

医療者の well-being を支える資源としての組織コミュニケーション

Organizational communication in supporting the well-being of health-care providers

榊原圭子

Keiko Sakakibara

東洋大学社会学部社会心理学科

Department of Social Psychology, Faculty of Sociology, Toyo University

Abstract

The well-being of workers has a significant impact on quality of products, provided services, and customer satisfaction. Medical institutions are no exception to this rule. The goal of medical institutions is to provide the best possible medical care to patients. To realize this goal, however, medical professionals' own well-being is essential. Unfortunately, various stressors in the medical field negatively affect their well-being, such as excessive workloads, long working hours, difficulty in dealing with patients and their families, and conflicting relationships among medical professionals in different areas. In addition to these regular stressors, the impact of the COVID-19 pandemic has been significant, with severe burnout experienced among medical professionals. Work resources such as organizational communication play a key role in alleviating work stressors and increasing motivation. This paper discusses the importance of organizational communication in the medical field, using the job demands-resources model, which is one of the most frequently used models in the field of occupational health psychology.

要旨

労働者の well-being は、提供される商品やサービスの質、さらには顧客満足度に大きな影響を与える。医療機関も例外ではない。患者に対する最善の医療の提供が医療機関の目標であるが、その実現には医療者自身の well-being が良好であることが必要とされる。しかし医療現場には過大な業務量、長時間労働、患者やその家族への対応の難しさ、職種の異なる医療者間での関係性など、様々なストレスが存在し、それらは医療者の well-being にネガティブな影響を与える。こうした定常のストレスに加え、今回の COVID-19 の感染拡大による影響は大きく、医療者のバーンアウト（燃え尽き症候群）の深刻さも報告されている。仕事のストレスを緩和し、モチベーションを高める要因として重要な役割を果たすのが「仕事の資源」であり、組織のコミュニケーションもその一つとして位置付けられる。本稿では、産業保健心理学の分野における代表的なモデルの一つである Job Demands-Resources Model (JD-R モデル) を用い、医療現場における組織コミュニケーションの重要性について議論する。

キーワード：組織コミュニケーション、ウェルビーイング、医療者、バーンアウト

Keywords: Organizational communication, well-being, healthcare provider, burnout

1. 序文

医療者の心理的ストレスは他の職業に従事する労働者よりも高いことが報告されている 1,2)。ストレスの要因は多様であり、過大な仕事負荷、仕事のプレッシャー、長時間労働、患者や家族からの不満への対応、不十分な教育機会、仕事の裁量の欠如、意志決定への参加度の低さ、ソーシャルサポートの不足、ハラスメント、仕事と家庭の両立葛藤、などが挙げられる 3,4)、これらはバーンアウト、抑うつ、不安、睡眠障害などを引き起こす 5,6)。

医療者のバーンアウトは以前より問題であったが、COVID-19 感染拡大により、さらに深刻になっている。COVID-19 感染拡大下における医療従事者の精神症状の頻度を検討したメタ分析では医療者の 28%がバーンアウト症状を有していることが報告されている 7)。バーンアウトとは、日本度では燃え尽き症候群として訳され、「仕事に関連する疲労で、極度の疲労、認知および感情の制御の困難、仕事に対して精神的な距離をとるという特徴がある。これらに加え、抑うつ気分と非特異的な精神的、

身体的不調が伴う」と定義される 8)。バーンアウトを含め、仕事関係の well-being (職務満足、ワーカホリック、ワークエンゲイジメントなど) の規定要因およびアウトカムとの関係をモデル化したものが、Job Demands-Resources Model (以下 JD-R モデル) である 9)。これは、Karasek (1979)による Job Demands-Control model (以下、JD-C モデル) 10)を発展させたものである。

2. 労働者の well-being の研究枠組み：JD-R モデル

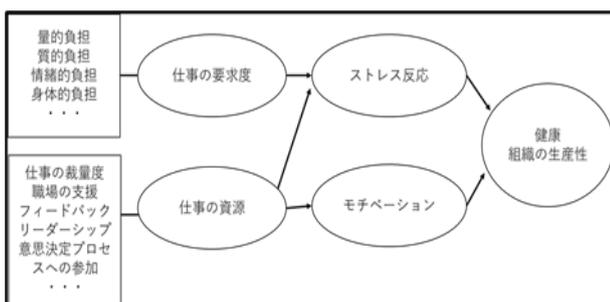
職業性ストレス研究で最もよく知られた研究枠組みの一つが JD-C モデルであり、Karasek が 1979 年に提唱した。JD-C モデルでは、労働者のストレスは仕事の要求度 (job demands) と裁量度 (job control) によって規定される。仕事の要求度とは、主に仕事の量的負担および時間的プレッシャーを指し、裁量度は仕事の進め方やスケジュールを自分で決められるということの意味する。仕事の要求度が高く、裁量度が低い場合にストレスが高い状態になる 10)。その後、JD-C モデルには、緩衝要因として職場のソーシャルサポートが加えられている。

JD-C モデルはシンプルでわかりやすい反面、ごく限られたストレス要因を想定しており、このモデルに当てはまらない仕事内容もある。例えば、現代の仕事の多くを占めるサービス業では、感情労働がストレス要因になるが、JD-C モデルにはこれは含まれていない。また、上司の仕事に対するフィードバックの欠如などもストレス要因となる 11)。このように JD-C モデルでは説明が出来ないストレス要因を含め、様々な仕事に適用できるように枠組みを広げたのが JD-R モデルである。

JD-R モデルでは、ストレスおよびモチベーションの規定要因には、Job demands (以下、仕事の要求度) と Job resources (以下、仕事の資源) の 2 つがあるとされる。慢性的に仕事の要求度が高い状態では、心理的、身体的な資源が低減し、疲弊状態をもたらされ、それが労働者の健康問題を引き起こす (health impairment process)。一方、資源は意欲の源泉であり、高いエンゲイジメントやパフォーマンスなど、労働者のモチベーションに寄与する (motivation process)。また、資源は業務負荷によって引き起こされる健康へのネガティブな影響を緩衝する働きも持つ。

図 1. JD-R モデル

(Bakker and Demerouti, 20119 より作成)



JD-R モデルにおける仕事の要求度には、仕事の量的負荷や時間的プレッシャーだけでなく、要求の多い顧客と

のやりとりなどの感情労働、身体的負荷量、職場環境の悪さなども含まれる。一方、仕事の資源には、仕事の裁量度、業務の明確さ、学習の機会など業務に関するもの、職場のサポート、リーダーシップ、職場風土、意思決定プロセスへの参加など、職場の社会的関係に関するもの、そして給与や雇用の安定、キャリア開発の機会など組織構造に関するものがある。またパーソナリティや組織における自己効力感など、個人の資源も存在する 9)。このうち職場の社会的関係の資源は、組織のコミュニケーションに関することであると言い換えられよう。

3. 労働者の well-being を支える組織コミュニケーション

組織コミュニケーションは世界保健機関 (WHO) や米国心理学会 (APA) が提唱する「健康職場」においてもその重要性が指摘されている。健康職場とは、労働者の well-being と組織の生産性が両立する職場を指す 12,13)。米国心理学会が提唱する健康職場モデルには「健康・安全」「ワークライフバランス」「意思決定プロセスへの参加」「成長・能力開発」「公正な評価」という 5 つの構成要素が示されており、これらを実現させるキーとなるのが組織のコミュニケーションで、経営者と労働者の双方向のコミュニケーションや、労働者間の水平なコミュニケーションなど、あらゆる方向で展開されるものである 14)。そして健康職場は、労働者の well-being (心身の健康、モチベーション、コミットメント、仕事への満足度、ストレス等) と組織の生産性 (離職・欠勤、競争力、生産性、コストの削減、製品・サービスの質、顧客満足度等) の両者に良い影響をもたらす 12)。

組織コミュニケーションは、組織のメンバー間で様々な形式やチャネルを通して行われる情報や意見のやり取りとされ 15)、多様な概念を含む。例えば Glaser ら (1987) は、コミュニケーションの良好な職場について、6 つの下位概念からなる尺度、Organizational Culture Scale を開発している 16)。この尺度を踏まえて Sakakibara et al (2014) は、日本の職場にも当てはまる項目を抽出して日本語化し、コミュニケーションの良好な職場風土を測定する尺度として、6 つの下位概念と 20 項目から構成される参加的組織風土尺度を作成した 17)。表 1 に参加的組織風土尺度の下位項目および当該概念の内容を示す。

この参加的組織風土尺度を用い、一般企業に勤務するホワイトカラー正社員を対象に、組織のコミュニケーションの良好さと well-being の関連性について、JD-R モデルを枠組みとして検討した。その結果、参加的組織風土の得点の高さ、すなわち組織でのコミュニケーションの良好さは、蓄積疲労や抑うつと負の、ワークモチベーションとは正の有意な関連性が示され、またその関連性は仕事の要求度や裁量度よりも大きかった。この結果より、組織のコミュニケーションの良好さは、一般企業で働くホワイトカラーの well-being に重要であることが示唆された 17)。

表 1. 参加的組織風土尺度の下位概念と内容 (Sakakibara et al., 2014 17) より作成)

下位概念	当該概念の内容 (項目数)
良好なチームワーク	チームメンバーが協力して問題解決をしている (3項目)
組織への信頼	会社が労働者と建設的に話し合う姿勢がある (3項目)
会社や仕事に関する情報伝達	仕事の全体像がわかるように情報が共有されている (3項目)
従業員の発言の重視	会社や労働者からの意見を吸い上げようとしている (3項目)
上司の適切なマネジメント	上司は部下の話聞き、フィードバックしてくれる (4項目)
効果の高いミーティング	皆が議論に参加し、創造的な意見が生み出される (4項目)

4. 医療者における組織コミュニケーションと well-being との関連性

次に、医療者を対象として、組織コミュニケーションと well-being との関連性について検討した研究について見てみる。Bronkhorst et al (2015)は、組織コミュニケーションと医療者の精神健康との関連性を検討した研究について、システマティックレビューを行っている。それまでの多くの研究では、医療者の精神健康を規定する資源は個人の業務レベル (裁量度、職務の明確さ、学習機会等) に着目したものがほとんどだったが、この研究では、職場・組織における社会的・人間関係 (コミュニケーション) の側面に着目したと述べている。コミュニケーションに含まれる概念を、「上司のリーダーシップ・支援」、「同僚の支援・同僚への信頼」、「組織全体のコミュニケーション・意志決定プロセスへの参加」に分類し、これらすべてを含めた職場の社会的環境に対する認知を「組織風土」と呼んでいる。レビュー対象は、2000年から2012年に出版された英語の量的研究論文21本であり、その多くがKarasekのJD-Cモデルを用いていた。精神健康の指標はバーンアウト、抑うつ、不安、心理的ストレスの4つである。本稿の冒頭でバーンアウトについて述べたので、ここでもバーンアウトに関する結果についてのみ紹介する。上司のリーダーシップ・支援に関する論文は18本あり、その中でバーンアウトを有意な関連性を示したものが12本、有意でなかったものが6本であったと報告している。同僚の支援・同僚への支援に関する論文は13本で、バーンアウトと有意な関連性があったものは10本、組織全体のコミュニケーション・意思決定プロセスへの参加に関する論文は7本と少なく、そのうちバーンアウトと有意な関連性を示していたのは2本のみであったと述べている。これについては、使用している変数や測定方法が異なるため、一環した結果が得られていないと

* 検索時のキーワードに「コミュニケーション」を用いると、看護師と患者とのコミュニケーションに関する論文が1000件以上抽出されたため、医療者間のコミュニ

説明されている18)。

Dall'Ora et al(2020)は、看護師のバーンアウトの規定要因に関する研究のシステマティックレビューを行っている。対象は1996年から2019年に出版された91本の英文論文で、このうちの39本が、職場の支援およびリーダーシップとバーンアウトとの関連性を検討したものであった。職場の支援およびリーダーシップの具体的な内容は、医師との人間関係(12本)、上司・リーダーからの支援(12本)、リーダーシップスタイル(14本)、チームワーク・同僚による支援(15本)であった(17)。出版年については、39本中、1999年以前が3本、2000年から2009年が11本、2010年から2015年が11本、2016年から2019年が14本であった(19)。

医師のバーンアウトについては、DeChant et al(2018)が組織に対する介入研究と、バーンアウト防止の効果に関する研究のシステマティックレビューを行っている。対象は、2007年から2018年に出版された英文論文50本であり、このうちの20本は医師間のコミュニケーション改善によるバーンアウト防止に関するものであった。これら20本の論文の出版年は、2010年から2015年が5本、2016年から2018年が15本であった(20)。

このように、欧米ではここ20年ほどの間に、医療者のバーンアウトと組織のコミュニケーションの関連性が着目され、研究が蓄積されてきた。

日本の研究について、Ciniiで「看護師」「職場風土」(もしくは組織風土)*をキーワードに検索したところ、58本の論文が抽出され、そのうち看護師のwell-being(ストレス、バーンアウト、離職意向など)との関係について検討した研究は16本、いずれも2004年以降に出版されたものであった。同様に「医師」「職場風土」(もしくは組織風土)をキーワードに検索した結果、7件が抽出されたが、このうち医師のwell-beingに関するものは0件であった。このように、医療者を対象としたコミュニケーションとwell-being(特にバーンアウト)の関連について検討した研究は、日本では非常に少なく、このテーマに関する研究の余地は極めて大きいと言えよう。

5. 医療者間のコミュニケーションの難しさ

上述のように、医療者における組織コミュニケーションは、医療者自身のwell-beingにとって重要である。しかし医療者間には、組織コミュニケーションを難しくする特有の要因が存在する。

Tang et al(2013)は、医師と看護師との協働に関して2002年から2012年の10年間に出版された英文の研究論文17本についてレビューを行っている。そして医師と看護師との協働について、両者の認識の違いと、協働に影響を与える要因について次のように報告している。

医師と看護師とも協働の重要性は認識している。しか

ケーションを表す概念として、「組織風土」をキーワードとした。

し医師は、看護師が指示通りに動けば協働できていると考えているのに対し、看護師はそれだけではなく、自ら裁量権を持ち、医療の提供について共同で意思決定をしたいと望んでいる。また協働には相互の敬意と信頼に基づいたコミュニケーションが必要であるが、医師が看護師に対して怒りを表す、無礼で侮辱的な言動を取る、といったことがある場合、看護師は医師に対するコミュニケーションがとりにくくなり、協働は一層難しくなる。そして、このような医師と看護師との違いの根源にあるのが、医師は看護師よりも権力がある、という伝統的な価値観であり、それが両者のコミュニケーションを阻害すると考察している 21)。

日本でも同様のことが指摘されている。Morinaga et al (2008)は、コミュニケーションがとりやすい医師と取りにくい医師とがあり、その違いが何から生じているのかを明らかにするという問題意識のもと、看護師が医師へのコミュニケーションを躊躇する2つの要因を明らかにしている。一つは医師が看護師へのコミュニケーションを進んで行わない態度、もう一つは医師の感情的な言動である 22)。

医療現場でのヒエラルキーの存在が、そこで働く他職種間のコミュニケーションを難しくする大きな要因になっていることは、以前より指摘されてきた 23)。これを踏まえ、医療者間のコミュニケーションを改善し、チームワークを高めるための多職種連携教育が始まっている。

多職種連携教育とは、「異なる教育背景を持つ保健関連職種の学生・医療従事者が、健康増進・疾病予防・治療・リハビリテーションなど業務を協調して提供できるようにするため、相互作用を重要目標として一定期間ともに学ぶプロセス」 24)である。そして多職種連携に必要なとされるコンピテンシーとして、「職種間コミュニケーション」が開発されている。職種間コミュニケーションとは、「職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる能力」である 24)。

医療者間のコミュニケーションの改善に取り組む医療機関は以前から見られたが、多職種連携教育として医学教育に取り込まれるようになったことの意義はきわめて大きい。多職種連携教育の直接的な目的は良い医療の提供であるが、これは医療者自身の well-being にも寄与することが、今後大いに期待できよう。

6. 結語

COVID-19 の拡大は、医療者の well-being に大きな影響を与えている。国際労働機関 (ILO) と WHO による医療者を支援するための方針には、タイムリーな情報のアップデートや質の高いコミュニケーションを行い、支援的な職場環境を作ることの必要性が述べられている 25)。日本赤十字社による COVID-19 に対応する職員のためのサポートガイドでも、職場全体での気遣い、声かけ、振り返り、ソーシャルサポートを受けられる仕組みづくりなど、積極的にコミュニケーションを取り、支え合う環

境づくりについて具体的な方法を示している 26)。

組織コミュニケーションは、平常時でも医療者の well-being を支える重要な資源であることはもちろん、現時点のような非常時においては、とりわけ重要である。今後、医療者の well-being を支える資源としての組織コミュニケーション研究のさらなる蓄積が望まれる。

謝辞

本シンポジウムの機会をくださったヘルスコミュニケーションウィーク 2021～広島～ 総大会長・第 13 回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会大会長の河口浩之先生、学術集会の準備・運営に当たられた皆様、関係者の皆さまに、この場をお借りして改めて感謝を申し上げます。

研究資金

無

利益相反自己申告

無

引用文献

1. Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS. Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *J Psychosom Res* 1997; 43: 83–92.
2. Williams S, Michie S, Pattani S. Improving the health of the NHS workforce. London: Nuffield Trust; 1998
3. Søvdal LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfle MW, Grobler C and Münter L. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front. Public Health*. 2021; 9: 679397.
4. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J. Psychiatr. Res.* 2020; 123: 9–20.
5. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)*. 2018; 8(11): 98.
6. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin. Proc.* 2019; 94:1681–94.
7. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;277:347-57.
8. Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *Int J*

- Environ Res Public Health. 2020;17(24):9495.
9. Bakker AB, Demerouti E. The Job demands-Resources model: State of the art. *J. Manag. Psychol.* 2007; 22(3): 309–28.
10. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm. Sci. Q.* 1979; 24(2): 285–308.
11. Halbesleben J, Buckley M. Burnout in Organizational Life. *J Manage.* 2004; 30: 859-79.
12. World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action; 2010.
https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf (2022年1月10日アクセス)
13. American Psychological Association [Internet]. Washington DC: Creating a psychologically healthy workplace.
<http://www.apaexcellence.org/resources/creatingahealthyworkplace/>
14. Grawitch MJ, Gottschalk M, Munz DC. The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consult Psychol J.* 2006; 58(3): 129–47.
15. Cheney G, Christensen LT, Zorn TE, Ganesh S. *Organizational Communication in an Age of Globalization: Issues, Reflections, Practices.* 1st ed. Long Grove: Waveland Press; 2004.
16. Glaser SR, Zamanou S, Hacker K. Measuring and Interpreting Organizational Culture. *Manag. Commun. Q.* 1987;1(2):173-98.
17. Sakakibara, K, Ishikawa, H, and Yamazaki, Y. Participative climate as a key for creating healthy workplaces. In: Biron C, Burke RJ, Cooper CL, editors. *Creating Healthy Workplaces – Stress reduction, improved well-being, and organizational effectiveness.* London: Gower Publishing; 2014.
18. Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg D. Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *HCMR.* 2015;40(3):254-71.
19. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health.* 2020;18(1): 173–98.
20. DeChant PF, Acs A, Rhee KB, Boulanger TS, Snowdon J L, Tutty MA, et al. Effect of Organization-Directed Workplace Interventions on Physician Burnout: A Systematic Review. *Mayo Clin. Proc.* 2019; 3(4): 384–408.
21. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Physician–nurse collaboration. *Int. Nurs. Rev.* 2013; 60: 291-302.
22. Morinaga K, Ohtsubo Y, Yamauchi K, Shimada Y. Doctors' traits perceived by Japanese nurses as communication barriers: a questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 2008;45(5):740-9.
23. Friedson E. *Professional Dominance: The social structure of medical care.* New York: Atherton Press; 1970 (=進藤雄三・宝月誠訳. 医療と専門家支配. 東京: 恒星社厚生閣; 1992)
24. 春田淳志. 日本の多職種連携教育と連携実践の礎となる多職種連携コンピテンシーについて. チーム医療推進協議会資料 (2016年11月12日) <http://www.team-med.jp/wpcontent/uploads/2017/01/4d6b94b071533d3b11bd348bb2e594bd.pdf>. (2022年1月10日アクセス)
25. World Health Organization and International Labour Organization [Internet]. Geneva: COVID-19: Occupational health and safety for health Workers Interim guidance; 2021. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_769309.pdf (2022年1月9日アクセス)
26. 日本赤十字社 [Internet]. 東京: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対応する職員のためのサポートガイド; 2020. [新型コロナウイルス感染症 \(COVID-19\) に対応する職員のためのサポートガイド \(jrc.or.jp\)](https://www.jrc.or.jp/) (2022年1月9日アクセス)

***責任著者 Corresponding author : e-mail**
sakakibara@toyo.jp