日本臨床作業療法研究　No.12：１－10，2025　　ISSN：2188-8418

原　著　　Open Access

リハビリテーション職種における精神的健康状態の差異による作業的公正／不公正と生活満足度の比較：COVID-19パンデミックでの横断調査

田原　正俊[1,2]，猿爪　優輝[3,4]，高橋香代子[2,4]

１）済生会東神奈川リハビリテーション病院セラピスト部
２）北里大学大学院医療系研究科
３）北里大学病院リハビリテーション部
４）北里大学医療衛生学部

Key words：精神的健康，作業的公正，COVID-19

要旨：仕事，余暇，休息などの作業の調和は健康との関連において重要な要素であり，COVID-19パンデミックにおいては多くの人々が作業の制約を経験した．さらに，それらの制約は人々の生活の満足度を低下させた可能性がある．また，人々がCOVID-19パンデミックで経験した作業の制約は社会的，制度的，環境的要因によって引き起こされ，作業的不公正な状態であったと言える．本研究では，COVID-19パンデミック下での精神的健康状態の差異による作業的公正／不公正，生活の満足度の特徴を明らかにすることを目的に2021年10月31日から21日間，リハビリテーション職種を対象にWebアンケートを実施した．分析は，対象者101名の精神的健康状態をGeneral Health Questionnaire-12にて評価し，カットオフ値を基準に２群に分けて比較した．その結果，精神的健康状態が不良な群では若年層で一人暮らしの割合が高く，生活の満足度が低く，さらにCOVID-19に関連する友人や同僚との意見の相違を感じている者の割合および作業不均衡や作業周縁化を感じている者の割合が高かった．本研究の結果は，パンデミックのような作業に従事する機会を奪われる状況におけるリハビリテーション職種を含めた人々への支援策を講じる上での手掛かりとなりうると考える．

受付日：2024年10月５日　受理日：2025年１月８日　発行日：2025年１月21日

はじめに

健康と作業の関連において，仕事，余暇，休息といったそれぞれの作業の調和は重要な要素であり，それらの均衡が崩れることで健康に悪影響を及ぼす可能性がある[1]．例えば，仕事という作業に偏りが生じることで心身の健康状態へ悪影響を与え，人生の満足度の低下に繋がることが報告されている[2]．このような作業の均衡の崩れは個人の問題に起因するばかりでなく，環境による影響も大きく，社会的，制度的，環境的状況に起因する作業への参加に制限を受けている状態，つまり作業的不公正の状態[3]では各々の作業の調和が崩れ，健康への影響を及ぼす可能性がある．

作業に従事する機会を奪う環境的要因として，新型コロナウイルス感染症（以下，COVID-19）のパンデミックでは，人々は感染対策に伴う数々の制限により，生活様式の変更を余儀なくされ[4]，精神的な健康状態に影響を受けた[5]．また，感染対策に伴う生活様式の変化や経済状況の変動は抑うつ状態や生活の満足度の低下に影響をあたえた可能性がある[6]．特に，医療従事者ではCOVID-19患者への対応，感染対策の強化，社会からのスティグマなど多大な影響を被っていた[7]．医療従事者の中でもCOVID-19の影響は様々であり，医師や看護師などのCOVID-19患者の直接的な治療にあたる職種では抑うつ状態や不安症，バーンアウトなどの数々の精神機能の悪化が報告されている[8]．また，医療従事者は生活者としても制限を受けており，COVID-19パンデミック（以下，パンデミック）以降の生活の変化は精神的健康状態に影響を与えた可能性がある[9]．

リハビリテーション職種においてもCOVID-19患者や罹患後の心身機能が低下した患者への訓練提供[10]とい

ったようにパンデミックにおいて重要な役割を担う職種の一つである．また，多くの病院や介護福祉施設などでは感染対策により，外出を伴うような訓練の制限や面会制限など，今まで行ってきたサービスが十分に提供できないような状況にあり，臨床実践の環境の変化や対象者へのサービス提供に変化があったと考える．このような臨床環境の変化に加えて，リハビリテーション職種は生活者としても外出自粛などの数々の制限があることで，精神的健康状態に影響を受けていた[11]と考える．さらに，COVID-19による上記のような制限や環境の変化は長期的に続いており，孤独や孤立といった問題が現れることが報告されている[12]．また，パンデミックにおけるリハビリテーション職種の精神的健康状態の悪化[11]は，病院や介護福祉施設などで提供されるサービスの質にも影響することが報告されている[13]．

このような，パンデミックで人々が直面した様々な制限のある状態では作業的不公正の状態にあった可能性が考えられる[14]．これはリハビリテーション職種においても同様に作業的不公正の状態にあった可能性がある．先行研究[15]では職業性ストレスの増大と作業的不公正を感じていることが関連することが報告されており，精神的健康状態の低下に作業的不公正が関連している可能性がある．しかし，長期化するパンデミック下における精神的健康状態と作業的不公正の関連については十分に検討されておらず，精神的健康状態の差異による作業的公正／不公正と生活の満足度の特徴を明らかにすることは，パンデミックのような環境的要因により作業に従事する機会を奪われている状況におけるリハビリテーション職種を含めた人々への支援策を講じる上での手掛かりの一つとなると考える．

本研究では長期化したパンデミックにおける精神的健康状態の差異と作業的公正／不公正，生活の満足度の特徴について明らかにすることを目的に第４回緊急事態宣言終了後に横断調査を行ったため報告する．

方　法

１．調査期間および調査方法

本研究は横断調査であり，2021年10月31日～同年11月20日の間に実施した（図１）．調査方法はGoogleフォーム™を用いたWeb上での無記名のアンケートを実施し，アンケートフォームの冒頭に研究説明文を示して，調査への参加同意を得た．また，サンプリング方法はスノーボールサンプリングを用いた．なお，本研究は北里大学倫理審査委員会の承認（承認番号：2020-026-4）を得て実施した．

２．調査項目

調査項目には基本属性に性別，年齢，臨床経験年数，同居人数，婚姻状況，同居する18歳以下の子供の有無，雇用形態，職業，家族もしくは友人とのコミュニケーション頻度，経済状況を調査した．パンデミックの前を「以前」として家族もしくは友人とのコミュニケーションの頻度を「以前より減った」，「以前と同じ」，「以前より増えた」の３件法とし，経済状況に「余裕がない」，「あまり余裕がない」，「やや余裕がある」，「とても余裕がある」の４件法の質問項目を設定した．また，活動参加の要因の項目として活動量，運動習慣，睡眠時間，飲酒，喫煙について「以前よりかなり減った」，「以前より少し減っ

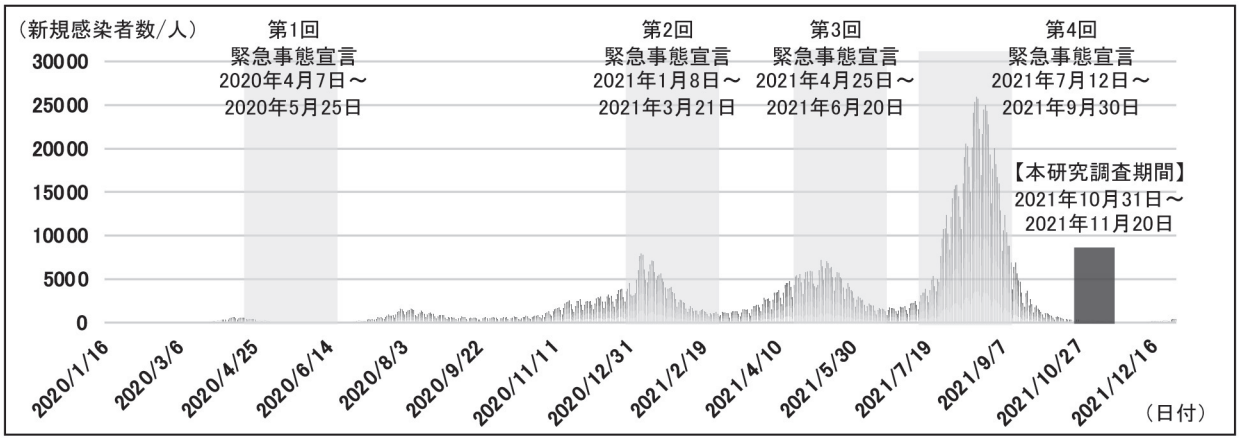

図１　COVID-19新規感染者数の推移と緊急事態宣言および本研究調査期間

厚生労働省ホームページ（https://covid19.mhlw.go.jp）のオープンデータを使用し，2020年１月16日から2021年12月31日までの日本国内のCOVID-19新規感染者数をプロットし，第１回から第４回の緊急事態宣言と本研究調査期間を示した．

た」,「以前と変わらない」,「以前より少し増えた」,「以前よりかなり増えた」の質問を設け，飲酒と喫煙に関しては「もともと飲酒（喫煙）はしていない」という質問を加えて調査した．

加えて，家族もしくは友人や同僚との意見や価値観の相違を調べる目的で「COVID-19に関連した感染対策や外出の自粛，行動制限について家庭の中（友人や同僚との間で）で意見や考え方，価値観の違いや対立を経験したことがありますか？」という質問を設け,「たびたびあった」,「あった」,「なかった」,「まったくなかった」の4件法で回答を求めた．さらに,「家庭の中」と「友人や同僚との間」で解答欄を分け,「具体的に家庭の中（友人や同僚との間）でどのような意見や考え方，価値観の違いや対立がありましたか？」という質問を設けて自由記述での回答を依頼した．

また，精神的健康状態の調査として，General Health Questionnaire-12（GHQ-12）日本語版[16] を使用した．GHQ-12は，精神的な健康状態に関する 12 項目の質問で構成されており，質問項目ごとに４つの選択肢がある[17]．点数が高いほど精神的健康状態が悪化していることを示し，GHQ-12の日本語版の信頼性と妥当性は報告されている[16]．本研究ではGHQ法[17] での採点を行い，４点以上[17] を精神的健康に問題があるカットオフ値とした．

加えて，作業的公正質問紙（Occupational Justice Questionnaire：OJQ）[15, 18] を使用した．OJQでは作業的公正と不公正の概念である作業剥奪，作業疎外，作業不均衡，作業周縁化が先行研究に基づいて操作的に定義され[15, 18]，操作的定義に沿って作成された質問項目は６項目である[15, 18]．各項目の設問と回答選択肢は作業的公正（全般）が「現在の生活を全般的にみて，自分にとって大切な多くの活動を行うための平等な機会(チャンス)や資源（物質や労働力などの総称）がある」に「１：ない」,「２：どちらかというとない」,「３：どちらかというとある」,「４:ある」で回答する[15, 18]．作業剥奪は「全般的にみて，自分にとって大切な多くの活動を行うことが，自分以外の要因（周囲の影響など）により，長期的(一時的な中断でなく）に妨害されている」に「４：当てはまる(妨害されている)」,「３:やや当てはまる」,「２:あまり当てはまらない」,「１：当てはまらない」で回答する[15, 18]．作業疎外は「全般的にみて，自分にとって大切な多くの活動を行うことを，自分で決定する権利（自由）がない」に「４：当てはまる（権利がない)」,「３：やや当てはまる」,「２：あまり当てはまらない」,「１：当てはまらない」で回答する[15, 18]．作業不均衡は「全般的にみて，自分が行うべき活動が，多すぎたり，少なすぎたり，特定の活動に偏っていたりする」に「４：当てはまる」,「３：やや当てはまる」,「２：あまり当てはまらない」,「１：当てはまらない（ちょうどよい)」で回答する[15, 18]．作業周縁化は２つに分かれており作業周縁化（日常的選択）は「自分にとって大切な多くの活動を，自分では決められない状況ですか」に「４：当てはまる(決められない)」,「３：やや当てはまる」,「２：あまり当てはまらない」,「１：当てはまらない」で回答し[15, 18]，作業周縁化（自律的選択）は「自分にとって大事な活動が，自分自身では分からない」に「４：当てはまる（分からない)」,「３：やや当てはまる」,「２：あまり当てはまらない」,「１：当てはまらない」で回答する[15, 18]．各項目の得点については，作業的公正（全般）以外は点数が高いほど状態が悪いことを示す[15, 18]．先行研究[18] では，OJQと日本語版WHOQOL-26を用いた調査において，尺度の内容的妥当性と日本語版WHOQOL-26との関連に基づく構成概念妥当性が確認できたことが報告されている．

これらの項目に加えて，先行研究[19] を基にCOVID-19の感染への不安感を「１:まったく不安ではない」～「10:とても不安である」，健康状態を「１：まったく健康ではない」～「10：とても健康である」の10件法で調査した．また，パンデミックにおける生活の満足度を調査する目的に余暇，仕事，セルフケアや買い物などの日常生活，パンデミック以降に新しく始めた活動の満足度を「１：まったく満足していない」～「10：とても満足している」の10件法[19] で調査した．

３．分析方法

分析対象は回答に欠損がない有効回答とし，分析方法は調査期間の各調査項目の記述統計量を算出した．また，GHQ-12のカットオフ値である４点[17] 未満をメンタル良好群，４点以上をメンタル不良群として２群に分け，各調査項目の２群間の差を統計学的に検討した．有意水準は$p<0.05$とし，統計解析にはSPSS（バージョン25，IBM社製）を使用した．加えて,「具体的に家庭の中（友人や同僚との間で）でどのような意見や考え方，価値観の違いや対立がありましたか？」という質問に対する自由記述の回答について，筆頭著者と共同著者の３名で確認しながら類似する記述ごとにカテゴリとサブカテゴリに分け，メンタル良好群とメンタル不良群に記述を分類した．OJQについては先行研究[15, 18] に基づき，作業的公正（全般）の１点と２点を否定的回答，３点と４点を肯定的回答とし,残りの項目は１点と２点を肯定的回答，３点と４点を否定的回答として回答割合を算出した．

結　果

アンケートの回答者は114名あり，有効回答の101名を分析対象とした．GHQ-12がカットオフ値の４点[17] 未満のメンタル良好群は59/101名（58.4%），４点以上のメ

ンタル不良群は42/101名（41.6%）であった．また，メンタル良好群，メンタル不良群，分析対象者全てのGHQ-12の中央値（四分位範囲）は，それぞれ0（1-2），6.5（5.25-8），1（3-6）であった．

表1と表2にメンタル良好群とメンタル不良群，分析対象者全ての基本属性と活動参加の要因の項目の記述統計量と2群の差の検定結果を示した．2群の差の検定の結果，年齢，臨床経験年数，同居人数，婚姻状況，同居する18歳以下の子供の有無で有意差を認め，メンタル不良群では年齢が平均27.8（±6.7）歳，臨床経験年数が平均5.7（±5.8）年と若年であり，一人暮らしの割合が45.2%，結婚していない割合が81.0%，同居する18歳以下の子供がいない割合が78.6%であった．また，COVID-19に関連した意見や価値観の対立の項目について友人や同僚との間で経験した対立で有意差を認め，対立に関して「たびたびあった」，「あった」と回答した割合が64.3%であった．

表3ではメンタル良好群とメンタル不良群，分析対象者全ての生活の満足度，健康状態，COVID-19への不安感，OJQの中央値と四分位範囲，2群の差の検定結果を示した．加えて，図2ではメンタル良好群とメンタル不良群，分析対象者全てのOJQ各項目での否定的回答割合を示した．2群の差の検定の結果，生活の満足度の余暇，仕事，日常生活，パンデミック以降に新しく始めた活動の全ての項目と健康状態で有意差を認め，メンタル不良群で値が低かった．また，OJQの項目では作業不均衡，作業周縁化（日常的選択），作業周縁化（自律的選択）で有意差を認め，メンタル不良群で値が高かった．

加えて，表4のCOVID-19に関連した感染対策や外出の自粛，行動制限について家庭の中（友人や同僚との間）で意見や考え方，価値観の違いや対立に関する自由記述の結果では，家庭の中での対立として「外出」のカテゴリの中で「余暇・娯楽」や冠婚葬祭などの「特定の外出先やイベント」のコメントがメンタル良好群で多く挙がった．一方，友人や同僚との間の対立として，「外出」のカテゴリの中で「日常の外出（頻度や可否）」や「余暇・娯楽」，「会食」のカテゴリの中の「価値観の違い」のコメントがメンタル不良好群で多く挙がった．

考　察

1．基本属性および活動参加の要因の差について

表1と表2のようにメンタル良好群とメンタル不良群の2群間に有意差を認めた項目として，年齢，臨床経験年数，同居人数，婚姻状況，同居する18歳以下の子供の

表1　基本属性と活動参加の要因の記述統計と差の検定の結果1

	メンタル良好群（n=59）	メンタル不良群（n=42）	総計（n=101）	p値
	標本数（%）／平均値（±標準偏差）			
性別				
男性	29（49.2）	15（35.7）	44（43.6）	0.223
女性	30（50.8）	27（64.3）	57（56.4）	
年齢（歳）**	33.3（±7.3）	27.8（±6.7）	31（±7.5）	<0.001
臨床経験年数(年)**	10.3（±6.0）	5.7（±5.8）	8.4（±6.3）	<0.001
同居人数*				
一人暮らし	12（20.3）	19（45.2）	31（30.7）	0.009
二人以上	47（79.7）	23（54.8）	70（69.3）	
婚姻状況**				
結婚していない	21（35.6）	34（81.0）	55（54.5）	<0.001
結婚している	38（64.4）	8（19.0）	46（45.5）	
同居する18歳以下の子供の有無*				
いない	29（49.2）	33（78.6）	62（61.4）	0.004
いる	30（50.8）	9（21.4）	39（38.6）	
雇用形態				
常勤	55（93.2）	42（100.0）	97（96.0）	0.139
非常勤	4（6.8）	0（0.0）	4（4.0）	
職業				
作業療法士	49（83.1）	34（81.0）	83（82.2）	0.798
理学療法士	9（15.3）	7（16.7）	16（15.8）	
言語聴覚士	1（1.7）	1（2.4）	2（2.0）	

	メンタル良好群（n=59）	メンタル不良群（n=42）	総計（n=101）	p値
	標本数（%）			
家族とのコミュニケーション				
以前より減った	15（25.4）	14（33.3）	29（28.7）	0.185
以前と同じ	29（49.2）	22（52.4）	51（50.5）	
以前より増えた	15（25.4）	6（14.3）	21（20.8）	
友人とのコミュニケーション				
以前より減った	48（81.4）	37（88.1）	85（84.2）	0.363
以前と同じ	11（18.6）	5（11.9）	16（15.8）	
以前より増えた	0（0）	0（0）	0（0）	
経済状況				
余裕がない	2（3.4）	7（16.7）	9（8.9）	0.107
あまり余裕がない	18（30.5）	12（28.6）	30（29.7）	
やや余裕がある	38（64.4）	23（54.8）	61（60.4）	
とても余裕がある	1（1.7）	0（0）	1（1.0）	

General Health Questionnaire-12（GHQ-12）＜4点をメンタル良好群，GHQ-12≧4点をメンタル不良群として，年齢と経験年数はT検定，同居人数，婚姻状況，同居する18歳以下の子供の有無，雇用形態，職業はカイ2乗検定，その他の項目はマンホイットニーのU検定を用いて2群の差を分析した．年齢と経験年数は平均値（±標準偏差）で示し，他の項目は標本数（%）で示した．有意確率は5%未満として**（p<0.001），*（p<0.05）で示した．

表 2　基本属性と活動参加の要因の記述統計と差の検定の結果 2

	メンタル良好群（n=59）	メンタル不良群（n=42）	総計（n=101）	p値
	標本数（%）			
活動量				
以前よりかなり減った	11（18.6）	8（19.0）	19（18.8）	
以前より少し減った	27（45.8）	25（59.5）	52（51.5）	
以前と変わらない	16（27.1）	6（14.3）	22（21.8）	0.308
以前より少し増えた	4（6.8）	2（4.8）	6（5.9）	
以前よりかなり増えた	1（1.7）	1（2.4）	2（2.0）	
運動習慣				
以前よりかなり減った	7（11.9）	7（16.7）	14（13.9）	
以前より少し減った	18（30.5）	12（28.6）	30（29.7）	
以前と変わらない	20（33.9）	15（35.7）	35（34.7）	0.696
以前より少し増えた	12（20.3）	3（7.1）	15（14.9）	
以前よりかなり増えた	2（3.4）	5（11.9）	7（6.9）	
睡眠時間				
以前よりかなり減った	0（0.0）	1（2.4）	1（1.0）	
以前より少し減った	7（11.9）	8（19.0）	15（14.9）	
以前と変わらない	38（64.4）	21（50.0）	59（58.4）	0.727
以前より少し増えた	11（18.6）	10（23.8）	21（20.8）	
以前よりかなり増えた	3（5.1）	2（4.8）	5（5.0）	

	メンタル良好群（n=59）	メンタル不良群（n=42）	総計（n=101）	p値
	標本数（%）			
飲酒				
飲酒はもともとしない	7（11.9）	9（21.4）	16（15.8）	
以前よりかなり減った	23（39.0）	17（40.5）	40（39.6）	
以前より少し減った	10（16.9）	8（19.0）	18（17.8）	0.127
以前と変わらない	11（18.6）	4（9.5）	15（14.9）	
以前より少し増えた	7（11.9）	4（9.5）	11（10.9）	
以前よりかなり増えた	1（1.7）	0（0.0）	1（1.0）	
喫煙				
喫煙はもともとしない	49（83.1）	34（81.0）	83（82.2）	
以前よりかなり減った	0（0.0）	1（2.4）	1（1.0）	
以前より少し減った	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	0.804
以前と変わらない	8（13.6）	5（11.9）	13（12.9）	
以前より少し増えた	2（3.4）	2（4.8）	4（4.0）	
以前よりかなり増えた	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	
COVID-19に関連した意見や価値観の対立（家族）				
たびたびあった	4（6.8）	5（11.9）	9（8.9）	
あった	25（42.4）	14（33.3）	39（38.6）	0.936
なかった	20（33.9）	17（40.5）	37（36.6）	
まったくなかった	10（16.9）	6（14.3）	16（15.8）	
COVID-19に関連した意見や価値観の対立（友人・同僚）*				
たびたびあった	7（11.9）	5（11.9）	12（11.9）	
あった	16（27.1）	22（52.4）	38（37.6）	0.021
なかった	29（49.2）	14（33.3）	43（42.6）	
まったくなかった	7（11.9）	1（2.4）	8（7.9）	

General Health Questionnaire-12（GHQ-12）＜ 4 点をメンタル良好群，GHQ-12≧ 4 点をメンタル不良群として，マンホイットニーのU検定を用いて 2 群の差を分析した．有意確率は 5 %未満として**（p<0.001），*（p<0.05）で示した．

表 3　生活の満足度・健康状態・COVID-19への感染の不安感・作業的公正質問紙（OJQ）の記述統計と差の検定の結果

	メンタル良好群（n=59）	メンタル不良群（n=42）	総計（n=101）	p値
	中央値（四分位範囲）			
生活の満足度				
余暇の満足度**	6（4-7）	5（3-7）	5.5（4-7）	<0.001
仕事の満足度*	8（6-8）	4（2-6）	6（5-8）	0.018
日常生活の満足度**	7（6-8）	5（3-6）	7（5-8）	<0.001
新しく始めた活動の満足度**	7（4-8.5）	5（4-7）	7（3-8）	0.002
健康状態*	8（7-9）	5（2.25-7）	7（5-8）	0.020
COVID-19への感染の不安感	7（5.5-8.5）	8（7-9）	7（6-9）	0.181
作業的公正質問紙（OJQ）				
作業的公正（全般）	3（3-3）	3（2-3）	3（2-3）	0.129
作業剥奪	3（2-3）	3（2.25-3）	3（2-3）	0.067
作業疎外	2（2-3）	2（2-3）	2（2-3）	0.069
作業不均衡*	2（2-3）	3（2-3）	2（2-3）	0.007
作業周縁化（日常的選択）*	2（1-2.5）	3（2-3）	2（2-3）	0.004
作業周縁化（自律的選択）**	1（1-2）	2（2-3）	2（1-2）	<0.001

General Health Questionnaire-12（GHQ-12）＜ 4 点をメンタル良好群，GHQ-12≧ 4 点をメンタル不良群として，マンホイットニーのU検定を用いて 2 群の差を分析した．有意確立は 5 %未満として，**（p<0.001），*（p<0.05）で示した．新しく始めた活動の満足度：COVID-19パンデミック以降に新しく始めた活動の満足度，OJQ：Occupational Justice Questionnaire

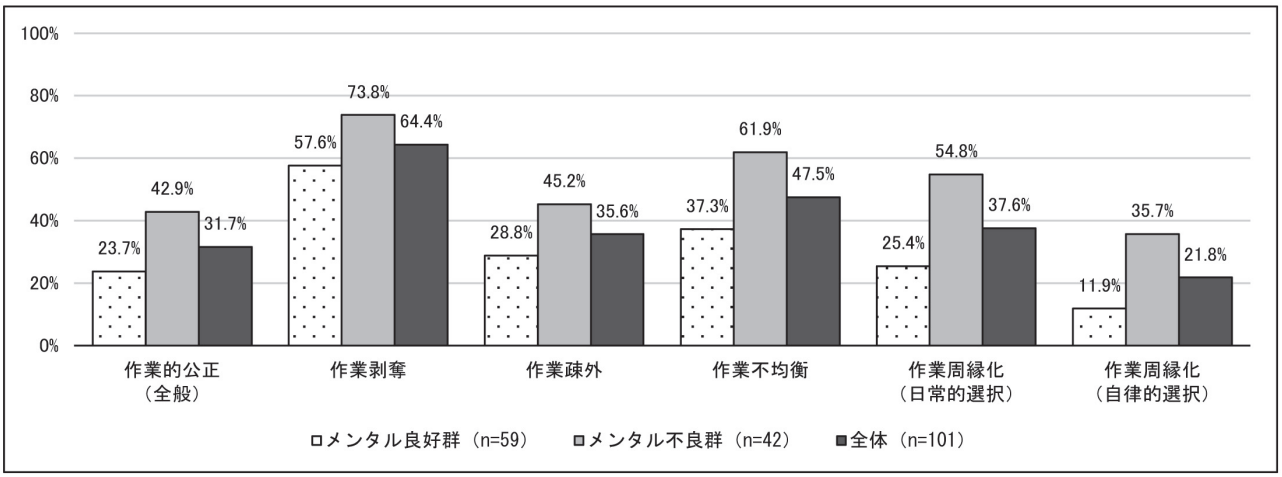

図２　作業的公正質問紙（OJQ）での否定的回答割合

作業的公正質問紙（Occupational Justice Questionnaire：OJQ）の各項目について作業的公正（全般）の１点と２点を否定的回答，３点と４点を肯定的回答とし，残りの項目は１点と２点を肯定的回答，３点と４点を否定的回答としてGeneral Health Questionnaire-12(GHQ-12)< ４点のメンタル良好群, GHQ-12≧４点のメンタル不良群，分析対象者全体の否定的回答割合を算出した．

有無，COVID-19に関連した友人や同僚との意見や価値観の対立であった．つまり，メンタル不良群では良好群に比べて，年齢や臨床経験年数が若く一人暮らしの割合が高く，COVID-19に関連した意見や価値観について友人や同僚と相違を感じる割合が高い可能性が示唆された．先行研究[20, 21]では，パンデミックにおいて若年者の方がメンタルヘルスの低下をきたすことが報告されている．さらにリハビリテーション職種では若年者の方が，臨床経験が乏しく，臨床に慣れていない中で業務にあたることで精神的な負荷がかかっていることが推察され，COVID-19の感染対策による制限がある環境への適応が不十分であった可能性がある．また，先行研究[22, 23]では精神的健康状態の悪化要因として独居や孤独であることが挙げられており，長期化するパンデミックにおいては孤独や孤立の割合が高くなることも報告されている[23]．そのため本研究のメンタル不良群では一人暮らしの分析対象者が多く，加えて精神的健康状態悪化の保護要因として報告されている結婚[24]はしておらず，それに付随して同居する18歳以下の子供がいない割合がメンタル良好群に比べて高かったと考える．また，本研究で得られた特徴的な結果として，パンデミックの中での友人や同僚との意見や価値観の相違を感じる割合がメンタル不良群の方が高かった点が挙げられる．さらに表４の自由記述の結果では医療従事者ではない友人との「外出」に関連した対立や同僚との「感染対策」への認識の違いが挙げられており，非医療従事者に加えて，同じ医療従事者間でも認識の違いがあったと推察する．先行研究[25]では医療従事者と一般市民とでは感染予防に対する認識に差異があることが報告されており，このような意見や価値観の対立がバーンアウトやストレスといったメンタルヘルスへの否定的な関連があることが報告されている[26]．従って，本研究の分析対象者においても精神的健康状態が不良な群において友人や同僚との意見や価値観の対立を感じる割合が高かったと推察する．

２．作業的公正／不公正について

図２のようにOJQの全ての項目でメンタル不良群では否定的回答の割合が高く，２群間の比較（表３）では作業不均衡，作業周縁化（日常的選択），作業周縁化（自律的選択）の項目で有意差を認めた．先行研究[27]ではパンデミックにおいて作業バランスが不良な状態と抑うつ状態の関連が示唆されているが，本研究においてもメンタル不良群で作業不均衡を感じている割合が高かった．不均衡の理由として日常生活の制限に加えて，リハビリテーション職種の業務量の増大[13, 28]などの仕事上の不均衡な状態にあった可能性が挙げられる．

次に作業周縁化の項目で有意差を認めたことについて述べる．COVID-19に対する医療従事者の意識として，感染リスクへの認識が高く[25]，パンデミック下の臨床現場においては不確実な意思決定をする状況に晒されており，そのことが抑うつ状態や不安に関連すると報告されている[25]．さらに，パンデミックでの意思決定に関して，より利他的および義務的な選択傾向があることで心理状態に影響を与えることが報告されており[29]，自己隔離や社会的距離を保つ意識が強いことが精神的健康状態の悪化に影響する可能性が考えられる．また，パンデミックでは情報の多過[30]や将来の不確実性が精神的健康状態に影響を与え[31, 32]，そのような状況に対する耐性が低く，

表 4　家庭の中もしくは友人や同僚との間で経験した意見や考え方および価値観の違いや対立に関する自由記述

家庭の中での意見や考え方，価値観の違いや対立			
カテゴリ	サブカテゴリ	コメント（メンタル良好群）	コメント（メンタル不良群）
外出	帰省・県外移動	県外移動について，研修会等での外出をどこまでするか．（3件）	実家に帰りたいけど，帰るなって言われて帰れなかった．（2件）
	日常の外出（頻度や可否）	感染対策すれば外出してもいいかの可否．（4件）	外食や買い物頻度など感染対策への意識の差．（3件）
	余暇・娯楽	子どもの遊び場やテーマパークなどの娯楽施設に行くかどうか．（3件）	家族間で，余暇目的の外出の頻度が異なった．（1件）
	特定の外出先やイベント	緊急事態宣言中の葬儀のあり方について．私は参加しなかったが，親戚からは不参加であることについて咎められた．（4件）	（該当コメントなし）
感染対策	マスク・手洗い	マスクの種類．不織布が推奨されているため勧めるが，布のほうが好きとつけない対立．（3件）	手洗い，マスクの消毒．（2件）
	衛生・除菌	アルコールなど除菌の程度や頻度．（3件）	帰宅後洗面室に向かう際に手で直接電気のスイッチを触る（肘などではなく），買い物をしたものを消毒しないで冷蔵庫に入れる（父のみ気にせず）．（2件）
	危機意識	危機感がないことや家族内感染時の対策が曖昧なこと．（3件）	感染への警戒の度合いの差を感じた．（3件）
	情報共有と納得	研究結果や厚労省のデータなど示して納得が得られた．（1件）	（該当コメントなし）
	感染対策の基準	（該当コメントなし）	濃厚接触の定義．（1件）
友人や同僚との間での意見や考え方，価値観の違いや対立			
カテゴリ	サブカテゴリ	コメント（メンタル良好群）	コメント（メンタル不良群）
外出	帰省・県外移動	医療関係じゃない仕事の友人は旅行に出かけたりしていた．（2件）	GOTOの利用．（1件）
	日常の外出（頻度や可否）	感染対策して外出する．（1件）	外出を自粛する程度が合わない．（4件）
	余暇・娯楽	（該当コメントなし）	非医療従事者の友人はワクチン接種や感染状況に関わらず趣味の活動での外出を優先していること．（4件）
	心理的影響	外出している友人に対して羨望の気持ちを抱いたり，批判的な気持ちを抱いたりしてしまった．（2件）	気軽に会おうと誘われても，こちらは心配があり断るしかなくもどかしい気持ち．（1件）
会食	会食の可否	飲み会に行くか行かないか．（3件）	飯食いに行こうと誘ったけど，コロナだからやめることになった．（2件）
	価値観の違い	（該当コメントなし）	会食に対する考え方の違い．（3件）
感染対策	マスク・手洗い	マスクを外して話す事に抵抗があるかないか．（2件）	（該当コメントなし）
	危機意識	感染に対する危機感の違い，責任に対する考え方の違い．（3件）	同僚のプライベートの過ごし方が人との接触がやや多いと感じることがあった．（3件）
	ワクチン接種	私はワクチンを打つべきと考えているが，友人はワクチンを打ちたくないと考えていた．（4件）	ワクチンを打てば全く安全であるという考えを持っている人がいたが，自分ではそうは思えなかった．（3件）
	感染対策の基準	対面での交流をしても良いかどうか．（2件）	少人数でも対面での交流は控えよう．（1件）
その他		違いを知るとストレスになるので探らないようにしている．（1件）	

「具体的に家庭の中でどのような意見や考え方，価値観の違いや対立がありましたか？」，「具体的に友人や同僚との間でどのような意見や考え方，価値観の違いや対立がありましたか？」の質問に対する自由記述の結果を分類し，カテゴリ名とサブカテゴリ名を付けて代表的なコメント1件と各カテゴリでのコメント数を併せて記述した．コメントはGeneral Health Questionnaire-12(GHQ-12)< 4点をメンタル良好群，GHQ-12≧4点をメンタル不良群として，それぞれ分けて記載した．

不確実性に対する不寛容性があることが精神的健康状態の悪化に関連すること[33]と，若年者でその傾向が強いことが報告されている[34]．したがって，本研究においてメンタル不良群では若年の分析対象者が多く，医療従事者として自身の義務的な行動制限や不確実な状況での意思決定の困難さや不寛容さがあったことで自身の作業を選択することが難しい状況にあり，作業周縁化をより感じていた可能性があると考える．

3．生活の満足度とCOVID-19への不安感の差について

生活の満足度について余暇，仕事，日常生活，パンデミック以降に新しく始めた活動の全ての項目でメンタル不良群の方が満足度は低い結果となった．さらに，主観的な健康状態についてもメンタル不良群が低下をしていた．パンデミック以降，リハビリテーション職種を含めた人々の日常生活は多くの制限を受けており，余暇，仕事，日常生活に影響を与えていたと考える．医療従事者を対象とした第１回目の緊急事態宣言中の調査ではGHQ-12がカットオフ値の４点[17]以上である群では余暇，仕事，日常生活，パンデミック以降に新しく始めた活動，主観的な健康状態がGHQ-12のカットオフ値未満の群と比較して低下しており[19]，パンデミックから１年半を経過した本調査時点においても同様の傾向にあった可能性があると考える．また，個人にとって意味のある活動に従事することは高い主観的な幸福度や低い精神的苦痛に関与しているとされており[35, 36]，本研究のメンタル良好群において余暇，仕事，日常生活などの個人にとって意味のある活動の満足度がメンタル不良群に比べて高かったと考えられる．

一方，COVID-19への不安感については差を認めなかったことに関して，パンデミックが長期化する中でCOVID-19への不安はあるものの変化はしていないという人の割合が高いことが報告されており[37]，COVID-19に対する不安感はメンタル良好群，不良群ともに継続していたため２群間での差は認めなかったと考える．

本研究の限界

本研究の限界として，まず母集団に対してサンプルサイズが小さいことと，分析対象の職種では作業療法士が83.1%と偏りがあることが挙げられ，本研究の回答者の選択バイアスは排除が不十分であった．さらに，横断調査であり，分析対象者のパンデミック以前の状態は反映されていないため，本調査の結果がパンデミックより後の変化であることを言及するには限界がある．本研究は無記名式のWebアンケートであるために，重複回答の可能性の排除が不十分である．また，アンケートの項目について，家族もしくは友人や同僚との意見や価値観の相違に関する質問は本調査で独自に作成されたものであるため，先行研究を含めた慎重な結果の解釈が必要であると考える．加えて，家族もしくは友人とのコミュニケーション頻度や活動参加の要因の項目についてパンデミック前を「以前」として回答者に提示したが，回答者によって想像する「以前」の時期が異なる可能性があり，想起バイアスの排除が不十分であった．さらに，作業的公正／不公正の概念は現在も発展を続けており，その定義には不明瞭な部分があることや一定の見解が得られておらず[38]，OJQの操作的概念の内容について限界があることが指摘されており[15, 18]，本調査で得られた結果についても一般化するには限界があり，慎重に解釈する必要があると考える．したがって，本研究の結果は限定的であり，他の先行研究と照らし合わせながら解釈を進める必要がある．

まとめと展望

パンデミック下において緊急事態宣言のような行動制限措置が実施されていない期間での精神的健康状態の差異による作業的公正／不公正，生活の満足度の特徴についてリハビリテーション職種を対象に横断調査を実施した．その結果，精神的健康状態が不良な群では若年で一人暮らしという特徴があり，精神的健康状態が良好な群と比べて生活の満足度が低く，友人や同僚との感染対策に関連した認識の違いを感じていた．さらに，作業的公正／不公正の観点から精神的健康状態が不良な群では作業不均衡や作業周縁化を感じている割合が高い可能性があり，業務量の変化や医療従事者として自身の意味のある作業を選択するための意思決定の困難さや不寛容さがあることが背景にあると考えられた．

本研究の結果より，リハビリテーション職種はパンデミックのような外的な要因により作業への参加が制限されている状況において，特に若年で一人暮らしである人が，精神的な健康状態が低下している傾向があることを念頭におく必要がある．また，このような影響を被りやすい集団に対して作業不均衡や作業周縁化の視点から不公正な状態を緩和し，精神的健康状態の悪化を予防していく必要があると考える．

謝　辞

本研究は2021年度神奈川県作業療法士会の研究助成制度による支援を受けて実施しており，神奈川県作業療法士会をはじめ，研究助成担当の皆様に深く感謝申し上げます．また，COVID-19に関連した感染対策を講じつつ，日々の臨床業務に従事し，生活にも多くの制約がある厳しい環境下で本調査にご協力いただいた皆様にも心より感謝申し上げます．

利益相反

本研究において利益相反関係にある企業及び団体などはありません．

参考文献

1）Christiansen CH, Matuska KM: Lifestyle Balance: A Review of Concepts and Research. Journal of Occupational Science 13(1): 49-61, 2006.
2）Bonebright CA, Clay DL, Ankenmann RD: The relationship of workaholism with work-life conflict, life satisfaction, and purpose in life. Journal of Counseling Psychology 47: 469-477, 2000.
3）Townsend E, Wilcock AA: Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. Can J Occup Ther 71(2): 75-87, 2004.
4）Kishimoto M, Masuko K, Yamamoto S, Fujita R, Nakamura S, et al: Changes in lifestyle-related behaviour during the COVID-19 pandemic in Japan: a questionnaire survey for examinees who underwent an annual health check-up. J Int Med Res 51(7): 3000605231184036, 2023, doi: 10.1177/03000605231184036.
5）Vindegaard N, Benros ME: COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun 89: 531-542, 2020.
6）Chishima Y, Liu IH: Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Japan: Applying Topic Modeling in Daily Life Descriptions. Int J Ment Health Addict 21(1): 180-199, 2023.
7）Gualano MR, Sinigaglia T, Lo MG, Rousset S, Cremona A, et al: The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 18(15): 8172, 2021, doi: 10.3390/ijerph18158172.
8）Chutiyami M, Cheong AMY, Salihu D, Bello UM, Ndwiga D, et al: COVID-19 Pandemic and Overall Mental Health of Healthcare Professionals Globally: A Meta-Review of Systematic Reviews. Front Psychiatry 12: 804525, 2021, doi: 10.3389/fpsyt.2021.804525.
9）Tanaka K, Tahara M, Mashizume Y, Takahashi K: Effects of Lifestyle Changes on the Mental Health of Healthcare Workers with Different Sense of Coherence Levels in the Era of COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health 18(6): 2801, 2021, doi: 10.3390/ijerph18062801.
10）Demeco A, Marotta N, Barletta M, Pino I, Marinaro C, et al: Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. J Int Med Res 48(8): 300060520948382, 2020, doi: 10.1177/0300060520948382.
11）Sica MR, Majeski K, Majeski AR: Impact of COVID-19 on Mental Health Amongst Rehabilitation Health Professionals. J Allied Health 52(3): 234-238, 2023.
12）Sugaya N, Yamamoto T, Suzuki N, Uchiumi C: The Transition of Social Isolation and Related Psychological Factors in 2 Mild Lockdown Periods During the COVID-19 Pandemic in Japan: Longitudinal Survey Study. JMIR Public Health Surveill 8(3): e32694, 2022, doi: 10.2196/39498.
13）Sawamura D, Ito A, Miyaguchi H, Nakamura H, Ishioka T: Different Impacts of COVID-19 on Quality of Therapy, Psychological Condition, and Work Life Among Occupational Therapists in Physical and Mental Health Fields. Front Public Health 10: 887069, 2022, doi: 10.3389/fpubh.2022.887069.
14）Lannigan EG, Tyminski Q: Occupational Therapy's Role in Addressing the Psychological and Social Impact of COVID-19. Am J Occup Ther 75(Supplement_1): 7511347030p7511347031-7511347030p7511347037, 2021, doi: 10.5014/ajot.2021.049327.
15）今井忠則，赤塚望：精神科医療・福祉従事者における作業的不公正と包括的職業性ストレスとの関連―横断研究―．作業療法42(4)：469-477，2023．
16）Iwata N, Okuyama Y, Kawakami Y, Saito K: The twelve-item general health questionnaire among Japanese workers. Environmental science, Hokkaido University: Journal of the Graduate School of Environmental Science, Hokkaido University, Sapporo 11(1): 1-10, 1988.
17）Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, ea al: The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological medicine 27(1): 191-197, 1997.
18）今井忠則：作業療法学生における作業的公正／不公正の統計的実態とQOLとの関連：質問紙による統計的調査の試み．作業科学研究10(1)：56-67，2016．
19）Tahara M, Mashizume Y, Takahashi K: Mental Health Crisis and Stress Coping among Healthcare College Students Momentarily Displaced from Their Campus Community Because of COVID-19 Restrictions in Japan. Int J Environ Res Public Health 18(14): 7245, 2021, doi: 10.3390/ijerph18147245.
20）Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML: Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and

depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 109: 110236, 2021, doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110236.

21) Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, et al: Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. BMC Psychiatry 21(1): 16, 2021, doi: 10.1186/s12888-020-03012-1.

22) McElroy E, Herrett E, Patel K, Piehlmaier DM, Gessa GD, et al: Living alone and mental health: parallel analyses in UK longitudinal population surveys and electronic health records prior to and during the COVID-19 pandemic. BMJ Ment Health 26(1): e300842, 2023, doi: 10.1136/bmjment-2023-300842.

23) Yamamoto T, Uchiumi C, Suzuki N, Sugaya N, Murillo-Rodriguez Eric, et al: Mental health and social isolation under repeated mild lockdowns in Japan. Scientific Reports 12(1): 8452, 2022 , doi: 10.1038/s41598-022-12420-0.

24) Fukase Y, Ichikura K, Murase H, Tagaya H: Depression, risk factors, and coping strategies in the context of social dislocations resulting from the second wave of COVID-19 in Japan. BMC Psychiatry 21(1): 33, 2021 , doi: 10.1186/s12888-021-03047-y.

25) Kuhlmann E, Behrens GMN, Cossmann A, Homann S, Happle C, et al: Healthcare Workers' Perceptions and Medically Approved COVID-19 Infection Risk: Understanding the Mental Health Dimension of the Pandemic. A German Hospital Case Study. Frontiers in Public Health 10: 898840, 2022, doi: 10.3389/fpubh.2022.898840.

26) Kyougoku M, Teraoka M: The influence of belief conflict on stress and burnout syndrome in healthcare workers: using structural equation modeling in a cross-sectional study. PeerJ PrePrints 3:e809v1, 2015, doi: 10.7287/peerj.preprints.809v1.

27) Ramos R, Röschel A, Crevenna R, Jordakieva G, Andrews MR, et al: Occupational Balance and Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic: A Four-Wave Panel Study on the Role of Daily Activities in Austria. J Occup Environ Med 64(8): 694-698, 2022.

28) Elinich J, Wynarczuk KD, McCormick E: Perceptions and experiences of burnout: A survey of physical therapists across practice settings and patient populations. Physiother Theory Pract: 1-12, 2023.

29) Romero-Rivas C, Rodriguez-Cuadrado S: The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic Affected Decision-Making Processes. Span J Psychol 24: e16, 2021, doi: 10.1017/SJP.2021.14.

30) Rathore FA, Farooq F: Information Overload and Infodemic in the COVID-19 Pandemic. J Pak Med Assoc 70(Suppl 3)(5): S162-s165, 2020, doi: 10.5455/JPMA.38.

31) Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, et al: COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. Int J Environ Res Public Health 17(21): S162-S165, 2020, doi: 10.5455/JPMA.38.

32) Baerg L, Bruchmann K: COVID-19 information overload: Intolerance of uncertainty moderates the relationship between frequency of internet searching and fear of COVID-19. Acta Psychol (Amst) 224: 103534, 2022, doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103534.

33) Beck E, Daniels J: Intolerance of uncertainty, fear of contamination and perceived social support as predictors of psychological distress in NHS healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Psychol Health Med 28(2): 447-459, 2023.

34) Glowacz F, Schmits E: Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. Psychiatry Res 293: 113486, 2020, doi: 10.1016/j.psychres.2020.

35) Hooker SA, Masters KS, Vagnini KM, Rush CL: Engaging in personally meaningful activities is associated with meaning salience and psychological well-being. The Journal of Positive Psychology 15(6): 821-831, 2020.

36) Tigershtrom A, Boyraz G: Engagement in Meaningful Activities and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic. Journal of Loss and Trauma 27(7): 661-678, 2022.

37) 内閣府：新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査―内閣府https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/covid/index.html（参照2024- 9-27），2024.

38) Durocher E, Gibson BE, Rappolt S: Occupational Justice: A Conceptual Review. Journal of Occupational Science 21(4): 418-430, 2014.

©日本臨床作業療法学会