

職場内のコミュニケーションに対する認識と メンタルヘルス不調の自覚との関係

徳田 洋祐¹, 阿部 研二¹, 内田 信二¹, 本田 純久², Doosub JAHNG¹

1) 九州工業大学大学院生命体工学研究科 2) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

要約: 職業性ストレスを起因とするメンタルヘルス不調者が増加している。先行研究では、職業性ストレスの一つとして、職場内のコミュニケーションが示されている。本研究の目的は、所属する職場内のコミュニケーションに対する認識が、メンタルヘルス不調に対する自覚と関係することの確認である。法人 A (N=283) を対象に、質問票調査を実施した。職場内のコミュニケーションに対する認識の質問項目として、チームのコミュニケーションの状況を主観的に回答する TCIQ を用いた。メンタルヘルス不調の質問項目としては K6 を用いた。K6 の得点と TCIQ の各インタフェース及び総得点との相関係数は、目標共有 -.280, 情報伝達 -.275, 予定管理 -.284, 評価認識 -.227, TCIQ 総得点 -.321 であり、いずれも統計的に有意な負の相関がみられた。これらの結果から、職場内のコミュニケーションに対する認識は、メンタルヘルス不調の自覚と関係すると考えられる。TCIQ を用いて職場内のコミュニケーションを調査することは、メンタルヘルス対策と組織目標の達成に効果的であると考えられる。

キーワード: 職場内のコミュニケーション, メンタルヘルス不調, TCIQ, K6

Examining the correlation between impressions of intra-organizational communication and mental health illnesses in the workplace

Yousuke TOKUDA¹, Kenji ABE¹, Shinji UCHIDA¹, Sumihisa HONDA², Doosub JAHNG¹

1) Graduate School of Life Science and Systems Engineering, Kyushu Institute of Technology

2) Graduate School of Biomedical Science, Nagasaki University

Abstract: Workers living with mental health illnesses are increasing due to job stress. Previous studies have identified intra-organizational communication as one of the job stressors. This study examined the correlation between intra-organizational communication and mental health illnesses in the workplace. Participants were recruited from Corporation A (N=283). Team Communication Interface Questionnaire (TCIQ) and Kessler 6 Scale (K6) were used to measure intra-organizational communication and mental health illnesses, respectively. TCIQ was used due to having good psychometric properties and for its unique ability to gauge each member's impressions about their team. Results of the Pearson correlation coefficient indicated that there was a significant negative association between K6 score and total TCIQ score ($R=-0.321$, $P<0.01$). The correlation coefficients also reported significant negative associations ($P<0.01$) between K6 score and each item of TCIQ: mission recognition (-.280), information transmission (-.275), schedule management (-.284), and evaluation awareness (-.227). The results show that intra-organizational communication is related to mental health illnesses. Examining intra-organizational communication through TCIQ in the workplace may promote mental health and help achieve organizational goals more effectively.

Keywords: Intra-organization communication, Mental health illness, TCIQ, K6

Yousuke TOKUDA

Hibikino 2-4, Wakamatsu-ku, Kitakyushu City, Fukuoka, 808-0196, Japan

Phone: +81-93-695-6138, E-mail: i898016y@mail.kyutech.jp

1. はじめに

メンタルヘルス不調に起因した労災認定件数が増加している[1]. 政府は対策として、1988年に労働安全衛生法を改正し、メンタルヘルス対策として、健康保持増進措置を企業に対する努力義務とした[2]. その後2000年には「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を労働基準局長から通達した[2]. 近年では、2014年6月に労働安全衛生法を改正し、従業員数50人以上の事業場に対して、労働者へのストレスチェックの実施を義務付けている[3].

ストレスチェック制度では、定期的に労働者のストレスの状況について検査を行い、本人にその結果を通知する。これにより、自らのストレスの状況について気づきを促し、個人のメンタルヘルス不調のリスクを低減させるねらいがある[3]. さらに、調査結果を集団的に分析し、職場環境を改善することで、メンタルヘルス不調の予防を目的としている[3]. 推奨されているメンタルヘルス対策は、職業性ストレス簡易調査票を用いて個人のストレスに関する状況を調査し、高ストレス者を選定した上で、医師からの面談指導を受けるように勧奨する個人対策、及び10人以上の単位で、仕事のストレス判定図を作成し、集団分析を行ったうえで、職場環境の改善のために活用する集団対策がある[3].

ストレスチェック制度の基盤となるモデルには、NIOSHの職業性ストレスモデルと、仕事の要求度－コントロールモデルがある[4][5].

NIOSHの職業性ストレスモデルでは、労働者のメンタルヘルス疾患は、【仕事のストレス：物理的環境、仕事そのものの質や量への自覚、人間関係、役割に対する認識等】に対して、【個人要因：年齢や性別、性格】、【仕事外要因：家族や社会からの要求】、【緩衝要因：職場や家庭からの支援】が、影響しあつて、抑うつ等の心身へのストレス反応が生じ、メンタルヘルス不調につながるとしている[6].

仕事の要求度－コントロールモデルでは、【仕事の要求度：仕事の負荷、突発的な出来事、対人関係問題】【仕事の裁量度：意思決定の権限、スキル自立性】の高低の組み合わせでストレスが高い、高ストレイン群を特定している。仕事の要求度の高さだけで高ストレイン群は特定されず、要求度が高くても裁量度が高ければ、活性化群に区分され、メンタルヘルス不調のリスクは、高ストレイン群より、高くないとしている[6].

これら二つのモデルには、職業性ストレスが、複数示されている。NIOSHモデルにおける仕事のストレスでは、仕事そのものの質や量への自覚、役割に対する認識といった組織内の仕事に関するコミュニケーションに関連する項目が示されている[6]. 仕事の要求度－コントロールモデルでは、仕事の要求度と仕事の裁量度といった、組織内での仕事に関するコミュニケーションに関する項目が示されている[6]. また、職場環境改善のために作成する仕事のストレス判定図の縦軸と横軸には、上司の支援、同僚の支援といった職場でのコミュニケーションに関する項目が採用されている[4]. これらのことから、組織における仕事に関するコミュニケーションは、職業性ストレスと関係すると考えられる。

本稿の目的は、職場内のコミュニケーションに対する認識が、メンタルヘルス不調の自覚と関係することを確認することである。

2. 方法

全国で事業展開する法人(以下 法人A)に対して、質問票調査を実施した。調査項目は、個人属性(年齢、性別、社歴、職歴)、職場内のコミュニケーションに対する認識については、Team Communication Interface Questionnaire (以下 TCIQ) [7]、メンタルヘルス不調の自覚については、Kessler 6 Scale (以下 K6) とした。これら収集したデータを統計処理し、職場内のコミュニケーションの状況に対する認識とメンタルヘルス不調の自覚との相関、及び個人属性とTCIQの中で、より強くK6と関係する変数について分析し、職場内のコミュニケーションに対する認識とメンタルヘルス不調の自覚との関連を確認した。

2.1 質問票調査

法人Aに2010年10月1日時点で在籍する職員439人の中で、本研究への参加に同意した上で、質問票に回答し返送した者のうち、兼務者を除いた283人を本研究の分析対象とした。調査期間は、2011年3月4日から31日であった。

2.2 質問票の構成

個人属性として、性別、年齢、社歴(法人Aに所属している年数)、職歴(法人Aに係わらずその職業を経験した年数)を調査した。TCIQは、構成員に対し

て自身が調査時点で所属するチームを対象に回答する形式で、全40問を調査項目とした。K6については、全6問を調査項目とした。

2.3 TCIQ

TCIQは、汎用化した組織内のコミュニケーションを目標共有、情報伝達、予定管理、評価認識の4つのインタフェース及び、各インタフェースに対して各10個のプロトコルを定義している[7]。

4つのインタフェース及び各プロトコルは、先行研究論文に詳細を記載している[7]。TCIQは、これらのプロトコルに対して、「1. 全然あてはまらない」「2. ややあてはまらない」「3. どちらともいえない」「4. 大体そのとおり」「5. 全くそのとおり」の5件法の選択肢で回答を得る[7]。

2.4 K6

K6は、2002年に開発された自記式のメンタル不調のスクリーニングツールである[8]。成人期の自殺防止を推進するうえで効果的なスクリーニングツールとして信頼性・妥当性の報告がされている[9]。質問項目は、1. 神経過敏に感じましたか、2. 絶望的だと感じましたか、3. そわそわ、落ち着かなく感じましたか、4. 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか、5. 何をしても骨折れだと感じましたか、6. 自分は価値のない人間だと感じましたかの6問である。選択肢は、「1. 全くない」(0点)「2. 少しだけ」(1点)「3. ときどき」(2点)「4. たいてい」(3点)「5. いつも」(4点)で、合計得点は、0点から24点の範囲であり、高得点ほど気分・不安障害の可能性が高い。K6の得点が、15点以上がメンタルヘルス不調のカットオフ値とされている[8]。項目数が少なく、記入しやすいという利便性がある[9]。

2.5 分析方法

TCIQは、回答肢1から5を1点から5点として、4つのインタフェース毎の値と全40プロトコルの総合計点を求めた。逆転項目である3つのプロトコル(I-3発信時のトラブル、I-4受信時のトラブル、S-8休日勤務状況)については、回答肢1から5を5点から1点として計算した。回答に欠損があった場合、該当する合計点は計算しなかった。

K6については、項目に欠損があった場合、該当する合計点は計算しなかった。合計点の15点をカットオフ

値として、15点以上のメンタルヘルス不調の自覚がある者を1、15点未満の自覚がない者を0として分類し、K6カットオフ判定として記録した。

内的一貫性に関しては、TCIQの全プロトコル、及びK6の全項目を対象にCronbachの α 係数を求めた。

TCIQ各インタフェースと総得点及びK6の得点との間で、Pearson積率相関計数を求めた。また、質問票から得た個人属性(年齢、性別、社歴、職歴)と各人のTCIQ4インタフェース毎の値及び総得点を共変量に、K6カットオフ判定を従属変数として強制投入法による2項ロジスティック回帰分析を行った。データ統計解析には、SPSS v. 21を用いた。

3. 結果

3.1 分析対象者

分析対象者の統計量について、表1に示す。年齢は、最低24歳、最高71歳、平均年齢41.9(標準偏差9.9)歳であった。社歴は平均6.2(標準偏差12.6)年であった。職歴は平均7.5(標準偏差12.4)年であった。

表1 対象者の個人属性

	項目	度数	%
性別	男	84	29.7
	女	190	67.1
	無回答	9	3.2
年齢	30歳未満	19	6.7
	30~39歳	108	38.2
	40~49歳	75	26.5
	50~59歳	51	18.0
	60歳以上	14	4.9
	無回答	16	5.7
社歴	1年未満	15	5.3
	5年未満	128	45.2
	5年以上	54	19.1
	10年以上	46	16.3
	20年以上	35	12.4
	無回答	5	1.8
職歴	1年未満	6	2.1
	5年未満	49	17.3
	5年以上	59	20.8
	10年以上	90	31.8
	20年以上	74	26.1
	無回答	5	1.8

3.2 TCIQ について

4 インタフェース毎の値及び TCIQ 総合得点の平均値、最小値、最大値、標準偏差を表 2 に示す。TCIQ 総合得点の最小値は 49 点、最大値は 178 点、平均は 123.8 (標準偏差 23.9) 点であった。全てを 1 または 5 だけに偏った回答をした対象者は認められなかった。Cronbach の α 係数は .957 であった。

3.3 K6 について

K6 に欠損値があったデータが 2 件あったため、対象としたデータは 281 件であった。合計値のヒストグラムを図 1 に示す。平均値 7.1 (標準偏差 5.3) であった。カットオフ判定では、15 点未満が 252 件、15 点以上が 29 件であった。

全項目を「1. 全くない」とした合計点 0 点が 25 件で全体の 8.8%、全項目を「5. いつも」とした合計点 24 点が 2 件で全体の 0.7%であった。

K6 の Cronbach の α 係数は .960 であった。

3.4 K6 の得点と TCIQ との相関について

K6 の得点と TCIQ の各インタフェース及び総合得点、との間で求めた Pearson の積率相関係数は表 3 のとおりであった。

3.5 TCIQ4 インタフェース毎の値と総合得点及び個人属性と K6 のカットオフ判定との 2 項ロジスティック回帰分析について

TCIQ 総合得点、及び個人属性 (年齢、性別、社歴、職歴) を共変量とし、K6 カットオフ判定を従属変数とした分析した結果を表 4 の左に、個人属性と TCIQ の 4 インタフェースを共変量とし、K6 カットオフ判定を従属変数とした強制投入法による 2 項ロジスティック回帰分析の結果を表 4 の右に示す。1 つ目の分析では、全共変量の中で、有意な数値を示したのは TCIQ 総合得点だけであった。また、2 つ目の分析では、4 インタフェース中で有意な数値を示したのは、目標共有のみであった。

表2 TCIQ各インタフェース及び総合得点の分布

	度数	平均値	最小値	最大値	標準偏差
目標共有	270	32.8	10	48	7.6
情報伝達	270	31.5	12	50	6.4
予定管理	271	31.6	12	46	6.6
評価認識	272	28.2	10	50	7.6
TCIQ総合得点	253	123.8	49	178	24.0

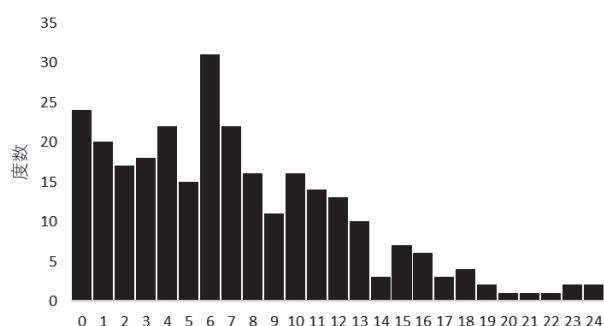


図1 K6 合計点のヒストグラム

表3 K6の得点とTCIQとの相関

	目標共有	情報伝達	予定管理	評価認識	TCIQ 総合得点
K6得点	-.280**	-.275**	-.284**	-.227**	-.321**

** P<0.01 (両側)

表4 K6と個人属性及びTCIQの2項ロジスティック回帰分析

	回帰係数	標準誤差	P値	回帰係数	標準誤差	P値
年齢	-.046	.027	.091	-.050	.028	.072
性別	-.004	.053	.932	-.002	.054	.978
社歴	0.010	.047	.833	.012	.051	.820
職歴	0.004	.046	.934	.007	.046	.882
TCIQ総得点	-.047	.010	<.001			
目標共有				-.096	.038	.012
情報伝達				-.058	.058	.312
予定管理				-.088	.052	.087
評価認識				0.043	.044	.328

4. 考察

表3で示すとおり、K6とTCIQの4インタフェースとのPearsonの積率相関係数は、全て有意な負の相関を示した。一番低位が評価認識.227、一番高位が予定管理.284であり、インタフェース間で特筆する差は認められなかった。これにより全てのインタフェースが、同程度にメンタルヘルス不調に関連すると考えられる。K6と4インタフェースを合算したTCIQ総得点とも有意な負の相関を示した。これらの結果、TCIQの4インタフェース毎及び総得点とK6とは、有意な相関があると考えられる。

表4で示すとおり、個人属性及びTCIQ総得点を共変量とし、K6カットオフ判定を従属変数として2項ロジスティック回帰分析を行った結果、TCIQ総得点だけが、有意な負の値を示した。また、個人属性とTCIQの各4インタフェースを共変量として分析を行った結果、目標共有のみが、有意な値($P<0.05$)を示した。これらのことから、TCIQ総得点は、回答者の個人属性よりもK6のカットオフの判定と強い関係を持ち、特に目標共有に関連すると考えられる。

職場環境におけるコミュニケーションの改善方法として、傾聴等のコミュニケーション手法の教育[10]、コミュニケーションの場の確保[11]が報告されている。TCIQは、質問項目が即ちチームにおける良好なコミュニケーション活動を示しているため、教育すべき対象や方法を再検討することなく特定できるため、効率的に対策をとることが可能になると考えられる。

また、職業性のメンタルヘルスへの取組として、メンタルヘルス不調者への取組だけではなく、職場の成果を上げることとの関係に着目したポジティブなアプローチに対する研究も報告されている[12]。チームに

おけるコミュニケーションは、営業、交渉、顧客管理、チームの構築、チームの活動、チームの評価といった個人間ならびにチーム内外、広報や宣伝の対社会の場面において、重要な活動である[7]。そのため、チームのコミュニケーションを対象として、測定と改善を行うことは、職場の成果をあげ、企業が持続的に発展することに対して効果的であると考えられる。このため、TCIQを用いて調査し、コミュニケーションを改善することは、組織目標の達成とメンタルヘルス対策の両面から有効であると考えられる。

本研究の限界は、個人属性として調査した項目が、年齢、性別、職歴、社歴だけで、職位や職種といった仕事に関係するその他の属性情報について含まれていないことがあげられる。また、一元的ではない職業性のストレス要因の中で、職場の物理的環境、人間関係についてデータを取得していない点があげられる。

5. 結語

本稿の研究により、職場内のコミュニケーションに対する認識とメンタルヘルス不調の自覚の間に関係があることが確認できた。上司や同僚とのコミュニケーションの状況が、職業性のストレス要因として示されている[4][5][7]なか、職場内のコミュニケーションの状況に対する認識も当人のメンタルヘルスに影響することが示された。

今後は、TCIQを用いた組織改善の実践方法について研究をすすめたい。組織改善の手順として、法制度に基づくストレスチェックを行った後、1)仕事のストレス判定図により改善する対象部署を特定する、2)TCIQによって該当組織のコミュニケーションに対する職場環境感を調査する、3)チーム全員がその状況

を共有した上で、改善策を検討する、4)教育介入によって、組織改善を図る、5)TCIQによって改善状況を把握して、次の改善活動につなげる、と言うPDCAサイクルが考慮できる。この手順を基に、組織における業務目標の達成とメンタルヘルス対策の両立を目指した組織改善の手順を明確にしていきたいと考える。

参考文献

- [1] 厚生労働省：平成30年度「過労死等の労災補償状況」を公表します，2019，
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05400.html (2021年10月1日アクセス可能)。
- [2] 厚生労働省：メンタルヘルス対策(心の健康確保対策)に関する施策の概要，2021，
<https://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/guideline-mental-health/> (2021年10月1日アクセス可能)。
- [3] 厚生労働省：ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等，2021，
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzensei12/index.html> (2021年10月1日アクセス可能)。
- [4] 加藤正明ほか：労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，厚生労働省，pp.5-39，2000。
- [5] 下光輝一ほか：職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究，厚生労働省，2005。
- [6] 川上憲人：第6回職業性ストレスの理論モデル，産業衛生学雑誌，Vol.40，pp.A91-A92，1999。
- [7] 徳田洋祐，阿部研二，内田信二，本田純久，Doosub JAHNG：組織におけるコミュニケーションの状況を測定する質問票の信頼性と妥当性の検討，バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌，Vol.21，No.1，pp.21-30，2019。
- [8] 古川壽亮，大野 裕，宇田英典，中根允文：一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究，平成14年度厚生労働科学研究費補助金 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究協力報告書，pp.127-130，2003。
- [9] 川上憲人，近藤恭子，柳田公佑，古川壽亮：成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究，平成16年度厚生労働科学研究費補助金 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 分担研究報告書，pp.147-169，2005。
- [10] 永田頌史，廣 尚典，真船浩介：職場のストレス対策

の取り組みとその有効性，心身医学，Vol.49，No.2，pp.109-121，2009。

- [11] 長見まき子：仕事のストレス判定図を用いた職場環境等の改善事例，産業ストレス研究，Vol.11，No.2，pp.113-118，2004。
- [12] 大塚泰正：ポジティブ心理学の理論と職場のメンタルヘルス，産業精神保健，Vol.20，No.3，pp.194-198，2012。



徳田 洋祐 (とくだ ようすけ)

九州工業大学大学院生命体工学研究科
1989年同志社大学経済学部卒業。2009年九州工業大学大学院生命体工学研究科博士後期課程入学。2015年同大学院単位取得退学。

阿部 研二 (あべ けんじ)

九州工業大学大学院生命体工学研究科
1976年中央大学法学部卒業。2019年九州工業大学大学院生命体工学研究科博士後期課程単位取得退学。

内田 信二 (うちだ しんじ)

九州工業大学大学院生命体工学研究科
博士(学術) 2015年九州工業大学大学院生命体工学研究科博士後期課程単位取得退学。2018年より同大学院博士研究員。

本田 純久 (ほんだ すみひさ)

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
博士(医学)。2009年長崎大学大学院医歯薬学総合研究科准教授。2011年より同大学教授。

JAHNG, Doosub (じあん どうーそつぷ)

九州工業大学大学院生命体工学研究科
1989年東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。保健学博士。1990年帝京大学医学部公衆衛生学教室助手。1993年産業医科大学産業保健経済学研究室講師・助教授。2006年より九州工業大学大学院生命体工学研究科教授。