

**問3** 以下の質問について、「はい」「いいえ」のどちらかに当てはまるほうを○で囲んでください。

①	ふだん寝る4時間以内にカフェイン(緑茶、コーヒー、紅茶)を飲みますか?	はい	杯	いいえ
②	ふだんタバコを吸いますか?	はい	本/日	いいえ
③	ふだんお酒を飲みますか?	はい	回/週	いいえ
④	ふだん朝食をとりますか?	はい	たまに	いいえ
⑤	運動する習慣はありますか?	はい	回/週	いいえ

**問4** あなたの今の眠気の状態をもっともよく表した数字に○をつけてください。また、さかのぼって本日の午前10時頃の状態も教えてください。

	非常にほっきり						とも眠い		
	目覚めている		目覚めている	どちらでもない		眠い		眠気と戦っている	
午前10時	1	2	3	4	5	6	7	8	9
午後2時	1	2	3	4	5	6	7	8	9

○以下は過去1ヶ月間におけるあなたの夜間睡眠の状態や環境についてお答え下さい。

問5 寝床に入る時刻は平均して何時ごろでしたか? 午前 午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃

問6 寝床についてから眠りにつくまでの時間は平均どのくらいかかりましたか 約 \_\_\_\_\_ 分

問7 平均して何時ごろ起床しましたか? 午前 午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃

問8 目が覚めてから寝床を出るまでの時間は平均どのくらいかかりましたか 約 \_\_\_\_\_ 分

問9 実際の睡眠時間は平均何時間くらいでしたか? 1日平均 約 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分位  
(寝床にいた時間とは異なります)

問10 過去1ヶ月間のご自分の睡眠の質はどうか? (問9～問12は当てはまる数字を○で囲んでください。)

①非常に良い  ②かなり良い  ③かなり悪い  ④非常に悪い

問11 過去1ヶ月間において、眠るために薬をどのくらいの頻度で服用しましたか?

①なし  ②1週間に1回未満  ③1週間に1～2回  ④1週間に3回以上

問12 過去1ヶ月間において、車の運転中や食事中、社会活動中など、眠ってはいけなときに起きていられなくなり困ったことがどのくらいの頻度でありましたか?

①なし  ②1週間に1回未満  ③1週間に1～2回  ④1週間に3回以上

問13 過去1ヶ月間において、物事をやり遂げるのに必要な意欲を持続するうえで、どのくらい問題がありましたか?

①全く問題なし  ②ほんのわずかで問題があった  ③いくらか問題があった  ④非常に大きな問題があった

問14 以下の理由でどの程度睡眠をとるのが困難だと感じましたか?

下記に記した頻度で、各質問ごとに該当する番号を○で囲んでください。

	なし	1回未満/1週間	1～2回/1週間	3回以上/1週間
A 寝床についてから30分以内に眠ることができなかったから	0	1	2	3
B 夜間、または早朝に目が覚めたから	0	1	2	3
C 目覚めが起きたから	0	1	2	3
D 息苦しかったから	0	1	2	3
E 席が出たり、大きないびきを聞いたから	0	1	2	3
F ひどく寒く感じたから	0	1	2	3
G ひどく暑く感じたから	0	1	2	3
H 悪い(怖い)夢を見たから	0	1	2	3
I 痛みがあったから	0	1	2	3
J 上記以外の理由があったから	0	1	2	3

前後2回の質問票を比較する為、以下御記入御協力下さい。 今回睡眠教育の講演は受講されましたか? (はい/いいえ)  
性別 男・女)

氏名 \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
この質問票は産業医のみが管理し、会社内部、外部に伝わる事は一切ございません。

図 2

## 睡眠教育の流れ

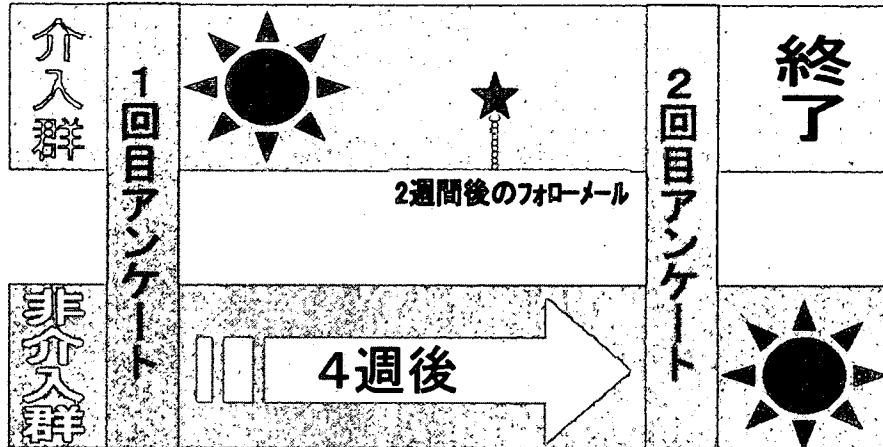


図 3

## 睡眠習慣のチェック内容

講義前	←今までに既にやっているものに○をつけてください。	
	①毎日同じ時間に起きている。	
	②起きたら朝日を浴びている。	
	③朝食は毎日食べている。	
	④夜間の照明は電球色にしている。	
	⑤寝る前はパソコンをやらない。	
	⑥夕方に運動をしている。	
	⑦入浴はゆっくり入っている。	
	⑧夕食以降カフェインはとらない。	
	⑨寝る前は、お酒は飲まない。	
	⑩寝る前は、音楽を聴いている。	
	⑪寝る前にアロマセラピーを利用している。	
	⑫腹式呼吸をやっている。	
	⑬眠くなってから寝床についている。	
	これからやってみようと思うものに○をつけてください。→	講義後

## これで快眠13ポイント

- ①毎日同じ時間に起きる。
- ②起きたら朝日を浴びる。
- ③食事は規則正しくとる。
- ④運動は寝る2時間前に終わらせる。
- ⑤入浴はぬるめのお湯にゆっくりと入る。

### 快眠法

- ⑥夕食後のカフェイン摂取は控える。
- ⑦寝る前のアルコールは控える。
- ⑧寝る前のパソコン操作は控える。
- ⑨夜間の照明は白熱色にする。
- ⑩寝る前は音楽を聴いてリラックスする。
- ⑪アロマセラピーを利用する。
- ⑫腹式呼吸をやってみる。
- ⑬眠くなったら床に就くようにする。

Table 1-Character

	Intervention	Control
<b>Number</b>	214	177
<b>Sex</b>		
<b>Women</b>	38	37
<b>Men</b>	176	140
<b>Age, y<sup>a</sup></b>	34.9±9.0	32.5±9.5
<b>Caffein<sup>b</sup> (Yes/No)</b>	104/110	75/102
<b>Tobacco (Yes/No)</b>	46/168	31/146
<b>Alcohol (Yes/No)</b>	126/88	110/67
<b>Breakfast (Yes/No)</b>	142/72	123/54
<b>Exercise (Yes/No)</b>	80/134	62/115
<b>Sleep medication (Yes/No)</b>	4/210	10/167

<sup>a</sup>Date are presented as mean±SD.

<sup>b</sup>caffein intake before going to bed(within 4hours).

Table 2–Sleep data & other clinical outcomes

	intervention	contorol
<b>KSS(10)</b>		
base line	3.56±2.14	3.44±2.11
4 weeks later	3.60±2.27	3.70±2.22
<b>KSS(14)</b>		
base line	4.91±2.39	4.80±2.24
4 weeks later	4.49±2.30	4.87±2.29
<b>CIS</b>		
base line	75.0±18.2	76.3±19.7
4 weeks later	73.9±19.3	75.8±19.7
<b>CES-D</b>		
base line	15.0±6.84	16.1±7.83
4 weeks later	14.8±6.93	15.9±7.75
<b>PSQI</b>		
base line	6.10±2.42	6.15±2.53
4 weeks later	5.73±2.67	6.01±2.55
<b>Sleep diary</b>		
<i>Sleep-onset latency,min</i>		
base line	15.8±14.5	17.6±15.1
4 weeks later	16.7±15.4	18.3±17.6
<i>Sleep efficiency,%</i>		
base line	92.2±14.4	92.9±12.9
4 weeks later	96.0±69.2	93.7±15.6
<i>Total sleep time,h</i>		
base line	5.81±1.16	5.84±1.05
4 weeks later	5.84±1.20	5.91±1.01

Date are presented as mean±SD.

PSQI:Pittsburgh sleep Quality Index.

KSS(10):Karolinska sleepiness scale of 10am.

KSS(14):Karolinska sleepiness scale of 2pm.

CIS:Checklist Individual Strength.

CES-D:Center for Epidemiological Studies for Depression.

図 5

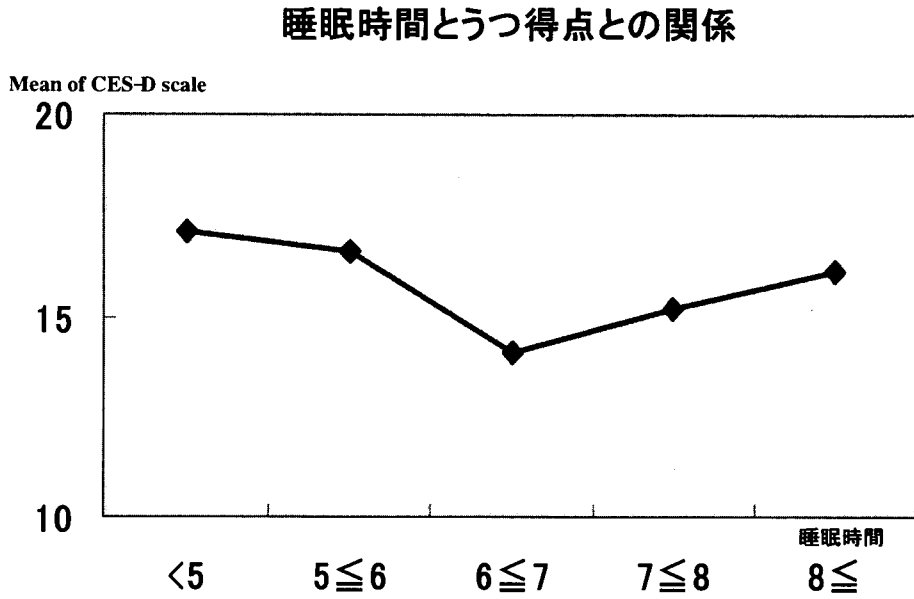
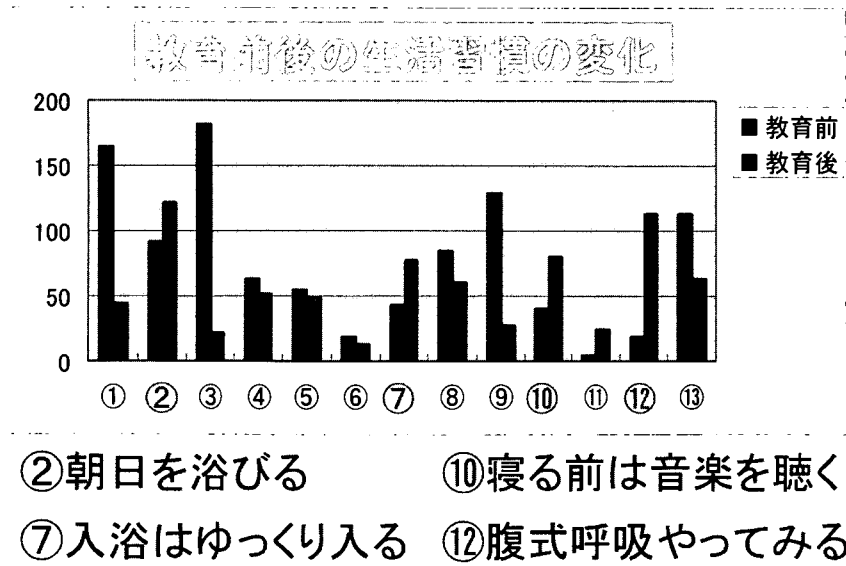


図 6



平成 19 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

## 職場における構造化面接法を用いたうつ病の早期介入に関する検討

分担研究者	廣 尚典	産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室・准教授
	田中克俊	北里大学大学院医療系研究科・准教授
	森 晃爾	産業医科大学産業医実務研修センター
研究協力者	中谷淳子	産業医科大学看護学部第三看護学
	原 善子	産業医科大学看護学部第三看護学
	岡本隆史	産業医科大学産業医実務研修センター
	國木康久	(株)ワールド
	塩田拓也	産業医科大学産業医実務研修センター
	住徳松子	アサヒビール(株)博多工場
	中尾由美	中尾労働衛生コンサルタント事務所
	藤吉やちよ	(株)ふくれん

### 研究要旨

健診時に保健師等が構造化面接法を用いてうつ病に関する評価を行い、その結果をもとに専門治療への導入などの事後措置を行う取り組みは、労働者のメンタルヘルスの改善に資すると考えられる。今回は、そのベースライン調査として、小規模事業場を含む計 4 事業場に対して構造化面接法およびその事後措置を行い、その結果を集計した。3 事業場については、構造化面接に先がけてスクリーニングテストとして CES-D を実施し、陽性者に対して M.I.N.I.（大うつ病エピソードに関する部分）。1 事業場では、労働者すべてに対して、M.I.N.I.（大うつ病エピソードに関する部分）を実施した。労働者 181 人を対象とした事業場では、70 人（38.7%）が CES-D の結果うつ病が疑われ、そのうち M.I.N.I.により 12 人（17.1%）が大うつ病エピソードありと判定された。また、他の 2 事業所（対象者 163 人、146 人）では、CES-D による陽性者がそれぞれ 53 人（32.5%）、38 人（26.0%）であったが、大うつ病エピソードありと判定された者は前者で 1 人、後者ではいなかった。これらの事業場では、従来メンタルヘルス対策が推進されており、その成果が既に出ていると考えられた。他の 1 事業場では、質問紙によるスクリーニングを行わず、38 名に対して BSID を行ったが、大うつ病エピソードありと判定された者はいなかった。大うつ病エピソードに限定し、質問紙法によるスクリーニングを併用すれば、項目数の少ない構造化面接法は、健診場面などに導入が可能であり、職場のメンタルヘルス対策、ひいては自殺予防対策に有用であると考えられる。

## A. 研究目的

現在職場のメンタルヘルスにおいては、気分障害圏に該当するメンタルヘルス不調、特にうつ病への対策が重要視されている。2006年に改正労働安全衛生法が施行されて、一定時間を超える長時間労働者に対して、医師による面接指導の実施が義務づけられ、その中ではメンタルヘルス面の対策として、うつ病に関する構造化面接の実施が推奨されている。しかし、メンタルヘルス不調は長時間労働者にのみみられるわけではない。健診時に保健師が構造化面接法を用いてうつ病に関する評価を行い、その結果に基づいて、専門治療の導入や継続的な相談対応を行うことは、うつ病の早期発見、早期対応に寄与し、結果的にメンタルヘルス不調者の早期治癒、減少につながることを期待できる。これはひいては、自殺予防にもつながると考えられる。

本研究では、短時間で行うことができるうつ病に関する構造化面接法を、産業医(医師)の指示のもとに産業看護職が実施し、その結果に応じて専門医の紹介やフォローアップ面接などの事後措置を行うことにより、うつ病の有病率の低下をもたらす可能性について検討することとした。今年度はベースライン調査の一部を報告する。

## B. 研究方法

労働者数 50 人以下の小規模事業場を含む 4 事業場の労働者を対象とした。A 事業場は、看護職が常駐しており、非常勤の産業医と連携して、健康管理業務全般を行っている。B 事業場および C 事業場は、同一企業傘下のグループ会社の事業場である。1 名の看護職が両方の事業場の健康管理業務

を兼務している。以前から健診を利用した質問票によるメンタルヘルス不調のスクリーニング、個別相談窓口の開設などのメンタルヘルス対策を推進してきている。D 事業場は、労働者 50 人未満の小規模事業場であり、非常勤の保健師が健康管理業務にあたっている。

各事業場の諸事情で、それぞれ以下のようなデザインを組んだ。

A 事業場(労働者 218 人)、B 事業場(労働者数 169 人)、C 事業場(労働者数 148 人)：①労働者全員にうつ病のスクリーニングテストとして CES-D を実施。②カットオフ点を 16/15 とし、うつ病が疑われた者に対して、看護職が構造化面接 M.I.N.I.(大うつ病エピソード部分のみ)を実施。同時に、メンタルヘルス不調による現在の通院の有無を確認。③大うつ病エピソードありと判定された者について、産業医等と連携し、専門医紹介等の事後措置を実施。

D 事業場(労働者数 39 人)：①労働者全員に対して、看護職が BSID を実施。同時に、メンタルヘルス不調による現在の通院の有無を確認。②大うつ病エピソードありと判定された者について、医師等と連携し、専門医紹介等の事後措置を実施。

いずれも、事業場および対象者に主旨を説明し、了解の下に行った。CES-D は米国国立精神保健研究所により開発された 20 項目のうつ病自己評価尺度であり、日本語訳も有用性が確認され、幅広い領域で使用されている。M.I.N.I.は、Sheehan らによって開発された簡便な構造化面接法であり、DSM-IV および ICD-10 の両診断基準にも対応している。日本語版は大坪らによって作成されている。BSID は、職場の健康管

理などにおける活用を意図して開発された対象疾患をうつ病に限定した構造化面接法であり、M.I.N.I.を外的基準として良好な妥当性が確認されている。M.I.N.I.によりもさらに設問が少なく、通常数分で完了することが可能である。2005年の労働安全衛生法改正で事業者に義務付けられた長時間労働者の医師による面接指導において実施することが推奨されている手法でもある。

### C. 研究結果

A事業場:労働者218人に対して、CES-Dを配布し、回収数は181（回収率83.0%）であった。そのうち、16点以上が70人であり、67人に対してM.I.N.I.による構造化面接を実施した。その結果、12人（17.9%、全体の6.6%）が大うつ病エピソードありと判定された。うち1人は治療中であった。また、M.I.N.I.で大うつ病エピソードが確認されなかった55人のうち、3人が治療中であった。（表）

B事業場:労働者169人に対して、CES-Dを配布し、回収数は164（回収率97.0%）であった。そのうち、16点以上が53人であり、35人に対してM.I.N.I.による構造化面接を実施した。その結果、1人（43歳男性 CES-D34点）のみが大うつ病エピソードありと判定されたが、すでに治療中であった。また、M.I.N.I.で大うつ病エピソードが確認されなかった34人のうち、2人（44歳女性 CES-D27点、39歳女性 CES-D22点）がメンタルヘルス不調で治療中であった。また、日頃の健康管理の中で、看護職が通院中であることを確認している労働者で、CES-Dが陰性（16点未満）であった者が2名（47歳男性 CES-D15点、28歳女

性 CES-D14点）存在した。

C事業場:労働者148人に対して、CES-Dを配布し、回収数は146（回収率98.6%）であった。そのうち、16点以上が38人であり、23人に対してM.I.N.I.による構造化面接を実施した。その結果、大うつ病エピソードありと判定された者はいなかった。M.I.N.I.で大うつ病エピソードが確認されなかった23人のうち、2人（45歳男性 CES-D37点、53歳男性 CES-D20点）がメンタルヘルス不調で治療中であった。

（A～C事業場で、CES-Dが陽性であったにも関わらず、構造化面接が行われていない例があるが、これは集計期間内に面接が設定できなかったためであり、後日実施が予定されていた。）

D事業場:労働者38名に対して、質問票によるスクリーニングを行わず、保健師が直接BSIDによる構造化面接を実施。その結果、大うつ病エピソードありと判定された者はいなかった。

### D. 考察

今回は、うつ病に関する構造化面接法の導入による効果評価のためのベースライン調査を行ったが、小規模～中規模事業場においても、看護職による簡便な構造化面接を導入することにより、効率的にうつ病の見立てを行うことが可能であると推測できた。A事業場はその好事例と言えよう。

B事業場およびC事業場では、今回の調査で新たに大うつ病エピソードありと判定された労働者はいなかった。B事業場でただ1人大うつ病エピソードありと判定された者は、既に専門治療を受療中であった。また、両事業場でM.I.N.I.によって大うつ



病エピソードなしと判定された専門治療受療中の労働者が、それぞれ 2 人みられた。B 事業場においては、CES-D 陰性者の中にも、専門治療受療中であることを看護職が把握している者が 2 人存在した。これらは、両事業場でこれまでに行われてきたメンタルヘルス対策の効果があがっている結果であると評価できよう。従来メンタルヘルス対策を推進してきた職場では、今回のような構造化面接によるメンタルヘルス不調の評価を追加することにより、その活動の成果を一部定量的に確認することが可能となる。

また、D 事業場のような小規模事業場においても、簡便な構造化面接法を導入することにより、産業医や看護職などの医療専門職による短時間の関与でメンタルヘルス不調者の見立てを行えることがわかった。質問紙によるスクリーニングを併用すれば、さらに医療専門職の関わる時間の短縮化が可能であろう。しかし、個人情報保護の面も含めて事後措置をより明確化しておくこと、偽陰性者（実際にはメンタルヘルス不調に陥っているにも関わらず、そうでないと判定される例）が存在する可能性のあることについて、医療専門職が常駐している事業場以上に、十分留意していく必要がある。

うつ病の簡便な構造化面接の導入により、メンタルヘルス不調者の休業率あるいは有所見率の低下がもたらされるか否かは、今後の前向き調査によって検討を行う必要がある。

#### E. 結論

質問紙によるスクリーニングと簡便な構

造化面接の併用により、小～中規模事業場においても、うつ病の評価（見立て）が効率的に行えることが示唆された。その事後措置については、事業場の諸事情を勘案した仕組みを作っておく必要がある。

#### 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) 和田攻他編：職場のメンタルヘルスケア対策。産業医学振興財団，東京，2006.
- 2) 大坪天平，宮岡等，上島国利訳：M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0 (2003)，星和書店，東京，2003.
- 3) 廣尚典：産業保健スタッフ向け自殺予防マニュアル。労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究 平成 16 年度総括・分担研究報告書，183-219，2005.
- 4) 島悟：NIMH/CES-D Scale. 千葉テストセンター，1998.

表. A事業場における「大うつ病エピソードあり」と判定された労働者の面接結果

年齢	性別	M.I.N.I.の項目									専門治療受診	
		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9		
19	男性	×	○	○	○	○	○	×	○	×	×	なし
21	女性	×	○	○	×	×	○	○	×	○	○	なし
21	男性	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	なし
21	男性	×	○	○	○	×	○	○	×	○	×	なし
23	女性	×	○	○	○	×	○	×	○	○	×	あり
35	女性	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	なし
36	男性	○	×	○	○	×	○	○	○	○	×	なし
37	男性	○	○	×	○	○	○	○	×	○	×	なし
44	男性	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	なし
52	男性	×	○	×	○	○	○	○	○	○	×	なし
56	男性	×	○	○	○	○	○	○	○	×	×	なし
58	男性	○	○	×	○	○	○	○	○	○	×	なし

○:肯定 ×:否定

A1:抑うつ気分, A2:興味・喜びの減退, A3:食欲または体重の変化, A4:睡眠障害,

A5:精神運動性の焦燥または制止, A6:易疲労感または気力の減退,

A7:無価値感・罪悪感, A8:集中力, 決断力の低下, A9:希死念慮

平成 19 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

## 派遣労働者のメンタルヘルスと希死念慮に関する調査研究

分担研究者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室・准教授  
田中克俊 北里大学大学院医療系研究科・准教授  
飯島美世子 職域保健・産業看護塾  
研究協力者 高田未里 北里大学大学院医療系研究科・リサーチレジデント

### 研究要旨

昨年作成した質問票を用いて、派遣労働者を対象とした調査を実施した。男性 21.8%、女性の 25.8%が、K6 質問票により気分・不安障害と判定された。男性では年齢、仕事および生活満足度、女性では平均労働時間がそれと関連していた。また、職業性ストレス要因の中では、男性で派遣先上司、仕事の内容、職場の温度・湿度、仕事のあいまいさが、女性では仕事のあいまいさのみが、気分・不安障害と有意な関連を有していた。これらの男女差には、職業観や仕事外の役割などが影響していると考えられる。希死念慮および自殺未遂の既往も、男女とも高率（それぞれ男性 39.0%、3.6%、女性 51.1%、7.7%）であった。それらの一部は、精神疾患およびストレス関連疾患による通院、入院と関連がみられた。派遣労働者のメンタルヘルスについては、自殺予防の面からも、さらに大規模で詳細な調査が行われるべきである。

## A. 研究目的

労働の多様化とともに、非正規労働に従事する労働者が増加し、彼らの健康問題も注目を集めるようになってきている。彼らの健康状態やそれに影響を与える因子の特徴に関する研究報告も徐々に増加している<sup>1) 2) 3)</sup>。

日本の労働市場においても、同様の傾向がみられている。特に派遣労働者の数は急増しており、2005年は約255万人（常用換算124万人）と報告されている<sup>4)</sup>。労働者派遣法が改正され、派遣労働に関する制約が緩和されたこととも相まって、派遣労働者は今後ますます増加することが予想される。

一方、日本では労働者の精神健康面の悪化が社会的な問題となっている。精神疾患やストレス関連疾患で休業する労働者の数が増加し、大企業の大半では長期に休業する労働者が存在している<sup>5)</sup>。年代別にみると、30歳代を中心とする若年の労働者に精神面の健康問題を持つ者が増加していることが報告されている<sup>5)</sup>。厚生労働省は、2006年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を公表し、企業に対してメンタルヘルス対策の推進を求めている。各企業で行われるメンタルヘルス対策の対象は、正規労働者だけでなく、非正規労働者も対象とされるべきである。

非正規労働者は、非正規労働者と比較し、精神健康状態やそれに影響をあたえる因子（職業性因子を含む）が大きく異なる可能性がある。失業、雇用されていないことが、労働者の精神面の健康に悪影響を与えることは過去に多くの報告がなされている<sup>6) 7)</sup>が、Virtanenらは、過去の関連論文の

reviewを行い、期間の定めのある労働に従事する者も、精神面の不調を生じる割合が高いと結論しており、その要因として雇用の不安定さ、職場環境の問題などをあげている<sup>1)</sup>。

非正規労働者の中でも、性別によって、精神健康度やそれに影響を与える要因は大きく異なっている可能性がある。Kimらは、韓国における非正規労働者の調査を行い、性別により精神面の健康に与える因子に相違があり、また彼らの精神健康には、国や地域の社会的慣習が影響を与えていることを報告している<sup>8)</sup>。

Suwazonoらは、通信業の大規模事業所の調査を行い、男性のパートタイム労働者は、交代勤務労働者やその他の労働者と比べ、精神健康に関する症状と関連が深いことを報告している<sup>9)</sup>。しかし、日本において、派遣労働者の精神健康度の実態とそれに影響を与える因子に関する研究報告はほとんどみられていない。

本研究では、平成18年「労働者の自殺予防に関する介入研究」において作成した派遣労働者に対する質問票を用いて、派遣労働者の精神健康状態とそれに影響を与える因子について、男女別に検討を行った。

## B. 研究方法

某派遣企業の協力を得て、派遣労働に従事している労働者1150名に対して質問紙を配布した。質問紙には、調査の意義と個人情報保護に関する説明を添付し、調査への協力を求めた。回答は無記名とし、質問紙の配布と回収は派遣企業の担当者が行った。調査は2006年1月～2月の間に実施された。回収数は786例（回収率68.3%）で

あり、そのうち、性別、年齢およびK6（後述）の全項目に回答した 744 例（男性 523 例、女性 221 例）を解析の対象とした。

質問紙には、派遣労働に従事している期間（過去の勤務場所での勤務期間も含む）、一日の平均労働時間、夜勤の有無、シフト勤務の有無、睡眠時間、運動習慣、悩みの相談相手、ストレス解消法、正社員になる希望の有無、職業性ストレス要因（派遣先上司、派遣先同僚、派遣元関係者、仕事の量、仕事の内容、報酬、労働時間、責任の重さ、職場の温度・湿度、仕事の危険度、裁量権、仕事の曖昧さ）、仕事および生活に関する満足度、収入、現在の通院状況（「心の病気またはストレス性の病気」とそれ以外の「体の病気」）、過去 3 年以内の 1 か月以上の入院または通院の有無（「心の病気またはストレス性の病気」とそれ以外の「体の病気」）などが含まれている。

派遣労働期間、一日の平均労働時間、睡眠時間は、実数の記入とした。夜勤、シフト勤務、運動習慣、悩みの相談相手、ストレス解消法は、「あり」「なし」の 2 者択一、職業性ストレス要因は、各項目について存在する場合に○印をつける形式とした。仕事および生活に関する満足度は、一端を「非常に満足」、他端を「非常に不満」とする visual analogue scale を用いて評価した。正社員になる希望は 5 者択一、収入については 4 者択一とした。

精神健康度を測定する質問票には K6 を用いた。K6 は、Kessler らによって開発されたうつおよび不安の評価尺度である<sup>10)</sup>。日本語版は古川らによって作成され、信頼性、妥当性が確認されている<sup>11)</sup>。川上らの大規模な地域調査にも使用され、自殺予防

活動にも活用可能であることが報告されている<sup>12)</sup>。K6 日本語版では、先行研究を参考にして、cut off point を 10/9 点とし、10 点以上を気分・不安障害と判定した。

自殺に関連した事項については、希死念慮を「死にたいと思ったことがありますか？」自殺未遂の既往を「実際に自殺未遂をしたことがありますか？」の問いでたずねた。

解析は、まず、気分・不安障害の有病率、各職業性ストレス要因の割合、悩みの相談相手を持つ割合、ストレス解消法を有する割合を男女間で比較した。

次に、男女別に、気分・不安障害と年齢層、派遣労働期間、平均労働時間、夜勤の有無、シフト勤務の有無、睡眠時間、運動習慣の有無、相談相手の有無、ストレス解消法の有無、仕事および生活の満足度、正社員になる希望、収入のそれぞれとの関連について、ロジスティック回帰分析により検討した。さらに、気分・不安障害を従属変数、上述した各因子を説明変数としたロジスティック回帰分析を行い、因子間の影響を調整した各因子と気分・不安障害との関連を求めた。派遣労働期間は 1 年未満、1 年以上 3 年未満、3 年以上に分けた。平均労働時間は、8 時間未満、8 時間以上 10 時間未満、10 時間以上に 3 分した。生活および仕事に対する満足度は、回答を 3 分した。正社員になる希望は、「強くある」「少しある」と「あまりない」「全くない」に 2 分した。収入は、300 万円未満と 300 万円以上に 2 分した。

さらに、男女別に気分・不安障害と各職業性ストレス因子との関連をロジスティック回帰分析により検討した。さらに、気分・

不安障害を従属変数、各職業性ストレス因子を説明変数とするロジスティック回帰分析を行い、職業性ストレス間の影響を除いた上での、気分・不安障害と各職業性ストレス因子の関連を解析した。

自殺に関しては、希死念慮および自殺未遂の有無と現在の通院、過去3年以内の入院・定期通院状況との関連を解析した。

### C. 研究結果

気分・不安障害は男性の114例(21.8%)、女性の57例(25.8%)にみられた。男女で有意な差はみられなかった。

表1に、対象の性別属性を示した。年齢は、男女とも20歳代が最も多く、次いで30歳代であった。ともに20歳代および30歳代で90%以上を占めた。職務内容は、製造が最も高率で、男性の80.9%、女性の45.2%であった。派遣労働期間は、3年以上が男性の37.0%、女性の38.9%を占め、1年未満は男性で24.9%、女性で15.8%であった。夜勤のある労働者は男性が75.8%、女性が25.3%、交代性勤務のある労働者は、男性が72.7%、女性が30.8%と、性別により著明な差がみられ、ともに男性に高率であった。睡眠時間は、男女とも6時間以上7時間未満が最も高率(男性39.8%、女性42.1%)であり、5時間未満が男性で5.2%、女性で5.9%にみられた。正社員になる希望は、男性で72.6%、女性で60.6%であった。年間収入は、300万円未満が男性で77.2%、女性で95.5%と最も高率であった。700万円以上は皆無であった。

表2には、男女別に自覚されている各職業性ストレス要因、悩みを相談できる相手の有無、ストレス解消法の回答結果を示し

た。派遣先上司、派遣先同僚、仕事の内容、報酬、の4項目は、男女とも20%以上がストレス要因としてあげていた。男女間の比較では、派遣先上司、派遣先同僚および職場の温度、湿度をストレス要因として自覚している割合が、女性で男性よりも有意に高かった( $\chi^2$ 検定)。男性のほうが有意に高率である項目はなかった。相談相手、ストレス解消法についても、女性が男性に比べ「あり」という回答が有意に高率であった。

表3に、ロジスティック回帰分析(単変量)による気分・不安障害と各属性、悩みの相談相手、ストレス解消法との関連を示した。男性では、年齢、派遣労働期間、ストレス解消法、仕事および生活満足度で有意な関連がみられた。30歳以上が30歳未満に比べ、派遣労働期間3年以上が1年未満に比べ、ストレス解消法を有していない者が有している者に比べ、気分・不安障害である率が高かった。また、仕事および生活満足度が低いほど、気分・不安障害である率が高かった。女性では、シフト勤務、仕事および生活満足度が有意に気分・不安障害と関連していた。シフト勤務のある群がない群に比べ、気分・不安障害である割合が高かった。仕事および生活満足度は、男性と同様であった。

表4に、各属性、悩みの相談相手、ストレス解消法を同時に説明変数として投入した多変量ロジスティック回帰分析の結果を示した。男性では、年齢、仕事満足度および生活満足度が気分・不安障害の有病率との相関を示した。派遣労働期間とストレス解消法は、有意な関連ではなくなった。一方、女性では、平均労働時間が気分・不安

障害と有意な関連を有し、8時間以上10時間未満で8時間未満に比べ気分・不安障害が高率であった。生活満足度は気分・不安障害と有意な関連がみられたが、仕事満足度は関連がみられなかった。シフト勤務についても、有意な関連がみられなくなった。

表5には、ロジスティック回帰分析（単変量）による気分・不安障害と各職業性ストレス因子の関連を示した。男性では、派遣先上司、仕事の内容、報酬、労働時間、職場の温度・湿度、危険度、仕事のあいまいさと気分・不安障害の間に有意な関連がみられた。いずれもストレス因子を自覚している群で、気分・不安障害の割合が高かった。女性では、仕事のあいまいさだけが気分・不安障害と有意に関連していた。

表6は、各職業性ストレス因子を同時に説明変数として投入した多変量ロジスティック回帰分析の結果である。男性では、派遣先上司、仕事の内容、職場の温度・湿度、仕事のあいまいさの4項目、女性では仕事のあいまいさの1項目が、気分・不安障害と有意に関連していた。いずれもストレス要因を自覚している群で、気分・不安障害が高率であった。

表7には、精神疾患、ストレス関連疾患とそれ以外の疾病による現在の通院状況および過去3年以内の入院・定期通院状況、希死念慮および自殺未遂の既往の有無をまとめた。希死念慮の既往は男性の39.0%、女性の51.1%に、自殺未遂の既往は男性の3.6%、女性の7.7%にみられた。

表8には、希死念慮および自殺未遂の既往と精神疾患、ストレス関連疾患による現在の通院状況および過去3年以内の入院・定期通院状況との関連( $\chi^2$ 検定)を示した。

希死念慮は、男性では現在の通院状況との間に関連がみられたが、女性では双方とも関連がなかった。自殺未遂は、男性では現在の通院状況および過去3年以内の入院・定期通院状況の両方と関連があったが、女性では過去3年以内の入院・定期通院状況とのみ関連が確認された。

#### D. 考察

本研究では、男性派遣労働者の21.8%、女性派遣労働者の25.8%に気分・不安障害がみられた。これは同じ測定方法(K6)によって評価された先行研究に比べ高率である。先行研究が報告しているように、雇用の不安定さや職場環境の問題などがこの相違の一因となっている可能性がある<sup>16)7)</sup>。

しかし、この結果には、他の要因も大きな影響を及ぼしているかもしれない。例えば、派遣労働者の中には、精神疾患やストレス関連疾患、その他の精神面の健康問題のために、長期にわたる常勤勤務に就くことが困難となり、派遣労働を続けている者がいると考えられる。正規労働者の健康面からみた場合の **healthy worker effect** である。また、家庭問題などが、精神面の不健康を引き起こしていると同時に、通常勤務ができないなどの労働の制限の要因にもなっている例があることも推測される。派遣労働者の健康問題に関する実態の把握には、そうした背景要因の詳細な分析が不可欠である。

気分・不安障害と関連する職業性ストレス因子以外の要因として、男性では年齢、仕事および生活の満足度があげられた。30歳以上の群では30歳未満の群より、気分・不安障害の割合が高かったが、収入によ

てその割合に差がないことから、30歳以降では、派遣労働者の社会的地位の低さを意識しやすくなることや雇用の不安定さに対する不安や心配が高まることが影響していると推測される。女性において、年齢による有意差がみられなかったのは、日本においてはまだ男女の役割分担に関する伝統的な考え方がまだ残っているためかもしれない。女性では、気分・不安障害と仕事に対する満足度の間に関連がみられなかったが、これも女性の労働観が男性と異なることに起因していると考えられる。一方、女性では生活満足度と気分・不安障害との関連が、男性よりも強かった。多くの女性が職業生活よりも個人生活を重視する傾向があることを反映している結果かもしれない。また、女性では8時間以上10時間未満の1日労働時間の群が、8時間未満の労働の群よりも、気分・不安障害の割合が有意に低いという逆説的な結果が得られた。質・量の面で多少の残業を必要とする労働が女性の精神健康にとって好ましいのかも知れないが、8時間未満の労働の群には、精神面の健康やその他の問題のために、フルタイム勤務ができない労働者がいる程度含まれている可能性があり、その影響であるとも考えられる。

夜勤、シフト勤務と気分・不安障害との有意な関連はみられなかった。派遣労働者では、経済的な問題を除けば、職場の業種や労働形態を選択することができ、夜勤やシフト勤務を強要されている労働者は少ないことによる可能性がある。

一般的に、労働者の精神健康に影響を及ぼすと考えられている運動習慣、ストレス解消法についても、気分・不安障害との関

連は明らかでなかった。派遣労働者では、正規労働に従事する労働者とライフスタイルが異なっている場合が多く、また性格傾向にも違いがあって、そうしたことが反映されている結果なのかも知れない。

正社員になる希望を有する者は、男性で72.6%、女性で60.6%であり、その有無は気分・不安障害と有意な関連がなかった。これについても、精神面の健康問題を抱えている派遣労働者のなかには、正社員として就労することに対して何らかの懸念を有していることが多いために、正社員となる希望を持たない者が少なからず含まれている可能性が考えられる。

各職業性ストレス因子と気分・不安障害との関連においても、男性と女性で相違がみられた。すなわち、男性では派遣先上司、仕事の内容、報酬、職場の温度・湿度、仕事のあいまいさが気分・不安障害と有意な関連を有していたのに対し、女性ではそれと関連があったのは仕事のあいまいさだけであった。これも、上述したように、仕事観の違いが反映された結果と考えられる。厚生労働省の労働者健康状況調査では、女性の場合人間関係が職業性ストレス要因として最も多く自覚されているという結果が得られており<sup>13)</sup>、本調査でも派遣先の上司、同僚が高率にストレス因子としてあげられているが、気分・不安障害への影響は明らかでなかった。女性は、職場の人間関係をストレスと感じながらも、割り切った対応がとれているのかもしれない。他方、仕事のあいまいさが男性と女性に共通して気分・不安障害と関連がみられたのは、興味深い結果である。仕事のあいまいさは、与えられた仕事をこなすという派遣労働の使



命に直接影響を及ぼすためであると考えられる。

希死念慮、自殺未遂の既往は、男女とも高率であり、女性の希死念慮の既往は50%を超えていた。速断すべきではなかろうが、派遣労働者の集団は、自殺の高リスク群と言えるかもしれない。自殺者数の減少がわが国全体の喫緊の課題となっていることから、派遣労働者を対象とした自殺予防に関する検討は今後さらに推進されるべきである。

本研究は、日本の派遣労働者の精神健康の実態を明らかにした点で、極めて重要であるが、一方でいくつかの限界を有している。

第一に、対象者の偏りである。本研究の対象者の職務内容は、表1に示したように、製造関係が高率であるが、日本の派遣労働者は一般事務に就いている者が非常に多い。これにも関連して、本研究の対象者は、夜勤や交代性勤務も高率であり、派遣労働者を代表している集団とは言いがたい面がある。しかし、一方で年齢は20歳代および30歳代が多く、年間収入も300万円未満が多い点など、現在の派遣労働者集団の特徴を反映している面もあり、仕事や生活に対する意識などについては、派遣労働者に共通する特性をもっていると推定できる。

第二に、対象者数の問題がある。本研究の対象者数は、男性で523、女性で221であった。特に女性において、回答数の少ない選択肢がいくつかあり、有意差検定に影響が生じた可能性がある。追試では、対象者数を増やした検討が望まれる。

第三に、本研究では回収率を高める目的で、質問紙の内容を極力簡素にしたので、

職業性ストレス因子などに関して、詳細な質問ができなかった。そのため、仕事の要求度-コントロールモデル<sup>14)</sup>や努力・報酬不均衡モデル<sup>15)</sup>を用いた考察ができなかった。

最後に、本研究は横断的研究である点があげられる。精神健康と各種影響因子との関連(因果関係)をより厳密に評価するためには、縦断的な研究が必要である。今回の調査で、高率であった希死念慮や自殺未遂についても、縦断的な研究により、自殺予防対策に結びつけられる可能性のある、さらに詳細な情報を得られることが期待できる。

## E. 結論

本研究では、派遣労働者を対象として、彼らの精神健康状態に関する実態と、それに影響を与えている諸因子について、検討を行った。年齢、1日の平均労働時間、仕事および生活の満足度と気分・不安障害の出現との間に有意な関連がみられた。職業性ストレス因子では、派遣先上司、仕事の内容、職場の温度・湿度、仕事のあいまいさが、気分・不安障害と有意な関連があった。それらは一部男女間で相違があり、社会的な立場、仕事観の相違などが影響していると考えられた。希死念慮、自殺未遂の既往は、男女とも高率で、精神疾患およびストレス関連疾患による通院、入院状況と一部関連がみられた。今後、派遣労働者の精神健康問題に関して、大規模な縦断的研究の実施が望まれる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

- 1) 廣尚典：産業医の実務—勤労女性への健康支援対策—メンタルヘルスを中心に。第27回日本医学会総会，大阪，2007。
- 2) 廣尚典：職域における自殺予防—産業医の役割と活動を中心に（シンポジウム）。第80回日本産業衛生学会，大阪，2007。
- 3) 廣尚典，荒薦優子，高田未里，田中克俊，島悟：派遣労働者のアルコール関連問題に関する検討。第42回日本アルコール・薬物医学会，滋賀，2007。

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) Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J: Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology* 28, 610-622, 2005.
- 2) Bardasi E, Francesconi M: The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of

British workers. *Social Science & Medicine* 58, 1671-1688, 2004.

- 3) Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE: Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology* 158, 663-668, 2003.
- 4) 厚生労働省：労働者派遣事業平成17年度事業報告集計結果。2006。
- 5) 社会経済生産性本部：産業人メンタルヘルス白書2006，社会経済生産性本部，2007。
- 6) Dooley D, Fielding J, Levi L: Health and unemployment. *Annual Review of Public Health* 17, 449-465, 1996.
- 7) 菅原道哉，高橋克昌：経済不況と精神保健。精神科診断学 11, 251-259, 2000。
- 8) Kim HI, Muntaner C, Khang YH, Paek D, Cho SI: The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science & Medicine* 63, 566-574, 2005.
- 9) Suwazono Y, Okubo Y, Konayashi E, Kido T, Nogawa K: A follow-up study on the association of working conditions and lifestyles with the development of (perceived) mental symptoms in workers of a telecommunication enterprise. *Occupational Medicine* 53, 436-442, 2003.
- 10) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in

- nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 32, 959-976, 2002.
- 11) Furukawa TA, Kessler R, Andrews G, Slade T: The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* 33, 357-362. 2003.
- 12) 川上憲人, 近藤恭子, 柳田交佑, 古川壽亮: 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金「自殺の実態に間とづく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書, 2005.
- 13) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 企業における健康対策の実態. 労務行政, 東京, 2004.
- 14) Karasek R, Thorell T: Healthy work, stress, productivity, and the reproduction of working life. Basic Books, New York, 1990.
- 15) Siegrist J: Adverse health effects of high effort/low demand conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27-41, 1996.

表1. 対象者の各種属性

	男性		女性	
	n	(%)	n	(%)
年齢				
～20歳代	312	(59.7)	140	(63.3)
30歳代	193	(36.9)	69	(31.2)
40歳代	17	(3.3)	11	(5.0)
50歳代	1	(0.2)	1	(0.5)
職務内容				
営業・販売	2	(0.4)	3	(1.4)
事務	5	(1.0)	35	(15.8)
技能	17	(3.3)	12	(5.4)
研究補助	58	(11.1)	41	(18.6)
製造	423	(80.9)	100	(45.2)
その他	15	(2.9)	23	(10.4)
不明	3	(0.6)	7	(3.2)
派遣労働期間				
1年未満	130	(24.9)	35	(15.8)
1年以上3年未満	190	(36.4)	51	(23.1)
3年以上	194	(37.0)	96	(43.5)
不明	9	(1.7)	4	(1.8)
1日平均労働時間				
8時間未満	231	(44.2)	119	(53.8)
8時間以上10時間未満	247	(47.2)	78	(35.3)
10時間以上	38	(7.3)	22	(10.0)
不明	7	(1.3)	2	(0.9)
夜勤				
あり	394	(75.3)	56	(25.3)
なし	124	(23.7)	164	(74.2)
不明	5	(1.0)	1	(0.5)
シフト勤務				
あり	380	(72.7)	68	(30.8)
なし	135	(25.8)	150	(67.9)
不明	8	(1.5)	3	(1.4)
平均睡眠時間				
5時間未満	27	(5.2)	13	(5.9)
5時間以上6時間未満	98	(18.7)	51	(23.1)
6時間以上7時間未満	208	(39.8)	93	(42.1)
7時間以上8時間未満	125	(23.9)	49	(22.2)
8時間以上	63	(12.0)	15	(6.8)
不明	2	(0.4)	0	
運動習慣				
あり	122	(23.3)	35	(15.8)
なし	400	(76.5)	185	(83.7)
不明	1	(0.2)	1	(0.5)
正社員への希望				
強くあり	211	(40.3)	54	(24.4)
少しあり	169	(32.3)	80	(36.2)
あまりない	74	(14.1)	51	(23.1)
全くない	61	(11.7)	31	(14.0)
不明	8	(1.5)	5	(2.3)
年収				
300万円未満	404	(77.2)	211	(95.5)
300万円以上500万円未満	110	(21.0)	9	(4.1)
500万円以上700万円未満	5	(1.1)	1	(0.5)
700万円以上	0		0	
不明	4	(0.8)	0	