進み、介護の社会化が推進されてきた。それに伴い高齢者福祉施設や在宅介護支援センターが拡充し、介護職とその関連従事者数は著しく増加している。介護労働安定センター（2003）の報告によると、介護労働の現場では、介護業界の採用率が高い一方、他の業種と比較して離職率の高さが問題となっている。この離職の問題については、これまで社会福祉学や産業・組織心理学の分野から、ワークストレスやバーンアウト（燃え尽き症状）がケアの質の低下と関連することが示唆されている（長田・李，1999，武内・田口，2003）。国外においても、高齢化が進み介護の社会化が施策されてきた英国、オランダ、スウェーデンにおいて、ナーシングホームのケアスタッフのストレスとバーンアウトなどの側面から検討され

てきた（Dunnら，1994）。高齢者福祉の先進国のスウェーデンではÅströmら（1991）が、高齢者介護に携わる介護職員583名と救急医療で働くスタッフ328名を対象とした調査では、バーンアウト得点が高い者ほど転職の意向が多く、また救急医療スタッフより長期的なケアを提供する介護職において転職の意向が多かったことを報告している。英国では、Dunnら（1994）が、ナーシングホームで働く112名を対象として職場ストレスを調査した結果、ストレスサーとして、「低い給料」「スタッフ不足による勤務シフトの困難」「患者をリフトする身体的負担」「仕事管理の低さ」等の項目を見出し、5つのストレスサー因子に分類している。また、仕事のプレッシャーを強く感じているスタッフの多くが、喫煙とアルコール摂取の問題を抱えていることを明らかにしている。

国内では、特別養護老人ホームやグループホームの

1) 久留米大学文学部
2) 姫路獨協大学医療保健学部
3) 志學館大学人間関係学部

職員、ホームヘルパーのバーンアウト（原田ら、2000、鈴木・狩野、2002）及びワークストレス（矢富ら、1995）について報告されている。これらの研究から、高齢者福祉施設で働く職員のストレスサーとは、「給料の低さ」「介護・事務的仕事の負荷」「利用者との葛藤」「夜勤」「身体的ケアにおける負荷」があり、慢性疲労が続くと職務満足度も低下し、離職につながるバーンアウトに陥ることが示唆されている。一方、施設職員のバーンアウトと関連する要因としては、「利用者中心の介護方針」や「管理者のリーダーシップ」という組織特性の要因、「仕事のコントロール」「仕事の魅力」という職務に対する個人の認知的側面が影響していることが示唆されている（宇良ら、1995）。

目 的

これらの調査から、施設職員のワークストレスを軽減することが、職員のバーンアウトや離職を減少させるために重要であり、また職員のメンタルヘルスを維持向上させることは、仕事への動機づけを高めるために必要であり介護の質にも影響すると考えられる。

一般的に仕事上の悩みを多く抱えるものほど精神的健康度は低下すると考えられるが、ラザルスら（1991）のストレス認知理論、つまり個人がストレスサーをどのように認知評価するかによって、ストレス反応に違いが出るという理論モデルによれば、それらワークストレスをどれくらい負担と考えるか、また介護の仕事を重要だと認知するか、あるいは仕事に対して自己効力感が高いか低いかによってストレス反応は異なることになる。宇良ら（1995）の研究からも示されるように、ワークストレスに対して、職員がどのような認知的評価を行っているかを分析することは重要であると考えられる。

そこで、本研究ではラザルスらのストレス認知理論に基づき、高齢者介護施設に勤務する職員の精神的健康度とその影響要因として、個人内の介護負担感や介護信念、仕事の魅力度や仕事に対する自己コントロール感との関連を分析する。

方 法

調査対象と手続き

対象は、鹿児島県の特別養護老人ホーム（30床）および隣接したグループホームに勤務する職員46名（男性8名、女性38名）である。平均年齢43.1歳±11.8、平均勤続年数4.4年±2.7であった。2003年6月から2004年3月にかけて留置法によるアンケート調査を実

施した。施設長および職員のコンセンサスを得てから予備調査を行い本調査を実施した。

質問紙の構成：属性：性別、年齢、職種、勤続年数、身体的健康状態：「健康状態が良い」から「良くない」までの4件法；高得点ほど不健康を示す。ストレスサー：①仕事、②仕事以外（プライベート）の心配事：「心配事がほとんど無い」から「よくある」までの3件法；高得点ほど心配事ありに換算した。

調査尺度

- (1) 日本版 GHQ（General Health Questionnaire）短縮版：GHQ28（中川・大坊、1985）を使用した。身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の各7項目、4因子構造。GHQ法による2件法を採用した。
- (2) 日本語版介護負担感尺度（Zarit Caregiver Burden Interview）：博野ら（1998）の日本語版 ZBI、22項目を予備調査で施設職員用に改訂。個人負担因子12項目、役割負担因子7項目の2因子。5件法。施設職員用に修正した点は、①「患者」を「利用者」に修正。②予備調査により施設介護の状況に合致しない項目3、13、15を除いた。
- (3) 介護ストレス認知評価尺度：身体的消耗感因子6項目（安部、2001）を使用した。安部（2001）の家族介護者用介護ストレスの主観的評価測定尺度であるが、施設介護職に適用できる身体的消耗感因子のみ採用した。4件法。
- (4) 仕事の魅力・仕事のコントロール・介護信念認知評価尺度（宇良、1998）：仕事の魅力を測定する3項目、4件法。仕事のコントロール尺度9項目、4件法。介護信念測定尺度2因子：a 認知症高齢者の欲求と感情に対する信念の6項目、5件法。b 介護成果に対する信念の6項目、4件法。
- (5) 離職状況：第1回目から9ヶ月後に離職状況を把握した。

分析方法

本研究では、ラザルスらのモデルに沿った仮説を検証するために、Fig. 1に示すストレスモデルを仮定し分析を行った。ストレスサーとして仕事上及び仕事以外の心配事、また認知的評価としては Zarit 介護負担感、介護ストレス（身体的消耗感）、仕事の魅力、仕事のコントロール、介護信念、そしてストレス反応は精神的健康度（GHQ28）を用いた（Fig. 1）。まず精神的健康度を GHQ 法により算出し、精神的健康度と

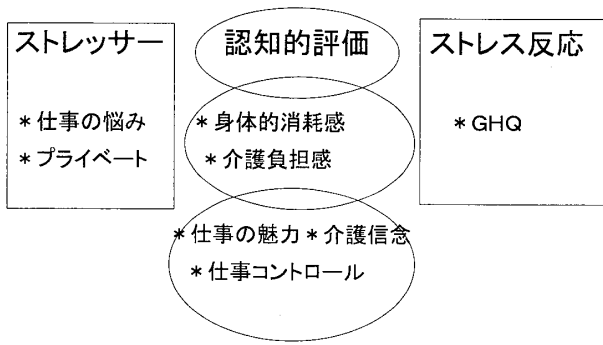


Fig. 1 ストレスモデル

その関連要因との相関関係を分析し、重回帰分析を用いて影響要因の分析を行った。次に GHQ 得点のカットオフポイントで、ハイリスク群と非リスク群に分けて分散分析による比較を行った。最後に離職群の特徴を検討するために、離職群と継続群の GHQ およびストレス認知の違いを相関および分散分析により検討した。いずれの分析も SPSS for Windows (Ver.11.0J) を用いた。

結 果

職員の精神的健康度

まず対象者の GHQ と下位尺度を GHQ 法により算出した。GHQ 総得点の平均は7.6 (SE=.96), GHQ の下位尺度の平均値は、身体的症状が2.9 (SE=.32), 不安と不眠が1.7 (SE=.24), 社会的活動障害が2.0 (SE=.32), うつ傾向が1.0 (SE=.27) であった。福西 (1990) を参考 (カットオフ値 6/7) にして、GHQ 総得点から対象者46名を、精神的健康度が低く、臨床的に要注意と目されるハイリスク群 (19名) と非リスク群 (27名) に分類した。その結果ハイリスク群は全体の41.3%を占めた。次に、属性とストレス要因別に GHQ ハイリスク群と非リスク群の比較を行った。その結果、年齢 (p<.01), 健康状態 (p<.05), 仕事以外の心配事 (p<.05) に有意差が認められ、ハイリスク群の方が年齢は若く、健康状態が不良で、プライベートで心配事があることが示された (Fig. 2)。一方、仕事の悩み得点と勤続年数では有意差が得られなかった。

精神的健康度 (GHQ) とストレス要因および認知的評価要因との相関関係

単相関分析において、GHQ 総得点と4つの下位尺度のすべてと有意な相関を示した変数は、仕事以外の

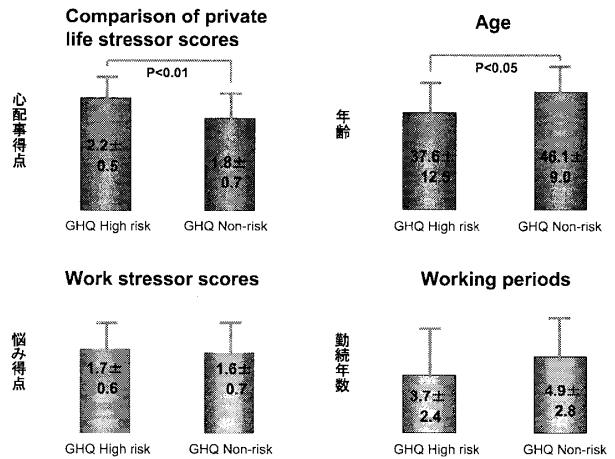


Fig. 2 Comparison of stressors (work and private) scores, age, working period between GHQ High risk and Non risk groups.

心配事 (p<.05~.01) と個人負担因子 (p<.05~.01) であった。介護ストレス (身体的消耗感) 因子は、うつ傾向を除く全ての尺度と有意な相関 (p<.05~.01) を示した。不安と不眠には、先に挙げた変数の他に介護信念 (p<.05) との有意な相関が認められた。また、身体的健康状態と有意な相関を示したのは、身体的消耗感のみ (p<.05) であった。仕事以外 (プライベート) の心配事と仕事の魅力が負の相関 (p<.05) を示した。一方仕事の悩みには個人負担因子が正の相関 (p<.05) を示した。仕事の魅力とは仕事コントロールが正の相関 (p<.05) を、仕事コントロールとは介護負担感 (p<.05) と役割負担因子 (p<.01) がともに負の相関を示した。これらの結果をふまえて、有意な相関関係を示した変数を、精神的健康度を目的変数とする重回帰分析の説明変数とし、続く解析を行った。

精神的健康度 (GHQ) および下位尺度の重回帰分析

GHQ 総得点および下位尺度を目的変数とし、Zarit 介護負担感の個人負担因子と役割負担因子、介護ストレス認知評価尺度の身体的消耗感因子、仕事の魅力、仕事のコントロール、介護信念評価尺度の2つの介護信念因子、仕事上・仕事以外の心配事の9つの要因を説明変数とした強制投入法による重回帰分析を行った (Table 1)。その結果、GHQ 総得点に有意な影響力をもった変数は、介護ストレス (身体的消耗感)、個人負担因子であり、正の寄与を示した。また傾向として、仕事以外の心配事が正の寄与を、仕事コントロールが負の寄与を示した (Fig. 3)。次に、下位尺度の重回帰分析の結果、身体的症状には、仕事以外の心配

Table 1 GHQ および下位尺度を目的変数とする重回帰分析の結果

	GHQ総得点 (標準偏回帰係数)	身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
仕事以外の心配事	.231 +	.328 *	.088	.163	.182
仕事の悩み	.124	.112	.227 +	.149	.138
身体的消耗感	.314 **	.259 +	.346 **	.239	.141
仕事の魅力	.098	.152	.018	.192	-.008
介護信念a	.109	.034	.175	.110	.018
介護信念b	.149	.139	.117	.205	.039
仕事コントロール	-.246 +	-.112	-.250 +	-.321 *	-.140
個人負担因子	.481 **	.358 +	.435 **	.345 +	.406 *
役割負担因子	-.210	-.077	-.265	-.306	-.046
R2(重決定係数)	.587	.380	.561	.399	.357
調整済みR2	.483 ***	.225 *	.451 ***	.249 *	.196 *

p < .001*** p < .01** p < .05* p < .1+

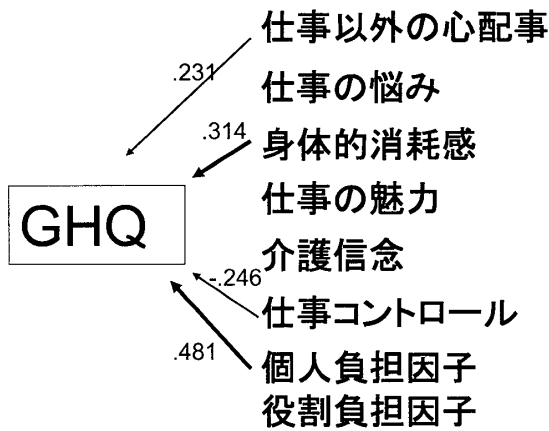


Fig. 3 GHQ 総得点を目的変数とした重回帰分析の結果

事が有意に寄与した。傾向として身体的消耗感と個人負担因子が正の寄与を示した。また不安と不眠には、GHQ 総得点と同様に、身体的消耗感、個人負担因子が有意な影響力をもった。また傾向として、仕事の悩みが正の寄与を示し、仕事コントロールが負の寄与を示した。社会的活動障害に有意な影響力をもった変数は、仕事コントロールであり負の寄与を示したが、うつ傾向には、個人負担因子のみが正の寄与を示した。本結果では、精神的健康度に影響する有意な要因として、身体的消耗感と介護負担感の個人負担因子が抽出された。一方、下位尺度によって、影響因子やその強さは異なるものであったが、身体的消耗感、個人負担因子、仕事以外の心配事、仕事の悩みという変数はすべて正の寄与であった。唯一、負の影響をもった変数が仕事コントロールであった。

離職群の精神的健康度

離職状況に関しては、46名のうち8名(うち2名は

休職と他組織へ移動)が離職し17.4%の離職率であった。第1回目の調査時のGHQハイリスク群19名のうち、Follow-up期間中8名が離職していたが、GHQ非リスク群(n=27)には離職したものはいなかった(Fisher's exact probability test, p<.05)。

考 察

施設職員の精神的健康度とその特徴

まず、対象者のGHQの平均は7.6(GHQ法)、ハイリスク群41.3%であり、一般就労者(福西, 1990)や、ストレスフルな職場と言われる消防隊員28.7%(古賀ら, 2003)と比較しても健康度が低い者が多いことが明らかとなった。また、本研究では、身体的症状、社会的活動障害、うつ傾向で軽度のレベルにあることが示された。

これまで介護施設職員の精神的健康度に関する先行研究では、稲木ら(2005)がケアマネジャー(介護支援専門員)を対象としてGHQ28を用いて調査した結果、GHQ総得点の平均値が7.3(SD=4.5)、GHQ総得点と身体的症状でカットオフポイントを上回る値が得られている。また、ホームヘルパーを対象とした調査(小川・長田, 2003)でも、本研究結果とほぼ同様の平均値が報告されている。一方、武内・田口(2003)の、在宅介護職員を対象とし日本版GHQ60を使用した調査でも、介護職員のストレス症状の特徴として、身体的症状の悪化を報告している。本結果は、対象となった高齢者福祉施設職員の精神的健康度が他業種や一般のレベルに比してかなり低く、ハイリスク値を示す職員の割合が4割にも上り、介護領域で働く職員の精神的健康の状態の悪さを示唆する結果となった。さらに、本結果で示されたストレス症状の特徴は、介護職というワークストレスを反映する身体的症状の

みならず、社会的活動障害やうつ傾向を有することを示し、職員の精神的健康度の悪化が異なる側面に及んでいることが明らかとなった。

さらに、今回の縦断的な調査から、離職者はいずれも第1回目の調査時においてGHQハイリスク群に属していたことが明らかとなった。この点をふまえて、今後離職を予防するために、離職と関連するワークストレスの解明やバーンアウトの特徴の分析を進める必要が示唆された。

精神的健康度に影響する認知的評価

GHQを目的変数とした重回帰分析の結果から、強い影響力をもった要因として、身体的消耗感、介護負担感の個人負担因子が抽出された。これらの結果は、仕事に対して身体的疲労を強く感じるほど、また介護ケアを個人的な負担として感じるほど、精神的健康度が低下することを示唆するものであった。したがって、職員のメンタルヘルスを維持するためには、まず身体的消耗感と個人に押し掛かる介護業務の負担感を軽減することが重要であると言える。

一方、職員の精神的健康に唯一負の影響力をもった要因は仕事のコントロールであり、仕事のコントロール感が高まるほど精神的健康度が高くなる可能性が示唆された。とくに、社会的活動障害との関連が強いことが示されたことから、職員は仕事のコントロール感が高まるほど、日常の活動や仕事があまくいくように感じたり、やりがいを感じるようになると解釈することができる。

宇良(1998)は、特別養護老人ホーム職員がいきいきと満足して仕事に取り組むためには、職員の認知する仕事への魅力を高めることが必要であり、そのためには仕事のコントロール感を高めることの重要性を指摘している。また、オランダ(国際安全衛生センター報告書, 2005)では、増加する高齢利用者と国の財政削減に直面し、精神的にもきつい職場とされる老人ホームにおいて、職員に自らの仕事を管理する権限を付与したところ、介護職員の仕事への満足度が増加し、介護の質が向上したと報告している。介護職員の作業負荷やそれともなう重圧に変化はなかったにも関わらず、スタッフの仕事の裁量権が認められたことによって、仕事の重圧をコントロールできるようになったと報告されている。

今後の課題

本研究の対象は数が少なく、対象数の拡大とサン

リングの問題がある。本結果で得られた高齢者介護施設で働く職員の精神的健康度は低く他業種と比較してハイリスク群が多く、さらにストレス反応として身体的症状のみならず、社会的活動障害やうつ状態も軽度のレベルであったことは、早急なストレス支援が望まれる憂慮すべき結果であった。

本研究で得られたストレス認知評価とストレス反応の関係をどのようにストレス支援に活かせるだろうか。仕事量を変えずに、職員個人の有する介護負担感や身体的消耗感という認知的評価を変化させることは容易ではないが、本研究の結果が示すように仕事に対するコントロールの感覚を高めることは可能であろう。今後このような知見が高齢者福祉施設職員のストレス対策に活かされ、包括的なストレス支援に取り組むことが望まれる。

引用文献

- 1) 安部幸志 2001 主観的介護ストレス評価尺度の作成とストレスサーおよびうつ気分との関連について 老年社会科学, 23(1), 40-49.
- 2) Dunn, K.A., Rout, U., Carson, J. & Ritter, S.A. 1994 Occupational stress amongst care staff working in nursing homes: an empirical investigation. *Journal of Clinical Nurs*, 3(3), 177-183.
- 3) 福西勇夫 1990 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point 心理臨床, 3(3), 228-234.
- 4) 原田和宏・斉藤圭介・布元義人・香川幸次郎・中嶋和夫 2000 特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト尺度の因子モデルの検討 老年社会科学, 22(1), 46-58.
- 5) 博野信次・小林広子・森悦朗 1998 痴呆症患者の介護者の負担—日本語版 Zarit Caregiver Interview による検討 脳と神経, 50(6), 561-567.
- 6) 稲木康一郎・荻野佳代子・瀧ヶ崎隆司・野川貴史 2005 ケアマネジャーのストレス—前職種との関連— 日本心理学第69回発表論文集, 1313.
- 7) 介護労働安定センター 2003 平成16年度「事業所における介護労働実態調査結果」
www.kaigo-center.or.jp
- 8) 古賀章子・前田正治・津田彰 2003 消防隊員とトラウマティック・ストレス 久留米大学心理学研究, 2, 89-96.

- 9) 国際安全衛生センター 2005 ストレスを克服して充実したケアを提供する—Improving care under pressure. *Magazine* 5. 欧州安全衛生機構発行, 1-10.
- 10) ラザルス, R.S. & フォルクマン, S. 1991 ストレスの心理学 本明寛・春木豊・織田正美(監訳) 実務教育出版—Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984 *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer Publishing Company, 1-120.
- 11) 中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き 日本文化科学社, 1-31.
- 12) 小川まどか・長田久雄 2003 在宅介護職の心理学的ストレスと健康度との関連 老年社会科学, **25**(2), 119.
- 13) 長田久雄・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者介護労働の検討 労働科学, **75**(12), 459-469.
- 14) 鈴木聖子・狩野 徹 2002 介護施設職員のストレス構造 岩手県立大学社会福祉学部紀要, **5**(1), 45-55.
- 15) 武内宏憲・田口豊郁 2003 社会福祉現場職員のストレス実態—ホームヘルパーの職業性ストレス調査および精神健康調査— 川崎医療福祉学会誌, **13**(1), 111-116.
- 16) 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**(2), 143-151.
- 17) 宇良千秋・矢富直美・中谷陽明・巻田ふき 1995 特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響 老年社会科学, **16**(2), 164-171.
- 18) 矢富直美・川野健治・宇良千秋・中谷陽明・巻田ふき 1995 特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス 老年社会科学, **17**(1), 30-39.
- 19) Åström S. Waxman H.M. Norberg A. & Winblad B. 1991 Wish to transfer other jobs among long-term care workers. *Aging*, **3**(3), 247-256.

Effects of Occupational stresses and Cognitive Appraisal on Mental health of workers in elderly care homes

FUMIE INATANI (*Faculty of Literature, Kurume University*)

AKIRA TSUDA (*Faculty of Literature, Kurume University*)

SHIN MURATA (*Faculty of Health Care Sciences, Himeji Dokkyo University*)

YOSHIYUKI KAMIZONO (*Faculty of Humanities, Shigakukan University*)

Abstract

The purpose of this study was to investigate mental health GHQ28 (General Health Questionnaire, 28 items) and relation of factors with occupational stress and cognitive appraisal among workers in a nursing home and a group home. Subject were 46 people (eight men, thirty eight women) working in a small nursing home and a group home, mean age 43.1 ± 11.8 years, mean 4.4 ± 2.7 years of service. Questionnaire was constituted that GHQ28, "job attractiveness" "job control" "care belief" "physical burden" "Personal strain factor of Burden" "Role strain factor of Burden". The result indicated that the mental health degree of mean 7.5 ± 6.6 was shown low level. With multiple regression analysis, predictors of GHQ were "physical burden" "personal strain factor of burden". Unique predictor of social dysfunction was "job control". GHQ high risk group had higher possibility of quitting job than non-risk group.

Key words: mental health, occupational stress, cognitive appraisal, care home-workers