

(3) 会社契約の専門家に関すること

- 専門のカウンセラーが常駐していない。専門家をやとう余裕がない。
- 職場でメンタルヘルス不全者への対応は、年一回程度精神科産業医による講演会を実施し、事例をもとにした対処方法を教育する場をつくっている。対象者が復職後に継続して出勤した場合は問題ないが、出勤が続かない場合等においては問題がある。精神科産業医との連携をとり対応しているが難しい問題である。
- 外部の専門機関にメンタルヘルスの相談委託を検討し実を結びつつある。

(4) 当該の労働者に関すること

- メンタルヘルス関連の疾患の復職で特に問題となるのはうつ病の場合であるが、うつ病患者はワーカーホリックの傾向の強い者が多く、復職の時期が早すぎる。復職後の仕事量や就業時間の制限をかけているにもかかわらず、本人の自責の念が強いこともあり、本人が勝手に仕事量を増やしたり、就業時間を延ばすといった場合もある。
- 本人が以前と比べレベルダウンした場合に、本人の仕事の能力に合った仕事がなく困る。
- 病状がそれぞれ異なり復職のうまくいかない場合もあり、ケースバイケースである。うつ病等ではきちんと治療を受けて十分な休養がとれた場合には復職がうまくいくことが多い。本人が焦って早く復職しようとしたケースに再発するが多い。復職し調子がよくなるとすぐ治療を止める場合も再発が多い。
- 症状の回復状態について本人と会社側のズレがある。本人は病気になる前と同じぐらい回復し仕事もできていると訴えているが、職場の同僚や上司からみた場合、仕事をやっているようにみえない、ただ席に座っているだけにみえることもある。
- 個々に症状が異なるため、対応が難しいことが多い。

(5) 家族に関すること

- 家族の了解が得にくい。

(6) 業務の進め方に関すること

- 慣らし勤務を導入したいが体制が整わない。上司をはじめ周囲もとう対応したらよいかわからず不安がある。
- 主治医とは必ず連携をとるようにしているが、企業の状況がわからない医師がほとんどのための確なアドバイスを受けられない。
- 原則、現職場復職のため、仕事内容を考慮するのに多少苦慮する職場もある。職能レベルにマッチてきず困ることがある。

(7) 上司や同僚など職場の周囲の人々に関すること

- 上司をはしめ周囲がどう対応したらよいかわからず不安がある。
- 人員削減が行われており、復職者の負担の軽減処置をすると他の方々の負担増加となることも多くなり、余裕のない状況では職務遂行能力の低い状態で復職すると困難なことがある。
- 精神疾患というだけで周囲はその対応におっかなびっくりである。社員教育を一通り済ませたが、特別な病気という意識が強いと感じている。逆に本人に気を使いすぎており、受け入れた職場の周囲の方が心配になることがある。
- 病気に対する理解が上司・同僚・家族共に得られにくいことが根底にあり、休みがちになったり、何らかの異常行動が起り始めた最初の段階で「聴く」や「医務室や他の専門機関に相談する」といったことがほとんどなされていない。
- 復職について時間短縮等が受け入れられない場合が多い。
- 会社は病院ではないため復職しても孤立してしまうケースが想定される。周りもそのような目でどうしてもみてしまい、厄介者になりがちである。会社に余力があれば（経費、スタッフ、時間等）よいが、中小企業ではケアは難しい。
- 同一職場で一度に複数の休業者が出た場合に、他の人に負荷がかかり困ることがある。

(8) 事例の経験に関すること

- 現在まで事例がなく特に困っていることはないが、今後検討しなければならないと思っている。
- これまで心の病を発症した者があるが、いずれも退職し復職の例はない。
- 過去に心の病に関して休職・復職の対応をおこなったことがない。今後発生する可能性が大であり不安を感じている。

(9) 行政への要望に関すること

- 行政から派遣カウンセラーの循環が可能であれば月1回のペースでお願いしたい。
- 心の病についても一定の障害者枠の法的整備が必要なかもしれない。

〈資料〉

現行の復職のシステムについて

復職システムの例示

- 要休務の診断書の提出⇒主治医記載による服務用診断書⇒産業医との面接、服務月日の決定、必要あれば労務時間の短縮⇒復職
- 復職の適否は本人及び近親者と担当者の判断に委ねているが、復職の最終的判断は人事担当者と本人の面談により可否を決定している。
- 心身の異常については、職長経由にて人事部長が相談窓口となり、産業医が診断およびカウンセリングをしている。
- 試し出社や慣らし出社の制度はないが、産業医の指示により職務内容や勤務時間の短縮を含むフレックス制勤務で弾力的な処置を可能としている。
- 安全衛生管理室長が面接を行う。
- 軽減業務は概ね 2 週間程度であるが、時間についての決まりはない。復職後の産業医による面談については、月 1 回定期健康相談を実施しているが、面談については任意としている。
- 産業医は月 2 回限られた時間しか会社にはいないので、復職前には保健師と上長で面接を行い本人の希望職場、職種等を聞き、場合により上長がアレンジを行う。時に産業医、労務担当課長も同席し本人の希望に添える形で軽作業から残業・休出をしばらく免除する等々考慮する。
- 復職については主治医からの復職可能の診断書を提出してもらう。診断書の内容は勤務の条件等記載は自由でまちまちである。主治医が記載する件所について会社で作成するのはなく「母性健康管理指導事項連絡カード」のような所定用紙ができていればよいと思う。
- ①復職前の産業医面談（家族 上司 人事同席）。リハビリとして(1)規則正しい生活、(2)体力向上、(3)図書館等に通り「書く」ことに慣れることを 2~3 週間実施してもらう。②復職健診（家族・上司・人事同席）、主治医からの情報を基にリハビリ実施状況を確認のうえ、復職可否判定を産業医が実施している。
- 復職条件として 8 時間就業可能な状態であるという主治医判断に基づき出社とするが作業内容により交替制、残業の制限をする。健康管理区分により就業制限は実施している。
- 産業看護師による定期的面談（6 ヶ月くらいまで）月 1 回行う。
- 産業医面談前に精神科医が事前診断を行う。特に外部に主治医がいる場合は有効になる。試し出社は人事制度にはないが、復職前（休業中）に必要な応じて実施している（社内診療所専門医の指示による）。1 日 4~8 時間、2 週間から 1 ヶ月の範囲で症状の程度にあわせて行うが、就業ではないので無給である。人事部との調整や本人の

了解が必要条件となる。復職後はカウンセラーによる面談と職場から提出される支援フォロー書で経過観察を行う。

- 専門医からの情報提供が必要である。主治医・産業医を含む判定委員会のあり方が問題である。受け入れ職場の教育、指導、家族の協力が必要である
- 主治医より復職可の診断書をもらう。
- 復職前に保健師より主治医に連絡（ここが一番難しい。プライバシーのためお答えいただけない）、注意事項の確認、その後面談し復職可否、産業医面談の有無を確認する。
- 上司面談⇒上位上司面談⇒産業医面談⇒人事担当者面談のプロセスをとっている。
- 復職判定委員会という制度は存在しないが、その代わりに復職にあたっては以下のような手続きを経て復職を決定し復職プランを作成している。まず復職予定 2 週間前までに一次職場復帰面談（本人・職制・産業医・必要に応じて人事担当）を行い、職場復帰プランの作成（職制・人事担当・産業医）を行う。さらに復職予定 1 週間前までに二次職場復帰面談を行うという。
- 勤務制限制度とって、復職時健診で産業医が勤務に制限が必要と認める者について再発防止を目的に勤務の制限を行う制度がある。
- システムとして委員会を設置していないが、休職、復職の際は上司 人事と産業医が面談し職務内容、対応等が話し合われる。復職後の面談は定期的ではないが必ず実施している。
- 希望者には産業カウンセラーによる定期的カウンセリングを実施している。
- 主治医の診断に基づき産業医が面談した後、人事担当部課長が本人と面談して復職の可否を最終的に決定する。
- ①主治医に復職に対する（復職可であるか、やっつけられない作業はあるか等）意見書をそれぞれの病院の書式のものに記入してもらうように、本人から主治医に伝えてもらう。②意見書を基に、産業医が本人と面接した後、保健師、人事、職場上司と作業内容や残業等について話し合う。③仕事に復職したら、その日の状態等、上司や本人より保健師に報告してもらい必要に応じ面接する。④状態に応じ産業医と面接する。必要に応じ家族に電話連絡し、面接を行うこともある。
- 産業医は非常勤のため復職後の定期面談は保健師が行う。復職直後、当面の間は週 1 回で実施。その後状況に応じて 2 週 1 回、そして月 1 回にしていく。また産業医は非常勤なので産業医、上司、人事が顔を合わせ相談することは難しいので、産業医、本人、保健師の 3 者で面談をして、保健師は産業医の意見をいただき、それを上司と人事に報告、指示する。もちろん、産業医、本人、保健師の三者面談の前に主治医からの意見書をいたたいておく。必要に応じ主治医に電話したり、本人の受診に同行をする。
- 嘱託産業医はメンタル領域に不案内だと自ら宣言し復職面談はしているが、その後のフォローはしていない。保健師がしている。リハビリ出勤制度はあるが、フレックス、

休暇を使って時間調整している。

- 特に決まったものではないが、本人・家族の理解を得て上司と看護職が主治医に復職について意見を伺うようにしている。その結果、ならし出社や適正配置、業務負荷などについて会社が考慮するようにしている。
- 最近のケースでは本人とのメール交換または上司とのメール交換などで、本人の状況を把握し産業医に報告し指示を受けフォローしている。就業時間（特に残業）の短縮措置などによりスムーズに職場復帰できた。
- 産業医の定期的面談により（上司・本人）、作業内容、作業量、時間外の制限処置を講じる。
- 復職委員会（産業医、労組、担当部署等）により判定する。
- 該当者が上司と総務人事とは常に連絡を取って状況把握をしているが、基本的に当該部門に判断を委ねている面が多く制度化まで至っていない。
- 主治医による復職判断（可否、業務時間、業務内容）⇒上司、人事と相談⇒決定⇒復職後産業医面談⇒不定期に面談
- 3ヶ月以上休業した場合は、本社の精神科医の面談ある。同疾病で3回以上休業の場合も同様である。
- 看護職による定期的面接及び必要時に面接する。
- 制度としてはないが、リハビリ出社（1ヵ月～2ヵ月）を実施したことがある。就業扱いはない。
- 産業医、人事課、安全衛生管理室、労働組合と協議しケースバイケースで対応している。ケースによっては試し出社も行い、就業とする。
- 主治医、産業医と相談し、その都度復職スケジュールを決める。
- 本人より復職の申し出及び休職期間終了⇒職場上司・人事部門面談⇒産業医診断⇒復職⇒職場上司観察 人事部門連携
- 家族との面談、復職にあたって家族から同意書をいただく。
- 本人、上司と面談の上、復職日程、勤務時間等を決定し、衛生管理者も同行する。
- 復職日決定後、衛生管理者及び看護師が面接を行い、復職の職場、職種を決定する。
- 試し出社等制度としては持っていないがその都度個別対応をしている。例えば、フレックス勤務等である。
- 主治医、産業医と相談し、その都度復職スケジュールを決める。
- 有給休暇を利用した半日勤務（リハビリ出社）を行うことはある。
- 復職に関しては個々のケースで異なる。個々のケースごとに人事が介入し、就業について現場と本人の間に立って調整している。
- システムと呼べるものはないが、当人との面談で産業医の意見も聞き、とにかく本人の希望をよく聞き無理のない勤務計画をつくる。

復職システムに関する現状と問題点

- 慣らし勤務を導入したいが体制が整わない。
- 事業場が点在しているが、「心の病」に関する情報の全てが本社に入っていない。
- 復職に対しては会社側の受け入れ体制ができていない。
- 現在事例がないが、現実が発生した場合の対策については今のところ無策である。
- 一定期間以上休むと復職手続きが必要となるが、年休を使って休むと手続きが不要となってしまう。病気で休職した場合は、年休でも休んでも必要であると思うが、今の社の規則では対象とならない。現場と連絡をきちんと取り合っていないと疾病で休んだ人が把握できないことが発生してしまう。
- 体も心も表裏一体と考え対応している。ただ「心」の場合は腫れ物に触れる感である。多くの場合異動になる。「カウンセリング」という言葉に敏感なので現在健診後の面談を実施している。産業医が替わるので統一した対応ができない。現在の産業医は面談に対して好意的である。
- 該当者の病状等の状況把握が困難である。
- 実情はケースバイケースの対応で「配慮」という形でさまざまな対応をしている。当社は制度的なものは作っていないが、職場復帰は割合うまくいっていると思われる。長年、管理監督者教育を積み重ねてきたので、社風として社員みんな成長しているという取り組みがある。
- システム化できるなら苦労はない。お互いに生身の人間であり難しい。
- 事例に応じて柔軟な対応をしている。

労働者におけるうつ病の発症・再発モデルの検討

主任研究者 島 悟 東京経済大学経営学部

研究要旨

平成 12 年保健福祉動向調査を使用して、うつ病の発症・再発モデルに関する研究を行った。抑うつ状態の自己評価尺度である Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CESD)が、職域におけるうつ病罹患のリスクの高い群の抽出、あるいは危険因子を同定していく作業に使用可能かどうかについて妥当性の検討を行った。またうつ病の発症（再発・再燃）モデルを作成することを試みた。

1 CESD を心の健康の指標とすると、5 万人以下の小都市で不良であるという結果が得られた。また CESD は女性・高齢者で高得点であり、これは従前の報告と一致する所見である。

2 地域ブロックにおける CESD と失業率には正の相関が認められたが、昨今のうつ病の増加における経済不況の影響が示唆された。

3 被雇用者では中小企業に働く労働者と無職の者で心の健康が不良であるという所見が得られたが、こうした人々へのケアの強化が求められる。

4 寮などで生活する单身生活者において心の健康が不良であったが、こうした人々への効果的なケアが望まれる。

5 睡眠時間と CESD の関係では、6 時間以上の睡眠の確保が望ましいことが示唆された。

6 性別、年齢層、就業の有無、世帯構造の違いによる多母集団の同時解析を行い、これらの属性の違いによるストレス関連因子から抑うつに与える影響の差異を検討した結果、母集団による違いが幾つか認められた。これらは、うつ病発症・再発予防対策を構築する上で、母集団の特性に注目した取り組みの必要性を示唆するものである。

A 調査の目的

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）の事業「うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」の一環として、平成 12 年保健福祉動向調査を使用して、うつ病の発症・再発モデルに関する研究を行った。

うつ病回復期の復職者において、うつ病の再発あるいは再燃がしばしばみられることが知られている。時には、自殺といった不幸な転帰を辿ることもある。昨年度の本研究においても復職の成功率は概ね 70% 程度であり、復職過程を円滑に進めるためには、うつ病の再発・再燃への対策が重要であると考えられる。

今回、保健福祉動向調査を用いて、抑うつ状態の自己評価尺度である Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CESD)が、職域におけるうつ病罹患のリスクの高い群の抽出、あるいは危険因子を同定していく作業に使用可能かどうかについて検討を行った。

また落ち込み状態に関係する要因を明らかにすることにより、うつ病の発症（再発・再燃）モデルを作成することを試みた。すなわち発症モデルを同定して、モデルに沿った対策を講ずることにより発症（再発・再燃）予防への道が切り開かれるものと考えられる。

本研究において、CESD の妥当性・有用性が確認された場合には、うつ病のスクリーニングのためのツールとして普及をはかる。すなわち職場における個人への介入として、自己の気づきを促進するツールとして用いることになる。さらに健診における

うつ病のスクリーニングのツールとしての利用が期待できる。

B 調査の方法

使用する調査票は保健福祉動向調査調査票（平成 12 年）である。使用する調査事項は以下の通りである。

- (1) 性別、(2) 出生年月、(3) 健康状態、(4) 1ヶ月間における日常生活での愁訴、(5) 1ヶ月間におけるからだやこころの状態、(6) 1ヶ月間における日常生活での不満、悩み、苦勞、ストレス、(7) 不満、悩み、苦勞、ストレスによる日常生活の阻害、(8) 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容、(9) 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法、(10) 不満、悩み、苦勞、ストレスの相談相手、(11) 不満や悩みに対する周囲の人の理解、(12) 1日あたりの平均的な睡眠時間、(13) 睡眠に関する愁訴、(14) 睡眠不足の理由、(15) 十分な睡眠を得るための工夫、(16) 市郡・地域ブロック、(17) 就業状況、(18) 世帯構造

保健福祉動向調査調査票の集計・分析は以下の手順で行った。

(1) 地域ブロック別の自殺統計、失業率、精神障害者通院状況を外的基準として用いて、CESD の妥当性評価を行った。これらのデータはいずれも平成 12 年度のものを用いた。

(2) 以下の項目に関して因子分析を施行して、因子構造の同定を行った。

- ① 1ヶ月間における日常生活での愁訴、② 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容、③ 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法、④

不満などの相談相手、⑤睡眠の愁訴、⑥睡眠不足の理由、⑦睡眠を得るための方法、である。この作業は次の(4)のために必要なプロセスである。

(4) 共分散構造分析により、うつ病の発症に関与する心理社会的要因によるモデルを明らかにすることを試みた。年齢層、性別、地域(都市部 農村部)、就労の有無等により、モデルがどのように異なるのかを検討した。このモデル作成は、うつ病の高リスク群の抽出および危険因子の同定を、より効果的に行う上で有用と考えられる。なお集計・解析には、PC版 SPSSVer12を使用した。

解析方法(使用変数と統計法)

落ち込み状態は、質問3の合成得点(CESDスケール、千葉テストセンターによる)であり、抑うつ度の指標と考えられる。すなわち質問3の「ほとんどなかった」、「少しはあった」、「時々あった」、「たいていそうだった」との回答を以下の要項で点数化して、落ち込み状態の指標とした。設問4, 8, 12, 16については、「ほとんどなかった」=3点、「少しはあった」=2点、「時々あった」=1点、「たいていそうだった」=0点であり、上記以外の設問については、「ほとんどなかった」=0点、「少しはあった」=1点、「時々あった」=2点、「たいていそうだった」=3点である。

C 結果

(1) 落ち込み状態(以下CESD)の市郡・地域ブロック別および性別および年齢別の解析(表1・P94、図1~6・P99~100、一部統計表略す)

CESDを心の健康の指標とすると、心の健康は、市郡においては5万~15万人という「中都市」と「郡部」で良好で、5万人以下の「小都市」で不良である。地域ブロックでは南近畿 中四国・北九州で不良である。性別では女性の方が高得点である。年齢階層別では、高齢者が際立って高く、ついで若年者、そして中高年者に小さな山がある。性別で分けても大きな差はみられない。

(1-1) CESDの地域ブロック別結果と地域ブロック別自殺者数(警察庁)との比較(Pearsonの積率相関係数)(表2・P94、図7、8・P101)

地域ブロックにおけるCESDと自殺率には負の相関が認められた。

(1-2) CESDの地域ブロック別平均値と地域ブロック別失業率(総務省)との比較(全体、性別、年齢階層別)(Pearsonの積率相関係数)(表2、図9・P102)

地域ブロックにおけるCESDと失業率には正の相関が認められた。

(1-3) CESDの地域ブロック別平均値と地域ブロック別精神科外来受療率との比較(Pearsonの積率相関係数)(表2、図10・P102)

地域ブロックにおけるCESDと精神科外来受療率には弱い正の相関が認められた。性別で比較すると女性での相関は弱い。

(2) CESDの就業状況別の平均値および得点分布

(2-1) 一般常雇者、1月以上1年未満の契約雇員者、日々または1月未満の雇員者、家庭内職者、通学者における性別

および年齢階層別平均値の比較(分散分析)
(図 11、P 103)

被雇用者では大企業になるにつれて CESD は低下し心の健康状態は良好になる。学生および無職で CESD の高いのが注目される場所である。

(3) CESD の世帯構造別の平均値および得点分布の比較(分散分析)(図 12~14、P 103~104)

CESD が最も低く心の健康が良好と思われるのは「夫婦のみ世帯」であり、ついて「三世代家族」、「夫婦と子供」と続く。一方、CESD が最も高いのは「寮などで生活する人」であり、ついて「単独世帯」、「片親と子供の世帯」へと続く。

(3-1) 単独世帯における性別および年齢別・年齢階層別平均値の比較(図 15、P 104)

CESD の値は、性別では男性が女性より高く、年齢階層別では 10 代前半では際立って高く、ついて 10 代後半、40 代前半、90 代前半で高くなっている。

(4) CESD と健康状態の比較(全体および性別・年齢階層別)(相関分析および分散分析)(図 16、P 104)

「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」の順で CESD が高くなる。

(5) 日常生活での愁訴(表 3、P 94)
因子分析による因子構造の分析(全体、性別、年齢階層別)

探索的因子分析の結果、3 因子が抽出された。疲労感・肩こり 腰痛といった「筋骨格系症状」が第 1 因子、余裕なし・イライラといった「精神症状」が第 2 因子、めまい・頭痛・息切れ・胃腸症状といった「身

体症状」が第 3 因子を構成している。男性では精神症状が第 1 因子を構成し、女性では身体症状が第 1 因子を構成している。40 歳未満では精神症状が第 1 因子、40 歳以上では筋骨格系症状が第 1 因子を構成している。

(6) CESD (表 4、p 95)

因子分析による因子構造の分析(全体、性別、年齢階層別)

CES-D の結果をもとに行った探索的因子分析の結果を表 2 に示す。ここでは固有値 10 以上を示す因子として 3 因子が抽出された。この結果を基に、共分散構造分析を用いて検証的因子分析を行ったところ、探索的因子分析の結果と同様の 3 因子モデルが最も高いモデル適合度を示し、さらに、第 1 因子と第 2 因子の間に相関関係を規定した場合、AIC は最も低下し、その時の RMSEA も 0.05 と良好なモデル適合度を示した。これらの因子を、それぞれ、「抑うつ症状」、「認知」、「陽性気分」とした。性別では因子構造に差はないが、年齢階層別では若年層では、「認知」の項目が優位である。

(7) 日常生活での愁訴の各項目および因子得点と CESD の比較(平均値および相関分析)

日常生活での愁訴の各項目および因子得点と CESD との間には、いずれも有意な相関が認められた。

(8) 1ヶ月間における日常生活での不満、悩み、苦勞、ストレスと CESD (分散分析)

日常生活での不満、悩み、苦勞、ストレスが高得点であると CESD は有意に高い。

(9) 不満、悩み、苦勞、ストレスによる日常生活の阻害と CESD (分散分析)

不満、悩み、苦勞、ストレスによる日

常生活の阻害が強いほど CESD は有意に高い。

(10) 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容、因子分析による因子構造の分析(全体、性別、年齢階層別、就業状況別)(表5、P95)

探索的因子分析の結果、3 因子が抽出された。家族・住居・家計など「家庭生活に関する事柄」が第1因子、育児・教育・妊娠出産など「子供に関する事柄」が第2因子、通勤通学・転職・学業など「職場や学校に関する事柄」が第3因子を構成している。男性では「職場や学校に関する項目」が第2因子を構成している。若年層では「子供関連の項目」が第1因子、中高年層では「家庭生活関連の項目」が第1因子を構成している。

(10-1) 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容の各項目と CESD (t 検定)

いずれのストレス要因とも存在すると、CESD は有意に高くなる。

(10-2) 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容の因子得点と CESD (重回帰分析)(CESD は従属変数)(表6、P96)

3 因子モデルで有意な結果が得られ R^2 は 0.159 である。

(11) 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法の因子分析による因子構造の分析(全体、性別、年齢階層別、就業状況別)(表7、P96)

探索的因子分析の結果、5 因子が抽出された。これらの因子を、それぞれ、「酒 煙草 ギャンブル」、「会話・買い物・食事」、「リラックス 睡眠」、「問題解決・相談」、「休養・趣味」とした。性別 年齢層別では大きな差はみられない。就業状況別では多少因子構造に差異がみられており、自営

業では「相談」が、公務員では「休養」が第1因子を構成している。

(11-1) 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法の各項目と CESD (t 検定)

休養を除いて、いずれの対処法の有無で有意差が認められている。

(11-2) 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法の因子得点と CESD (重回帰分析)(CESD は従属変数)(表8、P97)

5 因子を投入した結果、4 因子モデル(「酒 煙草 ギャンブル」、「会話・買い物・食事」、「リラックス・睡眠」、「休養・趣味」)が有意となり、 R^2 は 0.065 である。

(12) 不満、悩み、苦勞、ストレスの相談相手の因子分析による因子構造の分析(全体、性別、年齢階層別、就業状況別)(表9、P97)

探索的因子分析の結果、3 因子が抽出された。医師・公的機関など「フォーマルな相談」が第1因子、テレビなど「メディア」が第2因子、家族 知人など「インフォーマルな相談」が第3因子を構成している。男性では「インフォーマルな相談」が、女性では「フォーマルな相談」が第1因子を構成している。若年層では「インフォーマルな相談」が、中高年層では「フォーマルな相談」が第1因子を構成している。

(13) 不満、悩み、苦勞、ストレスの相談相手と CESD (分散分析)

相談相手の数と CESD を分散分析で解析したが有意な結果が得られており、相談相手の数が増えるほど CESD は高い。

(14) 不満や悩みに対する周囲の人の理解および因子得点と CESD (分散分析)

周囲の理解が高いと感じているほど CESD は有意に低い結果が得られている。

(15) 1日あたりの平均的な睡眠時間とCESD (図17~図32, P105~110)

睡眠時間とCESDの関係では、7時間~8時間が最もCESDは低く、これより短くなっても長くなってもCESDは高くなる傾向がみられた。特に6時間を切るようになるとCESDが一段と高くなるようにみえる。さらに性別・年齢層別および労働者群における性別・年齢層別に検討を加えた。心の健康を保つ上で特に中高年齢層男性はより長い睡眠を要するようみえる。

(16) 睡眠に関する愁訴とCESD (分散分析)

愁訴が増えるほどCESDは有意に高くなる結果が得られた。

(17) 睡眠不足の理由の因子分析による因子構造の分析 (全体、性別、年齢層別、就業状況別) (表10, P98)

探索的因子分析の結果、3因子が抽出された。頻尿・騒音といった「身体的・物理的項目」が第1因子、「育児・介護などの項目」が第2因子、「ストレス・身体的問題などの項目」が第3因子を構成している。性別では女性は「育児」、男性は「ストレス」などの項目が第1因子を構成している。年齢層別では若年層は「趣味で睡眠時間の確保困難」が、中高年では「ストレス」などの項目が第1因子を構成している。就業状況別では大きな差は見られない。

(18) 睡眠不足の理由および因子得点とCESD (分散分析)

睡眠不足の理由が増えるとCESDは有意に増加する。

(19) 十分な睡眠を得るための工夫の因子分析による因子構造の分析 (全体、性別、年齢層別、就業状況別)

いずれも1因子構造である。

(20) 共分散構造分析 (全体および性別、年齢階層別、就業状況別、世帯構造別に多母集団の同時解析を行う)

この検討の目的は、性別、年齢、就業の有無、世帯構造の違いによって、ストレス関連因子が抑うつ状態に与える影響にどのような違いがあるかを検討することである。

CESDとストレス関連因子を用いたモデルを作成し、多母集団の同時解析を行って検討した。ストレス関連因子として、ストレス、睡眠による休養、周囲の支援、ストレス対処行動を用いた。ストレス対処行動は、15の質問項目について探索的因子分析を行い、その因子得点の合計点を観測変数として用いた。

仮定したモデルの適合度については、共分散構造分析を行い、主にRMSEA (root mean square error of approximation) およびAIC (Akaike's information criterion) を用いて評価した。ストレス関連因子がCESDに与える影響の評価は、それぞれの変数からCESDにひかれた標準化パス係数を用いて行った。

ストレス対処行動は上述のように「酒煙草 ギャンブル」、「会話・買い物・食事」、「リラックス 睡眠」、「問題解決・相談」、「休養・趣味」の5因子が得られており、これらの因子得点の合計点を観測変数として用いた。当初仮定したモデルを共分散構造分析にて評価したところ、ストレスと睡眠による休養の間に相関関係を規定した場合、AICは有意に改善し、RMSEAは0.06と良好なモデル適合度を示したため、CESDとストレス関連因子に関するモデルとして、図33 (P111) に示すモデルを用いること

とした。

以下このモデルを用いて、性別、年齢（20歳－39歳、40歳－59歳）、就業の有無、世帯構造の違いによる多母集団の同時解析を行い、これらの属性の違いによってストレス関連因子から抑うつに与える影響にどのような違いがあるかを、それぞれのパス係数を比較することによって検討した。その結果を表11（P 98）に示す。なおここで使用した全てのモデルは全て十分なモデル適合度を示している。

これによると、ストレス→のCESDパス係数は、すべての属性の違いで相違していることが示されている。特に男性と女性においてストレスがCESDに与える影響に大きな違いのあることが示唆されている。また周囲の支援が抑うつに与える影響は、20-39歳の若年層よりも40-59歳の中高年齢層において大きいことが示唆された。ストレス対処行動の違いが抑うつに与える影響についても、それぞれの属性でいくつかの違いをみせたが、特に男性に比べ女性において「会話・買い物・食事」の対処行動が抑うつに与えている影響が大きい可能性や、非就業者は就業者に比べ「問題解決・相談」の対処行動が上手くとられていないことが抑うつに大きく影響しているという可能性が示唆された。

考察

1 CESDを心の健康の指標とすると、5万人以下の小都市で不良であるという結果が得られたが、こうした地域における心のケアのあり方を検討する必要かある。CESDは女性・高齢者で高得点であり、これは従前の報告と一致する所見で

ある。

- 2 地域ブロックにおけるCESDと自殺率には負の相関が認められたが、地域ブロックという大きな区分けでの検討での限界を示している可能性と自殺行動に対して防御的に働く要因の関与の大きいことも示唆される結果である。地域ブロックにおけるCESDと失業率には正の相関が認められたが、昨今のうつ病の増加における経済不況の影響が示唆される。地域ブロックにおけるCESDと精神科外来受療率には弱い正の相関が認められた。性別で比較すると女性での相関は弱いという結果が得られたが、社会教育・啓発活動を通して、受療行動の促進を行う必要性が示唆される。
- 3 被雇用者では中小企業に働く労働者と無職の者で心の健康の不良であるという所見が得られたが、こうした人々へのケアの拡充が求められよう。
- 4 寮などで生活する単身生活者において心の健康が不良であるが、こうした人々への効果的なケアが望まれる。
- 5 日常生活での愁訴の探索的因子分析の結果、3因子が抽出されたが、性差および年齢層による因子構造の差異はストレス反応の違いを反映しているものとも考えられる。
- 6 CESDの因子分析では、「抑うつ症状」、「認知」、「陽性気分」の3因子が抽出されたが、若年層の因子構造で「認知」の項目が優位であることは、こうした層に属する人々への関与のあり方を示唆するものであろう。
- 7 対処法の因子分析による因子構造の分析因子分析の結果、「酒 煙草 ギャンブ

ル」、「会話 買い物・食事」、「リラックス・睡眠」、「問題解決・相談」、「休養・趣味」の5因子が抽出されたが、性差・年齢層による差が明瞭ではなく、ストレス対処行動は性・年齢にかかわらず比較的安定していることが示唆された。

8 不満、悩み、苦勞、ストレスの相談相手の因子分析の結果、「フォーマルな相談」、「メディア」、「インフォーマルな相談」の3因子が抽出されたが、性差・年齢層による因子構造の差がみられた。支援体制を考慮する際の参考となろう。

9 睡眠時間とCESDの関係では、6時間以上の睡眠の確保が望ましい。また中高年ではより長い睡眠を要することが示唆された。

10 性別、年齢層、就業の有無、世帯構造の違いによる多母集団の同時解析を行い、これらの属性の違いによるストレス関連因子から抑うつに与える影響の差異を検討した結果、母集団による違いが幾つか認められた。これらは、うつ病発症・再発予防対策を構築する上で、母集団の特性に注目した取り組みの必要性を示唆するものである。

研究協力者

田中 克俊 北里大学大学院産業精神保健学

広 尚典 医療法人社団 こうかん会鶴見保健センター

荒武 優 医療法人社団 こうかん会鶴見保健センター

衛藤 理佐 (株)東芝 産業医

表1

地域ブロック 該都道府県						
北海道	北海道					
東北	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県
関東Ⅰ	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県		
関東Ⅱ	茨城県	栃木県	群馬県	山梨県	長野県	
北陸	新潟県	富山県	石川県	福井県		
東海	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県		
近畿Ⅰ	京都府	大阪府	兵庫県			
近畿Ⅱ	滋賀県	奈良県	和歌山県			
中国	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	
四国	徳島県	香川県	高知県	愛媛県		
北九州	福岡県	佐賀県	長崎県	大分県		
南九州	熊本県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県		

表2 相関表

	自殺率	失業率	受療率
CESD	-0.427614268	0.368052271	0.21115413
	男性自殺率	男性失業率	男性受療率
男性CESD	-0.209239816	0.357881364	0.1597206
	女性自殺率	女性失業率	女性受療率
女性CESD	-0.657492179	0.44079738	0.08225438

表3 日常生活での愁訴 因子分析による因子構造の分析

全体	因子		
	1	2	3
疲労	0.535	0.410	0.385
前日疲労	0.512	0.397	0.300
肩こり	0.461	0.223	0.299
腰痛	0.432	0.198	0.328
余裕なし	0.377	0.666	0.303
イライラ	0.369	0.619	0.374
めまい	0.308	0.256	0.505
頭痛	0.416	0.303	0.445
息切れ	0.274	0.214	0.438
健康不安	0.315	0.211	0.339
胃の具合	0.317	0.251	0.337
便秘下痢	0.280	0.236	0.321

因子抽出法 最尤法 回転法 Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表4 CESDの因子構造の分析

因子			
	1	2	3
憂鬱	0.804	0.606	0.011
億劫	0.762	0.479	0.003
集中力低下	0.716	0.486	-0.040
わずらわしい	0.690	0.497	0.004
気分晴れない	0.670	0.591	0.027
仕事できない	0.618	0.543	0.011
口数減った	0.586	0.575	0.012
食欲低下	0.509	0.407	-0.015
入眠困難	0.475	0.449	-0.011
悲しい	0.539	0.720	0.007
よそよそしい	0.491	0.677	0.036
一人ぼっち	0.487	0.647	0.028
嫌われている	0.458	0.646	0.038
恐ろしい	0.539	0.624	0.012
過去くよくよ	0.528	0.556	-0.060
泣く	0.342	0.530	0.006
将来積極性	-0.020	-0.028	0.674
楽しい	0.160	0.162	0.610
能力ある	-0.123	-0.041	0.601
生活満足	-0.038	-0.025	0.555

因子抽出法 最尤法 回転法 Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表5 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容 因子分析

因子			
	1	2	3
健康	0.465	-0.001	-0.115
家族健康	0.453	0.094	-0.086
退職老後	0.388	0.033	0.056
親戚	0.362	0.183	0.110
収入家計	0.342	0.313	0.241
近所	0.329	0.227	0.103
住まい	0.321	0.256	0.210
生きがい	0.293	0.100	0.271
家族	0.267	0.238	0.171
借金	0.236	0.183	0.230
生活環境	0.235	0.158	0.155
知人死去	0.225	0.021	0.008
話し相手	0.215	0.073	0.121
退屈	0.150	-0.007	0.122
別居離婚	0.138	0.131	0.137
育児	0.057	0.615	0.007
家事	0.209	0.469	0.075
教育	0.147	0.419	0.081
不自由	0.041	0.307	0.228
妊娠出産	0.012	0.165	0.011
職場学校	-0.009	0.065	0.449
仕事	-0.026	0.035	0.293
通勤通学	-0.011	0.038	0.271
他人	0.195	0.106	0.234
転職失業	0.158	0.062	0.223
就職	0.084	0.035	0.193
結婚	0.106	0.024	0.184
学業	-0.132	-0.056	0.174
いじめ	0.114	0.065	0.142

因子抽出法 最尤法 回転法 Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表6 不満、悩み、苦勞、ストレスの内容の因子得点と落ち込み状態 重回帰分析

モデル集計

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標準誤差
1	0.323	0.104	0.104	7.339
2	0.399	0.159	0.159	7.111
3	0.399	0.159	0.159	7.109

係数(a)

モデル		非標準化係数 B	標準誤差	標準化係数 ベータ	t	有意確率
1	(定数)	11.333	0.047		240.363	0.000
	家庭生活	3.105	0.059	0.323	53.037	0.000
2	(定数)	11.333	0.046		248.063	0.000
	家庭生活	2.464	0.059	0.256	41.778	0.000
	職場 学校	2.608	0.066	0.243	39.725	0.000
3	(定数)	11.333	0.046		248.152	0.000
	家庭生活	2.557	0.063	0.266	40.706	0.000
	職場 学校	2.683	0.068	0.250	39.508	0.000
	子供	-0.279	0.065	-0.029	-4.281	0.000

表7 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法の因子分析による因子構造の分析

因子

	1	2	3	4	5
喫煙	0.679	-0.032	0.137	0.034	-0.050
飲酒	0.456	-0.033	0.078	0.050	0.020
ギャンブル	0.354	-0.029	0.045	-0.041	0.028
買い物	-0.059	0.581	0.222	0.034	0.075
食べる	0.015	0.516	0.345	0.047	-0.056
会話	-0.033	0.313	0.096	0.182	0.020
ペット	0.050	0.163	0.159	0.053	0.114
のんびり	0.019	0.138	0.454	0.112	0.237
寝る	0.106	0.191	0.403	0.047	-0.049
テレビ	0.064	0.243	0.332	-0.036	0.040
悩み	0.004	0.043	0.074	0.508	0.201
相談	-0.004	0.082	0.040	0.297	-0.012
趣味	0.047	0.044	0.126	0.094	0.326
休養	0.047	0.085	0.181	0.175	0.246
耐える	0.021	0.028	0.052	0.023	-0.167

因子抽出法 最尤法 回転法 Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表8 不満、悩み、苦勞、ストレスの対処法の因子得点と落ち込み状態の重回帰分析

モデル集計

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標準誤差
1	0.160	0.026	0.026	7.654
2	0.245	0.060	0.060	7.518
3	0.250	0.063	0.063	7.507
4	0.256	0.065	0.065	7.496

係数(a)

モデル		非標準化係数		標準化係数		t	有意確率
		B	標準誤差	ベータ			
1	(定数)	11.333	0.044			255.402	0.000
	趣味・休養	-2.423	0.087	-0.160		-27.920	0.000
2	(定数)	11.333	0.044			260.021	0.000
	趣味・休養	-3.420	0.090	-0.226		-37.809	0.000
3	のんびり寝る	2.244	0.068	0.197		32.966	0.000
	(定数)	11.333	0.044			260.409	0.000
	趣味・休養	-3.309	0.091	-0.218		-36.337	0.000
	のんびり寝る	2.055	0.071	0.180		29.002	0.000
4	喫煙・飲酒	0.573	0.060	0.055		9.479	0.000
	(定数)	11.333	0.043			260.765	0.000
	趣味・休養	-3.143	0.093	-0.207		-33.875	0.000
	のんびり寝る	1.449	0.097	0.127		14.903	0.000
	喫煙・飲酒	0.757	0.064	0.073		11.887	0.000
	買い物食べる	0.749	0.083	0.070		9.070	0.000

表9 不満、悩み、苦勞、ストレスの相談相手 因子分析

全体	因子		
	1	2	3
医師	0.999	0.237	-0.077
公的機関	0.124	0.462	0.002
民間相談	0.037	0.280	0.007
テレビ相談	0.061	0.108	-0.022
知人相談	-0.068	-0.037	0.501
家族相談	0.049	-0.004	0.189
上司相談	-0.018	0.001	0.189
先生相談	-0.003	0.072	0.125

因子抽出法 最尤法 回転法 Kaiser の正規化を伴うプロマクス法

表10 睡眠不足の理由 因子分析による因子構造の分析

全体	因子		
	1	2	3
トイレ	0.996	-0.168	0.065
周囲騒音	0.067	-0.063	0.047
睡眠確保	-0.265	0.994	0.337
育児不眠	-0.040	-0.113	-0.020
介護不眠	0.009	-0.080	0.049
趣味不足	-0.122	-0.016	-0.427
不満	0.039	-0.233	0.241
休養充足	-0.033	0.074	0.230
身体不調	0.161	-0.201	0.218

因子抽出法 最尤法 回転法 Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表11 母集団の属性によるモデル式の差異

	男性		女性		20-39歳		40-59歳		就業者		非就業者		世帯1		世帯2	
ストレス (V-03)			-34		-33			-36		-34		-36		-37		-33
睡眠による	12		12		12		11		13		12		12	14		12
周囲の理由	11		11		10		16		12		12		09	08		10
酒タバコ	11		08		11		08		10		10		08	05		09
会話買い	01		08		06		05		04		04		07	06		02
リラックス	13		14		14		12		13		13		15	14		13
問題解決	-07		-09		-06		-05		-04		-04		-13	-07		-08
休養趣味	04		05		03		05		04		04		05	01		05

図1 CESDと市郡

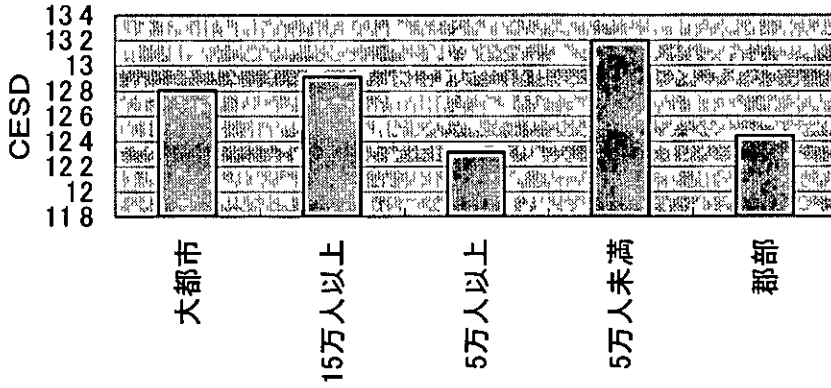


図2 CESDと地域ブロック

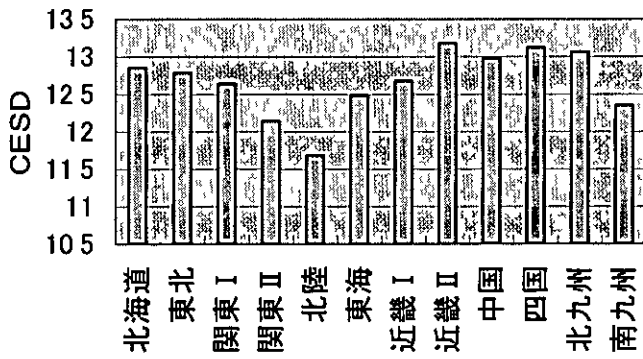


図3 CESDと性別

