

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 6 日現在

機関番号：13301

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23593416

研究課題名(和文)働く人々のバーンアウトと循環器疾患リスクに関する縦断研究

研究課題名(英文) Longitudinal study for relationship of burnout to risk of circulatory disease in workers

研究代表者

北岡 和代 (KITAOKA, Kazuyo)

金沢大学・保健学系・教授

研究者番号：60326080

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,100,000円、(間接経費) 930,000円

研究成果の概要(和文)：研究目的1(バーンアウトが循環器疾患のリスク要因であるか、両者の因果関係を追跡する)、研究目的2(対象を増やし、職種の異なる職業人において、女性の職業人において、バーンアウトと循環器疾患との因果関係を見る)、研究目的3(まずは5年間の追跡を行い、因果関係を見る)は達成できたと考える。その結果、有意な差はなかったとはいえ、'重度にバーンアウト'していた社員は男女ともに、5年後の身体健康指標(ウエスト径、体脂肪率、体重、BMI、血圧、HDLコレステロール、等)を概ね悪化させていた。働く人々のバーンアウトは、男女を問わず、身体的な健康に影響をおよぼし、循環器疾患のリスク要因となる可能性が示唆された。

研究成果の概要(英文)：In the longitudinal study, the effects of burnout on risk factors for circulatory disease in workers were assessed. The study population included employees at the IT enterprise in Japan. The final study population was available included 996 men and women aged less than 55 yr at baseline. Changes in the physical condition 5 yr later were analyzed in relation to burnout. In total, 413 male and 140 female employees were followed up. Burnout was assessed with the Japanese version of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). We applied our own revised 'exhaustion + 1' criterion by Brenninkmeijer and Van Yperen to the MGI-GS sub-scale scores. Subjects were divided into five-groups: severely burned-out, burned-out, exhausted, depressed, and healthy at baseline. Then values of risk factors for circulatory disease from baseline to follow-up were compared among those five groups. In conclusion, severe burnout may be associated with risk factors for circulatory disease.

研究分野：精神保健看護学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：バーンアウト 循環器疾患リスク 縦断研究

1. 研究開始当初の背景

研究代表者らは、平成 18 年度～平成 19 年度科学研究費補助金により、バーンアウト（精神的健康）と身体的健康との関係、特に動脈硬化性疾患のリスク要因との因果関係を調べた。実際には、某製品製造企業に勤務する男性中間管理職者 329 名を対象に、4 年間の追跡を行った。その結果、長期かつ持続的に職場ストレスに暴露した結果としてのバーンアウトは、特に動脈硬化性疾患のリスク要因である可能性が示唆され、働く人々の身体的健康に影響をおよぼしていると考えられた。但し、当該研究は、男性の中間管理職者のみを対象とした比較的小さい集団からの結果であること、追跡率が 67.8% と十分ではなかったこと、追跡期間が短く身体的健康への明らかな影響を把握するには十分ではなかったこと、という 3 つの研究の限界があった。

働く人々のバーンアウトは身体的健康にどのような影響をおよぼすのか？というテーマについて、さらに追求していきたいと考えた。そのため、本研究においてこれらの限界を超えて、検証することとした。

2. 研究の目的

研究目的 1：バーンアウトが循環器疾患のリスク要因であるか、両者の因果関係を追跡する。

研究目的 2：対象を増やし、職種の異なる職業人において、女性の職業人において、バーンアウトと循環器疾患との因果関係を見る。

研究目的 3：追跡期間を 10 年間と見込んでいるが、まずは 5 年間の追跡を行い、因果関係を見る。

3. 研究の方法

(1) 対象

ー IT 関連企業に勤務する社員 1,553 名を対象として、バーンアウト測定を含めたメンタルヘルス調査を行い、ベースライン時（2008）のデータを収集した。調査票の回収率は 67.8% で 1,053 名を回収した。しかし、調査用 ID が付いているものは 1,026 名（調査用 ID 無し 27 名）であった。このうち、エンドポイント時（2013）で在職が見込まれる者は 996 名（退職見込み 30 名）であり、それらの者を追跡対象とした。結果、エンドポイント時において追跡できた者は調査用 ID が付いていた 553 名（調査用 ID 無し 443 名）で、追跡率は 55.5% であった。

男性 413 名、女性 140 名、年齢構成は 20 代 5 名、30 代 120 名、40 代 338 名、50 代 90 名であった。職種はハード開発 90 名、ソフト開発 115 名、ファーム開発 29 名、品質管理 53 名、営業職 25 名、スタッフ系事務職 119 名、製造系 57 名、その他 64 名（欠損値 1 名）と多岐に渡っていた。

(2) 方法：バーンアウト判定方法

バーンアウト測定には、Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)（北岡ら、2011）を用い、バーンアウト判定は以下とした。

増田・北岡ら（学会発表 参照）が提示した [疲弊感+1 基準] 改訂分類を適用した。Brenninkmeijer & VanYperen (2003) による [疲弊感+1 基準] は疲弊感が高く、かつシニシズムが高いか職務効力感が低いのか、少なくともどちらか一方が見られる者をバーンアウトと判定し、この基準に満たない者はすべてバーンアウトしておらず健康という二分法の立場を取っている。しかし、本研究において、ニュートラルテスト理論（荘島、2010）に基づいた詳細な検討を行い、5 分類にすることを提示した。すなわち、[疲弊感+1 基準] を満たす者を「バーンアウト」と判定した。その中でも、シニシズム得点が高く、同時に職務効力感得点が低い者は抑うつ度がより高かったことを根拠に「重度バーンアウト」とした。重度バーンアウトに陥っている者はうつ病に移行するという報告（Ahola et al., 2005）があるためである。疲弊感得点は高いがシニシズムや職務効力感の低下得点が低い者は、バーンアウト予備群として注意が必要であるとの見解から「疲労」とした。また、疲弊感得点が低くても、シニシズム得点が高い者は抑うつ度が高かったことから「うつ注意」とした。以上に該当しない者、つまり疲弊感得点もシニシズム得点も低い者のみを「健康」とした。

(3) 客観的な身体健康指標

循環器疾患リスク要因と考えられる身体健康指標として、ウエスト径、体脂肪率、体重、Body Mass Index (BMI)、血圧（収縮期）、血圧（拡張期）、中性脂肪、HDL コレステロール、総コレステロール、空腹時血糖、ヘモグロビン、ヘマトクリットを選定した。

(4) 解析方法

まず、ベースライン時（2008）における対象のバーンアウト判定を行った。[疲弊感+1 基準] 改訂分類を適用し、対象を「重度バーンアウト」、「バーンアウト」、「疲労」、「うつ注意」、「健康」に判別した。それら 5 グループの 5 年後のエンドポイント時（2013）における各身体健康指標の違いを比較した。

(5) 倫理的配慮

本研究は、金沢医科大学疫学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認されて行った（承認番号 150）。

4. 研究成果

(1) 主目的の成果について、以下に解析結果の概要を述べる。

ベースライン時（2008）における対象のバーンアウト判定について

対象 553 名をバーンアウト判定した結果、
‘重度バーンアウト’ 33 名 (6.0%)、‘バーンアウト’ 44 名 (8.0%)、‘疲労’ 53 名 (9.6%)、
‘うつ注意’ 20 名 (3.6%)、‘健康’ 403 名 (72.9%) となった。

エンドポイント時 (2013) における各身体健康指標の違いについて ~ 全体 ~

ウエスト径 (cm): ‘重度バーンアウト’ 群 85.6±9.9、‘バーンアウト’ 群 82.1±9.2、
‘疲労’ 群 81.3±8.0、‘うつ注意’ 群 78.9±8.4、‘健康’ 群 84.2±10.3 であった。‘重度バーンアウト’ 群のウエスト径が最も太くなっていた。

体脂肪率 (%): ‘重度バーンアウト’ 群 26.2±7.1、‘バーンアウト’ 群 25.9±8.5、‘疲労’ 群 23.8±4.6、‘うつ注意’ 群 23.0±5.2、‘健康’ 群 25.0±6.8 であった。‘重度バーンアウト’ 群と ‘バーンアウト’ 群の体脂肪率が高くなっていた。

体重 (kg): ‘重度バーンアウト’ 群 71.0±16.2、‘バーンアウト’ 群 63.2±8.4、‘疲労’ 群 63.6±11.2、‘うつ注意’ 群 62.3±9.0、
‘健康’ 群 67.9±12.3 であった。‘重度バーンアウト’ 群の体重が最も重くなっていた。

BMI (kg/m²): ‘重度バーンアウト’ 群 24.8±4.1、‘バーンアウト’ 群 23.0±3.8、‘疲労’ 群 23.0±3.4、‘うつ注意’ 群 21.9±2.2、
‘健康’ 群 23.8±3.6 であった。‘重度バーンアウト’ 群の BMI が最も高くなっていた。

収縮期血圧 (mmHg): ‘重度バーンアウト’ 群 124.7±11.9、‘バーンアウト’ 群 122.7±11.5、
‘疲労’ 群 117.5±11.3、‘うつ注意’ 群 119.3±9.5、‘健康’ 群 123.0±13.5 であった。‘重度バーンアウト’ 群の収縮期血圧が最も高くなっていた。

拡張期血圧 (mmHg): ‘重度バーンアウト’ 群 79.4±9.1、‘バーンアウト’ 群 78.0±9.8、
‘疲労’ 群 73.4±9.2、‘うつ注意’ 群 74.8±10.5、‘健康’ 群 77.2±10.3 であった。‘重度バーンアウト’ 群の拡張期血圧が最も高くなっていた。

HDL コレステロール (mg/dl): ‘重度バーンアウト’ 群 53.4±14.6、‘バーンアウト’ 群 54.6±12.5、
‘疲労’ 群 56.4±14.9、‘うつ注意’ 群 58.6±12.1、‘健康’ 群 56.7±13.7 であった。‘重度バーンアウト’ 群の HDL コレステロール値が最も低くなっていた。

総コレステロール (mg/dl): ‘重度バーンアウト’ 群 204.9±44.6、‘バーンアウト’ 群 198.4±30.6、
‘疲労’ 群 207.1±34.4、‘うつ注意’ 群 211.4±28.6、‘健康’ 群 201.7±31.2 であった。

ヘモグロビン (g/dl): ‘重度バーンアウト’ 群 15.2±1.4、‘バーンアウト’ 群 14.8±1.7、
‘疲労’ 群 15.1±1.2、‘うつ注意’ 群 14.4±2.1、‘健康’ 群 14.8±1.6 であった。‘重度バーンアウト’ 群のヘモグロビンが最も高くなっていた。

ヘマトクリット (%): ‘重度バーンアウト’ 群 45.1±3.6、‘バーンアウト’ 群 44.3±4.7、

‘疲労’ 群 45.1±3.5、‘うつ注意’ 群 43.6±5.4、‘健康’ 群 44.5±4.4 であった。‘重度バーンアウト’ 群のヘマトクリットが最も高くなっていた。

しかし、いずれの指標においても、5 群間に有意な差は認められなかった。

エンドポイント時 (2013) における各身体健康指標の違いについて ~ 男性 ~

ウエスト径 (cm): ‘重度バーンアウト’ 群 87.2±10.3、‘バーンアウト’ 群 81.2±9.3、
‘疲労’ 群 84.6±6.5、‘うつ注意’ 群 82.0±4.7、‘健康’ 群 86.0±9.8 であった。‘重度バーンアウト’ 群のウエスト径が最も太くなっていた。

体脂肪率 (%): ‘重度バーンアウト’ 群 24.2±6.0、‘バーンアウト’ 群 22.6±6.0、‘疲労’ 群 23.3±4.8、
‘うつ注意’ 群 22.1±4.2、‘健康’ 群 24.0±6.3 であった。‘重度バーンアウト’ 群の体脂肪率が最も高くなっていた。

体重 (kg): ‘重度バーンアウト’ 群 74.9±16.1、‘バーンアウト’ 群 64.6±9.0、‘疲労’ 群 69.5±6.9、
‘うつ注意’ 群 66.2±4.7、‘健康’ 群 71.2±11.3 であった。‘重度バーンアウト’ 群の体重が最も重くなっていた。

BMI (kg/m²): ‘重度バーンアウト’ 群 25.1±4.5、‘バーンアウト’ 群 22.5±3.4、‘疲労’ 群 24.2±3.2、
‘うつ注意’ 群 22.6±1.3、‘健康’ 群 24.2±3.5 であった。‘重度バーンアウト’ 群の BMI が最も高くなっていた。

収縮期血圧 (mmHg): ‘重度バーンアウト’ 群 126.9±10.3、‘バーンアウト’ 群 122.8±10.5、
‘疲労’ 群 118.5±10.3、‘うつ注意’ 群 122.0±10.5、‘健康’ 群 124.5±13.4 であった。‘重度バーンアウト’ 群の収縮期血圧が最も高くなっていた。

拡張期血圧 (mmHg): ‘重度バーンアウト’ 群 81.7±7.6、‘バーンアウト’ 群 76.5±9.3、
‘疲労’ 群 74.5±8.4、‘うつ注意’ 群 79.1±10.1、‘健康’ 群 78.6±10.2 であった。‘重度バーンアウト’ 群の拡張期血圧が最も高くなっていた。

HDL コレステロール (mg/dl): ‘重度バーンアウト’ 群 51.3±13.4、‘バーンアウト’ 群 51.5±11.7、
‘疲労’ 群 53.1±13.0、‘うつ注意’ 群 54.6±11.2、‘健康’ 群 54.3±13.3 であった。‘重度バーンアウト’ 群の HDL コレステロールが最も低くなっていた。

総コレステロール (mg/dl): ‘重度バーンアウト’ 群 199.8±43.7、‘バーンアウト’ 群 198.5±32.8、
‘疲労’ 群 208.7±31.4、‘うつ注意’ 群 214.5±31.3、‘健康’ 群 202.8±31.7 であった。

ヘモグロビン (g/dl): ‘重度バーンアウト’ 群 15.8±1.0、‘バーンアウト’ 群 15.5±0.8、
‘疲労’ 群 15.6±0.9、‘うつ注意’ 群 15.5±1.1、‘健康’ 群 15.5±1.0 であった。‘重度バーンアウト’ 群のヘモグロビンが最も高くなっていた。

ヘマトクリット (%): ‘重度バーンアウト’ 群 46.7±2.5、‘バーンアウト’ 群 46.2±2.7、

‘疲労’群 46.4±2.6、‘うつ注意’群 46.3±3.0、‘健康’群 46.2±3.0であった。‘重度バーンアウト’群のヘマトクリットが最も高くなっていた。

しかし、いずれの指標においても、5群間に有意な差は認められなかった。

エンドポイント時(2013)における各身体健康指標の違いについて～女性～

ウエスト径(cm):‘重度バーンアウト’群 80.9±7.7、‘バーンアウト’群 84.0±9.3、‘疲労’群 73.5±5.8、‘うつ注意’群 73.5±11.4、‘健康’群 77.9±9.3であった。

体脂肪率(%):‘重度バーンアウト’群 32.5±6.7、‘バーンアウト’群 33.0±9.3、‘疲労’群 24.9±3.9、‘うつ注意’群 24.6±7.0、‘健康’群 28.2±7.3であった。‘重度バーンアウト’群と‘バーンアウト’群の体脂肪率が高くなっていた。

体重(kg):‘重度バーンアウト’群 59.5±10.7、‘バーンアウト’群 60.1±6.5、‘疲労’群 49.6±5.2、‘うつ注意’群 55.3±11.2、‘健康’群 56.0±7.6であった。

BMI(kg/m²):‘重度バーンアウト’群 23.9±2.6、‘バーンアウト’群 24.1±4.7、‘疲労’群 20.2±1.7、‘うつ注意’群 20.8±3.3、‘健康’群 22.2±3.5であった。‘重度バーンアウト’群のBMIが最も高くなっていた。

収縮期血圧(mmHg):‘重度バーンアウト’群 117.8±15.2、‘バーンアウト’群 122.4±14.4、‘疲労’群 115.1±13.9、‘うつ注意’群 114.5±6.0、‘健康’群 117.7±12.5であった。

拡張期血圧(mmHg):‘重度バーンアウト’群 72.4±9.8、‘バーンアウト’群 81.0±11.0、‘疲労’群 70.9±10.8、‘うつ注意’群 67.3±6.6、‘健康’群 72.2±8.9であった。

HDLコレステロール(mg/dl):‘重度バーンアウト’群 59.9±17.1、‘バーンアウト’群 62.1±11.4、‘疲労’群 69.1±15.8、‘うつ注意’群 66.0±10.6、‘健康’群 63.8±12.5であった。‘重度バーンアウト’群のHDLコレステロールが最も低くなっていた。

総コレステロール(mg/dl):‘重度バーンアウト’群 220.9±46.2、‘バーンアウト’群 198.2±25.5、‘疲労’群 200.8±45.2、‘うつ注意’群 205.6±23.9、‘健康’群 198.7±29.5であった。‘重度バーンアウト’群の総コレステロールが最も高くなっていた。

ヘモグロビン(g/dl):‘重度バーンアウト’群 13.3±0.7、‘バーンアウト’群 12.9±2.1、‘疲労’群 13.4±1.0、‘うつ注意’群 12.5±2.2、‘健康’群 12.8±1.6であった。‘重度バーンアウト’群のヘモグロビンが最も高くなっていた。

ヘマトクリット(%):‘重度バーンアウト’群 40.2±1.5、‘バーンアウト’群 39.9±5.4、‘疲労’群 40.2±2.4、‘うつ注意’群 38.7±5.7、‘健康’群 39.3±3.7であった。

男性の場合と同様に、いずれの指標においても、5群間に有意な差は認められなかった。

(2) 対象企業に対する研究成果の還元

本研究で対象とした企業に対して、個人レベル、部署レベル、企業レベルでの研究成果の還元を行った。個人レベルでは、2008年および2013年のメンタルヘルス調査において、結果と結果に基づいた健康アドバイスを付けて、各個人に返却した。さらに、産業保健スタッフと協働体制を整え、メンタルヘルスに関する相談や受診勧告等を行った。部署レベルでは、部署の管理者等を対象としたメンタルヘルス調査報告会を行った。さらに、希望部署に対しては、バーンアウト予防に資する研修会を開催した。研修会は2008年に3回、2013年に2回行った。企業レベルとしては、経営者側と安全衛生委員会に対して、メンタルヘルス調査の全体結果を報告するとともに、全体結果に基づいて考察された社員の健康維持・向上に関する対策を、具体的に提言した。

(3) 新たなバーンアウト判定基準の作成

本研究において、既存のバーンアウト判定基準を集約し検討した。その結果‘新たな’バーンアウト判定基準を見出したので、ここに述べる。

MBI-GSはバーンアウト研究におけるゴールドスタンダードとされている(Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009)。北岡(東口)・荻野・増田(2004)はMBI-GS日本版を作成しており、その後も心理測定尺度としての検討を継続して行っている(北岡・増田・荻野・中川, 2011; 増田・北岡・荻野, 2012)。しかし、この尺度を有効に活用するためには、さらなる検討が必要であった。

その一つは、バーンアウトであるかどうかをいかにして判定するかであった。研究者間でコンセンサスが得られたバーンアウトの判定基準はなかった。その理由として、MBI-GSは3つの下位尺度からなるため、結果の解釈が難しいからであった。例えば、下位尺度のうちのどれかが高く、他が低かったときに、バーンアウトとみなすべきかどうか迷った。そのため、3つの下位尺度の合計点を算出している研究者がいた。Lewiston, Conley, & Blessing-Moore(1981)は開発当初のMBIに対して[情緒的疲弊感得点+非人間化得点-個人的達成感得点+10]というバーンアウト指標(burnout index)を編み出していた。フィンランドで行われている大規模調査(Ahola et al., 2005; Honkonen et al., 2006)では、MBI-GSのフィンランド版の作成者Kalimo et al. (2003)による計算式が用いられていた。3つの下位尺度に重みづけをした計算式[0.4 疲弊感得点+0.3 シニシズム得点+0.3 職務効力感の低下得点]であった。算出した得点(0-6点)に対しては、バーンアウト症状が毎日-週に1回程度出現していると考えられる3.50-6.0点を重度、月に1回

程度出現していると考えられる 1.50 - 3.49 点を軽度、年に数回 - 全くないと考えられる 0 - 1.49 点を健康と判定していた。

他方、Shanafelt et al. (2012)は MBI-HSS を用いた調査で、各下位尺度得点を三分位に分けて、低い、平均、高いとし、中でも情緒的疲弊感得点または非人間化得点が高い場合をバーンアウトと判定していた。

また、バーンアウトは疲弊感が中核であり、疲弊感からシニシズム、職務効力感の低下へと進展すると考えられている (Schaufeli & Buunk, 2003) ことから、Brenninkmeijer & VanYperen (2003)は [疲弊感+1 基準]を提案していた。これは疲弊感が高く、かつシニシズムが高いか職務効力感が低いかの、少なくともどちらか一方が見られる場合にバーンアウトと判定するものであった。下位尺度得点のカット・オフ・ポイントは 75 (職務効力感 は 25)パーセンタイル値とすることを勧めていた。Brenninkmeijer & VanYperen (2003)は、「仕事に関係する」という条件を加えた上で、ICD-10 で neurasthenia と診断された臨床群とコントロール群を比較し、その基準の臨床的な妥当性を検討していた。結果、[疲弊感+1 基準]は両群をうまく判別していた。

われわれは、この [疲弊感+1 基準]が理論的な背景を持たないことから、本研究においてニューラルテスト理論 (荘島, 2010) を用いて検討し、ニューラルテスト理論によるランクと [疲弊感+1 基準]での判別がほぼ一致することを示した。また諸変数との関連からより詳細な分類が可能とわかり、新たな [疲弊感+1 基準]分類を提示した。

なお、この新たな判定基準に関しては、学会発表 (参照) を行った。さらに、関連論文 (北岡和代、増田真也、大西香代子、中原純、森河裕子、中川秀昭、日本の精神科看護師のバーンアウト判定: [疲弊感+1 基準]改訂分類を用いた職種間・異文化間比較、健康心理学研究) を投稿した (平成 26 年 4 月 1 日)。また、英語論文 (Kitaoka K, Masuda S, Morikawa Y, Nakagawa H, Classification of burnout based on the Maslach Burnout Inventory-General Survey) を作成し、現在英文校正中である。英文校正完了後、Burnout Research に投稿する予定である。

(4) Areas of Worklife Survey (AWS) : 個人と職場環境 6 つのミスマッチ診断の日本版の作成

本研究において実施したメンタルヘルス調査において、Leiter & Maslach が開発した AWS を日本語に翻訳し、用いた。その結果、AWS は日本の労働者を対象とした場合も適用可能性があることが示唆されたので、ここに報告する。なお、当該研究成果に関しては、学会発表 (参照) を行った後、誌上発表 (雑誌論文 参照) も完了している。論文を抜粋紹介する:

AWS は 29 項目あり、個人とその人の職場

環境の間に生じる 6 つのミスマッチ領域: 仕事の負担、裁量権、報酬、共同体、公平性、価値観が測定できる職場環境測定ツールである。

Leiter がセンター長をしているカナダのアカディア大学組織研究開発センター (Center for Organizational Research & Development: COR&D) に連絡し、翻訳の許可を得た。研究代表者が翻訳した後、back translation を行った。研究分担者らと共にこれら 2 つの翻訳を見比べながら吟味し、Leiter による最終確認を得て、日本語を完成させた。

これを本研究 2013 年調査において使用し、探索的および確認的因子分析によって、因子的妥当性を検討した。併せて信頼性 (内的整合性) および基準関連妥当性の検討を行った。確認的因子分析では 6 因子モデルが支持されたが、適合度は十分とは言い切れず、今後検討を重ねていく課題を 2 つ認めた。AWS 日本語翻訳版の 6 つの下位尺度の Cronbach の係数は 0.66 - 0.88 であった。AWS 日本語翻訳版は MBI-GS 日本版の 3 つの下位尺度と仕事の負担 - 職務効力感の間を除いて、全て有意な相関が認められ、基準関連妥当性が確認できた。以上のことから、課題は残っているとはいえ、現時点においても、AWS の日本語翻訳版は使用に耐えうると考えられた。

(5) 研究成果のまとめ

研究目的 1 (バーンアウトが循環器疾患のリスク要因であるか、両者の因果関係を追跡する)、研究目的 2 (対象を増やし、職種の異なる職業人において、女性の職業人において、バーンアウトと循環器疾患との因果関係を見る)、研究目的 3 (追跡期間を 10 年間と見込んでいるが、まずは 5 年間の追跡を行い、因果関係を見る) は達成できたと考える。その結果、全体としても、男女別で見ても、有意な差はなかったとはいえ、「重度バーンアウト」群に属していた社員が男女ともに、5 年後の身体健康指標を概ね悪化させていたことが特に注目された。働く人々のバーンアウトは、男女を問わず、身体的な健康に影響をおよぼし、循環器疾患のリスク要因となる可能性が示唆される結果を得たと考える。

研究の限界: 本研究においても追跡率は低かった。対象者に対して、任意による参加を保障したこと、エンドポイント時において調査用 ID の記載を求めたが記載率が低かったことが理由であった。追跡研究における弱みである。

本研究においては、対象企業に対して研究成果の還元を具体的にを行うことができ、研究成果による社会貢献ができた。さらに、本研究における目的以外にも、新たなバーンアウト判定基準の作成と、新たな職場環境測定ツールの作成を行うことができた。本研究助成を有効に活用できたと考える。

5. 主な発表論文等
(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 2件)

北岡和代、増田真也、森河裕子、中川秀昭、日本版 Areas of Worklife Survey (AWS)個人と職場環境 6つのミスマッチ診断、経営行動科学、査読有(印刷中)
Kitaoka K, Masuda S, Academic report on burnout among Japanese nurses, Japan Journal of Nursing Science, 査読有, Vol.10, 2013, 273-279

[学会発表](計 9件)

Kitaoka K, Morikawa Y, Nakagawa H, Mental health of employees in Japan and its care, International Network for Psychiatric Nursing Research Conference, 2013.9.6 ~ 2013.9.7, Warwick Conference Centre (Coventry UK)

北岡和代、増田真也、森河裕子、石崎昌夫、城戸照彦、岡元千明、中川秀昭、日本版 Areas of Worklife (AWS)個人と職場環境 6つのミスマッチ調べ、日本産業衛生学会、2013年5月15日~2013年5月17日、ひめぎんホール(愛媛県)

Kitaoka K, Morikawa Y, Nakagawa H, Masuda S, Nagayama Y, Mental health nursing research on the Japanese employees, International Network for Psychiatric Nursing Research Conference, 2012.9.26 ~ 2012.9.27, Keble College (Oxford UK)

Kitaoka K, Masuda S, Nagayama Y, Burnout among Japanese nurses, International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery, 2012.6.30 ~ 2012.7.1, Kobe Portopia Hotel (Kobe)

北岡和代、長山豊、精神科看護師のバーンアウトとストレスコーピングスタイルの関連、日本精神保健看護学会、2012年6月23日~2012年6月24日、熊本市市民会館(熊本)

北岡和代、長井麻希江、増田真也、バーンアウトバスターズ・ワークショップとメールサポートによるバーンアウト予防の試行、日本看護科学学会、2011年12月2日~2011年12月3日、高知市文化プラザかるぽーと(高知)

増田真也、北岡和代、荻野佳代子、MBI-GSによるバーンアウト判定基準、経営行動科学学会、2011年11月26日~2011年11月27日、明治大学駿河台キャンパス(東京)

Kitaoka K, Morikawa Y, Nakagawa H, Burnout and stress coping styles among

Japanese psychiatric nurses, International Network for Psychiatric Nursing Research Conference, 2011.9.28 ~ 2011.9.29, Keble College (Oxford UK)

増田真也、北岡和代、荻野佳代子、“仕事との関係”の測定とバーンアウト、日本健康心理学会、2011年9月11日~2011年9月12日、早稲田大学国際会議場(東京)

[図書](計 1件)

北岡和代、医歯薬出版、公衆衛生看護学テキスト4、2014、205-222

6. 研究組織

(1)研究代表者

北岡 和代 (KITAOKA, Kazuyo)
金沢大学・保健学系・教授
研究者番号：60326080

(2)研究分担者

森河 裕子 (MORIKAWA, Yuko)
金沢医科大学・看護学部・教授
研究者番号：20210156

中川 秀昭 (NAKAGAWA, Hideaki)
金沢医科大学・医学部・教授
研究者番号：00097437

(3)連携研究者

なし