

## 原 著

# 病院事務局職員のメンタルヘルス不調と職場環境改善

## —アクションチェックリストに基づく解析—

岩浅 巧<sup>1)</sup>, 吉川 徹<sup>2)</sup><sup>1)</sup>石巻専修大学<sup>2)</sup>独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所

(2025年9月4日受付)

**要旨：**目的：全国の一般病院および労災病院の事務局職員を対象に、職場環境を包括的な視点で評価できるアクションチェックリスト(ACL)を用いて、「人間関係・相互支援」に関する取組状況とメンタルヘルスの実態の関連を検討した。

方法：2023年に実施したWeb調査から一般病院1,000名、労災病院450名のうち、同意の得られた20～59歳の常勤正規職員を分析対象とした。メンタルヘルス不調の状況を病院種別で層別分析を実施した。また、ACLの「人間関係・相互支援」領域6項目に関する取組の実施有無を独立変数、メンタルヘルス不調を目的変数として、病院種別、性別、年齢等を調整したロジスティック回帰分析により、ACL各項目の未実施とメンタルヘルス不調の関連を検討した。

結果：メンタルヘルス不調割合は労災病院20.1%、一般病院22.1%であった。両病院に共通して睡眠時間5時間未満で不調割合が高く、労災病院では若年者、非役職者、時間外労働60～79時間群で有意に高かった。多変量解析の結果、「感謝を伝える風土」(aOR=2.00, 95%CI:1.13-3.54)と「柔軟な勤務調整」(aOR=1.67, 95%CI:1.03-2.72)の未実施が不調と関連していた。

考察：睡眠不足は両病院共通の主要リスクであることが確認された。ACLに基づく解析では、感謝の可視化が心理的安全性の向上に、勤務柔軟性がワーク・ライフ・バランスの実現に保護的に作用すると考えられる。病院事務局職員のメンタルヘルス対策には、時間外労働の適正化と睡眠確保を基盤とし、「感謝を伝える風土」と「柔軟な勤務調整」を中心据え、「上司の助言」「相談しやすい体制」「課題共有」を統合した参加型・多層的な職場環境改善が有効であることが示された。

(日職災医誌, 74:14-24, 2026)

## —キーワード—

メンタルヘルス、医療事務局職員、職場環境改善、アクションチェックリスト

## 背景

医療従事者の健康と安全の確保は、わが国の医療制度における最重要課題の一つである。医師、看護師、臨床検査技師等の医療関係有資格者(以下、医療専門職)は、患者の生命を預かる重責を担い、長時間労働や不規則勤務、精神的・身体的負荷といった深刻な健康リスクに直面している<sup>1)～4)</sup>。こうした状況を受けて、医療専門職の働き方の見直しや職場環境の整備が進められている<sup>5)6)</sup>。

一方で、医療機関の円滑な運営には、病院事務局職員の果たす役割も極めて重要である。病院事務局職員は、医療業務の支援から診療科間の調整、患者接遇、地域住民対応といった対人業務に加え、診療報酬請求や経理業

務等の管理業務を担っている<sup>7)</sup>。さらに、医療の高度化・複雑化に伴うチーム医療の推進においても、医療専門職への支援を通じて、医療サービスの質向上と医療機関の経営基盤の安定に大きく貢献している<sup>8)</sup>。

しかし、医療専門職の労働環境や働き方への関心が高まる一方で、病院事務局職員の安全と健康の実態やその改善策については、十分に検討されてこなかった。過労死等防止調査研究センターの過労死等の実態調査によれば、平成22年1月から平成27年3月までの期間において、医療・福祉業で労災認定された過労死等事案285件のうち、病院事務局職員に関するものが66件(23.2%)を占めており、そのうち52件(78.8%)が精神障害によるものであった<sup>9)</sup>。このようなデータは、病院事務局職員の

医療・介護版 いきいき職場づくりのためのアクションチェックリスト(職場改善ヒント集)		
<p>このアクションチェックリストには、動きのある、働きやすい、よりよい仕事をとりこめる「いきいき職場づくり」のための改善策が盛り込まれています。あなたの職場の職場環境を改善する際の参考にしてください。</p> <p>アクションチェックリストの使い方 各チェック項目について「提案しますか?」の欄に記入します。</p> <p>1. その対策が不必要で、今までよい(対策がすでに実行されているか、行う必要がない)場合は「いいえ」に✓をつきます。 2. その対策が必要な(これから改善したい)場合は、「口はい」に✓をつきます。すでに対策が実行されている場合でも、さらに改善したい場合は、この「口はい」に✓をつけてください。 3. 「口はい」に✓をつけた項目のうち、その対策を優先して取り上げたほうがよい項目は、「優先する」に✓をつけてください。3~5項目に記入してください。 4. チェックリストを記入したら、あなたの職場で安全・健康に、快適で働きやすい職場づくりのために「役立っている良い点3つ」と「改善したい点3つ」を最後の頁に記入します。 5. このチェックリストには項目で、自分たちの職場のチェックリストに追加したほうが良いと思う改善策がある場合は、「E追加項目」の欄に箇条記入してください。</p>		
A 仕事のすすめ方		
1	全員が参加できるミーティングを定期的に開催し、仕事の進め方や業務配分を話し合います	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
2	掲示板、共有ファイルなどを活用して、必要な情報が全員に正しく伝わるようになります	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
3	忙しい時期に備え、特定の個人やチームに業務を集中しないよう、前もって人員の発展や業務調整を調整します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
4	勤務時間外での研修会参加等の業務時間外残業や業務時間外勤務、持ち帰り業務の実態を把握し、見直します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
5	チーム内の分担、ローテーションを工夫して、負担の大きさ(後輩作業、連携作業、單独作業)を減らします	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
6	ラベルや色分け、わかりやすい作業指示書などで事務防止作業ミスの防止策を強化します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
B 勤務環境		
7	作業場の暑さや湿気、明るさを整え、快適な作業環境にします	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
8	放射線や有害化学薬品、抗がん剤など、健康に有害な元素を保護します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
9	空気・飛沫感染対策、血液・体液による感染対策を実施します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
10	職場のレイアウトを工夫し、また、個人ごとの作業をやすしくします	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
11	ゆっくりくつろげる休憩室、快適で衛生的なトイレ、更衣室を確保します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
12	災害発生や火災などの緊急時に備えてできるよう、訓練や通報を確実にするなどごくごく簡単な準備します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
C 職場の人間関係・相互支援		
13	上層は皆が自分で問題解決できるよう助言し、適切な助言をします	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
14	各部署で上層や代理で相談したり支援を求めたりやすい環境やコミュニケーションがよりやりやすい環境を整備します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
15	職場内の問題を相談できる環境で相談し合い、相談しやすい環境やコミュニケーションがよりやりやすい環境を整備します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
16	スタッフ同士がお互いに理解し助け合う言葉気分が生まれるよう、日頃から会話を図ったり、懇親会や連絡会を持つなど工夫します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
17	仕事に関する知識や技術伝承のための職場内での勉強会や研修会の運営を確保します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
18	学校、育児、介護など個人のライフスタイルに応じて、勤務調整ができるようになります	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
D 安心できる職場のしきみ		
19	個人の健康や職場内の問題などについて、プライバシーに配慮して相談できる窓口を設置します	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
E 追加項目		
25	(追加項目) 上記以外で提案があれば記入ください	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する
26	(追加項目) 上記以外で提案があれば記入してください	提案しますか? 口はい 口はい ✓優先する

図1 アクションチェックリスト(医療・介護版)

出典) いきいき職場づくり: アクションチェックリスト(医療・介護職場版)

[https://www.ikiikisyokuba.jp/core/check\\_list\\_3.pdf](https://www.ikiikisyokuba.jp/core/check_list_3.pdf) より引用

### メンタルヘルス対策の緊急性を強く示唆している<sup>10)</sup>。

病院事務局職員のメンタルヘルスは、勤務先機関の規模、担当業務、職場環境等の多様な要因の影響を受けると考えられる<sup>11)</sup>。そこで本研究では、全国の一般病院および労災病院の事務局職員を対象としたWeb調査を実施し、病院種別、規模、業務内容、個人属性等の違いがメンタルヘルスに及ぼす影響を検討した。さらに、メンタルヘルス対策の検討にあたり、メンタルヘルス対策の一次予防ツールであり、職場環境を包括的な視点で評価できるアクションチェックリスト(以下、ACL)<sup>12)~14)</sup>に着目した(図1)。ACLは、製造現場から医療・介護現場に至るまで、国内外の多様な職場において、就労者の自主的・主体的な参加による職場環境改善活動に広く活用されており、その有効性が実証されている。本研究では、ACLに示された具体的な改善アクションの取組状況を分析に取り込み、職場環境改善と病院事務局職員のメンタルヘルスの関連を分析し、今後の対策立案の基礎資料とすることを目的とした。

## 方 法

### 1. 対象

本研究の対象は、一般病院および労災病院に勤務する事務局職員とした。一般病院については、社会調査会社A社の登録モニターを対象に、2023年11月21日から24日にA社のWeb回答フォームを通じて調査を実施

し、1,000名の回答を得た。労災病院については、全国32カ所の労災病院を対象に、2023年10月23日から11月20日にA社のWeb回答フォームを通じて調査を実施し、450名の回答を得た。両病院計1,450名のうち、調査協力に同意が得られ、属性の偏りを調整するために設定した適格基準を満たす、20歳から59歳で病院に勤務する常時雇用の正規職員を分析対象とした(図2)。

### 2. 調査項目

本研究では、対象者の基本属性として、年齢、性別、主な業務内容、役職の有無、病床数、過去1カ月間の休日数、最近1年間の有給休暇取得日数、最近1カ月間の勤務日における平均睡眠時間、最近1カ月間の時間外労働時間について回答を求めた。主な業務内容は「総務」、「会計」、「医事」、「その他」の4類型から単一選択とした。「その他」は前述の3業務に明確に該当しない場合の包括カテゴリとした。選択した業務内容のうち、現在担当している具体的な仕事は複数選択とし、総務(庶務・給与・臨床研修医対応・その他の業務)、会計(出納・契約・用度・施設・その他の業務)、医事(外来係・入院係・統計・地域連携・MSW・診療情報管理・健診部・その他の業務)の選択肢を提示した。精神的健康の評価にはK6日本語版<sup>15)</sup>を用い、スコアが13点以上をメンタルヘルス不調と判定した。

また、職場環境改善の取組状況を評価するために、ACLの一部の項目を採用した。ACLは、厚生労働省の

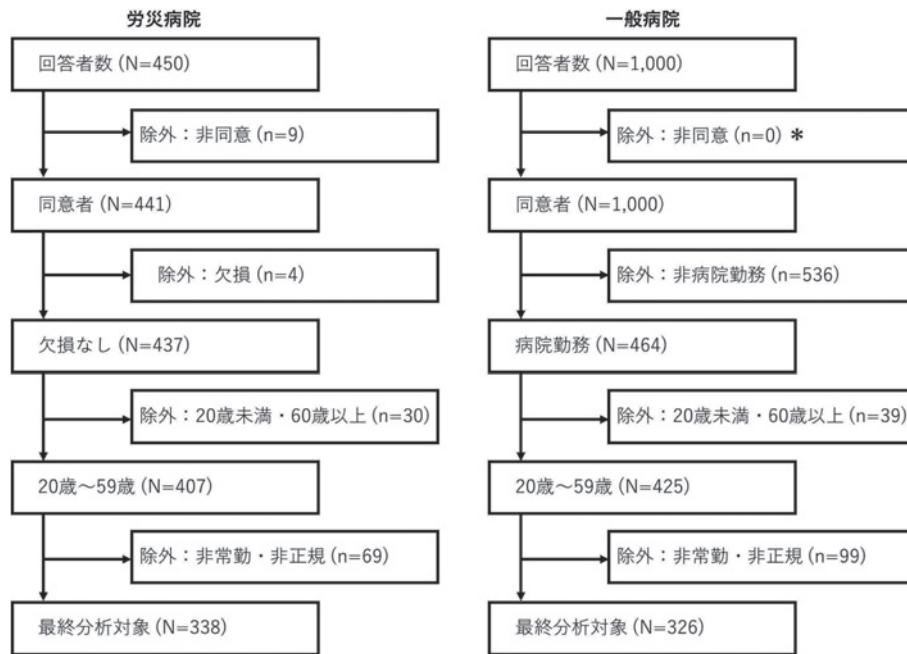


図2 対象者の選定フロー（労災病院・一般病院）

「職場における心の健康づくり」において、職場環境改善のための中核的ツールとして位置づけられている<sup>12)13)</sup>。ACLによる改善の視点は、「仕事のすすめ方」、「作業場環境」、「人間関係・相互支援」、「安心できる職場のしくみ」の4領域、各6項目、計24項目から構成される。これらの項目は現場での実地評価と専門家レビューを経て構成された経緯を有し<sup>14)</sup>、内容妥当性と実務適用性を兼ね備えた枠組みである。近年の組織レベル介入の有効性に関する研究では、介入内容のみならず実施過程や組織文脈を含む包括的視点の重要性が指摘されており<sup>15)</sup>、ACLは本研究の分析枠組みに適している。先行研究では、ACLに基づく取組がメンタルヘルス指標の改善に関連することが示されている<sup>17)</sup>。これらの知見に基づき、本研究では4領域のうち、心理社会的ストレスの軽減に最も寄与することが示された「人間関係・相互支援」領域の6項目を用いた。各項目の回答方法は、「1：1年以上前から取り組まれている」、「2：最近1年間で取り組まれるようになった」、「3：取り組まれなかった、今後必要である」、「4：取り組まれなかった、特に必要ない」、「5：うちの職場には該当しない」の5段階から最も適するものを1つ選択するよう求めた。なお、「1」と「2」を「(当該取組)実施群」、「3」から「5」を「(当該取組)未実施群」と定義した。

### 3. 分析方法

労災病院と一般病院という組織特性の違いを考慮し、病院種別（一般病院、労災病院）による層別分析を行った。メンタルヘルス不調の有無により、基本属性（性別、年齢階級等）、働き方や生活習慣（労働時間、睡眠時間等）、

「人間関係・相互支援」に関する取組状況について統計的に有意な差があるかを検討した。カテゴリカル変数の群間比較には、カイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用い、統計的に有意な結果が得られた場合には残差分析を実施した。連続変数の群間比較には、Studentのt検定を用い、平均値の差の検定を行った。

「人間関係・相互支援」に関する取組状況とメンタルヘルスの関連を包括的に検討するために、ロジスティック回帰分析を実施した。目的変数としてメンタルヘルス不調の有無を、独立変数として職場環境改善の取組状況を投入し、各変数のオッズ比（OR）と95%信頼区間（95% CI）を算出した。ロジスティック回帰分析は、単変量解析（モデル1）および多変量解析（モデル2、モデル3、モデル4）の4段階で実施した。モデル1では、「人間関係・相互支援」領域に関する6項目を独立変数として個別に投入し、それぞれの粗オッズ比を算出した。モデル2では、病院種別、性別、年齢、業務内容、役職、病床数、休日日数、有給日数、睡眠時間、時間外労働時間を交絡因子として傾向スコアを算出し、単変量モデルに投入して6項目それぞれの調整オッズ比（aOR）を算出した。モデル3では、「人間関係・相互支援」領域の6項目を全て同時に投入し、それぞれの粗オッズ比を算出した。さらに、モデル4では、モデル3に傾向スコアを投入し、調整オッズ比を算出した。

統計解析には、IBM SPSS Statistics 27を使用した。残差分析では調整済み残差の絶対値が1.96以上を、その他の解析においては5%を有意水準とした（両側検定）。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、労働者健康安全機構本部倫理審査委員会の承認(承認番号：2021-23, 2021-29, 2022-03, 2023-4, 2023-22, 2024-3)を得て実施した。個人情報の保護については、無記名式で調査を実施し、さらに社会調査会社 A 社のシステムを介して個人情報を除外した回答データを使用することで、回答者のプライバシーを適切に保護した。

### 結 果

#### 1. 病院種別によるメンタルヘルス不調の状況

表1に病院種別の対象者属性と K6 得点の結果を示した。対象者のうち、メンタルヘルス不調者(K6 スコアが13点以上)は、労災病院 68 名 (20.1%)、一般病院 72 名 (22.1%)、であった。両病院に共通して、メンタルヘルス不調者の年齢は40歳前後であり、非不調者と比べてやや若い傾向がみられた。また、平均睡眠時間が5時間未満の者、非役職者、直近1カ月の時間外労働時間が60~79時間の者において、メンタルヘルス不調の割合が有意に高かった。

「人間関係・相互支援」領域に含まれる6項目の取組状況とメンタルヘルス不調の割合を比較した結果、労災病院では、「項目17：スキルアップの機会(作業の習熟や技術向上のために、職場内で訓練や研修の機会が確保されるようになった)」を除く5項目の未実施群において、メンタルヘルス不調の割合が有意に高かった。具体的には、「13：上司の適切な助言(上司が、職場の皆が自分で問題解決できるよう励ましたり、適切な助言をしたりするようになった)」、「14：相談しやすい環境(必要な時に上司や同僚に相談したり支援を求めたりしやすいようコミュニケーションがとりやすい環境が整備された)」、「15：課題を共有する工夫(職場内の問題を同僚間で、相談しやすいように、小会合や日報、メーリングリストを活用するようになった)」、「16：感謝を伝える風土(職場内でお互いを理解し助け合う雰囲気が生まれるよう、日頃から意識的にお礼を言ったり、懇親の機会を持つなど工夫するようになった)」、「18：柔軟な勤務調整(学校、育児、介護など、個人のライフスタイルに応じて、勤務調整ができるようになった)」であった。一方、一般病院では、「16：感謝を伝える風土」と「18：柔軟な勤務調整」の未実施群においてメンタルヘルス不調の割合が有意に高かった。

主な業務内容については、両病院に共通して「総務」では「庶務、給与」等、会計では「出納、契約」等、医事では「外来係、入院係」等が多く、両病院とも業務内容間でメンタルヘルス不調の割合に有意差は認められなかった。

#### 2. 人間関係・相互支援に関する取組状況

各取組の実施率を見ると、労災病院では、「13：上司の適切な助言」、「14：相談しやすい環境」、「16：感謝を伝

える風土」の実施率が一般病院より高い傾向が認められた。特に「13：上司の適切な助言」の実施率は、労災病院が48.2%，一般病院が29.1%と、労災病院の実施率が高かった。また、「14：相談しやすい環境」についても、労災病院が50.3%，一般病院が34.0%と、労災病院の実施率が高かった。一方、「17：スキルアップの機会」については、労災病院が31.4%，一般病院が33.7%と、一般病院の実施率がわずかに高かった。「15：課題を共有する工夫」と「17：スキルアップの機会」については、両病院とも約7割が未実施であった。「18：柔軟な勤務調整」については、労災病院が50.9%，一般病院が46.0%と、両病院間に大きな違いは認められなかった。

#### 3. 人間関係・相互支援に関する取組とメンタルヘルスとの関連

表2にメンタルヘルス不調を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果を示した。モデル1では、「人間関係・相互支援」に関する全ての取組において、未実施がメンタルヘルス不調と有意な関連を示した。特に、「16：感謝を伝える風土」の未実施が最も強い関連を示した( $OR=2.83, 95\%CI: 1.80 - 4.43, p<.001$ )。傾向スコアによる交絡因子の調整を行ったモデル2では、「17：スキルアップの機会」を除く全ての取組において、未実施が有意な関連を示した。全ての取組を同時投入したモデル3では、「16：感謝を伝える風土」と「18：柔軟な勤務調整」の未実施が強い関連を示した。同様に、傾向スコアによる調整を行ったモデル4でも、「16：感謝を伝える風土」( $aOR=2.00, 95\%CI: 1.13 - 3.54, p=.018$ )と「18：柔軟な勤務調整」( $aOR=1.67, 95\%CI: 1.03 - 2.72, p=.039$ )の未実施が強い関連を示した。

### 考 察

本研究は、「人間関係や相互支援」に関する取組が医療事務局職員のメンタルヘルスに与える影響を検討することを目的とし、労災病院と一般病院を対象に分析を行った。結果、①病院事務局職員のメンタルヘルス不調の割合は、労災病院 20.1%，一般病院 22.1% であったこと、②両病院に共通して、睡眠時間が5時間未満の者にメンタルヘルス不調の割合が高かったこと、③労災病院では、若年者、非役職者、時間外労働が多い者にもメンタルヘルス不調の割合が高かったこと、④両病院に共通して、「感謝を伝える風土」や「柔軟な勤務調整」が不十分であることが、メンタルヘルス不調と強く関連していたこと、⑤労災病院では、「上司の適切な助言」、「相談しやすい環境」、「課題を共有する工夫」といった取組も、メンタルヘルス不調と強く関連していたことが明らかになった。

これらの結果を踏まえ、労災病院と一般病院の相違点と病院事務局職員の安全と健康確保の重要性、職場の人間関係・相互支援に関する取組とメンタルヘルスの関連について考察し、実践的示唆を提言する。

表1 病院種別によるメンタルヘルス不調の状況

	労災病院								一般病院									
	K6 13点未満				K6 13点以上				p 値 <sup>1)</sup>	K6 13点未満				K6 13点以上				p 値 <sup>1)</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
	338	(100)	270	(100)	68	(100)				326	(100)	254	(100)	72	(100)			
平均年齢 (SD)	42.3	(10.4)	41.6	(10.9)	42.2	(10.7)	39.1	(11.4)	.034	43.0	(9.9)	43.5	(10.1)	41.4	(8.9)		.102	
性別																		
男性	301	(45.3)	184	(54.4)	146	(54.1)	38	(55.9)	.892	117	(34.6)	95	(37.4)	22	(30.6)		.331	
女性	363	(54.7)	154	(45.6)	124	(45.9)	30	(44.1)		209	(61.8)	159	(62.6)	50	(69.4)			
年齢階級																		
20歳代	103	(15.5)	71	(21.0)	52	(19.3)	19	(27.9)		32	(9.5)	25	(9.8)	7	(9.7)			
30歳代	159	(23.9)	69	(20.4)	54	(20.0)	15	(22.1)	.365	90	(26.6)	66	(26.0)	24	(33.3)		.190	
40歳代	194	(29.2)	91	(26.9)	76	(28.1)	15	(22.1)		103	(30.5)	77	(30.3)	26	(36.1)			
50歳代	208	(31.3)	107	(31.7)	88	(32.6)	19	(27.9)		101	(29.9)	86	(33.9)	15	(20.8)			
主な業務内容																		
総務	184	(27.7)	102	(30.2)	82	(30.4)	20	(29.4)		82	(24.3)	63	(24.8)	19	(26.4)			
会計	116	(17.5)	89	(26.3)	69	(25.6)	20	(29.4)	.792	27	(8.0)	20	(7.9)	7	(9.7)		.413	
医事	294	(44.3)	124	(36.7)	99	(36.7)	25	(36.8)		170	(50.3)	130	(51.2)	40	(55.6)			
その他	70	(10.5)	23	(6.8)	20	(7.4)	3	(4.4)		47	(13.9)	41	(16.1)	6	(8.3)			
役職																		
役職あり	136	(20.5)	76	(22.5)	69	(25.6)	* <sup>2)</sup>	7	(10.3)	.006	60	(17.8)	43	(16.9)	17	(23.6)		.228
役職なし	528	(79.5)	262	(77.5)	201	(74.4)		61	(89.7)	*	266	(78.7)	211	(83.1)	55	(76.4)		
病床数																		
100床未満	57	(8.6)	3	(0.9)	2	(0.7)	1	(1.5)		54	(16.0)	42	(16.5)	12	(16.7)			
100～199床	173	(26.1)	70	(20.7)	58	(21.5)	12	(17.6)	.815	103	(30.5)	78	(30.7)	25	(34.7)		.832	
200～499床	285	(42.9)	182	(53.8)	143	(53.0)	39	(57.4)		103	(30.5)	80	(31.5)	23	(31.9)			
500床以上	149	(22.4)	83	(24.6)	67	(24.8)	16	(23.5)		66	(19.5)	54	(21.3)	12	(16.7)			
直近1カ月間の休日日数																		
なし	120	(18.1)	43	(12.7)	34	(12.6)	9	(13.2)		77	(22.8)	61	(24.0)	16	(22.2)			
1～3日	52	(7.8)	29	(8.6)	22	(8.1)	7	(10.3)	.926	23	(6.8)	18	(7.1)	5	(6.9)		.706	
4～8日	196	(29.5)	92	(27.2)	73	(27.0)	19	(27.9)		104	(30.8)	77	(30.3)	27	(37.5)			
9日以上	296	(44.6)	174	(51.5)	141	(52.2)	33	(48.5)		122	(36.1)	98	(38.6)	24	(33.3)			
昨年の取得有給休暇日数																		
なし	49	(7.4)	18	(5.3)	11	(4.1)	7	(10.3)		31	(9.2)	26	(10.2)	5	(6.9)			
1～4日	96	(14.5)	36	(10.7)	28	(10.4)	8	(11.8)	.052	60	(17.8)	44	(17.3)	16	(22.2)		.281	
5～9日	326	(49.1)	211	(62.4)	177	(65.6)	34	(50.0)		115	(34.0)	95	(37.4)	20	(27.8)			
10日以上	193	(29.1)	73	(21.6)	54	(20.0)	19	(27.9)		120	(35.5)	89	(35.0)	31	(43.1)			
直近1カ月間の平均睡眠時間 <sup>3)</sup>																		
5時間未満	108	(16.3)	55	(16.3)	35	(13.0)	20	(29.4)	*	53	(15.7)	34	(13.4)	19	(26.4)	*		
5～6時間未満	262	(39.5)	144	(42.6)	117	(43.3)	27	(39.7)	.009	118	(34.9)	93	(36.6)	25	(34.7)		.048	
6～7時間未満	209	(31.5)	105	(31.1)	88	(32.6)	17	(25.0)		104	(30.8)	87	(34.3)	17	(23.6)			
7時間以上	85	(12.8)	34	(10.1)	30	(11.1)	4	(5.9)		51	(15.1)	40	(15.7)	11	(15.3)			
直近1カ月間の時間外労働時間 <sup>4)</sup>																		
なし	92	(13.9)	33	(9.8)	26	(9.6)	7	(10.3)		59	(17.5)	48	(18.9)	11	(15.3)			
20時間未満	264	(39.8)	121	(35.8)	110	(40.7)	*	11	(16.2)		143	(42.3)	112	(44.1)	31	(43.1)		
20～39時間	161	(24.2)	87	(25.7)	66	(24.4)	21	(30.9)	.002	74	(21.9)	58	(22.8)	16	(22.2)		.842	
40～59時間	82	(12.3)	53	(15.7)	39	(14.4)	14	(20.6)		29	(8.6)	21	(8.3)	8	(11.1)			
60～79時間	32	(4.8)	24	(7.1)	14	(5.2)	10	(14.7)	*	8	(2.4)	5	(2.0)	3	(4.2)			
80時間以上	33	(5.0)	20	(5.9)	15	(5.6)	5	(7.4)		13	(3.8)	10	(3.9)	3	(4.2)			
上司の適切な助言																		
実施	258	(38.9)	163	(48.2)	141	(52.2)	*	22	(32.4)	.004	95	(29.1)	79	(31.1)	16	(22.2)		.186
未実施	406	(61.1)	175	(51.8)	129	(47.8)		46	(67.6)	*	231	(70.9)	175	(68.9)	56	(77.8)		
相談しやすい環境																		
実施	281	(42.3)	170	(50.3)	149	(55.2)	*	21	(30.9)		111	(34.0)	93	(36.6)	18	(25.0)		.069
未実施	383	(57.7)	168	(49.7)	121	(44.8)		47	(69.1)	*	215	(66.0)	161	(63.4)	54	(75.0)		
課題を共有する工夫																		
実施	204	(30.7)	109	(32.2)	98	(36.3)	*	11	(16.2)	.001	95	(29.1)	79	(31.1)	16	(22.2)		.186
未実施	460	(69.3)	229	(67.8)	172	(63.7)		57	(83.8)	*	231	(70.9)	175	(68.9)	56	(77.8)		
感謝を伝える風土																		
実施	245	(36.9)	139	(41.1)	123	(45.6)	*	16	(23.5)		106	(32.5)	94	(37.0)	*	12	(16.7)	
未実施	419	(63.1)	199	(58.9)	147	(54.4)		52	(76.5)	*	220	(67.5)	160	(63.0)	60	(83.3)	*	p<.001
スキルアップの機会																		
実施	216	(32.5)	106	(31.4)	89	(33.0)		17	(25.0)	.243	110	(33.7)	92	(36.2)	18	(25.0)		.090
未実施	448	(67.5)	232	(68.6)	181	(67.0)		51	(75.0)		216	(66.3)	162	(63.8)	54	(75.0)		
柔軟な勤務調整																		
実施	322	(48.5)	172	(50.9)	149	(55.2)	*	23	(33.8)	.002	150	(46.0)	125	(49.2)	*	25	(34.7)	
未実施	342	(51.5)	166	(49.1)	121	(44.8)		45	(66.2)	*	176	(54.0)	129	(50.8)	47	(65.3)	*	.032

1)  $\chi^2$  検定の結果、期待値が5未満の場合は Fisher の正確確率検定の結果を示す。

2) アスタリスク (\*) は調整済み標準化残差が 1.96 以上のセルを示す。

3) 当直の日は除く。

4) 残業・休日出勤等、申告の有無を問わない。ただし、宿日直での労働時間の適用除外は除く。

表2 人間関係・相互支援に関する取組とメンタルヘルスとの関連

	多変量解析							
	モデル 1 <sup>1)</sup>				モデル 2 <sup>2)</sup>			
	OR (95%CI)	p 値	aOR (95%CI)	p 値	OR (95%CI)	p 値	aOR (95%CI)	p 値
上司が、職場の皆が自分で問題解決できるよう励ましたりするようになつた								
実施	1.00		1.00		1.00		1.00	
未実施	1.94 (1.29-2.93)	p< .001	1.61 (1.05-2.47)		.003	0.93 (0.50-1.72)	.809	0.84 (0.44-1.59)
必要な時に上司や同僚に相談したり支援を求めたりしやすいうコミュニケーションが整備された								
実施	1.00		1.00		1.00		1.00	
未実施	2.22 (1.48-3.34)	p< .001	1.89 (1.24-2.90)		p< .001	1.40 (0.76-2.59)	.281	1.39 (0.74-2.62)
職場内の問題を同僚間で報告し合い、相談しやすいように、小会合や日報、メーリングリストを活用するようになつた								
実施	1.00		1.00		1.00		1.00	
未実施	2.14 (1.35-3.37)	p< .001	1.80 (1.12-2.88)		.002	1.31 (0.76-2.28)	.334	1.26 (0.71-2.22)
職場内でお互いを理解し助け合う雰囲気が生まれるよう、日頃から意識的にお礼を言つたり、懇親の機会を持つなど工夫するようになつた								
実施	1.00		1.00		1.00		1.00	
未実施	2.83 (1.80-4.43)	p< .001	2.38 (1.50-3.78)		p< .001	2.14 (1.23-3.71)	.007	2.00 (1.13-3.54)
作業の習熟や技術向上のために、職場内で訓練や研修の機会が確保されるようになつた								
実施	1.00		1.00		1.00		1.00	
未実施	1.58 (1.04-2.42)	.003	1.33 (0.85-2.06)		.208	0.69 (0.40-1.19)	.177	0.64 (0.36-1.14)
学校、育児、介護など、個人のライフスタイルに応じて、勤務調整ができるようになつた								
実施	1.00		1.00		1.00		1.00	
未実施	2.10 (1.42-3.10)	p< .001	1.86 (1.24-2.80)		p< .001	1.68 (1.05-2.67)	.030	1.67 (1.03-2.72)
								.039

1) モデル 1 は単変量解析であり、各取組を独立変数として1つずつ投入し、K6 得点との関連を解析した。

2) モデル 2 は多変量解析であり、各取組を独立変数として1つずつ投入し、病院種別、性別、年齢、業務内容、役職、病床数、休日日数、有給日数、睡眠時間、時間外労働時間を交絡因子として調整した傾向スコアを算出し、同時に投入した。

3) モデル 3 は多変量解析であり、すべての取組を独立変数として同時に投入し、各取組間の影響を調整した。

4) モデル 4 はモデル 3 に傾向スコアを追加投入し、交絡因子の影響を調整した。

## 1. 労災病院と一般病院におけるメンタルヘルス不調の特徴

病院種別にメンタルヘルス不調の関連要因を見ると、一般病院では、睡眠時間が主な関連要因であり、年齢や労働時間といった他の要因との関連は限定的であった。一方、労災病院では、睡眠時間、年齢、役職、時間外労働時間がメンタルヘルス不調と有意に関連していた。両病院に共通して、睡眠時間が5時間未満の者にメンタルヘルス不調の割合が有意に高かった。これは、睡眠不足がメンタルヘルスに悪影響を及ぼすとする先行研究の結果<sup>18)19)</sup>と一致するものであり、病院事務局職員のメンタルヘルス対策において、適切な睡眠時間を確保することの重要性が改めて確認された。一方、労災病院におけるメンタルヘルス不調者の平均年齢は、非不調者に比べて有意に若く、また、役職のない職員もメンタルヘルス不調の割合が有意に高かった。キャリア初期では業務の習熟に時間要し、職場環境への適応が困難であることがある。また、ストレスの緩衝要因となる仕事のコントロール感<sup>20)</sup>を得にくくとも考えられる。これらが若年者や非役職者のメンタルヘルス不調に影響している可能性がある。

労災病院では、時間外労働が60～79時間の者もメンタルヘルス不調の割合が有意に高かった。また、労災病院では、時間外労働が60時間以上に達していた割合が44名(13.0%)と、一般病院の21名(6.4%)と比較して多かった。長時間労働は、睡眠不足や心身の疲労を助長し、メンタルヘルスの悪化を引き起こすことが指摘されており<sup>19)21)～24)</sup>、本研究の結果もこれらの知見と一致する。こうした状況は、労災病院の業務量の多さを反映している可能性がある。労災病院は、業務災害や通勤災害を被った就労者の円滑な社会復帰を支援するという特殊な使命を担う<sup>25)</sup>。そのため、労災病院の事務局職員は、保険請求業務や労災補償制度の適用手続き等、法律や諸制度に関する深い知識を要する業務に従事している。また、労災病院は国立病院と同等の規模水準を有しながら、一般患者の診療も行うため、業務の複雑性が高いと考えられる。こうした業務の特性が、メンタルヘルス不調につながっている可能性がある。

一方、一般病院では、年齢や労働時間との関連は限定的であった。一般病院の事務局職員もまた、多岐にわたるさまざまな業務を担っているが、労災病院のように法律や制度に基づく専門的対応を求められる機会は相対的に少ない可能性がある。そのため、業務の複雑さや責任の重さによるストレスよりも、睡眠の質や量といった個人の生活習慣がメンタルヘルスに影響している可能性が考えられる。

## 2. 職場の人間関係・相互支援に関する取組とメンタルヘルスの関連

カイ二乗分析の結果、労災病院では、「17：スキルアッ

プの機会」を除く、「13：上司の適切な助言」、「14：相談しやすい環境」、「15：課題を共有する工夫」、「16：感謝を伝える風土」、「18：柔軟な勤務調整」がメンタルヘルス不調と有意に関連していた。一方、一般病院では、「16：感謝を伝える風土」と「18：柔軟な勤務調整」のみが有意であった。この病院種別による違いは、前述のような労災病院と一般病院の事務局職員の業務特性の違いに起因する可能性が考えられるが、それに加えて、両病院間に存在する何らかの要因が介在していることを否定できない。たとえば、本研究対象の両病院の詳細を見ると、労災病院の8割が200床以上の規模を有するのに対し、一般病院では5割程度にとどまる。病院規模の差異がメンタルヘルスに影響している可能性もある。しかし、ここでは、これらの差異が生じた背景を明確に説明することは困難である。

そこで、両病院を対象とした包括的なロジスティック回帰分析による結果を検討する。モデル1では全ての取組がメンタルヘルスと有意に関連しており、モデル2においても「17：スキルアップの機会」を除く全ての取組が有意であった。さらに、モデル3と4では、「16：感謝を伝える風土」と「18：柔軟な勤務調整」が有意であった。これらの結果から、「職場の人間関係・相互支援」に関するほぼ全ての取組がメンタルヘルスと有意に関連し、とりわけ「16：感謝を伝える風土」と「18：柔軟な勤務調整」の影響が顕著であることが明らかになった。これらの結果を踏まえると、メンタルヘルスの維持・向上には、職場内での適切な助言、相談のしやすさや課題共有の工夫、感謝を伝える風土、柔軟な勤務調整といった取組が重要であることが示唆される。以下、詳細に考察する。

まず、「13：上司の適切な助言」について、上司からの適切な助言が乏しいことがメンタルヘルス不調につながることが示された。特に経験の浅い職員にとって、上司からの適切なフィードバックは不可欠である。上司の助言は、スムーズな業務遂行の指針となり、課題を一人で抱え込む事態を防ぎ、心理的負担の軽減に資すると考えられる。企業就労者を対象とした調査では、上司と部下との信頼関係が部下の心理的安全性を高める上で重要であり、また非役職者の心理的安全性が最も低いことも報告されている<sup>26)</sup>。これらの知見から、上司の適切な助言は、メンタルヘルス不調の予防に寄与するだけでなく、若年者や非役職者の心理的安全性を向上させる要であると考えられる。

次に、「14：相談しやすい環境」と「15：課題を共有する工夫」についても、メンタルヘルスに良好な影響を及ぼすことが示された。大規模就労者パネルを用いた先行研究では、上司からの支援に加えて同僚からの支援もエンゲイジメントを高め、心理的負担を軽減する上で重要な役割を果たすことが示されている<sup>27)</sup>。適切な情報共有

の促進と、業務上の懸念を気軽に話し合える場の整備は、単なる問題解決の円滑化にとどまらず、職場内の信頼関係の強化と職員の精神的安定に寄与する。上司・同僚との信頼関係を基盤とした自由な意見交換と課題共有により、各職員が問題を抱え込まずに早期対応が可能となり、メンタルヘルスの改善のみならず、組織全体のエンゲイジメントや生産性の向上にも好循環をもたらすことが期待される。一方で、民間シンクタンクの調査によれば、職場に相談した後の組織の対応が不透明であることや、「相談すると評価・評判が下がる」という若手相談者の認識が根強く、その結果として相談回避やメンタルヘルスの重症化が少なくない<sup>28)</sup>。したがって、管理職の初動対応と、相談後の対応フロー（誰が・いつ・何を行うか）を明確にした運用の透明化が不可欠であり、慎重かつ周到な環境整備が求められる。

続いて、メンタルヘルスとの強い関連が示された「16：感謝を伝える風土」と「18：柔軟な勤務調整」について考察する。まず、「16：感謝を伝える風土」は、職員のモチベーションを維持する上で重要な要因であった。看護師のバーンアウト対策に関する研究では<sup>27)</sup>、ポジティブなフィードバックの不足がモチベーション低下や孤立感の増大につながることが指摘されており、感謝を伝える風土の醸成が職員のメンタルヘルスの維持・向上に不可欠であることを示唆している。一方、「18：柔軟な勤務調整」について、勤務調整の柔軟性が確保されていない場合、職員が育児や介護といった個々のライフイベントに対応できず、仕事と私生活のバランスが損なわれる可能性がある。医療従事者を対象にした国内外の研究において、WLB（ワーク・ライフ・バランス）が実現されていない場合、仕事と家庭の間にコンフリクトを生じることや、ウェルビーイングやエンゲイジメント、離職意向に悪影響を与えることが明らかにされており<sup>30)~33)</sup>、本研究においてもメンタルヘルスとの密接な関連が示された。

最後に「17：スキルアップの機会」については、本研究ではモデル1を除き有意なオッズ比は示されなかった。しかし、先行研究において医療事務局職員に対する能力開発機会の不足や専門性を高めるための支援が不十分である現状に警鐘が鳴らされており、こうした成長機会の重要性が強く指摘されている<sup>34)</sup>。職場でのスキルアップを通じた自己成長の実感は、メンタルヘルスにポジティブな影響を与える可能性が十分に考えられる。

### 3. 実践的示唆

本研究では、「人間関係・相互支援」に関する全ての取組が、メンタルヘルスと有意に関連することが確認された。これらの取組は予防的観点にとどまらず、職員のエンゲイジメント向上やリテンション（人材の定着）にも波及し得る。以下、職場でのメンタルヘルス対策の実践に向けたインプリケーションを述べる。

第一に、職場環境改善には多層的なアプローチが必要

である。すなわち、個人、管理監督者、組織全体の各層で整合した働きかけが求められる。たとえば、管理監督者は、なぜ「感謝」がメンタルヘルスに資するのかという背景を自ら深く理解し、チームと共有した上で、日常業務で率先して行動で示すことが重要である。また、感謝行動には「表明」と「受領」の両面がある<sup>35)</sup>。感謝は一方的に発信するだけでは不十分であり、職場全体で相互性が確保されてはじめて、ポジティブな感情の循環が生まれる。この循環が定着すれば、「職員からも患者からも感謝される風土」の実現に近づく。

第二に、職場環境改善の実践にあたっては、有意性が認められた項目のみを「つまり食い」せず、セルフケア、ラインケア、二次予防、三次予防を含む多層的な枠組みに位置づけ、包括的プログラムとして取り組むことが重要である。個々の取組は単独で完結せず、全体設計の中で相互補完的に機能するときに効果が最大化される。必要に応じて、人事戦略と統合して継続的に運用することが望ましい。

第三に、実装上の留意点として、「問題を見つけて対症療法的に解決する」といった一方向の問題解決型アプローチに偏らないことが重要である。現場の受容と行動変容を引き出すには、双方の対話と参加を軸にした設計が求められる。実際、COVID-19 感染拡大下の医療従事者を対象とした研究では<sup>34)</sup>、知識提供のみでは不十分で、相談可能性と心理的・情緒的サポートがメンタルヘルス支援の基盤であることが示されている。すなわち、「○○が問題だからそれを解決する」や「○○しないと不健康になる」といった一因一果的な理解では、現場での受容や行動変容は限定的になりがちである。職場環境改善においても、職員参加型の Step-by-Step のアプローチを中心据え、日常的な小さな対話と改善を積み重ねることが、持続的な定着と成果につながる鍵となる。

### 4. 研究限界

最後に、本研究の限界を述べる。第一に、横断的デザインに基づいて実施されたため、変数間の因果関係を明確に特定することはできない。今後は、職場環境の変化がメンタルヘルスに与える影響を検証するために、縦断研究による経時的な分析が求められる。第二に、本研究ではデータ収集に自己記入式の質問紙を用いており、回答者の主観的バイアスが介在している可能性がある。メンタルヘルスや職場環境の実態をより精緻に把握するには、離職・休職の履歴、勤怠記録、職場施策の実施状況といった客観的データとの統合的な分析が有効である。第三に、回答者の負担を最小化するために調査項目を絞り込んだ結果、婚姻状況、子どもの有無、育児・介護の状況等に関する情報を取得していない。これらは睡眠時間やメンタルヘルスに影響を及ぼすことが報告されており<sup>37)38)</sup>、交絡の残存は否定できない。第四に、本研究で用いた ACL については、先行研究で一定の有用性が示さ

れているものの<sup>17)</sup>、心理測定学的特性(因子構造、内的整合性、測定不变性等)の検討は必ずしも十分とは言えず、さらなる検証が求められる。第五に、調査協力の同意取得率は高かったものの、回答には大規模病院から無床の小規模病院まで多様な病院が含まれていた。このため、病院の規模、雇用形態による労働時間や休日日数等を統制するためにスクリーニングを行った。結果として、小規模医療機関に勤務する職員や非常勤職員が解析対象から除外されている。日本看護協会の調査によれば、小規模病院の看護職員離職率は高い傾向が示されており<sup>39)</sup>、本研究ではメンタルヘルス不調のリスクが高いとされる層が分析から除外されている可能性がある。今後は病院規模や雇用形態等の多様性を考慮した研究デザインの構築により、より広範に一般化可能な知見の導出が求められる。

謝辞：本研究は独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所協働研究（過労死）(N-J03-01)「病院における労働環境の実態把握及び円滑な業務運営につなげる安全衛生対策研究」(令和3~5年度)の助成を受けて実施しました。サブグループ1では、以下の分担研究者と協力して調査を行いました。井澤修平(安衛研過労死等防止調査研究C)、林 務(関東労災)、竹下洋平(九州労災・門司MC)、久保智英(安衛研産業保健研究G)、ご協力をいたしました皆様に深甚なる謝意を表します。

[COI 開示] 本論文に関して開示すべき COI 状態はない

## 文 献

- 1) Murthy VH: Confronting health worker burnout and well-being. *N Engl J Med* 387 (7): 577–579, 2022.
- 2) Shaw A, Flott K, Fontana G, et al: No patient safety without health worker safety. *Lancet* 396 (10262): 1541–1543, 2020.
- 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 (6) : 219–223, 2002.
- 4) 中嶋義文, 木戸道子, 吉川 徹, 他：医師の働き方と勤務環境改善の方策. 産業医学レビュー 31 (2) : 111–128, 2018.
- 5) 厚生労働省：医療従事者の勤務環境の改善について. 厚生労働省. 2014. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryou/quality/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/quality/), (参照 2025-8-31).
- 6) 吉川 徹：医療従事者の労働安全衛生（特集 医療従事者/介護労働者の労働安全衛生—医療/介護現場で起きている問題とその対策のポイント). 安全衛生コンサルタント 27 (84) : 7–17, 2007.
- 7) 安藤高朗：病院事務職に期待する役割と人材開発. 病院 73 (3) : 184–188, 2014.
- 8) 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書). 2010. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>, (参照 2025-8-31).
- 9) 吉川 徹, 高田琢弘, 菅知絵美, 他：医療・福祉における労災認定事案の特徴に関する研究, 平成 29 年度労災疾病臨床研究事業費補助金「過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」分担研究報告書. 2018, pp 27–55.
- 10) 吉川 徹：医師の過労死—医師の勤務環境改善につなげるために(特集 働き方改革における産業保健の推進). 日本医師会雑誌 148 (7) : 1301–1304, 2019.
- 11) 田中恵子, 中村健壽, 福岡欣治：医事課職員における職務ストレッサーとバーンアウト傾向—患者接遇への注目を背景として—. 医療秘書実務論集 5 : 1–11, 2015.
- 12) 厚生労働省：職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～. 2024-7-24. <https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf>, (参照 2025-9-17).
- 13) いきいき職場づくり：アクションチェックリスト（医療・介護職場版）[PDF]. [https://www.ikiikisyokuba.jp/core/check\\_list\\_3.pdf](https://www.ikiikisyokuba.jp/core/check_list_3.pdf), (参照 2025-8-31).
- 14) 吉川 徹, 川上憲人, 小木和孝, 他：職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発. 産業衛生学雑誌 49 (4) : 127–142, 2007.
- 15) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 17: 152–158, 2008.
- 16) Aust B, Møller JL, Nordentoft M, et al: How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. *Scand J Work Environ Health* 49 (5): 315–329, 2023.
- 17) Izawa S, Yoshikawa T, Nakamura-Taira N, et al: Workers' experiences of improvements in the work environment and mental health problems: a web-based 1-year prospective study of Japanese employees. *J Occup Health* 66 (1): uiae054, 2024.
- 18) Walker M: Why We Sleep: Unlocking the Power of Sleep and Dreams. New York, Simon & Schuster, 2017.
- 19) 労働安全衛生総合研究所 社会労働衛生研究グループ：令和4年度 過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究 調査報告書（メディア業事業場・従業員調査). 2023-5-31. <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/0/001162755.pdf>, (参照 2025-8-31).
- 20) Karasek RA Jr.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 24 (2): 285–308, 1979.
- 21) 島 悟：過重労働とメンタルヘルス—特に長時間労働とメンタルヘルス—. 産業医学レビュー 20 (4) : 161–173, 2008.
- 22) Li L, Wu C, Gan Y, et al: Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry* 16: 375, 2016.
- 23) 斎藤君枝, 村松芳幸, 吉嶺文俊, 真島一郎：看護職者のヒヤリハットに及ぼす睡眠障害とバーンアウトの影響. 心身医学 52 (10) : 955–962, 2012.
- 24) Milner A, Smith P, LaMontagne AD: Working hours and mental health in Australia: evidence from an Australian population-based cohort, 2001-2012. *Occup Environ Med* 72 (8): 573–579, 2015.
- 25) 厚生労働省：「労災病院の再編に関する基本方針」について. 2003-8-27. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/08/h0827-2.html>, (参照 2025-8-31).

- 26) 国分さやか：職場における心理的安全性の要因についての考察. 立教ビジネスデザイン研究 18: 65—75, 2021.
- 27) Oshio T, Inoue A, Tsutsumi A: Associations among job demands and resources, work engagement, and psychological distress: fixed-effects model analysis in Japan. *J Occup Health* 60 (3): 254—262, 2018.
- 28) パーソル総合研究所：若手従業員のメンタルヘルス不調についての定量調査. パーソル総合研究所. 2024-12-24. <https://rc.persol-group.co.jp/news/202412241000/>, (参照 2025-8-31).
- 29) 小杉正太郎：看護現場の燃えつき症候群. 総合看護 31 : 47—48, 1996.
- 30) Fukuzaki T, Iwata N, Ooba S, et al: The Effect of Nurses' Work-Life Balance on Work Engagement: The Adjustment Effect of Affective Commitment. *Yonago Acta Med* 64 (3): 269—281, 2021.
- 31) Yildiz B, Yildiz H, Ayaz Arda O: Relationship between work-family conflict and turnover intention in nurses: a meta-analytic review. *J Adv Nurs* 77 (8): 3317—3330, 2021.
- 32) Obina WF, Ndibazza J, Kabanda R, et al: Factors associated with perceived work-life balance among health workers in Gulu District, Northern Uganda: a health facility-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 24: 278, 2024.
- 33) Yang X, Kong X, Qian M, et al: The effect of work-family conflict on employee well-being among physicians: the mediating role of job satisfaction and work engagement. *BMC Psychol* 12: 530, 2024.
- 34) 任 怡君, 山本智子, 島名正英：日本における病院事務職員の能力開発の現状—岡山県内の病院を対象としたインタビュー調査から. *川崎医療福祉学会誌* 19 (1) : 189—196, 2009.
- 35) 正木郁太郎：職場において感謝がワークエンゲイジメントと文脈的パフォーマンスに与える効果—応答曲面分析を用いた検討. *社会心理学研究* 39 (1) : 15—30, 2023.
- 36) Midorikawa H, Aiba M, Nagai T, et al: Association of fear of COVID-19 and resilience with psychological distress among health care workers in hospitals responding to COVID-19: analysis of a cross-sectional study. *Front Psychiatry* 14: 1150374, 2023.
- 37) Burgard SA, Ailshire JA: Gender and time for sleep among U.S. adults. *Am Sociol Rev* 78 (1): 51—69, 2013.
- 38) Pinquart M, Sörensen S: Differences between caregivers and noncaregivers in psychological and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 18 (2): 250—267, 2003.
- 39) 日本看護協会編：日本看護協会調査研究報告<No.100> 2023年 病院看護実態調査 報告書. 2024-3. <https://www.urse.or.jp/nursing/assets/100.pdf>, (参照 2025-8-31).

別刷請求先 〒986-8580 宮城県石巻市南境新水戸1  
石巻専修大学

岩浅 巧

**Reprint request:**

Takumi Iwaasa  
Ishinomaki Senshu University, 1, Shinmito Minamizakai,  
Ishinomaki-shi, Miyagi, 986-8580, Japan

## Psychological Distress and Workplace Improvement among Hospital Administrative Staff: An Analysis Based on the Action Checklist

Takumi Iwaasa<sup>1)</sup> and Toru Yoshikawa<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Ishinomaki Senshu University

<sup>2)</sup>National Institute of Occupational Safety and Health

**Objective:** To examine the association between workplace initiatives on “interpersonal relationships and mutual support”—assessed using a comprehensive Action Checklist (ACL) for workplace environment evaluation—and the psychological distress status of administrative staff in general hospitals and Rosai hospitals nationwide.

**Methods:** From a web-based survey conducted in 2023, we analyzed consenting full-time regular employees aged 20–59 years from general hospitals (n = 1,000) and Rosai hospitals (n = 450). Stratified analyses by hospital type were conducted to examine psychological distress conditions. Implementation status (yes/no) for each of the six items in the ACL “interpersonal relationships and mutual support” domain served as independent variables, with psychological distress conditions as the dependent variable. Multivariable logistic regression analyses, adjusted for hospital type, sex, age, and other factors, examined the association between non-implementation of each ACL item and psychological distress conditions.

**Results:** The prevalence of psychological distress conditions was 20.1% in Rosai hospitals and 22.1% in general hospitals. Across both hospital types, those sleeping less than 5 hours showed higher rates of psychological distress conditions. In Rosai hospitals, rates were significantly higher among younger staff, non-managers, and those working 60–79 overtime hours per month. Multivariable analyses revealed that non-implementation of “culture of expressing gratitude” (aOR = 2.00, 95% CI: 1.13–3.54) and “flexible work scheduling” (aOR = 1.67, 95% CI: 1.03–2.72) was associated with psychological distress conditions.

**Discussion:** Sleep deprivation was confirmed as a major common risk factor across both hospital types. ACL-based analyses suggest that visible expressions of gratitude may act protectively by enhancing psychological safety, while flexible work arrangements may protect work-life balance. Psychological distress interventions for hospital administrative staff should be based on appropriate working hours and adequate sleep as foundational elements, with “culture of expressing gratitude” and “flexible work scheduling” as core components, integrated with “supervisory advice,” “help-seeking supportive systems,” and “problem-sharing mechanisms” in a participatory, multi-layered workplace environment improvement approach.

(JJOMT, 74: 14—24, 2026)

### —Key words—

psychological distress, hospital administrative staff, workplace improvement, action checklist