

メンタルヘルス問題で「困っていない」企業やメンタルヘルス問題が「増えていない」企業の多くは、メンタルヘルス対策を実施していなかった。したがって、実際にメンタルヘルス問題で困ったり、メンタルヘルス問題が増えてきたりすることによって、メンタルヘルス対策を導入していることが伺える。

法改正や指針については、労働安全衛生法改正、労働者の心の健康の保持増進のための指針改訂、心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き、の順に知っているとの回答が少なくなっていた。知っているとの回答が最も多かった労働安全衛生法改正でさえも、59.5%にとどまっていた。いずれも、メンタルヘルス対策を実施している企業では周知度が高く、メンタルヘルス対策を実施していない企業では、周知度が低いことが示された。

実施しているメンタルヘルス対策としては、精神科医等の委嘱、社内での管理監督者教育が多く実施されていた。これらは、労働者の心の健康の保持増進のための指針の企業外資源によるケアとラインによるケアに関連するものと思われる。また、質問紙や問診によりメンタル面のチェックを実施している企業も見られた。これは、労働者の心の健康の保持増進のための指針のセルフケアに該当するものである。

これらの内容が実施されている理由としては、以下の点が考えられる。一つ目は、労働者の心の健康の保持増進のための指針の発表からは約6年経過しており、さまざまところで扱われている点である。平成18年4月に改訂されたことを知っている企業は少ないものの、指針に示された4つの

ケアに関しては、何らかの形で耳にしたことのある場合が多いのであろう。また、現在ではインターネットなどの手段を通じて、メンタルヘルスに関するチェックリストを入手することができ、集計や結果の算出方法も容易であり専門家でなくとも利用が可能であることから、導入しやすいのであろう。一方、中小零細企業の場合、企業内産業保健スタッフの確保が難しいことも考えられ、企業内産業保健スタッフ等によるケアに関連する内容が示されなかったと思われる。

## E. 結論

調査対象となった中小零細企業のほとんどがメンタルヘルスに関心を持っているものの、実施している企業は4割未満にとどまっていた。メンタルヘルス問題の増加や困窮が実際に起きることにより、メンタルヘルス対策の導入が行われている現状が伺われた。今後、中小零細企業においてメンタルヘルス対策の実施を促進させるためには、メンタルヘルスへの関心を持ちつつある企業へ積極的に働きかけることが重要であると思われる。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
該当せず。

2. 学会発表

1) 高田未里, 佐藤恵美, 島悟. 中小企業におけるメンタルヘルス. 第80回日本産業衛生学会大会論文集, 2007; 印刷中

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 引用文献

1) 荒井稔. 就業者における自殺の後方視的研究とその予防対策. 臨床精神病理 1991 ; 12 : 119-131.

2) 中央労働災害防止協会（編）. 働く人のこころの健康づくり－指針と解説－. 東京：中央労働災害防止協会, 2001.

3) 厚生労働省. 平成 14 年労働者健康状況調査. 2002.

4) 産労総合研究所（編）. 労災・通災・メンタルヘルスハンドブック. 東京：経営学院, 2001.

5) 産労総合研究所（編）. 労災・通災・メンタルヘルスハンドブック. 東京：経営学院, 2005.

表1 企業の従業員数

	度数	(%)
10名未満	1	(0.7)
10～19名	0	(0.0)
20～29名	2	(1.4)
30～39名	5	(3.4)
40～49名	8	(5.4)
50～99名	29	(19.6)
100～299名	41	(27.7)

\*欠損 62

表2 メンタルヘルス対策の実施状況

	度数	(%)
実施	58	(39.2)
未実施	89	(60.1)

表3 メンタルヘルス対策の実施状況とメンタルヘルスへの関心

		メンタルヘルスへの関心									
		非常にある		かなりある		多少ある		ない		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
メンタルヘルス対策	実施	13	(8.8)	30	(20.3)	15▽	(10.1)	0▽	(0.0)	58	(39.2)
	未実施	11	(7.4)	32	(21.6)	38▲	(25.7)	9▲	(6.1)	90	(60.8)
	合計	24	(16.2)	62	(41.9)	53	(35.8)	9	(6.1)	148	(100.0)

x<sup>2</sup>(3)= 12.896 , p<.01 (▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05)

表4 メンタルヘルス対策の実施状況と現在メンタルヘルス問題で困っているか

		メンタルヘルス問題で									
		非常に困っている		かなり困っている		多少困っている		困っていない		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
メンタルヘルス対策	実施	1	(0.7)	6▲	(4.1)	28	(18.9)	23▽	(15.5)	58	(39.2)
	未実施	1	(0.7)	1▽	(0.7)	35	(23.6)	53▲	(35.8)	90	(60.8)
	合計	2	(1.4)	7	(4.7)	63	(42.6)	76	(51.4)	148	(100.0)

x<sup>2</sup>(3)= 9.727 , p<.05 (▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05)

表5 メンタルヘルス対策の実施状況と過去1年間におけるメンタルヘルス問題の増加

		過去1年間におけるメンタルヘルス問題は									
		非常に増えている		かなり増えている		多少増えている		増えていない		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
メンタルヘルス対策	実施	1	(0.7)	8▲	(5.4)	30▲	(20.3)	19▽	(12.8)	58	(39.2)
	未実施	1	(0.7)	0▽	(0.0)	29▽	(19.6)	60▲	(40.5)	90	(60.8)
	合計	2	(1.4)	8	(5.4)	59	(39.9)	79	(53.4)	148	(100.0)

x<sup>2</sup>(3)= 23.474 , p<.01 (▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05)

表6 メンタルヘルス対策の実施状況と

労働安全衛生法改正による一部過重労働面接の義務化(平成18年4月)について

		労働安全衛生法改正について					
		知っている		知らない		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
メンタルヘルス対策	実施	41▲	(27.7)	16▽	(10.8)	57	(38.5)
	未実施	47▽	(31.8)	43▲	(29.1)	90	(60.8)
	合計	88	(59.5)	59	(39.9)	147	(99.3)

x2(1)= 5.641 , p<.05 (▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05)

表7 メンタルヘルス対策の実施状況と

労働者の心の健康の保持増進のための指針の改訂(平成18年4月)について

		労働者の心の健康の保持増進のための指針改訂について					
		知っている		知らない		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
メンタルヘルス対策	実施	40▲	(27.0)	18▽	(12.2)	58	(39.2)
	未実施	28▽	(18.9)	61▲	(41.2)	89	(60.1)
	合計	68	(45.9)	79	(53.4)	147	(99.3)

x2(1)= 19.869 , p<.01 (▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05)

表8 メンタルヘルス対策の実施状況と

心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き(平成16年10月)について

		心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引きについて					
		知っている		知らない		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
メンタルヘルス対策	実施	29▲	(19.6)	29▽	(19.6)	58	(39.2)
	未実施	27▽	(18.2)	61▲	(41.2)	88	(59.5)
	合計	56	(37.8)	90	(60.8)	146	(98.6)

x2(1)= 5.518 , p<.05 (▲有意に多い, ▽有意に少ない, p<.05)

表9 実施しているメンタルヘルス対策の内容

(複数回答あり)

	度数	(%)
精神科医等の委嘱	16	(10.8)
社内での管理監督者教育	15	(10.1)
社内での一般社員教育	8	(5.4)
外部の相談機関との契約	6	(4.1)
社外の教育研修	6	(4.1)
個人面談	5	(3.4)
コミュニケーションの促進	4	(2.7)
カウンセラーの委嘱	3	(2.0)
ストレスチェックの実施	3	(2.0)
ポスター・標語等の配布	3	(2.0)
健康診断でのメンタルチェック	3	(2.0)
安全衛生委員会で教育を実施	2	(1.4)
社内相談窓口の設置	2	(1.4)
社労士・弁護士と連携	2	(1.4)
上司によるケア	2	(1.4)
外部の医療機関との契約	2	(1.4)
職場風土・職場環境の改善	2	(1.4)
EAP機関との契約	1	(0.7)
還元イオン機による体調管理	1	(0.7)
上司へのフォローの実施	1	(0.7)
朝礼にて精神の安定を図る	1	(0.7)
海外赴任マニュアルの整備と実施	1	(0.7)

別添資料1

1. メンタルヘルスには関心がありますか？

- ①非常にある ②かなりある ③多少ある ④ない

2. メンタルヘルス問題で困っていますか？

- ①非常に困っている ②かなり困っている ③多少困っている ④困っていない

3. メンタルヘルスのケースは増えていますか？

- ①非常に増えている ②かなり増えている ③多少増えている ④増えていない

4. 御社では、何らかのメンタルヘルスの対策をしておられますか？

- ①対策をしていない  
②対策をしている  
②の場合、その内容をお書きください。

---

---

5. 今年4月に労働安全衛生法が改正され、一部過重労働面接が義務化されたことを知っていますか？

- ①はい ②いいえ

6. 今年4月に厚生労働省より改訂メンタルヘルス指針（労働者の心の健康の保持増進のための指針）が出されたことを知っていますか？

- ①はい ②いいえ

7. 2年前に、厚生労働省より復職ガイドライン（心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き）が出されたことを知っていますか？

- ①はい ②いいえ

8. 今後、管理監督者教育、メンタルヘルス診断（個人・組織）、オンラインでの相談などのメンタルヘルス対策を無料でご提供するプロジェクトを行う予定です。このプロジェクトへの御参加を是非お願いしたいと存じます。参加を希望される場合には、後日詳細等を連絡いたしますので、以下に連絡先をご記入ください。

会社名 従業員数  
連絡先部署名 担当者名  
電話番号  
電子メールアドレス

平成18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）  
分担研究報告書

## 抑うつ気分を主訴に精神科受診した労働者の職業性ストレス

### －治療前後における検討－

分担研究者 井上 幸紀 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学・助教授

#### 研究要旨

抑うつ気分を主訴に精神科を受診した労働者を自殺のハイリスク群（患者群）とし、その抑うつ気分と職業性ストレスを初診時と症状改善後に調査比較し、抑うつ気分に関連する主な職業性ストレスを明らかにすることを試みる。今回（研究1年目）は患者群24名で初診時の調査を行い、これを某地方公務員407名（公務員群）における抑うつ気分や職業性ストレスと比較検討した。患者群では多くの職業性ストレスが高値を示したが、仕事外要因や家族支援では有意差を認めなかった。このことから、労働者の抑うつ気分を低減するには、仕事外要因よりも職業性ストレスへの配慮が必要であることが確認できた。現時点での検討には患者例数が少ない、比較対象が公務員と限定されているなどの限界がある。今後は解析対象患者数を増やし、さらに詳細に縦断検討なども進めていく予定である。

## A. 研究目的

情報化社会の到来などの産業構造や社会経済状況の変化に伴い、職業性ストレスが変化・増大している。最近では、1ヵ月以上病気で仕事を休んでいる人の15%は精神障害が原因であると報告され、そのうち80%が診断書病名ではうつ病となっている<sup>1)</sup>。うつ病など仕事のストレスに関連する疾患の医療費は年間2兆円にのぼり、これは全医療費の10~20%に相当する<sup>2)</sup>。年間の自殺者数も1997年までは2万人台だったのが増加し、以後3万人を超えたままである（そのうち30%ほどが勤労者と言われている）。

平成17年度に大阪産業保健推進センターと共同で行なった従業員300人以上の大阪府下1248事業所への質問紙法による検討では、回答を得た468事業所（回収率37.5%）での精神疾患病名による休職者の5年間の推移では、平成12年度から平成16年度の5年間に精神疾患病名で休職した事例数は3.5倍に増加し、そのなかでうつ病・抑うつ状態という診断書で休職した事例数は4.9倍に増加していた（図1）。また回答を得た事業所の15%で過去5年間に労働者の自殺が認められていたという<sup>3)</sup>。職業性ストレスが関連したと思われる精神疾患の増加は労働者個人の健康問題のみならず、労働生産性の低下などから社会経済的にも大きな問題となり対策が求められている。

精神疾患病名で休職する事例数が増加する原因としては、情報化社会の到来によるグローバル化や実力主義、年功序列の崩壊などの産業構造の変化があげられる。労働者の精神状態を安定させ、うつ病を主とした精神障害を防ぎ、自殺防止に結びつけるためには、このような職業性ストレスを正

しく把握し対応することが大切である。

しかし、職業性ストレスには多くの種類が存在し、また同一の職場内でも職種や立場などにより異なることから、その把握は容易ではない。このように複雑な職業性ストレスを把握するため、米国国立労働安全衛生研究所（National Institute of Occupational Safety and Health: NIOSH）により職業性ストレスモデル（図2）が提唱されている。これは労働者には多くの具体的職業性ストレスのみならず、仕事以外のストレス、緩衝要因、個人要因、など多くの因子が複雑に関与し、そのストレスが総合的に大きいと疲労感などの生理的身体変化、抑うつ気分などの精神的変化を生じ、その状態が継続すると高血圧などの心身症や、大うつ病性障害などの精神疾患に結びつくと言われている。その中で具体的な職場ストレスとしては、表1のような項目が挙げられている。その理論に基づき職業性ストレスを評価するための調査票（NIOSH調査票）が開発され、日本語版は原谷らによりその信頼性と妥当性が確立されている<sup>4)</sup>。

わが国においては平成10年に労働者の自殺が急増して以来一向に減少する傾向は見えず、労働者の自殺予防対策の確立は緊急の行政課題であると考えられる。今回、抑うつ気分を主訴に精神科を受診した労働者を自殺のハイリスク群とし（患者群）、NIOSH調査票を使用して職業性ストレスと抑うつ気分を初診時と症状改善後に調査比較し、抑うつ気分に関連する主な職業性ストレスを明らかにすることを試みる。

## B. 研究方法



対象は、大阪市立大学医学部付属病院・神経精神科外来を抑うつ気分を主訴に受診した労働者である。今回の報告には、平成18年4月から11月に受診し質問紙への記入に同意した患者24名（患者群）と、某地方都市公務員に職場講習会で同様の調査票の記入を依頼し回収できた407名（公務員群）を含めた（現在も症例数を追加中である）。

患者群では職業性ストレスの程度を初診時にNIOSH調査票で、主観的な抑うつ気分を自記式うつ病評価尺度 (Self rating depression scale: SDS) で、客観的な抑うつ気分を Hamilton depression scale (HAM-D) で測定した。なお、患者群の対応は「産業精神保健」を専門として外来登録し10年以上の精神科診療歴を持つ2名の精神保健指定医が行ない、診断はDSM-IVに沿って行なった。患者群の治療は通常の外来診療として1～2週に一度10分程度行なわれ、Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) や Selective serotonin and norepinephrin reuptake inhibitor (SNRI) 投与を中心とした薬物療法、認知療法的な精神療法が行なわれた。復職し、ある程度症状が改善したと考えられた時点で、再度NIOSH調査票などの心理テストを行い、治療前後で比較検討する（今年度は行なわず）。

また、公務員群における「抑うつ気分あり」群は、SDSで28点以上（60点満点）のものとし<sup>5)</sup>、公務員群にHAM-Dは実施しなかった。なおこの研究は大阪市立大学医学研究科倫理委員会及び公務員群参加事業所の承認を得て、公務員群の参加は自由意志として実施した。

解析は等分散を仮定しないT-testを用

い、5%を有意水準とした。

### C. 研究結果

患者群の診断は、22名（91.7%）が大うつ病性障害、2名（8.3%）が適応障害（抑うつを伴うもの）であった。患者数の集積が不十分であるため、今回はそれを全てまとめて患者群とした。患者群のSDS（60点法）は $38.46 \pm 7.81$ 、HAM-Dは $20.63 \pm 3.89$ であった。公務員群407名中SDS記載に不備のなかった388名全体でのSDSは $19.87 \pm 9.48$ であったが、74名（19.1%）がSDS 28点以上と抑うつ気分ありという結果であった。そのため、公務員群も公務員通常気分群314名（SDS  $16.52 \pm 6.57$ ）と、公務員抑うつ群74名（SDS  $34.08 \pm 6.19$ ）に区別した。これら患者背景を表2に示す。

公務員群全体と患者群の職業性ストレス、仕事外要因、個人要因、緩衝要因、心理・身体的反応の結果を表3に示す。職業性ストレスの多くのもので有意な差異を認めしたが、人々への責任、技能の低活用、仕事外要因、家族支援では有意差を認めなかった。

公務員通常気分群と公務員抑うつ群の結果を表4に示す。職業性ストレスの多くのもので有意な差異を認めしたが、認知的要求、仕事量、仕事外要因では有意差を認めなかった。

公務員抑うつ群と患者群の結果を表5に示す。SDS得点は患者群がやや高く、有意差を認めた。職業性ストレスでは物理的環境、役割の曖昧さ、仕事の将来の曖昧さ、仕事のコントロール、人々への責任、技能の低活用、仕事外要因、自尊心、家族支援に有意差を認めず、役割葛藤、グループ内・

間対人葛藤、雇用機会、仕事の変動、認知的要求、仕事量、上司・同僚支援、身体愁訴、仕事満足に有意な差異を認めた。

#### D. 考察

今回、抑うつ気分を主訴に病院外来を受診した労働者のうつ症状と職業性ストレスを公務員群と比較した。患者群のSDS得点は38点程度（60点法）、HAM-Dで21点程度と中等症の抑うつ気分を呈する患者が多かったと考えられる。実際の診療場面ではより重篤なうつ病の労働者を診察する機会もあったが、病状のために質問紙への回答を行う意欲にかけ、研究への参加同意を得られない場合もあった。今回の患者群は質問紙への回答に同意協力できる状態であり著明なうつ状態ではなく、症状があっても職場を休まずに頑張っている労働者とも考えられ、職業性ストレスを検討する対象として意義があるものと考えられる。

公務員群に実施した自記式のSDS得点からは、抑うつ状態と判断できる労働者が全体の約19.1%であった。日本におけるうつ病の生涯有病率は6.5%、時点有病率は女性5〜9%、男性2〜3%と報告されている<sup>6)</sup>。Myersらは自己記入式の抑うつ尺度の点数とうつ病の臨床診断が必ずしも一致しないことを報告し<sup>7)</sup>、今回の結果における公務員抑うつ群は調査時点で抑うつ気分を有していた労働者の割合にすぎず、一過性の抑うつ状態や他の疾患によるうつ状態なども含まれている事に注意が必要である。すなわち、公務員抑うつ群は通常勤務をしながらも何らかの理由で調査時点で抑うつ気分を呈していた労働者群であり、患者群は精神科医が正確に診断した疾患群という違い

が存在する。公務員抑うつ群は基本的には患者群ではないが、一定水準の抑うつ症状を有するものであることから、うつ病予備軍であるとも考えられる。

患者群は公務員群に比し多くの職業性ストレスが高値を示し、仕事外要因や家族支援では有意差を認めなかった。このことは、労働者の抑うつ症状を低減するためには、職業性ストレスへの配慮が必要であると考えられた。また、公務員群で抑うつ気分を認めない公務員通常気分群と抑うつ気分を認める公務員抑うつ群の比較では、公務員抑うつ群では多くの職業性ストレスが高値で家族を含めた緩衝因子は低値であったが、人々への責任、認知的要求、仕事量、仕事外要因に差を認めなかった。職業性ストレスの理解によく使用されるDemand-Control-Support Modelに含まれる仕事量で有意差を認めなかったことは、公務員群が他職種に比べ、職務的に仕事量のばらつきが少ない集団であることが影響している可能性も考えられた。

同様に公務員抑うつ群と患者群においても比較検討を行なった。公務員群全体との比較では認められた物理的環境、役割の曖昧さ、仕事の将来の曖昧さ、仕事のコントロール、自尊心での有意差が、公務員抑うつ群との比較では有意差を認めなかった。このことは抑うつ気分と物理的環境、役割の曖昧さ、仕事の将来の曖昧さ、仕事のコントロール、自尊心が仕事を問わず関連している可能性を示唆している。また、役割葛藤、グループ内・グループ間対人葛藤、雇用機会、仕事の変動、認知的要求、仕事量、上司・同僚支援などのストレスが公務員抑うつ群に比べ患者群で高値であった。

グループ内・グループ間対人葛藤、上司・同僚支援などのストレスなど対人交流に関する多くの職業性ストレスが高値であったが、対人交流がストレス因子に含まれるほど抑うつ症状の重症化に結びつき受診に関連するのか、うつ症状の悪化が直接対人交流に関係しうつ症状が改善すると（介入なしで）対人交流が改善するのか、対人交流に関するストレスが抑うつ気分と無関係に通院と関連するのか、これは単に対象集団の特徴を示しているのか、などを今後検討する必要がある。職業性ストレスによりうつ状態になった労働者を早期に専門医受診に結びつけるためにも、縦断的検討などが必要と思われる。

今回の報告に関して、患者数が24例と少ないこと、公務員群は職務的に均一であるが患者群には多くの職種が含まれること、適応障害からうつ病への移行は認められるとはいえ患者群の診断が限定されていないことなど、現時点での結果の解釈には多くの注意点が存在する。それらを踏まえた上で、今後の研究を展開していきたい。

#### E. 今後の展開

さらに多くのデータを集積し、回帰分析など解析方法を工夫し、縦断的検討（臨床的介入結果の検討）などを行ない、労働者の自殺に結びつくと思われる、職業性ストレスの解明と介入方法の提言を行なう。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当せず。

##### 2. 学会発表

該当せず。

#### G. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

該当せず。

##### 2. 実用新案登録

該当せず。

##### 3. その他

該当せず。

#### H. 引用文献

1) 労働省平成11年度作業関連疾患の予防に関する研究「作業の場におけるストレスおよびその健康障害に関する研究報告書」成果物, 2000.

2) 川上憲人, 原谷隆史. 職業性ストレスの健康影響 産業医学ジャーナル, 1999 ; 22(5) : 51-55.

3) 酒井國男ら. 大阪産業保健推進センター 平成 17 年度調査研究「休職からの職場復帰体制の現実と課題—企業へのアンケート調査から—」報告書, 2006.

4) 原谷隆史. 質問紙による健康測定 : 第 8 回 NIOSH 職業性ストレス調査票 産業衛生学雑誌, 1998 ; 40 : A31-A32.

5) Takeda F et al. Mental health and job factors in social workers at social welfare office J Occup Health, 2002 ; 44 : 385-390.

6) 川上憲人ら. 「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学研究事業総括研究報告書, 2002.

7) Myers JK, Weismann MM. Use of

self-report symptom scale to detect  
depression in a community sample  
Am J Psychiatry, 1980 ; 137 :  
1081-1084.

表1 職業性ストレス要因

項目例	内容例	NIOSH調査票 得点が高いと
物理的環境	騒音, 照明の程度, など	悪い
役割葛藤	仕事のために規則を破るか, など	強い
役割の曖昧さ	権限は明確か, 目標は明確か, など	曖昧
グループ内対人葛藤	グループ内での意見の調和, 仲間意識の有無, など	強い
グループ間対人葛藤	グループ間での意見の調和, 仲間意識の有無, など	強い
仕事の将来の曖昧さ	経歴や仕事の将来見通しが明確か, など	曖昧
仕事のコントロール	仕事量, 順序などへの影響力があるのか, など	影響あり
雇用機会	同様の仕事を得られるやすいか, など	高い
量的労働負荷	仕事の量や余裕はあるのか, など	多い
労働負荷の変動	仕事の量は急増するか, など	大きい
人々への責任	他人の安全や将来への責任を負うのか, など	多い
技能の低活用	これまでに得た知識や技能を使えるか, など	低活用
認知的要求	集中が必要なのか, など	必要

表2 対象者背景

	全体			公務員群			患者群
	公務員群全体	公務員通常気分群	公務員抑うつ群	公務員群全体	公務員通常気分群	公務員抑うつ群	
年齢	43.56±11.64	43.95±11.71	44.11±11.74	42.62±11.9	39.29±8.43		
性別 (男性)	318/411 77.4%	298/387 77.0%	246/313 78.6%	52/74 70.3%	20/24 83.3%		
婚姻状況							
既婚	296/408 72.5%	284/384 74.0%	238/312 76.3%	46/72 63.9%	12/24 50.0%		
未婚	95/408 23.3%	86/384 22.4%	65/312 20.8%	21/72 29.2%	9/24 37.5%		
離婚ほか	17/408 4.2%	14/384 3.7%	9/312 2.8%	5/72 7.0%	3/24 12.5%		
職種							
事務	353/400 88.3%	343/376 91.2%	278/306 90.9%	65/70 92.9%	10/24 41.7%		
営業販売	1/400 0.3%	1/376 0.3%	0/306 0.0%	1/70 1.4%	0/24 0.0%		
技術	2/400 0.5%	1/376 0.3%	1/306 0.3%	0/70 0.0%	1/24 4.2%		
専門職	28/400 7.0%	24/376 6.4%	21/306 6.9%	3/70 4.3%	4/24 16.7%		
その他	16/400 4.0%	7/376 1.9%	6/306 2.0%	1/70 1.4%	9/24 37.5%		
勤務年数	22.48±12.40	22.98±12.36	23.21±12.4	22.17±12.29	13.79±9.54		
勤務形態							
日勤	367/407 90.2%	348/383 90.9%	281/310 90.6%	67/73 91.8%	19/24 79.2%		
それ以外	40/407 9.8%	35/383 9.1%	29/310 9.4%	6/73 8.2%	5/24 20.8%		
抑うつ気分 (SDS)	20.95±10.35	19.87±9.48	16.52±6.57	34.08±6.19	38.46±7.81		

表3 公務員群・患者群のNIOSH得点

	公務員群				患者群				合計		有意確率*
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差		
職業性ストレス	390	12.5	2.49	24	14.4	3.32	414	12.6	2.58	0.01	
物理的環境	390	26.1	8.62	24	38.5	7.52	414	26.8	9.03	0.00	
役割葛藤	394	16.9	5.96	24	22.6	5.55	418	17.2	6.08	0.00	
役割の曖昧さ	390	18.5	5.44	24	24.9	5.25	414	18.8	5.63	0.00	
グループ内対人葛藤	385	18.2	5.5	24	25.4	5.03	409	18.6	5.72	0.00	
グループ間対人葛藤	384	13.9	4.25	24	16.0	4.29	408	14.0	4.28	0.02	
将来見通し	384	47.5	14.04	24	37.6	14.19	408	46.9	14.23	0.00	
コントロール	393	13.2	1.99	24	11.3	2.95	417	13.1	2.1	0.00	
雇用機会	392	8.2	3.09	24	11.5	3.49	416	8.4	3.2	0.00	
仕事の変動	391	10.9	4.44	24	10.0	4.43	415	10.8	4.44	0.35	
責任	392	11.4	2.7	24	10.5	3.2	416	11.3	2.73	0.23	
技能低活用	394	14.5	2.52	24	17.5	2.4	418	14.7	2.6	0.00	
認知的要求	387	34.3	7.32	24	43.6	7.82	411	34.8	7.66	0.00	
仕事量	395	12.8	1.14	24	13.0	1.04	419	12.8	1.13	0.51	
仕事外要因	390	32.9	6.68	24	25.6	8.47	414	32.5	6.99	0.00	
個人要因	390	15.7	3.41	24	11.7	3.25	414	15.5	3.52	0.00	
自尊心	390	16.3	2.93	24	12.8	3.04	414	16.1	3.04	0.00	
上司支援	390	16.2	3.07	24	15.5	3.45	414	16.2	3.09	0.34	
同僚支援	391	29.7	10.82	24	46.5	10.24	415	30.7	11.47	0.00	
家族支援	388	9.2	1.98	24	7.0	1.4	412	9.1	2.01	0.00	
身体・心理的反応	388	19.9	9.48	24	38.5	7.81	412	21.0	10.35	0.00	
身体愁訴											
仕事満足											
うつ (SDS)											

\* 公務員群と患者群におけるt検定結果

表4 公務員通常気分群・公務員抑うつ群のNIOSH得点

	公務員通常気分群				公務員抑うつ群				有意確率*	
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値		標準偏差
職業性ストレス										
物理的環境	305	12.26	2.28	72	13.32	3.01				0.01
役割葛藤	307	25.14	8.43	70	29.59	8.83				0.00
役割の曖昧さ	310	15.97	5.37	70	20.17	6.68				0.00
グループ内対人葛藤	307	18.02	5.29	70	20.37	5.82				0.00
グループ間対人葛藤	304	17.79	5.3	68	20.28	5.86				0.00
将来見通し	304	13.63	4.39	73	14.96	3.61				0.01
コントロール	305	48.5	13.87	66	43.73	14.87				0.02
雇用機会	309	13.05	2.09	73	13.58	1.55				0.02
仕事の変動	310	8.07	3.08	72	8.92	3.23				0.05
責任	309	11.13	4.42	71	10.06	4.51				0.07
技能低活用	311	11.21	2.67	71	12.01	2.87				0.03
認知的要求	310	14.43	2.42	73	14.85	2.85				0.25
仕事量	306	34.07	7.09	71	35.65	8.38				0.14
仕事外要因	311	12.81	1.16	73	12.82	1.06				0.93
個人要因	307	34.03	6.27	73	28.38	6.52				0.00
緩衝因子	309	16.11	3.19	70	14	3.93				0.00
	309	16.52	2.77	70	15.1	3.34				0.00
	309	16.54	2.9	70	15.1	3.54				0.00
身体・心理的反応	309	26.88	8.56	73	40.85	11.81				0.00
仕事満足	307	9.54	1.89	73	7.97	1.85				0.00
抑うつ気分 (SDS)	314	16.52	6.57	74	34.08	6.19				0.00

\* 公務員通常気分群と公務員抑うつ群におけるt検定結果



表5 公務員抑うつ群・患者群のNIOSH得点

	公務員抑うつ群				患者群		有意確率*
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
職業性ストレス	72	13.3	3.01	24	14.4	3.32	0.16
物理的環境							
役割葛藤	70	29.6	8.83	24	38.5	7.52	0.00
役割の曖昧さ	70	20.2	6.68	24	22.6	5.55	0.09
グループ内対人葛藤	70	20.4	5.82	24	24.9	5.25	0.00
グループ間対人葛藤	68	20.3	5.86	24	25.4	5.03	0.00
将来見通し	73	15.0	3.61	24	16.0	4.29	0.27
コントロール	66	43.7	14.87	24	37.6	14.19	0.08
雇用機会	73	13.6	1.55	24	11.3	2.95	0.00
仕事の変動	72	8.9	3.23	24	11.5	3.49	0.00
責任	71	10.1	4.51	24	10.0	4.43	0.96
技能低活用	71	12.0	2.87	24	10.5	3.2	0.05
認知的要求	73	14.9	2.85	24	17.5	2.4	0.00
仕事量	71	35.7	8.38	24	43.6	7.82	0.00
仕事外要因	73	12.8	1.06	24	13.0	1.04	0.58
個人要因							
自尊心	73	28.4	6.52	24	25.6	8.47	0.15
緩衝因子							
上司支援	70	14.0	3.93	24	11.7	3.25	0.01
同僚支援	70	15.1	3.34	24	12.8	3.04	0.00
家族支援	70	15.1	3.54	24	15.5	3.45	0.59
身体・心理的反応							
身体愁訴	73	40.9	11.81	24	46.5	10.24	0.03
仕事満足	73	8.0	1.85	24	7.0	1.4	0.01
抑うつ気分 (SDS)	74	34.1	6.19	24	38.5	7.81	0.017

\* 公務員抑うつ群と患者群におけるt検定結果

図1 精神疾患病名による休職者数  
 (大阪産業保健推進センターによる報告)

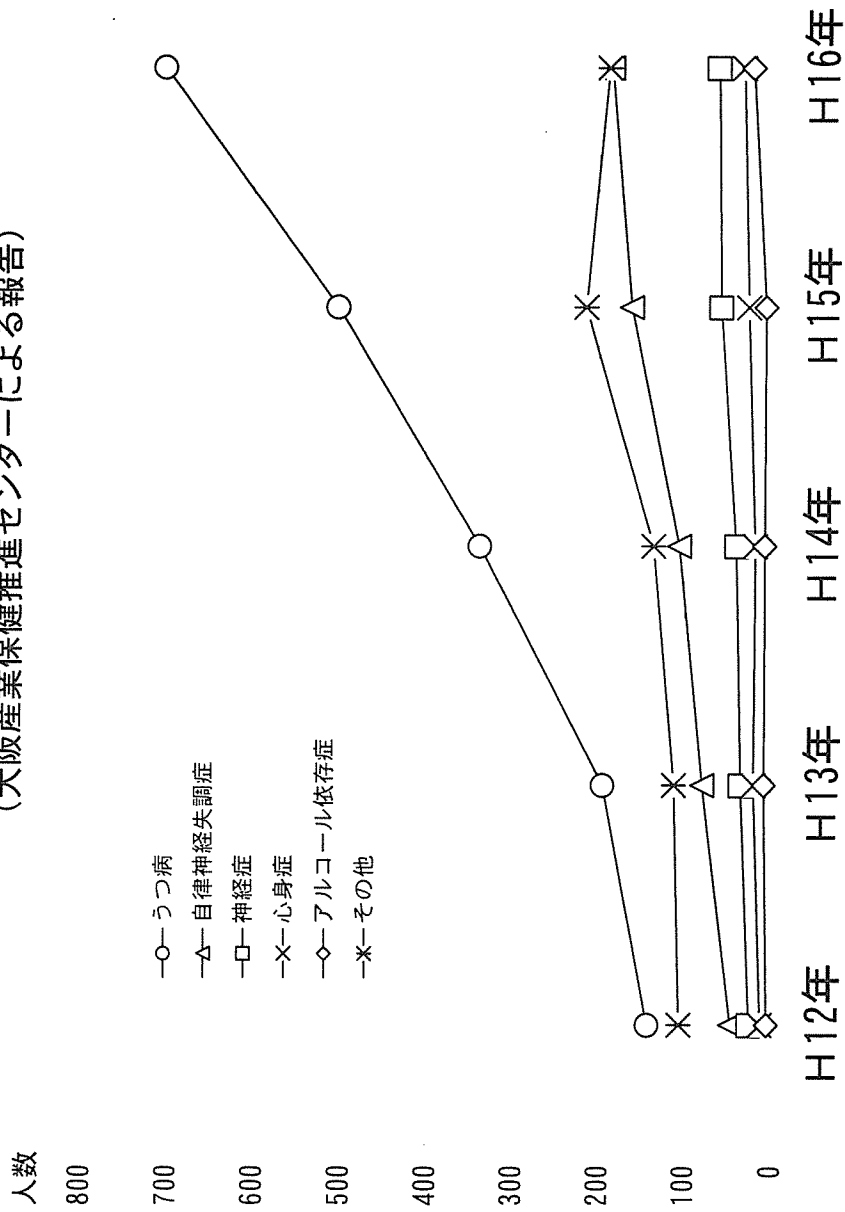
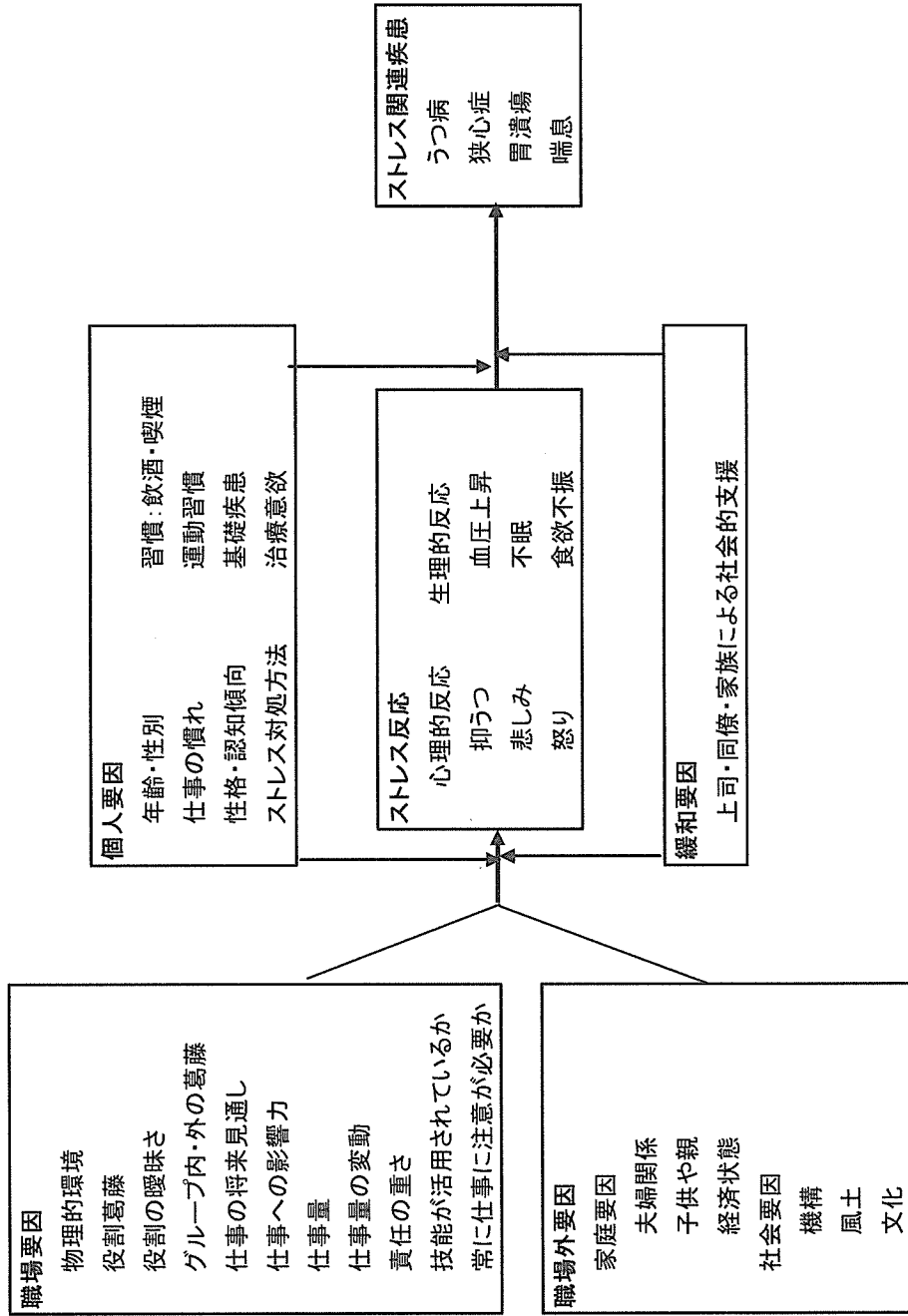


図2 職業性ストレスモデル図(NIOSH職業性ストレスモデル一部改変)



平成18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）  
分担研究報告書

## レセプトデータからみた労働者のうつ病

主任研究者	島 悟	京都文教大学人間学部臨床心理学科・教授
分担研究者	黒木 宣夫	東邦大学佐倉病院精神科・助教授
研究協力者	高野 知樹	神田東クリニック・副院長
	福原 美穂	日本医療データセンター

### 研究要旨

（株）日本医療データセンターのレセプトデータにより、労働者のうつ病の受療行動に関する調査研究を行った。調査の対象は、2006年2月の8つの健康保険組合（総組合員167,753人）におけるレセプトデータである。健康保険本人のみを調査対象とし、ICD-10のF3に該当する病名のあるレセプトを取り上げて検討を行った。さらに、2004年12月～2005年2月の間に睡眠薬の処方無し患者でその後の3ヶ月間に睡眠薬の処方が開始された患者を母数とする調査を行った。この結果、期間中にF2の診断病名により医療機関を受診した組合員は2,779名(1.7%)であった。年代別にみると、10歳代0.08%、20歳代0.74%、30歳代1.7%、40歳代2.3%、50歳代1.6%、60歳代1.7%であり、性別では、男性1.6%、女性1.9%であった。標榜科目名では、精神科、神経科、心療内科を受診している人は1,880人であり、全体の67.7%が専門科において治療を受けていた。

睡眠薬で治療開始を受けた組合員の0.092%が、その後に抗うつ薬の追加投与を受けていた。また睡眠薬投与と抗うつ薬投与までの期間の平均は105.7日であった。