川崎医療福祉学会誌　Vol. 13　No. 1　2003　111–116

短　報

# 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 —

武内宏憲[*1]　田口豊郁[*2]

### 1．緒言

経済のグローバル化，情報化の一層の進展により経済・産業構造はさらに大きく転換すると考えられる．[1)]

これらの変化に伴う急速な労働環境の変化は，職業におけるストレス問題の発生の原因となっている．労働省が５年ごとに行っている労働者健康状況調査[2)]によると，「仕事や職業生活に関する強い不安，悩み，ストレス等を感じる労働者の割合」は，調査ごとに増加を続けている．平成４年ではその割合が57%であったのが，平成９年には63%に達していると報告されている．このように，一般労働者のストレス問題は増加している．

一方，医療・福祉サービス領域の看護職や介護職に従事する労働者のストレス問題も重大な課題である．公的介護保険が2000年から実施され在宅介護サービスが高齢者福祉の中心に置かれるようになった．また，公的介護保険により福祉もサービス業という位置付けが明確になった．特に対人援助という労働形態による労働者のストレス問題は今後ますます重要な課題となるであろう．

看護職はストレスが強い職業の一つに上げられている．患者と接する時間が長く，チームで行う仕事であるため，患者や家族，他の医療従事者との人間関係がストレスとなることが多いと報告されている[3)]．

北村[4)]は，施設で働く介護職員131人および在宅で働く介護職員140人を対象にしてアンケートを用いて調査した．その結果，施設介護職員では身体的な負担感よりも精神的な負担感の方がやや高い傾向があると報告している．また，大江[5)]は，施設および在宅で働く介護職員を対象にしてアンケートを用いて調査し，施設介護職員よりも在宅で活躍するホームヘルパーの方が身体的負担感および精神的負担感が大きいと報告している.ホームヘルパーの健康管理についての報告は少ない．

ゴールドプラン21では，日本の訪問介護員の登録数は2004（平成16）年度で35万人と見込まれている[6)]．実際に，多くの人が介護労働者として在宅介護サービスに関わっている．

したがって，介護労働者，特にホームヘルパーの健康問題は産業保健上の重要な課題であると考えられる.そこでホームヘルパーのストレス実態について調査した．ストレス実態調査には以下の指標を用いた．

ホームヘルパーのストレッサー[7)]を測定するために12項目からなる職業性ストレス簡易調査票[8)]を用いた．またホームヘルパーの健康状態を測定する指標として日本版GHQ60精神健康調査票[9)]を用いた．

### 2．方法

#### 2.1　調査対象

調査対象は，平成14年度A県訪問介護者養成研修１級課程受講の現役ホームヘルパー37人，レベルアップ講習に参加した現役ホームヘルパー２級課程17人およびA県内の訪問介護事業所の現役ホームヘルパー64人，計118人であった．これら118人のホームヘルパー２級取得者に対して，以下の「職業性ストレス簡易調査票」および「日本版GHQ60精神健康調査票」を実施した．各々の有効回答数は，「職業性ストレス簡易調査票」は108人，「日本版GHQ60精神健康調査票」は109人，両者ともの有効回答数は99人であった．

#### 2.2　調査内容

##### 2.2.1　職業性ストレス簡易調査票

ホームヘルパーのストレッサー[7)]を測定するために12項目からなる職業性ストレス簡易調査票[8)]を用いた．以下の手順で集計，計算を行った．①一定の手続きで仕事の量的負担・仕事のコントロールの項目から求めた得点をリスクＡとした．②一定の手続きで上司の支援・同僚の支援の項目から求めた得点をリスクＢとした．さらに（リスクＡ× リスクＢ）/100をリスクＴ（総合健康リスク）とした．ストレス判定図[10)]上にプロットされたリスクＡおよびリスクＢから，その職場が全国平均に比べてストレスが多いか，否かを視覚的に知ることができる．

*1 川崎医療福祉大学大学院　医療福祉学研究科　医療福祉学専攻　*2 川崎医療福祉大学　医療福祉学部　医療福祉学科
（連絡先）武内宏憲　〒701-0193　倉敷市松島288　川崎医療福祉大学

さらに，リスクＴの平均点と標準偏差を求めた．

### 2.2.2 日本版 GHQ60精神健康調査票

**(1) GHQ 得点**

この日本版 GHQ60精神健康調査票は60項目の質問文から成り立っている．その内容は，以下に関する患者，被験者の状態，感情などについて具体的に回答させる質問文である．

（a）一般的健康と中枢神経系
（b）心臓脈管系，筋神経系，消化器系
（c）睡眠と覚醒
（d）個人独自の行動
（e）客観的行動–他者との関係ある行動
（f）自覚的感情–充足感欠如，緊張
（g）自覚的感情–主としてうつ感情，不安

これらの種々の領域の質問項目の起源は，Veroff（1962）らの研究に基づいている[9]．以上の質問内容を手続きに従って集計，得点化したものを GHQ 得点とした．GHQ 得点の結果は神経症状および関連症状の程度の量の総和と考えられる．GHQ 得点が高得点であれば，症状の重篤度も大である．得点と重篤度とは一般に比例関係にある[9]．

**(2) 各 GHQ 要素スケール得点**

Goldberg らは，重症度の異なる種々の精神疾患者および健常者の多量のデータを収集し，それらのデータを含む種々の統計的解析から４要素のスケールを見出した[9]．内容は「身体的症状」,「不安と不眠」,「社会的活動障害」および「うつ傾向」の４つである．これらは各７つの個別質問項目からなる．７問中３～４問が該当すると軽度の症状，５問以上で中等度以上の症状をもつと臨床的に評価できるとされている（７点満点で，０～２点：問題なし，３～４点：軽度の症状，５点以上：中等度以上の症状）．以上の質問内容を手続きに従って集計，各スケールを得点化したものを各 GHQ 要素スケール得点とした．各 GHQ 要素スケール得点から，主な症状は何であるか，症状から見た病状の特徴は何であるかが把握でき，薬物治療，指導を含めたカウンセリングに応用できるという利点がある[9]．

## 3．結果

### 3.1 職業性ストレス簡易調査票および仕事のストレス判定図

ホームヘルパー108人（対象者118人中の有効回答者数）についての職業性ストレス簡易調査結果の得点（平均値± 標準偏差）は，リスク A=97±17.1，リスク B=114±45.8，リスク T=110±49.6であった（表１）．また以上の結果を仕事のストレス判定図にプロットした（図１）．ホームヘルパーのストレッサーは（リスク A）＜（リスク B）であった．

**表１ ホームヘルパーのストレッサー ――リスク値――**

| 項目 | 得点（平均値±標準偏差） |
|---|---|
| リスク A | 97±17.1 |
| リスク B | 114±45.8 |
| リスク T | 110±49.6 |

リスク A：仕事の量的負担・仕事のコントロール
リスク B：上司の支援・同僚の支援
リスク T：総合健康リスク値

### 3.2 日本版 GHQ60精神健康調査票

#### 3.2.1 GHQ 得点

ホームヘルパー109人（対象者118人中の有効回答者数）についての日本版 GHQ60精神健康調査結果，ホームヘルパー の GHQ 得点は17.7±12.7であった（表２）．

**表２ ホームヘルパーのストレス反応値 ―― GHQ 得点および GHQ 要素スケール――**

| 項目 | 得点（平均値±標準偏差） |
|---|---|
| GHQ 得点 | 17.7±12.7 |
| GHQ 要素スケール | |
| ・身体的症状 | 3.33±2.41 |
| ・不安と不眠 | 2.60±2.13 |
| ・社会的活動障害 | 1.34±1.78 |
| ・うつ傾向 | 0.60±1.37 |

#### 3.2.2 GHQ 要素スケール

ホームヘルパー109人（対象者118人中の有効回答者数）についての日本版 GHQ60精神健康調査結果，ホームヘルパーの GHQ 要素スケール得点は，「身体的症状は3.33±2.41」,「不安と不眠は2.60±2.13」,「社会的活動障害は1.34±1.78」,「うつ傾向は0.60±1.37」であり，身体的症状が最も高い得点を示した（表２）．

#### 3.2.3 本研究および健常者との比較

本研究の各 GHQ 要素スケール得点と扇子他[11]の報告で健常者の各 GHQ 要素スケール得点を比較すると，「身体的症状」,「不安と不眠」および「社会的活動障害」の各 GHQ 要素スケール得点において健常者よりホームヘルパーの方が高得点であった．その中でも特に身体的症状の比が際立って大きかった（表３）．

## 4．考察

### 4.1 ホームヘルパーのストレッサーについて

リスク A（97±17.1），リスク B（114±45.8）およびリスク T（110±49.6）からホームヘルパーのストレッサーは（リスクA）＜（リスクB）であり，リスクAよ

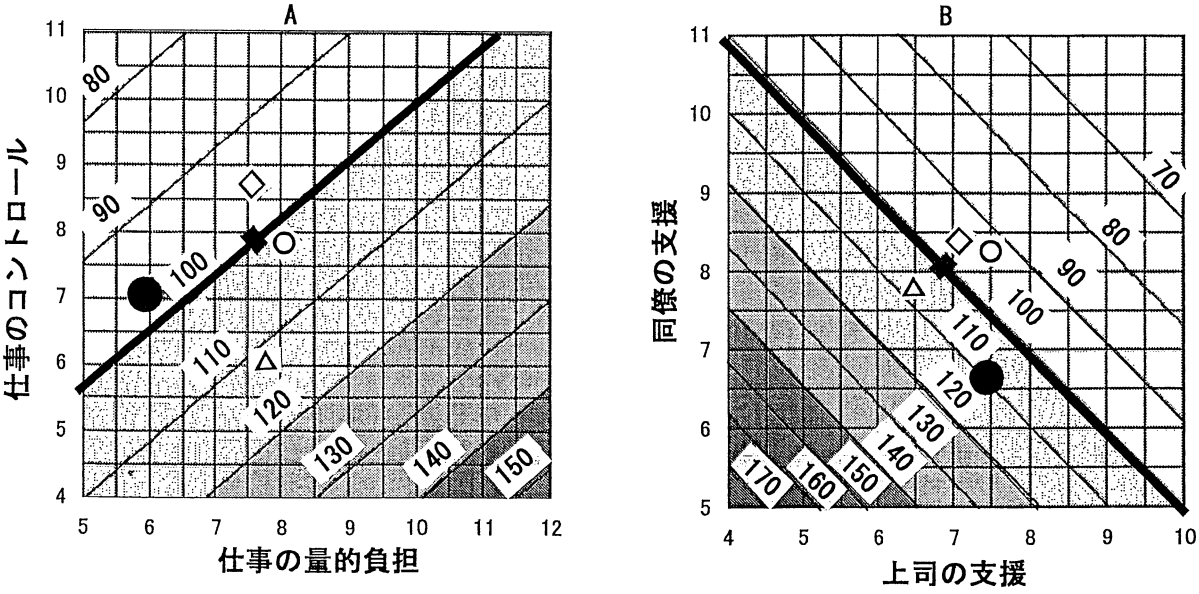


**図1　ホームヘルパーの仕事のストレス判定図**
**参考値　◆全国平均　○専門職　◇事務職　△現業職**
**●は，本研究の値**
**太線は全国平均（全国平均が100となるように点数化されている）**

**表3　本研究および健常者の各GHQ要素スケール得点の比較**

| | 得点比（=A/B） |
|---|---|
| 身体的症状 | 1.81（=3.33/1.84） |
| 不安と不眠 | 1.33（=2.60/1.95） |
| 社会的活動障害 | 1.06（=1.34/1.26） |
| うつ傾向 | 0.71（=0.60/0.84） |

A：本研究の得点
B：扇子他[11]（健常者の得点）

りもリスクBの方がわずかに高かった．ストレス判定図で各リスク値の全国平均値は100点である．一方，リスク値が120点を超えているとストレス問題が発生している可能性がある職場であると考えられる[10]．したがって，ホームヘルパー職は，リスクTが120点以下であるが，全国平均100点より高いので，今後ストレス問題が発生する可能性のある職場であると考えられる．

### 4.2　ホームヘルパーの健康問題について

#### 4.2.1　ホームヘルパーGHQ得点について

ホームヘルパーのGHQ得点は17.7±12.7であった．GHQ得点の結果は神経症状および関連症状の程度の量の総和と考えられる．GHQ得点が高得点であれば，症状の重篤度も大である．得点と重篤度とは一般に比例関係にある[9]．

扇子他の報告[11]では健常者のGHQ得点の平均値±標準偏差は，8.0±5.2（例数：55人，男：20人，女35人）である．この報告では精神科面接によって精神的に健康であり，健康範囲内にあると判断できる人のことを健常者としている．女性では60歳を超えているものが2人含まれていた．

ホームヘルパーのGHQ得点と扇子他の健常者のGHQ得点と比較するとホームヘルパーは，健常者よりも不健康であると言える（$p<0.001$で有意差有り，$t = 5.48$，$t_{0.001} = 3.390$）（図2）．

#### 4.2.2　ホームヘルパーの各GHQ要素スケール得点について

本調査では「身体的症状は3.33±2.41」，「不安と不眠は2.60±2.13」，「社会的活動障害は1.34±1.78」，「うつ傾向は0.60±1.37」であった（図3）．

ホームヘルパーの各GHQ要素スケール得点の中で身体的症状のみ軽度の症状に該当していた．他は低得点で問題ないと考えられる．

扇子他の報告で健常者の各GHQ要素スケール得点の平均点は「身体的症状は1.84」，「不安と不眠は1.95」，「社会的活動障害は1.26」および「うつ傾向は0.84」である[11]．

本研究の各GHQ要素スケール得点と扇子他の報告で健常者の各GHQ要素スケール得点を比較すると，「身体的症状」，「不安と不眠」および「社会的活動障害」の各GHQ要素スケール得点において健常者よりホームヘルパーの方が高得点であった．その中でも特に身体的症状の比が際立って大きかった（表3）．

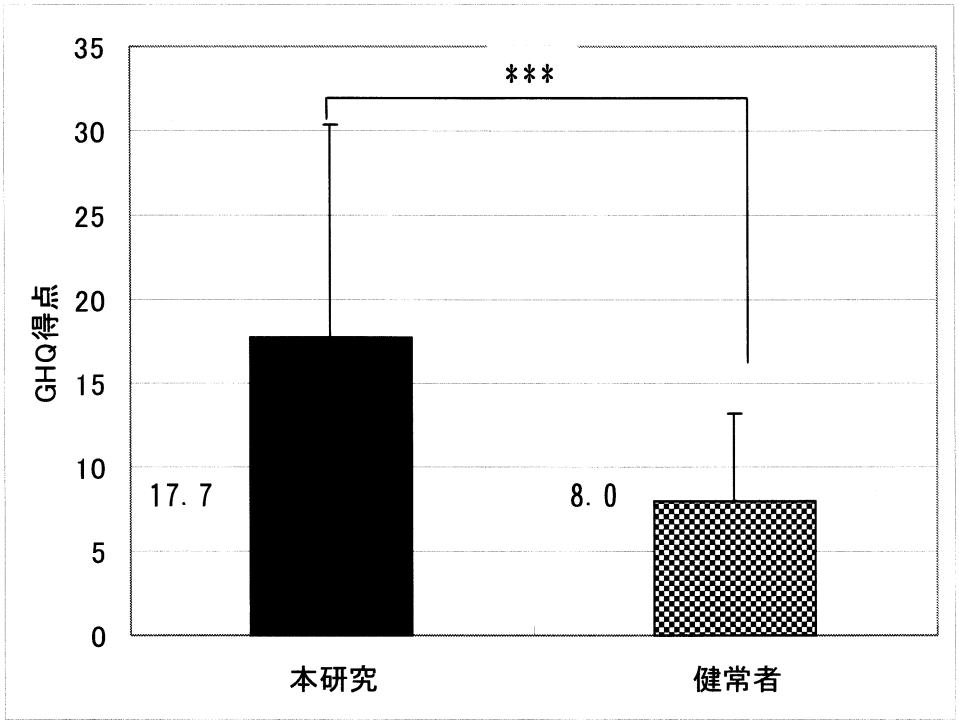


**図2　ホームヘルパーの GHQ 得点**
**＊＊＊ $p < 0.001$ で有意差有り，$t = 5.48$，$t_{0.001} = 3.390$，$p < 0.001$ で有意**
**（注1）出典：扇子幸一，他（1992）[11]**

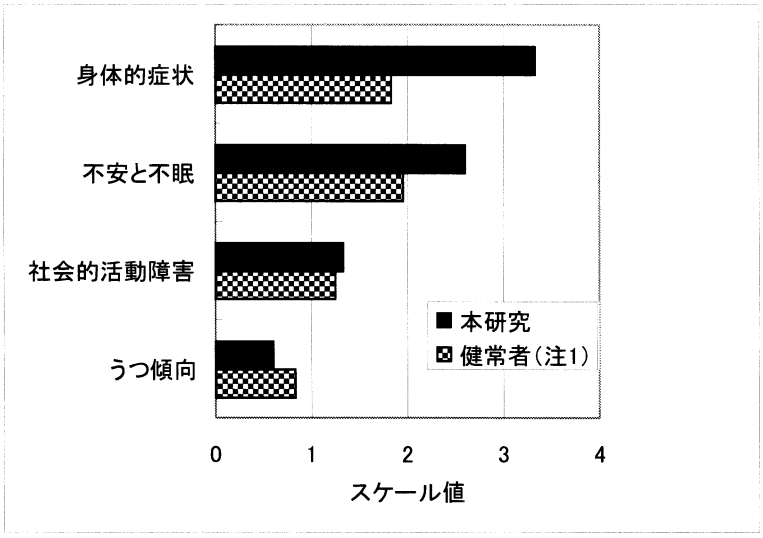


**図3　ホームヘルパーの GHQ 要素スケール**
**（注1）出典：扇子幸一，他（1992）[11]**

### 4.3　職業性ストレス簡易調査票および仕事のストレス判定図と日本版 GHQ60精神健康調査票の関連性について

個人ごとのリスク T と GHQ 得点との得点の相関関係を求めた（r=−0.176，n=99）は，相関係数 $\rho = 0$ の検定で有意な差は見られなかった（p<0.05，ただし有意水準5％における相関係数は0.20）．ここで n=99は，職業性ストレス簡易調査票および日本版 GHQ60精神健康調査，両方の有効回答者数である．職業性ストレス簡易調査票は集団を対象とした指標であり，一方，日本版 GHQ60精神健康調査票は，個人を対象とした指標であることが相関関係を

見出せなかった一因と考えられる．

### 4.4　介護労働者を対象としたメンタルヘルス対策の必要性

ホームヘルパー職は，今後ストレス問題が発生する可能性のある職場であると考えられるので介護労働者に対するストレス対策が重要であると考えられる．

医療・福祉従事者の仕事は，患者に対する対人サービスであり人命への責任が重く，チームで行う仕事であるため，患者や家族，他の医療・福祉従事者との人間関係がストレスになることが多い[3]．

労働省は，労働者健康状況調査[2]の結果等を受けて2000年に「事業場における心の健康づくりのための指針」[12]を公表した．この指針は，事業者が労働者に対して労働者の心の健康が保持増進できる基本的な措置（以下，メンタルヘルスケアという）が適切かつ有効に実施できるようメンタルヘルスケアの実施法について示したものである．

栗原[13]は，メンタルヘルスケアの活動目標として，「心の健康を大切にする意識の共有化」，「ストレスの低減を考慮した職場環境づくり」，「何でも話し合うことのできる人間関係づくり」および「快適な職場生活に結びつく各種人事制度やサポートシステムづくり」が基本的でかつ重要な目標となると報告している．

ホームヘルパーを含む介護労働者に対する労働安全衛生管理（メンタルヘルスを含む）を今後積極的に進めていく必要がある．質の良い介護サービスを利用者に提供するためには，介護労働者が肉体的にも精神的にも良い状態を維持・増進できる労働環境が必要条件となると考える．

## 5．結論

職業性ストレス簡易調査票から総合健康リスク値（リスクT），仕事の量と仕事に対する裁量権（リスクA）および上司の支援と同僚による支援（リスクB）の点数を求めた．以上からホームヘルパーのストレッサーは（リスクA）＜（リスクB）であることが分かった．リスクT（110点）が120点以下であるが，全国平均100点より高いので，今後ストレス問題が発生する可能性のある職場であると考えられる．

日本版GHQ60精神健康調査票からGHQ得点，各GHQ要素スケール得点で検討した結果，ホームヘルパーは健常者よりも不健康であった．主に身体に影響していることが分かった．

以上の2点から介護労働者，特に，ホームヘルパーのストレス問題は重大な課題であると考えられた．したがって，介護現場の労働衛生管理の中で介護労働者およびホームヘルパーに対するメンタルヘルスケアが重要であることが分かった．

本研究の一部は第76回中四国産業衛生学会（2003）で発表した．

## 文　　献

1）中央労働災害防止協会：働く人の心の健康づくり―指針と解説―．中央労働災害防止協会，16–17，2002．
2）永田頌史：わが国におけるストレス・マネージメントの実態と課題．産業ストレス研究，**7**，1–5，1999．
3）三木明子：産業・経済変革期の職場のストレス対策の進め方　各論4．事業所や職種に応じたストレス対策のポイント病院のストレス対策．産業衛生学雑誌，**44**，219–223，2002．
4）北村光子：施設介護職員の健康感．長崎国際大学論叢，**2**，157–163，2002．
5）大江千恵子：ホームヘルパーの健康管理と感染予防行為について．長崎国際大学論叢，**2**，149–156，2002．
6）長澤伸江：在宅高齢者に対するホームヘルパーによる支援の実態．十文字学園高齢社会生活研究所紀要，**2**，1–13，2000．
7）長見まき子：メンタルヘルス入門．産業衛生学雑誌，**44**(A73)，2002．
8）下光輝一，原谷隆史，他：主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成．労働省平成11年度「作業県連疾患の予防に関する研究」報告書，126–164，2000．
9）中川泰彬，大坊郁夫：日本版GHQ精神健康調査票．日本文化科学社，1–70，1985．
10）川上憲人：職場環境等の改善と「仕事のストレス判定図」．産業ストレス研究，**8**，79–85，2001．
11）扇子幸一，他：国鉄清算事業団における精神健康調査．社会精神医学，**15**(3)，178–185，1992．
12）中央労働災害防止協会：働く人の心の健康づくり―指針と解説―．中央労働災害防止協会，16–17，2002．
13）栗原壮一郎：職場のメンタルヘルスの効果的な組織づくり．産業ストレス研究，**8**，55–59，2001．

（平成15年5月30日受理）

# A Study on the Stress of Care Workers Engaged with Social Welfare Facilities : the Job Stress Questionnaire and the General Health Questionnaire for Home Helpers

Hironori TAKEUCHI and Toyohiro TAGUCHI

(Accepted May 30, 2003)

Key words : STRESSOR, STRESS REACTION, BRIEF JOB STRESS QUESTIONNAIRE, JOB STRESS ASSESSMENT DIAGRAM, THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Correspondence to : Hironori TAKEUCHI Masters Program in Medical Social Work, Graduate School of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare Kurashiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.13, No.1, 2003 111–116)